



جامعة وهران 2
كلية العلوم الاجتماعية

أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه في العلوم

في علم النفس العيادي. مدرسة دكتوراه. تخصص: دراسات الجماعات والمؤسسات

صورة الذات وتمثلات سرطان الدم عند نساء جزائريات مصائب به

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

السيدة: بطواف جليلة

أما لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة وهران 2	أستاذة التعليم العالي	رحاوي كحلولة سعاد
مقررا	جامعة وهران 2	أستاذة التعليم العالي	شريف حلومة
مناقشا	جامعة مستغانم	أستاذ محاضر "أ"	ميموني مصطفى
مناقشا	جامعة سيدي بلعباس	أستاذ محاضر "أ"	حلوش مصطفى
مناقشا	جامعة سيدي بلعباس	أستاذ محاضر "أ"	منصوري زاوي
مناقشا	جامعة وهران 2	أستاذ محاضر "أ"	فراحي فيصل

السنة: 2017 - 2018



جامعة وهران 2
كلية العلوم الاجتماعية

أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه في العلوم

في علم النفس العيادي. مدرسة دكتوراه. تخصص: دراسات الجماعات والمؤسسات

صورة الذات وتمثلات سرطان الدم عند نساء جزائريات مصابات به

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

السيدة: بطواف جلييلة

أمام لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة وهران 2	أستاذة التعليم العالي	رحاوي كحلولة سعاد
مقررا	جامعة وهران 2	أستاذة التعليم العالي	شريف حلومة
مناقشا	جامعة مستغانم	أستاذ محاضر "أ"	ميموني مصطفى
مناقشا	جامعة سيدي بلعباس	أستاذ محاضر "أ"	حلوش مصطفى
مناقشا	جامعة سيدي بلعباس	أستاذ محاضر "أ"	منصوري زواوي
مناقشا	جامعة وهران 2	أستاذ محاضر "أ"	فراحي فيصل

السنة : 2017 - 2018

كلمة شكر

الحمد لله سبحانه وتعالى الذي كان عوناً لنا في إتمام هذا العمل العلمي، نتقدم بالشكر

الكبير إلى:

الأستاذة شريف حلّومة على إشرافها على هذا العمل، فكانت بالنسبة لنا السند والعون ومصدر التوجيهات والنصائح والمعلومات.

نتقدّم بالشكر إلى الوالدين الكريمين وإلى الجدّتين أطال الله في عمرهنّ وإلى كلّ المرضى الذين تعاملنا معهم.

نتقدّم بالشكر والامتنان إلى الأستاذ المؤسس للمدرسة الدكتورالية: الأستاذ كحلولة مراد وكذا

الأستاذة رحاوي كحلولة سعاد، الأستاذ عقباني زكرياء، الأستاذ فراحي فيصل، الأستاذ فسيان حسين، الأستاذ منصور زواوي، الأستاذ حلوش مصطفى والأستاذ ميموني مصطفى، كما نتقدّم بالشكر إلى البروفيسور توهامي الحاج وإلى البروفيسورة الخبيرة دونيس جودلي وإلى كلّ الأطباء والأخصائيين النفسانيين وكلّ الإداريين بجامعة وهران 2: محمّد بن أحمد.

إلى كلّ من ساعدني في إنجاز هذا العمل...

إهداء

خاص إلى الوالدين الكريمين أطال الله في عمرهما، إلى جدّتي وكلّ أجدادي، أهدي عملي إلى أستاذتي شريف حلومة متمنية لها كلّ الصّحة والازدهار، أهدي عملي إلى كلّ المرضى متمنين لهم الشفاء العاجل.

أهدي عملي إلى كلّ إخوتي عيسى، دنيا وخاصة منال. إلى عقباني زكرياء وكلّ الأطباء، إلى خلفون أسماء، إلى رئيس قسم علم النفس بجامعة سيدي بلعباس، وكلّ أساتذة جامعة سيدي بلعباس وجامعة وهران 2.

أهدي عملي إلى كلّ أساتذة لجنة المناقشة وإلى كلّ أعضاء وحدة البحث في العلوم الاجتماعية والصحة (GRAS) وعلى رأسهم السيد دالي وإلى كلّ أعضاء المعهد المغربي للبحوث المعاصرة (IRMC) وعلى رأسهم الأستاذة كريمة ديرايش وإلى كلّ أعضاء مركز البحث في الأنتروبولوجيا الاجتماعية والثقافية (CRASC).

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

ملخص البحث:

نهدف من هذه الدراسة إلى فهم كيف أنّ تمثلات سرطان الدم تؤثر على صورة الذات عند نساء جزائريات مصابات به وفهم كيف يتصورن ذاتهنّ وكيف يعدن النظر فيها. بعد تعمقنا في التراث النظري ودخولنا للميدان، قمنا بصياغة الإشكالية على النحو التالي: تمثلات سرطان الدم تؤثر سلبيا على صورة ذات نساء جزائريات مصابات به والعوامل (المكوّنة للتمثّل) الأكثر مساهمة في هذا التغيّر هي اجتماعية أكثر ممّا هي فردية وذاتية. أقيم هذا البحث في المركز الاستشفائي الجامعي في وهران وفي تلمسان، على 10 حالات مصابات بسرطان الدم (عازيات، متزوجات، مطلقات) تتراوح أعمارهم ما بين 23 سنة إلى 50 سنة. واخترنا المنهج العيادي الذي يركز على دراسة الحالة، أمّا أدواتنا البحثية فكانت تتمثّل في: الملاحظة، المقابلة، ومقياس تقدير الذات لروزنبارغ. توصلنا من خلال هذا العمل البحثي إلى أن صورة الذات تضطرب أكثر بسبب التمثلات الاجتماعية السلبية المشتركة بين أفراد المجتمع حول هذا المرض "السرطان مرتبط بالموت" وبسبب نظرة الآخر السلبية الموجهة إلى المريضة. كما توصلنا إلى استنتاج أنّ اختلال دور المريضة (كزوجة وأمّ وبنت) وتغيّر صورة جسمها (تساقط الشعر الصلع والإعاقة والضعف) بسبب هذا المرض أنّه يساهم في اضطراب صورة ذاتها واكتئابها وفي شعورها بالذنب وبالنقص أمام نظرات الآخر، هي تتصوّر بأنّه يوجّه لها نظرة سلبية (شفقة، اشمئزاز، احتقار عتاب، سخرية... الخ). كلّها عوامل متضاربة ومتكاملة ومتداخلة فيما بينها تدور في تمثلات المريضات وتساهم في تشكيل ذات جديدة مضطربة وبناء تقدير ذات منحدر في اتجاه سلبي فهذا ما استنتجناه عند تحليلنا للمقابلات وتطبيقنا لمقياس تقدير الذات لروزنبارغ. هذه التمثلات الفردية هي متضاربة بين ما هو علمي (الأمل) وما هو اجتماعي (الموت) والاعتماد على الفكرة العلمية هو يعني اعتماد المريضة على استراتيجيات مواجهة فعّالة متمركزة حول المشكل وليس حول الانفعال السلبي الذي يعتمد على تمثلات المجتمع السلبية.

الكلمات المفتاحية: صورة الذات، تقدير الذات، الشعور بالذات، الهوية، الدور، المكانة،

التمثّلات الاجتماعية، التمثّلات الفردية، صورة الجسم، سرطان الدم، نظرة الآخر.

الفهرس

أ.....	كلمة شكر
ب.....	إهداء
ج.....	الملخص
د.....	الفهرس
1.....	مقدمة

الفصل الأول: مدخل الى الدراسة

5.....	الاشكالية
7.....	الفرضيات
8.....	أهداف الدراسة
9.....	أهمية البحث
9.....	التعاريف الاجرائية
13.....	حدود الدراسة

الفصل الثاني : صورة الذات

15.....	تمهيد
15.....	1. الهوية الشخصية أو الذات
23.....	2. الذات والهوية
25.....	3. صورة الذات

4. مصطلح الهوية.....26
5. الشعور بالذات.....27
6. العوامل والسيرورات المساهمة في بناء الذات.....29
- 1-6 التنشئة الاجتماعية29
- 2-6 التفاعل الاجتماعي.....33
- 3-6 الوحدة والاستمرارية.....36
- 4-6 الدور والمكانة37
- 5-6 نظرة الآخر38
- 6-6 التماهي39
- 7-6 صورة الجسم.....41
- 8-6 تقدير الذات.....44
- 9-6 الاحساس بالفعالية الشخصية.....48
7. صورة الذات ونظام التمثلات.....48
- خلاصة.....50

الفصل الثالث: تمثلات سرطان الدم

- تمهيد.....51
1. المعتقدات الاجتماعية51
2. التمثلات الاجتماعية والمعرفة.....53
- 1-2 نظرية التمثلات الاجتماعية ثلاثية الأبعاد لموسكوفيسي.....57
3. التمثلات الاجتماعية.....58
- 1-3 نموذج Herzlich.....62
- 2-3 نموذج Abric.....63
- 3-3 نموذج Jodelet.....67
4. خصائص التمثلات.....68
- 1-4 خصائص التمثلات على مستوى البنية.....68

69.....	2-4 خصائص التمثلات على مستوى المحتوى.....
70.....	5. وظائف التمثلات
73.....	6. سيرورات التمثلات.....
80.....	7. المعرفة الاجتماعية
85.....	8. عناصر المجموع المعرفي.....
86.....	9. تنظيم المعرفة.....
88.....	10. تمثلات سرطان الدم.....
88.....	1-10 مفاهيم سرطان الدم.....
88.....	1-1-10 المفهوم الطبي.....
92.....	2-10 المرض من منظور علم النفس الصحّة.....
93.....	10 - 3 المفهوم النفسي الاجتماعي.....
93.....	10 - 4 المفهوم السيكوسوماتي.....
98.....	11 التمثلات الاجتماعية لسرطان الدم.....
103.....	خلاصة.....

الفصل الرابع: صورة الذات وتمثلات سرطان الدّم

.....105.....	تمهيد.....
108.....	1. مراحل تشخيص سرطان الدم
108.....	1-1 مرحلة الأعراض الأولية.....
109.....	2-1 مرحلة تشخيص المرض وتأثيره النفسي.....
113.....	2. التشخيص وعلاقة المريض بالطبيب ومحيطه.....
116.....	3. القلق الذي يسببه المرض للمريض.....
117.....	4. العوامل النفسية الاجتماعية المساهمة في ظهور المرض.....
120.....	5. تطوّر السرطان وردّة فعل المريض

122.....	6. تفاعل المريض مع الآخر.....
123.....	7. الوضعية الاجتماعية للمريض.....
124.....	8. المرض الخطير والمرض المزمن.....
125.....	9. خصائص المرض المزمن والخطير.....
128.....	10. الصدمة.....
129.....	11. الآثار النفسية للمرض.....
130.....	1-11 النكوص.....
131.....	2-11 الاكتئاب.....
133.....	12 الشعور بالذنب عند المريض.....
138.....	13 تمثلات سرطان الدم عند المصابة به.....
141.....	14 صورة ذات المصاب بالسرطان.....
146.....	15 صورة الجسم عند المريضة الصابة بالسرطان.....
149.....	16 دور ومكانة المصابة بالسرطان.....
150.....	17 تقدير الذات عند المصاب بالسرطان.....
155.....	18 استراتيجيات المواجهة.....
158.....	1-18 العوامل السوسيوسيرية.....
159.....	2-18 العوامل المحيطة بالبنوية.....
159.....	3-18 العوامل المعرفية.....
161.....	4-18 العوامل الشخصية.....
164.....	5-18 فعالية استراتيجيات المواجهة.....
168.....	خلاصة.....

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية

.....169.....	تمهيد.....
169.....	1. المنهج المتبع.....
170.....	2. الدراسة الاستطلاعية.....

171.....	3. مجتمع وعينة الدراسة الأساسية.
172.....	4. أدوات الدراسة
173.....	1-4 الملاحظة.....
173.....	2-4 المقابلة
174.....	3-4 مقياس تقدير الذات لروزنبارغ.....
175.....	1-3-4 الخصائص السيكومترية للمقياس.....
176.....	2-3-4 مفتاح التصحيح.....
177.....	خلاصة.....

الفصل السادس: دراسة الحالات

178.....	الحالة الأولى : فضيلة.....
194.....	الحالة الثانية: ستي.....
215.....	الحالة الثالثة: فاطمة.....
228.....	الحالة الرابعة: عائشة.....
242.....	الحالة الخامسة: الخامسة.....
255.....	الحالة السادسة: زهية.....
270.....	الحالة السابعة: جميلة.....
289.....	الحالة الثامنة: سميرة.....
299.....	الحالة التاسعة: فوزية.....
312.....	الحالة العاشرة: رقية.....
321.....	مناقشة عامة.....
328.....	خاتمة.....
332.....	المراجع.....

مقدّمة:

الصورة هي متصلة بالموضوع، فكّما كان موضوع الا وله صورة تعرّفه وتوضّح له معناه، فأبي صورة إلا ولها معنى ومفهوم كما يقول Moscovici (1976). فالصورة هي أحد المكوّنات الأساسية للتمثّل. نحن بصدد دراسة موضوع صورة الذات وتمثّلات سرطان الدّم عند نساء جزائريات مصابات به. فمصطلح الذات هو في الحقيقة يشكّل صورة ومفهومها: صورة/معنى. فبنا ترى كيف أنّ المصابة بسرطان الدّم ترى صورتها الذاتية وكيف تدركها وتفهمها، وكيف تتصوّرّها (تمثّلها) خصوصا وأنّها مصابة بمرض في نظر المجتمع هو خطير، أمّا في نظر المفهوم العلمي هو مرض قابل للمعالجة والمتابعة وفيه احتمالية الشفاء وخصوصا اذا تمّ اكتشافه في مراحله المبكّرة؟

سرطان الدّم له تمثّلات اجتماعية سلبية ومحقّرة فالمصاب بهذا المرض يجد نفسه عرضة لاستدخال وترسيخ هذه التمثّلات السلبية الاجتماعية، تبدو أنّها توجّهه وتتحكّم في سلوكاته المتمثّلة في التعبير عن الميكانيزمات الدفاعية (البكاء والعدوانية والصراع مع الآخرين ومع ذاتها)، إذ أنّنا منذ شروّعنا في العمل مع المصابات بالسرطان أوّل فكرة يقلّنها بخصوص وضعيتهنّ هي: "لقد تغيّرت نحو الأسوأ، لست أنا، أصبحت عدوانية". هي تمثّلات فردية مستوحاة من تمثّلات اجتماعية هي تقويها وتثبّتها وترسخها وتغذيها، نظرا لأنّ التمثّل الاجتماعي للسرطان هو مجموعة من العناصر المصنّفة اجتماعيا والمشاركة بين أفراد المجتمع، تتمثّل في الأفكار الآتية: الارتباط بالموت وقطيعة على مستوى الاستمرارية والانحطاط والضعف. وهي تمثّلات اجتماعية متقاسمة بين الأفراد وتوجّه تفكيرهم. وإذن لماذا هذه التمثّلات الاجتماعية هي قاسية ومرسخة في مجتمعنا؟ كيف تؤثر على التمثّلات الفردية عند هذه المريضة؟. علما بأنّ سرطان الدّم هو متمثّل عند

الأطباء بأنه أقلّ خطورة من تمثّلات المجتمع الساذجة والغير علمية، ثمّ كيف انّ المريضة تعيش هذا التضارب بين كلّ من هذه المفاهيم العلمية والتمثّلات الاجتماعية؟ وكيف انّ تمثّلاتها الفردية تتبني وتتأثّر؟ وكيف تؤثر على تقديرها لذاتها وعلى صورة ذاتها عموماً. اذن هذا المرض الشائع في مجتمعنا ولمدّة طويلة قد تمّ تجاهله وتحاشيه اجتماعياً "لأنّه ممثّل ك طابوهات" حتّى في الآونة الأخيرة بدأ البحث فيه. فهو أصبح من المواضيع الأساسية والهامة في البحث العلمي وهو يستعين ويتحدّد حسب حقل الوسط الطبي و الاجتماعي والفردى، فهو يتعرّف كنوع من الأمراض المزمنة و الخطيرة اجتماعياً وطبيّاً اذا كان الورم متطوّر. في الحقيقة المرض مهما كان نوعه اعتبر منذ القدم مثل ظاهرة ضدّ طبيعية (Anti-Nature) يسبّب اضطراب وتزعزع الحياة الداخليّة و الخارجيّة للفرد.

المرأة الجزائرية هي مرأة مقاومة وتسعى الى التغيّر والتطوّر في جميع الميادين، وتهدف الى أن يعترف بها اجتماعياً، فهي حبيسة و مطالبة أن تؤدّي عدّة أدوار مسؤولة ومهمّة في المجتمع (Cherif, 2008). لكن حدث المرض أوقع عندها قطيعة في سيرورة الاستمرارية الأساسية في تكوين الذات كامرأة مسؤولة عن أدوارها. ونشأ عنه صعوبة في القيام بأدوارها كبنّت ، كزوجة، كأم... الخ، وكما يقول Gross (1996) انّ المرض يدخل حياة الفرد متطفلاً ليعطلّه عن هذه الأدوار: دور كبنّت، كرجل، كزوج، كزوجة، كأم، كأب... الخ ، فكيف انّ تعطلّ مهام المريضة المنزلية والمهنية والاجتماعية بسبب المرض يؤثر على صورة ذاتها؟ كيف يؤثر على تمثّلاتها الفردية حول ذاتها؟ خصوصاً وأنّها تعيش في تفاعل وصراع مع أفراد محيطها (الآخر)، الذين قد يوجّهون لها نظرة سلبية أو العكس ولكن بالنسبة لها هم ينظرون اليها نظرة شفقة وعبىء ثقيل وتشوّه لجسمها واحتقار ونفور من هذا الجسد المريض وتعجّب منه... الخ، فكيف انّ هذه النظرة السلبية للآخر (في نظر المريضة) تؤثر على صورة ذاتها؟، يعني تمثّلاتها لهذه النظرة وكيف تغيّر من صورة ذاتها؟ وهل يمكن أن تغيّر من تقدير ذاتها؟

المرض قد أوقع عند المرأة الجزائرية المصابة بالسرطان، قطيعة أخرى في سيرورة الاستمرارية الأساسية في تكوين الذات تتمثل في تغيير صورة الجسم سلبيا، هذه الأخيرة يبدو أنها تلعب دورا مهما في تشكيل صورة ذاتها، وفي تحديد تقديرها لذاتها، لأنّ الذات قبل أن تكون ذات هي أولا جسد ثمّ ذات، وكما يقول فرويد "الأنا هو جسدي...". ونظرا لأنّها دائما تعيش في سيرورة تفاعل ومقارنة مع الآخر الذي لا يعاني من إصابات على مستوى جسده، ونظرا لأنّها في سيرورة تماهي بجسمها الضائع وتفنّقه وتقارنه بهذا الجسم الجديد والغريب عليها، بسبب تغييرات سلبية حصلت على مستواه (تساقط الشعر، النحافة، فقدان الجمال... الخ). فالسؤال الذي يطرح نفسه كيف أنّ هذه الصور السلبية في نمط تفكير المريضة هي متبلورة ومدركة ومفهومة؟ كيف هي ممثّلة في تصوّراتها الفردية؟ وكيف تؤثر على هويتها الأنثوية عموما وعلى صورة ذاتها خصوصا؟

كلّ هذه النقاط الجوهرية في نظر دراسات سبقتنا تبدا لنا مهمّة في البحث فيها، فنحن نحاول التطرّق إليها من خلال بحثنا والذي انطلقنا فيه من تحديد اشكالية جدلية تتمثّل في:

ما هو تأثير تمثّلات سرطان الدم على صورة ذات نساء جزائريات مصابات به وما هي العوامل (المكوّنة للتمثّل) الأكثر مساهمة في هذا التغيّر: هل هذا الأخير هو راجع أكثر إلى كلّ ما هو اجتماعي (كلّ ما يسقط عليهنّ من طرف الآخرين: الموت) أم إلى كلّ ما هو فردي (معاشهن للمرض واختلال كلّ من صورة الجسم والدور)؟، وما هي الاستراتيجيات المواجهة المستعملة من طرفهنّ؟

هذه الإشكالية الأساسية نسعى إلى التحقّق منها من خلال بحثنا هذا ولهذا نحن نعالج هذه الدّراسة العلمية من عدّة جوانب وهذا ما يجعلنا نقترح عدّة فصول، وهي كما يلي:

1. الفصل الأول مدخل الى الدراسة: يضمّ تحديد الإشكالية والفرضيات، أهداف وأهمية البحث، حدود الدراسة، التعاريف الإجرائية.

2. الفصل الثاني: نعرض فيه مفهوم صورة الذات: نتناول فيه أهمّ النظريات المساهمة فيه والعوامل والسيروورات المساهمة في بناء هذا المصطلح: التنشئة الاجتماعية، صورة الجسم، التماهي، الدور والمكانة، نظرة الآخر، الاستمرارية، وتقدير الذات. كما أنّنا نحدّد في هذا الفصل الفرق والعلاقة بين كلّ من الهوية والذات والتمثلات.
3. الفصل الثالث: يدور حول تمثّلات سرطان الدمّ ونتطرّق فيه لأهمّ تعريفات ومفاهيم التمثّلات وأهمّ النظريات المنجزة حول التمثّلات وكلّ تمثّلات ومفاهيم سرطان الدمّ من ناحية طبيّة وسكوسوماتية ونفسية اجتماعية.
4. الفصل الرابع : والمعنون ب: صورة الذات وتمثّلات سرطان الدم، وخصّصناه لدراسة عدّة عناوين أهمّها: تشخيص السرطان وردّة فعل المريض، الآثار النفسية الاجتماعية التي يخلفها هذا المرض (الصدمة، النكوص، الاكتئاب، الشعور بالذنب) تمثّلات المصابة بسرطان الدمّ، صورة ذاتها، صورة جسمها، اختلال أدوارها ومكانتها، علاقاتها الاجتماعية وتقدير ذاتها، لنختم الفصل بالتطرّق للاستراتيجيات المستعملة من قبل المرضى من أجل تكيفهم مع وضعيتهم الجديدة.
5. الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية يضمّ المنهج المتبع و الدراسة الاستطلاعية والأساسية والأدوات البحثية المستعملة... الخ
6. الفصل السادس: عرض الحالات، تمّ فيه دراسة عشرة حالات مصابات بسرطان الدم
7. مناقشة النتائج.
8. خاتمة.
9. الإسهامات العلمية.
10. قائمة المراجع.
11. الملاحق.

الفصل الأول : مدخل الى الدراسة.

1. الإشكالية:

إنّ دراستنا تدور حول محور أساسي وهو صورة الذات وتمثّلات سرطان الدّم عند نساء جزائريات مصابات به، تمثّلات سرطان الدّم إنّنا نقصد بها كلّ العوامل المكوّنة للتمثّل وهي الاجتماعية والفردية (المعاش) والطبية...الخ.

إنّ السرطان وكما يقول كلّ من Marx و Reich (2009، 130) يكتسي تمثّلات اجتماعية سلبية محقّرة: "يبقى بالرغم من كلّ شيء مرادف للموت في التصرّور الجماعي". هي تمثّلات مشتركة ومتقاسمة بين أفراد المجتمع، هي تصورات غير علمية ساذجة تلقائية كما تقول Jodelet (1984) وأصبحت تهيمن وتسيطر على التمثّلات الفردية للمريض المصاب بهذا المرض. وبالمناسبة عند تقابلنا مع البروفيسور التوهامي رئيس قسم جناح الدمويات (Hématologie) بالمركز أالاستشفائي الجامعي - وهران - (CHU) صرّح لنا: "لماذا دائما النّاس يعتبرون سرطان الدّم مرادفا لكلمة الموت ، الشّفقة ، المعاناة، الاحتقار...الخ؟ وأضاف موضّحا لنا أنّ هذا المرض هو مرض مزمن كباقي الأمراض، المصاب به يمكن أن يشفى منه أو يعيش به لمدّة طويلة، خصوصا إذا تمّ اكتشافه في مراحله المبكّرة فهو يقول أنّ علاجه يشبه علاج المريض بالزكام، وحسبه إن سبب تطوّر هذا المرض وتعدّر علاجه يكمن في عدم توعية وتحسيس المريض من قبل الطبيب العام الذي له دور مهمّ حسبه في توجيه المريض نحو الأطباء المختصين، أين تكون الإصابة بسيطة ويسهل علاجها كمرض عادي بسيط. وبالنسبة لنا يبدو أنّ هذا المرض يكتسي تمثّل اجتماعي سلبي محقّر ولا يمكن التكلّم عنه في مجتمعنا بكلّ تلقائية هذا ما يساهم في تماطل المصاب نحو العلاج وبالتالي تطوّر الورم السرطاني.

بالمقابل حسب الأطباء داء السكري له آثار سلبية و نتائج ثقيلة على المصابين به، نلاحظ أنّ تمثّلاته الاجتماعية هي عبارة عن مرض بسيط وأقلّ خطورة وهي ليست ثقيلة مقارنة بالتمثّلات الاجتماعية للسرطان، الذي لديه فكرة عامة سائدة في المجتمع ومتبلورة بين أفرادها : " السرطان جد خطير و يستدعي التفكير بالموت، الانحطاط، الضعف...الخ.

انطلاقاً من هذه الأفكار ومعايشتنا لتجارب مرضية لأشخاص مقرّبين أو غير مقرّبين راودتنا فكرة دراسة موضوع صورة الذات عند المرأة المصابة بسرطان الدم، انطلاقاً من تضارب تمثّلاتها السلبية بين ما هو علمي وما هو اجتماعي وما هو معاشي ذاتي، وانطلاقاً من تعطلّ أدوارها وتزعزع مكانتها بسبب المرض، وانطلاقاً من اختلال صورة جسمها بسبب العلاج الكيميائي. ما يشغل انتباهنا كذلك عند هذه الشريحة من المجتمع هو كيف يعرّفن ذاتهنّ انطلاقاً من جسدهنّ الجديد الناتج عن التغيّرات السلبية التي سبّبها لهنّ سرطان الدم وكيف تنتظرن لذاتهنّ؟ وكيف يظنّ صورتهم أنّها عند الآخر؟ أي صورتهم في ظنّهن عند: الزوج، الأولاد، وخصوصاً أهل الزوج...الخ، وكيف تؤثر هذه الصور (تمثّلاتهنّ الفردية) على صورة ذاتهنّ؟ وكيف ينظرن لأنفسهن في المستقبل؟ وكيف يواجهن هذا المرض؟.

الدراسات العلمية في مجال صورة الذات وفي مجال التمثّلات هي متعدّدة، وكلّ أهدافها تصبّ في معرفة كيفية تأثير هذه التمثّلات على الفرد في سلوكاته وصورة ذاته، أهمّ هذه الدراسات نجد: Moscovici, 1976 ; Jodelet, 1984 ; Abric, 1994a ; وآخرون سنتطرق إليها في الفصل النظري، أمّا في مجال تمثّلات سرطان الدم فأتنا وجدنا دراسات Herzlich, 2005 ; Richar, ; Tap, Tarquinio & Ader-; Sordes, 2002 2004 وآخرون، كلّهم يخرجون بنتيجة أنّ ثقل التمثّلات الاجتماعية هو العنصر المفتاحي لمعاونة المرضى، فلماذا كلّ أنواع السرطانات هي متصوّرة اجتماعياً "مقترنة بالموت" وهي تؤثر سلباً على المرضى المصابين بها؟

Tap وآخرون (2002) بالنسبة لهم أنّ صورة الذات عند المصاب بالسرطان هي مضطربة بسبب تمثّلاته الاجتماعية السلبية وبسبب اختلال صورة جسمه، أمّا بالنسبة لكلّ من Apostolidis , Filipetto & Suarez-Diaz , Cannone , Dany (2009) في دراستهم لتمثّلات السرطان عند

المصابين به، فقاموا بمقارنة بين الرجال المصابين بالسرطان وبين النساء المصابين به، فتوصلوا إلى أن النساء هنّ يعانين أكثر من الرجال في صورة ذاتهنّ وهويتهنّ الأنثوية بسبب تساقط شعرهنّ وبسبب تشوّه مظهرهنّ الخارجي عامّة وتشوّه صورة جسمهنّ: هنّ يعانين من اضطراب عميق على مستوى هويتهنّ الجنسية. للعلم لقد تطرّقنا في رسالة ماجستير (بطواف، 2009-2010) الموسومة ب: "صورة الذات عند المرأة المصابة بسرطان الدم"، أين توصلنا في الأخير إلى أن سرطان الدم يتسبّب في اضطراب صورة الذات عند المريضات التي تعاملنا معهنّ وأحدث لهنّ قطيعة على مستوى الاستمرارية وقطيعة على مستوى العلاقات الاجتماعية، كما يحدث تغييرات سلبية على المظهر الداخلي و الخارجي. وسبب هذا الاضطراب وجدنا أنّه توجد عوامل متضاربة ومتّحدة فيما بينها أهمّها: التمثّلات الاجتماعية والنظرة السلبية المرسلّة الى المريضة من قبل الآخر واختلال أدوارها. لهذا إن محاولاتنا التحقّق من هذه الدراسات السابقة هي محلّ اهتماماتنا وانشغالاتنا التي تتمثّل في السعي وراء معرفة: هل اضطرب صورة ذات المريضة بسرطان الدم هو راجع أكثر إلى تمثّلاتها الفردية السلبية حوله والى التغيّرات التي يحدثها على مستوى صورة جسمها وأدوارها؟ أم هو راجع أكثر إلى تلك التمثّلات الاجتماعية السلبية التي يتقاسمها الأفراد فيما بينهم حول هذا المرض ونظرتهم السلبية الموجهة للمريضة؟ هل هذا التغير يرجع أكثر إلى كلّ ما هو ذاتي فردي أو هو راجع أكثر إلى كلّ ما هو اجتماعي أيّ إلى كلّ ما يسقط عليها من طرف الآخر؟ هل هو راجع إلى اختلال كلّ من صورة الجسم والدور، أم هو راجع أكثر إلى الصورة السلبية الاجتماعية لسرطان الدم المشتركة بين أفراد المجتمع والتي نواتها المركزية هي متمحورة حول "الموت"، وراجع إلى نظرتهم السلبية الموجهة للمريضة؟ وما هي الاستراتيجيات الفعّالة التي ينصح باستعمالها من قبل المريضات من أجل مواؤمتهن مع المرض والتخفيف من معاناتهن واضطرابهن؟

واذن اشكاليتنا الرئيسية تتمحور كما يلي:

تمثّلات سرطان الدم تؤثّر سلبيا على صورة ذات نساء جزائريات مصابات به والعوامل (المكوّنة للتمثّل) الأكثر مساهمة في هذا التغيّر هي اجتماعية أكثر ممّا هي فردية وذاتية.

الفرضيات:

فرضياتنا حاولنا وضعها تتناسب على المنهج العيادي الذي اعتمدنا عليه من أجل التأكد منها في نهاية الدراسة ولهذا إنها تتمثل فيما يلي:

1. إن التمثلات الفردية والاجتماعية لسرطان الدم فعلا لها دور كبير وأساسي في تغيير صورة الذات ومن بين مكونات التمثّل يوجد مكونين مؤثرين فالأول هو فردي متعلّق بالمعاش العضوي والجمالي لجسمها ويعمل الأمل ومرتبطة بأفكار طبيّة، أمّا الثاني فهو اجتماعي مرتبطة بالموت وبكلّ ما يسقط عليها من طرف الآخر حول جسمها وأدوارها وهو يؤثّر سلبيا وبقوّة على صورة ذات المصابة.
2. معاش التغيّر السلبي للجسم هو عامل فردي يؤثّر سلبيا على صورة ذات المريضة وأكثر من تأثير اختلال أدوارها وما يسقط عليها من محيطها (نظرة الآخر).
3. استعمال استراتيجيات المقاومة الفعالة من طرف المريضات هو نتيجة لاعتمادهنّ على تمثّلاتهن الفردية الايجابية المتمركزة حول المشكل.

2. أهداف الدراسة:

- نهدف من هذه الدّراسة إلى فهم كيف أنّ التمثّلات الاجتماعية لسرطان الدم تؤثّر على صورة الذات عند امرأة جزائرية مصابة به، وكيف أنّ تمثّلاتها الفردية حول هذا المرض تؤثّر على صورة وتقدير ذاتها ومن فيهما يؤثّر أكثر عليهما؟
- فعلى هذا الأساس، يهدف هذا البحث إلى الوصول إلى عدّة أهداف أهمّها:
- تحديد التمثّلات الاجتماعية لسرطان الدم وفهماها.
 - تحديد التمثّلات الفردية لسرطان الدم وفهماها.
 - فهم كيف أنّ المصابة بسرطان الدم تمثّل صورة ذاتها وتعيد النظر إليها.
 - فهم كيف تمثّل ذاتها انطلاقا من اختلال أدوارها كامرأة كزوجة كأمّ كبنّت وكيف تؤثّر هذه الأخيرة على تقديرها لذاتها.

-فهم كيف تعيد النظر إلى صورة جسمها نظرا لأنها تعاني من تغيّرات جسمية سببها لها هذا المرض، وأصبحت تخجل به أمام أعين الآخر، لهذا نهدف إلى توضيح كيف تؤثر هذه الصورة الجسمية المشوّهة على صورة الذات وتقدير الذات.

-فهم كيف تؤثر نظرة الآخر على صورة ذات المريضة.

-المريضة تظن أنّ الآخر يحمل صورة أو نظرة سلبية بخصوصها، لهذا إننا نهدف إلى معرفة تأثير هذه النظرة على صورة ذاتها.

كما أنّنا نهدف إلى توضيح كلّ العوامل الأخرى المساهمة في التغيّر السلبي لصورة وتقدير ذات المريضة من أجل فهمهم ومساعدتهم وإعادة تكيّفهم مع وضعيتهم الجديدة، كما أنّنا نهدف إلى جعل الآخر يفهم احتياجات المريضات ومعاشهنّ والأسباب التي تزيد من اضطرابهم ومعاناتهم، وخصوصا إذا كان لهذا الآخر علاقة في الزيادة من المعاناة، نحن نهدف إلى تسليط الضوء على كلّ العوامل المساهمة في تغيير صورة الذات سلبيا وأهمّها التمثّل الاجتماعي السلبي لسرطان الدم: فمعرفة أسباب الاضطراب تسمح بإيجاد الحلول والعلاج وتحسين معاش المريض النفسي الاجتماعي. لنختتم عملنا بتوضيح الاستراتيجيات المستعملة من قبل هؤلاء المريضات.

3. أهمية الدراسة:

إنّ موضوع صورة ذات المرأة وتمثّلات سرطان الدم عند المصابات به هو موضوع مهمّ، ولعدّة سنوات كان التحدّث عنه في العالم عامة وفي مجتمعنا خاصة، بمثابة ظاهرة خطيرة وطابوهات ويتجنّبون الكلام عنه. هذا الموضوع هو مثير للبحث، لا ينبغي الإغفال عنه، تكمن أهميته في فهم هؤلاء المرضى الذين يعانون منه وردّ الاعتبار لهم والإحساس بهم، بفضل الاستماع لهم والتعرّف على معاناتهم ونمط تفكيرهم وتصرفاتهم وخصوصا احتياجاتهم...الخ. إذا كان المرض هو قدر هؤلاء المرضى فما يزيد من اضطراب صورة ذاتهم عوامل أخرى تساهم في الزيادة في هذا الاضطراب ويجب أخذها بعين الاعتبار لتحسين معاشهم النفسي، هذه العوامل نحاول أن نسلط الضوء عليها في عملنا البحثي هذا ونساهم من إثراء هذا الموضوع خصوصا، إن

تزايد الإصابة بالسرطان هي في تزايد في وقتنا الحالي. كما إن أهمية بحثنا تكمن في الكشف عن الاستراتيجيات الفعّالة المستعملة من طرف المريضة والتي تساعد على إعادة التكيف مع وضعيتها. وإذن يمكننا أن نقول إن أهمية بحثنا تكمن في توضيح كلّ المشاكل والصراعات التي تعيق تكيف المريض مع وضعيته وتزيد من اكتئابه.

4. التعاريف الاجرائية:

*صورة: هي الصورة التي نشكلها حول موضوع ما ويكون لها معنى.

*الذات: هو محتوى من المفاهيم والأحاسيس والتمثلات...الخ يتشكل بفضل تضافر عوامل متعدّدة وأهمّها المكوّنات الجسدية والتفاعل مع المجتمع، الدور والتماهي...الخ. الذات هي أحد مكوّنات الأنا، وهي تتميز بالتمييز والتنوّع والتغيّر والثبات في نفس الوقت.

*تغيّر صورة الذات: هو تغيّر قد يحدث على مستوى صورة الذات من الايجابية إلى السلبية بسبب عوامل خطر (صدمة مرض...), أو العكس من السلبية الى الايجابية إذا توفّرت العوامل المساعدة على ذلك.

*اضطراب صورة الذات: هو تغيّر سلبي يحدث على مستوى صورة ذات الفرد بسبب إصابة أحد أو جميع مكوّناتها البنائية كتشوّه صورة الجسم، تعطلّ الدور، مناخ عائلي مضطرب...الخ.

*التمثلات: هي نسق من المفاهيم والعادات والتقاليد والعمليات العقلية المعقّدة...الخ، هي مهمّة في تكوين الفرد فهي توجّه صورة ذاته وتتحكّم في سلوكاته، هي تضمّ التمثلات الفردية والتمثلات الاجتماعية، وموضوع كلّ تمثّل إلا وله صورة ومعنى.

*التمثلات الاجتماعية: هي نظام من المعارف والمعتقدات والقيم والعادات والمعايير الاجتماعية، مشتركة بين أفراد الوسط الاجتماعي، هي أفكار طبيعية ساذجة تنقصها الدقّة والموضوعية العلمية، هي أساس تكوين الأفراد في هويتهم وتصرفاتهم، الفرد يجد نفسه تابعا لها وتؤثر عليه إما

ايجابيا أو سلبيا حسب طبيعة مواضيعها. هي تمثّلات تتميّز بالثبات والمقاومة والترسيخ وهي موضوعة من طرف المجتمع.

***التمثّلات الفردية:** هي تختلف عن التمثّلات الاجتماعية ولكنها متصلة بها ومتفاعلة معها، وظيفتها هي تطوير الفرد وبنائه، هي أقلّ ثباتا من التمثّلات الاجتماعية، هي متغيّرة ومرنة بحسب ظروف الفرد الذي يجد نفسه يعمل كدور توافقي بينهما نظرا لتضاربهما. وإذا عجز عن هذا الدور وتغلّبت أحدهما على الأخرى قد يحدث اضطرابا على مستوى صورة ذاته.

***الهوية:** هي عبارة عن نظام من الأحاسيس والمعرفة والمعتقدات، تتميّز بالتغيّر والثبات في نفس الوقت، تتميّز بالخصوصية والتنوّع والتناسق والاستمرارية، تتشكّل بفضل تفاعل الفرد مع المجتمع وبفضل عوامل أخرى (نفس عوامل بناء الشعور الذات)، هي غير منفصلة عن الشخصية، هي أشمل من الذات والشخصية وهي تضمّهما، هو مصطلح متداول كثيرا في علم النفس الاجتماعي، وهي تضمّ أنواع من الهويات.

***الهوية الفردية:** هي تضمّ كلّ من الهوية الشخصية (الذات) والهوية الاجتماعية، هي ثمرة التنشئة الاجتماعية، يبدأ الفرد منذ مراهقته بالبحث عنها لكن جذورها تبدأ منذ الطفولة، هي تتميّز بعدة خصائص أهمّها: الخصوصية، الاستمرارية، التنوّع، التجانس، الثبات والتغيّر... الخ.

***الهوية الشخصية:** هي مرادف للذات، هي الجانب الداخلي للهوية، هي مكوّنة من نظام من الأحاسيس والمعارف والتقاليد والتمثّلات والأدوار والتماهيات... الخ

***الهوية الاجتماعية:** هي مهمّة في بناء الهوية الفردية، هي متداولة كثيرا في علم النفس الاجتماعي وعلم الاجتماع، هي تمثّل الجانب الخارجي للهوية الفردية، بفضلها يشعر الفرد بالانتماء لمحيطه ويتكيّف معه.

***الهوية الأنثوية:** هي مجموع من الأحاسيس والمعارف التي تتواجد عند المرأة بخصوص مظهرها الجسدي ومكانتها الاجتماعية، أمّا اضطراب الهوية الأنثوية فله علاقة بإصابة هذه المرأة بمرض خطير ومزمن وباضطراب صورة جسمها واختلال أدوارها الاجتماعية.

***الإحساس بالهوية:** أساس تشكيل الهوية هو نسق من الأحاسيس، الإحساس بالهوية هو إحساس يشعر به الفرد تجاه هويته بأنّه متواجد ومستمرّ في الحياة، مهما يتعرّض الفرد لصدمات وأزمات فإنه يبقى محافظاً على إحساسه بهويته ولكن ما يتغيّر هو نوع هذا الإحساس (من ايجابي الى سلبي أو العكس)، انعدام الإحساس بالهوية هو أمر مستحيل مادام الفرد متواجداً في الوجود.

***الإحساس بالاستمرارية:** هو شرط أساسي لبناء الذات واستقرارها وتوازن كلّ الهوية، بحيث إن أي خلل على مستوى الإحساس بالاستمرارية وتهديد الحياة بخطر عدم الاستمرارية في الحياة (كتعرّض الفرد لمرض خطير) هو يؤدّي بصورة الذات إلى المعاناة واضطراب الهوية.

***الدور:** هو يلعب دوراً مهماً في تقدير الذات، هو مجموعة من الواجبات والتصرّفات والأعمال يقوم بها الفرد في محيطه، هو الجانب الديناميكي والنشيط مقارنة بالمكانة، وهو انتظارات المجتمع. اختلاله يؤثّر سلباً على صورة ذات الفرد.

***المكانة:** هي أحد مكوّنات الشعور بالذات، هي غير منفصلة عن الدور هي انتظارات الفرد من المجتمع حين قيامه بأدواره الاجتماعية.

***تقدير الذات:** هو مصطلح أساسي في صورة الذات، ويتغيّر بتغيّرها، هو عبارة عن درجات تقييميه من السلبية إلى الايجابية يتصوّرها الفرد حول ذاته، من أهمّ العوامل المساهمة في الرفع منه وبناءه، هي الدور الايجابي وصورة الجسم المستقرّة والتوازن النفسي والرضا الاجتماعي... الخ

***صورة الجسم:** هي تضمّ المخطّط الجسدي، هي الصورة التي نضعها في أذهاننا بخصوص جسمنا، هي تلعب دوراً مهماً في بناء الذات والشعور بها، الأنا قبل كلّ شيء هو جسدي، إصابتها

تؤثر سلبيا على صورة الذات وعلى ثباتها واستقرارها (عدم المرض) يزيد من الرفع من تقدير الذات والشعور بالذات.

***المخطّط الجسمي**: هو كلّ ما يشمل أعضاء الجسم، هو الجانب الشعوري بالجسم، الأنا هو عبارة عن مكّون جسدي ونفسي: الأنا هو جسدي. والجسد هو منتج نفسي جسدي، هو ليس عبارة عن سوى مجموعة من الأعضاء الفيزيولوجية إنّما هو أشمل من هذا، إصابة الجسد (مرض إعاقة...) هو إصابة نفسية وإصابة على مستوى علاقاته مع الآخرين وإصابة حتى على مستوى قدراته المعرفية. وخصوصا إصابة على مستوى صورة ذاته: تغيّر سلبي واضطراب. المخطّط الجسمي هو أساس إقامة العلاقات بين الأفراد هو عبارة عن رابطة تواصلية تقوم ببناء صورة الجسم وصورة الذات.

***التماهي**: هو عملية استداخلية تعليمية من الآخر إلى الذات، هو سيرورة بنائية تبدأ منذ الطفولة (المرحلة القضيبية) وتستمرّ مدى الحياة، هو يلعب دورا أساسيا في بناء الذات، ويساهم في تطوير الجانب المعرفي للفرد.

***الآخر**: هو عبارة الأفراد المكوّنة للمجتمع، هو الأفراد المحيطين بالنساء الجزائريات المصابات بسرطان الدم، الآخر قد يؤثّر على صورة ذاتهن ايجابيا أو سلبيا.

***نظرة الآخر السلبية**: نظرة الآخر هي التي على أساسها الفرد ينبني ويفضلها يتعرّف الفرد على ذاته ويعرّفها، تلعب دورا مهمّا في تكوين تقدير الذات خصوصا عندما يقارن الفرد ذاته بالآخرين.

***الشعور بالذات**: هو شعور يحسّه الفرد تجاه ذاته بأنّه موجود ومستمرّ في الحياة، هو يساهم في بناء الهوية الفردية، هو يضمّ عدّة مكّونات تبنيه وتطوّه أهمّها: الذات، تقدير الذات، الدور، صورة

الجسم...الخ

***سرطان الدم:** هو مرض في المجتمع له تمثّلات سلبية، مرتبطة بالموت والضعف والانحطاط، أمّا بالنسبة للفكرة العلمية فهو يختلف من حالة لأخرى حسب الإصابة، هو قابل للعلاج، لكن علاجه يخلف آثارا سلبية على الجسم، هو يضمّ أنواع هي: هودجكين ولوكيميا... الخ

***نساء جزائريات:** هنّ نساء يعشن في الجزائر ويخضعن لتمثّلات المجتمع، ومقيّدات بأداء أدوارهنّ فيه، من خلال قيامهنّ بأدوارهنّ (زوجة بنت أم) هنّ يعترفن بهنّ في المجتمع وتعطى لهنّ مكانة اجتماعية. كما إن مظهرهنّ الجسدي هو يلعب دورا مهمّا في بناء هويّتهنّ الفردية عموما وهويتهنّ الأنثوية خصوصا.

***معاش المرض:** هو معايشة المرض، هو التجربة المرضية التي يمرّ بها الفرد أثناء مرضه، هي مرحلة تجعل من الفرد في وضعية ضعف في قواه الفيزيولوجية، وتجعل نفسيته غير مستقرّة وتعاني خصوصا اذا كان المرض خطيرا وفيه ألما ويخلف آثار سلبية على الجسم.

***التنشئة الاجتماعية:** هي سيرورة بنائية تعليمية تبدأ منذ وجود الجنيني في بطن أمّه، هي عملية تحويل الفرد من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي، هي أساس بناء الهوية الفردية.

***التكيّف:** هو مصطلح أساسي في تكوين واستقرار الذات، بفضل تكيّف الفرد مع معايير وتقاليده وقوانين مجتمعه فأنّه يشعر بالاستقرار والانتماء لمحيطه، التكيّف يلعب دور مهما في التنشئة الاجتماعية وهو يساعد على تحويل الفرد من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي، عدم تكيّف الفرد في محيطه سيخلق له العديد من المشاكل، وقد يكون سببا في الانحرافات ولعدم التفاعل وعدم إقامة روابط اجتماعية... الخ

5. حدود الدراسة:

مكان إجراء المقابلات كان في مركزين استشفائيين هما:

1- المركز الاستشفائي الجامعي: وهران (CHU) مصلحة الدمويات (Hématologie).

هذا الجناح يضمّ طابقين:

- السّقلي خاص بالمعاينة الطّبيّة مثل مجيء المريض للاستشارة الطّبيّة ،أو لقيامه بعلاجه الكيمائي الذي يدوم ساعتين أو علاجات أخرى مثل تنقية الجروح، تحليل الدّم ...الخ.
- العلوي خاص بالمرضى الذين يلازمون المستشفى لعدّة أيام أو شهور، يحتوي على قاعة تتجمع فيها الهيئة الطّبيّة.

2- المركز الاستشفائي الجامعي: تلمسان (CHU) مصلحة الأورام (Onchologie) يضمّ هذا الجناح طابق واحد يحتوي على قاعات علاج المرضى المصابين بالسرطان ويحتوى على قاعة اجتماعات الهيئة العلاجية.

الفصل الثاني: صورة الذات

تمهيد

1. الهوية الشخصية أو الذات.
2. الذات والهوية
3. صورة الذات.
4. مصطلح الهوية.
5. الشعور بالذات.
6. العوامل والسيرورات المساهمة في بناء الذات.
- 6-1 التنشئة الاجتماعية .
- 6-2 التفاعل الاجتماعي.
- 6-3 الوحدة والاستمرارية.
- 6-4 الدور والمكانة.
- 6-5 نظرة الآخر.
- 6-6 التماهي.
- 6-7 صورة الجسم.
- 6-8 تقدير الذات.

6-9 الاحساس بالفعالية الشخصية.

7. صورة الذات ونظام التمثلات.

خلاصة.

تمهيد:

مصطلح صورة الذات هو مصطلح تبحث فيه مختلف العلوم الاجتماعية وهو يتصدّر مرتبة مهمة في البحوث الحالية نظرا لأنّ الهدف من دراسته هو معرفة ماذا يعنيه الفرد؟ في هذا الفصل سنتطرق إلى مختلف التعريفات و الأعمال المكرّسة لهذا المصطلح وأهمّ العوامل التي تشترك في بنائه وتشكيله؟ وتسليط الضوء عن العلاقة التي تجمع بين الذات والتمثلات وطبيعة التفاعل بينهما؟

صورة الذات هي تتقارب مع عدّة مصطلحات مهمة في علم النفس لهذا نحاول أن نضع أوجه الاختلاف والتشابه بينهم، علما بأنّ الذات هو الجوهر الباطني للفرد و اذا تأثّر سلبيا فهذا سيؤثّر بدوره على الفرد في كيانه، خصوصا وأننا ندرس سرطان الدم وكيف يؤثّر على صورة الذات عند المرأة الجزائرية المصابة به انطلاقا من تمثلاتها حوله.

1- الهوية الشخصية أو الذات:

الهوية الشخصية قد فسّرت من طرف علماء النفس الاجتماعيون بمصطلح الذات، الذات تعني تركيب مركّب داخل الذات يعبر عن الإحساس بمن أكون؟، التركيب هذا هو مشكّل بين كلّ ما هو نفسي وكلّ ما هو اجتماعي وكلّ ما هو جسدي كون أنّ صورة الجسم وكما يؤكّد Schilder (1968) هي تبني صورة الذات. الفرد هو ظاهرة معقّدة تشترك في بناءه عدّة عوامل و لعلّ أبرزها الجسد (مركبات عضوية فيزيولوجية هرمونية وراثية)

والنفس (مركبات من الانفعالات و الانفعال هو وسيلة اتصالية مع الأفراد.. الخ) Lehalle & (Mellier, 2002) والعقل (مركبات من المعرفة : التمثّل الإحساس وكلّ ما يشمل العمليات العقلية المعقدة...) والمجتمع (الأخر يعيش في ذات الفرد

(Autui est en nous) بفضل تفاعل هذا الفرد وتماهيه بالآخر) . Allport . بالمناسبة في 1937 يعرف الشخصية بأنها: "نظام ديناميكي لتنظيمات نفسية فيزيولوجية والتي تحدّد تكيف خصائص الفرد مع محيطه " (Gilliéron, 1996, 40)

الجسم هو منتج عضوي, معرفي, نفسي و اجتماعي, الجسم هو ضريح النّفس والآخر يكمل الثاني فهم غير منفصلين عن بعضهما, "الجسم هو ضريح الرّوح" يقول أفلاطون (Vinsonneau, 2002, 69) أمّا حسب ديكارت الجسم هو "جوهر واسع رحب متمدّد ومستلق" « Substance étendue » مثل الآلة والرّوح هي "جوهر يفكّر" Substance « pensante » (Vinsonneau, 2002, 69)، كما أنّها تعطي الحياة والمعنى للجسم كما يقول ديكارت (Roux, 2011). فإذا أصيب الجسم بمرض النفسية كذلك تصاب

وتكون غير مستقرة والعكس صحيح, فإذا أصيبت النفسية ولم تقم بعملها النفسي سيتدخّل الجسم وقد يصاب هو كذلك حسب تيار علم النفس الجسدي " كلّ ما لا يتمّ بلورته يسقط على الجسم". ما تجدر الإشارة إليه أنّ الإصابة عندما تكون على مستوى الجسم أو على مستوى نفسية الفرد فإنّ مركّباته الأخرى هي بدورها ستتأثّر سلبيا: الجانب المعرفي العقلي للفرد

ومحيطه. بالمناسبة الفرد هو معرّف من طرف Camilleri "كوحدة من المفاهيم

والقيم" (In : Guerraoui, 2010, 18). لهذا إن الفرد يبقى ظاهرة معقّدة تتدخّل في بناءه عدّة عوامل متداخلة و مترابطة فيما بينها وأيّ إصابة على مستوى مركّب أو مركّبات صورة ذات الفرد: تؤدّي إلى أزمة و اضطراب. وبالمناسبة إن Maalouf في 1998 يعرف الفرد مثل " نسيج من الخيوط بكلّ الألوان" (In : Guerraoui, 2010, 28) . إذن إن جدليّة التعريف بالذات "ماذا يعينه الفرد؟" هو أمر مازال يبحث فيه العلماء في علم النفس الاجتماعي

وباقى العلوم الأخرى.

الهوية الشخصية أو الذات كما يقول Fischer (2005) قد تفهم انطلاقاً من الطريقة التي بواسطتها كل فرد يعرّف نفسه ويدرك ذاته مثل كائن فرداني (Unique)، في أن واحد يشبهه و يختلف عن الآخرين.

البورت (In : Nuttin, 1965, 22) يقول: "إذا كل أفراد الجماعة الاجتماعية كيف ما كانت لهم نفس التصرفات و نفس التفكير و حتّى نفس الأحاسيس، توجد شخصية" في الذات يوجد تشابه و اختلاف في نفس الوقت مع أفراد المجتمع، حسب Tap (2004) في الأبعاد التي يضعها من أجل تعريفه للهوية. فالذات تتميز بالخصوصية والفردانية في هذا العالم من حيث الخصائص و الصفات... الخ، كما أنّها تتميز في نفس الوقت بالتشبه بالأفراد والتماهي بهم و الامتثال لقواعد المجتمع بحيث إن سلوك الفرد يذوب في سلوك الجماعة.

الهوية الشخصية قد فسّرت في علم النفس الاجتماعي بمصطلح الذات والذي يعني

الإحساس بمن أكون؟ (Qui suis-je ?) من يكون الفرد؟

(Ce qu'est un individu ?) الهوية هي تركيبية مشكلة داخل الذات، وتضم كل ما هو نفسي وما هو اجتماعي و قد تضم حتى الجانب الجسمي والروحي والجمالي والأخلاقي، والهوية قد تفهم انطلاقاً من الطريقة التي بواسطتها كل فرد يعرّف نفسه ويدرك ويمثل ذاته ككائن فردي (Unique) في هذا العالم. ولكن في نفس الوقت يتشبه بالآخرين و يختلف عنهم. فبعد الفردانية (Unicité) هو عامل رئيسي في بناء الذات و الشعور بها.

مصطلح الذات هو عبارة عن تعريف للفرد الاجتماعي وهو عبارة عن بناء ثقافي متطور

في كل المجتمعات سواء الإسلامية أو الغربية، وهو إدراك الفرد وتمثله لمفهوم الذات. هذا

المصطلح هو عبارة عن قاعدة اديولوجية يبنها الوسط الثقافي ويمنحها المعرفة والمفاهيم التي هي محدّدة ثقافياً واجتماعياً ودينياً.

مصطلح الذات قد تناول ودرس في علم النفس الاجتماعي من عدة زوايا و أبعاد مفاهيمية, من بين هذه الجوانب وما يهّمنا في دراستنا هو تسليط الضوء على العوامل البنائية لصورة الذات والكشف عن الجانب الداخلي للهوية الفردية، والذي لا يستطيع الانفصال عن الهوية الاجتماعية وعن الآخر وبالمناسبة إن الهوية الاجتماعية تساعد وتسمح بإعطاء مفهوما أكثر وضوحا حول الفرد الذي يتواجد في إطار اجتماعي، وتتحكم فيه وتوجهه تمثلاته وتمثلات الآخر. وإذن الفرد هنا هو مركّب من بناء معرفي ومن بناء نفسي انفعالي ومن بناء اجتماعي (كالتكيّف و التفاعل...)، ومن بناء جسدي وفي هذا الصدد عدّة باحثين يتكلّمون عن أهمية الجسد في بناء الذات، كونه وسيط أو رابط اجتماعي (Médiateur du lien social) كما يعتبره (Moscovici 1994) وهو منتج نفسي اجتماعي كما يقول Fsian (2012) , Dolto (1984) تعتبر صورة الجسم تضمّ المخطّط الجسمي الذي بفضلّه نستطيع الدّخول في التّواصل مع الآخر أين صورة الجسم تتبني عن طريق هذا التّواصل بين الأشخاص.

مصطلح الذات في علم النفس الاجتماعي هو مصطلح قديم، أما في تيار التحليل النفسي ظهر هذا المصطلح بالضبط في السبعينيات على يد آنز كويت في 1971 فمصطلح الذات لم يرد في معجم مصطلحات التحليل النفسي لبونتاليس و لابلانث.

علما بان فرويد أشار لهذا المصطلح لكنه لم يتعمّق فيه بل أعطاه مفهوما ضيقا

(Meffre, 2002). فرويد لم يعطي أهمية كبيرة لوظائف الشعور بالذات والاحساس بالذات وتقدير الذات في الأنا، فبالنسبة له الأنا هو جهاز ضبط وتحكّم (Appareil de régulation) في التكيّف مع الحقيقة، وهو في نفس الوقت يقوم بوظائف دفاعية ويسعى إلى وضع حلول توافقية

بين الصراعات القائمة بين الهو والأنا الأعلى. اذن إن الأنا حسب فرويد هو في نفس الوقت بنية عقلية (Structure mentale) و قوّة نفسية (Instance psychique) (Kernberg, 1989). ثمّ جاء من بعد فرويد باحثون آخرون وتعمّقوا نوعاً ما في الذات في 1964 وأرادوا أن يزيلوا الغموض الذي كان عند فرويد بخصوص مصطلح الذات، مثلاً Kernberg (1989، 325) عرّف الذات (Self) كما يلي: "يعني تعريف الشخص في شموليته كفرد، يضمّ الجسم ومختلف أعضائه، وأيضاً النظام النفسي ومختلف مركّباته...الذات (Self) هو مصطلح وصفي (Descriptif) تابع (Auxiliaire)، الذي يعرّف الشخص كفرد في خصوصيته عن باقي المواضيع التي تحيط به في هذا العالم"

وأما بالنسبة لعلماء النفس الاجتماعيين فكانوا من الأوائل الذين بحثوا في مصطلح الذات مع علماء الاجتماع، Mead و Cooley بالمناسبة يعتبران من الأوائل الذين درّسوا علم النفس الاجتماعي في الولايات المتحدة الأمريكية في جامعة شيكاغو في سنة حوالي 1893 (1993 Digneffe)، وهم من الأوائل الذين بحثوا في مصطلح الذات. إذ أنهم آنذاك لم ينطرقوا إلى مصطلح الهوية، بل كرّسوا أعمالهم في البحث عن خصائص الفرد المندمج في الوسط الاجتماعي والذي يعرّف نفسه انطلاقاً أو اعتماداً من الأفراد الآخرين، الذين يعيشون معه في هذا الوسط الاجتماعي، فالذات تفسّر لنا فكرتنا التي نضعها عند تعريفنا لأنفسنا، انطلاقاً من الآخرين بمساعدتهم لنا عن طريق تفاعلنا معهم، فمعرفةنا لهم هي متعلّقة بما لدينا من معرفة نحو أنفسنا. (Fischer, 1997). في هذا الصدد نجد إسهامات Cooley المذكورة في : Martinot (2002) وفي: Guérin & Famose (2002). هو يتصور الآخر كمرآة للذات " Looking-Glass-Self " ، فالذات حسبها هي الحوصلة لسيرورات البناء الاجتماعي التي تتشكل بفضل التبادلات اللغوية مع الآخرين والتفاعل بينهم، Cooley يرى أن المجتمع يعمل كتلك المرآة فهو يعكس تعريفات الفرد لصورة ذاته ولردود أفعاله وبنفس الطريقة التي تقوم بها المرآة في عكس المظهر الجسمي، فردود أفعال الآخرين تمنح للفرد صدى (Un feed-back) ومعنى حول صورة ذاته.

إنّ Cooley أضاف مرآة اجتماعية التي يضعها أفراد المجتمع للفرد كمعلم ودليل بفضلها يعرّف ذاته. فمن خلال الأفراد الذين يشاهدهم الفرد في حياته اليومية ويتأملهم، يكتشف الآراء التي

يحملونها عنه ويستطيع أن يعرّف نفسه من خلالهم، بمعنى نحن كما يفكر الآخرون عنّا، طبائعا ومظاهرنا وتصرفاتنا. في هذا الصدد تقول Famose (2002، 18) "ذات الفرد تعرف من خلال آراء الآخر، فهو يستدخل الأحكام...". أمّا Moscovovici (1994) في هذا الصدد يتكلم وحسبه، إن الذات تنبني بفضل المرأة التي يضعها الآخر و التي بدورها تدمج حسه ثلاثة عناصر أساسية في مفهوم الذات هي:

1- صورة تمثالتنا للآخرين.

2- الوعي بالأحكام التي يحملونها عنّا أفراد المجتمع.

3- الأحاسيس الإيجابية أو السلبية الناتجة.

في أعمال Mead في 1934 نجد أنّه تناول الذات كمرادف للهوية

والشخصية وحسبه هذه الأخيرة تنبني عن طريق التفاعلات الاجتماعية، فبالنسبة ل Mead تكوين الذات لا يتجسّد و لا يتحقّق، إلا عن طريق العلاقات ما بين قوتين جوهريتين متداخلتين فيما بعضهما و متلاصقتين عمليا إما نظريا أو اصطلاحا فهن مختلفتين لذلك Mead فرّق بينهما وسماهّن: "الأنا (Je) " و "الأنا Moi"

الأوّل هو الأنا الخاص بكل واحد منا (propre à chacun). فهذا ما اعتبره Mead بالشخصي و الخاص.

الأنا Moi هو استدخال اتجاهات الآخرين في تصرفاتنا -لتصبح مسؤولة و تسيّر سلوكنا- ومن هذا المفهوم تكوين الأنا Moi يتناسب و يتجسّد عن طريق استدخال المعايير الاجتماعية (Fischer, 1997). إن الفكرة الأساسية ل: Mead هي أنّ الشخص والعقل L'esprit (الذات Self) يظهران (Emergent) العمليات الاجتماعية

والحياة الاجتماعية طوال سيرورة التطور و النمو. فبالنسبة له الفرد المنعزل هو عبارة تجريده و انعزاله عن المجتمع مثلما نجرد أو نفصل الاحساس عن الادراك، بفضل التفاعل الناتج عن التواصل المتبادل بين الأفراد، العضو الفردي يتأثر ويؤثر (Digneffe, 1993)

Mead الفيسوف السوسيولوجي والسلوكي المذهب (لكنه يختلف مع واطسون Watson) قد درّس في جامعة شيكاغو (Chicago) في 1900 ولكنه لم ينشر آنذاك عمله الأساسي والمهم: العقل، الذات والمجتمع، ولكن تلامذته دونوا له البعض من أعماله حيث كانوا يدرسون عنده آنذاك، علما أنه قد توفي في 1931 ونشرت أعماله ما بين 1927 الى 1930.

بالنسبة له مبدأ الأنا يتشكّل ببطء أقلّ أوتوماتيكيا وليس آلي، هو خاص ويتبع سيرورة وتاريخ الفرد. الذات عنده هي الشخصية الكلية، وتشكّل الذات ينقسم حسبها إلى مرحلتين:

المرحلة الأولى: الأنا (Je)

عند الطفل وفي المرحلة الأولى يكون طبعاً لديه نظامه العصبي (système nerveux) ونظام ردود الفعل (système réactionnel)، فهو يستقبل المثيرات (excitations) ويجب عليها بإستجابة فورية، فكلّ المواضيع الخارجية الفيزيائية تثير الطفل ويجب عليها بإبدائه بالحركة (activité) وهذا يرجعنا إلى مفهوم بياجى حول مرحلة الحركة الحسية الحركية (Activité sensori-motrice).

المرحلة الثانية: الأنا (moi)

ذات النضج العصبي يتواصل في نضجه ويصبح فرداً ناضجاً يساعده على ذلك عدة عوامل نذكر منها: المطالب المنتظمة والمثيرات المتواصلة بفضلها الفرد يصبح قادر على التخير (imagination) والتمييز (symbolisation)، الذاكرة تتطور والفرد هنا يميز بين السلوكات

المناسبة والغير لاثقة لإبدائها ويتعرّف على الأدوار وعلى سلوكيات الآخرين ويدمج تصرفاته في داخل دوره المكلف منه إنجازه من طرف المجتمع، وهنا تتبثق سيرورة التعلّم: التبّلور العقلي والتخطيط التمثيلي للوضعية.

حسب مبدأ الأنا، في الذهن يضع وضعية أين الأنا يجيب.

Le « moi » établit (dans le mental) la situation a laquelle le « Je » répond

والذات أيضا حسبه يكون فيها الأنا متجانسا ومتناسبا مع تصرفات الفرد ودوره. إستجابة تفكيرية وليست فورية مثل أنا **الطفل**.

L'esprit naît quand il existe dans le comportement la présence d'un symbole signifiant.

الشخصية في بداية حياة الطفل هي ليست معطى كامل بل أنّه ينبنى بمرور الوقت والمراحل، الشخصية تفتح توسّع للمعطيات الأولية التي يتلقاها الطفل منذ بداية حياته والتي تتمثل في البنية العصبية التي بمرور الوقت يمكن تحسينها وتطويرها بفضل التفاعل مع المجتمع، إنّ البنية العصبية هذه لا تتطوّر بنفسها ومن تلقاء نفسها ولكن بمساعدة الاتصال الإجتماعي، فالنضج العصبي ليس مكتسب ولا مكتوب، إنّما هو كذلك النبتة التي تحتاج الرعاية السقي من أجل أن تكون قوية البنية.

أعمال Mead عامة وفي مجملها تؤكد بإلحاح ويعمّق على الهيمنة الاجتماعية في بناء الشخصية وهي تؤكد أيضا على قوى الفرد النفسية: الحضور في الواقع، تمثل العالم، تمثل الذات (Yvonne, 1977) والشعور بالذات.

العائلة التي فيها الطفل يتعلّم و يلعب تعتبر الركن الأساسي في التنشئة الاجتماعية التي تسعى الى تحويل الفرد من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي لأنّ الفرد منذ ميلاده هو كائن اجتماعي كما يقول wallon مذكور في : (Laval, 2004). الأسرة تعتبر أول تجربة للطفل لأنها جماعة مؤسسانية تفسّر و تعلم الدور و المكانة، هي الحلقة التي تعطي القيم، المثل، أنماط

التفكير... التقليد و اللعب لهم دور فعال في تعليم الطفل وتلقينه ويساعدان في بناء صورة ذاته. فحسب Piaget في 1945 و1967 باللعب الطفل يستطيع ان يتطور ثم يطوّر سلوكيات أدواره ويسمح له بتنمية قدراته العقلية. وحسب السوسولوجي طارد Tard الذي أتى بمفهوم التقليد و أدخله إلى علم الاجتماع، حسبه أنّ الأفراد يقلدون الحركات, الأقوال اختراعات الأشخاص الأكفاء و أيضا إنهم يقلدون قواعد الحياة الاجتماعية.و إذن إن سيرورة التقليد تصبح مستمرة و متبادلة تساهم في بناء الذات. وحسب Mead إن سيرورة الاستدخال من الخارج الى الداخل هي أساس بناء الذات. المدرسة تأتي فيما بعد(بعد العائلة) لتقوي سيرورة التنشئة الاجتماعية. فالمدرسة هي جماعة جديدة يندمج الطفل فيها ويكتسب فيها معارف جديدة و تزيد صورة ذاته في البناء (Aebischer, 1998) لأنّ الذات تتميز بالتغيّر و الثبات في نفس الوقت و بناءها هو عبارة عن سيرورة متواصلة من البناء و النمو و التطور و التغيّر و التعلم، بفضل تفاعل الفرد مع أفراد المجتمع و في هذا الصدد يقول Erikson مذكور في Fischer (2005 ، 20): "إنّ الهوية هي ثمرة التنشئة الاجتماعية"

مصطلح الهوية أيضا طوّر من طرف Erikson في 1972 و 1974 أكّد على أهمية تفاعل الفرد مع بيئته التي هي ملزمة بان توفر له مختلف احتياجاته البيولوجية والانفعالية

(Thomas & Michel, 2005) من أجل أن ينمو نموا سليما ويبني ذاته. بحث اركسون في

مصطلح الهوية من مفهوم تحليلي نفسي اجتماعي ودرس نمو الفرد من ناحية نفسية اجتماعية و حسبه أنّه يمرّ بثمانية مراحل نمائية متكاملة فيما بينها و قبل مماته أضاف مرحلة تاسعة. ان حسب اركسون الهوية تعني مجموع خصائص الفرد التي تنتج بفضل تفاعله مع التنشئة الاجتماعية. لذلك أكّد على أنّ الهوية هي ثمرة التنشئة الاجتماعية. (Fischer, 2005)

مصطلح الهوية يمثل في علم النفس الاجتماعي نقطة التقاء كل من علم النفس وعلم

الاجتماع، فهو مفهوم واسع يبني نتيجة التفاعلات المعقدة بين الفرد وبين أفراد المجتمع. الهوية تتبني لتفسح المجال لظهور مفاهيم جديدة كالشعور الذاتي والشعور الاجتماعي ومصطلح الذات

والذي هو أيضا عبارة عن نتيجة بناء واستدخال من المجتمع الى الذات وهو عبارة عن سيرورة تفاعلية بين الذات والآخر (المجتمع). لكي يتعرف الفرد على ذاته ويعرفها يجب أن يساعده الآخر في التعرف عليها، بمعنى يشترك الآخرين في إعطاء تعريف لذاته ويصبحون هم مرجعيته. في تعريفنا لذاتنا يجب الكشف عن من نكون بالنسبة لذاتنا وأيضا بالنسبة للآخرين، وهذا ما وضّحه laing عام 1971 (Fischer, 2005). العلاقة التي تجمع التمثلات الاجتماعية والهوية هي علاقة تكامل وتداخل، لماذا؟ لأن التمثلات الاجتماعية توجّه وتيسر وتتحكم في الهوية الشخصية، أو ما يسمونه علماء النفس الاجتماعيون: الذات، فالهوية تحمل في طياتها الذات وتتضمن التمثلات وعدة أبعاد أخرى كالتفاعل التأثير، صورة الجسم وهذا ما يفسّر تعقّد وغنى ذات الفرد. الهوية تفتح المجال لكلّ هذه الأبعاد بالتطوّر. وتسمح للشخصية بالقيام بعملية استدخال القيم والمعايير والمعرفة والعادات الاجتماعية، من المجتمع نحو الذات، فالهوية تسمح ببناء نواة صلبة حول ما يفكر به الفرد.

وحسب Fischer (185,2005) انّ الهوية: "هي منتج السيرورات التفاعلية المستعملة ما بين الفرد وما بين الحقل الاجتماعي، وليست سوى عنصر مكون من الخصائص الفردية. الهوية هي بعد علائقي اجتماعي يتجسد في تمثّل الذات".

فالهوية تنتج وتتشكل إذن بفضل التشابك المعقد بين الفرد والمجتمع. الهوية لها بعد نفسي اجتماعي هي ليست عبارة حقيقة خارج عنا، إنما هي أوسع من ذلك فهي موضوع محوري يساعد على الإسقاط الاجتياف والاستدخال كما يساعد على تحديد اتجاهاتنا وآرائنا لذلك فالهوية تشكل نظام مركّب وقائم بحد ذاته. (Fischer, 1997).

2- الذات و الهوية:

Fischer (1997, 82) يقول: "في علم النفس الاجتماعي مصطلح الهوية سيكون مستعملا

في مفهوم مجاور للذات وفي بعض الحالات الهوية والذات يمكن ان يكنّ فيهنّ الخلط"

كما قلنا سابقا مصطلح الذات تتناول قديما في علم النفس الاجتماعي على عكس الهوية التي تناولت بعد سنوات كثيرة من بعد ذلك، لهذا Fischer (1997, 83) يصرح بأن "لو الدراسات الكلاسيكية حول الهوية ركزت على الطريقة التي بواسطتها الفرد يتميز اعتمادا على قيم الوسط الاجتماعي ، اليوم لا نعرّف الهوية مثل بناء ، يعني أين تكون السيرورات المعرفية ليست عبارة عن عوامل و إنما مركبات انطلاقا منها وعن طريقها الفرد يعرف فكرته عن نفسه و يعرف سلوكه الاجتماعي الناجم أو الناتج عنها" . الهوية حسب Guerraoui (2010, 20) هي: "مجموعة من الخصائص الخاصة من خلالها الشخص يستطيع تعريف نفسه و يتعرّف عليه من طرف الآخر. عن طريق هويته اذن قبل كلّ شيء أصالته، فردانيته، وحدته الذين نضعهم في الأول و نريد رأيهم معترف بهم و مقبولين من الآخر"

الاحساس بالهوية هو بعد من أبعاد الهوية وحسب Fischer (1997, 82) : "لا يوجد هوية بدون تواجد الإحساس بالهوية والذي يفسّر هو بحدّ ذاته من طرف الفرد بعدة طرق: الاحساس بالاستمرارية و الثبات في الوقت و بالإضافة إلى فردانيته واستقلاليته"

الهوية تظهر أيضا كمثل تنظيم معرفي وكبنية معرفية تنظّم تمثلات الأفراد. وكذلك إن تمثلات الأفراد هي عبارة عن بنية معرفية تسيّر الهوية و صورة الذات كما أنها توجّه سلوكيات الأفراد. ان كلّ من صورة الذات والتمثلات يمثلان علاقة تكامل ترابط تداخل

و تفاعل، لان صورة الذات هي الفرد بحدّ ذاته هي الهوية الشخصية. التمثلات هي المجتمع هوية الآخر الهوية الاجتماعية. وان التفاعل بينهما ينتج عنه:

-استدخال التمثلات داخل الفرد : صورة الذات.

-تنظيم صورة الذات وتسييرها.

-تنظيم التمثلات.

-توجيه السلوكيات والتحكم في تصرفاتنا.

لكن السؤال الذي يطرح هل كل ما يستدخله الفرد من المجتمع الى ذاته هو مطلق وليس فيه الخطأ؟ حسب (Guerin & Famose 2002). يمكن أن نستدخل المعايير والإتجاهات، والقواعد و القيم...الخ و لكن يمكن أن تكون متناقضة فيما بينها و متصارعة.

لهذا لا يجب إهمال عامل "فردانية" (L'unicité) الذات الذي يؤكد عليها (Tap 2004)

و عدّة باحثين آخرين, يجب الأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية الموجودة بين الأفراد, لأنّ كلّ ذات هي حالة خاصة، لها أسبابها وحقيقتها الخاصة إذ أنها لا تقبل التعميم و إلاّ فإنّ جميع الأفراد سيكونون متشابهين في المجتمع.

للهوية عدّة تعابير تشير إلى تعريفها في علم النفس الاجتماعي نذكر منها الشعور بالذات,

تخطيط الذات (Schéma De Soi) الذي يقصد به الطريقة التي بها الفرد يتميّز ويعرّف نفسه اعتمادا عليها, أما الشعور بالذات فقد يكون تارة ايجابي وهذا ما يساهم في رفع تقدير الذات لأنّ هذا الأخير هو مصطلح أساسي محتوى فيه وتارة سلبي أي تقدير الذات السلبي وتقدير الذات بالمناسبة هو يعني صورة الذات التي تتجم عند الفرد بفضل تقييم أهمية الذات ومكانتها في الوضعية الاجتماعية.

Goffman صاحب النظرية التفاعلية في 1973 مذكور في: Guerin & Famose

(2002) بيّن ووضّح كيف ان التفاعلات الاجتماعية هي مثل مسرح أين الممثلين يلعبون في خشبته, و كلّ واحد منهم يأخذ دورا ويتقمّص شخصية ويعرّفنا عليها وبيّن للآخرين (سواء الممثلين او باقي الجمهور) من هو ويستخدم استراتيجيات وينمي ويطوّر من جهة، تفاعلات تكسب الآخرين معلومات ومن جهة أخرى يكسب هو المعلومات وحسب كوفمان هذا شأنه شأن حياتنا اليومية لأنّ الهوية تتناسب مع تعريف الذات وتتناسب وتتبنى بفضل كلّ تفاعل يشبه مشهد تفاعلي على خشبة المسرح.

Erikson صاحب النظرية التكيفية في 1972 في تعريفه للهوية يعطي أهمية كبيرة لدور

التنشئة الاجتماعية في بناء الهوية و يقول "الهوية هي ثمرة التنشئة الاجتماعية" مذكور في:

Fischer (2005، 50) هو يعطي أهمية كبيرة للوسط الاجتماعي وضرورة إعطائه للفرد الاحتياجات الانفعالية و البيولوجية اللازمة لبناءه ولكي ينمو نمو اجتماعيا سليما , Thomas& Michel (2005) . الهوية بما تحتويه من الذات هي تتميز بالثبات والتغير في نفس الوقت: الثبات في الوقت و المكان الذي يسمح للفرد على المستوى الذاتي بأن يتعرّف على ذاته ويعرّفها ويدركها كذات ثابتة. التغير نظرا للتغير الذي يمرّ به هذا الفرد يجعل ذاته تتغير (مرض خطير مثلا ذاته تتغير). لهذا Erikson يصرّح " الهوية هي أبدا ليست (Installée) ومثبّنة (Fixée) وكاملة (Achevée) "مذكور في: Guerraoui (2010، 22).

اسهامات كلّ من اركسون صاحب النظرية التكوينية و كوفمان صاحب النظرية التفاعلية في بناء الفرد هي اسهامات مهمّة وأساسية و لانستطيع التخلي عنها في هذا المجال وتبقى هوية الفرد "تبنى بفضل الغيرية (Altérité)، وتتطور طوال الحياة" كما تقول Guerraoui (2010، 22)

3- صورة الذات:

معرفة الذات حسب بياجى تنبثق من خلال النمو المعرفي وكأول مرحلة لمعرفة الذات عند الطفل تبدأ منذ 9 أشهر (Deleau & al., 2006) بالنسبة ل Mead تكوين الذات يستعين بمعايير التنشئة الاجتماعية. فهو كان يؤكّد أنّ الذات لا توجد أو لا تتكوّن دفعة واحدة في الفرد. الذات لا توجد عند الحيوان و لا توجد كذلك عند الرضيع قبل أن يضع روابطه الرمزية مع أبويه (Digneffe, 1993). عند معظم الباحثين في علم النفس الاجتماعي نشوء الذات هو كليا اجتماعيا هو ظهور الشخص والذي يولد ويطوّر بفضل التجارب الاجتماعية. Mead يقول: "الفرد يملك شخصية لأنه ينتمي الى مجتمع

ولأنه يستدخل قواعد هذا المجتمع وتصرفاته. يستعمل اللغة مثل وسيلة لاستقبال شخصيته: ثمّ عن طريق سيرورة تكييف وتكفّل (Adoption) عدّة أدوار التي يقدمونها الأفراد الآخرين، ينتهي بتكييف واستدخال اتجاه أعضاء المجتمع... فهذه هي بنية الشخصية. يوجد بعض ردود أفعال متشابهة أين كلّ فرد يملك أشياء مشتركة، عندما هذه ردود الأفعال المشتركة

هي متفاعلة عند الفرد الذي يتعامل مع الآخر، فهو يشكّل ذاته الخاصة به. البنية التي على أساسها الذات ينبنى هي هذا الرد الفعلي المشترك الجماعي، لأنه يجب أن نكون عضو من المجتمع لكي نكون ذات" مذكور في: Digneffe (1993 ، 231)

4- مصطلح الهوية:

كل مجتمع يمتلك إيديولوجيات محدّدة وأفراده فيما بينهم ينشئون روابط محدّدة، هذه الروابط تعرّف وتحدّد هوية كل فرد وتشكل الشخصية الاجتماعية. إنّ هذه الروابط تسهّل تكيف الأفراد داخل النظام الاجتماعي. الفرد يستدخل القوانين ويصبح صديق (Alter) واجتماعي، والمجتمع يؤثر على سلوك الفرد وعلى نمو شخصيته، وهذا العامل البنائي أكّد عليه جميع علماء الاجتماع وعلماء النفس الاجتماعيون. الهوية تتحدد اجتماعيا فتتأثر ولها متطلبات اجتماعية، ولكن ما تجدر الإشارة إليه أنّ عامل المجتمع البنائي هذا وحده لا يكفي لبناء وتحديد هوية الفرد، فالفرد ليس عبارة عن شخص مبرمج من المجتمع فحسب إنما له صبغته وبصمته ومشاركته في بناء شخصيته، فهو يعطي مفهوما للمثيرات الخارجية وهو يتشارك مع المجتمع في اختيار تماثلاته واتجاهاته وكيف يبيلور أو يواجه وبعيد النظر لهويته. المجتمع وحده لا يسمح إنن للفرد بأن يحلّل بأن يقبل أو يرفض يتفاوض أو يتكيف إنما الفرد هو فرد فعّال في بناء شخصيته.

الهوية الفردية ليست عبارة عن خصائص إجتماعية فحسب ولكن هي عبارة عن تفاعل هذه الخصائص مع خصائص شخصية. والهوية الفردية هي بنية منظمة وسيرورة فردية مبنية على أساس خصائص فردية إستدخالية.

وفي الواقع مصطلح الهوية الفردية هو مصطلح معقّد لأنه يعني البحث فيما بعد يعنيه الفرد، فهذا المصطلح يضم عدة مفاهيم مختلفة، ولكن الباحثون في هذا المجال (علم النفس الاجتماعي) يسعون إلى تحديد ومعرفة العوامل البنائية لهذا المصطلح ويحاولون تعريفه بالرغم من الصعوبات المبهمة فيه، إذ كلما حدّد هذا المصطلح تبقى فيه مشكلة النسبة لأنه لا ينتمي

لتخصص واحد، فمثلا في تيار الفلسفة تم تناول مصطلح الهوية بشكل كبير وبحثوا في الإحساس
بالهوية وبعكس علم النفس فقد تجاهلوا هذا المصطلح "الإحساس بالهوية" ولمدة طويلة.

إنّ أركسون يعتبر من الأوائل الذين أدخلوا مصطلح الهوية الشخصية والاجتماعية لميدان
علم النفس الاجتماعي، حيث تميّزت مقارنته بالتنوع في التخصصات (التحليل النفسي، علم
الاجتماع، علم النفس الاجتماعي) حيث يتناول بناء الهوية ونموها من خلال تفاعل الفرد مع
جسمه ومع الآخرين ومع المجتمع، أركسون من العلماء الذين يؤكّدون على أنّ بناء الهوية السليم
لا يتم إلاّ عن طريق توفير للفرد عدة احتياجات وبالأخص الاحتياجات الانفعالية والبيولوجية وبيّن
لنا أنّ النمو النفسي الاجتماعي للفرد يمر بثمانية مراحل بنائية، فإمّا أن يكون بناء أو نمو سليم
وإمّا العكس.

أركسون قد اهتم بدراسة خصائص الشخصية السليمة وعلى عكس أستاذه Freud الذي
إهتم بدراسة الشخصية العصائية وأهمل دراسة طبيعة الشخصية السليمة، فاركسون أراد أنذاك ملأ
الفراغ الذي كان يسود في النظرية التحليلية، وحسبه "الطفل هو معرّف بالغياب الأولي (لهذه
الخصائص) وينموه التجريبي بالمراحل المعقّدة التي تختلف شيئا فشيئا". بالنسبة إلى Erickson
(In: Thomas & Michel, 2005, 242) إنّ هوية الأنا لها مظهرين:

- المظهر الأوّل: يرتكز حول الفرد بحد ذاته وهو يكشف عن هويته "شعوره بالذات ومفهوم
الإستمرارية مع الوقت"، فالمظهر الأول هذا يعني الفرد يعترف بذاته ويتقبلها.

- المظهر الثاني: فهو موجه نحو الخارج وهو إعراف الفرد بأفكاره وبخصائصه الأساسية لثقافته
ولتماهيه ببعض القيم، فهو يشترك مع الآخرين.

الفرد الذي يتميز بهوية الأنا السليمة والمتطوّرة له تمثل ومفهوم واضح للأنا، فهو يتقبّل

الأنا الداخلي له ويتقبل الخصائص الأساسية لمجتمعه أو ثقافته التي يعيش فيها

(Thomas & Michel, 2005) ، وإذ إن نمو الفرد النفسي الإجتماعي يرتكز على التطوير من الحالة الغير هوية للأنا إلى ما يسمى بهوية الأنا.

5- الشعور بالذات:

الشعور بالذات هو ينتج في الحقيقة بفضل التفاعل مع الآخرين وبفضل استدخال إدراك الآخرين حول كيفية نظرهم الينا : موضوع اجتماعي. (Sanchez-Maras & Licata, 2005). الشعور بالذات يضم عدّة عناصر بنائية حسب Stoetzel (1978) وهي سيرورات التماهيات، تقدير الذات، الجماعة المرجعية، التفاعل، التواصل، المكانة، الدور، الشعور بالجسم، صورة الجسم، المخطّط الجسمي.

الشعور بالذات هو مرتبط بصورة الذات هو أعمق منها بحيث أنّ الشخص مهما يتعرّض لصراعات وأزمات وصدّات أو مرض خطير فأنّه يبقى يحافظ على شعوره بذاته وأنّ ما يتغيّر فيه هو تغيّر من الايجابي الى السلبي وهذا راجع إلى طبيعة تمثّلاته، فإذا كانت تمثّلاته سلبية نحو الموضوع فشعوره بذاته سيتغيّر نظرا لأنّ صورة ذات الفرد وسلوكاته هي تحت إدارة وتحكّم التمثّلات وفي هذا الصدد عدّة باحثين يؤكّدون هذه الفكرة ك: Jodellet (1989).

أنّ في مرض السرطان يبقى المصاب به يشعر بذاته شعورا سلبيا وأنّ ما يتغيّر عنده هو قطعة على مستوى إحساسه بالاستمرارية، قطعة على مستوى تحقيق مشاريعه المستقبلية، نظرا لتمثّلاته الاجتماعية السائدة حول هذا المرض هي سلبية عناصرها المركزية مرتبطة بشبح الموت والانحطاط. لهذا إن المصابين بالسرطان يصرّحون طوعيا أنّهم تغيّروا نحو الأسوأ وأنّهم ليسوا كما كانوا وهم يعانون على مستوى صورة ذاتهم، والعناصر المركزية للتمثّل بالمناسبة حسب أبريك (2007) Abric هي مرصّخة وتقاوم التغيّر وتتحكّم في السلوك والذات. أمّا في: (1994c، 97) فهو يقول: "...شخصية...الأفراد تلعب دورا مهماً في سلوكياتهم، يبدو لنا أنّ الشعور الذي الأفراد يبدوونه يطورونه بخصوص سمات الشخصية هو الطريقة التي بواسطتها يتمثّلونها (سمات الشخصية)، قد يلعب دورا أساسيا في اختيار سلوكياتهم في وضعية ما..."

أمّا حسب دوركايم مذكور في: Moscovici (1989) أنّ المجتمع يضع رمزية جماعية مما ينجزّ عن ذلك الشعور الجمعي والروابط بين الأفراد. أنّ مصطلح الرمزية في الحياة الاجتماعية الذي جاء به دوركايم هو يقدّم موضوع (أو مواضيع) وهنا حسب يتشكّل الشعور الجمعي والأفراد يشتركون ويتقاسمون نفس الفكرة حوله. بالمقابل أنّ فكرة دوركايم حول الشعور الجمعي لا تهتمّنا الى حدّ بعيد، إنّ ما يهتمّنا هو الشعور بالذات (الشعور بالهوية)، لأنّ وكما يصرّح كلّ من Moscovici (1976) ودوركايم مذكور في: Moscovici (1989) أنّ التمثلات الجمعية (تضمّ الشعور الجمعي) هي ليست التمثلات الفردية (تضمّ الشعور بالذات).

توازن وتناسق الشعور بالذات عند الفرد هو راجع صلابة قوّة الأنا في حماية النفسية وفي جعلها تتكيّف مع العالم الخارجي، لهذا أنّ دور الأنا هو مهمّ ومتشعب وغنيّ بالوظائف، وهو يضمّ الذات كما تقول Chaber, 2013 ; Maldi, 2012 وآخرون . . وفي هذا الصدد يتكلم فرويد مذكور في: Berry (1987) عن غنى الأنا خصوصا في دوره المهم الذي يكمن في إحداث التكيّف مع العالم الخارجي ومع الحقيقة وهو حسب يعطي للفرد مكانة أو الإحساس بالتناسق والثبات في الهوية.

الشعور بالجسم وصورة الجسم يدخلون في بناء الشعور بالذات كما يقول كلّ من: Stoetzel, 1978 ; Deleau, 2006. وحسب Guidetti & Tourrette (2002) من أجل أن يشعر الشخص بذاته ايجابيا ويقدرها ايجابيا هو بحاجة إلى إدراك جيد لجسمه ولتمثّل إيجابي حول صورة جسمه. وإذا كانت الإصابة على مستوى الجسم: كالصلع عند المرأة أو الاعوجاج مثلا، فإنّ الإصابة هذه سيكون لها تأثير سلبي على مستوى الشعور بالذات عند الفرد. إنّ الإصابة هنا حاضرة على مستوى الجسم فكيف لا يتأثر المصاب بها سلبيا؟ يتأثر بها سلبيا يعني شعوره بذاته يضطرب من بعد ما كان سابقا متّزنا ومتناسقا كما أنّ نرجسيته تنجرح وبالتالي نفسيته كذلك تنجرح، أمّا في إطار الجروح النفسية نجدها قد تناولت من قبل Fischer (2003). أمّا عند Berry (1987) فإنّ الإحساس بالهويّة هو يسمح بإقامة فرق وتمييز بين الأنا والآخر وحسبه

الإحساس الجسمي هو منحدر نحو النرجسية والأحاسيس الغريبة (Etrangeté) وهم إذن سبب فقدان الاستثمار النرجسي العادي.

اذن نمو الفرد من الناحية الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية والمعرفية يجعل ذاته تبني.

حاجة الفرد بأن يعترف به ويقدر سواء من طرف المجتمع أو من طرف ذاته يلعب دورا هاما في نموه الشخصي وشعوره بذاته ايجابيا وبالتالي تقديره لذاته ايجابيا.

6- العوامل والسيرورات المساهمة في بناء صورة الذات:

6-1 التنشئة الاجتماعية:

في المجتمع تسود ثقافة وقيم جماعية، الطفل أولا يبحث عن تفسير اجتماعي لوضعية ما، ثم يبحث عن تغير بسيط يدخل ويغير هذه الوضعية والذي يوجهه نحو تغيير فيزيائي، هذا ما يسمى بالديناميكية الثقافية.

المجتمع الذي يتواجد فيه الأفراد هو ليس عبارة عن كتل (Agrégat) يتكون من عدة مجموعات من الافراد البيولوجيين، إنما هو عبارة عن غلاف جماعي يحمي الأفراد كما يحمي الجلد الجسم حسب مفهوم Anzieu (1999) وهو عبارة عن وحدة مترابطة و متماسكة حسب مفهوم Kaes وآخرون (2000)، وحدة مركبة من نظام نفسي ونظام سوسيوثقافي وتعمل كجهاز نفسي جماعي حسب مفهوم Kaes (2000). المجتمع يعني مجموع المنتج العقلي (Produits montaux) وحقل واسع من العلاقات النفسية المتفاعلة بين أفراد، هذه العلاقات هي التي تبني الأفراد وتبني الطفل حتى يصل الى نضجه وكبره. فتكيف الفرد مع محيطه هو أساس بناءه وهو توازن ديناميكي يسمح بظهور ميكانيزمين متكاملين ألا وهما حسب بياجي الاستيعاب والمواءمة (Deleau & al., 2006)

الطفل أو الرضيع هنا يظهر في هذا الحقل مثل خلية جديدة في الوسط الاجتماعي، يدخل ويندمج في دينامية هذا الوسط الاجتماعي الذي سيساعد على النمو. في مجال النمو المعرفي عند الطفل حسب بياجي مذكور في : Marcelli و Cohen (2009، 47) بالاضافة الى النضج

العصبي، فإنه ينمو و يتطوّر و يستطيع الطفل أن يثبّت توازنه و تمثّله بفضل اندماج في المجتمع ومواعمه وتكيّفه واستيعابه وبالمناسبة التكيّف هنا "هو التوازن بين الاستيعاب والمواعاة". المجتمع حسب Bruner مذكور في: Doise و Mugny (1997، 24).

هو "مجموع القيم والحالات العقلية والأخلاقية التي تدوم وتستمر في داخل الأفراد، في الأنا الشخصي"، أيضا يعرف المجتمع "كمجموع منتج عقلي، حقل من العلاقات النفسية التي تبني وتشكل كل شخص جديد نحو نضجه".

بفضل اهتمام Mead بمصطلح التفاعل ابتعد عن النظريات السلوكية و انحدر في علم النفس الاجتماعي و اقترح مفهوم جديد هو "التنشئة الاجتماعية" (Digneffe، 1993)

التنشئة الاجتماعية حسب Riutort في 1996 هي: "سيرورة من خلالها الأفراد يستدخلون معايير و قيم المجتمع الذي بواسطته يتطوّر مذكور في: Le Bot (2010، 46). التنشئة الاجتماعية هي عملية تحويل و تغيير الطفل من كائن بيولوجي الذي يسعى الى تحقيق سوى احتياجاته البيولوجية، الى كائن اجتماعي يتماهى ويستدخل معايير المجتمع

وسلوكاته. في هذا الصدد يقول زكي موسى (2009، 43): "التنشئة الاجتماعية هي العملية التي يكتسب الطفل بموجبها الحساسية للمثيرات الاجتماعية، ومن خلالها يصبح الطفل كائنا اجتماعيا، فهي تساعد على التكيّف و التلاؤم مع بيئته الاجتماعية". كون أنّ الأسرة هي أول ركن من أركان التنشئة الاجتماعية فإنها مطالبة بتحقيق لطفها الاحتياجات البيولوجية

والاحتياجات الانفعالية خصوصا كما يؤكّد اركسون مذكور في: Vermeulen و Deldim

(2011) كي يشعر هذا الطفل بالثقة والأمان والاستقلالية والمبادرة، وينمو نموا نفسيا اجتماعيا سليما حيث أنّ عدم توفير هذه الاحتياجات إن الطفل هو معرّض لشعوره بكلّ الأحاسيس السلبية كعدم الثقة و عدم الاستقلالية و الشعور بالنقص و الذنب... الخ ممّا يؤثّر سلبيا على نموه النفسي الاجتماعي و يؤثّر سلبيا على صورة ذاته. إذن إن المجتمع له دور كبير في بناء و تطوير الفرد

وفي هذا الصدد يتكلم دوركايم في 1963 قائلا: " لو عزلنا الفرد عن كلّ ما يأتيه من المجتمع، فلا يقعد إلا منحصرًا على إحساساته... لا يتميز عن الحيوان" مذكور في: Le Bot (2010، 46). بالنسبة ل Mead مذكور في : (Fischer, 1997) Davis بالمناسبة في 1940 قام بدراسة حول الطفل المنعزل اجتماعيا وجاء بعده Mandelbaum في 1943 يدرس الأطفال المنعزلين والذين سمّاهم الذئاب (enfants-loups) خرجوا بخلاصة متماثلة مفادها أنّ هؤلاء غير قادرين على اكتساب الخصائص الإنسانية الأساسية (Devereux, 1980). اللعب له دور فعّال في حياة الطفل لأنه حسبه يمثل سيرورة متميّزة و هامة عن طريقها تتبني الهوية، وكذلك عن طريق اللعب الطفل سيستدخل اتجاهات الآخر الذي هو معه في التفاعل ولذلك Mead يحدّد بين نوعين من اللعب: اللعب الحرّ (Jeu Libre) أين الطفل يلعب و يتمتّع بلعب كأنه أشخاص آخريين و يتشبّه بهم ويدخل في تجربة أنه في قلب ذات أخرى.

اللعب المنظم هنا الطفل يدخل في أداء أدوار معينة مقترحة أو مفروضة فهو بذلك يقيم تجربة المرور على عدّة وضعيات تفاعلية منظمة، عن طريق عدّة وضعيات و عدّة أدوار. (Fischer, 1997). حسب Mead عندما يلعب فإنّ اللعب يتيح له فرصة أخذ الأدوار (Prise de rôle) الأكثر تعقيدا والمجرّدة كما تتيح له فرصة التماهي بالآخر والذي بدوره يظهر الشعور بالذات. أخذ الأدوار بالمناسبة هو يساعد على ظهور ونموّ وتطوّر هوية الفرد وهو يساعد على استدخال القيم الاجتماعية والثقافية وبالتالي يساهم في انتاج مصطلح الذات.

(Cerclé & Somat, 2002). عن طريق اللعب الطفل هنا سيستدخل اتجاهات الآخر، الذي هو معه في التفاعل و ميد يسمّي اتجاهات الآخر هذه "الآخر العام" (Autre généralisé) الذي يعرّف الطفل بدوره في ظلّ التفاعلات الاجتماعية، كما أنّه يساعد الفرد على اعادة المعرفة وفهم الوظائف والمعايير. (Fischer, 1997) بالنسبة لميد هو بدوره يعتبر الذات تشكّل مرآة اجتماعية تعكس آراء الآخر. إذن التنشئة الاجتماعية هي سيرورة تعليمية من خلالها نتواصل مع

الآخرين وهي كما يقول ألبوي في 1976: " الميكانيزم من خلاله المجتمع ينقل ثقافته، يعني نظامه القيمي، المعياري، الأدوار الاجتماعية والعقوبات".

إن الهوية هي ثمرة التنشئة الاجتماعية والتي هي سيرورة أساسية من أجل فهم من جهة نوع العلاقات التي تتعقد بين الفرد والمجتمع، ومن جهة أخرى من أجل فهم كيفية بناء الهوية. عن طريق التنشئة الاجتماعية نستطيع ضبط (appréhender) بعض الظواهر الجد معقدة، معرفة كيف تصبح الكائنات البشرية أفرادا عن طريق سيرورات اجتماعية أين يكون التفاعل من أبرز مكوناتها والذي بفضلها يمكننا أن نعرف ونتعرف على أنفسنا وعلى الآخرين، إذ إن نظرة الآخرين هي أيضا تدخل في تعريفنا لأنفسنا.

إن من مكونات التنشئة الاجتماعية هي مجموع التجارب الاجتماعية وتبدأ منذ الطفولة : اتصال وتفاعل الطفل بمحيطه يسمح له باستدخال الانتظارات، والمعايير، ويسمح له بإبداء سلوك تكيفي مع الأسرة. Fischer (1997، 75) يعرف التنشئة الاجتماعية ك: "سيرورات التعلم الاجتماعي -تطور المفهوم الأخلاقي- نمو أو تطور المعرفة الاجتماعية عند الطفل".

سيرورات التنشئة الاجتماعية تتضمن أيضا عملية تقليد النموذج (modèle) أو التكيف مع الدور: إن تعلم الأدوار وتحديدها عند الطفل بفضلها يستدخل المعايير والسلوكيات التي يقدمها ويفرضها له الوسط الاجتماعي لذلك إن التقليد هو شكل من أشكال التعلم الاجتماعي.

إن تعلم الأدوار الاجتماعية وتحديدها يتم من خلال سيرورة التنشئة الاجتماعية : الدور هو نوع من السلوك المكيف من طرف الفرد والذي من خلال يتبع المعايير الاجتماعية ويكون كاستجابة لانتظارات الآخر (المجتمع)، لذلك إن الدور يحتوي على بعد معرفي مهم فهو يسمح بفهم العلاقة بين الفردانية (individualité) (الفرد) وبين المجتمع: مصطلح الدور قد درس من طرف العديد من علماء النفس الاجتماعي مثل : Mead, 1934; Roche Blave Spenlé, 1974 ; Tap, 1985 ; Fischer, 1997 اندماج الطفل والفرد داخل الوسط الاجتماعي يتم عن طريق تعلم أدوار الحياة، فالحياة هي عبارة عن خشبة مسرح كما يشير Goffman في 1973 ويقول عن

دور الفرد وأدوار الآخرين بأنها تتمّ على مستوى هذه الخشبة. فالطفل ومنذ ميلاده هو منغمس في عالمه الاجتماعي أين المعايير والتمثلات تكون متواجدة مسبقا, الرجل يشغل دور الحكم أمّا المرأة فهي منحصرة في أدوار التربية وهي أساس الأسرة والمجتمع.

(Fischer,1997). . التفاعل بين الوالدين والطفل, وبين الفرد والآخر يساعد على النمو والتطور والرفي ويساعد على ظهور نموذج النمو الخاص بالجنس, فالمعايير والقيم المكتسبة من قبل الأفراد بفضل عدة عوامل وسيرورة التنشئة الاجتماعية هي تسير السلوكات الجنسية.

الأفراد ومنذ طفولتهم يتعلمون كيف يمثلون لانتظرات المجتمع : هذا يعني انهم مطالبون بإبداء السلوكات المقبولة والمرغوبة فيها اجتماعيا.

كل ما سبق ذكره يوضح كيف ان النماذج الثقافية للسلوك الخاص بالمرأة أو الرجل, معرفة هذه النماذج, تساهم في تحديد العلاقات الاجتماعية, في تحديد الأدوار الخاصة بالرجل والأدوار الخاصة بالمرأة وتجسيدها اجتماعيا.

