

## الكدر والاكتئاب في رعاية مرضى السرطان

### Distress and Depression in Cancer Care

جانيتا تانسي ودونا قرينبيرق

#### الأسئلة الاستشارية النمطية

- ١ - " هذه المريضة تتكدر جداً في أثناء مواعيدها في عيادة الأورام. من فضلك قيّم حالتها من حيث وجود اضطراب الاكتئاب".
- ٢ - أدخل هذا المريض في بروتوكول علاجي فعال لمرض السرطان الذي يعاني منه ، ولكنه بدأ يتشكك فيما إذا كان يود الاستمرار في هذا البروتوكول. من فضلك قيّم حالته من حيث وجود اضطراب الاكتئاب".

#### خلفية

يعكس السؤالان السابقان الدافع الذي يكمن غالباً خلف إحالة مريض السرطان للتقييم النفسي ، أعني أن حالة المريض النفسية ، تؤثر سلباً على تعاونه في أخذ علاج السرطان. وبالرغم من أن هذا الأمر يعد سبباً كافياً للإحالة ، ولكنه يعكس جزءاً صغيراً من هؤلاء الذين سيستفيدون من التقييم والرعاية النفسية. وتعد الاضطرابات النفسية أمراً شائعاً في محيط مرضى الأورام. وقد أجريت واحدة من أقدم الدراسات في تخصص طب نفس الأورام على عينة عشوائية من مرضى السرطان المنومين والجواله (ambulatory) ، وأظهرت أن نسبة ٤٧٪ من مرضى السرطان لديهم اضطرابات نفسية قابلة للتشخيص ، ومن ضمن هذه الفئة كان ٦٨٪ لديهم اضطرابات التوافق مع أعراض مزاجية أو قلق ، و ١٣٪ لديهم حالة اكتئاب جسيم ، و ٨٪ لديهم اضطراب عقلي عضوي ( organic mental disorder) ، و ٧٪ لديهم اضطرابات في الشخصية ، وحوالي ٤٪ كان لديهم اضطراب قلق سابق (1). أما الدراسات الحديثة حول معدلات الاكتئاب والاكتئاب الجسيم لدى مرضى السرطان ، فأفادت أن معدل انتشار متلازمات الاكتئاب يتراوح من صفر إلى ٥٨ ٪ ، بينما يتراوح معدل انتشار الاكتئاب الجسيم من صفر إلى

٣٨٪ (2). وقد يعود تفاوت معدل انتشار الاكتئاب بين هذه الدراسات إلى اختلاف معايير التشخيص المستخدمة (3)، بالإضافة لاختلاف أنماط السرطان، ومآل المرض، ومرحلة المرض المتقدمة، وعدد من المتغيرات النفسية الاجتماعية. إن تعميم معدل حصول الاكتئاب صعب؛ وذلك بسبب تنوع الناس المصابين بالسرطان، وتركيز العديد من دراسات معدل وقوع الاكتئاب لدى مرضى السرطان على أنواع محددة من السرطان، مثل سرطان الثدي أو الرئة. لكن القاعدة العامة تشير إلى أن نسبة ٢٥٪ من المرضى، سوف يعانون من حالات اكتئاب مهمة إكلينيكيًا في مرحلة ما في أثناء رحلة المعاناة من مرض السرطان.

وأيضاً فمن الجدير بالذكر، وجود حواجز خاصة تحول دون التعرف إلى الاكتئاب لدى مرضى السرطان، والتي تشمل الميل لتطبيع وتسوية ما هو أحرى بأن يُعدّ من أعراض المزاج المرضية، في ظل الظروف الاستثنائية للتشخيص بمرض السرطان، بالضبط كما يُردد أحياناً "حسناً، إنه أمر طبيعي أن تكون مكتئباً عندما يكون لديك سرطان". إن إنكار المرضى لوجود مزاج اكتئابي مستمر؛ يحدث بسبب القاعدة الضمنية التي يباليغ مرضى السرطان في اعتقاد صحتها، وهي أن مريض السرطان يجب أن يظل مبتهجاً. وكما يُقال: "كن إيجابياً دائماً، وإلا لن تستطيع أبداً أن تهزم مرض السرطان" (4). وكذلك عندما تُعزى أعراض الاكتئاب خطأً للتأثير الجسدي لمرض السرطان أو علاجاته. ونظراً لزيادة خطورة حصول الاكتئاب لدى مرضى السرطان، ووجود هذه الحواجز ضد التعرف إليه، فإننا نحتاج للتحري عن وجوده، وتثقيف المرضى وأسرهم وأطبائهم حول مخاطر الإصابة بالاكتئاب، ثم يتبع ذلك تنفيذ التدخلات النفسية الاجتماعية المناسبة.

#### عمل فحوصات التحري عن الكدر، وتقييم الحالة العقلية

في عام ١٩٩٨، عندما أُلقت الشبكة الوطنية الشاملة للسرطان (The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) بثقلها لتحسين الرعاية النفسية الاجتماعية لمرضى السرطان وتنظيمها (5)، في ذلك الوقت، أشارت لجنة متعددة الاختصاصات منبثقة عن هذه الشبكة إلى أن سؤال المريض عن وجود "الكدر" (distress)، كان أقل وصمة، وأكثر مراعاة لإحساس المريض مقارنة بالسؤال عن المشاكل النفسية، أو النفسية الاجتماعية، أو العاطفية.

