

الانعكاسات النفسية المرافقة لخبر الإصابة السرطانية و خصوصية الإفصاح عن تشخيص المرض.

زهية غنية حافري
لبنى ذياب
جامعة سطيف

ملخص:

خلف الخمس أحرف المشكلة لكلمة سرطان يختفي عدو عنيد لا يستسلم بسهولة و يثير الكثير من المخاوف و الذعر. و بالرغم من التطور المستمر في مجال علاج السرطان حالياً، إلا أن سمعته و مآله السيئين تجعل منه مرادفاً للألم، للمعاناة و الموت. و بين شد و جذب لأراء الباحثين حول تأثير العوامل السيكولوجية في ظهور السرطانات، و بين مؤيد و رافض لها، إلا أن الباحثين في المجال اتفقوا على تدخل هذه العوامل لتشكيل أرضية خصبة لتنشيط الخلايا السرطانية أو على العكس من ذلك عدم تنشيطها بل و تثبيطها بما للعامل النفسي من دور لا يستهان به في كل مرحلة من مراحل المرض و لا سيما في أثناء إخبار المريض و الإفصاح له بتشخيص مرضه. فإكتشاف الفرد إصابته بالسرطان يعتبر بمثابة صدمة صاعقة أو صدمة تصيب المريض بالذهول و تفقده كل معالمه، يشعر معها بتهديد جسده له و يتفجر قلقه و يظهر هوام الموت لديه. كما أن خصوصية الإفصاح عن تشخيص الإصابة السرطانية للمريض، لا يرتبط بالمريض بما يحمله من تصورات فحسب، و لكن أيضاً بالطبيب المعالج المتجاوز بتصويراته هو الآخر و ميكانيزماته التكيفية، وهو ما يشكل لبساً قد يآثر في كيفية استيعاب المريض لمرضه، كما يؤدي لتنشج العلاقة بين المريض و طبيبه، غياب الثقة و عدم تقبل العلاج.... مع ما يستتبعه من ردود فعلية؛ النفسية منها، الانفعالية، المعرفية و السلوكية. لذا و لأجل التخفيف من وقع صدمة ابلاغ تشخيص الإصابة السرطانية للمريض و لأقربائه، فقد أسند في السنوات الأخيرة في الدول الأمريكية و الأوروبية الكثير من الأهمية لوضع التدابير اللازمة لكيفية هذا الإبلاغ للتخفيف من انعكاسات المرض و ردود فعل المريض و معاناته النفسية. و هو ما سنسعى لتوضيحه من خلال هذه المداخلة بإبراز التدابير و الخطوات الواجب اتباعها بحيث تتلاءم مع كل حالة حسب حاجته و مصادره على غرار ما توصلت إليه العديد من الدراسات في المجال النفسي و الانكولوجي.

مقدمة

يطرح السرطان حالياً مشكلة الصحة العامة سواء كان ذلك في الدول المصنعة أو الدول السائرة في طريق النمو، فهو يحتل حالياً المرتبة الثانية من حيث الأسباب المؤدية للموت. و رغم التطور الحالي في المجال الطبي و تقنيات البحث في علم الوراثة الجزيئي و علم دراسة بروتينات الخلية "proteomique" للتعريف بميكانيزمات الأمراض الباتوجينية، و بالرغم من احتمالات الشفاء لأكثر من 50% من المصابين و الجهود المتواصلة إن كان على المستوى الوقائي، التشخيصي أو العلاجي، فإن المرض ما يزال في تزايد مستمر و يثير الكثير من المخاوف و الرعب. (Heather Chappell et al, 2012). وقد كشفت الدراسة التي قامت بها منظمة World Cancer Research Fund (WCRF) في 2011 إلى أن 12 مليون حالة سرطانية جديدة تسجل سنوياً، كما تشير التوقعات إلى أن إجمالي عدد الإصابة بالمرض سيرتفع بنسبة 50% خلال العشرين سنة القادمة، قد يصل سنة 2020 إلى 15 مليون إصابة حسب ما صرح به Gro Harlem Brundtland (2012) المدير العام لمنظمة OMS.

و خلف الخمس أحرف المشكلة لكلمة سرطان يختفي عدو عنيد لا يستسلم بسهولة و يثير الكثير من المخاوف و الذعر، فسمعته و مآله السيئين تجعل منه مرادفاً للألم، للمعاناة و الموت، يتم نعتة بالمرض الخبيث كونه لا يظهر إلا بعد مدة قد تطول أو تقصر حسب عدد من العوامل منها ما هو داخلي و منها ما هو خارجي. (Marx et Reich, 2009).

و ما يزال العامل النفسي موضوع جدل بين عدد من الباحثين، وما تزال الفرضيات القائمة حول العلاقة بين ظهور السرطانات بمختلف أنواعه والمسببات النفسية محل نقاش منذ 1701 من طرف Gendron ثم Guy في 1846 إلى يومنا هذا. (Schraub, 2009) ففي حين يرى فيه البعض عامل أساسي لنشأة المرض مع توفر استعدادية بيولوجية و هو ما ذهبت إليه المدارس السيكوسوماتية وعلم النفس العصبي، فإن مدارس أخرى ترى فيه عاملاً مفعلاً للمرض كالمدرسة الأمريكية التجريبية.

1- العوامل النفسية و ظهور السرطان بين الواقع و الأسطورة :