الافراد الذين لهم صورة عن أنفسهم بأنهم يمثلون للنماذج وسلوكات جماعتهم أو مجتمعهم حسب Fischer (1997) لهم تقدير ذات عالي أكثر من الأفراد الذين لديهم صورة عن أنفسهم بأنهم اقل امتثال. مثلا الشخص المتقف انه امتثل للسلوكات المرغوبة اجتماعيا لذلك انه يتمتع بتقدير ذات عالي إضافة الى الدور الذي يشغله في المجتمع الذي يساهم في تحقيق ذاته, لذلك ان تقدير الذات يظهر ان له علاقة وطيدة بالطريقة التي بواسطتها الأفراد يقيمون ويقدرّون أهمية نموذج ما عندهم. ان المعرفة بالنسبة لأهمية نموذج السلوك المصادق عليه اجتماعيا توجه اختيارات الفرد.

في الأخير ان التنشئة الاجتماعية تساهم في بناء الهوية اي في بناء صورة الذات وتعريف الفرد اثر العلاقة بالمجتمع, فرد/آخر, انطلاقا من التفاعلات وادراكات الآخرين.

2-6 التفاعل الاجتماعي:

التفاعل والتواصل بين الأفراد هما ركيزة بناء الفرد، وكما يقول كلٌّ من Sordes- Tap، Ader & Tarquinio (2002، 141): " الهوية الشخصية لا تتشكّل في الانعزال" مصطلح التفاعل في التحليل النفسي لم يتعمّق فيه المحلّون النفسانيون فيه خصوصا قيل سنوات السبعينيات أمّا بعد ذلك بدأ الاهتمام بالتفاعل المبكر بين الطفل و محيطه. (Golse, 2005). حسب هذا التيار أنّ التواصل الجسدي و التواصل الاجتماعي عند الطفل هم شرطان أساسيان في النمو النفسي، حيث أنّ عدم تواصل الطفل بمحيطه سيسبّب له القلق الخوف الهيجان أو الانعزال العاطفي (isolement affectif)، و Bowlby يقول في هذا الصدد سيسبّب له عدم التواصل فقدان الأمل و العدوان (irritation) وأخيرا الامبالاة، بالنسبة ل Spitz في 1945 تتأذر دخول الرضيع للمستشفى (Syndrome d'hospitalisation) هو نتيجة حرمانه العاطفي نظرا لعيشه في المصحّة (طفل مسعف). في مجال علم الاجتماع كدوركايم الذي كان يؤكّد أنّ سبب ارتكاب الفرد الجريمة هو يرجع الى انحرافه عن دائرة المجتمع أي عدم تفاعله و عدم تكيفه. في علم النفس الاجتماعي نجد من الأوائل الذين تكلموا عن التفاعل هو ميد في 1963 حيث أنّه بدأ مشواره التدريسي منذ نيّله شهادته في الفلسفة من جامعة شيكاغو في 1892 كان يميل لأعمال داروين ومنذ 1893 اختصّ في علم الاجتماع ثمّ علم النفس الاجتماعي. الآخر هو في ذات الفرد و Mead مذكور في: Digneffe (1993) حسبه أنّ الكلّ الذي هو المجتمع هو داخل الفرد ولا نستطيع تفسير الفعل الاجتماعي إلا اذا توقّرت فيه المثيرات و ردود الأفعال. فحسبه يجب أخذ الكلّ مثل ديناميكية متفاعلة ولا الفرد يفهم نفسه و لا المجتمع بدون أن يتفاعلوا فيما بينهم. الفعل الاجتماعي فهو عبارة عن عمل التفاعلات الاجتماعية و التي تضمّ فردين و أكثر. أمّا Simmel مذكور في: Licata & Sanchez-Maras (2005، 30) هو يرى أنّ بين الذات والآخر توجد علاقة ارتباطية (Corrélation) وهو يقول: " الفرد يدخل في علاقاته في الحياة مع الآخر، بسلوك مع أو ضدّ الآخر في وضعيات علائقية مع الآخر" Goffman في 1973 من جهته هو بحث في مجال التفاعل وهو يؤكّد أنّ نشوء (Genèse) الهوية لا يكون الا بفضل التفاعل الاجتماعي ونظرة الآخر ترسل للشخص صورة، شخصية، أنماط ثقافية، أدوار اجتماعية بفضلها أو عن طريقها هذا

الشخص يتعرّف على نفسه ويعرّف نفسه . Goffman بالمناسبة يشير إلى أنّ الآخر يشكّل للفرد مرآة تعرّفه وتعكس له شخصيته، بفضل هذه المرآة الشخص يقوم بمقارنة بينه وبين الآخرين وهذه المقارنة تبني وتعيد بناء هويته (Guerraoui, 2010).

التفاعل هو مجموعة من التواصل والإيماءات والكلام والرموز والتماهي والتقليد واللعب والانفعال والرسائل الكتابية والإشارات... الخ. التماهي يتجسّد أوّل بفضل الحركات (Gestes) والإيماءات ثمّ يغيّر من طبيعته ويصبح عبارة عن رموز ثمّ كلام. التواصل هو بدوره يضم في نفس الوقت الكلام والإنتاج اللفظي وأيضا العبارات الغير لفظية (Tardif & Gepner,) 2003 التفاعل يأخذ عدّة أشكال ليصبح تفاعلا فهو يأخذ بعين الاعتبار تطوّر شعور الفرد بأنه فرد فعّال اجتماعيا (Acteur social) يعرّف نفسه ويتعرّف عليها انطلاقا من معرفته بالآخر. في علم النفس الاجتماعي يصنّف التفاعل الى نوعين هما كما يلي:

*التفاعل الغير الرمزي:

في التفاعل الغير الرمزي العضو أي الفرد يجيب مباشرة على حركات (Gestes) وأفعال الآخر. إنّ الحركات (Gestes) تعمل كمثير للآخرين (الأعضاء) الذين يكونون يبدون نفس الفعل. Mead في هذا الصدد يوضح بمثال معركة بين كلبين ففعل أي واحد منهما يصبح مثير من أجل ردّ فعل الآخر: يوجد اذن علاقة يقول Mead بين هذين الكلبين بما أنّ الفعل ينجّر عنه ردّ فعل من طرف الكلب الثاني، الذي تغيّر بسبب الفعل. فالكلب يكون مستعد للدفاع عن ردّ الفعل الذي أبداه الكلب الأوّل: مثير بالنسبة للواحد يغيّر من وضعيته واتجاهه. في وضعية الفعل انه يصبح مثير يستدعي تكيّف شخصين أو أكثر وهذا هو ما يسمي بالتفاعل الغير الرمزي.

*التفاعل الرمزي:

التفاعل الرمزي يظهر من تفاعل الحركات (Gestes) فهو يتميّز بالتعقيد الفردي. هذا ما جعل Mead يبتعد عن النظريات السلوكية ويقترح مفهوم جديد هو "التنشئة الاجتماعية"

ويؤكد أنّ الرموز القابلة للاستعمال في معنى واحد و متشابه تسمح بوضع شكل جديد من التواصل طوال التطور السيري بفضل وسيط التواصل الحركي. يعني التحدث أو التواصل عن طريق الحركات (Gestes) له رموز سهلة في متناول الأشخاص وله نفس المعنى في المجتمع لأنّ يفهم و يطور عن طريق الحركات. فالحركات لديهم وظيفة اشارية ولكن لا يستعملون في كلّ الوضعيات، فهم يستعملون من أجل الإثارة عند الآخر رد فعل سلوكي مناسب. ففي هذا النوع من التواصل عن طريق الحركات يقول Mead أنّه يوجد فيه معنى وهنا لسنا حقًا في قلب التواصل، بل نحن في معنى تطوري لعلاقة موضوعية بين بعض الأفعال الاجتماعية. في لغة الحركات (Gestes) العلاقات بين الحركة والفرد ورد الفعل السلوكي المثير عند الآخر تشكل قاعدة موضوعية الآخر يفهم حركة العضو (الفرد) الذي يتلقاها منه (Digneffe, 1993).

التفاعل الرمزي الذي قد يمرّ بتفاعل الحركات (Gestes)، فأنّه تحدث فيه عدّة تغييرات أساسية. فالحركات تصبح رموز، الفرد له مجموعة من المعاني يغيّرها بمعاني متشابهة مع الأفراد الذين يتفاعل معهم. فسلوكه وسلوكهم يتحوّل الى علاقة مثير/ إجابة / مثير وهنا تظهر العلاقة البينشخصية (Interpersonnelle) بين المستقبل والمرسل: كلّ منهما يدخلان في تواصل وتماهي وبالتالي تفاعل رمزي الذي ينتج ما يسميه هابرماس (In : Digneffe, 1993, 228) التغيّر البنوي للتفاعل (Changement structurel de l'interaction) فهو يقول: " مشاركون يتعلّمون كيف يميّزون بين حركات البينفهمي (Intercompréhension)

وبين حركات موجهة نحو نتيجة". أمّا Mead هو يفسّر هذا التفاعل باعتماده على ميكانيزم " جهد المواءمة" (Effort d'ajustement) والفرد يتفاعل بفضل الاثارة وينتهي باستدخال آراء الآخر. لكنّ اسهامات Mead يبدو أنّها طرحت مشاكل وهي كما يلي:

- الافراد يقومون باستدخال المعايير والاتجاهات والقواعد والقيم... الخ ولكن يمكن أن تكون متناقضة فيما بينها ومتصارعة.

- لقد أهمل أيضا عامل "فردانية" (L'unicité) الذات وكما نعلم كلّ ذات هي حالة خاصة، لها حقيقتها الخاصة وأسبابها ولا يوجد وصفة لأنّ الفرد هو ظاهرة معقّدة تتميز بالفردانية. وإلا فإنّ جميع الأفراد سيكونون متشابهين نسخة واحدة في الجتمع (بطواف، 2009-2010). علما بأنّ العديد من الباحثين ك: L'ecuyer, 1978 ; Tap, 1980 & al. هم يكدون على فردانية الذات.

3-6 الوحدة الاستمرارية و التشابه:

عند كلّ الباحثين ك: Tap (2004) & Guerraoui (2010) أنّ كلّ من الوحدة

والاستمرارية والتشابه هي أبعاد من أبعاد الهوية وهي أساسية في بناءها. فالذات هي عبارة عن وحدة مركبة من بنية مترابطة متناسقة متجانسة وموحدة وخاصة، أين سيرورة التماهيات تأخذ حصّة الأسد و تشتغل وتصبح في الاندماج.

الشعور بالاستمرارية بين الأنا الحاضر والانا الماضي والانا المستقبل هو أمر ضروري للفرد لكي يشعر بالأمان والاستقرار المهمّين في نموّه النفسي الاجتماعي. هذا الشعور بالأمان

والثقة يبدأ الفرد بالبحث عنه منذ الطفولة. حسب اركسون أنّ الثقة هو أول احتياج انفعالي يحتاجه الفرد منذ ميلاده والوسط الاجتماعي هو ملزم بتوفيره له لكي يشعر بالأمان ويضع الثقة في الآخرين (وسطه) وعكس ذلك سيمر الطفل بأزمة وأنّ نموّه النفسي الاجتماعي يكون فيه خلا. (Thomas & Michel, 2005).

الإحساس بالاستمرارية هو عنصر أساسي في تكوين الفرد، هو مع اتحاده مع عوامل أخرى مساهم في بناء ذات الفرد، هذه العوامل هي متعدّدة كما قلنا سابقا وأهمّها: التمثّل، صورة الجسم، الدور والمكانة، نظرة الآخر، التفاعل، التماهي، الاحتياجات الانفعالية... الخ. في هذا الصدد يقول Winnicott مذكور في: Berry (1987، 86) أنّ "الاستمرارية في الكون هي ركيزة قوّة الأنا" ويبدأ حسبه الإحساس بالاستمرارية منذ الطفولة بفضل عناية الأمّ المتواصلة فهي كافية بالنسبة للطفل كي يشعر بالوجود. كما أنّ حسبه وحدة جسم- نفس هما شرطي الإحساس بالهوية.

الإحساس بالذات هو يختلف عن الإحساس بالوجود وحسب Berry (1987) أنّ هذا الاختلاف يكمن في أنّ الإحساس بالهوية هو يتشكّل بفضل التماهيات بالمحيط.

التشابه: إنّ الأفراد يتشابهون في المعتقدات والصفات والعادات والتقاليد حيث إنّ سلوك الفرد يذوب في سلوك الجماعة، لكن يبقى كلّ الأفراد يتشابهون ويختلفون في نفس الوقت لأنّ كلّ حالة هي حالة خاصة لها معطياتها وأسبابها واذن هي لاتقبل التعميم.

4-6 الدور و المكانة:

الدور هو مصطلح أساسي في بناء الشخصية، و حسب اركسون أنّ الشخص في المراهقة، يبدأ بالبحث عن هويته و البحث عن تحقيق ذاته عن طريق قيامه بدوره في المجتمع, Michel & (Thomas 2005) المراهق إذن يكون في سيرورة بحثية حول من أنا؟

و يكون في سيرورة البحث عن تحقيق ذاته والبحث عن استقلاليته وهذا لا يكون الا عن طريق قيامه بدور اجتماعي يلقي به رضا المجتمع والذي بدوره يعطيه مكانة اجتماعية عند قيامه بدوره. والمراهق في هذه الحالة ليس لديه دور آخر سوى دور التلميذ أو قد يخرج من الدراسة ويتّجه الى عالم الشغل و يبحث عن هويته قائلاً لست صغيراً ولست كبيراً اذن من أنا؟ تغيّرات أنّها تحصل لي على مستوى جسمي وأنا أفقد جسمي السابق !!! فهو يحزن لذلك الفقدان ويقوم بالحداد ويكتتب (Marcelli & Braconier, 1988) و حسب Freud (1968) إنّ الحداد والاكْتئاب هما غير منفصلين وهما لهما علاقة بفقدان الموضوع وشدة حدّتهما تؤدي الى الانقاص من تقدير ذات عند الشخص ويصبح يرى العالم فارغاً وغير مهما. مصطلح الدور هو معرّف من طرف مارتون في 1983 مذكور في: Le Bot (2010، 40) مثل: " الرمز (code) السلوكي الذي يقوم بتأدية انتظارات الوضعيات الإضافية" مرتبط بمصطلح المكانة والتي هي الوضعية الاجتماعية التي يشغلها الأفراد داخل المحيط الاجتماعي (Mareau, 2007-2008). بالمناسبة إنّ Linton Ralph من الأوائل الذي اهتمّ بمصطلح الدور و حسبه أنّه يتجسّد في تنفيذ الواجبات والمطالب التي يفرضها المجتمع على الشّخص، فالدور الذي يشغله الشخص يعني مكانته ووضعيته منحها له

المجتمع (Yvonne, 1977). Staelzel (1978) من جهته كتب عن الاختلاف بين كل من الدور والمكانة نظريا و يؤكد أنه من الناحية التطبيقية العملية يبقى التفريق بينهما غالبا صعبا. حسب Cherif (2007، 13) "الأدوار هم غير منفصلين عن المكانات".

الدور: هو نظام من السلوكات و التصرفات (Mucchielli, 2001) هو نظام من التصرفات المعتبرة العادية (Anzieu, 1976) أين الآخر (Autrui) ينتظر مني القيام بها : انتظارات المجتمع، هو الجزء الديناميكي و يلعب دورا هاما في بناء الذات. فالدور حسب ستفنسون في 1981 مذكور في: Somat & Cerclé (2002، 69) هو "يرجع عموما للانتظارات المشتركة و التي تخص التصرفات المحددة للذين يشغلون وضعيات معينة"، أما بديل في 1970 هو يعرف الدور بأنه: "السلوكات التي تميز الأشخاص في محيطهم" مذكور في: Cerclé & Somat (2002، 69). إذن الدور هو الجانب الديناميكي للمكانة كما يقول Linton في 1959 . وهو وضع الشخص في حركة بواسطتها أو من خلالها يأخذ مكانة.

المكانة هي: "أحد من المكونات للهوية الاجتماعية ولصورة الذات" كما يقول Abric (2003، 14) ، هي "الوضعية التي يشغلها الفرد في نظام في وقت محدد" يقول Linton في 1959 . هي انتظارات الفرد من المجتمع عند قيامه بدوره وكأنه ينتظر مكافأة اجتماعية واعتراف به ومنحه مكانة في المجتمع. إذن إن كل من الدور والمكانة هما يلعبان دورا أساسيا في بناء الذات وبالمناسبة يرى كل من: Delelis & Berjot (2005) أن تفاعل الدور والمكانة ببعضهما وتفاعلها مع الآخر هو أساس بناء صورة الذات.

5-6 نظرة الآخر:

نظرة الآخر هي تلعب دور مهم في بناء الذات وخصوصا في تقدير الذات، إذا كانت نظرة الآخر هي ايجابية نحو الفرد ويلقى رضا اجتماعي فإن هذه النظرة تزيد من الشعور بالذات وتقدير الذات والعكس صحيح. ففي دراستنا لصورة الذات عند المصابة بسرطان الدم (Betaouaf & Cherif, 2013) توصلنا إلى أن عامل نظرة الآخر السلبية (الزوج، أهله، الجيران' الأولاد...) (Cherif, 2013)

يساهم في اضطراب صورة ذاتها وانخفاض تقديرها لذاتها، وخرجنا بخلاصة أنّ إذا كان قدر المرأة هو الإصابة بهذا المرض الممكن الشفاء منه فما يزيد من معاناتها هو نظرة الآخر السلبية الموجّهة نحوها (التبعية، الشتم، الاحتقار، الشفقة...) فالآخر هو يشكلّ مرآة للذات كما يقول Cooley في 1902 (Famose & Guérin, 2002) بفضلها وعن طريقها الفرد يحكم عن ذاته. أمّا Mannoni (بدون سنة) فهو يقول أنّ الأفراد والمواضيع الذين يتفاعل معهم الفرد هم يعملون كـ "صدى" ويوقضون ذهنه وفكره وصور عنده وكلّهم يندمجون في تمثّلاته. يعني أنّ الفرد إذا كان تمثّله ايجابى نحو نظرة الآخر اليه (ايجابية. فأنّه يمثّل ذاته ايجابيا : لايعاني. والعكس صحيح تمثّلات سلبية حول نظرة الآخر والاعتقاد بأنّه يرسل له نظرات سلبية هذه التمثّلات ستؤثر عليه سلبيا: قد ينخفض تقدير الذات وبالتالي المعانات . نظرا لأنّ هذه التمثّلات الاجتماعية السلبية الطبيعية التلقائية والساذجة هي تتحكّم في الذات وفي التصرفات كما تقول جودلي Jodelet (1984) وعدّة باحثين آخرين.

6-6 التماهي:

التماهي هو مصطلح مهمّ في التحليل النفسي حيث أنّه ورد كثيرا في كتابات فرويد (Chabert, 2013) والذي اعتبره في 1920 أنّه مهمّ في بناء الأنا، واعتبر أنّ النرجسية هي مرادفة للأنا وتتكوّن من خلال التماهي بصورة الآخر. أمّا بالنسبة Chabert (2013) إنّ التفكير عند الطفل يسمح للأنا بالتبلور ويسمح له باستدخال كلّ ما يجده بحوزته من مواضيع، يدخلها الى جسده (Incorporation) وهي عملية تسبق التماهي الذي هو يظهر كسيرورة نرجسية والنرجسية هي نتاج للتماهيات. التماهي يحمل في طياته نوع من الغموض والإبهام (Equivocité) حسب Thibierge (1999). Freud. قد تطرّق إليه في 17 ديسمبر 1896 عند بعثه لرسالة الى Wilhem Flies يتحدّث فيها عن رهاب الساح (L'agoraphobie) عند النساء، ثمّ تطرّق Freud لهذا المصطلح في عام 1900 في تأويل الأحلام (L'interprétation des rêves) وهو يصرّح: "التماهي إذن ليس سوى تقليد، لكن امتلاك... هو يفسّر "الكلّ مثل ذاتي" وله الجاذبية للأشياء المشتركة الذي يظلّ في اللاوعي " مذكور في De Mijolla (2005، 810) Freud. تكلم عن

تماهي الأنا بالموضوع المفقود "التماهي النرجسي" (Identification narcissique) في كتاباته عن الحداد والانهيار (Deuil et mélancolie) في 1916. في 1921 عاود Freud التكلّم عن هذا المصطلح في دراسته للجماعات... الخ (De Mijolla, 2005).

التماهي هو مصطلح أساسي في التحليل النفسي و حتى في علم النفس الاجتماعي، هو يعدّ من بين القواعد الأساسية التي يقوم عليها التحليل النفسي في العلاج، يبلغ ذروته أو يبدأ في النشاط هذا المصطلح في المرحلة القضيبية (من 4 الى 6 سنوات) التي تتزامن مع ظهور عقدة الأوديب أين الذات تكون قد تطوّرت نوعا ما والتماهي يلعب دورا مهما في تطورها و في تطوّر القدرات العقلية وفي تطوّر الأنا الأعلى وفي حلّ الصراع الأوديبي الذي يعيشه الطفل في تلك المرحلة. قد يحدث تثبيت الطفل في هذه المرحلة، سببه هو مشكل في التماهي في المثلث الاوديبي أي مشكل في العلاقة سواء مع الأم أو مع الأب، فقد تظهر لهذا الطفل مستقبلا اضطرابات نفسية في المراهقة او ما بعد المراهقة سببها نكوصه لتلك المرحلة التي وقع تثبيته فيها، لهذا ان التماهي هو مهمّ في بناء الشخصية التي هي غير منفصلة عن الهوية بمفهوم Arezki (2008) . حسب Maldi (2012، 53) صورة الذات "تتبنى تدريجيا مثل حقيقة ذاتية، الأمر الذي يسمح للتماهيات النرجسية المتواصلة والتي بفضلها الشخصية تتبنى". فبفضل العلاقات التي يقيمها الفرد بافراد محيطه ستتاح له فرصة التماهي بهم والتشبه بهم واجتيافه كلّ صفاتهم وسلوكاتهم وأقوالهم وتمثلاتهم... الخ. " نتماهي بالأفراد والجماعة ونكيّف اتجاهات وسلوكات، متغيّرين مقارنة بالآخرين ونكتسب المعلومات والتقنيات..." يقول Lévy (1992، 42). التماهي قد يأخذ مرادف التقمص أو التوحد، لكننا نظنّ أنّ التماهي أشمل منهم وهو سيرورة شعورية ولاشعورية في نفس الوقت ولو أنّه بالنسبة للمحلّلين النفسانيين هو لاواعي، أمّا التقمص اننا نظنّ أنّه واعي فقط لأنّ الشخص يعي أنّه يتقمص دورا وكأنّه في خشبة مسرح، أمّا التقليد (Imitation) هو كذلك واعي وبالمناسبة إنّ أوّل من أدخل هذا المصطلح الى العلوم الاجتماعية هو السوسيولوجي Gabriel Tard. رغم التفرقة بين هذه المصطلحات إلا أنّ هدفها يصبّ في مجرى واحد وهو مساعدة الفرد في تعلّمه و تكيفه و اندماجه و تفاعله و بالتالي بناءه وتطوّره " التقليد والتماهي

يلعبون دورا مهما في اكتساب المفاهيم، لهذا يجب ان نتكلم على كل واحد بالتعمق... " يقول Spitz (1957) . انّ التماهي هو معرّف من طرف De Mijolla (2005، 810) " هو سيرورة نفسية لاواعية من خلالها الشخص يرجع (يستدخل) حصّة كبيرة وأساسية لشخصيته تتشابه مع شخصية الآخرين الذي يعملون كنموذج اقتداء..."

"التماهي قد يعمل ك اثبات للهوية أو ك تخصيص الهوية (*assignation identitaire*). الهوية على العكس هي محتكة بالأنا الفردي (*conjonction du moi*) و الأنا الاجتماعي. من اجل ايجاد صحّة (*authenticité*) الوحدة التي تحمل بصمة الأنا (*je*) الفرد يجب أن يمرّ بسيرورة التماهي. بالمقابل سيرورة التماهي تمر غالبا باستراتيجيات هوية تحت سلطة الواجبات الاجتماعية (*sous le poids des contraintes sociales*) تقول Arezki (2008، 51)

التماهي بالمناسبة حسب كلّ من Kestemberg مذكور في: Braconnier & Marcelli (1988) ; Gueniche, 2006 ; Guerraoui 2010, هو البناء التدريجي للهوية.

6-7 صورة الجسم:

صورة الجسم تلعب دورا مهما في بناء صورة الذات وهذا ما يؤكّد عليه شيلدر Schilder (1935) هي تضم المخطّط الجسمي الذي "هو مجموعة من المعطيات الحسية الخارجية والداخلية والممتلكات التي تسمح لنا بادراك جسمنا مثل كلّ حيّ في تواصل مع العالم الخارجي" (*Le* Guérinel, 1995, 38). بالمناسبة كلمة المخطط جاء بها لأول مرّة الطبيب الفرنسي Pierre Bonnier مختصّ في (*Otologie*) وفي 1893 في كتابه الدوار (*Le vertige*) " كان يقصد بمصطلح المخطط التّصوّر التوبوغرافي للجسم الذي كلّ واحد منا يمتلكه ومنذ ذلك الوقت هذا المصطلح نال شهرة وكان منبع لظهور عدّة مصطلحات فيما بعد، ك"الصورة الفضائية للجسد" (*Pick (Image spatiale)*، المخطط التصويري" (*Head (Schéma posturale)* ، المخطط الجسمي ل Schilder، وصورة الذات ل Van Bogaret "صورة جسمنا" (*Image de notre corps*) Lhemitte (Maidi, 2012, 49) الجسم ليس عبارة عن مجموعة من الأعضاء، إنّما هو أشمل

من هذا. هو منتج نفسي اجتماعي (Fsian, 2012) وهو منتج معرفي وفي هذا الصدد يصرّح Osterrieth (2009) أنّ حركة الجسم هي مرتبطة بالمعرفة وهو مصدرها. الجسم هو ليس معرفة أعضاءه (Reconnaissance des contours) أمام المرآة إنّما هو تمثّل الانا (Maidi, 2012) .. هو "ركيزة (substrat) اجتماعية بالنسبة للفرد... (Archéologie) للشخصية في المستقبل... الجسم يظلّ الشعاع (vecteur) الأساسي للتواصل بين الأفراد" تقول Vinsonneau (2002، 74). المخطط الجسمي هو معرّف في معجم علم النفس من طرف بيرون Piéron " التمثّل الذي يضعه كلّ شخص حول جسده والذي يسمح له بوضع معيار (دليل) لذاته في الزمان، مشكّل من معطيات حسية متعدّدة... هذا التمثّل التخطيطي هو مهمّ للحياة العادية" مذكور في: Maidi (2012، 50)، أمّا حسب Maidi (2012) صورة الجسم تختلف عن المخطط الجسمي في أنّها: "تمثّل جسمنا" (Représentation que nous avons de notre corps) كما يقول Schilder (1935، 206). هي قبل كلّ شيء هوام الأنا- الجسد (Fantasme du moi-corps)، والمخطط الجسمي هو يتكوّن تدريجيا بفضل وضعية الرقاد (Verticalisation) وضعية جلوس وقوف مشي الطفل. أمّا Dolto (1984) هي تقول أنّ المخطط الجسمي هو شعوري أمّ صورة الجسم هي لاشعورية، بالتالي يمكننا أن نستنتج أنّ صورة الجسم هي أشمل وأوسع ومعقّدة عن المخطط الجسمي بل هي تضمّه وهما يساهمان في بناء صورة الذات كما يؤكّد Schilder (1935).

الجسم والنفس لا نستطيع أن ن فصلهما عن كليهما وحسب الفلاسفة الاغريق قديما الجسم هو مضاد للروح (النفس) و الجسم هو الضريح عند أفلاطون (Assoun، 1997) هو ضريح الروح. و Marty (1990، 4) في هذا الصدد يقول "الفرد بتعريفه هو كائن سيكوسوماتي". أمّا لابلانث الأنا عنده هو مثل الحماية (Soutient) وهو استعارة للأعضاء (Métaphore de l'organisme) " (Maidi , 2012) . الجسم والنفس يشكلان وحدة جميلة وزوج مفاهيمي وحين نتكلّم عن واحد منهما سنتكلّم منطقيا عن الثاني. هذا الزوج المفاهيمي لا يقدر ولا يعني شيئا لو أبعدناه عن المجتمع، فالجسد له علاقة بالآخر وهو يتأثر به بالفرد حسب Fsian (2012) هو منتج نفسي اجتماعي وإذا كانت الاصابة على مستوى أعضاء الجسد فيوجد اصابة أو تغيير على مستوى

علاقاته بمحيطه (Schilder, 1968). Semmache (2014، 13) هي طبيبة سابقة (Rhumatologue) في المركز الاستشفائي الجامعي وهران (CHU) أصيبت بإعاقة جسدية على إثرها توقفت من عملها وهي تقول "الجسم يسكن الفرد في عالم ليس فيزيولوجي، لكن أيضا بينذاتي (Intersubjectif)، اجتماعي، ثقافي و تاريخي...". فأعاقتها الحركية لم توقفها عن نشاطها العلمي بل احدثت لها تحدي وانغمست في عالم البحث و الكتابة العلمية. في هذا الصدد تقول البروفيسورة شريف حلومة في ملتقى دولي حول الألم الذي جري في 25-26 نوفمبر 2017 في وهران. "اذا كانت الإعاقة هنا فالجانب المعرفي للفرد المصاب بالإعاقة، كذلك انه هنا و يستطيع تطويره و استثماره" وهذا يدعم فكرة أنّ الجسم ليس عبارة عن مجموعة من الأعضاء الجسدية، إنّما هو منتج عضوي، معرفي، نفسي و اجتماعي، الجسم هو ضريح النفس المكوّنة من عدّة مكونات انفعالية معرفية اجتماعية... الخ والآخر يكمل الثاني فهم غير منفصلين عن بعضهما، " لا يوجد قطيعة بين الجسد و المفهوم... عمل التفكير يأتي أولاً من الجسم... التفكير هو حركة جسد/نفس (Acte de chair)" يقول

Khahloula (2010، 11 و 13). "الجسم هو ضريح الرّوح" يقول أفلاطون مذكور في: Vinsonneau (2002، 69) أمّا حسب ديكارت الجسم هو "جوهر واسع رحب متمدّد ممزوج ومستلق" « Substance étendue » مثل الآلة و الرّوح هي "جوهر يفكر" Substance « pensante » مذكور في Vinsonneau (2002، 73) وهي التي تعطي الحياة للجسم الذي هو عبارة عن آلة حسب ديكارت (Roux, 2011) فإذا أصيب الجسم بمرض النفسية كذلك تصاب و تكون غير مستقرة وفي هذا الصدد يقول Jankélévitch (مذكور في: Vinsonneau, 2002، 73) "الجسم هو مصدر الأمراض والأساس في الفناء (finitude)

والانحطاط والإنهاك (usure) ، فالحي يموت من جسده" والعكس صحيح، فإذا أصيبت النفسية ولم تقم بعملها النفسي سيتدخل الجسم وقد يصاب هو كذلك حسب تيار علم النفس الجسدي " كلّ ما لا يتم بلورته يسقط على الجسم". فرويد Freud بالمناسبة يقول أنّ "الأنا هو قبل كلّ شيء هو

أنا جسمي، هو ليس فقط كائن من واجهة، إنما هو في حد ذاته إسقاط للواجهة (Projection d'une surface) المذكور في: Maldi (2012، 50)

ما تجدر الإشارة إليه أنّ الإصابة عندما تكون على مستوى الجسم أو على مستوى نفسية الفرد فإنّ مركّباته الأخرى هي بدورها ستتأثر سلبيا: الجانب المعرفي العقلي للفرد ومحيطه. لهذا إنّ الفرد يبقى ظاهرة معقّدة تتدخل في بناءه عدّة عوامل متداخلة و مترابطة فيما بينها وأيّ إصابة على مستوى مركّب أو مركّبات صورة ذات الفرد: تؤدّي إلى أزمة واضطراب. لهذا إنّ جدليّة التعريف بالذات "ماذا يعينه الفرد؟" هو أمر مازال يبحث فيه العلماء في علم النفس الاجتماعي و باقي العلوم الأخرى، لأنّ الفرد هو مكوّن من جسد ونفس ومعرفة ومجتمع. Apostolidis يقول: السرطان يغير صورة الجسم ويغير الذات ويغيّر هويته الجنسية، وحسبه إنّ صورة الجسم تلعب دورا مهمّا في التأثير السلبي على ذات المريض، كما أنّ حسبه في هذه التجربة السرطانية أنّ المحيط يؤثّر سلبيا على صورة الجسم (نظرة الآخر السلبية الموجّهة الى المريض). و بالنسبة ل Bruchon-Schweitzer (1987) صورة الجسم هي مجموعة الأحاسيس الاتجاهات الذكريات والتجارب الخاصة بالفرد والتي تراكمت عنده بخصوص جسمه.

صورة الجسم هي مكونة من إدراكات وتمثلات والتي تساعدنا على تقدير جسمنا وليس من الناحية الموضوعية فقط (ناحية إمتلاك الأعضاء الفيزيولوجية) وإنما أيضا من الناحية الذاتية (ناحية العواطف المتعددة والمتناقضة أحيانا). إنّ صورة الجسم هي بناء متعدد الأبعاد والذي يحتوي على محتويات إدراكية ومجموعة من الإتجاهات وأيضا مجموعة من العواطف.

(Bruchon-Schweitzer, 1990)

صورة الجسم هي نتاج عملية فيزيائية الخاصة بالأفراد أمام مختلف المحددات البيولوجية (الجسم الواقعي) والاجتماعية (الجسم مدرك من طرف الآخر وأداة تواصلية مع المجتمع). صورة الجسم لها وظيفة تكيفية وتجعل الفرد مستقرا وتحافظ على كيانه، فصورة الجسم هي تعتبر الركيزة الأساسية لتشكيل وارتقاء الهوية ولها وظيفة تكيفية حيث تجعل الفرد مستقرا وتحافظ على

كيانه. لذلك انّ مكوّنات صورة الجسم المذكورة سابقا هي غير منفصلة عن بعضها وهي غير منفصلة عن الذات كما أنها غير منفصلة عن العوامل الإجتماعية.

8-6 تقدير الذات:

تقدير الذات هو مصطلح أساسي في تعريف مصطلح الذات وهو معرّف كمصطلح تقييمي، تقييم للذات والرضا عنها. وتقدير الذات له درجات من السلبي (تقدير ذات منخفض) إلى الإيجابي (تقدير ذات مرتفع). حسب جرجن في 1959 مذكور في: Abrie (1987) انّ تمثّل الذات يحدث بفضل مقارنة الفرد ذاته مع الآخر. يعني أنّ تقدير الذات في هذه الحالة هو غير منفصل وهو يتحدّد حسب الظروف والوضعيات، والآخر يدخل كذلك في تحديده. وحسب Tap ، Sordes-Ader & Tarquinio (2002) عندما يقارن الفرد ذاته بالآخر و يجد أنّه يوجد فارق كبير بين الأنا الواقعي والأنا المثالي (الذي يتمتّع به الآخر) فانّ تقدير ذاته قد ينخفض والعكس صحيح.

Coopersmith (1984، 20) يعرف تقدير الذات: "هو التعبير عن الرضا أو عدم الرضا عن الذات، فهو يحدّد كيف يقيّم الفرد ذاته من حيث قدرته مصداقيته وأهميته" فهذا الباحث يؤكّد على الإحساس بالقدرة والقوة في تعريفه، لهذا المصطلح فعاليته.

وأما بالنسبة ل Harter (1998، 20)، فتقدير الذات هو "التقييم الذي يضعه فرد ما حول قيمته الذاتية، يعني حول درجة الرضا عن ذاته". تقدير الذات هو مصطلح قائم بحد ذاته وهو أساسي وهام في تيار علم النفس الإجتماعي وعلم النفس العيادي، فهو مرتبط بالقدرات والأداء والأفعال وله علاقة بالخسارة أو الربح، وإنّ تفكير الذات الإيجابي له علاقة بسلوكيات الفرد التكييفية والإيجابية كالثقة بالذات والأداء الحسن والتفاؤل بالمستقبل الزاهر، والسند الإجتماعي والمواجهة الإيجابية للصعوبات، وبالمقابل وحسب Bourcet & Bariaud (1998) فتقدير الذات المنخفض عند الفرد يؤدّي به إلى إتجاهات سلبية: حزن، تشاؤم وعدم التفاعل بحل المشكل، التجنب، إستسلام، إنكار، وعندما نتوقف على أعمال Meyer (1986)

و Pierrhumbert وآخرون (1998) فهم يتكلمون عن علاقة تجمع بين تقدير الذات الإيجابي وبين الريح والإحساس بالفاعلية الشخصية والإحساس بالقدرة والإرادة وعدم العجز. فتقدير الذات الإيجابي هو مرتبط بالقدرة على مواجهة مختلف المشاكل التي يواجهها الفرد.

بما أنّ مصطلح الذات يضم تقدير الذات لأنّ الذات هو مصطلح متعدّد الأبعاد، وكما يقول Wiliam Jeams والذي يعتبر من الأوائل الذين بحثوا في تقدير الذات (1892) وأعطى أهمية للديناميكية: في كل ذات يوجد عدة ذوات، فإن مصطلح تقدير الذات هو كذلك مصطلح يستدعي عدة أبعاد منها: الهوية، القدرة على الأداء الدور، النرجسية، الإبداع، المكانة، الآخر، صورة الجسم... الخ

إنّ القدرة على أداء الأدوار: دور الأم، دور الزوجة، دور الأخت، دور الزوج... الخ هي عامل أساسي وحسب Hébrard (1993): "المصدر الأساسي في بناء تقدير ذات مهمّ من أجل بناء هوية شخصية إيجابية" علما بأنّ في تيار علم النفس الاجتماعي إنّ الهوية الشخصية هي مرادف لمصطلح الذات (Fischer, 2005). التمتع بصحة جيدة والقدرة على الأداء وإنجاز الأدوار له تأثير إيجابي على تقدير الذات، وإنّ الإصابة بالمرض وتعطلّ الدور وتشوّه صورة الذات أمام نظرات الآخر له تأثير سلبي على تقدير الذات، فهذه النتيجة إستخلصوها عدة باحثين مثل Tap وآخرون.

تقدير الذات الإيجابي هو مرتبط بسلوكات أكثر تكيفية وأكثر إيجابية مثلا نجاح الفرد في الدراسة قد يمنحه تقدير ذات مرتفع، أما فشله قد يمنحه عدم الرضا عن ذاته وتقدير ذات سلبي. باحثين آخرين اهتموا بمصطلح تقدير الذات ك Rosemberg (1965) الذي طبقنا اختباره "تقدير الذات" على المريضات اللواتي تعاملنا معهنّ، فهذا الباحث يوضّح أهمية الأداء الاجتماعي والاستحقاق الشخصي والمظهر الفيزيائي. وحسب Coopersmith (1984) كل مظاهر الحياة هي متأثرة بتقدير الذات ويوجد علاقة بين تقدير الذات والقدرة على التكيف مع التغير: تقدير الذات

المرتفع له علاقة بالتكيف الاجتماعي الجيد في المدرسة أو في العمل، والشخص عندما يتواجد في وضعية صعبة فإنه يبدي سلوكيات متكيفة مع الوضعية، ويمنح لصورة ذاته صورة إيجابية.

أما تقدير الذات السلبي حسب Coopersmith يحدث نتيجة عدم القدرة على التكيف، التغيير، فمثلا عند مواجهته وضعية صعبة فإن سلوكه يكون غير متكيفا معها ويرسل لذاته صورة سلبية حول ذاته ويتقوى إحساسه بالعجز وعدم القدرة وعدم الرضا عن الذات مما قد يؤدي به إلى الانعزال الاجتماعي. وحسب كل من

Moscovici, 1976 ; Jodelet, 1984 ; Abric, 2007 & al. إن التمثلات الاجتماعية توجّه سلوكيات الأفراد وتتحكم في صورة ذاتهم، وبما أن تقدير الذات هو مصطلح أساسي في صورة الذات فإنه يتأثر بالتمثلات الاجتماعية، وهذا ما يسمى بتقدير الذات العام (Estime de soi)، فالفرد حيث يقيم ذاته فإنه يستعين بنموذج معرفي يضم المعتقدات الاجتماعية والقيم، فمثلا عندما يعتقد ويتصور الفرد بأنه جذاب وذكي واجتماعي ولاقي رضا من طرف محيطها فإن لديه تقدير ذات مرتفع، وكذلك عندما يحظى الفرد بدور اجتماعي ومكانة اجتماعية مهمة لاقت رضا المجتمع فإن هذا الفرد يتصور أن لديه تقدير ذات مرتفع، ويقيم ذاته إيجابيا.

من خلال ما سبق ذكره نجد أن تقدير الذات المرتفع هو راجع لعدة عوامل متداخلة فيما بينها نفسية اجتماعية معرفية. الأفراد الذين يتمتعون بتقدير ذات مرتفع ومستمر قد يكونوا تعرضوا سابقا لفشل أو صدمة (فقدان الموضوع أو خداع) وبعدها تحدوا هذه الوضعية الصعبة وواجهوا وثابروا في الحياة وأصبحوا أقوياء ويتمتعون برضا عن ذاتهم وثقة كبيرة في قدراتهم في النجاح مقارنة بالأفراد الذين استسلموا وفقدوا الثقة في قدراتهم في النجاح (Crocker & Blaine, 1993).

يوجد نوع آخر من تقدير الذات وهو تقدير الذات الوجداني *estime de soi affective* والذي يرتكز على المقاربة الوجدانية بدلا من المعرفية. فهذا النوع من تقدير الذات هو ينبني

تدريجياً ويتطوّر في المراحل الأولى من الحياة من أجل الإجابة على عدة عوامل علائقية ومن أجل إنماء تقييم ذاتي والأحاسيس بالقيم.

تقدير الذات يساهم في البعد التقييمي لمصطلح الذات، يعني هو مجموعة التمثيلات التي بواسطتها الفرد يضع حول ذاته الرضا عنها، تقدير الذات يسمح للفرد بالبحث عن الإحساس بالقدرات الخاصة به وعن صفاته وخصائصه في مختلف الميادين في الأسرة، العمل، المجتمع (Coslin, 2002) تقدير الذات الذي يضعه الفرد حول ذاته مقبول غير مقبول وانطلاقاً من تصوراته وتفكيره. تقدير الذات هي الطريقة التي على أساسها الشخص يحب ذاته يقبل بها ويحترمها والإحساس بالعتمة الذاتية هذه تبدأ منذ الطفولة خصوصاً في العلاقة الوجدانية مع الوالدين (Coslin, 2002) حب ومساندة الآباء تمنح للطفل الركيزة الأساسية للثقة، والتي تسمح للفرد بمواجهة المحيط الخارجي بكل ثقة.

تقدير الذات يبرز إثر علاقة الفرد بمحيطه ويكون ينبنى منذ الطفولة ويتطور عن طريق الريح أو الخسارة حسب اعتبارات وأحكام المجتمع. تقدير الذات هو عنصر بنائي فعّال في الشعور بالذات.

المجتمع صورة المجتمع هي كامراًة تعكس على الفرد تعريفه بذاته وتقديره لها. الدعم الإجتماعي + عاطفة الأهل + الرضا الذي يظهر عند قيامه بأعماله تساهم بكثرة في تطوّر تقدير الذات عند الطفل أو الفرد، المحيط يتوسع تقدير الذات يلقي مكملات في بنائه وتطوره جماعة، الرفاق، الأساتذة (Coslin, 2002).

الدور والمكانة لهما علاقة ارتباطيه مع تقدير الذات، بالمناسبة Brown & Andrews في 1993 (Guelfi, 1997) لقد قاموا بدراسة عيّنة تتكوّن من 146 نساء وطبقوا عليهنّ مقياس تقدير الذات ل: روزنبارغ وتوصّلوا الى وجود علاقة بين الاضطرابات العلائقية وبين تقدير ذات

منخفض، هؤلاء الباحثين قاموا أيضا بدراسة طولية مدتها 07 سنوات على عينة من النساء تتكوّن من 102 وتوصّلوا الى أنّ تقدير ذاتهن قد ارتفع بسبب تحسّن مكانتهنّ المهنية.

كذلك إنّ تقدير الذات له علاقة بصورة الجسم ونظرة الآخر، فإذا اختلّت صورة الجسم بسبب المرض أو إعاقة أو حروق فهي تساهم في نشوء تقدير ذات سلبي لدى هذا الشخص المصاب، نظرا لأنّه يقارن جسده الحالي بجسد الآخر الذي يتمتّع بجسم سليم ويلاحظ الفرق الكبير بينهما ونظرا لأنّ الآخر يوجّه له نظرات بالنسبة له هي سلبية كالشفقة أو الاشمئزاز...الخ، وبالمناسبة حسب Guidetti & Tourrette (2002) من أجل أن يشعر الشخص بتقييم إيجابي لذاته ويقدرها، هو بحاجة إلى أن يتصوّر جسمه بأنّه في صورة جيّدة ايجابية ومقبولة اجتماعيا.

6-9 الإحساس بالفعالية الشخصية:

تعرف بأنها مثل المعتقدات التي يحملها الفرد حول قدراته على تحقيق عمل معيّن أو مواجهته بفعالية لوضعية معينة حسب Bandura (1977)، فهي المعتقد الذي يحمله الفرد حول ذاته وبمساعدة مصادر يكملها كفرد قادر على تحقيق عمل مهم بالنسبة إليه ويكلّ فعالية، وبمعنى آخر هو المعتقد الذي يملكه حول مقدرته على تنظيم وإنجاز أعماله من أجل الحصول على النتائج المرغوب فيها. وحسب Bandura (1977)، الأفراد يطوّررون ويقومون إحساسهم بالفعالية الشخصية إنطلاقا من أربعة أنواع محدّدة وهي: الأداء السابق، التجارب (Vacariantes)، الإقناع اللفظي (La persuasion verbale)، ردود الأفعال الفيزيولوجية أو الإنفعالية.

وفي هذا الصدد نجد أعمال Larivée & Parent ، Bouffard (1991) توضح أنّ الإحساس بالفعالية الشخصية هو الحوصلة لسيرورة بين التقدير الذي يضعه الشخص حول متطلبات العمل وتحقيقه، وحول المصادر الذي يملكها أو يعتقد أنّه يملكها وخصوصا قدرته على استعمالهم المناسب في هذه الوضعية المحدّدة.

7- صورة الذات ونظام التمثلات:

الذات والتمثلات لهما علاقة تكامل، هما غير منفصلان عن بعضهما وحين نتكلم عن أحد منهما فإننا نتكلم عن الآخر شأنهما شأن الجسم والنفس، الدور والمكانة... الخ. تمثل الذات كذلك أنه يحتل مرتبة مرموقة في مجال الدراسات الحالية كدراسة Abrie (1987، 99) حول تمثلات الذات هو يقول بالمناسبة: "تمثل الذات يحتل مكانة مركزية في نظام تمثل الفرد...". كذلك حسب جرجن في 1959 مذكور في: Abrie (1987) انّ تمثل الذات يحدث بفضل مقارنة الفرد ذاته مع الآخر. يعني أنّ تقدير الذات في هذه الحالة هو غير منفصل.

إنّ نمو الفرد السليم يحتاج إلى عدة احتياجات متكاملة فيما بينها، من بين هذه الاحتياجات نذكر الاحتياجات الانفعالية والبيولوجية والمعرفية... النمو العقلي المعرفي يتمشى بالتزامن مع النمو الانفعالي والنمو الفيزيولوجي والنمو الاجتماعي وهو يساهم في بناء ذات الفرد، وهذا بفضل العمليات العقلية المعقدة التي يبلورها هذا الفرد ويعطي لذاته تمثلات محددة ويكون هذا بالاشتراك مع التنشئة الاجتماعية. ولهذا يبقى موضوع صورة الذات حقل واسع للبحث فيه لأنّ الفرد بحدّ ذاته هو ظاهرة معقدة وتتحكم في بنائه عدة عوامل متداخلة ومتكاملة فيما بينها.

إنّ الجانب المعرفي للفرد (التمثلات) هو الذي يتحكم بسلوكاته وتصرفاته وأفكاره، وهو يوجه صورة ذاته ونمط تفكيره وكل ما يشمل الهوية الفردية، وفي هذا الصدد يتكلم Tap (1980، 10) عن الهوية ويعرّفها كما يلي: "مثل نظام من التمثل والإحساس بالذات... فهذا ما يجعلني أحسّ بأني موجود كشخص وكشخص اجتماعي (دور، مهنة) وهذا ما يجعلني أتعرف عن نفسي وأحسّ بأني مقبول ومعترف بي كالأخرين من طرف المحيط وثقافتي التي أنتمي إليها... انطلاقاً من هذا المفهوم الهوية الشخصية ترتبط بالإحساس بالهوية يعني كيف أنّ الفرد يرى نفسه، يبقى نفسه مع الوقت، وبمفهوم آخر وأوسع نستطيع أن نفهمه في أحاسيسه وتمثلاته اللذان عن طريقهما يتفرّد ويتميز بالخصوصية. هويّتي إذن هي ما يجعلني أشبه وأختلف عن الآخرين".

إنّ الهوية الفردية وما تتضمنه من هوية شخصية أي صورة الذات ومن هوية اجتماعية هي معرفة من طرف علماء النفس الاجتماعيين مثل Ficher, 2005 ; Tap,1980 وآخرون بأنها عبارة عن مجموعة أو نسق من التمثلات والأحاسيس والمعارف والذكريات والمشاريع التي تضمنها وتحملها الذات والتي تستجد وتعتمد على مرجعية التماهي بالأفراد الآخرين. إنّ الفرد هنا عندما يبحث أن يعرف نفسه "من أنا؟" فإنه يعرف ذاته كنظام أين كل مرجعياته الشخصية تكون منظمة. أما الهوية من المفهوم المعرفي هي متداولة كموضوع معرفة للفرد بذاته: دراسة المفهوم أو الإدراك المعرفي من طرف الفرد بحد ذاته ومن طرف محيطه، فالفرد هذه الظاهرة المركبة والمعقدة هي مكونة من جهاز نفسي ينظم المعلومات ويكسب الفرد معرفته بذاته، فهذه المعرفة بالذات هي مصدر الإحساس بالهوية الشخصية.

الهوية الشخصية أو الذات إذن هي المجموع المنظم لعناصر معلوماتية وذات دلالات مستقبلية أو منبعثة أو مبنية من طرف الفرد بخصوص ذاته، فهي عبارة عن تنظيم للصفات والخصائص والتجارب الاجتماعية والتي الفرد يتميز بها ويمنحها لذاته. إنّ الفعل يمثل باللاتينية هو إعادة إنتاج أو إظهار بصفة مادية صورة لشيء خيالي.

خلاصة:

مصطلح صورة الذات هو في الحقيقة يصعب تعريفه كونه يعني ماذا يعني الفرد؟ هو يحمل في طياته عدة مكونات بنائية متكاملة وغير منفصلة عن بعضها أهمها: الإحساس بالاستمرارية، التماهي، صورة الجسم، الدور والمكانة... الخ وأي إصابة على مستوى هذه المكونات ينتج عنه اضطراب صورة الذات وتزعزعها وانخفاض تقدير الذات نظرا لأنه مصطلح

أساسي فيها. لذلك إنّ الذات هي متنوّعة ومتعدّدة كما أكّد جرجن في 1968 (Abric, 1987) وفي هذا الصدد يقول James "في كلّ ذات يوجد عدّة ذوات" (Chapelle, 20, 2004) كما أنّه يقول: " ما دام يوجد ذات، إذن يوجد عدة ذوات أو عدة أفراد محتوين في هذه الذات وبالتالي يعرفونني" (Lipiansky, 2005, 44).

أمّا Tap (1980) فهو يعتبر التنوّع والتجانس بعدين من الأبعاد السنّة للهويّة الشخصية (أو الذات) التي يقدّمها. الأنا بالمناسبة هو أشمل من الذات وهو يضمّها (Chabert, 2013) وهما غير منفصلين بمفهوم Spidz (1957). أمّا Abric (1987، 97) عن تنوّع الأنا فهو يعتبر هذا الأخير مقسّمًا إلى أنا إعلامي وأنا حميمي وهو يقول: "يجب بالمناسبة التفريق بين ما نسمّيه الأنا الإعلامي (يعني التمثّل الذي يبحث الفرد عن إعطائه لذاته) والأنا الحميمي (التمثّل الوجداني الذي الفرد أثناء عزلته يبلوره حول ذاته)". لهذا إنّ كلّ من صورة الذات والتمثّلات هي غير منفصلة عن بعضها وهي تتحكّم فيها وتوجّهها وسنتطرّق الى هذه النقطة في الفصل الموالي. وختامًا لهذا الفصل نخرج بخلاصة أنّ الفرد هو ظاهرة معقّدة، يحتوي على مكوّنات متكاملة فيما بينها وحسب أفلاطون (Mannoni، بدون سنة، 3) : "الإنسان هو معيار كلّ الأشياء". أمّا Gilliéron (1996، 40) فهو يقول: "نستطيع القول بأنّ الشخصية هي ما يتمييز الفرد عن الآخر، هي أيضا ما يوحدّه مع الآخر"

الفصل الثالث : تمثلات سرطان الدم.

تمهيد.

11. المعتقدات الاجتماعية .
12. التمثلات الاجتماعية والمعرفة.
 - 1-2 نظرية التمثلات الاجتماعية ثلاثية الأبعاد Moscovici.
13. التمثلات الاجتماعية
 - 1-3 نموذج Herzlich
 - 2-3 نموذج Abric.
 - 3-3 نموذج جودلي
14. خصائص التمثلات.
 - 1-4 خصائص التمثلات على مستوى البنية.
 - 2-4 خصائص التمثلات على مستوى المحتوى.
15. وظائف التمثلات .
16. سيرورات التمثلات.
17. المعرفة الاجتماعية
18. عناصر المجموع المعرفي.
19. تنظيم المعرفة.
10. تمثلات سرطان الدم.
- 11 التمثلات الاجتماعية لسرطان الدم.

خلاصة

تمهيد:

في الدراسات الحالية أصبح مصطلح التمثّل يلقي اهتماما كبيرا في مجال العلوم الاجتماعية، نظرا لأنّه غير منفصل عن حياة الأفراد، بل هو يشكّل لهم ركيزة مهمّة في حياتهم النفسية والاجتماعية والمعرفية، فبفضله نستطيع الحفاظ على هويتنا الاجتماعية والمواصلة الابستيمولوجية (عامل بنائي) وبفضله نستطيع بكلّ سهولة وبكلّ تلقائية أن نستدعي مواضيع غائبة- تمّ استدخالها وتخزينها من طرفنا وبفضل تفاعلنا مع الآخر- ونعيد إحضارها الى ذهننا لكي نتكيّف مع محيطنا. ظهر مصطلح التمثّل لأول مرّة على يد Durkheim في 1912 أين تكلم عن التمثّل الجمعي، فيما بعد كان في طيّ النسيان حتى أعاد أحيائه من جديد من قبل Moscovici في 1961 ومنذ ذلك الحين باشرت البحوث والدراسات فيه من قبل عدّة باحثين سنتطرق لأبرزهم في هذا الفصل. نسعى في هذا الفصل الى تحديد مصطلح التمثّلات الاجتماعية (نظريات، عوامل بنائية...) وكذا البحث في مجال تمثّلات سرطان الدم من جانبه السيكوسوماتي والطبي وخصوصا الاجتماعي. فما يقصد بمصطلح التمثّلات الاجتماعية؟ وما هي علاقتها بالذات؟ وما هي التمثّلات الاجتماعية لسرطان الدم؟

1- المعتقدات الاجتماعية:

كل مجتمع يقدم لأفراده معتقدات وتمثّلات تصب في جميع المواضيع التي البعض منها يكون مباحا ومنها ما هو محرم وذلك بتقديم الأدلة والبراهين حجج سواء من الدين أو من العادات، والمجتمع يمنح لنا معتقدات حول الصحة والمرض، معتقدات متعلقة بالحوادث العامة والمعتقدات المتعلقة بالجسم.

الصحة تأخذ مكانة متميزة في مجتمعنا والأفراد يعطونها أهميّة كبيرة "تاج الرأس" نظرا لأنّها هي أساس التواصل بين الأفراد وأساس الإنتاج والعطاء، المرض يهتم به أفراد المجتمع محاولين معرفة أسبابه العضوية أو النفسية وحتى الروحية مدّعين بأن المرض قادر أن يكون سببه "السحر"

لهذا يذهبون ويستجدون بالرقاة أو قد يصل بهم الأمر الى استجادهم بالسحر والشعوذة، لان هذا يرجع الى معتقداتهم التي هم مقتنعين بها وبالتالي هي تسيّرهم وتتحكّم في تصرّفاتهم، وهناك فئة من الأفراد من تؤمن بأن العوامل النفسية تلعب دورا مهما في ظهور المرض ولهذا هم يدّعون بأن الصراع والقلق "الهم" يولدان المرض. أو الصدمة تولد داء السكري، ولهذا هم يحاولون قدر المستطاع الابتعاد عن المشاكل والصراعات أو عن المصادر التي تجلب القلق لقولهم: "سد الباب الذي يلتيك بالهم سوف تستريح"، ويوجد من أصحاب هذه الفئة نظرا لكثرة المشاكل والضغوطات الحادة كالقلق والاكتئاب، إنهم يذهبون الى الأخصائي النفسي لعلاج الآمهم بالكلام ومن أجل تغيير تمثلاتهم السلبية بايجابية.

الفئة الثالثة التي تعتقد بأن المرض أسبابه عضوية فتستجد بالأطباء، اذ أنها تؤمن بكل ما يقوله الأطباء وكل أعضاء الهيئة العلاجية اذ أنهم يعتبرون كلام وخطاب الطبيب مثل حكمة وتدبير أو قرار لا نقاش فيه ويجب إتباع نصائحه من أجل الشفاء.

الفئة الرابعة تؤمن بالتداوي بالأعشاب وتعتبر هذا العلاج أفضل بكثير من علاج الطبيب لأنه طبيعي، أو في بعض الحالات يعتمدون على التداوي عند الطبيب وعلى الطبّ البديل.

انطلاقا من هذه الملاحظة من الواقع نستطيع ان نستنتج ان معارفنا التي تحدّد طريقة رأيتنا للأمور وطريقة علاجنا أنّنا نكسبها من المجتمع.

دراسات اقيمت في هذا المجال وخرجت بنتيجة ان الفرد يستقبل معتقدات حول المرض فهذه المعتقدات، هي التي تحميه وتعطيه الأمان أثناء الحوادث اذ أن الفرد يستعين بها كميكانيزم دفاعي يقويه ويحفظه من الشك من عدم البقاء أو من عدم الشفاء من المرض، هذا الميكانيزم يحمي الفرد من عدم الاستقرار ويمنحه شيئا من الأمان خصوصا أثناء تصادمه مع الحوادث والصدمات فحسب Moscovici (1996) انّ التمثلات التي تضمّ المعتقدات هي تحافظ على الهوية وهي تنقص من الصراع بين الهوية الاجتماعية والهوية الفردية. وحسبه أنّها تقوّي من مفهوم الإحساس بالاستمرارية والانتماء للمجتمع.

دراسة Weinstein 1983 (مذكور في: Fischer، 1997) توضّح أن المرضى والذين لديهم

مشاريع كبرى في حياتهم سيحققونها في المستقبل يكونون محفزين للشفاء من أجلها، فهؤلاء لا يؤمنون بأنهم سيموتون حاضرا أو أنّ أحد من أفراد أسرته سيفقده، هم لا يعتقدون أنّ هذا الوقت المناسب للضعف والانحطاط أو الموت، لذلك نجدهم يثابرون من أجل بقائهم. قد تساعد روح المقاومة (Esprit combatif) على التغلب عن المرض أو العيش به لمدة أطول.

بالنسبة ل Fischer (1997) ان التوهم بعدم الضعف قد يفسّر بمصطلح توهم المراقبة على الحقيقة فحسبه ان الأفراد الذين يعتقدون بأنهم هم المسيّرين للوضعية ويتحكمون بها يخلق لديهم الإحساس بالقدرة والقوة والتي هي أساسية لتجنب الحادث أو التغلب عليه، و"توهم عدم الضعف" حسب فيشر هو منتج للبناء المعرفي ينمو بفضل المعلومات التي يبحث عنها الأفراد حول الحادث من أجل التأكد وتحقيق انتظاراتهم.

2- التمثلات الإجتماعية والمعرفة:

منذ بداية الستينيات، أعمال Moscovici لاقت رواجاً ملحوظاً في علم النفس الإجتماعي الذي تناول منه ميدان التمثلات الإجتماعية، وأدخله كمصطلح جديداً ودينامياً، ولو أنّ الأب المؤسس لهذا المصطلح هو Durkheim ولكنه قد تناسى بمرور الزمن لمدة نصف قرن حتّى أحياء Moscovici في 1961 والذي بلوره واعتبره آنذاك كما يقول Fischer (1997، 40) "مثل سيرورة معرفيّة من خلالها الأفراد يعالجون الحوادث ببنائهم للمعرفة (savoir) ونظرتهم للأشياء التي تسمح لهم بإعطاء معنى (sens)". وبالنسبة ل Moscovici (1986) إنّ هذا المصطلح هو أساسي ومشارك بين كلّ العلوم الاجتماعية.

حسب Durkheim (مذكور في: Moscovici، 1976، 40) "التمثلات الاجتماعية تشكّل

ظواهر نفسية واجتماعية وتوضّح لنا ما نريد أن نفهمه كعلم اديولوجيا، ميت (Mythe)... الخ

وحسبه هي تسيطر على الفرد وعلى المحيط وتنتحل المحتوى الادراكي (Démarquent) وكذا المحتوى العقلي للمجتمع"، وهو يقول في 1912 "

الفرد الذي لا يفكر بالمصطلحات هو ليس فردا (Ne serait pas un homme) ; لأنه لا يصبح كائن اجتماعي خاضع لمدركاته الحسية الفردية (Réduit aux seuls percepts individuels) ويكون غير مكوّنًا (Indistinct) وحيوان...التفكير بالمصطلحات ليس هو سوى أبعاد و تجميع مجموعة من الخصائص المشتركة لبعض المواضيع: هو تفكير المتغير بشمولية (Subsumer) (le variable sous le permanent) وباستمرار، الفردي تحت الاجتماعي ". والتفكير بشمولية (Subsumer) بالمفهوم الفلسفي بالمناسبة حسب ادريس (2007، 1154) هو " أدخل فكريا ماهو جزئي في الكلّي وماهو خاص في مبدأ عام". أما Herzlich (1972) فهي تتكلم عن دوركايم ونقول أنه يؤكد على خصوصية التفكير الجمعي مقارنة بالتفكير الفردي ويعتبر أنّ التمثّل الفردي هو ظاهرة نفسية أمّا التمثّل الجمعي هو حسبه أداة بواسطتها تتجسّد هيمنة المجتمع على الفرد.

اذن انّ التمثلات هي تنتحل شخصية الأفراد وتتحكّم بها وتسيطر على المحيط وعلى ادراكاته وذكائه حسب دوركايم وبالتالي هي توجه صورة ذات الأفراد وهي حقيقة نلاحظها عند المرضى الذين تعاملنا معهم: الفكرة الاجتماعية السائدة: الساذجة والطبيعية المشتركة بين أفراد مجتمعنا وليست الفكرة العلمية كما تقول جودلي Jodelet (1984) وحسبها هذا التمثّل الاجتماعي هو يوجّه و يتحكّم في صورة ذات الأفراد وفي سلوكياتهم. فكرة اجتماعية السرطان مرتبط بالموت سائدة عند المصاب به: تسبّب أو تساهم في بروز صورة ذات ومضطربة وعدائية ومعاناة...الخ. الحياة الاجتماعية حسب دوركايم هي شرط كلّ التفكير المنظمّ و هذا الأخير هو المجتمع، هذا الاتجاه التفكيرى لهذا الباحث يفتقد الى نوع من الموضوعية والتمثّل في هذه الحالة يفقد نوعا من دقّته ووضوحه كما يقول Moscovici (1961) كما أنّ هذا الأخير (1989) يقول عن دوركايم أنّه يعتبر التمثّل هو مرادف للنظام وخصائصه المعرفية (علوم، دين، ميت، فضاء، وقت) ولا يقيم تحديدا بينهما. فالتمثّل عنده يعني امتلاك ويعني قسم واسع من الأشكال العقلية . ثمّ انّ دوركايم يعتبر أنّ كلّ الأفراد هم متشابهين في كلّ خصائصهم متناسيا وجود فروقات بينهم في الخصائص

والقدرات المعرفية...الخ، بل هو لا يعطي أهمية كبيرة للجانب النفسي وللمبادرة الفردية، أمّا بالنسبة للتمثّل الجمعي قد يكون متناقضا أو خاطئا وبالتالي لا يترك الحرية للفرد في ابداء رأيه والتغيّر بل سوى الخضوع لمعتقدات المجتمع سواءا كانت صحيحة ام خاطئة و هذا الشيء ينطبق مع الحالات المصابات بسرطان الدم الذين يخضعون لتمثّلات اجتماعية خاطئة ويعتمدون عليها في حياتهم الاجتماعية بل هناك حقيقة أخرى و هي مفاهيم علمية طبية تبعث روح الأمل في الحياة عكس التمثّل الجمعي. ولكن ان اسهامات دوركايم هي مهمّة في مجال العلوم الاجتماعية خصوصا وأنّه بحث في عدّة مواضيع : الانتحار الجريمة الانحراف الاجتماعي التمثّل الجمعي والرمزية...الخ وبالمناسبة فحسبه مذكور في: Moscovici (1989) انّ المجتمع يشكّل رمزية جماعية وبهذا ينتج الشعور الجمعي والروابط بين الأفراد. انّ مصطلح الرمزية في الحياة الاجتماعية جاء به دوركايم وهذا المصطلح يقدم موضوع (أو مواضيع) وهنا حسبه يتشكّل الشعور الجمعي والأفراد يشتركون ويتقاسمون نفس الفكرة حوله. أمّا Moscovici (1976) يقول كلّ تمثّل عنده صورة وكل: صورة لها مفهوم يعني لها رمزية.

تجربة Moscovici في 1961 كان المبتغى منها معرفة التمثّلات الاجتماعية التي يأخذها التحليل النفسي عند الأفراد : تمثّلاتهم حول التحليل النفسي. وذلك عن طريق نشر مبادئ التحليل النفسي ومفاهيمه عبر الصحافة والجرائد. فهو بذلك أراد أن يفهم كيف أنّ هذا التيار يصبح معمّما ومبسّطا وفي متناول جميع أفراد المجتمع الفرنسي آنذاك، وكيف كانوا يتقاسمون خطابهم وحديثهم حول التحليل النفسي وكيف يمثّلونه.

حسب Moscovici (1976) التمثّلات هي في استمرار سائدة متقاطعة متصلة متشابهة ومتبلورة بدون انقطاع، من خلال الكلمة الحركة الملاقة في عالمنا اليومي. وحسبه العلاقات الاجتماعية المعقّدة بين الأفراد غالبا والمواضيع المنتجة أو المستهلكة، التواصلات المتبادلة هم متأثرين بالتمثّلات والتي بدورها تعمل على أساس الرمزية والتطبيق، مثلها مثل باقي العلوم الأخرى التي تتطلّب تطبيق علمي.

إنطلاقاً من الدراسة التي قام بها موسكوفيسي (Moscovici 1961) حول تمثّلات سكان باريس للتحليل النفسي، خرج بعدة خلاصات أهمّها كما يلي:

- التمثّلات الاجتماعية لها خاصية درامية وكرهية وارغامية (Contraignantes)

- هي تحافظ على الهوية وعلى الاختلاف وتتقصد من الصراع بين الهوية الاجتماعية والهوية الفردية.

- "التمثّلات الفردية تختلف عن التمثّلات الجماعية" (Moscovici 1989، 64) يقول. وحسب

دوركاييم هما متعارضان "التمثّلات الجمعية هي أكثر ثباتاً من التمثّلات الفردية - لأنّ - بما أنّ الفرد هو حسّاس بل هو ضعيف أمام التغيّر" يقول دوركاييم في 1968 مذكور في: Moscovici (1989، 65) .

- محتوى التمثّلات الاجتماعية هو غالباً يميل للتشابه (Analogue) والثبات والاكتمال (Achévé).

- التمثّلات الاجتماعية هي تبني شخصية الأفراد.

- الفرد في ذاكرته له مجموعة من الصور للعالم: صور لأصدقاء، لمشاهد، لطبيعة... الخ. هذه الصور تتبني بالتزامن مع تماثل (اشتراك) التجارب المرئية، هذه الصور تحدث توازن في الذات أو قد تحدث عدم التوازن في بعض الأحيان كاشتراك مجموعة من الصور السلبية حول موضوع ما، مرض خطير مثلاً. فهو يقول: "الصور تلعب دور مشهد انتقائي يعمل على استنقبال رسائل جديدة، تلزم وتضمّ (Condamnent) غالباً الإدراك والتأويل" (Moscovici، 1976، 45)

- التمثّلات تقوّي مفهوم الاحساس بالاستمرارية، و الاحساس بالانتماء والاستمرارية الى المجتمع، حيث لا يوجد قطيعة بين العالم الخارجي والعالم الفردي. الفرد لا يضع فوارق مختلفة في الحقل الجمعي بل يكون في مناخ ديناميكي نشط.

ويستنتج ويقول "التمثلات الاجتماعية هي مجموعات ديناميكية مكانتهم هي انتاج السلوكات والعلاقات مع المحيط، تغيّر الأفراد، وهي ليست اعادة انتاج (Reproduction) لهذه السلوكات أو الروابط، هي ردّ فعل لمثير خارجي" (Moscovici،1976، 48)

-طبيعة سيرورتها النفسية قادرة (Apte) ارجاع ما هو غائب واسترجاعه حاضرا على مستوى ذهن الفرد: سلفية (Empreinte) الموضوع. هذه السلفية هي متشابكة ومعقدة لأنها تتطلب عملية عقلية.

-كلّ تمثّل الآ وله موضوع ما.

-التمثّل له قطبين: قطب مسالم (Passif) سلفية لموضوع (Empreinte de l'objet) -صورة- قطب نشيط (Actif) اختيار الفرد المعنى الذي يعطيه لنفسه والذي يستثمره.

-يعطي أهمية للماضي ودور الوسيط بين الادراك الحسي والمصطلح في التطور الجيني والذي يبدأ من الاستقبال الى الفهم والاستيعاب (Du perçu au conçu) ثم الى التمثّل.

-التمثّل هو بناء منطقي في الواقع، بنية كلّ تمثّل تظهر مزدوجة لها واجهتين: واجهة تصويرية وواجهة رمزية.

-التمثّل هو صورة/مفهوم، "كلّ صورة لها مفهوم وكلّ مفهوم له صورة" (1976، 63).

-التمثّل هو عمل الشعور مرسل سواء إلى ما وراء المتفق عليه (Au-delà conventionnel) نحو العقلاني (Intellect) ، سواء إلى ما وراء الصورة (Au-delà du figuré) نحو الواقع: هذا يسمح بمحي الشكّ (Incertitude) وهذه الأشكال المعرفية هي التمثّل.

-التمثّل هو متشابه (Homogène) ومتناسق ومشارك متقاسم بين كلّ أفراد الجماعة (Moscovici,) (1989)

-المصطلحات والادراكات هم متبلورين ومرسومين (Stylisation) البعض متمركز حول الشخص والبعض الآخر متمركز حول الموضوع.

-تكاثر الصور /صرامة أو جدية (Rigueur) الرمزية.

-التفكير يخدم التواصل بين الأفراد باستمرار وفوريا. لذلك هو يقول (1989، 64): "التمثّل له وظيفة حماية الروابط بينهم، ويحضّرهم للتفكير والتأويل بطريقة موحّدة".

وفي 1969 Moscovici يقول: "التمثّلات تسمح للأفراد بتنظيمهم وتوجّههم في المحيط الاجتماعي والمادي والتحكّم فيه" مذكور في: Farr (1984، 386)

2-1- نظرية التمثّلات الاجتماعية ثلاثية الأبعاد ل: Moscovici (1961):

أعمال موسكوفيسي كانت مستوحات من أعمال دوركايم، كما أنّ النظرية التي جاء بها جاءت تكملة لعمل دوركايم وتوافق الى حدّ ما مع بياجى خصوصا في الرمزية: رمزية الموضوع، الموضوع يتكلّم عن نفسه ويعرّف نفسه عند بياجى الذي يقول في 1972: "الطفل هو منطقي، لأنّه يفترض أنّ التفكير هو مرتبط بالموضوع، وأنّ الأسماء هي مرتبطة بمواضيع مسماة" مذكور في: Moscovici (1989، 72) فأسماء الكلمات دورها يكمن في تدعيم التمثّلات الاجتماعية (Harré، 1989). أمّا بالنسبة Moscovici (1976) كلّ صورة لها مفهوم (رمزية) فهما يتفقان في هذه النقطة. وبالمناسبة Moscovici (1989، 71-72) يتكلّم عن بياجى قائلا: "بياجى يبحث عن ثلاثية تمثّلات العالم عند الطفل...بقي وفيّاً لاقتناعات دوركايم فيما يخصّ الطبيعية الاجتماعية وبنيتها..."، وبالمناسبة أنّ التمثّل والوظيفة الرمزية (الوظيفة السيميائية) حسب بياجى تبدآن منذ سنتين وفي المرحلة التي يسمّيها مرحلة تحضير وتنظيم الذكاء العملي ولعلّ ماساهم في انتاج Moscovici لهذه النظرية: وتسميتها تمثّلات ثلاثية الأبعاد هي مستوفات من عمل بياجى. كلّ مجتمع وكلّ ثقافة الّا وتعطي مجموعة من وجهات النظر، كلّ مجتمع يعطي فرضية ثلاثية الأبعاد: الاتجاه المعلومة وحقل التمثّل أو الصورة.

المعلومة: تنظّم المعرفة هي عبارة عن مصطلح أو بعد التي تمتلكه جماعة بخصوص موضوع اجتماعي. سرطان الدم الذي نحن بصدد دراسته توجد معلومات غير متجانسة عند المصابين به، ولكن أنّ المعلومة تختلف من مريض لآخر لأنّ كلّ مريض الّا وله مستواه الذي يتناسب مع كمية

المعلومات، مستوى عالي من الثقافة والعلم /معلومات أكثر عمقا حول المرض. وهذا يتناسب مع استعمالهم استراتيجيات مواجهة متمركزة حول المشكل التي هي اكثر فعالية حسب Schweitzer، Tarquinio & Fischer ; 2002، وآخرون...

حقل التمثل أو الصورة بمفهوم Moscovici (1961) هو وحدة متدرّجة من العناصر وليس بالضرورة هي منظمة -العناصر- هذه الأبعاد الثلاثة تعطي نظرة لمحتوى و مفهوم التمثل. التمثل الاجتماعي حسب Moscovici (1961) هو عبارة عن نسق من القيم : مصطلحات, وتطبيقات متعلقة بالمواضيع, ومن مظاهر, ومن ابعاد الوسط الاجتماعي هذا النظام النسقي يسمح للفرد بتوازنه في حياته أو في مجتمعه ومع أفراده.

التمثل بالنسبة لمسكوفيسي هو يشكل أداة أو وسيلة للتوجيه والادراك للوضعيات ولبلورة الاجابات.

3- التمثلات الاجتماعية :

التمثل بمفهومه الواسع يعني الطريقة التي بواسطتها ننظم معارفنا حول الحقيقة الاجتماعية, فالمعرفة تتبلور وتتطور انطلاقا من الرموز (Codes) التفسيرية الثقافية الخاصة بنا. التمثل هو ضروري في حياة الأفراد ولا يمكن الاستغناء عنه، فهو يشكّل الركيزة الأساسية في بنائهم وتكيفهم وتوجّههم، في هذا الصدد يقول Mannoni (بدون سنة، 20): "كلّ فرد يدبّر مجموعة من التمثلات البنائية ومن المعلومات ومن ذاكرته الدلالية (Sémantique) : هذه هي التمثلات"

سيرورة التمثل تقدم للفرد و المجتمع خصائص وميزات مشتركة و مختلفة احيانا فيما بينهم. التمثل يساعد ويفسح المجال لبناء وإعادة بناء الحقيقة، كما يفسح المجال للتساؤل عن الحقيقة من معناها النفسي والاجتماعي و الثقافي و العلمي.. الخ. لهذا ان التمثلات الاجتماعية هي متعدّدة الأبعاد ومعقّدة حسب عدّة باحثين أهمّهم Moscovici، 1996 ; Jodelet ، 1984 ، Abric ; 2007، De Roza، 2007 وآخرون...

التمثل هو معرّف من طرف Seca (2010، 16) : " معلومات، صور، اتجاهات ومعتقدات هم مشتركين (متقاسمين) بين أفراد الجماعات الذين أحيانا لا يعرفون بعضهم شخصا ولكن قد

ورثوا هذه المعرفة الجمعية" من المعنى الواسع عملية عقلية عن طريقها أو من خلالها نرجع الحادث أو الصورة أو الموضوع الغائب أمامنا حاضرا الى الذهن. في هذا المجال تقول Jodelet (1984، 104) : "التمثّل هو اعادة الاستحضار، جعله حاضرا في الذهن و الشعور" أمّا عمّار (2016-2017، 93) فهو يقول: "التمثّل يسمح بالاستشارة الى مواضيع غائبة من خلال نسيج من المعاني يربطهم بعنصرة حاضرة، وهنا نشير الى أنّ التمثّل ينشأ بفعل الربط بين الدوال" ، فالتمثّل الاجتماعي حسب هذه الباحثة هو الصور المكثفة التي تكوّن مجموعة من المفاهيم: نظام من المراجع الذي يسمح لنا بتأويل وفهم ما يحدث لنا وهو يعطي مفهوم للحوادث الغير متوقّعة وذلك بتصنيف وترتيب الظروف و الظواهر. التمثّل يضمّ كلّ العمليات العقلية و هو أشمل من الادراك، لأنّ هذا الأخير أنّ موضوعه لكي يدرك من قبل الشخص يجب أن يكون حاضرا، أمّا التمثّل فهو اعادة استحضار الموضوع الغائب الذي تمّ ادراكه سابقا و تبلوره و تخزينه من قبل الفرد بفضل هذه العمليات العقلية المعقّدة. اذن التمثّل هو منتج فكري. وهو كما تقول Jodelet (1984، 366) "هو طريقة تأويل وتفكير حقيقتنا اليومية، شكل من المعرفة الاجتماعية له علاقة بالعملية العقلية المستعملة من طرف الأفراد والجماعات من أجل تحديد مكاناتهم أمام وضعيات وحوادث ومواضيع والتواصلات التي تهّمهم". التمثّل الاجتماعي اذن هو يقع بين ما هو نفسي اجتماعي عقلي، لكن ماتجدر الاشارة اليه أنّه لا يقصد بالتمثّل الاجتماعي هو ليس علمي عند Moscovici ، 1961 ; Jodelet ، 1984 ، Fischer ؛ 1997 وآخرون: بل هم يقصدون به هو المعرفة التلقائية (Spontanée) الساذجة (Naive) المعرفة الطبيعية (Pensée naturelle) معرفة المفهوم الجماعي (Connaissace de sens commun) التي بواسطتها الأفراد يدركون حوادث الحياة اليومية ومعطيات محيطنا والمعلومات السائدة بين أفراد محيطنا سواء المقربون أم البعيدون. معرفة المفهوم الجماعي هي معرفة مشتركة ومتبلورة اجتماعيا وهي تتشكّل من خلال تجاربنا وأيضا من خلال المعلومات والمعارف وأشكال تفكيرية ننتقلها يوميا في حياتنا ونستدخلها ونتكيّف معها بفضل العادات التربوية التواصل الاجتماعي. التمثّل الاجتماعي في الحقيقة هو يسعى الى تكييف الفرد داخل محيطه كما أنّ يسيّر المحيط و حياة أفراده المتفاعلين فيما بينهم.

واذن التمثّل هو معرّف وكما يقول Fischer (2005، 131) بأنّه "بناء اجتماعي للمعرفة اليومية العادية (ordinaire) التي تتبلور عن طريق القيم والمعتقدات المتقاسمة بين افراد الجماعة الاجتماعية التي تضم عدّة مواضيع (شخص، حادث، صنف اجتماعي...الخ) وهي تتيح الفرصة لرؤية الاشياء اجتماعيا، والتي تظهر في قلب التفاعلات الاجتماعية". أما Doise & Palmonari (1986، 16) يقولان عن التمثلات أنّها: "هي تربط الحياة المجردة بمعرفتنا و بمعتقداتنا و بحياتنا المادية للأفراد الاجتماعيين".

من خلال هذه التعريفات يمكننا أن نستخلص أنّ التمثّل هو كما يلي :

-محتوى من الصور المخزّنة و المفاهيم و المعارف المرتبة و المتدرّجة من حيث الأهمية.

-عبارة عن عمليات عقلية ديناميكية و مترابطة و متفاعلة فيما بينها، تشكّل سيرورة تأثير

و تأثر و تواصل فيما بينها، تبدأ بالاحساس ثمّ الادراك (الموضوع) ثمّ التخزين في الذاكرة و العمل

العقلي (التبلور)...الخ. تمثّل موضوع ما عند الفرد يستدعي به أن يشغّل عملياته العقلية و

يستدعي كلّ مكوناتها من ادراك و ابداع و احساس مخزّنين في منطقة الذاكرة.

-التمثّل هو يتحكّم في صورة ذات الأفراد و يوجّه شخصيتهم، فالفرد اذا كان لديه تمثّل

سلبي حول موضوع ما يخصّه و أصيب به،فأنّه سيعاني، يعاني يعني صورة ذاته تضطرب و

تهتزّ، في هذا المجال يؤكّد كلّ Tap ، Sordes-Ader & Tarquino (2002) من أنّ التمثّلات

السلبية حول موضوع مرض ما هي عنصر مفتاحي لمعاونة المرضى المصابين بهذا المرض.

المفهوم الجمعي للمرض بالمناسبة هو انحطاط الصحة والتقهقر

والضعف و اذا كان المرض خطيرا فإنّ شبح الموت يصبح يسيطر على النواة المركزية لهذه

التمثّلات السلبية.

بالمقابل تمثّلات العمل و النجاح عند المفهوم الجمعي كما يقول دوركايم، هي الاندماج و التكيف و الرضا الذاتي والاجتماعي و عدم الانحراف الاجتماعي و كلّ ما يتبع من التمثّلات الايجابية، الفرد في هذه الحالة قد استدخل مسبقا هذه المفاهيم والأفكار الايجابية من خلال تفاعله مع المجتمع، تمثّلات الفرد الايجابية هذه تجعله في ارتياح نفسي و عدم المعاناة على مستوى تقديره لذاته و على مستوى صورة ذاته. التمثّلات بالمناسبة و كما تقول Cherif (2015، 52) : "ترجع في نفس الوقت الى معيش الشخص اثر علاقته بالآخر و بالتمثّلات الاجتماعية التي الآخرين يرسلونها له..."

-التمثّل يسير سلوكات الأفراد و تصرفاتهم، يتحكّم في معتقداتهم...الخ.

-التمثّل هو اشتراك نفس وجهات النظر بين أفراد المجتمع حول الحقائق الاجتماعية و العلمية و الثقافية...الخ. التمثّل هو الاجابة عن الغموض و التساؤلات و هو وضع حدّ للأزمة و القطيعة الابستيمولوجية و الاجتماعية و الثقافية والفكرية. بالمناسبة انّ القطيعة حسب Kaes (2004، 24) هي "حلّ للأزمة". حسب Maldi (2012) ان الأنا يعمل حول التمثّلات ، وهو مشكّل من طرف التمثّلات. أمّا Connes & Changeux في 1989 فهم يقولون: "كلّ شيء يثبت أنّ الحياة النفسية هي تواصل مستمر (Cours continu) مع التمثّلات، ولا نستطيع القول لواحدة منهم البدأ و الأخرى النهاية هما متداخلان ومتبادلان"مذكورين في: Seca (2010، 22) . أفكار هؤلاء الباحثين تجعلنا نأكّد أنّ التمثّلات تتحكّم في صورة ذات الأفراد نظرا لأنّ الأنا يضم الذات.

التمثّل بمفهوم بياجي يعني استدعاء للمواضيع الغائبة، يعني الاحساس والادراك والرمزية يساهمون في استحضار المواضيع الغائبة الى الحاضر: استكمال المعارف الادراكية المفاهيمية بالاعتماد والرجوع الى مواضيع اخرى غير مشاهدة حاضرا بل هي مخزّنة سابقا في الذاكرة.

عند بياجي التمثّل هو عبارة عن صورة عقلية وهو عبارة عن نظام من المعارف الذي يضم

اختلاف بين الدال (le signifiant) والمدلول (le signifié) (Fischer, 1997). كما أنّ بياجي

في 1967 يعرف التمثّل ك: "تفكير سوسيومركزي" (Socio-centrique) هو معرفة متبلورة التي تعمل على خدمة الاحتياجات والقيم ومصالح الجماعة.

(Jodelet, 1984)

عدة باحثين ومؤلفين واصلوا البحث في تيار التمثلات الاجتماعية، إذ أنهم عالجوا عدة مواضيع منها: "تمثلات المرض" عند Herzlich (1970)، "التمثلات الاجتماعية: مظاهر نظرية" عند Abric (1994)؛ "تمثلات الصيد" Guimelli، 1998، مذكورة في Flamment & Milland (2007)؛ "التمثّل الاجتماعي: ظواهر، مصطلح ونظرية" عند Jodelet (1984)؛ "البنية الديناميكية تحوّل التمثلات الاجتماعية" عند Flamment (1994)؛ "البحث عن النواة المركزية" عند Abric (2007)؛ "دراسات تجريبية لديناميكية التمثلات الاجتماعية" عند Tafani & Bellon (2007) وآخرون. و يمكننا أن نلخص البعض من هذه الأعمال ونربطها بدراستنا هذه كما يلي :

3-1 نموذج Herzlich 1969 :

دراستها تمحورت حول التمثلات الاجتماعية للصحة والمرض في دراستها أجرت 80 مقابلة نصف موجهة بمعدّل وقتي يقدر بساعة ونصف على سكان باريس وضواحيها (Farr, 1984) عيّنة بحثها اشتملت على 80 شخص ذوي طبقات متوسطة (Flick, 1992) نتيجة دراستها أسفرت كما يلي:

إنّ المرض له تمثلات اجتماعية موضوعة من قبل الأفراد. وهم يعتبرونه مثل سيرورة ميكروبية معدية، تتواجد في المجتمع و الفرد يجد نفسه عرضة للإصابة بهذه الصيرورة الميكروبية إذن فإنه ضحية (Herzlich, 2005). المجتمع الذي سمّته بالتمط المعاش (Mode de vie) في حد ذاته هو غير صحّي حسب تمثلات هؤلاء "البارسيين"، المجتمع يسبب التلوّث، الميكروبات،

الضوضاء، الأشعة المستحضرات الكيميائية، كلها عوامل تؤدي إلى الإصابة الفرد بالمرض. ان التمثلات الاجتماعية للأفراد حول الصحة و المرض هي ليست بتمثلات فردية بل هي ناتجة عن علاقة الفرد بالمجتمع أي التمثلات الاجتماعية (Adam & Herzlich , 2002).

لقد عرّفت Herzlich التمثل على انه سيرورة من البناء للواقع فحسبها ما يجب التأكيد عليه في التمثل هو اعادة الدراسة حول انماط (les modes) المعرفة وحول السيرورات الرمزية في ظل العلاقة مع الآخر (Fischer ,1997)

بالمناسبة دراسات أخرى اهتمت بدراسة ادراك السببية ك: Piaget, 1930; Duncker ,
1945; Michotte ; 1956 (In :Hewstone, 1989) ; Flamment, 1994 ;

كما أنّ دراسة Herzlich أسفرت على نتائج أخرى أهمّها كما يلي:

-المرض هو محطّم (maladie libératrice) ويتميّز بالتخلي عن الدور والاستقصاء الاجتماعي والتبعية للآخر: المريض يعيش مرضه مثل عنف مورش في حقّه وسبّب له العجز في الحركة.

-المرض هو حرّ (البيبرالي) (maladie libératrice) والمريض يعيش فيه في استراحة ومثل قطيعة حقيقية على مستوى الواجبات الاجتماعية، المرض يفتح المجال للحريّة ولحياة جديدة، المرض يصبح كذلك وسيلة دفاعية ضدّ متطلّبات المجتمع.

-المرض هو عمل (maladie-métier) يتميّز بالدفاع المواصل ضدّ المرض والقلق الذي ينجّر عن هذا المرض. (Flick, 1992)

3-2 نموذج أبريك Abric في 1976 :

التمثلات الاجتماعية حسب Abric (2007، 59) هي: "مجموعة من المعلومات والآراء الاتجاهات والمعتقدات بخصوص موضوع ما، نتج اجتماعيا. التمثل هو أساسا متأثر بالقيم التي تتناسب مع النسق السوسيو اديولوجي ومع تاريخ الجماعة...التمثل يشكّل عنصر أساسي حول النظرة الى العالم...كلّ تمثّل له اذن مركبين: المحتوى والبنية". بالنسبة له التمثل هو نسق

سوسيو معرفي يقدم تنظيم محدد وخاص للموضوع. وحسبه كل تمثّل له عناصر مكوّنة له لكنّها تختلف من حيث الأهمية فمنها ما هو أساسي والآخر ثانوي، هذه العناصر حسبها هي متفاعلة فيما بينها، هي منظمة وخصوصا هي متدرجة (Hiérarchique) (Abric, 2007) يحدّد Abric (1994a) أهمية التمثّلات في أنّها تلعب دورا مهمّا في تكييف سلوكيات الفرد في محيطهم اذ هي تتحكّم فيهم وتسيّرهم نظرا لأنّها تتواجد في محيط ديناميكي متفاعل وهي تعطي له معنى مفهوم ومعنى لتصرفاته، كذلك حسبها أنّها تسمح وتساعد على معرفة الحقيقة وعلى معرفة مكانته في المجتمع وفي التاريخ بفضل نسقه المرجعي (Système de références). لذلك إنّ Abric (1994b ، 13) يعرف التمثّل "هو إنتاج وسيرورة لعملية عقلية من خلالها الفرد أو الجماعة يشكّلون الواقع... ويعطونه مفهوم محدد... هو نسق من التأويلات للحقيقة التي تسيّر العلاقات بين الأفراد... هو دليل الحركة... " كما أنّه يعرف التمثّل (1989، 188) بأنّه: " التمثّل ان هو مجموعة منظمة من الآراء، الاتجاهات والمعلومات له مرجعيته من موضوع ما أو وضعية. هو محدد في نفس الوقت من طرف الفرد بحدّ ذاته (تاريخه، معيشه)، ومن طرف النسق الاجتماعي و الايديولوجيات التي من خلالها هو مندمج ومن طرف طبيعة علاقاته التي يقيمها مع النسق الاجتماعي" ثمّ مرّة أخرى يعرف Abric التمثّل بأنّه: "سيرورة تبريرية... (1994، 219). إنّ العلاقة حسبها (1994) التي تجمع فرد/ موضوع هي التي تحدّد الموضوع في حدّ ذاته والموضوع لا يوجد لوحده الاّ كانت له علاقة مع الأفراد، هو يوجد من أجلهم والتمثّل هو دائما تمثّل لشيء ما (موضوع) من أجل فرد أو جماعة. ويوافقه الرأي Moscovici في 1969 حينما يقول أنّها في التمثّلات لا يوجد فوارق قبل كلّ شيء بين ما هو فردي وما هو جماعي.

نظرية النواة المركزية:

Abric هو صاحب النظرية البنوية: نظرية النواة المركزية والعناصر المحيطة التي ظهر بها في 1976. التمثّل حسبها هو منظّم حول نسق سوسيو معرفي وهو منظّم حول نواة مركزية مكوّنة بدورها من عدد محدد من العناصر التي تعطي له بدورها مفهوم: وظيفة انتاجية (Génératrice) وتحدّد العلاقات بين العناصر البنائية : وظيفة تنظيمية.

بالنسبة Abric (2007) من أجل دراسة تمثّل موضوع ما يجب أولاً وقبل كلّ شيء البحث عن مكّونات نواته المركزية، ومعرفة المحتوى لاتكفي بل إنّ تنظيم مكّونات هذا المحتوى هي التي مفهوم للتمثّل. إنّ **النواة المركزية** أو النواة البنائية هي حسب Abric (1994c) هي عنصر أساسي وضروري في التمثّل لأنّه في نفس الوقت هي التي تحدّد مفهوم وتنظيم التمثّل. وهي التي تقاوم التغيّر، وكلّ تغيّر على مستواها ينتج تغيّر على مستوى التمثّل بل يحدث تغيّر كامل، فهي مفتاح دار (قبة) (La voute) التمثّل ولها وظيفتين أساسيتين هما:

- **وظيفة انتاجية (Génératrice)** : هي عنصر من خلاله ينتج ويتحوّل مفهوم عناصر أخرى بنائية.
- **وظيفة تنظيمية (Organisatrice)** : النواة المركزية هي التي تحدّد طبيعة الروابط التي توحدّ عناصر التمثّل: هي عنصر موحدّ ومثبّت (معدّل) للتمثّل. هي حيازة **أما العناصر المحيطة** حسب Abric (1994a) هي منظمّة حول النواة المركزية ولهم علاقة مباشرة معها، وإنّ حضورهم وتوازنهم (Pondération) وقيمتهم ووظيفتهم هي محدّدة من طرف النواة المركزية. هم يشكّلون محتوى أساسي للتمثّل، مكانتهم هي ديناميكية وملموسة (Concrète) هي قابلة للجدال (Accessible) . هي عناصر متدرّجة من حيث أهمية تمثّل الموضوع وهي تقترب من النواة المركزية وهي تضمّ المعلومات المتلقية المنتقاة والتأويلية وتضمّ المعتقدات والابهام (Stéréotypes) الأحكام المشكّلة بخصوص الموضوع ومحيطه. أهميتهم تكمن في أنّ لهم دور مهم في تبسيط (Concrétisation) واطهار وشرح مفهوم التمثّل. في حالة تغيّر التمثّل فإنّهم يساعدون على ذلك ويبدأ التغيّر بهم أولاً عكس العناصر المركزية. تغيّر يكون على مستوى: التوازن، التأويل، الاندماج... الخ. العناصر المحيطة لها ثلاثة وظائف حسب Abric (1994a) هي كما يلي:

- **وظيفة التبسيط (Concrétisation)**: نظراً لأنّها في تبعية للمجتمع فإنّه ينتج عنها ترصيخ تمثّل الحقيقة، هي تكتسي مفردات ملموسة مبسّطة وتتكلّم عن الحاضر وعن معاش الأفراد، ومقاومة للنسيان.

• **وظيفة معدلة (Régulation):** هي أقل خشونة من العناصر المركزية، هي عناصر حساسة (Susceptibles) وهي تلعب دورا مهما في احداث تكيف التمثل نظرا لتغيرات المحيط. هي تكتسي مكانة صغيرة (Mineur) ووظيفتها اعادة التأويل في معنى المفهوم المركزي. وحسب Flament مذكور في: Abric (1994) العناصر المحيطية تشكل المظهر المحرك والتطوري للتمثل.

• **وظيفة دفاعية (Défense):** النظام المحيطي (العناصر المحيطية) هنا يلعب دورا دفاعيا بخصوص التمثل. فهو يشكل حسب Flament مذكور في: Abric (1994b)، (26) "واقي ضدّ الصدمة" (Pare-choc)

إذا كان التمثل عند Moscovici (1961) هو عبارة عن صفحة لها واجهتين: واجهة صورية وواجهة رمزية، فأنه عند Abric (2007) كذلك هو عبارة عن صفحة لها واجهتين ولكن الواجهة الاولى هي عبارة عن محتوى أما الواجهة الثانية هي البنية: مكونات المحتوى. فحسبه المحتوى لا يكفي لفهم تمثل موضوع ما.

في دراستنا لتمثلات سرطان الدم، حسب نظرية Abric (2007) هذا المرض هو عبارة عن صفحة لها واجهتين محتوى وبنية. في البنية نجد نواة مركزية التي هي: شبح الموت وعناصر محيطية مرافقة ومتدرجة هي: الضعف الانحطاط (في الجمال، المال، الدور) نظرة الآخر السلبية. هذه البنية هي التي توجه صورة ذات المصاب بهذا المرض نحو السلبية حيث انّ محتوى السرطان هو لا يكفي من أجل فهمه وادراكه، وحسب كلّ من Moscovici ، 1961 ، Jodelet ، 1984 ، Flament ؛ 1994 ، Morin ؛ 1994 ، وآخرون ... أمام التمثلات الاجتماعية نحن لسنا أمام مفهوم علمي انما نحن أمام مفاهيم سانجة طبيعية تلقائية مشتركة بين الأفراد: مفهوم جمعي، لهذا اننا نقول أنّ هذه التمثلات الاجتماعية (الافكار الاجتماعية والمعتقدات...الخ) السلبية والمتناقضة فيما بينها خصوصا أمام موضوع السرطان هي التي تزيد من معاناة المصابين به.

في نظرية Abric : نظرية النواة المركزية قام بدراسة تمثلات العمل عند مجموعتين من الطلبة: مجموعة مؤهلة ولها شهادات عالية، مجموعة غير مؤهلة بدون أي شهادة، أين توصل الى انّ لهم تمثلات مماثلة متشابهة حول العمل (Productions identiques) وكانت تمثلاتهم

حول العمل مثل: واجبات، اندماج اجتماعي، فرض، النفاق على الهويات، طريقة من أجل الحصول على العلاقات، طريقة لريح الحياة، التفتح الشخصي والثقة في الذات. أكثر وضوحا لقد وجد عند المجموعة الأولى أنّ النواة المركزية للعمل هي تدور حول ثلاثة بنود: "ريح الحياة" التأكيد الذاتي " (Accomplissement personnel) و "الاعتراف بالمجتمع" (Reconnaissance sociale)

لهذا نستنتج أنّ العمل له مفهوم ايجابي عند المجموعة الاولى: هو القيمة ووسيلة للتكيف الاجتماعي وتحقيق الذات. أمّا المجموعة الثانية فقد وجد Abric أنّ النواة المركزية هي مكوّن هنا حول: ربح الحياة ، واجبات، الانفاق على الهويات واذن هي ليست "قيمة شخصية أو اجتماعية هي سوى واجب (Contraignant) لاشباع الاحتياجات الفردية.

تمثّلات كلّ من المجموعة الأولى والثانية حول العمل هي متشابهة ومتقاسمة فيما بينهم، إلا أنّ سير عمل هذه التمثّلات عند كلّ مجموعة هو مختلف على مستوى الرمزية: نمطين من الرمزية مختلفين كلياً. (Fonctionnement sur deux univers symboliques complètement différents)

Abric في 1976 دراسة أخرى حول التمثّلات الاجتماعية للبطالة والتي حسبها منظّمة حول نواة مركزية: شخص يعاني وهو بحاجة للمساعدة. أمّا حسبها فكانت العناصر المحيطة أقل أهمية وهي: "الاقصاء (الوحدة)" (Exclusion) ، "مشكلة النقود" "الحاجة الى التكوين". اذن هي تمثّلات متدرّجة تتطلّب استدعاء تدريجي (Evocation hiérarchique) وهي منظّمة حول نواة مركزية، هذه الأخيرة تعطي مفهوم التمثّل، هي عنصر أساسي محوري مثل حياة تعطي خصائص للموضوع (Abric, 2007).

Abric في وصفه للنواة المركزية وعندما كان يقول للأفراد المبحوثين أثناء دراسته: "نطلب منه أن يعيّن ثلاثة بنود بالنسبة له هي الأكثر تمييزا للموضوع، فيما بعد يجب عليه تعيين من بين 6 بنود المتبقين 3 أقلّ تميّزا (Moins caractéristiques)...عناصر محيطة هي الأكثر اختيارا مثل الأكثر تمييزا للموضوع...العناصر المحيطة أين مكانتهم في الأهمية هي متوسطة في

خصائص الموضوع" (Abric, 2007, 66). علماً أنّ هذا الباحث عدد البنود التي كان يقدّمها للمبحوثين كانت 9 : ثلاثة منها مخصّصة للنواة المركزية، أمّا 6 الباقيين يختارون منها 3 وهي العناصر المحيطة. كلّ هذا كان يسمّى Abric البنية. وبالنسبة له البنية + المحتوى = التمثّل.

3-3 نموذج جودلي Jodelet :

التمثلات الاجتماعية حسب Jodelet (1984) تعني بالمفهوم الواسع شكل أو طريقة (forme) التفكير الاجتماعي فهي شكل من المعرفة الخاصة وهي المعنى الجمعي (Sens commun) ومحتواها هو سيرورة انتاجية (génératifs) وتكوينية وعملية (fonctionnels) اجتماعيا. التمثلات الاجتماعية هي أشكال (modalités) من التفكير العملي الموجّه والمسير بين الأفراد بفضل التواصل (communication) والفهم (compréhension) وتسيير (maitrise) الوسط الاجتماعي المادي والمثالي لهذا Jodelet هي تقول (1989، 36) : "التمثلات الاجتماعية كنسق تأويلي هي تتحكّم في علاقتنا مع العالم ومع الآخرين، هي توجّه وتنظّم السلوكات والتواصل الاجتماعي... هي تتدخل أيضا في سيرورة متعدّدة كالنشر (Diffusion)

والتشابه (Assimilation) والمعارف ، التطوّر الفردي والجماعي، تحديد وتعريف الهويات الشخصية والاجتماعية، تطوّر الجماعة، والتغيّرات الاجتماعية."

التمثلات تضمّ خصائص معينة على المستوى التنظيمي للمحتوى كما انها تضمّ العمليات العقلية والمنطقية. الفرد هنا يمتصّ نظام التمثلات الاجتماعية وما تحتويه من خصائص فهو يتفاعل معها ومع أفراد مجتمعه. Jodelet في 1989 تعرّف التمثلات كمايلي: "شكل من المعرفة، اجتماعيا متبلورة ومتقاسمة. لها نظرة تطبيقية وتسعى الى بناء الحقيقة الجمعية للنظام الاجتماعي" مذكورة في: Abric (1994، 13). عدّة اسهامات أنتتأ بها Jodelet (1984) في مجال التمثلات الاجتماعية ويمكننا ان نلخصها فيمايلي:

-هي صور تتناسب مع مجموعة من المفاهيم: نسق مرجعي يسمح لنا بترجمة وتوضيح مايجري لنا واعطاء معنى للحوادث الغير متوقّعة منّا...