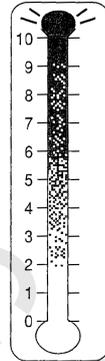
والكدر هو تجربة انفعالية بغیضة متعددة العوامل؛ وذات طبيعة نفسية (معرفية، وسلوكية، وانفعالية)، و/أو اجتماعية، و/أو روحية؛ هي التي ربما تعرقل قدرة المريض على التكيف الأمثل مع السرطان بأعراضه الجسمانية وعلاجاته. ويمتد مصطلح الكدر على طول سلسلة متصلة، تتراوح ما بين مشاعر طبيعية شائعة من سرعة التأثر والحزن والخوف، إلى مشاكل قد تؤدي للعجز، مثل الاكتئاب، والقلق، والهلع، والعزلة الاجتماعية، وأزمات وجودية وروحية (5).

وقد تم استخدام مصطلح "كدر" بنجاح في تحري وفرز المرضى الذين لديهم مخاوف نفسية اجتماعية في أطر رعاية متنوعة وشاملة في العقد الماضي. وعلى نحو متزايد، أصبح مصطلح "كدر" شائع الاستخدام للدلالة على تحري وفحص المعاناة النفسية في العديد من مراكز علاج السرطان وعياداته.

ونتيجة لتأثر شبكة NCCN بنجاح طريقة مقياس الألم من (١ - ١٠)، والذي يعدُّ العلامة الحياتية الخامسة (6)، توصي هذه الشبكة باستخدام مقياس مشابه يسمى ترمومتر الكدر (distress thermometer) (DT) (7)، ويعدُّ "العلامة الحياتية السادسة" (الشكل رقم ١٦,١). ومنذ وقت صدور توصية NCCN، تم توثيق مصداقية ترمومتر الكدر نظير أدوات الفحص المختصرة الأخرى، مثل مقياس بك للاكتئاب، واستبيان صحة المريض (the Patient Health Questionnaire-9)، ومقياس قلق واكتئاب المستشفى (the Hospital Anxiety and Depression Scale). وتشير النتائج إلى أن استخدام ترمومتر الكدر مشابه تمامًا لمقاييس الفحص المختصرة الأخرى، في أنه يمكن إكماله خلال دقائق وله حساسية عالية، لكنه نسبيًا أقل خصوصية (8). وكما هو الحال في مقياس الألم، فإن بنية مقياس ترمومتر الكدر الفعالة والسهلة المنال، تجعله في المرتبة الأولى، باعتباره أداة للفحص المتكرر طوال رحلة المريض مع السرطان، مع العلم بأنه غير كافٍ لتشخيص الأمراض النفسية.

من فضلك ضع دائرة حول الرقم  
من (صفر-١٠)، التي تعطي  
أفضل وصف لحجم الكدر الذي  
أحسست به في الأسبوع الماضي  
بما في ذلك هذا اليوم.

كدر شديد



لا يوجد كدر

الشكل رقم (١٦,١). ترمومتر الكدر.

من فضلك ضع علامة أمام سبب الإصابة بالكدر.

مشاكل جسمانية	مشاكل عملية
<input type="radio"/> الألم	<input type="radio"/> رعاية الأطفال
<input type="radio"/> الغثيان	<input type="radio"/> الإسكان
<input type="radio"/> التعب	<input type="radio"/> المال
<input type="radio"/> النوم	<input type="radio"/> النقل
<input type="radio"/> التجول	<input type="radio"/> العمل / المدرسة
<input type="radio"/> الاستحمام / ارتداء الملابس	
<input type="radio"/> التنفس	<u>المشاكل الأسرية</u>
<input type="radio"/> قراح الفم	<input type="radio"/> التعامل مع شريك الحياة
<input type="radio"/> الأكل	<input type="radio"/> التعامل مع الأطفال
<input type="radio"/> عسرالهضم	
<input type="radio"/> الإمساك	<u>المشاكل النفسية</u>
<input type="radio"/> الإسهال	<input type="radio"/> الاكتئاب
<input type="radio"/> تغيير في البول	<input type="radio"/> المخاوف
<input type="radio"/> الحميات	<input type="radio"/> العصبية
<input type="radio"/> جفاف / حكة الجلد	<input type="radio"/> الحزن
<input type="radio"/> جفاف / احتقان الأنف	<input type="radio"/> الهم
<input type="radio"/> نخز في الأيدي / الأقدام	<input type="radio"/> الغضب
<input type="radio"/> المذاق المعدني للفم	<u>الهموم الدينية / الروحية</u>
<input type="radio"/> الشعور بالانتفاخ	<input type="radio"/> فقدان الإيمان
<input type="radio"/> مشكلة جنسية	<input type="radio"/> الارتباط بالله
<input type="radio"/> هبات الحرارة	<input type="radio"/> فقدان المعنى أو الهدف من الحياة
هل هناك أي أمر مهم تود إضافته إلى هذه القائمة؟	

تم نسخ ترمومتر الكدر بإذن من هودر وستوتون "Hodder & Stoughton".

