

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Université Mustapha Stambouli
Mascara-Algérie
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de psychologie et
sciences de l'éducation



جامعة مصطفى استمبولي معسكر
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلم التربية
مخبر: الدراسات الفلسفية
وقضايا الانسان والمجتمع في الجزائر

أطروحة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث
تخصص: علم النفس العيادي
فرع: علوم اجتماعية
العنوان:

اقترح برنامج علاجي نسقي
لخفض الاستجابة الاكتئابية والصدمية عند مرضى السرطان

يوم: 2025/11/18

تقديم الطالب: مسيليتي حبيب

لجنة المناقشة:

رئيساً	جامعة معسكر	أستاذ محاضر (أ)	د. بوزار يوسف
مشرفاً ومقرراً	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أ.د. بن مصمودي علي
مناقشاً	جامعة معسكر	أستاذ التعليم العالي	أ.د. جعدوني الزهراء
مناقشاً	جامعة سيدي بلعباس	أستاذ التعليم العالي	أ.د. عمار عبد الحق
مناقشاً	جامعة معسكر	أستاذ محاضر (أ)	د. رميل بن علي
مناقشاً	جامعة معسكر	أستاذ محاضر (أ)	د. بن صالح هداية

السنة الجامعية: 2025 / 2024

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Ramstarab.com

ملخص الأطروحة:

تتناول هذه الدراسة موضوعًا ينتمي إلى حقل العلاجات النفسية الموجهة لمرضى السرطان، وتهدف إلى اقتراح برنامج علاجي نسقي مستند إلى نموذج مدرسة ميلانو لخفض الاستجابة الاكتئابية والصدمية لدى المريض عبر تعبئة موارد النسق الأسري وتفعيلها في عملية التكيف النفسي. وتعتمد الدراسة أساسًا مقارنة كيفية لتحليل ديناميات التغيير داخل الأسرة، مستندة إلى منهج التصميم التجريبي للحالة المفردة في العلاج النسقي العائلي وفق التصميم التجريبي البسيط (A-B)، مع دعم هذا الإطار النوعي بمجموعة من أدوات القياس الكمية لتقدير الأثر الإكلينيكي للتدخل. وقد شملت أدوات التقييم: المقابلة النفسية، الملاحظة السريرية، مقياس الصدمة النفسية (TRAUMAQ)، قائمة بيك الثانية للاكتئاب (BDI-II)، واختبار الإدراك الأسري (FAT).

وتضمنت عينة الدراسة حالي دراسة (02) تم العمل مع كل منهما ضمن سياقهما الأسري من خلال تطبيق برنامج علاجي امتدّ عبر 12 جلسة علاجية، ارتكز على تقنيات مدرسة ميلانو، بما في ذلك: الاستجواب الدائري، إعادة التأطير، ووصفات المهام. وتم تحليل البيانات على مستويين متكاملين: تحليل إكلينيكي كيفي لتفسير مسار التغيير وتطور أنماط التفاعل الأسري ومؤشرات التحسن النفسي، تحليل إحصائي كمي شمل حساب نسبة التغير، والتحليل البصري، وحجم الأثر (Cohen's d) بين خط الأساس ومرحلة التدخل، بما يسمح بتقدير دقيق لفعالية البرنامج العلاجي.

أظهرت نتائج الدراسة فعالية متوسطة ذات دلالة إكلينيكية للبرنامج في خفض الاستجابة الاكتئابية والصدمية لدى الحالتين، حيث لوحظ تحسن في مستوى التواصل والتفاعل داخل النسق الأسري، مصحوبًا بتراجع في مظاهر العزلة والانسحاب. وتوصي الدراسة بضرورة تعزيز إدماج العلاجات النفسية ضمن خدمات الرعاية النفسية في مراكز علاج السرطان، وتوجيه الجهود البحثية نحو تصاميم تسمح بالتعميم والمقارنة بين النماذج العلاجية النفسية المختلفة.

الكلمات المفتاحية:

العلاج النسقي الأسري، مدرسة ميلانو، الاستجابة الاكتئابية والصدمية، تصميم الحالة المفردة (A-B)، مرضى السرطان.

Abstract

This study addresses a topic situated within the field of systemic therapies for cancer patients and aims to propose a systemic therapeutic program, grounded in the Milan School model, designed to reduce depressive and traumatic responses by mobilizing and activating family system resources to support psychological adaptation. The study adopts a primarily qualitative approach to analyze family change dynamics and is based on the single-case experimental design commonly used in systemic family therapy, specifically employing the simple experimental pattern (A–B). This qualitative framework is complemented by quantitative assessment tools to estimate the clinical impact of the intervention, including the systemic interview, clinical observation, the Trauma Questionnaire (TRAUMAQ), the Beck Depression Inventory–II (BDI-II), and the Family Apperception Test (FAT).

*The study sample consisted of two case studies, each addressed within its natural family context through a therapeutic program delivered over 12 sessions and structured around core Milan School techniques such as circular questioning, reframing, and therapeutic task prescriptions. Data analysis was conducted on two integrated levels: (1) a clinical–qualitative interpretation capturing the trajectory of change, family interaction patterns, and indicators of psychological improvement; and (2) a quantitative analysis including percentage of change, visual analysis, and calculation of effect size (Cohen’s *d*) between baseline and intervention phases, allowing for precise estimation of the program’s therapeutic efficacy.*

Findings indicated a moderate, clinically meaningful effectiveness of the intervention in reducing depressive and traumatic responses in both cases. Improvements were observed in family communication and interaction patterns, accompanied by a reduction in withdrawal and isolation. The study recommends reinforcing the integration of systemic therapies within psycho-oncology services and promoting research designs that support generalization and comparison across different systemic treatment models.

Keywords:

Systemic family therapy, Milan School, depressive and traumatic response, single-case design (A–B), cancer patients.



الحمد لله أولاً وآخراً، ظاهراً وباطناً، الحمد له سبحانه الذي بنعمته تتم الصالحات، وبتوفيقه وسداده يكتمل العمل وتثمر الجهود، فما هذا الإنجاز إلا بفضل الله وعونه. أسأل الله أن يجعله عملاً نافعاً، وخالصاً لوجهه الكريم. هذا العمل ثمرة وفاء إلى روح والدي، الذي كان حضوره في القلب والنفس نبراساً من نور، وجعله صدقةً جارية في ميزان حسناته، وإلى والدي الكريمة بارك الله في عمرها وبعد :

أتقدم بخالص الشكر وعظيم التقدير إلى كل من كان له يدٌ في إنجاح هذا الجهد العلمي، وفي المقام الأول أستاذي الفاضل المشرف الأستاذ الدكتور بن مصمودي علي، الذي لم يخل علي بعلمه وتوجيهه، وكان نعم المعين في ترسيخ الفكرة، وصقل المنهج، حتى استوى هذا العمل على سوقه.

كما لا يفوتني أن أعبر عن امتناني لإدارة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة معسكر، ولكافة الأساتذة الأفاضل الذين رافقونا طوال فترة التكوين، والزملاء الأعزاء الذين كانوا جزءاً من بيئة علمية مثمرة، وداعمة.

كما أتقدم بكل الشكر والتقدير للأطعم الطبية والإدارية بمصلحة طب الأورام بالمؤسسة الاستشفائية لولاية غليزان، والمستشفى النهاري لطب الاورام بالمركز الاستشفائي الجامعي مستغانم، لما قدموه من تعاون وتسهيلات كان لها بالغ الأثر في إنجاز الشق التطبيقي من هذه الأطروحة، ولا يسعني إلا أن أخص بالشكر الأخصائيين النفسانيين العاملين في هذه المؤسسات، لما أبدوه من احترافية ودعم مستمر.

كما أرفع أسمى آيات التقدير والعرفان إلى مرضى السرطان وعائلاتهم الذين شاركوا في الدراسة، فقد جسدوا بأرواحهم الصابرة وعزيمتهم النبيلة أرقى معاني التحدي والإنسانية، وكانوا بحق مصدر إلهام لهذا البحث.

ولا أنسى أن أتقدم بالشكر الجزيل إلى أعضاء لجنة المناقشة الموقرة، على ما تفضلوا به من ملاحظات بناءة أسهمت في تعزيز جودة هذا العمل.

وإنّه لمن الوفاء أن أخصّ أسرتي بأسمى عبارات الشكر والتقدير، وأخص بالذكر زوجتي بحجم ما بذلت من دعم، وصبر وتشجيع، وكانت سنداً في كل خطوة.



فهرس المحتويات

ج	ملخص الأطروحة: -----
د	Abstract -----
و	فهرس المحتويات -----
س	فهرس الجداول: -----
ط	المقدمة -----
ي	مقدمة: -----
	الفصل الأول: الاطار العام للدراسة -----
15	1. إشكالية الدراسة: -----
20	2. فرضيات الدراسة: -----
21	3. أهداف الدراسة: -----
21	4. أهمية الدراسة: -----
21	5. الصياغة الإجرائية لمصطلحات الدراسة: -----
21	1.5. البرنامج العلاجي النسقي: -----
22	2.5. مرضى السرطان: -----
22	3.5. الاستجابة الاكتئابية والصدمية: -----
22	6. الدراسات السابقة: -----
26	1.6. إسهامات الدراسات السابقة: -----
27	2.6. نقاط القوة في الدراسات السابقة: -----
28	3.6. الفجوات البحثية: -----
28	4.6. التطبيق العملي للدراسات السابقة: -----
30	الفصل الثاني: الأبعاد السيكولوجية لمرض السرطان -----
31	تمهيد: -----
32	1. حقيقة مرض السرطان: -----
33	2. معدلات الظهور والانتشار: -----

34	3. مميزات وخصائص مرض السرطان: -----
36	4. محطات رئيسية في حياة مريض السرطان: -----
37	1.4. الإعلان عن التشخيص: -----
37	2.4. مرحلة الدخول في العلاج: -----
38	3.4. مرحلة تقبل العلاجات المختلفة: -----
38	4.4. الفترة ما بين جلستين علاجيتين: -----
38	5.4. نهاية العلاج: -----
39	5. التأثير النفسي لمرض السرطان: -----
40	1.5. السرطان كمنشأ للخوف والحزن والقلق: -----
40	2.5. السرطان كمصدر للألم النفسي: -----
41	3.5. علاقة مريض السرطان بالمستشفى: -----
42	6. السرطان وآلام المجتمع: -----
42	1.6. تأثير مرض السرطان على ديناميكية الأسرة: -----
43	7. أساليب وطرق معالجة السرطان: -----
43	1.7. العلاج والتكفل الطبي بمرض السرطان: -----
44	1.1.7. التدخلات الجراحية: -----
45	2.1.7. العلاج بالأشعة: -----
45	3.1.7. المعالجة الكيميائية لمرض السرطان: -----
46	4.1.7. علاجات أخرى للسرطان -----
47	2.7. العلاج النفسي لمرض السرطان: -----
47	1.2.7. علم النفس الإيجابي في خدمة مرضى السرطان: -----
48	2.2.7. العلاج النفسي - الاجتماعي: -----
49	3.2.7. الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان: -----
50	3.7. إمكانيات الوقاية من مرض السرطان: -----
51	1.3.7. التواصل مع فريق الرعاية الصحية: -----

54	الفصل الثالث: فحص ومعالجة الاستجابة الاكتئابية الصدمية
55	تمهيد:
56	1. شرح المفاهيم المرتبطة بالاستجابة الاكتئابية الصدمية:
56	1.1. مفهوم الصدمة النفسية:
56	2.1. الآثار النفسية للخبرات الصادمة:
57	3.1. الاستجابة الاكتئابية:
58	4.1. تزامن الأعراض بين الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة:
59	2. معاني الاستجابة الاكتئابية الصدمية:
59	1.2. المعنى الإكلينيكي لفهم الاستجابة الاكتئابية والصدمية
61	2.2. المعنى النسقي لفهم الاستجابة الاكتئابية الصدمية:
62	3. إعادة تعريف العلاقة بين الصدمات النفسية والاكتئاب
62	1.3. تأثير مراحل الصدمة النفسية:
64	4. الاستجابة الاكتئابية الصدمية في سياق مرض السرطان:
67	5. معايير تشخيص الاستجابة الاكتئابية الصدمية:
68	1.5. الفحص السيكمومتري للأعراض الاكتئابية:
69	2.5. فحص اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD):
71	6. التدخلات العلاجية للاستجابة الاكتئابية والصدمية:
71	1.6. معالجة الأعراض الاكتئابية:
72	1.1.6. مضادات الاكتئاب ودورها في التخفيف من الأعراض:
72	2.1.6. العلاجات النفسية التحليلية (التحليل النفسي):
73	3.1.6. العلاج السلوكي المعرفي:
73	4.1.6. علاجات أخرى:
74	5.1.6. العلاج النفسي النسقي للأعراض الاكتئابية:
75	2.6. العلاج النفسي للصدمة النفسية:
75	1.2.6. التدخل الاستعجالي في الصدمات النفسية

76	2.2.6. المقاربة النسقية في علاج الصدمة النفسية: -----
77	خلاصة الفصل: -----
78	الفصل الرابع: لمبادئ النظرية للمقاربة النسقية ونموذج مدرسة ميلان ((Milan Systemic School))
80	1. الخلفية التاريخية للمقاربة النسقية: -----
80	2. مفهوم المقاربة النسقية: -----
81	3. الاتجاهات النظرية في المقاربة النسقية: -----
81	1.3. السيرانية: -----
81	2.3. نظرية الانساق العامة: -----
82	3.3. نظرية الاتصال: -----
83	4.3. إسهامات مدرسة بالو ألتو: -----
83	4. مفاهيم أساسية في المقاربة النسقية: -----
83	1.4. النسق system والأنساق الفرعية: -----
84	2.4. السببية الدائرية: -----
84	3.4. التوازن والتكيف: -----
85	5. مفهوم العلاج النفسي النسقي: -----
85	1.5. المرض والعرض في العلاج النسقي: -----
86	2.5. فعالية العلاج النفسي النسقي: -----
87	3.5. التغيير في العلاج النسقي: -----
87	6. العلاج النسقي وعلاج الأسرة: -----
88	1.6. حتمية إعادة تنظيم الأسرة بعد المرض: -----
89	7. نموذج ميلانو في العلاج النسقي . العائلي: -----
90	1.7. المفاهيم النظرية-----
91	1.1.7. نظرية المشكلة: -----
91	2.1.7. نظرية التغيير: -----
91	2.7. دور المعالج في النموذج الميلاني: -----



3.7.	مراحل التدخل العلاجي في نموذج ميلانو: -----	92
1.3.7.	الانضمام وبناء الثقة: -----	92
2.3.7.	فهم المشكلة المقدمة: -----	93
3.3.7.	تقييم ديناميات الأسرة: -----	93
4.3.7.	تكثيف التغيير: -----	93
5.3.7.	الإنهاء: -----	93
4.7.	خصائص العلاج في نموذج ميلانو: -----	93
1.4.7.	طبيعة الأسئلة: -----	93
2.4.7.	الفرضيات: -----	94
3.4.7.	الحياد: -----	94
5.7.	التقنيات العلاجية لنموذج ميلانو: -----	94
1.5.7.	الاستجواب الدائري: -----	95
1.1.5.7.	مبادئ الاستجواب الدائري: -----	96
2.1.5.7.	نموذج تقنية الاستجواب الدائري: -----	96
2.5.7.	إعادة التأطير Reframing: -----	97
1.2.5.7.	إعادة التأطير البسيطة: -----	98
2.2.5.7.	إعادة التأطير المعقدة: -----	98
3.5.7.	وصفة المهام Prescribing Tasks: -----	98
4.5.7.	الدلالة الإيجابية: -----	99
5.5.7.	الطقوس الأسرية: -----	100
6.5.7.	تقنيات وأنشطة علاجية مكملة: -----	100
1.6.5.7.	حول أشكال التواصل المختلفة: -----	100
الفصل الخامس:	لإجراءات المنهجية للدراسة -----	103
1.	حدود الدراسة: -----	105
1.1.	الحدود المكانية: -----	105

105	1.1.1. الحدود الزمانية:-----
105	2.1. الحدود الموضوعية:-----
106	2. منهج الدراسة:-----
107	1.2. فعالية استخدام منهج تصميم الحالة المفردة:-----
110	2.2. التصميم التجريبي للدراسة:-----
110	3.2. وحدة التحليل في تصميم الحالة المفردة مع الأزواج والعائلات:-----
111	3. إجراءات اختيار عينة الدراسة:-----
113	4. أدوات الدراسة:-----
113	1.4. المقابلة النسقية:-----
114	2.4. شبكة ملاحظة:-----
114	1.1.2.4. تصميم شبكة الملاحظة:-----
115	2.2.4. صدق شبكة الملاحظة من خلال التحكيم:-----
115	3.2.4. صدق شبكة الملاحظة من خلال المقارنة بأدوات قياس معيارية:-----
116	3.4. استبيان Traumaq لتقييم الصدمة النفسية:-----
116	1.3.4. تفاصيل استبيان TRAUMAQ:-----
117	2.3.4. تعليمات تطبيق الاستبيان:-----
117	3.3.4. طريقة التقيط ومفتاح التصحيح:-----
118	4.3.4. ثبات وصدق استبيان Traumaq:-----
119	4.4. قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب (BDI-II):-----
119	1.4.4. تعليمات الإجراء وطريقة التصحيح:-----
120	2.4.4. الخصائص السيكومترية لقائمة بيك الثانية للاكتئاب:-----
121	5.4. اختبار الإدراك الأسري:-----
121	1.5.4. تكيف اختبار الإدراك الأسري على عينة جزائرية:-----
122	2.5.4. ثبات الاختبار مطبقا على عينة جزائرية:-----
122	3.5.4. صدق الاختبار في البيئة الجزائرية:-----

6.4.	البرنامج العلاجي النسقي المقترح:	123
1.6.4.	ضوابط إعداد البرنامج العلاجي:	123
2.6.4.	الهدف الرئيسي للبرنامج العلاجي:	124
3.6.4.	الأهداف المرحلية للبرنامج العلاجي:	124
4.6.4.	المرجع النظري للبرنامج:	124
5.6.4.	مخطط البرنامج العلاجي النسقي:	125
6.6.4.	تقييم البرنامج العلاجي:	126
7.6.4.	تحكيم البرنامج العلاجي:	126
8.6.4.	البرنامج العلاجي في صورته النهائية:	128
7.4.	أساليب تحليل البيانات:	131
1.7.4.	حساب نسبة التغيير:	132
2.7.4.	التحليل البصري للبيانات:	132
3.7.4.	قياس حجم الأثر Cohen's d Effect Size:	134
	الفصل السادس	137
	عرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة	137
	تمهيد:	138
1.	عرض نتائج الدراسة:	138
1.1.	عرض الحالة الأولى (أسرة ب.م):	138
1.1.1.	تقديم الأسرة والاحداث الحياتية:	138
2.1.1.	التحول بين مرحلة ما قبل السرطان وبعده:	139
3.1.1.	التاريخ الصحي والنفسي للحالة (ب.م):	139
4.1.1.	الفحص النفسي - النسقي:	140
1.4.1.1.	نتائج المقابلة النسقية:	140
2.4.1.1.	نتائج شبكة الملاحظة:	141
3.4.1.1.	نتائج استبيان تقييم الصدمة النفسية (TRAUMAQ):	142



143	4.4.1.1. نتائج قائمة بيك الثانية للاكتئاب: -----
143	5.4.1.1. نتائج اختبار الإدراك الأسري (FAT): -----
144	5.1.1. التشخيص الإكلينيكي النسقي: -----
146	1.5.1.1. وظيفة الأعراض داخل النسق: -----
146	2.5.1.1. الفرضية النسقية: -----
146	6.1.1. تطبيق البرنامج العلاجي النسقي مع الحالة الأولى (ب. م): -----
155	7.1.1. تحليل نتائج الحالة الأولى: -----
155	1.7.1.1. تحليل شبكة الملاحظة الإكلينيكية: -----
156	2.7.1.1. حساب التغيير حسب نتائج الاختبارات النفسية (الحالة الأولى): -----
157	3.7.1.1. التحليل البصري لنتائج الاختبارات النفسية (الحالة الأولى): -----
159	4.7.1.1. قياس حجم الأثر (Effect Size): Cohen's d: -----
160	8.1.1. ملخص نتائج التدخل العلاجي مع الحالة الأولى: -----
160	2.1. عرض الحالة الثانية: (أسرة: ز. ع) -----
160	1.2.1. تقديم الأسرة والاحداث الحياتية: -----
161	2.2.1. التحوّل بين مرحلة ما قبل السرطان وبعده: -----
162	3.2.1. التاريخ الصحي والنفسي للحالة (ز. ع): -----
163	4.2.1. الفحص النفسي - النسقي: -----
163	1.4.2.1. نتائج المقابلات النسقية الحالة الثانية: -----
164	2.4.2.1. نتائج شبكة الملاحظة الحالة الثانية: -----
164	3.4.2.1. نتائج استبيان (TRAUMAQ) الحالة الثانية: -----
166	4.4.2.1. نتائج قائمة بيك الثانية للاكتئاب الحالة الثانية: -----
166	5.4.2.1. اختبار الإدراك الأسري (FAT) الحالة الثانية: -----
167	5.2.1. التشخيص الإكلينيكي النسقي: -----
169	1.5.2.1. وظيفة الأعراض داخل النسق: -----
169	2.5.2.1. الفرضية النسقية: -----

6.2.1. تطبيق البرنامج العلاجي النسقي مع الحالة الثانية (ز. ع):	169
7.2.1. تحليل نتائج الحالة الثانية:	178
1.7.2.1. تحليل نتائج شبكة الملاحظة الإكلينيكية:	178
2.7.2.1. حساب نسبة التغيير حسب نتائج الاختبارات النفسية (الحالة الثانية):	179
3.7.2.1. التحليل البصري لنتائج الاختبارات النفسية (الحالة الثانية):	180
8.2.1. حجم الأثر (Effect Size): Cohen's d:	182
9.2.1. ملخص نتائج التدخل العلاجي مع الحالة الثانية:	183
3.1. عرض تحليل نتائج حالتي الدراسة:	183
2. مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:	185
1.2. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الجزئية:	185
2.2. مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الرئيسية:	188
3.2. مناقشة عامة لنتائج الدراسة:	192
الخاتمة:	202
قائمة المراجع:	206
ملاحق الدراسة:	217
1. الملحق رقم 01: استبيان تقييم الصدمة النفسية	218
2. الملحق رقم 02: قائمة بيك الثانية للاكتئاب	225
3. الملحق رقم 03 : اختبار الإدراك الأسري	227
4. الملحق رقم 05: شبكة الملاحظة:	238
5. الملحق رقم 06: الأنشطة العلاجية:	240
6. الملحق رقم 06: نموذج جلسة علاجية:	242
7. الملحق رقم 07 : تراخيص إجراء الدراسة الميدانية	244

فهرس الجداول:

36	جدول 1: الفرق بين الأورام الحميدة والخبيثة-----
68	جدول 2: معايير الاكتئاب الشديد وفقًا لـ DSM-IV والأعراض البديلة Endicott 1984 -----
86	جدول 3: الاضطرابات النفسية المحددة التي يمكنها الاستعادة من العلاج النفسي-----
112	جدول 4: عينة الدراسة الاستطلاعية-----
112	جدول 5: حالات الدراسة الأساسية-----
117	جدول 6: طرق الاستجابة في مقياس تقييم الصدمة النفسية-----
118	جدول 7: كيفية تنقيط سلم لـ لاستبيان تروماك-----
118	جدول 8: التقييم العيادي استبيان TRAUMA-----
120	جدول 9: الدرجات الحدية لقياس بيك للاكتئاب-----
124	جدول 10: المرجع النظري في تصميم البرنامج العلاجي-----
126	جدول 11: التقييم العام للبرنامج العلاجي النفسي-----
127	جدول 12: تحكيم جلسات البرنامج العلاجي-----
128	جدول 13: تعديلات البرنامج العلاجي النفسي-----
148	جدول 14: مرحلة خط الأساس (Baseline - A) للحالة الأولى-----
155	جدول 15: مرحلة التدخل Intervention Phase-B (الحالة الأولى)-----
156	جدول 16: نسبة التغيير حسب استبيان تقييم الصدمة النفسية (TRAUMA)-----
156	جدول 17: نسبة التغيير حسب اختبار بيك للاكتئاب (BDI-II)-----
156	جدول 18: نسبة التغيير حسب اختبار الإدراك الأسري (FAT)-----
159	جدول 19: حجم الأثر Cohen's d (Effect Size)-----
171	جدول 20: مرحلة خط الأساس (Baseline - A) للحالة الأولى-----

178	جدول 21: مرحلة التدخل Intervention Phase-B
179	جدول 22: نسبة التغيير حسب استبيان تقييم الصدمة النفسية (TRAUMAQ)
179	جدول 23: نسبة التغيير حسب اختبار بيك للاكتئاب (BDI-II)
179	جدول 24: نسبة التغيير حسب اختبار الإدراك الأسري (FAT)
182	جدول 25: حجم الأثر للحالة الثانية
183	جدول 26: نتائج حالي الدراسة

المقدمة

مقدمة:

عرفت العقود الأخيرة تقدم وتطور سبل الوقاية والكشف المبكر والعلاجات المتعددة للسرطان، ورغم كل هذه الجهود يبقى السرطان مرضًا يُخشى منه بسبب التمثلات التي يثيرها: الموت، الألم، العلاجات الطويلة والمُنهكة؛ فالسرطان هو "نتاج اللاقدرة على السيطرة"، يأتي ليجمّد الزمن أو يسرّعه في مواجهة حتمية الموت يُنظر إليها على أنها وشيكة (Negri, A. et Baas, C., 2014) وليس هناك خلاف أن السرطان كمرض أصبح يشكل عبئًا كبيرًا وتحديًا واضحًا بالنسبة للسياسيات الصحية الدولية، واتخذ بذلك لقب مرض العصر، يتضح هذا في الاهتمام العالمي وهو ما لخصه القرار WHA58.22 الصادر عن منظمة الصحة العالمية الداعي إلى تطوير استراتيجيات وطنية للوقاية ومكافحة مرض السرطان، حيث لم يعد ينظر إليه كمجرد مرض جسدي يحتاج لرعاية طبية بل أصبح كأزمة إنسانية تهدد كيان الإنسان بأبعاده النفسية والاجتماعية ويؤثر تأثيرًا شديدًا على المريض ومحيطه الأسري والاجتماعي، وثمة أيضاً حاجة ملحة لتغيير ذلك الموقف الشائع حيال السرطان باعتباره وصما اجتماعيا، وتغيير فكرة الخوف من التشخيص، حيث لا تزال إلى اليوم تسود معتقدات زائفة ومواقف سلبية حيال السرطان؛ إذ لاتزال نسبة كبيرة من الناس تحمل أفكارا آلية خاطئة أن السرطان مرض لا شفاء منه، وإنه لا سبيل إلى الوقاية منه ومعالجته وتحويل هذه الأفكار دون تحقيق معلومات صحيحة حول المرض باعتباره أحد أهم الأولويات الصحية، علماً بأن حشد الموارد يتطلب بذل جهود لتغيير المعتقدات والمواقف السائدة، كما يتطلب إشراك مختلف الشركاء، ولا بد من الأخذ بنهج يقوم على تعدد الاختصاصات (WHO, 2009)، ويمثل إعلان السرطان صدمة نفسية تفكك التماسك الجسدي من الجانب الفيزيولوجي، وتهز الكيان النفسي، ويحمل معه مواجهة حتمية الموت، وتؤثر سلباً على جودة الحياة، ويحمل معه استجابات نفسية مثل مشاعر الخوف والحزن وفقدان الأمل، العجز والانسحاب الاجتماعي، تخلص كل هذه التبعات في أعراض صدمية إكتئابية مشتركة تزداد حدتها إذا أهملت الجوانب النفسية في التكفل بالمريض وخاصة في اللحظات الأولى لإعلان المرض، حيث إن أبعاد هذه التجربة قاسية جدا تتراكم فيها الآلام الجسدية للسرطان، والآلام النفسية للصدمة والعجز الناتج عن الأعراض الاكتئابية تفرض على المريض التكيف مع واقع يتغير باستمرار وجسد عاجز عن المقاومة ومعاش نفسي تسيطر عليه مشاعر القلق وفقدان المتعة.

من هنا برزت توجهات علاجية نفسية اهتمت بمرافقة مريض السرطان من خلال معالجة الأعراض النفسية وتخفيف الألم النفسي، عبر تدخلات تستهدف تعزيز التكيف مع التغييرات في معاشه النفسي والدعم والعاطفي والتعامل مع الصدمة النفسية وقد أثبتت هذه التوجهات فعاليتها في تحقيق أهدافها، ومع هذا شهدت هذه التجارب قصورا في عدم اهتمامها بالبيئة التي يعيش فيها المريض رغم وجود أدلة مقنعة على العلاقة بين



خصائص البيئة التي يعيش فيها الإنسان، وبين بداية واستمرار الاضطرابات النفسية، وفي هذا الشأن اتجهت مقاربات علاجية إلى تجاوز النظرة الفردانية التقليدية إلى نهج نسقي يرى أن العرض يعكس أنماط التفاعل والعلاقات داخل الأسرة، وخاصة مع تطور علم الأورام النفسي والذي نشأت في ظله مجموعة من الخدمات تستهدف المرضى وذويهم، والمختصين في الرعاية الصحية، والتدخلات العلاجية التي تعزز التكيف النفسي، حيث شهد الاهتمام بالأبعاد الأسرية للسرطان نموًا ملحوظًا، لا سيما ضرورة دمج الأقارب في رعاية المرضى في المراحل المتقدمة، إلى جانب الزيادة الكبيرة في معدلات الإصابة بالسرطان (Nicole Delvaux, 2006)، ومن أبرز النماذج العلاجية النسقية نهج مدرسة ميلانو (Milan Systemic Model)، والذي طُوّر في سبعينيات القرن العشرين على يد مجموعة من المعالجين بقيادة مارا سلفيني-بالازولي؛ يقوم هذا النموذج على مجموعة من المفاهيم الرئيسية مثل "الحياة" و"الاستجواب الدائري" و"صياغة الفرضيات"، ويركز على فهم الأعراض بوصفها رسائل ضمن سياق تواصلية أوسع داخل الأسرة؛ ومن هنا برزت ضرورة اقتراح برنامج علاجي قائم على هذا النموذج، يدمج المريض مع أسرته في معالجة الاستجابة الاكتئابية الصدمية عند مريض السرطان، واعتمدت الدراسة في معالجة فروضها على منهج التصميم التجريبي للحالة المفردة في العلاج النسقي العائلي (Experimental Single-Case Design in Systemic Family Therapy)؛ حيث يعتبر هذا التصميم سهل الاستخدام عند اختبار فعالية تدخل محدد، حيث تتمثل الميزة الفريدة للتصميم في أنه يمكن إجراء دراسة صارمة بدرجة عالية من الصحة الداخلية، مع واحد أو عدد صغير من المشاركين؛ مع تجنب القيود والمشكلات الأخلاقية.

وقد تم تخصيص مجموعة من الأدوات البحثية من أجل جمع البيانات أهمها المقابلات النسقية، تصميم شبكة ملاحظة، وتطبيق استبيان TRAUMAQ لتقييم الصدمة النفسية، وقائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب (BDI-II)، واختبار الإدراك الأسري لقياس فعالية البرنامج العلاجي، الذي يقدم نهجًا جديدًا لخفض الاستجابة الاكتئابية والصدمية المصاحبة لمرض السرطان من خلال استخدام تقنيات علاجية نسقية استند الباحث في إعداداته إلى الخلفية النظرية للمقاربة النسقية - الأسرية في العلاج النفسي، والأبحاث السابقة، الخبرة الميدانية للباحث والممارسين في مجال العلاج النسقي والأسري ومن سبق لهم التعامل مع مرضى السرطان، ومن خلال تحليل تجارب مرضى السرطان بالمؤسسات الاستشفائية الجزائرية، وتتبع دوافع اختيار هذا الموضوع من معاناة مرضى السرطان وقسوة التجربة الصدمية على محيطهم العائلي وخصوصية تأثير المرض على النظام العائلي الجزائري ذو الطابع الجماعي، يضاف إليها محاولة نفسية لإشراك العائلة في فهم أزمة المريض من خلال مشاركته تجربته وخاصة مع محدودية العلاجات الفردية في التعامل مع الصدمات العائلية الناتجة

عن السرطان، وأخير حاجة الحقل المهني الجزائري إلى تطوير برامج علاجية نفسية مختلفة، تتلاءم مع الواقع المحلي، ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة تم معالجة الإشكالية البحثية من خلال تقسيم الدراسة إلى: ستة فصول؛ ضمن جانبين نظري وتطبيقي على النحو الآتي:

الجانب النظري للدراسة: شمل أربعة فصول تناولت الإطار العام للدراسة ومتغيراتها بالشرح والتفصيل.

الفصل الأول: مدخل تمهيدي تضمن الإطار العام للدراسة كالإشكالية، وتساؤلات البحث وفرضياته، إلى جانب تحديد أهداف الدراسة وأهميتها، مع تقديم أبرز الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة.

الفصل الثاني: "الأبعاد السيكولوجية لمرض السرطان"، تناول مفاهيم حول حقيقة مرض السرطان العضوية وكيفية نشوؤه، وأهم انعكاساته النفسية والاضطرابات النفسية المصاحبة له، كما عرضنا أثاره على الأسرة وفي الأخير تطرقنا لأهم التدخلات النفسية التي ترافق مريض السرطان خلال رحلته.

الفصل الثالث: "فحص ومعالجة الاستجابة الاكتئابية والصدمية"، خصص لشرح وتبسيط مفهوم الاستجابة الاكتئابية والصدمية، والمفاهيم العيادية المرتبطة بها من حيث المعنى الإكلينيكي، والأعراض المشتركة، كما عرضنا خصائص الصدمة النفسية، ومميزات الاضطرابات الاكتئابية، كما قدمنا في الفصل نماذج التدخلات العلاجية النفسية.

الفصل الرابع: "مبادئ المقاربة النسقية والنموذج العلاجي لمدرسة ميلانو" استعرضنا فيه الأساس النظري للمقاربة النسقية، مع التطرق إلى مبادئ مدرسة ميلانو وضوابط تصميم برنامج علاجي نسقي ملائم للسياق الأسري لمرضى السرطان.

الجانب التطبيقي للدراسة: شمل فصلين تم تخصيصهما للإجراءات المنهجية، وعرض ومناقشة نتائج الدراسة.

الفصل الخامس: "الإجراءات المنهجية للدراسة"، تناولنا فيه كل ما يخص الإجراءات، المنهج المعتمد، أدوات جمع البيانات، عينة الدراسة، تصميم البرنامج العلاجي وأهم ضوابطه.

الفصل السادس: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها، وتضمن مبحثين رئيسيين الأول خصص لعرض مفصل لسيروية التطبيق التجريبي مع عينة الدراسة، وعرض النتائج المتوصل إليها من خلال تطبيق أدوات البحث، والبرنامج العلاجي، أما الثاني فقد خصصناه لمناقشة النتائج المتوصل إليها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، مع إبراز حدود الدراسة وآفاق البحث المستقبلية.



في خاتمة الدراسة تم تقديم استنتاج عام لما توصلت إليه الدراسة، وعرض ملخص لأهم النتائج المتوصل إليها، متبوعًا بجملة من التوصيات التي تقترح سبل تطوير الممارسة العلاجية النفسية، وقد استندت الدراسة في تقديمها الأكاديمي إلى مجموعة غنيّة من المصادر والمراجع، شملت كتبًا متخصصة، ومقالات علمية محكمة، وأطاريح دكتوراه عربية وأجنبية، وقد تم اعتماد التوثيق في الدراسة على نظام الجمعية الأمريكية لعلم النفس الإصدار السادس (APA -6)، وهذا وفق التوثيق الآلي لبرنامج Word.

واجهت هذه الدراسة في سبيل إعدادها النظري والميداني جملة من الصعوبات بدرجات متفاوتة، من بينها الوصول إلى عينة ملائمة تتوافق مع الشروط المحددة، نظرًا لحساسية الظروف الصحية للمشاركين، كما أن التنسيق مع الأطقم الطبية تطلب وقتًا وجهدًا إضافيين لضمان احترام خصوصية المرضى وسير العلاجات، هذا بالإضافة إلى محدودية الدراسات السابقة التي تتناول العلاج النفسي في السياق الجزائري.

و في الأخير، لا يسعني في هذا المقام إلا أن أتقدم بجزيل الشكر والعرفان لكل من ساهم في إنجاز هذا العمل، وعلى رأسهم الأستاذ المشرف، لما قدّمه من توجيه ودعم علمي طيلة مسار الدراسة، كما أخص بالشكر الأطقم الطبية والإدارية بالمؤسسة الاستشفائية غليزان والمركز الجامعي مستغانم و خاصة الأخصائيات النفسانيات بالمصالح اللواتي فتحن أبواب مكاتبهن وسهّلن عملية البحث، والشكر موصول كذلك للمرضى وأسراهم الذين أبدوا تجاوبًا وتعاونًا مثاليًا رغم ظروفهم الصعبة، فكان لهم الفضل في إعطاء هذا العمل قيمته الواقعية والإنسانية. والشكر موصول أيضا لأعضاء لجنة المناقشة الذين تجشموا هناء قراءة البحث.

الطالب: حبيب مسيليتي

يوم: 01 جوان 2025

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة

1. إشكالية الدراسة:

تعد الأمراض المستعصية أبرز التحديات التي تواجه الصحة العامة في الوقت الحاضر، ويمثل مرض السرطان أكثرها شيوعاً وخطورة؛ حيث يشكل تهديداً متعدد الأبعاد للفرد والأسرة والمجتمع على حدّ سواء، ولقد تم تشخيص المرض لدى ما يقرب من 12,8 مليون نسمة، والمرضى ذاته وعلاجه والتكفل به وتقديم الخدمات يشكل عبئاً صحياً شديداً، ويعد من الأسباب الكبرى للألم (منظمة الصحة العالمية ، 2009)، وأحد الأمراض الأكثر خبثاً، يحمل معه معاناة لا تنتهي، يتسلل إلى أعماق النفس، ويزرع الخوف والقلق في كل تفاصيل الحياة، ويترك أثراً نفسياً واجتماعياً لا يقل قسوة عن الألم الجسدي حيث أشارت أحدث تقارير منظمة الصحة العالمية والوكالة الدولية لأبحاث السرطان إلى أنّ العبء العالمي للسرطان ما يزال في ارتفاع مطّرد، إذ سجّل ما يقارب 20 مليون حالة جديدة و 9.7 مليون وفاة في عام 2022 (World Health Organization, 2024)، وتُظهر تقديرات IARC أنّ هذا العدد مرشّح للارتفاع ليصل إلى أكثر من 35 مليون حالة سنوياً بحلول عام 2050 بسبب التغيرات الديموغرافية وتزايد التعرض لعوامل الخطر السلوكية والبيئية (International Agency for Research on Cancer, 2024). كما تُعدّ سرطانات الرئة والثدي والقولون والمستقيم من بين أكثر الأنواع شيوعاً عالمياً، مع استمرار سرطان الرئة في تصدّر أسباب الوفاة السرطانية (World Health Organization, 2024)، ولقد اتخذت جمعية الصحة العالمية في أيار/مايو 2005 قراراً بشأن الوقاية من السرطان ومكافحته طلبت فيه إلى الدول الأعضاء تكثيف إجراءات مكافحته ، وذلك بإنشاء برامج شاملة، أو/ وتعزیز هذه البرامج إن كانت موجودة، وتشمل الوقاية الأولية التذكير بتشخيصه وإدماج تدابير مكافحته في الرعاية الصحية الأولية؛ وتعزيز الرعاية الملطّفة للسرطان (منظمة الصحة العالمية ، 2009).

على المستوى النفسي، يشكّل السرطان حدثاً تهديدياً يوقظ مشاعر فقدان السيطرة ويحدّ من القدرة على الاستمتاع بالحياة. وتبيّن الأدبيات أن لحظة إعلان التشخيص تُعدّ صدمة بالمعنى العيادي، قد يظهر أثرها مباشرة أو بعد فترة زمنية تمتد من أشهر إلى سنوات. وتأتي لحظة الإعلان عادةً في إطار يوضّح الخطوات العلاجية المرتقبة، لكنها في الوقت نفسه لحظة مفصلية تُسمّى المرض بوضوح، وتضع حدّاً لقلق الانتظار، فيما تفتح الباب على مخاوف قد تقلب حياة المريض رأساً على عقب. وفي هذا السياق، يصبح من الضروري التمييز بين محطات الإعلان المختلفة—الإعلان الأولي، إعلان التشخيص، إعلان الانتكاس، وإعلان إيقاف العلاج—وكلّها لحظات عيادية دقيقة تتطلّب تواصلًا حذرًا وتفاعلاً متوازنًا بين المريض وأسرته والفريق الطبي (Negri, A. et Baas, C., 2014).

إن الدراسات التي أُجريت في سبعينيات القرن الماضي حول الأثر العائلي لمرض السرطان كانت تركز تقريباً بشكل حصري على المرحلة النهائية، لكن خلال العشرين سنة الماضية بدأت أعمال جادة بتقييم التأثيرات العائلية للسرطان عبر مختلف مراحل تطوره، حيث تتعرض الأسر لضغط عاطفي شديد، ويُعد القلق هو الشعور الطاغي في التجربة العائلية مع السرطان (DeIvaux, 2006)، وتعد اللحظات الأولى لاكتشاف ورم سرطاني مواجهة عاطفية قوية (إجفاليه) تتدرج الاستجابة فيها من القوة إلى الضعف؛ وهنا تتشكل العوامل المفجرة لمختلف الاضطرابات النفسية وتطلق إنذاراً من الضغط النفسي والخوف الشديد، وتصبح في هذه الحالة أمام حدث انفعالي مفاجئ يحمل مواجهة حقيقة مع حتمية الموت، وغالباً ما كان يعتقد كل واحد منا أن المرض يصيب "الآخرين فقط"، لكن عندما يصبح جزءاً لا يتجزأ من حياتنا، تختلف الاستجابات وتطلق ردود فعل إنذارية جسدية أو نفسية أو الاثنين في آنٍ واحد، فيبدأ السعي لإيجاد حلول بهدف إنهاء التهديد، وتدور أسئلة عديدة: "ماذا فعلت؟" "ماذا يمكنني أن أفعل؟" "ولكن أيضاً": كيف يمكنني أن أغير حياتي كي لا يتكرر ذلك؟" إن هذه التساؤلات قد تكون مفيدة في تنظيم الفوضى وإيجاد الحلول، إلا أنها في الوقت ذاته قد تؤدي إلى الشعور بالذنب وتوقعات مفرطة اتجاه الذات واتجاه الآخرين (Valentina, Sabine , Verena, & Ligue s.c.c, 2017) ، و قد بينت الدراسات أن لحظة إعلان "السرطان" من الصدمات النفسية التي تحمل أشكال نفسية عميقة تُحدث سلسلة من الاستجابات النفسية الجسدية، يواجه المريض فيها اضطرابات التحويل، وتَجَسُّد الألم النفسي، والقلق المرضي، واستجابات على المستوى الانفعالي مثل صدمة التشخيص (Diagnostic Shock)، وآليات الإنكار كوسيلة دفاعية. إضافة إلى الخوف من الوصمة الاجتماعية (Social Stigma Phobia)، وتتطور هذه الاستجابات لتظهر في صور سريرية مثل اضطراب التكيف، واكتئاب ما بعد الصدمة السرطانية (Post-Cancer Trauma Depression)، ومتلازمة الحزن الاستباقي (Anticipatory Grief Syndrome)، وتُفهم هذه الأعراض على أنها استجابات نفسية تكيفية (Adaptive Psychological Responses) لمواجهة تهديد وجودي، وتعيد تفعيل مخاوف فقدان، وانهايار الأمان، ما يجعلها تختلف جذرياً عن الاكتئاب الجسيم من حيث المنشأ والوظيفة والدينامية الداخلية (ANAUT.M, 2003,p.79).

وقد سمحت إعادة النظر في مفهوم "الاكتئاب ما بعد الصدمة" في الكشف التشخيصي المبكر عن هذا الارتباط بين الأعراض الاكتئابية وما بعد الصدمة، ومع ظهور مفهوم "الاعتلال المشترك" بات السؤال المطروح "هل اكتئاب ما بعد الصدمة موجود فعلاً؟"؛ هل هي كيانات مختلفة ومستقلة عن هذين الاضطرابين المعروفين جيداً؟ الاكتئاب من جهة والانعكاسات النفسية للصدمات من جهة أخرى (Auxéméry, 2022)، حيث إن مظاهر مثل المزاج المكتئب، والحزن، والانسحاب تمثل استجابة إنسانية، ولكنها ليست جزءاً من الحالة

الطبيعية، إنها أعراض مرضية يمكن معالجتها في كثير من الحالات (كونيغيه، 2010، صفحة 11)، ومع هذا فهي مشاعر مشروعة؛ فحين لا يستطيع المريض إنكار مرضه، عندما يُرغم على الخضوع لجراحة صعبة، أو استشفاء طويلاً جداً، وعند ظهور المزيد من الأعراض، وحين يصبح أضعف وأنحف، فحتماً لا يمكنه التغاضي عن ذلك بعد الآن، وسيتم استبدال خدره، وغضبه، وغيظه قريباً بحس من الخسارة قد يكون لهذه الخسارة العديد من الجوانب السلبية؛ فقد تتفاعل المرأة المصابة بسرطان الثدي مع فقدان شكلها؛ وقد تشعر المرأة المصابة بسرطان الرحم بأنها لم تعد امرأة (KÜBLER-ROSS, 2009).

وتتخذ الاستجابات الاكتئابية لما بعد الصدمة النفسية تنوعاً عيادياً، حيث تتعدد أشكالها حسب الأعراض وشدها ومدة استمرارها، ويعد أبرزها الاكتئاب التفاعلي حيث يمثل استجابة نفسية - جسدية مرهقة تسيطر فيها الذكريات المؤلمة، واضطرابات النوم، والشعور المستمر بعدم الأمان؛ ويظهر عند الذكور في شكل فرط تفاعل مزاجي يقود إلى سلوكيات خطيرة، بينما يظهر لدى النساء في صورة انسحاب، ولامبالاة، ووهن نفسي، أما الشكل الثاني فيتمثل في الاكتئاب الذهاني السوداوي؛ يتميز بانهايار داخلي عميق وتأنيب ذاتي مفرط، وقد يرافقه تبدد الشخصية، وهلاوس، ويتخذ الشكل الثالث صورة الاكتئاب المقنع بالمعاناة الجسدية، ويحدث غالباً عندما تتزامن الإصابة الجسدية والنفسية، فتُترجم المعاناة النفسية إلى آلام عضوية، وغالباً ما يصعب تشخيص وعلاج هذه الحالة بسبب الإنكار والارتباك العيادي، أما الشكل الرابع فهو الحزن ما بعد الصدمة، حيث يؤدي إلى تجميد عملية الحداد بفعل ذكريات الماضي، التي تعيق التفكير بالفقدان وتُبقي المصاب أسير اللحظة الصادمة (Auxéméry, 2022)، وعلى مستوى الخبرة العيادية فالتجربة المؤلمة هي اضطراب في الوجود، تترك انطباعاً بالتغيير الجذري في الشخصية، وتغيير عميق في الزمنية - يتوقف الوقت في اللحظة المثبتة على الرعب دون إمكانية عيش الحاضر أو التفكير في المستقبل، أو حتى إعادة النظر إلى الماضي - وفقدان معنى للأشياء؛ إنها الممر الذي يغادر فيه عالم الأشياء التي يمكن تسميتها وتمثيلها للدخول إلى عالم العدم حيث قال ميرلو بونتي في عام 1961 في محاضراته في كوليج دو فرانس "أكدنا يأساً على كينونتتا كشيء ما ... وليس لا شيء" (L.Crocq & all., 2014, p. 14)، ومن الصعب وصف الذكريات المؤلمة لفظياً حيث تظهر فقيرة في السياق القصصي واللغوي؛ وتكون الذكريات مرمزة (رموز) في شكل أحاسيس، كما لا تكون الذكريات الصدمية متعلقة بالموقف فقط، بل إنها تنتشط باستمرار عندما يتعرض الشخص لموقف مشابه، وغالباً ما تظل الذكريات المؤلمة مثبتة في شكلها الأصلي ولا تتغير مع الزمن أو من خلال خبرات جديدة (سموكر وآخرون، 2010، صفحة 118).

وفي ارتباطها بالسرطان تزيد الاستجابة الاكتئابية والصدمية من المعاناة عبر تعزيز الشعور بالعزلة، وتقليل الحافز للعلاج، ورفع مستوى القلق والتوتر، وتدهور العلاقات الاجتماعية والدعم النفسي، نتيجة لذلك تتخفض جودة حياة المرضى، وأمام هذه التحديات برزت جهود باحثي علم النفس؛ حيث طوّروا علاجات لمساعدة المرضى، وإدارة تحسين التكفل بالإجهاد المرتبط بالسرطان وعلاجاته، حيث تقتضي معالجة الأعراض الاكتئابية أو تخفيفها الخضوع للعلاج بمضادات الاكتئاب أو جلسات العلاج النفسي أو مزيجاً من الاثنين، ورغم وجود أدلة على فعالية مضادات الاكتئاب، إلا أن العلاج النفسي يعد الأكثر انتشاراً، حيث أن هناك العديد من العلاجات النفسية المتاحة كالعلاج السلوكي المعرفي، والعلاج بين شخصي، والعلاج النفسي المختصر، والإرشاد النفسي... وقد ثبت أن جميع هذه العلاجات فعالة كما أظهر العلاج السلوكي المعرفي أنه الأكثر فعالية في تخفيف أعراض الاكتئاب ومع ذلك في جميع العلاجات لا يستجيب حوالي 40% من المرضى للعلاج (Henken, H., H., Huibers, M., Churchill, R., Restifo, & Roelofs, J., 2007).

ومع وجود أدلة تجريبية مقنعة على العلاقة القوية بين خصائص البيئة التي يعيش فيها الإنسان وبداية واستمرار الاضطرابات النفسية؛ بدأ العلاج النفسي يأخذ منحى نحو علاجات أخرى مكملّة للمقاربة الفردية تعمل على إشراك عائلة المريض ومحيطه في العملية العلاجية من خلال إجراء البحوث مع الأفراد والأزواج والعائلات في سبيل دراسة التغيير النسقي العلائقي لفهم العمليات المختلفة الكامنة وراءه؛ ونعلم جميعاً التغيير النسقي عندما نراه (أو ربما نفترضه ببساطة)، ولكن يجب أن نكون أيضاً قادرين على إثباته للآخرين من خلال البحث بطرق موثوقة وقابلة للتكرار، و يمكننا سد هذه الفجوة من خلال طرح أسئلة بحثية وتصميم دراسات تستهدف بشكل أفضل البنية العلائقية ونقيس التغيير النسقي بدلاً من الاستمرار في استهداف الفرد في جزئياته (Henken H.& all., 2007) (B Miller & N. Johnson, 2014, p. 31).

ضمن هذا السياق يقدّم العلاج النسقي تصوراً يتيح الدخول إلى النظام العائلي، بهدف اكتشاف النماذج المرضية التي تُغذّي الاستجابة المرضية، حيث أنه في مرض السرطان يتأثر المريض جسدياً ونفسياً، وينعكس ذلك على الأسرة والمحيط خاصة إذا كان المريض عضواً نشطاً في النسق الأسري، أو يلعب دوراً أساسياً، واهتم العلاج النسقي بكيفية عمل الأزواج والعائلات وتناول مهاراتهم ومواردهم، واحتياجهم إلى الاستقرار، وقدراتهم على التغيير، والقيم والأدوار التي يتبنونها، وقواعد الحياة وطرق التواصل وطريقة التمييز بين بعضهم البعض، وحرص على عدم تقديم تعليمات أو حلول جاهزة، كما التزم بأن يتمكن كل نظام من إيجاد حلوله الخاصة حيث ترى مختلف مدارس العلاج الأسري أن السبيل الوحيد في معالجة أي عرض يكمن في فهم الكيفية التي تشغل بها الأسرة كنسق تواصلية تحكمه مجموعة من القواعد وبهذا ينصب البحث على الأسرة

باعتباره(الكل) فإذا كانت مثلاً عملية التواصل يشوبها خلل ما، كأن تقع في الأنماط المتطرفة من التواصل ينجم عنها الدفع بفرد أو أكثر من الأسرة نحو الأمراض العقلية (مزهود، 2013).

وتقتضي الطبيعة المعقدة للاستجابة للاكتئابية والصدمية في مرض السرطان تبني مقارنة علاجية تتجاوز المستوى الفردي لتشمل النظام بأكمله، ومن هنا تأسست فكرة اقتراح بناء برامج علاجية نسقية تهدف إلى تخفيف هذه الاستجابات النفسية عبر تفعيل دور الأسرة وإعادة تنظيم دينامياتها، بما في ذلك أنماط التواصل، الأدوار، التحالفات، وتمثيلات المرض، بحيث تتحول الأسرة من مجرد بيئة داعمة إلى نظام فعال في حماية المريض نفسياً وتعزيز قدرته على التكيف، ويستند هذا التوجه إلى أدلة تؤكد أن التدخلات العائلية النسقية، يمكن تطبيقها بنجاح في عائلات يواجه أحد أفرادها السرطان، مع تحسين قابلية التكيف النفسي للمريض وأفراد الأسرة والتخفيف من الأعراض الاكتئابية (Ernstmann et al., 2024; Wu et al., n.d.;) (Magnen-Desdouits et al., 2012; Su et al., 2017; Yang et al., 2024). كما تؤكد الدراسات الحديثة على أن تفعيل صلابة الأسرة ودعمها العاطفي يؤدي إلى تعزيز رفاهية المريض النفسي وتقليل الاستجابات الصدمية والاكتئابية، ما يبرز أهمية اعتماد مقارنة نسقية تراعي النظام الأسري كوحدة متكاملة في التدخل العلاجي (Yang et al., 2024; Su et al., 2017).

وبناءً على الدور الجوهري للأسرة، تعاملت المقاربة النسقية معها باعتبارها نسقاً ديناميكياً متكاملًا، حيث يستحيل أن يتغير جزء في الكل؛ دون أن يتغير الكل، هذا ما تبنته مدرسة ميلانو في تصميم تدخلات في شكل مفارقات تهدف إلى تفكيك الأنماط المتناقضة، لتوليد أثر غير متوقع يدفع الأفراد أو الأسرة إلى إعادة التفكير في أنماط التواصل و التفاعلات الاعتيادية غير فعّالة أو المتناقضة، وبالتالي تحرير الأسرة لإحداث التغيير، وقد ركزت مارا سيلفيني بالازولي (Marra Selvini Palazzoli) في أبحاثها على الأسرار العابرة للأجيال كمصدر للسلوك العرضي في الأسر، في المقابل ابتعد تفكير لويجي بوسكولو (Luigi Boscolo) وجيانفرانكو تشيكين (Gianfranco Cecchin) عن تصور معهد البحوث العقلية (MRI) للأسرة كأنساق ذاتية التصحيح تحكمها القواعد، حيث بدأ الثنائي في اعتبار الانساق آلية تتطور وتتكشف، بدلاً من السعي للعودة إلى حالة من التوازن، وباستخدام استنتاجات من عمل غريغوري باتسون (G. Bateson, 1992) تم الافتراض أن الأسر المختلة ترتكب خطأ معرفياً من خلال اتباع مجموعة من المعتقدات الخاطئة، وبعبارة أخرى تتبنى الأسرة مجموعة من المعتقدات لا تتناسب مع الواقع الذي تعيشه، وتُسترشد بخريطة معرفية قديمة، ووفقاً لهذا المنظور فإن معتقدات الأسرة عن نفسها لا تتطابق مع أنماط السلوك الفعلي لأفرادها، مما يعطي الانطباع بأنها عالقة في الواقع، ومن هنا قرر بوسكولو وتشيكين أن الأسر بحاجة إلى مساعدة في التمييز بين هذين المستويين -

المعنى والفعل – على المستوى العلاجي وبدءاً في إدخال معلومات جديدة إلى فكر الأسرة وسلوكها، وإحداث اختلافات مدروسة في معتقداتها (Joseph L. Wetchler, Lorna L. Hecker, 2015, p. 188)

وانطلاقاً من هذا التصور، تم اعتماد نموذج مدرسة ميلانو كإطار مرجعي لاقتراح برنامج علاجي، نظراً لتمييز هذا النموذج في قدرته على قراءة الأعراض ضمن شبكات العلاقات، يوفر هذا النموذج أدوات فعالة لفهم التأثيرات المتبادلة بين المريض وأفراد أسرته، مما يجعله مناسباً للسياقات التي تتداخل فيها الاضطرابات النفسية والمرض المزمن داخل منظومة علاقات معقدة كما هو الحال في مرض السرطان، ونظراً لعدم كفاية العلاج الفردي وقصوره في التخفيف من الآلام النفسية لمريض السرطان، ونظير ما أحدثته مدرسة ميلانو من تحول نوعي في التفكير العلاجي النسقي الأسري، إذ ساهمت في تطوير أدوات علاجية تركز على تحليل البنية الأسرية داخل النسق، بدلاً من الاكتفاء بسرد الماضي أو إطلاق التفسيرات السببية الخطية، إلى جانب مرونته بإتاحته استخدام جلسات منفصلة، وبنائه لفرضيات علاجية قابلة للتعديل بدل تحديد أهداف مسبقة، إلى جانب انفتاحه على السياقات الاجتماعية والثقافية، وفي ضوء ما سبق، تم طرح التساؤلات التي توجه الدراسة:

ما مدى فعالية اقتراح برنامج علاجي قائم على مبادئ المقاربة النسقية وفق نموذج مدرسة ميلانو في خفض الاستجابة الاكتئابية الصدمية لدى مرضى السرطان داخل سياقهم الأسري؟

هل يساهم تحسين أنماط التواصل وديناميكية العلاقات داخل الأسرة، نتيجة تطبيق البرنامج العلاجي النسقي، في خفض الاستجابة الاكتئابية الصدمية لدى مرضى السرطان؟

2. فرضيات الدراسة:

الفرضية الرئيسية: يساهم اقتراح برنامج علاجي قائم على مبادئ المقاربة النسقية وفق نموذج مدرسة ميلانو في انخفاض دال إكلينيكي في الاستجابة الاكتئابية والصدمية لدى مرضى السرطان ضمن سياقهم الأسري.

الفرضية الجزئية: يساهم تحسين أنماط التواصل وديناميكية العلاقات داخل الأسرة، نتيجة تطبيق البرنامج العلاجي النسقي، في خفض الاستجابة الاكتئابية الصدمية لدى مرضى السرطان خلال فترة التدخل العلاجي.

3. أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة إلى تحقيق جملة من الأهداف:

- اقتراح برنامج علاجي قائم على مبادئ المقاربة النسقية وفق نموذج مدرسة ميلانو، يهدف إلى خفض الاستجابة الاكتئابية الصدمية لدى مريض السرطان من خلال توظيف موارد أسرته ودينامياتها الداعمة داخل السياق العائلي.
- قياس فعالية اقتراح برنامج علاجي نسقي في إحداث انخفاض دال إكلينيكيًا في مستوى الاستجابة الاكتئابية الصدمية لدى مريض السرطان بعد التدخل العلاجي مقارنة بمرحلة الخط الأساس.
- استقصاء أثر تحسين أنماط التواصل وديناميات العلاقات داخل الأسرة—كنتاج للتدخل النسقي—في تعزيز التوظيف الأسري وخفض الاستجابة الاكتئابية الصدمية لدى مرضى السرطان.

4. أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في:

- إثراء حقل البحوث في مجال العلاج النفسي بدراسة تتناول فعالية نموذج علاجي جديد في الممارسة النفسية بالجزائر، مع فئة مرضى السرطان في سياقهم الأسري، وهذه نظرة مختلفة تخرج من حيز الفرد إلى حيز الكلية والشمولية تعني بإشراك العائلة في علاج المريض وتخفيف آلامه.
- اقتراح برنامج علاجي نفسي خاص يراعي خصوصية مريض السرطان، ويهدف إلى خفض الاستجابة الاكتئابية والصدمية عند المرضى؛ عبر استهداف التوازن الأسري.
- دمج نموذج مدرسة ميلان كنهج علاجي نسقي فعال بأدوات وتقنيات علاجية مبتكرة ضمن نطاق العلاجات النفسية بالجزائر، سواء على مستوى التدخلات الخاصة بمرضى مرضى السرطان، وإمكانية تعميم التجربة مع باقي المرضى ذوي الأمراض المستعصية.
- الدراسة إضافة علمية نظرية وأدبية قابلة للتطوير في مجال العلاجات النفسية النسقية، ركزت على السياق الأسري كعامل مؤثر في العلاج النفسي، يمكن التأسيس من خلالها لتطوير برامج علاجية تحترم السياق الثقافي وقابلة للتطبيق المهني.

5. الصياغة الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

1.5. البرنامج العلاجي النسقي:

يُعرّف البرنامج العلاجي في هذا البحث إجرائيًا بوصفه بروتوكولًا علاجيًا منظمًا يقوم على مبادئ المقاربة النسقية وفق نموذج مدرسة ميلانو في العلاج الأسري. ويُقدّم البرنامج في صورة خطة علاجية متسلسلة

تضم أربع وحدات تتكون من 12 جلسة موجهة لمرضى السرطان البالغين. ويستند إلى تصور النسق الأسري كوحدة مترابطة ذات تنظيم ذاتي، تُسهم تفاعلاتها الدائرية في تشكيل الأعراض النفسية واستمرارها. ويهدف إلى خفض الاستجابة الاكتئابية والصدمية لدى المريض من خلال تفعيل موارد النسق الأسري ودينامياته الداعمة، بالاعتماد على مبادئ أساسية تشمل: الحياد العلاجي، الاستجواب الدائري، إعادة التأطير، ووصفات المهام العلاجية.

2.5. مرضى السرطان:

مرضى السرطان الراشدين في الفئة العمرية ما بين 23 سنة و59 سنة، الذين يتابعون العلاج بمصلحة طب الأورام، والذين ثبت بشكل مؤكد تشخيصهم بصفة نهائية إصابتهم بأحد أنواع السرطان بناءً على الملف الطبي وتوصيات مقدمي الرعاية بمصالح طب الأورام، والذين مازالوا تحت العلاج، يشتركون في مجموعة من الشروط أهمها: معايشة صدمة نفسية بعد إعلان السرطان أو بداية العلاج بناءً على استبيان تقييم الصدمة النفسية، مستويات متوسطة إلى مرتفعة من الاكتئاب وفق قائمة الاكتئاب الثانية، العيش ضمن نسق أسري يعاني خلل في التوظيف يتم تشخيصه من خلال اختبار الإدراك الأسري.

3.5. الاستجابة الاكتئابية والصدمية:

تُعرف الاستجابة الاكتئابية والصدمية في هذا البحث إجرائياً باعتبارها مجموعة من الأعراض المشتركة ذات الطبيعة الاكتئابية والصدمية التي تظهر لدى المريض البالغ عقب صدمة إعلان الإصابة بالسرطان، ويتم تحديدها كمياً من خلال تسجيل الحالة موضع الدراسة درجة متوسطة على كلٍّ من: استبيان الصدمة النفسي (TRAUMAQ)، بما يعكس وجود أعراض صدمية مرتبطة بالحدث الطبي الضاغط، ومقياس بيك الثاني للاكتئاب (BDI-II)، بما يشير إلى وجود أعراض اكتئابية قائمة وقابلة للقياس، ويمثل تحقق هذين الشرطين معاً المؤشر الإجرائي لوجود استجابة اكتئابية وصدمية لدى مريض السرطان قبل بدء البرنامج العلاجي وبعده.

6. الدراسات السابقة:

إن موضوع دراستنا الحالية "اقتراح برنامج علاجي نفسي لخفض الاستجابة الاكتئابية والصدمية لدى مرضى السرطان" هو موضوع شائك في حقيقة الأمر وإلى حدود اطلاعنا على ما هو موجود لم نوفق في إيجاد دراسة أو بحث يتطابق مع ما اقترحنا للدراسة، وسجلنا غياب الاهتمام ببناء برامج علاجية نسقية موجهة لمرضى السرطان، ورغم الاهتمام المتزايد بدور العائلة والمحيط والمستشفى كأنساق ومنظومات تسهم في رعاية

مريض السرطان، إلا أنه لم تكتب مثل هذه الدراسات وهذا لا يعني أننا ابتعدنا عن دراسة التراث الأدبي حول الموضوع بل حاولنا من جهتنا الامام بحدود البحث:

1.دراسة منصوري ليلي(2021) "الصدمة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي وعلاقتها بالمساندة الأسرية . دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي بن زرجب وهران -أطروحة دكتوراه علم النفس الأسري بجامعة وهران 2": تناولت الدراسة معرفة العلاقة بين المساندة الأسرية والتخفيف من حدة الصدمة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، استنادا على المنهج الوصفي، استهدفت عينة قوامها 180 إمراه متزوجة مصابة بسرطان الثدي، باستخدام مقياس الصدمة النفسية، ومقياس المساندة الأسرية من إعداد الباحثة وبعد ضبط خصائصه السيكمترية ورصد الدرجات ومعالجتها إحصائيا توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية سلبية بين المساندة الأسرية والتخفيف من حدة الصدمة النفسية لدى عينة الدراسة، ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين مساندة الزوج والتخفيف من حدة الصدمة النفسية لدى عينة الدراسة، ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين مساندة أهل الزوجة والتخفيف من حدة الصدمة النفسية لدى عينة الدراسة، ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين مساندة أهل الزوج والتخفيف من حدة الصدمة النفسية.

2.دراسة فالح باهية، 2021، خطة علاجية معرفية مقترحة لإدارة الألم لدى مرضى السرطان: هدفت الدراسة إلى تصميم خطة علاجية معتمدة على النموذج المعرفي لأرون بيك من أجل إدارة الألم لدى مرضى السرطان. اختارت الباحثة منهج الحالة المفردة وفق التصميم (أ - ب) لقياس السلاسل الزمنية، باعتباره من المناهج التجريبية الإكلينيكية التي تدرس الظواهر من بداية الأعراض إلى مرحلة العلاج. تم تطبيق خطة العلاج بشكل فردي على مشاركتين مصابتين بمرض السرطان، ويعانيان من آلام مزمنة. معتمدة في ذلك على أدوات تم اختيارها وفقا لمتطلبات الدراسة. وتمثلت في مقياس درجة الألم والنشاط، والصياغة المعرفية لمشاركين الدراسة. وتم تفريغ البيانات بالاستعانة بنظام SPSS 25، والمتمثلة في الارتباط الذاتي والجزئي، تحليل التباين الأحادي، وتحليل الانحدار البسيط في السلاسل الزمنية. كما تم حساب الدلالة الإكلينيكية، والدلالة العملية لحجم الأثر. وقد أسفرت نتائج الدراسة على أنه كلما تم تعريف المشاركين في الدراسة إلى الخطة العلاجية المعتمدة أدى هذا إلى انخفاض درجات الألم، وتم تأكيدها من خلال حساب الدلالة الإكلينيكية وكذا الارتباط الذاتي لسلاسل الزمنية. كما تم التوصل إلى أن للخطة العلاجية المعتمدة أثر على درجات الألم وهذا باختلاف العمليات التي تتضمنها، وتم إثباتها من خلال تحليل التباين الأحادي وتحويلة اللوغاريتمية لسلاسل الزمنية فتم إيجاد أن للعمليات المعرفية دور في إدارة الألم لدى المشاركين والتي تتمثل في إعادة تفسير أحاسيس الألم، تقنية تشتيت وصرف الانتباه، والتعرف على الأفكار الأوتوماتيكية، المراقبة الذاتية. وفي الأخير أظهرت نتائج الانحدار

البسيط أنه كلما تم خضوع المشاركين في الدراسة للخطة العلاجية ولمدة زمنية طويلة كلما أدى هذا إلى انخفاض درجات الألم. أيضا من خلال حساب الدلالة العملية لحجم الأثر تم الوصول إلى أن الخطة العلاجية المعرفية المقترحة أدت إلى تحسن متوسط لدى المشاركين في الدراسة.

3.دراسة (وندلوس، 2013) أهمية التناول النسقي في الكشف عن المعاناة النفسية والكفاءات الفردية لدى مرضى السرطان وعائلاتهم: هدفت الدراسة إلى إبراز أهمية التناول النسقي العائلي في الكشف عن المعاناة النفسية والعائلية وكذا الكفاءات الفردية والعائلية لدى عينة مكونة من خمس عائلات أين يكون أحد أفرادها مصاب بالسرطان. ولأجل التحقق من فروض البحث تم الاستعانة بوسائل عمل نسقية متمثلة في المقابلة العيادية العائلية، المخطط الجيلي للعائلة والخريطة العائلية. وقد أسفرت نتائج البحث على أن السرطان معيش من قبل العائلة كأزمة مخلة بالأدوار، العلاقات والروابط العاطفية. أزمة تزيد من حدة عدم استقرار الحياة الانفعالية مجبرين بذلك أفراد العائلة عن التبعاد عن بعضهم بعض. فالسرطان يتسبب في إحداث معاناة نفسية لدى المريض ولدى كل أفراد النسق العائلي، كما سمح التناول النسقي العائلي بالكشف عن المعاناة العائلية الحالية والسابقة أيضا، وهي معاناة مرتبطة بمختلف التفاعلات والانفصالات، الحداد، العنف، وبقلة التواصل والتفرد وتشابك الروابط، وكذا غياب الآباء، أو الأماكن المستقرة والحاوية، كما ارتبطت المعاناة بالأسرار وبصلابة الأساطير وبما لا يقال أي بكل ما هو موروث ومُنْتَقَل منذ أجيال.

4.دراسة بومعزة؛ بن غالم؛ كركاش(2015) أهمية الرسم التخطيطي العائلي في العلاج الأسري والمقاربة النسقية - نموذج لشجرة العائلة- : كشف هذه الدراسة في حيثيتها حول الرسم التخطيطي العائلي أو ما يسمى بشجرة العائلة وهو من مخرجات العلاج العائلي والمقاربة النسقية حيث يعتبر أداة فعالة إذا ما قرر المعالج الأسري الاستناد إليها في عملية التكفل، فبغض النظر عن كمية المعلومات التي تزودنا بها حول حقيقة النسق الأسري، فإنها تعكس كذلك تصور اسقاطي للسيرورة التطورية عبر الأجيال داخل هذا النسق وهو الأمر الذي سمح به الرسم التخطيطي للعائلة (K) من خلال إبراز الظواهر المتنقلة عبر الاجيال (البدانة ، التأخر المدرسي) والعلاقات الصراعية بين أفراد النسق وعدا عن كونه معلم فضائي زماني للطفل الذي يشكل العرض الأسري فقد دفع إلى توجيه الاهتمام نحو الفرضية الاكتئابية وعدم وجودية الزوج الوالدي الراهن، وبالتالي اقتراح العلاج التكاملي (علاج عائلي استراتيجي، علاج موجه نحو الزوج الوالدي) للقيام بعمل الحداد وتجاوز الصعوبات الحالية.

5.دراسة بومعزوزة نسيمه، (2016) أهمية المقاربة الأسرية النسقية في معالجة الضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب: اهتمت الدراسة بتقصي العلاقة بين التوظيف الأسري النسقي، من حيث وظيفية البنية الأسرية ووظيفية المواجهة الأسرية ووظيفية التعلق الأسري، لدى أسر مجموعة من العساكر المبتوري الساق جزاء قيامهم بمهامهم، مع درجة إصابة هؤلاء المبتورين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب، وهدفت الدراسة إلى الكشف عن الخصائص الأسرية النسقية التي تؤدي دور عوامل حماية أمام الاضطرابات التالية للصدمة بعد التعرض إلى حادث خطير وإلى الإعاقة الجسدية.

6.دراسة Licht، Rajalingam، Bernard-Opitz سنغافورة (1998): حيث قام مجموعة من الباحثين بتطوير برنامج علاج جمعي يستند إلى التدخل السلوكي والعلاج باللعب لأسر الأطفال والأطفال الذين شخصت إصابتهم حديثاً أو لديهم انتكاس لمرض سرطان الدم الليمفاوي الحاد وفحص، فعاليته في تحسين مستويات المواجهة واليأس وتقبل الإجراءات الطبية. وقد شارك ثمانية أطفال، وعشرة من الآباء والأمهات، في هذا البرنامج العلاجي الذي استمر لمدة اثني عشر أسبوعاً، حيث تلقى الأطفال جلسات علاج باللعب فردية وأنشطة بمساعدة الحاسوب لتعليمهم مهارة حل المشكلات، في حين شارك الآباء في مجموعة علاجية للدعم المنظم تضمنت تزويدهم بالمعلومات الكافية بشأن مرض السرطان وإجراءات العلاج، وبفرص المشاركة في الخبرات المتعلقة باستراتيجيات المواجهة التي وجدها الآباء مساعدة، بالإضافة لتعليم الآباء الاسترخاء لمساعدتهم في التعامل مع الأوضاع المادية والعاطفية القاسية المرتبطة بطول مدة إقامة الطفل المريض في المستشفى ، وقد تم تقييم مجموعات الأطفال والآباء قبل، وعلى الفور بعد، وبعد مرور ستة أشهر من انتهاء التدخل العلاجي القياسات القبلية والبعدية و التتبعية وذلك باستخدام استبيانات للتقدير الذاتي ومن خلال الملاحظة المباشرة من قبل فريق التدخل النفسي والاجتماعي والعاملين في المستشفى، أشارت النتائج إلى وجود تغييرات إيجابية دالة على مقاييس المواجهة واليأس وعبارات تقدير الفائدة العامة من البرنامج لدى كل من الوالدين والطفل. كما أشار فريق المستشفى إلى وجود تقبل وامتنال وتعاون أفضل مع الإجراءات الطبية لدى الأطفال وذويهم. (جهاد علاء الدين وعز الدين عبد الرحمن، 2011)

7. Smith HR.(2015) Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review) تتناول هذه المراجعة بالإضافة إلى العناصر النفسية والاجتماعية الواضحة للاكتئاب، الآليات البيولوجية المرتبطة به، مثل تلف الأنسجة، الوسائط الالتهابية والاستجابة للإجهاد المزمن، وكيفية مساهمة هذه المسارات المناعية والهرمونية في حدوث الاكتئاب لدى مرضى السرطان. كما يتم استعراض الأسباب الطبية المحتملة التي قد تؤدي إليها العلاجات الخاصة بالسرطان في حدوث الاكتئاب، حيث أشارت أنه توجد

حاجة ملحة للكشف المبكر عن الاكتئاب لدى مرضى السرطان وعلاجه من أجل تحسين جودة حياتهم وتقليل معدل الوفيات. تمت الإشارة بشكل موجز إلى أكثر أدوات الفحص شيوعًا المستخدمة لكشف الاكتئاب لدى مرضى السرطان، وقد تختلف طرق التدخل العلاجي من مريض لآخر، وقد تشمل علاجات نفسية اجتماعية أو علاج دوائي؛ ومع ذلك، فإن نقص الأبحاث حول الإدارة الأكثر فعالية للاكتئاب لدى مرضى السرطان يعني أن الجمع الأمثل بين هذه العلاجات لا يزال غير معروف، كما يجب اختيار مضادات الاكتئاب بعناية، نظرًا للأعراض الجانبية الشائعة للعلاج الكيميائي (مثل الغثيان)، ولضرورة تجنب التفاعلات الخطيرة، بما في ذلك تقليل فعالية أدوية العلاج الكيميائي، كما تم استعراض العلاقة المحتملة بين الاستجابة للإجهاد المزمن، والتي قد تجعل المريض أكثر عرضة للاكتئاب، وخطر الوفاة الناتجة عن السرطان.

8. Vossler, A., & all (2024). Efficacy of Systemic Therapy on adults with depressive disorders .

A meta-analysis : تهدف هذه المراجعة التحليلية إلى تقييم فعالية مقاربات العلاج النفسي لدى البالغين المصابين باضطرابات اكتئابية، وتقوم هذه المراجعة المنهجية حول فعالية العلاج النفسي في الاضطرابات النفسية لدى البالغين، وهي تدمج نتائج 30 تجربة عشوائية محكمة (RCT) قارنت بين العلاج النفسي للاكتئاب وبين مجموعة ضابطة غير معالجة أو علاجات بديلة. تم تحديد الدراسات من خلال البحث المنهجي في قواعد البيانات الإلكترونية ذات الصلة والتقاطع المرجعي. استخدم نموذج التأثيرات العشوائية لحساب متوسط أحجام التأثير الموزونة لكل نوع من المقارنات (العلاجات البديلة، المجموعة الضابطة غير المعالجة/قائمة الانتظار) على متغيرين: التغير في الأعراض الاكتئابية ومعدلات الانسحاب من العلاج وجاءت النتائج في المتوسط تُظهر التدخلات النفسية تحسنًا أكبر في الأعراض الاكتئابية مقارنةً بالمجموعات الضابطة غير المعالجة في اختبار ما بعد العلاج ($g = 1.09$) وفي المتابعة ($g = 1.23$) لا تختلف التغيرات بشكل كبير عند مقارنة التدخلات النفسية بالعلاجات البديلة (اختبار ما بعد العلاج $g = 0.25$ ؛ المتابعة $g = 0.09$) كما تختلف النتائج جزئيًا حسب عمر المشاركين، وسنة النشر، ونوع المجموعة الضابطة النشطة، وتشير هذه التحليلية إلى الفوائد المحتملة للتدخلات النفسية لدى المرضى البالغين المصابين بالاكتئاب.

1.6. إسهامات الدراسات السابقة:

كشفت الدراسات السابقة عن جوانب مهمة تتعلق موضوع التكفل بمرضى السرطان، تناولت دراسة(منصوري، 2021) تأثير المساندة الأسرية على الصدمة النفسية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي وأظهرت وجود علاقة ارتباطية سلبية بين المساندة الأسرية بشكل عام وحدة الصدمة النفسية، بينما كانت المساندة من الزوج وأهل الزوجة وأهل الزوج إيجابية في تخفيف الصدمة النفسية، بينما نجد في وجه آخر

للتناول العلاجي النفسي أن دراسة (فالق، 2016) ودراسة (بومعزوزة، 2021) ركزت على المعالجة النفسية حيث تناولت دراسة فالق النموذج المعرفي لأرون بيك لإدارة الألم لدى مرضى السرطان، وأبرزت الدراسة فعالية العلاج المعرفي في إدارة الألم، وهو مجال مهم لتحسين جودة حياة مرضى السرطان، أما بومعزوزة فقد فحصت العلاقة بين التوظيف الأسري والنسقي ووظائفه المختلفة في معالجة الضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب لدى أسر المبتورين وإن اختلف المتغير من مرضى السرطان في الأولى والمبتورين في الثانية فحجم الإجهال في الحادث الصدمي متشابه، بينما ساهمت دراسة (وندلوس، 2013) في إبراز أهمية تناول التفاعلات الأسرية لفهم المعاناة النفسية لمرضى السرطان، وأن السرطان يسبب أزمة في العلاقات والأدوار الأسرية ويزيد من حدة المعاناة النفسية، وأن تناول النسقي يساهم في الكشف عن هذه المعاناة والعوامل المتصلة بها، في وجه آخر من المساهمات جاءت دراسة (بومعزوزة، بن غالم، كركاش، 2015) برؤية مختلفة حول كيفية استخدام أدوات نسقية مثل "شجرة العائلة" لفهم التفاعلات الأسرية واستكشاف استخدام الرسم التخطيطي العائلي كأداة فعالة في العلاج الأسري، كما قدمت دراسة (Licht وآخرين، 1998) نموذجاً لبرنامج علاجي جمعي نسقي يستهدف كلاً من الأطفال المصابين بسرطان الدم وأسرهم أبانت عن فعالية البرامج النسقية في تحسين أساليب مواجهة الأطفال المصابين بالسرطان وأسرهم، بينما أكدت مراجعة Smith، 2015 على أهمية اختيار طرق التدخل العلاجي المناسبة بحذر، مع الأخذ في الاعتبار الأعراض الجانبية للعلاج الكيميائي والتفاعلات الدوائية المحتملة، كما أشارت إلى العلاقة بين الاستجابة للإجهاد المزمن وزيادة خطر الاكتئاب والوفاة، وفي سياق متصل، قدمت مراجعة Vossler وآخرين، 2024 أن التدخلات النسقية تحقق تحسناً أكبر في الأعراض الاكتئابية سواء في نهاية العلاج أو في فترة المتابعة، ولم تكن هناك اختلافات كبيرة عند مقارنتها بعلاجات بديلة، ومنه فقد ركزت هذه الدراسات على الجوانب النفسية، الاجتماعية، السلوكية وتطرق بعضها إلى جانب التشخيص والآخر إلى المعالجة، مما ساهم في تقديم فهم أعمق لكيفية تأثير العلاج النفسي بشكل عام والتناول النسقي بشكل خاص على مختلف الاستجابات النفسية.

2.6. نقاط القوة في الدراسات السابقة:

تتمتع الدراسات السابقة التي تناولت الجوانب النفسية لمرضى السرطان بعدد من نقاط القوة التي تثير المجال المعرفي والتطبيقي، فقد ركزت دراسة (منصوري، 2021) على دور المساندة الأسرية في التخفيف من حدة الصدمة النفسية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، مبيّنة العلاقة الارتباطية بين الدعم العائلي والاستجابة الانفعالية، وذلك من خلال استخدام أدوات مقننة وعينة واسعة، وفي السياق العلاجي، قدّمت (فالق، 2016) نموذجاً علاجياً معرفياً فعالاً لإدارة الألم، مستخدمة تصميم الحالة المفردة وتحليل السلاسل الزمنية،

ما يعكس دقة منهجية وإكلينيكية عالية، أما على مستوى التناول النسقي فقد أبرزت دراسة (وندلوس، 2013) أهمية التحليل العائلي في الكشف عن المعاناة النفسية للأسرة كوحدة نسقية، باستخدام أدوات نوعية مثل المقابلة والخريطة العائلية، فيما أظهرت دراسات مثل (بومعزة، بن غالم، كركاش، 2015)، (بومعزوزة، 2021) جدوى أدوات المقاربة النسقية في الكشف عن ديناميات الأدوار والعلاقات داخل الأسرة، وارتباطها بالضغوط النفسية والاكتئاب، وقد أكدت المراجعة التحليلية لـ Vossler et al. فعالية العلاج النسقي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى البالغين، مع نتائج قوية إحصائيًا في دراسات متعددة وعشوائية محكمة.

3.6. الفجوات البحثية:

الفجوات البحثية هي أساس تطور العلم، فحين تكون واضحة تبرر الحاجة لدراسات جديدة، وأبرز الفجوات التي توصل إليها الباحث الغياب التام لبرامج علاجية نسقية مصممة خصيصاً لخفض الأعراض الاكتئابية ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان خاصة في المحيط الأكاديمي العربي، حيث ركزت الدراسات المتوفرة على تناول أهمية العلاج النسقي، أو ركزت على تقنية علاجية محددة، كما لم تُعالج الدراسات المتوفرة الخصائص النسقية كوسائط نفسية لها دور في تطور أو خفض الأعراض، بالإضافة إلى ذلك لم يعرف العلاج النسقي تخصيص مناهج علاجية محددة ضمن تصاميم تجريبية ممنهجة تقيس أثر التدخل على الاستجابة الاكتئابية والصدمية بشكل مباشر، ما يجعل من الضروري تطوير برنامج علاجي يمكن تطبيقه على شرائح متعددة من المرضى، يراعي البنية النفسية والاجتماعية والثقافية للمريض وعائلته يُعد مساهمة لتعزيز فعالية التدخلات النفسية في المجال السريري لمرضى السرطان.

4.6. التطبيق العملي للدراسات السابقة:

تحمل الدراسات السابقة إمكانيات تطبيقية يمكن الاستفادة منها في إعداد تدخلات علاجية فعالة لمرضى السرطان في الجوانب النفسية والاجتماعية؛ فقد بيّنت دراسة (منصوري، 2021) أهمية الدعم الأسري في خفض شدة الصدمة النفسية، ما يسلط الضوء على ضرورة دمج الأسرة ضمن خطط العلاج النفسي كجزء فعال من العملية العلاجية، من جهتها توصلت (فالق، 2016) إلى فعالية الخطة المعرفية في إدارة الألم، وهو ما يؤكد إمكانية توظيف الأفكار المعرفية داخل البرامج العلاجية الأسرية، لاسيما من خلال تقنيات مثل إعادة تفسير الألم وتعديل التفكير السلبي، أما دراسة (وندلوس، وبومعزة وآخرون) فقد أكدت من خلال الأدوات النسقية (الرسم التخطيطي العائلي، الجينوجرام، المقابلة الأسرية) أن مرض السرطان لا يُعاش كأزمة فردية، بل كحدث نسقي يعيد ترتيب التفاعلات والعلاقات والأدوار في عائلة مريض السرطان؛ هذه المعطيات قدمت صورة

لاقتراح نموذج علاجي يركز على النسق العائلي ككل، ويستهدف شبكات العلاقات داخل الأسرة كوسيط في خفض الأعراض الصدمية والاكتئابية، وتبرز الدراسة التحليلية لـ Vossler et al. البعد التطبيقي للعلاج النسقي من خلال أدلة علمية تجريبية على فعاليته في خفض أعراض الاكتئاب، ما يعزز شرعية استخدامه، كما أن دراسة Licht وآخرين قدّمت نموذجًا عمليًا لتطبيق العلاج المشترك بين الطفل والأسرة، ما يفتح المجال لإدماج التفاعل الأسري المباشر في تخفيف الضغط النفسي لدى مرضى السرطان وذويهم، بالتالي فإن هذه الدراسات تفتح المجال لتصميم برنامج علاجي نسقي مستفيدًا من أدوات التقييم النسقي، مع مراعاة خصوصية الأدوار داخل النسق العائلي، بما يخدم تقليل الاستجابة الاكتئابية لدى المرضى بطريقة عملية.