-هي طريقة للتأويل والتفكير في الحقيقة اليومية، هي شكل من المعرفة الاجتماعية والتي لها علاقة بالعملية العقلية المستعملة من قبل الأفراد والجماعات.

-هي تتموضع ما بين النفسية والمجتمع.

-هي تسمح بتوضيح وفهم حوادث الحياة ومعطيات محيطنا، والمعلومات التي تسود فيه.

-هي معرفة تلقائية، ساذجة تهتم كثيرا العلوم الاجتماعية.

-هي العادات وهي معرفة المفهوم الجمعي، هي التفكير الطبيعي.

-هي "معاكسة للمفهوم العلمي. هذه المعرفة تتكون انطلاقا من تجاربنا، لكن كذلك من المعلومات، المعارف، أنماط التفكير التي نستقبلها ونرسلها بفضل العادات، التربية، التواصل الاجتماعي المتبلور والمشارك" (1984، 366).

-هي تسعى للتحكم وتسيير محيطنا. هي تجيب على التساؤلات التي يطرحها علينا العالم.

-هي معرفة تطبيقية، هي تبني التأكيد لحقيقتنا المتفق عليها وهي تبني حقيقتنا الاجتماعية.

-هي منتج وسيرورة لبلورة نفسية واجتماعية للواقع.

واذن يمكننا أن نلخص كل من إسهامات موسكوفيسي وأبريك وجودلي في مجال التمثلات وكما

يقول Doise (1986، 83): "لقد تعلمنا أن التمثل الاجتماعي هو قوة وسيطية بين مصطلح

والادراك ; هو يتموضع في أبعاد الاتجاهات، المعلومات والصور; هو يساهم في ارشاد التصرفات

وتوجيه التواصل الاجتماعي; مآله هو الموضعة (objectivation) ، الترتيب والترسيخ (ancrage)

...وخصوصا هو يبلور مختلف أنواع التواصل: الانتشار (propagation)،

الدعاية (propagande) "

4- خصائص التمثلات :

التمثلات الاجتماعية في ان واحد هي ثابتة ومتغيرة بتغير الزمان والمكان فهي قبل كل شيء سيرورة من التغيرات (transformations) الاجتماعية للحقيقة حول مواضيع المعرفة التي هي ايضا اجتماعية.

4-1 خصائص التمثلات على المستوى البنية :

التمثل يتشكل في قلب السيرورة العلائقية (processus relationnel) وهو تبلور عقلي يتمحور ويتموضع عند الفرد عند الجماعة عند المؤسسة وكل الأصناف المكونة للمجتمع، والتمثل كما قلنا سابقا يستخدم ويتعين بالتواصل الاجتماعي كشعاع موجه (le vecteur) وناقل عدوى معرفة المواضيع الاجتماعية ما بين الأفراد وعنصر تبادلي (élément d'échange) بينهم في وسطهم الاجتماعي.

التمثل هو سيرورة إعادة تشكيل للحقيقة (élaboration de la réalité) ويهدف الى إنتاج المعلومات الدالة (signifiantes) التي توحد بالصدق والصحة (véracité sociale) الاجتماعية حيث انها لا توحى بالصدق الموضوعي.

التمثل يظهر ايضا مثل بلورة سوسيودينامية (élaboration socio dynamique) للحقيقة، فهي تظهر وتتعرف كإعادة الأخذ (reprise) واستدخال الأشكال (modèles) الثقافية والايديولوجية المستعملة السائدة والغالبة (dominante).

التغيرات التي تحدثها التمثلات تفسر على أنها عملية طبيعية للحقيقة الاجتماعية والصدق، فهي بطريقة غير مباشرة تجعل العناصر الاجتماعية تتحرف عن موضعها.

وبهذا المفهوم نلاحظ ان التمثل قد يظهر مثل بيان او قائمة جرد (inventaire) لمجموع الصدق والحقائق، وأيضا انه يظهر كمعطيات إدراكية (Fischer, 2005) التمثل يدور عمله حول بلورة الحقيقة الاجتماعية وتعريفها وإكسابها ثوب واضح جلي مفهوم والتخفيض من صفة الغرابة اذ ان

ثقل الحقيقة والتأكد من وضوحها هو فائدة بالنسبة لأفراد المجتمع, كم ان التأكد واليقين يؤدي الى معرفة حقيقة المواضيع بطريقة عادية.

عمل التمثل يرجع ويعتمد على نمط مضمرة (implicite) من العمل العقلي الذي هو مفترض منطقي اي علائقي متداول والأشياء ومن ثم المواضيع الدخيلة الغريبة الغير متداولة لا يعتمد عليها التمثل في عمله العقلي.

4-2 خصائص التمثلات على مستوى المحتوى :

محتوى التمثل هو سوسيو معرفي يعني مجموع المعلومات الاجتماعية المتعلقة بموضوع او عدة مواضيع اجتماعية متكررة نمطية وقد تفتقد في بعض الأحيان للأصالة والعلم في المجتمع, كما يتميز محتوى التمثل بالدلالة.

وMoscovici (1969) عرف التمثل بانه العلاقة والمراسلة بين الصورة ومعنى المفاهيم المعاني الدلائل، تمر أولاً بالصور ثم هذه الصور تنتج الدلائل (المفاهيم) وبهذا في التمثل صفة الدلالة (significatif) وهي أبدا غير منفصلة عن الصفة التصويرية (caractère figuratif) .

وأخيرا ان التمثل هو محتوى رمزي (symbolique) فهو متعلق ومرتبطة مباشرة بالمظهر السابق. الرمزية تشكل عنصرا للتمثل لان الموضوع المستحضر الى أذهاننا أي كان حاضرا في ذهننا ولكن في نفس الوقت كان غائبا أمامنا أي لا ندركه أنيا.

ولان ما هو غائب يأخذ معنى وذلك بمساعدة ودعم الذاكرة إدراكها للشيء وتخزينه على شكل صورة مرتبطة بمعناها.

وبهذا فاننا نخلص بان المحتوى الرمزي للتمثلات يعتمد ويتعلق ويرجع الى البنية التخيلية (imaginaire) للأفراد التي تشكل شكل من أشكال (modes) أو نمط من أنماط التعبير عن الحقيقة من المفهوم التحليلي النفسي هي التي تتشكل من الرغبات والانتظارات والأحاسيس التي نسقطها عليها.

5 وظائف التمثلات الاجتماعية:

التمثلات الاجتماعية لها عدة وظائف مهمة وأساسية في حياة الفرد، نذكر من بينها :

-هي نسق سوسيو معرفي يقدم تنظيم محدد وخاص للموضوع ويشكل عنصر أساسي حول نظرتنا للعالم (Abric , 2007)

-تنظم وتعرفنا بالحقيقة الاجتماعية.

-تسير فكريا التجارب الاجتماعية.

-هي تعتبر مبادئ مولدة لأخذ المكنات في المجتمع (Doise, 1986) وأخذ الأدوار الاجتماعية.

-هي تعمل كميكانيزم دفاعي يحافظ على كيان الفرد وينقص من القلق، كالنسيان عند المريض

بالسرطان هو من فعل القدرات العقلية ومن فعل الشعور أي من فعل التمثل وفي هذا الصدد

يقول Thomas و Znaniecki في 1918 "الاتجاه هو ميكانيزم سيكولوجي..." مذكورين في :

Doise (1989، 221)

-تساعد على استعادة ذكريات وافترض فرضيات ووضع نوايا (Sperber, 1989)

-هي تعرف الهويات الاجتماعية وتحمي الهوية الشخصية. تشكل للأفراد ركيزة مهمة في حياتهم

النفسية والاجتماعية والمعرفية، فبفضلها نستطيع الحفاظ على هويتنا الاجتماعية والمواصلة

الابستمولوجية (عامل بنائي) وبفضلها نستطيع بكل سهولة وبكل تلقائية أن نستدعي مواضيع

غائبة- تم استدخالها وتخزينها من طرفنا وبفضل تفاعلنا مع الآخر -

ونعيد إحضارها الى ذهننا لكي نتكيف مع محيطنا.

-لها وظيفة سوسيو معرفية تساهم في بناء العالم العقلي وتعمل جاهدة على تتاسقه. وتساعد على

إكساب الفرد بناء معرفي.

-التمثلات عند الفرد تتبني وتتطور بفضل التجارب اليومية.

- هي تشكّل لنا القطع الأساسية والمكوّنة لمواصلتنا الابدستيمولوجية (Mannoni، بدون سنة).
- تعمل كاستراتيجيات معرفية للأفراد وتحافظ على بناء الذات (الهوية الشخصية) التي تنتج في ظل التفاعل مع عدة هويات اجتماعية.
- تتدخّل في بناء الذكاء الفردي وكلّ العمليات العقلية المعقّدة. فهي نظام من القدرات العقلية.
- تساعد على الاندماج الاجتماعي، وعلى التفاعل وعلى بناء الهوية الاجتماعية
- (Abric, 1989)، تساعد على التواصل ما بين الأفراد وعلى الحفاظ على العلاقات فيما بينهم، والتواصل هو بدوره يبني ويطور التمثلات الاجتماعية وهو له وظيفة مهمّة في تعديل العلاقات ما بين الأفراد، وإذن أنّ التمثلات تتبلور وتتطور بفضل روابط التواصل (Doise, 1986) وفي هذا الصدد يقول Moscovici (1976، 75): "التمثّل يساهم حصريا في سيرورات تكوين التصرفات وتوجيه التواصل الاجتماعي".
- تسعى لإكساب الفرد نظام المعايير والقيم الذي يفرضه المجتمع و الدين.
- تمنح سمات خاصة معينة على المستوى التنظيمي للمضمون وتسمح بإجراء عمليات عقلية ومنطقية. (Doise & Mugny, 1997).
- تخدم الشعور (Seca, 2010) وتخدم الأشعور (Kaés, 1989).
- المساهمة في بناء الحقيقة الاجتماعية بفضل ادراكات ومعارف الأفراد التي يملكونها الأفراد والجماعات حول المواضيع (Apostolidis, 2007).
- تصف الموضوع بفضل تفكير المجتمع وتمثّله بأنّه مكوّن من تنظيف من الصفات الرمزية والعلامات والآثار العنصرية والتخزين في الذاكرة. التمثّل له عدّة أبعاد: حسية، حركية، انفعالية، معرفية، لسانية. (Lahlou , 2007)
- التمثّل هو مصطلح دلالي (Sémiotique) وظيفته : إعطاء معنى للموضوع.

(Grize, 1989) كما أنّ تحوُّله هو ناتج عن التطوُّر العملي للصور العقلية وعن الوظائف الدلائلية (Droz & Rahmy, 1997)

التمثلات الاجتماعية بما تتضمنه من مفاهيم ثقافية هي تسير سلوكيات الأفراد (Singéry,)

(1994) و توجه هويتهم الشخصية و في هذا الصدد نجد كل من Gréenfield & Bruner

(1971) مذكورين في: Mugny & Doise (1997)، يوضحون كيف أنّ المفاهيم

(Conceptions) الثقافية العامة تسير القيم وتوجهات الفرد والمجتمع. أمّا Mugny & Carugati

في 1985 مذكورين في : Abric (1994، c، 16) هم يقولون " التمثلات الاجتماعية هي أيضا لها

وظيفة تحديد الأفراد والجماعات في الحقل الاجتماعي...هي تسمح ببلورة الهوية الاجتماعية

والفردية... " أمّا Jodelet هي تقول في هذا المجال وكما قلنا سابقا (1989، 36) : " التمثلات

الاجتماعية كنسق تأويلي هي تتحكم في علاقتنا مع العالم ومع الآخرين، هي توجه وتنظم

السلوكيات والتواصل الاجتماعي...هي تتدخل أيضا في سيرورة متعدّدة كالنشر (Diffusion)

والنشابة (Assimilation) والمعارف ، التطوُّر الفردي

والجماعي، تحديد وتعريف الهويات الشخصية والاجتماعية، تطوُّر الجماعة، والتغيّرات

الاجتماعية."

اذن تكمن الأهمية الأساسية للتمثلات الاجتماعية في أنّها تخدم سلوكيات الأفراد وصورة ذاتهم

وتجعلهم تابعين لها تتحكم فيه، مثال ذلك الدراسة التي نقوم بها انّ المرضى المصابين بالسرطان

لهم تمثلات اجتماعية سلبية عناصرها المركزية هي شبح الموت الانحطاط في كلّ الميادين:

الجسمية العلائقية الجمالية...الخ. وهذا ما يفسّر سلوكياتهم العدوانية واكتئابهم ومعاناتهم في صورة

ذاتهم. كذلك في هذا الصدد يتكلم Abric ويوضح العلاقة التي تربط بين التمثلات والهوية قائلا

(1989، 189): "سلوكيات الأفراد أو الجماعات هي ليست محدّدة بخصائصهم الموضوعية حول

الوضعية، لكن هي محدّدة بتمثّل هذه الوضعية"

Abric (1994a) بالمناسبة تكلم عن وظائف التمثلات الاجتماعية وبالنسبة له هي تلعب دورا مهما في ديناميكية العلاقات الاجتماعية وفي الميدان (الواقع) وهي لها أربع وظائف هي كمايلي:

- **وظائف معرفية:** تسمح بفهم وتفسير الحقيقة. تسمح باكتساب المعارف وتتأسقها وادماجها في الوسط الاجتماعي. وتسهّل التواصل الاجتماعي بفضل ارسالها ونشرها هذه المعرفة الساذجة.
 - **وظائف خاصة بالهويات (Identitaires) :** هي تعرّف الهوية وتسمح بالحفاظ عليها في خصوصية الجماعة. هي تمنح للهويات سيرورات: المقارنة الاجتماعية. في سيرورة التنشئة الاجتماعية التمثلات الاجتماعية تلعب دورا مهما في المراقبة الاجتماعية.
 - **وظائف توجيهية (Orientations):** هي توجه السلوكات والتصرفات.
 - **وظائف توضيحية (Justificatrices) :** هي تسمح مسبقا بتوضيح أخذ المكانات والسلوكات: تسمح للأفراد بتفسير وتوضيح تصرفاتهم أمام الآخر.
- 6 سيرورة التمثلات :

بما أن خصائص التمثلات كما أشرنا سابقا تتميز بالثبات و التغيير، فإنّ لها سيرورات تسعى دائما لاعادة بناء الحقيقة. بالنسبة ل Moscovici في 1961

عرّف هذه السيرورات بمصطلح الموضوعية (Objectivation) والتوسيح (Ancrage), فهو يوضّح كيف أنّ المجتمع يأخذ ويستحوذ (s'emparer) على الموضوع, والمعلومة, والحدث, ويغير من صورتها (transfiguration) بفضل التفاعل الذي يحدث بين كل ما هو نفسي (عمليات نفسية ميكانيزمات عقلية) وبين المجتمع فهذا ما يسمى بالسيرورة الاندماجية التي تقوم على الانتقاء المعرفي والذي بدوره يكون مقبولا ومتناسبا مع نظرة المجتمع.

(Fischer, 2005)

***السيرورة الموضوعية** هي محطة التقاء المعارف التي تخص الموضوع وتمثله, فهذا يعني انه يوجد ميكانيزم من خلاله يتم انتقال العناصر المجردة (abstraits) النظرية الى صور ملموسة (Concrètes).

حسب Fischer (2005), هذه السيرورة تنقسم الى ثلاث (03) مراحل محددة :

6-1/ المرحلة الاولى : تتميز بانتقاء المعلومات (Sélection des informations) من

طرف الفرد وهي مرحلة تظهر مثل انتقاء تصفية (Filtre)، تشمل بعض العناصر ويسقط البعض الآخر من العناصر، المعلومات المنتقاة تكون مرتبطة بالجانب النظري الذي تم بناؤه مسبقا.

6-2/ المرحلة الثانية : التخطيط التصوري (Schéma figuratif) يتميز بوجود نواة صلبة

للممثل الذي يتشكل بفضل تكثيف العناصر المعلوماتية وباستدعاء مظاهره الصراعية، أما بالنسبة لـ Moscovici في 1961 عندما درس تمثيلات التحليل النفسي عند عينة من أفراد مجتمع باريس، هو يوضح هذه المرحلة و يفسرها بأنها عبارة عن تخطيط مركب من الأفكار العادية، عن طريقها الجهاز النفسي يسهل عليه أن يدرك ويفهم موضوع ما، لكن هذه الفكرة قد انتقدت من طرف Fischer (2005) مصرحا أن هذه المرحلة تصلح مصداقيتها في حالة اخلاء العناصر اللبديية الدينامية التي تخلق صراعات وبالتالي تصبح عبارة عن بنية صراعية ويجب التخلص منها.

6-3/ المرحلة الثالثة: سيرورة طبيعية (Naturalisation) هذا يعني تجسيد وردّ العناصر

الصورية ملموسة وحقيقة و عادية في الحقيقة. هذه المرحلة تتميز بسيرورة من التغيرات للعناصر التفكيرية. و لكن مثلا في العناصر النظرية في التحليل النفسي يجب اعادة النظر فيها والتفحاح فيها لأنها تعتبر مفاهيم ومعارف قاعدية نعتمد عليها كثيرا في فهم الظواهر، هي تجسد الظواهر المعقدة وترجعها ملموسة، علما بأننا قبل أن نفهم ونوظف عناصر هذه الظواهر المعقدة يجب أولا فهم المظاهر الغامضة والغير مفهومة في هذه النظرية القاعدية التي يعتمد عليها.

*الترسيخ : (L'ancrage)

ثاني سيرورة للممثل هي الترسخ الذي يعني من جهة الاندماجية في المجتمع ومن جهة اخرى يعني العمليات، التي تنجم وتنتج في المجتمع، مصطلح الترسخ في الحقيقة لم يلقى اهتماما

كثيرا من طرف علماء النفس الاجتماعيون كما يقول كّل من Doise & Buschini (2008)، هذا المصطلح هو يسمح باعطاء مفهوم لموضوع التمثّل: الصور والرموز لموضوع ما وادراجه ضمن عالم المفاهيم والمعارف والقيم، بفضل سيرورة الترسّيح يصبح الغير معروف والجديد مدمجا ضمن المعروف والقديم، المجهول يصبح متداولاً، واذن يوجد كما يقول كّل من Doise Buschini & (2008) مكوّنين في الترسّيح: من جهة مكوّن دلالي (sémantique) الذي يتجسّد في الاشتراك مع النواة التصويرية (figuratif) للتمثّل مع عناصر اخرى للحقيقة الاجتماعية المحيطية، من جهة أخرى مكوّن معدّل اجتماعي والذي يظهر في الاختيارات التي تحقّق هذا الاشتراك وبالتالي تصبح التمثلات الاجتماعية وسائل تواصلية وتوجيهية للصراعات والعلاقات الاجتماعية.

سيرورة الترسّيح تضم ثلاثة مظاهر أساسية حسب Fischer (2005) ، تسمح بفهم سير وعمل التمثّل الاجتماعي من عدة مستويات :

- الترسّيح يوضّح قبل كل شيء ان التمثّل يعمل كسيرورة تأويلية تفسيرية (interprétation) نظرا لان التمثّل يننقي القيم المعيدة اجتماعيا، والتحليل النفسي مثلا يعتبر كوسيلة معرفية نستطيع من خلالها معرفة انفسنا ومعرفة الاخرين، فهي تسعى الى فك الرموز وفك الغموض الذي يحيط بنا بمنح اضرار مفاهيمي تفسيري وتاويلي (Interprétatif)، ان هذا الميكانيزم التاويلي يصبح نظام وسيطي (Médiateur) قادر على ان ينظم العلاقة الاجتماعية وذلك باقتراح حلول تساعد على تقييم الحوادث والسلوكات.

- التمثّل يتكون من حقل معاني (Réseau de significations) وهو بدوره احد العناصر المكونة للترسّيح. في سجل التحليل النفسي مثلا هذا يعني ان المعاني التي تتحدّد وتنتج في الحقيقة عن نظام من القيم المنتجة من طرف المجتمع.

التحليل النفسي هو أيضا يعالج الواقع الاجتماعي بحكم انه قد لا يعترف بانه نظرية علمية, ولكنه يفسر ويؤول العلاقات الموجودة بين الجماعات الاجتماعية, تجسيد نظام من القيم أو يثير الاختلافات بين مختلف الثقافات.

حقل المعاني يعتبر مظهر أساسي ومركزي في عمل التمثلات, لأنه يوضح العلاقات الموجودة بين مختلف العناصر حيث ان هذا المفهوم يعكس هوية الأفراد والجماعات عن طريق عدّة معاني ومفاهيم موجودة في تمثلاتهم.

الترسيخ هو مثل كاشف ومبيّن (Révélateur) لتسجيل وتفاعل الفرد داخل مجتمعه, وهو يسمح باظهار وتوضيح العلاقات التي تجمع وتوحد الأفراد داخل ثقافة ما, ومن هذا المفهوم ان الترسخ يضمن توجيه السلوكات والروابط والعلاقات الاجتماعية.

-المظهر الثالث للترسيخ هو عبارة عن عملية اندماجية (Fonction d'intégration) التي تدمج التمثل في نظام التفكير (الآني و الماضي). الاندماج يسمح بفهم كيف يعمل ويعالج الرابط الذي هو يبين نوع من التمثل الماضي (سابق الوجود) وكل ما هو جديد, واذن ان الترسخ يسمح بفهم كيف يتحقق (S'effectue) الاندماج الجديد في نظام ما, وكيف ان العناصر المتفاعلة تنتظم وتترتب مرة ثانية (Redisposition).

الاندماج: كل ما هو جديد ضمن التمثلات هذا يكون من فعل سيرورة الترسخ, التي تعمل على ارتباط واندماج كل هذه العناصر بما فيها الجديدة والقديمة من التمثلات.

انطلاقا من عمل التمثل الاجتماعي نستطيع ان نفهم بعض خصائص ظهوره وعمله, فهو يأخذ ويعالج المعلومة الموجودة بفضل الانتقاء وتوجيهه, ثم ان التمثل يبلور العناصر في مظهر تصويري (configuration) جديد, ومن هذا المفهوم نستخلص ان التمثل يظهر مثل سيرورة دينامية عن طريقها و من خلالها نعالج البناء الاجتماعي للواقع : ان التمثل يعمل في "عالم الآراء" كما سماه موسكوفيسي والذي يضم عدة أشكال تصويرية وسيرورات سوسيو معرفية تبلور معرفتنا للوسط الاجتماعي وترجعه مفهوما من قبلنا.

-من بين الأشكال التعبيرية للمعرفة الاجتماعية نذكر الآراء المسبقة، التعصب الانحياز (préjugés) الآراء الغير مبنية على استدلال صريح التكرار والنمطية (Stéréotypes) التي لا تتغير في التفكير او في السلوك. (Fischer, 2005)

_ المعرفة الاجتماعية :هو مجموع العمليات العقلية التي تعالج المعلومات الاجتماعية والتي من خلالها يبني نمط من المعرفة السابقة المقدمة (Préalables) والمتكونة من القيم والمعتقدات.

_ التمثل الاجتماعي هو بناء اجتماعي لمعرفة بسيطة عامة ويومية (Ordinaire) مبلورة عن طريق القيم والمعتقدات التي تسود في الوسط الاجتماعي حول عدة مواضيع (أشخاص, حدث, أصناف اجتماعية...الخ) حيث ان هذه القيم والمعتقدات تعطي مفهوم جماعي للأشياء التي تظهر أثناء التفاعلات الاجتماعية. (Fischer, 2005)

التمثلات الاجتماعية هي أشكال من المعرفة المدركة المفهومة والمتبلورة في الوسط الاجتماعي, هي تترسخ في داخل الفرد باعتمادها على الاطار الثقافي وعن طريق التفاعلات الاجتماعية, وانطلاقا من تحديد الخصائص الاجتماعية للتمثلات نستطيع تحليل البناءات العقلية المكونة للتمثلات.

المجتمع مكون من الثقافة, مؤسسات تفاعلات مفاهيم تمثلات والأفراد منه يستمدون مفاهيمهم حول الحقيقة.

في مجتمعاتنا نلاحظ ان النظريات العلمية تحتل مكانة مهمة في نشر المكتسبات واكساب الافراد افكار جديدة وذلك بتبسيطها وردها في متناول الجميع واندماجها مثل شكل جديد من المعارف (Fischer, 1997)

موسكوفيسي في الخمسينيات قام بدراسة يهدف فيها الى معرفة الصورة التي يكونها أفراد المجتمع انذاك حول التحليل النفسي أي تمثلاته, فكان حينها يقصد القراء الذين يتفحصون ويقرؤون باستمرار الجرائد التي كانت تنطرق الى التعريف بميدان التحليل النفسي. وسائل إعلام القراء

اشتملت آنذاك على ثلاث انواع من الإعلام : الصحافة الشيوعية (Presse moccuniste) الصحافة الكاتوليكية (Presse catholique) والجرائد الأخرى الشائعة آنذاك اما النتائج التي تحصل عليها فكانت تشمل ثلاث اشكال من التمثلات الاجتماعية للتحليل النفسي والتي هي كما يلي :

1/النشر : (La diffusion)

نشر المعلومات كان عث طريق وسائل الإعلام, وبالضبط عن طريق الجرائد, المعلومة تكون قد عولجت من طرف خبراء وصحفيين, وكانت تجيب على انتظارات ورغبات القراء لتصبح فيما بعد منتشرة ويتقاسمها هؤلاء وباقي كل الأفراد عن طريق الاتصال والتفاعل تتشكل عندهم مواقف وآراء وتوجيهات ثم تتبني عندهم التمثلات حول المعلومة (حول التحليل النفسي انذاك). انن تشكلت التمثلات الاجتماعية للتحليل النفسي عند الافراد آنذاك عن طريق التبادلات بينهم والخطاب الاجتماعي فبرزت عدة آراء ووجهات نظر مختلفة، أفكار شخصية استمدت قوتها من العناصر الاجتماعية, ومن هذا نستنتج ان كل وسائل الإعلام تساهم في إكساب الأفراد معارف جديدة, فالمعرفة هذه تنتشر بينهم ويتبادلون وجهات النظر فيها ليخرجوا بآراء مختلفة او متشابهة حولها اعتمادا وانطلاقا من العناصر المكونة لهذه المعلومة يتنافسون وهنا تتشكل عندهم التمثلات الاجتماعية حول هذه المعلومة.

2/الانتشار:

يعتبر ثاني نوع من الاتصال اعتمدت عليه خصوصا الجريدة الكاتوليكية التي اعتبرت التحليل النفسي آنذاك هو معرفة يجب الأخذ بها بعين الاعتبار ويجب الاهتمام با وتنسيقها ومواءمتها مع الجانب الديني من خلال انتقاء وبين كل ما هو سيء وما هو حسن, عن طريق انتشار المعلومات حول التحليل النفسي لاحظ موسكوفيسي ان التمثلات الخاصة به تتطور وتتبعق على مستوى اتجاهات الأفراد وعلى مستوى آرائهم.

3/الدعاية والدعاوة : (La propagande)

هذا ثالث نوع من الاتصال ظهر عند الصحافة الشيوعية (presse communiste) التي تقوم على مفهوم مضاد معاكس متنافر (antagoniste) للحقيقة والمعلومة حسب موسكوفيسي هذا النوع من الاتصال كان هو الأكثر مصداقي في نشر المعلومة وكان يعاكس الأنواع الأخرى من الاتصال التي كانت تنشر معلومات خاطئة فقد أكد موسكوفيسي ان علم النفس آنذاك لم يكن معترف به علميا الا عند الاتحاد السوفييتي (l'union soviétique) الذي أعطاه المكانة العلمية, وبهذا التحليل النفسي آنذاك كان عبارة الا عن علم كاذب (pseudo-science). علما بان هذا النوع من الاتصال قد اعتبر التحليل النفسي كعلم برجوازي, تدور حوله اديولوجية رمزية (mystificatrice) وعناصر أساسية, وموسكوفيسي عن طريق هذه الدراسة يكون قد وضح كيف يتشكل التمثل الاجتماعي للتحليل النفسي انطلاقا من عمل أنواع اتصالية واعلامية عبر عدة صحافات.

ومن هذا المنطلق نستطيع ان نعرف التمثلات الاجتماعية مثل بناءات اجتماعية للمعارف العامة (ordinaires) والمتبلورة انطلاقا من القيم والمعتقدات المشتركة بين جماعة اجتماعية حول الحقيقة, اذ انها تسمح بفهم الأشياء والقاء نظرة عليها عن طريق التفاعلات الاجتماعية.

التمثلات الاجتماعية تتميز عن المعرفة الاجتماعية (cognition sociale) بمضمونها وسيروراتها: فهي تعني شكل من المعرفة العادية (ordinaire) لذلك Jodelet في 1989 تصرّح: "إجتماعيا متبلورة ومشاركة، لها اتجاه وقصد (une visée) تطبيقي وتآزر (تساعد) في بناء الحقيقة الاجتماعية للجماعة الاجتماعية"

(In : Fischer, 1997, 186)

في التمثل الاجتماعي لا نعتبر الفرد منعزلا عن محيطه، بل هو مندمج ومتكيف معه و بفضل اتصاله و تفاعله معه ستنتج له أشكال من المعرفة، وهذا ما يسمح لنا بالتصريح بأن التمثل الاجتماعي هو مرتبط بالتعلم الاجتماعي والتفاعل.

التمثلات الاجتماعية تتميز بسيرورة تضم عمل نفسي إجتماعي للأفراد وهذه الخاصية هي أساسية في المقاربة المعرفية. كل معرفة إلاً وعرفها المجتمع وأعطى لها مكانتها مفهومها وتمثلاتها عند الأفراد وهذا عن طريق: تفاعل إتصال تعلم... أفراده إذ أنّ المعرفة تتبلور داخل التفاعلات الاجتماعية وأيضا إنّ الإتصال له دور فعّال في سيرورة تبلور التمثلات: بالتشارك بين أفراد المجتمع يتم تطوير فكرة حول موضوع إجتماعي ولهذا إنّ Jodelet في 1989 قد أكّدت على هذه النقطة (الإتصال) مصرّحة: "قبل كل شيء، هو شعاع vecteur ناقل للغة، هو بنفسه ينقل (porteur) التمثلات، ثم له تأثير وانعكاس على المظاهر البنوية والرسمية (formels) التفكير الإجتماعي من أجل إستخدام أكبر وإدماج وإستثمار السيرورات التفاعلية الإجتماعية-تأثير، إتفاق

(consensus) إختلاف (une dissension)، حرب كلامية (مجادلة مناظرة) (polémique)، وأخيرا هو يآزر ويساعد في بناء (forger) التمثلات التي تقوم وتستند على (étayées) طاقة (énergétique) إجتماعية، فهم ملائمين ومناسبين (pertinentes) من أجل الحياة العملية والعاطفية (الوجدانية) الجماعات"

(In :Fischer, 1997, 20)

المحتوى المعرفي هو منتج إجتماعي وليس منتج فردي، فالأفراد يعبرون عنه عن طريق تصرفاتهم وسلوكياتهم الاجتماعية ولهذا إنّ دراسة التمثلات الاجتماعية تفرض الإنتقال من الفردي (ماهو على المستوى الفردي) إلى الجماعي، وحسب Fischer (1997) الحياة العقلية تظهر كذلك في بعدها الإجتماعي.

أمّا حسب Jodelet فهذا يعني "نمط (طريقة كيفية) (modalité) من التفكير التي تأخذ خصوصيتها من الخاصية الاجتماعية. وبالمناسبة القيام بالتصوّر أو تمثيل (représenter ou se représenter) يتناسب (correspond) مع عمل فعل تصرف (Acte) فكري من خلاله الفرد يرتبط (se rapporte) بالموضوع. هذا قد يكون أيضا شخصا، شيئا، حادث مادي، نفسي أو إجتماعي،

ظاهرة طبيعية، فكرة، نظرية... الخ. قد يكون أيضا واقعا غير خيالي: ميت أسطوري (mythique) ولكن هو دائما مكتسب (requis)"

. (Fischer, 1997, 20)

في دراسة التمثلات الاجتماعية لا نكتفي بدراسة محتواها المعرفي الاجتماعي وإنما يجب الأخذ بعين الاعتبار ما مدى تأثيرها الاجتماعي على الأفراد، وهذا هو صميم موضوع دراستنا الذي يهدف إلى معرفة ما مدى تأثير التمثلات الاجتماعية للمرض على الأفراد المرضى: على صورة ذاتهم، فنحن نسعى لفهم أشكال المعرفة عند المرضى ومن بينها المعرفة الساذجة التي تؤثر على صورة ذات. والمعرفة المرتبطة بالعلاقات الاجتماعية، فهذا يتناسب ويتموضع مباشرة في تعريف علم النفس الاجتماعي، وبالمناسبة وكما قلنا سابق في ظل التفاعلات الاجتماعية تتبلور معرفة ما وتأخذ قيمتها مفهومها وإدراكها.

في الأخير حاليا إن الدراسات المتعلقة بالتمثلات الاجتماعية تقر وتوضح بأنه لا يوجد معرفة مطلقة وصادقة (pure) إنما المعرفة هي نسبية ساذجة (naïve) وغير خاطئة لو نقارنها بالمعرفة العلمية التي تتميز بالموضوعية ونسبة الخطأ فيها تكون قليلة فهي كذلك ليست مطلقة بل تتميز بالنسبية.

التمثلات إذن تشكل طريقة (modalité) أساسية وجوهرية في بلورة التفكير الاجتماعي والمعارف الاجتماعية (Fischer, 1997)، حيث أن السيرورات المعرفية هي متبلورة وتتبلور في ظل التفاعلات الاجتماعية التي ينتجها أفراد مجتمع ما.

7 المعرفة الاجتماعية:

قبل التسعينيات تسمية الظواهر المعرفية الإجتماعية كانت تعرف بالإدراك الإجتماعي، وبعد التسعينيات زاد الإهتمام بهذا الميدان وأصبحت تسمى المعرفة الإجتماعية ولو أنّ في الحقيقة مصطلح المعرفة هو قديم هو فكرة قديمة في علم النفس وفي الظواهر الفيزيائية.

المعرفة هي مرافقة للفرد، تتبني منذ الطفولة الى الكبر، هي سيرورة تعليمية غير منتهية، مادام الفرد على قيد الحياة وهو يتعلّم ومزاده المعرفي يتطوّر بفضل تفاعله مع محيطه، في هذا المجال برزت أعمال بياجي بقوة في مجال النمو المعرفي، وبالنسبة له النمو العقلي ينمو بفضل النضج والتعلّم.

علم النفس الإجتماعي لعدّة سنوات وأجيال إهتم بكيفية إدراكنا وفهمنا للظواهر النفسية

الإجتماعية والتي تدخلنا في سيرورة فهم الدور الذي يحتله ويمارسه العقل (le mental) في فهم الحوادث وفهم أنفسنا والآخرين وكيف نفسّر السلوكات...

السيرورات هذه التي نحن مندمجين فيها نعني مجموع من التفكير الذي يتشكل من

المعارف الإجتماعية المتبلورة والمشاركة بين أفراد مجتمعنا والتي من خلالها (سيرورات) ندرك العالم الإجتماعي المقاربة المعرفية الإجتماعية دخلت تيار علم النفس الإجتماعي وأصبحت نموذج وتؤخذ بعين الإعتبار والجديّة من طرف الباحثين في هذا التيار. إذ حسب البعض منهم أيّ نموذج أو توجه في هذا التيار يعتبرونه كثرة علمية وفكرية حقيقية.

مصطلح المعرفة الإجتماعية يتواجد منذ القديم، إذ أنّ التوجيه المعرفي ظهر مع الدراسات

التي إهتمت الآخر وإدراكه. وفي الثلاثينيات Lewin يعتبر الأوّل الذي أكد أنّ السلوكات الفردية والإجتماعية تتعلق بالطريقة التي من خلالها الأفراد يندمجون في نظامهم الفعلي المعلومات حول الحقيقة المحيطة بهم، علما أنه أيضا يقرّ بأنّ هذه السلوكات تتعلق أيضا بالمحيط المادي

والمثيرات العالم الفزيائي الحقل الذي يرى فيه الفرد والذي سماه فضاء الحياة (espace de vie) والذي قسمه إلى قسمين غير منفصلين الفرد والمحيط: تفاعل يحدد للفرد سلوكه: بناء عقلي، ولكنه

أكد وألحّ عن تلك الطريقة التي عن طريقها الفرد يمثّل (se représente) العالم على المستوى النفسي. فيما بعد جاءت أعمال Asch في

1948 (In : Fischer, 1997)، الذي أكد على وجود سيرورة أخرى معرفية أساسية لإدراكنا للآخر: وهي مجموع الخصائص الفردية التي يتميز بها الفرد هي التي تعرّفه، إذ أننا ندركه بإعتمادنا على خصائصه وصفاته وسماته، فزيادة أو نقص أحد الخصائص يوّلّد الفروق والإختلافات بين الأفراد.

Asch قام بتجربة قدّم حينها للطلبة قائمة فيها سبعة سمات من أجل وصف وتشخيص أو تقييم فرد ما، ثم فيما بعد قام ببناء مجموعتين من الطلبة، المجموعة الأولى قدّم لها قائمة تشمل السمات التالية: ذكي، مكدّ (travailleur)، ماهر (habile)، متحمّس وحاد (chaleureux)، مصمّم وحازم (déterminé)، عمليّ (pratique)، ومثأنيّ (prudent).

أمّا القائمة التي قدمت للمجموعة الثانية فكانت نفسها إلا أنّها إختلفت مع سمات المجموعة الأولى في: سمة متحمس وحاد (Chaleureux) إستبدلت بسمة أخرى معاكسة هي بارد (froid)، النتائج التي تحصل عليها (Asch) من دراسته هذه سمحت له بإستخلاص أنّ التبدل في أحد السمات (ولو سمة واحدة) من أجل وصف عام لشخص معين يؤدي إلى الإختلاف بين الطلبة في وصفه. فالمجموعة الأولى وتبعاً لتلك القائمة التي قدمت لهم والتي تضم سبعة سمات وصفت الشخص بصفات إيجابية، فسمة حار ومتحمّس سمحت لهم بالتعبير عنه بأنّه: إجتماعي شعبي (populaire)، فرح وكريم. أما بالنسبة للمجموعة الثانية التي إستبدلت عندهم سمة حار بسمة بارد (froid)، الطلبة هنا عبّروا عن الشخص بصفات سلبية: غير إجتماعي (impopulaire)، بخيل (avare)، وحزين.

كذلك إنّ Asch قد خرج بخلاصة أنّ إدراكنا للآخر هو في الواقع عبارة عن تقييم شامل (globale) يتنظم على شكل تدرّج وتسلسل من الصفات والسمات المحيطة تدور حول سمة مركزية التي بدورها تؤثر على تأويلنا وتفسيرنا للمواضيع. فهذه الخلاصة ترجعنا إلى نظرية Abric نظرية النواة المركزية والعناصر المحيطة.

في كلتا القائمتين الطلبة قد نظموا مختلف السمات هذه في مجموعة متناسقة وهذا إنطلاقاً من الدور المركزي الذي منحوه لسمتي حار وبارد، فإدراكهم أو وصفهم للشخص ينبني إنطلاقاً من بعض السمات التي تعمل كعناصر مركزية في تنظيم إدراكهم إضافة إلى السمات المركزية نضيف السمات الأخرى المكملة للقائمة والتي تعمل كسمات محيطية تزيد من صحة وصفنا وتقوي من إدراكنا للآخر وللمواضيع بصفة عامة.

Heider في 1958 هو الآخر إهتم بموضوع إدراك الآخر، دراسته جاءت تكمل دراسة Asch فهو قد إستعمل وأدخل مصطلح التماسك المعرفي (consistance cognitive) الذي يعني به السيرورة التي من خلالها لنا الإستعداد أن نبني إدراكاتنا بطريقة متناسقة متينة متوازنة عقلانية وهذا لا يكون إلا عن طريق الإنقاص من عدم التناسق ومن غموض المعلومات التي نتلقاه وهذا من أجل الحفاظ على توازننا المعرفي.

إدراك الفرد للآخر والأشياء والمواضيع يتطلب منه تنظيم إدراكه في وحدة (en unité) أي في مجموعة عقلية (Regroupement mental) من أجل الحصول على علاقة إيجابية مع هذه المواضيع.

إدراك الموضوع يتحقق بتوفر عناصر متناسقة تضم معلومات واضحة غير غامضة ومرتبطة فيما بينها لتتشكل وتتحد لتعطي وحدة ينجم عنها توازن معرفي. من هذا المفهوم نستطيع القول بأن الفرد يقيم ويحاكم ويدرك من خلال وحدته المنظمة والمكوّن من عناصر وخصائص تميّزية تسمح له بأن يعطي لنفسه صورة متوازنة في ظل علاقاته مع الآخرين.

بالمقابل إذا حدث عدم توازن وتناسق عناصر الوحدة وحدث التناقض يكون لدينا الاستعداد لحل عدم التناسق هذا ببحثنا لتوازن جديد كما يؤكّد Fischer (1997) يكون سواء بتغيير الإدراك، أو بتغيير العلاقات ما بين هذه العناصر الغير منتظمة. فالسيرورة المعرفية تنظّم المعلومات بطريقة متماسكة متينة وصلبة، فهي ترجع المعرفة متجانسة.

عندما تحدث طبيعة على مستوى التجانس بين معرفتنا ومظهر الوسط الخارجي، فهنا نرجع

إلى المفهوم الذي أطلقه Festinger عام 1975: "تنافر المعرفة" (Dissonance)

(cognitive) الفرد عندما يواجه تنافر معرفي أو عدم التطابق في المعرفة التي هي حسب

Festinger عبارة عن مجموع المعلومات الآراء أو المعتقدات الموجهة لأنفسنا لسلوكاتنا ولمحيطنا أو يجد نفسه متقابلا مع معرفتين متعاكستين متضاربتين ومتناقضتين.

في هذه الحالة الفرد سيبحث كيف يسيّر هذه الوضعية التي تسبب له توتر نفسي، فهو

يحاول تخفيض الفارق الكبير بين هذين المعرفتين المتعارضتين وذلك بتغيير كل واحدة منهن من

أجل إحداث وإيجاد توازن معرفي جديد. تغيير التنافر المعرفي يتعالج بعدة طرق حسب

Fischer(1997):

- إما أنّ الفرد يغيّر من اتجاهاته.

- إمّا يغيّر من معرفته: أي تغيير أفكاره حول المظهر الذي يثير عنده التنافر المعرفي.

إنّ التغيير وأنواعه يعيد بناء (Réinstaure) التوازن المعرفي: الجهد الذي يبذله كل فرد له

تضارب معرفي من أجل التغيير وإعادة بناء تناسق معرفي ولوضع المواءمة بين المعارف

المتضاربة وإرجاعها متطابقة ومتناسبة مع سلوكه (تكييف السلوك مع المعرفة المنتجة).

العلاج المعرفي السلوكي أصبح يحتلّ مرتبة مرموقة لأنه يتميّز بالفعالية مقارنة بالعلاجات

الأخرى، "هو تقريبا يساعد في جميع ميادين السببية (Symptomatologie)" يقول كلّ من:

Dardennes & Mirabel-Sarron (2004، 81) شعاره: تغيير المعرفة من أجل تغيير السلوك،

وحسب Hautekeete (2004) إنّ العلاج المعرفي هو الأكثر تلاؤما ويرتكز على تحديد

السيرورات المركزية ووصفها وإعادة بناء المعرفة تكيف المعرفة وتصحيح التفكير

الخاطيء... الخ، أمّا حسب Lelord (2004، 70) "إنّ العلاج السلوكي المعرفي بدون تحليل

عملي معمّق هو ليس بعلاج سلوكي معرفي" التحليل العملي (Analyse fonctionnelle) حسبه

يمرّ عبر 4 مراحل: -الملاحظة،-صياغة فرضيات ذات علاقة بسببية الحوادث،-التجريب: التحقق من الفرضيات،-تأويل النتائج.

العملية المعرفية هي عبارة عن سلسلة تعاقبية ومنتظمة (une séquence) من المراحل التي تعالج المعلومة عند الفرد أين المبادئ تكون مرصّخة في العقل وقد تشكّلت عن طريق تفاعل العقل مع المحيط الإجتماعي عن طريق عملية بناء المعنى وتأويل أو تفسير الوضعيات يتشكّل بناء تمثلات المعارف التي تضم:

1. بنيات من المعارف الثابتة في ذاكرة الفرد.

2. بناءات عقلية ظرفية (circonstanciellles) (إنتقالية متغيرة) متبلورة من أجل الإجابة أو التعامل مع وضعية ما أو فعل ما وتفسيرهما (Fischer, 1997)، موضوع التوجيه المعرفي للفرد هو محل بحث وإنشغال دراسات كلاسيكية التي إهتمت بسيرورات الإدراك الإجتماعي والتضارب المعرفي كدراسات : Ach في 1948 و Festiger في 1957. (Fischer, 1997).

كما أنّ هذا الموضوع (التوجيه المعرفي) هو محل إهتمام وإنشغال دراسات معاصرة التي تعتمد على معالجة المعلومة والإتصال، فميدان علم النفس المعرفي هو نموذج جديد يثير البحث والتساؤل حول السيرورات النفسية (ميكانيزمات التفكير) بنظرة جديدة حيث أنه في تناوله لمواضيع والبحث فيها يبتعد عن مبادئ علم النفس السلوكي الذي يتضمن تفسير السلوكيات عن طريق المثيرات الخارجية.

المعرفة الإجتماعية تهتم بالعالم العقلي الذي يضم الإدراك المعرفي التمثلات ... فهي تفسح المجال لإدراك الحقيقة عن طريق التفكير.

الميكانيزم العقلي أو السيرورة المعرفية تسمح للفرد بإدراك نفسه وإدراك الآخر وكل المواضيع والأشياء ولذلك إنّ الإنسان هو عبارة عن آلة تفكير Machine pensante كما سمّاه Fischer (1997).

علم النفس المعرفي هو ميدان واسع يهتم بدراسة عدة مظاهر منها دراسة المعرفة وعناصرها وكذا يهتم بميكانيزمات التفكير ولعلّ ما يهمنا في بحثنا هو ضبط مفاهيم جوهرية تنتمي إلى ميدان علم النفس المعرفي الإجتماعي والتي نحن في صدد تعريفها.

فالمعرفة وكما هي معرفة في علم النفس هي مجموع العمليات العقلية من خلالها الجهاز النفسي يعالج المعلومات وينظمهم على شكل معرفة من أجل فهم وتفسير الحقيقة، ولو أنّه لا يوجد حقيقة مطلقة ما عدا حقيقة الموت، كلّ شيء نسبي ونحن نسعى لفهم الواقع الذي هو متعدّد.

أمّا المعرفة الإجتماعية هي عبارة عن سيرورات تضم ميكانيزمات التفكير من خلالها أو بفضلها الفرد يستطيع أن يدرك عالمه الإجتماعي الذي يضم المواضيع: (الآخر، الأشياء...)

ويستطيع أن يعالج المعلومات المتعلقة بالحقيقة الإجتماعية ويفسرها على شكل معرفة أثناء تفاعله مع الآخر: "معالجة المعلومة والإتصال"، المعلومة في هذا المفهوم تعتبر كمنتجة للمعرفة وهي تستمد معناها من معارف مسبقة ومعتقدات، والمعرفة بدورها تسعى إلى فهم والكشف عن الحقيقة.

8 عناصر المجموع المعرفي:

حسب رأينا لا نستطيع أن ضبط وإدراك مصطلح المعرفة الإجتماعية، ولا نستطيع فهم العالم الخارجي إذا لم نضبط العناصر المشكلة للعالم المعرفي ونذكر كيف تنتظم، فالمعرفة بعناصرها تسمح لنا بمواجهة المواقف الصعبة والمعقّدة الموجودة في مجتمعنا.

من بين العناصر المكونة للمعرفة هي الملاحظات المصطلحات، التصنيف (des

catégories) والنموذج الأصلي أو المثال (les prototypes) ضبط المصطلحات يعني إدراك

معنى الكلمات بلورتها ثم تصويرها على شكل مظهر تصويري: تجسيد كل ما هو مجرد وإرجاعه ملموس ومحسوس.

تجمّع تعريفات المصطلحات يسمح ببناء وحدة عقلية لأنّ ضبط المصطلحات يعني إعطاء الفرد لنفسه تمثّل عقلي، وإذن فهو عنصر مهم في العمل المعرفي، لأنّه يساعد على تبسيط الإدراك، كما يساعد على وضع فكرة واضحة حول وضعية ما التي الفرد يجد نفسه مواجهها لها (أو عدة وضعيات) عن طريق الملاحظة نستطيع مثلا أن نؤوّل تعابير وإيماءات وجه الشخص الذي نتكلّم معه: إبتسامته في هذه الحالة تشير إلى مصطلح الإبتساماة والذي بدوره ينتج مجموعة من مفاهيم أو مصطلحات لأشكال تعبيرية حول هذا الشخص الذي تكلمنا معه.

فمجموع المصطلحات يسمح بتصنيف وتحديد الحقيقة، والتصنيف هنا عبارة عن بنية معرفية منظمة تعمل على ترتيب المصطلحات إلى مواضيع ملموسة، فهو بذلك يلعب دور سيرورة تحرّك وتسيّر هذه المصطلحات وهو أيضا يساعد في التخفيف من غموض المواضيع وتعقّدها، وهو يضع تخطيطا ديناميا منظما ومنسجما في عناصره (المصطلحات)، ومن هنا نستنتج أنّ كلّ من المصطلح والتصنيف يكملان بعضهما البعض وهم غير منفصلين (Fischer, 1997).

إنّ مجموع المصطلحات ينتج التصنيف ومجموع التصنيف يعطي نظاما تنظيميا (système organisateur) من التصنيفات وهذا ما سمّاه Fischer (1997) المثال (prototype) الذي يحتوي على جميع التصنيفات الفرعية المنظمة والنموذجية فهو عبارة عن تصنيف عام وشامل، والباحثين في بعض الحالات يستعملونه في مكان التخطيط.

بما أنّ المصطلحات في مفهومها تعني تمثّل عقلي عام ومجرّد والذي عن طريق الإدراكات المختلفة يسمح بمعالجة مجموعة من المواضيع وتكوينها في وحدة عقلية، ثم إلى تصنيف فإنّ النموذج (prototype) أو النماذج هي عبارة عن مخططات إدراكية وتعمل كسيرورات تسمح بالتخزين وإعادة التخزين الوضعيات المعاشة وتكون لنا كمرجع نعتد عليه من أجل التكيّف الفوزي مع وضعية ما.

ما تجدر الإشارة إليه أنّ العناصر المكوّنة للمجموع المعرفي (المصطلحات والتصنيفات) هم في الحقيقة عبارة عن بنيات تستمد مرجعيّتها من المجتمع في ظلّ تفاعلات أفرادهم واكتسابهم للغة والتجارب وتقاسم وتبادل الآراء والأفكار.

9 تنظيم المعرفة:

التنظيم المعرفي هو عبارة عن سيرورة دينامية تضم ميكانيزمات التفكير والإدراك التخزين والتمثلات وعناصر العالم المعرفي، ولعل من أبرز المظاهر الأساسية التي تساهم في تنظيم المعرفة تذكر:

1. المجتمع الذي يفرض نفسه ويفرض علينا بطريقة ما تنظيم إدراكاتنا.

2. السيرورات المعرفية بدورها هي الأخرى تحدّد إدراكاتنا حول الحقيقة الإجتماعية.

إنّ العلاقة الإرتباطية التي تربط كلّ من المصطلحات والتصنيف تجعلهما يكملّان بعضهما وينجم عنها تخطيطا منظما ومنسجما لكل من هذه المصطلحات وتصنيفها أي ينتج عنها ترتيب وتنظيم التمثلات العقلية. التخطيط هذا يعتبر عنصرا ديناميا أساسيا ومركزيا في السيرورة المعرفية فهو عبارة عن معالجة معرفية (برمجة) وسيرورة ذاكرية (متعلقة بالذاكرة).

الفرد حين يضع حكما، عامة يستدعي "تداء" المعلومات المخزنة في ذاكرته، حيث أنّ

أعمال Sherman وآخرون في 1980 قد وضّحت أنّ معرفتنا للحقيقة الإجتماعية تعكس

إستعدادنا للحكم على الحوادث بإعتمادنا على هذه المعلومات المخزنة في ذاكرتنا المرتبطة بهذه

الحوادث، فما يأتيها إلى الذّهن مباشرة قد سمي من طرف هذين الباحثين بسيرورة

"موصلية (Accessibilité) (سيولة المنال) أو سيولة قابلية الكشف (Disponibilité)

" heuristique)

تجربة قام بها كل من Loftus و Palmer في 1973 دارت حول شهود عيان: طلبة

شاهدوا فيلم حادث إصطدام سيارتين (Heurt de deux voitures) ثم طلب منهم سرد وتحديد

بتفصيل واقعة الاصطدام التي شاهدها. هؤلاء الطلبة قد قسموا إلى مجموعتين المجموعة قدم للمجموعة الأولى سؤال: "في أي سرعة كانت فيها السيارتين تسير عند سحقهما لبعضهما سحق الأولى للثانية (se sont écrasées)؟"، أما المجموعة الثانية فقدم لهم السؤال: "في أي سرعة تسير السيارات عند إنصدامها؟". المجموعة التي قدم لها السؤال الأول أجابوا أن السرعة كانت عالية جدًا مقارنة بإجابة المجموعة الثانية. ثم من بعد أسبوع هؤلاء الطلبة طلب منهم تذكّر ما إذا شاهدوا في الفيلم الزجاج منكسرا. المجموعة الأولى التي قدم لها سؤال "سحق الأولى للثانية" (se sont écrasées)، أقرّ طلبتها بوجود الزجاج بكثرة ويضعف ما أجابه طلبة المجموعة الثانية، وفي الحقيقة في الفيلم لم يوجد مشهدا للزجاج المنكسر.

من خلال هذه التجربة بيّن هذين الباحثين كما يقول Fischer (1997، 167): "مظهرا أساسيا في التنظيم المعرفي، فعندما نضع معلومة حول حدث ما لنا الإستعداد للبحث عن عناصر مناسبة وملائمة مع المعطى البارز (saillante) للإدراك الفوري".

معلومات الفرد حول حدث ما أو حول الحقيقة الإجتماعية هي معلومات مخزّنة ومبعثرة أحيانا في ذهنه، هذه المعلومات هي قادرة على التغيّر وذلك حسب الظروف المتغيّرة التي يمر بها هذا الفرد. معلوماته حينها قد تكون موقفة (bloquées)، كما أنّ إدراكه وتقييمه للحقيقة سيتغيّر، و Fischer (1997، 170) يتحدث عن فهم الحقيقة ب: "فهم الحقيقة يرجع إلى تنظيم معارفنا التي تسمح لنا ببناء حقيقة تبعا للطريقة التي نفكر بها".

10 تمثلات سرطان الدم.

المرض هو موضوع دراسة مهم في علم النفس الاجتماعي و علم النفس الصحة و علم النفس المعرفي و السيكوسوماتي و من الجانب الفلسفي و الانتروبولوجي ...الخ فمن أجل أن نفهم هذه الظاهرة يجب دراستها من عدة زوايا و مفاهيم.

المرض لا تقتصر دراسته سوى من الجانب الطبي و معرفة العطل الذي يصيب اعضاء و خلايا الجسم و لكن يجب ان ندرسه كذلك مثل حدث جاء يتطفل في حياة المريض له أسبابه و عوامله النفسية الاجتماعية التي تتدخل أو تساهم في الاصابة بالمرض.

المرض هو حدث مقلق يصيب الشخص من الناحية البيولوجية و من الناحية النفسية و الاجتماعية و المعرفية, المرض يعيشه المريض كتزعزع واضطراب في حياته. ان تطور المرض من مرحلة لآخرى له علاقة كذلك بالعوامل النفسية الاجتماعية.

ان الاصابة بالمرض تختلف من مريض لآخر من حيث درجة خطورتها و من حيث نوعها. فيوجد المرض الخطير و يوجد المرض المزمن و المرض الخفيف و المرض الذي يمكن معاجته مهما كانت الاصابة خطيرة. فالمصاب بالسرطان من نوع ورم حميد ليس كالمصاب بالورم الخبيث و المصاب بالصداع النصفي ليس كالمصاب بالسكري.

عندما الحديث عن المرض الخطير يعني الاصابة هي مهمة و خطيرة على المستوى العضوي وعلى مستوى خلايا جسم المصاب بها. كتكاثر الخلايا الورمية السرطانية الخبيثة فهذا النوع يترك آثار وخيمة و سلبية في حياة المريض و قد يتطور نحو الأسوأ.

1-10 مفاهيم سرطان الدم :

1-1-10 المفهوم الطبي: التعريف الطبي للسرطان يركز أساسا على الميكانيزمات البيولوجية المهيبة للإصابة بالمرض: ما يشجع نمو المورمات. السرطان حسب Khayat (2003, 23) هو "

مجموعة من الأمراض قد تصيب كل أعضاء الجسم و سببها تكاثر خلايا و فسادها و تفككها حيث يكون التشخيص عموما مميت اذا لم يتم علاجه"

8-1-1-1 تعريف سرطان الدم:

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

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

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

10-1-1-2 الأعراض الإكلينيكية :

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

- الألم المستمرّ والدائم.
- دوار، التعب الحاد والصداع.
- التقيؤ و فقدان الشهية.
- حمى متواصلة و فساد للوضعية الصحية العامة كما تظهر أعراض نفسية مثل :
- القلق المتزايد و الخوف الشديد.
- الإكتئاب والعدوانية والاندفاعية.
- النسيان ، إضطرابات الذاكرة .
- الإهمال و اللامبالاة وعدم القدرة على التركيز في الأعمال اليومية .

- العياء الحاد يجعل المريض في إحساس غريب في جسمه لم يحصل عنده قبل
(Harrisson, 1972)

10-1-1-3 السببية و عوامل الخطر :

السرطان حسب الأطباء والباحثين يظهر بسبب عدّة عوامل وأسباب نذكر منها ما يلي:

- الأشعّة و المستحضرات الكيماوية.
- وراثية وجينية (مثل سرطان الثدي).
- الإصابة بالجراثيم و البكتيريا.

- غذائية : السمّنة تساعد على عدة أنواع من السرطانات ، وعدم الإستهلاك المنتظم للفواكه و الخضر والتغذية الفقيرة أو عدم تناول الأطعمة الطبيعية.

-تعاطي الكحول يساعد على سرطان الحنجرة والكبد و البلعوم.

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

- العلاقات الجنسية المبكرة، هي تساعد على ظهور سرطان عنق الرحم

- (Desfort, 2003)

10-1-1-4 أنواع سرطانات الدم:

سرطانات الدم هي متنوّعة وأبرزها هي كما يلي

سرطان إبيضاض الدم الحاد (لوكيميا) :

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

الدم" (ادريس، 2007، 717)

هو أيضا مرض الدم الخبيث الذي يتميّز بالتكاثر و التطور السريع للخلايا

(Lefevre, 2004)

إذا كانت سيتوبلازومات (Blastes) الخلايا على مستوى النسيج اللمفاوي (Lymphoide)

يكون المريض مصاب بلوكيميا الحادة (Leucemie aigue:LAL)

إذا كانت إصابة سيتوبلازومات الخلايا على مستوى النقي أي بمخ العظام (Myéloïde)،

يكون المريض مصاب بلوكيميا الميلوييدية الحادة (Leucémie aigue myéloïde(LAM)

أمّا عن ظروف تشخيص هذا النوع من المرض فهي :

- "تدهور عام للحالة الصحيّة .
- فقر الدّم (Anémie) .
- نزيف
- أرق ليلي
- الإلتهابات الجرثومية .
- إلتهابات اللوزتين (Angines)"
- (Leffevre, 2004, 153)

مرض الهودجكين (Hodgkin) :

هو أكثر أشكال اللّمفوم 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 للمفاوية (LAL) واللوكيميا الميلوييدية الحادة (LAM) و اللمفاوية الغير الهودجكينية .

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

- "الإصابة بالعمم (Stérilité).

- حمى متواصلة.

- تدهور عام للحالة الصحيّة.

- أرق ليلي" (Leffevre, 2004, 154)

ميلوم العظام الخبيث (Myélome multiple des os):

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

كما يتميز هذا النوع من السرطان ب: الإيموباتيا (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).

- إنكسار مرضي على مستوى أعضاء الجسم.

- مشاكل في النّخاع (Insuffisance médullaire).

- تناذر: نقص الدّم، نزيف، ضعف النظام المناعي.

- لا يوجد حمّى " (Lefevre, 2004, 159)

10-1-1-5 علاج سرطانات مكوّنات الدّم والجهاز اللّمفاوي:

الجراحة تعيق التكاثر و التّطور السّريع للخلايا السّرطانية وبالعلاج الكيميائي (La chimio

(thérapie) يتم وقف تطور هذه الخلايا ومحاصرتها، ثم تحطيمها بالعلاج الإشعاعي (La radio
(Bataille, 2003) (thérapie

10-2 المرض من منظور علم النفس الصحي:

منذ حوالي ثلاثين عاما وفي الولايات المتحدة الامريكية ظهر تيار بحثي جديد يسمى علم

النفس الصحي , خمس سنوات فيما بعد بدأ في الظهور في اوربا. في فرنسا اهتمّت به -

Bruchon Schweitzer في 1994 (Fischer, 1997)، هذا التيار البحثي يهتمّ من جهة بالعوامل

النفسية التي تعتبر ضارة للصحة مثل السلوكات الخطيرة المخدرات التدخين... ومن جهة أخرى

هذا الفرع يهتمّ بدراسة السيرورات النفسية التي يستعين بها المريض كاستراتيجيات تكيفيّة مع

وضعيته المرضية. هذا التيار يحاول فهم ما مدى تأثير هذه الاستراتيجيات على وضعية المريض.

نحن في بحثنا نسعى الى تناول المرض وتمثلاته من منظور نفسي اجتماعي، نحن نبحث على تحديد طبيعة و أهمية العوامل النفسية في حالات المرض التي تساهم في الزيادة من اضطراب المريض. كما نبحث أيضا عن الوضعية الدينامية التفاعلية التي يمر بها المريض في تجربته المرضية.

10-3 المفهوم النفسي الاجتماعي:

السحر العين.... علم النفس الصحة يأخذ بعين الاعتبار عوامل أخرى من اجل تعريف السرطان خصوصا و المرض الخطير عموما. ان هذه العوامل التي يقوم عليها هذا التخصص هي العوامل النفسية الاجتماعية المساهمة كذلك في الاصابة بالمرض أو في زيادة حدة الاصابة.

10-4 المفهوم السيكوسوماتي:

مصطلح السيكوسوماتية حسب كل من Baldoni & Trombini :

(2005) يعني الاهتمام بالجسد و النفس. أمّا حسب Marty مذكور في: Contrant & Calza

(2002) المريض بمرض سيكوسوماتي هو مريض غير حقيقي

(Faux malades) . انّ الفرد حسب Marty (1990، 11) : " هو سيكوسوماتي في تعريفه" و

حسبه انّ الشخص الذي يعاني في مزاجه من اكتئاب أو حساسية هو عرضة للاصابة بمرض

سيكوسوماتي. أمّا بالنسبة سامي علي انّ الجسد عندما يحدث فيه سيكوسوماتية (Somatisation)

فهو بسبب وجوده في وضعية مأزق و طريق مسدود بدون حلّ (Impasse) (De Balanda,)

(1999). انّ تيار السيكوسوماتية "يختصّ بفهم العلاقات بين الجسم و العقل...هو يختص باعطاء

أجوبة للنقاش القديم القائم على الوحدة الأساسية للكائن البشري، هذا المشكل يتناول من خلال

جدلية العلاقات الموجودة داخل الفرد، في شموليته النفسية، البيولوجية التاريخية و الاجتماعية... "

يقول Marty (1990، 3 و 5) ظهر لأول مرة مصطلح السيكوسوماتية في 1818 على J.C.H.

Heinroth طبيب عقلي ألماني انطلقا من نظرتة الطبيعية ونظرتة الطبية، ثم في 1945 هذا المصطلح تمّ البحث فيه من قبل الأخصائي النفسي James L.Halliday ثم بعد سنوات تمّ تطويره وانتشاره بين الباحثين

ولكن تحت وجهات نظر نوعا ما مختلفة (Fine, 2005). في الحقيقة يصعب إعطاء تعريف محدّد لمصطلح السيكوسوماتية لأنّه يحمل في طيّاته نوعا من التعقيد والغموض كما يصرّح Fine (2005). فالأشخاص قد يتعرّضون لنفس المواقف والصدمات إلا أنّ البعض قد يصابون بمرض سيكوسوماتي والآخرين قد لا يصابون، أو قد يصابون لكن كلّ واحد مرضه يختلف عن الآخر، لهذا السؤال مازال مطروحا في هذا التيار حول سببية المرض.

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

و يساعد النفسية باصابة بمرض سيكوسوماتي، لأنّه كما يقول Ait Sidhoum (1991، 42) أنّه يوجد "علاقة وطيدة بين نوعية التنظيم العقلي وامكانيات الفرد في مقاومة الأمراض الجسمية". فالجسم هو منتج عضوي، معرفي، نفسي و اجتماعي، الجسم هو ضريح النّفس والآخر يكمل الثاني فهم غير منفصلين عن بعضهما، "الجسم هو ضريح الرّوح" يقول أفلاطون (Vinsonneau, 2002, 69) أمّا حسب ديكارت الجسم هو "جوهر واسع رحب متمدّد ممزوج ومستلق" « Substance étendue » مثل الآلة و الرّوح هي "جوهر يفكّر" Substance « « Substance pensante » (Vinsonneau, 2002, 69) وهي التي تعطي الحياة للجسم الذي هو عبارة عن آلة حسب ديكارت (Roux, 2011). فالجسم و النفس هما مفهومين غير منفصلين عن بعضهما، هما

يشكلان زوج مفاهيمي (Couple conceptuel) و وحدة جميلة (Belle Unité) و تفرّع ثنائي (Dichotomie) و نظام معقدّ في تفاعل مع المحيط الاجتماعي حسب Bianchi (1990، 10) فهو يقول: " تقريبا من المستحيل أن نعرّف أحد من هما بدون الرجوع و الاعتماد على الآخر، يصبح مثل مصدر، بقايا، تابع، استناد و تثبيت وكتف (Butée)، مرآة و دائرة (Horizon) ... بالرغم من التفرقة العلمية التي تفصل هذين النظامين من الظواهر معرفين ك: النفسية و الجسدية، هذين يكونان ملتحمين في وحدة، أين لا تستطيع أي مقارنة تجاهلها... عبارتين هما: "التعقيد النفسي الجسدي" (Complexe psyché-soma)، "تنظيم جسدي نفسي" (Organisation somato-psychique)... هذا هو الفرد في مجموعه (L'Homme total) ". أمّا بالنسبة ل فرويد الجسد كان محلّ بحثة وتكلم عن غرائزه التي يبحث عن اشباعها و يبعد المعاناة (Marty, 1990)، تكلم عن نزواته التي تؤدّي به الى النفسية، و النفسية بدورها تثيره (Bianchi, 1990): ديناميكية بينهما. اذن الفرد عبارة وحدة مركبة من نفس وجسد فيه أعضاء جسمية ومكوّنات معرفية (النضج)، لكن هذا لا يكفي لاكمال نموّه اذا انعزل عن المجتمع ولم يتعلّم لهذا انّ بياجي قد أكّد على عوامل النضج

والتعلّم والتكيّف في النموّ العقلي المعرفي للفرد، فالون بدوره يؤكّد أنّه لكي ينمو الفرد هو بحاجة للمجتمع زيادة بأنّه مهياً بعوامل النضج فهو يقول "الفرد منذ ميلاده هو كائن اجتماعي"، اركسون بالمناسبة يعطي أهمية كبيرة للمجتمع في توفيره للفرد الاحتياجات التي يحتاجها من اجل نموّه النفسي الاجتماعي السليم. علماء آخرون Schilder 1968, Dolto 1984, Fsiان 2012, يتفقون في فكرة انّ الجسم هو "منتوج نفسي اجتماعي" يعني هذا الفرد الذي هو عبارة عن جسد ونفس (وحدة) هو بحاجة للمجتمع لكي ينمّيه ويطوّره. فإذا أصيب الجسم بمرض النفسية كذلك تصاب و تكون غير مستقرة ومحيط المريض يكون غير مستقرّ والعكس صحيح، فإذا أصيبت النفسية ولم تقم بعملها النفسي سيدخل الجسم وقد يصاب هو كذلك حسب تيار علم النفس الجسدي. الاصابة بالمرض الخطير قد تكون لديه غريزة الموت أكبر من غريزة الحياة، Klein تفرّق بين هذين الغريزتين كما يلي: غريزة الموت هي كلّ مايشمل القوات أو الطاقات الهدّامة من عدوان وغضب

وثورة وقلق واكتئاب... الخ (Ségal, 1983) أما غريزة الحياة هي كل ما يشمل الحبّ والعاطفة والثقة والاشباع الانفعالي والبيولوجي. وحسب Marty المذكور في: Donabédian (2012) انّ غريزة الموت تعكس غياب عمل تبلور الأنا (Elaboration du moi) أي: اضطراب الأنا (Désorganisation du moi) وعدم التعقيل (Démentalisation) وهنا ينتج مايسمّيه النكوص السيكوسوماتي (Régression psychosomatique). العمل النفسي هو مرادف للتعقيل والحرمان من التعقيل والذي ينتج من جراء هشاشة الغلاف النفسي هو المشكل الذي وجدته Arar (1991) عند 21 مرضى مصابين بمرض جسدي خطير (Behcet) ما تجدر الإشارة إليه أنّ الإصابة عندما تكون على مستوى الجسم أو على مستوى نفسية الفرد فإنّ مركّباته الأخرى هي بدورها ستتأثّر سلبيا: الجانب المعرفي العقلي للفرد و محيطه. لهذا انّ الفرد يتدخّل في بناءه عدّة عوامل متداخلة و مترابطة فيما بينها و أيّ إصابة على مستوى مركّب أو مركّبات هوية الفرد: تؤدّي إلى أزمة و اضطراب. لهذا إن جدليّة التعريف بالذات "ماذا يعينه الفرد؟" هو أمر مازال يبحث فيه العلماء في علم النفس الاجتماعي و باقي العلوم الأخرى.

علم النفس الجسدي يرجع سببيّة المرض إلى تلك الوضعيات المتصارعة المجهدة والقلق الحادّ، فحدّتهما قد تؤدّي إلى الكفّ الوظيفي المناعي، فبعض الدراسات أظهرت أنّ الأورام الدماغية تتأثّر بالعوامل النفسية والاجتماعية مثل: الطلاق، وفاة شخص عزيز، طرد من العمل... الخ (Razanis & Delvaux, 1994)

Galliem الطبيب و الفيلسوف لاحظ أنّ معظم النساء اللّذين يعانون من الإنهيار والإكتئاب (La dépression et mélancolie) هنّ معرّضن للإصابة بالأمراض الورمية، أكثر من الأفراد الآخرين. (Trombini & Baldoni, 2005).

كلّ من : Greer و آخرون, 1979، 1990، Maggie و آخرون , 1985، 1991،
(1999) Bruchon-Schweitzer مذكورين في: (2002)

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

حسب Schweitzer (2002) الباثولوجية السرطانية الورمية تتوسّع وتنتشر في الجسم، بسبب عدّة عوامل وأبرزها الدينامكية العائلية المضطربة للمريض، وقمع المريض لمعيشه الإنفعالي، وإنكاره صرّاعته التي يتخبّط فيها نظرا لأنّه يبدي واجهة بشوشة ولا يشتكي ولا يعبر عن غضبه وانفعالاته السلبية أمام محيطه.

كذلك Angel ، 1962 ، Grassi ؛ 1967 ، Biondi ؛ 1992 مذكورين في : Schweitzer ،

(2002) ، لقد اهتموا بالخصائص المشتركة التي يظهرها المرضى المصابون ب: الباثولوجية الورمية هؤلاء يظهرون كما يلي:

- معاش فرداني و تجربة معيشية متميّزة بالحوادث المؤلمة: فقدان المواضيع الغالية.
- عانوا في طفولتهم من التّرك و الحرمان العاطفي.
- يميلون لعدم مواجهتهم الوضعيات المتوترة و المسائل الصّعبة.
- يواجهون صرّاعاتهم بمكانيزمات دفاعية أبرزها الكبت (refoulement) والانتكار.
- يجدون صعوبة في التواصل و التكلم بطريقة حرّة، هم يقومون بقمع إحساساتهم.

- الإكتئاب (dépression) .

- الإستعداد لمواجهة المرض (Coping) بنوع من ردّ فعل حيادي أو قبولي

(acceptation passive)، هم لا يفرضون أنفسهم.

- الحذر من الآخرين، كتومين و متحفظين احساس يشبه الاحساس الذي يبديه الذين يعيشون في وضعية ما بعد الصدمة "الإحساس بالهجر" (Sentiment d'abondant).

- يقيمون العلاقات مع المحيط و يطيعون القوانين يصبرون على المحن و المعاناة.

حسب Schweitzer (2002) المرضى المصابون بالسرطان هم أفراد لطفاء و متعاونين و عقلاء، عكس المرضى المصابون بالقلب فهم حسبها يبديون مظهرا إندفاعيا (Impulsivité) ، نرفزة و عدوانية. ملاحظة في الحقيقة وجدناها تتطبق مع الحالات التي درسناها، حتى أنّ البعض منهم كان دخولهم متكررا للمستشفى و لعلّ هذا راجع الى مناخهم العائلي المضطرب وكثرة احباطاتهم، "كثرة الاحباطات تؤدّي بالمرضى الى اعتمادهم على نمط سيكوسوماتي" يقول كلّ من Winaver & Lachowsky (2008، 101). و لكن تبقى مشكلة كلّ حالة هي حالة خاصة و لها أسبابها لا تقبل التعميم. أمّا حسب Trombini & Baldoni (2005). أنّ المصاب بالسرطان يجد صعوبة في الاستبطان (Introspection) الذي هو استدخال لاشعوري عندهم من المحيط نحو الذات. وحسب Si Moussi (1991) انطلاقا من قيامه ب 22 مقابلة عيادية يدرس فيها السير النفسي للأشخاص المصابين بمرض جسدي خطير (Behcet) توصل الى أنّ لديهم دفاعات نفسية هشة وأنّ علاجهم من الغير ممكن أن يقتصر على العلاج الكيميائي.

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

والاجتماعية عن معرفة السبب الحقيقي فكلّ تخصص يعطي تأويلات وأسباب مساهمة في ظهور السرطان. في هذا الصدد يتكلم Fine (2005) عن تيار السيكوسوماتية بأنه يتميز بنوع من الغموض و التعقيد و يصعب اعطاء تعريفا دقيقا له.

بالرغم من اختلاف و تقارب الأسباب المؤدية للسرطان انّ مايهّمنا في بحثنا هو معرفة التغيّرات النفسية و الاجتماعية و حتّى الجسمية التي تحصل للمريض و كيف يمثّلها و كيف يعيد النظر لصورة ذاته و كيف يواجه وضعيته المرضية.

11. التمثلات الاجتماعية لسرطان الدم:

السرطان هو مرض أصبحت اصابة الافراد به هي ارتفاع ملوظ، شأننا أم أبينا انّ تمثّلاته الاجتماعية هي محقّرة ولا يمكن البوح به في المجتمع: محرّم (Taboue) هو مرض كما يقول عليه كلّ من Reich & Marx (2009) مخفي وبيّثر الحياء وهو وباء ضار وملعون (Peste) لايحبّذ التحدّث عنه. لكن حسبهم منذ 2009 أصبح هذا المرض أقلّ تحريما ويمكن التكلّم فيه. نظرا للتطور العلمي ودخول الانترنت الى البيوت نجد أنّ بعض الأفراد أصبحوا يهتمون بمرض السرطان و ينشغلون بتفاصيله، كونه يمثل لهم تهديدا، اذ انهم يصرّحون أنّ "ولا شخص في أمان". اذن نتيجة لانشغال بعض المرضى المصابين بالسرطان بمفاهيمه الطبية: تمثّلات علمية (طبية) وابتعادهم نوعا ما عن تلك التمثّلات الاجتماعية للسرطان المقترنة بالموت والمحقّرة والمشاركة بين أفراد المجتمع : الساذجة الطبيعية الغير علمية كما يصرّح كلّ من Moscovici، 1976، Jodelet، 1984، Abric، 2007. أصبحوا يقومون باستراتيجيات مواجهة متمركزة حول المشكل تجعلهم يتكيّفون مع وضعيتهم وهذا النوع من الاستراتيجيات بالمناسبة هو أكثر فعالية بالنسبة لكلّ من Schweicher، 2002، Fischer و Tarquinio، 2006.

التمثّلات الطبية لسرطان الدم هي توحى بالأمل والحياة وهروب المريض من سجن شبح الموت عكس التمثّلات الاجتماعية التي تحبس المريض في قيود التهديد بالموت وقطيعة على مستوى الاستمرارية في الحياة والانحطاط (Betaouaf & Cherif, 2015). في هذا المجال يقول

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

بالرغم من التطوّر الطبي في مجال سرطان الدمّ، لكن يبقى هذا المرض كما يقول كلّ من Reich & Marx(2009، 130) "يبقى بالرغم من كلّ شيء مرادف للموت في التصوّر الجماعي" وتبقى المريضة بسرطان الدمّ لها تمثّلات سلبية حوله تارة وتارة أخرى تتناوب بين الاعتماد على تمثّلات طبية علمية بعث الامل في الحياة: تناقض في نمط تفكيرها وهو عادي بالنسبة لكلّ مريض وغيابه يصبح مقلقا كما يقول Oppenheim(2000). لكننا عندما نعتمد على نظرية Abric(1994a) فإنّ التمثّلات الاجتماعية السائدة حول السرطان هي التي تعتمد عليها المرأة وتسيّرنا أكثر من التمثّلات العلمية لأنّ النواة المركزية هي مرصّخة حول الموت ويصعب تغييرها

وخصوصا عند المرضى الغير المثقفين الذين تعاملنا معهم لاحظنا ان تمثلاتهم هي اجتماعية سلبية ويستندون على استراتيجيات متمركزة حول الانفعال والتي هي غير فعّالة بالنسبة لكل من Schweicher، 2002؛ Fischer و Tarquinio، 2006.

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

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

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

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

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

ان العلاقة التي تجمع الفرد بمرضه هي علاقة اتفاق و تفاهم (complicité) وهي

تنتظم وفقا لشخصية المريض وتمثلات المرض المستوحات من الثقافة التي ينتمي اليها.

كل ثقافة الا و لها تمثلات حول المرض و حول الشخص السليم الذي يتمتع بصحة جيدة.

الفرد و قبل مرضه تكون له تمثلات مسبقة حوله وهذه التمثلات بالمناسبة لها انعكاسات سلبية عليه، فهذه التمثلات سنتطرق اليها فيما يلي:

***الأشكال الاجتماعية و الثقافية للمرض:**

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

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

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

التيار الأول : يرجع الى مفهوم انطولوجي (علم الكائن) للمرض, يعني يمنح للمرض تواجد
مستقل وهذا المفهوم يرتكز على ان المرض يتواجد خارج العضو البشري وانه ياتي
وينتج من الخارج ليسكن الفرد, في هذا الصدد نجد أعمال اغزليش, ووضحت كيف ان
النمط المعاش يساهم في إصابة الأفراد بالمرض.

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

التيار الثاني : فهو يعتبر المرض مثل رد فعل لعضو الفرد في شموليته باضطراب في توازنه. قديما عند الإغريق (grecques) وبالضبط عند مدرسة هيبيوقراط (Hippocrate) وضحا جيدا هذا المفهوم فحسبهم الطبيعة هي التجانس (harmonie) والتوازن هذا ينتج (résulte) عن لعبة (jeu) ديناميكية في العضو تتميز بالسيولة (fluides) في الداخل. لكن المرض حسبهم يعكس قطيعة على مستوى هذا التوازن ويترجم ويؤول بأن صاحبه يسعى الى شفاء عضوه من هذا المرض وذلك من خلال البحث عن توازن جديد (nouvel équilibre). (Jeammet & al., 1996). المرض قد لا يستطيع ان يكون محددًا في جسم الفرد لان الضرر قادر ان يتفشى في جميع أجزاء الجسم لذلك المرض, يصيب الفرد في شموليته, وهنا العوامل الخارجية تفتح المجال لظهور عدم التوازن الداخلي (déséquilibre) وهي بالمناسبة ليست الأسباب الحقيقية لظهور المرض لأن أسباب المرض هي معقدة ومتداخلة فيما بينها.

المرض حسب Jeammet وآخرون (1996) هو في نفس الوقت تعبير عن المزاج (tempérament) أو عن الشخصية وأيضا هو جهود تكيفية مع المرض، حسبهم هذا الأخير ليس بالضرورة هو عدوى يجب محاربتها، انما هو طلب للتحالف (demande alliance) العلاجي أو على الأقل فهم الدور الذي يلعبه هذا المرض في التوازن الجديد.

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

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

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

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

الورطة هي مأزق معضلة إخراج (Dilemme) حسب هذا الباحث هي ليست ما بين المرض والاثم (péché) فهم ليسوا من نفس المستوى انما الورطة هي ما بين المرض والجهل (ignorance) وهي حقا باتولوجية تحتاج الى تربية والى المعنى الراشد السليم.

ارجاع الصحة للمريض ومعافاته هذا شيء رائع ولكن هذا غير كافي بل يجب اكسابه ايضا كيف يستعمل بطريقة صحيحة استعداداته كي يصبح رجلا او امرأة, الجهل هو ايضا بدوره يخفف من الاحساس بالذنب, وهذا في الحقيقة ما اصبحت في وقتنا الحالي بما نسميه آفة حقيقية (le pire fléau), الامر الذي يجعل الافراد غير انسانيين ليس برغبتهم انما فعل جهلهم لخطورة الالم والضرر (chauchard, 1980).

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

انّ تمثلات بعض المصطلحات تلعب دورا مهما في اعطاء لاصقة للجسم بانه مريض وهو غير مريض، كالادعاء بالعياء والاكنتاب وحسب Farr(1984) مصطلحات كلّ من "عدم الارتياح" و"الاكنتاب" وخصوصا العياء هي وضعيات تتناسب مع وضعيات وسيطية بين الصحة والمرض: الجسم هنا تنتقله العدوى بمجرد التفكير بهذه الصور السلبية والتي لها رمزيته ومفهومها كما يقول Moscovici(1961)، أمّا علاقتها بالجسد فهي تؤثر عليه سلبيا لأنّ "الفرد هو سيكوسوماتي في تعريفه" كما يقول Marty (1990، 11) وحسب Farr(1984، 389) انّ هذه المصطلحات المذكورة سابقا قد تجعل الشخص يمرض، هو يقول: "الجسم ليس متسمّما: لسنا مرضى حقيقة، لكن لسنا

بخير أيضا. لدينا التعب الفيزيائي والعصبي، هم في ارتفاع في حياتنا المعاصرة... لهذا الصحة هي ليست سوى عبارة عن غياب المرض"

خلاصة:

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

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

في الأخير يمكننا أنّ نستنتج أنّ موضوع التمثّلات هو معقّد وشاسع وفيه نوع من الغموض كما يقول Flament (1989). وهو غير منفصل عن الذات "يبدو أنّ الفرد يلعب في كلّ ملامس بيانو (Clavier) التمثّل العقلي" يقول لاماير في 1993 مذكور في: Mannoni (بدون سنة، 25) وفي الفصل الموالي خصّصناه للتعمّق كيف أنّ تمثّلات سرطان الدم تؤثّر على صورة ذات المصابة به.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية

تمهيد.

1. المنهج المتبع.

2. الدراسة الاستطلاعية.

3. مجتمع وعينة الدراسة الأساسية.

5 أدوات البحث.

5-1 الملاحظة.

5-2 المقابلة.

5-3 مقياس تقدير الذات لزورنبارغ.

خلاصة

تمهيد:

لكلّ بحث علمي إلا وله منهجية يتبّعها، المنهجية التي اتبعناها سنعرضها في هذا البحث، إن فصل الإجراءات المنهجية قد ساعدنا في وضع علاقة بين كلّ ما هو نظري وربطه بمعطيات الميدان، وكان هدفنا التحقّق من نتائج الدراسات السابقة المنجزة حول هذا الموضوع، لذلك ضغنا الإشكالية واتبعنا منهج يتناسب مع طبيعة موضوعنا.

1 المنهج المتبع:

المنهج الذي يتبّعه الباحث في دراسته هو ذلك الوسيط الذي يجمع بين ما هو نظري وما هو في الميدان. لذلك إن اختيار المنهج الذي يتناسب مع طبيعة الموضوع هو خطوة مهمّة يمرّ بها الباحث ليخرج بنتائج تكون مزاد للبحث العلمي، إلا أنّ حسب Chauchat (1985، 20): "المنهج المتبع ما هو جيّد وما هو سيّء في المطلق ولكن سوى وثيق الصلة (ملائم) بالموضوع أم لا...بالمناسبة، ولا قاعدة تطبّق نسقياً، هي قضية حالات...القواعد لا تعتبر أبداً مطلقة". المنهج الذي بدى لنا موافق مع موضوع دراستنا "تمثلات سرطان الدم وصورة الذات": هو المنهج العيادي الذي يعتمد على دراسة الحالة، انصبّ اهتمامنا أكثر في هذا المشروع العلمي على حصر معنى الأقوال والخطابات التي جمعناها من قبل الحالات بفضل إجراءنا معهنّ المقابلات ومقياس تقدير الذات لروزنبارغ والملاحظات، ركّزنا في عملنا على دراسة الحالة لأنّ طبيعة موضوعنا تتطلّب اجراء المنهج الكيفي.

إنّ دراستنا تدور حول محور أساسي هو إعادة نظر المريضة بسرطان الدم لصورة ذاتها انطلاقاً من تمثلاتها الفردية ومحاولة معرفتنا أهمّ العوامل المساهمة في تغيير صورة ذاتها ومعاناتها: هل التمثلات الفردية أم التمثلات الاجتماعية؟، ففي هذا الإطار يبدو لنا أنّ ضبط مصطلح صورة الذات والعوامل المساهمة في بناءها وفي اضطرابها هو جانب مهمّ في بحثنا، فنحن حاولنا ونحاول معرفة كيف هي صورة جسم هذه المريضة وكيف تؤثر عليها وكيف تواجه نظرات الآخر (المجتمع) خصوصاً وأنها تعاني من تغيير سلبي على مستوى مظهرها الجسدي والجمالي، وهي تعاني من جزاء اختلال أدوارها. كما نسعى أيضاً إلى فهم المريضات وفهم التغيرات التي حصلت عندهن، من خلال فهم أوجه التشابه بينهنّ وفهم خصوصية كلّ واحدة منهن، لأنّ كلّ حالة هي حالة خاصة تتميز بالفردانية، لا تقبل التعميم لها أسبابها الخاصة الأمر

الذي سمح لنا بأن نستعين بالمقاربة النفسية الاجتماعية العيادية لأنّ الاهتمام في هذه المقاربة كما يقول Muccheilli (1996) ينصبّ على أقوال -المعلنة والغير المعلنة- وسلوكات الحالات التي تجمع والتي تلاحظ. قمنا بدراسة عدّة حالات حوالي 20 حالات مصابات بسرطان الدم ولكن توقّف اختيارنا لعشرة حالات أين تعمّقنا معهنّ في البحث، بالرغم من أنّنا نعلم بأنّ الدّراسة العلمية في المقاربة العيادية (L'approche Clinique) لا تتطلّب دراسة عدّة حالات، إنّما حالة واحدة تكفي وهذا ما أكّد عليه Minkowski في قوله: "...لا يتعلّق الأمر إطلاقاً بعدد الحالات المفحوصة، ففي المنهج العيادي حالة واحدة تكفي". مذكور في: Fsian (2005-2006، 235). خصوصا وأنّ طريقة دراسة السّيرة أو الحالة (Etude de cas) التي تتركز على: كيف؟ ولماذا؟ تسعى في البحث وتطوير التّأويلات انطلاقاً من تصريحات الحالة وانطلاقاً من الاعتماد على نتائج الدراسات السابقة ومحاولة التّحقّق منها. والتحقّق من فرضياتنا إذ في هذا الخصوص يقول أنجرس (1996، 225): "إنّ تقييم المعطيات المهيّأة يتمّ دائماً في إطار العلاقة بهذه الفرضية أو الهدف... وإنّ كل جدول، كل شهادة، وكل ملاحظة وكل موضوع سيتمّ فحصه في علاقته بتعريف مشكلة البحث". إذن لقد درسنا الحالة من حيث خصوصيتها وشموليتها أي: أوجه التشابه والاختلاف مع الحالات الأخرى.

2 الدّراسة الإستطلاعية :

بدأت الدّراسة الإستطلاعية منذ 2012 ودامت لعدّة شهور. أين اخترنا فيها عيّنة دراستنا، وفضّلنا أن تكون لديهنّ القدرة على السّرد اللفظي الذي هو: "مجموعة من الألفاظ المتسلسلة تهدف من خلالها الذات إلى التّعبير عن حياتها....الطريقة الأكثر تقدّماً للمعطيات الكيفية" يقول (In: Miles, 2003, 29) Ricoeur

كما فضّلنا أن يكون العمر محصور ما بين 20 سنة إلى 45 سنة. ويكنّ متزوّجات أو مطلّقات أو غير متزوّجات قصد التّعريف على صورة الذات وتمثلات سرطان الدم عند كلّ واحدة منهنّ.

وهذا ما جعلنا في الأخير نتعامل مع 20 حالة أين اخترنا منهنّ 10 حالات، بعد التّوضيح لهنّ هدف بحثنا، أجرينا معهنّ المقابلات المفتوحة من 2 إلى 3 مقابلات مع كلّ حالة في المركز

الإستشفائي الجامعي بوهران مصلحة الدّمويات (Hématologie). وفي ما بعد وبالتزامن أتممنا عملنا في المركز الاستشفائي الجامعي تلمسان في مصلحة الأورام. تراوحت مدّة كلّ حصّة 45 حوالي دقيقة مع كلّ حالة، فعن طريق هذه المقابلات المفتوحة إستطعنا أن نصيغ:

إشكاليتنا الأولية والفرضيات ودليل المقابلة وتحديد فصول الجانب النظري.

الدراسة الاستطلاعية كانت لنا بمثابة المرحلة التوظيفية للبحث النظري، في هذه المرحلة استطعنا وضع العلاقات بين الاطار المفاهيمي النظري وبين جهاز الملاحظات، وجعل هذه البناءات النظرية قابلة للملاحظة (Chauchat, 1985)، علما بأنّ ملاحظتنا في هذه المرحلة كانت عبارة عن تمهيدات ومقدّمات (Préliminaires) لعملنا البحثي، فقمنا بها باعتمادنا على المقابلات الغير موجّهة. وبهذا لقد كانت الدراسة الاستطلاعية في عملنا البحثي بمثابة مقارنة أوليّة للميدان من خلاله استطعنا صياغة الفرضيات والبحث عن المتغيّرات وتحليل الملاحظات. Chauchat (1985، 22) في هذا المجال يقول: " مرحلة الدراسة الاستطلاعية تأخذ نهاية عندما جهاز الملاحظة هو موضوع بطريقة جيّدة ومكّيّف مع موضوع الدراسة"

3 مجتمع وعينة الدراسة الأساسية:

اشتملت عينة دراستنا على 20 حالة، واخترنا منها 10 حالات مصابات بسرطان الدّم وكان اختيارنا على أساس مايلي:

- أن تكنّ نساء عمرهنّ محصور حوالى ما بين 23 سنة الى 50 سنة.

- أن تكنّ مصابات بسرطان الدّم أو الهودجكين.

- أن تكنّ: عازيات أو متزوجات (لهنّ أولاد وليس لهنّ أولاد).

- ألا تكون للحالة موانع متكرّرة، لغرض تكثيف المقابلات وبهدف المتابعة والمواصلة معهم في البحث والدراسة.

وهذا ما جعلنا في الأخير نتعامل مع عشرة حالات وهي:
-فضيلة : 32 سنة مصابة بالهودجكين، متزوجة ولها بنتين.
-ستي: 40 سنة مصابة بالهودجكين، متزوجة ليس لها أبناء.

-فاطمة: 36 سنة مصابة بسرطان الدم من نوع الميلوم العظام (multiple des os Myelome) ، أمّ لولدين.

-عائشة: 47 سنة متزوجة وأمّ لبنتين وولدين مصابة بلوكيميا حادة.

-خامسة: 50 سنة متزوجة مصابة بسرطان الدم من نوع لوكيميا حادة، أمّ لأربعة أولاد.

-زهية: 23 سنة غير متزوجة مصابة بلوكيميا.

-جميلة: 45 سنة مصابة بالهودجكين غير متزوجة.

-سميرة: 35 سنة، أمّ لولدين وبنات، مصابة بالهودجكين.

-فوزية: 25 سنة متزوجة وأمّ لبنت، مصابة بالهودجكين.

-رقية: 23 سنة مطلقة وأمّ لولد، مصابة بالهودكين وبإعاقة حركية بسبب هذا المرض.

بعد التوضيح لهنّ هدف بحثنا، أجرينا معهنّ المقابلات الغير موجّهة (مفتوحة وحرّة) ثمّ

قمنا بالمقابلات النصف الموجّهة.

بدأت الدراسة الأساسية منذ 2013 الى 2016 ، تمّ من خلالها الكشف عن الإشكالية النهائية والفرضيات، قمنا فيها بالمقابلات النصف الموجّهة بمعدّل من 8 الى 10 مقابلة مع كلّ حالة. أين استعنّا بدليل مقابلة يضمّ 08 محاور أساسية. علما بأننا قمنا بمقابلات حتّى مع أهل المريضات والأطباء والمرضى والأخصائيين النفسانيين والذين أثرونا بمعطيات مهمّة حول هؤلاء المريضات. ساعدتنا الدراسة الأساسية في جمع كلّ المعلومات وكلّ المعطيات التي تهّم موضوعنا بمساعدة مراجع التراث النظري، وبالمناسبة انّ هذا الأخير لا يقتصر على مستوى صياغة الفرضيات والاعتماد على نظامه التأويلي انّما هو يشمل هذا وهو قد ساعدنا في تأويل النتائج التي تحصلنا عليها (Chauchat, 1985)

4 أدوات الدراسة:

من أجل اتباع منهجية البحث العلمي فإننا استعملنا أدوات بحثية مهمة في الدراسات العلمية وهي كما يلي:

4 - 1 / الملاحظة:

"الشخصية الانسانية تدرك بملاحظة سلوكياتها" يقول Pierre Janet

(in : Benedetto, 2007, 15) ، والملاحظة هي "عمل تفكيري وتحليلي وتأويلي" كما يقول كل من: Fernandez & Pendielli (2005، 14) نظرا لأنها تعدّ أداة لجمع المعلومات المهمة والمكمّلة لمعلومات أخرى. ملاحظتنا في هذه الدراسات كانت متنوعة بين الملاحظة المباشرة (Instantanée ou directe) والملاحظة المنظّمة (systématique)، في الدّراسة الاستطلاعية اعتمادنا على الملاحظة المباشرة والتي كانت تلقائية من خلالها تحصّلنا على المعلومات التي تخصّ السلوكيات والخصائص التي تبدينها المريضات: الاتجاهات الجسمية الإشارات والإيماءات تغييرات الصوت...الخ، فهذه الملاحظات قد وضّحت لنا الجوانب الممهّدة لصياغة إشكاليتنا الأولى. من بعد شروعا في الدراسة الأساسية استعملنا الملاحظة المنظّمة والتي عن طريقها جمعنا معلومات تعبيرية انفعالية، وجمعنا المعطيات التي تخصّ الإيماءات والسلوكيات التي أظهرتها الحالات في المقابلات، أو بالأحرى أنّنا نظّمناها لأننا شرعنا في جمعها سابقا في الملاحظة المباشرة، ساعدتنا هذه الملاحظة المنظّمة في صياغة فرضياتنا الأولى. بفضل هذه الملاحظات استطعنا ضبط بعض التناقضات من خلال أقوال الحالات المعلنة والغير معلنة ك: إيماءاتهم وسلوكياتهم وتغييرات نبرات صوتهم وصمتهم...الخ، خصوصا وأنهن كنّ يسردن معيشهن بانفعالات متناوبة بين الاكتئاب والقلق والعدوانية...الخ.

كانت المقابلة تعدّ كقاعدة رئيسية في عملنا البحثي، هي من أكثر الأدوات التي اعتمدنا عليها للحصول على المعلومات والمعطيات، نظرا لاعتبارها الأداة الفعّالة لجني المعلومات في المنهج العيادي (عبد المعطي، 1998) إنّ اهتمامنا فيها كان متمحورا حول التّركيز مع الحالة، وجعلها تتكلم بانثارتها وطرح لها أسئلة دليل مقابلاتنا الذي قمنا بتحضيره باعتمادنا على الدراسات السابقة في هذا المجال وعلى تصحيحات وتوجيهات الأساتذة. وطبقناه في المقابلات النّصف الموجّهة.

بداية المقابلات كانت عبارة عن جلسة تعارف، أين عقدنا فيها اتفاق عمل ووضّحنا لهنّ الهدف من هذا البحث وطريقة العمل إذ أن معظمهنّ وافقن التعامل معنا. لقد اعتمدنا في المقابلات الأولى على المقابلات المفتوحة الحرّة الغير موجّهة *entretiens non directifs*) وفيها تركنا الحرّية للحالات في التّعبير عن أنفسهن والإبداء عن أحاسيسهم ، فسمح لنا هذا بجمع عدّة معطيات. وساهم في صياغة إشكاليتنا بالتزامن مع استنادنا على الجانب النظري. غالبا استعملنا هذه المقابلات الغير موجّهة في الدراسة الاستطلاعية (Chauchat, 1985) دامت هذه المقابلات حوالي حصّتين أو ثلاثة مع كلّ حالة.

بعد صياغة إشكاليتنا النّهائية وتعمّقنا في الدّراسة الأساسية استعملنا المقابلات النصف موجّهة (*Les entretiens semi directifs*) بفضلها استطعنا جعل المريضات ينتجن تصريحات مهمّة تخصّ موضوع بحثنا، قبل وأثناء هذه المرحلة قمنا ببناء دليل مقابلة انطلقا واعتمادا من فرضيات بحثنا (Lavarde, 2008) وطبقنا أسئلة هذا الدليل على الحالات التي تعاملنا معهنّ، أسئلته تركز على سؤال/ جواب، وتكون الإجابات موسّعة تدفع للمناقشة والحوار بسؤال "لماذا؟"، لم أفهم ! وضّحي لي ! بهدف الكشف أكثر عن الحالة. دليل مقابلاتنا تتوّعت أسئلته بين أسئلة مفتوحة ومقيّدة، محاوره الأساسية هي كما يلي: صورة الذات، التمثّلات الاجتماعية لسرطان الدم، التمثّلات الفردية لسرطان الدم، صورة الجسم، نظرة الآخر، الدور والمكانة، تقدير الذات، تمثّلات الذات. (أسئلة هذه المحاور هي في الملاحق). فكلّ محور قمنا بصياغة مجموعة أسئلة تدور

حواله، هدف اجاباتها تدور حول جعل الحالة تكشف عن هذه المحاور الرئيسية وفضلها نستطيع الكشف عن صورة الذات وتمثّلات سرطان الدم عند المريضات.

4-3/ مقياس تقدير الذات لروزنبارغ :

مقياس تقدير الذات لروزنبارغ هو مقياس قام بإعداده روزنبارغ عام 1962 الهدف منه كان تقدير الذات لدى طلبة الثانويات والمدارس العليا ثم فيما بعد طوّر وتمّ استخدامه على الراشدين والمرضى، يعتبر من بين المقاييس الأكثر شهرة واستعمالا نظرا لأنه يتمتّع بنسبة من الصدق والثبات كما له تناسق داخلي مقبول، هذا المقياس يضمّ عشرة بنود: 5 منها سلبية (2، 5، 6، 8، 9) و الأخرى ايجابية (1، 3، 4، 7، 10). وبالمناسبة أعيد حساب خصائصه السيكومترية والتأكد منها في كندا وتوصّلوا الى معامل ثبات يبلغ 0،83 من طرف:

Vallerand & Vallieres في 1990

أما في الجزائر من طرف بوقسارة (2008/2007) وآيت مولود (2011-2012).

4-3-1 الخصائص السيكومترية للمقياس:

توصّل روزنبارغ عند تصميمه لمقياس تقدير الذات الى أنه يتمتّع بصدق وثبات ولقد استخرج مضامينه من المضامين العالمية حول مفهوم الذات، كما توصّل في دراساته إلى وجود علاقة ايجابية وذات دلالة احصائية بين درجات المقياس ودرجات مقياس Leavy للتفاعل الاجتماعي (آيت مولود، 2011-2012).

أولا الثبات:

توصّل كلّ من Fertman & Chubb في 1997 إلى معامل ثبات يبلغ 0,88

بفارق زمني يقدرّ بأسبوعين وبطريقة إعادة الإجراء على عيّنة من الطلبة (بوقصالة،

2007-2008).

توصّل كلّ من Blaskovitch & Tomaka في 2002 إلى معامل ثبات يبلغ 0,82 بطريقة إعادة التطبيق بفارق زمني يقدر بأسبوع (بوقصالة، 2007-2008).

