

Artical History

Received/ Geliş
29/6/2018

Accepted/ Kabul
23/7/2018

Available Online/yayınlanma
1/8/2018

التدخل النسقي العائلي في علم النفس الأورام : دراسة لمعاناة و كفاءات المرضى و عائلاتهم

زواني نزيهة

وندلوس نسيمية نسيمية

كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية

جامعة مولود معمري تيزي وزو - الجزائر -

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى محاولة إبراز أهمية تناول النسقي العائلي في مصلحة طب الاورام و الكشف عن المعاناة النفسية و العائلية و كذا الكفاءات الفردية و العائلية لدى عينة متكونة من خمس عائلات ، أين يكون أحد افرادها مصاب بالسرطان. لتحقيق هذه الأهداف و تتبع هذه العائلات تم استعمال المقابلات العائلية النسقية، المخطط الجيلي العائلي و الخريطة العائلية. سمحت هذه الوسائل باستنتاج أن السرطان يؤثر بالفعل على الفرد و على نسقه العائلي. أسفرت النتائج أن تناول النسقي العائلي يسمح بالكشف عن المعاناة النفسية الفردية و العائلية السابقة ، التي غالبا ما تكون مرتبطة بالانفصالات ، الحداد، الأمراض، الروابط المنصهرة المتشابكة ، القواعد و الأساطير العائلية الصلبة و المتوارثة من جيل إلى جيل. كما تم التوصل إلى أن هذا تناول يسمح بالكشف عن الكفاءات الفردية و العائلية التي كانت مرتبطة بالقدرة على التغير، تسيير و تنظيم توظيفها من خلال توضيح الحدود البين-جيلية ، و امكانية تسجيل الصدمات و الأحداث المؤلمة في التاريخ العائلي، كما إرتبطت هذه الكفاءات بالقدرة على التمايز وكذا السند و الولاء المعترف به (الوفاء) بين مختلف أفراد العائلة التي تم تتبعها.

Systemic Family intervention in Oncology: a study of the suffering and competencies of patients and their families.

Abstract

The purpose of this study is to highlight the importance of systemic family intervention in the oncology department, and to identify psychological and family suffering, as well as individual and family skills among a sample of five families where one of the members has received a diagnosis of cancer. In order to achieve these goals and follow these families, family interviews were used, family map and the genogram. These methods have allowed us to conclude that cancer is not only an individual experience of physical and psychological suffering, but also the patient's family. It has also been concluded that systemic family approach allows for the detection of individual and familial previous psychological suffering, often associated with separations, mourning, diseases, interrelated tight bonds, rigid family rules and

legends inherited from generation to generation. We found also that this approach allows for the identification of individual and family competencies which were linked to the ability to change, and the management and organization of their employment, by explaining the internal boundaries, and the possibility of recording shocks and painful events in family history. The relation between competencies and the ability to distinguish, as well as the support and devotion recognized (loyalty) among the different family members were found also .

المقدمة

يشير مفهوم العائلة إلى نوع من التنظيم الاجتماعي المتواصل الذي يتركز على شبكة جد معقدة من العلاقات بين الأجيال (بين الآباء والأبناء، بين الأجداد والأحفاد...)، و ضمن الأجيال (بين الإخوة و الأخوات، بين الأزواج ، و بين أبناء العم). وتتميز هذه الشبكة بقواعد وأنماط التوظيف الخاصة بها و بالصورة التي يرسمها كل عضو فيها عن عائلته الخاصة

إذ يتم الانتماء إلى العائلة برباط الأبوة، وكذا بتبادل بعض العادات أو بعض القيم، وهذا لأن لكل واحد دور يتقلده، ولا يمكن للفرد أن يعي دوره فيها إلا إذا اعتبر نفسه جزءا منها، فهي التي تشعره بوجوده، بأهميته، وبانتمائه أيضا، وإذا اعتبرت مكانا آمنا، فهي قد تكون أحيانا أرضية للمعاناة الانفعالية أو السوماتية، فقد تتأثر بمعاناة أحد أفرادها و بمعاشه، فتحاول إما التخفيف عنه أو بالعكس قد تعزز من سوء حالته، كما يمكن أن تساهم في إبقاء الوضع على حاله.

و عليه، قد تختلف استجابات العائلة التي يمكن أن تشعر إما بالعجز، فلا يسعها إلا أن تكون شاهدة على آلام أحد أعضائها، أو بالذنب لأنها لم تتمكن من التفتن للعلامات الأولى للاضطراب، وقد تبدي الرغبة في المساعدة و العناية والتواصل و هو ما يمكن ملاحظته في حالة كل مرض خطير يصاب به الشخص مثل مرض السرطان.

يعتبر السرطان تجربة قاسية و لفهم انعكاساته على المريض، وأقربائه، وعلى كل معالجه من الضروري الانتباه إلى أدق تفاصيل مسيرته الطبية و إلى حقيقة أو واقع تأثيره على الجسد، كما يجب الانتباه إلى العنف الأساسي الذي يمثله، وما ينتج عنه من آثار على الجميع: المريض، المحيط، وحتى على المعالج، إنه يهز الهوية الذاتية و المهنية لدى الجميع، وأحيانا يبرز مشاعر نفسية قوية كالاستهواء، الرعب، الشفقة، الذنب، الخوف، مشاعر العجز، محاولة إنقاذ المريض مهما كان الثمن، فيذكر السرطان بإنسانيتنا، و بأكبر التساؤلات المتعلقة به: كيف يعاش؟ كيف يتم الاعتناء بمرضى السرطان؟

كيف يؤثر المرض على المستوى الخلوي، الجيني و حتى النفسي و العائلي؟ و كيف تتم مرافقة المريض في المراحل النهائية للمرض، و بالأخص من خلال العناية المخففة والمسكنة.

بالفعل، يهدد مرض السرطان و يغير توازن النسق العائلي، ففي مجال الأورام السرطانية أكثر من أي مجال آخر تبرز فكرة أن العائلة بأكملها يجب أن تعتبر كوحدة في مواجهة المرض. وهكذا تعتبر الإصابة به وضعية حدية بالنسبة للمريض و أقربائه، فهي تختبر كل التصورات الخاصة به ، وبالسياق الانفعالي و الوجداني و الاجتماعي الذي ينتمي إليه، و من هنا تأتي أهمية تناول النسقي العائلي في التكفل النفسي بالمريض .

علم نفس - الأورام السرطانية

هو واحد من التطبيقات ذات التخصصات المتعددة في علم السرطان والتي تستهدف الجوانب النفسية والاجتماعية للمرض السرطاني، بالنسبة للمريض، وأقاربه وكذا مقدمي الرعاية، ويشير هذا المصطلح في آن واحد إلى كل تخصص علمي، و إلى كل مجموع الممارسات العيادية التي تدمج ضمن صميم طب الأورام السرطانية. و هكذا اهتم علم نفس - الأورام السرطانية بالتكيف النفسي للمريض وأسرته وبالصعوبات العلائقية، مثلما اهتم بالأعراض النفسية المرضية المترتبة عن المرض أو عن العلاجات، وسلوكيات الخطر، و بالتواصل (معالج- مريض). و بالتالي يهدف قبل كل شيء إلى دمج البعد النفسي الاجتماعي بجميع مراحل الكفالة، من الإعلان عن التشخيص إلى العلاج، سواء كان لهذا الأخير مقصد علاجي، أو تخفيفي، مسكناً و الاثنين معاً¹.

أثر السرطان على الفرد و على الديناميكية العائلية

يعتبر المرض سيرورة جسدية تتميز بإلحاق الأذى بالفرد. فهو لا يشكل فقط ظاهرة بيولوجية محضة أو تلفاً جسدياً، طالما أنه يسجل ضمن منظومة دائمة و أساسية لجسم خاص يؤثر على المريض في كليته و يعقد وجوده مما يجعل منه ظاهرة جسدية نفسية اجتماعية².

ومن بين الأمراض التي قد تصيب الفرد والتي تشكل خطراً على حياته الإصابة بالسرطان نظراً لما يحدثه من تدمير للبنية الجسدية وما يلحقه من آثار نفسية تنعكس على الفرد وعلى الآخرين، فالسرطان كمرض من الأمراض المزمنة دائماً ما يحدث التصريح به أثراً مقلقاً و أزمة تهمز كيان المريض والمحيطين به، لأن الإصابة به في الكثير من الأحيان

¹La psycho-oncologie. Dolbeault, S., Dauchy, S., & Brédart, A. : 1ère édition, John LibbeyEurotext, Paris, (2007). P257.

²Vannotti, M., & Gennart, C. (1999). Malades et familles, penser la souffrance dans une perspective de la complexité. Genève : Edition Médecine et Hygiène

تشكل تحديدا بالموت الحتمي، لذلك غالبا ما يعتبره المرضى كلعنة، ونكسة للعائلات وللأطباء على حد سواء، إذ يعاد النظر في كل شيء : مستقبل المريض وتوازن العائلة .

