

جامعة الجزائر -2- أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

التوظيف النفسي والتعبير عن الألم في حالة مرض سرطان الثدي. دراسة عيادية لتسع حالات

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ الدكتور

نصير بن حالة

إعداد الطالبة

ياسمين لطرش

السنة الجامعية: 2014 – 2015

" كلمة شكر "

الحمد لله الذي يوفقني لإتمام هذا العمل.

أتوجه بالشكر والعرفان وجزيل الامتنان إلى كل من ساعدني لانجاز هذا العمل المتواضع :

إلى كل طقم إدارة جامعة الجزائر-2 -، إلى الأستاذ مسيلي رشيد، الأستاذ بن حالة الذي لم يبخل بوقته ولا بمعلوماته وشجعنا على إتمام العمل، جزاه الله خيرا، لا ننساه.

إلى اعضاء اللجنة المقررة

إلى السيدة اوكال التي كانت قدوة حسنة لنا، فالكلمات لا تكفي للتعبير عن مدى شكرنا لها.

إلى السيدة فريدة التي ساندتنا طوال السنوات الأربع.

إلى أمي، أبي، خالتي، أختي و حبيبة ووسيم.

لكل المرضى ولكل من يتألم بالصمت أو الإعلان في روحه وجسده، بشفاء وأمل يكافح من اجل الشفاء.

« Parle si tu as des mots plus fort que le silence ou garde le silence » Euripide.

" ياسمين "

ملخص البحث

عنوان البحث: التوظيف النفسي و التعبير عن الألم في حالة مرض سرطان الثدي دراسة

عيادية لتسع حالات.

إعداد الطالبة: ياسمين لطرش.

إشراف الأستاذ الدكتور: نصير بن حالة.

بحثنا المتواضع الحامل عنوان: " التوظيف النفسي و التعبير عن الألم في حالة مرض سرطان الثدي" دراسة عيادية لتسع حالات الذي تناول عناصر أساسية تتمثل في التوظيف النفسي، الألم، السرطان و الآليات الدفاعية لدى نساء مصابات بسرطان الثدي اللواتي تتراوح أعمارهم ما بين 40 - 43 سنة.

هذا بغرض الإجابة على الإشكالية المطروحة :

✓ هل هناك علاقة بين التعبير عن الألم و التوظيف النفسي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي ؟

من هذه الإشكالية يندرج سؤالين:

✓ هل التعبير عن الألم مرتبط بنوعية العقلنة و بتعبير آخر هل اللواتي لديهن عقلنة جيدة تمتلك القدرة على التعبير عن ألمهن بشكل أسهل ؟

✓ هل القدرة على التعبير عن الألم لها علاقة بنوعية الآليات الدفاعية عند النساء المصابات بسرطان الثدي ؟

الفرضية العامة

قد تكون علاقة سببية بين التعبير عن الألم ونوعية التوظيف النفسي من هذه الفرضية العامة تندرج الفرضيات الجزئية الآتية :

1. قد تتوقف إمكانية التعبير عن الألم على نجاعة التوظيف النفسي (عقلنة ذات نوعية جيدة) عند المصابات بسرطان الثدي.

2. كلما كانت الآليات الدفاعية فعّالة و متنوعة (الآليات الدفاعية للعصابي)، كلما إتصفت المصابات بالسرطان بسهولة في التعبير عن ألمهن. إذن التوظيف النفسي الجيد، و الآليات الدفاعية الفعالة المتوصل إليها من خلال تحليل محتوى المقابلات، تطبيق إختبار تفهم الموضوع (T.A.T.) وتمرير سلم الألم (Saint) Antoine في الجانب التطبيقي.

منهجية البحث المتبعة: قصد التحقق من مدى صدق الفرضيات قمنا بإجراء دراسة ميدانية على مجموعة بحث مكونة من 9 نساء مصابات بسرطان الثدي. تم إجراء البحث في مركز بيار و ماري كوري بمصحة طب الأورام السرطانية خلال الفترة الممتدة ما بين 2013 - 2014. المنهج المتبع هو المنهج العيادي المعتمد على دراسة الحالة، بإستعمال التقنيات الآتية : المقابلة العيادية نصف الموجهة، إختبار تفهم الموضوع (T.A.T.)، و سلم الألم لسان أنطوان (Saint Antoine).

بعد تحليل نتائج التقنيات المستعملة إستطعنا إثبات تحقق فرضيتنا: فعلا هناك علاقة بين التوظيف النفسي و التعبير عن الألم عند المصابات بسرطان الثدي. كلما كانت العقلنة ذات نوعية جيدة كلما كانت القدرة على التعبير عن الألم أسهل. نوعية الآليات الدفاعية تساهم في تسهيل القدرة على التعبير عن الألم.

تبقى دراستنا مشاركة متواضعة في مجال البحث العلمي حاولنا بها تسليط الضوء على المصابين بالسرطان قصد لفت الإنتباه للتكفل النفساني لمعاناتهم و الأهم.

Résumé de la recherche

Titre de la recherche : Fonctionnement psychique et expression de la douleur chez les femmes atteintes de cancer du sein.

Étude clinique de 9 cas.

Présentée par : Yasmine LATRECHE.

Sous la direction du : Docteur Nacir BENHALA.

D'Hippocrate à Galien, de Bernard à Darwin et de Freud à Marty, l'étymologie du mot « psychosomatique » a toujours signifié la relation intime entre le corps (soma) et l'âme (psyché). Sachant que le cancer du sein est le plus fréquent cancer en Algérie selon le professeur Kamel Bouzid (2015), chef de service du C.P.M.C. L'intérêt de notre travail porte sur l'étude du lien pouvant exister entre le fonctionnement psychique et l'expression de la douleur chez les femmes atteintes du cancer du sein.

Suite à l'observation de nombreuses femmes atteintes du cancer du sein au centre Pierre et Mary Curie (CPMC) de l'hôpital Mustapha Bacha d'Alger, nous nous sommes interrogés sur les raisons psychiques pour lesquelles certaines patientes hurlent de douleur tandis d'autres n'expriment aucun signe de douleur. La problématique de notre recherche est donc la suivante :

- Existe-t-il une relation entre le fonctionnement psychique et l'expression de la douleur ?

Afin de répondre à notre questionnement nous avons proposé les hypothèses suivantes :

- Il se pourrait que la qualité du fonctionnement psychique détermine la capacité à exprimer la douleur. Plus la mentalisation est de bonne qualité, plus l'expression de la douleur est facilitée.
- Il est possible que la qualité des mécanismes de défense contribue à l'expression de la douleur.

Notre méthode de recherche est la méthode clinique en ayant recours à l'étude de cas, afin d'étayer nos hypothèses nous avons utilisé l'entretien clinique semi directif, l'échelle de la douleur de Saint Antoine, et le T.A.T. (Thématique Test Apperception). Notre étude a porté sur 9 femmes ayant le cancer du sein, âgées en moyenne entre 40 et 43 ans. Suite aux données récoltées par le biais des outils d'investigation nous avons pu valider nos hypothèses et déduire que :

- Il existe en effet un lien entre le fonctionnement psychique et l'expression de la douleur. Plus la mentalisation est de meilleure qualité (épaisseur, fluidité et permanence des représentations selon Marty) plus l'expression de la douleur est facile et précise.
- Il est vrai que des mécanismes de défense adéquats et variés contribuent à une meilleure expression de la douleur chez les patientes.

Nous avons ainsi essayé à travers cette modeste recherche de mieux comprendre la douleur des patientes dans le but d'une meilleure prise en charge et un suivi plus approprié. C'est aussi l'occasion pour nous d'attirer l'attention sur la prise en charge psychologique de la douleur, car cette dernière reste un sujet d'actualité qui affecte toutes les pathologies. Un plan cancer (2015-2019) a d'ailleurs été établi par le ministère de la santé. S'appuyant sur une enveloppe budgétaire de 18 milliards de dinars, il est doté de 8 axes stratégiques, et vise comme objectif principal la diminution du têt d'atteintes du cancer du sein à travers la mise en place de nombreux centre de dépistage.

Mots clés : cancer du sein, douleur, psychique, étude clinique.

فهرس المحتويات

1.....مقدمة

الإطار العام الإشكالي للبحث

6.....الإشكالية
1-الفرضية العامة.....9
2- تحديد المفاهيم.....9

الباب الأول الجانب النظري الفصل الاول السرطان

13.....تمهيد
1- تصنيف السرطان.....13
2-سرطان الثدي14
3- الأعراض العيادية للسرطان.....14
4- العوامل الآلية للإصابة بالسرطان.....15
17.....خلاصة الفصل

الفصل الثاني الألم

19.....تمهيد
1-أهمية الألم.....19
2- قياس الألم.....20
3- فيزيولوجية الألم.....21
4- الأسس العصبية الكيماوية للألم وكبحه.....23
5- أنواع الألم.....24
6- من الذي يصبح مريضاً مزمناً؟.....25
7- تشخيص وتقييم الألم.....27
8- أساليب معرفية للسيطرة على الألم.....28
29.....خلاصة الفصل

الفصل الثالث النظرية السيكوسوماتية

32.....تمهيد
1- مفهوم العقلنة.....33
2- الصدمة.....34
3- المبدأ التطوري.....36
4- غرائز الحياة و غرائز الموت.....37

40.....	5- البنية الأساسية.....
40.....	6- التثبيات و النكوصات.....
42.....	7- التطور الفردي و التقسيم النوزو جرافي.....
47.....	8- الأنظمة الاقتصادية.....
48.....	9- علاقة ما قبل الشعور بالسير العقلي للفرد.....
49.....	10- التفكير العلمي.....
50.....	خلاصة الفصل.....

الفصل الرابع التوظيف النفسي

53.....	تمهيد.....
53.....	1- التوظيف النفسي.....
53.....	2- وجهة النظر الموقعية.....
56.....	3- وجهة النظر الاقتصادية.....
62.....	4- التنظيم التناسلي عند البلوغ.....
62.....	خلاصة الفصل.....

الفصل الخامس الآليات الدفاعية

64.....	تمهيد.....
64.....	1- آليات الدفاع.....
66.....	2- تصنيفات الميكانزمات الدفاعية.....
74.....	3- سيرورة ارضان الاجابة في التقنيات الاسقاطية.....
75.....	4- اليات الدفاع في مجال التقنيات الاسقاطية.....
76.....	خلاصة الفصل.....

الباب الثاني الجانب التطبيقي

الفصل السادس الترتيبات الميدانية للبحث

79.....	تمهيد.....
79.....	1- مكان إجراء البحث.....
79.....	2- مجموعة البحث.....
80.....	3- منهجية البحث.....
81.....	4- تقنيات البحث.....
91.....	5- ظروف التطبيق.....

