جامـــــــــعة وهـــران 2

كلية العلـــــوم الاجتمـــــاعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا

المطبوعة البيداغوجية

لمقياس سيكولوجية الأشخاص في وضعية الاعاقة

دروس مقدمة للسنة أولى ماستر علم النفس العيادي

من اعداد

الأستاذة: بطواف جليلة أستاذة محاضرة أ

السـنة الجامعية: 2025-2026

فهرس المحتويات:

-مدخل مفاهيمي للشخص في وضعية الاعاقة.....3

-الاعاقة البصرية.....4

-الاعاقة السمعية.....10

-التوحد.....15

-متلازمة داون.....20

-الاعاقة الذهنية.....22

-الاعاقة الحركية.....34

-مشكلات الأشخاص المعاقين:1- الصدمة.....41

2-الاكتئاب.....43

3-الشعور بالذنب.....46

4-تعطل دور المصاب بالاعاقة.....53

5-صورة الجسم لدى المصاب بالاعاقة والمرض.....60

6-التمثلات الاجتماعية للاعاقة والمرض.....64

-علم النفس السيكوسوماتي والمرض.....75

-الفحص النفسي للأشخاص في وضعية الاعاقة.....100

-سيكولوجية المعاق بسبب السكري وبسبب السرطان 115

-التكفل بالمصاب بالاعاقة ومساعدته.....116

-استراتيجيات الادماج والتكيف للأشخاص المعاقين.....118

المحاضرة: 1 **مدخل مفاهيمي للشخص في وضعية الاعاقة**

الإعاقة بكل أنواعها ليست وصمة عار وعبئ ثقيل، بل أصبح ينظر اليها كمرض أصحابه يستحقون بذل المزيد من العناية والاهتمام في التعامل معهم ومساعدتهم في القدرة على التكيف والتواؤم مع وضعيتهم ومواصلة حياتهم في الحدود التي تسمح بها قدراتهم وطاقاتهم. الإعاقة هي أنواع منها المكتسبة (حادث) ومنها من يولد بها كالإعاقة العقلية أو بصرية أو سمعية ...الخ

الإعاقة قد يصاب بها الفرد وتصبح حاضرة في حياته وعليه أن يواجهها باستراتيجيات مواجهة من أجل احداث التوافق مع حياته الجديدة، إذا كانت إصابة جسدية فالجانب المعرفي العقلي لم يصاب هو سليم فعليه أن يستثمره ويعتمد عليه من أجل أن يحقق إنجازات واسهامات في حياته يفيد بها ذاته وتقديره لذاته ويفيد مجتمعه ويغير نظرته اليه من السلبية الى الإيجابية (من نظرة الشفقة الى نظرة تقدير). هذه النظرة التفاؤلية التي تنجم عن استراتيجيات مواجهة فعالة مستعملة من طرف المعاق تفتح له آفاق وتحقق له مشاريع مستقبلية وتعزز له الإحساس بالاستمرارية.

المحاضرة: 2 الإعاقة البصرية

الإعاقة البصرية اهتم بها علماء التربية الخاصة وحسبهم الفرد الكفيف والفرد العادي لا يوجد اختلاف بينهم من حيث قدرته على التحصيل الأكاديمي ومن حيث امتلاك اللغة ومن حيث التكيف الاجتماعي، فكم من كفيف تحصل على مراتب علمية وكان مقبولا في المجتمع لذي منحه فرضه لإثبات قدراته (عادل محمد العدل، 2013، 183).

ان الشخص المصاب بالإعاقة يرى أن الإعاقة نقمة وليست نعمة، فهي اختيار من الله وقد تزيد من كفاءة حواسه وقدراته المتبقية وتصبح ذات مستوى أعلى.

المصاب بالإعاقة البصرية العلماء بدراستهم استطاعوا توفير لهم وسائل وآلات لطباعة والأجهزة الالكترونية والعصا الذي يتنقل به دون مساعدة الآخر (عادل محمد العدل، 2013، 183)، وهو يستخدم حاسة اللمس لتعلم القراءة والكتابة (طريقة برايل)، أما بالنسبة لضعاف البصر الذين يعانون من صعوبات في الإبصار هم يستخدمون نظارات طبية، عدسات وسائل التكبير يستطيعون الكتابة والقراءة بطريقة عادية (أحمد محمد الزعبي، 2012، 125).

1- تعريف الإعاقة البصرية:

هي إصابة الجهاز البصري بالتوقف أو الضعف بسبب وراثي أو مكتسب، يمكن تمييز نوعين من الإعاقة البصرية الكفيف هو من فقد القدرة البصرية كلية لا يستطيع القراءة والكتابة العادية الا باستخدام الأدوات المساعدة، مما يؤدي به الى استخدام حاسة اللمس لتعلم القراءة والكتابة، يعرف الروسان (1998، 116): " الكفيف هو ذلك الشخص الذي لا يستطيع أن يقرأ أو يكتب الا بطريقة البرايل". ضعيف البصر هو الذي يعاني من صعوبات في الإبصار فيجعله مضطرا لاستخدام النظارات الطبية أو وسائل التكبير العدسات من أجل القراءة والكتابة (أحمد محمد الزعبي، 2012، 187).

2- مشكلات المصابين بالإعاقة البصرية:

دراسات تناولت سمات المصابين بالإعاقة البصرية، وأكدوا أنهم يتسمون ببعض الخصائص من بينها الشعور الزائد بالنقص والاحساس بالضعف والاستسلام وعد الإحساس بالأمان والقلق من المجهول والسلوكات الانفعالية، ومن هنا نستعرض المشكلات التي يعاني منها الكفيف:

2-1- المشكلات النفسية:

بمجرد الشعور بالاختلاف عن العاديين يسبب هذا للكفيف قلقا نفسيا لأن الإصابة الجسمية هي إصابة نفسية إذا كانت كبيرة فان الإصابة النفسية هي أيضا حادة.

الكفيف يحتاج الى الاستقلالية ويرغب في الخروج من عالمه الضيق وكما تقول بارجا وايرن في 1992 "أن عالم الانسان المكفوف يستثير لديه حب الاستطلاع والاستكشاف شأنه في ذلك شأن العالم المليء بالمثيرات والمعلومات البصرية بالنسبة للنسان المبصر" (منى الحديدي، 2009، 66) وحين يقوم المكفوف بالخروج من عالمه الضيق باحثا عن الاستقلالية، يصطدم بآثار عجزه ويعود لعالمه المحدود، وهنا يتعرض لاضطرابات نفسية بسبب شعوره بالعجز وعدم السيطرة على بيئته.

المعاق بصريا في تنقله يحتاج الى الثقة، الخوف من أن ينصدم بشيء أو يتعثر يقضي على حبه للمعرفة وعلى كل مغامراته الاستطلاعية.

دراسة وارين 1977 أشارت الى أن المصابين بالإعاقة البصرية يصابون بالأمراض العصابية بدرجة أكبر من إصابة المبصرين، وحسبه إنها تنتشر عند الإناث المصابين بالإعاقة البصرية أكبر من انتشارها بين الذكور (عادل محمد العدل، 2013، 212)، وقد أكدت منى الحديدي 1998 أن المعاقين بصريا يعانون من سوء توافق انفعالي أكثر من المبصرين وهم أكثر عرضة للمشكلات الانفعالية كما أشارت إلى أن المصابين بالإعاقة البصرية الجزئية لديهم مشكلات انفعالية أكثر من المكفوفين كليا، إذن إن القلق عند هؤلاء يظهر جليا من خلال هذه الدراسات المذكورة سابقا، كما أن الاكتئاب والتوتر هما حاضرين عندهم يعانون منه، فرابيج بالمناسبة فرق بين نوعين من القلق: النوع الأول هو قلق الانفصال يصيب المعاق بصريا هو قلق الانفصال،

ويخاف من انقطاع العلاقة بينه وبين الأفراد الذين يعتمد عليهم في تبليغه بالمعلومات البصرية ويعتمد عليهم في شؤون حياته، والنوع الثاني قلق الفقدان الكلي للبصر خاص بضعاف البصر من المصابين بالإعاقة البصرية، الذين يخافون فقدان البصر كليا (عادل محمد العدل، 2013، 213).

مشكلة الانطواء والعزلة نجدها عند أغلبية المصابين بالإعاقات، بالنسبة لضعاف البصر هم الأكثر انطواء وعزلة مقارنة بالمصابين بالإعاقة البصرية الكلية، وعند الاناث كذلك نظرا لأن هذه الاعاقة تعطلها عن مشاريع حياتها كالزواج مثلا وقد يحدها من إمكانية قيامها بدورها الطبيعي في الحياة تربية أبناء.

في هذا الصدد نجد دراسة كل من لونفيلد 1974 ووارين 1977 تلخص موضوع الانطواء لدى المعاقين بصريا كما يلي:

- الاناث أكثر ميلا للانطواء وأكثر من الذكور.

- ضعاف بصر أكثر ميلا للانطوائية من المكفوفين كليا.

- ذوي الإعاقة المكتسبة هم أكثر انطوائية من ذوي الإعاقة الولادية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الكفيف كليا والمبصر على مقياس الانطواء.

– نظرة الآخر اتجاه المعاق بصريا عموما هي نظرة شفقة وحب مساعدته والاستجابة لجميع مطالبه قد تولد له معاناة في صورة ذاته كما قد تولد له تناقضا كبيرا بين المعاملة الحسنة هذه وبين المعاملة التي يتلقاها من أفراد لا يعرفهم من بيئة خارجية لا يستجيبون لكل مطالبه التي يلقاها مع أفراد أسرته. وقد تتسم بالقسوة واللامبالاة، هذه التناقضات تجعل المعاق بصريا ينعزل ويميل إلى الانطواء.

– المعاق بصريا يريد الاستقلالية والأمن ولكن محاولاته ليكون مستقلا يخاف في الوقت نفسه أن يفقد أمنه ويعرضه للخطر.

لطفي بركات (1978) يشير إلى أن هذا الصراع الذي يعيشه المعاق بصريا ينتهي إما إلى تغلب الدافع إلى الاستقلال وهنا تبنى شخصية عدوانية قسرية، إما بتغلب الدافع إلى الأمن فتبنى شخصية انسحابية (عادل محمد العدل، 2013، 215)، أما عن الميكانيزمات الدفاعية التي سيعملها المعاق بصريا لمواجهة الصراع:

– التبرير الكبت، التعويض.

– يلجأ للاعتزال كوسيلة هروبية قد يحسب أنها عدوانية.

الأوهام وأحلام اليقظة موجودة عند كل المصابين بالإعاقة البصرية وهي ظاهرة عادية نظرا لأنه قد يشعر بالإحباط مثله مثل الشخص العادي فيلجأ إلى أحلام اليقظة كتعويض لإشباع نزعاته المختلفة، كما أنهم يعانون من الشعور بالنقص نتيجة لعجزهم.

الأمريكي كتسفورت في 1951 باحث مكفوف، ألف كتابه بعنوان "المكفوف في المدرسة والمجتمع" أكد أن الاعاقة البصرية تؤثر على التنظيم السيكولوجي الكلي للمصاب بها، هذا الباحث كان من الأوائل الذين أشاروا الى أن هذه الاعاقة تغير وتنظم الحياة العقلية للمصاب بها بأكملها. وحسبه هذه الوضعية تولد الاحباط المبكر وكلما أصيب بها الشخص مبكرا كلما كانت حاجته الى اعادة تنظيم أكبر. (منى الحديدي، 2009، 69)

المحاضرة: 3 الإعاقة السمعية

السمع يسمع للفرد أن يتفاعل ويتواصل مع مجتمعه، اذ ينقل أفكاره إليهم ويطورها بفضل استماعه الى أفكار وتمثلات مجتمعه، بفضل السمع يتطور السلوك الاجتماعي للفرد، وبفضل السمع يفهم الفرد بيئته ويتوافق معها ويعرف الجوانب الإيجابية ويطورها ويتعرف على المخاطر ويتجنبها كذلك يتحكم في انفعالاته.

عن طريق السمع نتعلم الكلام والتثقيف واللغة والتي تعتبر القاعدة الرئيسية لتطور لسلوك الفرد الاجتماعي. يأتي ذكر السمع في القران الكريم قبل الإطار في كثير من الآيات، فالسمع يعد حاسة من الحواس الخمس المهمة للإحساس والادراك (عادل محمد العدل، 2013، 149)

1- تعريف الإعاقة السمعية:

عبارة عن قصور يصيب الجهاز السمعي في منطقة ما، هو فقدان القدرة على ادراك الأصوات، منظمة الصحة العالمية تعريف الاعاقة السمعية كما يلي: "حدة سمعه غير كافية لكي تسمح له بتعلم لغته أو المشاركة في النشاطات العادية لمستوى سنه ومتابعة التعليم المدرسي العام".

الاعاقة السمعية هي حالة تؤثر على قدرة الفرد على السمع بشكل جزئي أو كلي، فيعيق التفاعل مع الآخرين وفهم الأصوات المحيطة. ان الإعاقة السمعية أدائها الوظيفي يتأثر، ويخلف أثرا سلبيا على شخصية الفرد من الناحية العقلية والاجتماعية والانفعالية والتعليمية واللغوية والجسدية، تطور اللغة يزيد بالسمع حيث انه توجد علاقة سببية قوية بين فقدن السمع وتأثر نمو اللغة.

2- أسباب الإعاقة السمعية:

- عوامل وراثية أو خلقية.

- التهابات الأذن المزمنة.

- اصابات في الرأس والأذن.

- التعرض لأصوات مرتفعة لفترات طويلة.

- أمراض مثل الحصبة، أمراض تصيب الحامل وكذا الأدوية التي تتعاطاها الأم أثناء الحمل، نسبة اصابة الجنين بالصمم ترتفع، قد يحدث الصمم بعد حمل الأم عقب حدوث ما يسمى

بالاجهاض النذر وذلك حين يحدث نزيف من المهبل أثناء الحمل وتوشك الحامل أن تفقد ما في أحشائها ثم تستمر الأمور بعد ذلك ويستمر الحمل، في هذه الحالة ينصح من هذه الأم أن تراقب ولدها جيدا لأنه يجد خطر احتمال اصابته بالصمم أو بضعف السمع. (أشرف سعد نخلة، 2013)

3- سيكولوجية المعاق سمعيا:

الإعاقة السمعية كلما زادت درجة حدتها كلما زادت المشكلات اللغوية للفرد، فهي تؤثر سلبيا على النمو اللغوي، وفي هذا الصدد يشير عدة علماء الى ارتباط القدرة العقلية بالقدرة اللغوية 1950

(Piaget, Ma candless 1973, Furth 1973, mac millan 1977, Bruner 1955)

(فاروق الروسان، 2007، 178).

يعاني معظم المصابين بالإعاقة السمعية ضعفا في التحصيل الدراسي بسبب القصور في اللغة والقراءة.

يعانون من سوء التوافق الاجتماعي نظرا لقصور اللغة ونقص عملية التواصل خصوصا فيما يتعلق بفهم الآخرين، والقدرة على التعبير على الذات والتعبير على الحاجات، لهذا ان هؤلاء يتسمون بالرغبة في العزلة الاجتماعية (عادل محمد عادل، 2013، 175)، كي لا يواجهون نظرات الآخر السلبية التعجبية ولا يتعرضوا للإحباط وعدم التفاعل معهم، لهذا ان هؤلاء يعانون من خاصية الانسحاب والعزلة والتمركز حول الذات وانخفاض مستوى النضج الاجتماعي وعدم تحقيق التوازن الانفعالي ، بالمقابل ان ذوي الإعاقة السمعية يشكلون مع أقرانهم المصابين بنفس الإعاقة جماعة أكثر اندماجا وتفاعلا، وهذا لسهولة التواصل بينهم لغة الإشارة (عادل محمد عادل، 2013، 176).

تؤكد دراسات كل من الحبايني 1980 (اللحامي 1980، بخيت 1988،

Rothroch et Meadow 1974 Reivch 1975)

أن المعاقين سمعيا يعانون من سوء التوافق النفسي وعدم الاستقرار الانفعالي، ولديهم أعراض عصابية كالقلق والخوف الاكتئاب الوسواس القهري، يكونون أكثر عدوانية وحساسية وتصلبا في التفكير وشكوكهم في الآخرين وعدم الشعور بالأمن ويقل تأكيدهم لذواتهم وعديمي المسؤولية، لديهم مشاكل سلوكية، وأحلام يقظة.

المشكلات السلوكية: السرقة، الكذب، الرغبة في الإيقاع بالآخرين والاستهزاء بهم، كل هذه الدراسات المذكورة سابقا تشير الى أنهم يتصفون بالعزلة والعدوانية، الشعور بالإحباط القلق الحرمان التمركز حول الذات الاندفاعية التدهور عدم ضبط النفس انخفاض مستوى النضج الاجتماعي وسوء التوافق الشخصي والاجتماعي (أحمد محمد الزعبي، 2012، 147).

دراسة عبد العزيز الشخص 1995 تكشف عن أن الأطفال المعاقين سمعيا ينخفض لديهم مستوى السلوك التوافقي، أما عن آباء المعاقين سمعيا فهم يشعرون بالذنب والأسى أو الحماية الزائدة وهذا ما يؤثر سلبيا على المعاق ويزيد من اضطراب علاقتهم وتوترها ويؤثر على نمو شخصية الفرد المعوق ومفهومه لصورة ذاته أو ما يؤدي به إلى العزلة والإحباط نتيجة شعوره بفقدان الحب والأمن من طرف والديه (أحمد محمد الزعبي، 2012، 147).

اضطراب في الاتصال بين المعاق ووالديه، بين الطفل وأمه قد يولد لديه قلق الانفصال، لأن سماع الأم عندما لا يراها هو عنصر مهم للإحساس بالأمن، هذا اضطراب التواصل سيؤثر على النمو العاطفي للطفل والوالدين معا.

غياب هذا الاتصال المشترك سيجعل التوازن العلائقي بين العائلة والطفل هشا، حزن الوالدين عندما لا يستطيعان إيصال أحاسيسهما ومعرفة كيف يدركها ويشعر بها الطفل.

اذن وكما قلنا سابقا من أكثر الاضطرابات هي التي نلاحظها صعوبة الاندماج مع المجتمع

اضطراب سلوكية السيكوباتية الجنوح، الاندفاعية العدوانية.

المحاضرة:4 **التوحد**

التوحد يعد من أحد الاضطرابات النمائية التي تؤثر على القدرات الوظيفية، أسبابه وأساليب علاجه وتشخيصه مازال محل جدل بين الباحثين النفسيين والمختصين فيه نظرا لأسبابه المتعددة والتي لا تقتصر على سبب منفرد. يظهر هذا الاضطراب قبل البلوغ ويصيب الجنسين بنفس النسبة ويمكن تكراره في الأسرة الواحدة. تبدأ معاناة التوحد في السنوات الأولى من عمر الطفل وفي بعض الحالات قد يتصاحب التوحد مع الاعاقة العقلية. التوحد هو ليس وراثي فيوجد في بعض الأسر طفل واحد يعاني من التوحد، كما يوجد في بعض الأسر طفل واحد يعاني من التوحد ونجد اخوته قد يعانون من صعوبات أخرى.

الطفل الذي يعاني من التوحد تبدأ معاناته أولا عند عجزه في التواصل مع الآخرين وفشله في استخدام اللغة وانعزال تام عن الأشخاص المحيطين به، الأمهات يلاحظن حينها هذه الأعراض.

ان أول من اطلق اسم التوحد ووصفه هو الطبيب النفسي الأمريكي ليو كانر في عام 1943، هو الأول الذي فصل وصنف هذه الحالة المرضية عن الحالات النفسية المرضية التي يعاني منها الأطفال، ثم جاء بعده بيرنارد ريمنالد في 1965 واهتم بالتوحد نظرا لان طفله كان يعاني من هذا الاضطراب وحينها أسس مع آباء الذين لديهم أطفال يعانون من هذه الاعاقة: الجمعية الأمريكية الوطنية للأطفال المتوحدين والتي هي الآن يطلق عليها اسم الجمعية الأمريكية للتوحد. (ابراهيم عبد اللف فرج، 2004، 19)

1-تعريف التوحد:

التوحد كما يعرفه كنوبلوك في 1980 هو: "اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي (وظيفي) في الدماغ غير معروف الأسباب يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، ويتميز فيه الأطفال بالفشل في التواصل مع الآخرين، وضعف واضح في التفاعل، وعدم تطوير اللغة بشكل مناسب، وظهور أنماط شاذة من السلوك، وضعف في اللعب التخيلي" (مصطفى نوري القمش، 2013، 237)

معظم تعاريف التوحد تشير الى المظاهر السلوكية لدى أطفال التوحد، حيث ان كل التعاريف تتفق على مواصفات معينة للمصاب بالتوحد وهي: الانعزال، الانسحاب، النمو الغير السوي وعدم النجاح في اقامة علاقات مع الآخرين. هؤلاء الأفراد يفتقرون الى ثلاثة قدرات وهي التفاعل الاجتماعي، التخيل، التواصل .

الجمعية الأمريكية تعرف التوحد بأنه نوع من الاضطرابات التطورية التي لها دلائلها ومؤشراتها في السنوات الثلاثة الأولى نتيجة خلل ما في كيميائية الدم أو اصابة الدماغ تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو.

التوحد كما قلن سابقا هو يعد ضمن الاضطرابات النمائية العامة في سن قبل سنوات، واضطراب الطيف التوحدي يشمل اعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي والتواصل وخصوصا

يتضمن أنماط سلوكية نمطية ومتكررة. في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي الرابع ان اضطرابات الطيف التوحدي تضم خمسة اضطرابات هي:

1-التوحد

2- متلازمة أسبرجر: هو اضطراب شبيه بالتوحد البسيط وغالبا يكون فيه تأخير ملحوظ في المعرفة واللغة.

3- اضطراب ريت وهو تطور طبيعي من خمس شهور الى أربع سنوات متبوعا بانحدار وتخلف عقلي.

4-اضطرابات النمو غير المحددة هي اضطرابات نمائية عامة غي محددة تتمثل في تأخر عام في النمو غير موجود في أي معيار تشخيصي.

5-اضطرابات الطفولة التحليلية هو اضطراب طفولي تفككي وهو تطور طبيعي على الأقل من سنتين وحتى عشر سنوات متبوعا بفقدان ملحوظ للمهارات.

2-سيكولوجية المتوحد (أعراض وخصائص):

-**إعاقة في التفاعل الاجتماعي:** الشخص المصاب بالتوحد يعيش في قوقعة فهو لا يطور العلاقات الاجتماعية ولا يستثمرها، يتميزون بالعزلة التامة والتجنب والانسحاب من كل المواقف الاجتماعية. المتوحد مشكلته تبدأ في عجزه عن استخدام السلوكات اللفظية مثل التواصل البصري واستخدام تعبيرات الوجه والإيماءات التي يستخدمها العاديون في التفاعلات الاجتماعية والتواصلات. كما ان مشكلة الشخص المتوحد هي الاعاقة التي يعاني منها على مستوى كل من مهاراته اللفظية والغير اللفظية، لغتهم المنطوقة تتصف اما بقصور كلي أو بمتأخرة ولهاذا هم لا يتكلمون ويعجزون عن التحدث مع الآخرين. وان تكلمو فلغتهم غريبة وقد تتميز باستعمال لغة تكرارية أو نمطية مثل تكرار جمل أو كلمات مرتبطة بالمعنى. اما عن فهمهم لما

يقوله الآخرون فهو متأخر جدا. ولكن يوجد من يألف أسلوب تواصلهم ويفهمهم نوعا ما كالأم. الافتقار الى التخيل الذي يعاني منه الطفل المتوحد كما قلنا سابقا هو ما يجعله لا يميل الى الانشغال بالألعاب التخيلية وهذا ما نسميه: الاعاقة على مستوى اللعب التخيلي، فهو يأخذ اللعب عادة بشكل تكراري ونمطي وعدم إشراك أقرانهم باللعب معهم. تكرار الكلمات أو الجمل بدون هدف وبدون معنى وبدون سياقها في الكلام المهم هو يكررها وفقط. ولا يكتسب كلاما مفيدا ولهذا فان معظم الأشخاص المتوحدين تفاعلهم وتواصلهم هما غير عاديين.

-**اعاقة في التواصل:** اللفظي والغير اللفظي فهم عاجزين عن التواصل مع المحيطين، تواصلهم محدود مع الأشخاص، فهم يلجأون اليهم كالأم مثلا لاستخدامها كآداة مساعدة مثل استخدام يديها من أجل الوصول لشيء ما هم يريدونه. الطفل المتوحد قد يحب أن يجلس في حضن أمه ولكنه لا يجلس معها وجها لوجه انما وجهه بعيدا عنها ولا يتبسم مع أمه، الطفل المتوحد يستطيع أن يميز الفرق بين الغرباء وأمهاتهم، كما يفضل ويحب البقاء بقرب أمه في الظروف التي تقلقه وتسبب له توترا. وهذا دليل على أن المتوحدين ليسو غير مدركين تماما كما نعتقد ولكنهم لا يستثمرون العلاقات مع الآخرين ولا يستمتعون ولا يعقدون علاقات اجتماعية ولا صداقات ذات معنى وقيمة. (ابراهيم عبد الله فرج الرزيقات، 2004، 38)

-**خلل في الحواس:** الشخص المتوحد يحب الهدوء وعندما يتعرض لأصوات عالية منبعثة من الأجهزة الكهربائية أو الجرس أو ما شابه ذلك فهم يضطربون ويتوترون. لديهم حساسية زائدة للمس والمسك أو أحيانا لا يهتمون. أما بالنسبة للشم والتذوق يوجد من المتوحدين من يألف طعاما محددا ولا يأكل غيره لأنه تعود عليه ولا يحب التجديد.

-الافتقار للوعي بأجسادهم: يمكن للمتوحد أن يؤذي ذاته ويسقط من النافذة مثلا بدون أن يعي، أو يركض مسرعا في الشارع أو في الحديقة بدون هدف يجري فقط. بمعنى يفتقرون إلى التحكم

الإدراكي وإلى التكامل الحركي وتظهر لديهم أنماط شاذة من السلوك، مثل السلوك النمطي أو تحريك يده أرجله أو اصبعه...

-**السلوك النمطي والطقوس:** يلعب الطفل المتوحد بأشياء محددة لساعات ويهتم بها اهتماما مفرطا، ويوجد من المتوحدين ما يمضون وقتهم في قضاء سلوكات نمطية وطقوسية متكررة لساعات مثلا ضرب رأسهم أ تلويح أيديهم أمام أعينهم أو عض أيديهم. ومنهم من يجب ان يلمس كل باب وهو يمشي والبعض الآخر يلمس كل مقعد في الصف. هم يغضبون لأي تغيير يحصل لهم في روتينهم، ويقاومون بشدة التغير فهم كما يقول كانر يحافظون على التماثل والنمطية. في الحقيقة ان ما يعيق تكيف الطفل المتوحد وتعلمه وتفاعله الاجتماعي هو هذه المشكلات السلوكية الدائمية.

- **الغضب وايداء الذات:** الطفل المتوحد قد يغضب بسبب تغيير له روتينه كما قلنا سابقا هو يحب التكرار والنمطية والمألوف لا الجديد، التغير يقاومه بشدة بابداءه سلوكات عدوانية وقد يصل الأمر إلى إيذاء ذاته، فالصراخ والبكاء والعدوانية هي ردود أفعال واستجابات للانزعاج أو الإحباط بسبب فقدان مواضيع مألوفة لديهم وتغييرها بأخرى مثلا، وكما يقول سميث في 2001 عندما يلخص خصائص التوحد : "هم يصرون على التماثل ويتضايقون للتغير في البيئة والروتين يصبح طقوسي عندهم التكرار والنمطية وسلوك شديد مفروض ذاتيا يصعب ايقافهم". العدوانية عند المتوحد قد تأخذ شكلين إما يوجهها نحو الآخرين وإما يوجهها نحو ذاته ويؤذي ذاته، وذلك بضرب رأسه والعض وحك الجلد، وهو لا يحس بالألم عند إيذاء ذاته، السلوكات العدوانية هذه تثير الرعب في نفسية الآخرين العاديين الموجودين مع المتوحد أثناء عدوانيته وقد تحدث صراعات بين الأطفال المتوحدين وهذا ما يؤدي الى المشاكل في التفاعل الاجتماعي والى صعوبات اجتماعية،(ابراهيم عبد الله فرج الرزيقات، 40،2004)

بالمقابل هذه السلوكات العدوانية لدى المتوحدين يمكن تعديلها بفضل البرامج العلاجية الحالية المبتكرة، وعلى الأم والأب وكل محيط المتوحد أن يعملوا جاهدين لمشاركة عالم طفلهم الداخلي وتعليمه واعادة تدريبه، لأن البيئة وفرض التعلم والخبرات يتركون تأثيراتهم النمائية على الطفل المتوحد، بفضل التعلم والاستعداد له يتطور اللعب التخيلي واللغة التي هم يفتقدونها هؤلاء المتوحدون.

التوحد أعراضه تختلف من الشديد جدا الى البسيط، كل متوحد له قدراته الخاصة به وإعاقته المحددة، فمنهم من لديهم تخلف عقلي كإعاقة اضافية، ومنهم من لديه ذكاء عال وتحصيل عال، المصابين بالتوحد البسيط يقدرون أن يشاركون في المجتمع بشكل وظيفي وفعال، أما الأشخاص المتوحدون واللذين لديهم تخلف عقلي كإعاقة ثانية هم منشغلون بأشياء واثارة داخلية وهيجان وسلوكات عدوانية مؤذية للذات.

متلازمة داون

ظهر مصطلح متلازمة داون لأول مرة عام 1966 على يد الطبيب جون لانجدون داون، الشخص العادي لديه 46 كروموسوما يبنما الشخص المصاب بمتلازمة داون لديه 47 كروموسوما. هذه المتلازمة عبارة عن شذوذ خلقي مركب سببها اختلال في تقسيم الخلية وغالبا يكون مصاحب للتخلف العقلي.

متلازمة داون هي الأكثر شيوعا المتعلقة بالاعاقات العقلية وترتبط بشكل قوي بالتأخر العقلي ويصادفها المختصون في تعاملهم مع الأشخاص المصابين بها، تنتشر متلازمة داون في 1 من 1000 من المواليد الأحياء وكل عام يولد حوالي 3-5 آلاف طفل مصاب بمتلازمة داون (مصطفى نوري القمش، 2013، 278).

1-تعريف متلازمة داون:

هي عبارة عن شذوذات خلقية متنوعة ومركبة مثل: 47 كروموسوما عوض 46 كروموسوما ، شذوذ خلقية بالقلب، مظاهر في العين، عيوب في الجهاز العصبي المركزي، تشوهات في الأطراف واضطرابات في الجهاز الهضمي ولهذا ان كل هذه الشذوذات هي المسؤولة عن الشذوذ العقلي للمصابين بها. فهي متعلقة بالإعاقات العقلية ولعل أبرزها التأخر الذهني والذي تكون فيه معدلات ذكاء المصابين به بين الشديد والمتوسط. ولكن غالبا المصابون بمتلازمة داون يكونون في المستوى المتوسط أو البسيط من الإعاقة العقلية وهناك من هم في اعاقة عقلية شديدة، الأطفال المصابين بمتلازمة داون نموهم الحركي واللغوي والعقلي يكون بطيء ويكونون أصغر حجما من غيرهم ولديهم خطر أن تكون جميع أعضاء جسمهم مشوهة وغير طبيعية.

المصاب بمتلازمة داون الكرموسوم الزائد عندهم 47 بدلا من 46 يكون متجاورا مع زوج الكروموسومات 21 وبالتالي بدلا من أن تكون ثنائية هي تصبح ثلاثية لهذا تسمى ثلاثية الكروموسومات أو الانقسام الثلاثي.كل خلية جسمية تحمل 46 كروموسوما وهذا الأخير يعني مخلوقات صغيرة جدا يحمل كل منها مئات الجينات.

2-سيكولوجية الأشخاص المصابين بمتلازمة داون:

يتميز هؤلاء الأشخاص بعدة مواصفات في أجسامهم وفي سلوكاتهم أبرزها كما يلي:

-الرأس المسطح والوجه واسع.

-ثنيات بسيطة من الجلد في أطراف العين وتجعيدات في الجلد في الزوايا الداخلية وغالبا أعين طفل متلازمة داون مائلة نحو الأعلى .

-الجفون مائلة للأطراف.

-الأذنان واليدان والرجلان كلها صغيرة.

-قوة العضلات منخفضة.

-الفم صغير واللسان كبير.

-انخفاض جسر الأنف أو أنف صغير أفطس. (ابراهيم عبد الله الزيقات،2016، 31)

أما مواصفاتهم السلوكية والمعرفية:

هم أشخاص يقولون عنهم أنهم فرحين ووديين في حياتهم وبشوشين، لغتهم متأخرة خصوصا التعبيرية ويظهر التأخر بين 18 شهرا وسنتين أما عن لغتهم الاستقبالية هي أفضل من التعبيرية. يمكنهم تعلم القراءة بالكلمات البصرية. تكيفهم يكون أفضل من أشخاص آخرين لديهم تأخر في النمو. العدوانية عندهم عموما نسبة قليلة من يمارس فيهم العدوانية، قد يقومون بصفات المتوحد كسلوك التكرار المعارضة ايذاء الذات، قد تكون لديهم اضطرابات في الأكل و رهاب أو متلازمة توريت.