تمّ حساب ثبات مقياس تقدير الذات لروزنباخ من طرف بوقصارة (2007-2008)

بطريقة التناسق الداخلي بحساب معامل ألفا كرونباخ فوجد أنّه يساوي 0,71، وهو معامل ثبات جيّد، قبل تطبيقه لهذا المقياس على عيّنة دراسته الاستطلاعية قام بتغييرات بسيطة على هذا المقياس: في البند الثاني غير كلمة أفكّر ب: أشعر و أصبح هذا البند : في بعض الأوقات أشعر بأني عديم الجدوى، وفي المقياس الأصلي هي: في بعض الأوقات أفكّر بأني عديم الجدوى.

توصّلت آيت مولود (2011-2012) إلى معامل ثبات 0,78 باعتمادها على طريقة التجزئة النصفية، وتشير نتيجتها إلى أنّ هذا المقياس يتميّز بدرجة عالية من الاتّساق الداخلي بين عباراته وله معامل ثبات عالٍ.

ثانياً: الصدق.

الصدق الذاتي:

توصّل شوب وآخرون في 1997 إلى معامل صدق بحساب الصدق الذاتي يبلغ 0,93

بلاسكوفيتش وتوماس توصّلا بدورهما إلى معامل صدق بحساب الصدق الذاتي يبلغ

0,90 (بوقصالة، 2007-2008).

توصّل بوقصالة بدوره إلى تقدير صدق هذا المقياس بحساب الصدق الذاتي فوجد أنّه يساوي 0,88 وهو معامل صدق جيّد.

آيت مولود (2011-2012) توصّلت إلى تقدير صدق هذا المقياس بحساب الصدق الذاتي ووجدته يساوي 0,88 وإذن هذا المقياس يتّسم بدرجة عالية من الصدق، وبالمناسبة إن هذه الباحثة قامت

بحساب الصدق الظاهري وهذا بتوزيع نسخ من المقياس على مجموعة أساتذة علم النفس بجامعة الجزائر وجامعة مولود معمري بتيزي وزو وكان عددهم سبعة من أجل تحديد ما اذا كانت البنود تنتمي إلى هذا المقياس أم لا، وقد تمّ حساب معامل الاتفاق بين هؤلاء الأساتذة المحكّمين على كلّ بند، باستخدام معادلة كوبر.

الصدق التلازمي:

توصّل كلّ من شوب وآخرون في 1997 الى وجود معامل ارتباط موجبا دال احصائيا بين درجات مقياس تقدير الذات لروزنبارغ ودرجات مقياس تقدير الذات لكوبر سميث يبلغ 0,60 (بوقصالة، 2007-2008).

بوقصالة قام بحساب الصدق التجريبي لمقياس تقدير الذات وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجات أفراد عينة دراسته الاستطلاعية على مقياس تقدير الذات ودرجاتهم على مقياس مصدر الضبط الداخلي-الخارجي لروتر، فبلغ معامل ارتباط 0,30- وهو معامل حسب هذا الباحث ارتباط سلبي دال عند مستوى الدلالة 0,05.

4-3-2 مفتاح التصحيح:

يطبّق مقياس روزنبارغ بطريقة فردية (وقد تكون جماعية) حيث يطلب من المبحوث الاجابة عن العبارات هذا المقياس وتحديد مدى انطباقها عليه، بوضع اشارة (X) أمام العبارة التي تنطبق عليه ويجب أن يختار إجابة واحدة. مقابل هذه العبارات العشرة يوجد أربعة اختيارات موجودة أمام كلّ عبارة وهذه الاختيارات هي كما يلي: موافق بشدّة، موافق، غير موافق، غير موافق بشدّة.

يتمّ تصحيح العبارات الايجابية من 1 الى 4 (اتجاه تنازلي) أي: تعطى فيها الدرجات : 4، 3، 2 و 1 وينقلب سلّم التنقيط في الاتجاه المعاكس (التصاعدي) بالنسبة للبنود السلبية والتي تعطى فيها الدرجات: 1، 2، 3 و 4. تمّ تجمع كلّ علامات العبارات (الايجابية والسلبية).

العلامات	موافق بشدة	موافق	غير موافق	غير موافق بشدة
البنود الايجابية	4	3	2	1
البنود السلبية	1	2	3	4

علما أنّ مجموع بنود هذا المقياس هي 10 والعبارات هذه يوجد فيها ما هو سلبي: (2، 5، 6، 8 و 9) و ما هو ايجابي (1، 3، 4، 7، 10).

-الدرجة النهائية الكبرى للمقياس هي: $40 = 10 \times 4$ أي: أعلى درجة يتحصّل عليها المفحوص هي 40 وهذا يعني تمتّعه بتقدير ذات ايجابي و مرتفع.

-الدرجة النهائية الصغرى للمقياس هي: $10 = 10 \times 1$ أي: أدنى درجة يتحصّل عليها المفحوص هي 10 وهذا يعني أنّه يعاني من تقدير ذات سلبي منخفض.

أمّا الدرجات التي تحصّلنا عليها من خلال تطبيق هذا المقياس على المصابات بسرطان الدم، فهي تتراوح بين 21 إلى 29 درجة وهي عموما متوسطة أو أقلّ من المتوسطة وهذا يعكس أنّ تقدير ذاتهنّ هو ما بين المتوسط والمنخفض: ولعلّ الاتجاه السلبي يأخذ حصّة الأسد.

خلاصة:

لقد اتبعنا المنهج العيادي الذي يعتمد على دراسة الحالة، أمّا عن أدوات بحثنا فكانت الملاحظة والمقابلات ومقياس تقدير الذات لوزنبارغ، إن كلّ من الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية والجانب النظري ساعدونا في صياغة اشكاليتنا النهائية وفرضياتنا والتي تحقّقنا منهم في عرض الحالات عموما وفي المناقشة العامة خصوصا.

عرض وتحليل الحالات

1. فضيلة.
2. ستي.
3. فاطمة.
4. عائشة.
5. خامسة.
6. زهية.
7. جميلة.
8. سميرة.
9. فوزية.
10. رقية.

تقديم الحالة فضيلة:

فضيلة تبلغ من العمر 32 سنة تسكن في ضواحي ندرومة, هي حالة غنيّة بالمعلومات, متزوجة من بّناء و أمّ لبنتين وتعيش مع عائلة زوجها و الذين تعاني معهم من صراعات و مشاكل مع البعض منهم. فضيلة هي الأخت الصّغرى لبنتين الأولى غير متزوجة و الثانية متزوجة , الأبّ متوفي والأمّ مريضة. أصيبت فضيلة بالهودجكين منذ سنة 2014 وهي تعالج في المركز الإستشفائي الجامعي CHU بتلمسان. عند التقائنا بها للمرّة الأولى صرّحت لنا أنّ سبب مرضها هو شجار مع الأهل في أواخر 2013 وأصيب بالمرض في جانفي 2014. فضيلة يظهر عليها انتفاخ على مستوى الرقبة كما أنّ لديها انتفاخات أخرى على مستوى البطن و الذارعين كما أنّ شعرها يتساقط بسبب العلاج الكيميائي و هي تقول أنّ المرض قد غير لها مجرى حياتها و غيرها نحو الأسوأ, بعدما كانت حيوية و مفعمة بالفرح والنشاط وتتلهّف للرحيل إلى منزلها الجديد الذي بناه لها زوجها. فهي تصرّح أنّ الشخص عندما يمرض فأنّه يتبدّل نحو الأسوأ و لا يبقى نفس الشخص الذي كان عليه سابقا. و لكن ما يلاحظ على فضيلة أنّها لازالت تحافظ على وجه بشوش و مبتسم

و بريء بالرغم من المشاكل و الصّعوبات التي تتلقاها في حياتها اليومية خاصّة وفي تجربتها المرضية عامّة. أمّا عن المستوى الدراسي عند فضيلة فهو الابتدائي (سنة سادسة).

تحليل و تأويل معطيات المقابلات:

فضيلة مصابة بالهودجكين و هي تعلم بنوع مرضها حيث سألت و بحثت عنه وهي تفضّل مناداة مرضها ب "هودجكين" بدلا من "السرطان" وفي أغلبية المقابلات فضيلة تقارن ذاتها كيف كانت و كيف أصبحت وهي تتعجّب و تعيش ما بعد الصّدمة "كيش كنت و كيش

وليت !!!، "المرض طَوَّل" "كي نتفكر المرض choc" "ماهنياش مديقة" , عموما انّ ما يزيد من معانات فضيلة و ما يزيد من اضطراب صورة ذاتها:

- هو تمثلاتها الاجتماعية السلبية السائدة حول مرضها ومحاولتها تصغير مرضها بكلمة هودشكين بدلا من سرطان.

- وهو نظرة الآخر السلبية الموجهة إليها بسبب المرض وبسبب عدم إتمامها لدورها كأم و كزوجة و كبنت أمام أهل الزوج الذين تسكن معهم في سقف واحد.

- شعورها بالذنب نظرا لأنها ترجع سبب مرضها هذا الى الشجار الذي دار مع أهل زوجها و إلى قلق الرّحيل إلى المنزل الجديد وعدم تحكّمها بانفعالاتها.

- التغيّر السلبي الذي حدث لها على المستوى الجسمي يؤثّر سلبيا على صورة جسمها و على صورة ذاتها و على تقديرها لذاتها.

- الخوف من الموت و إحساسها بقطيعة على مستوى استمراريتها و ترك بناتها يتامى يزيد من معانات صورة ذات فضيلة و لكنّها تصارع المرض و تقاومه باستراتيجيات مواجهة سننطرق إليها لاحقا.

تمثلات المرض عند فضيلة:

فضيلة هي حالة غنيّة بالمعلومات و هي تصرّح عن صراعاتها و مشاكلها بكلّ تلقائية حيث أننا لم نجد صعوبة في التواصل معها سواء في المقابلات الحرّة أو المقابلات النّصف الموجهة التي طبقتها معها.

من خلال تعاملنا مع فضيلة تبين لنا أنّها تضع في ذهنها تمثلات سلبية حول مرضها وهي تصرّح إنّ مرضها مميت و قاتل و حتّى أنّ ابن عمّها قد مات بسبب السرطان, هي تكره هذا المرض و دائما تحبّ إنّ تصغرّ من خطورته وحتّى من اسمه تُحبّ نصغرّ منحشّ نضّم , نحبّ نصغرّ مرضي بكلمة هودجكين ومنبغيش نقول سرطان" نظرا لأنّها تعلم بدرجة خطورته أو تتصوّر بأنّه مرض خطير و قاتل. إنّ ثقل هذا التمثّل "السرطان قاتل" هو عنصر مفتاحي لمعاناة صورة ذات فضيلة و هذا ما يؤكّد عليه Sordes-Ader & Tarquino & Tap (2002) فضيلة تصرّح بأنّ هذا المرض

. من خلال هذه التّصريحات يتبيّن لنا أنّ الموت هو الذي يتصدّر تمثّل المرض عند فضيلة فهو يعتبر النواة المركزية التي يتكلّم عنها Abric في نظريته : نظرية النواة المركزية و العناصر المحيطية. فتمثّل السرطان عند فضيلة يعني الموت كنواة مركزية و التي تعني مجموعة من العناصر المحيطية تعرّف الموت وهي: فقدان الإحساس بالاستمرارية, تشوّه الجسم(تساقط الشعر, النحافة, انتفاخات, الضعف...), صدمة, انحطاط و تدهور القدرات النّفسية و المعرفية و الجسمية, نظرة الآخر السّلبية (الشّفقة, الاستهزاء, السّخرية...), عدم القيام بالأدوار اليومية, العزلة وعدم التّواصل مع الآخر بسبب الشعور بالنّقص أمامه, الدّخول المتزايد للمستشفى, القيام بالعلاج الكيميائي... الخ. محتويات التمثّلات عندما نتعمّق في نظرية Abric هي إذن العناصر المركزية و العناصر المحيطية (Mugny&Doise , 1997) وهو يعتبر هذه النواة المركزية هي عبارة عن مجموعة من الاتجاهات والمعتقدات الراسخة المشتركة بين فضيلة و كلّ المرضى بالسرطان ولها معنى وبعد اجتماعي : معلومة رأي معتقد "السرطان يؤدي إلى الموت"فهي فكرة مركزية تعمل حسب الوسط الاجتماعي (جماعة المرضى مثلا) أين نلاحظ تجانس و تشابه الجماعة. أمّا العناصر المحيطية المكوّنة و المكملّة لمحتويات التمثّلات عند فضيلة و بالاعتماد على نظرية

Abric هي عبارة عن آراء و اتجاهات و معتقدات قابلة للتغيير و لها بعد و معنى فردي, بمعنى أنّ فضيلة في تمثّلاتها للسرطان تضع حول النواة المركزية "الموت" عناصر محيطية منظّمة وغير متجانسة وغير متشابهة مع المرضى الآخرين فهذه العناصر تختلف من مريض لآخر لأنّ كلّ مريض له معاشه الخاص و أسبابه الخاصّة وهو حالة خاصّة لا تقبل التعميم في الأسباب و في العناصر المحيطية المكوّنة لتمثّلاته. فمثلا تمثّلات الحالات التي تعاملنا معها نجدها لا تتشابه في عناصرها المحيطية إنّما تتشابه في العناصر المركزية كون أنّ "السرطان مرتبط بالموت" فكرة ثابتة .

و بالمقابل و حسب نظرية Abric العناصر المحيطية هي قابلة للتغيير وإذا كان تغيير العناصر المحيطية متواصل و بإلحاح فإنّ التغيير قد يصيب النواة المركزية و بالتالي تغيير التمثّلات. وفي تيار علم النفس الاجتماعي إن التغيير يبدأ ببطء فالفرد يقاوم ثمّ ينتهي بالتغيير نظرا لأنّ كلّ مجتمع يشهد تغييرا ملحوظا في جميع النواحي وسلوك الفرد يذوب في سلوك الجماعة. ففي حالة فضيلة بمقدرتها و بمساعدة الآخر تغيير العناصر المحيطية السلبية المكوّنة لتمثّلاتها حول السرطان و استبدالها بعناصر محيطية ايجابية مثلا: عدم فقدان الإحساس بالاستمرارية, عدم تشوّه الجسم (عدم النحافة, عدم الضّعف...), التحكّم في الانفعالات وعدم الإحساس بالصّدمة والانحطاط,عدم تدهور القدرات النفسية و المعرفية و الجسمية, نظرة الآخر الايجابية (المساعدة, عدم الاستهزاء, عدم السخرية...), القيام بالأدوار اليومية عند المقدرّة, عدم العزلة و التّواصل مع الآخر وعدم الشّعور بالنقص أمامه, اعتبار السرطان مرض كباقي الأمراض يعالج كما يقول البوفيسور توهامي (رئيس مصلحة مبحث الدم بالمستشفى الجامعي وهران)...الخ

بالتالي قد نضمن أنّ فضيلة اذا اتّخذت هذه العناصر المحيطية الايجابية المكوّنة لتمثّلاتها حول مرضها -بدلا من اتّخاذها العناصر المحيطية السلبية-, ستغيّر نواتها المركزية "معتقد الموت" من سلبية إلى ايجابية تفاؤلية ولكنّ وللأسف لا نستطيع تغيير أيّ شيء في التمثّلات

السلبية السائدة حول السرطان عند فضيلة وان استطعنا فبنسبة ضئيلة, لأنّ فضيلة تعيش في مجتمع لا يرحم فهو يساهم في إعطائها صورة سلبية تجاه صورة ذاتها ويساهم في ترسيخ تمثّل سلبى حول السرطان قاميلتنا مضخمين هذا المرض " عمّتي قالت لابن عمّي فضيلة راها *grave* وعلاش دايمًا دير *chimio* ؟؟؟!! "المجتمع ميفهمش "

انّ التمثّل السلبى هذا الذي تحمله فضيلة حول مرضها و حول صورة ذاتها و حول نظرة الآخر هو يؤثّر سلبيا على صورة ذاتها و على صورة جسمها و على تقديرها لذاتها لأنّ التمثّل حسب Jodellet ; 1984 , و آخرون هو يوجّه صورة الذات و يتحكّم بسلوكات الفرد. وبهذا نستنتج أنّ صورة الذات عند فضيلة هي مضطربة و منغمسة في معانات بسبب التّمثلات السلبية التي تضعها في ذهنها حول مرضها " هو قاتل " و بسبب عوامل أخرى متداخلة ومرتبطة و متكاملة فيما بينها سنعرضها لاحقا و لعلّ معظمها ينتمي إلى التمثّل لأنّ كلّ شيء يحدث في ذهن فضيلة بفضل سيرورات معرفية متبلورة تضمّ الإدراك و التخزين و الترسّخ و أشكال من التّماهيات ... الخ (Cherif , 2015) .

فضيلة تعاني إذن من عدم إحساسها بالاستمرارية وهذا ما يجعلها تعاني بشدّة على مستوى صورة ذاتها لأنّ عامل الإحساس بالاستمرارية هو عامل أساسي في الإحساس بالهوية (Berry, 1987) فضيلة تصرّح: "تحسّي روحك ضعيفة و غدي تروحي" أي : " يئنابك إحساس حول ذاتك بأنك ضعيفة و ستموتين " السرطان مميت قاتل, ولد عمّي مات بيه " أي: " ولد عمّي توفي بسبب السرطان", نقلّش بناتي مدامني حيّة" أي : "مادمت على قيد الحياة أهتمّ بناتي". حسب Tap (2004) إنّ الاستمرارية هي بعد من الأبعاد السنّة للهويّة التي ذكرها. أمّا حسب Winnicott في: (Berry, 1987) إنّ الاستمرارية هي القاعدة الرئيسية لتقوية الأنا ولتقوية الإحساس بالوجود وفضيلة في هذه الوضعية تشعر بالضعف بسبب إحساسها بعدم الاستمرارية. أمّا عن سبب المرض عند فضيلة فهي تتصوّر أنّه راجع الى عدّة عوامل ذكرتها

و هي :

-الصراع والشجار الذي دار بينها و بين أهل زوجها و كثرت المشاكل معهم فهي تقول "زعاف زقوة مع ختاني مرضت بالهمّ " "نوطتي قالت لي دعيت عليك باه مرضتي هذي دعوتي"

"مئة بالمئة الزعاف هو لي جابلي المرض"

- تماطل زوجها في إتمام بناء منزلها الجديد : "مّني راجل مّني امراة ندير صوالح البّناي" علما بانّ زوجها يعمل بّنا و هذا التأخير في البناء كان يقلق الحالة.

-عين الحسد "سبب مرضي العين: النفس, داري شابة عمّرتها والناس يقولولي غاية دارك"

تصريحات فضيلة حول تمثّلاتها لسبب مرضها يجعلنا نتوقّف عند أعمال Herzlich

(1970) حول تمثّلات المرض: فضيلة تعتبر نفسها ضحية وليست المسؤولة عن مرضها بل أنّ المجتمع هو سيرورة مرضية معدية و بسببه أصيبت بالمرض فهي تقول لاشعوريا "لست أنا المسؤولة عن ظهور المرض إني ضحية لعوامل موجودة في المجتمع: هذه العوامل هي الشجار مع الآخر, عين الحسد, الصّراع مع الزوج والمناخ العائلي المضطرب "الهمّ". فالمجتمع حسب Herzlich (2005) هو النّمط المعاش (Mode de vie) وهو سيرورة ميكروبية معدية عدائية و الفرد الذي تسمّيه هذه الباحثة "عمق الصّحة" (Fond de la santé) هو المقاوم و المثابر و هو ضحية و يجد نفسه عرضة للإصابة بهذه الصيرورة الميكروبية-المرض-.

فضيلة عبّرت عدّة مرّات عن الاكتئاب وعن الاضطرابات الانفعالية الذي تعاني منها بسبب السرطان. حسب Archinard & Pasini & Haynal (1997) إنّ المصابون بالسرطان يعانون من الاضطرابات العقلية بنسبة 50%. و هم يعانون من اضطرابات على مستوى صورة ذاتهم و اختلال على مستوى صورة جسمهم. بالمناسبة هؤلاء الباحثين في نفس المرجع يذكرون أعمال Massi و Holland (1989) الذين توصلوا إلى أنّ المرضى المصابون بالسرطان يواجهون اضطرابات تكيفيه مع مزاج اكتئابي و القلق بنسبة 30 % و يعانون من اضطرابات : الاكتئاب و القلق و اضطرابات جسمية بنسبة 20 %.

تشوّه صورة الجسم و نظرة الآخر:

الجسم هو منتج عضوي، معرفي، نفسي و اجتماعي، الجسم هو ضريح النّفس والآخر يكمل الثاني فهم غير منفصلين عن بعضهما، "الجسم هو ضريح الرّوح" يقول أفلاطون ()
(Vinsonneau, 2002, 69) أمّا حسب ديكارت الجسم هو "جوهر واسع رحب متمدّد ممزوج ومستلق" « Substance étendue » مثل الآلة و الرّوح هي "جوهر يفكّر" Substance «
» pensante (Vinsonneau, 2002, 69) وهي التي تعطي الحياة للجسم الذي هو عبارة عن آلة حسب ديكارت (Roux, 2011) فإذا أصيب الجسم بمرض النفسية كذلك تصاب و تكون غير مستقرة و العكس صحيح، فإذا أصيبت النفسية ولم تقم بعملها النفسي سيتدخل الجسم وقد يصاب هو كذلك حسب تيار علم النفس الجسدي "كلّ ما لا يتمّ بلورته يسقط على الجسم". ما تجدر الإشارة إليه أنّ الإصابة عندما تكون على مستوى الجسم أو على مستوى نفسية الفرد فإنّ مركّباته الأخرى هي بدورها ستتأثر سلبيا: الجانب المعرفي العقلي للفرد و محيطه. لهذا إنّ الفرد يبقى ظاهرة معقّدة تتدخل في بناءه عدّة عوامل متداخلة و مترابطة فيما بينها و أيّ إصابة على مستوى مركّب أو مركّبات صورة ذات الفرد: تؤدّي إلى أزمة و اضطراب. لهذا إنّ جدليّة التعريف بالذات "ماذا يعينه الفرد؟" هو أمر مازال يبحث فيه العلماء في علم النفس الاجتماعي و باقي العلوم الأخرى.

صورة الجسم تلعب دورا هامًا في بناء صورة الذات حيث يرى Schilder (1968) أنّها هي أساس بناءها وأنّ الأنا ينبثق من خلال إدراكنا لوحدة جسمنا من خلال إحساساتنا اللمسية. صورة الجسم تعني "التّمثلات العقلية التي نحملها عن جسمنا، صورة الجسم هي الصّورة التي يكونها الفرد شيئاً فشيئاً عنه. هي تضم الهوامات (Les fantasmes) ، ويتدخل فيها المحيط..."
(Rosenfeld, 2005, 831) عندما تتشوّه صورة الجسم

و تضطرب سينعكس هذا سلبيا على صورة ذات الفرد فحسب Tourrette و Guidetti (2002) من أجل أن يشعر الشّخص بذاته و يقدرها هو بحاجة إلى إدراك و تمثّل ايجابي حول جسمه.

فضيلة تعاني من تشوّه جسمها وأنّ شعورها بذاتها هو مضطرب. هي تضع تمثّل عقلي سلبي حول جسمها بسبب التغيّر الذي أحدثه السرطان على المستوى الجسمي و بسبب نظرة الآخر و محيطها, نظرا لأنّ الجسم يتدخّل في بناءه المجتمع "هو دائما منتوج نفسي اجتماعي"

(Fsian, 2012, 53) فضيلة عندما تصرّح : *راجلي وريتله شعري خطرة بكيت حشمت*

منجّمش" أي "زوجي أظهرت له شعري مرّة واحدة, بكيت حينها أحسست بالحرج لم أستطع المقاومة", *كملت راني ضعيفة* "أي: *إني ضعيفة تلاشيت*", *منوريش شعري لبناتي نخاف نخلعهم* "أي: *لا أظهر شعري لبناتي أخاف أن أصدمهن*", *موريش شعري لأمي و اخواتي* "أي: *لم أظهر شعري لأمي و لأخواتي*", دليل على شدة معاناة صورة جسم فضيلة وهي متأثرة بنظرة الآخر حتّى وان كان أقرب النّاس إليها. و لأنّها متأثرة ومنصدمة بتشوّه صورة جسمها فإنها لا تسمح للآخر بأن يروها في هذه الوضعية

و خصوصا أعداءها "حلّفت راجلي باه ميقلش لدارهم", بل أنّها لاترضى حتّى أقرب الناس إليها يرو تشوّه جسمها نظرا لأنّها تعيش وضعية ما بعد الصدمة و بالمناسبة إنّ الصدمة من منظور التحليل النفسي هو حادثة تأتي من الخارج (Kuchenhoff, 2006) وهي تخلف عدّة احساسات أهمّها:

-الشّعور بالحياء و الكفّ "حشمت كي وريت لرجلي راسي" أي "شعرت بالحياء عندما أظهرت رأسي الى زوجي"., هذا الانفعال السلبي الذي تعاني منه فضيلة (الشّعور بالحياء) هو ناتج عن الضّغط أو الشقاق الذي حدث لها بين الأنا و بين مثال الأنا (L'idéal du moi). هو إحساس الأنا عند فضيلة بأنّه قد خسر و أنّه غير جدير (Indigne), صغير, غير كفيء, محقّر, مهان و يحاول عدم مقابلة الآخر نظرا لأنّه يعظّم و يضخّم هذه الأحاسيس السلبية. Ciccone &

(Ferrant, 2004)

فضيلة في هذه الحالة : حالة سقوط الشعر لا تحبّ مقابلة الآخر حتّى و لو كان من أقرب النّاس إليها.

-تخلّف الشعور بالذنب " (Sentiment de la culpabilité) " *واش درت في حياتي؟* " أي: " ماذا فعلت في حياتي؟ " *علاه زعفت روعي؟* " أي: " لماذا غضبت نفسي؟ " , *علاه دايزت؟* " أي : لماذا تشاجرت؟ , *وكان غي متقلّقتش على الرحلة, جبتها في روعي* " أي: ياليتني لم أفلق على الرحيل, أنا سبب مرضي. " *la faute فيا أنا* " أي : الخطأ هو خطئي ". من خلال هذه العبارات يتبين أنّ فضيلة تعاني من انفعال سلبي نوعه هو الشعور بالذنب و سبب ظهوره هو أنّ الأنا الأعلى عند فضيلة يصدر اتهام يوجّهه نحو الأنا و يطلب منه الإصلاح و العقاب (Ferrant & Ciccone, 2004) الأنا الأعلى عند فضيلة هو معتدى عليه بسبب السرطان وأفقده عدّة مواضيع مهمّة وسبب له جرح نرجسي "فقدان جسم مميّز". إذن إن الصدمة و الشعور بالذنب هما مرتبطان فيما بينهما ويترافقان دائماً (Lebrigtot, 2005).

فضيلة تعاني من فراغ على مستوى تمثّلاتها: انعدام المفهوم، فعدم اعطائها معنى للصدمة التي تلقّتها من جراء سماع تشخيص مرضها حول هذه الصدمة "صدمة السرطان": أحدث لها غموض ، عدم التبلور ، فراغ (Néantisation)، لم تكن لها عناصر معرفية معمّقة تعرّف حدث السرطان, لم تكن لها مفاهيم مسبّقة (Préconçus) حوله فهي لم تعش من قبل مثل هذه التجربة لم تكن لها تمثّلات حول هذه التجربة، لأنّ هذه التجربة المرضية هي خاصّة ولا يحسّ بها إلا الذي يتعرّض لها, فالمواضيع الغير ممثّلة (Irreprsentable): غير متبلورة من جراء مابعد الصدمة حسب Cournut (1998) هو معطى ذاتي يتميّز بعدم الأمل، اذ لاشيء يمكن ايقاض هذا التعطلّ عن اعطاء المفهوم (تعطلّ التمثّل) وفي هذا الصدد يتكلّم كولدبيتر- مارينفيلد Goldbeter-Merinfeld (1998) و يؤكّد أنّه عندما يظهر الحدث مفاجئ على شكل صدمة ويترك انفعالات قويّة الشخص هنا لا يستطيع أن يعبرّ عنه بل لايجد الكلمات التي يعبرّ بها، ويحدث له فراغ (Trou) في ذاكرته النفسية. فضيلة تسعى لبناء تمثّلات جديدة حول هذه الصدمة التي حسبها قد جاءت من الخارج وليس من الدّاخل وعلى إثرها فقدت مواضيع غالية عليها: فقدان الشعر مثلاً قد ساهم في فقدانها لهويتها الجنسية. بالمناسبة وحسب Apostolidis , Dany, Cannone , Filipetto & Suarez-Diaz (2009) في دراسة مقارنة قاموا بها بين

الرجال المصابون بالسرطان وبين النساء المصابون بالسرطان, فتوصلوا أنّ النساء هنّ يعانين أكثر من الرجال بسبب تساقط شعرهنّ و بسبب تشوّه مظهرهنّ الخارجي عامّة و تشوّه صورة جسمهنّ: هنّ يعانين من اضطراب عميق على مستوى هويّتهنّ الجنسية.

-تخلّف الشعور بالهجر: فضيلة لا تضع الثقة في الآخرين و هي منعزلة عن الأهل.

السّرطان و علاجه هو غالبا عدائي و قاسي على الجسم و يغيّر من مظهره, بالنسبة لفضيلة السرطان خلّف لها: عدم الإحساس (مثلا برودة في العلاقات الجنسية مع زوجها) (Anderson & Johnson, 1994) انتفاخات و تشوّهات, الإحساس بالنقص, صعوبة في التكيف مع الوضعية

(Arora & Gustafson & Hawkin, 2001) , فقدان حرّية التنقّل و العمل, التّبعية للعلاج, تبدّل لون الجلد, تساقط الشعر, الفشل... الخ

(1993, Blichart-Toft & Richadt & Johansen & Beckman)

Dolto (1984, 23) تقول: "بفضل صورة الجسم التي تضمّ المخطّط الجسمي نستطيع الدّخول في التّواصل مع الآخر.... لأنّ داخل صورة الجسم النّرجسية هي مدعّمة... إذن صورة الجسم تتبني عن طريق التواصل بين الأشخاص... "

أمّا في حالة فضيلة نظرا لاضطراب صورة جسمها بسبب تشوّه المخطّط الجسمي, هي لا تستطيع الدّخول و التّعّمق في التواصل مع الآخر. هي منعزلة ولا تقيم علاقات مع الآخرين بسبب المرض, لأنّ المرض الخطير و المزمّن يحدث للمصاب به تأثيرا سلبيا على نرجسيته و صورة جسمه ويفقده ذاته السّابقة. بالإضافة الى تسبّبه في قطيعة على مستوى علاقاته الاجتماعية وعلى مستوى نموّه (Fsian, 2012).

السوسيوولوجي Mead منذ زمن طويل (1934) و باحثون آخرون وضّحوا أهمّية و دور الآخر في بناء الذات (Moscovici, 1994) وفي نموّها و تطوّرها ولكن إن فضيلة تعاني من

مشكلة عدم التفاعل مع الآخر, نظرا لعدّة أسباب و لعلّ السبب الرئيسي هو المرض و اضطراب صورة الجسم و نظرة الآخر السلبية (سخرية, استهزاء, شفقة, عبئ ثقيل...الخ) الموجهة إلى فضيلة, سبب هذه النظرة السلبية يرجع لعدّة عوامل كتعطلّ دورها و تشوّه الجسم و بسبب الصراعات و الحقد...الخ. إن هذه النظرة نلاحظ أنّها تساهم بطريقة كبيرة في اضطراب و في معاناة صورة ذات فضيلة التي تصرّح كما يلي:

ثوطتي تقولي دعيت عليك باه تخلصي" أي "حماتي تقول لي كنت أدعي الله عليك لكي تدفعين الثمن", "الناس غي يهدرو" أي "الناس لا يتوقفون عن الكلام", "فاميلتنا راديني غدي نموت مشي المرض لي يكتل" أي "أهلي يحسبون أنني سأموت ليس المرض الذي يقتل", "مضخمين هذا المرض عمتي قالت لابن عمّي راها grave فيها cancer....وعلاش راها دايم دير chimio؟" أي "يضخّمون المرض عمّتي قالت لابن عمّي, فضيلة هي في خطر تعاني من السرطان.... ولماذا هي دائما تقوم بالعلاج الكيميائي؟", "المجتمع ميرحمش" أي "المجتمع لا يرحم", "ثوطتي منسملهاش متبغينيش. دير القتال" أي "حماتي لا أغفر لها لاتحبّني. تشعل القتال", "ثوابطي نحسهم يستشفواو فيا" أي "حماياتي أحسّ أنّهنّ قد فرحن بمرضي" "مبيغونيش الغيرة بلاك لي راه عندي نمدهلهم غي يخليوني ترونكيل", "أي كلّهن لا يحبّنيني, ربّما بسبب الغيرة منّي, أعطيهنّ كلّ ما عندي المهم يتركونني سلام". "مين قلت تهنّيت من العيال و الختان جاني المرض" أي: "عندما فرحت وقلت ارتحت من أهل زوجي جاني المرض", "دارنا ومتهلاوش فيا, باقي خاطري عليهم مجاوش يرقبو عليا" أي "أمّي و اخوتي لم يعتتو بي, أنا مجروحة منهم لم يأتو لزيارتي". من خلال هذه العبارات يتبيّن لنا أنّ فضيلة حقّا هي منعزلة عن محيطها و لكن ماتجدر ملاحظته أنّها في نفس الوقت هي بعيدة عن الآخر وهي بحاجة للآخر في نفس الوقت لكي تعبّر عن آلامها و لجلب انتباه الآخرين (Schilder, 1968) "كاين غي أختي الكبيرة لي تفهمني و نحكيها كلّ شيء و ندير على رايها نحترمها" أي "يوجد أختي الكبيرة التي تفهمني و أحكي لها كلّ شيء و أعم بنصيحتها احترمها" عندما تقول: "دارنا ومتهلاوش فيا, باقي خاطري عليهم مجاوش يرقبو عليا" هي تطلب من الآخر الدّعم والمساندة و الاهتمام نظرا لأنّ المساندة

الاجتماعية في هذه الوضعية هي نافعة جدًا للمريض كما يؤكّد Richard (2004) . أمّا Persons منذ 1952 أكّد على أنّ المرض هو الإنحراف أو الإنحدار عن المجتمع و يجب على المجتمع أن يهتمّ بالمريض ويراقبه لأنّه سيصبح عدواني في سلوكاته إن لم يتمّ الاهتمام به, في: (Herzlisch , 2005). في هذا المجال يوضّح كلّ من Bruchon و Quintard (2001) أنّ المصاب بالسرطان هو بحاجة للدّعم الاجتماعي و العائلي خصوصا (Soutien sociale perçu) الذي يعني حسبهم : شريك للتطوّر الإيجابي للمرض و يشجّع على السلوكات الإيجابية. وهذه النتيجة التي خرجوا بها استنتجوها من أعمال سبعة باحثين.

"تبدّلت وليت اخرى. منارفا" أي: "لقد تغيّرت. أصبحت أخرى", "دارنا باقي خاطري عليهم موقفوش معاي في هذه المحنة, مجاوش بريقبو عليا" أي: "أمّي و إخوتي أنا منزعجة منهم, لم يقفوا بجانب في هذه المحنة, لم يجيؤو لرؤيتي". فضيلة للأسف تعاني من عدم اهتمام الآخر بها لذلك إن مرضها يتطوّر نحو الأسوأ: الانتكاسات, كما أنّ سلوكاتها أصبحت غير سويّة. كلّ هذه العوامل ساهمت في اضطراب صورة الذات عند فضيلة

بل أنها ساهمت في فقدانها ذاتها السابقة واكتسابها ذات جديدة تعاني بشدّة.

(Sordes-Ader & Tarquino & Tap, 2002).

استراتيجيات المواجهة عند فضيلة:

في المقابلات النّصف الموجهة التي قمنا بها مع فضيلة كنّا نلاحظ ابتسامتها ولكن أعينها كانت تعكس الحزن و الإكتئاب. يبدو لنا أنّ فضيلة تستعين بمجموعة من الجهود و القوى التكيّفية مع مرضها فهي تصرّح: "تكون عيانة و نغسل ماعين نفورسي على روعي" أي: "أكون مرهقة و أغسل الأواني", "منقدرش نقول كلمة cancer نحبّ نصغّر بكلمة هودجكين منحيش نضخّم المرض" أي: "لا أستطيع قول كلمة سرطان أحبّ أن أغرّه بكلمة هودجكين, لا أحبّ أن أضخّم المرض", "مشي أيّ واحد يموت بهذا المرض" أي: "ليس كلّ شخص يموت بسبب السرطان",

تُقلش بناتي" أي "أهتّم كثيرا بناتي". لكن انّ هذه الإستراتيجيات المواجهة المستعملة من قبل فضيلة هي ناقصة مقارنة بالحالات الأخرى التي تعاملنا معها, خصوصا زهية و سميرة وحتى جميلة. فضيلة هي عكس زهية وسميرة الذين لهم مكانة اجتماعية و اقتصادية معتبرة ومستوى جامعي. لذلك يبدو لنا أنّهم تستجند كثيرا باستراتيجيات مواجهة فعّالة ضدّ المرض مقارنة

بفضيلة. دراسة Holahan و Moos (1987) المذكورة من طرف Fischer :

و Tarquino (2006) بالمناسبة تؤكد على : وجود علاقة ارتباطيه بين المكانة الاجتماعية الاقتصادية و بين الاستعمال الجيد لاستراتيجيات المواجهة و كلّما كان المستوى الدّراسي عالي كلّما الاستعمال و الإقبال على استراتيجيات المواجهة بكثرة وبفعالية. فضيلة تستعمل استراتيجيات مواجهة متمركزة حول الإنفعالات و ليست متمركزة حول المشكل (كزهية و سميرة) . لذلك هي مستسلمة نوعا للمرض : تستعمل استراتيجيات مواجهة مسالمة (Coping passif) لذلك هي مكتئبة و تسيطر عليها الانفعالات السّلبية. "المرض طال كيش كنت وكيش وليت !!! وليت منارفية حسّاسة اكتباب" أي: "المرض أطال كيف كنت و كيف أصبحت!!! أصبحت عدائية حسّاسة مكتئبة". حسب Bruchon و Quintard (2001) انّ استراتيجيات المواجهة من نوع مراقبة الإنفعالات (Stratégies de contrôle émotionnel) و الإعتماد عليها من طرف المرضى المصابين بالسرطان هي عموما مصاحبة لتطوّر سلبي للمرض و ينجّر عنه : العجز, فقدان الأمل, الإنشغال في الحيرة

و القلق, ردود أفعال مضطربة, التدهور و الإنحطاط -أعراض نجدها حاضرة عند فضيلة- على عكس المرضى الذين يتبعون استراتيجيات المواجهة من نوع التركيز على المشكل (Stratégies centrées sur le problème) فهم لديهم اتّجاه تفاؤلي و تحدّي : تفكير قتالي

و ايجابي, نظرا لأنّهم يبحثون عن مرضهم من الناحية العلمية ولا يكتفون بالبحث عنه من الناحية الإجماعية الثقافية مثل فضيلة.

مشكلة فضيلة إذن أنّها ترى مرضها من الناحية الإنفعالية السلبية وليس من الناحية الموضوعية المتمركزة حول المشكل: " السرطان مات بيه ولد عمّي " أي: " ابن عمّي مات بسبب السرطان " , " هذا المرض قبيح و دواه قبيح ويردّ morale مشي مليح " أي: " هذا المرض صعب و دواه صعب ويجعل الذات ليست مضطربة "

"تحسّي روحك ضعيفة وغدي تروحي" أي: " المريض بالسرطان يحسّ ذاته ضعيفة وأنّه سيغادر الحياة".

هي قضية تمثلات اجتماعية سائدة حول السرطان تؤثر بشكل كبير و سلبي على صورة ذات فضيلة. إن الفرد عندما يتعرّض لحادث ما, فإنّ هذا الحادث تحيط به عوامل بنيوية و الفرد في هذه الحالة يستعين باستراتيجيات مواجهة مرتبطة بخصائصه الذاتية: يعني يرى الحادث حسب عناصره البنائية (للحادث) و حسب تمثلاته هو (الفرد). لهذا حسب

Fischer و Tarquino (2006) إنّ العناصر المحيطة للحادث لها مساهمة و دور فعّال في استعمال استراتيجيات المواجهة فهي تدفع بالفرد الى الإستعانة بها وهي تختلف من فرد لآخر لأنّ الأفراد يختلفون في خصائصهم و في تأويلاتهم للحادث. فضيلة تستعين باستراتيجيات مواجهة غير فعّالة في هذه الوضعية (الحادث) نظرا لأنّها تضع عناصر محيطة بنائية سلبية حول الحادث وتؤوّله سلبيًا إذ هي تدخل الذاتية و الانفعالات السلبية والمعتقدات الاجتماعية الخاطئة أحيانا للتعبير عن مرضها وتمثّله.

تعطّل دور فضيلة و تزعزع مكانتها:

مصطلح الدور هو مرتبط بالمكانة و التي هي الوضعية الإجتماعية التي يشغلها الأفراد داخل المحيط الإجتماعي (Mareau , 2007-2008). Stoezel (1978) كتب عن الاختلاف بين كلّ من الدور والمكانة نظريا و يؤكّد أنّه من الناحية التّطبيقية العملية يبقى التفريق

بينهما غالبا صعبا. حسب شريف Cherif : "الأدوار هم غير منفصلين عن المكانات " (2007)، (13).

الدور: هو نظام من السلوكيات و التصرفات (Mucchielli, 2001) هو نظام من التصرفات المعتبرة العادية (Anzieu , 1976) أين الآخر (Autrui) ينتظر مني القيام بها : انتظارات المجتمع، هو الجزء الديناميكي و يلعب دورا هاما في بناء الذات.

المكانة هي : " أحد من المكونات للهوية الإجتماعية ولصورة الذات" (Abric ، 2003 ، 14) , هي انتظارات الفرد من المجتمع عند قيامه بدوره و كأنه ينتظر مكافأة اجتماعية واعتراف به و منحه مكانة في المجتمع.

سلوك فضيلة ليس حرا إنما هو مقيد و نسير بأدائها لأعمال محددة، ان المجتمع يفرض عليها القيام بها. بالمناسبة ان Linton Ralph من الأوائل الذي اهتم بمصطلح الدور و حسبه انه يتجسد في تنفيذ الواجبات و المطالب التي يفرضها المجتمع على الشخص، فالدور الذي يشغله الشخص يعني مكانته و وضعيته منحها له المجتمع (Yvonne, 1977). فضيلة مطالبة باستدخال و باتباع نظام المجتمع وهي مطالبة بتأدية واجباتها كفرد فاعل و نشيط و رئيسي في أسرتها، فهي عندما تقوم بدورها هذا المجتمع و الأسرة يمنحونها مكانة أم و ربة بيت و زوجة و بنت عروس (بالنسبة لأهل زوجها). فالدور و المكانة يساهمون في بناء صورة ذات فضيلة و اعطاءها الشعور بالذات و تحقيق الذات و تقدير الذات و التعريف بذاتها، نظرا لأن الفرد يتعرف من خلال أدواره التي يشغلها في نظامه الاجتماعي. لكن و للأسف ان فضيلة تعاني من اختلال على مستوى أدوارها:

- كأم "بناتي سمحت فيهم سمحت في داري" أي : "بناتي أصبحت لا أهتم بهم ولا أهتم بمنزلي".

-كزوجة: " نكون عيانة و نغسل ماعين زوجي يعاوني في شغل الدار ملي مرضت بصح أنا منبغيش نقول يجي عيان من الخدمة و أنا نزيد له" أي: "أكون مرهقة و أغسل الأواني زوجي يساعدني في أعمال المنزل منذ أن مرضت ولكن أنا لا أحب أقول هو يأتي مرهق من العمل وأنا

أضيف له". "العلاقات الجنسية تأثروا من المرض". جسم فضيلة أصبح معطلّ مريض، ضعيف وغير متعي و مصدر صراع بينها وبين زوجها لأنّ الجسم هو وسيط أو رابط اجتماعي (Médiateur du lien social) (1994, Moscovici) -كينت عروس : "كنت خدمة منريش قبل المرض لاهية خفيفة" أي: "كنت في عمل المنزل أعمل ولا أرتاح", "كنت مع الختان" أي "كنت أعيش في منزل أهل الزوج", "بصّح درك نخدم فيسع نعيًا نطيح" أي: "لكن الآن أعمل لكن في وقت قصير نعيًا ونطيح", "نفورسي على روعي بزّاف" أي: "أجهد نفسي نفسي بكثرة". وهذا الاختلال الذي أحدثه لها السرطان على مستوى أدوارها ساهم في اضطراب صورة ذاتها

(Betaouaf & Cherif, 2013)

حسب Linhart ; Rist ; Durant (2003) أنّ فقدان الوظيفة هو فقدان الذات, فضيلة فقدان وظيفتها بسبب المرض و هذا أثر سلبيًا على مكانتها التي أصبحت مهدّدة بالطلاق و هجر الزوج وعدم الإهتمام بها و الموت. لهذا نستنتج أنّ فضيلة قد فقدت ذاتها السابقة. دراسة Roques (2004) أيضا توضّح أنّ الدّور و المكانة هما عنصرين بنّائين لصورة الذات. إذا كان الدّور يلقي رضا من المجتمع فأنّه سيؤدّي الى شعور الفرد بالقيمة الذاتية. فضيلة لا تشعر بالقيمة الذاتية لأنّ دورها لا يلقي رضا الأهل خصوصا الزوج و عائلته, بل هي لا تقوم بدورها و تترك زوجها يقوم به.

الدّور و المكانة يساهمون في بناء الذات وهما مرتبطون بالشعور بالذات. مكانة فضيلة مزعزة مهدّدة و إذن الشّعور بالذات عند فضيلة هو سلبي و لا يمكننا القول بأنّها لا تشعر بذاتها لأنّ الشخص مهما يتعرّض لأزمات يبقى يحسّ و يشعر بذاته و أنّما ما يتغيّر هو هذا الشعور : من شعور ايجابي إلى شعور سلبي. الشعور بالذات يضمّ عدّة عناصر بنائية و هي : سيرورات التماهي, تقدير الذات, الجماعة المرجعية, التفاعل, التواصل, المكانة, الدّور, الشعور بالجسم, صورة الجسم, المخطّط الجسمي

(Stoelzel ,1978)

الشعور بالذنب وتقدير الذات:

عدم قدرتها على التحكم في انفعالاتها نظرا لعيشها في مناخ عائلي مضطرب قد ولد عند فضيلة الشعور بالذنب: قلقها من أجل إتمام بناء منزلها الجديد و الرّحيل بعيدا عن أهل زوجها
قلق نتج باه نكملّ الدار", "كنت مقلقة على الدار, تاني زاد على المرض, نخمّم على صوالح
بزاف, كلّ شيء اشتترته زيّرت بصّح ندمت و كان غي صبرت وكان غي مشريتش الصوالح" مّني
راجل مّني امراة الدار صماطت درك ما هانياش مديقة"

كذلك اننا قد لمسنا أنّها تشعر بالذنب عندما تقابل الآخر: زوجها و بناتها

و أهلها برأس بدون شعر "صلع" بسبب التأثير الجانبي للعلاج الكيميائي روجي شاف شعري مرّة
حشمت من راجلي بكيت, منجمتش" "بناتي نخلعهم بلا شعر", "دارنا أمّي اخوتي موريتلهمش
شعري". فهي لا تسمح للآخرين أن يرو شعرها المتساقط و حتّى أقرب الناس لديها نظرا لأنّها
تسعر بالنقص. لاحظنا أنّ شعور الحالة بالذنب أثر سلبيا على تقديرها لذاتها وبالمناسبة عدّة
باحثين ومن بينهم

Rosenberg, 1985;Carmines, 1978 أكدوا على أنّ الأفراد الذين يعانون من تقدير

ذات منخفض هم عرضة للشعور أو الاحساس بالذنب ولمخاوف مرضية متعلّقة بالفقدان
وللاحاساس بأنهم ضعفاء (Vallieres & Vallerand, 1990)، أعراض نجدها متوقّرة عند
الحالة فضيلة وتجعلنا نستنتج أنّه فعلا تقديرها لذاتها هو في انخفاض حيث أنّ الجدول التالي
لنتائج تطبيق مقياس روزنبارغ لتقدير الذات يبيّن درجة تقديرها لذاتها والتي هي 29 فهذه الدرجة
توكّد أنّ تقديرها في المتوسطّ.

البند	العبارات الموجبة	العبارات السالبة	المجموع
-------	------------------	------------------	---------

	9	8	6	5	2	1	7	4	3	1	
						0					
29	2	2	2	2	4	3	4	3	4	3	البدائل

انّ تساقط الشعر و ظهور الانتفاخات على مستوى الرقبة و البطن و الذراعين و اسوداد الوجه و كلّ الجسم و النحافة و الضعف هي تغيّرات سببها السرطان لفضيلة ممّا أدى الى تشوّه صورة جسمها و صورة ذاتها وحتّى مستوى تقديرها لذاتها يبدو أنّه تغيّر سلبيًا بسبب تعطلّ دورها -كما أوضحنا سابقا- و بسبب هذا التغيّر الجسمي السّلبى خصوصا و أنّها عندما تقارن صورة ذاتها الآنية بذاتها السّابقة و الضّائعة (Betaouaf & Cherif, 2015) و عندما تقارن صورة جسمها مع الآخر الذي يتمتّع بجسم سليم و تلاحظ الفرق الكبير بين ذاتها الآنية و بين ذاتها السّابقة و ذات الآخر فإنّ فضيلة تشعر بالذّنب و تنقص من قيمة ذاتها "كيش كنت و كيش وليت" اكتئاب . فضيلة إذن لديها الحنين إلى الذات الماضية التي فقدتها بسبب المرض "قبل المرض كنت عادي بصحّ درك وليت منارفا منساعفش معنديش خاطر, حتّى كي نلبس بناتي" يغلب عليها البكاء وليت حساسة "تبدلت في كلّ شيء" "كملت ضعيفة"

و فعلا و حسب

يكتسب ذات جديدة مضطربة و تعاني. (2002) Sordes-Ader & Tarquino & Tap انّ المريض بالسرطان يفقد ذاته السّابقة و

حسب تيار علم النفس الإجماعي انّ تقدير الذات هو مصطلح أساسي في تعريف صورة

الذات وهو تقييم الذات و الرضا عنها, هو درجات من السّلبى إلى الإيجابى. في حالة فضيلة نلاحظ أنّها غير راضية عن ذاتها, أنّها تعتبر ذاتها عاجزة وغير قادرة على القيام بأدوارها و عدم فعاليتها و حتّى أنّها تشعر بأنّها غير مهمّة و مكتئبة. التقييم الذي تضعه الحالة عن قيمتها الذاتية

هو تقييم غير جيّد بل متدنّي وهذا ما تحصّلنا عليه عندما طبّقنا عليها مقياس روزنبارغ لتقدير الذات. إن رضاها عن ذاتها هو سلبي فهي تشعر بالنقص بسبب التغيّر السلبي الذي حدث لها على مستوى جسمها بسبب السرطان: سقوط الشعر, النحافة, تدهور الصّحة... الخ. عدم قيامها بأعمالها المنزلية و تزعزع مكانتها الاجتماعية سببان متكاملان فيما بينهما ويساهمان في الإنقاص من تقدير ذاتها كما أوضحنا سابقا. إنّ الفرد يحتاج إلى الرّفح من قيمته من أجل نظرتة إلى ذاته و من أجل نظرة الآخر تجاهه، فهو يحتاج إلى الإحساس بأنّه جدير بالثقة و الحبّ من خلال صفاته و أدواره. تقول Chiland في هذا المجال إن الرضا عن الذات هو بمثابة "العمود الفقري" في نفسيتنا التي تسمح لنا بالصمود أمام المحن.

الحالة الثانية: ستي

1. تقديم ستي.
2. تأويل النتائج وتحليل المقابلات.
 - 1-2 تعطلّ الدور وتغير صورة الذات.
 - 2-2 نظرة الآخر و الإحساس بالنقص.
 - 3-2 تمثلات المرض عند ستي.
 - 4-2 استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف ستي.
 - 5-2 الإحساس بالمرض هو صدمة.
 - 6-2 صورة الجسم عند ستي.
 - 7-2 تقدير الذات.
3. استنتاج.

1. تقديم ستي :

"ستي" تبلغ من العمر 40 سنة، متزوجة منذ 07 سنوات ولم ترزق بأبناء، تقيم بضواحي مدينة تلمسان مصابة بالهوشكين (Hodgkin)، لها مستوى دراسي الثانوية ثانوي، تبدي ابتسامة جميلة، تتكلم بكل تلقائية وحرية في المقابلات وهي حالة غنية بالمعلومات. هي الأخت الصغرى لأخت متزوجة وأخوين متزوجين. أمها متوفية وحسب ستي سبب مفارقتها الحياة هو السرطان. الوالد متوفي.

تقيم حاليا ستي مع العائلة النووية ذات المستوى الاقتصادي المتوسط والمتكوّنة من الزوج وأمّه وأخيه الغير متزوجات وإخوته: 2 متزوجين و 2 بدون زواج، أخوات الزوج حسب تصريحات ستي هنّ يضايقنها.

منذ سنتين أصيبت بمرض "الهوشكين" وهي تصرّح بأنه ظهر بعد عودتها من ولاية سعيدة مع زوجها، أين كانوا في الحفل (العودة) مع أقرباء الزوج لأن أصلهم من ولاية "سعيدة" وهي تقول : "العين لي بيّا، من داك النهار ما شفتش الخير في حياتي".

أي: "عين الحسود هي السبب في مرضي، منذ ذلك اليوم لم أرى خيرا في حياتي".

حسب ستي هذا المرض أفقدها جمالها وهي تخجل كثيرا بالصلع الذي أصابها أمام أفراد أسرته النووية و منزعة من قيامها بالعلاج الكيميائي كلّ 21 يوما، نظرا لأنه يسبب لها آثار جانبية كالتقيؤ و زيادة الوزن و الألم... الخ

قبل إصابتها بالمرض كانت ستي تعاني من عدم إنجابها الأطفال وكانت متخوفة من أنها لن ترزق بهم. ثمّ جاء هذا المرض: بالإضافة إلى التغيرات السلبية الجسمية والعلائقية والنفسية التي يسببها، لقد سبب لها عقم مؤقت وبرودة جنسية. زوجها يعمل بنّاء وهي تحبه كثيرا و تريد بأيّ طريقة الشفاء من أجلها ومن أجله ومن أجل تحقيق أمنيتها ألا وهي إنجاب الأطفال.

2. تأويل وتحليل نتائج المقابلات:

اذن جاء المرض يتطفّل في حياة المريضة وعلى الطبيب والمحيط الاهتمام به كما يقول Gros (1996) وسبب العقم المؤقت لستي واختلال في صورة جسمها، إضافة إلى مشاكل أخرى نتطرّق إليها كما يلي:

2-1 تعطلّ الدور و تزعزع المكانة عند ستي:

ستيّ أصيبت بالهوشكين (Hodgkine) كان عمرها 38 سنة. قبل هذا السنّ كانت تعاني من الخوف من عدم إنجابها للأطفال نظرا لاقتربها من سنّ اليأس. كانت تعاني ومازالت تعاني من تعطلّ الدور الإنجابي والذي بدورها قد منحها تزعزعا على مستوى مكانتها الاجتماعية، فأمنيتهما تتجب طفلا لكي تتحصّل على مكانة أمّ. بالمناسبة عند بعض الباحثين كفسيان أنّ المرأة تعرف وتعرّف عن طريق مكانتها كأّم. فانجاب الأطفال بالنسبة للمرأة والرجل هي تحقيق الذات والشعور بالذات وتحقيق مكانة اجتماعية وكسب رضا المجتمع حسب مفهوم اركسون مذكور في (Thomas & Michel, 2005). ستي في وضعية البحث عن مكانة أمّ تحقّق بها ذاتها و تشعر بأنها موجودة و مهمّة من طرف الآخر و حسب Bioy و Maquet (2007) فإنّ الطفل الأول عند الزوج والعائلة سيخلق مكانة أبوين ومكانة الجدّات والجدود ومكانة الأعمام و الأخوال... الخ. نظرا لأنّ المجتمع الجزائري حسب Boutefnouchet (1982) هو مكوّن من الرجال والنساء ويعطي أهمية كبيرة لموضوع ضرورة الزواج و الإنجاب سواء كان رجلا أو امرأة وأنّ سلوك الفرد يذوب في سلوك الجماعة: المجتمع يفرض والفرد يخضع ويستدخل المعتقدات والمعايير والقيم... الخ. أو بمعنى آخر الفرد يجد نفسه قد شكّل في ذاته تمثّل جمعي كما يصرّح دوركايم : مذكور في (Jodelet, 1989) أي المفهوم الاجتماعي الفرد يستدخله ويبلوره بفضل قدراته المعرفية و تفاعله مع الآخر.

مكانة ستي الاجتماعية تبدو لنا أنّها مهدّدة بالنسبة إليها، فهي تتصوّر بأنّ مكانتها بالطلاق والموت وعدم الإنجاب:

الطلاق: عندما تقول لزوجها: "راك تشوف بزّا غي *la qualité* ، بنات شابين وهنا تشوف العصابة" أي: "إنّك ترى في الشارع بنات جميلات وهنا ترى دائما الخمار" أو: "*des fois* نسقسيه نقوله ما رانيش ثقيلة عليك؟ أي: "أحيانا أسئله وأقول له : هل أنا ثقيلة عليك؟" ، أو : "كي قتله على مرضي أنا حسبت قاع غدي يخآيني يسمح فيا، بصّح نصاب ولد فاميليا" أي : "عندما أخبرته بمرضي ظننت أنه سيتركني ويتخلى عنيّ لكنّه فعلا ابن حلال" ، أو "تخاف يديوهلي البنات، نشاك بزّاف... " أي : "أخاف أن تخطفه منّي النساء ، أنا أشكّ كثيرا".

الموت: تمثّلتها للسرطان هي سلبية: تعتبره مرتبط بالموت، سبّب موت أمّها.

عدم الإنجاب: محل انشغال الحالة، السرطان يسبّب العقم المؤقت بالإضافة الى اقترابها من سن اليأس وبالمناسبة أنّ فترة مابعد سنّ اليأس (*L'après-ménopause*) حسب Lachowsky و Winaver (2008، 90) أنّها تسمّى ب: "الأزمة في وسط الحياة (*Crise du milieu de la vie*)" العقم بالنسبة للمرأة حسب Mizikas (2009) هو يحطّمها في كيانها ويسبّب عدّة أحاسيس سلبية ك: الحزن (*Désolation*) ،الاكتئاب والقنوط ،الدمار (*Dévastation*) الاحساس بالموت والفرغ والغياب. إنّ هذه الأحاسيس نجدها حاضرة عند الحالة ستي وهي تؤثر عليها سلبيا وتسبّب لها عدم إحساسها بأنوثتها أو نهاية أنوثتها واقترابها من سنّ الشيخوخة .

2-2 نظرة الآخر و الإحساس بالنقص:

ستي تقول : "حسّ روعي ناقصة" أي : "أحسّ نفسي بأنني ناقصة"

الحاجة لي راهي مهبلتني هي مجبتش اولاد من كرشي يرفدو اسم العايلة ودرك منقدرش نولد، قاع نرفد درك يجي مشوّه".

أي: "الشئ الذي يعذبني هو لم أستطع إنجاب الأولاد من بطني، يحملون اسم العائلة

والآن حتى و ان استطعت الإنجاب الولد يولد مشوها" ، "نحس روجي ناقصة قدام راجلي
كيما جيتش الدرية، هو يتمنى الدرية و فاميلتا تانيك يستناو الدرية، راجلي ما يقوليش على معاناته
على لي مولدتش. بصح أنا نحس..."

أي: أحس بالنقص أمام زوجي لعدم إنجابي الدرية، محيطنا كذلك ينتظر الأولاد، زوجي لم
يصرحلي على ألمه من عدم إنجابي. لكئي أحس"

"وكان جبت غي ولد كي نشوفه الدنيا و مافيه نريح ... أي : "لو أنجبت و لو ولد عندما أرى
الدنيا كلها، أشفى "

"المجتمع نتاعنا يستناو البنت تزوج و يلا مزوجتش يقولو علاش؟ وكي تزوج يستناوها تولد و يلا
مولدتش يقولو علاه؟ القيل والقال، غي يهدرو وكاين لي يستشفا فيك". أي: "مجتمعنا ينتظرون
البنت متى تتزوج واذا لم تتزوج يقولون لماذا؟ وعندما تتزوج ينتظرونها تلد واذا لم تلد يقولون لماذا؟
ال قيل والقتال، يتكلمون كثيرا ويوجد من يفرح لك عندما لا تتجيبين."

" الطبيبة قالت لي كي نريح عاود نزيد نقعد عامين مانولدش ، هذي ما قلتها حتى لواحد لا
لراجلي و لا la famille ... وبيتنا نريح...؟"، أي : " الطبيبة قالت لي عندما أشفى سأنتظر مرة
ثانية عامين حينها أستطيع أن أنجب ، هذا لم أصرح لأحد لا لزوجي ولا للعائلةمتى
أشفى...؟"

ستي قد سطرت مشاريع مستقبلية في حياتها ولعلّ أبرزها إنجاب الأطفال و تحقيق مكانة أمّ
أمام نظرات أهلها ومحيطها "كنت تتمنى من هذا الزواج نعيش غاية ونجيب الدرية الصالحة" أي:
" كنت أتمنى من هذا الزواج أعيش في سعادة وأنجب الدرية الصالحة. ". مشاريع ستي باعت
بالفشل بسبب المرض وهذا يؤثر سلبيًا على ذاتها نظرا لإحساسها بقطيعة على مستوى استمراريتها
في الحياة وقطيعة على مستوى تحقيق مشاريعها المستقبلية، لأنّ تسطير الفرد لمشاريع في

المستقبل يسمح له بتقوية إحساسه بالاستمرارية وهذا الإحساس بدوره يدخل في بناء الذات وحسب إركسون مذكور في Coslin (2002, 115)، فهو يعرف الهوية الفردية "على أنها نسق من الأحاسيس، التمثلات التجارب والمشاريع المستقبلية للفرد". رغبة الحالة في إنجاب الأطفال هو الرغبة في إشباع رغبة الأمومة والتي لها علاقة بالمرحلة القضيبيّة: عقدة الخصاء التي ينتج عنها الإحباط لعدم الامتلاك. العلاقة بالموضوع هنا هي علاقة فقدان ونقص واحتياج للموضوع "الموضوع يتواجد بكثرة في حضوره أكثر من غيابه" يقول De Oliveira (2005, 295)

عند ستي عدم امتلاك طفل هو إحباط له جدوره متعلّقة بعقدة الخصاء وحسب Bioy و Maquet (2007) رغبة الفرد في انجاب الطفل تبدأ منذ طفولته في المرحلة الأوديبيّة. وعند المحلّين النفسانيين ك: كلاين مذكورة في (Ségel, 1983) أنّ المرأة تتخلّص من عقدة الخصاء -التي تراودها لاشعوريا في حياتها قبل انجابها- عند إنجابها لطفل: سيعوّضها عن النقص الذي عاشته في الطفولة ويجعلها تشعر بالقوّة وإثبات الذات والقضاء على النقص الذي عانت منه من جراء عدم امتلاكها للقضيبيّ ظناً (لاشعوريا) منها انها قد أقيم عليها الاخضاء من طرف الآخر. الأمر الذي ولّد عندها حسد القضيبي. تمكّن ستي من "إنجاب الطفل" يخلق لها مكانة إجتماعية (مكانة أمّ)، تسمح لها بتطوير إحساسها بذاتها: إحساس بأنها مسؤولة لها دور هام وهو تربية الأبناء، الدور بدوره يدخل في بناء وتحقيق الذات وفي تقدير الذات، هذه الاحساسات الايجابية نحو الذات تسمح بالتخفيض من القلق والاحباطات والتخلي عن المشاعر السلبية. إذن عند تحقيق انتظارات الآخر وتجسيدها من طرف ستي ستحصل على مكانة معتبرة في المجتمع بدورها تزيد من شعورها بذاتها وتحقيقها لذاتها وحسب Abrie (2003) بناء الذات يتطلّب من الشّخص أن يضع لنفسه مكانة إجتماعية. للأسف ستي لا تستطيع تحقيق انتظارات وتمنّيات الآخر خصوصا زوجها. لهذا نستنتج أنّها لم تحقّق ذاتها بسبب عدم إتمام أدورها: انجاب الأطفال و عدم قيامها بأعمال المنزل ومشكل برودتها الجنسية بسبب المرض. يقول Tap (2004, 57): "تحقيق الذات من خلال اتمام الدور" وحسب دوتش Deutsch (2004) إنّ المرأة التي لاتستطيع الانجاب وتكون في وضعية سنّ اليأس هي تعيش في حالة اهانة نرجسية (Humiliation narcissique)

واكتئاب وقلق ونهاية تدريجية لأنوثتها صفات نجدها تنطبق على مريضتنا ستي أمّا Fassin (1990) فهو يقول أنّ المرأة في وضعية العقم هي لا تلقى مواساة ولا دعم ولا يعترف بها اجتماعيا. بما أنّ الدور يدخل في بناء صورة الذات وهو عنصر فعّال في تحقيقها اذن أنّ صورة الذات عند ستي هي مضطربة. بمعنى آخر أنّ صورة الذات تدخل في بناءها عدّة عوامل وأنّ اختلال أي عامل من هذه العوامل البنائية والمتداخلة فيما بينها هو يسبّب اختلال واضطراب صورة الذات. العوامل الأخرى المشاركة في هذا الاضطراب أو في فقدان النهائي للذات السابقة واكتساب ذات جديدة سننظرّق إليها فيما بعد.

يبدو لنا أنّ ستي تعاني من الإحساس بالنقص أمام أعين الآخر بسبب عدم إنجابها للأطفال وبسبب تشوّه جسمها بسبب العلاج الكيميائي الذي تتبعه باستمرار. الهودجكين يسبّب لسّتي تساقط شعرها والصلّع. فنظرا لتأثرها سلبيا بتشوّه صورة جسمها وإحساسها بالنقص أمام الآخر راحت ستي تبحث عن استراتيجيات مواجهة: تواجه بها الآخر. كبحثها بإلحاح على الشعر المستعار ووضعها فوق رأسها، حسب أدلر مذكور في Compan (2005, 1646): "كون الشخص هو شخص يعني امتلاك إحساس بالنقص الذي يتطلّب دائما التعويض" والتعويض عند ستي هو إيجاد وسيلة تعويضية تمكنها من استرجاع ذاتها السابقة والمفقودة حاليا (Betaouaf & Cherif, 2015) و يسمح لها بإحداث التوازن عندها وتحقيق ذاتها. أمّا حسب يونغ مذكور في: Mudd (2005, 347), إنّ الأنا يتماهى بمجموعة انتقائية من استراتيجيات تكيفية و التعويض هو حسبه لاشعوري و اللاشعور مهمته هي إحداث التعويض من أجل ضمان التوازن: "التعويض نظام تعديلي ذاتي لازم للجهاز النفسي" يقول يونغ. حسب Mudd (2005, 347) الذات: "هي القوّة المنظمة الرئيسية للشخصية في نفس الوقت هي المحرّكة

والموجّهة للفرد... التعويض له علاقة بالذات وهو يعتبر ميكانيزم رئيسي في تحقيق الذات "

الإحباط الذي تعاني منه ستي من جزاء الإحساس بالنقص "إمرأة غير فعّالة". قد تطوّر عندها وتجاوز عتبة الإحباط وتحول إلى "أسلوب عدواني" حيث أصبحت قدرة الأنا على تخفيض

القلق ضعيفة ،لأنّه قد اصطدم بحاجز جعل الآليات الدفاعية تعمل بطريقة غير فعّالة، مما سبّب لستي عدم تكيفها. (Bee & Boyd, 2003)

"المرض دايما نخمم فيه في كل وقت " أي : "دوما أفكر في المرض ..في كل وقت "

"عمري ما كنت نتصوّر بصرالي هكّا "أي : "و لا يوم تصوّرت أن يحدث لي هذا"

: "المرض رضني ما نولدش ، راني نشرب أدبيال دايما، غدي وكان حتى نريّح، غدي نزيد نeced عامين ما نولدش... " أي : "المرض أعجزني عن الولادة لأنني أتناول أقراص منع الحمل ، حتى و لو تعافيت سابقى عامين أخرى دون انجاب "

: "Des fois نجد *les photos* نتاوعي نشوف في روجي كيفاش كنت وكيفاش ولّيت... الشّعر ما كانش، شوافري مشاو من بعد لي كانو مشوكين يحسبوني نديرلهم *mascara*... كي نتفكر نeced وحدي نبكي" أي: "أحيانا أجلس وأشاهد صوري ،كيف كنت وكيف أصبحت....بدون شعر،الرموش أيضا سقطت بعدما كانو يظنون بأنني أزيّنها بمساحيق التّجميل.....عندما أتذكّر أبدأ في البكاء"

"حسها ما تبغنيش حماتي"أي : "أحس أنها لا تحبني". "دابزت معاها، نايفتني شهر" أي : "تشاجرت معها ، ولم تكلمني لمدة شهر"

"المرض يوريلك الي بيغيك ولي ما بيغيكش كيما حماتي" أي: "المرض يبين لك من يحبك و من لا يحبك ،مثل حماتي فهي لا تحبني"

و: "أنا كي كنت نلبس ونسقد روجي نوطتي كانت تغير مني *pourtant* هي تزوّجت من بعدي...". أي : "عندما كنت أعتني بمظهري ، زوجة أخ زوجي كانت تغار مني مع العلم أنها تزوّجت من بعدي "

" في عرس لوسي درناه في دار ختاني، نوطتي جابت أختها سقدو روحهم ولبسو، بصّح أنا درت الشدّة وما قلت حتى لواحد، لبستهالي *la coiffeuse* في *ma chambre* وبلّعت بالمفتاح باش حتى واحد ما يدخل ويشوفني ما عنديش الشعر في راسي، قاع خلعتهم *surtout* نوطتي وحماتي نخلعو أي: "في زفاف أخ زوجي الذي أقمناه في منزل عائلة زوجي ، زوجة أخ زوجي أحضرت أختها وزين أنفسهن...أما أنا فقد ارتديت الشدّة بمساعدة الحلاقة ولم أقل لأيّ أحد ، وأغلقت الباب بالمفتاح حتى لا يدخل أحد ويرى أنني بدون شعر ، كلهم اندهشوا خصوصا هنّ "

"حماتي الصّغيرة راها تغيّر المنكر في شغل الدّار" أي: "حماتي الصغيرة إنّها لا تقوم بالأعمال المنزلية هي تغشّ "

"حماتي هي التي جابت لي العين... " أي : "حماتي هي التي أصابنتي بعين الحسد".

2-3 تمثلات المرض عند ستي:

ستي صرّحت لنا بأن أمّها المتوفاة. كانت تعاني من سرطان الثدي: " ما مرضت بـ: *cancer du sein* قعدت عامين ونصف بيه وماتت هدي 4 سنين... "أي : "أمي مرضت بسرطان الثدي ، عامين ونصف وهي تعاني منه ، وتوفيت بسببه منذ 4 سنوات"

ستي قبل ان تصاب بالهودجكين كانت قد استدخلت فكرة سلبية تدور في المجتمع هي أنّ السرطان مرتبط بالموت. بالإضافة إلى أنّها أمها توفيت على أثره. ستي كوّنّت تمثلات سلبية حول السرطان. ثقل هذه التمثّلات يلعب دورا مهما في خوف الحالة من الموت (التهديد بشبح الموت)، قد سبّب لها قطيعة على مستوى إحساسها بالاستمرارية هذا الأخير يعتبره Tap (2004) البعد الأوّل من الأبعاد التي يضعها في تعريف وبناء الهوية الشخصية أو الذات. الإحساس بالاستمرارية يبني الذات والإحساس بعدم الاستمرارية يجعل الذات مضطربة متزعزعة غير مستقرة. هذا ما

يحصل عند ستي لأنها تتصوّر أنّ مآل مرضها هو الموت نظرا لموت أمها به. ممّا يجعلها تتساءل حول مصيرها في المستقبل فهي في حالة عدم الارتياح الدائم لقولها: "كل الوقت نخمم في المرض نتاعي.وينتا نريح...؟ هذا المرض واعر يكتل...".أي:كل الوقت أفكّر في مرضي متى أتعافى...؟ هذا المرض خطير يقتل...".

" المرض طوّل، حالي طال " أي:"المرض أطال حالتي أطالت"

تصريحات تعبّر عن شدّة معاناة ذات الحالة. التّمثلات السلبية هي مصدر المعاناة وردود الأفعال السلبية عند ستي و هي مصدر تسيير سلوكاتها واستجاباتها (Brassac, 2006).

ستي بسبب علاجها أصبحت تمتلك جسم فيه تغيّرات سلبية هي تتصوّر أنّ محيطها ينظر إليها نظرة سلبية. حقيقة أنّ البعض من أهل الزوج يضايقونها ويزعجونها بكلام جارح ولا يتركونها في الاستقرار بل أنّهم يذكّرونها فعلا بأنّها مريضة وبأنّ جسمها مشوّه وأنّ هذا المرض خطير. هم ينتظرونها ويعتمدون عليها في تنظيف المنزل والطبخ حتّى هي مريضة. فهذا الصراع يزيد من معاناة الحالة ويساهم بطريقة كبيرة في اضطراب الذات: "يقولولي نوضي طيبي اليوم تورتك في الطياب. انا نقولهم راني مريضة وعلاه لي يطيبّ البارح ميطيّيش اليوم؟" أي: "يقولون لي انهضي لتطبخي، اليوم دورك في الطبخ، أنا أقول لهم أنّي مريضة ولماذا التي طبخت البارحة لا تطبخ اليوم؟". " يقولولي علاه دايمًا راكي دايرا العصّابة" أي: "لماذا دائما تضعين الخمار؟"

"شعري طاح" بالشعر الطويل تتعرف المرأة، بيان الزين نتع الإمرأة هو نصف جمالها" أي " شعري تساقط" "بالشعر الطويل المرأة تعرف": يعني هي لاتعرف كامرأة نظرا لأنّ شعرها تساقط. هي تتصوّر أنّ الآخر لا يعترف بها كامرأة، بل هو يراها ناقصة. "يظهر الجمال المرأة في شعرها، هو نصف جمالها" "راجلي بيغي الدرية": يعني هي تشعر بالنقص لأنّها تتصوّر أنّها ليست جميلة

بدون شعر وأنها لم تقم بدور انجاب الأطفال, بالمناسبة تقول لزوجها "برا راك تشوف غي كاليتي الشابة وهنا تشوف العصابة؟ أي "في الخارج اذك ترى النساء الجميلات وفي المنزل تراني بالخمارة"

Remaury يقول: "جمال الصّحة هو الجسم: أي أنّ الشخص الذي يتمتع بصحة جيدة هو شخص جميل يعني ذلك جذب الناس إليه، القدرة على الجذب تساعد القدرة على الإخصاب، والإخصاب يساوي الصّحة الجيدة" مذكور في : Moulin (2005، 75)

لقد ساهمت التّجربة المرضية في تشكيل تمثّلات جديدة لدى ستي، فهي لم تعد تلك الزّوجة التي كانت جذّابة وجميلة بمظهرها الخارجي، تقول: "دايما ندير العصابة أنا كرهت... بكري كنت نسقّد شعري نبّدل صباح وعشيّي، ندير الدهويات... درك كرهت "أي: دائما أعطّي شعري بالخمارة ، أنا سئمت ... قبل المرض كنت أعتني بشعري ، أبّدل صباحا ومساءءا والبس الذهب الآن كرهت"

"كي نشوف روجي في المرآيا ننخلع في روجي، نقعد نبكي" أي : "عندما أرى نفسي أمام المرآة، أتعجّب و أشرع في البكاء "

ستي قبل المرض كانت تقوم بأدوارها الاجتماعية بانتظام وبطريقة آليّة. الآن أصبحت بالحاجة للآخر ليساعدها في القيام بأدوارها ويوصلها إلى المستشفى... الأمر الذي يساهم في جعلها تعاني في ذاتها وتعيد النظر في صورة ذاتها وتطرح عدة تساؤلات حول مصيرها في المستقبل وحول طبيعة علاقاتها مع الآخر. ستي بسبب الخوف من نظرة الآخر وكثرة انشغالها بها والتي تتصوّرها سلبية، كانت تجهد نفسها وتقوم بالأعمال المنزلية وهي مريضة وتنتظر بأنّها بصّحة جيّدة. نظرة الآخر في تجربة ستي تلعب دورا مهما في معاناة صورة ذاتها و في الإنقاص من تقديرها لذاتها. هي قضية تمثّلات ستي تضعها وتبلورها وترسخها في عملياتها المعرفية بخصوص نظرة الآخر بأنّها حتما سلبية. ان هذه التمثّلات السلبية تجعل من صورة ذاتها تعاني.

ستي تصرّح: "كنت ما نبغيش نبين قدام ختاني بلّي راهم فيا *les douleurs*

ومنقدرش نخدم الصوالح . نقضي *normal* وأنا راني مكملة، يقولو جات مريضة، ما كنتش نبغي نمدلهم الفرصة باه يهدرو فيا ،المجتمع ما يرحمش ما يقولوش حاجة نتع ربي . أي: "كنت لا أحبّ أن أظهر لعائلة زوجي بأني أعاني من الآلام و لا استطيع القيام بأعمال المنزل. أنظف عادي وأنا في قمة المعاناة من الآلام، يقولون جاءت من منزل أبوها مريضة، لم أكن أحبّ إعطاءهم الفرصة لكي يتكلّمون عني، المجتمع لا يرحم، لا يقولون هذا أمر من عند الله"

انّ تمثّلات ستي حول أسباب إصابتها بالهوجكين هي مختلفة ولعلّ أبرزها هو الغضب والقلق من عدم الإنجاب: " شكيت من زعاف لي مجبتش الأولاد " أي: "أظنّ أنّه من قلق عدم الإنجاب"

ستي تتصوّر أيضا بأن سبب مرضها هو من الوراثة: أمّها المتوفية بسبب السرطان الثدي.

ستي تتصوّر كذلك أنّ سبب مرضها هو عين الحسد تقول " العين هي لي بيا، حماتي عينتني على خاطر عندي ضحكة شابة ونواجب الغاشي " أي: "سببي هي عين الحسد ، حماتي حسدتني لأنني أحسن معاملة الناس بالاضافة الى أنّه لديا ابتسامة جميلة وأعرف كيف التعامل مع الناس" "ملي جيت لعند ختاني ما شفنتش الخير عينوني، دائما كانوا يقولو نكبّر بالناس

والناس يبغيوها درك هاه جابوها في صحتي". أي: "منذ مجيئي عند أهل زوجي لم أرى الخير لقد حسدوني، دائما كانوا يقولون أعرف كيف أن أتعامل مع الناس وأحترمهم والناس يحبونها، الآن أصابوني في صحتي".

2-4 استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف ستي:

"درك وليت نرد الكلام على ختاني، ونديفوندي على روجي راهم 5 نساء يخلو، أنا نحاول على صحتي". أي: "الآن أصبحت أواجه أهل زوجي، أدافع عن نفسي أمامهم هنّ 5 نساء فلينظفن ، أنا أحافظ على صحتي"

الآن محور انشغال ستي هو البحث عن الشفاء والحفاظ على صحتّها، في بداية المرض كانت تجهد نفسها في القيام بأعمال المنزل خوفا من أنّ أفراد العائلة يرسلون لها نظرة سلبية (تعجّب و الفرح لها و شفقة...) الآن هي تجاوزت تلك المرحلة وأصبحت تستريح وتواجه الآخر و تحافظ على صحتّها.

"ندير *La péruque* نجي شابة.. أي " إني أضع الشعر المستعار، إني أظهر جميلة"، "ندير الشدّة في العرس و نبان شابة" أي: "في الزفاف أضع الشدّة التلمسانية (تغطي الشعر بقبّعة وخمار) وأظهر جميلة". يبدو لنا أنّ ستي عند قيامها بهذه الإستراتيجية لمواجهة الآخر، هي تسمح لها بالإنقاص من القلق والنقص الذي تشعر منه ومن الالهانة النرجسية التي تشعر بها بسبب تعطلّ دورها الإنجابي و بسبب تشوّه صورة جسمها بسبب السرطان. هذه الإستراتيجية الدفاعية تجعل ستي تدافع عن أنوثتها التي حسبها قد فقدتها تدريجيا بسبب هذين العاملين. عزم ستي على الشفاء من أجل الحمل وإنجاب الأطفال حسب Deutsch (2004) هو تحدّي وحرب يتموضع من أجل الدفاع عن أنوثتها التي هي في طريق النهاية. عند استعانتها بالشعر المستعار هي تستعين بألية دفاعية شعورية ولاشعورية، ألا وهي التماهي. هي تتماهى بالآخر الذي يتمتّع بصورة كاملة في نظر ستي، هي تتماهى بصورة جسمها السابقة والضائعة بسبب المرض. التماهي بالمناسبة هو سيرورة نفسية بفضلها شخصية الفرد تتشبه بشخصية الآخرين الذين هم نمودجه, De Mijolla (2005). التماهي يلعب دورا مهمّا في بناء صورة الذات. ان استعانة ستي باستراتيجيات الجمالية هذه نلاحظ أنّها تجعلها تحسّن من نشاطها النفسي الاجتماعي كما يسمح لها باسترجاع الثقة بالنفس وتحسّن في تقدير الذات، وهذا يتوافق مع النتيجة التي خرج بها الخلف (Ikhlef, 1991)

عندما درس مدى فعالية الجراحة التجميلية البلاستيكية في تخفيض المضاعفات النفسية عند الأفراد ذوي اضطراب المظهر الشاذ.

نمط تفكير ستي يتميّز بالتناقض (Une Ambivalence) فهي تعيش الشكّ: في عدم الشفاء، عدم فعالية العلاج، في وعود وأقوال الأطباء، في الزوج والأهل وفي أفراد المجتمع. وفي نفس نفس الوقت إنّها تعيش الإعتقاد والثقة:

بأنّها ستشفى، في فعالية العلاج، في أقوال و وعود الأطباء، في الزوج والأهل.

هذا التناقض على مستوى نمط تفكير ستي، يبدو لنا أنها تعيشه كاستراتيجيات مواجهة وحسب Oppenheim (2000) أنّ نمط تفكير المرضى يتميّز بالتناقض بين الشك

والاعتقاد وأنه عادي بالنسبة لكلّ مريض، إذ أنّ غيابها عند المريض هو أمر غير عادي ومقلق.

ستي تقول: "المرض نخمّم فيه في كل وقت *des fois* نقول أنا قاع ما نريحش وخطرات نقول غدي نريح... أي: أنا دائمة التفكير في المرض، وأحيانا أقول أنّي لن أشفى وأحيانا أقول سأشفى..."

" بقيلي غي *chimio thérapie* وحدة وندير *Radio thérapie* ونريح... نتنهني نريح نتنهني من هذا الكوشمار... أي: بقي لي علاج كيميائي واحد ثم أقوم بالعلاج بالأشعة... وأشفى... أرتاح من هذا الكابوس "

ستي كباقي المرضى هي تستعين بالأمل وتقوم "بعمل الأمل" كما يقول Pollak المذكور في: Herzlich & Adam (19, 2002). وهي تدافع بكلّ طاقتها من اجل الشفاء من المرض ومن أجل انجاب الأطفال وفي هذا الصدد يتكلّم كورني Cornet (2008) ويصرّح أنّ الشخص الذي يعاني من العقم بسبب مرض خطير فإنّ قلقه واضطرابه يكون شديدا وهذا ما يجعله يدافع ويواجه مرضه

بكلّ قوته وطاقته. فحسبه انّ عدم الإنجاب عند الزوج (couple) هو صدمة نفسية حقيقية ومصدر المعاناة مما يؤدّي بهم إلى عمل الحداد.

ولكن ما نلاحظه في ستي مقارنة بالمرضى الآخرين الذين تعاملنا مهم، أنّها كثيرة الانفعال، بين لحظة وأخرى تشرع في البكاء، حساسة لأقصى درجة، هي لا تبحث كثيرا عن مرضها لا تبذل مجهود في التعرّف عليه من الناحية الطبية كالحالة زهية وسميرة، هي تكتفي بما يقوله لها الأطباء وتعتمد خصوصا على الفكرة الاجتماعية حول السرطان هو قاتل. ستي تبدو لنا أنّها تستعين باستراتيجيات مواجهة غير فعّالة، لأنّها تعتمد ومتمركزة حول الانفعالات على عكس زهية وسميرة. لذلك وحسب Bruchon-Sweitzer و Quintard (2001) إنّ الاستراتيجيات المواجهة من نوع التمرکز حول الانفعالات هي غير فعّالة بالنسبة للمريض. أما حسب Fischer و Tarquino (2006) إنّ استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال هي غالبا غير فعّالة بالنسبة للمرضى و لكن قد تكون فعّالة في بعض الحالات. فحسب هؤلاء الباحثين إنّ الاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل (الفكرة الطبية) هي الأكثر استعمالا و الأكثر فعالية، بالنسبة للمرضى.

2-5 الإصابة بالمرض هو صدمة عند ستي:

الصدمة عند الفرد هي انعدام تمثّلاته حول وضعية الحادث الذي وقع فيه والذي سبب حدوثه يكون ذو منشأ خارجي. على مستوى تمثّلاته يوجد فراغ: لا شيء (La néantisation). يعني انعدام العناصر البنائية المعرفية المشكّلة لهذا الحادث. ستي عندها فراغ على مستوى تمثّلاتها لمرضها لأنّها لم تُصَب من قبل بهذا الحادث الغير العادي ولهذا انصدمت، إذ إنّ فقدان أو ضياع ما كان عزيزا عليها مثل الشعر، الجمال... ضياع يشبه الضياع الذي تعاني منه البنت في عقدة الخفاء في المرحلة القضيبيّة. حسب المحللين النفسانيين فإنّ الفرد المصدوم وضعيته تحتاج الى علاج نفسي تحليلي يرتكز على عمل الحداد (Travail de deuil) لكي يملأ ذلك الفراغ الذي يعاني منه من جرّاء انعدام التمثّلات حول الحادث ولكي يتخلّص من الصدمة.

"المرض كان *pour moi un choc* عمري ما كنت نتخيّل يصرالي هكّا، نشوف روجي في المرابيا ننخلع نبكي"

أي: "لم أكن أتصور يوماً أنه سيحدث لي هذا، لقد كان المرض بالنسبة لي كصدمة، عندما أرى نفسي في المرأة أندهش وأبكي"

ستي مصدومة من إصابتها من المرض ومن النتائج التي خلفها. فهو شكّل لها جرح نرجسي (Fischer, 2003)، الإحساس بالمرض هو في حدّ ذاته يشكل صدمة للحالة حسب فرويد أي قلق هو مولّد للصدمة. مصطلح الجرح النرجسي لم يتعمّق فيه فرويد. استعمل هذا المصطلح لوصف النتائج التي تخلفها الصدمة على المستوى النرجسي الناتجة عن الأسباب الداخلية و الخارجية للجهاز النفسي (Aloupis, 2005)

تضخّم و تراكم هذه النتائج يؤثّر سلبيا على نرجسية الفرد (العقاب). النتائج التي تخلفها الصدمة والقلق هي مرتبطة بالفقدان والانفصال: فقدان الثدي، ازدياد الانتفاخ، فقدان الشعر، عقدة الخصاء والقلق من الموت. هذه النتائج تلعب دورا أساسيا في نشوء الجرح النرجسي و اختلال الذات الموضوعية بمفهوم Kohut الذي طوّر مفهوم الألم النرجسي (Rage narcissique) في أمريكا حوالي في 1970 ، الذي ينجم عنه الإحساس بالحياء حسب كويت مذكور في: (Aloupis, 2005) عند ستي النتائج التي خلفتها صدمتها من مرضها هي مرتبطة بفقدان مواضيع في جسمها وبانفصالها عن صورة الجسمية السابقة: تساقط الشعر، القلق من عدم الإنجاب ، القلق من الموت، انتفاخ الرقبة والبطن... الخ. هذه النتائج حسب كوييت هي تلعب دورا أساسيا في ظهور الجرح النرجسي عند ستي واختلال ذاتها.

ستي تعيش إذن في مرحلة "ما بعد الصدمة" (Post trauma)، بمعنى هي تعيش ثلاث إحساسات من منظور التحليل النفسي وهي:

أ/ الإحساس بالحرص (خجل، حياء) "La honte": فهي تريد أن تضع شعر مستعار (Perruque) لأنها تشعر بالنقص كونها دائما تضع الخمار فوق رأسها و تشعر بالحياء أمام الزوج و أفراد العائلة لقولها: /دائما ندير العصابة ، ودائما نعسها يلا تطلعي ويشوفوني بلا شعر " أي: "دائما أضع الخمار، ودائما أخاف من سقوطه أراقبه ، "راجلي وريتله خطرة شعري من بعدها jamais" أي: "زوجي أريته مرة واحدة شعري و من بعدها أبدا ، "ما نبغيش نوريلهم شعري" ، أي: "لا أحب أن أظهر شعري ، "نوطتي تقولي قلعي العصابة تطيح الشعر وهي علابالي بلي راهي عارفة معنديش الشعر" أي: "حماتي تقول لي انزعي الخمار انه يسقط الشعر أنا أعلم بأنها على دراية بتساقط شعري " .

ب/ الإحساس بالذنب "La culpabilité": ستي تحس بالذنب وتعاتب ذاتها مثل قولها: " شدرت باه راني نخلص هكا؟" أي: "ماذا فعلت في حياتي لأدفع الثمن هكذا؟" ، "المرض جاني من الهمّ لي كنت دايراته في روعي همّ الولادة، جبتها في روعي" ، أي: " المرض جاني من القلق و الصراع الذي كنت أشيله في ذاتي مشكل عدم الإنجاب، أنا هي السبب في اصابتي بالمرض"

ج/ الإحساس بالهجر "L'abandon": ستي لا تضع علاقات حميمية مع محيطها فهي لا تبدل اي مجهود في ذلك، هي منعزلة و تريد الانعزال عن الآخر لأنها تشعر بأنها ضحية و كلّ ضحية هي منعزلة عن المجتمع (Crocq، 2007) "وكان نصيب حتى واحد ما يجي لعندي،" أي: "أتمنى أن لا يزورني أحد"

وفي نفس الوقت الحالة تحبّ الكلام مع أشخاص موثوقين بهم-المصابون بنفس المرض او الأخصائيون النفسانيون- من أجل أن تعبر عن آلامها و لتحظى باهتمام الآخر.

(Schilder, 1968)

كي نحكي معاك ولا مع psychologue نريج نسولاجي " أي: "عندما أتكلّم معك أو مع الاخصائية النفسانية أرتاح من همّي" ، أو: "بغني نحكي بصّح ماشي مع n'importe qui...". أي: أحب التكلّم لكن ليس مع أيّ أحد". إذن فالحالة قريبة وبعيدة عن الآخر في نفس الوقت

2-6 صورة الجسم عند ستي:

Benhalla.

(2013، 106) يقول " نعلم جيّدا الأهمية التي يعطيها الفرد لصورته الجسمية من أجل تطوّره و تكيّفه في محيطه"

تقول ميدار باس " الجسم في الواقع هو مكان المرور لتحقيق علاقاتنا مع العالم". في

(Stoertzel, 1963, 173)

مشكلة ستي أنّها تعاني من صورة جسمها لأنّها مشوّهة بسبب العلاج الكيميائي، ممّا جعل تكيّفها في محيطها ينقص، فهي تتعزل عنه.

Crocq (2007، 10) يصرّح :

"انّ كلّ ضحيّة هي شخص منعزل عن المجتمع وهو مصاب و يعاني من صدمة، معاناته النفسية هي مطوّلة ويحسّ بأنّ الآخرين تخلّو عنه وتركوه أمام عدم الفهم والغموض".

صورة الجسم هي أساس بناء صورة الذات (Schilder, 1968) ولها أهميّة كبيرة في الحياة

النفسية (Benhalla, 2013) .

Haynal و Pasini (1984) اهتموا في دراستهم بالإعاقة البصرية وبالنسبة لهم انّ إصابة جسم الفرد باضطرابات عضوية أو بإعاقة ما يتسبّب في اضطراب صورة ذاته. ستي أصيب جسمه بتشوّه و اعتدي عليه ب:"السرطان"، فإنّ صورة جسمها مضطربة وتتعكس سلبيا على صورة ذاتها: المعاناة و الاضطراب. خصوصا وأن الجسم "هو دائما منتج نفسي اجتماعي" (Fsian, 2012,

53) وهو على أساسه وبفضله ستي تقوم بعقد علاقات مع الآخر. في هذه الحالة ستي تعاني من إحساسها بالحياء والنقص أمام نظرة الآخر السلبية الموجهة نحو جسمها "نظرة تعجب من تساقط الشعر مثلا". لهذا هي تتعزل عن الآخر. الانعزال هذا ساهم في بروز العدوانية عند الحالة. "وليت منارفية ملي مرضت" أي "أصبحت عدائية منذ أن مرضت" ستي تصرّح. فرويد مذكور في (1969, Lorenz) قد وضّح أنّ النقص في التواصل مع المجتمع

وخصوصا فقدان الحبّ يساهمون في ظهور العدوانية.

إن المرض الخطير "يصيب كامل الجسم الداخلي والخارجي" يقول

Sordes-Ader & Tarquino & Tap (2002 ، 124) فعلى المستوى الداخلي ستي تحسّ أنّها لم تعد كما كانت سابقا وأنّ هذا المرض قد اعتدى على جسمها وأصاب وظائفها الحيوية الداخلية. أما من الناحية الخارجية علاج هذا المرض (مثل العلاج الكيميائي) أصبح يعتدي على جسمها من الناحية الجمالية وسبّب لها الإحباط. : "شعري طاح ""بالشعر الطويل تتعرف المرأة، بيان الزين نتع المرأة هو نصف جمالها" أي " شعري تساقط" "بالشعر الطويل المرأة تعرف (يعني هي لاتعرف كامرأة نظرا لأنّ شعرها تساقط)، يظهر الجمال المرأة في شعرها، هو نصف جمالها" : يعني هي تشعر بالنقص لأنّها تتصوّر أنّها ليست جميلة بدون شعر، بالمناسبة تقول لزوجها "برا راك تشوف غي كاليتي الشابة وهنا تشوف العصابة؟ أي "في الخارج أنّك ترى النساء الجميلات و في المنزل تراني بالخمار"، "كي نشوف روجي في المرايا ننلخ في روجي، نقعد نبكي" أي : "عندما أرى نفسي أمام المرأة، أتعجب وأشعر في البكاء "

"كنت بيضة وليت زرقة، العروق مابقا و ليش، كنت نوزن 65 كلغ وليت 72 كلغ، على خاطر اللولاسيس نتفخو " أي : "كنت بيضاء اللون وأصبحت سمراء ،لم يبقى لي عروق الدم،كنت أزن 65 كغ أما الآن 72 كغ بسبب الانتفاخ"

الأنا يساهم في وضع حدود فاصلة بين الأنا (الذات) والخارج: "الأنا هو قبل كل شيء ماهية جسمية (entité corporelle)" يقول Lipiansky (2005، 43)

Anzieu (1985) طَوَّر مفهوم "الأنا جلد" "Le moi peau" وقام بالتقريب بين إثنين من الأنا (Les deux moi): الأنا النفسي الذي يغلّف الجهاز النفسي و الأنا الجلد الذي يغلّف الجلد و حسبه كلّ ما يلحق الجسم من الأذى يلحق الأذى بالأنا الجلد. الأنا الجلد بمفهوم Anzieu (1985) يغلّف الجسم ويشكّل حاجز حماية ويفصل بين الدّاخل (الجسم) والخارج، مثلما الأنا يغلّف الجهاز النفسي و يسعى للمحافظة على الوحدة النفسية العقلية، أنّ الأنا الجلد يحافظ على تفكير الفرد و يقيه من الإثارة (جنسية أو عدوانية) ويسمح له بالتواصل مع الآخر، يحيي الإحساسات الجلدية، ويجعل الفرد يشعر بوحدته و أصالته و فردانيته. من هذا المنطلق أنّ الأنا الجلد عند ستي قد اعتدي عليه من الخارج و هو بذلك عجز عن وضع حدود فاصلة بين الخارج و الداخل. كما أنّ وظائفه هذه المذكورة هو لا يقوم بها لهذا انطلاقا من مفهوم Anzieu (1985). نلاحظ أنّ الأنا الجلد عند ستي نظرا لأنّه لم يقم بأدواره عن الاعتداء على الجسم فهو سبّب للحالة مايلي:

تفكير مشوّش و مضطرب.

العدوانية و البرودة الجنسية.

-عدم التواصل مع الآخر.

-تطبيق الإحساسات الجلدية.

عدم الشعور بالوحدة: ستي ترى جسمها منفصل عن ذاتها. جسمها المشوّه هي تعتبره ليس ملكا لها بل ان جسمها الحقيقي هو ضائع منها و ستستعيده عندما تشفى. إذن الفصل بين النفسية و الجسم يجعل ستي تعاني من عدم التجانس و عدم الشعور بوحدة الذات وأصالتها لهذا نستطيع أن نعتبر هذا العامل هو مساهم في اضطراب صورة الذات . بالمناسبة Tap (1980) عندما يعرف الهوية الشخصية أو الذات فهو يلخّص ستّة أبعاد أساسية و ضرورية في فهمها و بناءها. من

بينها بعد الوحدة (التجانس) والفرسانية.(Cohérence et unicité). علما بأن Gessell في دراسته قد توصل إلى أن حتى التوأم يتميزان بمبدأ الفردانية. مذكور في: Zazzo (1986)

إذن إن الأنا الجلد (Le moi peau) عند ستي سمح باختراق الحدود الفاصلة بين الداخل والخارج، وأحدث خلل على مستوى وظيفة حماية النفس واضطراب على مستوى صورة الذات.

7-2 تقدير الذات:

ستي تقوم بمقارنة ذاتها مع الآخر (Autrui) الذي يتمتع بصحة جيدة. الحالة تتصور أن صورة جسمها بعيدة كل البعد عن الصورة الكاملة التي يتمتع بها الآخر. هذا ما يؤثر على تقديرها لذاتها (La dévalorisation de soi). ستي تحسّ بعدة إحساسات سلبية تجاه ذاتها. في الحقيقة هي عبارة عن تمثلات سلبية تعتمد عليها الحالة وعلى أساسها تتصرف و توجه صورة ذاتها. هذه التمثلات السلبية هي كما يلي:

- ستي تتصور وتحسّ بأنها بعيدة عن الأنا المثالي وبأنّ الأنا الواقعي هو بعيد وبفارق كبير عن الأنا المثالي، والذي هو حسب "فرويد" بالمناسبة مكان بدون مكان فهو لا يدخل كعنصر محتوى داخل الجهاز النفسي (الأنا الأعلى، الهو، الأنا) ولا يبني عن طريق "التماهي" (L'identification)، فهو إنتاج إسهامي لا شعوري، هو الصورة المثالية التي نرغب أو نريد أن نكون مثلها، هو بعكس الأنا الذي يبني عن طريق التماهي. ستي تشعر بالنقص فهي تتصور أنّها ناقصة نظرا لعدة أسباب كما أوضحنا سابقا ولعلّ أبرزها تشوّه الصورة الجسمية، الأمر الذي يزيد من معاناة صورة الذات ومن انخفاض تقدير الذات عند الحالة.

- ستي تتصور أنّ الآخر (Autrui) ينظر إليها نظرة سلبية، تتمثل في نظرة التعجب من جسمها، نظرة الفرح لتشوّه الجسم ومرضاها، نظرة احتقار، نظرة نقص، هي تتصور أنّ الآخر يرى جسمها جسم تالف لا يصلح لشيء ولا يقوم بأدواره الجنسية الأمومية الاجتماعية والإنجابية " بطن عقيم اذن هو غير نافع، نهاية السنّ الإنجابي، حقيقة فيزيولوجية، في عقول النساء تشترك بنهاية

لذّة الحبّ، بنهاية مرحلة الشباب" يقول Lachowsky و Winaver (2008، 92) . انّ هذه التمثلات السلبية هي توجّه صورة ذات ستي نحو الاضطراب والاختلال. بما انّ تقدير الذات هو مصطلح أساسي في صورة الذات فانّ هذا الأخير هو سلبي ومنخفض.

- المرض سبب للحالة انقطاع على مستوى انجاز أدوارها: كزوجة (البرودة الجنسية...) ، كأمّ (عدم انجابها الأطفال)، كبنت عروس (تجاه عائلة الزوج لا تقوم بأعمال المنزل بسبب ضعفها الجسدي و النفسي). في هذه الوضعية ستي تتصوّر أنّ مكانتها هي مهدّدة بالطلاق و هجران زوجها لأنّها لا تؤدّي أدوارها، الشيء الذي يجعلها تنقص من قيمة ذاتها تقدّر ذاتها سلبيا. عندما يحدث تغييرا على مستوى انجاز أو اتمام الأدوار مثل الوظائف المنزلية أو إنجاب الأطفال، فإنّ هذا سيصبح تهديدا وخطرا على المكانة الإجتماعية لأميّة مما سينعكس سلبيا على تقييم الذات لأنّ كما قلنا سابقا الأدوار والمكانة يدخلان في بناء الذات، وهذا ما تؤكّده نتيجة تطبيق مقياس روزنبارغ حيث تحصّلت ستي على درجة 21 وهي عموما درجة متوسطة يعني انّ تقدير ذاتها ليس ايجابيا انّما هو في تغيّر نحو السلبي.

