

تقدير الذات لدى المصاب بالسرطان.

Self-esteem in cancer patients

* جلييلة بطواف

* جامعة احمد بن احمد وهران 2 (الجزائر)، djalila23@yahoo.fr

تاريخ الاستلام: 2024/10/26؛ تاريخ القبول: 2025/05/18

ملخص: هدفت هذه الدراسة إلى فهم كيف هو تقدير الذات لدى المصاب بالسرطان، اعتمدنا على المنهج العيادي الذي يركز على دراسة الحالة، أقيم هذا البحث في المركز الاستشفائي الجامعي في وهران وفي تلمسان، على 10 حالات مصابات بالسرطان (عازبات، متزوجات، مطلقات). وفي هذا المقال فضّلنا عرض حالة واحدة فقط، أمّا أدواتنا البحثية فكانت تتمثل في: الملاحظة، المقابلة، ومقياس تقدير الذات لروزنبارغ. توصلنا من خلال هذا العمل البحثي إلى أن تقدير الذات يضطرب أكثر بسبب التمثلات الاجتماعية السلبية المشتركة بين أفراد المجتمع حول هذا المرض "السرطان مرتبط بالموت"، بسبب نظرة الآخر السلبية الموجهة إلى المريضة، اختلال دورها (كزوجة وأم وبنت) وتغيّر صورة جسمها (تساقط الشعر الصلع والإعاقة والضعف) بسبب هذا المرض، الذي سبب اضطراب صورة ذاتها، اكتئابها وفي شعورها بالذنب وبالنقص أمام نظرات الآخر، هي تتصور بأنه يوجّه لها نظرة سلبية (شفقة، اشمئزاز احتقار عتاب، سخرية... الخ). كل هذه العوامل تساهم في تشكيل ذات جديدة مضطربة وتقدير ذات منحدر في تجاه سلبي.

الكلمات المفتاحية: تقدير ذات؛ صورة ذات؛ صورة جسم؛ سرطان؛ تمثلات.

Abstract: This study aimed to understand how the self-esteem of a person with cancer is. We relied on the clinical approach that is based on a case study. This research was conducted at the University Hospital Center in Oran and Tlemcen, on 10 cases of cancer patients (single, married, divorced). In this article, we preferred to present only one case, but our research tools were: observation, interview, and Rosenberg's self-esteem scale. Through this research work, we concluded that self-esteem is more disturbed due to the negative social representations shared by members of society about this disease "cancer is associated with death" and because of the negative view of the other towards the patient. We also came to the conclusion that the imbalance of the patient's role (as a wife, mother and daughter) And her body image changes (baldness, disability, and weakness) because of this disease. It contributes to the disorder of her self-image and depression, and to her feeling of guilt and inferiority in front of the eyes of others. She imagines that he gives her a negative view (pity, disgust, contempt, reproach, sarcasm...etc).

Keywords: Self-esteem; self-image; body image; cancer; representations.

1- مقدمة

نحن بصدد دراسة موضوع تقدير الذات لدى المصابة بالسرطان الذي هو في نظر المجتمع خطير ويرتبط بالموت وانحطاط الصحة أما في نظر الطب هو مرض كباقي الأمراض الأخرى إذا اكتشف في مراحله الأولى وإذا تطور عند المريض فيمكن علاجه والتقليل من حدته واذن ان الطب جهودهم وأفكارهم ودراساتهم حول موضوع السرطان هي أفكار توحى بالأمل عكس التمثلات الاجتماعية المتقاسمة بين أفراد المجتمع. فيا ترى كيف أنّ المصابة بالسرطان تقدر ذاتها وكيف تدركها وتفهمها، وكيف تتصورها خصوصاً وإنّما مصابة بمرض خطير في نظر المجتمع، أمّا في نظر المفهوم العلمي هو مرض قابل للمعالجة والمتابعة وفيه احتمالية الشفاء منه وخصوصاً إذا تمّ اكتشافه في مراحله المبكرة؟

ولهذا إشكاليتنا الرئيسية تتمثل فيما يلي:

هل تقدير ذات المصابة بالسرطان هو سلبي؟

أما عن فرضيتنا الرئيسية فهي كما يلي:

-تقدير ذات المصابة بالسرطان هو سلبي بسبب اختلال أدوارها وتغير صورة جسمها وتمثلاتها

السلبية.

إن 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 تهيم وتسيطر على التمثّلات الفردية للمريض المصاب بهذا المرض.

السرطان له تمثّلات اجتماعية سلبية قاسية فالمصاب بهذا المرض يجد نفسه عرضة لاستدخال وترسيخ هذه التمثّلات السلبية الاجتماعية، التي توجّه تقديره لذاته وتتحكّم في سلوكاته السلبية (البكاء والعداونية والصراع مع الآخرين ومع ذاتها)، إذ أنّنا منذ شروعا في العمل مع المصابات بالسرطان أول فكرة يقلنها بخصوص وضعيتهنّ هي: "لقد تغيّرت نحو الأسوأ، لست أنا، أصبحت عدوانية".

ما يشغل انتباهنا عند هذه الشريحة من المجتمع هو كيف يقدرن ذاتهن وكيف يعرّفنها انطلاقاً من جسدهنّ الجديد الذي فيه تغيّرات سلبية أثرت على أدوارهن كأمهات كزوجات كبنات كنساء؟ وكيف يتصورن ذاتهن عند الآخر؟ كيف ينظر إليهن؟ نظراته الموجهة إليهن؟ الآخر نقصد به: الوالدين، الزوج، الأولاد، الإخوة وخصوصاً أهل الزوج...الخ.

الدراسات العلمية في مجال تقدير الذات وفي مجال التمثّلات هي متعدّدة، وكلّ أهدافها تصبّ في معرفة كيفية تأثير هذه التمثّلات على الفرد في سلوكاته وصورة ذاته، أمّ هذه الدراسات نجد ; Jodelet, 1984 Abrie, 1994a ; Moscovici, 1976 وآخرون، أمّا في مجال تمثّلات سرطان الدمّ فإنّنا وجدنا دراسات -Ader, Tarquinio & Richar, 2004 Tap, Herzlich, 2005 ; Sordes, 2002 ; وآخرون، كلّهم يخرجون بنتيجة أنّ ثقل التمثّلات الاجتماعية هو العنصر المفتاحي

لمعاناة المرضى، فلماذا كل أنواع السرطانات هي متصورة اجتماعيا "مقترنة بالموت" وهي تؤثر سلبيا على المرضى المصابين بها؟

Tap و Tarquinio و Sordes -Ader (2002) بالنسبة لهم أنّ صورة الذات عند المصاب بالسرطان هي مضطربة بسبب تمثّلاته الاجتماعية السلبية وبسبب اختلال صورة جسمه، أمّا بالنسبة لكلّ من , Apostolidis , DanyCannone , Filipetto & Suarez-Diaz (2009) في دراستهم لتمثّلات السرطان عند المصابين به، فقاموا بمقارنة بين الرجال المصابين بالسرطان وبين النساء المصابين به، فتوصلوا إلى أنّ 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 بـ: "صورة الذات عند المرأة المصابة بسرطان الدم"، أين توصلنا في الأخير إلى أنّ 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 والخارجي. وسبب هذا الاضطراب وجدنا أنّه توجد عوامل متضاربة ومتّحدة فيما بينها أهمّها: التمثّلات الاجتماعية والنظرة السلبية المرسلة الى المريضة من قبل الآخر واختلال أدوارها.