المحاضرة : 5 الاعاقة الذهنية

منذ القدم الأشخاص المصابين بالإعاقة الذهنية هم أكثر الأشخاص الذين تعرضوا لسوء المعاملة وسوء الفهم والاضطهاد. في العصر الحاضر، الاعاقة الذهنية اهتم بها الكثير من العلماء في مجال الطب والتربية وعلماء النفس والقانونيين, لم يعد ينظر لها على أنها وصمة عار، فمواثيق حقوق الإنسان أقرت جملة من المبادئ الإنسانية السامية كالمساواة وتكافؤ الفرص وحق كل إنسان أن ينال نصيبه من التربية والتعليم في الحدود التي تسمح بها قدراته وطاقاته. ان الاهمية من الاهتمام بهذه الشريحة ودراستها هي من أجل تدريبها وتعليمها وتأهيلها لتصبح عامل انتاج في المجتمع، بدلا من أن تكون عالة عليه. هم الفئة القليلة الأقل حظا, في الغالب لا يستطيعون ايصال أصواتهم أو التعبير عن مطالبهم فهم اذن بحاجة الى من يتفهم مطالبهم

وحاجاتهم ليعبر عنها ويوصلها الى المسؤولين والتربويين ذوي العلاقة. (مصطفى نوري القمش, 2011) عندما نتكلم عن الإعاقة العقلية فإننا حتما نتكلم عن الاعاقات المعرفية، الاشخاص المصابين بهذا النوع من الاعاقات يتصفون بسوء التوافق مع المجتمع، أما عن الأطفال التلاميذ فان أدائهم المدرسي هو معطل ومعوق مما يستدعي اتباعهم خدمات التربية الخاصة.

في حالة عدم الاهتمام بهذه الفئة من المجتمع: "الاشخاص المصابين بالإعاقة العقلية" فانهم قد يكونون قوى ضارة مخربة في المجتمع وغير فعالين.

الاهتمام بهم يعني توفير لهم خدمات تربوية خاصة هدفها: إعادة تأهيلهم لتنمية امكانياتهم البشرية الكامنة (حمدي علي الفرماوي ووليد رضوان النسج، 2010، 17)

من أجل مساعدة هؤلاء المصابين بهذه الإعاقة يجب فهم أولا هذه الإعاقة وأنواعها... ثم مساعدتهم في تنمية مهاراتهم وقدراتهم وشخصياتهم وتطوير تواصلهم مع محيطهم، بالرغم من مستويات القصور الظاهرة لديه.

1-تعريف الاعاقة الذهنية:

المصاب بالاعاقة العقلية لا يستطيع التكيف مع متطلبات الحياة نظرا لأن الاعاقة العقلية هي حالة تتصف بضعف في الوظائف العقلية العامة بما في ذلك المهارات المعرفية الاجتماعية والسلوكية. تظهر خلال فترة النمو وقبل سن 18 سنة.

يجب أن نميز بين الإعاقة العقلية والاعاقات المتعددة (سوف ندرسها لاحقا) وباختصار هي عبارة عن اعاقات متزامنة يعانون منها الاشخاص كالتخلف العقلي وكف البصر، أو التخلف العقلي والتشوهات واضطرابات في النمو، وبالمناسبة تم التوصل لتعريف هذه الفئة بين عامي 1978-1979 من طرف

Ysseldyke (مصطفى نوري القمش، 2013، 20)

هذه الاعاقات المتعددة حسب الموسى في 1999 تؤدي الى مشكلات تربوية شديدة ولا يمكن التعامل معها بالبرامج التربوية المعدة خصيصا لإحدى هذه الاعاقات (مصطفى نوري القمش، 2013، 20)

فهذا النوع من الاعاقات يستدعي الحاجة الى خدمات تربية خاصة مكثفة وعناية شاملة ومكثفة. الاعاقة العقلية يصابون بها بعض الأفراد، وتسبب لهم "صعوبات تعلم نوعية واضطرابات لغة وتخلف عقلي وعلل في الجهاز الحركي، توحد، واصابة دماغية شديدة واضطرابات انفعالية، وعلل سمعية وبصرية، والاعاقة السمعية البصرية المزدوجة، والاعاقة المتعددة، وعلل صحية أخرى" هكذا يعرفها القانون الأمريكي لتعليم الأفراد ذوي الاعاقات لعام 1997 (حمدي علي الفرماوي ووليد رضوان النساج، 2010، 23) الا أن هذا القانون لم يتطرق الى اضطرابات الانتباه وفرط النشاط.

في الحقيقة وجدنا صعوبة في تعريف الإعاقة العقلية ومن بين التعاريف التي تبدو لنا أنها تعرف الإعاقة العقلية هي كما يلي:

تعريف **دول** عام 1941 والذي تم قبوله لسنوات طويلة من طرف المتخصصين في هذا المجال، فحسبه ان الإعاقة العقلية الشخص المصاب بها يتصرف بالخصائص التالية:

- عدم النضج الاجتماعي ويرجع ذلك الى نقص في القدر العقلية.
- توقف النمو العقلي ويظهر بوضوح في البلوغ.
- له أصل حيوي وهو غير قابل للشفاء (مصطفى نوري القمش، 2011، 20)

بمرور الزمن تعريف **دول** لاقى انتقاد خصوصا عندما يعتبر الشخص المصاب بالإعاقة العقلية غير قابل للشفاء، أما عن نضجه الاجتماعي فهو قابل للتغيير والنمو بفضل تدريب المعوقين

عقليا على المهارات الاجتماعية، وخصوصا الحالات التي تنتمي الى فئة الحالات البسيطة والمتوسطة.

تعريف **هيبر** 1961 والذي لاقى بقبول الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي وهو كما يلي:" التخلف العقلي يشير الى انخفاض عام في الأداء العقلي يظهر خلال مرحلة النمو مصاحبا بقصور في السلوك التكيفي (مصطفى نور القمش، 2011، 21)

تعريف هيبر هو يتعارض مع المدرسة السلوكية التي تقر أن السلوك يمكن ملاحظته وتغييره وقياسه، وحسبهم الذكاء هو مفهوم نظري لا يمكن الدفاع عنه، أما هيثم يعتبر انخفاض درجة الذكاء كمحك أساسي للتخلف العقلي.

تعريف **جورسمان**1973 وهو في الحقيقة تعديل لتعريف هيبر وحسبه ان التخلق العقلي هو أداء ذهني عام منخفض عن المتوسط بدرجة واضحة، ويكون ذلك مصاحبا لسلوك لا تكيفي مع اشتراط حدوث ذلك في مرحلة النمو (حمدي علي الفرماوي ووليد رضوان النساج، 2010، 24)

تعريف جورسمان ينص على أن التخلف العقلي هو " الانحراف الشديد أو الإعاقة للوظيفة العقلية مع وجود أو مرافقة عدم التكيف أو انحراف في السلوك التكيفي للفرد ويظهر هذا خلال مراحل نمو الفرد وتطوره."

لو نحلل هذا التعريف فإننا نجد 4 نقاط مهمة هي:

-الإعاقة العقلية واضحة وشديدة.

- ربط بين الإعاقة العقلية وعدم تكيف في السلوك الاجتماعي (انحراف)

- الوظيفة العقلية هي التي فيها الإعاقة أو الانحراف.

- تظهر هذه الإعاقة (الانحراف) خلال مرحلة النمو ومن ثم تستمر.

اذن ان تعريف الجمعية الامريكية للتخلف العقلي في الحقيقة اقترحه جورسمان في 1983 وهو كما يلي:

" التخلف العقلي يشير الى حالة من الانخفاض الدال (الواضح) للوظائف العقلية العامة تظهر أثناء فترة النمو وينتج عنها أيضا أو يصاحبها قصور السلوك التكيفي" (مصطفى نور القمش، 2011، 22)

استخدم مفهوم الإعاقة العقلية للمساعدة على تشخيص وتقييم الأشخاص الذين يحتاجون الى خدمات التربية الخاصة ومساعدتهم للقيام بالأنشطة الحياتية اليومية في أي عمر، والمشاركة في المجتمع عوض الانعزال عنه، فهؤلاء الأشخاص هم بحاجة الى حماية قانونية خاصة للتعبير عن أنفسهم شخصيا.

2- تعاريف الإعاقة العقلية:

2-1 التعريفات الطبية: بالنسبة للأطباء هم يعتبرون الإعاقة العقلية هي عبارة عن خلل عضوي في المراكز العصبية تحدث قبل أو بعد الولادة.

تعريف تريدجولد1937 بالنسبة له الإعاقة العقلية هي عدم النمو العقلي وعدم قدرة الشخص المصاب بها على تكيفه أو تكييف نفسه مع مطالب محيطه بطريقة يحافظ على بقائه مستقلا عن الاشراف والمراقبة ومساعدة الاخرين (في: عادل محمد العدل، 2013، 118).

تعريف جيرفيس1952: "توقف أو عدم اكتمال نمو الدماغ وهي تخلق قبل المراهقة أو بسبب عوامل جينية" (في: عادل محمد العدل، 2013، 118).

تعريف ببنوا1959: " نقص في وظائف العقل نتيجة عوامل كثيرة تسبب ضعف في كفاءة الجهاز العصبي ونقص في القدرة على النمو والقدرة على التكيف" (في: عادل محمد العدل، 2013، 118).

تعريف ماكميلان1982: " ضعف الوظيفة العقلية التي نتجت لسوء التغذية أو إصابة في الجهاز العصبي، وتحدث هذه الإعاقة قبل الولادة أو في الطفولة وتسبب نقص القدرة العامة للنمو والقدرة على التكيف مع البيئة" (في: عادل محمد العدل، 2013، 118).

2-2 التعريفات السيكومترية: بالنسبة لهم الأشخاص المصابين بالإعاقة العقلية هم الأشخاص الذين يقل مستوى ذكائهم بانحراف معيارين عن المتوسط الطبيعي أو العادي.

سيكومترين يعتمدون على مقاييس الذكاء كمحرك لتعريف الإعاقة العقلية والتي يتم الاعتماد فيها على مقياسي القدرة العقلية ل:

- شانفرد بينيه

- وكسلر

والين في 1949 بالنسبة له الشخص المعاق عقليا هو الذي يفشل في استخدام الاختبارات النفسية من أجل الحصول على نسبة ذكاء مقبولة مع عمر عقلي مقبول.

بالنسبة ل **سبتز**1963 الشخص المصاب بالإعاقة العقلية هو يعاني من نمو عقلي متأخر وذكاءه أدنى من 70 عند تطبيقه لاختبار ذكاء مقنن. (في: عادل محمد العدل، 2013، 119).

السيكومتريين يعتبرون الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن 75 معوقا عقليا، وكما قلنا سابقا يعتمد التعريف السيكومتري على نسبة الذكاء كمحك في تعريف الإعاقة (فاروق الروسان، 2007، 94).

2-3 التعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية:

في التعريف السيكومتري للإعاقة العقلية وجهت له عدة انتقادات خصوصا في مقياسي: شانفرد بنيه ومقياس وكسلر وكل هذا ساعد في ظهور التعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية حيث ظهرت

المقاييس الاجتماعية والتي تقيس مدى تفاعل الفرد مع مجتمعه واستجاباته للمتطلبات الاجتماعية.

أصحاب هذا الاتجاه الاجتماعي هم **تريدكولد** 1908 و**دول** 1941 و**هيبر**1959 و**جرسمان**1973و**ميرسر**1973.

وفي تعريفهم للإعاقة العقلية هم يركزون على مدى استجابة الأشخاص المصابين بالإعاقة العقلية للمتطلبات الاجتماعية كمتغير أساسي في تعريفهم لها أو غيروا عنه.

بمصطلح السلوك التكيفي يعني هو مدى استجابة الأفراد المصابين بالإعاقة العقلية للمتطلبات الاجتماعية، إذا فشل الفرد في القيام بهذه المتطلبات اذن هو معوق عقليا حسبهم.

3-أسباب الاعاقة الذهنية:

وراثية: تغيرات في الكروموزرمات ، اضطرابات جينية مثل متلازمة داون.

طبية: اصابة الدماغ أثناء الولادة أو بعدها.

العدوى أثناء الحمل (مثل الحصبة الألمانية)

بيئية: تعرض الأم أثناء الحمل لعوامل ضارة مثل التدخين الكحول مواد سامة.

اجتماعية ونفسية: الاهمال وسوء المعاملة.

4-تصنيف الاعاقة الذهنية:

خفيفة: يستطيع الشخص أداء معظم الأنشطة اليومية بمساعدة بسيطة.

متوسطة: يحتاج الى دعم مستمر لتعلم المهارات الأساسية.

شديدة: يتطلب رعاية مكثفة للمساعدة في الأنشطة اليومية.

عميقة: يعتمد بالكامل على الآخرين في جميع الجوانب.

5 -الخصائص العامة:

تنشأ الإعاقة العقلية قبل 18 سنة والاعاقة النمائية قبل سن 22 عاما وهي تشمل الأشخاص ذوي الإعاقة المزمنة أو الشديدة، وهي أعقد وأشمل من الاعاقات العقلية بل هي تنتمي اليها مع اضطراب التوحد والاعاقات الحسية، والاعاقات الجسمية أو المتعددة ولهذا عندما نصف الاعاقات النمائية فهي توصف كما يلي: - مزمنة وشديدة.

- تظهر قبل 22سنة.

- تنتج أو تظهر بوجود إعاقة عقلية واعاقة حسية أو كلاهما.

كل أنواع الاعاقات فان الأشخاص المصابين بها هم بحاجة لتلقي خدمات التربية الخاصة، ووفقا لحاجتهم الخاصة ونذكر منها:

- تعليمهم الاستقلالية في العيش وتنمية مهاراتهم.

- دعم المحيط والإرشاد.

- خدمات يجب توفيرها لهم أهمها الرعاية الصحية، الصحة النفسية التكوين المهني (إبراهيم عبد الله الزريقات، 2016، 27).

5-1 الخصائص النفسية:

انخفاض تقدير الذات وضعف الثقة بالنفس نتيجة شعوره بالعجز أو مقارنة نفسه بالآخرين.

الحاجة إلى الدعم يعتمد على الآخرين لتلبية احتياجاته مما يجعله يشعر بالضعف أحيانا.

صعوبة التعبير عن المشاعر قد يواجه تحديات في التعبير عن مشاعره بشكل صحيح، مما يؤدي إلى الإحباط أو السلوكيات السلبية.

الخوف من الفشل: يشعر بالخوف من القيام بالمهام بسبب تكرار السلوكيات السلبية.

التبعية: يفضل البقاء في بيئات مألوفة ومريحة له ويظهر ترددا عند التعامل مع التغييرات.

أما عن التأثير النفسي لهذه الاعاقة: الاكتئاب بسبب الشعور بالعجز أو نقص التقدير من المحيطين به.

الاحباط والقلق نتيجة التحديات اليومية وعدم القدرته على تحقيق الاهداف.

5-2 الخصائص الاجتماعية:

ضعف التفاعل الاجتماعي: يعاني من صعوبة في بناء علاقات مع الآخرين نتيجة ضعف المهارات الاجتماعية.

الشعور بالعزلة قد يشعر بالوحدة بسبب قلة التواصل أو التمييز الاجتماعي.

التعرض للتنمر: مما يؤثر سلبيا على نفسيته ويزيد من شعوره بالاقصاء.

الاعتماد على العائلة: يشكل أفراد العائلة الدعم الأساسي له مما قد يحد من استقلاليته.

5-3 الخصائص السلوكية:

ردود أفعال مبالغ فيها: قد يظهر استجابة عاطفية زائدة للمواقف التي تسبب له الضغط أو الاحباط.

السلوكيات النمطية: مثل تكرار حركات معينة أو ألفاظ محددة كطريقة للتعبير عن الراحة.

مشكلات ضبط الانفعالات قد يواجه صعوبة في السيطرة على مشاعره. مما يؤدي الى نوبات غضب أو بكاء.

العدوانية أو الانسحاب: حسب الظروف المحيطة، قد يميل الى سلوك عدواني أو انسحاب اجتماعي.

6-التأثير النفسي للاعاقة:

الاحباط والقلق نتيجة التحديات اليومية وعدم قدرته على تحقيق الأهداف.

الاكتئاب بسبب الشعور بالعجز أو نقص التقدير من المحيطين به.

الاعتمادية النفسية الحاجة المستمرة للدعم العاطفي قد تؤدي الى زيادة الاعتمادية على الآخرين.

7- التكفل النفسي واحتياجاتهم النفسية:

الشعور بالأمان يحتاج الى بيئة توفر له الحماية وتجنبه التمييز أو التنمر.

التشجيع والدعم: تعزيز ثقته بنفسه من خلال المديح والتشجيع على الانجازات الصغيرة.

التقبل قبول الشخص كما هو دون اصدار أحكام.

التفاعل الاجتماعي الايجابي تعزيز المهارات الاجتماعية من خلال التدريبات والأنشطة.

كيفية التعامل مع المصاب:

التواصل الواضح والبسيط استخدام كلمات وتعابير يسهل فهمها.

التشجيع على الاستقلالية اعطاؤه فرصا للمشاركة في المهام اليومية.

التعامل بالصبر فهم احتياجاته واحترام وتيرة تعلمه.

توفير بيئة داعمة خالية من التوتر والتمييز.

التدخل العلاجي العمل مع مختصين في العلاج النفسي أو السلوكي عند الحاجة.

اذن على الأسرة تقديم الدعم العاطفي والحرص على تعزيز شعوره بالانتماء.

وعلى المجتمع تعزيز الوعي حول الاعاقة العقلية وتوفير بيئات شاملة وداعمة تساعده على الاندماج.

المحاضرة: 6 الإعاقة الحركية:

الطفل المصاب بالإعاقة الحركية هو يعاني من اضطرابات حركية لا حسية سمعية أو بصرية أو إعاقة فعلية التي تتطلب استخدام خدمات التربية الخاصة هو يعاني من قصور جسمي يمنعه من القيام بالحركات اليومية بشكلها الطبيعي ويمنعه من الذهاب الى المدرسة أو التعلم، هو بحاجة الى خدمات التربية الخاصة علما أنه قد تكون لديه نوع من الموهبة، نقص يعوضه بوهبته، فمثل " طه حسين" كلنا نسمع عنه أنه كاتب وأديب مصري، كان مصاب باعاقة بصرية وهذه الاعاقة لم تنعه من أن يطور موهبته وذكاءه ومعرفته ويستثمرها ويصبح مشهورا يتمتع

برضا المجتمع ومكانة مرموقة فيه، بدلا من ان يستسلم لاعاقته ويكون في تبعية للآخر. وهناك العديد من أمثاله. اذا كانت الاعاقة أصابت الجانب الحركي فالجانب المعرفي لم يصاب وعلى الشخص في وضعية الاعاقة الحركية أن يستثمر قدراته المعرفية وينجز دورا في مجتمعه.

1-تعريف الاعاقة الحركية:

الحكومة الفيدرالية في الولايات المتحدة الامريكية تعرف الإعاقة الحركية: "إصابة جسمية شديدة تؤثر على قدرة الفرد على استخدام عضلاته وتؤثر على أدائه الأكاديمي بشكل ملحوظ ومنها ما هو خلقي ومنها ما هو مكتسب" (عادل محمد عادل، 2013، 252).

في الحقيقة يصعب حصر أفراد هذه الإعاقة ويصعب الاتفاق على تعريفها وهذا بسبب تشبعها وتنوعها. الا أن معظم التعريفات تقر بأنها حالة من الضعف العصبي أو العظمي أو العضلي أو هي حالة مزمنة (عادل محمد عادل، 2013، 251).

المصابون بالإعاقة الجسمية والصحية هم أفراد لديهم عائق نتج عن الإصابة بحادث أو مرض، هذا العائق يمنعهم من القيام بأدوارهم اليومية ووظائفهم الجسمية والحركية. العائق قد يكون عبارة عن إصابة بسيطة أو شديدة تصيب الجهاز العصبي المركزي أو الهيكل العظمي أو العضلات أو الأمراض الخطيرة، في هذه الحالات المرضية المزمنة هي تستدعي العلاج الطبي

والنفسي الاجتماعي ليستطيع المصاب بالإعاقة أن يتكيف مع حالاته الراهنة ويستطيع العيش بأكبر قدر من الاستقلالية ويستطيع أن يندمج بمجتمعه.

تعريف القانون الدولي للمعاق: المعاق شخص عاجز عن أن يؤمن لنفسه بصورة جزئية أو كلية ضروريات الحياة الفردية أو اجتماعية العادية بسبب قصور خلقي أو غير خلقي في قدراته الجسمانية والعقلية وتم الاعتماد تاريخ 12/3 كيوم دولي للمعاقين بموجب القرار 3/47 الصادر عن الأمم المتحدة (عادل محمد عادل، 2013، 253).

عبد العزيز الشخص وعبد العقار الدماطي يعرفون الاعاقة كما يلي: "نوع من الإعاقة ينتج عن عيوب بدنية أو جسمية وخاصة تلك العيوب المتعلقة بالعظام والمفاصل والعضلات ويطلق على الفرد المصاب بمثل هذه العيوب معوق بدنيا أو حركيا"

باتمان واخرون يعرفونها: "تلك الفئة من الأفراد الذين يتشكل لديهم عائق يحرمهم من القدرة على القيام بوظائفهم الجسمية الحركية بشكل عادي، مما يؤدي الى عدم حضورهم المدرسة مثلا أو أنه لا يمكنهم من التعلم الى الحد الذي يستدعي توفير خدمات تربوية وطبية ونفسية خاصة ويقصد بالعائق هنا أي إصابة سواء أكانت بسيطة أم شديدة تصيب الجهاز العصبي المركزي، أو الهيكل العظمي أو العضلات، أو الإصابات الصحية" (أحمد محمد الزعبي، 2012، 189).

2- سيكولوجية المصاب بالإعاقة الحركية:

الإعاقة الحركية لها تأثير واضح على صورة الذات كما لها تأثير في سلوك الفرد وتصرفاته، فالشعور بالنقص الناتج عن هذه الإعاقة يصبح عاملا يؤثر سلبيا في النمو النفسي للفرد.

إصابة أحد أعضاء الجسم بالنسبة للمصاب يعني له عدم اكتمال نموه مما يخلق في نفسه إحساسا بالدونية ويزعزع شعوره. وهذا ما يجعله يرفض ذاته ويحس بالقلق والخوف من المجهول، ويعد نفسه ناقصا (أشرف سعد نخلة، 2013، 89) أمام نظرات الآخر ويرفض نظرة الشفقة وأن يعامل معاملة خاصة، ولا يحب اهتمام الناس الزائد وتبرعهم لمواساته فهو يرفض المساعدة ونظرات الآخر السلبية.

الخصائص السلوكية للمصابين بالاعاقة الحركية تختلف فيما بينهم ولكن يوجد ماهي مشتركة بينهم. حسب رشاد موسى أن المصابين بالاعاقة البدنية المكتسبة يحصلون على درجات منخفضة في تقدير الذات ويشعرون بالتعاسة وأقل اكتفاءا ذاتيا وأكثر قلقا وتوهما للمرض من الأفراد المصابين بالاعاقة البدنية الخلقية.

فارنيوسيتوجوشي 1996 وجدوا أن الأفراد الذين عانوا من اعاقات بتر الأطراف اما نتيجة تعرض لحادث أو نتيجة التعرض لمرض ما أنهم كانوا يعانون من تقدير الذات سلبي كما كانوا يعانون من القلق والاكتئاب (أحمد محمد الزغبي،2012، 191).

2-1- خصائص ومميزات الأطفال المصابين بالاعاقة الحركية:

يمكن ذكرها فيما يلي:

- واجباتهم يهملونها، يعانون من العزلة والانطواء الاجتماعي وهم أكثر انزعاجا.

- سوء التكيف النفسي والاجتماعي خصوصا اذا كان الاضطراب الجسمي حاد.

- يعانون من الاكتئاب الصدمة واللامبالاة.

- يعانون من تقدير ذات منخفض ومعاناة في صورة ذاتهم ويعانون من الأفكار الهادمة للذات أي تمثلاتهم سلبية.

- صعوبات في التعلم واللغة والحواس (لا يتعلمون بسهولة ولا يتعلمون بسرعة).

- يعانون من نظرة الآخر السلبية نحو اعاقهم الحركية.

- مشاكل عادات الطعام واللباس والاعتماد على الآخرين، مشاكل التبول وضبط المثانة والأمعاء.

- مشاكل تعليمية تتمثل في الانتباه صعوبة التركيز والتذكر النسيان (عادل محمد العدل، 2013، 256).

2-2- المعاش النفسي للمصاب بالاعاقة الحركية:

نشير الى المشاعر والتجارب اليومية التي يمر بها المصاب بالاعاقة الحركية التي تتمثل في الصراعات الداخلية، التحديات النفسية آليات التكيف مع الوضعية الجديدة سواء كانت الإعاقة خلقية أو مكتسبة، يتأثر المعاش بعوامل مثل الدعم الأسري البيئة الاجتماعية وشخصية المصاب.

2-2-1- مراحل التكيف النفسي مع الإعاقة الحركية:

- **الصدمة والانكار**: إعاقة مكتسبة عدم التصديق، الأمل في الشفاء.

- **الغضب والرفض**: الغضب نتيجة فقدان الاستقلالية والاعتمادية بسبب فقدان الحركة، الغضب يوجه نحو ذاته ونحو الأسرة والأطباء.

- **الحزن والاكتئاب**: خسارة الحياة السابقة، انسحاب اجتماعي، انعدام الأمل.

- **التقبل والتكيف**: استراتيجيات مواجهة موائمة.

2-2-2 الجوانب النفسية للمعاش اليومي:

- عدم الاستقلالية والتبعية للآخرين وهذا ا قد يسبب له احباط.

- الوصمة الاجتماعية: يشعر بأنه مرفوض ومختلف عن الآخرين مما يجعله ينعزل ويعيش عزلة نفسه.

- الإحباط المتكرر: صعوبة الوصول للأماكن يجعله يحبط.

- الخوف من المستقبل: القلق بشأن المستقبل والاستقلالية في العمل ومعناة على مستوى الاحساس بالاستمرارية.

- الصراع مع الذات والمعاناة.

3- استراتيجيات المعاش النفسي:

- الدعم النفسي: العلاج النفسي لمساعدة المصاب على التكيف مع التحديات اليومية ولمساعدته على التخفيف من القلق والاكتئاب.

- التأهيل المهني والاجتماعي: المصاب يجب أن يتعلم ويعمل على حدود امكانياته وتطوير مهاراته فهذا يساعده على تعزيز ثقته بنفسه بفضل تطوير المهارات.

- التواصل الاجتماعي: مساعدته في الانخراط في النشاطات الاجتماعية وبناء شبكة دعم من أصدقاء وزملاء.

- التقنيات المساعدة: استخدام أدوات حركية كراسي متحركة أطراف صناعية من أجل الاستقلالية.

- تطوير تمثلات إيجابية، التركيز على الإنجازات بدلا من التحديات.

– تعلم تقنية الاسترخاء لتحسين المزاج.

3–الآثار النفسية للاعاقة الحركية:

أن يكون الفرد في حالة اعاقة يعني :

* أن يكون في وضعية ضعف, الاعاقة الحركية عموما هي الانغماس في المعاناة, إصابة جسمية, الإقلاع والإنقاص من القدرات الفيزيائية (الجسمية), الاعاقة الحركية حتما تؤثر سلبيا على اندماج الفرد في محيطه وتضايقه المعاق حركيا يحس باعاقته بأنّها تقلل من قدراته وقواه الجسمية فيحس بالنقص وبالعيب والشعور بالذنب.

* يعني أن يكون في وضعية تبعية وعدم الاستقلالية، نتيجة طبيعية لوضعية الضعف. حسبConsoli & Reynaud, Jeammet (1996)

قد يكون من العبث أن نفصل المعاناة الجسمية العضوية عن المعاناة المعنوية النفسية.

هذين المكونيين (معاناة عضوية والمعاناة النفسية) هما ملتصقان فيما بينهما في حالة الإصابة الجسمية (المرض), المعاناة هي قبل كل شيء هي ظاهرة ذاتية ولا نستطيع أن نفصل في مفهومها عن ما هو نفسي وما هو جسمي, في هذا الصدد يتحدث leriche قائلا : "الألم الجسمي ليس سوى عبارة عن حدث عادي للتدفق العصبي الذي يجري بسرعة محددة في العصب, والألم هو ناتج عن صراع مهيج في الفرد بكامله."(Jeammet & al., 1996, 257)

النتائج النفسية التي يخلفها المرض حسبJeammet وآخرون (1996) هي كما يلي :

1 النكوص : Régression

هذا الميكانيزم لا يستطيع المريض تجنبه, فهو مشترك عند المرضى. كل جرح وكل مرض يولد رد فعل علاجي ووقائي (protection), فهو رد فعل طبيعي بالنسبة لكل مريض عندما ينطوي على نفسه في حالة اعتداء (حادث اعاقة) وفي حالة معاناة.

ميكانيزم النكوص يقوم به المريض وهو يتميز بالانغلاق على الذات (Retrait sur soi) والانسحاب وأيضا يتميز بظهور أو انبثاق سلوك طفيلي(infantile) مع :

–الإنقاص(Réduction) من الأهداف , فالمريض لا يرى نفسه يحقّق مشاريع مستقبلية ولا يخطط في المستقبل البعيد إنما يرى نفسه سوى في الحاضر أو في المستقبل القريب كما انه لا يتحمل الانتظار.

–الانغلاق عن الذات (égocentrisme), المريض ينسحب وينغلق عن نفسه, يخرج من الجماعات التي تتطلب الاتصال المتواصل مع الآخر, وهو لا يتخيّل أنّ الآخر هو قادر أن يفهمه لانّ تجربته المرضية هي خاصّة ومعاناته هي خاصّة. وأيضا ان المريض لا يتحمل الإحباط (frustration).

–التبعية للمحيط: التغذية، العلاج...له حساسية وتأويلات قد تكون سلبية ضدّ ردود أفعال المحيط, فالمريض ينتهج سلوك طفيلي ويبحث عن أمّ جيدة (لاشعوريا) , الرجوع إلى إشباع قديم.

–نمط التفكير الخيالي(magique) غير منطقي وخرافي وفي نفس الوقت يتناوب مع نمط تفكير: الاعتقاد والثقة بقدرات الطبيب وبمفعول الأدوية (Oppenheim, 2000)

–النكوص غالبا له دلالة غير مباشرة: إذن انه مفهوم إسقاطي (connotation projective), مرافق للمفهوم الأصلي، فهو يدفع الفرد بالرجوع الى مرحلة الطفولة فيساعده هذا على ترك ونسيان الضعف الشيخوخي الذي يحسّ به (vieillard sénile) من جرّاء المرض. وفي الواقع أن ميكانيزم النكوص هو مفيد وحتى انه بالغ الأهمية في حياة المريض لأنه يساعده على نسيان أوجاعه وآلامه وجروحه النفسية التي لها دور مهم جدا في الزيادة من خطورة المرض وتفاقم الوضع.

استعانة المريض بميكانيزم النكوص هو بالمناسبة :

–ترك الهموم والشكوك (soucis) وترك الآلام اليومية والتمحور أو تركيز الانتباه على القوى الذاتية (forces sur soi-même) فهذه القوى الذاتية هي مفيدة وتلعب دورا مهما في الدفاع ومحاربة الاعاقة والمرض والحفاظ على النظام النفسي للمريض الذي أصبح ضعيفا.

–يساعد المريض على تقبّل مساعدة وحماية المحيط لان النكوص كما قلنا سابقا المريض يصبح طفل يبحث عن حماية أمّه ويطيع أوامر أسرته.

(Jeammet, Reynaud, & Consoli, 1996).

–المستوى السيكوسوماتي عند المصاب بالاعاقة الحركية يكون خطير أو أعمق, في حالة عدم استعانة المريض بميكانيزم النكوص ورفضه له وهذا يعني رفضه لعناية وتكفل المحيط به ويغلق عن نفسه بالانسحاب والانعزال عن أفراد المجتمع وتصاب نفسيته بالفوضى وعدم ترتيب أفكاره ومشكل عدم التعقيل، أين الأنا لا يستطيع التحكّم في الوضع ولا يستطيع القيام بوظائفه الأساسية.