الجدول التالي يبيّن نتائج تطبيق اختبار تقدير الذات لروزنبارغ على الحالة:

المجموع	العبارات السالبة					العبارات الموجبة					البنود
	9	8	6	5	2	10	7	4	3	1	
21	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	البدائل

3. إستنتاج حول ستي:

رغبة ستي هي الشفاء من المرض والاستمرارية في الحياة، كي تحقّق أمنيتها وأمنية زوجها وهي إنجاب الأطفال. إن عدم إشباع ستي رغبة الأمومة بسبب المرض قد أشعرها بأنها ناقصة. زيادة على أنّها قبل المرض كانت تعاني من مشكل عدم الإنجاب واقترب سنّ اليأس والذي هو حسب Célérier (2003) يشكّل للمرأة وضعية ضعف نظرا للتغيّرات الهرمونية التي تحدث لها وتسبّب عدم الإنجاب وقد تسبّب صورة جسد غير مرغوب فيه: عامل حسب تمثّلات ستي هو السبب الرئيسي في إصابتها بالسرطان بالإضافة الى عوامل أخرى ذكرتها لنا كعامل عين حسد الآخر وعامل الوراثة أمها توفيت بسبب السرطان. التمثّلات التي تضعها ستي حول السرطان هي سلبية وإنّ الموت هو الذي يتصدّر المرتبة الأولى في النظام المعرفي والبنائي لهذا المرض عند ستي: الموت، قطيعة على مستوى تحقيق المشاريع المستقبلية (عدم الإنجاب) وقطيعة على مستوى الإحساس بالاستمرارية، كلّها عوامل تؤثر سلبيا على صورة ذات ستي. بالإضافة إلى عوامل أخرى تساهم في جعل ستي تفقد صورة ذاتها السابقة وتستبدلها بصورة ذات مضطربة وتعاني: اختلال أدوارها الاجتماعية وتزعزع مكانتها وستي تتصوّر بأنّ مكانتها الاجتماعية هي مهدّدة بالطلاق و الانحطاط و عدم الإنجاب...تشوّه جسم ستي بسبب العلاج الكيميائي الذي تتلقاه ويسبب المرض ساهم في جعل ستي تعيش وضعية ما بعد الصدمة وتضع تمثّلات سلبية حول نظرة الآخر، هي تتصوّر أنّ الآخر ينظر إليها نظرة تعجّب و نقص من صورة جسمها المختلّة، نظرة عجز، عدم الفعالية وعبء ثقيل من عدم إتقانها لأدوارها كأمّ، كزوجة وكبنت عروس (كثّة). علما بأنّ الحالة تعيش مع أفراد عائلة الزوج في مناخ عائلي تسوده المشاحنات المنافسات والصراعات الأمر الذي يزيد من تفاقم وضعية الحالة وانتكاسها. أمّا عن مستوى تقديرها لذاتها فبدى لنا أنّ منخفض وذلك باعتمادنا على تصريحات الحالة (أقوال مباشرة وغير مباشرة) وعلى التراث النظري وعلى ضوء نتائج تطبيق اختبار روزنبارغ على حالة. ستي تبدو لنا أنّها تستعين باستراتيجيات مواجهة غير فعّالة مقارنة بالمريضة زهية وسميرة. مرضها لا تبذل فيه

مجهودا في التعرّف عليه من الناحية الطبية، هي تكفي بما يقوله لها الأطباء وتعتمد خصوصا على الفكرة الاجتماعية حول السرطان هو قاتل، لذلك أنّ نمط تفكير ستي يتميّز بالتناقض (بين الشك والاعتقاد) كما وضّحنا سابقا. ستي تبدو لنا إنها تستعين باستراتيجيات مواجهة غير فعّالة. وان كانت فعّالة فهي تتمثّل في اتخاذها لاستراتيجيات جمالية ك: "الشعر المستعار... كي تقف به أمام الآخر في وضعية ملائمة غير مشوّهة (Lyens, 1979) ، فهي بذلك تتماهى بالصورة السابقة والضائعة لصورة ذاتها وتعوّض النقص الذي صدر عن المرض على مستوى جسمها.

الحالة الثالثة فاطمة

1. تقديم الحالة.
2. تأويل وتحليل معطيات المقابلات:
 - 1-2 الحرمان العاطفي عند فاطمة.
 - 2-2 علاقة فاطمة بمحيطها.
 - 3-2 إختلال الدور والإحساس بالنقص.
 - 4-2 تمثلات المرض عند فاطمة.
 - 5-2 إستراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف فاطمة.
 - 6-2 صورة الجسم، الاكتئاب و تقدير الذات.
3. إستنتاج.

1. تقديم فاطمة :

فاطمة عمرها 36 سنة، مأكثة في البيت لها مستوى دراسي سنة السادسة ابتدائي وهي أم لولدين عمرهم: 15 سنة و 8 سنوات، تقيم في مدينة تلمسان، في شقة الكراء مع أولادها ومع زوجها الذي يعمل حارس في قطاع عمومي. هي تعاني من سرطان الدم من نوع الميلوم العظام الخبيث (Myelome multiple des os): ، تربت مع زوجة الأب التي كانت قاسية معها وعانت من الحرمان العاطفي. توفيت أمها منذ أن كانت طفلة (3 سنوات)، أبوها توفي أيضا منذ 17 سنة، وأمّا عن إخوتها فهم 3 أولاد و 4 بنات وحسب فاطمة أنّ إخوتها وأخواتها لم يساعدها في المحنة التي تمرر بها ولا يأتون لرؤيتها ومواساتها، موقفهم هذا يؤثر فيها بشدة. ما لاحظناه في هذه الحالة كثرت انتكاساتها ودخولها للمستشفى عدّة مرّات، فيبدو لنا هذا راجع لمعاونة فاطمة من زوجها ومحيطها فهي تعيش في مناخ تسوده علاقات مضطربة مع الآخر. الحالة هي غنية بالمعلومات لم نجد صعوبة في التعامل معها مقارنة بالحالة سميرة. فمنذ المقابلة الأولى شرعت فاطمة في التصريح عن معاناتها المتواصلة.

2. تحليل معطيات المقابلات وتأويل النتائج:

المقابلة الأولى كانت جلسة تعارف وإتفاق مع فاطمة، أين وضّحنا لها الهدف من بحثنا، وشرحنا لها طريقة عملنا معها، فصرّحت لنا بأنّها لا تجد أي مانع يدعوها لرفضها التعامل معنا على العكس هي بادرت في السرد بدون انقطاع نظرا لأنّ تعيش في معانات وصراعات سببها يعو لعدّة عوامل سننظرّق إليها كما يلي:

1-2 الحرمان العاطفي عند فاطمة:

فاطمة نشأت وترعرعت بدون أمّ، كبرت بدون حنان الأمّ والأب، عانت من الحرمان العاطفي في طفولتها وحتى يومنا هذا هي تعاني من الحرمان وتتمنى الحصول على أمّ تساعدها وتساندها"

الحاجة لي كرهتني في حياتي هي ما عنديش أمّ تعاوني... plus المرض!" أي "الشيء الذي يضايقني في حياتي اضافة على المرض هو ليس عندي أمّ تساعدني... " هذا ما تصرّح به فاطمة في عدّة مرّات. أبوها تزوج أين كان عمرها 4سنوات، عام من بعد وفات أمّها. تزوّج بإمرأة قاسية لقولها: "كانت قاسية معايا، درك شويّا تسقّدت وتبدلت سوفريت معاها عانيت" أي "كانت قاسية معي الآن تغيّرت نوعا ما. لقد عانيت معها".

الطفل في المراحل الأولى من حياته لا يحتاج سوى للاحتياجات البيولوجية إنّما هو يحتاج وبكثرة للاحتياجات الانفعالية. في هذا الصّدّد نجد اركسون مذكور في: Thomas & Thomas (2005) يؤكّد على ضرورة توفير للطفل الرضيع الاحتياجات الانفعالية والتي يقصد بها أنّ المحيط وبالأخصّ الأم يجب عليها أن توقّر له الحنان والرعاية، لكي يشعر بالثقة

والأمان والاستقلالية وعدم الخجل والمبادرة. بالمقابل إنّ عدم توفير للطفل الاحتياجات الانفعالية إنّ الطفل يشعر بعدم الثقة والأمان، يشعر بالخوف والخجل والشكّ في النفس

والشعور بالذنب وأحاسيس هدامة. هذه المشاكل يبدو لنا إنّ الحالة قد عانت منها في الصّغر. فاطمة كان عمرها 3 سنوات عند موت أمّها. هذا السنّ هو مهمّ وأساسي في بناء الذات عند الطفل والذي يحتاج الى العلاقة الثلاثية طفل-أم-أب. حسب اركسون إنّ في هذه المرحلة (3سنوات) الطفل هو بحاجة لتشجيع أبويه من أجل أن يبدع ويبادر وتنمو لديه القدرات المعرفية (اللغة، الذكاء...)، عكس ذلك كما في حالة فاطمة إنّ الوالدين لم يقوما بدورهما التشجيعي إضافة إلى أنّهما لم يوفّران الاحتياجات الانفعالية فإنّ النتيجة هي : شعور الحالة بالذنب

والاثم نظرا لأنّ الطفل يشعر بان هذه المغامرة الاجتماعية وهذا النشاط (المبادرة) قد يكون فيه خطأ و غير مرغوب فيه.

بالنسبة ل Wallon مذكور في : Laval (2002) إنّ الطفل لكي يعبر عن انفعالاته يحتاج إلى التواصل والتكيّف مع المجتمع وليكتمل نموه فإنّه ينمو من الناحية الإنسانية (النفسية)، الناحية الفيزيولوجية ومن الناحية الرمزية (العقلية المعرفية). من الناحية الإنسانية (النفسية) إنّ فاطمة

عانت من الحرمان العاطفي، فنستطيع أن نقول أنّ نموها النفسي الاجتماعي كان فيه نوعاً من الخلل نظراً لأنّ الفرد ينمو من الناحية الفيزيولوجية و النفسية و العقلية بالتزامن. أي خلل على مستوى هذه النواحي الفرد لا ينمو نمواً سليماً. حيث أنّ حسب Wallon : "مصدر الحياة العاطفية للفرد هو فيزيولوجي...المجتمع هو مرتبط بالفيزيولوجي: الانفعال مصدره المجتمع، الانفعالات تتشكّل النظام الأوّلي لتواصل الطفل مع محيطه" مذكور في : Vermeulen & Deldime (2011)، (48-47). إنّ نمو الشخصية عند Wallon مذكور في:

Laval (2004) هو بفضل التأثير المتزامن والمرتبط بين العوامل البيولوجية والعوامل الاجتماعية والفرد منذ ميلاده هو كائن اجتماعي.

في عقدة أويب منذ سنّ 4 سنوات الولد والبنت يبدآن في التماهي بأبيهما ويتعلّمان صفات الرجولة. التماهي ميكانيزم نفسي أساسي في تشكيل الشخصية وفي تربية الفرد. الاختلال على مستوى التماهي (بسبب انفصال الوالدين مثلاً) ينجّر عنه اضطرابات نفسية (Sillamy, 1996) في حالة فاطمة أنّ كلّ من الوالدين قد أهمل دورهما البنائي والتعليمي. فيبدو لنا أنّها عانت من اختلال على مستوى التماهي بهما (مشكل في العلاقة الثلاثية). حسب المحلّين النفسانيين "إنّ الطفل يلد في تواصله مع الأمّ و يكبر في صوت أبيه". حسب فرويد مذكور في : Pidinielli & Houde , Bideaud (1993). في سنّ 3-4-5 سنوات الطفل يعيش في صراع أوديبي ينبثق فيه قلق الخفاء، إكتشاف الأعضاء التناسلية، تشكيل الأنا الأعلى، التماهي...الخ

والهوية النفسية الاجتماعية تتشكّل عن طريق سلسلة متتابعة من التركيبات، الأنا يتشكّل عن طريق الاجتياف واستدخال (Incorporation) الصورة الأمومية والتماهيات (Deldime & Vermeulen, 2011)

نستنتج ممّا سبق أن فاطمة عانت الحرمان العاطفي ولو نتوقّف عند منظور علم النّفس الجسدي نجد Angel، 1962؛ "Grassi، 1987، Biondi؛ 1992، المذكورين في: Baldoni (2005) الذين اهتموا بالخصائص المشتركة التي يظهرها المرضى المصابون بالباتولوجية الورمية، ولعل أبرزها: طفولة مميّزة بالترك والحرمان العاطفي كسبب من الأسباب المساهمة في حدوث السرطان.

لهذا فاطمة تتأبر المرض وتسعى من أجل الشفاء من أجل ولديها، كي تترعاها وتهتمّ بهما وتعطيهم الحنان وكلّ الاحتياجات الانفعالية التي حرمت منها سابقا وأثرت على ذاتها سلبيا. هي تخاف من أن تتكرّر نفس المعاناة (معاناة من الحرمان الأمومي) لولديها وتماتل (Un isomorphisme) نفس الحكاية . فاطمة تذكّرنا بالحالة: زهرة المصابة بالسرطان والتي درستها كلّ من Moussa و Ouandelous (2014). إذن فاطمة تعيش في قلق وخوف من الموت وضياح أبناءها وزواج أبيهم الذي تعاني معه من مشاكل متعدّدة وبالمناسبة هو يزيد من معاناتها بسبب شتمه لها وشجاره معها. "نتمنى نريّح لأولادي *des fois* نحسّ ولدي الكبير معقّد: *manque affection* " أي: "أتمنى أن أشفى من أجل أولادي، أحيانا أحسّ بأن إبني معقّد: حرمان عاطفي"، "هذا الجسم قاوم بزّاف *solide corps* " أي: "هذا الجسم قاوم كثيرا، جسم قوي"
2-2 علاقة فاطمة بمحيطها:

علاقة فاطمة بزوجها هي علاقة شجار ومشاحنات وصراعات لا تنتهي. فعوض أن يقف بجانبها هذا الزوج ويواسيها ويعمل كسند نفسي هو يزيد من اضطراب ذاتها فالزوج (Le couple) يعتبران كوحدة قاعدية في الإبداع ويشتركان في اتخاذ القرارات ويتفاهمان (Cherif, 2007- 2008). الحالة هي دائمة الشكاوي من زوجها الذي يشتمها ويجرحها ولا يترك لها فرصة النسيان بأنّها مريضة بالسرطان. الأمر الذي زاد من تفاقم مرض الحالة، انتكاساتها متعدّدة ودخاها للمستشفى هو متزايد نظرا للمناخ العائلي المضطرب الذي تعيش فيه. في هذا الصدد يقول عبد القادر الميلادي (2004، 20): "ليس هناك علاج بدون حزم أو عقاب، لكن هناك ثواب أيضا و هناك تفهم، وهناك حب، وهناك قبول و ليس رفضا و نبدا وادانة واهانة بل يجب أن نجعل المريض يرى نفسه أنه انسان جدير بالاحترام والثقة..."

فطبيعة العلاقات بين الأفراد والمريض داخل العائلة تؤثر على تطور المرض وبالمناسبة فإنّ تزايد وارتفاع نسبة الدّخول إلى المستشفى هو ناتج عن المناخ العائلي المضطرب والمشاكل الصحيّة حسب Speltini & G. Sarchieli , Giovannini , Ricci Bitti (1986).

Sigler و Osmond في 1979 مذكورين في: Tap , Sorders –Ader & Tarquino (2002) هم وضّحوا كيف أن العائلة والآخر يساهمون في الإنقاص من قيمة المريض ويويّخونه من خلال أقوالهم.

: "كنت نعرفه قبل ما يديني، كان عاقل...". أي: "كنت أعرف زوجي قبل زواجنا كان جيّد الخلق...."

" زوجي قال نعطيك أجل يلا مريحتيش نزوّج منقعدش هاك" أي "زوجي قال أعطيك أجل من أجل الشفاء وإذا لم تشفين سأنتزوّج لا أبقى هكذا"، "خطرات نوصلو للطلاق" أي: "أحيانا نصل الى الطلاق"

" الزوج كان بيغيني، وكنا نتفاهموا في كل شيء و *déjà* أنا كنت جايبة روحي، كنت شابة ملي مرضت تبدّل كلّ شيء" أي: "زوجي كان يحبني وكنا نتشارك في اتخاذ القرارات ، أنا كنت جميلة وجذابة ، منذ أن مرضت تغيّر هو اتجاهي".

"راجلي قالي ما نيش عايش كيما الناس: *il a raison*" أي: "قال لي زوجي: عيشي ليس كبقية الناس...إنّه على حقّ ، :الراجل بيغي المرأة تطيب وتنقي...". أي : "الراجل يحبّ المرأة التي تطبخ و تتظّف...". ، "وكان جيت بصحتي قاع ما نسالش عليه" أي: "لو أنني أتمتّع بصحة جيّدة لا أبالي به".

"راجلي هدرته قليلة هو زايدني، أنا نبغي نهدر كي نزعف" أي: "زوجي قليل الكلام ، أنا أحب التّكلم عندما أغضب"،

الزوج رفدني " أي: "وقف بجانبني" ، "صاحبه في الخدمة قالي يظلّ يهدر غي عليك ، بيغيك بصّح أن مفهمتهش علاه راه بيديرلي هاك؟ " أي: " زميله في العمل قال لي أنه يتكلم عنك طوال الوقت فهو يحبك، لكن لم أفهم لما يضايقني؟"، "العلاقات الجنسية تأتتت " أي: "العلاقات الجنسية بسبب المرض"

اخوة فاطمة لم يقفوا بجانبها في مرضها وهي تقول بأنّ كان عليها القيام بعملية الزرع (La greffe) من أجل شفاءها. لكن إخوتها لم يرضوا بأن يقيموا الاختبار و يعطوها الدم الذي يتناسب مع دمها. حسب فاطمة عدم القيام بهذه العملية كان سببا في تطور مرضها. " منسمحهمش ، علابالي كان مكتوب " أي: " لا أسامح إخوتي، أعلم أنّه مكتوب الله". الحقدّها على اخوتها لا زالت تكنه لهم لأنهم حسبها بسببهم وصلت إلى هذه الوضعية.

"قالي خطرة أنت بليقلك غي مطرح وتكوني مريضة" أي: "قال لي أنت ما يليق بك هو ملازمة السرير وتكوني مريضة" ،: "يكون مليح حتى يتنارفا" "معزة تجيه" أي " يكون على مايرام بين لحظة وأخرى يتقلّب و يغضب"، "تبدل تبدل جدري...أو... في الرفود رفدني ، ما نقولش لا، لكن معاملته سيئة معي... غي ما يحترمنيش بصّح يخليني tranquille...في داري وأنا خايفة" أي: " تغيّر تغيّر جدريا لقد قام بدوره اتجاه مرضي أنا لا أنكر ذلك ، لكن معاملته سيئة معي...لا أطلب منه أن يحترمني- لا يهمّ- لكن يتركني أعيش في هدوء" كلّ هذه التصريحات تعبّر عن شدة معاناة فاطمة مع زوجها. هي ماتزيد من اضطراب صورة ذاتها.

ذكرت فاطمة أنّها تحب أن يزورها الأقرباء، ليرفعوا معنوياتها وتحكي لهم عن معاناتها وآلامها من هذا المرض. وفي نفس الوقت هي تحبّ أن تبقى لوحدها فحسب Schilder (1968) أنّ الشخص لا يستطيع العيش بمعزل عن الآخرين فهو قريب و بعيد في نفس الوقت عنهم، "المريض بيغي الزيارة لرفع المعنويات" أي "المريض يحبّ زيارة الأقارب لرفع المعنويات". "كي يجيو يشوفوك الأهل تحسي بلي بيغوك، قاسمين المرض معاك شويا...". أي: "عندما يأتون الأهل لزيارتك تحسين بأنهم يحبونك، ويتشاركون هموم المرض معك...". أو: "ما صبتش Garde

Malade كرهت، حسيت روجي وحدانية ماكانش لي ظلّ عليّ أي " لم أجد من يبقى معي في المستشفى ضجرت، أحسّ بالوحدة، لا يأتي أحد لزيارتي"

في نفس الوقت فاطمة لا تحبّ الاختلاط كثيرا مع الناس مثلا عدم ذهابها إلى الحمام أو الأفراح لقولها: "مانمشيش للأعراس الحمام تانيك، خطرة مشيت قعدو يشوفو فيا، حسيت راهم يشوفو فيا كيفاش ولبت من المرض" أي "لا أذهب إلى الزفاف ولا إلى الحمام، مرّة ذهبت فبدأن النساء ينظرون الي و يتعجبين كيف أصبحت بالمرض . كايين لي يستشفاو بصّح قليل" أي "يوجد من يفرح لك لكن هم أقلية" أو: "ما نبغيش نقعد مع الناس ويقعدوا يهدرو الهدرة الناقصة... يديررونجيوني أنا ما نبغيش هاك" ... أي: "لا أحب الجلوس مع الناس و يتكلّمون ذلك الكلام الناقص ... يزعجوني أنا لا أحب هكذا..."

فاطمة هي بعيدة عن الآخرين لأنها تخاف أو تخشى من أن تصاب باحباط من نظرة الآخر التعجبية من جسمها المتغيّر بسبب هذا المرض. هذه النظرة السلبية حسب فاطمة تجعلها تعاني بشدّة في ذاتها وتشعر بالنقص تتذكّر بأنّها مريضة ولا تستطيع ان تكون كالآخر الذي يتمتّع بصحة جيّدة و لا يعاني من تشوّهات على مستوى جسمه ويستطيع القيام بأدواره الاجتماعية. في هذا الصّد يقول Schilder أنّ المريض لا يجد أيّ وسيلة ل: التقرب أو التّشبه بالآخرين: "المتفرّج يتقمّص بالمتأمّل ولكن المتأمّل لا يستطيع أن يتقمّص بالمتفرّج" (135,1968). يقصد بالمتأمّل: المريض المصاب بالمرض الخطير والمتفرّج: الأفراد الذين يتمتعون بصحة جيدة. أنّ هذا المشكل على مستوى التماهي الذي تعاني منه فاطمة: عدم تماهيا بالآخر يجعلها تعاني في صورة ذاتها، لأنّ التماهي هو ميكانيزم دفاعي ينقص من القلق ويساهم في بناء الذات. اختلاله ينجّر عنه اضطرابات مزاجية (Sillamy, 1996) وهذا ما يحدث للحالة.

2-3 إختلال الدّور والإحساس بالنّقص:

المجتمع يعتبر المرأة المثالية هي التي تقوم بأدوارها الاجتماعية فيمنحها بذلك مكانة اجتماعية. المرأة التي لا تعمل خارج البيت يعني أنها أسيرة أو حبيسة (Confinée) تقليديا لآداء

أعمالها المنزلية اليومية. الأم هي معرفة قبل كل شيء بأنها تمنح الحياة ، تلد وتتمح السلالة (La)
(descendance) لزوجها و تلعب دورا مزدوجا أولا تجاه عائلة (La ayla) زوجها وثانيا تجاه
أطفالها. (Boutefnouceht, 1982).

فاطمة توضح لنا في خطاباتها بأنها قبل إصابتها بالمرض كانت نشيطة وتقوم بجميع
أعمالها المنزلية مثلا كقولها: "كنت نبغي كل حاجة في بلاصها ، قلبي حار على الخدمة،
propre كان عندي وسواس نتع ménage...". أي : "كنت أحب كل شيء في مكانه، كنت
متطلبّة، قلبي منشغل بالنظافة، كان عندي وسواس...". ظهر المرض جعلها لا تؤدّي واجباتها
باننظام ،وأحيانا لا تتممها كليًا عند انتكاستها المتكررة "الحاجة لي كرهتني في حياتي هي ما
عنديش أمّ تعاوني... plus المرض!" أي: "الشيء الذي ملّ حياتي وأضجرتني اضافة للمرض هو
ليس عندي أمّ تساعدني...". "أولادي ما لقبّتش لي يرفدهم لي يوكلهم لي يغسلهم... أي:" لم أجد
أحدا يقف بجانب أبنائي، يطعمهم، يغسل لهم...". ، " *des fois* نفورسي على روحي ونخدم
الصوالح ونطيّب وأنا عيانة" ، أي : "أحيانا أجهد نفسي فوق طاقتي و أنظّف و أطبخ وأنا
مريضة"

تصريحات تعبّر عن معاناة فاطمة وعن تأثرها بالمرض الذي يجعلها تعيد النظر في
صورة ذاتها و تشعر بالنقص. دورها كأم ترعى أبنائها تخدمهم وتطعمهم تعطلّ، دورها كزوجة
تعطلّ : برودة جنسية ولا تهتمّ بزوجها، إذ أنها دائما بحاجة إلى الآخر ليساعدها في إنجاز
أعمالها اليومية. هذا المشكل يؤثر سلبيا على شعورها بذاتها و على تقديرها لذاتها نظرا لأنّ هذا
الأخير هو عنصر مساهم في بناء الشعور بالذات حسب (Stoetzel 1978). "الزوج بيغي المرأة
لي تطيب... المرأة الشمعة نتع الدار" أي: "الزوج يحبّ المرأة التي تطبخ... المرأة هي شمعة
المنزل" ، "واحد صحيح ما شي كيما واحد مريض" أي : "شخص متعافي ليس مثل شخص
مريض".

2-4/ تمثلات المرض عند فاطمة:

فاطمة كباقي المرضى تضع تمثلات بخصوص مرضها، هي تتصوّر بأنّه مرتبط بالموت و المصاب به مآله انحطاط الصّحة و الموت ولا يبقى نفس الشخص بل يتغيّر نحو الأسوأ و يشعر بالنقص "واحد صحيح مشي كيما واحد مريض، المرض بيدلك، تحسّي روحك ناقصة" أي " الشخص المعافى ليس كالشخص المريض، المرض بيدلك، تحسين بأنك ناقصة" . بسبب هذه التمثلات السلبية فاطمة هي تتخبّط في صراعات ومعاناة غير منتهية. بخصوص نظرة الآخر هي تتصوّر أنّ زوجها يراها بنظرة نقص واحتقار، ضفّ الى هذا هو حقاً هو يشاجرها و يوجّه لها كلام جارح "أنت بيقالك غي مطرح وتمرضي" أي "أنت مايليق بك هو مداومة الفراش و المرض"، "زوجي يقولي أنا مارانيش عايش كيما الناس" أي "زوجي يقول لي أنا لا أعيش كبقية الناس"، "زوجي قال نعطيك أجل يلا مريحتيش نزوّج منقعدش هاك" أي "زوجي قال أعطيك أجل من أجل الشفاء و اذا لم تشفين سأتروّج لا أبقى هكذا"، "خطرات نوصلو للطلاق" أي: "أحياناً نصل الى الطلاق"، "في داري مشي هانية غي يخليني ترونكيل" أي "في منزلي و أنا خائفة، مما أريده هو أن يتركني الزوج بسلام"، "الطبيبة قالت لي انت لي بيك هو الهّم مشي المرض" أي: "الطبيبة قالت لي انت سبب انتكاستك هي المشاكل والصراعات ليس المرض".: "كي نبكي ما نبكيش قدام أولادي ولا راجلي... نبكي بوحدتي"، أي: "عندما أبكي، لا أبكي أمام أولادي ولا أمام زوجي... أبكي بمفردي".

تهديد مكانة فاطمة بالطلاق، نظرة الآخر السلبية ومشاكل المرض والصّحة من جهة أخرى هذا ما يفسّر سبب دخولها المتزايد إلى المستشفى. ما لاحظناه أنّ فاطمة في خطاباتها لا تتكلّم كثيرا عن تشوّه جسمها بسبب العلاج الكيميائي، إنّ جلّ خطاباتها هي التكلّم عن المرض والمناخ العائلي المضطرب بسبب المرض وعدم القيام بأدوارها.

2-5/ إستراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف فاطمة:

في أغلب تصريحات فاطمة لاحظنا أنّها تتأثر وتتقاوم المرض من أجل البقاء، بالرغم من المشاكل التي تواجهها مع زوجها،: "أتفعل بالخير، بالدواء غدي نريّح ونزيد نرقي ونصلي ونطلب

الله نريح" أي: "أنفائل بالخير، سوف أشفي بالدواء، سأرقي وسأصلي وأطلب الله أن أشفي"،
"بلاك يخترعو دواء يشفي" أي "ربما يخترعون دواء يشفي". لاحظنا أن فاطمة كانت تبدي واجهة
بشوشة وإيمان قوي بالله وتزعم أنها تعيش في قناعة وراضية بقضاء الله وهذه مشيئته لقولها: الله
يبلي العبد لي يبيغيه، يعذبه في هذه الدنيا الفانية، باش ينال في الآخرة... باش يختبره ويشوف
شحال يقدر يصبر... أي: "إن الله يبتلي من عباده الذين يحبهم في هذه الدنيا الفانية، من أجل
أن يجازيهم في الآخرة... كي يختبرهم و يرى ما مدى صبرهم".

"أنا ما نحكيش مع *n'importe qui*، نحكي مع وحدة كبيرة عليّ عندها في الرأس ولا نحكي
مع جرتي لي كانت مريضة بـ *cancer du sein* وريحت..."

إذن فاطمة تقوم بما سمّاه Pollak "بعمل الأمل" (Travail d'espoir) مذكور في:
Herzlich & Adam (19, 2002)، فاطمة تعيش كذلك في نوع من التناقض (Ambivalence)
بين الشك والاعتقاد مثلا عندما تقول: "*des fois* نجعل، إيمان ضعيف" أي: "أحيانا أجهل إيمان
ضعيف" "راني قابضة في ربي إيماني قوي بالله" أي: "اني متوكلة على الله إيماني قوي بالله" أو:
"*des fois* نكره الدواء ونشك بلي قاع ما نريحش" أي "أحيانا أملّ الدواء وأشك أنّي لن أشفي"
مقابل " غدي بالدواء نريح" أي "سأشفي بالدواء". "خطرات نقول واش درت في حياتي؟ هدي
دعوة؟" أي "أحيانا أقول ماذا فعلت في حياتي؟ هل هي دعوة؟". "*des fois* نقول هذا من اختبار
الله سبحانه وتعالى، راه ينقي فيا الذنوب" أي: "أحيانا أقول هذا من اختبار الله سبحانه وتعالى،
فهو يصفلي ذنوبي" "هذا من تخفاف الذنوب راني مفضلة عند الله نتعدّب هنا ومشي لهيه" أي:
"إنّ الله يخفّف لي ذنوبي إنني مفضله عنده، أتعدّب هنا في الدنيا و ليس في الآخرة".

تفكير فاطمة المتناقض هو عبارة عن نوع من التمثلات: عناصر معرفية محيطية تعرّف
حادث المرض عند الحالة. حسب Openheim (2000) التفكير المتناقض عند المريض هو عادي
اذ غيابه هو الذي يقلق.

لاحظنا ان فاطمة تستعين بميكانيزم دفاعي هو التبرير من أجل الانقاص من قلقها: أخوتي هم لي داروها بيّا، ما مدوليش الدم، وكان راني ريّحت، أنا معدورة" أي "أخوتي هم المسؤولون والمامون عن تطور مرضي، لو أعطوني الدم للقيام بعملية الزرع لكنت قد شفيت أنا معدورة".
الصّحة غداًة ماشي مضمونة" أي: "الصحة غداًة وليست مضمونة"

2-6 -صورة الجسم، الاكتئاب وتقدير الذات :

الجسد كان معرفاً قديماً عند الإغريق كجثة وهو معاكس للنفس (Assoun, 1997)

عند أفلاطون الجسم هو ضريح الروح. أمّا عند ديكارت فالنفس هي التي تعطي للجسم الحياة).
(Roux, 2011) يعرفه Legrand (1990، 21) ك "تبرج (Attifé)، تصنع وتكلف (Apprêté) ومنتظم (Discipliné) ، يظهر في الظروف الإجتماعية... واللّباس هو مؤشر على الذكاء يقف به الفرد أمام الجمهور". المرض سبب لجسم فاطمة الاختفاء من الجمهور، سبب لها اخفاء شعرها الذي تساقط كي لا يراها الآخر، جعلها ترتدي الجلباب كي تخفي جسدها وتتجنّب نظرات الآخر. جسمها الذي كان متصنّعا وجميلا أصبح نحيفا، مسمراً وغير منتظم وضعيف وحتّى على المستوى المعرفي العقلي فاطمة تعرف تراجعاً في قدراتها المعرفية: النسيان وعدم الانتباه. كما أصبحت سريعة الانفعال: الغضب، العدائية، حساسة سريعة البكاء. الفرد هو ظاهرة معقدة تتفاعل مع المجتمع ومركبة من جسد و نفس وعقل. اذا أصيب أحد هذه المركبات فإنّ الفرد يضطرب. عند سقراط الفرد هو ماهية (Entité) جسدية نفسية (Somatopsychique) وهو يقول " هل من الممكن أن نفهم طبيعة الروح بدون فهم طبيعة الكلّ؟" مذكور في : Nassikas،(1982، 157).

فاطمة أصيب جسدها بتساقط الشعر والصلع، النحافة، عدم الوقوف أو المشي لمدة طويلة، تلوّن لون البشرة... الخ لهذا انّ قدراتها المعرفية هي تتدهور : هي تنسى لا تركز عديمة الانتباه وكثيرة السهو والتفكير في مرضها.

بسبب هذا التغيّر الجسمي انّ نفسية فاطمة غير مستقرة مضطربة: بكاء عدوانية

واكتئاب، مما يجعلنا نستنتج أنّ فاطمة بسبب تشوّه صورة جسمها أنّ صورة ذاتها هي مضطربة، أنّها ترى ذاتها غير الذات السابقة بل ذات جديدة مضطربة تعاني وغريبة عليها لا تعرفها، هي تعيد النظر فيها وتتساءل: من أنا؟ هي تعيد تشكيلها.

"*La maladie* بدّلت كل شيء في حياتي توشاتني *a vie*" أي: "المرض بدّل كل شيء في حياتي، أثّرت بي...".

"تكوني في صفة تولي في صفة أخرى *étranger corps*" أي: "تكونين في صفة تم تصبحين في صفة أخرى: جسم غريب".

حسب Nuttin (1965) الشخص يعني الفرد الإنساني الملموس أمّا الشخصية بالعكس فهي بناء علمي معرفي متبلور. إذن أنّ الشخصية هي بناء مركّب وإذا حدث خلل على مستوى هذا البناء، فإنّه يحدث اضطراب على مستوى الشخصية. إذا حدث خلل على مستوى الفرد الملموس (أعضاء الجسم) سيحدث اضطراب الذات. إذن فاطمة أصابها خلل على مستوى جسمها إذن هذا الخلل أثّر لها سلبيا على صورة ذاتها.

حسب Nuttin (1965) الحياة النفسية تبني الشخصية وهي تتميز بالأخصّ بنمو عجيب للوظائف العقلية والتي تسمح للفرد بإدراكه للعالم الخارجي والتعبير فيه، تسمح له بأن يدرك ذاته ويتعرّف عليها وهذا الإدراك والتعرّف أو الشعور بالذات هو شكل لامتلاك الذات والذي يشكّل عنصر أساسي في النفسية الشخصية.

اكتئاب وحداد فاطمة يبدو لنا واضحا من خلال تصريحاتها، اكتئابها هذا له علاقة بفقدان نرجسي أمّا الحداد فله علاقة بفقدان الموضوع وحسب Lanouziere , Kaes , Chabert & Schniewind (2005) إنّ المريض في وضعيته الاكتئابية هو مصاب في نرجسيته ويشعر بالذنب والحياء ويعاتب ذاته. هذه الاحساسات السلبية نلاحظها ونجدها متوقّرة في الخطابات السابقة

لفاطمة. حسب فرويد مذكور في: Chabert, Kaes, & Lanouziere (2005) Schniewind
الشعور بالحياء عند المرأة هو مرتبط بشعورها بالنقص من جسمها

والذي يستمر كندبة (Cicatrice) نرجسية مع ثلاث آثار هامة: الإحساس بالنقص، احتقار لجسدها
(عضوها الجنسي: خصاء) وإهمال علاقتها الوجدانية مع الأم

(عضوها الناقص هو دليل على عدم حبّ المرأة لأمّها). قد لا نتفق مع فرويد في بعض الأمور
ولكن يمكننا أن نقول أن نظرا لأنّ المرأة قد تعيش بعض المشاكل في طفولتها وتستمرّ في العيش
فيما بعد في مشاكل أخرى، فإنّ وضعيتها ستتفاقم نحو الأسوأ وهذه الآثار التي يتكلم عنها فرويد
تتجسّد لها وتعيشها : كحالة فاطمة عاشت في الحرمان العاطفي، اضافة الى إصابتها بالمرض
وعيشها في مناخ عائلي مضطرب و تشوّه جسمها، فهي تشعر بالنقص من الشقاق بين الأنا والأنا
المثالي (بعد بينهما) وتشوّه جسمها والذي يشكّل لها جرح نرجسي وهذا له علاقة بالاكنتاب كما
يوكّد كلّ من Chabert و Kaes و Lanouziere & Schniewind (2005). ممّا يجعلنا نستنتج
أنّ الحالة فعلا تعاني من الاكنتاب. وتصور الحالة بأنها بعيدة عن الأنا المثالي لا يخلق لها سوى
الإحساس بالنقص إنما يخلق لها إعادة تساؤلها حول تقديرها لذاتها، ويبدو لنا أنّه سلبي وعندما
طبّقنا عليها اختبار روزنبارغ زاد تأكّدنا أنّ تقدير ذات فاطمة هو في تغيّر وانخفاض، بسبب كلّ
العوامل المذكورة سابقا. هذا مايجعلنا نوّكّد أن صورة ذات فاطمة هي مضطربة وهي تعيش في
سيرورة إعادة بناء ذات جديدة تعاني.

الجدول التالي يبيّن نتائج تطبيق اختبار تقدير الذات لروزنبارغ على الحالة:

المجموع	العبارات السالبة					العبارات الموجبة					البنود
	9	8	6	5	2	10	7	4	3	1	

22	2	1	2	2	2	2	3	2	3	3	البدائل
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------

3- إستنتاج حول فاطمة:

بناء على النتائج التي حصلنا عليها من تحليل المقابلات وتأويلها باعتمادنا على الترات النظرية و اختبار روزنبارغ لتقدير الذات، تبين لنا أن فاطمة تعاني في صورة ذاتها وتقدير ذاتها بسبب عدّة عوامل أهمّها المناخ العائلي المضطرب وتمثّلاتها السلبية حول المرض "مرتبط بالموت" وحول نظرة الآخر نظرا لتشوّه صورة جسمها بسبب المرض ونظرا لتعطّل أدوارها الاجتماعية وتهديد مكانتها بالطلاق والانحطاط والموت. استطاعت فاطمة أن تتكيف مع الوضعية المرضية، تقبلت فكرة أنها مريضة بالسرطان، ولكن إنّ ما بدى لها صعب في هذه التجربة المرضية هو متى الشفاء؟ حسب Openheim (2000) المصاب بالسرطان قد يتقبّل التشخيص أنّما يبدو له صعبا في هذه التجربة المرضية هو سؤاله الغير منتهي متى الشفاء؟

المرض غير لها عدّة أمور في حياة فاطمة أهمها الصراع مع الزوج ونظرته الاحتمالية الموجهة لها، الإحساس بعدم استمراريتها في الحياة. مظهرها الجسمي أصبح نحيفا وضعيفا ومصابة بالصلع، عدم قيامها بأدوارها ساهم في إحساسها بالنقص وعدم تقديرها لذاتها، لأن إتمام الأدوار بانتظام بوسعه أن ينمي الإحساس بتقدير الذات الإيجابي، وبالتالي يساهم في تكوين صورة ذات جيّدة (Bee & Boyd, 2003).

الحالة الرابعة: عائشة

1. تقديم الحالة.
2. تأويل وتحليل معطيات المقابلات:
 - 1-2 نظرة الآخر.
 - 2-2 تمثلات عائشة للمرض.
 - 3-2 تقدير الذات.
3. إستنتاج.

a. تقديم عائشة:

عائشة من مستغانم تعالج في المركز الاستشفائي الجامعي وهران عمرها 47 سنة متزوجة وأم ل 3 بنات وولدين، الأكبر عمره 24 سنة والآخر 9 سنوات، أما عن بناتها فواحدة هي حلاقة والأخرى خياطة في المنزل والصغيرة تدرس في الابتدائي وهي متعلقة جدا بأمها وقلقة جدا بشأن مرض أمها ودائما تسألها "ماما واش قالك الطبيب؟ وينتا تريحي؟" أي "أمي ماذا قال لك الطبيب؟ متى تتعافين؟" أما عن زوجها فهو بناء ودخله قليل ويقول دائما لها: "غدي يطردوني من العمل يلا بقيت أتغيب كثيرا" أي "سوف يطردونني من العمل إذا بقيت أتغيب كثيرا".

مرض عائشة هو سرطان الدم من نوع هودجشكين وفي رقبته وبالضبط تحت الإذن عندها انتفاخ ورمي كبير الحجم (ولسيس)، والحقيقة الشخص الذي يراها بهذا المنظر يشعر بالشفقة نحوها وبالأسف من أجلها لان هذا الانتفاخ مخيف يظهر بكل وضوح وبلون أسود، بالإضافة إلى تساقط كل شعرها.

أما عن المستوى الدراسي لعائشة فهي لم تدرس ولم تدخل إلى المدرسة لأنها كانت تسكن في قرية نائية وعندهم البنات لا يدرسون كما تقول عائشة، وهي تعرف بأنها مصابة بهودجشكين لأنها سألت عنه المرضى في المستشفى ولأن الجناح الذي تعالج فيه هو مخصص لمرضى سرطان الدم ومرضى فقر الدم (جناح مبحث الدم).

أول مقابلة أجريتها معها كانت ماثلة بالمستشفى لمدة ثلاثة أيام فهي حالة غنية وزودتنا بعدة معلومات وهي تتكلم بكل ألم وحسرا.

أما عن إخوتها فلها أخ واحد متزوج من امرأة وعائشة تظن لاتحبها، ولها ثلاثة أخوات وأم وأب مغترب في فرنسا والحالة تشتكي منه بسبب عدم مبالاته بها، علما بأنهم كلهم مقيمون بنواحي تيارت.

أما عن أقارب زوجها فهي لها علاقة حسنة مع كل من أم وأب زوجها وحتى مع إخوته ولكن لها مشاكل مع نساء إخوة زوجها الذين يسكنون معها في نفس الحي.

2. تأويل وتحليل المعطيات:

عائشة منذ لقائنا الأول معها تصرح لنا بكل تلقائية انها قلقة ومحبطة ومضطربة وضعيفة في جسدها وخصوصا وانها كانت تقوم بالعلاج الكيميائي والذي حسبها يجعلها تحس بالضعف والإعياء والتقيا وال فشل... ما لاحظناه في عائشة دائما تقول "زاني مغمومة على خاطر أولادي وعلى خاطر صحتي" يعني هي قلقة جدا على حالتها الصحية وتخاف كثيرا أن تتدهور صحتها وتترك أولادها يعانون مع مشاكل الحياة. لقولها: "لي بيا أولادي، خليتهم سمحت فيهم، غبنت بنتي في شغل الدار، من بعد ما كنت انا قايمة بالدار نغسل بكييت بكييت بكييت..." فإضافة مع الم المرض والقلق على ابنائها والخوف عليهم لانهم حسبها مازالوا صغار ويحتاجون امهم تقف بجانبهم.

وهذا جعلنا نستنتج ان عائشة تعاني من ألم مزمن عضوي وانفعالي. فهذا الألم حسب مدرسة التحليل النفسي يظهر كوسيلة تعبيرية عن الصراعات التي تعاني منها عائشة ولم يتم حلها ويظهر أيضا من النزاعات العدوانية والعدائية المكبوتة والانا الاعلى المتصلب والشعور بالذنب وعدم الرضا. وفي هذا التيار نجد عدة محللين نفسانيين ك:

1984,Swansan; 1974,Less ;1973 ,Parkes ;1969 ,Pearsons & Bond

و آخرون المذكورين في: حسانيين احمد (2013) اكدوا على ان الفرد يستعين بالألم كحيلة دفاعية ضد الحرمان او التهديد بالحرمان وخبرات الطفولة الكئيبة واضطرابات الشخصية المتعددة.

فعاثشة تستعين بالأم شعوريا ولا شعوريا كحيلة دفاعية تقلل من قلقها المستمر ومن خوفها من فقدان أبنائها لها وحرمانهم منها. فالألم يسمح لعائشة في هذه الوضعية الإنقاص من كمية القلق الذي تشعر به والانقاص من الشعور بالذنب. إذن هو وسيلة تعبيرية تعبر عن العدوان والغضب والتكفير عن الذنوب من خلال الألم والمعاناة وهذا حسب سزاسز في 1957 وانجل في 1959 مذكورين في حسانين احمد (2013).

واذن هنا الألم عند عائشة هو بمثابة بديل للعدوان وبديلا للشعور أو التهديد لا لحرمان أو خسارة الأبناء والعلاقات الاجتماعية. "راني مغمومة، حية في قلبي توجعني درت شيميو راني فشلانة..." أي " أنا مغمومة، شيء في قلبي يؤلمني أنا ضعيفة..."

2-1 نظرة الآخر:

عائشة تحب أبناءها كثيرا لدرجة أنها مريضة جدا وتخفي مرضها وألمها عن أبنائها كي لا يعانون فهي دائما كانت تردد أنها لا تحب ان تحكي لهم عن مشاعرها ومرضها كي لا تقلقهم وهي تفكر كثيرا في ابنتها الصغيرة التي تدرس في الابتدائي فكل من الأم والابنة هن قلقات حيث ان هذه الأخيرة دائما تسال أمها: "مذا قال لك الطبيب؟ متى تشفي".

عائشة قلقة كذلك بسبب ابنتها الكبيرة وهي تقول: "عبرت ابنتي في شعل الدار، وكان غي زوجتها" اي " أتعبت ابنتي في الأعمال المنزلية، تمنيت لو زوجتها". هذه العبارات توضح ان عائشة تقاوم مرضها وتحاول إخفاء معاناتها عن أبنائها لماذا؟ لأنها تخاف من أن يضطربوا والشيء الذي يثير الانتباه أنها حتى عند تساقط شعرها بفعل العلاج الكيميائي فهي لا تظهر شعرها أمام أبنائها خوفا من انهم ينصدموا ويقلوا ويتأثروا ويحزنوا ويشفقون كثيرا على أمهم فبالتالي عائشة تخاف من أن أبنائها يشفقون عليها وينظرون اليها نظرة شفقة نقص وتبعية وعبء ثقيل.

إذن هي تعطي أهمية كبيرة لنظرة الآخر وتحاول أن تظهر أمامه في أحسن صورة، فهي لا ترضى بان الآخر ينظر لها نظرة جديدة غير النظرة السابقة وحتى لو كان أبناؤها أو أمها لان حسب تمثلات عائشة هذه النظرة هي سلبية وتنقص من قيمتها ولهذا أنها تؤثر على صورة ذاتها سلبيا وقلقها.

أما عن أمها فهي تقول: "أنا من تيارت أهلي بعيدين عني قلت لهم أتي مريضة إخوتي وأمّي، ولكن لم أحكي لأي شيء، مثلا لم أقل لها بأنني في المستشفى..."، وعندما تتحدث عن أبنائها فهي تقول: "لم أحضر الهاتف الجوال معي لأنني أعرف لو أحضرته أبنائي في كل وقت يكلمونني، ويزيد قلقي".

ولكن الشيء الذي يثير الملاحظة أنّ عائشة قد أظهرت رأسها الذي يعاني من الصلّع سوى لزوجها وأرته لي كذلك، خصوصا وأنها آنذاك كانت تشتكي من قلة الدّخل والفقير وعن زوجها الذي كان هو بدوره يشتكي لها من قلة الدّخل وأنه سيطردونه من عمله إن بقي يتغيب كثيرا، وغيابه هذا كان بسبب مرض عائشة. "مول الدّار يخدم ببناء maçon دخله قليل، لقد قال لي سوف يطردونني من الخدمة إن بقيت أتغيب كثيرا، مسكين وقف معي ورّيته شعري كي طاح ، قلة الشيء واعرة" أي "زوجي يعمل ببناء ودخله قليل، لقد قال لي سوف يطردونني من العمل إن بقيت أتغيب كثيرا، مسكين وقف معي، أظهرت له شعري عندما تساقط، قلة الشيء صعبة". من خلال هذه العبارة يتبين لنا أنّ عائشة تشعر بالنقص والقلق والدّنب والوحدة. ولهذا هي قد كشفت عن شعورها لزوجها كإستراتيجية مواجهة لأنها شعوريا أو لا شعوريا تقاوم مرضها وتتادي زوجها لتطلب منه النجدة من هذا المرض، لانه هو الذي ينفق عليها وولي أمرها، وكأنها تقول له أنا مريضة فعلا ولا أظاهر بالمرض والدليل على ذلك رأسي أصبح صلعا وإن تغيبت عن العمل أنا هذا فوق طاقتي وأنا أريد النجاة والشفاء من أجل أبنائنا، وفي هذه الحياة ولا أحد في الأمان اليوم تقف بجانبني ومن يعلم أنا أقف بجانبك غدا...

فشكاوي زوجها بأنه سيطرد من العمل بسبب تغييه بسبب مرض عائشة تشعرها بأنها
عبء ثقيل عليه وتشعرها بالنقص وعدم الفاعلية وتؤثر سلبيا على مستوى صورة ذاتها. فمن
المفروض أن زوجها لا يزيد من معاناة عائشة بشكاويه وعلى العكس يجب أن يقف بجانبها ويتحد
معها وينظر إليها بنظرة إيجابية وتفاؤلية. إذن هذه الصورة السلبية الموجهة إلى المريضة من
طرف الزوج هي بمثابة عامل رئيسي ومساهم في اضطراب صورة ذات الحالة.

أما عن أقرباء عائشة فمن خلال تصريحاتها لاحظنا أنها لا تحب البعض منهم لأنهم لم
يقفوا بجانبها في هذه التجربة المرضية فمثلا هي تقول: "سلفتي نتارفيت منها، مطلتش عليا حتى
بنتي متعاونهاش، نسكن في سكنة وحدة" أي "حماتي انزعجت منها، لم تأتي لزيارتي وحتى ابنتي
لم تساعدها، نسكن في نفس المنزل".

أما عن أب عائشة فهو مغترب ويسافر دائما من الجزائر إلى فرنسا وهي تشتكي منه لأنها
تشعر بالحرمان العاطفي اتجاهه ومنذ أن كانت صغيرة فهي تقول أنه غير مبالي بها ويكسب
الكثير من النقود ولا يتبرع عليها لقولها: "أبي ميقري عنده الدراهم، أبي ما حارش فييا ملي كنت
صغيرة جافي علينا أمي تقوله بنتك ... غاضتني، بكيت في داري قلت لراجلي قالي تلفون
ميديرهلکش" أي "أبي مغترب لديه المال، أبي لم يهّمه ولم ينشغل عليّ أمي تقول له ابنتك ...
أشفق عليها بكيت في منزلي، قلت لزوجي فقال لي لا يسأل عنك حتى على الهاتف"، وهي في
هذه الوضعية تحتاج إلى من يساندها ماديا ومعنويا خصوصا وأن زوجها دخله قليل وأنّ ابنها
الأكبر لا يعمل "ولدي الكبير ما يخدمش شفني" أي "إبني الأكبر لا يعمل وأشفق كثيرا عليه"
حينها بكت وبكت فهي متأثرة جدا بهذه الوضعية، فالمرض من جهة وقلة الدخل وعدم المساندة
من طرف الآخر من جهة أخرى، لذلك ودائما في أغلب المقابلات النّصف الموجهة التي قمنا بها
كانت الحالة تشتكي من قلة الدّخل "قلة شيء واعرة" أي "قلة الشيء صعبة"، "خسرت بزّاف راهم،
زوج ملايين عاود مليون ونصف..." أي "خسرت الكثير من المال، مليونين ثم مليون ونصف..."،
"قلتلهم متجوش عندي بزّاف أولادي وراجلي منبغيش نعبنهم معندهمش" أي "قلت لهم لا تأتون
لزيارتي كثيرا أولادي وزوجي لا أحب أن أشغلهم ليس لديهم"، "200 ألف عاود 400 ألف بزّاف

مول الدّار مطاقش، بصّح الصّحة جات من عند الله" أي "200 ألف ثم 400 ألف كثيرة زوجي لم يتحمّل، لكن الصّحة أتت من عند الله"، أنا راني هنا نخمم على إبنتي راني غابنتها، كيفاش غادي الدّير مع الضياف المصروف قليل" أي أنا هنا أفكر في إبنتي أنا أزعجها، كيف تتصرف مع الضيوف الدخّل قليل".

البعض الآخر من أقرباء عائشة يحبونها حسب تصريحاتها فهي تقول: "عزّوجتي بكات كي عرفت بمرضي قالت شكّون يدورلي على وليمتي" أي "أم زوجي بكت عندما علمت بمرضي قالت من يقوم لي بأفراحي"، "شيخي يموت عليا بكا" أي "أب زوجي يحبني كثيرا بكى علي"، "إبنتي الصغيرة تقولي ماما صاي متزيديش تولي لسبيطار" أي "إبنتي الصغيرة تقول لي أمي لا ترجعي إلى المستشفى".

من خلال العبارات وغيرها عائشة حقيقة تشعر بأنهم يحبونها ولكن في نفس الوقت تشعر بأنهم يشفقون عليها (نظرة الشفقة) فمن خلال هذه العبارات التي يوجهونها لها، الحالة ستبقى في دوامة من القلق لأنهم عوض أن يجعلوها تنسى مرضها فإنهم على العكس يذكّرونها به وكأنهم يذكّرونها بالانحطاط والموت خصوصا عند بكاءهم أمامها فهي حتما ستتصور أن مرضها قاتل وتتأثر نفسياتها سلبيا، مما يجعل صورة ذاتها في معاناة واضطراب.

في المقابلة العاشرة التي جمعنا مع الحالة صرّحت لنا عن نوع من الصراع بينها وبين زوجها ونذكر حينها كانت عائشة قد دخلت المستشفى بيوم وكانت تبدو غير مرتاحة متوترة قلقة شاحبة اللون حتى أنّنا لاحظنا أنها نقصت في الميزان من 90 كلغ أصبحت 40 كلغ فقالت آنذاك: لّي راه في القلب راه في القلب أنا مارانيش في قلبه باش نعرف واش يخمّم فيا، بطلّ الخدمة مّلي دخلت لسبيطار" أي "ما هو في القلب يبقى في القلب أنا لست في قلبه لكي أعرف ماذا يفكر بخصوصي، لم يعد يشتغل منذ دخولي إلى المستشفى"، هنا يتّضح لنا جليّا أنها تشعر بالذنب لأن زوجها فصل عن العمل بسبب دخولها إلى المستشفى وكذلك عائشة تتصور أنّ زوجها يرسل لها نظرة جديدة غير النظرة السابقة قبل مرضها وحسب تمثلاتها هذه النظرة هي سلبية نظرة تبعية

ونقص، فإضافة إلى ألم المرض والتمثل السلبي حول نظرة الآخر فإنها قد تأثرت وأنقصت في الوزن وأصبحت قلقة وحتى تقديرها لذاتها كان يبدو منخفضا. عدة مرّات عائشة قالت: *العبد هو اللّبي يقتل ماشي المرض* أي "الإنسان هو الذي يقتل وليس المرض"، *"وكان نصيب ما نشوف حتّى واحد"* أي "لا أحب رؤية أحد"، *"أنا راني حاسّة يستشفّوا فيا"* أي "أنا أحسّ بأنّهم يفرحون لي بسبب إصابتي بالمرض"، *"وكان نصيب نقعد وحدي في كالم"* أي "أحب البقاء وحدي في الهدوء"، فهنا تأكّدا من أنّ الآخر يلعب دورا مهما في مشاغل ووساوس عائشة وإنّ نظرتة السلبية تؤثر سلبيا على تقديرها لذاتها خصوصا وعلى صورة ذاتها عموما، فعائشة وصل بها الأمر أن تقول *"خطرات نقول نفسيا منيش غايا، نفسيا راني مريضة، راني مضرورة من الداخل"* أي "مرات أقول نفسيا أنا لست بخير، نفسيا أنا مريضة، أنا لست بخير من الدّاخل"، فهذا دليل وتصريح واضح لصورة ذات تعاني ومضطربة.

2-2 تمثلات عائشة للمرض:

تمثلات عائشة حول مرضها هي متعدّدة وأحيانا متناقضة فمثلا عائشة تتصوّر أنّ سبب مرضها هو متعدّد ومتناقص في نفس الوقت. فهذا ما لاحظناه فيها طوال تعاملنا معها، ففي أوّل مقابلة لنا معها مثلا صرّحت لنا: *"سقسيت واحدة مريضة، قالت لي بيك العين، بصّح هذا المرض جاعني من العين، كلّ شيء نديره نعجن نسيق، نخيط... ناس كانوا يجو عندي ينخلعو... العين"* أي "سألت مريضة قالت لي سبب مرضك عين، نعم هذا المرض جاعني من العين، أعمل كلّ شيء أعجن أنظف أخيط... عندما كان يأتون لزيارتي يندهشون... العين". عائشة ترجع سبب مرضها أحيانا إلى عين الحسد، فهي حسب تصوّراتها إنّ مرضها هو ضحيّة لعين حسد الآخر.

أحيانا عائشة ترجع سبب مرضها إلى أنّه امتحان من عند الله وابتلاء من أجل تخفيف ذنوبها في الآخرة فهي تقول مثلا: *"واحد الشخص نتقف قالي الناس قبل ما يموتون يدعون الله أن يمرضهم ولو شهر، باه ينقصو من ذنوبهم، هذا من تخفاف الذنوب"* أي "شخص مثقف قال لي النّاس قبل موتهم يدعون الله أن يمرضوا ولو شهر، لينقصوا من ذنوبهم، هذا من تخفاف الذنوب".

فمن خلال هذه العبارة وعبارات أخرى مماثلة لها صرّحت بهم عائشة هي عبارة عن إستراتيجيات مواجهة ومواجهة مع مرضها كما تقول Bruchon - Schweitzer (2002).

كما أنّ هذه العبارات عن ميكانيزم دفاعي تستعمله عائشة ألا وهو التبرير من أجل الإنقاص من قلقها ومعاناتها.

عائشة كذلك ترجع سبب مرضها إلى أنها غضبت وقلقت كثيرا من مشكل وقع مع الناس خطبوا ابنتها وتبين أنّهم أناس منافقين كما تصرّح عائشة قائلة: "بنتي كانت مخطوبة، مدّيتها وبطّلت، سقسيت عليهم قالولي مايسواوش يكذبوا منافقين، زعفت من ذلك النهار مرضت منذ 09 أشهر وأنا مريضة، سبتي الزّاعاف" أي "ابنتي كانت مخطوبة، ثمّ فسخنا الخطوبة، سألت عنهم أخبروني أنّ لديهم سمعة سيّئة كاذبين منافقين، غضبت منذ ذلك اليوم مرضت حوالي 09 اشهر وأنا مريضة، سبب مرضي الغضب."

فهذا التصريح وما شابه له هو كذلك عبارة عن تبرير، وقد يكون أيضا وفعلا أنّ هذا المرض سببه هو سيكوسوماتي.

وحسب هذا التيار "كل ما لا يتم بلورته يسقط على الجسم"، وخصوصا وأنّ عائشة كانت تعاني من حرمان عاطفي لأن أبوها لم يوفّر لها الإحتياجات الإنفعالية والتي هي ضرورية من أجل نموّها النفسي الإجتماعي السليم، كما يؤكّد إركسون مذكور في: Thomas و Michel (2005) في المراحل الثمانية (أو التسعة) التي أتى بها: مراحل نمو الشخصية من ناحية نفسية إجتماعية، فحسبه إذا المجتمع وعلى رأسهم الأبوين إذا وقرا لطفلها المحبّة والحنان والعطف والرعاية ودفء العلاقة مع الأم والأب (إحتياجات إنفعالية) والتغذية والتدفئة والملبس (إحتياجات بيولوجية) والتعامل اللطيف والتشجيع والتعليم والتحفيز على المبادرة في التّكلم وإبداء الرأي والتخيّل والإبداع وإكتساب اللّغة فإنّ هذا الطفل سيشعر بالثقة والإستقلالية والمبادرة ويقتمح البيئة ويكتشف ميكانيزمات التعامل التوافقي وينمو نموّا سليما، وعكس ذلك مثل الحالة عائشة فإنّ نموها النفسي الإجتماعي كان غير سليما نظرا لأنها عانت من الحرمان العاطفي فهي تقول: أّبي كان جافي

عليًا"، "أبي ميحنش فيا ملي كنت صغيرة" أي "أبي لا يحنّ عليّ منذ أن كنت صغيرة"، "أنا مادخلتش نقرى في المدرسة" أي "أنا لم أدخل إلى المدرسة"، "كان عندنا البنت متقرّاش" أي "في عاداتنا كانت الدراسة ممنوعة على الفتاة"، "باقي خاطري على أبي" أي "أكنّ لأبي مشاعر اللوم والعتاب".

حسب إركسون نستنتج أنّ عائشة في طفولتها كانت تعاني من عدم الثقة والخوف والشعور الهدّام والشكّ والخجل وعدم الإستقلالية والشّعور بالذنب وخصوصاً وأنّ أبوها كان غائب عن دور القيام بالدور التحفيزي والتشجيعي تجاه عائشة حتى أنها لم تدرس، فهي بذلك عانت في طفولتها وقد تكون قد شعرت بالنقص بدلاً من المبادرة.

إنّ ذكريات الطفولة تواجهها لا يقل في المقابلات النّصف موجهة التي قمنا بها مع عائشة، فهي ذكريات تعذبها وتضايقها، وهذه الذكريات تقريبا نلاحظ أنّ لها رمزية مع الوضعية الآنيّة للحالة، فهي إعادة إحياء وتنشيط مسألة أو مشكلة الطفولة المخفية في اللاشعور الحالة: الإحساس بالألم بسبب الحرمان العاطفي للأب" يقول Millet (2003، 99)، هذه النتيجة التي نستخلصها جاءت تتناسب مع النتائج التي توصل إليها هذا الباحث عند قيامه بمقابلات علاجية مع الحالة Michel التي كانت تعاني من اضطراب سيكوسوماتي.

وكذلك Angel، 1962، Grassi؛ 1967، Biondi؛ 1992، 1992 مذكورين في: Schweitzer، (2002) إهتموا بالخصائص المشتركة التي يظهرها المرضى المصابون بالسرطان في طفولتهم وقبل إصابتهم بالمرض، من بين هذه الخصائص: هؤلاء عاشوا في حوادث مؤلمة وكانت لهم طفولة متميزة بالحرمان العاطفي ولهم القابلية بأن لا يبادروا ولا يواجهوا الوضعيات المتوترة والمسائل الصعبة، فهذه الخصائص كذلك نجدها تنطبق على الحالة عائشة.

عائشة صرّحت لنا كذلك أنّ سبب مرضها هو بسبب صدمة فقدان خالها (موته) مدّة سنتين عندما بكت عليه انتفخت رقبتها "بكييت، انتفخ الولسيس"، وحينها لم تعالج هذا الإنتفاخ فهي تشعر بالذنب لأنها تهاونت ولم تذهب لاستشارة الطبيب. وبعد مدة توجّهت نحو طبيب في

مستغانم وهي تقول بأنه أخطأ في تشخيصه لمرضها "طبيب (ف) معرفليش، شدني عنده كل 15 يوم 80 ألف...". أي "الطبيب (ف) لم يكشف عن مرضي (مشكل في التشخيص)، عالجت عنده لمدة طويلة، كل 15 يوم فحص ب 80 ألف..."، "جريت بزاف عند بريفي ماعرفوليش" أي "عالجت كثيرا عند الأطباء: القطاع الخاص ولم يكشفوا عن تشخيص مرضي".

ثم فيما بعد توجّهت نحو طبيب آخر في وهران وهو الذي كشف لها عن مرضها ونصحها بالقيام بالعلاج الكيميائي. عائشة آنذاك تهاونت وخافت من العلاج الكيميائي أنا درت شيميو روطار على خاطر أنا كنت حاسباته كهرباء ويكتلولي الولسيس بيه، عمري ما سقسيت على هاذ الصوالح معرفتش، حماي ميقرى هو فهمني بلي ما كان والو شيميو من بعد صابوني ميتة متغاشية جرا بيّا حماي وداني لسبيطار وخلص عليا 5 ملايين وقعدت 8 أيام نقطعت فيا النفس" أي "أنا تأخرت في قيامي بالعلاج الكيميائي لأنني كنت أظنه كهرباء ويقتلوا به الورم، لم أسأل عنه يوما لم أعرف، أخ زوجي مغترب قد أخبرني وشرح لي أنّ هذا العلاج سهل ولا يألم ثم فيما بعد وجدوني مغمى عليّ فأخذني أخ زوجي إلى المستشفى ودفع لي مبلغ 5 ملايين وبقيت 8 أيام انقطعت أنفاسي".

من خلال هذه العبارات يتبيّن أنّ الحالة تشعر بالذنب لأنها تهاونت وأهملت صحتها، لهذا إنّ Jaffré (1990) يؤكّد على ضرورة توعية وتحسيس المريض بمرضه واطلاعه عليه، لأنّ هذا سيغيّر من تمثّلاته الاجتماعية الموجودة سابقا عنده.

وهي ترجع سبب تطور مرضها إلى تأخرها في العلاج وإلى عدم جدّية بعض الأطباء وإلى عدم تمتعها بمستوى تعليمي وإلى فقرها "الأطباء خلّوني 3 ساعات بصيروم على باطل، حقروني، عساس طاح عليا بزقا، لي ماهوش قاري يحقروه، بايتة نبكي راني مريضة" أي "الأطباء تركوني ثلاث ساعات بالعلاج الكيميائي بدون فائدة، ظلموني، الحارس شاجرني وأسمعني كلام يغضب، الشخص الغير مثقف يظلمونه، بكيت طوال الليل أنا مريضة."، "طبيبة قالت لي أنت خشينة، قتلها يلا بغيتي ماداوينيش غي ماداوينيش. راني نتمنى ما تقبطنيش المرة الجاية" أي "طبيبة قالت

لي أنت عنادية، قلت لها إذا أردت أن لا تعاجيني فلا تعالجيني. أنا أتمنى أن لا أراها في المرة المقبلة"، "حقروني نوكل ربي لي معدهش المعرفة يحقروه" أي "ظلموني أوكل الله. من ليس له المعارف يظلمونه " ، "المسكين كي يهدر يقولو مایسواش، نتمنى الأطباء يتبدلوا ويتهلأؤ في المريض وميديروش الفرز، البارح كنت أتألم مجاتش الطيبة حتى الصباح" أي "الفقير عندما يتكلم يقولون عليه سيء، أتمنى أن الأطباء يتغيرون و يهتمون بالمريض و يعدلوا بين جميع المرضى، البارحة كنت أتألم لم تأتي الطيبة حتى الصباح" ، "وكان مريض تدليه بلاصته أكثر منك مريض؟" أي " لو كان مريض تأخذ له مكانه وهو مريض أكثر منك؟"

كل هذه التصريحات تدل على معاناة عائشة حتى في المستشفى، وهذا مايزيد من

اضطرابها إضافة إلى مشاكلها الأخرى ولهذا يؤكد Jaffré (1992) على ضرورة فهم وسماع المريض سواء من طرف الطبيب أو من طرف محيطه. في بعض المقابلات عائشة صرحت لنا كذلك عن أن سبب مرضها قد يكون من فعل السحر لأن زوجها أحضر لها الطالب إلى المنزل فهي تقول: "الضربة نتاع سحور باش خلفوا تارهم كانت موجهة لابنتي حتى تكلمت فيا، واش يسالوني في هذه الغيبنة؟" أي "أقاموا لي السحر كي يخلفون الثأر، كان موجها لابنتي لكن أنا أصبت به، لماذا فعلو هكذا بماذا يدينون الي؟"

فكل هذه التمثلات التي تضعها على عائشة حول مرضها ما هي إلا معتقدات ومفاهيم وتجارب وتبريرات متبلورة في العمليات العقلية للحالة ومترسخة ومخزنة في نظامها المعرفي. فهذه التمثلات السلبية إنها تتحكم في سلوكات الحالة وتجعلها سلوكات وتصرفات سلبية "بكاء، شجار، عدوانية..." كما أن هذه التمثلات السلبية هي توجه وتتحكم أيضا في صورة ذات عائشة وتجعلها تعاني ومضطربة وحسب تيار علم النفس الإجتماعي وعلى رأسهم Sordes- & Tarquinio & Tap (2002) Ader يؤكدون أن ثقل هذه التمثلات هو عنصر مفتاحي لمعاناة هؤلاء المرضى.

ولو أننا نتجه إلى تيار التحليل النفسي فإن عائشة قد عانت من مشكل في العلاقة الثلاثية (أب، أم طفل) وكان نموها النفسي غير سليم وكان تثبيتها في المرحلة القضيبية مرحلة الإستعانة

بالميكانيزم الدفاعي الشعوري ولا شعوري في نفس الوقت ألا وهو التماهي، فعائشة كان لديها مشكل على مستوى تماهيا بالصورة الأبوية، مشكل على مستوى إستدخال صفات الأب والتمثل بها والتوحد بها والتقمص بها بطريقة شعورية ولا شعورية في نفس الوقت، والتماهي يسمح بوضع وبناء تمثلات إيجابية كما أنه عامل مهم في بناء صورة الذات.

فحسب المحللين النفسانيين "إنّ الطفل يولد في نظرة الأم ويكبر في صوت الأب

« L'enfant né dans le regard et advient dans la voix du père »

مشكل التفاعل عند عائشة:

عدة باحثين من تيار علم النفس الاجتماعي وعلم نفس الصحة ك Fischer و Tap و Bruchon و Herzlich وآخرون يؤكدون أنّ المرض الخطير كالسرطان يحطّم العلاقات الاجتماعية ويؤدي بالمصابين به إلى الانعزال الاجتماعي وعدم مشاركتهم في الأعمال والمناسبات و الأماكن التي تتطلب التواصل مع الناس (Adam & Herzlich, 1994)

وهذا ما لاحظناه عند عائشة فهي منذ مرضها أصبحت تتجنب كل الأماكن والمناسبات التي تتطلب تواصلها مع الآخرين مثلا: "حسبت الحمام، نمشي *Les douches*" أي "منذ مرضي أصبحت لا أذهب إلى الحمام، بل أغتسل في حمام المنزل"، "كي نريح من عرب هداك هو الصّح، وكان نصيب ما نشوف حتى واحد، وكان نصيب مانقابلش غاشية جوارين فاميليا" أي "عندما أستريح من كلام الناس هذا هو الأهم، لا أحب رؤية أي أحد، ولا حتى عائلتي والجيران"، "العربي يغبنك العبد لي يكتل ماشي المرض" أي "الأفراد هم الذين يضرونك ليس المرض"، "وكان نصيب نقعد وحدي في *calme*، وكان نصيب حتى واحد ما يجيني *surtout* في داري" أي "أحب الجلوس وحدي في الهدوء، أتمنى أن لا أحد يأتي لزيارتي لا أحبّ زيارة أحد"، "المجتمع كاين لي يقولك مليطو، أنا راني حاسة يستشفاو فيا" أي "المجتمع يقولون نستحق هذا المرض، أحس أنهم يفرحون لي لأنني مريضة."

كلّ هذه العبارات تكشف عن ما مدى استياء ومعاناة عائشة من المجتمع الذي لا يرحمها حسب تصوراتها فهي بذلك تفضّل التكلم مع مريض مثلها يحس بها أفضل من الشخص العادي الذي لا يعاني من المرض.

عائشة تصرح بأن المرض قد غيرّها نحو الأسوأ وأثّر على نفسيّتها وجعلها مكتئبة حيث أنّها دائماً تقارن ذاتها كيف كانت وكيف أصبحت الآن، حسبها أصبحت ذات أخرى غير الذات السابقة التي كانت تتفاعل مع أفراد محيطها ومتفائلة وكلّها نشاط وفرح فهي تقول: "كنت مليحة علامة زعّاقة الضحك في الجماعة كانوا يقولوا: الجماعة بلا عائشة قاع ماشي غاية" أي "كنت في حالة جيدة أضحك في وسط الجماعة وكانوا يقولون أن الجماعة بدون عائشة ليست جماعة"، "وكان نصيب قاع منضحكش أنا أخرى، منكلش خطرات" أي "لو أجد لا أضحك أنا أخرى، مرات لا أكل".

ما حدث لعائشة هو فقدانها لصورة ذاتها السابقة واكتسابها لصورة ذات جديدة مضطربة، بسبب عدّة عوامل، ومن بين هذه العوامل نجد مشكلها في التفاعل مع الآخر، ففي تيار علم النفس الاجتماعي إنّ التفاعل هو عنصر بنائي مهم في صورة الذات، وأنّ أيّ مشكل على مستوى التفاعل فإن الشخص يعاني من الوحدة والعزلة والانحراف الاجتماعي وتكون لديهم صورة ذات غير مستقرة، وفي علم الاجتماع نجد دوركايم تكلم عن الانحراف الاجتماعي عند الفرد وحسبه إنّ سبب الجريمة والانتحار عند الأفراد هو إنحرافهم عن دائرة المجتمع أي مشكلهم هو مشكل على مستوى التفاعل، أما عند Persons في 1952 و 1958 مذكور في: Sordes- & Tarquinio ، Tap Ader (2002) فهو يعرف المرض بأنّه الانحراف عن المجتمع ويجب على المجتمع أن يعالجه ويراقبه ويهتم بسلوكاته العدوانية وبالمقابل لو ذهبنا لأعمال Schilder (1968) وباحثين آخرين: إنّ المريض ومهما كان نوع مرضه هو في نفس الوقت قريب وبعيد من الآخر، فالمريض هو بحاجة إلى الآخر كي يسانده ويفهمه مثلاً عائشة تقول: "وكان نصيب نحكي مع المريض مثلي يحسّ بيا، بنتي صغيرة راها تهرب مني بسبب الولسياسة راها راهبنتي" أي "أفضل التحدث مع المريض مثلي يحسّ بي، إبنتي الصغيرة هي تهرب منّي بسبب الإنتفاخ (الورم) هي تخاف منّي"،

ماجاوش يشوفوني، حتى واحد ما يجي غاضتني، فرجتي عليا كنت مغمومة، منّا 21 يوم عاود ندخل لسبيطار نلقاك" أي "لم يأت أحد لرأيتي، جرحتني لقد واسيتني كنت متضايقه، سادخل إلى المستشفى على 21 يوما سأجداك هنا".

ويكون المريض بعيدا عن الآخر عندما يشعر المريض بأن المجتمع يرسل له نظرة سلبية: تعجّب، شففة، نقص "وكان نصيب ما نشوف حتى واحد، المجتمع مايرحمش راني حاسة يستشفاو فيا، الجوارين يهدرو قدامي هداك المرض... غي لي جابه فمهم، أنا مانجمش تغيدني نتلق، المجتمع كاين لي يقولو مليطو...، مايقولوش هذا المرض من عند الله يقولو دعوة خرجت فيها" أي "أصبحت لا أحب رؤية أي أحد،المجتمع لا يرحم، أنا أحس أنهم يفرحون لأنني مريضة، الجيران يتكلمون أمامي ذلك المرض... يتكلمون فقط، أنا لا أتحمل تزعجني، في المجتمع يوجد من يقول يستحق هذا المرض، لا يقولون هذا المرض من عند الله بل يقولون دعوا عليها وأستجيببت الدعوة"، وفي هذا المجال Schilder يقول: "أي تغير على مستوى أعضاء الجسم مثل المرض يصبح فوريا تغيرا على مستوى العلاقات الإجتماعية" (1968، 253).

فهذه التمثلات السلبية السائدة حول المرض وحول المجتمع والتي هي سائدة عند عائشة في ذهنها هي التي تزيد من تعاستها وقلقها وألمها ونرى جليا بأنها تؤثر سلبيا على صورة ذاتها وعلى تقديرها لذاتها.

2-3 تقدير الذات:

إنّ مرض عائشة قد أحدث لها تغيرا على مستوى إنجازها لأدوارها، كما أحدث لها تزعزا على مستوى مكانتها داخل الأسرة، فبعد ان كانت تقوم بأدوارها بانتظام قبل مرضها أصبحت منقطعة كليا أو جزئيا عن قيامها بدورها كأم كزوجة "سغل الدار من بعد ما كنت قايمة بالدار... بكييت بكييت" أي كنت أقوم بالأعمال المنزلية... بكييت وبكييت"، فهي تتألم جدا لتعطل هذا الدور بسبب مرضها. وفي هذا المجال نجد أعمال Persons مذكور في: (Tap & Tarquinio & Sordes-Ader، 2002)، بالمناسبة هو الأول الذي تطرق إلى دور المريض في 1951 وبالمناسبة

إليه هم معفون من مسؤولياتهم فهم يستسلمون للمرض ولا يتممون أدوارهم وهم محفزين للشفاء والخروج من المرض ويتعاونون مع الفريق الطبي بالطاعة والامتثال لأوامر الطبيب كما أنهم لا يحسون بأنهم مذنبين من مرضهم بل يرون أنفسهم مثل ضحايا. كل هذه الحقوق والواجبات التي يستخدمها المرضى حسب Persons نرى أن عائشة تستعين بها فهي تصرّح: "كنت ندير كل شيء نفقل الطعام... سلفتي مادير والو عزوجتي كي مرضت قاتلي شكون لي بيديرلي وليمتي؟" أي " ، "جاتني في الصحة، حاجة نتع ربي، أنا بنتي غبنتها وحدها ترفد الدار، أنا راني هنا ونخمم عليها كيفاش غدي دير" أي "جاءتني في الصحة، كل شيء من عند الله، إبنتي أزعجتها لوحدها تقوم بشؤون المنزل، أنا هنا وأفكر فيها كيف ستقوم بذلك لوحدها".

في إحدى المقابلات كان انتفاخ الورم بشكل ملحوظ وبشكل كبير في رقبته فهذا التشوّه على مستوى صورة جسمها لاحظنا أنّه قد أثر عليها كثيرا وبشكل كبير وكانت آنذاك مضطربة وقلقة حتى أنها صرّحت آنذاك: "بنتي صغيرة راها تهرب مني، ولّات تخاف مني حتى نقولها أرواحي قدامي، هي كانت دائما لا تفارقني قبل المرض ودرك راها خايفة راهبنتي" أي "إبنتي الصغيرة هي تهرب منّي، أصبحت تخاف منّي حتى أقول لها تعالي أمامي، هي كانت دائما لا تفارقني قبل المرض و الآن هي تخاف منّي" ابنة عائشة هي بحاجة لملامسة أمّها والشعور بها، هي بحاجة لاحتياجات انفعالية التي لا تحظى بها نظرا لأنّ أمّها منشغلة بالمرض ولا تقوم بدورها الأمومي ونظرا لأنّ الابنة تهرب منها لأنّها أصبحت تخاف من تشوّه جسم أمّها. كلّ من الابنة والأمّ يتأثران سلبيا ممّا يساهم هذا في اختلال على مستوى تشكيل الذات. دور الأمّ الحقيقي هو مساعدة ابنتها في بناء هويتها حسب Malinowski (1967).

فعائشة تشعر بالنقص عندما الآخر يتجنّبها ويرسل لها نظرة تعجّب (نظرة البنت)

وعندما تقارن ذاتها بالآخر الذي يتمتع بصورة جسم غير مشوّهة. إنّ تمثلاتها السلبية هذه حول هذه النظرة السلبية وعلى إثرها تشعر بالنقص، تلعب دورا مهما في زيادة وتطور مرضها، كما تلعب دورا مهما في الإنقاص من تقديرها لذاتها. إنّ تعطل دور عائشة كأم وزوجة وبنت بسبب

المرض وتشوّه صورة جسمها : هما عاملان يلعبان دورا أساسيا في التأثير السلبي على صورة ذات الحالة وهذا التأثير بدوره يسبب للحالة تقدير ذات منخفض خصوصا وأنها عندما تقارن صورة ذاتها مع صورة ذات الآخر الذي لا يعاني من المرض ويقوم بأدواره بانتظام ولا يعاني من تشوّه على مستوى جسمه وتجد ذاتها عكس ذلك وفارق كبير بينها وبين الآخر. أمّا عن نتائج مقياس روزنبارغ فهي تشير الى أنّ الحالة تعاني من تقدير ذات متوسّط. ويبدو أنّه كان فوق المتوسط أو مرتفع وقد انخفض ليحتل درجة المتوسط.

الجدول التالي يبيّن نتائج تطبيق مقياس تقدير الذات لروزنبارغ على الحالة:

المجموع	العبارات السالبة					العبارات الموجبة					البنود
	9	8	6	5	2	10	7	4	3	1	
21	2	2	2	2	2	2	3	2	3	1	البدائل

3. استنتاج:

عائشة ترجع سبب مرضها لقوى خارجية وداخلية، هي نشأت في حرمان عاطفي وأبوها لم يقدّم بدورها كأب، صراعات تواجهها مع محيطها ومع وضعيتها الصحية، قلقها هو في استمرار على أولادها وعلى مرضها، هي تتصوّر أنّها لا تقوم بأدوارها تجاههم كأبّ وتشعر بالذنب لذلك وتخجل بتشوّه جسمها تجاه أبناءها ومحيطها عامّة، هي تخاف أن تموت وتترك أبناءها يعانون من أجل غيابها، هي تفكّر في الموت نظرا لأنّ تماثلتها هي سلبية تتغذى من تماثلات

اجتماعية سلبية بخصوص هذا المرض، تقدير ذاتها وصورة ذاتها هما في اتجاه سلبي بسبب كلّ العوامل التي تطرّقنا إليها سابقا.

الحالة الخامسة: الخامسة.

1. تقديم الحالة.
2. تأويل وتحليل معطيات المقابلات.
 - 1-2 طفولة الخامسة وعلاقتها بأبنائها.
 - 2-2 تمثّلات المرض ونظرة الآخر.
 - 3-2 استراتيجيات المواجهة عند الخامسة.
 - 4-2 تقدير الذات.
3. استنتاج.

1. تقديم الخامسة:

الخامسة تبلغ من العمر 50 سنة، تسكن بضواحي مدينة تلمسان متزوجة برجل يعمل ببناء، أم لبنتين وولدين. تعلم بأنها مصابة بسرطان الدم ولكن تعرّف مرضها بفقر في الدم وأحيانا ميكروب في الدم.

توفيت أمها عند إنجابها. بعدها تزوج أبوها الذي مازال على قيد الحياة من إمرة أخرى، حسب الحالة هذه الأخيرة كانت تعاملها بقسوة، لم تتركها تكمل دراستها حيث إن مستواها التعليمي: " السنة الرابعة ابتدائي"، وأمّا عن إخوتها فلها ثلاث إخوة متزوجين وأختين متزوجين.

الخامسة تقيم مع العائلة الممتدة المتكوّنة من أمّ الزوج التي هي كبيرة في السن ومريضة ممّا يستدعي الخامسة مقابلتها والاهتمام بها. حسب الحالة فإنّها تعاني من مشاكل وصراعات مع أهل زوجها. أمّا عن المستوى الاقتصادي للأسرة هو أقلّ من المتوسّط، وهذا ما يزيد من شقاء ومعاناة الحالة علما بأنّ إخوتها يساعدها ماديا.

2. تأويل النتائج وتحليل المقابلات:

سرطان الدم الذي أصيبت به الخامسة منذ سنة تقريبا، سبّب لها عدّة تغيرات في حياتها. هي كبقية المرضى : بما أنّ المرض انبثق يعني في تمثّلات الخامسة تغير جذري في حياتها وشبح الموت يصبح يهيمن ويهدّد ممّا يجعل صورة ذاتها في إعادة التساؤل: من أنا؟ الحالة أصبحت منذ مرضها تعيد النظر لصورة ذاتها والجواب الذي تقنع ذاتها به هو "المرض بدلني مارانيش كيما كنت" أي: " المرض غيرني لست أنا، لست كما كنت" يعني هي تصرّح بكلّ تأكّد أنّها فقدت ذاتها السابقة واكتسبت ذات جديدة تحاول إعادة تشكيلها. الحالة بدون معرفتها بنوع مرضها خطير أم غير خطير من الناحية الطبيّة، إنّ تمثّلاتها حوله هي سلبية. نظرا لأنّ الفكرة الاجتماعية السائدة هي: سرطان يعني الموت. (Betaouaf & Cherif, 2015) بالمناسبة المجتمع يسمّيه "المرض الشّين، هداك المرض الواعر" أي "القيح، الخطير" لا ينطقون حتّى

باسمه. حتى الأطباء يتجنبون ذكر اسمه أمام المرضى. انطلاقاً من هذه الفكرة كيف أنّ الخامسة لا تستدخل هذه الفكرة السلبية وتبلورها وترصّها في نظامها المعرفي، لتخرج بتكوين تمثّل سلبي حول مرضها؟ يبدو لنا أن صورة ذاتها تضطرب بسبب هذا التمثّل السلبي والذي هو بالمناسبة يتحكّم ويوجّه صورة الذات. عوامل أخرى سنتطرق إليها لاحقاً نجدها تساهم في تغيير صورة ذات الخامسة وتشكّل لها عقدة في هويتها الشخصية (Nœud d'identité personnelle) كما يصرّح كلّ من:

Lieury في (2004) أبرز هذه العوامل المؤثرة هي: تمثّلاتها السلبية حول نظرة الآخر، نظرة الآخر السلبية والمناخ العائلي المضطرب، تغيير الدور، اختلال صورة الجسم.

2-1 طفولة الخامسة وعلاقتها بأبنائها:

الخامسة نشأت مع زوجة أبيها التي كانت قاسية معها، فمن المنظور النفسي التحليلي أنّها قد تعرّضت للحرمان العاطفي، هذا الأخير هو معرّف من قبل Vizziello (2005)، (284): "الحرمان هو امتلاك وإشباع منقّص لرغبة أو حاجة معاشة كأساسية" وحسب فرويد الحرمان هو نتاج لإحباط نزوي (نزوة ممنوعة)، أمّا الحرمان الأمومي الذي يبدو أنّ الحالة قد عانت منه، سببه سواء الغياب الكلّي للأُم -كحالة الخامسة-، سواء غيابها المؤقت، سواء عدم سخاءها في إعطاء طفلها احتياجاته الأولى. هذا الحرمان قد يؤثّر سلباً على نموّه، Vizziello (2005) أمّا بالنسبة Spidz في 1959 قد أثبت أنّ الحرمان العاطفي قد يؤدّي بالطفل الى مرضه ودخوله المستشفى. أمّا اركسون مذكور في:

Boyd و Bee، 2003، Thomas و Michel، 2005، فإنّه يركّز على ضرورة توفير له الاحتياجات الانفعالية لكي يشعر بالثقة والاستقلالية وينمو نموّ نفسياً اجتماعياً سليماً ولا يشعر بالنقص ويبادر في المجتمع، بما أنّ الخامسة عانت في طفولتها من زوجة الأب فحسب مفهوم Winnicott مذكور في: Chabert (2013، 33) "الأُم يجب ان تكون مخلصه لرضيعها" ويجب أن تفهم وتتكيّف مع حركاته واحتياجاته أولاً الجسدية ثمّ احتياجات الأنا. و حسب مفهوم اركسون أنّ نمو الخامسة النفسي الجنسي ونموّها النفسي الاجتماعي يوجد فيه خلل. اذا كانت الحالة فاطمة السابقة التي

تعاملنا معها، أمّها توفيت في سنّ 3 سنوات فإنّ الخامسة أمّها توفيت منذ ميلادها مباشرة، ومنه يبدو لنا أنّ الحالتين متشابهتين في هذه النقطة.

فهذه العلاقة الثنائية (زوجة الأب- الخامسة) تميّزت بوجود اضطراب وخلل وعدم الإشباع وحرمان الحالة وانفصالها عن أمّها...، حسب Margaret مذكورة في: Mazet, (2005) أنّ انفصال الطفل عن الأمّ سيخلق له اضطرابات جلية على مستوى نموّه و يثبت في هذه المرحلة، كما أنّه سيسبّب له اضطراب على مستوى اللغة. ما يجعلنا نوّول أنّ الحالة قد جرى لها تثبيت في المراحل الأولية من نموّها، نظرا لأنّها تستعين بميكانيزم دفاعي هو النكوص: عندما تتكلم عن الحرمان الذي عانت منه في طفولتها وعندما تهتمّ كثيرا بأبنائها وجلّ اهتماماتها ومشاعلها هي أبناءها، فالحالة تخاف وتقلق كثيرا عليهم من أنّ نفس التجربة التي تعرّضت لها - الحرمان - ستكرّر لأبنائها. وهذا العامل نجده يؤثّر على صورة ذاتها وهو يساهم بكثرة في اضطرابها، نظرا لأنّ النكوص حسب فرويد قد يشكّل تهديدا للعلاج وللمريض مذكور في: Ricaud (2005). هذه الملاحظة نرى أنّها تنطبق كذلك على الحالة فاطمة.

" امرأة أبّا كانت قاسيا معاي في صغري، منسمحهاش، ما خلاتنيش نكمل قرابتي " أي: زوجة أبي كانت قاسية معي في صغري، لا أسامحها، لم تتركني أكمل دراستي.

" و كان عشت مع ما وكانت حية غاية الله يرحمها تربيت يتيمة " أي: لو عشت مع أمّي لكان أفضل، الله يرحمها، نشأت يتيمة".

"حقرتني في صغري كي اخواتاتي من ابّا كبرو ولاو يديفونديو عليّ ما كانوش بيغيو عليّ " أي: ظلمتني في صغري ، لكن منذ أن بدأت شقيقتي من أبي تكبرن أصبحن يدافعان عني " .

لهذا دور الأم يلعب دورا هاما في تشكيل ذات الخامسة بفضل تماهيا بها وبفضل التوفير لها كلّ احتياجاتها الانفعالية الكافية، لكي تنمو نموًا نفسيًا اجتماعيًا سليما و لكي لا تثبت في مرحلة ما من مراحلها النمائية: "الطفل يلد في نظرة الأم ويكبر في صوت الأب" يقول المحلّلون النفسانيون. بعد العلاقة الثنائية التي تجمع طفل أمّ، تصبح العلاقة ثلاثية (الخامسة زوجة الأب، والأب) في المرحلة القضيبية أين تبدأ عقدة أوديب في الانبثاق والتي هي: "الجملة المنظمة من

رغبات الحب والعداء التي يشعر بها الطفل تجاه والديه. تنظم هذه العقدة فيشكلها المسمى ايجابيا كما في قصة أوديب -الملك أي: رغبة في موت المنافس ، وهو الشخص من نفس الجنس، ورغبة جنسية في الشخص من الجنس المقابل. أما في شكلها السلبي فتأخذ منحى 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 الإنسانية. يتخذ منها المحللون النفسيون المحور المرجعي الأكبر لعلم النفس المرضي، حيث يبحثون عن تحديد نماذج موقعها وصلتها الخاصة بكل نمط مرضي... " يقول لابلانز وبونتاليس (1967، 356).

أمّا حسب Steichen (2003، 66) فيعرّفها " 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 القانون (المجتمع)، المعمّقة في ازدواجية الممنوع للمحرّمات مثل قتل الأب".

إنّ عقدة أوديب هي حقل من الرغبات والحركات العدوانية أين تكون موضوعات الأب و الأم والدفاعات تتعارض والرغبات الممنوعة مكبوتة (Bargeret, 1979) فيظهر الميكانيزم الدفاعي الذي هو التماهي ليحلّ كلّ هذه الصّراعات و ينقص من القلق الذي يعاني منه الطفل: يتماهى بشخصية الأمّ والأب و يساهم هذا في اختفاء الجنسية النرجسية وفي ظهور الجنسية الغيرية. التّماهي هو تلك "السيرورة النفسية اللاشعورية، من خلالها الفرد يأخذ جزء كبير و مهمّ من شخصيته يشبه شخصية الآخر الذي يشكّل له نموذج" يقول De Mijolla (2005، 810). حسب بونتاليس ولابلونش (1967، 198) التّماهي هو: " 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 ". التماهيات هي إحدى القواعد التي يرتكز عليها التحليل النفسي وحسب كلاين ان في أول حياة الرضيع هناك دور القلق الذي يلعب دورا هاما في سجل الاسقاط (Projection) والإجتياف (Introjection)، اللذان هما حسبها القاعدة الرئيسية للتماهي.

في دراستنا للحالة فإننا نلاحظ أن الخامسة كان لها مشكل على مستوى تماهيتها بالوالدين. باعتمادنا على مفهوم التحليل النفسي فإن الخامسة تثبتت في المراحل الأولى الفمية والشرجية لغياب الأم وعدم الإشباع والحرمان...، بالإضافة إلى تثبتتها في المرحلة القضيبية سبب مشكلها على مستوى التماهي بزوجة الأب والأب : مشكل في المثلث الأوديبي. الخامسة لم تجتز هذه المرحلة بسلام، هذه المرحلة التي فيها الطفل يبدأ في البحث عن بناء جديد لذاته كما يقول Toualbi (1975). نستنتج مما سبق أن إضافة الى مشاكل المرض كانت الخامسة قبل المرض وحتى بعد المرض تعاني من اضطرابات نفسية تجعل هويتها الشخصية (الذات) غير مستقرة.

الخامسة عانت من الحرمان العاطفي لأن أمها توفيت عندما كان عمرها شهرين، إضافة الى نكوصها للمراحل النمائية السابقة بسبب تثبيتها فيها، الشيء الذي أثر بشكل مباشر أو غير مباشر على علاقاتها مع أبناءها، الذين كانت تضغط عليهم بالحماية الزائدة قبل المرض - لأنها بعد المرض أهملت أدوارها-. لأنها تقلق (لاشعوريا) وتخاف (شعوريا) أن تموت بهذا المرض، نظرا لأنها تضع تمثلات سلبية حول مرضها "مرتبط بالموت" في نظامها المعرفي: تتصور أن الزوج يتزوج بامرأة أخرى، وتصبح التجربة مكررة لبناتها وأولادها مع زوجة أبيهم: نفس المعاناة والاضطرابات التي عاشتها الحالة وبذلك هي تريد أن تشفى بأي طريقة ، فهي محفزة للشفاء من أجل أولادها وذلك لقولها : "أولادي نخاف عليهم déjà راهم مرض" أي : "أولادي نخاف عليهم ، إنهم مرضى" و بكت أثناء المقابلة: "أنا ما بيّاش المرض بيّأ أولادي، شكون يرفدهم، نطلب ربي يطول عمري غي قد ما يكبرو شوبا" أي: "لا يهمني المرض ما يهمني هو أولادي، أطلب من الله أن يطيل في عمري حتى يكبرو نوعا ما" .

و"راني باغية نريح على خاطر أولادي *surtout* الصغار ". أي: "أريد أن أشفى من أجل أبنائي خصوصا الصغار"

"ما رانيش خايفة من المرض... خايفة على اولادي، أنا *courageuse* " أي: "لا أخاف المرض أنا شجاعة... أخاف على أولادي".

فهي تتمنى أن تشفى لكي تخدم أبنائها وتربيهم أحسن تربية: " راني نتمنا غي نريح ونربي أولادي تربية صالحة" أي: "أتمنى أن أشفى و أربي أبنائي تربية صالحة" تخدم أبنائها يعني أن تقوم بإتمام أعمالها المنزلية على أكمل وجه لكي تكون في أحسن صورة أمام أبنائها، إذ أنها لا تحبّ البكاء أمامهم ولا تحب من يتكلم أمامهم على نوع مرضها فهي تقول: "ما نبغيش نبكي قدام أولادي، ما نبيلهمش...". أي: "لا أحبّ البكاء أمام أولادي لا أظهر لهم أي شيء".

في إحدى المقابلات صرّحت لنا الخامسة أنّها دخلت المستشفى بدون موعد من الطبيب لعدّة أيام، سبب انتكاستها هو شجار ابنها مع صديقه. كذلك مرّة أخرى جرى حادث لابنتها الخامسة انتكست و دخلت المستشفى. هذا دليل على شدّة تعلق الحالة بأبنائها و خوفها المستمرّ عليهم أصبح يشكّل لها تهديدا على وضعيتها الصحيّة و يساهم في اضطراب صورة ذاتها.

: "راجلي ما علاباليش بيه، من بكري كي يزعف ما نديهاش فيه ما نعرش راسي بيه"

أي: "زوجي لا أبالي به ، خصوصا حينما يغضب لا أعطيه أهمية".

من خلال تصريح الخامسة لهذا القول و لعدّة أقوال تشبّهه، يتّضح لنا وباستنادنا على أعمال Chiland المذكورة في: Cloutier (1996) وفي: Poussin (2004) أنّ الحالة ليست لها علاقة حميمية مع زوجها بسبب علاقتها السلبية مع أبيها نظرا لأنّها عانت من حرمانه العاطفي، فهي لا تتكلم على أبيها كثيرا ولا تذهب لرؤيته. وإنّ لأب أهمية كبيرة في بناء الهوية الأنثوية، حيث إن Chiland. تؤكّد عدم إمكانية الفتاة الإحساس بأنوثتها إذا فقدت حب أبيها (مثالها الأعلى) في العلاقة الأولى -الحالة مع أبيها-: تترك أثرها السلبي بصفة نهائية في علاقة البنت

مع الرّجل مستقبلا. في هذه الحالة نلاحظ أثر العلاقة (الخامسة _ أب) هو سلبي على علاقتها مع زوجها، فهو يفسّر إندفاعات فالحالة وغضبها المستمر من زوجها، بمعنى أن الحالة قد شكّلت صورة سلبية عن الشّخص المغاير لها جنسيا حسب الصّورة الأبوية.

2-2 تمثّلات المرض ونظرة الآخر:

الخامسة صرّحت لنا عدّة مرّات بالصراع الذي تعاني منه مع زوجها، حتّى ابنها الأكبر التقينا معه وبدوره اخبرنا أنّ والداه يعيشان في وضعية صراع ، جو عائلي مقلق. اضافة الى قلق الخامسة من مرضها وخوفها على أولادها، نجد عاملا آخر أنّه يساهم في اضطراب الحالة: عامل النزاع مع الزوج. الخامسة هي تشبه المريضة فاطمة في عدّة أمور: المرض ، المعاناة من الحرمان العاطفي والمعاناة من الزوج بالاضافة الى تشابههنّ في أمور أخرى، لكن بالرغم من وجود عدّة نقاط تشابه، إلا أنّ كلّ حالة هي حالة خاصّة تتميز "بباعد الفردانية (Unicité) " كما يقول Tap (1980، 8) أمّا بالنسبة ل: البورت مذكور في : Nuttin (1965، 22) يقول: "إذا كل أفرادالجماعة الاجتماعية كيف ماكانت لهم نفس التصرفات و نفس التفكير و حتّى نفس الأحاسيس، توجد شخصية...".

دخول الخامسة إلى المستشفى يبدو لنا مرتفعا و أحيانا تدخل بدون موعد مع الطبيب أو مع علاجها الكيميائي، الأمر الذي أثار تساؤلنا: لماذا؟ الاجابة التي توصلنا اليها هي: سبب انتكاستها هي المشكلات العائلية التي تتخبّط فيها الحالة مع زوجها ومع أهله وكذلك مع أبناءها، نظرا لأنّ هؤلاء الأخيرين هي تخاف عليهم كثيرا وهم يفترفون عدّة أخطاء ويختلفون عدّة مشاكل مع الغير. لهذا يمكننا أن نستند على أعمال: Giovannini ، Ricci Bitti و Rongione و Monacelli (1986) ونستنتج أنّ دخول الخامسة للمستشفى وانتكاساتها المتكرّرة هي بسبب سوء العلاقات بين أفراد عائلتها و المناخ العائلي المضطرب الذي تعاني منه مع الزوج. في هذا الصّدّد نجد أعمال كلّ من: Sigler و Osmond (1979) مذكورين في: Sordes-

Ader&Tarquino&Tap (2002) تثبت كيف أنّ أفراد العائلة يساهمون في توبيخ

واضطراب المريض والإنقاص من قيمته بسبب الأقوال و الأفعال السلبية التي يقومون بها تجاه المريض، تماما كما يحدث للخامسة. تكلمت لنا كثيرا عن زوجات إخوة زوجها-حمياتها- بأنهن يحسدهن ويغرن منها لأنها أنجبت الأولاد ،وهنّ ليس لهن أولاد، وكذلك هن يحسدهن كون أن والدة زوجها المتوفاة كانت تحبها وكذلك أب الزوج، بالنسبة لنا أنّ الحالة تضع تمثّلات سلبية حول نظرة الآخر تجاهها، هي تتصوّر أنّ زوجات إخوة زوجها يحسدهن وبسبب عين حسدهنّ أصيب هي بهذا المرض. نظرة الآخر السلبية لها ثقل في تمثّلات الحالة ولها مساهمة كبيرة في اضطراب صورة ذات الحالة، هي تتصوّر أنّ الآخر ساهم فيما يلي:

1- الآخر بسبب عين حسده أصيبت بالمرض وهذا عامل يساهم في حقد الحالة وتوتّرها واضطرابها. أمّا بالنسبة للحالة عائشة فهي تتصوّر أنّ الآخر قام بسحرها لكي تصاب بهذا المرض(السحر سبب المرض). الخامسة عندما تقول : " سلافي (زوجات إخوة الزوج) يحسدونني" أو "الغيرة" و "العين" فهنا نلاحظ أنّها تعبّر عن اضطهاد الآخر، هي تتصوّر بأنّها ليست مسؤولة عن إصابتها بالمرض هي ضحية، في هذا الصدد نجد أعمال Herzlich (1970) حول تمثّلات الأفراد للصحة و المرض: المرض بالنسبة للأفراد هو سيرورة ميكروبية تأتي من المجتمع (النمط المعاش) والفرد هو ضحية وعرضة للإصابة بها.