1.1 - تقدير الذات:

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". وأمّا 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 الاجتماعي وعلم النفس العيادي، فهو مرتبط بالقدرات والأداء والأفعال وله علاقة بالخسارة أو الربح، وإنّ تفكير الذات الإيجابي له علاقة بسلوكيات الفرد التكيفية والإيجابية كالثقة بالذات والأداء الحسن والتفّؤل بالمستقبل الزاهر، والسند الاجتماعي والمواجهة الإيجابية للصعوبات، وبالمقابل وحسب Bourcet & Bariaud (1998) فتقدير الذات المنخفض عند الفرد يؤدّي به إلى اتجاهات سلبية: حزن، تشاؤم وعدم التفاعل بحل المشكل، التجنب، استسلام، إنكار، وعندما نتوقف عند أعمال Meyer (1986) و Pierrhumbert وآخرون (1998) فهم يتكلمون عن علاقة تجمع بين تقدير الذات الإيجابي وبين الربح 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 William Jeams والذي يعتبر من الأوائل الذين بحثوا في تقدير الذات (1892) وأعطى أهمية

للديناميكية: في كل ذات يوجد عدة زوات، فإن مصطلح تقدير الذات هو كذلك مصطلح يستدعي عدة أبعاد منها: الهوية، القدرة على الأداء الدور، النرجسية، الإبداع، المكانة، الآخر، صورة الجسم... الخ إن 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 مهم من أجل بناء هوية شخصية إيجابية" علما بأن في تيار علم النفس الاجتماعي إن الهوية الشخصية هي مرادف لمصطلح الذات (Fischer, 2005). التمتع بصحة جيدة والقدرة على الأداء وإنجاز الأدوار له تأثير إيجابي على تقدير الذات، وإن الإصابة بالمرض وتعطل الدور وتشوه صورة الذات أمام نظرات الآخر له تأثير سلبي على تقدير الذات، فهذه النتيجة استخلصوها عدة باحثين مثل Tap وآخرون.

تقدير الذات الإيجابي هو مرتبط بسلوكات أكثر تكيفية وأكثر إيجابية مثلاً نجاح الفرد في الدراسة قد يمنحه تقدير ذات مرتفع، أما فشله قد يمنحه عدم الرضا عن ذاته وتقدير ذات سلبي. باحثون آخرون اهتموا بمصطلح تقدير الذات ك Rosemberg (1965)، فهذا الباحث يوضح 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 سلوكات متكيفة مع الوضعية، ويمنح لصورة ذاته صورة إيجابية.

أما تقدير الذات السلبي حسب Coopersmith يحدث نتيجة عدم القدرة على التكيف، والتغير، فمثلاً عند مواجهته وضعية صعبة فإن سلوكه يكون غير متكيفاً 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 توجه سلوكات 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، فالفرد حين يقيم ذاته فإنه يستعين بنموذج معرفي يضم المعتقدات الاجتماعية والقيم، فمثلاً عندما يعتقد ويتصور الفرد بأنه جذاب وذكي واجتماعي ويلقى رضا من طرف محيطه 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 من طرف محيطه، ويقيم ذاته إيجابياً.

من خلال ما سبق ذكره نجد أنّ تقدير الذات المرتفع هو راجع لعدة عوامل متداخلة فيما بينها نفسية اجتماعية معرفية. الأفراد الذين يتمتعون بتقدير ذات مرتفع ومستمر قد يكونوا تعرّضوا سابقاً لفشل أو صدمة (فقدان الموضوع أو خداع) وبعدها تحدّوا 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).

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 بالاعتماد الذاتية هذه تبدأ منذ الطفولة خصوصاً في العلاقة الوجدانية مع الوالدين (Coslin, 2002) حب ومساندة الآباء تمنح للطفل الركيزة الأساسية للثقة، والتي تسمح للطفل بمواجهة المحيط الخارجي بكل ثقة.

أنّ تقدير الذات له علاقة كذلك 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، نظراً لأنّه يقارن جسده الحالي بجسد الآخر الذي يتمتّع بجسم سليم ويلاحظ الفرق الكبير بينهما ونظراً لأنّ الآخر يوجّه له نظرات بالنسبة له هي سلبية كالشفقة أو الازمئزاز... 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 اجتماعياً.

2-1 تقدير الذات لدى المصاب بالسرطان:

المرض هو المعاناة في حدّ ذاتها، تجعل المريض في وضعية ضعف ونقص في قدراته العادية، معاناة تجعل المريض يصاب في نرجسيته وفي انتمائه وفي كيانه وفي معاشه وسيرته ومحيطه. معاناة جاءت تتطفل في معاش المريض وتحدث له جرح وثغرة على مستوى هويته. (Morasz , 1999). المرض هو معرّف من قبل لوريش : " هو ما يضايق الرجال في أعمالهم العادية في الحياة وفي انشغالاتهم ، لكن خصوصاً أنّه يجعلهم يعانون" (Morasz , 1999, 62) انطلاقاً من هذا التعريف وتعريف باحثين آخرين وانطلاقاً من تجربتنا الميدانية يمكننا أن نقول، أنّ المرض قد يحدث إما قطيعة على مستوى انجاز الأدوار اليومية، أو انقطاع مؤقت عن الأعمال العادية، فمثلاً من بين الحالات التي تعاملنا معها نجد أنّ السرطان قد يسبب إعاقة جسدية، حيث يصبح المريض عاجز عن المشي ويتحرّك

بكرسي متحرك ويعاني من قطيعة على مستوى إتمام أدواره: كآب أو كأم وكبنت. إن انقطاع الشخص عن إتمام أدواره في المجتمع يسبب له معاناة على مستوى صورة ذاته، كما يؤثر سلباً على مستوى تقديره لذاته، لأن الدور هو عنصر فعال ومساهم في بناء صورة الذات. بالمناسبة حسب كل من: Rist, Linhart & Durant (2003) إن فقدان الوظيفة هو فقدان الذات، في حين Tap (2004) يؤكد أن تحقيق الذات لا يكون إلا عن طريق إتمام الدور الاجتماعي. علماً بأنه من بين المشاكل التي يعاني منها المرضى بالسرطان: مشكل اختلال دورهم ولا يقدرّون إتمام أدوارهم بانتظام، فينعكس هذا سلباً على مكانتهم الاجتماعية. فالمرأة كما تقول إحدى المريضات "هي شمعة الدار" وإذا تعطل دورها كأم أو كزوجة أو بنت، فهذا يؤثر سلباً على تقديرها لذاتها، كما يؤثر سلباً على مكانتها، لأن كل من الدور و المكانة هم غير منفصلين (Mareau , 2007-2008).

