



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة فرحات عباس - سطيف  
الجزائر

مذكرة

مقدمة بكلية الآداب والعلوم الاجتماعية  
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا  
لنيل شهادة  
الماجستير

في علم النفس العيادي

من طرف الطالبة  
سهام الكاهنة شراين

الموضوع

اهمة نفسية في دراسة ما قبل الحداد عند والدي الطفل  
المصاب بسرطان في مرحلته النهائية

دراسة عيادية لثلاث حالات (والد و والدتان)

بتاريخ ..... أمام اللجنة المكونة من:

رئيسا	جامعة قسنطينة	الأستاذ الدكتور عبد الحميد كربوش
مشرفا	جامعة سطيف	الأستاذ الدكتور محمد الصغير شرفي
مناقشا	جامعة بسكرة	الأستاذ الدكتور نصر الدين جابر
مناقشا	جامعة سطيف	الدكتور صلاح الدين تيغليت

# بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ وَ عَلَّمَ آدَمَ الْأَسْمَاءَ كُلَّهَا ثُمَّ عَرَضَهُ عَلَى الْمَلَائِكَةِ فَقَالَ  
أَنْبِئُونِي بِأَسْمَاءِ هَؤُلَاءِ إِنْ كُنْتُمْ صَادِقِينَ ﴾ قالوا سُبْحَانَكَ لَا  
عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ ﴿

«صدق الله العظيم»

# دعاء

اللهم إذا أعطيتنا نجاحا فلا تأخذ تواضعنا

وإذا أعطيتنا تواضعا فلا تأخذ اعتزازنا.

يا رب لا تدعنا نصاب بالغرور إذا نجحنا ولا باليأس إذا فشلنا.

اجعلنا اللهم من الذين إذا أعطوا شكروا

وإذا أوذوا فيك صبروا، وإذا أذنبوا استغفروا

وإذا تقلبت بهم الأيام اعتبروا.

آمين يا رب العالمين

# كلمة شكر

الحمد لله الواحد الأحد والفضل للذي خلق السموات والأرض بلا عمد ورزق الرزق ولم ينس أحدا، له الحمد حتى يرضى وله الحمد إذا رضي وله الحمد بعد الرضا.

نشكره سبحانه وتعالى على أن أمدنا بالقوة لإنهاء هذا العمل.

إلى كل قلب يخفق للكلمات، إلى كل الساعين في طريق العلم والمجد إلى الأستاذ "محمد الصغير شرفي" حروف من ذهب بمعاني الامتنان والاحترام، جعلك الله نبراسا للعلم وشعاعا للفكر وحفظك للدروب والأجيال منيرا.

ولا ننسى الأساتذة الكرام أعضاء لجنة المناقشة الذين لبوا دعوتنا واستجابوا لطلبنا بتواضع وإقبال.

إلى كل من شد علينا صغيرة فأكبر بصنيعه قيمة العلم في وجداننا. إلى كل من دفع بنا في طريق الجد وأرشد خطواتنا صوب المعرفة... أساتذتنا الأعزاء.

وإلى كل من كان له فضل علينا.

مقدمة ..... أ

## الفصل التمهيدي: إشكالية الدراسة

- 1- الإشكالية..... 01
- 2- فرضيات الدراسة..... 04
- 3- أهداف الدراسة..... 04
- 4- دوافع الدراسة..... 04
- 5- ملخص لدراسات سابقة..... 05

## الجانب النظري

### الفصل الأول: أبعاد الحداد

- تمهيد..... 12
- 1- مفهوم الحداد..... 13
- 2- الحداد في علم النفس..... 14
- 3- عمل الحداد..... 15
- 1-3. تعريفه..... 15
- 2-3. مراحلها..... 16
- 4- تعقيدات الحداد..... 25
- 1-4. الحداد المعقد..... 26

- 29..... 2-4. الحداد المرضي
- 32..... 5- العوامل المحددة للحداد
- 33..... 1-5. العلاقة بالشخص المتوفى
- 35..... 2-5. الجنس
- 35..... 3-5. السن
- 37..... 4-5. طبيعة الموت
- 41..... 6- خصوصية الحداد في المجتمع الإسلامي
- 43..... 7- العلاقة بين الموت، الحداد والصدمة
- 44..... 8- الجدول العيادي للصدمة وعرضية الحداد
- 46..... خلاصة

## الفصل الثاني: مفاهيم أساسية حول السرطان

- 47..... تمهيد
- 48..... 1- التناول الطبي لمرض السرطان
- 48..... 1-1. تشخيص السرطان
- 48..... 2-1. إيبيديمولوجية مرض السرطان
- 50..... 3-1. العلاج الطبي للسرطان
- 52..... 2- سرطان الطفولة
- 52..... 1-2. التشخيص المبكر لسرطان الطفل
- 53..... 2-2. الأنواع الرئيسية لسرطان الطفولة
- 54..... 3-2. حق الطفل في معرفة واقع مرضه

- 55..... 3- التناول النفسي لمرض السرطان
- 55..... 3-1. ردود الفعل الأولية
- 56..... 3-2. التقييم النفسي لمرضى السرطان
- 57..... 3-3. الاضطرابات النفسية المرتبطة بمرض السرطان
- 58..... 3-4. التكفل النفسي بمرضى السرطان
- 59..... 3-5. نماذج المقارنة العلاجية النفسية لمرضى السرطان
- 61..... خلاصة

## الدراسة الميدانية

### المبحث الأول: الإطار المنهجي

- 62..... 1- المنهج المتبع
- 62..... 2- الأدوات المستخدمة
- 64..... 3- تقديم مكان وجود الحالات
- 64..... 4- دراسة استطلاعية

### المبحث الثاني: عرض الحالات

- 65..... الحالة الأولى
- 66..... 1- ملخص المقابلات
- 69..... 2- تحليل المقابلات
- 71..... الحالة الثانية
- 72..... 1- ملخص المقابلات
- 75..... 2- تحليل المقابلات



77.....	الحالة الثالثة.....
78.....	1- ملخص المقابلات.....
81.....	2- تحليل المقابلات.....
83.....	خاتمة.....
84.....	قائمة المراجع.....



يقول الله سبحانه و تعالى: ﴿ كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ ثُمَّ إِلَيْنَا تُرْجَعُونَ ﴾ (العنكبوت، الآية 57).

ينشأ كل فرد وفق يقين بأن حياته تطوي على سلسلة متواصلة من علاقات الارتباط ثم الانفصال، وهو بذلك مؤهل فطريا أو لاشعوريا في الأساس للتكيف مع تلك المواقف المؤثرة في حياته من خلال ما يعرف بـ"عمل الحداد"، هذا الذي يهدف إلى فك الارتباط عن موضوع الحب المفقود (نعني بالفقدان هنا الموت) وإعادة الاستثمار في علاقات جديدة. إنما يظل تحقيق الأمر أكثر تعقيدا مما يبدو نظرا لتشابك بعض العوامل ذات الأهمية البالغة؛ فاخترنا منها طبيعة الموت والتي تتميز بالوقوع العميق على شخصية الفرد المؤسس للحداد إذا اكتست طابعا مفاجئا و عنيفا (الانتحار، الاغتتيال، الكوارث، حوادث المرور...).

لكن فيم تتجلى خصوصية الاستجابات السابقة للحداد أمام حدث الموت المتوقع؟ تساؤل أثار فضولنا العلمي وحملانا على تقديم هذا البحث كمساهمة في الكشف عن بُعد الاستعداد النفسي لفقدان طفل محكوم عليه بسرطان مستعص باعتبارها (الاستعداد النفسي) عاملا مخففا لحدة ألم الحداد اللاحق لدى الوالد و/أو الوالدة. فاعتمدنا على دراسة عيادية لثلاث حالات (والد و والدتان) أمدتنا بمعطيات جوهرية توصلنا إليها عقب تحليل المقابلات نصف الموجهة المستخدمة معهم، حيث اتضح لنا وجود بوادر الاستعداد الذهني أولا لفقدان الطفل المريض -رغم الفروق بين الحالات الثلاثة- في فترة "ما قبل الحداد" والتي تحدد بصورة أو بأخرى مسار الحداد التالي للموت الفيزيقي الواقعي.

## Résumé de l'étude

Tout individu évolue selon la conviction que sa vie s'étalera sur une chaîne continue de liens d'attachement suivis de séparations, ce qui induit une certaine prédisposition inconsciente, à la base, lui permettant de s'adapter à ces situations qui créent un déséquilibre dans sa vie grâce à ce qu'on appelle: « **Travail de deuil** », dont l'objectif est le détachement de l'objet d'amour perdu (mort) et le réinvestissement dans de nouvelles relations.

Cependant l'aboutissement de ce travail demeure en réalité plus compliqué, car quelques facteurs d'une importance indéniable entrent en ligne de compte; nous avons choisi parmi eux la manière de mourir qui se caractérise par un impact profond sur la personnalité de l'endeuillé quand elle est inattendue et violente (suicide, meurtre, catastrophes, accidents de la circulation...). Mais alors, en quoi consiste la spécificité des réactions précédant le deuil liées à une mort attendue? Cette interrogation a suscité notre curiosité scientifique et nous a incité à effectuer la recherche ci-présente comme abord de la dimension de préparation psychologique à la perte d'un enfant condamné par un cancer incurable, en tant que facteur atténuant l'intensité de la douleur perçue chez le père et/ou la mère en deuil.

C'est pourquoi nous avons entrepris l'étude clinique de trois cas (un père et deux mères) qui a abouti à des données élémentaires, fournies après l'analyse des entretiens semi-directifs démontrant l'élaboration d'une préparation mentale en premier lieu à la perte de l'enfant malade, malgré des divergences entre les trois cas, dans une période de « **pré-deuil** » qui détermine d'une manière ou d'une autre le déroulement future du deuil lié à la mort physique réelle.

## Summury of the study

Each individual grows-up with the conviction that his life will include a continuous chain of bounds followed by separations, which prepares him unconsciously for the adjustment to these disturbing situations thanks to what is known as: "**Mourning process**". Its main goal is breaking the bounds with the lost object of love (dead) and the reinvestment in new relationships.

However the realization of this work remains actually complicated, due to some important elements from which we've decided to pick the one concerning the ways of dying that has a deep impact on the individual's personality when it's unexpected and violent (suicide, murder, catastrophes, traffic accidents...). But what is the specificity of the reactions preceding the mourning of an expected death? This questioning has invited our scientific curiosity and inspired us to undertake the psychological preparation to face the loss of a child condemned by an incurable cancer, as a factor easing the intensity of the mourning pain overwhelming the father and/or the mother.

That's why we've studied three clinical cases (a father and two mothers) which provided us with elementary data related to the analysis of semi-directives interviews. We've been able to establish the elaboration of a mental preparation, in the first place, to the loss of the sick child during "**the pre-mourning**" period. That preparation determines in a certain way the direction of the mourning process after the physical and real death.

## مقدمة

إن بحثنا الحاضر الذي يتمحور حول الآلية النفسية لـ"ما قبل الحداد عند والدي الطفل المصاب بسرطان في مرحلته النهائية" عبارة عن عرض للمعطيات النظرية والميدانية التي يتيح لنا استيعابها مجالا هاما لربط المفاهيم الرئيسية ببعضها. فبعد تفكير مطول قررنا التمعن في إحدى زوايا موضوع الحداد (Le deuil) ألا وهو "ما قبل الحداد" (Le pré-deuil) متخذين حداثة طرحه وأهميته النامية و واقعيته دوافعا كافية، وفي المقابل اتبعنا الميول لدينا نحو التعرف على الوضعية المرضية أو الإستشفائية التي يتميز بها مرضى السرطان عن غيرهم نظرا لما يحمله هذا الداء الخطير من معانٍ وتصورات تؤذي الفرد المصاب به من جهة وأسرته من جهة أخرى نفسيا وجسديا.

حين يقع اختيار الباحث على متغير بالتحديد لا بد له من حصر الأبعاد المراد استكشافها في عينة خاصة، وهذا ما فعلناه بلجوتنا إلى آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من أعراض ومضاعفات سرطان دام ما يكفي ليقر الأطباء لمشرفين على حالاتهم بالفشل وضرورة تقبل الوفاة كمال وحيد. وحتى لا نسترسل في الحديث عن "الحداد" و"السرطان" ثم "الأبوة والأمومة" أو "مرحلة الطفولة" فضلنا التقييد المبدئي بفترة ما قبل الحداد إلى جانب المرحلة النهائية للسرطان؛ حيث ألهمنا الرابط الغامض الموجود بين المتغيرين وزادنا تحفيزا البعد الحالي (Dimension Actuelle) لدراستنا، فالتعارف عليه أن حدث الموت يأخذ مجراه بين حافتين: حياة قبلية وأخرى بعدية تتوسطهما الحياة الآنية التي يمثلها هنا السرطان المستعصي كالحظات نحو الموت مستقلة عن الزمن قبله و الآخر بعده.

لقد انطلقنا من الواقع الذي يمدنا بمظاهر البؤس والمعاناة العميقة لأولئك الذين فقدوا أحد أقاربهم فجأة بعد أن تعلقوا بهم وألفوا وجودهم، ثم افترضنا وجود خصوصية تنفرد بها الاستجابة الانفعالية والوجدانية أمام مواقف فقدان المتوقع أو المنتظر (Perte prévue ou attendue)، مما دفعنا إلى التساؤل عن الاختلاف الجوهرية الذي تُطبع به تلك الخصوصية كما هو الحال بالنسبة للذين يشهدون ويعيشون وفاة أحد أحبائهم نتيجة سرطان أنبأت خطورته أو عدم فعالية الأساليب العلاجية الموفرة بالنهاية الحتمية عما قريب. كان من الممكن لنا أن نقصد فئة أخرى غير الأطفال مرضى السرطان أو أُلّا ندرس آلية السابقة للحداد لدى الوالدين، إنما حساسية هذه المعضلة استقطبت فضولنا العلمي واستحوذت على اهتمامنا بما يمثله تحليلها من

تحدٍ سواء لمهاراتنا ومؤهلاتنا الشخصية كأخصائيين عياديين أو لمكتسباتنا ورصيدنا المعلوماتي حول الظواهر النفسية المعقدة.

وقد سعينا إلى الكشف عن معالم الحالة النفسية للوالد المضطر لمواجهة موت طفله قبل حدوثه بما تنطوي عليه هذه التجربة الحياتية من تناقض في المنطق والوجدان؛ فكيف لهذا الكائن اليافع أن يلقي حتفه قبل أكابره؟ ومن أين سيستمد الوالد القدرة والقوة التي تجبره على التكيف مع الفقدان السابق لأوانه؟

ويعتبر مجال الدراسة النفسية لآلية الحداد نقطة التقاء عدد من المؤلفين و الباحثين؛ إذ يتفق معظمهم على أن الحداد وظيفة من الوظائف النفسية المشتركة بين الجميع. وقد كان Clayton (1974) أحد هؤلاء حين أقر بأن الحداد غير المعقد لا يتعدى حدود الحالة الطبيعية من الحيرة الوجدانية المعرفية. ثم انطلق Klass (1995، 1996، 1997) في دراسة طولية لمجموعة آباء وأمّهات يستفيدون من حصص الدعم النفسي خلال فترة حدادهم بدل العلاج النفسي لأن معاناتهم حتمية لا تدخل في الإطار المرضي. كما اهتم Niemeyer و Hogan (2000) من جهتهما بتحديد جملة من العوامل التي من شأنها أن تجعل كل فرد يعيش تجربة الفقدان بطريقته الخاصة، أهمها:

✓ العلاقات الاجتماعية.

✓ العلاقة مع الشخص المتوفى.

✓ أساليب المواجهة المعتادة.

✓ أبعاد تغير الهوية.

وتبعاً لما ورد أعلاه ارتأينا أن يكون البناء العام لدراستنا هذه محتوياً على الخطوط العريضة الآتية:

**فصل تمهيدي** أدرجنا فيه مجموعة من المعطيات الواجب توفرها في كل بحث علمي من دوافع، أهداف وأهمية مستنبطة من دراسات سابقة إضافة إلى الإشكالية والفرضيات المحددة لمسار الدراسة الحالية.

ثم اعتمدنا على **فصلين نظريين**:

\* الأول خاص بأبعاد الحداد التي لا بد من الإحاطة بها كتعريفاته، مراحلها، محدداته وتعقيدهاته إلى جانب مظاهره المرضية.

\* أما الفصل الثاني فيتمحور حول السرطان تركيزا على سرطان الطفولة بما فيه تشخيصه المبكر وطرق علاجه وكذا مخلفاته النفسية وصولا إلى أساليب التكفل النفسي المعتمدة للتخفيف من حدة تلك التأثيرات.

ولقد شمل الجانب التطبيقي (الدراسة الميدانية) عرضا لثلاث حالات: والد ووالدين يشاركون أطفالهم في معاناتهم ومخاوفهم خلال آخر مراحل تطور السرطان لديهم، ثم اجتهدنا في مناقشة الإشكالية المطروحة على ضوء تحليل المقابلات العيادية، لنختتم بمجال مخصص لقائمة المراجع.

## 1- الإشكالية:

من المعطيات الأساسية والمسلمات التي نتبناها كأفراد ثم كدارسين وباحثين في ميدان علم النفس، أن الفرد ينمو ويتطور داخل أنساق متباينة أولها الأسرة كعامل بيئي اجتماعي يتضمن شبكة غنية من الاتصالات لها دور فعال في تشكيل معالم الشخصية. وقد تختلف المصطلحات المستخدمة للدلالة على مفهوم "الاتصال" أو "التواصل" (Communication) لكنها في الأخير تحيط جميعها -أو على الأقل معظمها- بجملة التبادلات الانفعالية والتفاعلات البينشخصية التي تتسم بها الحياة النفسية لكل فرد. فلا يخفى عنا أن تلك الحياة النفسية للفرد في تغير مستمر نظرا لما يميز الواقع الخارجي هو الآخر من تغيرات تسير بالكائن الحي عامة والإنسان خاصة نحو النضج والاكتمال، إذاً ظاهرة التحول من حال إلى حال تمس حتى أنماط الاتصال لتحقيق التوافق النفسي والتكيف البيئي.

وفي هذا الإطار، اهتم الباحثون بتأسيس نظريات مفسرة للنمو: نظريات الزيادة، القولية الاجتماعية، الجشطت... ونظريات الأزمات (Théories des crises)، هذه الأخيرة التي تعتبر النمو عملية حيوية تتم عبر انقطاعات درامية مؤقتة متعلقة بالفرد لكنها عنيفة وشديدة الوقع بما يكفي للإخلال بالتوازن الذي ألفه قبلاً؛ فالأزمة عند أصحاب هذه النظريات صدمة نفسية لما تحمله من مضامين الفقدان والانفصال، ومع ذلك ضرورية تسمح بانطلاقة جديدة وتكوين روابط أكثر تنوعاً إضافة إلى الاستثمار الوجداني في مواضيع إيجابية من العالم الخارجي الشاسع. وتنشأ أول أزمة أو صراع في العلاقة مع الآخر عند استقلالية الطفل جسدياً ووجدانياً ومعرفياً عن أمه، أزمة الانفصال هذه ما لم تمر بسلام ستلقي بظلالها على سلوك الفرد مستقبلاً في تكوين هويته وتنمية قدرته على اتخاذ القرار الأنسب الحاسم في مواقف الصراع. يمكن إذاً القول أن الحياة -من هذا المنظور- سلسلة فترات حساسة أو أزمات وجودية يتوجب على الفرد التكيف مع التغيرات التي تنتج عنها، وهو ما يصطلح عليه بمفهوم "الحداد" (Le deuil).

حين نوظف مفهوم "الحداد" فإننا نشير أولاً إلى الآلية المعقدة التي يلجأ إليها الفرد أمام مواقف الفقدان (situations de perte) حيث يسحب استثماراته الوجدانية من الموضوع المفقود نحو مواضيع أخرى بغرض مواصلة التطور والعيش في غيابه. وغالباً ما يرتبط "عمل الحداد" (Travail de deuil) بالموت؛ كونه فقدان حقيقي ملموس وغير رجعي لشخص ذي قيمة أولية ودور فعال في التوازن النفسي للفرد الذي يعاني من هذا الفقدان. إذ يمثل الموت في صورته الرمزية توقفاً عنيفاً ومفاجئاً أحياناً للتواصل الفعلي بين فردين تربطهما علاقة تعلق حميمة (Attachement) من الصعب جدا قطعها، ولعل هذا ما يجعل الحداد آلية تستمر مدى الحياة تتجاوز الحالة الانفعالية العابرة.

إن مجال العيادي للحداد جد واسع و متشابك، فبقدر ما هو طبيعي يتزامن مع مواقف الموت التي لا تغيب عن حياة أي فرد، تتجلى فيه كذلك أبعاد قريبة إلى الظواهر المرضية. و يمكن محاولة فهم هذا التناقض بالاستناد إلى معطيات عيادية تمنح الحداد خصوصيته؛ فنلاحظ أن عمل الحداد شبيه بشفاء إصابة جسدية حيث يتم التئام الجرح تلقائيا مع مرور الزمن، إلا أنه أحيانا ما تتدخل متغيرات خارجية تؤخر الشفاء أو تسبب انتكاسا (PARKES, 2003, p26). و من أبرز تلك المتغيرات التي تتحدد عن طريقها أهمية الصدمة النفسية التي يسبب بها الموت وتأخذ كامل معناها نذكر الرصيد (الوجداني، المعرفي والاجتماعي) الماضي والحاضر لكل فرد، إلى جانب البنية الأسرية وديناميتها (De BROCA, 2001, p99). وبهذا يظل أسلوب الفرد في التعايش مع واقع فقدان الموت نوعيا (spécifique) منوطا ببنية الشخصية و قدراته التواصلية مع النسق الذي يحتويه.

ومهما تعددت وجهات النظر العلمية والاجتهادات البحثية حول موضوع الحداد، يبقى متداولاً أن حدث الموت (Le décès) هو العامل المفجر الأول والرئيسي - إن لم نقل الوحيد- لآلية الحداد. إن فقدان الجسدي الفيزيقي والواقعي لشخص قريب يولد لدى كل فرد حالة من الألم و بداية معاناة عميقة؛ فيصبح حينها الفرد الذي يعيش الحداد مجبرا على إعادة تأسيس حياته في غياب الروابط الوجدانية التي انقطعت بالموت، ذلك من خلال تكوين روابط أخرى و تحديد معالم جديدة في المحيط الموجود الآن.

سبق و قام باحثون في مجال علم النفس العيادي بدراسة استجابات أولياء

(آباء وأمهات) في حداد بعد موت طفلهم، بين Neidig & Daglas (1991) أن هذه العينة استجابت لـ"استمارة Texas حول الحداد" بنسب أكبر منها في أنواع الحداد الأخرى. ولاحظ Wretmak (1959) أن استجابات حادة وجد محبطة ظهرت لدى الأمهات اللواتي فقدن أطفالا في سن مبكرة. كما اعتبر Gorer (1965) أن فقدان طفل هو بمثابة الألم الوحيد الذي يستمر مدى الحياة (PARKES, 2003, p205).

حتى نكون أكثر دقة في موضوع دراستنا هذه، لا بد أن نخص بالذكر "الأطفال المصابين بسرطان في مرحلة نهائية" (Enfants atteints de Cancer en Stade Terminal) حيث يمثل المرض عاملا أساسيا يحدد أبعاد الحداد الذي يلي الموت مستقبلا. يتمحور التساؤل الجوهرى لطرشنا حول الطابع المتوقع للموت؛ يبدو معقولا اعتبار الأولياء في حداد بعد موت طفلهم مرضا أفضل استعدادا من الناحية النفسية... لكن يمكن فعلا الاستعداد للموت؟ أو بعبارة أخرى، إلى أي مدى يمكن للآباء الاستعداد أبنائهم؟

ربما يتعلق الأمر ببداية توقع مظاهر الحياة دون الشخص الميت (هنا الطفل) مما يساعد كثيرا في مسار آلية الانتقال النفسي من وضعية حياتية قبل الأزمة (الصدمة) وأخرى بعدها، رغم كل ذلك ليس من الهين تحديد تاريخ موت الطفل المريض خاصة وأن الأولياء يتمسكون بالأمل لآخر لحظة، تلك التي يصبح الموت حينها واقعا لا مفر منه. فهناك دائما عدم توازن بين معرفة أمر واقعي و التسليم به وإذا كان حدث الموت وحده يسمح ببداية آلية الحداد، فبناء على هذا يمكن أن نطرح التساؤلات التالية:

1/ ما مدى إمكانية وجود علامات أو جذور لتلك الآلية المعقدة قبل تحقق الموت؟

2/ وإذا سلمنا بأن الموت هو بداية الحداد فأين نصنف العمليات النفسية والاستثمارات الوجدانية التي تحدث قبله؟

3/ ما الذي يميز حيثيات تلك الآلية - إن وُجدت - لدى الآباء والأمهات في مجتمعنا المحلي؟

## 2- فرضيات الدراسة:

كفرضية إجرائية عامة، نصوغ المحتوى كآتي:

- \* يبدأ عمل الحداد مبكرا (قبل الموت الحقيقي الجسدي) لدى والدي الطفل المصاب بسرطان في مرحلته النهائية، وهذا ما يسميه C.M. Parkes: "ما قبل الحداد" (Le pré - deuil).
- \* الاستعداد لوفاة طفله هو الخاصية الرئيسية لآلية ما قبل الحداد لدى الوالد و/أو الوالدة.