الفصل السابع نتائج البحث

94.....	1- عرض المقابلات ونتائج تطبيق سلم سان أنطوان مع التحليل والمناقشة.....
---------	--

تقديم الحالة الأولى : نهال 43 سنة

- 1-1 المقابلة مع نهال..... 94
1-1-1 تحليل المقابلة مع نهال..... 96
2-1-1 تقديم و تحليل نتائج سلم سان أنطوان لقياس الألم (حالة نهال)..... 97
3-1-1 تقديم بروتوكول تفهم الموضوع وتحليله (حالة نهال)..... 97
4-1-1 خلاصة حالة نهال..... 114

تقديم الحالة الثانية : باية 45 سنة

- 2-1 تلخيص المقابلة مع باية..... 114
1-2-1-1 تحليل المقابلة مع باية..... 117
2-2-1 تقديم وتحليل نتائج سلم سان أنطوان لقياس الألم (حالة باية)..... 118
3-2-1 بروتوكول تفهم الموضوع (حالة باية)..... 118
4-2-1 خلاصة حالة باية..... 128

تقديم الحالة الثالثة : ميرة 43 سنة

- 3-1 المقابلة مع ميرة..... 129
1-3-1 تحليل المقابلة مع ميرة..... 131
2-3-1 تقديم نتائج سلم سان أنطوان لقياس الألم (حالة ميرة)..... 131
3-3-1 اختبار تفهم الموضوع (حالة ميرة)..... 132
4-3 خلاصة حالة ميرة..... 141

تقديم الحالة الرابعة : مريم 40 سنة

- 4-1 المقابلة مع مريم..... 143
1-4-1 تحليل المقابلة مع مريم..... 144
2-4-1 تقديم وتحليل نتائج سلم سان أنطوان لقياس الألم (حالة مريم)..... 146
3-4-1 بروتوكول تفهم الموضوع لحالة مريم..... 146
4-4-1 خلاصة حالة مريم..... 147

تقديم الحالة الخامسة : سامية 43 سنة

- 5-1 المقابلة مع سامية..... 148
1-5-1 تحليل المقابلة مع سامية..... 149
2-5-1 تقديم نتائج سلم سان أنطوان لقياس الألم (حالة سامية)..... 149
3-5-1 تحليل بروتوكول إختبار تفهم الموضوع (حالة سامية)..... 151
4-5-1 خلاصة حالة سامية..... 151

تقديم الحالة السادسة : منى 40 سنة

- 6-1 المقابلة مع منى..... 152
1-6-1 تحليل المقابلة مع منى..... 152
2-6-1 عرض نتائج سلم سان أنطوان لقياس الألم (حالة منى)..... 152
3-6-1 تحليل نتائج T.A.T (حالة منى)..... 153
4-6-1 خلاصة حالة منى..... 153

تقديم الحالة السابعة: سارة 40 سنة

- 7-1 المقابلة مع سارة.....154
1-7-1 تحليل المقابلة (حالة سارة).....154
2-7-1 تقديم وتحليل نتائج سلم سان أنطوان لقياس الألم (حالة سارة).....155
3-7-1 تحليل نتائج اختبار تفهم الموضوع لسارة.....155
4-7-1 خلاصة حالة سارة.....156

تقديم الحالة الثامنة: إلهام 43 سنة

- 8-1 المقابلة مع إلهام.....157
1-8-1 تحليل المقابلة مع إلهام.....157
2-8-1 تحليل سلم سان أنطوان للألم (حالة إلهام).....158
3-8-1 مناقشة نتائج اختبار تفهم الموضوع (حالة إلهام).....158
4-8-1 خلاصة حالة إلهام.....159

تقديم الحالة التاسعة: أمال 42 سنة

- 9-1 المقابلة مع أمال.....160
1-9-1 تحليل المقابلة (حالة أمال).....160
2-9-1 تقديم وتحليل نتائج سلم سان أنطوان لقياس الألم (حالة أمال).....161
3-9-1 تحليل ومناقشة برتوكول اختبار تفهم الموضوع لحالة أمال.....161
4-9-1 خلاصة حالة أمال.....162

- الاستنتاج العام.....164
خاتمة.....171
المراجع.....173
الملاحق.....191

مقدمة

دخل الإنسان القرن الواحد والعشرين يحمل معه من القرن الماضي عبئا ثقيلا من المشكلات الاقتصادية، البيئية، الاجتماعية، الثقافية، و السياسية، المعقدة منها ما هو مقابل للحل ومنها ما يحتاج إلى جهود وتكاليف كبيرة منها ما هو خطر وشديد التهديد ولا يمكن حله ومما لا شك فيه.

فأصبح الفرد يعيش في تفاعل يومي مع هذه الضغوطات التي تحولت بفعل تكرارها وتراكمها إلى مضاعفات صحية جسدية نفسية و سلوكية مما سهل الإصابة بالأمراض خاصة تلك الخطيرة كالسرطان الذي يعد من أخطر الأمراض في عصرنا ورغم التوعية عن طريق الحملات الإعلامية الطبية يبقى الاعتقاد في استحالة الشفاء منه والموت راسخا في أذهان الأفراد.

فليس من الصعب تصور الوضعية التي يعيشها المصاب بالسرطان وانعكاساتها على حياة المصاب بهذا المرض الذي يهدد كيانه ويفوق موارده النفسية والاجتماعية ومستقبله الغامض والخوف من فقدان إمكانياته الجسمية والنفسية وتخلي محيطه عنه إلى جانب معاناته من آلام ذات خصوصية التي قد لا يتمكن من وصفها إلا المصاب ذاته ; قد أدت الدراسات الحديثة حول الأمراض الجسمية و النفسية إلى الاهتمام أكثر فأكثر بالعلاقة الموجودة بين الجسم و النفس كالبحت عن مدى تأثير هذه الآلام على نفسية الفرد أو هل نوعية التوظيف النفسي للمصاب تؤثر في الشعور والتعبير عن آلامه.

فحسب (Krakowski & al., 1996) شدة الألم معاشة من طرف المرضى بدرجة متوسطة إلى مرتفعة بنسبة 40 حتى 50 ٪، و حادة جدا بنسبة 25 إلى 30 ٪.

يعتبر السرطان من أكثر الأمراض انتشارا في وقتنا هذا، حيث أن الإصابة به قد تصيب أي جزء من أجزاء الجسم بما في ذلك ثدي المرأة الذي يمثل رمز الأنوثة، الأمومة و رمز لجمال المرأة، أناعتها و نرجسيتها. " فتشخيص السرطان يؤدي إلى اضطراب هام للهوية السيكوسوماتية مع إنشطار جسم - نفس". ففي المستشفى نجد المرضى منغمسين في توظيف عملي يواجه واقع الجسد، واقع المرض، وواقع العلاجات " (Pichot,1992).

فالبرغم من تطور الطب إلا أن الأمر يتعلق بمرض يهدد التنبؤ الحيوي للفرد كما يحمل تصورات إجتماعية غير حيادية حسب (Latreche 2014).

ونظرا للأعراض الثانوية للعلاجات المطبقة (كالتيؤ، سقوط الشعر، عقم..) و التي تؤدي بالمعاش الجسدي للخطر، يمكن للمريض أن يستنتج أن العلاجات تحطمه: فانقطاع العلاقات الإجتماعية الناتجة عن دخول المستشفى، تغيرات صورة جسده، نتائج العلاجات الكيماوية، خاصة الآثار الثانوية الثقيلة، تحمل سوء العلاقات مع المعالجين، يمكن أن تعكر رغبة المريض في العيش (Moussa 2014).

إن معرفة أن أحد أفراد الأسرة يعاني من مرض السرطان بمثابة حدث صدمي. فكيف يمكننا العيش مع مرض الغير، مساعدته على تجاوز المرض و مرافقته حتى في لحظات الإحباط . مرض الغير يبعث الى أسئلة عن الذات فكل شخص يتسأل "هل سأصاب بهذا السرطان ؟ " " لماذا فرد من أفراد أسرتي هو المصاب ؟ " .

يعتبر السرطان تجربة قاسية تفرض الإنتباه لأدق تفاصيل المسيرة الطبية وإلى حقيقة تأثيره على الجسد بغرض فهم إنعكاساته على المريض. خلال هذه الفترة تنشأ بشكل عنيف مشاعر مختلفة عند أفراد الأسرة تبعا لخبرة كل فرد، تاريخه الشخصي مع المرض وعلاقته مع المريض.

صرحت رئيسة جمعية مرضى السرطان السيدة " قاسي " في إتصال مع النهار(آمال لكال، جريدة النهار، 2009) أن الدولة تولي أهمية كبرى لمرض السرطان، حيث أن ميزانية علاج السرطان إنتقلت من 60 إلى 250 دولار للفرد سنويا مع إنخفاض تكلفة العلاج في الجزائر إلى الدعم الكبير الذي تخصصه الدولة و الحكومة الجزائرية في علاج المواطن عن طريق العلاج المجاني أو التعويضات في إطار التأمينات الإجتماعية و الصحية. عدد مرضى السرطان في الجزائر وصل إلى 35 ألف حالة من بينها 9 آلاف سرطان الثدي. المخطط الوطني لمكافحة السرطان الموضوع من قبل وزارة الصحة و السكن يشمل إنجاز مراكز معالجة السرطان إلى جانب تنظيم العلاج مما يسمح بعلاج و متابعة المرضى بالقرب أو بالبعد عن مساكنهم. حسب الصحافية جميلة كوتر 2013 بجريدة الوطن أن فئة الشباب و الكهول ما بين 15 و 39 سنة، كما أن 30 ٪ من الإصابات تمثل إصابة سرطان الثدي، 80

حالة بالنسبة لـ 100 00 ساكن وهذه خلال سنة 2020 و 110 حالة لـ 100 000 ساكن. كما تسجل الجزائر سنويا 300 ألف حالة إصابة جديدة بداء السرطان ما تم الكشف عنه بمناسبة اليوم العالمي لمكافحة السرطان يوم 4 فيفري. حسب مركز بيار و ماري كوري المتخصص لمحاربة هذا الداء بمستشفى مصطفى باشا الجامعي فتسجل 1500 حالة جديدة لداء السرطان عند الأطفال إلا أن الأكثر شيوعا هو سرطان الثدي، بتسجيل 4 إلى 7 آلاف إصابة جديدة سنويا.

أكد الدكتور أعراب بوريش أخصائي أمراض النساء و التوليد بمستشفى زرالدة خلال يوم تحسيسى حول سرطان عنق الرحم و طرق الحماية منها المنظم بالإقامة الجامعية بن عكنون أنه يحصل سنويا 500 ألف إصابة جديدة منها 7 آلاف سنويا بسرطان الثدي. كما كشفت السيدة " نذير " المكلفة بالبرنامج الوطني للمكافحة المدمجة للأمراض غير المنتقلة منها السرطان، عن فتح 6 وحدات جديدة بالولايات التي لا يوجد بها مؤسسات إستشفائية جامعية لتعزيز مراكز مكافحة السرطان المرمجة بالمخطط الوطني لمكافحة السرطان 2015 - 2019 و الذي دخل حيز التنفيذ (كتدعيم مراكز الفحص بالأجهزة الحديثة، إعادة تهيئة المخابر...)، الغلاف المالي المخصص لهذا المخطط يقدر بـ 18 مليار دج في حين بلغت فاتورة الدواء 535.501.400 دج.

نظم هذا المخطط تحت رعاية وزير الصحة و السكن " عبد المالك يوضياف " تحت إسم "بعد إستراتيجي جديد متمركز حول المريض". يضم 8 أبعاد من بينها : تحسين التحسيس ضد داء السرطان، تحسين نوعية التشخيص المبكر، العلاج و المتابعة، تنظيم التوجيه و المعلومات، تدعيم تكوين الباحثين في مجال الطب. السرطاني و إمكانية التمويل للتكفل الأمثل بالمريض.

بحثنا هذا يسلط الضوء على معرفة العلاقة الموجودة بين نوعية التوظيف النفسي والتعبير عن الألم عند النساء المصابات بسرطان الثدي، فنتج اهتمامنا بهذا الموضوع انطلاقا من ملاحظتنا أثناء تربصنا بمركز بيار و ماري كوري إذ أردنا معرفة ما الذي يجعل بعض المرضى يعبرون عن ألمهم والبعض الآخر فاقد القدرة عن التعبير وبالطبع معرفة أسباب

هذا الاختلاف من الناحية النفسية ; مع التطرق كذلك إلى العلاقة الموجودة بين التعبير عن الألم و نوعية الآليات الدفاعية.