المريضة بالسرطان لها تمثيلات سلبية حول مكانتها، حسبها هذه المكانة هي مهددة بالطلاق والموت وعدم الإنجاب. فالسرطان يسبب العقم المؤقت. العقم بالنسبة للمرأة حسب Mizikas (2009)، هو يحطمها في كيانها ويسبب عدة أحاسيس سلبية ك: الحزن (Désolation)، الاكتئاب والنفوس، الدمار (Dévastation) الإحساس بالموت والفراغ والغياب. وهو مرادف الفقر وعدم الفعالية، عدم الفائدة، العجز، الجفاف (Aridité). "المرأة العقيمة (Infertile) تصبح غير معتبرة وتقلع من سيادتها (Destituée de sa souveraineté)"

القلق هو ضروري وأساسي في نفسية كل فرد ، حيث أن كل من القلق والانفعال والنفسية هم غير منفصلين في هذا الصدد يقول Legrand (1999، 25) : "في كل سلوكيات الأفراد يوجد انفعال (Arrière-fond) émotionnel"، بل إن انعدام القلق في حياة الفرد هو مقلق كما أن دوام ارتفاعه هو شيء مقلق ويؤدي بالفرد إلى شعوره بانخفاض تقديره لذاته وهذا هو الذي يعاني منه المرضى المصابين بالسرطان، بسبب تعطل دورهم الاجتماعي وتأثر مكانتهم الاجتماعية سلباً لأن: "الأدوار هم غير منفصلين عن المكانات" كما تقول Cherif (2007، 13).

عدة باحثين أثبتوا أن القلق المرتفع له علاقة ارتباطيه بانخفاض تقدير الذات كدراسة كل من: Von-Essen وآخرين ، 2000 ؛ Ljungman وآخرين ، 2000 ؛ Mu وآخرين ، 2002 ؛ Santacrocce ، 2002 ، مذكورين في : عبد الحميد أبو زيد، (2003) كل من Gonder-Frederik & Cox في 1992 مذكورين في: Bruchon-Schweitzer & Quintard (2001) قد وضّحوا أن القلق المستمر والغير المنتهي الذي يعاني منه المرضى المصابون بالمرض المزمن، يؤدي بهم إلى تغيرات في حالتهم الانفعالية والجسمية والمعرفية. أما بالنسبة ل Klein

(1966) إن القلق الاضطهادي يؤثر سلباً على سيروية نمو وتطور وبناء الطفل والأنا في هذه الحالة لا يستطيع المقاومة وهنا يظهر الميكانيزم الدفاعي الانشطار وحسبها إن الطفل الذي يقضي معظم أوقاته في الحيرة والقلق هو الذي تكون له القوات التدميرية "غرائز الموت" تسيطر و تهيمن على القوات البنائية "غرائز الحياة". الأمر الذي يلفت انتباهنا ويجعلنا نعتبر أن المصابين بالسرطان يعانون من قلق اضطهادي ويقضون معظم أوقاتهم في الحيرة والقلق أي إن غرائز الموت والعدائية والتوتر والحيرة هي تسيطر على غرائز الحياة لديهم.

إن المصابين بالسرطان هم عرضة للإصابة بالاكتئاب وحسب الفيلسوف والطبيب Galliem المذكور في: Trombini & Baldoni (2005). إن معظم النساء الذين يعانون من الانهيار والاكتئاب (La dépression et mélancolie) هنّ معرضن للإصابة بالأمراض الورمية وإصابتهن بالسرطان هي منتشرة عندهن أكثر من الأفراد الآخرين. Angel ، 1962 ، Grassi ؛ 1967 ، Biondi ؛ 1992 ، مذكورين في: Schweitzer (2002)، لقد اهتموا بالخصائص المشتركة التي يظهرها المرضى المصابون بـ: الباثولوجية الورمية من بين هذه الخصائص التي وجدوها هي اكتئابهم. في هذا الصدد يصرّح Freud (1968) أن 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. إذن الحداد والانهيار هما مصطلحين غير منفصلين يساهمان في: الانخفاض الغير العادي في الإحساس بتقدير الذات. "في الحداد والانهيار العالم يصبح فقير و خالي" يقول Freud (1968، 150). أمّا بالنسبة لـ: Winaver & Lachowsky (2008، 95) هما يقولان: "الاكتئاب هو معرّف مثل عدم التقويم (Dévalorisation)، إحساس بالحزن، وفقدان تقدير الذات". كذلك بالنسبة لـ: De Mijolla- Millor (2005) إن الشخص المصاب بالانهيار هو يتميّز بفقدان تقديره لذاته.

Guelfi (1997) يتكلّم في هذا المجال ويقول إن الشخص الذي يعاني من الاكتئاب يتميّز بإصابة تقدير ذاته نظراً لفقدانه مواضيع ويتميّز بعدم القدرة على المدح ولديه الشعور بالذنب والذي بدوره يزيد من اضطراب المزاج. عدّة دراسات تضع علاقة بين التجارب الصدمية مع اضطراب تقدير الذات ومع اضطرابات علائقية بالمحيط. بالمناسبة Andrews و Brown في 1993 مذكورين في: Guelfi (1997) لقد قاموا بدراسة عيّنة تتكوّن من 146 نساء وطبقوا عليهنّ مقياس تقدير الذات لـ: روزنبارغ وتوصلوا إلى وجود علاقة بين الاضطرابات العلائقية وبين تقدير ذات منخفض. Butler مذكور في: Guelfi (1997) بدوره قد قارن عند 205 طالبات اضطراب تقدير الذات وافترضوا أن انخفاض تقدير الذات قد يكون مؤشّر للاكتئاب.

عند الإصابة بالسرطان تشوّه صورة جسمها تبدو واضحة كتساقط شعرها وتغيّر لون البشرة... الخ تغيّرات جسمية سلبية كما أوضحنا سابقاً تزيد من معانات كلّ المريّضات، خصوصاً أنّها تؤثر على تقدير ذاتهن وعلى تحقيق ذاتهن وحسب Maquet & Bioy (2007) إنّ صورة الجسم هي التي تحدّد بطريقة كبيرة مصطلح تقدير الذات وتحقيق الذات.