## 3- أهداف الدراسة:

- يمكننا الانطلاق في عرض قائمة تضم أهدافا علمية مهمة وراء دراستنا لموضوع "ما قبل الحداد عند والدي الطفل المصاب بسرطان في مرحلته النهائية"، لكنني سألتزم بهدف فريد نأمله عمليا يتمثل في:
- \* الكشف عن الوقع النفسي (L'impact Psychologique) على الوالدين إثر معرفتهم المسبقة (توقعهم) بموت الطفل، كمال حتمي لسرطان.

## 4- دوافع اختيار موضوع الدراسة:

- إن اختيارنا لموضوع "ما قبل الحداد عند والدي الطفل المصاب بسرطان في مرحلته النهائية" لم يكن وليد الصدفة و إنما قرارا اتخذناه بعد إطلاع مثمر على كتابات ومؤلفات خاصة بالمتغيرين الأساسيين: "الحداد" (هنا ما قبل الحداد) و"السرطان"، وعززناه بزيارات ميدانية استطلاعية -نوعا ما- إلى مركز متخصص (المركز الوطني لمكافحة السرطان Pierre et Marie CURIE) بمستشفى مصطفى باشا (ولاية الجزائر) ثم قسم طب الأطفال (الجناح D) بالمستشفى الجامعي لولاية قسنطينة.
- في بادئ الأمر شدنا الاهتمام العلمي النامي بموضوع الحداد من طرف الدارسين في العلوم الإنسانية إجمالا و علم النفس على وجه الخصوص، فاستوقفنا التضارب الواقعي الشيق الذي يحيط بهذه الآلية النفسية المعقدة؛ حيث تنبع من أكثر المواقف سوداوية في حياة الفرد (الموت/ الفقدان) لتمنحه الموارد الأولية التي يستثمرها في تكوين شخصيته و الرقي إلى أنا ناضج مؤهل لمواجهة الواقع والتكيف مع مجرياته. وبعد تحصيل رصيد نظري مفيد محوره "الحداد"، أدركنا أهمية الحصر وربط هذا المتغير بقطب ثان أردناه أن يكون "سرطان الطفولة في مرحلته النهائية" وذلك بغرض تحديد معالم المعاناة النفسية، ليس للمرضى و إنما لوالديهم!
- وقد استقطب اهتمامنا في الاستجابة الوالدية خلال معايشة المرحلة النهائية لسرطان الطفل التآرجح بين تقبل الواقع بالاستعداد للموت الحتمي الآتي عن قريب من جهة، والتمسك بالأمل-ولو كان وميضاً- في



نجاة الطفل من جهة أخرى. إن الغموض حول كيفية تعامل أولياء الأطفال مرضى السرطان مع التشخيص السلبي وعدم فعالية العلاج، منحنا الدافع الكافي لنختار البحث في هذا المجال تحديداً.

## 5- ملخص لدراسات سابقة:

### 5-1. دراسة بيثلام:

قام بها Colin Murray Parkes (1958-1960) بريطانيا وكانت تهدف إلى التقصي عن الاستجابات غير النموذجية للحداد (Réactions Atypiques du Deuil).  
العينة: تكونت من 21 عميلاً (4 رجال و 17 امرأة) في فترة حداد دامت حينها متوسط 72 أسبوعاً وجدوا في مستشفيات Bethlem Royal و Maudsley.  
شخص كل أفراد العينة بمرض عقلي (ذهان) خلال 06 أشهر عقب وفاة أحد المقربين، تراوحت أعمارهم بين 60 سنة فأكثر (17 عميلاً > 60 سنة، 04 عملاء < 60 سنة).

### النتائج:

اعتماداً على مقابلات نصف موجهة و ورقة ملاحظة تم التوصل إلى وجود أفكار الذنب واللوم الذاتي والميل إلى الانطواء الاجتماعي لدى 79% من أفراد العينة.

### تعقيب:

تحتوي عينة هذه الدراسة على العنصر الذكري (4 رجال) وهي بذلك تختلف عن الآتي ذكرها، كما أن الهدف منها يتجه نحو الأبعاد اللاسوية للحداد خاصة وأن أحد معايير اختيار أفراد العينة كان التشخيص المتفق عليه بأنهم ذهانيون دون تفصيل أوضح، لكننا أرجح السوداوية و الاكتئاب الحاد.

## 5-2. دراسة لندن:

أجرها Parkes أيضا (1970) ببريطانيا وكان الهدف منها تصميم جدول "الحداد العادي أو السوي".

**العينة:** اشتملت على 22 أرملة لا يتجاوزن 65 سنة، خلال العام الأول بعد وفاة أزواجهن. وجهت إليهن استمارة يقيمن فيها "صحتهن العامة" حسب 3 بدائل (جيدة، محايدة، سيئة).  
أجريت 05 مقابلات مع كل أرملة بنهاية الشهر الأول ثم الثالث، السادس، التاسع والثالث عشر كفرصة للتعبير عن المشاعر المثيرة للاضطراب واللحظات السابقة للوفاة.

### النتائج:

\* وجود ارتفاع نسبة الاستشارات لأسباب نفسية بـ 200% خلال 06 أشهر الأولى (اكتئاب وأرق) أو من أجل الحصول على أدوية مسكنة أو منومة أو مهدئة.

\* ظهور نمطين أساسيين من المتغيرات ترتبط فيما بينها لتشكيل أسلوبين لاستجابات الحداد:

. ميل سلبي باستحواذ الزوج المتوفى على التفكير (فكرة لقاءه مجددا، الحنين إليه والبكاء المفرط).

. ميل فاعل حيث يكون التركيز أكثر على الذات و العالم حولها (الغضب، الحساسية، التوتر والهيجان).

### تعقيب:

إذا كان الهدف الذي سعى Parkes إلى تحقيقه اعتمادا على درسته هذه يتمثل في تحديد جدول عيادي للحداد السوي، فإن هناك جملة من الملاحظات يتوجب توضيحها. أولاها معايير اختيار العينة التي نجدها تقتصر على النساء دون الرجال، كما تم البحث عن أفرادها استنادا إلى معطيات المراكز الطبية لنسبة الاستشارات الإرادية.

لا نعلم مبررات الباحث وراء إقصاء المساهمة الذكرية من عينة الدراسة بيد أن الجنس متغير مهم - إن لم نقل أساسي- في تحديد النتائج ثم تحليلها وتفسيرها، ويبقى تعميمها من طرف الدارسين أمرا حساسا كون التقدم بطلب استشارة طبية لمعاناة نفسية لا يعد متغيرا مشتركا بين جميع النساء اللاتي فقدن أزواجهن أو معظمهن، حيث يفضل بعض الأرامل التكتّم و ينكر البعض منهن وجود أي تعقيدات في الآلية النفسية للحداد.

نحن كمجتمع يختلف في عقيدته وقيمه وعاداته ومستوياته الاجتماعية عن المجتمع الأصلي لدراسة لندن (مواطنو بريطانيا) لا بد لنا ألاّ نتسرع في احتواء النتائج التي توصلت إليها نظرا لتدخل تلك الاختلافات باعتبارها متغيرات لا يُستهان بتأثيراتها سواء كانت سلبية أو إيجابية.

### 3-5. دراسة هارفارد:

تولاها هي الأخرى Parkes وفريقه بجامعة Harvard الأمريكية سنة 1975، انطلاقا من وجود احتمال اتخاذ الحداد مجرى مرضيا. لقد اهتم الباحثون هنا بالكشف عن الفروق الفردية الجوهرية التي تجعل بعض الأفراد يشخصون بأمراض جسدية أو اضطرابات نفسية. كما توجه الهدف نحو محاولة تحديد الخصائص النوعية التي تعتبر مؤشرات خطر لظهور تعقيدات صعبة مستقبلا. وقد استخدم Parkes المقابلة الفردية واستبياننا للتقييم الكمي كأدوات.

**العينة:** اختيرت عينة تضم 60 فردا أصغر من 45 سنة (11 أرملة و 19 أرمل) بعد 3 إلى 6 أسابيع من وفاة أزواجهن و زوجاتهم.

### النتائج:

\* إثبات أوجه تشابه في استجابات الحداد بين الأرمال الأمريكيات و البريطانيات .

\* تم تحديد كل من: الحزن الشديد، الغضب، تأنيب الذات و الألم الذي لا تخف حدته على مر 6 أسابيع من الوفاة على أنها مؤشرات تنبؤ بمآل عسير للحداد بعد عام واحد.

\* الطبقة الاجتماعية البسيطة، الفقر، الموت المفاجئ وغير المتوقع في وجود تدهور للعلاقة الزوجية عوامل جمعت لتنبئ بمخرج لا سوي للحداد.

\* انقسمت الاستجابات بين فئتين؛ الأولى تضم الأفراد الذين لم يحظوا إلا بأسبوعين للاستعداد لموت الطرف الآخر، أما الثانية فتشمل الأفراد الذين توفر لديهم أكثر من أسبوعين.

تبين أن 46% من أفراد الفئة الأولى مروا بفترة ما قبل حداد قصيرة و استجابوا مباشرة بعد الوفاة بعدم التصديق، الحصر (Anxiété)، لوم الذات وحالة اكتئابية مع الرغبة في الموت، مقارنة بـ 15% فقط من أفراد الفئة الثانية.

### تعقيب:

إن أهم ما ميز عينة هذه الدراسة هو الحجم الأكبر (60 فردا) والتوازن بين مشاركة أفراد الجنسين (11 امرأة و 19 رجلا) إلى جانب السن (أقل من 45 سنة) واستهداف Parkes للمجتمع الأمريكي بدل البريطاني بجامعة هارفارد. تمحورت النتائج حول مجموعة من الأعراض المحددة التي إذا دامت أكثر من 6 أسابيع بعد الوفاة اعتبرت مؤشرات عن حداد لا سوي أو مرضي (Deuil Pathologique).

إنما يبدو لنا أن التشابه الملحوظ بين استجابات الفئتين الأمريكية و البريطانية ليس بالأمر المحير نظرا للتقارب الكبير بين البيئتين وثقافة المجتمعين. وإذا اهتمنا بفترة الكمون قبل ظهور الأعراض المرضية، فنجد أن متوسط 6 أسابيع ليس كافيا مقارنة بـ 6 أشهر التي يتطلبها تشخيص معظم الاضطرابات العصائية والذهانية. من ناحية

أخرى كان إيجابيا ومفيدا اهتمام Parkes وفريقه بعامل الزمن في الاستعداد لموت شخص محبوب (ما سماه بـ"فترة ما قبل الحداد") وعلاقته بنسبة الاستجابات الحادة التالية للوفاة.

#### 4-5. دراسة منتريال:

أم بحا Cameron و Parkes بمستشفى Royal Victoria Hospital الكندي (1983-Montréal) بهدف مقارنة استجابات الحداد عند آباء و أمهات فقدوا طفلا مصابا بالسرطان. العينة: تمت الاستعانة بـ40 فردا قَسِّمُوا إلى مجموعتين، يميز إحداهما إتباع المرضى سابقا وأسرههم للعلاج في "وحدة العلاجات المسكنة للألم" (Unité de Soins Palliatifs)، وأما الأخرى فقد خضع مرضاها إلى العلاج في أقسام مختلفة من ذلك المستشفى (كمجموعة ضابطة). فاستخدم الباحثان المقابلات الهاتفية مع أفراد العينة بعد سنة و أسبوعين من وفاة المريض.

#### النتائج:

يوضح الجدول الآتي مدى حضور 18 عرضا و خاصية للحداد عند أفراد المجموعتين لكن بشكل عام تمثل متوسط الأعراض في 4.5 بالنسبة للمجموعة الأولى مقابل 14 في المجموعة الثانية.

المجموعة الضابطة	المجموعة الأولى USP	الأعراض / الخصائص
		<b>1/ أعراض الضغط:</b>
05	01	لم يستعد شهيته.
19	13	لا ينام جيدا منذ الوفاة.
10	04	يتناول أدوية منومة منذ الوفاة.
09	01	يتناول أدوية مسكنة منذ الوفاة.
15	08	صحة متدهورة عند الوفاة و لم يتحسن بعدها.
		<b>2/ استجابات الضغط النفسي:</b>
05	02	فرط النشاط.
03	00	العجز عن تحمل مسؤوليات يومية.
01	00	يعاني من نوبات هلع.
04	02	تمني الموت و أفكار انتحارية.
07	03	انطواء اجتماعي.
11	08	فرط البكاء.
		<b>3/ خصائص ثابتة لألم الحداد:</b>
10	05	السقم و البحث عن الفقيد.
09	05	شعور بحضور الفقيد.
17	01	حساسية و غضب.
10	00	عدائية تجاه الغير.
07	02	شعور بالذنب.
04	01	شعور بعدم الارتياح عند استحضار الذكريات.
02	00	يعتقد بأن أعراض الفقيد تظهر لديه.

هذا الجدول يبين وجود 18 عرضا خاصة بالحداد لدى 20 والد في وحدة العلاجات المسكنة (USP) و 20 في مجموعة ضابطة.

(PARKES, 2003, p 373)

\* قد ترجع أسباب ظهور نتائج سلبية في المجموعة الضابطة إلى قلة المعلومات التي منحت للأفراد حول احتمال موت مرضاهم، وكذلك عدم التواصل بين الأسرة و الفريق المعالج. من ثم خلصت هذه الدراسة إلى إثبات فعالية العلاجات المسكنة "USP" في التخفيف من الألم و بناء التواصل و مساندة الأسرة.

#### تعقيب:

تعد هذه الدراسة مرجعا لنا بشكل خاص حيث استهدفت عينة تتضمن 40 أبا وأما لأطفال توفوا بسبب مرض السرطان (وهي عينة دراستنا الحالية أيضا) تم تصنيفهم إلى مجموعة أولى حظيت بأساليب علاجية مسكنة للألم (Soins Palliatifs) وأخرى ضابطة لم تنل إلا تكفلا روتينيا متعارفا عليه وهي لمجموعة التي استجابت بمتوسط 14 عرضا وخاصة للحداد بعد أكثر من عام واحد من وفاة الطفل؛ صعوبات النوم، تناول عقاقير منومة، تدهور الصحة عند الوفاة وبعدها، فرط البكاء، البحث عن الطفل المتوفى، حساسية وغضب، عدائية تجاه الغير... وغيرها.

لكن نتائج الدراسة توجهت نحو تقييم أبعاد العناية المقدمة لمرضى السرطان خلال فترة علاجهم بمستشفى Royal Victoria Hospital أكثر منه تقصيا للعوامل النفسية الفردية للآباء والأمهات أو حتى خصوصية الحداد على وفاة الطفل عقب سرطان مقارنة بالوفاة انتحارا أو جراء حادث أو اغتيالا على سبيل المثال.

## 5-5. دراسة Raphaël:

كفلت بما الأخصائية في الطب العقلي B. Raphaël سنة 1977 كدراسة مقارنة لتقييم خطر حدوث تعقيدات في الحداد.

العينة: تضمنت 207 أرملًا و أرملًا، صنفوا إلى 3 فئات (PARKES, p373).

1. فئة ذات خطر ضعيف (151 فردًا).

2. فئة ذات خطر مرتفع في وجود سند أسري (27 فردًا).

3. فئة ضابطة ذات خطر مرتفع في غياب السند الأسري (29 فردًا).

كما أرادت الباحثة تقييم أثر أزمات الحياة، أهمية الشعور بغياب الفقيد و دعم الأسرة والأصدقاء فاعتمدت على مقابلات منزلية خلال الثلاثة أشهر الأولى من الحداد إضافة إلى قائمة لأعراض الحداد أرسلت إلى كل أفراد العينة بعد 13 شهرا من الوفاة، ردت إلى Raphaël 91 % منها.

### النتائج:

توصلت Raphaël إلى تحديد نسب المآل السلبي للحداد كما يلي:

• 18 % من الفئة الأولى.

• 22 % من الفئة الثانية.

• 57 % من الفئة الثالثة.

### تعقيب:

اتسمت هذه الدراسة الميدانية بمجال أوسع وشمولية أكثر سواء للعينة المختارة (207 أرملًا وأرملة) أو للمتغيرات التي أخذ تأثيرها في مسار الحداد بعين الاعتبار (السند الأسري، أزمات الحياة والشعور بغياب الزوجة أو الزوج المتوفى). كما قامت Raphaël بتحديد إطار زمني ينطلق من الشهر الثالث بعد الوفاة وينتهي بعد 13 شهرا، نظرا للأهمية العلمية أساسا للعام الأول من الحداد.

رغم توصل الدراسة إلى نتائج ترجح الوقع السلبي لغياب السند الأسري (57%) إلا أننا نتساءل عن المعايير التي اعتمدت عليها الباحثة لتقييم خطر تعقيد الحداد لكل واحدة من الفئات الثلاثة؛ هل استعاننا بالملفات الصحية أم وضعت تشخيصها بعد فحص فردي لجميع أفراد العينة؟

## تمهيد:

الإنسان كائن اجتماعي لا يقوى على العيش والتطور في غياب أمثاله من البشر، فهو صاحب استثمارات وجدانية وموضوع لها في أن واحد، يطيب حاجات غيره أحيانا ويسبب لهم إحباطات أحيانا أخرى وهكذا. ويمثل الانفصال بمظاهره المتعددة أهم مصدر إحباط للفرد سواء كان هذا الانفصال لا يقطع معه أمل الالتقاء مجددا أو نهائيا لا رجعة فيه كما هو الحال مع الموت.

في هذا الإطار يتفق معظم المؤلفين على أن موت أو وفاة شخص عزيز يضاهي أصعب تجربة يعيشها الفرد وحتى يتجاوز حالة المعاناة الحادة التي يتخبط فيها نتيجة موت القريب يلجأ الفرد إلى الحداد. فما هو الحداد عياديا؟ وكيف يساعد الفرد على معايشة حدث الموت والتخفيف من حدة الألم العميق؟ للإجابة على هذه التساؤلات سنستعرض في الفصل الحالي جملة مفاهيم أولية حول الحداد وأهميته ثم الأبعاد المرضية لهذه الآلية.



## 1- مفهوم الحداد

## « Le Concept de Deuil »

في مطالعاتنا حول موضوع الحداد وجدنا تعريفات عدة تختلف حسب استعمالات هذا المصطلح لكن يبقى متداولاً أن مفهوم الحداد معقد ومتشابه نظراً للأبعاد التي يشملها، وهي استناداً إلى معجم " le Petit Larousse" أربعة:

1- فقدان شخص قريب بسبب الموت (الحدث).

2- المظاهر الخارجية بعد موت شخص قريب (أدات وتقاليد المجتمع).

3- الألم والحزن العميقان لموت قريب (المشاعر).

4- آلية نفسية (عمل الحداد) تؤدي إلى الاستسلام والافتناع بضرورة العيش في غياب شيء أو شخص ذي قيمة (الحالة).

\* يمكن القول أن مصطلح "الحداد" يشير في آن واحد إلى: موت شخص قريب، جملة المشاعر المرتبطة بذلك والعلامات الخارجية الملاحظة على الذين فقدوا الشخص القريب. يختلف الأمر في اللغة الإنجليزية حيث توجد مصطلحات محددة للدلالة على كل بعد من الأبعاد السابقة: Bereavement الذي يعني فقدان أو الانفصال، Grief بمعنى الحزن و الألم ثم Mourning الذي يدل على آلية الحداد أو الاستجابة الوجدانية عقب فقدان.

(P.HADY. 2003/ www.senon – online.com).

من خلال وجهات نظر المؤلفين مثل: P.Morot و P.Glaudes. M.Hanus يبدو أن مفهوم الحداد تطور عبر الزمن؛ فبعد أن كان يستخدم للدلالة على الطقوس والعادات التي تحيط بموت شخص ذي مكانة اجتماعية مرموقة وهو بذلك مرتبط بثقافة مجتمع دون آخر، أصبح يشير إلى المعاش النفسي المؤلم نتيجة موت شخص ذي قيمة وجدانية مهمة.

في دراسة S. Freud حول الحداد سنة 1915 تبين أن مجال الحداد أوسع بكثير من حدث الموت ويشمل فقدان أو الانفصال في صورته العامة، يتعلق الأمر هنا بالتخلي عن شخص أو شيء أو فكرة أو تصور أو مذهب... الخ يتميز بقيمة وأهمية بالنسبة للفرد الذي يفقده وهذا ما يسميه المحللون النفسيون "Les liens d'attachement". من هذا المنطلق علينا توضيح أن طبيعة الحداد نابعة من طبيعة العلاقات الموجودة بين الفرد والموضوع المفقود قبل فقدانه كما يمكننا تقييم نوعية تلك العلاقات حسب نوعية الحداد الذي ينهيا (HANUS, 1976, p06).

## 2- الحداد في علم النفس :« Le Deuil en Psychologie »

يعرف الحداد في معجم التحليل النفسي ل: B. Vandermersch & R. Chemama (1998) على أنه فقدان شخص قريب والاستجابة لذلك الفقدان معا، وأهم ما يميز استجابة الحداد معاش مؤلم وتثبيط وعدم اهتمام بالعالم الخارجي.

أما بالنسبة لـ Regnier و L. Spierre (2004) فخصائص الحداد تتضمن كلا من الاستجابات النفسية والجسدية نتيجة موت شخص بالغ الأهمية وعمل التكيف وفك التعلق الذي يليه.

من جهتها، ترى Nathalie JACOB (1998) أن الحداد آلية تكيف لمختلف مواقف الفقدان في حياة الفرد والتي تجعله في حالة عدم توازن: فقدان منصب عمل، التقاعد، المرض، الطلاق زواج الأبناء، رحيل الأصدقاء... وغيرها. نلاحظ أن N. Jacob لم تعترف بحدوث الموت وحده مسببا للحداد وإنما وسعت مجاله إلى وضعيات الانفصال (separation) النهائي والمؤقت.

ركزت Laurence BOUNON على اعتبار الحداد آلية نفسية تكيفية تسمى "عمل الحداد" (Travail de deuil) وليس حالة مرضية تعزي الفرد بعد موقف فقدان. ([www.perso.wanadoo.fr/2003](http://www.perso.wanadoo.fr/2003)).

\* يتبين لنا أن مفهوم الحداد حاليا يتمحور حول العمل الداخلي للفرد بعد موقف فقدان تعرض له أكثر منه بدخول المظاهر الاجتماعية الثقافية.

## 3- عمل الحداد

## « Le Travail de Deuil »

### 3-1. تعريفه:

\*يرجع الفضل إلى S. Freud في استخدام مفهوم "عمل الحداد" أول مرة حيث يقصد به الوظيفة النفسية التي يلجأ إليها الأنا حين يصطدم بالواقع؛ للتوضيح فإن واقع فقدان الموضوع يفرض على الأنا حتمية الانفصال عنه وسحب الاستثمارات الموجهة نحوه. من وجهة نظر اقتصادية يقوم الأنا باستثمار جزء من الليبيدو والتي سحبت وحررت من الموضوع غير الموجود الآن في ذاته مما يحدث الانطواء النرجسي (encyclopédie universelle).

دائما حسب S.Freud، يعيش الأنا لفقدان الموضوع المستثمر لبيديا ونرجسيا في السابق على أنه تهديد له لأن جزء منه أصبح مفقودا، وهذا يسبب ألما نرجسيا معتبرا. في نفس السياق يؤكد Hanus على أننا في خطر أن نقحم بدورنا في موت ذلك الجزء منا المرتبط حميميا بالموضوع (HANUS, 2008, p17)، فعمل الحداد يوجب على الفرد الاختيار بين الموت مع الموضوع أو مواصلة العيش منفصلا عنه.

\*يعطي كل من J.B. Pontalis و J. Laplanche (1978) تعريفا لعمل الحداد على أنه آلية نفسية داخلية تعقب فقدان موضوع تعلق (objet d'attachement) يستطيع الفرد من خلالها الانفصال تدريجيا عنه.

\*بالنسبة لـ M. Hanus (2002, p17) حين يفقد الفرد موضوعا هو على ارتباط وثيق به يصبح أمام خطر أن يقحم بدوره في موت جزء من ذاته، وعلى هذا الأساس يكون عمل الحداد ضروريا لتقبل واقع الفقدان ومواجهته. يعتبر M. Hanus عمل الحداد آلية نفسية تهدف إلى التكيف، فهو يسمح للفرد بالانتقال من وضعية التعرض لحرمان أو فقدان إلى وضعية تقبل الفقدان (HANUS, 1995, p21) نستنتج تبعا لتعريفات هؤلاء المؤلفين أن العمل النفسي للحداد يصبو إلى تحقيق التكيف عن طريق تقبل فقدان موضوع الحب، مما يستدعي فك الارتباط أو الانفصال التدريجي عن ذلك الموضوع لكن تظل كيفية سير عمل الحداد غير واردة لدى هؤلاء.

\*في معجم التحليل النفسي أكد B. Chemama و B. Vandermersch (1998) أن عمل الحداد آلية إيجابية يجابه بواسطتها الفرد الاستجابة الاكتئابية التي سببها لديه فقدان شخص قريب جدا.

\*من جهتها ترى M.F. Bacqué أن عمل الحداد عبارة عن عمليات ذهنية تسمح بفك الروابط مع الموضوع تدريجيا (BACQUE, 2000, p24)، واستمدت تصورهما هذا من دراسة Erich LINDEMANN (1944) التي خلصت بها إلى ضرورة فك كل الروابط (خاصة منها الذكريات الواقعية والهوامية) مع الشخص الميت لسحب الاستثمار الليبيدي والانفصال (BACQUE, 2002, p70).

