

المعاش النفسي لمتلقي الزرع الكلوي

The psychological experience of the kidney transplant patient

صحراوي انتصار

أستاذة دكتورة في علم النفس، مخبر الصحة العقلية والعلوم العصبية

جامعة بجاية

ملخص

إن علاج القصور الكلوي المزمن يستوجب إحدى التقنيتين؛ إما العلاج عن طريق التحال الدموي أو عن طريق عملية الزرع الكلوي. سنخصص مقالنا هذا حول عملية الزرع، حيث يتم التركيز أكثر على عملية الزرع الكلوي للمتبرعين من الأقارب الأحياء بالدرجة الأولى باعتبار أن هذه التقنية هي التي تُمارس في الجزائر. وهذا لا يعني إهمال الحديث أحيانا عن الزرع من الأشخاص المتوفون دماغيا. في الجانب النفسي سنركز على معاش العضو الغريب داخل الجسد وصعوبات الإدماج النفسي للعضو المزروع و كيفية تقبله، الإشكاليات النفسية الخاصة بهذه العملية، مع تناول المختلف للذات و اللاذات حسب فيني كوت و سامي علي (Winnicott D W., Sami M. Ali).

الكلمات المفتاحية: القصور الكلوي المزمن، الزرع الكلوي، المتلقي، المتبرع، الذات/اللاذات.

Abstract

The treatment of chronic renal insufficiency requires one of the two techniques; either treatment by haemodialysis or by renal transplantation. We will devote this article to the transplantation process, where more focus is placed on kidney transplantation for donors who are living relatives in the first place, given that this technique is practiced in Algeria. This does not mean neglecting to talk about transplantation from brain dead people. In the psychological aspect, we will focus on the experience of the strange organ inside the body, the difficulties of psychological integration of the transplanted organ and how to accept it, the psychological problems related to this process, with the different approach to self and non-self according to Winnicott and Sami .Ali.

Keywords: Chronic kidney failure, kidney transplant, recipient, donor, self/non-self

. من القصور الكلوي المزمن النهائي إلى عملية الزرع الكلوي

تتميز الإصابة بالأمراض الكلوية بمعبرين أساسيين ؛ المعبر الأول يخص لما قبل المرض، إلى صدمة الإصابة بالتحال الدموي، أما المعبر الآخر فهو خيالي مُفترض و مشروط من التحال الدموي إلى عملية الزرع الكلوي. (Becker, 1974, P539)

حيث يمثل التحال الدموي المزمن و الزرع الكلوي نموذجان للعلاج بالإنابة ؛ بدايته تكون من الإصابة بالقصور الكلوي المزمن في المرحلة النهائية ، ليتتابع زمنيا هذان النموذجان من العلاج في معظم الأحيان. فهما يختلفان في مظهرهما التقني و في عواقبهما، بينما يشتركان و يفرضان كل بطريقته، تعديلات في الصورة و المعاش الجسدي. (Tabbane et coll., 1989,P 325)

المشاكل التي يتعرض لها المصاب قبل عملية الزرع، تعود إلى مصدرين أساسيين:

- التي تخص كل الأمراض المزمنة المُحطة للصحة.

-الصعوبات التكيفية والأمل في الحصول على عضو يسمح بحياة جديدة. (Zdanowicz et coll., 1996, P231)

يعاني المصاب المنتظر للزرع ، من أعراض القلق التي يكون أصلها مرتبط أساساً ؛ بالخوف من الموت، اضطراب الصورة الجسدية بفعل العضو العاجز الذي يرتبط تعويضه بانتظار موت الآخر، -المعطي متوفي دماغيا- ، الاضطرابات التكيفية المصاحبة لهذا القلق تكون بنسبة 2 إلى 14 % و بعض حالات الاكتئاب.أما القلق كعرض منعزل فقد لوحظ عند 39% من المصابين. (Zdanowicz et coll., 1996, P233)

كما يعيش المريض خلال التحال الدموي عجز و نقص قدرات جسده، خصوصاً من خلال حركية مقلصة لأن البنية العضلية هشّة. أما الأهمية المعطاة للتقيّدات الغذائية، و تقليص السوائل، يُرجعنا لصور الجسد الليبدي و لهوامات الجسد القموي. فأهمية الحماية الغذائية؛ قد تعيده لمعاشه في علاقته مع الأم، ثم تُعاش فيما بعد مع الأطباء، بمفهوم مرادف للخطورة. ليكون أكثر خطورة عند عدم

توظيف الكليتين جيدا، حيث تصبح حصص التصفية الدموية مُكَمَّلة حيوية أساسية، عند الوصول لمرحلة الإصابة بالقصور الكلوي المزمن النهائي. أما الطرح عبر الفتحة الشرجية يُعاش بارتياح مقارنةً بالقلق المرتبط بصورة جسدية سيئة و مُسممة بالفضلات السائلة. (Becker, 1974, P543 et 544)

بالمقابل ، خلال العلاج بالتحال الدموي ، فإن طبيعة المنطقة الإحليلية المولدة للُغلمة تُغيّر- بسبب وظيفة التبول العاجزة أو الغائبة-، على منطقة يسجل فيها الذهاب و الإياب للدم المُتدفق على الأقل أو الأكثر جيدا، الذي يظهر بكل بداهة عبر الملاحظة - ملاحظة الفضلات السائلة- خلال حصص التصفية الدموية. لنجد التعبيرات المتكررة لدى المرضى "اليوم التبول جيد"، ويظهر مرارا في حديث المرضى لذة التوظيف، عبر هوامات القذف المُرضي الذي يُصفي الجسد من الفضلات. (Becker et coll., 1978, P260)

تكون الآلة في سجل ليبيدي بدائي عبر انخفاض كمية البول الذي تسببه. بالمقابل إن عدم القدرة الجنسية أو انخفاض الليبيدو لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، تجعل منها آلة مُخصّية. يبقى الحل الوحيد للانعقاد من هذه الآلة هو عملية الزرع الكلوي. فهي من جهة الأمل المنتظر لدى معظم المصابين ، و من جهة أخرى تمثل امتحان آخر يواجهه المريض لأنها مواجهة مع الموت، و كذلك مواجهة مع وضعية جد فريدة، من أجل العيش بفضل تضحية الآخر و بعضو الآخر و التي لا يمكن أن تُقام دون تعديلات في الصورة الجسدية.

ليُقر أحد المرضى: "أريد كلية حية، تنجح أكثر... ويا إلهي ، التحصل على شيء يأتي من ميت في جسدي!"

عندما تُقام عملية الزرع انطلاقا من متبرع من الأقارب، نجد هناك تضحية من المتبرع، ليم دمج العضو الجديد من طرف المتلقي. فتؤدي هذه التضحية من طرف المتبرع إلى الإحساس بالذنب لدى كل متلقي للعضو. (Tabbane et coll., 1989, P 326 et 327)

لا يستلزم الزرع التشريحي إلاّ بعض الساعات، على غرار الزرع النفسي الذي هو طويل و بطيء. إنه يخص القدرات الشخصية للفرد للحياسة (appropriation) على العضو المزروع الذي هو في آن واحد هوائي و حقيقي.

إنه يخص عمل عقلنة كبيرة للتبصّر، لأن هذا المسلك يمر في البداية عبر ميكانيزم الإدماج (incorporation) أين يكون الموضوع غالبا مفروضاً دون إعداد الأنا. و بعدها بالتدرّج يتدخل الأنا و يسود، حيث نجد ميكانيزم الإجتياف (introjection) الخاص بالأنا الذي يقبل الموضوع على أنه خاص به شعورياً. (Burner, 1994, P 121)

سطر العديد من الباحثين ذلك و منهم كرومبز، لوفابر و كونصلي (Grombez J., Lefebvre P. et Consoli S.M.) ليؤكدوا على أنّ ما هو مُدج يتعدى الحدود العادية التشريحية للكلية و يشمل صفات المعطي، القوة، الشباب، الخاصية المرتبطة بالجنس. إنه حقا جسد وسيط، مدج في جسد المتلقي على أساس أنه فقط وكالة (délégation) للمعطي. إذن من الممكن أن نفكر في أن الإدماج (l'incorporation) المصاحب للكلية و لصفات المتبرع لا يمكن أن يعمل إلاّ على اضطراب سيوررات التقمص للمتلقي. (Tabbane , et coll., 1989,P 327) و منه يمكن أن تؤكد مباشرة على أن عملية الزرع ليست فقط كلوية ، لتحمل مضمون هوائي فيه حل يساوي الشفاء لدى معظم المرضى. (Aussenac, 1994, P 130) إذن تتمثل انتظارات المصابين خاصة بعد عملية الزرع، في أمل العودة لحياة عادية، مع زوال أضرار التحال الدموي و الانتهاء من التبعية ناحية الآلة. (Zumbrunnen et coll., 1989, P 2138)

إن مواجهة عملية الزرع وحدها هي التي تسمح بالتجزئة بين سجلات الهوام و الواقع، فحسب تعبير لاقاش (Lagache D.) "الحقيقة هو تجاوز صراع الهوام مع الواقع"

الزرع الكلوي يأتي لسد نقص، حيث قبل أن يملأ الفراغ الجسدي، يجب أن نعطي أهمية كبيرة للبعد الهوائي للكلية المزروعة؛ فالكلية المأخوذة من المتوفى دماغيا هي كلية ميتة، أما الكلية المأخوذة من متبرع حي فهي كلية حية، يجب أخذها بعين الاعتبار في سيوررة الرفض. (Becker, 1974, P 550) تصبح الكلية المزروعة في البطن ملهوسة، تحمل معنى مزدوج للحياة: طفل المحارم، كما تمثل

دليل و منبع ولادته الخاصة به في القدرة الكُلية لحب الذات. في هذا الإطار، نُعطي مثال مريض مزروع الكُلية لم يكن يحترم الحماية الغذائية المنقوصة الملح خلال إصابته بالقصور الكلوي المزمن، ثم أصبح يحترمها بعد عملية الزرع، لما سُئل عن سبب هذا التغيير أجاب "لكن الآن لدي شيء أَدافع عنه" (Becker, 1974, P 553)

