الصحة والنوع الاجتماعي

تأليف:

سعاد ازبيطة — زينب نجاري — مرية أوشلح

زهرة الخمليشي — خديجة الزويتني — فتيحة بلعيد

يونس الوكيلي — أمينة باعجي — زكرياء الإبراهيمي

أحلام بزاز — خلود السباعي — هدى رزقي

تنسيق وتقديم:

خلود السباعي

دار الأمان

الرباط

تنسيق : خلود السباعي

الصحة والنوع الاجتماعي

IMPRIMERIE OMNIA - 2019

GENRE ET SANTE

Coordination :

Kholoud Sbai

Souad Zbaita — Zineb Nejjari — Maria Ouchelh

Zohra El Khamlichi — khadija Zouitni — Fatiha Belaid

Youness Loukili — Amina Baji — Zakaria Ibrahimi

Ahlam Bezzaz — Kholoud Sbai — Houda Rizki

9 789920 645041

PRIX : 60 DH

DAR AL AMAN







إلى الأستاذ الفاضل
الدكتور
مع كامل التقدير والعرفان
خلود السباعي

الصحة والنوع الاجتماعي

تأليف:

سعاد ازبيطة — زينب نجاري — مرية أوشلح
زهرة الخمليشي — خديجة الزويتني — فتيحة بلعيد
يونس الوكيلي — أمينة باعجي — زكرياء الإبراهيمي
أحلام بزاز — خلود السباعي — هدى رزقي

تنسيق وتقديم:
خلود السباعي



الرباط

أعضاء اللجنة العلمية:
– د. أحمد أوزي – المغرب
– د. عبد الهادي بو وشمة – الجزائر
– د. محمد زيان – الجزائر
– دة. نجاة النرسي– المغرب
– د. فوزي بوخريس– المغرب

الكتاب : **الصحة والنوع الاجتماعي**
تأليف : مجموعة من المؤلفين
الناشر : منشورات دار الأمان
الهاتف: 76 32 72 37 05 - الفاكس: 55 00 20 37 05
البريد الإلكتروني: E-mail: libdarelamane@yahoo.fr
الإيداع القانوني : 2019MO5418
ردمك : 978-9920-645-04-1
تاريخ النشر : الطبعة الأولى - 2019
الطبع : مطبعة الأمنية – الرباط

© جميع الحقوق محفوظة

فهرس

- **تقديم عام**
خلود السباعي 5
- **النساء والمسألة الصحية في مغرب الحماية**
سعاد زبيطة 11
- **الصحة، الفقر والنوع بالمجال القروي المغربي**
زينب نجاري 43
- **النساء والسرطان: تجربة ألم ووصم مزدوج**
زكرياء الإبراهيمي 86
- **النساء والسحر: بحث في مسار إدراك امرأة لجسدها المسكون**
يونس الوكيلي 115
- **مريضات الإدمان على المخدرات: الوصم يعيق الاستفادة من الحق في الصحة**
الزهرة الخمليشي 141
- **المخدرات بصيغة المؤنث**
أمينة باعجي 179

- «الرعاية» كدور جندري وانعكاساتها على صحة النساء
خلود السباعي 191
- صورة الجسد وعلاقتها بجودة الحياة لدى المرأة في وضعية إعاقة
أحلام بزاز 228
- المرأة في وضعية إعاقة حركية والصحة الإنجابية والجنسية
هدى ريزقي 246

تقديم عام

تمثل المعرفة بالأوضاع الصحية للساكنة والوقوف على أسباب المرض، أنواعه، وطرق علاجه أحد أبرز المعطيات التي يتعين أن تحضر في كل البرامج والاستراتيجيات السياسية والاقتصادية للدول. على اعتبار أن فهم ومعالجة أوضاع الصحة والمرض، يقتضي عدم الوقوف عند المقاربة البيوطبية، مع ضرورة الانفتاح على الظروف والملابسات السوسيواقتصادية والثقافية المؤثرة على صحة الساكنة. وفي هذا السياق، تفيد مختلف الملاحظات والتجارب اليومية، بأن الصحة والمرض معطيات تختلف باختلاف الجنس، وبأن للأوضاع السوسيواقتصادية والسياقات الثقافية، تأثيرات متباينة على صحة كل من الرجال والنساء. مما يدعو إلى طرح مجموعة من التساؤلات في مقدمتها:

- هل للصحة والمرض جندرا ؟
- هل يحظى الرجال والنساء بنفس الإمكانيات والخدمات الصحية ؟
- ثم إذا كانت للصحة والمرض أبعادا سوسيوثقافية، فكيف يؤثر البعد الجندري على صحة النساء ؟

تلك بعض من التساؤلات التي نتوخى معالجتها في هذا المؤلف، آخذين بعين الاعتبار ما تفيده الملاحظات اليومية والإحصاءات المعتمدة على المستوى العالمي. والتي تشهد بوجود اختلافات واسعة بين الأوضاع الصحية لكل من الرجال والنساء، وذلك على مستويات متعددة بدء

بأنواع المرض التي يتعرض لها كل من الجنسين، أسبابه، طرق علاجه، وأيضا الكيفية التي يعاش بها. وذلك فضلا عما يصاحب أوضاع الصحة والمرض ضمن مختلف الثقافات من تمثلات واتجاهات نفسية اجتماعية، تلعب دورا حيويا في السعي نحو تقبل هذا المرض أو رفضه أو إدانته، استنادا إلى جنس المريض. مما يفيد وفقا لمقاربة النوع الاجتماعي، بأن للصحة والمرض أبعاد «جندرية»، اجتماعية، ثقافية، ونفسية، لا تقل أهمية عن الأبعاد البيولوجية والطبية، وبأن تحليل الوضع الصحي للنساء ينبغي ربطه بأوضاعهن الواقعية.

وتفيد أغلب الدراسات في مجال التنمية، بأن النساء يشكلن الفئات الأكثر فقرا في العالم، والأقل حظا في الحصول على الثروات، والأقل وصولا لمراكز القرار والتأثير في السياسات العمومية، وأحيانا الأقل قدرة على تحديد المصير الذاتي. كما يمثلن على المستوى السيكولوجي، الفئات الأكثر توزعا بين مهام الأمومة، والتربية، والرعاية من جهة، ثم العمل خارج المنزل وتقاسم الوظائف العمومية مع الرجال من جهة ثانية. الشيء الذي غالبا ما يؤثر سلبا على صحتهن في بعدها النفسي والجسدي، بسبب كثرة الالتزامات، قلة الإمكانيات، انعدام العطل وقلة أوقات الفراغ...هذا بالإضافة إلى مجموعة من الإكراهات التي تؤكد يوما بعد يوم، مدى ارتباط الظروف الصحية للنساء بما يعانينه من حيف وتهميش ضمن مجتمع لا يزال يمنح الكثير من الامتيازات للرجال على حساب النساء.

وفي هذا السياق، تؤكد الملاحظات اليومية لعدد من الأطباء والأخصائيين النفسانيين، بأن نسبة هامة من الاضطرابات التي تعاني منها النساء، لا تعود إلى انتمائهن الجنسي، بقدر ما ترتبط بظروف عيشهن ضمن ظروف الميز والقهر والأدوار الثانوية الغير مقدرة اجتماعيا. والتي كثيرا ما تعوق طموحاتهن وتحد من قدراتهن، وتنعكس سلبا على صحتهن في بعدها النفسي والفيزيولوجي. مما نستخلص من خلاله بأنه إذا كان الرجال والنساء متساوون من حيث إمكاناتهم البيولوجية واحتمالية وقوعهم في المرض، فإن أغلب الصعوبات الصحية التي تعاني منها النساء، تبقى مرتبطة بالميز الاجتماعي. الشيء الذي يجعل من الحديث عن الصحة

والمرض، «نافذة» ندرك من خلالها مدى انعكاس التمايزات الجنسية على أوضاع وأدوار كل من الرجال والنساء. مما يفرض ضرورة تبني مقاربة النوع الاجتماعي كأداة منهجية تمكننا من تعيين هذه التمايزات، والوقوف على أصولها التاريخية وتحليلها، وصولا إلى إبراز مدى خطورة تأثيرها على العلاقات النفسية والاجتماعية بين الجنسين.

وفي سياق الحديث عن تاريخية هذه التمايزات، تجدر الإشارة إلى أن استحضار المقاربة الطبية للاختلافات الجنسية في علاقتها بكل من الصحة والمرض، مسألة حديثة تعود إلى بداية القرن العشرين. إذ لم تكن المقاربة الطبية إلى عهد قريب تولي اهتماما خاصا للاختلافات الجنسية، في علاقتها بأسباب المرض أو طرق علاجه أو التعايش معه، وذلك اعتبارا منها بأنه ليس للصحة أو المرض «جنسا». مما يفسر سعيها عبر تاريخها الطويل إلى إجراء الدراسات والتجارب على أجساد الذكور، لكي تقوم بتعميم النتائج المحصل عليها على كل الحالات المصابة بنفس المرض من النساء والرجال على حد سواء، اعتبارا منها بأن الأصل في الإنسانية هو الذكر. ولم يبدأ الانتباه إلى صحة النساء، سوى مع بداية القرن العشرين من خلال الإهتمام بالأمومة والإنجاب. أما ما قبل ذلك فلا نكاد نجد أي حديث رسمي عن الصحة الإنجابية، لارتباط الإنجاب في التمثلات الاجتماعية بطبيعة التشريح الفيزيولوجي لجسد «الأنثى»، والذي تتقاسمه مع سائر الكائنات الأنثوية الحية بشكل عام. وبناء على ذلك، تم اختزال الأوضاع الصحية أو المرضية للإناث في «الإنجاب»، والتعامل معه بمثابة حالة أو «ظرف طبيعي» غريزي. إلا أنه ومع بداية السبعينيات من القرن العشرين، برزت مجموعة من الحركات النسائية التي قامت برفض وانتقاد كل هذه المقاربات ذات البعد البيولوجي الصرف، متهمة الطاقم الطبي والذي كان يتشكل في غالبيته من الرجال، بينما كان دور النساء يقف عند حدود التمريض. إذ لم يكن يسمح للنساء بدراسة الطب، إلا مع بداية القرن العشرين. ويرجع ذلك لعدد من التمثلات الثقافية النمطية المنحازة للفكر الذكوري، والمتنافية في كثير من الحالات مع الموضوعية والتحليل العلمي الدقيق. ومن بين المعطيات الأساسية التي دافعت عنها هذه الحركات النسائية ما يلي:

1. الاختلافات البيولوجية بين الجنسين أوسع من ارتباطها بالإنجاب؛
2. الاختلافات الهرمونية والميتابولوجية المسجلة في كل من الجسد الذكوري والأنثوي، تلعب دورا حيويا في التمييز بين طبيعة المرض وأسباب حدوثه بالنسبة لكل من الذكور والإناث.
3. ضرورة تبني مقاربات «بيوطبية نفسية اجتماعية»، تقوم على ربط كل حالات الصحة والمرض بالأوضاع السوسيواقتصادية، والأدوار الاجتماعية لكل من الرجال والنساء.

وفي ظل هذه المقاربة الجندرية التي تؤكد على ضرورة التعامل مع الاحتياجات الصحية لكل من النساء والرجال بكيفية مختلفة وعادلة في نفس الوقت، تندرج أعمال هذا المؤلف الجماعي. والذي نسعى من خلاله إلى تسليط الأضواء، على بعض معالم الارتباط الحاصل ما بين الأوضاع الصحية وظروف العيش لدى عينات من النساء ضمن مجتمعنا المغربي. وسننطلق في ذلك من التمثلات الاجتماعية التي أطرت مفهوم الصحة النسائية منذ عهد الحماية إلى اليوم، متسائلين عن التحولات الطارئة عليها من منظور النساء أنفسهن، وذلك في ظل ما طرأ على حياتهن من تغيرات اجتماعية متسارعة. كما نسعى من خلال هذا العمل أيضا إلى إبراز مدى انعكاسات تدني الظروف السوسيواقتصادية للنساء في ظل نظام العولمة والانفتاح الاقتصادي، على أوضاعهن الصحية مستندين في ذلك على عدد من المتغيرات، التي يصعب الفصل فيها ما بين الجندر، والفوارق الطبقية. بما ينتج عنها من فقر وتهميش واستبعاد على مستويات متعددة بدء بالصحة والتعليم والسكن والشغل... الخ.

وفي ظل هذا الربط للصحة بظروف عيش النساء، وإبراز ما يسمى بالمحددات الجندرية للصحة والمرض، تم الوقوف عند المرض الأنثوي. وذلك من خلال مقاربة أنثروبولوجية لما يسمى في الثقافة الشعبية «بالجسد المسكون»، ومقاربة سوسيولوجية لمرض لا يزال يمثل لدى العديد من الأشخاص أحد «مرادفات الموت الحتمي» ألا وهو مرض السرطان. حيث نقف من

خلال حكي النساء عن «تجربة المرض»، سواء على مستوى تمثلهن لأسباب حدوثه، أو آليات تدبيره وطرق علاجه... لكي نلمس مدى استدماجهن لمختلف التمثلات السلبية التي تختزل هوية المرأة في جسدها. فبمجرد ما يصبح هذا الجسد عاجزا عن القيام بوظائفه الانجابية أو الجمالية الإغرائية بفعل المرض أو العجز، تفقد المرأة ثقتها بنفسها، تقديرها لذاتها، وإحساسها بوجودها. مما يضفي على المرض أو العجز لدى النساء طابعا خاصا، يصبح معه أكثر إيلاما وعنفا، بسبب استمرارية فعالية التمثلات المتوارثة التي لازلت تنظر إلى المرأة والأنوثة من خلال مرجعية «أولوية الذكر».

كما حاولنا أيضا، إبراز مدى تأثير الأدوار الجندرية وفي مقدمتها بعض الأدوار الأسرية، على صحة النساء وإحساسهن بوجودهن ككائنات مستقلة. وذلك سواء على المستوى العاطفي في علاقتهن بالأدوار الموكولة لهن في علاقتهن بأسرهن، أو على المستوى الإنساني كمواطنات من حقهن الاستمتاع بجودة الحياة. خاصة لما يتعلق الأمر «بالأمومة»، والتي تمثل إحدى المعطيات السوسيوثقافية المؤرقة للنساء المعاصرات والمؤثرة على صحتهن. لما تحيل عليه من صور نمطية مثالية تعجيزية، كثيرا ما تنعكس بشكل سلبي على تقدير الذات لدى نسبة هامة من النساء المعاصرات، مخلفة إحساسا عميقا بالذنب لدى أغلبهن.

ويبقى حديثنا عن الجندر في علاقته بكل من الصحة والمرض، مؤطرا ومستحضرا لعدد من الاختلافات الجوهرية الكائنة بين النساء، وذلك على مستويات متعددة أبرزها الاختلافات السوسيواقتصادية، المجالية، والفيزيولوجية المرتبطة بالمراحل العمرية، وما تتضمنه من خصوصيات كما هو الأمر مع فترة المراهقة أو بعض الظروف المرتبطة بالوضع الفزيولوجي للجسد الأنثوي، وما قد يعتريه من أشكال العجز أو الخلل ذات الأصول الوراثية أو المكتسبة كما هو الأمر مع الإعاقة. حيث تمثل التحولات الطارئة على «صورة الجسد»، في علاقتها بالتمثلات الاجتماعية بكل أبعادها القيمية، من جهة، والجمالية من جهة ثانية، أحد أبرز

المحددات الجندرية لسلوكات الصحة والمرض. ويأتي الحديث هنا أيضا، عن الأوضاع الصحية لفئات من المراهقات، بما يشوب هذه المرحلة من تغيرات فزيولوجية وانفعالية، قد تدفع بالمراهقة في ظل غياب الحضور الفاعل للأسرة إلى التمرد والرغبة في تجاوز الحدود. وذلك من خلال تبني استراتيجيات «الهروب» بشتى أنواعه، سواء تعلق الأمر بالهروب على المستوى المجالي ومغادرة منزل الأسرة، أو الهروب المعنوي نحو تعاطي المخدرات، أو الهروب نحو نرجسية مرضية مهوسة بالتجميل والرغبة في جذب الجنس الآخر وممارسة الإغراء.

ويبقى سعينا من خلال هذا المؤلف، منح مفهوم الجندر بعدا واقعيا، يستحضر الظروف الواقعية للنساء المغربيات بأبعادها الاقتصادية والسياسية والاجتماعية، إلى جانب النظريات العلمية. مما نستنتج معه بأن نسبة هامة من الاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية أو البدنية، هي تعبير عن التفاعل الحاصل ما بين التنشئة الأسرية، اللاوعي الجماعي، ثم الدلالات والمعاني التي نضفيها على الواقع كجماعات وكثقافة محلية أو عالمية. على اعتبار أن التربية التي ترسخ فكرة عيش النساء لأجل خدمة الآخرين، والتي تحكم الرقابة على أجساد النساء استنادا إلى مرجعية ذكورية، لا يمكن إلا أن تخلق اضطرابات قوية في الشعور «بالهوية» لدى النساء، وتمزقا بين الفردي والاجتماعي بكيفية مؤرقة، سوف تنعكس حتما على توازنهن في بعده النفسي، الاجتماعي، والفزيولوجي. وبناء على ذلك نشير، بأن كل تفكير في السعي إلى الحفاظ على الصحة أو الوقاية من المرض أو البحث عن العلاج، ينبغي أن ينطلق من هذه الخصوصيات، مع تيسير كل السبل الكفيلة بتحرير النساء من جهة، وإكسابهن الإحساس بتحررهن من جهة ثانية. على اعتبار أن الحفاظ على صحة النساء، يبقى في جزء كبير منه رهين بتمكينهن اقتصاديا، اجتماعيا، ونفسيا. الشيء الذي من شأنه أن يمكنهن من التمييز ما بين مسببات القهر سواء منها الداخلية أو الخارجية. فيتخلصن من توجيه اللوم لأنفسهن من جهة، والنظر لذواتهن كضحايا من جهة ثانية...

خلود السباعي

النساء والمسألة الصحية في مغرب الحماية

سعاد زبيطة

أستاذة التاريخ – جامعة ابن طفيل،

كلية الآداب والعلوم الإنسانية – القنيطرة

ملخص:

تحظى الدراسات التاريخية حول الأمراض والرعاية الصحية والطب في السنوات الأخيرة بأهمية كبيرة في المغرب، في إطار التحولات الكبرى التي عرفتها الدراسات التاريخية المغربية من حيث مواضيعها ومقارباتها، وانفتاحها على تخصصات مختلفة في العلوم الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والبيئية والثقافية وغيرها لفهم أعمق لماضي المغرب، وللتعرف أكثر على التحولات الكبرى التي شهدها المجتمع المغربي خاصة بعد فرض الحماية عليه.

وأمام تزايد الاهتمام جاء اختياري لموضوع: «النساء والمسألة الصحية في مغرب الحماية» للتعرف على الوضع الصحي للنساء في فترة الاستعمار وأهم التحولات التي لحقت بهذا المجال. وهو موضوع في غاية الإثارة لمجموعة من الأسباب، قوامها أنه يطرح إشكالية دور الطب الاستعماري في مغرب الحماية كأحد أبرز

الوسائل التي وظفتها القوى الأوربية الإمبريالية لاختراق المغرب وكسب ثقة المغاربة، تمهيدا للسيطرة عليه، بل أكثر من ذلك كان من بين الوسائل الأكثر نجاعة للتغلغل في أعماق الأسر المغربية واختراق التحصن الاجتماعي لنسائه. الأمر الذي يدعونا إلى التساؤل عن ما قدمه المستعمر من أسباب العلاج والوقاية من الأمراض، خاصة بالنساء، ومن هذا المنطلق سنحاول العودة إلى زمن ما قبل الاحتلال «الفرنسي والإسباني» للمغرب في محاولةٍ لرصد حالة الإسعافات الطبية العمومية بالمغرب ووصف بيمارستانات هذه المرحلة من جهة، والكشف عن أهم الخطوات التي نهجتها السياسة الاستعمارية التي **أحدثها الاحتلال الأجنبي خلال مرحلة الحماية في حياة النساء، على مستوى الممارسات الاجتماعية، والتمثلات الثقافية، من جهة ثانية، وحصر انتشار بعض الأوبئة الفتاكة التي كانت تحصد الناس بالجماعات، مع إلقاء الأضواء الكاشفة عن مقاومة الأهالي واستمرار بعض الممارسات الاستشفائية التقليدية** التي ظلت حاضرة وثابتة إلى ما بعد الاستقلال.

الكلمات المفتاحية:

الصحة، المغرب، النساء، الحماية.

PROTECTION DES FEMMES ET DE LA SANTÉ AU MAROC COLONIAL

Les études historiques à propos des maladies, des soins de santé et de médecine constituent une grande importance ces dernières années au Maroc. Dans le cadre des grandes transformations que ces études ont connu en termes de thèmes et d'approches ainsi que son ouverture sur diverses disciplines de sciences sociales, économiques, politiques, environnementale, culturelles et autres afin d'avoir une compréhension plus profonde du passé du Maroc et pour en savoir plus sur les transformations majeures vécues par la société marocaine, notamment après le protectorat.

Face à l'intérêt croissant, j'ai choisi le thème de «La protection des femmes et de la santé au Maroc », pour identifier l'état de santé des femmes à l'époque coloniale et les changements les plus importants survenus dans ce domaine. C'est un sujet très excitant pour diverses raisons : ils' applique sur la nature problématique de la protection de la médecine coloniale au Maghreb comme l'un des moyens les plus importants utilisés par les forces impérialiste européennes pour pénétrer au Maroc et gagner la confiance des marocains en prévision du contrôle, mais encore plus que cela, il était l'un des moyens les plus efficaces de pénétrer dans les profondeurs des familles marocaines et de pénétrer la fortification sociales de ces femmes. Ceci, nous amène à nous interroger sur ce que le colonisateur a prévu pour le traitement et la prévention de maladie, en particulier chez les femmes.

Dans ce contexte, nous allons essayer de revenir sur la période de préoccupation « Français et Espagnol » au Maroc, dans le but de surveiller l'état de l'aide médicale publique au Maroc et de décrire les hôpitaux d'autre part et a révélé les étapes les plus importantes de la politique colonial créée par l'occupation étrangère au cours de la phase de protection de la vie des femmes au niveau des pratiques sociales et les manifestations culturelles, et d'autre part, la propagation d'épidémies meurtrières qui rassemblaient les populations par groupe, tout en éclairant la résistance des populations et la poursuite de certaines pratiques de guéri sont raditionnelles, qui sont restées stables jusqu'après l'indépendance.

الطب والمؤسسات الصحية في مغرب ما قبل الحماية:

لم تكن الإسعافات الطبية العمومية بمعناها العصري الحالي كمؤسسة منظمة قائمة بذاتها أو تابعة لإحدى مصالح الدولة موجودة في مغرب ما قبل الحماية، إلا ما كان من مارستانات متعددة الوظائف. ففي مراكش مثلا كان هناك مارستان يأوي المجانين والمعتوهين، ويستعمل في نفس الوقت كسجن للنساء، ويعرف بمارستان مولاي عبد الله السعدي وهو متعدد الديار والبيوت والمنعرجات فوقيا وسفليا[1]. كما أخبرنا لوسيان رينو[2] أن مدينة الصويرة كان بها مارستان يقطنه ستون مريضا أو ذوي العاهات المختلفة، ومن بينهم مجموعة من النساء والأطفال شبه مكفوفين بسبب التهاب القرنية أو بسبب دمل في قرنية العين. وكان التسول هو الدخل الوحيد لهؤلاء النزلاء لضمان قوتهم اليومي[3]. ووصفت كَواشون في تقرير عن مهمتها بالمغرب، مارستان سيدي فرج بفاس، وفي ذلك تقول: «إن هذا الصف من الحجيرات المحيطة بساحة الوضوء يُذكر فعلا بسجن [...] ولا يضم القسم الخاص بالنساء في الطابق الأول، المصابات بعاهة عقلية فقط، بل يأوي ذوات السلوك المشين كذلك...»[4]. وهو ما أكده روجي لوطورنو في كتابه «**فاس قبل الحماية**»، يقول: «هناك كان المجانين يُدخلون إلى المستشفى ويحبسون في غرف

(1) مجلة المغرب، السنة الخامسة، ربيع – جمادى 1355/ يونيو– يوليوز 1936، ص. 15.
عزيزو رشيد، الأطباء الأجانب في مغرب القرن التاسع عشر، أطروحة لنيل الدكتوراه في التاريخ، تحت إشراف: محمد الأمين البزاز، جامعة محمد الخامس كلية الآداب والعلوم الإنسانية، الرباط، 2004-2005، ص. 33.

(2) Raynaud L.

(3) عزيزو رشيد، الأطباء الأجانب في مغرب القرن التاسع عشر، م س، ص. 34.

(4) Goichon Amélie-Marie, Rapport de mission-Maroc, Août-Octobre 1924, rapport réservé au B.D.I.C, Paris, pp. 23-25.
رويان بوجمعة، الطب الكولونيالي بالمغرب 1912-1945، مطابع الرباط نت، الرباط، 2013، ص. 72.

معزولة ويوثقون بالحديد من العنق أو الخصر، ويعطون رغيفين وماء في كل يوم، ويجعلون تحت مراقبة بعض الحراس الذين ليس لهم أي شبه بمرضين، وكان هنالك حبس خاص،[...] لتنظيم حفلة موسيقية كل يوم جمعة لهؤلاء المحبوسين: وكانت انفعالاتهم للموسيقى مقياسا لحالتهم الصحية»[1]. وقبلهما وصف الحسن الوزان نفس المارستانفي كتابه «**وصف إفريقيا**» بقوله: «وليس للمرضى الغرباء في أيامنا هذه غير بيمارستان واحد لا طبيب فيه ولا علاج، ولا يجد المريض المسكين فيه غير حجرته وطعامه...»[2]. كما تحدث الحسن الوزان أثناء حديثه عن مدينة فاس، عن «ربض يسكنه المجذومون يحتوي على مائتي دار تقريبا، ولهم رئيسهم الديني الذي يجمع دخل الأملاك العديدة الموقوفة عليهم لوجه الله من طرف الأعيان وغيرهم من المحسنين. ويقدم لهؤلاء المرضى كل ما هو ضروري لهم بحيث لا يحتاجون إلى شيء، ويقوم رؤساؤهم بتخليص المدينة من كل مجذوم»[3]. في حين كان الأطباء يلزمون فقط كبيرا من أكابر الدولة ويختصون به ويتفانون في خدمته[4]، وقد اشتهر من كبار الأطباء عهد السلطان المولى إسماعيل عبد الوهاب ابن أحمد أدراق المعروف بكتابه «**هز السمهري على من نفى عيب الجدري**»، وعبد السلام العلمي صاحب كتاب «**البدر المنير في علاج البواسير**»، وأبو العباس أحمد بن حمدون صاحب كتاب «**الدرر الطبية المهداة للحضرة الحسنية**» عهد مولاي الحسن[5]. أما عامة الناس فقد ظلوا بسبب

(1) لوطورنو (روجي)، فاس قبل الحماية، ترجمة محمد حجي ومحمد الأخضر، بيروت، دار الغرب الإسلامي، 1986، ج. 1، ص. 373.

(2) الوزان الحسن بن محمد الفاسي، وصف افريقيا، تحقيق: محمد حجي ومحمد الأخضر، ج. 1، الرباط، 1980، ص. 180.

(3) نفسه، ص. 215.

(4) جريدة السعادة، ع. 4660، السنة 35، الخميس 19 حجة عام 1357/ 9 فبراير 1939، مقال: الحالة الصحية في المغرب.

(5) رويان بوجمعة، الطب الكولونيالي الفرنسي بالمغرب 1912-1945، الرباط، مطابع الرباط نت، 2013، ص. 81.

قصر ذات اليد عاجزين عن الحصول على وصفات طبية، وكانت أوضاعهم الصحية تلزمهم بالالتجاء إلى التطبيب، كما توحي به التجارب من أعشاب ونقائع أو بما يكتبه الفقهاء من التمائم والطلاسم والرقى[1]، أو يكتفون بزيارة الأولياء والتبرك بهم.

الاستعمار والطب كوسيلة لاقتحام عالم المرأة:

لقد وجدت فرنسا نفسها قبل فرض الحماية على المغرب عام 1912 مضطرة للاهتمام بالشأن الصحي لحماية جاليتها ومصالحها في المنطقة. وهكذا خطى الإسعاف الطبي ابتداء من سنة 1905 خطوات مهمة لاستتباب الأمن في مدن الساحل بتأسيس مستوصفات ودور للعيادة والتطبيب الأهلي بكل من الدار البيضاء والرباط والجديدة وآسفي والصويرة والعرائش كخطوة أولى، لتليها عاصمتا الشمال والجنوب فاس ومراكش[2]. وبعد ذلك أُحدث في مدينة وجدة سنة 1907 أول مستوصف أهلي بها، ثم في الصفا وأحفير وبركان وتافوغالت، ليتطور الأمر إلى استقرار رجال الجراحة بسرعة في أبي ذنيب سنتي 1908 و1909[3].

وهكذا صاحب الحملات العسكرية والتسرب الأجنبي للمغرب لأول مرة مؤسسات طبية لحماية الجيوش الفرنسية من جهة، ولتسهيل عملية التغلغل السلمي بتلطيف الظروف الصحية البائسة التي كانت تنخر المجتمع من جهة ثانية «الطاعون، والزهري، والسل، والجذري، والتيفوس، والتيفوئيد، وحمى المستنقعات، والكوليرا، وداء الكلب، وغيرها...» وقد كانت البدايات قبل هذا التاريخ بكثير

(1) نفسه، ص. 82.

(2) جريدة السعادة، ع. 4660، 9 فبراير 1139، م. س. وبعد هذه المناطق احدثت مستوصفات بأزمور وأولاد سعيد وسطات وابن أحمد وابن سليمان والمذاكرة، ثم مديونة وفضالة وبوزنيقة وابن الرشيد وخلال عام 1910 جاء دور إحداث مستوصفات في كيسير ودار الشافعي بقبيلة بني مسكينو توبعت فيما بعد هذه الجهود في القنيطرة ومكناس وفاس. انظر جريدة السعادة، العدد السابق.

(3) جريدة السعادة،، ع. 4660، 9 فبراير 1139، م. س.

بضغط أوربا على المغرب لتأسيس مجلس صحي دولي بطنجة عام 1792، يتكون من نواب الدول الأوربية الممثلة في طنجة، والتي كان من تدابيرها فرض حجر صحي على السفن الموبوءة أو المشكوك في حالتها الصحية، وهو ما عرف في الأدب الإسلامي المعاصر بـ«الكرنتينة»[1].

كما عرف الأطباء الفرنسيون والأوربيون عامة الطريق مبكرا إلى القصور السلطانية بالمغرب، حيث استقر بعض الأطباء ببلاطات السلاطين منذ عهد الدولة السعدية. ويمكن أن نذكر من بينهم الطبيب بيرار[2] الذي تمكن من علاج السلطان عبد المالك السعدي سنة 1574[3].وفي العهد العلوي يمكننا الحديث عن الجراح كاسطيل ودو لامارتينيير[4] اللذين وقعا في أسر المولى إسماعيل، والطبيب الإنجليزي وليام لامبرير الذي زار المغرب في مهمة علاجية سنتي 1790-1791، واستطاع بعد معالجة عيون الأمير مولاي عبد السلام بتارودانت أن يكسب ثقته ويسمح له بمعالجة حريمه[5]، وتمكن من الاطلاع على أوضاع المغرب فألف بذلك كتابا سماه: «Voyage dans l'empire de Maroc et l'Empire de Fès»[6].والطبيب الفرنسي

(1) ومعناها «أن يقيم الذي يرد عليهم في موضع معروف عندهم معد لذلك أربعين يوما لا يخرج منه ولا يدخل عليه أحد... ولهم في ذلك تشديد كثير حتى إن الذي يأتي إلى صاحب الكرنتينة بطعام يطرحه له من بعيد ويحمله الآخر ولا يتماسان، وإذا ورد عليهم بكتاب ذكروا أنه يغمسونه في الخل بعد أن يقبضوه منه بقصبة»، فؤاد العبودي، تاريخ الطب في المغرب من القرن السابع عشر إلى القرن التاسع عشر: مظاهر التطور، أطروحة دكتوراه، جامعة محمد الخامس بالرباط، كلية الطب والصيدلة، 2016، ص. 88.

(2) Dr. Bérard Guillaume.

(3) رويان بوجمعة، الطب الكولونيالي الفرنسي بالمغرب، م س، ص. 271.

(4) Dr. Castel et Dr. De La Martinière.

(5) Lemprrière G., Voyage dans l'Empire de Maroc et le royaume de Fez, traduit de l'anglais par M. De Sainte- Suzanne, Paris, 1801, p. 107- 110.

(6) دانييل ريفي، «الطب الاستعماري أداة استبدادية متسامحة لمراقبة السكان»، تعريب عزوز هيشور وعبد القادر مومن، مجلة الأمل، مطبعة النجاح، الجديدة، ط، 1995، العدد 6، ص 108.

فيرناندلينياريس[1]، الذي كان ضمن البعثة العسكرية الفرنسية عهد السلطان الحسن الأول[2]، والذي استطاع بدوره أن يشق طريقه إلى البلاط السلطاني بعد أن أشفى إحدى نساء القصر ليصبح لفرنسا حسب وصف سانت رينيه تايانديه الوزير الفرنسي في طنجة: «وسيط شبه رسمي لدى مولاي الحسن ووزراءه لم يسبق لهم أن حلموا به. عينان تريان بوضوح، وقلم يسجل الأحداث، وكلمة تنطق برقة، ومنفِّذ مخلص لكل التعليمات»[3]. وقال عنه هنري دولا مارتينيير: «لقد كان أداة لا تقدر بثمن لسياستنا في لحظاتها الأكثر صعوبة. إنه يعرف تفاصيل سياستنا وخبايا المخزن، وقيمة الشخصيات التي يتكون منها... إن تجربته لا تقدر بثمن»[4]. ومع نهاية سنة 1904، وهي السنة التي بسطت فيها فرنسا يدها على خزانة الدولة المغربية، وصل مَبْعُثون طبيون آخرون أمثال إيميل موشان[5] إلى مراكش، وهو الطبيب الذي سيستخدم طعما لتبرير احتلال وجدة سنة 1907[6].وبعد معاهدة الجزيرة الخضراء سنة 1906 التي سمحت لوكلاء أية حكومة أوربية بالدخول إلى المغرب عرفت البلاد تصاعدا لعدد المبعوثين الطبيين، خاصة في طنجة مدينة السفراء. وبعد هذا التاريخ وقبل فرض الحماية على المغرب بسنة، كلفت فرنسا إميل كيرن في إطار الخدمات الصحية التي مهدت للاستعمار الفرنسي ما بين 1860 و1912 بتقديم تقرير عن الوضع الصحي للمغرب. وهذا ما أكده في خاتمة كتابه: «رحلة مراقب صحي إلى المغرب

(1) Dr. Liranès.

(2) Rolan Lebel, Les voyageurs français du Maroc, Paris, 1936, p.p. 205- 207.

(3) الوجاني سعيد، «الطب والإمبريالية في المغرب»، ضمن: الحوار المتمدن، العدد 4163، 2013/07/24. www.ahewar. org

(4) رويان بوجمعة، الطب الكولونيالي الفرنسي بالمغرب، م س، ص. 272.

(5) Dr. Emile Mouchamp.

(6) عكاشة برحاب، شمال المغرب الشرقي قبل الاحتلال الفرنسي 1873-1907، منشورات جامعة الحسن الثاني، الدار البيضاء، 1989، ص. 371.

Jules Bois, http://gallica.bnf.fr

1911» بقوله: «يمكنني القول الآن كخاتمة، إن لفرنسا مهمة بإعداد بعثة للتجديد والحضارة، ستستفيد منها كل الشعوب، وبالدرجة الأولى الشعب المغربي».[7]

وبالموازاة مع هذا، راح المبشرون والمبشرات يقدمون للأهالي أضخم عمل طبي، وينسجون لأول مرة علاقات مع النساء يحققون من خلالها تغلغلا في أعماق الأسر المغربية واختراق التحصن الاجتماعي من خلال ربط علاقات شخصية متنوعة مع مختلف الفئات الاجتماعية. وكان الهم الأساسي لهذه البعثات التبشيرية اختراق أبواب ظلت مغلقة في وجه الأوربيين، والاتصال مباشرة بالنساء، وكسب ثقتهن واستدراجهن بعد إبرائهن ومعالجة أهاليهن. وكانت الخطة المتبعة واحدة في كل مكان وإن تنوعت مشارب هذه البعثات التبشيرية بين فرنسية وإسبانية وأمريكية وغيرها. وقد قدمت النساء المبشرات لإدارة الصحة في بدايتها خدمات مهمة، إذ شاركن في إسعاف من تحيفهم التيفوس الذي عاث في المغاربة فيما بين 1912 و1914 وساهمن في تنظيم المستوصفات الأولى[8]. ويكفيهن اعتراف المقيم الفرنسي الأول ليوطي بدورهن قائلا: «لقد ساهمن دوما في غزو القلوب والعقول [...] وكن مساعدات رائعات لعمل الحماية سواء داخل المدرسة أو في المستشفى»[9].

وهكذا واكب الحضور الطبي الأجنبي بطرق مختلفة خطوات التوغل السياسي والديني والاقتصادي والعسكري، ليأخذ مسارا أكثر تنظيما مع إعلان الحماية ومع سياسة ليوطيفي خلق مصالح قائمة بشؤون الصحة بعد تجربته الغنية التي اكتسبها خلال مقامه بالجزائر، واتخاذه شعار: «طبيب واحد يساوي فيلقا»[10]. وقد عبر

(7) الوجاني سعيد، «الطب والإمبريالية في المغرب»، م. س.

(8) رويان بوجمعة، الطب الكولونيالي بالمغرب 1912-1945، م. س.، ص. 282.

(9) نفسه، ص. 282.

(10) Rivet Daniel, Lyautey et l'institution du protectorat français au Maroc (1912-1925), Paris, l'Harmattan, 1988, t. 2, p. 230.

ليوطي غير ما مرة عن إعجابه بدور الطبيب في التدخل السلمي وجلب المغاربة، بل هو العميل الأكثر فعالية لتسهيل التغافل.[1] فما هي آثار السياسة الكولونيالية تجاه صحة نساء المغرب؟ وكيف وظف الاستعمار الطب العصري للنساء من أجل التغلغل السلمي؟

السياسة الصحية الاستعمارية وتطبيب المرأة:

الصحة والمرض والطب، مفاهيم ركزت عليها السياسة الاستعمارية منذ البدايات، ولم يخفها الماريشال ليوطي الذي لا يجهل احترامه للعوائد واهتمامه بصحة الأهالي في كثير من المناسبات ومنها كلمته المأثورة: «أنتم تدرون أفكاري بشأن المهمة العظمى التي يقوم بها الطبيب والمساعدة التي يقدمها في سبيل إقرار الأمن بالبلاد فكم من سوء فهم يضمحل ويغيب أثره بمجرد الاتصال والتعارف. أليس في إقرار الأمن غالبا قضاء على سوء تفاهم؟ إن المسألة في بادئ الأمر صعبة وهي تتوقف على رجل مشبع بروح الثقة في أول الأمر ولا يوجد أحد تتوفر فيه هذه الشروط ويؤدي الواجب طبق المراد أحسن من الطبيب ففي اليوم الذي يقرر فيه المريض سواء كان عينا من الأعيان أو قائدا أو صعلوكا من أي الناس مقابلة طبيب فرنسي ثم يحظى بمعالجته ويذهب الله عنه داءه في ذلك اليوم تتبدد السحب القاتمة الضاربة بين الطرفين ونقطع الخطوة الأولى في سبيل التفاهم وتأخذ العلاقات طريق التقارب وحسن المعاشرة»[2].

وهكذا ارتبط وجود الطبيب ببرنامج التهدئة والتقرب من الأهالي. كما اهتمت سلطات الحماية منذ بداياتها بتلطيف الظروف الوبائية التي اعتقدتها أكثر تهديدا

(1) Dufestel L., L'hygiène scolaire au Maroc, in Revue internationale d'hygiène et de thérapeutique oculaires, 7e année, Juillet 1913, p 108.

(2) جريدة السعادة، ع. 4660، 9 فبراير 1139، م س.

لمشروعها الاستعماري وإرساء قواعد تنظيم النظم الصحية. فانطلقت بمقتضى ظهير فاتح يناير 1912 بخلق مكاتب للصحة[1] في كبريات المدن كفاس ومكناس والرباط والدار البيضاء ومراكش وغيرها، واهتمت بداية بمراقبة مشاريع الأشغال البلدية وخاصة قنوات الواد الحار وجلب الماء وإقامة مختلف المؤسسات الصناعية[2]. وقسمت البلاد حسب ما جاء في الجريدة الرسمية للدولة المغربية من حيث الطب إلى ثلاث مناطق، وفي كل منطقة مستشفى وطبيب كبير يشير على حكومة الناحية بما تقتضيه الصحة[3].

كما تفننت إدارة الحماية في المغرب ولنفس الغاية في إنشاء مجموعة من المرافق والمؤسسات الصحية بمختلف المناطق وبتخصصات متنوعة[4]، وهو ما عبر عنه

(1) Bulletin officiel, 24 novembre 1912.

(2) De Lacasiniere Henri, Les municipalités marocaines: leurs développement et leurs législation, imprimerie de la Vigie marocaine, Casablanca, 1924, pp. 166-167.

(3) الجريدة الرسمية للدولة المغربية الشريفة المحمدية، رباط الفتح، 5 رمضان 1331– 8 أوت 1913، ص. 103، إدارة الصحة والإعانة الطبية العمومية.
– جريدة السعادة، ع. 4660، 9 فبراير 1139، م س.
قسمت الخدمة الصحية العامة إلى ثلاث منطقات:
– المنطقة الأولى: تشمل المدن والنواحي المدنية، وهي تحتوي على الرباط والدار البيضاء والجديدة وآسفي والصويرة مع خارجها بمسافة عشرة كلم وعلى فاس ومراكش وبآزمور.
– المنطقة الثانية: وهي المنطقة العسكرية بالمغرب الشرقي، ويستثنى منها المدن والنواحي المذكورة.
– المنطقة الثالثة: وهي المنطقة العسكرية بالمغرب الغربي.

(4) ففي سنة 1916 أحدثت بالمغرب لأول مرة بعض مصالح التخصص مثل معهد مقاومة أمراض العينين ومقاومة مرض النوار، وفي سنة 1920 تأسست مصلحة مقاومة مرض حمى المستنقعات بالرباط، وفي عام 1921 أحدث مستوصفان لمقاومة مرض السل واحد في الدار البيضاء والثاني بفاس... كما عمدت إدارة الحماية إلى تأسيس معاهد طبية مهمتها القيام ببعض الفحوصات والتجارب الطبية، كمعهد باستور للباكتيريولوجيا مثلا الذي عمل على تزويد إدارة الصحة العمومية بالأمصال والألقحة ضد أمراض الكلب والسل، كما اهتم بتزويد مصلحة تربية الماشية بكل اللقاحات اللازمة لحماية القطعان من الأمراض الضارة بالمواشي. وفي كل سنة كان يتزايد عدد هذه الهيآت والمؤسسات الصحية في المغرب.

دانييل ريفي بقوله: «علاج الجسد المغربي للحفاظ على المدينة الاستعمارية[1]. ولتسهيل عملية الاتصال بنساء الدواوير والمناطق النائية اتخذت سلطات الحماية مجموعة من التدابير، كان من بينها تنظيم «محلات صحية متنقلة»[2]، تأسست أولاها في صيف 1912 من طرف الطبيب كريستياني[3] الذي صاحب جيوش الكولونيل مانجان في حملته ضد حركة أحمد الهيبة بسيدي بوعثمان. وعنها يقول ليوطي: «لقد قدمت لنا الفرق الصحية المتنقلة خدمات لا تحصى، إذ كانت تنتشر كقاعات تمريض متنقلة [...] في المجموعات السكنية النائية لتبحث عن الزبون الأهلي وتقيم هناك ما يكفي من الوقت لإنجاز عمل فعال. وأحيانا تتقدم إلى الأمام في مناطق لم يتم التغلغل فيها بعد لتلعب دور الجلب والأخذ بألباب الناس بفعالية أقوى من طلقة البندقية. آه على مجموعاتنا الصحية المتنقلة الرائعة كم أننا مدينون لها بما سهلته من اتصالات وما ساعدت عليه من جلب الناس وكسب عطفهم بل وخضوعهم»[4]. وكانت هذه الفرق بمثابة مستوصف متنقل لزيارة المرضى، وقد تزيد عشرة أضعافها في حالة انتشار وباء ما[5] بقصد ترغيب الأهالي المسلمين في عرض أنفسهم على الطبيب الذي يتحمل مشقة القدوم عندهم لإسعافهم بالعلاجات التي تتطلبها حالتهم[6]، خاصة إذا علمنا أن الطاقم الصحي عزز نفسه في بعض المناطق بنساء طبيبات وممرضات فرنسيات لهذه الغاية. وكمثال لذلك الطبيبة لونكلي التي بدأت

(1) Rivet Daniel, Lyautey et l'institution du protectorat français au Maroc,op. cit. t. 2, p. 224.

(2) G.S.M: Groupe Sanitaire Mobile.

(3) Cristiani.

(4) رويان بوجمعة، الطب الكولونيالي بالمغرب 1912-1945، م س.، ص. 280.

(5) Note sur l'Assistance indigène, Direction de la santé et de l'hygiène publiques, in: Archives du Maroc, Carton: E846, Service de santé: Affaires générales.

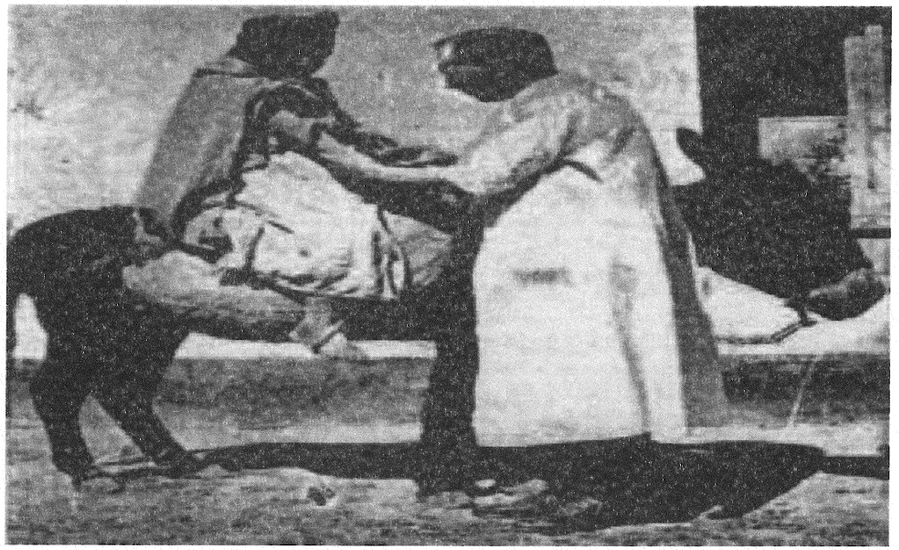
(6) الإسعاف الطبي، جريدة السعادة، ع. 4660، 9 فبراير 1139، م.س.

عملها في المغرب في موغادور ثم انتقلت تحت الطلب إلى أزرو في غابات الأَرْز التي تغطي هضبة الأطلس جنوب مدينة مكناس، والتي استطاع وجودها أن يغير الكثير من عادات ساكنة المنطقة التي أصبح رجالها يصطحبون معهم إلى السوق زوجاتهم لفحصهن، كما كانت الطبيبة الشابة تنتقل على صهوة فرسها على مدى خمسين كلم لزيارة وتفقد نساء المنطقة[1]. فكانت الممرضات والطبيبات الأجنبيات يلعبن دورا كبيرا في اختراق العائلة المغربية في المراحل الأولى، وهو ما أكده «ألفريد دو كَوبارت» بقوله: «في الوقت الراهن الذي لا تزال فيه العادات المحافظة هي المسيطرة من المستحيل على الطبيب الرجل أن يتجاوز عتبة باب الغرف الخاصة بالنساء، وفقط الممرضة أو الطبيبة من يمكنها أن تجعل أساليبنا الصحية تنتشر من خلال التأثير الشخصي للنساء الفرنسيات على النساء المسلمات»[2]. ويشير تقرير إدارة الصحة والنظافة العمومية لسنة 1928، أن الوحدات الصحية المتنقلة وصلت خلال هذه السنة إلى 15 وحدة، وارتفع عدد المستوصفات المتخصصة إلى عشرين مستوصفا، من بينها 7 مستوصفات ضد السيفليس، و5 ضد القرع، و4 لأمراض العيون، و4 ضد السل. أما في ما يخص المستشفيات والعيادات، فقد كان هناك 10 مستشفيات جهوية وغرف تمريض كبيرة[3]. نفس التقدم عرفه الطاقم الطبي والمؤسسات المرتبطة بإدارة الصحة والمستحضرات الطبية.

(1) Benz-Bizet A., «L'effort féminin au Maroc: La Toubib», in Tournées médicales coloniales de Paris, juillet 1931, fonctionnement de l'assistance médicale au Maroc, Archives du Maroc.

(2) De Gobart A., « La femme au Maroc a une belle tâche à accomplir », in L'intransigeant, N° 18647, 51e année, Dimanche 9 Novembre 1930, p. 5.

(3) Note sur l'Assistance indigène, op. cit.
مستشفى كوكار وموارت بفاس، ومستشفى موشو بمراكش، وأوجين إتيان بموكادور، ومستشفيات أخرى بالدار البيضاء، ومزاكان، وآسفي، ومكناس، ووجدة، ووزان، وتارودانت، وتازة.



مريضة على صهوة دابتها تتلقى حقنة في مستوصف للأمراض الجلدية والتناسلية بوجدة
.Maroc médical, vol 35, n° 4, 213 la ville d'oujda, p. 304

هذه المؤسسات اكتملت بخلق مراكز للولادة[1] والكشوفات الجينيكولوجية لاستقبال النساء الحوامل، ومستوصفات متعددة التخصصات للحماية الصحية والاجتماعية مع مختبرات «معهد باستور» وصيدليات، وتشجيع الممرضات الزائرات لولوج أعمق داخل الأسر المسلمة والوصول إلى البوادي لزيارة النساء وتوعيتهن بالنظافة الصحية. كما اهتمت السياسة الاستعمارية الصحية بحماية صحة الأم والطفل[2]، عن طريق خلق مراكز ودور قطرة الحليب تتكلف بالرضع الذين يعانون من سوء التغذية، حيث تقدم لأمهاتهم النصائح التربوية والتنظيفية (تعليمهن

(1) التحقت الطبيبة ليجي Legey بمراكش سنة 1910 وأسست مركزا في الأوساط الأهلية موجه بالأخص للمرأة والطفل، ومع الوقت تطور إلى مستوصف ثم إلى مستشفى للولادة.
Benz-Bizet A., «L'effort féminin au Maroc: La Toubiba»

(2) P.M.I. La protection maternelle et infantile.

كيفية تعقيم زجاجات الحليب، وطريقة استحمام الطفل، وكيفية تطهير عيون الطفل...) وتمدهن بالرضاعات وعلب الحليب، ويتم تلقيحهم ضد الأمراض، وقد كانت انطلاقتها بتشجيع من عقيلة الماريشال ليوطي بالرباط سنة 1913،[1] وبعدها وبتشجيع من وزارة الصحة في إطار برامج التمنيع الواسعة النطاق ضد الأمراض الفتاكة، ازدادت أعدادها في مختلف المدن حتى بلغ عددها 16، من أشهرها «قطرة الحليب» التي تربعت بفاس في سنة 1920، بمبادرة عقيلة ليوطي[2].



مصحة المارشال ليوطي للولادة بالرباط

La maternité maréchale Lyautey à Rabat

(1) رويان بوجمعة، الطب الكولونيالي بالمغرب 1912-1945، م. س.، ص. 300.

(2) نفسه.



مركز قطرة الحليب بمدينة فاس

http://adafes.com/forum_adafes/read.php?4,1931

كما فتح الصليب الأحمر بدوره مستوصفات خاصة به، كانت تقدم المساعدات الطبية والإسعافات الأولى للأم والطفل[1] مع توزيع مجاني لبعض الأدوية. وهكذا كان الطبيب الأوربي أول رجل أجنبي يتصل بالمرأة المغربية على الرغم من تحفظ الأسر من الاختلاط بالجنس الآخر. وفي ما يخص تلقيحهن يشير المؤرخ الفرنسي دانييل ريفي إلى أن هذه العملية كان يراعى فيها الفوارق الاجتماعية بين النساء، إذ يتم التلقيح في المنازل بالنسبة لنساء علية القوم، وفي مكان عمومي مشرف قد يكون مسجدا أو زاوية أو منزل أحد الأعيان بالنسبة لنساء الفئة المتوسطة، أما نساء الفئات الفقيرة ففي أحد معامل الزرابي أو أحد المستوصفات[2].

(1) «Fonctionnement de l'assistance médicale au Maroc», Journées médicales coloniales de Paris, juillet 1931, in Archives du Maroc, Rabat, boite social: Bien faisances, E998.

(2) رويان بوجمعة، الطب الكولونيالي بالمغرب 1912-1945، م. س.، ص. 428.

ولتوفير طاقات أكبر للصحة النسائية، فتحت مراكز لتعليم القوابل وتكوين كوادر مدربة للاعتناء بتحسين ظروف الولادة وتقديم الرعاية الصحية للأمهات والأطفال الرضع، في محاولة انتزاع عملية التوليد من سياقها المجتمعي التقليدي على يد القابلة التقليدية لتخفيف نسبة الوفيات عند الأمهات وأطفالهن عند عسر الولادة أو بسبب قلة النظافة. وتشير المصادر على أنه كان يصل إلى دور التوليد المستحدثة حالات صعبة بسبب غياب النظافة عند القابلات وافتقادهن أبسط أدوات التوليد.

ولم يكن دور المرأة القابلة يقف عند الولادة، بل كانت تقوم بدور الإجهاض وتستعمل لذلك كل ما يأتي تحت يديها من أعشاب سامة ووسائل أكثر بربرية، وهو ما يعرض غالبا المرأة الحامل للمخاطر. إلى جانب التوليد كانت بعض القابلات تقوم مقام طبيب النساء قد تصل في بعض الحالات إلى إجراء عملية إخراج حصى المثانة. ولتفادي كل هذه المخاطر قننت سلطات الحماية هذه المهمة[1]، ووظفت وزارة الصحة والأطر التابعة لها بتنسيق مع وزارة التعليم والمؤسسات الاجتماعية في أغلب المناطق حملات توعية واسعة بمساعدة الممرضات الزائرات والمساعدات الاجتماعيات وأطر التعليم، وباستغلال وسائل سمعية وبصرية مثل الراديو والأشرطة السينمائية والأفلام الوثائقية لحملات التلقيح والتفلية الجماعية، لتغيير بعض السلوكيات والممارسات التقليدية المضرة بالصحة، مثل عرض شريط «التلقيح ضد التيفوس بمعهد باستور»[2]، والقافلة السينمائية التي وصلت إلى الجنوب المغربي وبالضبط إلى أرفود في 26 غشت 1954م، مولية اهتماما كبيرا للنساء وصحتهن،

(1) محمد السعديين، المرأة السلاوية 1666-1912، الرباط، مطابع الرباط نت، 2014، ص. 190.

(2) Demellier Daniel, Les archives de l'Institut Pasteur et les fonds d'archives Georges Blanc (1884-1963) et Marcel Baltazard (1908-1971), in Lettre trimestrielle d'informations, n° 7, actes du Colloque Décembre 2016, éditée par l'Institut Pasteur du Maroc , p. 8.

وهو ما أكدته جريدة السعادة: قافلة «مبعوثة من الإقامة العامة بقصد إطلاع السكان على الكيفية الطبية، وكيفية العمل بالمعالجة الناجعة المكللة بالنجاح... فبدأت أولا بشريط كيفية المحافظة على الجنين في بطن أمه إلى موعد الوضع، وبعده إلى فطامته أكلا وشربا ونظافته، وشريط في معالجة السل، وشريط في معالجة العيون وإجراء عمليات جراحية...حيث قدمت جميع أشرطتها بالمجان»[1]. وهذا يؤكد تشجيع الإقامة العامة للنساء والساكنة عامة على اكتشاف الخدمات الصحية الجديدة وأساليب الوقاية، ورفع الوعي الصحي بين السكان الأهليين.

ولنشر الوعي أكثر تم إمداد مؤسسات التعليم بالإرشادات اللازمة لرفع الوعي الصحي أيضا بين صفوف الأطفال المتعلمين. وحماية لهم من الأمراض الفتاكة، تم خلق مصلحة للمساعدات الطبية تتكلف بالتفتيش الصحي للمدارس المغربية[2]، وإحداث ممرضات زائرات اهتماما بالرعاية الصحية المدرسية، وفي هذا الإطار تم إحداث مركز جديد بأكادير ضم 36 ممرضة زائرة انطلق في الخدمة ابتداء من دجنبر 1942م[3]. إلى جانب تكليف أطباء مفتشون جهويون بزيارات رسمية للمدارس مع تقديم تقارير مفصلة للمصلحة المختصة في نهاية كل شهر،[4] عمت مدارس الفتيات بالمنطقتين الخليفية والسلطانية.[5]

(1) جريدة السعادة، «أرفود: القافلة السينمائية»، العدد 9143، السنة 52، الجمعة 20 غشت 1954، ص. 4.

(2) Dufestel L., «L'hygiène scolaire au Maroc», in Revue internationale d'hygiène et de thérapeutique oculaires, 7e année, Juillet 1913, p. 109.

(3) Piétri L., «Rapport sur l'activité du service central de L'hygiène scolaire en 1942», in Bulletin de l'institut d'hygiène du Maroc, tome II, 1942,p. 149.

(4) Dufestel L., «L'hygiène scolaire au Maroc», ibid, p. 109.

(5) Perrier A., «L'inspection médicale des écoles au Maroc, circonscription de Tanger», in Bulletin de l'enseignement public au Maroc, N° 73, 13e année, Mars 1926, p. 64.



التفتيش الصحي بمدرسة الفتيات المسلمات بوجدة

https://www.google.com/search?q= مدرسة+الفتيات+المسلمات+بوجدة

ومنذ الثلاثينات من القرن العشرين وفي مناسبات مختلفة ووعيا بالدور الصحي واعتياد الأهالي زيارة الطبيب في المستشفيات والمستوصفات، تعالت الأصوات وطالبت بتوفير ممرضات وقابلات في المجلات وعلى أعمدة الجرائد، وقد جاء في مجلة المغرب ما يلي: «نلفت نظر مدير الصحة وسعادة باشا المدينة الساهر مصالح العموم إلى خطر موجود داخل تلك المستشفيات وهو سوء تصرف بعض الممرضين الأهليين مع النساء الذين يلجئهم الفقر إلى الوقوف في تلك المستشفيات فقد طرق سمعنا وتكررت الشكاية من أفراد يعاملون النساء معاملة لا تتفق مع الكرامة والمحافظة على أسرار المهنة فيلزمونهن بكشف ثيابهن بتاتا والظهور أمامهم عاريات وهذا فيه ما فيه... ونعلم أنهم كثيرا ما يراودن النساء عن أنفسهن ويضربون لهن مواعيد بالليل والنهار... فإلى مدير إدارة الصحة نرفع هذه الشكاية ونرجو تدارك

الخطر وتكليف الممرضات بالنساء والرجال بالرجال»[1]

وتكرر نفس النداء في نفس المجلة عدد غشت 1935، خاصة بعد انتشار بعض السلوكيات الأخلاقية المشينة في حق النساء إذ جاء فيها ما يلي: »نرى أن من المصلحة أيضا تعليم قسم من البنات فن التوليد والتمريض وصناعة طب الأسنان إذ أن الضرورة تقضي في أوقات حرجة بتكشف الرجال على النساء ومن الواجب تعلم المرأة هذه الفنون ومباشرة النساء للنساء حيطة وحشمة»[2]

نفس الحرص عبرت عنه المنطقة الخليفية حرصا منها على مباشرة علاج نسائها وبناتها من طرف العنصر النسوي. وهكذا قدم أعيان مدينة تطوان ملتمسا إلى السلطات الاستعمارية، عقب انتشار وباء سنة 1922، بإيفاد ممرضات للكشف عن نسائهم، وهو الأمر الذي استجابت له الإدارة الاستعمارية وقررت بتعاون مع إدارة التعليم العمومي وإدارة الصحة العمومية الإسبانية خلق مراكز تكوين نساء مغربيات في التمريض، وأنشأت لهن بذلك قسما لتخريج الممرضات والقوابل تابعا للمدرسة الفنية المتوسطة[3].ولتوفير المزيد من الطاقات النسائية الأهلية في قطاع الصحة في المغرب نهجت إدارة التعليم العمومي في المنطقة السلطانية وباتفاق مع إدارة الصحة العمومية نفس الأسلوب، وهو ما نشرته جريدة السعادة، إذ تقول:

«إن إدارة التعليم العمومي [...] قد قررت باتفاق مع إدارة الصحة العمومية، أن تفتح بمدرسة «مولاي رشيد» بالرباط قسما خاصا بتهييء فتيات معاونات في الطب والاجتماع الإسلامي. [...] ومما هو جدير بالذكر في هذا الموضوع أنه

(1) عبد الكبير الفاسي، «في المستشفيات بالرباط»، مجلة المغرب، السنة 2، شعبان 1353/ نونبر 1934، ص. 22.

(2) مجلة المغرب، السنة الرابعة، جمادى الأولى – جمادى الثانية عام 1354/ غشت شتنبر 1935، مقال «المرأة المغربية وتعليم البنات»، ص. 1.

(3) «النهضة النسوية بتطوان»، مجلة المعرفة، ع. 29.

ليس من المهم أن تكون لديهن شهادة ما، إذ يكفي أن يكن على معرفة بسيطة من اللغة الفرنسية تؤهلهن لمتابعة الدروس. وبعد انتهاء هذه السنة التحضيرية سيباشر توجيههن إلى مختلف المؤسسات قصد إعدادهن كقوابل وممرضات ومعاونات في شؤون الطب الاجتماعية حيث سيتلقين معلومات خاصة طيلة سنتين كاملتين للقيام بمأموريتهن عن جدارة واستحقاق.»[1]

وقصد تسهيل متابعة هذه الدروس وهذا التكوين من الناحية المادية، فقد جعلت إدارة الصحة العمومية رهن إشارة هؤلاء الفتيات منحة مدرسية للمتمرنات، واعتزمت تقريب هذه المراكز من المقبلات عليها، فأنشأت في كل ناحية مركزا للتدريب الصحي[2] كمدرسة الممرضات بوجدة ومدرسة التوليد بمستشفى كوكار بفاس[3]. وقد كانت فاطمة بنت التهامي أول فتاة مغربية تحرز على شهادة «قابلة» من الكلية المختلطة للطب والصيدلة بالجزائر[4].

وهكذا تطور التمريض النسائي في المغرب بنظامه وعتاده وكوادره، وتأسست له المدارس والمستشفيات واستفادت منه الممرضات[5] والمريضات... وبعد أن كانت النساء الأوربيات واليهوديات المغربيات الوحيدات اللواتي يقبلن على التكوين في هذا المجال أصبح هناك وعي أكبر وإقبال أكثر من طرف المسلمات شأنهن في ذلك شأن مختلف الوظائف النسائية الجديدة. ولاكتمال الرعاية الصحية أكثر،سعت سلطات الحماية من خلال وحدات صحية متنقلة بين القرى والأسواق

(1) جريدة السعادة، ع. 6885، السنة 44، الثلاثاء ربيع النبوي 1366/ 4 يناير 1947.
(2) جريدة السعادة، السنة 45، ع. 7196، الجمعة 6 ربيع الثاني 1367/ 27 يناير 1948، صفحة هنا وهناك، مقال «مراكز التدريب الصحي في المغرب».
(3) جريدة السعادة، ع. 8645، الأربعاء 12 ربيع الثاني 1372/ 31 دجنبر 1952.
(4) جريدة السعادة، ع. 7387، السنة 45، الأربعاء 16 ذي الحجة 1367/ 20 أكتوبر 1948.
(5) مع الآنسة فاطمة الكانوني الفائزة الأولى بشهادة التوليد بفاس، جريدة السعادة، ع. 8645، م.س.

إلى تقريب المستشفيات ومراكز التطبيب من الأهالي، مزكية الدور الذي كانت تقوم به الإرساليات التبشيرية في المناطق البعيدة، مخترقة مجتمعاتهم التقليدية البسيطة.

وارتفع تدريجيا إقبال النساء على الطب الكولونيالي ومستشفياته المستحدثة، وساعد على ذلك حالات الشفاء التي حققها، فزاد عدد الاستشارات والعلاج في المستوصفات التي أحدثها المستعمر[1]، وهو ما أكده الطبيب موران بقوله: «إقبال أسر بكاملها من قبائل زعير وزمور لزيارته [...] تفسر النساء حالتهن المرضية كيف ما كانت بدون أدنى إزعاج، ويدخلن مكتبه مرات متعددة مبتسمات بثقة تاركات أزواجهن عند الباب»[2].

ولم يقتصر هذا الإقبال على المرأة، بل أيضا على الطفل بعد حملات التوجيه والإرشاد لطرق التربية الصحية السليمة للأطفال التي كانت المستوصفات والمراكز الطبية وشركات حليب الأطفال «نسلي» تقدمها مجانا[3] مع وصفات إشهارية لمنتوجها في صفحات الجرائد ومنها الجملة الآتية: «بالحليب نستلي المَزيان ولدك يصحاح ويزيان»[4]. ومؤازرة مع ذلك كانت مؤسسات الحماية تسهر على تحقيق إقبال أكبر على حملات التلقيح والتطعيم الدوري في إطار برامج التمنيع الواسعة النطاق ضد الأمراض الفتاكة، وهذا ما يؤكده النص التالي:»والأمهات يتدافعن وعلى أذرعتهن صبيان بعضهم تضطرم فيه نيران الحمى والبعض يكاد يبصر الرمد والعمش والبعض الآخر منهوك الجسم بأمراض السل»[5].

(1) «La ville de Taza», in Maroc Médical, Page d'accueil, Vol. 35, N° 4 (2013), Médical, p. 3, https://revues.imist.ma/index.php?journal=MM&page=index
(2) Dr. Mauran, Le Maroc d'aujourd'hui et de demain- Rabat, Paris, Hachette, 2013, pp. 51- 52.
(3) مجلة المغرب، السنة 2، ع. 9، محرم عام 1352/ ماي 1933. نموذج: كتاب سعيد بودربالة «دليل الأمهات» يرسل مجانا لكل من يطلبه من شركة نيسلي بالدار البيضاء.
(4) إشهارات كانت تنشرها جريدة السعادة في أعداد مختلفة.
(5) مجلة المغرب، ع. 1، فاتح ربيع النبوي الأنور 1351/ يوليوز 1932، ص. 14.

وهذا يعني في حد ذاته بداية تسرب الثقافة الصحية عند المرأة المغربية التي كانت إلى وقت قريب ككل المغاربة عندما يشعرون بمرض خطير يتوجهون إلى ولي معروف يتبركون به[1]. إلا أن هذا التحول والطلب على العلاج العلمي الحديث، تحول نوعي لم يكن بمعزل عن الموروث الثقافي القديم وخصائصه التقليدية التي ظلت حاضرة وثابتة إلى ما بعد الاستقلال كالتداوي بالتعازيم والتعاويذ والرقية والأدعية، وبالأعشاب والحيوانات أو بالوصفات السحرية المختلفة الشفوي منها والمكتوب، ويصف فيكتور لارجو الوصفات المكتوبة «الحرز»: »الحرز أو الطلسم هو ورقة وسخة يكتب عليها المرابط بعض الآيات القرآنية أو العبارات السحرية، قطعة الورق هذه تطوى بعناية وتوضع بداخل كيس جلدي صغير، تعلق في العنق ويمسح بها على موضع المرض عند الحاجة»[2]، واختزلت بعض العلاجات في الرشامة أو التشراط والحجامة أو الكي بالنار، وفي هذا الإطار يشير الأسير الفرنسي جرمان مويط[3] أن الكي بالنار كان من بين الوسائل العلاجية الأكثر استعمالا لدى المغاربة، يقول يتناولون: »قضبانا من حديد في رأسها دبوس من حديد أيضا، بحكم جوزة، يحمونه إلى أن يحمر فيكْوُونَ المريض في عدة مواضع من جسمه، كما يفعل... بالخيل، فيؤلمون المريض رغما عن أنفه، بحيث يكون المرء... مريضا جدا، في غالب الأحيان، ولا يقدر أن يشتكي تفاديا لمثل تلك المعالجة التي يعتقد المغاربة أنها ناجعة بقدر ما هي قليلة التكاليف»[4]. وهو طريق تترك علامات والتهابات لا تشفى في كثير من المرات.

(1) Dr. Mauran, Le Maroc d'aujourd'hui et de demain, op. cit., p. 93.

(2) Victor Largeau, Le Sahara Algérien, Paris, librairie Hachette et Cie, 1881, p.p. 82-83.

(3) G. Mouette.

(4) محمد استيتو، الفقر والفقراء في مغرب القرنين 16-17م، مؤسسة النخلة للكتاب، وجدة، 2004، ص. 466.

واستمرت ظاهرة زيارة الأولياء والتبرك بهم، لدرجة الاعتقاد في تخصص بعض الأولياء في علاج بعض الأمراض، كما هو الشأن لدى الأطباء. وفي دراسة للوالي مولاي أحمد الوزاني بمكناس لاحظ ألفريدبيل ما يلي: «رأيت مرضى، رجالا ونساء، خارجين من استشارة الطبيب الفرنسي بالعيادة الأهلية، يتوقفون قرب مولاي أحمد يلتمسون الشفاء منه، يتناولون قليلا من التراب بالقرب منه. مفضلين ذلك المتشبع ببوله الطاهر، حيث يحملونه كطلسم أو يطلون به بعناية مصدر الألم، الذي يعجز الطبيب الفرنسي بإرادته على معالجته بسرعة»[1]

ولا تكتفي المرأة الشعبية بتعظيم الأولياء والصالحين، بل تلجأ إلى عوائد طبيعية أخرى لا علاقة لها بالدين، إذ شكلت بعض الأشجار موضوع إجلال وتقديس، وهي غالبا ما تكون متاخمة لقبور الأولياء كالشجرة المقدسة بجوار الولي عبد السلام بن مشيش، وتلك التي أشار إليها روجي لوطورنو في الجزء الثاني من مؤلفه «فاس قبل الحماية» والمجاورة لضريح سيدي ميمون الفخار هذا السيد المدفون في قبر بسيط تنمو فوقه شجرة قوية أغصانها مكسوة بخيوط الصوف وخصلات من الشعر وأشياء خليطة يعلقها عليها السكان المجاورون[2]. والشجرة التي أشار إليها إدمون دوتي قرب سيدي يوسف بن علي بمراكش[3]، حيث إن كل خيط وخرقة معلقة تمثل دعاءً أو شكوى أو أمنية معلقة على الأغصان تتمايل مع الريح كلما هبت، ناهيك عن المسامير والأوتاد التي تدق على جذوعها للتخلص من الأمراض، والذبائح التي تنحر على جنباتها.

(1) Bel Alfred, «Une histoire d'un saint musulman vivant actuellement à Meknès», in Rev. de l'histoire des religions, 1917, p. 277.

(2) روجي لوطورنو، فاس قبل الحماية، م س، ص. 866.
E. Aubin, Le Maroc d'aujourd' hui, op. cit., p. 314 et p. 320.

(3) دوتي إدموند، مراكش قبائل الشاوية ودكالة والرحامنة سنتي 1901-1902، ترجمة محمد ناجي بن عمر، فاس، مطبعة أنفو- برانت، 2010، ص. 75.

إلى جانب هذا ظل الاعتقاد سائدا في الاستشفاء بالحَمَّامات الطبيعية، وفي هذا يقول الكانوني عن حامة مولاي يعقوب: «إنها آية من إبراء الأمراض الجلدية والعصبية وخصوصا مرض الزهري (النوار) [...] وبها صهريجان كبيران أحدهما أعلى للرجال، والآخر أسفل للنساء»[1]. ولهذا ليس من الخطأ أن نؤكد أن هناك عادات وتقاليد ظلت حاضرة بحدة إلى جانب هذا التغيير، حيث تتبلور الثوابت والمتغيرات في نوع من التكامل لبلد في أوج تحوله. ويبدو أن الرفض المطلق للطب الاستعماري، أخذ يتراجع شيئا فشيئا وإن ظل هناك تميز في الإقبال عليه بين الرجال والنساء، فالدكتور بيان وليين رئيس الأطباء بالرباط، لاحظ أن: «العربي الذي يضحي بتقاليده بشكل كبير، عبر الاستشفاء في مؤسسات النصراني، يرفض لزوجته حق التصرف بالمثل»[2]

كما أن تقبل الطب الكولونيالي عند النساء والفتيات لم يكن دائما عن وعي أو رغبة وطلب، بل عرفته الشرائح العامة بقوة وتعسف أحيانا حتى تتحكم فرنسا في انتشار الأوبئة التي كانت تهدد السلامة الصحية لرعاياها الفرنسيين،خوفا على مواطنيها لا خوفا على الأهالي، كما هو الشأن بالنسبة للمومسات والسجينات وخادمات البيوت وغيرهن، وهو أمر وجدنا له صدى كبيرا عند الطبيبين جون ماتيو وموري في كتابهما «بوسبير البغاء في المغرب الكولونيالي»[3]، وفي الجريدة الرسمية في حديثها عن «تنظيم أحوال بائعات الجمال من النساء»[4]، وفي مجلة

(1) رويان بوجمعة،، الطب الكولونيالي بالمغرب 1912-1945، م س.، ص. 88.

(2) دانييل ريفي، «الطب الاستعماري أداة استبدادية متسامحة لمراقبة السكان»، ترجمة: عزوز هيشور وعبد القادر مومن، ضمن مجلة أمل، السنة 2، ع. 6، 1995، ص. 108-128، وص. 123.

(3) Jean Mathieu et P.H. Maury, Bousbir, La prostitution dans le Maroc colonial: ethnographie d'un quartier réservé, Paris, Paris-Méditerranée, 2003.

(4) الجريدة الرسمية للدولة المغربية الشريفة المحمدية، م س.، ص. 103.

المغرب الطبي عند حديثها عن عاهرات مدينة مكناس[1]، وفي تقارير إدارة الصحة وهو ما أسماه دانييل ريفي بالديكتاتورية الصحية التي مارستها سلطات الحماية من أجل الصالح العام[2] باستنفار آلياتها وطاقاتها، إذ خصص المجلس الأعلى للصحة في اجتماعه ليوم 20 يونيو 1921 حيزا لمشكل العهارة في فاس، وبعد أن تساءل الجميع بشأن القضاء على العهارة أو تنظيمها، انتهى الأمر إلى أن تنظيم هذا الميدان قد يعطي نتائج أفضل من محاولة القضاء عليه[3]، مع إجبار النساء العاهرات على الدخول في فئة العاهرات المحروسات تحت مراقبة طبية وتنظيمهن في أحياء خاصة. ووعيا منهم بخطورة الأمراض التي كانت تعاني منها الساكنة وحماية من العدوى نجد أن الطبيب ليبيني لم يكتفي بمراقبة العاهرات بل نجده يؤكد على «ضرورة تمكين الخادمات المغربيات اللواتي هن على اتصال مستمر بأطفالنا من دفتر صحي يجعلنا نتعرف على حالتهن الصحية ونجبرهن على العلاج»[4]، وكثيرا ما استخدمت شهادة التلقيح كمفتاح لدخول المدينة الاستعمارية ومزاولة مهن صغرى بها[5].

(1) « La Ville de Meknès », in Maroc Médical, Page d'accueil, Vol. 35, N° 4 (2013), Médical, p. 3.
https://revues.imist.ma/index.php?journal=MM&page=article&op=view&path

(2) رويان بوجمعة، الطب الكولونيالي الفرنسي بالمغرب 1912-1945، الرباط، مطابع الرباط نت، 2013، ص. 349.

(3) نفسه، ص. 367.

(4) Lepinay E., De la nécessité pour les employeurs et les grandes compagnies de coopérer au Maroc à la lutte antivénériene, in Maroc – Médical, avril, 1927, p. 101.

– رويان بوجمعة، الطب الكولونيالي الفرنسي بالمغرب 1912-1945، ص. 401.

(5) دانييل ريفي، «الطب الاستعماري أداة استبدادية متسامحة لمراقبة السكان»، ترجمة: عزوز هيشور وعبد القادر مومن، م س.، ص. 122.

خاتمة:

وبصفة عامة ظلت مسألة تطبيب النساء في مغرب الحماية أمرا مستعصيا، خاصة في المناطق النائية التي ظل حظ نسائها أقل بكثير من حظ نساء الحواضر، سواء تعلق الأمر بالمؤسسات الاستشفائية أو بالزيارات الطبية وحملات التلقيح. إلا أن هذا التطبيب لم يكن يختلف باختلاف المناطق فحسب، وإنما أيضا باختلاف الوضع السوسيو–اقتصادي للنساء. كما أن هذه الفوارق لم تقتصر على المجالات الجغرافية والوضع الاجتماعي والاقتصادي، بل كثيرا ما لامستها النساء في نفس المجال الجغرافي بين الأوربيات واليهوديات والمسلمات. إذ لم تكن المستشفيات الأوربية في المدن مفتوحة أمام الجميع على قدم المساواة، حيث أقامت السلطات المحلية مستشفيات من ثلاث درجات تحت ستار مراعاة العادات المختلفة. إلا أنها لم تكن تراعي حاجة مرضاها بقدر ما تراعي مصلحة مواطنيها، إذ كانت المستشفيات الأوربية بالطبع كبيرة ومجهزة تجهيزا عصريا، والمستشفيات اليهودية أقل درجة نوعا ما، في حين كانت المستشفيات الإسلامية تفتقر إلى أبسط التجهيزات. وهو ما عبرت عنه مجلة المغرب بعد مجموعة من الانتقادات، تقول: «من جملة التحسينات والإصلاحات التي تمت على يد حكومة الحماية وكان لها الأثر الطيب في هذه البلاد، إدارة الصحة العمومية، غير أن هذه الإدارة – مالت كأخواتها من الإدارات إلى الفروق والمميزات، فجاء عملها ناقصا من عدة جهات يستوجب كثيرا من النقد [...] رأينا وسمعنا الناس يتحدثون بكثير من التألم والملامة أن حكومة الحماية أحدثت مستشفيات خاصة بالمسلمين وأخرى خاصة بالأجانب، وليس هذا التخصيص هو محل النقد والملام، وإنما الناس ينتقدون ما بين هذه المستشفيات وتلك، أو ما بين النوعين منها –الأوربي والوطني– من التمييز والفرق، فمستشفيات الأوربيين مستكملة كافة

الشروط واللوازم، متوفرة فيها أسباب المداواة والتمريض والراحة وهي كلها كسائر المستشفيات بأوروبا نظاما وترتيبا [...] وأما المستشفيات الأهلية فليس لها من ذلك كله إلا الاسم المتخذ للدعاية والإشهار»[1]. الأمر الذي جعل المؤثرات الصحية العصرية محدودة وغير قادرة على تغيير العقليات التقليدية ووضع حد فاصل بين الطب التقليدي بشعائره ووسائله والطب الأوربي الحديث.

المصادر والمراجع:

- استيتو محمد، الفقر والفقراء في مغرب القرنين 16-17م، مؤسسة النخلة للكتاب، وجدة، 2004، ص. 466.
- برحاب عكاشة، شمال المغرب الشرقي قبل الاحتلال الفرنسي 1873-1907، منشورات جامعة الحسن الثاني، الدار البيضاء، 1989.
- دوتي إدموند، مراكش قبائل الشاوية ودكالة والرحامنة سنتي 1901-1902، ترجمة محمد ناجي بن عمر، فاس، مطبعة أنفو– برانت، 2010، ص. 75.
- رويان بوجمعة، الطب الكولونيالي الفرنسي بالمغرب 1912-1945، الرباط، مطابع الرباط نت، 2013.
- ريفيدانييل، «الطب الاستعماري أداة استبدادية متسامحة لمراقبة السكان»، ترجمة: عزوز هيشور وعبد القادر مومن، ضمن مجلة أمل، السنة 2، ع. 6، 1995، ص. 108-128.
- السعديين محمد، المرأة السلاوية 1666-1912، الرباط، مطابع الرباط نت، 2014.
- الفاسي عبد الكبير، «في المستشفيات بالرباط»، مجلة المغرب، السنة 2، شعبان 1353/ نونبر 1934، ص. 22.
- لوطورنو روجي، فاس قبل الحماية، ترجمة محمد حجي ومحمد الأخضر، بيروت، دار الغرب الإسلامي، 1986، ج. 1.

(1) مجلة المغرب، السنة الثانية، ع. 17، ذو القعدة عام 1352/ فبراير 1934، ص. 2.
مجلة المغرب، السنة الرابعة، صفر الخير 1354/ ماي 1935، ص. 1.

- الوجاني سعيد، «الطب والإمبريالية في المغرب»، ضمن: الحوار المتمدن، العدد 4163، 2013/07/24.
- الوزان الحسن بن محمد الفاسي، وصف افريقيا، تحقيق: محمد حجي ومحمد الأخضر، ج. 1، الرباط، 1980.
- Aubin (E.), Le Maroc d'aujourd' hui, Librairie Armand Colin, Paris, 1912.
- Bel Alfred, «Une histoire d'un saint musulman vivant actuellement à Meknès», in Rev. de l'histoire des religions, 1917.
- Benz-Bizet A., "L'effortféminin au Maroc: La Toubib", in Tournées médicales coloniales de Paris, juillet 1931, fonctionnement de l'assistance médicale au Maroc, Archives du Maroc.
- De Gobart A., "La femme au Maroc a une belle tâche à accomplir", in L'intransigeant, N° 18647, 51e année, Dimanche 9 Novembre 1930.
- De Lacasiniere H., Les municipalités marocaines: leurs développement et leurs législation, imprimerie de la Vigie marocaine, Casablanca, 1924.
- Demellier Daniel, Les archives de l'Institut Pasteur et les fonds d'archives Georges Blanc (1884-1963) et Marcel Baltazard (1908-1971), in Lettre trimestrielle d'informations, n°7, actes du Colloque Décembre 2016, éditée par l'Institut Pasteur du Maroc.
- Dr. Mauran, Le Maroc d'aujourd'hui et de demain- Rabat, Paris, Hachette, 2013.
- Dufestel L., "L'hygiène scolaire au Maroc", in Revue internationale d'hygiène et de thérapeutique oculaires, 7e année, Juillet 1913.
- Goichon Amélie-Marie, «Rapport de mission-Maroc», aout-octobre 1924, rapport réservé au B.D.I.C, Paris.
- Mathieu J. et Maury P.H., Bousbir La prostitution dans le Maroc colonial: ethnographie d'un quartier réservé, Paris-Méditerranée, Paris, 2003.
- Largeau Victor, Le Sahara Algérien, Paris, librairie Hachette et Cie, 1881.
- Lemprrière G., Voyage dans l'Empire de Maroc et le royaume de Fez, traduit de l'anglais par M. De Sainte- Suzanne, Paris, 1801.
- Perrier A., «L'inspection médicale des écoles au Maroc, circonscription de Tanger», in Bulletin de l'enseignement public au Maroc, N° 73, 13e année, Mars 1926.

- Piétri L., «Rapport sur l'activité du service central de L'hygiène scolaire en 1942», in Bulletin de l'institut d'hygiène du Maroc, tome II, 1942.
- Rivet Daniel, Lyautey et l›institution du protectorat français au Maroc (1912-1925), Paris, l'Harmattan, 1988, t. 2, p. 230.

المجلات والدوريات باللغة العربية والفرنسية:

- الجريدة الرسمية للدولة المغربية الشريفة المحمدية، رباط الفتح، 5 رمضان 1331– 8 أوت 1913، إدارة الصحة والإعانة الطبية العمومية.
- جريدة السعادة، ع. 6885، السنة 44، الثلاثاء ربيع النبوي 1366/ 4 يبراير 1947.
- جريدة السعادة، السنة 45، ع. 7196، الجمعة 6 ربيع الثاني 1367/ 27 يبراير 1948.
- جريدة السعادة، ع. 7387، السنة 45، الأربعاء 16 ذي الحجة 1367/ 20 أكتوبر 1948.
- جريدة السعادة، ع. 8645، الأربعاء 12 ربيع الثاني 1372/ 31 دجنبر 1952.
- جريدة السعادة، ع. 9143، السنة 52، الجمعة 20 غشت 1954.
- مجلة المعرفة، «النهضة النسوية بتطوان»، ع. 29.
- مجلة المغرب، ع. 1، فاتح ربيع النبوي الأنور 1351/ يوليوز 1932.
- مجلة المغرب، السنة 2، ع. 9، محرم عام 1352/ ماي 1933.
- مجلة المغرب، السنة الثانية، ع. 17، ذو القعدة عام 1352/ فبراير 1934.
- مجلة المغرب، السنة الرابعة، جمادى الأولى – جمادى الثانية عام 1354/ غشت شتنبر 1935.
- مجلة المغرب، السنة الرابعة، صفر الخير 1354/ ماي 1935.
- مجلة المغرب، السنة الخامسة، ربيع – جمادى 1355/ يونيو– يوليوز 1936.
- Archives du Maroc.
- Bulletin de l›Institutd›Hygiène.
- Bulletin de l›enseignement public au Maroc
- Bulletin de l'institutd'hygiène du Maroc.
- Bulletin official du Maroc.
- Histoire des religions.
- Maroc Médical.

الأطروحات والرسائل الجامعية:

- العبودي فؤاد، تاريخ الطب في المغرب من القرن السابع عشر إلى القرن التاسع عشر: مظاهر التطور، أطروحة دكتوراه، جامعة محمد الخامس بالرباط، كلية الطب والصيدلة، مركز دراسات الدكتوراه، في علوم الحياة والصحة، علم الأوبئة السريرية والعلوم الطبية والجراحية، 2016.
- عزيزو رشيد، الأطباء الأجانب في مغرب القرن التاسع عشر، أطروحة لنيل الدكتوراه في التاريخ، تحت إشراف: محمد الأمين البزاز، جامعة محمد الخامس كلية الآداب والعلوم الإنسانية، الرباط، 2004-2005.

المواقع الإلكترونية:

http://www.amrh.ma/?p=878
http://www.anfasse.org/20126147/35-59-15-30-12-2010/09-58-21-03-07-
http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1992x026x004/HSM
http://etudescoloniales.canalblog.com/archives/20074085878/09/03/.html
https://www.maghress.com/almassae/208555
https://revues.imist.ma/index.php?journal=MM&page=index
Jules Bois, http://gallica.bnf.fr

الصحة، الفقر والنوع بالمجال القروي المغربي

زينب نجاري
أستاذة علم الاجتماع
مختبر: المجتمع المغربي: الديناميات والقيم
جامعة ابو شعيب الدكالي / كلية الآداب – الجديدة

ملخص:

تهدف هذه الورقة البحثية إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين صحة النساء في المجال القروي المغربي وبين مستوى معيشتهن، ذلك أن الدراسات الاجتماعية كشفت بأن الصحة لا تتحدد في جانبها البيولوجي فقط، بل تتعداه إلى النسق الاجتماعي والنفسي والثقافي، حيث تساعد الظروف الاجتماعية السيئة كالفقر والبطالة وتدني مستوى التعليم وسوء التغذية وغيرها في تدهور الصحة النفسية والجسدية لدى النساء بصفة خاصة، الأمر الذي يكون له آثار جد سلبية على التمثلات وبالتالي على تنمية المجتمع.

وبما أن النوع الاجتماعي أصبح اليوم أحد المحددات الاجتماعية الأساسية للصحة، فقد دعت المنظمات الدولية والوطنية المهتمة بالصحة والنوع إلى اتخاذ إجراءات عالمية ومحلية حول هذه المحددات بهدف تحقيق العدالة والإنصاف في

المجال الصحي، حيث يعتبر الحد من التباينات والفوارق في الصحة أمرا ضروريا ومؤكدا، فالنساء في المجتمعات الفقيرة وفي المجال القروي يعانين أكثر من الهشاشة والفقر والأمية وتردي أوضاعهن الصحية، والإحصائيات خير شاهد على ذلك.

إن العمل بمفهوم الجندر في مجال الصحة والمرض يمهد الطريق لأبحاث لن تنظر إلى الصحة كتفاعل بين المرض وبين ما هو فردي فقط، بل كذلك مع الوضع السياسي والاجتماعي الذي ضمنه تشرط وتطبع التجارب الفردية والجماعية، وكذلك تمثلات الناس والنساء للصحة والمرض.

