

جامعة الساني

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماجستير

علم النفس الجماعات و المؤسسات

صورة الذات عند المرأة المصابة بسرطان الدم

دراسة عيادية لثلاث حالات.

تحت إشراف:

شريف حلومة.

من إعداد الطالبة :

بطواف جليلة

أعضاء لجنة المناقشة:

رئيسا	جامعة وهران	مزيان محمد (أستاذ التعليم العالي)
مشرفة و مقررة	جامعة وهران	شريف حلومة (أستاذة التعليم العالي)
مناقشا	جامعة وهران	بن طاهر بشير (أستاذ محاضر)
مناقشا	جامعة وهران	عربية محمود: (أستاذ محاضر)
مناقشة	جامعة وهران	كحلولة سعاد: (أستاذة محاضرة)

السنة الجامعية 2009-2010

جامعة الساني

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماجستير

علم النفس الجماعات و المؤسسات

صورة الذات عند المرأة المصابة بسرطان الدم

دراسة عيادية لثلاث حالات.

تحت إشراف:

شريف حلومة.

من إعداد الطالبة :

بطواف جليلة

أعضاء لجنة المناقشة:

رئيسا	جامعة وهران	مزيان محمد (أستاذ التعليم العالي)
مشرفة و مقررة	جامعة وهران	شريف حلومة (أستاذة التعليم العالي)
مناقشا	جامعة وهران	بن طاهر بشير (أستاذ محاضر)
مناقشا	جامعة وهران	عربية محمود: (أستاذ محاضر)
مناقشة	جامعة وهران	كحلولة سعاد: (أستاذة محاضرة)

السنة الجامعية 2009-2010

كلمة شكر

الحمد لله سبحانه وتعالى الذي كان لنا عوناً في إتمام
هذا العمل المتواضع، كما نتقدم بالشكر إلى:
الأستاذة شريف حلّومة على إشرافها على هذا العمل
و كذا:
إلى اللجنة المناقشة على قبولها مناقشة هذا البحث العلمي.

إهداء

خاص إلى والديّ الكريمين أطال الله في عمرهما
و إلى رشيدة، زهية، فاطمة، أسماء، إخوتي إلى كل مريض و مريضة

و إلى كلّ من ساعدني في إنجاز هذا العمل من قريب
أو بعيد...



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

«يهمني معرفة المريض لا المرض»

-أبقراط-

ملخص البحث:

يعالج هذا البحث موضوع صورة الذات عند المرأة المصابة بسرطان الدم، وهذا نظرا لوجود اضطرابات نفسية وتغيرات جسمية عند هاته الحالات من المرضى.

أقيم هذا البحث على ثلاث حالات تتراوح أعمارهم ما بين 30 سنة إلى 45 سنة ، أين قسّمناهنّ إلى:
-حالتين لهنّ الأولاد.
-حالة ليس لها أولاد.

ولذا صغنا الإشكالية التالية:

- التغيير الذي يحدث على مستوى صورة الذات عند المرأة المصابة بسرطان الدم يرجع أكثر إلى التغيير الذي أحدثه هذا المرض على المستوى الجسمي، أم هو راجع إلى تلك التمثّلات التي يمدّها لها الآخر(الزوج /أفراد العائلة) حول خطورة مرضها، وتمثّلاتها هي لهاته النظرة(نظرة الآخر) ؟

وبعد تحليل مفاهيم الإشكالية والتساؤلات، افترضنا أنّ التغيير الذي يحدث على مستوى الجسم الناتج عن الإصابة بهذا المرض يؤثر سلبيا أكثر على صورة الذات، وقد يكون لتمثّلات الآخر حول خطورة المرض إنعكاسا سلبيا على صورة ذات المريض. كما أنّ التغيير الذي حدث على مستوى إتمام الأدوار يسبّب نظرة جديدة مرسله من قبل الآخر، و التي بدورها تؤثر سلبيا على صورة ذات المصابة به.

ولدراسة هاته الفرضيات قمنا بتحليل كلاً من الملاحظات والمقابلات التي تمت مع الحالات ، كذلك تأويلها بالاعتماد على نظريات الإطار النظري.

توصّلنا من خلال هذا العمل البحثي إلى دورات الأناجيد والتمثيلات الاجتماعية، بالإضافة إلى تظافر عوامل أخرى في تزعزعها كالتّمثلات التي يمدّها الآخر (الزّوج /أفراد العائلة) و نظرتة السّلبية المرسلّة، الدّور المعطلّ، في حين إنّ هاته التّمثلات السّائدة حول هذا المرض تساهم في وعي الفرد بحدّة ألمه، إذ أنّ الهويّة الشّخصية تستمدّ معناها من القيم والمعتقدات الذاتية (التّمثلات الخاصّة بالفرد نفسه) أوّلا، ومن معتقدات وقيم المجتمع ثانيا.

-الكلمات المفتاحية :

صورة الذات، تقدير الذات، الهويّة، الدّور، المكانة، التّمثلات الإجتماعية، الصّورة الجسمية، سرطان الدمّ، الآخر، المرأة، الأنا الجلد.

الفهرس

أ.....	كلمة شكر.....
ب.....	إهداء.....
د.....	الملخص.....
و.....	الفهرس.....
1.....	مقدمة عامة.....
5.....	المصطلحات النظرية.....

الفصل الأول : صورة الذات

6.....	تمهيد.....
6.....	1- منظور التحليل النفسي.....
7.....	1-1 نموذج فرويد (FREUD).....
8.....	1-2 نموذج ميلاني كلاين (M.KLEIN).....
9.....	1-3 نموذج كويت أنز (H.KOHUT).....
10.....	1-4 نموذج يونغ (YOUNG).....
10.....	2- منظور علم النفس الاجتماعي.....
11.....	1-2 نموذج ويليام جيمس (WILLIAM. J).....
12.....	2-2 نموذج كولي (CH. COOLEY).....
13.....	2-3 نموذج جورج هربرت ميد (G H MEAD).....
15.....	2-4 نموذج بيار طاب (P.TAP).....
17.....	2-5 نموذج إريك إركسون (E ERIKSON).....
19.....	2-6 نموذج روني ليكوي (R. L'ECUYER).....
22.....	خلاصة.....

الفصل الثاني: صورة الجسم

- 24.....تمهيد
- 25.....1- من منظور التحليل النفسي
- 26.....1-1 نموذج فرويد
- 27.....2-1 التزوات
- 27.....1-2-1 مفهومها
- 28.....2-2-1 أنواعها
- 30.....3-1 نموذج بول شيلدر (P,SCHILDER)
- 32.....4-1 الأنا الجلد
- 34.....2- من منظور علم النفس الاجتماعي
- 34.....2-1 نموذج موسكو فيسي (MOSCOVICI)
- 36.....2-2 نموذج إميل دوركايم (E ;DURKHEIM) وسيمل (G :SIMMEL)
- 37.....3-2 نموذج " ر. هارتز " (R.HARTERS)
- 38.....4-2 نموذج م.موص (M :MAUSS)
- 39.....5-2 نموذج ب.بورديو (P:BOURDIEU)
- 40.....خلاصة

الفصل الثالث: مفهوم مرض سرطان الدم

- 42.....تمهيد
- 42.....1- البعد الطبّي
- 42.....1-1 تعريف سرطان الدم
- 43.....2-1 الأعراض الإكلينيكية
- 44.....3-1 السببية و عوامل الخطر
- 45.....4-1 بعض أنواع سرطانات اللوكيميا والمفهوم

- 5-1 علاجها..... 47
- 2- البعد النفسي لسرطان الدم..... 47
- 1-1 الصّراع و القلق من منظور التحليل النفسي..... 47
- 2-1 من منظور نفسي جسدي..... 50
- 2- 3 من منظور علم النفس الاجتماعي..... 53
- 2-3-1 تعريف سرطان الدم..... 53
- 2-3-2 التمثّلات الاجتماعية للمرض..... 55
- 3-2-3 المقاربة النفسية الاجتماعية..... 59
- خلاصة..... 61
- الفصل الرابع: إعادة النظر في صورة الذات انطلاقاً من مرض سرطان الدم**
- تمهيد..... 63
- 1- الإعلان عن تشخيص سرطان الدم..... 63
- 2- التغيّرات على مستوى الأدوار..... 65
- 2-1 مفهوم الدور..... 65
- 2- 2 عدم إتمام المريض لأدواره..... 66
- 3- التغيّر على مستوى العلاقات الاجتماعية..... 67
- 4- الهوية الجديدة وتقدير الذات..... 68
- 5- إستراتيجيات الهوية عند المريضات..... 72
- خلاصة..... 77

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية

- المقطع الأول..... 80
- 1- إشكالية البحث..... 80

- 2- المفاهيم الإجرائية..... 83
- 3- هدف البحث..... 83
- 4- أهمية البحث..... 84
- 5- دواعي إختيار الموضوع..... 84
- 6- صعوبات البحث..... 85
- المقطع الثاني..... 85
- 1- الدّراسة الإستطلاعية..... 85
- 2- الدّراسة الأساسيّة..... 86
- 3- المنهج المتّبع..... 87
- 4- أدوات البحث..... 88
- 1-4 الملاحظة..... 88
- 2-4 المقابلة..... 89

الفصل السّادس دراسة الحالات

_الحالة الأولى : أمينة

- 1- تقديم أمينة..... 92
- 2- تأويل النتائج وتحليل المقابلات والملاحظات..... 93
- 1-2 الإحساس بالتّقص..... 94
- 2-2 تعطل الدور وتغير صورة الدات..... 97
- 2-3 تمثلات أمينة حول الصحة والمرض..... 99
- 2-4 تقدير الدات..... 101
- 2-5 ترعزع المكانة..... 102
- 2-6 الإحساس بالمرض هو صدمة..... 103
- 2-7 نمط تفكير أمينة..... 105
- 2-8 الأنا الجلد..... 106

- 9-2 التبرير..... 108
- 10-2 الأخت التوأم..... 108
- 3- إستنتاج حول أمينة..... 108
- الحالة الثانية فاطمة(ب)
- 1- تقديم فاطمة..... 111
- 2- تأويل النتائج وتحليل المقابلات 112
- 1-2 طفولة فاطمة..... 112
- 2-2 تأثير المرض على علاقات فاطمة مع أبنائها..... 116
- 3-2 علاقة فاطمة مع الزوج..... 118
- 4-2 تأثير المرض على علاقات الحالة مع الأقارب..... 119
- 5-2 المرض ونظرة الآخر..... 120
- 6-2 تأثير المرض على صورة ذات فاطمة..... 122
- 3- إستنتاج حول فاطمة..... 123
- الحالة الثالثة: فتيحة (ب)
- 1- تقديم الحالة: فتيحة..... 126
- 2- تحليل المعطيات وتأويل النتائج..... 126
- 1-2-1 طفولة فتيحة..... 127
- 2-2-2 علاقة فتيحة بزوجها..... 128
- 2-2-1-1 قبل الزواج..... 129
- 2-2-2-2 بعد الزواج..... 130
- 2-3-2 علاقات فتيحة داخل العائلة وخارجها..... 132
- 2-4-2 إختلال الدور والإحساس بالتقص..... 133
- 2-5-2 معايشة فتيحة للصراع..... 134

6-2- التغيرات الجسمية التي أحدثها المرض....

137-2- إستراتيجيات الهوية عند فتحة.....

138-3- إستنتاج حول فتحة.....

140- مناقشة عامة.....

142- خاتمة.....

144- الإسهامات العلمية.....

146- بيولوجيا.....

الملاحق.

المقدمة

كيف تكون صورة ذات المصاب بالسرطان؟ أو بمعنى كيف ينظر المريض لصورة ذاته وكيف يعيد تشكيلها إنطلاقاً من هذا المرض؟ فكانت هذه الأسئلة محلّ انطلاقنا وشروعنا في هذا البحث الذي يندرج في إطار موضوع صورة الذات والمرضى.

مما لا شكّ فيه أنّ جسم الإنسان ما هو إلاّ تعبير عن حالة معيشة تعكس نوع من التكيف أو عدم التكيف في مختلف الظروف، حيث يستمدّ معاني تلك التعبيرات من منظومة القيم و التمثلات التي تزوّد أفراد مجتمع ما، و ثقافة ما بمعيارية تحدّد موضع الأفراد ضمن ثنائية العادي و المرضى .

يقصد بهذا أن مفهومنا عن المرض و الصحة يستمدّ معناه من تجربتنا المعيشة ونظرة الآخر، أي أنّ المعاناة و الآلام العضوية تتزامن أيضاً مع الفكرة التي يرسلها الآخر أي المعنى الذي يعطيه المجتمع لذلك الألم العضوي.

من المعلوم أنّ مرض سرطان الدّم له تمثلات إجتماعية مهمّة، وهو يستعين، ويتحدّد حسب معيار الصحة و حقل الوسط الاجتماعي المتواجد ليتعرّف كنوع من الأمراض الخطيرة. وفي الحقيقة المرض مهما كان نوعه اعتبر منذ القدم مثل ظاهرة ضدّ طبيعية (Anti-Nature) الذي يسبّب اضطراب و تزعزع الحياة الداخليّة و الخارجيّة للفرد.

فهذا المرض هو " تدخّل " عنيف يسبّب تغيّر مفاجئ و قطعي في الحياة اليومية، إضافة إلى أنّه يغيّر من المظهر الخارجي للجسم و الجانب العلائقي و على مستوى الأدوار. وبالمناسبة فإنّ المريض لا يستطيع أن يؤدي أدواره بانتظام، و لا

يتمم أعماله الهامة إما إعفاء جزئي أو
الإستثمارات للفرد الفاعل، وكما نعلم أن الزوج له انتظارات اتجاه زوجته كدور
الجنس، إتمام الأعمال المترلية..... الطفل يستثمر من علاقته بأمه كما له انتظارات
منها كتريبته و تكوينه و تعليمه

فما لفت فضولنا العلمي هو معرفة هل أن التّغير الذي يحدث على مستوى
الأدوار و على مستوى المظهر الخارجي للجسم ينتج عنه إضطراب صورة ذات
المرضى ؟ أو هل له تأثير سلبي على الهوية الشخصية ؟ و بالنسبة لتقدير الذات و
العلاقات مع الآخر هل يحدث على مستواهما تغييرا ؟

في هذا البحث العلمي نحن أيضا نسعى إلى فهم مرض " سرطان الدم" في
جوهره وماهيّته ، كإنبلاقة كي نستطيع أن نفهم و نصف صورة ذات المريض به و
الذي هو بدوره قد كوّن تمثّلات حول مرضه من حيث خطورته ، و إستمراريته و
التي استمدّها من المحيط الخارجي " طبّ، خطابات الناس إذن إننا نحاول أن
نعرف كيف أنّ هاته التّمثّلات تؤثر على الهوية الشخصية ؟ وما هي إستراتيجية
الهوية المتّبعة ؟

و على ضوء ما سبق ذكره سنحاول وصف صورة ذات المرأة المصابة
بسرطان الدم، أيضا سنحاول تحديد المميّزات والعوامل التي تساهم في اضطراب
صورة الذات، وأيهم يهيمن أكثر على هذا الإضطراب و من هذا المنطلق نستطيع
أن نصيغ إشكاليتنا كما يلي:

- التّغير الذي يحدث على مستوى صورة ذات المرأة المصابة بسرطان الدم يرجع
بالدرجة الأولى إلى التّغير الذي أحدثه هذا المرض على المستوى الجسمي، أم هو

راجع إلى تلك التمثلات التي يمدّها لها الآ- مرضها، و تمثلاتها هي لهاته النظرة (نظرة الآخر) ؟
مع العلم إنّنا سوف سنطوّر و نتوسّع في إشكالتنا هذه في الإجراءات
المنهجية، فلإحاطة بكلّ جوانب هذا الموضوع قسّمناه إلى مستويين: مستوى
نظري ومستوى تطبيقي.

تضمّن المستوى النظري أربعة فصول:

-الفصل الأوّل: عرفنا من خلاله صورة الذات ومفهومها في إطار تيار علم النفس
التحليلي وعلم النفس الاجتماعي.

- الفصل الثّاني: صورة الجسم ومفهومها هي أيضا من خلال هذين البعدين بغية
فهم علاقتها بصورة الذات وبالمرض.

- الفصل الثّالث: مفهوم داء سرطان الدّم من خلال بعديه الطّبي والنّفسي بهدف
التّعرف عليه وأخذ لمحة عن هذا المرض.

-الفصل الرّابع: فخصصناه لإعادة النظر في صورة الذات إنطلاقا من داء السرطان
أين تطرقنا إلى عدة جوانب (التشخيص، التغيير على مستوى العلاقات والأدوار،
إستنتاج الهوية الجديدة ، تقديرها لذاتها واستراتيجيتها).

أمّا على المستوى التّطبيقي :

-الفصل الخامس: جاء يتضمن الإجراءات المنهجية وعرضنا فيه إلى عرض الدّراسة الاستطلاعية والدّراسة الأساسيّة ، أسباب اختيار الموضوع ، أهميته، أهدافه وعرض المفاهيم الإجرائيّة.

- الفصل السّادس: وجاء يحتوي على عرض وتأويل المعطيات وتحليلها على ضوء تقديم ثلاثة حالات. وأنهيّا عملنا بخاتمة وبإسهامات علمية وبدليل المقابلة.

-الكلمات المفتاحية :

الذّات ، تقدير الذّات ، سرطان الدّم، الآخر ،الدّور ، التمثلات الإجتماعية ، الصّورة الجسميّة.

المصطلحات النظرية:

– الهوية (L'identité): تحيل إلى نسق من التمثلات و الأحاسيس التي تسمح للفرد أن يعرف و يتعرف على نفسه وفقا لها ، وأيضاً يعرفه ويتعرف عليه الآخرين من خلالها، والتي تتميز بالثبات والتغير في آن واحد، وهي تضم مفاهيم جوهرية من بينها:

– الإستمرارية (La continuité) عبر الزمان والمكان أنا نفس الشخص.

– الخصوصية: أنا مختلف عن الآخرين، عندي خصائص أتميز بها.

– الوحدانية (L'unicité) أي الإحساس الفرد بأنه مختلف ومتفرد عن

الآخرين ليدرك فيما بعد انه وحيد ليس هناك من يشبهه تماماً، هذا بالرغم

من وجود التشابه الناتج عن التماهي و التقليد .

و الهوية الفردية هي تضم كلا من الهوية الشخصية و الهوية الإجتماعية.

– الذات (Le soi): هو نظام من التمثلات و الصور و الأحاسيس و المكونات المعرفية

الخاصة بالفرد داخل نسق من العلاقات التفاعلية (أي استدخال الأدوار الوضعيات

المكانات والعلاقات...) بحيث يستمد ها من إدراكه الحسي ونظرة الآخر إليه،

فهي تمثل الجانب الداخلي للهوية.

– التمثلات الإجتماعية (Les représentations sociales): هي نسق من المظاهر

المعرفية، النفسية والإجتماعية الموضوعة من طرف المجتمع ومن خلال التفاعل بين

الأفراد يتم استدخال هذا النسق-عند كل فرد- ، فهي شكل لمعرفة فردية

ومشتركة عن المعرفة العلمية (أكون.أ A. KOUN ، أنسرت.ب P. ANSARST ،

1999)

-**التماهي (Identification):** هو عملية نفسية من عمليات التعلم، حيث يتبنى الفرد من التقليد -أما حسب المحللين النفسانيين فهو لاشعوري -، يتبنى وينسب الفرد لذاته موضوع ما (كصفات أو سمات الافراد المحيطين به) فيصبح هو نفسه ذلك الموضوع-بالتشبه- ثم يجد في الأخير مخرجا لنفسه فيتميز عن الموضوع الذي تماهى به بالوحدانية و الفردانية.

الفصل الأول : صيرورة النمو

تمهيد

1- منظور التحليل النفسي .

1-1 نموذج فرويد (S.FREUD)

2-1 نموذج ميلاني كلاين (M. KLEIN)

3-1 نموذج كويت آنز (H.KOHUT)

4-1 نموذج يونغ (YOUNG)

2- منظور علم النفس الاجتماعي .

1-2 نموذج ويليام جيمس (W. JAMES)

2-2 نموذج كولي (CH. COOLEY)

3-2 نموذج جورج هربرت ميد (G H MEAD)

4-2 نموذج بيار طاب (P.TAP)

5-2 نموذج إيرك إريكسون (E. ERIKSON)

6-2 نموذج روني ليكويي (R. L'ECUYER)

خلاصة

تمهيد

مفهوم صورة الذات يبدو معقدا نوعا ما، فهو يضم عدّة مقاربات مختلفة ، إذ أنّ دراسة هذا المصطلح تمثل مشكلا أساسيا، وهو محاولة معرفة ما يعنيه مفهوم الفرد.

لهذا فهو لا يضم مقارنة واحدة و إنّما تعددت وجهات النظر إليه و المقاربات التي تناولته، بدأ من المختصين النفسانيين، ثمّ إلى المحللين النفسانيين (دي ميچولا.أ، DE. A.MIJOLLA ، 2005).

و دراستنا في هذا الفصل تركز على:

- معرفة ماذا يعنيه الفرد في نظر التحليل النفسي و بالخصوص من جانب علم النفس الإجتماعي؟
- أيضا معرفة ما هي العوامل التي تساهم في بناء و تكوين هذا المصطلح ؟

1/ منظور التحليل النفسي:

حسب هذا الإتجاه صورة الذات ترتبط و تقترن بصورة الجسم وبوعي الذات، وهوية الذات و هويّة الأنا. و قد كان ينظر إليها سابقا على أنّها مماثلة للمخطّط الوضعي، المخطّط الجسمي و صورة الأنا الجسمي، لكن كل مفهوم من هذه المفاهيم لاق تعريفه الخاصّ به فيما بعد.

في القاموس الدولي للتحليل النفسي، صورة الذات تعني: " التمثل الذي يحمله كل فرد عن نفسه على المستوى النفسي، الفيزيولوجي، الإجتماعي و الفيزيقي بأخذ بعين الإعتبار التقدير الذي يكّنه للذات في مختلف مراحل نموه و في مختلف الوضعيات التي يتواجد فيها". (دي ميچولا.أ، DE MIJOLLA ، 2005 ، ص 830)

أما في قاموس علم النفس صورة الذات الذي يجريه الفرد لنفسه في مختلف مراحل نموه و في الأوضاع المختلفة التي يوجد فيها، و هكذا ليس هناك صورة واحدة عن الذات، و إنما صور متعددة". (ديرون، د. R. DURON، باروت. ف. F. PAROT، 1991، ص 348).

1-1/ نموذج فرويد (FREUD) :

في الحقيقة مفهوم الذات ليس مفهوما فرويديا، فهو لم يرد في معجم مصطلحات علم النفس "جان لابلانث و بونتاليس" فرويد منحه معنى ضيقا، فقد إهتم بدراسة الذات من خلال السيرورات الذاتية، وخصوصا الميكانزمات الدفاعية (مارتينو، د. D. MARTINOT، 2002).

الذات حسب فرويد هي مساوية للهو (Le ça) و هذا يعني أننا في علم النفس ما وراء الواقع (Métapsychologie) أي في اللاشعور. وأيضا إن الهو حسبه هو مجموع النزوات والإندفاعات الغرائزية المكبوتة (شافلان، د. D. CHAVELVIN، 1987). ويتميز بـ :

- هو الأقلّ تنظيمًا والأقلّ قلقًا مقارنة بالأننا، يستقبل النزوات هو العميل اللاشعوري الشامل، الغير فعّال و الأكثر توسّعا. ولقد أشار "فرويد" (FREUD) إلى أنّ النزوات تمثّل للهو ما يمثّل الإدراك للأننا " أي : " Les pulsions sont au ça ce " (دي ميچولا، أ. A. DE MIJOLLA ، 2005، ص 264). إذن من المنظور الفرويدي الهو = الذات.

أمّا الأنا (Le moi) فهو يعتبر من المنظر الفرويدي من منظور الواعي و الإدراكي، الأنا ليس له أي طاقة خاصّة به، ليست له إرادة ولا قدرة، يعمل كميكانزم دفاعي ضدّ القلق وهو نقطة الالتقاء بين الهو و الأنا الأعلى و يتصادم معهما (شافلان.د، CHAVELVIN، D، 1987). يتشكّل الأنا في النّهاية من خلال التّماهي و الإستدخال.

ويعرّف الأنا الأعلى في المنظور الفرويدي على أنّه قوة داخلية المنشأ تأخذ في الحسبان الممنوعات الأبوية، و التناقضات الإجتماعية "Contraintes Sociales". وحسب "دومنيك شافلان" هو "القوة القمعية، تقوم بقمع و معاقبة الفرد، إنّهُ يأخذ مكان الضّمير" (شافلان.د، CHAVELVIN، D، 1987، ص 91)

1-2/ نموذج ميلاني كلاين (M. KLEIN):

مصطلح الذات تواجد في التّحليل النّفسي من خلال الحركات الفكرية، والإسهامات والتّنقيحات التي جاء بها المحلّلين النّفسانيين، إذ يمكننا تمثيلها على الشكل التّالي:

- إنطلاقا من الفكرة الفرويدية " انشطار الأنا".
 - نذهب إلى المفهوم الكلايني لـ "انشطار الموضوع".
 - فنصل إلى مفهوم "كويت أنز" وآخرون....
- حسب "ميلاني كلاين" يبنى الأنا من خلال ميكانيزمات الإجتياف (Introjection) و الإسقاط (Projection)- علما بأن التّماهي هو بدوره يرتكز على الإسقاط و الإجتياف-. و أيضا هو مسوّدّة الإندماج (L'ébauche de l'intégration) و ميكانزم بدائي يحمي الطّفل من القلق. كما أنّه البناء الشّامل للموضوع

(الذّي هو مجموع المواضيع الجزئية). يسمح
(بمساعدة توازن الجهاز النفسي).

إذن حسب "ميلاني كلاين" "Mélanie KLEIN"، الأنا يكتسب منذ الميلاد،
إمكانية الحماية من القلق و توظيف الميكانزمات الدفاعية التي تبني الأنا مثل
الإجتياف و الإسقاط (سيقال، أ. H.SEGAL،، ترجمة ربيرو. أ. E.RIBEIRO،
جنيفياف GENEVIEVE، قلدبرج. ج. J. GOLBERG، 1983).

1-3/ نموذج كويت أنز (H.KOHUT):

بعد كلاين تأتي فكرة "كويت" (KOHUT) 1971 الذي يعتبر الذات كمحتوى
للجهاز العقلي، أين تأخذ التّرجسية محور النفسية، كلّ رهان هذا المنظور يتمحور
في التّرجسية. بالنسبة لـ " أنز كويت" (Heinz KOHUT)، مسألة التّرجسية تبني
من خلال نظرة الآخرين أين الذات تصبح كتأويل لـ "Self" (أين نرجع إلى المفهوم
الوينيكوتي (Winnicottien). (دي ميجولا. أ. A..DE MIJOLLA ، 2005).

مع العلم أنّ "الأنا" "égo" قد تمّ تناوله من طرف " وينيكوت" (D. WINCOTT)
بالنسبة له الذات (le self) محتواة في البحث المبكر أم-طفل وهو مرتبط
بمسألة البناء الحقيقي للحياة، و يتعلق هذا الأنا égo بالتّجارب و الحياة الإبداعية.

و يشير "وينيكوت" (WINCOTT) " باللّعب و باللّعب فقط يكون الفرد
سواء طفلا أو راشدا قادرا على أن يكون مبدعا و استعمال شخصيته بالكامل و إذا
كان الفرد مبدعا فإنّه يكتشف ذاته" (جيسمان. س. C.GEISSMAN، هونزال. د.
D.HONZEL، بدون سنة)

إذن هذه الكلمة الإنجليزية (Self)، في هذا التّصور تعتبر كموضوع واعى (Sujet
(conscient)، خادما لقراراته و أفعاله " الأنا كإرادة"

1-4 / نموذج يونغ (YOUNG) :

الذات "Soi" لاقت إهتماما من طرف "يونغ" (YOUNG) فهو يعتبرها كمفهوم تجريبي، ناتج عن ديناميكية نفسية ليست شعورية بالكامل.

الذات بالنسبة لتلميذ "فرويد" (يونغ) هي تنظيم مركزي للديناميكية النفسية الواعية (الشعورية). (دي ميچولا.أ، A..DE MIJOLLA، 2005). "فيونغ" (YOUNG) يعتبر الأنا كموضوع واعي و الذات هي النفس الكلية (Le psychisme) التي تشمل الجانب الواعي وأيضا الجانب اللاشعوري، و هذا يقودنا إلى أن نفهم أن الذات تحتوي على الأنا (أي أنه أكثر شمولية من الأنا).

"يونغ" استعمل هذا التصور في أعماله الأولى على النفسانية (Le psychisme) و الشخصية، و بعدها ركز اهتمامه على الشخصية في أعماله الأخيرة ومنه يمكن أن نميز الذات بينه و بين "فرويد" كالتالي:

يونغ (YOUNG)	فرويد (FREUD)
الذات = الأنا واعي + الأنا اللا واعي	الذات = الجانب لا واعي = الهو

2 / منظور علم النفس الاجتماعي :

التيارات الفكرية في علم النفس الاجتماعي تناولت أيضا مفهوم الذات، حيث أنهم يتفقون في بعض النقاط و يختلفون في نقاط أخرى (بخصوص هذا المفهوم)، فيركز هذا المنظور حول شكل العلاقات بين الذات و الآخر، دون إهمال الدور الرئيسي للوسط الاجتماعي و التثنية الاجتماعية للأفراد في بناء ذواتهم (شريف.ح، 1999-2000).

في كتابه " مبادئ علم النفس " 1890، خصّص "جيمس" فصلا حول مفهوم الذات و المعنون بـ " الوعي بالذات " نالت أعماله الإستحقاق، لأنها حققت نقلة كبرى في تصوّر الذات (مارتينو. د، D. MARTINOT، 2002). حسب "جيمس" لا يمكننا فهم هويّة الفرد و شخصيّه و سلوكا ته في معزل عن علاقاته مع الآخرين، حيث يقول " عندما نتكلّم عن إنسان كذات إجتماعية، يوجد هناك أفراد يعرفونه، و يمتلكون في عقولهم صورتا عنه " (شابال.ق، G.CHAPELLE، 2004، ص 19).

في هذه النظرة "جيمس" لخصّ الذات كمفهوم متعدّد الأبعاد و متسلسل بمعنى " في كلّ ذات يوجد عدّة ذوات" و أين سيرورات الإستدخال في قلب العلاقات المتعدّدة مع الآخر، تمثّل المحور المركزي في بناء الذات (شابال.ق، CHAPELLE.G. 2004).

دائما في أعمال جيمس المكرّسة لهذا المفهوم، فهو يقسّم الذات إلى واجهتين، الذات كموضوع Objet و الذات كعامل (Agent).

بالنسبة له "الذات كموضوع" "Le soi objet"، الأنا "Moi" هي تراكم للخبرات التي يعيشها الفرد موضوعيا و يستند بذلك إلى المعارف و التّقييمات التي تخصّه والتي استدخلها من الآخر، فهو يقوم بتحليل معارفه السّابقة استنادا من أحكام الآخر (Autrui).

و بالعكس "الذات كعامل" "Soi agent" "أنا"، "je" تعني إحساسنا بمن نكون " (شابال.ق، G.CHAPELLE، 2004). فهو العامل الفعّال و التّشيط، موضوع المعرفة، هو بنية مضطهدة للنسق العقلي الذي يوجّه و يراقب التجارب،

والأفكار، والأفعال، وهو يعمل على المحافظ
(D.MARTINOT، 2002).

إذن يمكن القول أن ويليام جيمس قام بإعطاء أولى التصورات للدور
الأساسي الذي يلعبه الآخر في الوعي بالذات، حيث قال " ما دام يوجد ذات، إذن
يوجد عدة ذوات أو عدة أفراد محتويين في هذه الذات و بالتالي يعرفونني"
(لكيونسكي (إ-م). (E-M) LIPIANSKY، 2005، 44).

وهذا ما يؤكد فكرة تنوع الذات "La diversité de soi" و الذي يوافقه الرأي
فيها "بيار تاب" (Pierre TAP)، معتبرا إياها كبعد من أبعاد الهوية و هذا ما قد يعبر
حسبه إما عن غنى الذات أو تشتتها (La diffusion de soi) - مثلما يؤكد كل من
"إريكسون" (E.ERIKSON) و "مارسيا" (J. MARCIA) بخصوص هاته النقطة-

2-2/ نموذج كولي (CH COOLEY) 1902:

برز كولي بشدة في علم النفس الاجتماعي من خلال تصوره "للذات
كمرآة" " Looking-Glass-Self"، حسبه الذات هي نتاج لسيرورات البناء
الاجتماعي التي تتم من خلال التبادلات اللغوية مع الآخرين في إطار اجتماعي،
بنفس الطريقة التي تقوم بها المرأة في عكس المظهر الجسمي، فردود أفعال الآخرين
تمنحني تغذية راجعة Un feed-back حول نمط الشخص الذي أكونه. (مارتينو. د،
(D.MARTINOT، 2002).

إذن السوسولوجي "كولي" أضاف مرآة إجتماعية التي يضعها الآخرون
(ذوي الدلالة) الذين يشاهدهم الفرد في حياته اليومية، و يتأملهم ومن خلالها
يكتشف الآراء التي يحملونها عنه، بمعنى نحن كما يفكر الآخرون عنا، طبائعا و
مظاهرنا وتصرفاتنا. "ذات الفرد تعرف من خلال آراء الآخر، فهو يستدخل

الأحكام.. " (فاموس.ج-ب، P. FAMOSE -18).

مفهوم "الذات المرأة" تدمج 3 عناصر في مفهوم الذات الاجتماعي :

1- صورة تمثلنا للآخرين.

2- الوعي بالأحكام التي يحملونها عننا.

3- الأحاسيس الإيجابية أو السلبية الناتجة. (موسكوفي.س، S.MOSCOVOVICI، 2000).

"كولي" (COOLEY) يقول: "تقدير الفرد الذي يملك إحترام ذات متوازن له القدرة على الموازنة بين التقديرات و الإنتقادات" (فاموس.ج-ب، J-P. FAMOSE و جيران.ف F GUERIN، 2002، ص 18).

2-3/ نموذج "جورج هربت ميد" (GH MEAD) :

بعد "كولي" بالضبط في السنوات الثلاثينيات، السوسولوجي "جورج هربت ميد" (MEAD GH) درس مفهوم الذات كنتيجة لما يرجعه الوسط الاجتماعي كصورة للشخص الفاعل "Acteur"، كما أولى أهمية للإستدخال الاجتماعي مثل " لعب الأدوار" و الإلحاح على إستعمال اللغة، فحسبه الشخص يقوم بإستدخال صورة الآخر، وتمّ يقوم ببناء صورة لذاته (ويكون هذا خصوصا في الصغر) ، بمعنى أن هذا الشخص سيتدخل القيم و المعايير من مختلف الجماعات (العائلة، المدرسة، الأصدقاء...) أثناء سيرورة الإتصال و التفاعل مع الآخر.

و"الذات" تعرف حسبها على أنها : "إستدخال سيرورة اجتماعية من خلالها

جماعات الأفراد تقوم بالتفاعل مع الآخرين، إذن الفاعل يبدأ في بناء ذاته.....". (هالبرين.س، C.HALPERIN، بورابالون، R.BORBALIN، 2004، ص 20).

- هذا الباحث قام بعدة أعمال حول الدور الاجتماعي للطفل والتي يمكن تلخيصها في الآتي:
- 1- (1945-1976) في البعض النقاط خصوصا مسألة نمو الطفل التي تتم من خلال التقليد، ثم اللعب، و فيما بعد يقوم بالدور، مثلما أشار إليه "بياجي". (إبيشرف، V. AEBISCHER، أوبارلي. ب، B. OBERLE، 1998).
 - 2- و"ميد" يؤكد على أن سيرورة بناء الذات تمر من خلال مرحلتين :
 - الدور: تعلم الأدوار من خلال تقليد الراشدين.
 - اللعب: استدخال المعايير الاجتماعية. (فاموس. ج-ب، J-P. FAMOSE و جيران. ف F GUERIN، 2002، ص 18).
 - 3- "ميد" (MEAD) أيضا قسّم الذات إلى عنصرين بنائين وجدليين فيما بينهما هما "أنا" "Le je" و "الأنا" "Le moi".
 - 4- "الأنا" "Le moi" يتميز ب:
 - استدخال الإتجاهات الاجتماعية و الأدوار الاجتماعية و يختلف من جماعة إلى أخرى.
 - منظم لجماعة أحكام الآخر.
 - إمتثالي وقد أشار ميد إلى أنه: "حين نقول لفرد بأنه امتثالي يعني يوجد لديه نفس الأفكار مع جيرانه".
 - ممثل للذات كموضوع.
 - هو البعد الاجتماعي للشخصية.
 - 5- أنا "le je" يتميز بـ :
 - إبداعى يستجيب لإتجاهات الآخر، (منعكس الأعضاء).
 - مهيمن على التجربة هو الجانب الفردي للشخصية (براساك، BRASSAC، 2006)

- ممثل للذات كموضوع (Sujet): لا يخضع لسلطة الآخرين بل هو الذي يسيطر على الآخرين. يقول: "في هذه الظروف، يوجد على الأقل الأنا الذي تكون تكيفانه ضعيفة، فهي تنتج كما نقول لا شعوريا، المعارض لهذا الأنا (Le moi) يوجد كائن حي له شخصيته بارزة و التي تتصرف باتجاه منظم، مع دلالات مختلفة. عند كل رجل يوجد أنا (Le je) الذي يهيمن على التجربة، هاتين الواجهتين، تظهر كمكونات مهمة للذات". (دواز. و. W.DOISE، ديسشامبس. ج. J.DESCHAMPS، ميني. ق. G.MUGNY، 1978، ص 30).