بصفة عامة، يجب أن نتقبل أن إصابة الجهاز البولي التناسلي (Urogénital) يعيدنا إلى إشكالية الخصاء. وعلى العكس، إن إدماج العضو المزروع رمز القوة، يفترض التوفيق بين العدوانية وبعض المميزات المنسبة للمعطي. لنستعيد دوكي وجماعته (Douki S.et coll.)، "العضو المزروع عبارة عن جسد وسيط، مدج داخل جسد المتلقي كتوكيل للمُعطي" (Brochier et coll., 1990,P86) يستعيد المريض المزروع بعد تبوله حقه في التوظيف الإحليلي (urétral) و بالتالي، حرية لعب الشبقية الإحليلية، هذه الشبقية التي يسطر برجري (Bergeret J.) علاقتها بـ"ذهن البحث و المنافسة"، (L'esprit de conquête et de compétition). لتقول فتاة مزروعة حديثاً: "لا أنام فإني أريد التبول، لأرى بعيني الوعاء يمتلئ و يفيض" (Becker, 1974, P 554)

و يدل استعادة التبول عند مزروع الكلي على علامة بديهية للإصلاح ، وكذلك موضوع انشغال في الأيام التي تلي مباشرة عملية الزرع ، خوفاً من فقدانه. (Becker et coll, 1978, P 261)

بالنسبة لـ دوبوفسكي و بان (Dubovsky j. et Penn I.) ، لاحظنا أن رجلا من اثنين ممن يعالجون بالتحال الدموي يعانون من العجز الجنسي، وامرأة من أربعة ممن يعالجون بالتحال الدموي يعانون من البرودة الجنسية. فحسب ليفي (Levy M.) (1973) أن عملية الزرع الكلوي تعمل على تحسين الوظيفة الجنسية لكن دون الاسترجاع الكلي لمرحلة ما قبل المرض. بالمقابل يبين قولودج (Gulledge A.D.) ، أن بعض مرضى الكلي يتجنبون العلاقات الجنسية بعد عملية الزرع ، خوفاً من تضرر الكُلية. (Brochier et coll., 1990, P86)

- المعطي من الأقارب

استُخدم التبرع بالأعضاء منذ 1954 للتبرع بالكلية، و الكبد منذ 1989، أما الرئة في 1990. إنَّ التبرع من الأقارب، خصوصاً الزرع الكلوي الذي يُعتبر الأكثر تواتراً في بلد النورفاج Norvège. فالتقدير على المستوى الطويل المدى لنوعية حياة المتبرعين، تقدر بنسبة 94% ليؤكدوا على أنهم لم يعانُ من أي تجربة سيئة تخص الكلية. (Gil, 1994, P253)

إن التحصل على الكلية من متبرع حي من الأقارب يُمثل 3.5 % ، أما المتوفى دماغياً فيُمثل 5, 96 % من الحالات. (Brochier et coll, 1990, P85) من الممكن أن تكون غالباً نسبة التبرع من الأحياء تقدر بـ 20% ، غالباً ما يكون أخ أو أخت، فهذا التبرع يجعله في موضع التساؤل عن حدود القيام بالواجب العائلي، موازاة مع العائلة التي لا تترك المجال لحرية التعبير و اتخاذ القرار الكامل، اتجاه عملية التبرع.

يستطيع أن يعيش المتبرع بكلية واحدة- ما يحويه ذلك من خطر- وإن حدث فشل في عملية الزرع، فإن المتبرع يشعر أنه ضحى دون فائدة. كما تقام العلاقة فيما بعد العملية بين الزوج المعطي - المتلقي بالالتحام فلا تصبح فقط أخوية. (Porot, 1990, P60)

بين سيمونس (Simmons R.L.) أن حوالي 10 % من المتبرعين الأحياء قد تلقوا ضغوطات عائلية كي يتبرعوا بالكلية. يصف على مستوى الطب العقلي تناذر " الحزن ما بعد العملية -poste- opératoire blues " حيث أن المتبرع يشعر بخيبة الأمل بعد العملية، لأنه لم يصبح مركز الاهتمام، بينما يهتم المتلقي أساساً بمصير العضو المزروع. (Brochier et coll., 1990, P87) ليخرج المتبرع ضعيفاً، فيصبح لديه عضو واحد، حيث نجد عملية حساسية تدل على أن المعطي يمر من اثنتين إلى واحد ، بينما الذي يتلقى فيمر من صفر إلى واحد. في هذا الصدد مثلاً يصرح لنا الباحث بيكر (Becker D.) أن أحد المصابين الذي تلقى كلية من عند أخيه، أن أخاه كان جد مُتعباً بعد العملية، أما هو فقد كان متمسكاً بعد بضعة أيام من العملية. (Becker, 1974, P551)

تنبثق دوافع المتبرع من عوامل داخلية (مبادئ أخلاقية، اعتقادات فلسفية و دينية) و خارجية (ضغوط عائلي و اجتماعي) التي من الممكن أن تؤثر معاً و في آن واحد على الاتجاه التحفيزي أو على عكسه.

لا يعاني معظم المتبرعين من عواقب جسدية أو نفس اجتماعية مستمرة، بل يحضون بمكسب نفسي من خلال مساعدة الآخر، إلا أنّ توسع ظاهرة عملية التبرع و سهولتها، أدى إلى التقليل من المظهر البطولي للمتبرع. لكن التعرف الجيد على العوامل المحفزة يسمح بالاختيار الأكثر فعالية، و على أحسن تربية تقنية للمتبرعين و بالتالي التطور النفسي الجيد. (Triffaux et coll, 2002a, p8) ومنه يجب القيام بفحص صارم، في جو تسوده الثقة الكاملة، يخص طبيعة تطوع المتبرع، و البنية العقلية للمتلقي، كما أنّه يمكن للمتبرع الانسحاب في أي لحظة دون أي نجل. (Aussenac , 1994, p132)

يؤكد من خلال استعراض الأدبيات، أنه يوجد صعوبات أكثر لدى الأفراد اللذين تحصلوا على عضو حي من الأقارب. من خلال دراسة الأفراد اللذين حصلوا على كلية مزروعة، ليدلي مثلاً أحد المرضى بعدما تبرعت له أمه بكليتها: "أمي جزء مني، كيف أقبل تضحية كهذه، إن مرضت، أو ماتت، كيف لا أشعر بالذنب؟". فالوضعية ليست بسيطة حتى بالنسبة للمتبرع، لأنه كيف يرفض أن يتبرع بعضو لأحد أطفاله.

أكدت دراسة كستلنيوفو تدسكو (Castelnuovo Tedesco)، (1973) على التعقيدات السيكولوجية التي تخص زرع الأعضاء من الأقارب، حيث افترض أن الزرع عن طريق الميت دماغيا ذو فائدة أكثر والحجة في ذلك أن المعطي الميت لا يطلب تفسير عن الطريقة التي يعيش بها المتلقي، عكس ما يحدث عند المتبرع من الأقارب، الذي يُفرض في طلب الحذر بالحاح للمتلقي لأنه وهب الحياة مرتين. (Zdanowicz et coll, 1996, P234 et 235)

كما سطر معظم الباحثين، أن علاقة التبعية تتعزز بين المتلقي الفتي و المتبرع له، حيث أنه ليس غالبا أن نجد مراهقين بعد 5 إلى 6 سنوات من إجراء العملية أي أنهم أصبحوا في سن الرشد، ولا يستطيعون مغادرة البيت، فتمددت التبعية التامة اتجاه العائلة بطريقة غير محددة، و كأن الإستيديان

غير قابل للتسديد. ليقون في وضع عاطفي طفولي، حتى وإن كانوا يتمتعون بالاستقلالية المادية في الواقع الخارجى. (Becker et coll., 1978, P 262)

عموماً في مجال زرع الأعضاء، بالأخص زرع الكلى، يُعتبر التبرع من الأقارب الحل الأمثل و الجذاب، ليسمح القانون بذلك، شرط إعلام المُعطي - المتبرع- و موافقته.

تؤكد أخلاقيات مهنة الطب في هذا الإطار، على وجوب الموافقة الواضحة للمُعطي، مع التقيد بإجراء الفحوصات الطبية الكاملة قبل استئصال الكلية، و ذلك من أجل الحفاظ على سلامته.

نجد العديد من الدراسات التي اهتمت بالجانب التقني و الطبي الخاص بالتبرع من طرف الأقارب، بينت أن التعقيدات الجسدية نادرة و ضئيلة نسبياً. أما الدراسات النفسية في هذا المجال، فقد خصت المظاهر النفسية للمتلقى، على غرار التأثيرات النفسية للمتبرع التي كانت جد ضئيلة.

لقد أُجريت بعض الدراسات التحقيقية (d'enquêtes) في شمال أمريكا، أين تم تقديم استبيان مباشر (questionnaires directs) للمُعطي، لتبين في الأخير أن بعض المتبرعين من الأقارب يقترحون أنفسهم تلقائياً للتبرع قبل التفكير في عواقب ذلك. كما تبين أيضاً أن المعطي يشعر "بازدياد حب الذات" و على أن هذا العطاء هو السلوك الأكثر دلالة و معنى في وجودهم. لكن تبقى الدراسات جد قليلة في التحليل و التعمق لدواعي هذه التلقائية وازدياد حب الذات.

إن التطلع على معظم هذه الدراسات، وفضل استخدام المفاهيم التحليلية، توصل الباحثون إلى صياغة الفرضية التالية؛ وهي أن الأقارب يشعرون و كأنهم مُجبرون على التبرع، فتساءلوا، عن هذا الإلجبار، ألا يمكن أن يُؤدّد تدريجياً على طول مدة المرض. حيث يبحث الأقارب عن وسيلة للتدخل في مسار المرض من أجل التخلص من الإحساس المكثف بالذنب، مع الترميم "الترجسي العميق".

أجريت في هذا الصدد دراسة استيعادية تاريخية (Rétrospective)، في مصلحة طب الأطفال بـسترازبورغ (service de pédiatrie de hautepierre du CHU de Strasbourg)، خصت عشرة آباء متبرعين بالكلية لأطفالهم المصابين بالقصور الكلوي المزمن، قام الباحثون بإجراء مقابلات مع هؤلاء الأولياء، حيث اقترح عليهم التحدث في ما هو بعدي (dans l'après coup) و الرجوع

إلى الوراء من سنة إلى ستة سنوات مضت، عن معاشهم النفسي طيلة مرض آبائهم، مع التحدث عن عملية الزرع، و دوافع تبرعهم. فيما يخص الجانب الطبي لم يسطر الباحثون أي عواقب سلبية خاصة باستئصال الكلية.