في هذا السياق، ولمقاربة هذا الموضوع علميا، تم الاعتماد على دراسات وأبحاث نظرية، ومقاربات ميدانية من خلال نتائج أبحاث مغربية في مجالات قروية مختلفة. وقد خلصنا إلى أن تدني مستوى المعيشة لدى النساء في المجال القروي يؤدي إلى تدني مستوى صحتهن. كما وضحنا العلاقة بين التمثلات التي تحملها النساء القرويات عن الصحة والمرض وبين مستوى معيشتهن.

الكلمات المفاتيح :

الصحة، النوع، مستوى المعيشة، الفقر، التمثلات.

Résumé

Ce papier a pour objectif de comprendre la nature de la relation entre la santé des femmes des zones rurales marocaines et leur niveau de vie. Plusieurs études sociologiques ont montré que la santé ne se définit pas uniquement par l'aspect biologique, mais s'étend au contexte social, psychologique et culturel des individus. Ces études ont également montré que les conditions sociales défavorables telles que la pauvreté, le chômage, le faible niveau d'éducation et la malnutrition contribuent à la détérioration de la santé mentale et physique de la population en général et des femmes en particulier, ce qui impacte négativement les représentations et par conséquent le développement de la société.

Le genre constitue un des déterminants sociaux fondamentaux de la santé. En effet, les femmes dans les communautés pauvres et dans les zones rurales souffrent davantage de la vulnérabilité, la pauvreté, l'analphabétisme et de la détérioration de leur état de santé, comme le démontre les statistiques et les résultats des études dans le sujet. Les organisations internationales et nationales de la santé et de l'égalité des sexes revendiquent une prise d'action au niveau des déterminants sociaux de la santé aussi bien à l'échelle mondiale que locale, afin de renforcer l'équité et réduire les inégalités et les disparités en matière de santé.

L'introduction du concept de genre dans le domaine de la santé ouvre la voie à des recherches qui ne considèrent pas la santé comme une interaction

entre la maladie et l›individu uniquement, mais tient également compte de la situation politique et sociale dans laquelle les expériences individuelles et collectives sont dictées et vécues, ainsi que de la représentation des personnes en général et des femmes en particulier de la santé et la maladie.

Dans cette optique, nous avons abordé le sujet en se référant aux différentes recherches et théoriques et empiriques focalisées sur les questions soulevées. Nous avons comparé et analysé les résultats de terrain de certaines recherches établies dans différentes zones rurales marocaines.

Nous avons conclu que le faible niveau de vie des femmes dans les zones rurales conduit à la détérioration de leur santé, et que cet impact est amplifié du fait leur genre. Nous avons également souligné la relation importante entre les représentations des femmes rurales de la santé et la maladie et leur niveau de vie.

تقديم:

تهدف هذه الورقة البحثية إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين صحة النساء في المجال القروي المغربي وبين مستوى معيشتهن، ذلك أن الدراسات الاجتماعية كشفت بأن الصحة لا تتحدد في جانبها البيولوجي فقط، بل تتعداه إلى النسق الاجتماعي والنفسي والثقافي، حيث تساعد الظروف الاجتماعية السيئة كالفقر والبطالة وتدني مستوى التعليم وسوء التغذية وغيرها في تدهور الصحة النفسية والجسدية لدى النساء بصفة خاصة، الأمر الذي يكون له آثار جد سلبية على التمثلات وبالتالي على تنمية المجتمع.

إن تطور هذا الاهتمام بالأبعاد السوسيو اقتصادية للصحة والمرض بصفة عامة جاء نتيجة طبيعية للتحولات التي عرفتها المجتمعات الصناعية وتطور المدن، وما رافق ذلك من تفاوتات طبقية واجتماعية[1]، وظهور أمراض بين مجموعات اجتماعية معينة موزعة حسب الجنس أو السن أو المهنة أو المجال وغيرها من المتغيرات، وتفاقم اللامساواة أمام الموت بسبب تعرض واستجابة بعض الفئات الاجتماعية لضغوط أكثر من غيرها، حسب السياق الثقافي والاجتماعي.. وترتب عن ذلك تبلور رؤى ومقاربات جديدة، في علم الأوبئة، وسوسيولوجيا الصحة، وسوسيولوجيا الجسد،

(1) لابد من الإشارة إلى أن الإرهاصات الأولى لربط الصحة بما هو اجتماعي بدأت منذ القرن الثامن عشر، وفي بعض الدراسات قبل ذلك مع الرازي في كتابه «طب الفقراء والمساكين» انظر: عطية فيليب، أمراض الفقر، عالم المعرفة، ع 161، مايو 1992، ص. 28.
ثم تطور ذلك خلال القرن التاسع عشر والقرن العشرين، وخاصة خلال السبعينيات، حيث تم التركيز على موضوع الجسد الأنثوي. انظر:
Claudine Herzlich et Janine Pierret., Au croisement de plusieurs mondes: la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985), «Revue française de sociologie », 2010/1 Vol. 51 | pages 121 à 148.

وسوسيولوجيا النوع الاجتماعي وغيرها. هذا فضلا عن توصيات منظمة الصحة العالمية بإنشاء لجن عالمية للمحددات الاجتماعية للصحة منذ عام 2005 [1].

أما الاهتمام بموضوع الصحة والمرض في علاقته بالنوع، فلم يتبلور إلا مع الموجة الثانية للحركات النسائية في بداية السبعينيات من القرن العشرين[2]، حيث تم التساؤل حول اللامساواة الجندرية في علاقتها بالصحة، وحول تأثير الوضعيات الاجتماعية على مجرى حياة النساء وصحتهن منذ الطفولة إلى السن الإنجابي وما بعده، من أجل تعميق الفهم حول الترابط بين المحددات البيولوجية والمحددات الاجتماعية لصحة النساء عبر الأجيال، وإثارة الانتباه إلى مشاكل الصحة التي تضر بالمرأة خصوصا، مما أدى إلى إعادة النظر في النظريات المؤسسة لهذا الموضوع، واعتبار النوع الاجتماعي أحد المحددات الاجتماعية الأساسية للصحة[3].

إن العمل بمفهوم الجندر في مجال الصحة والمرض يمهد الطريق لأبحاث لن تنظر إلى الصحة كتفاعل بين المرض وبين ما هو فردي فقط، بل كذلك مع الوضع السياسي والاجتماعي الذي ضمنه تشرط وتطبع التجارب الفردية والجماعية، وكذلك تمثلات الناس والنساء للصحة والمرض[4]. وإذا كان الفقر بمختلف أبعاده يعد من أكبر التحديات التي يواجهها العالم، والقضاء عليه هو الهدف الأول في خطة التنمية المستدامة لعام 2030، فإن مستوى التمييز بين الجنسين في الدخل والتعليم والصحة وغيرها، تعد من العوامل القوية المحددة لمعايير الصحة في الدول المختلفة. فالنساء

(1) Richard Wilkinson et de Michael Marmot(sous direction), Les déterminants sociaux de la santé: les faits. Deuxième édition, Organisation mondiale de la santé 2004, p. 8.

(2) اتحاد العمل النسائي، فرع تطوان وجمعية الأمل للتنمية المستدامة، الحركة النسائية في الدول المغاربية والعربية، مكتسبات وتحديات، تطوان، ط 1، 2017، ص. 94.

(3) Annandale Ellen and Hunt Kate, Gender inequalities in health, Open University Press, Buckingham, Philadelphia, 2000, preface.

(4) معادي زينب، الجسد الأنثوي وحلم التنمية، إنها امرأة تذوب، الدار البيضاء، 1978، ص. 139.

في المجتمعات الفقيرة وفي المجال القروي يعانين أكثر من الهشاشة والفقر والأمية وتردي أوضاعهن الصحية، والإحصائيات خير شاهد على ذلك. ففي المغرب مثلا ساهم الحرمان في مجال الصحة بحوالي 24,5 % في الفقر الحضري، خلال الفترة الممتدة من 2004 إلى 2014 [1].

واليوم يتم التركيز على «عالم يتسم بإمكانية الوصول إلى فرص متكافئة وشاملة في تعليم عالي الجودة بكافة مستوياته، ورعاية صحية وحماية اجتماعية، حيث يتم ضمان جودة الحياة البدنية والنفسية والاجتماعية»[2]. فمن أهم التوصيات المعتمدة بشأن المحددات الاجتماعية للصحة من طرف المنظمات الدولية، تحسين ظروف المعيشة اليومية، معالجة الإجحاف في توزيع السلطة والمال والموارد، وقياس وفهم المشكلة وتقييم وقع الإجراءات[3]، لأن الإجحاف ينشأ في الصحة عن الظروف الاجتماعية التي يولد فيها الأفراد ويترعرعون ويعملون ويشيخون. وتتضمن خبرات السنوات الأولى من العمر، والتعليم والوضع الاقتصادي وفرص وظروف الشغل، والسكن والبيئة والنظم الفعالة للوقاية من الأمراض واعتلال الصحة[4].

كما أن المنظمات الدولية المهتمة بالصحة والنوع دعت إلى اتخاذ إجراءات عالمية حول المحددات الاجتماعية للصحة بهدف تحقيق العدالة والإنصاف في المجال الصحي، حيث يعتبر الحد من التباينات في الصحة واجبا لأن الغبن الاجتماعي هو

(1) المندوبية السامية للتخطيط، النتائج الرئيسية لخريطة الفقر متعدد الأبعاد لسنة 2014، المشهد الترابي والدينامية، المغرب، ص. 5.

(2) المجلس العالمي للسعادة وجودة الحياة، التقرير العالمي لسياسات السعادة وجودة الحياة 2019، ص. 8.

(3) كما تم الاتفاق عليها من قبل جمعية الصحة العالمية، وكما نص عليه قرار الجمعية «الحد من حالات الغبن في الصحة من خلال العمل الخاص بالمحددات الاجتماعية للصحة». انظر: منظمة الصحة العالمية، المحددات الاجتماعية للصحة، حصيلة المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة، (ريو دو جانيرو، البرازيل، أكتوبر 2011)، تقرير، ص. 9.

(4) منظمة الصحة العالمية، المرجع السابق، ص. 8.

الذي يفتك بالفقراء، وخاصة في فرص حصولهم على خدمات الرعاية الصحية[1].
إن تدهور الصحة ليس ظاهرة «طبيعية»، وإنما هو نتيجة لتضافر السياسات العامة السيئة والبرامج الاجتماعية الهزيلة والأنظمة الاقتصادية المجحفة، والظلم في توزيع الخيرات. ولابد من تصحيح هذا الوضع سواء على المستوى الدولي أو على المستوى الوطني.

لا شك أن المسار الديمقراطي الذي تبناه المغرب، في إطار اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، والاهتمام «بالمسألة الاجتماعية»، ساهم في توجيه مجهودات أكبر لمسألة المساواة بين الرجل والمرأة في الحقوق المتعلقة بالصحة والتعليم والشغل وغيرها، وإقرار السلطات العمومية سياسة اجتماعية استباقية للنهوض بالنساء وتحسين أوضاعهن، بواسطة وضع برامج وسياسات جديدة مثل اعتماد الاستراتيجية الوطنية للإنصاف والمساواة بين الجنسين منذ سنة 2006، من خلال دمج منظور النوع الاجتماعي في سياسات التنمية وبرامجها. والخطة الحكومية للمساواة إكرام 1، وإكرام 2. وهذه الأخيرة «تمكن من مواصلة نشر الوعي بخصوص الفوارق والتمييز والعنف المبني على النوع الاجتماعي، من أجل القضاء التدريجي على الانتهاكات التي تطال حقوق النساء والفتيات، علما أن الأفق الزمني لهذه الخطة (منتصف 2017 –نهاية 2021) لا يحقق التطلعات الكاملة في المساواة بين الجنسين، والتي تستوجب تدخلات عدة على المستويات القانونية والمؤسساتية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية.. وغيرها، وهو ما لا يمكن تحقيقه في أمد قصير. لهذا، فهذه الخطة تعمل أولا على تقليص «الفجوة» وتعبيد الطريق نحو المناصفة»[2]. كما تعمل على نشر مبادئ المساواة ومكافحة جميع أشكال

(1) منظمة الصحة العالمية، واللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة، تضييق الفجوة في غضون جيل واحد، العدالة والإنصاف في المجال الصحي بفضل اتخاذ إجراءات حول المحددات الاجتماعية للصحة، 2008.

(2) وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية، الخطة الحكومية للمساواة، إكرام 2، 2017-2021، ص. 9. http://www.social.gov.ma تاريخ الاطلاع 2019/6/19.

التمييز والصور النمطية المبنية على أساس النوع الاجتماعي[1]، وغيرها من البرامج الهادفة إلى الرفع من مستوى النساء في مختلف القطاعات[2].

ولهذا أصبحت الصحة اليوم تحتل مكانة مهمة في السياسات الدولية لمحاربة الفقر، إذ أن ثلاثة من أصل ثمانية أهداف وضعها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي للقضاء على الفقر تتعلق بالحالة الصحية للسكان، وتتضمن تقليص وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، وتحسين صحة الأمومة ومحاربة الأمراض خاصة منها الوبائية[3].

ومن جهة أخرى فإنه حينما يتم دراسة مستوى العيش، فإن هذا المستوى يدرس بخصائص أرباب الأسر الذكور (الدخل، ساعات العمل..)، وغالبا ما يتم إغفال نفس الخصائص لدى النساء، علما بأن هناك فروق واضحة في هذا الخصائص، فمثلا يتم الأخذ بعين الاعتبار ساعات العمل المأجور وإهمال ساعات العمل غير المأجور كالاهتمام بشؤون البيت، وتربية الأطفال والعناية بفرد مريض أو عاجز داخل الأسرة. وهذه الأعمال تؤثر على الصحة الجسدية والنفسية لمن يقوم بها، وغالبا هن النساء. وإذا كان النساء والرجال يتقاسمون تحديات صحية متشابهة، فإن صحة النساء تتطلب انتباها أكبر بسبب التمييز ضد المرأة في كثير من الحقوق وعلى رأسها الحق في الصحة[4].

(1) المرجع السابق، ص. 66.

(2) الاتحاد الأوروبي، أورو ميد: تقرير حول تحليل الوضع الوطني، الحقوق الإنسانية للمرأة والمساواة على أساس النوع الاجتماعي، المغرب، تعزيز المساواة بين الرجل والمرأة في المنطقة الأورومتوسطية (2008-2011) برنامج ممول من قبل الاتحاد الأوروبي، (2011-2008) (مترجم من اللغة الفرنسية، وتم تحيينه في يوليوز 2010)، ص. 10.

(3) المملكة المغربية، أهداف الألفية من أجل التنمية، مرجع ذكر سابقا، ص. 3.

(4) Cambois E., Des inégalités sociales de santé moins marquées chez les femmes que chez les hommes: une question de mesure?, Revue d'Epidémiologie et de santé publique, vol 64, 2016 ,pp, 75-85.

كل هذا يؤدي بالباحث السوسيولوجي في الصحة والفقر والنوع إلى أن يجد نفسه أمام مجموعة من الأسئلة منها ما يلي:

ما نوع العلاقة بين مستوى المعيشة والفقر ومستوى الصحة لدى النساء في المجال القروي المغربي ؟

وما هي المحددات الاجتماعية المتعلقة بالصحة التي تتعرض لها النساء خاصة؟

وكيف تتمثل النساء في المجال القروي الصحة والمرض؟

وللإجابة عن هذه الأسئلة انطلقنا من الفرضيات التالية:

- تدني مستوى المعيشة لدى النساء في المجال القروي يؤدي إلى تدني الصحة.
- هناك علاقة بين التمثلات التي تحملها النساء القرويات عن الصحة والمرض وبين مستوى معيشتهن.

ولمقاربة هذا الموضوع علميا تم الاعتماد على دراسات وأبحاث نظرية، ومقاربات ميدانية من خلال نتائج أبحاث مغربية في مجالات قروية مختلفة.

المحور الأول: المفاهيم الأساسية

ـ الصحة/ المرض

الصحة، كما عرفتها منظمة الصحة العالمية «هي حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض أو العجز»[1]. كما أن «التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان دون تمييز

(1) منظمة الصحة العالمية، ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية بالإنجليزية الذي أقره مؤتمر الصحة الدولي المنعقد في نيويورك في يوليوز 1946.

OMS, «La santé est un état de complet bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou infirmité».

بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية»[1].

يظهر من هذا التعريف أن منظمة الصحة العالمية تقر بأن الصحة حق للمرأة وللرجل وللطفل ولكل إنسان دون تمييز، وأن تعزيز العدالة الصحية والإنصاف على مستوى الصحة كان دوما في صلب اهتمامات المجتمع الدولي والوطني، إقرارا بمبدأ «توفير الصحة للجميع»، لكن هل يتحقق هذا على مستوى الواقع؟

أما بالنسبة للمرض فقد أبرزت مختلف الدراسات صعوبة صياغة تعريف دقيق له، نظرا لتداخل مختلف العلوم والمقاربات في تقديم تفسير واضح من حيث مفهومه وأسبابه وأنواعه ومراحله. فهناك من عرف المرض من وجهة نظر بيولوجية عضوية بحتة، فهو خلل فيزيولوجي يؤثر على جسم الكائن الحي، وعادة ما يكون مرتبطا بعلامات وأعراض، ويكون نتيجة لعوامل خارجية أو ذاتية. وذلك باعتبار الإنسان ظاهرة طبيعية يخضع لنفس القوانين التي تتحكم في باقي الأجسام داخل الطبيعة. فالحياة والنمو والموت كلها خصائص تطبع الوجود الإنساني باعتباره وجودا طبيعيا. وكل اختلال في التوازن يعد مرضا أو انتقالا إلى حالة اللاسواء[2]. والهدف الأسمى للطب حسب كلود برنار هو حفظ الصحة ومعالجة المرضى من أجل الشفاء[3].

وهناك من أكد على تأثير العوامل الاجتماعية والسياسية، فالدراسة التي قام بها دوركايم للانتحار كشفت عن الأبعاد الاجتماعية للصحة، حيث اعتبر أن الصحة والمرض ظواهر اجتماعية عادية أو مرضية. كما أن الدراسة التي أنجزها ميشيل فوكو عن الجنون أبرزت العلاقة القائمة بين المرض والسلطة السياسية، وكيفية توظيف

(1) منظمة الصحة العالمية، نفس المرجع.

(2) محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة، ط 1، 2011، ص. 76.

(3) Bernard Claude, Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, les classiques des sciences sociales, Ed électronique, Québec, p. 10.

الجسد في ذلك[1]. وهناك من ركز على العوامل السيكولوجية والثقافية إضافة إلى المحددات الاجتماعية، ففي السنوات الأخيرة من القرن العشرين بدأ اهتمام الأطباء يتجه إلى العلوم السلوكية المؤثرة في المرض، حين لاحظوا أن الأمراض المنتشرة بين سكان مجتمع ما لا يتوزع توزيعا عشوائيا، وإنما هو مرتبط بمجموعات بشرية معينة ذات أنماط عيش مختلفة. كما أن الناس يستجيبون للمرض ويفسرونه بطرق مختلفة تعكس تأثير الخلفية الثقافية ووضعهم الطبقي أو مكانتهم الاجتماعية أو مستواهم التعليمي والحضاري[2]. وبناء على هذا التصور فالمرض مفهوم اجتماعي وثقافي نسبي، يختلف من مجتمع لآخر ومن ثقافة لأخرى. أي أن الصحة والمرض من المصطلحات التي يجري تعريفها ثقافيا واجتماعيا، فالثقافات تختلف في تعريفها لما هو صحي أو سوي أو مرضي[3].

إن المحددات الاجتماعية للصحة تنتج شروطا وأوضاع يصبح معها الفرد أكثر قابلية للمرض أو أمتن صحة وأقوى مقاومة للمرض. فهي ليست بنيات ثابتة أو نماذج مثالية تصلح لفهم ما يؤثر في صحة كل المجتمعات، بل إنها تختلف من مجتمع لآخر، وتتسع وتضيق كلما انتقلنا من جماعة نحو أخرى، فكل مجتمع له محدداته الخاصة للصحة[4]. وإذا كانت بعض الصعوبات الصحية تعتري النساء والرجال على قدم المساواة، فإن وقعها على النساء يكون أكبر أو مختلف، فهؤلاء يواجهن صعوبات أكبر في الحصول على الرعاية الصحية الضرورية، وعلى دخل وتعليم ملائمين، الأمر

(1) إبراهيمي جيجيكة، حفريات الإكراه في فلسفة ميشيل فوكو، منشورات الاختلاف، دار الأمان، الرباط، ط 1، 2011، ص 10.

(2) محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة، ط 1، 2011، ص. 45.

(3) أنتوني غيدنز، علم الاجتماع، ترجمة فايز الصياغ، ط 1، 2005، ص. 233.

(4) Jocelyn Vinet et Danielle Filion, en collaboration avec Lucie Dumais et Louis Gaudreault. Préface de Camil Bouchard Pauvreté et problèmes sociaux, Fides Education, 2015, 254 p.

الذي يؤثر سلبا على قدرتهن على الاعتناء بصحتهن ويقتضي بالتالي تدخلات مصممة خصيصا لاحتياجاتهن[1].

ـ الفقر ومستوى المعيشة

عرف مفهوم الفقر تطورا من حيث قياسه، وتوسعا في معناه من الفقر المادي المحض إلى الفقر بمعناه السوسيولوجي. وقد وضع البنك الدولي منذ سنة 1990 تقديرات لفقر الدخل على المستوى العالمي، وذلك بناءا على بيانات الاستهلاك أو الدخل، والتي تم جمعها عن طريق عمليات المسح الأسري في دول متعددة وصلت إلى ما يعادل 88 في المائة من سكان البلدان النامية في العالم، اعتمادا على عينات لها طابع نموذجي وطني متعلق بكل بلد. ومنذ ذلك الحين اعتبر الاستهلاك مؤشر الرفاه المفضل، والوسيلة المثلى للتحليل الكمي للفقر وخطاب السياسات المتعلقة به، وذلك لأسباب عملية تتعلق بإمكان الاعتماد عليه في قياس نسب الفقر بناءا على تحديد لعتبات الفقر.. لكن ما لبث أن تبين –بعد دراسات جادة– أن هذه المقاربة تظل قاصرة عن رصد الفقر في أبعاده الإنسانية والنفسية والثقافية والسوسيولوجية. ومن هنا نشأت نظرة جديدة للفقر، وأصبحت مفاهيمه وأدبياته تعرف توسعا في فهم محدداته، وتم إدراج مؤشر جديد في تقرير البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة حول التنمية البشرية بعد سنة 1997، وهو مؤشر الفقر البشري. وأصبح تقرير البنك الدولي لسنة 2000-2001 يتحدث عن ضعف الإنجاز في مجالات التعليم والصحة والتغذية، وغيرها من المؤشرات[2].

واعتبرت منظمة الصحة العالمية أنه على الرغم من أن الفقر يشكل عقبة كبيرة أمام الحصائل الصحية الإيجابية بالنسبة للرجل والمرأة على حد سواء، فإنه يضع

(1) منظمة الصحة العالمية، ملخص المراة والصحة، بينات اليوم وبرنامج الغد، 2009، ص. 2.

(2) نجاري زينب، المحددات والأبعاد الاجتماعية للفقر بالوسط القروي، أطروحة جامعية لنيل شهادة الدكتوراه، الرباط 2010، ص. 42.

عبئا أثقل على صحة النساء والفتيات وذلك لأسباب عدة منها، مثلا، سوء التغذية والممارسات اليومية في أعمال خطيرة[1]، وغيرها.

أما أمراض الفقر فهي الأمراض التي تتفشى بين الفقراء أكثر منها بين الأغنياء. ويعد الفقر في حالات عديدة أحد عوامل الخطر الرئيسي لمثل هذه الأمراض[2]. وهناك علاقة دينامية بين الفقر وصحة الفقراء، إذ يعتبر المرض سببا من أسباب الفقر ونتيجة له في نفس الوقت، فالمرض يجهز على الأموال التي توفرها الأسرة، ويحد من القدرة على التعلم، ويقلل الإنتاجية ويؤدي إلى تردي نوعية الحياة. ويتعرض الفقراء للمزيد من احتمالات الخطر الشخصية والبيئية، فهم يحصلون على أقل قدر من التغذية ومن الخدمات الصحية. إذن هم أكثر تعرضا للمرض والإعاقة، فالجوع النوعي هو الجانب الصامت الذي تعايشه أكثرية صامتة[3]. وبالمقابل فإن التمتع بصحة جيدة يعني زيادة حجم الثروة وزيادة الإنتاجية، وتعزيز الرأسمال البشري والاجتماعي. وعلى سبيل المثال، فإن أمراض الإيدز والملاريا والسل في مقدمة الأمراض المرتبطة بالفقر. كما أن هناك أمراض إضافية تشمل الحصبة والدفتريا وأمراض الإسهال، وعادة ما ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالفقر. كما أن وفيات الرضع والأمهات منتشرة بشكل أكثر بكثير بين الفقراء[4].

أما مستوى المعيشة فيتحدد حسب المندوبية السامية للتخطيط بالمغرب بالخصائص التالية: السكن، الدخل، الشغل، التعليم، البيئة[5]. وقد أبرزت بعض التقارير العالمية

(1) منظمة الصحة العالمية، ملخص المرأة والصحة، بينات اليوم وبرنامج الغد، 2009.

(2) عطية فيليب، أمراض الفقر، المشكلات الصحية في العالم الثالث، عالم المعرفة، ع 161، مايو 1992، ص. 8.

(3) عطية فيليب، أمراض الفقر، مرج ذكر سابقا، ص. 32.

(4) عطية فيليب، مرجع ذكر سابقا، ص. 103.

(5) HCP, Enquête national sur les revenus et les niveaux de vie, Rapport de synthèse, 2007.

كيف يؤثر تدني مستوى المعيشة والفوارق الاجتماعية والفقر على الصحة العامة والفردية للسكان، مثل المساكن غير اللائقة والمكتظة وظروف العمل غير الآمنة وغير الصحية، وتعذر الحصول على المياه النقية وخدمات الصرف الصحي، والإقصاء الاجتماعي. ومع ذلك، لا تزال الحلول التي تتجاهل مستوى المعيشة والمحددات الاجتماعية للصحة، وتركز فقط على معالجة الأمراض، تهيمن على السياسات الصحية في معظم البلدان. والنتيجة المباشرة لذلك، هي استمرار المشكلات الصحية، وتزايد مظاهر التفاوتات الصحية، وتدني نتائج التدخلات الصحية[1].

النوع الاجتماعي (الجندر):

عرفت منظمة الصحة العالمية الجندر كما يلي: «وصف الخصائص التي يحملها الرجل والمرأة كصفات مركبة اجتماعيا لا علاقة لها بالاختلافات العضوية»[2]. ويدل لفظ النوع عند باحثات في الدراسات النسائية على الجزء الثقافي من الفروق الفردية بين الجنسين، تلك الفروق التي تنتج عن عوامل دينية وثقافية وسياسية واجتماعية وهي فروق صنعها البشر عبر تاريخهم الطويل. وترى جوديت بتلر Judith Butler في كتابها «Gender trouble» (1990)، أن النوع هو هوية يتم تكوينها على نحو غامض في سياق الزمن. وهو نمط مرن يظهر في سلوكات الناس أكثر مما يظهر في طبيعتهم. وتعتبر كات ميللت Kat Millett في كتابها «السياسة الجنسية» (sexual polities) (1970)، أن الجنس بيولوجي والنوع ثقافي والتضاد بينهما هو ذلك الفارق بين الطبيعة والثقافة، وأن الذكر والأنثى هما في الواقع ثقافتان. ويعتبر بيير بورديو P.

(1) منظمة الصحة العالمية، ومركز منظمة الصحة العالمية للتنمية الصحية، (كوبى) وبرنامج الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية (الموئل)، المدن الخفية: الكشف عن التفاوتات الصحية في المناطق الحضرية والتغلب عليها، (ملخص)، 2010، ص. 5.

(2) World Health Organization, Women and health: today's evidence tomorrow's agenda, 2009, p. 9.

Bourdieu في كتابه «الهيمنة الذكورية» (la domination masculine) (1990)، أن الجندر مفهوم مهيكل للإدراك والتنظيم الرمزي للحياة الاجتماعية برمتها[1].

النوع الاجتماعي مفهوم يصنعه وينتجه المجتمع بحيث يضفي أدوارا وهويات اجتماعية وعلاقات ومسؤوليات وحقوق وواجبات ومكانة يحددها المجتمع للمرأة والرجل حسب الإطار الاجتماعي والثقافي والاقتصادي والسياسي السائد، فهو إذن مكتسب ويتغير بتغير الزمان والمكان، ويختلف عن مفهوم الجنس البيولوجي. وهذا ما يجعله مفهوما ديناميا يؤثر ويتأثر بمختلف العوامل المحيطة به، ومفهوما غير محايد. ففي جميع المجتمعات يمثل النوع شكلا مهما من أشكال التراتب والتدرج الاجتماعي، ويشكل عاملا أساسيا في بناء أنواع الفرص وخيارات الحياة التي يواجهها الأفراد والجماعات. كما يؤثر في تشكيل الأدوار التي يقوم بها الأفراد داخل المؤسسات الاجتماعية. ومع أن أدوار الرجال والنساء تختلف من ثقافة إلى أخرى، فإن أدوار الرجال تكون أعلى قيمة وقدرا وتقديرا من أدوار النساء. وقد أدى تقسيم العمل السائد بين الجنسين إلى ترتيب الرجال والنساء في مواقع غير متساوية من حيث القوة والوجاهة والثروة[2].

إن هذا التمييز المبني على النوع الاجتماعي أضر بالنساء على جميع المستويات، وخلق فوارق كبيرة وواضحة بين الجنسين في كل المجالات. ففي مجال الصحة مثلا، تظهر العلاقة بين أسباب أمرض النساء ووفياتهن، نظرا لما يعانينه من أشكال اللامساواة الجندرية. إذ تشكل النساء في أغلب الأحوال الجماعات التي تعاني بنسبة أكبر من الفقر وسوء المعاملة، وخاصة في المجال القروي حيث أن أغلبهن يتزوجن

(1) Pierre Bourdieu, La domination masculine, ed du Seuil, 1998, p. 25.

(2) أنتوني غيدنز، علم الاجتماع، ترجمة، فايز الصياغ، الطبعة 1، 2005، ص. 191.

في سن مبكرة ويتحملن كثيرا من الأعباء المنزلية والأسرية، مما يعوق إمكانية تعليمهن أو حصولهن على تأهيل مهني يسمح بتحسين أوضاعهن[1].

ونظرا لارتباط الفوارق الجندرية ارتباطا وثيقا بقضايا التفاوت واللامساواة والسلطة في المجتمع، فقد أولاها علماء الاجتماع والحركات النسائية أهمية متزايدة، حيث ارتفعت أصوات منادية بضرورة تحسين أوضاع النساء في كافة أرجاء العالم، ورفض الوضع التقليدي للرجل، والقضاء على كل أشكال التمييز والعنف والتسلط والقهر ضد النساء، وتمكينهن من الاستمتاع بكافة حقوقهن حتى يتمكن من الاندماج بفعالية في المجتمع. ذلك أن الفوارق الاجتماعية تضع الديمقراطية وحقوق الإنسان في محك الاختبار أو ما سماه جون راولز بالعدالة التي هي الفضيلة الأولى للمؤسسات الاجتماعية[2].

إن توزيع المهام والأنشطة والإنتاج بين الرجال والنساء والقيمة المعطاة لها، وكذا القيود والفرص وتمثلات الزمن والدخل وسلطة القرار الناجمة عن ذلك، كلها مؤشرات تثير الاهتمام بعلاقات النوع الاجتماعي. فالوعي بهذه العلاقات يعني الانتباه إلى الفوارق المنتظمة الناجمة عن كون الفرد، كان امرأة أو رجلا، داخل مجتمع ما، وتفهم علة هذه الفوارق وعواقبها حتى يمكن التحكم فيها[3].

ولهذا كان من الضروري التمييز بين«الجنس» و«الجندر» حتى تتضح الفوارق بين الاختلافات البيولوجية من جهة، والإنشاءات الاجتماعية والثقافية من

(1) خلود السباعي، الجسد الأنثوي وهوية الجندر، دار القلم، الرباط، ط 1، 2007، ص. 120.

(2) Didier Fassin, Les enjeux politiques de la santé. Editions Karthala, Paris 2000, p. 47.

(3) المندوبية السامية للتخطيط، (تقديم محمد بريش)، إحصائيات النوع الاجتماعي بالمغرب من منظور المنتجين والمستعملين، القاهرة، 10-11 شتنبر 2007، ص. 3.

جهة أخرى، على اعتبار أن اختلافات الجندر هي اختلافات ثقافية واجتماعية وتاريخية مكتسبة[1].

المحور الثاني: النوع محدد اجتماعي للصحة والمرض

على الرغم من اختلاف تفسيرات علماء الاجتماع لأوجه اللامساواة بين النساء والرجال في قضايا الصحة والمرض، فإنهم لم ينكروا دور وأهمية المؤثرات الاجتماعية على الهوية الجندرية والتي تمتد إلى مجالات أخرى مثل مجال الجسد والصحة والمرض، حيث أن الهويات الجندرية والفوارق الجنسية مترابطان بشكل كبير داخل الجسد البشري. ولا زالت الاختلافات الجندرية هي الأساس الذي يقوم عليه التفاوت الاجتماعي، وأصبح هذا التفاوت من الموضوعات المهمة في الدراسات الاجتماعية، وطرح رؤى ومقاربات مختلفة لتفسير هيمنة الرجال المستمرة على النساء في الميادين الاقتصادية والسياسية والصحية والتعليمية والعائلية وغيرها[2].

منذ فترة السبعينات من القرن العشرين ظهرت أفكار جديدة حول المرض والمريض مما أدى إلى نشأة علم اجتماع الصحة عوض علم الاجتماع الطبي وتحول الصحة إلى علم اجتماعي[3]. إن الإشكالية الأساسية لهذه النظرة الجديدة ترتكز على المرض كمنتوج اجتماعي[4].

كانت الأنتروبولوجيا سباقة إلى البحث في المرض، وهذا ما يمكن استنتاجه من أبحاث ريفرز الذي يعتبر من المؤسسين للأنتروبولوجيا الطبية حينما اهتم بالطب

(1) خلود السباعي، مرجع ذكر سابقا، ص. 298.

(2) أنتوني غيدنز، مرجع ذكر سابقا، ص. 191.

(3) رتشاردغ ولكنسون، المجتمعات غير الصحية، علل عدم المساواة، ترجمة محمد منير الأصبحي، مركز البحوث، 2003، ص. 27.

(4) سعدون يوسف، من سوسيولوجيا الطب إلى سوسيولوجيا الصحة، الصحة والمجتمع، مجلة الأبحاث والدراسات في العلوم الإنسانية، الجزائر، عدد 4 مايو 2009.

السحري والديني، والبحث في طبيعة المعتقدات المفسرة للمرض. وأيضا مارسيل موس الذي بحث في الجسد والدين والسحر والموت في المجتمعات التقليدية في أستراليا ونيوزيلاندا، وأبرز الارتباط بين ما هو عضوي وما هو اجتماعي، فعدم احترام القواعد الاجتماعية من طرف الفرد يمكن أن يؤدي به إلى الموت[1]. وقد تأثرت بأبحاثه المدرسة الأنتروبولوجية بأمريكا اللاتينية. بالإضافة إلى إيفانز بريتشارد الذي اهتم بأشكال العلاج داخل المجتمع البدائي، كما أنه اتفق مع ميشيل فوكو حينما اعتبر أن أنتروبولوجية الصحة هي دائما سياسية[2]. وكذلك مالينوفسكي وليفي برويل.

ويعد تالكوت بارسونز[3] من الباحثين السوسيولوجيين الأوائل الذين وضعوا تحليلا سوسيولوجيا للمرض في كتابه «النظام الاجتماعي» (1951) في إطار إثراء البحوث السوسيولوجية الطبية أو علم الاجتماع الطبي[4]، الذي يهتم بدراسة المرض كسلوك اجتماعي، حيث وضع تصورا في دراسته للمرض انطلاقا من تعريفه للمريض وتحديد مختلف أدواره الاجتماعية، ودراسة دور الطبيب كفاعل أساسي في العملية العلاجية. ولا يمكن إغفال الأبحاث الاجتماعية المهمة التي ظهرت بعده والتي قام بها، روبيرت كينغ ميرتون، وروني فوكس وهوارد بيكر وإرفينغ كوفمان وإليوت فريدسون وأنسليم ستراوس[5].

(1) Philippe Adam et Claudine Herzlich, Sociologie de la maladie et de la médecine ? Nathan, Paris, 1994, p. 6.

(2) Didier Fassin, Les enjeux politiques de la santé, Paris 2000, p. 9.

(3) Talcott Parsons (1979-1902),Sociologue américain.

(4) علم الاجتماع الطبي فرع من فروع علم الاجتماع ظهر في الولايات المتحدة الأمريكية بعد الحرب العالمية الثانية على يد تالكوت بارسونز، انظر محمد عبابو، سوسيولوجيا الصحة (مقاربات نظرية)، فاس، ط 1، 2015، ص. 22.

(5) Philippe Adam et Claudine Herzlich, Sociologie de la maladie et de la médecine ?

وتعتبر الصحة في نظر بارسونز شرطا أساسيا في سير النسق الاجتماعي. ويظهر مستواها المنخفض كخلل وظيفي في سير النسق، ويعبر عن حالة من الاضطراب في السير العادي للإنسان، حيث يعتبر المريض منحرفا اجتماعيا[1]. فمعاناة العجز وعدم القدرة على أداء الأدوار وخطر الموت تشكل الاختلالات الأساسية التي تواجه الإنسان المريض[2]. ومن هنا ظهر الطب كمؤسسة هدفها مواجهة تهديد المرض وتحقيق الاستقرار الاجتماعي عن طريق معالجة المرضى داخل مؤسسات طبية، باعتبار أن الممارسة الطبية عبارة عن تعديل الانحراف الذي أنتجه المرض[3].

وتساءلت كلودين هيرزليتش[4] عن أصل الأمراض وعن العوامل التي تؤدي إليها أو إلى الصحة. للإجابة عن هذه الأسئلة، وجدت أن الرؤى اختلفت عبر التاريخ، والتي يمكن جمعها في توجهين اثنين: توجه يرى أن أسباب الأمراض عضوية داخلية تعود إلى الفرد، وتوجه آخر يرى أن الأمراض أصلها خارجي تعود إلى نمط العيش ونوعية الحياة وخاصة اليوم داخل المدينة[5]. إن الحالة العضوية للأفراد –حسب هيرزلتش– ترتبط بأوضاع وشروط اجتماعية وثقافية وسياسية واقتصادية تنتج الصحة والمرض. وهذان الأخيران يتخذان أشكالا وأنماطا متعددة. تلك الأنماط التي تعتبر في نظر الأفراد السبب الأول لحدوث المرض. ويأخذ هذا الأخير ثلاثة أنواع من التمثلات، المرض كهدم وتخلي عن الدور المهني والعائلي والروابط الاجتماعية والإقصاء والعزلة. والمرض كتحرر حيث يشعر المريض بالتخفيف من أعباء العمل

Nathan, Paris, 1994, p. 5.

(1) عبابو محمد، مرجع ذكر سابقا، ص. 25.

(2) عبابو محمد، مرجع ذكر سابقا، ص. 37.

(3) عبابو محمد، مرجع ذكر سابقا، ص. 39

(4) Claudine Herzlich (1932-..), Sociologue française.

(5) Claudine Herzlich, Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale , EHESS, 1984, p.33.

والتخلص من الأدوار والواجبات التي يقوم بها يوميا. والمرض كمهنة تجبره على زيارة الطبيب من أجل العلاج ومقاومة المرض[1].

إن اهتمام هيرزليتش بالتمثلات نابع من دورها في بناء الحقيقة الاجتماعية والتأويلات المفسرة لها، مثل تمثلات الفرد لأسباب الصحة والمرض، والعلاقة بينهما وبين القيم، وبينهما وبين الموت[2]. وكما تبرز الأبعاد الاجتماعية للصحة في المحددات والأسباب تبرز في النتائج الاجتماعية للمرض على الفرد والأسرة والمجتمع. وإذا كان الموت والمرض والصحة يبدون داخل المجال الطبي ظواهر موضوعية وفيزيولوجية، فإن هذا الوضوح الفيزيائي لظواهر المرض والشيخوخة والموت تخفي وراءها أبعاداً اجتماعية كثيرة، تضفي عليها بعدا رمزيا[3].

أما ريشارد ويلكنسون[4] فقد انصب عمله على موضوع العوامل والمسببات الاجتماعية والاقتصادية المحددة للصحة وللمرض وصور عدم المساواة في الصحة، حيث بينت نتائج الأبحاث التي قام بها أن مستوى الاختلافات في الدخل هو أحد العوامل القوية المحددة لمعايير الصحة في الدول المختلفة[5].

كما بين أن الاختلافات الطبقية الاجتماعية في الصحة تتأثر كثيرا بتوزيع الدخل، فمتوسط العمر المتوقع عند الولادة في بلدان مختلفة يتحسن بصورة واضحة حين يقل التفاوت في الدخل. وبالتالي تزداد المجتمعات تماسكا اجتماعيا. وتلفت الروابط

(1) Claudine Herzlich, Santé et maladie, Op cit,p. 140-164.

(2) Claudine Herzlich, Santé et maladie. Op cit , p.25.

(3) الإبراهيمي زكرياء: الصحة والمجتمع، دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي، مراكش، ط 1، 2016، ص. 69.

(4) Richard Gerald Wilkinson (1943-...), Epidémiologiste social britannique.

(5) ولكنسون رتشارد، المجتمعات غير الصحية، علل عدم المساواة، ترجمة محمد منير الأصبحي، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2003، ص. 9.

الاجتماعية بين الصحة وعدم المساواة الانتباه إلى كون العوامل الاجتماعية هي العامل الأساسي المحدد لجودة الحياة في المجتمعات المتقدمة[1]. إن الناس يتأثرون بالمركز الاجتماعي وبالثروة وبالفقر وبعدم الاستقرار الوظيفي، والبطالة والتعلم وقابلية التحرك الاجتماعي والضغط النفسي في العمل والتنظيم الاجتماعي في العمل[2].

ومع تطور علم الوبائيات الذي يدرس الصحة بين المجموعات السكانية بدلا من دراستها سريريا لدى الأفراد، وازدياد اطلاع علماء الوبائيات ذوي التدريب الطبي على العلوم الاجتماعية حدث تقدم متزايد في الصورة العامة للصحة[3]. وإذا كانت صور عدم المساواة في الصحة تعود إلى الفقر، فإن أكثر المناطق صحة في العالم ليست أكثرها غنى، ولكنها مجتمعات فيها أفضل توزيع للدخل، والذي يؤدي إلى مستويات عالية من التضامن الاجتماعي، ومن ثم صحة أفضل للمواطنين. فبلدان مثل اليابان والسويد تعد من أكثر المجتمعات عدالة في العالم –وفق مؤشرات توزيع الدخل– لذا يتمتع المواطن فيها بمعدلات عالية من الصحة، مقارنة بمواطني بلدان لديها فجوة بين الأغنياء والفقراء مثل الولايات المتحدة الأمريكية، إذ أن الفجوة الواسعة في توزيع الثروة يتضاءل معها الترابط الاجتماعي، مما يؤدي إلى وجود صعوبات في مواجهة التحديات والمخاطر المرتبطة بالصحة.

واعتبر مارموت[4] أن الصحة العامة وطول العمر يتأثران بدرجة كبيرة بمكانة الإنسان في المجتمع. فالذين يتبوءون مناصب اجتماعية مرموقة ويحتلون قمة الهرم الاجتماعي يعيشون أطول[5]. ولهذا لتحسين مستوى الصحة يجب التقليص

(1) ولكنسون، المرجع السابق، ص. 13.
(2) ولكنسون، المرجع السابق، ص. 13.
(3) ولكنسون، المرجع السابق، ص. 15.
(4) Michael Gideon Marmot (1945-...), Professeur d›épidémiologie et de santé publique à l'University College London.
(5) Richard Wilkinson et de Michael Marmot (sous direction), Les déterminants sociaux de la santé: les faits. Deuxième édition, 2004, p. 8.

من معدلات الفشل المدرسي، من الفقر ومن انعدام الأمن والبطالة والضغوطات الاجتماعية، وتحسين ظروف السكن والنقل، وكذلك الاهتمام بالتغذية السليمة ومكافحة المخدرات. كما يجب التقليص من الضغوطات الاجتماعية التي تؤدي مع مرور الوقت إلى الأمراض النفسية والعقلية أو الوفاة المفاجئة. وكل هذا يؤكد ضرورة عمل الحكومات على ضمان حصول جميع الأطفال على تعليم جيد والعمال على المزيد من السيطرة والتحكم في حياتهم، والاهتمام الجيد بالمسنين[1].

واحتلت أعمال مارك أوجي[2] الأنتربولوجية مكانة متميزة في مجال الصحة والمرض، حيث اهتم بالنقد الإبستمولوجي لمفهوم «الأنتروبولوجيا الطبية»، وفضل استعمال مفهوم «أنتروبولوجيا المرض»[3] متجاوزا الأطروحات التطورية التي كانت ترى في الممارسات والطقوس العلاجية داخل بعض المجتمعات الإنسانية سمة من سمات المجتمع البدائي الموسوم بالتخلف الذهني والتاريخي. واتجه نحو بناء مقاربة جديدة للمرض، تقوم على دراسة الدور الذي يلعبه تأويل المرض والحزن داخل الحياة الاجتماعية وموقعه في الصراعات الاجتماعية، من حيث ارتباطه بمواقع القوة والهيمنة والمشروعية والشرعية داخل النظام الاجتماعي.

وبين ديديي فاسان[4] المعاني المتعددة للمرض، ففي الوقت الذي يستعمل فيه الإنسان الفرنسي فقط كلمة مرض (maladie)، يمكن أن يستعمل الإنسان الإنجليزي ثلاث كلمات تدل على المرض وهي: «illness, disease, et sickness». هذا الاختلاف اللغوي أدى بعلماء أمريكيين إلى تطوير استنتاجات نظرية في

(1) Op cit
(2) Fainzang Sylvie, La maladie, un objet pour l' anthropologie sociale, 2000. Marc Augé (1935-...), Ethnologue et anthropologue français.
(3) Marc Augé, L'Anthropologie de la maladie, in l'homme, jan-jui 1986, pp. 81-90.
(4) Didier Fassin (1955-...), Anthropologue, sociologue et médecin français.

الأنتروبولوجيا الطبية[1]، باعتبار أن كل ثقافة لها طريقتها في تصنيف الأمراض. وحتى داخل المجتمع الواحد نجد أيضا اختلافات في التصنيف وفي تفسير أصل الألم بين المجموعات الاجتماعية وبين الأسر وبين المعالجين[2].

ولهذا فإن مسار المريض في بحثه عن التشخيص والعلاج هو عبارة عن محصلة لمرجعيات منطقية متعددة ولأسباب بنيوية وظرفية. وهذا ما يجعل كل محاولة للنمطية الدقيقة تبوء بالفشل، ومن ثم ضرورة استحضار أحداث الظرف الزمني التي استدعت اللجوء للعلاج، وذلك في علاقتها بالعوامل الاجتماعية.

واعتبرت منظمة الصحة العالمية أنه من بين العوامل الاجتماعية الثقافية التي تحول دون استفادة النساء والفتيات من الخدمات الصحية الجيدة وبلوغ أعلى مستوى صحي هو عدم تساوي علاقات القوة بين الرجل والمرأة، القواعد الاجتماعية التي تحد من فرص التعليم والاستفادة من الخدمات الاجتماعية، والتركيز على الأدوار الإنجابية التي تؤديها المرأة، والتعرض المحتمل أو الفعلي للعنف الجسدي أو الجنسي أو الانفعالي.

واعتبرت المنظمة أن المجتمعات ونظمها الصحية قصرت في حق النساء، ذلك أن ثغرات هذه النظم تحرم النساء من الرعاية الصحية. والأسباب التي أدت إلى ذلك كثيرة ومعقدة، منها ما يرتبط بتحامل المجتمع على المرأة. لكن هذه الثغرات سهلة الفهم، ويمكن بل وينبغي التصدي لها وتغييرها. فالنساء يواجهن مثلا تكاليف صحية أعلى من تكاليف الرجال لأنهن يحتجن إلى قدر أكبر من الرعاية الصحية مع أنهن يعانين من الفقر والبطالة أكثر من الرجال، ويعملن بدون تفرغ أو بصفة غير رسمية وبدون مزايا طبية.

(1) Didier Fassin, Maladies et médecines, in Sociétés, Développements et Santé, coordination, Didier Fassin et Yannick Jaffré, Ellipses, Paris 1990, p. 39.

(2) Op cit, p. 41.

وإذا كانت «النظم الصحية تعتمد على النساء بوصفهن مقدمات للرعاية الصحية، فإنه من المفارقات أن هذه النظم غالبا ما لا تلبي احتياجات النساء، مع أن هؤلاء هن أعظم مساهم في الصحة بما يقدمن من رعاية أولية إلى الأسرة. أي أن النساء هن العمود الفقري للنظام الصحي، ومع ذلك نادرا ما نجدهن في المناصب القيادية أو الإدارية، لأنهن يتمركزن في أعمال قليلة الرواتب، ويتعرضن لمخاطر صحية مهنية كبيرة. وهن بوصفهن مقدمات للرعاية الصحية بصفة غير رسمية في المنزل أو المجتمع المحلي كثيرا ما لا يحصلن على الدعم اللازم أو الاعتراف بفضلهن أو مكافآت على خدماتهن».[1]

وإذا كان التقصير من جانب المجتمعات يضر بصحة النساء، فإن صحتهن تتعرض لضرر بالغ من جراء الطريقة التي يعاملن بها، والوضع الذي يحدده لهن المجتمع ككل. فكلما ظلت النساء يتعرضن للتمييز ضدهن أو للعنف، تداعت صحتهن. وكلما استثنتهن القوانين من ملكية الأرض أو الأموال أو حق الطلاق ازداد ضعفهن في المجتمع وضعفهن البدني. والتحامل عليهن اجتماعياً أو ثقافيا أو من حيث إنهن نساء يؤدي في أقصى الحالات إلى الوفاة بالعنف أو قتل أطفالهن. ومهما كانت وتيرة التقدم في إعطائهن حقوقهن تظل هناك أسباب لتحقيق المزيد من أجلهن. فقد ازداد حصول البنات على التعليم، ومع ذلك ظلت الفجوة قائمة بين الذكور والإناث في التعليم الثانوي والتوظيف والتساوي في الأجر. وقد تعود الاستقلالية الاقتصادية الأكبر التي تتمتع بها بعض النساء، من جراء التوسع في توظيف الإناث، بفوائد صحية، لكن النساء يبقين في مكان العمل أقل حماية من حيث الأمن وجودة ظروف العمل[2].

(1) منظمة الصحة العالمية، المرأة والصحة، بينات اليوم وبرنامج الغد، (ملخص) 2009، ص. 4.

(2) منظمة الصحة العالمية، المرأة والصحة، مرجع ذكر سابقا، ص. 4.

يبين التقرير كيف تؤثر المحددات الاجتماعية والاقتصادية في صحة النساء. فكثير من الأسباب الرئيسية لمرض ووفيات النساء –في البلدان الغنية والبلدان الفقيرة– لها جذور متأصلة في مواقف المجتمعات إزاء المرأة. وهذه المواقف تؤثر على الهياكل والنظم التي تضع السياسات وتحدد الخدمات وتفتح الفرص. وتوضح الأمثلة التي يعرضها تقرير «المدن الخفية» معاناة سكان الأحياء الفقيرة بنسب متفاوتة من مجموعة واسعة من الأمراض والمشكلات الصحية. وقد تبين أن الأسر الأقل دخلا في المناطق الحضرية هي الأكثر تعرضا للنتائج الصحية الضارة، مثل: الوفيات المبكرة للأطفال، وتعذر سبل الحصول على الخدمات الصحية. والأهم من ذلك، أن هذه التفاوتات تشمل جميع الشرائح الاجتماعية، وتؤثر أيضا على سكان المدينة المتوسطي الدخل إلى حد ما على الأقل، علما بأن هذه التفاوتات في الصحة ناجمة في المقام الأول عن أسباب ذات طبيعة اجتماعية، مثل ثروة الأسر المعيشية، والتعليم ومكان الإقامة تفوق في تأثيرها السمات المحددة سلفا مثل العمر والجنس. وقد تعاني أحياء بعينها من تضافر الحرمان والمرض معا، فاحتمالات تمتع سكان المدينة بالصحة، تتوقف –إلى حد كبير– على مكان إقامتهم داخل المدينة. فمثلا، لوحظ تركز اعتلال الصحة في أحياء معينة من مدينة نيويورك بالولايات المتحدة الأمريكية. وعلاوة على الحالة الاجتماعية والاقتصادية والاحياء السكنية، يعاني بعض سكان المدن من نتائج صحية سيئة، بسبب تهميش المجتمعات لهم والتمييز ضدهم نظرا لهويتهم التي لا يملكون تغييرها، مثل العمر والجنس أو الإعاقة.

لقد جلب التحضر معه للبلدان الفرص والازدهار والصحة، لكنه خلق في الوقت ذاته فروقات ضخمة ومجحفة في الحالة الصحية لسكان المدن. وقد ظلت هذه التفاوتات متوارية عن الأنظار إلى حد بعيد، وإن كنا نجد في كل ركن من أركان العالم، من سكان المدن من يعانون بدرجات متفاوتة من اعتلال الصحة، ومن

التفاوتات التي يمكن عزوها إلى الاختلافات في أحوالهم الاجتماعية والمعيشية. أما الخطر الثلاثي المتمثل في الأمراض المعدية، والأمراض غير السارية، والإصابات (مثل حوادث الطرق) والعنف فيحدث نتيجة تفاعل معقد بين مختلف المحددات الصحية في الحضر، مثل الظروف المعيشية غير الصحية، ونقص البنية الأساسية والخدمات. ومن المتوقع، في ظل معدلات التقدم الحالية نحو تحسين أحوال فقراء الحضر، أن تضعف قدرة البلدان على تلبية العديد من الأهداف الإنمائية للألفية ذات الصلة بالصحة[1].

المحور الثالث: العلاقة بين مستوى المعيشة والصحة لدى النساء في المجال القروي المغربي

حينما نتحدث عن النساء في المجال القروي المغربي، فإننا نتحدث عن خصوصية بيولوجية وثقافية ومجالية تعاني من أعطاب متنوعة تؤثر سلبا على صحتهن وأدوارهن ووظائفهن كوظيفة الحمل والإنجاب والأمومة، وأيضا على درجة استفادتهن من الخدمات المتاحة بصعوبة كالتعليم والصحة وغيرها.

إن تحليل السياق الصحي الوطني يكشف عن تحسن مؤشرات الوفيات ومواصلة التحكم في الأمراض المتنقلة، وارتفاع نسبة التكفل بالأمراض المزمنة العمومية، وخفض أثمنة العديد من الأدوية والمستلزمات الطبية بموازاة مع انخفاض الإنفاق المباشر للأسر المستفيدة من نظام المساعدة الطبية[2]، مع زيادة في عدد المستشفيات. كما أن السياق الصحي الدولي الراهن، يكشف بشدة عن

(1) منظمة الصحة العالمية، ومركز منظمة الصحة العالمية للتنمية الصحية، (كوبى) وبرنامج الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية (الموئل)، المدن الخفية: الكشف عن التفاوتات الصحية في المناطق الحضرية والتغلب عليها، (ملخص)، 2010، ص. 2-17.

(2) وزارة الصحة المغربية، بلورة مخطط الصحة 2025: الحصيلة المرحلية.
www.sante.gov.ma/، تاريخ الاطلاع 2019/6/18.

مقتضيات اللوائح الصحية العالمية والتزامات المغرب ببلوغ أهداف التنمية المستدامة في أفق 2030، خصوصا منها الهدف الثالث[1]. الأمر الذي أدى بالمهتمين بالشأن الصحي الوطني في إطار اثني عشر مجموعة عمل، إلى تطوير رؤية تصبو إلى «منظومة صحية منسجمة، من أجل عرض صحي منظم، ذي جودة وفي متناول الجميع، تحركه برامج صحية فعالة وتدعمه حكامة جديدة»، وذلك وفق ستة مبادئ هي: جودة الخدمات، المساواة في الولوج، التكافل والتضامن، الاستمرارية والقرب، الأداء والنجاعة، ثم المسؤولية والمحاسبة[2].

إن هذه المقاربة التشاركية في التخطيط للسياسة الصحية الوطنية على المدى المتوسط تندرج في إطار مأسسة حكامة جديدة للقطاع تهدف إلى إرساء الدعامات الكفيلة بالمضي قدما نحو «ميثاق وطني للصحة» سيكون «مخطط الصحة 2025» لبنة أساسية في مسار بلورته وتنزيله على أرض الواقع في أحسن الظروف. وعلى الرغم من هذه المجهودات المبذولة لتطوير القطاع الصحي ببلادنا، فإن هذا القطاع كغيره من القطاعات الأخرى، لازال يعاني من التخلف والخصاص سواء على مستوى البنيات التحتية، أو الموارد البشرية، التي أهم ما يميزها هو التوزيع غير المتساوي بين المجالات المغربية، بحيث تقل في المدن الصغرى وتكاد تنعدم في القرى النائية.

من جهة أخرى بين تقرير الخمسينية أن المغرب عرف انتقالا «إبيديمولوجيا» اتسم بتعايش أنواع قديمة من المرض، وأخرى جديدة. وهكذا، فإن المغرب لم يصل بعد إلى التعامل الأمثل مع «أمراض البلدان الفقيرة» كالسل والتسمم الغذائي والإسهال والرمد، ليجد نفسه في مواجهة صعود مطرد لـ «أمراض الدول الغنية»

(1) وزارة الصحة، المرجع السابق.
(2) وزارة الصحة، المرجع السابق.

كالسكري والسرطان والقصور الكلوي، وهي أمراض مزمنة ومكلفة[1]. وعليه فإن المغرب لا زال يعرف تخلفا كبيرا في محاربة بعض الأمراض كداء السل، رغم التحسن الذي حصل مقارنة مع السنين السابقة، إذ بلغ معدل انتشار هذا الداء 82 حالة لكل 100000 نسمة سنة 2014. وحسب النوع يعتبر الرجال أكثر إصابة بهذا الداء من النساء بنسبة 59 في المائة مقابل 41 في المائة[2]. إذ لا يزال تراجع تأثير السل بعيدا عن تحقيق الهدف الذي حدده البرنامج الوطني لمحاربة داء السل الذي يرمي إلى معدل انخفاض يصل إلى 6 في المائة في السنوات القادمة، لتحقيق القضاء على المرض في الآجال المحددة من طرف منظمة الصحة العالمية وهي حالة واحدة لكل 100000 نسمة في أفق 2050[3]. وبما أن السل يتمركز بشكل قوي بالأحياء الهامشية التي تحيط بالمدن الكبرى، فإنه لا يمكن إنكار ارتباطه بالسكن غير اللائق وارتفاع الكثافة السكانية وسوء التغذية والهشاشة والفقر[4].

تتميز التغطية الصحية بالمغرب عموما، وبالوسط القروي خصوصا بكونها تغطية جزئية، وتعد من النقائص الكبرى للوضع الصحي بالمغرب[5]. فكيف يؤثر هذا الوضع على الحالة الصحية للنساء في المجال القروي؟

كشف بحث ميداني للأستاذة زينب معادي[6] في منطقة الشاوية أن النساء الشاويات لهن تصورات وسلوكات في مجال تدبير الصحة ينبغي الإنصات إليها

(1) للجنة المديرية، تقرير الخمسينية، المغرب الممكن، مرجع ذكر سابقا، ص. 118.
(2) المندوبية السامية للتخطيط، المغرب بين أهداف الألفية من أجل التنمية وأهداف التنمية المستدامة، المكتسبات والتحديات، التقرير الوطني 2015، غشت 2015، ص. 61.
(3) المندوبية السامية للتخطيط، المرجع السابق، ص. 62.
(4) المندوبية السامية للتخطيط، المرجع السابق، ص. 63.
(5) اللجنة المديرية، تقرير 50 سنة من التنمية البشرية وآفاق سنة 2025، المغرب الممكن، مرجع ذكر سابقا، ص. 119.
(6) زينب معادي: الجسد الأنثوي وحلم التنمية، إنها امرأة تذوب، الدار البيضاء 1978.

والتعرف عليها وأخذها بعين الاعتبار في مخططات التنمية. هذه التمثلات تبقى متأثرة بالإدراكات الجماعية لدور المرأة المنحصر في الإنجاب والقدرة على العمل اليومي المتواصل دون شكوى من التعب، حتى ولو وصلت بجسدها إلى حد الاستنزاف. فالمرأة لا يكون مرغوب فيها إلا إذا كانت تتمتع بصحة جيدة. وعندما تعتريها بعض أعراض المرض فإنها تكتم ذلك ولا تظهره.

ولهذا تعاني المرأة القروية الشاوية من الألم بصمت متحلية بالصبر كملاذ أساسي في حالة المرض، حيث تستمر في تقبل مشاكل الصحة، حتى ولو سببت لها آلاما شديدة بنوع من القدرية والصبر. وإن تحمل العياء في صمت يشكل جزءا من البناء الثقافي للأنوثة. وتستمر المرأة في الاعتقاد أنها في صحة جيدة أو توهم نفسها والمجموعة التي تنتمي إليها أنها ذات صحة جيدة ما دامت تستطيع الاستيقاظ باكرا وإنجاز الأعمال اليومية من واجبات عائلية أو مهنية أو منزلية، إنها امرأة تذوب. إن هذا الصمت الذي يلف معاناة النساء الصحية يكشف عن الاعتبارات الاجتماعية التي تنطلق من المكانات التي تحتلها النساء، والتي من شأنها أن تقف كعائق أمام وضع الاستراتيجيات الملائمة للتخفيف من عمل النساء القرويات وبالتالي من آلامهن.

وعموما تعاني الوضعية الصحية للنساء في المناطق القروية بالمغرب، وفي منطقة الشاوية تحديدا من عدة نواقص كالولادة بعيدا عن المراقبة الطبية، وارتفاع نسبة وفيات الأمهات أثناء الوضع، رغم المجهودات التي بذلت وتبذل في عدة مشاريع. إن نتائج الحمل رهينة إلى حد كبير بنوعية السلوك الصحي الذي تنتهجه المرأة خلال فترة الحمل، والذي يتأثر بتعامل المرأة مع جسدها وتصورها عنه وإدراكها للصحة، وكذلك البناء الاجتماعي للجسد في الجماعة التي تنتمي إليها. كما أن وفيات الأطفال حديثي الولادة من المؤشرات الهامة للصحة لأنها تعكس الوضعية الصحية للسكان. كما تعتبر من المؤشرات الهامة لقياس أثر الرعاية الصحية للأم.

وتلعب الثقافة المحلية والتصورات المتعلقة بالجسد دورا أساسيا في التشخيص أو في استراتيجية العلاج. ومن تم تطرح إمكانيات عدة يلجأ إليها لتدبير المرض. ولا زالت المعتقدات الشعبية التقليدية توظف في العلاج (كاللجوء إلى الفقيه أو الضريح أو استعمال الأعشاب) لأنها أقل تكلفة. حينما سئلت النساء القرويات في منطقة الشاوية عن ما يحتجن إليه للحصول على صحة جيدة كانت أجوبتهن تؤكد حاجاتهن إلى المياه المأمونة والدخل الكافي، والبنية التحتية من طرق ومواصلات لما توفره من حركية وسهولة التنقل إلى المراكز الصحية، أو إلى المدن من أجل العلاج والتمدرس.

إن الاهتمام بتمثلات النساء القرويات للصحة والمرض ينطلق من الوعي بأهميتها وقيمتها في تشكيل السلوكات الصحية للنساء، وفي إدراكهن لنماذج الصحة والجمال، وفي توجيه تشخيص المرض ونوع العلاج المقترح. هذا الدور الذي ما زال لم يحض بالاهتمام الكافي. كما أن التعرف على هذه التصورات يمكن أن يساعد على فتح طرق جديدة للتنظير للصحة التي هي من مستلزمات التنمية[1].

إن صحة النساء حق أساسي لهن، وهي كذلك ذات أهمية قصوى بالنسبة لأطفالهن ولعائلاتهن وللمجموعات التي تنتمي إليها بل للمجتمع ككل. غير أن المشاكل التي تواجهها النساء تؤثر سلبا على قيامهن بالدور الاقتصادي، وبالتالي يمكن أن تؤثر على مستوى عيش ورخاء الأسرة، خصوصا وأن هناك في الفترات الأخيرة تزايد لنسب الأسر التي تعولها نساء في مختلف مناطق العالم[2].

ومقارنة مع الدراسة الميدانية التي أنجزتها الأستاذة خلود السباعي[3] في منطقة وادي لاو بشمال المغرب، بعد ذلك بعشرات السنين، نجد أن هناك تشابها في

(1) زينب معادي، ص. 141.

(2) زينب معادي، نفس المرجع، ص. 135.

(3) خلود السباعي، الجسد الأنثوي وهوية الجندر، دار القلم، الطبعة الأولى 2007، ص. 115.

أوضاع النساء القرويات سواء في شمال المغرب أو في جنوبه، رغم الجهود المبذولة من أجل الارتقاء بالمجال القروي وتقليص الفوارق بينه وبين المجال الحضري. بينت الأستاذة الباحثة أنه لا يمكن الحديث عن البعد الصحي للمرأة القروية دون ربطه بالفقر وبمختلف الظروف والأوضاع السوسيو اقتصادية التي تعيش فيها، ولا زال يعاني منها المجال القروي. وأهم ما يميزها هو، النقص الذريع في التجهيزات التحتية والخدمات الصحية والاجتماعية التي تؤدي إلى تضاعف نسبة الوفيات وخاصة أثناء الوضع. وهنا نلمس العلاقة الوطيدة بين أسباب أمراض النساء ووفياتهن، بما يعانينه من أشكال اللامساواة الجندرية، إذ تشكل النساء في أغلب الأحوال الجماعات التي تعاني بنسبة أكبر من الفقر وسوء المعاملة. الأمر الذي كان يدفعها إلى البحث عن علاجات محلية وبذل مجهودات جبارة من أجل العناية بصحتها وصحة أسرتها[1].

ونتيجة هذه الأوضاع فإن أمراض النساء تختلف عن أمراض الرجال، وتعاش بأشكال مختلفة. وتعود أسباب هذه الاختلافات إلى تباين الأدوار والأوضاع بينهما، إضافة إلى ما يحمله كل من الجنسين من خصائص فيزيولوجية متباينة[2]. وسعيا نحو تعميق إدراك البعد الصحي للجسد الأنثوي ضمن بنيته الثقافية الرمزية، تناولت الباحثة تمثلات المرأة القروية لبعض التحولات الطارئة على جسدها، وكيفية التعامل معها في حالة الحيض والحمل والوضع والرضاعة والإجهاض والعقم وانقطاع الطمث والشيخوخة.

عرف المرض في المنطقة من خلاله ربطه بالألم ويعاش كمعاناة صامتة، وتصفه المرأة بشكل شمولي، وترجع أسبابه غالبا إلى السحر والأرواح الشريرة أو الحسد أو العين، أو القدر الإلاهي. كما تلجأ النساء إلى الطب الحديث، حيث كانت قرية

(1) المرجع السابق، صص. 120-122.

(2) خلود السباعي، مرجع ذكر سابقا، ص. 120.

وادي لاو تتوفر على مركز طبي متواضع لا يقدم إلا خدمات بسيطة، وكانت بعض الحالات المستعجلة تحتم السفر إلى مدينة تطوان طلبا للعلاج. ويبقى التكتم والسرية والخجل من بين أبرز السمات المميزة لكل تعامل المرأة مع جسدها، سواء أثناء الحيض أو عند استعمال موانع الحمل. ويشكل العقم أحد الأمراض الخطيرة التي يمكن أن تصيب الجسد الأنثوي الذي يفترض أن يكون خصبا معطاءً، وتعمل الثقافة المحلية على إدانته حينما يتعلق بالمرأة وعلى قبوله لدى الرجل، مما يبرز التعامل اللامتكافئ للمجتمع الذكوري، وشيوع الثقافة الجندرية بما تمارسه من قهر وتسلط وحيف واستغلال لجنس على حساب الآخر لأجل استتباب المجتمع الذكوري وترسيخه.

وفي ظل هذه التمثلات التي تختزل المرأة في جسدها، وتتعامل معها كموضوع غايته تلبية رغبات الرجل وخدمته، فإن الشيخوخة من العوامل التي تفقد المرأة أنوثتها في مقابل الرجل الذي يزداد في نظر هذا المجتمع وقارا وهيبة، الأمر الذي يطلعنا على عمق اللامساواة الجندرية التي تتعامل مع سمات التقدم في السن لدى كل من الرجل والمرأة بشكل غير متكافئ ظالم للمرأة محبط لمشاعرها وإحساسها بكيانها وبوجودها. علما بأن الاهتمام بموضوع الشيخوخة اهتمام حديث في العلوم الإنسانية، وأن الدراسات المتعلقة به ضئيلة. فجل الدراسات اهتمت بمرحلتي الطفولة والمراهقة والرشد، دون اهتمام واضح بسائر المراحل العمرية الأخرى، وخاصة منها فترة الشيخوخة ولدى النساء[1]، حيث تسود تلك الصور النمطية عبر الأمثال الشعبية وغيرها، والتي تصف النساء في هذه المرحلة بالكيد والشيطنة والتي تشكل وجها من أوجه العنف الرمزي الذي يصاحب النساء في كل مراحل أعمارهن. ولعل ذلك ما دفع بالمنظمات الدولية والحركات النسائية وغيرها إلى

(1) من الأوائل الذين اهتموا بهذا الموضوع الأطباء من الزاوية الفيزيولوجية الأمر الذي أدى إلى تطور علم الشيخوخة، ثم مدرسة شيكاغو ثم تلتها أبحاث ودراسات في علم النفس وعلم الاجتماع. انظر: خلود السباعي، المرأة والعنف، شركة النشر والتوزيع المدارس، الدار البيضاء 2016، ص. 242.

التنديد بهذه الصور النمطية التي لها انعكاسات سلبية على صحة المسنات سواء على المستوى النفسي أو الفيزيولوجي[1]. غير أن ما أشارت إليه الباحثة هو أن النساء القرويات عموما في المنطقة المدروسة يتمثلن تقدمهن في السن كحدث طبيعي لا مفر منه، نظرا لغياب ذلك الهوس بالجسد وجماله الذي يعيشه الغرب اليوم، ثم أيضا نظرا لما تحصل عليه المرأة القروية المسنة من أدوار جديدة تمنحها قدرا أكبر من الوقار والسلطة والاستقلالية[2].

وبناءا عليه ترى المؤلفة أنه يبقى من الضروري تناول الصحة النسائية ضمن مقاربة النوع، أي ضمن سياقها السوسيو ثقافي مع تجاوز كل الأفكار المسبقة والنماذج المنمطة التي تؤطر المرض الأنثوي ضمن ما يسمى عادة بطبيعة النساء. كما ترى أن أغلب المشاكل ذات البعد الصحي، إن لم نقل كلها هي نتاج شيوع مجموعة من التمثلات التي تعكس مدى تغلغل الفوارق الجندرية وتجذرها في المجتمع. هذه الفوارق التي تؤدي إلى عدم ظهور المشاكل الصحية للمرأة، وذلك نتيجة ما تحدثه من أشكال الميز التي ساهمت إلى حد بعيد في إبعاد المرأة عن جل المرافق الاجتماعية وعلى رأسها مراكز السلطة وصنع القرار[3].

وفي بحث ميداني قمنا به لإقليم تاونات شمال المغرب[4]، وجدنا أن نتائجه لا تختلف كثيرا عن نتائج الأبحاث السابقة. فالإقليم يعاني من خصاص كبير في القطاع الصحي على جميع المستويات مقارنة مع أقاليم أخرى. وتتجلى معظم مشاكله في الخصاص الملاحظ على مستوى الأطر الطبية والنقص الحاد في عدد المؤسسات الصحية، والتي تعاني بدورها من ضعف التجهيزات وتقادمها، إذ

(1) خلود السباعي، المرأة والعنف، المرجع السابق، ص. 243.
(2) خلود السباعي، الجسد الأنثوي وهوية الجندر، مرجع ذكر سابقا، ص. 179.
(3) خلود السباعي، المرجع السابق، ص. 196.
(4) زينب نجاري، المحددات والأبعاد السوسيواقتصادية للفقر بالوسط القروي المغربي، إقليم تاونات نموذجا، الرباط 2010.

لا تستطيع المراكز الصحية المتواجدة بهذه الجماعات تلبية حاجيات العدد الكبير للمواطنين المتوافدين من الدواوير المجاورة، وخاصة النساء أثناء الوضع، وذلك لصغرها وقلة أجهزتها وأطرها الطبية، مما يضطرهم للتنقل لمسافات طويلة تتراوح بين 20 و50 كلم إلى بلدية تاونات، أو مدينة فاس للكشف والعلاج وشراء الأدوية. هذا إضافة إلى انعدام التغطية الصحية.

واعتمادا على هذه المعطيات يتبين جليا الارتباط القوي بين مستوى وفيات الأطفال والأمهات، وبين وسط الإقامة وكذا مستوى المعيشة. فمعظم النساء القرويات، في إقليم تاونات وغيره، لا يتابعن حملهن ولا يستطعن القيام باستشارات طبية خلاله، كما لا يلدن تحت إشراف طبي، ولا يقمن بفحوصات طبية بعد الولادة للتأكد من سلامتهن وسلامة مواليدهن. هذا إضافة إلى أن النساء الفقيرات لا يتلقين الرعاية اللازمة خلال فترة الحمل، وغالبا ما يعانين من ضعف التغذية، وانعدام وسائل النظافة والوقاية، مما يعرضهن وأطفالهن لأخطار عديدة[1].

ويعتبر فقر الدم من الأمراض المنتشرة في صفوف النساء خصوصا، وتعمل مندوبية الصحة على علاج هذا المرض بإعطاء مادة الحديد للحوامل لمدة ثلاثة أشهر حفاظا على سلامتهن. كما يعانين من تضخم الغدة الدرقية –كما لاحظنا ذلك أثناء استجوابنا لبعضهن–، والروماتيزم بسبب ظروف العيش غير الصحية. أما الأمراض المتفشية في صفوف الرجال فتتمثل في أمراض العيون وتسوس الأسنان وتساقطها وأمراض الجهاز الهضمي والكباد، إضافة إلى أمراض عصبية وإعاقات بدنية وذهنية. وكذا مرض البلهارسيا (Bilharziose) الذي ينتقل من السباحة بالوديان.

ويرى السكان في الإقليم المدروس أن الخدمات الصحية مكلفة ماديا، فهم لا يستشيرون الطبيب، ولا يستعملون الأدوية لضعف قدرتهم على اقتنائها. وكثيرا

(1) منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونسيف)، وضع الأطفال في العالم 2009.

ما يلجأون إلى التداوي بالأعشاب والكي والحجامة، وخلع الأسنان في الأسواق الأسبوعية، نظرا لبعد المستوصفات وللظروف المادية الصعبة. وتفيد شهادات من الإقليم أن اليد العاملة النسائية في الإقليم حاضرة بقوة في الفلاحة، ولكن بثمن زهيد، أو بدون أجرة حسب ما تمليه الظروف والحاجة. وأن النساء القرويات يبذلن جهدا بدنيا كبيرا وفي ظروف معيشية وطبيعية قاسية. وهذا ينعكس على صحتهن وأنوثتهن ومظهرهن. وهناك نساء وجدن أنفسهن مضطرات للعمل في سن متقدمة.

وعلى الرغم من أن المساهمة الاقتصادية للنساء في الوسط القروي هامة، وأنهن مسؤولات عن الأمن الغذائي لأسرهن ومساهمات في جزء من الدخل الأسري من خلال أنشطتهن الفلاحية وغير الفلاحية، فإنهن يعانين من خصاص كبير على المستوى الاجتماعي[1]. فالنشاطات النسوية ما زالت على العموم تصنف ضمن خانة الثانوي، أما مداخيلهن فيتم تمثلها كمجرد تكملة للدخل الرئيسي للرجل، ومورد يستعمل بالأساس لتلبية حاجيات غير ضرورية وقابلة للتأجيل[2]. وما زلن كذلك وعموماً مقصيات ومبعدات عن مراكز القرار، وما زال المجتمع يكرس نظرة دونية لهن تنطلق من ثقافة أبوية لا تزال تعتبر الشأن العام من اختصاص الرجال.

وإذا كان المجتمع المغربي يمر كغيره من المجتمعات العربية، بتحولات جذرية متسارعة، تعمل على تغيير البنى الثقافية والاجتماعية والسياسية والاقتصادية لهذا المجتمع، وتؤثر على مختلف الأطراف الفاعلة، بدرجات متفاوتة، فإن درجات

(1) تصريح وزيرة التنمية الاجتماعية الأسرة والتضامن في ندوة وطنية حول موضوع: «المشاركة السياسية للنساء في الوسط القروي، رافعة للتنمية المحلية». وتم إعلان 10 أكتوبر من كل سنة يوم وطني للمرأة المغربية، وذلك يوم 16-7-2008 بالرباط، العلم، ع 18-7-2008.

(2) المختار الهراس، المرأة وصنع القرار في المغرب، مركز المرأة العربية للتدريب والبحوث كوثر، ط 1، 2008، ص. 67.

الاستفادة أو التضرر من هذه التحولات تتفاوت بحسب مدى هشاشة الفئة المعينة أو مدى سيطرتها وتمكنها[1]. ومن الفئات الهشة في الوسط القروي النساء.

وفي نفس السياق جاءت الدراسة التي قامت بها الأستاذة زهرة الخمليشي[2] حول النساء الحمالات في شمال المغرب، «النساء البغلات» على لسان الصحافة الاسبانية. الحمالات ضحايا علاقات استغلال وقوة، حيث أبرزت أن الفقر المادي والثقافي هو المسؤول عن إنتاج النساء الحمالات اللواتي يضحين بصحتهن، بل بحياتهن اضطرارا من أجل لقمة عيش أسرهن. وبالتالي يتحدثن عن الأرق والكوابيس التي تفزعهن في منامهن، مثل التعرض للعنف ومصادرة البضائع ونظرات الآخرين المستفزة والمشمئزة أو المتعاطفة. كما يتحدثن عن «الخلعة» التي تدل على الضغوطات النفسية التي يعانين منها باستمرار.

إن العلاقات الاجتماعية ونظرة المجتمع تمثل مصدرا آخر للإجهاد والتوتر النفسي عند الحمالة، فسوء النية والشك في عفافهن وطبيعة عملهن تعكر صفو حياتهن التي تزداد سوءا حينما تحاط حياتهن بمثل هذه الإشاعات التي توصمهن. تعبر الحمالات عن التذمر ورفضهن للواقع الأليم بالصمت الذي لا يعني الرضى، بل هو من علامات الألم الممزوج باليأس والإحباط وفقدان الأمل في إيجاد منقذ أو منصت متفهم لأوضاعهن وظروفهن، ويساعدهن على الحل أو ينقذن من العذاب الذي يعانين منه.

وإن عدم الاهتمام بهؤلاء النساء وظروفهن الاجتماعية والصحية من طرف النقابات وجمعيات المجتمع المدني يفتح الباب على مصراعيه لكل أشكال الاستغلال.

(1) المختار الهراس، المرأة وصنع القرار في المغرب، مرجع ذكر سابقا، ص. 8.

(2) الزهرة الخمليشي، الحدود في شمال المغرب: آمال وآلام النساء الحمالات، سيلكي أخوين، طنجة، مارس 2017.

هذا الاستغلال الذي يزيح الستار عن التناقض بين مدن الحدود، والذي هو صورة مصغرة عن طبيعة العلاقات الاستغلالية بين دول الجنوب الفقيرة والشمال الغنية، وخاصة مع زحف الليبرالية. أي الشرخ القائم بين الشمال والجنوب، ومنه ما يطبع منطقة البحر الأبيض المتوسط، وتأثير هذا التفاوت على صحة النساء الحمالات، بتسهيل استغلال اليد العاملة بها وتسخيرها لمراكمة ثروات الجهات المستفيدة. وذلك نظرا لغياب مشاريع تنموية قادرة على إنقاذ هؤلاء النساء من الفقر والاستغلال والمرض وضمان حقوقهم في العيش الكريم[1]. كما تقوم العوامل الثقافية بدور هام في توجيه السلوك الصحي لدى النساء وتمثلاتهن لأجسادهن مما يجعل من الصحة منتوجا ثقافيا واجتماعيا، حيث تستدمج النساء كل المبادئ والقواعد والقيم والتقاليد المميزة لمجتمعهن لتعيد إنتاجها[2]. إن الاهتمام بالنساء يفرض تمتيعهن بحقوقهن كاملة، كالحق في التعليم، والشغل، والصحة، دون تمييز لأن جل هذه الحقوق تؤثر على وضعهن الصحي. فالتمكين والمساواة مسالة ضرورية لإدماجهن في المجتمع والارتقاء بأوضاعهن الاجتماعية والاقتصادية والقانونية[3].

خاتمة:

تدل النماذج المذكورة أن قطاع الصحة في المغرب لا زال يعاني من أعطاب كثيرة وخاصة في المجال القروي، حيث لازالت الفوارق المجالية من المحددات الكبرى لضعف هذا القطاع. أضف إلى ذلك قضية النوع الاجتماعي والذي يعتبر أيضا من أهم محددات الصحة في مجتمعنا. فالمرأة المغربية القروية لا زالت تعاني من الثالوث

(1) الزهرة الخمليشي، المرجع السابق، ص. 85.
(2) الزهرة الخمليشي، النساء والصحة في المغرب، مجلة العلوم الاجتماعية.
(3) نفس المرجع.

الخطير في صمت: الجهل والفقر والمرض. هذا على الرغم من المجهودات المبذولة من طرف مختلف الفاعلين للرفع من مستوى معيشتها كالمبادرة الوطنية للتنمية البشرية وغيرها.

وإذا كانت الصحة الإنجابية تتطلب المراقبة الطبية، فإنها لا زالت محدودة وغير منتظمة في المجال القروي، بسبب بعد المراكز الصحية والجهل بالثقافة الصحية، مما يؤدي إلى استمرار ارتفاع نسبة الوفيات، وتفشي أمراض نسائية خطيرة.

وهنا يمكن أن نتساءل عن مدى تطبيق الشعارات الذي رفعتها المنظمات الدولية والوطنية «الحق في الصحة» أو «الصحة للجميع» على أرض الواقع، ومدى استفادة النساء القرويات من دمقرطة العلاج في سياق العولمة والسياسات النيوليبرالية المهيمنة، واستحواذها على القطاع الصحي.

إن التركيز على الصحة في سياق التنمية البشرية يتطلب أساليب عمل جديدة، وذلك بإحلال الصحة النسائية مكانة الصدارة في مسيرة التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وإعادة النظر في المنظومة الصحية ككل من حيث التدبير والحكامة. ولا شك أن تمكين النساء وتعزيز ثقافة المساواة يؤدي إلى إحداث تغيير في العلاقات الاجتماعية في ما يتعلق بقضايا النوع الاجتماعي.

بيبليوغرافيا:

- إبراهيمي جيجيكة، حفريات الإكراه في فلسفة ميشيل فوكو، منشورات الاختلاف، ط 1، 2011.
- إبراهيمي زكرياء، الصحة والمجتمع، دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي، المطبعة والوراقة الوطنية، مراكش، ط 1، 2016.

- الاتحاد الأوروبي، أورو ميد، تقرير حول تحليل الوضع الوطني، الحقوق الإنسانية للمرأة والمساواة على أساس النوع الاجتماعي، المغرب، تعزيز المساواة بين الرجل والمرأة في المنطقة الأورومتوسطية (2008-2011) برنامج ممول من قبل الاتحاد الأوروبي، (2008-2011) (مترجم من اللغة الفرنسية، وتم تحيينه في يوليوز 2010).
- اتحاد العمل النسائي، فرع تطوان وجمعية الأمل للتنمية المستدامة: الحركة النسائية في الدول المغاربية والعربية، مكتسبات وتحديات، تطوان، ط 1، 2017.
- البنك الدولي، تقرير عن التنمية في العالم 2000-2001، شن هجوم على الفقر، مركز الأهرام للترجمة والنشر، الطبعة العربية 2000-2001.
- بومدين سليمان، الثقافة والمرض، مجلة الأبحاث والدراسات في العلوم الإنسانية، الجزائر، عدد 4 مايو 2009.
- الخمليشي الزهرة، الحدود في شمال المغرب: آمال وآلام النساء الحمالات، سيلكي أخوين، طنجة، مارس 2017.
- رويان بوجمعة، الطب الكولونيالي الفرنسي بالمغرب 1912-1945، مطابع الرباط نت 2013.
- السباعي خلود، الجسد الأنثوي وهوية الجندر، دار القلم، الطبعة الأولى 2007.
- السباعي خلود، المرأة والعنف، شركة النشر والتوزيع المدارس، الدار البيضاء 2016.
- سعدون يوسف، من سوسيولوجيا الطب إلى سوسيولوجيا الصحة، مجلة الأبحاث والدراسات في العلوم الإنسانية، الجزائر، عدد 4 مايو 2009.
- عبابو محمد، سوسيولوجيا الصحة، مقاربات نظرية، فاس، ط 1، 2012.
- عبابو محمد وآخرون (إشراف)، التغذية، الصحة والعلوم الاجتماعية، إسهام العلوم الاجتماعية في الممارسة الطبية مجلة آفاق سوسيولوجية، عدد خاص رقم 3، دجنبر 2016.
- عطية فيليب، أمراض الفقر، المشكلات الصحية في العالم الثالث، عالم المعرفة، ع 161، مايو 1992.
- غيدنز أنتوني، ترجمة فايز الصياغ: علم الاجتماع، المنظمة العربية للترجمة، ط 1، 2005.
- اللجنة المديرية، تقرير الخمسينية، المغرب الممكن.
- المالكي عبد الرحمان، ومحمد عبابو، «عالم الاجتماع أمام المرض المزمن– دروس تجربة

ميدانية–»، مجلة آفاق سوسيولوجية، مختبر سوسيولوجيا التنمية الاجتماعية، كلية الآداب والعلوم الانسانية، ظهر المهراز، مطبعة آنفو برانت، فاس، المغرب، العدد الأول 2011.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، التقرير السنوي 2015.
- المجلس العالمي للسعادة وجودة الحياة، التقرير العالمي لسياسات السعادة وجودة الحياة، 2019.
- محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي. دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2010.
- معادي زينب، الجسد الأنثوي وحلم التنمية، إنها امرأة تذوب، الدار البيضاء 1978.
- مقاوسي صليحة، الفقر الحضري، أسبابه وأنماطه. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم اجتماع التنمية، جامعة منتوري قسطنطينة، 2008.
- المندوبية السامية للتخطيط، النتائج الرئيسية لخريطة الفقر متعدد الأبعاد لسنة 2014، المشهد الترابي والدينامية، المغرب.
- المندوبية السامية للتخطيط، (تقديم محمد بريش)، إحصائيات النوع الاجتماعي بالمغرب من منظور المنتجين والمستعملين، القاهرة، 10-11 شتنبر 2007.
- المندوبية السامية للتخطيط، المغرب بين أهداف الألفية من أجل التنمية وأهداف التنمية المستدامة، المكتسبات والتحديات، التقرير الوطني 2015، غشت 2015.
- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونسيف)، وضع الأطفال في العالم 2009.
- منظمة الصحة العالمية، ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية بالإنجليزية الذي أقره مؤتمر الصحة الدولي المنعقد في نيويورك في يوليوز 1946.
- منظمة الصحة العالمية (OMS)، تقرير عن الفقر والصحة، دجنبر 1999.
- منظمة الصحة العالمية، واللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة، تضييق الفجوة في غضون جيل واحد العدالة والإنصاف في المجال الصحي بفضل اتخاذ إجراءات حول المحددات الاجتماعية للصحة، 2008.
- منظمة الصحة العالمية، ملخص المراة والصحة، بينات اليوم وبرنامج الغد، 2009.