ويشير حصول المريض على أربع درجات فأكثر على مقياس ترمومتر الكدر، أنه يعاني من كدر متوسط إلى شديد، وقد تم توثيق مصدوقية ذلك مقابل المقاييس النفسية الأخرى. وعندما يحرز المرضى أربع درجات فأكثر على مقياس ترمومتر الكدر، فينبغي على فريق الأورام إجراء مزيد من التقييم، وغالباً إحالة مثل هؤلاء المرضى إلى خدمات الصحة النفسية، و/أو الخدمة الاجتماعية، و/أو الخدمة الروحية على حسب احتياجات المرضى. ويتم تحويل هؤلاء المرضى إلى خدمة الرعاية النفسية؛ من أجل تقييم مدى وجود اضطرابات في المزاج، أو القلق، أو الجانب المعرفي، أو إساءة استخدام لبعض المواد، أو اضطرابات الشخصية. وينبغي مراجعة قوائم أدوية المرضى بدقة؛ لأن عدداً من عقاقير السرطان أو تأثيرات الأدوية فيما بينها، يمكن أن تؤثر على الحالة النفسية. وبلا شك، فإن وجود أمراض نفسية سابقة للإصابة بالسرطان وعوامل الاختطار النفسية، لها آثارها على مآل المرض وعلاج المشكلة النفسية.

ويجب أن تقيّم سلامة المريض؛ لأن مرض السرطان يُعدُّ أحد عوامل الاختطار المؤدية إلى الانتحار، أو إيذاء النفس المتعمد، وخاصة في الشهور الأولى لما بعد التشخيص، أو عند إدراك المريض سوء مآل المرض (9). وفي دراسة حديثة تمت على اثنتين من قواعد البيانات الكبرى على مدار ٣٠ سنة، اتضح أن مرضى السرطان يلجؤون إلى الانتحار بنسبة مضاعفة مرتين عن المرضى بأمراض أخرى غير السرطان، مع نسب انتحار أعلى في الرجال البيض من كبار السن. وتختلف معدلات الانتحار حسب مكان السرطان، فكانت النسبة أعلى لدى المصابين بسرطانات الرئة، والمعدة، والفموي البلعومي، والحنجرة (10). وأخيراً، فإن التقييم النفسي طريقة مناسبة تساعد على تقييم القدرة على اتخاذ القرار، واستكشاف قيم المريض حول الخيارات العلاجية وأهداف الحياة.

### عبء الأعراض الجسمية والكدر

بالرغم من أن مقياس الكدر يمثّل أحد أبعاد التقييم للمريض، إلا أن أسباب الكدر لدى مريض السرطان متعددة الأبعاد، مع وجود عبء كبير للأعراض الجسمية المصاحبة. ولقد ثبت أن مرضى السرطان كثيراً ما يعانون من الكدر بسبب الأعراض الجسمية، مثل الشعور بالألم، والتعب، والغثيان، وصعوبة التنفس، واضطراب النوم، وقلة الحركة (11-13). وقد لا يتضح أحياناً، وخاصة في حالة وجود أو الاشتباه في وجود تغيرات في المزاج، فيما إذا كان ظهور هذه الأعراض الجسمية أو تفاقمها يعود إلى اضطراب الاكتئاب. ونحتاج غالباً للتقييم المستمر لتوضيح ماهية التشخيص، وخصوصاً فيما إذا كان المزاج الاكتئابي له علاقة بتأثير أدوية مرض السرطان أو المعالجة بالسيتوكينات (Cytokines)، أو نتيجة لاضطرابات عصبية، أو هرمونية، أو دموية، أو استقلابية نتجت بسبب مرض السرطان نفسه.

ولأن مريض السرطان يعاني غالباً من توعك (malaise) المرض الجسماني، سواء كان اضطراب الاكتئاب موجوداً أم لا، فإن الباحثين استكشفوا وجود تكتل من الأعراض التي يؤمل أن توضح عرض التوعك، ومدى مصداقية تشخيص اضطراب الاكتئاب حينها. وقد عُرف مصطلح تكتل الأعراض "symptom cluster"، بأنه حدوث عرضين فأكثر بشكل متزامن وثابت، ولكن قد لا يكون هناك سبب مشترك (15، 14). ولقد كان من المأمول أن مصطلح تكتلات الأعراض، قد يصف الشكاوى الشخصية المرتبطة بالنموذج الحيواني للسلوك المرضي بوساطة السيبتوكين (16). ولقد أثمر استيضاح مركبات الأعراض (symptom complexes) عن معلومات مهمة عن ارتباط حدوث الاكتئاب مع حدوث الشكاوى الجسمانية الأخرى، مثل الشعور بالتعب والأرق. وقد قام كل من دونوفان و جاكوبسون (Jacobsen, Donovan) بمراجعة لـ ١٦ دراسة للترابط بين هذه الأعراض، واستنتجا من هذه المراجعة، أنه في المتوسط، فإن مقياسي الاكتئاب والتعب المقدمين في وقت واحد لمرضى السرطان، يشتركان في ٣٠٪ من تباينهما (variance)، بينما يشترك مقياساً الاكتئاب والأرق في ٢٠٪ (17). ويجب أن يدرك الأطباء حجم التباين المشترك (co-variance) العالي لهذه الحالات، وأن يكون الهدف هو تلطيف الأعراض بمعالجات مكيفة حسب الحالة.