لكن أفكار "ميد" (MEAD) قد طرحت مشكلا وهو:

- يمكن إستدخال المعايير و الإلتجاهات، و القواعد و القيم..... و لكن يمكن أن تكون متناقضة فيما بينها و متصارعة.

- لقد أهمل أيضا عامل "فردانية" (L'unicité) الذات و كما نعلم كل ذات هي حالة خاصة، لها حقيقتها الخاصة و إلا فإن جميع الأفراد سيكونون متشابهين في كل إطار إجتماعي(المتجمع). علما بأن العديد من الباحثين حاولوا إزالة هذا اللبس مثل "بيار طاب" (Pierre TAP)، "ليكويي" (L'ECUYER)، "جرجن" (GERGEN).

2-4/ نموذج طاب.ب (P. TAP) :

علماء النفس الإجتماعيون أكدوا على أنه عندما يحس الفرد بالأمن في مجموعة معينة هذا يدفعه إلى تأكيد فردانيته، و عندما يتواجد في وضعية صراع و تؤثر هذا يحفزها الى التشبه بالآخرين، أين تصبح الجماعة_ (التي ينتمي إليها) مرجعيته في حلّ هذا الصراع، إذن هذه الجماعة يعتبرها طاب "TAP" عاملا مهماً يساهم في بناء هوية الفرد (طاب.ب، P TAP، 2004).

إذن: الفرد + الأمن = تأكيد فردانيته.

الفرد + الصرّاع + لا أمن = الرّغبة في
"Groupes de références".

أيضا إن مجموع "التّماهيات" (Les identifications) التي يقوم بها الفرد، التي تتبع بالإستدخال القيم و قوانين المجتمع و بالاستناد إلى العلاقات المتبادلة مع الآخر أي: "التفاعل الإجتماعي" (L'interaction sociale)، وعن طريق تقليد أحد مظاهر أو خصائص أو صفات شخص آخر و التشبّه بها، و بالمناسبة من منظور مدرسة التحليل النفسي هو عملية نفسية لا شعورية ترتكز على الاسقاط و الاجتياف، على عكس علماء النفس الإجتماعيون فأنهم يعتبرون التّماهي هو عملية نفسية شعورية و لا شعورية. علما بأن هذا الفرد في الأخير لا بدّ له من أن يجد حلاً أو منفذا و يترك هذه التّماهيات، حتّى يستطيع أن يكون مميّزا بالوحدانية (L'unicité) و يظلّ أو يدوم هو نفسه (Lui-même) (فسيان حسين، 2005-2006) لأن الهوية الشخصية تتميز بالثبات (La memeté) و التّغير (L'ipséité) في نفس الوقت. وفي هذا الإطار يعرف "طاب" (TAP) الهوية الشخصية أو الدّات مثل: "مجموعة الأحاسيس، التّمثلات و الصّور التي من خلالها، الفرد يستطيع معرفة ذاته، و يعرف من طرف الآخرين" (تاب.ب ، P.TAP ، Dvd، 2006).

حسبه يمكننا معالجة 6 أبعاد في بناء الذات و هي كالاتي:

- الإحساس بالإستمرارية (La continuité): يسمح لنا بالإحساس أننا بقينا نفس الأشخاص عبر الزمان و المكان (Lieu et temps).
- الإنسجام (La cohérence) و الوحدانية (L'unicité): إحساس الفرد بأصالته و إدراكه أنه متفرّد.
- تنوّع الذات (La diversité): عدّة أشخاص في الذات هذا يمكن أن يكون غني للذات أو تعبيرا عن انفجارها.

- تحقيق الذات من خلال الفعل (ar l'action)
نعرف بما نقوم به من أدوار و مهام.

- النظرة الايجابية للذات (La vision positive de soi):تقدير الذات، الإحساس
بالقيمة الفردية التي يسعى الفرد تطويرها من خلال نظرتة لنفسه و نظرة الآخر له
(تاب.ب ، ، (P. TAP ، 2004).

- الإمتثال و الإختلاف (Conformisme et différentiation)
من خلال هذه المبادئ الكبرى و التي تكون أحيانا متعارضة فيما بينها، تبني
الهوية الشخصية أو الذات من خلال سيرورة الشخصنة (هالبرين.س
، C. HALPERIN ، بورابالون.ر ، R. BORBALIN ، 2004).

بالمقابل هذه الأبعاد السالفة الذكر-والتي تبني الهوية الشخصية أو الذات-
تسمح بوضع وإقامة علاقات ما بين الأفراد على شكل التفاعل:أي " الهوية
الشخصية" تتحد وتتفاعل مع هويات شخصية أخرى -هويات الأفراد الآخرين-
لتتشكل في الأخير هويات إجتماعية بحيث تتشكل في الأخير الهوية الفردية، أي
الهوية الفردية= الهوية الشخصية أو الذات+ الهوية الإجتماعية.

2-5/ نموذج إريك إريكسون (Erik ERIKSON):

"إريكسون" ينطلق من مفهوم أنّ الهوية تحتوي على قطبين :

* الهوية الفردية و التي هي عنده عبارة عن: كل متكامل (الوحدة) يتميز ب :
- الإستمرارية.

- التّسق المنظم من الأحاسيس التّمثلات و التجارب و المشاريع المستقبلية...

* أمّا الهوية الإجتماعية تتولّد عند إنتماء الفرد و-كذا باقي الأفراد-إلى المجتمع الذي
يكسبهم الجنسية، المهنة.... (كوسلان .ب ، P. COSLIN ، 2002).

و بالتالي فإنّ مصطلح الهوية عند

التماهيات التي يقوم بها الفرد و يجعلها ملكيته، أين تكتسب ذاته (عن طريقها) القيم، فيؤدّي به هذا إلى تأكيد ذاته و إلى تعرّف الآخرين عليه (فيشر .ق-ن، G-N. FISHER، 2005).

إذن حسب كلّ من "طاب" (TAP) و "إركسون" (ERIKSON) ، فإنهم يعتبرون الهوية الشخصية هي مرادفة لمصطلح الذات أي: إنّ الهوية هي تلك الحقيقة التي لها واجهة خارجية (هوية إجتماعية) وواجهة داخلية (الذات). وهذا يكون في إطار الشخصية (La personnalisation) ، والتي هي سيرورة بناء و تأكيد نفسي للشخص، طوال حياته (منذ صغره حتى بلوغه)، و هي إذن تدمج بناء الهوية (فيشر .ق-ن، G-N. FISHER، 2002). و الهوية بدورها تدمج بداخلها الشخصية (فيشر .ق-ن، G-N. FISHER، 2005). علما بأنّ الشخصية تتبلور عن طريق:

- العلاقات المطوّلة مع الآخرين مثل الإخوة.
- سيرورة ما بين شخصي (Interpersonnel) .
- التفاعلات و التواصلات ما بين الأفراد في إطار القيام بالأدوار و التّحصيل على المكانات و التمثلات الإجتماعية.

- تنبني بالتثقيف (L'enculturation) (فسيان حسين، 2005-2006، ص94).
إلا أنّ تدخل عامل جديد في حياة الفرد مثل المرض، إغتصاب ، حادث (صدمة) سيؤثر على سيرورة تمثل الفرد لصورة ذاته (Image de soi).

مع العلم أنّ المرض يعتبر كعامل مولد للتغيّر على مستوى ذات الفرد، هذا الأخير يكون متنّبها إلى أنه لم يعد كما كان من قبل المرض، هذا التغيّر مسّ حتى وظائفه الحيوية و الجسمية التي لم تعد تعمل بانتظام، والمريض يكتسب معلومات إجراءات جديدة من أجل مراقبة و حماية الجسم (فيشر .ق-ن، G-N. FISHER، 2002)

الذي يعتبر الأكثر شيوعاً في نظريات مفهوم الذات، أعماله شملت الجانب النظري و التجريبي حول الأشخاص من 3 إلى 100 سنة، في كتابه "مفهوم الذات" يوضح لنا التفريق التالي بين الذات و الأنا:

- الأنا (Ego) يرجع إلى سيرورات فعّالة و نشيطة :

* التفكير، الذاكرة، السيرورات المعرفية، الميكانيزمات الدفاعية، ميكانيزمات الإدراك للحقيقة، إنتقاء المثيرات، و الاستجابات .

الأنا هو خادم الذات، يحافظ على تكيف الفرد هو مسير للفعل.

- الذات : (Self) يرجع إلى الجانب الإدراكي:

* الإتجاهات، الأحاسيس، الإدراكات و التقديرات التي يحملها الفرد عن نفسه و يأخذها بعين الاعتبار.

هذا التفريق (La distinction) يتفق عليه أغلبية الباحثين و المفكرين و بالعكس هناك أيضا باحثون يدافعون على أنّ الذات تحمل في نفس الوقت مظهرا إدراكيا و فعّالا، بمعنى أنّ الذات تعتبر كمركز الفعل من أجل تحسين تكيفه و كموضوع المعرفة الذي يحاول إثباته لنفسه . في حين "لكويبي" (L'ECUYER) ، يعرف الذات على أنّها:

" نسق متعدّد الأبعاد، يتكون من بعض البنيات الأساسية تحدّد المناطق الكبرى لمصطلح الذات، كلّ واحدة من هذه المناطق تغطّي جزءاً أكثر تحديداً من الذات، هي البنيات التّحتية، تعمل بالتناوب، لها مجموعة عناصر أكثر خصوصية، الأصناف تميّز مختلف واجهات مصطلح الذات و ثمّ في قلب التّجربة المباشرة المحسوسة ثمّ يدرك، و أخيرا يرمز أو يتصدّر من طرف الفرد" (ليكويبي. ر، R. l'ECUYER ، 1978، ص 18).

"روني ليكويبي" (René l'ECUYER)

قاعدتين أساسيتين وهما كما يلي:

- نمو و تطوّر الذات.

- التنظيم الداخلي للذات.

* نموّ الذات: "ليكويبي" (R. l'ECUYER) وضع 6 مراحل لنموّ مصطلح الذات:

- المرحلة الأولى : من 0 إلى 2 سنة انبثاق الذات.

- المرحلة الثانية: من 2 إلى 5 سنوات تأكيد الذات.

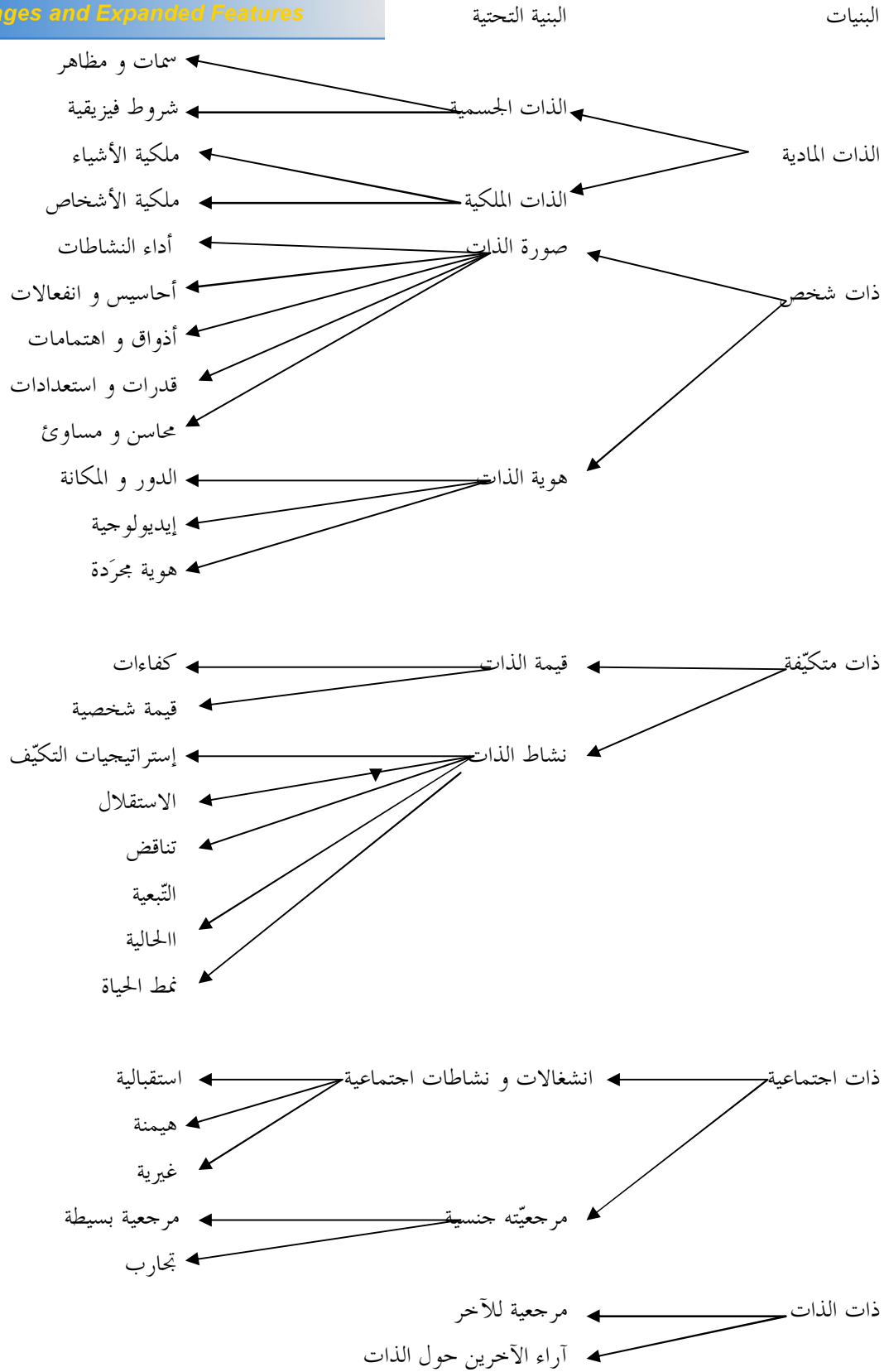
- المرحلة الثالثة: من 5 إلى 10-12 سنة : تمدّد الذات.

- المرحلة الرابعة: من 10-12 سنة إلى 15-18 سنة: تمايز الذات.

- المرحلة الخامسة: من 20 إلى 60 سنة: البلوغ، الرشد.

- المرحلة السادسة: من 60 إلى 100 سنة الذات العجوز.

* التنظيم الداخلي للذات يظهر جلياً في الجدول الآتي:



التنظيم الداخلي للعناصر البنائية لمصطلح الذات.

خلاصة:

عندما نتكلم عن صورة الذات يبدو لنا من المهم أن نستدل بمختلف مقاربات علم النفس فاستطعنا بذلك التطرق إلى منظور التحليل النفسي و منظور علم النفس الاجتماعي.

في المنظور الأول شهد مصطلح الذات عدّة إنتقالات فكرية تنقيحية متوالية فمثلا بالنسبة لـ " يونغ " (YOUNG) هو يؤكد على أنّ الذات (Le soi) هو موضوع كلي يضمّ الشعور و اللاشعور.

أمّا في منظور علماء النفس الاجتماعيون فهم يفضلون التكلم عن الذات تحت تأثير المجتمع و نظرة الآخر في بناء الذات أو الهوية الشخصية و التي هي "فاكهة التنشئة الاجتماعية" كما يقول : (فيشر .ق-ن، FISHER، G-N، 2005).

-عندما يكتب عن "إركسون" (ERIKSON)-، وأيضا الهوية تدمج الشخصية بداخلها و كل هذا يتمّ داخل إطار الشخصنة (La personnalisation) طوال سيرورة حياة الفرد التي تتميز باستدخال القيم بالتفاعل و بالتواصل (فيشر .ق-ن، FISHER، G-N، 2005).

في الأخير ما نستنتجه من هذا الفصل أن الهوية الفردية هي مجموع للهوية الاجتماعية و الهوية الشخصية -التي نقصد بها الذات-.

الفصل الثاني :صورة الجسم

تمهيد.

1- من منظور التحليل النفسي.

5-1 نموذج فرويد.

6-1 النزوات.

1-2-1 مفهومها.

2-2-1 أنواعها.

7-1 نموذج بول شيلدر (P. SCHILDER)

8-1 الأنا الجلد.

2- من منظور علم النفس الاجتماعي.

1- 2 نموذج موسكو فيسي (S.MOSCOVICI).

2-2 نموذج إميل دور كايم (E ;DURKHEIM.) وسيمل (G :SIMMEL.)

3-2 نموذج " ر. هارتز " (R.HARTERS) . .

4-2 نموذج م.موص (M :MAUSS)

5-2 نموذج ب.بورديو (P.BORDIEU)

خلاصة.

تمهيد

من البديهي أنّ كلّ واحد منّا لديه تمثّل عقلي حول صورة جسمه وذلك من خلال إدراكاته وتمثلاته لجسمه (تورات. ق. G.TOURETT، قديتي. م. M.GUIDETTI، 2002).

في هذا الفصل سنحاول التّطرق إلى مفهوم صورة الجسم إنطلاقاً من مقاربتى التحليل النفسي وعلم النفس الإجتماعي ونقاط الالتقاء والاختلاف فيما بينهما وسنحاول تبيان كيف أنّ صورة الجسم تتشكل طيلة حياة الفرد وما هي العوامل المساهمة في تكوينها؟ .

تعريف الصّورة الجسمية تتنوع وتعدّد ومما لاشكّ فيه هو أنّ التعريف بهذا المصطلح يؤدي إلى التعريف بمصطلحات أخرى لا تقل أهمية، و لها ارتباط وثيق بالصورة الجسمية ومنها:

"الرّسم الجسمي" (Le schéma corporel) الذي هو: "تمثيل دائم يحمله كل شخص منّا لجسمه من أجل الإستدلال في المكان وهو نتيجة ملخّصة لمكتسباتنا الإدراكية والحركية". (سلامي.ن، N.SILLAMY، 1983، ص 157).

إن الرّسم الجسمي حسب "بول شيلدر" (SCHILDER Paul) يتبلور (S'élaborer) عن طريق المناطق الشبقية (Les zones érogènes) كما أنه حسب "فرانسواز دولتو" (DOLTO Françoise) شعوري أما الصّورة الجسمية فهي لا شعورية.

1/ من منظور التحليل النفسي:

الجسم هو قبر الروح ، يركز عليها ويحتويها داخليا، يحتل مكانة مهمة على المستوى الرمزي والخيالي، الشعوري والأشعوري ويأخذ تمثلات مختلفة في علم النفس الحديث (هناك نقاط الالتقاء والاختلاف).

وقد لاحظ المحللون النفسانيون أن هناك شيئا ما من الجسم هو ملموس ومتجسد و متموضع في الأشعور ولكن ليس له علاقة مباشرة مع الجسم الحقيقي: تشرح وفيزيولوجية إستهامية فهذا أدى إلى بلورة مفهوم صورة الجسم و الإهتمام به مما أدى إلى ظهور اتجاهين من الأبحاث وهما:

1- العلاقات بين حاجات الجسم والنزوات: التي هي وحدة أساسية من النفسانية (Le psychisme) أبدا ليست واعية.

2- العلاقات بين الجسم والجهاز النفسي.

يعرف القاموس الدولي للتحليل النفسي صورة الجسم كما يلي: "صورة الجسم تعني التمثلات العقلية التي نحملها عن جسمنا، صورة الجسم هي الصورة التي يكونها الفرد شيئا فشيئا عنه. هي تضم الهوامات (Les fantasmes) ، ويتدخل فيها المحيط... ملامسات ومظاهر الحنان الأولى للأشخاص الذين يحيطون بالطفل في طفولته الأولى تبني هذه الصورة وتنقل إلى الطفل صورة جسمه الخاصة به فيحتفظ بها والاتصال البصري له دور في هذا. يتعلق الأمر هنا بسيرورة جدلية، أين يلعب المحيط أيضا دورا مهما" (دي ميغولا، A..DE MIJOLLA ، 2005 ، ص 831)

وفي قاموس علم النفس هي معرفة مثل

" تمثل خيالي الذي يحمله كل فرد عن جسدي " (ديقون. ر. DURON و باغوت. ف. PAROT ، 1991 ، ص348)

وفي الأخير في قاموس الجسم (Le dictionnaire du corps) صورة الجسم تعرف على أنها: " مصطلح نفسي و هي تقوم بوضع العناصر المرتبطة بتركيبتنا الجسمية التشريحية، بكياننا في هذا العالم وبلا شعورنا" (مارزانو. م. M.MARZANO ، 2007 ، ص 48) .

إذن هذا المصطلح يعني التمثلات العقلية التي يحملها كل واحد منا عن جسمه تبني طوال سيرورة نمو الفرد و تستدعي الإتصال المتواصل مع المحيط ، أين تكون الإستهجمات اللاشعورية محتواة داخل هذا الفرد.

1-1- نموذج فرويد (FREUD) :

الجسم يعتبر من أبرز المواضيع التي تطرق إليها الطبيب والمحلل النفسي "فرويد" (FREUD) في أغلب دراساته تطرق إليه من عدة وجهات نظر، فهو إهتم بكيفية بناء وتطور المناطق الشبكية تمثلاثهم وأهميتهم في بناء الصورة الجسمية، ولقد إهتم أيضا بعلم الأعصاب ،وفيما بعد حقق أول عمل نظري له حول عمل الجهاز النفسي في: "لمحة عن علم النفس العلمي" أي: « L'esquisse d'une psychologie scientifique »

حاول "فرويد" أن يضبط كل من مفهوم الإدراك ، الذاكرة ، التفكير، العاطفة والأحلام، إنطلاقا من العصبونات (Les neurones) ونوعية الطاقة العصبائية ، مع العلم أن تلك النتيجة التي خرج بها في ذلك الوقت قد تميزت بالغموض واللبس مقارنة بمعارية البحوث البيولوجية.

وضعية الغموض هذه قام بإزالتها بالمرة
سنوات فيما بعد كتب فرويد سنة 1901: "الجانب التشريحي، البيولوجي إذا كان
محدودا عندي، سأتوسع فيه وسأكرس دراستي على الجانب النفسي للجنسية الثنائية
الإنسانية" (كليمنت.ق، G CLIMONET، و ميريقوت.ب (B) MERIGOT) وآخرون، 1976 ص 69).

2-1/ النزوات :

1.2-1 / مفهومها :

في نظريته الأولى سنة 1915 "فرويد" (FREUD) يقر لنا بوجود نزوات
(Pulsions) لاشعورية ونظام: شعور/ما قبل الشعور/اللاشعور، والذين هم ضروريين
والمميزين للحياة النفسية، يعملون على الحفاظ على الصحة النفسية والإستمرارية
العقلية: قد عرف "فرويد" النزوة حسب قوله: "النزوة تظهر لنا كمصطلح محدود
بين الإثارة (Animique) والجسم كمقياس لمتطلبات عمل مفروض على الروح
(النفس) من بعد يتبع بالتناسق مع الجسم". (دي ميچولا.أ، A..DE MIJOLLA،
2005، ص 1423).

أما في معجم مصطلحات التحليل النفسي (النزوة) فهي معرفة على
أنها: "عملية ديناميكية تتمثل في اندفاعه (شحنة طاقوية، وعامل حركية) تترع
بالمعتضى نحو هدف معين، تنبع النزوة، تبعا لفرويد، من إثارة جسدية (حالة توتر)،
ويتمثل هدفها في القضاء على حالة التوتر التي تسود على مستوى المصدر التزوي،
ويمكن للنزوة أن تدرك هدفها هذا في الموضوع ذاته. أو بفضلها" (جان لابلاش
و(ج.ب) بونتليس ترجمة مصطفى حجازي، 1985، ص 532).

إذن النّزوة هي سيرورة ديناميكية تضم:

- الغريزة (L'instinct) التي هي فطرية وبيولوجية.
 - الطّاقة النّفسية التي تدفع الفرد إلى تحقيق إحتياجاته وإشباعها، "فرويد" يكتب: "إنّ هدف النّزوة هو دائما الإشباع" (فرويد.س، S.FREUD، 1943، 18).
 - التّحريض أو الإثارة (L'excitation) الجسمية ترتكز وتضغط على النّفس.
- ويحدث هذا خصوصا على مستوى الشّرج (L'anus) فتحة الشّفتين (La commissure des lèvres) وثغرات الجسم وفتحاته (Des orbites) مثل العينين، الأذن... ، وحسب "دومنيك بوردان" النّزوة هي: "مصطلح محدّد بين الجسم والنّفس: مقياس عمل نفسي ضروري للعمل العقلي". (بوردان.د، D. BOURDIN، 2002، ص 190)

إذن نستطيع أن نضع التّفرة بين كلّ من الغريزة والنّزوة كما يلي:

- الغريزة (L'instinct) : هي كلّ ما هو بيولوجي ، هي الإستعداد (La tendance) ، خاصية يتميز بها الإنسان والحيوان (فطرية).
- "فرويد" (FREUD) يكتب: "الإستعدادات النّفسية تضغط (Se pressent) على الكائنات الحية" (كاياس.ر، R. KAES ، 2000، ص190).
- النّزوة: (La pulsion) هي تحصيل لكلّ ما هو بيولوجي إضافة إلى بعد اللذة (Dimension de plaisir) فهذا يحفظ الفرد.

1-2-2 / أنواع النّزوات:

حسب المحلّين النّفسانيين النّزوة تأخذ عدة أشكال وأنواع نذكر من بينها

- 1- نزوات حفظ الذات (Autoconservation) مثل الجوع ، العطش إذن هي احتياجات الجسم البيولوجية، وقد لُقبت هاته النزوات فيما بعد بـ : "نزوات الأنا" كونهن يلعبن دورا هاماً في حفظ الذات (جان لابلانز وبونتاليس، ترجمة مصطفى حجازي , 1985).
- 2- نزوات جنسية (Sexuelles): طاقة نفسية جنسية (ليبيدو: Libido) المقسمة طوال سيرورة الحياة.
- 3- نزوات جزئية (Partielles): الجنسية الطفولية التي تتموضع وتبني طوال النمو النفسي العاطفي أثناء الطفولة، والتي تكون مصدر التثبيت المحقق في مرحلة ما من النمو النفسي (فميه شرحية، قضيبية).
- 4- نزوات الحياة (Eros): الحب والبقاء، نزوات الموت (Hanatos).

1- 2- 3/ مصير النزوات:

مآل النزوات يبقى متعلقاً بما يسمّى بالعمل النفسي (Le travail psychique) الذي هو مرادف للتبلور (Elaboration) والعقلنة وله معنيين :
العمل بالفرنسية : أداة من الخشب لجهاز بحيث يتم الارتكاز عليها للقيام بمهمة ما.

العمل بالانجليزية: العمل بمعنى السفر يعني بعد الانتقال (To travel)
إذن العمل = الارتكاز على..... و الدعم + الانتقال.
النزوات يمكن أن تسلك اتجاهين (منفذين) وهما:

- 1- العاطفة (L'affect): كمية الطاقة النفسية والتي يسميها فرويد حصة "Quantum" (شحنة انفعالية)

2- التمثيل (La représentation) : يعني ما

للتفكير الملموس، وإعادة إنتاج لإدراك سابق مثال: إستدعاء لسفر.

ومن المهم أن نعيد التذكير بأن النزوة ليست متعلقة بجاذبات الجسم الحقيقي (Le corps réel) (الشعور) بل نحن بصدد الحديث عن الجسم في الهوامات (على المستوى اللاشعوري) وقد كتب ميشال نيرون (Michel NEYRANT) "الواقع موجود إذن هو ليس واقعا وهو موجود" « le réel trouve donc plus réel que lui » ، و يكتب "فرويد" : "الهوامات تملك حقيقة نفسية تتعارض مع الحقيقة المادية"، إذن الجسم يغيّر من مكانته، أحيانا حقيقة مادية وأحيانا تمثلات داخل النفسانية (intra-psychique) ، ولديه دور مضاعف (un rôle double) لأنه يتدخل في: "الأنا والهو". (فانسونو. ج. VINSSENNEAU, 2002, ص 83).

1- 3/ نموذج " شيلدر.ب" (P. SCHILDER) :

بعض الباحثين حاولوا إعطاء مكانة لنظرية صورة الجسم مثل "بول شيلدر" (Paul SCHILDER) والذي منذ سنة 1923 لاقت أعماله إهتماما من الوجهة النفسية التحليلية (Psychanalytique) والاجتماعية (Sociologique) حول هذا المفهوم، والذي كرّسه في إحدى كتبه المهمة سنة 1935 في دراسته حول صورة الجسم ، بالنسبة له صورة الجسم تتمركز في المرحلة الفمية حول الفم وفي المرحلة الشرجية حول الشرج و اللبيدو أين قال: "الليبدو يتموضع على شكل تجمع المعطيات الحسية". (شيلدر.ب، P. SCHILDER، ترجمة قانترت. ف. F.GANTHRINE ، و تريفر. ب. B.TRUFFER, 1968, ص 144).

أيضا المناطق الشبقية-التي هي ثغرات في الجسم (Les orifices du corps): العينين، الفم، الشرج، الثدي والجلد- تحتل مكانا متميزا في بناء الصورة الجسمية

هي نقاط شبقية جنسية (Erotique) جوهرية في تكوين صورة الجسم إضافة إلى أن "فرويد" المناطق تلعب دورا مهما في تمثلات وتكوين صورة الجسم إضافة إلى أن "فرويد" أكد على أنه لا يوجد أي شيء في النفس (Le psychisme) قبل مروره أولا بالأعضاء الحسية من خلال الإدراكات ، والعالم الذي يهيء إحساسنا ليس هو العنصر الوحيد الذي يحدد نمط تفكيرنا إذا لم يكن هناك إتصال مع المناطق الحسية.

بالنسبة لـ "بول شيلدر" (Paul SCHILDER) بلورة الرّسم الجسمي Le corporel schéma يتم إنطلاقا من المناطق الشبقية التي تبنيه، ويجري ذلك من خلال التفاعل المتواصل بين نزوات الأنا وبين النزوات اللبديّة.. (شيلدر.ب، P.SCHILDER، ترجمة قانترت.ف F.GANTHRINE ، و تريفر. ب (1968,B.TRUFFER).

أيضا حسب شيلدر في مرجعه السابق، يصرّح لنا بأن بناء صورة الجسم يضم المكونات التالية:

- المناطق الشبقية .
- الإضطرابات الحسية.
- تدخل اليد على الجسم.
- الأم (الذي سنتطرق إليه لاحقا).
- تدخل الآخرين في كيفية تمثّلنا لصورة أجسامنا.

ويقول طبيب الأطفال المشهور والمحلل النفسي الإنجليزي "وينيكوت" (WINCOTT، 1975): "المحيط الذي لا يفصله الطّفّل الصّغير عن نفسه يلعب دورا مهما" (بارجر.م، M. BERGER، 1996 ص 84) . «L'environnement»

« que le petit enfant ne sépare pas encore de lui-même joue un rôle essentiel »

1-4/الأنا الجلد (Le Moi Peau):

"فرويد" يولي أهمية إلى الدور الأساسي الذي يلعبه الجسم في "الأنا" و "الهو" وبالتحديد فإن الجلد يساهم في وضع حدود فاصلة بين الأنا والخارج: "الأنا هو قبل كل شيء ماهية جسمية (entité corporelle) ليس فقط مجرد واجهة، ولكن هي ماهية مرتبطة بالإسقاط لتلك الواجهة". (ليبيونسكي (إ-م)، (E-M) LIPIANSKY، 2004، ص، 43)

"ديدي أنزيو" (D.ANZIEU) توسع وتعمق في هذه الزاوية من خلال بلورته لمفهوم "أنا جلد" "Le moi peau" في كتابه (Le moi peau ، 1985) في هاته العبارة يشير إلى أن "التصوير أو المجاز أين أنا الطفل يسعى طيلة المراحل المبكرة من نموه إلى تمثيل نفسه مثل أنا Moi يحتوي على المحتويات النفسية، إنطلاقاً من تجربته على الواجهة الجسمية" (أنزيو (د)، (D) ANZIEU، 1985، ص 9).

وقام هذا الأخير أيضا بالتفريق ما بين إثنين من الأنا (Les deux moi) اللذين يختلفان على المستوى الإجرائي (Opèratoire) و يبقيان مبهمين (Confondus) على المستوى التصوري (Figuratif) .

الأنا النفسي الذي يغلف الجهاز النفسي و يتكون من:	أنا جسيمي الذي يغلف الجلد والذي يحتوي على:
<ul style="list-style-type: none"> - المحتويات النفسية - ميكانيزمات الدفاع ضد التزوات الجنسية الخطيرة - التأويلات المنطقية والمعطيات الإدراكية التي تأتيه من الخارج (المثيرات). - يتبلور من خلال سيرورات النمو وخصوصا 	<ul style="list-style-type: none"> - الإحساسات الجلدية والجنسية - الآلية المرتبطة بتأثير الجهاز النفسي (منعكس) - عديم التفكير وهو خاضع - هو بدائي ، مناطق شبكية (منذ الولادة)

الاب	وقبل النفسانية Le psychisme .
- معروف بالنسبة للشخص وكأنه ملكه	- غير معروف من طرف الفرد (بمعنى ليس ملكه)

إذن الجلد يحدّد الجسم (الخاص) (Propre) ويشكّل حاجزا يحمي ويفصل بين الدّاخل (الجسم) والخارج. وفي المجاز الذي اكتشفه "انزيو" "D. ANZIEU" " الأنا يغلّف الجهاز النفسي مثلما الجلد الذي يغلّف الجسم، هذا يقودنا إلى أن نستخلص أن الأنا الجلد (أنا نفسي) يسعى إلى الحفاظ على الوحدة العقلية . ويقوم بالفصل ما بين الدّاخل (الجهاز النفسي) والخارج (الآخر) وهذا يسمح للفرد إدراك أصالته (Originalité) ووحدته (Unicité) التي تميّزه عن الآخرين ، (قانتارت. ف وآخرون، 1976، F GANTHERET) وللتوضيح أكثر فحسب "ديدي انزيو" (D. ANZIEU) الوظائف الأساسية "للأنا الجلد" تتمثل كآآتي:

- المحافظة على التّفكير .
- الاحتواء على التّمثلات والعاطفة .
- ضد الإثارة .
- تسجيل آثار التّواصل مع المحيط .
- الإرتباط مع الإحساسات الجلدية .
- جعل الفرد يشعر بالفردانية .
- الحفاظ من الإثارة الجنسية .
- إعادة شحن الليبدو (دي ميغولا.أ، A..DE MIJOLLA ، 2005، ص190)

التّحليل النفسي الذي سمي من طرف فرويد ب"العجوز السّاحرة" في علم النفس ما وراء الواقع (Métapsychologie) ، هو ميدان للإستيهامات، والخيال

والجنسية، وبإيجاز أين جميع الأجسام تأخذ مكانا في اللاشعور، فضلا عن ان المحللين النفسانيين مثل "أنزيو" (D. ANZIEU) "كايس" (R. KAES) أعطوا مجازا آخر حيث اعتبروا الجماعة كوحدة وليس كمجموعة من الأفراد مثل مؤسسة الجسم. مثلا قول "كايس" (R. KAES) : "كل جماعة لا تتنظم إلا كمجازا أو كمجازا عن الجسم لأجزاء منه" (أنزيو. د. D. ANZIEU، 1993، ص3). وقول أنزيو: "نحن دائما نتكلم عن الجماعة ، ولكن كمجازا" (ساركلي. أ. CERCLE، A. SOMAT، أ.، 2002، ص22)

2 / من منظور علم النفس الاجتماعي:

إن صورة الجسم والرسم الجسمي يلعبان دورا جوهريا في الشعور بالذات، ومن بين عناصر إثبات الذات، ما يجدر الإشارة اليه أن علماء النفس الاجتماعيين اهتموا بالجسم و أعطوا كلمة عن "صورة الجسد" فالجسد حسب "ميدار باس" (Médar Bass) هو "في الواقع هو مكان المرور لتحقيق علاقاتنا مع العالم" (ستوتزال ج. ، 1963. J STOERTZEL، ص173)

2-1/ نموذج "موسكوفيسي" (MOSCOVICI) و "جودلي" (JODELET) :

حسب "موسكوفيسي" (MOSCOVICI) في كتابه علم النفس الاجتماعي (1994 ص49) "صورة الجسد الخارجية تبرز كوسيط للرابط الاجتماعي" ، وما يشير إليه هو أن صورة جسد الفرد هي مرتبطة بعلاقته مع الآخرين، وهي تشغل ثلاث واجهات، وهي حسب التالي:

1- إما في الإدراك الأدائي للنجاح والإندماج الاجتماعي.

2- إما من أجل الإجابة عن المعايير الاجتماعية للتمثلات

3- وإما بقصد الربح والحصول على عاطفة

إذن الوجود (l'existence) يظهر عن طريق وسيط الجسد، وهذا الأخير مرتبط بعلاقة الذات (Sujet) مع المحيط "فموسكوفيسي" (MOSCOVICI) و "جودولي" (JODELET) عملوا أيضا على تقييم تمثلات الأفراد حول جسدهم، فقاموا باستجواب عينتين (رجال ونساء) متساويتين لمدة عشر سنوات متباعدة المسافات (10 ans d'intervalle) وأسفرت النتائج على:

- محادثة الجسد (Discourir le corps).

- الكشف عن التمثلات السائدة عن الجسد .

- الكشف عن الاعتقادات السائدة عن الجسد .

- الكشف عن الإستعمالات الإجتماعية للجسد .

- بروز العلاقة بين الفكر الإجتماعي المتطور وبين المعاش الجسدي.(موسكو

فيسي.س، S.MOSCOVICI, 1990). والنتيجة النهائية أتت من خلال تلك الدراسة

كالآتي:

فالجسد يظهر كموضوع خاص وإجتماعي (في نفس الوقت) :

- موضوع شخصي: وهو الأساس الحميمي والتجربة الشخصية للذات Sujet .

- موضوع إجتماعي: وهو استشارة مقنعة ومتنكرة (مخبئة) وصغيرة عن طريق

اللباس، والتبرج...