\*تتمثل خصوصية اهتمام E.Lindemann بعمل الحداد في حصر طبيعة الفقدان فقط على موت شخص ذي قيمة وجدانية. من وجهة نظره فإن فك الارتباط يتم عبر معاشة تفصيلية لكل المواقف والأحداث الواقعية أو الهوائية وما صاحبها من أفكار ومشاعر والتي جمعت بين الفرد والشخص الميت.

\*تأتي Michelle LETOURNEAU لتؤكد على دينامية آلية الحداد وأهمية عمل سحب الاستثمارات من الشخص المفقود في إمكانية تأسيس روابط جديدة؛ حيث يصبح الفرد قادرا على الاستثمار الوجداني في مواضيع حب أخرى (www.apps.ac.ca, 2003).

ونلاحظ أن معظم المؤلفين يتفقون حول الهدف الأولي لعمل الحداد والمتمثل في فك الارتباط أو الانفصال عن موضوع الحب وإعادة الاستثمار في علاقات جديدة. من المتوقع أن تكون الآلية صعبة مؤلمة تحتاج إلى وقت غير قصير وتمر بمراحل محددة وصولا إلى الغاية المذكورة أعلاه.

### 3-2. مراحل الحداد :

#### 3-2-1. من منظور Alain de BROCA :

يرى طبيب الأطفال الفرنسي أن عمل الحداد يمر بجملة مراحل محددة متعاقبة خلال فترة زمنية (عدة شهور في الغالب) تأتي في مقدمتها مرحلة الصدمة المبدئية (Choc initial) تليها مرحلة الشعور بالذنب (S.de culpabilité) ثم مرحلة الاكتئاب (Dépression) ختاماً بمرحلة الالتئام (Cicatrisation).

أولاً: مرحلة الصدمة المبدئية (Le choc initial): مباشرة بعد تلقي نبأ وفاة شخص قريب يستجيب الفرد تلقائياً ولا شعورياً حسب A. de Broca تبعاً لخمسة مراحل لحفظ ذاته من الخطر الذي تشكله الانفعالات الحادة والمؤلمة، وذلك من خلال رفض واقع الموت فتظهر حينها على الفرد علامات الجمود والعجز عن التعبير بأي شكل وكأنه توقف لاستيعاب المعلومة جزئياً وببطء (De BROCA, 2001, p12).

أ- الإنكار (le déni): يعرفه A. de Broca على أنه رفض قاطع لمدرجات صدمية تسبب ضغطاً هائلاً على الفرد لو اعترف بما في واقعه هو.

ب- عدم التصديق (l'incrédulité): حيث يجد الفرد نفسه حائراً بين التقبل المعقول لمعلومة واضحة (خبر الموت) والرفض الوجداني لاحتمال مشابه.

ج- الغضب والعدوانية (la colère et l'agressivité): حين يشتد الألم يستجيب الفرد بعدوانية تجاه المحيط الحالي وخاصة من أتى بخبر الوفاة، والغرض من وراء تلك العدوانية هو مقاومة الواقع وإبقائه خارج حيز الذات حتى لا يحتويها (De BROCA, 2001, p12).

د- الصدمة المبدئية الفعلية (Choc Initial Véritable): يعيش الفرد الذي يتلقى نبأ وفاة لحظة حاسمة وحساسة حيث يفقد معالمه الزمانية والمكانية ويصبح معلقا ليست له أدنى فكرة عما يجري حوله، لكنه بالموازاة يدرك معلومات وكلمات صادرة عن إدم المحيط ويخزنها مما قد يؤدي إلى تعقيدات في وقت لاحق إذا تم استيعابها بصورة خاطئة. (De BROCA, 2001, p13).

ثانيا: مرحلة الشعور بالذنب (Le sentiment de culpabilité): لا بد لنا ألا نستعين بخطورة هذه المرحلة نظرا لما يرافق الشعور بالذنب من قابلية للتأثير بأي اتهامات تسمع. وفي هذا الإطار ميز de A.Broca بين 4 أنواع:

- ◆ الاتهامات الذاتية (في وجود أنا أعلى قوي) محتواها أن وفاة الشخص القريب لم تكن حتمية، أو بالأحرى أن تفاديهما كان ممكنا لو قام الفرد بأمر معينة.
- ◆ الاتهامات الخارجية التي يقتبسها الفرد من المحيط ويؤولها سلبا حسب تصوره الخاص.
- ◆ عبارات الاتهام المباشر يصوغها أفراد المحيط بصراحة "كان على الأم أن تولي اهتماما أكثر بصغيرها" مثلا.
- ◆ ثم اتهمات اللامبالاة حين يعتبر الفرد أنه يبالغ في معاناته وتساؤلاته التي لم تستقبل بالانتباه والتقبل من

هذه الاتهامات من شأنها تعزيز شعور الفرد بالذنب ومن ثم زيادة هشاشته خاصة إذا ارتبطت بذنب واقعي، كأن يتسبب في حادث مرور خلف ضحايا، تتجلى خطورة هذا المعاش في ردود الفعل التي تعقبه

A.de Broca

. (De BROCA, 2001, p15)

ثالثا: مرحلة الاكتئاب الاستجابي (Dépression Réactionnelle): جاي

" " A.de Broca ( )  
 " " (dépression secondaire) يشبه في أعراضه "  
 رد إلى البحث الداء (في)  
 الخارجية إلى حد ما ولو بصعوبة كبيرة.

تدوم هذه الحالة الاكتئابية عدة أسابيع إلى شهور تتباين حينها درجات الشدة. كما أن التطور إلى ومن ثم ميكانيزمات الدفاع التي يتحلى بها الفرد لمواجهة

.(De BROCA, 2001, p17)

أ- الأحلام والكوابيس والأفكار الغريبة: يعاني الفرد حدث الموت ببضعة أسابيع من اضطراب في الذر  
ر سلمي راوده أحلام وكوابيس وأفكار لفترة طويلة ( ر إلى سنوات)  
تقضي على اعتقاده بأز A.de Broca السبب إلى زحف اللاشعور نحو  
المتراكم.

ب- التجسيد أو التبدين (somatisation): باللجوء إلى ميكانيزم التحوي (conversion)  
من تفرغ الطاقة المزعجة والمعاناة النفسية على مستوى الجسد ولا بد أن نحذر من تصنيف  
الجسدية لهذه ا

رابعاً: مرحلة الالتئام (La cicatrisation): تعتبر آخر مرحلة لعمل الح  
يتوصل الفرد إلى توازن جديد في حياته النفسية ويستوعب موت الشخص القريب على أنه واقع نهائي وحب  
تساهم في نضجه النفسي. (2002, p21) A. de Broca  
النظر إلى جرحه دون الشعور بحزن كبير حين يزول شعوره بالذنب... " ويتقبل بذلك حضور الميت في  
ه في مواقف الحياة اليومية وقراراته.

\* A.de Broca اعتمد أساساً على مقارنة طبية في د

التئام جرح جسدي خطير حيث يعيش المصاب اللحظات الأولى في " ولا يحس مباشرة  
ة لم تصل بعد أو كما يجب إلى المخ في المرحلة الموالية يرفض المصاب النظر إلى جرحه حتى  
الألم " " الألم  
ة في الاعتراف بأن الصدمة وقعت فعلاً ( ) . ثم الألم  
يساهم في تفاقم حزن " موجهاً نحو ذات نحو  
ونحو الحتمي -من الناحية الايجابية- عن الضغط المتراكم.

لمة الاكئاب وتعقيداتهما الممكنة A.de Broca يعطي لها صورة ملموسة : "

نلاحظ تحسناً سريعاً تستوقفه فترات ركود

... "(De BROCA, 2001, p18).

مثلاً أو عمق الجرح الحالي، يصبح الالتئام صعباً ويستلزم وقتاً أكثر مما يستدعي تدخلاً طبيياً، سيان في  
الاكئاب الذي تحف شدته طبيعياً وتدرج  
ة والذين يحظون

وفي المرحلة الأخيرة التي تتمثل في الالتئام يواصل A.de Broca

نقل الدم مجدداً بينها

ة المحيطة به مع مرور الزمن وبهذا فإن الفرد يعتبر جرحه الظاهر للعيان علامة تذكره دائما بصدمة

" (2001, p22) A.de Broca

نحن نتط "

### 3-2-2. من منظور Michel HANUS:

" (Pathologie du deuil) 3 ي في كتابه "

أولاً: حالة الصدمة (L'état de choc): يتسبب إعلان وفاة شخص قريب غالباً إن لم  
جسدية تتفاوت في شدتها تبعاً لطبيعة الوفاة أو الموت إضافة إلى عوامل أخرى ( ...).  
تتجلى أولى استجابات الفرد لتلك الصدمة في الذهول الحيرة والرفض الأخير  
الحدث الدرامي وتغيير الواقع.

\* يتدفق الضغط الانفعالي جراء صدمة الموت إلى درجة يتعين على الفرد تفريغها عن طريق الصراخ الذي يعتبر  
كذلك مؤشراً عن إدراك الواقع ومن ثم بداية تجاوز حالة الذهول. هناك جملة من  
والمألوفة تميز المعاش الجسدي وتظهر في كل الحالات الانفعالية الكبرى: خفقان القلب، انخفاض ضغط الدم،

...

(HANUS, 1976, p11).

في ا

...

\* روق الفردية في الاستجابات مرتبط

م لا يمكن وصف استجابات الصنف الثاني بأنها مرضية ن تأخر التفريغ الانفعالي وتباطؤ المشاء

بالتعبير السليم عن الح

يخرج عن إطار الحداد الطبيعي

محطة ضرورية لتلك

غ الانفعالي يعيق عمل الح

M.Hanus

ثانيا: المرحلة المركزية أو الحالة الاكتئابية (Etape Centrale, Etat Dépressif):

هذه المرحلة ظهور ( الألم )

وت والتي تدوم شهورا أو أكثر في الحالات المعقدة أو المرضية.

M. Hanus تبدأ إلا بعد تحقيق التفريغ الانفعالي السابق ذكره والذي

حي أن الفرد بصدد تقبل فقدان و . الألم ثابتي هنا نتيجة حسب الاستثمار من الموضوع

( ) حيث يتم أولا عرض جميع التصورات و :

" " ك بجهد إضافي يتطلب وقتا

يل استنادا إلى م مع الحالي

" (Disparition) " لم يع (HANUS, 1976, p12). إلى

استحضار بعض الذكريات المهمة إلى

داني ياء الماضي وإدماج كل الخبرات التي كان الفقد طرفا فيها على أنها

(souvenirs) ة تدل على السير الفعال والسوي

والذي يستغرق زمنا ليس بقصير نظرا لحجم الجهد النفسي من جهة والطاقة الهائلة الناتجة عن

الاستثمار من الموضوع المفقود وتوجهها نحو الذات من جهة أخرى.

\* في موقف حساس، حيث يعجز عن تفريغ كمية الطاقة المتدفقة بصورة

من خلال إعادة استثمارها في علاقات موضوعية جديدة.

لا شيء يثير اهتمامه. :

حول الموضوع " (HANUS, 1995, p106). يشعر بالفراغ والافتقار إلى

( ) ثم بالغضب تجاه الموضوع المفرد

(Sentiment d'abandon) ه يسعى إلى حمايه وئيه إلى

" (Idéalisation) بذكر محاسن الموضوع المفقود

على مر المراحل الثانوية لسحب الاستثمار قد يحاول الألم

سيورته أكثر من اللازم.

ثالثا: مرحلة الشفاء أو نهاية الحداد (Période de rétablissement): الأخيرة

الحداد عندما يصبح الفرد قادرا على الاهتمام بمواضيع جديدة والتفكير في المشاريع مستقبلية إلى



HANUS, ) ة والتعبير عنها. يبدأ هذا الرجوع نحو العالم الخارجي عادة في  
 . (1976, p18

\* ة السابقة تدريجيا بالتغلب على الألم

Carl . ويعتبر ه باسترجاع طاقة هها في مشاريع وروا:

Maria ABRAHAM إذا تموضعت في نهاية الح

TOROK أن اللجوء المبكر للنشاطات التكيفية يشير إلى " " (Ambivalence)

بالذنب لدى الفرد الذي يواجه تعقيدات في عمل الحداد. Hanus هذه ه

لموضوع مدة خلال الفترات الأولى

الموضوع المفقود، وعليه فالفرد يحافظ على نفس الروابط مع موضوع مختلف لا يعترف به

.(HANUS, 1995, p112)

\* إن عمل الحداد وسحب الاستثمار من الموضوع المفقود يستمر رغم توصل الفرد إلى

سليمة في الوسط الخارجي، ربما يرجع إلى عدم زوال التمثيلات المرتبطة بالموضوع المفقود حتى ولو قلت

### 3-2-3. من منظور Marie-Frédérique BACQUE:

M.F.Bacqué على خمس مراحل رئيسية في تحديد

ونستعرضها هنا كما أوردتها في كتابها « Le deuil à vivre » (2000).

أولاً: مرحلة الدهول (Phase de sidération): الأولى Hanus، إنما

ن الاختلاف هنا في شمولية حالة الدهول التي تمس الوظائف النفس

" "

ة ورفض الواقع غير المعقول \*

Bacqué

"... لا أصدق ما أسمه ..."

وء إما إلى الكلام: "

Hanus محاولة إلى مرحلة سابقة حيث يكفي للطفل أن يصرخ حتى

\* ض بمحاولات للبحث عن الميت، تسميها M.F.Bacqué "محاولات غريزية" ( tentatives )

(instinctives). فإن الفرد ينتظر بفارغ الصبر ظهور أو عودة الشخص المحبوب بغض النظر عما يقره الواقع

(بأنه لم يعد موج ) حدث أو يذهب إلى مكان وقوع الحادث .

M.F.Bacqué في هذا الصدد: " ظ ظهور محاولات للبحث، أولا سلوكية ثم لفظية وأخيرا

(البحث عن ذكريات وأشياء)" (BACQUE, 2000, p57).

سبق وذكرنا أن هناك تقارب بين وجهتي نظر المؤلفين M.F.Bacqué M.Hanus

الذهول هذه، لكنهما يتباعدان حي أهملت Bacqué في الاستجابة والتعبير عن المعاناة،

الكلام إلى جانب أولئك

Hanus

الذين يستجيبون ببرودة أعصاب وتبدو عليهم علامات التكيف السطحي.

ثانيا: مرحلة الإنكار والتمرد (Phase de déni et de révolte): في هذه الفترة التي تلي مباشرة

ول يتسرب الواقع أكثر إلى تصورات الفرد فيتب

"إرهاق و ألم داخلي حاد" (BACQUE ,2000, p58) -

مما يشير إلى أن عمل

— يتمكن الفرد من التعبير عن

M.F.Bacqué

M.Hanus الحداد لديه قد انطلق فعلا، وهذا ما أكده

لها دون الخوض في أبعاد الشعور بالتمرد و مبر .

ثالثا: المرحلة الاكتئابية (Phase dépressive): Bacqué

وجه الخصوص والتي تسمح للفرد بالتفريغ ا لداني أمام وقع الخبر المروع (خبر الما ). إضافة إلى ذلك، فهي

ود بعض لا يكون استنادا إلى عوامل بيولوجية

(الهرمونات)

Bacqué Hanus بقي وجهتي نظر مرة أخرى بالتطرق إلى هذه المرحلة، حيث يعتبرانها

وت بعد إنكاره.

في عمل الحد لأنها

الاكتئابية ضمن مجموعات حسب:

Bacqué

لداني.

\* الجانِب الجسدي هي اضطرابات في الشهية والذ

(anorexie) (asthénie) إلى (insomnie)

إلى في الحياة اليومية من جهة مثل:

... لِح، ثم التفكير المتواصل والحصري في توفى

\* الجانِب الفكري " ء المعرفي، صعوبة في التركيز وفقدان الذاكرة

قصيرة الما "... (BACQUE, 2000, p59) هذه المظاهر

العالم الخارجي حوله وتكثيفه كليا تجاه الشخص الميت الذي لم يعد له

فقيده؛ حيث يتيح له فرصة استرجاع كل تصور ذهني

بغرض سحب كمية من الطاقة النفسية التي تعززه، حتى يضعف تدريج

\* الناحية الوجدانية ووفى. والألم

يثيران مشاعر الذنب حيال إمكانية تفادي موت الشخص القريب أو التنبؤ به.

حول إلى غضب أحيانا باتهام من ساهم ( من قريب أو بعيد في حدوث موت

رابعا: مرحلة الموت الفيزيقي والنفسي (P. de mort physique et mort physiologique):

"فالموت الفيزيقي"

"الموت النفسي"

غير الرجعي.

M.F.Bacqué ن الفرد يجد نفسه فجأة مجرد (vital)

من دونه رغم أنه ليس بالأمر الهين، فقد يتعرض الفرد إلى ظواهر لم يألفها لكنها طبيعية في هذه المرحلة كأن

يخيل إليه أنه رأى أو سمع الشخص الميت ويعتقد مؤقتا أن هذا الأخير إنما الواقع يسيطر غالبا

الألم الخلقى الذي يعتري الفرد يؤدي دورا فعالا في جعله يتنازل عن استحضر

وفى في تمثيلاته الذهنية حتى يتفرغ

\* نجد تقريبا مرة أخرى بين وجهتي نظر Hanus Bacqué

حضر فيها الشخص الميت ثم خضاعها لمبدأ الواقع الحالي لسحب الاستثمار منها وإدماجها في صورة

وحيث يتوصل الفرد إلى تقبل الفقدان " " " "

### خامسا: مرحلة التكيف (Phase d'adaptation):

توفى

وخرج من عزائه نحو الحياة الاجتة .

لا بد أن نحذر من اعتبار عمل الحداد هادف إلى نسيان الموضوع المفقود

لمواجهة خبرات .

تماما كما كانت عليه أمر غير .

Hanus Bacqué في هذه المرحلة باهتة بتأثير الط

في الحداد فالضوابط الاجتماعية تحمي الفرد أحيانا من التسرع في اتخاذ قرارات خطية

(تحديد مدة لازمة قبل الزواج مجددا ) كما تمنحه الدعم العاطفي الذي يحتاجه لتجاوز محتته

Alain De BROCA

\* في مجمل القول وبعد استعراضنا لوجهات نظر كل م Bacqué Hanus De Broca

التي يتأسس عبرها في عددها وتسميتها مثلا.

هؤلاء المؤلفين عموما على محتوى المراحل فهناك فترة الدهول والاستجابة

( ) تليها حالة اكتئاب غير مرضي غالبا ليصل تدريجيا إلى

الواقع الحالي والتكيف معه.

#### 4- تعقيدات الحداد

### « Complications du Deuil »

وحتى

يتحقق ذلك التكيف لا بد من مرور الفرد بمرحلة فقدان التوازن والتنظيم الذي عهده قبل الحدث الصدمي.

ل ويعادل في ضرور



#### 1-4. الحداد المعقد (Deuil Compliqué) :

في التوظيف السوي الفرد إلى ميكانيزمات دفاعية أولية وأخرى ثانوية لغرض حماية  
ة التي تشكل خطرا عليه إلى جانب التخفيف من حدة الألم

يوضح بعض المحللي Michel HANUS Mélanie KLEIN :

الذي يرصن دفاعاته النفسية حتى يجد حلا وسطا للصراع القائم بين الواقع الخارجي (

( ) يدي في الموضوع المف ( ) .

: "رفض" (Déni) " ليبيدي لكل رغبة تجاه الموضوع

حيث لا يصل (Refoulement) " موضوع الحب المفقود

(Introjection) " جزء منه فاعلا في تعلقه بالموضوع المفقود (Clivage du Moi)

" إلى أساليب الاستجابة في المراحل النرجسية الأولى (Régession) ثم " الأولى

(Identification Primaire). مجرى

رن في استخدامه لميكانيزمات الدفاع أعلاه ينف المفرط لها تؤدي إلى صعوب

ثم تعقد ووره إلى مراحل .

#### 1-1-4. الحداد المزمن (Deuil Chronique) :

أول من أشار إلى مفهوم " " Anderson (1949) للتعبير عن مظاهر الحداد التي

( 6 - ) لإتمام .

Osterweis وزملاؤه (1984) أن الخاصية المشتركة بين رهائن الحداد المزمن تتمثل في غياب التغيير

مع امتناعهم عن إحداث أي تغيير (PARKES, 2003, p18).

M.F.Bacqué مداد المزمن أو غير المكتمل (Deuil Inachevé) إلى منحي

:

أولا (Ambivalence) خلال المرحلة الاكثائية والتي تعيق عمل الحداد إذا كانت الشحنة

الأخير

رد إلى توجيهه عدوانية ة التي لا بد من تفرغها نحو ذاته أو إسقاطها على مواضيع العالم

وهذا ما نلاحظه في سلوكات التدمير الذاتي (C.autodestructeurs)

## M.Hanus التقمص السلبي للشخص المتوفى (Identification Négative)

بالذات التي لم تنقذه.

ثانياً التأثير المزدوج (Double Impact) للموت حين يحدث في ظروف صدمية

الموت لكنه يشهد موت شخص قريب في Bacqué في نفس السياق

(وهي أولى المراحل) فتطول مدتها و

### 4-1-2. الحداد المؤجل (Deuil Différé):

تظهر معالم هذا النوع من الحداد المعقد في انعدام استجابات الحداد السوي أو العادي كالتعبير عن  
موت شخص عزيز، مما يشير " " (Déni). إن رفض

موت وأن الهدف هو الحفاظ على وجود الشخص الميت وإطالة فترة بق

(الهلاوس).

G. Bayle ير أن بعض المواق " " (Déni de la )

(mort

(BAYLE, 2002, p146) الحداد السوي يتحدد بمجرد تمكن الفرد من تفرغ

### 4-1-3. الحداد المثبط (Deuil Inhibé):

ط على حد بعيد الحداد المؤجل من حيث الميكانيزم

في وجهته (Sa destination) إذا كان الرفض الذي يم

الفقدان فإن الرفض هنا في الح الألم والانفعالات غير المرغوبة والمرتبطة بالف

خاصية تنسب إلى في حداد مثبط هي "البرودة العاطفية" (Insensibilité Affective) التي تشكل

التعلق الجديدة، كما تعزز العزلة وتتسبب في صعوبات عاطفية علائقية مهمة دون أن

تصل إلى درجة عدم التكيف الاجتماعي والمهني. ونجد بالموازاة أفراد ينجحون ظاهرياً في تكوين روابط جدي

وتقبل غير

Hanus لمي أن غياب العواطف ليس نهماً ملاحظة تدفق انفعالي

والم وجداني مفاجئ أثناء المناسبات التي نذكر الفرد بمن توفي (HANUS, 1995, p150).

#### 4-1-4. الحداد المسبق (Deuil Anticipé):

حسب أبحاث Silver Wortman (1989) فإن التفكير الحصري في فقدان شخص عزيز مصاب بمرض مزمن أو مستعصي ومحاولة الاستعداد لمواجهة هذا الفقدان قبل حدوث الموت فعلا يمهّد لصعوبات في

#### (Détachement Affectif)

حيث تظهر علامات

والتجاهل تجاه الشخص المريض الذي لا يجد الدعم المطلوب. يأخذ بعدا خطيرا  
داد معقد إلى

#### 4-2. الحداد المرضي (Deuil Pathologique):

M.F.Bacqué عن أهمية نمط علاقات الفرد بمواضيع الحب خلال مراحل

. بصيغة أخرى، فإن استخدام الفرد حصريا لميكانيزمات الدفاع

( في التعامل مع إحباطات الواقع يجد من

المحيط الذي يغيب عنه الموضوع المحبوب، وذلك بفقدان التوازن النفسي وظهور

G. Bayle (2002, p151) أن الحداد المرضي مرتبط بكيفية تطور الفرد في طفولته

#### 4-2-1. الحداد الاكتئابي (Deuil Dépressif):



السلي في سياق الحداد السوي إنما

Deuil Clinique ou ) " " " "

.(Véritable

Sentiment de l'estime de ) " " (1915) S.Freud

(soi) أولى نقاط الاخت

بح التقدير الذاتي مدمرا والانا هشا أما في الحداد

العادي فيعتبر العالم الخارجي هو الفقير والفاغ. وتمثل هوية الموضوع المفقود نقطة الاختلاف الثانية

الفقدان في الاكتئاب العيادي با شعورية لكون موضوع جزء منفردا في الواقع الخارجي.

: الاستجابات الاكتئابية الطبيعية في الح

/

ة والمعرفية السلوكية أن الحالة الاكتئابية التي تدوم أكثر من عام واحد

#### 4-2-2. الحداد الهوسي (Deuil Manique):

رغم قلة نسبة حدوث هذا النوع من الح

ه في حال

(اضطراب في المزاج). من الصعب التمييز بين هذه

(Accès maniaque aigu typique)

ببعض الاختلافات أولها وجود فترة كمون (Temps de latence) ذات أهمية بين حدث المو ( )

والاستجابة الهوسية . فخلال هذه الفتة

معتبرا لقمع انفعالاته كما أنه يرفض الحداد والعلاقة التي كانت تربطه بالشخص الميت. الفرد هنا إلى

ة في الحياة بدل اليأس. في (Inversement) " "

طور الحداد الهوسي إلى

اد وهذا الانقلاب السريع في المزاج من

خصائص الحداد الهوسي.