نستنتج ممّا سبق أنّ القلق والاكتئاب الذي يعاني منه المريّض بسبب سرطان الدم وتعطّل دورهن (كأب، كأم، كزوجة و كبنت عروس) وانحطاط صحّتهن وتشوّه صورة جسمهن التي على أساسها يقابلوا بها الآخر والذي يتصوّرهن بأنّه ينظر إليهن نظرة سلبية (احتقار وشفقة وتبعية... الخ) عوامل تجعل من هؤلاء المريّض يعانون في صورة ذاتهم ويعانون من تقدير ذات منخفض غير الذي كان لديهم سابقاً. حسب جرجن في 1959 مذكور في: Abric (1987) إنّ تمثّل الذات يحدث بفضل مقارنة الفرد ذاته مع الآخر. دليل على أنّ تقدير الذات يدخل في تحديده الآخر الذي له دور مهمّ في الرفع منه أو في الإنقاص منه لذلك Abric (1987، 109) يصرّح: "الآخر هو الذي يسبّب لي الشعور بقيمتي...". لكن في حالة الإصابة بالسرطان و كما يصرّح كلّ من Tap، Tarquinio & Sordes-Ader (2002) عندما يقارن الفرد ذاته بالآخر ويجد أنّه يوجد فارق كبير بين الأنا الواقعي والأنا المثالي (الذي يتمتّع به الآخر) فإنّ تقدير ذاته قد ينخفض والعكس صحيح. المريضة بالسرطان هي في سيّرة مقارنة بين صورة ذاتها وبين صورة ذات الآخر الذي يتمتّع بالجمال والصحة الجيّدة، وبين صورة ذاتها السابقة قبل المرض. إذ كلّما كان الفارق كبيراً هنا وكلّما كان تمثّلها لذاتها سلبياً، فإنّ المعاناة تزيد والشعور بالنقص كذلك وتقدير الذات يتغيّر نحو السلبي، حياة الفرد هي عبارة عن سيّرة اتصالية متواصلة بين أفراد المجتمع وهذا ما يولد التفاعل الديناميكي الاجتماعي، هذه السيّرة التفاعلية والتي تبني صورة ذات الفرد.

يأتي المرض يتطلّع في حياة الفرد ويضطربها، المرض يظهر كقطيعة لذلك التوازن للصحة. فالمريض وأفراد المجتمع ينظرون أو يتصورون المرض بأنّه عبارة عن اعتداء من طرف سيّرة مرضية (pathogène) تطورت بسبب عوامل داخلية أو خارجية وسببت مرض في الجسم، وهذا الجسم المصاب يستخدم ميكانيزمات عضوية نفسية دفاعية. سواء كان المرض خطيراً أو مزمناً أو خفيفاً. من مميزات المرض الخطير عند الأفراد:

-تهديد مباشر للحياة.

-اضطرابات خطيرة على مستوى العضو.

-خطر الموت في المستقبل القريب.

وفي الواقع تجاهل الموت وعدم التفكير فيها هو طبيعي عند كل الأفراد، إن القوى البنائية: الحب في الحياة، الأمل، الحيوية، الفرح عندما تسيطر في النظام النفسي والمعرفي فإن صورة الذات تكون مستقرة وحيوية ولا تعاني. بالمقابل إذا استحوذت القوى التدميرية (سيطرت غرائز الموت) على النظام النفسي والمعرفي للفرد فإنه يكون عرضة للعنصرية والاكنتاب والملل والبكاء والمعاناة، خصائص نجدها بارزة عند المرضى المصابين بالمرض الخطير، لكن يبقى الموت هو آخر حل يتم التفكير فيه من قبلهم كونهم و كما يقول Pollak: "إنهم يقوموا بعمل الأمل" (In : Adam & Herzlich, 2002 , 19)

وعن الموت يقول Freud: "الشخص في أعماقه لا يؤمن بموته، أو الشيء الذي يبقى عنده في اللاشعور، كل واحد فينا هو مقتنع بعدم موته (immortalité)". (In : Fischer, 1997, 272). إننا بطريقة مباشرة أو غير مباشرة نتحاشى ونتجنب وضع تمثلات حول موتنا، وإننا لا نرى الموت إلا عند جثث الأموات.

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

2 - الطريقة والأدوات :

اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج العيادي الذي يركز على دراسة الحالة، اشتملت عينة بحثنا على عشر حالات مصابة بسرطان الدم واخترنا في هذا المقال عرض حالة واحدة فقط أنجزت في سنة 2018 بالمركز الاستشفائي الجامعي بوهان مصلحة أمراض الدم، قمنا بإجراء حوالي 12 إلى 15 مقابلة نصف موجهة، اعتمدنا على دليل المقابلة اشتملت محاوره على: صورة الذات، صورة الجسم، تقدير الذات، تمثلات السرطان، الدور والمكانة، نظرة الآخر. تزامنت المقابلات مع الاعتماد على الملاحظة وتطبيق مقياس تقدير الذات لروزنبارغ الذي قام بإعداده عام 1962 الهدف منه كان تقدير الذات لدى طلبة الثانويات والمدارس العليا ثم فيما بعد طور وتم استخدامه على الراشدين والمرضى، يعتبر من بين المقاييس الأكثر شهرة واستعمالا نظرا لأنه يتمتع بنسبة من الصدق والثبات كما له تناسق داخلي مقبول، هذا المقياس يضم عشرة بنود: 5 منها سلبية (2، 5، 6، 8، 9) و الأخرى ايجابية (1، 3، 4، 7، 10). وبالمناسبة أعيد حساب خصائصه السيكمترية والتأكد منها في كندا وتوصلوا الى معامل ثبات يبلغ 0.83 من طرف:

Vallerand & Vallieres في 1990

أما في الجزائر من طرف بوقسارة (2008) وآيت مولود (2012).