المحاضرة: 7 مشكلات الأشخاص المعاقين:

الاعاقة بالنسبة للشخص المصاب بها وخصوصا الذي اكتسبها من جراء حادث أو من جراء مرض خطير أو مرض مزمن هي معاناة شخصية، المصاب يجد نفسه يصارع اعاقته ويواجه عدة مشاكل نفسية، من بينها الصدمة الاكتئاب الشعور بالذنب خصوصا عندما يتعطل دوره الاجتماعي ولايستطيع اتمام واجباته العائلية الزوجية والاجتماعية المهنية، وعندما تصاب صورة جسمه ويبدأ يقدر ذاته سلبيا نظرا لأنه يقارن صورته الجسمية المتغيرة بالصورة الجسمية التي كان يمتلكها سابق قبل الحادث أو قبل اصابته بمرض خطير أو بحروق...الخ وعندما

تكون تمثلاته لاعاقته سلبية فهي تؤثر على صورة ذاته سلبيا، كل هذه المشكلات سوف نتطرق اليها في هذه المحاضرة وأهم المشكلات التي يعانون منها المصابون بالاعاقة هي كما يلي:

1-الصدمة:

الصدمة هي حدث يأتي من الخارج نحو ذات الفرد فيحدث فيها اصابات على نفسيته واضطرابات مرضية قد تكون مؤقتة أو مدى الحياة ان لم تعالج. هذا الحدث قد يكون حادث سيارة، مرض خطير، اعتداء اغتصاب، زلزال... ونجم عليها اضطرابات نفسية مرضية مؤقتة او مدى الحياة. مصطلح الصدمة هو مصطلح اغريقي(Grecs) قديم، يعني القيام بجرح, والصدمة تعني الجرح. هذا المصطلح استعمل في علم النفس المرضي وأصبح يسمى صدمة نفسية أو الصدمة, ويعني هلع (choc) أو صدمة نفسية مصدرها خارجي (خارج نفسية الفرد)، Marty في 1990 يقول في هذا المجال:" الحوادث الصدمية تضطرب مجموعة من الوظائف النفسية وتخترق القدرات التبلورية... الأنا عند الشخص المصدوم هو غارق في الضعف، وكذلك ضعفه الدفاعي وعجزه يخلق اضطراب التنظيم النفسي...القلق هو مؤشّر خطر دائم"

(In ; Ait Sidhoum, 1998b, 100)

صدمة فقدان موضوع عزيز على الشخص يولد لديه حداد واكتئاب مما ينجر عنه تقدير سلبي لذاته كما يقول فرويد، بتر الرجل بسبب حادث سيارة أو بسسب السكري، فقدان الشعر والصلع والاسمرار بفعل العلاج الكيميائي بسسب المرض بالسرطان، فقذان العذرية بسبب الاغتصاب، فقدان الابن وموته بسبب حادث اصطدام دراجة نارية مع سيارة، التعرض للخيانة من طرف أشخاص موثوق بهم التعرض لتشوهات في الوجه والجسم بسبب حريق أو شجار عنيف، ذبح أو قتل شخص عزيز أمام أعينه من طرف ارهابيين...كلها صدمات قد يتعرض له الفرد في حياته، ولا أحد هو في الآمان. تشخيص مرض خطير هو في حدّ ذاته صدمة نفسية يتلقاها الفرد، جميع المصابين بالسرطان عند تلقيهم خبر مرضهم لأوّل مرة كلهم يعبرون عنه

أنهم عايشوه كصدمة أين رفضوه في الأول وهو حادث مؤلم عنيف عدائي, أثر سلبيا على نفسيتهم ويشتكون من جسم غريب (corp étranger) تحصلو عليه من جراء اعتداء السرطان عليهم وعلى حياتهم. حسب Janet هذا الشعور: جسم غريب سيخلق للمصدومين خلل على مستوى اللاشعور، بالمناسبة janet قام بانجاز أطروحة دكتوراه 1889 حول الاوتوماتيزم النفسي وحينها يعتبر الأول الذي تطرق وحدّد معنى الصدمة النفسية وبعد 4 سنوات فرويد طوّر هذا المفهوم في فترة مابين 1895-1897 وبالنسبة له وقوع الشخص في الصدمة يعني وقوعه في حقل من عدم التحضير(non- préparation) وينتج عنه رعب (Effroi) ويصبح هذا الشخص محايد (Passif) (Lopez, 1998). Frenczi في 1987 عمل في مجال الصدمة وهو يشير الى أنّها هلع أو مفاجأة غير متوقّعة وغير محضّرة وهي محطّمة، وتنتج الإحساس والشعور بالذنب (Lopez, 1998). مشكلة الشخص المصدوم هي مشكلة فراغ على مستوى التمثلات يعني انعدام المعرفة حول الحدث الذي تعرض له تجربة جديدة لم يسبق له وا عايشها ولم تكن له تصورات حول مدى خطورتها وألمها وهلعها، لأول مرض تعرض لها كان يسمع عنها عند الآخرين ولكن لم يحس هو بها لأنها ألم ذاتي شخصي، عندما يستطيع أن يعطي معنى ويفسر لذاته ماذا جرى له وأجاب عن الغموض وملأ فراغات التمثلات نستطيع القول أنه بدأ يتغلب على صدمته وهذا بالتعاون مع الأخصائي النفساني ومع طبيبه وكل محيطه. التذكر للحدث الصدمي عند الشخص المصدوم (الضحية) هو تذكّر عنيف، هو تذكر أحاسيس وصور مؤلمة، وقد ينسى ماذا جرى له لفترات، هذا التذكر يشكل له "فكرة ثابتة" تكون على مستوى ما قبل الشعور إذ أنها تتجاهل الشعور, وهي تظهر على شكل هلاوس(Hallucinations) وكابوس (Cauchemars) القفز الارتعاش حركات أوتوماتيكية ليست مكيّفة مع الشعور, أمّا بالنسبة لما تبقى من الشعور يبقى يطور التفكير والتكيف (Crocq, 2007). يشير Guillaumin في 1996 أنّ تبلور ما بعد الصدمة هو في حدّ ذاته معاناة ومحنة حقيقية (Cournut ,1998) . أمّا Lopez (1998، 18) هو يقول أنّ ما بعد الصدمة تخلّف:" الكف، القلق، نسيان الحوادث، الإنكار، وكذلك أعراض

عدم الشخصنة (non–personnalisation) (الإحساس بعدم امتلاكه لاندماجه الفيزيائي أو النفسي) أو عدم الشخصنة (الإحساس بالغرابة (étrangeté) وعدم صراحة المحيط (irrialité du monde، بدون تفكّك الإدراك)

2- الاكتئاب :

عندما نتحدث عن الاعاقة أو المرض أو الصدمة فاننا حتما سنتحدث عن الاكتئاب الذي لا يفارق حياتنا النفسية وهو يزيد ويرتفع مع ظهور هذه الحوادث في حياة الفرد، فهو عاجز عن تجنبه, نتيجة للجرح النرجسي الذي ينبثق جرّاء هذه الحوادث والذي يكون يساهم في تغيير صورة الذات ومعاناتها. المصاب بالاعاقة المكتسبة يشعر بالضعف والوهن ويكون عرضة للتهديد والخطر كما يشعر بالذنب, المعاق يفقد ثقته بقدراته وقواه البدنية ويكون في وضعية حساسة تساهم في ايقاض قلق طفولي وبالخصوص قلق الخصاء (castration).

تغير صورة الجسم بسبب تشوهات أو بتر أو استأصال أحد أعضاء الجسم بسبب حادث أو بسبب مرض خطير أو مزمن هو حتما يغير صورة ذات المصاب بسبب هذه التغيرات الجسمية، فيفقد المصاب ذاته السابقة ويكتسب ذات جديدة تعاني ومكتئبة، فاكتساب جسم جديد غريب ومرفوض من طرف صاحبه ينتج عنه اكتئاب وحداد بسبب فقدان الموضوع وينتج عنه تقدير ذات سلبي كما يقول فرويد، ان صورة الجسم هي تبني صورة الذات كما يقول بول شلدر(1968). وفي هذا المجال تقول Bourreau(1991) أنّه عدّة دراسات قد وضّحت كيف أنّ المرض (الخطير والمزمن خصوصا) يؤثّر سلبيا على صورة الذات ويمنح لصاحبه مزاج اكتئابي وحزن وفقدان الطاقة وعدم تحفّزه لتحقيق مشاريعه المستقبلية. ان تحقيق المشاريع المستقبلية هو ما يسميه علماء النفس الاجتماعيون مثل طاب الاحساس بالاستمرارية، أي خلل على مستواه يسبب لصاحبه معاناة في صورة ذاته، لأن الاحساس بالاستمرارية هو عامل بنائي لصورة الذات بل هو بعد من أبعاد الهوية الشخصية كما يقول طاب (2004، 57) وأي قطيعة على مستوى

تحقيق المشاريع المستقبلية بسبب مرض خطير (شبح الموت وغموض المستقبل) أو اعاقة حركية (العجز) يؤدي بصاحبها الى المعاناة والاكتئاب دون شك. الا اذا قام هذا المعاق أو هذا المريض باستثمار قدراته المعرفية وشغلها في انجازات وأدوار تفيد نفسه وتفيد مجتمعه، وهذا ما يسمى باستراتيجيات المواجهة الفعالة.

.Ait Sidhoum(1998b، 99) في مجال الاكتئاب يقول: "بدون شكّ فقدان القيمة العملية (Fonctionnelle) لما قبل الشعور الذي يشكّل، مع انخفاض الحيوية (Tonus) في الحياة، هو المظهر الذي يميّز أكثر الاكتئاب"، الأعراض العيادية للاكتئاب قد تخلط مع النكوص في الوضعية الحساسة التي ترافق المريض ولكن أعراض الاكتئاب تتميّز عن النكوص في انها تضم معاش نفسي يتميز بعدم التقييم والتقدير (dévalorisation) عدم الكمال والنقص.
الاحساس ب:المصيبة، النكبة اللعنة سوء الطالع . الاحساس بالهجر (sentiment d'abandon) وترك كل مشروع أو كل أمنية, غياب الدفاع والاستسلام.

أفضل علاج للمصاب بالاكتئاب هو العلاج النفسي واذا تعذر أو عجز هذا العلاج نترك العلاج الطبي كآخر حل علاجي للمكتئبين لأن الأدوية النفسية تترك آثار جانبية سلبية على الذي يتناولها خصوصا في القدرات المعرفية تسبب النسيان والتبعية ويوجد خطر الانتحار كما يقول الأطباء اذا تم قلع مضادات الاكتئاب بشكل فجائي للمريض خطر الانتكاسة والانتحار يبقى قائما. في الحقيقة العلاج الطبي والعلاج النفسي، هما يتماشيان بالتزامن وبالمناسبة دراسة بلاكبرن Blackburn وآخرون في 1986 تبيّن أنّ اشتراك هذين العلاجين في علاج المصابين بالاكتئاب هو يعطي نتائج فعّالة وايجابية. بالمقابل هناك دراسات تنكر هذه الفكرة ك: دراسة باك Beck وآخرون في 1985 ، و Lollon وآخرون في 1992 مذكورين في: -Criquillion Doublet

و Dubois و Foulon وآخرون (2004) . وحسب Mirabel-Sarron (2004) انّ اعتماد المصاب بالاكتئاب سوى على مضادات الاكتئاب فهذا قد لن يجدي به نفعا وينتكس وخطر

التبعية يبقى مستمرّا لذلك يجب عليه الاعتماد كذلك بالعلاج السلوكي المعرفي. وحسبها انّ سبب اكتئابه قد يعود إلى قلق شديد له علاقة بفقدان متكرّر في الماضي. أمّا بالنسبة ل Freud (1968) فانّ الحداد مرتبط بالاكتئاب وهما يشكلان وحدة متكاملة نتجت بسبب فقدان مواضيع وينجرّ عن الاكتئاب حسبه الإنقاص من تقدير الذات وفقدان الشهوة في الحياة ورؤية العالم فارغا وأسودا.

المريض بالاكتئاب قد يخفي اكتئابه بتصرفات واتجاهات تبريرية، وردود أفعال: الشكاوي مثلا عن طريق شكاوي المريض نستطيع أن نكشف عن اكتئابه. إذا كان المريض يستعين بالنكوص الذي يكون مقبولا من طرف محيطه فان هذا الميكانيزم يحمي المريض من الاكتئاب الشديد لأن المريض هنا مثل ذلك الطفل الذي ينتظر دعم والديه

ويبحث عن إصلاح جرحه النرجسي.(Jeammet, Reynaud, & Consoli, 1996)

3-الشعور بالذنب عند المصاب بالاعاقة:

الإحساس بالذّنب هو شقاق أو صداع يحدث بين الأنا والأنا الأعلى، غالبا بنتج بسبب تعرض الشخص لصدمة شديدة: كاصابته باعاقة حركية بسبب حادث أو تاصابته بموض خطير أو مزمن كالسكري وأدى به الى بتر احد اعضاء جسمه أو تساقط شعره بسبب العلاج الكيميائي ... الاحساس بالذنب هو إحساس بضغط داخل نفسية الفرد وغالبا يكون مرتبط بإحساس قبلي لتهديد كارثيّ شخصي. قد يظهر أيضا على شكل اهانة, معاناة, الحاجة للمعاقبة, عتاب و احساس بعدم كونه انسان جيد وفي المستوى (Grinberg, 2002).حسب Lewis مذكور في: (Lehalle & Mellier, 2002)انفعالات الحرج و الذنب تبدأ في الظهور عند الطفل منذ السنة الثانية و لها علاقة بتطوّر الشعور بالذات. حسب Laplanche و Pantalis (1967) هو يعني وضعية عاطفية, نتيجة فعل يعتبره الفرد ذميم يستوجب اللّوم و جدير بالعقاب أو إحساس

غير واضح لعدم الجدارة الشخصية لفعل محدّد أين قد يكون هذا الشخص متّهما : "شعور عائم بفقدان الاعتبار الذاتي بدون أن يكون ذلك على صلة بفعل محدّد يتّهم به الشخص ذاته. ومن ناحية أخرى , يفترض التحليل النفسي هذا الشعور بالذنب كنظام من الدّوافع اللّاواعية التي تفسّر تصرّفات الفشل, السلوك الجانح, وكذلك الآلام, و المعاناة التي ينزلها الشخص بنفسه, الخ.

ولا يجوز استخدام كلمة شعور, بهذا المعنى الأخير, الاّ بتحفّظ, طالما أنّ الشخص قد لا يشعر بأنّه مذنب على مستوى تجربته الواعية" (لابلانش و بونتاليس, 1985, 293).

الشعور بالاثم أو الذّنب تكلّم عليها فرويد لأوّل مرّة عام 1907 ولكنّه كان قد مهّد في تعريف هذا المصطلح عام 1849 عندما كان يبحث في "العصابات النفسية الدّفاعية". بالنسبة لفرويد انّ سبب الشعور بالذنب هو راجع إلى مصدرين: الأوّل هو راجع إلى الخوف من السّيطرة, والثاني هو الخوف من الأنا الأعلى.

فالخوف من السيطرة يفرض اقتراح نزوات: وعندما سيطرة الأبوين تستدخل هذا يعطي نقطة انطلاق الأنا الأعلى والذي يعني "الضمير الخلقي" . من بين وظائف الأنا الأعلى هو مراقبة والحكم على ردود أفعال الأنا.

انّ الإعتداء على الضمير الخلقي يؤدّي الى اثارة وتقوية اعتداء السّلطة, تحت تأثير الشعور بالذنب, الأنا يخضع لأوامر الأنا الأعلى خوفا من فقدان المحافظة التي يمنحها له

و خوفا من فقدان عاطفته (Grinberg, 2002) الأنا الأعلى هو الذي يشرك و يوجّه و يتحكّم في الشعور بالذنب و يحدث هذا الإحساس بالاثم بسبب الشقاق والنزاع والخلاف (Discordance) بين الأنا الأعلى و بين الأنا.. "الضغط بين متطلبات الضمير الخلقي

وانجازات (Réalisations) الأنا هي تعدّ كالشعور بالذنب est ressentie comme sentiment) (de culpabilité" يقول Freud (1921) . حسب فرويد يوجد رابط بين الإحساس بالذنب و عقدة

اوديب. نظرا لأنّ حسبه في المرحلة القضيبية من النموّ النفسي الجنسي الذي يمرّ به الفرد, الأنا الأعلى يتشكّل في هذه المرحلة ونلاحظ مظاهره تبرز ويظهر الشّعور بالذّنب بالتزامن مع عقدة اوديب والتّماهي بالأبوين , علما بأنّ الأنا الأعلى في المرحلتين السّابقتين (الفمية و الشّرجية) يكون في طريق النموّ التّدريجي حسب فرويد على عكس الهو منذ الميلاد يتشكّل, الرضيع هو كتلة من الهو و ينبني بعده الأنا بمرور الوقت و قبل المرحلة القضيبية يكون مشكّلا(Konicheckis, 2012).

بالمقابل عند Klein انّ الشعور بالذنب عند الطفل يتشكّل عنده في المراحل المبكرة من نموّه النفسي الجنسي فحسبها انّ الشعور بالذنب يعتبر أوّل مظهر من مظاهر الأعلى الذي يتشكّل مبكّرا (قبل المرحلة القضيبية) في إطار العلاقة أمّ– رضيع "موضوع هدّام". حسبKlein قد يحدث للرّضيع أن يقضي معظم أوقاته في القلق و الشعور بالذّنب لفقدانه للموضوع أو لقلقه من فقدانه للموضوع و تبدأ النزوات التدميرية (نزوات الموت) في التطوّر على حساب النزوات البناءة (نزوات الحياة) (Segal, 1983) . انّ الجذور الأوّلية لعقدة اوديب حسب Klein تظهر في المراحلتين الأوّليتين من النمو النفسي الجنسي و أوّل بوادرها تظهر في الأشهر الأولى من عمر الرضيع, على عكس ما أتى به Freud (1983,Segal) عندKlein الإحساس بالذنب له علاقة مباشرة مع التناقض الوجداني (Ambivalence) الأساسي والذي يتشكّل عند الطفل انطلاقا من نزوات الحياة والموت (الموضوع الجيّد و الموضوع السيّء).

الشعور بالذنب له علاقة بفقدان بالموضوع وله علاقة بالصّدمة, فعندما يفقد الشخص شخص عزيز أو ينصدم من خداع أو من مرض فانه يشعر بالذنب, انّ المرضى المصابون بالسرطان يفقدون شعرهم مثلا ويفقدون جمالهم فيشعرون بالذنب ويؤثّر هذا الفقدان الجسمي على هويتهم الجنسية و على تقديرهم لذاتهم و على مستوى الشعور بالذات. القلق الصّادر عن فقدان الموضوع المحبوب ليس هو المظهر الوحيد في الشّعور بالذّنب. فيوجد الألم, الملامة

والاهانة الزّائدة (Humulité excessive) , الخسارة المتكرّرة, التوبة, الندم, العقوبة Incessantes pénitences), تكفير, استغفار (Expiations), نكران الذات (Renoncements) , أفكار انتحارية و القابلية لمعاقبة الذات.(Grinberg, 2002) . وبالمناسبة انّ كلّ من Ciccone و Ferrant (2004) يحدّدان فرق بين الشعور بالذنب والشعور بالحياء وبالنسبة لهما، انّ الأوّل هو متعلّق عموما بالتنظيم الأوديبي (المحرّمات) وهو ناتج عن ضغط وتوتّر بين الأنا والأنا الأعلى لأنّه يسمح بانتهاك الممنوع و الأنا هو متّهم في نظر الأنا الأعلى لأنّه سمح بانتهاك النفسية والأنا الأعلى في وضعية تأنيب الأنا وتحريضه على الإصلاح أو العقاب وهو في وضعية هيجان وثورة على الأنا وغالبا بطريقة وحشية وبدون شفقة، أمّا الثاني حسبهما فهو ناتج عن ضغط وصراع بين الأنا ومثال الأنا وهو يعبّر عن خسارة الأنا أمام نرجسيته، وفي الشعور بالحياء انّ الأنا هو ليس مخطئا انّما هو غير جدير ويحسّ بأنّه مهجور من طرف الموضوع المحيط به. مثلا المريض يقول "جسمي يشعرني بالحياء". وحسب فرويد انّ الشقاق الذي يحدث بين الأنا ومثال الأنا يؤدّي بهذا الأخير إلى إثارته عليه بعدوانية وبدون شفقة (Deschamps, 1997). شعور الأنا بالحياء أمام مثال الأنا ينتج عنه احساس الأنا بأنّه صغير، غير قادر وعاجز ومذلول وغير جدير وهذه الأحاسيس السلبية تزيد في التطوّر بسبب تعرّض هذا الفرد الى نظرات الآخر ومحاولته تجنّبها (Ciccone & Ferrant, 2004). فالشعور بالذنب والشعور بالحياء بمفهوم كلّ من Ferrant & Ciccone (2004) هو ديناميكية متناقضة بين الفرد والموضوع. كالمريض وجسده أو كالتي تتعرّض للاغتصاب، حادث سيارة ويفقد رجله...الخ. الشعور بالذنب والحياء هما معانات ذاتية قد يصاب بها الفرد.

انّ الأحساس بالذّنب في المراحل الأولى من حياة الفرد قد يساعد في تطوّر الشخصية وقد يكون هذا الاحساس هو مصدر نجاحاته و تحقيق طموحاته أو على العكس قد يكون الاحساس بالذّنب الزائد هو الاستعداد للاصابة بالأمراض العقلية

و عدم الاستقرار.

عدة دراسات باحثين يتكلّمون و يصرّحون أنّ المصابين بالسرطان, لديهم الاحساس بالذنب ك: Michelميشال ، 1987;

Tarquino , Tap ،Sordes-Ader 2002

2006, ; 2004, Richard ;2002, Bruchon-Schweitzer ; 1994, Herzich & Adam ; Tarquino & Fischer وآخرون. انّ المرضى الذين تعاملنا معهم لاحظنا أنّهم يبدون نوع من الشعور بالذّنب و يصرّحون "واش درت في حياتي؟" "علاه راني نخلّص" أي "ماذا فعلت في حياتي؟" "لماذا أنا أدفع الثّمن؟" و كجواب لأسئلتهم هذه يصرّحون: "هذا من تخفاف الذنوب" "الله يبتلي العبد لي يبغيه. الله يبغينا" "المرض جاني من الزعاف, من الهمّ, من الخلعة" "المرض جاني من العين و الحسد" "جاني من السحر" أي: "هذا المرض جاء ليخفّف ذنوبي", "الله يبتلي العبد الذي يحبّه, الله يحبّنا", "مرضي سببه الغضب, الصّراع, الصّدمة". انّ تساؤل المريض عن ماذا فعل في حياته دليل على شعوره بالاثم. عموما انّ الذي يشعر بالذنب حسب هو الشخص الذي يتساؤل "لماذا أنا؟" ويشرع في البحث عن المعنى والمعتقدات Maquet Bioy (2007). حسب – Borten-Krivine (2008) انّ سؤال "لماذا أنا؟" نجده عند كلّ المرضى المصابون بالسرطان. أمّا حسب Michel (1987) انّ المصاب بالسرطان يعيش في ثلاث احساسات سلبية هي: الحقد و الاحساس بالذنب و الغضب. السرطان اعتدى على المريض وأفقده شعره وجماله وصحّته وأحدث له صدمة والتي ينجرّ عليها الاحساس بالحياء (Sentiment de la honte), و بالمناسبة انّ المريضات التي تعاملنا معهنّ بسبب احساسهنّ بالحياء كنّ يخفيين شعرهنّ و تشوّهات جسمهنّ على الآخر (الزوج, الأبناء, الأهل...), حسب Sarthou-Lajus (2002) انّ الشّعور بالحياء هو يسبق الشعور بالذّنب وهو عدم القدرة على التواجد أمام أعين الآخر لأنّ الفرد يشعر في هذه الحالة بأنّه غير معترف به وأنّ هذا الآخر يرسل اليه نظرة سلبية أو بمعنى آخر هو يشعر و يؤوّلها بأنّ الآخر يراه عاجزا و ناقصا أو حقّا قد يكون لآخر نظرة سلبية تجاه المريض و يعاتبه ويسخر منه و يفكّره دائما بنقصه

وعجزه ولا يترك له فرصة النّسيان وهذا ما لاحظناه عند الحالة فاطمة عندما كان يوبّخها زوجها و يشتمها و يقلّل من احترامها ويذكّرها بعجزها و أنّه لا يعيش في سعادة وهناء بسبب مرض فاطمة. هذه الحالة كان دخولها للمستشفى متزايدا نظرا لتعرّضها للانتكاسات بسبب المرض وبسبب نظرة زوجها السلبية والمناخ العائلي المضطرب التي عاشت فيه. وحسب Speltini& Ricci Bitti , Sarchieli , Giovannini ; (1986). فإنّ تزايد وارتفاع نسبة الدّخول إلى المستشفى هو ناتج (سببه) عن المناخ العائلي المضطرب والمشاكل الصَحية.

أمّا بالنسبة ل:Sigler & Osmond في 1979 مذكورين في:

Sordes-Ader & Tarquino , Tap (2002) بالمناسبة وضّحوا كيف أنّ العائلة والآخر يساهمون في الإنقاص من قيمة المريض ويوبّخونه من خلال أقوالهم وحركاتهم. لهذا يبدو لنا أنّ نظرة الآخر السلبية والشعور بالذنب عاملان مرتبطين ومتداخلين فيما بينهما ويلعبان دورا مهمّا في اضطراب صورة الذات. انّ الإحساس بالذنب هو احساس هدّام وهو الشعور بالخطأ والعجز ولوم الذات والإلقاء عليها المسؤولية (Sarthou-Lajus, 2002) في الحادث الذي تعرّض اليه الفرد. انّ الشّعور بالذّنب كذلك له علاقة بفقدان الموضوع, له علاقة بالصّدمة وله علاقة ارتباطية بالأنا الأعلى. هذا الأخير والذي يسمّى "الضمير الخلقي" هو بدوره قد اعتدي عليه وسبّب للأنا الإحساس بالذنب على شكل ملامة, اهانة زائدة, عتاب وألم. الأنا يخضع لأوامر هذه القوّة العتابية "الضمير الخلقي" خوفا من فقدان المحافظة التي يمنحها له وخوفا من فقدان العاطفة التي يقدّمها له. لهذا انّ الأنا الأعلى هو الذي يتحكّم في الشعور بالذّنب وانّ الشقاق الذي يحدث بين الأنا الأعلى"الضمير الخلقي" والأنا هو سبب الشعور بالذّنب ,Grinberg (2002).

انّ كلّ من الشعور بالذّنب والشعور بالحياء يصنّفان ضمن الانفعالات السّلبية التي قد يتعرّض لها الفرد الذي يكون قد واجه صدمة وفقدان موضوع ما كالمريض بالسّرطان مثلا.

هذين الانفعالين السّلبيين يشكّلان للفرد المصدوم معاناة نفسية وهما يختلفان فيما بينهما فيمايلي:

1-الشعور بالذنب (Sentiment de la culpabilité)هو احساس يصدره الأنا الأعلى على شكل اتّهام يوجّهه نحو الأنا و يطلب منه الاصلاح أو العقاب (Ciccone& Ferrant, 2004)

والسّبب يكون اعتداء وفقدان الموضوع وجرح: الصدمة. اذن انّ الصّدمة و الشعور بالذنب هما مرتبطان فيما بينهما ويترافقان دائما(Lebrigot , 2005). في هذا الصدد يقول Lebigot (2005، 10) " الذنب هو دائما حاضر، هو أيضا يقوى بمظاهر تكرارية (للصدمة)" الصّدمة هي اعادة بناء تمثّلات نظرا لأنّ الشخص المصدوم يعاني من فراغ على مستوى تمثّلاته حول هذه الصّدمة التي وقعت له, فهو لم يعش مثل هذه التجربة وانّ هذه الصّدمة قد جاءته من الخارج أو من الداخل وعلى اثرها فقد موضوع ما عزيز عليه (فقدان الشعر مثلا بسبب السرطان). الأشخاص المصدومين حسب Lebigot (2005) هم لا يعرفون كيف يعبّرون عن حادثهم الصدمي، ولهم تحطيم على مستوى الكلمات المعبّرة للحدث ولا أحد يستطيع فهمهم. أمّابالنسبة Bourgeois(2004) فانّ الشخص المصدوم يكون في وضعية رفض متواصل للحادث الذي وقع له. Goldbeter-Merinfild(1998، 59) يؤكّد من جهته أنّه عندما يظهر الحدث مفاجئ على شكل صدمة ويترك انفعالات قويّة، الشخص هنا لا يستطيع أن يعبّر عنه بل لايجد الكلمات التي يعبّر بها، ويحدث له فراغ (Trou) في ذاكرته النفسية: "... اغتصاب، حداد قد يعاش بطريقة أكثر عدائية فلا نستطيع الاحساس به ولا التفكير فيه، نمحيه حرفيا (Littéralement) من الذاكرة، نقيّمه بانطوائنا وانغمارنا (Engloutissement)في فراغ يومي انصعاقي (Sidéral)..."، الصدمة اذن تجعل الفرد الذي يتعرّض لها في ذهول وانصعاق (Sidération) "تعطّل مفاجيء في الوظائف الحيوية بتأثير صدمة عاطفية عنيفة" يقول ادريس (2007، 1121).

2-الشعور بالحياء (Sentiment de la hante) هو أثر من الآثار اتي تخلّفها الصّدمة, هو شقاق بين الأنا وبين مثال الأنا (L'idéal du moi), هو يشهد بخسارة الأنا : خسارة مشروع نرجسي. في الشّعور بالحياء الأنا ليس هو المخطأ انّما هو ليس جدير (Indigne). هو احساس الأنا بأنّه صغير, غير كفىء, محقّر, مهان و يحاول عدم مقابلة الآخر نظرا لأنّه يعضّم و يضخّم هذه الأحاسيس السّلبية. (Ciccone& Ferrant, 2004) . وحسب Windisch(1989) قد ينشأ الشعور بالذنب عند الفرد بسبب فساد العلاقات في محيطه. (Espiné& Espié, 2008)

المحاضرة: 8 تعطل دور المصاب بالاعاقة (تابع لمشكلات الأشخاص المعاقين):

بما أنّ كلّ من الدور والمكانة هما غير منفصلين عن بعضهما كما بيّنا سابقا وهما عاملان يساهمان في بناء الذات وتقويتها ويلعبان دورا أساسيا في الرفع من تقدير الذات عند الشخص، انّ المريضة بالسرطان تعاني من عدم قدرتها على اتمامها أدوارها بطريقة منتظمة وبالتالي هي تعاني على مستوى صورة ذاتها، نظرا لاختلال أدورها كأمّ ، كزوجة، كبنت عروس وكبنت فهي تتأسّف لهذا الأمر وتتصوّر أن الآخر يوجّه لها نظرة سلبية متمثّلة في العتاب والاحتقار والتبعية والاشمئزاز...الخ.كلّ هذه العوامل بالمناسبة نقول بأنّها تساهم في تغيّر صورة ذاتها نحو الأسوأ وهي ترى بأنّها لم تحقّق ذاتها وهذا التمثّل السلبي يكون مدعّما خصوصا بفضل مساعدة الآخر الذي لا يترك لها فرصة نسيان مرضها، في هذا الصّدد تقول Herzlich (1969، 117) "في داخل العلاقة بالآخر وبالمجتمع الدور (l'activité) أو عدم الدور(l'inactivité) يأخذان كلّ

مفاهيمهما" . أمّا حسب Somat & Cerclé(2002) انّ عدم اتمام الشخص لأدواره وعدم احترامها قد ينجرّ عنه صراعات. انّ عدم القيام بالأدوار هو اختراق حدود المعايير الاجتماعية المهمّة في هويتنا الاجتماعية و حسب تيرنر Turner مذكور في: Somat & Cerclé(2002، 73) "الأدوار الاجتماعية هي المعايير الاجتماعية". Robert(1997، 37-41) بالمناسبة قد اهتمّ بموضوع البطالة عن الشباب وهو يقول أنّ: "غياب الوظيفة لا يغطي المعيار الذي لعدّة قرون ظهر في العمل، على شكل شرعية، النمط الوحيد من أجل الاعتراف الاجتماعي...البطالة هي عكس العمل الذي هو مرتبط بسيرورة التنشئة الاجتماعية، البطالة تستدعي عدم التنشئة الاجتماعية (Désocialisation)" . اذن السرطان دخل حياة المريضة وعطّلها عن أعماله أحدث لها اضطرابا على مستوى سيرورة تنشئتها الاجتماعية التي كما وضّحنا سابقا هي الأساس في بناء الهوية كما يؤكّد اركسون(In :Fischer , 2005). السرطان غيّر لها مجرى حياتها: تغيّر الحياة (Changement de vie) نحو الأسوأ، هو يجعلها بالمناسبة تتعطّل في دورها الإنجابي وتقع في موقف انتقادي وتعيش في وضعية العقم (stérilité) أو وضعية سنّ اليأس (Ménopose) (مؤقّتا) والمرآة في هذه الوضعية حسب Deutsch (2004) هي تعيش في حالة اهانة نرجسية (Humiliation narcissique) ونهاية تدريجية للأنوثة وحالة اكتئاب وقلق وهيجان وارق ليلي...الخ. أمّا حسب Fassin(1992) المرأة المصابة بالعقم هي تعيش في معاناة نفسية وهي لا تتلقى لا التخفيف منها ولا اعتراف المجتمع بها. English & Weiss يتكلّمون عن سنّ اليأس عند المرأة قائلين: "نستطيع القول أنّ الوظيفة الغددية (Glandulaire) تبدو أنّها تعطي اندفاع لسيرورات نفسية" (Deutsch, 2004, 20) ثمّ انّ عدم القيام بالدور هو فقدان المكانة و هو في حدّ ذاته فقدان للموضوع الذي ينتج عنه حسب Freud(1968) الحداد و الانهيار واللذان يساهمان بدورهما في الانتقاص من تقدير الذات عند الشخص.

5- تقدير الذات لدى المصاب بالاعاقة والمرض:

المرض هو المعاناة في حدّ ذاتها، تجعل المريض في وضعية ضعف ونقص في قدراته العادية، معاناة تجعل المريض يصاب في نرجسيته و في انتمائه و في كيانه وفي معاشه وسيرته ومحيطه. معاناة جاءت تظهر أنفها في معاش المريض وتحدث له جرح وثغرة على مستوى هويته. (Morasz , 1999). المرض هو معرّف من قبل لوريش : " هو ما يضايق الرجال في أعمالهم العادية في الحياة وفي انشغالاتهم ، لكن خصوصا انّه يجعلهم يعانون"(Morasz , 1999, 62) انطلاقا من هذا التعريف وتعاريف باحثين آخرين وانطلاقا من تجربتنا الميدانية يمكننا أن نقول، أنّ المرض قد يحدث امّا قطيعة على مستوى انجاز الأدوار اليومية، أو انقطاع مؤقّت عن الأعمال العادية، فمثلا من بين الحالات التي تعاملنا معهنّ نجد أنّ السرطان قد سبب لرقية اعاقة جسدية، حيث أصبحت عاجزة عن المشي وهي تتحرّك بكرسي متحرّك وأصبحت تعاني من قطيعة على مستوى اتمام أدوارها كأمّ وكبنت. انّ انقطاع الشخص عن اتمام أدواره في المجتمع يسبّب له معاناة على مستوى صورة ذاته، كما يؤثّر سلبيا على مستوى تقديره لذاته، لأنّ الدور هو عنصر فعّال ومساهم في بناء صورة الذات كما أوضحنا في الفصل الأول. بالمناسبة حسب كلّ من: Linhart ، Durant & Rist(2003) انّ فقدان الوظيفة هو فقدان الذات، في حين طاب Tap (2004) يؤكّد أنّ تحقيق الذات لايكون الاّ عن طريق اتمام الدور الاجتماعي. علما بأنّه من بين المشاكل التي يعاني منها المرضى بالسرطان: مشكل اختلال دورهم ولا يقدرون اتمام أدوارهم بانتظام، فينعكس هذا سلبيا على مكانتهم الاجتماعية. فالمرأة كما تقول احدى المريضات "هي شمعة الدار" واذا تعطّل دورها كأمّ أو كزوجة أو بنت، فهذا يؤثّر سلبيا على تقديرها لذاتها، كما يؤثّر سلبيا على مكانتها، لأنّ كلّ من الدور و المكانة هم غير منفصلين(Mareau , 2007-2008).