#### 4-2-3. الحداد الهستيري (Deuil Hystérique):

يستجيب بعض

قريب بأزمة انفعالية عنيفة لها مظاهرها على الجانب الحركي

تليها مرحلة اكتئابية بطيئة قد تدوم سنوات كون الفرد يتردد في معايشة ألمه العميق.

رفضه لغياب موضوع الحب، فإن الفرد يعزز استحضر الميت في خياله ( )

و الحال في الح

(Identification) " " في هذا الصدد تعتبر M.F.Bacqué

في الحداد المستيري غير الذي يكون في الح  
 ن الثاني يشتمل على الملامح الجسدية وا  
 وفي  
 في حين يرتكز الأ  
 " (Conversion) "

M.Hanus عن السلوكات التدميرية الذاتية التي يعبر من خلالها الفرد عن رغبته في  
 وقد تصل خطورتها إلى انتحار من قهرهم الشعور بالهجر. إن تطور الحداد المستيري  
 نة، أهمها: رغبات التدمير الذاتي

عن كل استثمار موضوعي غير الشخص المفقود يخوضون في علاقات جديدة على نموذج العلا  
 ور المرض نحو في حالة حدوث انفصال أو

#### 4-2-4. الحداد الوسواسي (Deuil Obsessionnel):

على خلاف الحداد المستيري، تأخذ أعراض الحداد الوسواسي طابعا أكثر هدوء حيث يظهر الفرد

رد في هذا الحداد هو الشعور بالذنب بسبب النزوات العدوانية والرغبة اللاشعورية في موت الشخص  
 الذي يؤدي به إلى توجيه تلك النزوات نحو ذاته.

باستدخال موضوع الحب المف  
 الأخير  
 " : ... .. "

المرتبطة ببقية الذكريات التي تخص الشخص الميت (HANUS, 1995, p201).

في تطوره مجرى اكتئابيا حيث  
 محاولة الانتحار نظرا للإرهاق  
 . ويمنعه لزم من معين من المرور إلى الف

#### 4-2-5. الحداد الجسدي (Deuil Somatique):

يعتبر M.Hanus  
 فبغض

النظر عن الاضطرابات النفسية عند ذوي البنية الشخصية الهشة، قد يتسبب الحداد في تد  
 (السكري، الربو، ارتفاع ضغط الدم، القرحة...)

تكويني لها، أو حتى . وفي هذا الصدد بنيت نتائج دراسة P.O. D.R.Jones

اللواتي فقدن أزواجهن بشكل مفاجئ أكبر مقارنة بالنساء اللواتي لم Goldbal

في محاولة لتفسير هذه الظاهرة، اعتمدت المقاربة الفيزيولوجية إفرازات الغدد الصماء حيث

المفرط لهرمون (Glandes Surrénales)

الدائم لعوامل الضغط لفترة زمنية تتراوح بين أيام إلى أسابيع بعد الصدمة وفاة شخص قريب. فلا بد لهذا المتزايد والمبالغ خلال وقت محدد أن يخلف تأثيرات خطيرة على مستوى الحساسة مسبقا في

(anorexie) كعرض اكتئابي خلال الحداد يرفق بفقدان الوزن ووهن جسدي ملحوظ وهو

بذلك يعرج ضمن العوامل التي تضاعف احتمالات بأمراض عضوية خطيرة.

\* رغم تنوع معايير التش

:

وي والمرضي حيث علينا بعين الاعتبار جملة من العوامل التي قد تعيق أو

## 5- العوامل المحددة للحداد

### « Déterminants du Deuil »

من واجب الباحث في مجال الحداد أن يحيط بعدة عناصر ومعطيات مهمة حلن يجتهد لتفسير الفروق

الفردية في الاستجابات التالية لموت شخص قريب ومحجوب حيث لا يكفي ربط فقدان موضوع الحب ن

الألم الألم وتتراوح مدته ما بين أيام وسنوات كما يمكن أن

خر في تحديد صيرورة

/ " (2003, pp 203.204) Colin Murray PARKES في كتابه: "

مل في نقاط كمايلي:

قبل الحداد:

/1

(...)

- ( / ) .
- ( ) /2 خبر
- ( ) /3 خبر
- /4
- /5
- /6 محاذي

موت غير معترف به.

أثناء الحداد :

- /1
- /2
- /3
- /4
- /5
- ( ) /6
- 7/ عناصر ثقافية أو سرية لها تأثير على تجربة الحداد.

بعد الحداد:

/1

1/2

1/3

### 5-1. العلاقة بالشخص المتوفى (Relation avec le défunt):

يختلف عن نوعيته لدى

والد فقد طفلا، كما يختلف عن نوعية  
... وما إلى ذلك من العلاقات الوجدانية  
ة التي تربط بين فردين.

### 5-1-1. العلاقة الزوجية (Relation Maritale): في ممارسه لأخيرة

C.M. Parkes (2003, p205) 171 عميلا يخضع لعلاج نفسي بعد موت أحد أفراد  
محيطهم، نسبة 45% تمثل الذين فقدوا شريكا (35% 10%).

لا يسعنا القول أن هذه الظاهرة نادرة أو استثنائية نظرا لما للعلاقة الزوجية من أهمية أولية في حياة الفرد

حيث يستثمر كلا الطرفين طاقته النفسية والجسدية في الطرف  
عباره السند والم

حين يتوفى الزوج ( ) تاركا مكانته وأدواره شاغرة، يصيب الزوجة ( )

والاكتئاب والحيرة لأنها عاجزة حينها عن ملء الفراغ العاطفي خاصة وإيجاد بديل للشريك.

### 5-1-2. العلاقة الوالدية (Relation Parentale):

Clayton

(1980) كبيرة من عينة تحتوي على أ

يف خبرة (6) (PARKES, 2003, p206)

### (Evénements Traumatiques)

ية ساهما- - في تقليل نسبة وفيات

وغير معقول بل مناف للمنطق الذي يتقبل موت شخص متقدم في السن على موت طفل لم يست

"

"(De BROCA, 2001, p108).

\* في حالات كهذه يتفاقم الشعور بالذنب حين يجئ إلى الوالدين أنهما م ملان مقصران في واجباتهما تجاه

طفلهما إضافة إلى غياب عامل موضوعي واضح تسبب في موة الذي يؤدي بأحدهما أو كليهما إلى

ة لها عواقبها الخطيرة ليس فقط على

A.de Broca

\*

( ) . حيث يسود العلاء

الوالدين للآخر بسبب اختلاف استجاباته أمام الموقف المشترك، ويعيش الوالد

على أنه صمت ورفض للح

داد لديه ويتسبب غالبا في انفصال الوالدين بعد العجز والفشل في مواجهة

ألم الفق

لى استجابات مرضية بعد

\* في المقابل اعتبر Moss Moss (1995)

إنما لا ينفي وجود مشاكل تكيفية وعلائقية على المدى البعيد حيث يقف التعلق العميق

المتوفى "النزوح".

ن حدثا يساهم في نضج شخصية الفرد واكتشاف قدراته الكامنة

ة في غنى عن السند الوالدي.

لن نوفي بالقدر الكافي من المعطيات إلا إذا خصصنا لهذا الموضوع دراسة مستقلة عن دراستنا الحالية

للوالدين من أدوار حاسمة أهمية وجدانية خاصة في حياة الطفل والمراهق.

### 5-1-3. العلاقة الأخوية (Relation Fraternelle):

ما في سن الرشد

(jumeau homozygote)

19 غير أ 49

(1933) Boucharel & Segal

الأولى تتجاوز بكثير

(hétérozygotes)

لدى أفراد الفئة الثانية، لتفسير هذه النتائج ربط الباحث لم الحداد بالاقتران الوراثي لكنه يبقى

تفسيرا نظريا غير

Perkins Harris فقدان أخ أو أخت بالتجربة ذات الأثر الحاسم في حياة الفرد

(PARKES, 2003, pp209.210).

### 5-2. الجنس (Le sexe):

ة في الاستجابات الح

قل نجاحا في معظ

إنما يستجيب الرجال بصورة أكثر خطورة من خلال الذبجات الـ (Attagues) (Cardiaques) لأسباب موضعية تبقى غامضة عدا محاولات ربطها بالنمط الرجولي الذي يتسم أولا بقمع الألم والمعاناة الوجدانية وبالتالي انعكاسها في استجابات سيكوسوماتية، ثم ( ) انحرار.

### 3-5. السن (L'âge):

حين نشير إلى عامل فإننا نعني بالضرورة مستوى النضج العقلي والوجداني ( ) في تكوينها المتزامن مع حدث موت شخص قريب.

\* ق بعض الدراسات على ربط حدة ألم الحـ Maddison ن؛ حيث خلصه Walker (1967) شملت 132 60-45

الأرملة وصيرورة الحداد، فتظهر لدى الأكمبر (PARKES, p213). سن نسبة اضطرابات الفعالية أكبر م تلك التي تظهر (1978) Van Roojer الألم

\* عتبر بعض الباحثين أن الحداد عامل مفجر للاكتئاب خلال فترة الشيخوخة

ثلاث دراسات لفرق بحث مختلفة حين توصلت إلى 10% 17% ات سن متقدمة كنسبتي إصابتهن باكتئاب عيادي في السنة الأولى (Lundin et coll.,1989- Duran et coll., 1989- Clayton et coll. 1972).

\* (1989) Grass ( ) في سن متقدم ( )

(... (PARKES, p215).

\* : "الأطفال" تستثنى من معايشة ذلك الحدث المهـ ء إلى عمل الحـ . د والمتشعب لموضوع الحـ أننا نسعى إلى توفير المـ في عنصرنا هذا.

\* بعض S.Lebovici في مقالا : "عمل الحداد عند الطفل" (2002, p104) إلى ل أن الطفل مؤهل للقيام بـ يات ينفرد بها

الطفل حيث يزيد القلق المرتبط بالتفكير في معايشة مواقف فق بالذنب خاصة إذا وجهت إليه اتهامات صريحة.

في حين يعتبر G.Rochelin B.Shambaugh

كمرحلة يتم خلالها الانفصال السوي عن الصور الوالدية إضافة إلى استدخال مفهوم الموت.

M.Hanus \*

حداد في التوظيف النفسي للطفل. تمييزا بين وع الاستثمار الوجداني

رد إلى تكوين العلاقة الموضوعية تبعا لمبدأ الواقع، الاعتراف بالفق

شروط تغيب عن التكوين النفسي للطفل نظرا لعملية النمو المتواصلة وغير المكتملة في هذه المرحلة مقارنة بسن

A.de.Broca .

الساعية إلى تحقيق النض

#### 4-5. طبيعة الموت (Manières de mourir):

ونركز في هذا العنصر على الطابع العنيف والمفاجئ للموت، كما تقول M.F.Bacqué: "

الفقدان غير متوقعا زادت " (2000, p98).

في نفس السياق، يعتبر C.Fauré أن الموت المفاجئ والعنيف يشل ميكانيزمات الفرد لم ؤ، يج عالم في حياته اليومية بسبب ه في التخفيف من وطأة

#### 1-4-5. الموت المفاجئ (Mort Inattendue): لا يخفى عنا أن أهم خاصية لحالات الموت

المفاجئ تتعلق بعدم الاستعداد النفسي (La non préparation psychologique)

التفسير العقلاني لذلك الفقدان غير المتوقع والعنيف أحيانا يدفع الفرد إلى البحث والتقصي الضروريين بالنسبة إليه حتى يستوع ظل متوقبا لأي إشارة كان من شأنها أن تقيه أو تنبئه



(FAURE, 1995, p36).

لشخص قريب، حيث يدوم فترة تتجاوز المرحلة السوية المتعارف عليها ليتسبب في تعقيدات مهمة.

أولاً: الموت انتحارا (Mort par Suicide):

إيجاد بير معقول لهذا الما

A.de Broca

إلى الفعل الدرامي وغير المتوقع إطلاقاً، مما يمنعهم من تجاوز المرحلة الأولى

بي للوصم الاجتماعي فيشعر أقارب المتحر بالرفض والاحتقار من طرف المجتمع بسبب

المتوفى سلوك مناف للمبادئ المتفق عليها في المجتمعات

راسيم الجنازة حين يتوفى

ثانياً: موت الرضيع (Mort au berceau): Osterweiss (1984)

ي للرضيع (MSN) (Mort Subite du Nourrisson) عامل مفجر في أحيان كثيرة

لتعقيدات خطيرة في حيث يدفع البحث المستمر عن سبب مقنع كلا الوالدين إلى تبادل

(1980) Knapp & Reppers

الاتهامات كما تتدخل سلطات

مدى الحياة اللواتي يعانين بمرارة في الخفاء ( PARKES, )

(2003, p219).

( )

(Harvard)

في دراسة لجامعة

ومبكر تدوم مدة أطول من اللزوم وترتبط بانسحاب اجتماعي وانطباع

بعض المتوفى.

وت غير (PTSD)

(1991) Schut

رر ذلك بالطابع المؤلم و الم

نسبتها في أنواع الح

ذب في

المتوفى مما يمنع إدماجها السوي في التوظيف النفسي واستبدالها بذكريات سع

17

ثالثاً: الموت اغتيالاً (Mort par Homicide):

نقدان أحد أقاربهم قتلا (Meurtre) Parkes مجموعة من العوامل التي ترتبط فيما بينها لتشكّل

الموت المفاجئ المرعب والمبكر، الغيظ والارتياح كأبرز الاستجابات عقبه، إضافة إلى

. وتعد تركيبتها من نواحي مختلفة عاملاً مفجراً لتناذر الضغط ما بعد الصدمة

(PTSD) حيث يفتقر الفرد إلى السند (يفقد الثقة في خاصة السلطات المكلفة بحمايته كما

يعتريه شعور بالذنب لفشله في (المتوفى). رغبة التي تأسر الفرد فتؤدي به إلى تجنب الذكريات والكف الاكتسابي ومن ثم العزلة الاجتماعي . إن مظاهر الاكتئاب في حالات الحداد بعد خطيرة فانعدام الثقة في تمنع الفرد من تلقي السند الخارجي والغضب الشديد يبعد الغير ومشاعر الذنب تستلزم سلوكيات العقاب الذاتي ( PARKES, p224).

#### رابعاً: الموت جراء الكوارث (Mort causée par des Catastrophes):

الكوارث تغزو الفرد نفسياً فترهق الدفاعية وتجرحه نحو اضطرابات وجدانية وعدم تكيف اجتماعي حيث يكون -إن صح التعبير- انقطاع شبكات الدعم الخارجي، الشعور تعددية الفقدان التي تنصب على الفرد كلها في (Désorientation)... الخ. الحداد إلى جانب ظهور (PTSD) . إلى الاختلاف الجوهر \* )

جماعية، مجازر... حتى يتضح لدينا التباين في الاستجابة . ب والذنب لدى أقارب الضحايا، ومن ثم يعيق سيرورة عمل الحداد أو يعقده. في حين أن الإرادة الإلهية في الكوارث الطبيعية تخاطب الجانب الروحاني في الفرد لتجعله يخضع لقر أعلى منه تتعدى كل القوى البشرية ويتقبل قدره لحكمة ربانية .

#### 5-4-2. الموت المتوقع (Mort Anticipée):

استدعى فترة "التوقع" "انتظار الموت" في ه داد في مواقف الموت المفاجئ ال ه أعلاه، Shanfield (1984-1985) بدراسة مقارنة بين عيني أولياء فقدوا طفلاً جراء حادث مرور النفس جسدية التي تظهر لدى أفراد العينة الثانية في فترة الحداد لا تتجاوز حدة التي تظهر لدى العينة الأولى. بعض إلى اعتبار حدث موت بسبب مرض خطير فرصة لتنمية الذات، تجديد الوازع الروحي (PARKES, p219).

رات الدالة على الموت الحتمي للشخص المريض لا تقضي تماما على صعوبة الاستعداد

( )

للمريض وتفاديا لتشويش أفكاره (PARKES, p220).

### 3-4-5. الحداد غير المعترف به (Deuil non reconnu):

الفرد عن التعبير الوجداني العلني لما يعيشه من ألم وحزن، وذلك بسبب الرفض

"حداد غير معترف به"

(1989) Doka .

ثلاث أنماط هي:

أولا: علاقات غير معترف بها:

الطبي بالمرض... الخ.

، التخلي عن طفل لمصالح التبني

(Mort-né)

ثانيا: فقدان غير معترف به:

الخ...

الخ...

ثالثا: الحداد غير المعترف به لدى فئة خاصة:

(PARKES, p226).

### C.Fauré

ة لفهم ثم استيعاب الموت "إذا كان الموت بعد فترة مرض طويلة يعتبر

فإن الموت العنيف يتجرد من كل تفسير" (FAURE, 1995, p35).

(l'anticipation) Sanders (1983) التعرف على تأثير عام

في مسار عمل الحداد الموالي لموت أحد الوالدين (BACQUE, 2000, p107).

طير لديهم كانت

التي اشتملت على أفراد فقدوا أحد والديهم بعد 6

تكيفا على خلاف الفئة التي اشتملت على أفراد فقدوا أحد والديهم فجأة، فكانت الانعكاسات الجسدية

. أما بالنسبة للفئة التي شملت أفرادا فقدوا أحد والديهم بعد معاناتهم

## 6- خصوصية الحداد في لمجتمع الإسلامي

### « Spécificité du Deuil dans la société Musulmane »

تلتقي وجهات نظر بعض الدارسين في مجال الحداد عند الإقرار بأن تلك الآلية التي تأخذ مجراها عقب

دان لها بعد اجتماعي فعال إلى جانب البعد الذاتي. Davies Prigerson

نسانية تتأسس من ناحية اجتماعية لكونها لا تتعلق بشخص منفرد بل بنسق أوسع بما يحتويه من

يهدف إلى تكوين معنى للفقدان حتى يتم تقبله وإدماجه في حياة

الفرد بصورة سليمة، فإن الخطابات الدينية و المظاهر الثقافية المحلية تعد ضمن العوامل الرئيسية التي تسمح

للفرد بالتوصل إلى ذلك المعنى المنشود.

إن للشعوب عربية كانت أو غربية نفسيات عامة تختلف فيه شتى المشاعر ستقبل بها ما تواجهه من أزمات على النحو الذي تشاء من جدية أو استخفاف، تحدي أو جمود. وهذه النفسية تفرض مسلكها على أفراد المجتمع الواحد حيث يبقى طابعها وضحا في التقاليد والعادات والمعتقدات التي يتوارثها الجيل اللاحق عن سابقه .

استنادا إلى ما كشفت لنا عنه الدراسة الميدانية للحالات العيادية أهمية التصور الديني الإسلامي الذي يتخذه مجتمعنا الجزائري مرجعا أوليا في تفسير وقائع الحياة المؤلمة على وجه

ن حتمية الموت: إذ أن المولى عز وجل جعل الموت حقيقة لا تستثنى مخلوقا في هذا الوجود : "و ما جعلنا لبشر من قبلك الخلد أفأين مت فهم الخالدون" ( 34 - ) "كل نفس ذائقة الموت ثم إلينا ترجعون" ( 57 - ) .

ة البشرية تقود الفرد إلى التمسك العقبات التي تؤول بينه وبين سعادته، إلا أن الاعتقاد الراسخ بالفناء يخفف عليه عبئا ويواسه في أوقات عصيبة كأن معاناة طفله المريض و في أعماقه أن فقدانه أمر محتوم عاجلا أم آجلا.

• الإيمان بقضاء الله و قدره: "قدر" (Destin) رة وكبيرة تحدث في

الوالدية الدائمة، فهذا من أمر الله جل وعلا التي لا يمكننا إدراكها بل علينا الخضوع والتقبل ط لها. يقول سبحانه وتعالى: "قل لن يصيبنا إلا ما كتب الله لنا هو مولانا وعلى الله فليتوكل المؤمنون" ( 51 - ) .

: "وإن يمسسك الله بضر فلا كاشف له إلا هو وإن يردك بخير فلا راد لفضله يصيب به من يشاء من عباده وهو الغفور الرحيم" ( 108 - ) .

"...ومن يتوكل على الله فهو حسبه إن الله بالغ أمره قد جعل الله لكل شيء قدرا" ( 3 - ) .

• المصائب للمؤمن ابتلاء: اطلاعاتنا على سير الأنبياء و المؤمنين الصالحين الذين طبعوا تاريخ الإسلام أهنا صبرهم ورضاهم بحياتهم كما كانت بالرغم من الصدمات النفسية الحادة التي تعرضوا لها سواء ذويهم أو اضطهاد الآخرين لهم أو تآكل أجسادهم بأمراض خطيرة وغيرها من المصائب الدنيوية التي من شأنها أن تضر بالصحة العقلية و الوجدانية للإنسان.

"ولنبلونكم بشيء من الخوف والجوع ونقص من الأموال والأنفس والثمرات وبشر الصابرين الذين إذا أصابتهم مصيبة قالوا إنا لله وإن إليه راجعون" ( 155 . 156 - ) .

المؤمن في ديننا ومجتمعنا هو ذاك الشخص الذي يأخذ على الركب أزمات الواقع ويستقوى بها لأنها  
 خبرات يمتحن خلالها المولى الرحيم الصبر والعزيمة ليرفع درجته مواقف تحذير يجعلها له فرصة للتوبة

## 7- العلاقة بين الموت، الحداد والصدمة

### «Relation entre Mort, Deuil et Traumatisme»

\* في ظل النقاشات التي تناولت العلاقة بين الموت والصدم ة، اعتبر L.Bailly  
 مكاظم دة المؤدية إلى الصدمة إضافة إلى وجود بعد صدمي في موت

(BAILLY, 1996, p17).

يحمل ضم

M.Hanus \*

رات عن موت الذات، لكنه لا يتسبب بصورة مطلقة في ظهور صعوبات أو اضطرابات خطيرة

ة للفرد في حداد وسن الشخص وفي... :

(HANUS, 1995, p114).

\* M.J.Smailovic على الرأي السابق، فترى أن الموت قوة عنيفة تج

ه توازنه النفسي وتقطع علاقة متواصلة قبلا. وبغض النظر عن طبيعة الموت فهو مطابق للصدمة،  
ة من الاستشارة تتجاوز بكثير قدرة الفرد على إدماج معطيات الواقع والتكي

هو الطابع العنيف والمفاجئ للم

J.Lubtchansky \*

غير مستعد لمواجهة هذا الفقدان خاصة إذا أحاطت به ظروف غامضة أو كانت للفرد مساهمة لا  
Lubtchansky في خاصيتين هما:

\* تعتبر M.F.Bacqué أن المواقف الحصرية التي يكون فيها الحداد صدميا تتعلق بمواجهة

(BACQUE, 2000, p117)

أولهما الحضور الفعلي للفرد في الحدث الصدمي

## 8- الجدول العيادي للصدمة وعرضية الحداد حسب DSM-IV

### «Tableau Clinique du Traumatisme & Symptomatologie du Deuil selon le DSM-IV»

د من الباحثين بمقارنة مجموعة تظاهرات الحداد التالية لموت أحد

ة كما جاء في تشخيص DSM-IV. E.Zech "إدارة الحداد

وإدارة الانفعالات" (La gestion du deuil & la gestion des émotions) (ZECH, 1994, )

(p18.21) وتمحورت ملاحظاته حول وجود مواضع تقارب بين

DSM-IV, Pc ) (Etat de Stress Post-traumatique)

.(1998, p65

-المحك (A): مواجهة الفرد لحدث صدمي مهم وغير مألوف كموت شخص محبوب.

-المحك (B): " (1) (Pôle revécu) "

(2) (3) (4) والشعور بالضيق حين يعيش الفرد أحداثا مشابهة للحدث  
حاضرة في .

-المحك (C): " (1) (Pôle évitement) التي تضم (1)

(2) محاولة تجنب أو المواقف التي تثير الذكريات الصدمية (4)  
(5) (6) (7) الشعور باليأس تجاه  
وحده العرض (3) .  
يغيب في

-المحك (D): " (1) (Hyperactivité Neurovégétative) " جي الإ

(2) (3) نقص التركيز (6)  
(4) (5) (6) رد فعل التأهب المبالغ فيه،  
حداث مشابهة للحدث الصدمي.

-المحك (E): " ESPT التي -

اتفق عليه المؤلفون حول فترة الحداد التي تمتد إلى 12

E.Zech في ملا ه إلى نتائج دراسة للباحث Schut 1991 والتي تعزز

حتى وإن كان ESPT

(94 % من عينة الدراسة، أي الثلث من 127 ) .

(B ) (C ) 11 %79

(D ) ومثلث 25-30%

في الحمل تقدم 20 إلى 30% ESPT دامت الفترة الكافية لتحقيق

E ( ) وبهذا نستنتج أ

(ESPT) بغض النظر عن غياب بعض المحك

داد يحمل طابعا صدميا أو أن الحداد هو نفسه حالة دفع بعض المؤلفين إلى



التركيه  
الذي يؤثر في عمل الح ( كما رأينا في

Pertes )

Rynearson

(

.(Traumatiques

... التي

:

تؤدي إلى أعراض نفسية خطيرة إن أهملت منذ بداية ظهورها كانت السبب في تعقيد عمل الحداد حتى

خلاصة:

المعطيات التي تلم بتلك الآلية النفسية المتشابكة الأبعاد. وإذا تمعنا في المحتوى سنلمس مدى الصعوبة في انتقاء

ر يستلزم مجالا ينفرد

العناصر التي لا بد من التطرق إليها دون غيرها، والأم

## "العوامل المحددة للحداد" "طبيعة الموت" أو حتى "تعقيدات الحداد"

فيها بالقدر الوافر لأننا سننجرف نحو متاهات تبعدنا عن محور بحثنا الحالي.