يرتبط الاختلال الناجم عنه بنتائج العلاجات المختلفة من جهة ، و بالعوامل النفسية الأساسية المتمثلة في ثقل التشخيص و الشك في الشفاء و قلق الانتكاس من جهة أخرى. وكل هذه العناصر التي تحدث القلق و الارتباك و الاكتئاب لدى المريض وذويه (عائلته و أصدقائه) تضعهم في مواجهة مواقف نوعا ما صعبة التكيف والتحمل، على الأقل هذا ما تمت ملاحظته من خلال التجربة المهنية في مصلحة طب الأورام السرطانية؛ حيث أتاحت فرصة الاقتراب التعرف على ألام مرضى السرطان، ومعاناتهم و مخاوفهم ، وعلى ردود أفعالهم ؛ إذ كانت كل عائلة تحمل في نفسها مخزونا من الجراح يفتح من جديد نتيجة هذه الأزمة ، فتظهر الظهور كل أنواع المعاناة القديمة التي قد يعود تاريخها للطفولة .

فبين بيار كازوناف (Pierre Cazenave) أن العديد من مرضى السرطان يعانون من اضطراب الهوية، لكن هذا الضيق النرجسي لا يعود سببه إلى كل السرطانات ، ذلك لأن الصدمة الناتجة عن التصريح به يرجعنا إلى التصدع النرجسي المتواجد بداخل كل فرد والذي يحاول طوال وجوده ترميمه كلما تسنى له ذلك . ويشكل فتح هذه الثغرة استعادة جديدة لتاريخه³ .

فقد تصيب المعاناة أولا أفراد العائلة باعتبارهم أشخاص في علاقة عاطفية مع المريض، فهي معيشة من قبلهم كالم و حزن و وحدة و عجز و شعورا بالذنب... فهي تسبب ردود أفعال انفعالية و دفاعية تشبه تلك التي تم ملاحظتها لدى المرضى أنفسهم التي وصفها إ. كبلر- روس (E.Kubler-Ross) بالذهول وبالتمرد وبالنفى أو الإنكار و بالمساومة و بالاكتئاب⁴. إذ يمكن لكل عضو من العائلة أن يعيش هذه الانفعالات و الاستجابات الدفاعية حسب وتيرته الخاصة .

كما تصيب المعاناة العائلة باعتبارها جماعة تعيش هذا المرض الخطير كأزمة قد تخل بأدوارها و علاقاتها وبروابطها العاطفية؛ فهي « أزمة صعبة، تحدث حالة من عدم الاستقرار في الحياة الانفعالية فتجبر بذلك أعضاء العائلة على اتخاذ مسافات عن بعضهم بعض لتصبح بدورها مصدر للشعور بالذنب⁵ » .

³ Quand la maladie révèle et réveille les souffrances familiales. Dupré, L. M., & Gorlero, C. Dialogue, 3, n° 197, (2012). pp 57-68

Le malade et sa famille face à la maladie grave. Scherer, R. 9ème congrès de la SFAP. Nice, (2003), p2

5

فالإعلان عن السرطان، تطوره، انتكاساته و علاجاته يحوّل بمكر العلاقات العائلية، و بالأخص علاقة الزوجين اللذين سيواجهان مخاوف الانفصال عن بعضهما بسبب الموت، لذلك يستبقها بعضهم بالانفصال عن الشريك، الذي تعرض هو الآخر لتحولات جسدية أثرت انعكاساتها على الحياة الجنسية و العاطفية، فالعلاقات تتغير بين الزوجين و حتى بين الآباء و الأبناء و مع العائلة المقربة؛ فبمجرد التصريح بالسرطان تبرز لدى كل واحد انفعالات من الصعب تبادلها. و هذه الصعوبة في التبادل للمشاعر المكتومة بسبب الخوف من جرح الآخر تؤدي إلى شل كل حركة، و بالتالي إلى العزلة.

و حسب مدوبري و جوليرو (Dupré et Gorlero, 2012) ينفصل العديد من الأزواج أثناء مرض طفلهم أو بعد موته. و في أغلب الأحيان يشير ذلك إلى هشاشة بنية الزوجين، لأنهما لم يتمكنوا من مواجهة ثقل الحمولة النفسية التي استلزمها فقدان وعمل الحداد، خاصة مع صحوة الشعور بالذنب المرتبطة.

و في هذا الإطار أوضحت دراسة مقارنة قام بها بايدر وآخرون على أربع مجموعات من المصابين و المصابات بالسرطان و كذا أزواجهم، أن كل المجموعات المصابين و أزواجهم) عانوا من ضيق نفسي مرتفع غير حاد و هذا ما يؤكد أن مشكلة السرطان ليست فردية و إنما تمس الزوج أيضا .

إذ أنه في الفترة التي يتم فيها ظهور المرض، تكون العائلة منشطرة بين دورين متميزين و متناقضين. فمن جهة، تعمل العائلة على تهيئة نفسها بطريقة تؤهلها لتقدم السند العاطفي للمريض، و مشكلة بذلك منطقة تصادم يتمكن خلالها المريض من إيجاد باعث و معنى لوجوده، مع الإحساس بقيمته الذاتية. و من جهة أخرى، تتعرض العائلة بطريقة مباشرة على غرار المريض للقلق و للضغط بسبب المرض و كل وضعياته غير المتوقعة⁶.

و بهذا تكون المعاناة النفسية التي تصيب و تكتسح معاش كل الأفراد - المريض و أقرباؤه - إحدى انعكاسات الإصابة بالسرطان، كما يمكن أن يحمل المرض إصابة بحد ذاته إصابة دائمة و نهائية للكفاءات العائلية للمريض⁷.

غير أن إذا كانت بعض العائلات عاجزة على تفسير الاختلال الناتج عن المرض، و تظهر بذلك حالة من الاختلال و عدم التوازن الدائم، فالبعض الآخر يملك بالمقابل كفاءات ضرورية لمواجهة بصفة فعالة مثل هذا الاختلال، وذلك بالاحتفاظ على التوازن أو عند الضرورة على إعادة التنظيم لاستعادة حالة جديدة من التوازن. هذه الكفاءة حسب مارغاريتاميروسى Margherita Merruci (2003) هي نتاج سيرورة ديناميكية من التبادلات بين النسق ووسطه. بينما بالنسبة لأوسلو Ausloos (1995)، فإن لكل العائلات تملك كفاءات إلا أن في بعض الوضعيات

⁶ M.Vannotti et M.Célis_Génnart, 2002

⁷Le malade et sa famille face à la maladie grave. Scharer, R. 9ème congrès de la SFAP. Nice, (2003), p5-7

أو الموافقة لا تعلم كيفية استعمالها، أو أنها تجهل امتلاكها لهذه الكفاءات، وإما أنها تُمنع، أو ترفض استعمالها وذلك لعدة أسباب.

وقد يتم تجاوز أزمة الإعلان عن السرطان وعن العلاجات المرافقة له بفضل التهيئة والإعداد من جديد لقوى الحياة، وهو ما يدل أيضا على أن المرض عندما يخل بالتوظيف البيولوجي، يختل معه الإنسان أيضا كفرد في علاقة مع شركاء بيئته، كما أن تطور المرض « يتأثر بشكل كبير » بكل ما يجري ويحدث بين المريض ومحيطه⁸.

إلا أن هناك عدّة تساؤلات أثارها العديد من الباحثين حول احتمال وجود علاقة بين بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية وظهور أو تقدم السرطان؛ ولقد أثار المنظور البيونفسي والاجتماعي للمصاب بالسرطان اهتمام العديد من الباحثين، إلا أن الصورة لا تزال غير واضحة ومحل مناقشة وتوجهات متنوعة حسب المدارس المهمة بهذا الموضوع. ففي الوقت الذي يتكلم المحللون النفسانيون عن الحداد، والسيكوسوماتيون عن العقلنة الجيدة والسيئة أي الإمكانية التي يملكها الفرد ليتمكن من معالجة عراقيل الحياة اليومية، و المدارس الانجلوسكسونية عن السيرورات المعرفية، يؤكد أصحاب التيار النسقي العائلي على الطريقة التي يسير بها النسق العائلي المرض الذي يصيب أحد أفراد، والتي تؤثر على التطور الاكلينيكي للمريض وعلى الكيفية التي يوظف بها كفاءاته.

في الواقع، يمكن أن تشكل الطريقة التي يتوافق بها المريض وعائلته مع المرض عاملا مهما يمكن أن يغير من مآل والتطور الاكلينيكي للمرض المزمن. ولقد تم اختبار هذه الفرضية من طرف عدة باحثين أمثال كابييلي Cappelli وآخرون (1989) و باترسون Patterson وآخرون (1990)؛ تومسون Thomson وآخرون (1992)، وذلك من خلال دراساتهم التي تم إجراءها على الأطفال والمراهقين المصابين بمرض رئوي مزمن. كما وجدت أيضا عدة دراسات منها دراسة ماجوير Maguire (1981)؛ ودراسة نورثوز Northouse وآخرون (1987)؛ ودراسة أومن بوتان OmnePoten وآخرون (1993) أنه يوجد ارتباطا دالا بين الضيق النفسي والخلل في التوظيف النفسي- الاجتماعي عند ثلث الراشدين المصابين بالسرطان وأزواجهم وأطفالهم، وهذا ما يؤكد على أثر نوعية المحيط العائلي على التوازن النفسي للأفراد

كما أسفرت نتائج دراسة بلوم Bloom (1996) التي أجراها على 661 امرأة مصابة بالسرطان ومبتورة الثدي أن هناك علاقة بين إدراك السند العائلي والعلاقات العائلية الجيدة وبين الارتياح النفسي للمصابة، أي أن إدراك السند الانفعالي له تأثيرا إيجابيا ومباشرا على العلاقات العائلية الجيدة وبالتالي على الراحة النفسية للمرأة المصابة⁹.