3- النتائج ومناقشتها:

المرض هو المعاناة في حد ذاتها، تجعل المريض في وضعية ضعف ونقص في قدراته العادية، معاناة تجعل المريض يصاب في نرجسيته وفي انتمائه وفي كيانه وفي معاشه وسيرته ومحيطه. معاناة جاءت تتطفل في معاش المريض وتحدث له جرح وثغرة على مستوى هويته (1999, Morasz). المرض هو معرف من قبل لوريش : " هو ما يضايق الرجال في أعمالهم العادية في الحياة وفي انشغالاتهم ، لكن خصوصا أنه يجعلهم يعانون" (Morasz , 1999, 62) انطلاقا من هذا التعريف وتعريف باحثين آخرين وانطلاقا من تجربتنا الميدانية يمكننا أن نقول، أن المرض قد يحدث إما قطيعة على مستوى انجاز الأدوار اليومية، أو انقطاع مؤقت عن الأعمال العادية، فمثلا من بين الحالات التي تعاملنا معها نجد أن السرطان قد يسبب إعاقة جسدية، حيث يصبح المريض عاجز عن المشي ويتحرك بكروسي متحرك ويعاني من قطيعة على مستوى إتمام أدواره: كأب أو كأم وكبنت. إن انقطاع الشخص عن إتمام أدواره في المجتمع يسبب له معاناة على مستوى صورة ذاته، كما يؤثر سلبا على مستوى تقديره لذاته، لأن الدور هو عنصر فعال ومساهم في بناء صورة الذات. بالمناسبة حسب كل من: Durant & Rist, Linhart (2003) إن فقدان الوظيفة هو فقدان الذات، في حين Tap (2004) يؤكد أن تحقيق الذات لا يكون إلا عن طريق إتمام الدور الاجتماعي. علما بأنه من بين المشاكل التي يعاني منها المرضى بالسرطان: مشكل اختلال دورهم ولا يقدر على إتمام أدوارهم بانتظام، فينعكس هذا سلبا على مكانتهم الاجتماعية. فالمرأة كما تقول إحدى المريضات "هي شمعة الدار" وإذا تعطل دورها كأم أو كزوجة أو بنت، فهذا يؤثر سلبا على تقديرها لذاتها، كما يؤثر سلبا على مكانتها، لأن كل من الدور والمكانة هم غير منفصلين (Mareau , 2007-2008).

المریضة بالسرطان لها تمثلات سلبية حول مكانتها، حسبها هذه المكانة هي مهددة بالطلاق والموت وعدم الإنجاب. فالسرطان يسبب العقم المؤقت. العقم بالنسبة للمرأة حسب Mizikas (2009)، هو يحطمها في كيانه ويسبب عدة أحاسيس سلبية ك: الحزن (Désolation)، الاكتئاب والقنوط، الدمار (Dévastation) الإحساس بالموت والفراغ والغياب. وهو مرادف الفقر وعدم الفعالية، عدم الفائدة، العجز، الجفاف (Aridité). "المرأة العقيمة (Infertile) تصبح غير معتبرة وتقلع من سيادتها (Destituée de sa souveraineté)"

القلق هو ضروري وأساسي في نفسية كل فرد ، حيث أن كل من القلق والانفعال والنفسية هم غير منفصلين في هذا الصدد يقول Legrand (1999, 25) : "في كل سلوكيات الأفراد يوجد انفعال (Arrière-fond émotionnel)« ، بل إن انعدام القلق في حياة الفرد هو مقلق كما أن دوام ارتفاعه هو شيء مقلق ويؤدي بالفرد إلى شعوره بانخفاض تقديره لذاته وهذا هو الذي يعاني منه المرضى المصابين بالسرطان، بسبب تعطل دورهم الاجتماعي وتأثر مكانتهم الاجتماعية سلبا لأن: "الأدوار هم غير منفصلين عن المكانات" كما تقول Cherif (2007, 13).

عدّة باحثين أثبتوا أنّ القلق المرتفع له علاقة ارتباطيه بانخفاض تقدير الذات كدراسة كلّ من: Von- Essen وآخرين ، 2000 ; Ljungman وآخرين ، 2000 ؛ Mu و آخرين ، 2002 ؛ Santacroe ، 2002 ، مذكورين في : عبد الحميد أبو زيد، (2003) كلّ من Gonder-Frederik & Cox في 1992 مذكورين في: Bruchon-Schweitzer & Quintard (2001) قد وضّحوا أنّ القلق المستمر والغير المنتهي الذي يعاني منه المرضى المصابون بالمرض المزمن، يؤدي بهم إلى تغيّرات في حالتهم الانفعالية والجسمية والمعرفية. أمّا بالنسبة ل Klein (1966) إن القلق الاضطهادي يؤثر سلبيا على سيروية نموّ وتطوّر وبناء الطفل والأنا في هذه الحالة لا يستطيع المقاومة وهنا يظهر الميكانيزم الدفاعي الانشطار وحسبها إن الطفل الذي يقضي معظم أوقاته في الحيرة والقلق هو الذي تكون له القوات التدميرية "غرائز الموت" تسيطر و تهيمن على القوات البنائية "غرائز الحياة". الأمر الذي يلفت انتباهنا ويجعلنا نعتبر أنّ المصابين بالسرطان يعانون من قلق اضطهادي ويقضون معظم أوقاتهم في الحيرة والقلق أي إن غرائز الموت والعداثية والتوتر والحيرة هي تسيطر على غرائز الحياة لديهم.

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

Guelfi (1997) يتكلّم في هذا المجال ويقول إن الشخص الذي يعاني من الاكتئاب يتميّز بإصابة تقدير ذاته نظرا لفقدانه مواضيع ويتميّز بعدم القدرة على المدح ولديه الشعور بالذنب والذي بدوره يزيد من اضطراب المزاج. عدّة دراسات تضع علاقة بين التجارب الصدمية مع اضطراب تقدير الذات ومع اضطرابات علائقية بالمحيط. بالمناسبة Andrews و Brown في 1993 مذكورين في: Guelfi (1997) لقد قاموا بدراسة عيّنة تتكوّن من 146 نساء وطبقوا عليهنّ مقياس تقدير الذات ل: روزنبارغ وتوصّلوا إلى وجود علاقة بين الاضطرابات العلائقية وبين تقدير ذات منخفض. Butler

مذكور في: Guelfi (1997) بدوره قد قارن عند 205 طالبات اضطراب تقدير الذات وافترضوا أن انخفاض تقدير الذات قد يكون مؤشراً للاكتئاب.

عند الإصابة بالسرطان تشوّه صورة جسمها تبدو واضحة كتساقط شعرها وتغيّر لون البشرة... الخ تغيرات جسمية سلبية كما أوضحنا سابقاً تزيد من معانات كلّ المريضات، خصوصاً أنها تؤثر على تقدير ذاتهن وعلى تحقيق ذاتهن وحسب Maquet & Bioy (2007) إن صورة الجسم هي التي تحدّد بطريقة كبيرة مصطلح تقدير الذات وتحقيق الذات.