لغرض الإجابة عن تساؤلاتي تم تقسيم بحثي حسب متطلبات الموضوع إلى جانبين: جانب نظري و آخر تطبيقي.

تضمن الجانب الأول خمسة فصول:

تناول الفصل الأول السرطان من منظور طبي، تصنيفه، أنواعه، الأعراض العيادية له، العوامل الآلية للإصابة بالسرطان.

أما الفصل الثاني فقد تطرق إلى مفهوم الألم بجانبه الفيزيولوجي والنفسي، أهميته، قياسه، أنواعه، تشخيصه و أساليب السيطرة عليه.

في حين ركز الفصل الثالث على النظرية السيكوسوماتية بالتطرق للمفاهيم الآتية : العقلنة، الصدمة، المبدأ التطوري، غرائز الحياة و الموت، البنية الأساسية، التثبيتات و النكوصات ، التطور الفردي و التقسيم النوزوغرافي، الأنظمة الإقتصادية، علاقة ما قبل الشعور بالسير العقلي للفرد، و أخيرا التفكير العملي.

كما تعرض الفصل الرابع للتوظيف النفسي متضمنا: وجهة النظر الموقعية، الإقتصادية، الدينامية كذلك مراحل النمو الليبيدي و التنظيم التناسلي عند البلوغ.

بينما يعرض الفصل الخامس الآليات الدفاعية: تعريفها، تصنيفها، صيرورة إرسان الإجابة في التقنيات الإسقاطية.

أما الجانب التطبيقي، فضم فصلين أولها الفصل السادس المخصص للإجراءات المنهجية مثل مكان إجراء البحث، مجموعة البحث: طريقة إنتقائها و خصائصها، منهجية و تقنيات البحث المتمثلة في: المقابلة العيادية نصف الموجهة، مقياس الألم لسان أنطوان (D.S.Q.A.)، و إختبار تفهم الموضوع (T.A.T.) ، مع ذكر ظروف التطبيق.

في الفصل السابع (الأخير) تم التطرق إلى عرض، تحليل و مناقشة النتائج للتسع حالات، كل واحدة على حدة من خلال إستعمال تحليل مضمون المقابلة العيادية، إختبار تفهم الموضوع و سلم سان أنطوان للألم ، لتليها إستنتاج عام وخاتمة.

الإطار العام للبحث

الإشكالية

يعتبر المرض سيرورة جسدية تتميز بالحاق الأذى بالفرد، فهو لا يشكل فقط ظاهرة بيولوجية محصنة أو تلقا جسديا، طالما أنه يُسجل ضمن منظومة دائمة وأساسية لجسم خاص يؤثر على المريض في كُليته ويُعقد وجوده مما يجعل منه ظاهرة جسدية نفسية و إجتماعية (Vannoti & Gennart, 1999).

رغم التقدم العلمي الحاصل خاصة في مجال الطب والصحة لا يزال الفرد معرضا لخطر الأمراض، فكلما نجا من أحد أنواعه أُصيب بآخر سواء كان هذا الأخير بدنيا، نفسيا أو إجتماعيا. كمرض السرطان الذي يعتبر المرض الأكثر شيوعا في عصرنا هذا فهو عبارة عن تورم ناتج عن الخلايا التي خرجت عن أجهزة المراقبة وأخذت تنمو بطريقة عشوائية، إضافة إلى انه يمس جهاز المناعة بسبب انتقال الورم إلى كافة أنحاء الجسم الزراد (2000). من المفاهيم المتداولة والشائعة بين الكثير من الناس أن المريض بالسرطان يعاني من الألم المبرح طوال الوقت وهذا المفهوم لا يمكن اعتباره صحيحا بمطلق الأحوال إذ من غير المحتم أن يعاني المريض من أية آلام .

تشير الإحصائيات الطبية إلى أن الألم يظهر بأنماط متفاوتة عند نسبة تتراوح ما بين 30 و 40 % من المرضى المعالجين من السرطان، كما أن حوالي ثلثي المرضى بالمراحل المتقدمة (حيث انتقل الورم من موضع نشوئه أو عاد عقب معالجته) يعانون من آلام متفاوتة تستلزم معالجة خاصة ومن البديهي أن تؤثر معاناة الألم في جميع الجوانب الحياتية للمريض وخصوصا عند استمرار ظهوره خلال فترات متطاولة كعارض مزمن، حيث لا يتمكن المرض من القيام بالنشاطات الحياتية اليومية وخاصة تفاقم المشاكل المتعلقة بالنوم، الأكل، المشاكل النفسية، وقد يصبح محبطا لشعوره بأن من حوله لا يتفهمون مشاعره ومعاناته، الأمر الذي يضع ضرورات معالجة الألم: تأثيراته البدنية والنفسية ضمن الأولويات المهمة في الخطط العلاجية للسرطان وبطبيعة الحال تتم معالجته بنهج خاص بكل مريض حسب وتيرة ونوع الألم الذي يعانيه.

فالألم السرطاني له خاصية إذ انه في بعض الأحيان يسجل ضمن باثولوجيا لها اشكالياتها الخاصة وعلاج نوعى تصرفات و تصورات خاصة تاريخي شخصي وعواقب اجتماعية وعلائقية.

بهذا فالألم السرطاني يستلزم أن نعتبر على حد سواء الألم في السرطان، الألم من حيث كونه شعور خاص بالمريض نفسه لا يمكن تقييمه من أي شخص آخر. فكل مريض يشعر بالألم بطريقة تختلف عن غيرها ويصفه يتعايره الخاصة أو حتى قد يلجأ إلى ميكانيزمات إنكار لتجنب الموقف المؤلم، إذ حسب (Fain 1994) " إن المرضى ليسوا أسوياء تجاه نفس المرضى".

نظرا للدور الذي تلعبه العوامل النفسية في خبرة الألم، وما يمكن أن يقوم به الألم من وظيفة بالنسبة للشخص فقد حاول الباحثون التحقق من فرضية وجود مجموعة من السمات الشخصية التي تهيب بعض الأفراد للألم المزمن (Personality-Pain-Prone) .

فتبعاً ل (Francois Bessis & Pierre Cazenave, 1994) إن ظهور مرض سوماتي كالسرطان يمكن أن يشكل من حيث خطورته و شدته أثر صدمي مولدا قلق، توتر و حتى إكتئاب مما يستوجب مساعدة نفسية طارئة مع إمكانية تنشيط عند بعض المرضى قدرات المواجهة (رغبة، عزم و إرادة في الشفاء) هذا ما يعرف بمصطلح " التعديلات النفسية " (Des remaniements psychiques).

وعلى غرار أبحاث بشير باشا (2009) فمصير المريض السوماتي يتوقف إلى حد كبير على التنظيمات التي يكون قد حققها أثناء مراحل تطوره، على مستوى تطورها و قوتها أو صرامتها، بالتالي إما أن تكون الحياة النفسية للفرد متعرضة لبعض الاضطرابات، تختلف خطورتها، و إما أن يتعرض الفرد لإصابة سوماتية تعرض حياته للخطر.

كذلك وبقال (Bekouche 2010) على المختص في علم النفس و الجسد عدم نسيان أن وراء المرض العضوي للمفحوص هناك شخص يتألم و هو في معاناة، بهذا الصدد تقترح Cupa (2000) التفريق بين مصطلح الألم و المعاناة اللذان يصعب فصلهما و يحدث الخلط بين معنيهما، تعطي Cupa تعريف الألم الآتي " : يمكن تعريف الألم كتعبير جسدي أو نفسي للمعاناة، ترصين المعاناة يسمح بتخفيف الألم".

فيمكن للمعاناة النفسية أن تظهر في جميع مراحل المرض و عند التغيير في الإدراك الحسي للأعراض من قبل المريض كالشعور بالألم، هنا تجدر الإشارة إلى أن التغلب عن هذه المعاناة يختلف وفقا لموقع الورم، سن المريض وإحتمال إجراء عملية جراحية، نقص السند الإجتماعي، وجود ضغوط نفسية إجتماعية سابقة للمريض مع الصعوبات المادية و المهنية (Dolbeault, Dauchy & Bredart, 2002).

بالنسبة ل Moriceau (2002) فإن معاناة المريض تأتي في الدرجة الأولى، لأنها مميزة مثل فردانية المريض و معقدة في تعدد أنماطها التعبيرية و شاملة بسبب تعقد مكوناتها الجسدية، النفسانية، الإجتماعية والروحية.

فمنذ عام 1967 إهتمت Cicely Mary Saunders بموضوع الألم وأدخلت مصطلح " Total pain" الألم الكلي أو العام الذي يعتبر الألم بكل جوانبه الجسدية و أيضا النفس - جسدية Psycho-affectif، إجتماعية و عائلية، فطّورت مساندة المرضى من الناحية النفسية Une approche globale. كما يؤكد Kitzis, D.(2014) عن ضرورة الإهتمام بالألم المرضى لتحسين نوعية الحياة للمصابين بالسرطان.

إنّ سبب اختيارنا للإشكالية المطروحة في مذكرتنا نتج عن مجموعة ملاحظات خلال مواقف أثارت إهتمامنا إبان اجراء تربصنا بمصلحة العلاج الكيمائي(médicale Oncologie) فلاحظنا بعض المرضى يصرحون بألمهم بتغيرات و سلوكيات مختلفة (صراخ، بكاء...) أما البعض الآخر فلا يبديون أية شكوى لا صراخ و لا بكاء و كأنهم لا يعانون بالرغم من معاناتهم كبقية المرضى من نفس الباتولوجيا فهذا ما كان منبع تساؤلنا لماذا البعض يعاني (أي يشعر بمعاناته فعلا) و البعض الآخر كأنه غير مصاب، هل لكل فرد درجة تحمل هل يختلف الإحساس بالألم من مصاب لآخر فاقد هذه القدرة، إلى ماذا ترجع هذه القدرة ؟ لكن بالرغم من أهمية هذه الفكري إلا أن الصعوبة تكمن في إختيار الحالات المناسبة من بين العدد الهائل من المرضى الذين يتوافقون الى المصلحة يوميا ففضلنا إختيار مجموعة البحث من نفس السن من نفس الجنس و خاصة مرضى يعانون من نفس الباتولوجيا (سرطان الثدي).

فالإشكالية العامة لبحثنا كمايكي:

هل هناك علاقة بين التعبير عن الألم و التوظيف النفسي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي ؟

من هذه الإشكالية يندرج سؤالين :

✓ هل التعبير عن الألم مرتبط بنوعية العقلنة و بتعبير آخر هل اللواتي لديهن عقلنة جيدة

تمتلكن القدرة على التعبير عن ألمهن بشكل أسهل ؟

✓ هل القدرة على التعبير عن الألم لها علاقة بنوعية الآليات الدفاعية عند النساء

المصابات بسرطان الثدي ؟

1. الفرضية العامة

قد تكون علاقة سببية بين التعبير عن الألم ونوعية التوظيف النفسي من هذه الفرضية العامة تدرج الفرضيات الجزئية الآتية :

✓ قد تتوقف إمكانية التعبير عن الألم على نجاعة التوظيف النفسي (عقلنة ذات نوعية

جيدة) عند المصابات بسرطان الثدي ;

✓ كلما كانت الآليات الدفاعية فعّالة و متنوعة (الآليات الدفاعية للعصابي)، كلما إتصفت

المصابات بالسرطان بسهولة في التعبير عن ألمهن. إذن التوظيف النفسي الجيد، و

الآليات الدفاعية الفعالة المتوصل إليها من خلال تحليل محتوى المقابلات، تطبق

إختبار تفهم الموضوع وتمرير سلم الألم (Saint Antoine) في الجانب التطبيقي.