⁸La maladie chronique : une atteinte à l'histoire des familles, Gennart, M., Vannotti, M., & Zellweger, J,P. Thérapie familiale. Edition Médecine &hygiène, Genève, (2001), vol 22, n° 3, 231-250

وتبعاً للمنظور النسقي العائلي، يتطلب فهم المريض التعرف على المرض (أصله وتطوره التدريجي) من خلال تكوين نظرة شاملة، حيث تندمج مختلف العناصر مع بعضها بعض وتتأثر فيما بينها. وفي هذا الصدد تؤكد نتائج الدراسة التي أجراها فانوتي Vannotti (1995-1998) على مجموعة من الأفراد المصابين بمرض مزمن وعائلاتهم على أهمية التدخل البيو نفسي الاجتماعي في تحسين التكفل بالوضعيات المزمنة¹⁰،

كما أن الإشارة إلى أهمية السياق العائلي لا يعني إلغاء أو التقليل من قيمة وجود أو تأثير الإيتلاف البيولوجي، وإنما فقط لتوضيح أن الفعل البيولوجي لا يكفي لوحده لفهم كل حقيقة الظاهرة، وهذا ما بينه فاتزلافيك Watzwalick و آخرون عندما أكد «تبقى الظاهرة غير مفهومة طالما أن حقل الملاحظة غير واسع بصفة كافية حتى يدرج السياق الذي تحدث فيه الظاهرة المذكورة¹¹». وبالنسبة لأونيس Onnis (1985) لا يمكن الكشف عن معنى العرض أو المرض إلا داخل هذا السياق .

يعد السياق العائلي أول سياق يتفاعل فيه المريض بصفة فورية ومباشرة و حسب دولي Dollé ومونجلوند Monglond (1998) فإن العرض في المنظور النسقي « ليس فقط تعبيرا لصراع داخلي مرتبط بالاقتصاد النفسي للفرد كما في التحليل النفسي ، بل هو أيضا تعبير عن خلل وظيفي جماعي مرتبط بالاقتصاد العائلي ككل أو بأكمله¹² » .

لكن هذا لا يعني التقليل من العرض الفردي بل إعطائه قيمة مزدوجة، ففي الجهة الأولى هو مرتبط بالصراعات النفسية الداخلية ومن جهة ثانية بالصراعات العلائقية.

الإجراءات المنهجية:

المنهج المستعمل

تم اختيار المنهج الوصفي الكيفي، وبالتحديد دراسة حالة و هذا بالاعتماد علالتناول النسقي العثلي الذي يهتم بالعلاقات البنينة بين المظاهر البيولوجية، السيكلوجية والاجتماعية للمرض السرطاني.

⁹Psycho oncologie : le cancer, le malade et sa famille, Razavi, D., & Delvaux, N. 2ème édition, Masson, Paris, (2002)

¹⁰La maladie chronique : une atteinte à l'histoire des familles, Gennart, M., Vannotti, M., & Zellweger, J.P. Thérapie familiale. Edition Médecine &hygiène, Genève, (2001), vol 22, n° 3, 231-250

¹¹Une logique de la communication.Watzlawick, P., Helm, B., & Jackson, D Edition le seuil,Paris, (1972),p15

¹²Pratiquer la psychothérapie ; Delourme, A., &Edmon, M ; 3e éd, Dunod, Paris,(2004), 241.

ودراسة حالة هي ملاحظة معمقة وممتدة للفرد وللعائلة، بهدف الدراسة الشاملة للخصائص المرتبطة بظرفها وبعلاقاتها تسمح دراسة الحالة بوصف الظواهر العادية ، غير العادية ، النمطية ، المتواترة ، النادرة ، ووضع الفرضيات على شخصية الفرد، و توظيف العائلة ، والبحث عن الأسباب أو علاج الاضطرابات النفسية. هذا التقدير الكيفي، يركز أيضا على تحليل محتوى المقابلات العائلية (المسجلة) للمرضى و لعائلاتهم ، مع إشراك كل ما تم تسجيله من المعلومات المقدمة من قبل مختلف أعضاء شبكة العناية الطبية.

ميدان البحث

أجريت الدراسة في المؤسسة الاستشفائية بيار و ماري كوري (Pierre & Marie Curie) بالجزائر العاصمة ، و بالتحديد في مصلحة طب الأورام السرطانية على مستوى ملحقة العيادة المتعددة .

بعدها تمّ التحقق من تشتت و تبعثر عناصر الطلب و بعد إعلام و إخبار العائلة بهدف البحث، تمّ استدعاء عائلة المريض المعين (المريض المصاب بالسرطان) للمشاركة في المقابلات العائلية و ذلك في مكتب المختص النفسي بمصلحة الأورام السرطانية الطبية، و أحيانا في مكتب الفحص بالعيادة المتعددة الخدمات بسيدي محمد (ساحة أول ماي الجزائر)، تراوحت مدة المقابلة بين ستين(60) إلى (90) دقيقة مرة كل خمسة عشر إلى عشرين يوما. أما بالنسبة لمدة تدخل الباحثة فقد تراوح في المتوسط بين ثلاث أشهر إلى ثلاث سنوات؛ و ذلك راجع من جهة لتعدد الأحداث التي ميزت المسيرة الطبية للمرضى (التعب، التدخلات الاستعجالية، تراجع الحالة الجسدية، رفض العلاج...) و من جهة أخرى الظروف المرتبطة بخصوصية المكان الذي أجري فيه البحث(مصلحة الأورام السرطانية. العكس طلب. أما عن اللغة المستعملة في البحث فكانت العربية العامية، كما تمّ التعامل باللغة التي يتحدث بها أفراد العائلة و هي سواء اللغة الفرنسية أو القبائلية، لأن استعمال نفس لغة العائلة يعتبر جزء من مشاركة و انضمام الباحث فيها.

مجموعة البحث

اعتمد البحث على الطريقة القصدية في اختيار العائلات، وفقا لطبيعة الدراسة والمنهج المستعمل ، لذلك تعتبر مجموعة البحث مقيدة، إذ اختيرت العائلات التي يكون أحد أفرادها مصاب بالسرطان وهذا مهما كان سنه (راشدا كان أو طفلا) و مهما كان نوع السرطان أو موقع الإصابة السرطانية و مرحلتها التطورية .

كما أن مشاركة العائلات في هذه الدراسة اعتمدت على موافقتهم الحرة و الواضحة ، حيث أعلموا مسبقا بموضوع البحث ، و الذي سيجرى وماهي القواعد السرية فيما يخص المعلومات الشخصية . و الجدول الآتي يوضح خصائص مجموعة البحث.

جدول رقم (1) : توزيع خصائص مجموعة البحث

العائلات	المريض المعين	السن	المستوى التعليمي	طبيعة الورم	سبب الفحص	مكونات العائلة	عدد الأشخاص المتواجدين أثناء المقابلة
زهرة	زهرة	56	لا شيء	ورم قتاميني حبيث للسبابة	الضيق المتعدد	أربعة	ثلاثة / أربعة
زهور	زهور	68	لا شيء	سرطان الثدي	عسرالصوت ذو المصدر لنفساني	ثمانية	ثلاثة
عادل	عادل	19	متوسط	ورم دماغي	اضطرابات سلوكية	ثلاثة	واحد/اثنين
سامية	سامية	56	جامعي	سرطان الثدي	الاكتئاب	أربعة	ثلاثة / أربعة
نجية	نجية	15	متوسط	ورم دماغي	ضيق متعدد	ستة	ثلاثة / أربعة

من خلال الجدول رقم (1) يتضح أن عدد مجموعة البحث يتكون من خمس عائلات أين أحد أعضائها مصاب بالسرطان المتمثل في سرطان الثدي لدى عائلتين (زهور و سامية)، و ورم دماغي لدى عائلتين أيضا (عادل و نجية) و أخيرا سرطان القتاميني الحبيث للسبابة لدى عائلة زهرة ، ويتراوح سن أفراد مجموعة البحث بين 15 سنة و 56 سنة ، أربعة إناث و ذكر واحد.

و كان سبب الإستشارة النفسية هو الضيق المتعدد لدى نجية و زهرة، البحة الصوتية ذات المنشأ النفسي لدى زهور، و الاكتئاب لدى سامية و أخيرا الاضطرابات السلوكية لدى عادل. و فيما يخص عدد الأفراد الحاضرين في المقابلات العيادية فكان يتراوح ما بين فرد واحد إلى أربعة أفراد.