فالمجتمع يحدّد القواعد، والمعايير، والعادات ، والأفكار، والقيم، ويحرّم التحرر

الجنسي الغير شرعي. وإذن فالجسد يقوم بالفصل بين تلك الإستدخالات -التي تأتي

من طرف المحيط- وبين صورة الذات فهو إذن الرابطة الفاصلة بين النماذج

الإجتماعية المستدخلة و الهوية الفردية للشخص

من خلال أربعة أنماط مقارنة حسب "جودولي" و "موسكو فيسي" وهي كالتالي:

- معاش جسدي .
- مند يوم علاقاته مع المجتمع.
- التفاعلات الإجتماعية .
- وسائط إكتسابية كمعيارية وعقلانية (فانسنو.ج، G.VINSONEAU، 2002).

فسيولوجية الجسد هي متعدد المجالات و خصوصا الأوفر من حيث الدراسات التي تشتغل حول الجسد ، ثم إن مفهوم "الجسدية" (La corporeité) ، ليس دوما مدركا في نظر الكائنات الإنسانية والتي هي ماهيات حية (Substances vivantes) (التطور الداخلي للعضو)، بدون الأخذ بعين الاعتبار جدلية التبادلات مع المحيط الجسمي والإجتماعي، أين تنتج الدينامية .

إن الدّراسات السيو سيولوجية الحديثة الجسدية، ابتعدت عن ايديولوجيتها السائدة سالفا وهي تحاول أن تفهم الجسد تحت موشور ظاهرة إجتماعية نفسية، وثقافية ، وعلمية... جودولي (JODELET) (1976) يقول في هذا الصدد: "يظهر من الصعوبة ، بلوغ مجال التمثلات الإجتماعية للجسد الإنساني بدون ربطه بالدراسات الطبية الغربية (Occidentale) المرتكزة على علاج الجسد، المأخوذ كموضوع فيزيائي، باعتماده على بعد اجتماعي" (موسكو فيسي.س، S MOSCOVOCI ، 1990، ص283)

2-2/ نموذج "اميل دركايم" (DURKHEIM)

ففي الدّراسات الأولى الخاصّة بتحقيق التّفريق (La différenciation) بين "ما بين الشّخصي" (Interpersonnelle) بين وسط الشّعوب، "إميل دركايم" (E.DURKHEIM) (مؤسّس مدرسة الفرنسية لعلم الاجتماع) اهتمّ بالجسد الإنساني، وكلّ هذا من أجل معرفة "عامل ما بين الفردانية" (D'interdividualisation) ، وكذا من أجل معرفة الوجود (L'existence) من منظور اجتماعي، فحسب هذا العالم الّذي قال "يتعذّر تبسيط كل الأفعال الى النّفسانية أي " Irréductible aux faits purement psychique" (ألبان م. ، M.ALBAIN, 1998, ص 216)

فهو تقريبا قد أهمل مجال علم النّفس كما حارب أيضا من أجل المجال الاجتماعي أي من أجل "الوجود" (L'existence). وكان من الواجب انتظار أعمال "ج سيمل" (G.SIMMEL) من أجل إبراز المحتوى ومقرّرات سوسيولوجية الجسد، فقد اقترح تحليل الأفعال المتعددة والناجمة عن البناء الحسيّ للكائن الإنساني، فهو يقول: "أنماط الإدراك المتبادل، وكذا المتأثر تبادليا، والذي يصبح في دلّالته للحياة الاجتماعية، للأشخاص لعلاقتهم، البعض مع البعض الآخر، البعض من أجل البعض الآخر والبعض ضد البعض الآخر، وإذ نحن أخلطنا في تبادلتنا، هنا تصبح وقبل كل شيء ردود أفعالنا عن طريق إحساس البعض في البعض الآخر" (فانسو.ج، G.VINSONEAU, 2002 : 77).

2- 3/ نموذج " هارتز. ر. " (R. HARTERS)

مع " هارتز.ر " نجد التّفسيم ما بين الفطري (L'inné) والمكتسب (L'acquis) و أيضا وضع طريقة حديثة طبيعة / ثقافة أي هي ثنائية Dualisme فقد تساءل عن تفوق وهيمنة اليد اليمنى - لسيطرة الهمسفير الدماغى الأيسر-.

وما جلب الإلتباه عند هذا الباحث والذي يقول: " غموض وضعية الاستقامة اليمنى والتي تبدوا كاستجابة في الصنف الإنساني، والتي لا تكفي لتحديد الهيمنة المطلقة لليد اليمنى، إذا المؤثرات الخارجية للعضو لا تثبته ولا تقويه (فانسونو. ج G.VINSONNEAU، 2002 ص77)

فاليد اليسرى حسب "هارتز" متعلقة دائما بالتمثلات السلبية فهي تستدعي

وتثير:

- الارتباك: عدم الشقاء، إضطراب التوظيف، الكف، الإضطرابات والتهيان الإلغاء الخضوع والإستسلام.

-التضائل ، والإنحراف والإهتزاز ، والإعوجاج

- الغدر أو الخيانة ومنها: القسوة ، الشذوذ... إلخ.

- الهزلية، الضحك ، السخرية .

أما اليد اليمنى فاعتبرها كالإتي.

- هي مرتبطة مع الإستقامة الشرعية المصادقية (La fiabilité)، الرّصانة، (discretion)

(La) الجدارة (La dignité)، الإعتمادية ، الصّحة (La crédibilité)

- هي مرادفة للمهارة و الشّجاعة:الدّافع، المسؤولية ، التّسيير، الكفاية،

الهيمنة،... إلخ

2-4 نموذج م موص (M MAUSS)

إن الفرنسي "م.موص" (M.MAUSS) ابن أخ "دوركايم" والذي أسس الدراسة الأكثر جدارة عن الجسد، فقد اخترع و حدّد تقنيات الجسد" وللمرة الأولى بتأثير فعال يتماشى مع أدوات التحقيق والتّقييم الفردي الإنساني، فقد لاحظ كيف أنّ حركات المشي ، السباحة، الجري، العلاج، الصحة والأمان... تختلف من جيل لآخر ومن ثقافة لأخرى.

كما أكّد هذا الباحث أن الجسد:"هو الأوّل وهو الأداة الطّبيعية الأوّلية للإنسان، وأكثر تدقيقاً بدون الحديث عن أداة الإنسان ، فهو جسده" (فانسونو.ج G.VINSONNEAU، 2002 ، ص78).

وحدّد القول: " التّقنية هي فعل تقليدي فعّال، فلا يوجد تقنية وتحويل إن لم يوجد التقليدي ولهذا الإنسان يتميز قبل كل شيء عن الحيوان، من طرف تحول التقنيات وأكثر احتمالاً من طرف تحولاته الشفهية" (فانسونو.ج G.VINSONNEAU، 2002 ، ص78). إذن "موص" (MAUSS) وصل إلى علمين في مرة واحدة وهما علم النفس وعلم الأحياء.

2-5/ نموذج بيار بورديو (P. BORDIEU) و آخرون :

"بورديو" (Pierre BORDIEU) أكّد على أن:"الجسد يعمل كلغة نتكلم بها أكثر من حديثنا فهو لغة طبيعية، أين يكشف كل ما هو مخبأً وحقيقي لأن الشعور يكون مراقباً، والذي-الجسم- يحدّد أكثر الرسائل المستقبلية، كما لا يستقبل كل التعابير القصديّة بدءاً بالقول" (فانسونو.ج G.VINSONNEAU، 2002 ، ص80).

إذن الجسد هو لغة مرسله والتي تنقل رسائله إلى الآخرين. الإيماءات، الإشارات الحركات والتي تحمل معلومات ولها وظيفة الإتصال، التي يعرفها "سيلامي" في قاموسه النفسي: "مجموع وضعيات وسائل السلوك والسيرورة والتي من خلالها تتأسس وتنظم العلاقات ما بين الفردية والإجتماعية طوال تحول المعلومات وتغيراتها بين الأفراد والجماعات في محيط إجتماعي ما" (سيلامي ن، N.SILLAMY، 1999، ص 61).

فالجسد يتحمل التحولات فيقوم بتعديلها، إذ يعبر عن الدفاع أثناء اتصاله وتفاعله مع الآخر المستقبل (للتحول) وهو ما نسميه بالتغذية الراجعة (Feed-back) والتي تعرف حسب "قيستاف فيشر (FISCHER Gustave)" "سيرورة المعلومة تعود من طرف المستقبل المرسل إلى المستقبل والتي هي في حدث أنها محولة" (فيشر.ج-ن. FISCHER. G. 2005N-G، ص:145) إذن صورة الجسد هي الطريقة أين الشخص يضع:

- العلاقة بين جسده وروحه وأيضا بينه وبين صورة جسد الآخر.
- المعاش الحياتي، أين يعيش داخليا.
- إدراكه لجسده الخاص الذي تلقاه واستقبله.

فهذه الثلاث أبعاد هي ما استخلصها الفيلسوف "بارجسون" (BERGSON)، في أعماله وهي ثلاثة طرق متكاملة ومتممة للشخص من أجل معايشة جسده، والذي لا يستطيع أن يتخلى عنهم (أندريوا. ب، B.ANDRIEU، 1993)

خلاصة:

صورة الجسم تبني في تمثلاتنا العقلية إنطلاقا من أجزاء من الجسم أو المناطق الشبقية ، بالإضافة إلى أن هاته الأخيرة تتكون قبل النفسانية (Le psychisme) بالتعاون مع البلورة النفسية (Le travail psychique) التي تتكون شيئا فشيئا بدون أن نهمل تواصلنا المستمر مع الآخر، والذي يعتبر هو أيضا عاملا مهما في بناء صورة الجسم من خلال المساهمة في منحه لنا التمثلات الإجتماعية. إذن يمكن القول أن صورة الجسم تلعب دورا مهما في تشكيل الهوية أو بناء الذات.

الفصل الثالث: مفهوم مرض سرطان الدم

تمهيد

1- البعد الطبّي.

- 1-1 تعريف سرطان الدم .
- 2-1 الأعراض الإكلينيكية.
- 3-1 السببية و عوامل الخطر.
- 4-1 بعض أنواع سرطانات اللوكيميا والوكيميا واللمفوم.
- 5-1 علاجها.

2- البعد النفسي لسرطان الدم.

- 1-1 الصّراع و القلق من منظور التّحليل النّفسي.
- 2-1 من منظور نفسي جسدي.
- 2-3 من منظور علم النفس الاجتماعي.
- 1-3-2 تعريف سرطان الدم.
- 2-3-2 التمثّلات الاجتماعيّة للمرض.
- 3-2-3 المقاربة النّفسيّة الاجتماعيّة.

خلاصة

تمهيد:

يبدو لنا من المهم أن نتطرق في هذا الفصل الى مفهوم مرض سرطان الدم من جانبه الطبي وجانبه النفسي بالخصوص، إذ سنحاول أن نلمح الى عالم التجربة المرضية وذلك للإجابة على :

- ماهو مرض سرطان الدم ؟ مآله؟ أنواعه؟
- ما نوع التمثلات الإجتماعية التي يأخذها هذا المرض ؟
- ما هو بعده النفسي وذلك تحت ضوء الإشارة الى ثلاثة تيارات تفكير (علم النفس التحليلي، علم النفس الجسدي وعلم النفس الإجتماعي).

1 /البعد الطبي:

1-1/ تعريف سرطان الدم:

داء سرطان الدم يتميز بالتطور السريع أو بالتكاثر الغير عادي للخلايا الغير الناضجة، أي يرتفع و يتوسع حجم النسيج الخلوي بصفة غير عادية ، مما يؤدي إلى إنقسامات بطريقة غير مراقبة و غير متطورة ،و بالتالي هذه الخلايا الناتجة تكون إما حامدة(Tumeurs benignes) أو خبيثة (Tumeurs malignes).

- أورام حامدة : الخلايا تكون أقل تكاثرا من الأورام الخبيثة ، فيتم توقيف هذا التكاثر بالعلاج الكيميائي أو بالإستشعاع (معالجة بالأشعاع) و بالتالي الشفاء
- أورام خبيثة : الخلايا تكون أكثر تكاثرا (أنثوية) هي عبارة عن إنبثات (Metastase) الذي هو ورم ثانوي أصله سرطان أصاب أحد الأجهزة الحيوية في الجسم ، ثم انتشرت خلاياه في الدم . إن التطور الغير العادي و السريع لهاته الخلايا يؤدي بالمرضى إلى الموت بعد وقت قصير (أونسيكلوبيدي، Encyclopida، 2004)

2-1 / الأعراض الإكلينيكية :

- أعراض سرطان الدم تختلف من مريض لآخر و ذلك حسب خطورة المرض ونوعه ، و بالمقابل هناك أعراض ظاهرية تكون مشتركة بين المرضى هي كما يلي :
- الألم المتمرد الذي يدوم و يطول عند المريض بالسرطان .
 - دوار و دوخة، التعب الحاد والصداع.....
 - التقيؤ و فقدان شهية الأكل.
 - حمى متواصلة و فساد للوضعية الصحية العامة كما تظهر أعراض نفسية مثل :
 - القلق المتزايد و الخوف الشديد .
 - الضيق و الشدة .
 - الإهيار العقلي و العصبي .
 - النسيان ، إضطرابات الذاكرة .
 - الإهمال و اللامبالاة مما يؤكد عدم القدرة على التركيز في الأعمال اليومية .
 - المظهر يكون إندفاعي و منفعل.....
- وبالتالي آلام المريض و معاناته المجسدة و المحققة بفعل مرض سرطان الدم هم مقترنين و متصلين ب :

- العياء الحاد : الذي يكسب المريض إحساس غريب في جسمه لم يحصل عنده

قبل (آغسون.تر) ، HARRISSON. (Tr) ، (1972)

علما بأن الدّراسات الحالية تعتبر بأن داء السرطان هو مرض التكوّن و التّطور (Maladie de génèses) إذ أنه قبل أن يصبح الورم خبيثا أو خامدا فإنه يمر بعدة حلقات من التبدلات و الإنتقالات لكي تشكل في الأخير خلايا سرطانية تتكاثر سريعا في الجسم (http://www.e-sante.be/information-leucemie-lymphome-cancer-sang/prevention-traitements-cancers-54-152).

1-3 / السببية و عوامل الخطر :

الإصابة بمرض السرطان حسب الأطباء والباحثين تساهم في ظهورها عدة عوامل وأسباب نذكر منها مايلي :

- الأشعة و المستحضرات الكيماوية بدون إهمال دور الشمس في تكوين سرطان الجلد .

- وراثية أي التركيبية الجينية مثل حالات بعض المريضات بسرطان الثدي و الذي تتدخل فيه الإستعدادات الوراثية .

-الإصابة بالجراثيم و البكتيريا مثل هيليكوبتر و بيلزري
- غدائية : السمنة تساعد على عدة أنواع من السرطانات ، أيضا عدم الإستهلاك المنتظم للفواكه و الخضر- يقللون من خطر الإصابة بالسرطان-والتغذية الفقيرة أو عدم تناول الأطعمة الطازجة و استعمال التترات في حفظها ،
-تعاطي الكحول يساعد على سرطان الحنجرة و الكبد و البلعوم
-التدخين له دور أساسي في الإصابة بالسرطان ، فهو عامل مهم في الإصابة بعدة أنواع منه.

<http://www.vulgaris-medical.com/dossiers/le-cancer-4/les-causes-du-cancer-24.htm>.

- العامل المتسبب في التورم له علاقة بالحياة الجنسية خصوصا العلاقات الجنسية المبكرة، فإنها تساعد في ظهور سرطان عنق الرحم (دي فورت، J. DES FORT، 2003) وعموما هذا النوع من السرطان يحدث في البلدان التي تعيش فيها المرأة حياتا فقيرتا .

1-4/ بعض أنواع سرطانات اللوكيميا والأ

سرطانات مكوّنات الدّم والجهاز اللمفاوي هي متنوّعة :

1-4.1/ سرطان إبيضاض الدم الحاد :

فهو "عبارة عن تكاثر الكريات البيضاء و ظهور خلايا شادة تؤدي الى سرطان الدم"

(إدريس.س، S. IDRIS ، 2003، ص717)

هو أيضا مرض الدم الخبيث الذي يتميز بالتكاثر و التطور الأحادي السريع للخلايا (لاففر.ج، J. LEFEVRE ، 2004،

إذا كانت سيتوبلازومات (Blastes) الخلايا على مستوى اللمفاوي (Lymphoide) أي متعلق بالنسيج اللمفاوي يكون المريض مصاب بلوكيميا الحادة (Leucemie aigue:LAL)

إذا كانت إصابة سيتوبلازومات الخلايا على مستوى النقي أي بمخ العظام (Myloide)، يكون المريض مصابا بلوكيميا الميلاويديّة الحادة (Leucemie aigue (LAM)) نسبة عدد المرضى المصابين بلوكيميا الحادة اللمفاوية (LAL) (هي عبارة عن عن تكاثر الخلايا غير الناضجة) هم أقل عددا من المرضى المصابين بلوكيميا الحادة الميلاويديّة (LAM) (لومان.ف، F LEMAINÉ، فاريت.ب، VARET ، B، 1998).

أمّا عن ظروف تشخيص هذا النوع من المرض فهي :

- تدهور عام للحالة الصّحية .
- فقر الدّم (Anemie) .
- نزيف
- أرق ليلي (Sueurs noctures) .

- الإلتهابات الجرثومية .
- إلتهابات اللوزتين (Angines)

2.4.1 / 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) الميلوبيدية الحادة (LAM) و اللمفاوية الغير الهودجكينية .

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

- خطر الإصابة بالعقم (Stérilité).
- حمى متواصلة.
- تدهور عام للحالة الصحيّة.
- أرق ليلي (لفيفر.ج، J.Lefèvre، 2004 ص 154).

3.4.1 - الميولوم الخبيث للعظام المتعدد (MYELOME MULTIPLE DES OS) :

هو عبارة عن سرطان النّقي أي الورم الخبيث يتموضع في مخّ العظام، إذ أنه يتميز بالتكاثر السريع للخلية الأثليّة (Plasmocytes Tumoraux) الورمية أي: "خلية مريضة معقّدة ذات نواة منحرفة المركز" (سهيل إدريس، 2007، ص 923).

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

- تدهور عام للحالة الصحية للمريض.

- ألم في النّقي عميق (Douleurs osseuses diffuses).

- إنكسار مرضي على مستوى أعضاء الج
- نقص في النّخاع (Insuffisance médullaire).
- تناذر نقص الدّم، نزيف و القابلية للحدود لأن النظام المناعي عند المرضى عامة هو ضعيف.
- لا يوجد حمّى (لفيفر.ج، J.Lefevre، 2004، ص 159).

1-5/ علاج سرطانات مكوّنات الدّم والجهاز اللمفاوي:

الجراحة تعيق التكاثر و التّطور السّريع للخلايا السّرطانية فبالعلاج الكيميائي (La chimio thérapie) يتم وقف تطورها و محاصرتها، ثم بتحطيمها بالعلاج الإشعاعي (La radio thérapie) (بيتاي.ف، P.BATAILLE ، 2003).

2/ البعد النّفسي لسرطان الدّم:

إذا كان الطّب يرجع سببّيّة المرض (L'étiologie) إلى اضطرابات عضوية أو خلل وظيفي فإنّ علم النفس يرجعها إلى تلك الوضعيات المتوترة و الصراعات النفسية التي عاشها المريض في سيرورة الشّخصنة ، بالإضافة إلى صراعه مع محيطه و اضطراب تنشئته الإجتماعية، و بالتالي سوف نستدلّ في هذا العرض إلى ثلاث تيارات تفكير لعلم النّفس وهي كما يلي:

2-1/ الصّراع والقلق من منظور التّحليل النّفسي :

2-1.1/ الصّراع: فهو " يعني خصوصا الصراع الداخل نفسي أين تكون القوي المتصارعة في تعارض و تعاكس " (ذي ميچولا.أ، A.MIJOLLA DE ، 2005، ص 364)

الصّراع هو تعارض المتطلبات الداخلية للفرد و قد يكون إما ظاهريا أو

كامنا مثل

-الصراع ما بين المطالب الأخلاقي

صراع كامن غير ظاهري.

- الأعراض التي تظهر في اضطرابات المزاج و التصرفات صراع

ظاهري (جان لابلانث، J.LA PLANCHE، بونتاليس، J.B PONATALIS، 1967).

2-1. /2 القلق (L'ANGOISSE):

القلق يشير إلى أن الفرد يعيش في صراع نفسي، و قد تعدّت التعاريف المعطاة له بتعدد وجهات نظر علماء النفس و نذكر من بينهم "نوربر سيلامي" الذي يعرفه على: " أنه إحساس حادّ بالآلام العميقة المحدد بالشعور الغامض للخطر، مما يجعل الفرد ضعيفا غير قادر على الدفاع عن نفسه". (سيلامي.س، N،SILLAMY، 1999، ص22).

و لقد ميّز فرويد FREUD بين نوعين من القلق، القلق الموضوعي وهو الخوف خطر خارجي معروف و القلق الآلي (الغامض) وهو قلق مجهول غير واضح، الذي يشكل للفرد تهديدا واقعيا (لابلانث.ج، J. LA PLANCHE، بونتاليس، J.B. PONATALIS، 1967).

في كتاباته الأولى "فرويد" (FREUD) يعالج هذا المصطلح كمصدرا أو سببا للاضطرابات العصبية، و الجدول الآتي يوضح التمييز بين القلق و الخوف :

الخوف	القلق
<p>- يظهر أمام خطر ظاهري، فهو قلق موضوعي.</p> <p>- موضوع حقيقي محدد.</p> <p>مثلا: أنا أخاف من العاصفة فهنا الموضوع هو ظاهري جلي و بين أنا واعية، منتبه للسبب أو الموضوع الذي يسبب لي الخوف.</p> <p>- بما أنني واعية بالموضوع الذي سبب لي " القلق الموضوعي، فإنني عندما أجتازه أو تمر أيام أو ساعات عليه فإنني أحسّ بالأمن.</p> <p>و الطمأنينة مثلا لأنّ " العاصفة هدأت".</p> <p>- إذن : الخوف هو شعوري ، هو نتاج الأنا عندما تكون وضعية الخطر واقعية و تشكل تهديدا للفرد (شماما،ر، CHEMAMA وفاندرمارشش.ب، B.VENDERMACHE ، 2003)</p>	<p>- مصدره هو التهديد النزوي اللاشعوري فهو قلق آلي.</p> <p>- الفرد يجد نفسه أمام موضوع كامن، افتراضي، غائب عن شعوره لكنه موضوع حقيقي لا شعوري غير محدد.</p> <p>مثلا: أنا قلق و لكن لا أدري لماذا؟ سبب الموضوع الذي يقلقني لا أعرفه.</p> <p>إذن إنّ الموضوع المسبب للقلق هو مجهول.</p> <p>- موضوعاته هي تخيلات رمزية مجسدة عن طريق التمثيلات لإشارات القلق الناتجة عن محاولة ما قبل الشعور إظهارها على ساحة الشعور، لكنه يبقى غير قادر على ذلك.</p> <p>- بما أنني لست واعية بالموضوع الذي سبب لي القلق (لا أدركه) لآته مكبوت في اللاشعور. فإن هذا سيسبب لي عدم الأمن و الشعور دائما بالقلق و عدم الطمأنينة.</p> <p>و لذلك فإنّ العلاج النفسي التحليلي يسعى إلى إظهار و الكشف عن المكبوتات الفرد منذ طفولته إلى ساحة الشعور و بالتالي القضاء عن القلق .</p>

لهذا فالقلق اللاأقائي و الذي مصدره

يؤدي بصاحبه إلى المرض (Une pathologie) كإجابة لتهديد هذا القلق ذو المصدر
النزوي، وبالتالي تصبح قدرة الأنا الذي يعمل كميكانيزم دفاعي حسب " أنا فرويد"
(Anna FREUD) ضعيفة لأن التهديد النزوي اللاشعوري قد اصطدم بحاجز جعل
الأنا الذي هو آلية دفاعية غير فعّالة مما يسبب لصاحبه الإصابة بالمرض.

مع العلم أن مصطلح القلق في اللغة الألمانية هو مرادف لـ: الخوف أي:
"أنقست" (Angust) = القلق = الخوف.

أنقست " لا يغطي أو لا يرداف المفهوم الفرنسي للقلق و الخوف و بالتالي
هذا طرح مشكلا في التفرقة بين هذين المصطلحين.

2-2/ من منظور نفسي جسدي (PSYCHO-SOMATIQUE):

هذا التيار الفكري يقوم على: " كل ما لا يتم بلورته (Elaborer) يلقي على
الجسم" على شكل أعراض سيكوسوماتية كإستجابة لتهديدات القلق. علم النفس
الجسدي يرجع سبب المرض إلى تلك الوضعيات المتصارعة المجهدة و القلق الحاد،
الذان تدفع شدتهما إلى الكفّ الوظيفي المناعي، فبعض الدراسات أظهرت أن
الأورام الدماغية تتأثر بالعوامل النفسية و الإجتماعية مثل: الطلاق، وفاة شخص
عزيز، طرد من العمل.... (رزانيس (د) ، RAZANIS ، دلفكس (ن) ، DELVAUX،
(N، 1994)

" قاليم" (GALLIEM) الطبيب الكبير و الفيلسوف لاحظ أن معظم النساء
اللواتي يعانين من الإهيار و الإكتئاب (La dépression et mélancolie) هنّ معرّضن
للإصابة بالأمراض الورمية. فكانت إصابتهم بداء السرطان أكثر من الأفراد
الآخرين.

(بلدوني.ف.BALDONI، تروبييني.ك،C.TROMBINI)

.(2005، CHEMOUNI. J

أيضا كل من : "قرير" GREER و "آل" AL (1979، 1990) و "ماجى"
MAGGIE وآل AL: 1985، 1991، 1999) أسّسوا "مدرسة الملوك للبحث الجماعي
(King's، collège Research group)، في لندن (Londre)، في كلية الطّب، لقد
أكّدوا أنّ المرضى بداء السرطان يتميزون بخصائص نفسية إجتماعية متعددة، وهم
مختلفون عن باقي المرضى بأمراض أخرى. فهم يظهرون مثل مرضى لطفاء
(Gentils) ، متحفّظين (رزاء) (Discrets)، متعاونين (Coopératifs)، شديدي العزم
(Stoïques) في وضعيات الصراع، وهم يحترمون السلطة، كما أنّهم يظهرون
واجهات بشوشة (Agréables)، لا يفرضون أنفسهم ولا يعبرون عن إنفعالهم، أي
قمع لإنفعالهم، غياب النرفة و العدائية (Absence d'hostilité) و خصوصا عدم
إثباتهم لذواتهم في المجتمع (سشويتزر.م-ب، B-M. SCHWEITZER، 2002)

حسب سشويتزر.م-ب (B-M. SCHWEITZER) الباثولوجية السرطانية الورمية
تتوسع و تنتشر في الجسم، فلها أيضا صلة بالدينامكية العائلية الخاصة، التي تؤدي
بمرضى السرطان إلى قمع المعاش الإنفعالي، و إنكار
الصراعات (بلدوني.ف.BALDONI، تروبييني.ك،C.TROMBINI، ترجمة شيموني.ج،
. (2005، CHEMOUNI. J

و كذلك "أنجل" (Angel) (1962) و "قراسي" (Grassi) (1967) و "بيوندي"
(Biondi) (1992) لقد اهتموا بالخصائص المشتركة التي يظهرها المرضى المصابون
بـ: الباثولوجية الورمية هؤلاء يظهرون كما يلي:

- معاش فردي متميز بحدوث مؤلمة و خراب عند هؤلاء المرضى.
- طفولة مميزة بالترك و الحرمان العاطفي.
- القابلية لأن لا يواجهوا الوضعيات المتوترة و المسائل الصعبة.
- يواجهون صراعاتهم بمكانزمات دفاعية أبرزها الكبت (Le refoulement)
- صعوبة التواصل و التكلم بطريقة حرّة، خصوصا أنهم يقومون بقمع إحساساتهم.
- الإهيار (La dépression) و الإنكار إضافة إلى: الإستعداد لمواجهة المرض بنوع من ردة فعل "Coping" متميزة بالقبول و الحياد (Une acceptation passive) لأنهم لا يفرضون أنفسهم.
- الحذر من الآخرين ، كتومين و متحفظين كما أنهم يثبتون أن لديهم الإحساس بالهجر.
- لديهم اتجاه علائقي و مطيعون للقوانين يصبرون على المحن و المعاناة، على عكس ما يظهره مرضى القلب الذين يبدوون مظهرًا إندفاعيًا ، نرفزة و عدوانية (سشويتزر.م-ب، B-M. SCHWEITZER، 2002)
- قدرة ضعيفة في الإستبطان (Introspection)- استدخال لاشعوري : من المحيط إلى الذات-(بلدوني.ف. F.BALDONI، تروبيني.ك، C.TROMBINI، ترجمة شيموني.ج، 2005، CHEMOUNI. J).
- ومنه نستنتج أن نمو السرطان هو راجع الى اتحاد كل من العوامل السببية المذكورة سابقا والعوامل النفسية -حالات القلق والخوف- وكذا العوامل الاجتماعية والتربوية وهذا ما أكده أيضا الباحث الفرنسي المشهور جان بيرنارد (Jean BERNARD) والمهتم بالوكيميا. (فيصل محمد خير الزراد، 2000)

بالرغم من تقارب الروابط المتواجدة

مرض السرطان (عوامل الخطر)، و لكن ما يهّمننا في بحثنا هذا هو وضع التأكيد على التغيرات التي حدثت على مستوى الذات الناتجة عن هذا المرض، أين المريض يكتسب نمط جديد من العيش و التفكير، المحصور بين الشك و الإعتقاد حول حقيقة مرضه، طبيعته و فعالية الأدوية إلا أننا سوف نتطرق بالتفصيل إلى هاته النقطة في الفصل الموالي (04).

2-3/ من منظور علم النفس الاجتماعي (PSYCHO SOCIALE) :

2-1.3/ تعريف داء السرطان:

منذ زمن بعيد كان يعتبر مرض السرطان مرعب مخيف، مرهب، وسواسي و معدي. في وقتنا الحالي هذا المرض يتمثل للأفراد مثل تطفّل و تدخل عنيف مفاجئ و قاطع أين يتموضع شيئاً فشيئاً حيث أن تمثلاته الإجتماعية هي مقترنة بالموت.

السرطان هو ليس مرض جديد، عكسا لما يظنه أغلبية الناس فهو يعني بالإغريق قراب "Grabe" إذ هو قديم قدم : اليونانيين الذين لقبوه بهذا الإسم (آغزليش. ك C. HERZLICH ، آدم. ف P.ADAM، 2002).

هو يظهر مثل تهديد و وسوسة للمريض (بنفسه) و عائلته و محيطه الإجتماعي: " آفة جديدة جاءت لتشغل الضمير الجمعي" (آغزليش. ك C.HERZLICH ، آدم. ف P.ADAM، 2002، ص20).

بالمقابل هذا المرض ليس معدي عكسا لما يعتقد بعض الناس، في بعض من أنواعه يمكن الشفاء منه مثل مرض الهوتشكين (HODGKIN) في المراحل الأولى من

تكوينه (1 و 2)، أيضا لو كيميا و المعلوم المتعد

(La greffe) و خصوصا في البداية.

بالإضافة إلى أنه قابل للمعالجة و الشفاء منه عند الحالات الذين لديهم أورام
حاملة... مثلما هو قابل للشفاء ، قد يكون عكس ذلك و أحيانا مزمن
خصوصا عند اكتشافه في المرحلة المتأخرة من تطوره و تكوينه.

آغزليش كلودين Claudine HERZLICH، و فيليب آدم ADAM Philippe
يكتبون : " هو مرض فردي، بدون أي عدوى : بعض أنواع داء السرطان تستطيع
أن تتطور سريعا لكن في أغلب الأحيان هو مرض قصير المدى، و يتميز أخيرا بغزارة
الإمتثال للإستثمار الطبي الذي يظهره أو يخلفه" (آغزليش. ك C.HERZLICH ،
آدم. ف P.ADAM، 2002، ص20).

الآثار الجسمية لسرطان الدم تسبب تغيرات على حياة المريض الذي يجد
نفسه يواجه معاناة جديدة غير عادية التي يمرّ عليها من قبل، فيمرّ من خلالها بعمل
الحداد "Travail de deuil" (مند إعلان تشخيص المرض) الذي يدوم بضعة أسابيع
و الذي يحتوي و يشمل على ثلاثة مراحل متتالية و هي كالآتي :

- في الأول: الإنكار أين المريض يحاول إهمال الحقيقة المؤلمة فيقوي طاقته كميكانيزم
دفاعي للتقليل و الإنقاص من القلق.

- المرحلة الثانية: الإنهيار الذي يلخّص الجدول العيادي.

- المرحلة الثالثة: ردّ فعل المريض أين سيقوم ببناء و تشييد صورة جديدة تجاه ذاته،
ثمّ يندمج مرّة ثانية داخل محيطه الإجتماعي ومع مرضه.

2-3-2/ التمثلات الاجتماعية للمرض:

بالمفهوم العام التمثلات الاجتماعية تعتبر كطريقة لتنظيم معارفنا حول الحقيقة، فهذا يحفظ الفرد من التشتت و التشويش في نظام معارفه مثل: الأفكار، القيم، العادات، التقاليد، التأويلات....

من المعلوم أنّ التمثلات الاجتماعية تختلف من مجتمع لآخر باختلاف الأبعاد الثقافية، لأن الفرد هو بيولوجي إجتماعي، و كما يكتب "أونري فالون" (Wallon Henri): "كائن اجتماعي منذ ميلاده" (توريت.س C.TOURETTE. ، قيفوتي GUIVETTU، 2002، ص 150).

لعلّ ما لفت إنتباهنا في تعريف التمثلات الاجتماعية هو تعريف "موسكوفيسي" (S.MOSCOVICI) الذي يكتب و يقول : "هو نظام من القيم، المصطلحات و التطبيقات لها علاقة بالموضوعات، بالمظاهر أو بأبعاد الوسط الإجتماعي، الذي لا يسمح سوى بتثبيت إطار حياة الأفراد و الجماعات، بل يبني وسيلة لتوجيه إدراك الوضعيات و إرصان الإجابات" (فيشر.ق-ن G-N.FISCHER ، 2005، ص 130).

جين كلود أبريك (ABRIC Claud Jean) (1953) في (شريف حلومة، 1999-2000، ص 44) يعرف التمثلات الاجتماعية بأنّها: "المجموع الإجمالي للصورّ المقدّمة أو المنبثقة في الوضعيات التي يواجهها الفرد من خلالها".

إنّ التمثلات الاجتماعية للمرض تلعب دورا هاما عند المريض في المنظور الإجتماعي الموجه لمرضه، فهذا يسمح له بالإستعلام عنه و التعرف عليه من حيث خطورته مآله، آثاره..... مثل داء السرطان الذي له تمثلات مقترنة بالمعانات،

الرَّعب، الموت... إذن نستطيع القول بأن
لمعاناة المريض.

في فرنسا هذا المشكل تطرقت إليه "كلودين آغزليش" (HERZLICH) (Claudine) للمرة الأولى في الستينيات ، دراستها شملت 80 مقابلة نصف موجهة مع سكان باريس (Les parisiens) (لمدة ساعة و نصف لكل مقابلة): الطبقة المتوسطة (العمال) و الطبقة العالية (المهنيين الأحرار و المثقفين). أما الهدف من تلك الدراسة فكان حسب قول "موسكوفيسي" (MOSCOVICI): "محاولة توضيح الوجود لما بين العلاقات نالدينامكية عن طريق مصطلحين "الصحة" و "المرض" (موسكوفيسي.س، S.MOSCOVICI ، 1990، ص 382).

نظام ما بين العلاقات بين الأفراد لردّ الإعتبار للوجود حسب هذه الباحثة -كلودين آغزليش- (1969) نقدمه في هذا التلخيص الموالي:
حسبها الفرد و المجتمع هم دائما في تطابق و اتصال، كذلك فإنهم يشتركون مع الصحة و المرض و ذلك عن طريق التمثلات الإجتماعية و الموضوعية من طرف أفراد المجتمع و يعني هذا: المجتمع / الفرد = المرض / الصحة.

التجربة المعاشة من قبل الفرد للصحة ينجّر عنها الإندماج داخل المجتمع بالقيام بالحركة (الدور)، بالعكس فإن التجربة المعاشة للمرض تعيق إتمام الحركة (الدور) و تعويضها بعدم أداء أو إنجاز الأعمال المطلوبة من هذا الفرد (الإفصال و الإستقصاء من العمل).

بالمقابل المرض يسبب صراع للفرد المقاوم و المثابر و الذي سمّته هذه الباحثة "عمق الصحة" (Le fond de la santé)، أمّا المجتمع فقد سمّته ب"نمط المعاش" Mode (de vie) العدائي عبر الوسيط، مما يعني أنّ الصّراع المتولد بين عمق الصحة (الفرد)

و النّمت المعاش الذي في حد ذاته هو غير طبيعي، المجتمع يسبب التلوّث، الميكروبات، الضوضاء، الأشعّة، المستحضرات الكيميائية، كلّها عوامل تؤدّي إلى الإصابة الفرد بالمرض.

هذه الباحثة تؤكّد أنّ عند كلّ واحد منّا يوجد مطابقة موضوعة ما بين المجتمع و المرض الذين يعاكسون و يعارضون الفرد و الصّحة ممّا يعني طرح معادلة التّالية:

مجتمع = المرض / الفرد = الصّحة. (آغزليش. (ك)، HERZLICH (C) ، 2005).

في الأخير هذه الباحثة خرجت بخلاصة أنّ المرض له تمثلات اجتماعية موضوعة قبل الأفراد و الذين يعتبرونه مثل سيرورة ميكروبية معدية تتواجد في المجتمع أو هو الذي يضعها و الفرد يجد نفسه عرضة للإصابة بها (السيرورة الميكروبية) إذن فإنه ضحيّة. (آغزليش. (ك)، HERZLICH (C) ، 1970).