2. تحديد المفاهيم

تم تحديد أهم المفاهيم الخاصة بالمتغيرات الواردة في هذا البحث و هي:

التوظيف النفسي ; الألم والسرطان.

مفهوم التوظيف النفسي

• التعريف الإصطلاحي

سيرورة دينامية تخضع لمبادئ أساسية في الجهاز النفسي و تعكس خصوصيات

النشاط النفسي و هذه المجموعة من الديناميات تحدث بين الموقعتين الأولى و الثانية تهدف

إلى الإرصان الملائم للتصورات التابعة لما قبل الشعور (Marty (1992).

• التعريف الإجرائي

التوظيف النفسي من أهم التصورات التي بنيت عليها النظرية التحليلية، يعبر عن طريقة عمل الجهاز. النفسي و دينامكيته و المبادئ الأساسية التي يخضع لها، قصد حفظ التوازن الداخلي للشخص.

كما يمكن إعتبار التوظيف النفسي، تنظيم يتعلق بطريقة أو نمط سير الجهاز النفسي، يتبين من خلال التعرف على السياقات الدفاعية التي يستعملها الشخص وأيضا من خلال العلاقة بالموضوع.

يتم تحديد التوظيف النفسي إنطلاقا من التقنيات المستعملة : تحليل محتوى المقابلة العيادية نصف الموجهة، تحديد نوع المقروئية في إختبار تفهم الموضوع حيث تم تحديد ثلاث مستويات للتوظيف النفسي: جيد ، متوسط و سيئ. كذلك تحليل نتائج سلم الألم لسان أنطوان بتحليل النتيجة المتحصل عليها أي المعدل العام و تفوق أي جانب من الجوانب الموجودة في السلم (الجانب الحسي، الجانب الوجداني) دالا على القدرة للتعبير عن الألم بصفة دقيقة، واضحة، سهلة أي وضع علامة دقيقة لتحديد نوعية و شدة الألم و العكس صحيح.

مفهوم الألم

• التعريف الإصطلاحي

حسب الجمعية العالمية لدراسة الألم وحسب منظمة الصحة العالمية: " الألم تجربة موضوعية حسية وعاطفية (وجدانية) غير سارة (مزعجة) مرتبطة بتلف نسيجي حاصر أو محتمل الوجود أو موصوفة بشروط تماثل هذا الضرر" .

• التعريف الإجرائي

الألم خبرة ذاتية تتمثل في مجموعة أحاسيس شاقة وفضيعة، مؤلمة للجسم و للعقل ينتج عنها معاناة جسدية ومعنوية، تحملا لا يطاق وفي بحثنا هذا يعبر الألم عن العرض الرئيسي الناتج والمصاحب للسرطان، يستعمل لقياسه سلالم مثل سلم سان أنطوان قصد جعله خبرة موضوعية أكثر مصداقية

مفهوم السرطان

• التعريف الإصطلاحي

يسمى السرطان في بعض الأحيان " الورم الخبيث " ما يعني حرفيا النمو الجديد السيئ و السرطان يعني السلطعون البحري، و ذلك تشبيها بهذا الحيوان في أرجله المتشعبة، لذلك أطلق هذا الإسم على كل الأورام الخبيثة الناتجة عن التكاثر السريع للخلايا و بصفة غير منتظمة في نسيج ما (Domart et Bourneuf, 1981). حيث يمكن معاودته موضعيا انطلاقا من بؤرة أولية بعد إستئصاله و تفريقه عن بعد، هذا ما يؤدي إلى حدوث عملية تسمى بالنمو الإنباتات (Des métastases). التي تعني إنتقال الداء من المنطقة التي تم ظهوره فيها إلى مناطق أخرى، مشكلا بذلك مراكز نمو مراكز نمو تدميرية جديدة في أجزاء من الجسم بعيدة عن مركزها الأساسي مالكوم شوارتز(1992).

• التعريف الإجرائي

السرطان عبارة عن إنقسام فوضوي و تكاثر غير منتظم للخلايا، و يعد مرضا خطيرا سريع الإنتشار يمس جهاز المناعة الذاتية للفرد و قد تتعدى درجة خطورته في فقدان عضو من أعضاء الجسم. مما قد يتسبب في إرجاع هذا المرض إلى إعتقادات و أفكار داخلية تشمل الموت ببطئ، إستحالة الشفاء، الوحدة و العجز فينجم عن ذلك فقدان إمكانية الفرد الجسمية في التكيف مع هذه الوضعية المرضية. تعتمد المعالجة على نوع مرض المصاب، درجته و مرحلته، مع ظهور أعراض جانبية يصعب على المريض تحملها من بينها آلام حادة، غثيان، صداع، إمساك و الشعور بالتعب، الإرهاق. بالإضافة إلى الأرق و غيرها من الأعراض المرضية و المرض السرطاني في الدراسة الحالية يتمثل في سرطان الثدي الذي يعاني منه عينة دراستنا المتمثلة في تسع نساء مصابات بهذا الداء.

الباب الأول الجانب النظري

الفصل الأول السرطان

تمهيد

1- تصنيف السرطان

2- سرطان الثدي

3- الأعراض العيادية للسرطان

4- العوامل الآلية للإصابة بالسرطان

خلاصة الفصل

تمهيد

يعد السرطان من بين الأمراض الخطيرة التي تتصف بعدم القدرة على التحكم في نمو الخلايا، ويعتبر المرض الثاني بعد أمراض القلب في حالات الوفاة حيث يؤدي إلى وفاة أكثر من 200 حالة من كل 100.000 يموتون كل عام، كما تشخص مليون حالة سرطان سنويا ومن أنواع السرطان المنتشرة اللوكيميا (سرطان في خلايا الدم)، سرطان العظام و العضلات سرطان الرئة و الجلد و الكولون و الثدي و البروستات و الحنجرة، الرحم، البنكرياس، الكلى وغيرها و تشكل الخلايا السرطانية عبئا على الجسم و استنزافا، حيث تتكاثر و تستطيع الانتشار في الجسم كله، و لأسباب غير معرفة فإن الخلايا السرطانية لا يمكن التحكم فيها و السيطرة عليها عن طريق العمليات الجسمية الطبيعية التي تكثف نمو الخلايا و تعتبر الأسباب النفسية من العوامل الأساسية للمساعدة على ظهور السرطان و التي تسهم في حدوثه بشكل واضح عبد المنعم عبد الله حسيب (2006).

1- تصنيف السرطان**1-1 الورم الحميد**

يتميز هذا الورم بتمركزه في موضع واحد دون تخريبه لنسيج آخر بحيث يكون منفصلا عن الأنسجة المحيطة به بواسطة كيس أو غشاء نسيجي تحتي (Ariel et Roesse, 1976).

1-2 الورم الخبيث

هو الورم الذي باجتياحه التدريجي للنسيج العضوي الذي ينشأ فيه ثم ينتقل إلى باقي الأعضاء المحيطة به، مكونا بذلك أوراما ثانوية بحيث يمكن تعميمه كليا اذا لم يتخذ العلاج المناسب في وقت مبكر و هذا التعميم أو الانتشار هو ميزة السرطان في مرحلته النهائية. حيث تنفصل الخلايا السرطانية عن الورم الخبيث للتوغل في الأوعية اللمفاوية أو الأوعية الدموية، فينقلها الدم إلى الأعضاء الأخرى فتنثبت و بعدها تنمو تلك الخلايا مشكلة ما يعرف باسم "الأورام الخبيثة" (Daumrad et Bourneuf, 1981).

2- سرطان الثدي

يبدأ المرض على شكل ورم صغير أو قرحة أو توسع في حجم أمد الثديين أو إفراز دموي في الحلمة دون ألم، و يظهر ذلك على شكل عقدة في الثدي أو تغير موضعي في جلد الثدي ملحم محمد حسين (1987).

3- الأعراض العيادية للسرطان

تتجلى المظاهر المرضية الأولية التي تجلب الانتباه و تؤدي بنا إلى الفحص و هي:

- التضخم غير المؤلم لعضو ما، حيث ما كان و بصفة خاصة في الثدي.
 - سيلان غير عادي لحلمة الثدي.
 - تقرح جلدي أو مخاطي (اللسان الشفتان) الدائم.
 - كل أورام الجلد من الوحمة التي تكبر و تأخذ مظهر التهابي مالكوم شوارتز (1992).
 - كل فقدان عادي للدم الذي في المسالك البولية، أو في الأنبوب الهضمي على شكل براز أسود، أو أعراض خاصة بالجهاز التناسلي للمرأة بعد الاتصال الجنسي.
 - كل ألم الحنجرة، البحة، السعال دائم بغير سبب، و هذا بعد سن الأربعين عند الأشخاص المدخنين أو متعاطي الكحول.
- السرطان في المرحلة البدائية لا يكون مصحوبا بالألم، و كل العلامات المنصوص عليها سابقا من الممكن أن تصاحب بأمراض أخرى التهابية تعفنيه مث
- (Daumrad et Bourneuf, 1981).

نلاحظ عند مرحلته النهائية بعض الأعراض التي تظهر بوضوح متمثلة في:

نقص الحركة

و ذلك بسبب اختلال الحالة العامة للمريض و يرجع ذلك إلى تطور الورم أو نتيجة للتسمم العلاجي، إلى جانب انخفاض في مختلف النشاطات و تباطؤ الوظائف العقلية أو الجنسية و ام (Lagarde P., 1984).

الهزال

حيث يكون المصاب غير قادر على البلع مع عسر الهضم، و هو علامة واضحة لدرجة تطور الورم.

الغثيان و القي

يرتبطان ارتباطا وثيقا بالعلاج خاصة الإشعاعي.

الألم

ويتم تحديده عند المصابين بالسرطان تبعا لارتفاع الحبل الورمي و توسع الورم الإنبثاتي كذلك يرتبط الألم بالعلاج الكيميائي و الإشعاعي للسرطان بسبب شدتها وتزامنها سعيد الدجاني (1989).

4-العوامل الآلية للإصابة بالسرطان

أثناء النمو الطبيعي للجسم تصبح الخلايا مختلفة حسب متطلبات و حاجات كل نسيج و وظيفة كل عضو، غير أنه في حالة إصابة الخلايا الأم بالعوامل السرطانية، تقوم هذه الأخيرة بالانقسام و تنتج عنها خلايا مكونة للسائل (Clorogènes) و هي " مجموعة من الخلايا التي بإمكانها أن تنتج خلايا تفوق المعدل الطبيعي للانقسام الخاص بالخلية الأم".

1-4 عوامل ظهور و توزيع السرطان

1-1-4 عامل السن

يزداد ظهور السرطان مع تقدم السن و بصفة ملحوظة في سن ما بعد الأربعين سواء عند المرأة أو الرجل.

2-1-4 عامل الجنس

تتغير الإصابة بهذا المرض بين الجنسين حيث أنه نجد الاختلاف في الإصابة مع اختلاف الأعضاء الجنسية لدى الجنسين (Yaker 1984).

3-1-4 عوامل اجتماعية و اقتصادية

تختلف الإصابة بهذا الداء حسب الظروف الاجتماعية الاقتصادية، فمثلا نجد سرطان الرحم متردد عند النساء اللواتي ينتمين إلى الطبقة الاجتماعية الثرية.

4-1-4 العوامل الغدية

نجد على سبيل المثال سرطان أكثر عند المرأة التي لا تنجب كثيرا من نفس الطبقة الاجتماعية، و من هنا نستخلص الوقاية التي يمثلها الحمل (Yaker, 1984).