الفصل الثاني:

الأبعاد السيكولوجية لمرض السرطان

تمهيد:

إن السرطان يحمل إحدى التجارب الأكثر ألماً وقسوة للإنسان ولعائلته ومجتمعه وللمنظومة الصحية ككل؛ إنه تجربة وجودية تحمل في طياتها الفناء، مواجهة حتمية الموت، تبدأ من ورم صغير بسيط يزداد ويكبر وينتشر باستمرار دون توقف، ليصبح كابوساً يهدد كيان الفرد، وبذلك يمثل السرطان الشبح الأسود ليس للمرضى فحسب بعائلاتهم والمحيطين بهم وحتى للحكومات والدول، وهذا دفع بالهيئات الرسمية لتخصيص مراكز ووحدات بحث ووسائل بشرية ومادية من أجل السيطرة على المرض ووضعه في إطاره الحقيقي أن نظرة بسيطة حول الأرقام والإحصائيات في العالم وفي الجزائر تضعنا أمام حتمية الخوض في تطوير وإعداد البحوث والدراسات وبذل الجهود للوقاية منه والمساعدة على تخفيف تبعاته، وهذا يوافق جهود جمعية الصحة العالمية في قرارها في شأن الوقاية من السرطان ومكافحته يتضمن تكثيف إجراءات مكافحة مرض السرطان من خلال إنشاء برامج وتعزيز ما هو قائم من برامج، والواقع أنه يمكن لجميع البلدان بما يتوفر لها من إمكانيات متاحة تنفيذ العناصر الأساسية لمكافحة السرطان وهي الوقاية من السرطان، التبكير باكتشافه، معالجته، تقديم الرعاية الملطفة لآلامه، تسجيله، وإجراء المزيد من البحوث حوله (منظمة الصحة العالمية ، 2009)، وتشكل لحظة الإعلان عنه حدثاً للفرد يحطم كل الدفاعات ويخترق الجهاز النفسي؛ إن "السرطان" مرض مرعب ومخيف حتى في ثمالاته الثقافية في المورث الجزائري لا يذكر اسمه فيدعونه "ذلك المرض"، إن الإعلان عنه يصبح تاريخاً في الأسرة ومرحلة فاصلة بين ما قبله وما بعده، إنه يفجر في اللاوعي الجمعي فكرة المعاناة حتى الموت، و معاشته تنتج زخماً هائلاً من الضغوط النفسية؛ والتعرف على هذا حقيقة السرطان تحتاج التدقيق على ما يهم الباحث والقارئ في الحقل المعرفي العيادي، فنحن لسنا بصدد تقديم تفسير طبي للمرض، وإنما نحاول تبسيط مفاهيم حول السرطان من منطلق يؤسس لنظرة نفسية إكلينيكية، تضع حدوداً لكيفية ومدى التدخل العلاجي المطلوب في حالة التعامل مع مرضى السرطان.

1. حقيقة مرض السرطان:

تعود الجذور التاريخية لمفهوم السرطان إلى جهود الأطباء اليونانيين والمصريين القدماء، الذين خططوا لعقد ندوة علمية تناولت جوانب السرطان البشري عبر العصور، حيث عقد الاجتماع بعدها بعام واحد في رحلة بين جزيرة رودس وجزيرة كوس حيث ولد أبقرط، وأسفر الاجتماع عن نشر كتاب صغير بنسخ محدودة بعنوان " علم الأورام القديمة"؛ السرطان (CRAB) في اليونانية هو KARKINOS، وفي القرن الخامس قبل الميلاد استخدم أبقرط الكلمة التي صارت جذرا للفظتي مسرطن وسرطان لوصف الداء الذي يعرف في اللاتينية باسم cancer (جونسون ، 2015، صفحة 68)

أطلق أبو قراط مصطلح "كاركينوس" على مجموعة من الامراض يقصد بها السرطان، حيث يشير المفهوم إلى السرطان حسب اللغة اللاتينية، أما أول تعريف للسرطان فيرجع للقرون الوسطى وقد عرفه ماندادرافيل (1250-1320) في كتابه " يتخذ مرض السرطان غالب الأحيان شكلا دائريا ويشبه في ذلك السمك البحري المعروف بالسرطان وهو شديد الالتصاق ومحاط بالعديد من القرون الطويلة والملتوية المشابهة لأرجل السمك البحري" (وندلوس بوتلجة، 2014، صفحة 16)

تعرف الموسوعة العربية السرطان بأنه ورم خبيث ناتج عن تحول خبيث يصيب الخلايا البشرية، ولا يعرف على وجه التحديد سبب هذا التغير في نمو الخلايا وتكاثرها، والذي يحدث أن الخلايا البشرية يصيبها تغير مرضي يجعلها تنمو وتتكاثر بسرعة وبطريقة غير منظمة تغزو الأنسجة المجاورة لها أو المحيطة بها (منصوري ، 2021، صفحة 52)

أوردت منظمة الصحة العالمية (OMC) أن السرطان نمو وتكاثر مستمر بشكل فوضوي لخلايا غير طبيعية وخبيثة داخل نسيج جسم الانسان، لا تخضع للقوانين الفيزيولوجية التي تتحكم في الانقسام الخلوي، متجاوزة في ذلك كل جهاز المناعة في الجسم (فاسي، 2011، صفحة 30)، وجاء في (تايلور، 2008) أن السرطان هو مجموعة من الأمراض تزيد عن المائة مرض، يجمع بينهما عدد من العوامل المشتركة، ينجم عن خلل في المادة الوراثية الجينية DNA، التي تمثل في خلايا الإنسان الجزء المسؤول عن السيطرة على نمو الخلايا وتكاثرها، وفي حالة السرطان يحدث خلل في المادة الوراثية الجينية DNA مما يؤدي إلى تسارع زائد في نموها وانتشارها، ومن المعروف أن الخلايا السرطانية لا تفيد الجسم وإنما تستنزف طاقاته وإمكاناته (رؤى الطبيب ، 2016، صفحة 33).

وفقاً لما رين السرطان يلاحقنا في كل مكان ويستقر في أذهاننا، وذلك بسبب الخوف من الموت الذي يثير إعلانه، بالنظر إلى ثقل التشخيص، وعبء العلاجات، والقلق من تكرار الإصابة وعدم اليقين من الشفاء، إن كلمة "سرطان" ممنوعة كما لو أن تجريد هذه المرض من اسمه يمكن أن يبطل استعارتها المشحونة بالقوة الشريرة، "أنا لا أنطق أبداً باسم هذه المرض، أنا أعرف ما لدي وأنت أيضاً، لكنني لن أقول ذلك" كما قالت لنا هذه المريضة البالغة من العمر 32 عاماً وهي تتحدث عن مرضها، لذلك من الصعب أحياناً معرفة كيفية الرد ودعم المريض، ومن هنا أهمية الرعاية الأسرية في علم النفس الأورام، ويرى (كاريل، 2017) أن السرطان يهدد الروابط التعلق ويمكن أن يتسبب في تغييرات إيجابية أو سلبية داخل الأسرة لأنه ليس فقط فرداً يمرض، بل هو نظام عائلي بشكل عام. (Ouandelous , 2021)

2. معدلات الظهور والانتشار:

لقد أصبح السرطان مشكلة صحية مهمة عبر العالم من حيث ترتبه بين الأمراض، ومن حيث ما يسببه من وفيات التي تتزايد باستمرار، مع تزايد السكان وارتفاع عوامل التعرض للخطر والتي ترتبط بعوامل الوفرة والتراف كالتدخين والأدوية والنظام الغذائي، وتقدر منظمة الصحة العالمية أن عدد حالات السرطان الجديدة التي تشخص سنوياً سوف يزداد من 11 مليون حالة في عام 2002 إلى 16 مليون حالة في 2020 ، مع توقع أن تسجل أغلب لحالات في البلدان ذات الدخل المنخفض (منظمة الصحة العالمية ، 2009، صفحة 1)، وما يجعل السرطان شائعاً هو الأرقام التي ينتشر بها ففي العام 2008 شخص ما يقرب من 12.8 مليون نسمة توفي منهم 7.9 مليون شخص فشكوا ما يقرب من 13% من إجمال وفيات ذلك العام، السرطان يصيب الجنسين وجميع الأعراق، ومعالجته تمثل عبئاً هائلاً على أنظمة الرعاية الصحية (جيمس ، 2013، صفحة 09)، لقد تم تقدير أن من كل ثلاثة من الأمريكيين سوف يصاب واحد بالسرطان خلال فترة الحياة وبالرغم من الأبحاث الجاهدة والتقدم الكبير في طرق العلاج، فإن السرطان يتسبب في 22 % من حالات الموت في أمريكا وبذلك يحتل المركز الثاني بعد أمراض القلب (كوبر، 2004، صفحة 21).

في الجزائر بينت آخر الإحصائيات الرسمية ارتفاع عدد الأشخاص المصابين بالسرطان بمعدل 45 ألف حالة سنوياً، منها أكثر من 10 ألف حالة لدى النساء، وأكثر من 29 ألف حالة «جديدة» إصابة عند الرجال، حيث أن 70 ٪ من الحالات المسجلة توجد في مرحلة متقدمة وتؤدي إلى الوفاة، في مقدمتها سرطان الثدي ب 9 آلاف حالة لدى النساء، ثم يليها سرطان عنق الرحم، ثم سرطان الأمعاء والمرارة الذي يصيب النساء بين 20 و 25 سنة، أما أنواع السرطان المنتشرة عند الرجال، فيأتي سرطان الرئة في المقدمة، متبوعاً

بسرطان الأمعاء والمثانة، والبروستات والجهاز الهضمي والقلون والمستقيم، أما بخصوص أنواع السرطان المنتشرة عند فئة الأطفال، فسرطان الدم هو الأكثر انتشارا يليه سرطان الغدد اللمفاوية والمخ، وأرجع سبب، ارتفاع الحالات المتقدمة إلى التشخيص المتأخر (براهيمية ، 2018)، خلال الطبعة السادسة لصالون الإعلام حول مرض السرطان جاء في "المخطط الجديد للتكفل بمرضى السرطان، التركيز على الوقاية باعتبارها عامل محوري في مكافحة هذا الداء ومسبباته"، مع التركيز على التحسيس بأهمية التغذية السليمة وممارسة النشاط البدني ومحاربة التدخين، مع حتمية توفير كل الجهود في التغلب على المرض الخبيث ومكافحته"، يحمل معنى «التحدي» الذي يستدعي تضافر جهود الجميع؛ وفي ذات السياق كشف وزير الصحة الجزائري عن تسجيل 47050 إصابة جديدة بهذا المرض خلال سنة 2022"، جاء في مقدمتها بالنسبة للنساء سرطان الثدي يليه سرطان القلون والمستقيم، في حين تعد سرطانات الرئة والقلون والمستقيم وبروستات والمثانة والمعدة الأكثر انتشارا لدى الرجال، وتقيد إحصائيات طبية جزائرية أن مرض السرطان شهد خلال السنوات الأخيرة ارتفاعاً ملحوظاً حيث انتقل من 80 حالة لكل 100 ألف مواطن خلال عام 1993 إلى 120 حالة لكل 100 ألف مواطن بدءاً من العام 2000 ويقدر متوسط عمر الإصابة بالسرطان بـ 52 عاماً مما يدل على انتشار المرض لدى الأشخاص المسنين الذين يشكلون في الوقت الحالي 07 % من مجموع السكان، وقد انتهجت الجزائر آليات عديده في الوقاية من المرض تقوم على التحسيس بأهمية الكشف المبكر عن المرض من خلال التعريف بوسائل الفحص المتاحة، وإشراك المواطنين ضمن استراتيجية الفحص، وتضافر الجهود بين السلطات العمومية والمجتمع المدني لمكافحة هذا الداء، كما ركز الصالون على "الدور الكبير" لوسائل الإعلام في المساهمة في التحسيس والتوعية في مكافحة هذا المرض، من خلال "إيصال المعلومة الصحيحة"، عبر شرح كفايات الوقاية والعلاج، ويتضح جليا من سياسات مقدمي الرعاية الصحية بالجزائر أهمية بذل الجهود اللازمة من المختصين لمجابهة المرض (وَأَج، 2023)

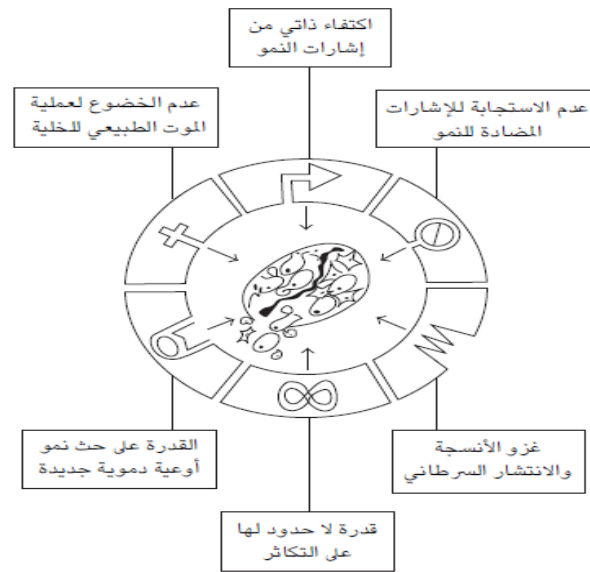
3. مميزات وخصائص مرض السرطان:

لنفهم كيفية نشوء السرطان من الضروري أن نسرد بعض المعلومات من البيولوجيا الأساسية، فجسم الإنسان يتكون من خلايا، وهذا أمر مشترك بينه وبين سائر الحيوانات من أصغرها حتى أكبرها، ولجميع الخلايا داخل أي كائن دورة حياة خاصة بها محكومة بعناية ويحدث السرطان عندما يقع خطأ ما في عملية التحكم في هذه الدورة، فيؤدي إلى نمو غير منظم لمجموعة من الخلايا يمكنها بعد ذلك الانتشار وإتلاف أعضاء أخرى بالجسم وتعتبر النواة هي المكون المحوري للخلية الذي يمكّننا من فهم السرطان؛ فتحمل النواة بداخلها الذي إن إيه (DNA) الحمض النووي الريبي منزوع الأكسجين الذي يحوي الشفرة الوراثية والسبب

الأساسي لمرض السرطان هو حدوث تلف في هذا الحمض، يؤدي إلى نمو الخلايا نموًا شاذًا غير منتظم (جيمس، 2013، صفحة 40).

ينشأ السرطان حين تنقلب خلايا نسيج ما بالجسم لتصبح شاذة تنمو وتتكاثر دون تحكم وتخرج عن الخط النمو والتبديل الطبيعي، وبدلاً من موت الخلايا تستمر في النمو والتكاثر لتكون كتلة يسمى الورم ومن هنا تستمر عملية انتشار الخلايا السرطانية والتي تقتصر إلى الكبح الذي يميز الخلايا الطبيعية، وتستمر في الحركة والهجرة في كل الاتجاهات لتشكل طبقات غير منتظمة (لحمر ، 2017، صفحة 66) هذه الخلايا إما أن تمتد محلياً وتغزو وتدمر النسيج الطبيعي المجاور وإما أن تنتقل عبر الأوعية اللمفاوية أو الأوعية الدموية إلى أماكن أخرى من الجسم وتؤسس بؤراً جديدة نامية نسميها "البؤر السرطانية المنتقلة"، هذه البؤر بدورها تدمر الأعضاء الجديدة التي تغزوها وتنتهي بوفاة المصاب (صالح محمود ، 2013).

في دراستهما المحورية "السمات المميزة للسرطان" (Hanahan & Weinberg، 2000)، قدم دوجلاس هاناهاان وروبرت واينبيرج إطاراً مفاهيمياً للتغيرات الخلوية الجوهرية واللازمة لتطور السرطان، وقد حددا قدرات بيولوجية تكتسبها الخلايا لتتحول من خلايا طبيعية منظمة إلى خلايا سرطانية متمردة، وتشمل هذه القدرات: الاكتفاء الذاتي في إشارات النمو، ومقاومة إشارات تثبيط النمو، وتجنب الموت الخلوي المبرمج، والتملص من التدمير المناعي، واكتساب القدرة على غزو الأنسجة والانتشار السرطاني (جيمس، 2013، صفحة 42)



شكل 1: سمات مرض السرطان

المصدر: (جيمس، 2013، صفحة 42)

تنقسم الأورام السرطانية إلى نوعين أورام حميدة يكون محاط من الخارج بغلاف يحدده تحديدا واضحا للأنسجة المحيطة به، غالبا ما يتوقف وحده ويتراجع وهو أقل خطورة ويعالج بصفة نهائية بعد الاستئصال، أما النوع الثاني فهو الأورام الخبيثة فهي تتكون من خلايا سريعة الانقسام والتكاثر، نموه يكون غير محدد (عروج، 2016، صفحة 98)، كما أن خلايا الأورام الحميدة لا تهاجم الأنسجة المحيطة بها ولا تنتشر لتصيب أعضاء أخرى من الجسد (الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، 2013، صفحة 5).

جدول 1: الفرق بين الأورام الحميدة والخبيثة

وجه المقارنة	الأورام الحميدة	الأورام الخبيثة
وضع الورم	يدفع النسيج الطبيعي جانبا يكون محاطا بمحفظة تكون الحدود واضحة	يغزو النسيج الطبيعي المحيط به لا يكون محاطا بمحفظة تكون حدوده مختلطة مع النسيج الطبيعي
مدى انتشارها	بطيئة	قد تكون بطيئة او سريعة
النتيجة	عادة حميدة فهي نادرة التهديد للحياة	قد تكون مميتة إذا لم يعالج الورم
العلاج	الجراحة شافية ويمكن استئصالها دون أن تعود للنمو ثانية في أغلب الأحوال	قد لا تكون الجراحة وحدها شافية وتحتاج لعلاج كيميائي أو إشعاعي داعم

المصدر: (عبد المنعم ، 2013، صفحة 14)

يسمى انتشار السرطان بالسرطان المنتشر (METASTASIS) وتتم تسمية معظم أنواع السرطان بالمكان الذي تبدأ فيه، فسرطان الرئة على سبيل المثال يبدأ في الرئة، وسرطان الثدي يبدأ في الثدي، واللويميا (LEUKEMIA) يبدأ في خلايا الدم البيضاء ، وعندما ينتشر السرطان ويكون ورماً جديداً داخل جزء آخر من أجزاء الجسم، يصبح لدى الورم الجديد نوعية الخلايا الغازية نفسها واسم الورم الأولي نفسه؛ فإذا انتشر سرطان البروستاتا وانتقل إلى العظام، على سبيل المثال، فإن الخلايا السرطانية الموجودة في العظام هي في الواقع خلايا سرطان البروستاتا، ويصبح المرض سرطان بروتستاتا منتشراً، وليس سرطان عظام وأحياناً يطلق الأطباء على الورم الجديد اسم المرض المنتشر أو "المنتقل" (الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، 2013، صفحة 06).

4. محطات رئيسية في حياة مريض السرطان:

تُعد مواجهة السرطان مساراً معقداً يتضمن محطات نفسية متعددة، تتأثر بكل من طبيعة المرض وشخصية المريض والسياق الاجتماعي المحيط به، وقد حددت العديد من الدراسات مجموعة من المحطات الرئيسية التي يمر بها مريض السرطان خلال مسيرته العلاجية (FNCLCC, 2007) منذ إعلان التشخيص،

دخول مرحلة العلاج، تقبل العلاج، والفترة بين الجلسات العلاجية، ثم ما بعد العلاج، وفيما يلي عرض لهذه المحطات النفسية:

1.4. الإعلان عن التشخيص:

السرطان غير متوقع تتزاحم فيه العواطف معظم الأوقات، يتم اختبار إعلانه على أنه لحظة محزنة، حيث يفصل الحياة إلى "ما قبل" و "ما بعد"، في البداية المريض ليس بإمكانه التفكير، البعض يشبه هذا الموقف بالخروج من الزلزال، إن المرضى يكونون غير قادرين مؤقتاً على إدراك ما يحدث؛ إنهم يفقدون كل اتجاهاتهم، نتحدث هنا عن الدهشة (FNCLCC, 2007)، يقول مولي ماسول وهو طبيب متخصص في علم النفس الطبي وعلم الأورام النفسي الإكلينيكي: "الانتظار هو أرض حرام، وقت بين قوسين، يتوقف ويمتد، أحياناً ينفتح على الأمل وأحياناً نحو اليأس، ينتظر المرضى للحصول على معلومات مهمة في حالة من العجز؛ لذلك فإن هذه الفترة تثير القلق الذي يمثل وسيلة عفوية لتوقع الصدمة من أجل تجنبها بشكل أفضل، إنه تحضير لتغيير مفاجئ (Carreel, 2017, p. 20)، وأول الكلمات التي تقال "لا هذا مستحيل" "لا يمكن أن يكون ذلك صحيحاً" لقد حصل [الطبيب] على الملف الخطأ "لم أثق به أبداً"، وترتبط هذه المشاعر مع عدم اليقين ومخاوف بشأن المستقبل ويشعر الناس بالغضب ويرفضون قبول هذا الإعلان: لماذا أنا؟ لماذا هذا؟ لماذا الآن؟ كذلك يمكن أن ينشأ الخوف من الألم والمعاناة من الجسد الذي يبدو أنه "يخون" طبعاً كل ردود الفعل هذه مشروعة، ولذلك توقيت الإعلان عن تشخيص السرطان يحرر نوبات من القلق يصبح معها نظام الدفاع المعتاد غير قادر على أداء وظيفته (Ben Soussan & Dudoit, 2009)، أما (Kreuger) فقد أعطى وصفاً آخر للصيرورة النفسية، تبدأ بطور الصدمة ثم طور الإنكار، يليه الطور الاكتئابي حيث يكون خطر الانتحار كبيراً، ثم طور التمرد على الاستقلالية مفضلاً التبعية ليصل إلى طوم التلاؤم (عروج، 2016، صفحة 103)، من هذا المنطلق كان لازماً تحسين آليات إعلان السرطان عبر إدماج البعد النفسي، من خلال تدريب الأخصائيين النفسيين على التعامل مع مثل هذه التدخلات وتظل هذه الخدمة ضعيفة نسبياً في ظل عدم وجود خطة معلنة توضح كيفية وإجراءات هذا الإعلان؛ إذ في الغالب يتكفل بها الطاقم الطبي في صورة تقديم فحوصات ومواعيد طبية تشير إلى المرض.

2.4. مرحلة الدخول في العلاج:

مرحلة الفحوصات قبل بداية العلاج هي فترة قاسية وطويلة جداً، لهذا فهي تكون مؤلمة، مع هذا فهي ضرورية لتحديد التشخيص واختيار أفضل العلاجات، إن الانتظار المرتبط بالحصول على المواعيد، والفواصل

الزمني بين الفحوصات المختلفة (المسح الضوئي، الموجات فوق الصوتية، الخزعة، التصوير الإشعاعي...) كل هذه الأمور يصعب تحملها، فالانتظار يولد القلق وألما يجعل المريض في كثير من الأحيان يعتقد أنه لا يوجد وقت نضيعه وأن التأخير هو فقدان لفرصة الشفاء (FNCLCC, 2007)، وبمجرد دخول بوابة المستشفى، تتشكل علاقة وثيقة بين النظام العائلي والنظام الطبي؛ إذ تتركز اهتمامات العائلة حول المرض ومقدمي الرعاية الصحية الذين يصبحون المرجع الأساسي للمرضى وعائلاتهم في البحث عن معلومات مباشرة بمرحلة المرض. وتصبح هذه الحاجات أكثر وضوحاً في لحظات الانتقال مثل الفترة السابقة على التشخيص أو انتظار بدء العلاج (Delvaux, 2006).

3.4. مرحلة تقبل العلاجات المختلفة:

عندما يتم اكتشاف السرطان عادة فلا بد من اقتراح بروتوكول علاجي ضروري ومناسب، مع هذا هناك من المرضى من يرفضون العلاج، هذا الرفض يرتبط بصدمة التشخيص وأحياناً باستحالة الإيمان حقاً بما يحدث (الإنكار)، أو قد تكون مرتبطة بالتمثيلات السلبية للسرطان، وطريقة المريض في تصور العلاجات وآثارها الجانبية في فهم سيئ للمعلومات المنقولة إليه، كما يمكن أن تساهم التجارب السيئة السابقة في تعزيز هذه الوضعية، وفي بعض الأحيان يكون الاكتئاب المرتبط بفقدان الرغبة في الحياة وخسارة القدرة على محاربة المرض سبباً في رفض العلاج (FNCLCC, 2007).

4.4. الفترة ما بين جلستين علاجيتين:

بعد نهاية الجلسة العلاجية وفي انتظار الجلسة الموالية من الجيد أن يكون مريض السرطان قادراً على العودة إلى المنزل ومع ذلك يشعر المرضى بالقلق حيال مغادرة المستشفى باعتباره مكاناً آمناً فالمرضى «يجد المريض نفسه في عائلة جديدة يمثلها "المستشفى" لذلك من الضروري أن يحتفظ المريض بالاتصال الوثيق بطبيب المعالج، فالتنسيق الجيد بين الفريق الطبي يسمح بإعداد الرعاية المنزلية وبالتالي تحسين نوعية حياة المريض، الحد من الرحلات إلى المستشفى، عدم تعطيل الحياة الأسرية والاجتماعية، خفض التوتر (FNCLCC, 2007).

5.4. نهاية العلاج:

في نهاية العلاج يشعر المريض بالوحدة خلال المرات الأولى التي أعقبت العودة إلى المنزل، فمتعة العثور على البيت والراحة من انتهاء العلاج أحياناً يختلط بحزن وضع حد للعلاقات المتميزة التي قد يكون الشخص قد بناها مع طاقم الرعاية الصحية (الأطباء والمرضى، فنيو العلاج الإشعاعي والمسعفون وغيرهم)،

مرضى سابقون أشاروا إلى هذه المرحلة على أنها "فترة الانسحاب في نهاية " العلاج "، ويرى العديد من المرضى المستشفى أو العيادة كمكان مطمئن ما دام يتم علاجه، يشعر المريض بالحماية، خلال هذه الفترة، يجب على المريض أن يتعلم كيف يتعلم تعيش بوتيرة مختلفة عما كانت عليه أثناء العلاج (FNCLCC, 2007)، ومع تراجع تهديدات المرض يبدأ المريض بالعودة إلى الحياة الطبيعية، وينقلب الاهتمام العائلي من نمط "مركزي" إلى نمط "طرد"، أي ابتعاد تدريجي عن المريض، وتترافق هذه التحولات لدى العائلة مع مشاعر الخوف من إهمال المريض أو إيذائه، والشعور السلبي تجاهه نتيجة عدم تلبية احتياجاتهم الشخصية لفترة طويلة، والإحساس بالذنب عند الاستمتاع بنشاطات خارجية، كما أن الآثار المتبقية من العلاج غالباً ما تصاحبها الحاجة المستمرة للمريض إلى الدعم، مما قد يؤثر سلباً على تلبية احتياجات باقي أفراد العائلة، ورغم انحسار المرض السرطاني، فإن الشعور بعدم اليقين يبقى قائماً لدى معظم أفراد العائلة؛ ويرتبط هذا الشعور بأسباب حدوث المرض والإجراءات أو السلوكيات التي يجب اتباعها أو تجنبها لمنع تكراره. وفي مواجهة عدم اليقين، تؤجل بعض العائلات اتخاذ القرارات المهمة، وتعيش يوماً بيوم دون التخطيط طويل الأمد (Delvaux, 2006)

من خلال رحلة مريض السرطان تظهر مراحل نفسية تتسم بالتنوع الانفعالي، وتتطلب تدخلات نفسية ذات خصوصية، بإعلان التشخيص صدمة تثير مشاعر الإنكار والقلق تتطلب التدخل الاستعجالي، بينما تمثل مرحلة الدخول في العلاج فترة قاسية من الانتظار، كما يواجه بعض المرضى صعوبة في قبول العلاج نتيجة للصورة السلبية للمرض أو بسبب مقاومة فكرة المرض، أما الفترة بين الجلسات، فهي تجمع بين الحاجة إلى الراحة النفسية ومخاوف العودة إلى الحياة اليومية.

5. التأثير النفسي لمرض السرطان:

تتراوح المعاناة النفسية الاجتماعية المرتبطة بالسرطان على مدى واسع، بدءاً من مسائل التكيف الطبيعية وصولاً إلى أعراض سريرية شديدة تستوفي المعايير التشخيصية لاضطراب عقلي، فقد أصدرت الشبكة الوطنية الشاملة للسرطان (NCCN) أول إرشادات للكشف عن المعاناة وإدارتها للمرضى في مجال الأورام عام 1997 وتم تحديثها مؤخراً في عام 2019، وتهدف هذه الإرشادات إلى معالجة حقيقة أن معظم مرضى السرطان يعانون من شكل من أشكال المعاناة في مرحلة ما على طول تجربة السرطان، ويعزز فحص المعاناة قدرة المستشفيات ومراكز السرطان على تحديد المحتاجين للرعاية الدائمة، ومع ذلك فإن الفحص وحده لا يعالج المعاناة وتقتصر الإحالات وتنفيذ موارد الرعاية الدائمة لأولئك الذين تظهر عليهم نتيجة إيجابية للمعاناة، لذلك يجب مراعاة أن المرضى الذين يحتاجون إلى رعاية عالية قد يحتاجون إلى أكثر من إحالة واحدة أو أنهم يلقون

أفضل رعاية من خلال نهج متعدد التخصصات (Jennifer L. Steel & Brian I. Carr, 2022) وتختلف تأثيرات مرض السرطان حسب نوع المرض ومرحلته وقدرات الشخص النفسية.

1.5. السرطان كمنشأ للخوف والحزن والقلق:

لم تنتهي بعد تلك المشاعر المرعبة التي ينشرها السرطان على الرغم من كل الحملات الإعلامية والتوعوية، وعلى الرغم من خطة الجميع المعلنه لتغيير طريقة النظر إلى السرطان، تبقى التمثيلات الاجتماعية والثقافية الجماعية وحتى التخييلات اللاواعية التي يثيرها هذا المرض خصبة ودائمًا مشحونة بالعنف، لذلك يجب أن تكون الترتيبات النفسية التي من المحتمل أن يسببها المرض صامتة، وأن تقتل المشاعر، وأن يتكيف السلوك حيث إن التخلص من عنف التصورات التي يحملها المرض يبدو ضرورة حيوية (Ben Soussan & Dudoit, 2009, pp. 13-14)

إن مشاعر كالخوف والحزن والقلق مشروعة ولكن في بعض الأحيان تصبح قوية جدا وحاضرة بقوة مما يؤدي إلى اضطراب الحياة اليومية وجعل بعض الأعمال معقدة أو حتى مستحيلة، إن الشعور بالقمع يغزو أحيانًا الأشخاص المرضى في أوقات محددة مثل أوقات أخذ الخزعة، المسح الإشعاعي scanner، التصوير بالرنين المغناطيسي IRM، وجلسة العلاج الإشعاعي، والفحص العادي والدوري، ولذلك ففي جميع الاحوال يتم اقتراح دواء لتقليل القلق (Linda J. , 2007, p. 21).

يتعلق هذا الخوف بأفكار المريض حول السرطان مثل فكرة أن السرطان يقتل ببطء، عكس كل الأمراض الأخرى التي يمكن أن تؤدي إلى الموت المفاجئ، وما يزيد الخوف وجود الألم الحاد الجسدي والنفسي خاصة في حالات ضعف التكفل أو انعدامه، ولا يقتصر الخوف على المعاناة الشخصية بل يتعدى أيضا إلى الخوف على آلام العائلة؛ هذا ما يضاعف من آلامه، ويؤدي إلى استجابات دفاعية غير متوقعة، ويبدأ الخوف من الموت بمجرد سماع كلمة سرطان التي تبعث نحو التفكير فيه (منصوري ، 2021، صفحة 72)، فكثير من المرضى على وشك الموت يغرقون في جو محزن للغاية، وأفكار تشبه الضلال والوحوش تبدو مثل قلق التجارب القديمة التي يعاني منها الذهانين، مخاوف الإبادة، الدمار، طبيعة هذه المخاوف تشبه إلى حد كبير قلق الولادة حيث يمكن أن تشكل النموذج الأولي لكل أنواع القلق، بل أنه هناك احتمال أن آلام المرضى تتبع من نفس الطبيعة القديمة للقلق، وتنتج من إعادة معايشة الكرب المبكر (Ben Soussan & Dudoit, 2009, p. 66)

2.5. السرطان كمصدر للألم النفسي:

يعرف الألم المزمن بأنه الألم الذي يستمر حتى بعد التئام الإصابة، ويمتد لفترة تزيد عن ستة أشهر، وتتفاوت أنواعه وشدته كما هو الحال في الألم الحاد؛ فقد يكون طاعناً أو حارقاً أو كليلاً أو شديداً، وقد يظهر بشكل مستمر أو متقطع، كما قد يظل سببه مجهولاً (قندوز ، خميس محمد، 2024) ، ويمكن القول إن الألم معاش مزدوج عضوي ونفسي وفي نفس الوقت هو رد فعل فيزيولوجي ولهذا المريض لا يستطيع أن ينسى ألمه إلا في حالة نسيان جسمه الذي أصبح ناقصاً، فالجسم الذي يتألم يعاني مرارة الألم هو الأنا ومنه ينتج احتقار الذات، نبذ الذات وعدم تقديرها، فهنا كل ألم لديه يتحول إلى قلق نفسي الذي يعتبره القناة التي من خلالها تعبر عن الاضطرابات النفسية الداخلية والتي لا يستطيع البوح بها(منصوري ، 2021، صفحة 72).

يتفاقم شعور الألم المزمن عند اقترانه بالسرطان المهدد للحياة، لما له من تأثيرات عميقة على الجوانب النفسية والاجتماعية والمهنية والعاطفية للمريض، وقد تصل هذه التأثيرات إلى حد زعزعة هوية المريض واستقراره الأسري، ويؤثر الألم السرطاني المزمن سلباً على جودة حياة المريض وأدائه اليومي، مما أبرز أهمية النموذج البيو-نفسى-اجتماعي الذي يوفر فهماً أكثر شمولاً للألام المرتبطة بالسرطان، من خلال دمج العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في تفسير المرض والتعامل معه، وهو ما يبرر الدور المتزايد لأخصائي الصحة النفسية في إدارة الألم وتقديم الرعاية الصحية المتكاملة (قندوز ، خميس محمد، 2024).

جانب آخر من الألم النفسي تكون المشاكل الجنسية للمريض سبباً مباشراً فيه، حيث وبعد تجاهلها لفترة طويلة أصبح يعترف بها أخيراً من قبل كل من المرضى والأطباء كجزء لا يتجزأ من حياة مريض السرطان، وتستحق اهتماماً كبيراً إن لم يكن أكثر من بعض القضايا الأخرى التي يوجهونها كما تُظهر الأبحاث، إذا كان حوالي نصف المصابين بالسرطان يعانون من مشكلة ذات طبيعة جنسية، وهناك أدلة واضحة ووفيرة توثق عبء الضيق الجنسي لدى مرضى السرطان (Jennifer L. Steel & Brian I. Carr, 2022, p. 64).

3.5. علاقة مريض السرطان بالمستشفى:

يتمتع المستشفى بدور يتجاوز وظائفه العلاجية التقليدية، حيث يساهم ضمناً في آلية 'إنكار الحاجة' لدى المرضى. فبدلاً من أن يكون ملاذاً للحميمية والخصوصية في مواجهة وطأة المرض، قد يتحول إلى فضاء مكشوف يعرض الجسد وحقائق المرض بشكل علني. وفي حين تبدو الشفافية ممارسة سائدة - تتجلى في التصميم المعماري الزجاجي، وتقنيات التصوير الطبي المتقدمة، وإتاحة بروتوكولات الرعاية، ومبادرات إعلام المرضى - إلا أنها قد لا تتجح في تبييد 'مسرح' المعاناة الداخلية الذي يختبئ فيه المرضى. هذه التجربة الذاتية، التي تتسم بالكدمات النفسية العميقة، تظل عصية على الكشف الكامل للعلن، على الرغم من جهود

التوعية المختلفة. فالأجساد في واقع الأمر لا تفصح بسهولة عن حقيقة الذات أو تكشف عن مواطن الضعف، مما يستدعي حاجة الفرد للحماية. فالمرضى، الذين يُجردون من خصوصيتهم وأسرارهم، يصبحون أكثر انكشافاً وهشاشة. وخارج صمت الأعضاء الداخلية، يتحولون إلى ضجيج صاخب يذكر بفنائهم وقابليتهم للتلف، وهو واقع يثير فينا جميعاً، حتى الأصحاء مؤقتاً، صدى المعاناة الوجودية التي تشكل جزءاً أصيلاً من الحياة، مما يدفعنا إلى محاولات مستمرة لعزل هذا الصوت وإسكاته. (Ben Soussan & Dudoit, 2009, p. 15)

6. السرطان وآلام المجتمع:

1.6. تأثير مرض السرطان على ديناميكية الأسرة:

غالبا ما يعتبر السرطان كلغة، ونكسة للمريض وللعائلات وللطباء على حد سواء، إذ يعاد النظر في كل شيء : مستقبل المريض وتوازن العائلة الموارد الاقتصادية، ويرتبط الاختلال أيضا بنتائج العلاجات المختلفة من جهة، وبالعوامل النفسية الأساسية المتمثلة في ثقل التشخيص والشك في الشفاء وقلق الانتكاس من جهة أخرى، وكل هذه العناصر التي تحدث الارتباك لدى المريض وعائلته وأصدقائه تضعهم في مواجهة مواقف صعبة التكيف والتحمل، وتقول وندلوس وزواني: "على الأقل هذا ما تمت ملاحظته من خلال التجربة المهنية في مصلحة طب الأورام السرطانية؛ حيث أتاحت فرصة الاقتراب التعرف على ألام مرضى السرطان، ومعاناتهم ومخاوفهم، وعلى ردود أفعالهم؛ إذ كانت كل عائلة تحمل في نفسها مخزونا من الجراح نتيجة هذه الأزمة، فتظهر كل أنواع المعاناة القديمة التي قد يعود تاريخها للطفولة" (وندلوس، زواني، 2018).

يمر مرضى السرطان في البداية بحالة من الصدمة، والخوف ومشاعر اليأس، والإنكار، ثم يتقبلون الحقيقة، ويعيشونها في حالة من الاستسلام لإحساسهم بالرعب المصحوب بالحيرة والخوف والقلق والإحباط والتوتر ومشاعر الفقدان، هذه الأخيرة تحمل معها أحاسيس فراق لأولادهم وأزواجهم ووالديهم، والمقربين لهم، لتسيطر على حياة المرضى مشاعر الاكتئاب والتشاؤم، ما يولد نوعاً من الصراع الداخلي للمرضى وعوائلهم مع حقيقة المرض، ومهمة العائلة في تلك الفترة تقديم الدعم والمساعدة والمساندة اللازمة رغم أن أفرادها يعيشون نفس مشاعر الخوف والقلق، مع هذا يحاولون بشتى الوسائل تحمل المسؤولية المعنوية تجاه مريضهم، ومحاولة رفع معنوياته لمواجهة آثار المرض (صالح محمود ، 2013)

إن العائلات التي تعيش "محنة الدعم" تواجه نصيبها من المعاناة بمشاعر متناقضة، لأن المرض يأتي للتشكيك في تنظيم الأسرة، وإعادة اختبار جميع الأدوار، وهنا تظهر ردود الفعل التي غالباً ما تحمل الغضب والقاء اللوم، العدوانية غير مبررة، والعدائية اتجاه الأطقم الطبية وهكذا يسمح الإسقاط العدوانى أن ينسب إلى

الآخر آثاره الخاصة، ومن من بين هذه التأثيرات التي لا تطاق قد يكون الشعور بالعجز والشعور بالذنب (Ben Soussan & Dudoit, 2009, p. 62).

إن تأثير المرض على الأسرة يسبب خلا في القواعد، والأدوار المحددة لكل فرد، ووفقاً لـ Delvaux فإنه من أجل تقييم قدرة الأسرة على مواجهة السرطان يجب دراسة خصائص كل عضو في الأسرة، ثم خصائص النظام العائلي من حيث التكيف والتواصل والتماسك والتطوير؛ يقول Adam، P و Herzlich، C: " يتم الحد من دور المريض أولاً من خلال إعفائه من مسؤولياته المعتادة، حيث لم يعد ممكناً أداء مهامه بشكل طبيعي؛ وبالتالي يفقد قدرته على العمل، والتكفل بأسرته ورعايتها وخاصة حمايتها، وجلي أيضاً أنه لا يمكنه شفاء نفسه، فهو غير مسؤول عن ضعفه، لذلك له الحق في الحصول على المساعدة من العائلة، هذه النقاط قد تشكل امتيازات لمريض السرطان، لكنها مشروطة؛ فالمريض أيضاً لديه التزامات، فيجب عليه اعتبار أن المرض غير مرغوب، وعليه طلب الشفاء، وعليه متابعة العلاج والصبر أيضاً والتحمل، ومن خلال هذا المنظور يمكننا استنتاج فكرتين رئيسيتين؛ أولهما أن إعفاء المريض من بعض المهام التي لم يعد قادراً على تنفيذها، لتتولى الأسرة أدائها عنه، والفكرة الثانية هي أن على المريض المشاركة عبر الالتزام بالعلاج ومواجهة السرطان والتغلب عليه، حي تظهر هنا أن التغيرات في الأسرة تحدث على مستوى الأدوار اليومية، ما يخلق أدوار جديدة في النظام مثل تقديم الدعم للمريض، والمشاركة في القرارات الطبية، والحصول على المعلومات، والتفاعل مع المحيط الخارجي؛ لذا فإن التواصل لضمان معرفة كل شخص ما يتوقعه الآخر هو أمر أساسي، يساهم في العلاج (Carreel, M., 2017, p. 54).

7. أساليب وطرق معالجة السرطان:

إن علاج السرطان بالغ التعقيد؛ حيث يتطلب وقتاً وجهداً، ويتطلب مشاركة فريق متعدد التخصصات، أطباء عامون، أطباء الأسرة، والجراحون، وإخصائيو الأورام، وإخصائيو علم الأمراض، وإخصائيو الأشعة، وإخصائيو تسكين الألم، مختصو التغذية، المختصين النفسيين، المساعدون الاجتماعيون، إضافة إلى عدد هائل من الفنيين كالممرضين، وفنيي الأشعة والعلاج الطبيعي والمعامل وأقسام العلاج الإشعاعي، ومساعدو التمريض، والقائمة طويلة وممتدة تتباين التفاصيل التنظيمية لهذه الجماعات المختلفة تبايناً هائلاً من بلد لآخر، وهي نتاج كل من سياسات الرعاية الصحية واقتصاداتها معاً وتعالج نظم الرعاية الصحية المختلفة هذه الوقائع بسبل شتى، لكن المبادئ الأساسية بصفة عامة موحدة (جيمس، 2013، صفحة 53).

1.7. العلاج والتكفل الطبي بمرض السرطان:

يعتمد علاج السرطان في المقام الأول على نوع الورم، ومرحلته، إضافةً إلى اعتبارات أخرى مثل المرحلة العمرية للمريض، وتاريخه الطبي أيضاً، وبطبيعة الحالة يكون الشفاء من السرطان هو الهدف الأساسي للخطط العلاجية، رغم أنه في بعض الحالات يكون الهدف السيطرة على الورم السرطاني أو التخفيف من حدة الأعراض لأطول فترة ممكنة، وتتضمن الخطط العلاجية مزيجاً من التدخلات الجراحية والعلاج الإشعاعي والعلاج الكيميائي، كما قد تشمل في بعض الحالات العلاج الهرموني أو العلاج المناعي، بالإضافة إلى ذلك، يُعد زرع الخلايا الجذعية خياراً علاجياً ممكناً في بعض أنواع السرطان، وتجدر الإشارة إلى أن الخطط العلاجية تخضع للتعديل باستمرار حسب استجابة المريض وتطور حالته (الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، 2013، صفحة 55)

1.1.7. التدخلات الجراحية:

يعتمد العلاج الطبي في الأساس على التدخلات الجراحية حيث تعد العمليات في معظم الحالات الخطوة الأولى في بروتوكول العلاج للأورام السرطانية، حيث يكون الهدف إزالة الورم السرطاني بشكل كامل، ويختلف الوضع حسب نوع الورم ففي الأورام الحميدة، يؤدي الاستئصال إلى الشفاء التام رغم أنها قد تشكل تهديداً في حال كانت في مواقع صعبة، على العكس تماماً فإن الوضع معقد جداً في الورم الخبيث، خاصة إذا انتشر إلى مناطق أخرى، ما يقلل فرص إزالته كلية، وتكون الجراحة أكثر صعوبة عندما يكون الورم في أجزاء حيوية من الجسم مثل أورام المخ أو الأورام التي تضغط على الأعضاء الحيوية، وحتى عملية الاستئصال الكلي للعضو قد تكون غير نهائية؛ فبقاء خلية سرطانية واحدة كفيل بعودة الورم للنمو من جديد وهو ما يُسمى "الانتكاس"، ومن هنا فالجراحة ليست حلاً جذرياً للمرض، وإنما جزء من مخطط عام يهدف إلى السيطرة على السرطان، ورغم فعالية العمليات الجراحية إلا أن انعكاساتها النفسية على المريض والأسرة سلبية جداً خاصة لما تكون ظاهرة أو تلامس صورة الجسد (منصوري، 2021، صفحة 64) (كوبر، 2004، صفحة 161)، ولأسف الشديد 50% من الحالات ينتشر السرطان فيها إلى أجزاء أخرى حتى قبل اكتشاف المرض، ولذلك يصعب التدخل الجراحي، ومع هذا فإن إزالة الورم الأصلي يعتبر خطوة مهمة وخاصة عندما تترافق مع أساليب أخرى للعلاج، ومن المهم جداً أن تفحص عينة من الورم والأنسجة المحيطة التي تم إزالتها، حيث يساعد هذا الإجراء على تحديد نسبة انتشار المرض، وتحديد مرحلته، وبالتالي تحديد خطة العلاج المناسبة بدقة، ويجدر الإشارة أنه حتى في الحالات التي ينتشر فيها الورم السرطاني عبر أنسجة الجسم، فلا يوجد مانع من إزالة الورم الأصلي جراحياً، وقد تمتد لإزالة بعض الأورام الصغيرة المنتشرة (كوبر، 2004، صفحة 162).

2.1.7. العلاج بالأشعة:

العلاج الإشعاعي مثل التدخل الجراحي يستعمل للمعالجة المحلية ولكن هذه الطريقة تحارب الخلايا السرطانية التي انتشرت إلى الأنسجة السليمة لدرجة لا يمكن علاجها جراحيا ولهذا السبب يتم معالجة الأورام باستعمال الأشعة بدلا من الجراحة، ويتم تطبيقه على الجسم المريض من الخارج ويسمى بعلاج حزمة الأشعة الخارجي، أو يتم تطبيقه داخل جسم المريض عن طريق العلاج المتفرع ، ويكون العلاج الإشعاعي مجزأ إلى عدة جرعات لإعطاء الخلايا السليمة الوقت لاسترجاع عافيتها بين الجرعات الإشعاعية (منصوري ، 2021)، وكثيرا ما تستعمل الأشعة بالإضافة إلى الجراحة لإزالة الخلايا السرطانية التي انتشرت إلى الأنسجة المحيطة بالورم، توجد أنواع متعددة من الأشعة تستعمل في عمليات العلاج الإشعاعي للسرطان مثل أشعة إكس وأشعة أخرى ناتجة من الكترونات الطاقة، كما يمكن غرس مصدر الإشعاع بمنطقة الورم مباشرة (كوبر، 2004، صفحة 163)

3.1.7. المعالجة الكيميائية لمرض السرطان:

إذا طُلب من بعض الأفراد من عامة الناس ذكر اسم فئة العقاقير الأكثر ارتباطاً بعلاج السرطان، لأجابوا على الفور بأنه العلاج الكيميائي، ويغطي المصطلح نطاقاً واسعاً من المركبات المختلفة ذات الأصول المتنوعة، بدءاً من المضادات الحيوية مروراً بالخلاصات النباتية وصولاً إلى المواد الكيميائية المُخلَّقة المعتمدة على الذي إن إيه، وجميعها تتدخل في آليات الانقسام الخلوي، ويؤدي هذا — نظراً لأن كثيراً من الأنسجة يكون بها خلايا في حالة انقسام — إلى آثار جانبية نمطية، مثل الشعور بالغثيان والقيء (من أسباب ذلك حدوث تلف ببطانة الأمعاء، وكذلك حدوث تأثير مباشر على المخ)، وسقوط الشعر (تلف جريبات الشعر)، وخطر التعرض للعدوى (تلف بعملية إنتاج كرات الدم البيضاء التي يحتاجها الجسم كوسيلة دفاعية ضد العدوى)، ومع أن هذا يحدث بالفعل أثناء العلاج الكيميائي، فالواقع أكثر تنوعاً من ذلك، فأنواع كثيرة من العلاج الكيميائي التي تُستخدم مع المرضى الخارجيين لا تحدث سوى قدر ضئيل من التأثيرات، ومن الصعب الحيلولة دون تساقط الشعر، غير أنه ليس سمة موحدة بين عقاقير العلاج الكيميائي، حيث صار في الإمكان الحيلولة دون إصابة المريض بالغثيان والقيء، ما يسمح بتقديم عقاقير كانت تُعد حتى الآن شديدة السمية (جيمس، 2013، صفحة 72).

يغطي مصطلح العلاج الكيميائي للسرطان نطاقاً واسعاً من المركبات المختلفة ذات الأصول المتنوعة، ويعرف أنه استخدام أدوية خاصة مضادة للسرطان، تقوم بالقضاء على الخلايا السرطانية وذلك بعرقلة نسق

العمليات الحيوية داخلها، والميزة الرئيسية لهذا العلاج هي قدرته على معالجة الأورام المتنقلة والمنتشرة، وتعود هذه الميزة إلى حقيقة الخلايا السرطانية التي تعتبر ذات حساسية للمواد الكيميائية (عبد المنعم ، 2013، صفحة 24)، ولسوء الحظ فإن الأدوية المتوفرة للاستعمال ليست متخصصة حيث أنها لا تؤثر على الخلايا السرطانية فقط، بل معظمها يؤثر في التركيب الطبيعي للأحماض النووية أو تكبح تصنيع أحماض نووية جديدة لإتمام انقسام الخلية، وتعتبر الأدوية الكيميائية مثلها مثل الأشعة تقتل الخلايا سريعة الانقسام سواء كانت سرطانية أو خلايا سليمة، وخاصة الخلايا المبطننة للأمعاء الدقيقة وخلايا الدم النابتة من النخاع العظمي، والخلايا التي تكون الشعر، وكما هو الحال فالعلاج الكيميائي له آثار جانبية وخيمة مثل سقوط الشعر، وغثيان شديد، قيء، إجهاد، ضعف عام، عقم، تلف الكلى والقلب (منصوري ، 2021، صفحة 66)

4.1.7. علاجات أخرى للسرطان

يستهدف العلاج الهرموني أنواع معينة من السرطان التي تعتمد على هرمونات للنمو، مثل سرطان الثدي والبروستاتا، ويشمل استخدام أدوية لتقليل مستويات الهرمونات أو منع تأثيرها على خلايا السرطان، كان المنطق الذي استند إليه رواد العلاج الهرموني أنه إذا كان النسيج «الأم» في حاجة إلى مستويات طبيعية من الهرمون، فإن الورم غير الطبيعي المشتق من هذا النسيج قد يحتفظ بهذه التبعية، وحققت تجارب الإخصاء في حالات سرطان البروستاتا المتقدم نتائج قوية؛ فحدث تحسُّن سريع وجوهري في الأعراض مثل الألم الناتج عن الترسبات السرطانية بالعظام. وتلت ذلك محاولة تقديم الهرمونات الأنثوية للمرضى، التي تُكبت بالتأكيد الصفات الذكورية، وحقق ذلك أيضًا نتائج رائعة. لكن من المؤسف أن هذه الآثار على الغدد الصماء — بالرغم من كونها جوهريّة — لا تدوم إلا لعام أو عامين، ثم يعود المرض من جديد. ولوحظت تأثيرات مشابهة على النساء المصابات بسرطان الثدي — قبل انقطاع الطمث — بعد استئصال المبيض لديهن. وشهدت العقود التالية ابتكار مجموعة متكاملة من العقاقير المعتمدة على الهرمونات لعلاج سرطاني البروستاتا والثدي تحديدًا. ومن بين هذه العقاقير «التاموكسيفين» المضاد للأستروجين، ولعله المسؤول عن إنقاذ حياة عدد أكبر من النساء مقارنةً بغيره من العقاقير الأخرى (جيمس، 2013).

أما العلاج المناعي فيعزز قدرة جهاز المناعة على التعرف خلايا السرطان ومهاجمتها، ويتضمن استخدام أجسام مضادة أحادية النسيلة، مثبطات المناعة، أو تعديل الخلايا المناعية (مثل العلاج بالخلايا التائية، ويهدف إلى تحسين استجابة الجهاز المناعي ضد السرطان، وغالباً ما يُستخدم لعلاج أنواع معينة من السرطان المتقدمة أو المقاومة للعلاج، وتشمل الآثار الجانبية التعب، الحمى، وأحياناً مشاكل في الجهاز

المناعي، وهناك علاجات أخرى كالعلاج الجيني يتضمن إدخال أو تعديل الجينات داخل خلايا المريض لتحسين القدرة على محاربة السرطان، يمكن أن يشمل تصحيح الجينات المعيبة أو إدخال جينات جديدة لتعزيز استجابة الجسم ضد السرطان، يشمل أيضاً العلاج بالخلايا المعدلة وراثياً مثل الخلايا التائية CAR-T، وما زال العلاج الجيني في مراحل البحث والتطوير، ويظهر واعداً في علاج بعض حالات السرطان الصعبة (كوبر، 2004، صفحة 163)

2.7. العلاج النفسي لمرض السرطان:

تمثل التدخلات العلاجية النفسية محل اهتمام متزايد في مجال أبحاث السرطان، حيث ترتبط ببداية المرض منذ لحظة الإعلان، ومراحل تطور المرض وتأثيره على جودة الحياة، وقد تم توثيق أن التعبير العاطفي، والدعم الاجتماعي، وانخفاض مستويات الضيق النفسي، ترتبط بتحسين مدة البقاء لدى مرضى السرطان، وفي مراجعة حديثة، أظهر هيل وآخرون أنه في 12 من أصل 17 دراسة محكمة، كانت التدخلات النفسية فعالة في تقليل التوتر النفسي؛ كما أشارت دراسة Spiegel et al بعد متابعة استمرت 10 سنوات وجود ميزة إحصائية في البقاء على قيد الحياة لصالح النساء المصابات بسرطان الثدي اللواتي شاركن في علاج جماعي، حيث عشن في المتوسط 18 شهراً أكثر من المجموعة الضابطة (Straker N., 1997)، ويعتمد التدخل النفسي أساساً على التواصل ومناقشة المرض والعلاجات المستعملة في مرض السرطان، ويجب أن يكون شرح واف للمريض عن طبيعة مرضه، ولكن هنا دائماً تدخل عدة عوامل أخرى والتي تحدّد لنا ما يجب علينا إخباره للمريض، وما يجب إخفاءه وعموماً يكون التدخل النفسي على ثلاث مستويات علاجية: فردي، جماعي، وعائلي، بالإضافة إلى البعد الوقائي والكشف المبكر (آيت أعراب، د.ت)، وتشير الدراسات الاستقصائية التي أجريت على مدى عقود إلى بيانات تفيد بأن الكرب العاطفي شائع بعد تشخيص الإصابة بالسرطان ويستمر طوال فترة العلاج حيث يؤثر القلق والاكتئاب المصاحب للتشخيص على جودة الحياة وحتى الرضا والالتزام ببرامج العلاج، وقد أدى هذا إلى دعوة لإجراء تدخلات نفسية لمرضى السرطان، مع افتراض مسبق ومعقول إلى حد كبير بأن مثل هذه التدخلات ستثبت بالتأكيد أنها ليست أقل فائدة من تلك التدخلات للأفراد الذين لا يعانون من السرطان، ومن الضروري أن نثبت أن ما نقدمه للمرضى مقبول وذو فائدة لهم (Jennifer L. Steel & Brian I. Carr, 2022).

1.2.7. علم النفس الإيجابي في خدمة مرضى السرطان:

قبل جيل كان مجال علم النفس الأورام يعمل بجد لإثبات تجريبياً أن السرطان يمثل حقاً فترة عصيبة، بدءاً من التشخيص وحتى النجاة أو رعاية نهاية الحياة، ولم يبدأ البحث في توثيق انتشار الضيق العاطفي بين

مرضى السرطان الذين تم تشخيص إصابتهم إلا في أوائل الثمانينيات كان الأطباء النفسيون والأخصائيون الاجتماعيون والعاملون الآخرون في مجال الصحة العقلية يعملون ضمن نظام للطب الحيوي لم يقر رسميًا بعد بمفهوم "جودة الحياة" كمجال للبحث، ولم يخصص الموارد المؤسسية لمثل هذه المجموعات المهنية لتكون لاعبين رئيسيين في الرعاية المستمرة لمرضى السرطان. وهكذا، استلزم تطور رعاية علم النفس الأورام التركيز على إثبات مستويات عالية من الضيق بين مرضى السرطان حتى يمكن تقديم الخدمات المناسبة وتعويضها، ومن منظور تاريخي، من المثير للاهتمام ملاحظة أن مناقشات حول استفادة المرضى بأي شكل من أشكال السرطان على الأرجح لم يكن سيتم تبنيها من قبل مجال علم النفس الأورام، وربما عارض مثل هذا الاهتمام بشدة أولئك الذين يسعون لضمان حصول مرضى السرطان على دعم نفسي واجتماعي كافٍ. (Jennifer L. Steel & Brian I. Carr, 2022, p. 256)

2.2.7. العلاج النفسي - الاجتماعي:

يختلف الناس في قدرتهم على التأقلم مع الضغوطات التي تحدث مع التشخيص والعلاج والتحديات المستمرة للآثار المتأخرة وطويلة الأمد للعلاج، وتتراوح الاستجابات النفسية من المشاعر الطبيعية للضعف والحزن والخوف إلى المشاكل التي يمكن أن تعيق مسار الحياة مثل مستويات عالية من الاكتئاب، القلق، ضغوط ما بعد الصدمة، اختلال العلاقات البين شخصية، والعزلة الاجتماعية، وأزمات الوجود وفقدان متعة الحياة وصولاً إلى التفكير في إنهاء الحياة، ومن المهم ملاحظة أن ليس كل التفاعلات النفسية سلبية، حيث يذكر العديد من الناجين من السرطان اكتشاف فائدة معينة في تجربتهم، مثل إيجاد معنى الحياة، وتقدير جديد للحياة، وتحسين احترام الذات والشعور بالسيطرة، وعلاقات أوثق مع الأحباء (Jennifer L. Steel & Brian I. Carr, 2022, p. 159).

تركز التدخلات النفسية خلال فترة ما قبل العلاج على تقديم الدعم لاتخاذ قرار العلاج والاستعداد للعلاج، وتتضمن هذه التدخلات أدوات تساعد المريض في قراره بهدف تمكينه من قرارات قائمة على القيم، ومفاضلة المخاطر والمنافع (إيجابيات وسلبيات خيارات العلاج)، كما يمكن استخدام أدوات مساعدة في اتخاذ القرار لتوجيه القرارات عندما يكون هناك تكافؤ بين خيارات العلاج مثل حالة سرطان البروستات المحدود حيث يتم الاختيار بين المراقبة النشطة أو استئصال البروستات الجذري أو العلاج الإشعاعي أو مريضات سرطان الثدي اللواتي يحددن خيارات الجراحة وإعادة البناء، بدلاً من ذلك يمكن استخدام أدوات مساعدة في اتخاذ القرار لدعم القرارات حول الرعاية المصاحبة مثل البالغين الشباب الذين يفكرون في الحفاظ على الخصوبة قبل العلاجات السامة للخلايا الجنسية، وقد تم إجراء التدخلات النفسية الاجتماعية المصممة قبل بدء العلاج في

الغالب بين مرضى سرطان الثدي والبروستات قبل بدء العلاج الكيميائي أو الجراحة وعادةً ما تشمل تدريبات الاسترخاء (تقنيات الاسترخاء العضلي التدريبي، التصوير التخيلي) وإدارة الإجهاد لإعداد المرضى لعلاجهم، وقد ثبت أن تلك البرامج المصممة لإعداد الأفراد لعلاج السرطان فعالة في تقليل القلق والاكتئاب وتحسين جودة الحياة (Jennifer L. Steel & Brian I. Carr, 2022).

3.2.7. الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان:

عرّفت منظمة الصحة العالمية الرعاية التلطيفية بما يلي: مجموعة الجهود الطبية المقدمة من فريق متعدد الخبرات للمرضى الذين يواجهون أمراضاً مزمنة، بهدف تحسين نوعية الحياة ورفع المعاناة عنهم وعن عائلاتهم، مع الأخذ بعين الاعتبار الحاجات البدنية والنفسية والاجتماعية والروحية" تقدم الرعاية التلطيفية خدماتها من خلال فريق متكامل يضم الطبيب، الممرض، الأخصائي النفسي، الأخصائي الاجتماعي، الصيدلي، الموجه الديني (بشناق، 2012، صفحة 133)، فالرعاية التلطيفية ليس مفهوم جديداً، مع هذا يركز معظم مقدمي الرعاية على العلاج التقليدي، ولم تحض حياة المريض بالاهتمام إلا خلال 20 عام الأخيرة وهذا من خلال إعطاء مزيد من الاهتمام للرعاية التلطيفية حيث أصبحت كبرى المستشفيات وخاصة الدول المتقدمة تقدم برامج للرعاية التلطيفية من جوانبها المختلفة : رعاية بدنية لعلاج الألم ورعاية نفسية للمساعدة في علاج الاكتئاب والحزن ومشاكل الصحة العقلية وتقوم الرعاية الاجتماعية على توفير الاحتياجات النفسية الاجتماعية، وذلك بتقديم الدعم للشخص المعني ولعائلته (فالق، 2021، صفحة 88).

يقصد بالفعل "يلطف" في أي سياق طبي تقليل ، خفض أو الحد من وخامة الألم أو المرض و تخفيفهما ولو مؤقتاً، فعندما أقر الطب التلطيفي كتخصص طبي في 1987 على أنه " دراسة ومعالجة المصابين بمرض نشط ومتزايد وشديد التقدم، الذين لا تتاح لهم إلا فرص محدودة للإنذار بحالتهم والذين تنصب الرعاية في حالتهم على تحسين جودة الحياة أما الرعاية التي تقدم لمرضى السرطان من المتخصصين في الصحة فيوجزها تعريف منظمة الصحة العالمية: " تولى أهمية قصوى لمكافحة الألم وسائر الأعراض والمشكلات النفسية والاجتماعية والروحية وتهدف الرعاية التلطيفية إلى تحقيق أفضل جودة لحياة المرضى ولأسرهم كما يمكن تطبيق العديد من عناصر الرعاية الملطفة في مراحل المرض المبكرة جنباً إلى جنب مع المعالجة المضادة للسرطان" فالرعاية الملطفة هي رعاية نشطة شاملة لجسم الانسان وعقله وروحه، وتقديم الدعم للأسرة وتبدأ فور تشخيص المرض وتستمر سواء كان المريض يعالج المرض أو لا؛ من هنا يتعين على مقدمي الرعاية الصحية تقييم المريض من جميع الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية (WHO، 2001، صفحة 19).

تتجلى أهمية الرعاية التلطيفية كونها ضرورية في شتى المجالات الصحية من حيث شمولية الخدمات التي تقدم لذوي الأمراض المزمنة والمستعصية، ويتم التركيز في تقديم الرعاية التلطيفية على السيطرة على الألم ، كون أن التدخلات في هذا النوع من الرعاية يوفر ما هو مطلوب للمرضى الناس على التكيف والتعامل مع وضعهم المرضي، ولذلك يتم تقديم الرعاية التلطيفية من وقت تشخيص المرض، جنباً إلى جنب مع أنواع العلاج المحتملة، فدور المختص النفسي في علم الأورام ضرورياً لرعاية المرضى ، حيث نشكّن أن يساعد في معالجة الألم من خلال استخدام العلاجات التكميلية، فدوره يتمثل في تشخيص الاضطرابات النفسية المصاحبة والتي قد تؤدي إلى تعقيد مسار المرض المهدد للحياة وهو تناول مستوحى من النظرية التحليلية (السيكودينامية)، وتدخلات تعتمد على المساندة، وتسيير الأزمة، وعلى طرق عملية لحل المشكل (النصائح)، هذا النوع من التدخل يستدعي بناء علاقة ثقة بين المريض والمختص النفسي. ضف إلى هذا فإننا هنا نحاول التركيز على العوامل النفسية ذات العلاقة مع المرض و تطوّره، وعموماً نحاول معالجة سياقات الحداد المرتبطة بالإصابة المرضية، كما أننا نستعمل خلال هذا تناول أسلوب مباشر أو موجّه، أو ما يسمى بالتدخل خلال الأزمة، وهذا نظراً لأهمية و كثرة الأزمات الوجودية و التي كان المرض سبباً في ظهورها، و يهدف هذا تناول إلى: تطوير قدرة المريض للتكلم عن مشاعره و إعطاءها معنى، القدرة على تحمّل الاختلاف الحادث في حياته، القدرة على تطوير قدرة التحمّل، القدرة على إرصان ارتباطات جديدة، و على تحمّل توقّع الفراق، الاختفاء و الموت (آيت أعراب، د.ت)، و يولي فريق الرعاية التلطيفية اهتماماً بالغاً بعائلة المريض، فمعلوم أن عائلة المريض لديها كثير من المعاناة والهموم نتيجة إصابة أحد أفرادها بالمرض، وقد يحتاجون إلى معونة من الفريق لتجاوز هذه الظروف الصعبة، ويتابع طبيب الرعاية التلطيفية الحالات المتقدمة من المرض بالاستعانة بفريق الرعاية المنزلية المتخصص حيث تعدّ الرعاية التلطيفية اليوم تخصصاً طبياً هاماً وركناً أساسياً في علاج مرضى السرطان، وفق ما تنص عليه منظمة الصحة العالمية والمنظمات الطبية الدولية (بشناق، 2012، صفحة 134).

3.7. إمكانات الوقاية من مرض السرطان:

كثير من مرضى السرطان يرغبون في المشاركة الفعالة في اتخاذ القرارات بشأن ما يتلقونه من رعاية طبية، ومن الطبيعي أن يرغب المريض في الإلمام بكل ما يمكن حول مرضه وخيارات علاجه، غير أن الصدمة والتوتر اللذين يعتريانه عقب معرفة التشخيص قد يصعبان التفكير في كل ما يرغب في طرحه على الطبيب من أسئلة، فعلى امتداد السنوات الخمس عشرة الماضية لم يحرز سوى قلة من بلدان شرق المتوسط وشمال إفريقيا تقدماً كبيراً في إعداد خططها الوطنية لمكافحة السرطان، ويعزى هذا جزئياً إلى عدم إدراك حجم

وباء السرطان، كما أنه يعزى إلى عدم إدراك إمكانيات الوقاية من السرطان والحاجة إلى التكبير باكتشافه في العديد من البلدان وحتى في البلدان التي شرعت في مواجهة المشكلة، فإن مواجهتها لها كانت تتمثل على الأغلب في ضخ مزيد من الموارد لمعالجة السرطان ولا يمكن لمثل هذه الاستراتيجية تقليص عبء السرطان على المدى الطويل والعديد من أشكال السرطان يتم تشخيصها متأخراً، مع ما يترتب على ذلك من ضعف إمكانية بقيا المرضى طويلاً على قيد الحياة ثم إن النظم الصحية في معظم بلدان إقليم الشرق الأوسط وشمال إفريقيا ليست مستعدة لمواجهة الطلب المتزايد على الخدمات اللازمة لمرضى السرطان كما أن معالجة السرطان في مراحله المتقدمة قد تكون باهظة وذات آثار جانبية وخيمة (WHO، 2009).

أما عن أفضل إجراء على الإطلاق يمكن أن يعطي التعامل مع مرض السرطان طبعاً بعد منع حدوثه هو الكشف المبكر فالسرطان مرض لا ينشأ كورم متكامل بل يتكون بالتدريج ونتيجة لتغيرات عديدة في الجينات، وعبر الزمن فإن الخلايا المتغيرة تكتسب خاصية الصفا السرطانية كالقدرة على الانقسام بسرعة والقدرة على الغزو والانتشار إلى الأنسجة السليمة وتزداد أهمية الكشف المبكر لسبب طبيعة تكوين الورم التصاعدي، فقبل الانتشار يمكن شفاء معظم الحالات بمعالجة السرطان أثناء وجوده في مكان ظهوره الأصلي، أما الأورام غير خبيثة والتي لم تغزو الأنسجة المجاورة كثيراً ما يمكن شفاؤها بإجراء خطوات علاجية بسيطة وتبقى العلاجات الجراحية والعلاج بالأشعة فعالاً طالما لم يغزو السرطان باقي الأنسجة ومن هنا فإن الكشف المبكر يصبح مهماً لنتيجة العلاج، فكلما كان بالإمكان الاكتشاف المبكر للورم كان بالإمكان منع تحول الورم إلى مرض قاتل وبأبسط الطرق العلاجية، ويعتبر الفحص الروتيني للأفراد ذوو عوامل الخطر للإصابة بالسرطان طريقة فعالة لتوفير عوامل حماية عالية ويقلل نسبة تأثير المرض إذا ما اكتشف مبكراً (كوبر، 2004، الصفحات 141-142).

1.3.7. التواصل مع فريق الرعاية الصحية:

التواصل الجيد مع الطبيب وفريق الرعاية الصحية ضروري جداً لمرضى السرطان، إنه يخلق مناخاً من الثقة مفيداً للعبور عند دليل على المرض بشكل أفضل. تعتمد جودة المعلومات على العلاقة القائمة مع الفريق الطبي، والشعور بالفهم، والاعتراف أو سمعت، والوقت المخصص للمناقشات (FNCLCC, 2007). .

تقول إحدى المريضات بالسرطان "لم أخفي السرطان عن أحد، ورفضت أن أخجل" إذا كان أنوثتي وحياتي اقتصرتا على ثدي وثلاثة أورام سرطانية، سيكون ذلك محزناً جداً. أتحدث عن السرطان بحرية مع الأطفال والكبار، اكتشفت أن الكثير من الناس يحبونني وكانوا على استعداد لدعمني" يحتاج المرضى إلى

المساعدة والدعم، خاصة من قبل من حولهم: أسرهم وأصدقائهم، زملائهم في العمل لعيش المرض بشكل أفضل عندما يكون بصحبة، من المهم أن يتحدثوا عن المرض إذا أرادوا ذلك، فالدعم يعني أيضًا الاستماع من طرف المحيطون بالمريض (FNCLCC, 2007).

التواصل طبيب - مريض يعد جانب أساسي من جوانب الرعاية الصحية الذي يؤثر تأثيرا مباشرا في العلاقة العلاجية فهو عملية دينامية تفاعلية معقدة لها سياق محدد، يتأثر بكل من سلوكيات المريض والطبيب؛ والتواصل التشاركي المتمركز حول المريض فهو سلوك عاطفي-اجتماعي تفاعلي يركز فيه الطبي، على الحالة النفسية والاجتماعية للمريض، ويتميز بالمساواة والانفتاح على مناقشة فوائد وأخطار العلاج، حيث يحترم فيه الطبيب رأي المريض بالرغم من معارضته وتلخص عادة الأهداف الرئيسية للتواصل بين الفريق الطبي، والمريض في إنشاء علاقة وثيقة وجيدة، مناقشة القرارات المتعلقة بالعلاج، الدعم العاطفي للمريض (براهمية ، 2018).

خلاصة الفصل:

من خلال هذا التناول يتضح أن السرطان أحد أكثر الأمراض استعصاءً على العلاج وتهديداً لوجود الإنسان، نظراً لطبيعته المعقدة وتبعاته الواسعة، وقد تناول هذا الفصل جوهر مرض السرطان، وخطورته، وانتشاره، إلى جانب إبراز الخصائص المميزة لهذا الداء، والتي تُفضي إلى تحديات طبية ونفسية معقدة لكل من المريض وبيئته المحيطة، مما يشهد تغييراً جوهرياً في المسار الحياتي للمريض، بدءاً من لحظة التشخيص، ومروراً بمختلف مراحل العلاج، وما بعد العلاج، في هذا المسار تم التركيز على الجوانب النفسية للمرض، باعتباره مصدراً رئيساً لمشاعر الخوف، والحزن، والقلق، لا سيما بالنظر إلى ارتباطه الشائع بالموت والمعاناة، وشمل الفصل أيضاً مناقشة الأثر العميق للسرطان على بنية الأسرة وديناميكيته، من خلال ما يفرضه من ضغوط نفسية، واجتماعية، واقتصادية، تؤثر في أدوار الأفراد وعلاقاتهم، وتزيد من أعباء الرعاية والدعم العاطفي، أما في الجانب العلاجي، فقد تمت دراسة أبرز الأساليب الطبية المتبعة في علاج السرطان، مثل العلاج الكيميائي، والعلاج الإشعاعي، والتدخل الجراحي. وقد شدد الفصل على أهمية التكامل بين العلاج العضوي والدعم النفسي، باعتبار أن الدعم النفسي يُعد مكوناً جوهرياً في تحسين نوعية حياة المريض، وتمكينه من التكيف مع التحولات الجذرية التي يفرضها المرض، وانطلاقاً من ذلك، برزت أهمية التطرق إلى الاستجابة الاكتئابية الصدمية، بوصفها من أكثر التفاعلات النفسية شيوعاً لدى مرضى السرطان.

الفصل الثالث:

فحص ومعالجة الاستجابة الاكتئابية الصدمية

تمهيد:

الاستجابة المرضية للأحداث والأزمات الحياتية هي أهم التحديات النفسية التي تواجه الأفراد مختلف مراحل حياته ... تلك الأوضاع الصعبة والحوادث المؤلمة كفقْدان الأُغْزَاء، ومعايشة الكوارث، الأمراض الخطيرة التي تهدد الوجود، الحروب والأزمات وأصعب ما فيه حين تخلف جروحاً نفسية تترك خلفها آثار يتعسر معالجتها ونقدم من خلال هذا الفصل قضية عيادية هامة هي الاستجابة الاكتئابية لما بعد الصدمة النفسية، والتي تمثل رد فعل تتأسس كنتيجة لحدث إغفالي حاد، كما سنركز على ارتباطه بحدث محدد وهو إعلان خبر اكتشاف السرطان كمرض خبيث يحمل في طياته أقوى الحوادث الحياتية و الانعكاسات الجسدية والنفسية والاجتماعية العميقة تؤثر على نوعية الحياة وربما تغير أنماط العيش لدى المرضى، وحسب (بيرون، 1936) تمثل الاستجابة المرضية في علم النفس هي كل سلوك أو رد فعل غير طبيعي اتجاه مثير معين، قد تكون هذه الاستجابة عبارة عن فعل أو شعور أو فكرة، وتختلف في شدتها وطبيعتها من شخص لآخر، وذكر Ionescu 1999 "يمكن أن يدخل في مجال المرضي أي تقييد للنشاط والمشاركة في الحياة الاجتماعية يتعرض له شخص ما بسبب إعاقة مؤقتة أو دائمة في واحدة أو أكثر من الوظائف الجسدية، الحسية، العقلية، المعرفية أو النفسية، أو إعاقة متعددة أو اضطراب صحي يسبب العجز"، هذه الحالة تشير إلى ما إذا كان الشخص قادراً على فعله أو يجب عليه فعله وما لم يعد قادراً على فعله، وتعتبر الاستجابة مرضية عندما تسبب معاناة شديدة تؤثر بشكل سلبي على جودة حياة الفرد وقدرته على أداء المهام اليومية وتشمل: الاضطرابات المزاجية: مثل الاكتئاب والقلق، الاضطرابات الوسواسية القهرية، الاضطرابات الفصامية، الاضطرابات التي تؤثر على التفكير والسلوك والإدراك، اضطرابات الشخصية، اضطرابات مرتبطة بالصدمة والضغوط وحتى السلوكيات العنيفة والعوانية تجاه النفس أو الآخرين، وهكذا فإن الأشخاص الذين ينتحرون أو يقدمون على محاولة الانتحار، أو يعانون صعوبات عائلية أو مهنية يوصفون عادةً بأنهم مرضى وبنفس الطريقة، فإن السلوك الذي يعيق تحقيق دور مرغوب فيه أو التكيف مع البيئة، مثل الإفراط في شرب الكحول، واستخدام المواد المخدرة يعتبر في مجتمعاتنا أنه يندرج ضمن مجال المرضي (Bouvet & Boudoukha, 2014, pp. 12-13).

1. شرح المفاهيم المرتبطة بالاستجابة الاكتئابية الصدمية:

1.1. مفهوم الصدمة النفسية:

في علم النفس المرضي تسمى "صدمة نفسية" أي صدمة تمارس بواسطة عامل خارجي على "مما يتسبب في اضطرابات نفسية مرضية، بناءً على ذلك يمكن تعريفها أنها ظاهرة اختراق النفس وطغيان دفاعاتها على المثيرات العنيفة المرتبطة بحدث عدواني مهدد للحياة أو السلامة الجسدية و/ أو النفسية للفرد (L.Crocq & all., 2014, p. 10)، وقد عرفها فرويد بأنها أي موقف يعرض العقل إلى مخفر يكون أكبر قوة مما يمكن له التعامل معه طبيعياً، أما حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع فتمثل أحداث متطرفة الشدة تتضمن خطر الموت الفعلي أو المهدد بالموت (وليد خالد، 2013، صفحة 07)

الصدمة النفسية حدث يؤدي خلال فترة وجيزة لزيادة مفطرة من الإثارة، حيث أن مجابقتها أو محاولة خفض التوتر الناتج عنها بحلول مألوفة تؤول بالفشل، وهذا ما يضطر الأنا للقيام بدفاعاته لمواجهتها، وغالبا ما تكون ردة الفعل الأولية إجمالية تتسم بالإنكار، يأتي بعدها مرحلة تشوبها حالة من الضيق والهيّاج ثم الانهماك في التفكير، يترافق معها فقدان الشهية والأرق وضعف التذكر والعجز الاجتماعي (لحمر ، 2017، صفحة 107)، وتختلف الاستجابات اتجاه الأحداث الصدمية حيث تشمل الضغوط الحادة ، واستجابات القلق، وتتطوي على صعوبة التركيز والشعور بالملل مشاعر الذنب، استجابات الاكتئاب التي تستمر لعدة أسابيع وتكون مصحوبة بمشاعر لوم الذات مع فقدان القدرة على إيجاد الحلول (شيل رجا، 2019، صفحة 52).

2.1. الآثار النفسية للخبرات الصادمة:

من الطبيعي ألا تستجيب كل ضحية بالطريقة نفسها للصدمة النفسية، حيث يتعلق الأمر بعوامل مختلفة تتمثل في نوع الضغط و مدى توقع الحدث ومفاجأته، نمط الشخصية، بالإضافة إلى السن والجنس واستمرار الحدث عبر الزمن، وبإمكانات إعادة التكيف بشكل خاص، حيث يؤدي عدم التكيف مع الضغوط المتطرفة إلى استهلاك احتياطاته الجسمية والنفسية بسرعة أكبر، ومن ثم تسوء احتمالات شفاؤه على المدى البعيد (ميرفين سموكر، ريشكه، كوجل، سامر رضوان، و بركات، 2010)، ومن بين ردود الفعل العصابية، تبرز "الاستجابة القلقة" التي تظهر بشكل خاص في سياقات التهديد أو الترقب؛ إذ إنه بمجرد وقوع الكارثة، يتصرف الشخص القلق بشكل جيد، ويظهر طاعة في تنفيذ الأوامر، أما أثناء فترة التهديد، فيكون الشخص القلق غير قابل للسيطرة: شاحب الوجه، يعاني من أعراض قلق نفسي وجسدي، فرط حركة خفيفة، يطلب باستمرار الطمأنينة من المحيطين به، لا يستطيع الثبات في مكانه، وقد يُقدم باندفاع على مواجهة الخطر بشكل

متهور (L.Crocq, 2014, p. 24)، عندما تظهر الآثار النفسية للصدمة، فقد تكون فورية وتؤدي إلى اضطرابات سلوكية يمكن ملاحظتها، أو قد تكون مؤجلة إلى وقت ومكان يشعر فيه الفرد بالأمان، وقد يُمحي الحدث الصدمي نفسه من الذاكرة بأثر رجعي، وتظهر خلال تلك الفترة أعراض خفية مثل القلق واضطرابات المزاج، والتي تُعد علامات مبكرة على التأثير النفسي بالصدمة، قد لا يحدث الحدث الصادم أي مظاهر سريرية فورية أو شبه فورية، بل إن الاستجابة الأولية قد تقتصر على شعور بالارتياح لكون الفرد نجا من الموت، يتبعه أحياناً نوع من الابتهاج الطفيف أو خوف لاحق مصحوب بشيء من القلق، والذي غالباً ما يزول بسرعة دون أن يترك أثراً ملحوظة على المدى القصير أو المتوسط، ومع ذلك فإن بعض هذه التجارب التي لا تُظهر عواقب مباشرة أو شبه مباشرة قد تكون مرتبطة بصدمة نفسية عميقة وخطيرة، لا تتكشف إلا لاحقاً عند ظهور أعراض العصاب الصدمي بعد أشهر أو حتى سنوات من وقوع الحدث، ومع ذلك فإن الصدمة النفسية غالباً ما تُتبع بظهور أعراض واضطرابات نفسية متنوعة في طبيعتها، حيث تظهر حالات القلق في شكلين أساسيين: إما على هيئة حالة من الإثارة والانفعالية، أو على شكل تثبيط نفسي حاد، أما الظواهر التحولية فيمكن أن تصيب هذه الاضطرابات أياً من أجهزة العلاقة مع العالم الخارجي، مثل: الشلل الحركي، فقدان البصر، الصمم، فقدان الصوت، وغيرها، ويُعزى تراجع هذه الظواهر إلى تحسن تقبل المجتمع للتعبير عن الألم النفسي بالكلام، وغالباً ما تكون مقاومة للعلاج — من أكثر الظواهر النفسجسمية شيوعاً في الوقت الحاضر، ويمكن أيضاً ملاحظة تساقط الشعر أو زيادة الوزن، وربما ينبغي إضافة تطور بعض أنواع السرطان إلى هذه القائمة، وهي أمراض تُقبل تقليدياً باعتبارها من النتائج المحتملة للتعرض المستمر للضغوط النفسية، كما تشمل الآثار اضطرابات مستوى الوعي: التبدد الشخصي، تبدد الواقع، وأحياناً التوهان الزمني والمكاني، وتُعتبر هذه الحالة مؤشراً قوياً لاحتمالية تطور اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) (LEBIGOT, 2005, p. 92)

3.1. الاستجابة الاكتئابية:

كلمة الاكتئاب في أكثر المعاني المألوفة للكلمة ترتبط بالمزاج، ففي الاستعمال غير الرسمي تصف هذه الكلمة مزاجاً سيئاً على نحو مؤقت قد ينجم عن يوم أو شعور سيء (رؤى الطيب، 2016، صفحة 24)، وتعترف الأبحاث بأن الاكتئاب يُعدّ مشكلة صحية عامة حيث يؤثر على حوالي 100 مليون شخص سنوياً حول العالم، والذي يُعدّ السبب الأول لفقدان سنوات من الحياة الصحية، بالإضافة إلى ذلك فإن مقاومة العلاج شائعة وحتى في حالة الشفاء، فإن خطر الانتكاس يبقى قائماً بالإضافة إلى أن التكلفة الاقتصادية لهذا المرض هائلة بلا شك (Auxéméry Yann, 2022)، ويمثل الاكتئاب حالة من المزاج السوداوي المصاحب لتطور الهمة وبطئ النشاط الجسمي، والتميز بمنظومة من التحريفات المعرفية السلبية ويكون نفسياً خفيفاً أو عقلياً حاداً،

ويوصف بطرق مختلفة فهو يستعمل كوصف للحالة المزاجية للفرد والمزاج الاكتئابي يعني عدم السعادة أو الكدر، أو تصنيفاً لزملة أعراض، وتصف الزملة الاكتئابية Depressive syndrome تجمعاً من الأعراض التي تلاحظ عادة خلال الممارسات العيادية، وهي تتضمن بشكل عام المزاج الاكتئابي، وفقدان الاهتمام، والقلق، واضطرابات النوم، وفقدان الشهية، ونقص الطاقة، والأفكار الانتحارية، وقد توجد فيها نوبات بكاء وبطء في الحديث والفعل (ب.معمرية، 2010)، يمكن أيضاً ملاحظة أعراض انسحابية لدى بعض المرضى، مع ظهور الهلوس، والاكتئاب ورد في شكل ثنائيات متعددة (هوس اكتئابي، اكتئاب كامن، اكتئاب استجابي، اكتئاب عصابي / ذهاني) (س.لنيدزاي و ج.بول، 2000، صفحة 103).

4.1. تزامن الأعراض بين الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة:

هناك ميل متزايد في الوقت الحالي نحو دراسة الأوبئة النفسية المشتركة التي تجمع بين هذين الشكلين من المعاناة النفسية: الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة بدل الفصل بينهما، وإذا نظرنا إلى "التشخيص المزدوج" فنجد أن نسبة التشخيص المتزامن تصل إلى 30% في حالات الحروق الخطيرة أو الاعتداء المسلح، وترتفع هذه النسبة إلى 70-90% عند دراسة مجموعات معينة تعرضت لصدمات نفسية شديدة جداً، مثل الناجين من معسكرات الاعتقال، وأسرى الحرب، وضحايا التعذيب ويظهر الاكتئاب كنتيجة ثانوية للتعرض للصدمات النفسية ولكن ما نلاحظه هو أنه في بعض الحالات قد يسبق الاكتئاب ظهور اضطراب ما بعد الصدمة، بل حتى يكون موجوداً قبل التعرض للصدمة النفسية، خصوصاً في العائلات التي تمتلك استعداداً وراثياً للإصابة بالاضطرابات القلق والاكتئاب؛ وهذا يثير تساؤلات حول التأثير المتبادل بين هذه الأبعاد المختلفة للمعاناة النفسية، سواء من حيث علم النفس المرضي أو علم الأعصاب، والجدير بالذكر أن تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة غالباً ما يكون متأخراً للغاية، بحيث يكون الوضع الصحي للمريض قد تدهور بالفعل، مما يترتب عليه أيضاً تكلفة اقتصادية مرتفعة (Auxéméry Yann, 2022).

تزيد الاضطرابات التالية للصدمات النفسية من الأخطار النفسية والاجتماعية، ويعتبر الاكتئاب من بينها - حيث يستوفي معايير اضطراب الاكتئاب الشديد - وقد أظهرت الدراسات أن 61% من الذين يعانون من أعراض اكتئابية متكررة أبلغوا عن تعرضهم لصدمات سابقة؛ بما في ذلك التجارب السلبية وأحداث الحياة وضغوطات العمل، وعلى الرغم من أن الآلية المرضية لا تزال غير واضحة، إلا أن الاكتئاب التالي أو المرتبط بالصدمة قد جذب المزيد من الاهتمام بسبب طوله ومقاومته لمضادات الاكتئاب التقليدية، وهنا نشير إلى أن نسبة من المرضى الذين قدموا أعراض اكتئابية تالية للصدمة النفسية قد أبدوا استجابة بشكل جزئي أو كامل للعلاج النفسي، كما أظهرت الدراسات أن الصدمات الناجمة عن الزلازل والأوبئة تؤدي إلى مشاعر جماعية،

ما يقلل من التأثيرات السلبية للأحداث الصادمة، عكس التعرض للصدمات الفردية مثل الإساءة، الإهمال أو العنف الجنسي التي تخلف عواقب سلبية تصبح مزمنة وتتطور تدريجيًا إلى "وضع الصدمة"، وتظهر في شكل اكتئاب مستمر، إدراك سلبي، مفهوم ذاتي سلبي، وإيذاء النفس/الانتحار، يرى فريدمان وآخرين، وبلش وآخرين أنه لا يوجد تقدم زمني من اضطراب ما بعد الصدمة إلى الاكتئاب الحاد مع ذلك تدعم العديد من الدراسات الاستمرارية بين اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب الحاد حيث يمكن أن يؤدي الاضطراب العاطفي في الصدمة إلى خطر الإصابة بالاكتئاب الحاد ويشير ذلك إلى أن التأثيرات طويلة الأمد للأحداث الصادمة على الأفراد تتجلى بشكل رئيسي في الأعراض الاكتئابية. (Wang, S. K, et al., 2023).