المريضة بالسرطان لها تمثلات سلبية حول مكانتها، حسبها هذه المكانة هي مهدّدة بالطلاق والموت وعدم الانجاب. فالسرطان يسبّب العقم المؤقّت. العقم بالنسبة للمرأة حسب

Mizikas (2009، 16) هو يحطّمها في كيانها ويسبّب عدّة أحاسيس سلبية ك: الحزن (Désolation) ،الاكتئاب والقنوط ،الدمار (Dévastation)الاحساس بالموت والفراغ والغياب. وهو مرادف الفقر عدم الفعالية، عدم الفائدة، العجز، الجفاف (Aridité). "المرأة العقيمة (Infertile) تصبح غير معتبرة وتقلع من سيادتها (Destituée de sa souvraineté)"

القلق هو ضروري وأساسي في نفسية كلّ فرد ، حيث انّ كلّ من القلق

و الانفعال والنفسية هم غير منفصلين في هذا الصدد يقول Legrand (1999، 25) : "في كلّ سلوكات الأفراد يوجد انفعال (émotionnel « Arrière-fond »)، بل انّ انعدام القلق في حياة الفرد هو مقلق كما انّ دوام ارتفاعه هو شيء مقلق و يؤدي بالفرد الى شعوره بانخفاض تقديره لذاته وهذا هو الذي يعاني منه المرضى المصابين بالسرطان، بسبب تعطّل دورهم الاجتماعي وتأثّر مكانتهم الاجتماعية سلبيا لأنّ: "الأدوار هم غير منفصلين عن المكانات " كما تقول Cherif (2007، 13).

عدّة باحثين أثبتوا أنّ القلق المرتفع له علاقة ارتباطية بانخفاض تقدير الذات كدراسة كلّ من: Von-Essen وآخرين ، 2000 ; Ljungman وآخرين ، 2000 ; Mu و آخرين ،2002 ; Santacroce ، 2002، مذكورين في : عبد الحميد أبو زيد، (2003)

كلّ من Gonder-Frederik & Cox في 1992 مذكورين في: Bruchon-Schweitzer & Quintard(2001) قد وضّحو أنّ القلق المستمر والغير المنتهي الذي يعاني منه المرضى المصابون بالمرض المزمن، يؤدّي بهم الى تغيّرات في حالتهم الانفعالية والجسمية والمعرفية. أمّا بالنسبة ل Klein (1966) انّ القلق الاضطهادي يؤثّر سلبيا على سيرورة نموّ وتطوّر

وبناء الطفل والأنا في هذه الحالة لا يستطيع المقاومة وهنا يظهر الميكانيزم الدفاعي الانشطار وحسبها انّ الطفل الذي يقضي معظم أوقاته في الحيرة والقلق هو الذي تكون له القوات التدميرية "غرائز الموت" تسيطر و تهيمن على القوّات البنائية "غرائز الحياة". الأمر الذي يلفت

انتباهنا ويجعلنا نعتبر أنّ المصابين بالسرطان يعانون من قلق اضطهادي ويقضون معظم أوقاتهم في الحيرة والقلق أي انّ غرائز الموت والعدائية والتوتر والحيرة هي تسيطر على غرائز الحياة لديهم.

انّ المصابين بالسرطان هم عرضة للاصابة بالاكتئاب وحسب الفيلسوف

و الطبيب Galliem مذكور في: Trombini & Baldoni(2005). انّ معظم النساء الذين يعانين من الإنهيار و الإكتئاب(La dépression et mélancolie) هنّ معرّضن للإصابة بالأمراض الورمية وإصابتهن بالسرطان هي منتشرة عندهن أكثر من الأفراد الآخرين. Angel ، 1962 ; Grassi ، 1967 ; Biondi ، 1992 مذكورين في:Schweitzer (2002)، لقد اهتموا بالخصائص المشتركة التي يظهرها المرضى المصابون بـ: الباثولوجية الورمية من بين هذه الخصائص التي وجدوها هي اكتئابهم. في هذا الصدد يصرّح Freud (1968) أنّ المصاب بالاكتئاب الشديد (Mélancolie) هو يتوقّف عن استثمار العالم الخارجي، هو يفقد القدرة على الحب ولديه كفّ على مستوى انجاز الأعمال كما لديه انخفاض في الاحساس بتقدير الذات. كما أنّه لديه اتجاه عتابي نحو ذاته. اذن الحداد والانهيار هما مصطلحين غير منفصلين يساهمان في: الانخفاض الغير العادي في الاحساس بتقدير الذات. "في الحداد العالم يصبح فقير و خالي، الانهيار هو الأنا في حدّ ذاته" يقول Freud (1968، 150). أمّا بالنسبة ل: Lachowsky & Winaver (2008، 95) هما يقولان :" الاكتئاب هو معرّف مثل عدم التقييم (Dévalorisation)، احساس بالحزن، وفقدان تقدير الذات". كذلك انّ بالنسبة ل: De Mijolla- Millor(2005) انّ الشخص المصاب بالانهيار هو يتميّز بفقدان تقديره لذاته.

Guelfi(1997) يتكلّم في هذا المجال ويقول انّ الاكتئاب يتميّز المصاب به باصابة تقدير ذاته نظرا لفقدانه مواضيع و يتميّز عدم القدرة على المدح ومناخ الشعور بالذنب الذي يزيد من اضطراب المزاج. عدّة دراسات تضع علاقة بين التجارب الصدمية مع اضطراب تقدير الذات

ومع اضطرابات علائقية بالمحيط. بالمناسبة Andrews و Brown في 1993 مذكورين في: Guelfi(1997) لقد قاموا بدراسة عيّنة تتكوّن من 146 نساء وطبقوا عليهنّ مقياس تقدير الذات ل: روزنبارغ وتوصّلوا الى وجود علاقة بين الاضطرابات العلائقية وبين تقدير ذات منخفض. Butler مذكور في: Guelfi(1997) بدوره قد قارن عند 205 طالبات اضطراب تقدير الذات وافترضوا أنّ انخفاض تقدير الذات قد يكون مؤشّر للاكتئاب.

عند المصابة السرطان تشوّه صورة جسمها تبدو واضحة كتساقط شعرها وتغيّر لون البشرة ...الخ تغيّرات جسمية سلبية كما أوضحنا سابقا تزيد من معانات كلّ المريضات، خصوصا انّها تؤثّر على تقدير ذاتهن و على تحقيق ذاتهن وحسب Maquet & Bioy(2007) انّ صورة الجسم هي التي تحدّد بطريثة كبيرة مصطلح تقدير الذات وتحقيق الذات.

نستنتج ممّا سبق أنّ القلق و الاكتئاب الذي يعاني منه المريضات بسبب سرطان الدم وتعطّل دورهن (كأم، كزوجة و كبنت عروس) وانحطاط صحّتهن وتشوّه صورة جسمهن التي على أساسها تقابلن بها الآخر الذي يتصوّرن بأنّه ينظر اليهن نظرة سلبية (احتقار

وشفقة وتبعية...الخ) عوامل تجعل من هؤلاء المريضات يعانون في صورة ذاتهم

ويعانون من تقدير ذات منخفض غير الذي كان لديهن سابقا. حسب جرجن في 1959 مذكور في:Abric (1987) انّ تمثّل الذات يحدث بفضل مقارنة الفرد ذاته مع الآخر. دليل على أنّ تقدير الذات يدخل في تحديده الآخر الذي له دور مهمّ في الرفع منه أو في الانقاص منه لذلك Abric (1987، 109) يصرّح: "الآخر هو الذي يسبّب لي الشعور بقيمتي..." . لكن في حالة المصابة بالسرطان و كما يصرّح كلّ من Tap، Tarquinio & Sordes-Ader (2002)

عندما يقارن الفرد ذاته بالآخر و يجد أنّه يوجد فارق كبير بين الأنا الواقعي والأنا المثالي (الذي يتمتّع به الآخر) فانّ تقدير ذاته قد ينخفض والعكس صحيح. المريضة بالسرطان هي في سيرورة مقارنة بين صورة ذاتها وبين صورة ذات الآخر الذي يتمتّع بالجمال والصحّة الجيّدة،

وبين صورة ذاتها السابقة قبل المرض. اذ كلّما كان الفارق كبيرا هنا وكلّما كان تمثّلها لذاتها سلبيا، فانّ المعاناة تزيد والشعور بالنقص كذلك وتقدير الذات يتغيّر نحو السلبي، حياة الفرد هي عبارة عن سيرورة اتصالية متواصلة بين أفراد المجتمع وهذا ما يولد التفاعل الدينامكي الاجتماعي, هذه السيرورة التفاعلية والتي تبني صورة ذات الفرد.

يأتي المرض يتطفّل في حياة الفرد ويضطربها, المرض يظهر كقطيعة لذلك التوازن للصحة. فالمريض وأفراد المجتمع ينظرون او يمثلون المرض بأنه عبارة عن اعتداء من طرف سيرورة مرضية (pathogène) تطورت بسبب عوامل داخلية او خارجية وسبّبت مرض في الجسم, وهذا الجسم المصاب يستخدم ميكانيزمات عضوية نفسية دفاعية. سواء كان المرض خطيرا أو مزمنا أو خفيفا. من مميزات المرض الخطير عند الأفراد:

-تهديد مباشر للحياة.

-اضطرابات خطيرة على مستوى العضو.

-خطر الموت في المستقبل القريب.

وفي الواقع تجاهل الموت وعدم التفكير فيها هو طبيعي عند كل الافراد, انّ القوى البنائية: الحبذ في الحياة' الأمل , الحيوية، الفرح عندما تسيطر في النظام النفسي والمعرفي فانّ صورة الذات تكون مستقرّة وحيوية ولاتعاني. بالمقابل اذا استحوذت القوى التدميرية (سيطرت غزائز الموت) على النظام النفسي والمعرفي للفرد فانّه يكون عرضة للعدائية والاكتئاب والملل والبكاء والمعاناة، خصائص نجدها بارزة عند المرضى المصابين بالمرض الخطير، لكن يبقى الموت هو آخر حلّ يتم التفكير فيه من قبلهم كونهم و كما يقولPollak :"إنهم يقموا *"بعمل الأمل"* (In : Adam & Herzlich, 2002 , 19)

وعن الموت يقول Freud: "الشخص في اعماقه لايؤمن بموته, او الشيء الذي يبقى عنده في اللاشعور, كل واحد فينا هو مقتنع بعدم موته (immortalité)"

(In : Fischer, 1997, 272). اننا بطريقة مباشرة او غير مباشرة نتحاشى ونتجنب وضع تمثلات حول موتنا, واننا نرى الموت الا عند جثث الأموات.

اذن المرض المزمن والمرض الخطير يؤثر على المصاب به ب:
الضعف (dégradation) والانحطاط على مستوى الجسم وهذا ما قد يظهر المخطّط الجسمي مشوّها. المريض يعتبر مرضه حدث مفزع (bouleversent) وغريب ولايصدّق. فهو يتطفل ويدخل حياته ويسبب له تغير على مستوى علاقاته الاجتماعية, وتغير على مستوى الدور الذي يشغله في الأسرة وفي المجتمع, وقد يشكل له هذا التغيير قطيعة عنيفة ومفاجئة على مستوى حياته.

المحاضرة: 9 صورة الجسم لدى المصاب بالاعاقة والمرض (تابع للمشكلات الأشخاص المعاقين)

سرطان الدم وعلاجه الكيميائي يسبّب للمريضة تساقط الشعر و المعاناة من الصلع و تغيّرات أخرى سلبية تختلف من مريضة لأخرى، فالهودجكين يحدث للمصابة انتفاخات كبيرة على مستوى الرقبة والبطن والذراعين. حسب Maidi(2012) الجسم المتغيّر سلبيا في مورفولوجيته (Métamorphosé) صورته قد تظهر أحيانا غريبة (Etrangérs) ويحسّ بها الشخص مثل شيء غريب. انّ تغيّر الجسم حسب هذا المحلّل النفساني هو يمثّل خطر بالنسبة للاحساس بالذات وبالنسبة للهوية. التغيّرات الجسمية السلبية هذه (فقدان الموضوع) يجعل نفسية المريض تعاني ويسبب له فقدان نرجسي واضطراب على مستوى شخصيته أو هويته لأنّ "الهوية هي غير منفصلة عن الشخصية" تقول Arezki (2008، 49) والشخصية بالمناسبة حسب فالون هي الكائن البشري في شموليته: الفيزيائية–النفسية وتظهر على شكل مجموعة من السلوكات(Arezki, 2008). المريضة بالسرطان تعيش في حداد واكتئاب بسبب فقدانها مواضيع غالية من جسمها (De Mijolla- Millor, 2005). انّها ترفض هذا الجسم الجديد وتفتقد لجسمها

الضائع ولا تستطيع القيام بشيء سوى تنفيذ قرارات الطبيب والمعالجة لهذا هي تحسّ بالعجز والاستسلام لمتطلبات وتغيّرات جسدها، احاسيس نجدها يتكلّم عليها Laufer(1984) ويقول بأنّها موجودة عند المراهق الذي يتغيّر جسده (مذكور في: حسب Maidi(2012). عمل الحداد الذي تقوم به المريضة نظرا لفقدانها جسدها السابق بالمناسبة هو حسب Ferreri & Mirabel (1997) هو ناتج لفقدان الموضوع وناتج عن وضعية صدمة أين الاكتئاب يأخذ مكانة كبيرة عند الشخص، فحسبهم انّ عمل الحداد هو سيرورة نفسية عادية حين التعرّض الى الصدمة وهو يترافق مع ردّ فعل : رفض الحقيقة النهائية التي لا تعوّض (Irrémédiable) والشعور بالغضب ومعاتبة الذات والنكوص النرجسي الذي بفضله الشخص يحاول استرجاع و دمج هذا الموضوع المفقود. أمّا حسب Lagache (1903- 1972) مذكور في: Corttraux (1997) انّ الحداد والانهيار هو ناتج عن جرح الأنا (Bléssure du moi). والحداد في هذه الحالة هو يعمل كميكانيزم دفاعي (Travail de dégagement)انّ الحداد الذي تعيش فيه المصابة بالسرطان هو حداد يشبه ذلك الحداد الذي يقوم به المراهق بخصوص صورة جسمه عندما ينتقل من الطفولة الى المراهقة و يشهد جسمه تغيّرات

(Marcelli & Braconier, 1988) ولكن انّ حداد المصابة بالسرطان هو أعمق وشديد نظرا لأنّها مكتئبة بسبب فقدانها لمواضيع غالية في جسمها كالشعر الذي هو بالنسبة ل: Marcelli Braconnier(1988) هو التعبير الرمزي للهوية الجنسية والتي تلعب دورا هاما في بناء هوية الفرد عامّة. فشعر المرأة كما يقول مجتمعنا انّه نصف جمالها، على المستوى الجمالي هو يعني لها أنوثتها وأناقتها وجاذبيتها وسحرها، هو يساهم في بناء هويتها الانثوية وفي بناء صورة ذاتها وتقديرها لذاتها. "فصورة الجسم هي تساهم في بناء الشخصية "

تقول Arezki (2008، 48) . المريضة في هذه الوضعية هي تعيش لنظرات الآخر أين تعطيهم أهمية كبيرة ، بسببهم هي تبحث أن يروها في أحسن مظهر جسمي. هي وضعية قد تكون هذه

المريضة قد عاشتها في مراهقتها، لأنّ حسب Maidi(2012) انّ المراهق يمرّ بنفس هذه الوضعية، أي يحبّ ان يعترف به ويحبّ أن يكون في أحسن مظهر.

وحسب فرويد "الأنا هو جسمي" مذكور في Khahloula (2010، 13) يعني أي اصابة على مستوى الجسم فهي اصابة حتما على مستوى الأنا وبالتالي اصابة على مستوى صورة الذات لأنّ الذات هي غير منفصلة عن الأنا (Spidz , 1957).بل هي تتواجد في الأنا وهي محتواة فيه (Chabert, 2013) والاصابة على مستوى الذات يعني تغيّرها نحو الأسوأ واضطرابها في هذا الصدد يقول Donabédian (2012، 54) :"هي قلع كلّ جذور الأنا من اجل الوصول الى صورة ذات مختلفة تترافق مع الخوف. جزء من الجسم غريب يصبح جزء محذوف...التثبيت في هذا الجسم أو في هذا الجزء الخارجي عنه...سيكون موضوع رفض وانكار وثقل على مستوى صورة الذات". المريضة بالسرطان رأسها قد أصيب بالصلع فهي حتما منزعجة لهذا الأمر وهي لا تريد اظهاره أمام الآخر لأنّها تتصوّر بأنّها في مظهر مشوّه لا يليق أن تقابل به الآخر، فهي تشعر بالخجل منه وتشعر بأنّها لو تظهره امام الآخر فانّه يتعجّب ويرسل لها نظرة سلبية لا تحتملها، أحاسيس أو تمثلات سلبية للأسف هي سائدة عند المريضة وهي تؤثّر سلبيا على صورة ذاتها وعلى تقديرها لذاتها، في هذا الصدد بحث كلّ من Dani ، Apostolidis ، Cannon ،Suarez-Diaz و Filipitto (2009) حول صورة الجسم و السرطان: دراسة نفسية اجتماعية و توصّلوا الى أنّه يوجد اختلاف بين النساء والرجال في علاقاتهم مع جسمهم، بالنسبة للنساء هن أكثر اهتماما بجسمهنّ وكلّ تغيّر سلبي على مستواه بسبب السرطان فانّه يؤثّر عليهنّ وبشدّة على مستوى هويتهنّ الجنسية، كتساقط الشعر مثلا هو لا يؤثّر كثيرا حسبهم على الرجال مقارنة بالنساء. انمّا يهمّ الرجال هو جسمهم من الناحية البيولوجية أمّا النساء يهمّهن جسمهن من الناحية الجمالية و البيولوجية معا. وهذا ما يزيدهنّ معاناة في نظرنا. فقدان الشعر وفقدان المظهر الجمالي عموما اذن هو يسبّب للمريضة الشعور بالذنب والوحدة والشعور بالجرح النرجسي والشعور بالاضطهاد من المجتمع ومن هذا الجسم الذي تتصوّر بأنّه قد خدعها. هو يسبب لها كذلك الحداد

والاكتئاب وهذا الأخير بالمناسبة حسب Palazzolo(2007) هو ينتج بسبب تضافر هذه الحوادث المؤثّرة في الحياة.

فقدان الشعر وانتفخات على مستوى الجسم والنحافة...الخ تغيّرات سلبية على مستوى المخطّط الجسمي تجعل من المريضات يرون أنفسهن في المرآة و يقارنّ بين جسمهن الحاضر و جسمهن الضائع الذي يكنون له كلّ الحنين ويردن التماهي به وعودته لأصله. عندما يقابلن المرآة يقلن " يوجد أشياء يجب أن تعود لمكانها". في هذا الصدد يقول كلّ من Espiné & Espié (2008) انّ المصابات بسرطان الثدي عندما يرون أنفسهن في المرآة بدون ثدي الذي هو مكوّن أساسي للهوية الانثوية والحياة الجنسية و الأمومية، فانّهنّ يشعرن بعدم تقدير الذات و احساسهنّ بالذنب.اذن صورة الجسم تلعب دورا هامّا في بناء صورة الذات حيث يرى Schilder (1968) أنّها هي أساس بناءها وأنّ الأنا ينبثق من خلال إدراكنا لوحدة جسمنا من خلال إحساساتنا اللّمسية. صورة الجسم تعني "التّمثلات العقلية التي نحملها عن جسمنا، صورة الجسم هي الصّورة التي يكوّنها الفرد شيئا فشيئا عنه. هي تضم الهوامات (Les fantasmes) ، ويتدخل فيها المحيط..." (Rosenfeld, 2005, 831) عندما تتشوّه صورة الجسم وتضطرب سينعكس هذا سلبيا على صورة ذات الفرد فحسب Tourrette و Guidetti (2002)

من أجل أن يشعر الشّخص بذاته ويقدّرها هو بحاجة إلى إدراك وتمثّل ايجابي حول جسمه

المحاضرة: 10 التمثلات الاجتماعية للاعاقة والمرض(تابع لمشكلات الأشخاص المعاقين):

السرطان هو مرض أصبحت اصابة الافراد به هي ارتفاع ملوظ، شأنا أم أبينا انّ تمثّلاته الاجتماعية هي محقّرة ولا يمكن البوح به في المجتمع: محرّم (Taboue) هو مرض كما يقول عليه كلّ من Reich&Marx(2009) مخفي ويثير الحياء وهو وباء ضار وملعون (Peste) لايحبّذ التحدّث عنه. لكن حسبهم منذ 2009 أصبح هذا المرض أقلّ تحريما ويمكن التكلّم فيه.نظرا للتطور العلمي ودخول الانترنت الى البيوت نجد أنّ بعض الأفراد أصبحوا يهتمون بمرض السرطان و ينشغلون بتفاصيله، كونه يمثّل لهم تهديدا, اذ انهم يصرّحون أنّ "ولا شخص في أمان". اذن نتيجة لانشغال بعض المرضى المصابين بالسرطان بمفاهيمه الطبية: تمثلات علمية (طبية) وابتعادهم نوعا ما عن تلك التمثلات الاجتماعية للسرطان المقترنة بالموت والمحقّرة والمشتركة بين أفراد المجتمع : الساذجة الطبيعية الغير علمية كما يصرّح كلّ من Moscovici، Jodelet 1976 ;، Abric 1984; ،2007. أصبحوا يقومون باستراتيجيات مواجهة

متمركزة حول المشكل تجعلهم يتكيّفون مع وضعيتهم وهذا النوع من الاستراتيجيات بالمناسبة هو أكثر فعالية بالنسبة لكلّ من Schweicher، 2002 ; Fischer و Tarquinio، 2006.

التمثلات الطبية لسرطان الدمّ هي توحي بالأمل والحياة وهروب المريض من سجن شبح الموت عكس التمثلات الاجتماعية التي تحبس المريض في قيود التهديد بالموت وقطيعة على مستوى الاستمراية في الحياة والانحطاط (Betaouaf ,2015 Cherif &) . في هذا المجال يقول البروفيسور توهامي رئيس جناح مبحث الدمّ (Hémathologie) أنّ سرطان الدمّ ليس بالضرورة هو قاتل، يمكن الشفاء منه اذا تمّ تشخيصه في المراحل المبكّرة، وفي هذه الحالة هو مرض كباقي الأمراض العادية وانّ المشكل هنا يعود الى عدم توعية المرضى والى عدم نصح وارشاد المريض من طرف الطبيب العام وتصغيره لاصابة الأولى الغير المتطوّرة عند المريض وعدم توجيهه نحو أهل الاختصاص، بالتالي الاصابة تتطوّر ويصعب علاج المريض. وهو يقول حتّى وان كانت الاصابة متطوّرة لايعني المآل حتما هو الموت، بل انّ مرض مزمن ويعالج شأنه شأن داء السكّري والذي مصاب به هو كذلك عرضة لشبح الموت، ثمّ توهامي يتساؤل لماذا الناس يعتبرون السرطان هو مرادف للموت؟. اذن تمثّلات سلبية سائدة في مجتمعنا حول سرطان الدمّ مرتبط بالموت نواته المركزية هي الموت والانحطاط : عناصر مركزية يصعب تغييرها في تمثّلات الأفراد والمرضى خصوصا لأنّ حسب Abric(2007) انّ العناصر المركزية المكوّنة للتمثلات الاجتماعية هي ثابتة ويصعب تغيّرها، لهذا انّ المصابة بالسرطان هي حبيسة لتمثّلات سلبية استدخلتها من المجتمع وهي مشتركة بين أفراد مجتمعنا للاسف، والاعتماد على التمثّلات السلبية ينجم عنه معاناة وقلق واضطراب صورة الذات وتغيّر سلبي على مستوى السلوكات (سنوضّح اكثر في الفصل الموالي) لأنّ حسب كلّ من Jodelet ، 1984 ;Abric ،Doise 1994b; و Mugny، 1997انّ التمثّلات تتحكّم في الذات وفي السلوكات. أمّا حسب Tap, Tarquinioو Sordes-Ader (2002) انّ ثقل التمثّلات يلعب دورا مهمّا في معاناة المرضى فهو يشكّل لهم مفتاح المعاناة.

بالرغم من التطوّر الطبي في مجال سرطان الدمّ، لكن يبقى هذا المرض كما يقول كلّ من Marx&Reich(2009، 130) "يبقى بالرغم من كلّ شيء مرادف للموت في التصوّر الجماعي" وتبقى المريضة بسرطان الدمّ لها تمثّلات سلبية حوله تارة وتارة أخرى تتناوب بين الاعتماد على تمثّلات طبية علمية بعث الامل في الحياة: تناقض في نمط تفكيرها وهو عادي بالنسبة لكلّ مريض وغيابه يصبح مقلقا كما يقول Oppenheim(2000). لكنّنا عندما نعتمد على نظرية Abric(1994a) فانّ التمثلات الاجتماعية السائدة حول السرطان هي التي تعتمد عليها المرأة وتسيّرها أكثر من التمثّلات العلمية لانّ النواة المركزية هي مرصّخة حول الموت ويصعب تغييرها وخصوصا عند المرضى الغير المثقفين الذين تعاملنا معهم لاحظنا انّ تمثّلاتهم هي اجتماعية سلبية ويستندون على استراتيجيات متمركزة حول الانفعال والتي هي غير فعّالة بالنسبة لكلّ من Schweicher، 2002 ; Fischer و Tarquinio، 2006.

بعض الافراد يعتبرون مصدر المرض هو سحر وقوى شيطانية مؤذية تغزو حياة الفرد وتتحكم فيه, المرض عند البعض من الناس هو عقاب من عند الله نتيجة للذنوب ودعوات التي يتلقاها هذا الشخص المصاب بالمرض من قبل الأفراد الآخرين الصالحين :

"خلاص من عند الله نتيجه الأفعال الشريرة". بالمقابل هناك بعض المرضى يصرّحون بأن المرض من أجل تخفيف الذنوب: "الله يبلي من عباده المفضلين يعانون في الدنيا لكي يربحون في الآخرة قضاء الله وقدره –مكتوب–".

كل فرد يهمه أمر المرض, سواءا أكان هذا المرض مصاب به ويشكل له تهديدا أو كان شخص عزيز عليه يعاني منه. فالمرض يأخد مفهوما مهما في حياة الأفراد:

- منذ اقتحام المرض حياة الفرد سيعطي مفهوما لمرضه: يعيشه كصدمة و فزع و قطيعة على مستوى الاستمرارية في الحياة.

- ظهور المرض يعني هو جواب ورد فعل لشخصية الفرد على تأثير وضعية صدمة الناتجة عنه فقدان التوازن.

ان العلاقة التي تجمع الفرد بمرضه هي علاقة اتفاق و تفاهم (complicité) وهي تتنظم وفقا لشخصية المريض وتمثلات المرض المستوحات من الثقافة التي ينتمي اليها.

كل ثقافة الا و لها تمثلات حول المرض و حول الشخص السليم الذي يتمتع بصحة جيدة. الفرد و قبل مرضه تكون له تمثلات مسبقة حوله وهذه التمثلات بالمناسبة لها انعكاسات سلبية عليه, فهذه التمثلات سنتطرق اليها فيما يلي:

***الأشكال الاجتماعية و الثقافية للمرض:**

كل مجتمع الا ويعطي تمثل للمرض وحسبConsoli, Jeammet& Reynaud (1996) ان الأشكال الاجتماعية والثقافية للمرض يقسمونها الى قسمين هما كما يلي:

الأول هو يرجع الى المفهوم الانطلوجي (خاص بعلم الكائنات) للمرض

تمثلات المرض والصحة لهم اثار ونتائج على افراد المجتمع يبدو ان ثقل هذه النتائج حتما ستجبرنا ان نفكر جماعيا(réflexion collective), هذا التفكير قد يبدل من طبيعة هذه التمثلات, وكل مجتمع يعطي لافراده تمثل للمرض,هذه التمثلات حسب Jeammetوآخرين(1996)نستطيع ان نقسمها الى تيارين كبيرين متكاملين فيما بينهما :

التيار الأول : يرجع الى مفهوم انطولوجي (علم الكائن) للمرض,يعني يمنح للمرض تواجد مستقل وهذا المفهوم يرتكز على ان المرض يتواجد خارج العضو البشري وانه ياتي

وينتج من الخارج ليسكن الفرد, في هذا الصدد نجد أعمال اغزليش, ووضحت كيف ان النمط المعاش يساهم في إصابةالأفراد بالمرض.

Paster هو الآخر بدوره ساهم في تقوية هذا المفهوم بطريقة غير مباشرة أثناء اكتشافه للميكروبات والتي أعطى لها فيما بعد المصداقية العلمية (cachetscientifique). هذاالتيارحسب Jeammet وآخرون (1996) يبدو لهمأكثر تفاعلا من التيار الثاني لأنه يحرص ويؤدي الى اتجاهات عدم الاستسلام ومحاربة المرض, في هذا المفهوم يجب البحث عن منشأ المرض خارج العضو (l'organisme): ميكروب (parasite) يمثل الألموالمستعمر(Envahisseur)والعلاج حسبهمهو حرب وهو يسعى للكشف عن أسباب التشخيص وعن حلول العدوى وهذا ما يسهّل التحالف (Alliance) ما بين المريض والطبيب في هذه الوضعية الحربية والصراعية: بين العلاج (النور) والمرض (الظلام).

التيار الثاني : فهو يعتبر المرض مثل رد فعل لعضو الفرد في شموليته باضطراب في توازنه.قديما عند الإغريق (grecques) وبالضبط عند مدرسة هيبوقراط (Hippocrate) وضحوا جيدا هذا المفهوم فحسبهم الطبيعة هي التجانس (harmonie) والتوازن هذا ينتج (résulte) عن لعبة (jeu)ديناميكية في العضو تتميز بالسيولة (fluides) في الداخل.لكن المرض حسبهم يعكس قطيعة على مستوى هذا التوازن ويترجم ويؤوّل بأن صاحبه يسعى الى شفاء عضوه من هذا المرض وذلك من خلال البحث عن توازن جديد (nouvel équilibre).(Jeammet & al., 1996)

المرض قد لايستطيع ان يكون محددا في جسم الفرد لان الضرر قادر ان يتفشى في جميع أجزاء الجسم لذلك المرض, يصيب الفرد في شموليته, وهنا العوامل الخارجية تفتح المجال لظهور عدم التوازن الداخلي (déséquilibre) وهي بالمناسبة ليست الأسباب الحقيقية لظهور المرض لأن أسباب المرض هي معقدة ومتداخلة فيما بينها.

المرض حسبJeammet وآخرون (1996) هو في نفس الوقت تعبير عن المزاج (tempérament)أو عن الشخصية وأيضا هو جهود تكيّفية مع المرض، حسبهم هذا الأخير

ليس بالضرورة هو عدوى يجب محاربتها، انما هو طلب للتحالف (demandealliance)العلاجي أو على الأقل فهم الدور الذي يلعبه هذا المرض في التوازن الجديد.

هذا التيار يبدو ل:Jeammet وآخرون (1996) نوعا ما قاسي ومبالغ فيه (exigeant), لأنّ الألم داخلنا وبالمقابل لدينا إمكانية طبيعية تتمثّل فيإعادة وضع التوازن.

البحوث المعاصرة أكدت على دور وأهمية العوامل المسببة للمرض المتعلقة بالمحيط والتي تؤثّر على المزاج والعاطفة وعلى المستوى البيولوجي وعلى العضو.

المرض ينقص من الارادة (supprime), في هذا الخصوص chauchard (1980) يتساءل فيما ان الجاني المجرم (coupable) هو المريض أم هو مذنب مخطئ آثم (pécheur), وهذا الباحث يقر بأنه من غير المنطقي ان نشرك المرض بالذنب (culpabilité) لان حسبه الأفراد عامة والمريض خاصة لايستطيعوا ان يكونوا مجرمين بمرضهم, انما يكونوا كذلك بسلوكاتهم الشادة.

علاج المخطئين الآثمين (على عكس علاج المرضى) يتطلب التعامل مع المرشد (confesseur) ,على عكس المرضى علاجهم يتطلب التعامل مع الطبيب, ان المظهر النفسي الباتولوجي يستدعي تكامل عمل كل من طبيب ومرشد أخصائي نفساني واجتماعي...الخ من اجل إرجاع المرضى الى ارادتهم واستقلالهم.

الورطة هي مأزق معضلة إحراج(Dilemme) حسب هذا الباحث هي ليست ما بين المرض والاثم (péché)فهم ليسوا من نفس المستوى انما الورطة هي ما بين المرض

والجهل (ignorance) وهي حقا باتولوجية تحتاج الى تربية والى المعنى الراشد السليم.

ارجاع الصحة للمريض ومعافاته هذا شيء رائع ولكن هذا غير كافي بل يجب اكسابه ايضا كيف يستعمل بطريقة صحيحةاستعداداته كي يصبح رجلا او امراة, الجهل هو ايضا بدوره

يخفف من الاحساس بالذنب, وهذا في الحقيقة ما اصبح في وقتنا الحالي بما نسميه آفة حقيقية (le pire fléau), الامر الذي يجعل الافراد غير انسانيين ليس برغبتهم انما فعل جهلهم لخطورة الالم والضرر (chauchard, 1980).

المريض والجاهل يختلفان فيما بعضهما في كون ان المريض له على الاقل امكانية التحكم في الذات اما الثاني هو لايستعملها.