- منظمة الصحة العالمية، ومركز منظمة الصحة العالمية للتنمية الصحية، (كوبى) وبرنامج الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية (الموئل)، المدن الخفية: الكشف عن التفاوتات الصحية في المناطق الحضرية والتغلب عليها، (ملخص)، 2010.
- منظمة الصحة العالمية، المحددات الاجتماعية للصحة، حصيلة المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة، (ريو دو جانيرو، البرازيل، أكتوبر 2011).
- النبلاوي عايدة فؤاد وسلطان بن محمد الهاشمي، الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض دراسة أنثروبولوجية لأمراض الدم الوراثية في المجتمع العماني، جامعة السلطان قابوس، مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية.
- نجاري زينب، المحددات والأبعاد الاجتماعية للفقر بالوسط القروي، أطروحة جامعية لنيل شهادة الدكتوراه، الرباط 2010.
- الهراس المختار، المرأة وصنع القرار في المغرب، مركز المرأة العربية للتدريب والبحوث كوثر، ط 1، 2008.
- وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية، الخطة الحكومية للمساواة، إكرام 2، 2017-2021.
- وزارة الصحة المغربية، بلورة مخطط الصحة 2025: الحصيلة المرحلية.
- ولكنسون رتشارد، المجتمعات غير الصحية، علل عدم المساواة، ترجمة محمد منير الأصبحي، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2003.

- Ababou Mohammed, El Maliki Abderrahman, « la représentation social de la maladie chronique, l'exemple des diabétique marocains », in Revue de la FLSH, Dahr El Mahraz, Fès, 2009.
- Augé Marc, L'Anthropologie de la maladie, in l'homme, jan-jui 1986.
- Annandale Ellen and Hunt Kate, Gender inequalities in health,Open University Press, Buckingham, Philadelphia, 2000, preface.
- Banque mondiale, Un enjeu vital, les pauvres face à la santé et à la maladie.
- Bernard Claude, Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, les classiques des sciences sociales, Ed électronique, Québec.

- Cambois E., Des inégalités sociales de santé moins marquées chez les femmes que chez les hommes: une question de mesure?. Revue d'Epidémiologie et de santé publique, vol 64, 2016.
- Douidich Mohamed, Haut-Commissariat au plan, Prospective «MAROC 2030», Exclusion, inégalité et pauvreté: la transition sociale et ses déterminants, avril 2006.
- Fassin Didier, Les enjeux politiques de la santé. Editions Karthala, Paris 2000.
- Fainzang Sylvie, La maladie, un objet pour l`anthropologie sociale. Article publie dans la revue « Ethnologies comparées, n° 1, 2000.
- Haut Commissariat au plan, Rapport d'évaluation du plan du développement économique et social 2000-2004, Janvier 2005.
- HCP, Enquète national sur les revenus et les niveaux de vie, Rapport de synthèse, 2007.
- Herzlich Claudine et Janine Pierret, Au croisement de plusieurs mondes: La constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985), «Revue française de sociologie», 2010/1 Vol. 51.
- Herzlich Claudine, Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, EHESS, 1984.
- Horizons Sociologiques: Santé, politiques sociales et formes contemporaines de vulnérabilité, numéro spécial, n° 2, septembre 2015.
- Réseau marocain d'économie sociale et solidaire, Care international, Maroc: Analyse des causes profondes de la pauvreté au Maroc, Rapport final, Avril 2012.
- Réseau francophone international pour la promotion de la santé, Base de connaissances sur les inégalités sociales de santé, Déterminants sociaux de la santé, Cadres théoriques, Juin 2012.
- Wagstaff Adam, Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé Recueil d'articles N° 7, 2002.
- Wilkinson Richard et Marmot Michael (sous direction), Déterminants sociaux de la santé, les faits, deuxième édition, 2004.

تجربة ألم ووصم مزدوج

زكرياء الإبراهيمي
أستاذ علم الاجتماع
جامعة القاضي عياض – مراكش

الملخص:

تعيش النساء المصابات بمرض السرطان تجربة اجتماعية أليمة بكل ما تحمله وتحتمله هذه العبارة من معاني أنتربولوجية وسوسيولوجية، إذ بالإضافة إلى وضع الإقصاء والامتهان والإبعاد التي تعيشها النساء داخل معظم المؤسسات الاجتماعية التي تؤسس الوجود الاجتماعي، يعتبر المرض والسرطان على وجه الخصوص تجربة إقصاء اجتماعي جديدة لا يعاد تعريف الجسد الأنثوي من خلالها فقط، وإنما وضع المرأة عموما، ونظام علاقاتها بشكل عام، حيث يتحول المرض إلى شرط آخر من شروط الإبعاد الاجتماعي التي ترافق المرأة في عالم الاجتماعي، وإلى بؤس في الوضعية Misère De Position كما يسميه بورديو، يضاف إلى بؤس الظروف والشروط Misère De Condition التي تعيشها النساء بشكل عام واعتيادي بل وطبيعي إذا ما جاز أن نستعمل مرة أخرى مفاهيم بورديو.

ABSTRACT :

Women suffering from cancer live a painful social experience sociologically and anthropologically speaking. In addition to the exclusion that those women live inside most of the social institutions that institute the social existence, the illness and specifically cancer is considered a new experience of social exclusion, not only concerning the female body, but generally the woman's situation, and the system of her relations, where the illness turns into an other condition of social exclusion conditions that accompanies the woman in the social world , and to the misery of position as Pierre Bourdieu calls it, added to the misery of circumstances and conditions that women live generally and normally and even naturally if we can use Bourdieu's concepts again.

الكلمات المفاتيح:

السرطان، المرض، الصحة، الألم، النساء، التجربة
Cancer, Illness, Health, Women, Experience

على سبيل التقديم:

لم تجانب كلودين هيرزليش C. Herzlich الصواب في تقديمها لكتاب فرانسين سايون Francine Saillant؛ الثقافة والسرطان، عندما اعتبرت أن التفكير في السرطان والكتابة العلمية حوله وحول مجموع ما يحيط به من ظواهر وأفعال ليس بالأمر المتيسر أو السهل أمام الباحثين في العلوم الاجتماعية، خاصة أمام كثرة القضايا وتعدد التجارب وتنوع العلاقات التي تطرحها الإصابة بهذا النوع من الأمراض، بالإضافة إلى كم الأساطير التي ينبى انطلاقا منها أو يدور في فلكها أو تحوم حوله. فالمعرفة الطبية لا تعد إلا جزءا من مجموع المعارف التي تتأسس حول هذا المرض في المجتمع المعاصر، بينما تظهر العناصر الأخرى في الثقافة الشعبية والمعرفة العامية والحس المشترك الذي يمشي في بعض الأحيان إلى جانب المعرفة البيوطبية، بل ويسبقها في معظم الأوقات، هذا إن لم نقل أنه يحجبها، ويتحول إلى ما يشبه النظرية[1] التي تؤطر معرفة المرضى للسرطان، ولا تستثني في كسر منها معرفة الأطباء وكل من يدخل ضمن دائرة العلاج المهيكل والرسمي «ممرضين، تقنين، متعاونين، متطوعين...الخ».

إن صعوبة التفكير في السرطان تبدو من جهة ثانية في وجوده كقلق Angoisse، اختزلت فيه المجتمعات المعاصرة إلى جانب بعض الأمراض الأخرى كل قلقها الوجودي، لاسيما وأن تاريخ المرض علمنا «أن الثقافة تعمل في كل عصر على اختزال قلقها من الموت وإدراكها للشر في مرض معين»[2]، أما السرطان فإنه عوض تضيف سايون داخل الحضارة الغربية للقرن العشرين، كل الأمراض التي كانت رمزاً

(1) تتحدث فرانسين سايون عن النظرية الشعبية للسرطان Théorie Populaire Du Cancer

(2) Francine, Saillant, Cancer Et Culture, Reproduire Le Sens De La Maladie, les classiques des sciences sociales, édition électronique, 2009, p. 18.

للموت في الأزمنة السابقة مثل الجذام، والطاعون، والسل... الخ. بل إن الموت أمسى الخاصية الملازمة للسرطان في كل تجلياته الاجتماعية، فالمصاب بهذا المرض غالبا ما يتم تمثله كما كشفت عن ذلك نفس الباحثة إما بوصفه ميتا، أو في طريقه نحو الموت أو ميت مسبقاً... الخ. وهذا ما يجعل في الواقع من مفهوم المرض المزمن كما تم تمثله سواء من طرف أبديل أومران Abdel Omran في حديثه عن الانتقال الوبائي أو كلودين هيرزليش في دراستها لأشكال الانتقال بين أمراض الأمس وأمراض اليوم، من حيث ابتعاده عن فكرة الموت واقترابه من فكرة نمط الحياة، مفهوماً مأزوما عندما يتعلق الأمر بالسرطان، فابتعاده عن فكرة الموت وارتباطه الدائم بها في نفس الوقت، حوله من رمز للموت إلى رمز لمحاربة الأمراض المزمنة والصراع ضد الموت، عبر مجموع الخطابات التي ينتجها المرضى والفاعلون الطبيون أفرادا ومؤسسات حول الأمل والعلاج الممكن.

إن التفكير في السرطان في السياق المغربي، وفي النساء المصابات بهذا المرض على وجه الخصوص، يطرح في الواقع أمام الباحث إشكالات جد معقدة، تبدأ أولا على مستوى موقع المرض بين مجموع الأسباب المسببة للموت في المغرب، حيث يشكل السبب الثاني للوفاة في المغرب بعد أمراض القلب والشرايين، إذ تصل نسبة الأفراد الذي يعتبر السرطان سبباً مباشرا لوفاتهم لـ 18 %[1]. وتمتد من جهة ثانية إلى الحمل المضاعف الذي يشكله هذا المرض على الجسد الأنثوي ووضعية النساء داخل المؤسسات الاجتماعية بالمغرب، فالسرطان عندما يتعلق الأمر بالنساء يتحول إلى عنف جديد يضاف إلى كل صور العنف الموجه ضد النساء؛ فالمرأة المريضة تحمل كلفة وجودها كامرأة تجر تاريخا من الإقصاء والتمييز والإبعاد، وتحمل من جهة

(1) Ministre de la santé, Enquête nationale sur les facteurs de risque communs des maladies non transmissibles, 2017/2018, p. 13.

ثانيا؛ جسدا موصوما بمرض يرتبط في المخيال الشعبي بالموت ووصم التشوه الخلقي والعجز والعدوى، بل يتم خلق مساحات من الحجر تمنع المريض من ولوج إلى عدد كبير من المؤسسات الاجتماعية والوصول إلى بعض الخيرات الرمزية والمادية التي يتيحها المجتمع وتسمح بها الثقافة.

تحاول هذه الورقة تقديم نتائج دراسة أولية حول الكيفية التي تعيش النساء المصابات بمرض السرطان تجربة اجتماعية أليمة بكل ما تحمله وتحتمله هذه العبارة من معاني أنتربولوجية وسوسيولوجية، إذ بالإضافة إلى وضع الإقصاء والامتهان والإبعاد التي تعيشها النساء داخل معظم المؤسسات الاجتماعية التي تؤسس الوجود الاجتماعي، يعتبر المرض والسرطان على وجه الخصوص تجربة إقصاء اجتماعي جديدة لا يعاد تعريف الجسد الأنثوي من خلالها فقط، وإنما وضع المرأة عموما، ونظام علاقاتها بشكل عام، حيث يتحول المرض إلى شرط آخر من شروط الإبعاد الاجتماعي التي ترافق المرأة في عالم الاجتماعي، وإلى بؤس في الوضعية Misère De Position كما يسميه بورديو، يضاف إلى بؤس الظروف والشروط Misère De Condition التي تعيشها النساء بشكل عام واعتيادي بل وطبيعي إذا ما جاز أن نستعمل مرة أخرى مفاهيم بورديو.

من الغني عن البيان الأبحاث الكلاسيكية في دراسة تجربة المرض بوصفه بناء اجتماعياً، أي باعتباره تجربة تعيشها الجماعة ككل وتتحدد انطلاقاً منها، تقتضي أولا معرفة الكيفيات التي تعرف بها وتعيد من خلالها نفس الجماعة تعريف المرض، وتحديد أنماطه ومظاهره في إطار ما يمكن تسميته بالباتولوجيا العفوية، والطريقة التي تقوم من خلالها بالبحث في أسباب المرض «الإيتويولوجيا العفوية»، بالإضافة إلى محاولة تفكيك الاستراتيجيات العلاجية التي ينهجها الأفراد؛ إما بشكل علني

رسمي ظاهر، أو بشكل خفي لكن متواطئ –بالمعنى الذي يستعمل به غيرتز هذا المفهوم– بشأنه. والسرطان ككل الأمراض التي تستهدف الجسد، لا يخرج عن دائرة الأدواء التي تقوم على مجموع الثنائيات التي تنظم العالم الاجتماعي، فالنوع والعمر والوضعية الاقتصادية والخير والشر والفوق والتحت، المدينة القرية، الفقر الغنى... الخ، تتدخل بشكل أو بآخر، بشكل كلي أو جزئي في بناء التمثلات الاجتماعية حول مرض السرطان.

يؤثر السرطان على وضعية المرأة في مؤسساتها الأصلية، وعلاقاتها الأولية، بل إنه يحولها فعلا إلى وضعية النصف الخطير Moitié Dangereuse، ويؤدي إلى أزمات هوياتية عميقة وجذرية، ويعيد رسم مسارات هذه الأخيرة، ويعيد تنظيم نظرتها لنفسها وللواقع ولمجموع علاقاتها في النظام الاجتماعي. هذه الورقة إذن هي محاولة لبيان الكيفية التي تعيش بها النساء وضعية الإصابة بمرض السرطان، والمسارات التي تعشنها في إطار تجربة مرض مزمن، يتحول إلى نمط حياة، والهوية الجديدة التي تتحول نحوها النساء بعد المرض.

السوسيولوجيا والسرطان[1]:

لم يرتبط تاريخ التفكير السوسيولوجي في السرطان بنص بعينه، كما لا يمكن اختزال المحاولات والمقاربات العلمية التي اشتغلت حول هذا المرض في متن أو مجموعة من النصوص، التي يمكن أن نعرف من خلالها معظم القضايا أو الإشكالات التي يطرحها السرطان بوصفه بناء اجتماعيا ثقافيا وسيرورات معرفة أو بوصفه منتجا لثقافة معينة تقترب مما يسميه الوظيفيون بدور المريض، أو من خلاله علاقة بالموت، أو بوصفه تجربة هدم Expérience de désordre متواصلة لكل العوالم

(1) نكتفي فقط بوضع الملامح العامة والمداخل الكبرى دون تفكيك للمعطيات أو تفصيلها مدام اقتصاد الكتابة في هذا النص لا يسمح بذلك.

والعلاقات الاجتماعية التي تجمع المريض بالعالم، فالسرطان يبدو كوصم ويظهر كعزلة وانفصال ويظهر. لذلك فإن التفكير السوسيولوجي في السرطان بوصفه تجربة فردية وجماعية في نفس الوقت، وباعتباره ثقافة ومعرفة وتقنيات ومسارات تنتج بعد الإصابة بالمرض.

عبرت فرانسين سايون عن هذه الفكرة في الثقافة والسرطان[1]، وظهرت بأشكال أقل وضوحاً في أعمال أنتجت بعدها سواء تعلق الأمر بنجامين دربيز Benjamin Derbez وزيو رولان Zoé Rollin [2] أو نوربرت أمسليم Norbert Amsellem وفيليب باتاي Phillipe Battaile [3]، لأن البحث في السرطان تأسس على ارتباطه بالألم أولا والطريق نحو الموت بعد ذلك، مع كل ما يمكن أن تحويه هذه الطريق من تفاوضات وسيرورات وموانع تظهر وتضعف أو تختفي، وهذا ما ظهر في أعمال كلاسي GIASER وستروس STRAUSS، وكيلبر روس Kubler Ross في سبعينياته، بل وحتى في أعمال فرانسين ساين نفسها التي اهتمت بما سمته بالنظرية الشعبية للسرطان وقبلها الذي تحدث عند دراسته لمرضى السرطان بالولايات المتحدة عن الإيبيديمويولوجيا الشعبية.

لقد اختفى البحث في السرطان في مرحلة معينة من تاريخ البحث السوسيولوجي في الصحة، وراء البحث في علاقة الصحة بالموت، وكانت بالتأكيد أعمال أنسلم شتروس وكلاسي فريدة من نوعها في هذا الاتجاه، لاسيما بعد أن جعلا من فهم تجربة الموت من خلال علاقة الفاعلين بالبنية المؤقتة للمؤسسة الطبية، مركزاً لجل أبحاثهما

(1) Francine Saillant, op.cit, p. 54.
(2) Benjamine Derbez; Zoé Rollin, Sociologie Du Cancer, la découverte, Paris 2016.
(3) Norbert Amsellem, Phillipe Bataille, Le Cancer: un regard sociologique, la découverte, Paris 2018.

المونوغرافية التي امتدت لما يزيد عن خمس سنوات[1]، إذ تابع الباحثان من خلال منظور تفاعلي رمزي بنية العلاقات والسيرورات الاجتماعية التي تحيط بالموت، وكشفا كيف أن تنظيم العمل والزمن في المستشفى يؤثر على التفاعل مع المرضى بل ويؤثر حتى على سيرورة موتهم Processus De Leur Mourir، من خلال ما أطلقا عليه بالوعي التدرجي بالموت، تبدأ سيرورة الوعي بالمرض والعيش به ومعرفة الموت، أولا بإنكار المريض لوضعه الصحي وبفترة عزلة عن محيطه، ثم تليها مرحلة ثانية، تتميز بعداونية تظهر عند المريض اتجاه نفسه ونحو الآخرين، أما في المرحلة الثالثة فيبدأ المريض التفاوض وBragaining، حيث ينطلق المريض في مساومة الآخرين والله وربح الوقت، قبل أن يدخل في مرحلة اكتئاب تسبق اللحظة الأخيرة وهي قبول فكرة موت وشيك.

خطاطة تطور سيرورة الاعتراف بالموت

الإنكار ⇐ العدوانية ⇐ التفاوض ⇐ الاكتئاب ⇐ قبول الموت

إن هذا التوصيف/ التصنيف الذي قدمه شتروس وكلاسي، سيتحول مع فرانسين سايون عند البحث في السرطان إلى صورة أخرى يمكن اختزالها إلى ثلاثة مراحل كبرى في تطور معرفة السرطان والاعتراف به، ترتبط الأولى بالمرحلة العلاجية/ الدوائية Phase Curative تليها المرحلة الملطفة Phase Palliative وأخيراً المرحلة النهائية Phase Terminale التي تضيق فيها المسافة بين المريض والموت. ورغم أنها حاولت بناء نموذج لتطور تمثل المسافة بين المرضى بالسرطان والموت، والعلاقة

(1) Glaser Barney - Anselm L. Strauss, Awareness of Dying, Chicago, Aldine Publishing Company, 1965.

به، إلا أنها عابت في نفس الوقت على هذا النوع من المقاربات العلمية مسألتين اثنين في إدراك الوقائع الاجتماعية والثقافية التي تحيط بمرض السرطان وتساهم في معرفته وبنائه، وهي إغفالها أولا للطابع الجماعي للمرض وتركيزها على المسارات والتفاعلات الفردية للمرضى، وثانيها هي أنهم لم ينتبهوا إلى تجربة السرطان في شموليتها globalitéé واستمراريتها continuité. وهذا ما حاولت العديد من الأعمال التي اهتمت بمرضى السرطان اكتشافه والبحث فيه، فالسرطان لا يقدم فقط كتجربة أولى للموت، أو كموت قادم، فمريض السرطان، ليس فقط كائن يموت، أو في طريقه نحو الموت، أو ميت مسبقا، وإنما هو كذلك كائن يعاني Souffre من انهيار كل العالم الاجتماعي الذي يعيش فيه. فروزنباوم ورزنبازوم[1] على سبيل المثال بحثا بشكل مكثف في أحاسيس اللايقين التي تنتاب المصاب بالسرطان حيث يتغذى الخوف من مختلف المراحل التي يتطلبها العلاج، بالعناية المبالغ فيها والحماية الزائدة التي تخص بها الأسرة المريض، بالتعقيد والوصم الذي يطبع العلاقات التي تجمع المريض مع الآخرين لا سيما عندما يعتقد البعض منهم بالطابع المعدي للسرطان. إن عالم المريض لا يعيش هذا التعقيد وحسب وإنما تنضاف إليه كلف أخرى، تبدأ بما يسميه فايسمان Weisman بالضيق النفسي والوجودي الذي يظهر في المائة يوم الأولى من تشخيص المرض، يليها التكيف والتأقلم التي تنضاف إلى مختلف نتائج المرض والعلاج الطبي، ثم الاستسلام للمرض، وأخيرا قبول فكرة الموت التي ينتجها تقدم المرض في الجسد.

انطلاقاً من هذه النقطة الأخيرة، سينزع الباحثون في السوسيولوجيا أمثال كانتور Cantor وكولدن Golden وديون Dionne إلى وضع الجسد والتحولات

(1) Ernest, Rosenbaum, Isadora, Rosenbaum, A Compréhensive guide for cancer patient and Their families, Palo Alto, Bulttein Pub Co., 1980.

التي تطرأ على صوره في عمق كل أبحاثهم حول السرطان، إما من خلال استعمال بعض المفاهيم الكبرى في السوسيولوجيا مثل تلك التي أنتجها إرفينغ غوفمان في الوصم Stigma أو من خلال اقتحام جنسانية المصاب والتغيرات التي تحدث على مستوى تدبير وتنظيم وتركيب العلاقات الجنسية للمصاب، لقد اهتم ديون على سبيل المثال بالصعوبات التي يعيشها المصابون في تدبير العلاقات الجنسية داخل الأسرة[1]، كما حاول كانتور البحث في العلاقة بين التغيرات التي تحدث على مستوى صورة الجسد ومشاعر العجز والإدانة والإزعاج التي تحدث على مستوى الأنشطة الجنسية للمريض، فتساقط الشعر النتائج عن العلاج الكيميائي Chimiothérapie، يعتبر علامة على فقدان القدرة الجنسية Vitalité sexuelle أو فقدان التحكم في السلوك الجنسي والحب[2]. وهو ما أشار إلى باحثين آخرين مثل كوماروف Comaroff إلى دراسة الأحاسيس والمعارف التي ينتجها المصابون بمرض السرطان، مثل فقدان الأمل والعلاقة مع المستقبل وبالوجود، إذ كشف كوماروف على سبيل المثال لا الحصر في دراسة حول ستون طفلا مصابا بالسرطان كيف أن معيش المريض ومحيطه يتأطر بين فكرتين أساسيتين هما، تجربة اللايقين Expérience de L'incertitude والبحث عن المعنى Recherche de Sens، مع ما يلحق ذلك من أزمات على مستوى الهوية ووضعية اللاراحة Position D'inconfort التي تتحول إلى وضع ملازم للمريض وأقاربه[3].

(1) Cantor Robert C., Self Esteem, Sexuality and Cancer Related Stress. Frontiers in Radiotherapy and Oncology, Basel, Kargel, Vol. 14, 1980,

(2) Dionne Louis et al., Breast Cancer. Impact of Surgery on Quality of Life and Survival of Breast Cancer Patients. Hôtel-Dieu de Québec, miméo, 1982.

(3) Comaroff Joan, Medicine and Culture: some Anthropological Perspectives. Social Science and Medicine, 12B : 4, 1978.

تجدر الإشارة كذلك إلى أن الباحثون في السوسيولوجيا، طوروا على المستوى الإكلينيكي الكثير من الإشكاليات التي ترتبط بوضع مريض السرطان في المؤسسة الطبية ومراكز الأنكولوجيا، مثل الاهتمام بمسألة التواصل والمسكوت عنه non-dit في العلاقات التواصلية، عن طريق تفكيك بنية وتنظيم وسيرورات التواصل التي تنشأ داخل هذه الوحدات، في هذا السياق يمكن الإشارة إلى دراسة ماك إنتوش Mcintosch الذي بين مساحات التناقض الموجودة في عملية التواصل بين المرضى الذين يبحثون عن المعلومات والمعارف ويبذلون مجهودا في سبيل الحصول عليها، والنزوع المتنامي للأطباء للسيطرة على المعلومات ومراقبتها وعدم تقاسمها مع المرضى إلا انطلاقا مما يعتقدونه ضروريا، بغية الحفاظ على مبدأ الأمل في الحياة[1]. أو على الأقل مساعدتهم على اختيار نوع معين من السلوكات، خاصة أن المعرفة التي يمتلكها الفرد حول المرض تتحكم بشكل كبير في سلوكاته وتوجهاته أي نحو تجربته الخاصة في المرض، وهو الأمر الذي كشف عنه الكثير من الباحثين الذين قاموا بدراسة الروابط الموجودة بين معيش الأشخاص المصابين بالسرطان والكيفية التي يفسرون بها أصل المرض وأسبابه.

السرطان مرض العصر و«غوله»:

يعتبر السرطان من بين أكثر الأمراض التي تعرض الأفراد للوفاة عبر العالم، إذ تعتبره المنظمة العالمية للصحة في تقريرها لسنة 2018 ثاني سبب للوفاة بالعالم بين الأمراض غير المعدية Non Transmissible، بعد أمراض القلب والشرايين Cardiovasculaire. إذا في الوقت الذي يعد فيه الصنف الثاني من الاضطرابات سبباً في وفاة ما يزيد على 17 مليون فرد عبر العالم، يعتبر السرطان بمختلف أشكاله مسئولاً عن وفاة ما يناهز 9 ملايين فرد من مجموع الوفيات بالأمراض غير المعدية سنويا بالعالم، وهذا ما يعني

(1)

أن واحد من بين كل ستة أفراد متوفين عبر العالم يلقى حتفه بسبب السرطان، خاصة سرطان الرئة الذي يتسبب في وفاة ما يناهز مليوني من الأفراد في العالم كل سنة، متبوعا بسرطان المعدة وسرطان الكبد المتسبب في وفاة ما يناهز المليون فرد لكل منها[1]. وهذا ما يعني أن السرطان يتسبب اليوم بعد أمراض القلب والشرايين في وفاة ما يناهز 20 في المائة من الأفراد الذين كانت الأمراض غير المعدية سببا في موتهم، ينتمي 70 % منهم إلى البلدان ضعيفة الدخل، بينما تتوزع 30 % الأخرى بين باقي بلدان العالم.

أما بخصوص المغرب فقد كشف المخطط الوطني للوقاية ومراقبة السرطان 2010-2019، أن المغرب يسجل سنويا حوالي 30000 حالة جديدة للسرطان[2]، قبل أن يرتفع هذا الرقم حسب المعطيات التي أوردتها الوزارة في البرنامج الوطني للوقاية ومحاربة داء السرطان إلى 35000 حالة إصابة جديدة حسب المؤشر السنوي الوطني للسرطان ثم إلى 40000 سنة 2018، لا تتكفل الدولة إلا بـ 12000 حالة منهم، بينما يظل الآخرون خارج منظومة الكشف والعلاج، وتعتبر الإناث في المغرب الأكثر إصابة بهذا الداء مقارنة مع الذكور؛ 55 % بالنسبة للنوع الأول (الإناث)، في ما يسجل الباقي في صفوف الذكور. ويحتل سرطان الثدي الرتبة الأولى بين أنواع السرطانات التي تستهدف النساء بـ 36,1 %، متبوعا بسرطان عنق الرحم بـ 12,8 % من مجموع الإصابات، بينما يعد سرطان الرئة بنسبة 23,8 %، وسرطان البروستات 8,3 % النوعين الأكثر استهدافاً للذكور[3].

(1) OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1999, pour un réel changement, op. cit., p. 17.

(2) وزارة الصحة، جمعية لالة سلمى لمحاربة داء السرطان، المخطط الوطني للوقاية ومراقبة السرطان 2010-2019، المحار الاستراتيجية والتدابير، يوليوز 2009، ص. 1.

(3) Ministre de la santé, programme national de prévention et de lutte contre le cancer (2010 ; 2019).

إن هذا الواقع الذي ينتشر أكثر في البلدان النامية، حيث يصاب فيها لوحدها ما يقارب ستة ملايين فرد سنوياً[1]، جعل من السرطان كما تقول هيرزليش مرضاً حديثاً Maladie Moderne يجسد كل معاني الألم في المجتمعات المعاصرة. بل إنه شكل في نظرها نمطاً جديداً من المصائب التي استهدفت المجتمع المعاصر Nouveau Fléau التي تشكلت حولها الكثير من الاستيهمات ذات الطبيعة المختلفة والمتناقضة أحياناً[2]، التي لم تكن لتوجد لولا ارتباط السرطان بواقعين عنيفين، هما واقع المرض وواقع العلاج، وكلاهما جعل من السرطان مرضاً خطيراً ومخيفاً في نفس الوقت، يظهران أولا في اللغة التي يستعملها الأفراد لتسمية هذا المرض والحديث عنه «داك المرض، المرض الخايب، المرض لكحل، العدو»، وفي الحقائق الحيوية التي يلحقها الأفراد بهذا المرض بعد ذلك.

المرض، السرطان والأنوثة:

يعتبر التقسيم الجنسي للعالم الاجتماعي، وبشكل عام البناء الاجتماعي للجنس، واحدا من أهم البنيات التي يعتمدها عليها المجتمع ويستدعيها في إدراك الصحة والمرض، فالأنوثة والذكورة في السياق الثقافي والاجتماعي الذي نبحث فيه، تعد مقدمات أساسية يقوم عليها تمثل المجتمع للجسد والصحة والمرض. خاصة وأنها أبرز الظواهر التي تضيق فيها الحدود بين البيولوجي والاجتماعي، وتبدو كما لو أنها غير موجودة بالمرة، نتيجة لتاريخ طويل من التنشئة الاجتماعية التي تغذي في ذهن الأفراد الفهم الاجتماعي للبيولوجي، وتضفي الطابع البيولوجي أو الطبيعي على الفهم الاجتماعي للعالم.

(1) جاسم محمد جندل، مرجع سابق، ص. 100.

(2) Claudine Herzlich, Janine Pierret, op.cit., p. 83.

لقد انتبهت السوسيولوجيا منذ فترة مبكرة من تاريخها إلى هذه الظاهرة، مع مارسيل موس الذي أثار الانتباه إلى مسألة الاستعمال الاجتماعي للجسد، وقبل ذلك إلى عملية البناء الاجتماعي لتقنياته، ومن خلالها الطابع الاصطناعي لكل الظواهر البيولوجية التي تفقد خصائصها الطبيعية، ويتحول المجتمع إلى مجال وحيد لبروزها وتكونها، فالظواهر التي رصدها موس (طريقة المشي، العدو، مسك اليد، السباحة، النوم... الخ، والتي تختلف من مجتمع إلى آخر ومن جماعة إلى آخر ومن فرد إلى آخر) لا تدخل ضمن الظواهر الأصلية للطبيعة، بل هي ظواهر اجتماعية بالدرجة، تتشكل عبر التربية والتهذيب وتجعل العلاقة بين البيولوجي والاجتماعي ضيقة للغاية ولا تترك أي مجال لوساطة السيكولوجي[1].

إن الأطروحة التي يدافع عنها مارسيل موس حول الجسد، ترتبط بشكل وثيق بالطابع الشمولي للمنطق الاجتماعي[2]، لذلك فالجسد لا يعبر عن معطى طبيعي فقط وإنما يكشف عن جانب آخر من مظاهر فعل المجتمع في الأفراد، هو اختراقه للحياة البيولوجية للأفراد جميع أبعادها. بالإضافة إلى ذلك تظهر الخصائص الاجتماعية للظواهر البيولوجية في نظر موس –وهذا ما يهمنا في هذا الإطار– في البناء الاجتماعي للجنس، فما يميز بين الإناث والذكور في نظره لا يقف عند حدود تقسيم العمل كما ذهب إلى ذلك دوركايم، بل يقوم كذلك على ما يسميه صاحب «تقنيات الجسد «بتقسيم تقنيات الجسد بين الجنسين Division des techniques du corps entre les sexe[3].

(1) Marcel Mauss, Les techniques du corps, les classiques des sciences sociales. p. 8.

(2) على الأقل كما تصوره مارسيل موس ودوركايم.

(3) Ibid, p. 11.

إن التقسيم الجنسي لتقنيات الجسد، بما هو «فعل تقليدي ناجع Acte traditionnel efficace»، لا يتميز في نظر مارسيل موس عن باقي الأفعال التي تتم داخل المجتمع، نظير الفعل السحري والديني والرمزي، وهو ناتج حسب سيمون دي بوفوار عن تاريخ طويل من «تكوين المرأة»، ومن البناء التاريخي للأنوثة؛ مستندة في ذلك على تصور ميرولوبونتي للإنسان، حين اعتبر أن هذا الأخير «ليس نوعا طبيعيا، وإنما فكرة تاريخية»[1]، وقد تحولت (الأنثى باعتبارها فكرة تاريخية) إلى وضع اجتماعي، تحول بدوره إلى ما يشبه التصور الكسمولوجي، الذي يظهر في الثقافة وفي الطبيعة، في القيم وفي التقسيم الاجتماعي (الجنسي) للعالم والعمل والمجال، كما يخترق المعرفة والعلم والدين والقدرة والمكانة... الخ.

تتفق جل الاتجاهات المعرفية التي أثارت الانتباه إلى مسألة المرأة والجسد الأنثوي في التاريخ، سواء تلك التي استعملت البيولوجيا (ألفريد فوييه)، أو تلك التي اعتمدت على التحليل النفسي (فرويد، آدلر، يونغ)، أو التاريخ (دوركايم، مورغان، إنجلز) أو الأنتربولوجيا (جورج بالنديه) إلى أن الأنثى توجد بشكل عام في المجتمع، في وضعية أدنى من تلك التي يحتلها الرجل، سواء من حيث الطبيعة، أو من حيث بنيتها النفسية، أو مكانتها في تاريخ تطور تقنيات الإنتاج. وهذا ما يعني أن الهيمنة الذكورية وتفوق الذكور على الإناث غالباً ما يجد تفسيره إما في الطبيعة كما هو الحال بالنسبة للبيولوجيا «بلغ الشطط ببعضهم أنهم استنتجوا من وضع البويضة مكان المرأة في البيت. فقد أوحى ألفريد فوييه أنه بإمكان تعريف المرأة كلها اعتبارا من البويضة، وتعريف الرجل اعتباراً من الحيوان المنوي... إن هذه المعطيات البيولوجية ذات أهمية كبرى فهي تلعب في تاريخ المرأة دوراً أوليا وتشكل عنصراً أساسيا في وضعها»، أو في الحياة النفسية للجنس الأنثوي «أما لدى المرأة

(1) سيمون دي بوفوار، الجنس الآخر، دون تاريخ أو مكان نشر، ص. 16.

فيتخذ مركب النقص شكل الرفض المخجل لأنوثتها... كل شيء فيها يوطد فكرة تفوق الذكور»[1]. أما من الناحية التاريخية فقد اكتشف إنجلز أن «شعور المرأة بذاتها لا تحددها غيرزتها الجنسية وحدها، وإنما يعكس وضعاً يتعلق بالتكوين الاقتصادي للمجتمع... رأينا أن الصفتين الأساسيتين اللتين تميزان المرأة من الناحية البيولوجية هما، أولا أن تمكنها من العالم أضيق نطاقاً من تملك الرجل له، ثانياً أنها أكثر خضوعاً لمستلزمات النوع. إلا أن هذه الوقائع تكتسب قيمة مختلفة بحسب الحالة الاقتصادية والاجتماعية»[2].

إن المعطيات التي تكشف عنها سيمون دي بوفوار من خلال عرض بعض أشكال الاشتغال العلمي على مفهوم الأنوثة، تبين بدون شك، أن التفكير العلمي في معنى الأنوثة وفي وضعية الإناث في المجتمع يخضع في جزء كبير منه لنفس المنطق الاجتماعي الذي يعتمده الأفراد في بناء الجنسين، وهو ما يعني أن الجنس ليس معطى طبيعي بقدر ما هو ظاهرة نتجت عن تاريخ طويل من العلاقة بين البيولوجي والاجتماعي كما يذهب إلى ذلك موس، والذي يقوم حسب بورديو على عملية اجتماعية مركبة حيث تصبح الظواهر: «البيولوجية والآثار الواقعية التي تنتجها في الأجساد وفي الأذهان، نتيجة لعمل طويل من إضفاء الطابع الاجتماعي على البيولوجي، وإضفاء الطابع البيولوجي على الاجتماعي»[3].

غني عن التوضيح أن الطابع الاجتماعي لثنائية الصحة والمرض، يظهر عندما يتعلق الأمر بالأنوثة والذكورة، في وجودها كشكل من أشكال التقسيم الاجتماعي للعالم، وقد تحولت إلى مبدأ كسمولوجي، تقوم عليه نظرة الأفراد للوجودين الطبيعي

(1) سيمون دي بوفوار، المرجع نفسه، ص. 20.
(2) سيمون دي بوفوار، المرجع نفسه، ص. 24.
(3) Pierre Bourdieu, La domination masculine, édition de Seuil, Paris 1998, p. 14.

والاجتماعي، فالثنائيات الاجتماعية الكثيرة التي يقوم عليها الوجود الاجتماعي حسب بورديو: «القوة والضعف، الأعلى والأسفل، الصلب والهش، اليمين والشمال، الدخول والخروج، القرب والبعد، الكذب والحقيقة، الجاف والرطب، الواضح والغامض.... الخ»، لا تتخذ مظهراً جنسياً فقط[1]، بل إنها تتحدد انطلاقاً من مبادئ جنسية كذلك.

إن هذه الثنائيات التي تكشف عن الملامح الاجتماعية لوجود الصحة والمرض في المجتمعات الإنسانية بفعل خاصيتها الكسمولوجية والإنسانية كما يذهب إلى ذلك بورديو، والتي تؤسس في جزء منها العقل العلمي والممارسة الطبية ذاتها. هي نفسها التي تؤسس التمثل الاجتماعي للجسدين الأنثوي والذكوري في مجتمع الدراسة، حيث يصبح الأول قرين للمرض وكل مظاهر الضعف والهشاشة والشر والحاجة إلى العناية، بينما يقدم الثاني في هذا المجتمع كمعيار للقوة والصبر والصحة وكل القيم الإيجابية البيولوجية والاجتماعية.

يقدم جسد الذكور في مجتمع الدراسة بما يُمنح من خصائص اجتماعية وبيولوجية، باعتباره بناء يوجد بشكل دائم ومستمر بعيداً عن المرض، لأنه يمثل من الناحية الاجتماعية كل خصائص القوة والشجاعة والمقاومة والجفاف والصلابة والصبر التي تجعله بعيداً عن المرض، فبحكم التنشئة الاجتماعية التي يتلقاها جسد الذكور، يتحول هذا الجسد إلى بناء مقاوم للمرض تبدو فيه كل مظاهر القوة، بينما وعلى العكس من ذلك، يظهر الجسد الأنثوي كجسد هش بسيط يستدعي المرض بدل أن يقاومه، بل وجسد يجعل من المرض طبيعة، فالجسد الأنثوي، بحكم خصائصه

(1) يظهر هذا المبدأ الكسمولوجي في المجتمع المغربي، داخل حقل الأدوات التي يستعملها الحرفيون حيث يبدو لافتاً للإنتباه كيف أن تقنيي الرصاصة والكهرباء، وحرفي النجارة والحدادة، والميكانيك...، يعتمدون في التفريق بين الأدوات التي يستعملونها على معيار الذكور والأنوثة.

البيولوجية مريض دائماً، وهو أمر يظهر حسب رحمة بورقية في المعتقدات واللغة والأمثال التي ينسبها المجتمع للمرأة، والتي تنتهي في أغلبها إلى ربط فكرة الضعف Faiblesse بالنساء[1].

إن ما يجعل من فكرة الضعف هذه التي ترتبط بالجسد الأنثوي مقبولة ومستساغة بل ومشروعة، ويجعلها تتحول إلى ما يشبه البنية الموضوعية التي تؤسس التمثلات الاجتماعية للصحة والمرض بالمجتمع المغربي بشكل عام، يمكن أن نجده أولا في بعض المؤشرات التي تعكس تجربة المجتمع مع مجموعة من الظواهر البيولوجية، فالولادة مثلا لا تقدم نفسها دائما كحدث سعيد في هذا المجتمع، إذ يفقد هذا المجتمع في كل 100000 حالة ولادة جديدة 148 أم عند الوضع[2]، أما عندما يتعلق الأمر بالخدمات الصحية المقدمة للنساء بصفة عامة، فإن الهشاشة والضعف، تعتبر أهم خصائصها، إذ تظل المؤشرات الصحية المرتبطة بالاستشارات الطبية قبل الولادة، أو الولادة في أماكن مراقبة، ضعيفة، إن لم نقل إن تدخل بعض الموانع الثقافية يجعل منها غائبة بشكل كلي.

في نفس السياق يمكن القول أن ضعف الحالة الصحية للإناث مقارنة مع الذكور، يمكن ملاحظتها كذلك في التاريخ، حيث يتأسس التقسيم الجنسي للصحة، وتستمد اللامساواة الاجتماعية أمام المرض مشروعيتها عندما يتعلق الأمر بالنوع الاجتماعي من التاريخ كذلك. فالموت عندما ينظر إليه من زاوية التاريخ يبدو ظاهرة أنثوية في المقام الأول، يستهدف النساء وكل من يعيش «الفئات الأكثر تعرضا للإصابة هي فئات الأطفال والشباب والنساء، بما فيهن نسبة هامة من النساء الحوامل. يذكر دجاكسون بالفعل أن طاعون 1798-1800 ضرب أول من ضرب الشباب، وبعدهم

(1) Rahma Bourqia, Femmes et fécondité, Afrique Orient, Casablanca, 1996, p. 71.
(2) Ministre de la Santé, Santé en chiffres, 2011, p. 10.

النساء... وفي المصادر المغربية أمثلة متعددة... كهذا المثل الذي يقدمه القادري في ترجمة الفقيه السي المودن، من أعين فاس، حيث قال (تزوج امرأة وولد معها أولادا وتوفيت هي والأولاد بالطاعون)... بينما يخر الضعيف بأن أخاه فقد في هذا الطاعون ولده وزوجته»[1].

النساء والسرطان أرقام وتأويلات :

إذا كانت بعض المعطيات التي توفرها المؤسسات المهتمة بالشأن الصحي والسرطان في المغرب بشكل خاص تتجه نحو تأكيد البعد الأنثوي لهذا المرض، من خلال الكشف عن ارتفاع نسبة الإصابة بهذا المرض في صفوف الإناث مقارنة مع الذكور (بينت الدراسة التي قامت بها وزارة الصحة في ولاية الدار البيضاء أن معدل الإصابة بمرض السرطان في صفوف الإناث أعلى من نظيره في صفوف الذكور، إذ من أصل 3336 حالة، توجد 1833 أنثى أي ما يعادل 55 %)[2]. وإذا كانت بعض السرطانات لا تستهدف إلا الإناث، بحكم طبيعتهن الأنثوية مثل سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم وسرطان المبيض وسرطان الرحم... الخ[3]، فإن المعرفة الاجتماعية للمصابات والمصابين بهذا المرض، مثلها كمعظم التمثلات السائدة حول المرض وحول السرطان على وجه الخصوص تعتبر بأن السرطان حالة مرضية تلازم الجسد الأنثوي وتميل إليه أكثر من اتجاهها صوب جسد الذكور.

لقد تحول هذا الواقع الذي انتهت إليه المؤسسات التي تبحث وتهتم بالسرطان في المغرب إذن، إلى صورة ذهنية؛ تتمثل في تحوله إلى حالة وهاجس أنثوي، خاصة

(1) محمد الأمين البزاز، تاريخ الأوبئة والمجاعات بالمغرب، في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر، مرجع سابق، ص. 148/147.

(2) المخطط الوطني للوقاية ومراقبة السرطان، مرجع سابق، ص. 5.

(3) نفس المرجع، نفس الصفحة.

وأن جل المبحوثات اللواتي شاركن في هذه الدراسة تعتبرن أن الجسد الأنثوي، يعتبر المجال الأكثر قابلية للإصابة بهذا المرض بالذات وأكثرها استعداداً للمرض بشكل عام، ما دامت الأنثى كما قالت إحدى المبحوثات «هي الأكثر قابلية للإصابة بهذا المرض»[1] ولعل الدليل على ذلك كما تقول نفس المبحوثة، هو «أن أكثر ما تشاهده في المستشفى وفي جلسات العلاج وفي مؤسسة دار الحياة هو الحضور القوي والكثيف للنساء مقارنة مع الرجال»[2]. وبالتالي فإن مقاومتها لمرض خطير وعنيف كالسرطان، لا تترك لها أي فرصة للنجاة أو الإفلات من هذا المرض، بل إنه لا يستهدف عادة إلا الأعضاء الأنثوية، فالسرطان كما يظهر من العبارات التي استعملتها المبحوثات يستهدف غالباً الثدي (البزولة) أو الرحم، وهي أهم الأعضاء التي تتأسس عليها فكرة الأنوثة في المجتمع وتعرف النساء من خلالها مقارنة مع الذكور، فالفروق الطبيعية بين الذكور والإناث غالبا ما يتم اختزالها من طرف الأفراد في المجتمع في الاختلاف الجنسي والجسمي بين النوعين. بالإضافة إلى ذلك، فإن السلوك الإنجابي للمرأة وما يرتبط به من أفعال أو «أوهام»، يعتبر من طرف مبحوثات أخريات سبباً هاماً من عوامل الإصابة بهذا المرض، فإحدى المبحوثات اعتبرت أن النساء معرضات لخطر السرطان أكثر من الذكور، لأنهن يتناولن حبوب منع الحمل، التي تعتبر في نظرها السبب الأول والأساسي لتعرض الإناث لهذا المرض، وبالتالي فإن الإناث ستبقين معرضات دائماً لهذا الداء، ما دامت هذه الحبوب وما يدور في فلكها من وسائل تنظيم النسل تستعمل من طرف النساء. وإذا ما نظرنا إلى ما يرتبط بهذه الفعل (تنظيم النسل) من قيم ثقافية، تصنفه عادة في خانة الأفعال المحرمة التي تعارض الإرادة الإلهية[3]، وإذا ما نظرنا إلى كثافة الخطاب الرسمي الذي أنتجه

(1) مقابلة رقم 1.

(2) نفس المقابلة.

(3) المختار الهراس، إدريس بنسعيد، الثقافة والخصوبة، دار الطليعة، بيروت، الطبعة الأولى، 1996.

المجتمع حول هذا المرض، سواء من طرف الخطاب الديني الرسمي، أو الخطاب الطبي أو المعرفة التي أنتجها التدين الشعبي، والتي تعتبر السرطان عقاب إلهي تؤدي النساء تكلفته بدل الرجال.

يرتبط استهداف السرطان للجسد الأنثوي بما يمكن أن نسميه كذلك بالبناء الاجتماعي للأنوثة وللجسد الأنثوي على وجه التحديد، فكرة يمكن تلخيصها في عبارة بسيطة استعملتها إحدى المبحوثات المصابات بسرطان الرحم وهي تصف قابلية الجسد الأنثوي للسرطان، فالمرأة بالنسبة لها هي: «مجمع للأمراض»[1]، وفيها تجتمع كل أنواع السرطانات. لقد كان هذا الموقف هو نفسه الذي عبرت عنه كل المبحوثات اللواتي استهدفتهن هذه الدراسة، و لم تعبر أي منهن عن موقف مخالف، وهذا ما يعني أن الطابع الأنثوي للسرطان ليس واقعاً مادياً فقط تؤكده الأرقام والإحصاءات التي أنتجتها وزارة الصحة أو مؤسسة «لالة سلمى» للوقاية من السرطان، وإنما هو واقع ذهني وقد تحول الواقع الملموس إلى معرفة يستعملها الفاعلون الاجتماعيون في فهم الواقع وتأويله.

السرطان وطقوس المرور:

لا يعتبر المرض لحظة منعزلة في بيوغرافية الأفراد ومسار عيشهم، وإنما يوجد في حياة كل فرد كتجربة لها ما قبلها وما بعدها، فالمرض ونعني السرطان في هذا الإطار ما دمنا لا نتحدث إلا عنه في هذه الدراسة، يحوي تجربة انتقال ومرور، وتجربة لإعادة تعريف الذات والمكانة والوضعية والدور، وتحولا لا يحدث فقط على مستوى الجسد ولا يقف عند مستوى العضوية، وإنما يتجاوز ذلك ليصل إلى المعايير والقيم والنظرة إلى الكون عموماً، فالمرض كما وصف ذلك مارك أوجي في

(1) مقابلة 5.

معنى الألم، هو اللحظة الفاصلة بين الموت والحياة، إذا بقدر ما ينتج المرض قرباً من الموت، بقدر ما يعد العلاج منه حياة جديدة، وتجربة المرض بالسرطان والعلاج منه غالبا ما كشفت على أن السرطان يرتبط بطقس مرور rite de passage أو بالأحرى طقوس مرور، يمكن تتبعها كما أشارت إلى ذلك كل من آني هيبرت Annie Hubert وفاني سومبوبيالي Soum-Pouyalet في الفهم الذي يسمح للمرضى بالتعبير عن وقبول وعيش أحاسيس جديدة تنتجها الإصابة بالمرض، لا سيما إذا علمنا أن «كل التغيرات التي تحدث على مستوى موقف الفرد ووضعيته، تتضمن أفعالا وردود أفعال بين الدنيوي والمقدس، أفعالا وردود فعل يجب أن تنظم وتراقب الفرد من أجل ألا يظهر داخل المجتمع أي ضيق أو ضرر»[1]، هذا ما وقفنا عنده في بعض المقابلات حيث تتحول وضعية المصابة بالسرطان عبر سلسلة من الإجراءات التي تتوسط لحظتي العادي والمرضي إذا ما جاز أن نستعمله عبارة كانغليم.

يعني قبول الإصابة بالسرطان والتعايش معه وطلب علاجه، الانتقال من وضعية العيش بدون مرض أو على الأصح دون معرفة الإصابة بالمرض، إلى وضعية الاعتراف بالمرض والعيش به، وهو قبول يعكس حالة من التنافي بين وضع ما قبل المرض وما بعده، أي وضعية مرور تتطلب طقوسا خاصة، تكون «إيجابية وتعاطفية» عندما تكون بالطريقة التي ينتظر المريض أن تكون مسرحتها بالطريقة التي يتخيل بها ذلك، وسلبية عندما تقدم هذه الأفعال وردود الأفعال بشكل مختلف ومخالف لانتظارات الفرد وصورة المرض والمريض كما تمثلها عبر سلسلة طويلة من أفعال التنشئة والاستبدان.

(1) Arnold Van Gennep, Les Rites de Passage, étude systématique des rites, «Les classiques des sciences sociales, http://classiques.uqac.ca/; 1981, p. 12.

« لم أكن أعرف أني مصابة بالسرطان، كنت أحس بألم ونزيف لكني لم أكن أعلم أنه سرطان، آخر شيء كنت أفكر فيه هو أن أكون مصابة بالسرطان، كنت أتابع حالتي الصحة مع أطباء النساء والتوليد، أدفع مستحقات الأطباء وأشتري الأدوية، لكن بمجرد مرور شهر أو شهرين حتى يعاودني النزيف من جديد، لم أكن أعرف أصل المشكل ولا سببه، كان يخبرني الأطباء أن الأمر يتعلق بـ «برد» لم أكن أتخيل أنه سرطان، و لم أشك يوما في أني قد أكون مريضة به، إلا بعد مرور عامين، من النزيف الذي لم يتوقف، أقتني الدواء وأعاود اقتنائه أزور الطبيب ثم أبحث عن الآخر، إلى أن التقيت صدفة إحدى الطبيبات عند ولادة ابنتي، أخبرتها بحالتي وبما أعيشه من ألم، قبل أن تجيبني أن هذا النزيف غير عادي بالمرة وأحتاج إلى فحص بالمنظار...، قامت بتنظيف «كرطات» رحمي وقطعت جزءاً منه، وأرسلناه لمراكش من أجل الكشف عنه وتحليله، بعد ذلك تلقيت ظرفا بالنتائج، عرفت من كلام الطبيبة أنه مرض خطير، خاصة عندما بدأت تتكلم عن مرض علاجه متوفر. لقد تلقيت الخبر بشجاعة لم أبكي و لم أحس أني ضعيفة ومحطمة، وأخبرت الطبيبة أن هذا قدر من الله وأنا مستعدة لكل ما يمكن أن يصيبني »[1].

تعكس تجربة فاطمة حالة عدد كبير من النساء اللواتي لا تعرفن بالسرطان ولا تعترفن به إلا عبر سلسلة طويلة من الإنكار والإهمال الذي يطبع التدبير الاجتماعي، فمسار معرفة المرض والاعتراف به كما تقدمه هذه الحالة تجمع بين ما قبل المرض وما بعده، وتجاور المقدس والدنيوي، وتحوي الفعل ورد الفعل، وسلسلة من الأحاسيس والمعارف والمفاهيم والتوجهات الذهنية. ترتبط حالة ما قبل المرض بإحساس دائم بالألم ومحاولات للعلاج تخطئ دائما الحالة المرضية الحقيقية التي تعاني منها، وتكون كل شيء إلا المرض الذي يعيشه المريض ويحس ألمه. قبل أن ننتقل إلى فكرة الإخبار

(1) مقابلة رقم 1.

والمعرفة، فالانتقال بالعيش دون المرض إلى العيش بالمرض، تتطلب لحظة وسيطة هي معرفة المرض أو الإخبار بالإصابة بالمرض ووجوده في العضوية، فأغلب الأفراد ينتظرون شكلا معينا للإخبار يكون فيها الأطباء منتجون لمعرفة معينة حول المرض، ولخطاب يتجاور فيه المقدس والدنيوي، ويتحول فيه الطبيب إلى فقيه وأب وداعية ومتعاطف، ويكف عن الظهور كتقني ينضح بالحقائق كما هي بغض النظر عن كلفتها الثقافية والاجتماعية والرمزية وحتى النفسية بالنسبة للمرضى، تحكي إحدى المبحوثات في هذا الإطار كيف أن الطبيب أخبرها بنتائج الفحوصات والتحليلات الطبية التي أظهرت إصابتها السرطان، لم يكلف نفسه أي تعاطف ولا أبسط قدر من الإنسانية في إخبارها بإصابتها بالمرض «أخبرني بكل برود ولا تعاطف أني مصابة بالسرطان، قالي لي هكذا، أنت مصابة بالسرطان سيدتي (عندك السرطان آلالة)»[1].

تحتوي لحظة الإعلان عن المرض على حساسية كبرى وتتخذ في بعض الأحيان طابعاً طقوسيا يخرج عن دائرة المؤسسة الطبية ويعتبر فيه الطبيب فاعلا ثانويا، حيث يتم تدبير هذا الفعل بشكل جماعي انطلاقاً من سجلات أخرى بعيدة عن الطب وبرود الخطاب الطبي وعنفه أحياناً، إذ يتحول الأبناء أو الأزواج أو بعض الأقارب إلى وسطاء حقيقيين لمعرفة المرض وللمعرفة التي ترتبط بالمرض؛ فالمعرفة التي يقدمها هؤلاء الفاعلون غالباً ما تكون مغلفة بلباس أخلاقي ومقدس ورمزي، تعتبر الحميمية والقرب على مستوى اللغة والمشاعر والأحاسيس هي البنية التي يستثمرها الفاعل العادي في إنتاج المعرفة حول المرض وفي قبول الإصابة بالمرض: «قبل أن يخبرني ابني بأني مصابة، عانقني بشدة، وبكى بحرقة غريبة، خفت أن يكون به ضير، سألته أكثر من مرة عما به، قال لي أنه يريد إخباري بشيء لكن لا يجب علي القلق أو الخوف، أخبرته أني الآن أخاف عليه، وأخاف أكثر أن يكون به مكروه، أحسست

(1) مقابلة 3.

بتردده الكبير زاد خوفي وقلقي عليه، إلى أن أخبرني بعد إلحاح وبألم كبير فقد كان بالكاد يخرج بعض الحروف، بأني مصابة بالسرطان، قلت له بارتياح شديد، لقد أخفتني اعتقدت أنك تعاني مشكلاً معينا، أما السرطان فمرض عادي وقدر من الله سأشفى منه، يقولون في التلفزيون أن كثيرا من النساء اللواتي عانين هذا المرض شفين»[1].

ترتبط وضعية ما بعد الإخبار بسلسلة من الأفعال تتحدد غالباً في إعادة تشكيل نمط جديد من العلاقة داخل الجماعة أو المجموعة التي تعيش بها المصابة بالسرطان، حيث يتحول السرطان كما تشير إلى ذلك فرانسين سايون إلى مرادف للموت، فالمصاب بالسرطان إما ميت مسبقاً أو شخص ميت أو في طريقه نحو الموت، لذلك فدور المريض بالسرطان الذي يتحوله الفرد بعد معرفة حدث الإصابة، تتجه في الغالب نحو استدعاء سلوكات الأفراد الذين تعدهم الثقافة الشعبية قريبين من الموت، كالمسنين والمرضى، من حيث تحول الخطاب الديني إلى خطاب مركزي ومحوري في المعرفة التي ينتجهونها نحو العالم وأنفسهم، ويتحول المريض في الغالب إلى منتج لخطاب ديني كثيف حول الإنسان والمرض «المرض قدر من الله، لا يمكن أن تسلم منه مهما حاولت، الله هو من يبتلي بالمرض وهو من ييسر العلاج»، والانسحاب من العالم الاجتماعي ومن معظم الأدوار والمسؤوليات التي كانت تفرضها مكانة الفرد وموقعه داخل المؤسسات الاجتماعية التي يوجد فيها، فالمريض بالسرطان، يعيش دوره كمريض بشكل كامل «هل يبقى طعم للحياة بعد معرفة أنك مريضة بالسرطان؟ لا؛ لقد رجعت للوراء وسرت أفكر في مرضي غير قادرة على القيام بأي شيء، أتساءل لماذا أنا بالضبط، ماذا فعلت؟ راجعت كل الماضي، لم أجدني فعلت شيئا أستحق عليه هذا المرض. فقلت هذا قدر من الله علي أن أقبله»[2].

(1) مقابلة 4.

(2) مقابلة 5.

السرطان وتجارب الألم :

لا ينفصل السرطان داخل المعرفة التي ينتجها الحس المشترك حوله عن الألم، بل إنه لا يقدم داخل الوعي الاجتماعي إلا بوصفه أكبر تجربة معاناة يمكن أن تلحق الجسد والفرد والعالم الاجتماعي الذي يعيش بين ظهرانيه؛ فالسرطان صحيح «يمس الحالة الصحية عموما، لكنه يمس كذلك، الوضع السوسيو اقتصادي، والوضعية العاطفي، والوضعية الزواجية، العلاقات مع الأقارب... الخ»[1].

إن ارتباط السرطان بالمعاناة والألم ينتج بالدرجة الأولى عن الأزمة التي تلحق «الثقة في الذات وفي الأقارب والعالم، فغيدنز على سبيل المثال يعتبر أن الثقة والأمن الوجودي Sécurité Ontologique والإحساس باستمرارية الأشياء والأشخاص، مرتبطة فيما بينها»[2]، إن المعاناة هي الأزمة أو لنقل بعبارة أقل تعقيداً مع جون فوكار Jean Foucart هي تلك القطيعة التي يدخلها المرض على المسار والسيرورات الاعتيادية للحياة اليومية للفرد، فالمرض يحدثا خللا على مستوى العضوية وقطيعة بين الجسد السابق على المرض والجسد ما بعد المرض، خاصة في الحالات التي يصل فيها المرض إلى حد استئصال بعض الأعضاء، ويحدث خللا على مستوى نوع وطبيعة العلاقات التي تجمع المريض بأقاربه، إذ في الوقت الذي يبحث فيه المريض على أن يكون أكثر تحرراً ويعيش تجربته في المرض كحرية وكسلطة، وابتعاد عن جزء مهم من مسؤولياته الاجتماعية، يحاول أقاربه في الغالب أن يجعلوا منه تابعاً وعاجزاً، ومفعولا به يحتاج لعناية كبرى.

إن الألم الذي يحدثه السرطان، لا يقف عند حدود العضوية، ولا يمكن اختزاله في العبارات الكثيرة التي ينتجها المرضى لحظات العلاج وما قبل العلاج، وإنما هو

(1) Francine Saillant, Cancer et culture, op. cit,, p. 140.

(2) Jean Foucart, Sociologie de la souffrance, de Boeck, Bruxelles, 1ère édition, 2003, p. 13.

ألم جماعي، يحسه المريض ومحيطه خاصة إذا علمنا أن السرطان لا ينفصل بالنسبة للمرضى ومحيطهم عن أكبر تجربة ألم يمكن أن يعيشها الإنسان بشكل فردي وجماعي وهي الموت.

تعتبر إحدى المبحوثات أن سبب توجهها نحو الطبيب للكشف هو ذلك «الألم والتعب والإرهاق الكبير الذي كانت تعيشه» وتتحدث أخرى عن «نزيف استمر لمدة سنتين، ومعاناة شديدة لم تنقطع طيلة هذه المدة إلا للحظات»، وتقول ثالثة أن «ألم السرطان، يجعلك تحس أنك قريب من الموت»...، إن الألم الذي يحدث على مستوى العضوية وتعيشه المصابات كتجربة فردية، سرعان ما يتحول إلى أنواع من المعاناة التي تتقاسمها المريضة مع الجميع «كنت أحس أن الجميع مريض بسبب، لقد تأثر زوجي كثيراً، بعد مرضي وتغيرت حياته رأساً على عقب...، أما أبنائي فمنهم من لم ينم لمدة أيام بسبب خوفه علي من الموت»[1].

تخريج :

حاولنا على امتداد هذه الورقة، وهي للإشارة جزء من دراسة لم تكتمل بعد، أن نكشف على الطابع الجماعي الذي يتم من خلال إنتاج ومعرفة وتدبير السرطان، ذلك أن المعطيات الاجتماعية والثقافية التي تقدم نفسها كخزان للمعارف والتجارب الفردية، تفعل بشكل أكبر وأقوى من كل المعارف البيوطبية التي تنتجها المؤسسة والفاعلون الطبيون، حيث لا يتجاوز استعمالها مجال التدبير التقني للمرض والمؤسساتي الإكلينيكي للمريض، أما تجربة المرض ومعرفته فإنها تحدث على مستويات واسعة داخل سجل الثقافة والمجتمع. كشفت الدراسة على أن الإصابة بالسرطان تخضع مثلها مثل كل الأحداث الكبرى في حياة الفرد والجماعة

(1) مقابلة.

وتستدعي بالضرورة طقوس مرور، يفترض أن تخضع لترتيب صارم ودقيق من حيث الإخبار بالمرض وطريقة إعلانه وشكل قبوله أو رفضه... الخ. أخيرا وليس آخر، يمكن القول أن الألم الذي ينتج عن السرطان لا يعني فقط الجسد، ولا تعتبر العضوية مجال فعله وظهوره الوحيد، بل إنه يتجاوز ذلك إلى كل النظام الاجتماعي الذي يحيا فيه المريض، حيث يعيد المرض تشكل المؤسسات والبنيات والعلاقات التي يوجد فيها المريض.

لائحة المراجع:

- Amsellem Norbert, Phillipe, Bataille, Le Cancer: un regard sociologique, la découverte, 2018.
- Augé Marc, Hérzlich Claudine, Le Sens du Mal, Éditions des Archives Contemporaines, Paris, 2001.
- Bourdieu Pierre, La domination masculine, édition de Seuil, 1998.
- Bourqia Rahma, Femmes Et Fécondité, Afrique Orient, 1996.
- Cantor Robert C. Self Esteem, Sexuality and Cancer Related Stress. Frontiers in Radiotherapy and Oncology, Basel, Kargel, Vol. 14, 1980.
- Comaroff Joan, Medicine and Culture: Some Anthropological Perspectives. Social Science and Medicine, 12B: 4, 1978.
- Derbez Benjamine, Zoé Rollin, Sociologie Du Cancer, la découverte, 2016.
- Dionne Louis et al., Breast Cancer. Impact of Surgery on Quality of Life and Survival of Breast Cancer Patients. Hôtel-Dieu de Québec, miméo, 1982.
- Foucart Jean, Sociologie de la souffrance, de Boeck, Bruxelles, 1ère édition, 2003.
- Glaser Barney, Anselm L. Strauss, Awareness of Dying. Chicago, Aldine Publishing Company, 1965.
- Mauss Marcel, Les techniques du corps, les classiques des sciences sociales.
- Rosenbaum Ernest, Isadora Rosenbaum, A Compréhensive guide for cancer patient and Their families, Palo Alto, Bulttein Pub Co., 1980.

- Saillant Francine, Cancer Et Culture, Reproduire Le Sens De La Maladie, les classiques des sciences sociales, édition électronique, 2009.
- Van Gennep Arnold, Les Rites de Passage, étude systématique des rites, «Les classiques des sciences sociales, http://classiques.uqac.ca/; 1981.
- محمد الأمين البزاز، تاريخ الأوبئة والمجاعات بالمغرب، في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر، منشورات كلية الاداب والعلوم الإنسانية، 1998.
- المختار الهراس، إدريس بنسعيد، الثقافة والخصوبة، دار الطليعة، الطبعة الأولى، 1996.
- سيمون، دي بوفوار، الجنس الآخر، دون تاريخ أو مكان نشر.

التقارير:

- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1999, pour un réel changement, Economica, 2000.
- Ministre de la santé, Enquête nationale sur les facteurs de risque communs des maladies non transmissibles 20172018/.
- وزارة الصحة، جمعية لالة سلمى لمحاربة داء السرطان، المخطط الوطني للوقاية ومراقبة السرطان 2010-2019، المحار الاستراتيجية والتدابير، يوليوز 2009.

النساء والسحر

بحث في مسار إدراك امرأة لجسدها المسكون

د. يونس الوكيلي

المعهد الجامعي للبحث العلمي

جامعة محمد الخامس – الرباط

ملخص:

يتناول الباحث في هذا البحث المراحلَ التي تقطعها المرأة لإدراك جسدها المسكون/الممسوس، معتمداً على المنظور الأنثروبولوجي في التحليل من خلال دراسة سيرة امرأة خمسينية تعتقد أنها مصابة بالسحر. فخلصت الدراسة إلى ثلاث مراحل أساسية، مرحلة علامات السحر ثم اكتشاف السحر، وأخيرا الاعتراف بالجسد مسكوناً بعد تعرض المرأة إلى الصرع/الترانس أثناء قراءة القرآن عليها من طرف الراقي الشرعي الذي يعد وسيطا محوريا في عملية الإدراك ككل. كما توصل البحث إلى أن تلك المراحل تحصل بشكل تدريجي في الزمنِ الشخصي لأطوار العُمر ولا ترتبط بحدث واحد فقط، بل بمجموعة أحداث يتداخلُ فيها العالم الذاتي للمرأة بعالمها الاجتماعي في مختلف أبعاده العائلية والمهنية والدينية، وهذا ما يعكس في نهاية المطاف اعتراف المرأة بتدخل كائنات لامرئية في جسدها، واعتبارها المسؤولة عن سوء الحظ (لْعْكُوسَاتْ) الذي عاشته في مسار حياتها.

الكلمات المفاتيح:

الجسد المسكون، الأنثروبولوجيا، السحر، الصرع، الرقية الشرعية.

Abstract :

The researcher deals in this research with the steps that the woman goes through to realise her possessed body, based on the anthropological perspective in the analysis through studying the biography of a woman in her 50s who thinks that she is affected by Magic(siḥr). The study concluded to three basic steps; The step of observing Magic signs then discovering Magic and finally the recognizing that the body is possessed after exposing the woman to the trance state (sar') during recitation the Quran (ruqyaa shariya) to her by the healer who is considered the axial mediator in the realization process. Also, the research finds that those steps happen gradually in her life and not related to just one event but to many events in which the self of the woman interferes with her social world in its different dimensions, the familial, the professional and the religious, and this is what reflects at the end, the confession of the woman that invisible creatures possess her body, which is considered the responsible of the bad luck (Lā-akoussat) she has suffered from during her life.

Key Words :

Anthropology, possessed body, trance state, Magic, Ruqyaa shariya.

مقدمة :

تحاول هذه الورقة الإجابة عن السؤال التالي: ما هو المسار الذي تقطعه المرأة لإدراك جسدها «المسكون»؟ وتفترض هذه الورقة أن عملية الإدراك تحصل بشكل تدرجي تصاعدي في الزمن الشخصي، ويتمفصل فيها العالم الذاتي للمرأة بعالمها الاجتماعي في أبعاده المتعددة. ويتأسس التحليل في هذا البحث على المقاربة الأنثروبولوجية نظرا لما توفره من تراكم علمي لافت في دراسة أنظمة الطب الأهلي[1] الذي نعتبر السحر والرقى تنتمي إليه. لقد ارتكزنا على وجهة نظر منهجية أساسية تقتضي كما يقول ماكس فيبر أن «العلة الموجبة لمعتقدات أحد الأفراد تطابق المعنى الذي تتخذه هذه المعتقدات في نظره، ولذلك يتعين على عالم الاجتماع أن يبين أن هذا المعتقد يعني ما يعنيه بالنسبة إلى هؤلاء الأشخاص»[2]؛ وبتعبير كليفوردجيرتز، فإننا نسعى إلى «الكشف عن المعنى واستحضار وجهة نظر الفاعلين حول أفعالهم»[3].

لقد اتخذنا سيرة امرأة في نهاية عقدها الخمسين حالةً دراسية لهذا البحث، وهو تمشٍ منهجي معروف في الأبحاث الأنثروبولوجية، يسمح بقراءة الثقافة انطلاقا من تجربة الفرد في سياقه الاجتماعي، ومن أشهر الدراسات التي أنجزت في المغرب

(1) Edward Wellin, Theoritical Orientations in MedicalAnthropology: Continuity and change over the pasthalf-centry, in Culture Disease and Healing: Studies in MedicalAnthropology, Edited by David Landy, Macmillan Publishing, New York, 1977, pp. 47-58.

(2) Raymond Boudon, 2007, Essais sur la théorie générale de la rationalité : Action sociale et sens commun, PUF, Paris, p. 139.

(3) كليفوردغيرتز، تأويل الثقافات، مقالات مختارة، ترجمة محمد بدوي، مراجعة الأب بولس وهبة، المنظمة العربية للترجمة، الطبعة الأولى، بيروت، 2009، ص. 82.

بهذا المنهج نجد **توهامي** لفانسنتكرابانزانو[1] **والمعرفة والسلطة بالمغرب** لديل أيكلمان[2] **وحوارات مغربية** لكيفين دواير[3]، وغيرهم، فهذا النوع من الأبحاث المرتكزة على الملف الشخصي توفر إمكانية الولوج بعمق إلى العالم المفهومي والرمزي للأفراد وتقرب أكثر من ذاتية الآخر[4]، فضلا عن أن الأبحاث في علم النفس والتحليل النفسي عديدة في اعتمادها على حالة واحدة.

وعلى الرغم من مقابلاتنا المتعددة مع نساء يعانين من السحر، فقد وجدنا حالة السيدة (فتيحة) نموذجية سواء باعتبار سنها أو حالتها العائلية أو مسارها المهني فضلا عن قدرتها على التعبير عن تجربتها عبر تعاقب زمني يقارب الثلاثين عاما، وهذا ما يجعل تجربتها الأنسب لقراءة مسار الإدراك. وغني عن التوضيح أن أنبه إلى احتياطين منهجيين، **الأول**: يتعلق بالحالة المدروسة، فسرد الذات ممكن رغم خضوعه «لمسار قصصي خيالي»[5] كما يقول جاك لاكان، قابل للتغير والاختلاف والمراجعة على الدوام، فما حكته (فتيحة) بطريقة ما من المحتمل أن تحكيه في وقت آخر بطريقة أخرى. **والثاني**: وهو يرتبط بالباحث الإثنوغرافي وعلاقته بخطاب المبحوث، فالباحث مجرد مدوّن للخطاب الاجتماعي، وهو عندما يفعل ذلك يحول هذا الخطاب من مجرد حدث عابر، لا يوجد إلا في لحظة حصوله، إلى حكاية مكتوبة

(1) Vincent Crapanzano, 1980, Tuhami: Portrait of a Moroccan, the University of Chicago Press, Chicago and London.

(2) Dale F. Eickelman, 1985, Knowledge and Power In Morocco: The Education of a Twentieth-Century Notable, Princeton University Press.

(3) كيفين دواير، 2008، حوارات مغربية بين المؤلف كيفين دواير والفقير محمد الشرادي، مقاربة نقدية للأنثروبولوجيا، ترجمة محمد نجمي الروداني ومحمد حبيدة، مراجعة محمد المنصور والمختار النواري، مطبعة النجاح الجديدة، الدار البيضاء.

(4) المرجع نفسه، ص. 397.

(5) جوديث باتلر، 2015، الذات تصف نفسها، ترجمة فلاح رحيم، التنوير للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، بيروت، ص. 86.

يمكن العودةُ إليها لاحقا وتقطيعها وإعادة تنظيمها وتأخير أحداث منها وتقديم أخرى، وهذا بالأساس ما يجعلنا نقول مع كليفوردجيرتز أن الكتابة الأنثروبولوجية ما هي إلا قَصص مُتخيّلة، قصص بمعنى أنها «أشياء مصنوعة»[1] يُعمِل فيها الباحث أدواته المعرفية والمنهجية ليبني موضوعه.

تسلك هذه الورقة ثلاث محطات أساسية، **أولا**: إدراك السحر من خلال علامات. **وثانيا**: اكتشاف السحر من خلال توسط الراقي الشرعي. **وثالثا**: الصرع وتأكد الإصابة بالسحر.

1. علامات السحر:

لابد أن نحدد في البداية أن العلامة هي الإشارة الواضحة التي تساعد على الإمساك بأمر خفي كما يقول أمبرتو إيكو، والشيء لا يصبح علامة إلا إذا أوّله أحدهم على أنه علامة على شيء ما.[2] فالعلامات هي أحداث تقع للشخص داخل الحياة الاجتماعية وفي علاقته بالأفراد الذين يشاركهم الأنشطة اليومية، وهو يختلف عن الأعراض التي ترتبط بالجسد وما يعتريه من تحولات فيزيولوجية واضرابات نفسية.

أدركت (فتيحة) مرضها من خلال علامات، فهي عندما تسترجع أحداثا من تاريخها الشخصي من خلال عملية تأويل تهدف إلى الاستدلال وإثبات شيء ما، فهي تقف على ما تسميه «لْعْكُوسَاتْ»، وهي كلمة من الدارجة المغربية تشير إلى سوء الحظ الذي يلاحق الشخص كلما هَمَّ إلى عمل هام في حياته، وهي عند (فتيحة) إشارات غير مباشرة إلى الإصابة بالسحر، لكنها ليست إشارات حاسمة، و لم تصبح كذلك إلا بعد اقترانها بعلامات أخرى. فهذه العلامات أوردتها (فتيحة) عبر

(1) كليفوردغيرتز، تأويل الثقافات...، مرجع سابق، ص. 101.

(2) محسن بوعزيزي، 2010، السيميولوجيا الاجتماعية، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، ص. 86.

التذكر، لقد كانت أحداثا عادية، لكن بعد أعوام، وإدراكها للسحر، عادت لتضع تلك الأحداث على ضوء نظرية السحر كما تتصورها، وقد حددنا بعد الحوارات مع السيدة (فتيحة) ست علامات، هي:

تستعيد (فتيحة) شريط الذكريات فيما يقرب من خمس وعشرين سنة، لقد لاحظت، علامةً أولى، (فتيحة) أنها كانت تجري بعد تخرجها سنة 1994 مباريات عديدة للتوظيف ولكن لا تقبل فيها رغم نقطها المرتفعة، وظلت كذلك حتى سنة 1998 دون أن يحالفها الحظ، كما تحكي أيضا أنها بعد أن أنهت دبلوم الدراسات العامة في الفيزياء والكيمياء، انتقلت إلى التسجيل في كلية الآداب، وحصلت على الإجازة في الدراسات الإسلامية، وبعدها وقعت لها صعوبات في استكمال الدراسة. تتذكر (فتيحة) علامةً ثانية في نفس الفترة الزمنية، وهي أنها عام 1993 لما دخلت هي وزوجها إلى الغرفة ليلة عرسها وجدت رائحة كريهة لا تطاق رغم أن عائلتها أعدّوا لها الغرفة واعتنوا بها، ظل زوجها يقرأ سورة البقرة كاملة لمدة ساعتين دون جدوى، تضيف: «في نفس الليلة تفارقت مع زوجي، ومررت بعد ذلك بأزمة عصيبة».

تتوالى العلامات، وبشكل لا يخلو من اليقين تعتبر (فتيحة) أن رؤيا رأتها تعد علامةً ثالثة في إدراكها للسحر، وأن هناك أمر غير طبيعي يقع في حياتها، فتقول إنها سنة 2003 رأتْ رؤيا كانت حاسمة إلى درجة أنها لا زالت راسخة في ذهنها حتى اليوم. فقد رأت أنها التقت الملك محمد السادس في قصره، فرحب بها بشكل لائق، فتقول: «عندما أردت التحدث معه، لم تخرج الكلمات من فمي رغم أني أريد الكلام، وهو ينتظرني أن أتكلم. وبدأت أبحث عن ورقة وقلم، لكني لم أجدهما، كنت واقفة أمامه فمدّ لي شاب قطعة من الثوب وإبرة وخيط حرير. أردت أن أكتب

بالإبرة والخيط على الثوب أني حاصلة على شهادة وأريد العمل، ولكن الخيط يتبعثر (كيتخبل) بين يدي، ولا أكتب أي شيء، كان ينظر لي، وكأنه يقول لي بعينيه: «أردت أن أساعدك، ولكن لم أعرف ماذا تريدين». لقد كانت هذه الرؤيا مؤثرة للغاية في تصورها لحياتها الماضية، فقطعت الشك باليقين بأنها مسحورة، لذلك تخلت عن الترشح للتوظيف الحكومي، وبدأت في شق مسارها المهني الخاص.

تنتقل بعد ذلك (فتيحة) إلى سنوات زواجها الذي امتدّ بين 1999 و2015، لتعتبر أن خيانة زوجها كانت علامةً رابعة، تقول: «زوجي/طليقي كان يخونني (عينو زايغة)، وبعد اليوم الذي يبيت خارج المنزل، وعندما يكون بجانبي، أنفر منه، وأحس بشخص داخلي يقول له: أنا أكرهك، أنا أكرهك، يعانقني، لكن أقول له أكرهك أكرهك، دون أن أنطقها، ولكن كانت واضحة في وجهي، وهو يحس بها، كأنه تخاطر عن بعد. وألح عليه: لا تقربني». فالنفور الذي عبرت عنه (فتيحة) لزوجها ترده إلى كائن آخر ينبعث صوتا من داخلها. وتجدر الإشارة إلى أن (فتيحة) أثناء حكيّها لهذا الحدث تُذكِر أنها زارت وزوجها لفترة قصيرة على إثر ذلك راق شرعي بعد تكرر النفور لكن دون فائدة، واستمر الحال إلى أن تمّ الطلاق بينهما سنة 2015. وكل هذا الذي حدث، الخيانة والنفور جراء صوت داخلي ترده (فتيحة) في الأخير إلى أن «الجن كانوا من بين أسباب الطلاق (كيزيدو يْشعلو لْعافية)».

تمر (فتيحة) إلى سنوات أقرب إلى تاريخ الحكي، فتلاحظ، علامةً خامسة، وهي تغيّر سلوكه اتجاه أفراد أسرتها، وخاصة أبيها، تقول: «قبل أسابيع قليلة، كان والدي يقرأ القرآن، وفي العادة يسألني: هل صليت العصر أو الفجر مثلا. كان يحدثني وجها لوجه، فاستهجنت حديثه، وأحسست بنفسي تغيرت، فقلت له: اصمت، اصمت، وقسمات وجهي تغيرت. وأشحت بوجهي عنه، قائلة: اصمت، ويدي

تدفعه بعيدا، كأني أرفض كلامه، ثم قمت لأبتعد عنه. وتوجهت مباشرة إلى المرآة، ونظرتُ إلى وجهي، فلم يعجبني، وبناتي أيضا لاحظوا تغيّر قسمات وجهي. وفي العادة، أنا لا أستطيع أن أكلم والدي بتلك الطريقة لما أكنّه له من احترام». يبدو أن (فتيحة) تقوم بتأويل هذا الحدث على أن الجنّ الذي يسكنها هو الذي رفض توجيه أبيها فيما يتعلق بأداء الطقوس العبادية، وهذا ما تؤكده في حوارها معي عندما لاحظت أنها يوم الجمعة لا تستطيع أداء كل الصلوات في وقتها»، تقول: «كل مرة أخلف صلاة واحدة في يوم الجمعة بالضبط، رغم حرصي الشديد»، وهذا يعني حسب (فتيحة) أن هناك قوة تصدها عن أداء الصلاة في وقتها.

تواصل (فتيحة) تَذكُر تفاصيل أخرى في حياتها اليومية لتربطها دائما بفرضية الجن، فتلاحظ أنها مصابة بالعيْن، علامةً سادسة، إذ تستحضر حدثا وقع لها قبل عام، تقول: «لديّ مكتبة في شقتي. وبسبب ضيق شقتي، يمكن للضيوف رؤيتها لأن المكتبة في مكان مكشوف في الممر، وهي تحوي كتبا متنوعة فيها ما يتعلق بتخصصي وما يتعلق بالثقافة العامة. وعادة، أعدّ برنامجا للقراءة. عندما جاء عندي الضيوف في السنة الماضية، قالت لي إحداهن: لماذا كل هذه الكتب؟ ماذا ستصنعين بها؟». تردف (فتيحة) بالقول: «أقسم لك أني أحسست بألم فظيع في كتفي في نفس الليلة، ولم أستطع رفع يدي لمدة شهرين، اشتريت رُهاما وقمت بحصص تدليك طبي، ومع ذلك، ظلّ الألم ليلا ونهارا. وعندما أقترب من مكتبي للعمل يزيد الألم فظاعة».

تعليق:

نلاحظ بعد الرجوع إلى العلامات الست التي ذكرتها (فتيحة) تنوع هذه العلامات بينما يتعلق بالمجال الشخصي أو المهني أو العائلي أو الديني أو الاجتماعي

أو الفيزيولوجي؛ ابتداءً من استعصاء التوظيف الحكومي وفشل الزواج والرؤيا والخيانة الزوجية ومرورا بإخلاف وقت أداء الصلاة وتغيّر سلوكها تجاه أبيها ووصولا إلى الألم الجسدي جراء العين، فأثناء حكي (فتيحة) تجربتها على مدى أزيد من خمس وعشرين عاما تحضر كل هاته المجالات فتغدو العلامات شاملة لمجمل الحياة وملازمة للتطور الشخصي.

تتوزع العلامات على ثلاث مجموعات كبرى: علامات في التسعينيات ثم علامةُ الرؤيا في عام 2003 وأخيرا علامات ما بعد 2015 مع الطلاق والألم بعد العين. فالمجموعتان الأوليتان لم يتأكدا لـ(فتيحة) علاماتِ سحر إلاّ بعد أن انضافت علامات المجموعة الثالثة، فإدراك العلامات بما هي سحر كانت عبر قراءة استرجاعية لأحداث التاريخ الشخصي الفائت. ومما له دلالة بالغة هنا أن المجموعة الثالثة تزامنت مع بداية زيارة (فتيحة) للرقاة (مثلا الزيارة مع زوجها قبل الطلاق) الذين كانوا حاسمين في تشخيص سوء حظ (فتيحة) على أنه سحر وليس مجرد مصادفات، وسنعود إلى هذه النقطة لاحقا.

تتعلق العلامات الآنفة بكلٍ من السحر والمس والعين، وتعتقد (فتيحة) أنها مصابة بها جميعا كما أخبرها أحد الرقاة الذين زارتهم.

تتجلى الإصابة بالسحر في وجود الرائحة الكريهة في غرفة النوم يوم دخلتها، ويمكن وصف ما حدث بأنه يندرج فيما تسميه كتب الرقية الشرعية بسحر التفريق والتخييل، حيث «يرى الرجل زوجته الجميلة قبيحة»[1]، وهو عمل السحر للتفريق بين الزوجين أو بثّ البغض والكراهية بين صديقين أو شريكين.[2] وفي التصنيف

(1) وحيد عبد السلام بالي، 2004، الصارم البتار في التصدي للسحرة الأشرار، دار ابن الهيثم، الطبعة الأولى، القاهرة، ص. 83.

(2) وحيد عبد السلام بالي، الصارم البتار...، المرجع نفسه، ص. 56.

الأنثروبولوجي هو أحد نوعي السحر التعاطفي، أي سحر العداوة، ويسميه إيميل موشونب السحر العداوني.[1] كما يطلق عليه أيضا السحر الأسود.[2] والغالب أن استرجاع (فتيحة) لهذا الحدث الذي خلّف لديها أزمة نفسية حادة حينها يوجهه الآن هذا التفسير بالذات.

هناك علامات تدل على المس عند (فتيحة)، فنفور (فتيحة) من زوجها أو صدّها لأبيها عند حثها على العبادة يرجع إلى المس. فحسب كتب الرقية، فالمس هو «تعرض الجن للإنس بإيذاء الجسد خارجيا أو داخليا أو كليهما معا، بحيث يؤدي ذلك إلى تخبط في الأفعال مما يفقد المريض النظام والدقة والأناة والروية في أفعاله».[3] ويعرفه وُورْد وبوبرون بأنه «حالة طويلة المدى نسبيا يعتقد فيها الشخص أنه ممسوس كرها بواحد أو أكثر من الأرواح المتطفلة، فتظهر عليه ردود أفعال سلوكية تُعزى إلى تأثير تلك الأرواح».[4] فهذه الردود الأفعال السلوكية من خلال تأثير الجنّ هو ما يخول وصف أفعال (فتيحة) بأنها مس. وتجدر الإشارة إلى أن ما يميز السحر عن المس أن هذا الأخير يحصل دون فعل سحري من قبل شخص ما، بمعنى أنه ليس ناتجا عن فعل عدواني أو غير عدواني.

(1) Emile Mauchamp, 1911, La sorcellerie au Maroc, précédée d'une étude documentaire sur l'auteur et l'œuvre, Dorbon-ainé, Paris, p. 14.

(2) جيمس فرايزر،1971، الغصن الذهبي: دراسة في السحر والدين، ترجمة بإشراف أحمد أبو زيد، الهيئة المصرية العامة للتأليف والنشر، الجزء الأول، ص. 121.

(3) جمال محمد الزكي، 2010، الرقية الشرعية بين الهدي النبوي والعلم الحديث، ألفا للنشر والإنتاج الفني، الطبعة الأولى، ص. 90.

(4) Ward Colleen and Beaubrun Michael, The Psychodynamics of Demon Possession, in: Magic, Witchcraft, and Religion: An Anthropological Study of the Supernatural, ed Arthur Lehmann and James Myers, Mayfield Publishing Company, first edition, 1985, California. pp. 195-199.

لم يفت (فتيحة) الإشارة إلى علامة بارزة، وهو الألم الذي أصاب ذراعيها بعد زيارةِ الضيوف إلى منزلها، فتفسره هي نفسها بأنه عين. والعينُ كما يعرفها إيفانز بريتشارد هي«فعل نفسي»[1] تؤذي شخصا آخر عن بُعد لأن الأمر يعود إلى «الروح» (soul)، حيث إن «روحَ العائن تعبُر لتصيب ضحيتها(...) حتى ترديه قتيلا». لقد ربطت (فتيحة) بين زيارة ضيوفها الذين لم يباركوا والألم الذي أصابها في تلك الليلة، وهذا النوع من العين عند الرقاة يسمى «العينُ المعجبة الناتجة عن الإفراط في الإعجاب بنعمة من النعم، فتفسد إن لم يتم التبريك، فهي ليست بنية زوال النعمة بقدر ما تكون عن إعجاب.»[2] وهذا أحد أنواع العين، ومدونات الرقية الشرعية يعتقدون كذلك أن هناك عين ضارة تؤدي إلى القتل، ويوردون آثارا نبوية في ذلك، «أكثر من يموت من أمتي بعد قضاء الله وقدره بالعين». فالعين بهذا التصور يمكن أن تؤدي إلى الموت فضلا عن الأمراض والألم كما وقع لـ(فتيحة)، وهذا تصور شائع لدى كثير من الشعوب مثل قبائل (إيبيو) النيجيرية، حيث «تُسبب العينُ كقوى فوق طبيعية الأذى بما فيها الموت».[3] ويلخص بارينْدر تصور تأثير العين في الشعوب الإفريقية بعد مراجعته لعدة دراسات أن «فقدان النجاح أو الفشل في الامتحانات أو الخسارة التجارية أو الإصابة بأي مرض غريب، والعنوسة عند النساء أو العجز الجنسي عند الرجال تعزى كلها في العصر الراهن إلى العين»[4].

(1) Evans-Pritchard Edward, 1976, Witchcraft, Oracles and Magicamong the Azande, Oxford University Press, p. 1.

(2) جمال محمد الزكي، 2010، الرقية الشرعية...، مرجع السابق، ص. 54-55.