في النهاية ندرك أن الارتباط بين الأعراض ما بعد الصدمة والاكتئابية يؤدي غالبًا إلى صورة إكلينيكية أكثر خطورة، حيث تزداد حدة جميع الاضطرابات والأعراض، لدرجة أنه تم إثبات وجود علاقة خطية بين الأعراض ما بعد الصدمة وظهور الأفكار الانتحارية وخطر الانتحار، وتشير التقديرات منذ حرب فيتنام وبعد العمليات العسكرية في العراق وأفغانستان خلال العقد الأول من القرن الحادي والعشرين، إلى أن عدد حالات انتحار الجنود الأمريكيين عند عودتهم إلى الوطن بعد الحرب تجاوز عدد الذين قُتلوا أثناء المعارك، حيث يمكننا أن نرى أوجه تشابه مع الفئة الثانية الأكثر تضررًا من الصدمات النفسية وفقًا للأبحاث، وهم ضحايا العنف الجنسي لا سيما الأطفال والنساء (Auxéméry Yann, 2022).

2. معاني الاستجابة الاكتئابية الصدمية:

1.2. المعني الإكلينيكي لفهم الاستجابة الاكتئابية والصدمية

تتحمل «الاستجابة الاكتئابية والصدمية» معاني إكلينيكية خاصة، حيث تشير في مضمونها إلى ترابط بين استجابة مرضية، وخبرة حدث صادم، ويعرفها حافظ يعقوب " أنها رد فعل إزاء صدمة أو حرمان ناجمين عن حدث غير متوقع يهدد كيان النفس مثل الخسارة، الخيبة، فقدان حيث تمثل الشكل المجسم لما يحدث للشخص حين تصيبه نكبة طارئة" ، كما ذكر هورويتز (Horowitz, 1980) أن هنالك حوالي 65% من المصابين بالصدمة يعانون من التبدل الانفعالي في ردود الفعل إزاء المنبهات الخارجية، ويظهر التبدل من خلال انخفاض الاهتمام بالأنشطة، انحسار في مجال الحياة العاطفية والجنسية، انخفاض القدرة على المشاركة الوجدانية (يعقوب، 1999، صفحة، 47).

اكتشف الباحثون في السنوات الأخيرة وجود علاقة وثيقة بين الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة - PTSD، وتناولوا هذه العلاقة من منظور "الاعتلال المشترك (comorbidité) "ولو أنهم أنصتوا إلى مرضاهم

بعناية أكبر، لما احتاجوا إلى إجراء دراسات معقدة لإثبات هذا الرابط، وربما كانوا سيتساءلون عما إذا كان الصدمة النفسية في جوهرها ليست هي المصدر الأصلي لاضطرابات المزاج، والتي لا تقتصر جميعها على الاضطراب الاكتئابي الجسيم (MDD)، تمامًا كما أنها مصدر تكرر الحدث الصدمي ومظاهر سريرية أخرى، كما لاحظ الباحثون أن ظهور اكتئاب شديد مباشرة بعد التعرض لحدث يحتمل أن يكون صادمًا، يزيد بشكل كبير من احتمالية تطور PTSD لاحقًا، إضافة إلى ذلك، تبين أن مضادات الاكتئاب تؤثر بشكل إيجابي في مجمل الأعراض المرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة، وتجدر الإشارة إلى أمران أساسيان: أن الاكتئاب لا ينحصر في المعايير التشخيصية لـ MDD؛ والثاني، أن المعايير C و D الخاصة بـ PTSD في نسخ DSM-III و DSM-III-R و DSM-IV تتضمن عددًا كبيرًا من الأعراض الاكتئابية، ومنها: المعيار C الإحساس بانسداد الأفق، انخفاض الاهتمام بالأنشطة الهامة، الإحساس بالانفصال عن الآخرين، وتبدل المشاعر، المعيار D: اضطرابات النوم، التهيج أو نوبات الغضب، صعوبة التركيز، و خلال مسار العلاج النفسي، لا يعود الابتسام ثم الفرح إلا عندما يتحرر الشخص من وطأة الصورة الصدمية والشعور بالتخلي، أما الشعور بالذنب، فالوضع أكثر تعقيدًا، مما يدل على أن الإنسان قادر إلى حد كبير على التعايش مع الذنب، ما دام لا يستند إلى أساس واقعي متين، وفي سياقات أخرى، يظهر ما يُعرف بـ "اكتئاب الإرهاق" (Depressive exhaustion)، حيث يصبح الاكتئاب بمثابة "مرض التكيف" (LEBIGOT, 2005, p. 93)

إن الاستجابة الاكتئابية الصدمية تعبر عن زملة أعراض تنشأ عن حدث محدد يُشار إليه على أنه تحول من حالة حزن إلى حالة مرضية حقيقية أو هو رد فعل نفسي ناتج عن التعرض لأحداث صادمة تتميز هذه الاستجابة بمجموعة من الأعراض النفسية والجسدية التي تُشبه أعراض الاكتئاب، ولكنها تختلف عنه في بعض المظاهر يعبر عنها عادة بالاكتئاب ما بعد الصدمة، أو بالاكتئاب الاستجابي الذي يُعرف أنه حالة نفسية ناتجة عن صراعات داخلية أو أحمال عاطفية كبيرة، تُثار بعد حدث حياة أو فشل الشخص في تنظيم قدراته النفسية بشكل طبيعي (Ejenguele, 2024)، وغالبًا ما يطلق على هذا النوع "الاكتئاب الإستجابي أو النفسي"، وهو تعبير يشير إلى أنها حالة استجابة واضحة، إلا أنها مبالغ فيها إزاء أحداث محددة، مثل: فقدان عزيز، الفشل في علاقة عاطفية، الفشل في الدراسة وغيرها، وهذا النوع من الاكتئاب، يكون مرتبطًا بالموقف الذي أثاره، وبالتالي يوصف بأنه خارجي المنشأ أما النوع الذهاني العقلي، فيشار إليه بأنه داخلي المنشأ، أي يرجع إلى شخصية المريض، دون أن يرتبط بأية أحداث خارجية (معمرية، 2010).

ويُفرق روزنهان وسليجمان بين الاكتئاب العيادي والاكتئاب السوي، حيث يحتوي النوع الأول الدرجة الشديدة من الأعراض السابقة، أما النوع الثاني فيتمثل في أعراض مزاجية اكتئابية لدى الجمهور العام، كاستجابة

للأحداث التي يتعرض لها الأفراد، وتتسم بشدتها المنخفضة وتقع في المدى السوي (الصبوة، شيماء يوسف، 2007، صفحة 07).

تتميز الاستجابة الاكتئابية والصدمية كحالة نفسية بظهور متزامن لأعراض الاكتئاب والقلق وارتفاع في مستوى التوتر النفسي، وتستمر لفترة طويلة من الوقت تؤثر سلبًا على حياة الشخص المصاب يمكن أن تتراوح فيها الأعراض من خفيفة إلى شديدة وتشمل: الحزن واليأس، القلق والتهيج، صعوبة في التركيز والنوم، الانسحاب من الأنشطة الاجتماعية، أفكار الموت أو الانتحار، وأقوى لحظات عدم التصديق والانكار، ويمكن أن يغير الاكتئاب ما بعد الصدمات النفسية عمل الدماغ بشكل كبير، فعندما يكون الفرد غير قادر على مواجهة التوتر أو تكون التجربة الصدمية ساحقة، يصبح نظام الفرد مشبعًا بشكل زائد، هذه عملية تصف كيف يمكن أن تؤدي التغيرات في مناطق معينة من الدماغ والكيمواويات في الجسم إلى مشاكل صحية مختلفة، حيث لوحظ أن الاكتئاب ما بعد الصدمة النفسية يجعل الفرد يعيش حياة قاتمة ومظلمة، حيث تصبح الأشياء التي كان الضحية يستمتع بها غريبة وغير مألوفة بالنسبة له، وقد تم تلخيص بعض العلامات السلوكية لتشخيص الاكتئاب الصدمي كتحويل الانتباه، ومشاكل الذاكرة، والأرق، وصعوبة الاستمتاع بالأنشطة، وفقدان الفرح (Ord, A. S., Stranahan, K. R., Hurley, R. A., & Taber, K. H., 2020)

2.2. المعنى النسقي لفهم الاستجابة الاكتئابية الصدمية:

يعتمد التفسير النسقي (Systemic Approach) لفهم الاستجابة الاكتئابية الصدمية على فكرة أن هذه الظاهرة ليست نتاج عامل واحد معزول، بل هي نتاج تفاعل معقد بين عدة عوامل بيولوجية، نفسية، اجتماعية، وثقافية؛ هذا النهج الشمولي يساعد في فهم كيفية تأثير الصدمة على الفرد من خلال النظر إلى السياق الأوسع الذي يعيش فيه، بما في ذلك علاقاته، بيئته، وتفاعلاته مع العالم من حوله، وتعتبر المقاربة النسقية العائلية للاستجابة الاكتئابية الصدمية إطارًا يركز على فهم كيفية تأثير التفاعلات الأسرية على تطور الاستجابة الاكتئابية بعد صدمة نفسية، وتعتبر المقاربة النسقية الأسرة نظامًا ديناميكيًا يؤثر كل فرد في الآخرين، وتؤثر التفاعلات العاطفية بين الأفراد على قدرتهم على التكيف مع الضغوط النفسية، فعندما يتعرض فرد في الأسرة لصدمة نفسية، يمكن أن تتأثر التفاعلات الأسرية بشكل سلبي إذا كانت هناك صراعات أو أدوار غير واضحة، مما قد يؤدي إلى تفاقم أعراض الاكتئاب، بالمقابل فإن الأسرة التي تتمتع بتواصل فعال ودعم عاطفي يمكن أن تسهم في تخفيف تأثير الصدمة وتعزيز القدرة على التكيف، فالعلاج الأسري يُعتبر أحد الاستراتيجيات الفعالة في معالجة هذه الاستجابة الاكتئابية (McFadden, 2016)، وتزيد العديد من العوامل من خطر تطور الاضطرابات الاكتئابية لدى المرضى المصابين بالسرطان حيث يتبين أنه لا يوجد ارتباط سببي خطي بين

السرطان والاكتئاب، بل هناك العديد من العوامل الوسيطة التي تتداخل ومشاعر اليأس وفقدان السيطرة والعزلة هي بالتأكيد عوامل تزيد من قابلية المريض للتصرف والانتحار (Stagno, Stiefel, Rousselle, & Guex, 2005)

3. إعادة تعريف العلاقة بين الصدمات النفسية والاكتئاب

عند التركيز بشكل خاص على الأعراض الاكتئابية وما بعد الصدمة، كان يُنظر إليها سابقًا على أنها مجرد "اضطرابات مترامنة" (comorbidity's) أو "مضاعفات"، ولكن هذا التصنيف كان مضللًا، في الواقع غالبًا ما تكون هذه الأعراض جزءًا لا يتجزأ من اضطراب ما بعد الصدمة ذاته، حيث ترتبط بشكل وثيق بالحدث الصدمي، سواء من خلال: السياق التاريخي للشخص، السمات السريرية، المكونات النفسية المرضية، التفسيرات العصبية البيولوجية، وبالتالي لا ينبغي النظر إلى الاكتئاب أو القلق أو الذهان في هذه الحالات كمجرد اضطرابات ثانوية، بل كامتداد طبيعي ومعقد للتجربة الصدمية الأساسية. ويجب المضي قدمًا في تبسيط تصنيف الاكتئاب التالي للصدمات النفسية من خلال تقديم وصف موجز للأشكال السريرية الأكثر شيوعًا، وأكثرها شيوعًا هو الاكتئاب التفاعلي في مواجهة ذكريات الماضي المؤلمة. إنه يحدث ثانويًا لهيكلة أعراض ما بعد الصدمة الرئيسية، وفقًا لشدة هذه الأعراض ومدتها. وبالتالي، فإن الإرهاق هو رد فعل للضيق العاطفي المتكرر أثناء استحضار ذكريات الماضي المؤلمة، والأرق، والشعور الدائم بعدم الأمان، والعواقب الضارة لكل هذه الاضطرابات من حيث التكيف الأسري والاجتماعي. وتكون أعراض الاكتئاب الأكثر وضوحًا لدى من يمكن وصفه بأنه "مضطرب"، وهي فرط تفاعل المزاج الذي تتخلله تقلبات مزاجية كرد فعل على الإحباط. وهذا بالطبع ينطوي على خطر إعادة مواجهة عوامل الإجهاد في حالات المشاجرات، والقيادة الخطرة للسيارات، وكذلك تعاطي المواد النفسية المختلفة. وبشكل مختلف لدى الإناث ضحايا الاعتداء الجنسي، تتميز الأعراض بدلاً من ذلك بالانحصر السلوكي، والوهن، واللامبالاة، والتباطؤ العام. وبالنسبة لكلا الجنسين، تظل الاجترارات المرضية مسيطرة ويجب الاعتراف بها كشكل خاص من أشكال ذكريات الماضي المؤلمة (Auxéméry Yann, 2022).

1.3. تأثير مراحل الصدمة النفسية:

في عام 1969 كشفت إليزابيث كوبلر روس في كتابها (عن الحزن والوفاة) عن رؤيتها للمراحل التي يمر بها الإنسان عقب الصدمات النفسية القاسية، وهي الرؤية التي تسمى «مراحل الحزن الخمسة» أو "نموذج كوبلر روس" وتقول كوبلر من بين أكثر من مائتي مريض يحتضر أجريت معهم مقابلات تفاعل معظمهم مع الوعي بمرضهم المميت في البداية يقول: ("لا، ليس أنا، لا يمكن أن يكون صحيحًا) تعبيراً عن "مرحلة الإنكار"

ويمثل هذا الإنكار القلق الذي يتبع عرض التشخيص حيث يكون أكثر نموذجية للمريض الذي يتم إبلاغه بشكل سابق لأوانه أو بشكل مفاجئ من قبل شخص لا يعرف المريض أو يفعله بسرعة "إنهاء الأمر"؛ إن هذه المرحلة تساعد على النجاة من الصدمة النفسية، ويُستخدم الإنكار من قبل جميع المرضى تقريباً ليس فقط خلال المراحل الأولى وبعد المواجهة وحتى في وقت لاحق، وإذا كانت ردّة الفعل الأولى على الأخبار الكارثية هي: "لا، هذا ليس صحيحاً، لا يمكن أن يتعلق بي" فإن هذه الفكرة تقسح المجال لتفاعل جديد عندما يدرك الأمر أخيراً: "أه، نعم، إنه أنا، لم يكن هناك خطأ" وعدد قليل جداً من المرضى يستطيعون الحفاظ على عالم خيالي يتصورون فيه أنهم بصحة جيدة حتى وفاتهم، وعند لا يكون من الممكن الحفاظ على مرحلة الإنكار الأولى، يتم استبدالها بمشاعر الغضب، الحقد، الحسد، والامتعاض وما يعني الانتقال إلى مرحلة الغضب وهنا يصبح السؤال المنطقي: "لماذا أنا؟" وعكس مرحلة الإنكار، فإن مرحلة الغضب صعبة جداً للتعامل معها من طرف الأسرة وحتى الفريق الطبي، والسبب في ذلك هو أن الغضب يتجه في كل الاتجاهات ويسقط على البيئة المحيطة بشكل عشوائي ويكون مقدمي الرعاية الصحية هم الهدف الأكثر شيوعاً لهذا الغضب، ويصبح التعامل مع الشخص أصعب وأكثر حدة، ولكن على حسب كوبلر تعد هذه المرحلة ضرورية جداً لإتمام العلاج، وإذا لم يتمكن المريض من مواجهة الحقائق المحزنة في المرحلة الأولى، وكان غاضباً في المرحلة الثانية، تأتي مرحلة أقل شهرة ولكنها تساعد المريض بنفس القدر وإن كان لفترة قصيرة من الزمن فقد ينجح في الدخول في نوع من الاتفاق الذي قد يؤجل الحدث المحتوم إنها مرحلة المساومة؛ وهي محاولة للتأجيل تشمل وعداً ضمناً بأن المريض لن يطلب المزيد إذا تم منحه هذا التأجيل، ويعود الأمل مرة أخرى للشخص المعرض للصدمة خلال هذه المرحلة، فيحاول عقله الباطن أن يقنعه بأنه يمكن التعامل مع هذه الصدمة من خلال المساومات، و سبيل المثال يقول الشخص "في حال تخطيت هذه الأزمة سأقوم بمساعدة الفقراء، بعد انتهاء مرحلتي الإنكار والغضب و فشل مرحلة المساومة، يدخل الضحية في حالة من الإحباط المصحوب بأعراض مزاج اكتئابي، هنا يبدأ المريض في الابتعاد عن اهتماماته الشخصية، وتسمى كوبلر هذه المرحلة " بمرحلة الاكتئاب" يتجه المريض نحو العزلة والتوقع، تقول كوبلر أن هذه المرحلة هي أكثر مراحل الحزن خطورة وأكثرها حساسية في التعامل مع من يمر بها، فعندما لا يستطيع المريض إنكار مرضه، تكون الاستجابات في مثل هذه الحالات "الصدمة الشديدة والاكتئاب العميق"، وهذا ليس إلا أحد الخسائر الكثير التي يتحملها مثل هؤلاء المرضى، وحتى مع العلاج والاستشفاء المكثف تضاف الأعباء المالية فقد أجبرت المبالغ الهائلة التي تكلفها مثل هذه العلاجات، تقول إليزابيث كوبلر روث أن أسباب الاكتئاب هذه معروفة جيداً لدى كل من يتعامل مع المرضى، لكن ما يجب النظر إليه هو الحزن التحضيري الذي يتعين على المريض المحتضر أن يخوضه من أجل

الاستعداد لفراقه النهائي عن هذا العالم، إذا أردنا التمييز بين نوعي الاكتئاب، فالأول يعتبر اكتئابًا تفاعليًا، والثاني اكتئابًا تحضيريًا يأخذ في الاعتبار الخسائر الوشيكة، إن رد الفعل الأول على الأشخاص الحزينين هو عادة تشجيعهم على النظر إلى الجانب المشرق من الحياة، لكن عندما يكون الاكتئاب أداة للتحضير لموته الوشيك فإن التشجيع والطمأنينة لا يكون لهما نفس الأثر، هذا النوع الثاني من الاكتئاب عادة ما يكون صامتًا، على عكس النوع الأول الذي يتطلب تفاعلات كلامية مكثفة وتدخلات من الآخرين، لا تكون هناك حاجة للكلمات، بل يعبر عنها بشكل أفضل من خلال لمسة يد، أو مداعبة للشعر، أو مجرد الجلوس معه بصمت وإذا تم نقل هذه الطمأنينة إلى عائلاتهم، يمكن أن يُجنّبوا أيضًا الكثير من المعاناة غير الضرورية (KÜBLER-ROSS، 2009، الصفحات 31-80)

4. الاستجابة الاكتئابية الصدمية في سياق مرض السرطان:

يصنف السرطان كمرض خطير ومرعب في فئة الصدمات الناتجة عن الضغوط الجسمية والنفسية الشديدة كالحروق والذبحات الصدرية والآفات القلبية والجلطات الدماغية، وحالات الألم والكي بالمواد الكيماوية والتشويهاة، وأحيانًا يكون مجرد معرفة تشخيص ما أو الإخبار بحدث مرهق أو مرض وخيم العامل الذي يستثير الصدمة؛ كما لا يقتصر الأمر على المعنيين مباشرة بالحدث بل ويحدث أيضًا مع الآخرين الذي لا يكونوا معنيين بالأمر بشكل مباشر (وبشكل خاص الأقارب أو الأصدقاء): المرض، الموت، العنف، الكوارث (ميرفين سموكر، ريشكه، كوغل، سامر رضوان، و بركات، 2010).

في وصف من الأطباء حول تصوراتهم عن انتشار الاضطرابات النفسية لدى مرضى السرطان تراوحت الاستجابات من "كل شخص مكتئب، لأنه مصاب بالسرطان" إلى "لا أحد مكتئب؛ هؤلاء أشخاص طبيعيون" ومن المحتمل أن تكون انعكاسًا لمزاج المستجيب وأسلوب مواجهة التحديات، وكانت الجهود الأولى في علم النفس السرطاني الحصول على بيانات موضوعية حول نوع وتردد المشاكل النفسية لدى المرضى باستخدام معايير من التصنيف الثالث لتشخيص وإحصاء الاضطرابات النفسية (DSMIII)، حيث حددت مجموعة علم الأورام التعاوني النفسي الاجتماعي الاضطرابات النفسية لدى 215 مريضًا بالسرطان البالغين الذين تم اختيارهم عشوائيًا من المستشفيات والعيادات الخارجية في ثلاثة مراكز للسرطان من خلال المقابلة السريرية المنظمة، وعلى الرغم من أن 53% من المرضى الذين تم تقييمهم كانوا يتكيفون بشكل طبيعي مع الإجهاد، إلا أن الباقي (47%) كانوا يعانون من اضطرابات نفسية ظاهرة سريريًا؛ من هذه الفئة البالغة 47% الذين يعانون من اضطرابات نفسية، كان لدى أكثر من ثلثهم (68%) اضطرابات تكيفية مع مزاج مكتئب أو قلق، و 13% لديهم

اكتئاب كبير، و 8% لديهم اضطراب عقلي عضوي، و 7% لديهم اضطراب الشخصية، و 4% لديهم اضطراب قلق سابق وفي الأخير خلص المؤلفون إلى أن ما يقرب من 90% من الاضطرابات النفسية التي لوحظت كانت ردود فعل أو مظاهر للمرض أو العلاج (Massie, 2004)، وتبقى احتمالية الإصابة باضطرابات اكتئابيه مرهونة بوضعية المريض سواء اجتماعية، عائلية أو عرقية، فالأعراض الاكتئابية يمكن أن تصيب جميع الشرائح والطبقات الاجتماعية، حيث نجدها بنفس الوتيرة بالمدن الكبيرة و الأرياف وحتى الأحياء الفقيرة، إن أعراض الاكتئاب تخص أيضا جميع الأعمار والجنسين معا، وتساهم ظروف الحياة في رفع معدلات الاستجابة الاكتئابية خاصة عند الأشخاص الذين يعيشون وحيدين وهو ما يمثل أحد عوامل خطر نشوء الاكتئاب، ونفس الأمر بالنسبة للأشخاص الذين يفتقدون للسند الاجتماعي و العلاقات الإيجابية، ضف إلى ذلك التراكمات الحياتية الضاغطة التي تمثل السماد الأمثل للاكتئاب مثلها مثل فقدان والصراعات العائلية، والحوادث الصدمية، والظروف المهددة للحياة (بومعزوزة ، 2016، الصفحات 137-139)

بينت دراسة أجراها (Leshan & Worthington, 1955) على عينة شملت 152 مريض سرطان و 125 من الأفراد الأصحاء، أن المرضى اظهروا صعوبات في التنفيس عن الغضب، والعداوة وفقدان الاهتمام بالآخرين وفقدان العلاقات الحميمة وقلق الموت؛ أما دراسة لاشين Leshan على عينة من 80 مريضا بالسرطان، اتضح أن هؤلاء المرضى يتسمون بسمات خاصة أهمها: انخفاض تقدير الذات واليأس والاكتئاب، وكثرة الكبت وانكار الذات (حافري، 2013، صفحة 189)، وقد لاحظ كل من (Greenberg، Vaillant، Rusch and Dattore Fisher) أن مرضاهم لديهم تشبيلات فمية مما أدى إلى تشكيل علاقات غير متكافئة بسبب الاعتماد على الآخرين. فالتعلق بالآخرين هو وسيلة لطمأنه ذاته، ومقاومة الاكتئاب، وأي فشل في هذا النظام يظهر في سن الرشد يؤدي حتما إلى إعادة فتح الجروح المبكرة فهذا النوع من النكوص النفسي الجسدي والعزلة الانفعالية توفر البيئة المناسبة لنمو السرطان، فأولئك الذين تمت اصابتهم بالسرطان في وقت لاحق اتسموا بعدم القدرة على التعبير عن مشاعرهم وقامت (L. Temoshok, 1987) بوصف السرطان على أنه نمط يتميز بقمع الانفعالات (براهمية، 2018، صفحة 72).

تري (الشامسي، 2010) أن ما بين 5% إلى 25% من المصابات بسرطان الثدي يقدمن أعراض مختلفة لحالة الاكتئاب والذي قد يصل إلى حد الانتحار والرغبة في الموت، حيث تشعر المريضة بالحزن الشديد، انقطاع الأمل بالشفاء والانسحاب عن الناس، عدم الرغبة بممارسة الأمور الحياتية اليومية (منصوري، 2021، صفحة 78)، حيث يعتبر الاكتئاب من الأسباب الرئيسية للإعاقة في جميع أنحاء العالم يؤدي - الاكتئاب غير المعالج - إلى المعاناة الشخصية وزيادة الوفيات على الرغم من أن انتشاره يختلف اختلافاً كبيراً

على مستوى العالم، فإن الأعراض الأكثر شيوعًا للاكتئاب هي المزاج المنخفض والأرق والإرهاق، كما أن النساء أكثر من الرجال المصابين بالاكتئاب بمعدل 2 إلى 1، أبلغ Weismann وزملاؤه عن معدل العمر الافتراضي للاكتئاب الجسيم (غير ثنائي القطب) لـ 8% إلى 17% للنساء و 06.5% إلى 08% للرجال، ويرتبط الاكتئاب بشكل شائع مع متلازمات وأعراض أخرى، مثل اضطرابات القلق، اضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب الهلع، واضطراب القلق العام والألم (Massie, 2004)

ويؤثر الاكتئاب على أكثر من ثلث مرضى السرطان، ويظهر الاكتئاب في لحظات حاسمة مثل التشخيص، الانتكاسة، والفشل العلاجي ويحدث نتيجة لعوامل بيولوجية مرتبطة بالمرض والعلاجات، بالإضافة إلى عوامل نفسية تظهر على شكل صعوبات في التكيف، إن تشخيص الاكتئاب ليس سهلًا إذ إن الظواهر المرتبطة به تتمتع بطابع خاص من جهة أخرى قد يظهر الحديث عن الرفاهية النفسية على أنه أمر غير ضروري أو حساس، سواء بالنسبة للطبيب أو للمريض كما يمكن أن يساعد علاج هذا الاضطراب في تحسين جودة حياة المريض وجودة الرعاية المقدمة له (Stagno, Stiefel, Rousselle, & Guex, 2005)

إن المرض العضال سواء كان جسديًا مثل السكري أو نفسيًا مثل الاكتئاب، يمتد عبئه إلى جميع أفراد الأسرة، وفي حالة المرض النفسي تزداد التأثيرات حيث تواجه المنظومة تحديًا صعبًا بسبب ما يرتبط من معتقدات حول هذه الأمراض فقد تؤدي الوصمة الاجتماعية إلى تقاوم المعاناة وتجعل الأسرة تتردد في طلب الدعم الخارجي، مُفضّلة التعامل مع الأمر بمفردها، كما أن تأثيرات الاكتئاب تتميز بعدم قدرة المريض في السيطرة على انفعالاته وسلوكياته، مما قد يعرقل أداء نشاطه اليومي بشكل طبيعي، كل هذا يشكل مزيدًا من الضغط على الأفراد المتكفلين به (Bartha, Carol, Cathy , & Kate , 2013, p. 45).

يعد إعلان السرطان شكل من أشكال الأزمة الكبرى، ويكون أثره موافقا لما تتركه الصدمة حيث يمر المريض بنفس مراحلها (الإنكار وعد التصديق، الانفعال الشديد، التقبل، التعايش والتكيف)، بشكل عام تجد العائلات هذه الحالة مُرهقة للغاية خاصة بالنسبة للاكتئاب الشديد. (عزي صالح، 2023)، وحين يكون أحد أفراد العائلة يعاني من الاكتئاب قد تمر العائلة أيضًا بمجموعة من المشاعر: الإرهاق، القلق، الخوف، القلق، الإحباط، الغضب، الشعور بالذنب أو العجز، وتكون النوبة الأولى محيرة بشكل خاص فليس من السهل فهم ما يحدث ولماذا لا يتعافى الشخص من تلقاء نفسه، ولكن عندما نكون غير مُلمين بالاكتئاب، نميل إلى الاعتقاد بأن الشخص المريض يفتقر إلى الإرادة؛ ونخاطر أيضًا بالشعور بالضيق إذا لم يبذل ما يلزم للخروج منه بعد أن نقدم له النصائح (Bartha, Carol, Cathy , & Kate , 2013).

5. معايير تشخيص الاستجابة الاكتئابية الصدمية:

تواجه عملية تحديد أعراض الاكتئاب والصدمة النفسية وعلاجها العديد من العوائق ويجب ذكر تحفظ المختص الذي قد يعتبر تقلبات المزاج لدى مرضاه مجرد مظاهر هامشية وطبيعية في سياق المرض الخطير، قد يشعر أيضًا بالتردد عند مناقشة تجربة المريض، خوفًا من التطفل على مشاعره؛ كما قد يوجد نوع من التردد من قبل المريض الذي قد يخشى أن يُضيع الوقت المخصص له في أمور ليست مباشرة مرتبطة بعلاج السرطان، أو لأنه لا يمكنه تصور التخفيف من معاناته، هناك أيضًا نقص في البيانات السريرية التي تجبر المختصين على الاعتماد على توصيات صُممت لمرضى أصحاب جسدٍ، والتي قد لا تكون قابلة للتطبيق على المرضى المصابين بالسرطان وأخيرًا هناك عقبة تشخيصية تتمثل في عدم وجود توافق حول تعريف الاكتئاب في هذه الفئة من المرضى (Stagno, Stiefel, Rousselle, & Guex, 2005)

تظهر التجليات المختلفة للصدمة بدرجات متفاوتة، حيث لا تكون مترامنة دائمًا، بل تتناوب بين الاختفاء المؤقت والعودة المفاجئة، قد يتراجع اضطراب التكرار أو حتى يختفي تمامًا، في حين أن أعراضًا أخرى متعلقة بالتفكك النفسي قد تظهر أو تزداد، لذلك أصبح الاكتئاب ما بعد الصدمة أكثر وضوحًا في الدراسات الحديثة، لكنه ليس سوى جانب واحد من هذه المجموعة الواسعة من الأعراض النفسية، والسؤال هنا متى تظهر العلاقة بين الأعراض والصدمة؟ تعتمد الإجابة على وضوح العلاقة بين الأعراض والصدمة النفسية على توقيت التقييم الطبي والنفسي للمريض، ففي بعض الحالات قد يكون الجذر الصدمي للمشكلة واضحًا، بينما في حالات أخرى يكون غامضًا أو غير ظاهر تمامًا، خاصة إذا لم تكن هناك ذكريات نشطة متكررة أو كانت هذه الذكريات مخفية تحت أعراض أخرى أكثر صخبًا، لكن ما يجب فهمه بوضوح هو أن التفكك المرضي يبقى دائمًا موجودًا في الخلفية، يعمل بهدوء لكنه يحدث تأثيرًا مستمرًا، حتى ينتهي الأمر بالسيطرة على حياة الشخص المصاب (Auxéméry Yann, 2022)، كما يصف روزنهان وسليجمان (1955 & Seligman, Rosenhan) الاكتئاب بالاضطراب الوجداني ويقسمه إلى أربع فئات من الأعراض هي:

- 1) الأعراض الوجدانية: وتظهر في مشاعر الحزن وفقدان الاهتمام بالنشاطات لمشاعر الرضا والسعادة.
- 2) الأعراض المعرفية: وتتمثل في النظرة السلبية نحو الذات والعالم والمستقبل.
- 3) الأعراض المتصلة بالدافعية وتنعكس في السلبية والتردد وانخفاض مستوى النشاط العام، وصعوبة اتخاذ القرار، وبطء في المهارات النفسية الحركية، وقد يصاحب ذلك ميل إلى الانتحار.
- 4) الأعراض الجسمية: مثل فقدان الشهية واضطراب النوم ونقص وزن الجسم (ب.معمرية، 2010).

تظهر العديد من المشكلات التشخيصية عندما يتم تطبيق المعايير التشخيصية المتعارف عليها مع عامة السكان على مرضى السرطان، فإذا نظرنا إلى الأعراض نجد أغلبها لها طابع جسدي، وبالتالي قد تكون صحتها عند المرضى الذين يعانون من أمراض جسدية موضع شك، فأعراض مثل فقدان الوزن، التعب، صعوبة التركيز، واضطرابات النوم قد تكون ناتجة عن المرض الجسدي نفسه أو آثار جانبية للعلاج؛ وقد تم اقتراح عدة أساليب لإدارة هذه الأعراض المتشابكة، ومن بين التوصيات في الـ DSM-IV هو عدم أخذ هذه الأعراض في الاعتبار إذا كانت مرتبطة مباشرة بالمرض الجسدي، ومع ذلك فتطبيق هذه التوصية في الواقع أمر صعب، حيث من الصعب التمييز بينها بالإضافة إلى ذلك يمكن أن يؤدي تقليص عدد المعايير إلى عدم التعرف على العديد من المرضى المكتئبين فعلاً، حيث يُمكن أن يتم تحديد الاكتئاب فقط في الحالات الأكثر شدة، تجدر الإشارة أن خمسة معايير من أصل تسعة يجب أن تكون موجودة في التشخيص ومن بين هذه المحكات التسعة، يمكن أن تُنسب أربعة على الأقل إلى السرطان وبالتالي فإن الاتجاه الحالي قد يبالغ في احتساب هذه الأعراض الجسدية، مما يزيد بشكل مصطنع من انتشار الاكتئاب في هذه الفئة من المرضى (Stagno, Stiefel, Rousselle, & Guex, 2005).

جدول 2: معايير الاكتئاب الشديد وفقاً لـ DSM-IV والأعراض البديلة Endicott 1984

الأعراض الأساسية	الأعراض البديلة
المزاج المكتئب طوال معظم اليوم	مظهر مكتئب
انخفاض ملحوظ في الاهتمام والمتعة في الأنشطة	الانسحاب الاجتماعي، التحدث أقل
فقدان أو زيادة الوزن	انخفاض أو زيادة الشهية
الأرق أو كثرة النوم	الشكوى، الاستسلام، التشاؤم
الشعور بعدم النشاط أو بطء الحركة	الفقر، نقص الاستجابة، صعوبة في التحفيز
التعب أو فقدان الطاقة	
شعور بعدم الفائدة أو الذنب المفرط	
انخفاض القدرة على التركيز أو اتخاذ القرارات	
الأفكار المتكررة عن الموت أو الأفكار الانتحارية	

المصدر: (Stagno, Stiefel, Rousselle, & Guex, 2005)

1.5. الفحص السيكومتري للأعراض الاكتئابية:

يتضمن تشخيص الأعراض الاكتئابية ثلاثة أنواع رئيسية من الفحص الأول يستخدم للأغراض التشخيصية حيث يتم فحص مجموعة من المتغيرات كالمزاج والنشاط اليومي والانفعالات وغيرها لتقرير إذا كان يمكن وصف العميل "بالاكتئاب"، أما النوع الثاني فيتم استخدام مقاييس للملاحظة بدءاً من نقطة أساس

إلى التغييرات الناتجة من العلاج بالأدوية أو العلاج النفسي، أما النوع الثالث فيهدف إلى مدى استعداد المريض للعلاج، وهناك إجراءات سيكومترية كثيرة لتقدير الاكتئاب مع هذا القليل منها ما تم تقنيه بطرق فعالة، ويوصي بيك وزملاؤه لاستخدام إجراء تسجيل الأفكار السلبية الفريدة عند المريض وللأسف فإن أساليب القياس في هذا الإجراء تقليدية وغير مناسبة بسبب التغير السريع في طبيعة الأفكار ويتعين على الإخصائي الإكلينيكي أن يكون حذرا في تسجيل أشكال معينة من السلوك الاكتئابي التي قد يكون لها أهميتها مثال مشاهدة عدد مرات بكاء المريض، الفترة التي يقضيها في العزلة (س.لنيدزاي و ج.بول، 2000، صفحة 106).

ولأن مقاييس الاكتئاب أدوات سيكومترية فإن الدرجات التي تعبر عن أداء المريض لا توجد لها دلالة قبلية وحتى تكتسب معنى يتعين مقارنتها ببيانات معيارية فعلية تشتق في الغالب من مرضى آخرين ويعتمد معنى درجات الاكتئاب على الهدف الذي صمم من أجله المقياس وعلى مدى منسبة المعايير ويترتب على ذلك أن الدرجات على المقاييس المختلفة لها معاني مختلفة فبطارية بيك للاكتئاب تشير إلى شدة الحالة الاكتئابية بينما بطارية واكفيلد للتقدير الذاتي للاكتئاب توفر نقطة حدية يعتبر من تجاوزها مكتئبا إكلينيكيًا، وتصل بعض المقاييس الأخرى تشير إلى الحالة المزاجية فقط، وهناك مقاييس لا تتوفر على أي معايير وتُقارن فيها درجة المريض الحالية بدرجة السابقة على المقياس نفسه (س.لنيدزاي و ج.بول، 2000، صفحة 107)

يختلف تقييم المريض المكتئب بغرض العلاج عن التقييم لأسباب أخرى، وتقييم الاكتئاب لغرض علاج المريض لا يختلف من حيث المبدأ عن تقييم أي مرض آخر، فأغلب المرضى الذين يحاولون للفحص النفس لديهم درجة معينة من الاكتئاب وغالبا ما يكون الخط الفاصل الذي يمكن رسمه بين المريض الاكتئابي وغير اكتئابي خطأ افتراضيا، ومن بين الأدوات القليلة التي صممت للكشف عن وجود الاكتئاب وفقا لنموذج طبي وقد استخدمت على نطاق واسع في البحث وتتضمن: مزاج قلق، وظهور خمسة (05) على الأقل من الأعراض التالية لتشخيص الاكتئاب المؤكد وأربعة (04) لتشخيص الاكتئاب المحتمل: شهية ضعيفة أو فقدان واضح للوزن، صعوبات النوم، فقدان الطاقة، تهيج أو تبدل، فقدان الاهتمام بالأنشطة المعتادة أو تضائل الدافع الجنسي، مشاعر لوم الذات أو مشاعر الذنب، قدرة سيئة على التفكير / التركيز، أفكار متكررة حول الانتحار أو الموت، مع ظهور مستمر لمدة شهر على الأقل، دون وجود حالات سيكاترية سابقة (س.لنيدزاي و ج.بول، 2000، صفحة 115).

2.5. فحص اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD):

في الطبعة الرابعة، المعدلة (DSM-IV-TR) لسنة 1994 تم وصف اضطراب الكرب التالي للصدمة بثلاثة معايير للأعراض: إعادة التجربة، التجنب/الخدر العاطفي للاستجابة العامة، والأعراض المستمرة لزيادة

الاستثارة، أما التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) لسنة 1992 فقد تضمن وصفاً مشابهاً لاضطراب الكرب التالي للصدمة، يتكون من ثلاثة معايير للأعراض: إعادة التجربة، التجنب، وإما عدم القدرة على تذكر جوانب مهمة من الحدث الصادم أو الأعراض المستمرة لزيادة الاستثارة، التي تنشأ بعد التعرض لحدث صادم محتمل، وبالتالي، كانت تعاريف اضطراب الكرب التالي للصدمة في DSM-IV-TR و ICD-10 متشابهة من حيث معايير إعادة التجربة والاستثارة؛ وكلاهما اشترط أن يسبق الاضطراب التعرض لحدث صادم محتمل، وقد تم تقديم مفهوم اضطراب الكرب التالي للصدمة المعقد (CPTSD) في أوائل التسعينيات، بحجة أن تعاريف DSM و ICD لم تصف بدقة الأفراد الذين كانت مشاكلهم أكثر إعاقة بعد حدث صادم محتمل ليست أعراض اضطراب الكرب التالي للصدمة، بل السلوكيات الخارجية، خلل التنظيم العاطفي، التفكير، التجسيد، والمشاكل الشخصية، حيث لم يتضمن أي من DSM أو ICD تشخيصاً لـ CPTSD ، ولكن ICD-10 تضمن الفئة المؤقتة تغيير الشخصية الدائم بعد التجارب الكارثية، تجلى هذا في موقف عدائي أو غير موثوق به، الاغتراب، الانسحاب الاجتماعي، والمشاعر المزمنة بالتوتر، يجب أن تؤثر هذه الأعراض على الأداء بين الأشخاص بالنسبة لـ DSM-IV-TR ، تم اقتراح اضطراب الإجهاد الشديد غير المحدد بطريقة أخرى ولكنه لم يُدرج، بسبب نقص التحديد تجاه اضطراب الكرب التالي للصدمة.

وفقاً لـ DSM-5 ، يتطلب تشخيص اضطراب الكرب التالي للصدمة التعرض لحدث صادم محدد، ويتكون من عشرين عرضاً مرتبة في أربع مجموعات: إعادة التجربة (05 أعراض)، التجنب (عرضان)، التغيرات السلبية في الإدراك والمزاج (07 أعراض)، والتغيرات في الاستثارة والتفاعلية (06 أعراض). تتطلب المجموعات التي تحتوي على أقل من (05) أعراض عرضاً واحداً وتتطلب المجموعات التي تحتوي على أكثر من (05) أعراض عرضين لتحقيق المعايير؛ ويجب أن تكون المدة شهراً واحداً على الأقل، ويجب أن يسبب الاضطراب ضائقة أو ضعفاً وظيفياً ولا يكون بسبب الأدوية أو تعاطي المخدرات أو أي مرض آخر.

أدت التغييرات في المعايير التشخيصية الحالية إلى تطوير أدوات فحص وتقييم جديدة لاضطراب الكرب التالي للصدمة، من بين هذه الأدوات قائمة مراجعة اضطراب الكرب التالي للصدمة (PCL-5) وهي مقياس تقرير ذاتي يتوافق مع أعراض DSM-5 ، والمقابلة الدولية للصددمات (ITI) وهي مقابلة يديرها الأطباء لاضطراب الكرب التالي للصدمة واضطراب الكرب التالي للصدمة المعقد (CPTSD) وفقاً لـ ICD-11 (Bondjers, K.,2020).

6. التدخلات العلاجية للاستجابة الاكتئابية والصدمية:

تشير الإحصائيات أنه نادراً ما يأتي المرضى لطلب علاج مباشر لاضطراب ما بعد الصدمة، بسبب الطبيعة غير القابلة للوصف لهذا الاضطراب، بدلاً من ذلك يسعون إلى علاج الاضطرابات المصاحبة (مثل الاكتئاب والقلق)، وهي أعراض تتفاقم مع مرور الوقت كلما استمر النمط التكراري للصدمة، ونظراً للانتشار المرتفع للاكتئاب والتأثير الصحي العام الكبير المرتبط بهذه الحالة، من المهم تحديد علاجات فعالة ومقتصدة التكلفة ومن يقتضي الإلمام بالتدخلات النفسية في الاستجابة الاكتئابية الصدمية وصف العلاجات لكل اضطراب بشكل مستقل (Auxéméry Yann, 2022).

أما المعالجة النفسية لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة غالباً يعترضها تجنب المريض كل ما يذكر بالخبرة الصادمة، الأمر الذي يقود إلى أن يأخذ الاضطراب الشكل المزمن، إلا أنه على الرغم من ذلك فقد أثبتت دراسات علمية متعددة أن العلاج النفسي غالباً ما يحقق النجاح في كثير من الحالات، وتكمن الصعوبة الخاصة في المعالجة النفسية لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة في خطر قطع المعالجة من قبل المعنيين ذلك أن توجيه الاهتمام إلى الصدمة غالباً ما قد يرتبط بازدياد الأعراض ومن هنا فإنه من المهم جداً بالنسبة لمعالجة هذا النوع من اضطرابات أن يتم إيضاح طبيعة هذا النوع من الاضطرابات للمرضى والتصور العلاجي ومجرى المعالجة، ويطلب من المرضى في مجرى المعالجة قدر الإمكان تصور مواقف الخبرة الصادمة بكل أفكارهم ومشاعرهم وأحاسيسهم الجسدية وكأن هذه الخبرة تحدث الآن ووصف هذه الخبرة من خلال الكلمات، ومن خلال هذه التقنية يمكن تمثيل اللحظات المؤلمة بشكل خاص، وبالتالي تقود المواجهة مع الذكريات الصادمة التي تدار من قبل المعالج النفسي بطريقة مهنية مضبوطة إلى تراجع الأعراض الناجمة عن الصدمة، ويمكن اختيار أساليب علاجية مختلفة أو التوليف بين أساليب علاجية مختلفة وذلك حسب طبيعة الحالة الفردية وطبيعة الخبرة الصادمة التي تعرض الشخص، ومن الطرق التي تستخدم هنا على سبيل المثال المحادثات العلاجية التي تهدف للتغلب على دور الضحية واليأس وفقدان السيطرة أو لعب الأدوار (السيكو دراما) أو المواجهة التدريجية والمتكررة مع الحدث الصادم، والتي يتم أيضاً تسجيلها على شريط تسجيل من أجل أن يعيد المريض الاستماع إليها في البيت في الفترة الفاصلة بين الجلسات العلاجية. (ميرفين سموكر، ريشكه، كوجل، سامر رضوان، و بركات، 2010، صفحة 36)

1.6. معالجة الأعراض الاكتئابية:

يتلقى حاليًا المرضى الذين يخضعون للعلاج من أعراض الاكتئاب مضادات الاكتئاب، أو العلاج النفسي، أو مزيجًا من الاثنين معًا، وعلى الرغم من وجود أدلة على فعالية مضادات الاكتئاب إلا أن العلاج النفسي أكثر شيوعًا بين المرضى، وهناك العديد من أنواع العلاجات النفسية المتاحة، بما في ذلك العلاج السلوكي المعرفي، والعلاج بين شخصي، والعلاج النفسي المختصر، والإرشاد النفسي، وأظهر العلاج السلوكي المعرفي أنه الأكثر فعالية في تخفيف أعراض الاكتئاب ومع ذلك في جميع العلاجات لا يستجيب حوالي 40% من المرضى الذين يعانون من الاكتئاب للعلاج (Henken, H., H., Huibers, M., Churchill, R., Restifo, & Roelofs, J., 2007).

1.1.6. مضادات الاكتئاب ودورها في التخفيف من الأعراض:

على الرغم من الاعتراف بفعالية الأدوية المضادة للاكتئاب واستخدامها الشائع في علاج الأعراض الاكتئابية، فرغم قلة الدراسات والمشاكل المنهجية، تظهر الأدوية المضادة للاكتئاب فعاليتها بشكل مبدئي، يبدو أن الأدوية ثلاثية الحلقات ومثبطات استرجاع السيروتونين تتمتع بفعالية مشابهة، لكن الأخيرة تحتوي على آثار جانبية أكثر ومعظم الآثار الجانبية المنسوبة لها تتعلق بتأثيرها على مستقبلات السيروتونين المركزية والظرافية، هذه الآثار عادة ما تكون مؤقتة وتعتمد على الجرعة، كما أن الجرعة الزائدة تكون أقل إشكالية وهذا يعد ميزة كبيرة لدى المرضى الذين قد يعانون من تباطؤ في التمثيل الغذائي الكبدي بسبب المرض أو التفاعلات الدوائية، بين مثبطات استرجاع السيروتونين المختلفة، يعد ملف الآثار الجانبية متشابهًا ولكن ليس متطابقًا، تسبب الفلوكستين مزيدًا من المشكلات مقارنةً مع الأدوية الأخرى من نفس الفئة بسبب تأثيرها المحفز الأقوى (Stagno, Stiefel, Rousselle, & Guex, 2005).

2.1.6. العلاجات النفسية التحليلية (التحليل النفسي):

في الرؤية الديناميكية النفسية للاكتئاب، تلعب عدم القدرة على التعامل مع الخسائر دورًا مركزيًا حيث إن تجارب الانفصال تمثل واحدة من أكبر التحديات التنموية التي يواجهها كل إنسان، تتم عملية الدمج الناجح لهذه التجارب عندما تكون النضج البيولوجي سليمًا، وعندما لا تتعرض الشخصيات لتراكمات تجريبية مؤلمة أو صدمات، وعندما تكون العلاقة مع الشخص الأول للارتباط ("الأم") جيدة، وتُسَهِّل العلاقة الإيجابية مع الأشخاص الآخرين المهمين ("الأب") عملية الفطام الضرورية وتوفير الدعم اللازم، مما يؤدي إلى تشكيل هياكل داخلية مستقرة، من ناحية أخرى قد تنبع الحساسية المفرطة تجاه الانفصال من تجارب مبكرة مرتبطة بروابط ضعيفة نتيجة الصدمات، مما يترجم إلى اعتماد كبير على الشخصيات الأساسية في العلاقات

الارتباطية. ويمكن تفسير الأعراض الاكتئابية بأنها تُمارس بهدف الحفاظ على العلاقة مع هذه الشخصيات الأساسية، وتجدر الإشارة إلى أن القلق من الانفصال لا يستلزم دائماً وجود خسائر فعلية، بل يمكن أن يكون له أسباب أخرى، وباستخدام مجموعة كاملة من التدخلات المتعلقة بالعلاقات، يمكن في العلاج التحليلي النفسي استكشاف الدوافع اللاواعية الكامنة وراء القلق من الانفصال الذي يكمن تحت الاكتئاب، والعمل على تصحيح هذا القلق.

3.1.6. العلاج السلوكي المعرفي:

ضمن إطار العلاج السلوكي هناك نظريتان رئيسيتان تسهمان في تفسير الاكتئاب: نظرية نقص التعزيز حيث يُفهم الاكتئاب كغياب للتعزيزات الإيجابية، وتعلمنا نظرية اليأس المكتسب وتناقص التعزيز أن الاكتئاب يكون الاستجابة المرجحة عندما نجد أن الكثير من نشاطاتنا وتصرفاتنا تصبح غير مجدية ولا تلقى نتائج إيجابية وأن أغلبها يؤدي إلى نتائج سلبية أو لا تلقى إلا الإهمال والتجاهل، ويحتل العلاج المعرفي مكانة أكثر أهمية؛ فتفكير المصابين بالاكتئاب غالباً ما يتم حكمه بواسطة سلاسل من الأفكار التلقائية المتكررة (المخططات السلبية)، والتي تنشط بشكل خاص في المواقف المرهقة، وخاصةً بعد حدث فقد أو صدمة، وتتميز هذه "التشوهات المعرفية" بأنها جانبية، سلبية بشكل مبالغ فيه، ومتحيزة واختيارية، ويمكن التأثير على الأعراض الاكتئابية من خلال تعديل المعتقدات والمخططات الفكرية الوظيفية غير الصحية. ويتم تشجيع المريض على تحديد مفاهيمه الشخصية المستمدة من انخفاض تقدير الذات، وتجربة مخططات فكرية وسلوكية بديلة (عبد الستار إبراهيم، 1998، صفحة 193)

نظام العلاج السلوكي المعرفي التحليلي (CBASP) يستخدم لعلاج الاكتئاب المزمن، حيث لم تعد الاستجابات والسيطرة من قبل المحيط الاجتماعي مقبولة لدى المريض، أثناء العلاج تُجمع استراتيجيات معرفية، سلوكية، بين الأشخاص، وديناميكية نفسية لمساعدة المريض على استكشاف تجارب علاقة جديدة، وعبر تحليل الموقف، التعرف على المخططات الفكرية وتصحيحها، والتمييز بين الأنماط القديمة للعلاقات وأنماطها الجديدة، وبناء مهارات سلوكية جديدة (Küchenhoff, 2012).

4.1.6. علاجات أخرى:

وهناك علاجات أخرى منها العلاج النفسي بين شخصي (PIP) هو علاج قصير الأمد يمتد عادةً من 12 إلى 20 جلسة، ويستخدم في معالجة الاكتئاب؛ وهو يقوم على النماذج الديناميكية النفسية والنماذج السلوكية العلاجية، ويهدف إلى تعديل الضغوط الاجتماعية المدمرة (الحزن غير المعالج، صراعات الأدوار، العزلة،

والصراعات العائلية)، سواء كانت سبباً أو نتيجة للاكتئاب، والعلاج النفسي المركز على العميل حيث ترى هذه المدرسة أن أسباب الاكتئاب تكمن في التناقض بين صورة الذات والمثالية الذاتية، مما يؤدي إلى انخفاض تقدير الذات، والشعور بالذنب، والسعي غير المجدي للحصول على الاعتراف؛ والهدف العلاجي الأساسي هو تصحيح المثاليات الذاتية الطموحة بشكل مفرط والتوقعات الزائدة من العلاقات (Küchenhoff, 2012)

5.1.6. العلاج النفسي النسقي للأعراض الاكتئابية:

لا يُؤخذ في الاعتبار النظام الذي يعيش فيه الفرد في العلاجات النفسية الفردية، وهناك أدلة تجريبية صغيرة مقنعة على العلاقة بين خصائص النظام الذي يعيش فيه الفرد وبداية واستمرار اضطرابات الاكتئاب، وغالباً ما يبلغ الأفراد المصابون بالاكتئاب عن مشاكل كبيرة في مجالات متعددة من أداء أسرهم، مما يشير إلى الحاجة إلى نهج أكثر توجهاً نحو الأسرة مثل العلاج الأسري، أو مزيج من العلاج الأسري مع العلاج النفسي الفردي والعلاج الدوائي في علاج الاكتئاب، ويمكن تعريف العلاج الأسري على أنه أي جهد نفسي علاجي يركز صراحةً على تغيير التفاعلات بين أعضاء الأسرة، ويسعى إلى تحسين أداء الأسرة كوحدة، أو أنظمتها الفرعية، و/أو أداء الأفراد داخل الأسرة، الهدف من العلاج الأسري للاكتئاب هو العمل مع المشاركين وأسرهم للانسحاب من أشكال التواصل المدمرة ومن خلال هذه العملية تقليل أعراض الاكتئاب، وهناك العديد من تقاليد العلاج الموجهة نحو الأسرة؛ تركز النماذج النفسية التربوية على تغيير التفسيرات السلبية حول مرض المريض وتعليم مهارات التكيف وتقديم الدعم للمريض والأسرة، وتعتمد النماذج السلوكية على نظرية التعلم والتكييف الإجرائي، وتركز عادةً على الوالدين أو ثنائي الوالدين والطفل، وتسعى إلى تحسين المهارات من خلال تعليمهم حول احتمالات السلوك والتعزيز، والعلاج الأسري القائم على نظرية العلاقات بالموضوع هو شكل من أشكال العلاج التحليلي النفسي حيث تُعتبر العلاقات الزوجية والأسرية من حيث إسقاط أنماط الطفولة الداخلية مع الوالدين على العلاقات البالغة المعاصرة، يتخذ المعالج موقفاً احتوائياً ويعلق على تكرار الأنماط والعمل نحو منظور أكثر تكاملاً وواقعية. (Henken, H., Huibers, M., Churchill, R., Restifo, & Roelofs, J., 2007)

وتتظر النماذج النسقية إلى العلاقات الأسرية غير الوظيفية على أنها تسبب الأعراض أو تعززها وبالتالي يحاول المعالجون النسقيون إعادة هيكلة أنماط التفاعل الأسري غير المتكيفة، مثل إعادة تأسيس التسلسل الهرمي الوالدي، وإبعاد الطفل عن صراعات الوالدين، وضبط الحدود الضعيفة أو الصارمة، أما في العلاج الأسري الهيكلي، تُعتبر المشاكل ناتجة عن هيكل وتنظيم أسري غير مناسب، يهتم المعالج بالحدود بين الأنظمة الفرعية ويتحمل مسؤولية الاتجاه الذي يدفع الأسرة إليه من خلال الاستخدام المتعمد للأوامر والتوجيهات

والاقتراحات، وفي علاجات ما بعد ميلان الأسرية، يكون التركيز على التواصل والتعلم، حيث تنشأ المشاكل من محدودية البدائل؛ ويركز العلاج على عملية طرح الأسئلة التي تسهل اتصالات مختلفة، بينما يقترح العلاج الأسري المركز على الحلول أن المشاكل تُحافظ عليها من خلال الطريقة التي يتم بها النظر إلى الصعوبات ومن خلال التسلسلات السلوكية المتكررة المحيطة بمحاولات حلها وتتمثل مهمة المعالج في تطوير معرفة بنقاط قوة العميل وحلوله للمشاكل الأخرى، ثم الشروع في عملية تطبيقها على المشكلة المحددة، أما في العلاج السردي لوائت، يبحث المعالج عن النتائج الفريدة والاستثناءات الإيجابية للقصة المشكلة، ويعزز التغيير من خلال استخدام كتابة الرسائل، وجماهير محددة، والحماس الشخصي؛ تتراجع المشكلة إلى نسبية ضئيلة مع ظهور قصة أكثر إيجابية عن الفرد، يشارك الفرد المصاب بالاكتئاب وأفراد أسرته في العلاج الأسري، ويحضر الجميع على الأقل جزءًا من الجلسات (Henken, H., H., Huibers, M., Churchill, R., Restifo, & Roelofs, J., 2007)

2.6. العلاج النفسي للصدمة النفسية:

1.2.6. التدخل الاستعجالي في الصدمات النفسية

يمثل التدخل الاستعجالي في الصدمات النفسية أحد أوجه العناية المتقدمة بالضحايا في أعقاب الحوادث العنيفة، سواء كانت فردية أو جماعية. يبرز هذا النوع من التدخل من خلال آلياته السريعة والمرنة، كما يتجلى في تجربة وحدات الطوارئ الطبية النفسية التي أنشئت في فرنسا عام 1995 إثر اعتداء سان ميشيل، حيث أصبح من المسلّم به أن الرعاية النفسية يجب أن ترافق الرعاية الجسدية، وبنفس الدرجة من الأهمية. تشكل الصدمة النفسية كسرًا فجائيًا في استمرارية الحياة اليومية للفرد، يُسند هذا النوع من التدخل إلى فرق متعددة التخصصات تتألف من أطباء نفسيين، أخصائيين نفسيين إكلينيكين، وممرضين نفسيين، ينتقلون غالبًا إلى عين المكان بالتنسيق مع فرق الإسعاف الطبي. هناك، يُنشأ "مركز الطوارئ الطبي النفسي" (PUMP) كموقع آمن لتقديم الدعم الأولي، حيث يُستقبل الأشخاص الأكثر تأثرًا ويحتضنون في لقاءات فردية أو مجموعات دعم قصيرة، مع إمكانية التحويل إلى رعاية لاحقة إذا لزم الأمر، وتكمن خصوصية هذا التدخل أيضًا في قدرته على منح الضحايا إطارًا رمزيًا يمكن من خلاله البدء في استعادة المعنى، فالرعاية النفسية الفورية لا تقتصر على تخفيف الألم، بل تهدف إلى خلق مساحة للتعبير عن الذهول والارتباك، وتحويله تدريجيًا إلى كلام. ذلك أن الحديث عن التجربة، مهما بدا مؤلمًا، هو خطوة أولى نحو الاستيعاب والشفاء، كما تُظهره تلك اللحظات الحرجة التي تنهار فيها فتاة شابة بالبكاء عند أول سؤال من الأخصائي النفسي حول ما عاشته، ختامًا، يمثل التدخل الاستعجالي في الصدمات النفسية نمطًا من العمل يتطلب دقة ومرونة،

حضورًا فوريًا وإدراكًا دقيقًا لحدود الدور النفسي، ضمن شبكة مؤسساتية متعاونة، هدفها ليس فقط إنقاذ الأرواح، بل أيضًا إعادة المعنى والكرامة إلى النفوس الممزقة (LEBIGOT, 2005, p. 122)

2.2.6. المقاربة النسقية في علاج الصدمة النفسية:

يُعدّ Ackermann من أبرز الروّاد في مجال العلاج الأسري، حيث أوضح أن هذا النوع من العلاج يُعتمد كأسلوب تطبيقي في التعامل مع الاضطرابات النفسية والعاطفية، ويرتكز على إجراء مقابلات علاجية مع الأسرة بأكملها ضمن إطار تفاعلي ديناميكي، انطلاقًا من هذا التصور، فإن ظهور الاضطرابات يكون نتيجة لخلل في عملية تبادل العواطف بين أفراد الأسرة، مما يفضي إلى مشاعر القلق والضغط النفسي، كما أن الأحداث التي تعيق عملية الاتصال داخل الأسرة تُسهم في تعطيل توازن النسق الأسري، وبالتالي تحد من فاعليته في أداء وظائفه. ويتفق كل من O'Byrne & Masson مع هذا الطرح، حيث يشيران إلى أن التدخل العلاجي في السياق الأسري يسعى إلى تعديل بعض الجوانب النسقية التي تعوق قدرة الأسرة على التنظيم الذاتي وإدارة شؤونها كنسق اجتماعي وكأفراد ويتجسد هذا التدخل في العمل على تغيير أنماط التفاعل والتواصل الداخلي، وتعزيز أساليب التفكير الفردي والجماعي (شادلي، 2016، صفحة 180)

وعند الحديث عن التكفل بالمتضررين نفسيًا في إطار المقاربة النسقية وعن التدخل في حالات الأزمات من خلال العلاج الأسري النسقي أشار هؤلاء الباحثون إلى أن المقاربة النسقية، رغم تباين تطبيقاتها في السياقات الأمريكية والأوروبية، تشترك في عدد من الخصائص الجوهرية، ومن بين هذه الخصائص: الاعتراف بترابط العلاقات داخل النسق بحيث يؤدي أي تغيير يطرأ على أحد أعضائه إلى تغييرات مقابلة لدى بقية الأفراد، وقد تتدلع أزمة تُعبّر عن فترة عدم استقرار تترافق مع احتمالية التحول أو التغيير، أما على المستوى التطبيقي، فقد ناقش كل من Robin، Mauriac، وNoirot جوانب تقنية ومفاهيمية للتدخل، وأكدوا على أن الهدف الأول عند اجتماع أقارب المصدوم هو بناء تعريف مشترك للمشكلة، يتيح لكل فرد أن يشعر بأنه معني وله دور فاعل في مواجهة الوضعية. ولهذا الغرض، يعتمد المختصون على مجموعة من الأدوات التي لا تقتصر على التفريغ العاطفي، بل تسعى لخلق تقاسم جماعي للخبرة، حيث يعترف كل فرد بأنه عاش الحدث بطريقة مختلفة. ومن هنا، يصبح من الضروري تكوين سرد جماعي يتجاوز التجربة الفردية، ويمنح لكل من الأفراد - خصوصًا المصدوم - موقعًا خاصًا ضمن هذه الرواية المشتركة (شادلي، 2016، صفحة 181).

خلاصة الفصل:

في الختام يشير مفهوم الاستجابة الاكتئابية والصدمية باختلاف معانيها وتسميتها إلى ذلك التفاعل النفسي العميق بين الأعراض المشتركة للصدمة النفسية والاكتئاب حيث تتقاطع مشاعر الحزن، والانهيار الداخلي، والعجز، مع أعراض الاكتئاب، ورغم تباين أشكال هذه الاستجابة من فرد لآخر، فإن جوهرها يتمثل في انهيار آليات الدفاع النفسية أمام تجربة تُدرك كحدث غير قابل للاستيعاب، ما يؤدي إلى اضطراب في المزاج، وتغير في النظرة إلى الذات والعالم، وفقدان المعنى، وخاصة لما يكون العامل المفجر هو السرطان تكتسب هذه الاستجابة بعداً أكثر تعقيداً، إذ يعيش المريض حتمية مواجهة الموت في إطار ادراك جماعي للمعنى بما أن المعتقد الجمعي للمجتمع يتفق أن السرطان والموت وجهان لعملة واحدة، ما يجعل آثارها عابرة إلى النسق الأسري، فالسرطان يحمل في معه التهديد لكل وهنا يصبح الاكتئاب ما بعد الصدمة تعبيراً عن الألم الشخصي، وتقكك الترابط الداخلي داخل العائلة، وتشوش أدوارها ووظائفها، من هذا المنظور لا يمكن فهم الاستجابة الاكتئابية والصدمية على أنها أعراض مشتركة لاضطرابين أساسيين بل هي اضطراب متزامن له خصائص عيادية تميزه، أما من المنظور النسقي ينبغي النظر إليه كظاهرة نفسية-علائقية تنشأ في تقاطع الأعراض مع البنى النفسية للعائلة ومع سياقات المرض والتهديد الوجودي، وهو ما يفتح المجال أمام تدخلات علاجية تأخذ بعين الاعتبار البُعد النسقي.

الفصل الرابع:

المبادئ النظرية للمقاربة النسقية ونموذج مدرسة ميلان (Milan Systemic School)

تمهيد:

أدى ظهور الفكر النسقي في حقل العلاجات النفسية إلى تحولات عميقة في طبيعة وشكل العملية العلاجية بمختلف مراحلها، حيث شهدت الأربعينيات من القرن الماضي انفتاحاً كبيراً شكل الانطلاقة الحقيقية لمفهوم جديد لتفسير الاضطرابات النفسية، حيث مثل العلاج النسقي (Systemic Therapy) رد فعل على النهج الفردي التقليدي، متأثراً بشكل كبير بعلم الاجتماع وعلم النفس العائلي، مركزاً في جوهره على فهم الفرد من خلال العلاقات والأنظمة الاجتماعية التي ينتمي إليها، وقد تطورت هذه الفكرة على يد العديد من العلماء والمعالجين النفسيين الذين عملوا على دراسة تأثير العائلة والمجتمع على الصحة النفسية؛ ويُعد العلاج النسقي منحى يتيح فهم العلاقات المعقدة التي تؤثر على الفرد في سياقه العام، ويساعد على تفسير الصراعات النفسية، مساهماً في تعزيز التواصل داخل المنظومة الواحدة مما يؤدي إلى تقليل التوترات، كما يتميز هذا العلاج بتقديم حلول شاملة يتعامل فيها جذور المشكلات النفسية التي تنشأ من الأنظمة الاجتماعية المحيطة بالفرد؛ مما يعزز الصحة النفسية على المدى الطويل، أما فيما يتعلق بتطبيقات العلاج النسقي المستقبلية فمن المتوقع أن يشهد هذا المجال تطوراً كبيراً، بما في ذلك دمج تقنيات جديدة لتقييم وتحسين التفاعلات الاجتماعية، كما يمكن توسيع نطاق تطبيقاته ليشمل مجالات جديدة مثل تحسين بيئات العلاج النفسي.

1. الخلفية التاريخية للمقاربة النسقية:

نظرا للمفاهيم التي تم دراستها المقاربة النسقية ليست ظاهرة حديثة، حيث أن منطق التفكير النسقي له تاريخ طويل يرجع إلى الطب الصيني التقليدي الذي عالج الجسم البشري ككل في عهد الإمبراطور الأصفر منذ 5000 عام، كما ظهرت فكرة "النسق" لدى الفلاسفة اليونانيين الذي اعتبروا كلية الكون أجزاء مترابطة بعضها ببعض، وفكرة أرسطو التي تتمحور حول أن الكل أكبر من مجموع أجزائه كانت مشكلة أساسية عالجتها نظرية الانساق (عايش، 2021، صفحة 57)، وفي مواجهة الآثار الضارة لتجزئة المعرفة، وبالتالي فقدان رؤية شاملة للعلاقات بين الأجسام المدروسة، سعى العلماء إلى إيجاد مبادئ يمكن من خلالها دمج العلوم الطبيعية والاجتماعية؛ وقد لاحظ (ك. ل. فون بيرتالانفي، 1901-1972) أن سلوك العناصر يختلف عندما يتم دراستها بشكل منفرد، وانتقد الرؤية الاختزالية للعلوم الطبيعية وقال: "إن الكائنات الحية لا تتبع نفس القواعد التي تتبعها الفيزياء وبالتالي لا يمكن اختزال المستويات البيولوجية والسلوكية والاجتماعية إلى مستوى الفيزياء" فالأولى هي أنظمة مفتوحة والفيزياء نظام مغلق، كما شدد على ضرورة الخروج من الميكانيكا، والتوجه نحو النسبية والتعقيد، واقترح اعتبار الظواهر المرصودة على أنها (أنظمة) مجموعات من العناصر المترابطة فيما بينها والبيئة ويمكن حصر اقتراحاته للعلوم الإنسانية بالمبادئ التالية: فهم النظام كمجموعة كاملة، لا يمكن فهم مجموعة بدراسة أجزائها بشكل منفصل، يعمل النظام البشري بفضل مستوى عال من تبادل المعلومات، الأنظمة البشرية ذاتية الانعكاس، تستطيع مراقبة وتحليل نفسها، وتحديد أهدافها (Landry Balas, 2011, p. 13)، وظهور نظرية الانساق كان جوهره رد فعل على النظرة الكلاسيكية التحليلية الوضعية التي استند إليها الكثير من المفكرين، والتي تفترض أن العالم يعمل بنفس الطريقة التي تعمل بها الآلة، وأن كل جزء يعمل داخل هذا الهيكل بطريقة معينة لتحقيق نتيجة، وتفترض أيضا أن كل عمل يرتبط بنموذج متوازن ومتربط للتأثير والسببية الخطية، وعلى النقيض من ذلك فإن النظرة إلى النسق تقدر النسق ككل، وهو نسق يتجاوز مجموع الأجزاء الفردية، وبدلا من التركيز على السبب والتأثير بين الأجزاء ينظر إلى أنماط العلاقة المتبادلة على أنها أكثر أهمية والتقدم داخل هذا النمط ليس دائما خطيا، بل معقد وأكبر (عايش، 2021، صفحة 56).

2. مفهوم المقاربة النسقية:

تعرف المقاربة النسقية بأنها مقاربة تتعلق بنموذج من الفكر والإجراء يتجاوز كثيرا ميدان العمل الاجتماعي، وترتكز على تمثيلات جديدة للواقع، آخذة بعين الاعتبار عدم الاستقرار والانفتاح والتغير والفوضى والغموض والتعارض والتناقض والابداع وغيرها من الخصائص التي كانت تدرك منذ وقت قريب على أنها غير

علمية، ولا يمكن تعريف المقاربة النسقية كعلم أو مادة تعليم، بل كمقاربة تقترح وجهة جديدة حول الواقع، ففهم الفرد من خلال هذه المقاربة يتعدى واقعه النفسي الداخلي ليشمل تحليل معطيات السياق المحيطة به، والقادرة على إعطاء معنى لما يمر به من أحداث بشكل عام (عايش، 2022، صفحة 77)، ويتجاوز ر. نوبارجر (R. Neuberger) في تحليله للنموذج النسقي من مجرد وصف بسيط للواقع، ليركز على التعقيدات التي تشمل عمليات متشابكة، تتفاعل فيها المهام والممارسات وفقاً لمتطلبات النظام، وتظهر من خلالها التغيرات والتحولات المختلفة (بن ناصر، 2012، صفحة 19)، كما تمثل المقاربة النسقية نموذجاً فكرياً وسلوكياً في الوقت نفسه، حيث لا يمكن فصل الممارسة عن المعرفة النظرية؛ فكل منهما يعزز الآخر فالتدخلات والتجارب العملية تؤدي إلى إثراء النظرية أو تعديلها، والعكس صحيح، كما تعرف في علم النفس بأنها تتناول الأنظمة الاجتماعية وتبحث عن جذور الاضطرابات النفسية في السياق الاجتماعي الواسع، موضحة سلوك الفرد ضمن الجماعة التي ينتمي إليها، ويشكل الفرد جزءاً من هذا النظام، وأي تغيير يحدث داخله يؤثر على باقي أجزائه (لعوالي، 2015، صفحة 71).

3. الاتجاهات النظرية في المقاربة النسقية:

1.3. السيرانية:

يحدد هذا المفهوم المجال الواسع للنظريات الخاصة بميكانيزمات مراقبة المعلومة والاتصال وتم إدخاله سنة 1948 من طرف نوبرت وينر فيما يخص العضويات أو الكائنات الحية والهيئات الاجتماعية وتم إجراء أغلب العمليات من طرف علماء الرياضيات والفيزياء الذي اهتموا بآليات التحول والحفاظ على الطاقة وبظواهر تعديل الانساق (وندلوس ب.، 2014، صفحة 61)، والسيرانية في المقاربة النسقية هي إطار نظري يستند إلى فهم وتوجيه التفاعل داخل الأنظمة، وخاصة الأنظمة الأسرية، فهي تُعنى بدراسة الأنظمة التي تعتمد على التغذية الراجعة (feedback)، والتواصل بين مكوناتها لتحقيق التوازن، ويتم تطبيق هذه المبادئ على العلاقات العائلية لفهم كيفية تأثير الأفراد في بعضهم البعض داخل نظام الأسرة ككل، ويُستخدم مفهوم السيرانية لمساعدة الأسرة على فهم ديناميكياتها الخاصة وكيف يمكنها تحسين التواصل والوظائف الداخلية، وفهم كيفية استجابة النظام العائلي للتغيرات (عايش، 2022، صفحة 66).

2.3. نظرية الانساق العامة:

أسس برتالانفي Bertalanffy نظرية الانساق العامة، وقد كان عمله الأصلي في نظرية الانساق العضوية حيث درس التوازن الديناميكي الحراري للحالة الثابتة في الكائنات الحية، وبلغت أبحاثه ذروتها في

فكرة نظرية الانساق العامة حيث يقول : إن الاعتبارات الأساسية للمبادئ العامة بغض النظر عن نوع العلاقات أو القوى بين المكونات تؤدي إلى مفهوم نظرية الانساق العامة كعقيدة علمية جديدة تهتم بالمبادئ التي تنطبق على الأنظمة بشكل عام، واستمر برتالانفي (Bertalanffy) في تبني نظرية الانساق العامة، وفي عام 1954 أسس هو وزملاؤه ك. بولدينغ (K.Boulding)، و أ . رابابورت (A. Rapoport) و ر. جيرارد (R. Gerard)، جمعية أبحاث الانساق العامة وكانت أهداف الجمعية؛ دراسة تباين المفاهيم والقوانين والنماذج في مختلف المجالات والمساهمة في عمليات نقل مفيدة من مجال إلى آخر، وتشجيع تطوير نماذج نظرية كافية في المجالات التي تفقر إليها، مع تعزيز وحدة العلوم من خلال تحسين التواصل بين المتخصصين (عايش، 2021، صفحة 57).

3.3. نظرية الاتصال:

يستحق غريغوري بيتسون (Gregory Bateson) الفضل كعالم أنثروبولوجيا، في إدراكه للأهمية البالغة للتواصل في التعلم والمعرفة وعلى وجه الخصوص في العلاقات، حيث اهتم بشكل مستمر بـ "ما يحدث" في الانساق العلائقية، وتوصل إلى قناعة "بأن التواصل هو النموذج العلمي الوحيد الذي يجعل من الممكن شرح الجوانب الجسدية والشخصية والثقافية للأحداث في نفس النسق، ومن أجل فهم طبيعة المعرفة اقترح بيتسون الابتعاد عن التجريدات الفلسفية والتركيز على التواصل على أنه حجر الزاوية في أي نظام، وبفضل منشورات مدرسة بالو ألتو عرفت "نظرية الاتصال" بيتسون (G. Bateson) طفرة تطويرية مع بداية سبعينيات القرن الماضي، حيث تمكن مجموعة من الباحثين من فهم جوهر فكر بيتسون (G. Bateson) وتقديمه بطريقة يسهل الوصول إليها أكثر مما كان قادرا على القيام به. وعندما نتحدث عن "نظرية الاتصال" لا ننسى بول واتزلوايك وزملائه (Watzlawick et al, 1981) الذين قدموا مبادئ النظرية في شكل خمس بديهيات تجعلنا ندرك حقيقة أننا نتواصل أكثر مما نعتقد، وإيلاء اهتمام خاص للأدوار والقواعد التي تميز سلوكياتنا في السياق الواسع للتواصل، وحيث يحدث نمو الإنسان بفضل نظام الاتصال بين الخلايا، ومثل هذا التصور للتطور والتعلم له عواقب مهمة على كل مواقفنا وسلوكياتنا، يتطلب مراجعة الطريقة التي نتصرف بها في جميع علاقاتنا، على سبيل المثال إذا اعتقدنا أن المعرفة يتم اكتسابها من خلال التفاعلات، فإن الأدوار تختلف تماما عن الدور الذي تبناه آباؤنا وأجدادنا حيث كان "الطفل" أشبه بشجرة صغيرة، من الضروري إرفاق وصي بها لمنعها من "النمو بشكل ملتوي"، وفي الاستمولوجيا النسقية يكون التعلم وظيفة للتفاعلات، لا يمكن للمعلم استبعاد نفسه من العملية أو الاختباء وراء دوره، ولا يمكنه تطبيق طريقة ستكون الطريقة الصحيحة حتما، ولأن المعرفة يتم

اكتسابها في العلاقة ومن خلال العلاقة فالأسئلة التي تنشأ بعد ذلك هي من ترتيب مختلف ف "كل السلوك هو تواصل"، "إن لا يمكننا ألا نتواصل" (Landry Balas, 2011, pp. 61-64)

4.3. إسهامات مدرسة بالو ألتو:

لا يمكن إغفال مساهمة مدرسة بالو ألتو لأن العديد من الأفكار والممارسات التي تطورت إلى علاج نسقي بفضل إسهاماتها، فالمساهمات النظرية الرئيسية للمدرسة في وقت مبكر وتلك الأجيال اللاحقة من المعالجين النسقيين تظل مفاهيم أساسية هامة، وقد استلهمت هذه المفاهيم التأسيسية من نظرية الانساق العامة والتحكم الآلي، والبنائية والاجتماعية، وفلسفات ما بعد الحداثة وما بعد البنيوية ومن الشخصيات البارزة في مدرسة بالو ألتو؛ ج. بيتسون (G- Bateson)، و ج. ويكلاند (J-Weakland)، ودون جاكسون (D.Jackson)، وجاي هالي (J.Haley)، وكذلك ريتشارد فيش (R.Fisch)، وليام فري (W.Fry) وهذه المجموعة التي كانت متغيرة هندسيا مع مرور الوقت تدين بالكثير إلى راي بيردويستيل (Birdwhistell) وإدوارد هول (Edward Hall)، وكلاهما من علماء الأنثروبولوجيا، بعد ذلك سيواصل مؤلفون بارزون آخرون هذا العمل (عايش، 2022، صفحة 70)

4. مفاهيم أساسية في المقاربة النسقية:

1.4. النسق system والأنساق الفرعية:

يستند تعريف النسق (system) على فكرة أن الكل لا يمكن فهمه إلا من خلال دراسة أجزائه في علاقتها ببعضها البعض، وفي علاقتها بالعملية الكلية؛ حيث يعرف النسق طبقا لذلك بأنه نظام معقد لعناصر متفاعلة بعضها مع بعض، أما بير (peer) فيوسع مفهوم النسق إلى درجة أكبر حين يقول: " إن أي شيء يتكون من أجزاء مرتبطة مع بعضها البعض يمكن أن يطلق عليه نسق ويحدد جابر وكفاي مفهوم مصطلح النسق (system) بمعنى نظام أو جهاز، حيث إن الانساق " ليست تجمعية" أي أن الكل أكبر من مجموع أجزائه، فالنسق مجموعة محددة تتألف من عناصر منظمة، متداخلة، ومتبادلة فيما بينها والتي تهدف في محيط معين إلى تحقيق غرض أو عدة أغراض واضحة وذلك بتطوير وإنتاج عدة أنشطة، ويظهر هذا في النسق الأسري حيث تكون الحدود واضحة وجليّة (كفاي ، 1999، صفحة 84).

رأى (هال وفاجن، 1956) أن الوسط في نسق معين هو أي مجموعة من العناصر المترابطة التي تتفاعل مع بعضها البعض وتؤثر على بعضها البعض، فالأنساق الفرعية هي أجزاء أصغر من النظام الأكبر.

كل نظام فرعي له وظيفة محددة ويبنى علاقات مع الأنظمة الفرعية الأخرى (وندلوس بوتلجة، 2014، صفحة 66).

2.4. السببية الدائرية:

تعتمد الرؤية النسقية على فهم واسع للعوامل التي تساهم في ظهور سلوك أو ظاهرة ما، وهو ما يُعرف بالسببية الدائرية، والتي بفضلها يمكن رؤية كيف يؤثر سلوك فرد على سلوك فرد آخر، والذي بدوره يؤثر على سلوك الفرد الأول، في هذه الدائرية يمكن أن تتفاعل العديد من العوامل وتؤثر على بعضها البعض، وغالبًا ما يكون من المستحيل تحديد بداية أو نهاية للتفاعل، هذه الطريقة في تصور السببية غير معتادة، لقد تعلمنا تقييد فهمنا لما يحدث بناءً على السببية الخطية، حيث يبدو أنه من المطمئن أن نعزو الأحداث إلى سبب واحد: «إذا حدث هذا، فهو بسبب ذلك، أو بسبب هذا الشخص»، إن التفسير الخطي من نوع «أ هو سبب ب» له بلا شك فوائد كبيرة، فقد سمح للإنسان بدراسة وفهم عدد كبير من الظواهر في العالم الفيزيائي، ومع ذلك، كان لابد من الاعتراف بحقيقة أن هذه الطريقة في تحليل الظواهر لا تنطبق إلا على العالم الفيزيائي، أما عندما يتعلق الأمر بدراسة الكائنات الحية، فإن الفهم الحقيقي لا يكون ممكنًا إلا عند أخذ التفاعلات في الاعتبار، فعزل فعل تواصل معين عن التفاعل الذي يشكل جزءًا منه يجرده من معناه، خاصة أن جميع السلوكيات البشرية تحمل طابعًا تواصلياً (Landry Balas, 2011, p. 63)

3.4. التوازن والتكيف:

تميل المنظومة إلى الحفاظ على توازن معين، يُعرف بالتوازن الديناميكي، وهو الوضع الذي يحافظ فيه النسق على استقراره بالرغم من التغيرات المستمرة؛ يحتوي النسق المفتوح على ميكانيزمات تسمح له بالحفاظ على حالة من الثبات في حالة تغير المحيط، وهو ما يسمى باللاتزان أو التوازن الحيوي، وهذه الميكانيزمات هي من نوع ارتجاعي تضمن ديناميكية النسق، ونميز نوعين من التغذية الراجعة السلبية والإيجابية، وتميل "التغذية الراجعة السالبة" إلى الحفاظ على النسق في حالته الثابتة ويمكن القول بأنها المسؤول على حالة توازن النسق، في حين أن "التغذية الراجعة الموجبة" تقوم بتثبيت "إيجابي" لأثر العوامل المشوشة، إذن هو ميل إلى إخلال بحالة ثبات النسق، ويعود لها الفضل في تطوره، إن عملية التعديل الذاتي عند الإنسان هي جد معقدة، حيث أن كل من الثبات والتغيير مهمان لبقاء الانساق العائلية، إلا أنها يمكن أن تغفل في تحقيق ذلك، إذ يمكن للنسق أن يتصلب بفعل سيطرة التغذية الراجعة السالبة، أو أنه ينفجر بفعل تأثير التغذية الراجعة

الموجبة، ويترجم هذا الفشل في تحقيق التعديل الذاتي بظهور الأعراض المرضية (خرشي، 2010، الصفحات 10-09).

5. مفهوم العلاج النفسي النسقي:

عرف ولبرغ wolberg العلاج النفسي بأنه: " معالجة المشكلات ذات الطبيعة الانفعالية، يحاول من خلالها الفاحص أن يقيم علاقة مهنية بمريضه بهدف استبعاد، أو تعديل، أو تقليل الأعراض المرضية بغية الوصول إلى إحداث نمو ايجابي في شخصيته، أو التدخل في الأنماط المضطربة من سلوك الفرد (ثيموثي، 2007، صفحة 487)، أما العلاج النسقي فاستمد تسميته من الانساق "النظام في كليته"، فالنظرية النسقية ولدت ضمن نموذج رياضي تم تحويله إلى المجتمعات الإنسانية، فالنسق يعكس مجموع المواضيع التي تكون عناصر النظام وعلاقة المواضيع وخصائصها، وبذلك تصبح العلاقة هي أساس قيام كل نظام، إذا تغيرت إحداها، لحق التغيير بالباقي (غنية بوفرمل، 2015)، والعلاج النفسي النسقي يسمى أيضا العلاج النظامي هو شكل تواصل بين شخصين أو أكثر، يراعي بصورة خاصة عمليات التفاعل النوعية البانية للعلاقة في منظومات مختلفة، وينظر للإنسان على أنه محدد من الناحية النسقية بشكل مضاعف: فمن جهة يمثل الإنسان نفسه كمنظومة مستقلة مركبة منتجة ومنظمة لذاتها، ومن ناحية أخرى هو معتمد وجودياً على المنظومات الاجتماعية و البيئية التي تؤمن قدراته الحياتية، وإذا أصبح العلاج النفسي النسقي تعبيراً كاملاً عن الذات، فإنه يمكن عندئذ ممارسة العلاج النفسي النسقي مع الذات نفسها (كلوس موكة، 2019، صفحة 22).

