

RÉÉCRIRE LA VIRILITÉ À TRAVERS LA MALADIE

LIORA GOV-ARI DE VRIES, MA

Travailleuse sociale en hématologie
Centre médical Shaare Zedek, Jérusalem
ירא-בוג הרואיל [liora_govari1@walla.co.il]

D^R AARON RONSON

Service d'hématologie
Centre médical Shaare Zedek, Jérusalem

D^R AHUVA SPITS

Directrice d'étude – bureau infirmier
Centre médical Shaare Zedek, Jérusalem
emmanuellegagne@institutmallet.org

Chaque jour, au service ambulatoire en hématologie du Centre médical Shaare Zedek de Jérusalem, de nombreux patients reçoivent des traitements. Environ 60 personnes fréquentent le service quotidiennement. Ces hommes et ces femmes ont reçu une mauvaise nouvelle, un diagnostic de maladie hématologique. À la clinique ambulatoire, les patients ne sont pas hospitalisés, ils viennent en consultation externe. Sans aucun doute, la maladie représente un grand défi, surtout si le pronostic est mortel.

Au cours des dernières décennies, le nombre de personnes diagnostiquées avec une maladie hématologique a augmenté régulièrement. Les raisons de cette tendance à la hausse ne sont pas connues, mais certains l'attribuent au style de vie occidentalisé, à la consommation d'aliments malsains ainsi qu'à certaines habitudes comme le tabagisme. Les technologies de pointe et le développement constant de nouveaux médicaments ont aidé de nombreuses personnes malades à améliorer leur qualité de vie, à obtenir une rémission de la maladie pendant une période prolongée et à retarder la mort.

L'hématologie est un domaine de la médecine qui traite les maladies du système sanguin. Le lymphome, la leucémie et le myélome sont des exemples de maladies sanguines cancéreuses qui nécessitent des traitements à long terme, notamment une chimiothérapie.

Les patients atteints d'un cancer sont généralement traités par une chimiothérapie administrée au cours de cycles différents, selon des protocoles personnalisés. Habituellement, ils arrivent le matin pour recevoir leur traitement de chimiothérapie et la plupart d'entre eux sont libérés après le traitement, au cours de la journée, ce qui leur permet de s'acquitter de leurs obligations familiales et professionnelles. Cela les aide à conserver une attitude positive malgré une maladie souvent mortelle. La prise en charge complexe de ces patients nécessite une équipe interdisciplinaire incluant des médecins, des infirmières et des travailleurs sociaux.

Cet article décrit certains aspects uniques dans les soins des patients de sexe masculin souffrant d'une maladie hématologique, tout au long du processus, depuis l'étape du diagnostic en passant par la phase

NDLR. Ce texte a d'abord été écrit en hébreu et l'auteure en a fait une traduction en anglais. Nous remercions Mme Danielle Duquet qui a généreusement assumé la traduction libre de l'anglais au français.

de traitement jusqu'à la rémission et parfois, malheureusement, jusqu'à la phase de fin de vie. Ce périple peut s'étendre de quelques mois à plusieurs années.

Cet article présente aussi le travail effectué auprès de patients de sexe masculin qui suivent une thérapie de groupe au sein du service. Il met en lumière les défis auxquels les hommes sont confrontés, en particulier dans la société israélienne, lorsqu'ils doivent faire face à une maladie potentiellement mortelle.

Il est normal de s'inquiéter du présent et de l'avenir, en particulier lorsque l'expérience de la maladie est dramatique et que l'avenir est incertain. Soudainement, sans préparation, les patients sont obligés de redéfinir leur identité et de repenser le cours de leur vie. Ces changements apportent une nouvelle réalité à la fois pour le patient et pour son entourage.

Ces changements abrupts dans l'identité de la masculinité doivent être abordés dans le cadre thérapeutique en mettant l'accent sur les approches d'autonomisation et de genre et en abordant l'interprétation de la masculinité selon diverses cultures : les juifs, les musulmans et les autres groupes sociaux répandus en Israël, en particulier à Jérusalem. Le traitement doit prendre en compte la culture, plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'hommes et de maladie.

Les théories sur la virilité et le traitement viennent du point de vue féministe. John Rowan (Rowan, 1997) affirme que, si nous voulons comprendre le rôle masculin, nous n'avons d'autre choix que de nous faire assister par le féminisme.

Un homme n'aurait pas idée d'écrire un livre au sujet des hommes. Un homme peut ne pas être à l'aise de partager des émotions en se présentant comme un exemple d'un certain sexe, car être un homme est une évidence (de Beauvoir, 2001).

NOUVELLE VIRILITÉ

Jusqu'à la fin des années 1970, l'hétérosexualité masculine était considérée comme « naturelle » et « normale ». Ces caractéristiques permettaient aux hommes de régner sur la société (Sasson-Levi, 2006 ; Morgan, 1992). L'approche appelée « essentialiste » est une théorie selon laquelle il existe une différence innée entre les hommes et les femmes, différence qui est fixe, biologiquement prédéterminée et qui ne peut être changée. L'accent est mis sur la différence psychique entre les deux sexes. Cependant, la plupart des recherches ont été orientées sur la biologie plutôt que sur le genre.

Freud a été le premier à considérer la biologie avec une théorie psychanalytique dans laquelle il affirmait que les différences biologiques entre les sexes entraînaient une variance et non des processus de socialisation. Il a traité la différence dans un contexte anatomique et biologique. La virilité est décrite comme universelle et se distingue, selon Freud, par des caractéristiques « masculines » opposées au féminin. Selon ce point de vue, la virilité est considérée comme une force interne issue du complexe d'Œdipe (l'identification d'un enfant avec le parent de même sexe). Les garçons se tournent naturellement vers la masculinité (Nardi, 1992).

Raewyn Connell s'est opposée à la vision essentialiste. Elle a affirmé que cette théorie liait « normalité » et virilité hétérosexuelle, ce qui signifie servir les gens qui sont au pouvoir et en contrôle. Selon elle, les hommes ne sont pas tous pareils et nous devons nous rapporter à des communautés d'hommes différentes et à un grand nombre de styles de virilité. Il y a des différences ethniques, socioéconomiques et sexuelles.

Suivant le renforcement du point de vue libéral et humaniste, la théorie essentialiste a été critiquée. Au début des années 1960, une lutte s'est amorcée pour reconnaître les droits des groupes opprimés au sein d'une société. Ce mouvement s'est intensifié dans les années 1980 et en est arrivé à une discussion

ouverte sur les identités entraînant ainsi l'étude de la masculinité.

Au fil des ans, en corrélation avec la discussion féministe, plusieurs méthodes ont été mises au point pour comprendre le monde des femmes (Chodorow, 1982). Les approches et les modèles ont évolué, affirmant que les expériences des hommes et des femmes ne sont pas les mêmes et que cela entraîne une manière différente de penser, de juger et de s'exprimer. La plupart des théoriciens prétendent que la base de la différence réside dans la structure de la société et ne vient pas nécessairement de la biologie, mais bien de la société.

Pour sa part, Gilmore (1990) a déclaré que la virilité est le résultat d'une structure sociale. Il a étudié le sujet de la virilité à travers le monde et a découvert que, dans le monde occidental, la virilité n'est pas un fait naturel, mais le résultat d'un processus de lutte. Tout au long de l'histoire les hommes ont dû prouver leur virilité.

Le mouvement féministe, dans l'utilisation de la recherche sur les femmes et le genre, a contribué à l'examen des modes de masculinité et de féminité. Le féminisme a mis en évidence le domaine patriarcal qui a conduit à la répression de certains groupes (Carrigan et al., 1995).

Non seulement la recherche et les mouvements de libération ont entraîné des changements dans notre façon de voir la masculinité, mais le monde du marketing et les médias ont influencé la conception des différents types de virilité et ont lancé le terme de « crise de virilité » (Edwards, 1997).