و بالنسبة للمتلقين فقد نجحت عملية الزرع لدى سبعة أطفال، في حين نُجّلت حالة واحدة قد فشلت ، ليعود للعلاج بالتحال الدموي، و الاثنان المتبقيان توفيا بعد العملية.

سمح هذا التحليل بالتعرف على دوافع التبرع، التي لم تكن فقط للغيرية (Altruisme) و الكرم، حيث يبقى المتبرعون يشعرون بالتناقض الوجداني (ambivalence) بعد العملية إزاء سلوكياتهم مهما كانت نتائجهما. حيث عبر الأولياء عن صعوبة تحمل مرض آبائهم، و الإجبارات التي يعانون منها في التحال الدموي. إذ أدلى بعضهم أنهم يتألمون مثل أولادهم، و كأنهم يعانون نفسيا، على غرار آبائهم الذين يعانون جسديا.

فمعظم الآباء يمتلكهم الشعور بالذنب تجاه الحالة الصحية لأبنائهم، خلال كل مراحل الإصابة، ليكون جزء من هذا الإحساس لا شعوري، يدل على التناقض تجاه طفل مريض لا يطابق الطفل الهوامي الذي تمنوه أن يكون. هذا الاختلاف بين الطفل الحقيقي و الطفل المتخيل، يجعل الأبوين في موضع امتحان لزوجيتهم، ليسبب ذلك عند الوالدون (géniteur) التشكيك و التقليل من قدراتهم في أن يكونوا آباء.

كانوا مجبرون على أن الحل الأمثل و دون تفكير، هو المشاركة في علاج أطفالهم، باعتباره آخر وسيلة يمكنهم القيام بها. من الممكن أن نجد أيضا معنى التضحية، و كأن المعطي يريد بتبرعه هذا التخلص من القلق، حتى يسمح للحياة أن تستعيد مجراها. في حين أن كل عملية زرع تُصطحب بالشك في مدى نجاحها؛ فالمتبرعون يحاولون التقليل من ذلك باعتبار أنهم كانوا يتمتعون بالصفاء دوما، لكن رغم ذلك، فإن الفترة التي تسبق العملية كانت مرارا معبئة بذكرات أليمة.

بعد فترة أصبح الآباء الثلاثة اللذين باء تبرعهم بالفشل، يخصص تفكيرهم في كونهم بذلوا قصارى جهدهم لإنقاذ آبائهم، لكن دون جدوى، و أصبحوا يبحثون عن سبل التخلص من الإحساس

بالشعور بالذنب، المرتبط بفشل العملية. أما المتبرعون الآخرون اللذين نجحت لديهم هذه العملية، فقد عبروا عن الفرحة التي خصت الصحة المسترجعة للأبناء. ليُصرّحوا أن هذه الصحة المسترجعة للمتلقي هو الشيء الوحيد المنتظر، فهذا التعويض سمح للوالدين بترميم نرجسيتهم. (Manuello et coll, 1994, P162 et163)

- الإعلان عن عملية الزرع (Annonce de la greffe)

يحتوي دوماً اقتراح عملية الزرع على مغزى مزدوج أين نجد الاصطدام في آن واحد، بالخطر المتعلق بالتهديد المكثف للتشخيص الحيوي و الأمل في استعادة حياة جديدة. ص 1

تؤكد أعمال كوهن (Kuhn T.) على أهمية تقييم مفهوم التناقض والسماح للمريض بالتعبير عن إحساساته المتضادة اتجاه هذه العملية الجراحية.

الاستجابات الانفعالية للمريض خلال عملية الزرع

* الإعلان عن الزرع ← الصدمة الانفعالية، حالة الملح.

* القبول في البرنامج. ← الحصر، الارتياح.

* مرحلة انتظار العضو المزروع. ← التخوف من الاكتئاب.

* مرحلة أثناء العملية ← الإحساس بالرفاهية، الغبطة (euphorie)

* الرفض الأول أو التعقيدات الأولية ← إثارة القلق الاكتيبي.

* فترة النقاهة ← حزن.

* الخروج من المستشفى ← قلق

* التكيف من جديد. ← الحاجة للدعم.

(Triffaux et coll., 2002 a, p1)

- تصور عملية الزرع و العضو المزروع (Représentation de la greffe et de l'organe greffé)

السؤال الأساسي الذي يبقى مطروح خلال عملية الزرع كما سطره كستنيوفو تدسكو (Castelnuovo Tedesco P.) كيف يستجيب الجهاز النفسي للفرد، عند ضمّ شيء حي و غريب عن الجسد؟

في الواقع ، فقدان لأي جزء من الجسد، بطريقة صدمية كان أو بطريقة طبية (عملية جراحية) ، يُفسر دوماً، على الأقل في الفترة الأولى كجرح للفرد في تصوره لكِمال جسده، أي الإحساس بالجرح النرجسي.

يعيش كل الأشخاص المزروعين مرحلة الحداد و الجرح النرجسي، ابتداءً من علمهم أن الوظيفة الكلوية عاجزة وقد تؤدي إلى الموت. (Zdanowicz et coll, 1996, p233)

إن الغرابة المقلقة (inquiétante étrangeté) تخص استجابة قلق أي فرد يواجه عناصر من معتقداته القديمة الطفولية، التي كُبتت، كالعناصر الاستشباحية (fantasmagorique) و الغريبة التي استبعدت من الفكر تدريجياً، و فجأة تُعزز لديه في الواقع. هذا النوع من الأحداث يُرجعنا إلى طريقة تفكير أرواحي (animiste)، طريقة تم استخدامها من كل فرد في طفولته. إذن بدون شك و بنفس الطريقة، يستجيب المصاب تجاه العضو المزروع على أنه لا يخص فقط موضوع ينتمي لشخص آخر، بل زيادة على ذلك فإنه يخص موضوع حي. (Zdanowicz et coll, 1996, p234)

إذن تمس عملية الزرع الجانب الخيالي أكثر من الصورة الجسدية.

و تظهر الغرابة المقلقة غالباً و بسهولة في كل مرة تزول فيها الحدود بين التخيل و الواقع. (Freud, 1919, P 198)

يمكن العمل الأكثر أهمية عند الزرع، في دمج المريض العضو المزروع (incorporer) لهذا الجزء الجديد ، ليصبح من جسده، ضمن شعوره بهويته، باسترجاعه الإحساس الموحد للأجزاء المختلفة للجسد. بعد عملية الزرع 2/3 من المزروعين، يشعرون بالعودة للحياة، أو يتحدثون كذلك عن تولّد جديد (renaissance). فهذا الإحساس مرتبط بتحسّن أعراضهم، حيث أنهم كانوا يظنون أنهم سيصبحون في عداد الأموات. (Zdanowicz et coll, 1996, p236)

تُصطحب مراراً هومات التولّد الجديد للحياة، بالشعور بالذنب بسبب "الدين" اتجاه المعطي، و حتى بتعبئتها بالجنسية اللاشعورية. (Ascher, Jouet, 2004, P 208)

تتميز المرحلة الأولى من عملية الزرع بالإحساس بالغبطة والتولد الجديد (renaissance)، هذه الفترة على الأقل أو الأكثر مؤثرة و طويلة و واضحة، حيث تتبع مجرى مسار الأحداث التي قد تُتميز الأسابيع الأولى بعد الزرع .

وفي حقيقة الأمر نجد من النادر أن تمر عملية الزرع دون مشاكل، بسبب تدخل الواقع في شكل أزمة للرفض ومشاكل تعفننية، و فيما بعد التأثيرات الجانبية بفعل العلاج بالهرمونات الكُظريّة (corticothérapie)، لتُذكر هذه العوامل بأن عملية الزرع ليس فيها مخاطر.

فيكون الخوف من الرفض أكثر خطورة لدى الأشخاص الذين يستفيدون من زرع عضو آخر، غير الزرع الكلوي، لأنهم في هذه الحالة سيكونون أمام مسألة الحياة أو الموت، بما أنه لا يوجد علاج آخر منجني من الموت غير عملية الزرع.

تظهر عموماً محاولة تعوّد الفرد بالعضو المزروع، عبر عوامل متشابهة من خلال ظاهرة الغبطة، و توهم الإصابة بالمرض (hypocondrie)، والمواقف القوبية، بسبب عضو غريب يجب إدماجه، كما أنه أيضا رمز لحياة مسترجعة، الذي يُصبح بذلك نقطة تركيز كل القلق. فمضمون كل النشاط الهوامي يدور حول إدماج العضو المزروع في سجل مُزدوج: خاص من جهة بالعضو البديل الذي يحمل رمز العطاء الحي، ومن جهة أخرى خاص بالفرد نفسه وقدرته على تلقي و رعاية ما أُعطي له.

سنخصص في دراستنا هذه كيفية إدماج المصاب، للكلى المزروعة عن طريق متبرع قريب من الوالدين، أو فرد من الإخوة⁹. يبدو أن الكلى المستمدة من العائلة، مقر إسقاط مُعقد لأحاسيس الامتنان، الشعور بالذنب و التبعية وحتى العدوانية فيصبح لسببين ثمين، أي بمعنى أن اضطراب توظيفه أو فقدانه يكون فشل ليس فقط للمستفيد، بل كذلك للمتبرع المحروم من عضوه والذي أصبح ضعيف أو معرض للخطر بسبب هذا الفقدان. (Becker et coll, 1978, p262)

⁹ لا نسلط الضوء كثيرا على التبرع بالكلى من طرف الميت دماغياً و كيفية استدماجها من طرف المتلقي، ذلك أن بحثنا خص فئة المصابين الذين تلقوا الكلى من الأقارب.

- سيرورة الحداد والإدماج (le processus de deuil et le processus d'incorporation)

كل عملية زرع كلوي تثير في آن واحد سيرورة الحداد و الإدماج كما يلي؛

- سيرورة الحداد

وضع فرويد في كتابه الذي يحمل عنوان "الحداد والسوداوية" (Deuil et mélancolie)، التقابل بين الاستجابة للحداد و حلقة (épisode) السوداوية ذات الطبيعة النفسية. ففي الحالتين، الظروف المسببة هي وضعيّة تُلقي فيها الفرد الضرر، فنجد في كلا الحالتين الافتقار في العلاقات الاجتماعية، الكف لكل النشاطات، تعليق الاهتمام بالواقع الخارجي: فقدان التلقائية و المبادرة.