نستنتج ممّا سبق أنّ القلق والاكتئاب الذي يعاني منه المرضى بسبب سرطان الدم وتعطّل دورهن (كأب، كأم، كزوجة و كبنت عروس) وانحطاط صحّتهن وتشوّه صورة جسمهن التي على أساسها يقابلوا بها الآخر والذي يتصوّرون بأنّه ينظر إليهن نظرة سلبية (احتقار وشفقة وتبعية... الخ) عوامل تجعل من هؤلاء المرضى يعانون في صورة ذاتهم ويعانون من تقدير ذات منخفض غير الذي كان لديهم سابقاً. حسب جرجن في 1959 مذكور في: Abrie (1987) إن تمثّل الذات يحدث بفضل مقارنة الفرد ذاته مع الآخر. دليل على أنّ تقدير الذات يدخل في تحديده الآخر الذي له دور مهمّ في الرفع منه أو في الإنقاص منه لذلك Abrie (1987، 109) يصرّح: "الآخر هو الذي يسبّب لي الشعور بقيمتي...". لكن في حالة الإصابة بالسرطان و كما يصرّح كلّ من Tap، Tarquinio & Sordes-Ader (2002) عندما يقارن الفرد ذاته بالآخر ويجد أنّه يوجد فارق كبير بين الأنا الواقعي والأنا المثالي (الذي يتمتّع به الآخر) فإنّ تقدير ذاته قد ينخفض والعكس صحيح. المريضة بالسرطان هي في سيروية مقارنة بين صورة ذاتها وبين صورة ذات الآخر الذي يتمتّع بالجمال والصحة الجيدة، وبين صورة ذاتها السابقة قبل المرض. إذ كلّما كان الفارق كبيراً هنا وكلّما كان تمثّلها لذاتها سلبياً، فإنّ المعاناة تزيد والشعور بالنقص كذلك وتقدير الذات يتغيّر نحو السلبي، حياة الفرد هي عبارة عن سيروية اتصالية متواصلة بين أفراد المجتمع وهذا ما يولد التفاعل الديناميكي الاجتماعي، هذه السيروية التفاعلية والتي تبني صورة ذات الفرد.

يأتي المرض يتطّلع في حياة الفرد ويضطربها، المرض يظهر كقطيعة لذلك التوازن للصحة. فالمريض وأفراد المجتمع ينظرون أو يتصوّرون المرض بأنه عبارة عن اعتداء من طرف سيروية مرضية (pathogène) تطورت بسبب عوامل داخلية أو خارجية وسبّبت مرض في الجسم، وهذا الجسم المصاب يستخدم ميكانيزمات عضوية نفسية دفاعية. سواء كان المرض خطيراً أو مزمناً أو خفيفاً. من مميزات المرض الخطير عند الأفراد:

- تهديد مباشر للحياة.
- اضطرابات خطيرة على مستوى العضو.
- خطر الموت في المستقبل القريب.

وفي الواقع تجاهل الموت وعدم التفكير فيها هو طبيعي عند كل الأفراد، إن القوى البنائية: الحب في الحياة، الأمل، الحيوية، الفرح عندما تسيطر في النظام النفسي والمعرفي فإنّ صورة الذات تكون

مستقرة وحيوية ولا تعاني. بالمقابل إذا استحوذت القوى التدميرية (سيطرت غرائز الموت) على النظام النفسي والمعرفي للفرد فأنه يكون عرضة للعدائية والاكتئاب والملل والبكاء والمعاناة، خصائص نجدها بارزة عند المرضى المصابين بالمرض الخطير، لكن يبقى الموت هو آخر حل يتم التفكير فيه من قبلهم كونهم و كما يقول Pollak : "إنهم يقوموا بعمل الأمل" , In : Adam & Herzlich, 2002 , (19)

وعن الموت يقول Freud: "الشخص في أعماقه لا يؤمن بموته، أو الشيء الذي يبقى عنده في اللاشعور، كل واحد فينا هو مقتنع بعدم موته (immortalité)" (In : Fischer, 1997, 272). إننا بطريقة مباشرة أو غير مباشرة نتحاشى ونتجنب وضع تمثلات حول موتنا، وإننا لا نرى الموت إلا عند جثث الأموات. إذن المرض المزمن والمرض الخطير يؤثر على المصاب به ب: الضعف (dégradation) والانحطاط على مستوى الجسم وهذا ما قد يظهر المخطط الجسمي مشوها. المريض يعتبر مرضه حدث مفزع (bouleversent) وغريب ولا يصدق. فهو يتطفل ويدخل حياته ويسبب له تغيير على مستوى علاقاته الاجتماعية، وتغير على مستوى الدور الذي يشغله في الأسرة وفي المجتمع، وقد يشكل له هذا التغيير قطيعة عنيفة ومفاجئة على مستوى حياته. أما الدرجات التي تحصلنا عليها من خلال تطبيق هذا المقياس على المصابات بسرطان الدم، فهي تتراوح بين 21 إلى 29 درجة وهي عموما متوسطة أو أقل من المتوسطة وهذا يعكس أن تقدير ذاتهن هو ما بين المتوسط والمنخفض.

3-1 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 الميولوم (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 إختوها فهم 3 أولاد و 4 بنات وحسب فاطمة أن إختوها وأخواتها لم يساعدها في المحنة التي تمر بها لا يأتون لرؤيتها ومواساتها، موقفهم هذا يؤثر فيها بشدة. ما لاحظناه في هذه الحالة كثرت انتكاساتها ودخلها للمستشفى عدة مرّات، فيبدو لنا هذا راجع لمعاناة فاطمة من زوجها ومحيطها فهي تعيش في مناخ تسوده علاقات مضطربة مع الآخر. الحالة هي غنية بالمعلومات لم نجد صعوبة في التعامل معها مقارنة بحالات أخرى. فمنذ المقابلة الأولى شرعت فاطمة في التصريح عن معاناتها المتواصلة.

في هذه المناقشة سنناقش الحالة فاطمة من خلال تصريحاتها في المقابلات ومن خلال الملاحظات و مقياس تقدير الذات لروزنبارغ الذي طبقناه عليها

3-1-1 اختلال الدور والإحساس بالنقص عند فاطمة:

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) تقليدياً لأداء أعمالها المنزلية اليومية. الأم هي معرفة قبل كل شيء بأنها تمنح الحياة ، تلد وتتمتع السلالة (La descendance) لزوجها وتلعب دوراً مزدوجاً أولاً تجاه عائلة زوجها وثانياً تجاه أطفالها. (Boutefnouchet, 1982).