1.5. المرض والعرض في العلاج النسقي:

يقصر بعض المؤلفين في الحديث عن الانساق المختلة وظيفياً دون تدخل علم النفس المرضي الفردي، بينما يأخذ مؤلفون آخرون في الاعتبار أيضاً هشاشة الأفراد لتصور ظهور المشكلات، ويؤكد بعضهم على الوظيفة المتجانسة للأعراض، بينما يرى آخرون أنها تعبير عن أزمة تطورية، في مواجهة هذا التنوع في وجهات النظر، يضع l'ISB من خلال الإشارة إلى نموذج الأزمة الذي يأخذ في الاعتبار كل من النسق والأفراد، وينظر إلى الأعراض على أنها ذات إمكانيات تطورية يهدف العلاج إلى استغلالها، مما يسمح للمعالجين بعدم الاقتصار على الجانب العلائقي، ولكن إيلاء بعض الاهتمام للتشخيصات الفردية المحتملة لتصور الحالات السريرية (Carneiro, et al, 2013)، ويهتم المنظور النسقي بدراسة الاتصالات الداخلية التي تجمع أفراد النسق الأسري، والاتصالات الخارجية له، والتي تكون بينه وبين العالم الخارجي المحيط به، فبالرغم من أن المرض هو مجموعة من الأعراض تبدو جلياً في أحد الأعضاء، إلا أن هذه العضوية لها تاريخ حافل بعلاقات اجتماعية

متبادلة، وما المرض إلا مرآة عاكسة لاضطراب التوازن النفسي لصاحبه، بمعنى أن هناك علاقة وطيدة تجمع بين المرض ومجرى العلاقات الأسرية، إذ هناك أنماط علائقية منشطة تعمل على تهيئة الأرضية الخصبة لإنتاش المرض، وأن حامل المرض يقول عنه Vannotti وآخرون أنه "يظهر المرض بغية تحقيق أهداف معينة، للحصول على امتيازات كانت قد ترفضها الأسرة إذا طلبها قبل إصابته، أو أنه يقوم بتحقيق التوازن عن طريق استرجاع العلاقات التي تلاشت وتمزقت من قبل، أو عكس ذلك تماما إذ يكمن هدف المريض خلق فجوة تباعدية بينه وبين الأفراد الآخرين (Vannotti & all, 2002)

2.5. فعالية العلاج النفسي النسقي:

إن للمنهج النسقي تطبيقات واسعة جدًا يمكن أن تكون مفيدة مع العائلات التي يتأثر فيها أحد أفراد الأسرة بمرض أو مشكلة، أو دخوله إلى المستشفى ويمكن أن يساعد التدخل في التثقيف النفسي والمساعدة في اتخاذ القرار العيادي، عندما تكون هناك مشاكل على مستوى الحدود بين الأجيال، أو عندما تكون الأسرة غير قادرة على التكيف مع مرحلة جديدة من الحياة، كما يمكن استخدام العلاج النسقي بمفرده، أو بالاشتراك مع الأساليب العلاجية الأخرى، ووفقًا للأدبيات العلمية يُشار إلى أن هذا النهج نجح في تحسين أعراض اضطرابات معينة وتقليل الانتكاسات لدى المرضى البالغين والأطفال على حد سواء، ويساهم في التقليل من الشكوى والأعراض التي دفعت المريض للتشاور مع من حوله، وتعزيز التعاون مع الفريق المعالج، تقديم الدعم في الأوقات الصعبة، السماح لأفراد الأسرة بالشعور بأن الآخرين يسمعونهم في مكان آمن، العمل على التواصل وتغيير السلوك، تحسين تنمية كل فرد من أفراد الأسرة ، تسليط الضوء على نقاط القوة في الأسرة وآليات التكيف العفوية (زيادة التمكين)، تقليل التفاعلات التي تبقى على المشكلة: اللوم ، والنقد ، والحماية الزائدة ، وزيادة التفاعلات التي تقلل من المشكلة: التحقق من الصحة ، البحث عن حلول (Paradis, Tardif, & Bertelli, 2019)

جدول 3: الاضطرابات النفسية المحددة التي يمكنها الاستفادة من العلاج النسقي

العملاء من البالغين	العملاء من الأطفال
القلق (رهاب الخلاء، الوسواس القهري)، إدمان الكحول والمخدرات، الأمراض الوجدانية: الاكتئاب، القطبية الثنائية، اضطرابات الشخصية، الفصام، الاضطرابات الجسدية.	القلق، الوسواس القهري، رفض المدرسة، الاكتئاب، العوامل النفسية في الأمراض الجسدية، الإدمان، اضطرابات السلوك، اضطرابات الانتباه، اضطرابات الأكل، الاضطرابات النفسية الجسدية، الاضطرابات الذهانية، متلازمة أسبرجر

في العموم لا توجد موانع مطلقة للعلاج النسقي، ومع ذلك فإن العنف الأسري أو الزوجي الذي يمكن أن يؤدي علاجه إلى زيادة الخطورة في المنزل، أو الفوضى الكبيرة للعائلة أو عدم وجود روابط بين أفرادها، أو عدم الاستقرار النفسي لأحد أفرادها أو تثبيط الأسرة، يمكن أن يشكل أحد الموانع (Paradis, Tardif, & Bertelli, 2019).

3.5. التغيير في العلاج النسقي:

في العلاج النسقي الأسري وحدة التحليل كبيرة ومعقدة لأنها وفقاً لنظرية الانساق العامة (GST)، متعددة الأوجه وتتضمن البيئة السياقية (الأسرة، الحي، المدرسة، الثقافة) والعوامل الشخصية (الشخصية، الذكاء، النوع الاجتماعي، العرق، الوضع الاجتماعي والاقتصادي)، والمتغيرات الشخصية (العلاقات، الارتباط، التواصل) التي قد تؤثر على الفرد أو الزوجين أو الأسرة أو وحدة الدراسة، ومن المبادئ الأساسية الأخرى المستمدة من نظرية الانساق العامة أن النظام (الزوجين أو الأسرة) يكون إما في حالة من الاستقرار أو في حالة من التغيير المستمر، وأن المعالج يكون غالباً جزءاً من النظام ويمكن أن يتغير أيضاً معه، بعبارة أخرى النظام يشبه الهدف المتحرك الذي يحاول المعالج دراسته وفهمه في الوقت نفسه، ويحاول إحداث تغيير جماعي ذو مغزى، وقد صاغ (Watzlawick وزملاؤه، 1974) هذه مبادئ التغيير بوضوح في عمل رائد "التغيير: مبادئ تشكيل المشكلة وحلها"، وهو مفيد لتوضيح مبادئ التغيير باستخدام نظرية الانساق العامة حيث يمكن أن يحدث التغيير على مستويين: تغيير من الدرجة الأولى يميل إلى التركيز على تقليل الأعراض لدى الفرد لتخفيف المشكلة الحالية، يتألف من تغييرات سطحية داخل النظام القائم، بدلاً من التغييرات في هيكل أو قواعد النظام نفسه، وهنا ستتغير المعالم الفردية للأعلى أو للأسفل (مثل ارتفاع أو انخفاض درجات الاكتئاب أو القلق)، أما في التغيير من الدرجة الثانية يكون هناك تحول نوعي في النظام، بحيث تتغير مجموعة القواعد التي تحكم هيكل النظام نفسه، ويوصف التغيير من الدرجة الثانية بأنه تحول للنظام نفسه حيث تتغير قواعد النظام إلى تكوين، ويمكن أن يؤدي إدخال إطار نظري للأنظمة إلى الانتقال من التركيز على الأعراض إلى التركيز على الأنظمة بدلاً من التركيز على الأفراد، كل هذا يقودنا من التركيز التقليدي على التغيير من الدرجة الأولى إلى مفهوم أكثر عمومية للتغيير من الدرجة الثانية (تعديل النظام نفسه وتغيير قواعد التفاعل) (B Miller & N. Johnson, 2014, pp. 29-31)

6. العلاج النسقي وعلاج الأسرة:

يُفكر باحثو العلاج النسقي وعلاج الأسرة في التغيير بطريقة مختلفة عن تلك التي يفكر بها الباحثون في التخصصات الأخرى التي تركز على الفرد ولهذا السبب لا يميل باحثو العلاج النسقي وعلاج الأسرة إلى

دراسة وتقييم نفس أنواع التغيير التي تدرسها التخصصات الأخرى؛ حيث يسعون لتقديم رؤى واستراتيجيات جديدة لدراسة وإحداث تغييرات ذات مغزى في الأفراد والأزواج والعائلات، ويعد التغيير من الدرجة الثانية فرصة فريدة للتفكير في مبادئ علاج الأسرة بوضوح كافٍ للإرشاد إلى الممارسة العيادية؛ ورغم أن معظم الباحثين في العلاج الأسري يسترشدون بالنظرية والمبادئ النسقية فإن المجال لا يزال يفتقر إلى نظريات واضحة المعالم للتغيير النسقي (B Miller & N. Johnson, 2014, p. 32)، وبما أن الأسرة هي الواسطة أو حلقة الوصل بين الفرد والمجتمع وبين الثقافة والشخصية وتمثل الوسط الذي ينشأ فيه الطفل ويكتسب أساليبه السلوكية، ويمكن فهم الأسرة على نحو أفضل باعتبارها كلا متكاملًا، فمن الصحيح تمامًا أن كل فرد من أفراد الأسرة يشكل نسقًا كاملاً في حد ذاته، ويوجد هذا النسق "الفردى" داخل نسق أكبر وهو الأسرة النووية، التي توجد بدورها داخل نسق أكبر يعرف بالأسرة الممتدة، وإذا كان الفرد بالنسبة لأسرته النووية نسقًا فرعيًا؛ فإن الأسرة الممتدة تمثل نسقًا فوقيًا للأسرة النووية والأسرة الممتدة تشكل نسقًا فوقيًا لما تحتها أو ما تحتويه من أنساق، كما تعتبر في حد ذاتها نسقًا فرعيًا لأنساق فوقها كالعائلة والمجتمع المحلي والإقليم والأمة، إن الحديث عن الأسرة دوماً ما يتمركز على الأسرة النووية وما تشمله من أحداث وعلاقات داخل حدودها ولكن علينا أن نظل واعين أنها نسق فرعي لمجموعة من الأنساق الأكبر منها في المجتمع (كفافي، 1999، صفحة 103)، تقول INSEE عن الأسرة أنها مجموعة اجتماعية تتكون من شخصين على الأقل وتشمل زوجين متزوجين أو غير متزوجين، أطفالهم غير المتزوجين أو أحد الوالدين وأطفاله غير المتزوجين، لذا فهي مجموعة منظمة بقواعد صريحة أو ضمنية تُحدد الأماكن والأدوار والوظائف لكل فرد (Carreel, 2017, p. 19)

1.6. حتمية إعادة تنظيم الأسرة بعد المرض:

يواجه النظام العائلي كأي نظام آخر "أزمات"، أي حالة غير مستقرة بين حالتين مستقرتين، قد تكون هذه الأزمات ذاتية الإشارة، وهي مراحل تُعتبر "طبيعية"، قابلة للتوقع، مثل ازدياد طفل، قد تكون أيضًا غير ذاتية الإشارة تظهر نتيجة أحداث غير متوقعة مثل تشخيص مرض خطير، ولمواجهة ذلك تنشأ تساؤلات حول تنظيم النسق، وتصورات، ما يستلزم التكيف وإعادة التنظيم، بالنسبة لـ C, J, Lugan، كلما زاد التعقيد التنظيمي زادت احتمالات الأزمات، ولكن النظام في المبدأ يكون قادرًا على تجاوز هذه الأزمات وربما الاستفادة منها لتطوير نفسه، علاوة على ذلك يتأثر الأقارب أنفسهم بشدة بإعلان المرض ويقول P, Bataille: "الشخص الذي يعلم أنه مريض ينسى نفسه، وينعزل للتفكير في الخبر الرهيب الذي يجب أن يعلنه بدوره، ويوضح المؤلف أن ردود الفعل الأولى للأقارب تشير عمومًا إلى الموقف الذي سيتخذونه تجاه المريض طوال فترة العلاج، وأحيانًا بعد ذلك"، فمثلاً مريض السرطان يدرك أنه لن يؤثر عليه وحده، بل يؤثر على المحيطين به أيضًا على الصعيد

الوظيفي والعاطفي، ويخلق سلسلة من الأزمات المتعاقبة التي تختبر باستمرار قدرات التكيف للمريض وأقاربه، تضيف N، Delvaux أن التشخيص "يدفع الأسرة إلى أزمة عاطفية حادة، ناتجة أساسًا عن تهديد فقدان شخص قريب وإعادة النظر في الأوهام حول الخلود للمريض وأسرته، فعند معرفة أن أحد الأقارب مصاب بالمرض، يرى المريض وأسرته إمكانية الموت أو فقدان القريب (Carreel, 2017, p. 54).

7. نموذج ميلانو في العلاج النسقي - العائلي:

إن الطابع التطوري للنموذج العلاجي هو الحال في النهج الميلاني (Milan Approach)، بل إن ما شهده هذا التوجه من تعديلات متكررة عبر الزمن يمثل سمة بارزة من سماته، فقد تأسس في البداية على أفكار مجموعة Palo Alto ، ، وبعد عقد من العمل المشترك، انقسم الأعضاء الأربعة المؤسسون للفريق الميلاني عام 1979 إلى مجموعتين مستقلتين: M. S. Palazzoli و G. Prata من جهة، و L Boscolo و G. Cecchin من جهة أخرى، حيث سلك كل فريق مسارًا مختلفًا في تفكيره وممارساته العلاجية؛ ركزت كل من M. S. Palazzoli و G. Prata على البحث في أنظمة الأسرة، مع الاهتمام خاصة على تطوير تقنيات لقطع "الألعاب التدميرية" التي يتم لعبها من قبل الأفراد المصابين بالذهان وأسرهم، وقد عُرف عمل Palazzoli في هذه المرحلة تحت اسم "ألعاب العائلة" حيث اقترحت تدخلًا استراتيجيًا لكسر الأنماط المتكررة للمقاومة في العائلات التي تضم أعضاء يعانون من اضطرابات شديدة، في أوائل التسعينات عن هذا التوجه الاستراتيجي، وعادت إلى العلاج الفردي التحليلي العميق حتى وفاتها عام 1999، أما Boscolo و Cecchin فقد شرعوا في تدريب معالجي الأسرة واستمروا في تطوير رؤيتهم النسقية وتخلّوا عن التقنيات الاستراتيجية لصالح أسلوب تعاوني قائم على عملية المقابلة نفسها، مع التركيز بشكل خاص على أسلوب الاستجواب الدائري (Circular Questioning)، وبما يتسق مع هذا التوجه ركزت جهودهم الأخيرة على تحسين هذا النمط من الأسئلة، وسعيًا لتطوير إبستمولوجيا نسقية جديدة، أصبح Boscolo و Cecchin من الشخصيات المحورية في تبني التوجهات البنائية التي تميز النظريات ما بعد الحداثية في العلاج الأسري، أما في الولايات المتحدة، وجدت المدرسة الميلانية جمهورًا متقبلاً لها داخل Ackerman Institute for Family Therapy، لا سيّما من قبل (Peggy Papp ; 1983) و Joel Bergman (1985)، أما Lynn Hoffman التي كانت تعمل في "أكرومان"، أصبحت من أنصار النظريات البنائية الاجتماعية، ومن بين المؤيدين البارزين الآخرين: Elsa Jones (1993)، و David Campbell (1999)، بالإضافة إلى Campbell, Draper, & Crutchley في إنجلترا، وفي كندا يُعد Karl Tomm من جامعة Calgary أحد المفسرين البارزين للمدرسة الميلانية (وما بعدها). وقد طوّر Tomm مقاربة قائمة على تقنيات الحوار التعاوني والأبستمولوجيا البنائية، وأدخل بعدًا أخلاقيًا على أسلوب المقابلة، ساعيًا إلى تعزيز أنماط التفاعل

الصحية بين الأشخاص (Healthy Interpersonal Patterns – HIPS) كما أولى اهتمامًا خاصًا لتعريفات المؤسسات لمشكلات الأسرة مؤكدًا على مسؤولية المعالجين في مراقبة تأثيرهم داخل المقابلات، وكذلك دعم العدالة الاجتماعية (Joseph L. Wetchler, Lorna L. Hecker, 2015, pp. 181-182) وتعتبر مارا سيلفيني بالازولي (Mara Selvini Palazzoli) ومجموعة عملها هم من قدموا نموذج ميلانو في العلاج الأسري منذ أكثر من 30 عامًا، وقد كان مفيدًا للعمل مع العائلات الصعبة والمختلة بشدة، بما في ذلك أفراد الأسرة المصابين بفقدان الشهية أو الفصام، ويمثل أول من قام بتعليم المعالجين التفكير بشكل نسقي، حتى تصور المعالج كجزء من النظام المتطور، ويعتمد نموذج ميلانو على الفريق خلف المرأة (الجلسات المنفصلة)، والصبغة الإيجابية، واستخدام الوصفة أو الطقوس في نهاية الجلسة، والفجوة الشهرية بين الجلسات، وطريقة العلاج المحايدة إلى حد ما، وترك اتجاه التغيير ليتم التفاوض عليه، في هذا النموذج يتم التركيز على العائلة كنظام متكامل يتأثر كل فرد فيه بالآخرين (Metcalf, 2019, pp. 181-186)

نهج ميلانو العلاجي نموذج مرن وبسيط النموذج يتميز بقدرته على التكيف مع التغيير المستمر في سيروية المريض العلاجية، يتم تعديل أساليب العلاج وفقًا للظروف التي يمر بها أفراد النسق، مما يساعد على مواجهة التحديات النفسية بطرق مبتكرة وفعالة، كما يعتمد على تقنيات علاجية تهدف إلى تحفيز التغيير في الأنماط السلوكية العائلية، وكسر الدورات السلبية التي قد تكون محورية في ظهور الأعراض النفسية.

1.7. المفاهيم النظرية

يتبنى النهج الميلاني مبدأ أنه لا وجود لحقيقة أو واقع مطلق، وتتشكل بنيته النظرية بشكل تكراري مع الممارسة، وفقًا لـ (Bateson, 1979)، فإن الصفات مثل "العنيد" أو "المكتئب" لا تُفهم كسمات فردية، بل كتعبير عن تفاعلات بين الأشخاص، هذا التركيز على ما يحدث بين الأشخاص يوجهنا إلى التركيز على العلاقة التي هي منتج لرؤية مزدوجة للتفاعل، وبالتالي يعمل المعالج الميلاني بين مستويات وصف وتفسير السلوك حيث يتم توسيع "الصفات" لاستخلاص تعريفاتها من نمط التفاعل، ويتم تشغيل التفاعل بين أجزاء النظام بواسطة الاختلاف، واستجابة المستقبل للتغيير، أو الاختلاف في العلاقة بين جزأين أو بين جزء في وقت ما مع نفسه في وقت لاحق، ويفترض التفسير السيبرنيطيقي وجود علاقات دائرية أكثر تعقيدًا، ويركز المعالجون الميلانيون على أنماط أوسع زمنيًا بدلًا من التركيز على الأنماط السلوكية الثنائية أو الثلاثية في الحاضر أو الماضي القريب، كما يفحصون أجزاء مختلفة من نظام المشكلة بما في ذلك عائلة الأصل، وأنظمة الصحة العقلية والأنظمة الاجتماعية الأخرى، يسعى النهج الميلاني إلى تغيير القواعد بدلًا من تغيير معنى الحدث (MacKinnon & Kerrie , 1987)

1.1.7. نظرية المشكلة:

يُشير (بيتيسون، 1979) إلى التعلم على أنه عملية احتمالية؛ أي عملية غير عشوائية تؤدي إلى بقاء بعض المكونات العشوائية لفترة أطول من غيرها ضمن عدد كبير من البدائل، يتم الاختيار بناءً على "شيء" يشبه التعزيز ويشير (توم، 1984) إلى أنماط السلوك التي تطورت عبر التجربة والخطأ، ومن خلالها يبني الأفراد خرائطهم، وبحسب رأي توم، تظهر المشاكل عندما تتوقف "خرائط" العائلة في أن تكون مفيدة، ويشير (بن، 1982) إلى أن المشكلة هي الحل للمشكلة السابقة (MacKinnon & Kerrie , 1987).

2.1.7. نظرية التغيير:

لا يمكن تحديد معنى لكلمة "أهداف" في سياق علاج يرى الأنظمة على أنها في حالة تغيير مستمر، وتتطور بالتوازي مع المشكلة ومع المعالج، ولا يوجد فيها سببية خطية؟ إذا أخذنا المنظور السيبرنيطيقي من الدرجة الثانية فهل يمكن تحديد أهداف لإعادة تنظيم العائلة (الهيكلين)، أو حتى تحديد ما إذا كان يجب تغيير سلوكيات أو معتقدات معينة (الاستراتيجيون)؟، وبالتعليق على الفكرة الشائعة بأن على المعالجين أن يعملوا بوعي على تغيير أنظمة المعتقدات، تحذر (هوفمان، 1985): "إن الخطر هو أن المعالج قد ينسى الافتراض القائم على الهشاشة المتأصلة في حقيقة أننا جميعاً أنظمة مراقبة"؛ وتضيف: "إن إيمان المعالج بأن من مهامه أن يعرف كيف يغير واقع العميل يعني إغفال احتمال أن يكون هذا الرأي نفسه واقعاً يحتاج إلى التغيير، إن المعالجون الميلانيون لا يحددون أهدافاً للجلسات، بل يبقى المعالج محايداً فيما يتعلق بكيفية تغيير العائلة أو إن كانت ستتغير من الأساس؛ يمكن القول إن لدى النهج الميلاني هدفاً أعلى يتمثل في تسهيل التغيير في أنماط التغيير الموجودة، وبالتالي تحويل أنماط العلاقات داخل النظام ويحدث هذا بشكل أكثر فاعلية على مستوى "أبستمولوجيا" العائلة (MacKinnon & Kerrie , 1987).

2.7. دور المعالج في النموذج الميلاني:

يعتمد نموذج ميلان على بناء فهم تفاعلي للعائلة من خلال مراحل منظمة تهدف إلى الكشف عن الديناميكيات النظامية التي تحافظ على المشكلة، تتكون المقابلة من خمس مراحل رئيسية: ما قبل الجلسة (Pre-session) في هذه المرحلة، يجتمع فريق العلاج لمراجعة المعلومات المتاحة من الإحالة، وبناء فرضيات أولية حول طبيعة العلاقات داخل العائلة ووظيفة السلوكيات المشكلة ضمن النظام العائلي، ثم الجلسة (Session) حيث يبدأ المعالج الجلسة بجمع معلومات مباشرة من أفراد العائلة، وتوجيه أسئلة تهدف إلى الكشف عن الفروق في وجهات النظر والعلاقات والتحالفات داخل النظام العائلي، ثم ما بين الجلسات (Inter-session) ينتقل المعالج

إلى مناقشة الملاحظات التي تم جمعها، ومراجعة الفرضيات السابقة في ضوء المعلومات الجديدة، ثم مرحلة التدخل (Intervention) في ضوء ما تم استخلاصه من المعلومات والفرضيات المجربة، يُقدّم تدخل منظم - قد يكون في شكل رسالة علاجية، أو واجب منزلي، أو تدخل سلوكي غير مباشر - يهدف إلى زعزعة الأنماط المتكررة أو إعادة توزيع الأدوار داخل العائلة، وأخيراً ما بعد الجلسة (Post-session) يقوم فيها بتحليل استجابة العائلة للتدخل، وتحديد ما إذا تم تحقيق الأثر المطلوب، أو ما إذا كانت هناك حاجة لتعديل الاستراتيجية، يتم التفكير في الخطوة القادمة وتحديد اتجاه الجلسة التالية بناءً على ما حدث، ويقدم نموذج ميلان للمعالج طريقة لمراقبة أنماط التفاعلات العائلية والتقنيات لإجراء التدخلات العلاجية، حيث دور المعالج هو أن يكون فضولياً ومبدعاً ويعد البحث الواعي عن أنماط التفاعلات بين أفراد الأسرة دوراً مهماً وميسراً للمعالج يساعد في تحقيق التغيير، باختصار يستخدم المعالج الفضول للمساعدة في التنقل بين الأسئلة، مما يسمح له بأن يكون مراقباً للفجوات ومقترناً بأكثر أفراد الأسرة دافعية، كما يقدم نموذج ميلان للمعالج طريقة لمراقبة أنماط التفاعلات العائلية والتقنيات لإجراء التدخلات العلاجية (Metcalf, 2019, p. 187)، وترى (هوفمان، 1985) أن أي محاولة لتحفيز التغيير تحتوي ضمنها إسناد اللوم الضمني وتحديد وصفات الأعراض عن هذا اللوم الضمني، وعندما يُحدّد المعالج من ميلان السلوكيات فهو عادةً ما يفعل ذلك على شكل طقوس؛ المعالج من ميلان لا يكون مباشراً في إعطاء المهام، وقد يرى قيمة في وصف الطقوس حتى لو لم يتم تنفيذه، وذلك بسبب المعلومات التي تُدخلها فكرة الطقوس إلى النسق، الطقوس ليس مقصوداً أن يكون حلاً بحد ذاته؛ بل يُقدّم 'كتجربة، أو اختبار، إيماء رمزية، أو طقس انتقالي' (MacKinnon & Kerrie, 1987).

3.7. مراحل التدخل العلاجي في نموذج ميلانو:

1.3.7. الانضمام وبناء الثقة:

في الجلسة الأولى يعرف المعالج على نفسه وعن برنامجه العلاجي ومن المهم لكل معالج أن يكون فضولياً، متسائلاً عما وراء قصص كل فرد من أفراد الأسرة، يجب على المعالج طرح العديد من الأسئلة لفهم النظام العائلي، خلال هذه المرحلة سيبدأ المعالج في صياغة فرضيات حول عمل الأسرة، بما في ذلك فرضيات ما قبل الجلسة ثم يصيغ أفكاراً حول سبب حدوث العرض وكيفية كونها وظيفة للأسر (METCALF, 2019, p. 192)

2.3.7. فهم المشكلة المقدمة:

عند مناقشة المشكلة المقدمة، من المهم للمعالج أن يرى الفائدة التي تقدمها المشكلة للأسرة، هنا يبدأ المعالج في تطبيق الصبغة الإيجابية - أخذ ما تفسره الأسرة على أنه مشكلة، لتكريهه على أنه مفيد وجيد- ويساعد المعالج الأسرة على رؤية المشكلة المقدمة في سياق مختلف (METCALF, 2019, p. 193)

3.3.7. تقييم ديناميات الأسرة:

لا يوجد تقييم بمعنى التشخيص أو التصنيف أو إصدار حكم موضوعي حول ما يحدث؛ ولكن هناك اختباراً مستمراً وتجاهلاً وتنقيحاً للفرضيات، والتي من غير المحتمل مشاركتها مع العملاء أكثر فأكثر مع تقدم العمل، خلال هذه المرحلة يبحث المعالج عن الديناميات العلائقية وأنماط التفاعل بين أفراد الأسرة أثناء طرح الأسئلة والإجابة عليها؛ يبحث المعالج دائماً عن فرد الأسرة أو أفراد الأسرة الذين يكونون منفتحين على الاستكشاف الذاتي والتفكير المنهجي (METCALF, 2019, p. 194).

4.3.7. تكثيف التغيير:

خلال هذه المرحلة تتعامل الأسرة مع الأفكار المختلفة والإيجابية والمنهجية وتتعرف على المشكلة أو العرض في سياق مختلف وأكثر منهجية يبدأ المعالج في تكثيف التغيير، مع التركيز على تعزيز التغييرات الإيجابية التي بدأت بالفعل في الحدث (Metcalf, 2019, p. 194)

5.3.7. الإنهاء:

تقرر الأسرة نفسها متى يتم الانتهاء من العلاج "عندما يشعرون بالرضا وقد حققوا ما أرادوا تحقيقه ويشيد المعالج بالأسرة للعمل من خلال القضايا التي جلبتها واختيار الإجراءات الجديدة التي طوروها نتيجة لذلك (Metcalf, 2019, p. 195)

4.7. خصائص العلاج في نموذج ميلانو:

1.4.7. طبيعة الأسئلة:

تتمحور المقابلة العلاجية في النهج الميلاني حول طرح المعالج لأسئلة تخدم اختبار الفرضيات، وفهم النظام العائلي، وكشف الطابع الدوري للتفاعلات، وتحفيز التغيير، تُطرح الأسئلة بطريقة تكرارية ودائرية، بحيث يُبنى كل سؤال على الإجابات السابقة، ويصبح المعالج جزءاً من عملية الاستفسار ويُعرف هذا النمط بالاستجواب الدائري (MacKinnon & Kerrie, 1987)

2.4.7. الفرضيات:

الفرضيات هي افتراضات، تخمينات، تفسيرات عن العائلة والمشكلة في سياقها التفاعلي، إن فرضيات ميلانو تجيب عن سؤال "لماذا" من خلال تقديم أسباب للعرض والسلوكيات المرتبطة به بطريقة تشمل ثلاثة أعضاء على الأقل من النسق بهذه الطريقة يصبح سلوك العضو المعين منطقيًا في السياق كما يدركه، إن فرضيات ميلانو تعتمد على أبستمولوجيا النسقية، وخاصة على المبدأ بأن الأكثر تعقيدًا يفسر الأقل تعقيدًا لتخلق فرضيات تفيد في توجه المعالج لتحديد الأنماط التفاعلية والمعنى الذي تطور بالتوازي مع المشكلة، وتبني واقعًا مختلفًا تمامًا عن الطريقة العادية التي تراقب بها العائلة الموقف، ومن خلال معلومات تدعم أو تنفي الفرضيات، يستطيع المعالج تطوير إعادة تشكيل جذرية وممكنة للأحداث، وإحدى الطرق لتوليد الفرضيات هي اعتبار المشكلات حلولًا محتملة لمشاكل أخرى، أو طرقًا للحفاظ على توازن النظام في مواجهة التغيرات في العلاقات (MacKinnon & Kerrie , 1987)

3.4.7. الحياد:

الحياد هو حجر الزاوية في المنهج الميلاني، حيث يعكس الافتراض بأن الإدراكات والمعتقدات هي بناءات وليست "واقعًا"، ويحاول المعالج الحفاظ على موقع أعلى من مستوى أعضاء العائلة وقناعاتهم وأنماط تفاعلهم، من خلال الحفاظ على موقف فضول وقبول، ويقوم المعالجون باستكشاف الفرضيات البديلة، وتجنب اتخاذ موقف مؤيد أو معارض للتغيير السلوكي، ويمكن توضيح مفهوم الحياد بشكل أفضل من خلال شرح كيفية فقدانه بسهولة: عندما يقف المعالج إلى جانب شخص واحد أو مجموعة فرعية، ويتجاهل الآخرين، يجب أن يشعر أعضاء العائلة بأن المعالج متوازن مع الجميع وليس منحازًا لأحد، حتى عندما يفترض فهمه لخصائص معينة ("حزين"، "قاسٍ"، أو "طيب") يسعى لاستكشاف معنى هذه الصفات في سياق تفاعلي، وحتى عندما يُلمح إلى وجود حاجة للتغيير أو حل معين للمشكلة يبقى محايدًا (MacKinnon & Kerrie , 1987).

5.7. التقنيات العلاجية لنموذج ميلانو:

طور فريق ميلانو العديد من تقنيات التدخل المبتكرة كالدالة الإيجابية، والأسئلة الدائرية، والافتراضات ويتضمن استمرار تطوير النظرية والتركيز من قبل فريق ميلانو الافتراض والدورية والحياد: يمكن العثور عليها في نماذج العلاج الأخرى:

1.5.7. الاستجواب الدائري:

الاستجواب الدائري، كما عرّفه (Seywert, M. Selvini (1982; 1993)، هو نوع من الأسئلة يُوجّه إلى أحد أفراد الأسرة ليصف أو يتخيل أفكار أو معتقدات أو سلوكيات أو تفاعلات فرد آخر أو أكثر داخل النسق من وجهة نظره، تكمن فائدته في أنه يُمكن أفراد الأسرة من الاطلاع على تصورات الآخرين حول التفاعلات داخل النظام، مما يُحدث تأثيرًا علاجيًا بحد ذاته، حيث يضعهم في موقع "المراقب" لتفاعلاتهم وعلاقاتهم، مما يفتح المجال لإدراك جديد وتغيير محتمل (Claudio et al., 2013)، يتيح الاستجواب الحصول على معلومات وتعديل منظور المشكلات مع إشراك المتحدث بنشاط على عكس التعليقات التأكيدية التي تفرض رأي المعالج، فإنه يقدم ميزة هز المتلقي بلطف دون مواجهته مباشرة، إن الاستجواب الدائري خاص جدا تتفرد خصوصيته بقدر اتساع رؤيته للمشاكل، والتركيز على التفاعلات، وسياق حدوث الاضطرابات، وتتمثل المهمة الأولى للمعالج في جعل الموقف أكثر تعقيدا من أجل تسليط الضوء على التفاصيل العلائقية التي تقلت من محاوريه، أما جوهر هذا التساؤل هو مبدأ السببية الدائرية، وبحكم ذلك يسعى المعالج النسقي إلى رؤية أطراف الصراع معا وبطريقة مختلفة (Landry Balas, 2011, p. 146).

تتلخص أهداف الاستجواب النسقي في ربط الأشخاص المعنيين من أجل "رؤية أوسع"، والصعوبة الأولى تكمن في كيفية دعوة المحيط؟ والأبسط تكليف المريض المعين باختيار ودعوة الأشخاص المعنيين؛ حتى لا يضاعف المعالج المكالمات، ولا يخاطر بالوقوع في تحالفات وأسرار تعيق العملية العلاجية، من جهة أخرى تهدف الأسئلة الى البحث عن المعلومات ذات الصلة حيث يشبه موقف المعالج إلى حد ما موقف المحقق (ومن هنا جات التسمية)، فهو يبحث عن أدلة حول المشكلة، وهي عناصر تظهر أثناء التفاعلات، ولا يدركها العملاء، كالمعلومات حول العوامل المحفزة، وتغيرات الأدوار، والتصورات المختلفة للمرض والعلاج، ولكن قبل كل شيء للأشخاص الذين يستشيرونه، بهذا المعنى تصبح هذه المعلومات ذات صلة في كل مرة يكرر المشاركون ما يعرفونه بالفعل، فإنهم يصدرون "ضوضاء"، مثل بعض المسافرين الذين يعرضون مشاكلهم المهنية في القطار الذي يعود بهم إلى المنزل بعد العمل ("قال لي أن ... وقلت له أن ...")، كما تمنح تقنية الاستجواب الدائري الفرصة للتوعية بالنموذج النسقي من خلال طرح أسئلة غير معتادة يسعى المعالج من خلالها إلى تغيير منظور العملاء وتوعيتهم بنموذج العلاجي، ويتلقى هؤلاء اقتراحات غير مباشرة لبناء تصور دائري للواقع، دون مهاجمة نموذجهم المحدد، وهذه العملية تكون مؤلمة في كثير من الأحيان، لأن المرضى يدافعون عن بنياتهم الديكارتية، وهكذا فإن الجلسة الناجحة ليست دائماً الجلسة التي يشعر فيها الجميع بالرضا (Landry Balas, 2011, pp. 146-149).

1.1.5.7. مبادئ الاستجواب الدائري:

أول من حدد مبادئ الاستجواب الدائري هي مارا سيلفيني بالازولي (M.S. Palazzoli) ومعاونوها سنة 1983 في ذلك الوقت عملية تعميم من ثلاثة مستويات ، طريقة تقييم دائرية، نسخة محايدة من موقف المعالج، مقاربة دائرية للمقابلة، هذه المبادئ الأساسية التي حددها فريق ميلانو حيث يشير الحياد إلى أن المعالج لا يأخذ جانباً في النزاع بين أفراد الأسرة، وتشير صياغة الافتراضات إلى أن المعالج يطرح افتراضات حول كيفية مساهمة سلوكيات أفراد الأسرة في المشكلة، وتشير الدائرية إلى أن المعالج يبحث في كيفية تفاعل سلوكيات أفراد الأسرة مع بعضها البعض وكيف تساهم هذه التفاعلات في المشكلة (Lane Thérèse, 1994)، وفي الاستجواب الدائري يضع المحاور نفسه قدر الإمكان خارج النسق لتحقيق الفائدة الأولى من هذه التقنية، حيث أنه ستكون غالباً المرة الأولى التي يتاح فيها لأعضاء المجموعة الفرصة للتعرف على تصور أعضاء آخرين عن كيفية عمل نسقهم، وستتاح لهم الفرصة لرؤية تفاعلهم، والحديث عنه مما عنه تحول كتلة إلى مجموعة منظمة ومتميزة (Paradis, Tardif, & Bertelli, 2019, p. 118)

2.1.5.7. نموذج تقنية الاستجواب الدائري:

1.2.1.5.7. الأسئلة المتعلقة بالاختلافات:

يركز المعالج في المقام الأول على الاختلافات في السلوك بهدف التركيز على التفاعلات بدلاً من المحتوى، ومع ذلك يمكن أن تتناول بعض الأسئلة ما يعيشه المشاركون من مشاعر وأفكار، حيث لا تكمن الأهمية هنا في صحة الإجابات، بل في الاختلافات التي تُبرزها بين الأفراد وتندرج الأسئلة المتعلقة بالاختلافات تحت ثلاث تصنيفات رئيسية:

أ. أسئلة المقارنات: الهدف منها وصف سلوك محدد ضمن سياق معين، وإذا أعطيت الفرصة للإجابة بحرية، فإن هذه الإجابات تفتح المجال لمزيد من الأسئلة التي توضح السلسلة التفاعلية بشكل أعمق، هذه الأسئلة تكون ذات فائدة كبيرة عند تحليل عملية النزاع، وتحديد استراتيجيات كل طرف بوضوح "القتال، الشلل أم "الهروب".

ب. التصنيفات: أسئلة التصنيف تأتي بسرعة إلى ذهن المعالج، وتطرح هذه الأسئلة بصيغ مثل "الأكثر/الأقل"

ت. التعليقات (القول والقال): تتعلق بنشاط يفضلها معظم الناس (وهو التحدث عن الآخرين)، لكن بطريقة غير تقليدية، إذ تُقال هذه التعليقات أمام الشخص نفسه، يتحدث شخصان (غالبًا أحدهما المعالج) بصراحة عن سلوك طرف ثالث موجود، هذه التقنية فعالة جدًا لكسر الجليد، لكن يجب هنا أن يكون هناك احترام كبير، حيث لا ينبغي إطلاق أحكام على قيمة الشخص، وإنما فقط التعليق على السلوكيات (Landry Balas, 2011, p. 120)

2.2.1.5.7. الأسئلة المتعلقة بالتغيير:

تُستخدم هذه الأسئلة لوصف التغيرات في السلوك عبر الزمن، وهي تنقسم إلى نوعين:

أ. التغيرات بالنسبة للماضي: تركز على العوامل المؤدية للتغيير، دون الدخول في بناء نظريات حول أصل المشكلة، وليست هذه الأسئلة مجردة تمامًا، بل تعكس نظرية لدى المعالج حول مصدر المشكلة، وتسعى إلى ربط السلوك بالسياق لاقتراح حلول محتملة (Landry Balas, 2011, p. 121)

ب. التغيرات بالنسبة للمستقبل: تساعد في دفع عملية التغيير عبر تخيل حلول أو مستقبل خالٍ من المشكلات، «ماذا سيحدث لو غادر والدك الغرفة عندما تحاول والدتك إطعام لويس؟»، «إذا عاد والدك إلى العمل، من سيكون الأكثر تشجيعًا له وكيف؟» (Landry Balas, 2011, p. 121)

2.5.7. إعادة التأطير Reframing:

إعادة التأطير هو تفسير يغير الزاوية التي نرى بها موقفًا معينًا، حيث يقوم المعالج بما يقوم به المخرج السينمائي عندما يوسع أو يضيق مجال عدسته ليبرز الجوانب المهمة من مشهد معين، وعلى الرغم من أن المعالج النسقي لا يميل بطبيعته إلى التفاصيل الشخصية، فإنه يفضل استخدام "الزاوية الواسعة" مجازيًا، وأول من استعمله هو جويل دي روزنباي (J. D. Rosnay)، كما وصف فانتسلافك (P Watzlawick) إعادة التأطير بشكل مميز: "إعادة التأطير تغيير السياق المفاهيمي و/أو العاطفي للموقف أو الوجهة التي يُنظر من خلالها إليه عبر وضعها في إطار مختلف"، وكنتيجة تُستخدم إعادة التأطير على نطاق واسع في مجال الطب النفسي العائلي والعلاج القصير الأمد، حيث تُستخدم لإسهام العميل في رؤية مشكلاته من منظور مختلف بإعادة تصنيف وتسمية القضايا بطريقة تمنحها دلالة جديدة، وفي كثير من الأحيان إيجابية، إن هذا المعنى الجديد يكون مفيدًا بشكل خاص في سياق العلاج النفسي، إذ يمكن أن يفتح آفاقًا جديدة لتجربة الفرد، وتخلق مساحة لبناء حلول عملية كانت غير مرئية من قبل (Newsome, J., Mitchell, L., Awosan, C., 2018)، وتعلق إعادة التأطير بالتفاعلات أكثر من المحتوى، تكون الاستعارات أكثر تأثيرًا من الكلمات، وإعادة صياغة الأعراض

بزاوية المعارضة تثير دهشة المشاركين، وتُبنى إعادة التأطير مع المشاركين حيث عندما تكون نتيجة بحث مشترك، تكون أكثر إبداعاً، يجب التحدث بلغة المرضى حيث يجب أن تتوافق طريقة إعادة التأطير مع ثقافة المرضى لتكون ميسرة لهم، لا يعني ذلك أن يتحدث المعالج بلغة "الفلاحين" عند التحدث مع مزارعين، أو بلغة "المثقفين" عند التحدث مع أكاديميين؛ بل ينبغي عليه استخدام أسلوبهم اللفظي، ونمط الفكاهة الخاص بهم، أو القيم التي تميزهم (Landry Balas, 2011, p. 124)

1.2.5.7. إعادة التأطير البسيطة:

يصف جون هير وجون ويكلاند (John Herr & John Weakland) إعادة التأطير البسيطة بأنها "ضربات" انعكاسية تشبه ضربات لاعب التنس الذي يصعد إلى الشبكة حيث إنها تنتمي إلى التكتيك أكثر منها إلى الاستراتيجية، حيث أنها تدخل في رؤية قصيرة الأجل ويمكن أن تكون مفيدة لاستقزاز أفراد نظام جامد، لكنها تجعل المتدخل يواجه خطر الدخول في علاقة متناظرة حيث تستدعي كل ضربة — ضربة مرتدة من الخصم، فالاستقزاز بمثابة مسبار استكشافي، كما تسمح بتشجيع المرضى لتحويل السلبي إلى إيجابي: "الوضع يبدو سيئاً، في الواقع، له مزاياه"، الصلة الإيجابية التي تتمثل في العرض على أنه يؤدي وظيفة في النسق العائلي تشبه هذه العملية حيث يتم وصف القواعد والسلوكيات العائلية بشكل إيجابي لتسهيل الوصول إلى النموذج المثالي، وبشكل عام تتكون إعادة التأطير البسيطة في أغلب الأحيان من تحويل موقف أو وجهة نظر إلى نقيضها، يمكن إعادة تعريف التناظر من حيث الثقة المتبادلة، ويصبح التكامل تعاوناً، وتتحول العدوانية إلى قتالية، والفشل هو مرحلة من مراحل النمو (Landry Balas, 2011, p. 128)،

2.2.5.7. إعادة التأطير المعقدة:

إعادة التأطير المعقدة تشبه "خطة المباراة"، وهنا نتحدث عن الاستراتيجية بدلاً من التكتيك، تتوقع بالفعل عدة ضربات مسبقاً؛ فهي تمس قاعدة ضمنية للنظام، وتبرز إعادة التأطير الجانب العلائقي والتفاعلي للمشاكل، وبسبب طابعها المعقد، يصعب حصرها، سيتغير شكلها حسب الحالات السريرية وأسلوب المعالج وإبداعه (Landry Balas, 2011, p. 130).

3.5.7. وصفة المهام Prescribing Tasks:

تماماً كما يصف الطبيب أدوية للتخلص من أعراض ما، يصف المعالج النفسي المختص بالعائلات مهاماً للتخلص من المشكلة المعروضة، يمكن تنفيذ المهام أثناء الجلسة أو خارجها وبالمثل يتم تقديم المهام بجدية وطقوس وصفة طبية، ولها قيمة علاجية إخبارية فهي تسمح بالتحقق مما إذا كان التحالف العلاجي

جيدًا، أو بمعرفة ديناميات النظام والتأكد من صحة الفرضيات (Landry Balas, 2011, p. 131)، والمبدأ التوجيهي لوصفة المهام هو تعلم سلوكيات جديدة، لأن الفعل يعزز التغيير أكثر من الفهم البسيط، حيث المعرفة الفكرية بأخطائنا أو صراعاتنا لا تكفي لحلها، قد يدرك الزوجان جيدًا أن استخدام الأطفال لنقل الرسائل ضار، لكن العاطفة ستنتصر بسرعة على المعرفة العقلانية خلال الصراع التالي الكبير، سينسى الزوجان نواياهما الحسنة وسيتم استخدام الطفل مرة أخرى كوسيط، وبالمثل، من المعروف جيدًا أنه لا يكفي مساعدة المدمن على إدراك أنه يشرب كثيرًا ليتوقف عن الشرب، على العكس من ذلك، إذا تم توجيه الكثير من النصائح إليه حول أضرار الكحول، فقد يلجأ بسرعة إلى السكر للتخلص من الشعور بالذنب والقلق، بعد تعلم رؤية الأشياء بشكل مختلف، سيحاول العميل التصرف بشكل مختلف، ستسمح له المهمة أثناء الجلسة أو خارجها بالتدرب على تفاعلات أخرى (Landry Balas, 2011, p. 132)، ومن خصائص التي تضمن فعالية وصفة المهام مشابهة:

- التركيز على التفاعلات أكثر من المحتوى.
- الحرص على الطابع الاستعاري للمهام قدر الإمكان.
- عندما لا يتم الالتزام بمهمة ما، يمكن مراجعة الموقف.
- المهام تشمل إن أمكن جميع المشاركين.
- يجب تقديم المهام بإقناع وإيجاز (Landry Balas, 2011, p. 132).

4.5.7. الدلالة الإيجابية:

قدم نهج ميلانو مصطلح الدلالة الإيجابية، والذي يشبه إلى حد كبير إعادة التأطير الإيجابي واعتقد فريق ميلانو أنه عندما يعيد المعالج تأطير موقف ما، فإنه يساعد في إنشاء عنصر "جيد" و"سيئ" للعائلة، ومن هنا تأتي أهمية إعادة التأطير للنظام العائلي (Metcalf, 2019, p. 188)، حيث إن إعطاء دلالة إيجابية (Positive Connotation) لعرض المريض لا يُعد كافيًا في العلاج الأسري النسقي ما لم يُعمم أيضًا على سلوكيات بقية أفراد الأسرة تقاديًا للسقوط في تصنيفات ثنائية (جيد/سيئ) تُخلّ بوحدة النظام وتُقصي المعالج عن الحياد الضروري، فكل سلوك داخل النظام يمكن النظر إليه كمساهمة — واعية أو لاواعية — في الحفاظ على توازن لأسرة لذلك فإن الاستناد إلى منطق خطي سببي يؤدي إلى قراءة سطحية تُقصي إلى تدخلات علاجية مضادة، ولا يمكن بلوغ نموذج نسقي حقيقي دون الاعتراف بالطبيعة المزدوجة للأنظمة الحية، أي

تقاطع الاستقرار (Stability) مع القدرة على التغير (Change)، بوصفهما خاصيتين وظيفيتين متكاملتين لا متعارضتين (SELVINI PALAZZOLI, BOSCOLO, CECCHIN, & PRATA, 1978, p. 57)

5.5.7. الطقوس الأسرية

غالبا ما تلعب الطقوس الأسرية دورا رئيسيا في حياة الأسرة، وقد تم تصميم هذه التحولات لتمييز وتسهيل التحولات والتغيرات الأسرية، من الناحية العلاجية قد يتم تصميمها للتدخل في أنماط الأسرة الثابتة والترويج لطرق جديدة لفعل الأشياء، والتي بدورها قد تغير الأفكار والمعتقدات وخيارات العلاقة، والغرض من الطقوس هو معالجة التعارض بين قواعد الأسرة التي تعمل على المستوى اللفظي وتلك التي تعمل على المستوى التمثيلي بوصفه لتغيير السلوك بدلاً من التفسير لتقديم نظرة ثاقبة، وبدلاً من تقديم وصفا مباشرة، والتي قد تخشى الأسرة منها أو تقاومها أو تعارضها بطريقة أخرى، فإن تقنين السلوك الموصوف يوفر سياقاً جديداً وبالتالي من المرجح أن تقوم به الأسرة، وعادة ما يتم تعيين الطقوس في وصفات متناقضة تصف بالتفصيل ما هو العمل الذي يجب القيام به من قبل من ومتى، وفي أي تسلسل، وعادة تنفيذ دعوات الطقوس لأداء مهمة تتحدى بعض القاعدة الأسرية الصارمة، وتتناول الطقوس جوانب من العلاقات الأسرية التي يفترض المعالج أو الفريق أنها مهمة لأداء الأسرة بناء على كيفية رؤية الفريق لصعوبة الأسرة الحالية، وبشكل عام هي أعمال احتفالية يقترحها المعالج بطريقة مبدئية كاقتراحات أو تجارب عائلية لا يتوقع أن تصبح جزءاً دائماً من الحياة الأسرية، ولا يصر المعالج على تنفيذ الطقوس ولكنه يشير إلى أنه يعتقد أنها لفظة مفيدة (عايش، 2022، صفحة 429)

6.5.7. تقنيات وأنشطة علاجية مكملية:

1.6.5.7. حول أشكال التواصل المختلفة:

منذ الأعمال الرائدة لـ بيتسون (Bateson)، اهتم علماء النسق بشكل خاص بالأشكال المتنوعة التي يمكن أن يتخذها التواصل بين الكائنات الحية حيث تظهر التجربة أن كل زوج أو كل عائلة لديهم طرق خاصة جداً للتواصل، كأنما توجد نوعاً من "الثقافة في التواصل" أو "نمط تواصل داخلي" محدد يخص هذا الزوج أو تلك العائلة، لكي يتم إبراز أنماط التواصل السائدة، فإن اللجوء إلى تمارين عملية يكون مفيداً للغاية، خاصة عندما لا يشعر الأطراف بأنهم يتواصلون بشكل سيئ فيما بينهم، كما لو أنها مجرد لعبة، في حين أنها عند النظر إليها عن قرب قد تشبه اختباراً نفسياً إذا ما تم تقيسها، ويمكن اقتراح عدد كبير من التمارين العملية، ولكل فريق حرية ابتكار تمارين تناسب حاسياتهم.

نعرض هنا تمرينين سهلين التنفيذ، ويحافظان على الطابع الترفيهي لفن الإيماء (مثل التمثيل الصامت) مما يجعلهما جذابين للمشاركين (Albernhe & Albernhe, 2013, p. 182).

أ. استخدام الطبل: تام — تام : في هذه اللعبة، يُحل صوت الطبل (التام-تام) محل الكلام في التطبيق العملي، يُطلب من المشاركين أن يجلسوا في شكل دائرة (حتى يكون كل مشارك ضمن مجال رؤية الآخرين)، ويوضع بين أيديهم طبل تام-تام خاص بكل شخص ، والمطلوب هو أن يحاولوا تبادل الرسائل فقط من خلال تغيير الإيقاع، وتكرار الضربات، وشدة الصوت، ونبرة الطبل، وعادةً ما تكون الرسائل بسيطة وبدائية، وتعبّر عن الأحاسيس أو المشاعر ، إذا رأى مُنسق الجلسة ذلك مناسباً، فيمكن للمشاركين أيضاً استخدام الإشارات الحركية والوجوه التعبيرية لمساعدة الآخرين على فهم رسائلهم بشكل أفضل (Albernhe & Albernhe, 2013, p. 182)

ب. حول التواصل النفسي-الجسدي: كتمرين إضافي للمثال السابق، يمكن أن تُعطي ممارسات العلاجات النفسية الجسدية النسقية (TPCS) نتائج مذهشة، خصوصاً في الحالات التي يعاني فيها التواصل بين طفل وأحد والديه من اختلالات حادة وهكذا تم اللجوء إلى هذا النوع من العلاج في مستشفى نهاري لطب الأمراض النفسية لدى الأطفال والمراهقين ، يستقبل أطفالاً يعانون من التوحد أو اضطرابات التطور الشاملة ، من أجل استعادة جودة العلاقة التالفة بين الطفل ووالديه ، تم اقتراح تقنيات متعددة من الرعاية النفسية الجسدية، مثل: التدليك ، اللفّ الرطب العلاجي، تمارين حركية متنوعة؛ ما يجعل هذه المقاربة أصلية ومبتكرة هو أن الزاوية العلاجية لم تعد تحليلية كما هو شائع غالباً، بل أصبحت نسقية : فالمعالجين لا يركزون فقط على الطفل كفرد مستقل، بل أيضاً على التفاعل القائم بين الطفل والبالغين الذين يشاركون في جلسات العلاج، وخصوصاً الوالدة ، أصبح بروتوكول العلاجات النفسية الجسدية النسقية اليوم نموذجاً كلاسيكياً: يقدم المعالجون جلسات تدليك مشتركة بين الأم والطفل، ثم في جلسات أخرى بين الأب والطفل، ثم تسجل كل جلسة بالفيديو، ويقوم الفريق الطبي بعد ذلك (جمع المقاطع وإعداد عرض مرئي) ويُعرض على العائلة (Albernhe & Albernhe, 2013, p. 183)

خلاصة الفصل:

قدمنا من خلال الفصل ملامح المقاربة النسقية ، وبشكل خاص العلاج النسقي مروراً بنموذج مدرسة ميلانو العلاجي، حيث تم شرح نموذجاً وواعداً في التدخل النفسي مع مرضى السرطان الذين يظهرون استجابات نفسية حادة، إن قدرة هذا النهج على رؤية المشكلة ضمن سياقها التفاعلي والعائلي، بعيداً عن التفسيرات الفردية، يجعل منه أداة مناسبة للتعامل مع التغيرات النفسية العميقة التي تنتج عن تشخيص مرض السرطان، ومن خلال تقنياته الأساسية يتيح العلاج الميلاني إعادة تعريف المشكلة، وتغيير الأنماط السلوكية والتواصلية داخل العائلة، وتوفير مساحة للمريض للتعبير عن نفسه بطرق جديدة، مما يساهم في تخفيف الأعراض الاكتئابية الناتجة عن الصدمة، وبالتالي يمكن القول إن استثمار هذه المقاربة في دعم مرضى السرطان لا يساعد فقط في تحسين الحالة النفسية للمرضى ، بل أيضاً في تعزيز التكيف النفسي والاجتماعي للأسرة ككل.

الفصل الخامس:

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

تمثل الإجراءات المنهجية جوهر أي بحث علمي، فمن خلاله يوضح الباحث الخطوات التي اتبعها بالتفصيل للإجابة عن إشكالية دراسته وتحقيق أهدافه، وفي في هذه الدراسة سنقدم شرحا وافيا ومتكاملا، بدايةً من الدراسة الاستطلاعية التي ترمي إلى استكشاف جوانب الموضوع، ورسم الإطار التطبيقي للمتغيرات الرئيسية التي سيتم التركيز عليها في البحث، ثم اختيار المنهج المناسب الذي يتوافق مع طبيعة الموضوع وأسئلة البحث وقدرته على توفير بيانات دقيقة وموثوقة، كما سنقوم بتخصيص مبحث لشرح المنهج المعتمد في البحث من أجل وضوح أكثر لطريقة تطبيقه، ومن خلال هذا الفصل أيضا قمنا بسرد أهم الأدوات المستخدمة في جمع البيانات وتحليلها وتفسيرها، وقد تم اختيارها بناءً على قدرتها على قياس المتغيرات الرئيسية في الدراسة ويهدف هذا الفصل إلى توضيح الخطوات التفصيلية التي تم اتباعها في كل مرحلة من مراحل البحث، وذلك بهدف توفير صورة واضحة وشاملة للمنهجية البحثية المعتمدة في هذه الدراسة.

1. حدود الدراسة:

1.1. الحدود المكانية:

بعد اتخاذ جميع الإجراءات الإدارية اللازمة، والحصول على الموافقات المطلوبة من الهيئات المعنية، تم تنفيذ الدراسة على مستوى مؤسستين صحييتين عموميتين، هما: المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف غليزان - مصلحة طب الأورام، والمركز الجامعي الاستشفائي بمستغانم - المستشفى اليومي لطب الأورام.

1.1.1. الحدود الزمانية:

امتدت الدراسة الميدانية في مصالح طب الأورام في المؤسسات المذكورة أعلاه خلال الفترة ما بين سبتمبر 2022 إلى غاية مارس 2025.

2.1. الحدود الموضوعية:

تتمركز هذه الدراسة ضمن الإطار الفكري لمدرسة العلاج النسقي لميلانو، وبوجه خاص في توظيف مبادئها في فهم ديناميات الأسرة بوصفها نسقاً متكاملًا يؤثر ويتأثر بالحالة المرضية. وينحصر نطاق البحث في تحليل وتفسير الاستجابة الاكتئابية والصدمية لدى مرضى السرطان حصراً، بعيداً عن أي مظاهر نفسية أخرى قد ترافق المرض. وتعتمد الدراسة على معالجة الحالة داخل محيطها الأسري، استناداً إلى فرضية مركزية مفادها أن موارد الأسرة وتفاعلاتها يمكن أن تشكل عاملاً حاسماً في تخفيف الأعراض النفسية للفرد المريض، وتقتصر العينة على حالتين دراسيتين تمثلان نسقين أسريين، مما يضع حدوداً واضحة لإمكانية التعميم لكنه يتيح فهماً معمقاً للعمليات التفاعلية داخل كل نظام أسري. كما تُعنى الدراسة بمتغيرين رئيسيين فقط: مستوى الاستجابة الصدمية كما يقيسه أداة (TRAUMAQ)، ومستوى الاستجابة الاكتئابية كما يقيسه مقياس (BDI-II)، بينما يتم استبعاد أي متغيرات أخرى تتعلق بالسياق الطبي، أو الخصائص الشخصية، أو المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية لأفراد العينة. ويسهم هذا التحديد في توجيه الإطار النظري وضبط الفروض البحثية ضمن نطاق محدد يسمح بفهم أدق لتأثير البرنامج العلاجي النسقي المقترح على هذين المتغيرين دون تشويش من عوامل خارجية.

2. منهج الدراسة:

يساهم اختيار المنهج العلمي المناسب بشكل كبير في جودة البحوث العلمية عبر مختلف مراحلها، وانتماء الدراسة إلى حقل البحوث النسقية يتعدى مجال الفرد إلى المنظومة ككل، ومن خلال العمل على قياس فعالية برنامج علاجي قائم على المبادئ النسقية في خفض الاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان، تتداخل البحوث النسقية الأسرية مع التصميم التجريبي و المنهج الإكلينيكي، وبالتالي أنشأ هذا التكامل منهج الدراسة الحالية " التصميم التجريبي للحالة المفردة في العلاج النسقي العائلي " (Experimental Single-Case Design in Systemic Family Therapy)، حيث يعد المنهج التجريبي منهجًا تكامليًا يجمع بين عمق التحليل الكيفي، ودقة القياسات الكمية، ويعتبر التصميم التجريبي للحالة المفردة بأشكاله المختلفة توجهًا هامًا في تاريخ العلم، وينال واهتمام متزايد، ومما يجب الإشارة إليه أن تصميم الحالة المفردة قد تتضمن أكثر من موضوع واحد، حيث يفترض الأساس الفلسفي لتصميمات الحالة المفردة أن العملية التي هي موضع الدراسة تكمن داخل الحالة المفردة، ويمكن ضبطها بشكل مناسب وهذا لا يفترض أن القدرة على ضبط المتغيرات وتحديد التعريفات الإجرائية غير مهم، بل على العكس تمامًا هذه العوامل مازالت مهمة في اثبات العلاقة بين المتغير المستقل والتابع (إلهام عبد الرحمن، 2004، صفحة 34)، وخاصة مع تحرك مجال علاج الأزواج والأسرة (MFT) نحو الاعتراف بالعلاجات المدعومة تجريبيًا كميّار للعلاج، أصبحت التجارب العيادية هي الشرط الأساسي للدراسات لإثبات فعالية وتأثير علاج معين، ويبدو أن الباحثون المهتمون بإثبات الدعم التجريبي لنموذج علاجهم مطالبون بتلبية المعايير الصارمة للتجارب العيادية (H. SPRENKLE & P. PIERCY, 2005, p. 297)، ويعتبر التصميم التجريبي للحالة المفردة سهل الاستخدام عند اختبار فعالية تدخل محدد أو تدخلات متعددة، حيث تتمثل الميزة الفريدة للتصميم في أنه يمكن إجراء دراسة صارمة بدرجة عالية من الصحة الداخلية، مع واحد أو عدد صغير من المشاركين مع تجنب القيود والمشكلات الأخلاقية المرتبطة بتخصيص المشاركين في البحث بشكل عشوائي، فقد نشأت طرق البحث الحالة المفردة في علم النفس بشكل مثالي للمجالات المهمة بإظهار التغيير من خلال التدخل (B Miller & N. Johnson, 2014, p. 198)، والحالات التي تلائم بشكل خاص استخدام تصميمات التجارب الحالة المفردة هي:

أ. تقييم فعالية تدخل راهن لمريض واحد في الممارسة العيادية لتقديم أفضل علاج بناءً على الأدلة وليس الانطباعات العيادية.

ب. إجراء البحوث في إطار إعادة التأهيل العيادي مع مريض واحد أو عدد قليل من المرضى، أو تجربة تدخل جديد (تطبيق/ تعديل) على حالة غير نمطية أو حالة أخرى/ نوع من المرضى الذين صُمم التدخل لهم أصلاً.

ج. العمل مع حالات نادرة أو هدف غير معتاد للتدخل، حيث لن يكون هناك عدد كافٍ من المرضى لإجراء دراسة على مجموعة، أو استحالة الحصول على عينة متجانسة من المرضى لإجراء دراسة على مجموعة.

د. قيود الوقت (على سبيل المثال، دراسة تحتاج إلى إكمالها في غضون أشهر، تمويل محدود لا يسمح باختبار مجموعة (Krasny-Pacini & Evans, 2018))

1.2. فعالية استخدام منهج تصميم الحالة المفردة:

يقوم منهج بحث الفرد الواحد في علم النفس، على المبدأ التالي: "الفرد هو الذي يسلك وليس الجماعة" حيث إن موضوع البحث في الشخصية، هو: الكائنات الحية كأفراد، وليس الكائنات الحية كمجموعات. (السيكولوجي الأمريكي، هنري آ. موراي، 1938)، وإن أهم ما يميز إجراءات بحوث تعديل السلوك عن غيره من الاتجاهات السائدة في علم النفس، أنها تقوم على منهجية إجرائية تشمل محاولات منظمة الهدف منها الكشف عن العلاقات الوظيفية أو العلاقات السببية بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة. فالمتغير المستقل، هو العلة المفترضة للقيمة أو للتغيير الذي يحدث للمتغير التابع. فالمتغير المستقل هو الذي يتناوله المجرّب بالتغيير بشكل منظم وبإحكام في التجربة، ويلاحظ أثناء ذلك ما يحدث من تغيير في المتغير التابع، وحتى يستطيع الباحث الكشف عن العلاقة الوظيفية، أي أن التغيير الذي يحدث في السلوك المستهدف وظيفياً أو دالة لطريقة العلاج أو الإرشاد المستعملة، ينبغي استعمال التصميم البحثي المناسب، فالقياس والتعبير الكمي عن مدى حدوث التغيير في السلوك المستهدف، لا يساعد كثيراً على اكتشاف العلاقة الوظيفية، فهذه العلاقات لا تتضح إلا إذا قام الباحث من خلال التطبيق الإمبريقي أن التغيير في السلوك المستهدف، قد حدث عند تعرضه للعلاج المستعمل وليس لشيء آخر، وفي إجراءات بحوث تعديل السلوك، يتم الاعتماد على تصميمات بحث الفرد الواحد Single Subject Research Designs - ، لإيضاح العلاقات الوظيفية بين الأسباب والنتائج، أكثر من الاعتماد على تصميمات المقارنة بين المجموعات Group - Comparison Desings. وفي هذا الصدد، يفرّق علماء المنهجية في البحوث النفسية بين مناهج بحث الفرد الواحد ومناهج بحث المجموعات، أو المناهج الإيديوغرافية مقابل المناهج النيوتنيتية Idiographic VS nomothetic methods. وتحت المناهج الإيديوغرافية كل ما يتصل بالفرد الواحد، أما المناهج النيوتنيتية فيُنصب على

تصميمات التجربة والتصميمات شبه التجريبية التي تجرى على عينات كبيرة، ويشير المؤلفون في منهجية بحوث التقصي، إلى أن تصميمات العينات الصغيرة، مثل تلك التي تُستعمل في إجراء تجارب على الفرد الواحد، هي الطريقة التي يُحتكم إليها بقوة للجمع بين العلم والممارسة، لأنها تمكّن العياديين والمرشدين النفسيين من توظيف مناهج البحث الرسمية في عملهم اليومي (معمرية، 2019)

تشير الصلاحية الداخلية (Internal Validity) إلى مدى تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع، ويتمتع تصميم الحالة الواحدة المنفذ بشكل جيد بصلاحية داخلية عالية، لأن الأفراد أو الزوجين أو الأسر يخدمون كضوابط لأنفسهم؛ مما يسمح بإظهار العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع، ويشير Dugard, File, and Todman (2012) إلى أن مفتاح تحقيق الصلاحية الداخلية يكمن في العشوائية (Randomization). ومن ثم، يمكن أن تحدث العشوائية في تصميم بحوث الحالة الواحدة عند استخدام الشخص نفسه كضابط، عبر تخصيص التدخلات بشكل عشوائي، وزيادة إمكانات العشوائية تعزز الصلاحية الداخلية للدراسة، علاوة على ذلك، يتضمن تصميم الحالة الواحدة التكرار (Repetition) بطبيعته، ومن خلال تضمين التكرار في التصميم، تزداد الصلاحية الداخلية عبر إظهار تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع بشكل متكرر، بدلاً من أن يكون التأثير ناتجاً عن عوامل عرضية، وتشير الدراسات إلى أن التكرار في تصاميم الحالة الواحدة يقلل من تأثير العوامل الخارجية (Extraneous Influences) ومن المهم مراعاة قيمة مراقبة التدخل طوال فترة الدراسة؛ فالتأكد من ثبات المتغير المستقل خلال المراحل المختلفة يزيد من احتمالية أن يُشير الفحص البصري للبيانات إلى أن التغير يُعزى فعلاً للتدخل، ويصبح هذا الأمر بالغ الأهمية عند وجود معالجين مختلفين يقدمون التدخل للمشاركين.

ويعتبر تعميم النتائج على مجتمع أوسع أحد أهداف البحث فالصلاحية الخارجية الأعلى تعني أن "النتائج يمكن تطبيقها على جمهور أكبر من المشاركين، وبسبب صغر حجم العينة وبنية الدراسة المحكمة للغاية، تكون تصاميم الحالة الواحدة أقل في الصلاحية الخارجية، حتى عند الاعتماد على العينة العشوائية. ومع ذلك، تتميز هذه التصاميم بالبساطة بحيث يمكن إعادة التجربة وتكرارها في سياقات أخرى، ويُسهّم تكرار التجربة مع مشاركين وسياقات مختلفة في تحسين الصلاحية الخارجية، وتشير الصلاحية البنائية (Construct Validity) إلى كيفية تشغيل التدخل المسؤول عن التغير أو العلاقة بين المتغيرات وإلى جودة القياسات المستخدمة في تحديد خط الأساس وقياس التغيرات، كما يساهم استخدام تصميم الحالة الواحدة في تقليل غموض تفسير النتائج ووصف العلاقة بين المتغيرات، نظراً لاستخدام خط الأساس وكون الأفراد ضوابط لأنفسهم كما أن تصاميم الحالة الواحدة تعتمد على التكرار، إذ يتم تقديم التدخل أكثر من مرة، ويزيد تكرار

التدخل من الصلاحية البنائية عبر فهم أفضل لمصدر العلاقة أو السبب وراء التغير. ومن خلال التكرار، يتمكن الباحثون من فهم فعالية التدخل وآلية حدوث التغير، مما يعزز الصلاحية البنائية للتصميم، وأحد الفوائد المهمة لتصميم الحالة الواحدة هو المدة الزمنية القصيرة المطلوبة لجمع البيانات والتكلفة المنخفضة المرتبطة بتطبيق التصميم. إذ تُعد هذه التصاميم بديلاً أسرع وأقل تكلفة مقارنة بالتجارب السريرية العشوائية، ونظراً لأن تصاميم الحالة الواحدة تتيح إجراء دراسة تجريبية صارمة، لا تكون الحاجة كبيرة لتجنيد المشاركين لتجربة عشوائية كبيرة، مما يوفر للباحثين الوقت والتكلفة المتعلقة بجمع البيانات، وتوفير أدوات القياس أو البروتوكولات للمشاركين، علاوة على ذلك، تتيح هذه التصاميم رؤية تأثير التدخل وإجراء تغييرات أو إضافة تدخل جديد لتحسين النتائج، وهو ما يُعد من نقاط القوة الكبيرة لاستخدام تصاميم الحالة الواحدة. كما أن القدرة على الحصول على تغذية راجعة مستمرة أثناء تطبيق التدخل تمنح المعالجين ميزة كبيرة أثناء العمل مع العملاء لتحسين حياتهم اليومية (B Miller & N. Johnson, 2014, pp. 200.205).

أما فيما يتعلق بتقييم فعالية العلاج، فإن التصاميم ذات الحالة الواحدة تركز على التحليل التكويني (Formative Analysis) عبر فحص البيانات أثناء العلاج. ويهتم الأخصائيون هنا بالتحسن ذي الدلالة العيادية، وليس فقط الدلالة الإحصائية، ويتم ذلك غالباً عبر الفحص البصري للبيانات الرسومية، إضافة إلى ذلك، لا تعتمد تقييمات التصميم ذي الحالة الواحدة عادةً على التحليل الإحصائي. فالمعالجون والباحثون الذين يستخدمون هذا النوع من التصاميم يهتمون أساساً بالتغيرات ذات الدلالة العيادية (Clinically Significant Changes) – أي تلك التغيرات الملحوظة من قبل المعالج والعميل معاً. ولهذا السبب، يستند تحليل التصاميم ذات الحالة الواحدة غالباً إلى الفحص البصري للبيانات المعروضة بشكل رسومي. ويشمل الفحص البصري عادةً تحليل حجم التغير وسرعته بعد تطبيق التدخل العلاجي (Roberts, 2003, p79).

من هنا تبدو أهمية منهج بحث الفرد الواحد. فالذين يدافعون عن هذا المنهج، يقولون إن الذي يسلك هو الفرد وليس الجماعة، والتدخل العلاجي والإرشادي الذي كان شائعاً في بداية ظهور العلاج الكيميائي سواء لدى المحالين النفسيين أم غيرهم، كالمنعزلين، كان أسلوب العلاج الفردي، ولم يظهر العلاج الجماعي إلا بعد الحرب العالمية الثانية، عندما عانت أعداد كبيرة من المجندين الذين أصيبوا بالانهيار العصبي، ويحتاجون إلى العلاج النفسي لإصلاح أحوالهم النفسية، ولم يوجد حينئذ إلا عدد قليل من الأخصائيين المعالجين، فتم عندئذ إبداع العلاج الجماعي. ويرى المدافعون عن منهج بحث الفرد الواحد، أن مراقبة سلوك عدد كبير من الأفراد مرة واحدة، ليس بديلاً عن مراقبة سلوك فرد واحد منذ مدة زمنية طويلة (معمرية، 2019).

2.2. التصميم التجريبي للدراسة:

تُعد تصميمات A-B وحدة غير القابلة للتجزئة في تصميم أبحاث الحالة المفردة، يتكون هذا النوع من التصميم من مرحلتين المرحلة الأولى هي مرحلة الخط الأساسي (Baseline phase)، يرمز إليها بالحرف (A)، حيث يتم قياس السلوك المستهدف بشكل مستمر ومتكرر وتهدف هذه المرحلة إلى تحديد النمط الطبيعي للسلوك المستهدف والذي يُستخدم للتنبؤ بمساره المستقبلي في حال لم يُقدّم له أي تدخل، أما المرحلة الثانية تعرف بالتدخل (intervention) يرمز لها إليها بالحرف (B)، حيث يُقاس السلوك المستهدف أيضًا بشكل مستمر ومتكرر، ويتم مقارنة البيانات المأخوذة من مرحلة التدخل بالبيانات من مرحلة الخط الأساسي لتحديد ما إذا كان التدخل قد غيّر السلوك المستهدف في الاتجاه المرغوب، ويمكن استخدام تصميمات A-B لأغراض استكشافية لتقييم التدخلات غير المجربة ذات الإمكانية الواعدة (Tate & Perdices, 2019, pp. 93-94)، ويهتم الباحثون الذين يستخدمون التصميم التجريبي للحالة المفردة بقدرتهم على تقييم فعالية التدخلات المختلفة التي يتم تنفيذها مع العملاء، ووفقًا لـ (E. Kazdin, 1982) هناك معياران يستخدمان لتقييم تأثيرات التدخل: المعيار التجريبي والمعيار العلاجي، حيث يشير المعيار التجريبي إلى مقارنة السلوك أثناء التدخل بالسلوك قبل تطبيق التدخل وإظهار تغييرات في السلوك، بينما يعتمد المعيار التجريبي على الفحص البصري وهو عملية التوصل إلى حكم حول موثوقية أو اتساق تأثيرات التدخل (B Miller & N. Johnson, 2014, p. 202).

3.2. وحدة التحليل في تصميم الحالة المفردة مع الأزواج والعائلات:

تعتبر منهجيات البحث بواسطة تصميم الحالة المفردة وحدة التحليل فردًا واحدًا أو مجموعة من الأفراد، ويتم الحصول على المعلومات عبر الزمن، أما تصميم الحالة المفردة مع الأزواج والعائلات، فإن وحدة التحليل هي الزوجين أو العائلة بأكملها، وبهذا يتم الحصول على المعلومات من جميع الأفراد (الزوجين أو العائلة)، مما يوفر صورة أكثر شمولية للتغييرات التي تحدث في العلاقات، فعندما يتم استخدام الأفراد كوحدة للتحليل في تصميمات البحث الحالة المفردة، يميل عدد الأفراد (N) إلى أن يكون صغيرًا إلى حد ما، حيث إن عملية استخدام النظام كوحدة واحدة يمكن من مراقبة الفرد و الزوجين و العائلة طوال عملية التدخل وتقييم ما إذا كان فعالاً، ويمكن للباحثين استخدام الجلسة كوحدة تحليل، كما يمكن استخدام أجزاء من الجلسات كوحدات التحليل، وبالتالي تختلف وحدة التحليل في تصميمات بحث الحالة المفردة اعتمادًا على أهداف الدراسة (Miller.b & N. Johnson, 2014, pp. 196-198).

3. إجراءات اختيار عينة الدراسة:

نظراً للطبيعة الحساسة لمجتمع الدراسة، تم اعتماد منهجية حذرة ودقيقة لاختيار عينة البحث بما يضمن تمثيل الخصوصيات النفسية والاجتماعية للمشاركين. استهدفت هذه المرحلة التعرف المعمق على مجتمع الدراسة وجمع معلومات أولية أساسية حول موضوع البحث، كما مكنت من التواصل المباشر مع المرضى وأسرههم، واستكشاف بيانات مختلفة ذات صلة، مثل المصالح والخلايا المتخصصة في طب الأورام ومؤسسات التكفل بالسرطان.

تم وضع مجموعة من المعايير الدقيقة لاختيار العينة بما يتوافق مع متطلبات الدراسة، وهي كالتالي:

أ. أن يكون المريض جزءاً من أسرة أو شبكة اجتماعية فاعلة يمكن إشراكها في البرنامج العلاجي.

ب. تشخيص المريض بمرض السرطان بشكل مؤكد من خلال تقرير طبي، أو متابعتها داخل مصلحة طب الأورام.

ج. الفئة العمرية بين 22 و 59 سنة.

د. استبعاد الحالات التي تعاني من تدهور صحي حاد أو مضاعفات تمنع المشاركة في البرنامج.

هـ. استبعاد الحالات التي يظهر تاريخها النفسي وجود اضطرابات عقلية، سوابق إدمان، أو تخضع لعلاج نفسي قد يؤثر على دقة النتائج.

و. استبعاد الأسر التي ترفض المشاركة أو لا تلتزم بمتطلبات البرنامج.

ز. استبعاد الحالات في المراحل النهائية من مرض السرطان.

ح. وجود اختلاف في الديناميكيات الأسرية، يتم تحديده عبر المقابلة الأسرية.

ط. تسجيل مستويات متوسطة من صدمة السرطان وفق نتائج استبيان الصدمة النفسية (TRAUMAQ).

ي. تسجيل درجة متوسطة من الاكتئاب وفق مقياس بيك الثاني للاكتئاب (BDI-II).

ك. تسجيل خلل في التوظيف الأسري وفق اختبار الإدراك الأسري.

اعتمدت عملية اختيار العينة على مرحلتين متتابعتين؛ في المرحلة الأولى تم تحديد 05 عائلات مستهدفة وتطبيق أدوات الدراسة ومعايير الانتقاء عليها. بناءً على نتائج هذه المرحلة والتقييم الأولي، تم في

المرحلة الثانية اختيار عائلتين فقط لتشكيل عينة الدراسة النهائية، بما يضمن توافر الشروط البحثية اللازمة لتحقيق أهداف الدراسة.

جدول 4: عينة الدراسة المستهدفة

الخصائص	أسرة (ب.م)	أسرة (م.م)	أسرة (خ.د)	أسرة (ط.م)	أسرة (ز.ع)
الأسرة	الأب: 54 سنة ب.م: 51 سنة الابن: 32 سنة البنت: 29 سنة الابن: 27 سنة	الأب: 82 سنة الأم: 62 سنة م.م: 29 سنة الزوجة: 24 سنة الحفيد: 05 سنة الحفيدة: 03 سنوات	الجدّة: 68 سنة الأب: 47 سنة الأم: 43 سنة خ. د: 22 سنة الأخ: 20 سنة الأخت: 16 سنة	الأب: 59 سنة الأم: متوفية زوجة الأب: 40 سنة الأخت: 31 سنة ط. م: 27 سنة 03 إخوة	الأب: 80 سنة الأم: 69 سنة الابن: 37 سنة الزوجة: 28 سنة الحفيد: 03 سنوات الحفيدة: 02 سنة 08 إخوة وأخوات
المريض	الأم: 51 سنة	الابن: 29 سنة	البنت: 22 سنة	الأبن: 27 سنة	الابن: 37 سنة
الجنس	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	ذكر
السرطان	سرطان المعدة	سرطان الرئة	سرطان الدماغ	سرطان الدم	سرطان الرئة
الحالة الراهنة	العلاج الكيميائي	العلاج الكيميائي	مرحلة متقدمة العلاج الكيميائي	العلاج الكيميائي	انتكاس إ. العلاج الكيميائي
الصدمة النفسية	114	97	85	117	121
الاكتئاب	44	32	31	39	37
الإدراك الأسري	94	62	71	99	68

جدول 5: عينة الدراسة

الحالة	تركيبة الأسرة	المريض	نوع السرطان	العلاج
أسرة (ب.م)	الأب، الأم، بنت وابن	الأم	سرطان المعدة	العلاج الكيميائي
أسرة (ز.ع)	الأب، الأم، 09 إخوة، الزوجة، حفيدان	الابن	سرطان الرئة	العلاج الكيميائي

4. أدوات الدراسة:

تبعاً لما تقدم في الدراسة الاستطلاعية فقد تم تحديد مجموعة من الأدوات المتكاملة لجمع البيانات وفيما يلي شرح مفصل لكل أداة:

1.4. المقابلة النسقية:

تُستخدم المقابلة النسقية كأداة أساسية لجمع البيانات في العلاج النسقي، ويعتبر طرح الأسئلة الدائرية جوهر المقابلة، حيث تهدف إلى فهم العلاقات والتفاعلات في إطار النظام الأسري، كما تتيح فهم الديناميكيات الأسرية، مما يساعد في تحديد جوانب التدخل في العلاج، والامر المهم للمعالج في المقابلة هو خلق جو مناسب لجمع المعلومات حيث يجب الفهم أن سياق التدخل يؤثر على سلوكيات الأشخاص وعليه يتم التشخيص (الافتراضات) تدريجياً حيث "التشخيص والتدخل جزء من نفس العملية" وعلى المعالج هنا الحذر لتجنب خلق علاقة زائفة من التعاون، ويسعى المعالج في المقابلة النسقية من خلال مخاطبة أفراد الأسرة المختلفين، إلى إبراز سلوكياتهم في النظام الأسري دون تسميتها أو "الإشارة إليها"، واستعمال المقابلة العائلية النسقية في هذا البحث اقتضى تنظيمها في إطار منهجي دائري هدفها جمع المعلومات عن المريض وأسرته لغرض استخدامها في تشخيص وتقييم وتأطير المشكلة المحددة مسبقاً، مما جعل وضع دليل معد سلفاً أمراً غير دقيق، بل تخضع سيرورة المقابلة لتفاعلات العائلة ونمط تواصلها، ويعد التوافق مع جو الأسرة أمر مهم للمعالج النسقي خاصة في الجلسة الأولى التي دائماً ما تكون اختباراً للأسرة وللمعالج حيث أنه مطالب بفهم الجو بسرعة لكي يتماشى مع هذه الأجواء (Thomas Schwab، 2017).

في المقابلة النسقية يجب التأكيد على الإبطاء في الحوار العلاجي وعدم التسرع في الانتقال بين المواضيع، حيث أن السرعة تعيق جمع معلومات مفيدة وتسمح للنظام الأسري بإخفاء الديناميات الحقيقية، فالتعمق في كل موضوع وربط الأسئلة ببعضها البعض للكشف عن القواعد والأنماط التي تحكم النظام، تمكن من إصدار تشخيص دقيق، والإبطاء يساعد في تجاوز السرد الظاهري والوصول إلى جوهر التفاعلات، مما يتيح طرح أسئلة تكشف عن الديناميات الخفية للنظام، فإذا اصدار المختص "تشخيصاً نسقياً" بعد عشر دقائق فقط من المقابلة، فهذا مؤشر على أنه يتحرك بسرعة زائدة، فالروايات التي تسردها الأنظمة قد تكون غير دقيقة تُستخدم لإخفاء وتشويش القواعد الحقيقية؛ وهناك خطوة إضافية ضرورية هي التغذية الراجعة بما تم جمعه من معلومات، وأحياناً يظن المعالج أنه فهم النظام جيداً، بينما قد يكون قد أغفل معلومات مهمة، ومن خلال عملية انعكاس بسيطة، يمكن للمعالج التأكد من دقة ما توصل إليه وإعداد الأرضية لتدخل فعال، وتتألف عملية

الانعكاس من ثلاث خطوات: البدء بسرد المشكلة التي جاء بها إلى العلاج، تقديم جزء من التشخيص النسقي، طلب تأكيد من العميل على دقة هذا التلخيص، ولهذا من المهم أن يجلب المعالجون أسلوبهم وشخصيتهم الخاصة إلى طريقة طرحهم للأسئلة (B. Priest, 2024, pp. 147-148).

2.4. شبكة ملاحظة:

إن الباحث مخير في استخدام الملاحظة أو التقرير الذاتي أو الجمع بين الطريقتين، وتتخذ الملاحظة عدة صور فيمكن ملاحظة الشخص في الوسط الطبيعي حيث يوجد، كما يمكن أن تتم الملاحظة في ظروف مقننة في العيادة أو المختبر النفسي، وتعتبر الملاحظة واحدة من طرائق القياس المعتمدة في مجال علم النفس، وتتميز بأنها قياس مباشر للسلوك فهي تقدم دليلاً عياناً ملموساً على الظاهرة قيد البحث، اظف إلى هذا أن الملاحظة تمكن من قياس السلوك في السياق الذي يحدث فيه، كما يمكن للمختص الخبير الذي يتقن الملاحظة من مشاهدة ودراسة السلوك الذي لا يدركه الآخرون كالتواصل غير اللفظي مثلاً (باركر، بيسترانج، و إليوت، 1999، الصفحات 179-180)، أما بالنسبة للبحوث النسقية العائلية تتم الملاحظة أثناء جلسات العلاج وفي البيئة الأسرية لمتابعة التفاعلات الأسرية، سلوكيات المريض المعين، وأنماط التواصل بين أفراد الأسرة حيث تُسجل الملاحظات بشكل منهجي بهدف التعرف على الأنماط السلوكية والتغيرات في ديناميكيات الأسرة ؛ وبالنسبة للمتدخل النسقي في إطار المقابلات الأولية يكون محور الاهتمام فيما يحدث بين أعضاء المجموعة الأسرية هنا والآن؛ يكتشف كيف يغطي النظام الأسري السلوكيات المختلفة (السلوكيات المنحرفة، الأعراض، الادعاءات ...) ويربطها في مجموعة وظيفية واحدة. (Thomas Schwab، 2017).

1.1.2.4. تصميم شبكة الملاحظة:

تم تصميم شبكة الملاحظة انطلاقاً من مبدأ عدم التحيز في قياس السلوك المستهدف، انطلاقاً من أدبيات علمية في علم النفس المرضي في تقييم أعراض الصدمة النفسية، والأعراض الاكتئابية، ومؤشرات الخلل الأسري لدى مرضى السرطان، اعتمدت الشبكة على مجموعة من المؤشرات تتمتع بالقابلية للملاحظة بشكل مباشر (التعبير اللفظي، ردود الفعل الانفعالية، تعابير الوجه، لغة الجسد) أو غير مباشر (السلوكات، المشاعر المعبر عنها من قبل المريض أو أفراد أسرته، المعلومات المستخلصة من الطاقم أو السجل الطبي)، وتهدف الشبكة توفير إطار منهجي لجمع بيانات موثوقة لتشخيص الحالة النفسية والاسرية للمرضى داخل أسرهم، تملأ الشبكة من قبل (الباحث)، ويعتمد قياسها على ثلاث عناصر أساسية تحدد وجود/غياب العرض

المرضي: الشدة (Sévérité) مدى قوة العرض وتأثيره على السلوك، والحدة (Intensité) مدى تأثير العرض على الأداء النفسي، الاستمرارية (Duration): مدة استمرار العرض.

2.2.4. صدق شبكة الملاحظة من خلال التحكيم:

من أجل صدق المحتوى (Content Validity) تم بناء عناصر شبكة الملاحظة بناءً على الدراسات المتعلقة بالصدمة النفسية والاكتئاب لدى مرضى السرطان، وتم الاستعانة بالدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية ((DSM-5)، ومقاييس ذات موثوقية عالية، ولمزيد من الموثوقية قمنا بعرضها على مجموعة من المختصين في علم النفس العيادي الممارسين، العاملين في مصالح طب الأورام، من تقييم مدى وضوح المؤشرات، تمثيلها للأعراض المستهدفة، قابليتها للملاحظة الإكلينيكية، وتم حساب مدى اتفاق المحكمين على أهمية كل مؤشر، حيث مثلت خاصية "قابلية الملاحظة الإكلينيكية" العنصر المهم في قبول أو رفض المؤشر، وقد بين تحليل النتائج أن معظم المؤشرات التي تم رفضها تتعلق بانخفاض نسبة "قابلية الملاحظة"، مما يشير إلى أن المحكمين وجدوا فيها صعوبة الملاحظة في السياق الإكلينيكي، حتى وإن كانت الصياغة واضحة وتمثل العرض دقيق، لكن عدم القدرة على رصد المؤشر يصبح غير عملي، وعليه قمنا بحذف كل المؤشرات التي لم يحصل عليها اتفاق تام في خاصية قابلية الملاحظة، في النهاية تم قبول 30 مؤشر منها ما تم تعديله، بينما تم رفض 15 مؤشر، وهذا يؤسس لمحتوى مستند إلى مرجعية علمية، وعرض على محكمين مختصين، واستخدام معيار واضح (قابلية الملاحظة) ومشترك بين المحكمين وهي معايير تثبت صدق المحتوى.

3.2.4. صدق شبكة الملاحظة من خلال المقارنة بأدوات قياس معيارية:

تم اختيار مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II)، واستبيان الصدمة النفسية، وبما أن شبكة الملاحظة لا تعتمد على قياس كمي مباشر، بل تؤدي إلى تشخيص وصفي (بسيط، متوسط، أو حاد)، تم اعتماد أسلوب التحقق من الصدق التلازمي النوعي (Qualitative Concurrent Validity)، وذلك من خلال مقارنة التصنيفات الكيفية لشبكة الملاحظة مع التصنيفات الناتجة عن مقياس بيك BDI-II، واستبيان الصدمة النفسية، وكانت نتائج شبكة الملاحظة متطابقة و قريبة جداً من نتائج المقاييس النفسية مقياس الصدمة النفسية و BDI-II، في 05 حالات من أصل الثمانية، أما في 03 حالات وُجد اختلاف واضح بين الملاحظات السريرية ونتائج الاختبارات، هذا يشير إلى أن نسبة التوافق تبلغ 62.5٪، وهي نسبة جيدة خاصة

في سياق الملاحظة العيادية التي تعتمد على تقدير عيادي غير كمي، مما يعزز الصدق التلازمي النوعي للشبكة، ويدل على فعاليتها في الملاحظة الإكلينيكية.