وهذا بالطبع لا يعني أننا نريد أن نقول: إن عملية تحسين مصدوقية التشخيص ليست مهمة. إن الكشف عن أن المريض لديه اضطراب مزاجي أولي، يُساهم بشكل كبير في تحديد الخيارات العلاجية، والنتائج، ومآل المرض. وهناك قواعد عامة للتمييز بين حالات اضطراب الاكتئاب الجسيم لدى مريض السرطان، من حالة الكدر المعمم المرتبط بعبء الأعراض الجسمانية. ويعتقد أن تشخيص اضطراب الاكتئاب الجسيم لدى أصحاب العلل الطيبة، له مصدوقية أكبر في حالة وجود اعتقاد بالعجز أو اليأس، وانعدام التلذذ، والشعور بالذنب، والتفاهة، والافتكار الانتحاري (18). بمعنى آخر، فإن الأعراض المعرفية للاكتئاب لها قيمة عالية عن الأعراض الجسمانية للاكتئاب لدى الأشخاص المرضى جسدياً. وفي دراسة أخرى تمت على اضطرابات النوم لدى مرضى السرطان، أظهرت أن الأرق المتأخر أو الاستيقاظ المبكر، المتزامن مع وجود الهياج والقلق والاختلاف النهاري للمزاج؛ يكون أكثر لدى مرضى السرطان المكتئبين، بينما الاستيقاظ منتصف الليل مع الانعدام النسبي للهياج، كانا أكثر شيوعاً لدى مرضى السرطان غير المكتئبين (19).

### العلاجات الدوائية للاكتئاب لدى مرضى السرطان - حكاية تحذيرية

تعدُّ الأدوية المضادة للاكتئاب علاجاً مناسباً لاضطرابات الاكتئاب التي تصاحب مرض السرطان، بالرغم من أنه لا يوجد إلا عدد قليل من التجارب كانت صارمة بما فيه الكفاية؛ نظراً لأن أكثر التجارب ذات معدلات

انسحاب عالية ، ولا يوجد سوى معلومات محدودة عن الأعراض الجانبية للأدوية. وكذلك فإن غالب الدراسات المتاحة تقيس وجود انخفاض في الأعراض الاكتئابية ، بدلاً عن الشفاء من مرض الاكتئاب الجسيم (20). ويتم اختيار مضادات الاكتئاب لأجل آثارها الجانبية التي تطف أضراراً ، مثل الأرق ، والوهن ، وفقدان الشهية. ولعلاج الاكتئاب الذي يصاحبه تعب و/أو أرق ، يُنصح بتعزيز متعقل لمضاد الاكتئاب باستخدام المنبهات ، وأدوية النوم ، وأدوية البنزوديازيبينات. ولا بد من الاهتمام الخاص بالتأثيرات المحتملة للأدوية النفسية مع أدوية السرطان.

وعلى سبيل المثال ، غالباً ما يُستخدم التاموكسيفين (tamoxifen) ، وهو معدل انتقائي لمستقبلات الإستروجين ، علاجاً لمرضى سرطان الثدي ، ويتم استقلابه بواسطة أيزوزيمات P450 ، ليتحول لشكله النشط من خلال الهيدروكسلة (hydroxylation) ، بواسطة إنزيم CYP2D6. ويعمل المستقبل النشط للتاموكسيفين مضاداً للإستروجين في الثدي ، لكنه إستروجيني المفعول في العظام والكبد والرحم. وتعدُّ هبة الحرارة (hot flashes) عرضاً جانبياً شائعاً له ، وكذلك سُجِّلت حالات اكتئاب وقلق ناتجة عن تناوله. وقد أظهرت التجارب الإكلينيكية أن استخدام الموانع الانتقائية لاسترداد السيروتونين (SSRIs) وموانع استرداد السريتونين والنورإبينفرين (SNRIs) ، كان فعالاً في خفض هبات الحرارة بنسبة ٦٠٪ ، مقارنة بـ ٢٤٪ إلى ٣٥٪ عند استخدام الغفل (21). وقد تمت دراسة الآثار الجانبية للاستخدام المتزامن لدواء الباروكسيتين ، وهو مثبط لإنزيم CYP2D6 ، وأظهرت نقصاً في معدلات مستقبل التاموكسيفين النشط ، بل كان النقص أكبر في عينات النسيج التي أظهرت تعددات أشكال (polymorphisms) نمطية جينية مُعطلة من أيزوزيم CYP2D6 ، والتي تتفاوت من نقص إلى اختفاء نشاط CYP2D6 (22، 23). ولذا ينبغي تجنُّب استخدام الأدوية التي تثبِّط إنزيم CYP2D6 بقوة ، مثل الفلوكسيتين والباروكسيتين للمرضى الذين يستخدمون التاموكسيفين (21).

وبالرغم من توفر اختبار النمط الجيني لأيزوزيم CYP2D6 ، إلا أنه لا يعدُّ حالياً جزءاً من الرعاية المعيارية لتكييف المعالجات بالتاموكسيفين ، بالرغم من وجود أبحاث تشير إلى أن مرضى سرطان الثدي الذين لديهم تعدد أشكال جيني مثبط لأيزوزيم CYP2D6 ، معرضون لخطورة انتكاسة الورم ، وتضاؤل فرصة بقاء المريض حياً بدون السرطان (24). بل حتى المثبطات الضعيفة لأيزوزيم CYP2D6 ، تعدُّ مشكلة لبعض فئات المرضى الذين لديهم نمط جيني مختلف مجهول الهوية ، يمتاز بتثبيط نشاط أيزوزيم CYP2D6 أو تغييبه. وقد رشحت بعض الدراسات الدوائية استخدام مضادات الاكتئاب ، الفينلافاكسين والسيثالوبرام والميرتازابين ، لعلاج هبات الحرارة ، والاكتئاب ، والقلق في أثناء المعالجة بالتاموكسيفين ؛ نظراً لقلّة تأثيرها على أيزوزيم CYP2D6.