فاطمة توضح لنا في خطاباتها بأنها قبل إصابتها بالمرض كانت نشيطة وتقوم بجميع أعمالها المنزلية مثلاً كقولها: "كنت نبغي كل حاجة في بلاصها ، قلبي حار على الخدمة، propre، كان عندي وسواس ننع ménage.... أي : "كنت أحب كل شيء في مكانه، كنت متطلّبة، قلبي منشغل بالنظافة، كان عندي وسواس...". ظهر المرض جعلها لا تؤدّي واجباتها بانتظام، وأحياناً لا تتممها كلياً عند انتكاستها المتكررة "الحاجة لي كرهتني في حياتي هي ما عنديش أمّ تعاوني... plus المرض!" أي: "الشيء الذي ملّ حياتي وأضجرتني إضافة للمرض هو ليس عندي أمّ تساعدني..."، "أولادي ما لقيتشي لي يرفدهم لي يوكلمهم لي يغسلهم... أي:" لم أجد أحدا يقف بجانب أبنائي، يطعمهم، يغسل لهم...". ، : "fois des نفورسي على روحي ونخدم الصوالح ونطيّب وأنا عيّانة" ، أي : "أحياناً أجهد نفسي فوق طاقتي وأنظف وأطبخ وأنا مريضة"

تصريحات تعبّر عن معاناة فاطمة وعن تأثرها بالمرض الذي يجعلها تعيد النظر في صورة ذاتها وتشعر بالنقص. دورها كأم ترعى أبنائها تخدمهم وتطعمهم تعطلّ، دورها كزوجة تعطلّ : برودة جنسية ولا تهتمّ بزوجها، إذ أنها دائماً بحاجة إلى الآخر ليساعدها في إنجاز أعمالها اليومية. هذا المشكل يؤثّر سلباً على شعورها بذاتها وعلى تقديرها لذاتها نظراً لأنّ هذا الأخير هو عنصر مساهم في بناء الشعور بالذات حسب Stoetzel (1978). "الزوج يبغي المرأة لي تطيب... المرأة الشمعة نتع الدّار" أي: "الزوج يحبّ المرأة التي تطبخ... المرأة هي شمعة المنزل" ، "واحد صحيح ما شي كيما واحد مريض" أي : "شخص متعافي ليس مثل شخص مريض".

3-1-2 تمثلات المرض عند فاطمة:

فاطمة كباقى المرضى لديها تمثلات بخصوص مرضها، هي تتصوّر بأنّه مرتبط بالموت و المصاب به مآله انحطاط الصحة والموت ولا يبقى نفس الشخص بل يتغيّر نحو الأسوأ ويشعر بالنقص

"واحد صحيح مشي كيما واحد مريض، المرض بيدلك، تحسّي روحك ناقصة" أي "الشخص المعافى ليس كالشخص المريض، المرض بيدلك، تحسّين بأنك ناقصة". بسبب هذه التمثّلات السلبية فاطمة هي تتخبّط في صراعات ومعاناة غير منتهية. بخصوص نظرة الآخر هي تتصوّر أنّ زوجها يراها بنظرة نقص واحتقار، ضفّ إلى هذا هو حقاً هو يشاجرهما و يوجّه لها كلام جارح أنت يليقك غي مطرح وتمرضي" أي "أنت مايليق بك هو مداومة الفراش والمرض"، "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 وإذا لم تشفين سأتروّج لا أبقي هكذا"، "خطرارت نوصلو للطلاق" أي: "أحياناً نصل إلى الطلاق"، "في داري مشي هانية غي يخليني ترونكيل" أي "في منزلي وأنا خائفة، مما أريده هو أن يتركني الزوج بسلام"، "الطبيبة قالت لي أنت لي بيك هو الهّم مشي المرض" أي: "الطبيبة قالت لي أنت سبب انتكاستك هي المشاكل والصراعات ليس المرض". "كي نبكي ما نبكيش قدام أولادي ولا راجلي... نبكي بوحدي"، أي: "عندما أبكي، لا أبكي أمام أولادي ولا أمام زوجي... أبكي بمفردتي".

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 خطاباتاتها لا تتكلّم كثيراً عن تشوّه جسمها بسبب العلاج الكيميائي، إنّ جلّ خطاباتاتها هي التكلّم عن المرض والمناخ العائلي المضطرب بسبب المرض وعدم القيام بأدوارها.

3-1-3 صورة الجسم، الاكتئاب وتقدير الذات :

الجسد كان معرّفاً 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) كـ "تبرج (Attifé)، تصنع وتكلّف (Apprêté) ومنتظم (Discipliné)، يظهر في الطّروف الاجتماعية... واللباس هو مؤشر على الذّكاء يقف به الفرد أمام الجمهور". المرض سبّب لجسم فاطمة الاختفاء من الجمهور، سبّب لها إخفاء شعرها الذي تساقط كي لا يراها الآخر، جعلها ترتدي الجلباب كي تخفي جسدها وتتجنّب نظرات الآخر. جسمها الذي كان متصنّعاً وجميلاً أصبح نحيفاً، مسمراً وغير منتظم وضعيف وحتّى على المستوى المعرفي العقلي فاطمة تعرف تراجعاً في قدراتها المعرفية: النسيان وعدم الانتباه. كما أصبحت سريعة الانفعال: الغضب، العدائية، حسّاسة سريعة البكاء. الفرد هو ظاهرة معقّدة تتفاعل مع المجتمع ومركّبة من جسد ونفس وعقل. إذا 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 الكل؟" مذكور في : Nassikas (1982، 157).

فاطمة أصيب جسدها بتساقط الشعر والصلع، النحافة، عدم الوقوف أو المشي لمدة طويلة، تلون لون البشرة... الخ لهذا أنّ قدراتها المعرفية هي تتدهور : هي تنسى لا تركز عديمة الانتباه وكثيرة السهو والتفكير في مرضها.

بسبب هذا التغير الجسمي إن نفسية فاطمة غير مستقرة مضطربة: بكاء عدوانية واكتئاب، ممّا يجعلنا نستنتج أنّ فاطمة بسبب تشوّه صورة جسمها إن صورة ذاتها هي مضطربة، إنها 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* بدلت كل شيء في حياتي توشاتني *vie a*" أي: "المرض بدّل كل شيء في حياتي، أثّرت عليا...".

"تكوني في صفة تولي في صفة أخرى *corps étranger*" 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 إن الشخصية هي بناء مركّب وإذا حدث خلل على مستوى هذا البناء، فأنّه 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 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 Chabert, Kaes, Lanouziere & Schniewind (2005) إن المريض في وضعيته الاكتئابية هو مصاب في نرجسيته ويشعر بالذنب والحياء ويعاتب ذاته. هذه الإحساسات السلبية نلاحظها ونجدها متوقّرة في الخطابات السابقة لفاطمة. حسب فرويد مذكور في: (Chabert, Kaes & Lanouziere, Schniewind 2005) الشعور بالحياء عند المرأة هو مرتبط بشعورها بالنقص من جسمها والذي يستمر كندبة (Cicatrice) نرجسية مع آثار هامة: الإحساس بالنقص، احتقار لجسدها.