وسائل البحث:

تمّ الاعتماد في هذا البحث على مجموعة من الأدوات والمتمثلة في المخطط الجيني والخريطة العائلية وأيضا المقابلة العائلية كتقنية نسقية أساسية وفيما يلي سنتعرض لكل تقنية بالتفصيل:

المقابلة العائلية:

يعتبرها شيميزاناس جيران (2012): اجتماع مرجعية الآباء ، مرجعية الطفل و لأحد الوالدين أو الإثنين معا، مع أو بدون الطفل؛ و المجموعة أيضا المتكونة من ثلاث ، أربعة أو خمس أشخاص و أحيانا بحضور الرضيع الذي لم يتمكن الولدين من تسليمه لشخص آخر. و هو يصف هذه المقابلات «بالعائلية» لأن الأمر متعلق بعائلة هي في قلب الحدث

لكونها كيان المجموعة، متعددة العلاقات و هي مجمع ووحدة حياتية ، و التي شهدت مرور نسليين ، واللذان يترجمان ترابط و اتحاد جيلين و جنسين¹³

و قد ركز البحث الحالي على المعلومة المتعلقة بمعاونة وكفاءات المريض و محيطه و من الضروري أن تكون هذه الأخيرة مفيدة للجميع. و في هذا الإطار رأنا وسلوان تمرير المعلومة ، هو الذهاب بحثا لدى العائلة أو لدى المريض عن المعلومة الجوهرية أو أساس القضية . و التي توصف بأنها تأتي من النسق ثم تعود مرة أخرى لإخبار النسق عن توظيفها الخاص. وبمعنى آخر، هي تلك العائلات التي تعلم، و لكنها لا تدري ما تعلمه. و هذه الاعتبارات تستلزم تغيير دور المتدخل¹⁴ .

و عليه فقد ركزت الدراسة الحالية على تقنية المقابلة المتمثلة في التساؤل الدائري، إذ انطلاقا من الجواب السابق يتبلور السؤال التالي و التوجه به إما لشخص ما صاحب السؤال السابق، أو لشخص آخر بسبب تماثلاته الغير اللفظية، كالمقهقه، التحرك على كرسي، أو الذي يصدر صوتا خاصا. مع محاولة طرح الأسئلة ذات الصيغة العلائقية بين أفراد العائلة . أما عن تعليمة المقابلة العائلية فهي يجب أن تستوفي تشتت عناصر الطلب و هي كالآتي:

تنص تعليمة المقابلة العائلية على تشتت عناصر الطلب كما أكد على ذلك نوبارجار(1984) في النقاط الآتية¹⁵:

- التصريح: بمعنى الذي طرح أولا، بمعنى آخر طلب المساعدة، و المفهوم على أساس التصريح.
- المعاونة، من حيث الشعور بالألم، سواء أكان هذا الأخير مادي أو نفسي أو أخلاقي.
- العرض: الشيء الذي يخبرنا بشكل غير لفظي حول حالة الشخص ، و لكن أيضا ما يظهر كحالة إنذار بالنسبة لمحيط المريض.

و رأى نوبارجار أنه عندما يصدر العرض والمعاونة والتصريح من شخص واحد، فنحن أمام طلب مساعدة فردية. و لكن عندما ثلاث عناصر ذاتها تصدر من عدة أفراد من العائلة، فنحن أمام طلب علاج عائلي أو مقابلة عائلية. وبالفعل ، ندعو كل الأشخاص المعنيين بالمشكل للحضور والمشاركة في العلاج: الشخص الحامل للتصريح ، الوليّ ، الاثنين... صاحب العرض نفسه، وكل الذين يعانون من الوضعية. وهكذا، يكون السياق العلاجي قد جمع في نفس المكان و الوقت : التصريح بالمعاونة و العرض

¹³Les entretiens familiaux.in Empan. Chimisanas, G.. (2012), 1, n°87. p 118

¹⁴ Les compétences des familles, temps, chaos, processus. Ausloo, G. 1ère edition, Erès Toulouse (1995..)

¹⁵Les entretiens familiaux.in Empan. Chimisanas, G.. (2012), 1, n°87. p 116

و عندما تستقبل المريض مع عائلته في نفس الوقت، لا يبحث المعالج النسقي على إقناع المريض المعين «بأنه بحالة سيئة» أو «أنه يعاني» لكي يسجل ضمن العملية العلاجية. بل على العكس يستند على انشغالات الأولياء الذين يصرحون بطلبهم وعلى أفراد العائلة الذين يعانون من الوضعية. و يستطيع على هذا الأساس أن يناقش كل تساؤلات أفراد العائلة بخصوص الإشكالية، و الاحتفاظ بالعرض كتقدير للسرورة العلائقية في طور التغيير. كما أن السياق العلاجي باحتوائه على الثلاث عناصر المكوّنة لكل طلب: التصريح، العرض، المعاناة، يعطي للسرورة العلاجية وحدة سياقية تجعله إجرائي أو عملي.

و هكذا، انطلاقاً من تنظيم المقابلة العائلية النسقية التي يمكن أن تدمج من جهة المهنيّ حامل للتصريح، صاحب العرض والعائلة، وهو بذلك يجمع كل العناصر المكوّنة للطلب في نفس المكان و الزمان.

المخطط الجيلي للعائلة:

المخطط الجيلي للعائلة هو التصور التخطيطي للعائلة الذي يسمح للمعالج بإعداد خريطة محددة لبنية العائلة، و بوضع علاقة بين الحاضر و الأحداث التي وسمت التاريخ العائلي، الأساطير، القواعد، الأسرار، المعاناة و الموارد و كل النقل الانفعالي المنتقل بين الأجيال. كما أنه يبحث على قراءة ثلاثية الأجيال، و أيضاً على قراءة كاملة للنص بسبب تعقد العرض، بما أنه حاضر في واقع كل أفراد العائلة.

إذن المخطط الجيلي العائلي هو طريقة لإعداد الشجرة الأنساب للعائلة لتمثيل توظيفها و المرور إلى فهم معنى عرض أحد أفرادها في الوقت والمكان الراهن، مقارنة بالبعد المتداول عبر الأجيال. و في هذا الإطار رأى فيلونوف Villeneuve و توهارية Toharia أن المخطط الجيلي العائلي «يسمح للعائلة ببناء تاريخها، على الأقل فيما يخص ثلاث أجيال كاملة و التعامل مع المشكل الحالي بطريقة و كيفية نسقية و ربطها بأنظمة (schèmes) العلاقات العائلية التي تطورت في الماضي. و هو يسمح للعائلة بأن تنظر إلى نفسها بشكل آخر¹⁶»

تجدر الإشارة أن المعلومات التي تمّ جمعها لبناء المخطط الجيلي للعائلة في هذه الدراسة هي نتيجة عدة مقابلات مع أفراد العائلة (من المستحيل أن يتحدد هذا المخطط بدون مقابلة، لأنه تقييم عن طريق المقابلة و الملاحظة) و حتى إن كانت المقابلة ممكنة مع فرد واحد، إلا أن الاستماع إلى عدد أكبر من أعضاء العائلة يزيد من مصداقية المعلومات و يسمح بإمكانية مقارنة وجهات النظر المختلفة، مع الملاحظة المباشرة للتفاعلات. و من خلال ذلك يمكن الحصول على عدة روايات لحادث واحد من قبل اقتراح أفراد العائلة.

¹⁶La thérapie familiale approuvée. Villeneuve, C., & Toharia, A, 1 ère édition Presse de l'Université de Montréal. Montréal, (1997).p84

تفسير المخطط الجيلي للعائلة:

أعتمد في هذا البحث في تفسير المخطط الجيلي للعائلة في شكله النهائي و الذي أعده جولدريك Goldrick و جيرسون Gerson (1997) .

إن قواعد التفسير لتقييم المخطط الجيلي العائلي لم تُوضح بشكل جلي، و إن كانت مسلماتها القاعدية، التي تأسست على مبادئ نظرية الأنساق العائلية، مألوفة لدى العديد من العياديين.

كان يرسم المخطط الجيلي في البداية بشكل حُر، لكن جولدريك و جيرسون اقترحا ترقيمًا معياريا و إجراءات لبورته و انشائه. تمثلت المعايير في تكييف بعض أعداد البيكتوجرامات المحددة.

و انطلاقا من رسم المخطط الجيلي الذي سيصبح موضوعا للتفسير، يتم اقتراح - كما هو معمول به أصلا - التركيز على أربعة ميادين أساسية و التي عدلت فيما بعد في شكلها المبسط الحالي و المغاير و إن كانت هذه النماذج أو المسلمات متراكبة. تتكون الشبكة الحالية من أربعة مسلمات هي كالآتي:¹⁷

بنية العائلة:

إن أول ميدان للكشف عنه في المخطط الجيلي العائلي هو البنية القاعدية للعائلة. بمعنى الأنماط البنوية التي تربط بين الخطوط والصور التي توضع على الرسم التخطيطي أو البياني للعائلة. عند تفحص البنية التخطيطية للعائلة، يمكن وضع فرضيات حول الانتظارات المحتملة لهذه العائلة، و الأدوار، و العلاقات، و المجموعات الأخوية، أي أهمية مكانة الإخوة من حيث الميلاد، الجنس، العدد و اختلاف الأعمار...

دور الحياة و الأحداث الحياتية :

تتعلق المرحلة الانتقالية الثانية بفهم الانتقالات التي تكيفت معها العائلة، و هي جزء لا يتجزأ من دورة الحياة، تسجيل التواريخ الهامة و الأعمار على المخطط الجيلي، من شأنه أن يسمح بتقديم توضيحا عن أحداث دورة الحياة إن كانت تسير وفق مخطط عادي و متوقع، و عن الصعوبات المحتملة التي تعرضت لها العائلة في كل لحظة من لحظات بناء الدورة الحيوية، و على العائلة أن تعيد تنظيم نفسها للتعامل بنجاح مع المرحلة المقبلة. يمكن لهذه التغيرات أن تكون قاسية ومؤلمة على بعض العائلات التي تتصلب فيها الأنماط (patterns) أثناء المراحل الانتقالية.