(3) Offiong Daniel, «Witchcraft Among the Ibibio of Nigeria», in Arthur Lehmann and James Myers (eds.), Magic, Witchcraft, and Religion: An Anthropological Study of the Supernatural, Mayfield Publishing Company, California, first edition, 1985, pp. 152-165.

(4) Ibidem.

على وجه الإجمال، تعتقد (فتيحة) بناء على هاته العلامات أنها مصابة بالسحر والمس والعين كما أخبرها أحد الرقاة، يسمى كل واحد من هذه الأصناف في كتب الرقية بتسمية محددة بناءً على تعريفات دقيقة ومعقدة تأخذ بعين الاعتبار أدوار كل من الشخص والجن والمجتمع في عملية الاعتداء كما يسمونها،فكلها تعتبر ذات علاقة وطيدة بالجن، سواء أكانوا قوى خيرة أم شريرة،[1] فكلاهما يمكن أن يَتلبس بالإنسان، وفي كلتا الحالتين يعتبر الرقاة التلبس اعتداء بحسب تعبيرهم من الجن على الإنسان يستدعي تدخلهم عبر الرقية الشرعية لتخليص المريض من ضررهم. انتهت (فتيحة) بعد جرد هذه العلامات إلى أن سوء الحظ الذي صاحب محطات أساسية من حياتها يعود إلى الجن حتما.

2. اكتشاف السحر:

يبقى كل ما سبق مجرد علامات للسحر حكتها (فتيحة) من شريط ذاكرتها، لكن حدثاً وقع في سنة 2017 قرّبها بشكل واضح من إدراك السحر، ونعرض حكايتها بتفاصيلها التي نراها هامة لكونها تتأسس على ما يسميه كليفورد جيرتز بالوصف الكثيف[2]، ثم نعلق عليها بعد ذلك، تقول: «أملك وأدير مؤسسة خاصة للتعليم. في سنة 2017، نقلت مؤسستي من شقة كنت أكتريها منذ 2014 إلى منزلي الذي أسكن فيه. قمت بذلك رغبة في توسيع ربحي أكثر، بالإضافة إلى أن بعض الأساتذة الذين كانوا يعملون عندي لا يشتغلون بالشكل المطلوب، فقررت أن أدرس التلاميذ بنفسي مادة الفيزياء، علما أني مديرة المؤسسة، وأدرس الفرنسية والرياضيات كذلك، فأجريت حصة واحدة للفيزياء، ففرح التلاميذ وطلبوا مني الاستمرار في

(1) يوسف شلحت، 2004، بُنى المقدس عند العرب قبل الإسلام وبعده، ترجمة خليل أحمد خليل، دار الطليعة، الطبعة الثانية، بيروت، ص. 61. (صدرت الطبعة الأصلية الفرنسية سنة 1964).

(2) كليفورد غيرتز. 2009. تأويل الثقافات...، مرجع سابق، ص. 90.

تدريسهم. شقتي تتكون من ثلاث غرف، فخصصت الصالون بعد تجهيزه ليصبح قاعة للتدريس. تقع شقتي في عمارة، وكانت هناك امرأة من جيراني لديها حضانة أطفال في شقتها، فأحست بالغيرة، رغم أن مجالي شغلنا مختلف، كما أني كنت أقترح عليها مساعدات في عملها. بعد أسابيع، أصبحتُ أجد بعض الأشياء ملقاة قرب باب شقتي (تْرْمِيلِي دَاكْشِي) مثل: تراب أسود وماء ساخن. فأنظفه وأعود إلى حياتي العادية. في هذه الفترة، صرت كثيرة الغضب على الناس، وكنت أعرف أني غاضبة، لأن وعيي حاضر. ذات يوم، كان أحد جيراني، وهو أستاذ يسكن في الطابق الأعلى قبلي بسنوات، ويزاول أحيانا مراجعات دراسية للتلاميذ في بيته، يمر من قرب باب شقتي، فسمعني أصرخ، فطرق الباب، وفتحت أمي له، فسألها: لماذا تصرخ، فأجابته الوالدة: لا أعلم، أنا مستغربة من صراخها، ربما بسبب ضغط التلاميذ، فقال لها: لا أظن أن هذا هو السبب، ولكن سأتصل بك فيما بعد. لاحقا، اتصل، وقال لي: لم أسمعك تصرخين من قبل، ويبدو على محياك أنك لست في حالة عادية، وإني أعرف رجلا يمكن أن يرقيك.» تضيف (فتيحة) حينها كنت متوترة، فلم أهتم لكلامه، فأخبرته أني أعيش مع بناتي، ولا يمكن لرجل أن يدخل بيتي دون وجود والدي أو أخي.

مرت الأيام، فزارتني أختي وزوجها في المنزل، وكانت هي أيضا مريضة ومعتادة على جلسات الرقية، فلما جاءت، انتهزتُ فرصة وجود زوجها كمَحرم في البيت، فجاء الراقي وقرأ عليها. وفي المرة الثانية، بدأ بالقراءة عليّ لمدة طويلة، كنت في حالة وعي، و لم يسبق أن أغمي عليّ (طحت)، كنت أحس بوجود شيء ما، ولكن لا أستطيع الكلام، وأرفع يدي، وأشير إلى أن هناك شيء ما في رأسي دون أن أستطيع الكلام. ورغم أن الكلام موجود لكني لا أستطيع.

يقول الراقي: ألا تستطيعين الكلام؟

أجيبه: لا.

يقول: هل هم (الجن) كثيرون؟

أقول له: نعم،كثيرون.

يقول: هل هم موجودون من قديم؟

أجيبه: نعم، من قديم.

كنت أحس برأسي يتحرك إلى الأمام والخلف دون إرادتي. كان يحدث كل هذا وأنا على وعي، ومغمضة العينين، وأرى الراقي الجالس قبالتي. وفي لحظة، والراقي يقرأ، قمتُ مغمضة العينين، وخرجتُ من الغرفة وذهبت إلى باب منزلي، وقلت لهم: هنا (تقصد السحر)، وأحرك يدي على ظهر الباب، ثم عدتُ إلى مكاني. بعد القراءة، أعطاني الراقي ماء، فذهبت إلى غرفة أخرى وشربته، فتقيأت، علما أني لا أتذكر أني سبق أن تقيأت. فلما رأى الراقي القيء في الإناء، حركه بقطعة خشب، فلاحظ خيوطا في القيء، فأخبرني أن هذا سحر مأكول.»

تعليق:

تسلط هذه الحكاية الضوء على السياق العام للإصابة بالسحر الذي جاء نتيجة غيرة وحسد كما أخبرتنا (فتيحة)، فنجاح مشروعها المهني أثار غيرة جارتها، فدبرت لها السحر في الباب، فقد كانت تجد موادا ملقاة قرب الباب، ثم عند قراءة الراقي عليها، وهي في حالة «الترانس» توجهت دون إرادتها نحو الباب لتخبر الراقي أن العمل السحري موجود على الباب، ولعل فترة عمل السحر تعود إلى عامي 2017 و2018، وهو ما يفسر حالة الغضب المستمر الذي بدا عليها منذ نقل عملها إلى شقتها كما تقول، ويعود الفضل إلى جارها في التنبيه إليه، الذي كما تقول (فتيحة) عانى سابقا من تلك الجارة.

تشير الحكاية أيضا أن (فتيحة) مصابة بالسحر المأكول، فبعد قيام الراقي بتفتيش القيء بعد شرب (فتيحة) للماء المُرقى تأكد للراقي أنها تعرضت للسحر المأكول. ويسمى السحر المأكول في المغرب بـ«التوكال»، وهو عبارة عن سحر يوضع في الطعام يحتوي موادا سامة، إذا تناوله الشخص يُحدث مرضا في جسده. وهو بهذا الوصف سحر غذائي[1]، يقع داخل الجسد، ومن علاماته أن يصبح المسحور نحيفا. ويعتقد الرقاة أن الجن هو الذي «يخدم» ذلك الطعام المسحور في جسد الشخص، ولا تعرف (فتيحة) وقت الإصابة به ولا الجهة التي عملته، ويظهر أنها لا تهتم لكشف الجهة التي تقف وراءه، بل تتوقع أن السحر يمكن أن يكون معمولاً من الإنس أو الجن، فلا تريد اتهام أحد مخافة ظلمهم وخسارة علاقتها بهم، تقول: «لا أهتم بمن عمل السحر، بل أهتم بالعلاج فقط».

يسمى السحر الأول الذي كشفته (فتيحة) في الباب بالسحر المرشوش والثاني بالسحر المأكول، وغني عن التذكير بأن الوسيلة التي «يُعمل» بواسطتها السحر تحدد نوعه (كذلك هناك السحر المُخطى أو المعلق أو المعقود... إلخ حسب كتب الرقية الشرعية)، والراقي عليه أن يكتشفه. وتكمن أهمية التعرف على شكل السحر أساسا فيما يسميه الرقاة بالإبطال، فالسحر لا يبطل إلا بعد كشفه؛ إن كان مدفونا يُستخرج، وإن كان معقودا يُحّل، وإن كان مرشوشا ينظف، وإن كان مأكولا يُتَقيأ، إلى غير ذلك. وكلما كان السحر معمولا بشكل محكم طالت فعاليته واستمر تأثيره على الشخص، وهذا أحد مظاهر الصراع المستمر بين الرقاة والسحرة، إذ كلما اكتُشف السحرُ يقوم الساحر عبر توسط الجن بتجديده مرة أخرى، فالرقية إذن «مواجهة مستمرة ضد الجن ومستخدميه» يقول أحد الرقاة في مقابلة ميدانية أجريتها عام 2014.

(1) khadijaNaamouni, 1993, Le culte de Bouya Omar, editiond Eddif, Casablanca, p. 107.

من الواضح حسب حكاية (فتيحة) أن هناك علاقة بيّنة بين كشف السحر وحضور الجن لكنه ليس حضورا فاعلا بالكلام، فحسب الحوار الذي دار مع الراقي، يقول: هل هم (الجن) كثيرون؟ تقول (فتيحة): نعم، كثيرون. يقول: هل هم موجودون من قديم؟ تجيبه: نعم، من قديم.» وتؤكد (فتيحة) أنها كانت على وعي في هذه اللحظة، وتحس بشيء ما في رأسها، ولكنها لا تستطيع الكلام، وتكتفي بإشارات برأسها للتخاطب مع الراقي. ومباشرة بعد هذا الحوار قامت نحو الباب لتعلن وجود السحر عليه.

يَرْشَحُ لنا من حكاية (فتيحة) أنها انتهت من جهة أولى إلى اكتشاف السحر باعتباره عملا دُبر ضدها، ومن جهة ثانية إلى إبطاله، حيث تمّ تنظيف المكان والتقيؤ، وذلك بواسطة الراقي الشرعي الذي برز دوره المحوري في عملية الاكتشاف، ولا مندوحة من التذكير أن الرقية الشرعية برزت في العقدين الأخيرين في الوسط الحضري المغربي في شكل مراكز منتشرة في الأحياء الهامشية بديلاً للأضرحة والمزارات كما بيّنا في أبحاث أخرى[1]، لذلك نفهم أن الجار الذي دلّها على الراقي لم يدُلها على ضريح معين مثلا حيث اعتاد المغاربة تاريخيا اللجوء لدى إصابتهم بالسحر. إن الأمر يتعلق بظهور مهنة الرقية الشرعية لتقديم خدمات استشفائية للمصابين بالسحر.

لم تعد (فتيحة) أمام علامات فقط لا تؤدي إلى اليقين كما مرّ معنا، وإنما أمام تشخيص من طرف الراقي لسحرين؛ أحدهما مرشوش دخلت في حالة الترانس بعد رقيتها بالقرآن فكشفت مكانه، والثاني مأكول فتقيأته بعد شربها للماء المرقى.

(1) يونس الوكيلي، ظاهرة العلاج بالرقية الشرعية: دراسة أنثروبولوجية لمراكز الرقية الشرعية بالدار البيضاء، أطروحة دكتوراه بإشراف الأستاذ الدكتور إدريس بنسعيد، وحدة التكوين والبحث التنمية المحلية والتحولات الاجتماعية، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة حمد الخامس، الرباط، 2014-2015.

3. الجسدُ مسكون!

لا تعد علامات السحر ولا اكتشاف كيفية عمله دليلا حاسما على الإصابة بالسحر، لذلك نواصل عرض حكاية (فتيحة) التي تخبرنا عن تجربتها في العلاج من السحر مع الراقي الشرعي الأخير الذي زارته بفترة وجيزة قبل إجرائنا المقابلات معها. تقول: «في عام 2018 أخبرتني ابنتي أنها بين الفينة والأخرى ترى شيئا ما يمر أمامها، وفي نفس الفترة أخبرني أحد أصدقاء ابنتي أنه لاحظ أنها أصبحت شديدة الغضب في الأيام الأخيرة، فاقترح عليّ أن نعرضها على أحد الرقاة الذين يعرفهم، فقلت له: ابنتي كما تعلم لا تحب عالم الرقية، ولكن لا بأس، يمكن أن نذهب إليه على أساس أني الزائرة، وترافقنا ابنتي. فذهبنا عند الراقي ورافقتني ابنتي.

في الحصة الأولى، بدأ يقرأ وكنت أضع يدي أمامي معكوستين كأنني مربوطة مسلسلة، لم أسقط أو يُغمى عليّ، و لم أتكلم أيضا. في الحصة الثانية، حين بدأ يقرأ، سقطتُ، ولكن رغم سقوطي كنت واعية (كونسيون)، وأحس أن الكلام الذي أقوله أعرفه. أحسستُ أن يدايّ يتحركان بسرعة فائقة، وألفُهما إلى الخلف، ومن الصعب على الشخص العادي أن يقوم بتلك الحركات بيديه إلى الخلف، انبهرت من نفسي، وبدأت أسأل: هل أنا هي أنا؟وفي نفس الوقت، أتأكد من نفسي قائلة: ربما أنا (فتيحة) من يحرك يدي، ثم بدأت يدايّ في التخشب (كيتبنجو) بسبب كثرة الحركة. بعد قليل، بدأ الجنّ في الكلام، ويقولون على لساني: هذا ليس شأنكم (ماشي شغلكم). كنت أحس أن أحدا ما يتكلم، وأقول مع نفسي: كيف يمكن لأحد ما أن يتكلم بلساني وأنا موجودة (أنا كاينة)؟ لقد كنت في وعيي الكامل. أيضا، كنت أقوم بارتسامات قبيحة بواسطة وجهي، كأنني أرفض الشخص (الراقي) الذي يحدثني. وفي هذه اللحظات كان رأسي مغطى، ولكني أرى نفسي. بعد قليل، أشعلَ

الراقي عود لقماري، الذي تعجبني رائحته في العادة، ولكن بمجرد أن استنشقت الرائحة، صرختُ. أحسست أنّ هناك شخص آخر داخلي لا تعجبه الرائحة، لأن الحقيقة أن رائحة بخور عود لقماري تعجبني وأضعها على ملابسي، كانت هذه الأسئلة تدور في رأسي، وعقلي يعمل، فطلبت من الراقي أن يريني البخور لأتأكد، فوجدته فعلا عود لقماري.

في الحصة الثالثة، سقطت (طْحْتْ) بعد بداية القراءة، بدأتُ أحرك يدي بسرعة ورجلاي أيضا تتحركان، وكان الراقي يقرأ، فبدأت أضرب بيدٍ في الحائط بقوة، وباليد الأخرى على الأرض بقوة كذلك. كنت أضرب بقوة، ولكن، لا أتألم، وحتى رأسي يتحرك بسرعة، والوشاح الذي أغطي به رأسي لم يخنقني، أحس أن تنفسي طبيعي. بعد ذلك، قمت بسرعة فجلست، وعدّلت ملابسي، وبقيت جالسة. قال الراقي: السلام عليكم. أجبته: وعليكم السلام. بدأ يشرح لي ما وقع. فقلت له، لا داعي للشرح، لقد كنت أعي كل شيء. في الحصة الرابعة، قبل أن يبدأ الراقي معي في القراءة، شرعت في الضحك. وكنت أسأل نفسي: لماذا أضحك؟ لا أستطيع النظر في وجه الراقي، ورأسي مطأطأ إلى الأرض. كانت ابنتي جالسة قربي، فأشرت إليها بيدي أن تخرج من الغرفة. عرف الراقي أني دخلت لتلك المرحلة (الترانس). فبدأ يقرأ، وشرعت في الضرب على الأرض، وشعرتُ بألم (لحريق) في العروق من ذراعي إلى أصابعي. إنه ألمٌ في الدم والعروق، وهو ألم صعب أن يُتحمل، وبدأت أمرر يدي بقوة على ذراعي كأني أدفع الألم للخروج من يدي عبر أصابعي. إنه مثل ألم الحيض الذي يصيب النساء في الظهر أو مثل ألم الولادة. كنت أنفض الألم مرة تلو الأخرى من كلتا يدي. وبعد لحظات، انتقل الألم إلى رجلي، وأصبحت رجلاي تلتويان. بعد قليل،استفقت (فْقت). وبقيت أحس بالألم، ولكنه أخذ يتلاشى ويختفي، وعندما عدت إلى منزلي، بدأت أحس بالألم أكثر فأكثر، كأني ضُربت بالعصا.»

تعليق:

نُذكّر أن (فتيحة) سبق أن سقطت (طاحتْ) لدى رقيتها حينما اكتشفت السحر في الباب، وأشارت إلى الراقي أن الجنَّ موجودون في رأسها، لكن الجن لم يحضروا كفاعلين يتكلمون عبرها مثلما سنلاحظ في تجربتها مع الراقي الحالي الذي أجرت معه أربع حصص.

تحمل إلينا حصص الرقية الشرعية الأخيرة كما وصفتها (فتيحة) مستجدين اثنين: **الأول**، وهو التحولات الجسدية التي ظهرت عليها خلال قراءة الراقي عليها في الحصص الثانية والثالثة والرابعة؛ من قبيل: وضع اليدين معكوستين، وحركة اليدين السريعة، وتخشب الذراعين، والارتسامات القبيحة على الوجه، واستعصاء الكلام، والنفور من رائحة بخور عود لقماري، الضرب باليدين على الحائط والأرض، والضحك، والألم الشديد في الذراعين. ومن الواضح أنها كلها تمظهرات جسدية. والمستجد **الثاني**: أن الجن برزوا للحضور والكلام كذلك، ففي الحصة الثانية خاطب الجنُّ الراقي: هذا ليس شأنكم (ماشي شغلكم)، وتؤكد (فتيحة) واقعة كلام الجنّ بقولها: «كنتُ أحس أن أحدا ما يتكلم بلساني». فهذه هي المرة الأولى التي يحصل فيها الكلام بذات أخرى عير ذات (فتيحة) كما تقول.

إن المستجدين معا حصلا بعد السقوط/الإغماء، وتعبر (فتيحة) عن ذلك بعبارة «طْحْتْ»، وهذا ما يسمى بالصرع في مجال العلاج بالرقية، وهو فقدان الوعي وإعلان عن حضور كائنات لا مرئية من خلال جسد الشخص[1]، ويحدث أثناء قراءة الراقي للقرآن أو يمكن أن يظهر تلقائياً عندما يسقط الشخص أرضا بين الفينة

(1) StefaniaPandolfo, 2018, Knot of the Soul : Madness, Psychoanalysis, Islam. The University of Chicago Press, Chicago and London, p. 279.

والأخرى بسبب هجوم الجن. كما يعني كذلك الحالة التي يسقط فيها الشخص أثناء المعركة الشفوية أو الجسدية بين الجن والراقي، التي تنتهي بخروج الجن في حالة نجاح الحصة، وهو المعنى المقصود بصرع الجن، ورجوع الذات إلى الحضور.[1]

نشير قبل مواصلة التحليل إلى أن التحليل النفسي يتيح تفسيرات للتحولات الجسدية التي أصابت (فتيحة). لقد درس سيغموند فرويد في **دراسات حول الهستيريا** عام 1895 وفي **نفاس الدفاع** عام 1894 حالة «مدام إيمي فون» و«أنّا أُو» من خلال ما سماه بالإقلاب[2] (Conversion) لدى تناوله لتكوين الأعراض التي تنشط في الهستيريا، والإقلاب على وجه التحديد هو تحويل الصراع النفسي إلى أعراض جسدية أو حركية (كالشلل مثلا) أو حسية (تخدّر أو آلام موضعية مثلا) ومحاولة حله بواسطتها. وهو مفهوم يصف تحول الليبيدو المنفصل عن التصور المكبوت إلى طاقة تعصيب. إن ما يميز الأعراض الإقلابية هو دلالتها الرمزية، فهي تعبّر عن التصورات المكبوتة من خلال الجسد. لذلك شدّد جان لابلانش وجان بونتاليس على أن الإقلاب الهستيري[3] ذو علاقة رمزية أكثر تحديدا مع تاريخ المريض. وقد أشرنا إلى هذا التفسير من التحليل النفسي للتنبيه إلى إمكانيات التحليل النفسي في فهم حالة (فتيحة) والصراعات النفسية التي تعيشها، ولكن هذا مسلك في المقاربة لم نسلكه رغم أهميته حفاظا على انسجام التحليل الأنثروبولوجي الذي نكتفي به.[4]

(1) Ibidem.

(2) معجم مصطلحات التحليل النفسي، جان لابلانش وجان برتراندبونتاليس، حرف الألف، مادة إقلاب، ترجمة مصطفى حجازي، المنظمة العربية للترجمة، الطبعة الأولى، بيروت، 2011، ص. 166-169.

(3) معجم مصطلحات التحليل النفسي، جان لابلانش وجان برتراندبونتاليس، حرف الألف، مادة هستيريا، ترجمة مصطفى حجازي، المنظمة العربية للترجمة، الطبعة الأولى، بيروت، 2011، ص. 917-918.

(4) كان كلود ليفي ستروس يعترفان علم النفس يمتلك قوة تفسيرية لا تتميز بها الأنثروبولوجيا، وأن هذه الأخيرة تعاني من غياب نظريات حول الذات. لذلك كان يلجأ إلى نظرية التحليل النفسي في الأربعينات لسد البياضات التفسيرية في الوقائع الإثنوغرافية، ومنها استعارته لمفهوم التنفيس (abréagit) لتفسير دور الشامان في الجماعة. انظر:

Claude Lévi-Strauss,1974, Anthropologie Structurale, Librairie Plon, p. 207.

نعود إلى التحليل الأنثروبولوجي، فاللافت للانتباه في الحكاية وهو الحوار الذي كانت تجريه (فتيحة) مع نفسها، فهي لطالما أكدت أنها تعي كل ما يحدث بعد أن تسقط، وترفض أن يحكي لها الراقي ما جرى، لأنها ليست في حاجة إلى ذلك، إنها تعي كل شيء. تقول: «أحسستُ أن يدايّ يتحركان بسرعة فائقة، وألفُهما إلى الخلف، ومن الصعب على الشخص العادي أن يقوم بتلك الحركات بيديه إلى الخلف، انبهرت من نفسي، وبدأت أسأل: هل أنا هي أنا؟ وفي نفس الوقت، أتأكد من نفسي قائلة: نعم، ربما أنا (فتيحة) من يحرك يدي»، وتقول كذلك: «أحس أنّ أحدا ما يتكلم، وأقول مع نفسي: كيف يمكن لأحد ما أن يتكلم بلساني وأنا موجودة (أنا كاينة)؟»، وتقول أيضا: «أشعل الراقي عود لقماري، الذي تعجبني رائحته في العادة، ولكن بمجرد أن استنشقت الرائحة، صرختُ. أحسست أن هناك شخص آخر داخلي لا تعجبه الرائحة، لأن الحقيقة أن رائحة بخور عود لقماري تعجبني وأضعها على ملابسي، كانت هذه الأسئلة تدور في رأسي، وكان عقلي يعمل». وتقول مرة أخرى: «قبل أن يبدأ الراقي معي في القراءة، شرعت في الضحك. وأسأل نفسي: لماذا أضحك ؟ ولا أستطيع النظر في وجه الراقي».

كانت تطرح (فتيحة) على نفسها أسئلة مشوبة بالاستغراب عن حالتها، «هل أنا هي أنا؟»، و«كيف يمكن لأحد ما أن يتكلم بلساني وأنا موجودة؟ (وأنا كاينة!)»، و«شَرعتُ في الضحك. وأسأل نفسي: لماذا أضحك؟».لقد غدت (فتيحة) تعترف شيئا فشيئا أن جسدها يشاركها فيه كائن آخر، يتكلم ويحرك أعضاءها بإرادته، ويكره الرائحة التي تفضلها في العادة، ويضحك، كل ذلك يحدث بعد أن تسقط (تطيح)/الترانس، وينتهي بعد أن تقوم ويُسلِم عليها الراقي معلناً عودتها إلى حالتها العادية أو عودة ذاتها إلى الحضور. كان السقوط (الترانس) دليلا دامغا في تصورها على مسها من الجن.

اقتنعت (فتيحة) أخيرا بعد سقوطها أن هناك من يتحكم في جسدها، فكانت أسئلتها لا تعبر عن الاستغراب والتعجب فحسب، بل عن الاستنكار والرفض في نفس الوقت، فقد أدركت ضعفها وهشاشة جسدها المتاح، وإرادتها المسلوبة مؤقتا من طرف ذاك الكائن غير المرئي؛ فأن يشغلَ كائن ما جزءً من جسدها ويدبره رغم وجودها (وأنا كاينة!)، فهذا يعني الاستعداد للاعتراف بهوية جديدة لجسدها وكينونتها، والتعايش معها بكل ما يترتب عنها كحالة غير سوية. هذا ما لخصه سؤالها عن طبيعة وجودها: «هل أنا هي أنا؟»، إنه سؤال في الهوية بامتياز، وإعلان عن بداية رحلة إعادة تعريف الذات في علاقتها بخطابها وأفعالها وحدود مسؤوليتها الاجتماعية والأخلاقية.

خاتمة:

انطلقنا من سؤال محدد يتطلع إلى بحث مسار إدراك المرأة لجسدها المسكون[1]، وقد تبين أن هذا الإدراك مسار ممتد في الزمن لا يحصل فجأة بحدث واحد، بل رأينا كيف بدأ في حالة (فتيحة) التي تبلغ خمسين عاما بعلامات ترجع إلى سنوات بعيدة في حياتها منذ عام 1993 ثم تعزز هذا الإدراك بحدث الرؤيا عام 2003 إلى أن تأكد لها بعد اكتشاف السحر بمساعدة الراقي الشرعي الأول عام 2018 ثم حصول حالة الترانس أثناء خضوعها لحصص الرقية الشرعية وما رافقها من أوضاع في حالة الراقي الشرعي الثاني في عام 2019.

يعبر هذا التدرج في عملية الإدراك على مدى صعوبة تقبل الذات مسكونةً من كائن آخر، بكل ما يحيل عليه من اكتشاف للضعف والهشاشة في التدبير الواعي

(1) اخترت كلمة «مْسْكُون» وليس «مَسوس» الرائجة في الأدبيات الأنثروبولوجية، لأن الاستعمال الشعبي في العادة يُعبر عن هذه الحالات بالمسكون يقولون: (سَاكْنَهَا جْنْ) أو (دارْ مْسْكُونة).

للجسد، فعلامات السحر واكتشافه لم يكونا كافيين لـ(فتيحة)، إلى أن أصبحت تعيش حالة الترانس/السقوط/ الإغماء وانكشاف حضور الجن المتكلم على مرأى ومسمع منها، فحالة الترانس تمثل حجة نهائية لـ(فتيحة) في أنها ممسوسة/ مسكونة، وبالتالي استعدادها لرحلة العلاج، الذي لا يؤمل منها أن تعيد الجسد وحده لحالته العادية فحسب بل ولعلاقاتها الاجتماعية كذلك، والقضاء على سوء الحظ (لْعكوسات)، وهو الأهم.

إن الإصابة بالسحر لا تؤثر في وظائف الجسد بيولوجيا وحسب، بل تصل إلى مجال العمل والعائلة والأسرة والدين، فتغدو مؤثرة في طبيعة الحياة ومسارها عبر ما سمته (لْعكوسات). لا غرو أن تعتبر (فتيحة) الأحداث التي جرت في أزمنة متباعدة علاماتٍ لم تأبه بها حينئذ لكنها لاحقا أعادت تأويلها وفق نظرية السحر، فما كان يبدو أحداثا اجتماعية محضة، صارت مقتنعة أن الجنّ كان جزءً منها، ومتدخلاً في حدوثها ضدا على مصلحتها. وهذا تفسير جديد لنظام العالم والأشياء، فحين لم تصل (فتيحة) إلى معنى «لْعكوسات» التي صاحبتها في حياتها لجأت إلى ما فوق الطبيعة لإيجاد تفسيرات مقنعة للأحداث. وهذا ما بينه إيفانز بريتشارد في دراسته لقبائل الزاندي عندما ذكر مختصِرا تصورهم للعين على لسان أحدهم: «إن السببية الطبيعية، قاصرة عن تفسير كل المصادفات، ويبدو أن نظرية العين تقدم تفسيرا كافيا لتلك المصادفات».[1] وهو نفس التفسير العام الذي يقدمه ليفي ستروس للنظام السحري في قبائل النامبي كواراوالزوني وجزيرة فانكوفر بقوله: «إن الكون لا يوفّر ما يكفي من المعنى، وأن الفكر يمتلك باستمرار فائضا من الدلالات يفوق كمية الأشياء التي يمكن أن تسند إليها تلك الدلالات. ولما كان الإنسان موزعاً

(1) Evans-Pritchard Edward, 1976, Witchcraft... Op. Cit p. 23.

بين هذين النظامين المرجعيين، نظام الدال ونظام المدلول، فإنه يلتمس من الفكر السحري أن يزوده بنظام مرجعي جديد تدمج فيه معطيات كانت تظلُ إلى ذلك الحين متناقضة»[1].

المراجع:

- Claude Lévi-Strauss, 1974, Anthropologie Structurale, Librairie Plon.
- Dale F. Eickelman, 1985, Knowledge and Power In Morocco : The Education of a Twentieth-Century Notable, Princeton University Press.
- Daniel Offiong, Witchcraft Among the Ibibio of Nigeria, in: Magic, Witchcraft, and Religion : An Anthropological Study of the Supernatural, ed Arthur Lehmann and James Myers, Mayfield Publishing Company, first edition, 1985, California. pp. 152165-.
- Edward Wellin, Theoritical Orientations in Medical Anthropology: Continuity and change over the pasthalf-centry, in Culture Disease and Healing : Studies in Medical Anthropology, Edited by David Landy, Macmillan Publishing, New York, 1977.
- Emile Mauchamp, 1911, La sorcellerie au Maroc; précédée d'une étude documentaire sur l'auteur et l'œuvre, Dorbon-ainé, Paris.
- Evans-Pritchard Edward, 1976, Witchcraft, Oracles and Magicamong the Azande, Oxford University Press.
- Khadija Naamouni, 1993, Le culte de Bouya Omar, edition d'Eddif, Casablanca.
- Raymond Boudon, 2007, Essais sur la théorie générale de la rationalité: Action sociale et sens commun, PUF, Paris.
- Stefania Pandolfo, 2018, Knot of the Soul: Madness, Psychoanalysis, Islam. The University of Chicago Press, Chicago and London.
- Vincent Crapanzano, 1980, Tuhami : Portrait of a Moroccan, the University of Chicago Press, Chicago and London.

(1) Claude Lévi-Strauss, Anthropologie, Op.Cit., p 211.

- Ward Colleen and Beaubrun Michael, The Psychodynamics of Demon Possession, in: Magic, Witchcraft, and Religion: An Anthropological Study of the Supernatural ,ed Arthur Lehmann and James Myers, Mayfield Publishing Company, first edition, 1985, California. pp. 195199-.

اللغة العربية:

- جمال محمد الزكي، 2010، الرقية الشرعية بين الهدي النبوي والعلم الحديث، ألفا للنشر والإنتاج الفني، الطبعة الأولى.
- جوديثباتلر، 2015، الذات تصف نفسها، ترجمة فلاح رحيم، التنوير للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، بيروت.
- جيمس فرايزر، 1971، الغصن الذهبي: دراسة في السحر والدين، ترجمة بإشراف أحمد أبو زيد، الهيئة المصرية العامة للتأليف والنشر، الجزء الأول.
- كليفوردغيرتز، 2009، تأويل الثقافات: مقالات مختارة، ترجمة محمد بدوي، مراجعة الأب بولس وهبة، المنظمة العربية للترجمة، الطبعة الأولى، بيروت.
- كيفين دوابر، 2008، حوارات مغربية بين المؤلف كيفين دوابر والفقير محمد الشرادي: مقاربة نقدية للأنثروبولوجيا، ترجمة محمد نجمي الروداني ومحمد حبيدة، مراجعة محمد المنصور والمختار النواري، مطبعة النجاح الجديدة، الدار البيضاء.
- محسن بوعزيزي، 2010، السيميولوجيا الاجتماعية، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت.
- معجم مصطلحات التحليل النفسي، جان لابلانش وجان برتراندبونتاليس، حرف الألف، مادة إقلاب، ترجمة مصطفى حجازي، المنظمة العربية للترجمة، الطبعة الأولى، بيروت، 2011.
- معجم مصطلحات التحليل النفسي، جان لابلانش وجان برتراندبونتاليس، حرف الألف، مادة هستيريا الإقلاب، ترجمة مصطفى حجازي، المنظمة العربية للترجمة، الطبعة الأولى، بيروت، 2011.
- وحيد عبد السلام بالي، 2004، الصارم البتار في التصدي للسحرة الأشرار، دار ابن الهيثم، الطبعة الأولى، القاهرة.

- يوسف شلحت، 2004، بُنى المقدس عند العرب قبل الإسلام وبعده، ترجمة خليل أحمد خليل، دار الطليعة، الطبعة الثانية، بيروت.
- يونس الوكيلي، ظاهرة العلاج بالرقية الشرعية: دراسة أنثروبولوجية لمراكز الرقية الشرعية بالدار البيضاء، أطروحة دكتوراه بإشراف الأستاذ الدكتور إدريس بنسعيد، أطروحة دكتوراه بوحدة التكوين والبحث التنمية المحلية والتحولات الاجتماعية، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة حمد الخامس، الرباط، 2014-2015.

مريضات الإدمان على المخدرات: الوصم يعيق الاستفادة من الحق في الصحة

الزهرة الخمليشي

أستاذة علم الاجتماع

جامعة عبد الملك السعدي، كلية الآداب – تطوان

الملخص:

يعرف المغرب ارتفاعا كبيرا في نسبة المتعاطين والمدمنين على المخدرات، وحسب مديرية الأوبئة ومحاربة الأمراض المعدية أن 600 ألف مغربي يعانون من الإدمان على المخدرات 16 ألف منهم يدمنون على المخدرات القوية بمختلف أنواعها.

ورغم تزايد عدد مريضات الإدمان على المخدرات في المجتمع المغربي، إلا أنه نادرا ما تشير الإحصائيات الرسمية لنسبتهن بشكل منفصل عن الرجال. كما أن هذا المرض الذي لم يستثن النساء، لا زال يحاط بالكثير من السرية في الأوساط الأسرية، وخاصة في شمال المغرب المتميز بخصوصيته السوسيو- ثقافية، حيث تتخذها معظم الأسر «المحافظة» شعارا لها في الحياة. ولا زالت الأسرة تعد الحصن الأخير للحفاظ على الهوية التقليدية، ومقاومة اكتساح التغير. وإدمان المرأة أو الفتاة يعتبر مسا قويا بسمعتهما وبسمعة الأسرة، وتخطيا لكل الخطوط الحمراء التي رسمت لها، والتي يفترض أن تؤطر وجودها، وتحدد سلوكاتها وأفعالها.

ستتطرق هذه المقالة لتأثر التصورات لخصوصية النوع الاجتماعي وانعكاسه على إصابة المرأة بهذا المرض من جهة، وعلى مدى تمتعها في الحق في العلاج. أو بمعنى آخر كيف تؤثر الهوية الجندرية في الإصابة بمرض الإدمان؟ وكيف ينعكس الانحياز الجنسي للرجال على استفحال المرض عند النساء وإصابتهن بأمراض أخرى، كالأمراض المنقولة جنسيا؟ ثم كيف يعمل السياق الاجتماعي، بكل مكوناته، في الاتجاه المعاكس لصحة للنساء؟

هذه الأسئلة وغيرها ستحاول هذه المقالة الإجابة عنها من خلال التجارب اليومية لعدد من حالات المصابات بالإدمان بعدد من مدن الشمال اللواتي تطرقن في حكيهن لقصص حياتهن، وللمراحل المختلفة التي ممرن بها قبل الوصول إلى الإصابة بالتبعية المطلقة للمادة المدمن عليها، وما ترتب عن الإدمان من أمراض أخرى مزمنة وخطيرة، وكذا تأثير هوية المدمنات على علاقاتهن الأسرية والاجتماعية والمهنية، وكذا التحولات التي أحدثتها وصمة «مدمنة» على حياتهن اليومية، ومدى القدرة على إعادة بناء مشروع حياتهن.

الكلمات المفاتيح:

المرض– المدمنات المخدرات الحق في الصحة.

Patientes toxicomanes: La stigmatisation entrave le droit à la santé

RÉSUMÉ:

Le Maroc connaît un grand accroissement de la proportion de toxicomanes. Selon la Direction de l'Épidémiologie et de la Lutte contre les Maladies Infectieuses, 600 milles Marocains souffrent de toxicomanie, dont 16 000 consomment des drogues fortement adductives. Malgré le nombre croissant de femmes toxicomanes dans la société marocaine, les statistiques officielles indiquent rarement leur proportion indépendamment des hommes.

La maladie, qui n'a pas exclu les femmes, est encore entourée d'une grande discrétion dans la famille Marocaine, en particulier dans la région du nord, caractérisée par son identité socio-culturelle 'conservatrice', où la plupart des familles en font leur devise dans la vie.

La famille est le dernier bastion à préserver l'identité traditionnelle et à résister au changement. La dépendance des femmes ou des filles est alors considérée comme une disgrâce majeure à leur réputation, ainsi qu'une transgression des lignes rouges encadrant leur existence et dictant leurs actions et leur comportement dans la société.

Cet article examine l'impact de la perception de la spécificité du genre féminin sur la vulnérabilité des femmes souffrantes, ainsi que sur leur jouissance du droit au traitement. Comment l'identité de genre affecte-t-elle la dépendance ? Comment se reflète l'orientation sexuelle masculine sur la dépendance des femmes et leur souffrance d'autres maladies, telles que les maladies sexuellement transmissibles ? Comment contribue le contexte social, avec toutes ses composantes, dans la dégradation de la santé des femmes ?

Pour mieux répondre à ces questions, nous suivons la vie quotidienne d'un nombre de femmes toxicomanes dans plusieurs villes du nord Marocain et ce, à travers leurs récits évoquant les différentes étapes par lesquelles elles

sont passées avant d'atteindre l'état de dépendance totale de la substance consommée. Nous relatons les maladies chroniques qui ont en découlées, ainsi que l'impact de la condition de ces femmes sur leurs relations familiales, sociales et professionnelles. Enfin, nous examinons les bouleversements causés par le stigma de «toxicomane » sur leur vie quotidienne et évaluons leur capacité à reconstruire leurs vies.

Mots-clés: maladie, drogue, femmes toxicomanes, droit à la santé.

مقدمة:

يعرف الإدمان على المخدرات انتشرا كبيرا، قدر «بربع مليون شخص»[1]، وخاصة تعاطي المخدرات القوية. كما يشير تقرير الأمم المتحدة بأن «البيانات المتعلقة بإنتاج المخدرات والاتجار بها وتعاطيها، أدى إلى حدوث توسع شامل في سوق الكوكايين في جميع أنحاء العالم»[2].

إن توسع قاعدة الإدمان على المخدرات على الصعيد العالمي لم يستثن النساء اللواتي أضحى عدد منهن مدمنات، وإن كان تعاطيهن للمخدرات لا يزال منخفضا عموما مقارنة مع الرجال.» لكن بمجرد ما تبدأ النساء في تعاطي مواد الإدمان، فإنهن يملن إلى زيادة معدل استهلاكهن من الكحوليات والقنب والمؤثرات الافيونية والكوكايين بسرعة أكبر من الرجال. وقد يصبن بسرعة أكبر من الرجال بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات»[3].

في المغرب بلغ عدد الأفراد الذين يعانون من الإدمان على المخدرات 600 ألف مغربي، 16 ألف منهم يدمنون على المخدرات القوية بمختلف أنواعها، وفقا لمديرية الأوبئة ومحاربة الأمراض المعدية. ورغم تزايد عدد مريضات الإدمان على المخدرات في المجتمع المغربي إلا أنه نادرا ما تشير الإحصائيات الرسمية لنسبتهن بشكل منفصل عن الرجال. كما لا زالت تحاط هذه الظاهرة بالكثير من السرية في الأوساط الأسرية المغربية، وخاصة في شماله المتميز بسياقه السوسيو- ثقافي، حيث تتخذها معظم الأسر «المحافظة» شعارا لها في الحياة. ولا زالت الأسرة تعد الحصن

(1) الأمم المتحدة، تقرير المخدرات في العالم،الجزء الثاني، 2017، ص. 11.
www .unocdo.org/wdr 2017 اطلع عليه 12-4-2019.
(2) الأمم المتحدة، نفس المرجع، ص. 10.
(3) الأمم المتحدة، نفس المرجع السابق، ص. 21.

الأول والأخير للحفاظ على الهوية التقليدية، ومقاومة اكتساح التغير. وإدمان المرأة أو الفتاة يعتبر مسا قويا بسمعتهما وبسمعة الأسرة ووصمة عار في جبينها، لأنها تخطت كل الخطوط الحمراء التي رسمت لها والتي يفترض أن تؤطر وجودها، وتحدد سلوكاتها وأفعالها.

سنتطرق هذه المقالة لأشكال التحولات التي أصابت هذا المجتمع، ودفعت بهذه الفئة إلى نهج هذه السلوكيات التي كانت لحد أمس قريب محظورة عليها أو بمعنى أصح محمية منها. ومن جهة ثانية لتأثير التصورات لخصوصية النوع الاجتماعي وانعكاسه على إصابة المرأة بهذا المرض، ومن جهة ثالثة، على الوصم الذي يسببه لها، وانعكاساته على حياتها اليومية، وعلى مدى تمتعها في الحق في العلاج. أو بمعنى آخر كيف تؤثر الهوية الجندرية في الإصابة بمرض الإدمان؟ وكيف ينعكس الانحياز الجنسي للرجال على استفحال المرض عند النساء وإصابتهن بأمراض أخرى كالمنقولة جنسيا؟ ثم كيف يعمل السياق الاجتماعي، بكل مكوناته، في الاتجاه المعاكس لصحة النساء؟ وما نوع الانعكاسات التي يحدثها هذا المرض سواء عليهن أو على الأسرة أو المجتمع بشكل عام؟ ثم ما هي تصوراتهن لأشكال العلاج الناجعة في نظرهن؟.

إن مشكلة البحث التي تبنيناها ترتكز على دراسة الإدمان كمشكلة عامة، والإدمان عند النساء بصورة خاصة، باعتبارها مشكلة اجتماعية خطيرة تتداخل في وجودها العديد من العوامل، وتظهر من خلال الكثير من المحددات الاجتماعية والاقتصادية، والتي شكلت الاتجاه العام للدراسة. بينما قسمها الأساسي يتمحور في الدراسة التطبيقية والميدانية لمدينتي طنجة وتطوان كجزء من الواقع المغربي الذي تزداد فيه هذه الظاهرة اتساعا[1].

(1) أثبتت معطيات جمعية أمل لدعم مرضى الإدمان على المخدرات، لسنة 2018 أن عدد المدمنين والمدمنات

أهمية البحث:

تكمن أهمية اختيار موضوع البحث في الكشف عن خطورة هذا الداء الذي أصبحت تتسع مساحته يوماً بعد يوم. وتتعرض فيها الكثير من الفئات الاجتماعية في المجتمع المغربي، أُسراً وأفراداً، لمذلة العيش ومآسي الألم والإهانة والفقر. فقد أصبحت العديد من هذه الأسر غير قادرة على وصمة العار، أو تحمل نفقات العلاج، وعدم قدرة المرضى والمريضات فيها الوصول إلى الطبيب، أو التحاق الأطفال بالتعليم ومواصلتهم للدراسة، نتيجة لحالة المرض والفقر التي حلت بهم وبهن.

الإدمان على المخدرات وخاصة القوية ويتسبب في ظهور مشاكل اجتماعية أخرى مثل، الانحراف وارتفاع معدل وفيات أطفال مريضات الإدمان، وتفشي الأمية، وانتشار أمراض أخرى مرتبطة بهذه المشكلة.

أهداف البحث:

يهدف هذا البحث إلى الكشف عن أبعاد مشكلة الإدمان عند النساء ومحدداته الاجتماعية والاقتصادية والنفسية في المغرب من خلال الدراسة التطبيقية في مدينتي طنجة وتطوان، وما يرتبط بهذه المشكلة من آثار سلبية على النساء والأسرة والمجتمع. وتتحدد أهداف البحث في التالي:

1- تحديد مفهوم الإدمان والكشف عن الأسباب التي أدت إلى اتساع دائرته في المجتمع المغربي، ليشمل كل فئاته بما فيهم النساء والفتيات؛
2- معرفة آثار الإدمان الاجتماعية النفسية الاقتصادية على المرأة، الأسرة والمجتمع؛
3- تأثير النوع الاجتماعي على استفادة النساء والفتيات من الحق في العلاج؛
4- تأثير الوصم على صحة النساء وحياتهن اليومية بشكل عام.

بلغ إلى 812 مدمن ومدمنة على الهيروين (فقط) بتراب عمالة المضيق الفنيدق.

إشكالية البحث:

لماذا تُقبل النساء على تعاطي الكحول والمخدرات القوية؟ أو بمعنى آخر ما هي أسباب إدمان النساء على الكحول والمخدرات ؟ ما هي انعكاساتها الصحية والاجتماعية الاقتصادية والثقافية عليهن وعلى أسرهن وعلى المجتمع بشكل عام؟ ما هو تصور الأسرة والمجتمع لهن (مريضات الإدمان)، وكيف تؤثر هذه التصورات على علاجهن وصحتهن النفسية والجسدية من جهة، وعلى إعادة اندماجهن من جهة أخرى؟ كيف يتصورن العلاج؟.

فـرضيات البحث:

تتحدد فرضيات البحث التي اخترناها كأجوبة كشفية لأسئلة البحث في الآتي:

الفرضية العامة:

إن محدودية فرص العمل التي يقدمها القطاع العام ومؤسسات القطاع الخاص لا تغطي احتياجات سوق العمل، مما أدى إلى ارتفاع معدل البطالة والفقر، خاصة في أوساط النساء اللواتي أجبرن على البحث عن سبل أخرى للعيش، آلت بهن إلى عالم إدمان الكحول والمخدرات بكل أنواعها، كما وظفن في تبضيعها، الأمر الذي عمق من كل أشكال إقصائهن وتهميشهن.

الفـرضيات الفرعية:

- تشكل الأسرة الركيزة الأساسية في حماية الفتيات والنساء من الانحراف والإدمان أو الدفع إليهما بشكل مباشر أو غير مباشر.
- تؤثر كيفية استثمار أوقات الفراغ والمحيط السوسيو-اقتصادي والثقافي للفتيات والنساء بقوة في سلامتهن من الوقوع في الإدمان أو العكس.

- إدمان الفتيات والنساء على الكحول والمخدرات بكل أنواعها يدمر صحتهن ومكانتهن داخل الأسرة والعمل والمجتمع، كما تتأذى هذه المؤسسات من إدمانهن.
- التصورات الاجتماعية والقوالب النمطية السائدة في المجتمع حول المرأة، تؤثر سلبا على علاج الفتيات والنساء المدمنات وعلى إعادة إدماجهن في الأسرة والمجتمع.
- توجد علاقة ارتباط جدلية بين الإدمان على المخدرات والفقر، حيث أن عدم القدرة على العمل يكون سبباً في الفقر وعدم مواصلة التعليم والتسرب منه، مما يقلل من فرص العمل، (الفقر يدفع للإدمان وهذا الأخير يسبب في الفقر المدقع على جميع المستويات).

الحدود المكانية للبحث:

تمثلت الحدود المكانية للبحث في مدينتي طنجة وتطوان، لكن العينة كانت تنتمي تقريبا لكل جهات المغرب.

الحدود الزمنية للبحث:

بدأنا الاشتغال على هذا الموضوع والتحقق من فرضياته ميدانيا من الفترة الممتدة من عام 2012-2015. ثم عاودنا البحث فيه بنفس الفرضيات من 2017 إلى 2019، فالحدود الزمنية لهذه الدراسة طويلة لكنها متقطعة، والجيد فيها أنها سمحت لنا بتتبع تطور حياة بعض الحالات التي توطدت علاقتنا نسبيا بهن.

منهج وتقنيات البحث:

الهدف من الدراسة هو إجراء دراسة معمقة للتعرف على أسباب وآثار هذه الظاهرة وسبل الوقاية والعلاج منها. وقد تم الاعتماد على المنهج الكيفي بالأساس

وخاصة تقنية المقابلة بكل أنواعها، كما اعتمدنا على دراسة الحالة، بالإضافة إلى الملاحظة المباشرة لسهولة مشاهدة هذه الظاهرة في الأوساط التي اختيرت كمجال للبحث بشكل واضح، دون إشعار المبحوثة بأنها مراقبة، هذا إلى جانب اعتماد بعض الوثائق؛ كالبطاقة الوطنية، الحالة المدنية، شواهد الدراسة والتكوين المهني أو العمل أو الشواهد الطبية... كتقنيات فعالة لتحقيق هدف الدراسة المتمثل قي القدرة على فهم وتحليل وتفسير هذه الظاهرة.

عينة البحث:

تكونت عينة البحث من ثمانين امرأة وفتاة، التقينا بهن في أماكن مختلفة في المدينتين بشكل مباشر أو باعتمادنا على وساطة بعض المبحوثات اللواتي عرفناهن في جمعيات مختلفة أو بالصدفة، عملا بما يعرف بتقنية «الكرة الثلجية» التي تكبر كلما تدحرجت فوق الأرض.

كما اعتمدنا على بعض المقابلات مع بعض الأطباء والمساعدين والمساعدات الاجتماعيات ورؤساء الجمعيات الذين يشتغلون واللواتي تشتغلن في هذا المجال.

توصلنا من خلال هذه الدراسة إلى عدة نتائج، سنقدم ملخصا عن البعض منها بعد توضيح موجز لمفاهيم البحث.

1. تحديد مفهوم مريضات الإدمان على المخدرات:

المخدرات جمع لـ«مخدر»، وهذا اللفظ وما اشتق منه يطلق على جملة من المعاني المتقاربة، وهي تلك المادة التي تحدث في الجسم ثقلا وكسلا، لأن الخدر في الجسم هو الثقل والكسل»[1].

(1) محمد شوكت، المخدرات وأثارها السلبية وطرق معالجتها، مطابع الشرق الأوسط، 1999، ص. 38.

ويضيف هذا الباحث، أن المخدرات كالخمر فكلاها يخامر العقل ويغطي عليه، والخدر فتور وضعف يصيب الشارب أو المتعاطي للمخدر، ويشمل المعنى اللغوي لكلمة مخدر كل ما يؤدي بالشخص إلى النعاس أو يفقده عقله ووعيه وإحساسه بالألم والزمن والمسافة ويفقده القدرة على التمييز[1].

ويتحدث عبيد ناصر فيتحدث عن المادة المخدرة، ويعرفها كما يلي: «هي كل مادة خامة، أو مستحضر يحتوي على عناصر مسكنة أو منبهة من شأنها، إذا استخدمت أن تؤثر على الشخص، واعتمادها دون مشورة طبية، قد يؤدي إلى حالة من التعود والإدمان عليها وهذا يضر بالفرد والمجتمع»[2].

نستشف مما سبق أن المخدر هو كل مادة تسبب غياب الوعي والشعور بالألم والإحساس بالزمان والمكان أو الأحداث، والتعاطي المنتظم لما ينتج عنه الإدمان. ويعني هذا الأخير «الإفراط في تناول الشيء، سواء كان مخدرات أو خمر أو غيرها». وتعرف المنظمة العالمية للصحة مصطلح الإدمان، «بأنه حالة من التخدير المؤقت أو المزمن التي تنشأ عن تكرار تعاطي مادة مخدرة طبيعية أو خلقية»[3].

وبناء على هذا التحديد يمكن تعريف مريضات الإدمان بأنهن النساء والفتيات اللواتي يتعاطين بشكل منتظم ومبالغ فيه للمواد المخدرة التي تجعلهن يشعرن بالعجز عن الابتعاد أو التخلي عنها، تحت إكراه رغبة قهرية تجبرهن على المداومة، لتعودهن جسديا ونفسيا عليها.

وأنواع المخدرات كثيرة ومتعددة تختلف من حيث اللون ومن حيث النوع، فمنها ما هو طبيعي ومنها ما هو اصطناعي. فما هي الأنواع التي تتعاطاها النساء؟ وما هي تأثيراتها عليهن؟

(1) نفس الصفحة والمرجع السابق الذكر.

(2) عبيد ناصر، المخدرات الخطر الداهم، دار الندي للطباعة، جدة 1990، ص. 24.

(3) احمد فؤاد كامل، السموم البيضاء والنتائج السوداء، مجلة الكويت، العدد، 880، 1989، ص. 15.

2. في معنى الوصم :

الوصم لغة هو العيب، ووصم الشيء عابه، وهو العيب والعار حسب ابن منظور في لسان العرب[1]. ومجازيا، «الوصم» هو علامة على العار، أو توصيم شخص بالعار والاستهجان لسبب من الأسباب، وهو علامة سلبية ودونية. وتؤدي هذه العلامات إلى الرفض الاجتماعي والى الإقصاء، لأنه ينظر إليها على أنها تسير ضد المعايير الثقافية للجماعة أو المجتمع الذي ينتمي إليه الشخص الذي يحملها[2].

يتبين مما سبق أن الوصم هو مجموعة من الأوصاف القدحية التي ينعت بها بعض الأفراد كعقاب لهم على أفعال ارتكبوها. أو للتعبير عن انحرافهم وعدم احترامهم لمعايير وقيم المجتمع، وقيامهم بسلوكات غير مقبولة اجتماعيا. كما يعبر عن التمييز نتيجة بعض الخصائص الجسدية كالإعاقة أو الأمراض العقلية وغيرها من الأمراض الجسدية والنفسية والاجتماعية.

ويعمل الوصم على حرمان الشخص الموصوم من القبول الاجتماعي، مما يؤثر على هويته بحيث تصبح الأوصاف التي يوصف بها هي جزء من هذه الهوية، أو تختزل كل هويته وتصنفه في فئة اجتماعية محددة طبقا لوصمه. وكل هذا يؤثر على نفسيته وسلوكاته، إذ يعمل الموصوم على أن تكون طبقا للصورة النمطية التي ألصقها به المجتمع.

ويشير «ارفن غوفمان، Goffman Erving» مبدع هذا المفهوم في كتابه «الوصم»[3] الذي صدر منذ عام 1963، إلى ما يلحق الفرد الموصوم من تدني في أهلية القبول

(1) ابن منظور، لسان العرب، بيروت، دار لسان العرب (د س ط) ص. 436.

(2) http://www.toupie.org/Dictionnaire/Stigmatiser.htm

(3) Goffman Erving, Stigmate, les usages sociaux des handicaps, les éditions de minuit, 1975.

الاجتماعي نتيجة هذا الوصم، وما يترتب عنه من آثار اجتماعية ونفسية تمنع وتعرقل تكيفه واندماجه في المجتمع.

إن الوصم، وفقا لهذا الباحث، يشير إلى السمة التي تحدث التشويه العميق للشخص الموصوم، والذي ينظر إليه على أنه غير إنساني تماما، ويصبح هدفا للأحكام المسبقة وللتمييز[1]. وتؤثر هذه الأحكام والتقييم السلبي للشخص الموصوم من طرف المجتمع، على نظرة الموصوم لذاته، والتي يقيمها سلبيا بدوره، حسب ملاحظات غوفمان. إذ يرى هذا الأخير أنه حتى في الحالات التي ينظر لهذا الشخص على أنه شخص عادي، ولديه نفس الحقوق مثل أي شخص آخر في المجتمع، فإنه نظرا لكونه مشبعا بالمواقف الاجتماعية اتجاه وصمه يجد صعوبة في مواجهتها. وقد يحدث أن يشعر هو ذاته أنه غير صالح، وأقل شأنا من الآخرين وناقص في كثير من الأحيان لدرجة الشعور بالعار أن يكون ما هو عليه كشخص[2].

فالوصم لا يؤدي إلى تدمير علاقات التفاعل الايجابية بين الموصوم وبين المجتمع فقط، بل حتى المشاعر الايجابية اتجاه نفسه، مما ينمي فيه روح العداوة تجاه الكل، فيتحول إلى منحرف بناء على هذه القناعات التي رسخها فيه المجتمع، وصدقها هو، وأصبح يتصرف وفقا لسمات هذه الشخصية التي تم بناؤها اجتماعيا.

ويتفق «بيكر، Becker» (1985) مع النتائج التي توصل إليها غوفمان في دراسته للأشخاص المنحرفين، والتي استنتج من خلالها أن السلوكات المنحرفة ليست كذلك إلا بالاستناد إلى المعايير التي تفرضها الفئات الاجتماعية التي تتمتع بقوة سياسية واقتصادية كافية للقيام بذلك. يقول: «تخلق المجموعات الاجتماعية الانحراف

(1) Goffman Erving, 1986 [1963], Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity, New York, Touchstone Edition. Cité par Jacqueline Comte, in Stigmatisation du travail du sexe et identité des travailleurs et travailleuses du sexe . https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2010-3-page-425.htm.

(2) Ibidem.

من خلال وضع المعايير لبعض الأفراد ووصفهم بالمنحرفين، من وجهة نظر هذه، الانحراف لا يرتبط بنوعية الفعل المرتكب من طرف الشخص، بل هو نتيجة لتطبيق الآخرين للمعايير والعقابات على «المتعدي»[1].

إن العقاب حسب هذه الأبحاث يؤدي إلى مفعول عكسي؛ فبدل الحد من الانحراف يجعل هذا الأخير يتقوى وينتشر، ويستفحل أكثر في حالة الجمع بين هؤلاء الأشخاص في المؤسسات السجنية. هذه الأخيرة لا تعمل فقط على نقل العدوى السلوكية، بل إلى تطوير هذه السلوكات، حيث يؤدي التفاعل بين المتواجدين بها إلى تعليم الشخص المبتدئ لسلوكات أكثر انحرافا وأخطر من التي كان يقترفها. الوضع الذي يجعل من السجن مؤسسة تقوي قدرات المنحرف أكثر مما تعمل على إصلاحه. دفعت هذه النتائج بيبكر إلى التأكيد على أن المجتمع هو الذي يخلق الانحراف، بوضعه للمعايير والقواعد التي يمثل الخروج عنها انحرافا، ووصم المنحرفين عنها بالمنحرفين أو الخارجين (outsiders) عن القواعد الاجتماعية. فالانحراف له علاقة بما يترتب عن تطبيق القواعد الإجرائية ضد المخالف من آثار سلبية، أكثر مما له علاقة بواقع أو خصائص الفعل الذي يخالفه الفرد.

إن الوصم باعتباره عقابا اجتماعيا على اغتصاب المعايير والقواعد الاجتماعية، يؤدي إلى الانحراف في منظور كل من غوفمان وبيكر. وإن الانحراف لا يرتبط بنوع الفعل الذي يرتكبه الفرد، بقدر ما هو مسألة تتعلق بثقافة المجتمع وبنظرته لهذا الفعل. بمعنى آخر ليس صفة يوصف بها الفعل في حد ذاته، وإنما سمة يطلقها المجتمع على سلوك محدد، وفقا لخصوصية قيمه ومعاييره. ومن تم يمكن القول أن الانحراف هو رد الفعل تجاه الوصم الاجتماعي[2].

(1) Becker H.S., op.cit.

(2) الخمليشي الزهرة، الأطفال في وضعية التخلي: الوصم يعيق الاندماج، الطبعة الأولى، سليكي اخوين 2018، من ص. 26 إلى 30.

وتعاطي النساء للمخدرات لدرجة الإدمان عليها يترتب عليه وصم هذه العينة من النساء بعدة صفات هجينة تعمل على وصمهن. فكيف يؤثر هذا الوصم على حقوقهن، كالحق في العلاج بالأساس؟ ما هو تأثير وصمهن على نظرة الآخرين لهن؟ ونظرتهن لأنفسهن؟ وما هي تأثيرات الوصم على تكيفهن واندماجهن في المحيط الذي يعشن فيه، وعلى طبيعة علاقاتهن مع الآخرين؟.

قبل الإجابة عن هذه الأسئلة سنقدم تعريفا لمفهوم الصحة.

3. تحديد مفهوم الصحة:

الصحة حسب ابن منظور في لسان العرب هي غياب المرض، أو السقم. والمرض هو غياب الصحة. لكن المنظمة العالمية للصحة تذهب أبعد من ذلك وتعرف الصحة بأنها حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية ولا تفرض فقط غياب المرض أو العجز.

فالصحة من خلال هذا التعريف، منظومة شاملة لا تعني فقط الخلو من المرض، بل تشمل حالة الاكتمال أو الرفاه على المستوى البدني والنفسي والاجتماعي. ورغم الانتقادات التي وجهت لهذا التحديد باعتباره مثالي ولا يلامس الواقع، لأن الظروف التي يمر بها الإنسان لا تتسم بالثبات الذي يجعلها في صحة جيدة، كالضغوطات اليومية، والتأثيرات الاجتماعية (موت الأقارب، فقدان الممتلكات، مشاكل العمل)، وكذلك التحولات الجسدية، وما يسببه كل هذا من آلام نفسية وتوعكات جسدية، إلا أن الايجابي فيه هو النظرة الشمولية للصحة التي تجمع بين الجانب الجسدي والنفسي والاجتماعي للإنسان. وغالبا ما يعتبر الوضع الاجتماعي هو السبب الرئيسي للمرض، وهو الذي ركز عليه كثيرا أوغست كونت «الذي لم يكن يعترف طبعا بعلم النفس، واعتبر الأطباء الذين لا يأخذون بعين الاعتبار المحيط

أو الوضع الاجتماعي للمريض هم مجرد بياطرة des vétérinaires، لأن الإنسان ليس جسدا فقط بل نفس وروح تتأثر بما هو خارجي[1]. وهو ما ركزت عليه التحديدات الأنثروبولوجية في مجال الصحة التي لا تعتبرها مجرد منتوج طبيعي فقط بل اجتماعي كذلك، والخلل الصحي ينتج كذلك عن الخلل في البنية الاجتماعية. ابن رشد بدوره ثمن هذا الاتجاه بقوله: ابحث عن أسباب المرض خارج الجسد[2]. كما يسعى هذا التحديد كذلك إلى تأمين أبسط الشروط الصحية والصحة للجميع من خلال البحث عن الشروط المُثلى والراقية، ففي البحث عن الدرجات العليا تتأمن وتتحقق لا محالة الدرجات الدنيا[3].

الإدمان هو نتيجة واقع اجتماعي مر يدمر صحة المدمن، كما أثبت تقرير الأمم المتحدة الذي كشف أن «12 مليون في العالم يتعاطون المخدرات بالحقن، ثمنهم (1.2 مليون) مصاب بفيروس نقص المناعة، وأكثرهم (2.1 ملايين) مصاب بالتهاب الكبد من نوع C»[4]. كما يهدم حياة الأفراد الذين يشكلون المجتمع من خلال التأثير على واقعهم المعيشي، إذ يصبحون أسرى هذه المواد لا يقدرون على العيش من دونها لدرجة يصبحون معها يعيشون فقط من أجل المخدرات. إن هذا الأسر أو القيد، وهذه التبعية الإجبارية للمخدرات تجعل المتعاطيات يشعرن بان وضعهن النفسي ليس في حالة جيدة وأن حالتهن الصحية تتدهور سواء الجسدية أو العقلية، كما تبين من نتائج البحث الميداني.

(1) Roger Bastide, Sociologie des maladies mentales, Paris, Flammarion, 1965.

(2) الخمليشي الزهرة، النساء والصحة في المغرب، www.swmsa.net اطلع عليه 2019/5/2.

(3) D. Carricaburu et M. Ménoret, Sociologie de la santé Institution, Professions et Maladies, Armand colin, Paris, 2004.

(4) الأمم المتحدة، تقرير المخدرات في العالم، الجزء الثاني، 2017، ص. 11.
www .unocdo.org/wdr 2017 اطلع عليه 12-4-2019.

خصائص عينة البحث: مريضات المستشفيات والجمعيات وغياب مريضات الأطباء

تميزت عينة البحث بالتنوع من حيث الخصائص التي تميزها سواء من حيث بنية الأعمار أو المستوى الدراسي أو الشواهد المحصل عليها أو طبيعة الأعمال التي تزاولها. لكن هذا التنوع لا يخفي التقارب فيما بينها، والمتمثل في انتماء جل عضواتها للفئة غير محظوظة اجتماعيا، وهو العامل الأساسي الذي لا يساعدها على الاستفادة من العلاج في مصحات القطاع الخاص، ولا إخفاء أسرار مرضها التي تبقى معروفة عند غالبية الناس. عكس الفئات الاجتماعية المحظوظة «مريضات الأطباء»[1]، حيث يتابع حالاتها الصحية أطباء وطبيبات مختصون في مصحاتهم الخاصة، ويعرفون هم وحدهم مشاكلهن وتطورات المرض عندهن ونسب الشفاء منه. تحاط هذه الفئة بسرية كبيرة، يصعب معها كثيرا على الباحث/ة الوصول إليها أو حتى التعرف عليها.

1. بنية أعمار المبحوثات:

ج (1) بنية أعمار المبحوثات

الفئات العمرية	التكرارات	%
27 – 16	20	25
37 – 28	22	27.50
47-38	27	33.75
52 – 48	11	13.75
+ 53		
المجموع	**80**	**100**

المصدر: البحث الميداني

(1) يميز العديد من علماء الاجتماع منهم D. Carricaburu et M. Ménoret بين المرضى في حالة العلاج التي يتبعونها؛ مقسمين إياهم إلى مرضى الأطباء، وهم الذين يتبعون علاجهم عند طبيب واحد ويعرف كل تطورات مرضهم، وهم في الغالب من الطبقة المحظوظة وبين مرضى المستشفيات والذين يذهبون إلى المستشفى وفي كل مرة يجدون طبيا/ة مختلفة. نفس المرجع السابق.

وفقا لمعطيات الجدول فقد تراوحت أعمار المبحوثات ما بين 16 سنة كأصغر سن و52 سنة كأكبر سن، وتركزت أعلى نسبة من المدمنات في المرحلة العمرية ما بين 38-47 سنة بنسبة 33.75 %، تلتها الفئة العمرية 28-37 سنة بنسبة 27.50 %.

2. المستوى التعليمي للمبحوثات:

يعد التعليم عنصرا مهما في تحديد صحة ومرض الفرد، نظرا لارتفاع ثقافة الوقاية من الأمراض التي تزيد من نسبة الحماية من خطر الإصابة بالمرض، والحماية من الانحراف، لانشغال المرء بالقراءة التي تملأ وقت الفراغ، وتقوي مناعة المقاومة للتأثيرات السلبية. إلا أنه وكما يبدو من الجدول غير كاف لان 12.5 % من الجامعيات وقعن في شرك الإدمان على المخدرات.

ج (2) المستوى التعليمي للمبحوثات

المستوى التعليمي	التكرار	%
أمية	20	25
الابتدائي	28	35
الثانوي	22	27.50
الجامعي	10	5. 12
المجموع	**80**	**100**

المصدر: البحث الميداني

يكشف الجدول أيضا أن نسبة الإدمان مرتفعة في المستوى الابتدائي حيث بلغت 35 %، ووصلت هذه النسبة في أوساط ذوي شهادة الثانوي إلى 27.50 %، ولم تتجاوز 25 % عند الفئة التي تعاني من الأمية الأبجدية.

3. الحالة العائلية للمبحوثات:

تفيد قراءة الجدول أدناه أن 21.25 % من المبحوثات أمهات عازبات، ذلك أن التعاطي والإدمان على المخدرات والكحول هي بمثابة جسر يقود إلى العمل الجنسي.

فالحمل خارج إطار الزواج، أو غير الشرعي، هو المشكل الذي يدفع إلى امتهان العمل الجنسي بعد تخلي الشريك، والطرد من الأسرة أو الهروب منها مخافة افتضاح أمرها، فتكون المخدرات والخمر وسيلة لنسيان المشكل، كما في بعض الحالات منها؛ حالة»م» التي تفيد شهادتها ما يلي: «...اسودت الدنيا في عيني، وحاولت الانتحار مرارا دون جدوى... فبعد الحياة الآمنة وسط أسرتي وجدت نفسي وحيدة في الشارع بعدما غادرتها خوفا من الفضيحة عندما حملت، ورفض من كنت اعتقد انه حبيبي التقدم لخطبتي والزواج مني... تألمت كثيرا وتعذبت ولم أجد بجانبي غير أولاد الحرام الذين نهشوا لحمي واستمتعوا بجسدي من اجل قضاء ليلة في فراش دافئ وتناول وجبة عشاء... قادني قدري للعلب الليلية حيث تباع اللحوم البشرية طرية ومزينة ومرفقة بالخمر والمخدرات لتضاعف من جمالها ومن لذة آكليها... على موائد الخمارات كانت بداية شربي لكل أنواع النبيذ من الغالي للرخيص، وأواصل الشرب في منازل الزبناء... أتسلى ألهو أنسى همومي وأنفذ كل ما يطلبه مني...ومن سجائر الدخان البسيطة إلى الكوكايين والهروين (الكحلى والبيطا)... كُحلت حياتي ولم يبق فيها أي شيء ابيض، ما عدا بياض الأيام التي تتكرر بنفس الروتين بنفس الألم والوجع... إلى أن أصبحت على ما انأ عليه ميتة على قيد الحياة».

ج (3) الحالة العائلية للمبحوثات

الحالة العائلية	التكرارات	%
عازبة	12	15
أم عازبة	17	21.25
متزوجة	10	12.50
متخلى عنها	14	17.50
مطلقة	16	20
أرملة	11	13.75
المجموع	**80**	**100**

المصدر: البحث الميداني

يتضح من الجدول كذلك أن 20 % من المبحوثات مطلقات. فك الارتباط مع الحياة الزوجية كان عند المبحوثات، إما بسبب الإدمان أو الطلاق، عبد الطريق أمامهن للعمالة الجنسية التي قادتهن للادمان والانسحاب الشبه الكلي من القدرة على تحمل المسؤولية الأسرية. نفس الحال ينطبق على 17.50 % من متخلى عنهن. و13.75 % من الأرامل. كما أن 15 % من أفراد العينة عازبات، ومعظمهن لم يكملن عقدهن الثاني أو وصلن بالكاد إليه، ولا تعرف غالبيتهن كيف كانت بداية إدمانهن، لكن يعرفن أنهن لا يستطعن العيش دونه، ومستعدات للتضحية بالغالي والنفيس للتخلص من حالة ألم الحاجة للمخدر والتي يسمينها «بالمونو» وتهدئة أعضاء جسدهن. كما تصرح «د»: «حياة البؤس هي حياة المدمنة على المخدرات؛ حياة يملأها الألم والقلق والخوف الدائم... لا راحة فيها ولا سكون ولا ثبات... الثابت فيها هو البحث السرمدي عن جرعة السموم المسكنة لألم فضيع يكسر الرأس والجسد، ولا يتوقف إلا بعد إدخال هذا السم للجسد... وما بين الجرعة والجرعة يمكن أن تموت أو تسبب في الموت. يغيب الفرح وتحضر الهمجية والوحشية بكل بشاعتها وحيوانيتها».

يتضح من الجدول كذلك أن 12.50 % من المستجوبات متزوجات، فرغم أن الزواج يمثل غالبا في التصور الجماعي، تحمل المسؤولية الأسرية والتفرغ لرعاية أفراد الأسرة، إلا أن هذا لا ينطبق على هذه العينة من المبحوثات اللواتي تزوجت كثيرات منهن لعدة مرات، بل وأنجبت أخريات من هذا الزواج، مما ساعد عددا منهن على تعديل سلوكاتهن وحفزهن على البحث عن العلاج من أجل الأمن الاستقرار النفسي والاجتماعي. بينما لم يستطع الزواج تغيير وضعية تبعية عينة أخرى للمخدرات.

كان الإدمان عند بعض الحالات هو السبب والهدف من الزواج، وذلك حتى يتم اقتسام الجرعات والتعاون في إيجاد المبالغ المالية المخولة للحصول على المخدرات. كما حكت «ف»: «تجمعنا «البلية» وتفرقنا هي كذلك... غالبا ما نتزوج من نفس الجماعة «لَكْليكا»... كما حدث لي مع زوجي الأول الذي طلقت منه بعدما لم أعد أطيقه لضربه المبرح والمتكرر لي بعد كل نوبة «المونو»، أو ليجبرني على الدعارة حتى مع أصدقائه ومعارفه لكي أوفر له المبالغ المالية «لبليته»... أصبحت عنده وسيلة للحصول على النقود وتلبية رغباته الجنسية فقط، لم يعد يحبني أو يغير علي أو يوفر لي أي شيء... لحد أنه رفض تطليقي في البداية وهددني حتى بالقتل إن فارقته، و لم أحصل على الطلاق إلا بعدما دخل السجن... وبعد مدة تزوجت من أحد معارفه والذي أتفاهم معه كثيرا والذي طالما عاشرته جنسيا قبل الطلاق وبعده... ندور في نفس الحلقة... ومن في نظرك سيقبل علينا».

4. الشهادة أو الديبلوم المحصل عليه:

تعكس الشهادة نوع التعليم أو التكوين الذي استفادت منه المبحوثة، والمستوى الذي وصلت إليه في تلقيه، وهي لا تخول فقط إمكانيات الولوج لأسواق الشغل، بل تعطي كذلك القيمة والاعتبار لحاملها، وتسمح بالترقي الاجتماعي من جهة، وعاملا مهما في تحديد المستوى الصحي للفرد لتدخلها المباشر في طبيعة المهام التي يزاولها في عمله والوعي الصحي الذي يتمتع به.

ج (4) الشهادة أو الديبلوم المحصل عليه من طرف المبحوثات

الشهادة المحصل عليها	التكرارات	%
بدون	24	30
الخياطة	11	13.75
الحلاقة والتجميل	10	12.5
الطبخ	5	6.25
الباكلوريا	6	7.5
الاجازة	5	6.25
دون تحديد	14	17.5
المجموع	**80**	**100**

المصدر: البحث الميداني

يكشف الجدول أن 30 % من العينة المبحوثة لا شهادة في حوزتهن، و17.5 % بدون تحديد في الإجابة عن هذا السؤال، حيث رفضت البعض منهن التحديد بدقة لنوع الشهادة، مكتفيات بأنهن يعرفن إتقان الكثير من الأشياء التي تعلمنها بعيدا عن المؤسسات التي تمنح الشواهد، أو مرددات «سبع صنايع والرزق ضائع»، بينما رفضت أخريات الإجابة عن هذا السؤال. وتتوفر 13.7% على شهادة في الخياطة، و12.5 % على شهادة في الحلاقة والتجميل، ومعظمهن حصلن على هذه الشواهد من الجمعيات التي تعمل على تأهيلهن لإعادة إدماجهن بالموازاة مع العلاج. 7,5 % فقط من حصلن على شهادة الباكلوريا، و6.25 % حصلن على شهادة الإجازة. وللإشارة فان الفئات الأخرى عندما تصاب بالإدمان تبحث عن العلاج عند الأطباء في القطاع الخاص، وفي المصحات الخاصة، وتبقى سمعتها محفوظة، وملفاتها بعيدة عن متناول الباحثين والباحثات. بينما تعاني الفئات الفقيرة من عدم القدرة ليس فقط على حفظ أسرار أمراضها، بل حتى إيجاد أماكن تسترها وتحميها من العيش في الشارع.

5. الوضعية المهنية للمبحوثات:

تعد الوضعية المهنية باعتبارها من العوامل المهمة المعتمدة في الكشف عن مستوى الدخل المحدد الرئيسي للمستوى الاقتصادي للفرد وللأسرة ومكانتها الاجتماعية، فالدخل «محددة مهمة من محددات رفاهية المجتمع النفسية–الاجتماعية.»[1] ولذلك اعتمدنا على المهنة لمعرفة الوضعية السوسيو- اقتصادية للمبحوثات.

ج (5) الوضعية المهنية للمبحوثات

المهنة	التكرارات	%
معطلة	18	22.5
أجيرة (مياومة، مستخدمة)	12	15
عاملة	5	6.25
بائعة متجولة	11	13.75
خياطة،حلاقة	10	12.5
دون عمل ثابت ومحدد	24	30
المجموع	**80**	**100**

المصدر: البحث الميداني

يفيد الجدول أعلاه أن 30 %، أي غالبية المبحوثات، يعانين من البطالة المقنعة التي عبرن عنها بدون عمل ثابت ومحدد، بحيث يشتغلن في أي عمل وجدناه للخروج من البطالة التي جعلت 22.5 % معطلات.

بينما صرحت 15 % بأنهن أجيرات، و13.75 % بائعات متجولات، و12.5 % يشتغلن في مجال الحلاقة والتزيين، و6.25 % عاملات.

(1) رتشارد غ. ولكنسون، المجتمعات غير الصحية، علل عدم المساواة، ترجمة محمد منير الاصبحي، مراجعة محمد على التركي، معهد الإدارة العامة، مركز البحوث، 2003، ص. 236.

ما يميز الوضعية المهنية للعينة هي غياب عمل قار يؤمن الدخل ويمنح المرأة الشعور بالأمن والاطمئنان، والتخلص من قلق البحث عن ما تسد به رمقها.

6. الوضعية المهنية للأب:

ج (6) الوضعية المهنية للأب

مهنة الأب	التكرارات	%
متوفى	8	10
عاطل	12	15
أجير	12	15
حرفي/ فلاح	10	12.5
تاجر	9	25. 11
عامل بالخارج (منهم المهاجرين السريين بالخصوص)	8	10
موظف	6	7.5
بدون تحديد	15	18.75
المجموع	**80**	**100**

المصدر: البحث الميداني

لا يختلف الوضع المهني لآباء المبحوثات كثيرا عن وضعهن، كما يتبين من الجدول، بحيث أن آباء غالبيتهن (18.75 %) يشتغلون في أي عمل يجدونه بدون تحديد، هروبا من البطالة التي بلغت 15 % عند البعض منهم، أو يشتغلون في قطاعات تتسم بعدم انتظام الشغل بها، كمياومين ومستخدمين وصيادين (بحارة) بنسب مهمة. وبعضهم يمارس مهنة الفلاحة، وغيرها من الأعمال المضطردة في القطاعات غير المهيكلة، التي لا تمكن من دخل مرتفع وثابت ومنتظم، كما لا تتسم بالثبات ولا تسمح بالاستقرار.

سمات الوضعية الاقتصادية هذه تجعلها من المصادر الكبيرة للضغط النفسي في الحياة بفعل الانخفاض النسبي للدخل. إن القلق على فقدان العمل والمنازل... كلها تؤثر على الصحة النفسية للإنسان نتيجة عدم الاطمئنان...الخ[1]. ويفيد الجدول ضعف نسب مهن الآباء التي تتسم بالثبات، وإن كانت قليلة الأجر، (معلم، كاتب، بوليسي، العسكر...).

7. الوضعية المهنية لأزواج المبحوثات:

معظم أزواج المبحوثات يشتغلون في أعمال غير قارة، وفي قطاعات غير مهيكلة وبأجر زهيد، كما يوضح الجدول التالي:

ج (7) الوضعية المهنية لأزواج المبحوثات[2]

مهنة الزوج	ت	%
عاطل	2	20
أجير	3	30
عمل حر (حرفي، بحار تاجر (المقصود بالتجارة عند بعضهن تهريب المخدرات والمتاجرة بها)...	4	40
عامل بالمهجر	1	10
المجموع	**10**	**100**

المصدر: البحث الميداني

نستنتج من الجداول أعلاه أن الوضعية الاقتصادية لمعظم أفراد عينة البحث، والتي تعبر عنها وضعيتهن المهنية وكذا وضعية أرباب أسرهن، تتسم إما بانعدام الدخل أو عدم انتظامه وضعفه، إن معظمهن في الطبقة السفلى من التركيب الهرمي

(1) رتشارد غ. ولكنسون، نفس المرجع، ص ص. 236-237.

(2) مهنة زوج المتزوجة وقت إجراء البحث، لأن الكثير من المبحوثات تزوجن لعدة مرات وزواجهن الحالي إما الثاني أو الثالث. هذا إلى جانب العلاقات الحرة التي تدوم طويلا عند بعضهن.

الاجتماعي. هذا الترتيب الذي يجعل الأشخاص «يعانون أكبر مقدار من الحرمان الاجتماعي والنفسي والعاطفي، بالإضافة إلى أكبر مقدار من الحرمان المادي، وقد يكون لهذا أثر أكبر على صحتهم من التأثيرات المباشرة للحرمان المادي»[1].

في المغرب «انتشار الفقر بنوعيه، متعدد الأبعاد والنقدي، يطال 11,7 % من مواطنينا، ليرتفع بذلك عددهم إلى حوالي 4 ملايين نسمة. من بين هؤلاء حوالي 480 ألف شخص يمكن اعتبارهم يعيشون في وضعية فقر حاد بجمعهم للفقر بنوعيه النقدي ومتعدد الأبعاد ويمثلون بذلك 1,4 % من سكان المغرب»[2].

8. مكان ازدياد المبحوثة:

ج (8) مكان ازدياد المبحوثة

مكان الازدياد	ت	%
القرية	33	41.25
المدينة	47	58.75
المجموع	**80**	**100**

المصدر: البحث الميداني

يبين الجدول أن 58.75 % من المبحوثات ازددن بالمدينة، أي أن غالبيتهن من أصل حضري، مقابل 41.25 % من ازددن بالقرية، لكنهن يقطن حاليا بالمدينة؛ إما طنجة أو تطوان اللتان تعدان المستقطب الأساسي للمهاجرات القرويات من مختلف جهات المغرب واللواتي استنفذن جل الاستراتجيات في مقاومة الفقر والتهميش والعزلة وشروط العيش القاسية.

(1) رتشارد غ. ولكنسون، نفس المرجع السابق، ص. 226.

(2) المندوب السامي للتخطيط، خريطة الفقر متعدد الأبعاد لسنة 2014، ص. 3، اطلع عليه 2019/4/12 https://www.hcp.ma/file/193776.

9. مكان مسكن المبحوثة:

إن المسكن لا يوفر للإنسان ظروف الراحة فقط، بل هو فضاء للعلاقات الأسرية والاجتماعية ولتلبية الحاجيات الأساسية له؛ المادية والمعنوية المتمثلة في توفير الأمن وحفظ الخصوصية والكرامة والحميمية.

ج (9) مكان مسكن المبحوثة[1]

مكان مسكن	ت	%
بأحياء المدينة القديمة والأحياء الهامشية	37	46.25
بأحياء شبه راقية وأحياء السكن الاقتصادي	33	41.25
بدون سكن(الشارع)	10	12.50
المجموع	**80**	**100**

المصدر: البحث الميداني

يتضح من الجدول أن الأحياء الشبه حضرية والمدينة العتيقة، مثلت المستقطب الأول لأفراد العينة، حيث أن 46.25 % يسكن بالمدينة القديمة والأحياء المجاورة لها، علما أن غالبية الدور في هذه المناطق تكون دون المستوى المطلوب؛ لقدمها أو لهشاشة المواد المستخدمة في بنائها،الأمر الذي يجعل البعض منها آيلا للسقوط. بينما 41.25 % يقطن بالأحياء الشبه راقية والسكن الاقتصادي،هذا الأخير الذي انتشر في جل هوامش المدينتين مساهما في رفع نسبة النمو الديموغرافي فيها بعدما شجع على الهجرة خاصة الوافدة من القرى. ورغم أن التوفر على السكن حق يكفله القانون كما تنص على هذا المادة 11 (1): «تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل شخص في مستوى معيشي كاف له ولأسرته، يوفر ما يفي بحاجاتهم

(1) بعض المبحوثات صحن بأنهن كن يقطن بأماكن راقية بطنجة ولكن الإدمان جعلهن ينحدرن في مستواهن الاجتماعي بعدما طردن أو غادرن منزل الأسرة أو بعدما فقدن العمل أو بعدما طلقن.

من... المأوى وبحقه في تحسين متواصل لظروف المعيشة». إلا أن 12.50 % من المبحوثات لا سكن لهن يعشن في الشوارع. الحالة التي تجبر غالبيتهن إلى البحث عن مصدر للدخل في مجالات لازالت محرمة دينيا ومنبوذة اجتماعيا حتى يقدرن على تلبيـة متطلباتهن اليومية، التي تعد المخدرات والنوم بين أربعة جدران تحميهن من بطش المفترسين أقصى مطامحن.

أسباب الإدمان :

وفقا لنتائج البحث الميداني أن أسباب الإدمان متعددة ومتنوعة، كما جاء على لسان أفراد عينة البحث وترأست قائمتها الأسباب الاقتصادية؛ والتي عبرن عنها بكلمات كثيرة منها «القهر، الفقر، الضرورة... الخ». فالحرمان المادي نتيجة البطالة أو البطالة المقنعة، دفع بفئة عريضة من النساء والفتيات وخاصة اللواتي لا يتوفرن على تكوين أو تأهيل يؤهلهن لولوج أسواق الشغل المعترف بها أو الاستمرار فيها، إلى امتهان أعمال أخرى والمتمثلة في تبضيع الجسد، وما يفرضه هذا العمل على العاملة من خضوع ورضوخ لطلبات الزبناء، منها مشاركتهم في احتساء الخمر وارتشاف التبغ أو تعاطي المخدرات بكل أصنافها، وتكرار العيش في هذه الأجواء ينقل المرأة من حالة المتعاطية لإرضاء الزبون، لحالة المدمنة التي لا تبحث من وراء العمل الجنسي إلا إشباع رغبة الإدمان.

كما تلجأ البعض منهن تحت ضغط التناقضات التي تمزقهن بفعل الصراع ما بين القيم النابذة للعمل الجنسي وإكراهات الفقر والحاجة من جهة، ورفض الوضع الذي يضعها فيه هذا العمل الذي يحط من قدرها ومن كرامتها وإنسانيتها، إلى الخمر والمخدرات للقدرة على القيام به، وتلبية كل طلبات الزبناء حتى الشاذة منها.

إن التمييز الذي تعاني منه الإناث وخاصة على مستوى التعليم والتكوين، والإعداد للأدوار التقليدية المتمثلة في الأعمال البيتية والخدماتية والرعائية المجانية التي تؤدى داخل الأسرة، غالبا ما يجعلهن في وضعية مأساوية عندما تضطرهن الظروف للبحث عن العمل المأجور في سوق الشغل خارج المنزل، مما يجبرهن على القبول بالعمل ليس فقط في الأسواق غير المصنفة بأجورها الهزيلة وظروف عملها السيئة[1]، بل في كثير من الأحيان إلى العمل حتى في الأسواق غير معترف بها، بل المحرمة دينيا والمجرمة قانونيا والمنبوذة اجتماعيا، والتي بفعل سماتها هذه تستنزف أكثر صحة المرأة النفسية والجسدية.

في ظل القوانين والنظم الاجتماعية التي تعطي مجموعة من الامتيازات والحقوق للرجال وتحرم منها النساء، خاصة داخل مؤسسة الزواج، التي تجعل من الزوجة الخادمة المطيعة لزوجها المفروض عليها تلبية كل طلباته، الوضع الذي يدفع بعض الأزواج إلى التمادي في طلباتهم وتنويعها لتصل أحيانا إلى ترغيب أو إكراه زوجاتهم على مشاركتهم تعاطي المخدرات والخمر حتى الإدمان عليهما. كما أن الوضع الدوني للنساء داخل المجتمع والقوالب الجاهزة والنمطية عن أدوارهن وطرق تأديبهن تشرعن كل أشكال العنف الممارسة ضدهن حتى داخل الأسرة التي كان من المفترض أن تكون الحضن الحامي للمرأة من العنف، هذا الأخير الذي يتسبب للمرأة في الكثير من الأمراض النفسية التي تدفعها إلى الإدمان، كما تكون السبب في مغادرة المرأة لبيت الأسرة متجهة نحول المجهول، ونحو الانحراف بكل أشكاله وأنواعه.

استغلال النساء لحد تشييئهن من طرف الشركات التجارية في بيع السلع، دفع بأباطرة المخدرات أيضا إلى اعتماد هذه الإستراتيجية من أجل توسيع قاعدة

(1) الزهرة الخمليشي، الحدود في شمال المغرب: آمال وآلام النساء الحمالات، الطبعة الأولى، السليكي أخوين، 2017.