3.4. استبيان Traumaq لتقييم الصدمة النفسية:

استخدمنا الاستبيان لتأكيد تشخيص التناذرات النفسية الصدمية عند حالات الدراسة كأثار ناتجة عن تعرضهم لصدمة الإصابة بالسرطان، وتم تطوير استبيان TRAUMAQ من قبل الباحثين كارول دامياج وماريا بيريرا- فرادين (Damiani Carole & Pereira-Fradin Maria) بهدف تقييم الصدمة النفسية الناتجة عن التعرض لأحداث خطيرة أو مهددة للحياة (رحال و عمور، 2022)، وتمت هيكلة الجزء الرئيسي من الاستبيان بناءً على فئات مختلفة من الاضطرابات المستمدة من تصنيف الاضطرابات وفقاً لـ DSM-IV، أو من جوانب تتعلق بشخصية الأفراد، والتي اعتبرها مختصو الصدمات النفسية مؤثرة عند تطوير اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)؛ شهدت المرحلة الأولى من الاستبيان مراجعة من قبل مجموعة من الخبراء في مجال "الصدمة النفسية" لضمان تغطية جميع الجوانب المهمة دون وجود ثغرات كبيرة، كما تم إجراء اختبارات أولية على عينة تمثيلية من الضحايا للتحقق من فاعلية البنود (Pereira-Fradin & Damiani, 2007)، والاستبيان مخصص للراشدين ابتداءً من 18 سنة الذين كانوا ضحايا مباشرين أو شاهدين على جريمة جزائية اعتداء جنسي، اغتصاب، اعتداء بالضرب، الجرح العمدي، إمساك الرهائن...الخ، الأفراد الذين كانوا ضحايا أو شاهدين على مصيبة كبرى تحمل التهديد بالموت، ويهدف استبيان TRAUMAQ إلى تقييم الاضطرابات الصدمية بنوعها الحاد والمزمن، والمساهمة في الدراسات الوبائية، وتحري صدق العلاج، بالإضافة إلى المساعدة في عملية التشخيص وإمكانية استخدامه كأداة بحثية في علم الأوبئة أو لمراقبة فعالية التدخلات العلاجية. (عروج، 2016، صفحة 148).

1.3.4. تفاصيل استبيان TRAUMAQ:

أ. صفحة المعلومات العامة:

- معلومات متعلقة بالحدث المسبب للاضطرابات من حيث التهديد الحقيقي للحياة، سواء كان ذلك للضحايا المباشرين أو الشهود، ويمكن تصنيف الحدث على أنه فردي أو جماعي ويتم إدراج هذه الأحداث ضمن فئة "طبيعة الحدث".

- معلومات متعلقة بالشخص تتعلق بالاستجابة الجسدية والنفسية للحدث التي قد أدت إلى توقف عن العمل بشكل مؤقت أو دائم، كما نجد معلومات متعلقة بمرحلة الانقطاع عن العمل والفترة التي كانت فيها الضحية غير قادرة كلياً أو جزئياً على القيام بمهام الحياة.
- معلومات متعلقة بالفترة التي سبقت الحدث والفترة التي عقبته يتم فيها تحديد الوضعية العائلية والمهنية للفرد، ترتيب المشاكل الصحية التي سبقت الحدث، كذلك يمكن تحديد أن استقار الفرد من متابعة طبية منذ الحدث، شكل العلاج النفسي (عروج، 2016، صفحة 150).

ب. الجزء والثاني من الاستبيان:

يتكون الجزء الأول من عشر سلال، يتعلق السلم (A) بالاستجابات الجسمية والنفسية أثناء الحدث الصدمي، أما السلال (A.B.C.D.E.F.G.H.I.J) متعلقة بمختلف الاستجابات التي تسمح بوضع التشخيص (رحال و عمور، 2022)، يخص الجزء الثاني من الاستبيان طريقة اجراء الاستبيان، وطريقة تنقيطه وكيفية وضع علامات لأبعاد المقياس، كما يسمح هذ الجزء بالأخذ بعين الاعتبار التظاهرات التي يمكن عدم ظهورها لحظة تطبيق الاستبيان، حيث تتألف من 13 بند أو تظاهرة تطابق الأعراض التي يقيمها الجزء الأول من الاستبيان (رحال و عمور، 2022).

2.3.4. تعليمات تطبيق الاستبيان:

صُمم هذا الاستبيان ليُطبّق بطريقة غيرية، وتختلف مدة تطبيقه من فرد إلى آخر، ومع ذلك من المناسب تحديد التعليمات العامة التالية: "يجب عليك الإجابة على جميع الأسئلة، ويمكنك تجاوز السؤال إذا لم تتمكن من الإجابة عليه، بشرط أن نعود إليه لاحقاً وتجيب عليه، ومن الضروري التأكد مسبقاً من قدرة المفحوص على التحكم في لغة الاستبيان وفهم الأسئلة المطروحة، أما التطبيق الذاتي (auto-passation) لهذا الاستبيان، فلا يُلجأ إليه خلال التطبيق الجماعي (عروج، 2016، صفحة 152)

3.3.4. طريقة التنقيط ومفتاح التصحيح:

بالنسبة للجزء الأول من الاستبيان يتم اختيار من بين طرق الاستجابة الأربعة التي تطابق شدة التظاهرة في السلال (A.B.C.D.E.F.G.H.I.) حسب الجدول:

جدول 6: طرق الاستجابة في مقياس تقييم الصدمة النفسية

منعدمة	ضعيفة	قوية	قوية جدا
(0)	(1)	(2)	(3)

المصدر: (رحال و عمور، 2022)

أما السلم (J) فيشمل تسعة بنود يجب الإجابة عنها ب (نعم) أو (لا)، لأن بعض البنود يمكن أن تكون متعكسة لذلك من الأفضل استخدام الجدول رقم (03) ذلك بحساب نقطة (1) لكل خانة رمادية وحساب (0) لكل خانة بيضاء (عروج، 2016، صفحة 153)

جدول 7: كيفية تنقيط سلم J لاستبيان تروماك

العبارات	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11
نعم	0	0	0				0	0	0	0	
لا				1	1	1					1

المصدر: (عروج، 2016، صفحة 154)

من أجل حساب العلامة الكلية نجمع علامات مختلف السلال، ويمتد المدى النظري للعلامات الإجمالية من 0 إلى 164 ويتم تقييم الصدمة النفسية حسب الجدول التالي:

جدول 8: التقييم العيادي استبيان TRAUMA Q

Classes	1	2	3	4	5
Notes brutes	23 – 0	54 – 24	89 – 55	114 – 90	115 +
Evaluation Clinique	غياب صدمة	صدمة خفيفة	صدمة متوسطة	صدمة قوية	صدمة قوية جدا

المصدر: (رحال و عمور، 2022)

4.3.4. ثبات وصدق استبيان Trauma q:

من أجل التأكيد على صدق الاستبيان في البيئة المحلية اعتمدنا على دراسة (لعوامن حبيبة، 2018)، حيث تم ترجمة المقياس من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية بما يتوافق مع السياق الاجتماعي الثقافي للبيئة الجزائرية، وأصبح الاستبيان مقبولا من ناحية سلامة اللغة بعدها تم حساب الخصائص السيكومترية للنسخة المترجمة (لعوامن، 2018، صفحة 243)، والتي اعتمدت على طريقتين للتحقق من صدق استبيان تقييم الصدمة النفسية، حيث أظهرت الطريقة الأولى، وهي الاتساق الداخلي، دلالة إحصائية عالية لجميع معاملات الارتباط بين فقرات المحاور العشرة والدرجة الكلية، مما يعكس صدقا تكوينيا قويا، أما الطريقة الثانية، وهي المقارنة الطرفية، فقد بينت وجود فروق دالة إحصائية بين أعلى وأدنى درجات المبحوثين، بدلالة ($T=19.04$ ، $p<0.05$)، مما يدل على تمتع الأداة بصدق تمييزي مرتفع.

كما استعنا بما قامت به (لعوامن، 2018) لقياس ثبات الاستبيان حيث اعتمدت معامل ألفا كرونباخ للتناسق الداخلي للاستبيان وكانت النتيجة أن قيمة معامل ألفا كرونباخ لمحاور مقياس الصدمة مرتفعة حيث تراوحت بين (0.67 و 0.82)، في حين بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ بالنسبة للمقياس ككل (0.8) وهذا بمثابة مؤشر دال على ثبات الاستبيان لما أعد له، وهذا يعني أن استبيان الصدمة (TRANMAQ) يتمتع بمعامل ثبات قوي، كما تم حساب ثبات هذا الاستبيان عن طريق التجزئة النصفية والتي تعترض تقسيم عباراته إلى نصفين، حيث بلغ معامل الارتباط بين النصفين (0.93) وبتعويضه في معادلة تصحيح الطول أو الثبات الكلي لسبيرمان براون بلغ ثبات هذا المقياس الكلي (0.93)، وبالتالي يمكن القول بأن هذا الاستبيان ثابت.

4.4. قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب: (BDI-II)

يعتبر أرون بيك الطبيب النفسي الأمريكي وزملاؤه و ظهرت الصورة الثانية العام 1996 والتي يرمز لها (BDI-II)، وتعتبر اختبار فعال يزود الباحث أو الممارس بنسبة "كمية" حول الأعراض الاكتئابية، وحظيت قوائم بيك منذ ظهورها باهتمام كبير في المجال السيكلوجي وترجمت لعدد اللغات واستعملت في البحث النفسي والطب النفسي والتشخيص العيادي للمراهقين والراشدين، وتعد قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب أحدث صورة لقوائم بيك لقياس الاكتئاب، قام بترجمتها إلى العربية غريب عبد الفتاح غريب سنة 2000، وتتكون القائمة من واحد وعشرين (21) مجموعة بنود لقياس شدة الاكتئاب، وتطبق ابتداء من سن 16 سنة، تقيس القائمة أعراض الاكتئاب التالية: الحزن (1)، التشاؤم (2)، الفشل السابق (3)، فقدان الاستمتاع (4)، مشاعر الإثم (5)، مشاعر العقاب (6)، عدم حب الذات (7)، نقد الذات (8)، الأفكار الانتحارية (9)، البكاء (10)، التهيج والاستثارة (11)، الانسحاب الاجتماعي (12)، التردد في اتخاذ القرارات (13)، انعدام القيمة (14)، فقدان الطاقة (15)، تغييرات نمط النوم (16)، القابلية للغضب (17)، تغييرات في الشهية (18)، صعوبة التركيز (19)، الإرهاق / الإجهاد (20)، فقدان الاهتمام الجنسي (21) (معمرية بشير، 2010)

1.4.4. تعليمات الإجراء وطريقة التصحيح:

يمكن إجراء قائمة بيك الثانية للاكتئاب فرديا أو جماعيا، وتحتوي كراسة الأسئلة على تعليمات تفصيلية تضع طريقة الإجابة على الكراسة ذاتها، فإذا طبق على فرد واحد يكفي أن نطلب منه قراءة التعليمات الواردة في الكراسة ثم البدء في الإجابة، وإذا طبق على مجموعة يمكن أن توزع كراسة الأسئلة على المفحوصين، ثم يكتب بياناته مثل عمره ومستواه التعليمي وتاريخ الإجابة، ويطلب منهم أن يقرأوا التعليمات بأنفسهم بينما يتولى الفاحص في نفس الوقت قراءة هذه التعليمات بصوت يصل إلى المفحوصين، ثم يسأل إذا كانت تلك أية أسئلة

غير واضحة، ويطبق الاختبار على الأفراد من 16 سنة فما فوق، وليس هناك وقت محدد لتطبيقه، ويتم وضع درجات مقابل كل إجابة في كل مجموعة (بودحوش، 2016)، وتعتمد طريقة التصحيح على مقياس تدريجي، حيث تتراوح الدرجات من (0) إلى (3) وفقاً لشدة العرض: (0) لا وجود للعرض (1) العرض بدرجة خفيفة (2) العرض بدرجة متوسطة (3) العرض بدرجة مرتفعة؛ يعبر عن حالة المفحوص خلال الأسبوعين الماضيين – بما في ذلك يوم الإجابة – بعد ذلك يقوم الباحث بجمع الدرجات الخاصة بالعبارات التي تم اختيارها، مما يعطي الدرجة الكلية للمفحوص، وتتراوح الدرجة النظرية لكل مفحوص بين (0) حيث تمثل غياب الاكتئاب تمامًا، بينما تعكس الدرجة (63) أقصى درجات الاكتئاب (معمرية بشير، 2010).

جدول 9: الدرجات الحدية لقياس بيك للاكتئاب

اكتئاب أدنى	11 - 0
اكتئاب خفيف	19 - 12
اكتئاب متوسط	27 - 20
اكتئاب شديد	63 - 28

المصدر: (Beck, Steer, & Brown, 1996, p. 45)

2.4.4. الخصائص السيكومترية لقائمة بيك الثانية للاكتئاب:

اعتمدنا على ما قام به (معمرية بشير، 2010) في تقنين قائمة بيك الثانية للاكتئاب عند تطبيقها على عينة جزائرية، إذ تم التحقق من صدقها باستخدام ثلاثة أنواع: الصدق التمييزي، الاتفاقي، والتعارض، أكدت نتائج الصدق التمييزي قدرة القائمة على التمييز بفعالية بين الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة والمنخفضة في الاكتئاب، حيث كانت الفروق دالة إحصائياً في عينتي الذكور والإناث، أما الصدق الاتفاقي، فقد أظهر ارتباطات مرتفعة دالة بين درجات القائمة وأدوات أخرى تقيس مفاهيم قريبة مثل اليأس، التشاؤم، والتعب المزمن، مما يعكس اتساقاً مفاهيمياً قوياً. من جهة أخرى، أظهر الصدق التعارضي ارتباطات سالبة مع مقاييس نفسية إيجابية كالسعادة، التفاؤل، وتوكيد الذات، مما يؤكد دقة القائمة في قياس الاكتئاب دون أن تتأثر بالعوامل النفسية الإيجابية. هذه النتائج مجتمعة تؤكد أن القائمة تتمتع بدرجات مرتفعة من الصدق تجعلها أداة موثوقة في التقييم النفسي (معمرية بشير، 2010).

كما أشارت نتائج تحليل الثبات معمرية بشير أن قائمة بيك الثانية تتمتع بدرجة جيدة من الاتساق الداخلي والثبات الزمني. فقد تم التحقق من الثبات باستخدام طريقتي إعادة التطبيق بعد أسبوعين، ومعامل ألفا كرونباخ. أظهرت نتائج إعادة التطبيق معاملات ثبات مرتفعة للذكور (0.751)، والإناث (0.747)، وللعينة الكلية (0.743)، مما يدل على استقرار القياس بمرور الوقت. من جهة أخرى، كشفت نتائج ألفا كرونباخ عن

درجة اتساق داخلي جيدة جدًا للإناث (0.831) والعينة الكلية (0.839)، وإن كانت أقل نسبيًا لدى الذكور (0.639). تعكس هذه النتائج إجمالًا مستوى جيدًا من الثبات يجعل القائمة مناسبة للاستخدام في السياقات البحثية والإكلينيكية، مع ضرورة أخذ الفروق بين الجنسين في الحسبان (معمرية بشير، 2010).

5.4. اختبار الإدراك الأسري:

أخذ اختبار الإدراك الأسري (Family Apperception Test) خلفيته النظرية من الأدبيات النفسية النسقية حيث يعرفه كارسون Carson (1987) بأنه وضع لكي يجمع في إطار الممارسة العيادية بين التقييم الفردي والتقييم الأسري، في مجال الصحة العقلية وبالأخص في وضع البرامج العلاجية، ذلك أن خصوصيات الأسرة كنسق بدأ تظهر أهميته أكثر فأكثر ولكن للأسف الشديد، القليل من أدوات القياس العيادي متكيفة مع تقييم النسق الأسري، ويستخدم اختبار الإدراك الأسري لقياس كيفية إدراك أفراد الأسرة للعلاقات والتفاعلات داخل الأسرة، بالإضافة إلى تقييم مستوى الدعم العاطفي المتبادل بين الأفراد. يساعد هذا الاختبار في فهم كيفية تأثير الإدراك الأسري على حالة المريض النفسية وكيفية تحسينه من خلال البرنامج العلاجي النسقي؛ يشتمل اختبار الإدراك الأسري على 21 لوحة بالأبيض والأسود والأبيض تظهر وضعيات وعلاقات ونشاطات أسرية يومية تعكس بصورة عالية تداعيات إسقاطيه على العمليات الأسرية، وكذلك ردود فعل انفعالية في علاقاتها مع التفاعلات الأسرية الخاصة (ميزاب، 2015)، وعلى ذلك وضع مؤلفو المقياس نموذجًا يهتم بوصف التفاعلات الجارية بين أفراد الأسرة في كل صورة على حدة، مع إعطاء كل صورة اسمًا خاصًا بها، وتم اختيار اختبار الإدراك الأسري (FAT) لكونه أداة إسقاطية نوعية تتوافق مع المنظور النسقي للعلاج، وتتيح فهمًا معمقًا للتمثيلات الداخلية للعلاقات الأسرية ودينامياتها، كما يسمح FAT بالكشف عن معاني وأدوار وتفاعلات لا تظهر عبر المقابلات النسقية، كما يتيح FAT تحديد كيف يختبر المريض مرضه داخل علاقاته: هل يشعر بالدعم؟ العبء؟ التهميش؟ المسؤولية الزائدة؟

1.5.4. تكيف اختبار الإدراك الأسري على عينة جزائرية:

أول من قام بترجمة الاختبار وتكييفه مع عينة دراسة جزائرية هو (ناصر ميزاب، 2015) حيث اعتمد على عينة تجريبية وأخرى ضابطة، بلغ عدد أفراد العينة الكلية (170) فرد ينقسمون إلى عينة تجريبية (99) حالة، وعينة ضابطة (71) حالة، واختيرت العينة التجريبية على النحو التالي: محاولة انتحار (05)، حالات عنف أسري (25)، حالات جانحة (31)، حالات ربو (05)، معاقون (05)، وهذا بناء على الاطلاع على ملفاتهم الاجتماعية والطبية وذلك من خلال التقارير المختلفة حول هذه الحالات (طبية، اجتماعية، قضائية،

أمنية)، وتراوحت أعمار العينة التجريبية ما بين 09 إلى 18 سنة بمستوى دراسي ما بين السنة الرابعة ابتدائي والرابعة متوسط، يتوزعون من حيث الجنس إلى 57 أنثى، 42 ذكر؛ تتميز حالاتهم الاجتماعية ببعض الاضطرابات، كالطلاق، وصراع الوالدين، مرض الوالدين، غياب تكفل الأسرة، المعاملة السيئة، الهروب من المدرسة (ميزاب، 2015).

2.5.4. ثبات الاختبار مطبقا على عينة جزائرية:

للوصول إلى معرفة مدى ثبات الاختبار أظهرت النتائج التي توصل لها الباحث من خلال استعمال معامل Cohen's Kappa حسب المجموعة (ضابطة/تجريبية) مع الأخذ بعين الاعتبار فئات الاختبار أن هناك تقارب في تنقيط بروتوكولات الاختبار بين الأساتذة/الطلبة يظهر بالخصوص في فئات الصراع الظاهر، حل الصراع، الدائرة الوظيفية، المعدل العام لسوء التوظيف، ضبط النهايات (دلالة عند مستوى 0.01) بينما نجد فئات أخرى من الاختبار ليس لها دلالة مثل ضبط الحدود، نغمة انفعالية؛ وعموما فالتقارب بين المصححين أساتذة/طلبة يعود بشكل عادي لطبيعة الاختبار وما تكشف لوحاته من صراع يومي بدرجات مختلفة بين أفراد العينة من حيث نوع الصراع ودرجته، ومع من يتم، وما هو الموضوع الذي يثير هذا الصراع، وكيفية احترام المعايير والحدود بين أفراد النسق الأسري، كل هذه العناصر يكشف عنها المنقط في البروتوكول، وهذه أحد أسباب التقارب الكائن "بين المتوسط والمقبول" بين المنقطين وليس "العالي" حسب مستوى كابا، يضاف إليه البناء القصصي الهش والفقير لدى الكثير من أفراد العينة (ميزاب، 2015)، ولقد تم إعادة تطبيق الاختبار بنفس العينة (تجريبية/ضابطة)، مع تغيير في هذه المرة تأثير جنس المنقطين 2 ذكور/2 إناث، وأظهرت النتائج مدى تأثير عامل الجنس (ذكور/إناث) في تباعد وتقارب عملية تنقيط بروتوكولات اختبار الإدراك الأسري، وذلك باستعمال معامل (Cohen's Kappa) حسب المجموعة (الضابطة/التجريبية)، حيث بينت النتائج أن هناك تقارب بين المنقطين المختارين حسب متغير الجنس في فئات الاختبار التالية: (الصراع الظاهر، المعدل العام لسوء التوظيف، الدائرة غير الوظيفية، ضبط الحدود...الخ). وهذا بمستوى دلالة (0.01) بينما هناك فئات ظهر فيها الاختلاف واضح بين المصححين على أساس الجنس ك (المعاملة السيئة، نغمة انفعالية) (ميزاب، 2015)

3.5.4. صدق الاختبار في البيئة الجزائرية:

أُجريت دراسة ميدانية على نفس العينة المشار إليها سابقاً، بهدف مقارنة أداء المجموعة الضابطة بالمجموعة التجريبية، وذلك باستخدام اختبار كا² (كاي تربيع) لقياس قدرة لوحات الاختبار على التمييز بين

المجموعتين، وفقاً لما تحمله كل لوحة من محتوى صراعي، وقد أظهرت نتائج الدراسة على عينة جزائرية أنه بالإمكان التمييز بين المجموعتين بناءً على محتوى الصراعات في كل لوحة، كشفت نتائج اختبار كاي تربيع أن اللوحة الأولى "العشاء" كانت الأكثر دلالة من حيث إظهار الصراع، حيث سجلت قيمة بلغت 14.75، تلتها اللوحة الثالثة "المسجل" بقيمة 12.75، ثم اللوحة السادسة "تنظيم الغرفة" بقيمة 11.18، وهكذا بالنسبة لبقية اللوحات، وتشير هذه النتائج، في ضوء المقاربات النسقية، إلى وجود مستويات من الصراع وآثاره في كل من النسق الأسري للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية. من جهة أخرى، أوضحت النتائج قدرة اختبار الإدراك الأسري على التمييز بين المجموعتين، مما يبرر القول بأن هذا الاختبار يتمتع بدرجة معتبرة من الصدق، ومع ذلك تُوصى بإجراء دراسات إضافية لتعزيز فهم خصائص النسق الأسري في السياق الجزائري، بالنظر إلى ما يميّزه من خصوصيات ثقافية وحضارية (ميزاب، 2015)

6.4. البرنامج العلاجي النسقي المقترح:

1.6.4. ضوابط إعداد البرنامج العلاجي:

تم إعداد البرنامج العلاجي في ظل هدف محدد لمعالجة الاستجابة الاكتئابية والصدمية في مرض السرطان من قائم على مبادئ المقاربة النسقية وتحديد نموذج مدرسة ميلانو العلاجي (The Milan Systemic Model)، نسعى من خلال اقتراح البرنامج إلى تخفيف آثار الاستجابة الاكتئابية والصدمية لتجربة السرطان، من خلال إعادة هيكلة العلاقات الأسرية وتدريب الأسرة على حل المشكلات وتطوير مهارات التواصل الفعال، واستند الباحث في إعداده إلى:

1. الخلفية النظرية للمقاربة النسقية - الأسرية في العلاج النفسي تضمنت الأدبيات التي تناولت العلاج النفسي النسقي لمرض السرطان، وشملت أيضاً المراجع التي تناولت تطبيقات العلاج النسقي وفق نموذج مدرسة ميلانو وتوجهاتها في معالجة الاضطرابات النفسية.

2. الأبحاث والدراسات التي تناولت موضوعات مشابهة حول إعداد البرامج العلاجية والخطط النفسية، خاصة تلك التي تركز على الأدوات المستخدمة، وشروط بناء الخطط العلاجية، ومحتوى الجلسات، وكذلك الأساليب والتقنيات المتبعة.

3. استند تصميم الخطة العلاجية أيضاً إلى الخبرة الميدانية للباحث والممارسين الذين تم التواصل معهم، والمستشارين في مجال العلاج النسقي والأسري ومن سبق لهم التعامل مع مرضى السرطان.

4. تحليل بعض تجارب مرضى السرطان بالمؤسسات الاستشفائية الجزائرية من خلال الحرص على تبني المعيار الثقافي للأسرة الجزائرية حيث يركز البرنامج على أهمية العلاقات الأسرية في التأثير على الحالة النفسية للمريض.

2.6.4. الهدف الرئيسي للبرنامج العلاجي:

خفض شدة الاستجابة الاكتئابية والصدمية لدى مرضى السرطان في سياقهم الأسري، واستغلال موارد النسق الأسري لتعزيز مهارات وآليات تمكن الأسرة من التعاون لرفع مستوى الاستجابة ضد السرطان.

3.6.4. الأهداف المرحلية للبرنامج العلاجي:

أ. معالجة آثار الصدمة النفسية عند مريض السرطان تركز على فهم تأثير المرض على المريض داخل السياق الأسري، وفهم كيف يؤثر المرض على التفاعلات الأسرية، والعمل على إعادة تأطير تجربة السرطان إلى فرصة لتحسين العلاقة: مريض /مرض/ أسرة/ مستقبل؛ من خلال تعزيز التواصل والتكيف المشترك بين أفراد الأسرة.

ب. خفض الاستجابة الاكتئابية الناتجة عن الصدمات النفسية المرتبطة بالمرض انطلاقاً من استراتيجيات تعزز التواصل العاطفي بين أفراد الأسرة، تحديد الأفكار السلبية المتعلقة بالسرطان، وفهم الأفكار في سياق تفاعلات الأسرة وديناميكياتها، وتعديل المعتقدات السلبية حول المستقبل.

ج. تحسين التواصل وتغيير أنماط التفاعل الأسري من خلال تعزيز الحوار المفتوح والمشاركة الفعالة بين أفراد الأسرة، وتقليل مشاعر العزلة والقلق التي قد يواجهها المريض بعد التشخيص والعلاج.

د. إعادة توزيع الأدوار داخل الأسرة حيث يمثل إجراء فعال في خفض الاستجابة الاكتئابية الصدمية، من خلال تقليل العبء العاطفي على المريض وتعزيز الدعم العاطفي من أفراد الأسرة، تقليل التوترات، كما تتيح للأسرة التكيف بشكل أفضل مع التحديات الجديدة، ويحسن شعور المريض بأن مقبول في الوسط الأسري.

4.6.4. المرجع النظري للبرنامج:

فيما يلي جدول يُلخّص التأسيس النظري، ويضمّ النظريات والمبادئ الأساسية التي تم الاستناد إليها في بناء البرنامج العلاجي النسقي:

جدول 10: المرجع النظري في تصميم البرنامج العلاجي

النظرية / النموذج	المبدأ الأساسي / الفكرة المركزية
-------------------	----------------------------------

الأنظمة تُنظّم نفسها من خلال التغذية الراجعة (Feedback)؛ التغيير يحدث داخل النظام نتيجة لاضطرابات تخلق توازنًا جديدًا، والتمييز بين سيبرانية الدرجة الأولى (يراقب المعالج النظام من الخارج) والدرجة الثانية (المعالج جزء من النظام).	السيبرانية (Cybernetics)
كل مكون داخل النظام يؤثر ويتأثر بباقي الأجزاء؛ الكل أكبر من مجموع أجزائه؛ العلاقات المتبادلة والاعتماد المشترك هي ما يشكل الديناميات الأسرية.	نظرية الأنظمة العامة (General Systems Theory)
كل السلوك هو نوع من التواصل؛ لا يمكن "عدم" التواصل؛ الرسائل لها بعدان: المحتوى والعلاقة؛ التناقضات في التواصل قد تولد اضطرابات.	نظرية الاتصال (Communication Theory)
المشكلات النفسية تنشأ من أنماط التواصل غير الفعالة داخل العائلة؛ الحل ليس في داخل الفرد بل في تغيير نمط التواصل ضمن النسق؛ التركيز على السياق والتفاعل لا على السبب الفردي.	مدرسة بالو ألتو (Palo Alto School)
المعالج محايد ويعمل على إزاحة" العائلة عن أنماط التفاعل الجامدة من خلال استجواب دائري (Circular Questioning)؛ الهدف هو تسهيل التغيير البنوي والإبستمولوجي داخل النسق.	نموذج ميلانو (Milan Model)
تُعتبر المشكلة نتيجة محاولات سابقة للحل لم تعد مجدية، الأفراد والعائلات يبنون "خراط" عبر التجربة والخطأ، وحين تصبح هذه الخراط غير نافعة، تظهر المشاكل.	نظرية المشكلة (Problem Theory)
التغيير لا يُفرض من الخارج بل يُسهّل من الداخل؛ لا توضع أهداف علاجية مسبقة، بل يُركّز على تغيير نمط التغيير ذاته؛ المعالج لا يدّعي امتلاك الحقيقة، بل يسهم في تسهيل عملية تحول في "إبستمولوجيا العائلة".	نظرية التغيير (Theory of Change)

المصدر: إعداد الباحث (ينظر الفصل الرابع)

5.6.4. مخطط البرنامج العلاجي النسقي:

اسم البرنامج	برنامج علاجي نسقي لخفض الاستجابة الاكتئابية والصدمية عند مرضى السرطان
الهدف العام	تقييم فعالية مقارنة علاجية تكاملية، تستند إلى النظرية النسقية ونموذج مدرسة ميلانو، في خفض الأعراض الاكتئابية والصدمية، وتحسين جودة الحياة النفسية.
الفئة المستهدفة	مرضى السرطان ضمن سياقهم الأسري
المدة الزمنية	16 أسبوع
عدد الجلسات	12 جلسة علاجية (بمعدل جلسة أسبوعياً، مدة كل جلسة 45-60 دقيقة)
مكان التنفيذ	مصلحة طب الأورام - المؤسسة الاستشفائية غليزان / المستشفى اليومي لطب الأورام - المركز الجامعي الاستشفائي مستغانم
تصميم التقييم	تصميم الحالة المفردة (Single-Case Design) من نوع A-B
أدوات القياس	استبيان تقييم الصدمة النفسية، قائمة الاكتئاب الثانية (BDI-II)، اختبار الإدراك الأسري
التقنيات العلاجية	الاستجواب الدائري، إعادة التأطير، وصفة المهام العلاجية، الدلالة الإيجابية

6.6.4. تقييم البرنامج العلاجي:

تم اعتماد تصميم الحالة المفردة من نوع (A-B) لتقييم فعالية البرنامج العلاجي النسقي في خفض لدى مرضى السرطان، وقد تضمن التصميم مرحلتين رئيسيتين:

أ. **مرحلة خط الأساس (Baseline - A):** قياس شدة الأعراض النفسية قبل وفي بداية تطبيق البرنامج لضبط التغيرات اللاحقة، وتحديد نمط استقرار الأعراض، حيث تم جمع البيانات عبر ثلاث نقاط زمنية باستخدام ثلاثة مقاييس مختلفة (استبيان تقييم الصدمة النفسية، قائمة الاكتئاب الثانية - BDI-II، اختبار الإدراك الأسري) لقياس السلوك المستهدف في كل نقطة وفق الآتي:

- (A1): أسبوعين قبل بداية البرنامج

- (A2): أسبوع قبل بداية البرنامج

- (A3): الجلسة الثانية.

ب. **مرحلة التدخل (Intervention - B):** امتدت عبر التدخل العلاجي، حيث طُبِّقَت الوحدات العلاجية النفسية وفق نموذج مدرسة ميلانو، وبعدها تم قياس الأعراض مجددًا باستخدام نفس أدوات القياس في ثلاث نقاط زمنية خلال نهاية البرنامج:

- (B4): الجلسة العاشرة.

- (B5): الجلسة الثانية عشرة.

- (B6): أسبوع بعد نهاية البرنامج

7.6.4. تحكيم البرنامج العلاجي:

بعد تصميم البرنامج العلاجي من قبل الباحث، تم عرضه في صيغته النهائية " برنامج علاجي نسقي لخفض الاستجابة الاكتئابية والصدمية لدى مرضى السرطان"، على مجموعة من الخبراء حيث تم ذلك عن طريق استمارة إلكترونية شملت محورين التقييم العام للبرنامج ، وتقييم كل جلسة علاجية وعليه تم عرض البرنامج على مجموعة من المحكمين (04 أساتذة جامعيين قسم علم النفس في جامعة وهران، جامعة غليزان، جامعة الشلف، 04 ممارسين نفسانيين بدرجة نفساني عيادي ممتاز وقد تم ذلك بهدف تقييم مدى ملائمة البرنامج للفئة المستهدفة، وكذلك مدى اتساقه مع الأهداف المحددة مسبقاً، وفيما يلي التحليل الكمي لتقييم المحكمين للبرنامج:

جدول 11: التقييم العام للبرنامج العلاجي النسقي

البند	عدد المحكمين	متوسط التقييم	(%) نسبة الاتفاق
مدى قدرة البرنامج على تحقيق أهدافه	08	4.75	75.00%
مدى وضوح محتوى البرنامج	08	4.75	75.00%
مدى ملائمة البرنامج للفئة المستهدفة	08	4.75	75.00%
جودة المادة العلمية والتطبيقية	08	5.00	100.00%
مدى كفاية مدة البرنامج لتحقيق أهدافه	08	3.62	87.50%
توزيع الوقت بين الجلسات	08	4.50	75.00%
عدد الجلسات البرنامج	08	4.00	100.00%
وسائل وتقنيات العلاج	08	4.50	75.00%
مدى وضوح وتنوع أدوات التقييم	08	4.75	87.50%

في الجزء الثاني من التحكيم تم التقييم الخاص بالجلسات من حيث المحتوى، الكفاية العلاجية، التقنيات العلاجية، الترتيب وطبيعة الجلسة وجاءت النتائج حسب الجدول:

جدول 12: تحكيم جلسات البرنامج العلاجي

الجلسات	المحتوى	التقنيات العلاجية	الكفاية العلاجية	الترتيب	طبيعة الجلسة	الملاحظات
الجلسة 01	75%	88%	88%	100%	13%	تغيير الجلسة من فردية إلى نسقية
الجلسة 02	88%	100%	88%	75%	25%	تغيير الجلسة من فردية إلى نسقية
الجلسة 03	88%	88%	88%	88%	38%	تغيير الجلسة من فردية إلى أسرية
الجلسة 04	38%	100%	50%	100%	100%	تعديل محتوى الجلسة
الجلسة 05	63%	75%	100%	100%	100%	
الجلسة 06	100%	75%	88%	100%	100%	
الجلسة 07	75%	100%	75%	100%	100%	
الجلسة 08	100%	100%	100%	100%	100%	
الجلسة 09	100%	100%	100%	100%	100%	
الجلسة 10	63%	88%	63%	100%	100%	تغيير موقع الجلسة
الجلسة 11	100%	100%	100%	100%	100%	
الجلسة 12	100%	100%	100%	100%	100%	

انطلاقاً من نتائج التحكيم تمت إعادة صياغة البرنامج العلاجي وفق منهجية علمية، وتطبيق توصياتهم التي ركزت على نقاط تتعلق خصوصاً بضرورة الالتزام بالنهج النسقي في تصميم البرنامج العلاجي وقد تم تقديم الملاحظات التالية:

(1) استبدال الجلسات الفردية بجلسات أسرية نسقية

- (2) اعتماد النموذج النسقي بشكل كلي في تصميم الجلسات، من خلال تجاوز المقاربة الفردية.
- (3) إعادة ترتيب مضمون بعض الجلسات وتعديل أهدافها بما ينسجم مع مبادئ المقاربة النسقية.
- (4) استبدال الأهداف العامة المتكررة بفرضيات علاجية نسقية.
- (5) إثراء البرنامج بتقنيات علاجية نسقية إضافية.
- (6) تبسيط اللغة المستخدمة في صياغة التقنيات وتدقيق ترجمتها.
- (7) تخفيف الجانب النظري المرافق للجلسات والتركيز على الجوانب التطبيقية والعملية.

جدول 13: تعديلات البرنامج العلاجي النسقي

العنصر	قبل التعديل	النسخة المعدلة
بنية الجلسات	عدد الجلسات في الوحدة الثالثة 03	إدراج جلسة متابعة الانتكاس في الوحدة الثالثة
الفريق العلاجي	الباحث فقط	التنسيق العلاجي مع الفريق النفسي
التركيز العلاجي	تخصيص بعض الجلسات الفردية	الغاء كل الجلسات الفردية وتحويلها إلى نسقية أسرية
الأدوات النسقية	03 تقنيات علاجية	إضافة تقنية الدلالة الإيجابية
الأسرة	تركيز على أفراد الأسرة	التركيز على النظام العائلي ككل
أهداف الجلسات	أهداف عامة ومكررة	استبدال الأهداف بالفرضيات النسقية
الجلسة 04	معالجة الأعراض الاكتئابية في سياق الأسرة	تغيير المضمون
الجلسة 05	تعديل السلوك الاكتئابي واستراتيجيات للتعامل مع تغييرات الحياة	إعادة تأطير العرض الاكتئابي كحل نسقي
الجلسة 07	استبدال: البحث عن المصدر الحقيقي للأعراض النفسية	تحسين التواصل وأنماط التفاعل داخل النسق الأسري

8.6.4. البرنامج العلاجي في صورته النهائية:

بعد إجراء التعديلات المطلوبة، تم بناء البرنامج العلاجي في صورته النهائية:

الوحدة الأولى: التقييم الأولي، بناء التحالف العلاجي وتحديد اتجاه العلاج			
صياغة الفرضية	المحتوى	التقنيات العلاجية	الأنشطة العلاجية
الجلسة الأولى: تقديم البرنامج وتحديد المريض المُعَيَّن والعَرَض في السياق العائلي (45 إلى 60 دقيقة)			
العرض داخل الأسرة وسيلة لجذب الانتباه	التعارف، شرح البرنامج العلاجي، وأهدافه ومدة الجلسات وامتدادها وهيكله، تسلط الضوء على قوانين المجموعة. استكشاف العَرَض وتأثيره على الأسرة، وتشكيل تحالف علاجي	المقابلة النسقية شبكة الملاحظة الاستجابات الدائري	التعاون المتبادل داخل الأسرة
الجلسة الثانية: تشخيص الاستجابة الاكتئابية الصدمية وتحليل الاختلالات الأسرية (45 إلى 60 دقيقة)			

الاستجابة الاكتئابية والصدمية وسيلة غير واعية لتجنب مواجهة الصدمة الأصلية.	في هذه الجلسة يتم التشخيص النسقي للاستجابة الاكتئابية الصدمية لدى المريضة من خلال المقابلة النسقية، تقييم نفسي: استبيان تقييم الصدمة النفسية (TRAUMAQ)، اختبار الاكتئاب (BDI-II)، اختبار الإدراك الأسري	المقابلة النسقية الاختبارات النفسية	الرواية العائلية حول الحدث
الجلسة الثالثة: استكشاف التمثلات النسقية للاستجابة الاكتئابية الصدمية (45 إلى 60 دقيقة)			
تساهم بعض الأدوار العائلية في تثبيت الاستجابة الاكتئابية الصدمية وإنتاج أنماط تواصل متناقضة	في هذه الجلسة يتم التركيز على فهم تمثيلات الحالة داخل النسق العائلي واستكشاف الأدوار التي تلعبها رغم مرضها تحليل كيفية إدراك الحالة للعلاقات الأسرية وحدودها	المقابلة النسقية الاستجابات الدائرية إعادة التأطير	رسائل غير مرسلة
ما بعد الجلسة: يقوم المعالج (يمكن ومن الأفضل الاستعانة بفريق علاجي) بعد نهاية جلسات التقييم بتحليل استجابة المريضة والأسرة، ورسم خط أساس قاعدي، ومن خلاله يتم التفكير في الخطوة القادمة وتحديد اتجاه الجلسة التالية.			
الوحدة الثانية: خفض الأعراض الاكتئابية وإعادة تأطير التجربة الأسرية في مواجهة صدمة السرطان			
صياغة الفرضية	المحتوى	التقنيات العلاجية	الأنشطة العلاجية
الجلسة الرابعة: إعادة تأطير التجربة العائلية مع صدمة السرطان (45 إلى 60 دقيقة)			
إعادة تأطير التجربة الصدمية يحولها إلى فرصة لإعادة بناء النظام الأسري ويعمل على تقليل الآثار النفسية لصدمة السرطان	في هذه الجلسة سيتم تقديم شرح مبسط لطبيعة مرض السرطان، وتغيير الصورة النمطية والمخاوف الخاطئة المرتبطة به. فتح مساحة آمنة لمناقشة التجربة الصادمة التي مرت بها العائلة. إعادة تأطير هذه التجربة، عبر مساعدة العائلة على رؤيتها كفرصة للنمو والتكيف العاطفي، مع إبراز نقاط القوة والصلابة النفسية التي أظهرتها في مواجهة الأزمة.	الاستجابات الدائرية إعادة التأطير الدلالة الإيجابية	الساعة الآمنة
الجلسة الخامسة: معالجة الأعراض الاكتئابية في سياق الأسرة (45 إلى 60 دقيقة)			
خفض شدة الأعراض وحدتها يمر عبر تحويل رؤية الأسرة للاستجابة الاكتئابية من مصدر للعجز إلى فرصة للتعاون، وأنها قابلة للتغيير	الحفاظ على استمرارية العلاج بالتركيز على فهم الاكتئاب بدلاً عن أسبابه، وتحويل الانتباه من "لماذا المريض مكتئب؟" إلى "كيف يعمل هذا الشعور؟" الكشف كيفية تُشكّل هذه الأفكار والمعتقدات السلبية، وتحويل الاكتئاب إلى "حالة مؤقتة قابلة للتغيير"، واستخدام الرمزية لإعادة تشكيل الرؤية الإيجابية	الاستجابات الدائرية إعادة التأطير وصفة مهام	القصة الرمزية
الجلسة السادسة: إعادة تأطير العرض الاكتئاب كحل نسقي (45 إلى 60 دقيقة)			

الكسري الشاغر مبدأ ضبط الانفعالات	إعادة التأطير المعقد وصفة المهام الدلالة الإيجابية	تطبيق مبدأ التفاعل بين السلوك والأحداث، التذكير بالدور القديم والجوانب الإيجابية للدور الجديد. الانتقال إلى رؤية العرض كمنظم داخل النسق. تطوير مهارات للتعامل مع الحزن، تغيرات الحياة، والتعامل مع الوحدة، وتحويل معنى الأعراض إلى تفاعلات نسقية	تبسيط فكرة الاكتئاب كوظيفة داخل النسق لكسر حلقة التفاعل السلبى التي تثبته.
ما بعد الجلسة: مناقشة وتحليل سيرورة تقدم الجلسات، من خلال تقييم أداء المعالج وأداء الأسرة			
الوحدة الثالثة: تعديل الأنماط العلائقية وإعادة التوازن الأسري			
صياغة الفرضية	المحتوى	التقنيات العلاجية	الأنشطة العلاجية
الجلسة السابعة: تحسين التواصل وأنماط التفاعل داخل النسق الأسري (45 إلى 60 دقيقة)			
تحسين التواصل داخل النسق العائلي يساهم في إنهاء دور الأعراض كوسيلة للتعبير عن المعاناة.	تعزيز التواصل الآمن والفعال داخل الأسرة، وفتح نقاش أسري لاكتشاف حلول فعالة، وإعادة تأطير الأزمة كفرصة لبناء التعاون الأسري، بالانتقال إلى التغيير الفعلي، تدريب الأسرة على أساليب التواصل الفعال، ومهارات الحوار، والتعامل مع الأزمات.	الاستجابات الدائري التغذية الراجعة إعادة التأطير	"الرسائل الصريحة"
الجلسة الثامنة: إعادة تنظيم العلاقات وتوزيع الأدوار (45 إلى 60 دقيقة)			
يمكن الأسرة الانتقال من التضحية الفردية إلى المشاركة الجماعية في الحلول، والسماح بخلق تحالفات صحية ينتج تعاون أسري.	إعادة العلاقات بين كل عناصر النسق وتشجيع تواصل مباشر بين كل الأطراف، وتعزيز وعي الأسرة بأن "الصحة" تعني التوازن في كل الجوانب، وإعادة تأطير المسؤولية كجهد جماعي لا كتضحية فردية. إعادة تأطير الولاءات كآليات دفاعية يمكن تعديلها لا كحقائق ثابتة في نظام الأسرة مع تدريب الأسرة على انشاء توزيع عملي للمهام اليومية واحترام أدوارها.	التغذية الراجعة إعادة التأطير وصفة المهام	حول وجبات العشاء العائلية
الجلسة التاسعة: دعم التوازن العائلي في ظل التغيرات (45 إلى 60 دقيقة)			
تطوير استراتيجيات دعم متبادلة تحترم التغيرات يحقق التوازن في النسق	التوازن الجديد لا يعني العودة لما كان، بل القدرة على التكيف مع التغيير والعيش ضمن نسق أكثر مرونة وتفاعلاً	الاستجابات الدائري، إعادة التأطير الإيجابي، وصفة المهام العلاجية،	كيف نعيش كأ أسرة في ظل التغيير؟
الجلسة العاشرة: منع الانتكاس وتعزيز استراتيجيات التكيف (45 إلى 60 دقيقة)			

تعزيز التكيف مع التغيير باعتماد قواعد مرنة قائمة على التعاون.	توجيه الأسرة لتجريب سلوكيات بديلة عن أنماطهم السابقة (مثلاً: استبدال الصمت بالطلب، أو الإلحاح بالاستماع) مع محاكاة داخل الجلسة. تقييم نفسي: استبيان تقييم الصدمة النفسية (TRAUMAQ)، اختبار الاكتئاب (BDI-II)، اختبار الإدراك الأسري	الاستجاب الدائري إعادة التأطير	قائمة " الإشارات الحمراء "
الوحدة الرابعة: تقييم فعالية التدخل العلاجي، والتحقق من استمرارية التغيرات الإيجابية			
الجلسة 11: تقييم نسقي عيادي لأعراض الاستجابة الاكتئابية والصدمة والتفاعل الأسري (45 إلى 60 دقيقة)			
التغير في الأعراض النفسية يعكس تحسناً فردياً، ويُعبر عن تحوّل في أنماط التفاعل داخل النسق الأسري	مراجعة للمسار العلاجي. ملاحظة التفاعلات (نبرة الحديث، الحضور العاطفي، السلوكيات الدفاعية أو التعاون...)	المقابلة النسقية شبكة الملاحظة الاستجاب الدائري	كتابة رسالة إلى المستقبل
الجلسة 12: التقييم النسقي والنهائي للبرنامج العلاجي (45 إلى 60 دقيقة)			
عندما نبني نظام تواصل حقيقي وصحي بين أفراد النسق ككل، يمكن للأعراض أن تفقد وظيفتها.	مراجعة التغيرات الإيجابية داخل النسق العائلي. تقييم نفسي: استبيان تقييم الصدمة النفسية (TRAUMAQ)، اختبار الاكتئاب (BDI-II)، اختبار الإدراك الأسري الإنهاء العلاجي	اختبار بيك للاكتئاب (BDI-II) اختبار الإدراك الأسري (FAT) إعادة التأطير	-
<p>ما بعد الجلسة: يقوم المعالج بتحليل البيانات المستخلصة من إعادة التقييم وقراءة استجابة المريضة والأسرة بشكل متكامل حيث يتم رسم تقييم نهائي يمثل المرحلة الثانية لمقارنته بخط الأساس المعد في التقييم الأولي، بناءً على ذلك تُصاغ التوصيات العلاجية المناسبة، ويتم التفكير في الخطوة التالية، سواء كانت جلسات دعم دوري، متابعة فردية، إنهاء للبرنامج مع خطة مستقبلية طويلة الأمد.</p>			

7.4. أساليب تحليل البيانات:

الباحثون الذين يستخدمون التصميم التجريبي للحالة المفردة يهتمون أساساً بالتغيرات ذات الدلالة العيادية – (Clinically Significant Changes) أي تلك التغيرات الملحوظة من قبل المعالج والعميل معاً مع هذا يتطلب تحليل نتائج تصميم الحالة المفردة (SCED) تقييم كل من المعايير التجريبية حيث يشير تقييم المعايير التجريبية إلى التحليل البصري و/أو الإحصائي للبيانات لتحديد ما إذا كانت هناك علاقة وظيفية بين التغيرات الملحوظة في السلوك المستهدف (المتغير التابع) والتدخل (المتغير المستقل) (Tate & Perdices, 2019, p. 154).

1.7.4. حساب نسبة التغيير:

انطلق جاكوبسون، فوليت، وريفنستورف (Jacobson, Follette, & Revenstorf, 1984) من فرضية مفادها أن التغيير السريري الدال (Clinically Significant Change) يرتبط بالعودة إلى مستوى الأداء الوظيفي الطبيعي، فكل من المستفيدين من العلاج والمعالجين والباحثين يتوقعون من العلاج النفسي أن يُزيل الأعراض التي دفعت الفرد إلى طلب المساعدة، ويمكن ترجمة هذا الهدف عملياً من خلال افتراض أن الأشخاص الذين يدخلون العلاج ينتمون إلى فئة تعاني من اختلال وظيفي (Dysfunctional Population)، بينما يُتوقع أن يخرج الأفراد الذين استكملوا العلاج من هذه الفئة نحو الفئة السوية، ولتفعيل هذا التصور بشكل عملي، تم اقتراح ثلاث طرق لتحديد ما إذا كان التغيير الحاصل سريرياً دالاً: أن يكون الأداء بعد العلاج خارج نطاق الفئة المختلة، ويُحدد هذا النطاق بأنه يقع ضمن انحرافين معياريين من متوسط تلك الفئة في اتجاه الأداء السوي، أو أن يقع الأداء بعد العلاج ضمن نطاق الفئة السوية، أو أن يكون الأداء بعد العلاج أقرب إحصائياً إلى متوسط الفئة السوية منه إلى متوسط الفئة المختلة، وتُعد هذه الطريقة الأكثر دقة من الناحية الإحصائية، لأنها تعتمد على المقارنة بين احتمال انتماء الدرجة المُسجلة بعد العلاج إلى كل من التوزيعين (السوي والمختل) (Jacobson, N. S., & Truax, P., 1991)، أما في سياق تصاميم الحالة المفردة (Single-Case Designs)، فقد تم استخدامنا مؤشر نسبة التغيير (Percentage of Change) لتقييم مدى فعالية التدخل العلاجي. هذا المؤشر يُظهر مدى تحسّن (أو تدهور) حالة الفرد من خلال مقارنة متوسط الأداء خلال مرحلة التدخل بمتوسط الأداء في الخط الأساسي. وتُعد هذه الطريقة بسيطة وسهلة التفسير، وتوفر تمثيلاً مباشراً لفعالية العلاج، يُحسب هذا المؤشر وفقاً للمعادلة التالية $(\Delta\%) = \frac{(T - B)}{B} \times 100$: Percentage of Change

(T): المتوسط في مرحلة التدخل.

(B): المتوسط في مرحلة الخط الأساسي.

2.7.4. التحليل البصري للبيانات:

تاريخياً التحليل البصري كانت الطريقة الأساسية والمفضلة لتقييم بيانات تصميم الحالة المفردة؛ بحيث كان الرسم البياني بمثابة وسيلة شاملة وبسيطة لتسجيل وتمثيل وتوصيل وتحليل البيانات السلوكية قبل كل شيء، يؤكد بارسونزون وباير على أن "إحدى النقاط المركزية في التحليل البصري هي ترك وضوح تام لكل باحث ولكل فرد من جمهور البحث فيما إذا كان التدخل التجريبي الحالي قد أحدث تأثيراً على السلوك قيد الدراسة" وفقاً (لكازدين، 2011) فإن رسم نتائج تصميم الحالة المفردة هو "جزء من عملية الاستدلال"، من أجل

التوصل إلى "حكم حول موثوقية و اتساق تأثيرات التدخل"، ويؤكد التحليل البصري على الأهمية العيادية، وليس الإحصائية، حيث يدافع (باير، 1997) عن استخدام التحليل البصري بحجة أن "الاختلاف يجب أن يُرى ليؤكد" حيث يجب أن تكون التأثيرات الكبيرة ذات الدلالة السريرية واضحة بسهولة في البيانات المرسومة (Tate & Perdices, 2019, pp. 155-156)، اقترح فورلونج ووامبولد (Furlong & Wampold, 1981) نظاماً مكوناً من أربع خطوات لإجراء التحليل البصري تتضمن هذه الخطوات ما يلي:

- 1) فحص البيانات داخل المرحلة الواحدة وعبر المراحل المتشابهة من أجل فحص: الثبات (Stability) مدى تكرار النتائج داخل المرحلة، الاتجاه: (Trend) صعود أو هبوط الأداء داخل المرحلة، المستوى: (Level) متوسط أو قيمة البيانات داخل المرحلة.
- 2) تحديد ما إذا كان هناك تأثير للتدخل من خلال فحص التغيرات بين المراحل غير المتشابهة في المستوى و/أو الاتجاه عند إدخال التدخل ويتم عن طريق مقارنة المرحلة القاعدية (A) مع مرحلة التدخل (B) لتحديد وجود أثر للتدخل حيث يتم فحص: تغير المستوى: (Level Change)، تغير الاتجاه: (Trend Change)، هل الأثر فوري أو متأخر، ومؤقت أو دائم، وهل له أهمية سريرية.
- 3) تحديد مدى أهمية تأثير التدخل من خلال تقييم ما إذا كان التأثير فورياً، دائماً أم مؤقتاً، ويتم النظر في ستة خصائص رئيسية: المستوى: (Level) المتوسط أو الوسيط، الاتجاه: (Trend) ميل خط الانحدار داخل المرحلة، التقلب: (Variability) مدى انتشار البيانات حول الخط، الفورية: (Immediacy) الفرق بين آخر 03 نقاط في المرحلة السابقة وأول 03 في المرحلة الجديدة، التداخل: (Overlap) نسبة البيانات المتداخلة بين مرحلتين، الاتساق عبر المراحل: (Consistency) تشابه الأنماط في المراحل المتشابهة.
- 4) تعميم النتائج، والذي يتمثل في تكرار نتائج الدراسة على أفراد آخرين يتمتعون بخصائص مشابهة للمشاركين الأصليين، وكذلك على أفراد ذوي خصائص مختلفة ولكنها ذات صلة، وتجدر الإشارة إلى أن هذه الخطوة الأخيرة، رغم أهميتها بالنسبة للصلاحيات الخارجية، لا تُعد غالباً جزءاً مركزياً من التحليل البصري، ولتأكيد وجود علاقة وظيفية، يجب إثبات تأثير التدخل ثلاث مرات على الأقل في البيانات: دليل قوي في وجود 03 مرات أو أكثر دون أي دليل على غياب الأثر، دليل متوسط 03 مرات أو أكثر مع وجود مرة واحدة على الأقل بدون أثر، لا يوجد دليل: أقل من 3 مرات (Tate & Perdices, 2019, p. 156)

3.7.4. قياس حجم الأثر Effect Size Cohen's d

يُقدَّر حجم التأثير (Effect Size) إذا وفرت البيانات أدلة قوية أو متوسطة على وجود العلاقة الوظيفية، وتُفضَّل التقديرات المستندة إلى التحليل الانحداري على الأساليب غير المعملية أو متعددة المستويات (انظر القسم التالي)، كما يُوصى بحساب أكثر من مؤشر لحجم التأثير من أجل المقارنة والتحقق من الاتساق، وفقاً لـ روان وآخرين (Roane et al)، فإن المستوى والاستقرار (أي التباين)، والاتجاه في البيانات هي "العناصر الثلاثة الحاسمة في مخطط الحالة الفردية، والتي تتيح التنبؤ بالأداء المستقبلي وينبغي أن تكون محور الفحص البصري" وقد كانت هذه العناصر الثلاثة ذات أهمية أولية في النظام الذي طوره فورلونج ووامبولد، ويُعد كوهن (d) مؤشراً معيارياً لحجم الأثر طُوِّر في الأصل للأبحاث التي تقارن بين المجموعات، وهو يعبر عن الفرق بين المتوسطات (حجم الأثر) بوحدات الانحراف المعياري. يمكن استخدامه لتحليل بيانات تصاميم الحالة الفردية (SCED)، بافتراض أن البيانات مستقلة زمنياً، ويحسب باستخدام الصيغة التالية:

$$d = \frac{\bar{x}_B - \bar{x}_A}{\sigma_{pooled}}$$

where

\bar{x}_A = mean of A phase

\bar{x}_B = mean of B phase,

σ_{pooled} = pooled standard deviation of A and B, and can be calculated with the formula : $\sigma_{pooled} = \sqrt{(\sigma_A^2 + \sigma_B^2)/2}$

d = حجم الأثر (Effect Size)

$\bar{x}B$ = متوسط القيم في مرحلة التدخل (B): متوسط بيانات تطبيق التدخل العلاجي.

$\bar{x}A$ = متوسط القيم في مرحلة الخط الأساس (A): متوسط البيانات التي تم جمعها قبل بدء التدخل.

σ_{pooled} = الانحراف المعياري المجمع: يقيس تباين البيانات في المرحلتين A و B معاً

σ^2 = تباين البيانات في الخط الأساس.

σ^2 = تباين البيانات في مرحلة التدخل. (Tate & Perdices, 2019, p. 157)

يحدد "كوهين" القيم التالية لحجم الأثر (0.2) حجم أثر صغير، (0.5) حجم أثر متوسط، (0.8) حجم أثر كبير، وقد اختار هذه القيم لتوفير مرجع تقريبي للباحثين، مؤكداً في نفس الوقت أنها تقديرات تقريبية وليست مطلقة، وتعتمد على السياق والمجال العلمي الذي يُجرى فيه البحث، يذكر كوهين صراحةً أن هذه القيم لا ينبغي اعتبارها "قواعد حديدية"، وإنما نقاط مرجعية مناسبة عند غياب معلومات أكثر دقة (Cohen, J., 1988, p. 25)

خلاصة الفصل:

تم عرض الإجراءات المنهجية التي تأطر الدراسة من حيث مراحلها الأساسية، بدءًا من الدراسة الاستطلاعية التي أُجريت لرصد خصوصيات مرضى السرطان في سياقهم الطبيعي، مع تحديد المتغيرات المرتبطة بالأسرة والثقافة، مما ساعد على توجيه تصميم البرنامج العلاجي، وقد تم اعتماد منهج يتماشى مع طبيعة التدخل العلاجي ومراعاة خصوصية السياق العائلي حيث شملت العينة أفرادًا من أسر مرضى السرطان تم اختيارهم بطريقة قصدية، وتوزيعهم على مؤسستين صحيّتين هما: المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بغيلزان (مصلحة طب الأورام)، والمركز الجامعي الاستشفائي مستغانم (المستشفى اليومي لطب الأورام)، لقد أوردنا كذلك الأدوات التي استُخدمت، وتم التحقق من صدقها وثباتها، كما تم شرح مراحل تصميم البرنامج العلاجي المقترح والقائم على مبادئ المقاربة النسقية، مستلهم من نموذج ميلانو في العلاج الأسري.

الفصل السادس

عرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد:

يمثل عرض نتائج الدراسة وتحليلها جوهر البحث العلمي حيث يقوم على إبراز الخطوات العلمية التطبيقية للدراسة التجريبية، وقد تم تنظيم هذا الفصل بشكل يراعي المنهجية العامة للبحث العلمي حيث تضمن مبحثان أساسيان؛ خصص الأول لعرض الدراسة التجريبية ونتائجها في شكل يراعي البناء النسقي الذي قامت عليه الدراسة، ومن خلال تقديم حالتي الدراسة في سياقهما الأسري وفق نموذج نسقي - أسري يسعى لتقديم كل حالة ضمن إطارها الأسري، كما تم إبراز مقومات وخصائص كل نسق بما يتيح جمع معطيات كافية لتشخيص موثوق لحالتي الدراسة، وفي نفس الإطار ومن أجل تقديم تشخيص نفسي نسقي دقيق تم إجراء فحص نفسي مبني على نتائج أدوات البحث (المقابلة النسقية، الملاحظة العيادية، اختبار تقييم الصدمة، اختبار الاكتئاب، واختبار الإدراك الأسري) وكل هذا بهدف الوصول إلى تطور عيادي - نسقي يساعد على توجيه التدخل العلاجي وفق آليات عملية دقيقة وموثوقة، ثم تم عرض مراحل سيرورة تطبيق البرنامج العلاجي النسقي مع كل حالة، وحسب مجريات كل جلسة وأهم التقنيات العلاجية المستخدمة، بدءًا من مرحلة خط الأساس (Baseline)، ثم مرحلة التدخل (Intervention)، وقد تم تحليل البيانات كمّيًا ونوعيًا باستخدام أدوات تحليل مناسبة، لتقديم قراءة متكاملة للنتائج تجمع بين الموضوعية الإحصائية وعمق الفهم العيادي النسقي.

أما في المبحث الثاني من الفصل، فقد خُصص لمناقشة النتائج المتوصل إليها، وذلك في ضوء فرضيات الدراسة، والأدبيات السابقة، والأطر النظرية التي اعتمدتها، بهدف تحديد مدى تحقق أهداف البحث، وتفسير دلالات التغيرات التي طرأت على كل من الحالتين موضوع الدراسة.

1. عرض نتائج الدراسة:

1.1. عرض الحالة الأولى (أسرة ب.م):

1.1.1. تقديم الأسرة والاحداث الحياتية:

أسرة (ب.م) تتشكل من خمسة أفراد، يعيشون في بيت العائلة الممتدة، الجدة (أم الزوج)، وثلاثة إخوة، بالإضافة إلى أختين للزوج، تنتمي أفاد الأسرة إلى بيئة اجتماعية محافظة تتسم ببنية معقدة ونمط تفاعل تقليدي، أما أسرة الحالة فهي تضم رب الأسرة (الأب 54 سنة) عامل بالتجارة، بدوت تاريخ مرضي يتسم بخلفية ثقافية تقليدية، والأم (ب.م) وهي المريضة المعين محور العلاقة العلاجية، تبلغ من العمر 51 سنة، بدون عمل، أما الابن الأكبر (32 سنة) عامل بمؤسسة اقتصادية، متزوج وأب لطفل واحد، يعيش في بيت مستقل بالإيجار، بدون تاريخ مرضي، والبنات (29 سنة) متزوجات، ليس لها أطفال، تعيش في بيت مستقل، ليس لها سوابق مرضية، هي من تتكفل برعاية المريضة في بيتها، وتلقى دعمًا نفسيًا وماديًا كبيرًا من زوجها الذي يشارك بانتظام في تقديم الرعاية للمريضة، أما الابن الأصغر (27 سنة) للعائلة فهو مهاجر، ويؤدي دورًا محوريًا في

دعم الأسرة اقتصاديًا، مرت الأسرة خلال السنوات الأخيرة بعدة أحداث حياتية ضاغطة، من أبرزها فقدان مصدر الدخل الأساسي نتيجة تراجع نشاط الأب التجاري، وهجرة الابن، ثم انفصال الابن الأكبر عن بيت العائلة، وهي عوامل ساهمت في زعزعة استقرار المنظومة الأسرية وزيادة الضغط النفسي داخلها.

2.1.1. التحول بين مرحلة ما قبل السرطان وبعده:

قبل المرض اتسمت العلاقات داخل الأسرة بالصراع والتوتر، خاصة بين المريضة وزوجها الذي أظهر سلوكًا تسلطيًا ورفضًا قاطعًا للاستقلال بسكن خاص، وقد ساهم هذا الرفض في تعميق الإحساس بالعجز لدى الحالة، وزاد من حدة الخلافات بين أفراد الأسرة، كما اتسم نمط التواصل الأسري بالجفاف والتجنب، حيث غابت الحوارات المفتوحة والحسّ العاطفي في التفاعل اليومي، حسب الحالة كان زوجها هو صاحب القرار مدعومًا في ذلك بتدخلات متكررة من أفراد العائلة، هذا التدخل فرض واقعًا من الضغط المستمر على الزوجة والأبناء، وأعاق قدرتهم على بناء نمط معيشي أكثر استقلالية وتكيفًا، و حتى أنه كان سببا في تأخير تشخيص مرضها، بعد المرض حدث تحول في نمط تفاعل الأسرة، خاصة بعد انتقال الحالة (الأم) للعيش في بيت ابنتها، مما أدى إلى فك الارتباط المباشر مع منظومة العائلة، وتراجع تأثير أفرادها بشكل واضح، واختفى دورهم في اتخاذ القرار داخل الأسرة، كما أصبح نمط التواصل بين العائلة "نمط صامت"، في شكل من العقاب من الطرفين؛ بالمقابل برزت البنت كفاعل محوري في التنظيم الأسري واتخاذ القرار، حيث تحول نمط اتخاذ القرار إليها لكن صار أكثر إجرائية يدور على توفير العناية المطلوبة للأم المريضة، كما برزت أدوار جديدة لزوج البنت، ووالد المريضة كمصادر دعم خارجي مستمر.

3.1.1. التاريخ الصحي والنفسي للحالة (ب.م):

عن السيدة (ب.م) تبلغ من العمر 51 سنة، متزوجة وأم لثلاثة أبناء من مدينة غليزان، مأكثة بالبيت، مستوى تعليمي ضعيف، وتعيش حاليًا عند ابنتها، والدها لا يزال على قيد الحياة في حين أن والدتها فارقت الحياة منذ عدة سنوات، لديها شقيقان يعيشان في نفس المدينة وشقيقتان في مدينتين بعيدتين عنها، تحظى بدعم معنوي كبير من والدها وإخوتها، وإن كان بشكل غير مباشر؛ هذا الدعم يشكّل خلفية عاطفية مهمة تساهم في تعزيز مواردها النفسية، مع هذا لم تكن تتحدث عنهم كثيرًا، التاريخ الطبي لم يسجل مرض السرطان في عائلتها، بدأت رحلتها مع السرطان قبل 04 سنوات بعد فحص طبي بسبب آلام حادة في المعدة، أحييت إلى المستشفى، هناك تم تشخيص الحالة بسرطان المعدة من نوع سرطان المعدة الغدي، بعد قيامها بالفحوصات المعمقة، في هذه المرحلة رفقتها ابنتها فقط ولم يتم اعلان مرضها في البداية، لكن مع بداية ظهور أعراض

متعددة: ألم بطني مستمر، فقدان الوزن، فقدان الشهية، القيء والغثيان، صعوبة البلع، ظهور دم في البراز على شكل براز أسود قطراني، التعب والضعف، اصفرار الجلد والعينين كان لابد من اعلان مرضها؛ وبهدف تحديد مرحلته كان لابد من المرور بعدد من المراحل الصعبة والقاسية؛ تبدأ بمراجعة التاريخ الطبي، التركيز على الأعراض الحالية، إجراء فحص جسدي، ثم اختبارات التصوير لتصوير للمعدة والمناطق المحيطة بها، التصوير المقطعي المحوسب، التنظير الداخلي، الحصول على عينات نسيجية (خزعات) لتحليلها، تم تحديد مرحلة المرض بالمرحلة II التي تشير إلى امتداد أعمق للورم وانتشار أوسع للعقد اللمفاوية، مما تطلب إجراء تدخل جراحي لإزالة جزء أكبر من المعدة، وبدء العلاج الكيميائي لتقليص حجم الورم وتحسين فرص نجاح الجراحة، وكان لابد للحالة من مرافقة كل هذا العلاج مع الأدوية المسكنة للألم، مضادات الالتهاب، أدوية مضادة للغثيان والقيء، أدوية لتحسين الشهية، أدوية لمعالجة الأعراض الهضمية، مكملات الفيتامينات والمعادن، أدوية لتقوية جهاز المناعة، وكان يفترض أن يتم منح المريضة مضادات القلق والاكتئاب إلا أنها رفضت اتباعها.

4.1.1. الفحص النفسي - النسقي:

تابعنا مع أسرة الحالة (ب.م) سلسلة من المقابلات شملت مقابلات فردية مع المريضة، ومع أفراد أسرتها، بالإضافة إلى مقابلات نسقية، تم خلال هذه المقابلات تسجيل ملاحظات دقيقة بالاستناد أدوات البحث المحددة سابقاً، وكان الهدف الوصول إلى تشخيص عيادي للاستجابة الاكتئابية الصدمية، وتحديد المشكلة وفق المنظور النسقي.

1.4.1.1. نتائج المقابلة النسقية:

تم إجراء سلسلة من المقابلات النسقية مع الأسرة كشفت عن أن الحالة (ب.م) مثلت العرض بوصفه مؤشراً على خلل في التوازن العائلي، حيث أدى العرض دور في الحفاظ على استقرار النسق، وفي سياق المعاناة النفسية للام كانت تفاعلات الأسرة وسلوكياتهم أثناء الجلسات تعبر عن العجز، القلق... حيث كان واضحاً أن أفراد الأسرة يواجهون صعوبة في التواصل اللفظي، حيث طغى نوع من "الصمت المفعل" في الجلسات، وكان الحديث يقتصر غالباً على جوانب عملية مثل الجدول الزمني للعلاج، الدواء، المواعيد...، كما أظهرت المقابلات قيام تحالفات أسرية (كل الأبناء والأم ضد الأب) دمرت روح التعاون بينهم، حيث إن مشهد جلوس العائلة في قاعة الانتظار بلامح الحزن والصمت والتركيز في هواتفهم؛ يحمل كل معاني المأساة التي يعيشونها، كما تم تهميش سلطة الأب ما يشكل الغاء للحدود ومعه صعوبة وضع توقعات

واضحة، وقد سيطر الصمت بدلاً من التعبير الصريح، وهو ما يشير إلى صعوبات في التواصل والتفاوض داخل الأسرة، وظهور التناقضات في الرسائل التي يقدمها أفراد الأسرة حيث كان أحدهم يتحدث عن التفاؤل بينما الآخر يعبر عن القلق، مما أضاف ارتباكاً للمريضة كما بينت المقابلة تبايناً في تمثيلات أفراد الأسرة لمشكلة السرطان عامة ولحالة الأم النفسية بشكل خاص، وفي هذا السياق تم رصد مؤشرات على استجابة اكتئابية صدمية لدى الحالة، تتجلى في الحزن، ملامح الوجه غير المعبرة، انخفاض النشاط الحيوي، والشعور بالعجز، تناذرات حادث الصدمي الناتج عن التشخيص المفاجئ للسرطان، والحداد المستحيل ومشاعر فقدان، رافقت الذكريات ردود فعل جسدية ونفسية قوية كفرط اليقظة، والانفجار الانفعالي، كما لاحظنا سلوكاً تجنبياً واضحاً تجلي في الامتناع عن الحديث عن "العلاج"، تزامن وجود أعراض ما بعد الصدمة مع أعراض اكتئابية شملت ملامح حزن معقد، يمتزج فيه الشعور بالخسارة مع رغبة البقاء، الإحساس بفقدان دورها، هذا النوع من الحزن رافقه مشاعر الذنب والعجز، وعدم القدرة على تخيل مستقبل ذو معنى، نوبات البكاء المفاجئة.

2.4.1.1. نتائج شبكة الملاحظة:

كشفت شبكة الملاحظة من خلال تحليل مؤشرتها في ابعادها الثلاث عن أنماط نفسية متكررة لدى تشير في مجملها إلى استجابة اكتئابية صدمية حادة مرتبطة بشكل مباشر بتشخيص السرطان، تتجلى مظاهرها في مجموعة من العلامات والأعراض النفسية والجسدية الشديدة والحادة والمستمرة، على مستوى العلاقة بالمرض حيث برزت تناذرات التجنب مثل الهروب من المثيرات المرتبطة بتجربة السرطان والانزواء عن الأنشطة الاجتماعية، الخجل من الآخرين، الخوف من سماع الأحكام حول المرض، على مستوى الأعراض الاكتئابية شملت مزاج مكتئب مستمر، مشاعر إحباط نفسي، نوبات بكاء تلقائية ومتكررة وقوية جداً، تفكير سلبي ومعتقدات راسخة سوداوية، ارتبطت هذه المعطيات بتغذية النسق للأعراض من خلال وجود نمط تفاعل أسري غير صحي يتسم بتناقض عمليات التواصل، ونمط علاقات يغلب عليه الصراع السلبي و عدم موائمة الأدوار، كما أن الطبيعة الانفعالية مزاجية تتراوح بين كبت مفرط للمشاعر وتعبيرات مبالغ فيها عن الألم، إلى جانب غياب مساحة آمنة للتعبير العاطفي، ما بين أن النسق الأسري غير الداعم أدى دوراً مهماً في تثبيت العرض وإعطائه وظيفة أساسية.

3.4.1.1. نتائج استبيان تقييم الصدمة النفسية (TRAUMAQ):

في الجزء الأول من استبيان (TRAUMAQ) أظهرت النتائج مؤشرات مرتفعة في أغلب السلال حيث كانت النتيجة الإجمالية للجزء الأول "صدمة قوية" بمجموع (114) بدرجة معايرة (04) ، وبرز أثناء الحدث الصدمي في بعد "ردود الأفعال الفورية والنفسية" السلم (A) (مج= 17) بدرجة معايرة (03) تقدير إكلينيكي "صدمة متوسطة" تُعكس في فرط الإثارة النفس جسمية، مشاعر الرعب والقلق، أما السلم (B) فسجلت الحالة معايرة (04) (مج= 09 ن) ما يدل على تقدير "صدمة قوية" تشير إليها وجود ذكريات إقحاميه، القلق سمة غالبية وقت الحديث عن السرطان، ارتفاع مستوى إعادة المعيشة الوجدانية للصدمة، أما السلم (C) (مج= 12 ن) الممثل لبعد اضطرابات النوم جاء بدلالة عيادية على "صدمة قوية" لتكون انعكاسا على مؤشرات اضطراباً حاداً في النوم، أما السلمين (D) و (E) على التوالي (مج= 13 ن) و (مج= 11 ن) درجة معايرة (04) بتقدير "صدمة قوية" شهد ارتفاع مستوى القلق، نوبات الهلع، وتجنّب المثيرات المرتبطة بالحدث، الغضب المفاجئ، التهيج، صعوبة في ضبط الانفعالات، وسلوكيات عدوانية لم تكن ظاهرة سابقاً، كتأكيد أن السرطان تسبب في شرخ نفسي قوي عند الحالة، كما عكس السلم (F) والذي يمثل "ردود الأفعال النفسية والجسمية واضطرابات الإدمان"، بمجموع (11 ن) في التصنيف (05) ورغم غياب مظاهر التبعية لأي مواد إدمانية، إلا أن وجود أعراض جسدية شديدة كالعرشة، الغثيان، واضطرابات الوزن، يعكس تقدير إكلينيكي "صدمة نفسية قوية جداً"، أما في سلم "الاضطرابات المعرفية" حصلت الحالة على تقدير (04) بمجموع (مج= 07 ن) ، ما يدل على صعوبات في التركيز، استرجاع تفاصيل الحدث الصدمي ووجود خلل معرفي يرتبط بشكل مباشر بالتجربة الصدمية، ويُفاقم من القدرة على التكيف مع واقع تفاقم مرض السرطان وابتعاد بؤادر نهاية العلاج؛ ما يعزز مشاعر الارتباك ويزيد صعوبة معالجة الأحداث المؤلمة، أما السلم (H) "اضطرابات الاكتئاب" فقد كان مجموع النقاط 17، بدرجة معايرة (04) يعكس أعراضاً اكتئابية أكثر وضوحاً تشير إلى تقدير "صدمة قوية" تحمل في جوهرها سمة من الانطفاء العاطفي المرتبط بتجربة السرطان، وفي السلم (I) "المعاش الصدمي" بلغ مجموع النقاط 10 في تظاهرات يغلب عليها مشاعر الذنب والخجل، أخيراً السلم (J) "توعية الحياة" سجلت الحالة التصنيف (04) بتقدير عيادي "صدمة قوية" يشير إليها تراجع في التفاعل الاجتماعي، انخفاض جودة الحياة، الشعور بالعزلة، أما في الجزء الثاني شكلت النتائج دلالات صريحة على تطور اضطراب ما بعد الصدمة؛ حيث تشير فترة ظهور الأعراض إلى استجابة فورية لصدمة إعلان السرطان، حيث بدأت العديد من التناذرات خلال الشهر الأول بعد الحدث، ورغم تأخر ظهور بعض المؤشرات إلى ما بعد 3 أشهر، إلا أن هناك دلالة على وجود تراكمات لضغوط نفسية سابقة ، ومن هنا يتكامل التحليل العيادي الزمني مع نتائج الجزء الأول

التي أظهرت صدمة نفسية قوية، مما يدعم تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة يتزامن مع مظاهر اكتئابية ونفس - جسمية.

4.4.1.1. نتائج قائمة بيك الثانية للاكتئاب:

بناءً على نتائج تطبيق مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II)، تم تسجيل درجة كلية بلغت 44 نقطة، تشير إلى دلالة إكلينيكية اكتئاب شديد وفقاً للتصنيف المعياري للمقياس (29-63 نقطة)، تدل هذه الدرجة على حالة اكتئاب مع ظهور الأعراض الأساسية في درجات مرتفعة جداً حيث تم تسجيل على المستوى الوجداني حزن عميق ومستمر (درجة 3)، مشاعر كآبة مهيمنة تؤثر على المزاج اليومي للمريضة، كما تم رصد فقدان واضح للقدرة على الاستمتاع (درجة 2)، مشاعر انعدام القيمة (درجة 2)، أما الأعراض المعرفية سجلت المريضة درجة عالية من التشاؤم (3)، نظرة سوداوية تجاه المستقبل، كما أظهرت صعوبة في التركيز (2)، وتردد ملحوظ في اتخاذ القرارات (2)، وتُظهر النتائج فقداناً كبيراً في الطاقة (درجة 3)، يشير إلى حالة من الإرهاق الجسدي المزمن، تم تسجيل تغيرات في النوم (درجة 2) تمثل في نوم أقل من المعتاد، بالإضافة إلى تغيرات كبيرة في الشهية (درجة 3)، ما يطرح وجود اضطراب النمط الغذائي، ما يعكس مزيداً من التدهور في الأداء الحيوي والوظيفي، ورغم غياب الأفكار الانتحارية (درجة 0) في الوقت الحالي، فإن التهيج (درجة 3) والانسحاب الاجتماعي (تمت ملاحظته ضمن فقدان الاهتمام بدرجة 3) يطرحان احتمال تطور سلوك انسحابي وعدائي، يُفاقم العزلة ويزيد من احتمالات تدهور الحالة في غياب تدخل علاجي نفسي، ويشير التحليل الكلي للنتائج إلى اكتئاب تفاعلي يتميز بثقل الأعراض الجسدية وتفاعلها مع الأبعاد العاطفية والمعرفية، وهذا يُصنّف ضمن الاضطراب الاكتئابي الجسيم (Major Depressive Disorder).

5.4.1.1. نتائج اختبار الإدراك الأسري (FAT):

تم تمرير الاختبار في جلسة مستقلة بعد تحضير المفحوصة وشرح ما سنقوم به، تم شرح ماهية الاختبار وأهدافه وإعطاء التعليمات الخاصة به، وحملنا اللوحات أمامها واحدة تلو الأخرى بالترتيب، وطلبنا منها التعبير بكل راحة، وقد استمرت الجلسة ما يقارب 30 دقيقة سوف نستعرض ما جاء من نتائج حيث تم تفريغ محتوى بروتوكول "الحالة" ضمن شبكة ترميز قائمة على ثمانية محاور عيادية تستند إلى دلائل النسق الأسري، وقد أظهرت المؤشرات الرقمية والكيفية خلافاً وظيفياً واضحاً في بنية العلاقات داخل الأسرة فالمؤشرات العامة للتوظيف داخل النسق الأسري، تظهر اختلال التوظيف (94 نقطة) مقارنة بالتوظيف الإيجابي (46 نقطة)، ما يعكس ديناميّة مختلة وغير متوازنة، مع سيطرة التفاعلات السلبية والقصور في استجابات التكيف

، وبشكل مفصل أبانت النتائج في محور الصراع الأسري "الصراع الزوجي" كنمط ظاهر في 15 حالة، وهو الأعلى بين أنماط الصراع، يليه "الصراع العائلي" في 8 حالات و"صراعات من نوع آخر" بـ 6 حالات، بينما لم تُسجل سوى 3 حالات لغياب الصراع، ما يدل على أن الصراع هو خاصية سائدة في تفاعلات الأسرة، أما أساليب معالجة الصراع، فتميل إلى الطابع السلبي، حيث سُجلت 11 حالة من "المعالجة السلبية" مقابل 8 فقط "معالجة إيجابية"، مما يشير إلى ضعف الاستراتيجيات المستخدمة داخل النسق في احتواء التوتر، فيما يتعلق بتحديد القيود الأسرية، فإن 9 من الحالات تتطوي على "عدم ملاءمة" (4 منها لا تُقبل، و5 تُقبل على الرغم من عدم ملاءمتها)، ما يعكس إشكالية في إدراك الحدود والضوابط داخل النسق الأسري، ويشير إلى اختلال في توزيع الأدوار وقبولها أو رفضها بطريقة غير مستقرة، وفي محور نوعية العلاقات، نلاحظ ضعفًا في التحالفات الزوجية (سُجلت 0 حالة تحالف مع الزوج/ة)، مع بعض التحالفات مع الأم (2 حالات)، الأب (2 حالات)، والإخوة (3 حالات)، يقابلها تسجيل الأب كمصدر قلق في 8 حالات، وهو أعلى مؤشر سلبي في هذا البند، مما يُبرز دوره السلبي أو السلطوي داخل النسق، أما فيما يتعلق بتعريف الحدود في العائلة، فقد سُجل "النسق المفتوح" في 8 حالات، لكنه يقابل بـ 4 حالات لنسق مغلق، و3 حالات تكرار مختل، و3 حالات "عدم التزام"، ما يشير إلى اضطراب في تنظيم الحدود والعلاقات داخل النسق في جانب التعامل الأسري سجلنا سوء المعاملة من خلال 6 حالات إساءة، و4 حالات إهمال، وحالة واحدة لإجابات غير اعتيادية، مع غياب الإشارات إلى أنماط أخرى مثل التحرش أو رفض صريح، لكنها رغم ذلك تُعبر عن بيئة أسرية محفوفة بالمخاطر النفسية، أما النبذة الانفعالية العامة فيتغلب عليها الطابع السلبي: حزن/ اكتئاب (4 حالات)، غضب/ عدا (3 حالات)، وخوف/ قلق (2 حالات)، دون تسجيل حالات للسعادة أو الاكتفاء، مما يُظهر مناخًا وجدانيًا مشحونًا ومضطربًا داخل النسق الأسري.

5.1.1. التشخيص الإكلينيكي النسقي:

بناءً على مقارنة نتائج المقابلات العيادية، وشبكة الملاحظة، واستبيان الصدمة النفسية وقائمة الاكتئاب

الثانية:

أولاً: تطابق المعايير التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية PTSD، ونتيجة مقياس الصدمة النفسية "صدمة قوية جداً" مع (DSM-5) حيث برزت كل المحركات الأساسية: التعرض للتهديد بالموت، وجود واحد أكثر من عرض من الأعراض الاقتحامية المرتبطة بالحدث الصادم، السلوك التجنبي للمحفزات المرتبطة

بالسرطان في دلالة أن الحالة الأولى تستوفي معايير تشخيص صدمة نفسية في سياق الاستجابة لحدث السرطان.

ثانيا: تحقق تشخيص أعراض الاكتئاب من خلال التقييم العيادي وشبكة الملاحظة، واختبار الاكتئاب وتطابقت مع معايير DSM-5، وقد شملت مزاجاً مكتئباً معظم اليوم وكل يوم، انخفاضاً في الاهتمام أو الاستمتاع في جميع النشاطات، فقدان واضح للوزن لا يعزي لحمية غذائية (رغم أن هذا العرض قد يرتبط بتأثيرات السرطان وهنا تتدخل تقديرات الملاحظ في تفسير فقدان الوزن)، اضطرابات في النوم، وشعور بانعدام القيمة وينبغي النظر إلى الاستجابة الاكتئابية كامتداد طبيعي ومعقد للتجربة الصدمية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالحدث من حيث السياق التاريخي والمكونات النفسية المرضية.

ثالثا: العلاقات تتسم بضعف التوازن، واختلال موازين التحالف (تحالف أم - أبناء ضد الأب)، حيث ظهر استسلام طرف يمثل السلطة ما أدى في النهاية انهيار وشيك للبناء الأسري.

رابعا: الحدود في النسق العائلي غير واضحة تتميز بعدم احترام الأدوار، كما أن القواعد تتغير باستمرار ما يمنع من توقع المستقبل، رغم محاولة الأم - والبنات تغيير قواعد السلطة، ما جعل ردة فعل النسق غير متوقعة وتم التحضير لإنشاء نسق فرعي جديد.

خامسا: يعاني النسق العائلي من اضطراب واضح في توزيع الأدوار؛ العائلة الممتدة تؤثر في القرارات، الأب مثير للقلق، الأم في دور الضحية ما أدى إلى ظهور مؤشرات للعزلة ومحاولة الابتعاد، وهذا غالبا يكون منشأ للاكتئاب.

سادسا: الصراع إلى الخلافات والتوترات داخل النسق يظهر في صراع سلطة بين المرأة والرجل وكتوترات متعلقة بالتحضر والرغبة في الاستقلال، كما يتجلى تنافس سلبي يحاول كل طرف تقليص دوره على حساب الآخر.

سابعا: نموذج الاتصال سلبي صامت، تسوده الرسائل المزدوجة والحلول المزيفة، وُضعت الأم بين رسالتين متناقضتين: استسلام الزوج/ الخوف على أسرة البنات، هذه الازدواجية انتجت دينامية بقرارات غير صحية مصيرها التأثير سلبا على النسق، واعتمد النسق على الانفعالات والتعاطف من أجل الحفاظ على التوازن.

1.5.1.1. وظيفة الأعراض داخل النسق:

يمكن فهم ظهور الاستجابة الاكتئابية الصدمية لدى الحالة خلال الأزمة الصحية (السرطان كعامل مفجر) أنها نداءات متكررة للحفاظ على النسق، رسائل مشفرة لأجل إعادة توزيع الأدوار والتعاون والتفاعل، كما أدت الأعراض دورا الحامي لإخفاء خوف الحالة من انهيار النسق، تعكس دور الأم المحوي وتضحياتها من أجل الحفاظ على الأسرة، فالحزن الظاهر، الانسحاب، انخفاض تقدير الذات وإهمال الأنشطة اليومية كانت الحالة الأم تسعى من خلالها إلى لفت أنظار السلطة إلى حماية الأسرة، كما حملت "استغاثة" أفراد آخرين داخل الأسرة.

2.5.1.1. الفرضية النسقية:

- 1) ما الذي يساهم في الحفاظ على المشكلة؟: التحالفات السلبية داخل النسق، الأب مصدر للقلق، البحث عن أدوار جديدة، السلطة المزيفة كلها ساهمت في بقاء واستمرار العرض.
- 2) ما الدور الذي يلعبه كل فرد في استمرار العرض؟: ساهم كل فرد في استمرار العرض فالأم في دور "الضحية" يختفي خلفها الصراع، البنت تتبنى دورا ليس لها، الأبناء يلعبون دور المتفرج مع القيام بدور في حدود الأدنى.
- 3) ما الذي يمنع النسق من التغيير؟: غياب التواصل هو السبب الرئيس، مما حوّل الألم إلى لغة جسدية/اكتئابية، استثمار لا واعٍ في العرض كوسيلة للحفاظ على التعاطف داخل الأسرة، بحيث يصبح التغيير تهديداً لبنية قائمة، وإن كانت مختلة.