2- الآخر بسبب نظرتة التعجّبية من جسمها المتغيّر أصبحت الحالة تشعر بالانقص و تغطّي جسمها وشعرها و تتعزل عن الآخر. إذن المرض قد أحدث تغييرا على مستوى علاقات الحالة الاجتماعية وكما يقول Schilder (1968، 252) : "أي إصابة على مستوى أعضاء الجسم فإنها تؤثر على العلاقات الاجتماعية" الخامسة تقول الحمام ما نمشيلهش نخاف وكان وحدة تتوحّم تجيب واحدة قرعة كي تتخلع، ويقعدو يتغامزو ويستشفاو"أي: "الحمام (حمام المدينة) لا أذهب اليه، أخاف لو أنّ امرأة تتوحّم وتراني، تتجب طفلا صلعا بدون شعر عندما تنصدم، النساء في الحمام ينظرنّ اليّ نظرة تعجّبية و يتبادلن الغمزات ويفرحن لي كوني مصابة بالمرض" .

3- الآخر يكنّ لها مشاعر الاحتقار والكره والفرح لما يجري لها: كزوجات اخوة الزوج. هذه النظرة تساهم بطريقة كبيرة في معاناة الحالة.

4- الآخر نظرا لعدم قيامها بأدوارها بطريقة منتظمة بسبب انتكاساتها المتكررة، خلق نظرة جديدة سلبية "العجز والتبعية" تجاه الحالة ، هذه النظرة كذلك أنّها تساهم في معاناة صورة ذات الخامسة.

5- الآخر يرى الحالة بأنّها قامت بفعل شنيع في حياتها أو دعي عليها من طرف أفراد، لذلك هي تدفع ثمن أخطائها بالمرض. "واش دارت في حياتها؟" أي "ماذا فعلت في حياتها؟" "دعوة الشرّ لحقتها عند عقابها !!!" أي "دعوة مظلوم أنّها تدفع ثمنها في كبرها !!!"

6- الآخر يضخّم أمر مرضها و يربطه بالموت و يرى أنّ الخامسة هي في تقهقر و انحطاط و يقول عنها "المسكينة مرضت بالمرض القبيح" طاحت بيها (سقطت من الأعلى) "والبعض منهم يقول "ذنوبنا".

تمثّلات سلبية تكنّها الخامسة حول نظرة الآخر تجاهها، كيف لا تؤثر سلبيا وبشكل جدي

على صورة ذاتها ؟؟؟!!...تمثّلات أنّها تمحي ذاتها السابقة وتجعلها تكتسب صورة ذات جديدة عليها وتعاني بشدّة وهذا ما يؤكّده كلّ من:

Sordes-Ader&Tarquino&Tap (2002). انّ الخامسة تقول كما يلي:

" بكري كنت نحلل لسلايفي الطعام ونديرلهم كل شيء كنت نوض صباح بكري درك مرضت حتى واحد ما يستعرف بالخير " " أي: سابقا كنت أفنل الطعام لأهل زوجي و أحضر لهن كلّ شيء، كنت أنهض باكرا أما الآن مرضت و لا واحدة منهن تفر بالخير"

"كي كنت في سبيطار يجيبو على 15 دقيقة ،من بعد يمشيو عند السّحارات يصيبوها سبة.....واحدة فيهم قاتلي استغفري مولاك شو واش راكي دايرا"

"بصّح أنا ما علاباليش بيهم حاجة نتع ربي " أي: "يأتين لزيارتي في المستشفى لمدة 15 دقيقة وبعدها يتّجهن عند مشعودين إذ يجدن في زيارتي فرصة الخروج..... إحداهن قالت لي إستغفري الله ، يبدو أنّك فعلت شيئا ما.....لكني لا أبالي بهن لأنّه قدر الله"

تصريحات تؤكد عن دور الآخر الفعّال في اضطراب صورة ذات الخامسة و في انتكاساتها المتكررة و دخولها المتزايد للمستشفى. الحالة عندما تقول في عدّة مقابلات: "أنا ماعلابيش بيهم" أي "أنا لا أبالي بهم": يعني أنّها تعير الاهتمام بالآخر الذي يؤثر عليها سلبيا وتنتظر بأنّها بعكس ذلك.

أمّا عن تمثلات الخامسة حول سرطان الدم، فهي تعرّفه وتقول: "هو دودة تأكل الخلايا" "هو ميكروب في الدّم". صديق لابنها الأكبر كان مصاب بالسرطان وتوفي على إثره المتوفى: "صاحب ولدي كان فيه cancer، كان شعره يطيح، درك مات" أي: "صديق ابني كان مريضا بالسرطان ، كان شعره يتساقط، الآن هو ميّت". ثقل تمثلات السرطان هو مميت ومرعب يلعب دورا هاما في قلقها وفي تهديد مكانتها بالموت أو طلاقها من زوجها. ثقل هذه التمثلات عند الخامسة هو يساهم في حدوث قطيعة على مستوى إحساسها بالاستمرارية. هذا البعد هو مهمّ في بناء صورة الذات وأي خلل على مستواه سيساهم في فقدان الذات السابقة واكتساب ذات جديدة تعاني مثل حالة الخامسة.

2-3 استراتيجيات المواجهة عند الخامسة:

الخامسة تقول: "أنا ماعلابيش بيهم" أي: "أنا لا أبالي بهم"، فهذا دليل على أن الحالة بالها مشغول بنظرة الآخر تجاهها هذا ما يفسّر عدم تكيّفها مع المرض واستخدامها للعدوانية ، الأمر الذي دفعها الى الاستعانة بالميكانيزمات الدفاعية أبرزها الانكار والتبرير لخفض القلق ولإعادة تكيّفها مع الوضعية المرضية. الخامسة تقول: "بصّح أنا ماعلابيش بيهم على خاطر هذا مكتوب الله" أي: "لكني لا أبالي بهنّ لأنّه قدر الله". بالرغم من أنّ قدرة الأنا في هذه التجربة المرضية في تخفيض هذا القلق وإعادة التكيّف هي ضعيفة كما يصرّح كلّ من: Bee و Boyd (2003). هذا ما يفسر عدم تكيّفها مع وضعيتها واستخدامها للعدوانية. حسب Chabrol و Callahan (2004) إن الفرد يستعمل أولا الميكانيزمات الدفاعية ثم يستجد بإستراتيجيات المواجهة إذا عجزت هذه الميكانيزمات

الدفاعية عن مواجهة الصراع. الخامسة ميكانيزماتها الدفاعية عجزت عن الدفاع ضدّ القلق ومواجهة الصّراع الذي تعاني منه إذن هي تستعين بإستراتيجيات مواجهة (coping).

بالمناسبة أنّ الميكانيزمات الدفاعية هي مستعملة من قبل كل نفسية فرد بطريقة آلية ضد تهديد داخلي أو خارجي، فهي تعتبر أولى العمليات الدفاعية، فالحالة هنا ميكانيزماتها التي تستعملها تعجز عن الإنقاص من تمثلاتها السلبية -حول نظرة الآخر وحول مرضها- ومن انفعالاتها السلبية.

هي لا تحبّ الالتقاء مع الأشخاص الذين تتصوّر أنّهم ينظرون إليها نظرة سلبية، هي تفضل التّكلم مع أبنائها و مع المريضين: "بغبي نقعد وحدي كي نكره نشيخ مع أولادي" أي: " أحبّ البقاء لوحدي، عندما أتضايق أتحدّث مع أولادي"، "صيب روعي مع المرضى لي كيفي" أي: "أجد نفسي مع الأشخاص المرضى مثلي".

عندما تقول الحالة: "هذه حاجة نتع ربي" أي: "هذا المرض جاء من عند الله". أو " سلايفي (زوجات إخوة الزوج) يحسدونني" أو "الغيرة" و"العين" "ابتلاء من عند الله لاختبار صبرنا" فهنا نلاحظ أنّها تستعمل إستراتيجية مواجهة إنها ضحية للمرض و قوي دخيلة و خارج عن طاقتها تسببت في إصابتها بالمرض، هي تبرأ نفسها من تهمة "أنا السبب في إصابتني بالمرض، لأنّي قمت بعمل شنيع وهذا هو عقابي". هذه التهمة هي استدخلتها من التمثلات الجمعية (Représentations collectives) التي يتكلّم عنها دوركايم مذكور في: Jodellet (1989) استدخلتها من معتقدات وأفكار وقيم محيطها وبلورتها في نظامها المعرفي ورسختها فيه فكوّنت تمثّلات سلبية أصبحت تهيمن وتسيطر على تصرفاتها وتتحكّم في صورة ذاتها في الاتجاه السّلبى. الحالة عندما تقول "المرض جاني من الحسد" فهي تعبّر عن اضطهاد الآخر، هي تتصوّر بأنّها ليست مسؤولة عن إصابتها بالمرض هي ضحية، هذه النتيجة التي نستنتجها تأتي متوافقة مع النتيجة التي توصّلت إليها Herzlich (1970) حول تمثّلات الأفراد للصحة والمرض: حسبها

المرض بالنسبة للأفراد هو سيرورة ميكروبية تأتي من المجتمع (النمط المعاش) و الفرد هو ضحية وعرضة للاصابة بها.

بالمقابل يمكننا القول بأنّ تمثّلات الخامسة هذه "أنا ضحية للمرض والآخر هو السبب في اصابتي بالمرض": تسمح بخفض القلق النّاجم عن شعورها بالذّنب وتسمح لنا بأن يدافع عن نفسه، لأنّ المرض هذا يهدّد سلامة الأنا . يرى Freud مذكور في: De Mijolla (2005) أنّها هذه التمثّلات تمنح إشباعا نرجسيا، كما تساعد الأنا على الاندماج. اذن يمكننا أن نعتبرها هي عبارة عن نوع من أنواع استراتيجيات المواجهة الفعّالة عند الخامسة.

ما لفت انتباهنا أن الحالة في بعض المقابلات صرّحت لنا بأنّها أصبحت تظهر شعرها لزوجها ولزوجات اخوته-حمياتها- لقولها: "وليت نوري شعري لراجلي وسلافي هذ حاجة نتع ربي لي بغا يضحك يضحك". أي: "أصبحت أظهر شعري لزوجي و زوجات إخوته ، هذا قدر الله لمن أراد الضحك فليضحك". علما بأنّها في المقابلات الأولى صرّحت لنا بأنّها لا تظهره لزوجها والآخرين، إلا إذا كان نابتا لقولها. "شعري كي يكون نابت نوريه لراجلي Si non يلا كان خاوي نحشم" أي: "إذا كان شعري ينمو أظهره لزوجي ، لكن إذا تساقط لا، أستحيي". يبدو لنا أنّ الحالة في بداية المرض وبداية علاجها الكيميائي وعندما شعرها تساقط، كانت تشعر بالخجل من الآخر، لكن بعد مرور وقت من المرض أصبحت تتكيّف مع وضعيتها المرضية وأصبحت تواجه الآخر بدون ارتداءها للخمار الذي تغطّي به رأسها خجلا من الآخر بسبب تساقط شعرها: هي عبارة عن استراتيجية مواجهة، تدافع بفضلها عن نفسها وتعتبر نفسها ضحية بسبب قضاء القدر تارة و لحسد الآخر تارة أخرى، هي تقول "هذي حاجة نتع ربي لي بغا يضحك يضحك، أنا ولّيت نوريلهم شعري" أي "هذا المرض هو مرض جاء من عند الله من يريد الضحك فليضحك، أنا أصبحت أظهر شعري للآخر" " أنا بيا العين" أي: " أنا سبب مرضي هو عين الحسد".

2-4 تقدير الذات :

سرطان الدم يؤثر سلبيا على الهوية الشخصية (الذات)، يؤدي الى احداث تغيير سلبي على المستوى الجسمي، يؤدي الي تعطل الدور وتهديد على مستوى المكانة : الموت، الانحطاط، الضعف وقد يؤدي حتى الى صراعات مآلها الطلاق... الخ . آثار نجدها متوقفة عند المريضة الخامسة، فهو سبب لها عدم تقييمها لذاتها و سبب لها أعراض مختلفة: النقيؤ، آلام الرأس، الغيبوبة، التعب وعدم اتمام الأعمال المنزلية. كما أنها تشعر بالنقص وبالذونية أمام الآخر الذي حسب تمثلاتها يوجه لها نظرة سلبية تساهم إلى معاناة صورة ذاتها، تقدير الذات نستنتج أنه منخفض نظرا لأن صورة الذات في هذه الوضعية هي مضطربة وهذا الأخير هو مصطلح أساسي فيها ويساهم في بناءها: اذا كان ايجابي فانّ الذات ايجابية والعكس صحيح. فحسب Tap (2004) انّ تحقيق الذات هو مرتبط بتقدير الذات الايجابي وهو يعتبره بعد من أبعاد الهوية الشخصية (الذات). سرطان الذي تسبب في اضطرابات داخلية وخارجية عند الخامسة، فعلى المستوى الداخلي هي تحس أنها لم تعد كما كانت سابقا لقولها: "المرض يبذل مولاه"... "وليت منارفية بزاف" أي: "المرض يؤثر على صاحبه....أصبحت أكثر عدائية" أمّا على المستوى الخارجي: تغيير سلبي على مستوى الجسم. نتيجة نستنتجها من تصريحات الخامسة وجاءت تتناسب مع النتائج التي توصوا اليها كل من: Sordes-Ader&Tarquino&Tap (2002). نتائج تطبيق مقياس روزنبارغ لتقدير الذات، الحالة تحصلت على درجة 22 فهذا يعني انّ تقدير ذاتها هو في المتوسط وهو في تغيير نحو السلبي.

الجدول التالي يبيّن نتائج تطبيق مقياس تقدير الذات لروزنبارغ على الحالة:

المجموع	العبارات السالبة					العبارات الموجبة					البنود
	9	8	6	5	2	10	7	4	3	1	
22	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	البدائل

3. إستنتاج حول الخامسة:

علاقتها مع الآخرين هي محدودة و محصورة تقتصر على أبنائها اذن هي منعزلة عن المحيط و هي بحاجة للسند الاجتماعي كما يقول Richard (2004) هي تستعين بآليات دفاعية و استراتيجيات مواجهة و تدّعي بأنّها أصبحت لا تبالي بالآخرين وتظهر شعرها أمامهم وتتصوّر نفسها ضحية لسيرورات ميكروبية معدية كعين الحسد، ضحية لقدر و لامتحان من عند الله. صورة ذاتها أصبحت مزعزعة وسلبية فهي لم تعد الخامسة التي كانت عليه سابقا بسبب المرض و بسبب عدّة عوامل مساهمة تطرّقا إليها سابقا .إذن سرطان الدمّ لقد تسبّب في فقدان ذاتها السابقة بالإضافة إلى أنّه أحدث لها قطيعة على مستوى إحساسها بالاستمرارية

وسبّب لها تقدير ذات سلبي وصورة جسم مختلّة وتعطلّ لأدوارها اليومية والشعور بالنقص أمام الآخر. كما أنّ المناخ العائلي الذي تعاني منه الحالة أصبح يهدّد مكانتها و هويّتها الفردية. أمّا عن تمثّلاتها حول المرض وحول نظرة الآخر فهي سلبية وهي تساهم بشكل كبير في اضطراب صورة ذاتها.

بالمقابل انّ الخامسة تثابر وتكافح من أجل الشفاء والاستمرارية في الحياة من أجل أبناءها كي لا يعيشوا في الحرمان العاطفي الذي عانت منه هي في طفولتها، هي تستعين باستراتيجيات مواجهة لتخفّض من القلق الشديد، ولتقف أمام الآخر ولتعيد تكيفها مع الوضعية المرضية الجديدة.

الحالة السادسة : زهية

1. تقديم الحالة.
2. تأويل وتحليل معطيات المقابلات:
 - 1-2 تمثلات زهية للوكيميا.
 - 2-2 علاقة زهية بالهيئة العلاجية.
 - 3-2 الإنعزال والمشاكل مع المحيط.
 - 4-2 نظرة الآخر.
 - 5-2 إستراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف زهية.
 - 6-2 تقدير الذات عند زهية.
3. إستنتاج.

1. تقديم زهية:

زهية عمرها 23 سنة، جميلة المظهر وذات الابتسامة الجميلة، حيث أنّ معظم تصريحاتها تتميز بالصراحة وقلة التناقضات مقارنة بالمرضى الآخرين الذين تعاملنا معهم.

زهية مقيمة بوهران وتدرس السنة الثالثة جامعي وكانت تعمل في نفس الوقت كحارسة في المتوسطة بعقد التشغيل (ANEM)، هي مخطوبة وتشتكي كثيرا من خطيبها وأقربائها.

زهية مصابة بسرطان الدم من نوع لوكيميا الحادة (LA) Leucémie Aiguie وهي تعلم بذلك وتعالج في المركز الإستشفائي الجامعي لوهران (CHU).

والد زهية موظف ذو دخل متوسط وهو كثير القلق على وضعية ابنته، أمّا الأم فهي مأكثة في البيت وهي حساسة جدًا وكثيرة البكاء على ابنتها، كما أن زهية لديها إخوة وأخوات وصديقة وهي تحبهم كثيرا.

2. تحليل وتأويل معطيات المقابلات:

1-2 تمثلات زهية للوكيميا:

للأسف إن التمثلات الاجتماعية السائدة حول اللوكيميا عند زهية هي تمثلات مشوهة خاطئة وسلبية. فهي تتصور أن هذا المرض هو قاتل يؤدي بالشخص المصاب به إلى الانحطاط والتبعية والرعب والموت.

فعند أول مقابلة لنا معها صرّحت: "Les jeunes" را هم يمرضو بزاف بهذا المرض، وكاين بزاف منهم يموتو بيه، الواحد ما يكونش جاهل" أي "الشباب يمرضون كثيرا بهذا المرض، والكثير منهم يموتون به، لا يجب أن يكون الشخص جاهلا".

التمثل الاجتماعي لموضوع ما حسب نظرية Abric هو يتميز بنواته المركزية وبعناصره المحيطية التي توجه سلوكات وصورة ذات الأفراد، النواة المركزية: زهية تمثل اللوكيميا هي الموت أما العناصر المحيطة حول هذا المرض فهي الشفقة التبعية الرعب، الانحطاط، تشوّه الجسم، تعطلّ الدور وتهديد المكانة الاجتماعية.

فشبح الموت أي نواة المركزية هي التي تسيطر على تفكير زهية نحو الاتجاه السلبي وتوجّه صورة ذاتها سلبيا وترصّخ فيها كلّ المشاعر السلبية، من عدائية وغضب وحزن وشعور بالنقص واضطرابات نفسية أخرى، كما أنّ فكرة اللوكيميا مرتبطة بالموت هي تسير وتتحكّم في سلوكات زهية، فتصبح سلوكاتها من إيجابية إلى سلبية كبكائها الدائم وعدوانيتها وإندفاعيتها "وليت *Nerveuse*، أنا *Fausse calme*" أي: "أصبحت متوتّرة، أنا أبدو هادئة ولكني عكس ذلك"، بالرغم من بحث زهية عن مرضها في الانترنت إلا أنّ فكرة اللوكيميا هي مرتبطة بالموت عند زهية هي فكرة اجتماعية أكثر ممّا هي طبيّة، الفكرة الطبيّة تؤكّد بأن سرطان الدم يحمل في طياته عدة أنواع، فيه ما هو قابل للشفاء وفيه ما هو مميت لكنّه قابل للمعالجة والمكوث به لعدّة سنوات (Betaouaf & Cherif, 2015)

زهية تقول: "مرّة أخرى سمعت فاميلتي ومع أخرى يهدرو عليّ، وحدة فيهم قالت هادو مايريحوش" أي "مرة سمعت أهلي يتكلّمون عنّي، واحدة منهم قالت المصابون بهذا المرض لا يشفون"، وفي مقابلة أخرى تصرّح: "مرّة سمعت عسّاس *service* مع راجل آخر يقول عليّ شوف هذه البنت المريضة ب كانسير، الآخر جاوبه متبانّش عليها مسكينة هادوا يموتو" أي "مرة سمعت الحارس مع رجل آخر يقول عنّي أنظر هذه الفتاة المريضة بالسرطان، وأجابه الآخر لا يبدو عليها المرض مسكينة هؤلاء المرضى يموتون"، وفي مقابلة أخرى: "جدتي مرضت بالكانسير، سوى خالي وخالتي كانوا عارفين أمي لا على خاطر هي حساسة، أنا كنت صغيرة ماتت به" أي "جدتي مرضت بالسرطان، فقط خالي وخالتي كانوا على علم، أمي لم تكن تعلم لأنها حساسة، أنا كنت صغيرة ماتت به".

من خلال هذه التصريحات وتصريحات أخرى مماثلة لها يتضح لنا أنّ الفكرة الاجتماعية حول "السرطان مميت" والتي إستدخلتها زهية من المجتمع، هذه الفكرة غيرت لها مجرى حياتها نحو الأسوأ وسببت لها معاناة على مستوى صورة ذاتها وأحدثت لها تغييرا على مستوى تحقيق المشاريع المستقبلية أي قطيعة على مستوى الاستمرارية إذ كانت على اقتراب من موعد زفافها وبسبب المرض كلّ شيء في مشاريعها وأدوارها ومكانتها تغيّر.

وحسب Tap (2004) إنّ الاستمرارية هي بعد من أبعاد الهوية الشخصية (الذات) وإنّ أي خلل على مستوى هذا البعد فإن صورة الذات ستهتزّ وتتزعزع وتعاني.

أما بخصوص تمثلات زهية حول سبب مرضها لوكيميا فإنه متعدّد أحيانا تقول أنه وراثي لأن جدّتها ماتت بسببه، وفي بعض المقابلات تقول بسبب الإجهاد والتعب: "كنت نعيّا بزّاف، كانت عندنا الخدمة بزّاف، كنت نقرا في الجامعة ونخدم حارسة في المتوسطة، على بيها مرضت" أي "كنت أتعب كثيرا، كان لدينا الكثير من العمل، كنت أدرس في الجامعة وأعمل حارسة في المتوسطة، لهذا السبب مرضت".

وفي مقابلات أخرى تقول أن سبب مرضها هو نتيجة كثرة الصراع والقلق والشجار مع خطيبها خصوصا "Fiancé نتاعي زايدني، غير المشاكل معاه، مقلق على الزواج مانيش مستعدة، لهذا أنا *J'ai rechuté* منيش مستعدة للزواج وكان غي يسكّني وحدي بعدة" أي "خطيبي يضايقني ويزعجني، فقط المشاكل معه، هو يريد الزواج في أقرب وقت أنا لست مستعدة، لهذا أصابني إنتكاسة أنا لست مستعدة للزواج لو أسكن معه وحدي بدون عائلته ربما أقبل".

في مقابلات أخرى زهية تصرّح أنّ سبب تطوّر مرضها هو: الطب في الجزائر هو ليس متطور وكذلك عدم توافق دم إخوتها مع دمها في عملية الزرع "وكان درت *la greffe* وكان ريّحت"، أي "لو قمت بعملية الزرع لشفيت"، "الطب في الجزائر ماشي متطور لأنّ في فرنسا حتى وإنّ الدم لا يتوافق مع دم إخواتك يقدرو يديرو الزرع إذا توافق الدم مع واحد أجنبي" أي "الطب

في الجزائر ليس متطوراً لأنّ في فرنسا حتى وإن كان الدم لا يتوافق مع دم الإخوة يمكن القيام بالزرع إذا توافق الدم مع أجنبيّ".

أما عن يوم اكتشاف (التشخيص) زهية لمرضها كان عن طريق الصدفة من طرف طبيبة أخبرتها، ظنّنت أنها تعلم فكان ذلك اليوم بالنسبة لزهية يوم صدمة، يوم لا يوجد له مثيل في أيامها الحزينة ومنذ ذلك الحين أصبحت تبحث عن مرضها في فضاء الانترنت بمساعدة صديقتها واكتشفت أو تأكّدت من أنه قد يكون مميت وقد يكون غير ذلك "كي سمعت التشخيص كان choc وبدأت في البحث عن مرضي في انترنت أعراضه مآله، أنا وصحبتني اللّي عاونتني" أي "عندما سمعت بالتشخيص كانت صدمة وبدأت في البحث عن مرضي في فضاء الانترنت أعراضه ومآله، أنا وصديقتي التي ساعدتني"، "بحثت عن هذا المرض في أنترنت فهو قد يكون مميت ويقدر لا... أي "بحثت عن هذا المرض في الانترنت فهو قد يكون مميت كما قد يكون غير مميت..."، "سقيت على مرضي المرضي لي كيفي بصّح أغلبهم أميين مايعرفوش" أي "سألت عن مرضي المرضي مثلي لكن أغلبهم أميين لا يعرفون"، "les jeunes يمرضو بكانسر بزاف... أي "يوجد الكثير من الشباب الذين مرضوا بهذا المرض...".

2-2 علاقة زهية بالهيئة العلاجية:

إنّ زهية وأهلها يكتّون مشاعر العتاب واللوم والذنب نحو الهيئة العلاجية فهم يصرّحون بأنه لا يوجد طب في الجزائر ويشتكون من عدم النظام وعدم النظافة في المستشفى. حسب زهية إن المريض الفقير والذي ليس له معرفة مع الأطباء والممرضين ستندهور حالته الصحية مقارنة بالمريض الذي يتمتع بالسلطة والنفوذ. زهية تشتك من الفوضى وعدم التفريق بين مراحل النساء والرجال وعدم تعاون الهيئة العلاجية واختلال أدوارهم وعدم الاحترام، مثلاً هي تصرّح: "مرّة سمعت عّساس هذا الجناح هو وراجل آخر يقول عّني، شوف هذي مريضة ب cancer du sang، الآخر أجابه متبانس عليها، مسكينة" أي "مرّة سمعت حارس هذا الجناح يقول لرجل آخر عني أنظر هي

مريضة بسرطان الدم، والآخر أجابه لا يظهر عليها المرض مسكينة"، "الطبيبة أخبرتني بمرضي قالت لي عندك كانسر أنا تشوكيت" أي "الطبيبة أخبرتني بمرضي قالت لي أنت مصابة بمرض السرطان أنا انصدمت". هتين العبارتين يؤثران سلبيا على نفسية زهية نظرا لعدم إحترام بعض الأشخاص الذين يعملون بجناح مبحث الدّم ولهذا هي تقول أتمنى أن أشفى وإن شفست سأدرس لأكون ممرضة في هذا الجناح وأساعد الناس الذين يقاسون بشدّة "أتمنى من الحياة باه نريح نكمل قرابتي وندير *para médical*، وأعمل هنا ممرضة في هذا الجناح" أي "أتمنى من الحياة أن أشفى أكمل دراستي في التمريض: شبه الطبي، وأعمل هنا ممرضة في هذا الجناح".

فحسب زهية العلاج في فرنسا هو أفضل من الجزائر ولهذا هي قرّرت الذهاب إلى فرنسا من أجل العلاج ولكن لم تمنح لها تأشيرة السفر من السفارة الفرنسية وهي تعيد طلب التأشيرة للمرة الثانية.

فعلاقة الطبيب بالمريض حسب Richard (2004) هي علاقة تعاون، والمريض والطبيب كليهما يحرصان على إقامة علاقة ثقة واحترام وضمنان وليس على الطبيب إلقاء الكلمات الجارحة على الآلام.

ونلاحظ أنّ الإعلام عن نوع المرض لزهية من قبل الطبيبة كان قاسيا من طرفها لأنها لم تكن تعلم بأنّ زهية على علم بنوع مرضها ولكن مهما يكن وحسب دراسات سابقة أثناء إعلام المريض يجب أخذ الحيطة والحذر والاحترام والتعاطف وعدم الكذب وفي هذا الصدد Zittoun. في 1991 مذكور في: Richard (2004، 36) يؤكّد على "أهمية عدم الكذب على المريض هو عنده مبدأ خلقي وشرط نفسي من أجل علاقة جيّدة طبيب مريض".

فزهية تريد معرفة مرضها من أجل مقاومتها له أكثر، ومن أجل أن تحافظ على القليل من الأمل ومتابعة تسيير حياتها. ولكن إنّ إعلامها من قبل الطبيبة عن مرضها كان فيه نوع القسوة وعدم الشفقة فإنصدمت أثناءها وعبارة: "عندك سرطان الدّم" أي "لديك سرطان الدم" أثّرت سلبيا على صورة ذاتها وأحدثت تغييرا جذريا في حياتها، تغيّر مفاجئ، ونظرا لهذا الإعلام الصادم

والقطعي والقاسي زهية قد أحست بقطيعة على مستوى الإحساس بالاستمرارية والذي بدوره أثر سلباً على صورة ذاتها وحسب Tap (2004) إنّ الإحساس بالاستمرارية هو بعد من أبعاد الهوية الشخصية أو الذات. ومما لاشكّ فيه أنّ أي خلل على مستوى هذا البعد فإنّه يؤثر سلباً على الذات. التقاء زهية بالهيئة العلاجية هي التقاء نظامين مختلفين من التمثلات وحسب Viveros (1992) هذه التمثلات هي: تمثّلات السّطحيين (Profanes) (لا تعمّق في المرض) وتمثّلات المتخصّصين (Professionnels) وحسب Richard (2004) إعلام المريض بعني بالنسبة للأطباء هو تقاسمهم معه معرفتهم وقدراتهم وهذا قد يجعل المريض يتساءل عن مرضه ويبحث عنه أكثر وقد يتشارك معهم في القرارات ويفرض نفسه عليهم ويأخذ دوراً نشيطاً في علاجه. بالمقابل في هذه الوضعية المرضية إنّ الأطباء يجدون أنفسهم أمام عدم التأكّد وأمام صعوبة عدم تحمل مسؤولية أقوالهم، فالطبيب يسعى إلى الإنقاص من صدمة التشخيص وإلى تبسيط المرض وجعله يفهم أنّ هذا المرض يعالج، لأنّ هذا المرض بالنسبة للمريض والمجتمع هو مرادف للموت، نعلم بأنّه مرض خطير حقّاً لكن يعالج جزئياً أو قد يعالج كلياً، فعلاقة الطبيب بالمريض في هذه الوضعية هي مبنية على علاقة تعاطف وجداني وهي مبنية على علاقة أب-طفل (Parentale)، فيستعين المريض بذلك بميكانيزم دفاعي ألا وهو النكوص والذي يسمح بالمحافظة على نفسيّتها ضد قلق الموت الذي يسيطر عليها (Richard, 2004).

وبالمقابل في حالة زهية فنجد أنّ علاقتها مع الطبيب هي علاقة ليست مبنية على علاقة أب-طفل وبالتالي هي لا تستعين بالميكانيزم الدفاعي النكوص والنتيجة هي تغلب قلق الموت على نفسيّتها واضطراب صورة ذاتها.

إنّ أهل زهية حضروا إلى المستشفى يقدّمون أعلى ما عندهم إلى الهيئة العلاجية، وهم يتسائلون مع زهية هل يضعون ثقّتهم في الأطباء؟ وهل هم متمكنين ويتمتعون بقدرات؟ وهل يستطيعون التكفل وعلاج مرض زهية؟ زهية وأهلها يحاولون بذلك التحقق من هذه الأسئلة بمراقبة أحيانا سلوكيات وأقوال الأطباء (Richard, 2004).

2-3 الإنعزال والمشاكل مع المحيط:

إنّ المرض الخطير الذي يكون فيه احتمال الشفاء قليل والموت يكون على وشك الحدوث للمريض حسب Richard (2004) يؤدّي إلى مشكل الصعوبة في تواصله مع محيطه. زهية بالإضافة إلى المرض هي تعاني من صراعات ومشاكل مع خطيبها ومع أقرائها. فماذا تقول زهية عن معاناتها؟ فهي سببت لها تدريجيا الإنعزال عن محيطها.

أب وأم زهية يتمنيان أنّ إبنتها لا تتكلّم عن مرضها إمّا تسكت أو تتكلّم عن شيء آخر، فهما يتمنيان أن تكون غير واعية بمرضها وغير واعية للتطوّر السلبي لمرضها ولكن زهية عكس ذلك، هي تريد أن تعرف بتفاصيل مرضها وتبحث عنه وتغضب كثيرا من عائلتها عندما تخفي عنها حقيقة مرضها. "دارنا يخبّيو عليا بزّاف صوالح أنا راني فايقة، أنا نبغي يقولولي" أي "عائلي يخفون عني أشياء كثيرة أنا أعلم بذلك، أنا أحبّ بأن يخبرونني"، "نكره دارنا يخبّيو عليا أنا مريضة ب cancer هو بيدي قاتل" أي "لا أحبّ عائلي عندما يخفون عني بأنني مريضة بسرطان الدم هو مميت قاتل"، "أنا منارفا بزّاف ونتقلّق وهما ما يصارحونيش، في الدار منهدر حتى مع واحد نعد وحدي خصوصا كي نكون منارفا" أي "أنا عدائية بكثرة وأتوتّر كثيرا وهم لا يصرحونني، في المنزل لا أتحدّث مع أي شخص أجلس لوحدي خصوصا عندما أكون عدائيّة"، "علايلي راهم خافين عليا لكن أنا نبغي نعرف الحقيقة" أي "أعرف أعرف أنهم يخافون علي لكن أحب أن أعرف الحقيقة".

حسب Parkes في 1984مذكور في Richard (2004، 36): "عائلة المريض تخاف من أن المريض عندما يعرف الحقيقة تؤدّي به إلى الإنتحار، وبهذا العائلة قد تلزم الطبيب والهيئة العلاجية في الدّخول في سياسة إخفاء الحقيقة، فمخاوف العائلة هي أحيانا غير عقلانيّة وهم يزيدون من تعقيد الوضعيّة".

مما لاشكّ فيه أنّ زهية تنتظر من محيطها والهيئة العلاجية الإستماع لها وغالبا عندما تحاول التكلّم عن خطورة مرضها أو عن الموت. وحقيقة عائلة زهية عندما تحاول التكلّم عن

الموت فكلماتها توقظ القلق والحيرة لديهم، فهي تجرحهم وتجعلهم يفكرون في اقتراب الموت ومحنة الفراق فكلمات المريض واتجاهاته تسبب لأقربائه انفعالات كبيرة وتؤدي بهم إلى انغماسهم في التعاطف الوجداني وسيرورات التماهي فهم يحاولون التماهي بزهوة بمحاولتهم إستدخال الألم وكلّ المشاعر السلبية التي تسيطر على زهوة.

وعند تحاورنا مع والد زهوة صرّح لنا: "أنا في حيرة *surtout* كي نشوف أمها تبكي هي *sensible* تكمل عليّ، قريتها، قشّتها، الله يجعل غي تبر" أي "أنا في حيرة خاصة عندما أرى أمها تبكي هي حساسة يؤلمني منظرها، درّستها، ودلّعتها، أتمنى أن تشفى"

فمما لاشكّ فيه أن عائلة زهوة تعيش في "قلق غير منتهي وصدمات انفعالية حتى أنهم يجدون صعوبة في التعبير عن ما بأنفسهم" كما يؤكد Raimbault في 1987مذكور في Richard (2004)، (42).

إنّ زهوة لا تنتظر من محيطها أكثر من استماع منتبّه ومصغ لها يقظ وحذر لطيف وصريح ومجامل من أجل الإحساس بها ومن أجل إعطاء معنى لأسئلتها: اقتراب نهاية حياتها؟ القلق والخوف من ظروف الموت؟ ألم الفراق والوساوس؟... لكن عند زهوة لاحظنا أنها تعاني من عدم صراحة عائلتها وإخفائهم عنها حقيقة مرضها وعدم إصغائهم لها ولهذا هي تتعزل عنهم وتفضّل عدم التكلّم معهم والبقاء لوحدها "نكره دارنا يخبّيو عليا، نبغي نعرف الحقيقة، في الدار منهدر حتى مع واحد نقعد وحدي خصوصا كي نكون منارفيا" أي "أكره عائلتي حينما يخفون عني، أحب معرفة الحقيقة، لا أتحدث مع أي شخص في المنزل أجلس وحدي خصوص عندما أكون عدائية"، "أمي حساسة منقولها والو" أي "أمي حساسة لا أخبرها بأي شيء" تقول زهوة.

وحسب علماء النفس الاجتماعيين وعلماء الاجتماع ك: Jemes ، Tap ، Fischer و Mead وآخرون إنّ تفاعل الفرد مع بيئته هو شرط ضروري وأساسي لبناء صورة ذاته وإنّ أيّ خلل على مستوى هذا التفاعل فإنه سيسبب للفرد اضطراب صورة ذاته، وإنّ ما يزيد من اضطراب صورة ذات زهوة هو الخلل على مستوى تفاعلها مع محيطها وإنعزالها. "العرب مشاكل، منبغي

يشوفني حتى واحد" أي "العرب مشاكل، لا أحب أن يراني أحد"، "منبغيش يزوروني الناس في السبيطار *surtout* يقولو كانت ضبلونة (جميلة)" أي "لا أحب أن يزورني الناس في المستشفى خاصة عند قولهم كانت جميلة"، "فاميلتنا كلهم خبيبا عليهم المرض على خاطر يهدرو ويقولو المرض طوّل" أي "لم نخبر أهلنا بمرضي لأنهم يتحدثون ويقولون بأن مرضي أطال"، "قلت لأمي ممنوع فاميلتنا تزورني في السبيطار، بيغيو ولا يكرهو لي يزحف يزحف" أي "قلت لأمي ممنوع أن تزورني عائلتنا في المستشفى، شاعوا أم أبوا من يريد الغضب فليغضب" زهية تصرّح.

وحسب Richard (2004) عندما المريض ينتزع وينتشل الكلام أو كلّ طرق تواصله مع محيطه، فالمرض يصبح وحشيّ وهو لا يفرّق المريض عن أقربائه فحسب بل يمنع حتى وقت الوداع والفرق، وسؤال إعادة النظر لمكانته يبقى قائماً.

زهية في هذه الوضعية هي كذلك الطفل الذي يحتاج إلى الإحتياجات الإنفعالية والإحتياجات البيولوجية الذي يوفره له الوسط الإجتماعي حسب مفهوم إركسون مذكور في Thomas و Michel (2005)، فمساندة الأهل في هذه الوضعية يجعل من زهية تشعر بالأمان وعدم الوحدة ممّا يجعلها تواصل مقاومتها للمرض على عكس المرضى الذين ليس لديهم سند إجتماعي كحالة Michel الذي تناوله Ruszniewski (2010) في دراسته، والذي كان مصاب بالسرطان ولم يكن لديه أقارب أو منعزل عنهم ولا يتفاعل كثيرا مع محيطه إذ كان تواصله سطحي ويقتصر إلاّ مع صديقة له، علما بأنه كان جميل المنظر ومتقف فلم يستطع مقاومة مرضه وإنّتحر بسبب تظافر عدّة عوامل أهمّها:

1- فشله في مواجهة مرضه.

2- إنعزاله الإجتماعي.

3- الحرمان العاطفي.

4- فقدانه للسند الإجتماعي.

5- تمثلاته السلبية الذي كان يضعها حول مرضه فهو لم يتقبله.

6- إعاقة السمع.

ف Michel كان يردّد قبل إنتحاره بثلاثة أشهر: "لا أريد أن أنضمّ إلى صفكم المجنون، السرير، الباب المغلقة والوحدة، مشواري إكتمل هنا، أمام هذا الباب لن أذهب خلف هذا الباب"، "لا أنتظر حتى يجيء الموت، أطلب منكم أن تمنحوني إياه"، "أريد الموت. الآن"، حياتي ليس لها معنى، ليس فيها إغراء" (Ruezniwski, 2010, 50).

وحسب العالم الإجتماع دوركايم إنّ الفرد الذي ينعزل عن المجتمع ولا يتفاعل فإنه ينحرف عن دائرة المجتمع ويكون عرضة لإرتكاب الجريمة والإنتحار.

2-4 نظرة الآخر:

ما لاحظناه من خلال خطابات زهية أن نظرة الآخر هي تلعب دورا مهما في إضطراب صورة ذاتها ولكي تتجنب نظرات الآخر قامت بالإنعزال عنهم كما أخفت هي وعائلتها عن أقاربهم مرضها مدّعين بأنها قد شفيت منه "فاميلتنا كلهم خبيبا عليهم بأنني مريضة على خاطر يهدرو ويقولو المرض طوّل" أي "لم نخبر عائلتنا بمرضي لأنهم يتحدثون ويقولون أن المرض أخذ فترة طويلة".

حسب تمثلات زهية إنّ أقاربها ينظرون إليها نظرة بنت ناقصة ليست كالبنت الأخرى فهي لا تحب نظرة الشفقة. "أكره الشفقة منبغيش يشوفو فيا familia بشفقة، هكّا يفكرونني فعلا بأنني مريضة" أي "أكره الشفقة لا أحب أن ينظر إليّ الأهل بالشفقة، فهم يذكرونني فعلا بأنني مريضة"، "مرة أخرى في دارنا سمعت بنت فاميلتنا مع أخرى يهدرو عليّا، يقولو هادو لي مرضى هاك ميريحوش، هي وبين عرفت مايريحوش، غاضتتي راها ري؟" أي "مرة أخرى في منزلنا سمعت فتاة من عائلتنا مع أخرى يتحدثون عني، يقولون أن المرضي بالسرطان لا يشفوا، هي كيف علمت أنهم لن يشفوا، تأثرت".

زهية تتألم كثيرا لتساقط شعرها بسبب العلاج الكيميائي وهي تقارن جسمها كيف كان وكيف أصبح يختلف أمام أعين الآخر، الذي يتمتع بجسم سليم غير مشوه. إن الصورة التي تضعها زهية حول جسمها هي صورة مشوهة وناقصة: "صورة جسم مشوهة" أي تنظر لذاتها نظرة سلبية، وهي تتصور بأن الآخر ينظر لجسمها نظرة تعجب وشفقة وتبعية ونقص. فكل هذه التمثلات السلبية التي تكّنها زهية في قدراتها المعرفية المعقدة المتبلورة تؤثر سلبا على صورة ذاتها وعلى تقديرها لذاتها، لأن صورة الجسم أولا هي تبني صورة الذات وإن أصيبت صورة جسم الفرد بتلف أو بتشوّه فإنّ نفسيته تتأثر سلبا وتنعكس سلبا على صورة ذاته وعلى تقديره لذاته. فمن أجل تقييم الفرد لذاته إيجابيا يجب أن يكون لديه إدراك حسن حول صورة جسمه والعكس صحيح.

وفي حالة زهية، إنّ لها إدراك حول صورة جسمها وبالتالي إنّ تقديرها لذاتها هو منخفض وصورة ذاتها هي في معاناة. "شعري طاح، بكري كنت نسوفري كان قويّ بزاف ودرك *la chute* زعفت بزاف" أي "شعري سقط، في الماضي كنت أعاني كان كثيف والآن تساقط، غضبت كثيرا،" "قلت لأمي ممنوع يجيو *la famille* يزوروني في سبيطار، منبغيش، بيغيو ولا يكرهولي بغا يزعف يزعف" أي "قلت لأمي ممنوع أن تزورني عائلتنا في المستشفى، لا أحب، شاءوا أم أبوا من يريد الغضب فليغضب"، "منبغيش الناس يشوفوني هالك، منبغي حتى واحد يشوفني *surtout* يقولو كانت كي الضبلونة شابة ودرك كي ولات" أي "لا أحب أن يراني الناس في هذه الحالة، لا أريد أن يراني أي شخص خاصة حين يقولون كانت جميلة والآن كيف أصبحت".

وما يلاحظ على زهية أن علاقتها متوترة مع خطيبها الذي يلحّ ويضغط عليها من أجل القيام بالزفاف وهي في هذه الحالة المرضية غير مستعدة لهذا الزفاف، غير مستعدة يعني تحس بالنقص، غير كاملة بسبب المرض وهذا الأمر يضايقها جدا ويؤثر عليها سلبا وبسببه زهية تصرح أنها أصيبت بنكسة "خطيبي أخبرني على الزواج أنا منيش مستعدة على بيها *j'ai rechuté*" أي "خطيبي أخبرني على الزواج أنا لست مستعدة لهذا مرضت لهذا عاودني المرض (إنتكاسة)"، "خطيبي يغير، وغي المشاكل معاه، مقلق على الزواج أنا منيش مستعدة، لوكان غي يسكني وحدي بعدا" أي "خطيبي يغار عليّ، معه فقط المشاكل، يريد الزواج في أسرع وقت ممكن وأنا

لست مستعدة، لو أسكن بمفردي معه ربما"، "خطيبي زبيني" أي "خطيبي يضيف الي المشاكل"،
"خطيبي ماجاش يشوفني راني زعفانة عيطلي مرفتش عليه" أي "خطيبي لم يأتي لرؤيتي أنا
غاضبة كلمني على الهاتف ولم أرد عليه. "

مما لاشك أن صراع زهية مع خطيبيها حول تعطيل الزفاف وبسبب مرضها الذي أحدث لها
تغيرا على المستوى الجسمي والجمالي: تساقط الشعر وفقدان الجمال النحافة، هو قضية تجعلها
تفكر دائما في هذا المرض ولا تترك لها فرصة نسيانه. فهذا الأمر قد إنعكس سلبيا على صورة
ذاتها لأنّ عدم تحقيقها لمشروع الزواج بسبب المرض يجعلها لا تثبت وجودها ولا تحقق مكانتها
كزوجة وكأم وكبنت وعروس. لو نتوقف على أعمال إركسون فإنه يؤكد على أهمية الزواج في
تحقيق النّمو النفسي الإجتماعي السليم للفرد (Tomas & Michel, 2005) فكثرة صراعات زهية مع
الآخر من جهة والمرض وعلاجه المتواصل من جهة أخرى- "من بعد ما درت chimio وكى
كملت la cure قالولي الأطباء يخلصك ديرى la greffe عندي chimio 30 نديرها، درت 10 كى
نديرها نفشل نتقيا منكش" أي - "يجعل زهية في دوامة غير منتهية من التساؤلات والغموض
والإنفعالات والإضطرابات ويؤثر سلبيا وبشكل كبير على صورة ذاتها.

2-5 إستراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف زهية:

عند قيامنا بالمقابلات النصف موجهة مع زهية، لاحظنا أنّها تستعين كثيرا بإستراتيجيات
مواجهة، الشيء الذي يثير الإنتباه وحتى الإعجاب أن زهية لها روح المقاومة وإبتسامتها دائما
قائمة على وجهها، هي تبحث دائما عن مرضها وتتابعه وهي على علم بكل التّطورات التي
يشهدها الطب في ميدان مرضها، نظرا لأنها تتمتع بمستوى جامعي ولها مكانة إجتماعية "كي
سمعت التشخيص بديت نحوس على مرضي في الانترنت، بحثت في انترنت عن هذا المرض هو
مميت ولكن يقدر يكون مشي مميت، هدرت مع أغلبية المرضى بصح أغلبيتهم أميين ما قارينش"
أي "لما علمت بالتشخيص بدأت أبحث عن مرضي عبر الانترنت، بحثت في الأنترنت عن هذا

المرض هو مميت ولكن يمكن أن يكون غير مميت، تحدّثت مع أغلبية المرضى لكن أغليبتهم أميين لم يدرسوا".

زهية تقوم بعدة جهود تكيفية مع وضعيتها المرضية، إذ إن إستراتيجيات المواجهة التي تستعين بها هي فعالة وتستعملها بطريقة جيدة. في هذا المجال نجد دراسة Moos و Holahan في 1987 مذكورين في Tarquino (2006) و Fischer تؤكد على أن الاستعمال الجيد لإستراتيجيات المواجهة هو مرتبط بالمكانة الاجتماعية والاقتصادية المعتبرة. وهو مرتبط بالمستوى الدراسي العالي، ولهذا إننا نجد زهية توظف وتستثمر إستراتيجيات مواجهة ضدّ وضعيتها المرضية، من أجل الإنقاص من قلقها. وفعلا إنها تتمتع بوجه بشوش وتقول: "أنا هكّا نبغي الضحك" أي "هكذا أنا أحبّ الضحك".

وبالمقابل لو نتطرق لأعمال Bruchon-Schweitzer (2002) فحسبها إن المريض بالسرطان يظهر واجهة بشوشة ويدّعي بأنّه على أحسن ما يرام ويقوم بقمع انفعالاته ولا يعبر عن عدوانيته وغضبه... لأنّه يقوم بإستراتيجيات مقاومة تسمح له بأن يتكيف ويتوافق مع مرضه وينقص من قلقه، مع العلم أنّه داخليا يتخبط في صراعات ومشاكل.

زهية تلقت تشخيص مرضها من الطبيبة ومنذ ذلك اليوم وهي تبحث عنه وقد أدركته وأولته حسب إحساساتها وتصوّراتها، قيّمت ما جرى لها ثم قرّرت أن تواجه مرضها وتتابعه "بحثت عن مرضي بصّح هو يختلف من مريض لآخر حسب نوع الإصابة" أي "بحثت عن مرضي لكن هو يختلف من مريض لآخر حسب نوع الإصابة"، "بديت نفضل نبقى في السبيطار هنا باه نزيح على خاطر هنا يقابلو غاية" أي "بدأت أفضل البقاء في المستشفى لكي أشفى فهنا أتلقى الرعاية الكاملة"، "les jeunes" راهم يمرضو بزاف بهذا المرض، وكاين بزاف منهم يموتو الواحد يخصّ ميكونش جاهل يسقسي على مرضه" أي "الشباب يمرضون كثيرا بهذا المرض، ويوجد الكثير منهم يموتون ويجب على كلّ شخص ألا يكون جاهلا ويسأل عن مرضه"، "نبغي نعرف واش يقولو علينا علماء النفس، ميخصش الهّم والتخمام يدي المرتبة الأولى في مشاغل وتفكير المريض على

خاطر غدي ينعكس عليه سلبيا" أي "أحب أن أعرف ما الذي يقوله علماء النفس عن المرضى، لا يجب أن تأخذ المشاكل والصراعات المرتبة الأولى في مشاغل وتفكير المريض لأنه سينعكس عليه سلبيا". تقييم المرض من طرف زهية هو سيرورة معرفية بفضلها استتجبت واستعانت بمصادر تقييمية سمحت لها بمواجهة مرضها وحسب Fischer و Tarquino (2006) إنه يوجد شكلين من التقييم: تقييم ابتدائي أولي وتقييم ثانوي بالنسبة للتقييم الابتدائي عند زهية، هو يدور حول مختلف خصائص المرض من معتقدات إنفعالات فالمرض يشكل للحالة تحدي من أجل إظهار الفرحة والإثارة تارة وتارة أخرى المرض يشكل للحالة تهديدا وتنغمس في الحيرة والقلق.

أما التقييم الثانوي عند زهية هو التقدير والفهم الخاص بها فهي تستعمل مصادر شخصية واجتماعية على أساسها، تفكر وترى وتعاير المصادر الموضوعية الموجودة، وهذا التقييم فتح لها المجال لأن تطلب المساعدة من طرف الآخر "بديت في البحث عن مرضي ساعدتني صحبتي" أي "بدأت في البحث عن مرضي ساعدتني صديقتي"، "صحبتني عاونتني بزاف وتبحث عن المعلومات ...". أي "صديقتي ساعدتني كثيرا وتبحث عن المعلومات..."، "chimio هي متقلش المرض بصح تحدد تكاثره في الجسم، الطب ليس متطور في الجزائر على خاطر في فرنسا حتى وإن لم يتوافق دم المريض مع دم الإخوة يقدرو يديرو la greffe إذا توافق دم المريض مع واحد أجنبي" أي "العلاج الكيميائي هو لا يقتل المرض لكن يحدد تكاثره في الجسم، الطب ليس متطور في الجزائر لأنه في فرنسا حتى وإن لم يتوافق دم المريض مع دم الإخوة يستطيعون القيام بعملية الزرع، إذا توافق دم المريض مع آخر أجنبي".

زهية تستعمل عدة إستراتيجيات مواجهة تحميها من القلق ولعل أبرزها الصبر والمكابدة وتحمل المرض وهي تصرح أنها تقدر أن تتحكم في وضعيتها المرضية وحسب Kobasa في 1982 مذكور في: Fischer و Tarquino (2006) إن الصبر ينقسم إلى ثلاثة مظاهر وهذه المظاهر نلاحظها عند زهية وهي كما يلي:

1. الرهن والالتزام (engagement): وهنا إن زهية تبسط وضعيتها وتعرف ماذا تفعل.

2. المتابعة (contrôle): إعتقاد وقدرة زهية في مواجهة ما يحصل.

3. التحديّ (défi): زهية تدرك وضعيتها وتؤمن بحصول تغييرات إيجابية.

"كي درت chimio في نهاية la cure قالولي الأطباء عليك بالقيام ب la greffe عندي 30 chimio في النهاية 10، كي نديرها نفشل نتقياً، منكمش، بصح درك j'ai décidé غدي نتحدّي المرض واكل بسيف عليا، ندير جهد، درك je récupère " أي "عندما قمت بالعلاج الكيميائي في نهاية الحصة الأخيرة من هذا العلاج قالوا لي الأطباء عليك القيام بعملية الزرع، لدي في المجموع 30 حصّة علاج كيميائي، في نهاية الحصة 10 من هذا العلاج أصاب بالتعب والتقيء والفشل ولا أتابع العلاج إذن، لكن الآن قرّرت تحدّي المرض واكل غصبا عني، أقوم بمجهود والآن أنا أعوض"، "راني نسمع القرآن، درت الحجاب" أي "أنا أسمع القرآن، إرتديت الحجاب"، "غدي نمشي لفرنسا نعالج وندير la greffe" أي "سأسافر إلى فرنسا لكي أعالج وأقوم بعملية الزرع"، "غدي ندير ممرضة" أي "سوف أكون في المستقبل ممرضة". أيضا إنّ زهية تستعمل إستراتيجيات مواجهة متمركزة حول المشكل هي تفيدها كثيرا في مواجهة مرضها والإنقاص من قلقها وحيرتها فهي لا تستسلم، تحرص وتراقب وضعيتها وملاحظتنا هذه تتوافق مع النتيجة التي توصل إليها Schmidt في 1988 مذكور في: Tarquino و Fischer (2006) إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل تسمح بالإنقاص من القلق عند المرضى والإنقاص من التعقيدات الكبيرة والعكس صحيح إستراتيجيات المواجهة المحايدة (السلبية) يعني عدم بحث المريض عن معلومات، بخصوص وضعيته النتيجة هي الاستسلام ووجود عدّة تعقيدات وقلق مرتفع. يتّضح مما سبق أنّ زهية تستعمل إستراتيجيات مواجهة متمركزة حول المشكل، هي فعالة وإيجابية وديناميكية تركز على حرصها ومتابعتها لوضعيتها وترتكز على عناصر معرفية (منطقية وموضوعية) وتنقص من قلقها.

وبالمقابل إنّ إستراتيجيات المواجهة الإيجابية هذه المستعملة من طرف زهية هي غير ثابتة وقد تتغير من إيجابية إلى سلبية وهذا راجع لعدة عوامل وظروف وبالتالي إنّ قلقها أمام هذه الوضعية سيرتفع.

6-2 تقدير الذات عند زهية:

من خلال تصريحات زهية لاحظنا أنّ تقديرها لذاتها هو سلبي ومنخفض، يبدو لنا أنّه راجع لعدة عوامل متداخلة ومتضاربة فيما بينها، من بين هذه العوامل نذكر:

1. تعطلّ الدور: بعدما كانت زهية تعمل كحارسة وتدرس في الجامعة بالتناوب أصبحت منقطعة عن أدوارها بسبب المرض. كما أنّها لا تستطيع حتى القيام بالأعمال المنزلية وحتى أنّ أمّها لا تتركها تقوم بها وهي منزعة كثيرا لهذا الأمر فهي تقول: "كي منخدمش نحس روعي فعلا مريضة، نبغي نخدم ménage أمي متخلينيش هكا تفكرني فعلا بأنني مريضة" أي "عندما لا أعمل أحس أنّي فعلا مريضة، أحب القيام بالأعمال المنزلية وأمّي لا تتركني أفعل ذلك وهكذا تذكرني فعلا بأنني مريضة". بالمناسبة الحالة تستعين بميكانيزم دفاعي هو الهروب: تريد نسيان مرضها ولكن إنّ محيطها يذكرها بأنها فعلا مريضة، ولا يترك لها فرصة نسيان المرض.

إنّ تعطلّ أدوار زهية كطالبة وكعاملة خارج وداخل البيت يعني تزعزع مكانتها الإجتماعية لأنّ الدور والمكانة هم غير منفصلين حسب Cherif (2007) فإذا كان دور زهية هو مجموعة سلوكياتها وتصرفاتها وواجباتها وهو إنتظارات محيطها والجانب الديناميكي النشط. فإنّ المكانة هي إنتظارات زهية من محيطها وهي الجانب المسالم. بالتالي إذا تأثر الدور وتعطلّ، ستتأثر المكانة هي أيضا سلبيا. وحسب Tap (2004) إنّ للدور علاقة إرتباطية بتقدير الذات فكلما لاقى الدور رضا المجتمع فإنّ صاحبه يتمتع بتقدير ذات إيجابي. أمّا بالنسبة لزهية إنّ دورها معطلّ من بعد ما كان فعّالا ومفيدا في المجتمع، إنّ مكانتها متزعزعة وتشعر بالذنب وبالتالي إنّ تقديرها لذاتها نجده سلبيا وحتى إنّ شعورها بذاتها هو مضطرب.

2. تشوّه صورة الجسم: زهية لعدة مرّات تصرّح بأنّها قبل المرض كانت جميلة وتتمتع بشعر جميل وكثيف والآن وبسبب فعل العلاج الكيميائي إنّ شعرها يتساقط وجسمها أصبح نحيفا.

نظرا لأنّها مخطوبة فهي منزعجة كثيرا لهذا التغيّر السلبي الذي أصاب جسمها، فهي تشعر بالنقص أمام خطيبها وعائلته وأهلها. هذا العامل كذلك إنّّه يساهم في الإنقاص من تقدير الذات.

"كنت كي الضبلونة شابة، شعري طاح بكري كنت نكره شعري غليف بزّاف ودرك *la chute* زعفت، راني نتمنى يوّلي كيما كان" أي "كنت جميلة، تساقط شعري، في الماضي كنت أكره شعري لأنّه قويّ والآن تساقط انزعجت، أنا أتمنى أن يرجع مثل الماضي".

قطيعة على مستوى الإستمرارية: المرض أحدث لزهية مشكل تعطيل الزّواج ومشكل على مستوى تحقيق المشاريع المستقبلية والشعور بالذنب وعدم إثبات لوجودها وأصبحت عدائية، فهذه العوامل نلاحظ أنّها تساهم في انخفاض تقدير الذات عند زهية. أمّا عن نتائج تطبيق مقياس روزنبارغ فالحالة تحصّلت على درجة 27 وهي درجة عموما متوسّطة وبالتالي يمكن اعتبار أن تقديرها لذاتها هو متوسّط، له القابلية لأن يتغيّر الى السلبي نظرا للصراعات التي تعاني منها الحالة.

الجدول التالي يبيّن نتائج تطبيق مقياس تقدير الذات لروزنبارغ على الحالة:

المجموع	العبارات السالبة					العبارات الموجبة					البنود
	9	8	6	5	2	10	7	4	3	1	
27	4	1	2	2	2	4	4	2	3	3	البدائل

3. استنتاج حول زهية:

عموما ما لاحظناه في أغلب المقابلات النصف موجهة التي قمنا بها مع زهية أن صورة ذاتها هي مضطربة كثيرا، بسبب عدّة عوامل ذكرناها سابقا وأهمها تمثلاتها السلبية حول هذا المرض وتشتكي من نظام الطب في الجزائر، وتشتكي أيضا من معاملة كلّ من أقربائها وخطيبها، وهي تستعمل إستراتيجيات مواجهة تبدو فعّالة تساعد في تحدّي ومقاومة مرضها، لأنّها تطلّع على المفاهيم العلمية لمرضها ولا تكتفي بما يقوله أفراد محيطها حول مرضها من أفكار ساذجة وغير علمية وسلبية توحى بالضعف والموت.

الحالة السابعة: جميلة

1. تقديم الحالة.
2. تأويل وتحليل معطيات المقابلات:
 - 1-2 الاستراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف جميلة.
 - 2-2 تمثلات السرطان عند جميلة.
 - 3-2 نظرة الآخر السلبية والمناخ العائلي المضطرب لجميلة.
 - 4-2 اختلال الدور وتقدير الذات.
3. استنتاج.

تقديم جميلة:

غير متزوجة عمرها 36 سنة من المحمدية، تسكن مع أمها وأبيها وثلاثة إخوة متزوجين وواحد بدون زواج، زوجة أخوها الأول لها علاقة جيّدة معها هي معلّمة عكس زوجة أخيها الثاني فجميلة تقول أنّها سيّئة. الحالة هي الأخت الصّغرى لأختين متوفيتين، الأولى توفيت في الحمام والثانية عندما رأتها في ذلك المشهد حسب أقوال جميلة انصدمت وأصيبت بالسرطان وتوفيت بسببه، هذا كل ما صرّحت به لنا جميلة في المقابلة الأولى والثانية. أما عن مستواها الدراسي فهو ابتدائي فلم تواصل دراستها وهي نادمة والسبب في ذلك كان لديها فرط في النّشاط الحركي، فوالديها خافوا عليها من مخاطر السيّارات وتم إيقافها عن الدراسة، إذ أنّها صرّحت لنا وقالت: "ما قالتلي كنت خفيفة مخليناكش تقراي الخوف من لواط، بصح أخواتي قراو"

لي كان لديك فرط في النشاط الحركي، فلم ندعك تواصلين c'est pour ça. أي: "أمي قالت الدراسة لخوفنا عليك من السيّارات، لكن إخوتي لقد درسوا."

2. تحليل وتأويل معطيات المقابلات:

استنادا على التراث النظري والدراسات السابقة المنجزة حول موضوع إعادة النظر لصورة الذات انطلاقا من تمثلات المرض واستنادا على ما قمنا به من مقابلات في المستشفى، تبين لنا أنّ جميلة حالة غنيّة بالمعلومات والملاحظات وتحتاج الى الدراسة والبحث.

ففي المقابلة الأولى كانت في الحقيقة عبارة عن حصّة تعارف، وأما الثانية والثالثة فقمنا بإجراء مقابلات حرة مع جميلة أين تركنا لها الحرية في التّعبير وإبداء الرّأي، فكانت جلّ خطاباتها وتصريحاتها تصبّ حول المرض (الهودجكين) وإعادة التساؤل حول معنى الحياة وتكلّمت عن تغيّر ذاتها وتغيّر دورها الذي كانت تشغله داخل الأسرة، تكلّمت عن فرص الزواج التي عرضت عليها ورفضها بسبب المرض، وعن تشوه صورة جسمها وبالمناسبة عند أوّل مقابلة

لنا معها صرّحت لنا كما يلي: "يوم الخميس لي فات طاحلي شعري بشيميو بكيت ما فطرتش راني كارهة، راني نتمنى غي نريح غي الصحة، شعري مشطته طاح... بصح أنا مارانيش باغية يطيح." أي "يوم الخميس الماضي تساقط شعري بسبب العلاج الكيميائي، بكيت ولم آكل أيّ شيء إنني متشائمة، أتمنى فقط الصحة وأن أشفى، شعري مشطته وتساقط... لكن لا أريد أن يتساقط." وهنا نلاحظ شدة تأثيرها باختلال صورة جسمها بسبب تشوّه مخطّطها الجسمي التي تقابل به الآخر (أفراد عائلتها ومحيطها) و تتواصل بفضلها معه نظرا لأنّ "صورة الجسم تتبني عن طريق التواصل بين الأشخاص... " تقول Dolto (1984، 23).

Semmache (2014، 13) تقول "الجسم يسكن الفرد في عالم، ليس فيزيائي ولكن أيضا بينشخصي، اجتماعي، ثقافي و تاريخي"

"راني خايفة من حواجبي يطيحولي" أي "أنا خائفة من تساقط الحاجبين" تقول جميلة، يعني أن صورة ذاتها مضطربة بسبب تساقط شعرها الذي يعتبر عنصر جمالي مهم في بناء الهوية الأنثوية، فحسب جميلة هذا الاختلال على مستوى الصورة الجسمية : تشوه الجسم يجعلها تشعر بالنقص أمام الآخر الذي لا يعاني من هذا المشكل الخطير. يعني أنها تحس بأن ذاتها بعيدة كل البعد عن الذات الكاملة المثالية التي حسبها وحسب تصوراتها يتمتع بها الآخر، فهذا في حد ذاته يجعلها تعاني من تقدير الذات السلبي و حسب Sordes-Ader & Tarquino & Tap (2002)

في مقالهم "صحّة، المرض والهوية." يؤكّدون أنّ المرضى المصابون بالمرض المزمن والخطير يعانون من تقدير ذات منخفض. إذن في المقابلات الأولى تكلمت جميلة خصوصا حول تساقط شعرها وحول الانتفاخات الورمية التي تشوّه جسدها فذاتها متأثرة بهذا التشوّه، نظرا لأنّ النفس والجسم يشكّلان وحدة وتكامل، فإذا أصيب الثاني يصاب الأوّل والعكس صحيح وحسب أفلاطون و أرسطو الروح تعطي معنى وشكل للجسد، هي القوّة الحيوية الأساسية المكّلة للجسد (Unité substantiel)

(Archinard, Pasini & Haynal, 1997) أمّا حسب فون كورف، كاتون و لين انّ الإضطرابات

النفسية ترفع من خطورة وتطوّر مرض فيزيولوجي. كذلك كلنار يؤكّد أنّ السيرورات الإنفعالية تلعب دور مهم جدًا في احداث الإضطرابات الفيزيولوجية عند المرضى.

(Archinard, Pasini & Haynal, 1997)

جميلة ذاتها مضطربة وغير مستقرّة بسبب السرطان الذي سبّب لها عدّة تغيّرات سلبية أهمّها تشوّه الجسم ومعاناة جسدية، فجميلة تعيش في جدلية تأثير وتأثر متناوبة: الجسم مريض يعطي نفسية مريضة والعكس صحيح. "الجسم والنفس هما في تفاعل مع المحيط الاجتماعي الثقافي" تقول

(Semmache (2014, 64)

ما نلاحظه في جميلة أنّ أفراد عائلتها يشاركون في التأثير على صورة ذاتها سلبيا وذلك نظرا لأنّهم يوجّهون لها نظرة أخرى جديدة غير النظرة المرسلّة قبل مرضها : نظرة تعجّب من تشوّه جسمها، هذه النظرة حسب جميلة هي سلبية ترعجها، نظرة شفقة، نظرة استهزاء، نظرة تبعية

وعدم الاستقلالية، نظرة العجز وعدم تحقيق المشاريع المستقبلية والفشل، نظرة النقص وعدم تحقيق الذات وتزعزع في المكانة... كلّها تمثّلات سلبية عند جميلة حول نظرة الآخر تجاهها، فهي تعاني منها-تمثّلات نظرة الآخر- وتحدث لها تغييرا على مستوى صورة ذاتها نحو الأسوأ وكلّما زادت هذه التمثّلات ثقلا وحدّة زاد اضطراب صورة الذات عند جميلة، نظرا لأنّ ثقل التمثّل هو عنصر مفتاحي لمعانة المرضى حسب

(Sordes-Ader & Tarquino, Tap (2002)

جميلة دائما تقارن بين ذاتها السابقة وذاتها الآنية، التي حسبها هي ناقصة غير كاملة وهي تصرّح مثلا وتقول: "شعري كان قوي كيما شعرك، في دارنا كنت ندير العصابة باش نطيّب بصّح نخلي لاميش، درك غدي نغطي قاع راسي" أي: "شعري كان كثيف مثل شعرك، في المنزل كنت أضع الخمار لتحضير الطّعام وأترك القليل من الشعر يظهر، والآن أغطي رأسي بالكامل".

: " أنا كنت كل شيء في الدار، أنا نصرف ونغسل ونقي، أخواتي يمدولي الدراهم" أي "أنا كنت كل شيء في المنزل، أنا أشتري وأغسل وأنظف، وإخوتي يعطوني النقود."
"نتمنى نريح، غي شعري لي راه يطيح راني دايرة منه... مشطته غاضني" أي "أتمنى الشفاء، تساقط شعري أنا أعاني بسببه... مشطته ولم أتحمّل تضايقت."

2-1 الاستراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف جميلة:

جميلة نلاحظ أنها كبقية المرضى تستعمل إستراتيجية مواجهة من أجل الإنقاص من القلق وإعادة التكيف مع وضعيتها الجديدة والمواءمة مع مرضها
(2001, Quintard & Bruchon – Sweitzer)

فمن بين الاستراتيجيات المستعملة عندها هو عمل الأمل كما يقول بولاك:
"إن المرضى يقومون بعمل الأمل" مذكور في:

(19, 1994) Herzlich & Adam

فجميلة تقول: "نتمنى نريح عاود يجي ولد الحلال، الدنيا مكان والو" أي "أتمنى أن أشفى ثم يأتي ابن الحلال، الدنيا لاشيء" رددتها لعدة مرات وكذلك "الحمد لله بقي لي زوج شكايير شيميو نخرج من هذه العقدة متمناهاش لعدوك" أي: "الحمد لله بقي لي كيسي من العلاج الكيميائي و أخرج من هذه العقدة لا تتمنيها ولا لعدوك"، "رحبة كانسر في سبيطار هنا لكن كل واحد مرضه الحمد لله" أي " هذا الجناح في المستشفى خاصّ بالمصابين بالسرطان، لكن كل واحد مرضه الحمد لله".
"نصبر الحمد لله، نخمّم نقول الله تفكرنا بالمرض ابتلاء، صحتي قبل كل شيء، والشعر ينخلف وكاين بيريك" أي: "أصبر والحمد لله، أفكر وأقول تذكرنا الله وهذا ابتلاء من عنده، صحتي قبل كل شيء حتى الشعر يتجدد ويوجد استعارة الشعر". "ما تقولي دايمًا مزيا مجاش سكر و لا لاتونسون" أي:

"أمي تقول دائما الحمد لله مرضك ليس السّكري أو الضغط الدموي".

"مريضة قاتلي مشي المرض لي يقتل بل الأجل" أي "مريضة قالت لي ليس المرض الذي يقتل بل الأجل" ردّتها لعدة مرات. "إن شاء الله نريح، وحدة مريضة قالت لي شعرها طاح بشيميو بصّح كي خلفها خلفها شباب، قالت لي اصبري له" أي : إن شاء الله أشفى، مريضة قالت لي شعرها تساقط بسبب العلاج الكيميائي لكن لقد نبت لها شعر جميل، قالت لي أصبري لشعرك" المهم أنا نتلاها في صحتي الهمّ نقيسه" أي " المهم أهتمّ بصحتي جيّدا ولا أفكر في المشاكل الصّراعات أتكرها".

كل هذه التصريحات تدلّ على أن الحالة بالرغم من الصّعوبات والعراقيل والمعاناة التي تمر بها و بالرغم من موت أختها بسبب السرطان، إلا أنّها تقاوم وتصارع المرض وتتابعه وهذا ما يسمّى باستراتيجيات المواجهة الفعّالة المتمركزة حول المشكل حسب

(2006) Tarquino & Fischer

جميلة بالرغم من أنّ لديها مستوى دراسي ابتدائي، هذا لم يمنعها من الحرص على وضعيتها فهي تتابعها و تراقبها مراقبة موضوعية، تعتمد في تفسيرها للمرض على عناصر معرفية ومنطقية وليست ساذجة غير علمية، لهذا إنّ الإستراتيجيات المقاومة عند جميلة هي فعّالة ومفيدة لها. هي تصارع المرض بكلّ تحدّي وشجاعة مثلها مثل الحالة زهية وسميرة بالرغم من الصعوبات التي يواجهنها. استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل حسب

(2001) Quintard & Bruchon –Schweitzer

هي الأكثر فعّالية والأكثر فائدة مقارنة باستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الإنفعال فهي تبدو غير عملية وسلبية. في هذا الصّدّد نجد دراسة شميدت في 1988 مذكور في:

(2006) Tarquino & Fischer

توضّح أنّ استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل تسمح بالإنقاص من قلق المرضى. ففي دراسته هذه لاحظ بأنّ المرضى قبل قيامهم بالعملية الجراحية وكانوا قد بحثوا عن معلومات حولها وطوروا استراتيجيات نشيطة (متمركزة حول المشكل)، كانوا أقلّ قلقاً لم تكن لهم تعقيدات كبيرة من بعد العملية، مقارنة بالمرضى الذين استعانوا باستراتيجيات مواجهة محايدة ولم يبحثوا عن المعلومات بخصوص وضعيتهم: استسلام فكانت لديهم عدّة تعقيدات من بعد العملية وقلق مرتفع. جميلة لاحظنا عليها المثابرة والشجاعة والذي لا يعرف أنّها مريضة يلاحظ فيها أنّها امرأة قويّة وحديديّة، تعتمد على ذاتها في جميع الأمور ومسؤولة ولا تحبّ الاتكال على الغير، بل تقوم بكلّ شيء لوحدها وتجهّد نفسها أحيانا وهي مريضة، الأمر الذي يثير انتباهنا أنّها تأتي للمستشفى لوحدها بدون عائلتها عدّة مرّات، من المحمّدية الى وهران وتمكث لوحدها في المستشفى. عائلتها تطلب منهم النقود فقط. لكننا نعلم أنّ عدم وقوف الآخر بجانب جميلة في هذه المحنة هو أمر يضايقها. لأنّ وحسب كلّ من Schweitzer و Quintard (2001) إنّ المصاب بالسرطان هو بحاجة للسند الاجتماعي والعائلي خصوصا (Soutien social perçu) الذي يعني حسبهم : شريك للتطوّر الإيجابي للمرض ويشجّع على السلوكات الإيجابية. هذه النتيجة التي خرجوا بها استنتجوها من أعمال سبعة باحثين.

جميلة في أغلب المقابلات لاحظنا أنّها مليئة بالحزن وبكت لنا عدّة مرّات، فهي تتساءل حول معنى الحياة وهي تبدو نوعا ما شجاعة ومثابرة جدا وتحارب مرضها. حيث أنها تقول لأفراد عائلتها لا داعي للمجيء عندي من المحدية إلى وهران لا تتعبوا أنفسكم أنا أتصرّف اتركوا لي النقود فقط "منبعيش نغبنهم" أي "لا أريد إزعاجهم".

ودخلها للمستشفى في أول مرة كان لمدة 11 يوما ثم بعد 21 يوم مكثت مرة ثانية لمدة 04 أيام ومرة أخرى كذلك مكثت 04 أيام بالإضافة إلى أيام أخرى لم تصرّح بها لنا. في الحقيقة هذه المثابرة ضد المرض واستراتيجيات المواجهة المستعملة من قبل جميلة هي تجربة مرضية صعبة بالنسبة لها وهي تصرّح وتقول: "لا تتمنيها لعدوك". أي: "الشخص لا يتمناها حتى لعدوه" قلت

لأخي باغي نكوي الولسيس عند واحد يكوي" أي "قلت لأخي أريد أن الذهاب لكي أكوي الانتفاخ عند شخص له عزيمة الكي"، "زوجة أخي حتى هي كانت مريضة بالكانسر، ولسيس في الكلوة قلعولها واحدة هادي 09 سنوات ملي قلعوهالها ريحت، كان شعرها يطيح لمدة 04 أشهر، لكن ريحت الحمد لله" أي: "زوجة أخي حوالي 09 سنوات حتى هي كانت مريضة بالسرطان انتفاخ في الكلية، فزرعوا لها واحدة وشفيت ، كان شعرها يتساقط لمدة 04 أشهر، لكنها تعافت والحمد لله".

" لكن نتمنى نريح" أي "لكن أتمنى أن أشفى"

2-2 تمثلات السرطان عند جميلة:

جميلة بالرغم من مستواها التعليمي الابتدائي إلا أنها تعرف جيّدا الآثار السلبية التي يخلفها السرطان على المستوى الجسدي وعلى المستوى النفسي والجمالي... حسب جميلة إن سبب مرضها هذا: "هودجكين" هو صدمة انصدمت لأنّ أمّها مرضت بالضغط الدموي، حيث بدأ مرض جميلة في منتصف شهر رمضان يعني مدة عام، حيث لاحظت تحت أذنها انتفاخ ولم تخبر أحدا إلا أمّها، لأن أمّها أوصتها على ذلك. لقولها: أمي أوصتني أن هذا الولسيس ما بيغيش الهدرة، الجنون لي يحكمو فيه مايبغوش تهدي عليه للناس ولا فاميليا" أي: "أمي أوصتني بأنّ هذا الانتفاخ الورمي لا يحبّ الكلام، الجنّ التي تحكم فيه لا تحب أن تتحدثي عليه للناس أو العائلة" وهنا نلاحظ أن الأمّ وجميلة لهنّ معتقدات خاطئة حول هذا المرض كما أنهنّ يستعنّ بميكانيزم دفاعي شعوري ألا وهو التبرير. هذا الأخير هو معرّف من طرف

(1461, 2005)Bertrand

"تبرير عقلاي يعطيه الفرد لوضعية أو اتّجاه أين التّحيزات (اللاشعورية) تكون غير متاحة له، مثلا تبرير الخوف بالإصابة بالسرطان بسوابق عائلية... التبرير ليس في الحقيقة عرض... هو ليس ميكانيزم دفاعي... في أنظمة التفكير، التمثّلات والمعتقدات التبرير يأخذ ركيزة أساسية، بما أنّ هذه الأنظمة هي مبنية و مقبولة."

أمّا حسب لابلانش و بونتاليس (1985، 151) التّبرير هو "عملية يحاول الشّخص من خلالها إخفاء تغيير متماسك من وجهة نظر منطقية، أو مقبول من وجهة نظر خلقية لموقف أو فعل ، أو فكرة أو شعور"

جميلة لها تمثلات سلبية حول السرطان حيث أنّ أختها عانت من نفس المرض الذي تعاني منه هي وتوفيت بسببه. وجميلة صرّحت لنا منذ المقابلة الأولى وأيضا في معظم المقابلات الأخرى قائلة: "نعم أختي الله يرحمها كانت مريضة بالكانسر ولسيس في الأذن زرق حتى طرقلها بالدم عيينا نجربو عليها هذه مدة 15 عام ماتت أنا أظنّ بلي قبضها من الخلعة على خاطر شافت أختي في دوش مية" أي "نعم أختي رحمها الله كانت مريضة بالسرطان انتفاخ في الأذن ازرق حتى انفجر بالدم حاولنا معالجتها لكن بدون فائدة، وتوفيت حوالي 15 سنة، أنا أظنّ أنّها مرضت بسبب الصّدمة عندما رأت أختي في حمام المنزل مية".

من خلال هذه العبارة يتبيّن أن جميلة تعاني بشدة من هذا المرض فهي تعرف مآله والذي حسبها هو الموت فنقل هذه الفكرة السودوية انه يؤثّر بشدة وسلبيا على صورة ذاتها وهي تعلم بالآثار السلبية التي يخلفها السرطان (أي أن لها تمثلات سلبية تكنها لهذا المرض) فهي تصرّح بشدة وبكل تلقائية: "مانبغيش نسقسي على مرضي نخاف" أي "لا أحب أن أسأل عن مرضي لأنني أخاف"، "لا تتمنايها لعدوك هذه العقدة" تعبير عن شدة المعاناة.

إذن جميلة من قبل أن تمرض بالسرطان كانت لها تمثلات سلبية حوله وكانت تعلم بمخلفاته السلبية وما زاد كذلك في تأكدها بأنّها مصابة بالسرطان هو أنّنا لأول مرة عندما سألناها عن نوع مرضها وماذا تعرف عنه أجابتنا مصرّحة: "هو كانسار لان عندنا في المحمدية سبيطار دابيرين لي مرض بالقلب في جهة والضغط الدموي في جهة أخرى، أنا كي راني في هذه الرحبة عرفت بلي فيا كانسر، أخواتي مايقولوليش الأطباء تانيك لكن أنا اعرف كي درت العملية الأولى ولسيس في الرقبة شوفي تحسبي قاع مادرتش ما نفس" أي "هو السرطان لأنه عندنا في المحمدية يوجد

جهة خاصة بمرضى القلب وجهة أخرى خاصة بمرضى الضغط الدموي وبما أنني في هذا المكان (المستشفى)، عرفت بأنني مصابة بالسرطان، إخوتي لم يخبروني وكذلك الأطباء لكن أنا أعرف، عند إجرائي للعملية الأولى انتفاخ في الرقبة أنظري الانتفاخ مازال باقيا تحسبين أنني لم أقم بالعملية" وفي المقابلات الأخيرة معها صرّحت لنا: "أنا نهار الأول كي جيت هنا عرفت بلي فيا كانسر" أي "أنا منذ اليوم الأول لمجيئي إلى هنا عرفت بأنني مصابة بالسرطان"، اعرف مرضي هو سرطان، أختي ماتت به."

فلاحظ أنها قد استدخلت مسبقا فكرة أن السرطان هو مميت قاتل ومرتبط بالضعف والموت والانحطاط نظرا لأن أختها توفيت بسبب السرطان وبهذا فان هذا التمثل السلبي حول هذا المرض جعل من جميلة امرأة عدائية شديدة الغضب وهي تقول طوعيا وبكل تلقائية أنها تغيرت بسبب هذا المرض. هذا التغير السلبي على مستوى صورة ذاتها يبدو جليا عندما تصرح: "اعتقد أنني منذ مرضي أصبحت منافية... تبدلت ملي مرضت... القلق والخوف... المريض مشي كيما واحد بصحته، ما عنده ما يدير ما يطعمش في الدنيا المريض مريض ماشي كيما الصحيح من كل شيء ناقص ضعيف" أي "اعتقد أنني منذ مرضي أصبحت عدائية...تغيرت منذ أن مرضت...القلق الخوف...المريض ليس كالمعافي، لا يستطيع أن يفعل شيئا في هذه الحياة والمريض من كل شيء ناقص وضعيف."

التصريح الأخير هذا يبين لنا أن جميلة تعاني من قطيعة على مستوى الاستمرارية، قطيعة على مستوى تحقيق المشاريع المستقبلية، قطيعة بين الأنا الماضي (الذات السابقة) والأنا الحاضر والمستقبل (الذات الآتية والمستقبلية). إن الاستمرارية هي بعد من أبعاد الهوية الشخصية أو الذات وهي أساسية في بناء الذات كما يقول

Tap (2004) وان أي خلل على مستوى هذه الأبعاد سيؤثر سلبيا على صورة الذات.

جميلة في المقابلات الأخيرة خصوصا صرّحت لنا بان المريض يعاني من الضعف والانحطاط والنقص يعني أن لها تمثلات سلبية حول المريض. هذه التمثلات الخاطئة التي تضعها جميلة

حول المريض هي تزيد من معاناتها واضطرابها. "حسب رأي، المريض يشوفو فيه طايح طايح بغا غني بغا فقير، ماكانش لي يحوس عليه مشي كيما يكون بصحته من كل شيء ناقص، ما عنده مايبير ما يطمعش في الدنيا، مريض مريض" أي "حسب رأي، الناس ينظرون للمريض بأنه في انحطاط وسقوط، سواء كان غنيا أو فقيرا، لا أحد يبحث عنه، ليس كالشخص المعافى، من كل شيء ناقص ليس له أمل في الحياة فالمريض يبقى دائما مريض" تقول جميلة. من هذه التصريحات يتضح جليا أن التمثلات الخاطئة والمسيطرة على جميلة فهي ترى المرض هو السقوط والانحطاط وقطع العلاقات الاجتماعية والشعور بالنقص والانعزال... الخ.

أما عن سببية هذا المرض عند جميلة هو وراثي لأن أختها ماتت بسبب هذا المرض وهو كذلك عبارة عن دعوة والمريض قام بخطأ فادح وكان المرض جزاؤه لقولها: "المريض يقولو عليه دعوة، دار حاجة ماشي مليحة في حياته مرات نقول واش درت في حياتي؟ كاش غلطة في الصغر منعرف؟" أي "الشخص حينما يمرض بهذا المرض يقال هي دعوة، قد عمل منكرا في حياته أحيانا أقول ما الذي فعلته في حياتي؟ أهى غلطة في الصغر لا أعرف؟".

من خلال هذا القول ومن خلال عدة تصريحات أخرى اتضح لنا أن جميلة تعاني من الشعور بالذنب وذلك لأن سبب مرضها حسب رأيها هو دعوة وصدمة وابتلاء وخصوصا هي تقول إنها تهاونت في قيامها بعملية قلع الانتفاخ الورمي (الولسيس) لمدة 15 يوما لأنها كانت تساعد زوجة أخيها التي تحبها، عند إنجابها مولود جديد.

كي مرضت مشيت للطبيب درت سكانير عند بريفي قالي هذا ولسيس يحتاج عملية، أنا استهزيت، زوجة أخي لي نبغيها كانت رايحة تزيد ومعندهاش لي يوقف عليها، إختها بعيدة عن المحمدية هي وحدها، فأنا وقفت معها لمدة 15 يوما، وجدت لها كل شيء في النفاس، من بعد رحلت ندير العملية" أي "عندما مرضت ذهبت إلى الطبيب وقمت بالأشعة عند القطاع الخاص قالو لي هذا انتفاخ يحتاج إلى عملية، أنا تباطأت زوجة أخي التي أحبها كانت على وشك الولادة ولم يكن أحد بجانبها، إختها بعيدين عن المحمدية وهي لوحدها فأنا وقفت معها لمدة 15 يوما

حضرت لها كل شيء في النفاس ثم بعدها قمت بإجراء العملية". الإحساس بالذنب حسب Grinberg (2002) هو إحساس بضغط داخل نفسية الفرد وغالبا يكون مرتبط باحساس قبلي لتهديد كارثي شخصي. قد يظهر أيضا على شكل اهانة، معاناة، الحاجة للمعاقبة، عتاب و احساس بعدم الكون في المستوى. هذه الأحاسيس السلبية هي متوفرة عند جميلة.

حسب Laplanche و Pantalis (1967) الإحساس بالذنب يعني وضعية عاطفية، نتيجة فعل يعتبره الفرد ذميم يستوجب اللوم وجدير بالعقاب أو إحساس غير واضح لعدم الجدارة الشخصية لفعل محدد أين قد يكون هذا الشخص متهما : "شعور عائم بفقدان الاعتبار الذاتي بدون أن يكون ذلك على صلة بفعل محدد يتهم به الشخص ذاته. ومن ناحية أخرى ، يفترض التحليل النفسي هذا الشعور بالذنب كنظام من الدوافع اللاواعية التي تفسر تصرفات الفشل، السلوك الجانح، وكذلك الآلام، و المعاناة التي ينزلها الشخص بنفسه، الخ. و لا يجوز استخدام كلمة شعور، بهذا المعنى الأخير، إلا بتحفّظ، طالما أنّ الشخص قد لا يشعر بأنه مذنب على مستوى تجربته الواعية" (لابلانش و بونتاليس، 1985، 293).

يحدث الإحساس بالإثم بسبب الشقاق و النزاع والخلاف (Discordance) بين الأنا الأعلى و بين الأنا.. له علاقة بفقدان بالموضوع وبالصدمة، فعندما يفقد الشخص شخص عزيز أو ينصدم من خداع أو من مرض فانه يشعر بالذنب، أنّ جميلة فقدت شعرها وجمالها فهي تشعر بالذنب. هذا الفقدان يؤثر على هويتها الأنثوية وعلى تقديرها لذاتها وعلى شعورها بذاتها. القلق الصادر عن فقدان الموضوع المحبوب ليس هو المظهر الوحيد في الشعور بالذنب عند جميلة. فيوجد عندها الألم، الملامة والاهانة الزائدة (Humilité excessive) ، الخسارة المتكررة، التوبة، الندم، العقوبة (Incessantes pénitences)، تكفير، استغفار (Expiations)، نكران الذات (Renoncements) ، و القابلية لمعاقبة الذات، كما يصرّح Grinberg (2002).

عدة دراسات باحثين يتكلمون ويصرّحون أنّ المصابين بالسرطان، لديهم الإحساس بالذنب

ك: (2002) Sordes-Ader & Tarquino & Tap

; (2004) Richard ;(2002) Bruchon-Schweitzer ; (1994)Herzich & Adam ;

Tarquino & Fischer (2006) وآخرون. انّ المرضى الذين تعاملنا معهم لاحظنا أنّهم يعانون من الشعور بالذنب ويصرّحون "واش درت في حياتي؟" "علاه راني نخلص" أي "ماذا فعلت في حياتي؟" "لماذا أنا أدفع الثمن؟" و كجواب لأسئلتهم هذه يصرّحون: "هذا من تخفاف الذنوب" "الله يبتلي العبد لي يبيغيه. الله يبيغينا" "المرض جاني من الزعاف, من الهم, من الخلعة" "المرض جاني من العين و الحسد" "جاني من السحر" أي: "هذا المرض جاء ليخفف ذنوبي", "الله يبتلي العبد الذي يحبّه, الله يحبنا", "مرضي سببه الغضب, الصّراع, الصّدمة". انّ تساؤل جميلة عن ماذا فعلت في حياتها دليل على شعورها بالإثم. انّ السرطان اعتدى عليها وسبب لها صدمة، والتي ينجّر عليها الإحساس بالحياء (Sentiment de la honte).

جميلة بسبب إحساسها بالحياء كانت تخفي شعرها وتشوّهات جسمها على الآخر, حسب Sarthou-Lajus (2002) انّ الشّعور بالحياء هو يسبق الشعور بالذنب وهو عدم القدرة على التواجد أمام أعين الآخر. لأنّ الفرد يشعر في هذه الحالة بأنّه غير معترف به وأنّ هذا الآخر يرسل اليه نظرة سلبية أو بمعنى آخر، هو يشعر ويؤوّلها بأنّ الآخر يراه عاجزا وناقصا وحقًا، انّ الآخر يرسل نظرة سلبية الى جميلة ويعاتبها ويسخر منها (كأخوها) ويفكرها دائما بنقصها وعجزها ولا يترك لها فرصة النسيان وهذا ما لاحظناه عند جميلة وعند الحالة فاطمة، عندما كان يوبّخها زوجها ويشتمها ويقلّل من احترامها.

لهذا يبدو لنا أنّ نظرة الآخر السلبية و الشعور بالذنب عاملان مرتبطين و متداخلين فيما بينهما و يلعبان دورا مهمّا في اضطراب صورة الذات. انّ الإحساس بالذنب هو احساس هدّام وهو الشعور بالخطأ والعجز ولوم الذات والإلقاء عليها المسؤولية كما يقول

(2002) Sarthou-Lajus.

أما فيما يخص الصدمة، فجميلة كذلك ترجع سبب مرضها إلى صدمة "الخلعة" التي تعرضت لها بسبب مرض أمها وبسبب مرض أختها بالسرطان وسبب كذلك موت أختها الأخرى.

هي تقول إنها لا تحب البحث كثيرا في مرضها لأنها في الحقيقة تتصور هذا المرض بأنه قاتل وهي ضحية له لقولها: "مانبغيش نسقسي على مرضي نخاف" أي " لا أحب أن أسأل عن مرضي لأنني أخاف". المرض بالنسبة ل:

(Herzlich,1984, 201)

" يظلّ حادث محزن الذي يهدّد أو يغيّر نهائيا الحياة الفردية...".

جميلة في هذه الوضعية هي تعيش حادث ما بعد الصدمة وهي ضحية وحسب

(Crocq,2007)

إنّ كلّ ضحية هي شخص منعزل عن المجتمع وهو مصاب ويعاني من صدمة، معاناته النفسية هي مطوّلة ويحسّ بأنّ الآخرين تخلّو عنه وتركوه أمام عدم الفهم والغموض. أمّا حسب

(Choutri, 2001 , 33)

"المصدوم هو الشخص الذي يتكلّم بصمت سواء عن الذهول والاندهاش والخمود، أو يتواصل بهيجان واثارة". أمّا بالنسبة ل:

(Kaes ,2001 ,50)

"في مثل هذه الظروف الكارثة تسبّب استحالة الكبت واستحالة إعادة العمل النفسي المتكرّر لإعطاء المفهوم". كلّ هذه الخصائص نجدها متوقّرة في جميلة.

2-3 نظرة الآخر السلبية والمناخ العائلي المضطرب لجميلة:

جميلة وأثناء خطاباتها تؤكد على وجود صراعات داخل أسرتها، فهي لا تحب زوجة أخيها التي تسكن معها في نفس المنزل، كما أنها تتشاجرت مع أخيها وكانت تردّد في المقابلات الأخيرة وعبونها كلها حزن ودموع:

"عندي مشاكل في الدار" أي "لدي مشاكل في المنزل" وحتى أنها بدأت تفضل الانعزال لوحدها.

فلأول مرة وعند إصابتها بالانتفاخ والمرض تحت أذنها كانت مع نساء إخوتها وأمها ولكنها لم تخبر أحدا به ما عدا أمها نظرا لأنها تتصوّر أنّ هذا الانتفاخ هو سبب موت أختها. هنا يتضح لنا أن جميلة لم ترد إخبار أفراد عائلتها (الآخر) ما عدا أمها لأنها تخاف من نظرة الآخر التعجبية والسلبية (حسبها)، فهي ردة فعل عادية أو ميكانيزم دفاعي يساعد على الإنقاص من القلق لهذا فان جميلة حاولت في الأول الهروب والانعزال، لان نظرة الآخر السلبية الموجهة إلى المريضة تؤثر سلبا على صورة ذاتها.

حسب دراسات سابقة وخصوصا دراسة

(2002)Sordes-Ader & Tarquino & Tap

المرض يجعل من المريض ينعزل ولا يقيم علاقات حميمة واجتماعية كما كان في السابق قبل مرضه، هذا يعني أن المرض وخصوصا إذا كان خطير يحدث ويسبب للمصاب به مشكل في تفاعله مع محيطه، حسب علماء النفس الاجتماعيون ك: جيمس ميد وكولي وتاب...الخ إن التفاعل هو شرط ضروري وعامل أساسي في بناء صورة ذات الفرد، وإذا حدث اضطراب أو خلل على مستوى تفاعل الفرد مع الآخر فان ذاته تكون مضطربة وغير مستقرة لأن الآخر دائما يساهم في إكساب الفرد معالم جديدة، وأفكار جديدة غير ثابتة ونمطية (كأفكار المتوحد والمتعصب). الآخر يعيش فينا لأن الفرد يعيش في مجتمع دائما فيه تغير وان كان هذا التغير يبدأ ببطء ولو ذهبنا إلى أعمال عالم الاجتماع دوركايم في عام 1903 عندما كان يبحث عن أسباب ارتكاب

الجريمة والانتحار فوجد أن السبب الرئيسي هو انعزال الفرد عن دائرة المجتمع أين سماه بالانحراف الاجتماعي.

وفي حالة جميلة، هي تعاني من مشكل في تفاعلها مع الآخر، الآخر نقصد به إخوتها ونساءهم، بنات عمها، أمها وأبوها...

هذا المشكل في التفاعل ساهم في اضطراب صورة ذاتها ومعاناتها. هي تتعزل عن الآخر لأنها تتصور، ان هذا الأخير يرسل إليها نظرة سلبية كنظرة الشفقة والاحتقار وفرحة الآخر لمرضها لقولها: "المجتمع مايرحمش، مانبغيش نتكلم على مرضي للافامي يستشفاو... بنت عمي قالت لي صفاريتي، المريض يقولوا عليه خرجت فيه دعوة من كل شيء ناقص...". أي "المجتمع لا يرحم، لا أحب التكلم عن مرضي للعائلة يفرحوا... ابنة عمي قالت لي أصبحت صفراء اللون، المريض يقولون عليه خرجت فيه دعوة من كل شيء ناقص...".

جميلة تتصور أن محيطها ينظر إليها نظرة نقص واحتقار وخصوصا الأشخاص الذين لا تحبهم، نظرا لوجود مشاكل بينهم كزوجة أخيها وجارتها وبنات عماتها... فالشيء الذي ساهم إلى اضطراب صورة ذات جميلة هو هذا التمثل السلبي المسيطر عليها حول أن الآخر قد فرح لمرضها خصوصا عندما يرى أن شعرها يتساقط (علما بأنها تغطيه دائما خوفا من هذه النظرة السلبية) ورموش عيونها كذلك، وكل ما يتبع من تغيرات على مستوى الجسم.

وفي المقابلة الأخيرة مع جميلة (المقابلة 12) كانت شديدة الغضب ومضطربة جدا لأنها تشاجرت مع أخيها زوج المرأة التي لا تحبها، ووصل الأمر بأخيها أن يفضحها وبأعلى صوته أمام الجيران والعائلة بأنها مريضة بالسرطان متمنيا لها بأن تموت به. فجميلة تعاني من أمرين يؤثران فيها بشدة الأول هو أن أخوها فضح أمر مرضها أمام الأشخاص الذين لا تحبهم وبالتالي حسبها قد فرحوا لها ويرسلون لها نظرة شفقة ونقص وكل ما يتبع من النظرات والمشاعر السلبية وهذا يؤثر سلبيا وبشدة على صورة ذاتها.

والأمر الثاني هو أن جميلة تعيش في مناخ عائلي مضطرب وحسب دراسات سابقة تؤكد أن دخول المرضى المتزايد للمستشفى سببه هو المناخ العائلي المضطرب وسوء العلاقات بين أفراد العائلة. الأمر الذي جعلنا نتفهم أن جميلة تحب البقاء في المستشفى، وتقول لأفراد عائلتها اتركوا لي النقود ولا داعي للمجيء عندي كل يوم من المحمدية إلى وهران المسافة بعيدة.

فسوء العلاقات بين جميلة وعائلتها وجيرانها قد أثر عليها بشدة وساهم في اضطراب صورة ذاتها وحتى في سوء حالتها الصحية حتى وصل بها الأمر وقالت: "أنا اللهم لي بيا ماشي مرضي" أي "المشكل ليس في مرضي".

عندما صرحت لنا بالشجار الذي دار بينها وبين أخوها بكت بشدة، ونحن كأخصائين نفسانيين وباحثين تأثرنا بهذا المشهد لأننا لسنا حديد وكدنا أن نغمس في الذاتية، لأن البحث العلمي لا يخلو من النسبية ولا يخلو من العراقيل والصعوبات، إلا أننا استطعنا التحكم بالوضع وحاولنا التقيد بالموضوعية. مشاهد مأساوية وعبارات قاسية تعرّضت لها جميلة في محيطها ك: "قالي أخي نتمنا لك يكتلك مرضك، لتهاي في كانسر تاعك.. أنا جاويته أتمنى أن الله يأخذه مني ويعطيه لك مني ليك"، "لا اسمح له، لا تدعوه لعزائي، جامي نوليو...". اي "قال لي أخي أتمنى لك أن يقتلك مرضك، اهتمي بسرطانك...وأنا أجبته أتمنى أن يأخذه مني الله ويعطيه لك مني إليك"، "لن أسامحه، لا تدعوه لعزائي، لن أتسامح معه أبدا...".

جميلة قد أخفت أمر مرضها على محيطها ماعدا الناس الذين تحبهم كزوجة أخيها الأخرى وأمها وأبوها وأخوها، أخوها الآخر الذي كانت تحبه سابقا أما البقية فقد اخفت عليهم مرضها حتى وصل بها الأمر إلى أنها عندما تخرج من المستشفى لا ترتاح بل تظهر للآخر بأنها على أحسن حال وتظهر واجهة بشوشة وهذا يتفق مع ما أتتنا به

(2002) Bruchon-Schweitzer

في دراستها على المرضى. علما بأن جميلة هي في حالة صحية متدهورة وفي حالة نفسية يرثى لها. كل هذه الردود الأفعال المستعملة من قبلها هي عبارة عن استراتيجيات مواجهة ومواجهة مع المرض كما يقول كل من

(2001) Quintard & Bruchon-Schweitzer

جميلة تقول: "كي نخرج من السبيطار منرقدش، نتمشى وندور فالدار هم بروحهم ينخلعوا فيا وخطرات نكون عيانة... تبدلت ملي مرضت كنت نخرج كل يوم اصرف للدار كانوا يقولولي جلابتك غي ما تطويهاش علقيا، أنا كل شيء فالدار أنا نصرف ونغسل...". أي "عندما اخرج من المستشفى لا أنام بل أتمشى وأتجول في المنزل حتى هم يندهشون مني ومرات أكون فاشلة...".
تغيرت منذ أن مرضت، كنت اخرج كل يوم اصرف للمنزل كانوا يقولون لي لا تطوي جلابتك بل علقيا، أنا كل شيء في المنزل أنا اصرف واغسل...". نلاحظ ان جميلة لا تحب شفقة الآخر وهي امرأة شجاعة وتعتمد على ذاتها وتريد أن تبرهن لآخر أنها مازالت مقاومة ومازالت بصحة جيدة "عمل الأمل" كل هذه الاستراتيجيات المستعملة من طرف جميلة حسب رأيها قد تحطمت بين ليلة وضحاها عندما فضحها أخوها، أمام الملاء بأنها مريضة بالسرطان حتى إن جارتها سمعت بالخبر وأتت لتتأكد منها: " جارتنا سمعت أخي كي عايرني بكانسر أنا لم اعلم أحدا من الجيران وفاميليا قتلها في خاطري جيتي باش تدي الأخبار؟...". أي " جارتنا سمعت أخي حينما شتمني بالسرطان أنا لم اعلم أحدا من الجيران والأهل، فقلت لها في أعماقي أتيت لتأخذي الأخبار؟...".
كلّ هذه الأمور تؤثر سلبا وبشدة على صورة ذاتها التي تتغير من الأحسن إلى الأسوأ. كيف لا تتغير وهي تسمع خالها يقول لها: "راني خايف تموتي وماكانش لي يدبير لنا القاطو" أي " أنا خائف أن تموتي ولا يوجد من يصنع لنا الحلويات".