إذن فالكلام المعبر بخصوص الصّحة و المرض، من طرف الأفراد، هو ليس بكلام فردي (Langage du corps) بل هو كلام ناتج عن علاقة الفرد بالمجتمع أي التمثلات الاجتماعية. (آغزليش. ك HERZLICH ، آدم. ف P.ADAM ، 2002).

الجدول الذي يأتي يوضّح التّمييز أو التّفارقة بين المرض و الصّحة:

المرض	
<p>وضعية الفرد تكون:</p> <ul style="list-style-type: none"> - الملكية الفردية. - تصرف الفرد يكون * متوازنا. * الفرد قوي، صحي و سليم و الصحة هي متعلقة به. <p>-المشاركة الاجتماعية.</p> <ul style="list-style-type: none"> - غياب المرض يعني: * الراحة الجسمية و النفسية. * الفعالية و إتمام الأعمال. <p>- التناسق مع أفراد المجتمع و إقامة علاقات معهم " بالتفاعل".</p>	<p>وضعية الفرد تكون:</p> <ul style="list-style-type: none"> - موضوع خارجي عنه. - تصرفات المريض أو وضعية المرضية التي يعيشها هي مولدة من طرف المجتمع مثل التغذية الكيميائية، التلوّث. <p>- الإستقصاء من الدور: " التوقف " قطع عالم المهنة و العمل خصوصا إذا كان المرض خطيرا.</p> <ul style="list-style-type: none"> - وجود المرض يعني: و عكة غير إعتيادية (Malaise) و الدحول في الحزن العميق (Le chagrin). التعب، الإهيار (موسكوفيسي.س، S.MOSCOVICI ، 1990،ص 382). <p>- تحطيم الروابط ما بين الأفراد ما دام هناك فقد للقدرات و الأدوار فهذا يؤدي إلى العزلة الإجتماعية، و عدم المشاركة في الأعمال التي تتطلب الإتصال بالناس (آغزليش. ك C.HERZLICH ، آدم. ف P.ADAM ، 2002).</p> <p>" أي تغيير على مستوى أعضاء الجسم مثل المرض يصبح فوريا تغيّر على مستوى العلاقات</p>

الإجتماعية" (شيلدر.ب، SCHILDER، P، 1935 ص 253).

– ظهور الملل و التجاوز على مستوى الذات.
(Dépassement de soi).

– الصّحة حسب "كانجيلهم" (Canguilhem)
هي: " مصطلح معياري الذي يتجاوز الوضعية
الجسمية".

(آغزليش. ك C.HERZLICH ، آدم.ف P.ADAM،
2002، ص 45).

و حسب "هربرت سبنسر" (SPENCER Herbert)
" الصّحة هي نهاية الموافقة لحضور (فرد) داخل
محيطه". (J.MESSERSCHMITT، 1982، 28).

– الصّحة لا تشتري و لا تباع، هي مسألة كلّ
واحد.

– الدّفاع ضدّ المرض يصبح القاعدة لإعادة
الإندماج الإجتماعي.

3-2-3- المقاربة النفسية الإجتماعية :

كما سبق ذكره ، الفرد يتواجد في الوسط الإجتماعي الذي يمثّل لقيمه و
أحكامه و الذي يبني له نظام من المعارف، يتعلم كيف يكون مريضاً، و هذا التّعلم
يبدأ بالإسم أو التشخيص المرضي المقدم من طرف الطبيب (للمريض)، من تم يبدأ
في مداومة العلاج و المستشفى و مخبر التحاليل الطبيّة..... فهي تجربة لا يستطيع
فيها الفرد الغير مريض أن يشارك ألم و معاناة المريض، ولو كان لهذا المريض
علاقات جدّ حميمية مع الآخرين إنه " مريض لذاته" (Malade en soi).

"بارسونس تالكت" (Talcott PARSONS) (1952، 1953، 1958) يعرف

المرض بأنه الإنحراف عن المجتمع (الإنحدار) (La déviance)، و يجب على هذا

المجتمع أن يعالجه و يراقبه ، فالمرضى حد ، والإهتمام بمآل سلوكاته العدوانية (آغزليش. (ك)، HERZLICH (C) ، 2005) ، مما يعني أن المريض هو معروف بنقائضه مقارنة بالآخر الذي يتمتع بصحة جيدة ، إذن مراعاة جانبه النفسي الذي يلعب دورا هاما في زيادة تطور مرضه ، دراسة (PERSONS) "بارسونس" هي صالحة خصوصا في المجتمعات الغربية ، تنحصر على أنواع محدّدة من الأمراض .علما بأن هذا الأخير هو الأوّل الذي تطرّق إلى دور المريض (1951)، بالنسبة إليه أغلبية المرضى يستخدمون ضمنيا (Implicite) واجبات و حقوق و هي كالاتي:

- المرضى هم معفون من مسؤولياتهم فهم يستسلمون للمرض و يفسخون أعمالهم بذلك فهم لا يتممون أدوارهم.
- إنهم محفزون للشفاء و الخروج من المرض.
- يتعاونون و يتشاركون مع الجمعية الصحية فهذا التعاون يتحقق و يتجسّد في الطاعة و الإمتثال لأوامر الطبيب.
- لا يحسّون بأنهم مذنبين من مرضهم بل يرون أنفسهم مثل ضحايا (Victime).

(بيار طاب" و "سيريل و فلورانس" في (فيشر .ق-ن ، N-G..FISCHER ، 2002)

خلاصة:

في نهاية المطاف مفهوم مرض سرطان الدّم يظهر عند المصابين به عنيف ، مرعب و مرتبط بالموت.

مع العلم أن التّمثلات الإجتماعية لهذا المرض هي متّفق عليها من طرف أعضاء المجتمع مثل مجتمعا، المريض بهذا المرض ليس له مخرجا أو منفدا ما عدى



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

إستدخال خطورته تجاه ذاته ، ثم إعادة إدم
نتطرق إلى هاته النقطة في الفصل الموالي (الفصل 4).

الفصل الرابع: إعادة النظر في صورهات الذات في سرطان الدم

سرطان الدم

تمهيد

- 1- الإعلان عن تشخيص سرطان الدم.
- 2- التغيرات على مستوى الأدوار.
 - 1-2 مفهوم الدور.
 - 2-2 عدم إتمام المريض لأدواره.
- 3- التغير على مستوى العلاقات الإجتماعية.
- 4- الهوية الجديدة وتقدير الذات.
- 5- إستراتيجيات الهوية عند المريضات.

خلاصة

تمهيد

تحاول الدّراسات الحالية فهم المريض من خلال فهم الآثار النفسية و الفيزيولوجية الناتجة عن الألم و نظرة الآخر الموجهة لهذا المريض. فالمرض يأتي يوما يتطفل على حياة المريض ، على الطبيب و المختص النفسي و أفراد العائلة أن يفهموه و يساعده في إدارته (غروس.ق، M. GROS ، 1996)

في هذا الفصل سنحاول أن نظهر كيف أن سرطان الدّم يؤثّر على صورة ذات المصابات به ؟ كما سنحاول أن نظهر التّغيرات النّاجمة عن هذا المرض مثل :

- التّغيرات الجسمية : تغيّر في المظهر .
- التّغيرات النفسية : صورة الذات و استراتيجيات الهوية المتّبعة من طرف المريض و التّغيرات على مستوى العلاقات الإجتماعية و على مستوى أداء الأدوار .

إصابة أعضاء الجسم بسرطان الدّم تتطوّر وتمنح ذات خارجية " Une entité exogène (جودلي.د، D JODELET، 1997) أي جسم غريب: « Corps étranger »، نتيجة لإصابته بالمرض ، في أغلب الأحيان المصابون بهذا الداء يكتشفونه متأخرين في مراحل المتطورة.

1 / الإعلان عن تشخيص السرطان:

في البداية يكون الإعلان محصورا إلّا على أقرباء المريض الأكثر تقربًا من المريض مثل الزوج، الأب، أو الأخت... ، الطّبيب يعلن لهم درجة وخطورة المرض، فيما بعد إذا بدأ المريض في الشكّ من خلال الفعل المتكرّر والغير العادي للتحاليل الطّبية (المجرب بالقيام بها). فالطّبيب مجبر بإخباره عن تشخيص مرضه بطريقة لبقّة و عاطفية (بتّاي.ف، P BATAILLE ، 2003)

بالمقابل خطر فقدان المريض ال

بالهجر "Sentiment d'abondan"، قد يأتي من إحساسه بأنه قد تعرّض "للخدعة" من قبل الأشخاص المقربين إليه كونهم أخفوا عنه حقيقة مرضه.

الإعلان عن المرض يضع الشّخص المريض في سيرورة غير رجعية ، إذ أنّه يجد نفسه في ازدياد مستمر من الخوف العميق ، زيادة على ذلك هذا الإعلان يمنحه تعقيد الإصابة بحالة درامية ، أين يكون تقديرها سلبى بالنسبة للمريض (فيشر .ق-ن، (2002،N-G..FISCHER

عندك "سرطان" "عندك ورم" هما حقيقة تدخل عنيّف و مفاجئ في حياة المريض و كلام الإنقطاع عن الإستمرارية (Une rupture). ولكن غالباً المرضى يتقبلون بسهولة التّشخيص و العلاج ، لأنّهم محفزين "للشفاء" و إنّ ما يبدو لديهم صعباً هو : "متى الشفاء فهذا يترك المريض مع مرور الوقت يواجه عدة تساؤلات حول حياته "من أنا؟"

"ما الفعل؟" ، " من يحبّني؟" ، "الصورة المرسلّة من قبل الآخرين ؟" (دانيال أوبنهايم (Daniel OPENHEIM) في (جيسمن.س C. GEISSMAN. و أونزل.د D.HONZEL. بدون سنة،ص728).ماذا يقول زوجي عن التغيرات الجسمية الناتجة عن مرضي ؟ لماذا لم تزرني حماتي؟.....

سرطان الدّم هو ظاهري وحسّي: -ظاهري مثل انتكاس¹ أي التغيرات الجسمية: النّحافة أو البدانة ،وضعية التّعب ،الجرح و الضعف .

- أمّا حسيّ مثل الجرح التّرجسي، تقدير سلبّي للذات وحالة حزن (تورينوا. م،
1992، M.TOUSIGNAN)، وكلّ هاته التّغيرات تأتي لتأكيد هذا التّشخيص فيما
بعد.

2/ التّغيرات على مستوى الأدوار:

1-2 مفهوم الدّور:

مصطلح "الدّور" هو مستعمل في "الخدمة الاجتماعية هو المهنة" (كاستلن.
ي، Y.CASTELLAN، 1977، ص93)، أمّا في مفهوم "روشبلاف سبانلي"
(ROCHEBLAVE-Spenlé) فهو يعرفه بقوله: "نموذج منظّم من التّصرفات المتعلقة
بوضعيات الفرد داخل النّظام التّفاعلي" (شريف. ح في SARP، 2007-2008 ص
170)

مصطلح الدّور هو شريك لفظ ما يسمى بالمكانة و التي هي الوضعية

الإجتماعية التي يشغلها الأفراد داخل المحيط الإجتماعي (مارو.ش، C.MAREAU،
2007-2008).

"جين ستزل" (Jean STOELZEL) كتب عن الإختلاف بين كلّ من الدّور
والمكانة نظريا، إلاّ أنّها في التّطبيق تبقى غالبا مهملة ((Jean STOELZEL، 1968)،
وحسب الدّكتورة "شريف حلّومة": "الأدوارهم غير منفصلين عن المكانات"
(شريف ح، و مونشو.ف P. MONCHAUX، 2007، ص13).

الدّور: هو نظام من السلوكات أين الآخر (Autrui) ينتظر منّي القيام بها
كفرد، أيضا هو الجزء الدّيناميكي الذي يتماشى بالتّوازي أو بالتّطابق مع المهمّة
(لاتمامها)، علما أن هذا المصطلح (الدّور) يلعب دورا هاما في بناء الذات.

المكانة هي السلوكيات: ماذا أستطيع

عنده)، هي تحديد مثلا لوضعي التي أشغلها داخل نظام إجتماعي متفاعل.

ومن هنا نستنتج أن الدور هو كما قال عنه "ديدي آنزيرو" (Didié ANZIEU) و"مارتين"، « MARTIN JY » هو نظام من التصرفات المعتبرة مثل عادي (Normales) الواضع أو المستلم للمكانة" (D.ANZIEU ، 1968 JY.MARTIN ، ص 194) و يصرح "أبغريك جون كلود" بأن: "المكانة هي أحد المكونات للهوية الإجتماعية وصورة الذات"، (أبريك.ج.ك، C.J.ABRIC ، 2003، ص 14).

2.2/ عدم إتمام المريض لأدواره:

عينة بحثنا متكونة من نساء متزوجات ما كثات بالبيت ومصابات بسرطان الدّم الذي عطّلهن عن إتمام أدوارهن أو مهامهن بانتظام ورتابة وحسب "ميلاني كلاين" (Melani KLEIN) النساء الماكثات بالبيت هنّ محاكمن أو مقيّمين بإتمام واجباتهن كربات بيوت وكأمهات (ستورديفان.س، S.STURDIVANT ، 1980).
وضعية الضعف والجرح الناتجة عن هذه التجربة المرضية تضطرب وتعيق الحركات الآلية التي كانت قبل المرض آلية منتظمة ومرتبّة، فهذا يؤدي إلى عدم القدرة (العجز) على تركيز الإنتباه في الحركات الجسمية والمهام الجسدية المكتسبة.
هذا المرض يفرض على هؤلاء المريضات إنقطاع جزئي أو كلي لأعمالهن المنزلية مثل الطبخ، الغسيل... فيستدعي هذا إستعانتهم بأفراد العائلة: زوج الأولاد... خصوصا عندما يكون الجو حارّا فيحدث إنقطاع كلي عن مهامهم المنزلية.

نستطيع القول أن عدم إتمامهنّ لأعمالهنّ المنزلية يؤدي إلى تزعزع في المكانة والتي بدورها تصبح تشكل تهديدا هاما بالنسبة إليهنّ مثل: الطلاق، شبح الموت،

جسم متلف أو منبوذ من قبل الزوج...،

كبيرة في تفكير ومشاكل و وساوس المريضات.

في حين مشكل عدم إكمال الدور سيؤثر سلبيا على تقدير الذات المريض نظرا لأن الدور في سيرورة الشخصية، يدخل ويساهم في تقوية بناء الذات وكما يقول "بيار طاب" (Pièrre TAP): "نحن نكون ما نفعله أي نحن ما نفعله " Nous « sommes ce que nous faisons أو "تحقيق الذات بالفعل" (بوغبلان. ج-ك-ر ، J-C-R. BORBALAN، هالبران. س. HALPERIN. C. 2004، ص 57).

3/ التغيير على مستوى العلاقات الإجتماعية:

المصابات بسرطان الدم يقمنّ علاقات محدودة مع الآخر فهي تكون محصورة على الأفراد المقربين مثل الأم، الأولاد، المختصّ النفساني، ... لأن هؤلاء المريضات يتخذنّ الحذر من الآخرين، وكما أوضحنا سابقا قد يحدث لديهنّ الإحساس بالهجر (Sentiment d'Abondan) كون أن المجتمع أخفى عنهنّ حقيقة مرضهنّ "الإعلان عن المرض".

أغلب المؤلفين والباحثين مثل طاب. ب (P. TAP) ، وآغزليش. ك (C.HERZLICH) ، آدم. ف (P.ADAM) ، فيشر. ق. ن (G.N.FISCHER) ، "قيوفاني" (D.GIOVANNINI) ، "ريسي بيتي. ب. أ (P.E.RICCI BITTI) ، "سبلتي. ج" (G.SPETINI) ، وآخرون يصرّحون ويتقاربون في أنّ المرض الخطير مثل "داء سرطان الدم" يحطّم العلاقات الإجتماعية ويؤدي بالأفراد المرضى إلى الإنعزال الإجتماعي.

نستطيع القول بأن مرض سرطان الدم يجعل المريضات في نفس الوقت - منغلقات على أنفسهنّ داخل إعادة إندماج من جديد (ولو أنّها صعبة) بعيدين عن الآخرين بـ "العزلة الإجتماعية مثل: الدخول الممنوع إلى الحمام- مرفق عمومي

يغتسلن فيه النساء - ، لأنهنّ يخفنّ أن يجبطن إليهنّ.

- قريبات من الآخرين (في نفس الوقت) عندما يتحدثنّ عن آلامهنّ لجلب انتباه الآخرين (شيلدر.ب، P.SCHILDER ، ترجمة قانترت .(ف) و تريفر .ب ، 1968).

وكما نعلم ولا فرد يستطيع العيش لوحده بدون تفاعله مع محيطه، هؤلاء المريضات جد يقظات، إذ إنهنّ لا يفشين بأسرارهنّ إلى شخص ما إلا بعد تجريبه هل هو جدير بثقتهنّ.

4. الهوية الجديدة وتقدير الذات:

4-1/ الهوية الجديدة:

تتحقق وتتجسّد الهوية الجديدة على العموم في فقدان الهوية السابقة واكتساب ذات جديدة، وبالمناسبة المريضات يقلنّ طوعا بأنهنّ تغيّرن وأصبحن أخريات، حيث أنّهنّ عوضن هويتهن السابقة بهوية متزعزعة ومتذبذبة ومضطربة وميلاد ذات جديدة تؤدّي إلى التغيّر على مستوى بلورة وتطور الذات « Elaboration de soi » (فيشر.ق.ن، G N FISHER ، 2002).

سرطان الدّم يتسبّب في اضطراب الهوية (Eclater l'identité) ، فهو يحدث للمريض عدم الإستمرارية بين أنا الماضي وأنا الحاضر أي قطيعة (Une rupture) في الإستمرارية ما بين الماضي والحاضر .

المريضة هنا تحسّ بآلام واعتداء على جسمها وتحسّ أيضا بالإحباط ، القلق والجرح النرجسي، هذه الإحساسات لا تترك لديها أي مجال للفرح، وحسب "كاتي شرمز" (Charmaz Kathy) فقدان الهوية السابقة أو فقدان الذات المحدثة من

فعل المرض ،تقود بالفرد المصاب إلى أنواع ،
C HERZLICH ، آدم.ف. ADAM (P، 2002).

وبالنسبة لـ: "ميشال بيري" (BURY Michel) فإن غزو المرض أو التدخّل
العنيف للمرض يبني دائما قطيعة للسيرة (Une rupture Biographique) والتي
تتطلب تغييرات على مستوى التنظيم الملموس للحياة، فهي تسبّب طرح تساؤلات
حول معنى الوجود وقيم الحياة. (آغزيتلش.ك، C HERZLICH ، آدم.ف. ADAM،
2002).

مرض سرطان الدّم يؤثر إذن في المشاريع المستقبلية للحياة، في الهوية، في
المكانة، وفي العلاقات الإجتماعية أو بالعكس المرض قد يجعل الفرد يواجهه ويقاومه،
في هذه الحالة تقدير المريض لذاته هي وسيلة تدفع المرض كعامل لتحقيق نشاطات
اجتماعية واندماج كما يرافق هذا التصرف الجديد، الإحساس بحدوث قطيعة في
الزمن يستثمر خلالها المريض الوقت الحاضر في تحقيق مشاريعه الآنية (مثل العلماء)
والتي تعبر عامة عن محاولة الخروج من الوضعية التي يعيشها (فيشر.ق.ن، G N
FISHER، 2002).

فنجد هؤلاء المرضى يقولون: "أيامنا تستطيع أن تكون معدودة، محصورة،
الوقت الذي تبقى لنا من العيش يجب أن نستثمر فيه فكرنا وجهدنا وطاقتنا لنسيان
المرض، حتى ولو فارقنا الحياة فإننا سنحافظ على إستمراريتنا من خلال ذكر الآخر
لعملنا.

2.4 / تقدير الذات:

تقدير الذات -المصابات بداء "سرطان الدّم"- يختلف من حالة إلى أخرى
ولكن عندما يُظهر المجتمع أو الآخرين للمريضة صورة سلبية عن ذاتها، أي التقليل
من قيمتها، ومن جهة أخرى عندما تحسّ المريضة بأنّها بعيدة كلّ البعد عن الأنا

المثالي أي فارق كبير ما بين الأنا الواقعي

مستوى تقدير الذات ورد فعل حزين ومحبط.

تطور ذات المريض إيجابيا يتحقق في ضعف الفارق بين الأنا المثالي والأنا

الواقعي و عدم تقييم الذات (تقدير سلبي للذات) يؤدي إلى ما يلي:

- الإحساس بالنقص والإخفاض (L'incomplétude)

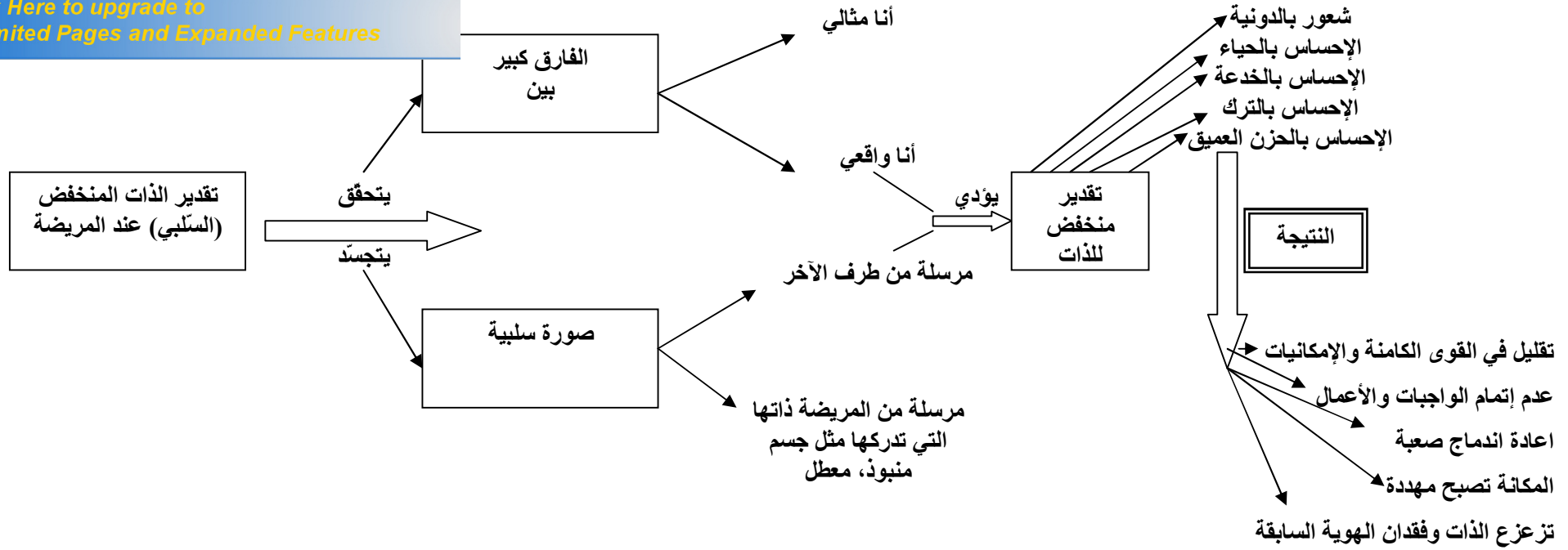
- التقليل من القوى الكامنة والإمكانات (Les Potentialités)

- عدم إتمام الأعمال والواجبات (Interrompre les taches)

- إعادة إندماج صعب (Reinsertion difficile)

(فيشر.ق.ن، G N FISHER، 2002).

التخطيط الذي يتبع يوضّح تقييم الذات مقابل مرض سرطان الدم:



تقدير الذات عند المريضة بداء سرطان الدم

5/ إستراتيجيات الهوية عند المريضات:

تناول موضوع إستراتيجيات الهوية المستعملة من قبل المريضات بداء سرطان الدم، يبدو لنا مناسباً أن نتساءل أولاً عن تعريف إستراتيجية الهوية ؟ نستطيع أن نعرف إستراتيجية الهوية بأنها ذلك النظام من التصرفات والميكانيزمات المستعملة من طرفنا والتي تسمح لنا بالتكيف داخل النظام الاجتماعي المعطى أي المحتوى الثقافي الاجتماعي أي المجتمع أو المحيط.

وعامة الإستراتيجيات تتضمن عناصر: التنوع (داخل كل ذات فرد)، والصراع مع الآخرين والتكيف مع ذاته أولاً والمحتوى الاجتماعي. حسب "كاميليري" (Camilleri) هذا المصطلح هو معرف مثل: "الإجراءات المستعملة من فرد مثل أوعدة أفراد ممثلين فاعلين (للوصل) إلى نهاية (الهدف) أو إلى عدة نهايات شعورية أو لا شعورية" (كاميليري ، CAMILLERI ، 1990 ص 24)

إذن التحدث عن إستراتيجيات الهوية يعني: "معالجة السلوكات والتصرفات المستعملة من قبل الفرد الممثل الاجتماعي" (L'acteur Social) للتكيف مع محيطه والإنتصار أو التغلب على خصمه الذي قد يكون هو بذاته". (فسيان حسين، 2005-2006 ص 91). أي الفرد الممثل قد يكون عدواً لنفسه لأن الذات الفرد تتميز بالتنوع كما يقول طاب TAP.

من البديهي أن نفسية (ذات) كل المريضات تستعمل إستراتيجيات هوية (ميكانيزمات دفاعية) لتسيير مرضهن "سرطان الدم"، ولهذا الغرض نذهب عند "غوفمان" (GOFFMAN) الذي يتحدث عن ثلاثة (03) إستراتيجيات وهي كالآتي:

1- المريض يخفي تقديره السلبي أي يخفي تقييمه المنخفض لذاته La dévalorisation de soi الذي يُكنه لذاته ليكون مقبولاً كفرد عادي .

2- يحاول تقليص وتصغير معنى وضعية مرضى

قبل الآخر- وبأنه فرد يستمر في العيش.

3- يقرّر بالعكس العزلة من الحياة الإجتماعية وعدم مشاركته في الوظائف التي

تتطلب الإتصال مع الأفراد الآخرين الأصحاء.

ولكن هاته الإستراتيجيات الثلاثة المذكورة لا يمكن أن تكون معمّمة على كلّ

المرضى ، كما يظنّ "قوفمان" GOFFMAN وباقي المؤلفين الذين يأخذون نفس

النموذج أو نفس تيار فكرة (قوفمان)

المريضات يتجنبن غالبا الإحساس بالآلام أمام الآخرين فهنّ يظهرن وجه فرح،

لكنّ عيونهم تعكس ذلك، فهنّ يعشن الألم المعاناة الحزن، ولكن بعد مرور مدّة من

تطوّر المرض سيقمن بتجاوز عتبة الخوف من الآخر، ولا يتمنن أدوارهن ويصبح

المرض يشكّل هنّ المحور المركزي لتفكيراته، ما يهمنّ سوى صحتهنّ والشفاء من

مرضهن وهذا حسب ما عايشته ولاحظته الباحثة في المقابلات مع الحالات. وكذلك

يخفين المعاناة ويدعنّ أنهنّ بصحة جيّدة مثلا: "الحمد لله، (Aller bien).

"سيقلر (SIGLER) وأسمون (OSMOND) (1979) بالمناسبة وضّحوا كيف أن

العائلة والآخر يساهمون في الإنقاص من قيمة المريض ويوبّخونه من خلال أقوالهم

وحرركاتهم... "بيار طاب" (Pierre TAP)، "سيرسل تركينوا" (TARQUINO Cyril)

و"فلورانس سوردرس-آدر (SORDERS -Ader Florence) في: (فيشر.ق.ن، G N

(FISHER، 2002).

جيوفاني.د (D. GIOVANNINI) ، ريسي بيتي.ب.أ (RICCI BITTI)

سارشيلي.ج (G. SARCHIELI) و سبلتني.ج (G. SPELTINI) وصفوا الورم الخبيث

(La tumeur maligne)، بأنه يمنح للمريض أكبر ضعف وأكبر جرح (Vulnérabilité)

مقارنة بالإصابات الأخرى. أيضا وضّحوا كيف أن المريض هو هدف أو عرضة لعدة

أنواع من المشاكل والتي لا تقتصر على المد
المؤلفين التجربة الذاتية للمريض تتطلب منه إستعمال والتقيّد باستراتيجيات مختلفة هي
كالاتي:

1- خطر الأزمة الحادة وأحيانا القاتلة. ويعني ذلك المريضات دائما يخفن من معاودة
المرض « La rechute » والإصابة بأزمة حادة تلازمهن الفراش وعدم التحرك (التقيؤ
والألم) وبالتالي تعطل الدور ولو أن ما يهمن أكثر هو حالتهم الصحية

2- تسيير المريض للتصرفات والإجراءات العلاجية التي تمنح له نمطا جديدا في
حياته: الأدوية التي لا يحملها نبد الأدوية عند المريض وهذا لا يطول فهو مؤقت
لبضعة أيام ثم يشرع المريض في تناول الأدوية أو القيام بالعلاج الكيميائي لأنه محفز
للشفاء فيبدأ المريض في الغضب، الشتم، الملل، وقد ينتج عن ذلك إضطراب في
الإرادة والتي تؤدي بدورها إلى وضعية معاودة المرض (La rechute)

3- المرض يصبح يهيمن على تفكير المريض إذ أنه يشغل معظم وقته، وهو يحتل
المرتبة الأولى في تفكيراته الصحية: مثل: تهديد الأزمات، مخاوفه من المستقبل، أقوال
الناس ووصفة الطبيب....

4- العزلة الإجتماعية التي تتحقق وتتجسد عن طريق ضياع إستقلاليتها وصحته
وتهديد الأزمات... هذا يؤدي بالمريض إلى قطع الصلة بعلاقاته الإجتماعية السابقة،
ويبحث في الأخير عن إقامة علاقات حميمة خصوصا مع مريض مثله يعاني نفس
معاناته وآلامه، إذ أن المريضات اللواتي قابلناهن يعلن طوعيا بأنهن يفضلن التحدث
مع مريضات مثلهن كقولهن: "نفهم بعضنا ونجد أنفسنا معهن، لهذا نحب تبادل
الحديث مع مريضات مثلنا".

5- المحتوى الأسري: فطبيعة العلاقات بين الأفراد والمريض داخل العائلة تؤثر على
تطور المرض، وهي تحدد وتحدد الإستراتيجيات المستعملة من قبل المريض، وبالمناسبة

فإنّ تزايد وارتفاع نسبة الدّخول إلى المستشفى وارتفاع نسبة المرضى المضطرب والمشاكل الصّحية (جيوفاني.د. D. GIOVANNINI ، ريسي بيتي.ب.أ. P.E. RICCI BITTI، سارشيلى.ج. G. SARCHIELI و سبلتي.ج. G. SPELTINI ترجمة رونجين.س. RONGIONE، C. منسلي.ت. T. MONACELLI، 1986).

المریضات بمرض "سرطان الدّم" لهنّ نمط تفكير يتميّز بالتّجاذب الوجداني (Ambivalence) ما بين الشكّ والإعتقاد، فهذا يعشّنه هؤلاء كاستراتيجية هوية والتي هي عادية بالنسبة لكل مريض، إذ أنّ غيابها يصبح مقلقا كما يقول "دانييل أو بنهايم" (OPPENHEIM Daniel) في: (قيسمان.س. C. GEISSMAN و أونزال.د. D. HONZEL بدون سنة)

والجدول التالي يوضّح إستراتيجية التّجاذب الوجداني بين الشكّ والإعتقاد:

	الشكّ
<p>فهو يظهر فيما يلي:</p> <p>1-الإيمان بحقيقة مرض السرطان وطبيعته.</p> <p>2-الثقة في مفعول الأدوية والعلاج الكيميائي واللجوء إلى التداوي بالأعشاب.</p> <p>3-الإعتقاد بأقوال ووعود الأطباء و الإيمان بالتنبؤات وبمعجزات طبيّة. و الاعتقاد بالتمثلات و التأويلات التي يمنحها المريض لنفسه فهو يستعين بالتبرير الذي يُقنع به ذاته أمّا بالنسبة إلينا فهو تفسيرٌ غير مبررٌ مثلاً: مصدر المرض وأعراضه فهو الطريقة التي يخفي فيها المريض أعراض مرضه وهذا ما يعكس مفهوم "التبرير".</p> <p>4-إيمان قويّ والاعتقاد الجازم بقضاء وقدر الله سبحانه عزّ وجل والانغماس في الصلوات والتعبّد وزيارة الأولياء الصالحين والإعتقاد بهم.</p>	<p>فهو يظهر فيما يلي:</p> <p>1- حقيقة مرض السرطان :</p> <p>* الشكّ في عدم الشفاء</p> <p>* الشكّ في الأعراض الجسمية المحسوسة من قبل المريض.</p> <p>2-الشكّ في مفعول الأدوية والعلاج الكيميائي.</p> <p>3- الشكّ اتجاه وعود وأقوال الأطباء أي عدم القدرة على تركيز الثقة في أقوالهم والائتكال عليها، والانغماس في القلق.</p> <p>4- إيمان ضعيف و سوء النية.</p>

المريضات يدّعن أن مصدر المرض هو خارجي المنشأ فوق استطاعتهن، مثلاً يقلن "هذا من فعل الله سبحانه وتعالى" أو "هذا من فعل (سبب) الأشعة أو الميكروبات..."

وكلّ هذا يعكس ما استخلصته كلودين والصحة" المذكورة في الفصل الثالث.

والتبرير هو شعوري ولذا هو ليس بميكانيزم دفاعي حسب المحللين النفسانيين، وقد يكمن اعتباره كذلك في الطريقة التي يدافع فيها المريض ضد الحقيقة أي في إخفاء وإنكار العرض، فهو تفسير منطقي مقنع بالنسبة للمريض فقط.

في الأخير المصابات بسرطان الدم يقدرن ويقيمن الحاضر و المعيش الآني يوم بعد يوم، فهنّ يعانقن ويلمسن دائما أمل الشفاء"، وهنّ على دراية بكل الطرق الحديثة و الأدوية المخترعة في ميدان الطبّ، والتجارب المطبقة مثلا الزرع (La greffe). تثبت آخر التجارب الطبية في فرنسا أنّ الزرع، قد تجاوز مرحلة اقتصار منح الدم الموافق سوى على أفراد العائلة (الإخوة)، إنّما أصبح أي فرد يستطيع أن يمنح الدم للمريض بشرط أن يكون متناسقا وموافقا مع دمه وبالتالي الشروع في عملية الزرع « La greffe ».

وهذا يعني أو يعكس أنّهن متفائلات ومحمّسات من أجل الشفاء من هذا المرض ، مع استعانتهم بالتعبّد والصلوات.

و "ماري كلار سلييري" CELERIER Mari Clair" تكتب: "في حالة مرض خطير، جميع الأبواب تصبح مغلقة نحو إعادة إندماج جديدة: المريض يُعالج في الوسط الصحي، ينتقل فيه من يد إلى يد أخرى (الأطباء والمرضى)، يذهب مفتشا عن العلاج بدقه الباب على الطبيب، فيخشى بذلك خطر الإغلاق عليه (داخل المستشفى)، المرض تتطور خطورته بدون أي مخرج ما عدا الإنحطاط أو الموت". (سيليري.م.ك، M C. CELERIER ، 2003، ص127).

في حين "بول شلدر" (SCHILDER Paul) يؤكد بأن المريض لا يجد أي وسيلة لـ: التقرب أو التشبه بالآخرين لذلك يقول "شلدر" SCHILDER: "المتفرّج يتقمّص

بالممثل ولكن الممثل لا يستطيع أن يتقمص

ترجمة قانترت .F.GANTHRINE s، و تريفر. ب P.TRUFFER، 1968، ص135) ويقصد بالممثل: المريض المصاب بالمرض الخطير و المتفرج: الأفراد الذين يتمتعون بصحة جيدة.

خلاصة :

الجسم دائما لديه ما يقوله أثناء ظهور وانبثاق التجربة المرضية لداء سرطان الدم، فالجسم الصحي يعكس ويترجم دائما أنه هناك جسم غير صحي. (مولان.ك ، C.MOULIN، 2005). الضعف والعياء العضوي الذي ينتج عنه عدم إتمام الأدوار وبالتالي يصبح يشكل تهديدا لمكانة المريضة، وأيضا إن الدور والمكانة يلعبان دورا هاما في بناء الذات: "تحقيق الهوية الفرد يتم عن طريق إتمام أدواره أي وظيفته (ولكن هذا جزء من بناء الذات لأن بنائها يتطلب عدة عناصر كما أوضحنا في الفصل الأول). الجسم المريض بهذا الداء يخلق أو يسبب لصاحبه العذاب « La torture » العضوي و النفسي:

-العذاب العضوي مثل: التقيؤ، الفشل، الصلع، الوجع و الألم.

-العذاب النفسي مثل: فقدان الذات السابقة، تقدير سلبي للذات، الحزن والإستعداد أو القابلية للعزلة الإجتماعية (فيشر.ق.ن، G.N.FISCHER ، 2003).

La nouvelle identité Vacillante : متزعزعة

الأشهر أو الأيام الأولى من بداية هذا المرض يكون إهتمام المريض منصباً خصوصا حول الخوف من نظرة الآخر السلبية الموجهة إليهن ولكن سرعان ما يبدأ المرض في التطور والتوسع فإن إهتمامات هؤلاء المريضات تصبح تقتصر بالدرجة الأولى على وضعية صحتهن، والمثابرة من أجل الشفائهن .

الفصل الخامس: الإجراء التجريبي

المقطع الأول

- 1- إشكالية البحث.
- 2- المفاهيم الإجرائية
- 3- هدف البحث.
- 4- أهمية البحث.
- 5- دواعي إختيار الموضوع.
- 6- صعوبات البحث.

المقطع الثاني

- 1- الدّراسة الإستطلاعية.
- 2- الدّراسة الأساسية.
- 3- المنهج المتّبع
- 4- أدوات البحث.
- 1-4 الملاحظة.
- 2-4 المقابلة.