6.1.1. تطبيق البرنامج العلاجي النسقي مع الحالة الأولى (ب. م):

تم تنفيذ البرنامج العلاجي داخل مصلحة طب الأورام غليزان، حيث مثل مكتب المختصة النفسية الحيز العلاجي الرئيسي.

أ. المرحلة الأولى: خط الأساس (المرحلة -A):

الوحدة الأولى: التقييم الأولي، بناء التحالف العلاجي، وتحديد الأهداف العلاجية.

الجلسة الأولى: تقديم البرنامج وتحديد المريض المُعَيَّن والعرض في السياق العائلي.

بهدف تثبيت خط أساس مستقر وموثوق، تم تخصيص ثلاث نقاط زمنية لجمع البيانات القبلية: الأولى قبل أسبوعين من انطلاق البرنامج، والثانية قبل أسبوع واحد، والثالثة خلال الجلسة الثانية.

ما قبل الجلسة

وقد أُجري التقييم في كل نقطة باستخدام أدوات البحث المعتمدة، لضمان استقرار المؤشرات وتحديد مستوى الحالة قبل بدء التدخل العلاجي بشكل موضوعي ودقيق.	
العرض داخل الأسرة وسيلة لجذب الانتباه	صياغة الفرضية
من 45 إلى 60 دقيقة	زمن الجلسة
المقابلة النسقية، شبكة الملاحظة، الاستجواب الدائري	الأساليب العلاجية
حول التعاون المتبادل داخل الأسرة	النشاط العلاجي
الأب وزوج المريضة/ المريضة (ب. م)، الابن الأكبر، البنت وزوجها	المشاركون

مجريات الجلسة: خصصت الجلسة الأولى لخلق جو آمن، مع تعريف المعالج بنفسه، وشرح قواعد الجلسات، جرى التطرق إلى ما إذا كان مرض الأم قد أدى إلى اختلال في علاقات الأسرة، باستخدام الاستجواب الدائري الذي أتاح ملاحظة ديناميات الصمت والتفاعل، كما تم شرح النموذج العلاجي، مع طرح تمرين: "لو اختفى العرض، ماذا سيتغير؟" والذي أظهر تغييرات في الأدوار وصراعات ضمنية، اختتمت الجلسة بتكليف الأسرة باستكمال "استمارة ملاحظة التفاعلات الأسرية" لاستخدامها في الجلسات المقبلة.

الجلسة الثانية: تشخيص الاستجابة الاكتئابية الصدمية وتحليل الاختلالات الأسرية

الاستجابة الاكتئابية والصدمية وسيلة غير واعية لتجنب مواجهة الصدمة الأصلية.	صياغة الفرضية
45 إلى 60 دقيقة	زمن الجلسة
المقابلة النسقية، الاختبارات النفسية	الأساليب العلاجية
الرواية العائلية حول الحدث	النشاط العلاجي
المريضة (ب. م)، الابن الأكبر، البنت وزوجها	المشاركون

مجريات الجلسة: خصصت الجلسة كلية للتقييم النفسي المركّز على الحالة، حيث تم تمرير مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II)، وفي الجزء الثاني طبق استبيان الأعراض الصدمية (TRAUMAQ)، اختبار الإدراك الأسري اختتمت الجلسة بشكل طبيعي استعداداً للمتابعة العلاجية.

الجلسة الثالثة: استكشاف التمثيلات النسقية للاستجابة الاكتئابية الصدمية

تساهم بعض الأدوار العائلية في تثبيت الاستجابة الاكتئابية الصدمية وإنتاج أنماط تواصل متناقضة	صياغة الفرضية
(45 إلى 60 دقيقة)	زمن الجلسة
المقابلة النسقية، الاستجواب الدائري، إعادة التأطير	الأساليب العلاجية
رسائل غير مرسله	النشاط العلاجي
المريضة (ب. م)، الابن الأكبر، البنت وزوجها	المشاركون

ما بعد الجلسة:	يقوم المعالج (يمكن ومن الأفضل الاستعانة بفريق علاجي) بعد نهاية جلسات التقييم بتحليل استجابة المريضة والأسرة، ورسم خط أساس القاعدي، ومن خلاله يتم التفكير في الخطوة القادمة وتحديد اتجاه الجلسة التالية.
----------------	---

مجريات الجلسة: تم التركيز في هذه الجلسة على فهم تمثلاث الحالة داخل الأسرة من خلال مراجعة موجزة لما تم سابقاً، بعد ذلك طبقنا الاستجواب الدائري بأسئلة حول الاختلافات مثلاً: "كيف ترين اسرتك اليوم؟ فتح هذا السؤال المجال لاستكشاف تمثلاث الحالة كأم، زوجة، ومريضة، وكيف تداخلت هذه الأدوار بشكل أريك إحساسها؛ تم تقديم نشاط علاجي يهدف إلى التفريغ النفسي "الرسائل غير المرسله"، حيث طُلب من كل فرد من العائلة توجيه رسالة إلى "السرطان"، وكأنه يسمع، في نهاية الجلسة تم توجيهه على ضرورة نقل الاهتمام من المرض إلى المريضة.

ب. نتائج تقييم المرحلة الأولى (مرحلة خط الأساس):

جدول 14: مرحلة خط الأساس (Baseline - A) للحالة الأولى

الانحراف المعياري	التباين	التقدير	المتوسط	A3	A2	A1	الأداة / المؤشر
3.51	12.33	صدمة قوية	110.67	107	111	114	استبيان الصدمة النفسية
4,33	4.33	اكتئاب شديد	42,33	40	43	44	اختبار بيك للاكتئاب (BDI-II)
3.00	9.00	اختلال	94	91	97	94	اختبار الإدراك الأسري - اختلال التوظيف
1.53	2.33	التوظيف	44.33	44	43	46	اختبار الإدراك الأسري - التوظيف الإيجابي

شبكة الملاحظة الإكلينيكية

1. تلبى المؤشرات الإكلينيكية تشخيص الأعراض المشتركة للاستجابة الاكتئابية من حيث الشدة، والحدة، والاستمرارية.
2. مظاهر الخلل في المنظومة العائلية بارزة، بما يدعم فرضية التداخل بين الاضطراب النفسي والاختلال النسقي.

تعبّر النتائج عن استقرار في الأعراض النفسية والأسرية خلال مرحلة خط الأساس، رغم وجود انخفاض عددي، إلا أن شدة التصنيفات الإكلينيكية لم تتغير، وهذا يدعم صلاحية خط الأساس كمؤشر مرجعي موثوق يمكن مقارنة التغيرات اللاحقة به خلال التدخل العلاجي.

ج. المرحلة الثانية: (مرحلة التدخل B) :

الوحدة الثانية: خفض الأعراض الاكتئابية وإعادة تأطير التجربة الأسرية في مواجهة صدمة السرطان

الجلسة الرابعة: إعادة تأطير التجربة العائلية مع صدمة السرطان

صياغة الفرضية	إعادة تأطير التجربة الصدمية يحولها إلى فرصة لإعادة بناء النظام الأسري ويعمل على تقليل الآثار النفسية لصدمة السرطان.
---------------	---

مدة الجلسة:	45 إلى 60 دقيقة
التقنيات العلاجية	الاستجاب الدائري / إعادة التأطير / الدلالة الإيجابية
النشاط العلاجي	الساعة الآمنة
المشاركون:	الحالة (الأم)، البنت وزوجها، الابن الأكبر: استمرار غياب الأب

مجريات الجلسة: خصصت الجلسة لمناقشة تأثير تجربة مرض السرطان على الأسرة، وتدريبهم على دعم بعضهم البعض، بعد التذكير بالجلسات السابقة، قدم المعالج شرحاً مبسطاً عن السرطان، مؤكداً على التقدم الطبي في علاجه بهدف تبديد المخاوف والمعتقدات الخاطئة.

باستخدام تقنية الاستجاب الدائري: فتحت مساحة آمنة لمناقشة التجربة الصادمة التي مرت بها العائلة، حيث طرح المعالج أسئلة تتعلق بالتغيرات التي طرأت على حياتهم.

باستخدام تقنية إعادة التأطير: تم تحويل الأزمة الى آلية كشفت عن قوة العائلة وتماسكها، مع توجيه الأسرة إلى إيجاد حلول من خلال تحويل الألم إلى روابط أعمق.

في الختام، تم اقتراح وصفة علاجية: "الساعة الآمنة"، وهي ساعة أسبوعية يجتمع فيها أفراد العائلة للاستماع والتعبير عن مشاعرهم وحبهم دون نقد أو لوم.

الجلسة الخامسة: معالجة الأعراض الاكتئابية في سياق الأسرة

صياغة الفرضية	خفض شدة الأعراض وحدتها يمر عبر تحويل رؤية الأسرة للاستجابة الاكتئابية من مصدر للعجز إلى فرصة للتعاون، وأنها قابلة للتغيير
مدة الجلسة:	45 إلى 60 دقيقة
التقنيات العلاجية	الاستجاب الدائري / إعادة التأطير / وصفة مهام
النشاط العلاجي	القصة الرمزية
المشاركون:	الحالة (الأم)، البنت وزوجها، الابن الأكبر: غياب الأب

مجريات الجلسة: تم تخصيص الجلسة العلاجية لفهم آلية عمل أعراض الاكتئاب بدل البحث عن الأسباب وتم استخدام تقنيات العلاجية وفق:

الاستجاب الدائري: من خلال طرح مجموعة من الأسئلة على طرفين حول طرف ثالث حاضر في الجلسة وسماع ردودهما في شكل نقاش وهذا من أجل استخراج الأفكار السلبية لدى الحالة - والمعتقدات الخاطئة لدى أفراد الأسرة.

إعادة التأطير: تهدف إلى إعادة تفسير تجربة الحزن كما تسميها الأسرة، وتحويلها من الثبات إلى حالة عابرة قابلة للتغيير.

القصة الرمزية: تم استخدام قصة "حجر صغير حزين" الذي يظن أنه بلا فائدة.

وصفة مهام: كيف يمكن أن يتغير دور كل فرد لو رأى نفسه يؤدي دوره.

اختتم المعالج الجلسة بتوضيح مفهوم "التفكير - الشعور - السلوك" وكيف أن ردود الأفعال تؤثر على الفرد ومن حوله.

الجلسة السادسة: إعادة تأطير العرض الاكتئابي - الصدمي

صياغة الفرضية	تبسيط فكرة الاكتئاب كوظيفة داخل النسق لكسر حلقة التفاعل السلبي التي تثبتته.
مدة الجلسة	45 إلى 60 دقيقة
التقنيات العلاجية	إعادة التأطير المعقد/ وصفة المهام/ الدلالة الإيجابية
النشاط العلاجي	الكرسي الشاغر - مبدأ ضبط الانفعالات
المشاركون	الحالة (الأم)، البنت وزوجها، الابن الأكبر: غياب الأب

مجريات الجلسة: خصصت الجلسة من أجل إعادة تأطير العرض الاكتئابي الصدمي حيث تم افتتاح الجلسة بتغذية راجعة عما حدث الأسبوع الماضي.

إعادة التأطير المعقد: وضح الخطة طويلة الأمد لتحقيق الأهداف بخصوص الأعراض لا يكفي أن أتغير ليوم واحد، بل يجب الاستمرار، مثلاً يجب تبادل الأدوار في رعاية الأم لرفع شعورها بالاهتمام

تمرين الكرسي الشاغر: يمثل الأصوات الغائبة والمشاعر المكبوتة.

مبدأ ضبط الانفعالات: الحزن والغضب المرافق للسرطان شعور طبيعي، سفر الأعراف أو غيابهم مسار حياة بديهي، ولكن إذا تحولت إلى حزن مستمر وشديد تكون غير صحية.

وصفة مهام: تم تكليف كل فرد بكتابة جملة يومياً تبدأ بـ "ما لا أقوله عادة هو..." ووضعها في صندوق مشترك.

الإنهاء العلاجي: تم التأكيد على أن الهدف ليس فقط الاهتمام بمرض الأم، بل فهم ما يحدث بين أفراد الأسرة، وأن الألم يمثل فرصة لفهم جديد.

الوحدة الثالثة: تعديل الأنماط العلائقية وإعادة التوازن الأسري

الجلسة السابعة: تحسين التواصل وأنماط التفاعل داخل النسق الأسري

صياغة الفرضية	تحسين التواصل داخل النسق العائلي يُساهم في إنهاء دور الأعراض كوسيلة للتعبير عن المعاناة.
مدة الجلسة	45 إلى 60 دقيقة
التقنيات العلاجية	الاستجاب الدائري /التغذية الراجعة / إعادة التأطير
النشاط العلاجي	الرسائل الصريحة
المشاركون	الحالة (الأم)، البنت، الابن الأكبر

مجريات الجلسة: في هذه الجلسة تم توجيه العمل مع الأسرة حول تحسين مهارات الاتصال والحوار والتخلي عن "من هو المذنب"، من أجل الحفاظ على النظام لان الأسرة والأم هي المهمة وليس المرض والحزن وهي مجرد حالات عابرة.

التغذية الراجعة: مناقشة أمور حساسة توقف فيها الحوار سابقا (تكاليف العلاج).

الاستجاب الدائري: يسأل المعالج كل فرد عن الآخرين مقارنات بسيطة حول طريقته في الحوار، ويتدربون على الإجابة بطرق أكثر هدوء، كان الأمر أشبه بلعبة تفتح الأبواب المغلقة بينهم.

تمرين "رسائل صريحة": ما هي خطوات ارسال رسالة صريحة؟ الحقيقة أولا، الاستماع، فن الرد بتعاطف، تبادل الآراء والبحث عن الحلول، أهمية طلب دعم الآخرين.

إعادة التأطير غياب الأب: عدم مشاركة الأب في التكفل بالحالة شكل احباط لدى الأبناء، تسبب في القاء اللوم وعليه تم إعادة تأطير الظرف الحالي ورسم خطة قصيرة الأمد: من يتكفل بدعوته للحضور؟ سنستمع إليه كلنا ونحاول تقديم الأعذار.

إنهاء الجلسة: تغيير شيئا واحداً هذا الأسبوع في طريقة التواصل داخل الأسرة.

الجلسة الثامنة: إعادة تنظيم العلاقات وتوزيع الأدوار

صياغة الفرضية	يمكن الأسرة الانتقال من التضحية الفردية إلى المشاركة الجماعية في الحلول، والسماح بخلق تحالفات صحية ينتج تعاون أسري
مدة الجلسة	45 إلى 60 دقيقة
التقنيات العلاجية	التغذية الراجعة/ إعادة التأطير/ وصفة المهام
النشاط العلاجي	حول وجبات العشاء العائلية
المشاركون	الأب، الحالة (الأم)، البنت وزوجها، الابن الأكبر

مجريات الجلسة: تم تخصيص الجلسة العلاجية لإعادة العلاقات بين كل عناصر النسق وتشجيع تواصل مباشر بين كل الأطراف، وتعزيز وعي الأسرة بأن "الصحة" تعني التوازن والمسؤولية كجهد جماعي لا تضحية فردية.

إعادة تأطير: تقديم تفسير إيجابي للولاءات كحقائق غير ثابتة في نظام الأسرة، مع تدريب الأسرة على انشاء توزيع عملي للمهام اليومية واحترام أدوارها.

استجواب الدائري موجه للأبناء بخصوص الوالدين: "ما أول شيء تغير في حياتهم بعد السرطان؟"

إعادة تأطير: الانسحاب ليس عجزاً بل استجابة غير منظمة للألم، يمكن تعديلها إذا تم الاعتراف بها ومشاركتها.

وصفة مهام: تساعد على إعادة توزيع الأدوار بطريقة متوازنة يتم الاتفاق على تنفيذها طوال الأسبوع المقبل.

أنهت الجلسة بتعزيز إيجابي: أن التحول يبدأ من الاعتراف بأخطائنا المتكررة، وأن إعادة التوازن ممكنة حين نمح أنفسنا فرصة ثانية للتواصل الحقيقي.

الجلسة التاسعة: دعم التوازن العائلي في ظل التغيرات

صياغة الفرضية	تطوير استراتيجيات دعم متبادلة تحترم التغيرات يحقق التوازن في النسق.
مدة الجلسة	45 إلى 60 دقيقة
التقنيات العلاجية	الاستجواب الدائري، إعادة التأطير الإيجابي، وصفة المهام العلاجية
النشاط العلاجي	كيف نعيش كأُسرة في ظل التغير؟
المشاركون	الأب، الحالة (الأم)، البنت وزوجها، الابن الأكبر

مجريات الجلسة: تضمن محتوى الجلسة التعزيز الإيجابي لما تم تحقيقه، مع تثبيت التغيرات الإيجابية، وإعادة تنظيم العلاقات بما يسمح للأسرة بمواجهة التحديات المستقبلية كأُسرة متماسكة، وليس كأفراد متفرقين.

استجواب دائري: ما الذي تغير في علاقاتكم مع بعضكم منذ بداية العلاج؟

النشاط العلاجي: "كيف نعيش كأُسرة في ظل التغير؟" يطلب المعالج من الأسرة أن يدونوا على ورقة صغيرة: ما الذي يريدون الحفاظ عليه داخل أسرتهم؟ ويكون العمل مشترك.

مناقشة وصفة المهام: تم مناقشة التي قدمت في الجلسة الماضية هل قام كل عضو بما أسند إليه؟ من قصر في دوره؟ ومن زاد عما كلف به؟

إعادة التأطير وتثبيت التغير: اختتم المعالج الجلسة بإعادة تأطير أعمق لمفهوم الألم والإحباط: المرض ليس فشلاً، إنه نداء من الأسرة لإعادة التوازن... وقد أظهرتم أنكم قادرون على العيش بسلام إذا أدى كل فرد منكم دوره ببساطة، إذا استمع وأنصت لما يقوله الآخرون.

الجلسة العاشرة: منع الانتكاس وتعزيز استراتيجيات التكيف.

صياغة الفرضية	تعزيز التكيف مع التغير باعتماد قواعد مرنة قائمة على التعاون.
مدة الجلسة	45 إلى 60 دقيقة
التقنيات العلاجية	الاستجابات الدائري، إعادة التأطير
النشاط العلاجي	قائمة " الإشارات الحمراء "
المشاركون	الأب، الحالة (الأم)، البنت وزوجها، الابن الأكبر

مجريات الجلسة: هذه الجلسة مخصصة للحفاظ على التقدّم وتقادي العودة إلى الحالة السابقة التي ساهمت في تعقيد الأزمة، كما كانت هذه الجلسة محطة أولى لتقييم التدخل للتعرف على مسار العلاج.

استجابات دائري: هل يستطيع كل منكم ان يحدد ما الذي منح الأم القوة خلال مرضها؟ حين ظهرت أعراض الاكتئاب في السابق، كيف كانت الأسرة تتفاعل؟ من كان ينسحب؟

إعادة تأطير عودة الأعراض: الانتكاس ليس فشلاً، بل إشارة على وجود حاجة عند المريض تتضرر أن يتم تليتها، للمريضة: جسّدك لا يعلن الاستسلام، بل يطلب الاهتمام، وعودة الحزن ليست حرباً ضدكم، بل ليذكركم أنكم بحاجة الى بعضكم.

في نهاية الجلسة تم تقديم بتغذية راجعة، وختاماً فإن هذا المسار العلاجي لا يُعدّ نهاية بل انطلاقة جديدة، حُصص بعدها الوقت المتبقي للتقييم النفسي: استبيان تقييم الصدمة النفسية (TRAUMAQ)، اختبار الاكتئاب (BDI-II)، اختبار الإدراك الأسري.

الوحدة الرابعة: تقييم فعالية التدخل العلاجي، والتحقق من استمرارية التغيرات الإيجابية

الجلسة 11: تقييم نسقي عيادي لأعراض الاستجابة الاكتئابية والصدمية والتفاعل الأسري

صياغة الفرضية	التغير في الأعراض النفسية يعكس تحسناً فردياً، ويُعبّر عن تحوّل في أنماط التفاعل داخل النسق الأسري
مدة الجلسة	45 إلى 60 دقيقة

التقنيات العلاجية	المقابلة النسقية، شبكة الملاحظة، الاستجواب الدائري
النشاط العلاجي	كتابة رسالة إلى المستقبل
المشاركون	الحالة (الأم)، البنت، الابن الأكبر

مجريات الجلسة: هذا اللقاء كان يهدف إلى مراجعة التغيير مستوى الأعراض النفسية، وربطها بما يحدث داخل العائلة، إذ كانت الجلسة بمثابة تقييم نوعي لتقدم العلاج من خلال ملاحظة واكتشاف تطور الأعراض الاكتئابية الصدمية خاصة عند الحالة، نبرة صوتها، تحول طريقة الكلام، وضعية الجلوس، الهدوء .

إعادة تأطير: أشار المعالج إلى أن ما نشهده من تحسن لدى كل فرد هو انعكاس للتعاون داخل الأسرة، وعليه، فإن تحسين الحوار بين كل فرد هو حل للمشاكل.

الاستجواب الدائري: تحديد التغيرات التي حدثت وستحدث مستقبلاً داخل الأسرة؟

نشاط "رسالة إلى المستقبل": طُلب من كل فرد أن يكتب رسالة إلى المستقبل، يصف فيها ما يتمنى أن يبقى، أن يتغير، أن يتحقق.

في ختام الجلسة يقدم المعالج تغذية راجعة: "ما شاركنم به اليوم هو فهم أعمق لأنفسكم، وأول خطوة نحو التغيير.

الجلسة 12: تقييم نسقي عيادي لأعراض الاستجابة الاكتئابية والصدمية والتفاعل الأسري

صياغة الفرضية	عندما نبني نظام تواصل حقيقي وصحي بين أفراد النسق ككل، يمكن للأعراض أن تفقد وظيفتها.
مدة الجلسة	45 إلى 60 دقيقة
التقنيات العلاجية	المقابلة النسقية
المشاركون	الحالة (الأم)، البنت، الابن الأكبر
ما بعد الجلسة	تحديد موعد لتقييم نفسي بعد أسبوع واحد.

مجريات الجلسة: خصصت بشكل كامل للتقييم النفسي بحضور المختصة النفسية وإجراء الاختبارات، وأوضح المعالج أن الجلسة مخصصة لاكتشاف كيف تغيرت أحوال الأسرة مع مرور الأيام وأن مجرد التفكير الإيجابي غير معاني كثيرة في أنفسكم.

الجزء الأول: تم تمرير استبيان تقييم الصدمة النفسية (TRAUMAQ)

الجزء الثاني: تم تمرير اختبار الإدراك الأسري.

الجزء الأخير: تم تمرير اختبار الاكتئاب (BDI-II) لتقييم الأعراض الاكتئابية.

في نهاية الجلسة، تم التطرق إلى مفهوم "الإنهاء العلاجي"، حيث تم التأكيد على أن الانتقال من جلسات العلاج لا يعني انتهاء الدعم، بل انتقاله إلى أشكال أخرى " ثم تقرر تحديد موعد لتقييم نفسي آخر.

د. نتائج مرحلة التدخل:

تبعاً لعملية التقييم في ثلاث محطات زمنية مختلفة وباستخدام للمقابلة النسقية، شبكة الملاحظة، تطبيق الاختبارات: استبيان TRAUMAQ لتقييم الصدمة، اختبار بيك للاكتئاب (II)، واختبار الإدراك الأسري (FAT) تم تحديد نتائج التقييم في مرحلة التدخل (B).

جدول 15: مرحلة التدخل Intervention Phase-B (الحالة الأولى)

الأداة / المؤشر	B4	B5	B6	المتوسط	التقدير	التباين	الانحراف المعياري
استبيان الصدمة النفسية	79	72	70	73.67	صدمة متوسطة	14.89	3.86
اختبار بيك للاكتئاب (BDI-II)	32	27	25	28.67	اكتئاب متوسط	8.22	2.87
اختبار الإدراك الأسري - اختلال التوظيف	78	77	74	76.33	اختلال التوظيف	2.89	1.70
اختبار الإدراك الأسري - التوظيف الإيجابي	66	68	68	67.33		0.89	0.94

شبكة الملاحظة الإكلينيكية

1. تحسن واضح في جل المؤشرات الإكلينيكية لتشخيص الأعراض المشتركة للاستجابة الاكتئابية: تراجع مستوى شدة الأعراض وحدتها واختفاء أعراض عبر الزمن.
2. تراجع الخلل في المنظومة العائلية لصالح التوظيف الإيجابي، بما يدعم فرضية التداخل بين تحسن الأعراض والتوظيف الإيجابي داخل النسق.

7.1.1. تحليل نتائج الحالة الأولى:

1.7.1.1. تحليل شبكة الملاحظة الإكلينيكية:

حسب شبكة الملاحظة الإكلينيكية في مرحلة خط الأساس (A) بين التحليل بروز الأعراض المشتركة بين (الصدمة والاكتئاب)، وقابليتها للملاحظة، حيث دلت معظم المؤشرات في الشبكة وعددها 18 على مستوى متوسط إلى مرتفع جداً، أما في محور النظام الأسري فقد أظهرت خللاً واضحاً في المنظومة العائلي من خلال 12 مؤشراً ظهرت بدلالة " أعراض بارزة جداً ومستمرة دائماً"، هذا التطابق بين الأعراض يقدم دلالة على تشخيص استجابة اكتئابية صدمية مرتبطة بخلل في التوظيف الأسري يتطلب تدخلاً علاجياً، أما مرحلة التدخل (B) فقد أبرزت الشبكة انخفاض مستوى الشدة والحدة في الأعراض المشتركة، وهذا يبرز انخفاض مستوى الاستجابة الاكتئابية الصدمية، ويمكن تبريره بتداخل إيجابي بين تحسن الأعراض النفسية، وتحسن العلاقات

داخل النسق، ويمكن الاستنتاج أنه هناك انخفاض نوعي في أعراض الاستجابة الاكتئابية النفسية واختلال التوظيف الأسري.

2.7.1.1. حساب التغيير حسب نتائج الاختبارات النفسية (الحالة الأولى):

1.2.7.1.1. نسبة التغيير حسب استبيان تقييم الصدمة النفسية (TRAUMAQ):

جدول 16: نسبة التغيير حسب استبيان تقييم الصدمة النفسية (TRAUMAQ)

(Baseline - A)				Intervention Phase-B				% Change			
A1	A2	A3	Mean	B4	B5	B6	Mean	A1-B4	A3-B4	A1-B6	Mean Δ%
114	111	107	110,67	79	72	70	73,67	30,70%	35,14%	34,58%	33,43%

تشير نتائج استبيان تقييم الصدمة النفسية إلى انخفاض في مستوى الصدمة النفسية لدى الحالة الأولى بعد التدخل العلاجي، حيث انخفض المتوسط العام من 110.67 في مرحلة (Baseline - A) إلى 73.67 في مرحلة التدخل (Intervention - B)، بنسبة تغيير بلغت 33.43%، كما أظهرت النتائج حسب نقاط القياس نسب تحسن متفاوتة، تعكس هذه النتائج انعكاس متوسط في مستوى الاستجابة الصدمية.

2.2.7.1.1. نسبة التغيير حسب قائمة بيك للاكتئاب (BDI-II):

جدول 17: نسبة التغيير حسب اختبار بيك للاكتئاب (BDI-II)

(Baseline - A)				Intervention Phase-B				% Change			
A1	A2	A3	Mean	B4	B5	B6	Mean	A1-B4	A3-B4	A1-B6	Mean Δ%
44	43	40	42,33	32	27	25	28,00	27,27%	37,21%	37,50%	33,86%

تشير مقارنة نتائج اختبار بيك للاكتئاب (BDI-II) للحالة الأولى إلى انخفاض في مستوى الأعراض الاكتئابية بعد التدخل العلاجي مع بقائها ضمن نطاق المرضي، حيث انخفض المتوسط من 42.33 في مرحلة خط الأساس إلى 28.00 في مرحلة التدخل، بنسبة تغيير إجمالية بلغت 33.86%، بتقدير اكتئاب متوسط، مما يدعم انخفاض شدة الأعراض الاكتئابية.

تشير مقارنة نتائج استبيان (TRAUMAQ) و (BDI-II) بين مرحلتين خط الأساس والتدخل إلى انخفاض الأعراض المشتركة بين الصدمة النفسية والاكتئاب؛ في دلالة على خفض الاستجابة الاكتئابية الصدمية لدى الحالة الأولى بمستوى متوسط.

3.2.7.1.1. نسبة التغيير حسب اختبار الإدراك الأسري:

جدول 18: نسبة التغيير حسب اختبار الإدراك الأسري (FAT)

	(Baseline - A)				Intervention Phase-B				% Change			
	A1	A2	A3	Mean	B4	B5	B6	Mean	A1-B4	A3-B4	A1-B6	Mean Δ%
اختلال التوظيف	94	97	91	94,00	78	77	74	76,33	17,02%	20,62%	18,68%	18,79%

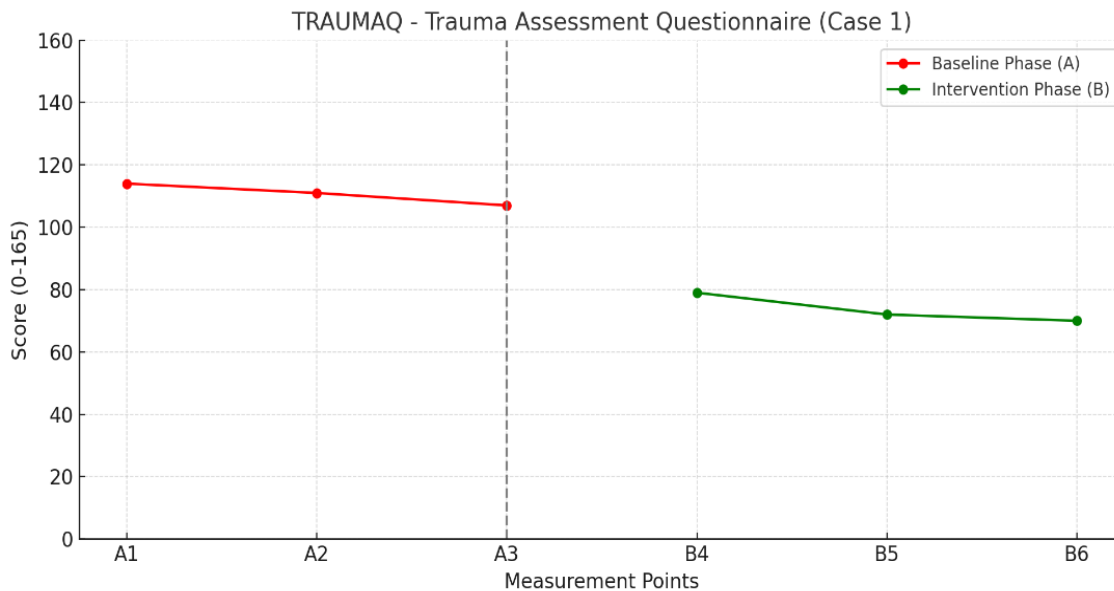
التوظيف الإيجابي	46	43	44	44,33	66	68	68	67,33	43,48%	58,14%	54,55%	51,88%
------------------	----	----	----	-------	----	----	----	-------	--------	--------	--------	--------

أظهرت بيانات اختبار الإدراك الأسري تغييراً في أنماط الإدراك الأسري لدى الحالة، حيث ظهر في نطاق «اختلال التوظيف الأسري» خلال خط الأساس (A) بمستويات مرتفعة بمتوسط قدره 94.00، تدل على نظام أسري مختل، ثم لاحظنا انخفاض في مرحلة التدخل العلاجي (B) بمتوسط 76.33 بنسبة تغير بلغت 18.79% ما يشير إلى تحسن محدود ومقبول عيادياً، في المقابل سجلت نتائج "التوظيف الإيجابي" تحسناً إيجابياً؛ حيث ارتفعت الدرجات إلى قيم أعلى في مرحلة التدخل بنسبة تغيير 51,88%.

تشير نتائج تحليل نسبة التغير بين المرحلة الأولى خط الأساس ومرحلة التدخل للحالة الأولى بعد تطبيق البرنامج العلاجي النفسي أن هناك انخفاضاً في مستوى الأعراض المشتركة بين الصدمة النفسية والاكتئاب، وتحسن في نمط التوظيف الأسري، وهو مؤشر دالّ على خفض مستوى الاستجابة الاكتئابية الصدمية للحالة الأولى في سياقها الأسري.

3.7.1.1 التحليل البصري لنتائج الاختبارات النفسية (الحالة الأولى):

1.3.7.1.1 التحليل البصري لنتائج استبيان TRAUMAQ (الحالة الأولى):

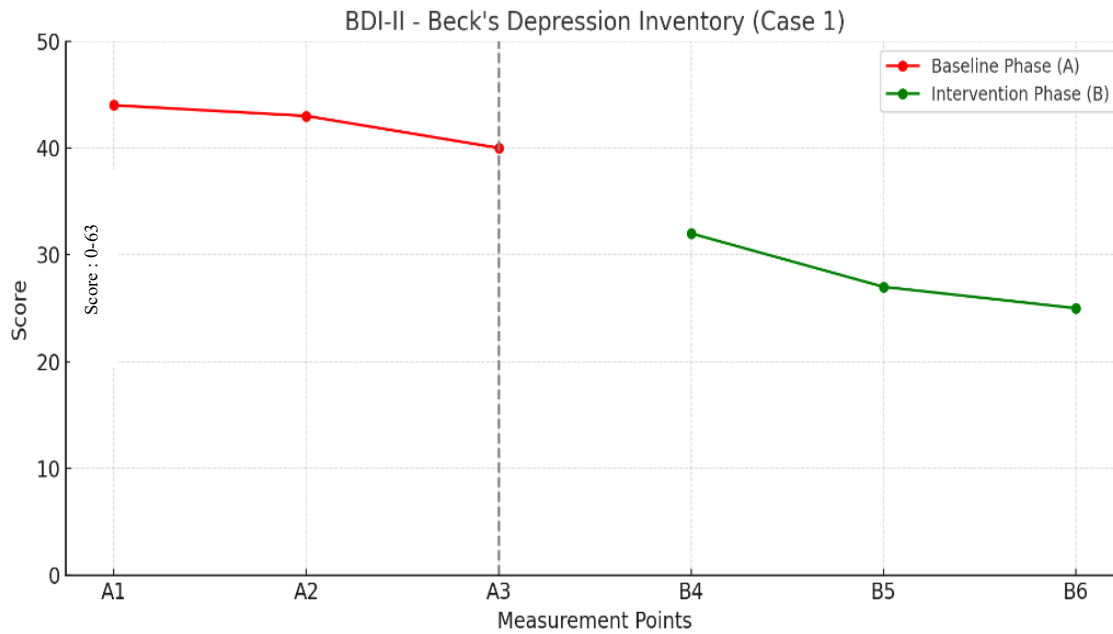


الرسم البياني 1: التحليل البصري لنتائج استبيان تقييم الصدمة النفسية

من خلال التحليل البصري للرسم البياني (1) لوحظ في مرحلة خط الأساس (A) استقراراً في "النطاق المرتفع" في مستويات الصدمة النفسية عبر النقاط الثلاث الأولى A1، A2، A3 إذ تراوحت الدرجات بين 114 و 107 ويعتبر هذا الاستقرار مؤشراً كافياً لبداية التدخل العلاجي، في المقابل أظهرت مرحلة التدخل (B) اتجاهاً تنازلياً في شدة الأعراض من أول نقطة (B4 = 79) إلى آخر نقطة (B6 = 70)، مما دل على استجابة إيجابية

ومستمرة للعلاج، وعند مقارنة المرحلتين A و B يُلاحظ انخفاض فوري في الأعراض بين آخر تقييم في خط الأساس ($A3=107$) وأول تقييم في مرحلة التدخل ($B4 = 79$) ، كما لم يلاحظ أي تداخل بين نقاط المرحلتين، وهو ما يعزز دلالة "وجود التغير" ويدعم فعالية التدخل العلاجي في خفض مستويات الصدمة النفسية.

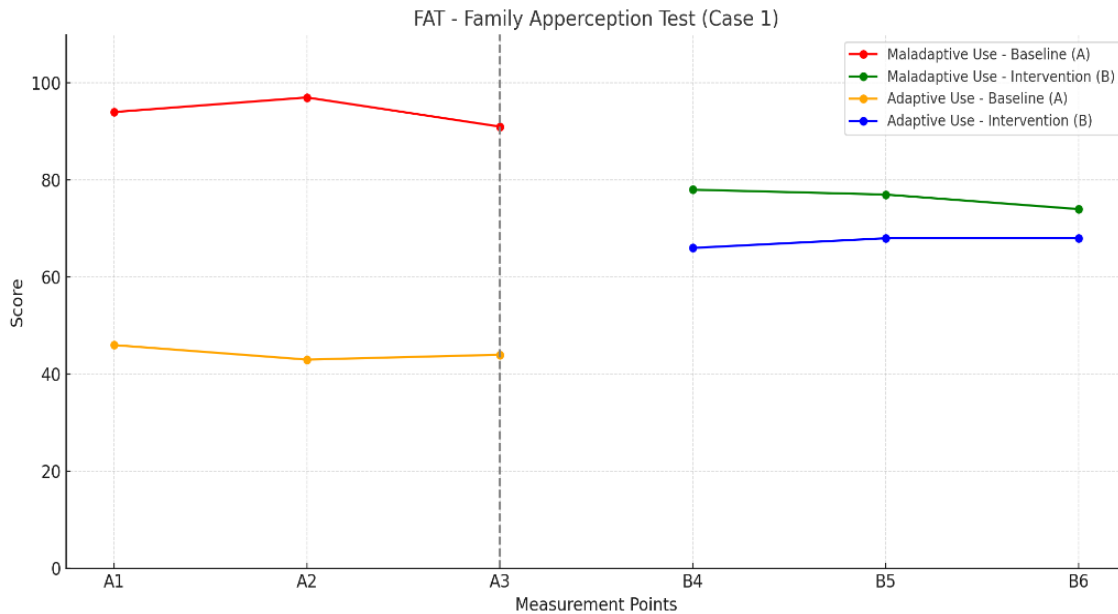
2.3.7.1.1 التحليل البصري لاختبار بيك للاكتئاب (BDI-II) (الحالة الأولى):



الرسم البياني 2: لتحليل البصري لنتائج اختبار بيك للاكتئاب (BDI-II)

من خلال التحليل البصري للرسم البياني (2) لاختبار بيك للاكتئاب (BDI-II) ظهر خلال مرحلة خط الأساس (A) استقراراً بفوارق بسيطة بين A1 (44) إلى A3 (40)، مع متوسط يقارب 42.33، وهو ما يشير إلى ثبات الأعراض في نطاق المرتفع، كما نلاحظ بروز اتجاه تنازلي واضح في مرحلة التدخل (B) ، انخفضت معه الدرجات من B4 (32) إلى B6 (25)، وهو ما يُظهر تحسناً تدريجياً في الأعراض، وعند مقارنة آخر تقييم في المرحلة (A) ($A3 = 40$) مع أول تقييم في المرحلة (B) ($B4 = 32$)، نلاحظ تغيراً فورياً، مما يعزز أن التدخل العلاجي أثر مباشرة في تقليل شدة الاكتئاب، ويعكس أثراً علاجياً مهماً للبرنامج.

3.3.7.1.1. التحليل البصري لنتائج اختبار الإدراك الأسري (FAT) (الحالة الأولى):



الرسم البياني 3: التحليل البصري لنتائج اختبار الإدراك الأسري (FAT)

أظهر التحليل البصري لنتائج اختبار الإدراك الأسري (FAT) داخل مرحلة خط الأساس (A)، نمطاً مستقرًا في درجات " التوظيف المختل مع عدم وجود اتجاه واضح، هذا الاستقرار كان مبررًا لبدء التدخل العلاجي، وبالمقارنة مع مرحلة التدخل (B) يظهر اتجاه تنازلي من B4 (78) إلى B6 (74)، ما يشير إلى انخفاض في الإدراكات المختلفة للحالة في أسرتها، أما التغير بين المرحلتين كان فوريًا حيث انخفضت الدرجة مباشرة من A3 (91) إلى B4 (78)، متوسط التغير النسبي ($\Delta\% = 18.79\%$)، يعزز هذا التغير غياب أي تداخل بين درجات خط الأساس ومرحلة التدخل العلاجي، كما أظهرت بيانات التوظيف الإيجابي في مرحلة التدخل اتجاه تصاعدي للتحسن من B4 (66) إلى B6 (68)، مما يدل على تحول في رؤية الحالة لأسرتها، هذا الانخفاض في درجات الاختلال والتحسن في التوظيف الإيجابي يمثل أثرًا دالًا في تحسن التوظيف الأسري.

4.7.1.1. قياس حجم الأثر (Effect Size): Cohen's d

جدول 19: حجم الأثر Cohen's d (Effect Size)

حجم الأثر (COHEN'S D)	مرحلة التدخل (B)		مرحلة خط الأساس (A)		المقياس
	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
9.97	3.86	73.67	3.51	110.67	تقييم الصدمة النفسية (TRAUMAQ)
3.66	2.87	28.67	4.33	42.33	مقياس الاكتئاب (BDI-II)
7.27	1.70	76.33	3.00	94	اختلال التوظيف الأسري
18.11	0.94	67.33	1.53	44.33	التوظيف الإيجابي الأسري

أظهرت نتائج حساب معامل كوهين (Cohen's d) أن جميع المقاييس سجلت تغييرات متوسطة بعد التدخل العلاجي، حيث بلغ حجم الأثر 9.97 لمقياس الصدمة النفسية، 3.66 لمقياس الاكتئاب، 7.27 لمؤشر اختلال التوظيف الأسري لصالح انخفاض المؤشر، و+18.11 لمؤشر التوظيف الإيجابي الأسري؛ هذه القيم تشير إلى فعالية متوسطة للبرنامج العلاجي في تحسين أعراض الاستجابة الاكتئابية الصدمية في سياق النسق الأسري.

8.1.1. ملخص نتائج التدخل العلاجي مع الحالة الأولى:

أظهرت النتائج للحالة الأولى استجابة إيجابية للتدخل العلاجي، ومن خلال تحليل متعدد الأبعاد للبيانات العيادية، والنتائج السيكمترية، والتحليل البصري، وحساب نسبة التغيير، بالإضافة إلى قياس حجم الأثر الإحصائي، قدمت الحالة في مرحلة خط الأساس مستوى مرتفع من الأعراض المشتركة بين الصدمة النفسية والاكتئاب، مع وجود خلل في النظام الأسري، هذا التطابق بين الأبعاد النفسية والنظام الأسري شكل مرجعا عياديا للتدخل العلاجي، بعد تنفيذ التدخل العلاجي النسقي في المرحلة (B)، سجلت جميع المقاييس تحسناً متوسطاً وثابتاً، حيث انخفض مستوى الأعراض النفسية بشكل متوسط ودال سريريا وبالتالي يمكن الاستنتاج بثقة أن البرنامج العلاجي النسقي كان فعالاً بمستوى يلبي المعايير العيادية في خفض الاستجابة الاكتئابية الصدمية لدى الحالة الأولى، من خلال تحسين الوظائف الأسرية وإعادة توازن نسبي داخل المنظومة العائلية، وتحقيق تغيير قابل للاستمرار.

2.1. عرض الحالة الثانية: (أسرة: ز.ع)

1.2.1. تقديم الأسرة والاحداث الحياتية:

عائلة (ز.ع) أسرة ممتدة تتكون من أسر متعددة؛ تتشكل العائلة الأساسية (الأب والأم والأبناء من 13 فرداً) يعيشون في بيت واحد، انفصل عن العائلة (أسرة الحالة)، وأختان تزوجتا، تنتمي العائلة إلى بيئة اجتماعية محافظة جداً تتميز بنمط تقليدي قائم على التراتبية والسلطة الأبوية، أما مهنة العائلة الأساسية هي الفلاحة، وتتشكل من (الأب: 80 سنة) ليس له تاريخ مرضي، يتبنى مرجعية تقليدية، يمثل السلطة في العائلة اتخاذ القرارات المصيرية بيده، وهو مصدر الأمان المالي، يؤدي أيضاً وظيفة الجد، أما الأم تبلغ من العمر 69 سنة، حضورها داخل النسق العائلي هامشي تلتزم الحياء في مختلف القضايا، لا تؤثر في الديناميات اليومية للعائلة ولم تحضر جلسات العلاج أما الأخ الأول (الأكبر) 47 سنة متزوج ولديه أبناء أكبرهم 20 سنة، عمله الرئيسي في الفلاحة ويُمثل استمراراً للنمط الاجتماعي التقليدي للعائلة، أما الأخ الثاني يبلغ من العمر 44 سنة متزوج،

يعمل هو الآخر في مجال الفلاحة وتربية المواشي، ويشارك أخاه الأكبر ذات التوجهات في نوع من التكرار النسقي للأدوار التقليدية، والأخ الثالث (ح): (41 سنة) متزوج ولديه 03 أبناء، يعمل في سلك الشرطة يملك مكانة معنوية في العائلة ويؤدي دورا فعّالا في الحفاظ على التوازن، أما الأخ الرابع: أصغر الإخوة الذكور يبلغ 29 سنة، مكانته تظل جزءا من البناء الذكوري للعائلة، أما الأخوات فهن: الأخت الأولى 45، متزوجة، حضورها متوازن دون تأثير حاسم في التوجهات العائلية، الأخت الثانية (س) 36 سنة، عاملة، ومتزوجة لها أبناء، تُعرف بتكرار حضورها ومشاركتها في الشؤون العائلية، تأخذ موقع نسوي متقدم وتتمتع بمكانة لدى الأب، أما الأخت الثالثة 27 سنة، حضورها في العائلة محدود، أما الأخت الرابعة (ها) في سن 25؛ دورها الأسري يندرج ضمن الأدوار الثانوية، لكن حضورها مؤثر بوجود الحالة.

أسرة الحالة النووية: تتكون من الزوج (ز.ع) 37 سنة، ترتيبه الخامس بين أخوته، متزوج وأب لطفلين (ولد 3 سنوات، وبنت عمرها سنتان)، يعيش حاليا في مستودع تابع للمصالح البلدية يفتقر لأدنى مقومات الحياة بعد طرده من طرف والده ورفض مساعدته، بدون عمل مستقر ولا يملك دخلا ثابتا، ويعتمد في معيشتة على المساعدات التي يقدمها له أخوه، وعائلة زوجته، لديه مستوى دراسي متوسط، ولم يُسجل له تاريخ طبي قبل المرض، سوابق إدمانية متمثلة في تعاطي الكحول - توقف حسب أقواله منذ سنتين - أما زوجته 28 سنة، حاصلة على مستوى دراسي ثانوي، وعملت في وظائف متعددة مؤقتة، وتسعى حاليا للحصول على مصدر دخل ثابت، تعاني من مشكلات زوجية مستمرة، وتواجه رفضا قاطعا من عائلة زوجها، لكنها تحظى بدعم مادي ومعنوي كبير من عائلتها، متفهمة لطبيعة مرض زوجها، وتحرص على مرافقته في جلسات العلاج، وتتشكل الأسرة من ابن 03 سنوات، وبنت 02 سنة، ولدا في ظروف صعبة جدا في ظل كثرة التنقل وعدم توفر مكان آمن للعيش المريح، يمثلان الروح التي تحمل الأسرة الصغيرة وبفضلهما يقاوم الحالة كأب وزوجته كأماً حضورهما معنوي أكثر منه جسدي.

2.2.1. التحول بين مرحلة ما قبل السرطان وبعده:

شهدت مرحلة قبل المرض فترتين مختلفتين حيث كانت الأسرة تعيش في ظل العائلة، وتتمتع بكل ما تمنحه العائلة من حماية وموارد، حتى أن "الحالة" لم يفكر في العمل؛ ولكن بدأت الخلافات بعد السنة الأولى من زواجه، وتركزت بشكل خاص حول العلاقة المتوترة بين زوجته وعائلته، ولا سيما والده، ومع مرور الوقت تفاقمت هذه الصراعات لتصل إلى حد الطرد من المنزل العائلي وحرمانه من جميع الامتيازات، في ما بدا وكأنه شكل من أشكال العقاب، وبالرجوع إلى تلك الفترة فقد اتسمت العلاقات داخل الأسرة بالتوتر والصراع المستمر،

حيث تبع قرار الطرد فرض عزلة قسرية، إذ منع والده باقي أفراد الأسرة من التواصل معه، ما عمّق شعوره بالاغتراب والتهميش، واعتُبر موقفه خروجًا عن "الطاعة الأسرية" التي يفرضها الأب كنموذج غير مرن للعلاقات داخل الأسرة، فمنذ سبع سنوات يقيم في مستودع غير مؤهل للسكن، يفتقر إلى أبسط مقومات العيش الكريم مثل الماء والكهرباء والتدفئة كما يعاني من صعوبات اقتصادية خانقة، ويعيش تحت وطأة الوصمة الاجتماعية، وقد انعكست هذه الظروف القاسية على علاقته الزوجية حيث تقامت المشاكل، وانتهت في كثير من الأحيان بابتعاد الزوجة رفقة أبنائها إلى بيت أهلها، اختلفت الظروف في ما بعد السرطان حيث كان تشخيص الحالة (ز.ع) قبل سنتين، وفي خضم الظروف التي يعيشها لم يتم اكتشاف المرض إلى بعد فترة طويلة حيث شهدت تحوّل جذري في ديناميات الأسرة، ورغم عدم حصوله على العفو من والده، إلا أنه بدأ في مساعدته والتكفل بأبنائه مما أدى إلى فكّ الحصار عن باقي العائلة لمساعدته أو على الأقل التعاطف معه، وقد تراجع تأثير دور الأب السلطوي على أفراد العائلة، بالمقابل برزت أدوار أخرى من طرف شقيقه الشرطي وأهل زوجته وأخواته كفاعلين في التكفل به.

3.2.1. التاريخ الصحي والنفسي للحالة (ز.ع):

الحالة (ز.ع)، يبلغ من العمر 37 سنة، متزوج وأب لطفلين (ولد يبلغ من العمر 3 سنوات، وبنيت تبلغ سنتين)، ينحدر من مدينة مستغانم، عاطل عن العمل ويملك مستوى تعليمي متوسط، يضطر في كثير من الأحيان إلى نقل أبنائه عند أهل زوجته، التاريخ المرضي للحالة لم يظهر وجود سوابق مرضية حادة قبل السرطان مع صعوبة تحديد ذلك لأن الحالة لم يكن يتابع صحته بالشكل المطلوب، مع وجود سوابق لعادات التدخين المكثف، تعاطي الكحول، البحث العائلي لم يُسجل وجود تاريخ سابق للسرطان في تاريخ العائلة الطبي للمريض، بدأت رحلته مع المرض قبل سنتين، بعد شعوره بآلام غير طبيعية في الصدر، صعوبة في التنفس وبعد الفحوصات الطبية أكد تشخيصه بسرطان الرئة غير صغير الخلايا (NSCLC) في المرحلة (I) - يعتبر التدخين السبب الرئيسي، حيث يزيد من خطر الإصابة بشكل كبير، كما يزيد تلوث الهواء من احتمالية الإصابة - حسب الحالة وزوجته خضع للعلاج الكيميائي لفترة محددة مع حديث غير واضح حول عملية جراحية لم يتم إجرائها، بعد فترة العلاج الكيميائي استقرت حالة المريض، لكن عاد للانتكاس في الأشهر الأخيرة ما زاد من تعقيد وضعه الصحي وأثر بشكل كبير على قدراته الجسدية والنفسية، وينتظر قرار طبيباً بإجراء عملية جراحية، شهدت حالته الصحية تدهورًا متسارعًا خلال الأشهر الأخيرة، حيث أصبح يعاني من فقدان الشهية، والتعب الشديد، وضيق في التنفس، بالإضافة إلى آلام مستمرة في الصدر والظهر، وسعال مزمن، سعال الدم (نفث الدم)، مع أعراض أخرى مثل التعرق الليلي وفقدان الوزن، رغم كل ذلك لم يبدِ اهتمامًا كافيًا بطلب المساعدة

الطبية في البداية، وعلى إثر ذلك تم نقله إلى الاستعجالات الطبية، وبناءً على تاريخه الطبي في إصابته بالسرطان، تم توجيهه لجولة جديدة من الفحوصات واختبارات تصوير أخرى، مثل التصوير بالرنين المغناطيسي (IRM) للصدر... من خلال الرأي الطبي فإن الحالة في مرحلة متقدمة نتيجة إهمال وضعه الصحي وعدم المتابعة المستمرة.

4.2.1. الفحص النفسي - النسقي:

من خلال سلسلة من المقابلات النسقية مع المريض، مع زوجته، (المريض وزوجته)، بعض أفراد الأسرة، الأخ (ح)، الوالد، والأخت (س)، والأخت (س) ومقابلات مع الأسرة والعائلة، تم العمل على تسجيل كل الملاحظات استنادًا إلى شبكة ملاحظة تم إعدادها مسبقًا، كما تم تعزيز التقييم النفسي باستخدام مجموعة من الاختبارات النفسية، التي شملت استبيان تقييم الصدمة النفسية TRAUMAQ (Trauma Assessment Questionnaire)، وقائمة بيك الثانية للاكتئاب BDI-II، واختبار الإدراك الأسري، كما ساعدنا في هذا التقييم المختصة النفسية بالمستشفى اليومي مستغانم، وطالبة ماستر علم النفس العيادي مترتبة أيضًا، هدف هذا الطرح المتكامل الوصول إلى تشخيص عيادي نسقي شامل للاستجابة الاكتئابية الصدمية، وتحديد طبيعة الخلل في التوظيف داخل النسق الأسري، وقد أسفرت الإجراءات عن النتائج التالية:

1.4.2.1. نتائج المقابلات النسقية الحالة الثانية:

من خلال المقابلات مع (ز.ع)، برزت عدة معطيات نفسية تُعبّر عن تراكمات وضغوط نفسية كبيرة بسبب المرض من جهة؛ وبسبب ظروف المعيشة القاسية من جهة أخرى، إن أول ما ظهر جليًا هو الآثار النفسية الناتجة عن الصدمة الأولية لتشخيص السرطان (صدمة انتكاس المرض)، حيث تجلت عليه أعراض واضحة لمعايشة لحظات رعب رهيب خاصة أنه لم ينسى التجربة الأولى مع المرض، ولم ينسى معاناته الاجتماعية، رافق الخبر ردود فعل كعدم النوم لأيام متتالية، فرط اليقظة، ونوبات انفعالية غير متوقعة، الغضب، كما لاحظنا سلوكًا تجنبياً واضحًا لكل ما يرتبط بالمرض، رفض حضور بعض جلسات العلاج، مظاهر عدم الاكتراث، كثير الكلام والشكوى، برزت على (ز.ع) ملامح كآبة مزمنة، امتزج فيها الشعور بالخسارة، وافتقاد الحماية مع استسلام لفكرة الهزيمة، فقدان لأدواره الأبوية، الحزن التحضيري ترافقه مشاعر ذنب عميقة وعجز مستمر، انعدام الرغبة في التفكير في المستقبل، تباطؤ نفس حركي، وتغير في الخطاب، على المستوى العلائقي بدا الاتصال مجمد بينه وبين عائلته، في المقابلة مع زوجته ظهر إنكار جزئي لخطورة المرض، التي ورغم محاولاتها للتماسك فإن مؤشرات الخوف من فقدان كانت بارزة جدًا من خلال

نوبات بكاء مفاجئة، وحديث متكرر عن المصير المجهول، أظهرت المقابلات مع أفراد الأسرة وجود ضعف في التعاطف مع المريض تجلى من خلال ملامح الوجه وسياقات الكلام، الصورة العامة لأسرة يغيب فيها التواصل، التوتر الأسري، شعور الاغتراب داخل نسق الحالة؛ ومن خلال ما تم جمعه من معطيات يتضح جليا أن الحالة النفسية لـ (ز.ع) شديدة التعقيد لحالة اكتئاب استجابي يدرج حسب (DSM-5) ضمن فئة اضطرابات التكيف، ويُعد هذا النوع من الاكتئاب استجابة نفسية طبيعية تجاه حدث ضاغط، لكن تطوّر إلى اضطراب اكتئابي جسيم (Major Depressive Disorder)، مع استمرار الأعراض وتأثيرها بشكل ملاحظ على الأداء الوظيفي والاجتماعي، ويمكن فهم الأعراض من منظور نسقي كرسالة احتجاجية داخل النسق الأسري تعكس فشل في خلق تواصل صحيح، ساهم في تعطيل الانسجام داخل الأسرة خاصة عدم قدرة "الوالد" رمز السلطة في احتواء عضو جديد.

2.4.2.1. نتائج شبكة الملاحظة الحالة الثانية:

أظهرت شبكة الملاحظة نمط خاص جدا من الاستجابة الصدمية لإعلان السرطان؛ حيث بدا المريض في حالة إنكار مشترك في نفس الوقت مع مساومة للأزمة التي يعيشها، وظهرت أعراض الصدمة النفسية بوضوح بالرغم من محاولات شديدة لكتبها نذكر منها: إعادة معايشة الحدث الصادم، ذكريات متكررة حول السرطان، استجابات جسدية حادة، تجنب مستمر، انسحاب اجتماعي، كما طور المريض استجابات نفسية أخرى لتأثير السرطان، ولصدمة الإعلان عنه تمثلت في ضغط نفسي حاد، أعراض نفسية جسدية استجابات اكتئابية: فقدان الاهتمام بالحياة، أفكار سلبية متواصلة عن الذات والمستقبل، تباطؤ حركي واضح، وصعوبات إدراكية في التركيز واتخاذ القرارات، على المستوى الأسري والعائلي للحالة تم ملاحظة خلل في البنية الأسرية أنماط تواصل معطلة يسودها القمع، علاقات زوجية تتميز بالصراع السلبي المعلن عنه، كما برزت أدوار عائلية مشوهة مما خلق بيئة عائلية غير داعمة ساهمت في تطور العرض المرضي، على مستوى أنماط التفاعل لاحظنا غياب التعاون، صراع سلبي، عدم موائمة الأدوار، أما التنافس داخل العائلة فكان خارجيا.

3.4.2.1. نتائج استبيان (TRAUMAQ) الحالة الثانية:

في الجزء الأول من استبيان (TRAUMAQ) ظهر تقييم أغلب السلام مرتقعا حيث النتيجة الإجمالية (N=121) ودرجة معايرة 05، مما يكشف عن معايشة الحالة لصدمة نفسية شديدة جدا، وظهر السلم الوحيد (B) في درجة متوسطة بمجموع نقاط (N=06) وتصنيف "صدمة متوسطة" يعكس كبت الذكريات الاقتحامية، صعوبة التعبير عن الحدث والقلق المستمر عند التفكير فيه، في السلم (A) "أثناء للحدث الصدمي" بلغ المجموع

(N=22) بدرجة معايرة "04"، تصنيف "صدمة قوية"، تضمن أعراض الرعب الشديد، القلق، الإحساس بالعجز، التظاهرات الجسدية، أما السلم (C) "اضطرابات النوم" بمجموع (N=11) ودرجة معايرة 04، تصنف ضمن "صدمة قوية" ظهور أعراض الأرق، الاستيقاظ المتكرر، والشعور بالتعب المستمر بعد الاستيقاظ، صعوبة في النوم، وجاء السلم (D) بمجموع (N=11) ومعايرة 04 كدلالة على "صدمة قوية" تجلت في نوبات متكررة من القلق، الخوف من العودة للأماكن المرتبطة بالحدث، والتهرب من الأماكن التي تثير الذكريات المؤلمة، أما السلم (E) بمجموع (N=12) تصنف أنها على "صدمة قوية" تعكس فرط اليقظة والحذر، صعوبة في التحكم في الأعصاب، ميل عدوانية، أما في السلم (F)، الذي يمثل ردود الأفعال النفسية والجسدية واضطرابات الإدمان، تم تسجيل مجموع نقاط (N=11) ودرجة معايرة 05، بتقدير عيادي "صدمة قوية جداً" يظهر أعراضاً جسدية ونفسية قوية بالإضافة إلى استهلاك مواد إدمانية للتعامل مع الألم، أما في السلم (G) فقد سجل الحالة مجموع نقاط (N=06) كدلالة على صدمة "نفسية قوية" تضمنت صعوبات معرفية مثل مشاكل في التركيز، تذكر تفاصيل الحدث الصدمي، وفجوات في الذاكرة، وأنت نتائج السلم (H)، الذي اضطرابات الاكتئاب بمجموع (N=17) نقطة ودرجة معايرة 04، تدل على ظهور أعراض اكتئابية واضحة مثل فقدان الرغبة في الأنشطة اليومية، انخفاض الطاقة والحيوية، الشعور بالحزن، الانعزال الاجتماعي، وأفكار انتحارية في بعض الحالات، هذه الأعراض تشير إلى تصنيف "صدمة قوية" وتؤيد احتمال نشوء استجابة اكتئابية لما بعد صدمة السرطان، أما السلم (I) الخاص بالمعاش الصدمي، سجلت الحالة مجموع (N=17)، في درجة معايرة 05 بشدة "صدمة قوية جداً" تشير إلى مشاعر الذنب، الشعور بالتقليل من الذات، الغضب، وتغيير النظرة الشخصية للحياة والآخرين، أما في السلم (J) الذي يتعلق بنوعية الحياة، فقد سجلت الحالة مجموع (N=08) نقاط ودرجة معايرة 05، ما يشير إلى تصنيف "صدمة قوية جداً" يعكس تدهور نوعية الحياة بشكل عام، والتراجع في الأنشطة المهنية والاجتماعية، والعزلة الاجتماعية، أما الجزء الثاني شكلت النتائج نمطاً دالاً على تطور اضطراب ما بعد الصدمة، حيث تشير فترة ظهور الأعراض إلى انكار صدمة السرطان حيث لم تظهر أي مظاهر خلال الأشهر الأولى بعد الحدث، ورغم تأخر ظهور بعض المؤشرات إلى ما بعد 3 أشهر، إلا أن هناك دلالة على ضغوط نفسية حادة لدى الحالة، أما استمرار الأعراض فكانت مؤثرة جداً إذ أن معظمها لا يزال مستمراً إلى تاريخ التقييم، وانطلاقاً من هذا التحليل فإن التوزيع الزمني وشدة استمرار الأعراض يكشف عن تناذر صدمي شديد.

4.4.2.1. نتائج قائمة بيك الثانية للاكتئاب الحالة الثانية:

تشير نتائج مقياس بيك الثاني للاكتئاب (BDI-II) بدرجة كلية بلغت (37) إلى تصنيف فئة الاكتئاب الشديد؛ وقد كشفت الاستجابات عن أعراض اكتئابية ظاهرة في مختلف الجوانب النفسية، فعلى مستوى المزاج (البند 1: "أشعر بالحزن طوال الوقت"، الدرجة 2)، ورغم أنه كان يعاني من نوبات بكاء متكررة لكنه عبر عنها بإنكار (البند 10: "أرغب في البكاء ولكن لم أعد أستطيع"، الدرجة 3) وهي استجابات تمثل حالة من التبدل الانفعالي، ترتبط بحالة متقدمة من الاكتئاب، على مستوى التفكير ظهرت أفكار سلبية وتشوهات معرفية واضحة تمثلت في استجابات: (البند 2: "أشعر أن مستقبلي لا أمل فيه أو أنه سيزداد سوءاً"، الدرجة 3) (البند 3: "كلما نظرت إلى حياتي وجدتها مليئة بالفشل"، الدرجة 2)، و (البند 8: "أنقد وألوم نفسي على جميع أخطائي"، الدرجة 2) في دلالة إكلينيكية على نموذج سلبي لاعقلاني كسمة بارزة في الاضطراب الاكتئابي الجسيم، كما كشفت نتائج القائمة عن تظاهرات جسدية وسلوكية منها الإرهاق، اضطرابات النوم، تغيرات في الشهية... (البند 15: "ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء"، الدرجة 2)، (البند 16: "أنام أقل من المعتاد بعض الشيء"، الدرجة 1)، وصعوبة في التركيز (البند 19: "أواجه صعوبة في التركيز كما كنت من قبل"، الدرجة 2)، ورغم أن درجة البند المرتبط بالأفكار الانتحارية كانت معتدلة (البند 9: "لدي أفكار لقتل نفسي ولكنني لن أنفذها"، الدرجة 1)، فإن وجودها إلى جانب استجابات مثل فقدان المتعة، كراهية الذات، مشاعر الإثم، والتفكير السلبي حول المستقبل، يُعد مؤشر خطر لسلوك انتحاري يتطلب اهتماماً علاجياً خاصاً، وعند قراءة هذه النتائج فإنها تستوفي معايير تشخيص الاضطراب الاكتئابي الجسيم (Major Depressive Disorder).

5.4.2.1. اختبار الإدراك الأسري (FAT) الحالة الثانية:

تم إجراء الاختبار بعد تحضير الحالة وشرح الاختبار وأهدافه قراءة التعليمات الخاصة به، وفي هذه الجلسة طلبنا مساعدة طالبة ماستر علم النفس العيادي متريضة للمساعدة في تسجيل القصص كما يرويها الحالة؛ وهذا لتعذر استعمال التسجيل الصوتي؛ بعد تلاوة التعليمات الرسمية للاختبار مع إضافة بعض التوضيحات؛ قمنا بتمرير اللوحات بالترتيب واحدة تلو الأخرى، واستمرت الجلسة ما يقارب 30 دقيقة بعدها تم جمع المحتوي وتفرغ بروتوكول "الحالة"، وقد احتوى بروتوكول "الحالة" على معطيات كافية تمكن من بناء فرضيات واضحة حول طبيعة العلاقات الأسرية، نوعية التفاعلات والصراعات التي تحكم النسق الأسري، وبينت النتيجة الكلية إلى "اختلال التوظيف داخل النسق الأسري" بمجموع: (N=66) مقابل (N=32) في التوظيف إيجابي، وقد افتقرت بعض القصص لمعنى حقيقي، ويعكس هيمنة ديناميات سلبية غير قادرة على

تحقيق التوازن أو التكيف، وتُظهر البيانات حضور الصراع في جميع الحالات "لا صراع" ($N=0$) ، وبرز الصراع العائلي في ($N=05$) مرات، يليه الصراع من نوع آخر ($N=04$) ثم الصراع الزوجي مرتين ($N=02$)، أما معالجة الصراع السلبية فكانت ($N=07$)، مقابل ($N=03$) حالات لمعالجة إيجابية، مع وجود ($N=04$) حالات "لا معالجة"، وهنا تبرز فرضية أن العائلة تعاني من ضعف في آليات حل الصراعات ما أدى إلى تراكم التوتر عبر الزمن، وأظهر تحليل القواعد الأسرية نماذج متباينة؛ سُجلت حالتين ($N=02$) تعكس قواعد "مناسبة ومقبولة"، فإن بقية الحالات تشير إلى إما قواعد مرفوضة أو غير مناسبة أو كلاهما، مما يعكس فرضية عدم توازن القواعد، ويؤدي إلى صراع في تحديد الأدوار، أما التحالفات فتركزت في التحالف (الزوج/الزوجة) ($N=07$) (والإخوة ($N=04$)، بينما كان التحالف مع الأم غائبًا تمامًا ($N=0$) ومع الأب ضعيفًا ($N=01$)، في المقابل برز الأب كمصدر أساسي للقلق ($N=06$)، يليه الأخ/الأخت ($N=03$)، كدلالة على فقدان التوازن في العلاقات الأساسية، أما بخصوص الحدود فالمؤشرات تدل على وجود نسق مغلق ($N=05$) وتحالفات بين الراشدين والأطفال، وفرضية الحدود غير واضحة أدى إلى تكرار الأدوار المختلة ($N=04$) وهشاشة البنية العائلية والأسرية، كما تم تسجيل ظهور سوء المعاملة، إهمال/ترك، بالإضافة إلى حالة إساءة استخدام مواد تشير هذه النتائج إلى بيئة أسرية غير حامية، تتسم أحيانًا بالعدوانية ونقص التعاطف، وفي هذا النسق تسود المشاعر السلبية مثل الحزن والاكتئاب ($N=03$)، الغضب والعداء ($N=02$)، والخوف/القلق ($N=01$)، دون تسجيل أي مظاهر للانفعالات الإيجابية ، وعليه فالنسق العائلي يتميز بالانغلاق، التوتر، وعدم التوازن كدلالة على اختلال واضح في التوظيف الأسري أثر على العلاقات داخل العائلة وأسرته الصغيرة.

5.2.1. التشخيص الإكلينيكي النسقي:

بناءً على مقارنة نتائج المقابلات العيادية، وشبكة الملاحظة، واستبيان الصدمة النفسية وقائمة الاكتئاب الثانية:

أولاً: تطابق المعايير التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD)، ونتيجة مقياس الصدمة النفسية "صدمة قوية جدا" مع (DSM-5) حيث برزت كل المحكات الأساسية: التعرض لاحتمال الموت الفعلي والتهديد بالموت وجود واحد أو أكثر من الأعراض الاقتحامية المرتبطة بالحدث الصادم، السلوك التجنبي للمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم، التعديلات السلبية في المدركات والمزاج وتغيرات في الاستثارة ورد الفعل ما يمكن من الاستنتاج أن الحالة تستوفي المعايير لتشخيص صدمة نفسية في سياق الاستجابة لحدث تشخيص السرطان.

ثانياً: تحققت أعراض تشخيص اضطراب الاكتئاب من خلال التقييم النفسي واختبار الاكتئاب وتطابقت وفقاً لمعايير DSM-5، حيث يتطلب ظهور لفترة مستمرة قوماً أسبوعين على الأقل أحد الأعراض مزاج مكتئب أو فقدان الاهتمام فقدان متعة الحياة، وقد شملت مزاجاً مكتئباً معظم اليوم وكل يوم، انخفاضاً في الاهتمام أو الاستمتاع في جميع النشاطات، فقدان واضح للوزن لا يعزي لحمية غذائية (رغم أن هذا العرض قد يرتبط بتأثيرات السرطان وهنا تتدخل تقديرات الملاحظ في تفسير فقدان الوزن)، اضطرابات في النوم، وشعور بانعدام القيمة وأفكار تحمل دلالات انتحارية. وينبغي النظر إلى الاستجابة الاكتئابية كامتداد طبيعي ومعد لل تجربة الصدمية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالحدث من حيث السياق التاريخي، والسمات السريرية والمكونات النفسية المرضية.

ثالثاً: علاقات تتسم بضعف التوازن، واختلال موازين القوة بين الأب/ الأم، الأب/ الأبناء، الأب/ الحالة، الأب/ زوجة الابن المريض (الحالة)، حيث ظهر تفوق طرف على آخر يعتمد عليه ما أدى في النهاية إلى انهيار العلاقات بتمرد أحد الأعضاء كوسيلة للتعبير عن المشاعر المكبوتة.

رابعاً: الحدود في النسق العائلي غير واضحة تتميز بعدم احترام الأدوار، إعاقه استقلالية أفراد النسق، كما أن القواعد تتغير باستمرار ما يمنع الأفراد من توقع المستقبل، رغم محاولة الحالة تغيير القواعد، ما جعل ردة فعل النسق غير متوقعة وتم فصله عن المنظومة.

خامساً: يعاني النسق من اضطراب واضح في توزيع الأدوار؛ الأب يظهر كمهيمن على الأدوار الأسرية مثير للقلق، ما أدى إلى تفكك مع اشتداد الأزمة.

سادساً: يشير الصراع إلى الخلافات والتوترات داخل المنظومة، ويظهر كصراعات بين الأجيال وكتوترات متعلقة بالاختلافات الثقافية، كما يتجلى في التنافس بين الإخوة على الموارد، وصراع حول القواعد.

سابعاً: نموذج من الاتصال المتناقض، يُعاقب من يتمرد على القواعد أو يحاول تغييرها، وُضع الابن بين رسالتين متناقضتين: الولاء / الاستقلالية، هذه الازدواجية انتجت دينامية يصعب فيها اتخاذ قرار صحي دون خسائر، ما عزز الانقسام والانقطاع في العلاقات داخل النسق.

اعتمدت سلطة النسق على "القطيعة" كألية من أجل الحفاظ على التوازن، وكوسيلة لإعادة ضبط التوازن، دون الدخول في صراع قد يُهدد تماسك البناء الهرمي للأسرة.

1.5.2.1. وظيفة الأعراض داخل النسق:

يمكن فهم ظهور الاستجابة الاكتئابية الصدمية لدى الحالة خلال الأزمة الصحية (السرطان كعامل مفجر) أنها رسالة احتجاج ضد الاقصاء والقطيعة وتهديد لتماسك النسق، وأدت دور "مرآة" تعكس المأساة التي يعيشها الحالة، فالعرض الظاهر كالحزن، الانسحاب، انخفاض تقدير الذات وإهمال الأنشطة اليومية يمكن اعتباره انعكاس يريد من خلاله الحالة معاقبة النسق بالإساءة إليه، في نفس الوقت تحمل استغاثة ليس من "الحالة" بل أفراد آخرين داخل الأسرة.

2.5.2.1. الفرضية النسقية:

ما الذي يساهم في الحفاظ على المشكلة؟: ضعف التحالفات داخل النسق، وخاصة غياب التحالف الأب /ابن، يُساهم في ترسيخ موقع الأب كـ "مهمين" حوله تدور بقية التفاعلات.

ما الدور الذي يلعبه كل فرد في استمرار العرض؟: يساهم كل فرد في استمرار العرض فالحالة يحقق دور "الضحية" والزوجة تُجمّد الصراع بإدخال عناصر جديدة لأداء أدوار لأفراد النسق، الأب: يحتفظ بموقع سلطوي ظاهر، الأشقاء يلعبون دوراً هامشياً ما يُنتج دينامية تؤدي إلى اختلال في البناء للأسري.

ما الذي يمنع النسق من التغيير؟: غياب التواصل هو السبب الرئيس، مما يحول الألم إلى لغة جسدية/اكتئابية، استثمار لا واعٍ في العرض كوسيلة للحفاظ على التعاطف داخل الأسرة، بحيث يصبح التغيير تهديداً لبنية قائمة، وإن كانت مختلفة.

6.2.1. تطبيق البرنامج العلاجي النسقي مع الحالة الثانية (ز. ع):

قمنا بتطبيق البرنامج العلاجي في المستشفى اليومي للأمراض السرطانية بمستغانم حيث مثل مكتب الأخصائية النفسية حيز العلاجي المكاني.

أ. المرحلة الأولى: رسم خط الأساس (المرحلة A):

الوحدة الأولى: التقييم الأولي، بناء التحالف العلاجي، وتحديد الأهداف العلاجية

الجلسة الأولى: تقديم البرنامج وتحديد المريض المُعيّن والعرض في السياق العائلي

ما قبل الجلسة	<p>بهدف تثبيت خط أساس مستقر وموثوق، تم تخصيص ثلاث نقاط زمنية لجمع البيانات القبلية: الأولى قبل أسبوعين من انطلاق البرنامج، والثانية قبل أسبوع واحد، والثالثة خلال الجلسة الثانية. وقد أُجري التقييم في كل نقطة باستخدام أدوات البحث المعتمدة، لضمان استقرار المؤشرات وتحديد مستوى الحالة قبل بدء التدخل العلاجي بشكل موضوعي ودقيق.</p>
---------------	--

صياغة الفرضية	العرض داخل الأسرة وسيلة لجذب الانتباه
زمن الجلسة	من 45 إلى 60 دقيقة
الأساليب العلاجية	المقابلة النسقية، شبكة الملاحظة، الاستجواب الدائري
النشاط العلاجي	حول التعاون المتبادل داخل الأسرة
المشاركون	الحالة (ز.ع)، زوجته، الأخ (ح)، الأخت (س)

مجريات الجلسة: خصصت الجلسة الأولى لتجديد التعارف بين المعالج والأسرة، وشرح الأسلوب العلاجي، وقواعده ونظام الجلسات، جرى التطرق إلى ما إذا كان مرض الحالة قد أدى إلى اختلال في علاقات الأسرة سواء إيجابيا أو سلبيا، وباستخدام الاستجواب الدائري الذي أتاح ملاحظة ديناميات التفاعل، كما تم شرح تمرين: "لو اختفى العرض، ماذا سيتغير؟" والذي أظهر تغييرات في الأدوار وصراعات ضمنية، اختتمت الجلسة بتكليف أفراد الأسرة باستكمال "استمارة الملاحظة الأسرية" لاستخدامها في الجلسات المقبلة، مع الإشارة ضمنا إلى دعوة باقي الأفراد من خلال إعطائهم استمارات.

الجلسة الثانية: تشخيص الاستجابة الاكتئابية الصدمية وتحليل الاختلالات الأسرية

صياغة الفرضية	الاستجابة الاكتئابية والصدمية وسيلة غير واعية لتجنب مواجهة الصدمة الأصلية.
زمن الجلسة	45 إلى 60 دقيقة
الأساليب العلاجية	المقابلة النسقية، الاختبارات النفسية
النشاط العلاجي	الرواية العائلية حول الحدث
المشاركون	الحالة (ز.ع)، زوجته، الأخ (ح)، الأخت (س)

مجريات الجلسة: خصصت الجلسة للتقييم النفسي المركز على الحالة، حيث تم تمرير مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II)، وفي الجزء الثاني طبق استبيان الأعراض الصدمية (TRAUMAQ)، ثم اختبار الإدراك الأسري اختتمت الجلسة بشكل طبيعي.

الجلسة الثالثة: استكشاف التمثلات النسقية للاستجابة الاكتئابية الصدمية

صياغة الفرضية	تساهم بعض الأدوار العائلية في تثبيت الاستجابة الاكتئابية الصدمية وإنتاج أنماط تواصل متناقضة
زمن الجلسة	(45 إلى 60 دقيقة)
الأساليب العلاجية	المقابلة النسقية، الاستجواب الدائري، إعادة التأطير
النشاط العلاجي	رسائل غير مرسله
المشاركون	الحالة (ز.ع)، زوجته، الأخ (ح)، الأخت (س)
ما بعد الجلسة:	يقوم المعالج (الأفضل الاستعانة بفريق علاجي) بتحليل استجابة المريضة والأسرة، ورسم خط أساس القاعدي، ومن خلاله يتم التفكير في الخطوة القادمة وتحديد اتجاه الجلسة التالية.

مجريات الجلسة: تم التركيز في هذه الجلسة على فهم تمثيلات الحالة داخل الأسرة، ومراجعة موجزة لما تم سابقاً، بعد ذلك باستخدام أسئلة حول الاختلافات: "هل اختلف شيء قبل المرض وبعده؟ فتح هذا السؤال المجال لاستكشاف تمثيلات الحالة، زوجته، إخوته، وكيف تداخلت الأدوار بشكل أريك العائلة؛ تم تقديم نشاط علاجي يهدف إلى التفرغ النفسي "الرسائل غير المرسلة"، حيث طُلب من كل فرد من العائلة توجيه رسالة إلى "العائلة"، وكأنها تسمع، في نهاية الجلسة تم توجيهه على ضرورة نقل الاهتمام من الهوامش والقواعد ومن هو على حق إلى المريض، وقمنا بالإنهاء العلاجي.

ب. نتائج تقييم المرحلة الأولى (مرحلة خط الأساس):

جدول 20: مرحلة خط الأساس (Baseline - A) للحالة الأولى

الانحراف المعياري	التباين	التقدير	المتوسط	A3	A2	A1	الأداة / المؤشر
3.060	9.330	صدمة قوية جدا	118.33	115	119	121	استبيان الصدمة النفسية
1.530	2.330	اكتئاب مرتفع	37.33	36	39	37	اختبار بيك للاكتئاب (BDI-II)
2.520	6.330	اختلال	65.67	68	63	66	اختبار الإدراك الأسري - اختلال التوظيف
0.58	0.33	التوظيف	32.67	33	33	32	اختبار الإدراك الأسري - التوظيف الإيجابي

شبكة الملاحظة الإكلينيكية

3. تلبى المؤشرات الإكلينيكية تشخيص الأعراض المشتركة للاستجابة الاكتئابية من حيث الشدة، والحدة، والاستمرارية.
4. مظاهر الخلل في المنظومة العائلية بارزة، بما يدعم فرضية التداخل بين الاضطراب النفسي والاختلال النسقي.

تُظهر جميع المؤشرات لـ (الصدمة، الاكتئاب، اختلال الإدراك الأسري، الملاحظة الإكلينيكية) خطأً أساساً مستقرًا، يعكس ثبات الحالة النفسية والعلائقية في اتجاه مرضي، هذا النمط يشكّل معيارًا يمكن من خلاله قياس الفعالية العلاجية بشكل واضح.

ج. المرحلة الثانية: (مرحلة التدخل B):

الوحدة الثانية: خفض الأعراض الاكتئابية وإعادة تأطير التجربة الأسرية في مواجهة صدمة السرطان

الجلسة الرابعة: إعادة تأطير التجربة العائلية مع صدمة السرطان

صياغة الفرضية	إعادة تأطير التجربة الصدمية يحولها إلى فرصة لإعادة بناء النظام الأسري ويعمل على تقليل الآثار النفسية لصدمة السرطان.
مدة الجلسة:	45 إلى 60 دقيقة
التقنيات العلاجية	الاستجابات الدائري / إعادة التأطير / الدلالة الإيجابية
النشاط العلاجي	الساعة الآمنة

المشاركون:	الحالة (ز.ع)، زوجته، الأخ (ح)، الأخت (س)، الأخت (ها)
------------	--

مجريات الجلسة: خصصت الجلسة لمناقشة تأثير تجربة مرض السرطان على العائلة ككل، وتم طبعا الإشارة إلى تأثيره على الأسرة الصغيرة، وخاصة الأحفاد، وتم تدريب المشاركين على اكتشاف نقاط مشتركة تمكنهم من تفكيك مشكلات النسق.

تم الترحيب العضو الجديد والتذكير بالجلسات السابقة وقدم المعالج شرحًا عن السرطان، بهدف تبديد المخاوف والمعتقدات الخاطئة، مع سماع آراء كل فرد حول المرض.

تقنية الاستجواب الدائري: تم فتح مساحة آمنة لمناقشة التجربة الصادمة التي تواجه العائلة، ليس فقط السرطان، بل المأساة الاجتماعية التي يمر بها الحالة، حيث طرح المعالج أسئلة تتعلق بالتغيرات التي طرأت على حياتهم، وهل كان لها نفس الأثر مثلما هو الحال في أسرة الحالة.

تقنية إعادة التأطير: تم تحويل الأزمة إلى آلية للكشف عن مكامن الضعف في العائلة، مع توجيههم نحو إيجاد حلول من خلال تحويل الألم إلى فرصة.

في الختام، تم اقتراح وصفة علاجية: "الساعة الآمنة"، وهي ساعة أسبوعية يجتمع فيها أفراد العائلة للاستماع والتعبير عن مشاعرهم وحبهم دون نقد أو لوم.

الجلسة الخامسة: معالجة الأعراض الاكتئابية في سياق الأسرة

صياغة الفرضية	خفض شدة الأعراض وحدتها يمر عبر تحويل رؤية الأسرة للاستجابة الاكتئابية من مصدر للعجز إلى فرصة للتعاون، وأنها قابلة للتغيير
مدة الجلسة:	45 إلى 60 دقيقة
التقنيات العلاجية	الاستجواب الدائري / إعادة التأطير / وصفة مهام
النشاط العلاجي	القصة الرمزية
المشاركون:	الحالة (ز.ع)، زوجته، الأخ (ح)، الأخت (س)، الأخت (ها)

مجريات الجلسة: تم تخصيص الجلسة العلاجية لفهم آلية عمل أعراض الاكتئاب بدل البحث عن الأسباب وتم استخدام تقنيات العلاجية وفق:

الاستجواب الدائري: طرح مجموعة من الأسئلة على طرفين حول طرف ثالث غائب، وسماع الردود في شكل نقاش من أجل استخراج الأفكار السلبية لدى الحالة - والمعتقدات الخاطئة لدى أفراد الأسرة.

إعادة التأطير: تفسير تجربة المرض ومعاناة المريض من مأساة يعيشها في عزلة إلى وسيلة مكنت العائلة من التعاون، وتحويلها من حالة الثبات، إلى حالة قابلة للتغيير.

القصة الرمزية: تم استخدام قصة "حجر صغير حزين" الذي يظن أنه بلا فائدة.

وصفة مهام: إجراء حوارات عائلية بين أفراد العائلة بخصوص الحالة وكيف يمكن دعمه، توجيه أفراد العائلة نحو مهمة دعوة الأب للمشاركة في جلسات العلاج.

اختتم المعالج الجلسة بتوضيح مفهوم "التفكير - الشعور - السلوك" وكيف أن ردود الأفعال تؤثر على الفرد ومن حوله.

الجلسة السادسة: إعادة تأطير العرض الاكتئابي - الصدمي

صياغة الفرضية	تبسيط فكرة الاكتئاب كوظيفة داخل النسق لكسر حلقة التفاعل السلبي التي تثبتته.
مدة الجلسة	45 إلى 60 دقيقة
التقنيات العلاجية	إعادة التأطير المعقد/ وصفة المهام/ الدلالة الإيجابية
النشاط العلاجي	الكرسي الشاغر - مبدأ ضبط الانفعالات
المشاركون	الحالة (ز.ع)، زوجته، الأخ (ح)، الأخت(ها)

مجريات الجلسة: خصصت الجلسة من أجل إعادة تأطير العرض الاكتئابي الصدمي حيث تم افتتاح الجلسة بتغذية راجعة عما حدث في الأيام الماضية.

إعادة التأطير المعقد: وضح الخطة طويلة الأمد لتحقيق الأهداف بخصوص الأعراض: لا يكفي أن أتغير ليوم واحد، بل يجب الاستمرار، مثلاً يجب المساهمة في التكفل بالحالة من طرف العائلة كلها، وحتى ولو عاطفياً من أجل تغيير الفكرة السلبية عن مستقبله.

تمرين الكرسي الشاغر: يمثل الأصوات الغائبة في العائلة والمشاعر المكبوتة، مع يمكن للمعالج أن يجعله يمثل صوت المجتمع في حكمه على العائلة: كيف ينظر الآخرون إلى عائلتكم وهي ترفض فرداً منها.

مبدأ ضبط الانفعالات: الحزن والغضب المرافق للسرطان شعور طبيعي، فقدان الأجزاء حكم الحياة، تغيير القواعد أمر مسلم به، لكن إذا تحول الحزن إلى ملل وفقدان متعة الحياة فهذا يجب أن نطلب الاهتمام.

وصفة مهام: تم تكليف كل الحالة بكتابة رسالة لكل فرد من العائلة تبدأ بـ "ما لا أقوله عادة..."

الإنهاء العلاجي: تم التأكيد على أن الهدف ليس الاهتمام بوضعية الحالة في مرضه، أو ما يعيشه من ألم، بل فهم ما يحدث في النسق العائلي، وأن الحزن والانسحاب هي رسائل يجب أن يتم فهمها وتفكيكها.

