

العوامل النفسية وظهور السرطانات بين التأييد والرفض زهية غنية حافري محمد لمين دباغين- سطياف 2

ملخص:

منذ زمن بعيد أشار الفلاسفة والباحثين للعلاقة السببية بين العوامل النفسية ومرض السرطان، وباتت العلاقة نفس جسد تطرح نفسها بشكل كبير لدى العاملين في المجال الطبي والنفسي اللذين كان لهم رأيا واضحا حول العوامل النفسية من قلق، ضغط، أحداث الحياة، اكتئاب، تكتم، بروفيل الشخصية... كعوامل خطر هامة لتكوين الأمراض السرطانية خاصة وإن تفاعلت هذه المحددات مع عوامل خطر أخرى كالتدخين، والتأثيرات الوراثية... إلخ و بأنها لا تساهم في التهيئة لانتشار السرطان فقط وإنما تصاحب ظهوره وتطوره.

وعلى طرف النقيض يرى باحثين آخرين بعدم تدخل العوامل النفسية في ظهور السرطانات؛ كما سعوا لإبراز ذلك من خلال التمييز في الأدبيات والدراسات التي سعت لإثبات العلاقة بين العوامل النفسية وظهور الإصابات السرطانية بتحليل الطريقة المنهجية المتبعة في إجراءات هذه الدراسات وتمييز ما يمكن الأخذ به وما لا يمكن اعتماده لأجل إظهار هاته العلاقة.

وبين شد وجذب لأراء الباحثين حول تأثير العوامل السيكولوجية في ظهور السرطان، وبين مؤيد ورافض لها، سنسعى في هذه الورقة لطرح البعض من هذه الدراسات والأراء التي اهتمت بهذه العلاقة.

وعلى العموم وإن تم التسليم بالفرضية القائلة بعدم تدخل العامل النفسي في نشوء المرض، إلا أن لا يمكن إنكار دوره الذي لا يستهان به قبل تشخيص السرطان ولكن أيضا في كل مرحلة من مراحل تطور المرض: قبل تشخيصه، في أثناء إخبار المريض بتشخيص مرضه، أثناء مرحلة العلاج، مرحلة تراجع المرض وحتى عند انتكاس الحالة المرضية.

الكلمات المفتاحية: العوامل النفسية / السرطانات ب/ التأييد /الرفض

مقدمة:

منذ القدم، سعت العديد من النظريات للبحث عن الإشارات الرابطة بين العوامل النفسية وظهور الإصابة السرطانية. وكان Gallien 200 سنة قبل الميلاد قد أشار للعلاقة السببية للعوامل النفسية بربط المزاج السوداوي مع ظهور سرطان الثدي عند بعض النساء. وأعلن Nunn في 1822 عن تأثير العوامل الانفعالية في تطور السرطانات، (Stora, 1999) ويعتبر الطبيب Siemens في 1956 أول من أوضح بتفسير علمي وجود هذه العلاقة، ويتمثل 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). ومن خلال تطبيق اختبار الرورشاخ في دراسة قام بها Klopfer في 1957 على المصابين بالسرطان، استطاع هذا

الأخير تمييز المتغيرات النفسية لدى هؤلاء المرضى والتي تساهم بقدر كبير في تحريض المرض. كما قام بتدعيم دراسته بنتائج مماثلة من خلال إجراء مقياس MMPI حيث خلص إلى أن القدرة على مقاومة السرطان ذات علاقة بالميكانيزمات المناعية والمرتبطة خصوصا بالإفرازات فوق كظرية والتي تتأثر بحالات الحصر والقلق. وعمد Leshan بعدها سنة 1978 لإبراز السمات والمميزات المشتركة بين المصابين بالسرطان. (Ibid)

كما باتت العلاقة بين الأحداث النفسية والجسد حقيقة واضحة كما يرى Zarifian، حتى انه يتم حاليا أخذها بعين الاعتبار من طرف المختصين في مجال السرطانات اللذين يسعون للبحث عن هذه العلاقة وعن كيفية إثارته للتحويلات الخلوية. (Zarifian, 2010)