منذ القدم، سعت العديد من النظريات للبحث عن الإشارات الرابطة بين العوامل النفسية و ظهور الإصابة السرطانية. و كان Gallien 200 سنة قبل الميلاد قد أشار للعلاقة السببية للعوامل النفسية بربط المزاج السوداوي مع ظهور سرطان الثدي عند بعض النساء. كما أعلن Nunn في 1822 عن تأثير العوامل الانفعالية في تطور السرطانات. (Stora, 1999) و يعتبر الطبيب Siemens 1956 أول من أوضح بتفسير علمي وجود هذه العلاقة، إذ يتمثل رأيه في أن هناك من الصدمات النفسية ما يعجل ظهور السرطان دون أن تكون تلك الصدمات هي السبب الأولي للمرض، فاضطراب الوظائف الغددية الهرمونية تثيرها الضغوط الانفعالية خاصة تلك المتعلقة بمشكلات الطفولة. (Amami et al, 2006). و من خلال تمرير مقياس MMPI على المصابين بالسرطان، استطاع Klopfer في 1957 بتمييز المتغيرات النفسية لدى هؤلاء المرضى و التي تساهم بقدر كبير في تحريض المرض. و خلص إلى أن القدرة على مقاومة السرطان ذات علاقة بالميكانيزمات المناعية و المرتبطة خصوصاً بالإفرازات فوق الكظرية و التي تتأثر بحالات الحصر و القلق. و عمد Leshan بعدها سنة 1978 لإبراز السمات و المميزات المشتركة بين المصابين بالسرطان. (Ibid) كما سعى الطبيب Michel Moiro (2008) إلى توضيح الطريقة التي يستجيب فيها الانقسام الخلوي و مختلف مستويات ضبطها إلى بعض التغيرات النفسية الطارئة على الفرد ك وفاة احد الوالدين أو وضعية غير عكوسة يشعر الفرد فيها بحالة من العجز و عدم القدرة على الفعل لتغيير وضعيته. و استدل Moirot بملاحظات الأطباء البريطانيين الذين كلفوا برعاية مجتمع كوراكورام " قبيلة هونزا" الواقع شمال كشمير لإبراز دور العوامل النفسية في إظهار الأمراض عامة و السرطانات خاصة. حيث استرعى الغياب التام للإصابات السرطانية عند السكان الأصليين مقارنة بالمجتمعات المدنية أو باقي المجتمعات في القرى القريبة انتباه الأطباء. و بعد تمحيص للظروف المحيطة اسند الباحثون ذلك لنمط عيشهم البسيط الخالي من كل الضغوط النفسية و اكتسابهم لبعض السمات الشخصية الايجابية الواضحة ناهيك عن الظروف البيئية الصحية، و كل ذلك أدى إلى توليد توازن نفسي عقلي و عاطفي واضح، "فهم قوم يجهلون حتى معنى كلمة سرطان" كما يقول الباحث.

كما كان للدكتور Léon Renard (2007) رأياً واضحاً حول أثر العوامل النفسية من قلق و يأس و خوف و توتر على عضوية الإنسان من خلال اضطرابات عصبية هرمونية و التي تعتبر من أكبر العوامل المساعدة على حدوث السرطان و تطوره، و يرى بأن العوامل النفسية لا تساهم فقط في التهيئة لانتشار السرطان و إنما تصاحب ظهوره و نهايته، فالإنسان ليس جسم بيولوجي أو مادي فقط، و لا جانب نفسي أو روحي فقط، و لكن اجتماع بين الإثنين. و على خطى G.Groddeck et H.Laborit يرى الباحث أن المرض ما هو إلا رسالة تعبيرية ينكرها المريض أو يرفضها و يعبر عنها بالتالي عن طريق الجسم. فكما للنفس دور في المرض فهي لها دورها في الشفاء أين يولي للقوى النفسية و المشاركة الفعالة للمريض أهمية كبرى فيه.

كما أشار Pierre Marty (1998) من مدرسة باريس للبيكوسوماتيك إلى وجود علاقة بين النظام الهرموني و العوامل السيكوسوماتية، و يقر بأن الحقيقة البيولوجية لوجود شبكة نفسية-جسدية أصبحت واضحة على نحو متزايد بفضل الاتصالات الداخلية التي يمكن إثباتها بين مختلف تنظيم الاجهزة: الهرمونية، المكونات الدموية و العصبية على غرار ما ذهب إليه Weigent.D & Blalock Roth.J و (Jasmin et al, 2007). و ما طرحه Jean Benjamin Stora في نظريته التكاملية.

كما يؤكد Zarifian عن وجود علاقة بين الأحداث النفسية و الجسد باتت حقيقة واضحة، حتى انه حاليا يتم أخذها بعين الاعتبار من طرف المختصين في مجال السرطانات اللذين يسعون للبحث عن هذه العلاقة و كيفية إثارتها للتحويلات الخلوية. (Zarifian, 2010)

و على طرف النقيض يرى البعض الآخر عدم تدخل العوامل النفسية في ظهور الإصابات السرطانية. إذ توصل Schraub من خلال دراسته ما وراء التحليلية الوصفية إلى أن 32 دراسة فقط من بين الدراسات التي نشرت ابتداء من 2003 إلى 2008 في قاعدة Medline مستوفاة للشروط المنهجية و التي يمكن الاعتماد على صحة نتائجها. فبينما أظهرت 18 دراسة من بين هذه الدراسات عدم وجود علاقة بين العوامل النفسية و احتمالية ظهور السرطان، فان 14 دراسة الباقية أثبتت صحة الفرضية التي ترى بوجود هذه العوامل و المتمثلة في الضغط، أحداث الحياة، الاكتئاب، التكم، الشخصية... كعوامل مساعدة على ظهور الإصابات السرطانية. (Schraub, 2009) و يبدو أن المحددات النفسية والاجتماعية كما يقول Eskelinen & Ollonen (2011) باتت تطرح نفسها بشكل كبير تتدخل كعامل خطر هام لتكوين السرطان خاصة و إن تفاعلت هذه المحددات مع عوامل خطر أخرى كالتأثيرات الوراثية، جودة الحياة...إلخ.

و بين شد و جذب لأراء الباحثين حول تأثير العوامل السيكولوجية في ظهور السرطانات، و بين مؤيد و رافض لها، إلا أن الباحثين في المجال كما أشار إليه (Horde 2009) اتفقوا على تدخل هذه العوامل لتشكيل أرضية خصبة لتنشيط الخلايا السرطانية أو على العكس من ذلك عدم تنشيطها بل و تثبيطها في بعض الحالات إن تم التكفل بالمرضى التكفل الجيد من الجانب النفسي إضافة للتكفل بالجانب الجسدي.

و على العموم و إن تم التسليم بالفرضية القائلة بعدم تدخل العامل النفسي في نشوء المرض، إلا أنه لا يمكن إنكار دور العامل النفسي الذي لا يستهان به في كل مرحلة من مراحل المرض و لا سيما في أثناء إخبار المريض و الإفصاح له بتشخيص مرضه. فاكتشاف الفرد إصابته بالسرطان يعتبر بمثابة صدمة صاعقة أو صدمة تصيب المريض بالذهول و تفقده كل معالمه، يشعر معها بتهديد جسده له و يتفجر قلقه و يظهر هوام الموت لديه. كما أن خصوصية الإفصاح عن تشخيص الإصابة السرطانية للمريض، لا يرتبط بالمريض بما يحمله من تصورات فحسب، و لكن أيضا بالطبيب المعالج المتجاوز بتصوراته هو الآخر و ميكانيزماته التكيفية، وهو ما يشكل لبسا قد يأتُر في كيفية استيعاب المريض لمرضه، كما يؤدي لتشنج العلاقة بين المريض وطيبه، غياب الثقة و عدم تقبل العلاج.... مع ما يستتبعه من ردود فعلية؛ النفسية منها، الانفعالية، المعرفية و السلوكية.