Les médias ont activement contribué au changement, la publicité incitant les hommes à acheter des produits de beauté et des vêtements à la manière des femmes, les hommes ayant autant besoin de cosmétiques et de beauté que les femmes (Nixon, 1997).

Les médias ont non seulement imposé des changements sociaux, mais également encouragé et renforcé l'image de la masculinité, transformant ainsi le terme « homme » au sens biologique en un terme aux multiples significations.

O'Neil a ajouté une théorie du conflit entre les sexes et formulé six mesures du « moi idéal » chez les hommes : pouvoir, succès, concurrence, répression de l'expression des sentiments, rétention de manifestation d'affection et d'amour entre hommes, en plus d'un conflit entre travail et famille. L'homme occidental est tenu de respecter ces mesures, ce qui entraîne souvent chez l'homme un conflit intériorisé entre le « moi » et le « moi idéal » (O'Neil 2015 ; Good et Holmes, 1995).

Il en résulte qu'il n'existe aucune sympathie pour un homme qui échoue. On attend d'un homme qu'il persévère et qu'il performe. La prise de conscience de ses difficultés est une menace pour son identité. Il peut choisir de ne pas reconnaître certaines parties de son identité ; il n'y a pas de place en lui pour la honte, la dépression, les fractures et la douleur.

Un de mes patients, un homme de 50 ans père de cinq enfants, m'a dit un jour : « Je ne suis pas un homme ». Pour lui, il ne correspondait pas à la définition de base de ce que c'est que d'être un homme. Il a en outre expliqué qu'il pouvait subvenir aux besoins de sa famille, mais qu'il ne pouvait pas entretenir une relation sexuelle de manière normale.

L'expérience de la maladie est liée à la perte de contrôle, le même contrôle masculin que celui mentionné par Bourdieu (2007). Contrairement à Connell, il suggère plutôt une théorie du contrôle masculin. Il a notamment déclaré que les hommes sont tenus d'établir leur virilité et que cela dépend de la reconnaissance par les autres hommes de cette virilité à travers des images de force et de contrôle. L'affirmation de la virilité s'exprime précisément par l'héroïsme qui est, paradoxalement, basé sur la peur.

En travaillant avec des hommes qui avaient perdu le contrôle de leur vie et de leur virilité, j'ai remarqué qu'on attendait d'eux qu'ils prouvent qu'ils étaient des héros. Les gens disent qu'un homme ne pleure pas et qu'il est fort. Au cours des réunions de groupe, la conversation entre hommes portait sur l'héroïsme. Il n'y a aucune place ou possibilité pour exprimer de la faiblesse ou de la peur. « Pas le temps

de bavarder» et «Je suis fort» sont les paroles que la société leur offre dans toutes les interactions sociales.

Dans le monde moderne, un homme affirme souvent son pouvoir par la force physique et sa fortune. Prouver sa virilité est difficile et exige des ressources face au monde extérieur ; cependant, dans un état de maladie et de crise, l'homme est obligé de se tourner vers son monde intérieur pour trouver en lui-même sa force et ses ressources.

HOMMES EN TRAITEMENT

En travaillant avec des hommes en thérapie de groupe dans le service d'hématologie, le mot « traitement » n'a jamais été mentionné. Le travail se déroule autour du mot « dialogue ». Ce fait minimise la menace d'ingérence ou de destruction du tissu social délicat créé au sein du groupe. La mention de dialogue thérapeutique peut entraîner une distance, ainsi qu'une aliénation, entre eux et moi en tant que thérapeute. Chaque homme participant a rejoint le groupe après un long processus de thérapie individuelle qui comportait une ouverture et l'instauration d'une relation sécurisée entre nous. Ces hommes se sont retrouvés dans une situation de crise dans leur vie et ont donc ressenti le besoin urgent de « retrouver la forme ».

Au cours des dernières années, il y a eu un accroissement de la littérature sur le traitement des hommes en thérapie, essayant de définir un discours propre au genre, qui prend en compte les éléments psychologiques, sociaux et culturels qui font partie de la construction de l'identité, et qui ont une influence sur le traitement (Baum, 2006).

Selon la théorie dominante sur la structure de la société, l'identité de genre inclut les composantes de l'identité d'une personne liée à la religion, à l'ethnie, au statut social et plus encore (Connell, 1987). Selon cette affirmation, les différences entre les sexes et entre les types de masculinité sont en réalité inscrites dans un concept socioculturel transmis de génération en génération et repris par les institutions sociales

telles que la famille, l'école et les institutions de l'État (Connell, 2009).

En outre, la décision des hommes de faire appel à une aide professionnelle en tant que telle, sans prendre en compte le genre, s'accompagne de suspicion et de crainte d'une éventuelle exposition (Vogel, Wade et Hackle, 2007).

Les hommes ont tendance à moins recourir à l'aide de professionnels et soutiennent en général les positions qui dénoncent toute demande d'aide. Par conséquent, des séances de groupe peuvent aider en cas de perte de contrôle (Addis et Mahalik, 2003). Lorsque les hommes acceptent de demander de l'aide, ils le font en raison de détresse psychologique ou lorsqu'ils souffrent de dépression ou de problèmes de stress ou de dépendance (Mahalik 2003).

Souvent, les hommes sont orientés vers un traitement, individuellement ou en groupe, dans un contexte de violence domestique. Il peut être difficile pour les travailleurs sociaux d'être attentifs à un traitement sexospécifique, car le problème peut être ancré chez les hommes dans leur façon de voir la virilité. Ces derniers peuvent avoir tendance à se concentrer sur des problèmes et des solutions pratiques, tandis que les thérapeutes privilégient le processus thérapeutique en se concentrant sur des objectifs en rapport avec le genre (Engler-Carlson, 2006).

Pour les professionnels, il est important de prendre en compte la souffrance des hommes qui découle de leur monde émotionnel et de la problématique hommes-femmes. Les hommes peuvent souffrir d'alexithymie, c'est-à-dire avoir de la difficulté à exprimer verbalement leurs sentiments. C'est une sorte de syndrome ou de problème psychologique. Cela peut être dû à leur éducation ou à des stéréotypes imposés pendant l'enfance et qui entraînent une perte de la capacité d'exprimer ses sentiments (Levant, 1998). Cette philosophie trouve un écho dans la société israélienne où les hommes apprennent qu'être fort c'est éviter toute démonstration de sentiments qui pourraient être interprétés comme de la faiblesse.

Selon Brannon, un homme se voit confier une « idéologie masculine », ce qui signifie qu'il lui faut agir conformément aux croyances et aux attentes de la société (1976). Il existerait ainsi une intériorisation de cette idéologie traditionnelle : un homme est anti-féminin, il doit pourvoir aux besoins de son foyer et prendre des risques (Brannon, 1985).

D'un point de vue pratique, que les hommes soient les principaux pourvoyeurs peut entraîner pour eux des difficultés supplémentaires, parce que les services sociaux ou spécialisés sont offerts principalement le matin alors qu'ils sont au travail. C'est un fardeau de plus pour les hommes qui ont besoin d'une thérapie (Tudiver et Talbot, 1999).

Gilmore (1990) affirme aussi que, pour l'homme, faire ses preuves fait partie de ses revendications sur la structure de la société. Selon lui, c'est le prix à payer pour affirmer sa virilité dans le monde occidental. Ce n'est pas un processus naturel mais difficile et qui nécessite de la part de l'homme une lutte pour l'obtenir. Tout au long de l'histoire, les hommes ont dû prouver leur virilité et leur hégémonie : l'homme se doit d'être le principal soutien de la famille, un amoureux dévoué et un soldat sur le champ de bataille. Ce sont les fondements d'une société patriarcale.