وقد سعى الطبيب (2008) Michel Moiroto إلى توضيح الطريقة التي يستجيب فيها الانقسام الخلوي ومختلف مستويات ضبطها إلى بعض التغيرات النفسية الطارئة على الفرد ك وفاة احد الوالدين أو وضعية غير عكوسة يشعر الفرد فيها بحالة من العجز وعدم القدرة على الفعل لتغيير وضعيته. كما استدل Moiroto بملاحظات الأطباء البريطانيين اللذين كلفوا برعاية مجتمع كوراكورام " قبيلة هونزا" الواقع شمال كشمير لإبراز دور العوامل النفسية في إظهار الأمراض عامة والسرطانات خاصة. حيث استرعى الغياب التام للإصابات السرطانية عند السكان الأصليين مقارنة بالمجتمعات المدنية أو باقي المجتمعات في القرى القريبة انتباه الأطباء. وبعد تمحيص للظروف المحيطة اسند الباحثون ذلك لنمط عيشهم البسيط الخالي من كل الضغوط النفسية واتسامهم ببعض السمات الشخصية الايجابية الواضحة ناهيك عن الظروف البيئية الصحية، وكل ذلك أدى إلى توليد توازن نفسي عقلي وعاطفي واضح، "فهم قوم يجهلون حتى معنى كلمة سرطان" كما يقول الباحث. (Moiroto, 2008)

كما كان للدكتور (2007) Léon Renard رأيا واضحا حول أثر العوامل النفسية من قلق، يأس، خوف وتوتر على عضوية الإنسان من خلال اضطرابات عصبية هرمونية والتي تعتبر من أكبر العوامل المساعدة على حدوث السرطان وتطوره، ويرى بأن العوامل النفسية لا تساهم فقط في التهيئة لانتشار السرطان وإنما تصاحب ظهوره ونهايته، فالإنسان ليس جسم بيولوجي أو مادي فقط، ولا جانب نفسي أو روحي فقط كما يقول، ولكن اجتماع بين الإثنين. وعلى خطى G.Groddeck et H.Laborit يرى Renard أن المرض ما هو إلا رسالة تعبيرية ينكرها المريض أو يرفضها ويعبر 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 مارتي وزملائه في مدرسة باريس للبيكوسوماتيك إلى وجود علاقة بين النظام الهرموني والعوامل السيكوسوماتية، ويقرون بأن الحقيقة البيولوجية لوجود شبكة نفسية-جسدية أصبحت واضحة على نحو متزايد بفضل الاتصالات الداخلية التي يمكن إثباتها بين مختلف تنظيم الأجهزة: الهرمونية، المكونات الدموية والعصبية على غرار ما ذهب إليه Roth.J و Blalock JE & Weigent. D (Jasmin et al, 2007)

وعلى طرف النقيض يرى البعض الآخر عدم تدخل العوامل النفسية في ظهور السرطانات. و في تحليل وصفي وتمحيص لما تم تجميعه دراسات باللغة بالانجليزية من قاعدة Medscape/ Medline and Pubmed خلال الأربعين سنة الماضية، إضافة إلى ما تم نشره من دراسات في مراجع editions Social and Behavioral Sciences edition و of Current Contents Garssen Bert سعى

لتوضيح ما جاء حول العلاقة بين العوامل النفسية وظهور السرطان. ومن بين 91 دراسة المتناولة للعلاقة بين مختلف السرطانات ومختلف العوامل النفس اجتماعية. توصل الباحث إلى أن 21 منها فقط قد توصلت إلى إثبات العلاقة بين المتغيرين في حين 70 دراسة منها لم تثبت هذه العلاقة كونها لم تتبع منهجية سليمة في البحث. (Garssen, 2004)

ويعتبر (Schraub, 2009) أن 32 دراسة فقط من بين الدراسات التي نشرت ابتداء من 2003 في قاعدة Medline مستوفاة للشروط المنهجية والتي يمكن الاعتماد على صحة نتائجها. فبينما أظهرت 18 دراسة من بين هذه الدراسات عدم وجود علاقة بين العوامل النفسية واحتمالية ظهور السرطان، فإن 14 دراسة الباقية أثبتت صحة الفرضية التي ترى بوجود هذه العوامل والمتمثلة في الضغط، أحداث الحياة، الاكتئاب، التكتم، الشخصية... كعوامل مساعدة على ظهور الإصابات السرطانية. وهي النقاط التي سنسعى لتناولها فيما يأتي لتوضيح ما توصلت إليه الدراسات بين هذا الشد والجذب في العلاقة بين هذه المتغيرات وبين ظهور الإصابات السرطانية. ويبدو أن المحددات النفسية والاجتماعية كما يقول (Eskelinen & Ollonen, 2011) باتت تطرح نفسها بشكل كبير تتدخل كعامل خطر هام لتكوين السرطان خاصة وإن تفاعلت هذه المحددات مع عوامل خطر أخرى كالتدخين، والتأثيرات الوراثية... إلخ.