2- ردود فعل المريض عند تلقيه لخبر إصابته بالسرطان:

إن اكتشاف الفرد إصابته بالسرطان يعتبر بمثابة صدمة تبلغ في قوتها صدمات الحرب و الزلازل و صدمات الاغتصاب، تدفع به للبحث عن المغزى أو المعنى؛ إما عن طريق تأويل الحدث أو عن طريق إسناد مدلولات لها في سعي للبحث عن سببته و التي تنطلق من معتقداته و تفكيره السحري و مقارنة ذاته في وسطه الاجتماعي. (Marx et Reich, 2009) كل ذلك تسيره أفكار عقلانية و لا عقلانية بين شد و جذب، بين تناقض و معارضة، كردود فعلية في سعي للتكيف مع الوضعية الجديدة. (Ben Soussan et Dudoit, 2009) فالأفكار المرتبطة بخطورة المرض بقيت عالقة في الخيال الجمعي للأفراد. فهو شنيع و ممقوت، بغيض مأكراً...، إنه الخبيث الغادر، القاسي عديم الرحمة (Pucheu in Dolbeault et al, 2007). فهو الخوف و الشر الذي يهدد الفرد،... يخيف المريض و الطبيب و الأخصائي النفسي على حد سواء. (Ben Soussan et Dudoit, 2009).

و في سرد الطبيبة Nusbaum لتجربتها عند تلقي خبر إصابتها بالسرطان تقول بأنها بمثابة صدمة صاعقة نزلت علي، فالقوة الإرهابية لكلمة "سرطان" أفقدتني كل معلمي و بقي صدى الكلمة يتردد وراء كل أفكار و تتور كأموج عاتية في شعوري، و كأن حماما من الانفعالات اغرقتني، و كأن كل شيء

بداخلي قد سحق و أبيد و حل محله السرطان، فقط السرطان هو ما بقي يغمري. " (Nusbaum-Topp, 2012)

أما عن وصف (2000) Sami Ali فهو يرى بأن وقع الإصابة بالمرض يمكن وصفه كمحاولة أخيرة لإعادة تنظيم الوقت و الفضاء، حيث يصبح الزمن تراجمي مختزل ليصل في عجلة للحاضر و المستقبل. يحدث انتظام للوقت بسرعة، لكن انتظام بطريقة عملية أين لا يسمح للخيال بالتمثل لتظهر المعالم الكبرى لتغيرات الوقت، و يجد نفسه يسبح في فضاء "الافضاء" و في وقت "اللاوقت" فهو ينظم وقتنا في فضاء لا وجود فيه لمعنى الوقت و الفضاء.

و بسبب ما يرتبط بالسرطان من تصورات اجتماعية و ثقافية، فان الفرد فور تلقيه خبر إصابته بالسرطان يشعر بتهديد جسده له، يتفجر قلقه و تبدأ معاناته النفسية الصريحة، ويظهر هوام الموت الذي يهدده، لتتبدى المظاهر النفسية المصاحبة لذلك بمراحل يلخصها (2009) Bacqué et Baillet في: - مرحلة عدم التصديق: حيث يؤدي نبأ الإصابة لتفجر نرجسية المريض مع عدم قدرته على تحمل فكرة "خيانة الجسد له".

- المرحلة الهستيرية: يلجأ إليها المريض كميكانيزم دفاعي كمحاولة لاستثارة نزوة الحياة.
- المرحلة الواقعية: اقتناع المريض بخيانة الجسد له، تنتج ردود فعلية تختلف باختلاف شخصيات الأفراد، إضافة إلى درجة خطورة المرض، نوعيته.
من جهتها ذكرت Elisabeth Kübler-Ross في (2008) Reich) مراحل ردود أفعال المرضى عند إبلاغهم بتشخيص إصابتهم بالسرطان:

- الإنكار و الرفض بعدم تقبل الخبر: يعبر عنها المريض بـ: " لا... ليس أنا، مستحيل"
- الاستياء و التمرد و الغضب يعبر عنها بـ " لماذا أنا".
- يحدث فيها التفاوض و المساومة "قد يكون هناك خطأ في التشخيص" من خلال التكيف النسبي مع فكرة الموت للحصول على وقت إضافي كطريقة لتأخير المحتوم.
- الحزن المصحوب بفقدان الموضوع المحبوب و انهيار يتميز بالاكتئاب يعبر عنه بـ " ذلك شيء شاق و لا يمكنني المواجهة".
- فقدان الأمل " للأسف، لا يوجد أمل". فيقطع المريض العلاقة بالآخرين و يتخلى عن رغباته
- الانقياد و الاستسلام و دخول في مرحلة هدوء "ما فائدة الاستمرار؟؟؟" "افعلوا ما شئتم بي..." يحدث فيها تقبل الفكرة بانتظار شاق يشعر فيه ببعده عن العالم.

و يرى (2011) Edery أن مريض السرطان يمرّ بعدة مراحل للتكيف النفسي في مواجهته لمرضه، و هذه الجهود للتكيف النفسي تترجم بمجموعة من الردود الفعلية النفسية، الانفعالية، المعرفية و السلوكية. فالإفصاح عن تشخيص المرض لا يرتبط بالمريض المصاب بالسرطان فحسب و لكن أيضا بالطبيب المعالج المتجاوز بتصوراته هو الآخر و ميكانيزماته التكيفية والذي عليه أن يمتلك « استراتيجيات التنظيم الانفعالي» حسب Desauw et al لأجل مواجهة مهمة حساسة و إبلاغ المريض بمرضه، و كل ما يستتبعه من ردود فعلية و ميكانيزمات دفاعية. (2009) Marx et Reich)

3- الميكانيزمات الدفاعية و التكيفية لمواجهة السرطان:

إن الظهور المباغت للسرطان في حياة الفرد يحدث فجوة في حياته ك لحظة تستوقفه لتذكره فجأة بأنه ليس خالدًا و أبديا و انه سيضطر لمواجهة الموت لا محالة. فلا وجود للكلمات في هذا الموقف الذي يعجز المريض عن وصفه، ففيه تعجز القدرات الإحصائية و تغيب فيه العبارات التي يمكنها أن تخترق هذا الذهول. (2002) Puy-Pernias) و في ذلك تقول (2004) Richard بأن السرطان يحدث تصدعا في مسار الحياة و تمزق في أواصر العلاقة، فالموت موجهة بما تثيره من تفكير لدى المصاب في الانفصال عن أحبائه، عدم اكتمال مهامهم و مشاريعهم، مسؤولياتهم، فقدان لقدراتهم و ما يستدعيه المرض من

اعتمادية. فالشعور بتهديد الجسم والهوية الأسرية و الاجتماعية تعيد تنشيط القلق اللاواعي البدائي لدى الفرد و المرتبطة بالنزوات التهديمية و الهومات الطفلية وما يولده من شعور بالذنب الشديد.