الوحدة الثالثة: تعديل الأنماط العلائقية وإعادة التوازن الأسري

الجلسة السابعة: تحسين التواصل وأنماط التفاعل داخل النسق الأسري

ما قبل الجلسة:	في هذه الجلسة تم حضور الأب كعضو مشارك في الحوار في حين غابت الزوجة لظروف خاصة.
صياغة الفرضية	تحسين التواصل داخل النسق العائلي يُساهم في إنهاء دور الأعراض كوسيلة للتعبير عن المعاناة.
مدة الجلسة	45 إلى 60 دقيقة
التقنيات العلاجية	الاستجاب الدائري /التغذية الراجعة / إعادة التأطير
النشاط العلاجي	الرسائل الصريحة
المشاركون	الأب، الحالة (ز.ع)، الأخ (ح)، الأخت(س)

مجريات الجلسة: في هذه الجلسة تم توجيه العمل حول تحسين مهارات الاتصال والحوار والتخلي عن " من هو المذنب"، من أجل الحفاظ على النظام لان العائلة أهم من كل شيء، والحزن مجرد حالة عابرة، وأن العائلة عليها تدارك الخلل في القواعد قبل انهيار النظام.

التغذية الراجعة: مناقشة أمور مسألة المعاناة الاجتماعية للحالة، ودور العائلة في التخفيف منها.

الاستجاب الدائري: يسأل المعالج كل فرد عن الآخرين: مقارنات بسيطة حول طريقته في الحوار، ويتدرب على الإجابة بطرق أكثر هدوءاً، كان الأمر أشبه بلعبة تفتح الأبواب المغلقة بينهم.

تمرين "رسائل صريحة": خطوات إرسال رسالة صريحة؟ الحقيقة أولاً، الاستماع، فن الرد بتعاطف، تبادل الآراء والبحث عن الحلول، أهمية طلب دعم الآخرين.

إعادة التأطير موقف الأب: موقف الأب من الحالة، تسبب في لقاء اللوم عليه؛ تم إعادة تأطير الموقف " كل سلطة ملزمة بالحفاظ على النظام، وأحياناً المواقف الصارمة هي ما تحافظ على الاستمرار، لكن القائد ملزم بتجاوز العقبات بحلول عملية"

إنهاء الجلسة: رغم عدم مشاركة الأب في الجلسة واكتفائه بالملاحظة، إلا أن حضوره فقط غير مجرى الأحداث في العلاج، حيث حصل تحول جذري في نفسية الحالة.

الجلسة الثامنة: إعادة تنظيم العلاقات وتوزيع الأدوار

صياغة الفرضية	يمكن الأسرة الانتقال من التضحية الفردية إلى المشاركة الجماعية في الحلول، والسماح بخلق تحالفات صحية ينتج تعاون أسري
مدة الجلسة	45 إلى 60 دقيقة
التقنيات العلاجية	التغذية الراجعة/ إعادة التأطير/ وصفة المهام
النشاط العلاجي	حول وجبات العشاء العائلية
المشاركون	الحالة (ز.ع)، الزوجة، الأخ (ح)، الأخت(س)، الأخت(ها)

مجريات الجلسة: كان هدف الجلسة العلاجية العمل على بدائل إعادة العلاقات بين كل عناصر النسق، وتشجيع تواصل مباشر بين كل الأطراف، وتعزيز وعي الأسرة بأن "الصحة" تعني التوازن في المسؤولية كجهد جماعي وليس تضحية فردية.

إعادة تأطير: تقديم تفسير إيجابي للولاءات كحقائق غير ثابتة في نظام العائلة، مع تدريب على انشاء توزيع عملي للمهام اليومية واحترام أدوارها.

استجواب الدائري موجه للأبناء بخصوص الوالدين: "ما أول شيء يتغير في حياتهم بعد الأزمات التي يتعرضون لها، هل يؤثر السن فيهم؟"

إعادة تأطير: قرارات الأباء ليست قسوة، بل استجابة غير منظمة للخوف، يمكن تعديلها إذا تم الاعتراف بها ومشاركتها.

وصفة مهام: إعادة توزيع الأدوار للاهتمام بالأخ المريض، بطريقة متوازنة يتم الاتفاق على تنفيذها بالتناوب مع في جلسة عائلية.

أنهت الجلسة باستعارة نسقية: أن التحول يبدأ من الاعتراف بأخطائنا المتكررة، وأن إعادة التوازن ممكن (في إشارة لضرورة التعاون من أجل توفير مكان عيش لائق للحالة).

الجلسة التاسعة: دعم التوازن العائلي في ظل التغيرات

صياغة الفرضية	تطوير استراتيجيات دعم متبادلة تحترم التغيرات يحقق التوازن في النسق.
مدة الجلسة	45 إلى 60 دقيقة
التقنيات العلاجية	الاستجواب الدائري، إعادة التأطير الإيجابي، وصفة المهام العلاجية
النشاط العلاجي	كيف نعيش كأُسرة في ظل التغير؟
المشاركون	الحالة (ز.ع)، الزوجة، الأخ (ح)، الأخت(س)

مجريات الجلسة: محتوى الجلسة تضمن التعزيز الإيجابي مع تثبيت التغيرات الإيجابية، وإعادة تنظيم العلاقات بما يسمح للنسق بمواجهة التحديات المستقبلية كعائلة متماسكة، وليس كأفراد.

استجواب دائري: كيف كانت تجربتكم من خلال لقاءات العلاج؟

النشاط العلاجي: "كيف تعيش العائلات في ظل التغير؟" يطلب المعالج من الأسرة أن يدونوا على

ورقة صغيرة: ما الذي يريدون الحفاظ عليه داخل عائلتهم؟

مناقشة وصفة المهام: مناقشة الوصفة التي قدمت في الجلسة الماضية، من قصر في دوره؟ ومن زاد عما كلف به؟

إعادة التأطير وتثبيت التغير: اختتم المعالج الجلسة بإعادة تأطير أعمق لمفهوم الألم والإحباط: المرض ليس فشلاً، إنه نداء من الأسرة لإعادة التوازن... وقد أظهرتم أنكم قادرون ذلك، إذا استمع وأنصت لما يقوله الآخرون.

الجلسة العاشرة: منع الانتكاس وتعزيز استراتيجيات التكيف.

صياغة الفرضية	تعزيز التكيف مع التغير باعتماد قواعد مرنة قائمة على التعاون.
مدة الجلسة	45 إلى 60 دقيقة
التقنيات العلاجية	الاستجواب الدائري، إعادة التأطير
النشاط العلاجي	قائمة " الإشارات الحمراء "
المشاركون	الأب، الحالة (ز.ع)، الزوجة، الأخ (ح)، الأخت(س)، الأخت(ها).

مجريات الجلسة: هذه الجلسة مخصصة للحفاظ على التقدم وتقادي العودة إلى الحالة السابقة التي ساهمت في تعقيد الأزمة، كما كانت هذه الجلسة محطة أولى لتقييم التدخل للتعرف على مسار العلاج.

استجواب دائري: من يستطيع منكم أن يحدد ما الذي منح الحالة القوة خلال مراحل مرضه؟ حين فكر في الاستسلام من أعاده إلى المقاومة، كيف كانت الأسرة الصغيرة تتفاعل؟

إعادة تأطير: القوة تأتي من وجود سند ودعم، مع وجود الأمل، المريض كان يراكم أمله ينتظر عودتكم وعودة الألم والحزن والانسحاب ليس فشل، بل رسالة تنتظر أن يتم تلبيتها.

دلالة إيجابية للحالة: جسّدك لا يعلن الاستسلام، بل يطلب الاهتمام، وعودة الحزن ليست حرباً ضدك، بل ليذكركم أنك يجب أن تساهم في استقرار العائلة.

تغذية راجعة: المسار العلاجي لا يُعدّ نهاية بل انطلاقة جديدة.

حُصص الوقت للتقييم النفسي: استبيان تقييم الصدمة النفسية (TRAUMAQ)، اختبار الاكتئاب (BDI-II)، اختبار الإدراك الأسري.

الوحدة الرابعة: تقييم فعالية التدخل العلاجي، والتحقق من استمرارية التغيرات الإيجابية

الجلسة 11: تقييم نسقي عيادي لأعراض الاستجابة الاكتئابية والصدمية والتفاعل الأسري

صياغة الفرضية	التغير في الأعراض النفسية يعكس تحسناً فردياً، ويُعبر عن تحوّل في أنماط التفاعل داخل النسق الأسري
مدة الجلسة	45 إلى 60 دقيقة
التقنيات العلاجية	المقابلة النسقية، شبكة الملاحظة، الاستجابات الدائري
النشاط العلاجي	كتابة رسالة إلى المستقبل
المشاركون	الحالة (ز.ع)، الزوجة، الأخت(ها)

مجريات الجلسة: مراجعة التغير على مستوى الأعراض النفسية، وربطها بما يحدث داخل العائلة، إذ كانت الجلسة تقييم نوعي لتقدم العلاج، من خلال ملاحظة واكتشاف تطور الأعراض الاكتئابية الصدمية خاصة عند الحالة، نبرة الصوت، طريقة الكلام، وضعية الجلوس.

إعادة تأطير: أشار المعالج إلى أن ما نشهده من تحسّن لدى الحالة هو انعكاس للتعاون داخل العائلة، وعليه، فإن تحسين الحوار بين أفراد الأسرة هو حل للمشاكل.

الاستجابات الدائري: تحديد التغيرات التي حدثت وستحدث مستقبلاً داخل الأسرة؟

نشاط "رسالة إلى المستقبل": طُلب من العائلة أن تكتب رسالة إلى المستقبل يشارك فيها الكل، يصفون فيها ما يحبون أن يبقى، أن يتغير، أن يتحقق.

في ختام الجلسة: "ما شاركتكم به اليوم هو فهم أعمق لأنفسكم، وأول خطوة نحو التغير.

الجلسة 12: تقييم نسقي عيادي لأعراض الاستجابة الاكتئابية والصدمية والتفاعل الأسري

صياغة الفرضية	عندما نبني نظام تواصل حقيقي وصحي بين أفراد النسق ككل، يمكن للأعراض أن تفقد وظيفتها.
مدة الجلسة	45 إلى 60 دقيقة
التقنيات العلاجية	المقابلة النسقية
المشاركون	الحالة (ز.ع)، الزوجة، الأخت(س)، الأخ(ح)
ما بعد الجلسة	تحديد موعد لتقييم نفسي بعد أسبوع واحد.

مجريات الجلسة: خصصت بشكل كامل للتقييم النفسي بمساعدة مختصة نفسانية مربة لإجراء التقييم النفسي، وأوضح المعالج أن الجلسة مخصصة لاكتشاف كيف تغيرت أحوال الأسرة مع مرور الأيام وأن مجرد التفكير الإيجابي غير معاني كثيرة في أنفسكم.

الجزء الأول: تم تمرير استبيان تقييم الصدمة النفسية (TRAUMAQ)

الجزء الثاني: تم تمرير اختبار الإدراك الأسري.

الجزء الأخير: تم تمرير اختبار الاكتئاب (BDI-II) لتقييم الأعراض الاكتئابية.

في نهاية الجلسة، تم التطرق إلى مفهوم "الإنهاء العلاجي"، حيث تم التأكيد على أن الانتقال من جلسات العلاج لا يعني انتهاء الدعم، بل انتقاله إلى أشكال أخرى " ثم تقرر تحديد موعد لتقييم نفسي آخر.

د. نتائج مرحلة التدخل:

تبعاً لعملية التقييم في ثلاث محطات زمنية مختلفة وباستخدام للمقابلة النسقية، شبكة الملاحظة، تطبيق الاختبارات: استبيان TRAUMAQ لتقييم الصدمة، اختبار بيك للاكتئاب (II)، واختبار الإدراك الأسري (FAT) تم تحديد نتائج التقييم في مرحلة التدخل (B)

جدول 21: مرحلة التدخل Intervention Phase-B

الأداة / المؤشر	B4	B5	B6	المتوسط	التقدير	التباين	الانحراف المعياري
استبيان الصدمة النفسية	88	82	79	83,00	صدمة متوسطة	21,00	4,58
اختبار بيك للاكتئاب (BDI-II)	26	25	23	24.67	اكتئاب متوسط	2.33	1.53
اختبار الإدراك الأسري - اختلال التوظيف	58	57	58	57.67	اختلال التوظيف	0.33	0.58
اختبار الإدراك الأسري - التوظيف الإيجابي	38	38	40	38.67		1.33	1.15

شبكة الملاحظة الإكلينيكية

1. تحسن واضح في المؤشرات الإكلينيكية لتشخيص الأعراض المشتركة للاستجابة الاكتئابية: تراجع مستوى شدة الأعراض وحدتها واختفاء أعراض عبر الزمن.
2. تراجع الخلل في المنظومة العائلية لصالح التوظيف الإيجابي بالنسبة للحالة، بما يدعم فرضية التداخل بين تحسن الأعراض والتوظيف الإيجابي داخل النسق.

7.2.1. تحليل نتائج الحالة الثانية:

1.7.2.1. تحليل نتائج شبكة الملاحظة الإكلينيكية:

حسب شبكة الملاحظة الإكلينيكية في المرحلة الأولى خط الأساس (A) فقد بين تحليل الأعراض المشتركة (الصدمة والاكتئاب) أنها كانت بارزة وقابلة للملاحظة تدل على مستوى مرتفع إلى مرتفع جداً من الاستجابة الاكتئابية الصدمية، أما في محور النظام الأسري فقد أظهرت خللاً واضحاً في المنظومة العائلي هذا التطابق بين الأعراض يقدم دلالة على تشخيص يتطلب تدخلاً علاجياً، أما مرحلة التدخل (B) فقد أبرزت الشبكة انخفاض مستوى الشدة والحدة لعدد من الأعراض المشتركة، وهذا يبرز انخفاض مستوى الاستجابة الاكتئابية الصدمية، ويمكن تبرير تداخل إيجابي بين تحسن الأعراض النفسية، وتحسن العلاقات داخل النسق.

2.7.2.1. حساب نسبة التغير حسب نتائج الاختبارات النفسية (الحالة الثانية):

1.2.7.2.1. نسبة التغير حسب استبيان (TRAUMAQ) الحالة الثانية:

جدول 22: نسبة التغير حسب استبيان تقييم الصدمة النفسية (TRAUMAQ)

(Baseline - A)				Intervention Phase-B				% Change			
A1	A2	A3	Mean	B4	B5	B6	Mean	A1-B4	A3-B4	A1-B6	Mean Δ%
121	119	115	118,33	88	82	79	83,00	27,27%	23,48%	34,71%	29,86%

تشير نسبة التغير حسب استبيان تقييم الصدمة النفسية إلى انخفاض في مستوى الصدمة النفسية لدى الحالة الثانية بعد التدخل العلاجي، حيث انخفض المتوسط العام من 118.33 في مرحلة خط الأساس (Baseline - A) إلى 83.00 في مرحلة التدخل (Intervention - B)، بنسبة تغير بلغت 29.86%، وهي نسبة متوسطة، كما أظهرت النتائج حسب نقاط القياس المختلفة نسب تحسن متفاوتة تراوحت بين 23.48% و 34.71%، تعكس هذه النتائج فعالية البرنامج العلاجي في خفض أعراض الصدمة النفسية.

2.2.7.2.1. نسبة التغير حسب اختبار بيك للاكتئاب (BDI-II) الحالة الثانية:

جدول 23: نسبة التغير حسب اختبار بيك للاكتئاب (BDI-II)

(Baseline - A)				Intervention Phase-B				% Change			
A1	A2	A3	Mean	B4	B5	B6	Mean	A1-B4	A3-B4	A1-B6	Mean Δ%
37	39	36	37,33	26	25	23	24,67	29,73%	27,78%	37,84%	33,93%

تشير مقارنة نتائج اختبار بيك للاكتئاب (BDI-II) إلى انخفاض في مستوى الأعراض الاكتئابية بعد التدخل العلاجي، حيث انخفض المتوسط من 37.33 في مرحلة خط الأساس إلى 24.67 في مرحلة التدخل، بنسبة تغير إجمالية بلغت 33.93%، ومن مستوى اكتئاب مرتفع إلى متوسط، مما يدعم فعالية البرنامج المستخدم في خفض شدة الاكتئاب، من هنا، فالنتائج المتطابقة في كلا المقياسين، تشير إلى فاعلية البرنامج العلاجي في تخفيف الأعراض المشتركة بين الصدمة النفسية والاكتئاب في دلالة على تراجع الاستجابة الاكتئابية الصدمية لدى الحالة.

3.2.7.2.1. نسبة التغير حسب اختبار الإدراك الأسري الحالة الثانية:

جدول 24: نسبة التغير حسب اختبار الإدراك الأسري (FAT)

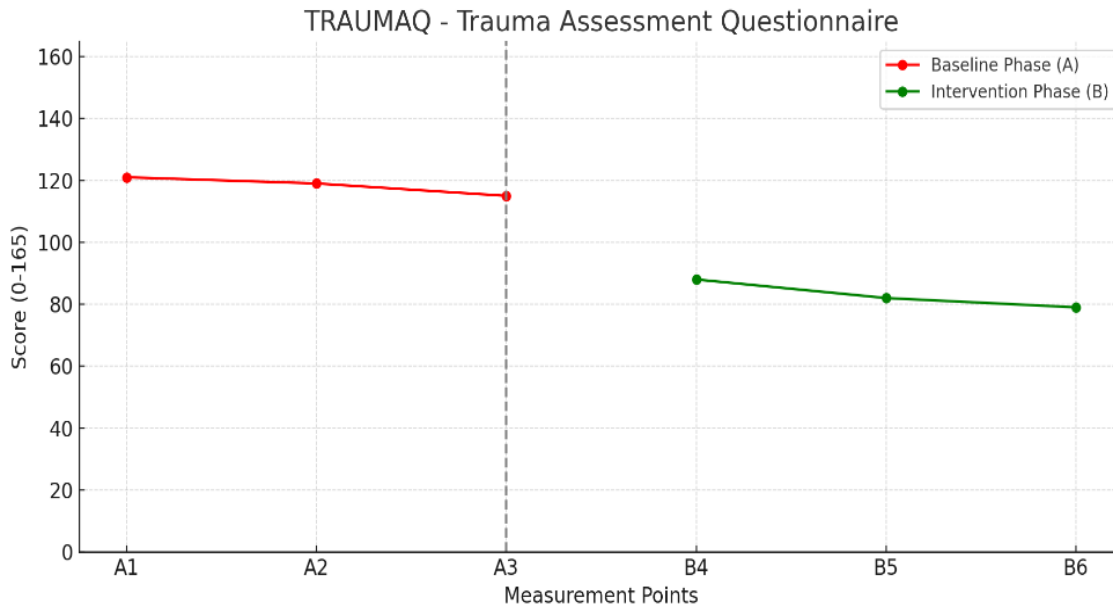
	(Baseline - A)				Intervention Phase-B				% Change			
	A1	A2	A3	Mean	B4	B5	B6	Mean	A1-B4	A3-B4	A1-B6	Mean Δ%
اختلال التوظيف	66	63	68	65,67	58	57	58	57,67	12,12%	14,71%	12,12%	12,18%
التوظيف الإيجابي	32	33	33	32,67	38	38	40	38,67	18,75%	15,15%	25,00%	18,37%

أظهرت بيانات اختبار الإدراك الأسري تغيراً نفسياً يعكس فعالية التدخل العلاجي في تعديل أنماط الإدراك الأسري لدى الحالة الثانية، فقد ظهر «اختلال التوظيف الأسري» خلال خط الأساس (A) بمستويات مرتفعة بمتوسط قدره 65.67، تدل على وجود خلل في الأدوار والوظائف داخل النظام الأسري، أما مرحلة التدخل العلاجي (B)، انخفضت القيم إلى بمتوسط 57.67، بنسبة تغير كلية بلغت 12.18%، ما يشير إلى تحسن ملحوظ في تقليل مستويات الخلل الأسري، في المقابل سجلت نتائج "التوظيف الإيجابي" تحسناً عكسياً؛ حيث ارتفعت القيم من مستويات منخفضة إلى قيم أعلى في مرحلة التدخل.

تشير نتائج تحليل نسبة التغير بين المرحلة الأولى خط الأساس ومرحلة التدخل للحالة الثانية بعد تطبيق البرنامج العلاجي النسقي أن هناك انخفاضاً في مستوى الصدمة النفسية والاكنتاب، وتحسن في نمط التوظيف الأسري، وهو مؤشر دال على فعالية التدخل العلاجي في خفض مستوى الاستجابة الاكنتابية الصدمية عند الحالة الثانية.

3.7.2.1. التحليل البصري لنتائج الاختبارات النفسية (الحالة الثانية):

1.3.7.2.1. التحليل البصري لنتائج استبيان (Traumaq) الحالة الثانية:

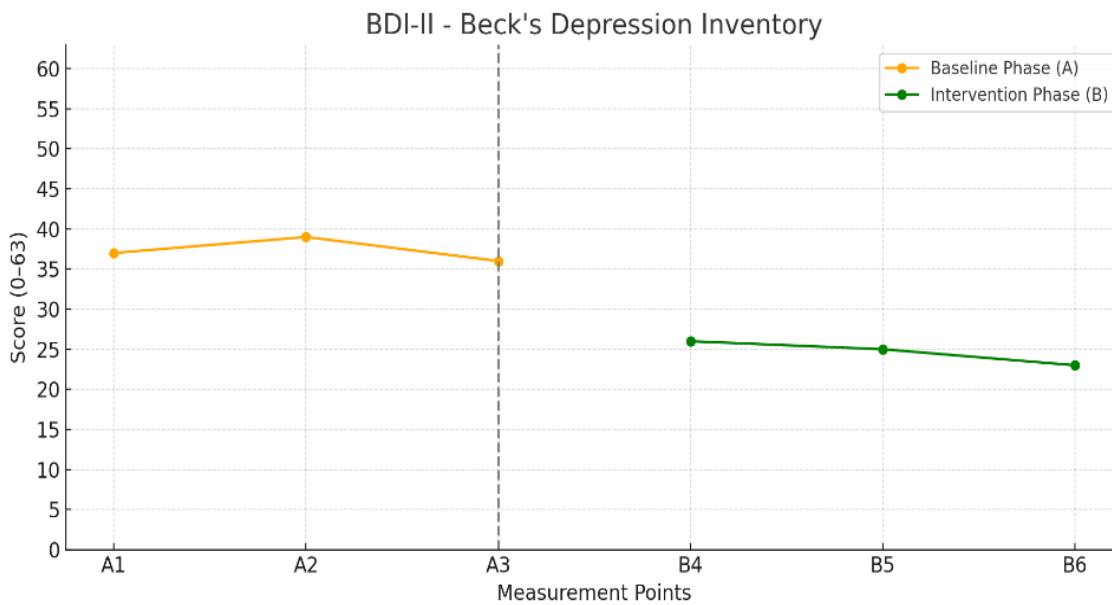


الرسم البياني 4: التحليل البصري لنتائج استبيان تقييم الصدمة النفسية

أظهر التحليل البصري لنتائج استبيان تقييم الصدمة النفسية داخل المراحل المتشابهة، أن مرحلة خط الأساس (A) عرفت استقراراً في نطاق المرتفع جداً حيث شكل هذا الاستقرار عاملاً لبدء التدخل العلاجي، بينما أظهرت مرحلة التدخل (B) اتجاهاً تنازلياً من نقطة القياس الأولى إلى الأخيرة، أما التغيرات بين المراحل غير

المتشابهة فقد أظهرت المقارنة بين المرحلة A و B تغيراً كبيراً في المستوى، واتجاهً تنازلياً في مرحلة التدخل، وكان أثر التغيير فوريً من خلال ملاحظة انخفاض مباشر بين آخر نقطة في A وأول نقطة في B، كما أن التحسن استمر على مدار المرحلة التدخل، مما يشير إلى أثر مستمر عبر الزمن، أما أهمية تأثير التدخل فقد أظهر التدخل فعالية حقيقية من خلال انخفاض المستوى، والاتجاه التنازلي المستمر، واستقرار البيانات، مع عدم وجود أي تداخل بين بيانات المرحلتين، وهذا يدل أن كل هذه المؤشرات تدعم وجود تأثير فعال ذو دلالة إكلينيكية.

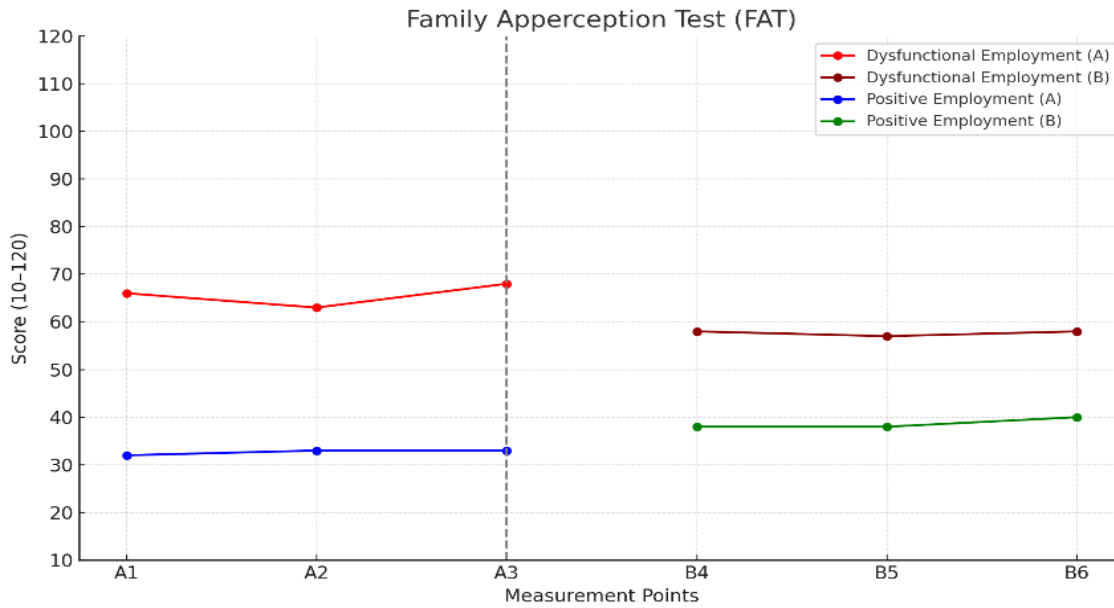
2.3.7.2.1. التحليل البصري لنتائج اختبار بيك للاكتئاب (BDI-II) الحالة الثانية:



الرسم البياني 5: لتحليل البصري لنتائج اختبار بيك للاكتئاب (BDI-II)

أظهر تحليل البيانات داخل المراحل المتشابهة لمقياس الاكتئاب (BDI-II) أن مرحلة خط الأساس (A) تميزت باستقرار نسبي في للأعراض الاكتئابية في نمط الارتفاع، وهو ما يُعد مؤشراً للبداية في البرنامج العلاجي، أما في مرحلة التدخل (B) فقد كانت النتائج في اتجاه تنازلي داخل المستوى المتوسط؛ كدلالة على انخفاض مستمر للأعراض لدى الحالة الثانية، كما أظهرت المقارنة بين المراحل غير المتشابهة عن وجود تغير ملحوظ في المستوى بين نهاية مرحلة A وبداية مرحلة B، إضافة إلى تغير فوري في الاتجاه من ثابت إلى تنازلي، كما أن التحسن استمر بشكل تدريجي خلال كامل مرحلة التدخل، ما يعزز فكرة وجود أثر دائم وليس مؤقتاً، وكانت نتائج التدخل ذات أهمية تُظهر فعالية عيادية حقيقية؛ من حيث انخفاض المستوى، اتجاه تنازلي ثابت، واستقرار النتائج، انعدام التداخل بين نقاط القياس في المرحلتين، هذه العوامل مجتمعة تؤكد أن التدخل كان فعالاً وذو دلالة سريرية.

3.3.7.2.1. التحليل البصري لنتائج اختبار الإدراك الأسري (FAT) الحالة الثانية :



الرسم البياني 6: التحليل البصري لنتائج اختبار الإدراك الأسري (FAT)

أظهر تحليل البيانات داخل المراحل المتشابهة لاختبار الإدراك الأسري أن مرحلة "اختلال التوظيف الأسري" خلال خط الأساس (A) اتسمت بثبات نسبي في النتائج، مما يشير إلى استقرار في مستوى الخلل الأسري قبل التدخل، وهو ما شكّل نقطة انطلاق مناسبة لبدء البرنامج العلاجي، بينما أظهرت مرحلة التدخل (B) قيمًا منخفضة، ما يشير إلى اتجاه تنازلي واضح يدل على تحسن في الوظائف الأسرية، كان التغيير بين المرحلتين فوريًا، حيث انخفضت النتائج مباشرة من نهاية المرحلة A إلى بداية المرحلة B، واستمر هذا الانخفاض بثبات مما يعكس تأثيرًا علاجيًا مستقرًا، أما فيما يتعلق بمؤشر "التوظيف الإيجابي"، فقد أظهرت المرحلة الأولى (32، 33، 33) مستوى منخفضًا من التفاعل الإيجابي داخل الأسرة، وهو ما تغير جذريًا في مرحلة التدخل (38، 38، 40) التي أظهرت اتجاهًا تصاعديًا واضحًا، التغير كان أيضًا فوريًا ومستمرًا، بدون تقلبات كبيرة أو تداخل بين بيانات المرحلتين.

8.2.1. حجم الأثر (Effect Size): Cohen's d

جدول 25: حجم الأثر للحالة الثانية

حجم الأثر (COHEN'S D)	مرحلة التدخل (B)		مرحلة خط الأساس (A)		المقياس
	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
9.07	4.58	83.00	3.06	118.33	تقييم الصدمة النفسية (TRAUMAQ)
5.05	2.87	24.67	2.08	37.33	مقياس الاكتئاب (BDI-II)
3.28	1.70	57.67	3.00	65.67	اختلال التوظيف الأسري

التوظيف الإيجابي الأسري	32.67	1.53	38.67	0.94	+4.72
-------------------------	-------	------	-------	------	-------

أظهرت النتائج أن جميع المقاييس سجلت تغيرات ذات دلالة إحصائية بعد تطبيق التدخل، كما يتبين من قيم معامل كوهين د (Cohen's d)، بالنسبة لمقياس تقييم الصدمة النفسية (TRAUMAQ)، بلغ حجم الأثر سالب 9.07، مما يدل على انخفاض كبير في أعراض الصدمة بعد التدخل، سجل مقياس الاكتئاب (BDI-II) انخفاضاً ملحوظاً بلغ حجم أثره -5.05، وهو ما يشير إلى فعالية التدخل في تقليل الأعراض الاكتئابية، فيما يتعلق بمؤشرات التوظيف الأسري، أظهر اختلال التوظيف الأسري انخفاضاً بلغ -3.28، بينما زاد التوظيف الإيجابي للأسرة بشكل ملحوظ (+4.72)، مما يعكس تحسناً في الديناميكية الأسرية الداعمة، بشكل عام يمثل هذا مؤشراً على تأثير فعال ومهم للبرنامج العلاجي في خفض الاستجابة الاكتئابية الصدمية لدى الحالة الثانية في سياق أسرته.

9.2.1. ملخص نتائج التدخل العلاجي مع الحالة الثانية:

أظهرت النتائج للحالة الثانية استجابة إيجابية مهمة للبرنامج العلاجي النسقي المقترح، من خلال تحليل متعدد الأبعاد شمل البيانات العيادية، والنتائج السيكمترية، والتحليل البصري للبيانات الكمية، بالإضافة إلى قياس حجم الأثر الإحصائي وحساب نسبة التغير، ففي مرحلة خط الأساس (A)، قدم الحالة مستوى مرتفع من الأعراض المشتركة للاستجابة الاكتئابية الصدمية، مع وجود خلل واضح الأثر في النظام الأسري، وهذا، هذا التطابق بين الأبعاد النفسية والنظام الأسري شكل مرجعاً عيادياً للتدخل العلاجي، بعد تنفيذ برنامج التدخل العلاجي النسقي في المرحلة (B)، سجلت جميع المقاييس تحسناً ملحوظاً، حيث انخفض مستوى الأعراض النفسية إلى مستوى متوسط، ومستوى الخلل الأسري بمستوى مقبول مع هذا تلبي النتائج المعايير العلاجية للتغير، وبالتالي يمكن الحكم بثقة أن البرنامج العلاجي النسقي كان فعالاً في خفض الاستجابة الاكتئابية الصدمية لدى الحالة الثانية، من خلال تحسين التوظيف الأسري وإعادة التوازن داخل المنظومة العائلية.

3.1. عرض تحليل نتائج حالتي الدراسة:

جدول 26: نتائج حالتي الدراسة

الأداة / المقياس	الحالة الأولى		الحالة الثانية	
	% التغير	حجم الأثر	% التغير	حجم الأثر
استبيان الصدمة النفسية (TRAUMAQ)	33.43%	9.97	29.86%	9.07
مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II)	33.86%	3.66	33.93%	5.05
FAT اختلال التوظيف الأسري	18.79%	7.27	12.18%	3.28

+4.72	↑ 18.37%	18.11+	↑ 51.88%	FAT التوظيف الأسري الإيجابي
-------	----------	--------	----------	-----------------------------

تشير نتائج الحالتين إلى تطابق واضح في الاتجاه العام للتغير، حيث أظهرت كلاهما انخفاضاً كبيراً في مستويات الصدمة النفسية والاكنتاب، وتحسناً في التوظيف الأسري، سواء من خلال تقليل الاختلال أو تعزيز التوظيف الإيجابي، كما أن حجم الأثر المرتفع جداً في جميع المؤشرات يعكس فعالية قوية ومتماكة للبرنامج العلاجي. ورغم وجود فروقات فردية بسيطة، خاصة في التوظيف الإيجابي، إلا أن النتائج تتكامل لتعكس تحسناً نفسياً وأسرياً شاملاً، مما يعزز موثوقية البرنامج ونجاعته، وأظهرت نتائج التدخل العلاجي مع الحالتين أثراً إيجابياً للبرنامج:

في استبيان الصدمة النفسية: (TRAUMAQ) سجلت الحالتان نسبة انخفاض متوسطة تراوحت ما بين (29% إلى 34%) بحجم أثر مرتفع، مما يدل على فعالية البرنامج في تخفيف الأعراض الصدمية المرتبطة بتجربة السرطان، أما في مقياس بيك للاكتئاب: (BDI-II) تم تسجيل انخفاض في مستوى المؤشرات الاكتئابية لدى الحالتين بنسبة تجاوزت 33%، مع أحجام أثر مرتفعة، هذا يعكس استجابة إيجابية للحالتين تجاه مكونات البرنامج التي استهدفت المعتقدات السلبية والديناميكيات الأسرية الضاغطة.

أما من جانب اختلال التوظيف الأسري (FAT) عرفت الحالة الأولى تحسناً بنسبة 18.79%، والحالة الثانية بنسبة 12.18%، مع أحجام أثر تراوحت بين متوسطة إلى عالية، هذا الانخفاض في المؤشرات المرضية يؤكد أن العمل على العلاقات داخل الأسرة ساعد في تقليل الإدراكات المختلة، وهو ما انعكس في ارتفاع التوظيف الأسري الإيجابي، وهذا يشير إلى أن البرنامج لم يقتصر على خفض الأعراض، بل ساهم أيضاً في تعزيز التوازن الأسري، ورغم الفروق بين الحالتين من حيث الاستجابة وحجم الأثر، إلا أن النتائج تدعم وجود فعالية علاجية متوسطة للبرنامج العلاجي المقترح، كما تُظهر النتائج قابلية التدخل العلاجي عبر حالات مشابهة من حيث الخصائص، مما يعزز من صلاحيته كأداة تدخل نفسي لمرافقة مرضى السرطان داخل السياق الأسري.

2. مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

1.2. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الجزئية:

في ضوء ما نصت عليه الفرضية الجزئية للدراسة والتي سعى الباحث من خلالها إلى فهم كيف ساهم البرنامج العلاجي في خفض الاستجابة الاكتئابية والصدمية عبر تحقيق التوازن داخل النسق الأسري وقد نصت على "يساهم تحسين أنماط التواصل وديناميكية العلاقات داخل الأسرة، نتيجة تطبيق البرنامج العلاجي النسقي المقترح، في تحسين التوظيف الأسري وخفض الاستجابة الاكتئابية الصدمية لدى مرضى السرطان خلال فترة التدخل العلاجي"، وقد كشفت النتائج المتوصل إليها، عن تحقق الفرضية الجزئية حيث يظهر جليا حجم التغيير من خلال التقرير الذاتي الذي تركه تحسن العلاقات وعودة الحوار العائلي للأسرتين في الأداء النفسي للمريض، فالاستجابة المرضية كـ "عرض نسقي"، ومنه فالتغيير المحدث عبر التدخل العلاجي يؤدي إلى خفض الضغط على الأسرة، ما ينعكس على تراجع حدة الأعراض لدى الأفراد (مثل القلق أو الانسحاب)، في الجهة المقابلة تحسين التواصل الأسري، وتخفيف الصراع وفك التحالفات المرضية يعزز الثقة والدافعية للعلاج عند الفرد، إن المعالج النسقي لا ينظر إلى العملية العلاجية كوحدات مستقلة وإنما هي عملية واحدة ينتقل فيها عبر النسق ليساهم في تفكيك المشكلات العميقة.

لاحظنا في الحالة الأولى (ب.م) أن النسق الأسري من خلال تدرج العلاج بدأ في تقبل مرحلة ما بعد السرطان، وطور استراتيجيات التكيف مع خصوصية المرحلة، فالأم طورت دورا يتماشى مع دورها الأساسي بدل دورها كضحية، بينما تقاسم الأب مهام رعايتها مع ابنته وتحمل مسؤولياته، كما ان اتخاذ القرارات المصيرية للعائلة أصبحت تشاركية تسمح بفتح النسق من أجل مواجهة الوصمة الاجتماعية لمرض السرطان واعتباره مرضا وليس عقابا، بذلك حدث تحول في تصور التجربة الصدمية السرطانية، وكذلك عبر حل المشكلات المعقدة، مثل التحالفات السلبية والتواصل الضمني غير صريح والقاء اللوم، كل هذا انعكس على الأداء النفسي للمريضة من الجانب الانفعالي، والمعرفي والسلوكي مما دفع إلى انخفاض الأعراض المشتركة للاستجابة الاكتئابية والصدمية، ورغم أن النتائج كانت جزئية، إلا أن البرنامج نجح في تغيير اتجاه الحالة داخل نسقها الأسري من التدهور إلى التحسن.

في النموذج الثاني لعائلة (ز.ع) تم تشخيص الحالة باستجابة اكتئابية حادة كامتداد معقد لتجربة صدمية ترتبط بالسرطان، أما النظام الأسري فتميز بحالة من اللاتوازن في جميع أركانه، أدت في النهاية إلى شرخ كبير في النسق العائلي بتمرد أحد الأفراد كرسالة صريحة تعبر عن رغبات مكبوتة في الاستقلالية، لقد

تميزت الحدود بالصلابة وعدم الوضوح، والأدوار بالجمود، وظهر الصراع بين الأجيال، وأدى العرض رسالة احتجاج ضد القطيعة التي انتهجها النظام كآلية للحافظ على توازنه، ومن خلال البرنامج العلاجي المقترح ورغم صعوبة اندماج المعالج مع النظام، وتعذر جمع كل أفراد النسق، مع هذا أبدى أفراد النسق المشاركون في إدراك السرطان كتهديد للعائلة وليس للحالة، وبالتالي هو إنذار يتطلب التعاون بدل التنافس، ومع التقدم في العلاج، برزت تحولات في أدوار أعضاء العائلة وتغير إلى دور محوري، وتراجعت المصلحة الفردية لصالح الاهتمام بالعائلة ولعب الاحفاد (أبناء الحالة) دوراً في التحول النسقي خاصة مع أب العائلة حيث كانت الرسالة أن ابتعادهم عنه خطر على النظام هذا ما أكدته أكدته المحللة النفسية فرانسواز دولتو (Françoise Dolto) "على الأجداد أن ينقلوا لأحفادهم عن شبابهم وقيمهم في شكل حكايات لأن الماضي الأسري يعبر عن القيم"، يبقى للأجداد أفضلية على الأبوين بفضل الحماية والشعور بالأمان، كما ويشير ليبوفيس "الأجداد يُعتبرون مرجع عقلائي ولهم دور بارز، وهم يشعرونهم بالموروث والأمان ولهم دور بناء وهيكل في دعم الهوية الأسرية وهم من ينقلون القيم والذكريات" (بوحالة، 2016)، وساهم العملية العلاجية في تحويل أفراد الأسرة من موقع الترقب والشكوى إلى موقع الفعل من خلال المشاركة العائلية، وتقبل الحالة كعضو منهم وإخراجه من المعاناة الاجتماعية التي يعيشها، ما مثل بدء عملية إعادة بناء علاقات أسرية أكثر استقراراً، مما ساهم في خفض حدة الأعراض المشتركة للاستجابة الاكتئابية الصدمية لدى الحالة، وبالنسبة لـC،J،Lugan كلما زاد التعقيد التنظيمي زادت احتمالات الأزمات، ولكن النظام في المبدأ يكون قادراً على تجاوز هذه الأزمات وربما الاستفادة منها لتطوير نفسه، علاوة على ذلك يتأثر الأقارب أنفسهم بشدة بإعلان المرض (Carreel, 2017, p. 54).

في إطار التدخل العلاجي لمعالجة الصدمة النفسية للسرطان في السياق الأسري، لوحظ أن الكشف عن التجربة الصدمية المؤلمة، وسردها، وتشاركها بين أفراد الأسرة لعب دوراً في إخراج هذه التجربة من حيز اللاوعي الأسري حيث تُعد العملية ضرورية لتفكيك آليات الكبت والانكار والمقاومة التي انتهجت استجابةً للمرض وهنا تتشابه العملية العلاجية مع ما جاء به العلاج السردى الذي يعتبر نهجاً متميزاً يركز على مبدأ فصل الشخص عن مشكلاته، للحد من تأثيرها في حياته حيث يعتقد أن رواية قصص حياة الأفراد تساعدهم على اكتشاف المعنى الكامن في تجاربهم (جبر دعدرة، 2021)، ويمكن هذا من تحويل التجربة الصدمية إلى فرصة لإعادة بناء النظام الأسري، والعمل على تقليل الآثار النفسية لصدمة السرطان من خلال تبديد الصورة النمطية، وغالباً ما ترتبط الصدمات النفسية العائلية بالمساس بالحياة والكرامة الإنسان وسلامة الأنا، والأحداث المرتبطة بالصدمات العائلية لها معنى ورنين عاطفي مكثف، من هذا المنظور تكتسب العناصر الرمزية المتعلقة

بالأساطير والطقوس العائلية، والجانب التخيلي أهمية قصوى (Mboua, P.-C. , 2016)، و يمثل السرطان في الوسط المجتمعي أزمة معقدة للمريض وللعائلات وللأطباء على حد سواء، حيث يعاد النظر في مستقبل المريض وتوازن العائلة الموارد الاقتصادية، ويرتبط الاختلال أيضا بنتائج العلاجات المختلفة من جهة، وبالعوامل النفسية الأساسية المتمثلة في ثقل التشخيص والشك في الشفاء وقلق الانتكاس من جهة أخرى، وكل هذه العناصر التي تحدث الارتباك لدى المريض وعائلته (وندلوس وزواني، 2018)، إن تحويل الأعراض من استجابات فردية إلى بُنى نسقية، وتعزيز آليات التواصل والتعبير الحر، ساهم في تحقق الأثر العلاجي النسقي وحقق تراجع شدة العرض الصدمي - رغم اختلاف السياق الأسري والثقافي بين الحالتين - مما يبرز حجم تأثير التغييرات في أنماط التفاعل الأسرية على الأعراض الفردية للصدمة النفسية وبالتالي يدعم تحقق الفرضية.

وقد كان الهدف المرحلي الثاني هو العمل من خلال آليات البرنامج العلاجي المقترحة خفض الاستجابة الاكتئابية المرتبطة بالسرطان، ونظرًا للوقوعات القوية والتأثير الكبير للأعراض الاكتئابية كان من المهم تركيز التدخل العلاجي على خفض شدة الأعراض الفردية لدى الحالة عبر تحويل رؤية الأسرة للعرض كحالة قابلة للتغيير من خلال حلول الأسرة نفسها؛ هذا الموقف المحايد ساعد على خلق مساحة آمنة للعائلة لإعادة التفكير في الأعراض وسلوكياتها، مما انعكس على الكشف عن الأفكار والمعتقدات السلبية في المعاش النفسي للحالة، من أجل إعادة تأطيرها كحلّ نسقي، حيث تعتمد الرؤية المنظومية على فهم واسع للعوامل التي تساهم في ظهور السلوك، فيما يعرف بالسببية الدائرية حيث يمكننا رؤية التأثير المتبادل ويكون من المستحيل تحديد بداية أو نهاية للتفاعل (Landry Balas, 2011) وقد اقتضى التدخل العلاجي تغيير معتقدات الأسرة حول السرطان من جهة كمصدر للأزمة ثم معتقدات الأسرة حول المعاش النفسي للمريض عبر بدائل لأفكار الشفقة والحزن، وعزله عن الآخرين...، وبذل ذلك الاهتمام بالمريض في شخصه في كيانه وانتمائيه بدل الاهتمام بالمرض، والعائلات التي تعيش "محنة الدعم" تواجه نصيبها من المعاناة بمشاعر متناقضة لأن المرض يأتي للتشكيك في تنظيم كامل الأسرة وإعادة فحص مكان الجميع، غالبًا ما تحمل هذه العائلات معها الغضب والقاء اللوم، العدوانية، وهكذا يسمح الإسقاط العدواني أن ينسب إلى الآخر آثاره الخاصة، ومن بين هذه التأثيرات التي لا تطاق قد يكون الشعور بالعجز والشعور بالذنب (Ben Soussan & Dudoit, 2009, p. 62)، كما أن تغيير المعتقد لدى المريض بأن معاشه حالة عابرة قابلة للتغيير يكون أكثر اقناعًا لأفراد النسق؛ من حيث أن المريض يريد مزيدًا من الاهتمام وتطلب الأسرة تقبل العلاج والاستمرار في المقاومة؛ ورد الفعل المعتاد على الأشخاص الحزينين هو محاولة رفع معنوياتهم، وإخبارهم بعدم النظر إلى الأمور بشكل قاتم أو ميؤوس منه، سيكون من الأفضل أن نشجعهم على النظر إلى الجانب المشرق من الحياة، إلى كل الأشياء الملونة والإيجابية من حولهم،

هذا النموذج يعتبر نهجاً مفيداً عند التعامل مع الاكتئاب لدى المرضى الذين يعانون من أمراض عضال (KÜBLER-ROSS, 2009)، كل هذه المؤشرات ذات دلالة أن الفرضية الجزئية صادقة بنسبة كبيرة جداً حيث أن علاج الأسرة يساهم في علاج الأعراض الفردية.

إن الهدف من العلاج النفسي حسب ما وضعته مدرسة ميلانو هو تغيير سلوكيات النسق؛ ولن يتم هذا دون حد أدنى من الدافعية حيث لا يمكن إحداث التغيير دون مشاركة النسق، وهنا نقف عند خصوصية العلاج النسقي حيث يمثل التغير أمر صعباً في السياق الأسري، حيث تتصف العلاقات بالجمود والقطيعة، وأي رسالة خاطئة من المعالج تعيد النسق المختل إلى وضعه الأول، من هنا نستنتج أن البرنامج العلاجي المقترح اكتسب القدرات العيادية من أجل خفض الأعراض الاكتئابية - الصدمية بشكل تدريجي ومستمر، وقد أثبتت دراسة أجراها دايموند عام 2002، أن أكثر من 80% من المراهقين الذين عولجوا بالعلاج الأسري القائم على التعلق (ABFT) لم يعودوا يستوفون معايير الاكتئاب الشديد بعد العلاج، مقارنة بنحو 50% من المراهقين في مجموعة قائمة الانتظار في متابعة الـ 6 أشهر، تم تقييم 15 من أصل 24 مشاركاً (من عينة المجموعة الجزئية التي تلقت العلاج، مع المجموعة الجزئية التي وضعت في البداية في قائمة الانتظار ثم تلقت العلاج لاحقاً، وكان 13 منهم (87%) لا يستوفون معايير الاكتئاب الشديد (Vossler, Pinquart, Forbat, & Stratton, 2024)، وبالنظر إلى تركيز البرنامج العلاجي على تحسين التواصل وتغيير أنماط التفاعل الأسري، عبر التواصل اللفظي وغير اللفظي، وتعزيز الحوار المفتوح والمشاركة الفعالة بين أفراد الأسرة، وتقليل مشاعر العزلة والقلق التي قد يواجهها المريض بعد التشخيص والعلاج، حيث بينت النتائج أن التواصل يمثل لب التغيير في النظام الأسري.

طريقة أخرى تدعم فعالية التدخل العلاجي النسقي عبر إعادة توزيع الأدوار داخل الأسرة حيث يمثل إجراء فعال في خفض الاستجابة الاكتئابية الصدمية، من خلال تقليل العبء العاطفي على المريض وتعزيز الدعم العاطفي من أفراد الأسرة، تقليل التوترات، كما تتيح للأسرة التكيف بشكل أفضل مع التحديات الجديدة، ويحسن شعور المريض بأن مقبول في الوسط الأسري، وكما يوضح كيريسيت وسانت-أماند" من خلال تجنب أو بالأحرى رفض النظر إلى الأسرة من زاوية مشكلاتها، بل باعتبارها مورداً وباعتبارها قادرة، من خلال انخراطها في مشروع جماعي، على توليد حلول لصعوباتها، تفضل الموارد البديلة تجعل من الأسر كيانات مكونة من أفراد يرتبطون أيضاً بالقوى والمؤسسات الاجتماعية المحيطة بهم (SARRAZIN, 1998, p. 83).

2.2. مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الرئيسية:

استناداً إلى الفرضية الرئيسية للدراسة، والتي نصها "يساهم تطبيق البرنامج العلاجي القائم على مبادئ المقاربة النسقية وفق نموذج مدرسة ميلانو في انخفاض دال إكلينيكي، في الاستجابة الاكتئابية الصدمية لدى مرضى السرطان ضمن سياقهم الأسري خلال فترة التدخل العلاجي، بالمقارنة بمرحلة الخط الأساس" أظهرت نتائج الدراسة أن البرنامج العلاجي حقق فعالية متوسطة، تتوافق مع المعايير الإكلينيكية في مجال العلاج النفسي النسقي، وقد بينت النتائج لدى عينة الدراسة انخفاضاً في شدة الأعراض النفسية، بما يشير إلى وجود علاقة إيجابية بين تطبيق البرنامج العلاجي والانخفاض الملحوظ في الاستجابات الاكتئابية والصدمية لدى حالي الدراسة، وتدعم هذه النتائج مجموعة من الأدلة الإكلينيكية الكمية والكيفية، تم التوصل إليها من خلال توظيف أساليب تحليل متنوعة شملت: مقارنة نتائج المقابلات النسقية، وتحليل شبكة الملاحظة، وحساب نسبة التغيير والتحليل البصري، بالإضافة إلى حساب حجم الأثر للمقاييس النفسية المعتمدة في الدراسة، ما يمثل دعماً لتحقيق الفرضية الرئيسية ضمن حدود الدراسة وحجم عينتها، حيث يُتوقع أن يخرج الأفراد الذين اكملوا العلاج من الفئة المرضية نحو الفئة السوية، ولتحقيق بشكل عملي كان الأداء بعد العلاج لدى الحالتين أقرب إحصائياً إلى متوسط الفئة السوية، منه إلى متوسط الفئة المختلة، وتُعد هذه الطريقة الأكثر دقة من الناحية الإحصائية، لأنها تعتمد على المقارنة بين احتمال انتماء الدرجة المُسجلة بعد العلاج إلى كل من التوزيعين (السوي والمختل) (Jacobson, N. S., & Truax, P., 1991)

أظهر التقرير العيادي استناداً إلى نتائج المقابلات النسقية خلال مرحلة العلاج، حيث سجلنا تغييراً في المؤشرات الانفعالية والسلوكية لدى حالي الدراسة، حيث ظهر انخفاض واضح في القلق، مع تحسن الأداء الاجتماعي، وخاصة تراجع حدة إعادة معايشة الحدث الصدمي، علامات على تحوّل في المعاني المرتبطة بالمرض؛ من كونه عبئاً فردياً إلى كونه مرحلة أسرية تحمل معها فرصاً لإعادة بناء النسق، كما ظهر تغيير جوهري في التفكير، وامتد هذا الأثر الإيجابي ليشمل طبيعة التوظيف الأسري داخل النسق ككل؛ لوحظ في المواقف، الانفعالات، ردود الفعل، درجة الانفتاح، التقبل، تطور الحوار العلاجي عبر تقدم الجلسات، بما يتوافق مع نهج ميلانو العلاجي الذي يعتمد على جمع المعلومات المحيطة بالعرض من خلال استجابات النسق، تساعد على البدء في بناء دلالة إيجابية للعرض السلبي، لكي تسترخي الأسرة وتبدأ في النظر في سياق جديد فيما يتعلق بعرضها (MacKinnon & Kerrie, 1987)، هذا التغيير والتقبل ساهم بفعالية في تفكيك العرض الفردي وتحويله إلى عرض نسقي، وعليه يدعم فعالية البرنامج العلاجي النسقي في خفض الاستجابة الاكتئابية الصدمية، وبالتالي يؤكد الفرضية البحثية الرئيسية.

كشفت نتائج شبكة الملاحظة لحالتي الدراسة "موقفًا عياديا بارزا" يعبر عن فعالية البرنامج العلاجي في تحقيق التغيير المنشود، وهو ما يسعى إلى تحقيقه المعالج في نهج ميلانو في العمل مع الأسرة، حيث أظهر التفريغ الأولي لشبكة الملاحظة عن نمط عيادي لاستجابة اكتئابية وصدمية ترتبط بخبرة إعلان السرطان كمفجر للأزمة، كما كشفت الملاحظة عن منظومة أسرية تتسم باختلالات عميقة وجوهرية، خاصة في حالة الأسرة الثانية - الحالة عايش وضعية اجتماعية معقدة جدا تتعدى فيها أدنى مقومات الحياة، في المرحلة الثانية بعد التدخل العلاجي أظهر التقييم النفسي انخفاض ملاحظ من طرف المعالج في شدة الأعراض المشتركة للاستجابة الاكتئابية الصدمية، وتغيير إيجابي في الأداء الأسري، ويتمشى هذا مع النهج الميلاني الذي يرى أن الأعراض ليست سمات فردية، بل ناتجة عن أنماط تفاعل داخل النسق الأسري؛ وتجدد الإشارة إلى أن هذا التراجع من النطاق المرتفع إلى النطاق المتوسط يُعدّ مؤشراً على فعالية البرنامج العلاجي، ويعكس موثوقية قدرته على إحداث تغيير، مما يدعم صحة الفرضية الرئيسية للبحث.

أظهرت نتائج استبيان تقييم الصدمة النفسية (TRAUMAQ) نسبة تغيير بلغت 33.43% لدى الحالة الأولى، و 29.86% في الحالة الثانية تصنف ضمن نطاق "صدمة متوسطة"، كما أظهر التحليل البصري للاستبيان خلال مقارنة نتائج مرحلة خط الأساس ومرحلة التدخل اتجاه تنازلي مستمر، مع تغير فوري بين آخر تقييم في المرحلة (A) وأول تقييم في مرحلة التدخل (B)، وهذا يدعم فرضية البحث في قدرة البرنامج العلاجي على خفض شدة الأعراض الصدمية عند حالتي الدراسة.

حسب نتائج قائمة الاكتئاب الثانية (BDI-II) فقد أظهر التحول في مستويات الاكتئاب من نطاق "المرتفع" إلى نطاق "المتوسط" بنسبة تغيير بلغت (33.86%) في الحالة الأولى، و (33.93%) في الحالة الثانية، تطابق هذا التغيير مع تحليل البيانات البصرية الذي أبان عن مستوى مرتفع في مرحلة خط الأساس، متبوعاً بانخفاض فوري في مرحلة التدخل، واستمرار التحسن دون تداخل، ما يدعم قدرة البرنامج العلاجي في الحد من أعراض الاكتئاب رغم عدم بلوغه مستوى اللامرضي مع هذا فإن فعالية البرنامج موثوقة في إحداث التغيير المطلوب.

سجلت نتائج اختبار الإدراك الأسري (FAT) انخفاضاً في مؤشرات اختلال التوظيف الأسري بنسبة تغيير (18.79%) لدى الحالة الأولى، و (12.18%) لدى الحالة الثانية، ورغم أن مستوى التحسن يعتبر محدوداً، لكنه دالٌّ من الناحية العيادية حسب سياق الحالة، ويعكس بداية التغيير في طبيعة العلاقات وأنماط التفاعل الأسرية، بالمقابل ارتفعت مؤشرات التوظيف الإيجابي باتجاه تصاعدي مستقر لدى الحالتين، وقد دل

التحليل البصري على انخفاض مستمر في التوظيف المختل، ما يعكس أثراً إيجابياً للتدخل العلاجي على النسق الأسري.

دعم التحليل البصري للمقاييس النفسية النتائج، حيث أبانت الرسوم البيانية (1 و 2 و 3) أن مرحلة التدخل (B) شهدت اتجاهاً تنازلياً مستمراً في شدة الأعراض، مع غياب التداخل بين نقاط A و B، ما يُعد مؤشراً بصرياً قوياً على فعالية التدخل واستمراره، مع انخفاض فوري بين المرحلتين، أما في اختبار الإدراك الأسري (FAT)، فقد أظهر التحليل البصري انخفاضاً في درجات "الاختلال" وتحسناً في "التوظيف الإيجابي"، ما يعكس تحولاً في تمثيلات المريض لسياقه الأسري، بما يتماشى مع مفاهيم إعادة تأطير النسق العائلي التي تعتمدها مدرسة ميلانو.

كما أظهرت نتائج حساب حجم الأثر (Effect Size - Cohen's d) لدى حالتي الدراسة أثراً بارزاً في انخفاض تدريجي للأعراض النفسية المشتركة، فقد سجلت الحالة الأولى انخفاضاً ملحوظاً في شدة الأعراض، حيث بلغ حجم الأثر في استبيان تقييم الصدمة النفسية ($d = 9.97$)، وفي مقياس الاكتئاب ($d = 3.66$)، بينما بلغ ($d = 7.27$) في مؤشر اختلال التوظيف الأسري، أما في الحالة الثانية، فقد كان التحسن أقل نسبياً مقارنة بالحالة الأولى، حيث بلغ حجم الأثر لصالح الانخفاض ($d = 9.07$) في استبيان الصدمة النفسية، و ($d = 5.05$) في الاكتئاب، و ($d = 3.28$) في اختلال التوظيف الأسري، ورغم أن هذا التحسن لا يرقى إلى مستوى "اللامرضي"، إلا أنه يُعدّ تغييراً إيجابياً، واستقراراً وظيفياً داخل السياق الأسري، مما يُعزّز تحقق الفرضية الرئيسية للدراسة، ويُؤكد أن البرنامج العلاجي النسقي المقترح ساهم بفعالية في خفض الأعراض الصدمية والاكتئابية وتحسين الأداء الأسري لدى الحالتين.

تتماهى نتائج الدراسة المتوصل إليها مع تحولات جوهرية في طبيعة العلاقات داخل أسرتي الحالتين من نسق يغلب عليه التوتر والصراع والقطيعة ورفض التغيير، إلى نمط يتفاعل إيجابياً ويبحث عن حلول لمشكلاته، بذلك تؤكد النتائج المتوصل إليها أن البرنامج العلاجي النسقي المقترح المستند إلى نموذج مدرسة ميلانو قد وصل إلى أهدافه في تحقيق فعالية علاجية ترقى إلى المستوى العيادي، وهذا هو الهدف لأي عملية معالجة نسقية بإحداث التغيير الذي يوصف بأنه تحول للنظام نفسه حيث تتغير قواعد النظام إلى تكوين جديد يشير هذا النوع من التغيير إلى اختلافات في العملية والهيكل وقواعد التشغيل في نظام ما (تعديل النظام نفسه وتغيير قواعد التفاعل) (B Miller & N. Johnson, 2014, p. 31)، ويرى (كارتر، 1986) أنه من الضروري لكل مهتم بالعلاج النفسي أن تتجاذبه أسئلة لها علاقة بالعلاج الأسري، في مقدمتها "ما هو الغرض من العلاج الأسري؟"؛ وقد افترض أن غرض العلاج الزوجي والأسري هو أن تفهم وتتفاعل الأسرة من أجل

أداء أسري سليم، إن أدبيات الأسرة التي تناقش أنساق الأسرة المريضة جيداً تقع في شراك الوضع الراهن، حيث إن العرقلة أو التضيق وكبش الفداء والانفصال والعنف تمثل أنساقاً أسرية مضطربة، والأسرة ينظر لها على أنها كيانات تحافظ على نفسها بأسلوب وطريقة غير سليمة من أجل تكريس مشكلات جيل بعد آخر، ومن أجل إحداث تغيير في نسق الأسرة يجعلها والمعالج على حد سواء تبحث عن اتجاه، أمثلة، ونماذج يمكن أن يتم العمل بها، إن هذا النوع من الشواهد يساعد في التوجيه نحو شكل التغيير النهائي وكيف سيكون أو "ماهية الأسرة السليمة الأداء" (سميث و ستيفتر، 2006، صفحة 65)، إن طبيعة الانساق التي تعرضت لها الدراسة شهدت نقاط تقاطع في ارتباط الخلل مع الأب في الحالة الأولى كان مستسلماً تنازل عن سلطته لصالح أفراد آخرين، وفي الأسرة الثانية كان الأب سلطوي صاحب قرار، يتباين الموقف وكأنه على طرفي النقيض ويبرز هنا حجم التأثير الأبوي فالأب/الزوج يمثل السلطة التي تقود المنزل الذي يعتبر في نظر فيجورو (Vigouroux, 2006) جزءاً من هوية مالكه، وفي نفس الوقت، يُقيم هذا الأخير معه رابطة ذات وظيفة بالغة الدلالة، فهي شبيهة برابطة الأم والأب، وبكل التحولات التي تجرى فيه، كما أن الأماكن أو المناطق التي تحيط بالمنزل هي امتدادات للذات، وبالتالي فإن بناء وتأسيس منطقتنا الخاصة والدفاع عنها هو تأسيس ودفاع عن هويتنا الخاصة، كما يمثل المنزل أيضاً الرحم الأمّ بما يضمه من عالمه الداخلي والخارجي حيث يبعدنا إلى الانفعالات البدائية والأكثر اجتماعية في نفس الوقت إنه الملجأ الذي يسمح بتحقيق الذات (وندلوس، 2014، صفحة 451)، وفي العلاج النسقي لا يتم معالجة العرض النفسي في عزلة عن سياقه الأسري، بل يعاد تنظيم التفاعلات الأسرية بما يُفضي إلى تحسن الحالة النفسية للأفراد داخل النسق، وغالباً ارتبط الضيق النفسي لأفراد الأسرة بدرجة تماسكها وقدرتها على التكيف، ويتمثل التماسك الأسري في الروابط العاطفية والتحالفات بين الأعضاء والتماسك المفرط (الاندماج الزائد)، أو المنخفض جداً (الانفصال العاطفي) مؤشراً على اختلال وظيفي، أما المرونة فتعكس قدرة النظام الأسري على تعديل هياكل السلطة والأدوار وقواعد الاستجابة للضغوط الظرفية أو التطورية، حيث يتطلب التكيف السليم توازناً بين التغيير والاستقرار، بينما يُعد الجمود (عدم القدرة على التغيير) والفوضى (التغيير المستمر) طرفي نقيض لسلسلة المرونة (Delvaux, N. , 2006).

3.2. مناقشة عامة لنتائج الدراسة:

تسق نتائج الدراسة مع الفرضيات التي تقوم عليها معتقدات مدرسة ميلانو المبكرة بأن العائلات تقوم بتصحيح نفسها بنفسها حيث أن الهدف من هذه الفكرة هو جعل الأسرة تعتقد أنها مؤهلة في حين أن المعالج يشيد بالأسرة على جهودها السابقة، مما يساعدها على الشعور بأنها أقل مرضية ومنفتحة على استراتيجيات جديدة (MacKinnon & Kerrie , 1987)، هذا ما أتاح الكشف عن ديناميات انتاج العرض واستمراره،

ورغم اختلاف المنظور الثقافي لحالتي الدراسة، فقد أظهرت نتائج التدخل أثراً دالاً على مستوى التحسن النفسي وإعادة تنظيم الأدوار داخل النسق، ففي الحالة الأولى تقاطعت الأدوار بين الأمومة والزوجية، وعكست الاستجابة الاكتئابية والصدمية لحدث السرطان صورة نسقية متعددة الابعاد؛ حيث يمكن فهم الأعراض الاكتئابية كنداء داخلي يهدف إلى إعادة التوازن الاسري، وإيقاظ النظام من جموده المفتعل، فالعرض مثل آلية دفاعية لإخفاء الخوف من تفتت الروابط العائلية، وتجسيداً لدور الأم التي تضحي من أجل وحدة الأسرة، أما في الحالة الثانية ظهرت الأزمة الصحية كتجسيداً لمنظومة أسرية مختلة؛ لعب العرض الاكتئابى وظيفة احتجاجية ضد الإقصاء والقطيعة، ورسالة تهديد لتماسك النسق، ونداء استغاثة تعبيراً عن ألم أوسع يشمل أفراداً آخرين داخل النسق، ويمكن القول إن الألم معاش مزدوج عضوي ونفسي وفي نفس الوقت هو رد فعل فيزيولوجي ولهذا المريض لا يستطيع أن ينسى ألمه إلا في حالة نسيان جسمه الذي أصبح ناقصاً، فالجسم الذي يتألم ينتج احتقار الذات، نبذ الذات وعدم تقديرها، فهنا كل ألم لديه يتحول إلى قلق نفسي يعتبر القناة التي من خلالها تعبر عن الاضطرابات النفسية الداخلية والتي لا يستطيع البوح بها (منصوري ، 2021)

يمكن فهم التحسن الملحوظ في العمل العلاجي النسقي مع العائلات التي تواجه السرطان كأزمة صحية كبرى، بقدرة المعالج على بناء فهم شامل لشبكة العلاقات المحيطة بالأسرة. فمنذ لحظة الإحالة، ومروراً بمرحلة التقييم، يصبح من الضروري تكوين صورة دقيقة ومركبة لهذه الشبكة، ومن المهم لفريق العلاج تحديد مكونات شبكة الأسرة من معلومات الإحالة المقدمة وخلال عملية التقييم، ويشمل ذلك التواصل المهني والعائلي، بالإضافة إلى العلاقات الأخرى والجوانب المهنية لحياة الأسرة، كما يجب أن يتم ذلك للعلاقات الحالية وكذلك الاتصالات المهمة في تاريخ الأسرة، كما يمكن بناء أحداث الحياة الهامة مثل الأمراض، والإقامة في المستشفيات، وفترات الانفصال ضمن هذه الصورة ويجب استخدام هذه المعلومات فيما يتعلق بالأهداف العلاجية وفيما يتعلق بالتواصل مع النظام الأوسع الذي يشارك فيه فريق العلاج والأسرة خلال العلاج (Pote, et al., 2003, p. 28)

تشير نتائج الدراسة إلى نمط يمكن تفسيره ضمن سياق نظرية التعلم الاجتماعي التي طوّرها جوليان روتر (Julian Rotter) على أن أنماط تفاعل الناس مع بعضهم البعض تختلف باختلاف معنى وأهمية المثيرات بالنسبة لهم، وتلعب خبرات الفرد الماضية وتوقعاته للمستقبل دوراً مهماً في استقبال وتفسير وإدراك معاني ومدلولات البيئة، حيث أن سلوك الفرد هو تفاعل ثلاثي بين المثيرات البيئية، والخبرات السابقة، والتوقعات المستقبلية (مطروني. ف، بوعمامة. ن، 2024)، لذلك يعزو الباحث فعالية التدخل العلاجي في خفض الأعراض الاكتئابية والصدمية إلى قدرة النموذج المعتمد في الوصل بين ثلاثي البيئة ممثلاً في الأسرة، والخبرات

السابقة عبر تجارب أعضائها وتعزيز توقعات إيجابية للمقبل حيث لا تكفي وجود فقط أسرة لنطلب منها العمل بكفاءة مع العضو المريض يجب أن تكون مؤهلة لذلك وجاهزة لتقبل التغيير في هذه الحالة يتركز التدخل على "المهارات العملية" لجعل هذه العائلات تتوافق مع القواعد الاجتماعية السائدة، بمعنى آخر لا يطلب من الأهل أن يبذلوا المزيد في مجال يُعتبرون فيه أساسًا غير أكفاء، وهذا يشبه أن تُقدم تدليلاً لقدمي شخص ركض لساعات حافي القدمين، فقط ليطلب منه الركض مجدداً... ودائماً حافي القدمين (SARRAZIN, 1998، صفحة 89)

تتفق آليات البرنامج العلاجي مع النموذج العلاجي النسقي في عملية تفكيك الأعراض المشتركة للاستجابة الاكتئابية والصدمية، وإعادة تأطيرها في سياقها الأسري عبر توفير بيئة داعمة تقلل العزلة والانسحاب الاجتماعي، ما يتماشى مع المبادئ النظرية المستمدة من نظرية السيبرانية (Cybernetics)، التي شكّلت الإطار المفاهيمي الأساسي للعلاج الأسري في بداياته، ولا سيما في صيغته التي طوّرها فريق ميلانو (Teixeira de Melo & Alarcão, 2015)، من هذا المنظور كان يُنظر إلى العائلات "المختلة وظيفياً" على أنها تُظهر جموداً في القواعد التي تحكم نظامها، بحيث يُسمح بنطاق ضيق للغاية من السلوكيات، حيث تركز التدخلات على أنماط التوازن "المرضية" المحددة التي اعتبرت "نقاطاً عقدية" (MacKinnon & Kerrie, 1987)، ويتجلى أيضاً في الدور الذي قدمه المعالج في البرنامج العلاجي من خلال تموقعه كجزء من النظام مع الحفاظ على حياده طبعاً، وساهمت تقنية التغذية الراجعة الإيجابية في دفع النظام نحو تغيير نوعي، مثل دعوة الأب الغائب للمشاركة في نموذج الأسرة الأولى، في عملية العلاج المشتركة، يجب ألا يجد المعالجون أنفسهم يلقون محاضرات أو يستخدمون مونولوجات طويلة في تفاعلاتهم مع الأسرة. يجب أن تكون العملية أشبه بتبادل الأفكار بين المعالج والأسرة، وبين أفراد الأسرة أنفسهم (Pote, et al., 2003, p. 29).

يمكن تفسير هذه النتائج من خلال عدسة نموذج ميلانو، الذي يُشدد على دور المعالج في "إزاحة" العائلة (أو النظام) عن أنماط التفاعل الجامدة، حيث يتبنى النهج الميلاني مبدأ أنه لا وجود لحقيقة أو واقع مطلق، وبالتالي يعمل المعالج الميلاني بين مستويات وصف وتفسير السلوك حيث يتم توسيع "الصفات" لاستخلاص تعريفاتها من نمط التفاعل ويتم ذلك من خلال الوصف من مصادر متعددة، ويتم تشغيل التفاعل بين أجزاء النسق بواسطة الاختلاف، واستجابة المستقبل للتغيير، أو الاختلاف في العلاقة بين جزأين أو بين جزء في وقت ما مع نفسه في وقت لاحق، فمثلاً عند النظر إلى الاستجابة الاكتئابية للسرطان ضمن هذا إطار البرنامج العلاجي؛ لم يتم التعامل معها كعرض فردي للحالة، بل كنمط تفاعل واسع داخل النظام الأسري، فمثلاً يمكن للأعراض الاكتئابية أن تتمركز حول نمط ثابت وتفسر على أساس أنها تؤدي وظيفة

غير واعية للحفاظ على توازن الأسرة، أو رسالة لجذب الاهتمام، وهنا المعالج الميلاني يعمل على إدخال الاختلاف فبدلاً من تفسير الصمت والانسحاب كمظاهر مرضية تفسر أنها ردود فعل طبيعية ضمن نموذج تفاعلي واسع ما يمكن الأسرة من فهم العرض من أبعاد مختلفة. لذلك يركز المعالجون الميلانيون على أنماط أوسع زمنياً بدلاً من التركيز على الأنماط السلوكية الثنائية أو الثلاثية في الحاضر أو الماضي القريب، كما يفحصون أجزاء مختلفة من نظام المشكلة بما في ذلك عائلة الأصل، وأنظمة الصحة العقلية والأنظمة الاجتماعية الأخرى (MacKinnon & Kerrie , 1987)

يمكن فهم هذا من خلال نظرية المشكلة أنه من غير الممكن إيجاد حلول جذرية للاختلالات النظام الأسري كمنظومة غير ثابتة وتتغير باستمرار، وعليه لا يمكن الحديث عن فعالية مثالية للعلاج النفسي الموجه للأسرة، يقول باتسون (Bateson. G ,1979) إن حالات التكيف المثيرة للإعجاب هي تلك التي تجعل الطبيعة تبدو مبدعة وذكية؛ هذا الطرح ذو صلة بإشكاليات حضارتنا المعاصرة، ففي القديم كل اختراع يُنظر إليه على أنه مفيد، لكن لم يعد الأمر كذلك اليوم، فعيون القرن العشرين المثقفة تنظر إلى كل اختراع بعين الريبة، وينطبق هذا على المشكلات الأسرية فعندم تقدم الأسرة حلول لمشكلاتها من خلال العلاج والمساعدة فهي تبني خرائط جديدة تساعد في الاستقرار ويشير (توم، 1984) إلى أن أنماط السلوك التي تطورت عبر التجربة والخطأ، والتي من خلالها يبني الأفراد خرائطهم، تظهر المشاكل عندما تتوقف "خرائط" العائلة في أن تكون مفيدة، و المشكلة هي علاقة تفاعلية بين الذات ومحيطها، تتضمن الصراع الداخلي الذي تحله الذات بالبحث عن انتقالات من الحالة الأولية إلى الحالة النهائية (الهدف ب) وينشئ وجود الصراع مصدراً للنشاط المحفز أثناء حل الصراع، يتجاوز الفرد ما هو مذكور مباشرة، أي يتجاوز الموقف الحالي والمعلومات المذكورة ويبحث عن مقاربات جديدة (Jiří Dostál, 2015)

قدمت لنا الدراسة رؤية جديدة لدور المعالج النسقي حيث يتبنى موقفاً حيادياً لا يفرض فيه التغيير على النظام قسراً، وإنما يمارس دوره كمراقب؛ حيث لا يحدد معالجو مدرسة ميلانو أهدافاً للجلسات، بل يبقى المعالج محايداً فيما يتعلق بما إذا كانت الأسرة ستتغير أم لا، أو كيف ستتغير، ويمكن القول إن هذا التوجه له هدف فوقي يتمثل في تسهيل التغيير في أنماط التغيير القائمة، وبالتالي تحويل الأنماط العلائقية داخل النظام؛ ويحدث هذا بفعالية أكبر على المستوى المعرفي للأسرة (MacKinnon & Kerrie , 1987)، تتوافق هذه النتائج مع نظرية التغيير، التي تشير إلى أن التغيير لا يفرض من الخارج بل يبدأ من داخل النسق، بالإضافة إلى العلاقة الفاعلة والضرورية والمفيدة أثناء العلاج النفسي، يوجد أيضاً علاقة سلبية، يجب على كل معالج نفسي تجنبها، يشير هذا إلى أن المعالج قد انزلق في تحالف مع فرد أو أكثر ضد فرد أو أكثر من أفراد الأسرة. وقد تم وصف

هذا الشكل من "التثليث المرضي"، وإذا تحالف المعالج، يصبح الأمل في إرشاد ناجح محدوداً. عندئذٍ، لا يستطيع المعالج الخروج من هذا التحالف إلا من خلال تواصل أعمق، أو أن يقوم بوعي كامل، كما يقترح مينوخين - (Minuchin) بتبديل التحالف، من أجل إخراج الأسرة عن توازنها (موكة ، 2019، صفحة 77)

تبرز فعالية العلاج النسق المقدم لخفض الاستجابة الاكتئابية والصدمية لمرضى السرطان في سياقهم الأسري في إطار عينة الدراسة ومشاركة تجربة المرض، تبني البرنامج الرؤية الكلية للعرض واعتباره مشكلة أسرية تتشاركها الأسرة وليس المريض، ومن خلال مجريات العملية العلاجية يتضح أن أسر حالات العينة واجهت الازمة الصحية للسرطان بنوع من الاختلال النفسي، مما استدعى إعادة التوازن عبر إعادة تنظيم أسري من خلال استدخال عناصر دعم خارجية؛ ويمكن أن نفسر عملية إعادة التوازن بأنها عملية تغذية راجعة ساعدت أسر الحالتين على مواجهة التغييرات المفاجئة؛ يندرج هذا التفسير ضمن اطر نظرية الانساق العامة، وتؤكد ما تم تحقيقه من تطور إيجابي في العلاج أن البرنامج مد الحالتين وأسرتهما بطاقة إيجابية عززت قدرتها النفسية في التكيف مع السرطان، وتمثل هذه طبعاً أول المظاهر المشتركة بين عائلات مرضى السرطان هو أن المريض في حد ذاته يعيش من قبل العائلة كأزمة تخل بالأدوار وبالروابط والعلاقات العاطفية، وهي أزمة تزيد من حدة عدم استقرار الحياة الانفعالية وتعبر عن التباعد بين أفرادها؛ فمن بين انعكاسات السرطان المعاناة النفسية التي تصيب كل فرد من أفراد العائلة، انطلاقاً من المريض نفسه وأقربائه، كل واحد حسب معاشه (وندلوس، 2014، صفحة 460).

تقتضئ نظرية الاتصال أن كل السلوك هو نوع من التواصل وأنه لا يمكن "عدم" التواصل ويعد نموذج ميلانو مقارنة علاجية تركز على علاقات وتفاعلات النسق الأسري، وعند التعامل في البرنامج العلاجي المقترح في الدراسة مع عرض كالأستجابة الاكتئابية والصدمية المرتبطة بمرض خطير جداً كالسرطان، وهذا في حد ذاته امتداد لما جاء به غريغوري باتسون ومدرسة بالو ألتو حيث يعتبر كل سلوك "فعل تواصل" وأن النسق الأسري كوحدة تتفاعل من خلال تبادل الرسائل؛ ومن هذا المنظور شملت العملية العلاجية النسق الأسري في كليته وتم توجيه الاهتمام نحو إعادة بناء قنوات اتصالية فعالية وفك الرسائل المتناقضة والغامضة وتحويلها إلى رسائل صريحة لفظية ذات معنى لأن الأزمة الصحية تتطلب وضوحاً يمكن فهمه من أعضاء النسق، وأي رسائل مشفرة يمكن تأويلها سلباً، يمكن أن يتأثر التواصل داخل العائلة بوجود المرض: فقد يختفي، يصبح نادراً، أو يتحول إلى نوع متضارب من التواصل، أظهرت دراسة أن 85% من المريضات اللواتي أجريت لهن عملية استئصال الثدي أخبرن أنهن لم يشاركن مخاوفهن مع أزواجهن قبل العملية الجراحية؛ وينخفض هذا الرقم إلى 50% بعد الخروج من المستشفى، وتعد صعوبة التواصل اللفظي

دليلاً شائعاً في الحالات التي يكون فيها المستقبل غير واضح، في هذه الحالة قد يحل التواصل غير اللفظي محل التواصل الكلامي. ومن ثم قد يؤدي سوء الفهم المتكرر إلى زيادة القلق لدى المريض وأفراد عائلته. ومع ذلك، لا يساهم دائماً التواصل المفتوح في تحسين جودة العلاقات، ذكرت بعض العائلات أنها تتكيف من خلال عدم الحديث عن المرض إطلاقاً (Delvaux, 2006)، حيث إن دمج العلاج النفسي مع نظرية الاتصال وجّه العلاج نحو تحسين الاتصال داخل النسق الأسري، الأمر الذي عزز التكيف مع مرض السرطان كخبرة معقدة (Landry Balas, 2011, pp. 61-64)، حيث إن غالبية مرضى الأورام ومقدمي الرعاية الذين يتواصلون مع المتخصصين في الرعاية الصحية أو مع مؤسساتنا للحصول على معلومات حول الموارد، يشعرون بالإرهاق أو القلق، وغالباً ما يكونون في حالة أزمة، ويلجؤون إلى مقدمي الرعاية الصحية بحثاً عن حلول لمشكلاتهم الخاصة؛ وغالباً ما تكون هذه المشكلات متعددة الأوجه، وهنا يأتي فن وعلم الممارس الصحي في تقييم مستوى الضيق النفسي ووضع خطة علاجية قائمة على نتائج الموارد المتاحة، أما أنواع الموارد التي يحتاجها غالباً الأشخاص المصابون بالسرطان والناجون منه، فهي كما يلي: معلومات حول نوع السرطان المحدد، قرارات العلاج، إدارة الآثار الجانبية والسيطرة على الألم (Jennifer L. Steel & Brian I. Carr, 2022, p. 272).

حول فعالية العلاجات الأسرية النفسية يستعرض Stephan HENDRICK الوضع فيما يتعلق بالأبحاث حول فعالية العلاجات الأسرية والزوجية ذات المنظور النفسي، إذ لم تخضع المقاربات "الكلاسيكية" لدراسات مضبوطة ومراقبة إلا اعتباراً من تسعينيات القرن الماضي، ومع ذلك فقد شهدت الوضعية تطوراً تدريجياً، حيث تم تطوير نماذج "متكاملة" جديدة وتقييمها، خاصة لدى الأطفال والمراهقين وعائلاتهم، بعد ذلك، يوجه الانتباه إلى العمليات العلاجية حيث يتبين أن الفعالية لا تعود لتقنية واحدة بعينها، بل لمجموعة من التقنيات المتكاملة والمتراصة؛ وكما يبدو أن النماذج النظرية تميل إلى المبالغة في تقدير تأثير تقنياتها لذلك المطلوب من كل نموذج نظري الانفتاح على بعض الممارسات المشتقة من مقاربات علاجية أخرى.

تتفق نتائج الدراسة من حيث الكشف عن المعاش النفسي لمريض السرطان في سياقه الأسري وفعالية النموذج العلاجي لمدرسة ميلانو في خفض المعاناة النفسية الفردية والأسرية، بالإضافة وهو الأهم تقبل التغيير الذي أحدثته الأزمة الصحية البناء النفسي للأسرتين مع ما جاءت به دراسة: دراسة (وندلوس، 2013) أهمية التناول النفسي في الكشف عن المعاناة النفسية والكفاءات الفردية لدى مرضى السرطان وعائلاتهم؛ حيث سمح التناول النفسي العائلي بالكشف عن المعاناة النفسية الفردية والعائلية لدى مرضى السرطان، حيث بينت الدراسة أن السرطان شكل وضعية وجودية يشعر معها المريض بالضعف وتعاش

كأزمة نسقية تخل بالأدوار، والروابط والعلاقات، في نفس السياق تطابقت النتائج بخصوص أن السرطان فجر أزمات أخرى ليست لها علاقة بالمرض مرتبطة بنمط الهوية الأسرية، القواعد العائلية.

انققت الدراسة فيما توصلت إليه حول فعالية البرنامج العلاجي النسقي في خفض الاستجابة الاكتئابية الصدمية مع المراجعة التحليلية Vossler, A., Pinguart, M., Forbat, L., & Stratton, P. 2024 التي هدفت إلى تقييم فعالية مقاربات العلاج النسقي لدى البالغين المصابين باضطرابات اكتئابية، وقامت بدمج نتائج 30 تجربة عشوائية محكمة (RCT) قارنت بين العلاج النفسي النسقي للاكتئاب وبين مجموعة ضابطة غير معالجة أو علاجات بديلة، تم تحديد الدراسات من خلال البحث المنهجي في قواعد البيانات الإلكترونية ذات الصلة والتقاطع المرجعي، وجاءت النتائج في المتوسط أن التدخلات النسقية تُظهر تحسناً أكبر في الأعراض الاكتئابية مقارنةً بالمجموعات الضابطة غير المعالجة، ولا تختلف التغيرات بشكل كبير عند مقارنة التدخلات النسقية بالعلاجات البديلة، كما تختلف النتائج جزئياً حسب عمر المشاركين، ونوع المجموعة الضابطة النشطة، وتشير هذه التحليلية إلى الفوائد المحتملة للتدخلات النسقية لدى المرضى البالغين المصابين بالاكتئاب.

إحدى طرق تفسير النتائج البرنامج العلاجي المقترح مناقشة أدواته العلاجية المستمدة من نموذج مدرسة ميلان العلاجي، حيث مثل الاستجواب الدائري كتقنية محورية لها الأثر البالغ في تحقيق التغيير حيث يقوم التغيير غالباً في الحياة على السؤال وليس الجواب؛ فمعظم التطور الإنساني قام على الأسئلة فحين يطرح السؤال بشكل جيد نبحت عن الجواب والذي هو الحل الذي يقود إلى سؤال آخر بطبيعة الحال، لقد اثبتت تقنية الاستجواب الدائري فعاليتها العلاجية من خلال البرنامج العلاجي المقترح، وتعتمد الرؤية المنظومية على فهم واسع جداً للعوامل التي تساهم في ظهور ظاهرة معينة أو تصرف معين، وهو ما يُعرف بالسببية الدائرية بفضل هذه السببية، يمكننا أن نرى كيف يؤثر سلوك فرد ما على سلوك فرد آخر (Landry Balas, 2011, p. 63)، أما تقنية إعادة التأطير فهي تعليق يغير الزاوية التي نرى بها الأمور، المعالج يؤدي دور المخرج قد يكبر الصور ليبرز أهمية مشهد معين في حياة الأسرة كما قد يضيق حيز الرؤية ليترك فقط ما يريده هو للأسرة أن تراه، لقد قدمت التقنية نفسها بفعالية عالية في ضبط النظام وتغيير المعتقدات السلبية؛ إنها تشبه لعبة تبادل الضربات، إن إعادة التأطير تبرز الجانب العلاقي والتفاعلي للمشاكل وبسبب طابعها المعقد، يصعب حصرها، سيتغير شكلها حسب الحالات، وأسلوب المعالج وإبداعه، أما وصفات المهام فمثلت الأداة العملية للبرنامج التي من خلالها يتم تحويل الأفكار إلى سلوك إنها تماماً مثل الوصفة الطبية بل يجب تطبيقها مثلها بنفس الطقوس، بنفس نبرة الصوت، يجب أيضاً متابعة تطبيقها، وتغييرها بالزيادة وبالنقصان، يصف المعالج النفسي المهتم

بالعائلات مهامًا للتخلص من المشكلة المعروضة، حيث يصف تنفيذ المهام أثناء الجلسة، أو خارجها، ولها قيمة علاجية إخبارية فهي تسمح بالتحقق مما إذا كان التحالف العلاجي جيدًا، أو بمعرفة ديناميات النظام والتأكد من صحة الفرضيات، أما توظيف تقنية علاجية مثل الدلالة الإيجابية مكن المعالج في البرنامج المقترح من تحويل التفكير بإيجابية من "التمني" إلى "العمل" فكل رغبة غير متبوعة بفعل تظل مجرد نية لا تغير الواقع، وتمثل هذه التقنية الابتكار الأكثر جاذبية لفريق ميلان، والذي أدى إلى تحول علاجي جديد «الدلالة الإيجابية» هي أقرب بكثير إلى إعادة هيكلة وعي المعالج، حيث أدركت مجموعة ميلان أنه من خلال دعم العرض، فإنهم يعطون دلالة سلبية لوجهات نظر أفراد الأسرة المناهضة للعرض، كان الأمر كما لو كان يجب أن يكون هناك سبب لتحميل اللوم عليه، وإذا برأ المرء العضو الذي يعاني من العرض، فسيشعر أفراد الأسرة الآخرون بالخطأ، لقد أوضحوا أن هذه هي "طغيان التكيف اللغوي للسببية الخطية الغربية (Tate & Perdices, 2019)"

يعزو الباحث انخفاض فعالية البرنامج العلاجي النسقي إلى عدة عوامل متشابكة، منها صعوبة جمع العائلات للمشاركة بشكل منتظم، ومقاومة التغيير التي تواجهها بعض الأسر، بالإضافة إلى الاختلالات الكبيرة في بنية الأنظمة الأسرية التي تعوق سير التدخل العلاجي. كما تؤثر عمق الاضطرابات النفسية المصاحبة لمراحل مرض السرطان المختلفة، إلى جانب الغيابات المتكررة عن جلسات العلاج، على استمرار ونجاح البرنامج، علاوة على ذلك، تلعب محدودية الموارد وعدم ملائمة أماكن العلاج دورًا حاسمًا في تقليل فاعلية التطبيق، مع هذا فالعلاج الأسري يوصف أنه أي جهد نفسي علاجي يركز صراحةً على تغيير التفاعلات بين أعضاء الأسرة أو بينهم، ويسعى إلى تحسين أداء الأسرة كوحدة، أو أنظمتها الفرعية، و/أو أداء الأفراد داخل الأسرة الهدف من العلاج الأسري للاكتئاب هو العمل مع المشاركين وأسرههم للانسحاب من أشكال التواصل المدمرة، ومن خلال هذه العملية، تقليل أعراض الاكتئاب، لذلك فإن النتيجة الأولية في التجارب ليست دائمًا تقليل الاكتئاب لدى المريض.