1-1- السرطان و النظام المناعي في علاقته بالضغط:

سعت العديد من الدراسات لإثبات العلاقة بين الضغط وظهور السرطانات. وقد مرت هذه الدراسات بعدة مراحل؛ حيث تميزت مرحلة 1950-1960 بتوصل الباحثين لإثبات العلاقة بين الضغط و عملية تسريع نمو الأورام مع تقليص إنتاج الأجسام المضادة، وفي 1980 توصل الباحثون لإيجاد العلاقة بين السرطان وبين شدة و نوعية الضغط، حيث استمرار الضغط النفسي لمدة طويلة يصبح الضغط معها مزمنًا مع ما يرافقها من هشاشة نفسية حادة قد يتسبب في إضعاف النظام المناعي في الجسم ليصبح أكثر عرضة للأمراض السرطانية. (Vissoi et al, 2004) فالتنشيط المستمر لمحور ما تحت المهاد- النخامي والأدرينالين في الضغط المزمن يعمل على تقليص الاستجابة المناعية و يساهم في ظهور و تطور بعض أنواع السرطانات. (Chandwani et al, 2012)

فالأدبيات والكتابات كما يرى Bryla.C.M في (2004) Jadoulle تحتوي ما يكفي من الأدلة للدفاع عن الفكرة القائلة بوجود علاقة سببية بين الضغوط والسرطانات، وفيه أظهرت نتائج الدراسات الطبية انه يمكن للضغط النفسي إحداث تقليص للميكانيزمات الدفاعية الجسمية والتي لخصها (J.M.Thurin, 2005) في ثلاث مستويات:

- تخفيض نشاط الخلايا القاتلة الطبيعية NK

- دفاع جسدي من خلال تحطيم العوامل الكيميائية المسرطنة بواسطة الإنزيمات، ثم التعرف على ADN والسعي لتصليحها، بعد ذلك تحطيم ADN المتحول عن طريق الجهاز المناعي.

- موت الخلايا المبرمجة: حيث يظهر بداية انقطاع خلوي، ثم انتشارها وبعد ذلك تمايزها. ما قد يؤدي إلى موت خلوي للخلايا التي لا يمكن إصلاحها.

ويرى (Chandwani et al, 2012) بأن التطورات الحديثة الحاصلة في مجال علم المناعة العصبي جاءت لتعزز فرضية النشوية النفسية للسرطانات، وقد أثبتت حاليا انتماء الخلية لنظام معقد يقم عدد من

ميكانيزمات التواصل والتفاعل بين الجهاز العصبي المركزي وبين أنظمة الغدد الصماء والأجهزة المناعية. هذه الأنظمة تتقاسم مستقبلات مشتركة، مما يوحي بأن الدماغ يلعب دور تنظيمي في الاستجابة المناعية. وهو ما صرح به باحثون أستراليون في 2005 على وجود إثباتات حالية حول آلية تفاعل نفس-جسد في إظهار الأمراض الجسدية، وأنهم نجحوا في الإثبات علمياً تأثير الضغط النفسي على صحة الفرد مسبباً بذلك أمراضاً من أبسط أنواع الزكام إلى السرطان حيث اكتشف في معهد (كارفن) في سيدني نوع الهرمون الذي تفرزه الأعصاب بكميات كبيرة والذي يعمل على كبح جهاز المناعة ويسمى بهرمون نوروبيبتيد Y (NPY). ويؤدي هذا الهرمون إلى فرط تنبيه الجملة العصبية فتعمل على تخفيض جهاز مناعة البدن وإضعاف توليد خلايا T المناعية القاتلة للبكتيريا والخلايا السرطانية وصرحت F. Mackay عضو في فريق البحث (Wheway, Herzog & Mackay, 2007) أنه "كانت هناك أدلة غير مباشرة على العلاقة بين الدماغ وجهاز المناعة لكن الآن عثرنا على صلة الوصل".