و لأجل مواجهة محنة المرض و تهديداته و كل ما يستتبعه من حالة حصر و قلق، فإن المريض يلجأ لعدد من الميكانيزمات و التي غالبا ما تظهر بقوة في الإطار الانكولوجي حسب ما ذهب إليه عدد من الباحثين و المختصين النفسانيين في المجال نذكر (Puy-Pernias (2002)، (Richard (2004)، (Phaneuf (2005). إذ تتمثل أهم هذه الميكانيزمات كمظاهر حمائية تهدف لاحتمال واقع المرض الذي يهدد وجوده للحفاظ على تماسكه و وحدته النفسية.

و في معادلة لجمع بين ما تطرقت إليه Kübler-ross حول المراحل الخمس للردود الفعلية لتشخيص المرض و حول الميكانيزمات الدفاعية التسع و التي يلجأ إليها مريض السرطان التي وصفتها Martine Ruszniewski في كتابها «Face à la maladie grave» قام (Lacroix (2006 بتلخيص هذه الميكانيزمات فيما يلي:

• **الرفض Le Refus** : أول ما يلجأ إليه مريض السرطان في البداية كاستجابة ايجابية و حمائية تسمح بالتخفيف من عنف صدمة الإفصاح عن المرض. فالمريض يحمي نفسه من الحقيقة الفضة و المؤلمة حيث يكوّن هذا الميكانيزم كفلتر إدراكي للتخفيف من هول الصاعقة.

• **الاهتياج L'irritation**: تبرز فيه عدوانية المريض في كل الاتجاهات و التي يصعب تحملها سواء كان ذلك من طرف الطاقم الطبي أو الأسرة. فالسرطان يأتي ليخيب آمال المريض دون القدرة على بلوغ أهدافه المسطرة و التي عمل جاهدا خلال سنين حياته الماضية في سبيلها. فهذا الاهتياج و ثورة التمرد عبارة عن إسقاط لغضبه على أشخاص يمكنهم التمتع بما لا يستطيعه هو، فيشعر بالظلم و العجز و التبعية. فهو بمثابة صرخة يخبر بها المحيطين انه ما يزال حيا و لا يجب نسيانه، فهو لم يمته بعد.

• **المساومة Le marchandage**: تأتي هذه المرحلة كمحاولة لتأخير الحدث المحتوم "حسب ما يحمله من تصورات حول المرض كمسار حتمي للموت المستعجل"، فيسعى لمساومة الطبيب المعالج و الطاقم الطبي في رغبته للعيش أكثر لأجل تحقيق بعض أمنياته و أماني مقربيه بحضور مناسبة ما أو حدث ما في أسرته، حيث يطلب المزيد من الأدوية و الرغبة الجامحة لتمديد حياته لبضعة أيام.

• **الاكتئاب La dépression** : هو اكتئاب صامت يعمل على تعميق الشرخ بين المريض و كل المحيطين به. فبعد استيعاب المريض لحقيقة مرضه و ما عليه مواجهته، غالبا ما يدخل في مرحلة من النقهق و الانسحاب، دون هدف و دون مشروع حياة، فينعزل شيئا فشيئا و يصبح سريع الاستئثار كونه فقد ريثم نشاطه اليومي و شبكة علاقاته، مدرسته أو عمله، زملائه، معالمه، هويته و أدواره، محدود في حركاته و مقيد بقوانين مجبر على إتباعها و التعامل مع أشخاص لم يختارهم و لا يرغب بهم. و فيه يشير (Lacroix (2006 إلى ما ذكرته Kübler-ross حول تمييزها لنوعين من الاكتئاب: اكتئاب إستجابي لفقدان ظروف ما قبل المرض «la dépression de réaction»، و اكتئاب التحضير لما سيتم فقده «la dépression de préparation». ففي ظل فقدان المريض لمعالمه الاجتماعية، العاطفية، الجسدية و معالم هويته، فانه يدخل في مرحلة من السلبية الصببانية كمواساة لمخاوفه و رغبة في تعزيته كالطفل المحبوب المحاط بالرعاية و الحماية. كما قد يفر آخرون في النسيان و الهروب بالنوم المتواصل.

• **التقبل L'acceptation** : و هو ما تفضل Ruszniewski أن تدعوه بروح النضال أو التسامي من خلال إسناد معنى للمرض و تصبح تجربة مرضه بناءة لغيره دون أن يدل ذلك بالضرورة على تقبله لمرضه. فهو بالتالي يختلف عما تدعوه Kübler-ross بالتقبل. فهي لا تعني مرحلة من البهجة و التجاوز بل هي حالة من الفراغ العاطفي و التصحر في المشاعر، فبينما يجد المريض نوعا من السلام، فإن دائرة اهتماماته تضيق و يفضل البقاء و حيدا، تنقلص كلاماته إلى حركات مجاملة دون استثمار لما هو حاصل حوله، فهو بمثابة رغبة في الراحة قبل الدخول في رحلته الطويلة.

و في الأخير يؤكد (Lacroix 2006) بأن هذه الميكانيزمات المرتبطة بالمرحلة الخمس ليست مسارا حتميا فهي تختلف من حالة إلى أخرى تتدخل فيها فردانية المرضى و ظروف مرضهم ، غير أن الأمل كأخر ميكانيزم هو ما يستمر لدى الكثيرين منهم رغبة في العيش و الاستمرارية.

أما (Puy-Pernias 2002) فإن تقسيمه لهذه الميكانيزمات هي من شكل آخر و تتمثل في:

- **دفاعات هوسية** بظهور وجهة مطمئنة و سمات هوسية مع مزاج حماسي، يظهر في كلام المريض القدرة على التصدي و الترفع عن الاستسلام للمرض مع أحاسيس الرفة و القوة لصد المرض و قهر الموت. كأنه معصوم من المرض و يمكنه إبعاد الموت عنه، يتوهم بأنه خالد لا ينطبق مع معايير الموت، كل ذلك في سعي لتجنب غمر القلق و الحصر و ما يلفه من رموز حول المرض.

- **دفاعات وسواسية** لأجل مقاومة قلق الموت و ذلك من خلال محاولة التعرف الشامل و الإلمام بكل المعلومات الخاصة بالمرض و الانتظام المفرط في إتباع النصح دون إبداء لقلق أو الحصر كطريقة هروبية و تجنبية لمواجهة ما لا يمكن تجنبه و احتمالته. فهذا الالتزام بالتعليمات الطبية العلاجية تكسبه نوع من التملك و التحكم ليحد من اقتحام العواطف و غزوها المفاجئ له و كذا الحد من التظاهرات الموضوعية التي تضايقة و ترهقه.