انّ تمثلات بعض المصطلحات تلعب دورا مهما في اعطاء لاصقة للجسم بانّه مريض وهو غير مريض، كالادعاء بالعياء والاكتئاب وحسب Farr(1984) مصطلحات كلّ من "عدم الارتياح" و"الاكتئاب" وخصوصا العياء هي وضعيات تتناسب مع وضعيات وسيطية بين الصحة والمرض: الجسم هنا تنقله العدوى بمجرّد بالتفكير بهذه الصور السلبية والتي لها رمزيتها ومفهومها كما يقول Moscovici(1961)، أمّا علاقتها بالجسد فهي تؤثّر عليه سلبيا لأنّ "الفرد هوسيكوسوماتي في تعريفه" كما يقول Marty (1990، 11) وحسب Farr(1984، 389) انّ هذه المصطلحات المذكورة سابقا قد تجعل الشخص يمرض، هو يقول: "الجسم ليس متسمّما: لسنا مرضى حقيقة، لكن لسنا بخير أيضا. لدينا التعب الفيزيائي والعصبي، هم في ارتفاع في حياتنا المعاصرة...لهذا الصحة هي ليست سوى عبارة عن غياب المرض"

تمثلات المرض عند المصاب به:

تمثلات سرطان الدم عند المريضة به هي في الحقيقة متعدّدة و معقّدة نوعا ما، وهي في نفس تختلف و تتشابه عند كلّ المرضى. حسب كلّ من Reich & Marx(2009)انّ المريض بالسرطان منذ سماعه صدمة التشخيص سيحرّضه أو يحفّزه على البحث عن المعنى؟ (Une recherche de sens) سواء بتأويله للحدث أو بإعطائه مفهوم يترافق مع المعتقدات، التفكير الخرافي والمقارنة الاجتماعية. التفكير الخرافي التبريري نجده متوفّر عند كلّ الحالات التي تعاملنا معها (سبب المرض العين السحر...)، في هذا المجال يشير كلّ من

Figueiras & Weinman(2002) أنّ المريض أو المعافى انّهم يفكّرون في المرض ولديهم تفكير مشترك يضمّ عدّة مكوّنات من بين هذه المكوّنات: أسباب المرض. المريضة بالسرطان وخصوصا اذا كانت تتمتّع بمستوى علمي قد تكون لديها تمثّلات علمية طبية حول السرطان و التي يكون فيها عمل الأمل وروح المقاومة لديها قائمين، فهي في هذه الحالة تتّخذ استراتيجيات مواجهة متمركزة حول المشكل والتي هي الأكثر فعالية كما يوضّح كلّ من Fischer & (2006) Tarquino. عموما هذه التمثلات العلمية التي ترتكز على أفكار طبيّة موضوعية ليست متوفّرة عند الحالات التي لا تتمتّع بمستوى تعليمي مرتفع. فهم قد نجد انّ لهم تمثّلات اجتماعية سلبية ساذجة طبيعية تلقائية مشتركة بين أفراد المجتمع كما تقول Jodelet(1984) و يعتمدون على استراتيجيات مواجهة "متمركزة حول الانفعال": سلوكات البكاء والعدوان والاستسلام عكس الأفراد الذين يعتمدون على استراتيجيات مواجهة "متمركزة حول المشكل: روح المقاومة والفعالية كما تقول Schweitzer(2002، 359) ، تمثّل اجتماعي سلبي للسرطان هو انحطاط الصحة والموت هو المآل، هي فكرة اجتماعية للأسف هي سائدة و منتشرة في المجتمع، يحدث هذا عموما عند المرضى الأميين و الذين ليست لهم ذراية بالمفهوم الموضوعي العلمي لهذا المرض، بل يكتفون بالاعتماد على هذه الفكرة الاجتماعية السلبية المستدخلة من طرفهم و يكتفون بالإنصات للذاتية وانفعالاتهم السلبية. هذه التمثّلات السلبية هي توجّه صورة ذاتهم نحو الاضطراب و المعاناة

و الاكتئاب و القلق و انخفاض تقدير الذات، كما أنّها تسيّر سلوكاتهم نحو السلبية: الخوف، البكاء، العدوانية. Jodelet(1984) تؤكّد أنّ التمثلات توجّه صورة ذات الافراد وتصرّفاتهم، أمّا حسب Maidi(2012) ان الأنا يعمل حول التمثلات ، وهو مشكّل من طرف التمثلات، انّ الأنا اذن له عدّة وظائف وهو مسيّر من طرف التمثلات وفرويد يقول "الأنا جلالته (Sa majesté) ، بطل كلّ الأحلام النهارية (Diurnes) وكلّ الروايات" مذكور في:Maidi (2012، 75).

فالمرضى في وضعية سرطان الدم يقولون طوعيا انّهم تغيّروا نحو الأسوأ "أنا تبدّلت، منيش كيما كنت، وليت منارفية غي نبكي" أيّ: "أنا تغيّرت، لست كما كنت، أصبحت عدائية، دائما أبكي".

بالمقابل نجد أنّ هؤلاء المرضى الذين لديهم تمثّلات علمية و يتقاسمون الأفكار مع الأطباء، و يعتمدون على استراتيجيات مواجهة متمركزة حول المشكل، هم في الحقيقة يعيشون في وضعية اضطراب و خلط بين تمثّلات اجتماعية و تمثّلات طبيّة حول السرطان، هؤلاء يعيشون في مجتمع و يتفاعلون معه و يستدخلون أفكاره حيث انّ سلوك الفرد يذوب في سلوك الجماعة حسب تيار علم النفس الاجتماعي، بما انّ المجتمع يعتبر السرطان هو قاتل فانّ هؤلاء المرضى يعيشون تارة في وضعية المقاومة و "عمل الأمل" « Le travail de l'espoir » كما يقول بولاك مذكور في: Herzlich & Adam (1999، 19) و تارة في الفشل و فقدان الأمل، و حسب Oppenheim (2000، 728) ان نمط تفكير المريض بالسرطان يتميّز بالتناقض: بين الشكّ و الاعتقاد (l'oscillation entre le doute et la croyance) في الشفاء

وفي أقوال الأطباء ...الخ هو عادي بالنسبة لكلّ المرضى "انّ غياب التناقض يصبح مقلق" . لهذا يمكننا أن نستنتج أنّ صورة الذات عند هؤلاء المرضى هي مضطربة و غير مستقرة. سواء الذين يعتمدون على تمثّلات اجتماعية جدّ سلبية للسرطان، أو هؤلاء الذين يعتمدون على تمثلات علمية تقوم على عمل الأمل و لكن انّ المجتمع هنا حاضر بنظراته السلبية التي يوجّهها للمرضى و التي بدورها تؤثّر سلبيا على صورة ذاتهم، لأنّ التمثلات الاجتماعية كما تقول Jodelet (1984) هي توجّه و تسيّر صورة الذات و سلوكات الأفراد. و الذات حسب Guenancia (2009، 284) هي" حركة من التفكير (acte de la pensée) عن طريقها العقل يقوم بوضع تمثّلات..."

فيما يخصّ تمثّلات سبب الاصابة بالسرطان عند المرضى هو متعدّد و متناقض. المريضة بالسرطان هي تارة تشعر بأنّها ضحية واعتدي عليها من طرف عوامل خارجية، وتارة هي تشعر بالذنب كما أوضحنا سابقا، فهي تتساءل: "واش درت في حياتي ؟" أيّ: " ماذا فعلت في حياتي؟"، كاش دعوة راها تخلّص فيا؟ حقرت و خرجوني الذنوب" أيّ: " ربّما أنا أدفع ثمن دعوة مظلوم؟ ظلمت وانّي أتحمّل الذنوب؟، أسئلة مثل هذه وأخرى نجدها حاضرة في تمثّلات

المرضى عموما، هي تجعلهم يعيشون في وضعية حداد وانهيار بسبب اعتمادهم على ذكريات مؤلمة وعلى خيبة أمل (De Mijolla- Millor, 2005)

" اذن بهذا المعنى: الشكّ في ارتكاب خطأ، عدم الاعتراف به، مضمر، وليس لا واعي، يعني هنا ضمير خلقي (Sens Moral) " يقول Israel (1968، 69)

في نفس الوقت انّ المريضة بالسرطان لها تمثّلات أخرى حول سبب اصابتها بهذا المرض،

والمتمثّلة في القاء اللوم على الآخر وعلى عناصر أخرى موجودة في المجتمع، في هذا المجال قامت Herzlich (1970) بدراسة تمثّلات المرض عند سكان باريس وخرجت بخلاصة مفادها أنّ هؤلاء يعتبرون المريض هو ضحيّة وليس هو المسؤول عن مرضه، بل انّ المجتمع هو سيرورة مرضية معدية وبسببه الفرد يصاب بالمرض. المريضة بالسرطان تقول طوعيا " إني ضحيّة لعوامل موجودة في المجتمع: هذه العوامل هي امّا الشّجار مع الآخر, عين الحسد, السحر، الصّراع مع الزوج والمناخ العائلي المضطرب "الهمّ"" . فالمجتمع حسب Herzlich(2005) هو النّمط المعاش (Mode de vie)و هو سيرورة ميكروبية معدية عدائية

والفرد الذي تسمّيه هذه الباحثة "عمق الصحّة" (Fond de la santé) هو المقاوم والمثابر

وهو ضحيّة ويجد نفسه عرضة للإصابة بهذه السيرورة الميكروبية–المرض–. في هذا الصدد يصرّح Morasz (1999) أنّ الاضطهاد يعاني منه معظم المرضى في المستشفيات ويستعملونه من أجل الحفاظ على ذاتهم من هذا المعاش الكارثي، وانّ المرضى يستعينون بعناصر خارجية من أجل تأويل سبب المرض وآلامهم. وحسب هذا الباحث انّ هذا الاضطهاد هو ردّ فعل منطقي يشبه ردّ فعل المصاب بالفصام الذي يعتمد على ميكانيزمات تأويلية واسقاطية، أمّا عن Bonnet(1990) فانّه يتحدّث عن كيف أنّ المريض يحسّ بأنّه اعتدي عليه من طرف قوى خارجية. نستنتج مما سبق أن المريضة بالسرطان هي عرضة لعدّة تمثلات اجتماعية سلبية

حول هذا المرض وهذا يغيّرها نحو الأسوأ ويؤثّر عليها سلبيا وبدون شكّ على صورة ذاتها ويجعل سلوكاتها عدوانية.

خلاصة:

انّ التمثّلات بمفهومها الواسع في نظرنا هي تضمّ عدّة مفاهيم غير منفصلة عن بعضها ومترابطة فيما بينها، ان كانت التمثلات الاجتماعية حسب الباحثين المساهمين بشكل كبير فيها كموسكوفيسي وجودلي وأبريك وفلامان...الخ هي مفاهيم طبيعية ساذجة تلقائية ومشتركة مابين الأفراد وهي غير علمية، فانّها محتواة في شبكة التمثلات التي تضمّ مفاهيم علمية. في دراستنا لتمثّلات سرطان الدم نجد أنّه يكتسي عدّة تمثّلات هي متناوبة بين ماهي تمثّلات طبية علمية وبين ماهي تمثلات اجتماعية التي تنحدر نحو معتقدات واتجاهات سلبية نحو هذا المرض: الموت، الضعف، الانحطاط في جميع الميادين الجمالية العلائقية الصحية...تمثّلات متمركزة حول عناصر مركزية تقاوم التغيّر وثابتة كما يقول Abric (2007) حتّى أنّ مجتمعنا يسمّي هذا المرض "المرض الشين، المرض الواعر، المرض الخبيث، الله يستر هو يكتل الله ينجينا، لي يمرض بيه بلاك دار حاجة مشي مليحة خلاص الله"، تمثّلات سلبية نجدها مستدخلة من قبل المرضى و كردّ فعل دفاعي (استراتيجيات مواجهة) انّ هؤلاء المرضى يدّعون بأنّهم ضحية لهذا المرض والمجتمع هو المسؤول كما تقول Herzlich (2005) . ويعطون تبريرات ذات علاقة بمعتقدات اجتماعية "من فعل السحر" العين" الغذاء" "تخفيف ذنوب الدنيا"... مما ينعكس سلبيا على سلوكات وصورة ذات المصابين به: سلوكات عدوانية، اكتئاب، اضطراب وفي هذا المجال يقول Tap ، Tarquinio و Sordes-Ader (2002) انّ ثقل التمثلات (سلبية) هي العنصر المفتاحي لمعاناة المرض. التمثلات الطبية العلمية هي توحي بالأمل وهي تنحدر الى اتجاهات ايجابية وغالبا المرضى المثقّفون في هذه الحالة يستنجدون باستراتيجيات مواجهة متمركزة حول

المشكل عكس المرضى الذين يستعملون استراتيجيات متمركزة حول الانفعالات والذين يكونون غالبا عرضة لتأثير تمثّلات اجتماعية سلبية نظرا لأنّهم لا يتمتّعون بمستوى ثقافي عالي.

في الأخير يمكننا أنّ نستنتج أنّ موضوع التمثّلات هو معقّد وشاسع وفيه نوع من الغموض كما يقول Flament (1989). وهو غير منفصل عن الذات "يبدو أنّ الفرد يلعب في كلّ ملامس بيانو (Clavier) التمثّل العقلي" يقول لامایر في 1993 مذكور في: Mannoni(بدون سنة، 25)

.

المحاضرة: 11 علم النفس السيكوسوماتي والمرض

ظهر لأوّل مرّة مصطلح السيكوسوماتية في 1818 على J.C.H. Heinrothطبيب عقلي ألماني انطلاقا من نظرته الطبيعية ونظرته الطبية، ثمّ في 1945 هذا المصطلح تمّ البحث فيه من قبل الأخصائي النفساني James L.Halliday ثمّ بعد سنوات تمّ تطويره وانتشاره بين الباحثين

ولكن تحت وجهات نظر نوعا ما مختلفة(Fine, 2005)

1-تعريف السيكوسوماتية:

انّ الفرد حسب Marty (1990، 11) :" هو سيكوسوماتي في تعريفه" و حسبه انّ الشخص الذي يعاني في مزاجه من اكتئاب أو حساسية هو عرضة للاصابة بمرض سيكوسوماتي. المريض حسبه بمرض سيكوسوماتي هو مريض غير حقيقي(Faux malades) مذكور في: (Contrant & Calza 2002) . انّ تيار السيكوسوماتية "يختصّ بفهم العلاقات بين الجسم و العقل...هو يختص باعطاء أجوبة للنقاش القديم القائم على الوحدة الأساسية للكائن البشري، هذا المشكل يتناول من خلال جدلية العلاقات الموجودة داخل الفرد، في شموليته النفسية، البيولوجية التاريخية و الاجتماعية... " يقول Marty (1990، 3 و 5)

مصطلح السيكوسوماتية حسب كلّ من : Baldoni&Trombini

(2005) يعني الاهتمام بالجسد و النفس. أمّا بالنسبة سامي علي انّ الجسد عندما يحدث فيه سيكوسوماتية (Somatisation) فهو بسبب وجوده في وضعية مأزق و طريق مسدود بدون حلّ (Impasse) (De Balanda, 1999).

. في الحقيقة يصعب إعطاء تعريف محدّد لمصطلح السيكوسوماتية لأنّه يحمل في طيآته نوعا من التعقيد والغموض كما يصرّح Fine (2005). فالأشخاص قد يتعرّضون لنفس المواقف والصدمات الاّ أنّ البعض قد يصابون بمرض سيكوسوماتي والآخرون قد لا يصابون، أو قد يصابون لكن كلّ واحد مرضه يختلف عن الآخر، لهذا السؤال مازال مطروحا في هذا التيار حول سببية المرض.

القلق و الصراع النفسي الحادين حسب علماء النفس السيكوسوماتيون قد يؤديان إلى تدهور الصحة الفرد و الاصابة بمرض سيكوسوماتي كالسرطان و السكري واكزيما الخ...هذا التيار الفكري يقوم على:" كلّ ما لا يتم بلورته (Elaborer) يسقط على الجسم" على شكل أعراض سيكوسوماتية كإستجابة لتهديدات القلق. فعندما يعجز الجهاز النفسي أو يرفض الحماية و التكفّل (Painchaud & Montgrain, 2003) يعجز العمل النفسي عن الدفاع عن القلق الحاد

ووظائف الأنا تكون معطّلة عن عملها الجسم سيتدخّل ويساعد النفسية باصابتة بمرض سيكوسوماتي، لأنّه كما يقول Ait Sidhoum(1991، 42) أنّه يوجد "علاقة وطيدة بين نوعية التنظيم العقلي وامكانيات الفرد في مقاومة الأمراض الجسمية". فالجسم هو منتوج عضوي, معرفي, نفسي و اجتماعي, الجسم هو ضريح النّفس والآخر يكمّل الثاني فهم غير منفصلين عن بعضهما, "الجسم هو ضريح الرّوح" يقول أفلاطون (Vinsonneau, 2002, 69) أمّا حسب ديكارت الجسم هو "جوهر واسع رحب متمدّد ممزوج ومستلق"« Substance étendue » مثل الآلة و الرّوح هي "جوهر يفكّر" (Vinsonneau, 2002, 69)« Substance pensante »وهي التي تعطي الحياة للجسم الذي هو عبارة عن آلة حسب ديكارت (Roux, 2011). فالجسم و النفس هما مفهومين غير منفصلين عن بعضهما، هما يشكلان زوج مفاهيمي Couple) (conceptuel و وحدة جميلة (Belle Unité) و تفرّع ثنائيDichotomie) (و نظام معقّد في تفاعل مع المحيط الاجتماعي حسب Bianchi (1990، 10) فهو يقول: " تقريبا من المستحيل أن نعرّف أحد من هما بدون الرجوع والاعتماد على الآخر، يصبح مثل مصدر، بقايا، تابع، استناد و تثبيت وكتف (Butée)، مرآة ودائرة (Horizon) ...بالرغم من التفرقة العلمية التي تفصل هذين النظامين من الظواهر معرفين ك: النفسية و الجسدية، هذين يكونان ملتحمين في وحدة، أين لا تستطيع أي مقاربة تجاهلها...عبارتين هما: "التعقيد النفسي الجسدي" (Complexe psyché-soma)، " تنظيم جسدي نفسي" -Organisation somato) (psychique...هذا هو الفرد في مجموعه (L'Homme total) ". امّا بالنسبة ل فرويد الجسد كان محلّ بحثة وتكلّم عن غرائزه التي يبحث عن اشباعها و يبعد المعاناة (Marty, 1990)،تكلّم غن نزواته التي تؤدّي به الى النفسية، و النفسية بدورها تثيره (Bianchi, 1990): ديناميكية بينهما. اذن الفرد عبارة وحدة مركبة من نفس وجسد فيه أعضاء جسمية ومكوّنات معرفية (النضج)، لكن هذا لا يكفي لاكتمال نموّه اذا انعزل عن المجتمع ولم يتعلّم لهذا انّ بياجي قد أكّد على عوامل النضج والتعلّم والتكيّف في النموّ العقلي المعرفي للفرد، فالون بدوره يؤكّد أنّه

لكي ينمو الفرد هو بحاجة للمجتمع زيادة بأنّه مهيّأ بعوامل النضج فهو يقول "الفرد منذ ميلاده هو كائن اجتماعي"، اركسون بالمناسبة يعطي أهمية كبيرة للمجتمع في توفيره للفرد الاحتياجات التي يحتاجها من اجل نموّه النفسي الاجتماعي السليم. علماء آخرون
Schilder, 1968;Dolto, 1984, 2012Fsian;يتّفقون في فكرة انّ الجسم هو "منتوج نفسي اجتماعي" يعني هذا الفرد الذي هو عبارة عن جسد ونفس (وحدة) هو بحاجة للمجتمع لكي ينمّيه ويطوّره. فإذا أصيب الجسم بمرض النفسية كذلك تصاب و تكون غير مستقرة ومحيط المريض يكون غير مستقرّ والعكس صحيح, فإذا أصيبت النّفسية ولم تقم بعملها النّفسي سيتدخّل الجسم وقد يصاب هو كذلك حسب تيآّر علم النفس الجسدي. الاصابة بالمرض الخطير قد تكون لديه غريزة الموت أكبر من غريزة الحياة، Klein تفرّق بين هذين الغريزتين كما يلي: غريزة الموت هي كلّ مايشمل القوات أو الطاقات الهدّامة من عدوان وغضب وثورة وقلق واكتئاب...الخ (Ségal, 1983)أمّا غريزة الحياة هي كلّ ما يشمل الحبّ والعاطفة والثقة والاشباع الانفعالي والبيولوجي. وحسب Martyمذكور في: Donabédian (2012) انّ غريزة الموت تعكس غياب عمل تبلور الأنا (Elaboration du moi) أي: اضطراب الأنا (Désorganisation du moi) وعدم التعقيل (Démentalisation) وهنا ينتج مايسمّيه النكوص السيكوسوماتي (Régression psychosomatique). العمل النفسي هو مرادف للتعقيل والحرمان من التعقيل والذي ينتج من جراء هشاشة الغلاف النفسي هو المشكل الذي وجدته Arar(1991) عند 21 مرضى مصابين بمرض جسدي خطير (Behcet)ما تجدر الإشارة إليه أنّ الإصابة عندما تكون على مستوى الجسم أو على مستوى نفسية الفرد فانّ مركّباته الأخرى هي بدورها ستتأثّر سلبيا: الجانب المعرفي العقلي للفرد و محيطه. لهذا انّ الفرد يتدخّل في بناءه عدّة عوامل متداخلة و مترابطة فيما بينها و أيّ إصابة على مستوى مركّب أو مركّبات هوية الفرد: تؤدّي إلى أزمة و اضطراب. لهذا إن جدليّة التعريف بالذات "ماذا يعينه الفرد؟" هو أمر مازال يبحث فيه العلماء في علم النفس الاجتماعي وباقي العلوم الأخرى.

علم النّفس الجسدي يرجع سببيّة المرض إلى تلك الوضعيات المتصارعة المجهدة

والقلق الحادّ، فحدّتهما قد تؤدّي إلى الكفّ الوظيفي المناعي، فبعض الدراسات أظهرت أنّ الأورام الدّماغية تتأثر بالعوامل النّفسية والإجتماعية مثل: الطّلاق، وفاة شخص عزيز، طرد من العمل...الخ(Razanis & Delvaux, 1994)

Galliem الطبيب و الفيلسوف لاحظ أنّ معظم النساء اللّذين يعانين من الإنهيار

والإكتئاب(La dépression et mélancolie) هنّ معرّضن للإصابة بالأمراض الورمية، أكثر من الأفراد الآخرين. (Trombini & Baldoni, 2005).

كلّ من : Greer و آخرون, 1979، Maggie1990; وآخرون ,1985، 1991، 1999) مذكورين في: Bruchon-Schweitzer(2002)

أسّسوا "مدرسة الملوك للبحث الجماعي

(King's ،collège Research group)، في لندن (Londre) ، في كلية الطّب، لقد أكّدوا أنّ المرضى بداء السَرطان يتميزون بخصائص نفسية إجتماعية متعددة، وهم مختلفون عن باقي المرضى المصابون بأمراض أخرى. فهم يظهرون مثل مرضى لطفاء (Gentils) ، متحفّظين (رزناء) (Discrets)، متعاونين (Coopératifs)، شديدي العزم (Stoïques) في وضعيات الصراع، وهم يحترمون السلطة، كما أنهم يظهرون واجهات بشوشة (Agréables)،لا يفرضون أنفسهم ولا يعبرون عن إنفعالاتهم ،أي قمع لإنفعالاتهم، غياب النرفزة والعدائية (Absence d'hostilité) و خصوصا عدم إثباتهم لذاتهم في المجتمع.

حسب Schweitzer(2002) الباثولوجية السّرطانية الورمية تتوسّع وتنتشر في الجسم، بسبب عدّة عوامل وأبرزها الدينامكية العائلية المضطربة للمريض، وقمع المريض لمعيشه

الإنفعالي،وإنكاره صرّاعاته التي يتخبّط فيها نظرا لأنّه يبدي واجهة بشوشة ولا يشتكي ولا يعبّر عن غضبه وانفعلاته السلبية أمام محيطه.

كذلك Angel, 1992 ;Biondi, 1967 ;Grassi, 1962 مذكورين في :Schweitzer,(2002)، لقد اهتموا بالخصائص المشتركة التي يظهرها المرضى المصابون بـ: الباثولوجية الورمية هؤلاء يظهرون كما يلي:

- معاش فرداني و تجربة معيشية متميّزة بالحوادث المؤلمة: فقدان المواضيع الغالية.
- عانوا في طفولتهم من التّرك و الحرمان العاطفي.
- يميلون لعدم مواجهتهم الوضعيات المتوترة و المسائل الصّعبة.
- يواجهون صراعاتهم بمكانيزمات دفاعية أبرزها الكبت (refoulement) والانكار.
- يجدون صعوبة في التواصل و التكلم بطريقة حرّة، هم يقومون بقمع إحساساتهم.
- الإكتئاب (dépression) .
- الإستعداد لمواجهة المرض(Coping) بنوع من ردّ فعل حيادي أو قبولي

(acceptationpassive)، هم لا يفرضون أنفسهم.

- الحذر من الآخرين، كتومين و متحفظين احساس يشبه الاحساس الذي يبديه الذين يعيشون في وضعية ما بعد الصدمة "الإحساس بالهجر" (Sentiment d'abondant).
- يقيمون العلائقات مع المحيط و يطيعون القوانين يصبرون على المحن و المعاناة.

حسب Schweitzer (2002) المرضى المصابون بالسرطان هم أفراد لطفاء و متعاونين و عقلاء، عكس المرضى المصابون بالقلب فهم حسبهايبدون مظهرا إندفاعيا (Impulsivité) ، نرفزة و عدوانية. ملاحظة في الحقيقة وجدناها تنطبق مع الحالات التي درسناها، حتى انّ

البعض منهم كان دخولهم متكرّرا للمستشفى و لعلّ هذا راجع الى مناخهم العائلي المضطرب وكثرة احباطاتهم، "كثرة الاحباطات تؤدّي بالمرضى الى اعتمادهم على نمط سيكوسوماتي" يقول كلّ من Winaver&Lachowsky (2008، 101). و لكن تبقى مشكلة كلّ حالة هي حالة خاصة و لها أسبابها لا تقبل التعميم. أمّا حسبTrombini &Baldoni(2005). انّ المصاب بالسرطان يجد صعوبة في الاستبطان(Introspection) الذي هو استدخال لاشعوري عندهم من المحيط نحو الذات. وحسب Si Moussi (1991) انطلاقا من قيامه ب 22 مقابلة عيادية يدرس فيها السير النفسي للأشخاص المصابين بمرض جسدي خطير (Behcet) توصّل الى أنّ لديهم دفاعات نفسية هشّة وانّ علاجهم من الغير ممكن أن يقتصر على العلاج الكيميائي.

نستنتج أنَ سبب المرض من مفهوم نفسي جسدي هو راجع الى عدّة عوامل مترابطة فيما بينها و لعلّ أبزها الوضعيات المجهدة و الصدمات و الصراعات التي يتلقاها الفرد في حياته، الاّ انّ معرفة سبب السرطان يبقى أمرا صعبا و تعجز العلوم الطبية و النفسية

والاجتماعية عن معرفة السبب الحقيقي فكلّ تخصّص يعطي تأويلات وأسباب مساهمة في ظهور المرض. في هذا الصدد يتكلّم Fine (2005) عن تيار السيكوسوماتية بأنّه يتميّز بنوع من الغموض و التعقيد و يصعب اعطاء تعريفا دقيقا له.

1. العوامل النفسية الاجتماعية المساهمة في ظهور المرض:

في 1956 Selye بحثت في مجال القلق (Stress). فكانت دراستها تدور في إطار فيزيولوجي و تتمحور حول العوامل الموجودة في المجتمع و التي حسبها تشكّل عدائية للعضو والتي تسبّب بدورها ردود فعل تكيّفية. Selye عن طريق هذه الدراسة وعن طريق عدّة تجارب وضّحت أنّ على المستوى الفيزيولوجي القلق يظهر انّ لديه دورا هاما في خلل الجهاز الهرموني . Selye تشير الى أنّ هذا الخلل هو عبارة عن ردّ فعل تكيفي والذي تسمّيه :" تناذر عام للتكيّف" (Syndrome général d’adaptation) والذي يتضمّن ثلاث مراحل حسبها:

-ردّ فعل ضدّ الخطر الذي يصيب العضو بتأثير عامل القلق ويزعزعه من أجل دفاعه. وفي الواقع هذا النوع من الميكانيزم يوجد عند كلّ الكائنات الحيّة حتى الحيوانات.

-مرحلة المقاومة أو مرحلة التكيّف : تظهر هذه المرحلة في الوضعية التي يكون فيها عامل القلق مستمرّ. فالعضو هنا يحاول تعويض طاقته الضائعة و إصلاح الخسائر الناجمة.

-مرحلة العياء : هنا المقاومة تضعف والعضو لا يقدر ان يدافع عن نفسه وعن كيانه ضدّ القلق ولايستطيع أن يتحكّم فيه. (Fischer,1997)

المفهوم الذي أتت به Selye هو بالغ الأهمية في فهم القلق وما يخلّفه من آثار على العضو, و لكن إنّ هذا المفهوم أصبح لا يعتمد عليه كثيرا, بل انّه قد عوّض بمقاربات تعتمد على نظرة أقلّ ميكانيك, وتعتبر ردّ فعل القلق يعتمد على عوامل معرفية وانفعالية وتؤكّد على أهمّية تقييم الطريقة التي من خلالها الفرد يحسّ بوضعية القلق.

(Fischer,1997) القلق عند المريض الناتج عن حدث جرى في محيطه يؤثّر سلبيا على توازنه الفيزيولوجي وتوازنه النفسي. هذا الحادث قد يأخذ عدّة أشكال كالمرض أو فقدان شخص عزيز أو مرضه, أو صدمات مثل الاغتصاب أو حادث سير...هذه الحوادث المقلقة و المؤلمة هي تعتبر من بين العوامل الخطيرة التي تؤثّر سلبيا على الصحة.

أعمال أخرى قام بها كلّ من Jacobs و Charles في 1980 درست العلاقة الموجودة بين القلق و بين السرطان، وخصوصا مابين حوادث الحياة المقلقة وبين ظهور السرطان. فدراسة من بين هذه الأعمال أجريت على طفل مصاب بالسرطان ووضّحت بوجود علاقة ارتباطية بين معاشه وبين حوادث مؤلمة حدثت له وكان فيها قلق عالي طيلة سنة، قبل تشخيص هذا المرض كان لهذا الطفل المصاب : فقدان شخص غالي وقطيعة عنيفة في الرابط العاطفي (Fischer,1997).

بالمقابل يبدو أنّه من الصّعب تحديد وضبط العوامل الحقيقية المسبّبة للسرطان, ولكن ان القلق الشديد و الدائم هو يعتبر من أحد العوامل التي تتسبّب في خلل الجهاز المناعي. اذ انّ الدراسات السابقة كما أوضحنا سابقا هي تقوم على فكرة أنّ التفاعلات بين الجهاز المناعي والقلق لهم علاقة بظهور السرطان.

شخصية الفرد تدخل أو تساهم هي الأخرى في ظهور المرض, الأمر الذي اثار اهتمام باحثين أمريكيين ك: Friedman و Rosenman سنة 1974 وأرادوا الكشف عن هل الاصابة بالمرض سببها هو مرتبط بنوع شخصيّة معيّن ؟ ومن بين النتائج التي توصّلا اليها :

– القلق و المثيرات الحادّة ترفع من شدّة ضغط الشرايين.

–مرض القلب سببه أنّ المرضى المصابون به لديهم في شخصيتهم النوع "أ" (Type A) الذي يتضمّن السمات التالية:

–الإحساس الحادّ بأنهم قادرين على المنافسة ومفاهيم مبالغ فيها, عدوانية (agressivité) , نرفزة (Hostilité). (Fischer,1997) دراسات أخرى في هذا المجال كدراسة Rosemman و آخرون في 1964 التي اشتملت على 3000رجلا,عمرهم مابين 39 و59 سنة لم يكونوا يعانون من مشاكل القلب في الأول، أي عند مقابلتهم بRosemman وأتباعه لكن بعد 8سنوات قاما باستدعائهم والتعامل معهم ولاحظا أن الأشخاص منهم الذين لديهم من الشخصية نوع ا A كان لديهم أكثر (بمرتين أكثر) ويعانون أكثر من مشاكل القلب مقارنة بالآخرين. إذن خرجوا بخلاصة أن الأفراد الذين لديهم نوع أ في شخصيتهم هم أكثر عرضة للإصابة بمرض مقارنة مع الأفراد الآخرين الذين لديهم نوع آخر في شخصيتهم. (Fischer,1997) وبالمناسبة حسب dembrovsko و Costa1 في 1987 محتوى نمط الشخصية أ يضمّ العدائية (Agression) التي بدورها تسبب النرفزة.

مرض القلب يعد من الأمراض الأكثر شيوعا نظرا لارتفاع نسبة الوفيات بسبب أزمة قلبية, هذا المرض كان محل انشغال العديد من الدول خصوصا الصناعية, إذ أن حسب بعض الدراسات أن هذا المرض يصيب الرجال أكثر من النساء وبنسبة 90% الأشخاص القلقين من جنس ذكر لديهم خلفية نوع A, (Fischer,1997) وفي هذا المجال نجد دراسة Schweitzer (2002) عندما تقارن بين مرض القلب ومرضى السرطان فهي تقول بأنّ كليهما يعانيان من القلق والصراعات ولكنّ المصابين بالقلق هم أكثر عدائية واندفاعية في سلوكاتهم وهم يعبّرون عن غضبهم وعدائيتهم وهم يتميّزون بشخصية نوع أ عكس المصابين بالسرطان فهم لا يعبّرون عن عدائيهم ويبدون واجهات بشوشة تعكس مظهرهم الداخلي. وهم يتميّزون بشخصية من نوع c. أما بالنسبةTemoshok في1987 هي توضّح أنّ النساء هنّ أكثر عرضة للإصابة بالسرطان، وحسبها الأشخاص المصابين بالسرطان يتميّزون بسمات شخصية تسمّى نوع C . هذا النوع يتميّز بالسمات التالية: الكف (inhibition) في التعبير عن الانفعالات وخصوصا الإحساسات العدوانية, الابتعاد عن الوضعيات الصراعية وتجاهلها (dénégation), الاستعداد الى تكييف الطاعة, واتجاهات عدم القدرة واتجاهات حب الغير. (Fischer,1997)

يظهر الشخص الذي يتميّز بشخصية نوع C بأنه بشوش(Agréable) وطيّب وانه متكيف مع كل الوضعيات إذ انه هو غير قادر على التعبير والتكلم عن انفعالاته وإحساسه وخصوصا عدائيته والأحاسيس السلبية التي تؤلمه. انطلاقا من هذه المعطيات Temoshok استطاعت أن تضع رابط بين هذا النوع من الشخصية وبين ظهور السرطان وخصوصا سرطان الثدي.