وفي دراسة حديثة نشرت في دورية «Nature Journal» جاء فيها أن الضغوط تكون بمثابة "معبر" للطفرات السرطانية عن طريق تغيير الخلايا لأنشطتها الأيضية التي تؤدي في النهاية إلى الإصابة بأورام خطيرة. (Goymer, 2006)، ونفس التصريحات قدمها Tian Xu نائب رئيس معهد Genetics والمركز الوطني للسرطان HHMI (Howard Hughes Medical Institute) في 2010. إذ صرح الباحث بأن مستوى مرتفع من الضغوط يعمل على إرسال إشارات إلى الجسم ما قد يحرض الخلايا على تطوير السرطانات. (Xu & al, 2010)

مقاربة الضغوط في العلوم الإنسانية يتم من خلال طريقتين من البحث: طريقة بيولوجية من خلال البحث في كيمياء الجسم والإفرازات الهرمونية والغدية... وطريقة نفس-اجتماعية. فبعد تجاوز فرضية تسريع الضغوط لنمو الخلايا السرطانية ومساهمتها في تقليص إنتاج الأجسام المضادة كما يرى Chandwani et al (2012)، فإنه أصبح حالياً يهتم بتأثير العوامل النفسية الاجتماعية.

1-2- أحداث الحياة والسرطان:

أقيمت العديد من الدراسات لأجل البحث في العلاقة بين أحداث الحياة وظهور السرطانات. وتعتبر الدراسة التي أشارت إليها Poncelet (2007) والتي قام بها Leshan (1978) على عينة قوامها 500 مصاب بالسرطان من أهم الدراسات المبكرة في المجال حيث توصلت الدراسة إلى استنتاج مفاده اشتراك هؤلاء المرضى في أربع خصائص مميزة تتمثل في:

1- وجود تاريخ لفقدان علاقة مهمة في تاريخ طفولة هؤلاء المرضى استتبع بالانعزال مع فقدان الأمل وصعوبات في العلاقات بين إنسانية في مرحلة المراهقة أو الشباب.

2- عدم القدرة على التعبير عن مشاعر العدوانية والغضب.

3- وجود قدر ملحوظ من كراهية الذات وفقدان الثقة بالنفس.

4- عدم القدرة على حل التوترات الماضية.

ونفس النتائج أسفرت عنها دراسة W.Green في (Schwarz & al (2007)، دراسة Geyer (1991; 1993) في (Phyllis & al (2000)، ودراسة Reynaert, Libert, Janne (2001) حول

وجود حالات فقدان حقيقية كانت أو هوائية لموضوعات شخصية أو مادية، تواجد الفرد في وضعية لامرجية واقعية وبالتالي لامرجية نفسية، عدم القدرة على مواجهة الضغوطات وإرصانها عقليا. كل ذلك يؤدي لخلق جو ملائم لتطور السرطان في وقت يكون فيه الجسم عاجزا عن الدفاع عن نفسه (أسباب بيولوجية)

في حين يتفق Vissoci وزملائه مع (Fox 1995), Gerits (2000) من جهة أخرى عن ضرورة الاحتراس من نتائج الدراسات التي تؤكد العلاقة بين الضغوط والإصابة السرطانية، إذ يرون عدم استوفائها للدلائل والشروط المنهجية الواضحة. (Vissoci et al, 2004)

1-3- الاكتئاب ونشأة السرطان:

يعتبر الاكتئاب من بين العوامل التي يمكنها تشكيل عامل خطر لنشوء السرطان حسب بعض الباحثين. وأعير الكثير من الاهتمام لهذا العامل وأقيمت العديد من الدراسات لأجل تأكيد الفرضية. حيث توصل Jadouille وزملائه في 1966 للإقرار بوجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الاكتئاب، اليأس وخطر الإصابة السرطانية. (jadouille et al, 2004)

وفي دراسة تتبعية دامت 20 سنة على 2020 رجل قام بها persky et al في 1987 من خلال ضبط بعض المتغيرات التي قد تؤثر على نتائج الدراسة كسن أفراد العينة، التدخين، تناول الكحول، المهنة، التاريخ الأسري، مؤشر الكتلة الجسدية، نسبة الكوليسترول في الدم وبعض تحاليل الدم ككل. توصل الباحثون لاستنتاج الدور الأساسي الذي يلعبه الاكتئاب للوقوع في مرض السرطان. في حين توصل Zononderman et al في 1989 في دراستهم التتبعية التي دامت عشر سنوات لنتائج معاكسة بالرغم من ضبطهم لنفس المتغيرات. (schraub, 2009)