- **العدوانية** بعد طول مدة العلاج و عدم تراجع المرض، تظهر العدوانية الراجعة للإحساس بالتخلي. فيه إسقاط للقلق على الآخر كدفاع للحفاظ على وحدته النفسية.

- **ميكانيزمات تكيفية**: تسمح هذه الميكانيزمات بتحمل الواقع غير المحتمل.

و إن لم تنجح هذه الدفاعات في التخفيف على المريض فحينئذ لا تؤدي دور عملها الإحصائي و تصبح مكلفة و شاقة، هنا تنحرف هذه الميكانيزمات إلى استجابات نفسية مرضية فتشغل الوضعية الاكتئابية و السوداوية مكان النكوص و يحل فقدان توازن الفصامي محل الإنكار، المرور إلى الفعل مكان إسقاط القلق على الآخر، و الهذيان الهوسي بدلا من طريقة التفكير السحري.

4- الاضطرابات النفسية المرتبطة بمرض السرطان

يسطر مرور الأزمة المرضية بمراحل متفاوتة من الصعوبة و ردود أفعال المريض تختلف من شخص لآخر تبعا لحياتهم الخاصة، خصائصهم الاجتماعية المحيطة بهم و استعداديتهم الشخصية. فهناك المريض الخاضع و المستسلم لوضعه، و هناك المريض المحبط اليأس، و المريض اللاجئ للمرض، المريض القدري كما يرى (Edery 2011) ، لكن يبقى أن هناك اضطرابات انفعالية يتقاسمها المرضى مهما كانت مواقفهم من المرض. فنسبة 50% من المرضى يعانون اضطرابات عقلية حقيقية بمدة وحدة مختلفة حسب الحالة مشيرا إلى ما توصل إليه Massie & Holland إلى أن 30% من المرضى يمرّون باضطرابات في التكيف، مع مزاج اكتئابي و/أو حصري، بينما 20% الباقية يطوّرن اضطرابات اكتئابية حصرية و عضوية، فحدة الأعراض الجسدية تجعل من تشخيص الاكتئاب صعب الطرح، فقد يرد الامتناع عن الأكل، الألم و الإحساس بالغثيان التعب و الإنهاك الذي يعانيه المريض أو لأسباب أخرى تتعلق بالعلاج. و يستتبع ذلك ظهور لليأس و الشعور بالحصر، تشاؤم، خوف و إنكار للمرض، كما يلجأ آخرون للصمت كحماية للأشخاص المقربين و كحماية لأنفسهم من المرض. إضافة لكل ذلك، فهو يعاني من مشاكل نوعية كاختلالات في صورة الجسم و بعض الاضطرابات الجنسية.

وتقترح Dolbeault وصفا عاما للاضطرابات النفس مرضية التي يتم ملاحظتها كثيرا في السرطانات و التي أدرجتها الباحثة في محورين اثنين: محور عرضي و الذي يقترب من الوصف النزوغرافي الكلاسيكي للاضطرابات العقلية و يندرج تحته القلق، الاكتئاب، خطر اللجوء للانتحار و الخلط العقلي. و محور علائقي يرجع لاضطرابات الشخصية المختلفة و المرتبط بالتفاعلات بين المريض و المعالجين، أو بين المريض، أسرته و المعالجين. (Dolbeault, 2007)

و ترى (Audet-Lapointe 2011) أن السرطان يعتبر تحدياً انفعالياً سواء كان ذلك لحظة الإفصاح عن تشخيص المرض، تقصي المرض، مرحلة العلاج، الآثار الجانبية أو في مرحلة المتابعة، إذ ينتج هذا التحدي عن ما تدعوه الباحثة (CINE) le manque de Contrôle, l'Imprévisibilité, la Nouveauté et la menace à l'Ego المرتبط بالضغط النفسي الذي يتسبب فيه الوعي بخطورة المرض. مشيرة إلى غياب التحكم، عدم إمكانية التنبؤ، الجدة و تهديد الأنا. و هذا يعني بأن المرض يعاش كفقدان التحكم في الجسم كون السببية الدقيقة للسرطان غير واضحة؛ و لا يمكن التنبؤ بنجاح العلاج و يستحيل التأكد من غياب الانتكاس؛ فمسار المجال الأنكولوجي مليء بالمستجدات سواء في اكتشاف سببته، طرق علاجه، الآثار الناجمة عنه، أو المجال الطبي ككل. فالعيش مع السرطان يضع المريض في مواجهة للموت، يستتبع تغيرات على المستوى العلائقي، يصيب تقدير الذات و صورة الجسم... مما يتسبب في تهديد الأنا. فالسرطان كما يرى (Ben Soussan Et Dudoit 2009) يجبر المريض على مناقشته مفاهيمه حول الموت و تثير خيالاته و تصوراته الخاصة حول هوام الموت، قد ينكص جرائها ليصل إلى حالات من الذهان، و عند آخرين يتمثل مركب لآزار المميز بحالات اكتئابية حادة مع كوابيس و حصر مزمن و إحساس بالغرابة.

فهذه الردود الانفعالية كما يرى Bendrihen et Rouby في (2007) Dolbeault ستؤثر في كل مرحلة من المرض على عملية التكامل المعقد بين التجارب الماضية، إدراك التهديدات المستقبلية و المصادر الشخصية أو الاجتماعية المتوفرة له. فعلى المريض مواجهة، ليس فقط تشخيص المرض و لكن أيضا العلاج مع ما يتبعها من آثار جانبية شاقة.

و يحذر Reich الأطباء من مواجهة ميكانيزمات المريض اللاشعورية و المتمثلة في مواقف العدوانية و الغضب بآليات تتم عن قيام نقله مضادة سلبية تجاه المريض. (Reich, 2008) لأجل التخفيف من الردود الفعلية السلبية و التخفيف من الاضطرابات النفسية التي قد ترتبط بالاصابات السرطانية، ما يستدعي خطوات محكمة لتبليغ المريض بتشخيص مرضه.

5 - خصوصية الإفصاح عن تشخيص الإصابة السرطانية:

أسند في السنوات الأخيرة في الدول الأمريكية و الأوروبية الكثير من الأهمية لضرورة الإفصاح عن تشخيص مرض السرطان للمريض. و قد تم في 2003 ضمن مخطط المعهد الوطني للسرطان بفرنسا (INCa; l'Institut national du cancer) وضع التدابير اللازمة لكيفية و خصوصية هذا الإبلاغ. (Reich, 2008) ، فاتجاه منحي الاتصال إلى طريقة إرسال/استقبال المعلومات لا تفقد للعلاقة طبيب/مريض حيويتها فحسب، بل تفقدها طابعها العاطفي أيضا و لا تسمح بالارتباط المعرفي و كذا العاطفي في ظل ما يحمله المريض من تمثيلات عن مرضه. (Bacqué, 2011).