5-1-4 عامل الوراثة

أظهرت بعض الدراسات دور الوراثة كعامل "مؤهل لظهور السرطان" و برهنت على ذلك بتواجد عائلات تكون فيها نسبة الوفيات عالية نتيجة الإصابة به (Damart et Bourneuf, 1981).

يرجع ذلك إلى عدة أسباب متداخلة منها:

- الققص المناعي الخلقي الفطري الذي يستطيع أن يكون وراثيا.
- التشوهات أو الإنحلالات الكروموزومية التي تؤدي إلى تغيرات في الجسم أو حوادث الإصابة بالسرطان مثل المنغولين الذي نجد عندهم خطر الإصابة بسرطان الدم جد مرتفع.
- تدخل المعطيات الخارجية التي يواجهها الشخص كالعامل الجغرافي أو عامل الزواج مع الأقارب.

6-1-4 عوامل جينية

تتمركز أساسا في الجسم ذاته و داخل الخلايا مثلا : اختلال التوازن الهرموني يلعب دورا في ظهور و نمو السرطان، إلى جانب ذلك الاضطرابات... التي نجدها في بعض الأحيان مرتبطة بالتغذية الناقصة كما لوحظ كثرة انتشار أحد أنواع السرطان في بعض العائلات كمرض (Polyposie calque familiale) لكن لم تكشف بعد الأسباب الفعلية للإصابة به.

4-1-7 عوامل داخلية

هي عوامل غريبة عن الجسم محدثة للسرطان، فهي تشمل العوامل الفيزيائية الكيميائية و الفيروسية بالإضافة إلى السلوكيات الإنسانية و أيضا بعض المظاهر الاجتماعية و الاقتصادية (Yaker 1985).

خلاصة الفصل

حاولنا من خلال هذا الفصل توضيح و فهم الخطورة التي تكمن في الإصابة بمرض السرطان، أهمها صعوبة الإستقصاء الطبي، و بعض الغموض في معرفة المسببات الفعلية لهذا الداء، كما تطرقت أيضا إلى أهم الطرق المستعملة في علاجه، مع الإشارة إلى أهمية العلاج النفسي نظرا لكونه لا يخلو أهمية في التكفل بالحالة النفسية للمريض المصاب بالسرطان، و التعرف على إنفعالاته ومختلف إستجاباته نحو هذا المرض الخطير الذي يهدد حياته.

الفصل الثانی

الألم

تمهید

- 1- أهمية الألم
 - 2- قیاس الألم
 - 3- فیزیولوجیة الألم
 - 4- الأسس العصبیة الكیماویة للآلم وكبحه
 - 5- أنواع الألم
 - 6- من الذی یصبح مریضا مزمنًا ؟
 - 7- تشخیز وتقییم الألم
 - 8- أسالیب معرفیة للسیطرة على الألم
- خلاصة الفصل

تمهيد

" الصحة هي الحياة في صمت الأعضاء "

« La santé, c'est la vie dans le silence des organes » Leriche R

يعرف Leriche الصحة ب الرفاهية والهناء (bien être)، لكن السرطان هو مرض يتطور خصيصا صمنا وفي هذه الحالة تعد الوقاية الوسيلة الأولى للمقاومة الفعالة. السرطان بالأخص تطور الورم لا يؤلم ولكن الألم يمكن أن ينشأ خلال المرض وبإمكانه اخذ عدة أشكال: الم الضغط، الم الأعصاب، الم مرتبط بالحالة العامة وحتى الآلام لا علاقة لها بالسرطان وغالبا حينما يكون الألم عرضا لمرض مزمن كالألم السرطاني فهذا الأخير يستوجب كفالة معينة . إن هدف ما سنعرضه الآن هو تسليط الضوء على خصوصية الألم في مرض السرطان وتقديم العناصر المركبة لهذه الخصوصية.

1-أهمية الألم

قد تبدو معالم الألم ودلالاته واضحة وبديهية، فهو مرجع، قد يصل إلى درجة من الشدة يهين معها على الحاجات الأساسية للفرد، لكن الألم قد يتجاوز ما يسببه من عطل أو خلل، كما أن له أهمية على مستوى التعامل مع الحياة اليومية بكل ما يتخللها من مهام وأنشطة ومع أن أننا عادة ما نفكر بالألم على انه حدث غير عادي، إلا أننا نعيش مع الكثير من الآلام البسيطة طيلة الوقت، ولعل مثل هذه الآلام ضرورية لبقائنا، فهي تزودنا بالتغذية الراجعة المتعلقة بوظائفنا الجسمية، والتي نستفيد منها لا شعوريا في العديد من صنوف التكيف البسيط كتغيير الجسدي أثناء اليقظة أو النوم أو الاتكاء و للألم أيضا نتائج طبية التي لا يمكن إغفالها، فهو أكثر الأعراض التي تدفع المرء إلى البحث عن العلاج، هذا مع العلم أن العلاقة بين الألم وشدة الأعراض قد تكون ضعيفة فالأورام السرطانية مثلا نادرا ما تسبب الألم في المراحل الأولى من المرض على الأقل، مع أنها ذات أهمية بالغة و خطيرة من الناحية الطبية، وقد يكون الألم سببا لسوء الفهم بين المريض وطيبه فالألم بالنسبة للمريض هو المشكلة، لكن نتاج للمرض من وجهة نظر الطبيب و في واقع الأمر، لا يعتبر

الألم مهما بالنسبة لالاكثير من الأطباء الممارسين، كما أننا لا نجده يلقى الاهتمام الكافي ضمن العديد من مناهج المعاهد الطبية و كما أن للألم دلالات طبية فله دلالات سيكولوجية، فعند سؤال المريض حول أكثر الأشياء التي تخيفه فيما يتعلق بالمرض والعلاج، غالبا ما تكون إجابته: الألم، كما أن خوفه من عدم التخفيف من معاناته يثير لديه شعورا بالقلق، ربما أكثر مما تثيره الجراحة أو فقدان احد الأطراف أو حتى الموت، وفي حقيقة الأمر، يعد الفشل في التخلص من الألم من أكثر الأسباب التي تدفع المرضى إلى طلب التخدير، أو المساعدة على الانتحار (Cherny 1996) و لا تكتمل مناقشة معاني الألم ودلالاته دون اخذ مدى انتشاره وكفاته بعين الاعتبار، فمثلا في الولايات المتحدة هناك 8 ملايين يعيشون مع آلام السرطان المزمنة و يعتبر الألم من أكثر الظواهر التي يكتنفها الغموض، فهو الأساس خبرة سيكولوجية وتعتمد درجة الإحساس به وربما بسببه من عجز يشكل كبير على طريقة تفسيره، استنتج Beecher إن معنى الألم بالنسبة للفرد يحدد إلى حد كبير خبرته بهذا الألم و للألم بعد ثقافي مهم، رغم عدم وجود فروق اثنيه أو عرقية في القدرة على تمييزا لمثيرات المؤلمة، إلا أننا نجد الأفراد من بعض الثقافات يشكون من الألم بصورة أسرع ويستجوبون للالم بدرجة اكبر من الأفراد في ثقافات أخرى (Edwards & Fillinghan, 1999) و قد تكون الفروق العرقية والثقافية مستمدة من الفروق في المعايير الثقافية المتعلقة بالتعبير عن الألم، وفي بعض الحالات من الفروق في ميكانيزمات الألم (Sheffield, Biles, Orom, Maixner & Sheps, 2000) و من الجدير بالذكر أن هناك فروقا جندرية أيضا فيما يتعلق بخبرة الألم، حيث تظهر النساء حساسية أكثر اتجاه الألم (Charles et al., 1997).

2- قياس الألم

أما بالنسبة لقياس الألم فثمة عائق يقف أمام علاج الألم، يتمثل في صعوبة وصفه بموضوعية إذ بالإمكان التدليل على وجود ورم سرطاني بكل يسر ووضوح، كما يمكن رؤية كسر في العظم من خلال صورة الأشعة، لكن الألم ليس له مثل هذه الدلائل أو الخصائص الموضوعية وعليه فان احد حلول مشكلة قياس الألم هو أن نستعين بذلك الكم الهائل من المفردات العامة التي يستخدمها الأفراد في وصفهم للالم، ويستخدم الأطباء الممارسون عادة

هذا المصدر من المعلومات في محاولتهم لفهم شكاوى المرضى، فالألم النابض مثلا له مضامين مختلفة عن الألم الناري والحاد، أو الألم البطيء والمستمر، وقد طور بعض الدراسيين استبيانات تقيس الألم (Eg, Melzak, Togersen, 1971).

* سلوك الألم

هناك مقاييس لالام ركزت على قياس سلوك الألم، وهو سلوك يعبر عن وجود آلام مزمنة، كالحركة المشوهة، أو الوضع الجسمي المشوه، أو إبداء المشاعر السلبية أو التعبيرات التي تظهر على الوجه، أو تعبيرات تعكس عدم الراحة أو الأنيين، أو تجذب الفعالية أو النشاط (Turk, Wak, Kerns, 1985).

لعل تحليل سلوك الألم يزودنا بأساس لقياس مدى الخلل الذي يولده الألم في حياة فئات معينة من المرضى، ولان سلوك الألم قابل للملاحظة والقياس، فقد ساعد التركيز عليه في تحديد خصائص أنواع مختلفة من مثلا أزمات الألم، إذ انه حدث بيولوجي نفسي اجتماعي معقد، له مكوناته النفسية والسلوكية والسيولوجية.

* قوائم الألم

قد أدى التأكيد على الجوانب الجسدية والنفسية والسلوكية للالام، إلى الدفع باتجاه تطوير قوائم دقيقة ومتطورة في قياس خبرات الألم، ساعدت مختصي علم النفس الصحة الإكلينيكية كثيرا في مجالات التشخيص والعلاج.

3- فيزيولوجية الألم

تعتبر النظرة إلى الألم على انه خبرة مكونة من عناصر نفسية وسلوكية وحسية، نظرة مفيدة وبناءة في فهم تلك المسارات متشعبة الجوانب، والمستقبلات التي تتضمنها خبرة الألم. تعد خبرة الألم ميكانيزما وقائيا، يفضي إلى الشعور أو الوعي بتلف الأنسجة هذا مع أن الفرد أثناء خبرة الألم ابعده ما يكون عن وعي كهذا، ويعكس الأحاسيس البدنية الأخرى، تصاحب خبرة الألم استجابات دافعية وسلوكية، كالانسحاب والانفعال الشديد كالبكاء أو الخوف، وهي جزء لا يتجزأ من خبرة الألم، وبدأت تكتسب أهمية خاصة في تشخيصه وعلاجه.

قد ميز العلماء بين ثلاث أنواع من إدراك الألم: الأول آلي وهو الإدراك الناجم عن حدوث تلف ميكانيكي في أنسجة الجسم، والثاني التلف الخرازي أو خيرة الألم الناجمة عن التعرض للحرارة، أما الثالث فهو متعدد الأشكال، وهو عبارة عن تصنيف عام، يشير إلى الألم الذي يطلق ردود أفعال كيميائية جراء تلف الأنسجة.

عند حدوث إصابة تعمل النهايات العصبية الطرفية على تحسسها أولاً، ثم تستجيب بإطلاق نواقل كيميائية إلى الحبل الشوكي، تمرر مباشرة إلى البناء الشبكي والتلاموس وإلى القشرة الدماغية، ثم تقوم هذه المناطق الدماغية بدورها بتحديد موقع الإصابة وترسل رسائلها عبر العمود الفقري، و تقود إلى تقلصات عضلية يمكنها أن تساعد على منع الألم ومنع التغيرات في الوظائف الجسمية الأخرى، كالتنفس مثلاً، أي أن الدماغ يقوم بتفسير هذه الأحاسيس أثناء انتقالها من النهايات العصبية الطرفية إلى القشرة الدماغية، مما يؤدي إلى إدراك الألم.