تخص حالة الحداد فقدان شخص عزيز، فيُترجم الكف النفسي حركي عبر إفقار الواقع الخارجي الذي يفسر عبر عمل الحداد: الانفصال التدريجي لليبدو المُستثمر على الموضوع المُفضل. يؤدي في نفس الوقت الحداد بالأنأ إلى التخلي عن الموضوع، بالإقرار على أن الموضوع ميت، مع السماح للأنأ أولاً بالبقاء على قيد الحياة. (Freud, 1917, P 172)

أما حالة السوداوية تخص ضعف الأنأ، لأنه فقدان يخص الشخص ذاته بسبب اختيار موضوع من النوع النرجسي.

الكف النفسي الحركي يُفسر في نفس الوقت عبر عمل الحداد و كذلك عبر سيرورة النكوص نحو مرحلة نرجسية. ليطرح فرويد السؤال : هل فقدان الأنأ دون فقدان الموضوع كاف لإنتاج صورة السوداوية؟ حيث يدلي مريض في هذا الصدد "توقف الوقت و بقيت وحدي أمام المرض" فقد تحقق عمل الحداد على حساب الحياة الاجتماعية، حداد ضرر جسدي، فقدان نرجسي، و كذلك الحداد لنوع من الحياة العلائقية اللازمة للبقاء، و وضع دفاعات أساسية من النوع الوسواسي المدعمة بروتينية العلاج من خلال التكرار الدائم لخصص التحال الدموي. إذن تصبح الحياة اليومية صورة للسوداوية، مُجمدة، الوقت مُتوقف. تُعطي هذه الميزة الثابتة مع صعوبة توقع المستقبل، البعد الجديد

لتنظيم الوقت و الفضاء: حيث تصبح الحياة في دائرة مغلقة، أين تؤمّن التبعية و سلبية الاقتصاد الليبيدي للفرد أمام ضعف جسده.

يتمثل السؤال الأساسي الذي يُطرح بالنسبة لعملية الزرع: في أن القصور الكلوي المزمن مرض قاتل، أما التأجيل الذي يتحصل عليه المريض عبر العلم، يربطه حتما بعقد مع الموت من أجل البقاء. (Dubreuil , 1994, p282)

قد وُصف بيكر (Becker) - في دراسته للمصابين بالقصور الكلوي والمتعرضين لعملية الزرع- هذا النوع لتصور الوقت المعاش في مقال عنوانه "الحياة المشروطة" على أنه يخص البياض "فضاء أبيض"، نجد فيه الإعداد الديناميكي للحاضر، فيكون الإسقاط في المستقبل "مشروط" من خلال إعداد مُحقق على الأكثر أو الأقل بصعوبة تبعا لشخصية الفرد، أين يكون المتلقي كُلّي الوجود (omniprésent) ، وإلا سيتموضع في السوداوية نفسها. مثلما رسم أحد المرضى مسار حياته الذي يُشبه مخطط صورة الدماغ الكهربائية: فكانت في الأول الاهتزازات كبيرة قبل المرض، ثم مخطط مُسطح خلال التحال، ثم اهتزازات جديدة بعد عملية الزرع الكلوي أقل اتساعا من الأولى.

يتم تناول عملية الزرع الكلوي عبر طريقتين؛ من جهة إيجابية من أجل تأجيل الموت بفضل التقنيات العلمية، و من جهة أخرى يمر الفرد بالعديد من المراحل: مرحلة حداد خاص بوقت مضى، حلقة (épisode) من النموذج السوداوي مع الانطواء الترجسي حيث يتوقف الوقت، ثم الاسترجاع التدريجي للحياة.

الحداد ميكانيزم نفسي، يخص التكيف من أجل فكرة حاضرة دوما لدى المتلقي، حتى وإن لم يُعبر عنها و المتضمنة، أن شخصا قد ضحى لأجل إعطائه الكلية. - لا نخص بالذكر الحداد الذي أُجري من قبل، عند فقدان الوظيفة الكلوية، حيث بقيت الكلية ميتة داخل الجسم أو أُجريت عملية لاستئصالها- يتم عادة اعتبار الاستجابة النفسية لعملية الزرع الكلوي، تحت منظار ميكانيزم الإدماج:

في الوهلة الأولى، لا يفقد المتلقي أي شيء في عملية الزرع، بل هو في موضع استفادة من ذلك (هذه الملاحظة لا تُطبق على عملية زرع القلب). من جهة أخرى فإنه من المؤكد عدم المعارضة في

احتمال حدوث أي خطر لا يُستهان به، مع وجود احتمال التعقيدات الناتجة عن ذلك. بينما مهما كان محتوى القلق المُحدث بسبب إمكانية فقدان المُقبل، أي فقدان الحياة الخاصة، فإنه يوضع في سجل آخر مُخالف للعواطف المثارة لأي فقدان مُعاصر أو ماضي.

يمكن أن يستند الحداد والإدماج إحداهما على الآخر. لكن من الممكن كذلك أن يعملوا في اتجاهان متناقضان. تفترض السيرورة العادية للحداد، الانطواء الليبيدي للذات و عدم استثمار الواقع الخارجي. عندما يكون الموضوع المفقود قد أُستثمر نرجسيا (أي بمعنى أنه عندما كان مثل صورة الفرد: إننا بصدد هذه الحالة، لأن المتبرع يجب أن يكون جد قريب بيولوجيا لمتلقي، أنه الجسد-الأخ، -corps "frère" كي لا نقول الروح التوأم "l'âme sœur"). يباشر العمل الميكانيزم السوداوي (mélancolique) الأكثر إعدادا من الحداد البسيط والمميز لحالة الاكتئاب، كي يعوّض الموضوع المفقود، فيُدججه بتقمصه، مع تأمين البقاء الخيالي له، خلال مدة تسمح له بأن يُستقبل غيابه مع التغلب على خيبة فقدان. اللوم الذي يُوأجهه الأنا في هذه المرحلة، هو اللوم الموجه ناحية الموضوع الخيب للأمل، العائد على الأنا.

بتعمق أكثر، نجد العدوانية المُوجهة ضد العضو المستبطن، ليترجم الحقد المختلط بالغيظ والانتقام عبر أفكار انتحارية، و المرور إلى الفعل المُحطم للذات: إنه التفسير التحليلي الكلاسيكي للانتحار لدى السوداوي. أما فيما يخص الشعور بالذنب، من الممكن أن يكون قد تكون في آن واحد، من جراء اللوم الذي حدث من قبل، و غير ذات مرة المقصد، واللوم بسبب المساهمة في طلب عاطفي مُتعب، بسلوك مستبد، وحقده غير مضموع، تهديم أو إزالة الموضوع المحبوب.

هناك حقيقة تشرحية لا يجب إهمالها، تخص إدخال جزء من جسم المُعطي داخل جسد المُتلقي، إن كانت هذه الحقيقة المادية تستعمل كسند لميكانيزم الإدماج الخيالي، و سيرورة التقمص المعطي، تكون في نفس الوقت عائق من أجل إنجاز الحداد. فهذا الأخير لا يمكن أن يكون كاملاً، لأن جزء من الموضوع "المفقود"-الكل العاجزة- يبقى داخل جسد المُتلقي. يبقى المُخرج الوحيد لهذا النوع من الصراع، هو تحويل الكلية المزروعة لعضو لا يختلف عن بقية أعضاء المُتلقي. (Consoli et

Bedrossian , 1979, p303et 304)

حيث أن كل عملية زرع حتى وإن كانت ناجحة تستدعي حسب كونصلي، بودروسيان، بودان (Baudin M.(1989), Consoli S.M . et Bedrossian J. (1979)) عمل الحداد المحتوم: حداد وظيفة جسدية أو عضو، أين تأتي النياحة للعضو المزروع ، حداد يخص في بعض الحالات، العلاقات المفضلة التي انعقدت بين المريض والفرقة الطبية (إنها حالة بعض المصابين بالقصور الكلوي المزمن في التحال الدموي). حداد قد يخص أيضا المتبرع الميت دماغيا والغير المعروف، الذي تُمنّى له الموت خفيةً كي تُجرى عملية الزرع. (Leon et coll, 1990, P3)

تدلى ييشو (Pucheu S.) أنه لتقبل إجبارات وأخطار عملية الزرع، يتوجب على المتلقي أن يكون قد قام بالحداد الخاص بالوظيفة الكلوية (أي بمعنى لجزء من ذاته والذي فُقد نهائيا) عبر معاش التحال الدموي ولو كان على الأقل لفترة قصيرة. يظهر أن القيام بعملية الزرع دون المرور بالتحال الدموي من الممكن أن يقصّر في السيرورة الهامة للحداد الذي يؤثر على موقف المتلقي تجاه الإجبارات العلاجية التي يستلزمها العلاج ضد الرفض. (Pucheu, 2003b, P20)

وفي مقابل ذلك نجد أنّ أطباء أمراض الكلى يُفضلون عدم مرور المريض بالعلاج بالتحال الدموي، ليستفيد مباشرة من عملية الزرع إن أمكن ذلك بعد اكتشاف إصابته بالقصور الكلوي المزمن النهائي، وذلك لتفادي تدهور الحالة الجسدية للمريض خلال حصص التنقية الدموية.

- سيرورة الإدماج

إن نموذج إدخال عنصر غريب عن الجسد ، يتمثل في إدخال ثدي الأم و حليبها في فم الرضيع. نعلم أن مآل هذه المقدمة يبرز عبر مظاهر مختلفة، متمثلة إما في الإدماج أو الإجتياف أو التقمص. (Crombez et Lefebvre , 1973, p105)

وُصف الإدماج (l'incorporation) في عملية زرع الأعضاء عموماً (لا يخص الكلية فقط)، حيث يُذكر بالسيرورة المبيّنة في التحليل النفسي خلال المراحل الأولى للنمو.