المقطع الأول:

1/ إشكالية البحث:

مما لا شكّ فيه أنّ لكلّ فردٍ منّا إعتبار ونظرة عن صورة ذاته والتي يتفرّد بها عن باقي الأفراد (الوحدانية L'unicité).

ويأتي المرض يوماً كداء السرطان فيحدث تغييراً في صورة الذات و صورة الجسم وخصوصاً عندما يقارن جسمه كيف كان وكيف أصبح، أيضاً عندما يقارنه بجسم "الآخرين" الذين يتمتّعون بصحة جيّدة والذين يلعبون دوراً هاماً في هذا التغيّر، و خصوصاً إنّنا نعلم أنّ هذا المرض يتطلّب من صاحبه الرّاحة و عدم إتمامه لأدواره.

بالمقابل، في إطار العمليّة التّفاعلية فإنّ التّمثلات التي تستدخلها المصابات من المحيط حول مرضهم -سرطان الدّم- من حيث خطورته استمراريته... فهذا يؤثّر سلبياً على أسلوب عيشهنّ وعلى نظرتهنّ المستقبلية (المشاريع و الطّموحات) ، ووفقاً لما سبق ذكره و من خلال هذا الإشكال العام يمكننا أن نصيغ ما يلي:

1- التغيّر الذي يحدث على مستوى صورة ذات المرأة المصابة بسرطان الدّم يرجع بالدرجة الأولى إلى التغيّر الذي أحدثه هذا المرض على المستوى الجسمي، أم هو راجع إلى تلك التّمثلات التي يمدّها لها الآخر(الزوج /أفراد العائلة) حول خطورة مرضها، و تمثلاتها هي لهاته النظرة (نظرة الآخر) ؟

*إلى أيّ حدّ يساهم سرطان الدّم -المتسبّب في إتلاف الجسد - في تغيير صورة ذات المرأة المصابة به ؟

*إلى أيّ حدّ يمكن لتّمثلات الآخر أن تنعكس على تغيير صورة ذات المرأة المصابة به؟

* إلى أي حد يمكن أن يؤثر الإحساس بالعجز

خصوصا أمام أعين الآخر؟

لذا تستلزم هاته التساؤلات إقتراح الفرضيات التالية:

1- قد يكون الخلل الذي يحدث على مستوى الوظائف البيولوجية التي كانت تعمل تلقائيا وكذلك الإحساس بالألم الجسدي الناتج عن الإصابة بسرطان الدم، أصل تدهور صورة ذات المرأة المصابة به .

2- قد يكون لتمثلات الآخر حول خطورة المرض إنعكاسا سلبيا على صورة ذات المريض.

3- قد يكون إهتمام و إنشغال المريضة بنظرة الآخر-أي بالصورة التي يوجّهها إليها- إنعكاسا سلبيا على صورة ذاتها أكثر من المرض في حد ذاته.

4- قد يكون لفشل المصابة في لعب دورها كما يجب كأم أو كزوجة تأثيرا عميقا يتسبب في خلق الإحساس بالنقص و العجز، الأمر الذي يفسر تدهور صورة ذاتها.

2/ المفاهيم الإجرائية :

1- **مرض السرطان:** هو اضطراب يصيب الجسم فتختل على إثره الصحة، أيضا هو التكاثر المتزايد للخلايا الغير الناضجة، يسبب علاجه الكيميائي تساقط الشعر، التقيؤ و فقدان الشهية، فهو عموما انهيار للحالة الصحية (الضعف).

2- **الآخر (Autrui):** يمثل كل الأفراد المحيطين بالشخص، سواء كانوا أفراد العائلة أو خارجها كالزوج، الأقارب، الأبناء، الأصدقاء...

3- **تقدير الذات (L'estime de soi):** يعبر عن تقييم الذات، وذلك من خلال الرضا عنها و مقارنتها بذات الآخر، وتقدير الذات يتغير حسب المواقف وأحكام الغير (السلبية والإيجابية).

4- صورة الذات (L'image de soi): انطلاقة

الفرد لذاته بمعنى كيفية وصفه و تمثله لذاته من الجانب النفسي والجسمي وذلك خلال سيرورة حياته.

5- التمثلات (Les représentations): هي تلك الدلالات والمفاهيم والمعاني التي

يستمدّها المريض من خلال سيرورة حياته وكذا من خلال تفاعله مع أفراد مجتمعه

5- العزلة: يقصد بها بقاء الشّخص لمفرده، لا يشارك مع الآخرين ولا يندمج معهم

لا في أحزائهم لا أفراحهم.

6- الإحساس بالنقص: عدم قدرة الشّخص على إثبات كفاءته ومهاراته نتيجة

لإختلال دوره أي عدم إتمامه لأعماله مثلا المرض يعيق فعل ذلك، وبالتالي تصبح

مكانته مهدّدة أي غير محفوظة، غير مضمونة سواءا أمام المجتمع أو أمام نفسه وبالتالي

يفقد تقديره لذاته. أيضا الإحساس بالنقص يظهر خصوصا في التّغيرات الجسمية

والإضطرابات العضوية التي يحدثها مرض خطير أو مزمن، أيضا إنّهُ يظهر عند

الأشخاص الذين يعانون من الإعاقات .

3/ هدف البحث:

تهدف من هذه الدّراسة إلى فهم كيف أن المرأة المصابة بسرطان الدّم تعيد النّظر

في صورة ذاتها، إنطلاقا من محاولتنا فهم تأثير هذا المرض على نمط تفكيرها،

معيشيها، أدوارها وكذا على العملية التّفاعلية مع الآخر.

فعلى هذا الأساس، يهدف هذا البحث إلى:

- فهم كيف أن المصابة بسرطان الدّم تصف و تمثل صورة ذاتها من الجانب الجسمي،

الفيزيولوجي والنفسي، وذلك من خلال تجربتها المرضية ومقارنتها بمرحلة ما قبل

إصابتها بالمرض.

- محاولة تمييز نمط تفكير المريض سرطانيا عن
عن خصائص وسلوكيات وتصرفات المصابات به ، وذلك بالتزامن مع تلك التصورات
والمفاهيم والتّمثلات التي نقلها المجتمع (الأخر) حول هذا المرض لهؤلاء المريضات.

4/ أهمية البحث:

إنّ موضوع صورة ذات المرأة المصابة بسرطان الدّم هو موضوع مثير، لا ينبغي
الإغفال عنه، تكمن أهميته في ردّ الاعتبار إلى هؤلاء المرضى والإحساس بهم بمعرفة
ولو بجزء من معاناتهم تفكيرهم وتصرفاتهم، إذ لا يجب أن يظهر هذا الموضوع على
السّطح ويتلأأ في الدّراسات النفسيّة مثل باقي الإهتمامات الأخرى، فحاولنا بذلك
إثراء البحوث العلميّة بالتّطرق إلى هذه الدّراسة.

5/ دواعي إختيار الموضوع:

بما أنّ موضوع الهوية هو واسع وشائع فقد أثار فضولنا العلمي دراسة كيفية
إعادة تشكيل صورة الذات إنطلاقاً من مرض سرطان الدّم.
من المعلوم أنّ دوافعنا لإختيار هذا الموضوع قد تنوّعت بين ما هو ذاتي وما هو
موضوعي في آن واحد، إلّا أنّهم يتفاوتون من حيث أهميتها ولعلّ الذاتية قد نالت
حصّة الأسد، كون أنّ الباحثة عايشت من بعيد تجربة مرضية لأب صديقتها وصديقة
أمها الذين توفّوا بهذا الداء أيضا فإنّها قد عايشت مصابين به، علما بأنّهم لم يتوفّوا
كوفهم أصيبوا بورم خامد لا يتكاثر (خصوصاً بعد العلاج الكيميائي). ونظراً لإنتشار
هذه الآفة في الآونة الأخيرة، إذ أنّه قد شكّل تهديداً للمجتمع من جهة ومن جهة
أخرى، فإنّ التّمثلات والمفاهيم والتّصورات المتعلّقة بالمرض -والتي قمنا باستدخالهم
من المجتمع - فكانت بمثابة دافع موضوعي، أثارت فضولنا العلمي.

6/ صعوبات البحث:

بالرغم من اتباعنا خطوات البحث العلمي كاتخاذ الموضوعية وتجنب الذاتية إلا أننا وجدنا صعوبة في التخلي عن هاته الذاتية كوننا متأثرنا جدا بالمريضات اللواتي يُصارعن ويثاربرن من أجل الحياة، إذ أن تعاطفنا كان زائدا عليهن فتأثرنا....
إلا أن هذا لم يعق سير المقابلات، فاستطعنا التحكم فيها وبالتالي قمنا بعملية تحليل وتأويل المقابلات - مع الحالات - إنطلاقا من الربط بين المعطيات النظرية و تصريحات الحالات.

مع العلم أن في بداية الجلسات معهن فبعضهن تجاوبن معنا من أول المقابلات، وأخريات أخذن وقتا في بداية إعلاننا لنا لتصريحتهن.

بالإضافة إلى أننا قد وجدنا صعوبة في التنقل بين مدينتي تلمسان و وهران والإتصال بالحالات خصوصا في فصل الصيف. كما أن الوقت كان يدهمنا لإتمام هذا العمل البحثي.

المقطع الثاني

1/ الدراسة الإستطلاعية :

دامت الدراسة الإستطلاعية من أواخر شهر أفريل 2009 إلى أواخر شهر جويلية 2009 أي مدة 4 أشهر. إختارنا دراسة موضوع صورة الذات عند المصابات بسرطان الدم، اللواتي لديهن القدرة على السرد اللفظي والذي هو حسب: "بول ريكار" (Paul RICOEUR): "مجموعة من الملفوظات المتسلسلة تهدف من خلالها الذات إلى التعبير عن حياتها". كما هو أيضا: "الطريقة الأكثر تقدما للمعطيات

الكيفية" (ميلس.م-ب (M-B.)MILES،

هلاذي م.ر. (M.R).HLADY، 2003، ص 29)

كما وضعنا معاييراً في إختيار الحالات المشاركات في البحث حسب المميزات

التالية:

- أن تكن من جنس الإناث.
- أن تكن تقمن بمدينة وهران أو بضواحيها.
- العمر محصور ما بين 30 سنة إلى 45 سنة.
- أن تكن مصابات بسرطان الدّم من نموذج متزوّجات منجبن للأولاد أو غير ذلك.

-ألاً تكون للحالة موانع متكرّرة، لغرض تكثيف المقابلات.

وهذا ما جعلنا في الأخير نتعامل مع ستّة (06) حالات أين إختارنا منهنّ ثلاث

(03) حالات، بعد التّوضيح لهنّ هدف بحثنا، أجرينا معهنّ المقابلات المفتوحة التي بلغت 7 مقابلات لكلّ حالة، في مكتب المختصة النّفسانية في المستشفى الإستشفائي الجامعي بوهران (Plateau) جناح مبحث الدّم (HEMATOLOGIE). والذي هو فرع من علم الأحياء، يبحث الأطباء المختصين فيه في الدّم (دمويات)، هذا الجناح يضمّ طابقين:

- السّفلي خاص بالمعاينة الطّبية مثل مجيء المريض للإستشارة الطّبية، أو لقيامه بعلاجه الكميائي الذي يدوم 2سا أو علاجات أخرى مثل تنقية الجروح، تعيير الدّم، ... يحتوي على مكتب الأخصائية النّفسانية.
- العلوي خاص بالمرضى الذين يلازمون المستشفى لعدّة أيام أو شهور، يحتوي على قاعة تتجمع فيها الهيئة الطّبية.

وتراوحت مدة كلّ حصّة 45 من المق

واحدة في الأسبوعين (15 يوم) لكلّ حالة: فعن طريق هاته المقابلات المفتوحة إستطعنا أن نصيغ:

إشكالتنا الأولى و دليل المقابلة وتحديد فصول الجانب النظري، مع العلم بأننا إستعنا بالملاحظة الحرّة. (Observation Libre) - والتي تستعمل عامّة في البحوث والدّراسات الإستطلاعية للكشف عن الحقيقة النفسية الإكلينيكية-.

2/ الدّراسة الأساسية:

دامت مدّة 4 أشهر من شهر أوت إلى أواخر شهر نوفمبر، تمّ من خلالها الكشف عن الإشكالية النهائيّة والفرضيات إنطلاقا من مركز إهتمام الحالات، الذي تمثّل في تأثر صورة الذات بسرطان الدّم و بتمثّلات الآخر و أيضا بنظرة المجتمع الموجهة إليهنّ.... وذلك من خلال القيام بـ8 مقابلات نصف موجهة مع كل حالة، مع العلم بأننا استعنا بدليل المقابلة أين وضعنا (04) محاور - داء سرطان الدّم، دور الآخر في التجربة المرضية، صورة الذات، الدّور - ، طرحنا فيها أسئلة موجهة. كما أنّنا قد استعنا بطريقة المقارنة (Triangulation) كي نضمن صدق وصحة بحثنا العلمي (موريس أنجرس، ترجمة بوزيد صحراوي و آخرون، 2004)، فاستندنا بذلك إلى أقوال الأطباء، الأخصائيين النفسانيين، المرضى وحتى أفراد عائلة الحالات، فهذا ساعدنا على التأكيد أكثر على صحّة إشكالتنا النهائيّة.

3/ المنهج المتبع :

إنّ دراستنا تدور حول محور أساسي هو إعادة النظر في صورة الذات إنطلاقاً من مرض -سرطان الدّم عند المرأة المصابة-، ففي هذا الإطار حاولنا تسليط الضّوء على صورة ذواتها، صورة جسمها، وكيف تواجه نظرات الآخرين (المجتمع). كما سعينا أيضاً إلى فهم الحالات -التي أجرينا معها المقابلات- وفهم التّغيرات التي حصلت عندهنّ إنطلاقاً من خصوصياتهنّ وعموميّاتهنّ، الأمر الذي سمح لنا بأن نستعين بالمقاربة النّفسية 1، والذي بدوره يعتمد على التّناول الإستقرائي (موريس أنجرس، ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون، 2004)، والذي هو تصور يقوم عليه المنهج الكيفي على أساس أنّه استدلال مستمد من ملاحظة الوقائع الخاصّة، لاستخلاص افتراضات لأنّ المعرفة تبنى من خلال التجارب الحواسية- أي بعد ملاحظة عدّة ظواهر متكررة ومرتبطة، يبني الباحث فرضيات ومفاهيم ثم نظريات ، والتي تصبح قوانين علمية-.

أمّا الإستنباط فهو تصوّر يقوم عليه المنهج الكميّ على أساس أنّه استدلال مستمدّ من افتراضات عامة بغية التحقق من صحتها في الواقع. لأنّ إهتمامنا كان ينصبّ على أقوال -المعلنة والغير المعلنة- وسلوكات الحالات التي جمعناها والتي لاحظناها (ميكيلي، أ.، MUCCHEILI، A.، 2004). لقد قمنا بدراسة (03) حالات، بالرّغم من أنّنا نعلم أنّ الدّراسة العلمية في المقاربة العيادية (L'approche Clinique) لا تتطلّب دراسة عدّة حالات، إنّما حالة واحدة تكفي وهذا ما أكّد عليه مينكوسك (أ) (MINKOWSKI E.) في قوله: "... لا يتعلّق الأمر إطلاقاً بعدد الحالات المفحوصة، ففي المنهج العيادي حالة واحدة تكفي". (فسيان حسين، 2005-2006، ص 235).

خصوصاً وأنّ طريقة دراسة السّيرة أو الحالة (Etude de cas) التي تتركز على: كيف؟ ولماذا؟ تسعى إلى تطوير منهجية تأويلية فتدرس الحالة من حيث خصوصيتها

وشموليتها، إذ أنها تهدف إلى التعبير عن الفهم للحالة مع الآخر الذي يؤثر - مثل الزوج، العائلة... - فهي تسعى في الأخير إلى تأويل الخصائص المهمة للحالة، وبذلك بالأخذ بعين الإعتبار المعطيات النظرية وإقامة رابطة (Liaison) بينهما. و التأويل بالمناسبة (وليس التفسير) يظل نسبي، يستعمل في المنهج الكيفي، يستطيع أن يكون مختلفا من باحث لآخر فهو يتعلّق بـ: ما تعطيه الحالة من أقوال خطابات وسلوكات، في المقابل تفسير النتائج وتحليلها نجده في المنهج الكمي Démarche Quantitative "الإحصاء".

4/ أدوات البحث:

إنّ البحث العلمي تزيد مصداقيته عندما تتعدّد التقنيات والأدوات المستعملة لجمع المعطيات ،تحليلها وتأويلها لذا فإننا قد استعملنا:

4- 1/ الملاحظة:

في الدّراسة الإستطلاعية إستخدمنا الملاحظة الحرّة للحصول المعلومات التي تخصّ السلوكات والخصائص التي تتميز بها الحالة. أيضا فإنّها قد وضّحت لنا الجوانب الممهّدة لصياغة إشكالتنا الأولى، من بعدها تحوّلت هاته الملاحظة إلى ملاحظة بدون مشاركة

(Sans Participantes) أين الباحث يجمع معلومات التعابير الإنفعالية خصوصا، فتسمح له في الأخير من التّأكد من صدق فرضياته. الأمر الذي سمح لنا بجمع المعطيات المتمثلة في الإيماءات والسلوكات التي أبدتها الحالات طوال حصص المقابلات، خصوصا عندما كنّ يتكلّمن أو يسردن لنا معيشهنّ المرضي ويقارنّه بكيف كنّ يتمتّعن بصحّة جيّدة،

في ظل علاقاتهنّ المتبادلة مع الآخرين - والتي طرقتنا في وقتنا -
نكشف عن طريق تلك الملاحظات عن الأقوال الغير المعلنة (Les nons-dites)،
والتناقضات)

(Contradictions) في الأقوال بالإستناد أيضا بالإيماءات والتعبير الإنفعالي الذي أبدته
هؤلاء الحالات، فحاولنا بذلك وضع الرّبط بين الأداء السّردي أثناء سردهنّ للأحداث
والتعبير الإنفعالي، وبالتالي استطعنا أن نصيغ فرضيات البحث.

4- 2 / المقابلة:

كانت المقابلة تعدّ كقلب عملنا الإكلينيكي فإنها إحدى الأدوات الأساسية
التي جنينا فيها أكثر المعلومات (حسن مصطفى عبد المعطي، 1998) إذ أن اهتمامنا -
فيها- كان منصّبًا وموجّهًا على التّركيز مع الحالة، وجعلها تتكلم باستعانتنا بدليل
المقابلة الذي حضرناه، -بعد قيامنا بالمقابلات المفتوحة- وطبقناه في المقابلات النّصف
الموجّهة، بالإضافة إلى أننا حاولنا خلق جوًا من التّفاعل والإثارة.

في الأوّل لقد اعتمدنا على المقابلات المفتوحة (Les entretiens non directifs)
حيث تركنا -من خلالها- للحالات التّعبير عن أنفسهنّ والإبداء عن أحاسيسهم بكلّ
حرية أثناء عملية السّرد، فسمح لنا هذا بجمع أكثر المعلومات بالإضافة إلى إستنادنا
بالبحث النظري (بالتوازي).

بعدها وضعنا إشكالتنا التّهيئية في الدّراسة الأساسية حولنا مقابلاتنا المفتوحة
إلى مقابلات نصف موجّهة (Les entretiens semi dirrectifs)، والتي تركز
على سؤال جواب، وتكون الإجابات موسّعة تدفع للمناقشة والحوار بسؤال "لماذا؟"،
لم أفهم! وضّحي لي! "بهدف الكشف أكثر عن الحالة، يتمّ استعمالها في الدّراسة

الأساسية أين قمنا نحن بأنفسنا ببناء هاته المقابلات

أسئلته بين أسئلة مفتوحة ومقيّدة، إنطلاقاً من تعييننا لأربع (04) محاور رئيسية - قبل تعيين هذه المحاور قمنا في المقابلات الأولى مع الحالات بجلسة تعارف، أين عقدنا فيها اتفاق تضمن توضيحات تخصّ الهدف من هذا البحث وتحديد طريقة العمل إذ أن معظمهنّ وافقن التعامل معنا.

وهذه المحاور هي كما يلي:

1- **صورة الذات** (Image de soi): هي إدراك وتمثّل واعي تحمله الحالات عن أنفسهنّ في ظلّ تفاعلهنّ مع المحيط. فتطرّقنا بذلك إلى صورة الجسد وكيفية إدراكهنّ لجسدهنّ، وتمثلاتهنّ التي شكّلنها إنطلاقاً من التّغيير الذي حدث على مستوى جسمهنّ.

2- **المرض** (La maladie): مرض السرطان الذي أصاب جسمهنّ فأحدث اختلالاً في صحّتهنّ واضطراب كلّ من هويتهنّ وأدوارهنّ وعلاقاتهنّ بالآخرين.

3- **الآخر**: (Autrui) دور المحيط في التأثير على المريضات، طبيعة العلاقات مع الزّوج والأقارب ... الحوار ...

4- **الأدوار** (Les rôles): يلعبون دوراً هاماً في بناء الذات وتأكيدّها، فطبيعة الأدوار التي أصبحت مختلفة وطراً عليها تغييراً بسبب التجربة المرضية المعيشية أصبحت تهدّد مكانة هؤلاء المريضات..

الفصل السادس دراسة الحالات

الحالة الأولى : أمينة

- 1-تقديم أمينة.
- 2-تأويل النتائج وتحليل المقابلات والملاحظات.
 - 1-2 الإحساس بالنقص.
 - 2-2 تعطلّ الدور وتغير صورة الدات.
 - 3-2 تمثلات أمينة حول الصحة والمرض.
 - 4-2 تقدير الدات.
 - 5-2 تزعرع المكانة .
 - 6-2 الإحساس بالمرض هو صدمة.
 - 7-2 نمط تفكير أمينة.
 - 8-2 الأنا الجلد.
 - 9-2 التبرير.
 - 10-2 الأخت التوأم.
- 3- إستنتاج حول أمينة.

1/تقديم أمينة :

"أمينة" تبلغ من العمر 33 سنة ربّة بيت متزوّجة منذ 3 سنوات ولم ترزق بأبناء، تقيم بولاية وهران مريضة بداء الهودشكين (HODGKIN)، لها مستوى دراسي الثالثة ثانوي، قصيرة القامة وهي حيويّة، سريعة الضحك، أين كانت تجلس براحة في المقابلات حيث لم تكن هناك صلابة في وضعيتها بل كانت تتكلم بكلّ حرية وإسهاب باستثناء في المواضيع الحساسة (الزّوج أختها التوأم والمرض)، هي أصغر أخواتها، لديها أخت توأم التي لم تتربّى معها تربّت عند جدّتها علما بأنّ الحالة لم تتكلم لنا عنها مطلقا.

بالإضافة إلى أخت متزوّجة وأخوين متزوجين، أمّها متوفية منذ 5 سنوات إثر داء "سرطان الثدي" أما أبوها فهو متوفّي منذ 18 سنة، بسبب إلتهاب رئوي من جرّاء التدخين حين كانت تدرس السنّة السادسة بالمدرسة الابتدائية. تقيم حاليا مع عائلة الزّوج المتكوّنة من 18 فردا: أختيه الغير متزوجات وإخوته: 2 متزوجين و3 بدون زواج، حسب تصريحات الحالة فإن هذه الأسرة لها مستوى اقتصادي متوسط --استنادا إلى مدخول العائلة وممتلكاتها-- إذ أنّ الزّوج يعمل ببناء وأمّه تعمل في مركز الضمان الاجتماعي كمنظّفة إذ أنّ الزّوج يعمل ببناء وأمّه تعمل في مركز الضمان الاجتماعي كمنظّفة.

نشير إلى أنّ أمينة عانت منذ صغرها من اضطرابات عضوية تمثّلت في اختلال توازن الهرمونات (DEFFICIT Hormonale) ومنذ ذلك الحين وهي تعالجه حتى يومنا هذا. - أقرص تناولهم تتحصّل عليهم بالدّفتر الصحيّ مجانا.-

منذ سنتين أصيبت بمرض "الهودشكين" الذي سبق لي أن أصيبت به في ولاية سعيذة مع زوجا، أين كانوا في الحفل (الوعدة) مع أقرباء الزوج لأن أصلهم من ولاية "سعيذة" وهي تقول: "العين لي بيا، من داك النهار ما شفتش الخير في حياتي".
أي: "عين الحسود هي السبب في مرضي، منذ ذلك اليوم لم أرى خيرا في حياتي".

حسب أمينة هذا المرض أفقدها جمالها مثل تساقط الشعروالصّلع في كل شهر نتيجة العلاج الكيميائي: "La Chimio Thérapie"، ازدياد الوزن، كما أنه سبب لها التقيؤ والضّرر وهذا التصريح نجده تقريبا في كل المقابلات.

كما تعاني أمينة من مشاكل نفسية وعلائقية المتمثلة في السلوك العدواني، الاندفاعية والخوف الزائد من أنها لن ترزق بالأبناء لأن هذا المرض يتطلب تناول الأقراص المانعة للحمل، فهي تريد بأي طريقة الشفاء منه لإرضاء رغبتها ورغبة زوجها: "إنجاب الأولاد".

2- تأويل النتائج وتحليل المقابلات والملاحظات:

سنّ 31 سنة الذي أصيبت فيه أمينة بالهودشكين (HODGKINE) المسبب للعجز عن الإنجاب مؤقتا، إضافة إلى خطر العقم (أي تعطل دور الإنجاب) يتزامن مع اقتراب مرحلة سنّ اليأس المبكرة 45 سنة، الذي يمثّل فيها غياب أو إنقطاع العادة الشهرية وبالتالي عدم إنجاب الأبناء وهذا هو محلّ انشغال واضطراب الحالة، وقد تأكّد هذا الاهتمام من خلال خطاباتها في عدّة مرّات كقولها في المقابلة الأولى: "الحاجة لي راهي كاتلني هي ما نقدش نولد، درك يجي مشوّه".

أي : "الشئ الذي يعذبني هو عدم اس

سيولد مشوها"

المقابلة السادسة: "نحس روجي ناقصة قدام راجلي كيما جبتش ولد، هو ما يقوليش على الولادة بصّح أنا نحس"...

أي : "أحس بالنقص أمام زوجي لعدم انجابي ولد ، لم يصرح بها ولكنني أحس"

كما أبدت إصرارها على الإنجاب بقولها في المقابلة الثامنة: "وكان جبت غي ولد كي نشوفه وأنا مريضة نريج... وكان غي زريعة..."

أي : "لو أنجبت و لو ولد عندما أراه، و أنا مريضة أستريح"

المقابلة الثانية عشرة: " كي نريح عاود نزيد نقعد عامين مانولدش ، هذي ما قلتهاش لراجلي و *la famille*...الطبيب قالي هكّا...ويتنا نريج...؟"، أي : "عندما أشفى سأزيد عامين دون انجاب ، هذا لم أصرح به لزوجي و العائلة.....الطبيب قال لي هكذا....متي أشفى..؟"

2-1/الإحساس بالتقص:

أمينة قد حدّدت مشاريع مستقبلية و إنتظارات من زواجها (منذ 3 سنوات) كبناء أسرة و إنجاب أولاد كما قالت: " كنت نتمنى من هذا الزواج السّعادة و إنجاب الأولاد" إضافة إلى هذا فإن رغبة الحالة في إنجاب الأطفال أي إشباع رغبة الأمومة - الرغبة المتعلقة بالمرحلة الأوديبيية (عقدة الخصاء و محاولة البنت التقمص بأمها: جنين في البطن...) - ، تمكّنها من خلق مكانة إجتماعية تسمح لها من جهة بتطوير إحساسات

جديدة: إحساس بأنها مسؤولة لها دور هام في بناء الذات، علما بأن هذه الأحاسيس تسمح بالتخفيض من الاحباطات وبالتخلي عن المشاعر السابقة للحالة، ومن جهة أخرى إذا أشبعت الحالة رغبتها المتمثلة في "مكانة الأم" هنا تكون قد حققت وجسدت الإنتظارات والمشاريع التي كانت قائمة، إنتظارات الآخر "Autrui" الزوج بالخصوص، وإذا حدث العكس سيحدث لهذه الحالة صراع نفسي وترزعزع في الهوية لأن بناء الذات يتطلب من الشخص أن يضع لنفسه مكانة إجتماعية (أبريك.ج.ك ، JC.ABRIC، 2004)، والتي هي بدورها غير منفصلة عن الدور (شريف.ح H.CHERIF ، و.مونشوف P.MONCHAUX 2007) "وظيفة تكامل".

كما أنه سيحدث لها الزيادة من الإحباطات وبالتالي: ترفع من الإحساس بالنقص كإحساسها بأنها امرأة غير فعّالة لقولها: "محس روعي ناقصة" أي: "أحس نفسي بأنني ناقصة" لم تستطع أن تثبت مكانتها.وبما أن الموقف المحبط (المرض المسبب لعدم الإنجاب) قد تجاوز عتبة الإحباط، فإنه يتحوّل إلى "أسلوب عدواني" وهذا ما يفسّر العدوانية عند الحالة، وبهذا تصبح قدرة الأنا على تخفيض القلق ضعيفة، لأنّ عمليّة تحويل الطّاقة التّزوية إلى مواضيع إجتماعية قد إصطدمت بحاجز جعل الآليات الدفاعية غير فعّالة، مما يسبّب عدم التّكيف. (بي Bee (H) و بويد BOYD، 2003)

وقد أكّد كلّ من "إركسون" (ERIKSON) و"طاب" (TAP) على أهميّة كلّ ما سبق ذكره، في تعريفهما للهويّة الفردية، بالنسبة لـ: "طاب" (TAP) هي: "نظام من الأحاسيس، التّمثلات والصّور التي من خلالها يستطيع الفرد أن يتعرّف على نفسه ويُعرّف بها، كما يصبح معروف ومتعرّف عليه من طرف الآخرين" (تاب.ب ، P ، TAP، 2004، ص 57)

كما تتوقف الهوية الفردية عنده على ستّة

ولعلّ ما يهمنا هنا هو البعد الخامس: "تحقيق الذات بالفعل" أي أن الفرد يحقق ذاته من خلال النشاطات والأدوار التي يشغلها" (تاب.ب، P TAP، 2004 ص 59)

أما عند "إركسون" (ERIKSON) فهو يعرف الهوية الفردية "على أنها نسق من الأحاسيس، التمثيلات التجارب والمشاريع المستقبلية للفرد" (كولسان.ب، P COSLIN، 2002، ص:115)، لهذا فإن المرض يعتبر المسبب الرئيسي للفشل (في القيام بالأدوار)، مما يفسّر تأثير الحالة به وهذا ما توضّحه عباراتها: "المرض دائما نخم فيه في كل وقت" (مقابلة الخامسة) أي: "دوما أفكر في المرض .. في كل وقت "

وفي عبارة أخرى: "عمري ما كنت نتصوّر يصرا لي هكّا" أي: "و لا يوم تصوّرت أن يحدث لي هذا" (مقابلة السادسة)

أيضا: "المرض رضني ما نولدش ، راني نشرب أديبال دائما، غدي وكان حتى نريّح، غدي نزيد نقعد عامين ما نولدش... " أي: "المرض أعجزني عن الولادة لأتني أتناول أقراص منع الحمل ، حتى و لو تعافيت سأبقى عامين أخرى دون انجاب" (المقابلة الثالثة عشرة)

وأیضا: "Des fois نجد les photos نتاوعي نشوف في روعي كيفاش كنت وكيفاش ولّيت... الشعر ما كانش، شوافري مشاو من بعد لي كانو مشوكين بحسبوني نديرهم mascara... كي نتفكر نقعد وحدي نكي" أي: "أحيانا أجلس امشاهدة صوري ، كيف كنت و كيف أصبحت... بدون شعر، الرموش أيضا سقطت بعدما كانو يظنون بأنني أزيّنها بمساحيق التجميل.... عندما أتذكرّ أبدأ في البكاء" (المقابلة الخامسة عشرة).

2.2/ تعطلّ الدّور وتغيّر صورة الذات:

إن تعطلّ الرّحم عن الإنجاب بسبب تناول الأقراص المانعة للحمل، ولأنّ أمينة مريضة بالهოდشكين الذي يسقط شعر الرّأس ويجعلها في وضعية ضعف وجرح... هذا سوف يجعل أمينة تنظر لذاتها نظرة سلبية (Dévalorisation de soi) مما يؤدي إلى فقدان لقيمة "صورة ذاتها"، كما تقول: "نحس روعي ناقصة كيما نولدش...". أو بعبارة أخرى: "كي نشوف روعي في المرايا ننخلع في روعي، نقعد نبكي" أي: "عندما أرى نفسي أمام المرآة، أتعجّب و أشرع في البكاء" هنا نلاحظ أنّها تنظر إلى ذاتها "le soi" وكأنّها مصابة بإعاقة ما، مثلا كإعاقة فقدان البصر "التي تكلم عنها كلّ من "هاينل" و "بازيني" بأنّها تتسبّب في اضطراب صورة الذات " l'image de soi" (هاينال A. HAYNAL . ،بازيني. و W.PASINI ،1984)، علما بأنّ كلّ هذا يدفع بالمريضة إلى تغيير في نمط حياتها كالخوف والتردد.

في الخطابات التي صرّحت بها أمينة نجد أنّها تحدّثت عن زوجة الحمى، بأنّها تغار منها وتحسدها لقولها: "نحسها ما تبغيش سلفتي الصغيرة" أي: "أحس أنّها لا تحبني" أو: "دابزت معاها، نايفتني شهر" أي: "تشاجرت معها ، ولم أكلمها لمدة شهر" أيضا: "المرض يوريلك الي بيغيك ولي ما بيغيكش كيما سلفتي الصغيرة" أي: "المرض يبين لك من يحبك و من لا يحبك ،مثل زوجة الحمى فهي لا تحبني"

و: "أنا كي كنت نلبس ونسقد روعي هي كانت تغير مني پورتانت هي تزوّجت من بعدي... "أي: "عندما كنت أعنتي بمظهري ، هي كانت تغار مني مع العلم أنّها تزوّجت من بعدي"

أيضا: " في عرس خويا إلي درناه في دار ختي سلفتي بلبسها ما بلبسها في روجهم ولبسو، بصّح أنا درت الشدّة وما قلت حتى لواحد، لبستهاي la coiffeuse في ma chambre وبلّعت بالمفتاح باش حتى واحد ما يدخل ويشوفني ما عنديش الشعر في راسي، قاع خلعتهم surtout سلفتي نخلعت" والشدّة هي لباس تقليدي جزائري ، تلبسه العرائس و النساء في الأفراح و الأعراس ، يتميز بكثرة الخلي و المجوهرات و القبعة التي تغطي الرأس ، فنلاحظ هنا أن أمينة تقوم بالبحث عن استراتيجيات لابرز جمالها و مظهرها أمام الآخر، ادن هي وسيلة لتحسين صورتها الخارجية.

أي: "في زفاف أخي الذي أقمناه في منزل عائلة زوجي ، زوجة الحمى أحضرت أختها و زين أنفسهن....أما أنا فقد ارتديت الشدّة بمساعدة الحلاقة و لم أقل لأبيّ أحد ، و أغلقت الباب بالمفتاح حتى لا يدخل أحد و يرى أبي بدون شعر ، كلهم اندهشوا خصوصا هي" (مقابلة 12)

وأخيرا: "سلفتي الصّغيرة راهي تعيّر المنكر في شغل الدّار"أي: "إنها لا تقوم بالأعمال المنزلية " (مقابلة 9)

هنا نلاحظ أنّه يوجد تنافس بين زوجة الحما وأمينة: بالإضافة إلى أخوات الزوج (2) الغير متزوجات واحدة منهنّ مخطوبة "حماتي هي التي جابت لي العين... " أي : "حماتي هي من جلبت لي العين" (مقابلة 11).

تقدير الذات لأمينة يكون في هذه الوضعية نتيجة المقارنة (Le résultat de comparaison) بين الحالة نفسها وبين الآخر "Autrui".فيكون تقدير سلبى للذات (Estime de soi négative) ، لأنّ أمينة هنا تشعر بالنقص أمام الآخر (Autrui). والتّغيرات التي تلحق بالمظهر الخارجي مثل: "الصّلع، استمرار لون البشرة، البدانة" لقولها: "كنت بيضة وليت زرقة، العروق مابقاويليش، كنت نوزن 62 كلغ وليت 70

كلغ، على خاطر الولايس ننفخو en plus

اللون و أصبحت سمراء ، لم يبقى لي عروق الدم، كنت أزن 62 كغأما الآن 70 كغ بسبب الإلتفاخات بالاضافة إلى تناولي أقراص منع الحمل " ...، من شأنها أن تؤثر على الجانب الداخلي لإدراك الحالة لصورة جسمها، وهو بدوره يؤثر سلبا على صورة الذات لأن حسب منظور التحليل النفسي صورة الجسد هي غير منفصلة عن صورة الذات فهي تعادها أو محتواة فيها (دي ميجولا، أ.، 2005, A.DE MIJOLLA)

2-3/ تمثلات أمينة حول الصّحة والمرض:

من المعلوم أن الصّحة الجيدة والجمال كلمتان تستدخلان من قبل الفرد عن طريق كلام المجاملات (Les flatteries) ومدح (Les gratifications) الآخر لصورة ذاته (الفرد) ، التهنئة والفرحة على الصّحة الجيدة هما بعدان لا يتم معالجتهما أو الفصح عنهما (التصريح) إلا عبر منظور المجتمع أي: "التمثلات الإجتماعية للصّحة والمرض".