دراسة Temoshok وملاحظاتها قد تم التحقق منها من قبل دراسات أخرى والتي بدورها وضحت وأضافت بوجود علاقة ترابط بين عنصرين من الشخصية ذو النوعc : –الاكتئاب والاستعداد للاستسلام (résignation) –الموت (mortalité) بالسرطان.

وفي هذا الصدد نجد أعمال Persky وآخرون في: 1987 اللذان اشتملت دراستهما الإحصائية على 2020 فرد ذكر مصابين بالسرطان والتي دامت 17عاما.

وأقرت دراستهما بوجود علاقة ارتباطية إحصائية بين الوفاة بالسرطان وبين الاكتئاب العالي (dépression) (Fischer,1997). فالاكتئاب هو يصيب العديد من الأفراد وحتّى النساء حديثي الولادة بالمناسبة، فإنهن يكنّ عرضة للإصابة به وهنّ يبدين كما يشير Hanzak (2008) عدّة أعراض أهمّها: حزن، بكاء، الإحساس بعدم الفعالية، الشعور بالذنب واتّهام الذات،القلق وحيرة من أجل الرضيع ، هيجان (irritabilité) ، فقدان الطاقة و فقدان الاهتمام بالأعمال، الإحساس بفقدان الأمل، خلط في التفكير، أرق (بسبب الوليد)، تغيّر في الشهية، نقص في التركيز وصعوبة اتخاذ القرارات. أعراض نجدها مشتركة ومتقاسمة مع المرضى المصابين بالسرطان وهذا ما لاحظناه طيلة بحثنا الميداني على هؤلاء المرضى.

Lévy وآخرون في 1990 أيضا قد لاحظوا أنّ الأشخاص الذين لديهم اكتئاب حاد في وقت تشخيص مرضهم السرطان هم أكثر عرضة لان يطوّروا سلوكات غير تكيّفية قد تعيق أو توقّف الشفاء عندهم ومن هذا نستنتج أن حدّة الاكتئاب تلعب دورا هاما في الزيادة من المرض عند المريض. (Fischer,1997)

بالرّغم من اختلاف و تقارب الأسباب المؤدية للسرطان الا انّ مايهمّنا في سيكولوجية الأشخاص في وضعية المرض والاعاقة هو معرفة التغيّرات النفسية والاجتماعية وحتّى الجسمية التي تحصل للمريض وكيف يمثّلها وكيف يعيد النظر لصورة ذاته وصورة جسمه وكيف يواجه وضعيته المرضية وكيف يقوم بأدواره وماهي العوامل النفسية والاجتماعية التي تساهم في معانة هؤلاء المرضى، ما يهمنا كذلك هو فهم استراتيجيات مواجهتهم للاعاقة والمرض وكيف يستعملونها ومدى فعاليتها أو عدم فعاليتها.

المحاضرة: 13 الفحص النفسي للأشخاص في وضعية الاعاقة (من جراء السرطان).

السرطان مازال محل بحث في الطب وعلم النفس الصحة وعلم النفس السيكوسوماتي و علم النفس الاجتماعي. المريض لا يقتصر الاهتمام به من الجانب الطبي ومعرفة العطل الذي

يصيب اعضاء و خلايا الجسم وعلاجه انما التكفل بهذا المريض يستوجب الاهتمام به من الناحية النفسية الاجتماعية. السرطان هو حدث صادم يصيب الشخص في جسمه وفي صورة جسمه وفي أدواره وفي صورة ذاته وفي تمثلاته وحتى في علاقاته مع محيطه.

ان الاصابة بالسرطان تختلف من مريض لاخر من حيث نوعها ومن حيث الألم ودرجة خطورته. فيوجد السرطان القابل للعلاج : نوع ورم حميد ويوجد الخطير: ورم خبيث ويوجد المزمن. ولكن عند الحديث في مجتمعنا عن كلمة سرطان للأسف تعني الموت والاصابة هي خطيرة. تمثلات اجتماعية سلبية حول السرطان تؤثر سلبيا على صورة ذات المصاب بالسرطان.

1-مفاهيم سرطان الدم :

1-1 المفهوم الطبي:

السرطان حسب Khayat(2003, 23) هو " مجموعة من الأمراض قد تصيب كل أعضاء الجسم وسببها تكاثر خلايا وفسادها وتفككها حيث يكون التشخيص عموما مميت اذا لم يتم علاجه"

السرطان هو التكاثر والتطور السريع للخلايا الغير الناضجة، وهو الارتفاع والتوسّع للحجم النسيج الخلوي بصفة غير عادية ، فيؤدي هذا إلى انتاج الأورام الحميدة أو الأورام الخبيثة.

– الأورام الحميدة: هي عبارة عن خلايا تكون أقل تكاثرا من الأورام الخبيثة ، فيتم توقيف هذا التكاثر بالعلاج الكيميائي أو بالإشعاع و بالتالي المريض في هذه الوضعية هو قابل للشفاء.

- الأورام الخبيثة : الخلايا تكون أكثر تكاثرا (أنثوية) هي عبارة عن إنبثاث(Métastase) أي: "انتقال أو تغيّر مكان المرض" (ادريس، 2007، 779). هو ورم خبيث وخطير قد يصيب أحد الأجهزة الحيوية في الجسم ، ثم ينتشر في الدم. إن التطور الغير العادي والسريع للخلايا يؤدي بالمريض إلى الموت بعد وقت قصير.

أعراض سرطان تختلف من مريض لآخر ولكن هناك أعراض ظاهرية تكون مشتركة بين المرضى وهي كما يلي :

– الألم المستمرّ والدائم.

– دوار، التعب الحاد والصداع.

– التقيؤ و فقدان الشهية.

– حمّى متواصلة و فساد للوضعية الصحية العامة كما تظهر أعراض نفسية مثل :

– القلق المتزايد و الخوف الشديد.

– الإكتئاب والعدوانية والاندفاعية.

– النسيان ، إضطربات الذاكرة .

– الإهمال و اللامبالاة وعدم القدرة على التركيز في الأعمال اليومية .

– العياء الحاد يجعل المريض في إحساس غريب في جسمه لم يحصل عنده قبل

(Harrisson, 1972)

أسباب السرطان حسب الأطباء والباحثين يظهر بسبب عدّة عوامل أهمها كما يلي:

– الأَشعّة و المستحضرات الكيماوية.

– وراثية وجينية (مثل سرطان الثدي).

–الإصابة بالجراثيم و البكتيريا.

– غذائية : السّمنة تساعد على عدة أنواع من السَرطانات ، وعدم الإستهلاك المنتظم للفواكه و الخضر والتغذية الفقيرة أو عدم تناول الأطعمة الطبيعية.

–تعاطي الكحول يساعد على سرطان الحنجرة والكبد و البلعوم.

–التدخين له دور أساسي في الإصابة بالسرطان ، فهو عامل مهم في الإصابة بعدة أنواع منه.

- العلاقات الجنسية المبكرة، هيتساعد على ظهور سرطان عنق الرَحم

- Desfort, 2003)(

أنواع السرطانات: هي متعددة نذكر منها سرطان الدم وهم بدوره ينقسم الى أنواع نكرهم كما يلي:

–لوكيميا :

فهو "عبارة عن تكاثر الكريات البيضاء و ظهور خلايا شادة تؤدي الى سرطان الدمّ" (ادريس، 2007، 717)

هو أيضا مرض الدم الخبيث الذّي يتميّز بالتّكاثر و التّطور السريع للخلايا (Leffevre, 2004)

إذا كانت سيتوبلازمات (Blastes) الخلايا على مستوى النسيج اللمفاوي (Lymphoide) يكون المريض مصاب بلوكيميا الحادة) (Leucemie aigue:LAL

إذا كانت إصابة سيتوبلازمات الخلايا على مستوى النقي أي بمخ العظام (Myéloïde)، يكون المريض مصاب بلوكيميا الميلوييدية الحادة (Leucémie aiguemyéloïde(LAM)

أمّا عن ظروف تشخيص هذا النّوع من المرض فهي :

- "تدهور عام للحالة الصّحية .
- فقر الدمّ (Anémie) .
- نزيف
- أرق ليلي
- الإلتهابات الجرثومية .
- إلتهابات اللوزتين (Angines)"

(Leffevre, 2004, 153)

مرض الهودجكين (Hodgkin) :

هو أكثر أشكال اللَمفوم شيوعا وهو عبارة عن إنتفاخ و تكاثر الإنتفاخات "الولاسيس" (Les gonglions) على مستوى الرقبة و البطن خصوصا الرجال هم أكثر عرضة للإصابة به ،و هو أقل خطورة من اللوكيميا الحادة اللمفاوية (LAL) واللوكيميا الميلوييدية الحادة (LAM) و اللمفاوية الغير الهودجكينية .

هذا المرض يصيب جميع الأعمار و أمّا عن ظروف تشخيصه فهي كما يلي:

-"الإصابة بالعقم (Stérilité).

- حمَى متواصلة.

- تدهور عام للحالة الصحّية.

- أرق ليلي" (Leffevre, 2004, 154)

ميلوم العظام الخبيث (Myélome multiple des os): يسبب اعاقة حركية.

هو عبارة عن سرطان النّقي أي الورم الخبيث يتموضع في مخّ العظام، من خصائصه هو التكاثر السّريع للخلية الأثليّة (Plasmocytes Tumoraux) الورمية أي: "خلية مريضة معقدّة ذات نواة منحرفة المركز" (إدريس، 2007،923).

كما يتميز هذا النّوع من السرطان بـ: الإيموباتيا (L'hémopathie) الخبيثة اللّمفاوية (Lymphomes) أي المرض في الدّم ، و أعراضه الإكلينيكية هي كما يلي:

- "تدهور عام للحالة الصحية للمريض.
- ألم في النّقي عميق (Douleurs osseuses).
- إنكسار مرضي على مستوى أعضاء الجسم.
- مشاكل في النّخاع (Insuffisance médullaire).
- تناذر: نقص الدّم، نزيف، ضعف النظام المناعي.
- لا يوجد حمّى" (Leffevre, 2004, 159)

علاج السرطان:

الجراحة تعيق التكاثر والتّطور السّريع للخلايا السّرطانية وبالعلاج الكيميائي(La chimio thérapie) يتم وقف تطور هذه الخلايا ومحاصرتها، ثم تحطيمها بالعلاج الإشعاعي (La radio thérapie) (Bataille, 2003)

1-2. مرحلة تشخيص المرض وتأثيره النفسي:

المريض عندما يتلقى خبر: *"عندك ميكروب في الدم"* أي "لديك ميكروب في الدم" ولكن عندما يبدأ المريض في الشّك عن مرضه فالطبيب مطالب أن يعلن له عن مرضه، القول له *"عندك سرطان"* أي "لديك السرطان"، المريض عندما يستدخل هذه الفكرة ويصبح يواجه معركة نفسية حاسمة، هذه الفكرة تجعل المريض يواجه عدّة تساؤلات أهمّها مدّة الحياة؟ ومتى الشفاء؟ هل سأحقق المشاريع في المستقبل؟.

إستدخال المريض فكرة "عندي سرطان" تختلف من مريض لآخر، فهناك من المرضى يستدخلون هذه الفكرة بطريقة عنيفة ويرسّخونها في آذانهم، وهناك من المرضى يستدخلونها تدريجيا وينتهي بهم الأمر إلى ترسيخها وتبلورها وتمثّلها. التأكّد من الإصابة بالسرطان هو الحكم على المريض بالموت، بالكارثة نمط تفكير يغلب عليه التفكير في الموت والإحساس بالضعف والضغط الانفعالي كالتشاؤم، القلق وفقدان الأمل، فكل هذه الإحساسات السلبية تجعل المريض يتساءل حول معنى الحياة ويعيد النظر في علاقاته مع عالمه الإجتماعي العائلي والمهني. التشخيص يضع المريض في أزمة فردية، وهذه الوضعية تدوم ثلاثة أشهر بالنسبة إلى 70% من المرضى وهذا حسب دراسة Worden & Weisman في 1976 (Razavi & Delvaux, 2002).

حسب Fischer (1997) يمكن تقسيم رد فعل المرض أثناء وبعد التشخيص المرض كما يلي:

<u>1-2-1 المرحلة الاولى</u>: تبدأ مع بداية المرض أثناء الاعلام عن التشخيص، هذا اليوم في حياة المرسض هو لاينساه مدى حياته، المرضى هنا يذكرون جيدا هذا اليوم اذ انهم يعبرون عنه بيوم قطعي، مصيري ومشؤوم...الخ

هذه المرحلة وكما يوضّح Fischer (1997) قد تدوم عدّة أيام أو حتى عدّة أسابيع. أغلبية المرضى الذين تعاملنا معهم عند تكلمهم عن التشخيص يقولون طوعيا: " مأمّنتش نكرت قلت ماشي بصح" أيّ:" لم أصدّق أنكرت، قلت ليس صحيحا". الانكار ميكانيزم دفاعي يستعملونه أثناء انصدامهم من جراء تشخيص المرض, هذا الميكانيزم يعمل كوقاء نفسي فهو يحفض المريض من حدة القلق وتأثيره, وفيشر يتحدث عن الانكار قائلا: "يعني ميكانيزم معرفي يضع الحدث بعيدا, ويخلق توهّما بأنه (الحدث) لايهمنا"(Fischer, 1997, 274)

1-2-2**المرحلة الثانية** المرحلة العلمية الجراحية: في أغلبية الحالات هنا وبعد التشخيص يتطلب الأمر إقامة عملية جراحية لبتر أحد الأعضاء بالنسبة لسرطان الثدي (بتر الثدي), أما بالنسبة للسكري قد يتطلب الأمر إن يقوم بعملية بتر الرجل أو اليد أو احد الأعضاء.

وبعد البتر المريض هنا يعيش حالة حداد من أجل فقده لأحد أعضاء جسمه, والبتر يسبب اختلال التخطيط الجسمي وبالتالي اضطراب صورة الجسم وصورة الذات, ففقدان العضو هو يسبّب اضطراب الهوية وتزعزعها. وحسب Revidi في 1994 بتر أحد أعضاء الجسم يسبب خلل على مستوى التخطيط الجسمي على مستوى أربعة أشكال محددة:

- شكل عملي: فقدان العضو.
- شكل جمالي: (esthétique) وهذا يؤثر سلبيا على صورة الجسم.
- شكل اجتماعي: الطريقة التي ينظر من خلالها الآخر الى المريض النظرة المرسلة.
-شكل رمزي: مكانة العضو في رمزية المريض وتخيلاته (Fischer, 1997).

أي إصابة على مستوى الجسم والتي تستدعي العملية الجراحية ينجر عنها إرسال نظرة أخرى غير سابقة العلاج من قبل المرض لجسمه.

1-2-3 المرحلة الثالثة العلاج: فيما يخص المرضى المصابين بالسرطان ومعالجتهم بالعلاج الكيميائي(chimiothérapie) والإشعاعي (la radio thérapie) في هذه المرحلة المرضى يعيشون وضعية الضعف والفشل والملل والضجر والتقيؤ من مفعول العلاج الكيميائي, كما نلاحظ عليهم الشك وعدم الثقة من أنهم سيخرجون سالمين من هذا العلاج.

1-2-4 مرحلة الانتكاسة ومعاودة المرض (Rechute): في المرض الخطير كالسرطان قد ينتكس المريض لان مفعول العلاج لم يأتي بنتيجة ايجابية, والخلايا ازدادت في التكاثر (prolifération) على شكل ميتازتار(métastases) انبثاث , هذه الانتكاسة تشكل للمريض الاحساس بصدمة ثانية، من بعد صدمة الإعلام عن المرض: المريض في هذه الحالة يبدي الاحساس بالهجر ولا يضع الثقة في مفعول العلاج، وهذا الإحساس هو ناتج من أثر الصدمة وهو كميكانيزم دفاعي يحمي الذات من فقدان الأمل وقلقها, كذلك هنا نلاحظ أن المريض عند التكلم معه عن مفعول العلاج والإلحاح عليه المريض يصرح بأنه لا فائدة منه بل انه يعتبره كعلاج ثانوي وغير أساسي، فرصة ثانوية ومحاولة لا تجدي نفعا وقد يصل به الأمر إلى الاكتئاب وفقدان الأمل ولا يصدق أقوال الأطباء ولا أقوال الأفراد الآخرين وقد يصل الأمر به إلى رفض العلاج, وهذا المظهر وهذه السمات هي من الآثار السلبية التي تخلفها الصدمة، خصوصا وهنا إنها تكرّرت مرتين. هذه الحالة قد تدوم لعدة أيام ولكن بعد مرور الوقت المريض يتحفز من اجل العلاج والشفاء ويبقى أمله قائما.

1-2-5 المرحلة الأخيرة: وهنا تخص السرطان في مراحل متقدمة من الانتكاسة و المرض, الخلايا السرطانية تتكاثر في جميع أنحاء الجسم, هنا يعطي علاج إضافي للمريض ويتكهن بمدة بقائه في الحياة.

في هذه المرحلة الأخيرة المتطورة من المرض وحسب Ross في1975 المريض هنا يمر أيضا بعدة مراحل التي تتضمن ردود فعل الرفض (refus)والانسحاب(isolement) : النرفزة

والعدوانية, بحثهم من تحالف(compromis) من أجل التأخير من الانحطاط المقدر, الاكتئاب وفي الأخير قبول الموت. (Fischer, 1997).

باحثين آخرين أكدوا أن اقتراب المرضى من الموت يسبب لهم قلق عالي على أنهم سيغادرون ويتركون الأشخاص الغاليين عليهم الذين يحبونهم وهنا طبيعة العلاقة التي تجمع بين المريض وبين أفراد عائلته وأصدقائه يسودها العاطفة والانفعال, هؤلاء أيضا يعيشون نفس التجربة التي يعيشها المريض فهم يتقاسمون معه المعاناة بتواصلهم معه ودعمهم. العلاقة هنا بين المريض والأخر تسودها صفة الصراحة.

Sligman في 1975 وضح مصطلح عدم القدرة بأنه: (se laisser aller) استسلام (baisser les bras) ترك كل جهد من اجل الخروج من الوضعية المحرجة، وهذا ما ينطلق مع المريض بالسرطان قد لا تكن لديهم القدرة على التغلب على القلق والاكتئاب, ولم يكونوا حريصين على صحتهم ولا مراقبين لمرضهم ولم يكونوا محفزين من اجل الشفاء وذلك بتخليهم على العلاج والأدوية، ولم تكن لهم المثابرة والثقة والإيمان, وقد يصل بهم المطاف الى الانتكاسة ومعاودة المرض وحتى الموت خصوصا الذين يكونون في مرحلة متطورة من مرضهم.

دراسات اخرى بحثت في هذا المجال نذكر منها واحدة من بينهم دراسة

Tarquino & Fischer (2006) كانت تشمل المرضى بالسرطان وكان الهدف قياس اثر عدم القدرة (impuissance) على تطور المرض, هذه الدراسة اشتملت على مرحلتين: الأولى بدأت بعد أ3شهر من العملية الجراحية, وجرت على شكل مقابلات, النتيجة سمحت بتحديد نمطين ونوعين من المرضى الذين استسلموا يتقبلون عادي ما يحدث لهم وكان لهم استعداد الترك, الذين ظهروا كمحاربين وغير مستسلمين ورافضين هذه الوضعية.

والمرحلة الثانية لهذه الدراسة جرت بعد 10سنوات من بعد وقد لاحظ الباحثون في الدراسة بان سوى 20% من الذين كان لديهم استعداد عدم القدرة لمواجهة سرطانهم مقارنة بالذين كانوا محاربين وقادرين على التغلب على سرطانهم كان منهم 60% على قيد الحياة.

Bandura في 1986 يعتقد ان سلوك الفرد يعتمد على معتقدين:

-الاول هو المعتقد الذي ينتج عن المجتمع والذي يقطفه الفرد بالاعتماد على جهوده الشخصية.

-الثاني الاحساس او الاقتناع بان الفرد لديه بين يديه مصادر اساسية من اجل بلوغ الهدف المحدد.

هذين المعتقدين يشكلان الاحساس الفعالية الشخصية (efficacité personnelle), وهذا الاحساس يعتبر عنصرا مهما لأنه يضم دينامية ذاتية تعتمد على ان الفرد الذي يؤمن بقدراته الذاتية سيطرها اكثر وحتى وان واجهته عائق وصعوبات.

الفرد الذي يحس بانه قادر له استعداد بان يكيف سلوكا يبين له حقا انه قادر, ويفرض نفسه على الاخر طالبا منه مثلا تغيير سلوك ما, مثلا الأم مع طفلها...الأم اذا كانت قادرة فإنها تستطيع اقلاع السلوكات المسينة من ابنها وتفرض علية سلوكات حسنة.

2. القلق الذي يسبّبه المرض للمريض:

دراسات تجريبية قام بها Jémmott وآخرون في 1983 كان هدفها يدور حول فيما كان القلق يضعف من نشاط الجهاز المناعي, هذه الدراسات اشتملت على طلبة الطبّ

وفي فترة الامتحانات, وكذلك دراسات اخرى قاموا اشتملت على طلبة آخرين من قسم جراحة طبّ الاسنان. كلّ هذه الدراسات وضّحوا بأنّ طيلة فترة امتحاناتهم كان هناك تخفيض أو تخفيف من عمل دفاعات الجهاز المناعي, اضافة الى ضعف نسبة الغلوبين المناعي (Immunoglobuline) في اللعاب (الريق) (la salive) (Fischer,1997) نتيجة أخرى خرج بها

Jémmott وأتباعه في 1983, كانت تتمحور حول العلاقات بين سمات الشخصية و الجهاز المناعي, وضّحت هذه النتيجة أنّ الطلبة الذين لديهم الرغبة العالية في تحقيق الذات و السّيطرة والحكم ولكنّهم كانوا خجلين (الكفّ) وجدوا انّ لديهم نسبة غلوبين مناعي منخفض –"غلوبين في بلاسما الدمّ يعمل مضادّا للحيويّات" يقول ادريس (2007, 638)– وهذا طيلة السنة مقارنة مع الطلبة الذين ليس لهم سمات الخجل (الكفّ) .

على ضوء ما سبق ذكره يمكننا ان نستنتج أنّ العوامل النفسية كالقلق المستمرّ الكفّ الانعزال الحداد وغيرها, تلعب دورا هاما في اضطراب الجهاز المناعي. وبالمناسبة فإنّ تزايد وارتفاع نسبة دخول المرضى إلى المستشفى هو ناتج (سببه) عن المناخ العائلي المضطرب و القلق الحاد والمشاكل الصَحية (Giovannini. & al., 1986) .

دراسات أخرى قام بها schleifer وآخرون عام 1983 تمحورت حول الحداد و ما مدى تأثيره على دفاعات الجهاز المناعي, فبيّنت أنّ عند الأفراد الذين يعيشون الحداد هم في نقص وضعف في عمل دفاعات الجهاز المناعي. ودراسة أخرى لهم اشتملت على 15 رجلا كانت زوجاتهم مصابات بسرطان الثدي في مرحلة متأخرة منه, هؤلاء الرجال وبعد موت زوجاتهم من بعد شهرين أصبح لديهم نقص كبير في دفاعات الجهاز المناعي. إذ كان هذا النقص جدّ مرتفع مقارنة مع الفترة التي كانت فيها زوجاتهم على قيد الحياة. (Fischer,1997)

3. تطور السرطان و ردّة فعل المريض:

بعد تشخيص المرض و معرفة المريض بأنه مصاب به يجد نفسه في دوّامة غير منتهية من العلاج و القلق و التساؤلات و المخاوف وكثرت تنقلاته إلى المستشفى فهذه المرحلة بالنسبة للمريض هي سيرورة مرضية صعبة ومؤلمة لا يحسّ بها إلا من يعايشها

والمريض طوعيا يقول بأنّه يجد راحته في التكلم والتعبير مع شخص مريض مثله لأنّهما يجمعهما ألم واحد ولو أنّ هذا الألم تختلف درجة حدّته من مريض لآخر لأنّ كل حالة هي حالة خاصة لها أسبابها ولا تقبل التعميم.

في هذا المجال نجد أن علم النفس الصحّة يهتمّ كثيرا بالخصائص النفسية الاجتماعية التي يبديها المريض والتي بدورها تساهم في تطوّر المرض. فالأعراض يعني مجموعة من المؤشرات والخصائص التي يتميز بها الشخص المريض: الفشل العياء, الألم, الضعف, العجز, التقيؤ, فقدان الشهية...الخ. هذه الأعراض التي يبديها المريض المصاب بالسرطان تسبّب له ردود أفعال نفسية متعدّدة نذكر منها الخوف, الهلع, القلق, إعادة النظر لصورة ذاته

وتساؤلات حول "هل سأشفى؟ متى؟ ما أحسّ به من أعراض هو خطير؟" وبالمناسبة انّ Mechanic (1962) يسمّي ردود فعل المريض تجاه الأعراض التي يبديها ب "سلوك المريض". المريض قبل ا ن يكتشف مرضه أو قبل التشخيص أن هذه الأعراض تكون عنده سارية المفعول و قد يطول ذهابه للمعاينة عند الطبيب و هذا ما يسمى ب "سلوك التأخير" عند بعض الباحثين, هذا المصطلح يعني المظاهر النفسية التي يبديها المريض في الفترة التي فيها يحسّ بالألم أي الأعراض الأوّلية و ذهابه للمعاينة عند الطبيب. بالنسبة لباحثين ك:

Sullivan &Afreedberg , Savetsky ,Sien, Samet (2001) انّ المريض المصاب بسرطان القولون يذهب لمعاينة الطبيب بعد إصابته بفترة من 7 أشهر إلى 10 أشهر, أمّا بالنسبة للمريضة المصابة بسرطان الثدي فترة ذهابها للفحص بعد 03 أشهر من الإصابة. أماّ بالنسبة للمرضى المصابين بالسيدا فهو أطول وقت نظرا لأنّه يوجد مدّة الإصابة بالعدوى ثمّ مدّة إدراك الأعراض ثمّ إدراك الخطر ثمّ إقامة اختبار الكشف ثم القيام بالفحوصات الأوّلية.

في ميدان الطبّ ينصح المرضى بتوجّههم للمعاينة والفحص الطبّي حين إصابتهم بالألم أو تعرضهم لانتفاخات وتورمات...الخ وهم ينصحون ويحذّرون بأنّ عندما يتأخّر المريض عن

الفحص فانّ حالته قد تتدهور وتتطوّر الإصابة خصوصا عند حالات السرطانات. إنّ تأخر المريض عن توجّهه نحو الطبيب يرجع لعدّة عوامل وحسب Tarquino & Fischer (2006)

هذه العوامل هي كما يلي:

"العوامل السوسيوثقافية: هي مرتبطة بالتصنيف الاجتماعي الثقافي الذي يحدّد العلاقة بين المعلومة و إدراك الخطر و العلاقة بين المحيط الطبّي والتصنيف الاجتماعي هذا له علاقة بالتمثّلات الاجتماعية للمرض.

–العوامل النفسية: في حالة السرطانات الأعراض أو الإصابة ستتطوّر نحو الأسوأ

والمريض به قد يتجاهل هذه الاعراض ويميل لتشويه حقيقة السرطان حتىّ أنّه يسعى لحذف مصطلح سرطان وتبديله باسم آخر أقلّ ثقلا في خطورته اجتماعيا وطبّيا.

4. تفاعل المريض مع الآخر:

المرض الخطير الذي تكون في احتمالية الشفاء منه وعلى وشك مفارقة الحياة قد يجعل المريض لا يتواصل وينعزل عن محيطه (2004, Richard), المريض المصاب بالسّرطان ينتظر من الهيئة العلاجية ومن محيطه الإستماع له: غالبا عندما يحاول التكلّم عن خطورة مرضه أو عن الموت وفي الحقيقة انّ أقرباء المريض عند سماعهم مريضهم يتكلّم عن الموت فكلماته توقظ القلق والحيرة وتجرحهم وتتطلّب منهم الأخذ بعين الإعتبار للموت القريبة ومحنة الفراق. فكلمات المريض واتجاهاته السلبية تسبّب لأقربائه انفعالات مؤلمة وتؤدّي بهم الى الخوض في تعاطفهم الوجداني مع مريضهم والخوض في سيرورات التماهي فهم يحاولون التماهي بالمريض بمحاولتهم استدخال الألم وكلّ المشاعر السّلبية التي تسيطر على المريض.

أقرباء المريض قد يجدون أنفسهم يعيشون في قلق غير منتهي وصدمات انفعالية حتّى أنّهم يجدون صعوبة حتّى في التعبير عمّا بأنفسهم كما يؤكّد Raimbault في Richard, 1987 (2004).

إنّ المريض بالسّرطان لا ينتظر من محيطه أكثر من استماع متنبّه, مصغ, يقظ, حذر, لطيف ومجامل وهذا من أجل الإحساس به ومن أجل اعطاء معنى لأسئلته: اقتراب نهاية حياته, القلق, الخوف من ظروف الموت, ألم الفراق, الوساوس ...الخ

Richard (2004) يوضّح كيف أنّ المريض عندما لا يتواصل مع محيطه و ينزع وينتشل كلّ طرق التفاعل, فالمرض هذا يصبح وحشيّ وهو لا يفرّق المريض عن أقربائه فحسب بل يمنع حتّى وقت الوداع والفراق وسؤال إعادة النظر لمكانته الاجتماعية يبقى مطروحا وكذلك إعادة النظر لصورة ذاته يبقى سائدا. المريض بالسرطان هو غارق في أحزان الاكتئاب وهذا الأخير بدوره يساهم في الانعزال وقطع العلاقات مع الآخر ويرى Marty أنّ الاكتئاب هو: " محي العلاقات مع الآخرين ومع ذاته...فقدان الهدف من أجل الماضي ومن أجل المستقبل...غياب التواصل مع اللاشعور يشكّل قطيعة جدّية مع سيرته الذاتية"

(In ; Ait Sidhoum, 1998b, 100)

المحاضرة: 14 المرض الخطير والمرض المزمن:

بفضل التطوّرات الملحوظة التي يشهدها ميدان الطبّ, خصوصا في ميدان الأشعة

وميدان الجراحة والتقنيات الأخرى استطاع الطبّ أن يجتاز صعوبات ونقائص كان يتعذّر فيما قبل اجتيازها, فقديما الطب كان فيه نوع من القحط الطبّي (La pénurie médicale) . يبقى ميدان الطبّ وميدان علم النفس الصحة وعدّة ميادين أخرى تثابر وتواصل بحوثها من أجل ضمان وتحقيق العلاج للمرضى ومن أجل وضع أكبر مصداقية والتغلّب على النسبية، لأنّ كلّ العلوم تتميّز بالنّسبية وعدم الثبات.

اذن يبقى العلاج الطبّي لا يكفي في معالجة الأمراض المزمنة والمستعصية بل هناك علم النفس الذي لا نستطيع التخلّي عنه ولا ننكر أهميّته ودوره الفعّال في علاج المرضى.

وبالمقابل إنّ هذه الأمراض المزمنة و المستعصية قد يتمّ معالجتها ولكن ليس شفاؤها وكما يقول الدكتور Grimaldi (2009: 101) المختصّ في معالجة داء السكّري "تطوّر الطبّ يتميّز إذن بالتوسّع والبحث في الأمراض المزمنة و الإعاقات التي نستطيع معالجتها ولكن لا نستطيع شفاؤها ...الطبّ عاجز عن شفائها "

وحسب هذا الدكتور إنّ التكفّل العام بهذه الشريحة من المرضى يكمن في التكفّل بالمريض من حيث أبعاد الأنا الثلاثة (Triple dimensions) :

-الأنا ضدّ الألم (Anti-mal) : مضطرب و يتألّم من المرض أو الإعاقة.

-الأنا العقلاني (Rationnel) : قابل لفهم المعطيات العلمية الطبية, بفضل التفسيرات التربوية.

-الأنا التمثيلي (Identitaire) : الذي له تمثّلات (Représentations) وانفعالات غير مألوفة يتعذر إنقاصها و تخفيضها .

ويذهب هذا الدكتور إلى أبعد من هذا موضّحا أنّ الأطباء لهم الاستعداد للإهتمام خصوصا بالأنا ضدّ الألم (وسمّاه بالأنا الحيوان) والأنا العقلاني للمرضى ولكن يتجاهلون الاهتمام بالأنا التمثيلي الذي يبحث عن التّفاؤل والفرح يبعد الحزن

والتّشاؤم وهذا ما نسمّيه *بالعامل النّفسي* الذي يلعب دورا هاما في معالجة المرضى المصابين بالمرض الخطير أو المرض المزمن وفي منحهم سند معنوي وحماية نفسية وهذا بالتضافر مع العلاج الطبّي.

ومثال ذلك المريض بالسكّري لكي يبدّل من سلوكه ويتّخذ حمية في غذائه يجب إعلامه بمحاسن الحمية الغذائية ...لذلك يقول Grimaldi (2009 : 104) " إنّنا لا نستطيع مساعدة مريض في التّغيّر من سلوكه إلاّ اذا تحدّثنا إليه موضّحين له المحاسن والمساوئ الملاحظة..."

في المرض الحاد والخطير(Grave et aigue) الّذي قد يستدعي العملية الجراحية إنّ المريض هنا هو بنفسه مستسلم (Passif) أمام قرارات الطّبيب. فالطّبيب هنا هو المسير والمدير.