Pollack pour sa part (2005) affirme que les hommes portent un masque pour éviter de gérer leurs émotions, ce qui est lié à l'intériorisation de leur rôle d'homme et le point de vue de Levant (2006) sur la compréhension de la réalité masculine est la théorie qui traite du fonctionnement du genre :

- La demande d'aide représente la faiblesse masculine. « Sois un homme ! » Cette maladie peut entraîner l'ignorance totale du besoin d'aide.
- L'appui sur l'autre (il / elle) et la formation de la dépendance sont des gâteries et des comportements qui ne sont pas masculins. Pendant la maladie, les rôles s'inversent et l'homme peut légitimement être faible et malade.
- Les sentiments refoulés sont la méconnaissance et l'incapacité à exprimer des senti-

ments. Durant la maladie, les difficultés expriment douleur, déception et frustration.

- Les concepts de sexualité masculine qui rendent difficile la distinction entre intimité et désir. Pendant la maladie, la capacité à développer l'intimité et le désir est assombrie.
- La préférence des hommes à « agir » plutôt qu'à « être ». C'est une façon de traiter qui permet de dialoguer et d'agir pour résoudre des problèmes. La capacité d'établir un équilibre entre « faire » et « être » dans une situation donnée.

Mahalik (2005) propose un outil pour identifier ce qu'il appelle « des pensées masculines déformées ». Parmi les 9 déformations qu'il répertorie, figurent celles-ci :

- Le contrôle des sentiments, la perte de capacité à exprimer leurs sentiments, l'interdiction de montrer leur faiblesse (le langage thérapeutique défini comme un discours sur les sentiments est difficile pour les hommes).
- La fiabilité masculine (les hommes doivent tout faire eux-mêmes et ne devraient pas s'appuyer sur quelqu'un d'autre ; ils sont supposés se débrouiller seuls et personne ne devrait leur dire quoi faire).
- L'endurance (un homme devrait être capable de supporter toutes les douleurs physiques ou psychologiques).

Traiter un homme alors qu'il est gravement malade devrait inclure tous les points que nous venons de mentionner.

Furman (2010) définit les hommes en Israël comme une « population transparente ». Il n'existe pas de services particuliers pour les hommes dans le domaine de l'aide sociale et de la psychologie.

L'Israélien moyen se retrouve dans une société gouvernée d'une part par la tradition juive et de l'autre par le militarisme. En droit juif (Halacha), l'homme marié est obligé de nourrir et d'habiller sa femme et d'avoir une relation sexuelle avec elle. Comme il est écrit (Ex 21 :10) : « S'il prend une autre

femme, sa nourriture, ses vêtements et son devoir de mariage ne doivent pas diminuer.» (Voir aussi tractate Ketubot, ch. 5, lois du mariage, ch. 10, 12, 14, Shulchan Aruch simanei, 69-77.)

Pour justifier cette hégémonie masculine, l'homme se doit d'être indépendant, de prendre des risques, d'être physiquement responsable et d'avoir du succès dans sa profession; il doit être protecteur, nourrir sa famille et il doit être agressif, rationnel et hétérosexuel (Connell, 1995).

Comme nous l'avons déjà mentionné, sur le marché du travail, l'homme est obligé de faire ses preuves dans son choix de carrière et l'identité de genre est très importante pour la prise de décision. Les garçons apprennent que, dans le monde du travail, la domination des hommes va de soi (Collinson et Heam, 1996).

Le militarisme fait partie de la société israélienne. L'homme se doit d'être un fer de lance et un leader. Kimmerling (1993) remarque à ce propos que la majorité des segments de la société israélienne hors de l'armée pensent en termes militaires sans souci d'interférence entre les symboles de l'armée dans une partie de la culture et de l'identité ethno-nationale. La naturalisation des solutions militaires comme une évidence et de l'armée en tant qu'institution relie des générations, des positions et des groupes de genre.

En Israël, en tant que citoyen, chaque homme âgé de 18 ans doit s'engager comme soldat. Il représente alors l'hégémonie de l'État-nation, où toutes les autres identités de la société israélienne sont formées par rapport à cette masculinité. L'homme israélien se retrouve dans le concept historique de guerrier et de chasseur. Sa tâche est de «garder la maison» (Connell, 2009). Le militarisme entraînant aussi toutes sortes de violences, les combattants apprennent à acquérir des qualités masculines et jouent le rôle d'homme violent, dur et non sensible (Hearn, 2012). Ces qualités font partie des normes militaires et sont apprises au sein de groupes de pairs qui se conforment à la routine de ce comportement masculin dans tous ses aspects ou habitudes (Flambeau, 1998).

Sasson Levi (2003) affirme que la situation conflictuelle d'Israël avec les États voisins et les Palestiniens crée la formation d'une sorte d'éthique de l'armée populaire et d'autres processus socio-historiques qui établissent un modèle de virilité hégémonique dont les ingrédients comprennent beaucoup plus qu'un simple personnage militaire, mais qui comportent aussi des caractéristiques nationales, une éthique, un statut et des caractéristiques sexuelles. En Israël, le «mâle hégémonique» comprend sa position hiérarchique dans la société israélienne: il doit être hétérosexuel et faire partie d'une unité de combat de l'armée.

En fait, ce mythe de l'homme a reçu une nouvelle signification dans l'image de l'enrôlement dans l'armée. Le fait de combattre et de se porter volontaire pour des unités de combat est renforcé par l'idéal des «frères d'armes» (Ben Ari, 1998, Kaplan 2003).

Dans le domaine de la santé, il faut prendre en compte l'importance des aspects liés au genre. Cela peut améliorer la qualité du service, comprendre les distorsions de la pensée et les moments de détresse personnelle. La formulation de la thérapie peut s'apparenter, pour certains hommes, à l'apprentissage d'une nouvelle langue. Par conséquent, en travaillant avec les hommes, nous devons d'une part rendre possible un dialogue ouvert et, d'autre part, créer un dialogue qui sera compris, dans l'intention de renforcer les compétences de dialogue.

Le dialogue thérapeutique est plus ouvert avec les thérapeutes féminines parce qu'elles ont tendance à être plus attentives aux sentiments, alors que les thérapeutes masculins tendent à s'intéresser plutôt aux relations du patient avec les autres (Vogel, Epting et Wester, 2003). De ce fait, les hommes en détresse apprécient une intervention précoce pour résoudre leurs problèmes; beaucoup d'entre eux n'aiment pas les interventions dont le trait principal est d'exposer et de parler des sentiments (Kilmartin, 2010).

Rochlen (2014) affirme qu'il existe une crise entre culture masculine et psychothérapie. Pour réussir et adapter le traitement aux patients de sexe masculin, il faut que l'intervention corresponde à la

manière dont les hommes établissent un contact et ouvrent leur cœur. Le processus ne doit pas être perçu comme une menace. Selon Johnson (2005), pour encourager les hommes à se faire traiter, le défi est de ne pas leur reprocher leur hésitation à se faire soigner et à demander de l'aide pour comprendre leurs difficultés.

Richards (1997) cite Winnicott à propos de l'étreinte, afin d'expliquer les observations relatives à l'étreinte paternelle en tant que fonction, à son intégration avec l'étreinte maternelle et la façon dont chacun étreint et est étreint à la fois. Les bras de la mère qui enlacent se transforment en étreinte dans les bras solides du père. Ce sont les possibilités d'une plus grande autonomie. Dans le cadre du traitement, la satisfaction est donnée à l'étreinte paternelle dans la mesure où elle n'a pas été fournie au patient dans le passé.