المستهلكين والرفع من كمية الاستهلاك للمخدرات، موظفين النساء لهذا الغرض. وليسهل استغلالهن والتحكم في تشغيلهن يوقعون بهن في فخ الإدمان ليضمنوا استمرارية العمل معهم والتبعية لهم. حالة «ن» من بين الحالات الكثيرة التي تم استدراجهن لعالم الدعارة لاستثمار جمالهن في جلب الزبناء، كما تقول:»كنت جميلة وفي بداية منتصف عقدي الأول «زهرة مفتحة» أنيقة ورشيقة... لكن ثقتي العمياء في صديقاتي وخفتي وعدم رزانتي جرتني للتهلكة وعجلت بسقوطي في الهاوية... بدأت بالذهاب مع صديقاتي مرة لمقهى وأخرى لمطعم... مع رجال يغدقون علينا من المال ما نريد ويشترون لنا من الهدايا ما لا نطلب... سرت في هذا الطريق حتى وجدت نفسي أبيع جسدي بالتقسيط وانتهيت ببيعه بالجملة بعدما أصبحت لا أقوى على العيش دون «الغَبْرَا المَخْلِيَّة». بدأت برضاي وانتهيت مجبرة على فعل كل ما يطلب مني... بدأت برجال الأعمال وأثرياء الخليج في أرقى الأماكن، وانتهيت في السوق دبرا[1] مع «الشمكارة»... هذه هي نتيجة الخفة، وهذه هي مهنة تجارة الجسد لمن لا خبرة له، ومن لا تعرف كيف تحافظ على البقاء في الأعلى، فإنها تسقط سقوطا مدويا، وتخرج مبكرا من عالم الأضواء، والإقبال اللامشروط، وتنتهي مرمية على الرصيف مع «الشمكارة». وبعد السقوط يصعب معاودة الصعود.

كل من وصلت «للسوق دبرا» لن تستطع العودة لنجوميتها السابقة... هنا عالم آخر أكثر وساخة أعلى حقارة... هنا يحدث أن تقضي ليلة كاملة في «التكرفيس» ولن يكون المقابل إلا اللكم والركل... بل الموت أحيانا. هنا العنف هو سيد الموقف... الأمراض... التشرد». وتضيف «... عندما أصبحت مدمنة كان يرغمني

(1) مكان في وسط مدينة طنجة، كان هذا السوق قبل الحماية وقبل بداية توسع المدينة خارج أسوارها خارج السور الذي المحيط بها، وكان يخصص لكل السلع الملوثة.

تاجر مخدرات على دس المخدر للزبائن في الأكل في كؤوس الخمر في السجائر... ليزودني بالمادة... بعد الإدمان تدهورت صحتي كثيرا... ونتيجة المشاكل التي كنت أتسبب فيها أبعدني من الأماكن الراقية «الفنادق وعلبها الليلية»... عدت بعدها للاستقرار في منزل أسرتي، لكن نوبة الافتقاد للمخدر «المونو» جعلتني أعامل أهلي بالعنف، كما كانوا هم أيضا يعاملونني بنفس الطرقة ويحاولون منعي من الخروج حتى لا اشتري المخدرات، وحتى لا يفتضح أمري. لم أتحمل الوضع وهربت من المنزل، و لم أعد إليه. واستسلمت لمن هب ودب مقابل المال لأشتري المخدرات حتى أسكن ألمي، غير آبهة بأي شيء، لم أعد أعير الاهتمام لأي شيء ولا لأي كان. كل ما أصبح يهمني هو كيفية الحصول على المخدرات لأسكت الأوجاع التي تكسر راسي وتطحن ضلوعي.»

تضيف «ن»: «ماضي سبب تعاستي؛ ماضي الوسخ أصبح عقبة أمامي تعرقل كل خطواتي لشق طريق نظيف بعيدا عن عالم القذارة الذي أوصلني لما أنا عليه...

بحثت عن العمل في كل مكان لم أفلح، و لم أعد أستطيع تحمل الفقر، والبطالة التي تعبئ الطريق أمامي وترغمني في كل مرة أحاول الهروب من القذارة التي أنا فيها للتوغل أكثر في وحلها وللعودة لعالم العمالة الجنسية، وما يفرضه من شرب وشم وحقن للمخدرات مع المدمنين على كل أنواع (بعدما أصبحوا هم فقط من يقبلون بي)... مافيا المخدرات أيضا تمنع التوبة أو التراجع، فهي لنا بالمرصاد لا ترحمنا تتحكم فينا كما تشاء، تشغل المبتدئات الجميلات في الأماكن الراقية للإيقاع بالأغنياء. وتشغل المدمنات اللواتي انتهت مدة صلاحيتهن، بعدما امتص الإدمان جاذبيتهن وجمالهن... في الأحياء الهامشية. وأنا أصبحت واحدة منهن، أشتغل في الحي الذي اختير لي. «السكتور الذي أعطي لي». أشتغل النهار

في الشارع وفي المقاهي... وفي الليل أبيع لحمي ومعها المخدرات لزبنائي الذين أعرفهم ويعرفونني جيدا.»

الشرط النساء المزري يتسبب لهن الشقاء، نظرا لحرمانهن من أساسيات الحياة السعيدة، والصحية والمتمثلة في تمكينهن من إشباع حاجتهن المادية والاجتماعية والثقافية. هذا الحرمان يشكل العامل الأساسي من بين كل العوامل الأخرى التي تدفع النساء لعالم الإدمان، الوضع الذي يزيد من تعميق أزمتهن نظرا لانعكاسات الإدمان على صحتهن الجسدية والنفسية والعقلية؛ كالإصابة بالسرطان والأمراض المنقولة جنسيا وخاصة السيدا، وكذا التوتر والاكتئاب بل حتى الجنون... نتيجة تأثير المادة المخدرة عليهن، إضافة إلى وضعية الإقصاء والتهميش والعزلة سواء داخل الأسرة أو المجتمع لما يسببه لهن الإدمان والعمالة الجنسية من وصمة عار.

طبيعة المخدرات المدمن عليها:

«تشير البيانات المتعلقة بإنتاج المخدرات والاتجار بها وتعاطيها إلى حدوث توسع شامل في سوق الكوكايين في جميع أنحاء العالم»[1]. وهذا ما يفسر ارتفاع إدمان المبحوثات على المخدرات القوية بالأساس ومنها (الكوكايين والهيروين) بنسبة 52.5 %. رغم أن الهيروين يعد من أكثر أنواع المخدرات ضررا من الناحية الصحية حسب تقرير الأمم المتحدة السابق الذكر.

(1) الأمم المتحدة، نفس المرجع السابق، ص. 10.

ج (10) نوع المخدر المدن عليها

نوع المخدر المدن عليها	التكرارات	%
الحشيش/ الكيف	13	16.25
المخدرات القوية (الكوكايين والهروين)	42	52.5
مختلف الأنواع	25	31.25
المجموع	**80**	**100**

المصدر: البحث الميداني

يشير الجدول أيضا أن 31.25 % من أفراد العينة المبحوثة أدمن على مختلف الأنواع المخدرات. وحسب توضيحاتهن فإنهن تدرجن في الإدمان مبتدئات بالسجائر إلى القنب فالكوكايين والهروين. أما بالنسبة للأخريات فإن السوق هو من يتحكم في طبيعة المواد المدمن عليها، فعندما يكون الكوكايين موجودا في السوق يتناولنه، وعندما يقل أو لا يوجد يتعاطين غيره، لكن غالبيتهن انتهى بهن الأمر إلى الإدمان على الهيروين لأنه هو الموجود حاليا في الأسواق.

الإدمان على الحشيش أو الكيف ورغم أنه منتوج محلي، ومتوفر في السوق، إلا أن 16.25 % فقط من يدمن عليه، والسبب أنه لا يحقق نفس النشوة التي تُوصل إليها المخدرات القوية حسب تصريحات المبحوثات اللواتي بدلن الكيف بالحشيش. أما أخريات فلم يكن في وسعهن الاختيار، ومن اختار لهن واختارهن لهذا المجال قرر أن يتخصصن في المخدرات القوية.

التفكر في العلاج:

تتسم الخدمات العلاجية المقدمة لمرضى الإدمان على المخدرات بمحدوديتها، فالخدمات «القائمة على معلومات علمية من أجل علاج الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات والأحوال المتصلة به والوصول إلى تلك الخدمات محدودين، حيث

لا يتلقى العلاج كل عام إلا أقل من سدس الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات المتأتية عن تعاطي المخدرات»[1].

في المغرب وفي الشمال أساسا، هذه الخدمات لا تسد طلب كل المرضى والمريضات اللواتي والذين يضطرون إلى الانتظار لمدة طويلة ليصلهم/ن دور الاستفادة من العلاج، وإن كانت الأولوية تعطى للنساء. العلاج والعودة للحياة الطبيعية هي الشغل الشاغل لـ 55 % من أفراد العينة المبحوثة، كما يظهر من الجدول أسفله، سواء بمبادرة الأسرة أو من تلقاء أنفسن. وغالبية هذه الفئة هي في بداية مرحلة الإدمان، ولا زالت انعكاساته عليها لم تؤثر على عقولهن بشكل كبير، و لم تطبع أجسادهن وتغير لون أسنانهن ونبرة صوتهن. بينما 25 % لا يفكرن في العلاج لأسباب مختلفة أساسها فقدان الأمل في الشفاء لتأخر العلاج، وكذلك لتدهور صحتهن النفسية والعقلية بشكل كبير.

ج (11) مدى التفكر في العلاج

هل تفكرين في العلاج	ت	%
نعم	44	55
لا	20	25
أحيانا	16	20
المجموع	80	100

المصدر: البحث الميداني

العلاج أو اللامساواة في الصحة:

يختزل المجتمع المرأة في جسدها ويربط شرفها بعفتها الجنسية، وبسلوكاتها غير المنافية للأخلاق والآداب العامة. كما ترتبط سمعة وشرف الأسرة بسلوكات إناثها،

(1) الأمم المتحدة، نفس المرجع السابق، ص. 10.

فتيات ونساء، هذه العلاقة بين شرف الفتاة والأسرة وسمعتهما داخل المجتمع، يجعلهما في وضع حرج عند الإصابة بالإدمان الذي سيمرغ شرف المرأة والأسرة معا وسيلطخ سمعتهما. ودرءا للفضيحة، تحاول الكثير من الأسر وأحيانا الفتيات والنساء لوحدهن، سواء قبل أن ينكشف أمرهن أو بعد انكشافه، اتخاذ الأسرة قرار التخلي عنهن عقابا لهن عن سلوكاتهن المخالفة للعادات والتقاليد «للضمير الجمعي»، وإنقاذا لماء الوجه رغم ما يشكله هذا التخلي من صدمة قوية وأحيانا قاتلة للمتخلى عنهن. أو تبحث بعض الأسر عن العلاج في المستشفيات الخاصة لما توفره لهن من سرية وستر لمصابهن. إلا أن التكلفة المادية التي تتطلبها متابعة العلاج بهذه المستشفيات يدفع الكثير منهن إلى التراجع والبحث عن العلاج في المستشفيات العمومية أو الجمعيات أو التخلي عن متابعة العلاج خوفا من وصمة العار الذي يسببه انكشاف أمرهن بعد التردد على هذه المؤسسات.

وصمة «المدمنة» التي تحاول الأسرة، وكذا الفتيات والنساء إخفاءها بكل الطرق حتى الحرمان من العلاج أحيانا، لأنها تظهر الإناث بمظهر المتجاوزات للخطوط الحمراء، ومتمردات على القوانين والأعراف الاجتماعية والتقاليد، التمرد الذي لا يعد صفة من صفات الأنثى التي تشكلها التنشئة الاجتماعية على الرضوخ والتقبل والحشمة والظهور في المجالات العامة بمظهر الوقار والاحترام. وهذا الاختلاف عن خصائص النوع الاجتماعي يشرعن كل أشكال العنف الممارسة ضدهن بدءا من العنف الرمزي كالعزل التهميش الإقصاء، إلى العنف الجسدي، أو السجن كعقاب لإخلالهن بالآداب والأخلاق العامة بدل اعتبارهن مريضات يتمتعن بحقهن في العلاج كباقي المرضى.

تمثلات المدمنة لأشكال العلاج:

سواء بالنسبة لمن يؤمن بإمكانية العلاج، ويفكرن فيه بالفعل أو لمن لا يفكرن فيه إلا في بعض اللحظات، فإن العلاج كما يرين يقتضي أولا:

- القضاء على جميع أشكال الفقر والهشاشة في المجتمع وخاصة في أوساط الإناث ومحاربة البطالة.
- القضاء على وجود المخدرات والمروجين لها.
- المساعدة على المستوى النفسي بتقوية العزيمة والتشجيع على التشبث بالحياة، ورفض الموت.
- المساعدة على المستوى الاجتماعي، بضرورة محاربة التمييز والإقصاء والتعنيف المبني على وصمة العار.
- المساعدة على المستوى المادي بتوفير العلاج المجاني.

وما لاحظناه من خلال مقترحات المبحوثات أنها:

كلها ترتبط بالآخر، الذي يجب أن يوفر الظروف الاجتماعية والنفسية والمادية ويقضي على تواجد المخدرات، بينما غابت فيها الذات كفاعل ايجابي، بحيث في جل المقابلات تقريبا لم نجد مثلا كلمة يجب علي أو علينا... كما غاب التفكير في التكتلات الجماعية، كتأسيس جمعية مثلا (للمدمنات القديمات) فيما بينهن لمحاربة الإدمان، أو التعاون للقضاء على معاناتهن. وهذا يبين درجة السلبية والعجز والاتكالية المتفشية فيهن، وغياب روح المبادرة والعزيمة والقوة والثقة بالنفس. نتيجة مفعول المخدرات ونتيجة التنشئة الاجتماعية التي خضعن لها والتي جعلهن سلبيات لا يجرأن على الفعل، وحولتهن من فاعلات إلى مفعول بهن.

والملاحظة الأخرى هي أن معظمهن يعتبرن أنفسهن ضحايا مروجي المخدرات، فوجود هذه الأخيرة في طريقهن كحادث أعاق مسارهن، لكن لا يطالبن باسترجاع

حقهن والتعويض عن الخسارة التي لحقت بهن والمطالبة باستثمار الأموال المصادرة من تجارة المخدرات في بناء مراكز للعلاج من الإدمان والتكفل بأطفال المدمنات... الخ. فهكذا حلول غائبة عن تفكيرهن.

خاتمة:

إن صحة النساء النفسية والجسدية تفرض ضرورة تغيير التصورات النمطية حول أدوارهن في الحياة ووظائفهن في المجتمع التي تحرمهن من تلبية حاجياتهن الأساسية في الحياة، وتشعرن بالاغتراب والعزلة وعدم الجدوى والغبن والإحباط وعدم التقدير الذاتي، وعدم الثقة في النفس. كما تتطلب إلغاء كل أشكال التمييز الممارسة ضدهن التي تمنع من تحقيق مبدأ تكافؤ الفرص بين الجنسين في كل المجالات، مما يؤثر سلبا على حاضر ومستقبل النساء والمجتمع بشكل عام، لأنه يشل قدرات نصف مكون من مكوناته، كما أن التمييز صورة من صور الظلم، والظلم كما يقول ابن خلدون يؤذن بخراب العمران. إن هذا الوضع يؤدي بالنساء إلى اضطرابات صحية خطيرة، كما تدفعهن إلى انحرافات جمة وعلى جميع المستويات، منها تعاطي المخدرات والإدمان عليها.

يشكل الإدمان بداية لحياة أخرى من المعاناة والتمييز والإقصاء بكل أشكاله. الأمر الذي يمنع من مشاركة النساء أو مشاركتهن الكاملة في التنمية التي تعتمد على الإنسان سواء كان ذكرا أم أنثى. كما تفرض هذه التنمية أيضا استثمار عوائدها فيه حتى يتمكن من تقوية قدراته، والاندماج في المجتمع، وتجنب كل أنماط الإقصاءات التي تشل الفرد وتجمد طاقاته، فتعيق تحقيق هذه التنمية، وتنسف كل مجهودات التطور والتقدم، بوجود فئة كبيرة تعاني من سوء أو عدم الاندماج، ومن تحقيق الذات والحياة السوية أو الحياة بصفة عامة.

البيبليوغرافيا:

- ابن منظور، لسان العرب، بيروت، دار لسان العرب (د س ط).
- احمد فؤاد كامل، السموم البيضاء والنتائج السوداء، مجلة الكويت، العدد، 880، 1989
- الخمليشي الزهرة، الأطفال في وضعية التخلي: الوصم يعيق الاندماج، الطبعة الأولى، مطبعة السليكي اخوين، طنجة 2018.
- الخمليشي الزهرة، الحدود في شمال المغرب: آمال وآلام النساء الحمالات، الطبعة الأولى، مطبعة السليكي اخوين، طنجة 2017.
- رتشارد غ. ولكنسون، المجتمعات غير الصحية، علل عدم المساواة، ترجمة محمد منير الاصبحي، مراجعة محمد على التركي، معهد الإدارة العامة، مركز البحوث 2003.
- عبيد ناصر، المخدرات الخطر الداهم، دار الندني للطباعة، جدة 1990.
- محمد شوكت، المخدرات وأثارها السلبية وطرق معالجتها، مطابع الشرق الأوسط 1999.
- معادي زينب، الجسد الأنثوي وحلم التنمية،إنها امرأة تذوب، قراءة في التعبيرات عن الجسد الأنثوي بمنطقة الشاوية، نشر الفنك 2004.
- نبيل صبحي، الأنثروبولجيا الطبية وخدمة قضايا الصحة والمرض في مصر، في كتاب علم الاجتماع الطبي، محمد الجوهري وآخرون، ط 1، دار المعارف 2009.
- Roger Bastide, Sociologie des maladies mentales, Paris, Flammarion, 1965.
- Goffman Erving, Stigmate, les usages sociaux des handicaps, les éditions de minuit,1975.
- D. Carricaburu et M. Ménoret, Sociologie de la santé Institution, Professions et Maladies, Armand colin, Paris, 2004.

المواقع الالكترونية:

- الخمليشي الزهرة،النساء والصحة في المغرب، www.swmsa.net

http://www.toupie.org/Dictionnaire/Stigmatiser.htm-

Goffman Erving, 1986 [1963], Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity, New York, Touchstone Edition. Cité par Jacqueline Comte, in Stigmatisation du travail du sexe et identité des travailleurs et travailleuses du sexe. https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-20103--page-425.htm.

المخدرات بصيغة المؤنث

أمينة بعجي

رئيسة الفدرالية المغربية للوقاية من التدخين والمخدرات

الجمعية المغربية للإنصات والتحاور

الملخص:

يتناول هذا المقال خلاصة تجارب ميدانية ترتبط باهتمامات الجمعية منذ تأسيسها، بالتعاطي للمخدرات لدى الفئات المتمدرسة، ضمن المؤسسات التعليمية. ولقد سعينا في هذا العمل تلخيص أهم الأسباب التي ترتبط بخصوصيات الإناث على هذا المستوى. قد تكون الأسباب المؤدية إلى التعاطي متشابهة إلى حد كبير بين التلاميذ الذكور والإناث في مرحلة الطفولة، إلا أنها تزداد تعقيدا لما يتم التقدم في العمر وبلوغ مرحلة المراهقة. مما يصبح معه مفهوم التعاطي للمخدرات لدى الإناث ظاهرة لها الكثير من الخصوصيات.

Cet article synthétise une série d'expériences de terrain concrétisant les intérêts majeurs de l'association depuis sa fondation et concernant essentiellement la consommation des drogues des élèves dans les institutions éducatives. Dans ce cadre, nous nous sommes orientés à identifier les principaux déterminants spécifiques de la consommation des drogues par des élèves/filles. Il est probable que les causes conduisant à cette consommation soient relativement similaires entre les filles et les garçons durant l'enfance. Toutefois, elles paraissent plus complexes au fil des années, et notamment en phase d'adolescence. C'est alors que la consommation féminine des drogues acquiert un certain nombre de spécificités.

مقدمة:

إذا ثبت بأن الرجال هم من كانوا يستهلكون «الكيف»، في المجتمعات القروية والمدن العتيقة (لحرايفية)، أمام الملأ ودون حرج في الأزمنة القريبة الماضية، فإن المرأة المغربية لم تكن تستثنى من استهلاك أنواع أخرى من المخدرات (المنشطات) إلى سواء إلى جانب الرجال أو بمفردهن. وذلك بحثا عن البهجة المصطنعة، خلال الحفلات أو باختلاق مناسبات يستدعين لها «اللعابات» أوفي المناسبات الطربية... حيث كن يستهلكن «المعجون» والغريبة، والكوزة مطعمة باللوز.

أما في العصر الراهن فقد تحول الأمر عند الإناث من البحث عن البهجة في مناسبات جماعية معينة، إلى استهلاك كافة أنواع المخدرات بشكل منعزل أو في جماعات صغيرة أو مختلطة (من سجائر، وجوانات، وكالا، وقرقوبي، وهروين، وكوكايين، وكراك، وكحول، وغيرها من المخدرات...) مثلهن في ذلك مثل الذكور، مع اختلاف ملموس، هو أن الذكور يتعاطون للمخدرات بشكل مكشوف، في حين يتستر جل الإناث، حتى لو تعلق الأمر بالسجائر.

وإذا تصفحنا تقرير المرصد المغربي للمخدرات والإدمان (الذي اختيرت جمعيتنا لعضويته)، التابع لمستشفى الرازي لسنة 2017 والتي اعتمدت عينات تمثيلية وأرشيفات الجهات المتدخلة في استهلاك المخدرات، حيث أكدت أن 113 امرأة مقابل 966 رجلا و50 امرأة مقابل 500 رجلا و62 امرأة مقابل 419 رجلا يخضعن للعلاج من الإدمان. ومقارنة مع بعض الدول العربية والأمريكية التي تأكد فيها أن نسبة المتعاطيات يصل 30 بالمائة في بعض الدول العربية، فإن النسبة في المغرب بالنسبة للخاضعات للعلاج هي 14 % من مجموع عينة الرباط التي أحصاها المرصد المغربي للمخدرات والإدمان.

وقبل أن أعود إلى رصد وتحليل هذه الظاهرة انطلاقا من تجربة الجمعية المغربية للإنصات والتحاور، أود أن أعرج على بعض التقارير الأممية نظرا لكون تعاطي المرأة المغربية للمخدرات يعود لتأثرها بالتحولات العالمية. وفي هذا السياق مكننا اعتماد تقرير أممي صدر بمجلة ميم بتاريخ 11 غشت 2017 أكد أن «ثلث متعاطي المخدرات سنة 2016، على المستوى العالمي، هن من النساء والفتيات، بينما تمثل النساء خمس متلقي العلاج من الإدمان، كما تشير تقديرات الأمم المتحدة إلى أن حوالي ربع مليار شخص قد استخدموا المخدرات في عام 2015، كان من بينهم نحو 29.5 مليون عانوا من اضطرابات استخدام المخدرات.

ولقد سجل التقرير الصادر عن الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لسنة 2016، أن أعداد النساء المرتهنات للمخدرات على الصعيد العالمي بلغت 6.3 ملايين بالنسبة «لـالأمفيتامينات» وهي عقاقير مخدرة، و4.7 ملايين للمؤثرات الأفيونية، و2.1 مليون للكوكايين على الصعيد العالمي، دون أن يورد إحصاءات حديثة. كما أن عدد المتعاطيات بالحقن بلغ 3.8 مليون امرأة، وهو ما يمثل نسبة 0.11 بالمائة من عدد الإناث في العالم.

وأشار التقرير، أن تعاطي المخدرات في صفوف النساء عادة ما يبدأ في سن المراهقة وبداية مرحلة البلوغ. ويكون شريك المرأة، السبب الأول لإنزلاقها إلى عالم الإدمان، سواء كان زوجها أو صديقها. وهي غالبا ما تتعاطى هذه المواد للتخفيف من الاجهاد العصبي والانفعالات العاطفية، أو للتغلب على تداعيات الطلاق أو فقدان حضانة الأطفال. ومن أهم الأسباب الأخرى لتعاطي المرأة المخدرات هو نشأتها في ظروف صعبة يسودها النزاع الأسري، وتوليها مسؤوليات تفوق عمرها في سن مبكرة.» وفي هذا الصدد فقد صرح الدكتور عمرو عثمان رئيس صندوق مكافحة الإدمان بمصر، بتاريخ الثلاثاء، 27 ديسمبر 2016: «نحن لا نخشى التصريح بالحقائق، لكي نتمكن من مواجهتها».

وباستثناء تقرير المرصد المشار إليه أعلاه، فإن أية مقاربة للموضوع، تبقى مجرد تأملات أو استنباطات افتراضية أو استنتاجات... في الوقت الذي يحق لنا أن نتساءل عن سبب هذا التحول لدى الإناث، انطلاقا من بعض الخلاصات التي تتم ملاحظتها من خلال العمل في إطار المجتمع المدني، عبر التفاعل والإنصات للتلميذات والمراهقات بفضاءات المؤسسات التعليمية والفتيات غير المتمدرسات، في إطار حملات التحسيس التي تنظم بمساعدة المجالس الإقليمية المنتخبة، وبعض المؤسسات التعليمية والخيرية والسجنية.

ولقد انطلقنا في البداية من طرحنا لمجموعة من التساؤلات بخصوص الأسباب التي تدعو بالفتيات إلى تعاطي المخدرات، وأيضا تساؤلات بخصوص المقارنة ما بين نسبة التعاطي بين الذكور والإناث. ولقد بينت الملاحظات العينية بأن الذكور يتعاطون المخدرات في الفضاءات البارزة للعيان، في الشوارع ومحيط المؤسسات التعليمية، في المقاهي، وأحيانا حتى قرب منازلهم، وذلك على خلاف الفتيات.

فمن خلال إنصاتنا لهن، ومن خلال حملات التحسيس التي قامت بها «الفدرالية المغربية للوقاية من التدخين والمخدرات» تحت الرئاسة الشرفية للبروفيسور جلال توفيق، رئيس المرصد المغربي للمخدرات والإدمان، تبين أن عددا لا يستهان به من المتمدرسات وغير المتدرسات، يتعاطين المخدرات التي لا يصدر عنها دخان (كالحشيش والهروين...) خفية «باستثناء التبغ»، في أماكن لا تتم رؤيتهن فيها من الطرف الآخر. وذلك في المنازل التي لا يوجد فيها الآباء والأمهات، أو في المنازل التي لا تبالي فيها الأسر بما يقوم به بناتهم وصديقاتهن، أوفي بيوت تتعاطى فيها الأمهات للمخدرات، أو في دور الدعارة، أوفي دور مخصصة لهذا الغرض أوفي مراكن مخفية عن الأعين.

أما بالنسبة للمخدرات التي لا تصدر دخان كما هو الأمر مع المعجون، القرقوبي، الشيشا، والكوكايين، فإنهن يستهلكنها في أماكن شبه مستورة، كالمقاهي والملاهي الليلية. وفي بعض الحالات فإننا نجد بعض الفتيات لا يعرن اهتماما لأية رقابة لا خارجية ولا داخلية (الأنا الأعلى)، كما هو الأمر مع الفتيات في وضعية شارع، والفتيات اللواتي يبعن أجسادهن في الدعارة الرخيصة بالشارع. مما يستنتج منه بأن طرق تعاطي الفتيات للمخدرات (من حيث التستر) لا يختلف عن نساء الأمس كما رأينا أعلاه.

وفي ظل هذه النتائج، تم أيضا طرح التساؤل التالي: إذا كان تعاطي الفتيات للمخدرات يختلف عن الذكور فهل يتعاطين لها لنفس الأسباب التي تحدو بالذكور إلى ذلك؟ أم أن هناك خصوصيات ترتبط بأوضاع النساء؟ إجابة على ذلك، تأكد لنا خلال اللقاءات التي نظمناها مع بعض الفتيات، بأنهن يلتقين مع الذكور في مجموعة من الأسباب والعوامل. مما يجعل أسباب السقوط في جحيم المخدرات متشابها إلى

حد كبير. ومن بين أهم هذه العوامل، نذكر ما يلي:

العامل الأسري/الاجتماعي:

وفي مقدمته، اشكال الشنآن التي يحدث بين الفتيات وبين أسرهن، لمختلف الأسباب، منها ما هو صادر عن الفتيات مثل:

- العزوف عن الدراسة،
- التأخر ليلا دون مبرر،
- العصيان لأسباب غير معقولة.

أما الأسباب الصادرة عن الآباء والأمهات، فأورد منها:

- غياب الحوار مع الفتيات منذ الطفولة وحتى مرحلة الشباب، مرورا عبر المراهقة، وهذا ما يجعل حبل التواصل منقطعا بين الطرفين، ويدفع بالفتيات إلى الشعور بالدونية مع ما ينجم عن ذلك من تمرد علني أو متستر على الأسرة. ويتم هذا التمرد في حضور الآباء والأمهات، أو عن طريق سلوكات منحرفة تمارسها بعيدا عن الأسرة.
- ممارسة الأخ الأكبر لسلطته الذكورية على أخواته، التي قد تصل إلى تعنيفهن بمختلف أشكال التعنيف،
- تعرض الفتيات إلى تحرشات من الأقارب أو إلى زنى المحارم، الشيء الذي يولد لديهن عقدة تصرفنها في التعاطي للمخدرات، أو الدعارة أو الانتقام من الرجال،
- غياب التربية الصحية والجنسية، وغياب تحسيس الفتيات منذ طفولتهن بأضرار المخدرات في غياب تعليم أولي يساير مستجدات التربية الحديثة وتراعي مراحل النمو وخصوصياتها وحاجياتها.

- وقد يكون شريك المرأة هو السبب الأول في إنزلاقها إلى عالم الإدمان، سواء كان زوجها أو صديقها. وهي غالبا ما تتعاطى هذه المواد لتخفيف الاجهاد العصبي والانفعالات العاطفية، أو للتغلب على تداعيات الطلاق أو فقدان حضانة الأطفال.

عوامل ترتبط بسوء التكيف الدراسي:

من خلال لقاءاتنا مع التلميذات، في قوافل التحسيس، أكدت بعض الفتيات أنهن يتعاطين للمخدرات لأسباب نفسية، ناجمة عن أسباب تتعلق بسوء التكيف مع المحيط المدرسي، أو بالتعثر الدراسي الموروث عن المراحل التربوية السابقة، حيث يكون مستوى التمدرس متدنيا خلال التعليم الأولي. فيجد التلاميذ أنفسهم بفعل تراكم العجز، غير قادرين على مسايرة التمدرس، مما يدفع بهن إلى العزوف عن التمدرس، والبحث عن الهروب من الواقع ونسيانه عبر المخدرات.

وسوء التكيف مع المحيط المدرسي المؤدي لتعاطي التلميذات للمخدرات، لا يتوقف عند تدني المستوى الدراسي الموروث، بل إنه يشمل أيضا الاضطرابات النفسية من قبيل الخجل والتردد والارتباك، والميولات العنفية بمختلف أنواعها (الجسدية واللفظية والمعنوية...) سواء بين التلميذات فيما بينهن، أو بين التلميذات والأساتذة أو أطر الإدارة التربوية. إلى جانب خصوصية فترة المراهقة وما تتضمنه من تحولات في مقدمتها، التحولات الفيزيولوجية، والتي تلتقي بسوء التواصل الأسري، لتزيد من أزمة المراهقة احتداما، وتدفع الفتيات إلى مواد مخدرة تصل أحيانا إلى الحبوب المهلوسة، والمخدرات الصلبة.

كما أن معاناة الطفولة، وغياب الحنان، وخزان العقد المترسب في اللاشعور، تصبح بمثابة معيقات لعدد من التلميذات نتيجة التحولات الفكرية، المفرزة لوعي

جديد لذي التلميذات بذواتهن، وماضيهن. فتصبح معاناة الطفولة عقدا تتصرف في شكل سلوكات منحرفة، على رأسها التعاطي للمخدرات، التي تدفعهن إلى الهروب من الواقع أو إلى الهيجان انتقاما من الماضي.

ولا تستثنى في هذا السياق، الأمراض النفسية والعقلية، والتي تمثل أيضا أحد أبرز الأسباب التي تؤدي إلى التعاطي للمخدرات، «كالخوف المرضي، الاكتئاب، والقلق النفسي». وذلك سعيا نحو «الوصول إلى الكينونة وتحقيق الذات. هذه الأحاسيس التي غالبا ما يفتقدها المراهقة داخل كل من الأسرة أو المدرسة. ولقد أشار الأخصائي النفسي أحمد البارودي إلى أهمية ذلك، في إحدى المقالات التي نشرها بمجلة المشعل حيث يقول: «وتبقى العوامل النفسية كثيرة حسب تصريحات التلميذات، فبالرغم من كون نسبة التعاطي لدى الفتيات تقل مقارنة بعدد الذكور، فإنهن يلتقين معهم في كونهن يتعاطين المخدرات لأسباب نفسية واجتماعية متشابهة».

الصورة «الأنثوية» الجديدة وتأثيرات وسائل الإعلام:

إلى جانب العامل الأسري، تأثرت المرأة والفتاة بنساء الغرب بما في ذلك التعاطي للتدخين والمخدرات بصفة عامة وتلعب التيارات الحداثية الأنثوية دورا هاما في عملية المثاقفة بين المغربيات والغربيات. إلا أنها وللأسف الشديد، تسير في اتجاه السلوكات والقيم السلبية والتغاضي عن القيم الحداثية الإيجابية. وتلعب وسائل الإعلام السمعية البصرية، الدور الحيوي في تغذية الميول نحو التعاطي للمخدرات، سواء تعلق الأمر بالقنوات الإباحية المسوقة لبائعات الجنس اللواتي يكن في وضعية تخدير، أو أفلام الرقص الساخن «hard» الذي تروج فيها حبوب الهلوسة وأقراص «الإكستاز». وتلعب شبكات التواصل الاجتماعي والأنترنيت (بصفة عامة) دورا في سعي المراهقات نحو تقليد فتيات مواقع الويب الداعية إلى التحرر «المطلق»، بدء

بالتعاطي للمخدرات والتدخين الذي تعتبره المنظمة الدولية للصحة أخطر مخدر، بالإضافة إلى كونه يمثل والمدخل الرئيسي لبقية أنواع المخدرات.

كما تلعب إنتاجات السينما الواقعية الجريئة (التي تتضارب الآراء بخصوصها بين مؤيدين أو معارضين) مثل فيلم «الزين اللي فيك»، دورا كبيرا في نشر البوح بكل جرأة وصراحة، وفي الكثير من الأحيان بكثير من التباهي والاعتزاز عن ماضيهن كمدمنات، أو كمستهلكات حاليا للمخدرات. حيث تحضر هذه المشاهد والتصريحات إما في البرامج التلفزية الرسمية، أو بالمواقع الرقمية، أو ببعض جرائد الإثارة، التي زادت تعاطي الفتيات للمخدرات احتداما. مما يستنتج منه بأن وسائل الإعلام السمعية البصرية وشبكات التواصل الاجتماعية الرقمية، تكرس ظاهرة تعاطي الفتيات المتمدرسات أو الغير متمدرسات، للمخدرات دون أن تستطيع أسرهن مراقبتهن.

تأثير القرينات:

لتأثير القرينات نسب عالية في التعاطي للمخدرات، ويمكن تقسيم هؤلاء القرينات إلى أربع فئات:

- الزميلات أو الصديقات،
- المتاجرات في الجنس،
- الفتيات في وضعية شارع،
- الفتيات العازفات عن التمدرس،

وكل هذه الفئات بدايتها تتشابه «إن لم أقل تلتقي مع بعضها»، فبدايتها سيجارة، وخاتمتها متاجرتها بجسدها أو بالمخدرات لضمان جرعة المخدر اليومية.

تأثير المجالات الجغرافية، الحضرية، والأحياء الهامشية:

لا يمكن أن نحصر التعاطي للمخدرات في مجال سكني دون آخر، فكل الأحياء السكنية فئاتها من المتعاطيات للمخدرات، ونوع المخدرات التي يتم استهلاكها، بدءا من السجائر والكالا أو الجوان... إلى الكوكايين، والكراك، والإكستاز... فهناك من يبحثن المنشطات وهناك من يبحثن عن الشعور بالقوة وفقدان الوعي، وهناك من يبحثن عن الهروب من واقعهن... كل حسب إمكانياتهن، والنتيجة تكون واحدة، هي السقوط في براثين الانحراف.

شبكات المتاجرة في المخدرات والدعارة:

بفعل التعاطي للمخدرات يتم الدخول في الدعارة، مما يزيد من وطأة الفقر والعوز، فيدفع بعدد من الفتيات أو النساء في الانخراط ضمن شبكات المتاجرة في المخدرات. مما يساهم في اتساع دائرة الفتيات المتعاطيات للمخدرات.

انعكاسات تأثير المخدرات:

لا يمكن الإحاطة بكل الانعكاسات التي تعرفها على مستوى تمدرس الفتيات؟ وعلى سلوكهن الانحرافي (الدعارة مثلا والسرقة... من أجل توفير ثمن الجرعة الضرورية من المخدر...) إلى جانب العزوف عن التمدرس، والتفكك الأسري / والعكس؟ فإننا نجد آثار أخرى مثل:

- إفراز أمهات عازبات نتيجة الدعارة غير المحمية، أو الاغتصاب في جلسات تعاطي للخمر أو المخدرات، مع ما يتبع ذلك من آثار سلبية على الأم وعلى الابن من إحساس بالوصم، والعزل، ولولا مدونة الأسرة، التي رخصت لهؤلاء بالحصول على دفتر الحالة المدنية لضاع هؤلاء الأطفال.

- الهذر والتعثر المدرسي،
- الخضوع للتعنيف من طرف الشريك،
- العنف ضد الزملاء والإخوة والأسرة بصفة عامة، والأساتذة بالنسبة للمتمدرسات...
- سقوط بعضهن في بعض الأمراض النفسية المزمنة، كالاكتئاب والفصام أوالذهان...
- الإصابة بالعدوى من بعض الأمراض المعدية كمرض السل وأمراض الكبد المعدية (الشيشا، والجوان (الحشيش) وشرب الخمر من كأس واحدة...) والسيدا باستعمال حقنة واحدة...
- الإصابة بالأمراض المنقولة كأمراض الكبد المعدية، والسيلان، والتلال الجنسي، ومرض الزهري...
- الإصابة بأمراض عضوية كالسرطان بمختلف أنواعه،
- عدم القدرة على الشغل وتكوين أسر، فيصبحون عالة على المجتمع،
- علاجهم يكلف المجتمع مصاريف ضخمة لبناء مراكز علاج الإدمان أو السرطان أو الأمراض النفسية والعقلية.

وللمقارنة فقد أوردت مجلة ميم «بخصوص الأضرار الناجمة عن تعاطي النساء للمخدرات فهي تتوزع بين الأمراض والعنف والسجن أو الموت بفعل الجرعات الزائدة. ففي 2012 أدت الجرعات المفرطة من المخدرات إلى وفاة ما يزيد عن 15 ألف امرأة في الولايات المتحدة فقط.

ومن أهم الأمراض التي تتعرض لها المرأة المتعاطية هي الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية نتيجة الاشتراك في الإبر، سواءً بسبب عدم إدراك مخاطرها أو صعوبة

الحصول عليها من الصيدليات، وايضا الإصابة بالأمراض العقلية وهي الاكثر شيوعا لدى النساء المتعاطيات مقارنة بالرجال. هذا ما يؤدي بدوره إلى ارتفاع درجة تعرضهن للانتحار أو الاكتئاب الشديد.

كما تشير التقارير إلي تعرض واحدة من كل ثلاث نساء للعنف البدني أو الجنسي نتيجة المخدرات، إذ تتراوح نسبة النساء المعنّفات، من جملة من تتلقين علاج الإدمان، ما بين 40 و70 بالمائة. ولهذا العنف آثار ضارة على الصحة البدنية والعقلية والإنجابية للمرأة، فنحو 20 بالمائة منهن تُصبن باضطرابات نفسية حادة.

وتُقرّ الأمم المتحدة بأن أنواع المواد المتاحة في سوق المخدرات قد تضاعف بشكل كبير، لتصل بحلول عام 2015 إلى 483 مادة مقارنة بـ 260 سنة 2012. كما أن زيادة إنتاج الأفيون وازدهار سوق الكوكايين أدى إلى ارتفاع عدد المتعاطين. حيث زاد إنتاج الأفيون العالمي بمقدار الثلث في عام 2016 مقارنة بـ 2015 (مجلة ميم 11 غشت 2017). وهذا يعني أن المجتمع المغربي لا يختلف عن بقية المجتمعات الغربية وبعض المجتمعات العربية، وهو ساقط في آفة التعاطي للمخدرات، مما يعني تعطيل جزء كبير من ساكنته، وأعتقد أنه بالإضافة لمحاربة تجار المخدرات، علينا تكثيف الجهود لدعم آليات التحسيس بأضرار المخدرات، ودعم مراكز الإنصات والتحاور مع المراهقات والمراهقين، لتطعيمهم ضد التعاطي للمخدرات ورصد الأسباب التي تدفعهم للتعاطي لهذه المواد المخدرة.

«الرعاية» كدور جندري وانعكاساتها على صحة النساء

خلود السباعي

أستاذة علم النفس

جامعة الحسن الثاني / كلية الآداب – المحمدية

الملخص:

عرفت المجالات الطبية تطورات هائلة ساهمت في ارتفاع أمد الحياة بشكل عام، مما جعلنا أمام فئات واسعة من الأفراد يعيشون قسطا هاما من حياتهم في وضعية هشاشة صحية وتوقف كبير على مساعدة ورعاية الآخرين. الشيء الذي ساهم في بروز نقاشات واسعة بخصوص مسألة «الرعاية»، سواء على المستوى الحقوقي، الاقتصادي، الاجتماعي والسيكولوجي. وفي مقدمتها النقاشات المطروحة بخصوص مدى ارتباط الرعاية بالنساء. فلقد مثلت النساء على مر التاريخ الفئات المعنيات بمهمة تأدية خدمات الرعاية، وهن من يتحملن أعباءها اليومية. وذلك استنادا إلى مرجعيات جندرية دون اعتراف أو تعويض أو سند.

وفي ظل هذه المعطيات، نود في هذا العمل تناول مفهوم الرعاية وما يطرحه من إشكالات في ظل ما أصبحت تعرفه المجتمعات المعاصرة من تحولات غيرت من اهتمامات النساء وطموحاتهن ومما كان يصطلح عليه «بالأدوار الأنثوية». وذلك

من خلال عينات من النساء الأمهات لأشخاص في وضعية إعاقة، بغرض إبراز ما تقوم به هذه الفئات من أشكال الرعاية من جهة، وما تتطلبه هذه المهام من خدمات وما تطرحه من صعوبات ومعانات ذات أبعاد نفسية اجتماعية، تحتاج إلى تدابير ومساعدات ذات طابع استعجالي.

الكلمات المفاتيح:

مفهوم الرعاية، النساء وسلوكات الرعاية.

Le développement prodigieux de la médecine a indéniablement contribué à la hausse de la moyenne d'espérance de vie à la naissance et entraîné, par conséquent, l'émergence de larges catégories d'individus vivant une partie importante de leur vie en situation sanitaire précaire. Un débat intense et élargi s'en est suivi autour de la question des « soins », tant en termes de droits que d'appui économique, social et psychologique.

Tout au long de l'histoire, les femmes étaient celles sur qui retombait presque exclusivement la responsabilité des « soins », et celles qui en assuraient l'apport quotidiennement par référence à des critères de genre qui ne les gratifiaient, néanmoins, ni de reconnaissance, ni d'appui ou de compensation. C'est dans le cadre de ces constatations que nous comptons approcher le concept de « soins » en prenant en considération les changements ayant cours dans les sociétés contemporaines et les répercussions qui en découlent au niveau des aspirations des femmes et des « rôles féminins ». L'enquête a été réalisée avec un échantillon de femmes/mères d'enfants en situation de handicap, et ce, pour définir les formes de « soins » qu'elles leur assurent et les services qu'elles leur procurent, ainsi que les difficultés et les souffrances psychosociales qu'elles affrontent. Cette prise en charge rend ces mères nécessiteuses de mesures et d'aides urgentes.

Mots clé : soins, femmes, et prise en charge des soins

مقدمة:

من أبرز الخاصيات المميزة لعالمنا المعاصر، التطورات الحاصلة في المجال الطبي، مما غير من مفهوم الصحة والمرض. إذ لم تعد الصحة تعني الخلو من المرض، وإنما أصبحت لها دلالات واسعة تحيل على مدى استمتاع الشخص بجودة الحياة في بعدها المادي والمعنوي. كما أن المرض لم يعد يشكل أحد الأسباب الرئيسية في الوفاة، وإنما أصبح بإمكان الإنسان المعاصر أن يعيش وهو حامل لمرض «مزمن» لمدة طويلة من حياته. الشيء الذي ساهم في ارتفاع أمد الحياة بشكل عام، وجعلنا أمام فئات واسعة من الأفراد الذين يعيشون قسطا هاما من حياتهم في وضعية «هشاشة صحية» وتوقف على مساعدة الآخرين. (ونذكر من بينهم على سبيل المثال لا الحصر، الأشخاص المسنين، الأشخاص في وضعية إعاقة، والأشخاص الحاملين للأمراض المزمنة). مما فرض في الجهة المقابلة، بروز ظروف وسياقات جديدة لتدبير سبل عيش هؤلاء وحاجتهم الماسة إلى من يرافقهم ويرعاهم بشكل مستمر. ومن هنا بروز مفهوم «الرعاية»، والذي يمثل في ظل هذه التحولات الاجتماعية المعاصرة، أحد أبرز المفاهيم التي تطرح نقاشات واسعة سواء على المستوى الحقوقي، الاقتصادي، الاجتماعي والسيكولوجي. وذلك لأسباب متعددة في مقدمتها:

- الحاجة المتنامية إلى من يقوم بدور «مانح الرعاية»، في ظل ما تعرفه المجتمعات المعاصرة من تحولات، وفي مقدمتها تمدرس النساء وخروجهن لسوق الشغل، بعد أن مثلن على مر التاريخ ولا يزلن الفئات «المختصة بأدوار الرعاية».
- انخراط النساء في المجال العمومي، لم يوازيه في المقابل انخراط مماثل للرجال في المجال المنزلي أو الأسري. مما يدفع إلى التساؤل بخصوص من سيتولى أدوار «الرعاية».

- مقتضيات ظروف الرعاية وما تطرحه من إكراهات، والتي غالبا ما تنعكس سلبا على حياة من يقومون بهذه المهام، والذين يحتاجون بدورهم إلى أشكال من الدعم والمساعدة على مستويات متعددة.

- قلة أو غياب المؤسسات التي من شأنها أن تقوم بعمليات التحسيس والمواكبة للأسر التي تحتضن أشخاصا في حاجة إلى «الرعاية». مما يدفع إلى إعادة إنتاج الأساليب والطرق المتوارثة في «الرعاية»، لافتقاد الأسر في غالبية الأحيان لأية معرفة سابقة بطبيعة المرض وما قد يقتضيه من أساليب أو طرق خاصة في التعامل. كما أنها قلما تتلقى توجيهات أو مساعدات معرفية من طرف الأخصائيين على هذا المستوى.

- تأكيد مختلف التخصصات على مدى حاجة الأشخاص المتوقفين على الرعاية، إلى تواجدهم مع أسرهم حفاظا على الروابط الأسرية والعاطفية. فبالرغم مما تبذله بعض الدول المتقدمة من مجهودات جبارة على مستوى إنشاء المؤسسات الاجتماعية وتأهيلها بالموارد البشرية اللازمة، تؤكد الدراسات السيكولوجية[1] على مدى أهمية حضور الأسرة إلى جانب الشخص الذي يعيش في وضعية التوقف على الآخرين، لما لذلك من انعكاسات إيجابية على وضعه، سواء في بعده النفسي والاجتماعي.

وفي ظل كل هذه المعطيات نشير بأن «بداهة» تولي الأسرة «رعاية» أفرادها والتكفل بصحتهم، لا ينفي طرحنا لمجموعة من التساؤلات بخصوص سيرورة الرعاية الأسرية، كمهارات وكفاءات وأيضا كأدوار واهتمامات. فإلى أي حد تملك الأسرة في ظل تعدد الأمراض واختلافها، وأيضا في ظل التطورات الطبية المعاصرة،

(1) Matthews – Simonton, Stephanie, Familia contra enfermedad, Ed, Los libros del Comienzo, Madrid, 2009, p. 72.

المعرفة أو المهارات الكافية للقيام بمهمة الرعاية، وإلى أي حد يمكنها تحمل هذا الدور وتأديته بكفاءة ؟

ولعل أو ما ينبغي الإشارة إليه في هذا المجال، هو أن الحديث عن الأسرة القائمة بمهمة الرعاية أو «الراعية»، هو في غالبية الأحيان «حديث مغلوط»، يحتاج إلى الكثير من التدقيق والتمحيص. على اعتبار أن المقصود «بالأسرة» هنا، هو في حقيقة الأمر «النساء». فاستعمالنا لمفهوم «الأسرة الراعية» هو في غالبية الأحيان إن لم نقل كلها، بمثابة استعمال «مقنع» يخفي أشكالا من اللاتكافئ الجندري التي غالبا ما تسيطر على النسق الأسري عبر مختلف الثقافات. فإذا كانت أغلب الأسر التي تقوم بالرعاية، تردد بأنها تفعل ذلك من منطلق الواجب الأخلاقي أو الديني أو الأسري، فإن ما يلاحظ على المستوى الواقعي هو تولي النساء مهمة وأعباء تأدية أغلب هذه الخدمات إن لم نقل كلها. وذلك وفقا لمرجعيات جندرية محضة، يتم فيها إسناد أدوار الرعاية للنساء القريبات من الشخص المتوقف على الرعاية. وبناء على هذه الخلفيات الثقافية التي تسند فيها أدوار «الرعاية» للنساء، غالبا ما يتم البحث عن «أنثى»، لكي تتولى دور «القائم الرئيسي بالرعاية» في أغلب الأوساط الاجتماعية إن لم نقل كلها. مما ينبه إلى وجود أعداد كبيرة من النساء يقدمن خدمات الرعاية في عدد كبير من المنازل، دون اعتراف أو تعويض أو سند. إنهن يمثلن جنود الخفاء، ضمن نسق غير مرئي يمكن تشبيهه بجبل الثلج، ما يبدو منه لا يشكل سوى مظاهر بسيطة لمعانات عميقة ومجهودات مضنية قلما تنال الاهتمام والاعتراف.

ولعل ذلك ما دعى بنسبة هامة من الباحثين ضمن تخصصات مختلفة إلى الاهتمام بمفهوم «الرعاية»، قصد تحديد دلالته، إبراز أهميته، والسعي إلى وضع استراتيجيات على المدى البعيد للحفاظ عليه وضمان ديمومته. وذلك نظرا لما تتحمله «الرعاية

الأسرية/ الأنثوية» من مسؤوليات وأعباء، ولما تقدمه من خدمات حيوية بالنسبة للدولة والمجتمع بشكل عام. إذ بدون وجود هذه الفئات المعتنية ضمن عدد من الأسر، فإنه سيكون من اللازم توفير عدد كبير من المؤسسات والإمكانات المادية اللوجستيكية والبشرية للرعاية بمختلف كل تلك الفئات من المواطنين الذين لا يمكنهم العيش، بدون التوقف على رعاية وعناية الآخرين.

في ظل هذه المعطيات، تبرز أهمية الوقوف على موضوع الرعاية، نظرا لما أصبح يطرحه من إشكالات على مستويات متعددة من أبرزها، ما طرأ على معيش النساء المعاصرات من تحولات غيرت مما كان يصطلح عليه «بالأدوار الأنثوية». وذلك من خلال وقوفنا على مفهوم «الرعاية» لدى عينات من النساء، أمهات الأطفال في وضعية إعاقة، بغرض التساؤل عن انعكاسات سلوكات الرعاية على صحة هؤلاء الأمهات في بعدها النفسي والفيزيولوجي.

مفهوم الرعاية:

لقد تم اعتماد مفهوم «الرعاية» كترجمة لفعل Cuidar بالإسبانية، والمقابل لفعل prendre soin, s'occuper بالفرنسية. والرعاية تعني التكلف بالحماية، وضمان الارتياح، والحفاظ على الشيء أو الشخص»[1]. وقد نجد لمفهوم الرعاية معان متعددة قد تختلف نسبيا باختلاف التخصصات، إلا أنها تمثل داخل حقل علم النفس، مجموعة من السلوكات التي تعتبر بمثابة معطى حيوي لنمو الفرد والحفاظ على استمرارية وجوده من جهة. كما تمثل في الجهة المقابلة، علاقة تفاعلية مساعدة على التوازن النفسي الاجتماعي للفرد وضمان جودة حياته. وبناء على ذلك، مثلت الرعاية من الناحية القانونية أحد الحقوق الأساسية للإنسان. ولقد خصصت

(1) Alvaro -Garcia, Alejandra, « La etica del cuidado », Aquichan, Vol 4, N° 1, Bogota, Jan/ dec, 2004, p. 8.

منظمة الأمم المتحدة PNUD ضمن برامجها التنموية حيزا هاما للحديث عن الرعاية، باعتبارها معطى حيوي لنمو الفرد وتحقيق اندماجه الاجتماعي. مؤكدة بأن حاجة الطفل للرعاية أمر لا يقل أهمية عن باقي احتياجاته الأساسية الأخرى من قبيل المأكل، الصحة، السكن والتعليم. على اعتبار أن «الرعاية» هي السلوك المؤطر لوجود الطفل، والمهيكل لنموه، والمساعد على تفتق طاقاته وإمكاناته وقدراته. وفي نفس السياق تؤكد منظمة UNICEF، على ما يشمله سلوك الرعاية من مضامين معرفية وعاطفية أساسية، يتم من خلالها بلورة الأبعاد الغريزية التفاعلية لدى الإنسان وتدعيمها بفضل ما تحيل عليه سلوكات الرعاية من أشكال التبادل. حيث يمثل التبادل على وجه الخصوص، أحد أبرز السيرورات التفاعلية الأولية التي يتم من خلالها إدراك العلاقة القائمة بين «الرعاية» كسلوك ناتج عن مقدم الرعاية من جهة، وسبل الاعتراف ورد الجميل من طرف مستقبل الرعاية من جهة ثانية[1].

وتعتبر Marilyn Friedman 1993[2]، أحد أبرز من اهتم بالبعد التفاعلي للرعاية ولما تتضمنه من معطيات عاطفية ومعرفية أساسية. حيث انطلقت من الرعاية كسلوك حيوي، ناتج عن حاجة الإنسان إلى من يعتني به ويهتم بخصوصياته وينتبه له. منبهة إلى مدى خطورة انعكاسات هذه السلوكات على تنمية الإحساس بالاعتراف، وتمكين الشخص من تقدير مجهودات الآخرين وتثمينها، والسعي بعد ذلك إلى تبادلها كعربون على المودة والتقبل. إذ تعمل السيرورات المعرفية على تنمية السيرورات العاطفية، لأجل تحفيز الفرد للقيام برد الفعل، والتعبير عن هذا الاعتراف من خلال السلوك. فلكل إنسان بالفطرة حسب Friedman، إمكانيات للتبادل،

(1) Comins Mingol-Irene, Filosofia del cuidar, Icaria / Antrazyt, Barcelona, 2009, p. 87.

(2) Comins Mingol-Irene, Ibid, p. 88.

تقديم المساعدة، احترام الآخر، رد الجميل، والاختلاف ليس سوى نتيجة لتأثيرات مجموعة من المتغيرات ذات البعد الاجتماعي والثقافي.

كما نجد الاهتمام بمفهوم الرعاية كسلوك تربوي وقائي، ضمن مختلف الدراسات التي اهتمت بالجريمة والانحراف. وذلك لما تتضمنه رعاية الطفل من أبعاد تربوية ذات أبعاد نفسية واجتماعية، تشكل معطيات أساسية لوقايته من الوقوع في الجريمة والانحراف. فأغلب الأطفال الذين يقعون في الانحراف، هم ضحايا الإهمال وغياب رعاية الأسرة باعتبارها الفاعل الأساسي في العناية بالطفل. مما يدفع بهؤلاء إلى ممارسة العنف بجميع أشكاله، سواء تعلق الأمر بالعنف الموجه نحو الذات كالتعاطي للمخدرات والدعارة، أو العنف الموجه نحو الآخر كالجريمة وكل أشكال الاعتداء. الشيء الذي يستنتج من خلاله، بأن الرعاية هي بمثابة سيرورة معرفية وعاطفية أساسية، يتعين أن تشمل حياة كل طفل، وأن تمارس بشكل مكثف ودقيق خلال الطفولة المبكرة على وجه الخصوص. فهي ليست بمثابة سلوك يتم منحه في أوقات معينة أو حالات خاصة فقط، وإنما هي حاجة حيوية لنمو الفرد وضمان تطور جهازه النفسي بكيفية متوازنة.

ولقد بدأ الاهتمام «بالرعاية» كقيمة أخلاقة مع التيارات النسوية منذ سنة 1982، وذلك مع الباحثة Carol Gilligan، ثم بعدها Ruddick، Reardon، Janet Lever، A .Jaggar، M .Freidman، Claudia Card... وغيرهن من الباحثات ضمن مجالات علمية مختلفة. حيث قامت جل هؤلاء الباحثات برفض كل الدراسات التي تناولت موضوع القيم من منظور المقارنة بالرجال، مستخلصة بأن النساء أقل قدرة على تطوير القيم وفي مقدمتها قيمة العدالة، بسبب ميولاتهن العاطفية واهتمامهن بالآخر. وذلك على خلاف الرجال، الذين نجدهم أكثر ميلا إلى الفردانية، ومن ثمة أكثر عقلانية واقتناعا بالقوانين. الشيء الذي يمكنهم من الانتباه إلى الحقوق

ويساعدهم على تبني قيم العدالة وردا على ذلك، سعت هذه التيارات إلى توضيح خصوصية مفهوم الرعاية كقيمة أخلاقية وكسلوك تفاعلي عند النساء لا يخلو من قيم العدالة والانصاف، رافضات في أغلب الأحيان إن لم نقل كلها ربط الرعاية بالأمومة كسلوك غريزي. الشيء الذي ساهم في بلورة إشكالات ثقافية ذات أبعاد إنسانية شاملة، انتقل معها الحديث عن الرعاية كقيمة أخلاقية وكسلوك تفاعلي في علاقته بالنوع الاجتماعي، إلى إثارة مجموعة من التساؤلات بخصوص «ثقافة السلم». مبرزة أهمية حضور قيمة الرعاية إلى جانب العدالة، والعقل إلى جانب الانفعال في تدبير الخلافات ونبذ العنف، سعيا نحو بناء تنشئة تقوم على مبادئ التعاون والتآزر والغيرية.

وفي ظل هذا المنظور الشامل لمفهوم الرعاية، يتولى الباحثون تقسيم الرعاية إلى قسمين، الرعاية الرسمية، وهي تلك التي تتم في المؤسسات الاجتماعية من طرف فريق من المهنيين المختصين، في مقابل الرعاية الغير الرسمية والتي تتولاها الشبكات الأسرية بشكل عام. هذه الشبكات التي يقصد بها مجمل المحيط الأسري أو القرابي الذي تربطه بالمعتنى به علاقات عاطفية من درجة معينة. على اعتبار أن ما يميز شبكات العناية هو تلك العلاقات التي تقوم على أساس «الروابط العاطفية»، مع غياب وجود أي تعويض أو مقابل مادي لخدمات الرعاية. وذلك ما يعطي لهذا النوع من الرعاية طابعها الخاص، ويجعلها تطرح مشاكل وصعوبات تحتاج إلى استراتيجيات من نوع خاص أيضا.

وينصب اهتمامنا في هذا المجال على هذا النوع الثاني من الرعاية ألا وهي «الرعاية الغير الرسمية». والتي يقصد بها مجمل الخدمات التي تقدم لأشخاص يعيشون في وضعية توقفهم على الغير من طرف أفراد أسرتهم، أقاربهم، أصدقائهم أو جيرانهم

أو أحد معارفهم، دون أن يتقاضوا على عملهم هذا أي تعويض مادي. وتعود أهمية تسليط الأضواء على هذا النوع من الرعاية الغير الرسمية إلى ما تفيده الإحصاءات الدولية، والتي تشير بأن الارتفاع المتنامي لنسبة الأشخاص المسنين، والأشخاص الذين يعانون من الأمراض المزمنة والأشخاص في وضعية إعاقة، في ظل ظروف تقل فيها المؤسسات والمهنيون المتخصصون، جعل من «الرعاية الغير الرسمية» بالنسبة لعدد كبير من هؤلاء، المصدر الأساسي للمساعدة[1].

ويعرف Benjoumea الرعاية الغير الرسمية كالآتي: «تقديم خدمات صحية للأشخاص المتوقفين على الآخر من طرف الأسرة أو الأصدقاء أو أشخاص من الشبكة الاجتماعية القريبة، من دون أي أجر أو تعويض مادي. إنها مجموعة من الخدمات التي تقدم من طرف أقارب أو معارف معينين، يتولون مهام الرعاية بشكل مستمر ضمن مدة زمنية غير محددة، وذلك بناء على تعاقد عاطفي[2]. وتجدر الإشارة إلى أنه بالرغم من ربط الرعاية بالأسرة والأقارب، فإن الخدمات المقدمة غالبا ما ترتبط بشخص معين يمثل في غالبية الأحيان «المانح الأساسي» للرعاية. هذا الأخير، الذي يتم تعريفه حسب Feldberg et al: «الشخص الأساسي الذي يعتبر مسئولا عن الرعاية، والذي يتعين أن يكون موجودا، حاضرا، ومتفرغا لتلبية حاجيات الشخص المتلقي للرعاية. مما يفرض إقامته مع هذا الأخير في غالبية الأحيان، حتى يتمكن من تلبية سائر احتياجاته بشكل مستمر، دون أن يتقاضى أي أجر أو مقابل على سائر الخدمات التي يؤديها»[3]. فمانح الرعاية «الغير الرسمي» إذن، هو شخص راشد، من أقرباء متلقي للرعاية أو أحد معارفه في غالبية الأحيان (إن لم نقل كلها) والذي قد

(1) Robledillo-Ruiz y Albiol – Moya, « Cuidado informal :Una vision actual », Revista de motivacion y emocion, 2012, 1, Universidad de Valencia, p. 22.
(2) Robledillo-Ruiz y Albiol – Moya, Ibid, p.23.
(3) Robledillo-Ruiz y Albiol – Moya, Ibid, p. 24.

تمنح له بفعل ذلك، بعض الصلاحيات من قبيل أخذ القرار أو تبني بعض المبادرات بخصوص احتياجات الشخص المتلقي للرعاية، والتي من شأنها أن تيسر تأقلمه ومختلف التطورات الطارئة على وضعه. وتمنح للقائم بالرعاية كل هذه الصلاحيات، بفضل مرافقته المستمرة واليومية لمستقبل خدمات الرعاية، ومعرفته بكافة احتياجاته وخصوصياته. ويستثنى من مفهوم «المانح الغير الرسمي» للرعاية في هذا المجال، كافة المهنيين المنتمين إلى مؤسسات العمل الاجتماعي، أو كل من يتم استدعاؤهم مقابل أجر.

الرعاية والنساء:

مثلت الرعاية على اختلاف الثقافات والشعوب والحقب التاريخية، دورا أنثويا بامتياز. حيث تم اعتبار النساء ولا يزلن، الجنس البشري الأكثر إتقانا ومعرفة بأدوار الرعاية «بالطبيعة»، وذلك رجوعا لتكوينهن البيولوجي، وما يتضمنه من أبعاد سيكولوجية ترتبط بحس أو غريزة الأمومة. حيث نجد ضمن عدد لا يستهان به من الثقافات، سيادة مجموعة من التقاليد والعادات التي تجعل من أساليب الرعاية والتمريض والمرافقة في حالات المرض أو العجز أو الإعاقة، مسؤولية أنثوية خالصة تقصي الذكور وتمنعهم من التدخل لما في هذه الممارسات الخدماتية في اعتقادها من انتقاص لمفهوم الرجولة[1]. ولعل ذلك ما يفسر أن أغلب الشبكات القائمة بأدوار الرعاية، تتضمن نساء أو ذات بعد أنثوي واضح. الشيء الذي يدعو إلى طرح بعض التساؤلات بخصوص علاقة الأنوثة بقيم الرعاية. فهل يمكن القول بأن قيمة الرعاية هي قيمة أخلاقية أنثوية وخاصية طبيعية في النساء دون الرجال؟ ثم هل يتعلق الأمر بقدر أخلاقي ذو بعد بيولوجي أم بمعطى ثقافي جندري ؟

(1) السباعي خلود، «الأسرة، الإعاقة، والدعم السيكواجتماعي»، وضعية الإعاقة بالمغرب، الأبعاد النفسية الاجتماعية والتربوية، دراسات، نشر مقاربات، فاس، 2017، ص. 24-25.

تعتبر Carol Gilligan من أول من اهتم بمفهوم الرعاية في علاقته بالنساء، وذلك ضمن مؤلفها «صوت مختلف» Different Voice 1982. حيث قامت بتسليط الضوء على النظرية الأخلاقية والتطور القيمي لدى النساء، من خلال انتقادها للنظرية الأخلاقية لأستاذها Lowrence Kohlberg. ولقد انطلقت الباحثة في عملها هذا من ضرورة الفصل بين علم النفس المعرفي، والتصور الأخلاقي القيمي بمعناه الفلسفي. مؤكدة على أهمية الانتباه إلى خصوصية التطور القيمي للنساء مقارنة بالرجال. فحسب Gilligan إنه يبقى من اللازم التمييز ما بين طريقة التفكير في القيم كمثل عليا، وبين طريقة التصرف والسلوك وفقا للقيم. وهنا شرعت في دراسة التطور الأخلاقي عند النساء منطلقة من أعمال ماركريت ميد حول التنشئة الفارقية لكل من الذكر والأنثى، مستندة في دراستها على عينات واسعة من النساء والرجال من فئات عمرية متباينة[1]. استنتجت من خلالها، بأن التجارب اليومية والأخلاقية للنساء لا تقل أهمية عن تجارب الرجال، وذلك على عكس ما ورد عند Kohlberg وغيره من الباحثين السيكولوجين السابقين بدء من J.J. Rouseau، J. Piaget و S. Freud وغيرهم من اللذين ربطوا كفاءات المرأة بالعمل المنزلي وخدمة الرجل[2]. واعتبروها بناء على ذلك، غير قادرة على النمو المعرفي الذي يمكنها من اكتساب القيم وفهمها، لما يتطلبه ذلك من مستويات معرفية عالية. مما أدى بهم إلى القول بأن المرأة أقل ميلا إلى الأخلاق، واقل قدرة على استيعاب القيم.

رفضت Gilligan كل نظرية تنطلق من تدني القدرات الأخلاقية للنساء، وأكدت من خلال تجاربها، خصوصية النمو الأخلاقي لدى النساء، منبهة إلى وجود نوع

(1) Robledillo-Ruiz y Albiol – Moya, Ibid, p. 40.

(2) W.Martin, Margaret, Psychologie des femmes, de boeck, 1ère Ed, Paris, 2007, p. 51.

مختلف من القيم، لم يتم قياسها في الأبحاث السابقة. حيث انتقدت الترتيب الهرمي لكولبرج، الذي صنف القيم من خلال منحه الأولوية للقواعد والقوانين العقلية التي وضعها في أعلى الهرم، بينما ترك العواطف والعلاقات الاجتماعية بما تتضمنه من رعاية، مساعدة، وإحساس بالآخر في أسفل الهرم. ومن هنا خطأ كولبرج حسب Gilligan، والذي يتمثل في تصنيفه التفاضلي للقيم بدل الانتباه إلى وجود مستويات وطرق مختلفة في النظر إلى القيم وممارسة الفعل الأخلاقي. ومن هنا حديث الباحثة عن ضرورة فسح المجال أمام «صوت جديد». والمقصود بذلك، الحديث عن خصوصية التركيبة الأخلاقية الأنثوية الناتجة عن التنشئة الاجتماعية، حيث ترتبط القيم والأخلاق فيها بالعلاقات الاجتماعية، وفي مقدمتها علاقات العناية،الثقة والاهتمام. وتعود الأسباب في ذلك حسب الباحثة إلى معطيات جندرية ثقافية لا علاقة لها بالغريزة أو الأمومة. وإنما هي معطيات تعود إلى التنشئة الاجتماعية الفارقية التي تحدد الأدوار والأوليات الجندرية في الاتجاه نحو العالم والأشياء. ومن بين أبرز هذه الأدوار وأهمها،تلك التي ترتبط بالتقسيم الجندري للعمل، والتمييز العميق ما بين المجالات الخارجية والداخلية. مما سوف ينعكس حتما على طرق التفكير وعلى اهتمامات كل من الرجال والنساء، فضلا عما تحيل عليه الأدوار الاجتماعية من قواعد وقيم، تمثل في حد ذاتها معيارا للاندماج الاجتماعي من جهة، وعربونا للتماهي مع الهوية الجندرية المقررة. وبناء على ذلك، أكدت Gilligan بأن «الرعاية» كقيمة أخلاقية، سوف تحضر عند النساء بقوة مقارنة بالرجال.

كما سوف تنطلق Gilligan من أعمال Nancy Chodorow التي رفضت ربط الأمومة بالغريزية، من خلال تحليلها لسيرورة بناء الهوية في مرحلة الطفولة المبكرة لدى كل من الذكور والإناث. حيث ربطت Chodorow الفوارق بفترة التقمص وتأثيرات شخصية الأم، في علاقتها برعاية الطفل باعتباره ذكرا أو أنثى. وكلما

تعلق الأمر بالطفلة كموضوع للرعاية، كلما تكثفت ميكانيزمات التقمص، وساهم ذلك في تبنيها كطفلة لنفس هوية «القائمة بالرعاية» والمتمثلة في الأم. وذلك خلافا للذكور، الذين ينتبهون إلى اختلافهم الجنسي عن الأم، مما يدفعهم إلى ضرورة رفض تقمص شخصية الأم والتشبه بها. ومن هنا سعيهم إلى إعادة بناء هويتهم من خلال تعلمهم الابتعاد عن هذا النموذج الإجرائي والخروج منه، لما يشكله من خطورة على هويتهم الذكورية. وفي هذا الإطار تأتي أهمية Janet Lever التي اهتمت بدراسة اللعب كمؤشر لإدراك الفوارق بين الجنسين، من خلال معاينتها لسلوك الرعاية والغيرية لدى الفتيات. حيث أبرزت مدى تأثير دور التنشئة الاجتماعية في توجيه الفتيات نحو الألعاب التي تغذي «الغيرية» والإحساس بالآخرين. مما يفسر ميلهن ضمن الألعاب التقليدية على وجه الخصوص، إلى اللعب ضمن جماعات صغيرة، والتي غالبا ما تنبني على النظام، أخذ الدور، الغيرية والتعاون بدل التنافس الذي غالبا ما يحتل دورا ثانويا. وذلك على خلاف الذكور، الذين غالبا ما يفضلون الألعاب ضمن جماعات موسعة، حيث تحصل التنافسية والخصام والشجار. كما يتم تشجيعهم على الألعاب حيث تمارس أدوار القيادة، التنافسية والانتصار. هذا فضلا عن ملاحظتها سعي الفتيات إلى اللعب بألعاب الذكور، بينما يبقى العكس غير صحيح، إذ قلما يميل الذكور إلى اللعب بلعب الفتيات.

إلا أنه وبالرغم من أهمية هذه السيرورات التنشئوية الجندرية، وخطورة انعكاساتها على سيكولوجية كل من الرجال والنساء، فإنه قلما يتم الانتباه إليها أو استحضارها في تفسير سلوكات الرعاية لدى النساء مقارنة بالرجال. وبناء على ذلك، قلما يتم إدراك الرعاية كقيمة أخلاقية أو كسلوك إنساني في حد ذاته، وإنما كسلوك جندري يرتبط بالنساء، وكقيمة أخلاقية ترتبط بالأمومة. ومن هنا سعي الذكور إلى تبني بعض المواقف المتطرفة التي تسير في اتجاه رفض الرعاية جملة وتفصيلا، وتعويضها

بسلوكات أخرى أكثر صرامة وفي مقدمتها، تبني العنف والسعي إلى إبرازه «تعبيرا عن الرجولة» في مقابل الأنوثة.

وتشير بادينتير Badinter[1]، إلى خطورة أبعاد هذا الربط لسلوكات الرعاية بالأمومة، وانعكاساته على حياة النساء. فلقد مثلت خدمات العناية والرعاية المرتبطة بالأمومة ولا تزال في كثير من مناطق العالم، عملا طبيعيا، مرتبطا بغريزة الأمومة، ومن ثمة عملا لا مرئيا. بل إنه كثيرا ما يتم ربط الرعاية برغبة النساء في الإنجاب كاحتياج سيكولوجي، تسعى من خلاله الأنثى إلى تحقيق الذات وتفجير إمكاناتها وطاقاتها[2]. كما تشير Badinter في نفس السياق، بأن هذا التهليل لمكانة الأم والأمومة، لا نجد له صدى واقعي في حياة الأمهات[3]. لكوننا لا نجد على أرض الواقع مؤشرات تدل على وجود اعتراف اجتماعي حقيقي بدور الأم، يرفع عمليا وإجرائيا من قيمة هذا الدور، وينصف ما تقوم به جل النساء الأمهات من مجهودات لأجل إسعاد وخدمة الآخرين.

وفي سياق هذا الربط للرعاية بالنساء كخاصية بيولوجية طبيعة، في مقابل ربط العدالة بالرجال، برزت مجموعة من الباحثات اللواتي رفضن هذا القول وفي مقدمتهم Carol Stack. التي بينت من خلال أبحاثها في مجال الأنثروبولوجيا بأن النساء والرجال متشابهون في فهم القيم، وبأن الرعاية والعدالة موجودة لدى الإثنين. إلا أن أساليب التنشئة هي التي تخلق هذه الاختلافات القيمية على المستوى الرمزي لكي يتم تجسيدها على المستوى السلوكي. وبناء على ذلك، فسلوك الرعاية

(1) Norma Fuller, Dilemas de la feminidad : Mujeres de clasé media en el Péru, Pontificia Universidad Catolica del Péru , 1993. p. 35.

(2) خلود السباعي، الأمومة ورهان الديمقراطية، المجلة العربية «نفسانيات»، شبكة العلوم النفسية العربية. العدد 59، خريف 2018.

(3) أليزابيث أي رانسوم، ونانسي في ينجر، أمومة أكثر أمانا، التغلب على العقبات في الطريق إلى الرعاية، المكتب المرجعي للسكان، فبراير، مصر 2002، ص. 5.

ليس ناتجا عن حس إخلاقي أو قيمي خاص بسيكولوجية النساء، وإنما هو سلوك تم ترسيخه، وتبنته النساء لضمان عيشهن ضمن مجتمع ذكوري ظالم وقاهر للنساء. وبناء على ذلك فإن عددا هاما من السمات السيكولوجية ينبغي أن تدرس في علاقتها ببعدها السوسيواقتصادي المرتبط بالتهميش والإقصاء، وليس في بعدها «الجنسي» المرتبط بالذكورة أو الأنوثة.

وتقول لوسي إيريغاري في هذا الصدد: «إن «الشغل» لدى المرأة، والذي نفترض بأنه «قائم على الحب»، أو باعتباره «عائلي» أو «منزلي»، هو بمثابة «عمل» قد فقد طابعه الاجتماعي مع العائلة البطريركية. فلقد أصبحت المرأة الخادمة الأولى المبعدة عن المشاركة في الانتاج الاجتماعي... فالمرأة الأم تقوم بالأعباء المنزلية لقاء مسكنها ومأكلها ولباسها... الأسرة الأحادية العصرية، تقوم على العبودية المنزلية للمرأة وهي عبودية معلنة أو خفية»[1]. ويعود هذا التحليل الذي قدمته لوسي إيريغاري لموقف إنجلس ضمن مؤلفه «أصل العائلة والملكية الخاصة والدولة». حيث يفسر كيف يعمل المجتمع البطريركي من أجل التغافل عن خدمات الرعاية وإهمالها وعدم الاعتراف بها. فيقول: «إن الأسرة تضع العراقيل أمام خروج المرأة من المنزل، مما يبقيها في حالة تبعية اقتصادية تتيح ضروب الاضطهاد كلها... تبقى المرأة باستمرار عبدة منزلية على الرغم من قوانين التحرر كلها، لأن الاقتصاد المنزلي الصغير يثقل عليها، ويرغمها على تبديد قواها في واجبات عقيمة بشكل مريع، وخسيسة غبية ومثبطة للعزيمة[2].

(1) لوسي إيريغاري، سيكولوجية الأنوثة مرأة المرأة الأخرى، ترجمة علي أسعد، دار الحوار، الطبعة الثانية، 2011، ص. 205-206.

(2) لوسي إيريغاري، المرجع السابق، ص. 208.

وفي نفس السياق تناولت Claudia Card الموضوع من جانب سوسيواقتصادي، مبرزة بأن ربط الرعاية بالنساء، هو واقع يتعلق بالمجتمع وعلاقات السلطة أكثر من ارتباطه بالجنس الأنثوي أو الذكوري. فالرعاية عند النساء ترتبط بوضعهن المتدني وبحاجتهن إلى الحماية من طرف الرجال وتوقفهن عليهم. كما أن مختلف الصور النمطية عن الخوف أو الضعف عند النساء، هي نتاج نفس الوضع الذي يجعل النساء يعشن في حالة خوف من استبداد وبطش وجبروت الرجال ضمن مجتمع ذكوري متسلط. كل خاصيات الضعف والاستكانة الموكولة للنساء، هي نتاج تدني أوضاعهن السوسيواقتصادية. وذلك ما يفسر ميلهن إلى هيكلة وجودهن ضمن شبكات، حيث يحضر التفاعل والاحتكاك الذي ينمي الغيرية والتعاون لكي يحتمين ببعضهن البعض. بينما يبقى الرجال بمنئ عن ذلك، لأنهم أقل احتياجا لمثل هذه العلاقات. وتضيف Claudia Card بأن عدم سعي النساء إلى بلورة الاستقلالية والانفصال، ليس معطى سيكولوجي وإنما هو معطى سياسي اقتصادي بالأساس. مما يوضح بأن الرعاية ليست مجرد قيمة، وإنما هي وسيلة للقمع وممارسة التسلط لإخضاع النساء. لذلك، فإنه لا ينبغي النظر إلى الرعاية من زاوية القيم، وإنما من زاوية القهر الاجتماعي. كما لا يجب أن يقف الاهتمام بالرعاية عند الدراسات الجندرية، وإنما ينبغي مقاربتها من الزاوية السياسية والاقتصادية لكي تهتم بسائر المقهورين في هذا العالم.

وفي نفس السياق الذي يرفض ربط قيمة الرعاية بالنساء والعدالة بالرجال، برزت Sara Rudidick التي قامت بتحليل مفهوم الأمومة، مبرزة ما تتضمنه من سيرورات معرفية وعاطفية جعلتها تتحدث عن «الفكر الأمومي». فالأمومة هي فعلا عاطفة تحرك سلوك الرعاية، إلا أن الرعاية ليست مجرد عواطف وانفعالات، وإنما هي سيرورات معرفية بالأساس. تقتضي المعرفة بالسلوك «الرعائي» الصحيح،

الذي يخضع لمجموعة من القواعد العادلة، ويسير في اتجاه القيم السليمة. ومن بين أبرز القيم التي تتضمنها الرعاية مبدأ العدالة، والذي يقتضي المسؤولية، الاحتياط، وتقدير الذات، لأجل تمكين القائم بالرعاية من تحقيق التوازن بين احتياجاته واحتياجات الآخر. فالرعاية ليست مجرد عواطف أو نية حسنة، وإنما هي مسؤولية أخلاقية، تقوم على أساس الاحترام والمعرفة. فبدون هذه المبادئ تصبح الرعاية قناعا أو وسيلة لإخفاء ممارسات التعسف والاستغلال باسم الحب والأمومة، كما تصبح العلاقات القرابية علاقة مدمرة وغير عادلة. فالرعاية بدون قيمة العدالة تتحول إلى قمع وسيطرة، وسلوك تهديم وتدمير للذات. ولعل التاريخ خير شاهد على ما عانته النساء من ظلم واستغلال واستبعاد باسم الأمومة[1].

وتضيف Sara Rudidick بأن سلوكات الرعاية قد مثلت على مر التاريخ وسيلة لاستعباد عدد من النساء باسم الأمومة. حيث تعمل التنشئة الاجتماعية على توجيه الأمهات نحو تلخيص هويتهن في تقمصهن لذواتهن «كخادمات للآخرين»، حيث تذوب الحدود في العلاقات الترابطية، وتذوب الأم في الآخرين. لذلك، ينبغي التأكيد بأن الرعاية هي مسألة عدالة اجتماعية، ومهمة الدولة قبل الأفراد، من أجل بناء سياسات اجتماعية لنظام ينطلق من إدراك الرعاية كسلوك إنساني مساعد على السلم ونبذ العنف والقمع والسيطرة. هذه الثقافة التي نجدها حسب Hanna Rosin بين النساء اللواتي تم نعتهن «بالجنس الضعيف». وذلك بما حملناه معهن على مر التاريخ من قيم الغيرية والاهتمام بالآخر، في ظل أنظمة ذكورية مجدت قيم التنافسية والعنف والحرب والعدوانية. ويشير السوسيولوجي Serge Guérin، بأن الدولة في المجتمعات المعاصرة تتخلى تدريجيا عن قيم السيطرة والقوة، لكي تهتم أكثر بالتربية

(1) السباعي خلود، «الأمومة ورهان الديمقراطية»، ا المجلة العربية «نفسانيات»، العدد 59، خريف 2018. شبكة العلوم النفسية العربية، ص. 198.

والحماية والصحة والرعاية... أصبحت تسير نحو مجتمعات أكثر ليونة ومرونة، مجتمعات تسمح بالحياة في ظل الاختلاف. إننا أمام مجتمعات تسير أكثر فأكثر نحو تبني أخلاق الرعاية، التي لم تكن تمنح لها أية قيمة في السابق[1].

الرعاية في ظل الإعاقة:

تعتبر الإعاقة أحد أبرز الأوضاع الإنسانية، التي غالبا ما تحتاج إلى مرافقة الآخر ومساعدته ورعايته. فإذا كانت الرعاية على مر التاريخ تتم ضمن شبكة نسائية، فإنه لما يتعلق الأمر بالإعاقة، غالبا ما يتكثف هذا الحضور ويصبح مضاعفا. وكلما تعلق الأمر بإعاقة الطفل، كلما لمسنا الحاجة إلى تكثيف أساليب الرعاية من طرف الأمهات على وجه الخصوص. حيث يشكل حضور الأمهات وطرق رعايتهن للأبناء من ذوي الإعاقات، أحد المكونات الأساسية للنسق المشكل لوضعية الإعاقة. وذلك لما تتطلبه حالة الطفل في وضعية إعاقة من تقديم لخدمات رعائية وتربوية مضاعفة، غالبا ما ترتبط في التمثلات الاجتماعية المتوارثة بوظيفة ودور الأم.

ولعل ما يميز مفهوم الرعاية لدى أمهات الأطفال في وضعية إعاقة، هو خصوصية وضع الأمومة، والتي غالبا ما ترتبط بالصدمة، خيبة الأمل، والشعور بالذنب. وذلك في ظل ما تعرفه تكنولوجيا الانجاب في عالمنا المعاصر من تطورات هائلة، تدعو إلى مراقبة الحمل، واعتماد عدد من التحاليل والفحوصات التي من شأنها أن تساعد على مراقبة الحمل والتشخيص المبكر تحسبا لأي خلل. وتشير أعمال كل من Saillant et ONeil[2] التي أجريت بكندا، بأنه ما أن يتم الإعلان عن وجود خلل ما على مستوى

(1) Fournier, Martine. « La Monté des valeurs féminines», In Masculin, Feminin, Pluriel, Sous la direction de Martine Fournier, p. 127.

(2) Tetreaut S. et Blanchette S., « Réflexions sur la condition de la mère de l'enfant handicapé, une intervention féministe à développer », In Formation et évaluation de la pratique du travail social, Vol 40, N° 2, Paris, 1991, p. 120.

الحمل، تفضل عدد من الأمهات القيام بالإجهاض. ومن بين النتائج المترتبة عن هذا التطور التكنولوجي للإنجاب، بروز بعض التيارات في الولايات المتحدة الأمريكية، التي تنادي بمحاكمة المرأة التي لم تقم برعاية وتتبع مراحل حملها، والتي لم تتدخل في فترة الحمل لحماية الطفل من وضعية الإعاقة. على اعتبار أن الإعاقة، هي وضعية يمكن التنبؤ بها والكشف المبكر عنها، والتدخل لتدبيرها. وفي ظل هذه التطورات التقنية والعلمية للإنجاب، فإنه يبقى من المتوقع أن تشعر بعض من النساء بالذنب، مما يدفع بعدد منهن إلى مراجعة فترة الحمل بحثا عن «أخطائهن»، ساعيات بكيفية شعورية أو لاشعورية إلى تفسير أسباب «الإعاقة».

كما ترتبط خصوصية الأمومة أيضا «بصدمة الفقدان»، وما ينتج عنها حسب Blacher[1] من فترات اكتئاب وحداد. ولعل ما يميز عملية الحداد هنا، هو أن الطفل لم يمت، لكن صورة الطفل المأمول هي التي ماتت. مما يخلف لدى أغلب الأمهات في مثل هذه الأوضاع، إحساسا عميقا «بالخسارة» جراء إنجابها لطفل في وضعية إعاقة. هذا الأخير، الذي يتعين عليها رعايته والاهتمام به، علما بأنه حطم كل آمالها وأحلامها في طفلها المأمول. مما يجعلها في حالة رفض، وخوف وفزع، تتداخل فيه المعطيات النفسية بالاجتماعية بشكل معقد يساهم في ترسيخ إحساسها بالذنب من جهة، والألم والحزن والغضب من جهة ثانية. ولعل ذلك ما يفسر اهتمام مختلف التيارات السيكولوجية بتفسير وتوضيح تأثيرات وقع صدمة ولادة طفل في وضعية إعاقة على الحالة النفسية للأبوين. حيث يكون وقع الصدمة قويا، بشكل لا يجدون له أي تفسير غير خيبة أمل، يمثل معها الصمت أحيانا أحد أبرز الميكانيزمات الدفاعية

(1) دعايش صباح، حبيش بشير، «أثر الإعاقة على الأسرة بين السلبية والإيجابية. دراسة ميدانية على أسر المعاقين عقليا»، مجلة دراسات إجتماعية، مركز البحث في العلوم الإنسانية والحضارة بالأغواط، العدد 2، فبراير 2018، ص. 137.

ضد الألم[1]. وفي خضم هذه المشاعر المؤلمة تجد الأم نفسها مجبرة أن تواجه وضعا جديدا لم تستسيغه بعد، إلا أنه يفرض عليها تدبيره من خلال تقديمها لخدمات الرعاية بكيفية متناسبة مع وضع الطفل وإمكاناته. وذلك، باعتباره طفلا «بريئا» لم يختر إعاقته و لم يقصد الإساءة إلى أبويه، ومن ثمة فإن الواجب يحتم «حبه» ورعايته بالشكل المطلوب إنسانيا، اجتماعيا، ودينيا. في ظل هذه المتاهات والصعوبات النفسية التي تتراوح ما بين الرفض والحزن والكآبة والغضب، تتموضع أغلب أمهات الأطفال في وضعية إعاقة، مما يتسبب في معاناتهن من ضغوطات سيكواجتماعية مضاعفة. ومن بين الملاحظات التي يسجلها أغلب الأطباء، ما تتكبده نسبة هامة من الأمهات من معاناة سيكولوجية بسبب إحساسهن بالذنب أمام مرض أطفالهن[2].

وفي هذا السياق، قمنا بإجراء مجموعة من المقابلات مع عدد من الأمهات من مستويات تعليمية وأسرية مختلفة، ينتمين إلى أوساط سوسيواقتصادية مختلفة أيضا، بينت مدى تشابه معانات كل هؤلاء الأمهات، ومدى تكبدهن لمشاق الرعاية وما تقتضيه من مجهودات على المستوى النفسي والاجتماعي. ولقد تمت الإشارة من طرف الأمهات إلى مدى أهمية توفر الإمكانيات المادية في التخفيف من بعض الأعباء والتكاليف المادية، إلا أن ذلك لا يلغي تشابه ما تكلفهن سلوكات الرعاية من تعب وإرهاق وإحساس بالفشل (في كثير من الأحيان). ولقد بينت بعض الدراسات التي قام بها كل من Plant and Sanders على أن تقديم الرعاية وصعوبتها، هي من

(1) Cuevas Banitez Yolanda, y otros, « Las familias ante la discapacidad », Universidad Nacional Autonoma de Mexico, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Revista electronica de psicologia, Iztacala, Vol 15, N°13, 2012, p. 124.