علما بأن أمينة صرّحت لنا بأن أمّها المتوفية "رحمها الله" كانت تعاني من سرطان الثدي لقولها: " ما مرضت بـ: cancer du sein قعدت عامين بيه وماتت 5 سنين... "أي: "أمي مرضت بسرطان الثدي ، عامين و هي تعاني منه ، و توفيت على اثره مند 05 سنوات "

هنا ثقل التمثلات حول مرض السرطان عند أمينة يلعب دورا مهما في خوفها من الموت (التهديد)، إذ يجعلها تتساءل حول مصيرها في المستقبل فهي في حالة عدم الإرتياح الدائم لقولها: " كل الوقت نخم في المرض نتاعي...وينتا نريح؟... " (مقابلة 14) أي: كل الوقت أفكر في مرضي متى أتعا في...؟"

" المرض طوّل، حالي طال " أي: "المرض

من هنا تصبح هاته التمثلات مصدر المعاناة وردود أفعال، واستجابات المريضة ولهذا فإنها ستتكيف مع الألم الذي يدير سلوكاتها (براساك.س، CH .BRASSAC، 2006،

أما (برونو روموغي، Bruno REMAURY) فيقول: "جمال الصّحة هو الجسم: أي أن الشخص الذي يتمتع بصحة جيّدة هو شخص جميل يعني ذلك جذب الناس إليه، القدرة على الجذب تساعد القدرة على الإحصاب، والإحصاب يساوي الصّحة الجيدة" (مولن. ك، C MOULIN، 2005، ص: 75- 76)

لقد ساهمت التجربة المرضية في تشكيل تمثلات جديدة لدى أمينة، فهي لم تعد تلك الزوجة التي كانت جذابة وجميلة. بمظهرها الخارجي لزوجها وعائلته فهي تقول: "دائما ندير العصّابة أنا كرهت... بكري كنت نستكي شعري نبذل صباح وعشيّ، ندير الدهوبات... درك كرهت بغيت ندير *La pèruque* بصّح عييت نفتش وما لقيتش... "أي: "دائما أعطّي شعري بالخمار ، أنا سئمت قبل المرض كنت أعطني بشعري ، أبدّل صباحا و مساء و البس الذهب الآن كرهت أريد أن أضع الشعر المستعار , لكنني بحثت عنه و لم أجده" هنا نلاحظ أن أمينة تبحث عن استراتيجية ثانية لتثبت جمالها و تغيير صورتها أمام أفراد العائلة و خصوصا الزوج لأنها دائما تضع الخمار.

فكانت أمينة قبل المرض تتعامل بنوع من الحرية مع أفراد العائلة والآن أصبحت بالحاجة للآخر ليساعدها في القيام بأدوارها ويوصلها إلى المستشفى... الأمر الذي يجعلها تطرح عدة تساؤلات حول طبيعة علاقاتها بالمحيط وعن مصيرها في المستقبل ,وما يجدر الإشارة إليه أن أمينة في بداية المرض كانت تتظاهر بأنها بصحة جيّدة وهي

على عكس ذلك، فتقوم بالأعمال المتزلية خو...
ذاتها لقولها: "كنت ما نبغيش نبين قدام الدار الغربية بلي راهم فيا les douleurs، نقضي
normal وأنا راني مكملة، يقولو جات مريضة، ما كنتش نبغي نمدلهم الفرصة، المجتمع
ما يرحمش ما يقولوش حاجة نتع ربّي " (المقابلة 13).

"درك وليت نرد الكلام على ختاني (نلاحظ الغضب) ونديفوندي على صحي
راهم 4 نساء يخملو، أنا نحاول على صحي". أي: "الآن أصبحت أدافع عن نفسي
أمام أفراد عائلتي إآهن 4 نساء فلينظفن، أنا أحافظ على صحي"

هنا نلاحظ أن تفكير وانشغال الحالة قد تجاوز عتبة رؤية الآخر لها، إذ أنّها
أصبحت تهتم أكثر بالمرض والتحفيز المتزايد للشفاء و"الإنجاب".

2-4- تقدير الذات:

مما لا شكّ فيه أنّ أمانة تقوم بمقارنة ذاتها مع الآخر (Autrui) الذي يتمتع
بصحة جيّدة (مثلا زوجة الحما) هنا ستجد الحالة نفسها بعيدة كل البعد عن الصّورة
الكاملة للجسم، وهذا ما يزيد من عدم تقديرها لذاتها (La dévalorisation de soi) علما
بأننا أوضحنا في الجانب النظري "الفصل الرابع" بأن المريض يقدر ذاته إذا حدث:

2-4.1 / يحسّ بأنه بعيد عن الأنا المثالي أي أمانة هنا تحس " بأن الأنا الواقعي هو
بعيد بفارق كبير عن الأنا المثالي، والذي هو حسب "فرويد" (FREUD) بالمناسبة مكان
بدون مكان فهو لا يدخل كعنصر محتو داخل الجهاز النفسي (الأنا الأعلى، الهو،
الأنا) ولا يبنى عن طريق "التماهي" (L'identification) أو "الإستدخال"
(L'intériorisation) فهو إنتاج إسهامي لا شعوري، هو الصّورة المثالية التي نرغب أو
نريد أن نكون مثلها، هو بعكس الأنا الذي يبنى عن طريق "الاجتياف"
(L'introjection) و الإسقاط (La projection).

2-4. /2 عندما يرسل الآخر (Autrui)

سلبى"، أو يظنّ المريض أنّ الآخر ينبذه، أو يحتقره أو يراه كجسم تالف، فاسد لا يستطيع القيام بأيّ شيء (قد يكون هذا حقيقيا أو العكس).

2-4. /3 عندما يحدث تغييرا على مستوى انجاز أو اتمام الأدوار مثل الوظائف

المتزلية أو إنجاب الأطفال، فإنّ هذا سيصبح تهديدا وخطرا على المكانة الإجتماعية لأمانة مما سينعكس سلبيا على تقييم الذات لأن كما قلنا سابقا الأدوار والمكانة يدخلان في بناء الذات.

2-5 /5 تزعرع المكانة:

بخصوص ما قالته أمينة: "المرض كان pour moi un choc عمري ما كنت

تتصور يصرالي هكّا، نشوف روجي في المرايا ننخلع نبكي"

أي: "لم أكن أتصور يوما أنه سيحدث لي هذا، اقد كان المرض بالنسبة لي

كصدمة، عندما أرى نفسي في المرآة أندهش و أبكي"

هنا نلاحظ أن مكائتها الاجتماعية مهدّدة بالنسبة إليها ب:

2-1.5 / الطلاق: عندما تقول لزوجها: "راك تشوف برّا غي la qualité ، بنات

شايبين وهنا تشوف العصّابة" أو: "des fois نسقسيه نقوله ما رانيش ثقيلة عليك؟"

أو : "كي قتله على مرضي أنا حسبت قاع غدي يخليني يسمح فيا، بصّح نصاب ولد

فاميليا" أو "نخاف يديوهلي البنات، نشك بزّاف..." أي: "إنك ترى في الشارع بنات

جميلات و هنا ترى دائما الخمار" أو: "أحيانا أسئله و أقول له : أأست ثقيلة عليك؟"

أو : "عندما أخبرته بمرضي ظننت أنه ستركني و يتخلى عني لكنّه فعلا ابن حلال"

أو: "أخاف أن تخطفه مّني النساء ، أنا أشكّ كثيرا" كما أن مكائتها مهدّدة بالهجر

العاطفي.

2-2.5 / الموت: كون أن لديها تمثلات

أمها.

2-3.5 / عدم الإنجاب: تعطل هذا الدور هو محل انشغال الحالة علما بأن مرضها

له خطر عدم الإنجاب، وقد تستطيع أن تصاب بالعقم (Le risque de stérilité)

2-6 / الإحساس بالمرض هو صدمة:

نلاحظ أنها مصدومة فعلا من هذا المرض فهو شكل لها جرح نرجسي (فيشر.ق.ن، 2003 G.N، FISCHER)، الإحساس بالمرض هو في حد ذاته يشكل صدمة للحالة فحسب "فرويد" (FREUD) أي قلق هو مولد للصدمة، والقلق يظهر حسبه كرد فعل، ويظهر ذلك منذ الولادة أي ما يسمى بصدمة الميلاد، وهو يتغير بتغير مراحل النمو. (سيجمون فرويد ، FREUD ترجمة عثمان نجاتي ، 1997) فأمنية تعيش "ما بعد الصدمة" (Post trauma)، بمعنى هي تعيش ثلاث إحساسات (من منظور التحليل النفسي) وهي:

2-1.6 / الإحساس بالحرج: "La honte": فهي تريد أن تضع شعر مستعار

(la Perruque) لأنها ضجرت من الخمار الذي تضعه كل يوم على رأسها احراجا من أفراد العائلة لقلوها: "دائما ندير العصا، ودائما نعسها في المرايا يلا تطلعلي"، "راجلي وريتله خطرة شعري من بعدها jamais"، "ما نبغيش نوريلهم شعري"، "سلفتي تقولي قلعي العصا تطيح الشعر وهي علا بالي بلي راهي عارفة" (مقابلة 2 و 11). أي: "دائما أضع الخمار، و دائما أحدر من سقوطه" أو: "زوجي أريته مرتا شعري و من بعدها أبدا" أو: "لا أحب أن أظهر شعري" أو: "زوجة الحما تقول لي انزعي الخمار انه يسقط الشعر مع أنها تعلم ما أعاني منه"

2-6/ الإحساس بالدَّنب "cupabilité"

مثل قولها: "واش درت باش راني نخلص هكذا" أو "ما نقدش نولد يجيني مشوه" أو "الحاجة لي راهي غايضتني ما شبعتش زواجي 1 عام كنت مليحة، عامين مرض وكان غي عشت 4 سنين ولا 5 ماعليش نقول بلاك"... (مقابلة 3 و 8) أي: "مادا فعلت لأدفع الدنب هكذا؟" أو: "لا أستطيع الانجاب لأنه سيولد مشوها" أو "الشئ الذي يؤلمي هو أنني لم أسعد في زواجي الا سنة واحدة من بعدها مرضت ، يا ليتني عشت 4 أو 5 سنوات لا أبالي بذلك"

2-6/3 الإحساس بالهجر "L'abandon": أمينة لا تستثمر في العالم الخارجي فهي

لا تبدل اي مجهود فهي كتومة، تريد الانعزال عن الآخر. "وكان نصيب حتى واحد ما يجي لعندي، سلفتي الكبيرة ما نقولهاش كل شيء" (مقابلة 6). أي: "أتمنى أن لا يزورني أحد، زوجة أخ زوجي الكبرى لا أبوح لها بكل شئ"

وفي نفس الوقت الحالة تحب الكلام مع أشخاص موثوقين بهم-المصابون بنفس المرض او الأخصائيون النفسانيون-وذلك لجلب انتباه الآخرين إليها خصوصا عندما تحكي عن ألمها. (شليدر.ب، P SCHILDER، 1935)

"كي نحكي معاك ولا مع سهام psychologue نريح نسولاجي" أو: "نبغي نحكي بصح ماشي مع n'importe qui..." (مقابلة 5 و 9). أي: "عندما أتكلم معك أو مع سهام الاخصائية النفسانية أرتاح" أو: "أحب التّكلم لكن ليس مع كلّ الناس"

إذن فالحالة قريبة وبعيدة عن الآخر في نفس الوقت ,ونعلم أن الفرد لا يستطيع العيش في أي مجتمع بدون أن يتفاعل مع أفرادها، ولو كان هذا التفاعل ضيقا ومحصورا.

الصدمة هي انعدام التمثلات أو التصور الذي يترتب عن الخسارة (الخارجي) الذي أصاب الفرد: لا شيء (La néantisation) حصل فراغ عند الحالة التي لم تُصَب من قبل بهذا الألم الغير العادي (Douleur inhabituelle) ، إذ إن فقدان أو ضياع ما كان عزيزا مثل الشعر، الجمال... مثله مثل ضياع في عقدة الخضاء في المرحلة الأوديبية. (La perte de castration)، وحسب المحللين النفسانيين فإن الفرد المصدوم وضعيته تحتاج أو تتطلب عمل الحداد (Travail de deuil).

2-7 / نمط تفكير أمينة:

نمط تفكير أمينة هو كمعادلة متساوية الحدين مثل التجاذب الوجداني (Une Ambivalence) فهي تعيش الشك في عدم الشفاء وعدم فعالية الأدوية. وفي نفس نفس الوقت إنها تعيش الاعتقاد الجازم بأنها ستشفى. وحسب "دانيال أوبنهايم (Daniel HOPPENHEIM) هذين الحدين المتساويين هما عاديين بالنسبة للمريضة ولكن غيابهما مقلق.

كقولها: "المرض نخمّم فيه في كل وقت *des fois* نقول أنا قاع ما نريّحش... " (أبدتها في عدة مقالات) أي: "أنا دائمة التفكير في المرض، و أحيانا أقول أنني لن أشفى " " بقيلي غي chimio thérapie وحدة وندير Radio thérapie ونريّح... نتهنى نريّح... "أي: "بقي لي علاج كيميائي واحد ثم أقوم بالعلاج بالأشعة..... و أشفى...أرتاح"

أيضا هي تقوم "بعمل الأمل" كما سماه "بولاك" (Pollak: d'espoir Travail) (آغزليش.ك. C. HERZLICH. آدم PH. ADAM، 2002، ص19)

2-8/الأنا جلد "Le Moi Peau":

إن المرض الخطير يحدث قطيعة على مستوى الإحساس بالإستمرارية فحسب "بيار تاب" (P.TAP) "إنه يصيب كامل الجسم الداخلي والخارجي (فيشر.ن.ق. G.N. FISCHER، 2005، ص124)، فعلى المستوى الداخلي أمينة تحسّ أنّها لم تعد كما كانت سابقا وهذا نظرا للخلل الذي أصيبت به وظائفها الحيوية ، إذن يعتبر هذا المرض اعتداء على الجسم.

أمّا من الناحية الخارجية فيتجلّى هذا الاعتداء في العلاج (مثل العلاج الكيميائي) والذي له آثار ثانوية تسبّب الإحباطات لدى الذات نظرا للاعتداءات التي تعرّض لها الأنا الجلد (le moi peau)، فكلّ ما يمكن أن يلحق الذات من أذى يرتبط بالقيم التي تحملها هي عن هذا الجسم فمثلا الشعر الطويل يعكس قيمة كبيرة لدى الحالة (يحسسها بأنوثتها) ذلك حسب ما قالته في خطاباتها: "بالشعر الطويل تبان الأنوثة والجمال نتع المرأة"

إن الجسد يلعب دورا محدّدا في تكوين تمثّلات الذات وبما أن الجسد يعتبر حيّز الأنا، فإنّه يتحدّد حسب "د.آنزيو" (D.ANZIEU) انطلاقا من الجلد الذي يعتبر حدّا مرثيا يربط بين الدّاخل والخارج (دي ميجولا.أ.، A.DE MIJOLLA، 2005) وبما أن أنا الجلد (Le moi peau) يتعرض لاعتداءات (كالعملية الجراحية) يتم من خلالها اختراق تلك الحدود الفاصلة بين الدّاخل والخارج، أحدثت خلل على مستوى الوظيفة الأساسية المتمثلة في حماية النفس.

2-9/التبرير "La rationalisation":

أمينة برّرت أسباب مرضها بـ

-الغضب والقلق من عدم الإنجاب لقولها " ش

من قلق عدم الانجاب "

- السوابق العائلية (أمها المتوفية جرأ السرطان).

- إختلال الهرمونات الذي عانت منه منذ الصغر.

كما بررت أيضا سبب مرضها بحسد الآخر لها حين تقول " العين هي لي بيا،
حماتي عينتني على خاطر عندي ضحكة شابة ونواجب الغاشي " أو: "ملي جيت من
سعيدة ما شفتش الخير عينوني " دائما كانوا يقولو نكبر بالناس درك هاه جابوها في
صحتي".

أي: "سيي هي عين الحسود ، حماتي حسدتني لأني أحسن معاملة الناس بالاضافة
الى أنه لديا ابتسامة جميلة"

والتبرير هي "عملية يحاول الشخص من خلالها اخفاء تغير متماسك من وجهة
نظر منطقية، أو مقبول من وجهة نظر خلقية لموقف أو فعل ، أو فكرة أو شعور"....
(جان لا بلانش وبونتاليس ترجمة مصطفى حجازي، 1985، ص 151).

ما يجدر الإشارة إليه هو أن تبرير أمينة لأسباب مرضها، هو في الحقيقة ليس
عرضا (هو ليس مبررا لنا)، بل هو تفسير منطقي بالنسبة لها، فهو الطريقة التي تم بها
إخفاء أو إنكار العرض من قبل الحالة، ويمكن اعتباره (التبرير) ميكانيزم دفاعي ولو
أنه غير ذلك لأن تبرير الحالة هو شعوري (تفكير شعوري) ولا يتجه إلى الإشباع
النزوي: " ليس غرضه " فحسب " ميشال بينار " (Michèle BERNARD) الذي يقول: "
التبرير في الواقع هو ليس عرضا ... كما أنه ليس ميكانيزم دفاعي لأنه غير موجه نحو
الإشباع النزوي (La satisfaction pulsionnelle) ، هو تفكير شعوري، قد يكون
عرضا في طريقة إخفاء أو إنكار العرض، وقد يكون ميكانيزم دفاعي في الطريقة التي

يدافع فيها ضد المعرفة (أو الدخول إلى الش...
أحيانا هو قريب من العقلنة... " (دي ميچولا.أ، A.DE MIJOLLA.A، 2005، ص1460)

2-10/ الأخت التوأم :

أمينة لم تصرّح لنا بأن لديها أخت توأم لم تنشأ معها، بالرغم من إلحاحنا على ذلك، الأخصائية النفسانية هي التي صرّحت لنا بذلك كما صرّحت لنا أيضا بأنّها تعاني من قلق زائد.

فلو ذهبنا إلى دراسة "غالطون" "Galton" التي أكّدت على أن التوائم الذين نشأوا في بيئة مختلفة فإن العامل البيئي - أي المظهر التفاعلي - يهيمن ويتدخل في بناء الذات (زازور، R. ZAZZO، 1986) ومما لاشكّ فيه أنه يوجد مبدأ الخصوصية لكليهما (التوأم) علما بأن "جيسل" (GESSELL) في دراسته قد توصل هو الآخر إلى أن التوأم المتشابهين يتميّزان بمبدأ الفردانية، الذي يبنى عن طريق العامل الوراثي في النضج والعامل البيئي في التعلّم (زازور، R. ZAZZO، 1986)

أمينة لا تحبذ أن ترى أختها التوأم لخوفها من إعادة تذكرها بما أحدثه لها المرض من تغيرات على مستوى جسمها.

3- إستنتاج حول أمينة:

رغبة أمينة هي إنجاب الأطفال حتى ولو توفيت من بعد ذلك فإنّها بذلك ستضمن لداقها استمرارية الوجود في تفكيرات طفلها وزوجها... لقولها: "وكان غي زريعة وحدة... أي: "أتمنى و لو طفل واحد" ولذلك إن عدم إشباع أمينة رغبة الأمومة، بسبب المرض قد أشعرها بأنّها ناقصة، مما ساهم هذا الإحساس بإعطائها تبريرا لسبب مرضها كعين حسود الأقارب، أو الإضطرابات العضوية التي كانت تعاني

منها سابقا و أمّا عن نمط تفكيرها فقد كان
نفس الوقت الاعتقاد بأنّها ستشفى .

مرض الهوتشكين (HODGKINE) قد سبّب لأمينة أيضا الإحساس بالصّدمة و
تزعزعا في صورة ذاتها بالإضافة إلى التّقرير السلبي الذي تُكَنّه لذاتها ، فهي لم تعد كما
كانت عليه من قبل ، مع العلم أن نظرة أفراد العائلة الموجهة إليها تلعب هي أيضا
دورا مهماً في تغيير صورة ذاتها خصوصا و أنّها تعيش مع 18 فردا في نفس المنزل ،
فهي بالتّالي لا تستطيع أن تتجنّب أو تترع فكرة تواجد الآخر في تفكيرها، خصوصا
عند استعمالها استراتيجيات الهوية كمحاولة إيجاد شعر مستعار أو لبسها اللباس
التقليدي "الشدة" الذي يغطي الرّأس لإبداء جمالها أمام الآخر ، و في العيش معها (
ليونس.ف.ج. LYENS,JP. 1979). بالرغم من أنّنا قد لاحظنا أن تفكيرها و إنشغالاتها
قد تجاوزت عتبة الإهتمام بالنّظرة أو الصّورة السّلبية التي يوجّهها لها الآخر، و بالتالي
أصبح -المرض- يحتلّ المرتبة الأولى في وساوس و إنشغالات أمينة- بالإضافة إلى
التمثّلات التي تحملها عن خطورة المرض والتي منحها لها الآخر-.

الحالة الثانية فا

- 1-تقديم فاطمة.
- 2-تأويل النتائج وتحليل المقابلات.
 - 1-2 طفولة فاطمة.
 - 2-2 تأثير المرض على علاقات فاطمة مع أبنائها.
 - 3-2 العلاقة بين فاطمة والزّوج.
 - 4-2 تأثير المرض على علاقات الحالة مع الأقارب.
 - 5-2 المرض ونظرة الاخر.
 - 6-2 تأثير المرض على صورة ذات فاطمة.
- 3- إستنتاج حول فاطمة.

1/تقديم فاطمة:

فاطمة 39 سنة ربّة بيت متزوجة وأم لبنتين توأمين وثلاثة أولاد- أين صرحت لنا عن هذا في المقابلة الأولى.--،حوالي عامين وهي تعاني من سرطان الدّم: منذ 2008/05/18، علما بأنه في المقابلة الأولى لم تفصح لنا عن مرضها هذا، إذ قالت لنا بأنّها مريضة بفقر الدم (L'ANEMIE).

توفيت أمّها من بعد ميلادها بشهرين وبعدها تزوج أبوها الذي مازال على قيد الحياة من امرأة أخرى،وحسب فاطمة هاته الأخيرة كانت تعاملها بقسوة، ولم تتركها تكمل دراستها حيث إن مستواها التعليمي: " السنة الثالثة ابتدائي"، وأمّا عن إخوتها فلها أخوين متزوجين (أحدهم مدير والآخر عامل) وثلاثة أخوات أيضا متزوجين. الآن هي تقيم في مدينة وهران مع زوجها،الذي له أبوه على قيد الحياة وأمه متوفية وحسب الحالة فإنهم كانوا يحبونها أفضل من باقي أفراد عائلة الزوج ، كحمياتها مما جعلهن يغرن منها ويحسدنها (حسب قول الحالة). الذي يعمل ببناء إذ أن المستوى الإقتصادي للأسرة هو متوسط وأحيانا أقلّ من المتوسّط ، وهذا ما يزيد من شقاء ومعاناة الحالة علما بأن كل إخوتها يعينونها في إعالة أبنائها.

وهي تتكلم كثيرا عن زوجات إخوة الزوج-حمياتها- بأنّها في علاقات مضطربة معهن وخصوصا من بعد مرضها علما بأنّها تسكن معهن في نفس الحي وليس نفس المنزل.

لم تكن للحالة، سوابق مرضيّة من قبل والآن هي تعاني من جرح جلدي في "الخصر" الذي يستدعي منها علاجه بمعدل يومين في الأسبوع في المستشفى، وأمّا عن نبرات كلامها فهي تتبدّل، إذ تتكلّم بصوت عال وأحيانا منخفض علما بأننا قد وجدنا صعوبة في الأول في جعلها تتأقلم وتتكيف معنا،ولكن سرعان ما أقمنا معها

عدة مقابلات والتي هي خمسة عشر مقابلة
مشاكلها.

2/ تأويل النتائج وتحليل المقابلات والملاحظات:

المرض سرطان الدم الذي أصيبت به فاطمة منذ 2008/05/18 سبب لها تغيرات على مستوى قيامها بأدوارها كأم اتجاه أبنائها. وكامرأة تجاه زوجها، فهي تقول طوعيا بأن مرضها هذا بدّل لها مجرى حياتها، ولم تعد نفس الشخص الذي كانت عليه قبل المرض لقولها "المرض بدلني مارانشي كيما كنت".

2-1/ طفولة فاطمة:

فاطمة نشأت مع زوجة أبيها التي كانت قاسية معها، فمن المنظور النفسي التحليلي نعلم أن الأنا يتكون تدريجيا من خلال إدراك الفرد لجسمه وتفاعلاته المبكرة مع المحيط وقد أكد "فرويد" (FREUD) على وجود 5 مراحل متتابعة من النمو النفسي الجنسي التي تبدأ منذ الولادة (الفمية الشرجية، القضيبة الكمون، البلوغ الجنسية). بالإضافة إلى مراحل أخرى مؤسّسة من قبل علماء آخرين مثل "بياجي" (PIAGET)، "أوغني فالو" (WALLON)، و "إركسون" (ERIKSON) والذي يقترح ثمانية مراحل تخصّ النمو النفسي الإجتماعي (استمدها من نظرية فرويد) وهي المرحلة الأولى (0-1 سنة): الثقة - عدم الثقة، المرحلة الثانية (13 سنوات): الإستقلالية والرجل

المرحلة الثالثة (4-5 سنوات): المبادرة - الذنب، المرحلة الرابعة (6 سنوات - البلوغ): الكفاءة - النقص، المرحلة الخامسة (المراهقة): الهوية - التشتت، المرحلة السادسة (بداية سن الرشد): الحميمة، تضامن - الانعزال، المرحلة السابعة (سن الرشد): التعاون مع الآخر - التزعة للانانية، المرحلة الثامنة (تمام النضج): الإندماج - اليأس.

إذ أنّ كلّ مرحلة من هاته المراحل تتميز بوجود أزمة نفسية اجتماعية، لها قطبين متعارضين في الشدة (تحقيق الرغبة - عدم تحقيقها أو بالتالي يتولد الإحباط) ، وما يجدر الإشارة إليه أن "إركسون" يؤكد أن الأزمة لا يتم تسويتها وتجاوزها إلاّ عند دمج نسبة من كل قطب "التكيف" والعكس صحيح. (بي BEE (H) ، بويد (2003,BOYD)

وإذا ذهبنا إلى مفهوم العلاقة الثنائية (Symbiose) التي جمعت فاطمة بزوجة أبيها والتي هي بالمناسبة علاقة الوحدة بين أم - طفل في المرحلة المبكرة من النمو، حسب نظرية "مارقرات ماهلر" (MARGARET) (1975)، والتي تتبع بمرحلة التوحد الأولى (أين يكون الطفل مثل المتوحد) العادي، الذي ينبثق ويصدر عنه سيرورة الانفصال الفردي فيما بعد.

فهذه العلاقة الثنائية (زوجة الأب - فاطمة) تميّزت بوجود اضطراب وخلل وعدم الإشباع...، علما بأن الطفل في الحالة الترجسية الأولية -حالة تمايز الانا، هو أو الرضيع/ الام-.

يشعر بوجوده المستقرّ عندما يتحمّس بوجود الموضوع مصدر اللذة -داخلي خاصّ بالأصبع أو خارجي الثدي : الأم شخص آخر، أين يشبع الطفل حاجاته عن طريق المص والبكاء- في عملية الإتحاد (Fusion)، والإنفصال (Séparation) معه.

فاطمة تقول: " امرأة أبا كانت قاسيا معاي في صغري، ما خلتنيش نكمل قرايتي" (مقابلة الثانية). أي: "زوجة أبي كانت قاسية معي في صغري لأنها لم تتركني أكمل دراستي" أو "و كان عشت مع ما وكانت حية غاية الله يرحمها تربيت يتيمة" أي: "لو عشت مع أمي لكان أفضل، الله يرحمها" (مقابلة الرابعة).

أو: "حقرتني في صغري كي اخواتاتي

كانوش بيغيو عليّ " أي: "ظلمتني في صغري ، لكن مند أن بدان شقيقتي تكبرن
أصبحن يدافعان عني" (مقابلة السابعة).

لهذا دور الأم يلعب دورا هاما في تشكيل ذات فاطمة والتقمص بها. وكما

يقول ناصر بن حلة: "الطفل يلد في نظرة الأم ويكبر في صوت الأب". إذن من بعد

هذه العلاقة الثنائية تصبح العلاقة ثلاثية (فاطمة زوجة الأب، والأب) وندخل في

المرحلة القضيبية أين تبدأ عقدة أوديب في الانبثاق والتي هي: "الجملة المنظمة من

رغبات الحب والعداء التي يشعر بها الطفل تجاه والديه. تظم هذه العقدة فيشكلها

المسمى ايجابيا كما في قصبة أوديب -الملك أي: رغبة في موت المنافس ، وهو

الشخص من نفس الجنس، ورغبة جنسية في الشخص من الجنس المقابل. أما في

شكلها السلبي فتأخذ منحني مقلوبا أي: حبّ للوالد من نفس الجنس وحقد حسود

على الوالد من الجنس المقابل... تبلغ عقدة الأوديب ، تبعا لفرويد، ذروتها ما بين سن

ثلاث وخمس سنوات، خلال المرحلة القضيبية، ويسجل أقوالها في مرحلة الكمون.

وتتأجج من جديد أثناء البلوغ، حيث يتم تجاوزها بدرجات متفاوتة من النجاح من

خلال نمط خاص من اختيار الموضوع.

تلعب عقدة أوديب دورا أساسيا في بناء الشخصية وتوجيه الرغبة الانسانية.

يتخذ منها المحللون النفسانيون المحور المرجعي الأكبر لعلم النفس المرضي، حيث

يبحثون عن تحديد نماذج موقعها وصلتها الخاصة بكل نمط مرضي... " (جان لابلان

وج-ب بونتاليس ترجمة مصطفى حجازي، 1984، ص 356).

أما حسب " روبرت ستيشن " (STEICHEN Robert) فيعرفها " عقدة أوديب

هي تظهر مثل البنائية للنظام الرمزي، البنائية لنظام الوضعيات داخل العائلة، المعدلة

للهوية الجنسية والعلاقات بالموضوع تحدد العلاقات الاجتماعية ، وبمعنى آخر عقدة

أوديب هي موجهة إلى تقديم الطّفولة في سجل

الممنوع للمحرّمات مثل قتل الأب (ستيشن ر. ، R. STEICHEN، 2003، ص 66).

إذن عقدة أوديب هي حقل من الرّغبات والحركات العدوانية أين تكون موضوعات الأب و الأم والدفاعات تتعارض، فاطمة في هذه المرحلة (سن 4 سنوات أو 3 ونصف) تبدأ في إدراك الفرق الجنسي (شأنها شأن الأطفال عامة) عن طريق هوامات الخشاء، وتكتشف فاطمة (وهذا على المستوى اللاشعوري) بأنّها تفتقد للعضو الجنسي الذكري، فيتولد لديها الإحباط والإحساس بالدّونية من النّاحية النّفس جنسية (بارجرت. ج، J. BARGERET، 1979)، ولأنّها لا تملك العضو الذكري فإنّها تقلل من قيمة زوجة أبيها وتنمي مشاعر الكراهية نحوها، داعيتا أنّها كانت تملك القضيب لكن زوجة أبيها أحصته لها، فتقترب من أبيها لاسترجاع ما فقدته، إن مشاعر الحب والحسد تجاه الأب لأنه يمتلك عضوا تفتقده هي من جهة، ومن جهة أخرى مشاعر الغيرة والكره نحو زوجة أبيها باعتبارها منافسة لها في حب أبيها، تصبح رغبات ممنوعة، وبالتالي تؤدي إلى الصّراع .

ففاطمة تجاوزت هذه الرغبات الممنوعة بكتبها مؤقتا (في مرحلة الكمون) وتتماهى بشخصية زوجة الأب والأب (يساهم هذا في اختفاء الجنسية النرجسية وفي ظهور الجنسية الغيرية) التّماهي هو تلك السيرورة النفسية اللاشعورية، من خلالها الفرد يتميز بخصائص عن الآخرين بجزء (كبير أو صغير)، ويستدخلها لشخصيته. (دي ميچولا. أ، A DE MIJOLLA، 2005) وحسب بونتاليس ولابلونش التّماهي هو: "إنّها عملية نفسية يتمثّل الشّخص بواسطتها نحو مظاهر او خصائص أو صفات شخص آخر، ويتحول كليا أو جزئيا، تبعا لنموذجه. تتكون الشخصية وتتمايز من خلال سلسلة من التماهيات " بونتاليس، لابلونش ترجمة مصطفى حجازي، 1984، ص 198).

التماهيات هي إحدى القواعد التي يركز الإسقاط والإجتياف وحسب ميلاني كلاين "Melani KLEIN" فإنها تعتبر أن في أول حياة الفرد هناك دور القلق الذي يلعب دورا هاما في سجل الإسقاط (Projection) و الإجتياف (Introjection)، اللذان هما حسبها القاعدة الرئيسية للتماهيات النرجسية والثانوية.

في دراستنا للحالة فإننا نلاحظ أن فاطمة كان لها تقيّد ناقص لزوجها أبيها (وحتى أبوها). كما لاحظنا أن مرحلتها الأوديبية لم تتعالج ولم تحتجزها بسلام وإذن لديها اضطرابات في نفسياتها الحالية بالإضافة إلى ذلك المرض سبب لها اضطرابات أخرى سنذكرها لاحقا. -علما بان لكل الافراد أوديب نائم فينا فيستيقظ في مرحلة المراهقة ثم البلوغ وأوديب هو مصطلح عالمي (نجدّه في علم نفس اجتماعي انثروبولوجيا...)-.

2-2/ تأثير المرض على علاقات فاطمة مع أبنائها:

فاطمة عانت من الحرمان العاطفي لأن أمها توفيت عندما كان عمرها شهرين، إضافة إلى العوامل السابقة الذكر والتي أثرت بشكل مباشر أو غير مباشر على علاقاتها مع أبنائها، وخصوصا بناتها التوأم اللتان تضغط عليهن بالحماية الزائدة، لأنهما تقلق (لا شعوريا) وتخاف (شعوريا) أن تموت بهذا الداء، الزوج يتزوج بامرأة أخرى، وتصبح التجربة مكررة لبناتها وأولادها مع زوجة أبيهم، وبالتالي نفس المعاناة والإضطرابات التي عاشتها فاطمة وبذلك هي تريد أن تشفى بأي طريقة، فهي محفزة للشفاء خصوصا من أجل بناتها وذلك لقولها: "هم بناتي التوأم déjà راهم مرض" أي: "بناتي التوأم إنهن مريضتان" من بعدها بكت أثناء المقابلة التاسعة.

وكذلك صرّحت لنا: "أنا ما بيّاش المرض يطول عمري غي قد ما يقفلو 15 سنة" أي: "لا يهمني مرضي بل تهمني بناتي التوأم من يعتني بهن ، أطلب من الله أن يطيل في عمري حتى يبلغن 15 سنة" (مقابلة 14).
و"راني باغية نريح على خاطر أولادي surtout الصغار" (مقابلة 12). أي: "أريد أن أشفى من أجل أبنائي خصوصا الصغار"

أيضا "ما رانيش خايفة من المرض... بناتي لي عندهم 9 سنين، أنا courageuse"
أي: "لا أخاف المرض بل بناتي عندهم 9 سنوات ...أما أنا شجاعة" (مقابلة 10).

فهي تتمنى أن تشفى لكي تخدم أبنائها وتربيهن أحسن تربية لقولها : " راني نتمنا غي نريح ونربي أولادي تربية صالحة" أي: "أتمنى أن أشفى و أربي أبنائي تربية صالحة" (مقابلة 10) وتخدم أبنائها يعني أن تقوم باتمام أعمالها المنزلية على أكمل وجه لكي تكون في أحسن صورة أمام أبنائها ، إذ أنها لا تحبذ البكاء أمامهم ولا تحب من يتكلم أمامهم على نوع مرضها فهي تقول: "ما نبغيش نبكي قدام ولادي، ما نبينلهمش... " أي: "لا أريد البكاء أمام أولادي" (مقابلة 9).

في إحدى المقابلات صرّحت لنا فاطمة أنها مرة دخلت المستشفى 21 يوم، السبب كان حادثا وقع لابنها (13 سنة)،الذي تعارك مع جاره، الذي يكبره في السن فضربه... بعد ثلاثة أيام وبالصدمة عاودها المرض (La rechute) ومرة أخرى سيارة إصدمت إبنتها ،أيضا دخلت المستشفى لبضعة أيام فنلاحظ أن الحالة متعلقة جدا بأبنائها.

2-3 العلاقة بين فاطمة والزّوج:

إستنادا للمقابلة التي قمنا بها مع إبنا الأكبر (19 سنة) الذي قال لنا بأن والده يعيشان في وضعية صراع ، جو عائلي مقلق وحسب تصريحات فاطمة يمكن أن نستنتج أن دخولها المتزايد إلى المستشفى سببه معاودة المرض والمشكلات العائلية وهذا ما أكده كل من جيوفانيبي.ق D.GIOVANNINI ، ريسي بيتي.أ.ب P.E.RICCI ، BITTI. وآخرون ترجمة (رونجيون.ك C.RONGIONE ، منسلي.ت T.MONACELLI ، 1986) - أربع مرات وهي تدخل المستشفى مرة دامت 4 أشهر اخرى 21 يوم، المرة 4 دامت 6 أيام والرابعة أسبوع-.

أمانة بدورها صرّحت لنا: "راجلي ماعلاباليش بيه، من بكري كي يزعف ما نديهاش فيه ما نعمرش راسي بيه" أي: "زوجي لا أبالي به ، خصوصا حينما يغضب" (مقابلة5).

ولو نذهب إلى منظور التحليل النفسي فإننا نلاحظ أن الحالة ليس لها علاقة حميمية جدا مع أبيها، فهي لا تتكلم عليه كثيرا ولا تذهب لرؤيته. وإن للأب أهمية كبيرة في بناء الهوية الأنثوية، حيث إن (س) شيلاند "C.CHILAND" تؤكد عدم إمكانية الفتاة الإحساس بأنوثتها إذا فقدت حب أبيها (مثالها الأعلى) (بوسان.ج، Poussin 2004,G)، وبالتالي فإن العلاقة الأولى "الحالة مع أبيها" تترك أثرها بصفة نهائية في علاقة البنت مع الرجل مستقبلا (كلوتيي.ر، R. CLOUTIER, 1996)، في هذه الحالة أثر العلاقة (فاطمة _ أب) أثر سلبي فهو يفسر إندفاعات فاطمة وغضبها المستمر من زوجها ، بمعنى أن الحالة قد شكّلت صورة سلبية عن الشخص المغاير لها جنسيا حسب الصّورة الأبوية .