النماذج المتكررة عبر الأجيال و الأحداث المميزة لها::

¹⁷Génogrammes et entretien familial. Goldrick, M., &Gerson, R 1ère édition.ESF Paris, (1997).

بما أن نموذج التوظيف العائلي، و وضع الحلول للمشاكل، ونموذج بعض الأشكال المرضية يمكنهم الانتقال من جيل إلى جيل آخر، فإنه على المعالج فحص المخطط الجيلي للعائلة إن كان يمثل نماذج متكررة من خلال عدة أجيال. فالتعرف عليها كثيرا ما يساعد العائلات على تجنب إعادة النماذج البائسة و التعيسة الماضية في الحاضر و في المستقبل (أنماط التوظيف، و العلاقات و الأنماط البنيوية المتكررة).

النماذج العلائقية:

ملاحظة عدة طرائق أو كفاءات علائقية في العائلات: الأقرباء، الإنصهارات، العدائية، الصراعات، التباينات، الانفصالات، مختلف المثلثات العلائقية، إلخ، كما أن تعقد العلاقات العائلية لا تنتهي، إضافة إلى ذلك العلاقات تتطور في الزمن؛ لذلك يعمل المخطط الجيلي للعائلة على إعطاء تعليمات لغرض البحث المعمق.

الخريطة العائلية:

و هي مكتملة للمخطط الجيلي للعائلة، ذلك أن بلورة هذه الخريطة من شأنها إعطاء للمعالجين و لنا فكرة عن الجدول العلائقي للمريض و لعائلته، في بنيتها، و ثرائها...

كما تحمل هذه الأخيرة صورة افتراضية و مؤقتة عن الأزمة الحالية. و تترجم هذه الصور و توضح العمل على الحالة و الفرضيات التي ستستعمل في الجلسات المقبلة. و حسب مينوشان Minuchin (1974) تعد الخريطة العائلية البنيوية تصور للعلاقات المعبر عنها باللغة اللفظية و غير اللفظية من قبل الأعضاء في الجلسة، أو هي كل ما يقال و يستحضر من معلومات إتصالية مما يسمح بإقامة الحدود و التحالفات و الإتحادات و أيضا تحديد الأنساق التحتية.

مناقشة وتفسير نتائج البحث

المعطيات التي جمعت من خلال معطيات المقابلات العيادية و الخريطة العائلية و المخطط الجيلي لخمسة عائلات مرضى السرطان، لا تسمح بالوصول إلى استنتاجات دالة إحصائية، لأن البحث اعتمد على عينة صغيرة وغير ممثلة. لكن الشهادات التي جمعت من المقابلات مع المرضى كانت جدد غنية بالمعلومات، وأعطت إرشادات مفيدة فيما يخص أهمية تناول النسقي العائلي في الكشف عن المعاناة و الكفاءات الفردية و العائلية. و هي معاناة يمكن وصفها في أول وهلة على أنها الشعور بالضيق من قبل الشخص المصاب بالسرطان و كذا عائلته بسبب المرض الذي ينعكس

على كافة النسق العائلي و على مختلف الروابط ، الأحداث المعيشة و المنتقلة قبل المرض و التي تُبقي معاناة كل أفراد هذه العائلات مستمرة. و هكذا، انطلاقا من وحدانية كل قصة عائلية وتاريخها، تم إبراز و كشف المظاهر المشتركة و التي تتمثل في العناصر الآتية :

1. المرض كأزمة نسق:

أول المظاهر المشتركة بين عائلات مرضى السرطان، هو أن المرض في حد ذاته معيش من قبل العائلة كأزمة تحلّ بالأدوار ، وبالروابط و بالعلاقات العاطفية. و هي أزمة تزيد من حدة عدم استقرار الحياة الانفعالية و تجبر على التباعد بين أفرادها. فمن بين انعكاسات السرطان هو المعاناة النفسية التي تصيب كل فرد من أفراد العائلة، انطلاقا من المريض نفسه و أقربائه ، كل واحد حسب معاشه و ريثمه الخاص. و هذا ما تمت ملاحظته بالفعل مع عائلة زهور؛ حيث زعزع المرض استقرار الأدوار، والعلاقات و الوظائف. وفي عائلة نجية عزز السرطان من تباعد أفرادها عن بعضهم بعض، و في نفس الوقت زاد من تفاقم اضطراب التوظيف النفسي العائلي المتواجد سابقا و من بلورة مشاكل و صعوبات كل من الزوجين خاصة. كما لوحظ كذلك في كل من عائلة سامية و زهرة تشوه في التواصل داخل العائلة. و هو الأمر الذي يعيدنا إلى ما توصلت إليه دراسات كل من ماجوير Maguire (1981)، نوثوز Northouse و زملائه (1987)، أومن- بوتان Omne-Potten و زملائه (1993) التي تشهد على بروز الضيق النفسي و الخلل في التوظيف النفسي الاجتماعي بشكل معتبر لدى ثلث مرضى السرطان في مرحلة الرشد، و لدى أزواجهم و أبنائهم¹⁸ ، و هذا ما وجدناه عند عائلة نجية حيث ترك والدها المنزل العائلي مباشرة بعد التصريح بمرضها، و كذلك هو الحال بالنسبة لعادل الذي هاجر والده.

و حسب رازافي Razavi و دالفو Delvaux (2002) فالإصابة السرطانية تتبع بخطورة فقدان و الانفصال. فهي تشكل تهديدا لروابط التعلقات. حيث تتطور أو تنمو أنماط متعددة من التعلقات لدى الفرد حسب تجاربه العلائقية المبكرة. هذه الأنماط التعلقية سوف تؤثر على الكيفية التي يواجه بها أفراد العائلة تهديدات الانقطاعات في الروابط المتتالية الناتجة عن ظهور السرطان .

¹⁸Psycho oncologie : le cancer, le malade et sa famille,Razavi, D & Delvaux, N. 2ème édition, Masson, Paris, (2002).

أما فيما يتعلق بالمظهر الثاني المشترك بين الحالات فيتمثل في الآتي:

2. الحداد:

من خلال المقابلات العائلية، دعونا العائلات للتحدث عن الوقائع و الأحداث الأليمة التي مرت بهم ، و بتبادل و إشراك المحن التي زعزعت التاريخ العائلي مثل موت قريب، إخوة و أخوات، ابن،...إثر الإصابة بالأمراض المختلفة، ولاحظنا كيف أن زوج زهرة و طفليها إلياس و زينة، و كذلك أخت زهور التي توفيت يوم دخولها للمستشفى أو تلك الحوادث الأليمة كحادثة وفاة أخ سامية، و أختها غرقا، و هذا ما سمح بادخال مفهوم الحداد و بالأخص الحداد العائلي.

و بالفعل، فبالنسبة لبيريرا(1991) « الحداد سيرورة تؤثر بطريقة أساسية على شبكة علاقات الفقيد المتكونة أساسا من العائلة¹⁹» و هو ما يؤكد عليه جينسان Jensen و والاص Wallace حيث رأ « أنه بمجرد الملاحظة فقط، يتم البرهنة على أن الحداد لا يتوقف على فرد واحد، و أنه كما في كل أزمة عائلية، هو رد فعل من قبل كل أفراد العائلة نتيجة تأثيره على العلاقات فيما بينهم²⁰». ففي كل أزمة عائلية، الحداد هو رد فعل كل أفراد العائلة و لا تتوقف على فرد واحد، و يمكن البرهنة عليها بمجرد الملاحظة فقط، وهذا راجع إلى تأثير العلاقات الموجودة بينهم.

ومن المنظور النسقي الفقدان أو التهديد بفقدان فردا من العائلة هي أكبر أزمة تواجه النسق Bowen (1984) ، و هذا ما يظهر بالأخص في معاناة عائلة زهرة التي تعرضت لتعقيدات للحداد إثر انتحار ابنها مراد في عمر يناهز 34 سنة .

و بالفعل، فإن انتحار الابن حدث مفاجئ و عنيف أحدث صدمة نفسية للكل. فعنف فعل الانتحار يحمل لدى أفراد العائلة لغزا، و لكن كيف يمكن فهم و تقبل الانتحار؟

تشعر عائلة زهرة بالانحيار، بالذهول، و عدم الفهم، و بالعجز، و بالذنب و حتى بالقلق خاصة وأن بُعدها عبر الجيلي يلعب دورا هاما في فهم ذلك ؛ حيث نسجل في المخطط الجيلي العديد من الاحداث الانتحارية عبر عدة أجيال من خلال انتحار حماة زهرة و حموها في عمر 85 سنة و المحاولة الانتحارية لزهرة و نوايا ابنها رياض في الانتحار. هذه الانتحارات في العائلة و محاولات الانتحار تطرح لغزا لا بد من بحث عن تفسير له. بعد انتحار مراد ، بحثت عائلة زهرة عن التفسيرات المحتملة فكثرت في خوف مراد من المرض « كان يخاف من المرض»، أو كان ذلك

¹⁹Le deuil :De l'optique individuelle à l'approche familiale. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, Pereira, R. n° 20, (1998).p31.