(2) خلود السباعي، «علم النفس وتحديات الأمراض المزمنة والمستعصية على العلاج»، مجلة علوم التربية، العدد الأربعون، ماي 2009، ص. 67.

بين أكثر مصادر الضغط النفسي على الأمهات[1].

الرعاية ومفهوم الزمن:

تمثل علاقة «سلوك الرعاية» بالزمن، أحد أبرز المواضيع التي استقطبت اهتمام عدد من الباحثين وفي مقدمتهم Bihman, Fischer, H.Thompson[2]. الذين أبرزوا مدى أهمية متغير «توزيع الزمن»، في إحساس الأشخاص «بجودة الحياة» ضمن سياقات اجتماعية وثقافية مختلفة. حيث تمثل كيفية تعامل الشخص مع الزمن، وكيفية استغلاله وتوزيعه، احد المؤشرات التي تدل على مدى استمتاعه وشعوره بجودة الحياة.

وفي نفس السياق، حاولنا الوقوف في هذا المجال على كيفية تعامل أمهات الأطفال في وضعية إعاقة مع الزمن، وكيفية توزيع أوقاتهن ضمن معيشهن اليومي مع الإعاقة. حيث تبين بأن العلاقة مع الزمن هي أحد أبرز معالم الضغط الأكثر حضورا وتلازما لحياة النساء. وذلك بسبب تعقد سلوكات الرعاية، وتداخل أبعادها على مستوى الكم والكيف، وأيضا على مستوى الزمان والمجال. إذ غالبا ما تتم خدمات الرعاية ضمن إطار زمني دائري روتيني في غالبية الأحيان، قد يستمر لمدة 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع، و365 يوم في السنة، مما يمنح سلوكات الرعاية بعدا زمنيا لا نهائيا. وكلما تعلق الأمر بالأمهات لأطفال في وضعية إعاقة ذهنية، كلما احتد هذا البعد الدائري للزمن، وانعكس بشكل سلبي على صحة المعتنية وعلى إحساسها بجودة الحياة على مستويات متعددة يمكن أن نذكر من بينها على

(1) اللوزي صلاح حمدان، متعب الفايز عبد الكريم، «أثر وجود طفل معاق على الوالدين»، المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، المجلد 1، العدد 1، 2008، ص. 94.

(2) Garcia Rojero, Jesus. Los tiempos de cuidado: De la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores, Colleccion Estudios, N° 12011, Madrid, 2010, p. 106.

سبيل المثال لا الحصر:

- تقلص الزمن المخصص للذات، أو القدرة على التحكم في الزمن الشخصي.
- تقلص الزمن المخصص للحياة الاجتماعية.
- تقلص الزمن المخصص للشغل أو الوظيفة.
- تعدد الأدوار وتداخلها وانعكاساتها على الأدوار الأخرى.
- الحاجة إلى التنقل بكيفية مستمرة من وضعية إلى أخرى، ومن دور إلى آخر، بنفس الكفاءة والقوة والاهتمام.
- الحاجة إلى برمجة الذات بكيفية مستمرة وفقا لطبيعة المجال، علما بأنه لكل مجال خاصياته السيكولوجية.
- تعدد أوجه العناية وتعدد المفاجئات والأزمات والأوضاع الصعبة، بحسب اختلاف فترات النمو.

تلك بعض من الإكراهات التي وردت على لسان عدد من الأمهات. حيث تلعب الخدمات الرعائية الروتنية دورا حيويا في منح الزمن طابعا خاصا، يخرج فيه عن إيقاعه الطولي التعاقبي، لكي يأخذ طابعا دائريا، تشعر معه الأم بأنها ضمن حلقة مفرغة[1]. إذ غالبا ما تتشابه الخدمات وتتكرر بكيفية روتينية، دون أن تطرأ على سلوكات الطفل أو وضعية إعاقته تغيرات ملموسة، وذلك بالرغم من تطور سن الطفل ومرور الزمن. الشيء الذي يكثف من مؤشرات الإحباط ويسقط عددا من الأمهات في الاكتئاب، لما تتطلبه سلوكات الرعاية عموما من بعد تفاعلي يستجوب فعل التبادلية ما بين القائم بالرعاية والمستفيد منها. وبناء على ذلك، تنتظر الأم بأمل

(1) Flora, Manuel, «Enfant handicapé, famille, travail, parentalité: une conciliation inpossible ?» Séminaire «Formes et enjeux du lien social», 2008-2009, Sous la direction de Dominique Mansanti, Univ Pierre Mendes, Grenoble, p. 38.

أو بدون أمل، بكيفية شعورية أو لا شعورية، الاستجابة من طرف الطفل لكي تحفزها على الاستمرار في العطاء وبذل المجهود.

وفي نفس سياق الحديث عن الزمن، نبهت جل الدراسات السيكولوجية إلى ما يعتري النسق الأسري من تغيرات، أفضت إلى التمييز ما بين زمن ما قبل وجود الإعاقة وما بعدها كمرحلتين متباينتين. وتجدر الإشارة إلى ما تلعبه الأم من دور أساسي في عملية الانتقال بين المرحلتين. وذلك، باعتبارها أول من يفرض عليها أن تغير من وضعها وعاداتها ونظامها، وتتأقلم مع الوضع الجديد حتى تمكن محيطها من تقبله. فإذا كانت الدراسات السيكولوجية تتحدث عن تمكن بعض الأفراد من المواجهة وبلوغ ما سماه Rutter[1] بخاصية La résilience، والتي يقصد بها مجمل الخصائص التي تحمي الفرد بكيفية تقوي قدرته على المقاومة حفاظا على توازنه الصحي النفسي والفزيولوجي، فإن ذلك لا ينفي ما تتطلبه خاصية La résilience[2] كسيرورة عاطفية ومعرفية وسلوكية من مساحة زمنية، قد تتطلب سنينا وأعواما حتى تستقر العلاقة ويثبت «التكيف» في أعماق النفس. إلا أنه في حالة الأم، فيتوجب عليها أن تتشرب جرعات «الواقعية» والتقبل دفعة واحدة. هذه الواقعية التي تنطلق من إحساسها بخصوصية «أمومتها» التي لا تكفي لرعاية طفلها. حيث تدرك بأن أمومتها تحتاج إلى الزمن، وبأنه يتعين عليها التسلح بالمعرفة، والاستعانة بالأخصائيين، والخضوع لتوجيهات وتعليمات الأطباء... مما يزكي إحساسها بالنقص والخذلان. فيتعمق شعورها بأن أمومتها مغايرة لما هو طبيعي، وبأنها لا تنبع من علاقتها برضيعها، وإنما تحتاج إلى مجموعة من التوجيهات التي تأتي من «الخارج». الشيء الذي يزيد من

(1) Bruchon Schweitzer et Boujut Emelie, Psychologie de la santé, Concepts, méthodes et modèles, 2° Ed, DUNOD, Paris, 2014, p. 315.

(2) Nader-Grosbois, Nathalie. Psychologie du Handicap, de boeck, 1° Ed, Paris, 2015, p. 49.

إحساسها بالغربة والخوف والقلق، أمام وضع يفترض في نظرها أن يكون طبيعيا وبالتالي سهلا. مما يزيد ن تكثيف أسباب القلق، الذي قد تطول مدته بطول فترة التوهان وضغط التساؤلات بخصوص مدى قدرتها على التكفل بالطفل، وتوفر الإمكانات المادية والعاطفية والاجتماعية المساعدة. ويشير Ross[1]، بأن مشاعر الخوف لدى الأمهات عميقة إلى درجة يصعب تقديرها، قد تصل إلى درجة لا يعرفن معها كيف «ينظمن» أفكارهن بسبب مخاوفهن المتزاحمة. فنجد الأم تعيش ضمن دوامة من التساؤلات في مقدمتها هل سوف أقدر على رعاية الطفل؟ هل لدي الإمكانيات اللازمة؟ من سوف يساعدني؟ الزوج؟ العائلة؟ هل سوف يقدرون على ذلك؟ ثم إلى متى سوف تستمر قدرتي وقوتي على التحمل؟

وكلما تعلق الأمر بنساء يشتغلن خارج المنزل، كلما ازدادت تكاليف الرعاية وانعكست بشكل عميق على صحة المرأة سواء في بعدها النفسي أو الفيسيولوجي. إذ غالبا ما تعيش هذه العينات من الأمهات تحت وطأة تأنيب الضمير، بسبب عدم قدرتها على التواجد المستمر، أو الحضور المتفرغ الذي يمنح الإحساس «بالرضا» La satisfaction عن الذات وعن الهوية في بعدها الجندري «كأم» أولا وكقائمة بالرعاية لطفل في وضعية إعاقة ثانيا. ولقد بينت أغلب الدراسات التي اهتمت بانعكاسات الإعاقة على الأسرة، بأن أغلب الأمهات لأطفال في وضعية إعاقة، يسعين إلى تعطيل نسبة هامة من أنشطتهن الذاتية من قبيل ممارسة الرياضة أو بعض الهوايات الشخصية، التقليص من العلاقات الاجتماعية... كما أن نسبة هامة يتخلين عن الشغل ويقدمن استقالتهن عن الوظيفة لأجل التفرغ لرعاية الطفل، وذلك على خلاف الآباء[2].

(1) Tetreaut S. et Blanchette S., « Réflexions sue la condition de la mère de l'enfant handicapé, une intervention féministe à développer », In, Formation et évaluation de la pratique du travail social, Vol 40, N° 2, Paris, 1991, p. 120.

(2) Baghdadli Amaria et autres, Education thérapeutique des parents d'enfants avec

لذلك، فإنه يبقى من المنتظر أن تنعكس هذه المعطيات سلبا على حياة الأمهات وعلى صحتهن، سواء في بعدها الفزيولوجي أو النفسي. وتفيد الدراسات في هذا المجال، مدى ارتفاع نسبة معاناة الأمهات من stress القلق المزمن[1]، والذي كثيرا ما يتطور إلى قلق ثم اكتئاب بسبب إكراهات الحياة اليومية التي تدفع بهن إلى ممارسة مجموعة من السلوكات في مقدمتها:

- عدم الاهتمام أو العناية بأوضاعهن الصحية
- قلة النوم في مقابل كثرة الأعباء
- قلة الأنشطة الحركية
- قلة أوقات الراحة والاستجمام
- الميل إلى العزلة وتقلص العلاقات الاجتماعية[2].

وكلما شعرت الأم بالتعب أو المرض على المستوى الفيزيولوجي، كلما انعكس ذلك سلبا على وضعها النفسي، وساهم في الزيادة من إحساسها بالحزن والخوف والقلق على مستقبل الطفل ومآل العناية به. مما يجعل عددا من الأمهات يتحملن أعباء فوق طاقتهن، وينسين أو يتناسين وضعهن الصحي وحاجتهن إلى الوقاية والعناية بصحتهن. وبناء على ذلك تعيش كثير من الأمهات في ظل الصمت والتنكر للألم ونكرانه، تخوفا واحتسابا من تقصيرهن في أدوارهن «الطبيعية» كأمهات متحليات بالصبر ونكران الذات. ويقول Burley[3] في هذا السياق بأن أغلب الأمهات يعانين

troubles du specte autistique, Ed, ELSEVIER MASSON,Paris, 2015, p. 23.

(1) اللوزي صلاح حمدان، الفايز متعب عبد الكريم، «أثر وجود طفل معاق على الوالدين»، المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، المجلد 1، العدد 1، 2008، ص. 93.

(2) الختاتنة عبد الخالق يوسف، أثر الإعاقات على أسر ذوي الإعاقة، جامعة اليرموك، الأردن، 2010، ص. 62.

(3) Tetreaut S. et Blanchette S., 0p.Cit, p. 123.

من مشاكل صحية من بينها، آلام في الظهر، اضطرابات في النوم، ارتفاع ضغط الدم، والشعور المستمر بالتعب والإرهاق. إلا أنهن يرفضن في الوقت ذاته ربط هذه الاضطرابات بوجود الطفل، فيكابدن، ويستعن بالمهدئات، ويتحملن، ويتحلين بالصبر والتضحية وعدم الشكوى، لأن ذلك من «طبيعة الأشياء». بينما يخفف هذا العبء عن الرجل الأب، الذي يعيش هذه الأوضاع بشكل أقل حدة ومرارة مقارنة بالمرأة الأم. مما يقوي أسباب القلق والتوتر والتقدير السلبي للذات، ويساهم في الرفع من معدلات الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات الصحية بين النساء[1]. وتجدر الإشارة إلى أن الانعكاسات السلبية على حياة الأم، غالبا ما تؤثر على حياة المعتنى به أيضا، وعلى طبيعة التفاعل بينهما. مما يزيد من وطأة ثقل سلوكات الرعاية، ويساهم بشكل من الأشكال في صعوبة مواجهة كلا الطرفين لمختلف مستجدات أشكال العجز، والتي غالبا ما تزداد عمقا وترسخا مع الزمن.

الرعاية والاعتمادية المتبادلة:

تمثل مسألة الاعتمادية أحد أبرز الإشكالات المطروحة ضمن مجالات الإعاقة. على اعتبار أن الهدف الأساسي من كل تدخل تربوي، معرفي، وبيداغوجي، هو مساعدة الشخص الذي يوجد في وضعية الإعاقة على بلوغ أقصى حد من الاستقلالية. مما يسمح بالحديث عن الدمج والسعي نحو تكثيف الولوجيات بجميع أبعادها المادية والمعنوية. والمقصود بالاستقلالية هنا، المعنى الوارد عند بياجيه Piaget 1968، باعتبرها سيرورة تسمح للشخص بالتكيف مع محيطه ومعرفته اختيار السلوك المناسب للتصرف أو القيام برد الفعل المتناسب مع الظروف التي تمنحها السياقات المختلفة. وبناء على ذلك، فإن التعلمات الشخصية التي تتم بكيفية مستقلة هي التي

(1) Matud –Aznar, M.Pilar, Salud, equidad y genero, Jornadas sobre salud , genero y calidad de vida, Arona, Madrid, Noviembre, 2006, p. 20.

تعلم الشخص الاستقلالية. مما يربط الاستقلالية بالتعلم الذاتي، والحرية الشخصية.

وسعيا نحو فهم أعمق للرعاية في علاقتها بالاستقلالية، قامت بعض الدراسات بطرحها للسؤال حول: لماذا نقدم الرعاية؟ أو ما هي الأسباب التي تدفع نحو تقديم خدمات الرعاية ؟ فكانت الأجوبة متعددة تمثلت في كون الرعاية غالبا ما ترتبط بمجموعة من الأسباب في مقدمتها، الشعور بالحب، الإحساس بالواجب، التبادلية، الغيرية، رد الجميل، الشعور بالذنب، تجنب العقاب، ثم الحصول على الاعتراف الاجتماعي. وبناء على ذلك، تم استنتاج أنه بحسب نوعية السبب أو الدافع، تتغير سلوكات الرعاية وتختلف طبيعتها على مستوى الكم والكيف[1]. إلا أنه إذا كانت خدمات الرعاية تقدم استنادا إلى سبب أو اثنين من الأسباب السابقة الذكر، فإن ما يلفت الانتباه لدى أمهات الأطفال في وضعية إعاقة هو حضور وتداخل كل هذه الأسباب. مما يبقى من المحتمل معه أن تنعكس على سلوكاتهن سواء في علاقتهن بالأطفال أو علاقتهن بذواتهن وبمحيطهن، ويدفع بهن في غالبية الأحيان إلى السقوط فيما سماه بعض الباحثين «بالاعتمادية المتبادلة»[2].

مما يجعلنا أمام نوع خاص من «الاعتمادية» التي تستوجب مقاربتها من زاويتين، لما يترتب عنها من أشكال تفاعلية وعلاقات تبادلية عميقة ومعقدة، تجعل كل واحد من الطرفين أكثر ارتباطا بالآخر. هذا الارتباط الذي غالبا ما يدفع بالأمهات إلى الإفراط في الرعاية، وخدمة الطفل بكيفية غالبا ما تنعكس سلبا على إمكانياته وقدراته على التعلم. ومن بين الميكانيزمات السيكولوجية المزكية لهذه الاعتمادية

(1) Mateos. Garcia Fernando, « Dinamica sociofamiliar y perfil del educador principal », Estudios, Departamento de Sanidad y politica social, Salamanca, 2009, p. 18.

(2) Garcia Rojero, Jesus. Los tiempos de cuidado: De la dependencia de los mayores en la vida cotidiana , Op.Cit, p. 29.

المتبادلة، اعتقاد كثير من الأمهات بأنها تمثل الشخص الوحيد الذي يمكن أن يحسن رعاية الطفل والاستجابة لطلباته، وبأنها الوحيدة القادرة على فهمه والتجاوب معه، وبالتالي فلا يمكن لأحد أن يعوضها في ذلك. الشيء الذي يجعل الطفل بسبب تعوده على هذه العلاقة الثنائية أكثر ارتباطا بأمه، رافضا تعويض خدماتها من طرف شخص ثان. مما يزيد من معاناة الأمهات ويقلص من الحاجة إلى المؤسسات المساعدة، ويخلق نوعا «مختلا» من الارتباط الذي يصبح في حد ذاته علاقة مسببة للقلق[1].

ومن بين الأسباب المزكية لهذه «الاعتمادية المتبادلة»، ما ينتاب الأمهات من إحساس مضاعف بالمسؤولية، نتيجة التمثلات الاجتماعية المرتبطة بالأمومة، وبما تقتضيه من مسؤوليات وأدوار وخدمات مادية وعاطفية. مما يجعل الأمهات في كثير من الحالات يعشن تحت ظل نوع من «الرقابة الاجتماعية المضاعفة»، محترسات خائفات من ملاحظات وتعليقات الآخرين من اتهامها بالتقصير أو الإهمال لطفلها «المعاق». الشيء الذي يزيد من تعميق الإحساس بالذنب والانعزال والتقوقع على الذات. وقد يلعب البعد الديني دورا حيويا في استدماج الأمهات لهذه الرقابة، التي تصبح بمثابة جلد داخلي للذات ومصدر قلق يحتاج إلى إثبات مستمر لقيامها بواجبها «كأم جيدة». مما تصبح معه إعاقة الطفل بمثابة اختبار مستمر وامتحان يومي يتجاوز علاقتها بإبنها لكي يشمل علاقتها بربها. وهنا تتراوح مواقف الأمهات ما بين نظرتهن للإعاقة كاختبار سوف يحاسبن على كيفية تدبيره، أو كهدية وتميز من الله، تمنحهن فرصة إضافية لكسب الأجر والثواب. وفي كلتا الحالتين، تلعب هذه التمثلات دورا حيويا في تكثيف أساليب الرعاية على المستوى الفزيولوجي،

(1) Baghdadli Amaria et autres, Education thérapeutique des parents d'enfants avec troubles du specte autistique, Ed, ELSEVIER MASSON,Paris, 2015, p. 25.

وتعميق أسباب الضغط والقلق على المستوى النفسي[1]. ولقد عبرت نسبة هامة من المستجوبات عن هذا التخوف قائلات: «أخاف من التقصير في حق ابني، لذلك تجدني أبذل كل ما في جهدي حتى أصفي ضميري وأصفي علاقتي مع الله».

كما ترتبط أسباب الاعتمادية المتبادلة في جزء كبير منها، بمدى إحساس الأمهات بالذنب، وتخوفهن من الهجر والطلاق أو التخلي، خاصة لما يتعلق الأمر بأمهات متوقفات ماديا على الأزواج. مما يساهم في تعميق معاناتهن وتكثيف تحملهن لمسؤولية الطفل في وضعية إعاقة بكيفية منفردة. فتميل الأم في غالبية الأحيان إلى تحمل معظم خدمات الرعاية لوحدها، سعيا منها نحو تخفيف العبء عن الزوج. فنجدها تبتعد عن التشكي، وتلبس قناع La normalité، (التطبيع نحو العادية)[2] حتى تجنب الزوج «أشجان» الإعاقة وتحافظ على نظام الأسرة وانسجامه. كما تميل هذه العينات من الأمهات، إلى بذل مجهودات جبارة من أجل إخفاء أعباء الإعاقة ورسم صورة «الأسرة العادية» لمحيطها، سواء القريب أو البعيد. علما بأن الأسر التي تتضمن أشخاصا في وضعية إعاقة، هي أسر تعيش الاختلاف في أشد صوره. وتشير Patterson إلى أن الأمهات يلعبن دورا حيويا في امتصاص ضغط الأسرة، حماية لباقي الأفراد، مما يعرضهن لأمراض فزيولوجية ونفسية[3]. وتجدر الإشارة إلى أنه كلما سعت المرأة إلى تبني هذا النوع من السلوكات، كلما تخفف العبء عن الزوج، وابتعد ماديا ومعنويا متجها أكثر نحو عالم الشغل والعلاقات الاجتماعية

(1) خلود السباعي، الأمومة في ظل الاعاقة، (محاضرة بكلية الآداب بنمسيك).

(2) منصور سمية، عواد رجاء، «تصور مقترح لتطوير نظام دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بمرحلة رياض الأطفال في سورية في ضوء خبرة بعض الدول (دراسة مقارنة)»، دجلة، جامعة دمشق، المجلد 28، العدد الأول، 2012، ص. 311.

(3) إيمان فؤاد الكاشف، إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة، دار الطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2001، ص. 140.

الخارجية. مما يساهم في ترسيخ الاتجاهات التقليدية والتعامل مع الموضوع بالعقلية الذكورية التي تربط خدمات الرعاية بالأمومة وعالم الإناث. وبمرور الوقت، ينفصل الأب عاطفيا عن الطفل، مما يقوي ارتباط هذا الأخير بأمه، ويدعم ميكانيزمات «الاعتمادية المتبادلة».

وفي مقابل هذه السلوكات الاعتمادية التي تتبناها الأمهات بكيفية لاشعورية في غالبية الأحيان، يسعين إلى «لعب دور الأم السعيدة» كميكانيزم دفاعي (لا يقل ألما وضغطا على المستوى اللاشعوري). فيلبسن قناع «التقبل» للإعاقة، دون أن يمنحن أنفسهن حق التعبير عن غضبهن أو حزنهن. علما بأن التعبير عن الغضب يبقى أمرا حيويا إن لم يكن طبيعيا في ظل وجود مجموعة من الإكراهات التي تدعو في كثير الأحيان إلى الغضب. وذلك بسبب غياب تصور الشفاء من الإعاقة، وغياب المساعدة والخدمات المناسبة، ورفض المجتمع للإعاقة وإحاطتها بمجموعة من الاتجاهات الوصمية، ثم غموض مستقبل الطفل عند غياب الأبوين، إحساسهما المستمر بالعياء والعزلة... وتلك كلها معطيات يبقى من المحتمل أن تدفع نحو الشعور بالحزن والأسى.

وفي نفس السياق الذي تسعى فيه الأم إلى تكثيف سلوكات الرعاية والانفراد بها، يأتي حديثنا عن علاقتها بالأخصائيين والمؤسسات المرتبطة بوضعية الإعاقة. إذ غالبا ما تتكلف الأم بمهمة الاتصال والتواصل مع الأخصائيين على اختلافهم. مما يعرضها لمجموعة من الإكراهات الإضافية التي ترتبط بتوجيهات وملاحظات وتقييمات هؤلاء. حيث تطلب منها مجموعة من الخدمات والمسؤوليات، التي غالبا ما تكون مكلفة وصارمة، إن لم نقل زجرية في بعض الأحيان. فينتظر أن تكون ملمة بكل المعلومات الأساسية حول وضعية الطفل، مع الدقة في التعبير، تذكر التواريخ، تقديم

الملاحظات، فهم المصطلحات الطبية، تذكر كل التعليمات. مما يجعل من علاقتها بمختلف المختصين والطاقم الطبي والبيداغوجي، مصدرا آخر للقلق والتوتر. فتشعر أمام كل هؤلاء المختصين بما يمتلكونه من معارف وتقنيات وسلطة علمية، بأنه عليها إثبات جودتها كأم، لأن «الأم الجيدة» في نظر كل هؤلاء، هي من تتبع التعليمات وتجيب على كل الأسئلة، وتطبق كل الأوامر ولا تفسد الخطة التربوية.

ولعل ما يثير الانتباه على هذا المستوى، هو مدى مساهمة العلاقة بالأخصائيين في تعميق الشعور بالذنب لدى نسبة هامة من الأمهات، وذلك على اختلاف مستوياتهن التعليمية أو السوسيواقتصادية. فإذا كانت الأمهات الغير متعلمات يشعرن أمام المختصين بالاغتراب والخجل من الذات وبحاجتهن الحيوية إلى «التعلم» والاطلاع، فإن الأمهات المتعلمات ينتابهن نفس الإحساس لكن لأسباب مغايرة. فكلما تعلق الأمر بأم متعلمة متمدرسة، كلما شعرت بتعاظم هذا الدور ووطأته، وغمرها الإحساس بالخجل من الذات، وبأنها «غير معذورة» عن جهلها لبعض المعلومات المرتبطة بطبيعة إعاقة طفلها. وتشير بعض الدراسات التي أجريت في كندا، إلى هذه العلاقة المعقدة بين الأخصائيين والأسر بشكل عام، والأمهات على وجه الخصوص. حيث يرى Millsap بأن العلاقة مع الأخصائيين غالبا ما تعتبر بمثابة عبء إضافي بالنسبة للأمهات. أما Kazak، فلقد انتقد الأخصائيين مبرزا، بأن مجهودات الأخصائي غالبا ما تركز على احتياجات الطفل ووضعه، مع إهماله لحاجيات الأسرة وظروفها. مضيفاً بأن مطالب الأخصائيين وتعاملهم الضيق مع احتياجات الطفل، يساهم بشكل كبير في تزكية وتدعيم تمثلات الآباء عن الإعاقة باعتبارها وضع صعب، مكلف ومقلق، وبالتالي متعارض مع جودة الحياة[1].

(1) Tetreaut S. et Blanchette S., 0p.Cit, p. 132.

خاتمة:

تلك بعض من المعطيات التي وردت على لسان الأمهات، والتي تعكس ما يعانينه بشكل يومي من إكراهات على المستوى الفزيولوجي، النفسي، والاجتماعي. الشيء الذي دعى بالباحثين في هذا المجال إلى الحديث عن «تكلفة الرعاية». على اعتبار أن الرعاية ليست مجرد خدمات يمكن تحديدها أو تكميمها، وإنما هي سيرورة من الانفعالات والمشاعر والسلوكات اليومية، التي تهيكل معيش القائم بالرعاية وتؤثر على جودة حياته. فالرعاية كما سبقت الإشارة، هي عبارة عن مجموعة من الخدمات المتداخلة والمسترسلة ضمن المعيش اليومي. وذلك بكيفية يصعب الفصل أو التمييز بينها وما يصاحبها من الخدمات المنزلية العفوية، لارتباطها بالمجال الداخلي الحميمي حيث «تغلق الأبواب». مما يزيد من لا مرئيتها ويبعدها عن المؤسسات الرسمية للشغل، ويزيد من صعوبة إمكانية تكميمها، تقنينها، أو احتسابها. ومن هنا حديث الباحثين عن «تكلفة الرعاية»، لأنها ليست مجرد «مهمة» تتم ضمن مجال محدد أو وحيد، وإنما هي مجموعة من السيرورات حيث يمثل كل بعد من الأبعاد العاطفية والمعرفية قيمة في ذاته، على المعتني أن يكون واعيا بها وقادرا على تلبيتها. وبناء على ذلك، نعيد التأكيد بأن «الرعاية ليست مجرد عمل»، كما أن «القائم بالرعاية» والمتمثل في الأم هنا، لا يمكن مقارنتها بأي شخص يشغل مهنة ما. لما تقتضيه سلوكات الرعاية من تفرغ تام، وانتباه متواصل على المستوى العاطفي والسلوكي، قد لا نجد له نظيرا في أية علاقة أو مهنة من المهن.

أما إذا نظرنا للموضوع من زاوية جندرية، فيمكننا القول بأن ربط الرعاية بالأنوثة هو ترسيخ لتبعية النساء، وتمييز للمجال الخاص عن العمومي، وترسيخ للصور النمطية التي تؤدي إلى تقسيم العمل بكيفية غير متكافئة. مما دفع ببعض التيارات النسوية (التي تؤكد على المساواة المطلقة) إلى القول بأنه إذا كان بإمكان

الرجال التخلص من خدمات الرعاية بفعل التنشئة الاجتماعية، فإنه بإمكان النساء فعل ذلك أيضا[1]. إلا أن السؤال الذي يطرح هنا هو: هل من مصلحة المجتمع الإنساني أن يفرغ كلا من الرجال والنساء من خاصية الرعاية كعاطفة إنسانية سامية؟ هل المطلوب هو المساواة في ذاتها أم المطلوب هو بناء مجتمع إنساني مشبع بقيم الرعاية وما تتضمنه من أبعاد غيرية مساعدة على ترسيخ ثقافة السلم والأمان؟

بناء على ذلك، فإن الحلول لا ينبغي أن تسير في اتجاه إفراغ النساء من خدمات الرعاية، وإنما في تربية تسعى إلى ترسيخ الرعاية كقيمة إنسانية وليس كقيمة جندرية. ذلك فضلا إلى أن ربط الرعاية بالنساء هو حرمان للرجل من الدخول إلى عالم خفي هو عالم الانفعالات والعواطف، هو أيضا حرمان الرجل من الشعور بالمسؤولية تجاه الآخرين. وتبقى سلوكات الرعاية مهمة إنسانية رفيعة وخدمة اجتماعية لا يمكن التخلي عنها. ومن هنا ضرورة الاعتراف بأهمية ما تقدمه النساء من خدمات على هذا المستوى، سواء بالنسبة لأسرهن ومحيطهن المباشر أو بالنسبة للدولة ومؤسساتها. هذا الاعتراف الذي ينبغي تجسيده على أرض الواقع من خلال تبني سياسات اجتماعية للرعاية، تتولى تقديم كل أشكال «الدعم» الضرورية، والتي ينبغي أن يسير في اتجاه توزيع مهام الرعاية على أفراد الأسرة، وعدم ربطها بالنساء الأمهات. الشيء الذي سوف يساهم في تحرير النساء الأمهات القائمات بالرعاية من ضغط تمثلات «الأم المثالية»، والتي غالبا ما تدفع بهن إلى بذل مجهودات سيكولوجية جبارة من أجل التطبيع مع نموذج «الأسرة العادية» La normalité. بينما يتعين فسح المجال أمام هذه العينات من الأسر بشكل عام، والأمهات على وجه الخصوص، للتعبير عن آلامهم وهمومهم وانشغالاتهم، لأننا أمام أسرة تحتضن الاختلاف، وتواجه مجموعة

(1) Comins Mingol-Irene, Op.Cit, p. 46.

من الإكراهات والصعوبات، التي يتعين طرحها والإعلان عنها بدلا من إخفائها وتمويهها.

فإذا كانت المجتمعات على اختلافها تمجد الأم والأمومة، فالتمنح النساء «حق الأمومة» وحق «زمن الأمومة». على اعتبار أن الحق في الأمومة هو أن تعيش المرأة أمومتها وليس أن تعيش للأمومة ومن خلالها. وسعيا نحو ذلك، علينا أن نجعل من الأمومة منبع الإحساس بالسعادة والارتياح تصبح معه أحد المؤشرات الدالة على جودة الحياة لدى النساء، بعيدا عن أي تنميط أو تعجيز يخلق صراعات عميقة مع الذات. ومن بين أول الخطوات المساعدة على ذلك، تبني الأساليب التنشئوية المغذية لسلوكات الرعاية باعتبارها سلوكات إنسانية وليست جندرية.

بيبليوغرافيا:

- أي رانسوم إليزابيت، ونانسي في ينجر، أمومة أكثر أمانا، التغلب على العقبات في الطريق إلى الرعاية، المكتب المرجعي للسكان، فبراير، مصر، 2002.
- لوسي إيريغاري، سيكولوجية الأنوثة مرأة المرأة الأخرى، ترجمة علي أسعد، دار الحوار، الطبعة الثانية، 2011.
- فؤاد الكاشف إيمان، إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة، دار الطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2001.
- اللوزي صلاح حمدان، متعب الفايز عبد الكريم، «أثر وجود طفل معاق على الوالدين»، المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، المجلد 1، العدد 1، 2008.
- الختاتنة عبد الخالق يوسف، أثر الإعاقات على أسر ذوي الإعاقة، جامعة اليرموك، الأردن، 2010.
- السباعي خلود، «الأمومة ورهان الديموقراطية»، المجلة العربية «نفسانيات»، العدد 59، خريف 2018. شبكة العلوم النفسية العربية.

- السباعي خلود، «الأسرة، الإعاقة، والدعم السيكواجتماعي»، وضعية الإعاقة في المغرب، الأبعاد النفسية الاجتماعية والتربوية، دراسات، نشر مقاربات، فاس 2017.
- السباعي خلود، «سيكولوجية المرأة»، مجلة علوم التربية، العدد 50، دسمبر 2011.
- السباعي خلود، «علم النفس وتحديات الأمراض المزمنة والمستعصية على العلاج»، مجلة علوم التربية، العدد الأربعون، ماي 2009.
- Alvaro -Garcia, Alejandra, « La etica del cuidado », Aquichan, Vol 4, N° 1, Bogota, Jan/ dec, 2004.
- Baghdadli Amaria et autres, Education thérapeutique des parents d'enfants avec troubles du specte autistique, Ed, ELSEVIER MASSON, Paris, 2015.
- Bruchon-Schweitzer et Boujut Emelie, Psychologie de la santé, Concepts, méthodes et modèles, 2° Ed, DUNOD, Paris, 2014.
- Comins Mingol-Irene, Filosofia del cuidar, Icaria / Antrazyt, Barcelona, 2009.
- Cuevas Banitez Yolanda, y otros, « Las familias ante la discapacidad », Universidad Nacional Autonoma de Mexico, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Revista electronica de psicologia, Iztacala, Vol 15, N° 13, 2012.
- Fuller, Norma. Dilemas de la feminidad: Mujeres de clasé media en el Péru, Pontificia Universidad Catolica del Péru, 1993.
- Fournier Martine, « La Monté des valeurs féminines»,In, Masculin, Feminin, Pluriel, Sous la direction de Martine Fournier.
- Flora, Manuel, «Enfant handicapé, famille, travail, parentalité: une conciliation inpossible ?» Séminaire «Formes et engeux du lien social», 2008-2009, Sous la direction de Dominique Mansanti, Univ Pierre Mendes, Grenoble.
- Mateos. Garcia Fernando, « Dinamica sociofamiliar y perfil del educador principal », Estudios, Departamento de Sanidad y politica social, Salamanca, 2009.
- Matud –Aznar, M. Pilar, Salud, equidad y genero, Jornadas sobre salud , genero y calidad de vida, Arona, Noviembre 2006.
- Matthews – Simonton, Stephanie, Familia contra enfermedad, Ed, Los libros del Comienzo, Madrid 2009.
- Nader-Grosbois, Nathalie. Psychologie du Handicap, de boeck, 1° Ed, Paris, 2015.

- Garcia Rojero, Jesus. Los tiempos de cuidado: De la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores, Colleccion Estudios, N° 12011, Madrid, 2010.
- Robledillo-Ruiz y Albiol – Moya, « Cuidado informal: Una vision actual », Revista de motivacion y emocion, 2012, 1, Universidad de Valencia, 2012.
- Tetreaut S. et Blanchette S., « Réflexions sue la condition de la mère de l'enfant handicapé, une intervention féministe à développer », In Formation et évaluation de la pratique du travail social, Vol 40, N° 2, Paris, 1991.
- W. Martin, Margaret. Psychologie des femmes, de boeck, 1°Ed, Paris, 2007.

صورة الجسد وعلاقتها بجودة الحياة لدى المرأة في وضعية إعاقة حركية

أحلام بزاز
طالبة بسلك الدكتوراه،
جامعة الحسن الثاني / الدار البيضاء،
كلية الآداب – المحمدية

الملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة ما مدى إحساس المرأة في وضعية إعاقة حركية بجودة الحياة في مجتمع الصورة ومعايير الجمال والنماذج المثالية للهيئة والمظهر الخارجي. وذلك من خلال وقوفنا على تقييم المرأة في وضعية إعاقة حركية لحياتها، مقارنة ظروفها وأحوالها بالمستوى الذي تعتقد أنه مناسب لها. حيث تفيد صورة الجسد مدى التطابق الحاصل بين شكل الجسد الحقيقي وبين المثال المدرك مع استحضار البعد الانفعالي، والذي يستند على مجمل خبراتها وتجاربها في الحياة.

و قد تكونت مجموعة البحث من سبعة نساء في وضعية إعاقة، حركية يتراوح سنهن ما بين 18 و30 سنة، من ذوات الإعاقات الحركية الخلقية والمكتسبة. حيث تم تطبيق منهج «دراسة الحالة» من خلال اعتماد المقابلة النصف موجهة ومقياس الرضا عن الحياة.

الكلمات المفاتيح: المرأة / جودة الحياة / صورة الجسد / الإعاقة الحركية.

The present study aimed to determine the extent to which women feel in a situation of motor disability with satisfaction with life in the image society, beauty standards, ideal models of body and appearance, and satisfaction with life. The satisfaction of women in the situation of motor disability depends on their life and depends on comparing their conditions and conditions to the level that Believe that it is appropriate for her body image refers to the congruence between the shape of the real body and the perceived example and based on the emotional meaning of the body image on her experience and experience in life.

The research group consisted of seven women in the form of motor disability aged between 18 and 30 years, 3 cases with congenital disability, and 4 cases with acquired disability. The case study was applied through a set of tools: the interview and the measure of satisfaction with life. The main findings were as follows:

Key Words: body image; Life satisfaction; Woman; Impaired mobility.

مقدمة:

يعد المناخ الذي يحفظ الحقوق الثقافية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية والمدنية الأساسية جوهرياً في تعزيز الصحة النفسية ومن دون تحقيق الأمن والحرية بوساطة هذه الحقوق يصعب جداً المحافظة على المستوى العالي من الصحة النفسية. وتقدم خطة العمل في مجال حقوق الإنسان وسيلة نافعة لاستعراف المحددات المستبطنة للصحة النفسية والتوجه نحوها. وتتجلى الأداة التي صنعت آلية حقوق الإنسان في الأمم المتحدة بمجموعة المبادئ التي تعمم المسؤولية عن الصحة النفسية وبالتالي تقدم معياراً مفيدا مقابل أي إنجاز حكومي لتعزيز الصحة النفسية يمكن تقييمه أو تقديره. ويمكن لهذه الحقوق أن تساعد في عدالة التوزيع وتمارس النفوذ من خلال المجتمع وبالتالي التخفيف من مسالك الفقر والضعف.

وقد ساهمت وضعية الأشخاص ذوي الإعاقة وتزايد مشاكلهم واحتياجاتهم والتحولات التي عرفها العالم بعد الحربين العالميتين الأولى والثانية، بشكل كبير في جعل القرن العشرين البداية الحقيقية والمنظمة في مجالات الوعي بحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة. وكانت المنطلقات الأساسية هي الإعلانات والمواثيق الدولية العامة حول حقوق الإنسان، قبل أن ينجح المنتظم الدولي في تبني إعلانات ومواثيق خاصة بحقوقهم. مع هذا لا نجد هنالك تناول خاص لقضية المرأة في وضعية إعاقة، رغم خصوصية واقعها. فإذا رجعنا لمكانة المرأة عبر التاريخ، ففي الحضارات المختلفة احتلت المرأة مكانة متفاوتة بل وأحيانا متناقضة والنظرة إليها قد تأرجحت بين اعتبارها كائنا منحطا أشبه بالأشياء منه بالأحياء إلى عدها شيطان يوحي بالشرور والخطيئة وعدها السيدة والحاكمة في أقدار المجتمع والعاملة التي عليها أن تكافح وتشقى وتحمل وتضع وتربي وتقوم على أمور المنزل وراحة الزوج. والنظر إليها كرمز وصورة جمالية، تستغل للإغواء. ولقد صعب عليها دوما تحقيق الاستقلالية نظرا لسيادة العقلية الذكورية في المجتمع الذي يعطي الأولوية للرجل. خاصة إذا تعلق الأمر بالتمدرس وبالتشغيل فنسب الأمية ومحدودية الدخل تبقى مرتفعة في صفوف النساء.

كما أن المرأة نفسها وبشكل خاص ولأسباب تتعلق بالثقافة السائدة في المجتمع ومسارات التنشئة الاجتماعية، ترى أن هناك علاقة قوية بين تصور جسمها الفيزيائي وبين تصورها الشخصي لذاتها. ففي مجتمعنا المرأة لا تكون موجودة إلا إذا ارتبط وجودها بجسد جميل قادر على تحقيق الرغبة الجنسية من جهة وقادر على الإنجاب والأمومة من جهة ثانية. والإعاقة في الجسد الأنثوي تجعل المرأة موصومة بالعجز والضعف والاتكالية، الشيء الذي يطبع مختلف مجالات حياتها.

وبالنظر إلى الصور النمطية لمعايير جمال جسد المرأة، تواجه المرأة في وضعية إعاقة تحديا خاصا أمام الاستجابة لانتظاراتها. فغالبا ما توصم لأنها تنافي وهذه المعايير الجمالية. هذه الوضعية راجعة إلى حد كبير للإعلام، الذي يركز على الأنثى الجسد، على حساب المرأة الإنسان مع تغييب لنموذج حقيقي، يبين المرأة المناضلة التي تعمل بشكل متواصل من أجل العيش الكريم وتشارك بفعالية في التنمية في شتى المجالات. وكذا تغييب مواضيع حقيقية تساهم في معالجة قضايا المرأة التي ما تزال تفتقر إلى الأمان، الاستقرار النفسي، الاستقلال الذاتي عن الرجل، بل تفتقر إلى أبسط الحقوق التي حددتها المواثيق الدولية ومدونة الأسرة. وفي مقدمتها، الحرمان من التعليم والعمل والزواج ومحدودية الخدمات الصحية، إضافة إلى التمييز المضاعف. كما ساهم تفشي قيم الفردانية، في تراجع فعالية التكافل والتعاون حتى بين أفراد الأسرة نفسها ما أنعكس سلبا على تلبية احتياجات هذه الفئة من النساء. مما يكرس لديها الاعتمادية والتعرض للاستغلال الجنسي والعنف بمختلف أشكاله. وذلك حتى بالنسبة للدول المتقدمة. أما في الدول النامية فإن معاناة المرأة في وضعية إعاقة، تتضاعف لأسباب تتعلق بإعاقتها من جانب وبالنظرة السلبية للمجتمع من جانب أخر. كما تزداد معاناتها نتيجة العزل الاجتماعي والإقصاء الذي تفرضه النظم الاجتماعية والعادات. وتعد المرأة في وضعية إعاقة من أكثر الفئات تهميشا وإقصاء، وتشكل أغلبية الفقراء والأميين ومحدودي الدخل والمعنفين.

مما يدفعنا للتساؤل ونحن في مجتمع الصورة ومعايير الجمال والنماذج المثالية للهيئة والجسد الأنثوي، عن مدى إحساس المرأة في وضعية إعاقة حركية بالرضا عن حياتها؟ وهل المرأة في وضعية إعاقة حركية تستطيع أن تقوم بتجاوز ثنائية الشكل والمضمون لتصل إلى بلورة كيان منسجم ومعبر عن محتوى متين ومبدع وفاعل، يكمل وجودها الإنساني، بدلا من تغليب التجليات الأنثوية واعتبارات المظهر والانحباس في سؤال الجسد وتابعاته؟

إن العلاقة بين المرأة في وضعية إعاقة حركية وبيئتها علاقة تفاعل وتبادل ونتاج لهذا التأثير فهي تستجيب لمؤثرات البيئة، لكون جهدها وطاقتها وإنجازها تتوقف على طبيعة المواقف. من هنا فالقصور الجسدي لدى المرأة غالبا ما يواجهه المجتمع بعوامل الإحباط والشدائد وقلة الفرص المتاحة لتحقيق الذات والتوافق. مما يؤدي إلى نوع من المشقة والضيق والضغوط التي تعيقها عن تحقيق إنجازاتها وأهدافها. وقد تكون ردود أفعالها قوية وأنماط سلوكها حادة، مما يؤدي إلى عدم التوافق فينعكس ذلك في صورة ضعف الإنجاز الأكاديمي والمهني وعدم الثقة في النفس وعدم الرضا عن الذات وغير ذلك من المظاهر السلوكية التي تعرب عن المعاناة. وبالتالي فإننا نفترض أن الرضا عن الحياة لدى المرأة في وضعية إعاقة يمكنها من بلورة صورة متوازية عن جسدها فتتقبل اختلافها وتبرز قراراتها وكفاءاتها وتتمكن من التعامل مع المشكلات المتعلقة بالمظهر ومواجهتها وليس الاستسلام لها أو الهروب منها.

و قد قمنا بتقصي هذا الموضوع باستعمال منهج دراسة الحالة، حيث قمنا بتطبيق كلا من أداتي المقابلة ومقياس الرضا عن الحياة من إعداد «مجدي محمد الدسوقي»، على عينة إنتقائية مكونة من سبعة نساء في وضعية إعاقة حركية، تتراوح أعمارهن ما بين 18 و30 سنة.

جودة الحياة:

تعتبر جودة الحياة من أكثر المصطلحات المرتبطة بعلم النفس الايجابي التي أثارت اهتمام العديد من الباحثين على امتداد فترات متفاوتة عبر الزمن. ومحصلة هذا الجهد المبذول إنما من اجل تسليط الضوء على هذا المصطلح من جميع الجوانب. إلا أنه يبقى من الصعب إيجاد تعريف موحد متفق عليه لجودة الحياة من طرف غالبية الباحثين، على اختلاف توجهاتهم النظرية. لكن ما تم الاعتماد عليه في هذا

العمل هو التوجه النفسي الاجتماعي، حيث تم التركيز في دراسة جودة الحياة على المنحى أو الجانب الذاتي المتضمن إجمالا في مدى رضا الفرد الشخصي عن الحياة، وشعوره بجودتها. أما تفصيلا فسوف نعرض بعض التعريفات التي تبنت مفهوم جودة الحياة من الناحية الذاتية.

جودة الحياة هي رضا الفرد بقدره في الحياة والسعادة وامتلاك الفرص لتحقيق أهداف ذات معنى، والشعور الداخلي بالراحة. وبناء على ذلك ينبع الشعور بالاستقلال والرضا الذاتي، وتبني أسلوب حياتي يشبع الرغبات الفريدة واحتياجات الفرد. كما تعرف جودة الحياة بأنها الإحساس بالرفاهية والرضا الذي يشعر به الفرد في ظل الظروف الحالية. إنها انعكاس للذات الإنسانية مع تحقيق الشعور بالرضا والإشباع والنجاح. وهي أيضا المشاعر الذاتية بالسعادة الشخصية والرضا عن النفس وعن الجوانب ذات الأهمية في حياة الشخص. وبهذا تعد جودة الحياة عاملاً أساسياً في تحقيق الصحة النفسية. ويتجلى البعد الإيجابي للصحة النفسية في التعريف الوارد في دستور منظمة الصحة العالمية باعتبارها اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرّد انعدام المرض أو العجز[1].

دائما في نفس السياق تأكيدا لما جاء به التعريف السابق، فإن أصحاب المدخل الذاتي يشيرون إلى أن البعد الانفعالي الخاص بمشاعر الأفراد ومعاناتهم في الحياة، يعتبر جوهر التقويم الذاتي لجودة الحياة. فمثلا السعادة التي يشعر بها الفرد، تعتبر حالة عاطفية تبعث لديه الشعور بالرضا وتمكنه من تقويم المواقف بصورة واقعية. ومنه فالمؤشرات الذاتية التي تصف السعادة الذاتية ترتبط بجودة الحياة ارتباطا أكثر من المؤشرات الموضوعية.

(1) منظمة الصحة العالمية، 2005، تقرير منظمة الصحة العالمية قسم الصحة النفسية وتعاطي العقاقير والمواد بالتعاون مع جامعة ملبورن ومؤسسة فيكتوريا.

في نفس الإطار تشير رايف Ryff (2006) في تعريفها لجودة الحياة بأنها الإحساس الايجابي بحسن الحال، والذي يتم رصده بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا الفرد عن ذاته وحياته بشكل عام. وكذلك من خلال سعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية، ذات قيمة ومعنى بالنسبة له لتحقيق استقلاليته في تحديد وجهة ومسار حياته وإقامته لعلاقات اجتماعية ايجابية متبادلة مع الآخرين. ويرتبط كذلك بالإحساس العام بالسعادة والاستمتاع بالحياة والسكينة والطمأنينة النفسية. إن جودة الحياة تعني الرغبة في الحياة أو العزوف عنها. فالفرد في مناخ الرغبة في الحياة يكون دائم التفكير في حياته ويكشف العبرة من رسالة وجوده. وتكون الأعمال اليومية مصدر رضا وسرور له، أما في مناخ العزوف عن الحياة، فعندما يفكر الفرد في الحياة والوجود، ينحصر تفكيره في التخلص من حياته، وتصبح الأعمال اليومية مصدر ألم وحيرة وضجر وتوليد للسأم.

ما يمكن الإشارة إليه من خلال التعاريف المذكورة أعلاه، أن جودة الحياة مفهوم يرتبط بما يحمله الفرد من إدراكات لقدراته وإمكاناته، والتي تساعده على تحقيق أهدافه بشكل عام. مما قد يؤدي به إلى الإحساس بالرضا والسعادة والراحة الشخصية. وبالحديث عن المرأة في وضعية إعاقة فإننا حاولنا معرفة ما إذا كانت تستطيع النظر إلى حياتها وإدراك واقعها بشكل يتقبل القصور الحركي ومدى إحساسها من عدمه بالسعادة والراحة والطمأنينة في حياتها.

وركزنا في هذه الدراسة على الرضا عن الحياة الذي يعرفه Johnson et shin (1978) بأنه تقدير عام لنوعية حياة الشخص حسب المعايير التي انتقاها لنفسه. ويمكن القول أن رضا الفرد عن حياته يعتمد على مقارنة ظروفه وأحواله بالمستوى الذي يعتقد أنه مناسب له. هذا المستوى يقرره الفرد لنفسه أي أنه إحساس داخلي بالنسبة للفرد،

يظهر في سلوكه واستجابته. كما يقصد بالرضا عن الحياة تقييم الفرد لنوعية الحياة التي يعيشها طبقا لنسقه القيمي ويعتمد هذا التقييم على مقارنة الفرد لظروفه الحياتية بالمستوى الأمثل الذي يعتقد أنه مناسب له ويقاس بالمقياس المستخدم.

صورة الجسد:

المقصود بصورة الجسد ما يعتقده الشخص عن مظهره، كيف يشعر بجسده أثناء الحركة، تقييمه وشعوره بجسمه بما في ذلك طوله ووزنه وشكله. وهذه الصورة يمكن أن تكون إيجابية أو سلبية. كما أنها تتسم بالاستمرارية. إذ تلازم مراحل العمر المختلفة فهي عملية يدركها الفرد منذ الطفولة وحتى الشيخوخة وهي شائعة لدى الذكور والإناث وإن كانت الإناث أكثر حساسية وتمحيصا لصورة أجسامهن عن نظرائهن من الذكور. ويرتبط الرضا عن الجسد لدى البالغين، بالقدرة على إنجاز وتحقيق التفاعلات الشخصية والسعادة في الحياة بوجه عام. وسنعرض في ما يلي بعض التعريفات التي تناولت مفهوم صورة الجسد على سبيل التفصيل.

من أول العلماء الذين درسوا صورة الجسد نجد فيشر Fisher (1990) وقد اعتبرها مسألة شعورية ولا شعورية، تعكس التأثير المتحد والمجمع للبنية الجسدية الواقعية والوظيفية، والخبرة والتجربة المبكرة والمستمرة، المرتبطة بالجسد. وكذلك تعكس الاستجابة الاجتماعية المستمرة مدى الحياة لهيئة الجسد والقيم الاجتماعية والثقافية والمثالية فيما يتعلق بالجسد.

في نفس السياق تعتبر صورة الجسد حسب دولتو F. Dolto (1999) الأثر البنيوي للتاريخ الانفعالي يكبت في الصورة اللاواعية لدى الكائن الحي الانفعالي.

ويذهب إقبال وآخرون Iqbal et al (2006) إلى أن صورة الجسد تشير إلى التشابه بين شكل الجسد الحقيقي وبين المثال المدرك. ويستند المعنى الانفعالي لصورة الجسد

على خبرة الفرد وتجربته في الحياة، وتبقى صورة الجسد، اتجاه ذاتي متعدد الأبعاد والأوجه، نحو جسم الشخص خاصة الحجم والشكل والناحية الجمالية. وهي تنسب إلى تقييمات الشخص والتجارب والخبرات المؤثرة، فيما يتعلق بالخصائص الجسدية والمظهر الخارجي. أما تقييمات صورة الجسد فإنها تشتق من المثاليات الجسدية المستدخلة. مما يستنتج من خلاله بأن صورة الجسد، هي الصورة التي يكونها الشخص في ذهنه عن جسده، وهي يمكن أن تكون مطابقة للمظهر والهيئة الجسدية الحقيقية الواقعية كما يمكن أن تختلف عنها.

في نفس السياق يشير هوانج وآخرون Huang et al., (2007) إلى أن صورة الجسد تشمل التصورات والادراكات لجسم الفرد. وترتبط بتقدير الذات والثقة في العلاقات بين الأشخاص والخبرات الجنسية والاتزان الانفعالي وسلوكات الطعام.

ما يمكن الإشارة إليه من خلال التعاريف المذكورة أعلاه، هو أن صورة الجسد مكون أساسي لشخصية المرأة. وهي تمثل ظاهرة تتداخل فيها عدة أبعاد:

- بعد جسدي مرتبط بمظهر الجسد ووظائفه
- بعد اجتماعي يرتبط بتمثل الآخرين للجسد انطلاق من مدى مطابقته للمعايير التي تحددها الثقافة.
- بعد إدراكي يتمثل في إدراك الفرد لصورة جسده انطلاقاً من المقارنة بالصورة المثالية للجسد والصورة التي يستدخلها عن جسده انطلاق من تمثل المجتمع له
- بعد انفعالي مرتبط بتقبل الفرد للصورة التي كونها عن جسده انطلاقا من التجارب والخبرات التي مر منها.

ومن خلال دراسة المتغيرات المحددة سابقا. بعد نزولنا للميدان الذي كان مكانه المراكز الاجتماعية والصحية المستقطبة لنساء في وضعية إعاقة حركية وتطبيق كل من

مقياس الرضا عن الحياة والمقابلة، توصلنا إلى أن المعدل العام للنتائج المحصل عليها أقل من المتوسط. وذلك مع وجود التفاوت بين الحالات في نتائج أبعاد المقياس.

فعلى مستوى بعد السعادة ووجهة النظر اتجاه الحياة، التوافق، الشعور بالرضا، تضل كل هذه الأبعاد متوسطة لدى أغلب الحالات. بينما يبقى الشعور بالرضا والارتياح عن ظروف الحياة بشكل عام، منعدم لدى جل الحالات. مما يدل على أن جل هؤلاء النساء على اختلافهن يجدن صعوبة في تجاوز عقبات القصور الجسدي. فقد بينت Ryff أن جودة حياة الفرد تكمن في مدى قدرته على مواجهة الأزمات، التي تظهر في مراحل حياته المختلفة. وأن تطور مراحل الحياة هو الذي يحقق السعادة النفسية التي تعكس شعوره بجودة الحياة.

أما على مستوى البعد الاجتماعي، نجد أن هناك تقبل للآخرين والعيش معهم بشكل كبير، مع حضور سلوك التسامح مع الآخرين بدرجة كبيرة لدى كل الحالات. إلا أن الشعور بالسعادة مع الآخرين وإمكانية تحقيق العلاقات الناجحة فيبقى نادرا. مما يبين أنه رغم الوصم الاجتماعي والتصورات النمطية حول المرأة في وضعية إعاقة، فإن كل هذه العينات من النساء تبدل جهدا للاندماج في المجتمع. ونستحضر هنا ملاحظة دراسة Fine وAsch، والتي ترى بأن المرأة في وضعية إعاقة لا تواجه فقط قصورها الجسدي، بل أيضا مكانتها المتدنية في مجتمع اليوم. لأنه كثيرا ما يختلف جسدها عن المعايير الضيقة للجمال الأنثوي المثالي، مما يقودها إلى تمثل جسدها على أنه أقل جاذبية مقارنة بالأخريات وأنه غير أنثوي. حيث يشكل التطبيع مع هذه التصورات عائقا أمام ربطها لعلاقات شخصية مع الآخرين.

أما فيما يتعلق بالشعور بالطمأنينة، فلقد بينت النتائج بأنها أقل من المتوسط. حيث أجابت جل الحالات بعدم تقبل نقد الآخرين وانعدام الأمن ومشاعر اليأس وخيبة

الأمل وحضور المعنويات المنخفضة. كما صرحت كل الحالات بأنها: «لو قدر لها أن تعيش ثانية لاختارت حياة غير تلك التي تعيشها». أي أن تغير من قصورها الحركي كما وضحت خلال المقابلات، مما يبين عدم التقبل للإعاقة. ولقد فسرت ذلك دراسة قام بها كل من Taleporos وMcCabe، حيث بينت بأن ردود فعل البيئة الاجتماعية تجاه القصور، له دور في الخبرات النفسية والمشاعر والاتجاهات نحو الجسد. ويمكن للفرد الذي «يملك» مساندة محيطه الاجتماعي، أن يتكيف بالتدريج مع شكل الأعضاء المختلفة ويتقبل الإعاقة مع مرور الوقت.

أما بخصوص مستوى الاستقرار النفسي، فنجد بأن درجة الرضا عن الذات والحياة تبقى جد متوسطة، وذلك في مقابل انخفاض مستوى التفاؤل بخصوص المستقبل. وقد أظهرت بعض الحالات أعراض القلق المبينة في مقياس Taylor، والتي تم الوقوف عليها في ما بعد خلال المقابلات. وتعود الأسباب في ذلك إلى ما تواجهه النساء في وضعية إعاقة حركية من صعوبات وتعقيدات وإكراهات في حالة التفكير في الاستقلال عن الأسرة أو في العمل أو الزواج.

أما على مستوى التقدير الاجتماعي، فلقد صرحت كل الحالات بدون استثناء، بأن الآخرين لا يثقون في قراراتهم وقدراتهن، الشيء الذي ينعكس سلبا على إحساسهن بالثقة في الآخرين وفي السلوك الاجتماعي برمته. هذا بالإضافة إلى وجود نوع من التفاوت بين الحالات، على مستوى الإحساس باحترام الآخرين، والذي يتراوح بين مرتفع ومتدني حسب ظروف عيش كل حالة على حدة. فكما يرى Rogerson فإن جودة الحياة ترتبط ببيئة الفرد، فالعوامل البيئية تعتبر من المحددات الأساسية لإدراك الفرد لجودة حياته.

على مستوى القناعات، فجل الحالات قد جمعت على أنها لم تحصل حتى الآن على الأشياء المهمة والأساسية في حياتها، وأنها تعيش في مستوى من الحياة أقل

مما تتمناه مع رضا متوسط عما قامت بتحقيقه. حيث تنقصها أهم الاحتياجات كالخدمات الطبية والشبه الطبية والتربوية. وذلك علما بما تلعبه هذه العوامل في تحقيق جودة الحياة الموضوعية، خاصة لما يتعلق الأمر بنساء شابات في مرحلة انتقال أي بين المراهقة والرشد. مما تفرضه هذه المرحلة العمرية من احتياجات ورغبات جديدة تتطلب الإشباع بشدة. ولقد لمسنا على هذا المستوى وجود فروق في جودة الحياة لدى المرأة في وضعية إعاقة راجعة لمتغيرات السن، مكان السكن، المستوى الاقتصادي، الحالة الاجتماعية وعدد الأبناء. فكلما ارتفع المستوى الاقتصادي وظروف العيش، زاد معه الرضا لدى الحالات. وكلما كانت المرأة متزوجة ولديها أبناء كلما زاد مستوى رضاها عن الحياة والعكس صحيح. فحسب Ryff، إن جودة الحياة ترتبط بالحالة وهي شعور داخلي بحسن الحال، والرضا والسعادة والطمأنينة النفسية. وهي تظهر من خلال مؤشرات سلوكية معينة كالسعي لتحقيق أهداف ذات معنى، الحصول على الاستقلالية، وتنمية العلاقات الاجتماعية. كما تبين أن إدراك جودة الحياة هي علاقة تبادلية ملائمة بين متطلبات البيئة والخصائص الشخصية، وبين إدراك الفرد لاحتياجاته الشخصية والمصادر الاجتماعية المتوفرة له في البيئة.

بعد تحليل المعطيات المحصل عليها عن طريق المقابلة توصلنا إلى أن الحالات التي ولدت بإعاقة حركية أو التي اكتسبتها قبل مرحلة المرآة تدرك الاختلاف الجسدي بينها وبين الأشخاص الآخرين منذ الوعي الأولي بالجسد. غير أنها إذا تلقت التقبل والعناية من طرف الأسرة، فإنها غالبا ما تتعامل مع هذا الاختلاف على أنه شيء طبيعي وتتقبله، أما إذا تلقت الإقصاء والإهمال من طرف الأسرة، فتظهر القلق تجاه هذا الاختلاف. فكما تبين دراسة لـ Taleporos وMcCabe، بأن ردود فعل البيئة الاجتماعية تجاه القصور، لها دور في الخبرات النفسية والمشاعر والاتجاهات نحو الجسد. ويمكن للأفراد مع مساندة محيطهم الاجتماعي، أن يتكيفوا بالتدريج مع

شكل الأعضاء المختلفة، ويتقبلوا الإعاقة مع مرور الوقت. في حين أن الحالات التي اكتسبت الإعاقة بعد مرحلة المرآة، رغم كونها قد كونت صورة الجسد بشكل طبيعي منذ الوعي الأولي بالجسد، إلا أنها مع الضغوط النفسية التي تفرضها عليها الإعاقة غالبا ما تظهر انفعالات سلبية اتجاه الجسد. ولقد فسرت Dolto ذلك، مشيرة بأن صورة الجسد ليست مفهوما جامدا يتشكل ويبقى ثابتا، وإنما هي مفهوم يتغير بشكل دائم ما دامت هناك حياة بأبعادها الاجتماعية والمعرفية. مما يبين أن الفتاة المولودة بإعاقة حركية أو التي اكتسبتها في مرحلة عمرية مبكرة تكون صورة مختلفة عن جسدها مقارنة بالأخريات منذ الوعي الأولي بصورة الجسد.

كما بينت نتائج المقابلات، بأن أغلب هؤلاء النساء يعشن خللا على مستوى الصورة الذهنية للجسد من حيث عدم مطابقتها للحقيقة. الشيء الذي يجعل القصور الجسدي يحضى بحيز كبير من الاهتمام. ويظهر ذلك من خلال تركيز جل الاهتمام على أجزاء من الجسم، رغبة في إخفائها، تقويمها أو علاجها. وأكثر الأجزاء التي تهتم بها الحالات هي الذراع والساقين والظهر، نظرا لارتباطها بالقصور الجسدي. مما يظهر جليا من خلال التركيز على المظهر الخارجي، ارتداء الملابس الفضفاضة وعدم ترتيب الشعر والسعي إلى تغطيته في غالبية الأحيان. وهذا راجع لتطبيع نظرة المجتمع الذكورية التي تختزل المرأة في وضعية إعاقة حركية في القصور العجز. و لم نجد سوى حالتين فقط، لديهما صورة ذهنية للجسد مطابقة للحقيقة. حيث تنظران إلى جسدهما كوحدة غير قابلة لتجزء، كما تهتمان بكامل أجزاء جسدهما ويظهر ذلك من خلال السعي إلى ارتداء الملابس الأنيقة، وتصفيف الشعر ووضع مساحيق التجميل والاهتمام بالنظافة الشخصية. وهنا يرى Sutherland أن صورة الجسد هي الصورة الشعورية لدى الشخص عن جسده واتجاهاته نحو هذا الجسد واعتقاداته

عن كيف يراه الآخرون. من هنا يتبين لنا أن أغلب النساء في وضعية إعاقة حركية لا تحمل صورة شاملة عن جسدها، وإنما تحمل صورة تجزيئية للجسد.

أما بنسبة لنوع ومستوى ودرجة الإعاقة الحركية فله تأثير على مكونات صورة الجسد، لدى المرأة في وضعية إعاقة حركية فمن خلال البحث تبين أن الحالات التي تحمل إعاقة وراثية، لديها تقبل أكثر لصورة جسدها، مقارنة بالحالات التي تحمل إعاقات مكتسبة وكلما كانت الإعاقة الحركية تمس عدة أطراف كلما كونت المرأة صورة سلبية أكثر عن جسدها. كما أن هناك علاقة بين الرضا عن صورة الجسد ودرجة الإعاقة فالحالات التي تحسنت مشاكلها الحركية عن طريق الترويض الطبي، الجراحة، أو التي تخلت عن استعمال المعينات التقنية، تظهر رضا أكبر عن صورة جسدها، مقارنة بالحالات التي زادت مشاكلها الحركية خصوصا مع التقدم في السن.

و كل الحالات استعملت تسميات لوصف نفسها كامرأة تحمل إعاقة حركية. نذكر منها: المعوقة، الناقصة، المعدورة العرجاء والعفصاء، تبين مدى «استدخالها» للوصم الموجود في المجتمع. وتجدر الإشارة إلى أن النموذج المثالي للجسد الأنثوي بالنسبة لأغلب هؤلاء الحالات، ليست المرأة الجميلة أو المثالية كما يصورها الإعلام، وإنما المرأة التي بدون إعاقة والتي تستطيع العمل والزواج وتكوين أسرة.

وخلاصة نشير بأن الحالة التي تحمل صورة إيجابية وشاملة عن جسدها، وتشعر بالتقبل والارتياح في التعامل مع هذا الجسد، غالبا ما يكون لديها رضا لا بأس به عن الحياة. وبناء على ذلك، فهي لا تجد صعوبة في مواجهة نظرة الآخرين، والعمل على تحقيق ذاتها في مختلف مجالات الحياة، بكل ثقة في النفس. أما الحالة التي تحمل صورة سلبية ومشوهة عن جسدها، كما هو الحال مع غالبية النساء قيد الدراسة في البحث،

فهي تشعر بالضيق والقلق عند تعاملها مع الجسد كما أن رضاها عن حياتها يكون ضعيفا. حيث تمنعها نظرة الآخرين من تحقيقها لذاتها في مختلف مجالات الحياة أو حتى التفكير في ذلك، خصوصا إذا تعلق الأمر بالاستقلال عن المعيل أو التفكير في الزواج، وذلك راجع إلى ضعف ثقتها بنفسها. وذلك ما أكده Huang وآخرون، بأن صورة الجسد، تشمل التصورات والادراكات لجسم الفرد وترتبط بتقدير الذات والثقة في العلاقات بين الأشخاص والخبرات الجنسية والاتزان الانفعالي.

فكلما شعرت الحالة بالإهمال والإقصاء بسبب مظهرها الخارجي، اعتبرت جسدها غير مقبول لدى الآخرين، مما يدفعها للانطواء على ذاتها والانعزال عن العالم الخارجي. فمن خلال البحث تبين أن الحالات التي لقيت تقبلا لقصورها الجسدي خصوصا خلال مرحلة الطفولة. تنفتح اكثر على العالم الخارجي وتخالط الأقارب والجيران، كما أن لها علاقات جيدة ومستمرة مع الأصدقاء والزملاء. مما يجعلها تظهر وسط الجماعة بنوع من الطمأنينة. أما الحالات التي تعرضت للإهمال والإقصاء خلال طفولتها بسبب قصور جسدها كما هو الحال بالنسبة لغالبية الحالات فهي تنغلق على ذاتها وتتجنب مخالطة الأقارب والجيران ولا تتق في ربط علاقة الصداقة أو الزمالة مع الآخرين، بالإضافة إلى إظهارها الخجل والارتباك وسط الجماعة.

أظهرت الحالات صعوبة في إيجاد شريك الحياة والاستقرار في علاقة زوجية ناجحة. نظرا للمعايير الاجتماعية التي تعتبر الإعاقة الحركية شيء غير مقبول في الجسد الأنثوي وقد قامت جلها بتطبيع هذا الوصم. فهناك حالة واحدة فقط، هي من استطاعت المضي قدما في علاقتها الزوجية و لم تخلق لها الإعاقة أي مشكل في حياتها الزوجية. أما غالبية الحالات فيئست من التفكير في الزواج، في ضل

الانتظار الطويل لشريك سيتقبل القصور الجسدي. مما دفع بعضها للقيام بعلاقات حميمة خارج إطار الزواج، مما تسبب في تعرضهن للعنف المادي والمعنوي والابتزاز العاطفي، الذي نتج عنه لوم الذات، والمعاناة في صمت.

بناء على سبق نستنتج بأن الصورة المتوازنة عن الجسد غالبا ما تؤدي إلى ارتفاع درجة الرضا عن الحياة. إلا أن تحقق ذلك قد تتداخل فيه أسباب بيولوجية وفسيولوجية واقتصادية وأيضا نفسية وهذه الأخيرة تمثل الدينامية النفسية للمرأة في وضعية إعاقة حركية ومدى قدرتها على تكيفها مع الأحداث والوقائع المعاشة واندماجها في المجتمع الذي تعيش فيه. ويمكننا اختزال أهم النتائج المتوصل إليها فيما يلي:

- توجد فروق في درجة جودة الحياة لدى المرأة في وضعية إعاقة، وذلك راجع لمتغيرات السن والمستوى التعليمي،مكان السكن والمستوى الاقتصادي والحالة الاجتماعية
- جل حالات النساء في وضعية إعاقة حركية لا يحملن صورة شاملة عن اجسادهن، وإنما يمتلكن صورة تجزيئية عن هذا الأخير
- هنالك فروق في صورة الجسد لدى المرأة في وضعية إعاقة حركية راجعة لمتغيرات مرتبطة بطبيعة الإعاقة باعتبارها خلفية أو مكتسبة، وأيضا بدرجة ومستوى هذه الإعاقة الحركية.

وفي نهاية هذا العمل نشير بأن أغلب النساء في وضعية إعاقة حركية يواجهن تحديا كبيرا لتحقيق أهم عناصر الرضا وجودة الحياة، مما ينعكس سلبا على صحتهن النفسية. وبناء على ذلك، يجب تعميم المسؤولية على كل القطاعات تحقيقا لجودة الحياة، وتعزيزا للصحة النفسية لدى عينات واسعة من النساء في وضعية إعاقة. كما تجدر الإشارة إلى أن الدراسات السيكسوسيولوجية حول جودة الحياة وصورة

الجسد لدى المرأة في وضعية إعاقة حركية ومختلف الإشكالات التي ترتبط بهذا الموضوع لا تزال قليلة إن لن نقل نادرة. فإذا كنا قد عملنا في هذا المقال على مقاربة هذا الموضوع من زاوية كيفية بغية الوقوف على أبرز الإكراهات التي تواجهها النساء على هذا المستوى، فالأكيد أن هناك جوانب متعددة أخرى في حاجة إلى الكثير من الاهتمام والبحث والتحليل.

لائحة المراجع :

- السباعي خلود، 2011، الجسد الأنثوي وهوية الجندر، الطبعة الأولى، جداول للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان، بيروت.
- الكنوني رشيد، 2017، الإعاقة بالمغرب عنف التمثلات وممكنات التغيير، شركة النشر والتوزيع المدارس، المغرب.
- المالكي نور، 2009، أشكال التمييز ضد المرأة على ضوء الاتفاقيات الدولية، المرأة العربية نموذجا، المؤسسة العربي لديمقراطية، البحرين.
- علي نعيسة رغداء، 2012، جودة الحياة لدى الطلبة الجامعيين، دمشق وتشرين، مجلة جامعة دمشق، المجلد 28، العدد الأول.
- محمد حامد إبراهيم الهنداوي، 2011، الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعوقين، موقع غزة.
- سلاف مشري، 2014، الاختيار الدراسي كمصدر للضغط النفسي وعلاقته بتشكل هوية الأنا واستراتيجيات التعلم المنظم ذاتيا في ظل التوجيه الجامعي، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
- النابلسي رغدة، منصور عربية، قربي رباب، عزاب جمانة، 2012، صورة الجسد، سوريا.
- سعيد حسني العزة، 2015، مدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، الطبعة الأولى.
- إبراهيم على إبراهيم، مايسه أحمد النيال، 1994، صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية دراسة سيكومترية مقارنة لدى عينة من طالبات جامعة قطر، دراسة نفسية، مج 4، ع 1.

- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي، 1989 ، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثاني، دار النهضة العربية، القاهرة.
- السباعي خلود، 2016، ندوة حول الشيخوخة والإعاقة،، مركز استقبال المسنين بوقنادل التابع للوكالة الدولية لتنمية، سلا، المغرب.
- محمد الشبراوي أنور، 2001، علاقة صورة الجسم ببعض متغيرات الشخصية لدى المراهقين، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد 38.
- Doris Rajen, 2004, Violence against women with disabilities, National clearinghouse of family minister of public Work and government services, Canada.
- Emmett A. and Alant, 2016, Women and disability, Exploringe the interface of multiple disadvantage, Development South of Africa.
- Newman D., Sontag L., Salvato R., 2006, Psychosocial Aspects of Body Meas and Body Image Among Rural American Indian Adolescents, Journal of Youth and Adolescence, V. 35, N° 2.
- Hildebrandt D., 2007, Relationship between Body Image and Self-Esteem of Ninth and Twelfth Graders, from: www.uwstout.edu/lib/theis/.
- Hwang J., Norman G., Zabinski Calfas K. and Patrick K., 2007, Body Image and Self-Esteem Among Adolescents Undergoing an Intervention Targeting Dietary and Physical Activity Behaviors, J Adolese Health.
- Nicodemo D., Pereira M., and Ferreira L. 2008, Self-Esteem and Depression in Patients Presenting Angle Class III Malocclusion Submitted for otheognathinc Surgery, Med Oral Pathol Oral CirBucal, Jan.
- Keppel C. and Crowe S., 2000, Changes to Body Image and Self-Esteem Following Stroke in Young Adults, Neuropsychological Rehabilitation.

المواقع الإلكترونية

1. https://www.ourbodiesourselves.org/.../1Body-Image_arabic5.pd
2. https://www.google.com/url?sa=i&source=images
3. http://hamza-psy.maktoobblo
4. https://www.google.com/url?sa=i&source=images

المرأة في وضعية إعاقة حركية والصحة الإنجابية والجنسية

هدى ريزقي
طالبة بسلك الدكتوراه
جامعة الحسن الثاني – الدار البيضاء،
كلية الآداب – المحمدية

الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على الصحة الإنجابية والجنسية للمرأة في وضعية إعاقة حركية بمدينة الدار البيضاء، من خلال معرفة علاقها مع المؤسسات الصحية، الطاقم الطبي وطبيعة الخدمات المقدمة لها. كما تهدف هذه الدراسة أيضا التعرف على دور التمثلات الاجتماعية المرتبطة بالجسد الأنثوي المعاق، جنسانيته والصحة الإنجابية في تحقيق التوازن النفسي، الاجتماعي، وفي تجاوز وضعيات التمييز والوصم الاجتماعي الذي تعيشه المرأة في وضعية إعاقة حركية نتيجة الاختلاف الجسدي. وقد تم إجراء هذه الدراسة بمدينة الدار البيضاء على عينة من النساء في وضعية إعاقة حركية وقد استحضرنا فيها مجموعة من المتغيرات (السن، الحالة العائلية، المستوى التعليمي، المهنة، طبيعة السكن ونوع الإعاقة). كما تم اعتماد أداة مسار الحياة le

parcours de vie من أجل معرفة معيش المرأة في وضعية إعاقة حركية، في علاقتها بتلك الخدمات.

الكلمات المفتاحية:
الإعاقة الحركية، الصحة الإنجابية، الصحة الجنسية، المرأة في وضعية إعاقة حركية.

This study aims for the knowledge of how the women live with the statue of the motor ability that is related to the productive and sexual health in Casablanca and that by knowing the relation of the health institutes, the medical crew and the nature of the provided services.

Then identifying the rule of the social representations related to the female body that is handicapped, its sexuality and health productivity in the statue of motor ability to achieve the psycho-social sexual health balance, and to surpass the discrimination and the social stigma that she lives as a result of physical difference ; this study has been made on a sample of women under the statues of motor ability in Casablanca, we evoke in it a set of variables (age, family condition, educational level, job, nature of housing the type of disability) then chose them randomly basing on what known by the literature of the methodology snowball doe of the difficulty of finding the samples under one place or one institute, adopting the path life tool (le parcours de vie) for knowing women living under the statue of motor ability, and doe to the productive sexual health not instant or indicated but instead is a continuation of private service to each period of age (menses, pregnancy, birth, menopause) and for knowing the educational professional developmental psycho-sexual social paths that the women have crossed under the statue of motor ability.

The key words: the motor ability, productive sexual health, woman under the statue of motor ability

مقدمة:

يمثل الجسد وسيلة تواصل بين الأفراد والجماعات وعن طريقه يتحقق التفاعل الاجتماعي، حيث أنه لا يمثل فقط الجانب البيولوجي/ العضوي الذي يمكن قياسه وتشخيص اضطراباته بكيفية موضوعية، بل هو مجموع معطيات ثقافية واجتماعية مميزة لشخصية الفرد، والتي تجعله يدرك جسده بناء على نمط معين من التفكير وعلى مبادئ وقيم ثقافية معينة، فالجسد إذن يوجه علاقاتنا الاجتماعية ويحدد هويتنا الذاتية والاجتماعية.

يأخذ الجسد بعده الرمزي السوسيوثقافي من المرجعية الاجتماعية والقيمية المؤطرة للجماعة أو المجتمع، بحيث تنظم عن طريقه علاقاتنا التواصلية والتفاعلية حتى في غياب اللغة، لأن الجسد هو «عضو معبر» يمكننا من التعبير عن طريق حركات وإيماءات، وعن أشياء نبقى في بعض الأحيان عاجزين عن تبليغها لغويا. ولعل ذلك ما حمل الإنسان البدائي على أن يختار الجسد كوسيلة فعالة للتعبير والتواصل، أدت به إلى السعي نحو تجميل هذا الجسد وتزيينه حتى ينال إطراء الآخرين وإعجابهم.[1]

ويتحدد هذا الجسد الأنثوي بناء على مجموعة من المعايير والالتزامات السوسيوثقافية المستمدة من وسائل الإعلام المختلفة، الإشهار، الموضا... التي تسوق للجسد الجميل والمرغوب فيه، رافضة كل الأجساد الأخرى، كما هو الأمر مع الجسد الأنثوي المعاق. هذا الاختلاف الجسدي المتمثل في الإعاقة الحركية قد يشكل مصدرا للتهميش والتمييز الاجتماعي أثناء الولوج لمجموعة من الخدمات كالولوج إلى الصحة بشكل عام أو الصحة الإنجابية والجنسية بشكل خاص. ومنذ سنة 1978 قد أقرت منظمة الصحة العالمية مبدأ «الصحة للجميع» خلال مؤتمر

(1) خلود السباعي، الجسد الأنثوي وهوية الجندر، الطبعة الأولى، الرباط، دار القلم، 2007، ص. 37.

الرعاية الصحية الأولية الذي عقد في ألما آتا، وحاليا برز مفهوم جديد له نفس الرؤية وهو «الصحة الجامعة على غرار التعليم الجامع. وعلى الرغم من أن هذا المبدأ مقرر في السياسات والاستراتيجيات الصحية لمنظمة الصحة العالمية لما يعادل 40 سنة، إلا أن هناك فئات عديدة من أفراد المجتمع لازالت تعاني في الولوج للخدمات الصحية بكافة أشكالها ومنهم النساء في وضعية إعاقة حركية.

وقد برز اهتمام كبير في السنوات الأخيرة بحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة منذ إصدار التقرير العالمي للإعاقة والاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة سنة 2006، وبعد توقيع ومصادقة العديد من الدول عليها ومنها المغرب؛ فقد تم ملائمة التشريعات الوطنية مع مبادئ الاتفاقية. وأولى اهتمام كبير لقضايا الأشخاص في وضعية إعاقة المتنوعة ومنها الحقوق الجنسية والإنجابية. حيث ظهر مفهوم الصحة الإنجابية لأول مرة بمؤتمر القاهرة؛ الذي خصص الفصل السابع من تقريره للحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية؛ هذه الأخيرة التي تعرفها منظمة الصحة العالمية باعتبارها «حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة»[1]، ومنذ حوالي 25 سنة بعد عقد المؤتمر العالمي حول السكان والتنمية في 1994 مثلت الصحة الإنجابية رهان حقيقي للصحة العالمية بالنسبة لملايين النساء في العالم بما فيها الصحة والتربية الجنسية، تنظيم الأسرة، صحة الأمهات، الأمراض المنتقلة جنسيا، السيدا العنف الجنسي، السرطانات المرتبطة بالأعضاء التناسلية. إضافة إلى العلاجات المرتبطة بالإجهاض[2].

(1) تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية للقاهرة 1994، الأمم المتحدة، نيويورك، 1996، ص. 38.

(2) Muriel Mac-Seing, Christina Zarowsky, 2017, « méta-synthèse sue le genre, le handicap et la santé reproductive en Afrique subsaharienne », santé publique, vol. 29, p. 910.

الإطار المنهجي للدراسة:

تهدف هذه الدراسة للتعرف على طبيعة خدمات الصحة الإنجابية والجنسية التي تتلقاها المرأة في وضعية إعاقة حركية بمدينة الدار البيضاء، والكيفية التي تتلقى بها هذه الخدمات على المستوى العلائقي، الخدماتي، الاجتماعي والنفسي.

اعتمدنا من أجل معرفة سيرورة الولوج لخدمات الصحة الإنجابية والجنسية لدى هذه الفئة على أداة مسار الحياة parcours de vie؛ وقد وقع اختيارنا لهذه الأداة اقتناعا منا بأنها الأنسب للكشف عن وضعية الصحة الإنجابية والجنسية للمرأة في وضعية إعاقة حركية ومعرفة مختلف المسارات التي عاشتها وتعيشها: المسار الدراسي، المهني، الصحي، الجنسي، الأسري، العاطفي، النفسي، الاجتماعي؛ أي أن هناك مسارات متعددة داخل مسار الحياة الخاص بالمرأة في وضعية إعاقة حركية تتقاطع وتتفاعل فيما بينها لرصد الإمكانيات والعوائق أثناء الولوج لهذه الخدمات. وقد تألفت عينة هذه الدراسة من النساء في وضعية إعاقة حركية بمدينة الدار البيضاء. تم اختيارهن بناء على مجموعة من المتغيرات منها: السن، الوضعية العائلية، النشاط المهني، المستوى التعليمي، ونوع الإعاقة الحركية.

تسعى هذه الدراسة إلى الإجابة على هذه التساؤلات:

- ما طبيعة خدمات الصحة الإنجابية والجنسية التي تقدم للمرأة في وضعية إعاقة حركية داخل المؤسسات الصحية؟
- ماهي الصعوبات التي تواجهها أثناء الاستفادة من هذه الخدمات؟
- كيف يؤثر تمثل الآخرين للصحة الإنجابية والجنسية للمرأة في وضعية إعاقة حركية على معيشها النفسي والاجتماعي؟

لمقاربة تساؤلات الدراسة قمنا بدراسة علمية لاختبار الفرضيات التالية:

- نفترض أن خدمات الصحة الإنجابية والجنسية التي تقدم للمرأة في وضعية إعاقة حركية داخل المؤسسات الصحية تؤطرها التمثلات الاجتماعية السلبية تجاه الإعاقة.
- نفترض بأن المرأة في وضعية إعاقة حركية تواجهها مجموعة من الحواجز الاجتماعية، الثقافية، الاقتصادية، المؤسساتية في الاستفادة من خدمات الصحة الإنجابية والجنسية؛
- نفترض بأن الآخرين غير المعاقين يحملون تمثلات سلبية تجاه جنسانية المرأة في وضعية إعاقة حركية ما يؤثر سلبا على توازنها النفسي واندماجها داخل المجتمع.

مفهوم الإعاقة:

ظهر مفهوم الإعاقة لأول مرة في أحد ألعاب القمار في القرن السابع عشر تحت مسمى «اليد في القبعة» Hand in cap، والتي يقوم اللاعبون فيها بوضع الأموال في القبعة، وانتقل لاحقا إلى سباق الأحصنة، ثم عودة أقوى المتنافسين إلى الميدان من خلال إعطائهم المزيد من الوزن الإضافي ليحملوه. وفي لعبة الغولف، أصبحت تلك الكلمة تشير إلى عدد الضربات التي يستطيع اللاعب أن يخصمها من المجموع، بهدف منحه فرصة ضد أفضل اللاعبين، ومن تم فإن الإعاقة الأكبر هي ميزة في لعبة الغولف. بعد ذلك تحول معناه من مجالات رياضية كحصر استعدادت الخيل في السباق، إلى توصيف عجز القدرات البشرية[1].

(1) رشيد الكنوني، الإعاقة بالمغرب عنف التمثلات وممكنات التغيير، الطبعة الأولى، الدار البيضاء، مكتبة المدارس، 2017، ص ص. 23-24.

ويعتبر ظهور مفاهيم الإعاقة والأشخاص المعاقين حديثا نسبيا. فبشكل تدريجي حلت هذه المفاهيم محل مفاهيم أخرى مثل ذو عاهة (infirme)، عليل (invalide)، غير متكيف (inadapté)، مشلول (paralysé)، معتوه (débile)، أبتر (mutile) سواء في الخطاب اليومي أو في اللغة القانونية والطبية والاجتماعية»[1] خاصة مع التطورات الكبرى التي عرفها مجال الاهتمام بالإعاقة والأشخاص المعاقين. وقد اهتمت مجموعة من المجالات والحقول المعرفية بإعطاء تعريف لهذا المفهوم؛ سواء على المستوى الطبي، النفسي، الاجتماعي، القانوني، التربوي...

وطبيا تعرف الإعاقة بكونها: «نقص أو عجز عقلي، جسدي أو حسي، جزئي أو كلي، مؤقت أو دائم، ناتج عن تلف في البنيات أو الوظائف السيكولوجية، الفيزيولوجية أو التشريحية وتؤدي إلى ضرر اجتماعي»[2]. وهي مفهوم معقد، متطور ومتعدد الأبعاد وفي العقود الاخيرة منظمات الأشخاص المعاقين وبمساعدة العديد من الباحثين في العلوم الاجتماعية والصحة. الذين تمكنوا من تحديد ثقل الحواجز الاجتماعية والفيزيقية physique في الإعاقة[3].

وقد تنوعت النماذج النظرية المفسرة للإعاقة؛ بداية مع النموذج الفردي / البيوطبي الذي اعتبر أن الإعاقة ترتبط بالقصور والعجز، وأنه يجب أن يكون التدخل طبيا من أجل إصلاح الخلل، كما أكد هذا النموذج على ارتباط الإعاقة بما هو فردي/ داخلي.

(1) Claude HAMONET, les personnes en situation de handicap, que sais-je, Paris, 7éme édition, PUF, 2012, p. 7

(2) Larousse médical, Paris, les éditions français, 1995, p. 458، في كتاب رشيد الكنوني، التنشئة الاجتماعية للطفل المعاق – دراسة نفسية اجتماعية لقضايا الاندماج بالمغرب، الطبعة الأولى، الرباط، منشورات فكر، 2007، ص. 27.

(3) Le rapport mondial sur l'handicap, l'organisation mondiale de la santé, 2011, p. 4.

وقد وجهت لهذا النموذج مجموعة من الانتقادات، من نتائجها ظهور النموذج الاجتماعي الذي ربط سبب الإعاقة بما هو خارجي، وأكد على أن الإعاقة هي نتيجة للبيئة غير الملائمة لخصائص أفرادها المختلفين، وأن التدخل يجب أن يرتبط بتكييف البيئة والخدمات لاستعمالها من طرف الجميع.

هذا النموذج تم انتقاده أيضا، ليظهر بعده نموذج آخر يجمع ما بين النموذجين السابقين (الفردي والاجتماعي) وهو النموذج التفاعلي؛ الذي يعتبر بأن الإعاقة هي تفاعل ما بين مختلف العوامل المؤدية إلى وضعية الإعاقة، وأكد على ضرورة الأخذ بعين الاعتبار الجوانب الفردية والبيئية في وصف الإعاقة وتجنب النظرة الأحادية لسبب الإعاقة سواء بربطها بما هو فردي أو ماهو اجتماعي/ بيئي.