والنقطة المهمة من هذا الشرح الدقيق ، تتمثل في أن التقييمات الفردية للأنماط الجينية ، وواصمات الورم (tumor markers) ، والمخاطر البيئية ؛ تُؤدَّى حالياً بشكل أكثر من ذي قبل. وكما يتم تطوير معالجات جديدة

للسرطان، فيجب كذلك إعادة تقييم العلاجات الدوائية للاكتئاب، ودراستها من حيث فعاليتها وأضرارها الفريدة في حدوثها لدى مرضى السرطان والبروتوكولات العلاجية بشكل عام. ومما يحتاج لمزيد من الدراسة، تحديد ماهية مضادات الاكتئاب التي تصلح لعلاج الاكتئاب المصاحب لأنواع محددة من السرطان، أو معالجات السرطان، أو للمرضى الذين لديهم مجموعة من الأعراض المركبة المصاحبة.

## العلاج اللادوائي للاكتئاب لدى مرضى السرطان

### العلاج النفسي

يساعد العلاج النفسي مرضى السرطان الذين لديهم الاكتئاب والكدر، بالرغم من أنه لم يثبت علمياً أي نوع من العلاج النفسي أكثر فعالية في المراحل المختلفة في رحلة السرطان، أو حسب نوع السرطان. ولقد أشارت دراسة تحليل ميثا للعلاجات النفسية لمرضى سرطان الثدي، أن العلاج قصير الأجل المرتكز على التكيف، كان فعالاً أكثر في علاج الاكتئاب المصاحب لمراحل السرطان المبكرة. وبالمقابل، فإن العلاج النفسي الطويل الأجل المرتكز على الدعم، أثبت كفاءته مع الحالات المتقدمة من السرطان (25). وإلى حد كبير، فإن نتائج دراسات العلاج السلوكي المعرفي كانت إيجابية، لكن مشوشة بوجود دراسات صغيرة تشير لفعاليتها، وأخرى تشير إما لفعالية محدودة، أو انعدام الفعالية المستمرة للعلاج المعرفي السلوكي (20). وليس من الواضح وجود تأثير مباشر للعلاجات النفسية على مدة البقاء على قيد الحياة بعد السرطان. وقد راجع باحثون تأثير العلاجات المعرفية السلوكية، والداعمة التعبيرية (supportive expressive)، والتثقيف النفسي، على مدة البقاء على قيد الحياة بعد سرطان الثدي والورم الميلانيني، فوجدوها لم تطل مدة البقاء، وبدلاً من ذلك، فإن نقص مدة البقاء ارتبط بارتفاع التفاوت الاجتماعي، ووجود الاكتئاب غير المعالج (21).

### الرعاية الوجودية والروحية

حصلت هذه النماذج العلاجية على اهتمام أكبر في الأدبيات العلمية للعلاج التلطيفي والروحي، ومع ذلك فإن هذه المواضيع تبرز للطبيب النفسي المستشار في أثناء المقابلة السريرية (26). وتعدُّ مقالة سكاللا (Skalla) وموكي (McCoy) مصدراً جيداً يتحدث عن دعم المسائل الوجودية وتقييمها. وفي هذه المقالة يتم تدريب الإكلينيكين على استخدام نموذج (MorVAST)؛ لاستكشاف معتقدات المريض حول: السلطة الأخلاقية (Moral authority)، والمعاني: المهنية (Vocational)، والجمالية (Aesthetic)، والاجتماعية (Social)، والفائقة (Transcendent). والهدف هو الحصول على فهم قيم المريض ودعمها، وتعزيز دمجها في عملية الشفاء (27). وتشجّع الدلائل الإرشادية للممارسة الصادرة عن شبكة (NCCN) الرعاية الروحية، باعتبارها مورداً رئيساً لمرضى السرطان، كما أنها أشارت

إلى ملاءمة بعض المواضيع للتقييم، وتشمل: المخاوف بشأن الموت والدار الآخرة، وتضارب منظومات القيم أو تحدياتها، والتعارض بين المعتقدات الدينية والعلاجات المقترحة، واليأس، والشعور بالذنب، والعزلة عن الجماعة الدينية، وفقدان الإيمان، والقلق بشأن العلاقة مع الله، والقلق بشأن معنى الحياة وهدفها، وحزن الفقد. وتقترح (NCCN) إحالة المرضى إلى خدمات الرعاية الروحية، حيث تشمل التدخلات العلاجية: الإرشاد الروحي، والعلاج بالقراءة، والصلاة، وشعائر المصالحة، وإحالة المريض لجماعته الإيمانية.

### التمرينات والحركة

تشير التقارير إلى أن التمرينات البدنية في غاية الأهمية، لعلاج مركب أعراض اضطراب النوم (28) والتعب (30، 29). ولم يتضح جيداً مدى فعالية التمرينات في علاج الاكتئاب، لكن مع زيادة الاهتمام في استخدام اليوجا والعلاجات الطبيعية في مراكز السرطان هنا وهناك في أمريكا، فإن التقارير تشير إلى نقص الكدر، وتحسن في جودة الحياة لدى المرضى.