فما هو مُدمج لا يخص فقط المادة، أو العضو المتأني من الآخر (حليب الأم، الثدي، الكلية)، بل يخص الشخص الآخر في كليته، صفاته، عواطفه، حسب التوقعات اتجاه الآخر، حسب طرق

التبادل المُستحبة أو المُزججة، فالنتيجة المتوقعة أو المخيفة للعملية، إما أن تكون مفيدة أو مؤذية. (Consoli et Bedrossian, 1979, p302)

إن هذا السياق للإدماج الموصوف في زرع الأعضاء، يخص العضو في حد ذاته و كذلك صفات المعطي الذي بدوره يُرجعنا إلى تجارب مشابهة أكثر بدءاً و الموصوفة من طرف ميلاني كلاين (Klein M.) ، إن إدماج الأم، كان أولاً عبر ثديها مع طبعها الطيب و/ أو السيئ حسب نوعية التبادل والعلاقة. يظهر أن العضو المدمج يخضع لنفس السيرورات التي تُستخدم في هذه المرحلة الخاصة بالنمو النفس- العاطفي. موضوع يتحلى بقدرة التولد الجديد و الإحياء، إنه طيب للإدماج . غير أن التخوف من الرفض يمكن أن يحدث، يُرجعنا ذلك إلى خوف فقدان الموضوع و القلق الاكتئابي المرتبط به. بالمقابل يمكن أن يكون ركيزة لصفات غير مرغوب فيها و غير مقبولة لا يستطيع أن يتقمصها الأنا. يكون موضوع لأحاسيس عدوانية و نزوات التدمير و منيع للأعراض و الآلام و توهم المرض (Hypochondrie) .

كاستدلال عما ذُكر، يمكن استعادة تصريحات محمد أحد المرضى الذي تعرض إلى عملية الزرع من طرف أخته المتبرعة، عن التناقض الوجداني تجاه الكلية المزروعة. " في البداية أتابع العضو المزروع بالرادار" فيظهر من ذلك أن العضو المزروع كان تحت مراقبة شديدة مرتبطة في نفس الوقت بالخوف على فقدانه، و كذلك الآثار الضارة التي من الممكن أن يسببها إذا خضع لنفسه. (Tabbane et coll, 1989, p325)

تكون السيرورة النفس مرضية للإدماج تدريجية، و التي من الممكن أن تمتد على مدة طويلة، أين نلاحظ التغيرات في الإحساسات بالحذر والمعاش الاضطهادي. يتخذ موقف المصاب ميزة البعد تجاه العضو المزروع، و في نفس الوقت يصب كل اهتمامه عليه ليقبله تدريجياً. غالباً ما يُصحب هذا العضو المزروع بالشعور بالتناقض الوجداني على أنه في آن واحد موضوع طيب و سيء. (Jeammet et coll., 1999- 2001, P2)

إذن تُؤسس المراحل المختلفة للإدماج النفسي (l'intégration psychique) للموضوع الجديد، عبر السيرورات التالية:

حذر أولي، و حتى معاش اضطهادي، التزام بالبعد، بعدها التبني التدريجي و الاستدخال (intériorisation) . لكن هذا الالتزام الدائم و المستمر بالشعور بالبعد يبقى مستحيل في الحالة التي تشغلنا (إلا في حالة رفض العضو المزروع) لأن الموضوع قد أصبح دخيل في الجسد، و من الممكن أن يمارس في موضعه هذا تأثيره المفيد أو المؤذي.

إن اختراق الغلاف الجسدي بطريقة غير طبيعية، لا يمكن إلا أن يُغذي الهومات الاضطهادية المحيطة بالموضوع. فتكون هذه الهومات أكثر أجرة، إذا كان المتلقي يُكن من قَبَل تمنيات عدوانية للمتبرع سواء كانت شعورية أو لا شعورية: الخطر الخاص بالزرع، و كذلك نية الإيذاء و الأفكار المُهلكة التي يكون المتبرع ضحيتها، يعيشها المتلقي على شكل صراعات، على الأقل أو الأكثر قديمة و على الأقل أو الأكثر مُسوأة، لتكون هذه الأفكار وريثة كل ذلك.

إنه أتران دقيق يُعدّ خطوة خطوة بين عمل الحداد و الرفض الإسقاطي لما هو جديد و غريب و الإدماج العقلي للعضو مع كل ما يحمل، يتعلق الأمر في النهاية بالتقدير الخيالي للزرع و استقلابه النفسي. نعلم الآن أنه يوجد ميكانيزم من النوع السيكوسوماتي الذي أشار إليه بعض الباحثين لتفسير عملية الرفض الغير مفهوم من الجانب التقني و المناعي. (Consoli et Berdossian, 1979, p305 et p306)

يؤكد موسلان (Muslin H.L.)، على أن دمج العضو الخارجي يكون تدريجي، ليستدعي عمل الأنا، الذي من الممكن أن يمتد على فترات طويلة. فالعملية الجراحية الخاصة بعملية الزرع، تبقى بعيدة على أن تُغطي النشاط العقلي الخاص بـسيرورة الإدماج، و الذي يقبونه في كندا بـ (acorporation) .

يُعتبر العضو المزروع، على أنه السند الهوامي للقدرة الكلية المرغوب فيها و الولادة الجديدة المتوصل إليها أخيراً. حيث أن مكان إدماجه و وجوده الذي يكون أحياناً ملموساً، لا يمكن أن يكونا دون أن يُغذي مواضيع الولادة (enfantement) و التجديد الليبيدي، مع إيجاد أو استرجاع القدرة الجنسية التي يبقى متخوفاً عليها. (Becker et coll., 1978, P 263)

تؤكد هذه الأفكار من خلال الاستعراض الأدبي، الذي ينوه إلى أن عملية الزرع من الممكن أن تثير هوامات الحمل الرمزية لهذا التدخل الجراحي، الخالص بحامل العضو، فالفرد في هذه الحالة حُبْل (engrossé) بعضو أجنبي. (Schwering, 2001, p148)

يذكر الدكتور بواسن (Poisson) في نفس المنوال حالة مريضة مزروعة الكلية من أبيها، في مستشفى بريقان في بوستن بيتر بانت (Brigham hospital à Boston Peter Bent)، كانت تتخيل أنها حامل من أبيها، بعد عملية الزرع. (Triffaux et coll., 2002 a, p10)

كما تعبر في هذا الصدد، فتاة تبلغ من العمر 16 سنة «لدي شيء يجب أن أحميه». فن جهة العضو المزروع يمثل موضوع الإصلاح الجسدي ورمز القوة والقدرة، مع الحق في الرغبة والنزوات التي مُنعت التعبير عنها. ومن جهة أخرى، فإنه يبقى العضو الضعيف الذي يجلب دوما التركيز المشدد عليه، بما أنه يمكن أن يكون منبع العجز أو التهديد بالموت.

حالة كاترين (Catherine) 40 سنة، التي لها مشاريع عدة كإنجاب الأولاد، لتعرض لما يسميه كرومباز، ليفيير (Crombez J., Lefebvre P.) (1973) لإعادة إخصاب بفضل عملية الزرع. (Cupa, 2002, P 68)

كما تبقى الصورة الجسدية مضطربة، أما تصور الذات فيبقى متأثر بعناصر فوية أو ضد فوية، لنجد نفس الميكانيزم الذي وجدناه في التحال الدموي. (Becker et coll., 1978, P 263)

حسب موسلان (Muslin H.L.) دائماً، فإن سياق استيعاب عضو جديد، يستلزم ميكانيزمات الإدماج (incorporation) والاجتياف (introjection) والتقمص، - هذه المفاهيم بصفة عامة، تعني المرور بالتصور من الموضوع الخارجي إلى الموضوع الداخلي، والتي يجب تمييزها- حيث اتخذ هذا الباحث الزرع الكلوي كمرجع، حيث وضع ثلاث مراحل الاستدخال (internalisation) أو العبور النفسي (passage psychique).

- المرحلة الأولى المتمثلة في "العضو الغريب": يُدرك العضو المزروع كمثل للجسم الخاص، هذا الاستثمار يلاءم القلق الاضطهادي كمثلثة العضو المزروع. لكن العضو الغريب من الممكن أن يُعاش أيضا على أنه موضوع قيم و هش: من الممكن إيجاد إحساسات من أجل حماية العضو الجديد.

- المرحلة التالية: تتمثل في الإدماج الجزئي، حيث أن المريض لا يتحدث كثيرا عن جِدّة العضو.

- المرحلة الأخيرة: الإدماج الكلي، تتميز بتقبل العضو المزروع. (Leon et coll., 1990, P3)

أما باش (Basch J. F.) ، فقد درس هو الآخر الإدماج الجسدي للكلية المزروعة ، حيث يفترض أن استيعاب العضو الغريب لا يكون عبر مراحل متتابعة بل عبر خصائص كل مريض، في علاقة مع التوظيف النفسي السابق للفرد المزروع الكلية وعلاقاته الموضوعية المختلفة، وكذلك خصوصيات تجربة عملية الزرع. (Leon et coll., 1990, p3et P4)

و حسب لوفيفر و كرومبز (Crombez J. et Lefebvre P.) (1973)، تتمثل ديناميكية الزرع النفسي وعلاقته بالزرع الفيزيولوجي فيما يلي:

تتميز المرحلة البدائية بالغموض وعدم التفرقة . فالكلية من جهة مُستحوذة من طرف المعطي و تُستحوذ على المعطي من جهة أخرى ، أي بمعنى أنها معبأة بالعديد من الهومات التي تُتعداها هي نفسها. و بالتلازم فإن المتلقي ليس له كلية، لكن أكثر من ذلك أنه لا يعرف حدود هذا الغياب، لأن هذا الغياب معبأ بالعديد من الهومات التي تُتعداه هو نفسه. هي مرحلة "غياب الكلية" أو "الكلية الغريبة" أو بالأحرى الغياب و الغرابة. بالتدرج يُصبح التصور العقلي للمعطي لدى المتلقي، متميز عن تصور الذات. و أخيرا، تندمج الكلية تدريجيا عند الفرد: تُعاش على أنها كليته و ليس ككلية فقط. حيث تُدجج كليا في الصورة الجسدية، المستثمرة من الترجمية الليبيدية. (Crombez et Lefebvre, 1973, p106 - 107)

أما فيما يخص سيرورة استدخال (internalisation) العضو الجديد، حسب لوفيفر و كرومبز (Crombez J. et Lefebvre P.) (1973)، دائما تُحدث بطريقة منقطعة-غير مستمرة- منذ إعلان عملية الزرع ولا تتطابق مع لحظة إجراء العملية.