وفي عرض للأدبيات و تمحيص للدراسات التي أثبتت العلاقة السببية بين الاكتئاب وظهور السرطان، فإن تحليل بعض الدراسات - كدراسة Mc Gee et al في 1994، دراسة Mc Keen et al في 1999، دراسة Butow et al في 2002- توصلت إلى عدم الإثبات الصريح لهذه الدراسات للنظرية القائلة بدور الاكتئاب كعامل خطر لحدوث السرطان. (Ammami et al, 2006)

كما أقر Dalton et al سنة 2002، و Bergelt et al في دراسته سنة 2005 لوجود علاقة عكسية بين الاكتئاب وظهور السرطان، بحيث كلما سجلت نتائج مرتفعة على مقياس الاكتئاب، كلما كان احتمال الوقوع في مرض السرطان ضئيلا. وقد تكون النتائج المتوصل إليها حول هذه العلاقة بين المتغيرين تأكيد لما جاء به Marty (1998) وما توصلت إليه مدرسة باريس للبيكوسوماتيك حول الاكتئاب الأساسي؛ بمعنى غياب الأعراض المعهودة للاكتئاب قبل الإصابة بالمرض.

غير أن جميع الباحثين يتفقون على أن اقتران الحالات الاكتئابية على المدى الطويل بالسلوكات غير الصحية يعمل على تشجيع ظهور المرض، كما يرون أن الاكتئاب من شأنه في حالة الوقوع في المرض تعميق المرض و التقليل من احتمالات تقبل العلاج. (Ammami et al, 2006)

1-4- الشخصية و السرطان:

كانت مساهمة العوامل النفسية الاجتماعية لظهور مرض السرطان في السنوات الثلاثين الأخيرة أحد الموضوعات البحثية المهمة، و الفرضية القائلة بارتباط بعض الخصائص الثابتة في شخصية الفرد بخطر تطوير بعض الأمراض فرضية قديمة قدم الزمان، ابتدأت مع نظريات الأخلاط والأمزجة في الطب القديم وصولاً إلى النظريات الاستعدادية (F.Alexander, H.Dunbar) ونظريات الأنماط "أ" و "ب" B في 1959 لصاحبيها R.Rosenman et M.friedman. وفي 1987 استطاعت L.Temoshok تمييز السلوك الانفعالي لمرضى السرطان لتضعه تحت نمط "ج" C. و الذي تعرفه على أنه عامل خطر في ظهور وتطور السرطان. (Jeammet, Reynaud, Consoli, 2001)

بدأت دراسة الروابط بين سمات الشخصية في علاقتها بظهور السرطان منذ منتصف عام 1960. وظهرت هناك فترتين أساسيتين ميزتا تطور الفكر حول هذا الموضوع. وفسرت نتائج البحوث في أوائل عام 1990 لصالح وجود شخصية تحمل الاستعدادية للوقوع في المرض، غير أن هذه الآراء تغيرت في غضون الخمسين سنة الماضية. (Adam & Blatný, 2008)

وتوصلت دراسة Grossarth-Maticek التتبعية سنة 1988 لمدة 10 سنوات على عينة قوامها 2563 فرداً توفر بعض سمات عند هؤلاء و تمثلت في: الاكتئاب، اليأس، سرعة الاستثارة، الغضب، التعقّل، عدم الانفعال و غياب التعبير الانفعالي، الحاجة للعلاقات بين شخصية المنسجمة. (Eskelinen & Ollonen, 2011)، كما أظهرت (Kissen et Eysenck (1962) في (Hagen Liste, 1999) ودراسة (Greer et Moris (1978)، Morris et al (1981) في (Schraub, 2009, P.117) إلى وجود علاقة بين المتغيرين. في حين يرى (Faller et all (1996) بأن تلك السمات المدرجة تحت النمط "ج" ما هي إلا ردود فعلية تظهر بعد الإصابة بالمرض و لا تتدخل في الإصابة السرطانية. (Jadoulle, 2004)