### التغذية والمواد التكميلية

بالرغم من الاهتمام الكبير المتوجه إلى عامل التغذية والمواد الغذائية التكميلية في الأدبيات البحثية للطب البديل، إلا أن النتائج في الأدبيات العلمية مازالت محدودة، وغالباً ما تشير بعض القلق. وقد ثبت أن استخدام عامة الناس للفيتامينات والمواد الغذائية التكميلية، قد يؤدي لمضاعفات سلبية غير متوقعة. وفي مرضى السرطان، أظهر العديد من الدراسات الحديثة، أنه لا فائدة من تناول المواد الغذائية التكميلية (31-34). وفي دراسة على استخدام حامض الفوليك (folic acid)، مقابل الغفل على مدار ١٠ سنوات؛ كان التقدير المحتمل للتشخيص بسرطان البروستاتا ٩,٧٪ في فئة حامض الفوليك، مقارنة بـ ٣,٣٪ في مجموعة الغفل (35). وأظهرت دراسة أخرى، أنه لا يوجد تأثير للمستويات المصلية للحامض الدهني أوميغا ٣ (Omega 3) على نسبة وقوع الاكتئاب لدى مرضى سرطان الرئة (36). ودور التغذية والمواد الغذائية التكميلية في علاج الاكتئاب، ليس واضحاً بدقة في الأدبيات العلمية. وعلى الرغم من ذلك، فإن المنطق السليم لرعاية مرضى السرطان، يشير للاهتمام بالعادات الغذائية السليمة، والطعام المغذي، ومساعدات الهضم الصحية؛ وكل هذا يساعد على تحسين صحة المريض بشكل كلي، وجودة الحياة التي يعيشها.

### توفير الرعاية لمقدمي الرعاية للمرضى

ربما تصل نسبة الاكتئاب لدى الأزواج وأفراد الأسرة الذين يقدمون الرعاية لمرضى السرطان إلى ٥٠٪، ولا يحدث هذا فقط بسبب حصول الحزن التوقعي، أو الإجهاد بسبب مسؤولياتهم عن رعاية المرضى. وقد يُصاب مقدمو الرعاية باضطرابات اكتئابية، مع ارتفاع نسبة المراضة وحالات الوفاة (37). وقد أُجريت دراسة على ٦٤ من

مقدمي الرعاية لمرضى سرطان البروستاتا، وأفاد ٤٠,٧٪ منهم بوجود قلق شديد لديهم، وأفاد ٣٦,٧٪ بوجود صعوبات في النوم، في حين أفاد ١٢,١٪ بوجود اكتئاب. وقد انخفضت المستويات الوظيفية ومستوى جودة الحياة عند المرضى الذين يعانون مقدمو الرعاية لهم من الكدر (38). وقد بحثت دراسة أخرى الاكتئاب لدى مقدمي الرعاية لمرضى السرطان في مراحلها النهائية، ووجدت أن الاكتئاب لدى مقدمي الرعاية، لم يكن معتمداً على درجة الرعاية المطلوبة، ولكن كان مرتبطاً بالسن العمري لمقدمي الرعاية، والفترة بين التشخيص ووفاة المريض. وقد عانى مقدمو الرعاية في الفترة العمرية من ٤٥ إلى ٥٤ سنة أعراضاً اكتئابية أكثر، بينما وجد مقدمو الرعاية من سن ٣٥ إلى ٤٤ سنة صعوبات أكثر في مشاعر التخلي والهجر. وقد سجّل مقدمو الرعاية للمرضى الذين ماتوا بسرعة بعد التشخيص، معدلات أعلى لأعراض الاكتئاب والشعور بالعبء، مقارنة بالأترايب (cohort) (39). إن فحص مقدمي الرعاية من حيث الاكتئاب والكدر، يعدّ تدخلاً نفسياً اجتماعياً بالغ الأهمية لكل من مقدمي الرعاية، ومريض السرطان نفسه. ولقد أُستخدمت بنجاح عدة أساليب تحرّ وفحص متنوعة مع مقدمي الرعاية، متضمنة ترمومتر الكدر.

ومع أنه قد تم تقييم الكدر لدى أفراد أسرة مريض السرطان، إلا أن ما لم يتم الاعتراف به وقياسه بشكل جيد من ناحية أثره الإكلينيكي؛ هو الكدر لدى مقدمي الرعاية الصحية. ومن الواضح أن مقدمي الرعاية يعانون من كدر بالغ من جانبهم. وفي عام ١٩٩١ تم عمل مسح على ألف عضو من أعضاء الجمعية الأمريكية لعلم الأورام الإكلينيكي، واتضح أن ٥٦٪ منهم قد استوفى معايير التشخيص بمتلازمة الإنهاك (burnout) (40). وفي عام ٢٠٠٨ أُجريت دراسة تحليل ميثا على ١٠ دراسات (عدد العينة المجمعة = ٢٣٧٥)، تم فيها فحص أعراض الإنهاك لدى المتهنين لعلاج السرطان. ووجد الباحثون بالتقرير الذاتي (self-report)، أن ٣٦٪ كان لديهم إنهاك انفعالي، و ٣٥٪ أحسوا بتبدد الشخصية والنظر للآخرين كأشياء، و ٢٥٪ لديهم عدم رضا شخصي (41).