فالإبلاغ بطريقة مباغته دون سبق تحضير يصيب المريض بالذهول و يحدث لديه احتباسا للعواطف و الانفعالات و الأفكار المنطقية، يشعر معها المريض بنزيف هوامي، يحدث فراغا في جهازه النفسي أو كما تعبر عنه الباحثة "بالثقب الأسود" و ظهور اكتئاب بالمعنى الجسدي و ليس اكتئابا بالمعنى النفسي. ففي وقت أول لا تظهر عواطف اكتئابية؛ لا حزن و لا وجود لأفكار تشاؤمية لأن المريض يكون قد مر إلى الجانب الآخر؛ إلى الموت، فهو يرى نفسه ميتا. فالسرطان يعني تحديد موعد مع الموت، ليس الموت الذي نعرفه و الذي قد يأتي من الخارج بغتة، بل هو موت مستدخل كُشِفَتْ أوراقه. (Bacqué, 2008)، فهو «مرور إلى البعد الرابع». (Ben Soussan et Dudoit, 2009)

ففي إطار الإعلان عن تشخيص السرطان، غالبا ما يكون الكلام الطبي مباغتا و مدمرا لمريض غير مستعد لتلقيه و سماعه. و غالبا ما ينتقل الفلق الذي يشعر به الطبيب الذي يقوم بالإفصاح عن المرض و الذي يتساءل عن كيفية الإعلان عن الخبر إلى المريض الذي ينتظر تلقي الخبر و يتساءل عما سيخبره به و كيف عساه تجاوز ذلك؟ فمن غريب المفارقات في إفصاح السرطان كما يقول Nicole Alby في

(Reich, 2008) "أن الطبيب لا يرغب إبلاغ المريض بما لا يرغب هذا الأخير سماعه." أو تجرؤ على خوض تجربة التكفل بما يحسّه كل طرف من الطرفين و هو ما يدفع بالطبيب لتبني طرق دفاعية و استراتيجيات تكيفية بالتركيز على التفاصيل الطبية و التقنية و تجنب الاهتمام بالردود الفعلية لمريضه كما قد يحيد عن الأسس السليمة للإفصاح عن المرض، ما يؤدي ذلك لتشنج العلاقة بين المريض و طبيبه و غياب الثقة و عدم تقبل العلاج.

و قد سعى Reich إلى تسطير بعض القواعد التي يجب على الطبيب أو الممارس المكلف بتبليغ المريض بتشخيص مرضه الالتزام بها، تتمثل في:

- تهيئة الجو الملائم و مكان هادئ و طبيب متفرغ.
- ضرورة الاستماع لقصة المريض، السوابق المرضية الفردية منها و الأسرية، معلوماته عن المرض و ما يمكنه استيعابه.
- الإفصاح عن المرض يكون بطريقة متدرجة مع تأكد الطبيب من حين لآخر مستوى فهم المريض لما تم إبلاغه إياه و استعداديته لمتابعة حديثه.
- تجنب إغراق المريض بزخم من المعلومات لتجنب ظاهرة التعتيم و تجنب تلاشي المريض و إصابته بالصعق و الصمم الانتقائي.
- أهمية حضور احد أقارب المريض و الذي سيكون بمثابة سند له مع إعطاء نظرة أمل في المستقبل.
- ترك فرصة للمريض للتعبير عن نفسه و مشاعره و عدم التسرع في تهدئته و طمأننته و خاصة عدم إسكاته عندما يريد التعبير عن رأيه.
- على المعالج طرح الأسئلة اللازمة و اختيار الكلمات الصحيحة التي تستثير استجاباته حول انفعالاته و إفهام المريض أنه يتفهم مخاوفه و أنك سيكون معه في رحلته لمحاربة مرضه.
- و تضيف (Bacqué, 2008) نقطة حساسة غالبا ما يتطرق لها المريض في محادثته مع طبيبه ألا و هي مسألة الموت و التي عادة ما يلجأ إليها المريض بطريقة تهكمية أو في مناخ قلق و اكتئابي، و على الطبيب في هذه المواقف عدم التهرب من الجواب بتأمينه و استصغار المرض بتأكيد شفاءه، بل عليه السماح للمريض بالحديث عن الموضوع و الإصغاء لمخاوفه و انشغالاته.

و على غرار برتوكول Buckman الذي حدده في ست نقاط، قامت (Bacqué 2011) بتوضيح الخطوات الواجب إتباعها لأجل الإفصاح للمريض عن تشخيص السرطان لديه من خلال الإجابة على بعض الأسئلة كما هو موضح في الجدول الموالي.

قبل الإبلاغ: التحضير (من خلال الإجابة على التساؤلات المطروحة...)
من هو المريض؟ كيف كانت سيرته قبل التقدم للفحص؟ هل تقدم للفحص مع مقربيه؟ كيف يمكن تخصيص مساحة نفسية خاصة به؟ كيف تبدو العلاقة طبيب-مريض؟ ما الذي يشعر به الطبيب؟ ما هي العناصر الكامنة التي يستخلصها الطبيب وراء هذا المريض؟ وضع إطار للعلاقة لموازنة الوضعية و التحضير لخطة علاجية مشتركة.
ما الذي يعرفه المريض؟
بفضل الإصغاء الجيد و النشاط، يمكن للطبيب فهم بعض التصورات التي يحملها المريض عن مرضه، عن العلاج، الموت... ما الذي يعرفه المريض عن مرضه؟ و ما هو تفكيره نحو المرض؟
ما الذي يمكن للمريض سماعه؟
التقدم خطوة بخطوة في محاولات لإخباره بالتشخيص و تأجيل الأمر إن كان المريض يلجأ لدفاعات صلبة. قلة استعمال المفردات التقنية و الطبية باللجوء لاستعمال وصف المريض لإعطاء معنى للمرض.
تقاسم المعلومات و الإفصاح عن الاسم المتداول للمرض
بعد كل سلسلة من المعلومات يقوم الطبيب بالتلخيص. التناوب بين الإخبار الموضوعي و العلاقة الذاتية