- حيث تمكنه من التحكم بصورة أو بأخرى في الواقع الخارجي و الواقع النفسي الداخلي.
- تنبني تدريجيا بتضافر عوامل مختلفة، لعل أهمها الإدراك السليم لمفهوم الم
- على أنه انفصال نهائي و حتمي عن الشخص المحبوب، و هذا حتى يتم تقبله كواقع معاش تماما مث

### تمهيد:

يتألف جسم الإنسان من مئات الملايين من الخلايا تتعرض بعضها لتبدلات متزايدة والتي تحولها من حالتها العادية نحو حالة نشوية لما يسمى بـ"الورم الحميد" (tumeur bénigne) إلى غزو سرطاني موضعي، وأخيرا إلى سرطان متنقل (Cancer métastatique).

أعلنت المؤسسة الجزائرية المتخصصة في علاج السرطان «Pierre & Marie Curie» بالمستشفى الجامعي مصطفى باشا الجزائري يوم 2008/02/04 عن تسجيل نسبة 1500 حالة جديدة للسرطان بشتى أنواعه لدى الأطفال. وفي السياق ذاته، أكدت المنظمة العالمية للصحة بمناسبة اليوم العالمي لمكافحة مرض السرطان الذي يصادف 04 فيفري من كل سنة، تسجيل 160 ألف حالة إصابة بالسرطان تتوفى من بينها 90 ألف حالة.

وستناول في هذا الفصل داء السرطان من وجهة نظر طبية اعتمادا على التحقيقات الطبية لفهم حقيقة هذا المرض الذي يغزو الأنسجة ويدمرها بتشخيصه وعلاجه ، لنخص بالذكر سرطان الأطفال. كما سنتطرق إلى بعض ملامح المعاش النفسي لمريض السرطان ثم بعض نماذج المقاربة العلاجية النفسية المرافقة.

### 1- التناول الطبي لمرض السرطان

### « Approche Médicale du Cancer »

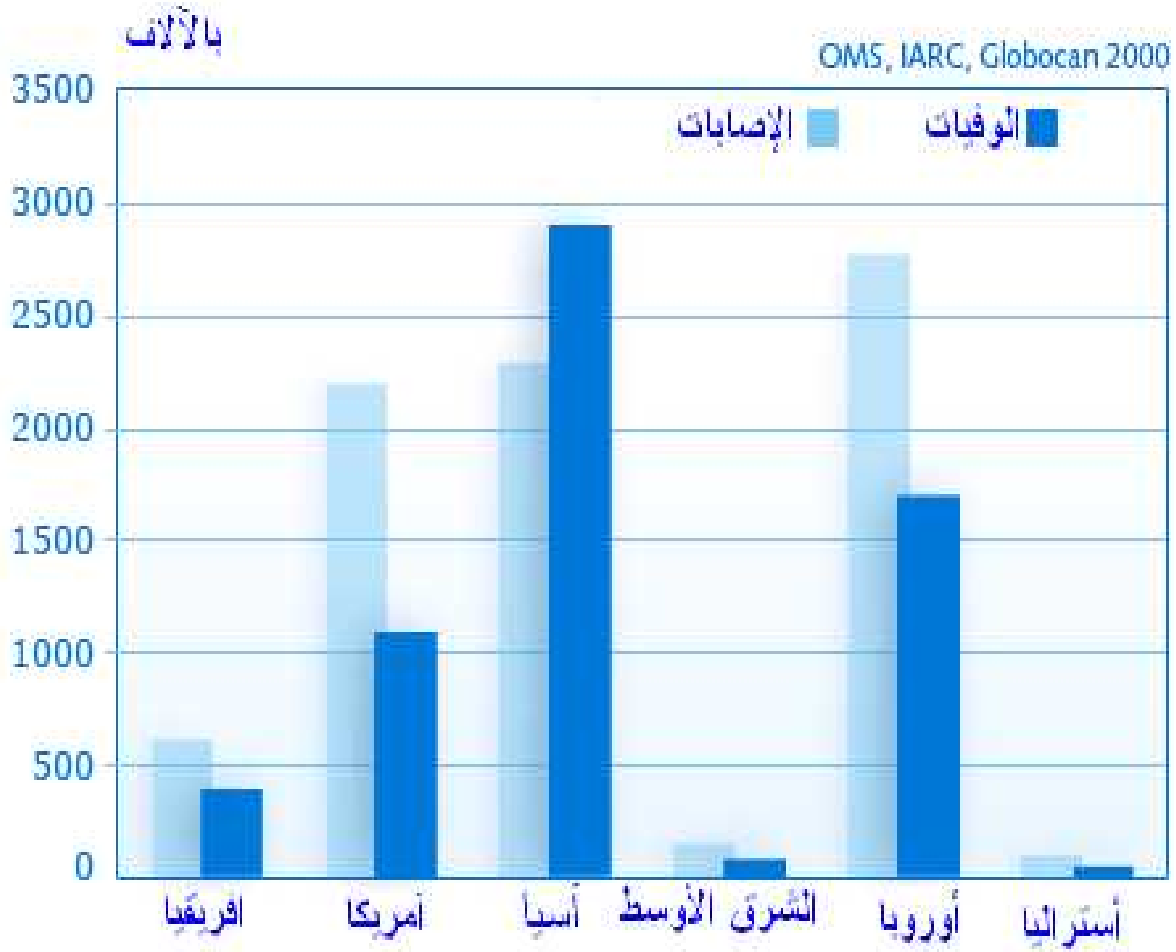
## 1-1. تشخيص السرطان:

عادة لا تظهر أعراض السرطان حتى مراحل متقدمة من المرض، فيسعى الطبيب المعالج بعد أن يتبين وجود علامات دالة، للبحث عن تأكيدات من خلال فحوصات باراكلينيكية (فحوصات الدم والاستكشاف بالأشعة)، وكذا الفحص التشريحي- مرضي (البيوسي) بأخذ عينات نسيجية من الورم وفحصها (YAKER,1984,pp330,334). وقد تمّ حاليا ابتكار طريقة جديدة للتشخيص، هي بطاقة تعريف للأورام، تتمثل في علاج يستهدف الجين المسؤول عن الخلل الخلوي من خلال تمييزه من بين 30000 جين التي تدرسها البطاقة جيدا و تعرف بنيتها. ففي تطبيق أولي، يمكن للبطاقة التعرف على مجموع الجينات لتعطي احتمالات الاستجابة للعلاج، وبالتالي تجنب العلاجات غير اللازمة وغير الناجعة، ومنه فردنة التكفل العلاجي بالمريض. وفي تطبيق ثان يسمح بتطوير علاج خاص محدد موجه نحو الجين بذاته وليس الخلية بكاملها (Pierrick BOURGAULT, 2005, pp. 29,31).

## 1-2. إبيديميولوجية مرض السرطان:

أصبح السرطان يطرح مشكلة الصحة العامة سواء في الدول المصنعة أو الدول السائرة في طريق النمو؛ حيث توجد أكثر من 4.4 مليون حالة في آسيا، 2.5 مليون منها في آسيا الشرقية لوحدها. وتعدّ في أوروبا بـ 2.8 مليون حالة و بـ 1.4 مليون حالة في أمريكا الشمالية، أما في إفريقيا فتقدّر الحالات السرطانية بـ 627000 حالة مع تنبؤات الزيادة بـ 50% مع 15 مليون حالة جديدة سنويا في العالم في عام 2020. (LACAVE , 2005, p296).

## حالات الإصابة السرطانية والوفيات الجديدة في العالم لعام 2000



رسم بياني في: (2007) [www.sonafi-aventis.com/health/care/cancer](http://www.sonafi-aventis.com/health/care/cancer)

3-1. العلاج الطبي للسرطان:

لا يوجد سرطان واحد و إنما عدة سرطانات لكل نوع منها معدل نموه وخصائصه، و يختلف نوع العلاج تبعاً لذلك. صحيح أن علاج السرطان صعب لكنه ليس مستحيلاً. فهناك العديد من العلاجات يمكن إدراجها تحت ثلاث محاور كبرى وتمثل في:

\*- **الجراحة:** تمثل العلاج الأكثر نجاعة، قد يلجأ لها الجراح كطريقة علاجية مكتملة، و في حالات نادرة كعلاج وقائي من السرطان باستئصال الأورام قبل السرطانية (YAKER, 1984, p346). وتسمح الجراحة بإيقاف المرض لمدة 5 سنوات أو أكثر وكون الجراحة لا يمكنها استئصال كل السرطانات المتنقلة يعاود السرطان الظهور نتيجة نمو الخلايا الخبيثة.

(cours de médecine /cancer, sans année, p1356).

\*- **العلاج الإشعاعي:** و هو عبارة عن استخدام الأشعة الكهرومغناطيسية لتحطيم سلاسل الحمض النووي الريبي منقوص الأكسجين (ADN) والحمض النووي الريبي (ARN) المسؤولين عن التكاثر الخلوي. ويلجأ إليه كعلاج داعم قبل، أثناء أو بعد الجراحة لتدمير الخلايا التي لا يمكن للجراح بلوغها، أو كعلاج منفرد في الحالات التي لا يمكن معها إجراء الجراحة كأورام الغدة النخامية أو أورام المخ التي قد يتسبب استئصالها في إتلاف بعض الوظائف.

\*- **العلاج الدوائي:** يندرج ضمنه؛

• **العلاج الكيميائي:** الذي يتمثل في استعمال محاليل Cytotoxiques، وقد عرف هذا العلاج تقدماً باهراً بفضل النتائج المشجعة التي أدت إلى تمديد حياة بعض المرضى من خلال تأثيره على الخلايا السرطانية بإيقاف الانقسام الخلوي أو التأثير المباشر على ADN أو ARN. لكنه علاج يخلف العديد من الآثار الجانبية المزعجة كالقيء والإحساس بالغثيان، تقرحات على مستوى الفم والمرئ، تساقط الشعر و التعب الزائد. و قد أمكن حالياً في بعض من الدول المتقدمة التغلب نسبياً على هذه الآثار باستعمال غسيل للفم وارتداء خوذة خاصة للتقليل من تساقط الشعر (La ligue, 10/2006, p10).

• **العلاج الهرموني:** تتم هذه العلاجات بعلاج السرطانات المتعلقة بالهرمونات كسرطان البروستاتا، الثدي والدرقية، كما سمح هذا العلاج بتوقيف تطور أورام أولية و أخرى ثانوية. (YAKER, 1984, p.352).

• **العلاج المناعي:** هدفه إثارة دفاعات الجسم مثل مادة الأنترلوكينات التي تعمل على نمو الخلايا اللمفاوية، وقد أبدى هذا العلاج نتائج مبشرة في علاج سرطان الكلى و الغدد اللمفاوية.

• **العلاج الخلوي المكمل:** عبارة عن تشجيع لإنتاج خلايا تسبح في الدم تعمل على إعادة بناء الأنسجة التالفة لدى الفرد؛ كزرع النخاع أو زرع ذاتي لخلايا أصلية محيطية.

•العلاجات المستهدفة: بفضل الأبحاث المتطورة في ميدان علاج السرطان تم تحديد الميكانيزمات التي تتحكم في التطور الفوضوي للخلايا، فمن خلال الإيقاف النوعي لهذه الميكانيزمات يتوقف تطور السرطان. ( La ligue, 10/2006, p14).

ولقد تمّ حاليا ابتكار طرقا جديدة للعلاج إضافة للعلاجات السابقة وتتمثل في:

\* **العلاج بالمرسام الحراري:** هدفها تحطيم الورم داخل الجسم من خلال رفع درجة حرارته إلى 50 درجة مئوية خلال دقائق قليلة، وما استجد في هذه الطريقة برعاية Chrit MOONEN و فريقه هو مراقبة العملية بالتسليط الحراري بتردد 1 Mghz مباشرة نحو الهدف من خلال مراقبة العملية بالتصوير بالرنين المغناطيسي IRM وقد تمّ شفاء 6 أشخاص تمت تجربته عليهم. (Pierrick BOURGAULT, 2005, 35, 34). (pp.

\* **اللقاح ضدّ سرطاني:** يعتبر من أحدث الطرق في العلاجات ضد السرطان، حيث تأخذ عينة من الخلايا المصابة من الشخص بذاته ليتمّ من خلالها استخراج مصل مضاد للسرطان، وقد أثبتت هذه الطريقة نجاعتها في العديد من المرات. (La ligue, 2006, p15).

\* **العلاجات المريحة:** تسمح بتحسين نوعية الحياة من خلال معالجة الألم الناجم عن السرطان مع أعراض المرض وما يضاف إليها من توفير الراحة، الحوار، التفهم، تسعى لعلاج المرض و تمديد مدة حياة الشخص المصاب و في نفس الوقت عيشها بأكثر راحة ممكنة. (SCHRAUB, 1986, p388).

## 2- سرطان الطفولة

### « Oncologie Pédiatrique »

#### 1-2. التشخيص المبكر لسرطان الطفل:

من الصعب تمييز السرطان عند الأطفال بشكل مبكر، لذا ينبغي إجراء الفحوصات الطبية الروتينية دوريا والتنبيه لأية علامات أو أعراض غير عادية خاصة إن استمرت لمدة زمنية طويلة دون الاستجابة للعلاج المتوفر. من بين الأعراض الشائعة التي قد تشير إلى وجود نمو ورمي وتثير الشكوك نذكر ما يلي:

- ظهور تضخم وكتلة مهما صغر حجمها و بأي موضع كانت.
- الشحوب وفقدان الحيوية.
- التوعك و الحمى غير المبرران.
- سهولة ظهور الكدمات على الجلد وسهولة النزف من الأنف أو الأسنان أو اللثة دون مبرر واضح.
- وجود ألم موضعي مستمر لفترة معينة.
- اختلال التوازن والترنح الحركي أو عرج بالمشي دون سبب محدد.
- تغيرات فحائية بالعينين أو اختلال متكرر للرؤية.
- صداع دائم مصحوب بالتقيؤ في أغلب الأحيان.
- انخفاض حاد و سريع في الوزن.

ويلاحظ أن مثل هذه الأعراض قد ترتبط بمجموعة واسعة من الأمراض التي تصيب الأطفال، فلا تعني ضرورة وجود نمو سرطاني إلا أنها تعد مؤشرات أولية تستدعي التقصي واتخاذ الإجراءات الطبية للتحقق من الأمر. وحال تشخيص الطفل بالسرطان ينبغي على الأهل الإمام بكل التفاصيل المتعلقة بالمرض والبحث عن أفضل المراكز العلاجية المتخصصة للمباشرة بالتكفل.

#### 2-2. الأنواع الرئيسية لسرطان الطفولة:



ينشأ السرطان لدى الأطفال في نفس المواضيع تقريبا حيث تنشأ أورام البالغين، غير أن بعض الأنواع أكثر انتشارا في الفئة الأولى. من ناحية أخرى فإن أورام الأطفال لا تتبع نفس الخطط العلاجية ولا تستجيب بنفس الوتيرة. وفي الجدول التالي توضيح لأبرز أنواع أورام الأطفال؛ فيعد سرطان ابيضاض الدم (اللوكيميا) أكثرها شيوعا بنسبة تقارب ثلث حالات الأورام الطفولية، تليه أورام الجهاز العصبي (الدماغ والحبل الشوكي) ثم الأورام اللمفاوية التي تشخص غالبا خلال السنة الأولى بعد الميلاد (منشورات جمعية آدم لسرطان الطفولة، 2008، www.adamcs.org).

الأورام الشائعة لدى فئة الأطفال	
Leucémie Lymphocytaire Aigue	ابيضاض الدم اللمفاوي الحاد
Leucémie Myéloïde Aigue	ابيضاض الدم النخاعي الحاد
Maladie d'Hodgkin	داء هودجكن
Lymphomes Non-hodgkiniens	الأورام اللمفاوية اللاهودجكن
Neuroblaste	ورم الأوليات العصبية
Rhabdomyosarcome	ورم العضلات المخططة الغرني
Ostéosarcomes	أورام العظام اللحمية أو الأورام الغرنية العظمية
Rétinoblastome	ورم أوليات الشبكية
Sarcomes des tissus mous	الأورام الغرنية بالأنسجة الرخوة
Tumeurs d'Ewing	مجموعة أورام إيوينغ
Tumeurs de Wilms	أورام ويلمز الكلوية
Tumeurs du S.N.C & Tumeurs du cerveau	أورام الجهاز العصبي المركزي و الدماغ

جدول مقتبس من: منشورات جمعية آدم لسرطان الطفولة (2008، ص 08)

www.adamcs.org

3-2. حق الطفل في معرفة واقع مرضه:

في ثقافة المرض لدينا يفضل الأطباء عادة إبقاء تشخيص المرض سرا سواء عن الطفل ذاته أو حتى بعض أفراد عائلته، وبالرغم من ذلك فعادة ما يكتشف المراهق مرضه وإن لم يتم البوح له بتشخيصه مما لا يسمح بالحوار بين المريض وأهله، أو بينه وبين الفريق المعالج وكأن الحديث عن الموضوع تجرؤ على خوض تجربة التكفل بما يحسّه كل طرف من الطرفين وتبقى المعادلة: "أنا أعرف أنك تعرف أنني أعرف أنك تعرف، ولكن..." (OPPENEIM, 2003, p40). إن إخفاء الحقائق على المرضى بحيث لا يمكنهم التعبير عن وجهة نظرهم تدفعهم للجوء إلى السلبية وسحب الاستثمار من العلاج أو حتى رفضه، كما قد يؤثر سلبا في حياتهم المستقبلية ليعطيهم إحساسا بالخجل والهشاشة والظلم والغضب تجاه الآخرين كونه اتخذ دورا سلبيا في مرضه.

لقد توصلت Eiser (1992) في دراسة حول سرطان الأطفال إلى أنه "حتى أطفال 3-4 سنوات يمكنهم فهم ما يجري لهم خلال مرضهم". (OPPENEIM, 2003, p10).

### 3- التناول النفسي لمرض السرطان

## : « Approche Psychologique du Cancer »

### 3-1. ردود الفعل النفسية عند تلقي خبر الإصابة بالسرطان:

إن الفرد فور تلقيه خبر إصابته بمرض السرطان يشعر بتهديد جسده له، يتفجر قلقه وتبدأ معاناته النفسية الصريحة، كما يظهر هاجس الموت الذي يهدده لتتبدى المظاهر النفسية المصاحبة لذلك بمراحل تتلخص فيما يلي:

\* **مرحلة عدم التصديق:** حيث يؤدي نبأ الإصابة إلى تفجر نرجسية المريض مع عدم قدرته على تحمل فكرة "خيانة الجسد له".

\* **المرحلة الهستيرية:** وتظهر كواحدة من أقوى آليات الدفاع النفسية و التي يعتبرها بعض المحللين النفسيين من علائم الحياة.

\* **المرحلة الواقعية:** هنا يقتنع المريض بخيانة الجسد له و تكون ردود الأفعال مختلفة ليس فقط تبعا للفروق الفردية وإنما بإدراك خطورة السرطان، نوعيته و درجته.

أما Krueger فقد أعطى وصفا آخر للصيرورة النفسية؛ تبدأ بطور الصدمة ثم طور الإنكار، يليه الطور الاكتسابي حيث يكون خطر الانتحار كبيرا، ثم طور التمرد على الاستقلالية مفضلا التبعية ليصل إلى طور التلاؤم. (بيترشولتس، 1998، ص.77).

و وفقا لما جاء في وصف S.Ali عن ردود أفعال المرضى في هذه الحالة، يقول:

"إن وقع الإصابة بالمرض يمكن وصفها كمحاولة أخيرة لإعادة تنظيم الوقت و الفضاء، حيث يصبح الزمن تراجعيا مختزلا ليصل في عجالة للحاضر و المستقبل، هنا يحدث انتظام للوقت و لكنه انتظام بطريقة عملية أين لا يسمح للخيال بالتمثل لتظهر المعالم الكبرى لتغيرات الوقت، يتم سدّها بشحنات طاقوية، ليجد نفسه يسبح في فضاء "اللافضاء" وفي وقت "اللاوقت" لينظم وقتا في فضاء لا معنى فيه للوقت و الفضاء".

(Sami Ali, 2000, à travers ce qu'il en a conclu d'après son investigation)

من جهتها، اهتمت Elisabeth ROSS بالقلق لدى الأفراد المصابين بمرض السرطان واعتبرته ظاهرة ديناميكية متطورة تتميز بخمس (05) مراحل أساسية:

المراحل	رد الفعل	النتيجة	ما يُقصد به
المرحلة الأولى	انكسار الجنسية وإمكانية الموت يعبر عنها المريض بـ: "ليس أنا!"	الرفض أو العزلة	هروب من الواقع بعدم تقبل الخبر (التشخيص).
المرحلة الثانية	تظاهرات عدوانية تجاه الأصحاء؛ "لماذا أنا؟"	الغضب	رفض الفكرة.
المرحلة الثالثة	تكيف نسبي مع فكرة الموت للحصول على وقت إضافي من الله أو الطبيب أو المحيطين.	المساومة	طريقة لتأخير المحتوم.
المرحلة الرابعة	يتميز باكتئاب، فيقطع المريض العلاقة بالآخرين ويتخلى عن رغباته.	الاكتئاب	الحزن المصحوب بفقدان الموضوع المحبوب.
المرحلة الخامسة	تقبل الفكرة بانتظار شاق يحس فيه ببعده عن العالم.	التقبل	فقدان كل أمل في الحياة ودخول مرحلة هدوء.

جدول مقتبس من: (J.BARBI,1970,pp.998-999)

### 3-2. التقييم النفسي لمرضى السرطان:

إن مريض السرطان يمرّ بعدة مراحل للتكيف النفسي في مواجهته لمرضه، فعليه مواجهة ثنائية تشخيص المرض لديه والعلاج مع ما يتبعهما من آثار جانبية شاقة، ليتخذ من مرحلة خمود المرض فرصة لمناقشة مفاهيمه حول الموت واستشارة خيالاته وتصوراتهِ الخاصة بالموت من خلال التواصل مع أفراد أسرته للاطلاع على مفاهيمهم وتصوراتهم الذاتية، ذلك من أجل تكوين معنى محدد المعالم لأزمة المرض الخطير والموت. وقد ينكص الفرد جراء غياب التواصل السوي والتبادل المفيد ليصل إلى حالات من الذهان وقد يتمثل عند آخرين "مركب لازار" (Complexe de Lazare) المميز بحالات اكتئابية حادة مع كوابيس و حصر مزمن وإحساس بالغرابة. إن انتكاس الحالة تقود المريض إلى فقدان الأمل مع ما يعيه من توجهه نحو مرحلة ما قبل نهائية ونهائية للمرض، وفي حالات أخرى قد يتحسن المريض الناجي من الموت (survivant) وهذا الوضع بذاته لا يمر دون مشاكل؛ إذ عليه إعادة تكيفه مع الحياة من جديد ودخول غمار النشاط الحياتي دون سلك طبي ولا مساندة مركزة كما تعود عليها من مقريه (HAYNAL, 1997, pp. 193,196).

### 3-3. الاضطرابات النفسية المرتبطة بمرض السرطان:

إن المرور بالأزمة المرضية تسطر بمراحل متفاوتة من الصعوبة وتختلف من فرد لآخر حسب الشخصية الذاتية وتبعاً لخصائصه و سماته، فهناك المريض الخاضع و المستسلم لوضعه، وهناك المريض المحبَط اليأس، والمريض اللاجئ للمرض والمريض رابط الجأش (القدرى). لكن تبقى اضطرابات انفعالية يتقاسمها المرضى مهما كانت مواقفهم من المرض؛ فنسبة 50% من المرضى يعانون من اضطرابات عقلية حقيقية بمدة وحدة مختلفة حسب الحالة، ويرى Massie & Holland (1989) بأن 30% من المرضى يمرون باضطرابات في التكيف مع مزاج اكتئابي و/أو حصري، بينما 20% الباقية يطورون اضطرابات اكتئابية حصرية وعضوية. فحدة الأعراض الجسدية تجعل من تشخيص الإكتئاب صعب الطرح، حيث يرد الامتناع عن الأكل (Anorexie) إلى الألم والإحساس بالغثيان الذي يعاينه المريض لأسباب أخرى تتعلق بالعلاج، ونفس الطرح بالنسبة للتعب والإحناك الذي يعاينه المريض (HAYNAL, 1997, p.194) ويستتبع ذلك ظهور اليأس والشعور بالحصر، تشاؤم، خوف وإنكار للمرض. كما يلجأ آخرون للصمت كحماية للأشخاص المقربين وحماية لأنفسهم من المرض، و قد يمتد الاكتئاب إلى فترة ما بعد العلاج (-Dépression post-thérapeutique). (La ligue, 7/2005, p.5).

إضافة إلى كل ذلك يعاني المصاب بالسرطان من مشاكل نوعية، هوام الموت، إختلالات في صورة الذات (صورة الجسد بالخصوص) وبعض الاضطرابات الجنسية كنقص أو فقدان للرغبة بسبب اكتئابي أو هرموني، ونقص في الإخصاب (HAYNAL, 1997,p.194).

وحسب Feishman يظهر إرهاق نفسي تشل معه العلاقات الاجتماعية لأن إشارات مزدوجة المعنى تنطلق من قبل الأشخاص المرجعيين ينجم عنها عدم الثقة وغموض في التعامل مع هؤلاء الأشخاص. (بيترشولتس، 1998، ص.77).