وتبلغ نسبة انتشار الإعاقة على المستوى الدولي حوالي 15 %، أما على المستوى الوطني فقد بينت نتائج البحث الوطني الثاني حول الإعاقة لسنة 2014 أن 6.8 % من مجموع الساكنة المغربية هم في وضعية إعاقة؛ أي أن كل أسرة من بين أربعة أسر لديها على الأقل شخص في وضعية إعاقة ما يمثل 24.5 % من مجموع الأسر المغربية[1].

مفهوم الإعاقة الحركية:

الإعاقة الحركية تشير إلى وجود خلل وظيفي أو نقص في النشاط الجسدي للفرد (غياب الحركة أو حركات مشوشة). وتمس الإعاقات الحركية الأطراف، الجدع أو الرأس، وتأتي في المرتبة الثانية في التقديرات المرتبطة بالإعاقة العميقة لدى الشباب[2].

(1) البحث الوطني الثاني حول الإعاقة، 2014، وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية، فبراير 2015، ص. 28.

(2) Larousse médical, édition 2006, p. 434, sur le site : http://www.larousse.fr/archives/medical/page/434#t13451 consulté le 06/07/2019.

ويشير المعجم الطبي إلى أن الإعاقة الحركية تنشأ عند الطفل «نتيجة سوء التركيب الخلقي (malformation congénitale) أو خلل دماغي أو إصابة في النخاع الشوكي (moelle épinière) حدثت قبل أو أثناء أو بعد الولادة، يتعلق الأمر بفقدان جزئي أو كلي لأحد الأطراف (agénésie) أو الفقدان الكلي أو الجزئي لها نتيجة إصابة العضلات (myopathie) أو الأعصاب التي تتحكم في العضلات»[1].

وعلى العموم، فالإعاقة الحركية تعرف بمثابة عجز أو قصور في جسم الإنسان يؤدي إلى التأثير على قدرة الفرد على الحركة والتنقل أو على التناسق في حركات الجسم أو على قدرته على التواصل مع الآخرين بواسطة اللغة المكتوبة أو المنطوقة، وقد تؤثر هذه الإعاقة كذلك على قدرة الفرد المعاق على التوافق الشخصي وكذلك على التعلم[2].

ويعرف الشخص في وضعية إعاقة حركية بأنه الشخص الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة أدت به إلى ضمور في العضلات أو فقدان القدرة الحركية أو الحسية أو كلتيهما معا في الأطراف السفلى والعليا أحيانا أو اختلال في التوازن الحركي أو بتر في الأطراف ويحتاج هذا الشخص إلى برامج طبية، نفسية، اجتماعية، تربوية...»[3]

والإعاقة الحركية عند المرأة تمثل انحرافا لمجموع المعايير الثقافية والاجتماعية المرتبطة بالبعد بالجسد الأنثوي. وبذلك فإن لحظة الإعلان عن تشخيص الإعاقة

(1) Larousse médical, p. 459 في كتاب رشيد الكنوني، التنشئة الاجتماعية للطفل المعاق– دراسة نفسية اجتماعية لقضايا الإندماج، المرجع نفسه، ص. 46.

(2) تيسير مفلح كوافحة وعمر فواز عبد العزيز، مقدمة في التربية الخاصة، الطبعة الرابعة، الأردن، عمان، دار المسيرة للنشر، 2010، ص. 189.

(3) أحمد صبري غنيم، محمد صبري غنيم، الإعاقة الحركية بين التعليم والتفكير، مصر، الإسكندرية، سلسلة التعليم لذوي الإعاقات (4)، دار المعرفة الجامعية، 2016، ص ص. 11-12.

سواء الوراثية أو مكتسبة تمثل بالنسبة للأسرة محطة محملة بمشاعر الحزن، الألم، الغضب... (مرحلة الصدمة بشكل عام) هذا على المستوى النفسي– الفردي، أما على المستوى السيكواجتماعي فهذه المرحلة هي مرحلة فاصلة أو محددة لنمط تنشئة الفتاة في وضعية إعاقة حركية ولأدوارها داخل المجتمع. وفي مراحل النمو المختلفة لهذه الفتاة، تمثل إعاقتها صورة لجسد ناقص تدركه هي أولا في مراحل النمو الأولى في علاقتها بذاتها في إطار المقارنة مع أجساد الآخرين، وبعدها في علاقتها مع الآخرين أثناء التفاعلات الاجتماعية المختلفة بأنه جسدا عن طريقه تتعرض للتمييز والوصم الاجتماعي.

الصحة الإنجابية:

الصحة الإنجابية هي حالة رفاه كامل بدنيا، عقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته. وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة. ولذلك تعني الصحة الإنجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وقدرتهم على الإنجاب وحريتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره[1].

ولقد ارتبط مفهوم الصحة الإنجابية بمفهوم الرعاية الصحية الإنجابية «التي تعرف بأنها مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية والرفاه من خلال منع وحل مشاكل الصحة الإنجابية. وهي تشمل كذلك الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية. لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي»[2].

وبالمغرب توجد مجموعة من المؤسسات التي تقدم خدمات الصحة بشكل عام وخدمات الصحة الإنجابية بشكل خاص؛ يمكن تقسيمها إلى ثلاثة قطاعات:

(1) تقرير مؤتمر القاهرة للسكان والتنمية، المرجع نفسه، ص. 38.

(2) المرجع نفسه.

1. القطاع العام: المراكز الصحية الحضرية والقروية، المستشفيات العامة والمتخصصة، المراكز الاستشفائية الجامعية؛
2. القطاع الخاص / هدف ربحي but lucratif: عيادات أمراض النساء والتوليد، المصحات؛
3. القطاع الخاص / هدف غير ربحي but non lucratif: المصحات المسيرة من طرف منظمات التعاضديات الاجتماعية والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، دار الأمومة التي أنشأت في إطار المبادرة الوطنية للتنمية البشرية[1].

خدمات الصحة الإنجابية والجنسية المقدمة للمرأة في وضعية إعاقة حركية داخل المؤسسات الصحية العمومية:

1. واقع الخدمات الإنجابية والجنسية المقدمة للنساء في وضعية إعاقة حركية

من خلال المقابلات التي أجريت مع أفراد العينة بينت النتائج أن معدل استخدام خدمات الصحة الإنجابية والجنسية منخفض بين النساء في وضعية إعاقة حركية بمدينة الدار البيضاء. وعلى الرغم من كون احتياجات هذه الفئة للخدمات الإنجابية والجنسية في ازدياد، إلا أن النتائج قد بينت انطلاقا من مسار الحياة الخاص بكل امرأة، أن هناك انعدام للتوازن ما بين العرض والطلب. أي أنه أمام الطلب المرتفع على خدمات الصحة الإنجابية والجنسية الملائمة والتي تراعي خصائص الإعاقة الحركية، هناك انخفاض وضعف في طبيعة الخدمات المقدمة لهن.

(1) Karim ZAOUAQ, 2017, « les femmes et l'accès aux soins de santé reproductive au Maroc », dossier: genre, santé et droit sexuels et reproductif au Maghreb, l'année du Maghreb, sur le site : https://journals.openedition.org/anneemaghreb/3236 consulté le 06/07/2019.

وأكدت النساء في وضعية إعاقة حركية أنهن يعانون من نقص في المعلومات الخاصة بخدمات الصحة الانجابية والجنسية، وهناك من عبرت عن جهلها التام ببرامج الصحة الإنجابية والجنسية. فالخدمة التي أجمعن –النساء المتزوجات– على الاستفادة منها هي المتعلقة بتنظيم الأسرة؛ حيث أكدن أنهن يستفدن مجانا من حبوب منع الحمل من المستوصفات المتواجدة في أحيائهن. مع العلم أن الولوج لخدمات الصحة الإنجابية والجنسية لدى النساء في وضعية إعاقة حركية من الحقوق الأساسية للإنسان التي جاءت في جميع المواثيق الدولية بدءا من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان سنة 1948. وتلتها مجموعة الاتفاقيات والمخططات الدولية أهمها الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التي أكدت على أهمية حصول جميع الأشخاص في وضعية إعاقة على خدمات الصحة الإنجابية والجنسية بشكل ملائم، وبجودة تراعى فيها الاحتياجات الخاصة لكل حالة.

فالنساء في وضعية إعاقة حركية لهم مجموعة من الخصائص المرتبطة بطبيعة إعاقتهن ودرجتها، والخدمات التي يحتجنها يجب أن تكون ملائمة ووضعياتهن، في جميع مراحل النمو (الطفولة، المراهقة، الرشد، الشيخوخة) فهن يحتجن إلى معدات ومعينات تقنية خاصة. ومنظمة الصحة العالمية حددت مجموعة من خدمات الصحة الإنجابية والجنسية التي يجب أن تتوفر لجميع أفراد المجتمع، فما هي إذن طبيعة الخدمات الإنجابية والجنسية المقدمة للنساء في وضعية إعاقة حركية داخل المؤسسات الاجتماعية؟ وكيف تقدم؟

لازالت تشكل خدمات الصحة الإنجابية والجنسية تحديا كبيرا تواجهه النساء في وضعية إعاقة حركية بمدينة الدار البيضاء، وبينت نتائج هذه الدراسة أن هذه الفئة تفتقر للمعلومات الأساسية الخاصة بقضايا وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

فعلى الرغم من أن التقارير الدولية الخاصة بالإعاقة والصحة بشكل عام والاتفاقيات الدولية، إضافة إلى برامج منظمة الصحة العالمية قد حددت مجموعة من الخدمات الخاصة بالصحة الإنجابية التي يجب أن تستفيد منها جميع النساء بشكل متساو ويراعي الأوضاع الصحية، الاجتماعية، النفسية والاقتصادية...، منها:

- الصحة الجنسية والإنجابية؛
- وسائل منع الحمل؛
- الرعاية الشاملة في حالات الإجهاض؛
- صحة الأم والطفل حديث الولادة؛
- العنف القائم على النوع الاجتماعي؛
- فيروس نقص المناعة المكتسبة؛
- الأمراض المنقولة جنسيا.

إلا أنه وانطلاقا من المقابلات التي أجريت مع النساء في وضعية إعاقة حركية فقد اتضح أن خدمات الصحة الإنجابية والجنسية شبه منعدمة، ويمكن تصنيف النتائج المحصل عليها بناء على المتغير السوسيواقتصادي. فالنساء اللواتي يزاولن نشاط مهني لديهن دراية واسعة بخدمات الصحة الإنجابية لأنهن استطعن الحصول عليها في القطاع الخاص، بتكلفة مرتفعة مثل الرعاية الشاملة أثناء فترة الحمل، الولادة أو الإجهاض، وسائل تنظيم الأسرة. وذلك على عكس النساء اللواتي لا يزاولن أي نشاط مهني واللواتي يعشن في وضعية هشاشة. فإنهن لم يستفدن من أي خدمات من المستشفيات أو المستوصفات باستثناء النساء المتزوجات اللواتي يحصلن مجانا على حبوب منع الحمل.

2. صعوبات الولوج لخدمات الصحة الإنجابية والجنسية لدى المرأة في وضعية إعاقة حركية

فعلى الرغم من أن موضوع الصحة الإنجابية والجنسية لدى النساء قد احتل مكانة مهمة في الدراسات المهتمة بالنوع الاجتماعي والحركات النسائية. لكن عند الحديث عن المرأة في وضعية إعاقة فإنه على عكس ذلك هناك اختلاف في طرق الاهتمام بهذا الموضوع. وحقل الدراسات المهتمة بالصحة الإنجابية للمرأة في وضعية إعاقة يبقى جديدا برز بفعل التحولات الحقوقية التي ركزت على الحقوق الإنجابية والجنسية إضافة إلى الحقوق الأساسية الأخرى (التمدرس، الصحة، التشغيل...).

لكن على الرغم من وجود هذه المنظومة القانونية التي تمنع التمييز والإقصاء على أساس الإعاقة، إلا أن الواقع المغربي يفرض مجموعة من الحواجز التي تؤطرها التمثلات الاجتماعية السلبية نحو الإعاقة التي تتجه في أغلب الحالات إلى إقصاء النساء في وضعية إعاقة حركية من الولوج إلى خدمات الصحة الانجابية والجنسية بشكل خاص. فنجد أن هناك غياب تام لبرامج الصحة الانجابية الموجهة لهذه الفئة سواء في المؤسسات الصحية أو في البرامج الإعلامية. وهناك مجموعة من العوامل التي تساهم في إقصاء أو عرقلة الولوج لخدمات الصحة الإنجابية والجنسية:

• **عوامل ثقافية – تاريخية**: على مر التاريخ اعتبر الأشخاص في وضعية إعاقة بشكل عام أشخاص غير جنسانيين asexués، فكان يتم النظر إليهم كأشخاص غير صالحين للإنجاب وإذا أنجبوا فسينجبون أطفالا معاقين. هذا التصور تجاوز الحس المشترك والمعرفة العامة وأطر قانونيا؛ فبعض الدول شرعت قوانين تمنع ذوي الإعاقة من الإنجاب ومن بين هذه الدول ألمانيا التي أصدرت سنة 1933 قانون «منع الذرية ذات الأمراض الوراثية» والذي سمح بالتعقيم الاجباري لكل مصاب بالصرع، أو الفصام

أو الإعاقة العقلية أو ضعف البصر الوراثي أو الصمم الوراثي، أو الهوس الاكتئابي، وفي الولايات المتحدة الأمريكية سمح قانون هاري لافلين لسنة 1914 المعروف بإسم «قانون تحسين النسل النموذجي بالتعقيم» الاجباري للمصابين بالضعف العقلي، أو الصمم أو العمى. وعلى الرغم من إلغاء هذه القوانين تدريجيا لا يزال بعض الناس مقتنعين أن جميع النساء المعاقات سوف ينجبن أطفالا ذوي إعاقة لكن الحقيقة هي أن أغلب أنواع الإعاقات غير وراثية[1]. هذا التصور القديم لازالت معالمه حاضرة إلى اليوم فحسب العينة المستجوبة فهناك عدد كبير من الأشخاص لا يزالوا يعتبرون النساء في وضعية إعاقة غير قادرات على الحمل والولادة.

• **عوامل سوسيواقتصادية**: للجانب السوسيواقتصادي دور أساسي في ولوج المرأة في وضعية إعاقة حركية لخدمات الصحة الإنجابية والجنسية. خاصة أن هناك علاقة ما بين وضعيات الهشاشة/ الفقر والإعاقة؛ أولا على اعتبار أن الإعاقة مكلفة وتحتاج لمجموعة من الخدمات الطبية والشبه الطبية. ثانيا أن خدمات الصحة الإنجابية والجنسية تمثل حاجزا أمام ولوج النساء في وضعية إعاقة حركية لهذه الخدمات. مع العلم أن هناك انعدام شبه تام لهذه الخدمات بالمستوصفات ومراكز القطاع العام ما يجبرهن على الولوج للقطاع الخاص إذا أردن الاستفادة من العلاجات الإنجابية التي تتميز بارتفاع تكلفتها. خاصة وأن أغلب النساء المستجوبات لا يمارسن أي نشاط مهني مهيكل وينحدرن من أوساط اجتماعية ذات دخل منخفض أو متوسط. ما يجعلهن يجدن صعوبة في الولوج إلى خدمات الصحة الإنجابية والجنسية لدى المؤسسات الصحية الخاصة. هنا تطرح إشكالية التغطية الصحية لهذه الفئة، وكشفت وزارة

(1) كريستين بيتا، ترجمة: حسام فازولا، 2017، «الإعاقة لا تعني غياب الحياة الجنسية: الخبرات الإنجابية وتطلعات النساء ذوات الإعاقة في زمبابوي»، قضايا الصحة الإنجابية (النسخة العربية) – الإعاقة وحقوق الصحة الجنسية والإنجابية، العدد 22، ص. 16.

الصحة أن 34.1 % من الأشخاص في وضعية إعاقة يتوفرون على تغطية صحية، من بينهم 60.8 % يتوفرون على بطاقة رميد وأن 15.4 % منهم مسجلون بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وأن 12.7 % منخرطون في الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي[1]. هذه النسب المنخفضة للأشخاص (في وضعية إعاقة) المستفيدين من التغطية الصحية توضح دور الحواجز المادية والسوسيواقتصادية في الاستفادة من خدمات الصحة الإنجابية والجنسية.

• **عوامل اجتماعية**: تعتبر التمثلات والاتجاهات الاجتماعية المحرك الأساسي في فهم وتفسير الظواهر الاجتماعية؛ هذه الأخيرة التي تؤطرها الأبعاد الانفعالية، السلوكية والقيمية في رصد وتأويل الظواهر والحالات الاجتماعية. ويعتبر ولوج المرأة في وضعية إعاقة حركية لخدمات الصحة الإنجابية والجنسية من المواضيع التي تحيط بها مجموعة من التمثلات الاجتماعية السلبية في غالب الأحيان. التي ساهمت بشكل كبير في إقصاء هذه الفئة من الولوج للمجالات الأنثوية المرتبطة بالأبعاد الجنسية والإنجابية.

هذه التمثلات التي جعلت النساء في وضعية إعاقة حركية يستدمجن أنهن لا يمتلكن الصفات الأنثوية الأساسية لعيش حياة جنسية وإنجابية طبيعية. وبذلك فإن الجسد الأنثوي المعاق يساهم في تعميق إقصاء النساء في وضعية إعاقة حركية من مجموعة المجالات نظرا لعدم استطاعتهن القيام بالأدوار الاجتماعية المنوطة بالمرأة والمتجذرة في ثقافة المجتمع وهي:

- غياب البعد الجمالي والتجميلي في الجسد الأنثوي المعاق؛
- النساء في وضعية إعاقة حركية غير جنسانيات asexuées؛

(1) زينب النجاري، «وضعية الإعاقة ومؤشرات الفقر في الوسط الحضري المغربي – الإعاقة الذهنية نموذجا»، وضعية الإعاقة في المغرب: الأبعاد النفسية، الاجتماعية والتربوية، منشورات مقاربات، ص. 41.

- عدم القدرة على تحقيق المتعة الجنسية للرجل؛
- عدم القدرة على القيام بالأعمال المنزلية؛
- عدم القدرة على العناية بالأطفال؛

هذه المهام/ الأدوار هي التي تجعل صورة المرأة غير مكتملة في التصور القيمي. وبما أن الجسد الأنثوي المعاق يمثل انحرافا عن هذه المعايير فإنها بذلك تقصى من القيام بهذه الأدوار، وبذلك عدم الولوج إلى المجالات الأنثوية المعترفة بها قيميا.

• **عوامل مؤسساتية:** المؤسسات الصحية العمومية هي الفضاء الأول الذي تلجأ إليه النساء في وضعية إعاقة حركية للاستفادة من خدمات الصحة الإنجابية والجنسية وتلقي العلاجات الأساسية. وتأتي بعدها العيادات والمراكز الصحية الخاصة. هذه المؤسسات الصحية يمكن أن تكون عاملاً ميسرا أو معرقلا.

ولقد صرحت النساء في وضعية إعاقة حركية أن المؤسسات الصحية والطاقم الطبي يساهمون في إقصائهن وعرقلة استفادتهن من الخدمات الإنجابية والجنسية؛ ويمكن تصنيف الأجوبة المحصل عليها إلى فئتين؛ الأولى خاصة بالفضاء وهي:

- بعد المستشفيات أو المراكز الصحية الكبرى عن الفئة المستجوبة وصعوبة التنقل إليها؛
- غياب الولوجيات المعمارية في أغلب المؤسسات الصحية (المستوصفات، دور الولادة...)؛
- غياب تطبيق مبدأ التمييز الإيجابي في تحديد المواعيد، وإعطاء الأولوية للنساء في وضعية إعاقة في الاستفادة من خدمات الصحة الإنجابية والجنسية.

والثانية مرتبطة بالخدمات والطريقة التي تقدم بها وهي:

- ضعف تكوين مهنيي الصحة الإنجابية والجنسية في مجال الإعاقة الحركية وخصائصها؛
- غياب الأجهزة والمعينات التقنية الملائمة لكل حالة؛
- التمييز على أساس الإعاقة وعدم تقديم الخدمات اللازمة في الوقت المناسب؛
- ضعف جودة الخدمات المقدمة للنساء في وضعية إعاقة حركية.

3. انعكاسات صعوبة الولوج لخدمات الصحة الإنجابية على المعيش النفسي والاجتماعي للمرأة في وضعية إعاقة حركية:

ترتبط تمثلات الصحة الإنجابية والجنسية لدى المرأة في وضعية إعاقة بمجموعة من المسارات الاجتماعية، الثقافية، النفسية، الاقتصادية، التربوية، الصحية... التي عاشتها وتعيشها والسياقات المختلفة التي تطبع مسار حياتها. هذا ما يدفعنا إلى الرجوع للمراحل الأولى للنمو (الطفولة)، خاصة بالنسبة للأشخاص الذين لديهم إعاقة حركية وراثية (congénitale) والتنشئة الاجتماعية. وانطلاقا من المعطيات الخاصة بالمبحوثات، فقد صرحن بأن نمط التنشئة الاجتماعية التي تتلقاها الفتاة في وضعية إعاقة حركية ليست نفسها التي يتلقاها الولد في وضعية إعاقة. نظرا لأن مجموعة من الأسر تعتبر أن الجسد هو محدد من المحددات الأساسية للتنشئة الاجتماعية للفتاة فيما يخص التربية الجنسية والصحة الإنجابية. والجسد الأنثوي المعاق هو جسد يمثل انحرافا عن المعايير الاجتماعية والثقافية. كما وضحن أن طبيعة تعامل الأسر مع الأطفال في وضعية إعاقة حركية وراثية/ خلقية، يؤطرها تمثل اجتماعي أساسي منتشر لدى أغلب الأسر وهو اعتبارهم غير جنسانيين asexués، حتى أنه في الحالات التي يتعرضون فيها للاغتصاب فإنه يتم التغاضي عن الموضوع. مما يمثل حرمانا من الاعتراف بجنسانيتهم منذ الصغر. هذا التصور للبعد الجنسي والإنجابي للأشخاص في وضعية إعاقة يؤدي بهم إلى استدماج أنهم مختلفون عن

الآخرين وخاصة بالنسبة للنساء. فقد صرحن أن طبيعة التنشئة الاجتماعية التي تلقونها تختلف عن التي تلقوها إخوانهم خاصة بالنسبة للأسر التي تتعدد فيها حالات الإعاقة، والتأكيد على أن الجسد الأنثوي يجب أن يتوفر فيه عنصر «**الكمال**» (احنا العيالات المعاقات ناقصات)، وأنهن مختلفات جنسيا عن باقي النساء وبذلك فالمجتمع يحرمهن من القيام أو التمتع بحياة جنسية طبيعية.

وتتميز طبيعة التنشئة الاجتماعية التي تتلقاها الفتيات في وضعية إعاقة بحماية زائدة من قبل أسرهن حتى لا يتمكن من القيام بأية علاقة جنسية. وغالبا ما يتم إبعادهن عن النقاشات الخاصة بالجانب الجنسي والانجابي سواء داخل المنزل أو بين الجماعات المتنوعة[1]. هذا ما يبين طبيعة الإقصاء والتمييز الذي تتلقاه المرأة في وضعية إعاقة حركية منذ الصغر مما سيؤثر على تمثلها لجسدها ولجنسانيتها في فترة المراهقة.

كما أن لطبيعة الإعاقة الحركية (وراثية/ مكتسبة) دور في رصد تأثيرات الوصم الاجتماعي ودرجاته، فعندما تنتشر الإعاقة في الأسرة، هذه الأخيرة تكون لها تجربة حول الإعاقة، وبذلك فسيرورة تقبلها تكون أسهل من الإعاقة المكتسبة مما يؤثر على المرأة الحاملة للإعاقة.

لهذا فسبب الإعاقة الحركية، هو من المحددات الأولى لهذه الانعكاسات، فالمرأة التي تعيش الإعاقة الحركية بصفة وراثية ومتكررة في الأسرة ليست كالتي تعيشها بصيغة مكتسبة ومنفردة في الأسرة حتى وإن كانت الإعاقة حدثت في سن صغيرة. ومن بين هذه الانعكاسات نذكر ما يلي:

- **انخفاض مستوى تقدير الذات:**

تقدير الذات هو التقييم الذي يقوم به الفرد. ويحتفظ به عادة بالنسبة لذاته وهو يعبر عن اتجاه الاستحسان أو الرفض، ويوضح أن تقدير الذات العالي يدل على

(1) Muriel Mac-Seing, Christina Zarowsky, op cit, p. 914.

أن الفرد ذو كفاءة أو ذو قيمة ويحترم ذاته، أما تقدير الذات المنخفض فيشير إلى رفض الذات وعدم الاقتناع بها.[1] وبالنسبة للنساء في وضعية إعاقة حركية هناك مجموعة من العوامل المؤثرة في تقدير الذات عندهن، وهي تتمثل في تأثرهن بالعوامل الاجتماعية والقيمية المرتبطة بالإعاقة، وفي طبيعة التفاعل الاجتماعي ما بينهن وبين أفراد المجتمع. فالجسد الأنثوي المعاق حسب العينة يمثل عاملا أساسيا في عدم التمتع بأنوثتهن؛ فهن محرومات اجتماعيا من التعبير عن رغبتهن الجنسية والإنجابية.

ويقاس تقدير الذات بناء على صورة الذات التي يكونها الفرد عن نفسه، وتنمو هذه الصورة أثناء التفاعل والاحتكاك إذ يمثل الآخرون مصدرا أساسا من مصادر تكوين صورة الذات عند الفرد، حيث يستقبل الطفل، والفرد عموما إدراكات الآخرين له ثم يقوم باستدخالها ومعالجتها ذهنيا ليحولها إلى بعض مكونات صورة ذهنية[2]. وبذلك فكل هذه العوامل سواء الفردية أو الاجتماعية تؤدي إلى تقدير ذات منخفض لدى المرأة في وضعية إعاقة حركية نتيجة جسدها المعاق، مما يحرمها من تحقيق التوازن النفسي والاندماج داخل المجتمع.

- **الإحساس بالدونية:**

إن النساء وفي وضعية إعاقة حركية ونظرا للخصائص الجسدية التي يتميزن بها، فإنهن يعشن وضعية تتميز بالدونية، مقارنة مع قريناتهن غير المعاقات، ما يحيلنا إلى الحديث عن «**عقدة النقص**» كما يسميها «**ألفرد أدلر**». فالأشخاص الذين يشعرون بالعجز أو النقص يميلون إلى مقارنة أنفسهم بالآخرين مما يجعلهم يحطون من

(1) اباعربي لطيفة وباباعربي حياة، إشراف بعلي زاهية، تقدير الذات وعلاقته بالسلوك العدواني، دراسة ميدانية على تلاميذ ثانوية «تقرت»، مذكرة مكملة لنيل شهادة ليسانس في علم النفس العيادي، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2012/2011، ص. 21.

(2) فؤاد البهي السيد، سعد عبد الرحمان، علم النفس الاجتماعي رؤية معاصرة، سلسلة المراجع في التربية وعلم النفس، مصر، القاهرة، دار الفكر العربي، 1999، ص. 46.

قيمتهم. والشعور بالنقص يدرك بناء على التصورات الذاتية للفرد. هذا الإحساس بالدونية له انعكاسات وتأثيرات على اندماج المرأة في وضعية إعاقة حركية داخل المجتمع؛ فهذا النقص يجعلها تنسحب من المجالات العامة، وترفض تقبل الإعاقة والتعايش معها، وبذلك التقوقع داخل المنزل. خاصة وأن نظرة الآخرين لها وطرق التعامل معها سواء في اللقاءات العامة أو الخاصة التي ترسخ لها فكرة أنها لا يمكن أن تكون منتجة وأنها تختلف عن باقي النساء[1].

- **الميل إلى العزلة:**

في إطار وجود تقدير منخفظ للذات، وكذلك في ظل وجود نظرة دونية للنساء عن أنفسهن، فإنه من بين ردود الأفعال الناتجة عن هذين المتغيرين، الانسحاب من الجماعة الكبرى التي ينتمين إليها واللجوء إلى العزلة سواء داخل المنزل أو داخل الجماعة الصغرى التي يتشاركن معها نفس الخصائص؛ وهي جماعة النساء في وضعية إعاقة حركية. كرد فعل لتجاهل نظرة الآخرين. هذا السلوك يحضر في فترة المراهقة/ الشباب، فالنساء اللواتي تجاوزن هذه المرحلة هن من خرجن بعد ذلك من أجل إعادة الاندماج داخل المجتمع، خاصة أن مرحلة المراهقة تعرف تزايد الاهتمام بالجسد ما يعرقل بناء علاقات مع الجنس الآخر أو الدخول في علاقات جنسية سواء داخل أو خارج مؤسسة الزواج، فيلجأن إلى الانسحاب.

ويبقى حضور مفهوم «الأنوثة» لدى النساء أفراد العينة مرتبطا بالزواج والأمومة؛ فصفة زوجة وأم هي التي تخول لهن ملامسة الجانب الأنثوي. وهذا الموقف يبقى مشتركا بين كافة نساء العينة سواء المتزوجات أو غير المتزوجات على اختلاف مستواهن التعليمي أو المهني.

(1) هذا التصور منتشر لدى النساء في وضعية إعاقة حركية اللواتي لا يزاولن أي نشاط مهني.

خلاصة:

لقد حاولنا في هذه الدراسة تناول الكيفية التي تعيش بها المرأة في وضعية إعاقة حركية الأبعاد المرتبطة بالصحة الإنجابية والجنسية بمدينة الدار البيضاء. وذلك بوقوفنا على طبيعة الخدمات التي تتلقاها داخل المؤسسات الصحية العمومية والصعوبات التي تواجهها أثناء ولوجها لخدمات الصحة الإنجابية والجنسية وتأثيرها على معيشها النفسي والاجتماعي.

وقد بينت النتائج المتوصل إليها إلى أن أغلب النساء في وضعية إعاقة حركية يفتقرن للمعلومات الأساسية الخاصة بالجانب الجنسي والإنجابي. نتيجة الإقصاء والتمييز الاجتماعي الذي يعيشنه بسبب جسدهن الأنثوي المعاق الذي يمثل انحرافا عن المعايير الجسدية المرغوبة اجتماعيا.

هذه التمثلات الاجتماعية لها انعكاسات على النساء في وضعية إعاقة حركية وعلى صحتهن الإنجابية والجنسية. مما يؤثر على سيكولوجيتهن خاصة في تمثلهن للجسد؛ الذي يحرمهن من عيش «حياة جنسية وإنجابية طبيعية» وفي صعوبة بناء علاقات جنسية موسعة (زواج، علاقات جنسية عابرة، علاقات جنسية مستمرة في الزمن...) بسبب جسدهن المعاق الذي لا يثير الرغبة الجنسية لدى الجنس الآخر، باعتبارهن غير جنسانيات. مما يعمق إحساسهن بالدونية ويدفع إلى استدماجهن لهذا التصور.

ويتبين مما سبق أن هناك مجموعة من الأسباب التي تساهم في صعوبة الولوج لخدمات الصحة الإنجابية والجنسية للمرأة في وضعية إعاقة حركية بالمؤسسات الصحية العمومية، والتي تتحكم فيها التمثلات الاجتماعية والاتجاهات النمطية للفريق الطبي تجاه الإعاقة، إضافة إلى ضعف المعدات التقنية الملائمة لحالات الإعاقة.







GENRE ET SANTE

Coordination :

Kholoud Sbai

Souad Zbaita
Zohra El Khamlichi
Youness Loukili
Ahlam Bezzaz

Zineb Nejjari
khadija Zouitni
Amina Baji
Kholoud Sbai

Maria Ouchelh
Fatiha Belaid
Zakaria Ibrahimi
Houda Rizki



Sommaire

- **Santé et maladie : représentations féminines**

  Khadija Zouitni 5

- **La fugue chez la jeune fille : Quelle spécificité pour la délinquance féminine**

  Ouchelh Maria 42

- **A la recherche d'un corps éternel et une séduction hors du temps**

  Fatiha Belaid 66

Santé et maladie: représentations féminines

Khadija Zouitni
Institut Universitaire de la Recherche Scientifique
Université Med V-Rabat

Résumé

Santé et maladie sont des concepts subjectifs qui diffèrent en fonction de la culture, du genre et du niveau de vie des individus. Dans cette recherche, il est question d'étudier les représentations sociales de la santé et de la maladie chez les femmes marocaines résidentes à Rabat. A fin de rendre compte de l'influence de la scolarisation et du niveau de vie sur le modelage des représentations de la santé et de la maladie chez les femmes, il serait pertinent de confronter les représentations des femmes instruites, issues de milieu social aisé avec celles des femmes non scolarisées, issues de milieu défavorisé.

Ainsi, le présent article, à vocation qualitative, tend à répondre aux questions suivantes :

1. Comment les femmes marocaines (des deux sous groupes) se représentent-elles la santé et la maladie?
2. Comment se représentent-elles les causes de la maladie?
3. Quelles sont les stratégies préventives et thérapeutiques adoptées?

Pour répondre à ces questions, des entretiens semi-directifs ont été effectués auprès de 30 femmes, soit 15 femmes cadres, appartenant à un milieu socio-économique aisé, et 15 autres non scolarisées, issues de milieu socio-économique défavorisé. Toutefois, vu la vocation qualitative de cette article et la taille de son échantillon, la présente recherche ne prétend pas à la généralisation de ses résultats sur l'ensemble des femmes marocaines.

Mots clés :

Femmes, santé, maladie, représentations sociales, prévention, stratégies thérapeutiques, Rabat, Maroc.

تمثلات النساء للصحة والمرض

ملخص:

تعتبر العلوم الاجتماعية الصحةَ والمرض بناءً اجتماعيا تختلف دلالتهما تبعا للتنوع الثقافي والنوع الاجتماعي والمستوى السوسيو–اقتصادي للأفراد، وهي بهذا المنحى تتميز عن التفسيرات والتعريفات البيو طبية. وعلى أساس ذلك، فتصورات الفرد للصحة والمرض تؤثر على الأساليب الوقائية والمسارات العلاجية التي يتبناها.

نحاول من خلال هذه المقالة المعتمدة على التوجه الكيفي أن نقارب مفهومي الصحة والمرض من خلال التمثلات الاجتماعية للنساء المغربيات المقيمات في الرباط من خلال الأسئلة التالية:

1. كيف تتمثل المرأة المغربية مفهومي الصحة والمرض؟
2. كيف تتمثل أسباب المرض؟
3. ما هي الاستراتيجيات الوقائية والعلاجية المعتمدة؟

استندت هذه المقالة على عينة تتكون من ثلاثين امرأة أجريتُ معهن مقابلات شبه موجهة، نصفهن متمدرسات ينتمين إلى فئات اجتماعية ميسورة بينما النصف الآخر غير متمدرسات ومنحدرات من أوساط اجتماعية فقيرة، والغرض من هذا التنوع في العينة هو اختبار مدى تأثير المستوى الدراسي والسوسيو اقتصادي على بناء التمثلات الاجتماعية، ونظرا لصغر عينة البحث، فان هذه المقالة لا تسعى إلى تعميم نتائجها على جميع النساء المغربيات.

الكلمات المفاتيح: المرأة، الصحة، المرض، التمثلات الاجتماعية، السبل الوقاية، المسارات العلاجية، الرباط، المغرب.

Santé et maladie constituent des concepts subjectifs qui diffèrent en fonction de nombreux facteurs, notamment le genre. A travers cette question générale: «Qu'est-ce que la santé et la maladie pour vous?», le présent article, à vocation qualitative, a pour objectif d'étudier les représentations sociales de la santé et de la maladie chez 30 femmes marocaines résidentes à Rabat, âgées entre 25 ans, étape d'épanouissement physique, psychologique et social, et 60 ans, âge des signes des premiers changements somatiques et dont les représentations de la santé et de la maladie peuvent faire l'objet d'une autre recherche.

En outre, le niveau d'instruction et le milieu d'appartenance social sont les deux variables pertinentes au regard des objectifs de cette recherche, elles ont été donc prises en compte lors de la constitution de l'échantillon. Ainsi, des entretiens semi directifs ont été effectués auprès de 15 femmes cadres appartenant à un milieu socio-économique aisé, et 15 autres non scolarisées, issues de milieu socio-économique défavorisé. A l'intérieur de chaque groupe de femmes, le recrutement des participantes s'est fait d'une manière aléatoire.

Le discours des participantes montre que les représentations féminines à l'égard du couple santé/maladie s'articulent autour de quatre grandes catégories de sens: la première se rapporte aux définitions subjectives et au sens que les femmes interviewées donnent à la santé et à la maladie ; la deuxième décrit les représentations des causes de la maladie tandis que les deux dernières catégories rendent compte des stratégies préventives et curatives auxquelles les femmes interviewées recourent pour préserver ou reconquérir leur santé.

La santé et la maladie entre hédonisme et instrumentalisme

Les trois formes de santé mises en exergue par l'étude menée par Claudine Herzlich(1), à savoir la «santé-vide», le «fond de santé», et la santé «équilibre «trouvent écho dans le discours des femmes.

Le bien-être physique: une représentation partagée

La santé vide, définie en tant que bien-être physique et en l'absence de maladie a été évoquée par la totalité des participantes à l'enquête «*La santé pour moi est de ne pas être malade, de ne pas avoir mal quelque part dans mon corps*» (Asmaâ, 36 ans, femme de ménage). C'est ce qu'exprime en d'autres termes Naïma (40 ans, ingénieur d'état) en déclarant «*Pour moi, la santé c'est être forte physiquement et de ne pas souffrir*». Cette définition s'insère dans le modèle médical classique qui définit la santé en absence de douleur, de souffrance et de faiblesse et n'est pas sans rappeler la célèbre formule du chirurgien René Leriche selon laquelle la santé est la vie dans le silence des organes. Tant qu'il n'y pas de «bruit», il y a la santé. Autrement dit, en absence de la maladie et de la douleur, les organes sains se font oublier par leur calme et leur silence. Toutefois, les signes précurseurs de certaines maladies, très graves d'ailleurs, ne sont pas toujours accompagnés de symptômes et encore moins de douleur. Ainsi définie, la santé est une affaire interne qui ne concerne que l'individu lui-même qui est le seul capable de se juger en bonne santé ou non, étant donné qu'il est le seul qui peut ressentir ou non le bruit de ses organes. Cette représentation lie la santé exclusivement au bien être physique et physiologique et occulte l'importance de la dimension psychologique de la santé.

(1) Claudine Herzlich. 1969. *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Ed. Mouton. Paris. p. 80-87.

Cette conception de la santé renvoie aussi à la force physique et à la capacité d'assumer les tâches ménagères «*sans santé, je ne peux pas m'occuper de ma famille, faire à manger, entretenir la maison, faire les courses…*» (Amina, 40 ans, sans emploi). Si cette représentation de la santé est partagée par les participantes non scolarisées, il n'en demeure pas moins qu'elle est présente aussi chez la majorité des interviewées instruites, ce qui prouve que la répartition traditionnelle des rôles sociaux, qui font des tâches ménagères une affaire de femmes, persiste encore et ce en dépit de leur niveau d'instruction, de leur niveau socio-économique et en dépit aussi de leurs activités professionnelles. En France aussi, le travail domestique, avec toute la charge mentale qu'il implique quotidiennement est loin d'avoir disparu des préoccupations féminines et constitue un souci qui caractérise leurs représentations de la santé et de la maladie(1).

Les femmes non scolarisées perçoivent la maladie, notamment les maladies chroniques et coûteuses, en tant qu'événement qui menace leur stabilité familiale et sociale :

> «*Tu crois que l'homme va t'aider éternellement à faire le ménage ? Il va aider pendant quelques jours et après il te dira : c'est trop pour moi, je peux plus t'acheter les médicaments et j'ai besoin de quelqu'un qui s'occupe des enfants et de la maison*»
>
> (Amina, 40 ans, sans emploi).

Il s'agit de la maladie «destructrice «pour reprendre les termes de Claudine Herzlich(2), qui change la vie de la personne et perturbe ses rapports sociaux. L'autonomie et le pouvoir de subvenir aux besoins élémentaires de la vie,

(1) Anne-Sophie Cousteaux, 2010, «Représentations de la santé et cycle de vie. De la recherche du bien-être au maintien des capacités», Notes & Documents, 2010- 01, Paris, OSC, Sciences Po/CNRS.

(2) Claudine Herzlich, 1969, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Op.cit. p. 139.

comme le fait de bouger, de manger et de dormir, vont être profondément troublés par l'avènement de la maladie.

La santé a été aussi définie par les enquêtées, notamment celles issues de milieu socioéconomique défavorisé, en tant qu'outil leur permettant de travailler et d'assurer leur autonomie financière «*Si on n'a pas la santé on ne peut pas travailler, c'est la santé qui nous permet de gagner notre vie*» (Charifa, 36 ans, femme de ménage).

La représentation de la santé comme ressource de la vie quotidienne qui permet à la personne d'être productive sur le plan individuel, économique et social et donc de s'acquitter de ses tâches convenablement, s'insère dans l'approche fonctionnaliste de la santé qui la définit comme un «état de capacité optimale d'un individu pour l'accomplissement efficace des rôles et des tâches pour lesquels il a été socialisé»(1). Cette conception est partagée par toutes les participantes, néanmoins elle est plus courante chez les femmes issues de milieu défavorisé. Anne sophie Cousteaux(2) renvoie cette démarcation de classe à la différence du rapport que les personnes entretiennent avec leur corps. Plus répandue dans les catégories populaires, la conception utilitariste de la santé qui valorise la force physique, traduit un rapport instrumental au corps le percevant comme outil de travail. Par contre, les catégories supérieures adoptent une approche plus hédoniste de la santé qui reflète un rapport expressif et réflexif au corps.

En France, l'étude menée par Janine Pierret (1984)(3), va dans ce sens en affirmant que la définition de la santé par référence à la maladie et en termes

(1) Talcott Parsons (1972), cité par Pierre Czernichow, Jacques Chaperon et Xavier Le Coutour. 2001. *Épidémiologie*. Ed. Elsevier. Masson. Op.cit. p. 4.

(2) Anne-Sophie Cousteaux. 2010. «Représentations de la santé et cycle de vie. De la recherche du bien-être au maintien des capacités». *Op.cit.* p. 8.

(3) Citée par Anne-Sophie Cousteaux, 2010, «Représentations de la santé et cycle de vie. De la recherche du bien-être au maintien des capacités». *Op.cit.* p. 4.

de force physique prédomine chez les catégories populaires qui doivent compter sur leur force physique pour gagner leurs vies. C'est pourquoi, la définition de la santé en termes positifs émergent davantage des réponses faites par les cadres, alors que la définition de la santé par opposition à la maladie et à la douleur prédomine chez les manuels.

En effet, la majorité des femmes non scolarisées participantes à la présente enquête, travaillent en tant que femmes de ménage ou ouvrières, par conséquent, elles comptent sur leur force physique plus que les femmes instruites qui exercent des activités intellectuelles et évoquent la santé plutôt en termes positifs comme bien être global.

Le bien-être global aspiration éminente des femmes aisées

La santé en tant que bien-être moral et social est plus évoquée par les femmes instruites comme l'exprime Imane (33 ans, administrateur) :

> «*Pour moi, il ne suffit pas que je sois indemne de toute maladie, il faut aussi que je sois bien dans ma peau, que je sois épanouie dans mon travail et dans ma vie sociale*».

Il s'agit là de la «santé-équilibre»[1] qui correspond à la réalisation de soi, l'épanouissement personnel et professionnel.

Pour certaines femmes non scolarisées, le bien-être social est plutôt associé au bien-être économique :

> *«Je me sens bien quand je travaille, lorsque je suis en chômage, je suis inquiète et angoissée à l'idée que demain peut-être on trouvera rien à manger…»*
>
> (Fatiha 36 ans, sans emploi).

(1) Philippe Adam et Claudine Herzlich, 1994, *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Sous la dir. de François de Singly. Ed. Nathan, Paris, p. 68.

La pauvreté et l'instabilité économique engendrent un sentiment d'angoisse qui influence la santé psychologique de la personne, et par conséquent, fragilise la santé physique. C'est ce que Herzlich nomme «la déprime des chômeurs» qui peut se propager au niveau de l'ensemble de l'entourage familiale. Ce sentiment est aussi évoquée par Fatima (56 ans, sans emploi) en parlant de son inquiétude pour l'avenir des ses enfants :

> «*Lorsque je rentre à la maison et je trouve mes trois garçons en train de se disputer la télécommande, quand je découvre qu'ils viennent juste de se réveiller alors qu'il est 16h, je sens aussitôt ma tension qui monte et des maux de tête. Je ne peux jamais être en bonne santé alors que mes fils sont en chômage*».

Cette représentation de la santé en tant que bien être social et psychologique chez les participantes s'approche de la conception positive et globalisante de la santé prônée par l'Organisation Mondiale de la Santé (1946) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (1989) qui prend en considération, non seulement l'aspect somatique, mais aussi les autres dimensions de l'être humain (mentale, sociale, psychologique) qui ne dépendent pas seulement des services de santé, mais du travail, du revenu, de l'éducation, de la culture des droits et des libertés.

Finalement, on peut dire que l'utilitarisme prévaut chez les femmes non scolarisées contrairement aux femmes instruites, issues de milieu aisé, qui se sont révélées plus hédonistes dans leur définition de la santé. Ce résultat est des plus logiques étant donné que le rapport réflexif au corps, caractéristique des classes supérieures, ne concorde pas avec une utilisation intense du corps (Henri Dorvil, 1985)[1].

(1) Henri Dorvil, 1985, *Types de sociétés et de représentations du normal et du pathologique: la maladie physique, la maladie mentale*. Collection: Les classiques des sciences sociales, p. 15.

Si la définition de la santé diffère selon le niveau d'instruction et du milieu d'appartenance des participantes, il n'en demeure pas moins que ces dernières s'accordent toutes à dire que la santé est une valeur importante dans la vie, aucune différence significative entre les deux sous groupes n'est notée «*La santé est la chose la plus importante dans la vie*» (Saîda, 30 ans, enseignante). Les femmes non scolarisées, malgré leur situation socioéconomique défavorisée, adoptent le même discours que les femmes instruites aux conditions socioéconomiques satisfaisantes en déclarant que la santé est «*la véritable richesse*» (Hayate, 38 ans, sans emploi), ou encore «*La santé est le meilleur cadeau que le Dieu puisse donner*» (Meryem, 26 ans, femme de ménage). Cela ne correspond pas aux résultats des différentes études qui déclarent que le discours de valorisation de la santé est moins présent chez les catégories défavorisées[1].

En conclusion, on peut dire que les femmes instruites, issues de milieu aisé, adhèrent à l'approche globalisante multidimensionnelle de la santé, elles ont aussi tendance, plus que les femmes non scolarisées, issues de milieu précaire, à adopter une approche plus rationnelle concernant la connaissance des causes de la maladie.

Les causes de la maladie entre enchantement et désenchantement

Les croyances sociales portant sur l'étiologie de la maladie sont particulièrement intéressantes dans l'étude des représentations de la santé et de la maladie, car elles déterminent, dans une large mesure, la réussite du processus thérapeutiques.

Dans son étude qui a concerné 74 sociétés, George Peter Murdock (1978)[2] a fait ressortir deux catégories d'explications: causes naturelles qui

(1) Philippe Adam et Claudine Herzlich, 1994, *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Op.cit., p. 73.

(2) Cité par Frantz-Samy Kohl, 2006, *Les représentations sociales de la schizophrénie*. Ed. Elsevier Masson, p. 41.

englobent les théories naturelles scientifiques ou populaires qui expliquent la perte de la santé par un processus physiologique (les infections, le stress, les détériorations organiques, les accidents et les agressions humaines déclarées…) et les causes surnaturelles comportant les causes mystiques qui considèrent la détérioration de la santé comme résultat d'une action de l'individu expliquée par une relation impersonnelle (le destin, les sensations de mauvais augure et le châtiment mystique), et les causes animistes attribuant la maladie à l'intervention d'un être surnaturel personnalisé (un esprit, un fantôme, un Dieu, une âme) ou à la magie et la sorcellerie.

Dans la société marocaine, se basant sur le travail de recherche mené par Sandrine Musso (1995) sur le recours aux pratiques thérapeutiques traditionnelles en milieu urbain, Kemal Cherabi et Delphine Fanget (1997)[1] rapportent que, dans les pays musulmans, la maladie est renvoyée soit à une étiologie matérialiste, aux *Jnouns*[2] (les esprits), à des actions humaines volontaires comme l'ensorcellement par empoisonnement ou envoûtement, ou involontaires comme *Al âyn* [3] (le mauvais œil). La maladie pourrait être attribuée aussi à la volonté du Dieu.

D'après les résultats des entrevues, le discours des interviewées reflète la coexistence de toutes ces catégories de représentations.

(1) Delphine Fanget et Kemal Cherabi, 1997, *Le VIH-Sida en milieu migrant arabo-musulman en France*. Recherche-action. Arcat-sida, p. 21.

(2) *Jnouns* au Maroc ou les *rabs* en Afrique noire, sont des entités mythiques créés de feu, qui évoluent dans un monde invisible mais parallèle à celui des humains, ils se nourrissent, se marient et procréent tout comme les humains. Ces êtres surnaturels sont susceptibles d'agresser les humains ou les posséder leur causant ainsi certaines maladies ou handicaps. La maladie mentale représente le désordre le plus souvent renvoyé aux atteintes *jinnique* par une grande partie de la population marocaine.

(3) *Alâyn*: le mauvais œil, les marocains croient que certaines personnes, rongées par la jalousie et l'envie (*hassad* en arabe) ont un pouvoir oculaire susceptible de provoquer chez d'autres personnes, plusieurs désordres de santé allant de l'insomnie et des troubles de sommeil jusqu'aux troubles mentaux.

La maladie comme dysfonctionnement biologique et produit des pratiques nocives

Les résultats des entrevues nous permettent de déduire que les femmes, quelque soit leur groupe d'appartenance, renvoient la santé en premier lieu aux facteurs biologiques. La maladie est un dysfonctionnement qui touche un ou plusieurs organes du corps :

> «*D'après ce que je sais, on a une maladie lorsqu'un organe dans notre corps ne fonctionne pas normalement, le cœur, l'estomac…*»
>
> (Charifa, 36 ans, femme de ménage).

La majorité des femmes non scolarisées ont surtout insisté sur les dysfonctionnements biologiques sans les lier avec les facteurs environnementaux, adhérant ainsi au «modèle endogène où la maladie part de l'intérieur de la personne et se développe à partir de soi». C'est ce que Frantz-Samy Kohl (2006)(1) appelle les théories internes de la maladie qui considèrent que la localisation de l'origine de la pathologie se trouve à l'intérieur du corps.

Les femmes instruites, en revanche, sont plus conscientes de l'influence de l'environnement sur leur état de santé étant donné qu'elles disposent des conditions qui leur permettent d'acquérir certains savoirs médicaux sur la santé et la maladie. Dans ce sens, Luc Boltanski (1971)(2) déclare que ce sont les membres des milieux favorisés et justifiant d'un haut niveau d'éducation qui seront plus capables d'acquérir et d'intérioriser le mieux les catégories conceptuelles du savoir médical. Ce constat est corroboré aussi par les résultats de l'enquête de Janine Pierret (3) selon lesquels la

(1) Frantz-Samy Kohl, 2006, *Les représentations sociales de la schizophrénie*. Ed. Elsevier Masson. *Op.cit.* p. 41.

(2) Cité par Philippe Adam et Claudine Herzlich, 1994, *Sociologie de la maladie et de la médecine*. *Op.cit.* p. 63.

(3) Cité par Anne-Sophie Cousteaux, 2010, «Représentations de la santé et cycle de vie. De la recherche du bien-être au maintien des capacités». *Op.cit.* p. 4.

conception de la santé en tant que «produit» résultant des pratiques saines prédomine chez les catégories aisées.

C'est ainsi qu'en plus des facteurs biologiques, les femmes instruites ont toutes évoqué les facteurs héréditaires et environnementaux :

> «*La maladie résulte d'un dysfonctionnement physique, qui lui-même peut avoir des origines héréditaires, elle peut aussi être causée par la pollution, l'alimentation, le stress…*»
>
> (Btissame, 41 ans, ingénieur d'état).

L'environnement, selon les interviewées instruites, est devenu malsain et pollué, la nourriture submergée de pesticides et d'autres produits chimiques, le rythme de vie accéléré sans oublier les effets de la pollution sonore. Tous ces facteurs engendrent le stress qui affaiblit les défenses naturelles de l'organisme face aux maladies :

> «*Vivre dans une grande ville n'est pas sain du tout, on respire la pollution, on mange des produits chimiques et on n'est tous pris dans un tourbillon qui finit jamais*»
>
> (Najia, 35 ans, ingénieur d'état).

Ces facteurs environnementaux nocifs à la santé, évoqués principalement par les classes moyennes et supérieures, sont l'expression d'une société agressive et qui a des effets néfastes sur la santé des individus(1).

L'analyse du discours des participantes a mis en exergue un autre élément important. Il s'agit du stress lié au travail. Si ce stress est causé par l'insuffisance du revenu des femmes non scolarisées, ou par leur fatigue physique, les femmes cadres, quant à elles, insistent sur le stress professionnel qui les rend fragiles devant les maladies

(1) Philippe Adam et Claudine Herzlich, 1994, *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Op.cit. p. 64.

«Avant que je sois recrutée, j'ai toujours été en bonne santé, je ne prenais jamais de médicaments, lorsque j'avais un rhume, il suffisait que je me repose une seule nuit pour guérir. A présent, je me rappelle pas d'un jour au cours duquel je me suis relevée le matin sans souffrir de quelque chose»

(Saïda, 30 ans, enseignante).

En effet, les femmes instruites souffrent d'une pénibilité psychologique et d'une pression sociale accrue à cause de leur surinvestissement professionnel. Ce dernier est occasionné et favorisé par une compétitivité accrue et des exigences en termes de productivité et de qualité :

«Pour t'imposer dans la hiérarchie et être respectée par tes supérieurs, il faut bien que tu travailles dur, j'emmène mes dossiers chez moi, je travaille même le week-end, si je refuse de le faire, d'autres le feront et je perdrais mes chances d'évolution»

(Lamyaâ, 38 ans, administrateur).

Le stress peut provoquer des troubles psychosomatiques plus ou moins sérieux :

«J'ai des maux de tête atroces, des problèmes digestifs, je commence même à perdre mes cheveux, le médecin m'a dit que c'est dû au stress»

(Najia, 35 ans ingénieur d'état).

Les travaux autour de la notion du stress, notamment ceux de Hans Selye (1956)[1], n'ont pu montrer qu'un lien faible entre le stress et la détérioration de l'état de santé. Toutefois, le Réseau Québécois d'Action pour la Santé des Femmes[2] conclut que :

(1) Cité par Philippe Adam et Claudine Herzlich, 1994, *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Op.cit. p. 51.

(2) Réseau Québécois d'Action pour la Santé des Femmes, 2004, Le stress, limiter les effets néfastes du stress sur la santé. p. 1-3.

«Le mode de vie occidental (auquel se rapproche le mode de vie marocain actuel) représente une importante source de stress pour les femmes en raison, notamment, de la double journée de travail (travail rémunéré et travail domestique), de l'environnement de travail stressant, du transport urbain, de l'isolement. Des conflits peuvent susciter une montée d'adrénaline et entraîner plusieurs manifestations».

Selon la même source, ces manifestations peuvent aller de l'accélération de la respiration, le ralentissement de la digestion et l'augmentation de la fréquence cardiaque jusqu'aux sérieuses pathologies notamment les cardiopathies, les troubles mentaux, les maladies gastriques…

Les femmes non scolarisées, travaillant en tant que femmes de ménage ou ouvrières, souffrent plutôt de la pénibilité physique «*Je travaille chez deux familles actuellement, je rentre le soir épuisée*» (Charifa, 36 ans, femme de ménage). Elles invoquent surtout les symptômes et les pathologies somatiques qui résultent de l'exercice de leurs activités ménagères comme l'atteste la même participante «*A cause de ce travail j'ai développé l'hernie discale et l'arthrose*».

La maladie entre volonté divine et antagonisme social

Se basant sur la distinction que George Peter Murdock (1978)[1] a établit au niveau des causes surnaturelles des maladies, et qui différencie entre les causes mystiques et les causes animistes, on peut dire que les propos des interviewées reflètent en partie ces théories. Au delà des facteurs biologiques, héréditaires et environnementaux, l'ensemble des femmes ont renvoyé la santé et la maladie à des origines divines. Dans ce cadre, toutes les femmes interviewées sont convaincues que la santé est un don du Dieu prônant ainsi les causes animistes attribuent la maladie à l'intervention d'un être surnaturel «*tout est de Dieu, la maladie, la santé, la mort…, tout est*

(1) Frantz-Samy Kohl, 2006, *Les représentations sociales de la schizophrénie*. Op.cit. p. 41.

entre les mains du grand Dieu...» (Khadija, 46 ans, femme de ménage). A cet égard, Saadia Radi[1] écrit :

> «Quelle que soit l'étiologie, on croit que les maladies sont d'abord données par Dieu, ce qui semblerait vouloir dire que la maladie, même naturelle, n'a jamais une seule origine: tout ce qui arrive aux gens est censé venir de Dieu.».

Si toutes les participantes s'accordent à dire que la santé et la maladie sont l'œuvre du seul Dieu, ce sont les femmes instruites, surtout, qui considèrent la maladie comme une épreuve positive grâce à laquelle on se rend compte de l'importance de la santé, et la souffrance comme une rédemption du mal et des péchés commis contre les autres humains ou contre le Dieu «*allah yajâalha maghfirate liddenoub*» (Sanaâ, 36 ans, enseignante). Aussi, la maladie est perçue comme une expérience positive car c'est une épreuve à la quelle le dieu soumet ses croyants bien aimés pour évaluer la force de leur foi «*Al moumin mossabe*». Cependant, aucune des femmes instruites n'a déclaré que la maladie est une punition divine pour les péchés commis, contrairement aux femmes non scolarisées, parmi lesquelles ce type de représentation de la maladie en tant que châtiment et vengeance divines prédomine : «*Si quelqu'un fait du mal ou transgresse un interdit comme l'adultère ou le vol, le grand puissant le punit en le rendant malade* «(Khadija, 46 ans, femme de ménage). Dans ce sens, George Peter Murdock[2] écrit «En Afrique, il y a une forte proportion de théories liées à un châtiment mystique. Les violations des tabous sexuels sont des facteurs précipitant fréquents».

Néanmoins, Dieu n'est responsable que des maladies considérées comme naturelles[3]. Les autres maladies résultantes des pratiques humaines

(1) Saadia Radi, 1996, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Voir Chapitre VII : *Les maux entre Dieu, les génies et les hommes*. Jean Benoist (dir), p. 168.
(2) Frantz-Samy Kohl, 2006, *Les représentations sociales de la schizophrénie*. Op.cit. p. 41.
(3) Saadia Radi, 1996, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Op.cit. p. 169.

ne sont pas considérées comme œuvre du Dieu, c'est le cas des maladies provoquées par *Al âyn*, *Shour* (la sorcellerie) ou les *Jnouns*.

Il ressort des entrevues que le nombre des femmes non scolarisées qui renvoient la maladie au mauvais œil est proche de celui des femmes instruites, il n'en est pas de même pour la sorcellerie. En effet, un nombre très réduit de femmes instruites croient en l'impact de la sorcellerie sur la santé contrairement aux femmes non scolarisées. Il est à noter que les participantes, quel que soit leur niveau d'instruction et leur milieu d'appartenance justifient leurs croyances par des sources religieuses «*Al âyn est mentionnée dans le Coran, de même pour la sorcellerie*» (Malika, 30 ans, femme de ménage), ou encore «*Oui bien sûr je crois à l'effet de Al âyn, le prophète lui-même en a parlé…*» (Soumia, 45 ans, administrateur) puis elle ajoute «*Pourquoi ne croirais-je pas à la sorcellerie alors qu'elle a été mentionnée même dans le saint Coran*».

Certaines participantes pensent que ce pouvoir est incontrôlable de la part de ceux qui le détiennent, et n'exprime pas, toujours, leur mauvaise foi «*Ces gens là ont ce pouvoir, ils n'y peuvent rien, ils ne veulent pas faire du mal, mais c'est comme ça*» (Imane, 33 ans, administrateur), la preuve c'est que certaines personnes peuvent exercer ce pouvoir involontairement sur leurs propres enfants comme l'exprime l'une des interviewées «*Je connais une femme qui fait du mal à son propre enfant sans le vouloir*» (Fatima, 56 ans, sans emploi) ou sur elles-mêmes «*Parfois, je me dis, c'est bien, ça fait très longtemps que je n'ai pas eu de crise d'asthme, et aussitôt après je tombe malade*» (Imane, 33 ans, administrateur). Tandis que d'autres sont convaincues que *Al âyn* exprime l'envie, la haine et la mauvaise foi et ne peut provenir que d'une personne malveillante et envieuse:

> «*Ce sont des personnes qui te haïssent, qui t'envient et qui te regardent*

en espérant que tu échoues dans ta vie, elles ne disent même pas tbarkellah ou machaallah (Que le nom de Dieu soit béni)»

(Najia, 35 ans, ingénieur d'état).

Bien que relevant du registre du surnaturel, *Al âyn* peut engendrer des maladies qui relèvent du système biomédical(1), comme par exemple l'ulcère gastrique et l'asthénie :

« *J'ai attrapé l'ulcère à cause de ça. J'ai eu de la chance Dieu merci, car l'une de mes connaissances a eu un cancer de sang, elle a été matbouâa* (sujet d'admiration et d'envie) *car elle avait une vie réussie*»

(Charifa, 36 ans, femme de ménage).

Les exemples donnés par les participantes reflètent les relations interpersonnelles conflictuelles qui les lient avec les autres membres de leur entourage. *Al âyn* provient, généralement de personnes de sexe féminin, qui sont en concurrence avec l'intéressée, soit dans le domaine du travail soit au sein de l'institution familiale. Ce qui concorde avec l'explication de Saadia Radi(2) qui affirme «Le mauvais œil n'exprime pas seulement la conflictualité inhérente aux relations compétitives, il sert aussi à exprimer des conflits liés aux relations de parenté ou de voisinage»(3).

La représentation de la maladie en tant que fait surnaturel est d'autant plus renforcée lorsqu'il s'agit d'une maladie mentale ou à origine inconnue :

«*Les médecins ou la science ne peuvent rien faire parfois, par exemple lorsqu'une personne devient folle, elle ne doit pas être soignée à l'hôpital mais chez les personnes qui ont le pouvoir de la libérer des esprits qui l'habitent…*»

(Fatima, 56 ans, sans emploi).

(1) Saadia Radi. 1996. *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Op.cit. p. 193
(2) Idem. Op.cit. p. 173.
(3) Idem. Op.cit. p. 173.

Les femmes non scolarisées rapportent qu'à l'instar du mauvais œil, les maladies générées par la sorcellerie peuvent aussi être d'ordre organique ou physiologique. Les désordres les plus cités par les interviewées sont l'impuissance masculine et la stérilité qui pourrait être provoquée par certaines pratiques féminines notamment '*tqaf*'(1), expression d'une crise relationnelle entre les hommes et les femmes et des rivalités sociales, notamment familiales(2).

La perte excessive du poids et des cheveux, les vomissements et les douleurs gastriques sont aussi des symptômes pathologiques qui peuvent être causés par la magie notamment *toukal*(3) :

«*L'une de mes amies était très malade, elle perdait ses cheveux sans raison, elle vomissait à chaque fois qu'elle mangeait. Elle a vu plusieurs médecins, en vain. Finalement, c'était 'toukal' qui lui a été donné par l'une de ses connaissances «*

(Malika, 30 ans, femme de ménage).

Ainsi, «le pouvoir maléfique fournit aussi un système explicatif de la maladie, fondé sur les idées d'envoûtements, d'ensorcellement, de sortilèges et d'agissements agressifs de la part de sorciers (*sehara*)» (4).

Pour les femmes instruites, une minorité seulement déclare qu'elle croie à l'effet de la magie sur la santé. Il est de même pour les esprits et leur rôle dans l'apparition des maladies, le nombre des femmes qui y croit est

(1) Forme de sorcellerie qui provoque l'impuissance sexuelle, la stérilité et le célibat.
(2) Saadia Radi, 1996, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Op.cit. p. 181.
(3) Il s'agit d'une décoction, pouvant contenir des substances toxiques, que l'on fait manger ou boire à une personne en vue lui faire changer de comportements ou d'attitudes, mais qui pourrait altérer la santé de la personne visée.
(4) Abdelrhani Moundib, 2015, Culte des saints et santé: les awliya guérisseurs. In *Le Maroc au présent, d'une époque à l'autre, une société en mutation*. Centre Jaques- Berque et Fondation du Roi Abdul-Aziz, pp. 795-80.

très minime : «*C'est vrai que les jnoûns sont mentionnés dans le saint Coran, mais dire qu'ils causent des maladies… personnellement j'y crois pas*» (Bouchra, 40 ans, administrateur). Ces entités peuvent être liés à certaines maladies notamment celles qui ne sont pas dues à des lésions organiques : «*Le médecin ne peut pas tout guérir, il y a des maladies auxquelles il ne comprend rien du tout, comme Leryah, ou bien jnoûns*» (Rabiâa, 56 ans, sans emploi). Ainsi, si la maladie n'est pas inscrite dans le registre des dysfonctionnements organiques, elle est alors expliquée par des phénomènes surnaturels(1). Ce constat est présent plus chez les femmes non instruites, tandis que les femmes instruites renvoient les maladies ne relevant pas des dysfonctionnements organiques plutôt aux troubles psychologiques ou psychiques. La maladie mentale, par exemple, nécessite selon elles, une prise en charge médicale, psychologique et sociale. Les femmes non instruites, quant à elles, ne croient pas à la compétence des médecins dans ce domaine :

> «*Les gens se dirigent vers les hôpitaux psychiatriques rien que pour faire interner leurs proches malades. Ces médecins ne peuvent rien faire. Ce sont les foukaha(2) et les awliya(3) qui peuvent les guérir. Les médecins leur donnent seulement les médicaments pour les calmer, mais ils ne peuvent pas les guérir*»
>
> (Khadija, 46 ans, femme de ménage).

(1) عصام العدوي، 2010، الصحة والمرض: رؤية سوسيوأنثروبولوجية، إضافات، العدد التاسع، ص. 108-107.

(2) Fkih au singulier: Personne pieuse et religieuse, censée apprendre le Coran par cœur et connaître les *ahâdîth* et qui a des pouvoirs de guérison.

(3) Sage savant et pieux, vénéré pour sa sainteté et dont la vie a été consacrée à la prière et à l'enseignement. Ce terme désigne aussi la tombe où ce dernier est inhumé. Les marabouts sont innombrables au Maroc, et chacun d'entre eux est réputé pour une compétence particulière qui le distingue des autres.

Cette distinction entre les maladies naturelles et les maladies surnaturelles permet la coexistence de deux conceptions de la maladie, la première gère le corps biologique tandis que la deuxième gère le corps social(1).

Les représentations sociales de l'étiologie des maladies partagées par les participantes à l'enquête déterminent dans une large mesure les stratégies de prévention qu'elles adoptent en vue de préserver leur santé.

Que font les femmes marocaines pour préserver leur capitale santé ?

Un mode de vie sain: souci spécifique aux femmes instruites

Dans ce cadre, les femmes instruites pensent que pour rester en bonne santé, il faudrait adopter un régime alimentaire sain et équilibré et ne consommer que les aliments exempts de produits chimiques : «*Il faut manger bio pour ne pas empoisonner son organisme*» (Naîma, 40 ans, ingénieur d'état). En plus, elles déclarent que boire beaucoup d'eau aide le corps à éliminer les toxines et concourt à garder un bon état de santé. Aussi, les femmes instruites mettent en avant l'importance de l'environnement qui agit défavorablement sur la santé : «*J'habite à Hay Al Fath, je m'y plais beaucoup, mais, je compte déménager pour m'éloigner de l'humidité, sinon je risque de devenir asthmatique*» (Saîda, 30 ans, enseignante).

Les interviewées insistent aussi sur l'importance de lutter contre le stress, plus particulièrement le stress lié au travail :

> «*J'ai changé de travail bien que le premier était mieux rémunéré, mais j'ai été toujours mal à l'aise à causes des relations tendues et conflictuelles*» (Imane, 33 ans, administrateur).

(1) Delphine Fanget et Kemal Cherabi, 1997, *Le VIH-Sida en milieu migrant arabo-musulman en France*. Op.cit. p. 195.

Les tourments professionnels, le poids de la hiérarchie, la pollution et le rythme de vie accéléré sont des facteurs qui peuvent engendrer la maladie et contre lesquels la personne doit lutter autant que possible :

> «*Bien que je n'ai pas le temps, je me suis inscrite dans un club pour faire du sport, la natation, le yoga…le sport représente pour moi la meilleure façon de rester en bonne santé et de garder la forme* «
>
> (Souad, 42 ans, ingénieur d'état).

Si le sport est privilégié par cette participante, il ne constitue pas, tout de même, une préoccupation générale. Cela pourrait être expliqué par le fait que le sport reste encore une préoccupation éminemment masculine, même dans les sociétés développées comme la France[1].

En revanche, les loisirs (le voyage et les randonnées, la danse, la lecture, le Yoga…) constituent pour les femmes instruites interviewées de véritables stratégies pour combattre le stress et promouvoir la santé reconnaissant ainsi l'influence du bien-être psychologique et moral sur la santé physique.

En ce qui concerne les femmes non scolarisées, aucune d'entre elles n'a évoqué le sport. Le régime alimentaire et l'environnement sain ont été signalés par un nombre réduit. Les loisirs aussi ne constituent pas une préoccupation majeure pour ces femmes. Le stress professionnel n'a pas été abordé directement, mais certaines femmes ont déclaré qu'il faut «*être à l'aise dans son travail*» (Jamila, 39 ans, femme de ménage).

Il ressort que les femmes cadres sont plus engagées que les femmes non instruites dans la préservation de leur santé. C'est ce que Michael Calnan[2]

(1) Anne-Sophie Cousteaux, 2010, «Représentations de la santé et cycle de vie. De la recherche du bien-être au maintien des capacités». *Op.cit.* p. 40.

(2) Cité par Ysabel Provencher, 2003, «Milieux sociaux d'appartenance et représentations de la santé chez un groupe de femmes âgées francophones du Nouveau-Brunswick». *Service social*, vol. 50, n° 1. p. 235.

confirme en avançant que les femmes issues des classes moyennes et supérieures sont beaucoup plus nombreuses à considérer la possibilité de prévenir l'apparition des maladies que celles issues des classes populaires. Cette démarcation de classe pourrait s'expliquer par le fait que « prendre soin de sa santé, veiller à son alimentation par exemple, est, en grande partie, affaire de ressources et de contraintes diverses, liées au travail, au revenu ou à la vie familiale»[1]. En effet, le niveau socio-économique conditionne le rapport que la personne entretient avec son corps, par conséquent, les cadres supérieurs sont plus attentifs à l'hygiène de vie – qu'il s'agisse de sport ou de régime amaigrissant.

La protection contre Al âyn et shour: une préoccupation commune

En parallèle avec les pratiques décrites précédemment, les interviewées croient que la lecture du Coran contribue aussi à la préservation de la santé : «*Je lis le Coran en sortant de la maison et on y rentrant, j'implore Dieu pour qu'il me donne la santé, ma famille et moi*» (Soumia, 45 ans, administrateur), et à la protection contre les actes de sorcellerie qui peuvent être pratiqués par les gens envieux et malveillants «*J'ai peur de toukal, mais je dis bismillah* (au nom de Dieu)*, je lis des verstes coraniques et je mange, le coran peut vaincre l'effet de shour*» (Malika, 30 ans, femme de ménage).

Contre *Al âyn*, la lecture du coran est très efficace et suffisante pour les femmes instruites : «*je cite Mu`awwidhatayn*»[2] (Soumia, 45 ans, administrateur). Les femmes non scolarisées quant à elles, recourent à certains rituels afin de détourner et annuler l'effet mauvais œil:

(1) Claudine Herzlich, «Consommation médicale et catégories sociales: des disparités subsistent mais les écarts se réduisent, citée dans Philippe Adam et Claudine Herzlich. *Op.cit.* p. 48.

(2) Les deux sourates dans lesquelles le refuge auprès d'Allâh est recherché

«Chaque fois que je rencontre quelqu'un qui a ce pouvoir, je plis ma langue dans ma bouche, ou bien je regarde le mur en répétant machaallah plusieurs fois, on dit que ça annule l'effet d'Al âyn …»

(Malika, 30 ans, femme de ménage).

Pour se protéger du mauvais œil, les femmes évitent de parler de leurs projets de vie devant les personnes réputées d'avoir ce pouvoir de crainte d'éveiller leur jalousie et s'attirer le mauvais œil. Cette conception est largement partagées entre les femmes instruites aussi *«Il faut passer inaperçu, il ne faut pas attirer la jalousie des autres»* déclare Saïda (30 ans, enseignante). Encore une fois, les interviewées justifient leur attitudes par des références religieuses «*le prophète l'a dit :» waylon limane acharate ilayhi alasabiô walaw bikhayr* [1]» ajoute la même participante.

Aussi, pour préserver la santé, il faut surtout s'éloigner de tout ce qui peut inciter la colère du Dieu (takwa Allah) :

« Il ne faut pas voler, faire du mal à autrui, il faut respecter les préceptes du Dieu…sinon ce dernier peut se venger soit par des maladies, soit par une mort subite et scandaleuse…»

(Saliha, 40 ans, sans emploi).

Harris Memel-Fotê[2] dans son étude sur les représentations sociales de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens montre que bien que les acteurs pensent que le Dieu est l'origine absolue de la santé, ils croient aussi que l'homme concoure par ses actes à la perpétuation de cette santé, notamment à travers le respect des préceptes religieux, l'adoption d'un mode alimentaire sain, la non violation des interdits sexuels, le respect des traditions…

(1) Malheur à ceux qui sont pointés par les doigts, c'est-à-dire qui attirent l'attention des autres, même si c'est à travers de bonnes choses.

(2) Harris Memel-Fotê, 1998, *Les représentations de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens*. Editions L'Harmattan, p. 26-27.

De la pluralité étiologique à la pluralité thérapeutique

La pluralité des représentations des causes de la maladie donne naissance à une pluralité des approches thérapeutiques. En effet, les propos des femmes reflètent la mobilisation de plusieurs processus de soins. Croire que la santé est une œuvre de Dieu n'empêche pas les femmes de recourir aux soins médicaux, car la croyance au surnaturel ne découle pas d'un manque de crédibilité du système biomédical, ne le concurrence pas et se substitue pas à lui[1]. C'est ainsi qu'on retrouve dans les propos des interviewées la coexistence de plusieurs approches thérapeutiques car «on croit en la médecine, comme on croit à la sorcellerie»[2].

Issam Addouni (2010)[3] quant à lui, souligne qu'en milieu rural, la médecine moderne constitue le dernier recours des marocains, notamment après l'échec de la médecine traditionnelle. Ce n'est pas le cas pour les participantes à la présente enquête, qui ne souffrent pas de difficultés d'accessibilité physique aux structures de soins. En fait, ces femmes privilégient le recours aux soins biomédicaux en cas de maladies complexes. Par contre, s'il s'agit d'une maladie bénigne, dont le processus thérapeutique est avéré, les femmes recourent d'abord à l'automédication.

L'automédication : pratique courante chez les femmes marocaines

L'automédication, selon l'OMS consiste «pour une personne à choisir et utiliser un médicament pour soigner une affection ou un symptôme qu'elle a elle-même identifié». L'automédication est devenue, actuellement, un

(1) Saadia Radi, 1996, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Op.cit. p. 188.

(2) Delphine Fanget et Kemal Cherabi, 1997, Le VIH-Sida en milieu migrant arabo-musulman en France. Op.cit. p. 195.

(3) عصام العدوني، 2010، «الصحة والمرض: رؤية سوسيوأنتروبولوجية»، إضافات، العدد التاسع، ص. 107-108.

phénomène très fréquent qui peut avoir de nombreuses conséquences néfastes suite aux erreurs de posologie et d'éventuelles interactions médicamenteuses. L'automédication peut entraîner une nette perte de chance pour le malade étant donné que le traitement symptomatique léger peut masquer la symptomatologie et ainsi retarder le diagnostic d'une pathologie et la mise en place de son traitement, ce qui augmente les coûts à moyen terme(1).

Le recours à l'automédication est une option qui a été évoquée par toutes participantes : « *J'achète les médicaments directement de la pharmacie et si j'ai des doutes, je demande conseil au pharmacien*» (Btissame, 41 ans, ingénieur d'état). Ce recours est privilégié aussi par les femmes non scolarisées «*La plupart du temps, j'achète le médicament sans voir le médecin*» (Charifa, 36 ans, femme de ménage).

Les interviewées non scolarisées justifient le recours à ce mode de traitement par les gains financiers qu'il permet. Elles évoquent la pauvreté et la cherté des soins :

> «*Je ne peux pas me permettre de payer la consultation même au niveau d'un hôpital public, on doit payer 60DH, donc je préfère acheter les médicaments directement de la pharmacie*»
>
> (Saliha, 40 ans, femme au foyer).

Les femmes instruites, quant à elles, justifient leur pratique par le gain en termes de temps qui les encourage à s'acquérir directement des médicaments sans prescription médicales :«*Je n'ai pas le temps d'aller consulter, même au privé, tu dois sacrifier une demi journée pour voir le médecin*» (Najia, 35 ans, ingénieur d'état). Pour les participantes non scolarisées, le souci du

(1) Denis Raynaud, 2008, Les déterminants du recours à l'automédication. *Revue Française des Affaires sociales*, n° 1, p. 81-94, p. 83.

temps n'est présent que chez les ouvrières qui travaillent dans les sociétés privées. L'une d'entre elles déclare : «*Si je veux voir le médecin, je dois demander l'autorisation de mon chef, parfois il ne me paye pas la demi journée*» (Zahira, 30 ans, ouvrière).

En France aussi, l'automédication constitue une pratique courante notamment chez les actifs, les plus occupés et les mieux rémunérés pour lesquels le gain en termes de temps constitue un souci élevé contrairement aux non actifs(1).

Outre le manque de temps, un autre facteur encourage les femmes cadres à recourir à cette modalité de traitement. Il s'agit du niveau d'instruction élevé qui permet à ces dernières d'acquérir un certain savoir médical leur permettant de s'auto soigner. En effet, il paraît que les personnes instruites s'estiment capables d'évaluer leurs symptômes(2). Dans ce cadre, Sihame (27 ans, informaticienne) déclare :

> «*Pour les angines, je prends l'ERY 500 puisque je suis allergique à la pénicilline, je ne vois pas le médecin non plus pour les anti-inflammatoires, je sais lesquels qui me conviennent le mieux».*

Philippe Adam et Claudine Herzlich (1994)(3) soulignent, eux aussi, que l'achat des médicaments sans ordonnance médicale est l'une des pratiques répandues plus chez les classes sociales favorisées étant donné qu'elles disposent de ressources cognitives et culturelles leur permettant de se repérer plus dans le système de soins.

(1) Enquête décennale Santé (2002-2003) citée par Raynaud Denis, 2008, Les déterminants du recours à l'automédication. *Op.cit.* p. 86.

(2) Direction Générale de la Santé, Enquête sur l'automédication (2002-2003) citée par Raynaud Denis, 2008, Les déterminants du recours à l'automédication. *Op.cit.* p. 87.

(3) Philippe Adam et Claudine Herzlich, 1994, *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Op.cit. p. 48.

En plus de la prise des médicaments sans prescription médicale, la majorité des interviewées recourent aussi aux plantes médicinales «*C'est très efficace, car les médicaments sont fabriqués à partir des plantes*» (Sanaâ, 36 ans, enseignante). Les femmes non scolarisées partagent le même avis mais pour des raisons différentes. Il s'agit du prix des médicaments qui est en dessus de leurs capacités financières «*Les médicaments sont chers [...] c'est pourquoi, si on me recommande une recette traditionnelle, je n'hésite pas à l'essayer*» (Jamila, 39 ans, sans emploi).

Contrairement aux participantes non scolarisées, les interviewées instruites sont conscientes des risques de l'automédication à base de plantes médicinales, notamment ceux liés aux effets indésirables non éprouvées :

> «*J'ai toujours les plantes médicinales chez moi, mais il faut dire que je commence à les utiliser avec modération et précaution, car elles peuvent avoir des effets néfastes que nous ne connaissons pas, par exemple je ne savais pas que 'sanouj'* (nigelle) *que j'utilisais depuis longtemps pourrait aggraver mon hypotension*»
>
> (Samira, 32 ans, ingénieur d'état).

Le problème de posologie se pose aussi « *de plus, je ne suis jamais sûre de la dose à prendre* «ajoute la même participante. Il ressort donc que l'automédication constitue une pratique courante pour les femmes, qu'elles soient instruites ou non, issues de milieu précaire ou de milieu aisé. Néanmoins, il est clair que les participantes à l'enquête recourent à l'automédication, qu'elle soit par médicaments pharmaceutiques ou bien par plantes médicinales, uniquement pour les troubles bénignes ou les pathologies courantes qui nécessitent des thérapies identifiées. Pour les autres maladies jugées sérieuses ou à symptômes non identifiés, les interviewées recourent au système médical.

Les soins biomédicaux : le premier recours des femmes marocaines

La médecine moderne est considérée par Saâdia Radi[1] comme le système vers lequel se tournent d'emblée les acteurs. Les résultats des entrevues confirment ce constat. En effet, toutes les femmes interviewées recourent aux soins médicaux en cas de maladie. Les femmes instruites préfèrent les soins médicaux privés à cause de la lourdeur bureaucratique qui caractérise le secteur public *«J'avais une fistule anale, je souffrais énormément. A l'hôpital public, on m'a demandé de suivre plusieurs démarches pour être prise en charge»* (Bouchra, 40 ans, administrateur) et le délai d'attente jugé trop long comme l'atteste la même participante : «*On m'a donné un rendez-vous de quatre mois pour me faire opérer. Comment j'aurais pu supporter une telle douleur ? Je me suis faite opérée dans une clinique privée*». Toutefois, certaines femmes avouent que le secteur public dispose de plus de compétences :

> « *Je préfère l'hôpital public bien-sûr, c'est moins cher, le personnel est plus compétent. Mais il est difficilement accessible, il faut que tu as quelqu'un là bas pour te faciliter l'accès.*»
>
> (Bouchra, 40 ans, administrateur).

Quant aux interviewées non scolarisées, elles optent pour le secteur public pour des raisons économiques «*Je me soigne à l'hôpital public, je présente le certificat d'indigence et je suis prise en charge gratuitement*» (Zahira, 30 ans, ouvrière). Elles s'adressent en premier lieu aux centres de santé avant d'aller aux hôpitaux «*On ne paye rien au centre de santé, parfois même on nous donne les médicaments*». (Jamila, 39 ans, sans emploi). Ces résultats concordent avec ceux de l'enquête auprès des ménages marocains, sur le recours aux soins et les dépenses de santé[2], qui a fait ressortir que les

(1) Saadia Radi, 1996, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical.* Op.cit. p. 188.

(2) Ministère de la Santé /UNICEF, 1996, Le recours aux soins et les dépenses de santé. Enquête auprès des ménages. Maroc.

ménages appartenant au niveau bas, sont les plus utilisateurs des services publics tandis que les ménages appartenant au niveau socioéconomique moyen est supérieur optent pour le secteur privé.

Il ressort donc que, malgré la persistance chez les femmes sans instruction, et à un degré moindre, chez les femmes instruites, d'une vision enchantée de la santé et de la maladie, cela ne les empêchent pas de recourir aux soins biomédicaux pour traiter et gérer leurs maux comme témoigne Saphia «*Le Dieu a créée le remède comme il a créée la maladie, c'est le rôle du médecin*» (37 ans, enseignante). Toutefois, Abdelrhani Moundib(1) souligne que malgré ce recours à la médecine moderne, cette dernière n'est perçue que comme *Sboub* pour solliciter la clémence du Dieu mais qui ne peut, en aucun cas, vaincre le *Mektoub* : «Aucun savoir faire ni aucune science ne peuvent se substituer à la volonté de Dieu. Ainsi la médicalisation quel que soit son genre demeure un instrument de clémence divine.». Les femmes non scolarisées partagent aussi la même opinion selon laquelle le médecin n'est que «*sabab» tandis que «chafi howa Allah* (c'est le Dieu le véritable guérisseur)» (Saliha, 40 ans, sans emploi).

L'analyse des propos des participantes montre que la décision d'opter pour les soins médicaux n'est pas conditionnée exclusivement par leur situation socio-économique étant donné que toutes les femmes issues de milieu défavorisé affirment recourir aux soins médicaux au même titre que les femmes aisées. Ce qui ne concorde pas avec ce que Henri Dorvil(2) annonce ««le rapport réflexif au corps, caractéristique des classes supérieures commande des recours plus fréquents à la médecine. L'ouvrier ne peut se permettre ce luxe... réservé à ceux des classes supérieures qui

(1) Abdelrhani Moundib, 2015, Culte des saints et santé: les awliya guérisseurs. *Op.cit.* p. 2.

(2) Henri Dorvil, *Types de sociétés et de représentations du normal et du pathologique: la maladie physique, la maladie mentale*. Op.cit. p. 15.

accomplissent un travail non manuel». En effet, selon les résultats de la présente recherche, le niveau socio-économique des interviewées n'influence en rien leur décision de recourir aux soins biomédicaux. En revanche, c'est le choix du secteur privé qui dépend largement des capacités financières des femmes. C'est pourquoi, les femmes issues de milieu aisé préfèrent le secteur privé tandis que les femmes issues de milieu défavorisé, optent, faute de moyens financiers, aux structures de soins étatiques.

La médecine traditionnelle : de la paix de l'âme à la gestion des conflits sociaux

Les femmes scolarisées considèrent que la prière renforce la foi en Dieu, ce qui se répercute positivement sur l'état moral de la personne et l'aide à accepter sa maladie, par conséquent, à guérir «*Lorsqu'on est malade, on désespère, la foi en Dieu nous donne la force de lutter*» (Sihame, 27 ans, informaticienne), d'ailleurs c'est «*le Dieu qui nous donne la santé, le médecin n'est qu'un moyen pour réaliser la volonté du Dieu*» (Lamyaâ, 38 ans, administrateur). Ces mêmes arguments sont repris par les femmes non scolarisées «*la santé et la maladie sont entre les mains du Dieu, le médecin n'est qu'un moyen*» (Saliha, 40 ans, sans emploi). Dans ce cadre, aucune différence entre les deux sous groupes n'a été soulevée. En effet, la prière, pour Claudine Brelet(1), est un moyen qui aide les pratiquants à combattre le stress, elle «favorise une profonde relaxation neuromusculaire grâce à laquelle les tensions de la vie quotidienne sont régulièrement évacuées».

En revanche, seulement une minorité parmi les participantes instruites, recoure parfois au *Bkhour* ou *tfoussira* (l'encens) pour combattre les forces du mal et retrouver la santé :

(1) Claudine Brelet, 2002, *Médecines du monde: histoire et pratiques des médecines traditionnelles*» éd. Robert Laffont, Paris. p. 429.

«*Oui pour lebkhour et lefssoukh, ils ne font pas de mal, je les utilise chaque fois que je me sens faible sans raison, ou bien lorsque je reçois chez moi quelqu'un qui a Al âyn (kaykawas)*»

(Hajiba, 35 ans, enseignante).

Par contre, aucune femme de ce groupe n'a déclaré avoir recours à la visite des sanctuaires et des *awliya*.

Quant aux femmes non scolarisées, elles déclarent que le *Bkhour* ou *tfoussira* ainsi que les guérisseurs traditionnels représentent une modalité de traitement courante. Certains guérisseurs, comme le rapporte Zahira (30 ans, ouvrière), jouissent d'un pouvoir surnaturel qui leur permet de guérir même les maladies graves à pronostic vital pour lesquelles la médecine occidentale ne peut rien faire :

«*Certains guérissent des maladies dermiques chroniques rien que par un attouchement, il y a des gens qui ont «Ibaraka»* (bénédiction et distinction) *et peuvent faire des miracles comme guérir le cancer si le dieu le veut*».

La vision enchantée de la santé et de la maladie chez les femmes enquêtées, notamment celles non scolarisées, prend face et devient plus confortée lorsque le système biomédical se révèle impuissant. Dans ce cadre, Malika (30 ans, femme de ménage) raconte :

«*L'une de mes amies était très malade, elle a vu plusieurs médecins, en vain. Finalement, c'était 'toukal' qui lui a été donné par l'une de ses connaissances. Elle est allée voir l'oûwadiya*(1) *qui a fait extraire 'toukal' de son estomac*».