Pleurant le manque au sujet de sa mère, un patient a commenté : « L'embrasser, c'était comme embrasser un fantôme, je pouvais passer à travers elle. Mais mon père, il était tangible, il était là. Je me souviens qu'une nuit je souffrais de maux d'oreilles. Il m'a transporté sur ses épaules à la recherche d'un hôpital. Mais est-ce que j'avais l'impression qu'il me tenait ? « Non ! » s'écrie le patient, « Je le tenais serré et je m'accrochais à lui, je sentais mon visage contre son manteau. Je sentais que je pouvais m'y agripper, le serrer dans mes bras, le frapper, et il serait toujours là, tangible et m'entourant de sa chaleur et de sa force. »

L'idée de la paternité peut également être liée à la discussion sur la visibilité du père (Liebman et Abell, 2000). Il existe différentes fonctions du père dans la formation de l'identité de genre. Le père est une sorte d'amortisseur de sentiments qui rend possible l'expression de l'agressivité. Il est le deuxième objet et une figure importante dans la vie d'un enfant.

Pollack (1990) propose une autre tentative de compréhension des différences de vision du monde. Selon lui, certains patients se réfugient à l'intérieur d'eux-mêmes pour se défendre. Cependant, l'image de soi est entièrement dépendante de l'autre, ce qui

peut causer des souffrances non seulement à l'entourage d'une personne, mais également à la personne elle-même. Par conséquent, il est important de prendre conscience du fait que les hommes et les femmes peuvent ressentir la proximité de manières complètement différentes. Après tout, une femme peut se définir par le biais de relations étroites et un homme finir par associer ses capacités à faire l'expérience de la proximité et de la communication avec les moyens légitimes de ses besoins personnels. Par conséquent, il faut expliquer au patient au cours du traitement de se préparer à certaines façons de nouer des relations étroites.

Dans la réalité du service d'hématologie, la question de la virilité exige de la sensibilité et un apprentissage pour améliorer le traitement chez les hommes. Dans le dialogue, il faut tenir compte de tous les aspects qui ont été mentionnés. Une partie des hommes passe d'un traitement personnel à une thérapie de groupe. Dans le processus, ils sentent que la capacité de pouvoir et de donner, mais aussi de recevoir, contribue au dialogue avec un groupe de pairs.

IDENTITÉ MASCULINE ORIENTALE

La société israélienne en tant que *melting-pot* est composée d'hommes issus de cultures différentes. Cependant, le groupe le plus large vient d'un contexte oriental. La majorité des hommes ayant participé à la thérapie de groupe sont nés en Israël et sont de la deuxième génération de parents originaires de pays arabes. Ce détail de leur vie mérite une attention particulière. La plupart d'entre eux n'avaient que le lycée comme niveau d'instruction. La composante ethnique devient pour eux une source de référence pour les questions d'identité.

Pendant des années, la société israélienne a traité des questions d'ethnicité et des relations entre différents groupes (Lisak, 1996). Ces dernières années, nous avons assisté à un dialogue qui insiste sur le sujet de l'ethnicité et des antécédents. L'identité s'ex-

prime sous plusieurs points de vue relatifs aux questions sociales et de l'écart entre les différents groupes qui composent la structure de la société israélienne.

L'identité ethnique est l'appartenance de l'individu, voulue ou non, à un groupe présentant certaines caractéristiques sociales et culturelles (Trimble et Dickson, 2005). Les membres du groupe de thérapie s'identifient comme des hommes orientaux, une définition qui reste à vérifier. Si nous parlons d'identité ethnique, il existe quelques définitions :

- L'identité ethnique est liée à une appartenance structurelle, soit dans les caractéristiques de l'intériorité, soit dans les relations avec les autres groupes (Weinreich et Saunersonin, 2003).
- L'ethnicité est liée à la race et présente des caractéristiques autres que l'aspect extérieur. Elle comprend des symboles culturels et historiques expliquant pourquoi les membres du groupe se voient comme un groupe séparé et toujours comme une unité (Marshall, 2002).

Ces caractéristiques communes aux membres du groupe concernent également le contexte géographique, la manière de s'exprimer, la tradition religieuse, la vision du monde et le comportement.

Outre toutes ces composantes, on peut remarquer qu'il y a les composantes du choix du partenaire, des amis, de la perception des risques pris dans la vie et des réactions des autres membres du groupe envers soi (Shaharso, 1989).

Les caractéristiques du comportement masculin avec des influences orientales ont récemment été étudiées sous différents angles (Hirsch, 2014). Prenons par exemple, le plat national appelé houmous, consommé quotidiennement. Des recherches ont été faites sur cet aliment et la culture dont il est issu. Il y a eu une expérience spécifique concernant ce plat qui serait en lien, en Israël, avec la virilité ; il existe en Israël des « restaurants houmous ». (Il faut cependant dire qu'il n'y a pas que les hommes qui mangent de l'houmous et ils ne le mangent pas spécialement pour se sentir plus homme). Les conclusions sont qu'il

existe un dialogue masculin autour de ce plat commun et qu'il existe un lien clair entre les hommes et l'houmous. La façon dont ce plat est consommé au restaurant houmous consiste à l'essuyer avec le pain pita. Les hommes excellent à montrer leurs connaissances de ces restaurants et à les décrire comme un aspect culturel masculin.

Il existe des éléments physiques dans le fait de consommer l'houmous ; tous partagent le même plat et mangent avec les mains cet aliment nourrissant et copieux. Un autre facteur en ce qui a trait au restaurant houmous est qu'il n'appartient généralement pas à une femme. Le partage du repas en groupe formé par les hommes est également lié à la culture arabe qui est identifiée comme masculine. Il existe une certaine tension, socialement parlant, dans laquelle l'homme ashkénaze est au sommet de la hiérarchie et l'arabe au rang inférieur. Dans cette hiérarchie d'hommes, la culture arabe est associée aux racines, au caractère local, au physique et à la tempérance, des valeurs identifiées à la masculinité. Dans l'expérience masculine, l'houmous fait aussi partie du militarisme israélien. L'houmous est un plat végétalien mais local et lié à l'expression dans l'armée : « préparez la table pour un repas somptueux ».

Travailler en thérapie de groupe et s'asseoir ensemble crée la même expérience que dans les restaurants houmous : une réunion non officielle et non obligeante. Une réunion composée d'hommes qui choisissent d'en faire partie. Même si l'organisation du groupe est entre les mains d'une femme, la présence féminine laisse la place à l'expérience masculine. Les hommes sont réunis et, dans un dialogue, ils « mettent la table et ouvrent le cœur ». Manger et boire fait aussi partie de cette expérience masculine.

Lorsque le groupe des hommes orientaux se rassemble, le sujet du stéréotype ethnique est également soulevé. En Israël, il y a toujours eu des stéréotypes d'origine ethnique. Dans les années 1950, ils venaient de l'éloignement entre citoyens israéliens, entre les nouveaux arrivants et ceux qui y étaient établis depuis longtemps, et aussi des différences entre juifs ashkénazes et orientaux (Hacohen, 2001).

Une certaine image de l'homme oriental est aussi un facteur à considérer. Les stéréotypes sont un moyen socialement accepté d'induire des opinions sur les croyances relatives aux caractéristiques spécifiques aux membres d'un groupe donné (Smith et Bond, 1994).

Lorsque nous parlons de groupes, nous parlons de la relation entre différents groupes. Selon cette approche, l'objectif de ces mêmes stéréotypes est de magnifier l'identité sociale positive du groupe interne aux dépens du groupe externe. C'est ce qui donne l'avantage au groupe interne (Tajfel et Turner 1986).

Cela signifie qu'il y a «eux» et qu'il y a «nous». Nous essayons de nous définir en disant ce que nous ne sommes pas. Il y a l'identité masculine orientale. Que se passe-t-il si ce même individu, avec cette identité orientale, tombe malade? Quelle place allons-nous donner à cette composante de son identité?

Selon la recherche, les orientaux sont représentés dans la conscience sociale comme quelque chose de négatif. L'appartenance ethnique pèse lourd dans la constitution de l'identité israélienne aujourd'hui (Bokowza, 2011).