هناك نوعان من الألياف العصبية الطرفية، يشتركان في إدراك الألم: ألياف صغيرة من نوع دالتا (A)، وهي ألياف نخاعية تنتقل الألم الحاد، وألياف عصبية صغيرة من نوع دلتا (C) وهي ألياف غير نخاعية تنتقل الألم البطيء، وتتميز الألياف النخاعية لأنها تزيد سرعة الانتقال وعليه فالآلام المفاجئة والشديدة تصل إلى القشرة الدماغية بصورة متسارعة أكثر من الآلام التي تنتقلها الألياف البطيئة دلتا (C). تدخل الألياف العصبية الطرفية إلى العمود الفقري من خلال الأظفار الظهرية، وتتحدد النواحي الحسية للالم، بشكل كبير، بنشاط ألياف دلتا (A)، التي تسقط على مناطق معينة من التلاموس والمناطق الحسية من القشرة الدماغية. يبدو أن الجوانب الدافعية والوجدانية في خبرة الألم تتأثر بصورة أكبر بألياف دلتا (C)، التي تسقط على مناطق مختلفة من التلاموس والهيبتوتلاموس والقشرة الدماغية وتتغير الأحاسيس من خلال الأظفار الظهرية في العمود الفقري، ومن خلال المسارات النازلة من الدماغ أيضاً والتي تفسر خبرة الألم، فخبرة الألم إذن يحددها التوازن في نشاط الألياف العصبية والذي يعكس نمط الإثارة وشدتها.

للموصلات العصبية أيضاً تأثيرها في انتقال الألم، كما أن المواد الكيميائية الأخرى في الجسم لها تأثيرها أيضاً، وأخيراً، تشترك عمليات القشرة الدماغية والأحكام المعرفية المتعلقة

بالألم، بما فيه تقييم معناه، إذ تعتبر الميكانيزمات النفسية والعصبية المتضمنة في البعد الوجداني للآلم جزءاً مهماً من خبرة الألم، ويتكون البعد الوجداني للآلم من مشاعر غير سارة وعواطف سلبية، ترتبط قلق مستقبلية، ويسمى الباحثون مشاعر القلق هذه بـ "الانفعال الثانوي" (Price, 2000). هذا وتتفاعل شدة الإحساس بالألم مع فترة التي يستغرقها الألم في التأثير على المشاعر غير السارة المدركة، وفي الانفعال الثانوي الناجم، وذلك من خلال شبكة مركزية من الأبنية الدماغية التي تقوم بمعالجة المعلومة المدركة، حيث يتم على مستوى القشرة الدماغية، دمج المعلومة المدركة داخل إطار الخبرة المؤلمة مما يسبب في إثارة العواطف القوية التي يخبرها الفرد أثناء الألم، والتي يمكن ذاتها أن تفاقم من الألم (Meagher, Arnau & Rudy, 2000) فخبرة الألم الكلية إذن هي ذلك النتاج المعقد الناجم من تفاعل هذه العناصر جميعها.

4- الأسس العصبية الكيماوية للآلم وكبحه

يتمتع الدماغ بقدرته على التحكم بمقدار الألم الذي يحس به الفرد، وذلك بإيصال الرسائل التي تمنع إشارات الألم عبر الحبل الشوكي، ولعل الدراسة التي تمثل نقطة تحول في إثبات هذه الفرضية هي تلك التي أجراها (D. V. Reynolds, 1969) حيث ثبت بالتجربة أن الإثارة الكهربائية لمنطقة معينة من دماغ الجزء، استطاعت أن تحدث درجة عالية من فقدان الأحاسيس عند هذا الحيوان، فلم يحس بالألم المصاحبة بالجراحة في البطن، وقد ساعدت نتائج رنيولدز على حث العلماء للنظر في الأسس العصبية الكيماوية لمثل هذا التأثير.

في عام 1972، استطاع أكيل وزملاؤه (Akil, Mayer, Leibeskind, 1976) الكشف عن وجود مسمى بـ "الافيونات الذاتية"، المخدرات الافيونية الهيروين والمورفين هي مخدرات مصنعة من نوع من النبات للمساعدة على التحكم بالألم، أما الافيونات الذاتية وهي مواد شبه افيونية يفرزها الجسم فتتمثل جهازاً داخلياً ذا أساس عصبي كيميائي منظم للآلم وهناك عدة أجزاء من الدماغ والغدد التي تفرز مثل هذه المواد.

تعتبر الافيونات الذاتية مادة عصبية كيميائية مهمة، ينظر إليها على أنها جهاز طبيعي لإخماد الألم في الجسم، ولعله من الواضح أن هذا النظام الذاتي لإخماد الألم أو كفه لا يعمل دائماً إذن هناك عوامل تستشير.

تشير الأبحاث إلى أن الضغوط هي احد هذه العوامل، فالضغوط الحادة، كتلك التي تنجم عن توجيه صدمة لقدم الجرد مثلا، تقود بصورة ثابتة إلى عدم الإحساس بالألم، وتسمى هذه الظاهرة بفقدان الإحساس المرتبط بالضغوط (Stress - Induced Analgesia – SIA) ورغم أن الافيونات الذاتية تعمل على كف الألم، وخصوصا تحت ظروف ضاغطة فان الباحثين ما يزالون لا يعرفون بالضبط جميع الوظائف التي تقوم بها .

إضافة إلى كل ذلك، قد يكون إفراز الافيونات الذاتية احد الميكانيزمات التي تمكن وراء أساليب ضبط الألم (Poolles & Fauselow, 1982) وقد بدلت مؤخرا جهود بقصد توظيف الافيونات الذاتية كعلاج طويل المدى للآلام المزمنة، وكشفت هذه الجهود أن هذه الافيونات لم تظهر نجاحا في التخفيف من الآلام غير السرطانية، إلا أنها قد تكون ناجحة في التخفيف من آلام السرطان (Turk & Fernandez, 1990).

5- أنواع الألم

يتم تصنيف الألم حسب شدته وموضعه بالجسم، فمن حيث الشدة يصنف الألم الإكلينيكي إلى نوعان: الألم الحاد والألم المزمن.

1-5 الألم الحاد

ينجم عن إصابات محددة تؤدي إلى إحداث تلف في الأنسجة مثل الجروح والكسور في الأطراف، وهو قصير المدى عادة، ومن المعروف انه يستمر لفترة قد تصل إلى ستة أشهر، ويولد لدى شعورا بالقلق، يدفعه إلى البحث عن العلاج بإلحاح، وباستخدام الأدوية أو عند بداية شفاء الإصابة، فان الألم الحاد يخف، ويزول القلق كذلك (Bond 1979).

2-5 الألم المزمن

أما الألم المزمن، فيبدأ إعادة بنوبة حادة، لكنه يختلف عن الألم في انه لا يخفف بالعلاج أو بمرور الزمن، وهناك عدة أنواع من الألم المزمن، فهناك الألم المزمن الحميد، الذي يستمر عادة لستة أشهر أو أكثر ويصعب علاجه نسبيا وتتباين شدته، وقد يمتد ليشمل عدة مجموعات عضلية ومن الأمثلة عليه آلام أسفل الظهر المزمنة، والأعراض المرافقة لآلام عضلة الوجه، ثم هناك الألم الحاد المتكرر، الذي يتضمن سلسلة من نوبات الألم المتقطعة، التي تكون حادة طبيعتها لكنها مزمنة من حيث استمرارها لفترات تتجاوز ستة أشهر، ويعتبر الصداع النصفي وتشنج عضلات الوجه، من الأمثلة الشائعة على هذا النوع من الألم، وهناك الألم المزمن المستفحل الذي يدوم لفترات طويلة وتزداد شدته مع الوقت وهو يرتبط عادة بالأمراض الخبيثة أو الانحلالية كالتهاب المفاصل أو السرطان.

3-5 مقارنة بين الألم الحاد والمزمن

لماذا هذا التمييز بين الألم الحاد والألم المزمن؟ وما أهمية هذا التمييز في مجال التدخل الإكلينيكي؟ هنالك عدة أسباب للتمييز: أولاً، لكل منهما بروفيل سيكولوجي مختلف، فالألم المزمن يحمل في الغالب طابعاً من الضيق أو الكرب السيكولوجي، الذي يجعل عملية تشخيصه وعلاجه أكثر تعقيداً، إن إدراك الألم على انه يتدخل بأنشطة مرغوبة، وإن الفرد لا سيطرة له عليه غالباً ما يؤدي إلى الاكتئاب، فالإكتئاب والقلق وكذلك الغضب، هي من الظواهر الشائعة بين مرضى الآلام المزمنة، مما قد يفاقم من حالة الألم والسلوكيات المرتبطة به.

6- من الذي يصبح مريضاً مزمناً؟

بالطبع، فإن كل مرضى الآلام المزمنة كانوا قبل ذلك مرضى يعانون من آلام حادة، فما الذي يجعل بعضهم يتحول للآلام المزمن؟ قد يفترض المرء بان شدة الألم هي التي تحد مثل هذا التحول للآلام المزمن، ولكن يبدو أن العجز الوظيفي يلعب الدور الأهم، فالمرضى الذين يتدخل الألم في نشاطاتهم الحياتية يتحولون إلى خبرة الألم المزمن.

هناك أيضا ما يشير إلى أن مرضى الألم المزمن يخبرون الألم بحدة أكثر مما هي الحال عليه عند الأفراد الذين لا يصبحون مرضى مزمنين، وذلك بسبب الحساسية الزائدة لدى مرضى الألم المزمن تجاه المثبرات المزعجة، وضعف الاجهزو المنظمة للألم لديهم والمستوى العام من الضيق النفسي الذي ينتابهم (Hassingeretal 1999) و بعكس الألم الحاد، يعالج الألم المزمن بطرق متعددة، منها ما يستخدم من قبل المرضى أنفسهم، ومنها ما يستخدم من قبل الأطباء ويتفاهم الألم المزمن نتيجة أي معالجات سابقة غير مناسبة أو سوء تشخيص، أو وصفات طبية غير ملائمة. قد ينبثق الألم المزمن عن استعداد للاستجابة لأدى جسدي باستجابات عضوية معينة، كتوتر الفكين، وتشنج عضلات الوجه أو تغيير الأوضاع الجسدية، وقد تتفاهم هذه الاستجابات بفعل الضغوط النفسية، فألم الفكين أو ألم الظهر مثلا، قد تثيره عوامل العجز في المواجهة والمكيف مثلا، مما يزيد من الأعراض الألم، ويؤدي إلى ظهور أنماط سلوكية تصاحب عادة محاولات الفرد للتكيف مع الألم كتكرار طلب الإجازات والغياب عن العمل أو تدني النشاط في المنزل وهكذا يصبح مرضى الآلام المزمنة أكثر عرضة للضغوط، مما يضعف قدرتهم على التكيف أكثر فأكثر.