يمكننا أن نقول أن نظراً لأن المرأة قد تعيش بعض المشاكل في طفولتها وتستمر في العيش فيما بعد في مشاكل أخرى، فإن وضعيتها ستتفاقم نحو الأسوأ. حالة فاطمة عاشت في الحرمان العاطفي، إضافة إلى إصابتها بالمرض وعيشها في مناخ عائلي مضطرب وتشوّه جسمها، فهي تشعر بالنقص ولديها شقاق بين الأنا والأنا المثالي وتشوّه جسمها والذي يشكّل لها جرح نرجسي وهذا له علاقة بالاكتئاب كما يؤكد كلّ من Chabert وKaes وLanouziere&Schniewind (2005). ممّا يجعلنا نستنتج أنّ الحالة فعلاً تعاني من الاكتئاب. 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 تأكدنا أنّ تقدير ذات فاطمة هو في تغيّر وانخفاض، بسبب كلّ العوامل المذكورة سابقاً. هذا ما يجعلنا نؤكد أن صورة ذات فاطمة هي مضطربة وهي تعيش في سيروية إعادة بناء ذات جديدة تعاني.

الجدول التالي يبيّن نتائج تطبيق اختبار تقدير الذات لروزنبارغ على الحالة:

البنود	العبارات الموجبة					العبارات السالبة					المجموع
	1	3	2	4	7	10	2	5	6	8	9
البدائل	3	3	2	3	2	2	2	2	2	1	2
											22

من خلال هذه النتائج يمكننا أن نجيب على اشكاليّتنا ونقول ان تقدير ذات المريضة بالسرطان هو سلبي منخفض. أما عن فرضيتنا التي تنص على: تقدير ذات المصابة بالسرطان هو سلبي بسبب اختلال أدوارها وتغيّر صورة جسمها وتمثّلاتها السلبية. فهي قد تحققت لنا.

4- الخلاصة:

بناءً على النتائج التي تحصلنا عليها من تحليل المقابلات وتأويلها باعتمادنا على التراث النظري والمنهج العيادي الذي يركّز على دراسة الحالة وتطبيقنا لاختبار روزنبارغ لتقدير الذات، تبين لنا أن المرضى المصابين بالسرطان يعانون في تقدير ذاتهم بسبب عدّة عوامل أهمّها المناخ العائلي المضطرب وتمثّلاتهم السلبية حول المرض "مرتبط بالموت" وحول نظرة الآخر نظراً لتشوّه صورة جسمهم بسبب المرض ونظراً لتعطّل أدوارهم الاجتماعية وتهديد مكانتهم بالطلاق والانحطاط والموت. استطاعت فاطمة أن تتكيف مع الوضعية المرضية، تقبلت فكرة أنها مريضة بالسرطان، ولكن إنّ ما يبدو لها صعباً في هذه التجربة المرضية هو متى الشفاء؟ حسب Oppenheim (2000) المصاب بالسرطان قد يتقبّل التشخيص إنّما يبدو له صعباً في هذه التجربة المرضية هو سؤاله الغير منتهي متى الشفاء؟ المرض يغيّر عدّة أمور في حياة المريض أهمّها الصراع مع الزوج أو الزوجة ونظراتهم الموجهة له المتمثلة في الشفقة أحياناً السخرية والاحتقار، الإحساس بعدم استمراريته في الحياة. مظهره

الجسمي أصبح نحيفا وضعيف أو مصاب بالصلع، عدم قيامه بأدواره يساهم في إحساسه بالنقص وعدم تقديره لذاته، لأن إتمام الأدوار بانتظام بوسعه أن ينمي الإحساس بتقدير الذات الإيجابي، وبالتالي يساهم في تكوين صورة ذات جيدة (Bee & Boyd, 2003)

5-المراجع:

- آيت مولود، ي. (2012). تقدير الذات وعلاقته بظهور السلوك العدواني عند النساء المتأخرات في سن الزواج. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة مولود معمري تيزي وزو. الجزائر.
- بوقصارة، م. (2008). الدافع للإنجاز مركز الضبط تقدير الذات والانجاز الأكاديمي لدى تلاميذة 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.
- عبد الحميد أبو زيد، م. (2003). علم النفس الطفل قلق الأطفال. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- Abric, J-C. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Cousset(Fribourg) Suisse : Del Val.
- 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 : Erès.
- Adam, PH & Herzlich, C. (1994). *Sociologie de la maladie et de la Médecine*. Nathan : Paris.
- 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,
- Berry N , (1987). *Le sentiment d'identité*. Begedis(France) : Rouen.
- Bee, H & Boyd, D. (2003). *Psychologie du développement (les âges de la vie)*. Paris : De Boeck.
- Bioy, A & Maquet, A. (2007). *Se former à la relation d'aide*. 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.

- 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.
- Chabert, C & Kaes, R & Lanouziere, J & Scniewind, A. (2005). *Figures de la dépression*. Paris : Dunod.
- 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.
- 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.
- Dany L& Apostolidis T& Cannone P & Suarez -Diaz E & Filipetto F. (2009). *Image corporelle et cancer: Une analyse psychosociale*. Marseille : Université de Provence.
- 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.
- 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.
- Jodelet, D. (1989). Représentations sociales : Un domaine en expansion. In D, Jodelet. (Ed.). *Les représentations sociales*. Paris : PUF.
- 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.
- Lachowsky, M & Winaver, D. (2008). Menopause. In : M, Lachowsky & D, Winaver. (Eds.). *Aspects psychosomatiques de la consultation en gynécologie*. Paris : Elsevier Masson.
- Legrand, B. (1990). *L'image de soi ou la communication réussie*. Paris : Marketing.

- Linhart, L, Rist, B & Durand, E. (2003). *Perte d'emploi perte de soi*. Paris : Erès.
- Mareau, C. (2007-2008). *Réussir son 1^{er} cycle en psychologie*. Paris : Dyrama.
- Marx, E & Reich, M. (2009). *Croyances, idées reçues et représentations de la maladie cancéreuse*. Strasbourg : Springer-Verlag.
- Mizikas, E. (2009). *Stérilité, infertilité*. Paris : Bérangel.
- Moscovici, S. (1976). *Psychanalyse et son image et son public*. Paris : PUF.
- Morasz, L. (1999). *Le soignant face à la souffrance*. Paris : Dunod.
- Nassikas, K. (1982). Des asklepiades a Hippocrate. In A. Retel-Laurentin, (Ed.), *Etiologie et perception de la maladie*. Paris : L'Harmattan.
- Nuttin, J. (1965). *La structure de la personnalité*. Paris : BUF.
- 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. –
- Trombini, G & Baldouni, F. (2005). *La psychosomatique, l'équilibre entre corps et esprit*. (trad de l'italien par J, Chemouni). Paris: Puf.
- Stoetzel, J. (1978). *La psychologie sociale*. Paris : Flammarion.
- Schweitzer, M-B. (2002). *Psychologie de santé, modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.
- Roux, J-M. (2011). *Le corps : De Platon Jean-Luc Nancy*. Paris : Eyrolles.