Selon Shakdi (2003), la question de l'identité de l'homme en tant que mâle oriental doit être examinée subjectivement. Dans les études sociales, l'approche explicative met l'accent sur l'explication subjective selon laquelle les personnes appartiennent à une réalité sociale constituée par des histoires et des mots qui construisent cette réalité et qui décrivent les expériences qui en font partie.

L'avantage que j'ai à diriger le groupe réside dans le fait que je suis moi-même une fille d'immigrés d'un pays arabe de deuxième génération. Je dois tenir compte de ce fait. Dans la hiérarchie, je suis une femme juive, plus instruite qu'eux et orientale. La question de l'origine orientale est apparue plus d'une fois en thérapie dans le dialogue de groupe. La capacité de manœuvrer entre différents mondes m'a permis d'avoir un avantage en tant qu'instructeur. D'une part, je comprends leur monde et, d'autre part, je peux apporter une perspective académique.

«Elle comprend d'où nous venons.» Et, en fait, il y a une réelle compréhension. L'origine israélienne est composée de l'expérience de l'homme juif d'origine orientale. Je n'ai qu'à regarder mon environnement naturel pour comprendre la question de leur identité orientale.

LE TRAVAIL SOCIAL DANS UN HÔPITAL

Un travailleur social dans un hôpital doit aider toute personne dans le besoin. Très souvent, il jongle entre le système de santé, le patient et sa famille ou sa communauté. Il doit être impliqué et souligner, entre autres choses, l'aspect psychologique et social du travail d'un médecin, d'une infirmière ou d'un infirmier ainsi que des membres de l'équipe de professionnels de la santé. Il les aide à utiliser leurs forces dans le domaine social tout en traitant un patient ou sa famille (Sheerlin, 1985).

Le travail social dans le système de santé est secondaire. Une personne vient à l'hôpital principalement pour recevoir des soins médicaux et la plupart des patients ne ressentent pas le besoin de demander de l'aide pour un problème émotionnel. Lorsqu'ils s'adressent à un travailleur social, c'est surtout pour du soutien en lien avec la bureaucratie et l'application des droits sociaux.

Prenons l'exemple du modèle biosocial. Selon cette approche, pour comprendre et traiter la maladie du patient, il faut prendre en compte son corps, mais aussi le contexte social et culturel dans lequel il se trouve, pour connaître ses valeurs et son environnement en tant que cadre complet en vue du traitement (Engel, 1980). Selon ce modèle, il faut porter attention aux causes liées à la santé physique et mentale et à leurs interactions.

Les interférences dans le travail social comportent plusieurs aspects. À la base il y a l'interférence empathique, c'est-à-dire qui comprend les sentiments et les pensées de l'autre (Kohut, 1959). Cette qualité est recherchée dans le travail avec des hommes, car il faut être capable de comprendre leurs sentiments

et de se mettre à leur place et essayer de sortir de cet espace en les aidant.

THÉRAPIE DE GROUPE À L'HÔPITAL

Comme je l'ai mentionné, une thérapie de groupe a commencé à l'intérieur de l'hôpital, sous la direction d'un travailleur social.

Le groupe a fonctionné pendant environ un an. Une fois toutes les deux semaines, les rencontres avaient lieu le matin dans une salle de consultation. Le groupe était formé d'hommes âgés de 30 à 60 ans qui avaient fait des études secondaires et constituaient la deuxième génération d'immigrants originaires de pays arabes. Une réunion moyenne comprenait 6 à 8 hommes qui occupaient un large éventail de professions au sein de la société israélienne. Pour la plupart d'entre eux, l'expérience d'une séance de discours thérapeutique était une expérience unique et nouvelle, bien que d'être assis dans un groupe avec des hommes n'était pas nouveau pour eux. Ils sont habitués à cela dans leur vie quotidienne et dans l'armée.

Lorsque nous en venons à parler des processus de groupe, nous devons comprendre qu'une personne est une créature sociale et, comme les animaux, elle mène sa vie en groupe. L'homme a des interactions quotidiennes avec les autres. Certaines des interactions sont uniques et n'ont pas de structure fixe, d'autres sont fixes et ont un objectif commun... Levin (1940) a défini le groupe comme une perfection dynamique basée sur la dépendance entre ses membres et a affirmé qu'un groupe est plus que la somme de ses parties.

Yalom (2006) ajoute pour sa part qu'une thérapie de groupe avec des populations et des objectifs variés augmente la force de la thérapie d'un groupe et ses « variables de guérison » en adaptant les principes de base de la thérapie de groupe à chaque situation clinique ayant un objectif précis. Le processus passe par l'existence du groupe. Voici les variables auxquelles Yalom fait référence :

- La transmission de l'espoir – la base d'un sentiment qui offre l'espoir d'un changement possible et d'un changement de point de vue. Au cours du processus, les membres du groupe apprennent à s'accepter eux-mêmes en tant qu'êtres humains et en tant qu'êtres indépendants avant ou pendant leur maladie.
- L'universalité – le sentiment qu'un membre d'un groupe éprouve une douleur et une lutte similaires. Tous les membres du groupe sont traités avec une chimiothérapie agressive. Certains membres du groupe sont en cours de traitement, d'autres en phase de guérison.
- L'information – les membres du groupe partagent des informations sur la récupération, les méthodes, les ressources et les comportements. Au sein du groupe, un dialogue ouvert consiste à apporter un soutien et des conseils pour accéder au statut d'expert.
- L'altruisme – les membres du groupe s'entraident. Cela renforce le dénominateur commun qui unit les membres du groupe. Cela facilite le sentiment altruiste, permettant ainsi d'aider les autres et de se sentir mieux dans sa peau.
- La reconstruction de la famille nucléaire – un soutien positif de la famille et de l'entourage sécurise et favorise la guérison.
- L'apprentissage interpersonnel – l'apprentissage en groupe permet d'adopter des idées et d'accepter des points de vue autres que des points de vue personnels. Lors de la séance de groupe à l'hôpital, les participants ont été exposés à une personne à tendance homosexuelle. Pour la première fois, les membres du groupe peuvent se familiariser avec différentes tendances sexuelles qu'ils ne connaissent peut-être pas et qui ne correspondent pas à leur propre philosophie.
- La cohérence sociale – l'appartenance à un groupe donne un sentiment d'appartenance. Par exemple, les participants du groupe ont décidé d'ouvrir un groupe WhatsApp.

- La dimension sexuelle – la thérapie de groupe cathars est un endroit où l'on peut faire part de ses sentiments et de ses expériences. Par exemple, les participants ont discuté librement de la difficulté de leur fonctionnement sexuel résultant du traitement et de ses conséquences.

La dynamique de groupe facilite l'unité entre ses membres tout en permettant un développement individuel propice au changement et à la croissance.

Rogers (1959) a formulé et élaboré une théorie sur les qualifications critiques du thérapeute pour aider un patient à changer. Il a défini trois éléments qui créent une atmosphère de changement : l'empathie, une attitude chaleureuse et l'honnêteté. Ces trois composantes constituent la base de l'existence d'un groupe en tant qu'unité fonctionnelle.

L'attention portée au patient inclut l'empathie et reflète et clarifie la capacité de ce dernier de renforcer son *empowerment*.

Le traitement du thérapeute est axé sur l'approche des pouvoirs (Cohen, 2000). Selon cette approche, chaque personne possède des pouvoirs cachés qui permettent au patient de survivre, de lutter et de se construire une vie. La personne puise ses pouvoirs du passé en les activant dans le présent. C'est la raison pour laquelle, lors d'une rencontre thérapeutique, le patient est considéré comme un « spécialiste » et non comme un « cas ». Par conséquent, le patient devient un partenaire à part entière. Le patient est capable de participer à la gestion de sa maladie et à la recherche de solutions en se basant sur ses pouvoirs et non sur ses problèmes (De Jong et Miller, 1995 ; Saleebey).