ومع تعليمهم لمرضى السرطان الأسلوب المتكامل للتعامل مع السرطان، إلا أنه للمفارقة، فإن مقدمي الرعاية الطبية قد يجدون صعوبة في تولي رعاية أنفسهم. أما ماهية تأثير الكدر والإرهاق الذي يعانيه مهنيو مرض السرطان على حجم الكدر لدى المريض ونتائج رعاية المريض، فهذا لم يتم تقييمه بعد في أدبيات البحث الطبي. ومع ذلك، فإنه ينبغي للأطباء النفسيين المستشارين حال إجرائهم تقييماً لمرضى السرطان، أن يقدموا التثقيف والتعاطف والرعاية لمقدمي الرعاية الطبية، إلى جانب مقدمي الرعاية من أسرة المريض.

### مرضى السرطان الباقين على قيد الحياة

لا يعد الاكتئاب والأمراض النفسية الأخرى أموراً عرضية أو تافهة، ولكنها مرتبطة سببياً بسمات رحلة حياة الإنسان الباقي على قيد الحياة مع السرطان، بدءاً من مرحلة ما قبل التشخيص، إلى مرحلة التشخيص

والعلاج، وتستمر بعد ذلك في مرحلة البقاء بعد السرطان. لقد ركزت الدراسات النفسية الاجتماعية على رعاية المرضى في مراحل التشخيص المبدي والعلاج، ولكن مع استمرار تحسُّن فرص البقاء بعد السرطان، ووجود دراسات جيدة للمضاعفات طويلة الأجل للسرطان؛ فقد أشارت بعض هذه الدراسات إلى أن ٢٠٪ إلى ٣٠٪ من الباقين على قيد الحياة بعد السرطان، والذين أمضوا ٥ سنوات فأكثر بعد التشخيص؛ مازالوا يعانون من المضاعفات النفسية الاجتماعية لمرض السرطان (42).

وتُخلف تجربة مرض السرطان أثراً وجودياً مستمراً، حيث ينتقل كثير من المرضى من نضال مرحلة البرنامج العلاجي الحاد، إلى إيجاد معنى لتجربتهم، وتأثيرها على حياتهم وعلاقاتهم. وقد يُحرِّض استمرار وجود علامات تذكر بمرحلة السرطان على نشوء أعراض اكتئابية لدى الباقين على قيد الحياة بعد السرطان. وعلى سبيل المثال، فقد لاحظ باحثون وجود علاقة بين نسبة انتشار الاكتئاب، والإدراك السلبي لصورة الجسم والجنسانية (sexuality)، ما بعد استئصال الثدي لدى مرضى سرطان الثدي (43). وقد يصبح التعب المزمن معوقاً لدى الباقين على قيد الحياة بعد السرطان، وخصوصاً عند وجود حالة اكتئاب مصاحبة (٤٤، ٤٥). وتستمر مخاطر الانتحار مرتفعة مقارنة بعامه الناس (10). وأخيراً، ينبغي للطبيب النفسي الاستشاري أن يراعي الصدمة الشخصية، والمضاعفات الطبية المرتبطة بتجربة السرطان السابقة لدى هؤلاء المرضى.

### المراجع References

1. Derogatis LR, Morrow GR, Petting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA. 1983; 24:751-7.
2. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. J Natl Cancer Inst Monogr. 2004;32:57-71.
3. Kathol R, Muigi A, Williams J, et al. Diagnosis of major depression according to four sets of criteria. Am J Psychiatry. 1990; 147:1021-4.
4. Endicott J. Measurement of depression in patients with cancer. Cancer. 1984;53 (10suppl):2243-9.
5. National Comprehensive Cancer Network, Inc. Clinical practice guidelines in oncology: distress management. Vo 1. 2008. Available from: [www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp) [on-line].
6. Berry PH, Chapman CR, Covington EC, et al., editors. Pain: current understanding of assessment, management and treatments. National Pharmaceutical Council and the Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations; 2001.
7. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, et al. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. Cancer. 1998;82:1904-8.
8. Mitchell A. Pooled results of from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. J Clin Oncol. 2007;25(29): 4670-81.
9. Camidge DR, Stockton DL, Frame S, et al. Hospital admissions and deaths relating to deliberate self-harm and accidents within 5 years of a cancer diagnosis: a national study in Scotland, UK. Br J Cancer. 2007; 96(5):752-7.