أمّا في المرض المزمن إنّ المريض هو بنفسه يقوم بالإقتراحات العلاجية والوقائية التي يقدّمها الطّبيب وإذن إنّ المريض هو ليس بمستسلم بل إنّما مكمّل (Partenaire) للعلاج وهو الّذي يسيّر مرضه بالتّعاون مع الهيئة العلاجية (الأطباء ,الممرّضين المختصين النّفسانيين) إذ إنّه كلّما كانت الهيئة العلاجية متطوّرة كلّما كان التّخفيف من حدّة الأمراض المزمنة.

خصائص المرض المزمن والخطير:

المرض سواء كان مزمنا أو خطيرا أو حتى خفيفا فانّه يتميز بخصائص جلية تستحق أن تشير إليها وهي كما يلي :

من المنظور الطبي المرض المزمن قد تكون له علاقة بالجانب الوراثي، كما انه له علاقة بالمحيط وما يحدثه من تغيرات فجائية وقطعية كالصدمات ففي داء السكري ان الصدمات تعتبر كعامل مطلق(déclanchant) لداء السكري.(Debray, 1983)

يعني ان ثقل عوامل التراث الوراثي يساهم بشكل كبير في ظهور المرض لكن بمساعدة الصدمات، فالوراثة هنا تعتبر هي المهيمنة وتساهم في بروز السكري بالإضافة إلى مساهمة تغيرات خارجية(الصدمة) في جعل التنظيم العقلي يضطرب. في كل الأحوال عندما يصاب الشخص بالسكري يعني أنه أصيب بمرض لا رجعة فيه مزمن يحتاج أو يتطلب من صاحبه تكفل طبي حاد مدقق ومتواصل، لأن السكري في تعريفه هو اضطراب أو خلل الغليكوز في عمله فهو له علاقة بنقص الأنسولين والبنكرياس.(Debray, 1983) هذا التكفّل الطبي المدقّق والصارم الذي أصبح يتابع المريض بالسكري، نجده مرنا مقارنة بالتكفل الطبي للمصاب بالسرطان. لكن في كلتا الحالتين انّ مسؤولية التكفل به هي صعبة وثقيلة. وبالرّغم من مقاومة المريض الاّ انّه هو يعاني ومنزعج من هذه الوضعية وقد يولّد له ولمحيطه شحنة من الانفعالات السلبية.(Debray, 1983).

Marty في دراسته التي أقامها على عينة تتكون من 21 فرد :

10نساء 20سنة–50 سنة و11رجل 17سنة–71سنة.

10افراد تم التعامل معهم في مستشفى باريس 6نساء و4رجال.

11أفراد في العيادة لاستشارة الطبيب : 7افراد في مصلحة أخرى للسكري في باريس و4في مركز الاستشارة (centre de consultation) والمعاينة والعلاج السيكوسوماتي

في أدوات دراسته استعمل Marty المقابلة الغير موجهة ومع بعض الحالات استعمل المقابلات النصف موجهة كما انه استعمل TAT.

من خلال دراسته أراد Marty أن يبيّن مختلف أنماط التنظيمات العقلية المشاركة في اقتصاد السيكوسوماتية عند المصابين بالسكري وخرج بان المرضى الذين توازنهم جيد في "داء السكري" لديهم ترتيب للتنظيمات العقلية. أمّا المرضى الذين يعانون من عدم توازن نسبة الغليكوز في الدمّ وباستمرار فهم لديهم مزاج سيء ومشكل في التعقيل (mal mentalisés).

Marty خلص بأنّ ليس التنظيم العقلي لوحده يؤثّر على المرض وإذا اتخذنا بهذا المفهوم سيسمح لنا بان نعزل تواجد عدة عوامل تؤثّر بدورها عن هذا المرض :عوامل داخلية وراثية عوامل متعلّقة بتاريخ الفرد وعوامل مزاجية وعوامل خارجية متعلقة بالمحيط.

خطورة الإصابة الجسمية أيضا هي المسؤولة عن عدم توازن الغليكوز في الدم بالإضافة إلى عوامل سيكولوجية والتنظيم العقلي للفرد، هذا ما يجعلنا نعود إلى الفكرة السائدة في علم النفس "كل حالة هي حالة خاصة وكل حالة لها أسبابها الخاصة" وهذه الأسباب تختلف من مريض لآخر. إذن يوجد عدّة أسباب تؤثر على المرضى كما ان التنظيم العقلي يؤثر أيضا في التمثلات الاجتماعية وفي هذا الصدد يقول Marty "المرض ليس لديهم جانبية نفسية مشتركة وإنما التنظيمات العقلية المتغيرة." (Debray, 1983, 35)

المريض عندما يحس بان الآخرين يفرطون في التكفل به والرعاية به هنا يشعر بالملل ويحس بأنه ينظر إليه نضرة الشفقة فهو يحبّ بان يعامل مثل باقي الآخرين.

ويبقى الشيء المنبوذ والمكروه في حياة المرضى بالسكري هو النبذ والاحتقار ورفض السكري بالنسبة للنساء التي يعطينا أهمية للرشاقة والسكري قد تكون له فعالية في سمنتهم هذا الأمر بالذات يصبح مصدر إزعاج فالخوف من السمنة عند هؤلاء المريضات نلاحظه انه شديد ولهذا نرى أن البعض منهن يقمن أحيانا من الإنقاص من جرعة الأنسولين لتجنب السمنة ففي نظرهم الرشاقة أهم شيء عندهم وهن يقمن بميكانيزمات دفاعية واستراتيجيات هوية للإنقاص من القلق الزائد(Debray, 1983) خصائص نجدها مشتركة عند المصابين بالسرطان وكلاهما يؤثّران سلبيا

على هويّتهنّ الأنثوية، خصوصا وأنّ علاج السرطان يخلّف تساقط الشعر. لهذا نجد معظمهن يقمن باستراتيجيات هوية ويسعون للظهور أمام الآخر في أحسن مظهر، لأنّ هذا الأخير يلعب دور هاما في التأثير السلبي على صورة الذات.

في أحسن مظهر جسمي يعني :

-الشعور بالذات.

-تقدير الذات الايجابي عند المقارنة مع الآخر.

-الإنقاص من الجرح النرجسي الذي سببه المرض.

-الإنقاص من القلق.

المريض بمرض خطير أو بمرض مزمن عامة هم يعيشون في توتر وقلق متواصل (stress), فالتوتر ينبثق في حياة المريض بدون إرادته, حتى انه يكون واعي بالخطر والتهديد او بالاعتداء عليه , وهو واعي في ما بعد بردود أفعاله وأيضا بالتغيرات الفيزيولوجية والنفسية التي يخلفها القلق. وحسبCrocq) (2007 ، 5) القلق في هذه الحالة "يترك ثلاثة أثار نفسية :

-فهو يمحي الانتباه للوضعية التهديدية.

-هو يجمّد القدرات المعرفية.

-يحرّض على اتخاذ القرار والحركة."

من جهة أخرى نستطيع ان نقول ان القلق يتيح الفرصة لصاحبه أن يراقب انفعاله, كما انه عبارة عن رد فعل مفيد (util) وتكيفي، بفضل قلق الفرد يستطيع ان يتجنّب الخطر أو يكون يعرف مقداره ويستطيع ان يواجهه, وهذا ما يتناسب مع المصطلح الانجليزي (coping), ولكن

بالمقابل ان ردود غعل القلق تظهر على المستوى النفسي بإحساس مبهم وغامض وعياء وجسمي ونفسي, القلق همه هو بحث ارتياح (soulagement) والتخلي عن الخوف لأنه في حالات القلق الحاد والمطول والمتكرر يصبح صاحبه غير متكيف مع الوضع وقد يسوء الأمر وقد يصل إلى مرض سيكوسوماتي لان القلق كما تعرفه (selye) يعني رد فعل العضو وليس رد فعل العوامل الخارجية (crocq, 2007).

المحاضرة: 15 سيكولوجية المعاق بسبب السكري وبسبب السرطان: دراسة مقارنة.

لكل من سرطان الدّم وداء السكّري تمثلات إجتماعية مهمّة، داء السكري متعارف عليه اجتماعيا كنوع من الأمراض المزمنة بينما سرطان الدم يعتبر كنوع من الأمراض الخطيرة في الحقيقة المرض مهما كان نوعه اعتبر منذ القدم مثل ظاهرة ضدّ طبيعية (Antinature) يسبّب اضطراب وتزعزع الحياة الدّاخلية والخارجية للفرد.

للعلم تطرقنا في رسالة ماجيستير موسومة ب: "**صورة الذات عند المرأة المصابة بسرطان الدم**"، أين توصّلنافي الأخير إلى أنّ سرطان الدمّ يتسبّب في اضطراب صورة الذّات عند الحالات التي تمّ التّعامل معها، وذلك لما يحدثه من تغيّرات سلبية على المظهر الدّاخلي و الخارجي إضافة إلى مساهمة عوامل أخرى في اضطرابها كالتّمثّلات الاجتماعية السلبية التي يتميّز بها هذا المرض والصورة السلبية المرسلة الى المريضة من قبل الآخر الذي نقصد به الزّوج ،أفراد العائلة. كذلك إن ما يساهم في اضطراب المريضة هو اختلال أدوارها التي كانت تقوم بها سابقا آليا كأم كزوجة ,كمربية... ومن خلال هذا إنّ المريضة تعي خطورة مرضها، و ما مدى تأثيره السّلبي على حياتها بسبب هذه التمثّلات ، علما بأنّ الهوية الفردية تستمدّ معناها من البعد الذاتي أي التمثّلات الخاصّة بالفرد نفسه وأيضا من البعد الإجتماعي أي التمثّلات المستمدّة من الآخر .

في إحدى الندوات التي أجريناها مؤخّرا مع رئيس قسم جناح مبحث الدّم Hematologie بالمستشفى الجامعي بلاطو– وهران–البروفيسور "التوهامي.ح" قال لنا لماذا دائما النّاس يعتبرون مرض سرطان الدمّ مرادفا لكلمة الموت ، الشّفقة ، المعاناة...؟ وأضاف موضّحا لنا أنّ مرض سرطان الدمّ هو مرض مزمن كباقي الأمراض، المريض به يمكن أن يشفى منه أو يعيش به لمدّة طويلة مع العلم بأنّ هذا الصّنف من الأمراض يحمل في طيّاته عدّة أنواع مثلا

اللوكيميا (Leucemie)، الهودشكين(Hodgkin)، سرطان الميلوم المتعدد (Myelome Multiple Desos)...

اذن حسب الأطباء داء السكري له آثار سلبية و نتائج ثقيلة على المصابين به أما سرطان الدم لديه فكرة عامة سائدة في المجتمع : "*هو مرض جد خطير مقارنة بداء السكري يستدعي التفكير بالموت*".

انطلاقا من هذه الفكرة الاجتماعية السائدة : " *السكري هو أقل خطورة من السرطان*" يبدو من المهم أن نبحث على تمثلات المرض عند كل من المصابة بداء السكري والمصابة بسرطان الدم، أيضا من المهم ان نبحث عن اعادة النظر لصورة الذات عند كليهما وما هي آثار التمثلات الاجتماعية لكل من داء السكري و مرض سرطان الدم على صورة الذات؟

أعمال طاب Tapو آخرون : (2002) تمحورت في فهم مصطلح صورة الذات كما قلنل سابق في تعريفنا للذات، الدراسات المنجزة من قبل هاغزليش(Herzlich, 2005) والتي تطرقنا اليها سابقا تناولت المرض عن طريق التمثلات الاجتماعية، أعمال جودليJodelet و آخرون(1984) تمحورت في التمثلات الاجتماعية، الدراسات التي قام بها الدكتور كغيمالدي(Grimaldi, 2009) و بونينـو(Bonino, 2008) و بريشون و كانتغد(Bruchon&Quantard,2001) تضع مقارنة بين صورة ذات المراة المصابة بداء السكري والمرأة المصابة بسرطان الدم.

-التّمثلات الاجتماعية للمرض:

Re-présenter هي اعادة استحضار الموضوع الغائب إلى الذهن حسب جودلي(Jodelet, 1984). فالاختلاف بين التمثل و الادراك يكمن في أن موضوع التمثل هو غائب بينما الادراك

موضوعه حاضر وبمعنى آخر إن التمثل يضم الإدراك، التخزين في الذاكرة و التبلور، اذن التمثل هو انتاج فكري...

التمثلات الاجتماعية تختلف من مجتمع لآخر باختلاف الأبعاد الثقافية لأن الفرد هو بيولوجي اجتماعي، فالتّمثلات الاجتماعية هي *محتوى من المفاهيم منظّم متدرّجو متسلسل* و من وظائفها نذكر مايلي :

- هي توجّه سلوكات الأفراد و معتقداتهم.
- توجه صورة الذات و الهوية.
- عنصر مفتاح لمعاناة المرضى.

إنّ التَمثلات الاجتماعية للمرض تلعب دورا هاما عند المريض، فهي تسمح له بالاستعلام عنه و التعرّف عليه من حيث خطورته مآله، آثاره... فداء السَرطان له تمثلات مقترنة بالمعاناة الرّعب، الموت... إذن نستطيع القول بأن ثقل تمثلات المرض هو عنصر أساسي لمعاناة المريض.

في فرنسا هذا المشكل تطرّقت إليه "آغزليش" للمرة الأولى في الستينيات ، دراستها شملت *80 مقابلة نصف موجهة* مع *سكان باريس* (parisiensLes) (لمدة ساعة و نصف لكل مقابلة) خرجت بخلاصة أنّ المرض له تمثلات اجتماعية موضوعة من قبل الأفراد. و الذين يعتبرونه مثل صيرورة ميكروبية معدية، تتواجد في المجتمع و الفرد يجد نفسه عرضة للإصابة بهذه الصيرورة الميكروبية إذن فإنه ضحيّة

النّمط المعاشMode de vie في حد ذاته هو غير صحّي حسب (Herzlich, 2005). تمثلات هؤلاء "البارسيين"، المجتمع يسبب التلوّث، الميكروبات، الضوضاء، الأشعّة المستحضرات الكيميائية، كلّها عوامل تؤدّي إلى الإصابة الفرد بالمرض.

من هذا نستنتج أن الكلام الذي يعبّر به الأفراد عن الصحّة والمرض هو ليس بكلام فردي بل هو ناتج عن علاقة الفرد بالمجتمع أي التمثلات الاجتماعية (Herzlich& Adam, 2002).

صورة الذات :

الذات *هي محاولة معرفة ماذا يعنيه مفهوم الفرد ؟*فهي *نسق من التمثلات و الأحاسيس* التي تسمح للفرد أن يتعرّف على نفسه، انطلاقا من تعريف الآخرين له إثر تفاعله معهم، فالذات تتميز *بالثّبات والتّغير* في آن واحد وهي تضمّ مفاهيم جوهرية من بينها:

- الاستمرارية (La continuité).

- الخصوصية (Laspécificité)

صورة الذات تتبني عن طريق اتحاد عدة عوامل و صيرورات نذكر من بينها:

-صيرورة نفسية :-التّماهي (Identification)

- صيرورة نفسية اجتماعية التفاعل و التواصل مع المحيط، التنشئة الاجتماعية.

-صيرورة سوسيو معرفية: التمثلات،الإدراك...

- صورة الجسم تلعب هي الأخرى دورا مهما في بناء الذات.

-إتمام الأدوار (المهنة) يسمح أيضا بتحقيق الذات.

المقارنة بين سيكولوجية المصابين بالسكري والمصابين بالسرطان:

سرطان الدم حاد و خطير يمتد في وقت محدد و قصير لكن هناك إمكانية الشفاء منه هذا المسار ليس ساري بالنسبة للسكري المزمن الذي لا يمكن الشفاء منه.

السكري يتطلب اعادة تكييف لنمط من العيش خاص و مدقق: المريض المصاب به هو معرض لعياء متواصل، متابعة علاجية في كل وقت من الحياة، في هذا الصدد تقول دي بلاندا (Balanda, 1999 , p. 9) *"بالرغم من المأزق الطبي يجدون أنفسهم في مأزق نفسي"*. المريضة بالسكري لها دور مكدّ و نشيط (rôle actif) في تسيير مرضها فهي تقوم ب :

–التعاونCollaboration مع الطبيب, فهي اذن مشاركة Partenaireفي العلاج.

-البحث عن افضل تسيير ذاتي Autogestion وذلك باتخاد الحمية الغذائية، الابتعاد عن الصراع التحكم في الانفعالات، احترام مواعيد حقن الأنسولين و الدواء.لأن عدم التسيير الذاتي الحسن والمتواصل للسكري يؤدي بصاحبه الى ارتفاع أو انخفاض السكر في الدم، اذن المريضة هنا تسعى للبحث عن أفضل الاستراتيجيات الممكنة من أجل عدم إنغماسها في الشعور في الذنب و الذي بدوره يضاعف من معاناة الذات.

مريضة بالسكري في احدى المقابلات صرحت لنا: "باستطاعتنا التخلص من كل همومنا ومشاكلنا هي قضية إرادة" هنا لاحظنا انها تحس بالذنب اتجاه عدم توازن السكر في الدم (ارتفاع او انخفاض) كونها لم تستطع أن تتحكم وتسيطر على انفعالها وعلى القلق الذي يسيطر عليها.

أخرى أيضا قالت:*أريد البكاء لأنني في قمة المعاناة لكن ان الانفعالات هي اقوى مني لا أستطيع التحكم فيها انها في داخلي لاتستطيع الخروج ولا أستطيع التعبير عنها."*

مريضة اخرى صرحت لنا:*"أحس بنفسي أني تغيرت أخاف دائما ان افقد الناس الذين احبهم..."*

المريضات بالسكري يسيّرن مرضهن انطلاقا من معارف ومعلوماتتحصّلن عليها سابقا و بالمناسبة دراسة بيم توضح وتبيّن ان المرضى الأقل معرفة بمرضهم يسيرونه أفضل ويظهرون نتائج متحسنة مقارنة بالمرضى اليقضين(Bruchon&Quantard, 2001) وهنا يبدو جليا أن التمثلات الاجتماعية السائدة عند المريضة تؤثر سلبيا على صورة ذاتها لأن هذه الأخيرة توجّه صورة الذات وتسيّرها.

المريضة المصابة بداء السكري لها صورة ذات تتميز بالمعاناة، هذا راجع الى الشعور بالذنب لعدم التحكم الذاتي الجيد للانفعال، الحمية و راجع أيضا الى التمثلات الاجتماعية السائدة حول هذا المرض.

السرطان يظهر مثل تدخل عنيف، مفاجئ، قطعي، له علاقة بالموت، المريضة المصابة به هي مستسلمة passive أمام قرارات الطبيب(Bonino, 2008) فهي تعيش في كل أنواع المعاناة والجرح النرجسي. المريضات المصابات طوعيا يصرحن بأنهن تغيّرن وهن لسن كالسابق هذا ما أكده كل من:

TAP&Tarquinio&Sordes-Ader (2002)

أن تقدير الذات عند هؤلاء المريضات هو تقدير سلبي ومنخفض.المريضات بالسرطان يستعنّ باستراتيجيات مثل Coping وميكانيزمات دفاعية شعورية و غير شعورية .

استراتيجيات الهوية هي تلك التصرفات والإجراءات التي تستخدمها المريضة من أجل تكيفها في النسق الاجتماعي و من أجل الوقوف أمام الآخر بمظهر خارجي مناسب

مثل Perruque، Sigler وOsmondبالمناسبة (1979) بيّنو كيف أن الآخر يساهم في التقليل من تقدير ذات المريض (In: Fischer,2002). هؤلاء المريضات بالسرطان يكتسبن صورة ذات جديدة تتجسد في فقدان صورة الذات السابقة واكتساب ذات مضطربة.

الخاتمة:

الفكرة الإجتماعية العامة لداء السكري تحتوي على عناصر أقل خطورة من السرطان أما بالنسبة للفكرة الطبية والعلمية: "السكري له خطر كبير ونتائج ثقيلة".

بالمقابل الفكرة الإجتماعية و العامة للسرطان تحتوي على عناصر أكثر خطرا ولها نتائج ثقيلة و وخيمة، فهذا المرض يعني بالنسبة للمجتمع "الموت والإنحطاط"، أما بالنسبة لخطابات الأطباء سرطان الدم هو مرض "مثل باقي الأمراض الأخرى"، المصاب به يستطيع أن يشفي منه أو البقاء به لمدة أطول (للعلم إحدى المريضات المقيمات بالمصلحة أصيبت به منذ تسعة سنوات).

في الختام تغير صورة الذات عند المرأة المصابة بسرطان الدم هو راجع الى تحولات سلبية طرأت على مستوى الجسم بفعل هذا المرض، أيضا يرجع الى ثقل التمثلات الاجتماعية و إلى نظرة الآخر السلبية. أما بالنسبة للمرأة المصابة بداء السكري تغير صورة ذاتها هو راجع الى الشعور بالذنب والى التمثلاتالإجتماعية السلبية (بتر، إزمان...).

النساء المصابات بالسكري أو بالسرطان يقدرن دائما اللحظة الآنية (الحاضر)، دائما يلامسن أمل الشفاء وكما يقول بولاك Pollak في:

إنهن يقمن *"بعمل الأمل"* فهن على علم بكل الوسائل و التجارب المبتكرة حديثا كما هن على علم بكل الأدوية الجديدة المخترعة من طرف المؤسسة العلاجية، شعارهن الوحيد هو: *"يوجد علاج لكل شيء"*. (Herzlich&Adam, 2002 , p. 19)

المحاضرة: 16 التكفل بالمصاب بالاعاقة ومساعدته:

الإصابة بالمرض الخطير أو المزمن تعني للمريض العيش في القلق العميق ليس فقط على مستوى اقتصاده النفسي, لنما أيضا على مستوى مكانته ووضعيته التي يشغلها في محيطه الاجتماعي, وأيضا على مستوى علاقاته مع الآخرين.

إذن المحيط له دور مهمّ في الدعم النفسي للمريض وفي هذا الصدد يقول كلّ من Moulin , Boureau و Ferreri (2004، 320-326): " بالمناسبة في بضعة أشهر، الألم، مهما كان سببه، يتعقّد من الظواهر : السيكولوجية الفردية والاجتماعية، التي لوحدها قد تساهم في دوام الألم...لقد رأينا سابقا كيف أنّ اتجاه المحيط يتدخّل كمدعّم ايجابي أو سلبي في سلوكات المريض بالألم" المريض في وضعيته المرضية يحتاج إلى دعم نفسي واجتماعي من طرف أهله وأصدقائه, الدعم الاجتماعي مصطلح تم تناوله من قبل علم النفس الصحي الذي يقوم على أن المحيط الاجتماعي للمريض يلعب دورا هاما في مساعدة المريض على تقبل مرضه وإيجاده لاستراتيجيات تكيفه (coping) مع المرض تسمح له بالتغلب على القلق والضغوطات والمخاوف...الخ. ما يبدو مهما للغاية في هذا الميدان هو جعل الفرد المريض يتقبل وضع علاقات مع الآخر كمصادر تسمح له بالدفاع ضد المرض. في هذا المجال دراسات أكدت أن الفرد عندما يكون في وضعية قلق (مرض) ولكن بالمقابل يكون قد استفاد من الدعم الاجتماعي, النتيجة القلق والحيرة ينقصان من شدتهما, والعكس صحيح إذا لم يكن هذا الفرد قد استفاد من حكم اجتماعي النتيجة تكون: القلق والضعف. ومن هنا نستنتج أن الدعم الاجتماعي عندما يكون ضعيفا ولم يقم بدوره هذا سينعكس سلبا على المريض أو على الفرد الذي يكون قد تعرض لحادث, علما ان الدعم الاجتماعي هو عبارة عن وسائل غير دوائية (moyens non médicaux) من اجل مساعدة المريض, وهو لا يقتصر على إقامة المريض علاقة مع الآخرين إنما يشمل على الدعم العاطفي. من هذا المفهوم الفرد وعندما يحدث له شيء ما لم او مرض

فانه يرجع أو يستند على الآخر كي يواسيه ويخفف له من حزنه وألمه, وبهذا قد يكون الآخر بالنسبة للمريض مصدر أمان حيث انه يعتمد عليه. وفي هذا الصدد يتحدثFischer "الدعم الاجتماعي يشكل عاملا أساسي يسمح بتحسين جودة الحياة ويلعب دور محافظ وواقي للصحة" (1997, 289).

الدعم الاجتماعي يأخذ عدة أشكال نذكر منها:

-الدعم الاجتماعي العاطفي او الانفعالي: يتمثل في إبداء للمريض أحاسيس الفهم الحب التشجيع (réconfort).

-الدعم التقييمي(évaluation): يتضمن مساعدة المريضى في فهم وتفسير لهم ماذا يحدث لهم.

-الدعم المادي (matériel) يتمثل في المساعدة المادية للمعدات والأدوية...الخ.

الدعم الإعلامي (Informationnel): يتمثل في مساعدة المريض وذلك باعطاءه النصائح والإرشاد وحتى اقتراحات والإيحاء.

المحاضرة: 17 استراتيجيات الادماج والتكيف للأشخاص المعاقين.

منذ حوالي ثلاثين عاما وفي الولايات المتحدة الامريكية ظهر تيار بحثي جديد يسمى علم النفس الصحي , خمس سنوات فيما بعد بدأ في الظهور في اوربا. في فرنسا اهتمّت به - SchweitzerBruchon في 1994 (Fischer, 1997)، هذا التيار البحثي يهتمّ من جهة بالعوامل النفسية التي تعتبر ضارة للصحة مثل السلوكات الخطيرة المخدرات التدخين... ومن جهة أخرى هذا الفرع يهتمّ بدراسة السيرورات النفسية التي يستعين بها المريض كاستراتيجيات تكيّفية مع وضعيته المرضية. هذا التيار يحاول فهم ما مدى تأثير هذه الاستراتيجيات على وضعية المريض والوضعية الدينامية التفاعلية التي يمرّ بها المريض في تجربته المرضية.

1-إستراتيجيات المواجهة:

انّ القلق هو ضروري و أساسي لكلّ نفسية، فهما مصطلحان غير منفصلين، لهذا انّ النفسية تستعين بميكانيزمات دفاعية ثمّ استراتيجيات مواجهة من أجل الانقاص من القلق. هذا الأخير كما أوضحنا سابقا هو مرتفع عند المصابين بالسرطان، Morasz (1999، 68) في هذا المجال يقول: "المرض يأتي بالأساس على احياء عدّة أنواع من القلق، من بينهم، اثنين هم خصوصا بارزين. الأول الذي له علاقة بقلق الخصاء...والثاني من فعل ديناميكية المرض هو قلق الموت... قلق الموت هو جدّ حاضر في وضعية المرض". المريض بالمرض الخطير حقيقة هو أمام شبح الموت، وفي هذه الحالة قلقه يظلّ أساسي وحسب Rozier (1984) انّ تواجد الشخص أمام الموت يعني تواجد عنده قلق ينشأ بسبب الصراع من جهة بين الرغبة في العيش (التي يكون جذورها من الغرائز) و بين حتمية الموت التي لا مفرّ منها من جهة أخرى وحسبه هذا الصراع ليس له منفد ولهذا هو ينتج الإحساس بالقلق نظرا لعجز هذا الشخص عن

محي الموت وابقاء الحياة فالموت والحياة هما متنافران ومتناقضان (Inconciliables). انّ الانسان حسب Rozier (1984) هو يحاول جاهدا وبدون انقطاع عن الدفاع وتجاوز هذا القلق والتحكّم فيه أو تسييره. اذن المشكلة المعذّبة (Lancinante question) المصاب بالسرطان هي شبح الموت، لهذا انّ جهود ميدان الطبّ هي متواصلة من أجل وضع حدّ لهذه المشكلة والتخفيف منها، قد يساعد مجال الدين بأفكاره وتمثّلاته هؤلاء المرضى في مواجهة القلق والدفاع عن النفس من الموت وبالمناسبة امرأة كانت مصابة بسرطان الثدي وتمّ استأصاله لديها وهي تصرّح أنّ الفضل يعود في شفاءها الى اتّخاذها طريق عبادة الله بدون انقطاع وقراءة و حفظ القرآن باستمرار بالاضافة الى علاجها الطبّي.

انّ نفسية الفرد تستعين بآليات دفاعية و استراتيجيات مواجهة في آن واحد، الآليات الدفاعية أبرزها الكبت (Refoulement) والإنكار (Déni)، أمّا إستراتيجيات مواجهة Coping أبرزها التجنب، تصغير الأمور nominisation، البحث عن الدعم الإجتماعي، البحث عن المعلومة، إرجاع المسؤولية على الآخرين و الاحساس بالاضطهاد أو قلب الأحاسيس. حسب Abric في 1987 مذكور في: Mardelat (1994) في الاستراتيجيات الدفاعية أمام الآخر انّ صورة الذات تستعين بها وتتدخّل بقوّة في اختيار هذه الاستراتيجيات. احساس المريض بالاضطهاد و يتهم المحيطين به بأنّهم السبب في مرضه يعتبره Morasz (1999) هو يحمي المريض من هذا المعاش الكارثي و هو يشبّه ردّ الفعل الاضطهادي هذا الذي يبديه المريض مثله مثل ردّ فعل المصاب بالفصام الذي يقوم على ميكانيزمات تأويلية واسقاطية.

فالكبت عند المريض هو إستبعاده من الوعي انفعالاته وأفكاره السلبية بخصوص المرض من أجل تجنب الصراعات والتهديدات الصعبة.

الإنكار الذي يستعمله المريض يتمثّل في عدم إعترافه وإنكاره لبعض الاحاسيس السلبية والتجارب والحوادث المؤلمة والقاءها في ساحة الاوعي. الانكار هو معاكس للتقبل، فالمريض

يخفي كليّة حقيقة مرضه و يتابع حياته كما في السابق وحسب Morasz (1999) انّ الانكار في هذه الحالة هو لاشعوري و يعكس ضعف كبير للمريض ممّا يجعل نفسيته تقصي كلّ معرفة حول مرضه. في هذا الصدد بحث Morin (1994) عن تمثّلات مرض السيدا عند الشباب ولاحظ أنّ المصابين به ينكرون اصابتهم عن المجتمع وبالنسبة لهم هذا المرض هو انحطاط نفسي و هو كذلك انحطاط اجتماعي وهو النبذ والاقصاء وخطر اجتماعي وشخصي تدميري...الخ. أمّا Wilkie Markova في 1987 مذكورين في: Jodelet (1989) بالنسبة لهم مرض السيدا له تمثّلات اجتماعية عند الأفراد هي سلوكات منحلّة (Conduites générées) هي عدم المسؤولية الجنسية، هي الآفة... Freud يعتبر أنّ ميكانيزم الإنكار هو يسبق الكبت أمّا حسب Klein فهي تربط الانكار بانقسام الأنا في الدفاع ضدّ الموضوع السيّء: مذكورين في (Benhalla, 2013). الانكار هو مقاومة يقوم على انكار المريض معرفة حقيقة مرضه

وانكار الصّدمة التي تعرّض لها من جرّاءه. فالمريض يحاول أن يقاوم لكي ينكر تمثّلاته السلبية حول السرطان.

حسب Callahan & Chabrol (2004) إن الفرد يستعمل أوّلا الميكانيزمات الدفاعية ثم يستنجد بإستراتيجيات المواجهة إذا عجزت هذه الميكانيزمات الدفاعية عن مواجهة الصراع. فحسبهم إن هذه الأخيرة تسبق إستراتيجيات المواجهة لأن الفرد أوّلا يستعمل الكبت (كبت عاطفة) الإنكار من أجل إخفاء مشكل خارجي، ثم إذا عجز عن إخفاءه فيمر إلى أن يستعمل إستراتيجيات مواجهة (coping).

فالميكانيزمات الدفاعية هي مستعملة من قبل كلّ الأفراد بطريقة آلية ضد تهديد داخلي أو خارجي، فهي تعتبر أولى العمليات الدفاعية.

حسب Morasz (1999) انّ المريض يواجه مرضه بانعزاله و نكوصه، فهو يتخذ سلوك طفولي: النكوص ، هذا الأخير حسبه هو رد فعل وقائي يسمح للمريض بانعزاله و تقوقعه حول

ذاته و المريض يصبح يركز اهتمامه بحاضره وبأدويته وبأعراض يومه، ويكون النكوص هذا غالبا مصحوبا بالاكتئاب و هو ردّ فعل عادي عند كلّ المرضى، كذلك هذا الباحث يقول (1999، 67) : "المريض يتغيّر في مزاجه، يصبح غالبا ملحّا ، مرهف الحسّ، متطلبا، قلقا...هذا النكوص ... هو ردّ فعل عادي يسمح للمريض بالتضحية من أجل مرضه (مقاومة) وهو يضعه في وضعية تقبّل المرض...من هذا المفهوم النكوص هنا هو غير باتولوجي ، هو يرافق غالبا المريض ويجعله يحترم وضعيته، غيابه أو استعماله التعسّفي (الزائد) يؤدّي الى الانحدار نحو الباتولوجية... "

إستراتيجيات المواجهة هي مجموع الجهود والقوى التكيفيّة التي على أساسها يواجه الوضعيات التي يتواجد فيها، هي في الغالب شعورية وأكثر تعقيدا من الآليات الدفاعية التي هي في العموم لا شعورية (ولكن يوجد ماهو شعوري)، مصطلح إستراتيجيات المواجهة بالمناسبة تمّ التطرّق اليه من طرف Folkman & Lazarus في 1984 وهما يعرّفانه مثل مجموعة الجهود المعرفية و السلوكية من أجل تسيير الوضعيات المقلقة (Bouhass، 2014) وحسب Fischer & Tarquino (2006) يوجد عدة عوامل تؤثّر على إستراتيجيات المواجهة وهي كما يلي:

1-1 العوامل السوسيوسيرية(Sociobiographiques):

ترجع هذه العوامل بالدرجة الأولى إلى المكانة الإجتماعية والإقتصادية وإلى السنّ والجنس، عدّة دراسات في هذا المجال وأهمها دراسة Moos & Holahan (1987) مذكورين في Tarquino & Fischer (2006) تؤكّد على وجود علاقة إرتباطية بين المكانة الإجتماعية الإقتصادية وبين الإستعمال الجيّد لإستراتيجيات المواجهة.