جميلة في عدة مقابلات اشتكت من محيطها قائلة: "المجتمع مايرحمش، بنات عمي وعمتي منحكيلهمش على مرضي هم يميزوا يطولوا الهدرة يسقسبو...". "فاميلتي بنات خالي وعمتي نساء إخوتي واحدة تبين تفولك صفاريتي كي وليتي؟، ينارفوني الآخرين يعاونوها، يعسو فييا يتبعوا مانجتمش، نصبر وصاي"، "أمي قالتلي شعندك فيهم" أي "المجتمع لا يرحم بنات عمي وعماتي لا

أحكي لهم عن مرضي هم ينتبهون يتكلمون كثيرا يسألون..."، "العائلة بنات خالي وعمتي نساء إخوتي واحدة تقول اصفر وجهك تغيرت، يزعجونني والآخرين يساعدونهم في ذلك، يراقبونني لم أتحمل، لا يوجد لدي حل سوى الصبر"، "أمي قالت لي لا تسمعي إليهم". جميلة إذا كان قدرها هو المرض فما يزيد من معاناتها واضطراب صورة ذاتها هو نظرة الآخر السلبية والمناخ العائلي المضطرب، علما بان جميلة لا تستطيع العيش لوحدها والانعزال إنما هي بعيدة وقريبة في نفس الوقت من الآخر كما يقول

(1968) Schilder

قريبة من الآخر: فهي تحكي لأمها وزوجة أخيها عن أوجاعها وأحزانها، وتحكي للأخصائي النفساني ونذكر مرة قالت: "شكرا لأنك استمعتني كنت مغمومة"، "جيت المرة لي فانت وحوست عليك مصبتكش...". أي "أتيت المرة الماضية وبحثت عنك ولم أجدك...".

بعيدة عن الآخر وأغلب المؤلفين والباحثين مثل Tap ، Herzlich ، Adam ، Fischer ، Giovanni ، Ricci Bitti ، Spetini. ، وآخرون يصرحون ويتقاربون في أنّ المرض الخطير مثل "سرطان الدم" يحطم العلاقات الاجتماعية ويؤدي بالأفراد المرضى إلى الانعزال الاجتماعي. يؤكدون أن المرض يحدث قطيعة على مستوى إقامة الروابط الاجتماعية وهذا بالضبط ما يحدث لجميلة، هي تحاول أن تتجنب نظرات الآخر ولا تحبّ مثلا المشاركة في الأماكن التي تتطلب تواجد عدة أفراد فيها كالزفاف، الحمام... الخ. كي تتجنب النظرة التعجبية التي يرسلها لها أفراد المجتمع ويقارنوها كيف كانت وكيف أصبحت فهذه الأمور تؤثر سلبيا على صورة ذات جميلة. لهذا هي تصرح دائما: "الشبيعة ماشي الزينة، تباي ضعيفة، نكره، نبغي روعي كيما بكري"، "نساء الجوارين جاو يشوفوني لم أقابلهم"، "درك وكان نصيب قاع مانهدرش مع الناس والجوارين وكان نصيب الباب كي يطبطب مانحش" أي "الاشاعة ليست جيّدة، تظهرين ضعيفة، اكره وأحب ذاتي كما كانت سابقا"، "نساء الجيران جاءوا ليزوروني فلم أقابلهم"، "و الآن لا أحب التكلم مع الناس والجيران ، أتمنى أنّ الباب لا يدقق ولا أحب أن أفتحه".

فعدم الاستقرار الأسري وكثرة الصراعات والمشاكل جعل من جميلة وكما قلنا سابقا أنها تحبّذ البقاء في المستشفى أفضل من المنزل، ففي المستشفى أصبحت تشعر بالاستقرار وتجد من يسمع لها ويفهمها وخصوصا أن المرضى مثلها يحيطون بها ويتحدثون فيما بينهم فكل واحد يفهم الآخر. جميلة قد صرّحت لنا وفي عدة مقابلات: "خطرات نكون فالدار من الهم نتمنى ندخل لسبيطار"، "المشاكل تاع الدار قاع متكلمش مرات نقولهم وكان غي يقبضوني في السبيطار نتهنى منكم...". أي "عندما أكون في المنزل من كثرة المشاكل أتمنى أن أدخل إلى المستشفى"، "المشاكل في المنزل لا تنتهي مرات أقول لهم أتمنى أن يحجزوني في المستشفى لكي ارتاح منكم...". وعندما تكون جميلة في المستشفى لا يأتي احد لزيارتها وليرفع معنوياتها ويقف معها ويساندها في هذه التجربة المرضية وحتى أنها أحيانا عندما تدخل المستشفى لا تأخذ معها الهاتف النقال يعني ولا واحد يهتم لحالتها وهذا الشيء أدهشنا وجعلنا نستخلص أن جميلة، بحاجة لدعم نفسي ودعم عائلي فهي تعيش لوحدها في حرمان عاطفي وكل هذه الأمور تزيد من معاناتها إضافة إلى مشكلة المرض لهذا فهي تقول دائما: "هذه العقدة لا تتمناها لعدوك" أي "هذه العقدة لا تتمنيا لعدوك" فهذا دليل على شدة المعاناة.

في المقابلة 08 من مقابلاتنا النصف الموجهة مع جميلة قالت لنا أن مرضها يزيد تدهورا بسبب الصراعات التي تعيشها داخل أسرتها، فكلما زادت الصراعات والضغطات فان حالتها الصحية تزيد تدهورا. جميلة تقول: "كان عندي الدم غاية هذه الخطرة الطبية قالت لي الدم عندك ناقص مخطئ، أنا نقول من الهم" أي "الدم كان عندي عادي وهذه المرة قالت لي الطبية هو ناقص ومختلط، وأنا أقول من المشاكل".

2-4 اختلال الدور وتقدير الذات:

للدور علاقة وطيدة بتقدير الذات وفي علم النفس الاجتماعي وعلى رأسهم

Tap (2004، 18)

يقول "نحن نكون ما نفعله"، "تحقيق الذات عن طريق الفعل" كما أن فقدان الدور أو الوظيفة هو فقدان الذات السابقة وينجم عن ذلك تقدير ذات سلبي، وهذا ما يحصل لجميلة لأنها تفقد دورها تدريجيا في أسرتها وبالتالي تفقد مكانتها وشعورها بذاتها، لان الدور والمكانة غير منفصلين وهما عنصرين مهمين في بناء الشعور بالذات. جميلة منذ مرضها أصبحت لا تؤدي دورها كأخت مواظبة على الأعمال المنزلية اليومية بانتظام، حتى أنها كانت تخرج كثيرا وتؤدي دور الرجال فهي المسؤولة عن شراء كل مستلزمات ومتطلبات العائلة من أكل وملبس وكل شيء، فكانت تقوم بدور رب البيت ودور الأب في نفس الوقت أنا كل شيء فالدار أنا نصرف وناغسل وناظف إختوتي يمدولي الدراهم " أي "أنا كل شيء في المنزل أنا اصرف واغسل وناظف إختوتي يعطوني المال" ولكن جاء هذا المرض وعطلها عن هذا الدور ودخل حياتها متطفلا ودخيل مؤثرا على صورة ذاتها سلبييا كما تدعى جميلة وتقول: أنا كنت لاباس عليا حتى جاني هذا المرض من الخلعة" أي "أنا كنت على أحسن حال حتى جاني هذا المرض من الدهشة" يعني بهذا القول هي تحس بأنها ضحية للمرض وهي كانت بصحة جيدة وأتى هذا المرض يعتدي على جسمها من الخارج إلى الداخل بسبب النمط المعاش الغير السليم وهذا يتوافق مع النتائج التي توصلت إليها اغزليش في دراستها لتمثلات المرض عام 1969. هذا المرض قد غير لجميلة مجرى حياتها فهي تقول تلقائيا: "حتى حاجة ما تغويني في الدنيا بكري واه، نشري ندير نخرج، درك والو..." أي "لا شيء يغيريني في هذه الحياة في الماضي نعم، اشترى واخرج أما الآن فلا..." فهي خائفة من أن يزيد وضعها تدهورا وتصبح عبئا على عائلتها بعدما كانت هي السند والركيزة في العائلة. جميلة تتحسر كثيرا لأنها لم تتزوج ولم تحقق مكانة أم لها أولاد وزوج فحسب رأيها هي قد ضيعت فرص الزواج بسبب المرض، والمرأة في المجتمع الجزائري خصوصا هي عرضة للانتقاد والملامة لأنها عرضت عليها فرص الزواج ولم ترضى بها.

المرأة تعرف بأنها امرأة من خلال دورها كأم مكانة أم وفي حالة جميلة هي تعاني لأنها لم تحقق ذاتها عن طريق دورها كزوجة وكأم وعدم إنجابها للأطفال وحسب اركسون مذكور في

(2005) Michel & Thomas

الشباب أو الشابة في هذا السن هو مهياً لإقامة علاقة زواجية من اجل إعطاء معنى لهويته. إن النجاح في تحديد هويته يؤدي إلى تحديد وضبط العلاقات والروابط الاجتماعية والاندفاع الكامل في المجتمع. وفي حالة الفشل في إعطاء المعنى للهوية وتحديدها فإنه يؤدي بالفرد إلى العزلة وعدم التفاعل وتكون العلاقات تفتقد إلى الدقة والحميمية، وهذا ما يحصل لجميلة فهي منعزلة ولا تقيم علاقات اجتماعية بسبب مرضها. في علم النفس الاجتماعي التفاعل هو عامل أساسي في بناء صورة الذات وإذا وقع اضطراب أو خلل على مستوى تفاعل الفرد مع المجتمع فإنه لا يعطي معنى لهويته وتبقى صورة ذاته مضطربة ويبقى عرضة لارتكاب الجريمة او الانتحار كما يقول دوركايم. لذلك أنّ عزلة جميلة وبقاءها لوحدها واكتئابها كلّها عوامل قد تساهم حسب هولدرجر في جعلها تفكر في الانتحار، كي تضع حدًا لهذه المعاناة الغير المنتهية التي تعيش فيها.

(Holdergger, 2005)

ونظرا لان جميلة لها مشاكل على مستوى تفاعلها مع الآخر بسبب المرض وبسبب عوامل أخرى ولديها مشكل عدم أداءها لدورها الاجتماعي بانتظام وعدم قيامها بالدور الزوجي الامومي في المجتمع فهي لا تشعر بالرضا عن ذاتها، بل هي تشعر بالذنب والجمود والركود والنقص حسب اركسون مذكور في

(2005) Michel &Thomas

فهذا ما يجعل الحالة أكثر عدائية. وتستعمل استراتيجيات مواجهة من اجل تعويض النقص.

حسب رأينا جميلة تعاني من تقدير ذات سلبي نظرا لأن صورة جسمها غير مستقرة تعاني من تساقط الشعر والنحافة...الخ، فعندما تقارن جميلة ذاتها بصورة ذات الآخر وترى فارق كبير بينها وبين الآخر الذي يتمتع بصورة جسم غير مشوهة.

وكذلك جميلة تعاني من تقدير ذات السلبي لأنها تشعر بأنها ليست فعالة وغير ديناميكية كما في السابق قبل المرض فاضطراب دورها بسبب المرض كذلك يساهم في أنّها تشعر بالنقص وبتقدير ذات منخفض، وخصوصا وأنها تعيش في محيط لا يخلو من النظرات السلبية المرسلة إليها من

طرف الآخر والذي بدوره يساهم في جعل جميلة تحس فعلا بأنها مريضة مكتئبة ناقصة وتعاني من اضطراب في تقديرها لذاتها وبالتالي في معاناتها في صورة ذاتها.

أمّا عن الدرجة التي تحصّلت عليها جميلة فهي 26 يعني أنّ تقدير ذاتها هو ليس ايجابي وقد تغيّر من الايجابي الى المتوسط وله القابلية لان يأخذ اتجاه سلبي نظرا للصراعات التي تعاني منها والتي تطرّقنا اليها سابقا.

. الجدول التالي يبيّن نتائج تطبيق مقياس تقدير الذات لروزنبارغ على الحالة:

المجموع	العبارات السالبة					العبارات الموجبة					البنود
	9	8	6	5	2	10	7	4	3	1	
26	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	البدائل

استنتاج:

اذن ما يمكننا أن نستخلصه هو أنّ هذا المرض جعل جميلة تعيش في محنة ليست طبية فحسب كما تقول تنسي Tennci (2014) إنّما هي محنة ذاتية وعائلية واجتماعية.

جميلة هي مريضة بالهواجس الذي غيّر لها مجرى حياتها وأفقدتها ذاتها السابقة وأكسبها ذات جديدة مضطربة وهي تقول بكلّ تلقائية أنّها تغيّرت وليست كالسابق وفي هذا الصّد يقول بن سعيد: "كون الشخص مريض هو تغيّره، لكن التغيّر، هو أمّا كون شخص آخر أمّا كون شخص هو ذاته لكن آخر. أو التوقّف عن الكون هو الشخص ذاته، فهذا هو الضياع". مذكور في:

(Semmache , 2014 , 13)

انّ العوامل التي تؤثر سلباً على صورة ذات الحالة هي متعدّدة وأهمّها لقد تطرّقنا إليها سابقاً كنظرة الآخر وكلّ ما يسقط عليها من طرفه، وتمثّلاتها السلبية حول مرضها.

الحالة الثامنة: سميرة

1. تقديم الحالة.
2. تأويل وتحليل معطيات المقابلات.
 - 1-2 تمثلات المرض عند سميرة.
 - 2-2 استراتيجيات المواجهة عند سميرة.
 - 3-2 صورة الجسم وتقدير الذات.
3. إستنتاج.

تقديم الحالة:

سميرة تبلغ من العمر 35 سنة أم لولدين و بنت الأكبر عمره 6 سنوات والثاني 4 سنوات والبنت سنتين، عاملة في الإدارة في القطاع العمومي، هي تسكن في المحمدية في منزل اشترته هي وزوجها، كانت تسكن مع عائلة زوجها لكن نظرا لمشاكل وقعت بينهم سميرة وزوجها قرّرا شراء منزل خاص بهما، وبعد عناء طويل من التوفير والاحتياط استطاعا تحقيق حلمهما ألا وهو الاستقلالية والابتعاد عن الصراع.

الزوج يعمل سائق شاحنة في شركة خاصة وبالتالي راتبه الشهري هو محدود.

سميرة هي أخت لثلاث أخوات واحدة فيهن طبيبة متزوجة لمدة سنة وهذه الأخيرة تساعدنا وتحرص كثيرا على صحتها، أما عن والدا سميرة كذلك هما يساعدانها في تربية أطفالها.

سميرة في أول المقابلات الحرة والمقابلات النصف موجهة لم تكن تعلم بنوع مرضها وفيما بعد قد علمت بأنها مصابة ب: الهودجشكين، أما عن انتفاخ الورم فقد كان واضحا على مستوى رقبته، وكذلك لها انتفاخات ورمية أخرى على مستوى البطن واليدين (وليسيس)، وهي تعالج في المركز الاستشفائي الجامعي في وهران، وما لاحظناه على سميرة أنها كتومة لا تتكلم كثيرا مقارنة بالحالات الأخرى التي تعاملنا معها كما أنها اندفاعية وعدائية أحيانا. أما عن مستواها الدراسي فهي مثقفة وحاصلة على شهادة الليسانس.

2. تحليل وتأويل معطيات المقابلات:

التقينا بسميرة في المركز الاستشفائي الجامعي لوهران وكان ذلك اليوم أول يوم دخولها ومكوثها فيه لمدة أسبوع، سميرة آنذاك لم تكن تعلم بنوع مرضها والذي هو سرطان الدم من نوع هودجكين. فكانت متخوفة جدا من بقائها في المستشفى لعدة أيام من أجل العلاج، فكانت كثيرة البكاء والانفعال والقلق، علما بان كل أسرتها كانوا معها ويساعدونها وخصوصا أختها الطبية.

عندما سألتنا سميرة عن سبب كل هذه الدموع أجابت "منيش موالفة بالسبيطار منقلهش الريحه، الدواء، والمرض منيش موالفة نبعده على أولادي" أي "ليس متعودة على المستشفى ولا اكون مرتاحة فيه، الرائحة والدواء والمرض لست متعودة على الابتعاد عن أولادي".

سميرة كانت ترتدي هندام نظيف وكل أشياءها كانت تبدو نظيفة ومرتبة وهي تصرّح أنها وحتى في منزلها هي كثيرة النشاط وتنظف منزلها في الليل لأنها تعمل خارج البيت في الإدارة (في إطار عقد التشغيل).

فلهذا سميرة كانت تشتكي كثيرا من انعدام النظافة في المستشفى وتقول أنها لا تتحمل رائحة المرض والمراحيض ولا تحتمل الضجيج.

وما لفت انتباهنا أيضا أن سميرة لم تشأ دخول المستشفى خوفا على أبنائها وابتعادها عنهم وبفضل مساعدة أمها وأختها الطبية، استطاعوا أن يقنعوها في البقاء في المستشفى.

"شكيت في الأول بصّح كي سقسيت المرضى عرفت وهذا *Déjà service* ننع *Hémathologie* يجيوه غي لي عندهم فقر الدم وسرطان الدم" أي "شككت في الأول لكن عندما سألت المرضى عرفت وجهة مبحث الدم يأتون اليه فقط الذي لديهم فقر الدم وسرطان الدم".

"أنا قبل المرض ما كنت نعرف عليه والو ولا أحد من لي نعرفهم مرضوا به أنا الأولى"، "واش تعرفي عليه؟" أي "قبل المرض أنا لم أكن أعرف أي شيء فيما يخصّ المرض ولا أحد من الذين أعرفهم مرضوا به أنا الأولى"، "ماذا تعرفين عنه؟".

2-1 تمثلات المرض عند سميرة:

سميرة عند اكتشافها نوع مرضها، بكت كثيرا وبدأ شبح الموت يسيطر على تفكيرها لأنه وللأسف، إن الفكرة الاجتماعية والفكرة الثقافية الجزائرية المرصّخة في مجتمعنا هو أنّ سرطان الدم هو مرتبط مباشرة بالموت، عكس الأمراض الأخرى. بالمقابل إن الفكرة الطّبية والعلمية تعتبر أن هذا المرض مثله مثل الأمراض الأخرى من حيث الخطورة ونتائجه ومآله (Cherif, 2015 &

(Betaouaf) وان هذا المرض يحمل في طياته عدة أنواع، والمريض به ليس بالضرورة مآله الموت إنما يوجد عدّة تطورات في ميدان الطب والمريض به يستطيع العيش به لعدّة سنوات والدليل على ذلك تعاملنا مع مريضة به مدة 9 سنوات. يوجد بعض المرضى شفوا تماما منه. وفي هذا الصدد يتكلم البروفيسور توهامي رئيس مصلحة جناح مبحث الدم بالمركز الاستشفائي الجامعي لوهراڤ قائلا: لماذا الناس دائما يعتبرون سرطان الدم هو مرادف للموت؟ ان السكري أيضا له اثار جانبية خطيرة ومع هذا الناس يتقبلونه بسهولة مقارنة بالسرطان".

إن هذه التمثلات الاجتماعية الخاطئة حول السرطان هي مرصخة ومتبلورة في المجتمع على شكل مفهوم جمعي يتشاركه الأفراد ويتقاسموه فيما بينهم كما يقول دوركايم وموسكوفيسي وابريك وجودلي وآخرون. سميرة مثلها مثل المرضى الآخرين قامت باستدخال وببلورة هذه الفكرة وترصيخها في ذهنها على شكل تمثلات سلبية حول السرطان: مرتبط بالموت والضعف والرعب وانحطاط الصحة، الشفقة، النقص، قطيعة على مستوى الاستمرارية، ذهول ذعر إرهاق (Betaouaf & Cherif, 2015).

كلّ هذه العناصر هي مكوّنة للتمثلات وهي تؤثر سلبيا على سلوكات وتصرفات سميرة فهي تتحكم وتوجه صورة ذاتها نحو الأسوأ، لو نرتّب هذه العناصر ترتيبا تصاعديا من حيث الخطورة نجد عنصر الموت هو الذي يتصدّر المرتبة الأولى يعني هو النواة المركزية (العنصر المركزي) وباقي العناصر الأخرى هي عبارة عن عناصر محيطية وهذا يتفق مع نظرية Abric: نظرية النواة المركزية والعناصر المحيطة.

إنّ هذه التمثلات الاجتماعية السلبية السائدة حول سرطان الدم، هي تلعب دورا مهما في معاناة صورة الذات عند المريضة وفي اضطرابها وقلقها وتحيرها مما يدفع بهذه المريضة إلى الاستعلام عنه ومعرفة مآله (Betaouaf & Cherif, 2013). والبحث عنه فسميرة تقول: "واش تعرفي أنت على هذا المرض؟"، "سقسيت مريض كيني قالي غي تبعي العلاج تريحني" أي "ماذا تعرفين حول هذا المرض؟"، "سألت مريض مثلي قال لي تابعي العلاج ستشفين".

أمّا عن سبب مرض سميرة فهي تصرّح وتتصوّر أنّ مرض اليهودجكين جاءها بسبب عين الحسد لقولها: "شك بيا عين والعين حق" أي "أشكّ سبب مرضي هو عين الحسد والعين حق" كذلك هي تقول انه جاءها من كثرة المشاكل والصراعات مع أهل زوجها "جاني من الهم، عانيت معهم واعرين...ركبولي المرض" أي "جاءني من المشاكل، عانيت معهم...مرضت بسببهم".

ان تمثلات المرض عند سميرة وعند كل الحالات التي تعاملنا معها استدعانا للوقوف على أعمال Herzlich بخصوص تمثلات الصحة والمرض. فحسبها أنّ الأفراد يتصوّرون المرض على انه سيرورة ميكروبية معدية تتواجد في المجتمع. وهذا الأخير تسميه Herzlich النمط المعاش (mode de vie) هو غير صحي حسب تمثلات الأفراد الذين قامت بمقابلتهم والقيام معهم بمقابلات نصف موجهة في باريس ساعة ونصف لكل مقابلة. كان هدفها توضيح العلاقة الديناميكية بين الصحة والمرض (Moscovici, 1990) والكشف عن تمثلات المرض. أمّا عن الخلاصة التي خرجت بها: الفرد هو مقاوم ومثابر وهذا الأخير تسميه Herzlich "عمق الصحة" (Le fond de la santé) والذي هو ضحية للنمط المعاش (المجتمع) العدائي الغير الصحي بسبب التلوث، الميكروبات الضوضاء الأشعة... الخ (Herzlich, 2005).

فسميرة في هذه التجربة المرضية تتصوّر أنها كانت سليمة وجاء المرض يتطلّ في حياتها ويتدخل كتدخل مفاجئ وعدائي وسميرة تتصور بأنها ضحية لهذا المرض الذي جاءها من الخارج أي من المجتمع "النمط المعاش" فحسبها سبب مرضها هو عين الحسد والمشاكل المتواجدة في المجتمع الضار الغير صحي. إذن نتيجة تقارب مع ما جاءت به Herzlich والتي تعتبر أنّ المرض له تمثلات اجتماعية موضوعية ومتبلورة ومتقاسمة من قبل الأفراد الذين يعتبرون هذا المرض هو سيرورة ميكروبية معدية تتواجد في المجتمع "النمط المعاش" والفرد يجد نفسه عرضة للإصابة بها وإذن هو ضحية (Herzlich, 1970).

2-2 استراتيجيات المواجهة عند سميرة:

في بعض المقابلات النصف الموجهة التي قمنا بها مع سميرة كُنّا نلاحظ ابتسامة سميرة وحتى أنها كانت تضحك ذات وجه بشوش ولكن أعينها كانت تعكس ذلك.

وفي معظم المقابلات سميرة هي لا تتكلم كثيرا فهي كتومة وحسب كل من Greer

وآخرون في 1990 و1979 وMaggie و آخرون في 1985, 1991 و1999 مذكورين في

Bruchon-Schweitzer (2002) إن المرضى بالسرطان يتميزون بخصائص نفسية إجتماعية متعددة وهم يختلفون عن باقي المرضى المصابين بأمراض أخرى فالمرضى بالسرطان حسبيهم هو يبدو لطيفا متحفظ كتوم شديد العزم والمقاومة في التجربة المرضية، يحترم السلطة وهو متعاون مع الهيئة العلاجية ويظهر واجهة بشوشة، لا يفرض نفسه ولا يعبر عن انفعالاته وغضبه فهو يقمع عدائيته وغضبه ولا يثبت نفسه في المجتمع.

كل هذه الخصائص نجدها تنطبق على سميرة، إلا أن سميرة عدوانيتها تظهرها أحيانا وتثبت ذاتها في المجتمع، وهي جد متعاونة مع الهيئة العلاجية ومقاومة وحريصة على الشفاء، فهي تحرص كل الحرص على أخذ دوائها مثلا الأكسيجين كانت كلما يحدث انقطاع في سيلانه تقرض ذاتها وتقوم بمناداة الممرضين وتقرض نفسها حتى على الأطباء، هي تتأثر من أجل العيش والشفاء وبكل الوسائل حتى أنها أصبحت تلازم المستشفى لعدة أيام بالرغم من أنها سابقا رفضت المكوث فيه.

Angel, 1962 ; Grassi, 1967 ; Biondi, 1992 اهتموا بدراسة الخصائص المشتركة التي

يبيدها المرضى المصابون بالسرطان، ولعل ما لفت انتباهنا هو أن معظم الخصائص التي تظهرها سميرة هي تنطبق مع النتائج التي توصل إليها هؤلاء الباحثين، البعض من هذه الخصائص تتمثل فيما يلي:

- الحذر من الآخرين، متحفظين وكتومين.

- يواجهون صراعاتهم بميكانيزمات دفاعية أبرزها الكبت، الإنكار.

- الاكتئاب.

- مطيعون للقوانين ويصبرون.

(Bruchon- Schweitzer, 2002).

سميرة في معظم المقابلات نجدها تردد دائما عبارات: "أنا عادة منهدرش بزاف" أي " لا أحب التكلم مع الناس على مرضي".

وعندما سألتها عن ماذا يخبرونها المرضى عن مرضها تجيب: "مهدرناش على المرض، حنا نقعدو نهرو غي على المرض؟ هدرنا على على صوالح آخرين" أي "لم نتكلم عن المرض، هل نبقى نتكلم دائما عن المرض؟ تكلمنا على أشياء أخرى".

"قاع الناس راهم مرضي" أي "كل الناس هم مرضي"

"أنا راني مريضة مرض خفيف غي ولسيس" أي "إني مصابة بمرض خفيف سوى إنتفاخات ورمية"، "زوج أطباء كانوا ب cancer ربحو" أي "طبيبان كانوا مصابين بالسرطان ثم شفوا"، "أنا معلاباليش بيهم (أهل الزوج)" أي "أنا غير مبالية بهم (أهل الزوج)، "أنا معنديش les problèmes الحمد لله أنا غي الصحة" أي "أنا ليس عندي مشاكل الحمد لله أنا فقط الصحة".

من خلال هذه العبارات تبين لنا أن سميرة هي جد مقاومة لمرضها وهي تقوم ب "عمل

الأمل" كما يقول Pollak مذكور في : Adam و Herzlich (2002، 19) و"نتمنى الشفاء نتمنى نريح" أي "أتمنى أن أشفى".

ولكن بدى لنا جليا أنها في نفس الوقت تستعمل آليات دفاعية أبرزها الكبت

(Refoulement) والإنكار (Déni) وتستعمل إستراتيجيات مواجهة Coping أبرزها التجنب، تصغير

الأمر، البحث عن الدعم الاجتماعي، البحث عن المعلومة، إرجاع المسؤولية على الآخرين،

عكس أو قلب الأحاسيس.

فالكبت عند سميرة هو استبعادها من الوعي انفعالات وفكرة سلبية بخصوص المرض من أجل تجنب الصراعات والتهديدات الصعبة.

الإنكار الذي تستعمله الحالة يتمثل في عدم اعترافها وإنكارها لبعض الأحاسيس السلبية والتجارب والحوادث المؤلمة وإلقاءها في ساحة اللاوعي: "أنا نغديش مشاكل" أي "لا يوجد عندي مشاكل"، "الحمد لله على الصحة"، أنا ماعلاباليش بيهم" أي "أنا لا أهتم لأمرهم". فرويد يعتبر أنّ ميكانيزم الإنكار هو يسبق الكبت أمّا حسب كلاين فهي تربط الإنكار بانقسام الأنا في الدفاع ضدّ الموضوع السيء: مذكورين في (Benhalla, 2013). الإنكار هو مقاومة تقوم على إنكار سميرة معرفة حقيقة مرضها وإنكار الصدمة التي تعرّضت لها من جرّاءه. هي تحاول أن تقاوم لكي تنكر تمثّلاتها السلبية حول السرطان.

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

فالميكانيزمات الدفاعية هي مستعملة من قبل كل نفسية فرد بطريقة آلية ضد تهديد داخلي أو خارجي، فهي تعتبر أولى العمليات الدفاعية، فسميرة ميكانيزماتها التي تستعملها تعجز عن الإنقاص من التمثّلات السلبية للتهديد الزائدة بفعل عدة عوامل أهمها الإنفعالات السلبية ونظرة الآخر السلبية وكثرة الصراعات، وعدم إنجاز الأدوار بطريقة منتظمة وشبح الموت...

ولهذا سميرة تستعمل إستراتيجيات مقاومة (coping) أهمها:

- التجنب (Evitement): وهو محاولة سميرة حل مشاكلها باستبعاد وتجنب الأشخاص الذين تفترضهم هي كمصدر لمرضها ومشاكلها. الوقوف عن التفكير فيهم والتفكير في مرضها. "أنا ماعلاباليش بيهم" أي "أنا لا أهتم لأمرهم"، "رحلت".

- تصغير المشكل (Minimisation): محاولة سميرة حلّ مشكلة مرضها بإفترضها وتصورها أنه غير خطير كما يتصوره الآخرون. "أنا مريضة مرض خفيف"، "عندي غي الولسيس" أي "عندي ورم"، "المريض بالمرض الواعر معندهش نهاية العالم" أي "المرض بالمرض الخطير ليس معناها نهاية العالم"، "هذا المرض مشي واعر بصح خاصه علاج" أي "هذا المرض ليس خطير ولكن وجب عليه العلاج"، "هذا غي ولسيس" أي "هذا فقط ورم".

- البحث عن الدعم والسند الاجتماعي: سميرة تطلب من الآخريين المساعدة من أجل الشفاء من مرضها: مساعدة أختها الطيبية، فرض نفسها على الهيئة العلاجية.

- البحث عن المعلومة: سميرة بحثت عن أكبر قدر ممكن من المعلومات التي تخص مرضها ثم أخذت قرار دخول المستشفى وأخذ العلاج الكيميائي: أخت سميرة أخبرتنا أنّها كلّمته في الهاتف بعد تحدّثها مع مريض مثلها والذي أخبرها بأنه قد شفي من الولسيس لأنه داوم العلاج في المستشفى على عكسها هي فقال لها: "ها شوفي أنا ريحت كيتك أنت ما بغييتيش تقعدي في للسيطار وكان راكي ريحتي" أي "أنظري لقد شفيت، يا حسرتك أنت لم تريدين البقاء في المستشفى، لو بقيت كنت تشفين"

سميرة آنذاك كانت مسرورة ومتحمسة للعلاج والبقاء في المستشفى، أختها صرّحت لنا هذا.

- إلقاء المسؤولية على الآخريين: سميرة تلقي اللوم على أهل زوجها تلقي مسؤولية إصابتها بالمرض على أهل زوجها وعلى المجتمع "واعرين مايرفدوش مرضوني" أي: "أهل زوجي ليسوا لطفاء لا يقفون بجانبني لا يساندونني، هم سبب مرضي". "أنا نشك بيا العين، العين حق" أي "أنا أشك أن سبب مرضي هو عين الحسد، العين حق"

- قلب الأحاسيس: سميرة عندما تتحاور مع الآخريين تعكس الأحاسيس التي تشعر بها، فهي تظهر واجهة بشوشة وابتسامات وهي في قمة العدوانية، فهي محطمة من الدّاخل وتبكي بشدة داخليا ولكنها تقاوم.

2-3 صورة الجسم وتقدير الذات:

عدة باحثين في مجال إعادة النظر لصورة الذات انطلاقاً من المرض كـ Tap ، Tarquino و Sordes-Ader (2002) يؤكدون أن تقدير الذات عند المرضى المصابين بالسرطان هو منخفض وهذا ما لاحظناه عند كل الحالات التي تعاملنا معها.

سميرة تقارن جسمها مع الآخر أو مع صورة جسمها السابقة والضائقة بسبب مرضها وتتصورها بعيدة كل البعد عن الصورة المثالية التي يتمتع بها الآخر وكانت هي تتمتع بها سابقاً، يعني هي تتصور أنه يوجد فارق كبير بين هذه الصورة الآنية التي تختلف عن الآخرين وتختلف على صورة جسمها الضائقة بسبب المرض وفي هذا المجال نجد كل من Tap ، Tarquino و Sordes-Ader (2002) يساندون فكرة أنّ المريض يرى ذاته بعيدة عن الذات المثالية وبالتالي حسبهم أنّ تقدير الذات عندهم هو في انخفاض.

فتساقط شعرها بسبب العلاج الكيميائي والنحافة بسبب القلق وعدم الأكل "ناكل غي *soupe* على خاطر منقدرش نبلع ولسيس في الحلق"، "ملي مرضت نقصت في الميزان تبدلت" أي "منذ تعرضي للمرض نقصت في الميزان تغيرت"، "منيش نلبس كي بكري راني كارهة" أي "لا ألبس جيداً مثل الماضي أنا حزينة"، "كنت غي نضحك قبل المرض" أي "كنت أضحك قبل المرض"، قد وُلد لها إحساس بالنقص أمام الآخرين وهذا العامل سيساهم في الإنقاص من تقدير ذات سميرة.

كما يوجد عوامل أخرى لاحظناها تساهم في انخفاض تقدير الذات عند الحالة:

- ضياع الكثير من النقود وعدم الشفاء من أكتوبر "وأنا مريضة وأنا في الدواء و

les scanners حتى اليوم راني في 20 مليون دواء على خاطر كنت نعالج عند *privé* 20 مليون نقصت من دراهم اللوطو لي بعناها 58 مليون" أي "وأنا مريضة وأنا في الدواء وففف حتى اليوم

أنا في 20 مليون دواء لأنني كنت أعالج عند الخواص، 20 مليون نقصت من مال السيارة التي بعناها ب 58 مليون".

- ترك الأولاد والزوج وعدم إتمام سميرة لدورها كأم وكزوجة وكبنت: "منبغيش نهدر مع أولادي في Tel منطيش" " أي " لا أحب التكلم مع أولادي على الهاتف لا أستطيع"، "الله يخليك ما تجبدليش على أولادي منطيش" أي "من فضلك لا تتحدثي لي عن أولادي لا أحتمل" حينها بكت، "زوجي درك يغسل قشه وحده في الماشينة" أي "زوجي الآن يغسل ملابسه لوحده في الغسالة"، "زوجي يأكل عند أمي"، "أنا قلبي حار على الخدمة أنا قلبي متحمس للعمل"، "كيما أنا كل شيء في الدار" أي "أنا كل شيء في المنزل"، "أنا كنت نتصرف بدراهم زوجي تاكل عليا" أي "أنا كنت أتصرف بمال زوجي يعتمد علي". سميرة كانت مسؤولة على شؤون أفراد منزلها و متكلفة بمصاريف المنزل، دورها كان دور امرأة و رجل في نفس الوقت و في هذا الصدد يتحدث Tousignant (1992) عن النساء الذين يحتلن مكانة تشبه مكانة الرجل و هنّ يشعرن بالاستقلالية والشعور بالذات. سميرة قبل المرض كانت تشعر بأنها مفيدة و فعالة بالنسبة للآخر، كانت تشعر بذاتها وعندما دورها هذا اختلّ أصبحت تعاني و ساهم عدم إتمام أدوارها في الإنقاص من تقديرها لذاتها نظراً لأنّ هذا الأخير يدخل في بناء الشعور بالذات حسب Stoetzel (1978) والحالة هنا حسب مفهوم Tousignant (1992) فقدت دورها وفقدت مكانتها التي تشبه مكانة الرجل وبالتالي فقدت استقلاليتها وأصبحت تحت تبعية المرض والآخر، أمّا عن شعورها بذاتها فتغيّر نحو الأسوأ.

- المكانة الاجتماعية وشبح الموت والضعف والانحطاط: سميرة تتصور ان مرضها مرتبط بالموت وهي ضعيفة بسببه وتغيرت نحو الأسوأ وأصبحت مكانتها مضطربة ومهددة بالطلاق والموت "المريض بالمرض الخطير عنده نهاية العالم"، "واحد مريض مشي كي واحد بصحته" أي "المريض ليس كالشخص العادي" تقول سميرة.

هذه العوامل تجعل من سميرة تضع تمثلات سلبية داخل نظامها المعرفي حول صورة ذاتها: صورة ذات ناقصة وحول الصورة التي يمنحها لها الآخر: نظرة سلبية. مما جعلها تشعر بالنقص

أمامه نظرا لأنّ الحالة تعيش معه في سيرورة مقارنة مع الزّوج وخصوصا أهله لهذا أخفت عنهم نوع مرضها.

إذن سميرة تعاني من تقدير ذات سلبي وهذا ما أثبتة نتائج مقياس روزنبارغ وبالتالي هي تعاني من اضطراب صورة ذاتها لأن تقدير الذات هو مصطلح أساسي هام في صورة الذات، وبذلك باستعمال سميرة لإستراتيجيات المواجهة (coping)، هي تسعى الى التشبّه بالآخرين والتشبه بصورة ذاتها السابقة والضائعة بسبب المرض. فهي تخفي مرضها (الذي حسبها يضعف ويحطم) على الآخر: "هذا مرض خفيف" أي "هذا مرض خفيف"، "هذا غي وليسيس" هذا فقط ورم، "كاين بزاف ربحو منه" أي "الكثيرين من المرضى شفوا منه".

سميرة تعمل جاهدة على مقاومة هذا المرض ومقاومة نظرة الآخر القاسية بإتباعها إستراتيجية التشبّه بالآخرين (Betaouaf & Cherif, 2015) ميكانيزم التماهي يضمّ التشبّه بالآخرين نظرا لأنّه سيرورة استداخلية لصفات و سلوكات الآخر حسب Chabert و Kaes و Lanouziere و Schniewind (2005) انّ التماهي يطوّر و يغيّر الأنا. بفضل هذا الميكانيزم الدفاعي سميرة سينقص عندها القلق -قلق من شعورها بالنقص- ويجعلها تتغيّر نحو الأفضل ولو بنسبة قليلة.

"كل الناس راهم مرضى" أي "كل الناس هم مرضى"، "راني غاية الحمد لله معنديش مشاكل غي الصحة و الولسيس" أي "أنا بخير الحمد لله ، ليس عندي مشاكل سوى الصّحة

وانتفاخ الورم". نتيجة تطبيق مقياس روزنبارغ على سميرة تشير إلى أنّها تحصّلت على درجة 25، هي درجة متوسطة تعبّر عن أنّ لها تقدير ذات متوسط وليس ايجابي بل أنّه يأخذ منحى سلبي.

الجدول التالي يبيّن نتائج تطبيق مقياس تقدير الذات لروزنبارغ على الحالة:

المجموع	العبارات السالبة					العبارات الموجبة					البنود
	9	8	6	5	2	10	7	4	3	1	
25	3	2	3	2	2	2	3	2	3	3	البدائل

3. استنتاج.

مريضتنا سميرة المثابرة والمقاومة لمرضها هي تعيش في وضعية صعبة تتمثّل في معاناة ذاتية غير منتهية تحسّ بها الا هي. تقديرها لذاتها هو في حدود المتوسطّ وهو يتخذ اتجاه نحو السلبي، أمّا عن صورة ذاتها فهي تبدو سلبية نظرا لمساهمة عدّة عوامل في ذلك أهمّها التمثلات السلبية عند الحالة حول مرضها وتغيّر مظهر جسدها واختلال أدوارها والصراعات التي تعيشها مع محيطها خصوصا أهل الزوج ونظرتهم السلبية الموجهة إليها.

الحالة التاسعة: فوزية

1. تقديم فوزية.
2. تحليل وتأويل معطيات المقابلات.
 - 1-2 تمثلات المرض عند فوزية.
 - 2-2 تقدير الذات عند فوزية.
 - 3-2 اختلال دور فوزية.
 - 4-2 علاقة فوزية بالآخر.
 - 5-2 صورة جسم فوزية.
 - 6-2 الشعور بالذنب عند فوزية.
3. استنتاج.

1. تقديم الحالة فوزية:

فوزية تبلغ من العمر 25 سنة تسكن في ضواحي مدينة تلمسان ماكنة في البيت، متروجة من بناء أحيانا يعمل وأحيانا أو غالبا لا يعمل، هي أمّ لبنت تعاني من إعاقة

ومن نمو بطيء عمرها ثلاث سنوات وتحتاج إلى الرعاية و التدريب، فوزية هي الأخت الكبرى لأختين واحدة تدرس في الثانوية والثانية ماكنة في البيت عمرها 20 عاما، هي تمكث بجانب فوزية وترعاها أثناء دخولها إلى المستشفى، هنّ يقمن مع والديهن في مدينة البيّض. علاقة الحالة بهم هي علاقة متينة وتحبهم كثيرا، أما عن دخل والدها فهو تحت المتوسط. فوزية تقيم مع عائلة الزوج المكوّنة من أمه وأبيه وأختيه واحدة عمرها 30 سنة والثانية 27 سنة والثالثة متوفاة بسبب مرض السرطان من نوع هودجكين كانت زوجة عمّ فوزية بالمناسبة. الحالة تعاني من مشاكل وصراعات مع عائلة الزوج منذ زواجها في 2011. أمّا عن علاقتها مع زوجها فهي مليئة بالصراعات والتوترات، حتّى أنّ والدي كريمة هم نادمون أشدّ الندم لأنّهم أعطوا ابنتهم لعائلة تكثر فيها الصراعات، حيث أنّ أم فوزية بسبب قلقها على وضع ابنتها هي الأخرى أصبحت تعاني من العدوانية ومشاكل صحّية أخرى، فأصبحت تتردّد إلى مستشفى البيّض من أجل المعالجة.

فوزية لديها مستوى دراسي سنة سادسة ابتدائي ومتحصله على شهادة التكوين المهني في الخياطة، هي تعاني من سرطان الدم منذ حوالي ستة أشهر منذ التقائنا بها في المركز الأستشفائي الجامعي (CHU) بتلمسان في جوان 2015. هي تصرّح ولعدّة مرات أنّ سبب مرضها هو من تأثير سحر عائلة الزوج وهو نتاج لميكروب أكلته من عندهم،

تكاثر في دمها وجسمها، هي تقول أنّ المرض قد غيرّها نحو الأسوأ وبدّل لها مجرى حياتها وهي تعاني بسببه وبسبب مشاكل أخرى سنتطرّق إليها لاحقا.

2. تحليل وتأويل معطيات المقابلات:

2-1 تمثلات المرض عند فوزية:

فوزية من خلال تصريحاتها تبدو لنا أنّ نمط تفكيرها يتميّز بالتناقض والتعقّد وأحياناً الغموض، في هذا المجال يصرّح Oppenheim (2000) أنّ المصاب بالسرطان نمط تفكيره يتميّز بالتناقض وحسبه أنّه عادي بالنسبة لكلّ مريض وعلى العكس إن غياب هذا التناقض يصبح مقلقا ويسبّب آثار جدّ سلبية على نفسية المريض. فوزية نلاحظ أنّ لديها مؤشّرات تنبؤ بشعورها بالذنب تجاه مرضها وإطالته -مدّة عام وهي مصابة بالمرض-، تجاه محيطها. هي تعتبر ذاتها ضحية للمرض، مثلاً عند شعورها بأنّ المرض اعتدى عليها بسبب سحر الآخر وعين الحسد... الخ. في هذا المجال يصرّح Seiffge-Krenke (1993) بأنّ المريض يحسّ بأنّه قد اعتدى عليه من الخارج. أمّا Herzlich (1970) هي توافقه الفكرة وبالنسبة لها المريض يحسّ في ذاته بأنّها ضحية لقوى خارجية ضارة موجودة في المجتمع. لذلك إنّ فوزية تصرّح: " هذا الميكروب لي راه عندي في الدم سبته وكلوني كاش حيّة " أي: " هذا الميكروب لي راه عندي في الدم سببه قد اطعموني شيء ما (حية)". "وكلوني كاش حيّة على خاطر حماتي أخت راجلي كان دايتها عمي في البييض وماتت وهم قالو بلي حنا لي قتلناها بكاش سحور وهي كان فيها ولسيس" أي: "قاموا باطعامي شيء ما لأنّ حماتي (أخت زوجي) كانت زوجة عمّي في البييض وتوفيت وهم قالوا نحن الذين قتلناها بسحر، فهي كانت تعاني من انتفاخات". "نشكّ نقول بلاك من فاميلتي قبل منتزوج ولا في عرسي 2011 درولي كاش حاجة باش مرضت" "غارو مني" أي: " أشكّ وأقول ربّما أقاربي قبل أن أتزوج أو في زفافي 2011 قاموا بفعل شيء ماكي أمرض، كانوا يغيرون مني".

اذن فوزية تعتبر ذاتها مذنبّة، لهذا جزاءها هو المرض هي تقول: "تانيك تفاقّت

وكنّت ندسّ في قلبي، كنت عاقلة على بيها مرضت "أي: " كذلك كنت قلقة وكنّت أكبت في قلبي، كنت هادئة لطيفة لهذا مرضت". "واش درت في حياتي باه راني نخلص هاك كاش دعوة تلحق فيا؟ أي: "ماذا فعلت في حياتي لكي أدفع الثمن هكذا". "لافتوت فيا انا ممشيتش ندير الزرع في وهران راجلي يقولي وكان راكي ريحتي" أي: "الخطأ هو خطئي أنا لم أذهب للقيام بالزرع في وهران، زوجي يقول لي لو قمتي بها الآن لكنّت أصبحتي معافاة". .. إصابة فوزية بالمرض يجعلها تتساءل حول معنى الحياة، حول معنى المرض وتتساءل خصوصا: "علاش أنا؟" أي: " لماذا أنا؟"، فهي مندفعة في عمل البحث عن المعنى، في هذا الصدد يقول Maquet & Bioy (2007) ان المرض يجعل نفسية المريض تسعى وتبحث عن المعنى

والمعتقدات . أمّا بالنسبة لـ Pardinielli في 2002 مذكور في: Maquet & Bioy (2007) إن المريض في هذه الوضعية يمرّ في "عمل المرض" (Travail de la maladie). إن فوزية تعاني من الذنب وهذا ما يجعل علاجها النفسي يتعقّد ويصعب وهذا ما صرّحت لنا به الأخصائية النفسانية المتواجدة في المستشفى والتي تعاملت معها. لأنّ الحالة في وضعية اضطراب وتشوش في أفكارها، نظرا لأنها لم تمرّ بمثل هذه التجربة ولم تكن لها تمثلات حولها ، فهي في سيرورة بحثية حول المعنى . هي تنتظر للحياة بنظرة مختلفة عن نظرتها السابقة، لهذا هي تصرّح و لعدّة مرّات: "واش راه يصرالي؟ أي: "ماذا يحدث لي؟"، واش هو المصير نتاعي؟ أي: مآلي؟"، "غدي نسلّك من هذا المرض؟" أي: " سأشفى من هذا المرض؟".

الحالة لديها طفلة صغيرة تعاني من نموّ بطيء و تحتاج إلى متابعة علاجية، نظرا لانشغال فوزية بمرضها حيث أصبح يأخذ منها كلّ وقتها سواء في التفكير فيه أو في علاجه، الحالة تلوم نفسها وتتصوّر بأنّها مساهمة في تدهور وبطيء نموّ طفلتها، حسبها هي قد أهملتها بسبب المرض وهي ليست أمّ مسؤولة بسبب عدم قيامها بدور الأمّ، فهذا ما يزيد من شعور الحالة بالذنب وعدم شعورها بذاتها وبالتالي اضطراب صورة ذاتها وتقديرها ذاتها. الحالة تصف ذاتها بأنّها أصبحت لا تصلح لشيء وهي عبارة عن آلة موقّفة بسبب المرض لقولها: " وليت خاولية والو كملت" أي: "أصبحت ضعيفة خالية من القوة تدهورت". في هذا الصدد يقول Bioy &

Maquet (2007، 50) إن المصاب بالسرطان يحسّ بأنّ "ذاتة خاوية (Comme vierge)". فوزية تريد الشفاء من أجل أن تقترب عاطفياً من طفلتها و زوجها الذين أهملتهم ولا تقوم بدورها بانتظام تجاههم، بالمناسبة إن فوزية تعيش مع العائلة الممتدة في منزل واحد وتعيش معهم في صراع وهم يقولون لزوجها "فرق روحك كوزينتك" أي : "انفصل عنا واستقل أنت وزوجتك وقلها تطبخ لك ولا تأكلان عندنا في مطبخنا"

2-2 تقدير الذات عند فوزية:

فوزية حسب أقوالها وتصريحاتها هي تعاني من قلق مستمر غير منتهي بسبب الصراعات التي تعاني منها مع عائلة زوجها وبسبب مرضها وعدة مشاكل أخرى، هذا القلق قد سبّب لها تغييرات على مستوى حالتها الانفعالية وأصبحت عدائية، تغييرات على مستوى الجسم: الرعشة والخوف، تغييرات على مستوى قدراتها المعرفية: النسيان عدم الانتباه، بالمناسبة إن كلّ من Cox & Gonder-Frederik في 1992 مذكورين في:

Quintard & Bruchon-Schweitzer (2001)

قد وضّحوا أنّ القلق المستمر والغير المنتهي الذي يعاني منه المرضى المصابون بالمرض المزمن، فهو يسبّب لهم تغييرات في حالتهم الانفعالية والجسمية والمعرفية.

القلق هو ضروري وأساسي في نفسية كلّ فرد ، حيث إنّ كلّ من القلق والنفسية هم غير منفصلين، بل إنّ انعدام القلق في حياة الفرد هو مقلق كما إنّ دوام ارتفاعه هو شيء مقلق ويؤدي بالفرد إلى شعوره بانخفاض تقديره لذاته وهذا هو الذي يعاني منه فوزية، بسبب تعطلّ دورها (كأم،

كزوجة و كبتت عروس) وبسبب انحطاط صحّتها وتشوّه صورة جسمها التي على أساسها تقابل الآخر وهي تتصوّر بأنّه ينظر إليها نظرة سلبية -نظرة الآخر اذا كانت سلبية او ايجابية لاتهمّنا بل إن ما يهمّنا هو كيف أنّ الحالة تتصوّر نظرة الآخر، هي عموما وكباقي المريضات تتصوّر بأنها نظرة احتقار وشفقة وتبعية...الخ-

في هذا الصدد عدّة باحثين أثبتوا أنّ القلق المرتفع له علاقة ارتباطية بانخفاض تقدير الذات كدراسة كلّ من: Von-Essen مع آخرين في 2000 ; Ljungman مع آخرين في 2000 ; Mu مع آخرين في 2002 ; Santacroce في 2002 مذكورين في : عبد الحميد أبو زيد(2003). في حالة فوزية إن درجة تقديرها لذاتها حسب اختبار روزنبارغ هي درجة 26 وهذه الدرجة تصنّف ضمن تقدير الذات المتوسّط، الأمر الذي يجعلنا نتأكد أنّ تقديرها لذاتها قبل المرض هو غير تقدير ذاتها الحالي، فهو ينخفض بسبب عدّة عوامل هي نظرة الآخر السلبية الموجّة اليها، ضعف جسمها، اكتئابها وعدم إتمامها لأدوارها...الخ.

الجدول التالي يبيّن نتائج تطبيق مقياس تقدير الذات لروزنبارغ على الحالة:

المجموع	العبارات السالبة					العبارات الموجبة					البنود
	9	8	6	5	2	10	7	4	3	1	

26	3	2	3	2	2	3	3	3	3	2	البدائل
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------

2-3 اختلال دور فوزية:

إن عدم قيام فوزية بأدوارها كزوجة وكأم بانتظام بسبب تدهور حالتها الصحية، قد وُلد لها نظرة جديدة من قبل زوجها وعائلته، هي تقول بأنهم تغيروا تجاهها منذ مرضها. وهم يحرضون زوجها على الطلاق، هي تقول أنهم يقولون له "راك رافدها مريضة وكان آخر وكان راه طلقها... أي: "أنك واقف بجانبها لو كان رجل آخر لطلقها"، فوزية تصرّح بأن زوجها وحتى عائلته لا يحترمونها وهم قاسيين معها خصوصا بعد مرضها، علما إن الصراع بينهم بدأ منذ زواجها "كنت عاقلة منردش عليهم، واعرين، والديا ندموا لي زوجوني لهذه العائلة" أي: "كنت هادئة ولا أدافع عن نفسي، هم ليسوا لطفاء، والديّ قد ندموا عندما زوجوني بهذه العائلة" "هم حاسبين أنا فاميلتي داروا السحور باه أختهم ماتت" أي: "هم يظنون بأن أقاربي وضعوا السحر لأختهم كي تموت". فوزية اضافة الى أنها كانت تعاني من صراعات مع أهل الزوج سابقا جاء المرض كذلك يتطفّل ويحدث لها تعطيل على مستوى انجاز أدوارها و يسبّب لها المزيد من النظرات السلبية المرسلة إليها من قبل زوجها وأفراد عائلته. في هذا الصدد يتكلم كلٌّ من Cerclé & Somat (2002) عن صراع الأدوار والنسبة لهم عدم قيام الفرد بدوره وعدم احترام سير وتيرة الدور من قبل الآخر سيسبب صراعات بيندورية (Interrole) بالنسبة لهم المرأة التي خارج البيت ولها مسؤوليات كبيرة كسائق طائرة لا يستطيع التوفيق بين مطالب المنزل ومطالب العمل، وهو أمر صعب بالنسبة لهنّ فهذا يسبّب لهن صراع البيندوري. فوزية منشغلة كثيرا في مرضها وتعاني من صراع البيندوري ودائما تجري وراء الأدوية ووراء الأطباء. الأمر الذي جعلها لا تستطيع إتمام أدوارها والتوفيق بين مرضها وبين انتظارات الزوج والعائلة وبالتالي أنّ مكانتها كزوجة هي مهدّدة بالطلاق، لأنّ الدور والمكانة هم غير

منفصلين كما تقول Cherif (2007). Abric يقول (2003، 14) " انّ المكانة هي أحد مكوّنات الهوية الاجتماعية وصورة الذات " وبما أنّ في وضعية فوزية انّ مكانتها مضطربة وغير مستقرة -وهي أحد العوامل البنائية الأساسية في صورة الذات - اذن نستنتج أنّ فوزية تعاني على مستوى صورة ذاتها.

حسب تيار علم النفس الاجتماعي إنّ تقدير الذات فهو مصطلح أساسي في تعريف صورة الذات، وهو تقييم الذات والرضا عنها وهو درجات من السلبي إلى الإيجابي وفي حالة فوزية نلاحظ أنّها غير راضية عن ذاتها وإنّما تقيّم ذاتها بأنّها عاجزة وغير قادرة على القيام بأدوارها وعدم فعاليتها وحتى أنّها تشعر بأنّها غير مهمة، وهذه الملاحظة نجدها تترافق مع تعريف Coopersmith (1984) لتقدير الذات.

إنّ التقييم الذي تضعه الحالة عن قيمتها الذاتية هو تقييم غير جيّد بل هو متدنّي وإنّ رضاها عن ذاتها، هو سلبي فهي تشعر بالنقص بسبب التغيّر السلبي لجسمها الناتج عن العلاج الكيميائي (سقوط الشعر النحافة تدهور الصحة...) وبسبب عدم قيامها بأعمالها وتزعزع مكانتها الاجتماعية.

تقدير الذات السلبي هو مرتبط بعدم القدرة على أداء الأدوار، انّ العجز عن إتمام الأدوار بطريقة منتظمة وآلية قد سبّب لفوزية فقدان ذاتها وفي هذا المجال يتكلّم كلّ من Linhart (2003) وDurand & Rist ويقولون إنّ فقدان الوظيفة هو فقدان الذات، تقدير الذات السلبي عند فوزية وكما قلنا سابقا إنّ له علاقة بالخسارة وبفقدان الموضوع . فالحالة فقدت الجمال وتساقت شعرها وضعف جسمها الذي كان في السابق سليما.

تقدير الذات السلبي حسب Bourcet & Bariaud (1998) يؤدّي بالفرد إلى اتجاهات سلبية: حزن، تشاؤم، العزلة، الاستسلام. فبالرغم من أنّ الحالة فوزية تقوم بإستراتيجيات مواجهة تجاه مرضها، فإنّ هذه المشاعر السابقة الذكر نجدها سارية المفعول عند الحالة.

2-4 علاقة فوزية بالآخر:

فوزية من خلال تصريحاتها نلاحظ أنها تعاني من صراعات مع زوجها ومع عائلته، والذي الحالة وإخوتها يقطنون بولاية البيض التي تبعد عن ولاية تلمسان 400 كلم، هي تعاني من الفقر وبحاجة للمساعدة والدعم المادي والنفسي من طرف محيطها، الذي يتجاهلها ولا يعيرها أهمية خصوصاً زوجها، هي لا تثق به، هي تقول: *في جهازي شريت سنسلة ذهب باغي نبيعتها باه نخلص الدواء "أي":* عندما كنت عروس وأحضرت جهازي اشترت قلادة من ذهب، أريد بيعها لكي أدفع تكاليف الدواء"، *"وبعت تانيك منقوشي نتع الويت 8 قليلي باعهم لي راجلي 700 ألف، هذه هي سومتها؟"* أي *"لقد بعت كذلك حلقات أذني من نوع ثمانية، أخبريني زوجي باعهم لي بسبعة آلاف دينار، هل هذا هو ثمنهم؟"*، *"جاء راجلي البارح قال لي معندكش 10 آلاف باه نركب؟"*، *قلت له شكون لي يمدّ للآخر أنا نمدلك ولا أنت تمد لي؟* "أي": *زوجي أتى عندي البارحة هنا في المستشفى قال لي هل أجد عندك مئة دينار كي أركب الحافلة؟ قلت له من الذي يعطي للآخر، أنا أعطيك أم أنت الذي تعطيني؟"*. *"زاني نقول وكان في الجامع يطلبولي صدقة"* أي: *"أنا أقول لو في المسجد يجمعون لي صدقة فوزية عندما تدخل المستشفى لا تجد أخصائية نفسانية في هذا الجناح (كانت توجد وانفصلت) هي تقول أنّ الأطباء لا يحسنون معاملتها ماعدا طبيبة واحدة"* *طبيبة خلصتلي مليون ونصف نتع تعيار"*، أي: *"الطبيبة قامت بدفع مليون ونصف من أجل التحاليل التي قمت بها"* من خلال هذه المعطيات نلاحظ أنّ الحالة تشعر بالوحدة والانعزال وعدم الأمان، فتعامل الطبيب مع المريض لا يجب أن يكون تعامل آلي بل هو أشمل من هذا حسب Richard (2004) إن علاقة طبيب مريض هي علاقة ثقة واحترام وليس على الطبيب إلقاء الكلمات الجارحة على الآلام، على العكس هو يجب أن يسعى إلى الإنقاص من صدمة تشخيص "السرطان" وتبسيطه، وجعل المريض يفهم أنّ مرضه يعالج، لأنّ هذا المرض له فكرة اجتماعية مشهورة "السرطان مآله الموت". Richard (2004) *يصرّح بأنّ الطبيب علاقته بالمريض بالسرطان يجب أن تكون علاقة تعاطف وجداني و علاقة أب/ طفل (Relation parentale) والمريض في هذه الوضعية يستعين بميكانيزم دفاعي: "النكوص" و الذي يسمح له بالمحافظة على نفسيته ضدّ*

قلق الموت الذي يسيطر عليه. في حالة فوزية نجد أنّ هذه المعطيات التي يؤكّد عليها هذا الباحث هي غير متوفرة عندها، على العكس هي تكنّ للأطباء وزوجها وأهله مشاعر اللوم والعتاب وتحميلهم مسؤولية انحطاط صحتها. الأمر الذي زادها من معاناتها في ذاتها وقلقها. إذن عدم إيجاد السند الاجتماعي عند فوزية هو عامل يزيد من اضطراب صورة ذاتها.

في هذا الصدد Grimaldi (2009) يؤكّد أنّ التكفّل العام بهذه الشريحة من المرضى يكمن في التكفّل بالمريض من حيث أبعاد الأنا الثلاثة (Triple dimensions) :

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

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

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

ويذهب هذا الدكتور إلى أبعد من هذا موضّحاً أنّ الأطباء لهم الاستعداد للاهتمام خصوصا بالأنا ضدّ الألم (وسمّاه بالأنا الحيوان) والأنا العقلاني للمرضى ولكن يتجاهلون الاهتمام بالأنا التمثيلي الذي يبحث عن التّفاؤل والفرح ويبعد الحزن والتّشاؤم، وهذا ما يسمّيه بالعامل التّفسي الذي يلعب دورا هاما في معالجة المرضى المصابين بالمرض الخطير أو المزمن، وفي منحهم سند معنوي وحماية نفسية وهذا بالتضافر مع العلاج الطّبي. فوزية تفتقد للسند الاجتماعي وللحماية النفسية حتّى أنّ زوجها يزورها قليلا في المستشفى

وحتى أهله فإنّهم لا يزورونها وهي تصرّح: " راجلي قلت له شربلي الدواء قال لي معنديش وقال لي راني نخدم وماراهش يجي يشوفني " أي: "زوجي قلت له اشترى لي الدواء قال لي ليس عندي نقود، قال لي أنا أعمل، هو لا يأتي لزيارتي". "عزوجتي تجي للبلاد تلمسان تحوّس وماجاتش تشوفني قالت بلي تلتفت سبيطار " أي: "أمّ زوجي تأتي لمدينة تلمسان وتتجوّل فيها ولا تأتي لزيارتي، قالت لقد نسيت أين يقع المستشفى في هذه المدينة" "من ذاك النهار حتى واحد ماجاء يشوفني " أي:

"منذ ذلك اليوم ولا أحد أتى لزيارتي". "غي مايجيوش بصّح في هذه الأزمة عرفت لي بيغيني ولي مايبغينيش" أي: لا يأتون لكن في هذه الأزمة لقد تعرّفت على من يحبني ومن لا يحبني"

فوزية منعزلة ولا تقيم علاقات مع الآخرين بسبب المرض وبسبب مساهمة محيطها في جعلها تنعزل, فهذا المرض انه قد انجرّ عنه قطيعة على مستوى علاقاتها الاجتماعية وعلى مستوى نموّها، كذلك إن Fsian (2012) قد أكّد فكرة أنّ السرطان يحدث للمصاب به قطيعة على مستوى علاقاته الاجتماعية. إنّ فوزية هي تحت سلطة مزاج اكتئابي يسيرها وهو بدوره يمحى العلاقات مع الآخر وحسب Marty إنّ العيش في الاكتئاب يعني فقدان الشخص الهدف في الحياة وقطيعة على مستوى علاقاته بذاته نظرا لغياب التواصل مع اللاشعور

(In ; Ait Sidhoum, 1998b)

Digneffe (1993) هو يتكلم عن Mead و يقول أنّه بالنسبة له الفرد المنعزل هو عبارة تجريده وانعزاله عن المجتمع مثلما نجرّد أو نفضل الإحساس عن الإدراك، بفضل التفاعل الناتج عن التواصل المتبادل بين الأفراد، العضو الفردي يتأثر و يؤثّر وينبني و يتطوّر.

فوزية تعاني من مشكلة عدم التّفاعل مع الزوج ومع عائلته، نظرا لعدّة أسباب

ولعلّ السّبب الرئيسي هو صراع قديم بينهم ومحاولة انتقام أهل الزوج من الحالة التي تصرّح أنّ ابنتهم كانت متزوجة مع عمها وتوفيت بالسرطان وعائلة زوجها تعتقد أنّ فوزية وأهلها كانوا مسؤولين عن موتها وتتهمهم " قالوا بلي حنا كتلناها بكاش سحور وهي مرضت بولسيس...". أي: "قالو نحن من قتلنا ابنتهم بسحر، هي مرضت بالهودجكين" أسباب أخرى أدّت بفوزية إلى انعزالها نذكر منها:- فقر والدي فوزية وبعد المسافة بين مكان أقامتهم "البييض" ومكان إقامتها "تلمسان". - المرض واضطراب صورة الجسم ونظرة زوجها وعائلته السّلبية (سخرية، استهزاء، شفقة، عبئ ثقيل...الخ) الموجّهة إلى فوزية، سبب هذه النظرة السّلبية يرجع لعدّة عوامل كتعطلّ دورها وتشوّه الجسم وبسبب الصراعات والحقد...الخ. إنّ هذه النظرة السّلبية التي تشعر بها الحالة وتتصوّر أنّ الزوج وعائلته يرسلونها لها سبّبت لفوزية انعزالها نلاحظ أنّها تساهم بطريقة كبيرة في اضطراب

وفي معاناة صورة ذات فوزية. المرض لوحده يسبب لصاحبه الانعزال فما بال أنّ الآخر هو يدعم ويساهم في هذا الانعزال !!! فوزية تصرّح كما يلي:

" شيعي قال لعزوجتي خزني الزيت، أنا كنت عاد خارجة من السبيطار " أي: "أب زوجي قال زوجته اخفي الزيت، أنا كنت قد جئت من المستشفى " . "كشفوني كنت ندير في قلبي وأنا كنت عاقلة" أي: "لقد عدّوني كنت أكبت في قلبي أنا كنت هادئة خجولة" "والديا ندموا لي مدوني امي منافيا مرضت على جالي ودخلت للسبيطار" أي: "والدي ندموا على زواجي أمي شديدة الغضب مرضت بسببي وأدخلت إلى المستشفى " "راجلي ميتهلش فيا يعطيني 30 الف في سبيطار" أي: "زوجي لم يهتم بي يعطيني ثلاثة مئة دينار في المستشفى ". "يخزنوا السكر" أي: "يقومون باخفاء السكر " . "علاه يحرشوا عليا راجلي؟؟" أي: "لماذا يقومون بتحريض زوجي على كرهى؟؟"

من خلال هذه العبارات يتبين لنا أنّ فوزية حقًا هي تعاني ومنعزلة عن محيطها ولكن ما تجدر ملاحظته وكما يصرّح في هذا المجال Schilder (1968) أنّها في نفس الوقت هي بعيدة عن زوجها وأهله وهي بحاجة لهم في نفس الوقت لكي تعبّر عن آلامها ولجلب انتباههم ومساعدتهم لها لكي تشفى . "ماجاوش يشوفوني بقا خاطري" أي: "لم يأتوني لزيارتي لقد انجرت" هي تطلب من الآخر الدّعم والمساندة والاهتمام، نظرا لأنّ المساندة الاجتماعية في هذه الوضعية هي نافعة جدًا للمريض كما يؤكّد Richard (2004) . أمّا Persons منذ 1952 مذكور في:

Herzlich (2005) أكّد على أنّ المصاب بالمرض يعني هو الانحراف أو الانحدار عن المجتمع ويجب على المجتمع أن يهتمّ به ويراقبه لأنّه سيصبح عدواني في سلوكاته إن لم يتمّ الاهتمام به، وحقا إن فوزية أصبحت تقول في عدّة مقابلات: " تغيّرت وأصبحت عدائية " قبل المرض كنت عاقلة، كنت غي نضحك كي كنت في دار ابي " أيّ قبل المرض كنت هادئة خجولة، كنت كثيرة الضحك عندما كنت في منزل أبي ". في هذا المجال يوضّح كلّ من Bruchon- Schweitzer و Quintard (2001) أنّ المصاب بالسرطان هو بحاجة للدّعم الاجتماعي و العائلي خصوصا (Soutien sociale perçu) الذي يعني حسبهم : شريك للتطوّر الإيجابي للمرض ويشجّع على السلوكات الإيجابية. وهذه النتيجة التي خرجوا بها استنتجوها من أعمال عدّة باحثين.

. فوزية للأسف تعاني من عدم اهتمام الآخر بها لذلك إن مرضها يتطور نحو الأسوأ:

الانتكاسات، كما أنّ سلوكياتها أصبحت غير سوية. كلّ هذه العوامل ساهمت في اضطراب صورة الذات عند فوزية، بل أنها ساهمت في فقدانها ذاتها السابقة واكتسابها ذات جديدة تعاني بشدّة، كما يؤكّد في هذا الصدد كلّ من Tap ، Sordes-Ader & Tarquino (2002) أنّ المصاب بالسرطان هو عرضة لفقدان ذاته السابقة واستبدالها بذات تعاني.

"يقولوا لراجلي راك رافدها كاين بزاف ناس كي نساهم بمرضو يسمحو فيهم وانت علاه راك رافدها؟"
"علاه يهدروا هاك؟" أي: "يقولون لزوجي أنّك تقف بجانبها في مرضها، معظم الأفراد عند مرض زوجاتهم يهملونهن ويهجروهن وأنت لماذا تساندها؟ لماذا يقولون هكذا؟"

"أنت راكي هانية معندكش بزّ معندكش راجل تمرضي عادي مشي كيما انا نضلّ نخمّم" "راجلي
يقولي معنديش مرانيش نخدم" "معنديش كارت شيفا" مارانيش نقدر ناكل" "قلت لراجلي شريلي الدواء
قال معندهش". أي: "أنت تعيشين في هناء، ليس لك أطفال ولا زوج، اذا مرضتي عادي ليس
مثلي أنا دائمة التفكير في وضعيتي، زوجي يقول لي ليس عندي نقود أنا لا أعمل، ليس عندي
بطاقة الشفاء، لا أستطيع أن أكل، قلت لزوجي اشترى لي الدواء قال ليس عندي نقود"

عبارات تصرّح بها فوزية تبيّن فيها و تكشف لنا عن الفقر و المعاناة التي تعيش فيها،
هي تتكلّم عن المناخ العائلي المضطرب الذي تعيش فيه و الذي هو حسب Osmond & Sigler
في 1979 مذكورين في: Tap ، Sordes-Ader & Tarquino (2002) بالمناسبة وضّحوا كيف أنّ
العائلة والآخر يساهمون في الإنقاص من قيمة المريض ويوبّخونه من خلال أقوالهم وحركاتهم،
فوزية أهل زوجها يسعون إلى الإنقاص من قيمتها حسب أقوالها وهذا ما يشجع على انخفاض
تقديرها لذاتها.

أما حسب Giovannini و Ricci Bitti و Sarchieli و Speltini (1986) فإنّ تزايد
وارتفاع نسبة الدّخول إلى المستشفى هو ناتج عن المناخ العائلي المضطرب وسوء العلاقات فيه،

هذا ما يحدث لفوزية حيث أنّ انتكاساتها أصبحت متكررة ودخولها للمستشفى أصبح في تزايد وانّ صورة ذاتها حتما هي في معاناة.

2-5 صورة جسم فوزية:

علاقة الفرد بجسمه كما يقول Israël (1968، 70) " الجسم موضوع يتكفل به (Objet de soins)، موضوع لذّة و حبّ، موضوع جيّد فنكون مفتخرين بانتمائه إلينا، في حالة المرض يأتي يظهر كمهدّد و عرضة للهلاك (Périssable) بال وشيخ (Caduc) . هذا التهديد يترافق معه القلق، يجعلنا لا ننظر إلى الأمام، نغرق في العمل، اللذة ولكن أيضا نضحي بكلّ جهودنا من أجل العلاج أو الوقاية من المرض". قول هذا الباحث نجده ينطبق على مريضتنا فوزية، التي كانت تتمتع بجسم سليم أصبحت مثقّلة بجسم مريض وبجسم مشوّه والذي بدوره يساهم في اضطراب صورة ذاتها، استراتيجيات مواجهتها للمرض وتحديّها له هي قائمة ونشيطة، لكن انّ الآخر هنا يساهم اضطراب صورة ذاتها ولا يتركها تنسى مرضها، لأنّها لا تقوم بأدوارها بانتظام وهي مصدر ثقل وتبعية، بجسمها هذا هي لا تظهر أمام هذا الآخر (الذي نقصد به زوجها وأفراد عائلته) بمظهر لائق ومناسب حسب تماثلاتها. إذن أنّ تماثلاتها بخصوص جسمها وبخصوص نظرة الآخر إليها هي سلبية، وهي تؤثر على صورة ذاتها سلبيا. وحسب فرويد مذكور في: Kahloula (2010، 13) "الأنا هو جسدي" والجسد عند فوزية هو مريض ومضطرب إذن أنّ الأنا هو كذلك مضطرب، والأنا هو غير منفصل عن الذات بل هي تضمّه كما يشير Spidz (1957). إذن أنّ ذات فوزية هي مضطربة. في التحليل النفسي أنّ الغريزة هي كلّ ما هو بيولوجي (اثارات جسمية) أمّا النزوة فهي كلّ ما هو بيولوجي ونضيف له مبدأ اللذّة . نرى أنّ اللذّة عند فوزية هي منعدمة نظرا لأنّها تعيش في الحداد والانهيّار بسبب فقدانها لجسمها السابق (الجميل المثير والسليم). حسب Freud (1968) أنّ الشخص الذي يعيش في هذه الوضعية هو يرى العالم غير مثير وفارغ وممل وهذا يساهم في الإنقاص من تقديره لذاته. فوزية تعيش في ملل وضجر واكتئاب نستطيع ان نقول أنّ لديها اضطراب على مستوى الأنا خصوصا وأنّه يسعى الى محو النزوة، في هذا الصدد يقول Donabédian (2012، 53) "ميكانيزم دفاعي ذو نظام جديد إذن

سيتموضع ويقوم على محو كل أثر لنزوة الأنا وذلك باضطراب جزئي أو كلي للجسد بذاته من أجل إصابة واضطراب صورة الذات".

2-6 الشعور بالذنب عند فوزية:

الشعور بالذنب نلاحظه عموماً عند كل الحالات التي تعاملنا معها، عند فوزية كما قلنا سابقاً، فهو يتجلى في صراعها مع ذاتها وشعورها بارتكابها خطيئة لقولها: "واش درت في حياتي؟" "شكيت كاش دعوة"، وبالمناسبة انّ Sarthou-Lajus (2002) يشير الى انّ الشخص الذي يشعر بالذنب هو يعيش صراع داخلي ليس مع الآخر إنما مع ذاته وهو يشعر بأنّه ارتكب خطيئة ويصبح الإحساس بالذنب يشكّل له مسرح من القسوة، وهو في نفس الوقت قاضي وضحية، فوزية تعيش هذا التناقض بين كونها قاضي وضحية في نفس الوقت فهي تحكم على ذاتها بالاتهام. سرطان الدم يسبّب للمريض قطيعة على مستوى علاقاته مع الآخر كما وضّحت دراسات سابقة ك: Oppenheim (2009) وكما لاحظناه عند معظم الحالات حتّى أنّ معظمهم يصرّح بأنّهم لا يحبّون ملاقة الآخر وهنّ يفضلن البقاء لوحدهنّ أو مع أفراد يتقون فيهم، فإذا كان هذا المرض يحدث تغييراً على مستوى العلاقات الاجتماعية انّ الشعور بالذنب هو بدوره يحدث تغييراً على مستوى علاقات فوزية مع محيطها، وهذا ما يشير إليه كذلك Sarthou-Lajus (2002)، محيطها تعيش معهم في صراعات ضفّ الى هذا شعورها بالذنب فهنا نلاحظ أنّ هذه العوامل تساهم في اضطرابها.

3. استنتاج حول فوزية:

الحالة كبقية المريضات تشترك معهنّ في عدّة خصائص، معاناتها هي متواصلة نظراً لأنّ المحيط الذي تعيش فيه هو غير ملائم وفيه صراعات غير منتهية، مع زوجها وعائلته، بالإضافة إلى صدمة المرض وتأثيراته الجسمية والنفسية السلبية، انّ عامل نظرة

الآخر السلبية والصراع هو يزيد من تحطيمها ومعاناة صورة ذاتها وشعورها بالذنب، وبالمناسبة أنّ Aguilera (1990) قام بدراسة حالة على شخص فقد وظيفته ومكانته الاجتماعية وجد أنّ عامل فقدان دعم زوجته يزيد ويقوّي من شعوره بالذنب وفقدان الأمل، نتيجة نجدها تنطبق مع مريضتنا فوزية التي تعاني من تغيّر أدوارها وجسمها وعدم مساندة زوجها ومحيطه. أنّ ما يزيد من معاناة الحالة هو تمثّلاتها السلبية حول مرضها وخصوصاً أنّ محيطها لا يترك لها فرصة نسيان مرضها بل إنهم يذكّرونها بأنّ هذا المرض قاتل وقد توقّفت على إثره ابنتهم.

الحالة العاشرة: رقية.

1. تقديم رقية.
 2. تحليل وتأويل معطيات المقابلات.
 - 1-2 تمثلات المرض.
 - 2-2 صورة الجسم و العلاقة مع المحيط.
 - 2-3 تقدير الذات.
 - 2-4 استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف رقية.
3. استنتاج.

1. تقديم رقية:

رقية تبلغ من العمر 23 سنة، التقينا بها في ماي 2015 مصابة بالهيدجكين: انتفاخات على مستوى الرقبة والصدر منذ أفريل 2014، هذا المرض قد تطوّر وسبّب لها عجز في الحركة وأصبحت تتنقل بكرسي متحرك. تسكن في ضواحي مدينة تلمسان، مأكثة في البيت كانت تعمل في صيدلية وتدرس في الجامعة سابقا قبل زواجها، وكانت متفوقة في دراستها، بعد عام زواج تطلّقت في 2014، حسب الحالة عائلة زوجها السابق كانت تعاملها أحسن معاملة، عكس زوجها الذي كان يعمل سائق حافلة وكان يسيء معاملتها ويتناول المخدرات ويضربها وفرض عليها ترك دراستها وعملها.

رقية تعيش مع والديها، هي أمّ لولد عمره 8 أشهر والأخت الكبرى لأختين واحدة تدرس في الجامعة والثانية في الثانوية والأخ عمره 25 سنة يعمل ميكانيكي السيارات. أبوها ذو دخل متوسط عمره حوالي 60 سنة، أمّ الأم هي مأكثة في البيت عمرها حوالي 50 سنة وهي متعاونة مع رقية وتمكث بجانبها في المستشفى، وترعاها في المركز الاستشفائي الجامعي (CHU) بتلمسان، هي قلقة وشجاعة ومقاومة وصبورة صفات لاحظنا أنّ الحالة ورثتها منها. نلاحظ أن كذلك أنها تستنجد باستراتيجيات مواجهة فعّالة وهي قليلة الكلام.

2. تحليل وتأويل معطيات المقابلات:

1-2 تمثلات المرض:

رقية منذ اكتشافها لمرضها مرّت بسيرورة من التمثلات يعني أنّها مرّت بثلاثة مراحل كما يقسمها Fischer (2005) وهي كما يلي :

1/المرحلة الأولى : تتميز بانتقاء المعلومات (Sélection des informations) من طرف

الحالة وهذا الانتقاء هو مرتبط بالجانب النظري الذي تم بناؤه من طرفها مسبقا. 2/المرحلة

الثانية : رقية لها تخطيط تصويري (Schéma figuratif) حول مرضها، يتميّز بوجود نواة صلبة للتمثل الذي يتشكل بفضل تكثيف العناصر المعلوماتية وباستدعاء مظاهره الصراعية.

3/المرحلة الثالثة :سيرورة طبيعية (Naturalisation) هذا يعني أنّ رقية بعد مرور وقت من اكتشافها للمرض ومعايشتها له، ستعيد اندماجها مع وضعيتها الجديدة، فيتمّ هنا تجسيد وردّ العناصر الصورية ملموسة وحقيقية وعادية. هذه المرحلة تتميّز بسيرورة من التغيّرات للعناصر التفكيرية.

تمثّلات مرض الهودجكين عند رقية هي متضاربة بين تمثّلين: الأولى تمثّلات اجتماعية سلبية لهذا المرض: تمثّلات رصّختها في معارفها بسبب الفكرة الاجتماعية السائدة في المجتمع "السرطان مرتبط بالموت". الثانية تمثّلات فردية تتميّز بالتغيّر وهي أقلّ ثباتا عكس الأولى. تمثّلاتها الفردية هذه هي مرتبطة بأفكار علمية وبأفكار ثقافية اجتماعية توحى بالأمل في الشفاء (الفحص الطبي والعلاج البديل (الرقية)). الحالة لها مستوى جامعي يؤهلها بأن تفهم معنى مرضها، كما أنّها كانت تعمل سابقا في صيدلية. لهذا إنّ عمل الأمل في الشفاء هو قائم عندها وهي تعيش كإستراتيجية مواجهة، إذ بالنسبة لها مرضها توجد فيه احتمالية الشفاء، هي تقول : لكلّ داء دواء "رحمة الله واسعة". حسب رقية إنّ كلّ شيء غير مضمون في الحياة، وكلّ الصور والأفكار هي نسبية قابلة للتغيّر وغير مطلقة. ويوافقها الرأي Legrand (1990، 19) الذي يقول : " كلّ صورة هي ليست مصداقية..."، ان صورة الذات عند رقية تعمل حول التمثّلات، وهي مشكّلة من التمثّلات ومتأثّرة بها. أمّا Connes & Changeux في 1989 فهم يقولون: " كلّ شيء يثبت أنّ الحياة النفسية، هي تواصل مستمر (Cours continu) مع التمثّلات، ولا نستطيع القول لواحدة منهم البدء والأخرى النهاية هما متداخلان ومتبادلان" (In : Seca, 2010, 22). أفكار هؤلاء الباحثين تجعلنا نأكّد أنّ التمثّلات تتحكّم في صورة ذات رقية.

2-2 صورة الجسم والعلاقة مع المحيط:

ما نقرانه في رقية مع باقي الحالات الأخرى التي تعاملنا معها، إنها تعاني من صورة جسم جدّ مضطربة لأنّ مخطّطها الجسمي الذي هو شعوري بالنسبة ب Dolto (1984) هو يعاني من إعاقة حركية، لهذا لاحظنا عليها معاناة شديدة وتأسّفها بخصوص جسدها وكما يقول فرويد في 1905 أنّ الجسد هو مكان جذور الحياة النفسية (Bouatta, 1998) أنّ الحالة أصبحت لا تستطيع المشي منذ تطوّر مرضها هذا والتمثّل في الهودجكين. بالاضافة الى تساقط شعرها ونحافة جسمها. أصبحت تعيد النظر لجسدها وتتساءل مع ذاتها ماذا حدث لجسمي؟ وتتعبّ كيف أصبحت !!! "الجسم نتاعي تبدّل عليا نحسّه آخر" تقول رقية. أي: "جسمي تغيّر وأحسّه جسم آخر". وحسب Thibierge (1999) الشخص عندما يكون في هذه الحالة سيدخل في اضطراب عدم تعرّفه على جسده (Troubles de la reconnaissance du corps). أمّا حسب Freud إن الجسم الغريب هو غريب لأنّ هذه الصورة ليست هي الصورة الطبيعية المألوفة في تمثلاته لهذا تظّل الصدمة قائمة (in : Lebigot, 2005). ما نلاحظه في رقية أنّ هذا التغيّر الجسمي الذي نتج بسبب مرضها قد شكّل لها حزن عميق وحسب Moscovici (1990، 382) "وجود المرض يعني: وعكة غير اعتيادية (Malaise) والدخول في الحزن العميق (Le chagrin) والتعب والانهيار". حسب كلّ من Chabrol & Rogé (2003) إنّ الحزن هو مصاحب للإحساس بالفراغ وعدم الشجاعة وفقدان الأمل وأفكار سودوية وعدم رؤية الأشياء... الخ. "راني حاسة روعي ميّنة، راني حيّة بصّح نحسّ روعي ميّنة". أي: "أحسّ نفسي ميّنة، إني حيّة لكن أحسّ نفسي ميّنة". هذا المرض قد وُلد للحالة اكتئاب وانعزال وصمت وعدم التكلّم وشرودها الذهني طوال الوقت، ملاحظتنا هذه تنطبق مع النتائج التي توصلّ إليها عدّة باحثين الذين يتفقون في فكرة المريض بمرض خطير ينعزل عن محيطه

وعلى هذا المحيط التكفّل بالمريض ومعالجته وعدم مساهمته في انعزاله ولعلّ أبرزهم Parsons (1952 ; 1953 ; 1958) مذكور في Herzlich (2005) الذي يعرف المرض بأنه الإنحراف عن المجتمع (La déviance) و Schilder (1968، 253) عندما يقول:

" أي تغيير على مستوى أعضاء الجسم مثل المرض يصبح آليا تغيير على مستوى العلاقات الاجتماعية"

; 2004 Richar ; 2002، Sordes-Ader & Tarquino ، Tap ; 1994 ، Herzlich & Adam
2012، Fsian... وعدة باحثين. بالمناسبة في هذا الصدد يصرحون بأنه ما دام هناك فقد للقدرات

والأدوار عند المريض، فهذا يؤدي إلى عزله الاجتماعية وتحطيم روابطه مع محيطه

وعدم مشاركته في الأعمال التي تتطلب الاتصال بالناس وهذا الشيء الذي تعاني منه مريضتنا

رقية، أصبحت تفضل البقاء لوحدها وتقول لأمها عندما أدخل للمستشفى لا تخبري أقرابنا

وجيراننا. هي تقول: " يهدرو بزاف يديرونجيني" "لافامي كي يجيو يقعدو غي يهدرو على مرضي

ويجبولي على تاريخ مرضي و كل مامرّيت بيه، أنا وليت نكره لذلك أمي ولأت تقولهم الطبيب

يمنعها من الهدرة بزاف، هذا يديرونجيني، حتى جاراتنا...". أي: " يتكلمون كثيرا يضايقونني أقاربي

عندما يزورونني يكثر الكلام على مرضي ويذكرونني بتاريخ مرضي وبكل ما مررت به، أنا

أصبحت أضجر لذلك أمي أصبحت تقول لهم الطبيب قد منعها من التكلم كثيرا، هذا يزعجني،

حتى جاراتنا..."

بالإضافة إلى انعزال المريض عن محيطه تلقائيا وطوعيا فإن أقرباء رقية يساعدونها في

ذلك ويساهمون في انعزالها عنهم، لأننا نلاحظ أنّ الحالة لها تتصور بأن الآخر ينظر إليها نظرة

سلبية. خصوصا وأنّ صورة جسمها التي تتبني بفضل التواصل مع المحيط كما تقول Dolto

(1984) هي مشوّهة في نظرها أي في تمثلاتها، لذلك هي لا تحبّ مواجهة الآخر

والوقوف أمامه بمخطّط جسمي غير سليم بل أنّه مصاب بإعاقة وتشوّهات. فهي تضع دائما

الخمار على رأسها ولا تنزعه خصوصا أمام هؤلاء الأقارب والجيران الأمر الذي يزيد من معاناتها

وعدوانيتها هي تقول : "شعري دايمًا دايرتله العصابة كرهت، بالمرض تبدّلت وليت منارفية" أي:

"شعري دائما أضع الخمار كرهت، بسبب المرض تغيّرت وأصبحت عدائية".

والعدائية حسب De Jauffrey (1995) هي وسيلة فيزيائية تعبيرية عادية بالنسبة للأفراد، أمّا الشعر بالنسبة ل: Braconnier & Marcelli (1988) هو التعبير الرمزي للهوية الجنسية والتي تلعب دورا هاما في بناء هوية الفرد عامّة وهم بالمناسبة يتكلمون عن تغيّر صورة الجسم عند المراهق والتي تتغيّر وتتأثر في عدّة ميادين: الاجتماعية- التمثّل الرمزي- النرجسية والإحساس بالهوية.

ضعف جسم رقية وإعاقة وتشوّهه بسبب تساقط الشعر بفعل العلاج الكيميائي، هي تعيشه كفقدان للموضوع، هذا الأخير بالمناسبة تمّ التطرّق إليه من طرف Engel وزملائه في: (1955 ، 1960) مذکور في: Debray ، Férida & Dejours (2002) وحسبهم أنّ فقدان الموضوع يترافق معه فقدان الأمل وهي عناصر مساهمة في اندلاع المرض وتطوّره، هي تعيش في انهيار وحداد بسبب فقدانها لجسمها السابق وانفصالها عنه وحسب De Mijolla- Millor (2005) إنّ الحداد والانهيار لهما علاقة بفقدان الموضوع أمّا حسب Freud (1968) فهما مصطلحين مترافقين وغير منفصلين. فقدان الموضوع عند رقية يعتبر عاملا أساسيا ومساهما في عيشها في وضعية ما بعد الصدمة، فهي تتصوّر بأنّ جسمها قد ضاع منها بسبب حادث السرطان: الصدمة ، هذه الأخيرة حسب Freud مذکور في: Debray ، Férida & Dejours (2002) تجربة يمرّ فيها الفرد أين يكون الأنا عنده لا يستطيع مواجهة تراكم الهيجان، الذي يكون مصدره خارجي أو داخلي، و لا يستطيع التحكم فيه. فرقية تعتبر أو تتصوّر أنّ مرضها خارجي المنشأ وهي ضحية له وأصبحت به وهي مضطهدة لقولها: "كنت لاباس عليا ملي تزوجت ماشفت الخير ، الهمّ لي بيا والعين". أي: "كنت بخير في أحسن حالة، منذ أن تزوجت لم أرى الخير، الصراع والمشاكل وعين حسد هم سبب وضعيتي". في هذا الصدد يصرّح Morasz (1999) أنّ الاضطهاد يعاني منه معظم المرضى في المستشفيات ويستعملونه من أجل الحفاظ على ذاتهم من هذا المعاش الكارثي.

رقية هي فعلا منصدمة من المرض وما أحدثه من تغيّرات سلبية على مستوى جسمها، في هذا الصدد يتكلم Brette (2005، 1861) و يقول : " الصدمة الواقعية (traumatisme réel) لها

مصدر خارجي وأثر اضطرابي...هي تعني أولاً الإصابة الجسدية، ثم تتوسّع لتشمل حالة الاندهاش (choc) أو الارتجاج (commotion) الناتجة عن عدائية (agression) خارجية". رقية ترفض جسمها الغريب الذي نتج بسبب صدمة المرض وهي تنتظر لمحيطها بأنّه جائر في حقّها وهي ترى نفسها ضحيّة لقوى موجودة فيه فكرتنا هذه تدعّم النتيجة التي وصلت إليها Herzlich عند دراستها للتمثلات الاجتماعية للمرض في 1969. واذن بالنسبة لرقية هذا المرض وهذه الصدمة الذين جاءوها من المحيط الضار "العين الحسد والصراعات...الخ" هي تجرحها في نرجسيتها وتسبّب لها رفض وراء رفض لوضعيتها الحالية وكما يقول Bourgeois (2004، 76): " الصدمة تضطرب الحياة وتشكّل رفض وراء رفض "

رقية نظراً لتعطّل جسمها عن قيامه بأدواره بانتظام وتلقائياً هي تعاني في ذاتها، معاناة قد تشبه المعاناة التي يعانيها الأشخاص المسنّين والذين يعانون من تدهور في صحّتهم، ولكن أنّ معاناة رقية تبقى ذاتية وهي الوحيدة التي تشعر بها، وبالمناسبة أنّ كلّ من

Demont & Clément (2013) يشيرون الى الخصائص التي يميّزون بها المسنّون والتي

هي مشتركة بينهم ولا مفرّ منها وفيها الانحدار ومن بين هذه الخصائص: فقدان، تعطّل الأعمال، سقوط الشعر...الخ، خصائص بالمناسبة نجدها تنطبق مع مريضتنا رقية.

2-3 تقدير الذات:

إصابة رقية بالمرض هي في الحقيقة إصابة على مستوى نرجسيتها حيث أنّ الأنا يبدو عندها ضعيف، غير قادر على الحفاظ على التوازن النفسي و يترك الفرصة للقلق في التحكم فيه

لأنه يفكر طوال الوقت في المواضيع السلبية وهو لا يقوم بوظيفة حماية الذات. لأن كما يقول Freud في كتابه الأخير "مختصر التحليل النفسي" (Abrégé de psychanalyse) انّ الأنا يقوم بمهمة حماية الذات (La conservation de soi) مذکور في : Spitz (1994) اذن انّ الأنا باستعانتة بميكانيزماته الدفاعية هو يسعى لاحداث التكيف، والتنظيم في النفسية وفي حالة رقية نظنّ انّ الأنا هو نوعا ما ضعيف في انجازه هذه المهام ونظرا لأنّ الأنا الجلد المصطلح الذي أتانا به Anzieu (1985) هو مصاب والأنا النفسي هو بدوره مصاب ولا يقوم بدور حماية الذات وبالتالي انّ ذات رقية هي غير محميّة و تعيش في اضطراب، بما أنّ تقدير الذات هو مصطلح أساسي في الذات نستنتج أنّ تقدير الذات عند رقية هو غير مستقر كما أننا تحقّقنا من ذلك عند اجراءنا على رقية مقياس تقدير الذات روزنبارغ والدرجة التي تحصّلت عليها هي 27 تدلّ على أنّ تقدير ذاتها هو متوسط ومما لا شكّ فيه أنّه قد تغيّر سلبيا وهو غير الذي كانت تتمتع به سابقا. والجدول التالي يوضّح نتائج تطبيق هذا المقياس:

المجموع	العبارات السالبة					العبارات الموجبة					البنود
	9	8	6	5	2	10	7	4	3	1	
27	3	2	2	3	3	2	3	2	3	4	البدائل

اصابة رقية بالمرض يعني اصابتها في نرجسيتها بجرح نرجسي عميق حسب مفهوم Fischer (2003) وحسب Montgrain & Painchaud (2003) انّ الاصابة الخطيرة على مستوى نرجسية الفرد هي خسارة نرجسية (Hémorragie narcissique) غير منتهية وانّ صورة ذاته يكون فيها الأنا لا يدرك جيّدا الحقيقة وغير قادر على المحافظة على المواضيع الجيدة ويترك المواضيع الغير جيّدة تسير. جسم رقية أصبح في وضعية ضعف وحتّى أنّها بسبب مرضها

أصبحت معاقة ولا تمشي، دائما في وضعية الرقاد على السرير أو تتحرك بالكرسي المتقل، في هذا الصدد يتكلم السوسولوجي Weber مذكور في : Boltanski (1977) عن الإعاقة ويقول بأنها بالإضافة الى العجز الذي تسببه للشخص المصاب بها، فهي تسبب له عدم تقييمه لذاته (Dévalorisation de soi). إضافة الى المرض وما يحدثه من تغيرات سلبية على مستوى جسمها كتساقط الشعر و النحافة... الخ، أصبح هذا المرض يشكّل للحالة إعاقة والتي بدورها تساهم في عدم تقييمها لذاتها.

فالجسم حسب Célérier (2003) يجب أن يساهم في إشباع عدّة احتياجات وهو يلعب دورا مهما في الصورة النرجسية التي يضعها الفرد حول ذاته والتي يريد إعطاءها للآخرين. انّ الصورة التي تريد أن تظهر بها رقية أمام الآخر هي صورة مثالية وليست صورة جسم معطل لا يفيد الأسرة بشيء سوى العبء الثقيل عليهم والمعاناة والشعور بالذنب والخجل. والأنا المثالي بالمناسبة هو وريث الصورة المثالية حسب Célérier (2003). رقية تعيش في حداد وحزن عميق لأنها فقدت جسدها السابق وأصبحت في بطالة وأزمة اجتماعية وثورة وتبعية للأدوية والأطباء. هي تريد أن تتماهى بجسمها الضائع (Betaouaf & Cherif, 2015)

ولكن لا تستطيع، Freud بالمناسبة تكلم عن تماهي الأنا بالموضوع المفقود "التماهي النرجسي" (Identification narcissique) في كتاباته عن الحداد والانهيال (Deuil et mélancolie) في 1916 (De Mijolla, 2005) والتماهي حسب Kestenberg مذكور في: Marcelli &

Braconnier (1988) وحسب Gueniche (2006) هو البناء التدريجي للهوية

ولكن رقية لها مشكل على مستوى تماهيا بالمواضيع وبالتالي انّ عملية ارتقاء الذات وتطورها هي معطلة نوعا ما، فالمريض بالمرض الخطير حسب Célérier (2003، 127): "لا يستطيع أن يخرج من مكانة المريض ولكن لا يستطيع العيش في مكانة مريض...". أمّا حسب Baldoni & Trombini (2005): انّ المصاب بالسرطان يجد صعوبة في الاستبطان (Introspection).

رقية تبدو لنا أنّها تعاني من حزن باثولوجي و بطيء في الحركة -بسبب فقدانها لجسمها السابق السليم و اكتسابها جسم معطل-، عرضين أساسيين في ظهور الاكتئاب عند الحالة وحسب (Contrant & Calza 2002) انّ الاكتئاب يتميّز بالإحساس بالفقدان وأمّا Bourgeois (2004)، (61) هو يقول: "الاكتئاب هو يبدو أنّه مصاحب للسرطانات" بما أنّ الحالة تعيش في الحداد وتشعر بالاكتئاب نتيجة إصابة صورة جسمها وتعطل دورها بسبب المرض، فهي تعاني في صورة ذاتها كما إنها تعاني من انخفاض مستوى تقديرها لذاتها، في هذا الصدد يصرّح Freud (1968) أنّ المصاب بالاكتئاب الشديد (Mélancolie) هو يتوقّف عن استثمار العالم الخارجي، هو يفقد القدرة على الحب ولديه كفّ على مستوى انجاز الأعمال كما لديه انخفاض في الإحساس بتقدير الذات. كما أنّه لديه اتجاه عتابي نحو ذاته. أمّا حسب Marty (1990) انّ الشخص الذي يعاني من الاكتئاب هو عرضة للإصابة بمرض سيكوسوماتي.

2-4 استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف رقية:

تبدو لنا رقية كبقية المرضى تستعين بميكانيزمات دفاعية واستراتيجيات مواجهة، من بين استراتيجيات المواجهة التي تستعملها نلاحظ أنّها تستعين بالعدوان من أجل التنفيس عن التوتر و الضغط والتقليل من القلق المرتفع الذي تعاني منه، والذي علاقة بالصدمة التي تلقته منذ سماعها تشخيص مرضها وهذا القلق بدوره حسب Cournut (1998) له علاقة بقلق الخصاء الذي هو الركيزة التنظيمية لما بعد الصدمة (L'après coup). هي تقول كباقي المرضى "تبدلت منيش كيما كنت وليت منافية" "وليت نضرب ولدي" "وليت مقلقة"، أي: "لقد تغيّرت لست أنا لم أعد كما كنت أصبحت عدوانية"، "أصبحت أقوم بضرب ولدي"، "أصبحت قلقة". هي تستعمل العدوان من أجل التدعيم الذاتي الذي يعرفه كلّ من نوري القمش و عبد الرحمان المعاينة (2007، 203) بأنّه: " جهد تكيفي و تعايش نشط مع البيئة ومحاولة تحقيق الأهداف الشخصية بوجود ضغط مضاد" عدّة سلوكات تبديها رقية نلاحظ أنّها عدوانية، فهي تعبّر عن العدوان بطريقة جسدية

ولفظية ورمزية كاحتقارها وكرهها لزوجها ولأقربائه والامتناع عن ملاقاتهم

والنظر إليهم لأنها توجه لهم الإهانة وتتهمهم بمسؤولية السبب في مرضها كقولها " سبة مرضي عين الحسد" أو لقولها "أنا الهم لي بيا" أي: "سبب مرضي عين الحسد" "الصراع والمشاكل هي سبب وضعيتي هذه". رقية كذلك تعبّر عن العدوان بطريقة السكوت، هي حالة في الحقيقة وجدنا صعوبة في التواصل معها نظرا لأنها لا تتكلم كثيرا وهي صامتة في أغلب الأحيان، العدوان الذي تقوم به هو سلوك نشط يسعى الى سدّ حاجات ذاتها الأساسية وتأكيد ذاتها، والتكيف مع وضعيتها الحالية وفي هذا الصدد يقول كلّ من نوري القمش وعبد الرحمان المعاينة (2007، 202) : "قد يفسّر السكوت أحيانا على أنه عدوان...العدوان هو كلّ سلوك نشط فعّال تهدف العضوية من ورائه الى سدّ حاجاتها الأساسية أو غرائزها، و بهذا المعنى الواسع يشمل العدوان كلّ الفعاليات الإنسانية المتجهة نحو الخارج، المؤكدة للذات، الساعية وراء سدّ حاجات الذات الأساسية..."

3. استنتاج حول رقية:

رقية مثلها مثل باقي المريضات التي تعاملنا معهنّ ولكنّ معاناتها هي حادّة مقارنة بهنّ، نظرا لإصابتها بإعاقة حركية من جزاء السرطان، هذا المرض كما يقول Deschamps (1997) أنّه يضيّع اندماج الفرد بمحيطه ويضيّع له استقلاليتته وهويته ومكانته الاجتماعية والعائلية ويمزّق العلاقات ويحطّم الجسد، أعراض نجدها متوقّرة بغزارة عند رقية، كما أنّ فقدان ذاتها السابقة وتغيّرها نحو الأسوأ هو يرجع إلى ثقل تمثّلاتها السلبية حول هذا المرض: شبح الموت وتجربة فقدان الكارثية أمام نظرات الآخر.

مناقشة عامة

مناقشة عامة:

من خلال دراستنا لعشرة نساء جزائريات مصابات بسرطان الدم، توصلنا إلى الإجابة على عدة تساؤلات، وخرجنا بخلاصة أنّ لديهن صفات مشتركة وصفات مختلفة فيما بينهن، فيما يخصّ معاشهن للمرض وفيما يخصّ العوامل المساهمة في مضاعفة الآمهن واضطراب صورة ذاتهنّ، وهذا نظرا لتفرد وخصوصية كلّ حالة، فالخصوصية هي بعد من أبعاد الهوية (Tap, 1980).