بتفهم المريض حتى يأخذ الإفصاح صبغة إنسانية. استعمال اللغة المتداولة على أن تكون واضحة و بسيطة. التأكد من استيعاب المريض للمعلومات بطرح الاسئلة من حين إلى آخر. عدم تصريف الردود الفعلية المبالغ فيها أو الاكتئابية و محاولة تقييمها بما يتم اللجوء إليها عادة لمواجهة ردود فعلية مماثلة.
السماح بالردود الفعلية العاطفية للمريض
و هو ما يجب أن يستمر أثناء كل المقابلة. التعرف على ردود فعل المريض و محاولة التعبير عنها بإيجاد الكلمات الصحيحة لها. تعبير المعالج عن تفهمه الطبي لحالته المرضية و ردود أفعاله. تسطير الخطوات العلاجية المشتركة، و بكل شفافية يقدم الطاقم الطبي اللذين سيتعامل معهم أثناء خضوعه للعلاج.
تلخيص الوضعية و تحضير المتابعة العلاجية
تلخيص المقابلة ينتهي بطرح الأسئلة عن رأيه؟ عن ما فهمه؟ عن شعوره؟ مساعده لتسهيل عملية الإفصاح للأهل و المقربين. الاتفاق على الاشتراك في الخطة العلاجية و عدم التخلي عنه

هي خطوات و مراحل يجب على الطبيب مراعاتها لتتلاءم مع كل حالة حسب حاجته و مصادره لأجل التخفيف من وقع الصدمة مع مراعاة تصوراته و السعي لتعديلها لما لهذه التصورات من تأثير واضح في كل مرحلة من مراحل المرض. فعند ذكر كلمة «سرطان» كما يقول (Pujol 2009)، فإن ثلاثة من الأفكار تتبادر للذهن بصورة تلقائية: الواقع (المظهر المجسد)، الخيال (ما يمثله على المستوى الاجتماعي)، الرمزي (ما هو مشترك بين التمثيل الاجتماعي و ما يمثله للفرد). و يبقى أن ما يهيم الطبيب في التطبيق الطبي قبل كل شيء هو ما تعبر عنه Pucheu بـ "نظرية المريض" و تصوراتها، دون إلقاء للأحكام على المريض مهما كانت توجهاته، لكن على العكس من ذلك عليه أن يستغلها كنقطة انطلاق كي يوجهه تدريجيا إلى تحويل تصوراتها للأفضل حتى يتكيف مع مرضه و علاجاته.

في الختام نقول:

انه و من خلال ما تم عرضه فان هناك اشكاليتين تثاران في هذا المقام، و في بلادنا بصفة خاصة. تتمثل الإشكالية الأولى فيما تشكله التصورات الفردية و الجماعية لمرض السرطان كمحور أساسي في المجال النفسي لعلم الأورام "السيكو-انكولوجيا". فغالبا ما تشكل هذه التصورات عند المريض و المعالج و المجتمع عوائق تحول دون الوقاية والفحص و علاج السرطان. فبالرغم من التطور المستمر في مجال علاج المرض، و المرور من السببية الرمزية لظهور المرض إلى مرض له أسبابه العلمية. فإن التصورات التي يحملها المريض عن مرضه تبعث به لتطويع بعض الردود الفعلية المتمثلة في المخاوف الكبيرة المتوارثة من نظرة المجتمع حول المرض عند تلقي خبر الإصابة بالسرطان قد تشكل لبسا تؤثر في كيفية استيعاب المريض لمرضه و معالجة الأمور المرتبطة به كما قد يكون لها أثرها العميق على شل العلاقة طبيب/مريض و على التقبل العلاجي. لذا فإن التفسير الذي يسنده مريض السرطان لمرضه لا بد أن يكون معترفا به من طرف الطبيب للوصول إلى حوار طبي بناء و يستدعي سلوك طريقة خاصة و خطوات محددة لأجل الإفصاح للمريض عن تشخيص المرض لديه، و هو ما يساعد بتحريك دفاعات ايجابية تكيفية لمواجهة السرطان، هذا من جهة. و من جهة أخرى ضرورة توجيه المريض التوجيه الحسن و التكفل النفسي به بتعديل تصوراتها التي يحملها عن مرضه كونها هي الموجه لقراراته اتجاه صحته بتوفير كل ما من شأنه تزويد الأفراد صغارا كانوا أو كبارا بمعلومات حول حقيقة المرض حتى لا يترسخ الفكر الانهزامي لدى الأفراد من اجل تقبل المريض لمرضه و تقبل علاجه، و العمل لأجل تصدي المرض و محاربتة و عدم الاستسلام له كقدر محتوم بمأل سيء.

اما الإشكالية الثانية، فإن الملاحظ في أغلبية مصالحي علاج السرطانات بالجزائر؛ تجنب الطبيب إخبار المريض راشدا كان أو مرافقا بتشخيص المرض لديهم. و هو أيضا ما أسفرت عليه نتائج دراسة حمودي (2006) في المجتمع الجزائري على أن 20% من الأطباء و 64% من الممرضين في عينة البحث يفضلون عدم إخبار مريض السرطان بتشخيص مرضه. بالرغم من أن دراسة Eiser في 1992

قد توصلت إلى أنه " حتى أطفال 3-4 سنوات يمكنهم فهم ما يجري لهم خلال مرضهم، و يكفي فقط أن نعرف كيفية إبلاغهم بذلك". (oppenheim, 2009) فأخفاء الحقائق عن المريض و إبقاء الأمر سرا لا يسمح بالحوار بينه و بين أهله أو بينه وبين الفريق المعالج. كما أن عدم تعبير المريض عن وجهة نظره تدفعه للجوء إلى السلبية بسحب الاستثمار من العلاج أو حتى رفضه، كما قد يؤثر ذلك سلبا على حياتهم المستقبلية فيعطيهم إحساسا بالخجل والهشاشة و الشعور بالظلم والغضب اتجاه الآخرين كونه اتخذ دورا سلبيا في مرضه.(Ibid) و هنا نسأل إن كان لا يحق للمريض معرفة تشخيص مرضه للتعبير و تمثيل معاناتهم خاصة في مراحل العلاج الكيميائي حتى يسمح لهم بتفريغ عدوانيتهم لصد ثورة السرطان و تعقيداته عليهم؟ و إلى متى يبقى السرطان موضوع حرج و سري للغاية في مجتمعنا؟ وما حال الأهل الذين ضاع منهم أبنائهم فجأة دون القدرة على التعبير أو الحوار معهم ومناقشة أحاسيسهم بسبب إخفاء تشخيص مرض أبنائهم عنهم؟ و ما هي أنجع الطرق لتبليغ المريض و أهله بتشخيص المرض في ثقافتنا حتى لا يشكل ذلك صدمة قد يعمق من خلل تنظيمه؟ هي كلها تساؤلات تبحث عن إجابات و تفتح آفاق مستقبلية تستدعي تناولها بالبحث و الدراسة المعمقين.