فالأشخاص الذين لديهم مكانة إجتماعية معتبرة وتصنيف جيّد في المجتمع هم الأكثر عرضة لإستراتيجيات المواجهة، فهي متناولة من قبلهم بكثرة وأكثر من الأشخاص الذين لديهم مكانة إجتماعية معتبرة وفيها رضا إجتماعي ومثال على ذلك أثناء تناولنا لحالات المصابين

بالسرطان وحتى المصابين بالسكّري لاحظنا أنّ الأشخاص المثقفين والذين لديهم مستوى جامعي ولديهم مكانة إجتماعية معتبرة: "يعملون في إدارات"هم يواجهون مرضهم بكل حكمة وشجاعة ورزانة، بإستراتيجيات مواجهة أكثر من هؤلاء الذين ليست لهم مكانة إجتماعية إقتصادية، ولكن لكليهما يبقى القلق قائما ولكن بدرجات.

ولهذا إنّ كلّ من دراسة Moos & Holahan وآخرون، نتيجتهم التي خرجوا بها هي أنّ الفرد عندما تكون لديه مكانة عالية فلديه علاقة إرتباطية مع إستراتيجيات مواجهة فعّالة وكذلك حسبهم كلما تمتّع الفرد بمستوى دراسي عالي كلّما كان إستعماله وإقباله على إستراتيجيات المواجهة بكثرة وبفعالية.

أمّا فيما يخصّ عامل الجنس فحسب دراسة Endler و Parker في 1990 مذكورين في Tarquino & Fischer (2006) فيبدو أنّ النساء لديهم إستعداد أكبر من الرّجال في مجال إستعمال إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الإنفعالات فهنّ لديهنّ إستراتيجيات مواجهة مسالمة (coping-passif) ولكن بالمقابل لا يوجد إختلاف في الجنس عندما تكون إستراتيجيات المواجهة متمركزة حول المشكل، وبالمقابل يرى كل من Tarquino & Fischer (2006)أنّ هذه العوامل الإجتماعية السرية هي أقلّ أهمية وتأثيرا في مجال الإستعمال الفعّال والديناميكي لإستراتيجيات المواجهة مقارنة بعوامل أخرى.

2-1 العوامل المحيطية البنيوية (Contextuels):

إستراتيجيات المواجهة تتأثّر بالعوامل البنيوية للوضعية المقلقة (الحادث) التي يتعرّض لها الفرد، خصوصا ظروف الحادث من: خطورته طبيعته، وقته، متابعته، عدم التحكّم فيه الإتحاد مع الأشخاص أو العكس. الفرد نظرا لتعرضه لحادث تحيط به عوامل بنيوية فإنّه يستعين بإستراتيجيات المواجهة مرتبطة بخصائص ذاتية يعني: كيف يرى هو هذه الوضعية كيف أدركها وتصوّرها. ولهذا وحسبTarquino & Fischer (2006) إنّ العناصر المحيطة للوضعية لها

مساهمة ودور فعّال إذ تدفع بالفرد إلى إستعمال إستراتيجيات مواجهة والتي تختلف من فرد لآخر حسب خصائصهم وحسب تأويلاتهم.

1-3 العوامل المعرفية:

العوامل المعرفية هي عناصر مكوّنة للتمثلات وهي تضم مجموعة من السيرورات ومن خلالها وبفضلها الأفراد يواجهون مشاكلهم: حادث مرض خطير وضعية حرجة. فالفرد يتلقى الحادث يدركه ويؤوّله حسب إحساساته وتصوّراته. الفرد يقوم بتقييم ما جرى له ثم يقرّر أنّ يواجهه ويتابعه (الحادث).

وتقييمه في هذه الوضعية هنا هو سيرورة معرفية بفضلها الفرد يقدّر هذه الوضعية التي يواجهها ويستنجد بمصادر تسمح له بمواجهتها ويحدّد كل من Tarquino & Fischer (2006)شكلين من التقييم: تقييم إبتدائي وتقييم ثانوي.

– التقييم الإبتدائي: فهو يدور حول مختلف خصائص الحادث من معتقدات إنفعالات، المعنى المعطى للوضعية، فبالنسبة للبعض من الأفراد الحادث يعيشونه مثل ضياع مادي أو علائقي أو جسدي وينغمسون في إنفعالات وأحاسيس سلبية كالغضب والعجز والحزن، أما بالنسبة للبعض الآخر من أفراد الحادث بالنسبة لهم يشكّل لهم تهديدا وينغمسون في العيش في القلق والحيرة وبالمقابل بالنسبة لآخرين الحادث قد يشكل لهم تحدّي من أجل إظهار الفرحة والإيثار.

التقييم الإبتدائي الأوّلي هو الذي يحدّد إستراتيجيات المواءمة المستعملة كما يحدّد أثره إمّا الإيجابي أو السلبي على هذه الإستراتجيات، ففي وضعية الصدمة مثلا من بين الآثار التي تخلّفها هو الإحساس بالهجر وفقدان الموضوع في هذه الوضعية الشخص المصدوم قد يعيشها أو قد يواجهها بتحدّي ويصل إلى نتائج أو أجوبة فعّالة إيجابية وديناميكيّة (صدمة الطلاق، فقدان شخص عزيز، خداع صديق...)

-التقييم الثانوي: يخصّ التقدير والفهم الخاص بالفرد أمام الوضعية التي يتواجد فيها فيستعمل مصادر شخصية وإجتماعية. هذا النوع من التقييم يوضّح الطريقة التي على أساسها الفرد يفكّر ويرى ويعاير المصادر الموضوعية الموجودة والقدرة على تحريكهم وتوظيفهم، وهذا ما سيحدّد له إستراتيجيّات المواجهة، فهذا التقييم يفتح المجال لعدّة إختيارات سيتم تحديدها ومقارنتها، إنتقاءها: طلب المساعدة، البحث عن المعلومات، القبول أو الهروب من الوضعيّة...الخ.

هذه المرحلة توجّه أشكال المواءمة المتكرّرة وهذا حسب التقدير الذي يضعه الفرد حول قدرته في التفكير أو عدم التفكير في الوضعية.

التقييم الأوّلي والثانوي يؤثّر على إستراتجيات المواءمة والتي بدورها هي تابعة للوضعيّة ولقدراتهم في مواجهة الحوادث، وكذلك للقيم التي تدفع بهم إلى التفكير بطريقة ما أو بأخرى (Tarquino & Fischer، 2006).

عامل المتابعة هو بدوره عامل معرفي يحدّد ويؤثّر على إستراتيجيات المواجهة: فالمعتقدات التي نكنّها حول وضعية ماهي مصادر مناسبة وكافية من أجل مواجهة هذه الوضعية مثلا نعتقد ونثق بقدراتنا أنّ عند مواجهتنا لمشكل ما لدينا السلوك المناسب والفعّال من أجل مواجهته، فهذا العامل عامل المتابعة في تيار علم نفس الصحة هو يعني المتابعة المدركة (control perçu) فهذا العامل هو يعتبر كعامل معدّل لعدة مظاهر علائقيّة وخصوصا علاقة الشخص بالمريض وكيفية مواجهته لمشاكل الصحة. ولكن يوجد دراسات أخرى كدراسة Fischer Quintard Bruchon Schweitzer & ; 2002, Bruchon Schweitzer ; 2006, Tarquino & (2001)، وآخرون قد وصلوا إلى نتيجة أنّ هذا العامل (عامل المتابعة) لا يكفي لوحده في التعديل والتحكّم في عدة مظاهر علائقيّة، فهو معقّد لأنّه يوجد عدّة عوامل أخرى شخصيّة ومحيطة تتدخّل في هذه العلاقة ولها دور يحمي ويحافظ على المتابعة المدركة في وضعية الصحة. ففي وضعية المرض الخطير الفرد لا يكون على دراية بإحتياجاته ولا تكون لديه تجربة

في التكفّل به وحتى أنّ عامل المتابعة لديه أثر علاجي بل يصبح أحيانا مرضي ولكن بالمقابل هذه الدراسات السابقة الذكر، بحثت في أثر المتابعة المدركة عند المرضى المصابين بالسرطان كما استطاعوا تحديد دورها فحسبهم المرضى الذين يتمتعون بمتابعة مدركة عالية لهم القابلية والإستعداد بأن يطوّروا إستراتيجيات مواجهة مناسبة والأكثر تلاؤما: تقدير ذات مرتفع نوعا ما، قلق منخفض وعاما، سلوك إيجابي. وعلى العكس عند إعتقاد المريض بأنّه يمارس المتابعة أو يتابع مرضه، قد يترافق معه أسلوب مواجهة ديناميكي ونشيط كمثل توفر للشخص الإتجاه المقاوم (esprit combatif).

وبالمقابل هذه الدراسات تؤكّد أنّ في حالة المرض الخطير وفي حالة أنّ المريض عندما يعتقد أنّه مسؤول عن مرضه فإنّه هذا يجعله يستعمل إستراتجيات مواجهة متمركزة حول الإنفعال وهذا له دور غير فعّال وغير ديناميكي. ولهذا Tarquino & Fischer (2006) يؤكّدون أنّ عامل المتابعة المدركة حقّا هو يعتبر عامل مفيد لإستراتيجيات المواجهة ولكن هو ليس بالضرورة مفيد في حالة بعض الوضعيات الخاصة كالسرطانات الخطيرة وبعض الأمراض المطوّلة والمتعذّر متابعتها.

1-4 العوامل الشخصيّة:

وتعني الخصائص الشخصية التي تؤثّر وتحدّد إستراتجيات المواجهة. من بين هذه الخصائص يوجد خاصّة الصبر والتحمّل (Endurance) والحكمة الرزانة والتناسق فهذه الخصائص هي مثل مبشرين أو مثل مؤشرات إيجابية لإستراتيجيات المواجهة فهي ذات علاقة وثيقة وإرتباطية بهذه الإستراتيجيات إذ تساهم في تحديدهم.

الصبر أو التحمل هو خاصّية من خصائص الشخصية ويتميّز بقدرة الفرد على مقاومة خاصة الوضعيات المقلقة، الصبر هو عبارة عن إستراتيجية مواجهة ديناميكي يرتكز على

الإعتقاد بالقدرة على التحكم في الحوادث وحسب Kobasa في 1982 مذكور في: Fischer & Tarquino (2006).

إنّ الصبر ينقسم إلى ثلاثة مظاهر:

1. الإلتزام(Engagement): رهن، إرتباط، تعيين، تطوّع يتضمن تبسيط فيما نفعل.
2. المتابعة (contrôle): مرتبط بالمعتقد والقدرة الذاتية في مواجهة ما يحصل.
3. التحدّي (le défi): هو طريقة إدراك الوضعيّة عن طريق تغيّرات إيجابية.

فالصبر له دور الحماية في الوضعيات المقلقة ، أمّا التناسق هو أيضا خاصيّة من خصائص الشخصيّة يرتكز حول الإحساس بالثقة في النفس ومن خلاله الفرد ينظم تفكيره ومصادره حول الحوادث، فخصائص الشخصيّة السالفة الذكر لها آثار إيجابية على إستراتجيات المقاومة، فهذه الخصائص تعتبر كخصائص ثابتة ولكن بالمقابل يوجد الخصائص الشخصيّة مثل العدائية الإكتئاب القلق لها آثار سلبية على إستراتيجيات المواجهة وهي تفتح المجال لإستراتجيات مواجهة تتمركز حول الإنفعال. وهذه الأخيرة بالمناسبة تعني مجموع القوى المستعملة من أجل الإنقاص والتخفيف وتحمّل الحالات الإنفعالية المحدثة من جراء الوضعية المقلقة، ويوجد عدّة أشكال تعبيرية لهذا النوع من إستراتجيات المواجهة المتمركزة حول الإنفعال:

التجنّب (عدم التفكير في المشكل)، السهو (distraction)، الإنكار، dramatisation وهذه التعبيرات لإستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الإنفعال هي سيرورات موجهة نحو عمليات بينفسية (intrapsychique).

وبالمقابل يوجد شكل آخر من إستراتيجيات المواجهة ألا وهو إستراتيجيات مواجهة متمركزة حول المشكل وفي الحقيقة هذا التقييم جاء به Folkman & Lazarus في 1984 مذكورين في: Tarquino & Fischer (2006) عندما قاما بدراسة على عينة 100 فرد بالغ.

هذا الشكل الثاني يعني مجموعة القوى السلوكية والمعرفية للفرد من أجل تغيير الوضعية التي يتواجد فيها. وهذا الشكل من إستراتجيات المواجهة المتمركز حول المشكل يضم مظهرين أساسين هما: مواجهة الحادث ويعني إستعانة الجهود من أجل تغيير الوضعيّة من جهة ومن جهة أخرى حلّ المشكل ويعني البحث عن مجموعة من الوسائل الحلولية (كالمعلومات والمساعدة).

وحسب Tarquino & Fischer (2006) إنّ كلّ إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الإنفعال والمتمركزة حول المشكل هي عبارة عن سيرورتين غير منفصلتين لأنّ في وضعية، نستطيع إستعمال تارة المتمركزة حول حول الإنفعال وتارة المتمركزة حول المشكل أو الإثنين معا. وإنّ هذين الشكلين من الإستراتجيات المواجهة هو الأكثر إستعمالا عموما، ولكن يوجد منها ما هو خاص ويختلف من فرد لآخر ومن وضعية لأخرى.

ويوجد دراسات كدراسة Waston وآخرون (1988) مذكورين في Tarquino & Fischer (2006) توضح وجود إستراتجيات مواجهة خاصة في وضعيات مرضية خاصة كحوادث القلب والسرطانات والسيدا.

ففي إستراتجيات مواجهتهم المتمركزة حول المشكل لاحظوا أنّ لديهم روح المقاومة. ففي إستراتجيات مواجهتهم المتمركزة حول الإنفعال لديهم العجز، عدم الأمل، التجنب، Résignation الإستسلام. بالمناسبة Ait sidhom ، 1991 ; Arar ، 1991

, Si Moussi 1991 قد درسوا مرض خطير (Behcet) عند أشخاص مصابين به وتوصّلوا الى انّ تنظيمهم العقلي له علاقة امكانيتهم في مقاومة مرضهم: كلما كان تنظيمهم العقلي مضطربا فانّهم يعجزون عن مقاومة مرضهم. النتيجة التي توصّلوا اليها تتوافق مع فرضية Marty . عدم التنظيم العقلي عند المرضى يعني اضطرابهم وسعيهم وراء انفعالاتهم السلبية (استراتيجيات متمركزة حول الانفعال) التي تزيد من تفاقم المرض.

Vatysdottir & Smari في 1997 مذكورين في: Bruchon-Schweitzer & Quintard(2001) اهتموا بتطوير انماط استراتيجيات المواجهة عند المصابين بالسكري، من أجل تكيّفهم و مواءمتهم مع وضعيتهم، فكان اعتماد هؤلاء الباحثين على استراتيجيات مواجهة متمركزة حول المشكل كحلّ أو منفد ملائم من انفعالاتهم. وعموما الدراسات في هذا المجال توضّح أنّ إستراتجيات المواجهة المستعملة بكثرة من قبل المرضى، الأكثر فائدة هي: إستراتجيات متمركزة حول المشكل مقارنة بالمظاهر المقلقة للوضعية المرضية الدخول للمستشفى مثلا أو عملية جراحية أو علاج. أما إستعمال إستراتجيات المواجهة المتمركزة حول الإنفعال فيقتصر مثلا على العجز وفقدان الأمل وإتّهام الذات والتجنب الإنفعالي.

التجنب السلوكي والمعرفي إسقاط وإخراج الإنفعالات والعدوانية. حسب Marx & Schultze (1991) وحسب Stevenson & Holmes (1990) مذكورين في Fischer & Tarquino (2006)إنّ إستراتجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل تسمح بالإنقاص من القلق عندما يكون الحادث متحكما به ولكن قد يحصل عكس ذلك ويساهم في رفع القلق عندما يكون الحادث غير متحكما به وفي هذه الحالة إستراتجيات المواجهة المتمركزة حول الإنفعال تكون فعّالة وأفضل من الأخرى، إذ تستطيع الإنقاص من القلق في الوضعيات الغير متحكّم فيها.

أشكال أخرى لإستراتجيات المواجهة نذكر منها إستراتجيات تجنبيّة وإستراتجيات يقظة ونشيطة كما يحدّدانها Suls & Flechter (1985) مذكورين في Tarquino & Fischer (2006).

-إستراتجيات تجنبيّة(évitantes): تخصّ إستراتجيات مواجهة محايدة مسالمة coping-passifs فهي عبارة عن أشكال مختلفة من التجنب: الإنكار، الهروب، إتجاه إكتئابي، تحويل و إلتهاء (Diversion)، إستسلام.

-إستراتجيات نشيطة (vigilantes): تخصّ إستراتجيات مواجهة ديناميكية وهي خصوصا متمركزة حول المشكل وتكتسي عدة أشكال: اليقظة، الإنتباه، الإشتراك.

بالإضافة إلى الأشكال السالفة الذكر يوجد إستراتجيات مواجهة من نوع الدعم الإجتماعي والتي أكّد عليها كل من Cousson & وآخرون (1996) مذكورين في Tarquino & Fischer (2006)–استراتيجيات جمالية: وجدناها واضحة عند المصابات بالسرطان والذين تعاملنا معهنّ خصوصا عند الحالة ستي التي كانت تبحث عن الشعر المستعار وعند ايجادها له ووضعه على رأسها لاحظنا تحسّنا ملحوظا في نفسيتها، ملاحظة توصّلنا اليها تنطبق مع دراسة سي موسي Si Moussi(1991) الذي درس أثر العملية التجميلية عند الذين كانوا يعانون من تشوّه في المظهر وتوصّل الى أنّها فعلا قد سبّبت تغيّر نحو الايجابي كاسترجاع الثقة بالنفس وتحسين تقدير الذات...الخ

–استراتيجيات علاجية بديلة: لاحظناها تستعمل من قبل المريضات الذين تعاملنا معهن، كاستعانتهم بالرقية الشرعية، فمثلا الحالة عائشة زوجها قام باحضار مشعود الى منزله لأنّهم يرون أنّ هذا المرض ناتج بسبب تأثير السحر. مريضة أخرى كانت تراسل القنوات التلفزيونية التي تبثّ العلاجات الطبية التقليدية. مريضات اخريات يستعنّ بالتداوي بالأعشاب...في هذا المجال انّ دراسة Merzouk(1994) توضّح انّ الاختيارات العلاجية تشمل نموذجين: بيولوجي طبي وسحري ديني وهذا حسبه بغضّ النظر عن المستوى الدراسي للفرد وطبيعة الاضطراب وخرج بخلاصة انّ التبرير العلمي يطغى على الطبّ العصري والتبرير الثقافي يرافق الطب التقليدي.

2 –فعالية إستراتجيات المواجهة:

التكيف يعني اندماج الفرد مع وضعياته الاجتماعية وانتماءاته الى وسطه الاجتماعي وهذا باتباع ضوابطه ومعاييره وعاداته وقيمه...الخ. تكيف المريض مع وضعيته المرضية يعني مواجهته المرض وايجاد استراتيجيات تتحمّل المرض وتقبله. فالدراسات الحالية تهتم بالأشكال المتعددة للتكيف وتصف لنا أهمّ الميكانيزمات الدفاعية المستعملة من طرف المريض تجاه

مرضه لكن هي قلّ ما تهتمّ بكيفية تعليم المرضى الميكانيزمات الدفاعية الفعّالة والناجعة للتخفيف من حدّة الألم، حتّى أنّ Marty هو يحدّد الميكانيزمات الدفاعية التي بفضلها يتمّ الحفاظ على التوازن السيكوسوماتي (Ait Sidhoum, 1998a)

اذن كيف نجعل المريض يستعين باستراتيجيات تكيّفية مع مرضه؟ كيف نساعده في اختيار واتباعه ميكانيزمات دفاعية فعّالة تقيه من حرّ الألم؟ زويرة (1998) تشير في دراستها حول التطبيع الاجتماعي للمتخلّف العقلي الى انّه اذا قدّمت له فرصة تطبيعه اجتماعيا سيصبح كفؤ اجتماعيا وقادر على الاعتماد على نفسه. لكن كيف نساعده على هذا التطبيع؟.

التكيف عند المحللين النفسانيين يلعب دورا هاما في الحفاظ والدفاع عن المريض ضد القلق التي ينجر عن الحوادث، لذلك ان التكيف هنا يعتبر مثل ميكانيزم تسييري وتوجيهي ودفاعي ضد القلق. في هذا التيار لايعني اننا نكتفي ونستعين بالميكانيزمات الدفاعية التي تهم سوى النزوات, بل ان هذا التيار يذهب الى ابعد من هذا في وضعية المرض وخاصة الخطيرة, النسق الدفاعي للميكانيزمات الدفاعية الموضوعية من قبل المريض يقيه ضد المعلومات الغالبة والمنتشرة والسائدة حول الموت.

ومن جهة اخرى وحسب مفهوم التحليل النفسي هذه الميكانيزمات الدفاعية قد تكون كمعدلة للحالة العاطفية الوجدانية عندما يكون المريض في نوع من الطمأنينة النفسية.

حسب المفهوم المعرفي السلوكي, المريض يواجه مرضه باعتماده على استراتيجية مواجهة (coping), يعني مجموعة الاستراتيجيات الموائمة وكيفية تسييرها للتغلب على القلق, وتعتبر هذه الاستراتيجيات كسيرورات معرفية وكجهود معرفية سلوكية قصد التخفيض من الصراعات الداخلية او الخارجية التي تهدد المريض وتخنقه. ان التفاعل بين المريض ومحيطه واستعانته باستراتيجيات مواءمة مع المرض, وتغلّبه على القلق المرتفع والمسيطر يعتمد على

سيرورة معرفية. من هذا نستنتج ان سيرورة تكيّف المريض مع مرضه ومواجهته له هي في حد ذاتها سيرورة معرفية تسيّر سلوك المريض وتوجهه.

Weissmam في 1976 افترض 15 نوع من استراتيجية مواجهة (coping) في كل انواع السرطان ولذلك قسم هذه الاستراتيجيات الى قسمين:

–استراتيجيات لها فعالية: قبول المشاكل التي تتعلق بالسرطان, البحث عن اجابات تثير الحيوية والامل, التكيف مع الظروف, تكييف السلوك, الدعم الاجتماعي.

–استراتيجيات ليس لها فعالية: التجنب (évitement), الانعزال او الانسحاب (retrait) , الاستسلام (passivité), الضرب(passage a l'acte) , الابتعاد الانعزال الاجتماعي, لوم وعتاب الذات والاخرين. (Fischer, 1997).

مشكلة المريض بالسرطان لم تكن له تجربة ذاتية لهذا المرض وبالتالي ليست له تمثلات حوله تمثلات منعدمة (néantisation) مشكل على مستوى معنى السرطان؟ وهذا العامل نجده يؤثّر عليه سلبيا ويصبح يشعر بالذنب والحرج والاحساس بالهجر. وفي الحقيقة هذه الاحساسات السلبية هي من آثار الصدمة التي تعرّض لها:"الاعلان عن السرطان", ليست له معرفة كافية تجيب عن جميع تساؤلاته وانشغالاته ووساوسه, وعن ماذا يحصل له؟

إستراتجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل هي الأكثر فعالية والأكثر فائدة مقارنة بالمتمركزة حول الإنفعال فهي تبدو غير عمليّة وسلبية، وفي هذا الصدد نجد دراسة Schmidt في 1988 مذكورة في: Tarquino & Fischer (2006) توضّح أنّ إستراتجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل تسمح بالإنقاص من قلق المرض. ففي دراسته لاحظ بأن المرضى قبل قيامهم بالعملية الجراحية وكانوا قد بحثوا عن معلومات حولها وطوّروا إستراتجيات نشيطة، كانوا أقلّ قلقا ولم تكن لديهم تعقيدات كبيرة من بعد العملية مقارنة بالمرضى الذين إستعانوا

بإستراتجيات مواجهة محايدة ولم يبحثوا عن المعلومات بخصوص وضعيتهم: إستسلام فكانت لديهم عدة تعقيدات من بعد العملية وقلق مرتفع.

إنّ فعالية إستراتجيات المواجهة هي متعلقة بعدة عوامل كعامل متابعة الوضعية: إذا كانت الوضعية متابعة فإنّ إستراتجيات المواجهة هي مقيّدة والعكس صحيح إذا لم يكن الشخص يتابع وضعيته ويحرص ويراقبها فإنّ إستراتجيات المواجهة تكون سلبية.

حسب Jaffré (1992) انّ توعية المريض واطّلاعه على مرضه سيغيّر من تمثّلاته الاجتماعية الموجودة سابقا عنده.

عامل المقاومة وعدم الاستسلام للمرض يساهم في الشفاء من المرض بنسبة كبيرة و في هذا المجال نجد دراسة Pettingale وآخرون في 1985 اشتملت عيّنة دراستهم على مجموعة من نساء مصابات بسرطان الثدي وكانت النتيجة تقر بوجود علاقة ارتباطية بين النمط التكيفي (mode d'adaptation) وبين مدّة الحياة, فالمريضات الذين كنّ يثابرن ويحاربن من أجل الشفاء (Esprit combatif) كانت لديهن مدة العيش والحياة أكبر من الذين فقدن الامل ولم يثابرن من أجل الشفاء (Fischer, 1997)

نستنتج مما سبق كما يلي:

– إستراتجيات مواجهة متمركزة حول المشكل: فعّالة يرتكز على المنطق عناصر معرفية (المتابعة الموضوعية).

– إستراتجيات مواجهة متمركزة حول الإنفعال: أقل فعالية أو سلبية لأنها تقوم على الذاتية وقمع الإنفعالات العجز وبالتالي القلق يرتفع، ولكن في بعض الحالات هي مفيدة فهي تحمي مثلا الشخص الذي تكون حياته معقدة بسبب المرض الخطير.

لكن بالمقابل نلاحظ ان دراسات أخرى تعتبر ان فعالية هذه الاستراتيجيات تعتمد وتتعلق بالوقت الذي يكون المرض في المراحل الأولى منذ اكتشافه, لكنها تتغير بتغير مراحل المرض. الاستراتيجية (coping) يكون مفعولها قائما في بداية المرض ولكن المراحل الاخيرة منه قد لا تكون هذه الاستراتيجيات فعالة, لان هذه الأخيرة نشاطها وفعاليتها يتعلقان بتداخل عدة عوامل من بينها السلوك وأسلوب تفكير المريض وأيضا خصائص الوضعية المرضية التي يواجهها المريض واهله. ففي وضعية المرض الخطير إنّ غوص المريض في البحث عن مرضه أو مثلا قد يكون من أهل الإختصاص في الطبّ، ولديه فكرة طبية سلبية فإنّه يبقى خطر عدم فعالية إستراتجيات المواجهة قائما لأنّه قد يفقد الأمل وشبح الموت يبقى قائما ويستسلم للمرض وقد لا يعالج، وإتّهام الذات والشعور بالذنب، وعندما هذا الفرد يجد نفسه يواجه هذه الوضعية الصعبة والتي لا يقدر على متابعتها والتحكم فيها فإنّ إستراتيجيات مواجهته هي غير ملائمة وقد تؤثّر سلبيا على صحته والقلق يرتفع.

بالمقابل انّ المرضى بالسكري لهم صورة ذات تتميز بالمعاناة، هذا راجع الى شعورهم بالذنب لعدم التحكم الذاتي الجيد للانفعال والحمية و راجع أيضا الى تمثلاتهم الاجتماعية السلبية السائدة حول هذا المرض.(Betaouaf & Cherif, 2015) هم يعيشون في مأزق نفسي وعضوي و كما تقولDe Balanda (1999، 9) "بالرغم من المأزق الطبي يجدون أنفسهم في مأزق نفسي". نظرا لأنّهم يصعّبون وضعيتهم ويبحثون كثيرا عن المعلومات التي تخصّ مرضهم، فانّ خطر ارتفاع أو انخفاض الغليكوز في الدمّ يبقى يشكّل تهديدا لوضعيتهم الصحية

(Betaouaf & Cherif, 2015) وفي هذا المجال نجد دراسة بيم توضح وتبيّن ان المرضى الأقل معرفة بمرضهم يسيرونه أفضل ويظهرون نتائج متحسنة مقارنة بالمرضى اليقضين(Schweitzer&Quantard, 2001) ولكن عموما انّ فعالية استراتيجية المواجهة عندهم فهي فعّالة وهي تختلف من حيث الجنس (Benhameurlaine & Cherif)". كما أنّ المريضة بالسكري لها دور مكدّ و نشيط (rôle actif) في تسيير مرضها فهي تقوم ب :

-التعاون Collaborationمع الطبيب, فهي اذن مشاركة Partenaire في العلاج.

-البحث عن افضل تسيير ذاتي Autogestion وذلك باتخاد الحمية الغذائية، الابتعاد عن الصراع التحكم في الانفعالات، احترام مواعيد حقن الأنسولين والدواء.لأن عدم التسيير الذاتي الحسن والمتواصل للسكري يؤدي بصاحبه الى ارتفاع أو انخفاض السكر في الدم، اذن المريضة هنا تسعى للبحث عن أفضل الاستراتيجيات الممكنة من أجل عدم إنغماسها في الشعور في الذنب والذي بدوره يضاعف من معاناة الذات.(Betaouaf & Cherif, 2015)

المراجع:

-أشرف سعد نخلة. (2013). *سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة*. دار الفكر الجامعي: الاسكندرية.

-أحمد محمد الزعبي. (2012). *التربية الخاصة للموهوبين والمعوقين وسبل رعايتهم وارشادهم*. دار زهران: عمان الأردن.

-ابراهيم عبد الله فرج الزريقات. (2004). *التوحد الخصائص والعلاج*. دار وائل: عمان.

ابراهيم عبد الله الزريقات. (2016). *الاعاقات الشديدة والمتعددة*. دار المسيرة: عمان.

-عادل محمد العدل. (2013). *المرجع في الاعاقات والاضطرابات النفسية وأساليب التربية الخاصة*. دار الكتاب الحديث: القاهرة.

-حمدي علي الفرماوي ووليد رضوان النساج. (2010). *الاعاقة العقلية الاضطرابات المعرفية والانفعالية*. دار صفاء: عمان.

-خولة أحمد يحي. (2013). *مقدمة في الاعاقات الشديدة والمتعددة*. دار الفكر: عمان.

-مصطفى نوري القمش. (2011). *الاعاقة العقلية النظرية والممارسة*. دار المسيرة: عمان الأردن.

-منى صبحي الحديدي. (2009). *مقدمة في الاعاقة البصرية*. دار الفكر. عمان.

-مصطفى نوري القمش. (2012). *الاعاقات المتعددة*. دار المسيرة. عمان الأردن.

-فاروق الروسان. (2007). *سيكولوجية الأطفال غير العاديين مقدمة في التربية الخاصة*. دار الفكر: الأردن.

- Ait Sidhoum, A. (1998b). A Propos du facteur humain. Quelques observations à partir de la perspective psychosomatique moderne. *Psychologie*, 21(7), 89- 113.

-Bonino, S. (2008*). Vivre la maladie : Ces liens qui me rattachent à la vie.* Paris: De Boeck.

-Bruchon, M. &Quantard, B. (2001). *Personnalité et maladies stresse : coping et ajustement.* Paris: Dunod.

-Criquillion-Doublet, S & Dubois, A-M & Foulon, CH & al. (2004). Les thérapies intégratives. In : B, Samuel-Lajeunesse & CH, Mirabel-Sarron & L, Vera & F, Mehran & al. (Eds.).*Manuel de thérapie comportementale et cognitive*. Paris : Dunod.

-Cournut, J. (1998). Le sens après-coup. *Psychologie*, 21(7), 29-37.

-Crocq, L. (2007). Violence, victime et société. In L, Crocq & L , Dalligrant & L, Villerbu & al. (Eds.).*Traumatismes psychiques, prise en charge psychologique des victimes*. Paris : Elsevier-Masson.

-De Balanda, A- B, (1999). *Une approche psychosomatique du diabète l'identité en souffrance.* Paris : L'Ermmatan.

-Grimaldi, A. (2009). *L'hôpital malade et la rentabilité.* Paris: Fayard.

- Grinberg, L. (2005). Culpabilité (sentiment de -). In A De Mijolla. (Ed.).*Dictionnaire international de la psychanalyse* : *Concepts. Notions, Biographiques, Œuvres, Evénements*, (pp408- 409). Paris : Hachette

-Herzlich, C. *(*2005*), Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale.* Paris : L'Ehess

-Jeammet, PH., Reynaud, M. & Consoli, S.M. (1996). *Psychologie médicale*. Paris : Masson.

Jodelet, D. (1984). Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie. *In S. Moscovici. Psychologie sociale.* Paris : Puf.

-Lopez, G. (1998). Rappels théoriques. In G. Lopez, & A. Sabouraud-Séguin (Eds.), *Psychothérapie des victimes* (pp. 09- 29). Paris : Dunod.

-Mirabel-Sarron, CH & Daedennes, R. (2004). L'évaluation en thérapie comportementale et cognitive. In B. Samuel-Lajeunesse, CH. Mirabel-Sarron, L. Vera, F. Mehran, & al. (Eds.), *Manuel de thérapie comportementale et cognitive* (pp.71- 82). Paris : Dunod.

-Oppenheim, D. (2000). *Le cancer à l'adolescence*. In C. Geissman & D. Houzel, (Eds.), *l'enfant, ses parents et le psychanalyste*, (pp700.-720). Paris : Boyard.

- Schilder, P. (1968). *L'image du corps, étude des forces constructives dela psyché.* Trad française de F, Gantheret & P, Truffert. Paris : Gallimard.

-Tap, P. &Tarquinio, C. &Sordes-Ader, F. (2002).*Santé, Maladie et Identité. In G-N.Fischer (Eds). Traité de psychologie de la santé.* Paris : Dunod.

-Tap, P. (2004). Marquer sa différence. In C. Halpern & J-C-R. Borbalin. (Eds.), *Identité(s), L'individu le groupe, la société*. (pp. 57-60). Paris : Sciences Humaines.