وفي تعليقه يرى (Hagen Liste (1999) أن اختلاف نتائج الدراسات في هذا المضمون

إنما يرجع إلى زمن إجراء الدراسة وتقييم المتغيرات المراد بحثها. فبينما تناولها بعض الباحثين قبل الإصابة بالمرض فإن البعض الآخر قام بالدراسة بعد الإصابة بالمرض. كما يرى (Schwarz et al (2007) أيضاً بأن الدراسات التي قامت بفحص الشخصيات من النمط "ج" في الظروف قبل المرضية قد أقيمت على أشخاص طوروا في سن مبكرة طرق دفاعية تعمل على العرقلة والكبح المزمن للاحتياجات النفسية والعاطفية أين يؤدي كبح هذه الاحتياجات والذي يصبح كنمط شخصية مستقر عند الفرد في تزامنه مع مراحل الضغط إلى التأثير على الجهاز المناعي. أما ما يتم تقييمه بعد الإصابة السرطانية فغالبا ما يكون مرتبطاً بسمات ناتجة عن التأثيرات الراجعة للمرض بذاته إضافة إلى السمات الأصلية للمريض. ويعقب (Ammami et al (2006) أن الجدل القائم حول ارتباط نمط الشخصية مع ظهور السرطان، إنما يختص باستثارة هذا النمط من الشخصية للجهاز المناعي، وليس كعوامل مساهمة في ظهور السرطان، مشيراً بذلك تأييده لتدخل هذا العامل في ظهور المرض.

ويؤكد (Fernández-Ballesteros (2001) أنه وعلى الرغم من النقد الكثيف الذي لاقته نتائج الدراسات المقدمة إلا أن اتفاقها على وجود صفة القمع للانفعالات السلبية وصعوبة التعبير عن الغضب والعدوانية و صعوبة في التعامل مع الإجهاد لا يدع مجالاً للشك، للقول بأنها السمة المشتركة التي اتفق الباحثون على توفرها عند مرضى السرطان.

كما قام عدد من الباحثين بالاعتماد على مجموعة من الدراسات بتوضيح البروفيل السيكولوجي لمريض السرطان نذكر منها:

• دراسة Leshan & Worthinton اللذان خلاصا من خلال مقارنتهما لـ 500 حالة مصابة بالسرطان مع أفراد يتمتعون بصحة جيدة على وجود قدر ملحوظ من كراهية الذات وفقدان الثقة بالنفس، عدم القدرة على التعبير عن مشاعر العدوانية و الغضب. (Phyllis & al, 2000)

• أما Dunbar في (Pongy et Babou, 2003) فقد سعت في نظريتها الاستعدادية لوصف النموذج النفسي للمصاب بالسرطان، إذ ترى بأنهم أكثر تعرضا للإجهاد، جد متعاونيين، يتطلعون لإرضاء الغير، يتسمون بالحصر و مفرطي الإحساس.

• كما أسند Grossarth-Maticek في Eskelinen & Ollonen (2011) بعض السمات لمرضى السرطان والمتمثلة في: الاكتئاب، اليأس، سرعة الاستثارة، الغضب، التعقن، عدم الانفعال، عدم القدرة على التعبير الانفعالي، الحاجة للعلاقات بين شخصية المنسجمة.

• وأضاف G.Matiek و Eysenck et al في (2009) Schraub أنّ سمات طبعهم تتمثل في: الطيبة، الرزانة، الصبر، الاستعدادية لتقبل المصاعب والضغوطات الاجتماعية، يمتازون بالامتثالية والخضوع الاجتماعي، يتجنبون بنشاط كل الصراعات وقمع كل التظاهرات العدوانية، صعوبة التعبير والإحساس بالانفعالات السلبية والغضب خاصة، كل ذلك مرفق بالإحساس باليأس والعجز.

يرجع الفضل أول مرة لكل من Morris & Greer في 1980 لإدراج النمط « c » أو ما يسمى بالشخصية المستهدفة للإصابة بمرض السرطان. (Vollrath, 2006) ثم قامت Lydia Temoshok في 1987 بتطويره و سعت Temoshok و Fox لوصف المريض بطبيعة السلوك على أنه محب واجتماعي لطيف، هادئ و صبور، فهو في حياة عملية متقن للعمل متقبل من المجتمع يتهرب من النزاعات الشخصية، يتمسك بالروتين وميال للموافقة والانصياع، ليس لديه الثقة في نفسه وغير مؤكد لذاته ومضحى بها، الثبات أمام المصائب، احترام السلطة. فهو شخص جد متعاون، يتميز بعدم المنافسة، الاستجابة لرغبات الآخرين وعدم التسلط، تجنب السلوكات التي يمكنها أن تحرج الآخرين، الامتثال لمواصفات السلوك المتعارف عليه والحفاظ على مظهر اللطف، نظرتة إلي الواقع الخارجي تكون معقلنة ومجردة من العواطف (الاستذهان)، الميل إلي مشاعر العجز واليأس، العجز عن تفريغ التوتر والإفصاح عما يستبد به من انفعالات وقمع الانفعالات السلبية ويعجز عن التعبير عن غضبه وعدوانيته في وقت يسعى فيه للحفاظ على واجهة قوية وسعيدة. يتحكم في غضبه لأجل الحفاظ على العلاقات بين شخصية و الحفاظ على صورة جيدة عن نفسه كشخص محبوب حتى لا يتم رفضه. (Blatný & Adam, 2008)