### 3-4. التكفل النفسي بمرضى السرطان:

إن تناول الأدوية دون الاهتمام بالجانب النفسي يؤدي إلى الإدمان السيكولوجي على الدواء ما يشجع عدم تحريك القوى الذاتية، ومنه ينصح الخضوع لعلاج تكاملي لتكوين جهاز منظم متكامل. فوقع كلمة "سرطان" على المريض وحده كاف لفقدان التوازن، وإن ما يعانیه من ألم و تبعات العلاج و وهن إضافة إلى الضغوطات النفسية الاجتماعية والشعور بقلّة الحيلة وتقييد مشاعر القيمة الذاتية، كلّها تتطلب تكفلا علاجيا مدروسا. فخصوصية الإصابة ومدى خطورتها تستلزم رسما لإستراتيجية خاصة بمرضى السرطان تكون مساندة للعلاج الطبي بهدف الحيلولة دون مضاعفات وتخفيف آثار الصدمة النفسية والحالة الانفعالية الناتجة.

كما أن طريقة إبلاغ المريض بحقيقة مرضه لها خصوصيتها، فيجب على العائلة و المعالج خاصة ترك فرصة للمريض للتعبير عن نفسه و مشاعره و عدم التسرع في تهدئته و طمأنته، أو على العكس من ذلك تركه يلاحظ الخوف والذعر في أعين المحيطين به. وعلى المعالج طرح الأسئلة اللازمة وإختيار الكلمات المناسبة التي تستثير استجابات المريض حول انفعالاته و مخاوفه، عدم استصغار المرض و تأكيد الشفاء مع إعطاء نظرة أمل في المستقبل. إن اختيار الكلمات بحذر وعدم إسكاته عندما يعبر عن رأيه، ليقود المعالج إلى تصحيح رأي المريض و جعله يتفوه بما هو أحسن مع إدراكه أنه يتفهم مخاوفه وأنه سيكون معه في رحلته لمحاربة مرضه ( La ligue, 7/2005, p.5).

3-5. نماذج المقاربة العلاجية النفسية لمرضى السرطان:

\* العلاج الجمعي التعبيري الداعم :

حيث يتعين على كل مريض ضمن نطاق الجلسة الجماعية العلاجية أن يعبر عن متاعبه و إنفعالاته المرتبطة بمرض السرطان، وفي دراسة لـ G.Reed على نساء مصابات بسرطان الثدي، توصل إلى نتائج شدت انتباه المجتمع الطبي؛ حيث تحسنت النساء اللاتي خضعن للعلاج النفسي الجمعي بمعدل الضعف موازنة مع النساء المريضات اللاتي لم يتلقين العلاج النفسي، كما أظهرن وضعية مناعية متحسنة مقارنة مع مريضات الضبط التجريبي. (الحجار، 1998، ص ص.40،41).

\* التصور الذهني (التخيل):

تم طرحه من طرف Simons ويقوم على تخيل جهاز المناعة كقوة فائقة تكون في حالة حرب لخلايا سرطانية كمدافع أو راميات صواريخ، ويعطي J.Thomas مثالا عن ذلك بتصور المريض نفسه كسماك قرش يدخل جسمه فيلتهم كل ما يصادفه في طريقه من أورام سرطانية و هذا ما يحفز الشفاء الذاتي، يقوم المريض بهذا ثلاث مرات يوميا مع الاسترخاء و كانت النتائج السريرية المتوصل إليها حسنة. ( THOMAS, 1990, p.123). كانت طريقة Simonthon في علاج السرطان تركز على الاسترخاء والتخيل و الرؤية النشطة الإيجابية، الراحة للحصول على السلام الداخلي، تسيير الإجهاد وتطوير كفاءته الانفعالية، مع تسطير أهداف مستقبلية. (PENISSARD, 2005, p15).

\* علاج إعادة التصنيع المعرفي وإزالة الحساسية عن طريق تحريك العين EMDR :

(Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

طرحت Francine CHAPERO بروتوكولا خاصا لعلاج مرضى السرطان، تقوم فلسفته العلاجية على دور التخيل الموجه نحو تقوية جهاز مناعة البدن و خلق صورة ذهنية إيجابية يمكن تثبيتها عن طريق جولات تحريك العين على آلة تتحرك فيه نقطة الضوء ذهابا و إيابا، و يعتبر الاعتقاد بقبول هذا التخيل من جانب المريض شرطا أساسيا لفعالية هذا العلاج حيث تندمج الصورة التخيلية مع الموقف الإيجابي، مع مباشرة تحريك العينين. (الحجار، 1998، ص.42).

\* العلاج عن طريق الحركة:

يعود هذا العلاج في أساسه لنظرية Reich حول الدروع العضلية والعلاج الاسترخائي كما تعتمد على نظرية Alexander من خلال تنشيط المخطط الطاقوي لمكان حدوث الانحباس، وهذه الطريقة العلاجية عبارة عن دعوة لظاهرة الإزاحة و التفرغ نحو الخارج. بالنسبة لـ Reich فهو يسعى للرجوع إلى السلسلة النفسجسدية والتي تكونت بسببها الأمراض الجسدية، نتيجة لإتحاد الدفاعات النفسية والدفاعات العضلية جنبا إلى جنب خلال مراحل النمو، وعليه فإن فكّ المعادلة بالتخلص من الكف التنفسي يؤدي إلى التخلص من الكف العضلي ومنه التخلص من القمع الانفعالي والدفاعات النفسية ثم من المقاومة والصراعات النفسية خاصة الصراع النزوي الأصلي، مما يسمح بسريران الطاقة في كامل الجسم وإعادة تنظيم الحملة العضلية

المتدهورة، ومع الاسترخاء والتهوية الدماغية يحصل التوازن النفسي الجسدي. ( PAUMELLE, 2001, pp.25,26).

### \* العلاج عن طريق المحاورات الجسمية:

يستعمل بشكل منسق في علاج مرضى السرطان، ابتكر من طرف الباحثة Annie RICCO، إذ ترى في لمس المريض بعث رسالة للاوعيه الذي يمكنه فهم ما يعبر عنه هذا التوتر وما يحمله من معنى عن البناء والربط الدينامي والتبادلي بين كل جزء في الجسم مع باقي الأجزاء، فتسعى بطريقتها لوصول الفرد إلى تمثيل جسمه في الفضاء وترميم صورة جسده و ذلك لتحقيق وظيفتين؛ وظيفة البناء كشكل و وظيفة البناء كمحتوى له معنى (PAUMELLE, 2001, p.7).

### \* العلاج عن طريق الإسترخاء:

يرى M.Sapir بأنه يعمل على إثارة الإنتاج الهوامي للفرد و هذه التقنية لا تعتمد إلى البحث عن الإسترخاء الجسدي و الإحساس بالراحة فحسب و إنما الوصول إلى بعد اللاوعي و التركيز على أجزاء الجسم لتحقيق رابط قطع بسبب الكبت أو النسيان. فالاسترخاء يسمح بوضعية نكوصية حيث يتم توظيف نفسي والسعي لإيجاد نوع من الإرضان الكلامي الذي من خلاله يتم تفريغ القلق المرفق وهو ما يسمى بـ"بروتوكول الاسترخاء" حسب M.Spir إنّ واقع هذه التقنية هو واقع «قل للجسم» الذي يتحول ويعود في مقابل ذلك «قول الجسم»، فالاسترخاء له وظيفة تحديد الجسم برسم الشكل والحدود مما يسمح بتوضيح ما بين الداخل والخارج إما بتقليص الجسم لحدوده أو تمديدها (PAUMELLE, 2001,p.69).

### \* الدعم النفسي:

هو تكفل خاص يتعامل مع الجزء السليم من الشخصية وينميها ويترك جزء من المرض لتناول الأدوية، ومن خصائصه أنه يضع أهمية كبيرة على الواقع الحاضر للمريض ويستعمل في الحالات التي يكون المريض بحاجة إلى تقبل مرضه والتعايش معه، وهو علاج نفسي يرافق أي مرض وكل المرضى.

خلاصة:



يعتبر السرطان من الأمراض المزمنة التي تشكل خطراً على حياة الفرد، فهو يحتل حالياً المرتبة الثانية من حيث الأسباب المؤدية إلى الموت كونه يمس أجزاء الخلية الداخلية. ويرجع في قدمه إلى قدم الحياة حيث اكتُشف على فقرة عظام ديناصور نوع من سرطانات العظام، كما اكتُشفت في الجيزة (مصر) سرطانات على عظام مومياء يعود تاريخها إلى 2900 سنة قبل الميلاد (PAGE, 1984, p16).

ورغم التقدم الحاصل في الميدان الطبي والسعي الحثيث إلى اكتشاف طرق جديدة لتشخيص المرض وأساليب علاجية أكثر فعالية من خلال استهداف الجين المسؤول عن الخلل الخلوي أو اللقاح ضد السرطاني، يبقى أن الاجتهادات العلمية لم تتوصل بعد إلى فهم السلوك الخلوي الذي تتداخل فيه عوامل أخرى غير محددة لها قدرة التأثير على التسلسل التطوري للخلية ليظهر السرطان فجأة، أو بعد مدة كمون قد تطول لتصل إلى 15 سنة.

## 1- المنهج المتبع:

"المنهج هو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة المشكلة و اكتشاف الحقيقة و الإجابة عن الأسئلة والاستفسارات التي يثيرها موضوع البحث و طبيعته و نوع المشكلة المدروسة، وهي تحديد نوع المنهج من بين المناهج المختلفة". (محمد شفيق، 1989، ص18).

اعتمدنا في بحثنا على منهج دراسة الحالة الذي يستخدمه الأخصائي النفسي للوصول إلى تشخيص سليم لحالة معينة. يعرفه Reuchlin (1982, p11) REUCHLIN) كما يلي:

"هو طريقة تنظر إلى السلوك من منظور خاص. فهي تحاول الكشف بكل ثقة و بعيدا عن ذاتية الفرد عن الطريقة التي يعبر بها و سيسلك من خلالها و ذلك في موقف ما. كما تبحث هذه الطريقة في إيجاد معنى لهذا السلوك و الكشف عن أسباب الصراعات النفسية مع إظهاره لدوافعها، سيرتها وما يشعر به الفرد تجاه هذه الصراعات للتخلص منها".

## 2- الأدوات المستخدمة:

### \* المقابلة العيادية:

يعرفها Alan ROSS على أنها:

"عبارة عن علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر، الشخص الأول هو أخصائي في التوجيه أو الإرشاد أو التشخيص، ثم الشخص أو الأشخاص الذين يتوقعون مساعدة محورهم الأمانة و بناء العلاقة الناجحة".

(مذكورة من طرف عطوف محمد ياسين، 1986، ص 334).

من جهته، يرى Landis أن المقابلة العيادية هي أداة أساسية في البحوث النفسية والاجتماعية تسمح للباحث بتحصيل بيانات ذات طبيعة دينامية.

أما بالنسبة لـ C.Rogers (1966) فيعتبر أن: "وحده العميل يعرف أين و كيف يعاني"، نفهم من هذا الإقرار بأن المقابلة العيادية تهدف إلى فهم خصوصية الفرد و السياق الذي تظهر فيه معاناته وصعوباته، بالاعتماد على الإصغاء التام و المحترم للفرد الموجود "الآن".

(Mentionné par BENONY & CHAHRAOUI, 2003, p26).

وقد اتخذنا المقابلة نصف الموجهة (Entretien Semi-directif) بهدف الكشف عن الأبعاد الرئيسية لبحثنا بالسير في اتجاه واضح، و ذلك تفاديا للخروج عن الموضوع. تستدعي المقابلة العيادية نصف الموجهة ضبط الأسئلة الجوهرية حسب محاور محددة مسبقا من طرف الأخصائي النفسي تمكنه من تأطير التدايعيات الحرة للعميل و توجيهه في الوقت المناسب من المقابلة.

محاوَر المقابلة	الأسئلة الجوهرية
I. نوعية العلاقة بين الوالد (الوالدة) و الطفل قبل ظهور السرطان.	*هل مررت بتجارب حداد من قبل ؟ *إذا اخترت صفات محددة لعلاقتك مع طفلك قبل المرض، ما هي؟
II. التعامل مع واقع إصابة الطفل بالسرطان.	*ما كان رد فعلك عند تلقي التشخيص؟ *كيف تأثرت علاقتك الزوجية والأسرية؟ *هل أحدث ذلك تغيرا في نفسك؟ من أي ناحية؟
III. المعاش النفسي للوالد (الوالدة) خلال الفترة العلاجية للطفل.	*أيمكنك وصف الإطار العام الذي تم فيه استشفاء طفلك؟ *كم دامت الفترة العلاجية؟ *ما وقعها النفسي و الجسدي عليك؟
IV. آلية التعامل مع واقع عدم فعالية العلاج.	*هل اقتنعت نهائيا بفشل العلاج؟ لماذا؟ *كيف تتصور آخر لحظات تعيشها مع طفلك؟ *ما هي تطلعاتك إلى مستقبل يغيب فيه طفلك؟

### 3- تقديم مكان وجود الحالات:

لقد لجأنا إلى المستشفى الجامعي "ابن باديس" بمدينة قسنطينة نحو مصلحة الطب المضاد للسرطان (C.A.C) التي تستقبل الأفراد المصابين بالسرطان من مناطق عدة، لكنني توجهت إلى القسم الخاص بسرطان الأطفال (Oncologie Pédiatrique) نظرا لطبيعة الموضوع المراد البحث فيه و العينة المستهدفة (أولياء الأطفال المصابين بسرطان في مرحلته النهائية).

يتم استقبال المرضى من طرف المسؤولين عن هذا القسم تبعا لخطورة الحالة عموما، لكن المرضى الذين تطور لديهم السرطان إلى المراحل المتأخرة و حتى النهائية (Stade terminal) نادرا ما يوافقون على إتمام فترة الاستشفاء و يفضلون العودة إلى بيوتهم، وهذا ما شكل لنا تحديا صعبا في إيجاد حالات ثابتة نعتمد عليها لاستكمال الجانب الميداني لدراستنا الحالية.

لاحظنا أن المرضى المستقبليين في هذا القسم شخصوا بسرطان قابل للجراحة، وعليه فهم يخضعون لجملة من الإجراءات الطبية استعدادا للتدخل الجراحي، كما يتقدم آخرون من أجل متابعة العلاج الإشعاعي.

### 4- دراسة استطلاعية:

لمت أهميتها في المجال الذي أتاحت لنا حتى نحاول الإلمام بالأبعاد الرئيسية لموضوع بحثنا و نوظف الرصيد النظري الذي تحصلنا عليه، خاصة أن "الحداد" (ما قبل الحداد هنا) مفهوم معقد و شائك يحتاج إلى تبسيط مؤد موف لكي تفهمه العامة من الناس، هذا من جهة. و من جهة أخرى فالتعرض لتساؤلات حول الموت المبكر للطفل ليس بالأمر الهين نظرا للتصور النفسي والاجتماعي لمرض السرطان المتميز بالتهديد و الغموض.

حين بادرنا بالدراسة الاستطلاعية لم نحظ بتجاوب من طرف بعض الأولياء الذين لجؤوا إلى الصمت أحيانا والإجابات العدائية أحيانا أخرى لصدنا أو فقط كرد فعل طبيعي أمام موقف المقابلة الفردية وما تحمله من ضغوط في بدايتها. مما شجعنا على استخدام قدراتنا كأخصائيين عياديين لإجراء أكثر من مقابلتين مع كل حالة، عسانا نكسب ثقتها و نشجعها على التنفيس وإفادتنا بالمعلومات الضرورية والجوهرية لدراستنا.

## الحالة الأولى:

## بيانات شخصية:

الاسم و اللقب: شريفة. ع.

السن: 38 سنة.

مكان الإقامة: شلغوم العيد (قسنطينة).

الرتبة العائلية: الثانية (03 إناث و 01 ذكر).

المستوى التعليمي: جامعي.

الوضعية المهنية: أستاذة.

الوضعية الاقتصادية: ميسورة.

الزوج: عثمان. ع.

عدد الأطفال: 03.

## بيانات متعلقة بالطفل:

الاسم: عبد الودود.

السن: 6 سنوات.

تشخيص المرض: ورم دماغي.

تاريخ تشخيص المرض: فيفري 2008.

رتبته بين إخوته: الثانية.

## 1- ملخص المقابلات:

لقد التقينا "شريفة" خلال إحدى زيارتنا لقسم طب الأطفال الخاص بمرضى السرطان (المستشفى الجامعي لمدينة قسنطينة) و أجرينا معها 3 مقابلات، بدا لنا من الأفضل عرضها على شكل ملخص شامل و غير مطن لأهم المعطيات التي تمكنا من استنباطها.

\* تستحضر "شريفة" ذكريات طفولتها و مرحلة شبابها بحنين، فقد نشأت في أسرة متواضعة الأحوال تشمل والديها وأخواتها الثلاثة وأخوها بغض النظر عن الخلافات والصعوبات التي تواجه كل أسرة جزائرية، "شريفة" لا تحدد حدثا بعينه ذا وقع صدمي خاص. تزوجت في سنتها 26 (السادسة و العشرين) وعاشت إلى يومنا هذا مع زوجها وأبنائها الذكور الثلاثة (11 سنة، 6 سنوات، 4 سنوات) حياة أسرية هادئة على العموم.

تصف "شريفة" نوعية ارتباطها بأبنائها بالجد فتقول: "أنا و أولادي ملي كنا متفاهمين و الحمد لله"، زء من الفضل راجع إلى مهنتها التي عودتها على التواصل مع الأطفال والمراهقين، وحين تخص بالذكر علاقتها بابنها الثاني "عبد الودود" فإن شعورا بالفخر واليأس في آن في واحد يغمرها؛ فخورة بروح المغامرة وحماسه وفضوله المزعج أحيانا وبإئسة لعجزها عن الاقتداء به في الأوقات التي تنطفئ لديه تلك الصفات، خاصة و أنه يعاني حاليا من آلام جسدية ونفسية مهمة مردها الورم الدماغي الذي شخص لديه.

\* "صعيب بزاف تسمعي بلي ولدك معاه سرطان ...". إنه لموقف صدمي حساس حين أعلم طبيب مختص في الطب النووي "شريفة" و زوجها بنتائج التحليل المخبرية الخاصة بابنهما "عبد الودود". بدأت قصة مرض الطفل وهو في سنته الخامسة حيث كان كثير السقوط في المدرسة وتغطي ساقيه كدمات بارزة. لم يعر الوالدان أهمية مميزة لمثل تلك الحوادث بحكم مرحلة الطفولة التي يتصرف خلالها الصغار بتهور وحيوية مفرطة، لكن في شهر جانفي من عام 2008 أصيب "عبد الودود" بغثيان و تقيؤ مباشرة بعد استيقاظه صباحا، مما استلزم استشارة طبية فورية ثم إجراء فحوصات أكثر دقة (التصوير الدماغي Scanner) وبذلك توصل الطبيب المختص إلى تشخيص ورم دماغي لديه.

"علا بالي قدرة ربي سبحانه، بصح أنا كام ما قدرتش نتصور ولدي يمرض بسرطان خبيث و هو مازال صغير!!!"، إذا نفهم من إلقاء "شريفة" ن أولى استجاباتها عند تلقي تشخيص حالة ابنها

كانت الدهشة وعدم استيعاب واقع إصابته بسرطان (كما تدركه هي) وهو في سن مبكرة جدا، لكنه توجب عليها المضي قدما والسعي إلى علاج ابنها خاصة و أن الأطباء منحوها و زوجها أسباب تفاؤل تتجلى في الجراحة أولا ثم العلاج الكيميائي لاحقا. "الحمد لله راجلي ما فشل خلاص و دار **possible** نتاعو باه نديووا ودود للخارج"، وبالفعل تم استئصال الجزء الأكبر من الورم في فرنسا ثم استهل الفريق الطبي في المستشفى الجامعي بقسنطينة الدورة الأولى للعلاج الدوائي (أفريل 2008).

"وليت متناقضة، ساعات نصبر ونحس روحي قادرة على كلش وساعات نتعب نفسيا". من المؤكد أن حدث إصابة ابنها بورم دماغي خطير إلى حد ما غير تصور "شريفة" نياتها بحاضرها و مستقبلها، فقد اكتشفت في نفسها عزيمة قوية وقدرة على تحمل الشدائد وتقديم السند العاطفي لأسرتها (خاصة لابنها)، في حين تجد لشخصيتها مواطن ضعف لم تألفها قبلا كميلها إلى التشاؤم حيال أمور لا تستدعي ذلك: "درك نتوقع حتى ولادي لخرين يمرضوا بسرطان ولا **Hépatite**؟! ما نعرف أصح كل شيء ممكن".

\* "شريفة" تؤنس ابنها منذ حوالي سنة ونصف من العلاج الكيميائي الذي باشر الفريق الطبي بدورته الثانية نظرا لفشل الدورة السابقة وانتكاس حالة الطفل، وتبدو على "شريفة" المخلفات السلبية للضغط النفسي المعاش حاليا؛ فمن الناحية الجسدية نجدها تعاني من تساقط الشعر، آلام في مؤخرة الرأس (المنطقة التي وجد فيها ورم ابنها) و أرقا، أما من الناحية النفسية فهي تواجه صعوبة في الاهتمام بمشاريع جديدة إلى جانب الشعور بالعجز أمام معاناة ابنها والشعور بالذنب لإهمال باقي أفراد أسرتها "نعيش اليوم قبل غدوا... ما نقدرش حتى نخطط للسمانة الجاية! بعيدة بالنسبة ليا".

\* لقد توصل الطبيب المعالج إلى التنبؤ بعدم فعالية العلاج الكيميائي بعد فشل الجراحة وتدهور حالة الطفل إلى وضعه في غرفة معقمة (chambre stérile)، فلا يسع "شريفة" وزوجها التمسك بأمال كاذبة للشفاء مع أنهما في المقابل يترددان على المصلحة الاستشفائية بصفة منظمة لمواكبة العلاج.

حين تحاول "شريفة" تصور آخر اللحظات في حياة ابنها يعترها مشاعر تثير لديها حالة من الاضطراب الانفعالي "سبحان الله... منطقيا ما يصلحش يتوفى ابني قبلي!"، لكننا نلمس خاصة شعورا بالغضب تجاه ذاتها لعجزها عن حماية ابنها من المرض، تجاه المتكفلين بالعلاج لإهمالهم وعدم المحاولة أكثر ثم تجاه الواقع أو ما نسميه "القضاء والقدر". ي حكم عليها بهذه المعاناة العميقة: "علاش رزقني ربي بودود باش يحرمني منو بالمرض؟ أستغفر الله؟" أي أن "شريفة" غير قادرة وغير مستعدة لاستيعاب فكرة موت ابنها

رغم إدراكها السليم بأن معطيات الواقع الحالي تؤيد تلك الحتمية. أما فيما يتعلق بتطلعاتها إلى مستقبل أسري يغيب فيه ابنها، فهي قضية تفضل "شريفة" تأجيلها إلى أوانها (بعد موت ابنها) "ما نقدرش نحمم في المستقبل على خاطر يروحلي الحاضر، والحاضر هذا اللي مازال ولدي عايش فيه غالي عندي"، نلاحظ أن عامل الزمن له أبعاد عاطفية قيمة بالنسبة لها كونه يستوقفها ويأسرها وجدانيا و ذهنيا "الآن" طالما ابنها موجود معها.

## 2- تحليل المقابلات:

اتضح لنا من خلال المقابلات الثلاثة التي أجريناها مع "شريفة" أنها تعاني من إرهاق نفسي أكثر منه جسدي، يعد سببه الأول الحالة الصحية المزمنة لابنها كونه يتحمل مضاعفات خطيرة لتموضع ورم في دماغه



والتي تتطور إلى المراحل النهائية. ومن أجل الإحاطة بأهم المعالم لحالة "شريفة" قررنا التركيز على جانبين نراهما أساسيين:

**1. البعد الصدمي (Dimension Traumatique):** حيث لا يسعنا أن نغفل عن الخاصية الصدمية للتشخيص الطبي لحالة ابنتها والوقوع الوجداني على "شريفة" كوالدة، باعتباره حدث محمداً يسجل في تاريخها الشخصي ويسبب بفجائيته موجة هائجة من المشاعر المؤلمة. فلا يمكننا الموافقة على أن "شريفة" تجاوزت مرحلة الصدمة وتقبلتها - كما يبدو ظاهرياً - وذلك ببساطة لأنها لم تلجأ إلى تفرغ انفعالي (abréaction) للشحنة المتراكمة والمرتبطة بالحدث الصدمي السابق ذكره، وهو ما يعطيه طابعاً باتونشويماً (pathogène). رغم معاشها النفسي الحساس، فإن "شريفة" تحاول التوفيق بين واقعها الداخلي الصارخ بوجود أمل كبير لنجاة ابنتها والواقع الخارجي الذي يحبط توقعاتها وهواماتها الأمومية.