من بين الخصائص المشتركة بين هذه الشريحة من المجتمع نجد أنّ صورة ذاتهن هي سلبية ومضطربة وتقدير ذاتهن قد تغيّر وأصبح في درجات عموما متوسطة ويوجد ما هي تحت المتوسط، نظرا لاختلال كلّ من صورة جسمهنّ وأدوارهن ومعيشتهنّ المقلق والمكتئب. كما أنّ من الخصائص المشتركة والمهمّة عند هؤلاء المريضات هو أنّ نمط تفكيرهنّ يتميّز نوعا ما بالسذاجة وهنّ يقلن طوعيا بأنّ الطبّ هو عاجز عن علاج الأمراض المزمنة والخطيرة وكما يقول Moscovici (1992) إن المرضى يعتبرون العلم فيه نقائص (défaut de la science)، الأمر الذي يؤدّي إلى إتباعهم استراتيجيات علاجية بديلة، وهذا الأمر لاحظناه عند الحالات التي تعاملنا معها، كذهابهنّ عند الراقي واعتمادهنّ على التداوي بالأعشاب، فوزية تقول مثلا: "ليخصّ باه نريح تانيك نرقي نعاون روعي، الراقي قال لي أنت مرضك مشي نتع طبيب" أي: "لكي أشفى يجب عليّ كذلك أن أقوم بالرقية، أساعد نفسي، الراقي قال لي أنت مرضك لا يعالجه الطبيب" وتأكدهنّ من فكرة أنّ سبب مرضهنّ هو راجع إلى عين الحسد أو السحر أو قد يشعرن بالذنب نظرا لأنهنّ يقلن: "ماذا فعلت في حياتي كي أدفع الثمن هكذا؟" أو "ربما ظلمت في حياتي وهذا عقاب الله ودعوة مظلوم أنا أدفع ثمنها" والسؤال الذي يراودهنّ باستمرار كما يقول Moscovici (1992)، (308): "لماذا أنا؟". فتمثلات الصحة والمرض كما تقول Herzlich (1986) لها علاقة بين نظرتنا للبيولوجيا ونظرتنا للمجتمع وهي علاقات معقّدة ومتناقضة بين الخبير (l'expert) (الفكرة العلمية) والسطحي (profane) (الفكرة الغير علمية: جماعية). إذن إن تمثلات السرطان عند المصابات التي تعاملنا معهنّ هي متناوبة ومتضاربة، بين ما هو اجتماعي وما هو فردي وما هو علمي،

وانّ اتّجاهاتهنّ حول موضوع السرطان هي اتجاهات سلبية وليست ايجابية مصحوبة بجملة من ردود أفعال سلبية، وبالمناسبة في مجال الاتجاهات يصرّح Moscovici في 1976 بأنّها "تنظيم نفسي له توجّه سلبي أو ايجابي تجاه موضوع ما، هذا التوجّه يظهر إما كسلوك عام، إما كجملة من ردود الأفعال أين يكون المفهوم مشترك. الاتجاه والبنية هم جيران...الاتجاه هو محطة كاملة ومنظمة من الآراء والإجابات. وظيفته هي تعديلية: له أثر انتقائي"

(in : Palmonari & Doise, 1986, 19)

التمثّلات الاجتماعية هي تختلف عن التمثّلات الفردية كما يقول دوركايم ويوافقه الرأي Moscovici (1976). وكليهما يوجّهان صورة الذات ويتحكّمان في السلوكات (Jodelet, 1989) فالتمثّلات الفردية هي تتميز بالمرونة و هي أقلّ شدة وثباتا مقارنة بالتمثّلات الاجتماعية كما يشير Abric (1994c)، لأنّها تبدو كأنّها عبارة عن جهود وبحوث يسعى الفرد للوصول إليها من أجل الجواب عن تساؤلاته، كما أنّ لها علاقة بجوانب علمية، وقد تكون هذه التمثّلات متعارضة مع معتقدات المجتمع الراسخة والخاطئة في بعض الأحيان، لهذا إنّ التمثّلات الفردية لسرطان الدمّ لقد بدت لنا عند المصابات به هي مقترنة بعمل الأمل وهي مرتبطة بالمفاهيم الطبية العلمية التي تقرّ أنّ سرطان الدم يمكن الشفاء منه وهو قابل للعلاج ولكن يبقى على المريض ألاّ تماطل في رؤية الطبيب للكشف المبكر عن مرضه، فهذا يساعد على القضاء عليه وعلاجه مثل علاج الزكام (grippe) كما يقول البروفيسور توهامي المختصّ في الدمويات (Hématologue)، والعكس في ذلك سيؤدّي الى مضاعفات خطيرة يصعب علاجها. أمّا بالنسبة للتمثّلات الاجتماعية لسرطان الدمّ فهو متصوّر اجتماعيا بأنّه مميت وقاتل، اذ إنّ العناصر المركزية المكوّنة لهذه التمثّلات الاجتماعية التي يتكلّم عليها Abric (1994a) هي متمحورة حول الموت وقطيعة على مستوى الاستمرارية وضعف الجسم وتشوّهه، وبالمناسبة الإحساس في الاستمرارية كما رأينا سابقا هو بعد من أبعاد الهوية (Tap, 2004). هو عامل بنائي لصورة الذات وأي اضطراب على مستواه فأنه يضطرب صورة ذات الشخص، الأمر الذي نجده متوقّرا ويتصدّر مرتبة أساسية في تغيّر صورة الذات عند الحالات التي درسنا هن نحو الأسوأ، بما أنّهن تتظنن للسرطان بأنّه شبح مميت لأنّهنّ

يستدخلن ويعتمدن على التمثلات الاجتماعية السلبية والتي هي بالمناسبة حسب Jodelet (1986) عبارة عن مفهوم تلقائي يحافظ على المفهوم التقليدي أين يغيب فيه المفهوم العلمي المنظم والمتناسك، وفي مجال الخوف من الموت عند المريض بالسرطان، يتكلم Deschamps (1997) ويقول بأنه تسيطر عليه نزوة الموت مما ينجّر عن ذلك قلق الموت وفقدان الأمل والكراهية وهذا ما يستدعي حسبه الميل لعدم ذكر اسمه (l'ordre de l'innommable)، أي نسيانه وتجاهله لأنه مميت وهو عبارة عن طابوهات في المجتمع. أنّ هذه الصورة أو هذا التصوّر يلعب عامل محوري في تغيير صورة الذات نحو الأسوأ وفي جعل سلوكات المريضة عدوانية منغمسة في البكاء والاكتئاب. والأنا في وضعية الاكتئاب حسب فريد: "هو مهجور ومتروك لأنه يحسّ بأنه مكروه ومضطهد ومهدّد من طرف الأنا الأعلى، فعوض إن يكون محبوب لأنّ العيش هو مرادف لأنّ يكون محبوبا بالنسبة للأنا. محبوب من طرف الأنا الأعلى الذي يمثّل نفس وظيفية الحماية..."

مذكور في: Deschamps (1997، 172) والذي بدوره يقول في نفس المرجع وفي نفس الصفحة: "باتولوجية الانهيار اذا كان الكره موجّها نحو الذات فانه يستطيع تحطيم الأنا وتدمير نزوة الحياة في الحياة اليومية". في وضعية المصابات بالسرطان نجد أنّ هذه التصريحات تنطبق عليهنّ، خصوصا وأنهنّ يعشن في وضعية اكتئاب وهذا ما أثبتته عدّة دراسات تطرّقنا إليها سابقا.

ولهذا يمكننا أن نصرّح عن تحقيق فرضيتنا الأولى والتي تدور حول وجود تمثّلين حول سرطان الدم عند المريضة يلعبان دورا مهمّا في تغيير صورة الذات، فالأول هو تمثّل فردي متعلّق بعمل الأمل ومرتبّط بأفكار طبيّة، أمّا الثاني فهو تمثّل اجتماعي مرتبّط بالموت ويؤثّر سلبيا وبقوّة على صورة ذات المصابة. بالمقابل يمكننا أن نصرّح أنّ مهما طغت التمثّلات الفردية وزاد عمل الأمل، إلا أنّ هناك حقيقة لا يمكننا تجاهلها والإغفال عنها: أنّ تفكير وسلوك الفرد يذوب في تفكير وسلوك الجماعة، وبالمناسبة إنّ Herzlich (1972) تتكلم عن دوركايم وتقول أنّه يؤكّد على خصوصية التفكير الجمعي وسيطرته، ويعتبر أنّ التمثّل الفردي هو ظاهرة نفسية أمّا التمثّل الجمعي هو حسبه أداة بواسطتها تتجسّد هيمنة المجتمع على الفرد.

فمحيط المريض بالسرطان قد يعمل على تدميره والرفع من اضطراب صورة ذاته سواء بطريقة مباشرة قصدية أو بطريقة غير مباشرة، فدخل المريضات للمستشفى المتزايد وانتكاستهن نلاحظ أنّ من بين أسبابه هو سوء العلاقات في الأسرة والمناخ العائلي المضطرب وبالمناسبة هذا ما أثبتته كلّ من Sarchielli Speltini & Ricci Bitti ، Giovannini (1986) وبالنسبة لهم إنّ طبيعة العلاقات بين الأفراد والمريض داخل العائلة تؤثر على تطور المرض، وإنّ تزايد وارتفاع نسبة الدخول إلى المستشفى هو ناتج عن المناخ العائلي المضطرب والمشاكل الصحيّة.

وهذا نلاحظه جليا عند المريضة فاطمة كانت تعيش في صراع يومي مع زوجها وكانت انتكاستها متكرّرة. فصورة سرطان الدم هي مرتبطة بالموت وبنظرة سلبية في المجتمع هو تمثّل سلبي لا تستطيع المريضة تجاهله، فهي تستدخل هذه الأفكار وتتماهى بها وهي تؤثر عليها سلبيا في صورة ذاتها. المريضة بسرطان الدم تمثّلتها الفردية تتغذى بتمثّلات المجتمع هذه السلبية، وهي تتغذى في نفس الوقت بمعارف الأطباء، كلّها تمثّلات متداخلة ومتضاربة فيما بينها تؤثر على صورة المريضة سلبيا (وأحيانا ايجابيا) وتزيد من حدّة معاناتهم فكّما ثقلت هذه التمثّلات زادت معاناة واكتئاب واضطراب الذات، وفي هذا الصدد يقول Ader-Sordes & Tarquinio, Tap (2002) إنّ ثقل هذه التمثّلات هو العنصر المفتاحي لمعانات المرضى المصابين بالسرطان. كذلك ما يبدو لدينا واضحا أنّه يوجد تفاوت في المستوى التعليمي للحالات، فنلاحظ أنّ هذا العامل يلعب دورا مهما في التأثير على صورة الذات، فنلاحظ أنّه كلّما زاد المستوى التعليمي عند المريض زادت تمثّلاته الفردية ثباتا وتجانسا وتنظيما نظرا لأنّها تتغذى من تمثّلات علمية (مفاهيم الأطباء) التي هي توجي بالأمل والمقاومة والشفاء، وهذا نجده جليا عند الحالة زهية التي كانت تتمتع بمستوى جامعي وهي مقاومة وحيوية وكثيرة الضحك وهذا ما يسمّى باستراتيجيات المقاومة الفعالة التي بفضلها الفرد يتكيّف مع وضعيته ويتقبلها ويقاوم حتّى الأخير وما لاحظناه في جميلة وزهية مثلا أنّ تقيدهنّ بالعامل الديني وقراءتهنّ المتواصلة للقرآن الكريم ساعدهنّ على إحداث توازن نفسي جنّبهنّ انتكاسات والدخول للمستشفى المتكرّر، حتّى أنّ الأطباء

كانوا يندهبون لتحسن حالتهم المرضية. أما الحالات التي كان مستواها التعليمي ابتدائي أو متوسط كعائشة فاطمة فكانت انتكاستهم متكررة وصورة ذاتهم في معاناة وكانت التمثلات الاجتماعية هي التي تسيطر على تمثلاتهم الفردية. وإذن يوجد تمثّلين يلعبان دوراً مهماً في تغيير صورة الذات عند النساء الجزائريات المصابات بسرطان الدم : فردي واجتماعي، فإذا تفوّق هذا الأخير في ذاتهنّ فهو يزيد من اضطراب صورة ذاتهنّ وحتى تقدير ذاتهنّ. والسؤال الذي يبقى مطروحاً إلى متى أنّ هذه التمثلات السلبية تبقى سائدة في مجتمعنا وتزيد من حدّة معاناة المريض؟

-أما فيما يخصّ فرضيتنا الثانية والتي تنص على: معاش التغيير السلبي للجسم هو عامل فردي يؤثر سلباً على صورة ذات المريضة وأكثر من تأثير اختلال أدوارها وما يسقط عليها من محيطها (نظرة الآخر).

فهي لم تتحقّق لنا نظراً لأننا نجد أنّ كلّ من اختلال صورة الجسم وتعطلّ الدور ونظرة الآخر السلبية الموجهة للمريضة، والصورة التي تظنّ أنّها عند الآخر عنها، هي عوامل متضاربة ومتكاملة فيما بينها وتسبّب اضطراب صورة الذات، وتغيّراً على مستوى تقدير الذات. فكلّ الحالات التي تعاملنا معهنّ هنّ يعانين من إصابة جسمهنّ بالمرض وتغيّرات سلبية على المستوى الجمالي واضطراب هذا الأخير بدوره يلعب دوراً مهماً في اضطراب الهوية الأنثوية عند المصابين بالسرطان كما تشير دراسة Suarez-Diaz , Cannone Apostolidis Dany & Filipetto (2009). فتسقاط الشعر بسبب العلاج الكيميائي والإصابة بالصلع هو من أبرز العوامل التي تحدث اختلالاً على مستوى الهوية الأنثوية واختلالاً على مستوى صورة الجسم والذي بدوره يؤثر سلباً على تقدير الذات، فالحالة ستي نظراً لعدم تحملها الصلع فسعت وراء البحث عن الشعر المستعار كاستراتيجيات مواجهة تقيها من النظرات السلبية التعجبية التي يرسلها لها الآخر، فبهذا عدّلت مظهرها الخارجي لكي تواجه الآخر في أحسن هيئة، أما المريضات الأخريات فهن يضعن الخمار فوق رؤوسهن ويغطين الصلع الناتج عن العلاج الكيميائي، كاستراتيجيات دفاعية ضدّ نظرة الشفقة أو الاحتقار التي يبديها الآخر في نظرها

بخصوصها، إذن إن التغيير السلبي للجسم هو عامل يؤثر سلبيا على صورة ذات المريضة لأنّ الذات هي جسدية وكما يقول Deschamps (1997، 170): "الأنا قبل كل شيء هو أنا جسدي" والألم الجسدي هو حاضر ليقوّض الألم النفسي والتشوّه الجسدي هو حاضر ليقوّض الشعور بالنقص والنظرة السلبية نحو الذات، والمقارنة الذاتية بين الأفراد وبين الجسد السابق والضائع، وعمل الحداد والاكْتئاب نتيجة لفقدان المواضيع (الجسد السابق والدور) والذي يولّد تقدير ذات سلبي كما يشير Freud (1968). كلّها عوامل نجدها متوقّرة عند المريضات وتساهم في اضطراب وتزعزع صورة ذاتهن سلبيا. بالنسبة لتعطّل الدور هو ناتج عن إصابة الجسد، عدم القيام بالأدوار الاجتماعية من قبل المريضات بسبب المرض هو يخلف قطيعة على مستوى العلاقات الاجتماعية ويساهم هو واختلال الجسم في جعل المريضة تعيد النظر لذاتها، بنظرة جديدة مختلفة عن السابق تتميز بالشفقة والعدائية والإحساس بالذنب والاكْتئاب وفي هذا الصّد يقول Bourgeois (2004، 61): "الاكْتئاب هو يبدو أنّه مصاحب للسرطانات"، كما تتميز هذه النظرة الجديدة والموجّهة إلى ذاتها بأنّها لم تحقّق ذاتها، وهي تظنّ أنّ الآخر عنده صورة سلبية بخصوصها تتمثّل في الشفقة والاحْتقار عبئ الثقيل... الخ، إن تعطّل دورها يعني اختلال مكانتها وتهديدها بالطلاق لأنّ الدور والمكانة هم غير منفصلين (Cherif, 2007) وإذا تأثّر الأول فالثاني كذلك يتأثّر، إذن تعطّل الدور هو بالنسبة للمريضة هو عدم تحقيق الذات وفي هذا الصدد يقول Tap (2004، 20) "نحن نكون ما نفعله... تحقيق الذات عن طريق الدور"

نظرة الآخر السلبية كتذكير المريضة دائما: إن المريض بالسرطان هو عرضة للموت، وهو أصيب بهذا المرض نتيجة لعقاب من عند الله وأتّهامه بأنّه مذنب، تذكيرها وتحسيسها بأنّها عبئ ثقيل واحتقارها والصراع المستمر، عوامل وجدناها لا تخلوا ضمن تصريحات الحالات التي تعاملنا معها، خصوصا الحالة جميلة مع أخوها، فاطمة مع زوجها، فوزية مع أهل الزوج، فكيف لا تؤثر هذه النظرة السلبية على صورة الذات عند المريضات؟ بل هي تزعزعها وتضطربها، فكيف

يمكن التغيير من هذه النظرات السلبية والمؤلمة؟. وإذن إذا كان المرض هو القدر وهو المعاناة فإنّ ما يزيد من هذه المعاناة هي نظرة الآخر السلبية.

-فيما يخصّ فرضيتنا الثالثة التي تدور حول استعمال استراتيجيات المقاومة الفعالة من طرف المريضات هو نتيجة لاعتمادهنّ على تمثّلاتهن الفردية الايجابية المتمركزة حول المشكل. فهي تحقّقت وهذا نظرا لأننا نلاحظ أنّ استعمالها كان فعّالا من طرف المريضات الذين يعتمدن على الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل (Fischer & Tarquinio, 2006)، كالمريضة زهية سميرة رقية، وأولا لأنهنّ يتمتّعن بمستوى تعليمي عالي وهنّ يعتمدن على أفكار الأطباء، وهنّ يبحثن عن المعلومات العلمية بخصوص مرضهن لذلك نلاحظ أنّهنّ يتميزن بروح مقاومة، ولسن عرضة للانفعالات المدمّرة وعرضة لمعتقدات المجتمع الساذجة الطبيعية الغير علمية كما تشير Jodelet (1984) والمشاركة بين الأفراد، أمّا باقي الحالات فنلاحظ أنّ اعتمادهنّ كان يتمحور حول استراتيجيات مواجهة غير فعّالة ومتمركزة حول الانفعال (Schweitzer, 2002) فكانت أفكارهن متغديّة ومتأثّرة بالانفعالات نتيجة لانغماسهن وتبعيتهن لمعتقدات المجتمع "السرطان مرتبط بالموت"، وهنّ عرضة للبكاء والاستسلام وعدم المثابرة والمقاومة والاكتفاء بالتبعية للمعتقدات الخاطئة والاكتئاب والانتكاسات المتكرّرة. بالمقابل إنّنا نلاحظ أنّ جميلة لها مستوى تعليمي ابتدائي، إلا أنّها تواجه مرضها بكلّ شجاعة وتعتمد على ذاتها وهي تقول أنّها تدعى بالمرأة الحديدية، وهي تبحث عن مرضها وتعتمد على ذاتها، زهية تقول "الشخص يجب أن يبحث عن مرضه ولا يكون جاهلا"، كانت تقول أنّ هذا المرض أصبح يصيب الشباب أكثر، وإنّ من تعاملت معهم من المرضى هم أشخاص أميين ويجهلون مرضهم وهم تحت عبودية الآخر وعبودية البكاء والاكتئاب والاستسلام.

إنّ هذا المرض على العموم لقد أحدث للمصابة به قطيعة على المستوى العلائقي الاجتماعي وعلى مستوى الاستمرارية في الحياة...الخ وهذه النتيجة استخلصها Weizaeker في دراسته وأكّد على أنّ المصابين بالسرطان يفقدون الاستمرارية وهويتهم الشخصية ويجدون أنفسهم محطّمين بهذه الإصابة (Deschamps, 1997). المريضة هنا تعيش هذه القطيعة كفقدان وأزمة

واكتئاب وفي هذا المجال يتكلم Kaés (2004) عن القطيعة بأنها انفصال وفقدان وكسر للاستمرارية، وهي تهديد لتناسق وحدة الأنا وحسبه إن القطيعة هي منفذ أو حلّ للأزمة، وإنّ تبلور عمل القطيعة هو يؤدّي إلى الاضطراب والصراع والاكنتاب والإحساس بعدم القدرة على إعادة الاندماج داخل هذه السيرورة الجديدة.

إنّ للإجابة على اشكاليّتنا فإننا نقول إن تمثلات سرطان الدّم لها تأثير مهمّ على صورة الذات وخصوصاً تمثلاته الاجتماعية فإنها تؤثر سلبياً وبشكل كبير على ذات المريض حيث أنّ تغييرها نحو السلبي هو راجع أكثر الى كلّ ما هو اجتماعي، كما هو راجع الى كلّ ما هو ذاتي. فيوجد اتحاد وتفاعل وتكامل بينهما وهم غير منفصلين و يسبّبون اضطراب صورة الذات، ويسبّبون فقدان الذات الضائعة واكتساب ذات جديدة مضطربة كما يقول كلّ من Ader-Sordes & Tarquinio, Tap (2002). ولكنّ في نفس الوقت إنّ المرضى المصابون بالسرطان كما يقول Pollak "إنهم يقومون بعمل الأمل" (In Adam & Herzlich, 1999, 19). وإذا كان موت المريض هو القدر فلا يستطيع لا الطبيب ولا المريض منع حدوثه وكما يقول Molière "الطبيب بالرغم من أنّه طبيب...المريض بالرغم عنه"

« Le médecin malgré lui...le patient malgré lui »

(Froucht-Hirsch, 2005, 02)

خاتمة:

نستنتج ممّا سبق أنّ صورة ذات المريضات بسرطان الدّم هي مضطربة بسبب تداخل واتحاد عدّة عوامل وإنّ أبرزها التمثلات الاجتماعية السلبية حول هذا المرض، فهذه التمثلات تقوم على ادبيولوجيات معرفية لا هي صحيحة ولا هي خاطئة

(Beauvoit, Joule & Monteil, 1987) ولكنها تؤثر سلبيا على سلوكيات وصورة ذات المريضات. فالصحّة كما يقول Khiati (1995، 56) "هي ليس لها ثمن ولكن لها كلفة" والكلفة هنا تعني الاهتمام بالمريض من الناحية النفسية والاجتماعية وطبية والثقافية. فإذا كانت الإصابة على المستوى الجسدي فهي إصابة حتما على المستوى الاجتماعي العلائقي (الانعزال) وعلى المستوى المعرفي (النسيان) وعلى المستوى الانفعالي (الاندفاعية العدوانية القلق والاكتئاب...) لأنّ هذه المستويات هي مرتبطة فيما بينها كما يشير كلّ من Demont & Clément (2013).

عموما وكما يصرّح Moscovici (1992) في مجال السرطان إن المصاب به أثناء إعلامه بنوع مرضه، فإنّه بالرغم من شخصيته وسيرته وقوّته أنّه سيتأثر سلبيا ويصبح تحت سلطة معاناة جسدية ونفسية حقيقية. ولهذا إن صورة الذات في هذه الوضعية تعبّر عليها المريضة بأنّها فقدت ذاتها السابقة واكتسبت ذات جديدة مضطربة كما يشير كلّ من Tap, Tarquinio & Ader-Sordes, (2002) ، هي ذات في قمة المعاناة والجرح النرجسي والشعور بالذنب، هي تعاني بسبب فقدانها جسدها السابق الذي لا يعاني من تغيّرات سلبية، هي تعاني بسبب فقدانها لدورها الاجتماعي واختلاله وخصوصا وهي تعيش تحت تأثير نظرات الآخر التي قد تكون إما سلبية أو ايجابية، لكن بالنسبة لها هي نظرات سلبية، فقدان هذه المواضيع الأساسية والضرورية في حياتها قد وُلد لها

حداد واكتئاب والذي بدوره حسب Freud (1968) هو يسبب تقدير ذات منخفض، المريضة تعاني من الشعور بالذنب والسؤال المتواصل الذي يراودها في نمط تفكيرها أو في تمثلاتها: لماذا أنا؟ ماذا فعلت؟ هل هو عقاب من الله؟ هو الإنقاص من الذنوب؟. هذا الشعور بالذنب هو الذي يساهم في انخفاض تقديرها لذاتها كما يشير كلٌّ من Rosenberg, 1985; Carmines, 1978 على أنّ الأفراد الذين يعانون من تقدير ذات منخفض هم عرضة للشعور بالذنب ولمخاوف مرضية متعلّقة بالفقدان وللإحساس بأنهم ضعفاء (in: Vallieres & Vallerand, 1990). يوجد اختلاف وتشابه بين كلّ المريضات ولعلّ من أبرز هذه الاختلافات هي: كلّ حالة هي حالة خاصة لها أسبابها وظروفها وشخصيتها واستراتيجيات مواجهتها للمرض، فمن هؤلاء المريضات من هنّ لديهن روح المقاومة وعدم الاستسلام واعتمادهم على استراتيجيات مواجهة متمركزة حول المشكل كما تشير Schweitzer (2002) لأنّ هذه الاستراتيجيات هي تتغذى من المفاهيم الطبيّة التي توحى بالأمل والمقاومة والشفاء. ويوجد من هنّ لا يسعون وراء البحث عن المعلومة وعن المفهوم العلمي الطبي لسرطان الدّم والاكتفاء بأفكار المجتمع السلبية لسرطان مرتبط بالموت والسعي وراء الانفعالات السلبية والعدوانية والبكاء والاكتئاب، فهي استراتيجيات كما يسمّيها كلٌّ من Fischer & Tarquinio (2006) متمركزة حول الانفعالات وهي بالنسبة لهما غير فعّالة وأمّا التي هي متمركزة حول المشكل هي الفعّالة. إنّ ما يتشابه فيه المريضات في هذه التجربة المرضية هو عيشهنّ في دوامة من القلق والخوف وقطيعة في الاستمرارية وفي تحقيق المشاريع المستقبلية، والضعف والاكتئاب وهنّ يقلن بكلّ تلقائية "منذ المرض تغيّرت للأسوأ أصبحت أخرى" وهنّ يطرحن سؤالاً متوصلاً ألا وهو: متى الشفاء؟، فالمريضة من الممكن أن تتقبّل تشخيص مرضها ولكن إن ما يبدوا صعباً في هذه التجربة كما يشير Oppenheim (2000) هو متى أشفى من مرضي؟، كما أنّ هذا المرض يسبب قطيعة على مستوى العلاقات الاجتماعية بين المريضة ومحيطها كما يشير كلٌّ من Deschamps, 1997

من: Oppenheim ; 2002, Ader-Sordes & Tarquinio ,Tap 2009، وآخرون...

نظرة الآخر السلبية الموجّهة للمريضة بسبب تغيير مظهرها الجسمي وتغيير أدوارها والمناخ العائلي المضطرب هو يساهم في انتكاسة المريضة واضطرابها. إنّ هذه التصوّرات الفردية السلبية عند المريضة بأنّ الآخر يراها في صورة ناقصة ويشفق عليها ويذكرها بأنّها مريضة ولا يترك لها فرصة نسيانها مرضها سواء كان بحسن نيّة أو العكس فإنّ هذه النظرة تؤثر على صورة ذاتها سلبيا.

تمثّلات المريضة هي متضاربة بين كلّ ما هو فردي وكلّ ما هو اجتماعي، تمثّلاتها الفردية هي تقترب من المفهوم الطبي الذي يوحي بالأمل في الشفاء، ولكن هي لا تستطيع تجاهل التمثّلات المشتركة بين أفراد المجتمع حول سرطان الدم "مرتبط بالموت"، هي أفكار الغير علمية ساذجة وتلقائية متقاسمة بين الأفراد وهي توجّه تصرفات وسلوكاتهم، كما أنّها تتحكّم في صورة ذاتهم كما يشير كلّ من: Moscovici, 1976 ; Jodelet, 1984 هذه الأفكار السلبية حول سرطان الدم والمشاركة بين أفراد المجتمع هي التي تزيد من معاناة كلّ المرضى المصابين بهذا المرض، لأنّ المجتمع هو المدرسة التي يتعلّم منها الفرد معنى المواضيع ويستدخلها نحو ذاته، وكما يقول كلّ من Rahaoui و Kahloula (2006، 114) "الجماعة هي الأمّ" أما Herzlich (1972، 303-304) فهي تقول: "التمثّل الجمعي هو وسيلة من خلالها تتحقّق هيمنة المجتمع على الفرد... هي سيرورة بنائية للواقع". وبما أنّ تمثّلات المريضة الفردية هي تتغذى من هذه التمثّلات الاجتماعية السلبية إذن هي تتحكّم في صورة ذاتها

وتؤثر عليها سلبيا وهذا ما يساهم في تغييرها سلبيا وأكثر، بالإضافة إلى تضافر عوامل أخرى داخلية كتعطّل الدور واختلال صورة الجسم... الخ. لهذا اذا كانت المريضة بالسرطان: المرض وتعطلّ دورها واختلال جسمها (داخلي وخارجيا) هو قدرها ، فما يزيدا من اضطرابها ومعاناة صورة ذاتها هو نظرات الآخر السلبية وثقل تمثّلاته سلبية وكما يشير كلّ من Tarquinio, Tap (2002) Ader-Sordes & إن ثقل التمثّلات السلبية هو عنصر مفتاحي لمعاناة المرضى بالسرطان.

قائمة المراجع

المراجع:

- ادريس، س. (2007). المنهل. قاموس فرنسي عربي. ط.38. بيروت: دار الآداب للنشر.
- آيت مولود، ي. (2011-2012). تقدير الذات وعلاقته بظهور السلوك العدواني عند النساء المتأخرات في سنّ الزواج. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة مولود معمري تيزي وزو. الجزائر.
- مورس، أ. (1996) منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية ,ترجمة ب ،صحراوي, ك،بوشارف &س، سبعون. (2004). الجزائر: دار القصة للنشر.
- بوقصارة، م. (2007-2008). الدافع للانجاز مركز الضبط تقدير الذات والانجاز الأكاديمي لدى تلامذة الثانوية. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة وهران. الجزائر.
- بطواف، ج. (2009-2010). صورة الذات عند المرأة المصابة بسرطان الدم. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة وهران. الجزائر.
- لابلان، ج & بونتاليس، ج-ب. (1985). معجم مصطلحات التحليل النفسي. ترجمة م، حجازي. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- حسانين احمد، أ. (2013). المناحي النفسية المفسرة للألم المزمن و تطبيقاتها العملية. في: مجلة دراسات نفسية. العدد 08. من 83 الى 111. الجزائر. دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
- عبد الحميد أبو زيد، م. (2003). علم النفس الطفل قلق الأطفال. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- عبد القادر الميلادي، ع-م. (2004). الأمراض و الاضطرابات النفسية. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
- عبد المعطي، ح-م. (1998). موسوعة علم النفس العيادي علم النفس الإكلينيكي . القاهرة: دار قباء.
- عمار، ع-ح. (2016-2017). العلاقات التفاعلية أب-طفل في المجتمع الجزائري دراسة مقارنة. أطروحة دكتوراه غير منشورة. جامعة وهران 2 محمد بن احمد. وهران. الجزائر.

- نوري القمش، م & عبد الرحمان المعايطه، خ. (2007). *الاضطرابات السلوكية والانفعالية*. عمان: دار المسيرة.

-زكي موسى، ط. (2009). *اضطرابات الكلام عند الطفل*. دسوق: العلم و الايمان للنشر.

-زوييرة، ف. (1998). *التطبيع الاجتماعي للمتخلف عقليا في اطار الكفاءة الاجتماعية*. علم النفس. 21 (7). 56-41

- Aebischer, V. (1998). Le groupe comme lieu d'intégration. In: V. Aebischer & D. Oberle. *Le groupe en psychologie sociale*. Paris. Dunod.

-Ait Sidhoum, A. (1991). Eléments d'économie psychosomatique. *Psychologie*, 21(2), 41-50.

-Ait Sidhoum, A., Arar, F. & Si Moussi, A. (1991). Du fonctionnement mental des patients présentant une désorganisation somatique. Le cas de patients atteints de la maladie de Behcet. *Psychologie*, 21(2), 85-95.

- Ait Sidhoum, A. (1998a). La psychologie, le traumatisme, l'insécurité et la gestion de l'économie psychosomatique. *Psychologie*, 21(7), 3- 27.

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

-Abric, J-C. (1989). L'étude expérimentale des représentations sociales. In D, Jodelet. (Ed.). *Les représentations sociales*. Paris : PUF.

-Abric, J-C. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Cousset (Fribourg) Suisse : Del Val.

-Abric , J-C. (1994a). Les représentations sociales : aspects théoriques. In : J-C, Abric. (Ed.). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF.

-Abric , J-C. (1994b). Pratiques sociales, représentations sociales. In : J-C, Abric. (Ed.). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF.

-Abric, J-C. (1994c). Représentation de soi. In : J-C, Abric. (Ed.). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF.

- Abric , J-C. (2003). *Psychologie de communication théories et méthodes*. Paris : Armand Colin.

-Abric, J-C. (2007). La recherche du noyau central et la zone muette des représentations sociales. In J-C, Abric. (Ed.). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Paris : Erés.

-Adam, PH & Herzlich, C. (1994). *Sociologie de la maladie et de la Médecine*. Nathan : Paris.

-Aloupis, P. (2005). Blessure narcissique. In A, De Mijolla (Ed.). *Dictionnaire international de la psychanalyse : Concepts Notions, Biographiques, Œuvres, Événements*. (pp226-227). Paris : Hachette littératures.

- Angermeyer, M-C. (1992). Trop de stress ! –Comment des patients atteints de psychoses fonctionnelles se représentent les causes de leur maladie. In U. Flick. (Ed.). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie Théories subjectives et représentations sociales*. (pp. 143- 155). Paris : L'Harmattan.
- Aguilera, D-C. (1990). *Intervention en situation de crise*. Trad de l'américain par M.Zeghouani. Paris: Masson.
- Anzieu, D. (1976). Principaux phénomènes de groupe. In D, Anzieu. & JM Martin. (Ed.). *La dynamique des groupes restreints*. 5^{ème} ed. Paris : Presse universitaires de France.
- Anzieu, D. (1985). *Le moi peau*. Paris : Dunod.
- Anzieu, D. (1999). *Le groupe et l'inconscient*. Paris : Dunod.
- Aposdilis, T. (2007). Représentations sociales et triangulation : enjeux théorico-méthodologiques. In J-C, Abric. (Ed.). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Paris : Erés.
- Arar, F. (1991). Approche du fonctionnement mental d'un groupe de 21 malades présentant la maladie de Behcet, au moyen du T.A.T. *Société Algérienne de Recherche en Psychologie SARP*, 21(2), 69-83.
- Arezki, D. (2008). *La psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent au service des parents, -des enseignants*. Tizi-Ouzou : L'Odysée.
- Assoun, P-L. (1997). *Leçon psychanalytiques sur corps et symptôme climatique du corps*, tome01. Paris : Economica.
- Augem & Herzlich, C. (1984). *Le sens du mal-Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris : Editions des archives contemporaines.
- Baldouni, F. (2005). Comportement.et.maladie. In F, Baldouni. & G, Trombini (Ed.). *La psychosomatique, l'équilibre entre corps et esprit*. (trad de l'italien : J, Chemouni). Paris : Puf.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological review*, (8), 191 - 215.
- Bariaud F & Bourcet, C (1998.) L'estime De Soi A L'adolescence, In M. Bolognini & Y. Preteur (Eds.), *Estime de soi, perspectives développementales*, Lausanne : Delachaux & Niestlé,
- Bataille, PH. (2003). *Un cancer et la vie*. Paris : Balland.
- Beauvois, J-L, Joule, R-V & Monteil. (1987). *Perspectives cognitives et conduites sociales*. Cousset (Fribourg) Suisse : Del Val.
- Bee, H & Boyd, D. (2003). *Psychologie du développement (les âges de la vie)*. Paris : De Boeck.
- Benedetto, P. (2007). *Méthodologie pour psychologues*. Paris : De Boeck.
- Benhalla, N. (2013). *Expressions et caractéristiques de la névrose en Algérie*. Paris : L'Harmattan.
- Benhameurlaine, F-Z. (2013). Le coping chez les adolescents atteints de diabète (Le CHIP). *Association pour l'aide, la recherche et le perfectionnement en Psychologie SARP*, 21 (20), 45-61.
- Bergeret, J. (1979). *Abrégé de psychologie pathologie*. Paris : Masson.
- Berger, M. (2004). *Les troubles du développement cognitif : Approche thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : Dunod.

- Berjot, S & Delelis, G. (2005). *Psychologie sociale*. Paris : Dunod.
- Bertrand, M. (2005). Rationalisation. In A, De Mijolla. (Ed.). *Dictionnaire international de la psychanalyse : Concepts Notions, Biographiques, Œuvres, Événements*. Paris : Hachette littératures.
- Berry N , .(1987). *Le sentiment d'identité*. Begedis (France) : Rouen.
- Betaouaf, DJ & Cherif, H. (2013). L'image de soi chez la femme atteinte du cancer du sang. *Association pour l'aide, la recherche et le perfectionnement en Psychologie SARP, 21 (20)*, 63-76.
- Betaouaf, DJ & Cherif H,. (2015). Image de soi et représentations de la maladie : Etude comparative entre femmes atteintes du diabète et femmes atteintes de cancer du sang. In H, Cherif. (Ed.). *Représentations sociales et contextes culturels. Recueil scientifique et pédagogique*. Les publications de l'Université d'Oran PUO : Oran.
- Benedetto, P. (2007). *Méthodologie pour psychologues*. Paris : De Boeck.
- Bianci, H. (1990). *L'identité Psychosomatique : Une approche par la théorie générale des systèmes*. Paris : Aubier.
- Bideaud, J & Houde, O & Pedinielli, J-L. (1993). *L'homme en développement*. Paris: PUF.
- Bioy, A & Maquet, A. (2007). *Se former à la relation d'aide*. Paris : Dunod.
- Bonnet, D. (1990). Anthropologie et santé publique. In : D, Fassin & Y, Jaffré. (Eds.). *Sociétés, développement et santé*. Paris : Ellipses.
- Borten-Krivine. (2008). Cancer de l'utérus cancer de l'ovaire. In : M. Lachowsky & D. Winaver. (Eds). *Aspects psychosomatiques de la consultation en gynécologie*. Paris : Elsevier Masson.
- Bourgeois, D. (2004). *Comprendre et soigner les états-limites*. Paris : Dunod.
- Khayat D. (2003). *Les chemins de l'espoir*. Paris : Odil Jacob.
- Boltanski, E. (1977). *L'enfance handicapée*. Toulouse : Edouard Privat.
- Bouhas, F. (2014). Stratégies d'adaptions de l'enfant douloureux chronique : prise en charge de la dyade mère/enfant. In M, Mebtoul & L, Tenni. (Eds.). *Vivre le handicap et la maladie chronique, les trajectoires des patients et des familles*. (pp33- 48). Oran : GRAS.
- Bouata, Ch. (1998). Sexe, Genre, Identité sexuée. *Psychologie, 21(7)*, 127-139.
- Bourgeois, D. (2004). *Comprendre et soigner les états-limites*. Paris : Dunod.
- Boutefnouchet, M. (1982). *La famille Algérienne, Evolution et caractéristiques récentes*. Alger : SNED.
- Blaine, B. crocker, J. (1993) *Self Esteem serving biases in reaction to positive and negative events*, *Plenum Press*, New york, p 55 - 85.
- Brassac, CH. (2006). *La réception de GH Mead en psychologie sociale francophone réflexion sur le paradoxe*. Paris : Dunod.
- Brette, F. (2005). Traumatisme réel. In A, De Mijolla. (Ed.). *Dictionnaire international de la psychanalyse : Concepts Notions, Biographiques, Œuvres, Événements*. (pp1858- 1860). Paris : Hachette littératures.

- Bruchon-Schweitzer M. (1987). *Dimensionality of the body image : the body image image questionnaire*. Percept mot Skills.
- Bruchon-Schweitzer M. (1990). *Une psychologie du corps*. PUF : Paris.
- Bruchon-Schweitzer, M.& Quintard, B. (2001). *Personnalité et maladies : Stress, coping et ajustement*. Paris: Dunod.
- Bruchon-Schweitzer M. (2002). *Psychologie de la santé, Modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod.
- Buschini, F& Doise, W. (2008). Ancrages et rencontres dans la propagation d'une théorie. In B. Madiot & E. Lage & A. Arruda. (Eds). *Une approche engagée en psychologie sociale l'œuvre de Denise Jodelet*. (pp 13- 25) Paris : Erès.
- Calza, A & Contant, M. (2002). *Vivre & comprendre le symptôme psychosomatique*. Paris : Ellipses.
- Celerier, M-C. (2003). *Psychothérapie des troubles somatiques*. Paris: Dunod.
- Cerclé, A & Somat, A. (2002). *Psychologie sociale ; Cours et exercices*. Paris : Dunod.
- Chabert, C & Kaes, R & Lanouziere, J & Scniewind, A. (2005). *Figures de la dépression*. Paris : Dunod.
- Chabert, C. 2013. *Traité de psychologie de l'adulte, Narcissisme et dépression*. Paris : Dunod
- Chabrol, H & Callahan, S. (2004). *Mécanismes de défense et coping*. Paris : Dunod.
- Chauchard, P. (1980). *La maîtrise de soi psychophysiologie de la volonté*. Bruxelles : Pierre Mardaga.
- Chauchat, H. (1985). *L'enquête en psycho-sociologie*. Paris : PUF.
- Cherif H., (2015). Représentations sociales « Supposées » et construction de l'identité personnelle. In H, Cherif. (Ed.). *Représentations sociales et contextes culturels. Recueil scientifique et pédagogique*. Les publications de l'Université d'Oran PUO : Oran.
- Cherif , H. (2007) *Projet de vie et genre : Le cas des étudiants de l'université d'Oran* . In H, Cherif & PH, Monchaux. A. (Eds.). *adolescence Quels projets de vie?*. Alger: Amerdhil.
- Cherif , H. (2008). Rôle féminin et masculin dans le jeune couple ; Quels changement avec les femmes qui travaillent ? *Association pour l'aide, la recherche et le perfectionnement en Psychologie SARP*, 14 (20), 169-182.
- Choutri, F. (2001). Violences sociales : La question de l'accueil du traumatique. In : F, Choutri & J, Altounian & R, Kaes & Al. (Eds.). *Violence, trauma et mémoire*. Alger : Casbah.
- Cicccone A & Ferrant A. (2004). Réalité traumatique et « Travail de la honte ». In : B, Chouvier & R, Roussillon. (Eds.). *La réalité psychique : Psychanalyse, réel et trauma*. Paris :Dunod.
- Clément, C & Demont, E. (2013). *Les 20 grandes notions de la psychologie du développement*. Paris : Dunod.
- Compan , F. (2005). Sentiment d'infériorité (Psychologie individuelle). In A, De Mijolla. (Ed.). *Dictionnaire international de la psychanalyse : Concepts Notions, Biographiques, Œuvres, Evenements*. (pp 1646- 1647). Paris : Hachette littératures.
- Cornet, D. (2008). Désir d'enfant et infertilité. In : M, Lachowsky & D, Winaver. *Aspects psychosomatiques de la consultation en gynécologie*. Paris : Elsevier Masson.

- Cournut, J. (1998). Le sens après-coup. *Psychologie*, 21(7), 29-37.
- Cottraux, J. (1997). Dépressions « réactionnelles » : données cognitives et comportementales. In : T, Lemperière. (Eds). *Les dépressions réactionnelles*. Paris : Mason.
- Coslin P. (2002). *Psychologie de l'adolescent*. Armand Colin : Paris.
- Coopersmith, S. (1984). *Manuel de l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith*. Paris, ECPA, SEI.
- Clautier, R. (1996). *Psychologie de l'adolescence*. Moréal : Gaétan Marin éditeur.
- Criquillion-Doublé, S & Dubois, A-M & Foulon, CH & al. (2004). Les thérapies intégratives. In : B, Samuel-Lajeunesse & CH, Mirabel-Sarron & L, Vera & F, Mehran & al. (Eds.). *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*. Paris : Dunod.
- Crocq, L. (2007). Violence, victime et société. In L, Crocq & L, Dalligrant & L, Villerbu & al. (Eds.). *Traumatismes psychiques, prise en charge psychologique des victimes*. Paris : Elsevier-Masson.
- Dany L& Apostolidis T& Cannone P & Suarez –Diaz E & Filipetto F. (2009). *Image corporelle et cancer: Une analyse psychosociale*. Marseille : Université de Provence.
- De Ajuriaguerra, J. (1995). Ontogenèse des postures, Moi et l'Autre. In M, Dechaud-Ferbus & M-L, Roux & F, Sacco. (Eds.). *Les destins du corps*. Paris : Erès.
- De Balanda, A-B. (1999). Une approche psychosomatique du diabète. L'identité en souffrance. Paris : L'Harmattan
- Debray, R. (1983). L'équilibre psychosomatique organisation mentale des diabétiques. Paris : Bordas.
- Debray, R & Dejours, CH & Fédida, P. (2002). *Psychopathologie de l'expérience du corps*. Paris : Dunod.
- De Jauffrey.(1995). *La psychologie de l'enfant*. Belgique : Marabout.
- Deldime, R & Vermeulen, S. (2011). *Le développement psychologique de l'enfant*. Bruxelles : De Boeck.
- Deleau, M. & al. (2006). *Psychologie du développement*. Rosny Cedex : Bréal.
- De Oliveira, L-E-P. (2005). Castration du sujet. In A, De Mijolla. (Ed.). *Dictionnaire international de la psychanalyse : Concepts Notions, Biographiques, Œuvres, Événements*. (pp294- 295). Paris : Hachette littératures.
- De Mijolla, A. (2005). Identification. In A, De Mijolla. (Ed.). *Dictionnaire international de la psychanalyse : Concepts Notions, Biographiques, Œuvres, Événements*. Paris : Hachette littératures.
- De Mijolla- Millor, S. (2005). Deuil et mélancolie. In A. De Mijolla. (Ed.). *Dictionnaire international de la psychanalyse : Concepts Notions, Biographiques, Œuvres, Événements*. (pp 810-814). Paris : Hachette littératures.
- De Rosa, A-S. (2007). « Le réseau d'associations » Une technique pour détecter la nature, les contenus les indices de polarité, de neutralité et de stéréotype du champ sémantique liés aux représentations sociales. In J-C, Abric. (Ed.). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Paris : Erès.
- Des Fort, J. (2003). *Violences et corps des femmes du tiers-monde*. Alger : ANEP.
- Deschamps, D. (1997). *Psychanalyse et cancer*. Paris : L'Harmattan.
- Deutsch, H. (2004). *La psychologie des femmes, maternité*. Paris : PUF.
- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode*. Paris : Flammarion.

- Digneffe, F. (1993). *Socialisation et déviance. Les origines de la perspective interactionniste*. Paris : PUF.
- Doise, W. (1989). Attitudes et représentations sociales. In D, Jodelet. (Ed.). *Les représentations sociales*. Paris : PUF.
- Doise, W. (1987). Idées nouvelles et notions anciennes. In : J-L, Beauvois & R-V, Joule & J-M, Monteil. (Eds.). *Perceptives cognitives et conduite sociales*. Cousset (Frbourg) Suisse : Del Val.
- Doise, W. (1986). Les représentations sociales : définition d'un concept. In W. Doise & A. Palmonari (Eds.), *Textes de base en psychologie, l'étude des représentations sociales*. (pp- 81-94). Paris : Delachaux & Niestlé.
- Doise, W & Mugny, G. (1997). *Psychologie sociale et développement cognitif*. Paris : Armand Colin.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Seuil.
- Donabédian, D. (2012). *L'adolescent et son corps*. Paris : PUF.
- Droz, R & Rahmy, M. (1997). *Lire Piaget*. Genève : Pierre Mardaga.
- Espiné, M & Espiné, N. (2008). Cancer du sein. In : M, Lachowsky & D, Winaver. (Eds.). *Aspects psychosomatiques de la consultation en gynécologie*. Paris : Elsevier Masson.
- Famose, J-P. & Guerin, F. (2002). *La connaissance de soi en psychologie de l'éducation physique et du sport*. Paris : Armand Colin.
- Famose, J-P. (2002). Le concept de soi global. In : de J-P, Famose. & F, Guerin. (Eds.). *La connaissance de soi en psychologie de l'éducation physique et du sport*. Paris : Armand Colin.
- Farr, R-M. (1984). Les représentations sociales. In S, Moscovici. (Ed.). *Psychologie sociale*. Paris : Quadriage.
- Fassin, D. (1990). Maladie et médecines. In D. Fassin & Y. Jaffré. *Sociétés, développement et santé*. (pp38-47). Paris : Ellipses.
- Ferreri, M. (1997). Evénements de vie. In : T, Lemperrière (Ed.). *Les dépressions réactionnelles*. Paris : Masson.
- Fine, A. (2005). Psychosomatique. In A, De Mijolla. (Ed.): *Dictionnaire international de la psychanalyse : Concepts, Notions, Biographiques, Œuvres, Evénements*, (pp 1411- 1413). Paris : Hachette.
- Fischer S. (1988). *Life stress, control stratégie and thre risk of disease: Psychobiological model*. In S. Fischer & J. Reason (Eds), *Handbook of life stress cognitions and health*. New York: Wiley.
- Fischer. G-N, (1994). *Le ressort invisible. Vivre l'extreme*. Paris : Le Seuil.
- Fischer. G-N, (1997). *Psychologie sociale*. Paris : Le Seuil.
- Fischer, G-N. (2003). *Les Blessures psychiques la force de Revivre*. Paris : Odile Jacob
- Fischer, G-N. (2003). *Psychologie des violences sociales*. Paris : Dunod.
- Fischer, G-N. (2005). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris: Dunod.
- Fischer. G-N & Tarquino. C. (2006). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris : Dunod.
- Flament, C. (1989). Structure et dynamique des représentations sociales. In D, Jodelet. (Ed.). *Les représentations sociales*. Paris : PUF.

- Flament, C. (1994). Structure, dynamique et transformation des représentations sociales. In : J-C, Abric. (Ed.). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF.
- Flament, C. & Milland, L. (2007). Un effet Guttman dans l'analyse de représentations sociales. In J-C, Abric. (Ed.). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Paris : Erés.
- Flick, U. (1992). La perception quotidienne de la santé et de la maladie Aperçu général et introduction. In U. Flick. (Ed). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie Théories subjectives et représentations sociales*. (pp. 11- 33). Paris : L'Harmattan.
- Freud, F. (1921). *Essais de psychanalyse*. Trad française de : S, Jankelevitch. (2001). Paris : Payot.
- Freud, F. (1968). *Métapsychologie*. Trad de l'allemand par : J, Laplace & J-B, Pontalis. Paris : Gallimard.
- Froucht-Hirsch, H. (2005). *Le temps d'un cancer Chronique d'un médecin malade*. Paris : Espace Ethique.
- Fsian, H. (2005-2006), *Identité féminine-identité masculine-A-propos des relations hommes/femmes en Algérie*, Thèse de doctorat en psychologie. Faculté des sciences sociales, Université d'Oran.
- Fsian, H. (2012). *Maladie, souffrances et identité(s)*. In Actes de la journée d'étude *Sciences Sociales et Santé en Algérie : cinquante ans après*. (pp 53- 56). Université d'Oran et Unité de Recherche en Sciences Sociales et Santé (GRAS) : Oran.
- Gillieron, E. (1996). *Le premier entretien en psychothérapie*. Paris : Dunod.
- Giovannini. D & Ricci.Bitti P-E & Sarchielli. G & Speltini. G. (1986) *Psychologie et santé*. Trad française de : C. Rongione. & T , Monacelli. Bruxelles : Mardaga.
- Goldbeter-Merinfeld. (1998). Deuil et fantômes : In *Deuil et famille, le point de vue systémique*. Bruxelles : De Boeck.
- Golse, B. (2005). Interactions précoces. In A, De Mijolla. S/D : *Dictionnaire international de la psychanalyse : Concepts. Notions, Biographiques, Œuvres, Événements*, (pp867- 868). Paris : Hachette.
- Grimaldi, A. (2009). *L'hôpital malade et la rentabilité*. Paris: Fayard.
- Grinberg, L. (2005). Culpabilité (sentiment de -). In A De Mijolla. (Ed.). *Dictionnaire international de la psychanalyse : Concepts. Notions, Biographiques, Œuvres, Événements*, (pp408- 409). Paris : Hachette.
- Grize, J-C, (1989). Logique naturelle et représentations sociales. In D, Jodelet. (Ed.). *Les représentations sociales*. Paris : PUF.
- Gros, M. (1996). *Les maux de l'autre, la maladie comme objet anthropologique*. Paris : L'Harmattan.
- Guelfi, J-D. (1997). Troubles de la personnalité et dépression. In : T, Lemperière (Ed.). *Les dépressions réactionnelles*. Paris : Masson.
- Guenancia, P. (2009). *Le regard de la pensée. Philosophie de la représentation*. Paris : Puf.
- Gueniche, K. (2006). *Psychopathologie de l'enfant*. Paris : Armand Colin.
- Gruénais, M-E. (1990). Le malade et sa famille. In : D, Fassin & Y, Jaffré. (Eds.). *Sociétés, développement et santé*. Paris : Ellipses.
- Guerraoui, Z. (2010). Identité et interculturalité. In M. Khahloula (Ed.). *Identités, Culturalités, Institutions*. (pp17- 29). Oran : Dar El-Radouane.

- Gilliéron, E. (1996). *Le premier entretien en psychothérapie*. Paris : Dunod.
- Hanzak, E-A. (2008). *La dépression postnatale*. Trad en français : M, Maron & A, Coen. (2005). Bruxelles : De Beack & Larcier.
- Harré, R. (1989). Grammaire et lexiques, vecteur des représentations sociales. In D, Jodelet. (Ed.). *Les représentations sociales*. Paris : PUF.
- Harrison, TR. (1972). *Principes de médecine interne*. Paris : Flammarion.
- Hautekeete, M. (2004). Principes généraux des thérapies cognitives. In : B, Samuel-Lajeunesse & CH, Mirabel-Sarron & L, Vera & F, Mehran & al. (Eds.). *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*. Paris : Dunod.
- Haynal, A & Pasini, W & Archinard, M. (1997). *Médecine psychosomatique: Aperçus psychosociaux*. Paris: Masson.
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris : l'Ehess.
- Herzlich, C. (1970). *Médecine maladie et société*. Paris : Mouton.
- Herzlich, C. (1972). La représentation sociale. In S. Moscovici (Ed.), *Introduction à la psychologie sociale*. Paris : Librairie Larousse.
- Herzlich, C. (1986). Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social. In W. Doise & A. Palmonari (Eds.), *Textes de base en psychologie, l'étude des représentations sociales*. (pp- 151- 170). Paris : Delachaux & Niestlé.
- Herzlich, C. (1992). Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social. In U. Flick. (Ed.). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie Théories subjectives et représentations sociales*. (pp. 247- 357). Paris : L'Harmattan.
- Herzlich, C. (2005). *Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale*, 4^{ème} ed. Paris : l'Ehess.
- Hewstone, M. (1989). Représentations sociales et causalité. In D. Jodelet. (Ed.). *Les représentations sociales*. Paris : PUF.
- Holdergger, A. (2005). *Le suicide le conflit entre la vie et la mort*. Paris : Les éditions du CERF.
- Holland J.C., Rowland J.H. (1989). *Handbook of Psycho-Oncology. Psychological Care of the Patient with Cancer*. New York, Oxford : University Press.
- Israel, L. (1968). *Le médecin face au malade*. Bruxelles : Pierre Mardagua.
- Ikhlef, A. (1991). Psychology and plastic surgery. *Société Algérienne de Recherche en Psychologie SARP*, 21(4), 159-207.
- Jacobi, J. (1963). *C.G. Jung l'âme et la vie*. Trad française de R, Cahen & Y, Lelay. Paris : Buchet.
- Jeammet, PH., Reynaud, M. & Consoli, S.M. (1996). *Psychologie médicale*. Paris : Masson.
- Jaffré, Y. (1990). Education et santé. In : D, Fassin & Y, Jaffré. (Eds.). *Sociétés, développement et santé*. Paris : Ellipses.
- Jaffré, Y. (1990). Comprendre les mots des malades. In : D, Fassin & Y, Jaffré. (Eds.). *Sociétés, développement et santé*. (127- 199). Paris : Ellipses.

- Jodelet, D. (1984). Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie. In : S, Moscovici S/D. *Psychologie sociale*. Paris : Quadriage.
- Jodelet, D. (1986). Fou et folie dans un milieu rural français : une approche monographique. In W. Doise & A. Palmonari (Eds.), *Textes de base en psychologie, l'étude des représentations sociales*. (pp- 171- 192). Paris : Delachaux & Niestlé.
- Jodelet, D. (1989). Représentations sociales : Un domaine en expansion. In D, Jodelet. (Ed.). *Les représentations sociales*. Paris : PUF.
- Jodelet, D. (1992). Les représentations de la maladie mentale dans un milieu rural français : genèse, structure, fonction. In U. Flick. (Ed.). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie Théories subjectives et représentations sociales*. (pp. 321- 346). Paris : L'Harmattan
- Kaes, R. (1989). Psychanalyse et représentation sociale. In D, Jodelet. (Ed.). *Les représentations sociales*. Paris : PUF.
- Kaes, R & Bleger, J & Fornari, F & Al. (2000). *L'institution et les institutions: Etude psychanalytiques*. Paris : Dunod.
- Kaes, R. (2000). *L'appareil psychique groupal*. Paris : Dunod.
- Kaes, R. (2004). Introduction à l'analyse transitionnelle. In : R, Kaes & Al. (Eds.). *Crise, rupture et dépassement*. Paris: Dunod.
- Kaes, R. (2007). Ruptures catastrophiques et travail de la mémoire. In : F, Choutri & J, Altounian & R, Kaes & Al. (Eds.). *Violence, trauma et mémoire*. Alger : Casbah.
- Kernberg, O-F. (1989). *Les troubles graves de la personnalité : Stratégies psychothérapeutiques*. Paris : PUF.
- Khahloula, M. (2010). La « corporéité » entre organisme et culture : Le langage du corps. In M. Khahloula (Ed.). *Identités, Culturalités, Institutions*. (pp09.-16). Oran : Dar El-Radouane.
- Khiati, M. (1995). *Regard sur la santé*. Alger : Dahlab.
- Klein, M. (1966). Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés. In : M, Klein & S, Isaacs & P, Heimann & J, Rivière. (Eds.). *Développements de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Kubler-Ross, E. (1992). *La mort: dernière étape de la croissance*. Paris : Editions du Rocher.
- Konicheckis A. (2012). Subjectivation et sensorialité: Les embryons de sens. In D, Mellier & A, Ciccone & A, Konicheckis. (Eds.). *La vie psychique du bébé, Emergence et construction intersubjective*. Dunod : Paris.
- Kuchenhoff, J. (2006). Traumatisme, Conflit, Représentation. Traumatisme et conflit ? une opposition. *Revue française de la psychanalyse*, 2 Vol. (70), 553-570.
- Lachowsky, M & Winaver, D. (2008). Menopause. In : M, Lachowsky & D, Winaver. (Eds.). *Aspects psychosomatiques de la consultation en gynécologie*. Paris : Elsevier Masson.
- Lefevre, J. (2004). *Internat Mémoire, fiches de synthèse illustrées*. 3^{ème} ed. Paris : Vernazobres- Grego.
- Lahlou, S. (2007). L'exploration des représentations sociales à partir des dictionnaires. In J-C. Abric, (Ed.), *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Paris : Erés.

- La Planche, J & Pontalis, J-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Laval, V. (2002). *La psychologie de développement modèles et méthodes*. Paris : Armand Colin.
- Laval, V. (2004). *La psychologie de développement modèles et méthodes*. Paris : Armand Colin.
- Lavarde, M-A. (2008). *Guide méthodologique de la recherche en psychologie*. Paris : De Boeck.
- Legrand, B. (1990). *L'image de soi ou la communication réussie*. Paris: Ellises.
- Lajus, N. (2002). *La culpabilité*. Paris : Armand Colin.
- Lehalle, HE & Mellier, D. (2002). *Psychologie du développement, Enfance et adolescence, Cours et exercices*. Paris : Dunod.
- Lebigot, F. (2005). Le traumatisme psychique. In G. Vaiva, F. Lebigot, F. Ducrocq & M, Goudemand. (Eds.). *Psycho traumatismes: Prise en charge et traitements*. Paris : Masson.
- Le Bot, J-M. (2010). *Le lien social et la personne, pour une sociologie clinique*. Rennes Cedex : Presses Universitaires de Rennes.
- L'ecuyer, R. (1978). *Le concept de soi*. Paris : PUF.
- L'ecuyer, R. (1994). *Le développement du concept de soi de l'enfance à la vieillesse*. Montréal : Presse de l'université.
- Lieury, A. (2004). *Psychologie cognitive cours et exercices*. Paris : Dunod.
- Linhart, L, Rist, B & Durand, E. (2003). *Perte d'emploi perte de soi*. Paris : Erès.
- Lipiansky, E.M, Taboada-Leonetti, I & Vasquez, A. (1990). Introduction à la problématique de l'identité. In C. Camilleri & J. Kastersztein & E.M. Lipiansky & al., (Eds). *Stratégies identitaires*. (pp 07- 28). Paris : PUF.
- Le Guérinel, N. (1995). Image du corps-Schéma corporel- Moi corporel. In M. Dechaud-Ferbus, M-L. Roux & F. Sacco, (Eds.), *Les destins du corps*. Paris : Erès.
- Legrand, B. (1990). *L'image de soi ou la communication réussie*. Paris : Marketing.
- Lelord, F. (2004). L'analyse fonctionnelle. In B. Samuel-Lajeunesse, CH. Mirabel-Sarron, L. Vera, F. Mehran, & al. (Eds.). *Manuel de thérapie comportementale et cognitive* (pp. 61- 70). Paris : Dunod.
- Leyens, J-PH. (1983). *Sommes-nous tous des psychologues ?*. Bruxelles : Mardaga.
- Lévy, A. (1992). *Psychologie sociale textes fondamentaux anglais et américains*. Paris : Dunod.
- Leyens, J-P. (1979). *Psychologie sociale*. Bruxelles : Pierre Mardaga.
- Linhart, D, Rist, B & Durand, E. (2003). *Perte d'emploi, perte de soi : Sociologie clinique*. Saint-Agne : Editions Erès.
- Lipiansky, E-M. (2005). *Psychologie de l'identité : soi et le groupe*. Paris : Dumod.
- Lopez, G. (1998). Rappels théoriques. In G. Lopez, & A. Sabouraud-Séguin (Eds.), *Psychothérapie des victimes* (pp. 09- 29). Paris : Dunod.
- Lorenz, K. (1969). *L'agression une histoire naturelle du mal*. Trad française de V, Fritsch. Paris : Flammarion.
- Maidi, H. (2012). *Clinique du narcissisme, l'adolescent et son image*. Paris : Armand Colin.
- Mannoni, P. (s/d). *Les représentations sociales*. Pris : PUF.
- Malinowski, B. (1967). *La sexualité et sa répression dans les sociétés primitives*. Paris : Payot.
- Mareau, C. (2007-2008). *Réussir son 1^{er} cycle en psychologie*. Paris : Dyrama.
- Marti, P. (1990). *Psychosomatique de l'adulte, que sais-je*. Paris : Puf.
- Marcelli, D & Braconnier, A. (1988). *Psychopathologie de l'adolescent*. Paris : Masson.

- Marcelli, D & Cohen, D. (2009). *Enfance et psychopathologie*. Paris : Masson.
- Mardellat, R. (1994). Pratiques commerciales et représentations dans l'artisanat. In J-C. Abric, (Ed.), *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF.
- Martinot, D. (2002). *Le soi les approches psycho sociales*. Grenoble: Puf.
- Marx, E & Reich, M. (2009). *Croyances, idées reçues et représentations de la maladie cancéreuse*. Strasbourg : Springer-Verlag.
- Marzouk, M. (1994). Pratiques et croyances médicales en Algérie : Etude de quelques itinéraires. *Société Algérienne de Recherche en Psychologie SARP*, 21(4), 7-19.
- Mazet, PH. (2005). Mahler-Schonberger, Margaret. In A. De Mijolla, (Ed.), *Dictionnaire international de la psychanalyse : Concepts. Notions, Biographiques, Œuvres, Événements*, (pp1002- 1003). Paris : Hachette.
- Mehtoul, M. (2007). Sociologie des acteurs sociaux, ouvriers, médecins, patients. Oran : GRAS Ed.
- Meffre, PH. (2002). Image de soi. In A. De Mijolla, (Ed.), *Dictionnaire international de la psychanalyse : Concepts. Notions, Biographiques, Œuvres, Événements*, (pp830-831). Paris : Hachette.
- Michel, F-B. (1978). *Cancer à qui la faute ?*. Paris : Gallimard.
- Miles, M-B. (2003), Notre conception de l'analyse qualitative. In M-B. Miles. & M. Huberman, (Eds.), *Analyse des Données qualitative*. Trad en français par H-M. Rispal & J-J. Bonniol. Paris : de boeck.
- Millet, L. (2003). *La crise du milieu de la vie*. Paris : Masson.
- Mirabel-Sarron, CH & Daedennes, R. (2004). L'évaluation en thérapie comportementale et cognitive. In B. Samuel-Lajeunesse, CH. Mirabel-Sarron, L. Vera, F. Mehran, & al. (Eds.), *Manuel de thérapie comportementale et cognitive* (pp.71- 82). Paris : Dunod.
- Mirabel-Sarron, CH. (2004). Les thérapies comportementales et cognitives de dépression. In B. Samuel-Lajeunesse, CH. Mirabel-Sarron, L. Vera, F. Mehran, & al. (Eds.), *Manuel de thérapie comportementale et cognitive* (pp.141- 155). Paris : Dunod.
- Mirabel, V & Ferreri, M. (1997). Références théoriques psycho dynamiques et aspects de la prise en charge du deuil. In T. Lempérière (Ed.), *Les dépressions réactionnelles*. Paris : Masson.
- Mizikas, E. (2009). *Stérilité, infertilité*. Paris : Bérangel.
- Monteil, J-M. (1987). A propos du conflit sociocognitif. In J-L. Beauvois, R-V. Joule & J-M. Monteil, (Eds.), *Perceptives cognitives et conduite sociales*. Cousset (Frbourg) Suisse : Del Val.
- Morin, M. (1994). Entre représentations et pratique : le sida, la prévention et les jeunes. In : J-C, Abric. (Ed.). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF.
- Moulin, J-F & Boureau, F & Ferreri, M. (2004). La prise en charge de la douleur par la médecine comportementale. In B. Samuel-Lajeunesse, CH. Mirabel-Sarron, L. Vera, F. Mehran, & al. (Eds.), *Manuel de thérapie comportementale et cognitive* (pp.321- 330). Paris : Dunod.
- Morasz, L. (1999). *Le soignant face à la souffrance*. Paris : Dunod.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse son image et son public*. Paris : PUF.
- Moscovici, S. (1976). *Psychanalyse et son image et son public*. Paris : PUF.

- Moscovici, S. (1986). L'ère des représentations sociales. In W. Doise & A. Palmonari (Eds.), *Textes de base en psychologie, l'étude des représentations sociales*. (pp. 34- 80). Paris : Delachaux & Niestlé.
- Moscovici, S. (1989). Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire. In D. Jodelet, (Ed.), *Les représentations sociales*. Paris : PUF.
- Moscovici, S. (1990). *Psychologie sociale*. Paris : Puf.
- Moscovici, S. (1992). La mentalité prélogique de civilisés. In U. Flick. (Ed.). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie Théories subjectives et représentations sociales*. (pp. 293- 319). Paris : L'Harmattan
- Moscovici, S. (1994). *Psycho-sociale des relations à autrui*. Paris : Nathan.
- Moussa, F & Ouandelous, N. (2014). Approche familiale et trajectoire des patients : une incursion dans le mythe familial. In M. Mebtoul & L. Tennci, (Eds.), *Vivre le handicap et la maladie chronique, les trajectoires des patients et des familles*. Oran : GRAS.
- Moulin, M. (2005). *Féminités adolescentes, Itinéraire personnels et fabrication des identités sexuées*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Mucchielli, A. (2001). *La psychologie sociale*. Paris : Hachette.
- Mudd, P. (2005). Compensation (Psychologie analytique). In A. De Mijolla, (Ed.), *Dictionnaire international de la psychanalyse : Concepts, Notions, Biographiques, Œuvres, Événements*, (pp347-348). Paris : Hachette.
- Mugny, G & Perés, J. (1987). La constructivisme en psychologie sociale. In J-L. Beauvois, R-V. Joule & J-M. Monteil, (Eds.), *Perceptives cognitives et conduite sociales*. Cousset (Frbourg) Suisse : Del Val.
- Nassikas, K. (1982). Des asklepiades a Hippocrate. In A. Retel-Laurentin, (Ed.), *Etiologie et perception de la maladie*. Paris : L'Harmattan.
- Nuss, P. (1997). Clinique de la dépression réactionnelle. In T. Lemperière, (Ed.), *Les dépressions réactionnelles*. Paris : Masson.
- Nuttin, J. (1965). *La structure de la personnalité*. Paris : BUF.
- Ogden, J. (2004). *Psychologie de la santé*. Paris : Moatti.
- Oppenheim, D. (2000). *Le cancer à l'adolescence*. In C. Geissman & D. Houzel, (Eds.), *l'enfant, ses parents et le psychanalyste*, (pp700.-720). Paris : Boyard.
- Oppenheim, D. (2009). *Grandir avec un cancer*. Paris : De Boeck.
- Osterrieth, P-A. (2009). *Introduction à la psychologie de l'enfant*. Bruxelles : Groupe De Boeck.
- Painchaud, G & Montgrain, N. (2003). Limites et états-limites. In J. Bergeret & W. Reid, (Eds.), *Narcissisme et états limites*. Paris : Dunod.
- Pagés, R. (1987). L'intelligence entre conflit l'aminité. In J-L. Beauvois, R-V. Joule & J-M. Monteil. *Perceptives cognitives et conduite sociales*. (Eds.). Cousset (Frbourg) Suisse : Del Val.
- Palazzolo, J.(2007). *Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives*. Paris : Masson.
- Palmonari, A & Doise, W. (1986). Caractéristiques des représentations sociales. In W. Doise & A. Palmonari (Eds.), *Textes de base en psychologie, l'étude des représentations sociales*. (pp. 12- 33). Paris : Delachaux & Niestlé.

- Pedinielli, J-L & Fernandez, L. (2005). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Paris : Armand Colin.
- Poussin, G. (2004). *La fonction parentale*. 3ième Ed. Paris : Dunod.
- Rahaoui, S & Kahloula, M. (2006). *Psychologues cliniciens et jeunes violents*. Oran : Dar El Gharb.
- Razani, D & Delvaux, N. (1994). *Psycho-oncologie*. Paris: Masson.
- Retel Laurentin, A. (1987). *Etiologie et perception de la maladie : Dans les sociétés modernes et traditionnelles*. Paris : Harmattan.
- Ricaud, M-M. (2002). Régression bénigne/maligne. In A. De Mijolla, (Ed.), *Dictionnaire international de la psychanalyse : Concepts. Notions, Biographiques, Œuvres, Événements*, (pp1495-1497). Paris : Hachette.
- Richard, M-S. (2004). *Soigner la relation en fin de vie : Familles, malades, soignants*. Dunod : Paris.
- Robert, J. (1997). *Jeunes chômeurs et formation professionnelle, la rationalité mise en échec*. Paris : L'Harmattan.
- Rosenfeld, D . (2002). Image du corps. In A. De Mijolla, (Ed.), *Dictionnaire international de la psychanalyse : Concepts. Notions, Biographiques, Œuvres, Événements*, (pp831-832). Paris : Hachette.
- Ruszniewski, M. (2004). *Face à la maladie grave : Patients, familles, soignants*. Pratique médicale : Paris.
- Rogé, B & Chabrol, H. (2003). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Editions Belin.
- Roques, M. (2004). Pour une analyse psychosociale du chômage : synthèse et perspective. In P. Pansu & C. Louche, (Eds.), *La psychologie appliquée l'analyse de problèmes sociaux*. Paris : Press Universitaire de France (PUF).
- Roux, J-M. (2011). *Le corps : De Platon Jean-Luc Nancy*. Paris : Eyrolles.
- Rozier, J. (1984). *La santé enjeux humains approches chrétienne*. Paris : Ed Le Centurion.
- Samet, J-H, Afreedberg, K, Savetsky, J-B, Sullivan, L-M & Sien, M-D. (2001). *Understanding delay to medical care for HIV infection : The long-terme non-presenter*. Aids-Care.
- Sanchez-Maras, M & Licata, L. (2005). *L'autre regard psychosocial*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Schilder, P. (1968). *L'image du corps, étude des forces constructives de la psyché*. Trad française de F, Gantheret & P, Truffert. Paris : Gallimard.
- Sarthou-Lajus, N. (2002). *La culpabilité*. Paris : Armand-Colin.
- Seca, J-M. (2010). *Les représentations sociales*. Paris : Armand Colin.
- Seiffge-Krenke. (1993). Problèmes de santé et stratégies de coping à l'adolescence. In P. Tap & H. Malewska-Peyre, (Eds.), *Marginalités et troubles de la socialisation*. Paris : PUF.
- Semmache, M. (2014). *Mon expérience quotidienne de médecin rhumatologue*. Oran : Gras.
- Sillamy, N. (1996). *Larousse dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse.
- Si Moussi, A. (1991). Désorganisation somatiques et qualité du fonctionnement mental. *Société Algérienne de Recherche en Psychologie*, 21(2), 51-67.

- Singéry, J. (1994). Représentations sociales et projet de changement technologique en entreprise. In J-C. Abric, (Ed.), *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF.
- Spitz, R. (1957). *Le non et le oui la génèse et la communication humaine*. Trad française de : A-M, Roheblave-Spenle. (1994). Paris : PUF.
- Stiechen, R. (2003). *Dialectique du sujet et de l'individuel*. Belgique : Academia Bruylant.
- Semmache, M. (2014). *Mon expérience quotidienne de médecin rhumatologue*. Oran : Editions GRAS.
- Stoetzel, J. (1963). *La psychologie sociale*. Paris : Flammarion.
- Stoetzel, J. (1978). *La psychologie sociale*. Paris : Flammarion.
- Schweitzer, M-B. (2002). *Psychologie de santé, modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.
- Sperber, D. (1989). L'étude anthropologique des représentations : problèmes et perspectives. In D. Jodelet, (Ed.), *Les représentations sociales*. Paris : PUF.
- Tafani, E & Bellon, S. (2007). Etudes expérimentales de la dynamique des représentations sociales. In J-C. Abric, (Ed.), *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Paris : Erés.
- Tap, P. (1980). Introduction. In P. TAP (Ed.), *Identité individuelle et personnalisation*. Toulouse : Privat. Sciences de l'Homme.
- Tardif, C & Gepner, B. (2003). *L'autisme*. Paris : Nathan/VUEF.
- Tennici, L. (2014). Une mère face au cancer de son enfant récit d'une trajectoire. In M. Mebtoul & L. Tennici, (Eds.), *Vivre le handicap et la maladie chronique, les trajectoires des patients et des familles*, (pp95.- 108). Oran : GRAS.
- Thibierge, S. (1999). *Pathologie du corps, étude des troubles de la reconnaissance et de la nomination en psychopathologie*. Paris : PUF.
- Tap, P. & Tarquinio, C. & Sordes-Ader, F. (2002). Santé, Maladie et Identité. In G-N. Fischer (Eds.), *Traité de psychologie de la santé*. (pp135- 161). Paris : Dunod.
- Tap, P. (2004). Marquer sa différence. In C. Halpern & J-C-R. Borbalin. (Eds.), *Identité(s), L'individu le groupe, la société*. (pp. 57-60). Paris : Sciences Humaines.
- Thomas, R-M & Michel, C. (2005). *Théories du développement de l'enfant : Etude comparative*. Bruxelles : De Boeck.
- Toualbi, N-D. (1975). *La circoncision blessure narcissique*. Alger : S.N.E.D.
- Tourrette, C & Guidetti, M. (2002). *Introduction à la psychologie de développement du bébé à l'adolescent*. Paris : Armand Colin.
- Tousignant, M. (1992). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*. Paris : PUF.
- Trombini, G & Baldouni, F. (2005). *La psychosomatique, l'équilibre entre corps et esprit*. (trad de l'italien par J, Chemouni). Paris: Puf.
- Vallières, E-F & Vallerand, R-J. (1990). *Traduction et validation canadienne-Française de L'échelle de l'estime de soi de Rosenberg*. Canada : Université du Québec à Montréal.

- Vinsonneau, G. (2002). *L'identité culturelle*. Paris : Armand Colin.
- Viveros, M. (1990). La relation entre médecins et malades : Une enquête à Villeta, village colombien. In D. Fassin & J. Yannick, (Eds.), *Sociétés, développement et santé*. Paris : Ellipses.
- Vizziello, G-M-F. (2005). Carrence. In A. De Mijolla, (Ed.), *Dictionnaire international de la psychanalyse : Concepts, Notions, Biographiques, Œuvres, Événements*. (pp284.- 286). Paris : Hachette.
- Weinman, J & Figueiras, M-J. (2002). La perception de la santé et de la maladie. In G-N. Fischer. *Traité de psychologie de la santé*. (Ed). (pp 117- 133). Paris : Dunod.
- Windisch, U. (1989). Représentations sociales, sociologie et sociolinguistique. In D. Jodelet, (Ed.) *Les représentations sociales*. Paris : PUF.
- Yvonne, C. (1977). *Initiation à la psychologie sociale*. Paris : Armand colin.

الملاحق

1. دليل المقابلة.

2. مقياس روزنبارغ لتقدير الذات.

1. دليل المقابلة:

1-1. الأسئلة التي تدور حول صورة الذات وتمثلاتها:

-وينتا كان تشخيص المرض هذا؟ كيفاش حسيتي؟

*أي: متى كان تشخيص هذا المرض ؟ كيف شعرت؟

- واش تحكين الحالة على روحها ؟ شكون هي الحالة ج ؟

*أي: ماذا تحدثنا الحالة عن ذاتها ؟ من تكون الحالة ج ؟

-المرض هذا بدّلك ؟ ماراكيش كيما كنت ؟ علاش ؟

*أي: هل بدّلك المرض ؟ لماذا ؟

-علاش تحسّي روحك ناقصة ؟ مافهمتش ؟

*أي : لماذا تحسّين بالنقص ؟ لم أفهم وضّحي.

-علاش تحسيّ روحك تبدّلت؟ كيفاش؟ من أي ناحية؟

*أي: لماذا تحسّين نفسك تغيّرت؟ كيف ذلك؟ من اي ناحية؟

-أنت منارفا ؟ علاش ؟

*أي : هل أنت عدوانية ؟ لماذا؟

-فاوق وأنت منارفا؟ غي من المرض ولا ما قبل ما تمرّضي ؟

*أي : منذ متى وأنت عدوانية ؟ هل منذ ظهور المرض أم من قبل ؟

-علاش تتنارفاي خفا ؟ واش هي الحاجة لي تخليك تتنارفاي خفا؟

*أي : لماذا تتعصّبين سريعا ؟ ما هو الشيء الذي يسبّب لك العدوانية؟

1-2. الأسئلة التي تدور حول محور التمثلات الاجتماعية لسرطان الدم:

-كانت عندك فكرة على مرضك قبل ما تمرّضي بيه ؟ واش كنت تعرفي عليه ؟

*أي: هل كانت لديك فكرة عن هذا المرض من قبل ان تمرّضي به ؟ كيف كانت

تمثلاتك حول هذا المرض ؟ لماذا ؟

-شكون لي قالك بلي هذ المرض يكتل ؟

*أي: من قال لك بأنّه قاتل؟

-شكون حكاك عليه؟

*أي: من حكى لك عن المرض؟

-شكون لي علمك بلي عندك هدا المرض ؟ كيفاش كانت ردّة فعلك؟ علاش؟

*أي : من أعلمك بهذا المرض؟

-واش تخمي في أغلب الأوقات ؟ علاش تخمي دائما سلبيا؟

*أي : في أغلب الأوقات فيما تفكرين ؟

-هد المرض في نظرك يكتل؟ علاش واش سمعتي عليه؟ شكون قالك هاك؟

*أي: هذا المرض في نظرك هو قاتل؟ لماذا؟ ماذا سمعت عنه؟ من قال لك هكذا؟

-واش قالوك الناس لي تعرفيهم على السرطان؟ والناس لي مراض بيه واش راهم يقولو على

السرطان؟

*أي: ماذا قالوك الناس الذين تعرفينهم عن السرطان؟ والمصابين به ماذا يقولون عن

السرطان؟

-راكي ديرري على الناس واش يقولو على مرضك؟ مأمنتهم واش يهدرو على مرضك؟ ولا تشكي

بلي راهم يزيدو في الخطورة نتع مرضك؟

*أي: أنت تصدقين ماذا يقولون الناس على مرضك؟ هل تثقين فيما يقولون على مرضك أم

تشكين أنهم يبالغو في خطورة مرضك؟

1-3. الأسئلة التي تدور حول محور التمثلات الفردية لسرطان الدم:

-كيفاش تلقيتي خبر مرضك؟ شكون خبرك؟ كيفاش كانت ردة فعلك؟ علاش وضحي.

*أي: كيف تلقيتي خبر مرضك؟ من أخبرك؟ كيف كانت ردة فعلك؟ لماذا وضّحي.

-واش دارلك هذا المرض وكيفاش راك تحسّي بيه ؟

*أي : ماهي التغيرات التي تسبب لك فيها هذا المرض وكيف تحسّين به ؟

-كي عرفتني بلي راك مريضة بيه حوّستي تعرفي واش هو ؟

*أي : عندما أدركت أنك مصابة به هل حاولتي أن تعرفي ماهو ؟

-واش هو المرض نتاعك عرفيهلي ؟

*أي : عرفني لنا بالضبط ماهو المرض الذي تعانين منه ؟

-واش تعرفني على هذا المرض ؟

*أي : ماذا تعرفين عن هذا المرض ؟

- كيفاش صرالك كي عرفتني بالخبر ؟

*أي: ماذا كان ردّ فعلك عندما علمك بالتشخيص ؟

-على حسابك الطب وحده يكفي باش تريحني من مرضك؟

*أي: حسب رأيك هل الطبّ لوحده كافي كي تشفين من مرضك

-ما خممتيش في الأسباب لي وصلاتك لهذا المرض ؟ كيفاش ؟

*أي: هل فكرتني في الأسباب التي سببت لك هذا المرض؟ كيف ذلك؟

-واش يقولوك الأطباء على مرضك؟ والناس؟ شكون لي ديري عليه الأطباء ولا الناس؟

واش يقولو؟ علاش؟

*أي: ماذا يقولون الأطباء على مرضك؟ والناس؟ من تتقين في أقوالهم الأطباء أم الناس؟

ماذا يقولون؟ لماذا؟

-دايرا الثقة في الأطباء؟ عندك أمل في الشفاء من المرض؟

*أي: تتقين بالأطباء؟ عندك أمل في الشفاء من المرض؟

-واش راك في العلاج بالرقية ولا بالأعشاب؟ عنده نتيجة مليحة؟ خير من الطب؟ سبب

مرضك واش هو؟ راكي تعالجي بالرقية والأعشاب؟

*أي: ما هو رأيك في العلاج بالرقية أو بالأعشاب؟ هل عنده نتيجة ايجابية؟ أفضل من

الطب؟ ما سبب مرضك؟ هل تعالجين بالعلاجات البديلة هذه؟

1-4. الأسئلة التي تدور حول محور صورة الجسم:

-كيفاش راك تحسي بالجسم نتاعك درك؟ مافهمتش علاش؟

*أي: كيف تحسين أو تدركين لجسمك الان؟

-توري شعرك للناس؟ علاش؟

*أي: هل تظهرين شعرك للناس؟ لماذا؟

-وراجلك توريهله؟ علاش؟

*أي: وزوجك؟ لماذا؟

-كي راكي تشوفي جسمك يتبدل حكينا على احساسك؟

*أي: عندما ترين جسمك يتغير احكي لنا عن احساسك؟

-تبغي تقابلي الناس بزاف تبغي يزوروك؟ شكون تبغي يزورك؟ علاش هدو؟ والآخريين علاش متبغيش يشوفك؟

*أي: هل تحبين أن تقابلي الناس كثيرا، تحبين أن يزوروك؟ لماذا هؤلاء؟ والآخريين لماذا لا تحبين أن يروك؟

-جسمك راكي تقولي راه ضعيف وراه يتبدل، كيفاش هذا التبدل راكي تتعايشي معاه؟ كيفاش راه ياتر عليك؟

*أي: اناك تقولين ان جسمك ضعيف وانه يتغير، كيف تعيشين هذا التغير؟ كيف انه يؤثر عليك؟

-كي شعرك يطيح كيفاه تحسي؟ واش تقولي؟

*أي: عندما يحدث تساقط شعرك كيف تحسين؟ ماذا تقولين؟

1-5. الأسئلة التي تدور حول محور نظرة الآخر:

-المعاملة نتع زوجك تبدلت عليك ملي مرضتي ؟ كيفاش ؟

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

-والمعاملة نتع ختانك تحسّي بلي تبدلت عليك ؟

*أي : ومعاملة أسرة زوجك هل تغيرت عليك ؟

-كيفاش ماعلابلاكش بيهم ؟

*أي : كيف لا تبالين بهم ؟

-مع من تحكي المشاكل نتاعك ؟

*أي : مع من تتبادلين الحديث عن مشاكلك ؟

-كاين مواقف لي يزغفوك فيها أفرادك والعائلة نتاعك وخلاك تتتارفي منهم؟

*أي : هل يوجد مواقف يغضبونك فيها أولادك وعائلتك ويجعلونك عدوانية؟ ما هي؟

-تبغي تكوني وحدك؟

*أي: هل تحبذين البقاء لوحداك؟

-تبغي تحكي كترا مع مريض كيما نتيا؟ علاش؟

*أي : هل تحبين الكلام أكثر مع مريض مثلك؟ لماذا؟

-تدخلني الحمام؟ لماذا؟

*أي : هل تذهبين الى حمام عمومي؟ لماذا ؟

-نظرة الناس مثلا الشفقة تتارفيك ؟

*أي : هل نظرة الأخر مثلا الشفقة تجعلك عدوانية؟

-شكون لي تحسيه يبغيك ؟ علاش؟

*أي : من الذي تحسین بأنه یحبك ؟ لماذا؟

-شكون لي تحسيه ميبغيكش؟ علاش؟ فهميني.

*أي: -من الذي تحسین بأنه لا یحبك؟ لماذا؟ وضّحي.

-شكون من أفراد العائلة اللي تشوفي بلي عنده شخصية قوية و مميزة و تبغي تكون كيفه ؟

*أي : من من أفراد العائلة ترينه بأن لديه شخصية قوية ومميّزة وتحبين أن تكوني مثله؟

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

نتاعهم معاك ملي مرضتي ؟

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

معاملتهم معك منذ مرضك ؟

-صرالك وين كنت مريضة وفورصيتي على روحك باش تخدمي ménage ؟ علاش؟

*أي : هل وقع لك أنك كنت مريضة وأجهدي نفسك في القيام بالأعمال المنزلية؟ لماذا؟

-علاش متبغيش فاميلك خصوصا لي متبغيهمش يشوفو شعرك؟ واش يقولو؟ واش تحسي انت؟

*أي: لماذا لا تحبين أن أفراد عائلتك يرون شعرك خصوصا الذين لا تحبينهم؟ ماذا يقولون؟

ماذا تحسین أنت؟

-راك تضربي حساب للناس لخرين كي تقومي بكاش حاجة ولا كي تكون مريضة بزاف ؟

*أي: هل تقيمين حساب للآخر عندما تقومين بشيء ما أو عندما تكونين جدّ مريضة؟

-علاش متبغيش تقولي مرضك لكلّ الناس؟ فهميني.

*أي: لماذا لا تحبين أن تقولي مرضك لكلّ الناس؟ وضّحي.

1-6. الأسئلة التي تدور حول محور تقدير الذات:

-كيفاش شراكي تشوفي في روحك درك؟ وقبل مرضك؟ تبدّلتني؟ كيفاش؟

*أي: كيف تنظرين لذاتك الآن؟ وقبل مرضك؟ هل تغيّرتي؟ كيف؟

-كيفاش راكي تشوفي الناس يشوفو فيك؟ الشوفة نتاعهم تؤثّر فيك؟ كيفاش؟

*أي: كيف ترين الناس ينظرون اليك؟ هل نظرتهم تؤثّر فيك؟ كيف؟

-تفكري خطرات بلي وليتي ماتصلي لوالو؟ علاش؟

*أي: هل تفكرين أحيانا أنّك عديمة الجدوى؟ لماذا؟

-راكي راضي على روحك؟

*أي: هل انت راضية على نفسك؟

-تحسّي روحك امرأة ولا بنت عندك قيمة عند فاميلتك؟ وعند زوجك؟ وعند أولادك؟ وعند

صحاباتك؟ والديك؟ ختانك؟

*أي: هل تحسّين بأنك امرأة أو بنت عندك قيمة عند أقرائك؟ وعند زوجك؟ وعند أولادك؟ اخوتك؟

صديقاتك؟ والديك؟ عائلة زوجك؟

-تتمناي وكان الناس يحترموك أكثر؟ علاش؟ مرهمش يحترموك كيما راكي باغية؟

*أي: هل تتمنين لو كلّ الناس يحترمونك؟ لماذا؟ هم لا يحترمونك كما تحبين؟

-تشوفي روحك بنظرة ايجابية ولا سلبية؟

*أي: هل تتظرين لذاتك ايجابيا أم سلبيا؟

-واش لي يخصّ يتبدّل في حياتك باش ترضاي على روحك؟

*أي: ماذا يجب ان يتغيّر في حياتك كي ترضين على نفسك؟

-تحسّي بلي فيك صوالح وصفات شاببن تفتاخري بيهم وتعزري بيهم؟

*أي: هل تحسّين بأنّه لديك أشياء وصفات جيّدة تفتخرين بها وتعزّين بها؟

-المرأة واش يخصصها دير في دارها ولا دار والديها؟ واش يستناو منها دير؟ وبلا مادارتش كيفاش

يشوفو فيها؟ هكا راكي تحسي يشوفو فيك هما؟

*أي: المرأة أو البنت ماذا يجب أن تفعل في منزلها أو في منزل والديها؟ ماذا ينتظرون منها أن

تفعل؟ واذا لم تفعل كيف ينظرون اليها؟ هكذا تحسّينهم ينظرون اليك؟

-كي تقارني روحك كي كنت تخدمي صوالحك ودرك كي راكي مريضة متقدريش تقضي صوالحك

واش تحسي؟ كيفاش تقيمي ذاتك؟

*أي: عندما تقارنين نفسك كيف كنت تقومين بأعمالك والآن عندما مرضت لا تستطيعين القيام

بأعمالك ماذا تحسّين؟ كيف تقيمين ذاتك؟

1-7. الأسئلة التي تدور حول محور الدور والمكانة:

-راك تخمّلي و ديري ménage ؟ علاش ؟

* أي: هل تقومين بأعمالك المنزلية ؟ لماذا ؟

- حكيلي واش كنت ديري قبل المرض؟ ودرك كيش راك ؟ واش تبدّل؟

*أي: احكي لي عما كنت تقومين به من أعمال قبل مرضك؟ والآن كيف أنت؟ ماذا تغيّر؟

-كيما تخمليش وما ديريش أعمال البيت على خاطر انت عيانة ومريضة كيفاش تحسي روحك؟ تديرونجاي؟ حكينا علاش؟

*أي: عندما لا تقومين بأعمال البيت ما هو إحساسك؟ هل تتزعجين؟ لماذا؟ إحكي لنا؟

-كي تقدي في الدار ومديري والو ومتخرجيش ديري صوالحك برا وتتغيبي على خدمتك برا على خاطر تكوني مريضة، واش هو احساسك؟ فهمينا.

*أي: عندما تبفين في المنزل ولا تقومي بشيء ولا تخرجي لقضاء حوائجك و تتغيبين عن عملك خارجا بسبب أنك مريضة، ما هو احساسك؟ وضّحي.

-شكون يعاونك في شغل الدار؟

*أي: من يساعدك في أداء الأعمال المنزلية؟

-كيفاش تحسي روحك كي تشوفي أفراد العائلة يعاونوك؟

*أي: ما هو إحساسك وأنت ترين أفراد العائلة يساعدونك في إنجاز الأعمال المنزلية؟

-Est-ce que راك تحسّي بلي راك تقصّري في الوظائف نتاعك تجاه راجلك ولا تجاه أولادك ولا والديك؟

*أي: هل تحسين بأنك مقصرة في إتمام وظائفك تجاه زوجك أو تجاه أولادك أو تجاه والديك؟

-هل تؤثر نظرة الزوج فيك؟ déjà هدي النظرة راها إيجابية ولا سلبية؟ وكيف تؤثر فيك؟

*أي: هل تؤثر نظرة الزوج فيك ، وهل هي إيجابية أم سلبية ؟ وكيف تؤثر فيك ؟

-كي تشوفي أولادك ولا والديك يبكيو عليك ولا يشوفو فيك هاديك النظرة نتع الشفقة هل تؤثر فيك ؟ علاش؟

* أي: عندما تزين أولادك أو والديك سيكون عليك أو ينظرون إليك نظرة شفقة، هل تؤثر فيك ؟
لماذا ؟

- تحسّي بلي كاين ناس يكرهوك وراهم يستشفوا فيك لي وصلت لي لهذه الحالة؟ كيفاش عرفتي؟
واش قالوك؟

*أي: هل تحسي أنه يوجد ناس يكرهونك وإنهم يفرحون لأنك وصلت الى هذه الوضعية؟
لماذا؟ ماذا قالوا لك؟

-ملي مرضت تحسّي بلي كاين تغير في المكانة نتاعك كينت ولا كأمّ ولا كزوجة؟ علاش؟
وهذا الشيء يؤثر عليك؟ كيفاش؟

*أي: منذ مرضك هل تحسّن بأنّه يوجد تغير في مكانتك كينت أو كأمّ أو كزوجة؟ لماذا؟
وهذا الشيء يؤثر عليك؟ كيف ذلك؟

1-8. الأسئلة التي تدور حول محور تمثلات الذات:

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

*أي: ماهي مشاريعك المستقبلية التي تريدن تحقيقها؟ ماذا تتمنين كذلك ؟ لماذا لم تتحقق؟

-حكينا على Les souvenirs الملاح التي تتفكرهم ؟

*أي: احكي لنا عن ذكرياتك الجميلة التي حصلت لك والتي مازلت تتذكرينها حتى اليوم ؟

وينتا عرفتي بلي عندك هذا المرض ؟

-واش لي جاك صعب في هذه التجربة ؟ وعلاش هديك بدّات ؟

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

- راكي تشوفي روحك تريحي من المرض؟

*أي: هل أنت ترين أنك ستشفين من المرض؟

« Image de soi et représentations du cancer du sang chez des femmes Algériennes qui en sont atteintes »

Résumé :

Dans cette étude nous essayons de comprendre comment les représentations du cancer du sang influencent l'image de soi chez des femmes algériennes qui en sont atteintes et de comprendre comment elles représentent leur image de soi et comment elles la remettent en cause. Après avoir approfondi le coté théorique et entamé le terrain, nous avons formulé la problématique suivante : Les représentations du cancer du sang influencent négativement l'image de soi chez des femmes algériennes qui en sont atteintes, et les facteurs (constitutifs de la représentation) sociaux sont plus influents que les facteurs individuels et personnels. Cette étude a été réalisée au Centre hospitalo- Universitaire (CHU) d'Oran et de Tlemcen, sur 10 cas atteints du cancer du sang (célibataires, mariées, divorcées), leur âge varie entre 23 ans et 50 ans. Nous avons choisi l'approche clinique qui s'appuie sur l'étude de cas, nos outils de travail étaient l'observation, l'entretien et l'échelle de l'estime de soi de Rozenberg. Nous avons conclu que l'image de soi est influencée négativement davantage par les représentations sociales négatives de cette maladie partagées par les membres de la société : « le cancer a relation avec la mort », et par le regard négatif de l'autre renvoyé sur la malade. Nous avons conclu aussi que la défaillance du rôle de la malade (comme épouse, mère et belle fille) et l'altération de son image du corps (chute de cheveux, calvitie handicap et vulnérabilité) à cause de cette maladie, contribuent à l'ébranlement de son image de soi, à la dépression, aux sentiments de culpabilité et d'infériorité devant les yeux de l'autre, la malade pense que ce dernier lui renvoie une image négative (compassion, Dégoût, Péjoration, reproches, ironie...etc.). Tous ces facteurs sont contradictoires, complémentaires et enchevêtrés circulent dans les représentations des malades et favorisent la construction d'un nouveau soi vacillant et une estime de soi déviée vers le négatif. Ce résultat nous l'avons déduit après avoir analysé les entretiens et appliqué l'échelle de l'estime de soi de Rozenberg. Ces représentations individuelles sont paradoxales entre ce qui est scientifique (l'espoir) et ce qui est social (la mort), la dépendance de l'idée scientifique par la malade veut dire qu'elle déploie des stratégies de défense (coping) efficaces centrées sur le problème contrairement à celles qui sont centrées sur l'émotion négative (inefficacité) et qui dépendent des représentations sociales négatives.

.Mots clés : Image de soi, estime de soi, conscience de soi, l'identité, le rôle, le statut, représentations sociales, représentation individuelles, image du corps, cancer du sang, regard de l'autre.

Abstract : “ Self-image and representations of blood cancer in Algerian women’s infected with it”

We aim from this study to shed light on how blood cancer representations affect Algerian women’s self-image who have this disease and understand how they imagine themselves and reconsider it. After we went further into the theoretical heritage and be in the field, we have shaped the issue as follow:What is the effect of blood cancer on the change of the Algerian women’s self-image who has it and what are the most effecting factors on this change: is the latter mainly because of what is social or individual? And what are the strategic defenses taken by them?This research has been done in the university hospital of Oran and Tlemcen, 10 cases were takes aged between 23-50(single, married and divorced) affected by blood cancer. We have chosen the clinical approach based on case study, concerning our research means are Observation, interview and Rosenberg self esteem scale. We have concluded that self-image frustrated more because of negative social representation concerning this disease “cancer related to death” and because other’s negative view towards the patient. Moreover, we have noticed that the role imbalance of the patient (wife, mother and daughter) and her body’s transformation (hair loss, handicap and weakness) aggravates more the self-image due to her depression, guilty conscience and feelings of inferiority in front of others and because she imagines that negative views are pointed to her(compassion, disgust, contempt, heavy burden and etc) are all conflicting, integrating and overlapping factors in the patients representations contribute in shaping new-self concept and having a declining self esteem, that what we have concluded through our interviews and applying Rosenberg self esteem scale. These individual representations are conflicting between what is scientific (hope) and what is social (death). The reliance on the scientific idea means the patient relies on new effective strategic defense based on the problem not on the negative emotion which is fed by society negative representations.

Key words: Self-image, self esteem, self feeling, self, role, the position, social representations, individual representations, body’s image, blood cancer, other’s opinion.

“ صورة الذات وتمثلات سرطان الدم عند نساء جزائريات مصابات به ”

المخلص:

نهدف من هذه الدراسة إلى فهم كيف أنّ تمثلات سرطان الدم تؤثر على صورة الذات عند نساء جزائريات مصابات به وفهم كيف يتصورنّ ذاتهنّ وكيف يعدن النظر فيها. بعد تعمقنا في التراث النظري ودخولنا للميدان، قمنا بصياغة الإشكالية على النحو التالي: تمثلات سرطان الدم تؤثر سلبيا على صورة ذات نساء جزائريات مصابات به والعوامل (المكوّنة للتمثّل) الأكثر مساهمة في هذا التغيّر هي اجتماعية أكثر ممّا هي فردية وذاتية. أقيم هذا البحث في المركز الاستشفائي الجامعي في وهران وفي تلمسان، على 10 حالات مصابات بسرطان الدم (عازيات، متزوجات، مطلقات) تتراوح أعمارهم ما بين 23 سنة إلى 50 سنة. واختارنا المنهج العيادي الذي يركز على دراسة الحالة، أمّا أدواتنا البحثية فكانت تتمثّل في: الملاحظة، المقابلة، ومقياس تقدير الذات لروزنبارغ. توصلنا من خلال هذا العمل البحثي إلى أن صورة الذات تضطرب أكثر بسبب التمثلات الاجتماعية السلبية المشتركة بين أفراد المجتمع حول هذا المرض "السرطان مرتبط بالموت" وبسبب نظرة الأخر السلبية الموجهة إلى المريضة. كما توصلنا إلى استنتاج أنّ اختلال دور المريضة (كزوجة وأمّ وبنّت) وتغيّر صورة جسمها (تساقط الشعر الصلغ والإعاقة والضعف) بسبب هذا المرض أنّه يساهم في اضطراب صورة ذاتها واكتئابها وفي شعورها بالذنب وبالنقص أمام نظرات الأخر، هي تصوّر بأنّه يوجّه لها نظرة سلبية (شفقة، اشمئزاز، احتقار عتاب، سخريّة...الخ). كلّها عوامل متضاربة ومتكاملة ومتداخلة فيما بينها تدور في تمثلات المريضات وتساهم في تشكيل ذات جديدة مضطربة وبناء تقدير ذات منحدر في تجاه سلبي فهذا ما استنتجناه عند تحليلنا للمقابلات وتطبيقنا لمقياس تقدير الذات لروزنبارغ. هذه

التمثلات الفردية هي متضاربة بين ما هو علمي (الأمل) وما هو اجتماعي (الموت) والاعتماد على الفكرة العلمية هو يعني اعتماد المريضة على استراتيجيات مواجهة فعّالة متمركزة حول المشكل وليس حول الانفعال السلبي الذي يعتمد على تمثلات المجتمع السلبية.

الكلمات المفتاحية: صورة الذات، تقدير الذات، الشعور بالذات، الهوية، الدور، المكانة، التمثلات الاجتماعية، التمثلات الفردية، صورة الجسم، سرطان الدم، نظرة الآخر.