في وصف علم الظواهرات (phénoménologie) الزرع، على أنه يجب رفض مصطلح الاجتياف (introjection). إنه من المؤكد اقتراض يخص التفرقة بين الموضوع و الفرد و الاستدخال من الخارج إلى الداخل، لكنه يخص شكل من الاستدخال المعاش من الفرد و كأنه مُحقق على المستوى العقلي الذي هو أولى من المستوى الجسدي. لهذا قام كل من لوفيفر و كرومبز (Crombez J. et Lefebvre P. 1973) باشتقاق كلمة (Accorporation)، التي تعرف تصور الاستدخال التدريجي للكليّة على المستوى الجسدي و العقلي. هذه السيرورة لا تتضمن منذ البداية محور التفرقة بين الفرد-الموضوع، لهذا السبب استخدمنا السابقة (Préfixe "ac") (الذي يعني اتجاه) فيدل على الامتزاج التدريجي الذي من خلاله تندثر الحدود بين الموضوع و الفرد.

إذا كانت سيرورة (Accorporation) تنطلق عبر حقيقة عملية الزرع، إلا أن ذلك يبدأ عند إعلانها، وليس ابتداء من العملية الجراحية نفسها. فالأجدر أن سياق (Accorporation) هو سياق نفسي يبدأ عند إدخال العضو الغريب في الجسم، لكنه من الممكن أن يبدأ قبل الإدخال الحقيقي لهذا العضو. (Crombez, et Lefebvre, 1973, p104)

إذن اخترع هؤلاء الباحثين مفهوم (Accorporation) لتأكيد الميزة الخاصة لهذا التوفيق، الذي يستدعي في نفس الوقت دمج (intégration) للذات و العدول عن الآخر؛ فيجب على المتلقي أن يستوعب العضو، مع الترك في "الخارج" مميزات المعطي.

بعد فترة، تكون عموماً أكثر من سنة بعد عملية الزرع، قد يظهر نجاح العملية النفسية عندما لا يذكر المريض، بعد تحرير العضو المزروع من عبئه الهوائي، لا يتحدث تلقائياً عن الأفكار الخاصة بالتبرع و المعطي و يتكلم عن العضو المزروع كجزء من جسده. (Triffaux et coll., 2002 a, p 2)

وحديثاً شافير (Schafer R.) و تبعاً لأفكار فرويد (Freud S.)، يعتبر الإدماج على أنه شكل للإستدخال الذي يُعاش بالمرور من الموضوع الخارجي إلى داخلية الفرد، من خلال فتحات جسدية (ليتمثل في النموذج الوراثي على شكل الإدماج الفموي، على غرار النماذج الأخر الموجودة). (Crombez et Lefebvre, 1973, p103)

إذن نستخلص أن الدمج النفسي (Intégration) للعضو المزروع ؛ يكون كما يلي :

- 1- حداد العضو العاجز.
- 2- المرحلة الابتدائية: " جسد غريب" تصورات تخيلية على الأقل أو الأكثر خاصة.
- 3- الإدماج الجزئي (Incorporation): مرحلة الاعتداء، (perlaboration)
- 4- الإدماج الكامل: التقبل، غياب الشعور التلقائي بالعضو المزروع.

(Triffaux et coll., 2002 a, p 3)

أخيرا يجب أن نشير إلى أن الإدماج النفسي للعضو المزروع ، يختلف عندما يخص الأمر الكلية المتأتمية من الميت دماغياً أو كلية متبرع حي من الأقارب.

كما أن الجنس الذكري -الرجل- يُظهر الصعوبة في إدماج (intégration) العضو المزروع، إذا كان متأتم من الجنس المُعاكس. (Levy M. 1986) زيادة على ذلك قد وُصفت العديد من حالات العجز الجنسي عند الرجال اللذين تحصلوا على كلية امرأة. (Brochier et coll., 1990, p86)

- تحديث الثنائية النزوية الأولى (Réactualisation du premier dualisme pulsionnel

زيد التحدث عن أول ثنائية نزوية، التي تتناقض فيها نزوات الأنا أو نزوات حفظ الذات مع النزوات الجنسية التي اقترحها فرويد في مجموعتين من النزوات الأصلية (Freud, 1915 b, P 21) حيث استخدم هذا الزوج الأول للنزوات كمرجع له عند وصفه النشاط الغذائي -المنتج من نزوات الأنا أو نزوات حفظ الذات- الذي لم يفترق بعد في هذه المرحلة عن النشاط الجنسي -المنتج من النزوات الجنسية- الذي يظهر كلياً في وقت ثاني حسب نموذج الاستناد. إن ذكرنا هذه الثنائية الأولية، التي رفضها فرويد بعد القليل من الوقت، والتي عوضت بالتناقض بين نزوات الحياة و نزوات الموت، فإنه يظهر لنا أنه من المفيد إعادة تحديثها، انطلاقاً من نفس الأدلة التي أدت إلى رفضها. براهين بينها لابلانـش (Laplanche J.) (1970)، في عمل تحت عنوان الحياة و الموت في التحليل النفسي، أنه لم تتجح نزوات حفظ الذات قط في إظهار طابعها النزوي. بل بالعكس عمل

لابلانش (Laplanche J.) على كشف طابعها الوظيفي أو الحيوي، و ما يتعلق بما هو نزوي فينجم أساسا عن النزوات الجنسية.

على ضوء إعادة استحضار الثنائية الأولى للنزوات، عمل لابلانش (Laplanche J.) على إكسابها قيمة وأهمية عيادية واقعية. أدى به ذلك إلى اقترح نموذج للتفكير في التناقض بين السجل الوظيفي/الحيوي و السجل النزوي/الجنسي - يكونا الاثنان دائما في اتصال، فالواحد مُرتبط بالآخر، خصوصا في الميدان الطبي. لنأخذ المثال الخاص بعملية الزرع، فإن التدخل الجراحي من السجل الوظيفي/الحيوي لأنه يخص موضوع يسمح بحفظ ذات الفرد (العضو المزروع)، بينما العمل النفسي يخص الموضوع الجنس الذي يُحقق من طرف النزوة. إذن عمل جنسوية العضو المزروع، يعود إلى تغيير التحديد البيولوجي السابق بفضل تدخل الموام - الذي ما هو إلا لحظة التغير ناحية هوام أوفر للإدماج الذي ذكرناه آنفاً. نريد أن نشير في هذه الحالة إلى هذا العمل للجنسوية الذي يخص الإدماج النفسي للعضو المزروع. (Schwering, 2001, p147)

3. الإشكاليات النفسية الخاصة بعملية الزرع الكلوي

يتم تفسير زيادة القلق و الاكتئاب من خلال العديد من الإشكاليات النفسية الخاصة بعملية الزرع الكلوي التي سنتطرق لها ؛

- مواجهة الموت

إننا سنقوم بالتوسع في موضوع الموت، لأننا قننا ببحثنا مع مرضى و أطباء يقاومون الموت، فالتحدث عن الموت هو أحسن دليل عن حقيقة الحياة.

يتمثل مفهوم الموت، من خلال موت وظيفة حيوية لعضو في الجسد بفعل العلاج، و كذلك الموت المتجنب بفعل العلاج. فواجهة الموت و الخوف منه، يتم تجنبه بمجموعة من الميكانيزمات النفس مرضية و عبر سلوكات نكوصية.

في بداية الإصابة بالقصور الكلوي لا يوجد أي ألم يشعر به المصاب، ليكون التطور ناحية المرحلة النهائية جد سريع، حيث يعيش المريض وضعية صدمية عند علمه بفقدان الوظيفة الحيوية للكلى، بالمعنى الفرويدي أي عندما تكون الاثار الخارجية جد قوية تكسر حاجز الحماية. يشعر المريض في هذه المرحلة ومحيطه بخطر الإصابة المهددة بالموت، فإن وقت التأجيل (sursis) قصير جدا للتحضير لما هو أسوأ، يُعلّق كل ذلك على آمال تتضمن معجزة تعمل على نفي هذا الواقع الأليم. (Becker, 1974, P538)

حسب المفاهيم الفرويدية، ربما اللاشعور هذا المفصل بين الجسد و النفس، يأخذ مفهومه الأكثر غموضا في الميادين التي يتدخل فيها الطب ليأخذ الجسد بين يديه، فيظهر مشكل الحدود بين الحياة و الموت، إلى درجة محاولة إيجاد تعريف جديد طبي - شرعي لحالة الموت.

من خلال اهتمامات فرويد حول الحرب و الموت، أكد أننا نحاول بكل جهدنا استبعاد و إلغاء الموت من حياتنا. كما أنه من المستحيل للاشعور بأن يتصور نفسه خلافا لما هو أبدي و ما هو باقي.

تعددت كتابات فرويد حول الموت، نخصص العديد من الاعتبارات النظرية عبر التفكير المتعاقب بتوقع موته، أو موت أقاربه. سنحتفظ فيما يلي بأربع مساهمات أساسية، ليدل فرويد في ذلك على أن الموت مشكل يخص ما وراء علم النفس (Métapsychologie).

- نلاحظ صراع يخص التناقض، لدى الإنسان التاريخي و كذلك الإنسان العصري، بين التعرف على وجود نهاية الحياة و عدم القدرة على تصور الموت انخاص. ليقول فرويد "لا يمكن تصور الموت انخاص بنا، و مرارا عند محاولة تصوره نلاحظ أنه في الواقع، نستمر دوما باتخاذ موضع المتفرج". (Freud, 1915 a, P26)

كما يؤكد فرويد كذلك أن "اللاشعور لا يؤمن بالموت الشخصي، بل يتصرف و كأنه أبدي" (Freud, 1915 a, P36) فاللاشعور لا يعرف الموت، لأن اللاشعور لا يعرف ما هو سليلي، و الموت يحمل مفهوم سليلي.

يعمل الموت على تحطيم الفرد، الذي بميوله يضع الموت جانبا، أي إقصائه من الحياة. إنه حادث دخيل في حياة الفرد، بطريقة غير متوقعة و حاسمة. فهذه الوضعية نجدها مغذات بالتقدم الطبي الذي يحاول تأخير الأجل.

- الإحساس بكل ما يتعلق بالموت على أنه غريب و مقلق. يظهر كنتيجة للكبت الأصلي، فهذا الإحساس يتأتي من الصعوبة التي يجدها الفرد لتقييم الميزة الواقعية أو الفوق الطبيعية للحدث.

- يشير فرويد (Freud S.) على أن الحضارة تريد الدفاع ضد اللغز الأليم للموت. نفي الموت هو اتفاق مرتبط بالحضارة (Freud, 1915 a, p34) إذن هو ميكانيزم يهدف إلى حماية الأنا، من الممكن وصفه كظاهرة بنوية.