²⁰Le deuil :De l'optique individuelle à l'approche familiale. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, Pereira, R. n° 20, (1998).p32

بسبب «المخدرات»، أو لأنه كان «عنيفاً»، أو أخيراً لأن المرض في حد ذاته لعنة و كل هذه التفسيرات تسمح لهم بعمل الحداد.

حسب بايسمان Paesmans (2006) الحداد بعد الانتحار هو حداد صدمي. ويصبح عمل الحداد أطول و أكثر حدة من الحداد العادي بسبب شدة المعاناة؛ لأن الانتحار ليس موتاً مثل أي وفاة، فالنظرات الخارجية تصدر أحكاماً وتعزز و تدعم الإحساس بالذنب لدى أفراد عائلة المنتحر.

3. الأساطير العائلية:

إن تحليل العادات، التصورات و أيضاً أنساق القيم، سمحت لنا بالبحث عن المعتقدات الأسطورية التي تهيكل أو تبني هذه العائلات و التي ينتج عنها القواعد التوظيفية . وحسب باتريك فينوا، الأسطورة هي الجلم الجماعي الذي يسمح بإعادة تهيئة الفرد والجماعة ليدافعوا ضد الانهيار النفسي الذي أحدثه الحدث الصدمي النفسي، و بهذا، فإن إحدى وظائف الأسطورة العائلية هو التخفيف من حدته و ثقله لتجعل منه أحياناً إرثاً مقبولاً.

كما حدث في عائلة زهرة، فالجد الأكبر كذب يوماً ما بخصوص الأرض، فأنتم منه بالدعاء عليه أو إلقاء تعويذة عليه و على عائلته و على ذريته. و حسب تاريخ حياته الذي ابتداءً بأكذوبة عوقب عليها بإلقاء اللعنة عليه، و بعدها انتقلت العنة من جيل إلى جيل و كأنه الثمن الذي يجب دفعه نضير الذنب المرتكب. و هذا ما اتخذته أفراد العائلة كتفسير للمحن و المآسي التي مروا بها .

حسب نوبارجار Neuburger (2011)، للأساطير وظيفة حماية الأفراد لأنها تدمهم بالمعاني التي يمكنهم إضافتها على العناصر الطبيعية المقلقة لوسطهم. مثل الصاعقة، العاصفة، المرض أو الموت (كما في عائلة زهرة التي تابعت فيها المصائب) و ينسبون لهذه العناصر قوى قصدية و يتم استحضار أشخاص بامكانهم التحكم في الأحداث و التي يمكن التخفيف منها من خلال طقوسات و تضحيات فردية أو جماعية كما هو حال انتحارات في عائلة زهرة.

فبالنسبة لعائلة زهور، الأسطورة قصة من شأنها حماية وحدة العائلة مثل أسطورة الإنكار العائلي؛ حيث يستحيل فيها كل تواصل أو اتصال بين أفراد العائلة «السكات رجل»، أو «السكات في الدم». أما أسطورة عائلة عادل فهي أسطورة اضطهادية تسقط العدائية على العالم الخارجي «الناس أشرار، الخارج خطير»، و من هنا تأتي قاعدة صلبة تصدرها الجدة بمنع الخروج أو تقرر الأم بعدم ترك ابنها وحده.

و من هذا المنطلق تمنح الأسطورة للعائلة حسب نوبارجار (2011) الهوية الخاصة؛ فهي تؤثر على السلوكيات، المواقف، أنماط التفكير. كما أنها تحدد بذلك إختيارات الفرد على عدة مستويات: الغرامي، العائلي، المهني،

الأجتماعي... و هذا ما يعيدنا إلى عائلة زهور أو أسطورة العائلة الكبيرة «حنا ناس بطباع» لدرجة أنها وجدت صعوبات في تزويج أبنائها للمحافظة على هذه الأسطورة.

و لكن حسب فينوا Vinois (2009) إذا نظرنا إلى الأسطورة بمنظور إيجابي فإن لديها وظيفة عامل الإتران الحيوي على المستوى النفسي سواء بالنسبة للفرد أو للعائلة. بينما تشهد صلابتها على مثابة حدث أليم غالبا ما يتم نفيه. و عليه فالنسق سيتصلب و لن يتطور، لأنه لم يتمكن من التكيف مع التغييرات المحدثّة من قبل مختلف دورات الحياة كما لوحظ في عائلة عادل.

4. فقدان الفرد و تشابك الروابط:

العامل أو العنصر المشترك الآخر بين هذه العائلات هو التقليل والتقليل من حجم الاتصالات مع العالم الخارجي و الداخلي كما يمكننا ملاحظته في كل من عائلة زهرة، زهور و عادل.

وفي هذا السياق، تحدث جاكسون Jackson (1974)، عن العائلة «المحصورة». إذ كل أشكال الاتصال مقلصة إلى أبعد حد ممكن في كميتها كما في كفييتها أو نوعيتها، و هذا ما لوحظ في حالة زهور و زهرة أين كانت علاقات أفرادهم متشابكة و متداخلة، فكل واحد يتدخل في مجال الآخر كما لوحظ مع جدة و خالة عادل لدرجة اغتصاب الحياة الخاصة لسارة، لعادل و أيضا لأمهما.

كما كانت الحدود بين الأفراد هشة (بين زوج زهور و أمه، فائزة و أمها، و بين رياض و أمه و كذا بين أم عادل و والديها)، و رفعت جزئيا الحدود الجيلية، و هذا الأمر يعيدنا إلى مينوشان (Minuchin, 1978) الذي قدم خصائص العائلات التي يكون أحد أفرادها من المرضى السيكوسوماتيين²¹:

- التشابك أو التدخل: حيث يتطوع أو يلتزم أفراد العائلات بشكل كبير الواحد مع الآخر، مع الخلط في الوظائف و الأدوار وكذا الميل نحو التدخل أو التطفل. مع هشاشة و ضعف الحدود بين الأجيال و بين الأفراد.
- الحماية المفرطة: و هي التي تشير إلى مستوى عال من الانشغال و الاهتمام المتبادل بين الأفراد.
- الصلابة: إجمالا هي مصممة كمظهر من المظاهر الأكثر نمطية للأنساق السيئة التوظيف، و هي تتميز أساسا بالمقاومة ضد التغييرات.
- تجنب الصراعات: بصفة عامة لهذه العائلات عتبة ضعيفة جدا من التسامح أو التحمل مع الصراعات و تبحث دوما على إنكارها أو تصغيرها.

²¹Une méthode systémique d'évaluation du fonctionnement familial : étude portant sur des familles d'enfants asthmatiques. Peçanha, D. L., Lacharité, C., & Aidyl, M. de Pérez-Rasmos. Revue québécoise de psychologie, vol 24, n° 2, Canada, (2003), pp 89-92

وما يمكن استنتاجه مما تمّ ملاحظته، أن هذه الديناميكية العلائقية تنتقل في هذه العائلات منذ أجيال (كما بينته المخططات الجيلية للعائلات و الخرائط العائلية لكل من عائلة زهور وعادل) .

كما يمكن تسجيل أيضا على مستوى التفرد بروز الاضطرابات من النوع الانصهاري، أي أن القدرة على التمايز و تحمل الحدود لم تنمو كفاية كالصعوبة التي وجدتها فائزة للتمييز عن عائلتها الأصلية، أو والدي عادل اللذان لم يستطيعا أن يبنيا عائلتهما الخاصة بهما، نظرا لفقدان التفرد تجاه عائلتهما الأصلية. وهذا ما يمثل أو يشكل معاناة لكل النسق العائلي، وهذا يتوافق مع فرضية الثانية القائلة: « يسمح التناول النسقي للعائلة بالكشف عن المعاناة الفردية والعائلية غير المرتبطة بالسرطان » .

و هذا لأن في بعض الأحيان كانت عائلة الآباء جدّ عنيفة، متطفلة، دحيلة و بالتالي لا تسمح بإمكانية التمييز واكتساب الاستقلالية الذاتية. ولهذا بقيت الأجيال «ملتصقة» الواحدة بالأخرى، مع وجود بعض المشاكل والأعراض المتشابهة في عدة أجيال مثل البحة الصوتية ذات المنشأ النفسي لزهور، الانتحارات و المرض في عائلة زهرة و الانقطاعات في الروابط و العنف في عائلة نجية و عادل و سامية.

إلا أنه، يمكن تسجيل أو ملاحظة أن الراشدين الذين تعرضوا للإساءة من قبل آبائهم عندما كانوا أطفالا، يمكن أن يحتفظوا بالرغم من كل شيء بالإخلاص و الوفاء المذهلين وغير مشرطين، و الذي يستمر من جيل إلى جيل مثل حالة نجية و عادل تجاه أمهما، و كذلك سامية و سلمى تجاه والدهما.

فحسب حافر Hefez (2004) عندما تكون مشاعر حقد الآباء في المقدمة، لا يتمكن الأطفال من كرههم أو عدم حبهم، وكل ما يفعلونه هو إجبار أنفسهم على «اصلاحهم»، و العناية بهم، مع أمل وحيد أن يسمعوا من آبائهم يوما كلمة أنهم يحبونهم، فهؤلاء الأطفال أو آباء المستقبل ليس لديهم إلا فكرة واحدة في أذهانهم هو التطلع يوما ما إلى الحب الأبوي «ندير هكا باش نحس بلحنانة تاع اليمام» كما قالت فائزة في إحدى المقابلات. و هكذا رأى حافر(2004) أن إساءة المعاملة تخلق رابطة بين الإثنين لدرجة الانصهار.