تبقى فعالية البرنامج العلاجي مع حالتها الدراسة محدودة ضمن حدود الدراسة وإطارها البحثي، حيث أن إمكانية تعميم النتائج محدودة لاعتبارات علمية ومنهجية، حيث أن عينة الدراسة صغيرة جدًا بالمقارنة مع مجتمع الدراسة، وهذا لا يستوفي الشرط الأساسي لتأكيد التأثير حسب تصميم الحالة المفردة والذي يجب أن يستوفي فيها التأثير الإيجابي أكثر من 03 حالات مستقلة، من ناحية أخرى تؤثر خصوصية مرض السرطان ونوعه بوصفه مرضًا يترافق مع أعباء نفسية كبيرة وغير ثابتة يجعل من تفاعل المرضى مع التدخلات العلاجية أمرًا متغيرًا باستمرار، إذا تختلف الاستجابات النفسية تبعًا لنوع السرطان ومرحلته، وطبيعة التدخلات العلاجية الطبية، كل هذا يحد من قابلية التعميم إلى حالات سرطانية أخرى، كما يؤثر

عامل آخر في تعميم النتائج وهو التمثلات الاجتماعية والثقافية للبيئة الجزائرية التي تتدخل مع مستويات تلقي المريض للدعم النفسي من حيث نمط الاسرة، الموروث الشعبي حول المرض، المعتقد الديني، وبالتالي فإن فعالية البرنامج العلاجي المقترح تكون مقيدة بمدى انسجامه مع هذه المعطيات.

الخاتمة

.

الخاتمة:

إن تجربة التعامل مع السرطان ليس مجرد تحدي جسدي للمريض بل هو مرحلة تاريخية في حياة الفرد وأسرته، إنه يغير كل شيء في محيط المريض، معه تتبدل المشاعر ويعاد توزيع الأدوار، إنه بمثابة أزمة حقيقية تهدد الوجود، يحمل معه الخوف والرعب، والألم الحقيقي فعندما يتم اعلان إصابة أحدهم بالسرطان تهتز شخصية المريض، وتهتز معها الأسرة والمجتمع و مقدمي الرعاية الصحية ، إنه لا يخلو من الوصم والشفقة حتى أنه لا يسمونه باسمه ويقولون ذلك المرض، أنه مثل اللعنة وأن كانت لعنة مزعومة يخشى منها وكأنه مرض معد وخطير، فقد رسم في العقول أن السرطان لا شفاء منه بل حياة معه، لقد تعلمنا من هذه التجربة في التعامل مع مرضى السرطان عن قرب، في معايشة يومياتهم أنهم على طبيعتهم يقاومون المرض ينتصرون ثم يهزمون ثم يعودوا أكثر قوة لينتصروا من جديد.

لا يمكن اختزال معالجة الاستجابة الاكتئابية والصدمية لدى مرضى السرطان في خفض الأعراض المنفصلة للاكتئاب و الصدمة النفسية، بل قدمت الدراسة تصورا خاصا للاضطراب في مرض السرطان، حيث ابتعد فهمه بعيدا عن الاطار العيادي التقليدي الذي ينظر الى الاضطرابات النفسية ككيانات مستقلة، أما في السياقات المرضية للسرطان تظهر الاستجابة الاكتئابية الصدمية كمنظومة متشابكة لأعراض مشتركة ومتزامنة، وهنا يظهر السرطان كعامل مفجر يمثل حدث وجودي قوي جدا يهدد استقرار الهوية، ويزعزع الدفاعات النفسية، وهنا يصبح من الممكن و/أو - امرا حتميا - النظر إلى هذه الاستجابة كاضطراب نفسي يجمع بين أبعاد الصدمة النفسية والاكتئاب يتجلى في انتكاس عاطفي، وانسحاب اجتماعي، اضطرابات حادة في النوم، تغييرات في نمط التغذية، مواجهة حتمية الموت ومعايشتها، أما في ضوء التصور النسقي فالاستجابة الاكتئابية والصدمية ينظر إليها باعتبار أنها تؤدي وظيفة تواصل تُعبر عن معاناة نفسية جماعية داخل المنظومة العائلية، فمرض السرطان بخلاف الكثير من الأمراض الأخرى، يخلق خللاً عميقاً في توازنات الأدوار والروابط داخل العائلة، ويفرض إعادة تشكيل لمفاهيم الأمان، الاستمرارية، والمستقبل.

لقد أظهرت الدراسة أهمية العلاج النفسي النسقي لمرضى السرطان، في سياقهم الأسري، وأثبتت أن للعائلة الدور الأهم على الإطلاق في تخفيف الألم النفسي وشفاء الجروح الناتجة عن صدمة الإعلان عن السرطان، وصدمة بداية العلاج، وصدمة إزالة عضو من الجسم، صدمة أول عملية جراحية، ضغوط المكوث في المستشفى، صدمة فقدان العمل، ألم عدم وجود المواد.

إن نموذج مدرسة ميلان النسقي العلاجي أثبت أنه نهج مناسب وبسيط يمكن من خلاله للمعالج الاتحاد مع نسق الأسرة، والخوض في معتقداتها، إنه يقدم أدوات علاجية بسيطة تتناسب مع خصائص مرضى السرطان إنها تلامس البنى العلائقية للأسرة في الماضي والحاضر، ويُمثل النموذج النسقي لمدرسة ميلان نهجًا علاجيًا مختلفًا جذريًا. إذ يتسم بالتركيز على الواقع المنشأ اجتماعيًا، وإدخال المعالج في تفاعلات النسق الأوسع، والاهتمام بإدراك الفرد ومشاعره وسلوكياته كجزء من عملية نسقية، بالإضافة إلى التمسك بالحياد والاعتماد على آلية الأسئلة الدائرية.

لقد أظهرت التجربة أن المقاربة النسقية ليست فقط أسلوبًا علاجيًا، بل منظورًا إنسانيًا يتعامل مع السرطان كتاريخ يعيد تشكيل العلاقات الأسرية، فالعلاج النفسي في هذا النهج لا يهدف فقط إلى تخفيف الأعراض، بل إلى تغيير تنظيم الأسرة على أسس جديدة تتناسب مع مرحلة "ما بعد السرطان"، وفي هذه الدراسة أبان نموذج مدرسة ميلان العلاجي عن قدرات فعالة ببساطة وسهولة تمكن المعالج من التكيف مع كل حالة وكل أسرة حسب خصوصيتها، لقد قدّم أدوات علاجية مرنة تساعد في إحداث التغيير في التفاعلات الأسرية وعلى رأسها الاستجواب الدائري الذي هو إجابة السؤال بسؤال أنه يشبه فلسفة الحياة التي قامت على السؤال وليس الجواب فحين نسأل نجد الحل لنسأل لنطور الحل من جديد ونتور معه، لقد أبانت الدراسة في مجملها عن جملة من النتائج نوجزها في ما يلي:

❖ أظهرت نتائج الدراسة المتوصل إليها بعد تطبيق البرنامج العلاجي تسجيل "تغير إيجابي" ذو دلالة عيادية، وإحصائية في جميع المقاييس، مما عكس تحسّنًا في ديناميات النسق الأسري لعينة الدراسة وبالتالي تحسن الأداء النفسي الفردي للحالتين، ومثل هذا مؤشرًا على تأثير فعال ومهم للبرنامج العلاجي في خفض الاستجابة الاكتئابية الصدمية لدى مرضى السرطان.

❖ ضمن الإطار العلاجي النسقي أظهرت نتائج الدراسة أن "البرنامج العلاجي المقترح" كعلاج ينتمي للمقاربة النسقية - الأسرية، أثبتت فعالية عيادية في خفض الاستجابة الاكتئابية الصدمية عند مرضى السرطان من خلال رؤية شمولية لمريض السرطان داخل سياقه الأسري.

❖ أظهرت النتائج عن فعالية البرنامج العلاجي المقترح في معالجة انعكاسات الصدمة النفسية لإعلان السرطان من خلال فهم تأثيره على النسق الأسري، وإعادة تأطير تجربة السرطان من حدث فردي مؤلم إلى عرض عائلي مشترك بين المريض وأسرته ومستقبله.

❖ لقد أثبت نتائج الدراسة أن البرنامج العلاجي له قدرات في خفض الاستجابة الاكتئابية المرتبطة بالمرض، من خلال تبني استراتيجيات تعزز التواصل العاطفي داخل الأسرة، وتساعد في تفكيك الأفكار السلبية المرتبطة بالسرطان، وتعديل المعتقدات السلبية لدى المريض وأفراد أسرته.

❖ يتضح أيضا مما تم التوصل إليه في الدراسة أن تحسين أنماط التواصل والتفاعل داخل أسر مرضى السرطان ساعد في تعزيز علاقات صحية انعكست في إعادة تنظيم التوظيف داخل النسق الأسري، وإن تحسن الأداء الأسري أدى إلى انخفاض الأعراض النفسية المشتركة للاستجابة الاكتئابية والصدمية عند مرضى السرطان.

❖ إن إعادة توزيع الأدوار داخل الأسرة ساهم في تخفيف الضغط النفسي، حيث ساعد على تقليل العبء العاطفي على المريض، وتعزيز شعوره بالدعم والاهتمام وفك عنه العزلة، كما ساعد أفراد الأسرة على التكيف مع التحديات الجديدة، وساهم في إعادة التوازن للعلاقات المتبادلة.

❖ ساهمت الدراسة في فهم أنماط العلاقات والتفاعل داخل الأسرة، وأوضحت كيف يمكن للسرطان أن يعيد تشكيل ديناميكية الأسرة، وأن الأسرة تمثل مصدر الدعم الأول والأساسي للمريض؛ وأن تقبل المرض كمرحلة جديدة غير قابلة للرجوع عنها ("مرحلة ما بعد السرطان") هو جزء من التكيف الأسري الضروري.

❖ أثبت نموذج ميلانو فعاليته في خفض الأعراض الاكتئابية والصدمية لدى مريض السرطان، حيث كشفت الدراسة الستار عن فعالية مجموعة من الأدوات العلاجية في المقاربة النسقية وفق نموذج ميلانو، ومنها: الاستجواب الدائري، إعادة التأطير، وصفات المهام، الدلالة الإيجابية.

❖ أشارت النتائج إلى أن تطبيق العلاج وفق نموذج ميلانو النسقي يمكنه تقديم علاج فعال لمرضى السرطان داخل سياقهم الأسري في الجزائر، حيث يتلاءم من حيث بساطته وقدرة المعالج على تكييفه مع النسق العائلي الجزائري.

ختاما لما سبق، يمكن الاستنتاج أن البرنامج العلاجي القائم على مبادي المقاربة النسقية ونهج مدرسة ميلان قد أظهر فعالية في خفض الاستجابة الاكتئابية والصدمية لدى مرضى السرطان داخل سياقهم الأسري، وتشير كل الأدلة العيادية أن هذا التوجه العلاجي يقدم إمكانيات قابلة للتطبيق في حالات مشابهة، تمكن من تخفيف آلام مرضى السرطان وإشراك العائلة في معاناتهم، ورغم ذلك يجب أن يتم التعامل مع النتائج بحذر، نظراً لمحدودية حجم العينة (حالي دراسة فقط) وطبيعة التصميم العلاجي

(الحالة المفردة)، ما يستدعي إجراء دراسات إضافية على عينات أوسع للتحقق من استقرار النتائج وقابليتها للتكرار في سياقات علاجية مختلفة وخرجت الدراسة بجملة من التوصيات:

- ❖ إدماج العلاج النفسي الأسري في الممارسة المهنية الموجهة لمرضى السرطان، واعتماد نهج مدرسة ميلانو كأسلوب علاجي بسيط يقدم حلول لمشكلات المرضى وأسره.
- ❖ العمل على إنشاء وحدات علاج نفسية نفسية – أسرية في مراكز معالجة السرطان تضمن التكفل النفسي الاستعجالي والمتواصل بالمريض وعائلته وتقديم معلومات وبيانات بحثية تمكن من تطوير بروتوكولات علاجية مدعومة بالأدلة.
- ❖ تدريب مقدمي الرعاية النفسية بالجزائر على العلاج النفسي، حيث من الضروري تطوير برامج أكاديمية وطنية في العلاج النفسي الأسري.
- ❖ تكييف العلاج النفسي مع خصوصيات المجتمع الجزائري، بما يراعي المعتقدات حول المرض.

كما تطلعت الدراسة إلى تحقيق آفاق مستقبلية تشمل:

- ❖ توسيع البحوث في مجال العلاج النفسي الأسري لمرضى السرطان إلى عينات إحصائية أوسع لقياس فعالية العلاج النفسي بأدوات كمية تدعم تعميم النتائج.
- ❖ إجراء دراسات مقارنة بين العلاج النفسي ونماذج أخرى في مجال معالجة الأعراض النفسية المصاحبة للسرطان.
- ❖ إجراء دراسات وبحوث لمقاربات علاجية تكاملية تجمع بين العلاج الفردي والعلاج الأسري تساهم في رفع مستوى فعالية العلاجات النفسية الموجهة لمرضى السرطان.
- ❖ توصي الدراسة بإدراج العلاج النفسي النفسي ضمن وحدات التكوين الجامعي في علم النفس العيادي والأسري.

قائمة المصادر والمراجع:

1. قائمة المراجع العربية:

- (1) أحمد محمد النابلسي. (2001). العلاج النفسي للأسرى وضحايا العدوان. بيروت لبنان: مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسمية.
- (2) أحمد يحي عبد المنعم. (2013). قلق الموت من السرطان. القاهرة - مصر: المكتب العربي للمعارف.
- (3) أمال فاسي. (2011). الاكتئاب الأساسي لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي. قسنطينة، جامعة منتوري، الجزائر: غير منشورة.
- (4) أمال فاسي. (2016). الاكتئاب الأساسي والأليكسيثيميا لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز. أطروحة دكتوراه علم النفس العيادي. سطيف، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية جامعة لمين دباغين - سطيف 2، الجزائر.
- (5) أمثال هادي الحويلة، وآخرون (2016) علم النفس المرضي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الإصدار الخامس - الطبعة الثانية عشرة. جمهورية مصر العربية: مكتبة الأنجلو المصرية
- (6) أنطوان مورييس الشرتوني. (2020). دور العائلة في اختبار الإدراك الأسري Family Apperception Test: دراسة وبحث. بيروت: دار النهضة العربية.
- (7) آيت آراب. ص. (د.ت). علم النفس السرطاني بين النظرية والتطبيق. مخبر علم النفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة. جامعة الجزائر 2. الجزائر.
- (8) باركر، ك.، بيسترانج، ن.، & إليوت، ر. (1999). مناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي والإرشادي. ترجمة م. ن. الصبوة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- (9) بشناق محمد أكرم. (2012). السرطان في قفص الاتهام: الرعاية التلطيفية لمريض السرطان. عمان: المملكة الأردنية الهاشمية.
- (10) بن ناصر، وهيبة. (2012). قراءة نسقية للتدخل الطبي الاستعجالي دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي لوهران. رسالة ماجستير في دراسة الجماعات والمؤسسات. وهران، جامعة وهران، الجزائر.
- (11) بوحالة، م. (2016). الأجداد بين الأبناء والأحفاد وفي مركز المسنين: أية مكانة؟ انسانيات، 27-44.
- (12) بودحوش نصر الدين. (2016). (رسالة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي). أثر برنامج علاجي في الت خفيف من حدة الأعراض الاكتئابية لدى المصابين بالعقم دراسة عيادية لعشر حالات. جامعة وهران 02، الجزائر.

- 13) بوغديري كمال. (2017). المقاربة الأنثروبولوجية للصحة والمرض. مجلة البدر، 492-507.
- 14) بوفرمل غنية، أعزيز. (2015). العلاج الأسري والمقاربة النسقية. المجلة العربية للعلوم النفسية، 9-13.
- 15) بومعزوزة، ن. (2016). أهمية المقاربة الأسرية النسقية في معالجة الضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب. أطروحة دكتوراه علم النفس العيادي. جامعة أبو القاسم سعد الله الجزائر 2، الجزائر.
- 16) بيتر إف. شلوتكه، فرانز كاسبار، و بيرند روهلر. (2016). التشخيص النفسي الإكلينيكي: الأسس العامة والتوجهات النظرية. (سامر جميل رضوان، المترجمون) لبنان-الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
- 17) الجمعية الخيرية السعودية لمكافحة السرطان. (2014). عندما يكون من تحب مريض سرطان متقدم. المملكة العربية السعودية.
- 18) الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان. (2013). كل ما تريدان تعرفه عن السرطان. المملكة العربية السعودية.
- 19) جميلة مواس. (2022). أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها المراهق وفق المقاربة النسقية. مجلة دراسات نفسية وتربوية، 10-32.
- 20) جهاد براهيمية. (2018). الرعاية الصحية وعلاقتها بالألم النفسي لدى مرضى السرطان "دراسة ميدانية ببعض مراكز مكافحة السرطان بالجزائر". أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث: تخصص علم النفس المرضي المؤسساتي. ورقلة، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية - جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
- 21) جورج جونسون. (2015). يوميات السرطان حل أعرق أسرار الطب. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- 22) جيفري كوبر. (2004). السرطان: دليل لفهم الأسباب والوقاية والعلاج (الإصدار 01). (رفعت شلبي، المترجمون) القاهرة، جمهورية مصر العربية: المكتبة الأكاديمية.
- 23) جيمس ج. أموس، وروبرت ج. روبينسون. (2022). الطب النفسي الجسدي: مقدمة في الطب النفسي التواصل. (فهد بن دخيل العصيمي، المترجمون) الرياض - المملكة العربية السعودية: المركز السعودي لتعزيز الصحة النفسية.

- (24) حافري زهية غنية. (2013). دور لعبة الفيديو رومسيون Re-Mission في التسيير الذاتي للمرض وإنعاش التوظيف العقلي لدى المراهق المصاب بالسرطان. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة سطيف..
- (25) حبيبة لعوامن. (2018). أثر الصدمة النفسية على معنى الحياة لدى المعاقين حركيا جراء حوادث الطرق فئة الراشدين. أطروحة دكتوراه علم النفس العيادي. سطيف، جامعة لمين دباغين، الجزائر.
- (26) خالص، ش.، & ميزاب، ن. (2020). إدراك النسق الأسري لدى المراهق المدمن على المخدرات (دراسة عيادية لحالتين باستخدام اختبار الإدراك الأسري). FAT دراسات نفسية وتربوية، 253-271.
- (27) خرشي، آ. (2010). التناول النسقي العائلي لاضطرابات المرور إلى الفعل عند المراهق. رسالة ماجستير في علم النفس الصدمي. جامعة الجزائر، الجزائر: غير منشورة.
- (28) خليل إلهام عبد الرحمن. (2004). علم النفس الإكلينيكي المنهج والتطبيق. جمهورية مصر العربية: ايتراك للنشر والتوزيع.
- (29) دعدرة معتز عبد الناصر جبر. (2021). فاعلية العلاج السردى في تخفيف اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى الطلبة المتعافين من كوفيد- 19 بمدارس محافظة الخليل. الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي بكلية الدراسات العليا في جامعة الخليل. جامعة الخليل، فلسطين.
- (30) رضوان سامر جميل. (2014). التشخيص النفسي. دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- (31) رؤى الطيب، ع. (2016). الاكتئاب لدى مرضى السرطان الذين يعانون من الألم المزمن وعلاقته ببعض المتغيرات: دراسة حالة المرضى بالمعهد القومي للسرطان. بحث تكميلي مقدم لنيل درجة ماجستير العلوم في علم النفس الصحي. كلية العلوم الطبية التطبيقية، جامعة الجزيرة، السودان.
- (32) سميث، ر.، & ستيفتر، ب. (2006). الارشاد والعلاج النفسي الأسري: موضوعات وقضايا أساسية (ترجمة فهد الدليم). المملكة العربية السعودية: جامعة الملك سعود.
- (33) شادلي عبد الرحيم. (2016). انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف -دراسة حالات من منظور نفسي عيادي-. أطروحة دكتوراه علم النفس العيادي. جامعة محمد خيضر -بسكرة-، الجزائر: غ منشورة.

- (34) شدمي رشيدة. (2015). واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي. تلمسان، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية-جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان، الجزائر.
- (35) الشربيني لطفي. (2001). الاكتئاب المرض والعلاج. الإسكندرية: منشأة المعارف.
- (36) الشربيني، ل. (2001). الاكتئاب المرض والعلاج. الاسكندرية: منشأة المعارف.
- (37) شيلا رجا. (2019). دليل عملي تكاملي لعلاج الصدمة النفسية اضطراب كرب ما بعد الصدمة. (محمد نجيب أحمد الصبوة، المترجمون) القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- (38) شيلي تايلور. (2008). علم النفس الصحي. (وسام درويش بريك، وفوزي شاكرا طعيمة، المترجمون) عمان، الأردن: دار الحامد.
- (39) عايش صباح. (2022). العلاج الاسري النسقي. المملكة الأردنية الهاشمية: دار ابن النفيس للنشر والتوزيع.
- (40) عبد الحميد وليد خالد. (2013). معالجة الاضطرابات التالية للصدمة. إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية.
- (41) عبد الرزاق صالح محمود. (2013). الانعكاسات الاجتماعية لمرض السرطان على عوائل المصابين به: دراسة اجتماعية ميدانية في مدينة الموصل. دراسات موصلية (41)، 79-120.
- (42) عبد الستار إبراهيم. (1998). الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- (43) عروج فضيلة. (2016). دراسة نفسية عيادية لحالة الاجهاد ما بعد الصدمة لدى العازبات المبتورات الثدي من جراء الإصابة بالسرطان. أطروحة دكتوراه علم النفس المرضي. أم البواقي، جامعة العربي بن المهيدي، الجزائر.
- (44) عزي صالح، ن. (2023). مؤشرات الصدمة النفسية لدى المصابين بالسرطان دراسة عيادية لأربع حالات من خلال المقابلة العيادية واختبار الروشاخ. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، 403-422.
- (45) فالح بهية. (2021). خطة علاجية معرفية مقترحة لإدارة الألم لدى مرضى السرطان. أطروحة دكتوراه ل م د علم النفس تخصص علم الصحة الإكلينيكي. باتنة، جامعة باتنة 01، الجزائر.

- 46) كفاي علاء الدين. (1999). الارشاد والعلاج النفسي الاسري المنظور النسقي الاتصالي. القاهرة: دار الفكر العربي.
- 47) كلاوس موكة. (2019). العلاج النفسي المنظومي. (سامر جميل رضون المترجم).
- 48) كونيجيه كارل. (2010). الأعراض النفسية والعلاج النفسي. الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
- 49) لحمر فضيلة. (2017). التوظيف النفسي للجلد لدى الراشد المصاب بالسرطان دراسة عيادية من خلال اختباري الروشاخ وتقمهم الموضوع. TAT أطروحة دكتوراه الطور الثالث تخصص: علم النفس. بسكرة، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
- 50) ليلي منصوري. (2021). الصدمة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي وعلاقتها بالمساندة الأسرية. دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي بن زرجب وهران - - أطروحة دكتوراه علم النفس الأسري. جامعة وهران، الجزائر.
- 51) ليندزاي س. ل.، وبول ج. ي. (2000). مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين. (صفوت فرج، المترجم) القاهرة: الأنجلو مصرية.
- 52) مزهود، ن. (2013). المراهق المدمن على المخدرات مقارنة نسقية. مجلة العلوم الإنسانية , 321-335.
- 53) معمريه بشير. (2010). تقنين قائمة آرون بيك الثانية للاكتئاب (BDI-II) على عينات من الجنسين في البيئة الجزائرية صورة الراشدين. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، 92-105.
- 54) معمريه بشير. (2022). المرجع في مناهج البحث النفسي وإجراءاته الميدانية. باتنة - الجزائر: الأندلس للخدمات الجامعية.
- 55) منظمة الصحة العالمية وجامعة كولومبيا. (2016). علاج بين شخصي جماعي للاكتئاب التجربة الميدانية العامة لمنظمة الصحة (المجلد الإصدار 01). جنيف: منظمة الصحة العالمية.
- 56) منظمة الصحة العالمية. (2001). تخفيف آلام السرطان في الأطفال وتقديم الرعاية الملطفة لهم. القاهرة مصر: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط (م ص ع).
- 57) منظمة الصحة العالمية. (2009). استراتيجية للوقاية من السرطان ومكافحته في إقليم شرق المتوسط. ورقة تقنية. اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط.
- 58) مومن داليا. (2008). الأسرة والعلاج الأسري (المجلد ط2). القاهرة: دار السحاب للنشر والتوزيع.

- (59) ميرفين سموكر، كونراد ريشك، بيتي كوجل، سامر رضوان، ومطاع بركات. (2010). إعادة رسم الصورة وعلاج الإعادة: دليل معالجة الصدمة من النوع الأول. العين دولة الإمارات العربية المتحدة - دار الكتاب الجامعي.
- (60) ميزاب ناصر. (2015). القياس النفسي النسقي: من الخلفية النظرية، إلى كيفية التطبيق، إلى النتائج اختبار الإدراك الأسري نموذجاً. المجلة العربية للعلوم النفسية، 30-42.
- (61) نحوي عائشة. (2010). أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي. العلاج النفسي عن طريق البرمجة اللغوية العصبية. قسنطينة، قسم علم النفس وعلم التربية - كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية - جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر.
- (62) نيكولاس جيمس. (2013). السرطان: مقدمة قصيرة جداً (الإصدار 01). (أسامة فاروق حسن، المترجمون) القاهرة، جمهورية مصر العربية: مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة.
- (63) وندلوس نسيمية ، ونزيهة زواني. (2018). التدخل النسقي العائلي في علم النفس الأورام: دراسة لمعاناة وكفاءات المرضى وعائلاتهم Route Educational & Social Science Journal ، 401-425.
- (64) وندلوس نسيمية. (2014). أهمية التناول النسقي في الكشف عن المعاناة النفسية والكفاءات الفردية والعائلية لدى مرضى السرطان وعائلاتهم. أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر 2، الجزائر.

قائمة المراجع الأجنبية:

- 1) Albernhe, K., & Albernhe, T. (2013). Applications en thérapie familiale systémique. Camille-Desmoulins: Elsevier Masson SAS.
- 2) Auxéméry Yann. (2022). Trouble de stress post-traumatique et symptômes dépressifs : « comorbidités » ou formes cliniques du trauma ? Adaptation, mesure et évaluation en santé (pp. 1-23). Metz, France. : Elsevier. Récupéré sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000344872200230X>
- 3) Bateson, G. (2002). Mind and Nature: A Necessary Unity. Broadway: Hampton Press, Inc. and The Institute for Intercultural Studies.
- 4) Beck, T., Steer, R., & Brown, G. (1996). Inventaire de Depression de beck- Manuel –II (BDI-II) (éd. 2eme). paris: centre de psychologie appliquée.

- 5) Ben Soussan, P., & Dudoit, É. (2009). Les souffrances psychologiques des malades du cancer Comment les reconnaître, comment les traiter ? Verlag France, Paris, France: Springer Paris Berlin Heidelberg New York.
- 6) Bondjers, K. (2020). Post-traumatic stress disorder–Assessment of current diagnostic definitions (Doctoral dissertation, Acta Universitatis Upsaliensis).
- 7) Carreel, M. (2017). Le cancer Une personne malade, une famille souffrante. Paris: dunod.
- 8) Celio Moser, V., Jenny, S., & Verena, M. (2017). Cancer et souffrance psychique. Berne: Ligue suisse contre le cancer.
- 9) Crocq, L., & all. (2014). Traumatismes psychiques- Prise en charge psychologique des victimes (éd. 2e). Issy-les-Moulineaux cedex: Elsevier Masson SAS.
- 10) D Stein, K., L Syrjala, K., & A Andrykowski, M. (2008). Physical and Psychological Long-Term and Late Effects of Cancer. *Cancer*, 2577–2592.
- 11) Delvaux, N. (2006). L'expérience du cancer pour les familles. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 36(1), 81-101.
- 12) FNCLCC. (2007). Vivre pendant et après un cancer: Guide d'information à l'usage des personnes malades et de leurs proches. Paris, france : Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer . Récupéré sur www.fnclcc.fr
- 13) Henken, H., H., Huibers, M., Churchill, R., Restifo, & Roelofs, J. (2007). Family therapy for depression (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3).
- 14) Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19.
- 15) Jane Massie, M. (2004). Prevalence of Depression in Patients With Cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 57-71.
- 16) Jennifer L. Steel , & Brian I. Carr. (2022). Psychological Aspects of Cancer A Guide to Emotional and Psychological Consequences of Cancer, Their Causes, and Their Management. Switzerland: Springer Nature. doi:<https://doi.org/10.1007/978-3-030-85702-8>
- 17) Jiří Dostál. (2015). Theory of Problem Solving. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2798-2805.
- 18) Joseph L. Wetchler, Lorna L. Hecker. (2015). An Introduction to Marriage and Family Therapy. New York: Routledge.
- 19) Josiane Laflamme. (2012). Thérapie familiale et problème de santé mentale chez le parent et l'enfant . la maîtrise ès sciences (M.Sc.) en service social. canada, École de service social-Université de Montréal.
- 20) Karine Albernhe, & Thierry Albernhe. (2008). Applications en thérapies familiales systémiques. 62, rue Camille-Desmoulins: Elsevier Masson.

- 21) Kazdin, A.E (1982). Single Case Research Designs: Methods For Clinical And Applied Settings. USA: Oxford University Press.
- 22) Kazdin, A.E (2011). Single-Case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings 2nd Edition. USA: Oxford University Press.
- 23) Krasny-Pacini, A., & Evans, J. (2018). Single-case experimental designs to assess intervention effectiveness in rehabilitation: A practical guide. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 164–179. doi:10.1016/j.rehab.2017.12.002. Epub 2017 Dec 15. PMID: 29253607.
- 24) KÜBLER-ROSS, E. (2009). On Death and Dying: What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families. Milton Park, Abingdon, Oxon: Routledge.
- 25) Küchenhoff, J. (2012). Psychothérapie dans la dépression: Synthèse des recommandations S3 de la DGPPN. *Forum Med Suisse*, 12(12), 267–271.
- 26) Landry Balas, L. (2011). L'approche systémique en santé mentale. Canada: Les Presses de l'Université de Montréal.
- 27) Lane Thérèse. (1994). La circularité du questionnement et des questions dans l'entrevue circulaire. *Service social*, 43(03), 59-77. Récupéré sur <https://doi.org/10.7202/706668ar>
- 28) LEBIGOT, F. (2005). Traiter les traumatismes psychiques Clinique et prise en charge. Paris: Dunod.
- 29) Linda J. , C. (2007). Un guide pour les parents vivant avec un cancer du sein. Canada: La Fondation canadienne du cancer du sein.
- 30) MacKinnon, L., & Kerrie , J. (1987). The Milan Systemic Approach Theory and Practice. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy (ANZJFT)*, 89-98.
- 31) Marine, C. (2017). Le cancer Une personne malade, une famille souffrante. Dunod.
- 32) Mazaux, J.-M. Destailats, C. Belio, & J. Pélissier. (2011). Handicap et famille Approche neurosystémique et lésions cérébrales. Camille-Desmoulins: Elsevier Masson SAS.
- 33) Mboua, P.-C. . (2016). Le rôle des traumatismes familiaux dans l'émergence des troubles délirants chez deux jeunes adultes camerounaises de culture grassfield. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 56(1), 187-200.
- 34) Metcalf, L. (2019). Marriage and family therapy: a practice-oriented approach. New York: Springer Publishing Company.
- 35) Miller, R., & N. Johnson, L. (2014). ADVANCED METHODS IN FAMILY THERAPY RESEARCH A Focus on Validity and Change. 711 Third Avenue, New York: Routledge.
- 36) Mini DSM-5®. (2016). Mini DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Français: Elsevier Masson.

- 37) Newsome, J., Mitchell, L., Awosan, C. (2018). eframing in Couple and Family Therapy. In: Lebow, J., Chambers, A., Breunlin, D. (eds). Encyclopedia of Couple and Family Therapy.
- 38) OMS - Algérie. (2023, 02 06). Organisation mondiale de la Santé-Algérie. Récupéré sur Prévention et sensibilisation contre le cancer: <https://www.afro.who.int/fr/countries/algeria/news/prevention-et-sensibilisation-contre-le-cancer>
- 39) Ouandelous , N. (2021). La famille à l'épreuve du cancer: Enjeux et répercussions psychologiques. RevueEl-Ryssala desétudesetrecherches en sciences humaines, 764-772.
- 40) Paradis, A., Tardif, M., & Bertelli, C. (2019). La thérapie systémique un mini-guide de pratique. Montréal, QC: Thanh-Lan Ngô–psychopap.
- 41) PIQUEMAL,J.P & T. SCHWAB. (2017). « PRATIQUES DE LA PSYCHOTHERAPIE ET PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE »L'approche systémique. Paris: IPEC Forcalquier.
- 42) Plante, A., & Robidoux, I. (2014). Interventions familiales systémiques en soins infirmiers. Québec): Centre intégré de cancérologie de la Montérégie.
- 43) Pote, H., Stratton, P., Cottrell, D., Boston, P., Shapiro, D., & Hanks, H. (2003). Systemic Family Therapy Manual. Leeds: School of Psychology University of Leeds.
- 44) Priest, J.B (2024). Systemic Diagnosis the Application of Family Systems Theory. New York: Routledge.
- 45) SARRAZIN, Y. (1998). ETUDE DE L'EVOLUTION DE LA DEMANDE D'AIDE DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME D'INTERVENTION PRÉCOCE. LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE. UNIVERSITÉ DU QUÉBEC.
- 46) SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., & PRATA, G. (1978). PARADOX AND COUNTERP ARADOX A New Model in the Therapy of the Family in Schizophrenic Transaction. United States of America: ROWMAN & LITTLEFIELD PUBLISHERS.
- 47) SPRENKLE, D.H, & P. PIERCY, F. (2005). Research Methods in Family Therapy. New York: THE GUILFORD PRESS.
- 48) Stagno, D., Stiefel, F., Rousselle, I., & Guex, P. (2005). Diagnostic et traitement de la dépression chez les patients souffrant de cancer. Revue Médicale Suisse, 350-353.
- 49) Tate, R., & Perdices, M. (2019). Single-Case Experimental Designs for Clinical Research and Neurorehabilitation Settings Planning, Conduct, Analysis and Reporting. New York: Routledge.
- 50) Teixeira de Melo, A., & Alarcão, M. (2015). From 1st and 2nd order cybernetics to Complexity: Building grounded theories of family complexity in family therapy process research. Human Systems: The Journal of Therapy, Consultation & Training, 86-102.

- 51) Thomas Schwab. (2017). PRATIQUES DE LA PSYCHOTHERAPIE ET PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE L'approche systémique. Paris: Université Paris 8 Document réalisé par J.P. PIQUEMAL et T. SCHWAB .
- 52) Valentina, C., Sabine , J., Verena, M., & Ligue s.c.c. (2017). Cancer et souffrance psychique. suisse: Ligue suisse contre le cancer (LSC).
- 53) Vossler, A., Pinquart, M., Forbat , L., & Stratton, P. (2024). Efficacy of systemic therapy on adults with depressive disorders: A meta-analysis. Psychotherapy Research.
- 54) Wang, S. K, Feng, M., Fang, Y., Liang Lv, Sun, G. L., Yang, S. L., . . . Chen H. X. (2023). Psychological trauma, posttraumatic stress disorder and trauma-related depression: A mini-review. World journal of psychiatry, 13(6), 331–339. doi:<https://doi.org/10.5498/wjp.v13.i6.331>

ملاحق الدراسة:

1. الملحق رقم 01: استبيان تقييم الصدمة النفسية

النسخة المترجمة لاستبيان تقييم الصدمة النفسية استبيان تروماك (TRAUMAQ) لكارول داميلي ماريا بيزيررا فرنان CAROL DAMIANI ET MARIA FRADIN

الاسم:
 اللقب:
 السن: الجنس: أنثى ☐ ذكر ☐
 تاريخ الإجراء:
 مكان الإجراء:

☐ تطبيق فردي
☐ جماعي
☐ ضحية مباشرة للحدث
☐ شاهد

معلومات خاصة بالحدث:

حدث فردي ☐ حدث جماعي ☐ طبيعة الحدث:
 المكان (السكن، الطريق ... إلخ):
 التاريخ:
 المدة:
 إصابات جسدية: نعم ☐ لا ☐ الوصف:
 الأثر الحالية:
 هل استلقت مباشرة من تدخل عاجي من خلية الاستجالات الطبية النفسية؟ نعم ☐ لا ☐
 التوقف الجزئي عن العمل: نعم ☐ لا ☐ عدد الأيام: توقف عن العمل: المدة:
 العجز الجزئي الدائم: نعم ☐ لا ☐ النسبة:

طبيعة الحدث:

تبعاً للإجابة التي جمعناها، اشطب (ي) خانة أو عدة خانة في الجدول الأسفل

<input type="checkbox"/> إصابات وجروح متعددة	<input type="checkbox"/> كارثة طبيعية
<input type="checkbox"/> إصابات وجروح غير متعددة	<input type="checkbox"/> كارثة تكنولوجية
<input type="checkbox"/> محاولة اغتيال	<input type="checkbox"/> كارثة جوية، بحرية أو سكك الحديدية
<input type="checkbox"/> اعتداء جنسي	<input type="checkbox"/> حادث الطريق العمومي
<input type="checkbox"/> اغتصاب	<input type="checkbox"/> اعتداء
<input type="checkbox"/> ابتزاز مالي	<input type="checkbox"/> انفجار الغاز
<input type="checkbox"/> صراع مسلح	<input type="checkbox"/> حادث منزلي
<input type="checkbox"/> تعذيب	<input type="checkbox"/> اعتقال أو حجز الرهائن
<input type="checkbox"/> أخرى:	<input type="checkbox"/> سلب بالقوة أو سطو مسلح

الحالة العائلية:

متزوج (ن) أو ارتباط حر ☐ مطلق (ن) أو منفصل (ن) ☐ أعزب ☐ أرمل (ن) ☐
عدد الأولاد (حدد منهم):

الحالة المهنية:

طالب (ن) ☐
أجير (ن): ☐ على الدوام ☐ في أوقات متقطعة ☐
بدون عمل: ☐ ملكة (ن) بالبيت ☐ بطالة ☐ عطلة والدية ☐
متربص (ن) ☐ عطلة مرضية ☐ متقاعد (ن) ☐

الحالة الصحية:

هل لديك مشاكل صحية؟ ☐ لا ☐ نعم ☐ ما هي:

هل تتبع علاج طبي؟ ☐ لا ☐ نعم ☐ ما طبيعتها:

هل سبق و أن استشرت مختص نفسي، طبيب عقلي أو معالج نفسي؟ ☐ لا ☐ نعم ☐

هل سبق و أن تابعت علاج نفسي؟ ☐ لا ☐ نعم ☐ تحت أي شكل؟:

التاريخ: المدة:

هل سبق و أن عايشت أحداث أخرى بقيت راسخة لديك؟:

☐ لا ☐ نعم ☐ ما طبيعتها:

التاريخ:

معلومات متعلقة بمرحلة ما بعد الحدث:

هل سبق و أن استشرت مختص نفسي، طبيب عقلي أو معالج نفسي؟ ☐ لا ☐ نعم ☐

هل تابعت علاجاً نفسياً؟ ☐ لا ☐ نعم ☐ تحت أي شكل:

تاريخ أول حصة:

عدد الحصص (إلى يومنا هذا):

علاج طبي: ☐ لا ☐ نعم ☐ ما هو؟:

مدة العلاج:

الجزء الأول:

يجب أن تجيب (ي) على جميع الأسئلة. يمكنك العودة للوراء، واجتياز سؤال إذا وجدت صعوبة في الإجابة عليه في الحين لكن يجب الرجوع إليه لاحقاً. وقت التمرير غير محدد.

لجميع الأسئلة التالية، استعمل السلم الذي في الأسفل وأشطب الخانة الملائمة.



أثناء الحدث:

سوف نتطرق إلى ما شعرت به أثناء الحدث

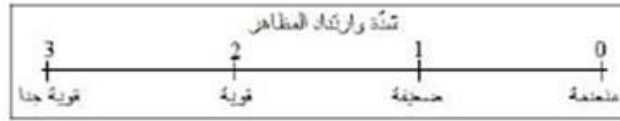
3	2	1	0	
				A ₁ هل شعرت بالرعب (الخوف الشديد) ؟
				A ₂ هل شعرت بالقلق ؟
				A ₃ هل كان لديك شعور بأنك في حالة مختلفة؟
				A ₄ هل كان لديك أعراض جسمية: مثل ارتجاف، تعرق، ارتفاع الضغط، غثيان، زيادة في معدل ضربات القلب ؟
				A ₅ هل كان لديك انطباعاً على أنك مشلول وغير قادر على الاستجابة التكيفية ؟
				A ₆ هل كان لديك اعتقاد بأنك ستموت و/أو عايشت موقفاً لا يحتمل ؟
				A ₇ هل شعرت بأنك وحيد ومهمل من قبل الآخرين ؟
				A ₈ هل شعرت بأنك عاجز ؟
				مجموع (A)

منذ الحدث:

الآن سوف نتطرق إلى ما تشعر / تشعرين به حالياً:

3	2	1	0	
				B ₁ هل توجد ذكريات وصور تعيد إليك الحدث و تفرض نفسها عليك خلال النهار أو الليل؟
				B ₂ هل تعاني من إعادة معايشة الحدث في الأحلام أو الكوابيس ؟
				B ₃ هل تعاني من صعوبة الحديث عن الحدث ؟
				B ₄ هل تشعر بالقلق حين تعيد التفكير في الحدث ؟
				مجموع (B)

3	2	1	0	
				C ₁ منذ الحدث، هل تعاني من صعوبات في النوم أكثر من ذي قبل ؟
				C ₂ هل تعاني من كوابيس أو أحلام مرعبة (ذات محتوى غير متعلق مباشرة بالحدث) ؟
				C ₃ هل تستيقظ كثير أثناء الليل ؟
				C ₄ هل لديك انطباع بأنك لا تنام مطلقاً ؟
				C ₅ هل تكون متعب عند الاستيقاظ ؟
				مجموع (C)

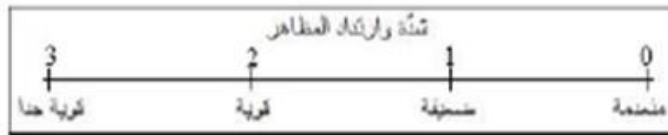


3	2	1	0	
				D ₁ هل أصبحت قلقا، متوترا منذ الحدث ؟
				D ₂ هل لديك نوبات القلق ؟
				D ₃ هل تخاف الذهاب إلى المناطق ذات صلة بالحدث ؟
				D ₄ هل تشعر بحالة عدم الأمن ؟
				D ₅ هل تتجنب الأماكن، المواقف، والعروض (التلفاز، السينما) التي تثير الحدث ؟
				مجموع (D)

3	2	1	0	
				E ₁ هل تشعر بأنك أكثر يقظة و انتباهاً للأصوات (الضجيج) مما كنت عليه سابقا والتي تجعلك تهتز ؟
				E ₂ هل تجد نفسك أكثر حذر من ذي قبل ؟
				E ₃ هل صرت سريع الانفعال مما كنت عليه من ذي قبل ؟
				E ₄ هل تجد صعوبة أكثر في السيطرة على نفسك (نوبات عصبية، الخ)، أو لديك ميول للهروب من المواقف غير المحتملة ؟
				E ₅ هل تشعر بأنك أكثر عنوانية، أو هل تخاف من عدم القدرة على التحكم في عنوانيتك منذ الحدث ؟
				E ₆ هل لديك سلوكيات عنوانية منذ الحدث ؟
				مجموع (E)

3	2	1	0	
				F ₁ عندما تعيد التفكير في الحدث، أو تكون في مواقف تذكرك به هل تظهر لديك ردود فيزيولوجية كالصداخ، الغثان، خفقان، ارتجاف، تعرق، صعوبة التنفس ؟
				F ₂ هل لاحظت تغيرات في وزنك ؟
				F ₃ هل لاحظت تدهورا في حالتك الجسمية عامة ؟
				F ₄ منذ الحدث، هل لديك مشاكل صحية يصعب معرفة سببها ؟
				F ₅ هل زاد استهلاكك لبعض المواد (قهوة، سجائر، كحول، أدوية، أغذية ... الخ) ؟
				مجموع (F)

3	2	1	0	
				G ₁ هل لديك صعوبات في التركيز أكثر من ذي قبل ؟
				G ₂ هل لديك "مشكلات في الذاكرة" أكثر من ذي قبل ؟
				G ₃ هل لديك صعوبات في تذكر الحدث أو بعض العناصر منه ؟
				مجموع (G)



3	2	1	0	
				H ₁ هل فقدت الاهتمام بأشياء كانت مهمة لديك قبل الحادث ؟
				H ₂ هل تنقصك الطاقة والحماسة منذ الحدث ؟
				H ₃ هل تشعر بالعياء، التعب، الإرهاق ؟
				H ₄ هل أنت ذو مزاج حزين أو لديك نوبات البكاء ؟
				H ₅ هل لديك انطباع أن الحياة لا تستحق معاناة العيش، و فكرت في الانتحار ؟
				H ₆ هل تواجه صعوبات في علاقاتك العاطفية أو الجنسية ؟
				H ₇ منذ الحدث هل ترى أن مستقبلك قد انهار ؟
				H ₈ هل لديك ميول أو رغبة في الانعزال أو رفض العلاقات ؟
				مجموع (H)

3	2	1	0	
				I ₁ هل تفكر أنك مسؤول عن وقوع الأحداث، أو كان بإمكانك التصرف بطريقة أخرى لتفادي بعض العواقب ؟
				I ₂ هل تشعر بأنك مذنب فيما فكرت فيه أو فعلت به خلال الحدث، و/أو بأنك عشت بينما اختلوا الآخرون ؟
				I ₃ هل تشعر بالإهانة نتيجة لما حدث ؟
				I ₄ منذ الحدث، هل تشعر بفقدان قيمتك ؟
				I ₅ هل تشعر منذ الحدث بالغضب أو بالكراهية ؟
				I ₆ هل غيرت طريقة نظرتك للحياة، نظرتك لنفسك أو نظرتك لآخرين ؟
				I ₇ هل تعتقد أنك مختلفا عما كنت عليه سابقا ؟
				مجموع (I)

لا	نعم	
		J ₁ هل تمارس نشاطك الدراسي أو المهني ؟
		J ₂ هل ترى بأن قدراتك الدراسية أو المهنية لم تتغير عما كانت عليه مسبقا ؟
		J ₃ هل تستمر في مقابلة أصدقائك بنفس الوتيرة ؟
		J ₄ هل قطعت علاقاتك مع الأقارب (الزوج، الأبناء، الوالدين، ... الخ) منذ الحدث ؟
		J ₅ هل تشعر بأنه يصعب على الآخرين فهمك ؟
		J ₆ هل تشعر بأنك متروك من قبل الآخرين ؟
		J ₇ هل تلقيت مساعدة من طرف مقربيك ؟
		J ₈ هل تبحث بشكل أكبر عن مرافقة أو حضور الآخرين ؟
		J ₉ هل تمارس نشاطات ترفيهية كما في السابق ؟
		J ₁₀ هل تجد نفس المتعة كما في السابق ؟
		J ₁₁ هل لديك انطباع بأنك غير معني بشكل كبير فيما يخص الأحداث التي تمس محيطك ؟
		مجموع (J)

الجزء الثاني:

لقد أُنعمت للتو من ملئ الاستمارة الخاصة بما تعيشه حالياً، منذ الحدث، فمن الممكن أنه كان هناك تطور: بعض الاضطرابات اختفت في حين البعض الأخرى لتزال مستمرة.

باستعمال الجدول في الأسفل، نحدد مهلة ظهور الاضطرابات الموصوفة، وكذلك مدتها:

مهلة ظهور الاضطراب منذ الحدث:	مدة الاضطراب
0 : غير معنى.	0 : غير معنى.
1 : اليوم ذاته الذي وقع فيه الحدث.	1 : مباشرة بعد الحدث.
2 : ما بين 24 ساعة إلى 3 أيام.	2 : أقل من أسبوع.
3 : ما بين 4 أيام إلى أسبوع.	3 : من أسبوع إلى شهر.
4 : ما بين أسبوع إلى شهر.	4 : من شهر 1 إلى 3 أشهر.
5 : ما بين شهر 1 إلى 3 أشهر.	5 : من 3 أشهر إلى 6 أشهر.
6 : ما بين 3 أشهر إلى 6 أشهر.	6 : من 3 أشهر إلى عام.
7 : ما بين 6 أشهر إلى عام.	7 : أكثر من عام.
8 : أكثر من عام.	8 : الاضطراب دائماً موجود إلى يومنا هذا.

الاضطرابات	مهلة الظهور	المدة
1- انطباع في إعادة معايشة الحدث في شكل ذكريات وصور .		
2- اضطرابات النوم: صعوبات في النوم، الكوابيس، الاستيقاظ في الليل و/أو عدم النوم.		
3- القلق و/أو نوبات الهلع، حالة عدم الأمن.		
4- الخوف من العودة إلى أماكن الحدث أو أماكن مماثلة.		
5- العدوانية، الهيجان و/أو فقدان السيطرة.		
6- البقلّة، الحساسية المفرطة للتوضوء و/أو الحذر وعدم الثقة.		
7- الاستجابات الجسدية مثل: تعرق، ارتعاش، ألآم الرأس، خفقان، غثيان ... الخ.		
8- المشاكل الصحية: فقدان الشهية، الشراهة، زيادة خطورة الحالة الجسمية.		
9- الإفراط في تناول بعض المواد (قهوة، سجائر، كحول، أغذية، ... الخ).		
10- الصعوبات في التركيز و/أو التذكر.		
11- اللامبالاة العامة، فقدان الطاقة والحماس، الكبتة، التعب، والرغبة في الانتحار.		
12- الميل إلى العزلة.		
13- الشعور بالذنب و/أو العار.		

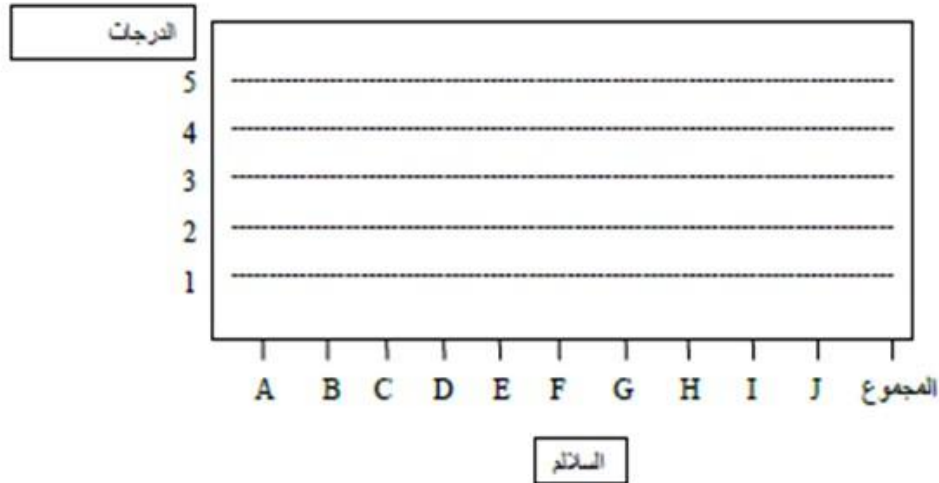
النتائج في الترومك:

تتقيط سلازم الجزء الأول

الدرجات الخامسة للسلازم (A) إلى (I) تتوافق مع مجموع النقاط المسندة للبندود. بالنسبة للسلازم (J)، الإجابات (لا) تنقط بـ (1) نقطة، والإجابات (نعم) تنقط بـ (0) نقطة، باستثناء البنود 4، 5، 6، و 11 التي تنقط فيهم الإجابة (نعم) بـ (1) نقطة، والإجابة (لا) بـ (0) نقطة.

تحويل الدرجة الخام إلى درجات معيارية

السلازم	النقاط	(1) ضعيفة جدا	(2) ضعيفة	(3) متوسطة	(4) عالية	(5) عالية جدا
A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6-0	<input type="checkbox"/> 12-7	<input type="checkbox"/> 18-13	<input type="checkbox"/> 23-19	<input type="checkbox"/> 24
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4-1	<input type="checkbox"/> 7-5	<input type="checkbox"/> 9-8	<input type="checkbox"/> + 10
C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3-1	<input type="checkbox"/> 9-4	<input type="checkbox"/> 13-10	<input type="checkbox"/> + 14
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4-1	<input type="checkbox"/> 9-5	<input type="checkbox"/> 13-10	<input type="checkbox"/> + 14
E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1-0	<input type="checkbox"/> 4-2	<input type="checkbox"/> 9-5	<input type="checkbox"/> 14-10	<input type="checkbox"/> + 15
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3-1	<input type="checkbox"/> 6-4	<input type="checkbox"/> 9-7	<input type="checkbox"/> + 10
G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2-1	<input type="checkbox"/> 5-3	<input type="checkbox"/> 7-6	<input type="checkbox"/> + 8
H	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3-1	<input type="checkbox"/> 11-4	<input type="checkbox"/> 17-12	<input type="checkbox"/> + 18
I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1-0	<input type="checkbox"/> 5-2	<input type="checkbox"/> 9-6	<input type="checkbox"/> 16-10	<input type="checkbox"/> + 17
J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 5-2	<input type="checkbox"/> 7-6	<input type="checkbox"/> + 8
المجموع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 23-0	<input type="checkbox"/> 54-24	<input type="checkbox"/> 89-55	<input type="checkbox"/> 114-90	<input type="checkbox"/> + 155



2. الملحق رقم 02: قائمة بيك الثانية للاكتتاب

قائمة بيك الثانية للاكتتاب		
الاسم واللقب :	العمر :	الجنس :

التعليمية: تتضمن هذه القائمة (21) مجموعة من العبارات، المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة على حدة وبغناية، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط، تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ثم تضع دائرة (O) حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي اخترتها 0 أو 1 أو 2 أو 3. وتؤكد أنك تختار دائماً عبارة واحدة فقط من كل مجموعة، حتى المجموعة رقم (16) المتعلقة بـ (تغيرات في نمط النوم)، والمجموعة رقم (18) المتعلقة بـ (تغيرات في الشهية).

ر	المجموعة	البند	ر	المجموعة	البند
1	الحزن	0. لا أشعر بالحزن. 1. أشعر بالحزن معظم الوقت. 2. أشعر بالحزن طول الوقت. 3. أشعر بالحزن لدرجة لا تحتمل.	7	عدم حب الذات	0. شعوري نحو نفسي عادي. 1. فقدت الثقة في نفسي. 2. أصبحت بخيبة أمل في نفسي. 3. أنا أكره نفسي.
2	التشاؤم	0. لست متشائماً بشأن مستقبلي. 1. أشعر بتشائم بشأن مستقبلي أكثر من المعتاد. 2. أشعر أنه لا يوجد شيء اتطلع إليه في المستقبل. 3. أشعر أن مستقبلي لا أمل فيه أو أنه سيزداد سوءاً.	8	نقد الذات ولومها	0. لا أنقد ولا أؤم نفسي. 1. أنقد وأؤم نفسي أكثر مما تعودت. 2. أنقد وأؤم نفسي على جميع أخطائي. 3. أنقد وأؤم نفسي على كل شيء سيء يحدث.
3	الفشل السابق	0. لا أشعر بأنني شخص فاشل. 1. لقد فشلت أكثر مما يجب. 2. كلما نظرت إلى حياتي أجدها مليئة بالفشل. 3. أشعر بأنني شخص فاشل تماماً.	9	الأفكار الانتحارية	0. ليست لدي أي أفكار للانتحار. 1. لدي أفكار لقتل نفسي ولتكني لن أنفذه. 2. أربح في قتل نفسي. 3. سأقتل نفسي إن منحت لي الفرصة.
4	فقدان الاستمتاع بالحياة	0. استمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل. 1. لا استمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه. 2. احصل على قدر قليل جداً من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل. 3. لا أستطيع أن أحصل على أي استمتاع بالحياة كما اعتدت أن استمتع بها من قبل.	10	البكاء	0. لا أبكي أكثر من المعتاد. 1. أشعر بالرغبة في البكاء. 2. أبكي أكثر من المعتاد. 3. أربح في البكاء ولكن لم يعد باستطاعتي أن أبكي.
5	مشاعر الإثم	0. لا أشعر بالذنب. 1. أشعر بالذنب عن الكثير من الأشياء التي عملتها أو التي كان يجب أن أعملها. 2. أشعر بالذنب في معظم الأوقات. 3. أشعر بالذنب طوال الوقت.	11	التهيج والإثارة	0. لست مزعجاً أو متوتراً أكثر من المعتاد. 1. أشعر بأنني أكثر انزعاجاً أو توتراً من المعتاد. 2. أنا مزعج جداً أو متهيج جداً لدرجة أنه من الصعب أن أبقى ساكناً. 3. أنا مزعج جداً أو متهيج جداً لدرجة أنه يجب أن أبقى متحركاً أو أفعل شيئاً ما.
6	مشاعر العقاب	0. لا أشعر بأنني يمكن أن أتعرض للعقاب أو لأذى. 1. أشعر بأنني ربما أعاقب. 2. أتوقع بأنني سأعاقب فعلاً. 3. أشعر أنني سأعاقب الآن.	12	فقدان الاهتمام	0. لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالممارسات اليومية والأنشطة. 1. أنا أقل اهتماماً بالآخرين أو بالأشياء من السابق. 2. فقدت معظم اهتمامي بالآخرين أو بالأشياء. 3. من الصعب أن أهتم بأي شيء.

13	التردد في اتخاذ القرارات	0. اتخذ القرارات بنفس الكفاءة التي كنت تعمل بها من قبل. 1. أجد صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر من المعتاد. 2. أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات. 3. أعجز تماماً عن اتخاذ أي قرار.	18	تغيرات في الشهية	0. لم أعان من أي تغير في شهيتي. 1. أ. شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما. 1. ب. شهيتي أكبر مما تعودت إلى حد ما. 2. أ. شهيتي أقل كثيراً مما تعودت. 2. ب. شهيتي أكبر كثيراً مما تعودت. 3. أ. ليس لدي شهية بتاتاً. 3. ب. أتناول الطعام طيلة الوقت.
	التغلب على الغضب	0. لا أشعر بالثقل عديم القيمة. 1. أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون. 2. أشعر أنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين. 3. أشعر بالثقل عديم القيمة تماماً.			
15	فقدان الطاقة	0. لدي نفس القدر المعتاد من الطاقة. 1. لدي طاقة أقل من المعتاد. 2. ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء. 3. ليس لدي طاقة كافية لعمل أي شيء.	19	صعوبة التركيز	0. أستطيع التركيز كالمعتاد. 1. لا أستطيع التركيز كالمعتاد. 2. من الصعب أن أركز في شيء لمدة طويلة جداً. 3. أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء.
16	تغيرات في نمط النوم	0. لم أعان من أي تغير في نمط نومي. 1. أ. أنام أكثر من المعتاد بعض الشيء. 1. ب. أنام أقل من المعتاد بعض الشيء. 2. أ. أنام أكثر من المعتاد بكثير. 2. ب. أنام أقل من المعتاد بكثير. 3. أ. أنام معظم اليوم. 3. ب. أستيقظ مبكراً بساعة أو ساعتين ولا أستطيع العودة إلى النوم.	20	الإرهاق أو الإجهاد	0. لست متعباً أو مرهقاً أكثر من المعتاد. 1. أصاب بالإرهاق أو الإجهاد أكثر من المعتاد. 2. يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها. 3. أنا متعب ومرهق جداً لدرجة أنني لا أستطيع أن أنجز معظم الأشياء التي اعتدت أن أنجزها.
17	القدرة على التغلب على الغضب	0. أعصب بدرجة عادية. 1. أنا أكثر غضباً من المعتاد. 2. أنا أكثر غضباً بكثير من المعتاد. 3. أكون في حالة غضب طوال الوقت.	21	فقدان الاهتمام بالجنس	0. إن اهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام. 1. إنني أقل اهتماماً بالأمر الجنسي مما كنت عليه من قبل. 2. أنا الآن أقل اهتماماً بالأمر الجنسي بشكل كبير. 3. فقدت الاهتمام بالأمر الجنسي تماماً.

3. الملحق رقم 03 : اختبار الإدراك الأسري

Feuille de cotation

FAT
Necancer Julian III, Wayne M. Sotile,
Susan E. Henry et Mary O. Sotile

Nom : _____ Date : _____
Age : _____ Position dans la famille : _____
(en précisant les générations)

Feuille de cotation

Catégories	Numéros des planches										Notes
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	
CONFLIT APPARENT											
Conflit familial	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Conflit conjugal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Autre type de conflit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Absence de conflit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
RÉSOLUTION DU CONFLIT											
Résolution positive	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Résolution négative	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Absence de résolution	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
DÉFINITION DES LIMITES											
Appropriées / adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Appropriées / non-adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Inappropriées / adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Inappropriées / non-adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
QUALITÉ DES RELATIONS											
Mère = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Père = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Frère/sœur = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Conjoint(e) = allié(x)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Autre = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Mère = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Père = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Frère/sœur = agents stressants	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Conjoint = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Autre = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
DÉFINITION DES FRONTIÈRES											
Fusion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Désengagement	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Coalliance mère / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Coalliance père / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Coalliance autre adulte / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Système ouvert	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Système fermé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
CIRCULARITÉ DYSFONCTIONNELLE											
MAUVAIS TRAITEMENTS											
Maltraitance	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Abus sexuel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Négligence / abandon	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Abus de substances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
RÉPONSES INHABITUÉLLES											
REFUS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
TONALITÉ ÉMOTIONNELLE											
Tristesse / dépression	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Colère / hostilité	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Peur / anxiété	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bonheur / satisfaction	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Autre type d'émotion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Index Général de Dysfonctionnement

Planche 1: Le dîner

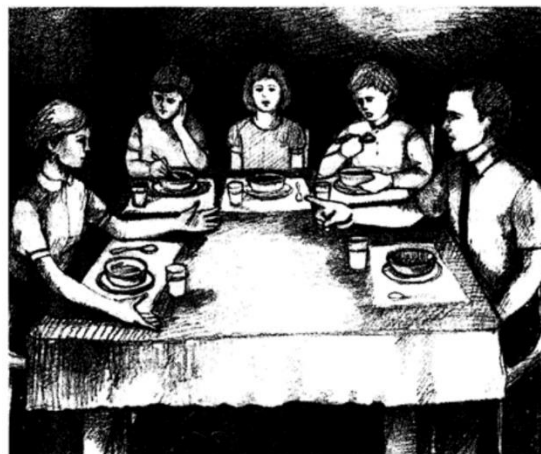


Planche 2: La stéréo



Planche 3: La punition



Planche 4: Le magasin de vêtements



Planche 5: Le salon



Planche 6: Le rangement



Planche 7: Le haut des escaliers



Planche 8: La galerie marchande

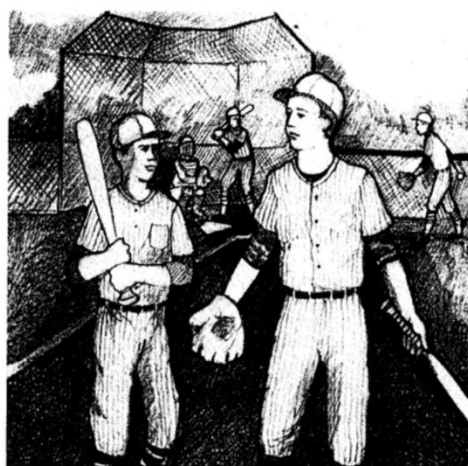


8

Planche 9: La cuisine

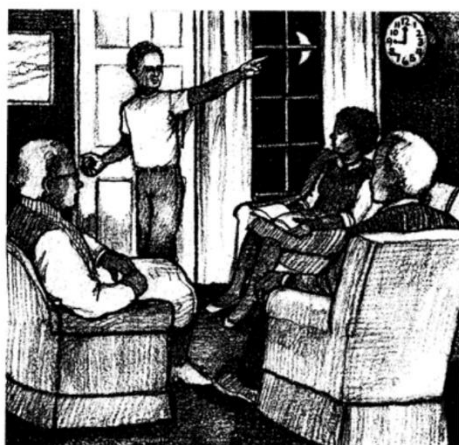


Planche 10: Le terrain de jeux



10

Planche 11: La sortie tardive



11

Planche 12: Les devoirs



Planche 13: L'heure du coucher



Planche 14: Le jeu de balle



14

Planche 15: Le jeu



Planche 16: Les clefs



Planche 17: Le maquillage



Planche 18: L'excursion



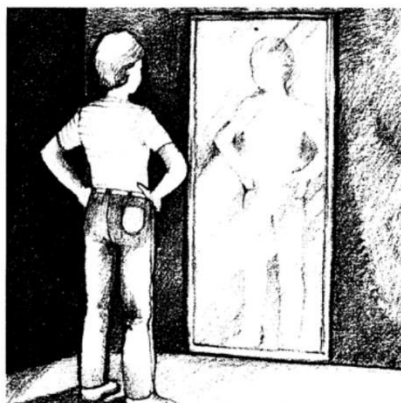
18

Planche 19: Le bureau



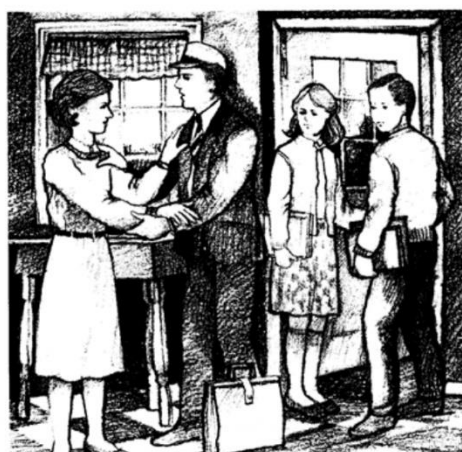
19

Planche 20: Le miroir



20

Planche 21: L'étreinte



21

4. الملحق رقم 05: شبكة الملاحظة:

شبكة الملاحظة في شكلها النهائي

الرقم	الشدة				الحدة			الاستمرارية		
	ضعيف	متوسط	شديد	شديد جدا	خفيف	متوسط	حاد	ظرفي	متكرر	مستمر
1										ذكريات متكررة ومؤلمة عن السرطان
2										مشاعر إحباط نفسي شديدة
3										استجابة مبالغ فيها عند المفاجأة (الجفل)
4										صعوبة في الدخول إلى النوم أو الاستيقاظ المبكر المتكرر
5										أرق مزمن ومستمر
6										تجنب الذكريات، الأفكار أو المشاعر المرتبطة بالسرطان
7										تجنب الأشخاص، الأماكن، المحادثات، أو الأنشطة المرتبطة بالمرض
8										توقعات سلبية ومبالغ فيها عن الذات والمستقبل
9										لوم الذات أو الآخرين بشكل متكرر
10										نوبات بكاء مفاجئة، انفعالات غير مبررة
11										انخفاض ملحوظ في الشهية
12										بطء واضح في الحركة وردود الفعل
13										إحساس مفرط بالذنب
14										صعوبة في التفكير، بطء ذهني، نسيان متكرر
15										فقدان القدرة على اتخاذ القرارات
16										التفكير السلبي

										فقدان الاهتمام بالحياة	17
										مشاعر بالنفور من العائلة والأصدقاء ، تجنب اللقاءات الاجتماعية	18
										ارتباك أو تناقض في الرسائل بين أفراد الأسرة عند التفاعل مع المريض.	19
										يفتقر أفراد الأسرة إلى القدرة على التعبير عن مشاعرهم أمام المريض.	20
										يسود نمط من "الصمت العاطفي" عند مناقشة مشاعر مرتبطة بالمرض	21
										يتحدث أحد أفراد الأسرة نيابة عن المريض بشكل متكرر	22
										تقطع الأسرة حديث المريض أو تحوله كلما تكلم عن مرضه	23
										يظهر فرد من الأسرة في دور "المنفذ" أو "المتحكم" بشكل مفرط.	24
										غياب أحد الأبوين (أو أحد أفراد الأسرة) عن دوره الداعم.	25
										غياب كل أفراد الأسرة عن حضور جلسات العلاج / أو الحضور الشكلي	26
										يُطلب من المريض الحفاظ على تماسك الأسرة رغم معاناته.	27
										أفراد الأسرة يُظهرون استجابات مبالغ فيها عند حديث المريض عن مشاعره.	28
										يلاحظ ميل الأسرة إلى التقليل من مشاعر الحزن التي يعبر عنها المريض.	29
										يتميز التفاعل بين أفراد الأسرة بطابع دفاعي أو مشحون	30

5. الملحق رقم 06: الأنشطة العلاجية:

النشاط رقم 01 : ماذا لو اختفى العرض؟ (Miracle Question)

-استكشاف وظيفة العرض داخل النظام الأسري
-توسيع أفق التفكير عند المريض وأسرته
السياق التطبيقي: تُستخدم أثناء المقابلة النسقية بعد بناء قدر من التحالف العلاجي، وخصوصًا بعد استكشاف الرواية وتأثيراتها الأسرية
الطريقة يُطرح السؤال على المريض : تخيل أنك استيقظت غدًا واختفى العرض تمامًا، دون أن تعرف كيف حدث ذلك... ما أول شيء ستلاحظه؟ من أول من سيلاحظ؟ ما الذي سيتغير؟" ثم تُطرح أسئلة دائرية للأفراد الآخرين في العائلة عن توقعاتهم لما سيحدث لو اختفى العرض.

النشاط 02: تحليل الرواية العائلية حول الحدث الصادم

خطوات النشاط: اطلب من كل فرد (أو من المريض بدايةً، ثم العائلة) سرد ما يتذكره عن الحدث الصادم، متى بدأ، كيف تم التعامل معه، من كان حاضراً، ماذا قيل أو لم يُقَل.
بعد كل سرد، استخدم الأسئلة مثل: "من تعتقد أنه تأثر أكثر بعد الحدث؟" "من تغيّر سلوكه؟" "لو أن (اسم المريض) لم تُظهر هذا النوع من المعاناة، ما الذي كنت تتوقع أن يحدث للأسرة؟" ثم لاحظ التناقضات أو الصمت أو التوتر أثناء السرد
الهدف من النشاط:

فهم كيف تبني الأسرة روايتها عن الحدث الصادم.
رصد دور المريض ضمن هذه الرواية: هل هو "الحامل" للصدمة؟ "المنقذ؟" "المُعبر عن الألم الخفي؟"
اختبار ما إذا كانت معاناة المريض تخدم وظيفة دفاعية جماعية.

النشاط رقم 03: "رسائل غير مرسلة"

الأهداف العلاجية: تفريغ مشاعر مكبوتة مرتبطة بالصدمة أو بالتفاعلات العائلية، الكشف عن أدوار عاطفية غير مرئية.
الطريقة: يُطلب من المريض أن يكتب (بصمت أو بصوت مسموع) رسالة موجهة إلى شخص معين في العائلة أو الحدث الصادم، تتضمن ما لم يستطع قوله: لوم، ألم، حب، عتاب... دون نية الإرسال الفعلي.
اختر شخصًا تتمنى أن تقول له شيئًا ولم تفعل، اكتب له الآن وكأنك ستبعث الرسالة غدًا، لا تقيّم نفسك ولا تحذف شيئًا يمكنك البدء بـ: "كنت أتمنى أن أخبرك أن..."
الوسائل المستخدمة: ورقة، قلم، أو تسجيل صوتي (اختياري)، بيئة آمنة نفسياً وهادئة
دور المعالج: تقديم التوجيه الأولي، مراقبة التفاعل الانفعالي.

النشاط: 04 "الساعة الآمنة"

الهدف: توفير وقت مخصص داخل البيت لتمكين أفراد العائلة من التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم بحرية.
الخطوات الأساسية: حدد ساعة معينة يوميًا أو أسبوعيًا تكون مخصصة فقط لهذا التمرين، تأكد من أن المكان يكون هادئًا، مريحًا، وخاليًا من المشتتات، مثل التلفاز أو الهواتف الذكية.
تحديد القواعد الأساسية:

الاستماع الفعّال: يجب أن يستمع كل فرد للآخر دون مقاطعة، مع التركيز على فهم مشاعر الآخرين.
التعبير عن المشاعر: يُشجع الجميع على التحدث عن مشاعرهم بصراحة، سواء كانت إيجابية أو سلبية.
الاحترام المتبادل: تأكد من أن كل فرد يحترم آراء ومشاعر الآخرين، ولا يتم السخرية أو التقليل من أهمية أي شعور.

مشاركة المشاعر والأفكار: يمكن لكل فرد من أفراد الأسرة التحدث عن مشاعره وتجربته في تلك اللحظة.

نصائح لنجاح التمرين:

التكرار: يفضل أن يتم تطبيق "الساعة الآمنة" بشكل منتظم لتحفيز أفراد العائلة على التعود على هذا النوع من الحوار.
الاستمرارية: يمكن أن يصبح وقت "الساعة الآمنة" حجر الزاوية في تحسين التواصل الأسري إذا تم التزام العائلة به.

النشاط رقم 05 "القصة الرمزية النسقية"

استخدام القصص الرمزية لإلهام أفراد الأسرة بتغيير منظورهم حول التحديات التي يواجهونها.

"القصة الرمزية للحجر الصغير في السد الكبير": في قديم الزمان، كان هناك سد كبير يحمي مدينة من الفيضانات، وكان هذا السد يشمل العديد من الحجارة الكبيرة والقوية، ولكن كان هناك حجر صغير غير مرئي بالنسبة للكثيرين، هذا الحجر لم يكن بمقدوره إيقاف المياه في حال فشل السد، لكنه كان يشكل جزءاً مهماً في حماية المدينة، وفي يوم من الأيام، بدأ هذا الحجر الصغير يشعر بانعدام قيمته وأصبح يشعر بالخوف، وظن أن قوته ضئيلة وأنه لن يكون قادراً على منع المدينة من الغرق إذا انهار السد، كان يشعر أنه ليس له قيمة كبيرة مقارنة بالحجارة الكبيرة التي تملأ السد... لكن في لحظة ما شعر الحجر بوجود قوة حوله تدعّمه واكتشف أنه ليس وحده في مواجهة التحديات، وأنه جزء من نظام أكبر وأقوى. بينما بدأ يشعر بالأمل، أدرك هذا الحجر الصغير أن إبقاء السد قوياً يعتمد على دوره ولو تخطى عن دوره ستغرق المدينة.

خطوات التمرين: يبدأ المعالج بسرد القصة مع التركيز على التفاصيل الرمزية، مما يجعل الحضور يشعرون بالعلاقة مع الشخصيات والرموز في القصة، ويمكن للمعالج أن يترك النهاية مفتوحة، بعد سرد القصة، يتم فتح مجال للأسئلة لمناقشة الرمزية وراء الحجر والسد.

التطبيق العملي: بعد مناقشة القصة، يُطلب من كل فرد في العائلة تحديد "الحجر الصغير" الذي يشعر أنه يحمله في حياته اليومية - يمكن أن يكون ذلك شعوراً بالضعف، موقفاً صعباً، أو حتى فكرة سلبية عن نفسه. ثم يتعين عليهم التفكير في كيفية تحويل هذا الحجر إلى مصدر قوة ودعوة للتغيير.

النشاط رقم 06: "رسائل صريحة"

الهدف: تدريب أفراد الأسرة على إرسال رسائل واضحة، مباشرة، ومحترمة تعبر عن مشاعرهم واحتياجاتهم تجاه بعضهم البعض.

الأدوات: أقلام، بطاقات، كراسي مرتبة في دائرة

الخطوات: يشرح المعالج مفهوم الرسائل الصريحة مقابل الرسائل التقييمية أو اللوم، والتأكيد على أن الرسالة الصريحة تبدأ من الذات، وتُعبّر عن مشاعر واحتياجات دون اتهام الطرف الآخر.

مثال: "أنت لا تهتم بي أبداً"، أشعر بالحزن عندما لا تُبدي اهتمامك، لأنني أحتاج إلى دعمك".

ثم يُطلب من كل فرد أن يكتب رسالة واحدة على الأقل إلى فرد آخر من الأسرة يود أن يُعبّر له عن مشاعره: أنا أشعر بـ (العاطفة)... عندما (السلوك)... لأنني أحتاج/أرغب في (الاحتياج) ثم يقرأ كل فرد رسالته بصوتٍ مسموع للشخص المعني، في جوٍّ آمن وخالٍ من المقاطعة.

القواعد: يُمنع الردّ المباشر الهدف هو الاستماع فقط.

النشاط رقم 07: حول وجبات العشاء العائلية

استخدام لحظة جماعية يومية (العشاء) كفرصة للنشاط العلاجي وتعزيز التواصل داخل الأسرة (يمكن شرح النشاط داخل الجلسة، ثم يُطبق في المنزل)

الأدوات المستخدمة: تسجيل فيديو العشاء (بموافقة جميع الأفراد) ، أو دفتر لتسجيل ما حصل.

تحديد القواعد: عشاء عادي، لا تمثيل.

6. الملحق رقم 06: نموذج جلسة علاجية:

الجلسة الأولى: تقديم البرنامج وتحديد المريض المُعَيَّن والعَرَض في السياق العائلي

ما قبل الجلسة	بهدف تثبيت خط أساس مستقر وموثوق، تم تخصيص ثلاث نقاط زمنية لجمع البيانات القبلية: الأولى قبل أسبوعين من انطلاق البرنامج، والثانية قبل أسبوع واحد، والثالثة خلال الجلسة الثانية. وقد أُجري التقييم في كل نقطة باستخدام أدوات البحث المعتمدة، لضمان استقرار المؤشرات وتحديد مستوى الحالة قبل بدء التدخل العلاجي بشكل موضوعي ودقيق.
صياغة الفرضية	العرض داخل الأسرة وسيلة لجذب الانتباه
زمن الجلسة	من 45 إلى 60 دقيقة
الأساليب العلاجية	المقابلة النسقية، شبكة الملاحظة، الاستجواب الدائري
النشاط العلاجي	حول التعاون المتبادل داخل الأسرة
المشاركون	الأب وزوج المريضة/ المريضة (ب. م)، الابن الأكبر، البنت وزوجها

تم استقبال الأسرة بلغة محايدة وداعمة، بهدف خلق جو هادئ وآمن يعزز الثقة والتفاعل الإيجابي. كـمعالج نفسي يعمل وفق المقاربة النسقية الأسرية، تم تأسيس العقد العلاجي مع الأسرة من خلال شرح قواعد الجلسات بوضوح، والتي شملت: الحفاظ على السرية، الامتناع عن إصدار الأحكام المسبقة، تشجيع المشاركة المتوازنة بين أفراد الأسرة، والتركيز على العمل التفاعلي بدلاً من الدعم العاطفي فقط. كما تم إبلاغ الأسرة بعدد الجلسات المتوقع مبدئياً، آلية تنفيذها، والأشخاص المسموح لهم بالحضور، لضمان وضوح الأطر التنظيمية والتزام الأسرة بالعلاج.

بعد ذلك، تم الانتقال إلى تحديد تأثير مرض الأم بالسرطان في اختلال العلاقات الأسرية، وذلك ضمن السياق التفاعلي للأسرة كنسق واحد. وقد استُخدمت تقنية الاستجواب الدائري، مما أتاح فرصة لرصد ديناميات التفاعل: من يتحدث بحرية، من يلتزم الصمت، ومن يظهر استجابات عاطفية واضحة، وذلك لتحديد نقاط القوة والتوتر داخل النسق الأسري وفهم العرض الظاهر في سياقه التفاعلي الكامل.

استخدام الأسئلة الدائرية:

سؤال موجه إلى الأب والابن الأكبر عن المريضة: "هل هناك فرد من العائلة ترغب الأم حضوره اليوم؟ من هو؟ ولماذا؟"

الأب: "ابنها".

الابن الأكبر: "أرغب في حضور شقيقي الغائب منذ مدة".

موجه إلى البنت وزوجها عن المريضة:

البنت: "اشتقت لأخي".

زوج البنت: "أعتقد أن الأم ترغب في حضور جميع أفراد الأسرة".

سؤال: "هل تعتقد أن حالة الأم ستتحسن إذا عاد الغائب؟" موجه إلى الأب والابن الأكبر

الأب: "سترهق نفسها أكثر".

الابن الأكبر: "نعم، ستفرح".

سؤال موجه إلى الأب والابن الأكبر البنت وزوجها "من برأيكم يعاني أكثر؟ هل هو أم هي؟"

الأب: "العائلة كلها".

الابن الأكبر: "أمي".

البنت: "أمي".

زوج البنت: "الابن المهاجر".

موجه مباشرة إلى المريضة؟

المريضة: "ولدي".

سؤال: "يقال إن السرطان يغير الناس، هل ترون هذا صحيحًا؟"

موجه إلى الأب والابن الأكبر:

الأب: "لا، جميع خلق الله يمرضون".

الابن الأكبر: "لا يمكن".

موجه إلى البنت وزوجها:

البنت: "تقوم بواجبنا، هذا أقل شيء".

زوج البنت: "المرض صعب جدًا".

موجه مباشرة إلى المريضة:

المريضة: "أشعر بالذنب لأن حياتهم تغيرت".

سؤال: "كيف تصفون العائلة اليوم بكلمة واحدة؟" موجه إلى البنت وزوجها عن الأسرة:

البنت: "العائلة ما زالت واقفة وتقاوم".

زوج البنت: لم يُدلِّ بإجابة

.....

في المرحلة الموالية تم عرض النموذج العلاجي، وأنه لا يوجد مذنب في الأسرة، بل نحن بصدد فهم العرض كرسالة داخل النظام الأسري، وأن المرض (السرطان) هو تجربة تقتضي تعاون الأسرة واتحادها والإيمان بأن هناك شفاء، كما تم التأكيد على الحيادية والسرية، وتم تبادل الانطباعات الأولى، ما ساهم في تعزيز شعور الأسرة بالألفة.

في النشاط العلاجي التالي تم تحت عنوان "حول التعاون المتبادل داخل الأسرة" وطرح السؤال: "ما هي ادواركم اتجاه المرض والمريضة الآن وفي المستقبل؟" وقد أتاح النشاط تحديد من تغير دوره نتيجة ظهور المرض، البنت التي أصبحت مسؤولة عن رعاية الأم، ومن قد يخشى اختفاء العرض لأنه سيعيده إلى موقع غير مرغوب فيه، كما ظهرت مجموعة من المؤشرات مثل الصمت، الشرود، تبادل النظرات الغامضة.

في الأخير تم تقديم وصفة مهام للأسرة وهي "استمارة ملاحظة التفاعلات الأسرية" وهي أداة بسيطة تساعد في رصد أنماط التفاعل اليومي من خلال أسئلة مثل: من يبادر؟ من يواسي؟ من يغضب؟ ومن ينسحب؟ من يتجنب؟ والاتفاق على إحضارها مستقبلا لمناقشتها كمحفز للتفكير الجماعي والتغيير.

7. الملحق رقم 07 : تراخيص إجراء الدراسة الميدانية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة
مديرية الصحة والسكان لولاية غليزان
المؤسسة العمومية الاستشفائية غليزان
مكتب الادماج
الرقم / 337 : 2024

أمر توجيه تريض

الاسم واللقب : مسيلتي حبيب
يوجه (الضال) : مسيلتي حبيب لقيام بتريض تطبيقي تخصص علم النفس العيادي بمصلحة
أورام السرطانية ابتداء من : 2024/06/10 الى غاية 2024/12/09 وهذا يوم الخميس من كل أسبوع
نسخة موجهة الى
الملف
رئيس المصلحة

حرر بغليزان 2024/06/10

المدير
المؤسسة العمومية الاستشفائية غليزان
الضال
7
غليزان

إمضاء المدير
برر أوي

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة

المركز الاستشفائي الجامعي مستغانم
مديرية الموارد البشرية

14 جان 2025

مقرر رقم ك... المؤرخ في

إن السيد مدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي مستغانم

* بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 21-397 المؤرخ في 11 ربيع الأول عام 1443 الموافق ل 18 أكتوبر 2021 يتم قائمة المراكز الاستشفائية الجامعية الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 الموافق ل 02 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها و سيرها.

* و بمقتضى القانون رقم 81-07 المؤرخ في 24 شعبان عام 1401 لموافق 27 يونيو سنة 1981 و المتعلق بالتمهين و الترخيص المعطل و المتجم.

بإقتراح من السيد مدير الموارد البشرية للمركز الاستشفائي الجامعي مستغانم

بقرار

المادة الأولى: تروحه السيد (ق) : مسيليني حبيب مقرر في علم النفس العيادي.

المصلحة: المستشفى اليومي لطب الاورام بمرز غران بالمركز الاستشفائي مستغانم.

ابتداء من : 14 جانفي 2025 إلى 14 جويلية 2025

المادة الثانية: يكلف السادة نواب المدير بالمركز الاستشفائي الجامعي مستغانم.

* ترسل نسخة إلى السادة :

- المعلى (ق) بالامر للتنفيذ.
- رئيس المصلحة للإطلاع.
- الملف.

المركز الاستشفائي الجامعي مستغانم
مديرية الموارد البشرية
السيد محمد بن عبد الحميد
مدير الموارد البشرية

Scanné avec CamScanner