- ساهم فرويد (Freud S.) بمفهوم قلق الموت الذي هو ثانوي، يتأتي من الإحساس بالذنب نتيجة رغبة الموت المحسوسة اتجاه الآخر (مثلا خلال التنافس الأوديبي). الذي يكون من بين الأعراض الموجودة غالبا في قائمة الوضعيات الخاصة بانتهاء الحياة.

هذا القلق مرتبط بما يتوقعه الفرد عن الموت، فتفشل ميكانيزمات الدفاع: نسيان الرعب يبقى من المستحيل . مع ذلك فهذا القلق لا يحرص في الخوف من الموت الفيزيولوجي. إنه مؤشر مواجهة للنقصان، عدم القدرة، يقابله الفرد طوال تواجده، و الذي يعالجه حسب نماذجه الذاتية المختلفة (الكبت، الرفض، النفي)، يتأتي هذا القلق من انتظار الفرد لوضعية يواجهها، و لا يستطيع التحكم فيها. (Doucet, 2005, p608-p609)

حسب موران (Morin M.) (1970) يبقى الموت غير مُتخيل، التصور الوحيد له يتضمن الجانب الخارجى: الميت دماغياً (الجثة). فيعتبر أن الموت يخيف، لأن الجثة مخيفة، تعفنها - تحللها- يربعنا، التي تدل على فظاعة الموت. (Revidi, 1994, P 2)

أخيرا، إن الموت ينشط كل قلق الانفصال الخاص بالطفولة، هذا الانفصال اتجاه واحد من الأحياء و هو قفزة في المجهول يتميز بالوحدة المطلقة. (Revidi, 1994, P 2)

- الجرح النرجسي

يواجه الفرد خلال عملية الزرع صورة جسده الصدمية ؛ جسد و عضو عاجز، جسم ناقص، جسم مبتور (أثر الناصور ، نمو الشعر بكثرة) ، جسد مزروع يُطبع الجسد بالآلام ويحمل سمات تستدعي استعادة النظام (rappel à l'ordre) كما يدل على واقع الألم.

تكون أحيانا العدوانية ضد الجسد جد شديدة، ليشارك رفض العلاج مع رفض العضو المزروع ، فيؤدي ذلك إلى الرفض الفعلي.

- القلق والشعور بالذنب

القلق والشعور بالذنب يمتزجان بالصعوبات التي تتغذى فيما بينها؛ قلق الموت، قلق الرفض، القلق الجسدي، الحداد والشعور بالذنب يشجعون على استخدام ميكانيزمات الكبت التي تكون في بعض الأحيان مكثفة مع الكف والقمع القبل الشعوري للهوامات المقلقة. تظهر التلقائية والقدرات على التداعي كمومة- مكبوحة- (muselées) ، وانخفاض قدرات الالتزام والابتكار مع اشتداد العدوانية. كما يمثل الخطر الكبير في الانطواء، الذي يعبر عن حقيقة المعاش الاكثابي.

(Jeammet et coll., 1999- 2001, P3)

- اضطرابات القلق والاكتئاب (Troubles anxiodépressifs)

هذه الحادثة مرهقة، محلة للنظام و نكوصية ؛ تخص تجربة التعويض و الموت المتجنب، فبعض المصابين يستفيدون من هذه العملية بنجاحها و آخرون يخرجون مصدومين إن فشلت لديهم. حيث وصف بعض الباحثين ك؛ كومف و أيزندرات (Kemp J- P. et Eisendrath R.) بعض الاضطرابات العقلية التي يظهرها المريض: البلادة- عدم الإحساس - تبدل إتباع الحمية، الإقلاب، الاكتئاب...إلخ. أما من جهة أنجل (Engel G.) في سياق آخر وصف تناذر التخلي - فقدان الأمل (Syndrome de délaissement-désespoir) (Crombez et Lefebvre, P. 1973,

p 95)

غالباً ما يكون القلق مُرتبط بعدم الاستعادة لوظيفة طرح البول المؤقتة، هذا الانقطاع يكون متحكم فيه عن طريق العلاج الملائم الذي يؤدي إلى استعادة وظيفة التبول، كما يمكن أن نجد الخلط (confusion)، الذي يمثل كذلك مرحلة عابرة مرتبطة بتناول الهرمونات الكُظريّة (corticoïde). (Bourgeois et coll., 1990, p93)

تتلائم أزمات الرفض مع الإحساس بالقلق حيث أن 70% من هذه الأزمات تحدث خلال السنة الأولى، الذي يظهر عبر التغيير في المؤشرات البيولوجية، ارتفاع الكرياتينين وانخفاض كمية البول. تكون هذه المرحلة الحرجة والمُقلقة في الثلاثة أشهر الأولى، بالأخص العشرة أيام الأولى. يتلاشى القلق الكامن الدائم للرفض مع الوقت، حيث أن التحكم في تجربة الرفض -المتغلب عليها- يزيد من الثقة.

لاحظ أيزندرات (Eisendrath R.) (1969) أن ثمانية مرات من بين إحدى عشر مريض متوفى بعد عملية الزرع الكلوي بسبب تجارب الحداد، التخلي العائلي، أو حلقات القلق والهلع. لينبثق التساؤل حول وجود العلاقة بين الحالة النفسية للمريض وإمكانية استمرار حياة العضو المزروع. (Leon, et coll., 1990, P5)

يختلف تواتر الاضطرابات العقلية الملاحظة عند المتلقي بعد عملية الزرع من دراسة لأخرى، خاصة بسبب غياب تماثل معايير التشخيص. (Triffaux et coll., 2002 a, p 3)

باختصار، تكون المشاكل النفسية أقل في العلاج عن طريق عملية الزرع مما هو عليه في العلاج بالتحال الدموي. (Bourgeois et coll., 1990,p93)

IV- تناول الذات و اللآذات

تدفع عملية زرع الأعضاء إلى طرح تساؤلات حول الفرد، حول الإشكاليات الأساسية الذات/اللاذات، الذات/الآخر، الحياة و الموت، الهبة و الدين، الإحساس بالهوية، سيرورة النسب، انتهاك الممنوع، احترام الميت الذي بقي من المحرمات. (Triffaux, 2002 b, p391)

لا تُرجعنا الجدلية الخاصة بالذات و اللاذات، إلى تصور واقعين منفصلين. كما أنه لا نجد فئة تتحدث عن الذات أو اللاذات بمعزل عن العلاقة المعقدة التي يتعارضان فيها، يعني ذلك علاقة الاختلافات في الوحدة و الاستبعاد في تبعيتهما المتبادلة. سنتطرق فيما يلي لبعض التناولات البيولوجية و النفسية للذات و اللاذات.

- التناول المناعي

يمكن تعريف علم المناعة، على أنه علم الدفاع ضد اللاذات مع احترام الذات. هذا التعرّف على الذات يستلزم ذاكرة اللاذات. يُكتسب التعرّف المناعي للذات عبر نمو الفرد و نمو نظامه الدفاعي، الذي يستوجب زيادة على ذلك صيانة يومية و إصلاح يومي (remise à jour) على مدى حياة الفرد.

- التناول النفسي

التناول النفسي يخص أحياناً، الذات الظاهراتي (phénoménal) لروجرز (Rogers C.) ، في هيئة مُنظمة من أجل إدراك الذات لتصل إذن للشعور. تارة تُدرك الذات على أنها نتيجة التفاعل الاجتماعي، لتصبح نتاج له، على شكل اجتياف للطريقة التي يدركونها الآخريين بها، إنها الذات الاجتماعية ميد (Mead G.). و تارة أخرى تشكل الذات كيان ذاتي يتأثر على الأقل أو الأكثر بالاشعور و معانيه، إن لم تكن متعددة بوجه خاص فهي متنوعة نسبياً.

إن العديد من الباحثين، يؤكدون على الدور الأساسي للآخر في إعداد الشعور بالذات ك زازو (Zazzo R.)، الذي قدّر أنه من غير الممكن صياغة صورة عن الذات، مستقلة عن صورة الآخريين.

- التناول التحليلي

الذات والآخر يتموضعان بطريقة مختلفة في التناول التحليلي، لنفترض أنهما من الممكن أن يتواجدان بطريقة منعزلة. نعرف أن الآخر و بطريقته متواجد بداخلنا دوماً و الموقعية الثانية الفرويدية تذكرنا

باليئات (instances) النرجسية لأننا الأعلى وللمثل الأعلى لأننا. كما يذكرنا لكان (Lacan J.) أن أصل الأنا هو الآخر.

فلا يجب الاستهانة بهذه المفاهيم التحليلية في زرع الأعضاء، فالكوص المُسبب بالعملية الجراحية المتعدية، يؤدي إلى إشكالية يجب الاهتمام بها.

نعرف أن الزمن و الفضاء اللذان نعرفهما ونستخدمهما، لا يُعطيان منذ الولادة بل يُبنيان خلال نمو الطفل، يُمثل الذهان الطفلي أحسن دليل عن إخفاق هذا الإعداد.

إذن نضع فرضية محتملة تخص خلفية الفضاء الإقليدي، أين يتموضع لحد الآن الجسد البيولوجي، حاول العديد من الباحثين ك سامي علي و فينيكوت... الخ (Winnicott D.W., Sami Ali M. etc...) صياغة نظرية تخص وجود الجسد و الفضاء التخيلي.

حسب فينيكوت (Winnicott D.W.) إن الموضوع و الفضاء الانتقالي (l'espace imaginaire) هما لأنهما يسمحان بتوفيق الواقع الداخلي بالواقع الخارجي لكل فرد منا. يعتبر أصلياً هذا الفضاء مجال للراحة الذي يسمح للفرد من التخلص قليلا من هذا العمل الإجباري الذي لا ينتهي أبدا.

بين الموضوع و الفرد المؤلفان نهائيا، و المنفصلان عن الواقع الإقليدي، يربط الفضاء الانتقالي بطريقة خاصة الذات بالآخر. فتتجوز هذه المنطقة التجريبية من الوضع المحصور و المحدود للتصور، التي تكون خَلْف الديانة، الفن و كذلك على مستوى كل الظواهر الثقافية.