و هذا يعيدنا إلى ربما، ابنة سامية التي لم يعترف بها الوالد و تركتها أمها بعد ولادتها بسبب اكتئابها، ومع ذلك تعني بأمها إلى حد إهمال دراستها الجامعية للتفرغ لها كلية.

كما أن أمها هي مجد ذاتها عوملت بقسوة من قبل والدها الذي حرّمها من ميراثه، تفانت في رعايته إلى آخر لحظة من حياته. و هذه بالنسبة لنا كفاءة تتميز بها هذه العائلات التي تابعناها خلال المقابلات العائلية.

العنصر المشترك الآخر هو الإحساس الانصهاري الذي تم التحدث عنه في كثير من الأحيان، من طرف أم نجية و عادل مع أطفالهما المرضى و مع فائزة و أمها زهور. و بالطبع ، هذه الأمهات أكدت صعوبتها في التباعد عن أبنائها المرضى (عادل و نجية). كما أن الحزن المشعر به بسبب الرابطة التي تربطهن بهم كانت الطريق الوحيد الذي سمح لهن بالتعايش معم بشكل أفضل. كما برزت لديهن بعض المشاكل في الهوية استحالت على إثرها وضع مسافات علائقية مع أبنائهن حيث صرحت « أنا مرضت من نجية»، «عادل هو حقيبة يد أمه»، «فائزة العُود تاع بماها» أو « فائزة رجل امها»

إن تعلم الانفصال يشكل تحدياً لهؤلاء الأمهات التي يقال عنها «جدّ مقربة». و هكذا بالنسبة لأم نجية، فإن عجزها عن الانفصال عن ابنتها يمكن أن يكون علامة على ضرورة أن تشفى من معاناة يبدو أنها ورثتها من طفولتها مثل زهور التي لم تستطع أن تفرق عن فائزة.

لكن أيضاً، هذه العائلات، و بالأخص الأمهات، لا تنسب إليها أي مسؤولية فيما يخص ظهور المرض. إجمالاً، إن تحليل التفاعلات بصفة عامة، تبين أن التفاعلات العائلية التي لها فردا مصاب بالسرطان تتميز بقلّة الاعتراف و التقدير بين مختلف أفراد العائلة.

5. الكفاءات العائلية:

أثناء المقابلات العائلية، دعونا العائلات للعمل على الديناميكية العائلية الماضية و الحالية، و حاولنا متابعة العائلات عبر مختلف السيرورات التي مرت عليها، خاصة مع عائلة زهرة و التي تمّ جمع عناصر تاريخها العائلي أثناء عدة مراحل من الكفالة و العلاقة نسجت ببطء خلال اللقاءات كما هو الحال مع حالة زهور و سامية، و أما بالنسبة لعائلة عادل و نجية فقد تموضعت السيرورة لكن لأسباب ولأغراض لا بد أن تحلل، لم يفضي بطريقة كافية و واضحة، و يمكننا أن نفترض أنه ضمن هذه السيرورة هناك عدد من العوامل التي كانت وراء انقطاع العلاقة العلاجية كتقدم حالة المرض، وخصوصية المكان الذي أجري فيها هذا البحث (المصلحة الطبية للأورام السرطانية)، المشاكل المالية، فقدان الثقة أو نقصها، وأيضاً رعوتنا.

و بالرغم من كل هذا، سمحت المقابلات مع هذه العائلات بالتعبير عن الذات، عن المعاناة، والتي نقصد بها الضيق المشعر به من قبل الشخص، و العائلة. و هي معاناة من المرض و لكن أيضاً معاناة العائلة التي زعزت النسق العائلي مثل الانفصالات، الحداد، العنف، غياب الأماكن المسقرة، القواعد الصلبة أو معاناة الروابط و لكن أيضاً معاناة ما لم يلقّب أو يذكر. لأنه في بعض الأحيان، تعتبر العائلة مكاناً للمعاناة التي لا يجد فيها الفرد لا فضاء، ولا إمكانية الاستقلال الذاتي و لهذا رأى دوشارف Decherf (2008) أن اختلال الاحتواء والبيئة العائلية يمكن أن يؤدّد أو ينتج العديد من الباثولوجيات (اضطرابات السلوك عند عادل، اكتئاب سامية، السلوك الهجاسي لربما، الصداق أو

أوجاع الرأس لأم نجية و ليندة، البحة الصوتية النفسية لزهور و كذلك الانتحارات والسلوكيات الانتحارية في عائلة زهرة).

لكن بالنسبة لدوشارف، يفكالعلاج العائلي روابط المعاناة ويسمح بميلاد روابط الاستقلالية و الإبداع، والذي يميز النمو العادي للعائلة، فالعلاج العائلي يسمح بالمرور من البقاء إلى الحياة النفسية.

لقد حاولنا في هذا العمل أن ناند و ندعم العائلات في مشاكلهما وصعوبات كيفية مواجهتهما لها، و حاولنا إمدادها بإمكانية جعلها ممثلة للتغيرات التي يجب أن تجرى ، مع توعيتها بانعكاسات المرض و المعاناة الحالية و الماضية، مما سمح لها باستعادة الثقة في إمكاناتها.

كما سمحت الشهادات المتحصل عليها أثناء المقابلات بإحداث بعض التغيرات، بمعنى إظهار بعض الكفاءات بشكل تدريجي، و أحيانا بعد انتهاء المقابلات معهم كما هو الحال لدى عائلة زهرة مع رياض الذي قام بخطبة إحدى الفتيات. و كهينة التي تزوجت و التي تنتظر مولودا. و حسب آدولفي Andolfi (2008) فإن سيرورة التغير تتم في مدة طويلة، لأن كل عائلة لها طابعها الخاص، و الأحداث المهمة للحياة لوحدها بإمكانها أن تنير و أن تبرز الكفاءات الجديدة المكتسبة.²²

حتى إن كان من الصعب تحديد وتعريف سيرورة التغير، فإنه بالتأكيد مرتبط بالأهداف العلاجية التي لا تقتصر على اختفاء السلوك العرضي الذي كان من وراء طلب المساعدة ، و في هذا الإطار يبدو من المهم أن يأخذ بعين الاعتبار و جهات نظر العائلات، و في الحالات العادية التي تابعناها يمكن استخلاص أو تسجيل التغيرات التالية: اتصالات أفضل كما في حالة عائلة سامية و زهور، تدعيم الكفاءات الشخصية كما في حالة زهرة التي وجدت إمكانية التسجيل في المدرسة القرآنية، إجراء الامتحانات، تخطيط المشاريع بالرغم من تفاقم المرض. كما نلاحظ وضوح أحسن للحدود بالنسبة لكل الحالات، وتبادلات أكثر ثراء مع العالم الخارجي، و أحيانا تكون مرتبطة بانطلاق نشاط مهني ، تطور الشبكة العائلية كالزواج. كما سجل التغير أيضا في مستوى الاتصال كما هو الشأن في حالة عائلة زهور في نهاية المقابلات (بين زهور و بناتها و بين زهور و زوجها)، و كذلك عائلة سامية (بين سامية و ابنها سليم) و أخيرا تطور الانتماء العائلي.

يكن المظهر الآخر للتغير في قدرة العائلة على استعادة و تحمل مسؤولية مسارها التطوري الذي كان قد توقف فجأة بسبب المرض (حالة زهرة و نجية).

²²La thérapie racontée par les familles.Andolfi, M. 1ere édition. De Boeck université.Bruxelles ,(2008).

يبدو لنا أن الكفاءات العائلية التي اكتشفت تركز أساسا على قيمة الروابط و على إمكانية النسق في تسجيل الصدمة النفسية ضمن التاريخ العائلي، هذه الكفاءات التي تمّ الكشف عنها خلال المقابلات سمحت بعمل إعادة البناء و ذلك بالأخذ بعين الاعتبار لمعانة النسق العائلي. كما سمحت بالتحكم و إعادة تعريف العلاقات بين مختلف أعضاء العائلة، و لكن أيضا الحفاظ على مكانة المرضى المعينين (الأشخاص الذين يعانون من السرطان) .

ولكن حسب جيقو Gégout (2010) إن الكفاءة التي تساعد على إعادة سير النسق ليست بأي حال من الأحوال مرادفة لحالة عدم الانهزام. فهي تستدعي خاصة فكرة المرونة و التكيف. و هي قابلة للتعديل من قبل ظروف الحياة. و حسب طبيعة الصدمة النفسية فيمكن لها أن ترهق في أي وقت من الأوقات. فيتعلق الأمر بسيرة ديناميكية تطويرية و ليست بخاصية مقدمة بشكل نهائي.

النتائج

توصلت النتائج إلى أن السرطان يؤثر بالفعل على الفرد وعلى نسقه العائلي، و أن تناول النسقي العائلي يسمح بالكشف عن المعانة النفسية الفردية والعائلية السابقة، والتي غالبا ما تكون مرتبطة بالانفصال، الحداد، الأمراض، الروابط المنصهرة المتشابكة، القواعد والأساطير العائلية الصلبة والمتوارثة من جيل إلى جيل، وكذا غياب الآباء والأماكن المستقرة . كما تم التوصل إلى أن هذا تناول يسمح بالكشف عن الكفاءات الفردية والعائلية المتمثلة في القدرة على التغيير، وتسيير وتنظيم توظيفها وذلك بتوضيح الحدود البيد - جيلية ، وإمكانية تسجيل الصدمات والأحداث المؤلمة في التاريخ العائلي، كما كانت هذه الكفاءات مرتبطة بالقدرة على التمايز وكذا السند والولاء المعترف به (الوفاء) بين مختلف أفراد العائلة التي تم تتبعها.