**2. البعد الاجتماعي (Dimension Sociale):** الذي يطغى عليه الخطاب الديني الإسلامي بالتوكيد على حتمية تحقق مشيئة الله وعدم معارضة قدره لما في ذلك من هشاشة الإيمان وشك في تعاليم الدين. لقد بدت "شريفة" أثناء المقابلة التمهيديّة هادئة مؤمنة مستسلمة لقدرة أسرتها في فقدان العاجل أو الآجل لابنتها الأوسط "عبد الودود"، إلا أن دفاعاتها تضعف ليستولي اللاشعور الغريزي على تصوراتها (صعيب بزاف تسمعي بلي ولدك معاه سرطان) أو (وليت متناقضة؛ ساعات نصبر... وساعات نتعب)، (...منطقياً ما يصلحش يتوفى ابني قبلي!). فنلاحظ أن التجاذب (ambivalence) بين ما تريد اعتقاده وما يجب اعتقاده يشكل لدى "شريفة" وضعية صدمية أخرى.

### ما قبل الحداد لدى الحالة:

إذا ما طابقنا المظاهر النفسية التي لوحظت على "شريفة" من مزاج حزين، لامبالاة بمجريات الحياة اليومية حولها وعجز عن استثمار طاقتها النفسية والجسدية في نشاطات اجتماعية غير الاعتناء بابنتها المريض... على التقسيم النظري لمراحل عمل الحداد - كما ذكرت في الفصل الأول - لوجدنا الطابع الاكتيابي سائداً هنا. لكنه من غير المقبول التأكيد على خوض الحالة للمرحلة الاكتيابية (الثالثة في منظور A.de Broca و M.F.Bacqué، الثانية في رأي M.Hanus) لآلية الحداد على فقدان ابنتها، وذلك ببساطة لأن العامل المفجر والذي تنطلق إثره مباشرة هذه الآلية لم يتحقق بعد، ألا وهو "الموت الفيزيقي" الملموس للطفل!

مما يتفق عليه الدارسون في مجال علم النفس أن الفرد يوظف عدة ميكانيزمات دفاعية أمام موقف دد الذات أو موضوع الحب، ونجد ضمن هذه الميكانيزمات ما يعرف بـ"الاستبطان" (Intériorisation) - كما أوردته M.Klein في مؤلفاتها- حيث يجعل الفرد من موضوع الحب الخارجي مكونا داخليا حفاظا عليه من فقدان وحسب ما يحققه من لذة للأنا (Bon Objet)، وفي المقابل فهو يسقط الجزء من موضوع الحب الذي يسبب القلق والخوف من الاضطهاد وهذا ما نلمسه عند "شريفة" من خلال معاشتها الجسدية لآلام ابنها من جهة ثم امتناعها من المضي و لو افتراضيا نحو مستقبل يخلو من الحضور الثمين لابنها من جهة أخرى وكأنها تسعى إلى إبقائه حالدا في كيانها رغم التأكيد الطبي و الواقعي على وفاته القريبة.

\* إن الأمر الوارد في تحليل حالة "شريفة" يتعلق بالتفاوت بين الإدراك الذهني لواقع قروب أجل الطفل المريض و الإدراك الوجداني الذي لم يتم و لن يتم إلا عقب الوفاة، أي عيش الموقف حسيا و انفعاليا بدل تصوره فكريا. ومن ثم نستطيع الإقرار بأن "شريفة" غير مستعدة بعد لتوديع ابنها و ليست مؤهلة نفسيا لاستيعاب احتمال فقدانه في سنه المبكرة هذه (6 سنوات) وبالتالي فهي لم تستهل فترة "ماقبل الحداد" احتسابا لعنف وحدة الألم المصاحب إضافة إلى عدم تخطيطها للصدمة النفسية التي واجهتها حين تلقت الخبر أول مرة.

### الحالة الثانية:

بيانات شخصية:

الاسم و اللقب: عيسى.ب.

السن: 46 سنة.

مكان الإقامة: عين البيضاء (أم البواقي).  
الرتبة العائلية: الرابعة (02 إناث و04 ذكور).  
المستوى التعليمي: شهادة تكوينية بعد البكالوريا.  
الوضعية المهنية: موظف مكتب.  
الوضعية الاقتصادية: حسنة.  
الزوجة: رقية.  
عدد الأطفال: 04.

### بيانات متعلقة بالطفل:

الاسم: وسيم.  
السن: 11 سنوات.  
تشخيص المرض: سرطان كبدي.  
تاريخ تشخيص المرض: جويلية 2008.  
رتبته بين إخوته: الثالثة.

## 1- ملخص المقابلات:

لقد تعرفنا على "عيسى" حين كان يتردد على مركز مكافحة السرطان Pierre & Marie Curie بمستشفى مصطفى باشا (الجزائر العاصمة)، وذلك لزيارة ابنه "وسيم" الذي يخضع لعلاج مكثف بسبب إصابته بسرطان نادر في منطقة الكبد. استطعنا إجراء ثلاث مقابلات مع "عيسى" حتى يفيدنا

بالمعلومات الملموسة التي نسعى إليها لتدعيم الخلفية النظرية المتحصل عليها حول موضوع "ما قبل الحداد لدى والدي الطفل في مرحلة نهائية من السرطان"، وتبعا لمحاوَر المقابلات المعتمد عليها -و المذكورة في الإطار المنهجي- ارتأينا عرض محتوى الإجابات في شكل سرد متسلسل للأحداث تفاديا للتكرار غير الهادف أو إهمال النقاط الجوهرية.

\* أكد لنا "عيسى" أن حياته لم تخلو من الشدائد إلى يومنا هذا، حيث ترعرع في بيئة أسرية موحشة يغلب عليها الحضور الأبوي نظرا للحالة الصحية المزرية للأم التي عانت طيلة طفولته من مرض مزمن لم يعرف حينها تشخيصه بالتحديد وتوفيت على إثره و هو مراهق لا يتجاوز 14 عاما؛ "ما نقدرش نقول بلي عرفت يما - الله يرحمها- كي بديت نفهم الدنيا هي راحت".

رغم الحرمان من عاطفة الأمومة والوضع المادي الحرج لم تقهر إرادة "عيسى" في إتمام دراسته وتحقيق مستقبل يرضيه، وبالفعل تم ذلك و أصبح موظفا ملتزما -كما يصف نفسه- جديا قادرا على الخوض في مشاريع حياتية بمفرده ولعل أهمها زواجه من "رقية" وتأسيسهما لأسرة متواضعة تضم أربعة أطفال (بنت وثلاثة ذكور). حين طلبنا من "عيسى" أن يصف لنا علاقته بابنه "وسيم" قبل مرضه اكتفى بإعطائنا إجابة مختصرة على خلاف ما توقعنا، "ولدي يعز علي كيما خاوتو، أنا مسؤول عليهم ماديا ومعنويا وإن شاء الله نكون ديما موجود كي يحتاجوني".

\* دون التطرق إلى تفاصيل علاقاته الاجتماعية وروابطه الوجدانية مع أفراد أسرته أكد "عيسى" على صلابته النفسية واستعداده لتحمل المحن التي تواجهه، "الإنسان لازم يطول بالو و يتوكل عل ربي!" ويعتبر حالة ابنه "وسيم" إحدى تلك المحن ذات الوقع البليغ على شخصية وسلوك الوالدين من منظور خاص.

لقد بدأت معاناة الطفل -تبعا لرواية أبيه- بأعراض إرهاق مزمن، نوبات إغماء تصيبه بصفة متكررة وآلام حادة على مستوى البطن لمدة شهرين تقريبا و هو يبلغ 9 سنوات، فأجريت له فحوصات من نوع (échographie ventrale) ثم (parasitologie) تفصيا عن التهاب أو فيروس معد أو كتلة مريية، لكن النتائج النهائية للفحص الطبي لم يتوصل إليها إلا بعد تنفيذ عملية جراحية أثبتت وجود ورم سرطاني في منطقة الكبد لا بد من استئصاله بجراحة ثانية في القريب العاجل، و تم ذلك بفضل الله ثم أصر الأطباء على انطلاق العلاج الكيميائي مع تنبيه الوالدين بالاحتمال الوارد لمضاعفات قاسية على الطفل. في الفترة التي أبدت زوجته إحباطها وكشفت عن مخاوفها و يأسها كاستجابات لما مثله تشخيص السرطان الكبدي لدى ابنها إلى جانب الدورة العلاجية المكثفة من وضعية صدمية حاملة لضغط نفسي لا يستهان به، تميز سلوك "عيسى"

بهذوء محير أقرب ما يكون إلى اللامبالاة "خلاص... أحنا نديرو اللي علينا والباقي على ربي" وكأنه توصل إلى تقبل سرطان ابنه أو أنه استعد لهذا المرض منذ زمن طويل. ولا يخفى عنا أن تغيرا -ولو طفيفا- قد لوحظ على تصرفاته مردده التغير الذي مس بتصوراته عقب إصابة الطفل "وسيم" بسرطان معقد في سنه المبكرة مع فرص ضئيلة للشفاء، "ركزت بزاف على خدمتي باه ننسى وفي نفس الوقت نحسبهم بلي الأمور راهي عادي... كلي ما كانش المرض". ندرك عند سماع "عيسى" أنه تكلف عناء كبيرا حتى تغاضى عن واقعه الباطني وعواطفه الأبوية التي تغمره في مثل هذا الموقف الحساس، فلجأ إلى مهاراته الإدارية كمنفذ و سخر معظم جهوده لإتقان وظيفته المكتتية دون علم منه أن زوجته وأبناءه في أمس الحاجة إلى حضوره و سنده العاطفي.

\* لم يقصر "عيسى" في واجباته كرب أسرة مسؤول عن رعاية ذويه حيث سدد التكاليف الاستشفائية الخاصة بابنه، كما سافر إلى ولايات عديدة (الجزائر، البلدية، سطيف و قسنطينة) بحثا في كل مرة عن أفضل المراكز لاجية التي يمكن الاستفادة من خدماتها. إنما وتيرة تطور السرطان كانت لها الأسبقية على الجهود المتخصصة في التكفل الطبي، فبعد حوالي سنتين من العلاج الكيميائي أقر الطاقم أخيرا بأن "وسيم" قد بلغ المراحل النهائية للمرض و لا تعد حينها المواكبة على العلاج سوى إجراء نمطيا مؤقتا. إذا لكل شيء حدود حتى الصلابة النفسية التي أدرجها "عيسى" ضمن سمات شخصيته، فأصبح عرضة للآثار السلبية المترتبة عن معاشته المحتومة لحيثيات سرطان ابنه و المتمثلة في فقدان الوزن، الأرق و انخفاض ضغط الدم... يقابلها من الجانب النفسي أعراض كالخصر (anxiété) و عدم الاهتمام بالنشاطات الاجتماعية المألوفة.

\* "ما نتصورهاش، يظهر لي هاذي هي؟" لم يتلاعب "عيسى" بالكلمات وهو بصدد الرد على سؤالنا: "كيف تتصور آخر لحظات تعيشها مع ابنك؟"، كونه لا يتوقع أن يستغرق الوضع مدة أطول وذلك استنادا إلى تصريحات الأطباء المعالجين إضافة إلى التدهور الملحوظ لحالة الطفل والذي لم يعد بإمكانه موضوعيا إنكاره. لذا نجد "عيسى" يلجأ حصريا في خطابه إلى الوازع الديني الذي يواسيه ويلهمه ما يحتاج إليه من صبر، كما يخفف عنه مشاعر العجز والفشل في أداء واجبه الأبوي وحمية ذريته ذلك لأن الأقدار بيد الله سبحانه و تعالى وحده لا شريك له.

في حديث للمصطفى -صلى الله عليه وسلم- يوجد تشبيها لتلك المفاهيم: "كل م هو آت قريب لا بعد لما هو آت، ولا يعجل الله لعجلة أحد، ولا يخف لأمر الناس. ما شاء الله لا ما شاء الناس، يريد الله

شيئا ويريد الناس شيئا. ما شاء الله كان ولو كره الناس، ولا مُبعد لم قرب الله ولا مُقرب لما بُعد الله، ولا يكون شيء إلا بإذن الله".

## 2- تحليل المقابلات:

بعد إجرائنا لثلاث مقابلات مع "عيسى" تبين لنا أن أهم معالم حالته تترجم بسلوكه الخاضع لمنطق خاص: "أهجر موضوع الحب قبل أن يهجرني" والذي نعتبره محاولة للتحكم في الواقع والمبادرة بالأسبقية. لقد أدرجنا ضمن أسئلة مقابلاتنا إشارة إلى تاريخ الحالة الذي من شأنه أن يؤثر بالإيجاب أو السلب على عمل الحداد، فأعلمنا "عيسى" بوجود حدث مأساوي طبع طفولته ومراهقته يتمثل في معاناة والدته طويلا من مرض مزمن تسبب في وفاتها. فاستنادا إلى هذه المعطيات الأساسية من ناحية والوضع الراهن (سرطان ابنه) من ناحية أخرى، علينا الإقرار بأن "عيسى" أسير حلقة مفرغة تجبره على إعادة معايشة أول حداد في حياته

M.Hanus (Deuil Originel) عقب فقدان والدته. لذلك يصبر معظم الباحثين وخاصة منهم G.Bayle و على اعتبار مستوى نضج الأنا عاملا أوليا في تطور آلية الحداد لارتباطه بالقدرة على مواجهة الإحباطات وتحقيق التكيف مع مواقف الانفصال. ومن ثم فإن فقدان الموشك لولده أحبي لدى "عيسى" القلق والمخاوف المتعلقة بالفقدان الأول.

إن ما يشد انتباهنا في تعامل "عيسى" مع أفراد أسرته هي برودة أعصابه والعقلنة (Rationalisation) التي يوظفها حتى يقنعهم بأن الوضع جد عادي وما عليهم إلا التصرف وكأن المرض غير موجود، وهذا في نظرنا رفض للتواصل السليم والمفيد الذي تحتاج إليه زوجته وأطفاله بما فيهم ابنه "وسيم"، إذ أن السرطان موجود بل هو نواة حياتهم الحاضرة. وقد يبرر إعراض "عيسى" عن الخوض في تفاعلات عاطفية حساسة بنمط الاتصال الذي نشأ عليه؛ حيث لم يتمكن من الكشف عن عواطفه المحيرة وهو في مرحلة الطفولة المتأخرة ثم المراهقة، الأمر الذي منعه من معايشة حدث فقدان والدته على الوجه السوي بالمعاناة والقلق والغضب وصولا إلى ربط التصورات بمعنيها ومن ثم تقبلها. فكيف عساه يجعل من أسرته منفتحا يتسم بقدرات تواصلية سليمة و مرنة إذا لم يتوفر لديه نموذجا واقعيا يدججه في رصيده النفسي؟

وإذا أردنا تحليلا أكثر تفصيلا ودقة فلا بد أن نأخذ نوعية النمو الذي مر به "عيسى"؛ حيث أسس ميكانيزمات دفاعية في اتجاه يخالف نوعا ما الحالة العادية. لقد قام ب"اجتياف" (Introjection) المواضيع السيئة (الأم الغائبة) ثم "إسقاط" (Projection) المواضيع الجيدة (الأم الحنون المملية لكل الرغبات)، في حين أن الإجتياف السوي يستهدف المواضيع الجيدة و الإسقاط يعنى بالمواضيع السيئة. إذن نشأ "عيسى" على اعتبار موضوع الحب تاركا في أغلب الأحيان وبفقدانه تصبح المواضيع الداخلية هشة فتدمر.

إضافة إلى ما سبق، فنحن لا نلمس ميكانيزم "إصلاح" الموضوع المحبوب (Réparation de l'objet aimé) وذلك نظرا للاستسلام أو الخضوع للواقع (Résignation). لقد عرفنا في الفصل النظري الأول بأن الحداد آلية نفسية (ذهنية وعاطفية) تهدف إلى فك الارتباط (Détachement) عن موضوع الحب وإعادة الاستثمار في علاقات جديدة مع مواضيع خارجية أخرى.

لكن يبدو أن "عيسى" يحاول بلوغ هذا الهدف حتى ولو لم يتحقق الأمر الذي يستدعي الانفصال الحتمي عن ابنه. ورغم ذلك نجده عاجزا عن التخطيط لمشاريع مستقبلية مما يشير إلى استحالة الاستعداد الذهني والوجداني التام لأن آلية الانتقال النفسي تلك تحتاج لوقت أطول ودون شك لحدث يستثيرها: الموت الواقعي النهائي للطفل.

ومن هذا المنطلق لا بد ألا نتغاضى عن بعض المؤشرات الراهنة لحداد مسبق (Deuil Anticipé) يلجأ "عيسى" إلى ميكانيزماته لغرض التحكم في الألم المتوقع حين يتوفى ابنه بتخفيف حدته. إن قابليته

لتأسيس حداد مسبق كأحد أصناف الحداد المعقد تحرم "عيسى" من مشاركة طفله لحظات ثمينة وحصرية الآن، ما قد يزيد حدة ألم فقدان حين يصدمه موته فيما بعد كنتيجة لتفاقم الشعور بالذنب. لذلك نحتفظ بتنبؤات خاصة تتعلق باستجابات الأب أمام الموقف الواقعي الحي الذي يسعى إلى الاستعداد له.

### الحالة الثالثة:

بيانات شخصية:

الاسم و اللقب: نجاة. ز.

السن: 31 سنة.

مكان الإقامة: بسكرة.

الرتبة العائلية: الثامنة (08 إناث).

المستوى التعليمي: التاسعة من التعليم الأساسي.

الوضعية المهنية: ماکثة بالبيت.

الوضعية الاقتصادية: حسنة.



الزوج: مصطفى.

عدد الأطفال: 01.

بيانات متعلقة بالطفل:

الاسم: مروة.

السن: 08 سنوات.

تشخيص المرض: سرطان عظام على مستوى الركبة (Ostéosarcome).

تاريخ تشخيص المرض: ديسمبر 2007.

رتبته بين إخوته: الأولى.

## 1- ملخص المقابلات :

أثارت حالة "نجاة" اهتمامنا حين تعرفنا عليها وهي تعني بابتها الوحيدة "مروة" التي تخضع لعلاج كيميائي عقب تشخيصها بسرطان في عظم فخذها الأيمن (Ostéosarcome du fémur droit)، بالمركز المتخصص Pierre & Marie CURIE (الجزائر العاصمة). أجرينا مع الأم ثلاث مقابلات أمدتنا خلالها بالآتي إيجازه.

\* نشأت "نجاة" مع والديها وأخواتها الثمانية اللواتي تصغرهن في بيئة محافظة، فكان محيطها العائلي أثناء طفولتها ثريا بالمثيرات الإيجابية والاكتفاء المادي والمعنوي. إذ تبين أن مشكلتها العلائقية الوحيدة آنذاك تمثلت في تعلقها الشديد بوالدها الذي خلفت وفاته قبل 5 رات فراغا رهيبا في نفسها لولا أنها محاطة بالسند العاطفي لزوجها "مصطفى" و درتها الثمينة "مروة".

تعرض علينا "نجاة" صوراً فوتوغرافية عديدة لابنتها تحتفظ بها في حقيبة يدها فتصفها بالحيوية والفضولية سعى دائما إلى ترفيه الآخرين بأداء حركات و إيماءات تفي بالغرض خاصة وأن عينيها العسليتين تجذبان الانتباه وتثيران الإعجاب، كما أنها انسجمت مع رفاقها خلال سنتها التحضيرية وأبدت كفاءة جيدة في التعلم.

\* حين بلغت "مرورة" 6 سنوات (ديسمبر 2007) تدهورت صحتها بشكل مفاجئ إثر ظهور أعراض غير مفهومة كصعوبة في المشي و آلام على مستوى مفاصل رجلها اليمنى علما بـ لا تمارس أي نشاط رياضي ولا تقوم بجهود جسدية ترهقها، فبعد معاينة مطولة وفحوصات محددة أصدر طبيب مختص تشخيصا لحالتها على أنه ورم خبيث استقر في عظم ركبته اليمنى، "آخر شيء كنت متوقعاتو... أنا خممت في تكسيرة pas plus!". كانت استجابة "نجاة" و زوجها للخبر عنيفة بما فيها من بكاء و غضب تجاه طبيب الأطفال الذي ألفت الأسرة استشارته حول الوضع الصحي لابنتها باعتباره لم يؤد مهمته و تسبب بإهماله في تطور حالة الطفلة إلى ما هي عليه اليوم.

يمكن القول بأن إصابة "مرورة" بسرطان خطير تعد تجربة صدمية قلبت حياة "نجاة" رأسا على عقب لأنها تغمرها بمشاعر اليأس و العجز أمام معاناة ابنتها الصغيرة الوحيدة التي تزيدها توترا و قلقا يوما بعد يوم. "كلش تغير فيا حتى **physiquement** ما وليتش كي بكري"؛ بالفعل أصبح وجهها أكثر نحافة مقارنة بالصور وعيناها متعبتان مما يشكل خطرا على الجنين الذي تحملها في صلبها من شهر ماي الفارط.

\* فورا عقب اكتشاف الورم السرطاني الذي يهدد حياة ابنتها استعجلت "نجاة" وزوجها بإدخالها إلى المصالح الإستشفائية المتخصصة و حرصا على توفير كل متطلبات العلاج بملاحقة الأطباء المشرفين و المرضى دون انقطاع إلى حد المضايقة؛ "ما عندنا ما نخسروا وقتها، بنتنا راح تروح منا ندير المستحيل و الباقي ما يهمونيش". لاحظنا أن "نجاة" و زوجها متضامنان في المحنة التي يمران بها على خلف الكثير من الأزواج الذين يتباعدون و يتبادلون اللوم و البغض مما يسهم في تفاقم الوضع خاصة إذا آل سرطان الطفل إلى الأسوأ.

بالنسبة لحالة "مرورة" فقد تحفظ الأطباء مبدئيا نظرا للمعطيات الطبية التي لم تسمح لهم بالتفاؤل على المدى البعيد، و كانت الجراحة أول إجراء ضروري للتنفيذ اتفق عليه الجميع بمن فيهم الوالدين رغم تضمنها بتر الرجل اليمنى للطفلة ! (Amputation de la jambe)؛ "تعيش برجل وحدة ولا تموت بيهم في زوج؟" ولا تخفى عنا صعوبة التحاور مع "مرورة" لشرح أمور لا يستوعبها ذهنها الصغير ولا يقوى على تصورها

إطلاقاً. وبعد مرور أشهر قليلة بدأت نتائج التحاليل تنبئ بتطور نحو الأحسن أعداد الأمل لـ"نجاة" حين كادت تنهار نفسياً وزادها تحفيزاً لإتباع نظام العلاج الكيميائي الصارم، الذي استمر لمدة تزيد عن سنة، حتى لا تترك للمرض أي مجال للانتصار.

أفصحت "نجاة" أن مجريات التكفل الطبي و ما تتطلبه من جهد و قدرة على التحمل لم تصنها من معاشة الأاع بنفسية محتارة و جسد متعب استنفذت معظم طاقته، إضافة إلى انسحابها من الحياة الاجتماعية العامة لصالح العناية بابنتها وهو ما خط حولها حيزاً عزلها عن الآخرين عدا زوجها و أمها و أخواتها.

\* "جاني choc كي خبروني بلي السرطان مشى في جسمها"، فكيف عساها تتأقلم مع وضع غير مستقر ومتذبذب كهذا الذي أفحمت فيه ؟ حيث اكتشف الأطباء أن الجراحة استئنت كتلة مجهرية ولم تتمكن العقاقير أو الأدوية من إذابتها، فأخذت في النمو السريع و انتقلت نحو مواضع أخرى من جسد "مروة" وصولاً إلى الكليتين. ثم خطاب طبي محض لم تفهم منه "نجاة" سوى أن حالة ابنتها ميعوس منها ولو أُجريت لها جراحة إضافية لكانت المخلفات السلبية أكثر وطأة مقابل فرص الشفاء الضئيلة

في هذه المرحلة المتقدمة من انتشار السرطان (Métastase). فلم يتبقّ أمام "نجاة" سوى أن تتحلى بإيمان صلب واعتقاد راسخ أشبه بالتعصب مفاده أن ابنتها لن تفارق الحياة قبلها أو أن المرض ما هو إلا ابتلاء من رب العالمين سيجازيها بعد صبر - و لو طال - بفرج و شفاء كامل.

إذا لا يورد المنطق الذي يسيطر على تفكيرها ومضة عن تصورات للحظات "مروة" الأخيرة جراء سرطانها، نظراً لعدم اقتناعها كوالدة بفشل العلاج خاصة و أنها مع زوجها بذلا ما بوسعهما و هي ضحت كفاية لتنال راحة البال وتنعم طفلتها بصحة و عافية كغيرها من أطفال سنها.

"الأقدار بيد الله و أنا ما نقدرش نرضى لروحي و لبنتي نستسلم قبل الوقت ما دامها هي مكملة"، و من هذا المنطلق لا ترغب "نجاة" في التطلع إلى مستقبل تغيب فيه "مروة" لما تتضمنه تلك التطلعات من ألم قاتل و دمار لكيانها كام ثم لزواجها و أسرتها. بل تفضل الاعتناء بجنينها حتى يولد سالماً و ينشأ بين أحضان أخته الكبرى. لكن رفضها لمواجهة الواقع المنبوذ لا يعني جهلها به، فهي تعرف حق المعرفة من خلال المصادر الإستشفائية و الفريق الطبي أن حياة ابنتها تتلاشى تدريجياً و ما هي سوى بضعة أشهر أو أيام حتى يحين أجلها بإذن الله. ربما يساهم الحمل في تغذية آمال "نجاة" باعتباره مؤشراً عن بداية جديدة و وسيلتها لصد الموت: "قالك نواجهو الموت بالحياة".