Cette approche met l'accent sur les pouvoirs positifs du patient qui concernent à la fois l'individu et son entourage. L'*empowerment* a pour but d'aider une personne à découvrir ses ressources et celles de son entourage, en en faisant un usage équilibré (Kaplan et Girard, 1994). Le groupe vit un processus d'autonomisation collective et personnelle, c'est-à-dire découvrir la capacité de fonctionner seul et de

se fixer des objectifs importants dans la vie (Sadan, 1997).

Rappaport (1981, 1987) considère que l'autonomisation est l'activité d'individus, d'organisations et de communautés qui visent à mieux contrôler leur vie, à améliorer leurs capacités et à assurer la justice sociale. En fait, il indique que le processus de responsabilisation est un processus qui découle d'un manque de ressources. Au moment où une personne découvre qu'il lui manque toutes sortes de ressources pour continuer dans la vie, il enclenche une recherche pour trouver et maintenir sa vie (santé forte). Le manque de ressources témoigne de sa faiblesse mais, en même temps, il active également un processus.

Au cours du processus, la personne subit des changements intérieurs et extérieurs qui sont interreliés et un processus interne incluant une autonomisation psychologique se produit à un niveau conscient et conduit à une prise de conscience des capacités de la personne à prendre des décisions et à résoudre des problèmes. Par exemple : « J'étais malade et j'étais conscient du fait qu'il y avait des choses que je voulais faire mais que je ne pouvais pas faire. Que fais-je avec cet écart entre ce que je veux faire et ce que je peux faire ? Être satisfait en partie ? »

Le processus extérieur entraîne l'expression des sensations de manière pratique et appliquée. L'intention est d'utiliser les compétences acquises par le patient afin d'influencer son destin et de changer le cours de sa vie. Un exemple de cela : « En raison du traitement et du changement de vie, je suis obligé de m'affirmer et de fixer des limites, à la maison comme au travail. »

Sadan (1997) affirme que le cadre du groupe est utilisé comme un moyen de responsabilisation. Comment ? En devenant un environnement idéal pour sensibiliser les gens à l'entraide, au développement de compétences sociales, à la recherche de solutions aux problèmes et à l'expérience d'une influence interpersonnelle. Lorsque le processus d'autonomisation passe au niveau individuel, il inclut les influences acquises en tant que membre du groupe. Il existe une influence mutuelle entre les membres du groupe et

la participation permet à chaque individu de comprendre son état. Mais, qui plus est, la réalisation d'objectifs communs dans le groupe permet à l'individu d'atteindre des ressources dont il n'aurait pas eu conscience hors du groupe (Perkin et Zimmerman, 1995).

Les membres du groupe ont suivi un processus d'apprentissage par des textes, ce qui, pour une partie du groupe, était une expérience corrective. La capacité de suivre un processus rend nécessaire l'acquisition de compétences cognitives, et c'était quelque chose de nouveau pour eux.

Une autre possibilité d'empowerment (Bandura, 1982, 1993 et 1997) est la mise en évidence de la possibilité de l'auto-efficacité. Il fait référence à la croyance qu'une personne a des capacités et, dans certaines situations, la croyance en ses propres capacités influence ses comportements, les efforts qu'il consacre à ses choix et sa persévérance dans certaines tâches. Cela change sa vie. Selon Bandura, cette même capacité découle de quatre paramètres : le succès des missions, la prise en compte de modèles de comportement, la persuasion verbale et la prise de conscience psychologique et physiologique positive. La personne commence à croire en ses capacités.

Le processus personnel révèle à chacun des participants sa propre capacité. Le résultat a été la capacité de chacun des membres du groupe de retourner à l'école et de choisir une nouvelle direction de vocation. Ceci est un avantage secondaire à la suite de la maladie.

Le travail de groupe avec ces hommes était basé sur les mêmes mouvements activistes que ceux apparus dans les années 1970. Ces hommes ont adapté les caractéristiques féministes et ont commencé à utiliser le même discours thérapeutique et les mêmes groupes de soutien pour faire face à ce qu'ils considéraient comme une crise masculine. Ainsi, les hommes se trouvaient dans une situation de pression et de crise personnelle et estimaient que seul un changement fondamental pouvait apporter une solution complète au problème. Des groupes d'hommes ont commencé à traiter des tensions quotidiennes résultant d'attentes

qu'ils ne veulent pas décevoir lorsqu'on compte sur eux pour réussir dans les fonctions qu'on leur attribue et à établir un soutien social qui encouragerait les hommes à partager leurs sentiments et leurs expériences avec d'autres hommes (Rail, 1999).

PERCEPTION DE L'IDENTITÉ

La perception de l'identité s'exprime non seulement dans une situation qui menace la vie, mais également dans un système complexe de tendances, de qualifications et de perceptions. La perception de soi de l'individu devient une pierre angulaire de la personnalité de l'individu et de l'histoire de sa vie. La consolidation de la perception de soi permet à l'individu de donner un sens à la vie.

Ericson (1987) affirme que l'identité du soi est perçue comme une variable aiguë influente et continue. Il a défini l'identité du soi comme une sensation intérieure de l'individu – se connaître soi-même, ses aspirations et ses objectifs pour l'avenir. Cette sensation de base est composée d'un noyau personnel : traits de caractère, souhaits, talents et désirs qui ne changent pas. Ce noyau établit la continuation de l'expérience de l'individu en dehors de la situation et du temps.

Ce processus de développement de la personnalité de soi est un principe organisateur qui permet à l'individu de s'affirmer en tant que personnalité dans la consistance et la continuité de l'expérience vécue par soi dans le contexte de la réalité sociale. Ce processus permet à l'individu de répondre aux questions « Qui suis-je ? » et « Que suis-je ? », comme aux questions « Qui ne suis-je pas ? » et « Que ne suis-je pas ? », de sorte que l'individu est capable de valoriser ses propres pouvoirs et faiblesses, d'agir selon son système de valeurs et sa vision du monde.

Traiter les différences d'identité entre les sexes se fait dans trois domaines : le contenu de l'identité du soi, le moment choisi pour résoudre les conflits d'identité et la solution du conflit identitaire.

Marcia (1980) définit l'identité du soi sur la base des variables fondamentales définies par Erikson :

- Conflit – le temps pendant lequel l'individu est activement impliqué dans le choix entre professions et croyances diverses.
- Obligation – engagement complet et total qui empêche le choix et ne résulte pas du cas individuel.

Il propose une typologie de quatre types d'identité basée sur ces deux variables.

- L'atteinte de l'identité – l'individu qui a traversé une crise la résout, il se doit de l'affronter et d'établir un système de croyances, de valeurs, etc.
- Le moratoire – l'individu se retrouve au cœur du conflit et il cherche activement à retrouver son identité mais il n'a toujours pas trouvé sa voie.

À l'hôpital, le même type de personnes a connu une crise. Une partie d'entre eux a subi un moratoire les plaçant au centre de la crise et de la lutte pour la survie. Ils sont comme des adolescents quand il s'agit d'un choix de vie ou du choix d'une formation, ils ne peuvent s'engager qu'à des obligations temporaires.

Alors qu'une partie de la recherche consiste en une nouvelle définition de soi, dans le processus d'implication thérapeutique, il existe un programme d'épanouissement et de développement qui légitime les doutes sur les questions d'identité. Peut-être que ces questions n'auraient pas été soulevées sans la participation et la progression des choses, comme le dit Marcia à propos de l'état du moratoire. Dans le processus, les choses peuvent arriver après que le patient ait eu le temps de poser des questions. Il doit réfléchir et affronter les questions de croyances et de valeurs.