أما من حيث موضعه بالجسم فيصنف الألم إلى ثلاثة أنواع:

- **باطني (visceral):** ويتعلق بالأعضاء الحيوية، حيث من المعتذر في اغلب الأحوال التحديد الدقيق للألم الناتج عن نادي أنسجة عضو حيوي باطني كالكبد أو تعيين موضعه بالضبط ويصفه المرضى عادة بالرجفة أو بالتشنج أو الأكلان أو الألم النابض أو الموجع أو الحاد أو بالفاصم.
- **جسدي (Somatic):** أو هيكلي ويرتبط عادة بالعظام والعضلات ويتركز في موضع محدد ويصنفه المرضى عادة بالألم النابض أو الحاد أو الضاغط ويصفه البعض بالوجع أو الطعن أو النخر أو الشبيهة بالحرقة.
- **عصبي (Neuropathic):** وهو مرتبط بالأعصاب، حيث ينتج عن تؤدي الأعصاب أو ضغط كتلة الورم عليها وتضرر البنية العصبية للجهاز العصبي المركزي، أو لعصب ما بالجملة العصبية الطرفية، ويوصف عادة بالألم الحاد أو القاطع أو الشبيهة بالحرقة أو النخر.

ينجم الألم عن أسباب مختلفة من أهمها بطبيعة الحال السرطان نفسه وتأثيراته ومضاعفاته إضافة إلى تأثيرات علاجاته المختلفة، ويعتمد نمطه على نوع الورم و مرحلته وموضعه ومدى انتقاله من موضعه الأصلي ويمكن تلخيص هذه الأسباب في النقاط الآتية:

- وجود نسيج ورمي مستمر في التضخم، أو ورم يؤثر ويضغط على الأنسجة الرخوة أو الأعضاء الحيوية المجاورة أو الأعصاب أو العظام.
- وجود ورم يقوم بسد الأوعية الدموية، مما يعيق تدفق الدم.
- وجود انسداد بأحد الأعضاء الحيوية أو بمجرى أو قناة بأي موضع بالجسم.
- انتقال السرطان إلى مواضع أخرى غير موضع نشأته الأصلي.
- وجود عدوى أو التهابات.
- التأثيرات الجانبية للعلاجات.
- وهن وتصلب الأعضاء نتيجة لانخفاض النشاط الجسدي.
- ردود الفعل النفسية تجاه المرض كالاكتئاب، القلق أو التوتر العصبي.
- وبطبيعة الحال قد يعاني المريض المصاب بالسرطان من آلام ليست مرتبطة بالسرطان مثل آلام الأسنان، أو الإجهاد العضلي، الأمر الذي يستلزم تحديد نوع الألم باكبردقة ممكنة، للتمكن من معالجته بفاعلية، نظرا لاختلاف طرق المعالجة باختلاف نوع الألم.

7- تشخيص وتقييم الألم

ينبغي وضع خطة لإدارة الألم، جمع أكثر ما يمكن من معلومات حوله لتقييم الحالة وبطبيعة الحال يتم تقصي الوضع باستخلاص المعلومات من المريض، وعبر الفحص الجسدي السريري ويمكن تقييم الألم من خلال إيجاد إجابات عن الأسئلة الآتية بأكبر قدر من الدقة والتحديد:

- ما مدى شدة الألم وحدته؟
- أين موضع الألم، وما مدى انتقاله إلى مواضع أخرى؟
- ما نوع من حيث موضعه، هل هو جسدي أم باطني أم عصبي؟

- مواعيد ظهور الألم ومنى بدأ.
 - ماهي فترة استمرار الألم، وما مدى التغيرات في وتيرته خلال ساعات النهار أو الليل؟
 - ما هي العوامل التي تزيد من حدته أو تقلل منها، أي ما يجعله يتحسن أو يسوء، مثل تغيير وضعية الجسم أو الجلوس أو المشي؟
 - هل نتج الألم عن السرطان أم عن العلاجات أم عن أسباب أخرى؟
 - هل توجد تأثيرات جانبية للعلاج؟
- من المعتاد إجراء الفحوصات الجسدية المختلفة، عقب استيفاء البيانات اللازمة حول الألم وقد يتم إجراء بعض الاختبارات التصويرية وخصوصا الاشعاعات السينية وتحاليل الدم عند الحاجة، فمثلا يتم التصوير بالأشعة إن كان لألم بالعظام لتحديد مدى وجود كسور أو شروخ.

8- أساليب معرفية للسيطرة على الألم

- تهتم المعالجة المعرفية بهواجس الأشخاص الذين يعانون من الألم، وقد حاول علماء النفس مؤخرا التوسع في تلك الخرسانة من الأساليب المعرفية والسلوكية في السيطرة على الألم ولهذه الأساليب أهداف عدة فهي:
- تشجع المرضى على إعادة فهم المشكلة أو تفسيرها، من مشكلة صعبة إلى مشكلة يمكن إدارتها، والأساس المنطقي هنا هو أن مشكلة الألم يجب أن تكون قابلة للتعديل لمي يكون للأساليب المعرفية والسلوكية أثرها الفعال.
 - يجب أن تتولد القناعة لدى المريض بان في مقدوره تعلم المهارات الضرورية للسيطرة على الألم.
 - يتم تشجيع المريض على إعادة النظر في دوره في عمليات تدبر الألم، يتم تشجيع المريض للألم بسلبية إلى فرد فاعل ونشط، قادر على المساهمة في السيطرة على الألم لهذه الأفكار والمفاهيم أثرها المهم في التخفيف من الألم، وقد تعزز من مشاعر الكفاءة الذاتية حيث تسمح الزيادة في مثل هذه المشاعر للمرضى بتوجيه انتباههم إلى امور غير الامهم.

- يتعلم المريض مراقبة أفكاره ومشاعره وسلوكياته، وذلك لكسر أو نقص معتقداته اللاتكيفية، التي تشكلت استجابة للألم.
- يتم تعليم المريض كيف يستخدم السلوك الظاهر أو السلوك الداخلي (الحديث الذاتي) من أجل التوصل إلى استجابات تكيفية لمشكلة الألم وهذا التدريب على المهارات قد يشمل التغذية الراجعة والاسترخاء مثلا.
- يشجع المريض على عزو نجاحاته لجهوده الذاتية، فمن خلال العز والداخلي للنجاح يبدأ المريض بالنظر إلى نفسه على انه عنصر كفو وفعال في التغيير، وانه في وضع أفضل لرصد أية تغيرات يمكن أن تحدث في الألم.

أخيرا، فمكان أن منع الانتكاس يعتبر مهما من تغيير العادات الصحية، كذلك الأمر بالنسبة للسيطرة على الألم إذ يمكن تعليم المرضى تطوير طرق بديلة في إدارة الألم بدلا من الاستمرار في استخدام سلوكيات الألم السابقة كالانسحاب من الاتصال الاجتماعي وتبدو أساليب المعرفة السلوكية واعدة إلى حد ما، ولأنها تعزز ادراكات من نوع الكفاءة الذاتية بصورة خاصة فإنها تلاقي نجاحا في العادة، وتمكن أهمية الكفاءة الذاتية في أنها تقود المريض إلى اتخاذ خطوات يكون بأمس الحاجة إليها لمواصلة السيطرة على الألم لان مثل هذه الادراكات يمكن أن تقود إلى منع حالة الاكتئاب التي كثيرا ما تلاحظ عند مرضى الآلام المزمنة.

قد يكون هناك فوائد فسيولوجية للكفاءة الذاتية، حيث تشير الأدلة إلى أن اثر الكفاءة الذاتية على خبرات الألم يمكن أن تتضمن إفرازات بمثابة مضادات طبيعية للألم (اندولر فينات ذاتية) على مستوى الجسم.

خلاصة الفصل

يمثل الألم جانبا مهما من جوانب المرض، وهو واحد من أهم الأعراض التي يتركز اهتمام المريض عليها، والتي تدفعه للبحث عن العناية الطبية، ومع ذلك غالبا ما يعطي الألم أهمية ثانوية من قبل مختصر الرعاية الصحية. الألم خبرة ذاتية، ولذلك نجد أن من الصعب دراسته، فهو خبرة تتأثر، وبدرجة كبيرة بالإطار المحيط بها. ولجعله خبرة موضوعية، طور

الباحثون المختصون بالألم استبيانات تقيس أبعاد الألم، كما طوروا مناهج لقياس سلوك الألم. تتحكم الألياف العصبية الطرفية الصغيرة من نوع دلتا (A) بالألم السريع، والحاد والموضعي، بينما تتحكم الألياف العصبية الطرفية من نوع دلتا (C) بالألم البطيء والحارق، والموجع، والذي يدوم لفترات طويلة، كما أن العمليات الدماغ العليا تؤثرها في خبرة الألم، وذلك من خلال ميكانيزم السيطرة المركزية. تركزت الاكتشافات العصبية الكيماوية الحديثة التي ساهمت في فهم الألم، حول اكتشاف الببتيدات الأفيونية الذاتية المنظمة لخبرة الألم. يعتبر الألم الحاد قصير المدى، ومحددا بالإصابة أو المرض، بينما لا يخف لألم مزمن مع العلاج ومرور الوقت، والألم المزمن معقد من حيث العلاج، وذلك لان له أبعاده الوظيفية والسيكولوجية. لم تنجح الجهود الرامية إلى الكشف عن نمط من الشخصية مهياً للألم أكثر من غيره ولكن مع ذلك تشير الصفحة النفسية لاختبار مينيسوتا (MMPI) إلى أن مرضى الآلام المزمنة ترفع درجاتهم على مقاييس " المثلث العصابي" (Neurotic Triad). تعتبر الأدوية (المورفين مثلاً)، والجراحة، والإثارة الحسية، أساليب رئيسية في السيطرة على الألم، لكن المعالجات ذات المضامين السيكولوجية، بما فيها التغذية الحيوية الراجعة، والاسترخاء والتنويم، ووخز الإبر والتشيت والأخيلة الموجهة، أصبحت تضاف إلى هذا المخزون من أساليب على الألم بصورة متزايدة ومع هذه الأساليب بسائر أشكالها تصادف بعض النجاح على الأقل، إلا أن طريقة تأثيرها لا تعرف تماماً لغاية هذه اللحظة. هذا وقد أثبتت الأساليب المعرفية السلوكية مؤخرًا أنها أكثر نجاحًا في خلق إحساس بالكفاءة الذاتية في معالجة الألم. غالبًا مع يعالج الألم المزمن من خلال برامج علاجية منظمة ومنسقة وموجهة نحو إدارة الألم، والتخلص من سلوكياته، وإعادة بناء أسلوب حياة فاعل، وتستخدم هذه البرامج في سعيها لتطوير برامج علاجية فردية، مزيجًا من التقنيات في إطار منحي بيولوجي - نفسي - اجتماعي متكامل للألم.

الفصل الثالث

الإتجاه السيكوسوماتي

تمهيد

- 1- مفهوم العقلنة
 - 2- الصدمة
 - 3- المبدأ التطوري
 - 4- غرائز الحياة و غرائز الموت
 - 5- البنية الأساسية (Structure fondamentale)
 - 6- التثبيتات و النكوصات
 - 7- التطور الفردي و التقسيم النوزوغرافي
 - 8- الأنظمة الاقتصادية
 - 9- علاقة ما قبل الشعور بالسير العقلي للفرد
 - 10- التفكير العلمي (Pensées opératoires)
- خلاصة الفصل

تمهيد

لقد ركزت الدراسات السابقة التي تناولت الأمراض الجسدية، اهتمامها على الإنسان ككائن مجزأ إلى: نفس، جسد، مرجعة سبب المرض إلى عامل أمراض خارجي، كما كان الاهتمام منصبا على المرض أكثر منه على المريض. لكن هناك دراسات و أبحاث ظهرت ضمن ما يعرف بالتيار السيكوسوماتي في بداية هذا القرن، تكمن في إعطاء أجوبة على الجدالات المتمحورة حول الوحدة الأساسية للإنسان، فالسيكوسوماتية تعطي مفهوما متماسكا و موضوعيا لظواهر التجسيد. شهدت فرنسا في أواخر الخمسينات نتائج مميزة عملت على توسيع ميدان السيكوسوماتية، من حيث أنها أجابت على الأسئلة الحاسمة، من خلال ارتباطها بمكتبات التحليل النفسي للعصابات. هذه النتائج القيمة ارتبطت بأسماء كل من Pierre, Marty, Demuzan Faine Christane Michel, Souli , David, Sami, Ali حيث اهتموا خاصة بدراسة التوظيف العقلي لمرضى يعانون من اضطرابات سوماتية و كشفوا عن المصير المميز للصراعات النفسية عندهم، و التي تختلف عما يلاحظ عن العصبيين أو الذهانيين مركزين على بنية الجهاز العقلي. من أهم رواد هذا التيار "بيار مارتي" الذي تعتبر مدرسته الباريسية من العائم التحويلية الأساسية في تاريخ السيكوسوماتية، فقد شهدت السنوات العشر الأخيرة إرساء مبادئ "مارتي" سواء من حيث التصنيف أو العلاج أو التطورات النظرية المدعومة بالتجارب و الإحصاءات ف"أمارتي" يرى أن الإنسان وحدة كلية وظيفية معقدة ووحدة حية مدفوعة في فضاء الحياة لمدة معينة محمد احمد (1992).