يُكون الفضاء الخيالي الذي فيه يتحرك الأفراد في علاقتهم مع الآخرين المؤمنة بطريقة جد خاصة، لأن "الأنا" و "اللا أنا" ليس محددان بدقة، خلال وقت مشاركتهم في هذا الإطار. لنذكر أن الفضاء الانتقالي هو الأول و الموضوع الانتقالي ماهو إلا انبثاق-تعبير- عن هنا و الآن، مثلها هو عليه في الذرة الأساسية في الفيزياء الكمية التي لا تستفيد من هذه السمة إلا من خلال مجال التفاعل الخاص المميز لها.

يتموضع مفهوم الفضاء الخيالي لسامي علي (Sami Ali M.) إلى أقصى كل ما هو داخلي - خارجي، و ماهو تصوّري - تعبيرى، و ماهو عاطفي - إدراكي، توافق تشكيكة واسعة تشمل الظواهر المرضية منها والسوية. إذن الجسد هو تلك القوة المجهولة التي تترك نفسها يستولى عليها بما تستطيع القيام به، بمعنى تحويل الفضاء الحقيقي إلى فضاء خيالي.

إنّ مبحث النسالة (phylogénèse) لهذه البنية الفضائية تستند على الصورة الجسدية المتواجدة في منتصف الطريق بين المرحلتين الفمية والشرجية، المتعلقة أساساً بالعلاقة الموضوعية الفمية.

بعيدا على أن يكون الفرد هو نفسه مستقلا، فهو كموضوع جزئي ينتمي إلى جسد مرّكب كلي مُشكل من الأم و جسده الخاص به. الكل في نفس الوقت داخلي و خارجي، المحتوى هو الحاوي، مثل الدمى الروسية المتشابهة، لكنها بقامة مُتغيرة، التي تكسو الواحدة الأخرى.

يخص الأمر الفضاء الخيالي الأصلي ذو-البعدين، الذي يسبق الفضاء الثلاثي الأبعاد، المنبثق من التناظر المرآوي. يُنقّص هذا الفضاء الخيالي البدائي ذو-البعدين إلى السطح المصقل حيث يُخضع إلى علاقات التضمن المتبادلة. فلا يندثر أمام ظهور أشكال أكثر تعقيدا، إن هذه المحافظة هي التي تسمح بإمكانية النكوص، الذي يُثبت واقعه ليس على مستوى الحلم فقط بل على مستوى الهوام أيضا.

يذكر سامي علي (Sami Ali M.) أنّ هذا الفضاء الخيالي ذو البعدين هو إذن ذو تسلسل تاريخي سابق للفضاء ذو ثلاثة أبعاد و التناظر الغير الرجعي (irréversible). هذه الروابط الخاصة بالتناظر تُقام بالنسبة لليمين و اليسار، فالبعد الفضائي المُفضل يعكس دون تغيير، الجانبية المُدركة على جسد الآخرين. هذا الإدراك يكون بدوره موظفا حسب تفریق الفرد اليمين و اليسار على جسده.

هذا الفضاء المرآتي يُحدّد إذن عبر قطبين:

حسب جسد الفرد و الآخرين، الآخر يمثل هنالك المطلق (un là bas relatif)، الذي في أي لحظة يُعيّن هنا النسبي (ici relatif). و بالتالي، مجيء الفضاء الثلاثي الأبعاد، يعطي للآخر موضع

خاص كمرجع قوي، دون إزالة الفضاء الثنائي البعد السابق، المتضمن التقابل بين الموضوع و الفرد الغير موجودان بعد، كما هما.

هذه التخيلات للجسد والفضاء، هي بنيات دائمة الوجود بالرغم من اختفائها وتغطيتها بالإعدادات الإدراكية - المعرفية - الحركية التي تقتضيها متطلبات الواقع، توصل وجودها رغم كل شيء، لتستعيد في بعض الوضعيات المكان الأول. فيما يخص عملية الزرع، الآخر دائما موجود بداخلنا، بأشكال خاصة، حسب بنيتنا النفس - المرضية. يعيد الظهور على السطح، مع إعادة النظر في التوازن الذي كان دوماً هَشَّ، بين الخيال و الواقع.

ربما بواسطة هذا الإصلاح الخيالي يستطيع التنسيق البيولوجي على وجه التقريب، أن يواصل في كنف الفرد، تأمين التنظيم الضروري لبقائه. (Revel, 1994, p323 - p326)

خلاصة

اهتمت النظرة الطبية، بالمظاهر الجسدية للإصابة بمرض الكلى وتعقيدات الجسدية، حيث كان تفسيرها تفسيراً بيولوجياً بحتاً. أما التفسير السيكولوجي الذي تم عرضه كان يركز على بعض المفاهيم النفسية من خلال سيروورة استدماج العضو المزروع، الذي يختلف من مصاب لآخر ولا يتوافق مع إجراء العملية بل يبدأ منذ إعلانها. حيث ركزنا على بعض الباحثين الذين قاموا بدراسات حول المصابين بالقصور الكلوي والتعرض لعملية الزرع، كدراسة بيكر (Becker) الذي كان مرجعه في ذلك تفسير الظواهر النفسية النظرية التحليلية (سيروورة الحداد، الإدماج، القلق، الاكتئاب... إلخ). كما ركزنا أكثر على المتبرعين من الأقارب، لأن ما هو منتشر في الجزائر هو هذا النوع من التبرع.

تبقى النظرية السيكوسوماتية المرجع الأساسي في مجال الأمراض الجسدية، لأنها تركز أساساً على فكرة الربط والاستمرارية، والتفاعل بين المظاهر الجسدية والنفسية خلال مختلف مراحل التنظيم والتطور الفردي، فلنفس تأثير على الجسد، وللجسد تأثير على النفس، مشكلان بذلك نسق واحد.

Bibliographie

- Ascher , J. et Jouet J.- P. (2004). *La greffe entre biologie et psychanalyse* . Paris, France : PUF.
- Aussenac , CH. (1994). Réflexions cliniques sur les implications psychologiques de la transplantation rénale. *Psychologie médicale*, 26(2), 130-134.
- Becker, D. (1974).La vie au conditionnel. *Evolution psychiatrique*, (39)3, 537-556.
- Becker, D. et coll. (1978).Approche du vécu fantasmatique chez les dialysés et les transplantés rénaux. *Revue de médecine psychosomatique*, 20(3), 257-266.
- Bourgeois , M. et coll. (1990).Greffes de rein et de foie. Aspects médico-psychologiques. *Annales Médico psychologiques, Revue psychiatrique*, 148(1), 89-96.
- Brochier ,TH. et coll. (1990).Problèmes psychologiques et psychiatriques des transplantations rénales. *Annales Médico psychologiques, Revue psychiatrique*, 148(1), 85-88.
- Burner , M. (1994).La greffe d'organe fantasmes du receveur-fantasmes du donneur. *Psychologie médicale*, 26(2), 120-121.

- Consoli , S.M. et Bedrossian , J . (1979). Remaniements psychiques secondaires à une transplantation rénale. *Revue de médecine psychosomatique*, 21(3), 299-307.
- Crombez , J., et Lefebvre , P. (1973).La fantasmagorie des greffés rénaux. *Rev. Fr. Psychanal* , 37, 95-107.
- Cupa , D. (2002). *Psychologie en néphrologie*. Paris, France : EDK.
- Doucet , C. (2005). La clinique des soins palliatifs au regard du problème métapsychologique de la mort. *L'évolution psychiatrique*, 70, 605-612.
- Dubreuil, S. et coll. (1994). Vie relationnelle et transplantation rénale. *Psychologie médicale*, 26(3), 280-282.
- Freud, S. (1915a-1981). Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort. *Essais de psychanalyse*. Paris, France : Payot.
- Freud, S.(1915b-1969) . Pulsions et destins des pulsions. *Métapsychologie*. Paris, France : Bussière.
- Freud , S. (1917-1969). Deuils et mélancolie. *Métapsychologie*. Paris, France : Bussière.
- Freud, S. (1919). L'inquiétante étrangeté. *Essais de psychanalyse appliquée*. Paris, France : Gallimard.

- Gil, R. (1994). Transplantation et greffes d'organes: les enjeux éthiques. *Psychologie médicale*, 26(3), 249-256.
- Jeammet , PH et coll. (1999- 2001). Psychologie et qualité de vie de l'enfant transplanté rénal. Travaux de recherche: Etude prospective, multicentrique (8CHU) et pluridisciplinaire. *Pédiatrie-psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, CHU ANGERS, 10P.
- Leon , E. et coll. (1990).Aspects psychiatriques des greffes d'organe. *Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37670A⁶⁵, 6P.
- Manuello, M.et coll. (1994). Aspects psychologiques des dons de reins apparentes. *Psychologie médicale*, 26(2), 162-164.
- Porot, M. (1990). Considérations générales sur les greffes et les prothèses. *Annales Médico Psychologiques, Revue psychiatrique*, 148(1), 59-61.
- Pucheu, S. (2003b). L'évaluation psychologique des candidats à une transplantation d'organe. *Psychologues & psychologies ,bulletin du syndicat national des psychologues*, (169), 16-22.
- Revel, S. (1994). Le soi et l'autre: réalités et imaginaire. *Psychologie médicale*, 26(3), 323-326.
- Revidi , P. (1994). Réactions psychologiques aux affections somatiques graves . *Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37-675-A-20,10P.

- Schwering , K. L. (2001).Le traitement psychique de l'organe transplanté: ingestion, incorporation, sexualisation . *La psychiatrie de l'enfant*, 44, 127-167.
- Tabbane , K. et coll. (1989).L'image du corps chez les hémodialysés et les greffés rénaux. *Annales Médico psychologiques, Revue psychiatrique*, 147(1), 325-328.
- Triffaux, J.-M. et coll. (2002 a). Troubles psychiques liés aux greffes d'organes. *Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37-670-A-60,10 P.
- Triffaux , J.-M. et coll. (2002 b). "Arrachez – moi ce cœur !" :de la crainte du rejet au délire après transplantation cardiaque . *Revue Med Liège*, 57(6), 389-392.
- Zdanowicz , N. et coll. (1996).Complications psychiatriques des greffes d'organes. *Ann.Méd- Psychol, Revue psychiatrique*, 154(4), 230-239.
- Zumbrunnen, R. et coll. (1989).Avant et après une transplantation rénale: expérience vécue et l'adaptation psychologique des patients. *Psychologie médicale*, 21(14), 2137-2140.