2-4/ تأثير المرض على علاقات الحالة مع الأهل

في المقابلات الأولى مع أمينة تكلمت لنا كثيرا عن زوجات إخوة زوجها- حمياتها- بأنهن يحسدنها ويغرن منها لأنها أنجبت الأولاد، وهنّ ليس لهن أولاد، سوى واحدة منهن (هن 3) أنجبت ولدا، وكذلك هن يحسدنها كون أن والدة زوجها المتوفية كانت تحبّها وكذلك أب الزوج.

فقلت لنا: " بكري كنت نحلل لسلافي الطعام ونديرهم كل شيء كنت نوض صباح بكري درك مرضت حتى واحد ما يستعرف بالخير " (مقابلة 1) أي: "سابقا كنت أقتل الطعام لحمياتي و أحضر لهن كلّ شيء، كنت أنهض باكرا أما الآن مرضت و لا واحدة منهن تقر بالخير"

أيضا: "كي كنت في سبيطار يجيبو على 15 دقيقة، من بعد يمشيو عند السّحارات في مدينة جديدة يصيبوها سبة.....واحدة فيهم قاتلي استغفري مولاك شو واش راكي دايرا" (مقابلة 3)، "بصّح أنا ما علاباليش بيهم حاجة نتع ربّي " (مقابلة 2). أي: "يأتين لزيارتي في المستشفى لمدة 15 دقيقة و بعدها يتجهن عند مشعودات المدينة الجديدة (وهران) إد يجدنني سببا..... إحداهن قالت لي إستغفري الله ، يبدو أنّك فعلت شيئا ما.....لكني لا أبالي بهن لأنه قدر الله"

نلاحظ أن قبل المرض فاطمة كانت في علاقات لا بأس بها مع أفراد عائلة الزوج كونها كانت تتعاون معهنّ في الطبخ والغسيل... وحتى مع بداية المرض، كانت واحدة منهنّ تذهب معها إلى المستشفى، فمع تطوّر المرض عند الحالة، أصبحت هاته الأخيرة تفضل العزلة عنهن لماذا؟ لأنها بكلّ بساطة إنها تحس بالتقصّ أمامهنّ وتتخذ

هذه التبريرات المقنعة لها ولقولها: "أنا ماعلابليش بيهم" اي "انا لا ابالي بهم" والتي كررتها عدة مرات، فيعني أنها تعبير الاهتمام بهم وتظاهر بأنها بعكس ذلك.

فهي بهذا لا تحبذ الالتقاء معهم بل تفضل التكلم مع أبنائها وأيضا المريضين مثلها لقولها: "نبغي نقعد وحدي كي نكره نشيخ مع أولادي" (مقابلة 10) أو :
"نصيب روعي مع المرضى لي كيني" أي: "أجد نفسي مع الأشخاص المرضى مثلي"

2-5/ المرض ونظرة الآخر والتبرير:

إن تطور داء سرطان الدم عند الحالة قد أثر سلبيا على مظهرها الخارجي حيث أفقدها شعرها وجعلها في وضعية ضعف ومعاناة لم تعرفها من قبل. إذن المرض قد أحدث تغييرا على مستوى العلاقات الإجتماعية وكما يقول بول شيلدر: "أي إصابة على مستوى أعضاء الجسم فإنها تؤثر على العلاقات الاجتماعية" (شيلدر.ب، P.SCHILDER، 1968، ص 252).

حسب ما لاحظناه أن هذا المرض دخل بتطفل إلى حياة فاطمة، وحسبها قد جاء ليميزها سلبيا عن الآخرين وتحسّ بالتقصّ أمام الآخر الذي له ميزة ايجابية وهي الصحة الجيدة والصورة الكاملة، فهذا ما يزيد من توتر وصراع الحالة النفسي، وخاصة عندما تقول: "ماعلابليش بيهم" أي: "أنا لا أبالي بهم"، فهذا دليل على أن فاطمة بالها مشغول بنظرة زوجها لها ونظرة الأقارب، مما أدى بها إلى الاستعانة بهذا التبرير كميكانيزم دفاعي لخفض القلق، ولو أن قدرة الأنا في هاته التجربة المرضية في تخفيض هذا القلق ضعيفة (بي BEE (H)، بويد BOYD, 2003). - هذا ما يفسر عدم تكيفها مع واستخدامها للنرفزة والعدائية.

عندما تقول لنا الحالة: "هذه حاجة نتع ربي او ساريبي جسدوي او العيره و "العين" فهنا نلاحظ أنّها تعبر عن اضطهاد الآخر، وأنها هي ليست مسؤولة عن إصابتها (بومدين سليمان، 2003). - كما وضّحت الباحثة الفرنسية عند قيامها بدراسة تمثلات الصحة والمرض المذكورة في الفصل الثالث.

تسمح هاته التصورات بخفض القلق الناتج عن الشعور بالذنب. يرى "فرويد" (FREUD) أنّها تمنح إشباعاً نرجسياً، كما تساعد الأنا على إدماج (Incorporer) العرض (دي ميجولا، A. DE MIJOLLA، 2005).

بمعنى أن الأنا لفاطمة يسعى للدفاع عن نفسه (لأن المرض هذا يهدد سلامة الأنا بالتجزؤ) من خلال الإستعانة بمحاسن العرض وجعله محتملاً وغير مؤلماً (التبرير). وما يجدر الإشارة إليه أن فاطمة حقيقتاً في المقابلات 1، 2، 3، 4، وحتى 5 كانت تتكلم لنا عن الأقارب والزوج ... لكن ما لاحظناه أنّها بدأت تقلل من الحديث عنهم في المقابلات المتبقية، وتتكلم سوى عن المرض ومتى الشفاء منه؟ وهي هنا تعيش في أصعب حالة كما يقول دانيال أوبنهايم "Daniel HOPPENHEIM" الشيء الأصعب في هاته التجربة هو تساؤلهم متى يشفون منه؟ (قيسمان، س، C GEISSMAN، أونزل، د، HONZEL D، بدون سنة)

ما لفت إنتباهنا أن الحالة في المقابلة 14 و 15 صرّحت لنا بأنّها أصبحت تظهر شعرها لزوجها ولزوجات إخوته -حمياتها- لقولها: "وليت نوري شعري لراجلي وسلايفي هذ حاجة نتع ربي لي بغا يضحك يضحك". أي: "أصبحت أظهر شعري لزوجي و زوجات إخوته ، هذا قدر الله لمن أراد الضحك فليضحك" وأيضا: "الحمام ما نمشيلهش نحاف وكان وحدة تتوحّم تجيب واحدة قرعة كي تنخلع، ويقعدو يتغامزو ويستشفوا".

علما بأن فاطمة في المقابلات الأولى صرحت
والآخرون، إلا إذا كان نابتا لقولها. "شعري كي يكون نابت نوريه لراجلي si non
يلا كان خاوي نحشم" أي: "إذا كان شعري ينموا أظهره لزوجي ، لكن إذا تساقط
لا، أستحيي".

نلاحظ أنه كلما زاد المرض تطورا فهذا يزيد من ألم الحالة ومعاناتها ،
وتعبها... وبالتالي نجدها قد تجاوزت عتبة الإهتمام بنظرة الآخر إذ إن المرض أصبح
يسيطر على تفكير الحالة ويزيد من تزعزع هويتها، فأمل الحالة هو الشفاء وتربية
أبنائها.

2-6/ تأثير المرض على صورة ذات فاطمة:

من البديهي إن مرض سرطان الدم يؤثر عامة على الهوية ،وما لاحظناه في
فاطمة أنه قد أثر سلبيا على ذاتها ،الأمر الذي أدى بها إلى شعورها بالنقص، والشعور
بالدونية أمام الآخر، وبالتالي عدم تقييمها لذاتها (أي تقدير سلبى لذاتها).
داء سرطان الدم تسبب لفاطمة بأعراض مختلفة كالتقيؤ، آلام الرأس، الغيبوبة،
التعب، عدم إتمام الأعمال المتزلية. ونظرة الآخر السلبية الموجهة إليها، كل هذه
الأعراض أحدثت للحالة قطعية على مستوى الإحساس بالاستمرارية، فحسب "بيار
طاب" (Pierre TAP) المرض الخطير أو المزمّن يتسبب في اضطرابات داخلية وخارجية،
فعلى المستوى الداخلي فاطمة تحس أنها لم تعد كما كانت سابقا لقولها: "المرض يبدل
مولاه"... "وليت منارفية بزاف" أي: "المرض يؤثر على صاحبه.....أصبحت أكثر
تعصبا"، وبالتالي فالإحساس بالاستمرارية والتي يصرح بها بيار طاب كبعد من أبعاد
الهوية تلعب دورا هاما في بناء الذات.

في المقابل لم تحدث قطعية الإحساس بالهوية عند "فاطمة" ، لأن الفرد حتى ولو
حدثت له تغييرات في حياته كالمرض أو الزواج سيبقى يحتفظ بنفس الإحساس عن

ذاته بالرغم من تغير الزمان والمكان، وإحساس

اكتسابها لهوية جديدة متزعزعة وفقدتها لصورة ذاتها السابقة إذ أن هذا التغير في صورة الذات هو نتاج لتفاعل و إتحاد كل من الألم (المرض) مع نظرة الآخر السلبية. فاطمة أشبعت رغبة الأمومة (على عكس الحالة أمينة). فهي تطمح إلى الشفاء من أجل أبنائها فمكانتها هي مهددة بالطلاق مع زوجها ، كما هي مهددة خصوصا بالموت، مما يحفزها هذا إلى القدوم إلى المستشفى في المواعيد، وحرصها على تناول دوائها إذ أن طبييها في مقابلة أجريناها معه قال لنا أن فاطمة أحدثت معجزة بشفائها لأنها كانت في غيبوبة لعدة أيام وكانت في حالة خطر.

بالنسبة لتمثلات فاطمة حول مرض سرطان الدم، فهي تعرفه وتقول: "هو دودة تأكل الخلايا" ، علما بأنه لم يوجد في عائلتها من مرض بهذا الداء، الوحيد الذي مرض به هو صديق ابنها الأكبر المتوفي إثره وهي تقول عنه: "صاحب ولدي كان فيه cancer، كان شعره يطيح، درك مات" أي: "صديق إبني كان مريضا بالسرطان ، كان شعره يتساقط أما الآن فهو ميت" . ثقل تمثلات أن مرض السرطان هو مميت ومرعب يلعب دورا هاما في قلقها في خوفها من الموت (التهديد).

3/ إستنتاج حول فاطمة:

فاطمة شأنها شأن باقي المرضى المصابين بسرطان الدم الذي يمنح لصاحبه أكبر ضعف و أكبر جرح (La vulnèrabilité) مقارنة بالإصابات الأخرى لها إرادة قوية في الشفاء فهي محفزة لذلك، من أجل أولادها خصوصا بناقها التوأم. أما عن علاقاتها مع الآخرين فتتميز بأنها محدودة و محصورة تقتصر على أبنائها ، و على مرضى مثلها، أو على الأخصائيين النفسانيين وبالنسبة لزوجها شيئا ما ،

علما بأنّها تدّعي بأنّها أصبحت لا تبالي بالأمرين المذكورين سابقاً

الأولى في وساوسها و مخاوفها .

صورة داّتها أصبحت متزعزعة و متذبذبة فهي لم تعد فاطمة التي كانت عليه سابقا بسبب المرض الذي أكسبها نمط جديد من التفكير ممزوج بين الشك و الإعتقاد .

إذن لقد تسبّب لها هذا المرض في فقدان داّتها السّابقة بالإضافة إلى أنّه أحدث

لها قطيعة على مستوى إحساسها بالإستمرارية (بيار تاب في فيشر.ق.ن، FISHER

.G.N ، 2002).إن التّغيرات التي أحدثتها المرض لفاطمة على المستوى الظاهري

(كسقوط الشعر) و الدّاخلي ولّدت لها الشعور بالنّقص و الدّونية أمام الآخرين

(Autruit)، و تقدير سلبي للذات و لهذا "فاطمة" تثابر و تكافح و تستعين باستراتيجيات

هويّة لتخفّض من القلق الشديد، و لتقف أمام الآخر كمراسلتها لدكاترة المختصّين

بطبّ الأعشاب في القنوات الفضائية العربية .

الحالة الثالثة: فتحة (ب)

1/تقديم الحالة: فتحة

2/ تحليل المعطيات وتأويل النتائج:

1-2/ طفولة فتحة

2-2/ علاقة فتحة بزوجها

2-2.1/ قبل الزواج

2-2-2/ بعد الزواج

2-3/ علاقات فتحة داخل العائلة وخارجها

2-4/ إختلال الدور والإحساس بالنقص

2-5/ معايشة فتحة للصراع:

2-6/ التغيرات الجسمية التي أحدثتها المرض.

2-7/ إستراتيجيات الهوية عند فتحة.

3/ إستنتاج حول فتحة.

1/تقديم الحالة:

منذ 8 سنوات وفتيحة تعاني من الميولوم المتعدد العظام (des multiple Myélome) -os). - تعريف هذا المرض تطرقنا له في الفصل الثالث-.، عمرها 35 سنة، ماكنة في البيت لها مستوى دراسي سنة السادسة إبتدائي وهي أم لولدين: الكبير يبلغ 14 سنة والصغير 9 سنوات، تقيم في ولاية وهران، في شقة الكراء مع أولادها ومع زوجها الذي يعمل في شركة "كحارس" - لهذه العائلة دخل اقتصادي متوسط-.

توفيت أمها وعمرها لا يتجاوز السنتين، فهذا كان عاملا ساعد زواج أبيها من امرأة أخرى قاسية-حسبها- أين كان عمرها 4 سنوات. مع العلم أن أبوها توفي هو أيضا منذ 16 سنة، وأما عن إخوتها فهم 5 أولاد و4 بنات وحسب فتيحة فإنهم لا يأتون لرؤيتها ومواساتها ومساعدتها.

فتيحة لم تعاني سابقا (قبل 8 سنوات من المرض) من سوابق مرضية، دخلت مرارا تعالج في المستشفى لعدة أيام آخرها كانت في شهر نوفمبر ، والآن هي مازالت تثابر من أجل الشفاء وتقوم بالعلاج الكيميائي (La chimiothérapie) كل 28 يوما. علما بأننا لم نجد صعوبة في جعلها تتواصل وتتفاعل معنا، إذ أنها منذ المقابلات الأولى بدأت في السرد المتواصل بدون إنقطاع ، ونحن إكتفينا بالاستماع وطرح القليل من الأسئلة. أما في المقابلات الأخرى فقد استعنا، بأسئلة دليل المقابلة التي وضعناها.

2/ تحليل المعطيات وتأويل النتائج:

في بادئ الأمر قمنا بإجراء المقابلة التمهيديّة مع فتية (مثلها مثل الحاليتين أمينة و فاطمة) والتي تلعب دورا مهمًا في طبيعة العلاقة بين الباحث والحالة وهذا بناء على ما تتطلبه مجريات الدراسة في البحث العلمي.

المقابلة الأولى كانت جلسة تعارف وإتفاق مع فتية أين وضحنا لها الهدف من بحثنا، وفسرنا لها طريقة عملنا معها، وقد صرّحت فتية بأنها لا تجد أي مانع يدعوها لرفضها التعامل معنا، وما يجدر الإشارة إليه، وما تمّ ملاحظته كما قلنا سابقا، أن فتية أبدت في السرد المتواصل بدون إنقطاع، وكأنها تريد منا مساعدتها كونها متضايقة نفسيا وجسميا من هذا المرض.

ووفقا للفرضيات التي تمّ تحديدها في بحثنا هذا، سنقوم في هذا التحليل والتأويل باستخراج بعض الملاحظات والخطابات والشهادات التي ترتبط بكلّ مفهوم من مميزات الفرضية وحسب "موريس أنجرس" الذي يقول: "إنّ تقييم المعطيات المهيأة يتمّ دائما في إطار العلاقة بهذه الفرضية أو الهدف... وإن كل جدول، كل شهادة، وكل ملاحظة وكل موضوع سيتمّ فحصه في علاقته بتعريف مشكلة البحث" (موريس أنجرس، ترجمة بوزيد صحراوي، كمال بوشرف وسعيد سبعون، 2004، ص 225).

1-2/ طفولة فتية:

فتية نشأت وترعرعت بدون أمّ، أبوها تزوج أين كان عمرها (4سنوات) بإمرأة قاسية لقولها: "كانت قاسية معايا، درك شويا تسقدت وتبدلت" أي "كانت قاسية معي الآن تبدلت شيئا ما" المقابلة الأولى.

فهذا يعكس لنا أن فتحة قد عانت من ...
يحتاج إلى الرعاية والحنان، ولو ذهبنا إلى منظور علم النفس الجسدي
(Psychosomatique) خصوصا عند "آنجل" (ANGEL) 1962 "قراسي" (GRASSI) 1987
و"بيوندي" (BIONDI) 1992 الذين اهتموا بالخصائص المشتركة التي يظهرها المرضى
المصابون بالباتولوجية الورمية، ولعل أبرزها: طفولة مميزة بالترك والحرمان العاطفي
(بلدوني.ف، F.BALDONI، ترمبيني.ج، G. TROMBINI، ترجمة شموني.ج، J. CHEMOUNI, 2005).

فتحة لديها إبنين وهي لأجلهما تكافح وتنابر من أجل الشفاء والبقاء لخدمتهما
ورعايتهما كقولها: "هذا الجسم قاوم بزّاف solide corps "أي: " هذا الجسم قاوم
كثيرا، جسم قوي" (المقابلة 10). أو "نتمنى نريّح لأولادي des fois نحسّ ولدي
الكبير معقّد: manque affection "أي: "أتمنى أن أشفى من أجل أولادي، أحيانا
أحس بأن إبنني الكبير معقدا حرمان عاطفي" (المقابلة 08)، من خلال هاته
التصريحات يتجلى لنا أن فتحة تعيش القلق (الذي يكون مصدره لا شعوري أي
الموضوع المسبب للقلق هو مخفي كما من غير معروف من قبل الشخص وهذا من
منظور التحليل النفسي كما أوضحنا في الفصل الثالث).

(كما أنّها أيضا تعيش الخوف (شعوري الموضوع المسبب للخوف هو ظاهر
بين). من الموت وضياع أبناءها بزواج أبيهم الذي مازال صغيرا في العمر، وموظفا في
شركة "السوناتراك"، وبالتالي نفس معاناة الحرمان العاطفي-التي عاشتها فتحة في
تجربتها المعاشة مع زوجة أبيها-ستكرر مرة ثانية وتحدث لأبنائها، وبذلك نستطيع
القول بأن هذا العامل يعتبر محفزا لشفاءها.

2-2/ علاقة فتيحة بزوجها:

عموما العلاقة بين الزوجان تتميز بالصراع المتواصل, ورغم هذا فتيحة لا تنكر وقوف الزوج معها في محنتها المرضية كإحضارها إلى المستشفى, ومساعدتها في القيام بالأعمال المنزلية ...

2-2-1/ قبل الزواج:

فتيحة كانت على علاقة حبّ مع زوجها قبل الزواج به لقولها: "كنت نعرفه قبل ما يديني، كان عاقل... " أي: "كنت على علاقة مع زوجي قبل زواجنا...." (المقابلة 12)

أو " كان يبغيني، وكنا نتفاهموا في كل شيء و déjà أنا كنت جايبة روعي، كنت شابة" (المقابلة 12) أي: "كان يحبني وكنا نتشارك في التفاهم في كل شيء، أنا كنت جميلة وجذابة".

إذن نلاحظ أنه على المستوى العلائقي: فتيحة والزوج كانت تجمعهم علاقة حب فيها تبادلات, تواصل, تفاعل والتفاهم في كل الميادين، وكما يقول "فرانسواز روجل" (ROUGEL Françoise): "العشاق هم وحيدين في هذا العالم" أي: "Les amoureux sont seuls au monde" (روجل. ف، F. ROUGEL، 2003، ص 52)

حالة الحب عندما تكون جد أسرة (Captivante) جذابة وفاتنة لكلا العشيقين، فبالزواج سوف يضعان حدًا أو نهاية للبحث عن هوية المراهقة: (La quête identitaire de l'adolescence)، ويصبحان مواجهان (Confrontés) لهوية جديدة ناتجة هي هوية الرشد والبلوغ (Identité d'adulte) والتي تقوم على التوهم (L'illusion) وهذا التوهم هو بدوره أيضا يتأسس على التوهم في مرحلة المرأة والهوية الخيالية (Imaginaire) التي نتجت-لكل واحد منهما (رجل وامرأة) و يجذب هويتهما من

الصورة أو النظرة التي يرسلانها لبعضيهما"، أي
وزوجها. (روجل.ف ، F. ROUGEL ، 2003، ص 52)

2-2-2/ بعد الزواج:

الزّواج يمثل إقامة الرّوابط الزوجية (Les liens conjugaux) شرعيا برضا الزوجين
أولا وبموافقة المجتمع ثانيا، هو مخالف للأشكال الأخرى للعلاقات العائلية. هو
الإستقلالية (L'autonomie) لكلّ من الزّوج والزّوجة (سنقلي دي فرانسوا ، SINGLY
de François ، 2005) وأيضا إن الزوجان (Le couple) يعتبران كوحدة القاعدة
للإبداع وتطوّر العلاقة بين الرّجل والمرأة (شريف حلومة في SARP ، 2007-2008).

مآل علاقة الحب هذه والزواج التي جمعت كلّ من فتحة وزوجها كان
الإختلاف والصّراع، وفي بعض الأحيان وصلت إلى الطّلاق ، فبدأت إذن مرحلة
النقاش الحادة بظهور المرض خصوصا، بتطفله العنيف والذي شكل تهديدا لفسخ هذه
العلاقة الزوجية وهذا يتجلى عند قولها : "راجلي قالي ما نيش عايش كيما الناس: il a
raison" ، أو : "الراجل يبغي المرأة تطيب...". أي: "قال لي زوجي : عيشي ليس
كمعظم الناس.....إنه على حق" (المقابلة 10). أيضا : "وكان جيت بصحّي قاع ما
نسالش عليه" أي: "لو أنني أتمتع بصحة جيّدة فإنني لا أبالي به" (المقابلة 11).

أو عندما تقول : "Mon mari هدرته قليلة هو زايدني، أنا نبغي نهدر كي نزعف"
أي: "زوجي قليل الكلام ، أما أنا أحب التّكلم عندما أغضب" (المقابلة 11)، علما أننا
لاحظنا التناقضات (Les contradictions) في تصريحات وخطابات فتحة: المقابلات
الأولى مقارنة مع المقابلات الأخيرة، إذ أنّها أنكرت أنّها تعيش في صراع مع زوجها
وصرحت لنا مثلا: "الزوج رفدني" أي: "وقف بجاني" أو : "صاحبه في الخدمة قالي
يظّل يهدر غي عليك ، يبغيك" أي: "زميله في العمل قال لي أنه يظّل يتكلم عنك

طوال الوقت فهو يحبك"، أو عندما تقول: "

أي: "العلاقات الجنسية لم تتأثر إنها عادية"

كما لاحظنا أيضا أنها أبدت لنا واجهة أو مظهرا يتميز: بإيمان قوي وبأنها تعيش في هناء وقناعة ورحمة الله سبحانه وتعالى، وهذه مشيئته لقولها: "الله يبلي العبد لي يبغيه، يعذبه في هذه الدنيا الفانية، باش ينال في الآخرة... باش يختبره ويشوف شحال يقدر يصبر...". أي: "إن الله يبتلي عبده الذي يحبه في هذه الدنيا قصد إختبار مدى صبره كي يجازيه في الآخرة"

حتى مع أختها التي تقيم في مدينة "تبسة" ولم تمنحها دمها المتناسق مع دمها لإجرائها عملية الزرع (La greffe)، والتي كانت سببا في تطور المرض وتعاستها، فلقد أبدت لنا فتيحة بأنها قد ساحتها لقولها: "sayé، نسيت ساحتها، كان مكتوب" أي: "لقد ساحت أختي لأنه مكتوب". أما في المقابلات الأخيرة صرّحت لنا عن حقد لها الذي مازالت تكنه لها لأنها بسببها وصلت إلى هذه الوضعية.

إذن سرعان ما أجرينا مع فتيحة عدة مقابلات، بدأت تصرّح لنا عن مشاكلها مع زوجها مثلا قالت لنا: "قالي خطرة أنت يليقلك غي مطرح وتكوني مريضة" أي: "قال لي أنت ما يليق بك هو ملازمة السرير وتكوني مريضة" أو: "يكون مليح حتى يتنارفا" "معزة تجيه" أي "تبدل تبدل جذري... أو... في الرفود رفدني، ما نقولش لا، لكن معاملته سيئة معي... غي ما يحترمنيش بصّح يخليني tranquille... في داري وأنا خايفة" أي: "لقد قام بدوره اتجاه مرضي أنا لا أنكر ذلك، لكن معاملته سيئة معي... لا أطلب منه أن يحترمني- لا يهم- لكن يتركني أعيش في هدوء"، فنظن أنها أخفت عنا مشاكلها وصراعاتها مع زوجها للحفاظ على تناسق العائلة (La cohérance) أو للحفاظ على ميت (Mythe) العائلة، وأيضا كما أوضحنا في الفصل الرابع أن هؤلاء المريضات بسرطان الدم يتخذن الحذر من الآخر ويقمن علاقات

محدودة ،مثل قولها: "أنا ما نحكيش مع e qui
عندها في الرأس ولا نحكي مع جارتني لي كانت مريضة بـ cancer du sein
ورِيحت..."

2-3/ علاقات فتيحة داخل العائلة وخارجها:

ذكرت فتيحة في اللقاءات التي تمت معها، بأنّها تحب أن يزورها الأقرباء، ليرفعوا
معنوياتها وتحكي لهم عن معاناتها وآلامها من هذا المرض (شيلدر.ب، SCHILDER
P, 1968)، فهي كما لاحظنا حسب أقوالها تعاني من الوحدة (La solitude) إذ تقول:
"المريض يبغي الزيارة لرفع المعنويات" أو: "كي يجيو يشوفوك الأهل تحسي بلي يبغوك،
قاسمين المرض معاك شويًا..."(المقابلة08) أي: "عندما يأتون الأهل لزيارتك تحسين
بأنهم يجونك، ويتشاركون هموم المرض معك... " أو: "ما صبتش Garde Malade
كرهت، حسيت روعي وحدانية ماكانش لي طلّ علي" (المقابلة09).

في نفس الوقت فتيحة لا تجبّد الإختلاط كثيرا مع الناس مثلا عدم ذهابها إلى
الحمام أو الأفراح لقولها: "مانشيش للحمام، خطرة مشيت قعدو يشوفو فيا، حسيت
راهم يشوفو فيا كيفاش عواجيت" أي"لا أذهب إلى الحمام، مرّة ذهبت فبدأن النساء
يحلّقن فيا و يتعجبن كيف أصبحت"(مقابلة الخامسة)، أو: "كاين لي يستشفوا بصّح
قليل"، أو: "ما نبغيش نقعد مع الناس ويقعدوا يهدرو الهدرة الناقصة... يدير ونجيو
أنا ما نبغيش هاك"... أي: "لا أحب الجلوس مع الناس و التّحدث معهم خصوصا
ذلك الكلام الذي لا يفيد بشيء يزعجني....."

إذن فتيحة هي بعيدة عن الآخرين لأنها تخاف أو تحشى من أن تحبط من نظرة

تعجب الآخر المرسله نحو جسمها المتغيّر نتيجة هذا المرض (شيلدر.ب، SCHILDER
P, 1968) ومنه نستنتج أن فتيحة بعيدة وقريبة عن الآخر في نفس الوقت ونلاحظ أنّها

حتى ولو تحبّد البقاء لوحدها إلا أنها أبدا لا ت
في الوقوف بجانبها في محنتها (ليونس.ج.ف، J P LEYENS، 1979).

2-4/ إختلال الدّور والإحساس بالنقص:

المجتمع الجزائري وخصوصا الرجال، يعتبرون المرأة المثالية هي التي يجب عليها
أولا إثبات نفسها، بقيامها بالأعمال المنزلية والتي تهتم بأطفالها، والتي لا تدرس طيلة
حياتها، والتي تخضع بسهولة تحت أوامر وسلطة زوجها.

فتيحة لا تعمل خارج البيت هذا يعني أنها أسيرة أو حبيسة (Confinée) تقليديا
لأداء أعمالها المنزلية اليومية (شريف حلومة، 2001/10/03) ولا ننسى بأنها أم لولدين،
والأمّ هي معرّفة قبل كل شيء حسب "مصطفى بوتفنوشت" كالمولدة (Génératrice)
، تلد وتنمّح السلالة (La descendance) لزوجها، ولها وضعيتين، كونها تلعب دورا
مزدوجا أولا تجاه عائلة (La ayla) زوجها وثانيا تجاه أطفالها (بوتفنوشت. م ،
(1982,M. BOUTEFNOUCEHT).

فتيحة توضّح لنا في خطاباتها بأنها كانت قبل إصابتها بهذا المرض نشطية وتقوم
بجميع أعمالها المنزلية مثلا كقولها: "كنت نبغي حاجة maniaque، قلبي حار، propre،
كان عندي وسواس نتع ménage...". أي : "كنت أحبّ كل شيء في مكانه، كنت
متطلّبة، قلبي يحرضني على النّظافة، كان عندي وسواس... (مقابلة15)، والآن جاء
هذا المرض منذ 08 سنوات الذي جعلها لا تؤدّي واجباتها بانتظام، وأحيانا لا تتممها
كليّا عند معاودة المرض لقولها: "الحاجة لي كرهتني في حياتي هي ما عنديش أمّ
تعاوني... plus المرض!" ، أو : "أولادي ما لقيتشي لي يرفدهم لي يوكلهم لي
يغسلهم....." أو : "des fois نفورسي على روحي وأنا عيّانة" أي: "الشيء الذي
ملل حياتي وأضجرني هو ليس عندي أمّ تساعدني... زيادة على

المرض!... (مقابلة 08) أو : "لم أجد أحداً

لهم... (مقابلة 10) أو: "أحياناً أجهد نفسي فوق طاقتي وأنا مريضة" (مقابلة 07).

فلاحظ أن كلّ هذه التصريحات ما هي إلاّ تعبير عن تأثر فتيحة بالمرض الذي عطّل دورها كأمّ ترعى أبنائها تخدمهم وتطعمهم، إذ أنّها دائماً بحاجة إلى الآخر ليساعدها في إنجاز أعمالها اليومية، مع العلم أن هذا الإختلال في الدّور قد وُلد لفتيحة إعادة النظر في صورة ذاتها والإحساس بالنقص الذي بدى جلياً من خلال خطاباتها عند قولها: "الزوج يبغى المرأة لي تطيب... المرأة الشمعة نتع الدّار" أي: "الزوج يحبّ المرأة التي تطبخ... المرأة هي شمعة المنزل" (المقابلة 14) أو: "واحد صحيح ما شي كيما واحد مريض" أي : "شخص متعافي ليس مثل شخص مريض" (المقابلة 15).

2-5/ معايشة فتيحة للصّراع:

من خلال المقابلات التي أجريناها مع فتيحة توصلنا إلى أنّها تتخبّط في صراعات كتهديد مكانتها بالطلاق من قبل زوجها، إذ ما فهمناه أنّها تواجه في آن واحد مشاكل الزوج من جهة، ومشاكل المرض والصّحة من جهة أخرى، وهذا ما يفسّر سبب دخولها المتزايد إلى المستشفى، إذ كما يوضّح كل من (جيوفاني.ق. D.GIOVANNINI ، ريسي بيتي.أ.ب. P.E.RICCI BITTI و آخرون ترجمة) رونجيون.ك C.RONGIONE، منسلي.ت T.MONACELLI، (1986)، إنّ إرتفاع نسبة الدّخول إلى المستشفى هو نتاج للمناخ العائلي المضطرب والمشاكل الصّحية، أيضاً فتيحة صرّحت لنا عن زوجها قائلة: "قالي راجلي ما نيش عايش كيما الناس" أي "قال لي زوجي بأنه لا يعيش كباقي النّاس" (مقابلة 10) أو : "الطبيبة قاتلي شفيتيني، أنت ماشي المرض دارلك هاك، عندك الهّم" أي: "أنت ليس المرض الذي فعل بك هكذا ، إنّما الهوموم والمشاكل... (المقابلة 12) أو: "أنا الهّم لي بيّا ما شي المرض" (مقابلة 12).

من خلال هاته التصريحات نلاحظ، أن ما زاد وساعد في تطور المرض عندها، خصوصا عند تويخ الزوج لها، وعندما يقلل من شأنها ولا يحترمها، وكذلك عندما يحسها بأن جسمها هو جسم معطل تالف (Endommagé)، فهذا يوئد لها حتما تقدير ذات سلبى وبالمناسبة إن كل من "سيقلر" (Seigler) أو "أسموند" (Osmond) عام 1979 قد وضخوا كيف أن كل من العائلة، الزوج، الأصدقاء يساهمون في تويخ (blâmer) المرضى وفي تحسيسهم بأنهم فعلا مريضين، ولا يتركون لهم أي مجالا للنسيان (فيشر.ق.ن. FISCHER، 2002) ولهذا المرضى المزمينين يتجنبون غالبا، أن يفكروا أو أن يحسوا بالألم (Le mal)، ويدعون بأنهم على ما يرام (aller bien) على أحسن حال ويبدون واجهات فرحة (فيشر.ق.ن. FISCHER، 2002)

وذلك لإجتناظ نظرات الآخر المرسله إليهم، مثلا عندما تقول لنا فتيحة: "des fois نفورسي على روجي ونخدم ménage وأنا مكملة" (مقابلة 09) أي: "أحيانا أجهد نفسي وأقوم بالأعمال المتزلية وأنا مريضة" أو: "كي نبكي ما نبكيش قدام أولادي ولا راجلي... نبكي بوحدى"، أي: "عندما أبكي، لا أبكي أمام أولادي ولا أمام زوجي... أبكي بمفردى" (مقابلة 15).

إلا أن بالرغم من كل هاته التصريحات، يبقى المرض يحتل المرتبة الأولى ضمن مشاغل وصراعات فتيحة، وخصوصا يعتبر العامل الرئيسي الذي يسبب تزعزع صورة الذات، علما أننا لا ننكر دور الآخر أيضا في المساهمة في اضطراب صورة الذات.

وإذا ذهبنا إلى منظور التحليل النفسي (Psychanalytique) فإن فتيحة تعيش في صراع نتيجة تعارض وتعاكس مطالب القوى الداخلية (exigences internes des forces antagonistes) والدافع (La poussée) النزوي (Pulsionnelle) الذي مصدره

التزوة والتزوة بدورها أصلها هو الإثارة الجسد

أدى حتما إلى هذا الصّراع الذي تعيشه فتيحة. (شابرت. ك ، 1998C.CHABERT)

2-6/ التغيرات الجسمية التي أحدثتها المرض:

الجسد كان معرّفا قديما عند الإغريق كعكاس للنفس (الروح) وككلمة لجثة (cadavre) (آسون.ب.ل، PL ASSOUN, 1997) وإنه معرّف أيضا حسب "بيرنار لقرند" (LEGRAND Bernard) مثل: "التبرج" (Attifé)، التصنع التكلّف (Apprêté) ومنتظم (Discipliné) ، الذي يظهر في الظروف الإجتماعية... واللباس هو يعتبر كمؤشر للذكاء موجه إلى ذلك المعنى الواسع الذي نسميه الجمهور (Public) (لقرند.ب ، B. LEGRAND، 1990، ص 21)

من هذا المنطلق إن الميولوم الخبيث المتعدد للعظام (Myélome multiple des os) قد سبّب لجسم فتيحة تغيرات على مستواه كالنحافة ، الإسمرار، تساقط الشعر، الإعوجاج ... إذ أن فتيحة تصرّح طوعيا وفي أغلب المقابلات ، بأنها لم تعد كما كانت عليه سابقا مثلا كقولها: "La maladie بدّلت كل شيء في حياتي توشاتي a vie أي: "المرض بدّل كل شيء في حياتي... (المقابلة01).

أو : "تكوني في صفة تولي في صفة أخرى étranger corps" أي : "تكونين في صفة تم تصبحين في صفة أخرى جسم غريب" (مقابلة03).

بالمقابل إن هاته التغيرات قد أحدثت قطيعة على مستوى الإحساس بالإستمرارية (La continuité) وتحقيق المشاريع المستقبلية - وفي نفس الوقت إنهما لم تحدث قطيعة

على مستوى الإحساس بالهوية- و حسب "بيرو" (14) ، يتسبب في اضطرابات داخلية وخارجية للجسم، فالداخلية هي الإعتداء على الجسم في نسبة لإنتاج الخلايا الغير الناضجة، وتكاثرها بصفة غير عادية والذي ينتج عنها: النحافة، التقيؤ، تساقط الشعر، عدم الوقوف أو المشي لمدة طويلة، وأما الخارجية فيظهر هذا الاعتداء في العلاج الكيميائي والأدوية الأخرى (فيشر.ق.ن. FISCHER G.N.، 2002).

إن مرض "الميلوم الخبيث للعظام المتعدد" و الذي هو عبارة عن سرطان الورم النخاعي ويتميز بالتكاثر السريع للخلية الأثلية ، قد سبب لفتيحة إحباطات في ذاتها نظرا للإعتداءات التي تعرّض لها "الأنا الجلد" (Le moi peau) والتي تمّ من خلالها إختراق تلك الحدود الفاصلة بين الداخلة والخارج، وأنجر عنها في الأخير خلل على مستوى وظيفة حماية النفس.