• وفي عرض Hagen Liste لبعض آراء الباحثين وما توصلوا إليه في دراساتهم، يذكر الباحث ما توصل إليه Bahnsen et Bahnsen حول وجود سمات قمع العدوانية ومشاعر كامنة بالذنب والتي يلجأ إليها المريض كآليات لدفاع الأنا. وكشف Bacon على وجود بنية مازوشية عند المصابين بالسرطان، إضافة إلى عدم القدرة على مواجهة الغضب، العدوانية والعدائية، كل ذلك مقنع بمظهر من اللطف والبشاشة ويسعون لتجنب الخلاف والصراعات والالتزام بالمعايير الاجتماعية على نحو أكثر تواترا من الأصحاء كما أنهم أقل قدرة على المنافسة. (Hagen Liste, 1999)

• أما Marty فيصفهم بتناذر السلوك الفارغ والذي يعبر عن هشاشة السيكوسوماتي، شاهد عن اضطراب في التنظيم العاطفي مما يتولد عنه عدم التفرقة في إقامة العلاقات مع الغير راجع لغياب قلق الشهر الثامن والموضوع الانتقالي. وغالبا ما نجد لدى هؤلاء المرضى وصفا دقيقا للظروف الواقعية القائمة، أو سرد للحوادث الجسدية أو لتصرفات معينة دون ذكر الأهمية الانفعالية، يهربون إلى الواقع من خيالاتهم المرعبة ولكن إلى واقع عديم الحياة، لا يستخدمون مفهوم "أنا" في سياق ممتلئ انفعاليا بالمعنى، يستصغرون مشاكلهم الشخصية ويفتقرون للمعارضة ولا يمكنهم رفض الآخر ولا يمكنهم التلذذ بـ "لا"، يميلون إلى الحل الوسط الذهبي ويخافون من رفض الآخر وابتعاده، حساسين للنمطية الاجتماعية مع فرط في التكيف الاجتماعي، لتظهر العديد من الظواهر مجتمعة تميز هؤلاء المرضى تدعى بالحياة العملية، فهم أفراد في حياة عملية يوحون بصورة ميت حي كما يصفهم مارتى (Smadja, 2004)

• ويرى Sami Ali بأن مريض السرطان يعاني من لا مخرجية زمنية ويعيشون الوقت في إستعجال مصطنع و كأن كل شيء يجب حله و تناوله بشكل لحظي دون تأخير وكأن الوقت به فراغات يجب سدّها. (Sami Ali, 1998) كما أن مريض السرطان يعاني من المحاولات المستمرة للتكيف مع الواقع؛ كل الواقع بتعدد أوجهه، يعاني من حالات كبت في الوظيفة الخيالية وغياب للأحلام وإن ظهرت هذه الأخيرة فتظهر على شكل أحلام فضولية و غرابة و تزوده أحلامه بالمشاكل والهوموم بدلا من إحداث تفرغ لها، ليقع في لامخرجية أعقد منها. (Sami Ali, 2000)

◆ و يبقى كما يرى (Dalton et al (2002) أنه لا يمكن إسناد نموذج بروفيل سيكولوجي خاص بمرض السرطان؛ فهو مرض متعدد الجوانب ومتعدد الأنواع، فلا يوجد سرطان واحد وإنما عدد من السرطانات.