Bem (1975) a rapporté que les femmes et les hommes affichaient une indépendance « masculine » lorsqu'ils étaient sous pression pour se conformer. La société selon Bem encourage les hommes à vivre une expérience de crise (ou dans une version ultérieure, d'exploration) pour découvrir leur identité et atteindre l'autonomie.

Le fait que les participants appartiennent à un même milieu a contribué au développement de la recherche individuelle d'identité.

QUELQUES REMARQUES FINALES

Cet article a tenté d'exposer et de clarifier les questions portant sur le monde des hommes en situation de crise dramatique comme la maladie. Il est important de tenir compte des opinions récentes sur le monde masculin et les modifications du concept.

Irvin Sheers (2018) a affirmé que certains accordent beaucoup de valeur aux traits de caractère masculins et que ceux qui les maintiennent en tirent profit. De plus, à propos de l'affirmation faite ici sur l'importance du dialogue entre groupes d'hommes, on affirme que ce dialogue existe déjà depuis longtemps et qu'il n'y a là pas de nouveauté. Les hommes se sont toujours rassemblés et ont formé des groupes avec certains objectifs en tête, qui sont généralement, par nature, des objectifs de compétition. Chaque homme est fidèle à son groupe.

Hemmings (2017) affirme que l'appartenance à un groupe d'hommes peut être temporaire ou durer des années, qu'elle soit planifiée ou spontanée. Le groupe masculin donne une légitimité à la masculinité.

Heitler (2012) a découvert dans son étude que les hommes veulent aller au fond des choses et résoudre le problème, et que cette solution doit advenir sans l'aide des autres.

La particularité de travailler avec des hommes en thérapie de groupe est que c'est un processus sans but réel, qui ne répond pas aux critères de la recherche de solutions. Au cours de ce processus, l'homme qui travaille sur lui-même trouve son identité et apprend à recevoir des autres.

En outre, la question du dialogue dans le sens émotionnel fait partie du changement que vit l'homme. Ce qui est permis et ce qui est interdit est ainsi établi.

Toledano (2019) affirme qu'une des perceptions immuables sur les hommes est que les hommes ne pleurent pas. Les hommes peuvent laisser tomber une larme discrète lors d'un enterrement. Il est autorisé à pleurer un peu quand ses doigts se coincent dans la portière de la voiture. Les vrais hommes sont censés être en contrôle, non seulement dans le fait de pleurer, mais aussi d'exprimer des sentiments. Le seul sentiment qui est permis et qui convient à un homme est la colère. Cela draine tous les sentiments négatifs. Toledano (2019) affirme également qu'un homme n'a pas besoin d'une définition de sa virilité. Il affirme que les femmes ne se définissent pas comme des femmes et qu'il n'y a donc aucune place pour un homme qui cherche à définir ce qu'il est et qui il est. Il suggère de ne pas ouvrir le débat sur une nouvelle virilité qui, contrairement à l'effet recherché, peut blesser un homme et lui peser grandement.

« Je n'ai jamais entendu parler d'une femme qui explique son désir d'un homme en se basant sur ce que les hommes définissent comme masculin. Presque toujours les femmes parlent des hommes comme aimants, attentionnés, généreux et sensibles. Vous n'entendez jamais une femme dire qu'elle aime son partenaire à cause de ses muscles ou parce qu'il gagne toujours dans les discussions... Ce qui cause des difficultés aux hommes sont principalement les hommes eux-mêmes. » (Toledano, 2019)

Nous devons enfin nous débarrasser de la question inutile « Qu'est-ce qu'un homme ? ». Nous devons enfin nous débarrasser de la phrase stupide « Sois un homme. » (Toledano, 2019)

BIBLIOGRAPHIE

- Addis, M.E., et J.R. Mahalik [2003]. Men. Masculinity and the Contexts of Help Seeking», *American Psychologist*, 58 [1], p. 5-14.
- Bandura A. [1997]. « Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral change ». *Psychological Review*, 84, p. 191-215.
- Bandura, A. [1982]. « Self-Efficacy Mechanism in Human Agency ». *American psychologist*, 37 [2], p. 122-147.
- Bandura, A. [1997]. *Self Efficacy: the Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Co. publishing.
- Baum, N. [2006]. « The lost Gender Reference of Social Work to the Man as Customer », *Hewra Urewaha* 2 [26], p. 219-238 (hébreu).
- Bem, S.L. [1975]. « Sex-Role Adaptability: One Consequence of Psychological Androgyny ». *Journal of Personality and Social Psychology*, 31.
- Bokowza, G. [2011]. « Ethnic Gender and Stereotypes in Israel, Differences Between Sefardic and Askenazi Jews in Age Groups ». *Hevrah verewaha* 31, 4 p. 607-633 (hébreu).
- Brannon, R. [1976]. « The Male Sex Role: Our Culture's Blueprint for Manhood, What it has done for Us Lately ». In D. David et Brannon [Eds.]. *The Forty-nine Present Majority: The Male Sex Role*, p. 1-49. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Brannon, R. [1985]. « Dimensions of the Male Sex Role in America ». In A.G. Sergeant, *Beyond Sex Role* [2e ed], p. 296-316. New York: West.
- Carrign, T., Conneill, R., Lee, J. [1985]. « Towards a New Sociology of Masculinity ». *Theory & Society*: 14 [5], p. 551-605.
- Cohen, B. Z. [2000], The Forces Approach in Social Work, *Society and Welfare*, 3, p. 291-300 (hébreu).
- Collinson, D.L. et Hearn, J. [1996]. « Men at Work: Multiple Masculinities in Multiple ». *Understanding Masculinities: Social Relations and Cultural Arenas*, p. 61-76]. Open University Press. Buckingham, U.K.
- Connell, R. W. [1987]. *Gender and Power*. Cambridge: Policy Press.
- Connell, R.W. [1995]. *Masculinities*. Cambridge: Policy Press.
- Connell, R.W. [2009]. *Gender: Short Introduction*. Cambridge: Polity Press.
- De Beauvoir, Simone [2001]. *The Other sex*. Babel, Tel Aviv (hébreu).
- De Jong, P. et Miller, D.S. [1995]. « How to Interview for Client strengths ». *Social Work*, 40 [6], p. 729-736.
- Edwards, T. [1997]. *Men in the Mirror: Men's Fashion, Masculinity and Consumer society*. Cassell Press.
- Englar-Carlson, M. [2006]. Masculine Norms and the Therapy Process. In M. Englar-Carlson et M.A. Stevens [Eds.] *In the Room with Men: A Casebook of Therapeutic Chance*, p. 13-47. Washington, DC: APA.
- Erikson, Erik [1987]. *Identity, Youth and Crisis, Sifriat Poalim, Tel Aviv*, (hébreu).
- Gilmore, D.D. [1990]. *Manhood in the Making: Cultural Concepts of Masculinity*, Yale University Press.
- Hacohen, D. « Alyah and absorption », in Ya'ar Zan Sharwit, *Challenges in Israeli society*, part. 2, Open University, Tel Aviv, p. 365-486 (hébreu).