2-7/ إستراتيجيات الهوية عند فتيحة:

في أغلب تصريحات فتيحة لاحظنا أنها تتأثر وتقاوم المرض من أجل البقاء ، مثلا عندما تقول لنا: "أتفاءل بالخير، غذي نتصل بالهاشمي espoir يمدي دواء نريّح عليه" أي: "أتفاءل بالخير، سوف أتصل بالهاشمي أمل أن يعطيني دواء أشفى عليه" (المقابلة 14) أو: "بلاك يخترعو دوا يشفي " أي "ربما يخترعون دواء يشفي" (مقابلة 15).

إذن فتيحة تقوم بما سمّاه "بولاك" (POLLAK) "بعمل الأمل" (Travail d'espoir) (آغزليش.ك C.HERZLICH ، آدم.ف. P.ADAM ، 2002) ، مع العلم أنّها تعيش في التّجاذب الوجداني (Ambivalence) بين الشكّ والإعتقاد مثلا عندما تقول: "des fois" "نجهل، إيمان ضعيف" أي: "أحيانا أجهل (ضلالة)، إيمان ضعيف" (مقابلة 13) أو:

" des fois نكره الدواء ونشك بلي قاع ما نريجي
لن أشفى " (مقابلة 13).

أما الاعتقاد مثلا عندما تقول: " des fois نقول هذا من اختيار الله سبحانه وتعالى، راه
ينقي فيا الذنوب " أي: "أحيانا أقول هذا من اختبار الله سبحانه وتعالى، فهو يصفيلي
ذنوبي" (مقابلة 12). فهنا نلاحظ أن إيمان فتيحة يقوى ويضعف وأنها تعتقد بأنها
ستشفى، في نفس الوقت هي تشك في عدم شفائها، وبالتالي فإن نمط تفكيرها هذا
هو عادي وحسب "دانيال أوينهايم" (HOPENHEIM Daniel) إن إنعدام التجاذب
الوجداني (Ambivalence) في نمط تفكير المريض هو غير عادي وإنه مقلق.

خطابات فتيحة كانت ممزوجة أيضا بالتبريرات التي أخذت حصة الأسد
كتصريحها مثلا في العبارة السابقة الذكر أو كقولها: "أختي هي لي دارتها بيّا، ما
مدتليش الدم، وكان راني ريّحت، أنا معدورة" أي "أختي هي المسؤولة والملامة أولى
عن تطور مرضي، لو أعطيتني دمها لكنت قد شفيت أنا معدورة" (المقابلة 11)
أو: "الصّحة غداّرة ماشي مضمونة" أي: "الصحة غداّرة وليست مضمونة" (المقابلة
10).

إن هذا المرض حسب تصريحات فتيحة قد منح لها الفرصة للتوبة النصوحة
والتساؤل حول قيمة الدنيا الفانية، إذ أنّها بعد خروجها من المستشفى في المرة الأولى
من دخولها، إرتدت الجلباب وكرّست أيامها في التعبد، وإقامة الصلوات والتدرّع إلى
الله سبحانه عزّ وجلّ أن يشفيها.

3/ إستنتاج حول فتيحة:

بناء على النتائج التي تحصلنا عليها من تحليل المقابلات وتأويلها، تبين لنا أن
فتيحة إستطاعت أن تتكيّف مع الوضعية المرضية، ومع مرور الوقت (8 سنوات

من المرض) تقبلت فكرة أنها مريضة سرطانيا،

التجربة المرضية هو متى الشفاء؟

ولعلّ أبرز ما غيرّه هذا المرض في حياتها هو مظهرها الجسمي، إذ أصبحت نحيفة وضعيفة، لا تستطيع إتمام أعمالها المتزلية بانتظام فهذا مازاد في إحساسها بالنقص، وتهديد مكانتها بالطلاق من قبل الزوج، وكذا اضطراب صورة ذاتها، إذ أن إتمام الأدوار بانتظام بوسعه أن ينمي الإحساس بتقدير الذات-إيجابيا-، وبالتالي يساهم في تكوين صورة الذات (بي BEE (H)، بويد BOYD, 2003).

فتيحة تولى إهتماما كبيرا لمرضها، إذ إنّه يحتلّ المرتبة الأولى ضمن تفكيراتها و وساوسها لقولها مثلا: "في الأول المحيط كان يؤثر عليّ mais درك لا... أي : "في الأول المحيط كان يؤثر عليّ، أما الآن فلا... " (المقابلة 15) ومع هذا إنّنا لا ننكر الدور الذي يلعبه الآخر في تزعزع صورة الذات المريضة.

إذن هذا المرض قد خلق لفتيحة صورة ذات مضطربة ومتزعزعة، أفقدها إحساسها بالاستمرارية وأكسبها تقدير سلبي لذاتها الذي بدى لنا جليا من خلال نرفزتها، إحساسها بالنقص وعدم إتمامها لأدوارها.

مناقشة عامة:

على ضوء الإستنتاجات المتحصّل عليها من قبل تصريحات الحالات, فإن أغليتهن في بداية مرضهن كانت إهتماماتهن تنصب خصوصا حول نظرة الآخر, وخوفهن من إرساله إليهنّ صورة سلبية كإعتبارهنّ كمثل ذلك الجسم الفاسد, الذي لا يؤدّي أدواره, و بالتالي كن يجهدن أنفسهن بالقيام بالأعمال المتزلية على حساب صحتهنّ, فنلاحظ أن مكاتهنّ مهذّدة من عدّة جوانب (الطلاق , الموت , عدم الإنجاب ..) خصوصا هذا ما نجده عند الحالة " أمينة " التي تقيم مع عائلة زوجها.

أما بعد تطور المرض فإنهنّ يجتزرن مرحلة الإهتمام بنظرة الآخر-المرسلة إليهنّ- و أصبحن يهتمن أكثر بمرضهن وبشفائهن, هنّ يتمنين العيش بصحّة جيّدة , لديهنّ الحنين الى الماضي (أين كنّ يتمتعنّ بها) وبالمقابل هنّ يفضلنّ أن يمتن بدلا من أن يصبحن عبئا ثقيلًا على أفراد العائلة فيصّرّحن بذلك: "الله يجعلها قد صحة قد العمر" و بالتالي فإننا نستنتج بأن تغيير صورة الذات و تززعها هي نتاج للمرض نفسه, خصوصا عندما يطول فإنّه يجتاز مرحلة الإهتمام بالصورة المرسلة من طرف الآخر (الزوج, الأبناء, باقي الأفراد.....).

الشفاء و العيش هما ضمان للإستمرارية و اجتياز عقبة عدم تحقيق المشاريع المستقبلية, و في هذه الحالة نحن لا ننفي ولا نهمل دور الآخر في اضطراب ذات المريضة من خلال إعطائه لها تمثّلات حول خطورة هذا المرض, فيكون بالتالي قد ساهم في هذا الإضطراب, و لكن نرى أن المرض هو الذي يُؤثّر أكثر على صورة الذات , فهو يحتل المرتبة الأولى ضمن مشاكل و تفكيرات المريضات .

ما يجدر الإشارة إليه وما لفت إنتباه

استراتيجيات جمالية لمواجهة الآخر, مثل الشعر المستعار ,وتزيين العين بأدوات التجميل... وهذا ما جعلنا نستنتج أن نظرة الآخر ما زالت تلعب دورا هاما عند المصابات (ولكن أقل من المرض), علما بأن الحالات تفضلن العزلة الاجتماعية ولديهن الاستعداد لعدم رؤية الأفراد وتقمّن معهم علاقات حميمية - كونهن يعشن الإحساس بالصدمة الذي يولد الإحساس بالهجر - كما وضّح بعض المؤلفين والباحثين الذين أشرنا إليهم في الفصل الرابع.

يصبح الإهتمام بصحتّهن ومرضهن المحور الرئيسي لإنشغالتهن، وبالمقابل يأتي أحيانا وقت يفضلن الإنقطاع عن تناول الأدوية ,ولكن هذا لا يدوم فيحاولن المثابرة من أجل الشفاء لرعاية أبنائهن بالدرجة الأول-أو للإنجاب- وإتمام دور الأمومة, أو ليكنّ في أحسن صورة أمام أزواجهن (القيام بدور الزوجة) وأمام عائلة أزواجهنّ (القيام بدور زوجة الإبن).

بخصوص إستعدادهنّ أو رغبتهنّ في أن لا يرو الآخرين أي العزلة الإجتماعية نحن لا نهمّل بأنهن بحاجة إلى الآخرين لمساعدتهن في القيام بأدوارهن, وأيضا للتعبير لهم عن مشاكلهن النفسية(كالتعبير لهم عن الألم) ولجلب انتباههم مثل الأخصائي النفسي... لأنهن يعانين من الإحباط المستمر الذي يتحول إلى غضب واندفاعية، وتردد وتقدير سلبى لذواتهن وتزعزع لهويتهنّ. وبالتالي نستنتج بأنّ المصابات بداء سرطان الدم لديهن صورة ذات متزعزعة ومضطربة ومتذبذبة يسودها الشكّ والاعتقاد (التجاذب الوجداني) وهي متأثرة أكثر بالمرض بحدّ ذاته -أكثر من التمثلات التي يمدها الآخر-.

الخاتمة

لقد كان من المهمّ أن نلفت النّظر إلى حقيقة مرض سرطان الدّم، الذي يؤدي إلى عدم التّوازن الدّاخلي و الخارجى - فبالتالى يدفع المصاب به إلى تبني نمط جديد في العيش-، و يتسبّب في اضطرابات الصّورة الجسمية، الأمر الذي يزيد من الإحساس بالنقص، و المثابرة من أجل الشّفاء ومن أجل إيجاد إستراتيجيات هويّة تغطي ذلك النّقص، وليبدون في أحسن صورة أمام الآخرين (كالشعر المستعار....) و لذلك يقول "بولاك" (POLLAK) إنّهُ "عمل الأمل" (Travail d'espoir) (آغزليش.ك C.ERZLICH ، آدم.ف. P.ADAM ، 2002) . ما يمكن الإشارة إليه أن تقدير الذات عند المريضات سرطانيا يكون منخفضا فيعبرن عنه من خلال العزلة ، الإحباط ، الغضب ، القلق.... مما يؤدي إلى اضطراب صورة الذات إضافة إلى تحطّم الهوية الشخصية السّابقة ، أي اكتساب هوية جديدة.

بالنسبة للدّور (الذي يصبح معطّلا)، المريضة لا يمكنها القيام بواجباتها بانتظام بسبب معاودة المرض (la rechute) فهو عامل يزيد من درجة انخفاض تقدير الذات، لأن كما يقول " تاب.ب " (P TAP) " نحن نكون بما نقوم به من عمل " (nous la réalisation de soi par) أو "تحقيق الذات بالفعل " (somme se que nous faisons) (بوربلان .ج.ر.ك . R.J.C BORBALIN ، هالبران..c HALPERIN. ، 2004 ، ص18). خصوصا و كما نعلم فإن هؤلاء المريضات يعشن في تفاعل مع نظرة الآخر، الذي ينتظر منهنّ إتمام أدوارهنّ ، لذلك فإن "إريك اريكسون" (Erik ERIKSON) يصرّح بأن هويّة الأفراد تسمح لهم بالإحساس بالرضا و الإرتياح في أي مكان، بحيث يستطيع الفرد أن يتحصّل على تقدير المجتمع ، و إن التّقدير السّلبى للذات يولّد القلق ، التوتّر و أكثر عرضة للإنتقاد من طرف الآخرين.

العدوانية ، الغضب ، الإحباط و القلق الذي
منهن إستعمال آليات دفاعية -المذكورة في الفصل 04-لتخفيض درجة القلق ، النقص
و اضطرابات أخرى .(جون لابلانث و بونتاليس، ترجمة مصطفى حجازي، 1985)
في الأخير إن اضطراب صورة ذات المصابات بداء سرطان الدّم راجع إلى هذا
المرض في حدّ ذاته و إلى التّمثلات التي يمدّها الآخر ، وكذا إلى تلك النّظرة السّلبية التي
قد يوجّهها إلى المريضة ، في حين إنّ المحتوى الثقافي الإجتماعي يسمح بتشكيل نظام
من التّمثلات حول هذا المرض في كونه مرعب ليس كبقية الأمراض، ومرتبطة بالموت
وبذلك، فإن ثقل هاته التّمثلات تعتبر كعاملا مؤثرا على صورة الذات سلبيا، و بالتالي
تصبح صورة الذات مصدرا للمعاناة ولعدم تكيف المريض .

الإسهامات العلميّة:

لقد ساهمت هذه الدّراسة من معرفة ما مدى تأثير صورة الذات عند المرأة بعد اصابتها بسرطان الدّم، و ذلك انطلاقاً من التغيّرات التي تعيشها على المستوى العضوي المستوى النفسي (الألم العلاج الكيميائي و انعكاساته التوتر العزلة...) ، ولهذا وبناءً على ما توصلنا إليه من نتائج، يمكننا القول:

إنّ دراستنا تناولت شريحة النّساء المتزوّجات ، إلّا أنّه بإمكان هذا البحث أن يثري من خلال اجراءه دراسة مقارنة بين المصابين بسرطان الدّم من جهة مع نساء متزوّجات و غير متزوّجات وكذلك بين الجنسين (نساء ورجال) ،لمعرفة الاختلافات في مدى تأثر صورة الذات والكشف عن العوامل الأخرى المتسبّبة في تدهور هذه الصورة.

إنّ المرأة المصابة بسرطان الدم هي ضحيّة للمعتقدات الثقافية في مجتمعنا ،فإذا كان المرض قدرها فما يزيد من اغترابها عن ذاتها هو نظرة الآخر إليها وكأنها هي التي سطرّت هذا القدر ،على انها المسؤولة الوحيدة على وضعيتها الجديدة ،بحيث تصبح مجرد ذات موضوع (Soi Objet) و مدمّر.

ما تجدر الإشارة إليه أنّه من خلال تجربتنا الميدانية الصّغيرة ،أتضح لنا أنّ المريض في حاجة إلى طاقم يضمّ مختلف الاختصاصات (طبيب ،الأخصائي النفسي ، الأخصائي الاجتماعي....) قصد إعادة تكيفهم مع وضعيتهم الجديدة وذلك بحكم أنّ التمثّلات التي استمدّها الفرد عن مرضه هي نتاج تفاعل عدّة جوانب (المعاش البيولوجي النفسي ،و الاجتماعي...).

قائمة المراجع

1- قائمة الكتب باللغة العربية :

1-1 الكتب:

- 1- مورس. (أ)، (1996)، منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية، ترجمة بوزيد صحراوي، بوشارف كمال وسعيد سبعون، مراجعة ماضي مصطفى، (2004)، دار القصبه للنشر، الجزائر.
- 2- سيقموند. (ف)، الكفّ و العرض والقلق، ترجمة محمد عثمانى نجاتي، (1997)، 3 ط، د.م.ج... .
- 3- عبد المعطي. (ح-م)، (1998)، موسوعة علم النفس العيادي علم النفس الإكلينيكي، دار قباء، القاهرة.
- 4- خير الزراد. (ف-م)، (2000)، الأمراض النفسية -جسدية أمراض العصر، ط 1، دار النفائس، بيروت.

2-1 المعاجم :

- 1- لاباننش. (ج) و بونتاليس. (ج-ب)، (1967)، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفى حجازي، (1985)، ط 1، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 2- الإدريس. س، (2007)، المنهل، قاموس فرنسي عربي، ط 38، دار الآداب، بيروت.

3-1 المجالات

- 1- سليمان. (ب)، المعنى الإلتماعي للمرض، مجلة العلوم الانسانية، جامعة منتوري قسنطينة، عدد 20 ديسمبر، 2003، صص 31-40.

2- قائمة المراجع باللغة الفرنسية :

2-1/الكتب :

- 1- ABRIC. (J-C), (2003), Psychologie de communication théories et méthodes, 2^{ème} ed, Armand colin, Paris.
- 2-AEBISCHER. (V), (1998), Le groupe comme lieu d'intégration, s/d d'AEBISCHER. (V), OBERLE. (D), Le groupe en psychologie sociale, 2^{ème} ed, Dunod, Paris.
- 3-ANDRIEU. (B), (1993), Le corps dispersé, l'Harmattan, Paris.
- 4-ANZIEU. (A), (1989), La femme sans qualité, Esquisse psychanalytique de la féminité, 1ed, Dunod, Paris.
- 5-ANZIEU. (D), (1976), Principaux phénomènes de groupe, s/d d'ANZIEU. (D) MARTIN. (J.M), La dynamique des groupes restreints, 5^{ème} ed, Presse universitaires de France, Paris.
- 6-ANZIEU. (D), (1985), Le moi peau, Dumod, Paris.
- 7-ANZIEU. (D), (1999), Le groupe et l'inconscient, 3^{ème} ed, Dumod, Paris.
- 8-ASSOUN. (P-L), (1997), Leçon psychanalytiques sur corps et symptôme climatique du corps, tome01, Economica, Paris.
- 9-BALDOUNI. (F), Comportement.et.maladie, s/d de BALDOUNI. (F) et TROMBINI. (G), La psychosomatique, l'équilibre entre corps et esprit, (trad de l'italien par CHEMOUNI. (J) ,2005.), Puf, Paris.
- 10-BATAILLE. (PH), (2003), Un cancer et la vie, Balland, Paris.
- 11-BEE (H) et BOYD (D), (2003), Psychologie du développement (des ages de la vie), 2^{ème} éd, de boeck, France.
- 12-BERGER. (M), (1996), Les troubles du développement cognitif approche thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent, Dumod, Paris.
- 13-BERGERET. (J), (1979), Abrégé de psychologie pathologie, Masson, Paris.

èse, Casbah édition, Alger.

- 15**–BOURDIN. (D), (2002), Les jeux du normal et du pathologique des figures classiques aux remaniements contemporains, Armand Colin, Paris.
- 16**–BOUTEFNOUCHET. (M), (1982), La famille Algérienne, Evolution et caractéristiques récentes, 2^{ème} ed, Sned, Alger.
- 17**–BRASSAC (CH), (2006), La réception de GH MEAD en psychologie sociale francophone réflexion sur le paradoxe, Paris.
- 18**– VARET.(B), (2000), Hématologie, médecine sciences, s/d de LEMAIRE. (F) et VARET.(B), le livre de l'interne, 3^{ème} ed, Flammarion, Paris.
- 19**–BURLOUX. (G), (2004), Le corps et sa douleur, Dunod, Paris.
- 20**–CASTELLAN. (Y), (1977), Initiation à la psychologie sociale, 4^{ème} ed, Armand Colin, Paris.
- 21**–CHABERT. (C), (1998), Psychanalyse et méthodes projectives, Dunod, Paris.
- 22**–CHAVELIN. (D), (1987), L’Affirmation de soi, Applications pratiques, Entreprise Moderne, 4^{ème} ed, éditien et librairies techiques, Paris.
- 23**–CELERIER. (M-C), (2003), Psychothérapie des troubles somatiques, Dunod, Paris.
- 24**–CERCLE. (A), (2002), Le groupe, s/d, de CERCLE. (A) et SOMAT. (A), La psychologie sociale, Cours et Exercices, 2^{ème} ed, Dunod, Paris.
- 25**–CLAUTIER. (R), (1996), Psychologie de l’adolescence, 2ième ed, Gaétan Marin éditeur, Moréal.
- 26**–CLAUTIER. (R) et RENAUD(A), (1990), Psychologie de l’enfant, Gaétan Marin, Canada.
- 27**–COSLIN. (P), (2002), Psychologie de l’adolescence, Armand Colin, Paris.
- 28**–DE SAINT PAUL. (J), (2004), Estime de soi, Confiance en soi, 2ième ed, Dunod, Paris.
- 29**–DESCHAMPS. (J-C), (1978), Définition de soi et identité sociale, s/d de DOISE (W) et DESCHAMPS. (J-C) et MUGNY. (G), Psychologie sociale expérimentale, Armaud Colin, Paris.
- 30**–DES FORT. (J), (2003), Violences et corps des femmes du tiers-monde, ANEP, Alger.

gie de la famille cotemporaine, 2ième ed,

Armand colin, 2^{ème} ed, Paris.

32–FAINZANG. (S), (1989), Pour une Anthropologie de la maladie en France, un regard africaniste, EHESS, Paris.

33–FAMOSE. (J-P), (2002), Le concept de soi global, s/d de FAMOSE. (J-P) et GUERIN. (F), La connaissance de soi en psychologie de l'éducation physique et du sport, Armand Colin, Paris.

34–FISCHER. (G-N), (2003), Les Blessures psychiques la force de Revivre, Odile Jacob, Paris.

35–FISCHER. (G-N), (2005), Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, 2^{ème} ed, Dumod, Paris.

36–FREUD. (S), (1946), Métapsychologie, Traduction au Français par Jean La planche et J.B. Pontalis, (1968), Gallimard, Paris.

37–GALIMBERTI. (U), (1998), Les raisons du corps, Grasset Mollat, Paris.

38–GANTHERET. (F), (1976), L'image du corps, s/d de GATEHRINE (B.C) et

39–GANTHERET. (F) et MERIGOT. (B), La psychanalyse encyclopoche, Librairie Larousse, Paris.

40–GIOVANNINI. (D), Psychologie et pratique sanitaire, s/d de GIOVANNINI. (D), RICCI.BITTI (P-E), SARCHIELLI. (G), SPELTINI. (G), Psychologie et santé, (Trad au français par RONGIONE. (C) et MONACELLI. (T) ,1986), Mardaga, Bruxelles.

41–GROS. (M), (1996), Les maux de l'autre, la maladie comme objet anthropologique, L'Harmattan, Paris.

42–Harrison (TR), (1972), Principes de médecine interne, tome II, 6^{ème} ed, Flammarion, Paris.

43–HERZLICH. (C), (1970), Médecine maladie et société, ed Mouton, Paris.

44–HERZLICH. (C), (2005), Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale, 4^{ème} ed, l'Ehess, Paris.

45–HERZLICH. (C), (1994), Les maladies dans l'histoire des sociétés, s/d d'ADAM. (PH), HERZLICH. (C), Socilogie de la maladie et de la Médecine, Nathan, Paris.

- er à l'adolescence, s/d de GEISSMAN (C) et HOUZEL (D), l'enfant, ses parents et le psychanalyste, Boyard, Paris.
- 47-JODELET. (D), (1997), Les représentations sociales, 5^{ème} ed, Puf, Paris.
- 48-KAES. (R), (2004), L'appareil psychique groupal, 2^{ème} ed, Dunod, Paris.
- 49-L'ECUYER. (R), *Le concept de soi*, 1ère ed, PUF éditions, 1978.
- 50-LEFEVRE. (J), (2004), Internat Mémoire, fiches de synthèse illustrées, 3^{ème} ed, Vernazobres- Grego, Paris.
- 51-LEGRAND. (B), (1990), L'image de soi ou la communication réussie, Marketing, Paris.
- 52-LIPIANSKY. (E-M), (2005), Psychologie de l'identité : soi et le groupe, Dumod, Paris.
- 53-LEYENS. (J-P), (1979), Psychologie sociale, 4ième ed, Pierre Mardaga éditeur, Bruxelles.
- 54-MAREAU. (C), (2007-2008), Réussir son 1^{er} cycle en psychologie, Dyrana, Paris.
- MARTINOT. (D), (2002), Le soi les approches psycho sociales, Puf, Grenoble.
- 55-MILES. (M-B), (1994), Notre conception de l'analyse qualitative, s/d de MILES. (M-B) et HUBERMANE.(M), Analyse des Données qualitative, trad au français par RISPAL. (H-M) et révision scientifique de BONNIOL. (J-J), (2003), 2ième ed de boeck,Paris.
- 56-MOSCOVICI. (S), (1990), Psychologie sociale, 3 ième ed, Puf, Paris.
- 57- MOSCOVICI. (S), (1994), Psycho-sociale des relations à autrui, Nathan, Paris.
- 58- MESSERSCHMITT. (J), (1982), Ma Médecine contre la santé, Dubard, Paris.
- 59-MOULIN. (M), (2005), Féminités adolescentes, Itinéraire personnels et fabrication des identités sexuées, presses universitaires de France, Paris.
- 60-POUSSIN. (G), (2004), La fonction parentale, 3ième ed, Dunod, Paris.
- 61-RACANIER. (P-C), (2007), Le moi et le soi, la personne et la psychose (essai sur la personnalition1965), Masson, Paris.
- 62-RAZANI (D) et DELVAUX (N), (1994), Psycho-oncologie, Masson, Paris.

en crise approche systémique des relations

humaines, George, Paris.

64–SCHILDER. (P), L'image du corps, étude des forces constructives de la psyché, (Trad en français par GANTHERET François et TRUFFERT. P Paul, 1968), Gallimard, Paris.

65–SCHWEITZER. (M-B), (2002), Psychologie de santé, modèles, concepts et méthodes, Dunod, Paris.

66–SEGAL. (H), (1983), Introduction à l'œuvre de Mélanie KLEIN, 5^{ème} ed, (trad par RIBEIRO. (E), HAMELKA. (G-P) et GOLDBERG. (J), 1969.), Puf, Paris.

67–STIECHEN. (R), (2003), Dialèctique du sujet et de l'individue, 2^{ème} ed, Academia Bruylant, Belgique.

68–STOETZEL. (J), (1963), La psychologie sociale, Flammarion, Paris.

69–STOETZEL. (J), (1978), La psychologie sociale, Flammarion, Paris.

70–STURDIVANT. (S), (1980), Les femmes et la psychothérapie, une philosophie féministe du traitement, Pierre Mardaga, New York.

71–TAP. (P), TARQUINIO. (C) et SORDES-ADER. (F), (2002), Santé, Maladie et Identité, s/d de FISCHER. (G-N), Traité de psychologie de la santé, Dumod, Paris.

72–TAP. (P), (2004), Marquer sa différence identité, Sciences humaines, France.

73– TOURETTE. (C) et GUIDETTU. (M), (2002), Introduction à la psychologie de développement du bébé à l'adolescent, 2^{ème} ed, Armand Colin, Paris.

74–TOUSIGNANT. (M), (1992), Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques, 1^{ère} ed, Puf, Paris.

75–VINSONNEAU. (G), (2002), L'identité culturelle, Armand Colin, Paris.

76–ZAZZO. (R), (1997), Le paradoxe des jumeaux, ed Stock/ Laurence Permond, Paris.

2-2 / المعاجم والموسوعات :

- 1-ALBAIN. (M), (1998), D ictionnaire de la sociologie in encyclopédia -1 universalis, Paris.
- 2-AKOUN. (A) et ANSART. (P), (s/d), (1999), Dictionnaire de sociologie, ed le Robert /seuil, Paris.
- 3- CHEMAMA. (R) et VANDERMERSCH. (B), (2003), Dictionnaire de la psychanalyse, Larousse / vuef, Québec.
- 4-DE MIJOLLA. (A), (s/d), (2005), Dictionnaire International de la psychanalyse, Hachette Littératures, Paris.
- 5-DURON. (R) et PAROT. (F), (1991), Dictionnaire de psychologie, Puf, Paris.
- 6-La PLANCHE. J) et PONTALIS. J-B), (1967), Vocabulaire de la psychanalyse, 1^{ère} ed, Puf, Paris.
- 7-Encyclopedia universalis, (2004), Tumeur cérébrale, Paris. -2
- 8-MARZANO. (M), (s/d), (2007), Dictionnaire du corps, Quadrige-Puf, Paris.
- 9-MUCCHIELLI. (A), (1996), Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales, Armand Colin, Paris.
- 10-SILLAMY. (N), (1999), Dictionnaire de psychologie, Larousse HER, Paris.

2-3 / المجلّات :

- 1-CHERIF (H), Définition de soi et paradoxes culturels : Approche comparative entre jeunes filles issues de l'immigration algérienne en France et jeunes filles algériennes, in Carrefours de l'éducation, Oran, n : 23, Janvier – juin, 2007, pp 170-185.

et genre : Le cas des étudiants de

l'université d'Oran, s/d de CHERIF. (H) et MONCHAUX. (PH), Adolescence
Quels projets de vie?, Amerdhil, Alger, pp13-33.

3-CHERIF. (H), Role féminin et masculin dans le jeune couple ; Quels
changements avec les femmes qui travaillent? In revue de Psychologie,
problématiques de l'adolescence, SARP, Alger, n° 14,2007-2008, pp169-182.

4-LIPIANSKY. (M.E), L'identité personnelle, s/d de et BORBALIN J-C-R),
HALPERIN. (C), Identité(s), L'individu, le groupe, la société, sciences humaines,
France, (1998), pp21-29.

5-Ruano (B), La construction de l'identité, s/d BORBALIN J-C-R), HALPERIN.
(C), Identité(s), L'individu le groupe, la société, sciences humaines, France,
2004, pp1-10.

2-4 / الرسائل :

1- CHERIF. (H),(1999-2000), La représentation du travail et l'image de soi chez
l'ouvrière de l'électronique, Thèse de Doctorat d'état en psychologie
sociale,département de psychologie et sciences de l'éducation, Sénia, Oran.

2-FSIAN. (H), (2005-2006), Identité féminine-identité masculine-Apropos des
relations hommes/femmes en Algérie, Thèse de doctorat d'état, Département
de psychologie et sciences de l'éducatons, Faculté des sciences sociales,
Université de Sénia, Oran.

2-5 / موقع الانترنت

1-http :www .e-santé-be /information-Leucémie-Lymphome-Cancer-sang/
Prév

الملاحق

دليل المقابلة

1/ الأسئلة التي تدور حول محور المرض (لنكشف بها عن مامدى تأثيره على صورة الذات)

1- فاق عرفو بلي عندك هذا المرض لي قتليلي عليه ؟

أي : متى كان تشخيص هذا المرض ؟

2- شكون لي علمك بلي عندك هذا المرض ؟

أي : من أعلمك بهذا المرض ؟

3- كيفاش صرالك كي عرفتي بالخبر ؟

أي : ماذا كان ردّ فعلك عند علمك بالتشخيص ؟

4- تبغي نزيد نكمل الهدرة على المرض ؟

أي : هل تحبين أن نتابع الكلام عن المرض ؟

5- واش لي جاك صعب في هذه التجربة ؟ و علاش هديك بدّات ؟

أي : ماهو الشيء الذي بدى لك جد صعب في هذه التجربة ؟ لماذا هو

بالضبط ؟

6- واش دارلك هذا المرض و كيفاش راك تحسّي بيه ؟

أي : ماهي التغيرات التي تسبب لك فيها هذا المرض و كيف تحسّين به ؟

7- كانت عندك فكرة عليه قبل ما تمرضي بيه ؟ واش كنت تعرفي عليه ؟

أي : هل كانت لديك فكرة عن هذا المرض من قبل ؟ كيف كانت تمثلاتك

حول هذا المرض سابقا ؟ لماذا ؟

8- كي عرفتي بلي راک مريضة بيه حوّستي تعرّيتي و
أي : عندما أدركت أنك مصابة به هل حاولتي أن تعرفي ماهو ؟

9- واش هو المرض نتاعك عرفيهلي ؟

أي : عرفني لنا بالضبط ماهو المرض الذي تعانين منه ؟

10- شكون لي قالك بلي هذ المرض يكتل ؟

أي : من قال لك بأنه قاتل ؟

11 تبغي نكملك الهدرة على المرض ؟

أي : هل تحبين أن نتابع الكلام عن المرض ؟

12- واش تخمي في أغلب الأوقات ؟

أي : في أغلب الأوقات فيما تفكرين ؟

2/ الأسئلة التي تدور حول محور دور الاخر في التجربة المرضية (لنكشف بها عن
مامدى تأثيره على صورة الذات)

1- المعاملة نتع زوجك تبدّلت عليك ملي مرضتي ؟ كيفاش ؟

أي : هل حدث تغييرا على مستوى معاملة زوجك لك منذ مرضك ؟

2-و المعاملة نتع ختانك تحسّي بلي تبدّلت عليك ؟

أي : و على مستوى أسرة زوجك هل تحسّين بأنه حدث فيها تغييرا ؟

3- كيفاش ما علا بلاكش بيهم ؟

أي : كيف لا تبالين بهم ؟

4- مع من تحكي المشاكل نتاعك ؟

أي : مع من تتبادلين الحديث عن مشاكلك ؟

5- كايين مواقف لي يزغفوك فيها أفراد العائلة

أي : هل يوجد مواقف تثير أعصابك يتسبب فيها أفراد العائلة ؟ ما هي ؟

6-تبغي تكويني وحدك ؟

أي: هل تجبذين البقاء لوحدهك ؟

7-تبغني تحكي كترا مع مريض كيما نتيا ؟ علاش ؟

أي : هل تحبين الكلام أكثر مع مريض مثلك ؟

8-تدخلني الحمام ؟ لماذا ؟

أي : هل تذهبين للاغتسال في الحمامات ؟ لماذا ؟

9-هل نظرة الآخر مثلا الشفقة تنارفيك ؟

أي : هل نظرة الاخر مثلا الشفقة تثير غضبك ؟

10-شكون لي تحسبه بيغيك ؟

أي : من تحسين بأنه يجبك ؟

11-شكون من أفراد العائلة اللي تشوفي بلي عنده شخصية قوية و مميزة و تبغي

تكون كيفه ؟

أي : من أفراد العائلة ترينه بأن لديه شخصية قوية و مميّز و تحبين أن تكويني

مثله ؟

12-كيفاش كانت المعاملة نتاع العائلة معاك من بعد ما خرجتي من السبيطار ؟

-تبدلت المعاملة نتاعهم معاك ؟

أي : كيف كانت معاملة أفراد العائلة معك من بعد خروجك من المستشفى ؟

وهل تبدت معاملتهم معك ؟

3/ الأسئلة التي تدور حول صورة الذات

صورة ذاتها):

- 1- واش تحكين (أ) عن روحها ؟ شكون هي (أ) ؟
أي: ماذا تحدثنا (أ) عن ذاتها ؟ من تكون (أ) ؟
- 2- المرض هذا بدلك ؟ مارا كيش كيما كنت ؟ علاش ؟
أي: هل بدلك المرض ؟ لماذا ؟
- 3- كيفا شراك تحسي بالجسم نتاعك درك ؟ مافهمتش علاش ؟
أي : كيف تحسين أو تدركين لجسمك الان ؟
- 4-علاش تحسّي روحك ناقصة ؟ مافهمتش ؟
أي : لماذا تحسّين بالنقص ؟
- 5-أنت منارفايا ؟ علاش ؟
أي : هل أنت عصبية ؟
- 6-فاوق و أنت منارفايا غي من المرض و لا ما قبل ماتمّرضي ؟
أي : منذ متى و أنت عصبية ؟ هل منذ ظهور المرض أم من قبل ؟
- 7-علاش تتنارفايا خفّا ؟ واش هي الحاجة لي تخليك تتنارفايا خفّا؟
أي : لماذا تتعصّبين سريعا ؟
- 8-توري شعرك للناس ؟ علاش ؟
أي : هل تظهرين شعرك للناس ؟ لماذا ؟
- 9-وراجلك توريهله ؟ علاش ؟
أي : وزوجك ؟ لماذا ؟
- 10-ما خممتيش في الأسباب لي وصلاتك لهذا المرض ؟ كيفاش ؟

أي : هل فكرتي في الأسباب التي سببت لـ

التغيرات الجسمية ؟

11-حكينا واش راك باغيا تحققي في المستقبل ؟واش تتمناي تانيك ؟ علاش ما

تحقتش؟

أي : ماهي مشاريعك المستقبلية ؟ ماذا تتمنين كذلك ؟ لماذا لم تتحقق؟

12-حكينا على Les souvenirs الملاح التي تتفكرهم ؟

أي : أحكي لنا عن الذكريات الجميلة التي حصلت لك والتي مازلت تتذكرينها

حتى اليوم ؟

4/الأسئلة التي تدور حول محور اختلال الدور (لنكشف بها عن ما مدى تأثير

عدم انجاز الأدوار على الصورة الذات):

1- راك تخملي و ديري ménage ؟ علاش ؟

أي: هل تقومين بأعمالك المتزلية ؟ لماذا ؟

2- صرالك وين كنت مريضة و فورصيتي على روحك باش تخدمي ménage ؟

علاش؟

أي : هل وقع لك أنك كنت مريضة و أجهدي نفسك في القيام بالأعمال المتزلية

؟ لماذا ؟

3- حكي لي واش كنت ديري قبل المرض ؟ و درك كيش راك ؟

أي: إحكي لنا عما كنت تقومين به من أعمال قبل مرضك ؟ و الآن بمادا

تقومين ؟

4- كيما تخمليش و ما ديريش أعمال البيت كيفاش تحسي روحك ؟ تديرونجاي ؟

حكينا علاش ؟

أي: عندما لا تقومين بأعمال البيت و أ

؟ إحكى لنا ؟

5- شكون يعاونك في شغل الدار ؟

أي: من يساعدك في أداء الأعمال المنزلية ؟

6- كيفاش تحسي روحك كي تشوفي أفراد العائلة يعاونوك ؟

أي: ما هو إحساسك و أنت ترين أفراد العائلة يساعدونك في إنجاز الأعمال
المنزلية ؟

7- Est-ce que راك تحسّي بلي راك تقصّري في الوظائف نتاعك اتجاه راجلك ؟

أي: هل تحسين بأنك مقصّرة في إتمام وظائفك اتجاه زوجك ؟

8- هل تؤثر نظرة الزوج فيك ؟ déjà هذه النظرة راها إيجابية و لا سلبية ؟ و
كيف تؤثر فيك ؟

أي: هل تؤثر نظرة الزوج فيك ، هل هي إيجابية أم سلبية ؟ و كيف تؤثر فيك ؟

9- راك تضربي حساب للناس لخرين كي تقومي بكاش دور ؟

أي: هل تقيمين حساب للآخر في تأديتك لدورك ؟

10- كي تشوفي أولادك يبكيو عليك و لا يشوفو فيك هاديك النظرة نتع الشفقة
هل تؤثر فيك ؟

أي: عندما ترين أولادك يبكون عليك أو ينظرون إليك نظرة شفقة ، هل تؤثر
فيك ؟ لماذا ؟