10. Misono S, Weiss NS, Fann JR, et al. Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol*. 2008;26(29):4731-8.
11. Kaasa S, Malt U, Hagen S, et al. Psychological distress in cancer patients with advanced disease. *Radiother Oncol*. 1993;27:193-7.
12. Stone P, Hardy J, Broadley K, et al. Fatigue in advanced cancer: a prospective controlled cross-sectional study. *Br J Cancer*. 1999;79:1479-86.
13. Sateia MJ, Lang BJ. Sleep and cancer: recent developments. *Curr Oncol Rep*. 2008;10(4):309-18.
14. Dodd MJ, Miaskowski C, Paul SM. Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2001;28: 465-70.
15. Kim HJ, McGuire DB, Tulman L, et al. Symptom clusters: concept analysis and clinical implications for cancer nursing. *Cancer Nurs*. 2005;28:270-84.
16. Cleeland CS, Bennett GJ, Dantzer R, et al. Are the symptoms of cancer and cancer treatment due to a shared biologic mechanism? A cytokine-immunologic model of cancer symptoms. *Cancer*. 2003;97:2919-25.
17. Donovan KA, Jacobsen PB. Fatigue, depression, and insomnia: evidence for a symptom cluster in cancer. *Semin Oncol Nurs*. 2007;23:127-35.
18. Miller K, Massie MJ. Depression and anxiety. *Cancer J*. 2006;12(5):388-97.
19. Guo Y, Musselman DL, Manatunga AK, et al. The diagnosis of major depression in patients with cancer: a comparative approach. *Psychosomatics*. 2006;47: 376-84.
20. Williams S, Dale J. The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *Br J Cancer*. 2006; 94:372-90.
21. Henry NL, Stearns V, Flockhart DA, et al. Drug interactions and pharmacogenomics in the treatment of breast cancer and depression. *Am J Psychiatry*. 2008; 165 (10): 1251-5.
22. Stearns V, Johnson MD, Rae JM, et al. Active tamoxifen metabolite plasma concentrations after coadministration of tamoxifen and the selective serotonin reuptake inhibitor paroxetine. *J Natl Cancer Inst*. 2003;95(23):1758-64.
23. Goetz MP, Kama AI, Ames MM. Tamoxifen pharmacogenomics: the role of CYP2D6 as a predictor of drug response. *Clin Pharmacol Ther*. 2008;83(1):160-6.
24. Goetz MP, Rae JM, Suman VJ, et al. Pharmacogenetics of tamoxifen biotransformation is associated with clinical outcomes of efficacy and hot flashes. *J Clin Oncol*. 2007;25:5187-93.
25. Naaman S, Radwan K, Fergusson D, et al. Status of psychological trials in breast cancer patients: a report of three meta-analyses. *Psychiatry*. 2009;72(1): 50-69.
26. Kissane D. Beyond the psychotherapy and survival debate: the challenge of social disparity, depression and treatment adherence in psychosocial cancer care. *Psychooncology*. 2009;18(1):1-5.
27. Skalla K, McCoy JP. Spiritual assessment of patients with cancer: the moral authority, vocational, aesthetic, social, and transcendent model. *Oncol Nurs Forum*. 2006;33(4):745-51.
28. Payne JK, Held J, Thorpe J, et al. Effect of exercise on biomarkers, fatigue, sleep disturbances, and depressive symptoms in older women with breast cancer receiving hormonal therapy. *Oncol Nurs Forum*. 2008;35(4):635-42.
29. Mitchel S, Beck S, Hood L, et al. Evidence-based interventions for fatigue during and following cancer and its treatment. *Clin J Oncol Nurs*. 2007; 1(1): 99-113.
30. Kirshbaum MN. A review of the benefits of whole body exercise during and after treatment for breast cancer. *J Clin Nurs*. 2007;16(1):104-21.
31. Gaziano JM, Glynn RJ, Christen WG, et al. Vitamins E and C in the prevention of prostate and total cancer in men. The Physicians' Health Study II Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2009;301(1): 52-62.
32. Lippman SM, Klein EA, Goodman PJ, et al. Effect of selenium and vitamin E on risk of prostate cancer and other cancers. The Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial (SELECT). *JAMA*. 2009;301(1):39-51.

33. Zhang SM, Cook NR, Albert CM, et al. Effect of combined folic acid, vitamin B6, and vitamin B12 on cancer risk in women: a randomized trial. *JAMA*. 2008;300(17):2012-21.
34. Lin J, Cook NR, Albert CM, et al. Vitamins C and E and beta carotene supplementation and cancer risk: a randomized controlled trial. *J Natl Cancer Inst*. 2009;101(1): 14-23.
35. Figueiredo JC, Grau MV, Haile RW, et al. Folic acid and risk of prostate cancer: results from a randomized clinical trial. *J Nad Cancer Inst*. 2009;101:432-5.
36. Kobayakawa M, Yamawakii S, Hamazaki K, et al. Levels of omega-3 fatty acid in serum phospholipids and depression in patients with lung cancer. *Br J Cancer*. 2005;93: 1329-33.
37. Rivera HR. Depression symptoms in cancer caregivers. *Clin J Oncol Nurs*. 2009;13(2):195-202.
38. Fletcher BS, Paul SM, Dodd MJ, et al. Prevalence, severity, and impact of symptoms on female family caregivers of patients at the initiation of radiation therapy for prostate cancer. *J Clin Oncol*. 2008;26(4):599-605.
39. Given B, Wyatt G, Given C, et al. Burden and depression among caregivers of patients with cancer at end of life. *Oncol Nurs Forum*. 2004;31(6):1105-15.
40. Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1000 oncologists. *J Clin Oncol*. 1991;9: 1916-20.
41. Trufelli DC, Bensi CG, Garcia JB, et al. Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care*. 2008;17(6):524-31.
42. Foster C. Psychosocial implications of living 5 years or more after cancer diagnosis: a systematic review of the research evidence. *Eur J Cancer Care*. 2009;18(3):223-47.
43. Reich M, Lesur A, Pedrizet-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat*. 2008;110(1):9-17.
44. Minton O, Richardson A, Sharpe M, et al. A systematic review and meta-analysis of the pharmacological treatment of cancer-related fatigue. *J Natl Cancer Inst*. 2008;100(16):1155-66.
45. Butler LD, Koopman C, Cordova MJ, et al. Psychological distress and pain significantly increase before death in metastatic breast cancer patients. *Psychosom Med*. 2003;65(3):416-26.