1-5- السرطان والتكتم:

وكما هو الحال بالنسبة للدراسات حول نمط الشخصية، فإن الدراسات التي تربط بين التكتم والسرطان هي بين تأييد ورفض للعلاقة بين المتغيرين. وطرحت (Jadoulle, 2004) عدد من الدراسات في هذا المضمار؛ إذ توصل (Stavraky et coll. (1988) إلى إثبات علاقة ارتباطية بين سرطان الرئة والشخصية المتحفظة، وهو ما قاربه الباحث كميل لقمع الانفعالات السلبية. كما أظهرت دراسة (Todarello et al (1989) على 200 امرأة تقدمن للفحص العيادي وجود سمات تكتمية في فئة النساء المصابات بالسرطان. وفي نفس المضمار توصلت دراسة (Jasmin et al (1990) إلى إيجاد علاقة ارتباطية دالة بين توفر سمات نفسية سيكوسوماتية (أي كل ما يندرج تحت مفهوم التكتم والحياة العملية) وبين الإصابة السرطانية. كما استخلص (Mc Kenna et al (1999) في دراسته الوصفية التحليلية لـ 46 دراسة سابقة وجود علاقة ارتباطية دالة بين قمع الانفعالات والسرطان عند نساء يتجنبن الصراع.

ومن بين ثمان دراسات قام (Garssen (2004) بالتمحيص فيها وتحليلها توصل الباحث لتمييز خمس دراسات مستوفاة للخطوات المنهجية السليمة" (Stavraky et al (1980)، (Dattore et coll (1988)، (Kreitler Chaitchik, & Kreitler (1993) والتي تظهر بوضوح العلاقة بين سمتي قمع الانفعالات وصعوبة التعبير عن الغضب والعدوانية، وبين ظهور السرطان مع الإشارة إلى أن دراسة Epping- (1994) Jordanie, Compas et Howell قد أكدت نتائجها عن قمع معرفي لمريض السرطان، أي قمع الأفكار التي تدور حول المرض وليس قمع الانفعالات السلبية. أما الدراسات الثلاث الباقية: Persky (1987) et coll (1987)، (Hahn & Petitti (1988) Bleiker (1995) فلم تتوصل إلى إيجاد علاقة ارتباطية

breast cancer using the commitment questionnaire: a prospective case-control study in Finland , *Anticancer Res.* Nov;31(11) pp:4007-4013. classé pour Medline / PubMed.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22110235> dernière visite: 03/04/2016.

6.FERNANDEZ-BALLESTEROS Rocio (2001), *Cancer-prone Personality, Type C*, *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. SD, pp :1439–1443.

7.GARSSSEN Bert (2004), *Psychological factors and cancer development: Evidence after 30 years of research*, *Clinical Psychology Review*, Volume 24, Issue 3, July 2004, pp : 315–338

8.GOYMER Patrick (2006), *Stress and cancer*, *Nature Reviews Cancer*, N°6, September 2006, pp : 658,659.

9.HAGEN LISTE Karen (1999), *Breast cancer, personality and the feminine role*, *Patient Education and Counseling*, Volume 36, Issue 1, 1 January 1999, pp : 33–45

10.JADOULLE Vincent, OGEZ David, ROKBANI Leila (2004), *Le cancer, défaite du psychisme ?*, *Bulletin cancer*, n°91 , pp :249-356.

11.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*, vol 1,n° 31, Paris, PUF, pp 155 - 171.

12.JEAMMET Phillipe, Reynaud Michel, Consoli Silla (2001) , *psychologie médicale*, 2ème édition Paris, Abrégés - Masson.

13. Marty.P (1998), *L'ordre psychosomatique*, Paris, Petite Bibliothèque Payot. .

14.MOIROT Michel (2008), *Origines des cancers Traitement et prévention*, Paris, édition Andrillon.

15.PHYLLIS BUTOW .N, HILLER.J. E, PRICE.M. A, THACKWAY.S.V, KRICKER.A, TENNANT.CH (2000), *Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer*, *Journal of Psychosomatic Research*, Vol 49, Issue 3, Septembre 2000, pp: 169–181.

16.PONCELET virginie (2007), *Cancer et histoire de vie : la part psychosomatique*, thèse de doctorat, promoteur Brackelaire Jean-Luc, UCL Louvain, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation.

17.PONGY Philip, BARBEAU Robert (2003), *Psychosomatique et médecine*, France, . Edition Sauramps médical.

18.RENARD Léon (2007), *Le Cancer apprivoisé: les ressources insoupçonnés de l'être humain*, France, Éditions Quintessence.

19. REYNAERT Christine, LIBERT Yves, JANNE Pascal, (2001), Psychogenèse du cancer : vers une piste psychoneuro-endocrino-immunologique? *Ann Med Psycho* n° 159, pp: 273-284.

20. SAMI-ALI.M (1998), *Le Corps, l'Espace et le Temps*, Paris, Dunod.. .

21. 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 : 11