(1) Guérisseuse traditionnelle réputée avoir le pouvoir de faire ressortir du corps humain les substances étrangères et/ou toxiques.

Certaines participantes ont eu recours au *foukaha* au moins une fois dans leur vie :

«*Je suis allée voir un fkih guérisseur qui m'a complètement débarrassée de mon eczéma après plusieurs années de souffrance, rien que par trois dirhams de feuilles de sidna moussa que j'ai acheté moi-même et il a juste passé sa main dessus, je les ai brûlées sous mes pieds. C'était rapide et miraculeux !!* «

(Jamila, 39 ans, sans emploi).

Pour les sanctuaires, les femmes interviewées croient en leur pouvoir cependant elles déclarent ne jamais eu recours à leurs services à des fins de guérison.

C'est aussi ce que Saâdia Radi(1) confirme en déclarant que les marocains recourent au système traditionnel dans la volonté de maintenir l'espoir de la guérison. C'est pourquoi la médecine chrétienne comme la nomme Saâdia Radi, malgré ses incontestables progrès, n'est pas arrivée à évincer la médecine traditionnelle. Le témoignage de cette participante prouve que la maladie, quand elle résulte d'une pratique humaine exprimant une rivalité sociale, ne peut pas être traitée par la médecine moderne qui ne reconnaît pas les explications surnaturelles. Autrement dit, la médecine traditionnelle tire sa légitimité non pas de son pouvoir de guérir, mais elle perdure car elle est liée à une représentation qui perçoit la maladie comme expression d'un antagonisme social[2]. Ainsi, si on croit à la médecine traditionnelle c'est parce que «la sorcellerie, le mauvais œil et la possession font partie intégrante de la panoplie culturelle et parce que les antagonismes sont vécus avec acuité».(3)

(1) Saadia Radi, 1996, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Op.cit. p. 188.
(2) Saadia Radi, 1996, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Op.cit. p. 194.
(3) Delphine Fanget et Kemal Cherabi, 1997, *Le VIH-Sida en milieu migrant arabo-musulman en France*. Op.cit. p. 195.

L'analyse des entrevues a fait ressortir un autre thème, celui de la médecine alternative dite médecine douce. Les femmes instruites y adhèrent : «*Je fais Al hijama régulièrement, il paraît que ça aide à améliorer la circulation sanguine en se débarrassant du 'mauvais sang'*» (Lamyaâ, 38 ans, administrateur). La saignée, qui doit se faire dans une période spécifique, est basées sur des données scientifiquement prouvées :

> *«Il est préférable qu'elle soit pratiquée entre le 17 et le 22 du mois arabe car cela a une relation avec le mouvement de la lune qui influence aussi les humeurs corporels»*
>
> (Naîma, 40 ans, ingénieur d'état).

Il est à noter que les femmes instruites recourent à la médecine douce pratiquée seulement par des spécialistes «*Pour lhijama, je recours à deux pharmaciens diplômés dans ce domaine, ils ont étudié la médecine alternative au Canada.*»

Les femmes non scolarisées adhèrent aussi à cette pratique, mais y voient une sorte de magie : «*Je sais qu'il y a des personnes pourvues d'un pouvoir magique qui font guérir les gens par des plantes, de la nourriture ou bien ils leur font lhijama*».

L'OMS déclare que le recours à cette médecine, appelée aussi «médecine complémentaire ou parallèle «pour la prévention, le traitement et la gestion des maladies est alimenté par les craintes des effets indésirables des médicaments chimiques, le désir des soins de santé plus personnalisés et un plus grand accès public à l'information sur la santé[1].

(1) Organisation Mondiale de la Santé, 2002, Politiques de l'OMS sur les médicaments, Médecine Traditionnelle: Besoins Croissants et Potentiel, Genève, N° 2, p. 1.

Conclusion

Les résultats obtenus montrent qu'effectivement, les représentations des femmes divergent selon leur appartenance sociale et leur niveau d'étude, en dépit de certains points de ressemblance, relatifs à la considération de la santé et de la maladie comme œuvre du Dieu. Cette croyance au système magico-religieux est encore présente dans les esprits de toutes les participantes avec quelques variations. La maladie est conçue tantôt comme une épreuve positive à travers laquelle le Dieu veut jauger la force de la foi de ses croyants comme c'est le cas pour les femmes instruites, tantôt comme un châtiment par lequel le Dieu punit les pêcheurs et leur donne une opportunité de rédemption, c'est là une représentation largement partagées par les femmes non instruites. D'autre part, les représentations des femmes instruites sont empreintes d'un certain hédonisme en abordant la santé comme élément de bien-être global qui ne se limite pas seulement à la santé physique. Ces femmes paraissent plus attentives à leurs sensations morbides et plus conscientes de l'importance de la prévention et des pratiques saines. Elles entretiennent un rapport plus douillet à leur corps, tandis que les femmes non scolarisées adoptent une vision plus utilitaire de la santé et s'inscrivent plus dans les conceptions médicales classiques qui définissent la santé par l'absence de maladie et de douleur.

Les femmes instruites, même si elles ne sont pas toutes unanimes sur l'effet de la sorcellerie sur la santé, il n'en demeure pas moins qu'elles y croient encore étant donné que cette dernière a été mentionnée dans le Saint Coran. En revanche, la croyance à la sorcellerie et à ses effets magiques sur la santé et la maladie émerge surtout des entretiens avec les interviewées non instruites, issues de milieu défavorisé et qui vivent dans le cadre de la famille traditionnelle où s'expriment plus l'antagonisme social et familial, les rivalités féminines, les conflits et les rapports de domination.

Par ailleurs, toutes les femmes optent pour l'automédication pour les maladies courantes et bénignes. En cas d'échec, elles recourent aux soins biomédicaux. Toutefois, le recours à la médecine moderne n'exclut en rien le recours à la médecine traditionnelle dont les vertus sont louées même par les femmes instruites.

Bibliographie

- Adam Philippe et Herzlich Claudine, 1994, *Sociologie_de la maladie et de la médecine*, Sous la dir. de François de Singly, Ed. Nathan, Paris.
- Brelet Claudine, 2002, *Médecines du monde: histoire et pratiques des médecines traditionnelles*, Ed. Robert Laffont, Paris.
- Canguilhem Georges, 1992, *La Connaissance de la vie,* Voir chapitre IV intitulé «*Le normal et le pathologique*», Ed. Vrin.
- Cousteaux Anne-Sophie, 2010, «Représentations de la santé et cycle de vie. De la recherche du bien-être au maintien des capacités», Notes & Documents, 2010- 01, Paris, OSC, Sciences Po/CNRS.
- Czernichow Pierre, Chaperon Jacques et Le Coutour Xavier, 2001, *Épidémiologie*. Ed. Elsevier, Masson.
- Dorvil Henri, 1985, *Types de sociétés et de représentations du normal et du pathologique: la maladie physique, la maladie mentale*. Collection: Les classiques des sciences sociales. [En ligne] https://core.ac.uk/download/pdf/52975845.pdf Consulté le 12/06/2019.
- Fanget Delphine et Cherabi Kemal, 1997, *Le VIH-Sida en milieu migrant arabo-musulman en France*, Recherche-action, Arcat-sida.
- Herzlich Claudine, 1969, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Ed. Mouton, Paris.
- Kohl Frantz-Samy, 2006, *Les représentations sociales de la schizophrénie,*. Ed. Elsevier Masson.
- Memel-Fotê Harris, 1998, *Les représentations de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens*, Editions L'Harmattan.

- Ministère de la Santé /UNICEF, 1996, Le recours aux soins et les dépenses de santé, Enquête auprès des ménages.
- Moundib Abdelrhani, 2015, Culte des saints et santé: les *awliya* guérisseurs, in *Le Maroc au présent, d'une époque à l'autre, une société en mutation,* Centre Jaques- Berque et Fondation du Roi Abdul-Aziz, pp. 795-803.
- Organisation Mondiale de la Santé, 2002, Politiques de l'OMS sur les médicaments, Médecine Traditionnelle: Besoins Croissants et Potentiel, Genève, N° 2.
- Provencher Ysabel, 2003, «Milieux sociaux d'appartenance et représentations de la santé chez un groupe de femmes âgées francophones du Nouveau-Brunswick», *Service social*, vol. 50, n° 1.
- Radi Saadia, 1996, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Voir Chapitre VII : *Les maux entre Dieu, les génies et les hommes*, Jean Benoist (dir).
- Raynaud Denis, Les déterminants du recours à l'automédication, *Revue Française des Affaires sociales*, n° 1, 2008, p. 81-94. [En ligne] https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2008-1-page-81.htm Consulté le 12/06/2019
- Réseau Québécois d'Action pour la Santé des Femmes (RQASF): Le stress, Limiter les effets néfastes du stress sur la santé, 2004, p. 1-3.

- العدوني عصام، 2010، «الصحة والمرض: رؤية سوسيوأنتروبولوجية»، إضافات، العدد التاسع، ص. 107-108.

La fugue chez la jeune fille:
Quelle spécificité pour la délinquance féminine

Ouchelh Maria
Professeur De psychologie Clinique
Université Mohamed V, Faculte des Lettres- Rabat

Résumé

Afin de nous initier au sujet de l'enfance et de l'adolescence en errance, nous avons choisi de travailler sur un sujet qui touche des milliers de jeunes, tout en demeurant un mystère pour les parents. Il s'agit de la fugue chez les jeunes filles.

En effet, c'est un sujet qui concerne les conduites à risque, marqué par sa présence en divers stades d'évolutions de l'être (même chez les animaux); et par sa non spécificité au sexe masculin. Il s'agit d'un passage à l'acte qui se confirme en lui-même, par son nombre et sa fréquence ;en dépassant toutes les visions subjectives, tous pré-jugements de valeurs qui l'isolent au stade d'adolescence en le considérant un comme acte masculin.

Cette thématique nous a intéressé parce qu'elle touche à la problématique du mal-être et de la souffrance à court, à moyen et à long terme. Un malaise illimité dans le temps,au sens où la souffrance se prolonge à travers les répercussions négatives de la fugue, non seulement chez la jeune fille fuguée, mais aussi chez son entourage.

Par objectif de repérer le mal-être et la souffrance, nous espérons nous rapprocher davantage des pensées profondes de la jeune fuguée, tout en essayons d'éclaircir plus notre sujet par un cas illustratif d'une jeune fille fuguée.

Ainsi, nous allons parler de la fugue en son terme et en son sens général, sans distinguer celle sans signes clairs d'avant-garde ou justifiée, par une cause définit, de celle caractérisée par des signes préalables, des raisons précises d'avant acte.

De même, on ne parlera pas de la fugue limitée dans le temps : que ce soit précis, court (quelques jours, une semaine)ou indéfini, longitudinal (des mois, des années)qui a un sens de disparition ;non même on désignera la fugue effectuée individuellement de celle en bande. Cependant, il va de soi que les limites de notre travail ne permettent pas d'en aborder toutes les diverses facettes de cette conduite.

Nous sommes invités à discuter cet état de conduite dans une modeste réflexion ; celle qui nous permettra de comprendre mieux que le pathologique peut se résumer à la déviance d'un Comportement. Sans nier que n'importe quelle conduite d'une adolescente, y compris celle de la fugue,ne peut être qualifié de pathologique, seulement dans la mesure où on prend en compte ce comportement, mais aussi les propres racines psychologique de cette adolescente, son histoire et son contexte de vie marqué par l'évolution. Dans ce sens, je me permets de citer la parole d'Albert Einstein qui disait : «il faut rendre les choses complexes les plus simples possible, mais il ne faut pas les rendre plus simples que possible».

Mots clés : fugue, socialisation-enculturation, résonance psychique.

Abstract :

In order to learn about wandering childhood and adolescence, we have chosen to work on a subject that touches thousands of young people, while remaining a mystery to parents. This is the fugue among young girls. Indeed, it is a subject which concerns risky conduct, marked by its presence in various stages of evolution of the being (even in animals); and by its non-specificity to the male sex. It is a passage to the act that is confirmed in itself, by its number and frequency; surpassing all subjective visions, all pre-judgments of values that isolate it in adolescence by considering it as a masculine act.

This theme has been of interest to us because it touches on the issue of short, medium and long-term ill-being and suffering. Unlimited unease in time, in the sense that suffering extends through the negative repercussions of the fugue, notally the fugue girl, but also in her surroundings. In order to identify wellness and suffering, we hope to get closer to the deep thoughts of the young fugue, while trying to clarify our subject further with an illustrative case of a young fugue girl.

Thus, we shall speak of the fugue in its term and general sensors, without distinguishing between that without clear vanguard or justified, by a definite cause, and that characterized by precedents, precise reasons before act. Similarly, we will not speak of the fugue limited in time: that this precise, short (a few days, a week) or indefinite, longitudinal (months, years) which has a sense of disappearance; not even the fugue carried out individually from that in strip will be designated. However, it goes without saying that the limits of our work do not allow us to address all the various aspects of this conduct.

We are invited to discuss this state of conduct in a modest reflection; the one that will allow us to understand better that the pathology can be summed up as the deviance of a behavior. Without denying that any conduct of a

teenage girl, including that of a fugue, cannot be described as pathological, only insofar as this behavior is taken into account, but also the psychological roots of this teenage girl, her history and her evolutionary context. In this sense, I would like to quote Albert Einstein, who said, "we must make complex things as simple as possible, but we must not make them as simple as possible."

Keywords: fugue, socialisation-enculturation, psychicrésonance.

Discussion théorique du thème

La fugue, est une fuite du sujet hors de son milieu familial, et de sa résidence habituelle. C'est le fait de partir, sans autorisation, sans aucune prévention du lieu ou de la destination de l'acte. Un départ désigné par une sorte d'impulsivité, de brutalité,d'où la personne fuguée n'a pas de but précis, ne sait pas où aller et déambule au hasard. Parfois seule, parfois s'organise en bande sous l'impression, d'un leader, selon les conditions de la fugue et celles qui l'antécédent. Pourtant, on ne peut pas parler de la fugue qu'au-delà de l'âge de six ans à sept ans ;làou sa fréquence se distingue par variable sexe, c'est-à-dire qu'elle est plus visible et critiquer chez la jeune fille, ce qui nous emmène plus à poser des questions sur la qualité des relations objectales, le degré de doute face à l'identité personnelle, les éléments extérieurs encourageant tel les réseaux sociaux, l'influence par les camarades. Mais que le lien entre l'enfant et l'adolescent fugué, reste marqué par la non disposition des moyens en dehors de l'agir et le passage à l'acte pour fuir.

Généralement la fugue dépasse la journée, mais reste variable dans sa durée, elle peut être à court terme(pour quelques jours), ou à long terme (pour quelques semaines, voire des mois). Certes, la durée de la fugue doit

dépasser une journée pour qu'on puisse parler de la fugue ; mais en sa convergence aux autres facteurs, cette relation demeure relative, surtout que la fugue devienne un mode de vie chez certains, dite que parfois, elle peut aller jusqu'à la disparition.

Cependant, la fugue varie en fonction de sa durée, des conditions dans lesquelles elle est mise en œuvre. C'est en fonction de cette diversité, que le degré de danger qu'elle engendre varie aussi : elle peut être grave quand elle devient synonyme d'errance et de squat dans la rue,à tel point qu'elle peut prendre un sens pathologique, là où elle porte des signes de crise, en la prémisse d'autres comportements dramatiques telle la délinquance dans toutes ses formes psychiques et sociales.

En la plupart des cas,la fugue manifeste chez la personne fuguée l'épilogue d'un conflit subjectif (psychique)et /ou objectif (social). Elle prend le sens de l'incapacité à gérer quelques modes d'adaptation avec soi et / ou avec l'autre. Apparemment, elle est liée à la volonté de s'opposer et de s'affirmer ; comme mentionné dans la définition de G. Heuyer (1955) de la fugue telle une conduite qui déclare la première affirmation de soi d'un/une jeune qui à la fois proteste et demande, par sa volonté, son choix conscient et inconscient, de s'enfuir de tout.

Dans ce sens, la fugue est un état d'abondant qui représente une mise à distance, présentée comme seule solution involontaire à la haute tension, provoquée par des conflits incapables à surmonter. A premier lieu, elle nous invite à prendre en compte la face cachée d'un malaise intense, d'une détresse, plus au moins profonde, face à des problèmes avec l'entourage et /ou avec soi-même, tout en raison d'un système non compatible à un physique et un psychique en cours d'évolution. De cela,la fugue est une fuite marquée par l'absence d'organisation, de planification ; en quelque sorte, elle est à la proie d'une réaction brutale et impulsive face à un mode

de vie réellement ou symboliquement incompatible avec les besoins et les exigences du fugueur. Notons, que certains deux y sont particulièrement vulnérables et présentent eux-mêmes des troubles sociaux, psychiques, voir psychiatriques annexes avec des conduites psychopathiques, antisociales, délinquantes.

Bien que ce comportement de fuite du contexte environnemental, nous emmène à penser à la situation de conflit, de détresse, elle nous conduit aussi à considérer la fugue à la fois comme seule solution et comme modèle représentatif d'opposition à l'égard de tout ce qui est jugée d'étouffant. Tout dans l'espoir de trouver ailleurs une vie meilleure, loin du contrôle, des contraintes, avec un désir inconscient, un espoir sous-jacent d'être repris autrement. Comme l'avait précisé Xavier Pomerleau (2003), en considérant la fugue comme une pathétique quête d'oxygène dans une atmosphère jugée d'irrespirable ; un appel au secours avec un message : «Je ne peux plus continuer à vivre dans ces conditions-là…».

Cependant, la fugue est une conduite marquée par un dialogue paradoxale, d'où le fugueur est dans la nécessité d'abandonner avant d'être abandonné, en même temps qu'il est dans l'obligation de partir pour revenir. C'est une résiliation, une retrouvaille avec soi, mais pas toujours une réussite car la fugue au tant qu'acte demeure l'aveu d'échec et une conduite à tout risque qui doit être prise au sérieux (J. Malka et P. Duverger, 2003).

Les limites de la fugue à d'autres conduites semblables

Le **raptus**, comme automatisme d'acte en psychologie, se définit comme une impulsion soudaine, un désir impérieux d'accomplir un acte impulsif, et qui peut être violent,susceptible de pousser un malade à l'agressivité. Sa relation à la fugue, se consiste en la présence de la colère, crise psychologique appartenant à ce que l'on appelle un automatisme d'acte dont la fugue, en l'absence du contrôle de soi, peut en faire partie. La différence

se trouve dans la fréquence du raptus chez l'adulte, par rapport à l'enfant et à l'adolescent, et aussi que le raptus survient plus avec une impulsion violente en l'existence d'un problème psychopathologique.

Le voyage pathologique est le déplacement d'une personne sans but objectif et sans raison que le psychopathologique. Il prend aussi un autre sens que la fugue,qui est le nomadisme : l'émanation d'un délire aigu ou chronique. C'est donc le symptôme d'une pathologie psychiatrique. Néanmoins, certains états confusionnels ou amnésiques peuvent être à l'origine de voyages pathologiques, ainsi l'observera- t-on dans certains cas d'épilepsie comme l'épilepsie à automatisme, dans des traumatismes crâniens, comme aussi lors de prise des toxiques, ou encore dans certains états névrotiques telles crises d'hystérie. Le voyage pathologique se différencie de la fugue, qui se fait en réaction à un événement, et de l'errance où existe une notion de confusion.

L'errance est un comportement où existe une notion primordiale de confusion. Cela pourra concerner certaines situations d'inadaptation psychosociale, comme il peut répondre à des situations plus au moins pathologiques tels chez les sujets déments, les confus mentaux, les toxicomanes, ou des sujets présentés à un choc traumatique ou affectif violent...

Le terme d'errance convient mieux à celui de la fugue, pour désigner les déambulations chez les sujets marginaux à problèmes d'adaptation sociale, ainsi que d'autres comportements chez les personnes en rupture sociale qui,pour eux, l'errance ou le vagabondage est un mode de vie caractéristique.

Sa relation avec la fugue se trouve dans les formes répétitives de cette dernière, de même qu'elle peut mener à l'errance :quatre enfants errants sur cinq ont étaient des fugués. Ainsi, partagent-ils les mêmes conséquences.

L'école buissonnière est un comportement considéré comme un des types de la fugue, à tel point qu'il est nommé **«fugue de l'école».** Il s'agit d'un comportement qui ne fait pas sujet de la fugue de la résidence familiale, même si le refus de l'école et même parfois l'école buissonnière, peuvent être la cause de cette dernière. Pour cela, l'école buissonnière mérite une mention spéciale. Ce genre de fuite se distingue de la fugue de la résidence familiale, par le fait qu'elle est une conduite qui répond avant tout à un mécanisme phobique,ce dernier sous- tend la fugue, laquelle masque en fait une phobie de l'école. A signaler que l'école buissonnière engendre deux grands types, différents selon l'âge : -la fugue des enfants à l'âge de 6- 7 ans, c'est-à-dire au début de la scolarité primaire, ses enfants expriment une angoisse intense vis-à-vis de toute séparation avec leurs mères ; - la fugue des enfants de 10 ans, concerne les enfants qui sont spécifiquement angoissés par l'école, ils partent le matin à l'heure habituelle, mais une fois arrivés,ils se trouvent angoissés, et ne peuvent entrer. Généralement, la phobie scolaire renvoie aux difficultés de séparation ; parfois elle est associée à la phobie sociale qui apparaît dans les relations avec les camarades de classe, ou à l'agoraphobie qui se manifeste par la peur de suivre le trajet vers l'école.

En effet, le comportement de la **fugue** n'est pas d'essence pathologique. Ainsi on préfère définir la fugue chez l'adolescent en dehors de ce qui est purement médical, et un peu loin des conduites décrites dans la sémiologie psychiatrique. Sachons que la fugue peut se heurter à une problématique développementale, c'est-à-dire que le développement psychique et mental peut entraîner une multiplicité de signes :à l'adolescence tout peut se voir sans que ça prenne forcément un caractère et un sens pathologique.

Le Sens de la fugue par rapport à ses facteurs

Chaque conduite a un sens, une clef spécifique non isolée, et qui sert à exprimer quelque chose ; c'est le synonyme d'un pont communicatif entre

le monde interne et le monde externe. De cela, la fugue sert à dévoiler un état d'être quelconque chez l'adolescent, comme sujet inapte à recourir aux moyens usuels d'un adulte pour s'exprimer, sauf le passage à l'acte, la réaction immédiate afin de se délibérer d'une tension interne; alors plus le besoin est grand plus la réalisation est brutale et prendra la voie d'un risque. Néanmoins, les adolescents traversent une période de développement propice aux remises en questions, caractérisée par une quête identitaire majeure. En quelque sorte, ils ont besoin de vérifier dans la réalité la distanciation avec leurs relations objectales plus au moins conflictuelles établies durant l'enfance. D'une part, comparativement aux adultes, ils ont des degrés plus élevés d'inquiétude, de doute avec des sentiments d'ambigüité vis-à-vis de soi et à l'égard de tout ce qui les entoure. D'autre part, ils ont moins de ressources d'adaptation et sont, de ce fait, plus exposés aux conduites à risque. De cela,il est de soi que l'adolescent veut dire par une conduite à risque qu'il a des sentiments puissants, flous par leurs ambigüités ; Des sentiments qui ne résument pas tout, mais qui nous aident au moins à déchiffrer quelques aspects de l'acte de fugue. Parmi ces sentiments :

1° Le sentiment d'ennui, d'inutilité des stimulés qu'ils l'entourent : à travers la fugue, il cherchera à s'auto-stimulé ou occuper son temps sentis immobile, par soulagement des tensions illimitées.
2° Le sentiment d'être marginalisé, non désiré :à travers la fugue, il cherchera un entourage où il sera mieux valorisé.
3° Le sentiment d'insécurité, d'insurté : la fugue lui apaisera le sentiment de solitude, par l'insertion dans une bande d'adolescents qui lui semblent familier.
4° Le sentiment d'impuissance, d'incapacité : la fugue lui permettra de s'affirmer sans être contrôlé, orienté par un adulte, ni corrigé en cas d'erreur.

Ses sentiments semblent avoir, plus au moins, en commun une forte tension qui les marque, les alimente dans leurs rythmes selon leurs contenus, le niveau et le degré de déviation engendré. De même, ses sentiments, peuvent s'imposer comme des pulsions subjectives. Implicitement ils sont capables de diriger, d'orienté la personne fuguée vers un choix comportemental, comme conséquence de fugue. Un choix qui prend lui-même son sort, qualitativement et quantitativement, dans son insertion dans un groupe de copains (le cas d'errance en groupe) ou aller se réfugier chez une famille, ou bien suivre seul l'aventure et requérir individuellement le destin.

A signaler que ses sentiments ne peuvent pas être apaisés que dans les passages à l'acte illimités, ceux qui succèdent la fugue comme première réaction. Parfois certains stimulants extérieurs jouent un rôle de renforcement et d'encouragement de ces sentiments. En France, selon le dispositif d'écoute et de soutien aux familles pour l'enfance, l'internet est un facteur déterminant de 8,3, alors qu'elle était de 4,1% en 2006. C'est à dire que 8% des jeunes fuguent à cause de l'internet, dont une majorité de filles qui se sont enfuis de chez elles. La première expérience avec l'internet vise à trouver un écho à la souffrance, le chat permet la rencontre avec des semblables, des images idylliques. A travers l'internet certaines adolescentes se plaisent à imaginer qu'elles fuguent, mais d'autres passent à l'acte.

Ainsi, les sentiments que prouve l'adolescent, expriment un état d'être qui reflète une réalité extérieure objective, comme facteur de fugue. Une réalité interprétée, par le fait d'avoir subi une autre lecture, selon le contexte général où s'interactives plusieurs éléments marqués par un physique et un psychique en cours d'évolution, et un environnement qui accepte ou non ce passage transitoire, fatal, avec un degré de conscience active, opérationnelle,un niveau de savoir-faire et réagir en cas du nécessaire.

Ainsi, l'environnement a son rôle à comprendre par le fait qu'un adolescent est un sujet, un être en cours d'évolution, encore fasciné et tente la découverte. Il n'est pas source de problèmes, mais une ressource, qui peut être présentée comme un atout alimenté par l'énorme sentiment de fierté qu'il a pour grandir et affranchir le monde adulte : pour le garçon prendre et suivre les repères de masculinité et pour la fille avoir des repères de féminité et accéder au seuil de maternité. C'est un atout qui nous oblige à changer le regard et le discours fondé sur la hiérarchie, sur la capacité et l'incapacité, le bâton et la carotte. Mais que ce changement nécessite avant tout la capacité de dépasser notre anxiété, notre peur d'adulte intégré et sculpté par le jeu de rôle marqué par le dysfonctionnement. Dans ce sens on partage avec M. Fize (2006), l'idée selon laquelle l'adolescent est un être ordinaire dans une situation qui peut être extraordinaire. Et c'est selon cette situation que les adolescents se différencient, et c'est selon elle aussi que se différencie le garçon de la fille.

En quelque sorte, cet exemple des sentiments qu'on a présentés dévoilent l'existence de l'hétérogénéité des envies, des besoins de l'adolescentes fugueuses ; de même qu'il différencie,singularise une fugueuse d'une autre. Ce qui nous permettra de comprendre mieux le degré de la sensibilité du sujet de la fugue par rapport à sa complexité, son ambigüité au sein d'une discussion objective.

En bref, les facteurs de la fugue sont multiples, mais on peut les regroupés en deux grandes motivations : objective en rapport avec les conduites parental, et subjective liées à la jeune elle-même. Ces deux groupes ont recours à l'interaction factorielle, qui mène à la causalité de cette fuite et aux choix qui la succéderons (Miller et Hoffman, 1980). Ainsi, plus la sensibilité, la vulnérabilité, est une façon de réagir vis-à-vis des propres besoins, au point de préoccuper la vie affective ; plus le narcissisme se fragilise autant plus fort que l'adolescente devient susceptible à la critique et aux remarques

négatives. Malheureusement, ce mouvement subjective coïncide aux réactions parentales qui se déterminent dans l'extrémité soit de l'autorité, du contrôle excessif, soit de l'indifférence, la tolérance, l'irresponsabilité. La fugue reste donc enracinée dans la façon dont les parents et leurs enfants interagissent, celle où tous ensembles communiquent dans des modes d'interactions différents, voir opposés. La preuve c'est qu'une suicidant adolescent sur deux a fait des fugues auparavant, et que le suicide (tentative ou réussi) n'est pas tant corrélé à la problématique dépressive, mais surtout au syndrome anxieux(H.Pierron, 2003) ; Dans un sens clair, Une tentative de suicide et une fugue ont des buts équivalents : fuir une réalité dans l'espoir de pouvoir vivre autrement.

Les conséquences psycho-clinique de la fugue

Les fugues sont pratiquement faites sur un coup d'impulsivité. Elles engendrent ainsi un soulagement pour l'adolescente, mais qui s'avère être un piège, au moment où la personne fuguée se trouve devant l'incapacité à faire demi- tour et revenir à la maison.

Il s'agit d'un comportement à tout risque, car après avoir quitté le foyer la jeune fuguée se trouve devant multiples aventures. La plupart du temps le manque et le besoin la situent dans la nécessité du partage avec les inconnus.

Aprioris, le risque est le résultat de deux éléments qu'on considère de primordial : La situation et l'état : ces deux éléments désignent la présence d'un manque et d'un besoin. Pour le premier point, la situation monétaire est désignée par le manque d'argent et le besoin de répondre au minimum d'exigences de survie, les plus essentielles (comme la nourriture). Concernant le deuxième point, l'état physique et psychique caractérisé par le sexe féminin et par l'immaturité. Au nom de la loi,la jeune fuguée est mineur, de même par rapport à son état psychique et physique c'est un sujet en cours

de développement (dans tous ses modèles) ; et qui a encore besoin de plus d'expériences, plus de compétences, afin de pouvoir assumer complètement sa propre responsabilité : elle est dans un état non stable, marqué par le profil différentiel socialisation-enculturation non encore bien intégré par étayage (E. Burman, 1996).

Une fois en rue, la jeune fuguée se trouve dans une position de transition où les repères sont autres. L'autre monde imaginé le meilleur, le paradis dont sa totalité, devient dès le départ un enfer sans fin, selon l'exposition illimité aux beaux parleurs, les vendeurs des rêves. En la plupart des cas, ces inconnus anges qui aident à dépasser toutes les difficultés, se dévoilent devant toute résistance ou refus de continuer à rependre et à exécuter. C'est le cas pour certaines fuguées, mais pas pour tous. Alors, Le sort se diffère et se différencie selon la personnalité de la fuguée et les conditions de l'après-fugue. C'est ce qu'on doit comprendre par rapport à la réalité subjective et objective, celle qui est marquée par l'état de fugue qui est un éloignement des repères originaux, sachons que notre conception de la famille est la base d'un Tout, et que la rupture de ce Tout marque un déséquilibre, un vide extérieur et intérieur qui devient plus effrayant.

A travers ce billet,la jeune fuguée devient exposée à toutes les dérives qui la poussent vers des passages à l'acte, en remplissant son manque interne par l'alternance entre la violence et le délit ; où le tout est permis et parfois alimenté parla vengeance, par le droit de tout faire.

Alors, du vol à l'étalage à une braqueuse en bande,d'une allumeuse, à une prostituée, d'une serveuse des toxicomanes et des alcooliques à un abuseur des produits et des substances toxique. Ainsi, plus ces comportements la mettent en risque, plus la nécessité financière devient sans fin, illimité à l'égard du besoin permanent et immédiat. «L'ici et maintenant» devient en quelques sorte une des bases de son économie et de son fonctionnement

psychique, avec des limites qui deviennent de plus en plus flous, selon les nouvelles expériences et selon les différents types de personnages rencontrés.

Il est vrai certes, difficile de parler de la fugue chez la fille, car cet état est considéré comme un tabou chez le sexe féminin, à cause des répercussions qu'elle engendre, surtout au niveau sexuel. De cela, on peut comprendre l'énigme que comporte la vision subjective, sur la rue comme espace mystérieux et d'une spécificité masculine.

Ces regards ne sont pas assez distancies des préjugées socio-culturel, d'où le manque d'études sur la fugue chez la fille est assez remarquable. Pour mieux comprendre cet état, il fallait comprendre que la fugue chez la fille dans notre pays demeure moins acceptable socialement que celle chez un garçon, de même que sa présence dans la rue est moins visible.

A propos de ce dernier point, on peut dire que la fille a plus de chance d'obtenir de l'aide puisqu'on l'associe, consciemment et ou inconsciemment, à la stabilité et aux premières relations avec le monde extérieur, aussi même par rapport au sexe masculin la femme a plus de chance à trouver du travail. A son tour, la fille fuguée cherche plus de la stabilité, de la sûreté par rapport au garçon qui aura plus de tendance vers l'aventure, comme cité chez R. Lucchini (1996) dans son ouvrage sur la spécificité de la délinquance féminine.

Un autre élément qui apparaît d'importance par sa fréquence chez la fille, est le non- retour à la maison, qui trouve son sens dans un corps marqué par la culpabilité,la honte, non seulement pour elle mais aussi pour sa famille qui épuise toutes excuses et justifications sur cet acte, équivalent d'un franchissement d'un seuil, paliers d'interdits et de règles sociales intégrés. Un seuil qui se diffère symboliquement, au niveau représentatif,d'une fuguée à une autre ; en quelques sorte, il peut se remplacer par une impression

subjective d'avoir le pouvoir de dépasser les limites et de créer des distances temporaux-spatiales. Ceux- ci ont d'autres sens, qui distinguent la nouvelle identité de la jeune. Plus au moins, la fuguée devient capable de développer des compétences falsifiées de survie dans la rue d'une manière variable, selon sa personnalité et selon le contexte dont elle s'est mise. Tous cela,dans une sorte de «sollicitude qui pourra expliquer son implication dans les nouveaux rôles, et la possibilité de faire le retour vers la maison» (W. Winnicott 1994, p. 121). Mais, il y a des situations qui indiquent plus l'incapacité de s'étayer sur une sollicitude qui peut aider à tourner la page, à faire le retour, comme celle de la fugue réactionnelle au viol par inceste.

Illustration clinique

Afin d'illustrer un regard sur les répercussions de la fugue chez la jeune fille, je serai ravi d'introduire l'exemple d'une jeune fille âgée de vingt ans. Venue faire la consultation au service de psychiatrie à l'hôpital d'Inzegane (la province d'Agadir), pour un sevrage à l'alcool, au Hachich et à d'autres substances toxiques. Il s'agit de Zohra, jeune fille qui a quitté le foyer parental à l'âge de douze ans. La cause en était de son mal entendu avec ses parents. Selon ses dires, ces derniers l'agressent physiquement et symboliquement, dès qu'une discussion se déclenche autour des études que Zohra veut achever. Pour elle les études n'emmènent nulle part, et pour les parents c'est un rêve perdu mais recherché à travers Zohra. La fille unique de la famille, qui prendra la responsabilité de réaliser tous ce que les parents n'ont pas pu réaliser.

Après quelques jours d'isolement et d'évitement, elle a quitté la maison,s'est réfugiée dans un quartier, dans une ruelle où elle mendie afin de pouvoir allez chez sa tante qui vivait dans une autre ville. Trois jours dans la rue, trois jours d'inquiétude et de peur, l'argent reçu n'était même pas assez suffisant pour acheter une bouteille d'eau, les gens n'étaient pas assez généreux

pour donner de l'argent à une petite fille, car son apparence ne reflète aucun signe de manque et de besoin. Alors réaliser le projet initial, celui d'aller chez sa tante apparaît très loin, il est donc nécessaire de chercher d'autres sources d'argent. C'était à ce moment là où elle a commencé à sentir de la nostalgie à l'égard de sa famille, mai symbolisée par la peur, elle n'a pas pu faire demi-tour. Une situation d'entre deux qui ne la pas bloquer certes, mais elle a créé chez elle, une sorte d'inquiétude alimentée par des sentiments de solitude, d'être perdu, d'être ici et nulle part, d'être impuissante; en même temps qu'elle doit protéger et garder ses amarres, se défendre seule pour continuer à survivre. Cette situation qui est d'apparence dynamique, l'a poussé vers l'aventure de chercher un travail comme femme de ménage. Apparemment la situation de la jeune Zohra, après la fugue, n'est pas assez différente de celle d'une fille de la rue, par le besoin et le manque d'argent elle vole la nourriture ; Un vol qualifié par le besoin et la compensation orale, et qui exprime en quelque sorte la présence d'une anxiété, réclamé par un tiraillement entre le bien et le mal. Plus le temps coule, plus elle devient moins exigeante et demande n'importe quel travail. Mais qui prendra le risque d'engager une petite fille fugueuse ? Possible pour quelqu'un, un profiteur comme le propriétaire d'un restaurant qui lui a proposé un travail de laver la vaisselle et de faire le ménage, à condition de ne pas demander de l'argent, ni dépasser le seuil du restaurant pour n'importe quelle raison ; l'accord de Zohra était rapide e tfacile devant le besoin de se nourrir et se loger.

Une semaine après, Zohra a commencé a constaté que la vie n'est pas assez facile à vivre, le travail dans le restaurant était si pénible, qu'elle ne profite que de trois heures de sommeil par jour. En plus la dernière nuit, précédée par sa fuite du restaurant était marquée par un acte considérée par elle de dramatique, un acte de tentative de viol de la part du fils de son patron. Après cette fuite, elle s'est réfugiée dans un quartier où elle croyait que personne ne la trouvera.

Deux semaines après, en se baladant dans un marché, pour ramasser les fruits abîmés, jetés par les vendeurs, une des femmes qui travaillait dans le restaurant l'a saisisse. Elle lui a proposé de la loger, la nourrir à condition de travailler avec ses deux filles pour payer le loyer. Pour Zohra le marché est conclus puisque le travail est offert et le logement aussi, sans même connaître la nature du métier qu'elle va exercer. La jeune fille doit attendre la fin de la semaine pour l'arrivée des filles de la femme, qui était d'une grande générosité, d'hospitalité durant une semaine. Le jour du travail est venu, la mère des deux filles lui a donné des habits qui apparaissaient bizarres pour Zohra, mais la femme ne lui a pas manqué d'expliquer que c'est un travail d'accueil, qui nécessite un corps jeune, capable de répondre aux désirs et aux plaisirs d'autres corps soifs, mais capables de payer le prix du plaisir qu'ils obtiendront. Le refus de Zohra a était bien exprimé, mais pour la femme toute négociation pour accepter ou refuser la prostitution est hors de questions, par persécution,elle doit accepter sinon elle sera embarquer par la police.

L'aventure de cette jeune n'a pas tenu à sa fin par la prostitution qui est devenue pour elle une profession dès l'âge de douze ans, mais elle a pris d'autres allés tels : le tabagisme (à treize ans), le trafic de hachich (à quatorze ans), l'abus d'alcool (à quinze ans), l'abus de divers substances toxiques (entre quinze à vingt ans). Une succession et progression au niveau des comportements additif, dont elle s'y est enregistrée et pris la suite depuis sa fugue. C'est un échange, selon lequel elle a forgé des nouveaux repères.

A noté qu'après trois consultations au service de psychiatrie, Zohra interrompe ses visites à son psychiatre traitant, dès lors aucune nouvelle d'elle. Sauf une de ses amies, qui nous a informé que Zohra a quitté le pays à travers l'immigration clandestine, vers l'Espagne où elle demeure

prostituée ; mais qu'elle a d'autres projets : mettre le voile après avoir quitté le domaine de la prostitution et suivre un traitement de sevrage,à condition d'avoir la réclamation de sa résidence légale en Espagne.

A travers ce passage d'exemple, dont on prendra en compte les signes de risque par leur gravité et répétition. Et les signes évocateurs d'une problématique plus ancienne. On peut dire que la fugue de Zohra n'était pas un simple passage d'un lieu à un autre, d'une situation à une autre, mais plutôt un acte et état plein de sens au niveau du temps et d'espace, comme deux éléments primordiaux dans notre lecture de la situation de Zohra.

Les actes de Zohra après sa fugue de la maison, sont marqués par l'instabilité, des fuites symboliques dans un temps et dans un espace perdu, non limité. Mais aussi un temps et un espace non dimensionnés, car même s'ils sont illimités au niveau de leurs rythmes, dans leur contenus ; ils réclament une stagnation. En fait prouvés dans toutes ses conduites répétitives, il ne s'agit que d'un seul temps, d'un seul espace identique à lui-même. Ainsi, il est clair que les conduites à risque chez Zohra sont assez tracées par la répétition et par l'autodestruction, réclamant ainsi le degré de la déconstruction de son identité psychique et sociale ; ce qui justifie en quelque sorte la mort symbolique, au moment où elle a commencé à s'investir dans la formation d'un faux self qui ne répond qu'aux exigences d'un corps physique : la prostitution, la drogue, le tabagisme, l'alcoolisme. Tout au rythme d'Ici – Maintenant,le nouveau Moi de Zohra suit progressivement un agrippement aux éléments enveloppants immédiats, pour consommer aussi le corps réel et peu à peu se détruire lui-même. Il ne reste qu'une enveloppe sensorielle, fixées au corps biologique, là où le Moi passe le temps dans l'essai à contenir ce qui fuit, et où l'inscription dans le social est disparue. En fin de compte, les conduites d'autodestruction ne sont qu'un compromis mis

à l'échec, une solution archaïque pour se défendre contre l'anxiété archaïque provoqué par la perte du registre symbolique qui maintient l'équilibre psychique et social de l'être humain : c'est son appartenance à «l'institué culturel» et à sa place dans «l'institué institutionnel». Rappelons que Zohra est une adolescente, quand elle a fuguée elle n'avait que douze ans, donc son registre symbolique est en cours d'évolution c'est-à-dire qu'elle n'a pas encore fondée son identité.

Concernant sa fuite vers l'Espagne, elle n'est en fin de compte qu'une deuxième fugue,là encore où elle a dépassé le seuil géographique vers la recherche d'autres repères socioculturels dans un nouveau «institué».Un acte qui apparaît répétitif, identique au premier acte de franchissement du seuil de la maison vers la rue. Entre les deux seuils: celui de la maison et celui du pays, les conduites de Zohra demeurent agies dans la destruction ; Comme preuve d'une régression archaïque. La prostitution, les conduites additives réclament en quelque sorte l'existence d'une fracture au niveau de l'interdit. C'est le discours des parents qui était brisé, et par conséquence il a fracturé l'accès à l'inter par l'absence d'une parole porteuse de limites intermédiaires et inter médiatisés, des repères qui puisent leurs sens dans la souplesse et le multidimensionnels (au niveau du temps). Il s'agit d'une parole parentale qui n'a pas pu gérer la situation conflictuelle, avec pris en compte des deux temps interactionnels :le temps psychique de Zohra et son temps réel qui est aussi le leurs. C'est en fin de compte, comme désigné par D. Lagache (1950) un discours qui répond à une logique interne et aussi à une dynamique spécifique au réseau familial, donc porteur dans un conflit fatal orienté soit vers la construction soit vers la destruction. Cette dernière peut être la source du choix d'un comportement à tout risque comme un destin, une fatalité forgé par la répétition et la reproduction d'une énergie qui ne s'investie que dans le tour autour du masochisme, l'autodestruction (H. Maidi, 1996). Le non intermédiaire, exprimé par le non aux limites, aux

seuils, bien claire dans les actes de fugue (comme transgression générales des règles sociales) et de prostitution (comme transgression des mœurs).

Là je rejoins les dires de Zohra, depuis le premier entretien, pour réfléchir un peu aux sentiments de vide qu'elle a éprouvé au début de son aventure. J'ai remarqué que tous les sentiments porteurs d'un sens de vide ou réclamée ont diminués progressivement, au fur et à mesure que les sentiments de culpabilité et de l'estime de soi commencent à disparaître : de la crainte d'exercer un travail non légale au vol, de l'hésitation à-propos de vol de la nourriture à la consommation des substances toxiques, de la crainte d'être violée à la prostitution. Probablement les moments de vide étaient passagères dans des stades de transite, là où Zohra a suivi le rythme temporel d'un passage destructif :Au premier,un vide au moment de la perte de sa place instituée (la famille). Au second, par la suite,à l'institutionnel défaillant au temps de l'errance (comme registre secondaire groupal). Au troisième,à l'institutionnel dé- réglées au moment où elle s'est enregistrée dans l'archaïque individuel du groupe (le rejet dans la répétition). Trois temps successifs, qu'elle a poursuivi pour arriver à cette nouvelle institution qui l'emmènerait enfin à remplir le vide angoissant ; là où elle a fait appel à une autre institution dé- réglée, dés- institués. Dans ce sens,elle est passée par une trajectoire, afin de secréter une nouvelle identité à registres défensifs archaïque, instables, de type «oméga», une identité propre à elle avec des réactivations plus foncé«du négatif transgénérationnel» et «du contenant de négatif». (E-Grafton par Sefcick Roland, 1998) ; et tout cela dans le projet de donner un sens à ses actes .

Au niveau clinique, ce passage de l'égal à l'illégal, de la culpabilité à la dé-culpabilité, renforce l'idée précédente selon laquelle Zohra souffre d'un sérieux problème au niveau de l'identité accompagnée d'une anxiété

plus archaïque, et non d'une angoisse liée à la dépression réactionnel. Ce qui est justifié dans sa dernière réclamation, où elle a mis tous ses futurs projets dans le conditionnel : «si j'obtiens mes papiers légales, je mettrai le voile,jequitterai la prostitution, et je suivrai un traitement de sevrage». De même,à travers cette parole,elle dévoile la non conscience à l'égard de sa propre souffrance, et son état psychique ; probablement que ce nouveau enregistrement a interrompu tout encrage dans l'insight névrotique, et il l'a inscrit dans le conditionnel où elle ne peut pas se changer,faire autrement que «Si». Ce qui nous conduira à dire que la fugue peu mener le sujet au-delà de l'errance, de l'exclusion.

De cela, la mise en place d'un travail thérapeutique est d'une nécessité, il doit viser la réinscription psychique et sociale de Zohra ; afin qu'elle puisse prendre sa place d'appartenance à une identité stable qui la tiendra debout en dehors de tout investissement archaïque.

Zohra n'est qu'un exemple de filles fugueuses,qui sont trouvées dans le non – cadre, le des- institués, non fondés et non élaborés sur des repères symboliques compatible, celles nommés par D. Anzieu (1973) comme «topiques subjectives», qui font tenir l'Homme debout et d'une manière stable. Ainsi, la fugue demeure un Etat et non seulement une situation, là où je serai d'accord avec G. Heuyer (1955) qui a insisté sur la valeur de la fugue comme témoin par excellence du «mauvais engagement social», aussi je me permets d'ajouter le terme du «mauvais engagement psychique» dans ce que je dois nommer la dynamique de l'état de fugue.

Propositions pour l'intervention

Pour bien intervenir, il est important d'identifier d'abord les besoins des jeunes fugueurs qui ont conduit à ce type de comportement particulier, mais aussi les comportements déclencheurs chez les parents et l'environnement; afin d'aider les uns et les autres à bien bâtir.

Ainsi, l'état de fugue des jeunes mérite une intervention rigoureuse, qui prend en considération la situation de mouvement, d'évolution dont ils sont en cours. La mise en lieu d'un cadre re-médiatisant, entre le monde interne et le monde externe, est d'une nécessité,plus au moins, d'urgence afin de canaliser et de mettre en lien le registre psychique (l'interne) en mouvement (clivés, refoulés, annulés) avec le registre social. A signaler que l'irruption de lien tissant entre ces deux registres, a causé un déséquilibre au niveau des investissements cohérents entre l'interne et l'externe (le psychique et le social), comme aussi entre le système social et relationnel intégré dans l'unité globale de la personnalité. Ainsi la réinsertion dans un cadre solide et convenable, aux représentations interne et externe, peut réagir positivement sur les deux espaces, et harmoniser le temps psychique en désordre : la résonance psychique est l'inscription dans la temporalité où les particularités culturelles viennent d'un passé et agissent au présent, ainsi l'avenir sera ce qu'est le présent (S. Tisseron ,1992).

L'élaboration d'un cadre compatible peut contenir les deux représentations et tous les registres opposés, d'une façon ou elles doivent être distinguées, différenciées, au fur et à mesure qu'elles réagissent dans l'interaction ; de même que ce cadre doit être solide, bien institué afin de contenir certaines tendances vers l'agir immédiat qui mettes l'adolescent(e) devant l'aventure irréfléchie et tous les comportements de risques.

Ainsi, les anxiétés et même les angoisses archaïques peuvent diminuer progressivement, jusqu'à ce qu'ils se disparaissent au moment où la place autant que sujet lui sera attribué, un sujet qui tient et qui se tient debout, bien engagé dans le temps et dans l'espace qui est des autres et de lui par un étayage équilibré. Finalement, remplacé un «Re» destructeur par un «Re» constructeur ne peut être effectué seulement par une prise en charge bien encadrée de la part d'un psychologue clinicien, mais aussi par une nouvelle vision et intervention de la part de la famille et de l'entourage, qui

de leurs parts doivent participer pour la réussite de la réinsertion et à la fois l'intégration de la personne fuguée. Il s'agit d'une réussite qui enregistre son appartenance au groupe, celle où le mode de fonctionnement duel avec les règles de la société,estacceptée et intégré d'une manière négociable : les positions (dedans ou dehors); l'existence (je suis- je ne suis pas); les valeurs (bon/mauvais, vrai/faux, bien/mal). Ce ré-enregistrement doit se faire d'une façon où l'adolescent va acquérir une fonction de réassurance, qui équilibre sans exclure l'aspect imitateur de représentations porteuses des règles de la société(un surmoi mature) et les enraciner dans l'idéal du moi. Cette limite fonde l'accord entre le soi, le Moi et ses valeurs internes, qui sont à respecter pour s'estimer (donner une valeur) et à estimer (évaluer) pour se repérer.

La référence

- Anzieu D.,1973, «Le travail psychanalytique dans les groupes», Edition Dunod. Paris.
- Burman E., 1996, Entre fugue et expulsion : Le départ de l'enfant dans la rue ; In l'enfance, Vol 3, n° 1.
- Fize M., L'adolescent est une personne, Paris. 2006.
- Heuyer G., 1955, «La dynamique des délits mineurs», Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiènementale de l'enfance; 4 (n 9-10), pp. 413-425. L'Expansion Scientifique Française.
- Kupelesa M., 2006, «La fugue chez les jeunes en difficulté», In Pygmalion, pour l'éducation et le développement. http://pygmalioneducation.free.fr/pages/fugue.html
- Lagache D., 1948, «Contribution à la conduite criminelle», Revue Française de la psychanalyse, 12, n° 4, pp. 541-570.
- Maidi H., 1996, Trauma, séduction et répétition à l'adolescence, vol 35, n° 3, EDK, Paris.
- Malka J. et Duverger P., 2003, Les troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent, Edition Masson. Paris.

- Piéron H., 2003, Vocabulaire de la psychologie, Edition PUF. Paris.
- Pommereau X., 2003, «Quand l'adolescent va mal», Edition (+ de détails)JLBE. Paris.
- Roland S., 1998, L'institution, sa place dans la psyché. L'instituel et le métacadre. Edition IPRS, Paris.
- Serge T., 1992, «La Honte, psychanalyse d'un lien social», Edition Dunod. Paris.
- Winnicot W., Déprivation et délinquance, Payot, Paris. 1994.

A la recherche d'un corps éternel et une séduction hors du temps.

Fatiha Belaid
Professeur de psychologie clinique
et de psychopathologie
Faculté des Lettres et des Sciences Humaines
de Rabat

Abstract

Il s'agit dans cette contribution d'aborder une notion qui ne s'articule que par le lien au corps, la séduction. L'abolition de l'attente et l'accès à des modes psychiques de l'ordre de l'immédiateté,ont rendu le fonctionnement psychique peu frustrant. Côtoyant ainsi une symbolisation à caractère appauvrit et très proche du principe de plaisir. La présence des malaises en matière d'anxiété des fois, en expression de déprime, en est une preuve de l'absence de cette flamme de plaire qui anime les actes d'une femme. De ce fait c'est la spirale de la répétition du même qui empêche tout mouvement temporel.

Les mots clés : le temps, la séduction, la fixation, la symbolisation,le corps éternel, la quête de la parole, la beauté, l'endurance.

الملخص:

إن العلاقة بين الجسد والزمن لا تكاد تخلو من دلالات عميقة. وتتجلى هذه العلاقة في اكتساب القدرة على الانتظار وقبول عدم تحقيق الرغبة بشكل آني. وهي العملية التي تعني القدرة على إنتاج تمثلات ذهنية دون المرور إلى مبدأ اللذة مباشرة. ويمكن القول هنا إن الهاجس هو تقليص معيش الإحباط وتقييد المجال الرمزي في حالة تحديد دور المرأة فقط في الجمال الجسدي. الشيء الذي يعني أن الاشتغال الذهني يتم الحكم عليه بالفقر. مما يؤدي إلى ظهور نماذج مرضية نفسية ذات صلة بالمزاج الاكتئابي الذي يستمد معانيه من فقدان القدرة على الإثارة والإغراء لدى المرأة فيجعلها عرضة لمشاعر الحزن والخوف. وبذلك تنخرط في حلقة ذات اتجاه معاكس لصيرورة حركة الزمن .

La place de la séduction dans le temps

La notion de la séduction a longtemps été soutenu pour désigner, selon les définitions latines, être attirant pour, attirer à, exercer une attraction, soulever et amener en haut, séparer, retirer, soustraire, détourner l'attention pour arriver à ses fins. Ace propos c'est le corps qui est mis en jeu pour affirmer une certaine jouissance. Comme si celle-ci n'a pas de sens en dehors des plaisirs du corps. On aspire à ce que la jouissance laisse entendre autre chose que les attentes du corps, des attentes qui peuvent être liées fondamentalement à des investissements de la pensée. Ainsi ces investissements peuvent affranchir les limites du corps et embrasser l'immense jouissance en tant que par l'être selon J. Lacan, cité par marie Charlotte.

Dans la même lignée, on trouve en psychologie la séduction des soins maternels selon Freud dans trois théories sur la sexualité. Et dans vie et mort en psychanalyse, J. Laplanche(1) va reprendre le principe, comme fait générateur, qui va de l'idée restreinte, à la question de transfert, au message énigmatique de la mère dans la séduction originaire. Une première séduction qui a donné lieu à l'évolution affective avec aboutissement à une autonomie d'un enfant sans être obligé de succomber au charme de la mère. Telle est le destin d'un attachement qui use de la séduction pour être en mesure de faire le passage de l'enfance à l'adolescence.

De son côté, B. Golse de son côté (2006) avait proposé le double ancrage corporel et relationnel du processus de subjectivation. Un ancrage, où l'inter-subjectivité revoie à l'idée de différenciation extra-psychique, permettant à chaque individu de se vivre séparé de l'autre tout en ressentant l'autre comme individu capable de se vivre lui-même distinct. Ce processus n'est autre que le sentiment de continuité d'exister en même temps physiquement et psychiquement. Et c'est grâce à ce sentiment que D. Winnicott (1958) a élaboré un sens signifiant la capacité d'être seul. Une telle capacité d'autonomie nécessaire toute en considérant le corps comme un passage en attente de l'apparition du la parole, a inspiré plusieurs auteurs. Parmi ces auteurs A. Dachmi(2) qui va reprendre le terme de séduction en proposant la notion de la séduction négative. Il y insère une spécificité culturelle de la dépendance à la mère et la faiblesse de l'image paternelle. Donc l'idée de la séduction a vu le jour dès l'enfance et va avoir d'autres répercussions sur le sujet durant le décours de sa vie.

Notre questionnement est comme suivant : Sommes-nous en train d'abolir des notions symbolisantes du moment où attente, patience, silence,

(1) J. Laplanche, Vie et mort en psychanalyse, Paris, Flammarion 1970, p. 251.

(2) A. Dachmi, De la séduction négative, interaction mère- enfant, Faculté des lettres et des sciences humaines, Rabat, 1995, Cité marie Charlotte CADEAU dans son article par toute jouissance autre, Rome, mai 2009.

mystère sont devenus insupportables? Est ce qu'on n'est pas dans un type de rapprochement qui nous prive des mots exprimant notre état d'âme car il existe un certain type d'attachement à un langage favorisant de plus en plus le corps? Sommes-nous en train d'introduire des changements même en rapport avec la simple sphère de plaire et se plaire pour aimer et être aimé ? Serions-nous dans une immédiateté sous l'emprise de tristesse liée au passé et une angoisse de l'avenir ?

Le passage du désir à la consommation immédiate est mortel à la séduction, selon l'expression de H. R. Gisel(1), les caractéristiques psychiques de ces deux états sont radicalement différentes. La notion du temps présent ne doit pas être confondue avec la notion de l'immédiateté de satisfaction. Il s'agit ici de non-ajournement de satisfaction et l'apparition de la pensée dans un penchant symbolisant et une image de déplaisir porteuse de signifiants et de patience source de plaisir et de beauté.

L'attachement à la beauté du corps, voire à l'idée immortelle de ce corps et surtout à la volonté rendre constant une résistance au vieillissement du corps, laisse entendre l'idée de la lutte contre la finitude du temps. S. Freud(2), dans les notes sur le bloc note magique, avait conçu le temps dans un sens spatial pas loin du corps en l'associant à la perception-conscience. Ceci dit que le temps ne se représente qu'en perspective pulsionnelle. Cependant la notion d'un temps vivant, selon H. Bianchi(3), est celle ou coexiste chez l'adulte la construction de l'expression adéquate aux exigences du désir et l'intégration de ses limites. Une intégration qui échappe à celui-ci surtout en rapport avec les pertes. C'est l'injonction du temps à se plier à ses événements communiquant ainsi une information de son caractère castrateur selon H.

(1) H. R .Gisel, Séduction fin d'un mythe, Payot, 2007.

(2) S. Freud, Notes sur le bloc magique, Huit études sur la mémoire et ses troubles, ed. Gallimard, 1925.

(3) H. Bianchi, Le Moi et le temps, Psychanalyse du temps et de vieillissement, Dunod, 1987.

Bianchi. Dans ce cas il est à noter, la simultanéité moins des temps que des espaces d'expériences, où l'objet n'en finit pas de retrouver des signes d'investissement. Ainsi l'objet devient, selon H. Bianchi, médiateur de temps en s'exprimant comme maîtrise d'introjection et maîtrise de la continuité de cet objet. Est-il vrai que le corps doit se plier aux ordres du temps sans se heurter à la réalité inconsciente qui insiste sur le fantasme d'éternité, la réversibilité, l'immortalité, et la résistance aux pertes ?

A vrai dire le temps qui n'est pas seulement fixation sur le corps ou médiateur de l'objet, fait circuler un sens symbolique par les traces de l'objet sur le corps et les investissements de l'objet dans la réalité. A notre sens,l'adulte acquiert au temps des sens, des symboles, des significations que la femme se voit des fois incapable d'en produire que dans une visée liée à la satisfaction ou de perfectionnisme du corps pour séduire. Le sujet reçoit des messages et doit et interagir avec ceux-ci dans un mouvement temporel circulaire souvent du passé et présent. Des messages évoquent plutôt une rigidification du moi lorsqu'il y a résistance inconsciente aux changements du corps et aux changements dus aux événements. Le sujet se voit perdre sa séduction et son éclat (C. Balier 1976). Un corps rigidifié et un temps rigidifié peut inculquer une image idéalisée, refusant une perte d'une image professionnelle par exemple.

Shahrazade(1) a raconté des histoires pour insinuer que la séduction, un pilier du mouvement temporel, est une conception propre au désir. A ce propos, la séduction n'est pas liée à l'acharnement de l'immortalité du corps mais plutôt à la finitude du désir et du temps. Shahrazade qui a fait attendre Shahrayar en racontant des histoires, avait inscrit son désir dans la continuité symbolique. Et ce, pour reporter la décision de sa mort conçue en corrélation avec la satisfaction sexuelle et la séduction immédiate. Donc

(1) Les mille et une nuits, A. Ibn al-Muqaffa Traduction, Antoine Galland, Le Normant, 1806.

le temps est mouvement inscrivant le sujet dans un cadre séducteur de l'intelligence verbale plus que l'attraction du corps. Il maintient ainsi l'objet dans la continuité et non dans la dépendance affective.

Le temps fait circuler, de ce fait, une signification suite à un désir consécutif à une élaboration psychique, dans l'attente et la patience. Mais le manque d'ajournement empêche toute attente et patience à advenir, d'où l'apparition de certains troubles psychiques à connotation dépressive.

Une illustration clinique

Notre séquence clinique proposée, peut constituer l'objet d'une illustration réelle d'une préférence de la beauté et la recherche de mise en valeur le charme du corps. Et ce, malgré une tendance boulimique prédominante, ce qui rend la patiente anxieuse. Elle se défend et se bat d'une façon compétitive pour retrouver l'image d'une jeune fille mince et très séductrice. La perte d'une telle image, selon ses propos, l'entraîne dans des idées dépressives.

Elle est venue en consultation pour des troubles obsessionnels compulsifs. Son discours se focalise sur un conflit conjugal, une rivalité fraternelle, une agressivité envers la mère et un sentiment de toute-puissance. Mais la concentration sur le corps est l'objet d'une perte, d'une angoisse de séparation qui met en valeur une dépendance affective à la mère et une fixation narcissique. Son corps est son seul repère narcissique, car le sentiment de culpabilité est au centre de ses idées obsessionnelles. Qu'en est-il de l'événement dans la vie de la patiente, au cours de son enfance, surtout si on apprend que la décision de divorce des parents et le fait de confier la petite fille à la famille paternelle, a fait surgir chez elle l'idée d'un rejet du couple parental ?

Dans ce cadre il est à souligner une composante de l'événement c'est le secret, un aspect séducteur de l'événement selon J. Lanouzière(1). C'est un

(1) J. Lanouzière, Histoire secrète de la Séduction, PUF, 1991.

événement qui porte un sens référent pour la patiente. Certes les parents ont été d'un grand soutien pour la patiente depuis le début de ses troubles étant enfant, mais les difficultés conjugales relevées dans l'histoire de ces derniers, ont toujours marqués la patiente. On évoque ici des difficultés conjugales rapportées par la patiente dans son propre couple et une identification à la mère dans sa soumission et sa passivité.

La verbalisation des faits demeurant toujours difficile, quand il s'agit de faire preuve de performance, et ce malgré les capacités intellectuelles non méconnues, elle n'arrive pas à s'investir au cours de l'activité professionnelle, car ses angoisses d'ordre relationnelles entravent toute évolution dans ce sens. Son désintérêt de la vie, son évitement du contact social, son sentiment de sous-estimation focalisé sur le sentiment de culpabilité impliquent des composantes dépressives. Donc le passage à l'acte réfléchis sous forme de verbalisation est souvent caractérisé par une pauvreté et ce pour mettre en valeur une défense d'ordre séducteur via le corps. Cela ne s'effectue pas loin de la relation d'emprise avec la mère.

L'impact du temps sur le corps

Le plaisir érotique, selon Freud[1], est un plaisir à aborder le savoir, à en jouer comme un objet anal, à l'exhiber comme un objet phallique, à l'utiliser comme un moyen de séduction, constitue la source des investissements libidinaux durant les apprentissages. Il s'agit là d'une interprétation aussi bien psychique que sexuelle de la sexualité. Il s'agit d'une théorie qui donne à la sublimation le rôle fondamental de l'appropriation ou de maîtrise de la réalité. C'est une maîtrise qui s'effectue à travers la séduction, une forme de puissance sur une réalité qui échappe par les pertes et la persécution de l'événement.

(1) S. Freud, Trois essais sur la théorie de la sexualité, 1905, Gallimard, 1923, traduit par: B. Reverchon-Jouve et B. Groethysen.

A ce propos J. Lacan[1] indique que l'image du corps une première expérience dotée de prémices de fondement du moi, voit le jour en stade du miroir. Ce stade offre au sujet une gestalt soit une forme totalisante, globalisée selon laquelle le corps est une entité unifiée. L'image reflétée est donc constitutive de la manière dont le sujet perçoit son propre corps. L'enfant, avant son entrée dans le devenir-sujet, n'éprouve son corps que dans ce qu'on pourrait appeler une synthèse et qui sans le concours de reflet n'aurait pas sans doute pas lieu d'être lié.

Etant enfant, la patiente a gardé le souvenir de menace de divorce avec un sentiment lourd de culpabilité. Elle avait déplacé son hostilité à l'égard de la mère, alors que ce sentiment était dirigé vers le père. D'où le conflit œdipien constitué autour d'une culpabilité avec identification à la fragilité de la mère. O. Bourguignon[2] évoque le manque loyauté des parents lors du divorce et l'enfant qui devient non loyal. Une telle identification au non loyauté des parents incite l'enfant, à notre sens, à un chantage affectif qui empêche toute immaturité et tout investissement intellectuel. La patiente se voit faible et incapable de s'inscrire dans les relations sociales et dans les activités professionnelles avec succès. Son angoisse s'accentue de plus en plus tout en se dégradant vers un sentiment d'infériorité.

Par ailleurs on a relevé une grande dépendance au regard d'autrui et un investissement agressif envers soi, une fois son image est mise en question, surtout lorsqu'il s'agit d'une réunion au travail, des remarques faites par le père ou le frère. Des remarques simples à vrai dire sur la qualité de son travail mais traduisant en d'autres termes sa fragilité objet de conflit avec l'image inconsciente puissante d'elle-même. Elle n'arrive pas à avoir une réaction défensive mais juste un sentiment de désarroi psychique et un

(1) J. Lacan, Le stade de miroir comme fondateur du je : telle qu'elle nous a été révélée dans l'expérience, PUF, 1949.

(2) O. Bourguignon, Du divorce et des enfants, PUF, 2000.

sentiment auto- destructeur à l'intérieur. L'image de soi souvent affectée est liée à sa grande susceptibilité. Ce qu'on lui renvoie comme image suite à un sentiment d'échec et de faiblesse et un sentiment auto-agressif, amplifient douloureusement sa blessure narcissique.

De même, si l'apparence est une question source d'angoisse, c'est parce qu'elle est attachée à une certaine image du corps idéalisée et figée et à la perte d'une image de jeune fille. Une image sensible aux regards d'autrui.

Le sort de la séduction et la lutte contre le temps.

Dans le cadre de la séduction liée au corps et non pas à un symbole qui s'inscrit dans un mouvement temporel, la verbalisation et le cognitif s'avèrent probablement difficiles à élaborer par la patiente. H. R. Gisel disait que séduire c'est savoir faire attendre dans un temps limité, prévu d'avance... c'est soutenir l'intérêt de la résolution de l'énigme, dans une jouissance verbale régulièrement scandé. L'énigme de la séduction ne doit pas se détourner, en partie de la part du corps comme un produit de parole la véhiculant. Dans ce sens, il est à comprendre une bonne image du corps dans son vieillissement signifiant des traces et un écrit parlant qui séduit par le symbole et fige l'instant d'une expérience passé dans le présent. Ce symbole est productif d'une inscription dans le désir, quand on apprend que la séduction émerge de l'histoire verbale et lieu de la parole qui est le corps. Ce qui émerge de l'histoire de la patiente c'est la parole d'un père ayant été au service de la famille et porteur de symbole. Un père, qui par une lutte dépressive parvient à la constitution d'une fortune avec évitement de l'angoisse de la perte. Son seul souci c'est maintenir la puissance de sa parole par la fortune via la filiation masculine.

Rappelons ici, la contribution de P. Schilder[1] quand il introduit l'image du corps tout en essayant de mettre le point sur une représentation dans

(1) P. Schilder, L'image du corps, Gallimard, 1968.

son axe conscient et inconscient. Donc une représentation aussi bien liée au regard de l'autre et les investissements de la libido dans ce sens. Il se trouve que le maintien d'une image corporelle comme apport d'appui narcissique surtout que toute la famille avait toujours fait allusion à la beauté physique de la patiente. Une beauté qui s'est éclipsée juste après le mariage selon les propos de la patiente. Personne ne lui prête attention à son égard car selon ses propos elle est voilée et elle est devenue obèse. Donc la part inconsciente d'une mauvaise image qu'elle se fait d'elle- même et qui la rend autant culpabilisée d'une certaine perte, constitue sa détresse principale. Elle pleure ce passé de célibat et d'un corps source de séduction alors que le mariage a été porteur de conflits conjugaux. L'investissement du regard d'autrui comme support de jouissance psychique, incite à évoquer un mode de fonctionnement psychique relatif à la dépendance à autrui. C'est pourquoi l'attachement à l'image du corps comme occupation psychique primordiale de la patiente sous- entend une lutte contre la finitude du temps et une séduction non séparée du corps.

Fixation sur le corps

La beauté fixée sur le corps peut être source d'agressivité selon J. Bergeret (1976) comme fonctionnement psychique très précaire. Alors il s'agit d'un retournement de l'agressivité sous le mode agressif par somatisation et plaintes somatiques. Le cas clinique déjà présenté s'inscrit dans ce sens du moment où la patiente se focalise sur son corps pour exprimer son malaise psychique, à noter ici sa conduite boulimique.

La séduction circulaire, à notre avis, nous amène ainsi à faire de l'histoire des moments de repères ou assises narcissiques selon l'expression de PH. Jeammet[1], qui fait retour dans le présent afin de parvenir à être créatif. Il

(1) PH. Jeammet, Processus de l'adolescence, in traité de psychopathologie, D. Widlöcher, collectif, PUF, 2005.

faut trouver dans l'histoire de chaque personne, ce qui la séduit et l'amène à œuvrer par la séduction verbale à produire un système de désirs non vieillissants et toujours à l'écoute d'un corps dans son changement et non dans son immortalité. Un corps qui s'inscrit dans la perspective de finitude sans remords mais avec acceptation. Etre à l'écoute d'un corps même dans son aboutissement et non en pérennisant sacristallisation, à notre sens, autour d'une période de jeunesse.

Par ailleurs l'événement en lui-même,nous séduit mais il apporte un enseignement qui implique des tâches et des fonctions. Il fait appel par son injonction à tous les acteurs afin de maintenir un sens quelque part. La séduction peut être collective et incite à un temps vivant loin de toute satisfaction immédiate. L'événement invite le sujet à un changement, à un renoncement à la séduction ou un réaménagement-enseignement et recours de nouveau à la séduction. Tel est le destin du temps qui est finitude, si on agit par séduction pour constituer un désir et instaurer un sens acquis à toute expérience ou événement castrateur, et ce, en quête d'une parole symbolique.

La quête de la parole

La séduction, à l'insu de la personne, porte en elle-même une découverte qui anime et ébranle. Découverte de l'objet dans son autonomie. R. Gori avait dit : ce qui se dérobe dans la parole à elle sur une certaine séduction[1] : ce n'est pas le patient qui nous séduit, ou nous qui le séduisons mais les paroles et leur pouvoir évocateur. Il y a une certaine présence par la parole qui fait du temps un mouvement psychique et une vie à notre opinion au-delà de tout ennui.

Cependant le terme de séduction a été réfuté dans la culture arabo-musulmane car elle est l'image d'une certaine déviation ou d'un détournement

(1) R. Gori, La preuve par la parole, PUF, 1996.

de l'attention vers autre chose et surtout vers les jouissances du corps. Ici on fait appel au coran et plus précisément à sourate An-najm[1] qui invoque le comportement du prophète une fois à l'ascension que son regard n'a pas été égaré comme pour être séduit. A l'encontre c'est le terme de la beauté est d'usage plus fréquent que la séduction. La beauté a été procuré en culture musulmane non pas au corps et l'apparence mais plutôt à un objet qualitatif qui est la patience. Et nous nous sommes toujours posé la question comment une telle forme si douloureuse et si masochique pourrait être synonyme de beauté ? Le symbole de la séduction longuement décrit est vécu comme signifiant un écart à l'égard de la satisfaction, va céder la place à la patience comme attardement de satisfaction sans détourner l'attention du sujet. Dans ce cadre la beauté de la patience prend la relève sur la séduction comme symbole de l'autodétermination.

Heidegger[2] trouve dans la patience un moment où le sujet exprime une sensibilité considérée comme affection(joie, angoisse, tristesse,ennui) et tonalité d'affection représentant ainsi la condition de la réflexivité. En d'autres termes c'est le fait d'éprouver un sentiment ou avoir une réaction envers un événement qui traduit la position du sujet dans le monde qui doit être supporté. L'événement est un moment de stagnation qui invite le sujet à pâtir dans une forme de détachement de soi. Selon Heidegger être affecté par l'événement, c'est le fait d'être dans l'altérité et le fait de patienter c'est cette façon de s'attarder à ce qui se donne dans le monde extérieur et c'est là la vraie liberté. L'impatience,par contre, est une fuite de celui qui ne sait ni écouter ni attendre y compris dans la fausse générosité de celui qui veut donner sans jamais recevoir. Il est renfermé sur lui-même. Tout au contraire la patience toujours selon Heidegger est l'ouverture à l'altérité du monde. Elle

(1) Coran, Sourate An-najm, Sourate 53, verset 1 et 2.

(2) Emmanuel Housset, La douceur de la patience, revue d'éthique et de théologie, 2008/3 (n° 250).

est le souci de s'attarder auprès des choses,auprès des personnes,auprès des textes pour ne pas forcer leur parole, pour les laisser se dire dans leur rythme propre.

Dans la même perspective la patience selon la conception de Heidegger n'écarte pas l'angoisse de la mort, c'est«se tenir dans la venue de la mort». La patience consiste à se projeter pas seulement dans l'avenir mais dans la finitude. C'est-à-dire que l'assimilation de la finitude fondamentale de l'existence implique que la patience se définit comme une temporalisation authentique. La patience sera ainsi une expérience psychique qui entrave l'ennui.

La mort est une notion qui s'inscrit dans la même perspective car elle est intégrée et bien saisie dans le sens de l'écoute et l'attente. Donc la mort est une notion présente et non projetée par le sujet en dehors mais plutôt introjectée, à notre avis dans le sens d'un corps vieillissant et non éternel. Le sujet développe ainsi une certaine beauté non pas dans l'apparence mais qui réside dans la parole.

Beauté et Séduction

La beauté a été associée à la patience comme figure d'une séduction qui fait attendre et accorde à la psyché son pouvoir et sa productivité. Une beauté d'une haute satisfaction qui imprègne même dans l'insatisfaction une jouissance. C'est une séduction qui va lentement avec des objectifs bien établis d'une façon douloureuse mais acquiert une satisfaction symbolique de production de mots et de paroles. Dans son article la douceur de la patience Emmanuel Housset dit que : la patience est une façon du durer en endurant une relation. Le caractère aventurier est au sein de la beauté objet à conquérir. C'est dans un mouvement temporel que s'inscrit cette aventure pour faire face au désir, pour détourner son objectif et parvenir via son énergie à une symbolisation propre à soi.

Il est probable que la vie psychique a trait à un changement de but dans les pertes liées au temps castrateur et l'événement traumatique. Il est question de tirer un enseignement par la puissance de la séduction conçue toujours en rapport avec corps, selon S. Freud dans les trois théories de la sexualité,qui a le pouvoir de séparer (pulsion d'emprise) d'avoir une maîtrise sur le réel avec détournement de l'attachement(pouvoir de liaison et déliaison) et pour être dans le mouvement temporel et continuité. Et même en perdant le charme du corps, la séduction acquiert des propriétés narcissiques qui servent à donner une valeur et un droit à la parole de transmission, voire au désir.

Donald Meltzer[1] situe les concepts de l'esthétique et de la beauté au centre des questionnements actuels sur la constitution de l'appareil psychique et des processus de symbolisation. Cette rencontre selon lui en un éventuel changement et de séparation qui prend valeur d'arrachement dans la vie intra-utérine ou le fœtus développe les prémices d'une vie psychique de l'attention, de l'intérêt et de l'émotion concernant son contenant qui engagerait l'ébauche de la symbolisation.

La beauté selon Freud a un rapport avec l'inquiétante étrangeté entre un monde intérieur et un monde extérieur. Donc une beauté en rapport avec le retour du refoulé et les expressions de l'inconscient. Nous pensons que la beauté est liée plutôt à une lenteur temporelle, à la patience car il est question d'attarder une satisfaction ou une décharge de tension qui émane de l'événement[2] castrateur inspirant la douleur et la souffrance. La symbolisation qui y réside apporte une jouissance plutôt relative à la beauté du sentiment de report de désir, de son attardement et l'attente d'un aboutissement autre que celui déjà pensé. La beauté dépend ainsi de notre appréhension de nos

(1) D. Meltzer, La douceur de la patience, Revue française de psychanalyse 2003 /2, Traduit par Danielle, Kaswin Bennefond.

(2) H. R. Gisel, Op cité.

expériences psychiques et une parole loin de la séduction physique mais un lien au corps qui assimile l'événement autrement.

Le lien au corps au-delà de la séduction

Notre séquence clinique confirme un certain attachement à l'image du corps comme appui psychique de l'identité. La patiente ne s'en démarque pas pour se faire preuve d'affirmation de soi et de puissance psychique. En l'occurrence notre étude(1) sur le temps et la dépression a montré une prédominance de la somatisation des pathologies psychiques au milieu marocain, notamment la plainte somatique en dépression. Une pathologie impliquant une souffrance psychique qui ne trouve aucune voix d'expression en dehors du corps. La préférence du somatique s'avère une lutte antidépressive loin du désir et une tendance à l'organisation narcissique.

La fixation sur les plaintes somatiques et le cheminement psychique possible dans le cas de la verbalisation est impossible. La plainte dans les propos du patient, maintient la relation à l'objet sans qu'il soit perdu ou détruit. Elle est une lutte contre la dépression. Donc les plaintes somatiques marquent une incapacité à accepter le temps castrateur à lutter contre le temps et la recherche d'un corps éternel symbole de désir. Cependant ce corps nous séduit tout en se donnant l'image idéalisée et non médiatrice de transmission de loi. Autrement dit la fixation sur le corps formulée en dépression est une érotisation de la plainte somatique à notre sens.

Le proverbe arabe dit: «N'ouvre ta bouche que si tu es sûr que ce que tu vas dire est plus beau que le silence «la beauté à un sens d'une symbolisation et non seulement une décharge de la tension du corps. Donc la beauté est associée à la capacité de ne pas se plaindre et de trouver les mots symbolisant l'événement.

(1) F. Belaid, La représentation du temps chez le déprimé marocain, Thèse de doctorat en psychologie clinique et pathologique, Faculté des lettres et des sciences humaines de rabat, 2004.

La beauté assignée au corps peut s'inverser lorsqu'il y a un sentiment agressif et un retournement de l'agressivité contre soi-même. Le temps est dépositaire d'amour et l'espace est dépositaire d'agressivité selon L. Binswanguer(1). Le corps va être une fois il n'y a pas aménagement de l'agressivité comme espace d'expression, et donc le corps va être une source de violence et de projection de violence. Alors que la séparation induit par le temps avec tout objet sauf l'objet idéal, peut probablement faire circuler la beauté de la symbolisation.

Donc on n'a pas besoin d'une séduction liée au corps qui détourne en forme d'égarement de l'attention soit de l'enfant, soit de l'adulte et la séduction telle décrite par des mythologies, mais d'une beauté séparément du corps se pliant au principe de l'endurance dans une lenteur temporelle et des satisfactions modérées non transgressant les interdits à notre avis. Autrement dit, une beauté des mots symboliques s'inscrivant dans la patience et l'attardement, car il y a insertion de la mort comme faisant partie du sort du réel et finitude psychique avec accomplissement d'un rôle. Une beauté qui émane du champs conscient des choses et non seulement issue des effets de l'inconscient.

Les sportifs ont utilisé le terme endurance pour désigner un évitement du repos musculaire. Une opération possible toute en utilisant l'oxygène pour transformer les réserves glucides et lipides en énergie mécaniques. Notre appel à ce terme, tient à mettre le point sur l'endurance comme véritable situation temporelle qui acquiert une continuité malgré les pertes sans fatigues psychiques. Cela s'opère du moment où l'énergie dure aussi longtemps séparément des satisfactions du corps et tout en évitant les accélérations associées à des quêtes de décharges, voire des détentes. (Le sportif n'est pas essoufflé et des réserves sont disponibles).

(1) L. Binswanguer, Analyse existentielle et psychanalyse freudienne, Gallimard, 1970.

La patience est une endurance qui est un mouvement de retrait devant ce qui se manifeste. Et c'est au sein de l'endurance que naît la pensée parallèlement à un temps circulaire qui sera à l'écoute de l'autre et qui fait retour vers soi. Cela s'opère dans un détachement avec le corps et la psyché et une beauté ressentie d'une symbolisation. Et ce parce que dans chaque histoire il y a un symbole à déduire, autrement dit il y a une pensée à conclure du vécu caractérisé par l'endurance. Certes la souffrance prend du coup la dominance liée à l'endurance, mais il y a bien un enseignement, voire un ressourcement psychique à en déduire. Un ressourcement qui va au-delà de la fragilité narcissique qui mène des fois à l'altérité notamment au trouble psychique. Ainsi nous pensons que le temps symbole d'attardement et de lenteur procure une beauté à partir d'une décharge suspendue transformant l'énergie en parole non plaintive et le corps est l'espace symbole de l'accélération et l'égarement. Pour cela le temps s'avère une séparation progressive avec le corps en admettant la mort par celui-ci et parle moi. Il faut dire que la psychanalyse considère que l'inconscient est au centre du fonctionnement psychique, ce qui met de côté la notion de la mort et le corps comme éléments fondamentaux du moi. Par conséquent, il y la difficulté liée à la perte vu le sentiment de puissance psychique inconscient non intégrant la séparation avec le corps et non œuvrant dans la préparation à la mort.

Notre mission c'est habiter un corps et s'en séparer pour instaurer une loi de parole significative, voire une transmission. La séparation avec le corps en vieillissement ou en maladie, amène à accepter la perte d'une image et à œuvrer dans le sens d'une continuité avec une symbolisation et la production d'une parole. Liée à la conception et du temps, la symbolisation fait attarder toute réaction d'angoisse et entraîne une lenteur et installe une capacité de clairvoyance afin de faire preuve de production de symboles, de beauté et de jouissance. Par contre l'attachement à un désir, voire à des désirs émanant du passé et liés au corps ou autres objets, poussent le sujet à œuvrer dans le

sens d'une satisfaction immédiate et un attachement à l'objet, aux plaintes, à l'éternité du corps tout en luttant contre le temps. La conception du temps doit se faire dans une modération et un attardement ce qui rend la patience une figure temporelle comme berceau de la parole.

Bibliographie :

- Belaid F., La représentation du temps chez le déprimé marocain, Thèse de doctorat en psychologie clinique et pathologique, Faculté des lettres et des sciences humaines de rabat, 2004.
- Bianchi H., Le Moi et le temps, Psychanalyse du temps et de vieillissement, Dunod, 1987.
- Binswanguer L., Analyse existentielle et psychanalyse freudienne, Gallimard, 1970.
- Bourguignon O., Du divorce et des enfants, PUF, 2000.
- Cadeau M. C., Pas - toute et Jouissance Autre, Rome, mai 2009.
- Coran, Sourate An-najm, Sourate 53, verset 1 et 2.
- Dachmi A., De la séduction négative, interaction mère-enfant, Faculté des lettres et des sciences humaines, Rabat 1995.
- Freud S., Notes sur le bloc magique, Huit études sur la mémoire et ses troubles, Ed. Gallimard, 1925.
- Freud S., Trois essais sur la théorie de la sexualité, 1905, Gallimard, 1923, traduit par: B. Reverchon-Jouve et B. Groethysen.
- Gisel H. R., Séduction fin d'un mythe, Payot, 2007.
- Gori R., La preuve par la parole, PUF, 1996.
- Housset E., La douceur de la patience, revue d'éthique et de théologie, 2008/3 (n° 250).
- Ibn al-Muqaffa A., Les mille et une nuits, Traduction. Antoine Galland, Le Normant, 1806.
- Jeammet PH., Processus de l'adolescence, in traité de psychopathologie, D. Widlöcher, collectif, PUF, 2005.
- Lacan J., Le stade de miroir comme fondateur du je: telle qu'elle nous a été révélée dans l'expérience, PUF, 1949.
- Lanouzière J., Histoire secrète de la Séduction, PUF, 1991.
- Laplanche J., Vie et mort en psychanalyse, Paris, Flammarion, 1970.
- Meltzer D., La douceur de la patience, Revue Française de Psychanalyse 2003/2, traduit par Danielle, Kaswin Bennefond R.
- Schilder P., L'image du corps, Gallimard, 1968.

- Hamonet Claude, Les personnes en situation de handicap, que sais-je, Paris, 7éme édition, PUF, 2012.
- Khaya Fatima Zahra, 2018, « Les interventions corporelles en matière de santé reproductive : relation de pouvoir au prisme du genre », politiques du corps, publication de l'IURS.
- Mac-Seing Muriel, Christina Zarowsky, 2017, « Méta-synthèse sue le genre, le handicap et la santé reproductive en Afrique subsaharienne », santé publique, vol. 29.
- Le rapport mondial sur l'handicap, l'organisation mondiale de la santé, 2011.
- Zaouaq Karim, 2017, « les femmes et l'accès aux soins de santé reproductive au Maroc », dossier : genre, santé et droit sexuels et reproductif au Maghreb, l'année du Maghreb, sur le site : https://journals.openedition.org/anneemaghreb/3236 consulté le 06/07/2019.
- Larousse médical, édition 2006, p. 434, sur le site : http://www.larousse.fr/archives/medical/page/434#t13451 consulté le 06/07/2019.

بيبليوغرافيا:

- باباعربي لطيفة وباباعربي حياة، إشراف بعلي زاهية، تقدير الذات وعلاقته بالسلوك العدواني، دراسة ميدانية على تلاميذ ثانوية «تقرت»، مذكرة مكملة لنيل شهادة ليسانس في علم النفس العيادي، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2011-2012.
- بيتا كريستين، ترجمة: حسام فازولا، 2017، «الإعاقة لا تعني غياب الحياة الجنسية: الخبرات الإنجابية وتطلعات النساء ذوات الإعاقة في زمبابوي»، قضايا الصحة الإنجابية (النسخة العربية) – الإعاقة وحقوق الصحة الجنسية والإنجابية، العدد 22.
- خلود السباعي، الجسد الأنثوي وهوية الجندر، الطبعة الأولى، الرباط، دار القلم، 2007.
- الكنوني رشيد، الإعاقة بالمغرب عنف التمثلات وممكنات التغيير، الطبعة الأولى، الدار البيضاء، مكتبة المدارس، 2017.
- الكنوني رشيد، التنشئة الاجتماعية للطفل المعاق – دراسة نفسية اجتماعية لقضايا الاندماج بالمغرب، الطبعة الأولى، الرباط، منشورات فكر، 2007.
- كوافحة تيسير مفلح وعمر فواز عبد العزيز، مقدمة في التربية الخاصة، الطبعة الرابعة، الأردن، عمان، دار المسيرة للنشر، 2010.
- النجاري زينب، «وضعية الإعاقة ومؤشرات الفقر في الوسط الحضري المغربي – الإعاقة الذهنية نموذجا»، وضعية الإعاقة في المغرب: الأبعاد النفسية، الاجتماعية والتربوية، منشورات مقاربات.
- السيد فؤاد البهي، سعد عبد الرحمان، علم النفس الاجتماعي رؤية معاصرة، سلسلة المراجع في التربية وعلم النفس، مصر، القاهرة، دار الفكر العربي، 1999.
- غنيم أحمد صبري، محمد صبري غنيم، الإعاقة الحركية بين التعليم والتفكير، مصر، الإسكندرية، سلسلة التعليم لذوي الإعاقات (4)، دار المعرفة الجامعية، 2016.
- البحث الوطني الثاني حول الإعاقة 2014، وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية، فبراير 2015.
- تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية للقاهرة 1994، الأمم المتحدة، نيويورك، 1996.

- Hamonet Claude, Les personnes en situation de handicap, que sais-je, Paris, 7éme édition, PUF, 2012.
- Khaya Fatima Zahra, 2018, « Les interventions corporelles en matière de santé reproductive : relation de pouvoir au prisme du genre », politiques du corps, publication de l'IURS.
- Mac-Seing Muriel, Christina Zarowsky, 2017, « Méta-synthèse sue le genre, le handicap et la santé reproductive en Afrique subsaharienne », santé publique, vol. 29.
- Le rapport mondial sur l'handicap, l'organisation mondiale de la santé, 2011.
- Zaouaq Karim, 2017, « les femmes et l'accès aux soins de santé reproductive au Maroc », dossier : genre, santé et droit sexuels et reproductif au Maghreb, l'année du Maghreb, sur le site : https://journals.openedition.org/anneemaghreb/3236 consulté le 06/07/2019.
- Larousse médical, édition 2006, p. 434, sur le site : http://www.larousse.fr/archives/medical/page/434#t13451 consulté le 06/07/2019.