## 2- تحليل المقابلات:

حسب ما جاء في نابات المجرات مع الحالة يتعين علينا الإمام بأهم الاستنتاجات وتوظيفها بشكل سليم؛ اعتماداً على تاريخها الشخصي تبين لنا أن "نجاة" واجهت محنة صعبة يوم وفاة والدها والتي كانت علاقتها به شبه التحامية منذ طفولتها. و رجع الفضل إلى أسرّتها الصغيرة خاصة ابنتها الوحيدة لما وفرته من زاء، حيث اتخذتها كموضوع بديل استثمرت فيه جل النزوات التي وُجّهت سابقاً نحو الأب المتوفى. وهي حالياً غير مهياًة لتقبل الاحتمال الوارد عن وفاة ابنتها نتيجة تطور خبيث وسريع لورم سرطاني في عظم فخذاها الأيمن نظراً لما ينطوي عليه هذا الفقدان من رصيد عاطفي هائل و قيّم: ستفقد طفلتها ومعها والدها مرة أخرى ! إن المواضيع الجيدة الداخلية المكونة لشخصية "نجاة" لن يبقى لها وجود إذا أقرت بواقع الوفاة لأنه يستلزم اضمحلالها نهائياً دون رجعة وهو الأمر المستحيل بالنسبة إليها.

نلاحظ أيضاً إعطاء صورة مثالية لاواقعية عن مكافحة ابنتها للسرطان الذي انتشر في جسدها وتطور إلى مراحله النهائية -نقلا عن التقرير الطبي- نبررها استناداً إلى تحليل M.Klein (1972, p347) بموامات القوة الخارقة على تجاوز كل الصعوبات الحياتية كميكانيزم دفاعي هوسي ( mécanisme de position maniaque) يوظف لغرض التحكم في المواضيع المهددة لوحدة الأنا ثم إصلاح الموضوع المحبوب إلى جانب

رفض الواقع المضطهد المنبئ بخطر الزوال. رغم روح المثابرة و العزيمة تظل "نجاة" عرضة للاختيار و الفشل بدليل أن حضورها السليبي (presence passive) ومشاهدة حيثيات المرض عامل يقهرها، فتعتبر نفسها عاجزة كل العجز أمام المعاناة الجسدية و النفسية التي تعترى طفلتها الصغيرة.

إن الدور الوالدي في الأساس هو الحفاظ على التوازن الحيوي للخلية الأسرية، وفي المقابل فإن نمو الطفل يتطلب من الوالدين أولاً القدرة على التغيير في أنماط تفاعلها خاصة أثناء الأزمات والفترات الحساسة التي تخل بتوازن الأسرة مؤقتاً. وفي هذا الإطار علينا الإقرار ببراعة "نجاة" في التعامل مع الوضع الصدمي المستمر، لكن سلوكها الذي ينحرف نحو الإفراط يوحى بوجود تضارب عاطفي أعمق بكثير وخوف متأصل من صد الواقع الموضوعي لتمثيلاتها الهوائية عن موضوع الحب المهتد بالفقدان (نقصد هنا والدها ثم ابنتها)، الأمر الذي سيحجرها على الرضوخ وإعادة تكوين تصوراتها النفسية تبعاً لذلك الواقع حتى يصبح عمل الحداد الأول عقب وفاة والدها ممكناً يليه عمل حداد سوي مستقبلاً بإذن الله. إنما "نجاة" لا تبدي أثراً لتظاهرات الحزن والأسى تفادياً لإحباط ابنتها مما يدل على عدم انطلاق العمليات النفسية السابقة لعمل الحداد (ما قبل الحداد)، في حين أن الطفلة مثل معظم مرضى السرطان لا تجذب تلك الحساسية التي يحيطها بها الآخرون مراعاة لمشاعرها و هشاشتها، بل تفضل التواصل حول موضوع مرضها لتبادل الخبرات والاستفسار عما يراودها من تساؤلات ومشاعر ذلك لأن الحوار المفتوح يبعث في نفسها طمأنينة وشيئاً من السند العاطفي الذي تتوقعه من والديها.

إذا استعنا بوجهة نظر G.Bayle حول الموضوع فإننا نوجز الآليات الدفاعية المستخدمة من طرف "نجاة" في: انشطار الأنا (Clivage du Moi) إلى جزأين حيث يخضع أحدهما لمقتضيات الواقع مقابل الآخر الذي يأبى استيعابه أو إدماجه مطلقاً. يضاف إليه الإنكار (Déni)؛ "رفض الاعتراف بالواقع المادي وخاصة النفسي للفقدان..." (HANUS, 1995, p117). لهذه الأسباب تصر "نجاة" على عدم التقبل لعدم الفهم مرده الخوف من مواجهة ألم لا تتصوره، رغم إدراكها بأنها مسألة وقت فقط حتى يتملكها هذا الألم الطبيعي لوفاة وفقدان ابنتها. "أدري و لكنني لا شعر بذلك!"، إدلاء تعبر به عن الصراع المحتدم بين وعيها الفكري والوجداني أن أوان "مرورة" يقترب وعدم استعدادها الوجداني. على كلٍ فـ"نجاة" حالياً مقتنعة بمنطقها الذي مفاده أنه ما دام موضوع الحب حاضراً أمام عينيها و في متناولها فلا نفع من التهيؤ لغيابه.



يقول الله سبحانه و تعالى: ﴿كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ ثُمَّ إِلَيْنَا تُرْجَعُونَ﴾ (العنكبوت، الآية 57).

ينشأ كل فرد وفق يقين بأن حياته تنطوي على سلسلة متواصلة من علاقات الارتباط ثم الانفصال، وهو بذلك مؤهل فطريا أو لاشعوريا في الأساس للتكيف مع تلك المواقف المؤثرة في حياته من خلال ما يعرف بـ"عمل الحداد"، هذا الذي يهدف إلى فك الارتباط عن موضوع الحب المفقود (نعني بالفقدان هنا الموت) و إعادة الاستثمار في علاقات جديدة. إنما يظل تحقيق الأمر أكثر تعقيدا مما يبدو نظرا لتشابك بعض العوامل ذات الأهمية البالغة؛ فاخترتنا منها طبيعة الموت و التي تتميز بالوقوع العميق على شخصية الفرد المؤسس للحداد إذا اكتست طابعا مفاجئا و عنيفا (الانتحار، الاغتيال، الكوارث، حوادث المرور...).

لكن فيم تتجلى خصوصية الاستجابات السابقة للحداد أمام حدث الموت المنتظر؟ تساؤل أثار فضولنا العلمي و حملنا على تقديم هذا البحث كمساهمة في الكشف عن بُعد الاستعداد النفسي لفقدان طفل محكوم عليه بسرطان مستعص باعتماده (الاستعداد النفسي) عاملا مخففا لحدة ألم الحداد اللاحق لدى الوالد و/أو الوالدة. فاعتمدنا على دراسة عيادية لثلاث حالات (والد و والدتان) أمدتنا بمعطيات جوهرية توصلنا إليها عقب تحليل المقابلات نصف الموجهة المستخدمة معهم، حيث اتضح لنا وجود بوادر الاستعداد الذهني أولا لفقدان الطفل المريض -رغم الفروق بين الحالات الثلاثة- في فترة "ما قبل الحداد" والتي تحدد بصورة أو بأخرى مسار الحداد التالي للموت الفيزيقي الواقعي.

Tout individu évolue selon la conviction que sa vie s'étalera sur une chaîne continue de liens d'attachement suivis de séparations, ce qui induit une certaine prédisposition inconsciente, à la base, lui permettant de s'adapter à ces situations qui créent un déséquilibre dans sa vie grâce à ce qu'on appelle: « **Travail de deuil** », dont l'objectif est le détachement de l'objet d'amour perdu (mort) et le réinvestissement dans de nouvelles relations.

Cependant l'aboutissement de ce travail demeure en réalité plus compliqué, car quelques facteurs d'une importance indéniable entrent en ligne de compte; nous avons choisi parmi eux la manière de mourir qui se caractérise par un impact profond sur la personnalité de l'endeuillé quand elle est inattendue et violente (suicide, meurtre, catastrophes, accidents de la circulation...). Mais alors, en quoi consiste la spécificité des réactions précédant le deuil liées à une mort attendue ? Cette interrogation a suscité notre curiosité scientifique et nous a incité à effectuer la recherche ci-présente comme abord de la dimension de préparation psychologique à la perte d'un enfant condamné par un cancer incurable, en tant que facteur atténuant l'intensité de la douleur perçue chez le père et/ou la mère en deuil.

C'est pourquoi nous avons entrepris l'étude clinique de trois cas (un père et deux mères) qui a abouti à des données élémentaires, fournies après l'analyse des entretiens semi-directifs démontrant l'élaboration d'une préparation mentale en premier lieu à la perte de l'enfant malade, malgré des divergences entre les trois cas, dans une période de « **pré-deuil** » qui détermine d'une manière ou d'une autre le déroulement future du deuil lié à la mort physique réelle.



Each individual grows-up with the conviction that his life will include a continuous chain of bounds followed by separations, which prepares him unconsciously for the adjustment to these disturbing situations thanks to what is known as: “**Mourning process**”. Its main goal is breaking the bounds with the lost object of love (dead) and the reinvestment in new relationships.

However the realization of this work remains actually complicated, due to some important elements from which we've decided to pick the one concerning the ways of dying that has a deep impact on the individual's personality when it's unexpected and violent (suicide, murder, catastrophes, traffic accidents...). But what is the specificity of the reactions preceding the mourning of an expected death ? This questioning has invited our scientific curiosity and inspired us to undertake the psychological preparation to face the loss of a child condemned by an incurable cancer, as a factor easing the intensity of the mourning pain overwhelming the father and/or the mother.

That's why we've studied three clinical cases (a father and two mothers) which provided us with elementary data related to the analysis of semi-directives interviews. We've been able to establish the elaboration of a mental preparation, in the first place, to the loss of the sick child during “**the pre-mourning**” period. That preparation determines in a certain way the direction of the mourning process after the physical and real death.



# الباحثون النظريون



المختار الأول

أبي عبد الحميد



## الفصل الثاني

مفاهيم أساسية حول السرطان



# الدراسة الميدانية



المبحث الأول

الإطار المنهجي للدراسة



المعهد الثاني

محرض الحلاله



# قائمة المراجع





# الفصل التمهيدي



# ملخص الدرس

يبدو لنا من المهم جدا التركيز في ختام الدراسة الحالية على أن الحداد ليس اضطرابا أو سلوكا لاسويا للفرد، وهذه مسلّمة يتفق حولها معظم المؤلفين أمثال: Freud, Hanus, Bacqué, De Broca, Bounon, Chemama, Vandermersch, Lindemann, Letourneau & Abraham وذلك على اعتبار آلية الحداد وظيفة طبيعية سوية ضرورية تسمح للفرد أمام موقف فقدان (موت) أحد أحبائه بالتكيف التدريجي وصولا إلى تحقيق الانفصال العاطفي عنه .

نعلم جميعنا أن الموت حق قدره المولى -جل و علا- لكل كائن حي، لكنه يكتسي طابعا دراميا و دماريا يقتحم حياة الفرد ليغيرها جذريا سواء من الناحية النفسية و الجسدية أو الفكرية و الاجتماعية. لأجل ذلك تقتضي استعادة التوازن و الاستثمار في مواضيع جديدة بعد التحرر من الألم و المعاناة والقلق والمخاوف توظيف آلية الحداد و التي تشمل على أبعاد متفرعة تنفرد كل منها بتأثير معتبر في مآل الصحة النفسية على وجه الخصوص مستقبلا، نذكر ضمنها السن، الجنس، نوعية العلاقة مع الشخص المتوفى... وأخرى.

لقد وقع اختيارنا على المرحلة النهائية لسرطان طفولي قصد توضيح الأثر النوعي لتصور قبلي عن وفاة الطفل لدى والديه إلى جانب الفترة الحاسمة التي تتيح لهما مجال الاستعداد الذهني والعاطفي للتكيف مع هذا الفقدان فور حدوثه؛ وهو ما أطلق عليه C.M. Parkes مصطلح "ما قبل الحداد". وعلى خلف ما أقره العديد من الباحثين حول تميز الحداد الذي سبق بتوظيفات نفسية مبكرة بالسلاسة والاحتمال الضئيل للصيرورة المرضية أو المعقدة، كون الهدف وراءها يتمثل في هيمّة الفرد لتقبل واقع الموت مقارنة بظروف مغايرة كالانتحار، الاغتيال أو الكوارث بنوعيتها الطبيعية والبشرية. خلصنا إلى حوصلة عما توفر لدينا من معطيات عقب تحليل الحالات تُبين مدى الصعوبة التي يلقاها والد و/أو والدة الطفل المصاب بسرطان مستعص ومحكوم عليه بالرغم من توقع وفاته في أية لحظة ومحاوله التحضير لها، مما يستلزم عدم استثناء هذه الفئة من المعنيين ببرامج التكفل النفسي بل الاهتمام بها ودعمها من طرف أخصائيين محترفين.

## المصادر:

\* القرآن الكريم.

### الكتب باللغة العربية:

- \* الوقفي راضي (2003)، "مقدمة في علم النفس"، الطبعة الثانية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان/الأردن.
- \* أنجرس موريس (2004)، "منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية تدريبات علمية"، ترجمة صحراوي بوزيد بوشرف كمال و سيعون السعيد، دار القصة للنشر، الجزائر.
- \* باهي مصطفى حسين و الأزهري منى أحمد (2000)، "أصول البحث العلمي في البحوث التربوية والنفسية والاجتماعية والرياضية"، مركز الكتاب للنشر، القاهرة.
- \* خير الزراد فيصل (2000)، "الأمراض النفسية - جسدية"، دار النفائس، بيروت.
- \* سليم مريم (2003)، "علم النفس النمو"، بيروت، دار النهضة العربية.
- \* شفيق محمد (1989)، "البحث العلمي"، المكتب الجامعي الحديث، مصر.
- \* عدس عبد الرحمان و قطامي نايفة (2000)، "مبادئ علم النفس"، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع عمان/الأردن.
- \* عطوف محمود ياسين (1986)، "علم النفس العيادي"، الطبعة الثانية، دار العلم للملايين، بيروت.
- \* محمود السيد عبد الحليم و آخرون (1998)، "علم النفس العام"، الطبعة الرابعة، مكتبة غريب، القاهرة.

### المجلات والدوريات العربية:

- \* الحجار محمد حمدي (1998)، العلاج السلوكي للسرطان (لغز الميدان الجديد في الطب النفسي السلوكي) موسوعة الثقافة النفسية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
- \* المالكي موزة (1996)، العلاج باللعب، موسوعة الثقافة النفسية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
- \* باظة أمال عبد السميع (1998)، الاضطراب السيكوسوماتي حالة من حالات ضعف الإدراك، موسوعة الثقافة النفسية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
- \* بلوتشيك روبرت (1997)، نظرية النشوء السيكولوجي، موسوعة الثقافة النفسية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.

- \* داجر كلود (1994)، الإنسان و الدواء، موسوعة الثقافة النفسية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
- \* شفارتسر رالف (1994)، التفاوضية الدفاعية، موسوعة الثقافة النفسية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
- \* شولتس بيتر و هيلهامر ديرك (1996)، وجوه سيكولوجية للأمراض المزمنة، موسوعة الثقافة النفسية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
- \* فيتشباخ جيرالد (ماي 1994)، العقل و الدماغ، مجلة العلوم الكويت، العدد 5.
- \* موسون إليزابيث (1992)، لقاء مع البروفيسورة موسون، موسوعة الثقافة النفسية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.

### القواميس و المعاجم باللغة العربية:

- \* رمزي يوسف خليل (1998)، معجم المصطلحات التربوية معجم (إنجليزي/عربي)، مكتبة لبنان ناشرون.
- \* طه فرج عبد القادر (2003)، موسوعة علم النفس و التحليل النفسي، الطبعة الثانية، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، مصر.
- \* لابلانوش و بونتاليس (1997)، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفى حجازي، الطبعة الثالثة، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت.
- \* مان ميشيل (1999)، موسوعة العلوم الاجتماعية، ترجمة عادل مختار الهواري وسعد عبد العزيز مصلوح، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

### الكتب باللغة الفرنسية:

- \* Ali.S (2003): «Corps et âme, pratique de la théorie relationnelle», Dunod, Paris.
- \* Ali.S (2004): «De la projection», 2<sup>ème</sup> édition, Dunod, Paris.
- \* Ali.S (1998): «Le corps, l'espace et le temps», 2<sup>ème</sup> édition, Dunod, Paris.
- \* Ali.S (2000): «L'impasse relationnelle temporalité et cancer», Dunod, Paris.
- \* Ali.S (2006): «Pensez le somatique imaginaire et pathologie», Dunod, Paris.

- \* Auquier Pascal & Iordonova Teodora (2004): «Qualité de vie et santé», éditions système SLENARI, Marseille.
- \* Bacqué.M.F (2002): «Apprivoiser la mort», Odile Jacob, Paris.
- \* Bacqué.M.F (2000): «Le deuil à vivre», Odile Jacob, Paris.
- \* Bailly.L (1996): «Les catastrophes et leur conséquences psychotraumatiques chez l'enfant», ESF, Paris.
- \* Barbi.J (1970): «Emotion, Angoisse & Malade», esp, Paris.
- \* Bayle.G (2002): «Métapsychologie et devenir des deuils pathologiques», in «Le deuil», sous la direction de: Amar.N, Couvreur.C & Hanus.M, Algérie, SARP.
- \* Bergeret.J & all. (2000): «Psychologie pathologique », 8<sup>ème</sup> édition, Masson, Paris.
- \* Bouillercce Brigitte & Rousseau Françoise (2001): «Savoir se motiver», 2<sup>ème</sup> édition, éditions Retz, Paris.
- \* Canoui.P, Messerschmitt.P & Ramos.O (1993): «Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent», éditions Maloine, Paris.
- \* Civin.M (2002): «Male, femelle, e-mail», Hachette, Paris.
- \* Debray Rosine (1983): «L'équilibre psychosomatique», Bordas, Paris.
- \* De Broca.A (2001): «Deuil et endeuillés», 2<sup>ème</sup> édition, Masson, Paris.
- \* Dichter Ernest (1991): «Communication et motivation», Berti éditions, Tipaza, Algérie.
- \* Fauré.C (1995): «Vivre le deuil au jour le jour», J'ai lu, Paris.
- \* Gril Josette (2007): «Vivre après la mort de son enfant», Albin Michel, Paris.
- \* Hanus.M (1976): «La pathologie du deuil», Masson, Paris.
- \* Hanus.M (2002): «Le travail de deuil», in «Le deuil», sous la direction de: Amar.N, Couvreur.C & Hanus.M, Algérie, SARP.
- \* Hanus.M (1995): «Les deuils dans la vie», Maloine, Paris.
- \* Jeammet.Ph, Reymand (2001): «Psychologie médicale», 2<sup>ème</sup> édition, Masson, Paris.
- \* Lacave Roger, C-J Larsen & J. Robert (2005): «Montrouge», Eurotext, Paris.
- \* Lebovici.S (2002): «Le travail de deuil chez l'enfant», in «Le deuil», sous la direction de: Amar.N, Couvreur.C & Hanus.M, Algérie, SARP.
- \* Legrain.H (2003): «Motivation à apprendre mythe ou réalité ?», Harmattan éditions.
- \* Leplège Alain (1999): «Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie», PUF, Paris.

- \* Lieury Alain (2000): *«La psychologie générale»*, Dunod, Paris.
- \* Lubtchansky.J (2002): *«Travail de deuil, douloureuse souffrance»*, in «Le deuil», sous la direction de: Amar.N, Couvreur.C & Hanus.M, Algérie, SARP.
- \* Marty Pierre (1976): *«Les mouvements individuels de vie et de mort»*, Tome 1, Payot, Paris.
- \* Morel Corrine (1995): *«ABC de la psychologie et de la psychanalyse»*, éditions Jacques Grancher, Paris.
- \* Oppenheim Daniel (2003): *«Grandir avec un cancer»*, de Boeck, Bruxelles.
- \* Paget Michel (1984): *«Le cancer, maladie de la vie»*, Québec science éditeur.
- \* Parkes.C.M (2003): *«Le deuil; Etudes du deuil chez l'adulte»*, traduit par Laplagé Grouvel & Hanus Michel, Editions FRISON-ROCHE, Paris.
- \* Paumelle Henri (2001): *«Le rôle du corps en psychothérapie»*, Dunod, Paris.
- \* Pelsser Robert (1989): *«Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent»*, Gaetan Morin, Paris.
- \* Penissard Didier (2005): *«Auto guérison ;cancer et image mentale»*, De Boeck, Bruxelles.
- \* Reuclin Maurice (1982): *«Les méthodes en Psychologie»*, Paris.
- \* Samacher.R (1997): *«Psychologie clinique et psychopathologie»*, Collection grand amphi, éditions Bréal.
- \* Semonthon.C.M, Semonthon.S.C & Reighton.J (1983): *«Guérir envers et contre tous»*, France éditions home et groupe.
- \* Smailovic.M.J (2003): *«L'enfant, la maladie et la mort»*, De Boeck & Belin, Bruxelles.
- \* Thomas.J (1990): *«Les maladies psychosomatiques»*, éditions les guides santé Hachette, Paris.
- \* Yaker.A & Bernard.J (1984): *«Cancérologie générale»*, Office des publications universitaires (OPU), Alger.
- \* Zarifian Edward (2005): *«La force de guérir»*, éditions Odile Jacob poches, Paris.

المذكرات والأطروحات:

- \* Letzelter Nicolas (2000): «Vision et qualité de vie», thèse de doctorat en médecine, Université Lyon 1, Faculté de médecine.
- \* Peslin Natasha (2004): «La valorisation des critères de qualité de vie», thèse pour diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Nantes.

القواميس والمعاجم الأجنبية:

- \* Auzour Philippe (2001): «Le grand dictionnaire encyclopédique du 21ème siècle», éditions Paris.
- \* Chemama.R & Vandermersch.B (2003): «Dictionnaire de la psychanalyse», Larousse, Paris.
- \* Cowie (2003): «Oxford dictionary (English/Arabic)», 4th edition, Oxford University Press.
- \* Dictionnaire «Le Petit Larousse», (2003), Larousse, Cd-rom, Paris.
- \* Laplanche.J & Pontalis.J.B (1978): «Vocabulaire de la psychanalyse», 6<sup>ème</sup> édition, Paris.
- \* Larousse Médicale (1998), Larousse Paris.
- \* Sillamy.N (2003): «Dictionnaire de psychologie», Masson, Paris.

المجلات والدوريات الأجنبية:

- \* Bourcault Pierrick & Simpère Françoise (décembre 2005): «Vivre, savoir prévenir et agir», n°328.
- \* Bourgeois M.L (2005): «Annales Medico-Psychologiques».
- \* Chérifi.Z (2008): «Pratiques Psychologiques», n.14
- \* Fottorino Eric (1998): «Un voyage au centre du cerveau», (article paru en février dans le monde).
- \* Galand Benoit & Phillipot (2004): «La revue savoir», autour de l'œuvre d'Albert Bandura.
- \* Revue la ligue (plateforme de Nice);
- (août 2006), Qu'est ce qu'un cancer ?
  - (juillet 2007), Un de vos proches est atteint de cancer, comment l'accompagner ?
  - (octobre 2006), Spécial traitement des cancers.
- \* Molinie Magali (2008): «Pratiques Psychologiques», n.14
- \* Paradis.M, Consoli S-M & autres (2008): «La revue de médecine interne», n.29



## المواقع الالكترونية:

\* منشورات جمعية آدم لسرطان الطفولة (2008). <http://www.adamcs.org>

\* Bounon.L (2003), «Deuil et endeuillés», <http://www.perso.wanadoo.fr>

\* Coron Olivier (2007), <http://coran.free.fr/index.htm>

\* Coulomb Alain & Kervasoloue Jean (2006),  
<http://www.rees.France.com.qualité.de.vie.htm>

\* Duboit.E (2005), «Qu'est-ce que dépiste en Psychologie»,  
<http://www.ressources.metapress.com>

\* Guillaum.F & all. (2004), [www.qualité.de.vie.htm](http://www.qualité.de.vie.htm), PDF: «Santé Publique. Qualité de vie et maladies chroniques».

\* Hamdi Chrif Mokhtar (2007), [www.semep-setif.globalinik.org](http://www.semep-setif.globalinik.org)

\* Hanus.M & Bacqué.M.F (2005), «Les étapes du deuil», [www.pfg.fr](http://www.pfg.fr)

\* Hanus.M (2007), «La mort, en parler ?», [www.meci.org](http://www.meci.org)

\* Létourneau.M (2001), «Le déroulement du deuil et les besoins des endeuillés», [www.aqps.ca](http://www.aqps.ca)

\* Marin Veronica (2007), [www.hopelab.org](http://www.hopelab.org)

\* Mc Anne Fabienne (2005), [www.medecine.net/journal of expérimental médecine](http://www.medecine.net/journal_of_experimental_médecine)

\* Régnier.R & St Pierre.L (2004), «L'évolution du deuil»,  
[www.reposeenpaix.com](http://www.reposeenpaix.com)

\* Schawarzer Ralf (2007), [http://www.Ralf\\_Schawarzer.ae/health\\_specific self efficiency Scales](http://www.Ralf_Schawarzer.ae/health_specific_self_efficiency_Scales)

\* [www.re-mision.net](http://www.re-mision.net)

\* [www.sonafi-aventis.com/health care/cancer research](http://www.sonafi-aventis.com/health_care/cancer_research)