المراجع

- 1- حمودي جمال (2006)، تمثيلات المجتمع الجزائري لمرض السرطان: المركز الاستشفائي الجامعي بتلمسان نموذجا. مقارنة انثروبولوجية طبية، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في الأنثروبولوجيا، جامعة أبي بكر بلقايد- تلمسان.
- 2- AMAMI.O, AKROUT.R, BEN THABET-KAMOUN (2006), Psychogenèse du cancer, l'Information Psychiatrique. Volume 82, Numéro 8, Question ouverte , Octobre 2006, pp:683-688.
- 3- AUDET-LAPOINTE Marika (2011), Un diagnostic de cancer : un défi émotif, clinique d'onco-psychologie de PSYmedicis/Fondation québécoise du cancer
- 4- BACQUE Marie Frédérique (2008), Travail psychique et difficultés de mentalisation aux épreuves projectives : l'hypothèse de fragilité psychosomatique, Communication personnelle, Société du Rorschach, Nov. 2008, p:1-28.
- 5- BACQUE M. F (2011), Les principes de l'annonce d'une maladie grave, Dans Annoncer un cancer, diagnostic, traitements, rémission, rechute, guérison, abstention..., collection psycho-oncologie, Springer-Verlag France, Paris, pp :1-20
- 6- BACQUE M.F, BAILLET F (2009) La force du lien face au cancer. Paris,Odile Jacob.
- 7- BEN SOUSSAN Patrick, DUDOIT Éric (2009), Les souffrances psychologiques des malades du cancer: comment les reconnaître ? comment les traiter? Sous la direction de Daniel Serin, collection depistage et cancer, Springer-Verlag France, Paris.
- 8- DOLBEAULT Sylvie (2007), Quelles sont les conséquences psychiques qui se révèlent chez le patient atteint de cancer? , La relation entre psychisme et cancer, les entretiens du Carla, n° 2, Cancéropôle et laboratoire Pierre Fabre. pp: 38-49.www.entretiens-ducarla.com
- 9- EDERY Livia (2011), Facteurs psychologiques impliqués dans l'annonce du diagnostic de cancer, Dans Annoncer un cancer, diagnostic, traitements, rémission, rechute, guérison, abstention..., sous la direction de Bacqué.M.F, collection psycho-oncologie, Springer-Verlag France, Paris, pp : 81-94.
- 10- ESKELINEN Matti, OLLONEN Patrick (2011), Assessment of cancer-prone personality' characteristics in healthy study subjects and in patients with breast disease and breast cancer using the commitment questionnaire: a prospective case-control study in Finland , Anticancer Res. Nov;31(11) pp:4007-4013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22110235>
- 11- GRO HARLEM BRUNDTLAND (2012), *Cancer - World health Organization statistics 2012 report* www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/index.html

- 12- HEATHER Chappell et collectif (2012), Statistiques canadiennes sur le *cancer 2012*, Société canadienne du cancer, Canada, Registres provinciaux et territoriaux du cancer, Agence de la santé publique du Canada. <https://www.cancer.ca/Aboutcancer>
- 13- HORDE Pierrick (2009), **le cancer peut il être provoqué par des causes psychologique?** [Santé médecine.net](http://www.santemedicine.net)
- 14- JASMIN Claude, Lé Monique, MARTY Pierre et al (2007), Facteurs psychologiques et risque du cancer du sein : résultats d'une étude cas-témoins, Revue française de psychosomatique, volume 1 n° 31, Paris, PUF, pages 155 à 171.
- 15- LACROIX.S (2006), Les mécanismes de défense des soignants, Staff des Jeudis du Réseau de Soins Palliatifs de l'Estuaire de la Loire
<http://www.respel.org/fileadmin/mecanismesdedefense.pdf>
- 16- MARTY.P (1998a), les mouvements individuels de vie et de mort ,Paris, Payot.
- 17- MARX Elianne, REICH Michel (2009),Croyances, idées reçues et représentations de la maladie cancéreuse , Psycho-Oncologie Springer-Verlag, n° 3, pp:129-130
- 18- MOIROT Michel (2008), Origines des cancers Traitement et prévention, Paris, édition Andrillon.
- 19- NUSBAUM-TOPP Catherine, TOPP Andreas (2012), Le cancer n'est pas une mauvaise grippe, France, édition BOD - Books on Demand.
- 20- OPPENHEIM Daniel (2009), grandir avec un cancer, Bruxelles, 2eme édition, Bruxelles, de Boeck.
- 21- PHANEUF Margot (2005), Mécanismes d'adaptation et de défense chez le malade cancéreux, Préparé pour l'Université d'Évora, et l'École Universitaire Bissaya-Baretto, Coimbra, Portugal.
- 22- PUCHEU Sylvie (2007), Les représentations des patients, dans Dolbeault Sylvie, Dauchy Sarah et al, La Psycho-oncologie, Paris, John Libbey Eurotext.
- 23- PUJOL.Jean Louis (2009), Les représentations sociales et individuelles du cancer du poumon, Revue de Pneumologie Clinique n° 65, Elsevier Masson,France, pp : 54-57.
- 24- PUY-PERNIAS. S (2002), Les mécanismes de défense en cancérologie, la lettre de sénologie, n° 18, Dec 2002 ; pp : 11-12. <http://senologie.edimark.fr/publications/articles/les-mecanismes-de-defense-en-cancerologie/6067>
- 25- REICH Michel (2008), Le médecin face à l'annonce d'un diagnostic de cancer : Dr Jekyll et Mr Hyde, dans : Les vérités du cancer - Partager l'information, installer la relation de Marie-Frédérique Bacqué, collection psycho-oncologie, Springer-Verlag France, Paris, pp : 117-131.
- 26- RENARD Léon (2007), *Le Cancer apprivoisé*: les ressources insoupçonnés de l'être humain, France, Éditions Quintessence.,
- 27- RICHARD Marie-Sylvie (2004), Soigner la relation en fin de vie : Familles, malades, soignants, Collection: Santé Social, paris, Dunod
- 28- SAMI ALI .M (2000b), L'impasse relationnelle temporalité et cancer ,1^{ère} édition Paris, Dunod.
- 29- SCHRAUB Simon (2009), Existe-t-il un lien entre un événement psychique et le risque de survenue d'un cancer ?, dans : **Revue d'épidémiologie et de santé publique**, volume 57 n°2, pp : 113–123.
- 30- STORA Jean Benjamin (1999), Quand le corps prend la relève : stress, traumatismes et maladies somatiques, Paris, Odile Jacob.
- 31- ZARIFIAN.E (2010), Les jardiniers de la folie, Paris, édition Odile Jacob.