- Hearn, J. [2012] War/ militarism : Searching [for] the Obvious Connections? In A. kronsell & E. Svedberg [Eds.]. *Making Gender Making War: Violence, Military and Peacekeeping Practices*. [pp. 35-50]. New York: Routledge.
- Heitler, S. « How Gender differences make decision making difficulties », *Psychology Today*, févr. 2012. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/resolution-not-conflict/201201/how/gender-differences-make-decision-making-difficulties>
- Hemmings, C. [2017]. *Be a Man*, Biteback publishing.
- Hirsh, D., « Humus, an Israeli Culinary Madness », *Zemanim* 128, p. 84-93 (hébreu).
- Jonson, N.G. [2006]. Women Helping Men : Strengths of and Barriers to Women Therapists Working with Men Clients. In G.L. Good. et B. Brooks [Eds.]. *The New Handbook of Psychotherapy and Counseling with Men: A Comprehensive Guide to Setting, Problems, and Treatment Approaches* [2^e ed.], p. 291-307. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kaplan, L. et Girard, J. [1994]. *Strengthening High-Risk Families, A Handbook for Practitioners*. New York. Lexington Books.
- Kilmartin, C. [2010]. *The Masculine Self*, 4th ed. Solan publishing. LLC.NY
- Kimmerling, B. Militarism in Israeli Society, *Theory and Criticism*, 4 p. 123-140 (hébreu).
- Knipez et Lisak (ed.) [2003]. « Israel Towards the Next Millennium », *Society, Politics and Culture Magnes*, Jerusalem, p. 74-89 (hébreu).
- Levant, R. F. [2006]. « Foreword ». In M. E. Engle-Carlson et M. A. Stevens. *The Room with Men: A Case Book of Therapeutic Chance*, p. xi-xii. Washington D. C.: APA.
- Levin, K. [1940]. *Formulation and Progress in Psychology*, University of Lawa Studies Child Welfare vol. 16.
- Liebman, S. J. et Abell S. C. [2000]. « The Forgotten Parent no More ». *Psychoanalytic Psychology*, 17[1], p. 88-105.
- Lisak, M. [2009]. *Ethnic Groups in Israel in Historical Perspective* In Mats, Lisak, Connell, *Gauriut Pardes* (hébreu).
- Mahalik, J. R. G. E. et Englar-Carlson, M. [2003]. Masculinity Scripts, Presenting Concerns, and Help Seeking : Implications for Practice and Training Professional *Psychology: Research and Practice*, 34, p. 123-131.
- Mahalik, J. R/[2005]. Cognitive Therapy for Men. In G. R. Brooks et G. E. Good [Eds.], *The New Handbook of Psychotherapy and Counseling with Men*, p. 544-564. San Francisco: Jossey-Bass.
- Marcia, J. E. [1980]. Identity in Adolescence. In J. Adelson [Ed.] *Handbook of Adolescent Psychology*. New York: Wile.
- Marshall, P. L. [2002]. *Cultural al Diversity in Our Schools*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Morgan, D. [1994]. « Theatre of War : Combat the Military and Masculinities ». In H, Brod et M. Kaufman [Eds.], *Theorizing Masculinities*. p. 165-193. Sage Publications.
- Nardi, H. [1992]. *Men in Change, on Our Way to a Different Masculinity*, Moden publishers (hébreu).
- Nixon, S. [1997]. Exhibiting Masculinity. In S. Hall [Ed.] *Representation: Cultural Representations and Signifying practices*. Vol 2. Sage Publications.
- O'Neill, J. M. Good, G. E et Holmes, S. [1995]. « Fifteen Years of Theory and Research on Men's Gender Role Conflict ». In R. F. Levant et W. S. Pollack [Eds.]. *The New Psychology of Men*, p. 164-206. New York : Basic Books.
- O'Neil, J. M. [2015]. *Men's Gender Role Conflict*, Washington DC: American Psychological Association.
- Perkins, D. et Zimmerman. M. A. [1995]. Empowerment Theory. Research, and Application *American Journal of Community Psychology*: 23,5 : Retived 20/62011 from : <https://my.vanderbilt.edu/perkins/files/2011/09/empintro.proquest.pdf>
- Pollack, W. M. [1990]. *Men's Development and Psychotherapy: A Psychoanalytic Perspective*. *Psychotherapy*, 27[3] 316-321.
- Rabin, K. (ed.) [1990]. *Being Different in Israel Ethnic Origin and Sex in Treatment in Israel* University of Tel Aviv (hébreu).
- Rappaport, J. [1981]. « In pries of Paradox: A social of Empowerment over Prevention ». *America Journal of Community Psychology*, 15 [2], p. 1-25.
- Rappaport, J. [1987]. « Terms of Empowerment /Exemplars of Prevention : Toward a Theory of Community Psychology ». *American Journal of community Psychology*, 15 [2], p. 121-145.
- Rayl, T. [1999]. *I Don't Want to Talk About it. About a Hidden Heritage of Male Depression and How to be Free From It*. Am Oweed publishers, Tel Aviv. (Hebrew)
- Richards, V. [1997]. « If Father Could be Home ». In Richards, V. et Gillian, W. [Eds.]. *Fathers, Families, and the Outside World*, [pp 89-102]. London : Karnack books.
- Richen, A. B [2014]. Jack, the Sun and the Wind. In : Richen, Aaron B [ed.] Rabinowitz, Fredric E. [Ed] [2014]. *Breaking Barriers in Counseling Men: Insights and innovations. The Routledge Series on Counseling and Psychotherapy with Boys and Men*, p. 1-6.
- Rogers, C, R [1959]. « A Theory of Therapy. Personality, and Interpersonal Relationships as Developed in the Client-Centered Framework ». In S. Koch [ed.]. *Psychology: The Study of a Science Vol. 3 Formulations of the Person and the Social Contexts*, p. 184-256. New York. McGraw-Hill.
- Rowan, J. [1997]. *Healing the Male Psyche Therapy*. Londres : Routledge.
- Saharso, S. [1989]. « Ethnic Identity and Paradox of Equality ». In J.P. van Oudenhoven et T.M. Willemsen [Eds.]. *Ethnic Minorities : Social Psychological Perspective*, p. 97-114. Berwyn. PA: Swets North America.

- Sasson Levi, A. [2003]. « Men in Protest. About The Establishment of Identity of Soldiers in Blue Collar Jobs ». *Soziologia Israelit* 1, 5, p. 15-47 (hébreu).
- Sasson Levi, A. [2006]. *Identity in Uniform, Men and Women in the Israeli Army*. Magnes Publishers, Jerusalem (hébreu).
- Shakdi, A. *Words That Try to Touch, Quality Research-Theory and Initiative*. Ramot publishers, 2003 (hébreu).
- Sharlin S. [1985]. Social Work Inside the Health System. In *Hewra werewaha*, part 8, p. 209-224 (hébreu).
- Smith, P.B. et Bond, M.H. [1994]. *Theories of Ethnicity: A Classical Reader*. New York University Press.
- Tajfel, H. et Turner, J. C. [1986]. The Social Identity Inter-group Behavior. In S. Worchel et L.W Austin [Eds.], *Psychology of Intergroup Relations*, p. 7-24. Chicago IL: Nelson-Hall.
- Toledano, Amnon [2019]. *From Masculinity to liberation* (hébreu).
- Torch, H. [1998]. «Hyper Masculinity and Prison Violence». L. H. Bowker [ed.], *Masculinities and Violence*, p. 168-176. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Trimble, J.E. [2005]. « Ethnic Identity in the Context of Adolescent Psychology ». In A.S. Waterman [ed.] *Identity in Adolescence: Processes and Contents*, p. 5-25. San Francisco: Jossey-Bass.
- Tudiver, F. et Talbot, Y. [1999]. «Why Don't Men Seek Help? Family Physicians "Perspectives on Help-Seeking Behavior in Men"». *Journal of Family Practice*.
- Vogel, D. L. Epting et Wester, S.R. [2003]. « Counselors Perceptions of Female and Male Clients ». *Journal of Counseling and Development*, 81[2], p. 131-141.
- Vogel, D.L., Wade N.G., Hackler. A.H. [2007]. « Perceived Public Stigma and the Willingness to Seek Counseling: The Mediating Role of Self-Stigma and Attitudes toward Professional Psychological Help ». *Journal of Counseling Psychology*, 52, p. 459-470.
- Weinreich, P. et Sauderson, W. [Eds.] [2003]. *Analyzing Identity: Cross-Cultural, Societal and Clinical Contexts*. New York: Routledge.
- Yalom, Irvin [2006]. *Theory and Practice of Group Treatment*, Kineret (hébreu).