التوصيات

بناء على النتائج المتوصل إليها توصل البحث الى إقتراح التوصيات التالية :

- ضرورة إدخال تناول النسقي العائلي في مصلحة طب الأورام لمراقبة المرضى و عائلاتهم قصد التكيف مع وضعية حياتية خاصة .
- إعطاء أهمية للتصورات الإجتماعية و الثقافية (الأساطير و المعتقدات) التي يكونها المرضى و عائلاتهم عن المرض ، علاجه و عن الموت التي قد تؤثر على التعبير عن المعانة و المسار العلاجي .
- تحفيز و تدعيم الكفاءات الفردية و العائلية قصد استعادة و تحمل المسار التطوري المتوقف فجأة بسبب الإصابة بالسرطان .

الخاتمة

سمح التناول النسقي العائلي بالكشف عن المعاناة النفسية الفردية والعائلية لدى مرضى السرطان؛ إذ شكّل السرطان وضعية وجودية فهو جرح نرجسي يُشعر الإنسان بضعفه ويعايش كأزمة عائلية تخلّ بالأدوار، وبالروابط و بالعلاقات العاطفية. فهو يؤدي إلى معاناة فردية و عائلية عند كل الحالات

كما تم التوصل إلى أن التناول النسقي العائلي سمح بالكشف عن المعاناة الفردية و العائلية السابقة و الغير مرتبطة بالسرطان لدى كل الحالات التي تمت متابعتها؛ حيث ارتبطت بالحداد العائلي، فكل العائلات كانت تعاني من أكبر أزمة تواجه النسق و المتمثلة في فقدان أو التهديد بالفقدان. كما كانت المعاناة النفسية مرتبطة في بعض الحالات بالأساطير العائلية التي تحدد الهوية الخاصة بالعائلة، قواعدها الوظيفية، سلوكيتها... أي توازنها الحيوي. لكن صلابة هذه الأساطير عند بعض العائلات أدت إلى تصلب النسق العائلي و عرقلة تطوره و تكيفه مع مختلف التغيرات التي تستلزمها دورة الحياة. و كانت هذه المعاناة السابقة متعلقة أيضا في غالب الأحيان بفقدان التفرد و تشابك الروابط حيث لاحظنا عند هاته العائلات حماية مفرطة بين أعضائها، غموض و هشاشة في الحدود بين جيلية، و بين الأفراد، غموض الأدوار و الوظائف و كذا صعوبة التمايز و التفرد بين أفراد العائلة مع انصهار العلاقات. مع ملاحظة أن هذه الديناميكية العلائقية كانت تتوارث من جيل إلى جيل. ثمة عنصر آخر تم التوصل إليه في هذه الدراسة و الذي ساهم في معاناة النسق الفردي و العائلي هو قلة الاعتراف و التقدير بين أفراد العائلة و فقدان أو تغيير وظيفة الأب و غيابه الجسمي أو الرمزي و الذي قد يشكل نوع من العنف.

كما سمح التناول النسقي العائلي بالكشف عن الكفاءات الفردية و العائلية و قد ارتكزت هذه الكفاءات التي تم كشفها على إمكانية النسق من تسجيل الصدمات في التاريخ العائلي و قدرة العائلة على استعادة مسارها التطوري الذي توقف من جراء المرض و قدرة التغيير على المستوى الاتصالي و العلائقي، توضيح الحدود و إثراء التبادلات مع العالم الخارجي

بالرغم من أن هذا العمل له حدود مرتبطة بخصوصية المرض و بالمصلحة الطبية التي أجري فيها، يبدو أن أهميته تكمن أكثر في ميدان الممارسة النفسانية.

و تعتبر الدراسة الحالية محاولة لإظهار أهمية التناول النسقي في التعامل مع عائلات مرضى طب الأورام السرطانية، و بالتالي تخليص المرض من « عتمة بدون مدلول للحوادث البيولوجية » حسب تعبير أونيس (1996)، و منه محاولة إعادة للعرض قيمته العلائقية وإدماجه في دائرة التبادلات بين الأشخاص التي تكوّن النسق العائلي.

المراجع

- La thérapie racontée par les familles. Andolfi, M. 1^{ère} édition. De Boeck université. Bruxelles, (2008).
- Les compétences des familles, temps, chaos, processus. Ausloo, G. 1^{ère} édition, Erès Toulouse (1995)..
- Between give and take: A clinical guide to contextual therapy. Boszormenyi-Nagy, I., Krasner, B., 1st édition, Bruner / Mazel, New York, (1986).
- La différenciation du soi : les triangles et les systèmes familiaux. Bowen, 1^{ère} édition, ESF éditeur, Paris, (1984).
- Les entretiens familiaux. in Empan. Chimisanas, G. (2012), 1, n°87. p 116-118.-
- Pratiquer la psychothérapie ; Delourme, A., & Edmon, M ; 3^e éd, Dunod, Paris, (2004), 241.
- Souffrance dans la famille : Thérapie familiale psychanalytique d'aujourd'hui. Decherf, G, 2^e édition, In press éditeur. Paris, (2008)..
- La psycho-oncologie. Dolbeault, S., Dauchy, S., & Brédart, A. : 1^{ère} édition, John Libbey Eurotext, Paris, (2007). P257.
- Quand la maladie révèle et réveille les souffrances familiales. Dupré, L. M., & Gorlero, C. Dialogue, 3, n° 197, (2012). pp 57-68.
- L'expérience intersubjective de la maladie chronique : ces maladies qui tiennent une famille en haleine. Gennart, C., Vannotti, M. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, (2000).
- La maladie chronique : une atteinte à l'histoire des familles, Gennart, M., Vannotti, M., & Zellweger, J.P. Thérapie familiale. Edition Médecine & hygiène, Genève, (2001), vol 22, n° 3, 231-250..
- Au-delà du traumatisme ; situation en suspens, famille en mouvement, Thérapie familiale. Gégout. Edition Médecine et hygiène, Genève, (2010), v 31, n° 31, 233-248.
- L'approche thérapeutique de la famille. Gérard, S, 5^e édition, Elsevier, Masson, Paris, (2012), p304..
- Génogrammes et entretien familial. Goldrick, M., & Gerson, R 1^{ère} édition. ESF Paris, (1997).
- Quand la famille s'emmêle. Hefez, S, 1^{ère} édition, Hachette littérature, Paris, (2004), p320
- Family research on the problem of ulcerative colitis, Arch Jackson, D., Jalon. of Gen. psych., n°15, (1978), pp410-418

-La compétence parentale : une analyse systémique de situations de polyhandicap, Merruci, M, Handicap revue sciences humaines et sociales, n° 97. France, (2003), pp1-15

-Psychosomatic families. Minuchin, S., Rosman. & Baker, L. Harvard University, Press Cambridge Mass, (1974). p351.

-Famille en thérapie. Minuchin, S. 1ère Edition, Erès, France, 1998, p288.

-L'autre demande ; psychanalyse et thérapie familiale. Neuburger, R. 2^{ème} édition, ESF, P286(1984) Paris,

-Le mythe familial. Neuburger, R, 5^{ème} édition, ESF éditeur, Italie, (2011), p199.

-Les langages du corps : la révolution systémique en psychosomatique. Onnis, L, 1^{ère} éd ESF. Paris(1996)., p240.

-Le deuil familial. Paesmans, C. Texte du site IDRES sur la systémique. WWW. Systémique.be /spip/spip.php(2006).,

-Une méthode systémique d'évaluation du fonctionnement familial : étude portant sur des familles d'enfants asthmatiques. Peçanha, D. L., Lacharité, C., & Aidyl, M. de Pèrez-Rasmos. Revue québécoise de psychologie, vol 24, n° 2, Canada, (2003), pp 89-92

-Le deuil : De l'optique individuelle à l'approche familiale. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, Pereira, R. n° 20, (1998). pp31-48.

-Psycho oncologie : le cancer, le malade et sa famille, Razavi, D., & Delvaux, N. 2^{ème} édition, Masson, Paris, (2002).

-Le malade et sa famille face à la maladie grave. Scharer, R. 9^{ème} congrès de la SFAP. Nice, (2003), pp5-7

-Vinoix, P. (2009). Mythe, transculture et identité familiale en exil : la transmission du mythe familial. Intervention au congrès de Hyres, les 5 et 6 février 2009

-Vannotti, M., & Gennart, C. (1995). Liens et chiasmes entre les dimensions personnelles, familiales et sociales in Malade et Famille. Genève : Edition Médecine et Hygiène.

-Vannotti, M., & Gennart, C. (1999). Malades et familles, penser la souffrance dans une perspective de la complexité. Genève : Edition Médecine et Hygiène .

-La thérapie familiale apprivoisée. Villeneuve, C., & Toharia, A, 1^{ère} édition Presse de l'Université de Montréal. Montréal, (1997).

-Une logique de la communication. Watzlawick, P., Helm, B., & Jackson, D Edition le seuil, Paris, (1972), p15