بالاعتماد على أساس التحليل النفسي، انطلق "بيار مارتي" في أبحاثه من النظرة المعارضة للمبدأ الثنائي للإنسان (نفس-جسد)، بعدما ظهرت نقائصه في علاج بعض الأمراض الجسمية و تفسير الآليات التي تؤدي إلى ظهورها و يعود هذا الفشل إلى كون المبدأ يرجع سبب المرض إلى عامل ممرض خارجي، فكان العلاج بالتالي وفقا للمرض و ليس وفقا للمريض، كما برهنت العادية، أن رد فعل الأشخاص للعلاج يختلف من فرد إلى آخر، بالرغم من إصابتهم بنفس المرض و تعاطيهم لنفس الأدوية (Marty 1990). لقد بين من خلال نظريته أن المرض، مهما كانت درجة خطورته لا يأخذ بالضرورة قيمة سلبية و لا يؤدي إلى تشكيل خطر حقيقي على حياة الفرد فالمرض غالبا ما يأخذ قيمة ايجابية، إذ يشكل

نقطة انطلاق جديدة للفرد تسمح له عبر تكوين سابق لإعادة التنظيم واستعادة توازنه، الذي اختل تحت مفعول الصدمة. فالمرض إذا لا يمكن فهمه إلا إذا أُرْجِعَ إلى الاقتصاد السيكوسوماتي العالم للفرد المصاب به. يمتد اهتمام "بيار مارتي" بالاقتصاد السيكوماتي للإنسان حتى في حالته الصحية إذ يعتبره "وحدة مدفوعة في فضاء الحياة لمدة معينة سلم تطوره يبين كما في مختلف مستويات توظيفه، انطلاقاً من التبادلات الفيزيوكيميائية و مروراً بالتبادلات الفكرية و الفنية، أنه يأخذ العناصر الأساسية لحياته" (Fine (1994).

من هنا نفهم كيف أن منظور "بيار مارتي" الأحادي لمبدئه التطوري، هو القاعدة الأساسية لفهم الحدث السيكوسوماتي إلى جانب المساهمة التحليلية، من حيث الاستعانة بمفاهيمها و أثرائها بمفاهيم جديدة التي حققت للسيكوسوماتية استغلالها. كل هذا سنتعرض له بالتفصيل حتى يمكننا من فهم هذه النظرية، و التي يعتبر مبدأها الأساسي، و الذي انطلق منه "مارتي" : مبدأ التطور الفردي.

1- مفهوم العقلنة

العقلنة هي عملية يحاول الشخص من خلالها إعطاء صياغته لصراعاته و انفعالاته بغية السيطرة عليها. يلعب التعقيل دور موجة التشخيص و التصنيف في رأي "مارتي" حيث يعتبر العقلنة بمثابة حجر الأساس في الحياة النفسية – الجسدية و هذا التعقيل، إنما يعتمد على مدى كفاءة ما قبل الوعي "فكلما ازدادت هذه الكفاءة كلما كان التعقيل أرقى و أجود، و الواقع أن تحديد مدى جودة التعقيل هو أمر غاية في التعقيد إذ يقتضي دراسة مفصلة لما قبل الوعي" محمد احمد (1992).

يحدد "مارتي" ثلاثة أبعاد للعقلنة :

- سماكة مجموعة الطبقات الموصلة.
- سهولة الانتشار بين هذه الطبقات.
- ديمومة النشاط العقلي (و هذا يقودنا بشكل حتمي لدراسة الحياة الحلمية للمريض النفسي، جسدي ، و بالتالي تحليل أحلامه).

يستخدم مصطلح العقلنة للدلالة على أسلوب من المقاومة التي تصادف العلاج، و لا نجد هذا المصطلح عند "فرويد" فدراسة مفهوم العقلنة لم تكن محل اهتمامه، هذا لأن أغلب أبحاثه كانت تركز أكثر على التنظيمات المرضية ألا و هي الاغصبة (Marty 1991). لاحظ "فرويد" غنى و كثافة التصورات النفسية عند هؤلاء الأفراد ذات البنية العصابية العقلية، سواء من الناحية الكمية أو الكيفية، و هذا ما أدى به إلى دراسة التنظيم العقلي لهؤلاء الأفراد و قد تم ذلك سنة 1915، كما أنه تم وضع الموقعية له و ظهرت بصورة واضحة أهمية ما قبل الشعور، و هذا الأخير ساعد بدوره على إدراك مفهوم التصورات ومفهوم العقلنة، فلولا دراسة "فرويد" للعصابات و التصورات المصاحبة لها لما تم بروز هذا المصطلح و بالتالي استعمل هذا المصطلح من طرف السيكوسوماتيين الفرنسيين أولاً و ذلك في السبعينات و يرجع "مارتي" الفضل ل "فرويد" الذي اكتشفه إلا أن التطبيق العملي لهذا المفهوم لم يتم إلا في السنوات الأخيرة".

العقلنة اذن هي مجموعة من العمليات العقلية لدى الفرد التي تتم في الشعور مثل الأفكار أو في اللاشعور و التي ترجع لتصوراتنا النفسية، كذلك لدينا ميكياتها.

2- الصدمة

مفهوم الصدمة من وجهة نظر السيكوسوماتيك، لا يقتصر فقط على الصدمات الخارجية كالفصل أو الحداد، و الحوادث الأليمة، التي قد تظهر خلال حياة الفرد، و إنما هي موجودة أيضا عند الاصطدام العاطفي للفرد ما في وضعية خارجية "بيار مارتي" يقول في هذا الصدد: "المصدر الخارجي للصدمة لا يحمل في حد ذاته قيمة يمكن تقديرها موضوعيا، فقدان شخص قريب لا يمكن أن يكون أكثر صدميا عند فرد راشد من الإحساس التي يثيره مثلا غبار في أشعة الشمس بالنسبة لراشد آخر" (Marty 1991).

كما أن الصدمة مهما كانت نتيجتها فهي مرتبطة دوما بمرحلة حياة الفرد وقت الصدمة وبالنظام البنيوي الأكثر تطورا لتلك الفترة و كذلك بأقصى تنظيم وظيفي في طريق الانجاز و ما يمكن قوله أيضا عن الصدمة هو أن ما يشكل صدمة عند شخص معين قد لا يشكلها عند شخص آخر.

الصدمة مهما كانت طبيعتها فإنها تتعلق في آن واحد ب:

- مرحلة حياة الفرد وقت الصدمة.
- النظام البنيوي المحقق في ذلك الحين.
- التنظيم الوظيفي الأقصى في طريق الانجاز.

الصدمة مصطلح استعمله "فرويد" للدليل على معاني خاصة و هي معنى الصدمة العنيفة و الكسر أو الإصابة و الصدمة لهذا المعنى حدث في حياة الإنسان أو هي تجربة معاشة , فلقد كان من الشائع منذ المرحلة الباكرة من مراحل التحليل النفسي 1890-1897 أن ترد أسباب العصاب الى تجارب صدمة من الماضي المتعلق بالطفولة المبكرة و إلى التثبيتات التي تتم في مختلف المراحل الليبيدية "بينما في كتابة الكف، العرض و الحصر يعيد مفهوم الصدمة و يقول أنها نوعان من السلاسل التتام بين الأخطار الخارجية و الداخلية" (Freud 1986). بينما "ميشال فان" فيعرف الصدمة: "إن الضغط لا يمكن اعتباره صدمة إلا إذا أدت إلى استغلال الفرد حيث يستجيب لها بعده اضطرابات و التحمل للصدمة لا يتوق عن الوضعية و الحالة النفسية للفرد بل حسب خصائصه الفردية" (Michel 1959).

"فالصدمة غالبا ما تكون كرد فعل للحدث الخارجي و تعمل على اختلال وظيفة أو عدة وظائف عقلي للفرد" (Marty 1990).

ترجع حساسية الفرد لبعض الحوادث و الوضعيات الى نظامه العقلي و إمكانيات إرصاده كما تعود إلى استثماره و دفاعاته فتتصف، الصدمة من الناحية الاقتصادية بفيض من الاثارات تكون مفرطة بالنسبة لطاقة الشخص على الاحتمال و لكفاءته في السيطرة على الاثارات و ارضائها نفسيا.

"فردود أفعال الأفراد اذن إزاء الصدمات تعود دائما إلى مرحلة الفرد وقت الصدمة و التنظيم الوظيفي الذي حققه في ذلك الوقت و إلى أقصى تنظيم و ظيفي الذي هو في طريق الانجاز" (Marty 1976).

تقول روزين دبيري "إن مواجهة هذه الصدمات عند الأفراد يتوقف على الإمكانيات الارصانية و استثمارهم لاقتصادهم السيكوسوماتي". فينتج إذن عند الصدمة تدمير للبنية المتطورة التي اكتسبها الفرد و تسمر عملية التخريب و ذلك بعملية النكوص حتى تصطدم بنقاط تثبيت صلبة تمكنه من إعادة التنظيم الذي تم انحلاله.

3- المبدأ التطوري

في المنظور السيكوسوماتي، التطور لا يتم دائما بشكل عادي، خطي و مستقل و انما هو مركب و متداخلا أيضا. فكل فرد يتشكل من برامج تطويرية رئيسية تتضمن الخطوط الكبيرة للوراثة و الهوامات الأصلية، بالإضافة إلى أن حوادث سيئة ناتجة عن أخطاء وراثية أو مشاكل حمل أو صعوبات ولادة، يمكن أن تحدث شذوذا يطبع التنظيمات الحيوية الأولية التي تؤمن استقلالية فيزيولوجية للمولود الجديد و نظرا لهذه الوضعية، فان جزءا كبيرا من قدرات الترابط و التسلسل الوظيفي للرضيع تؤمنه الوظيفة الأمومية، فمثلا المشاكل التقمصية لا يمكن للطفل تجاوزها إلا اعتمادا على الأم أو البديلة، فلأم دور كبير في تتابع التجمعات و التسلسلات الوظيفية الواحدة بعد الأخرى تهيء و تدير حسب طريقتها الخاصة أجهزة الإنارة اتجاه الطفل و بالتالي تكون قد عالجت في الحين المشاكل الأساسية لإعادة التنشيط و التوازن و التفريغ لهذا الرضيع، و تدريجيا الرضيع و بعد ذلك الطفل الصغير يأخذان لحسابهما قدرات التنظيم هذه فيتم التنظيم على مستويات أكثر فأكثر اتساعا في أجهزة متتابعة ذات تنظيم حسن و يتمثل المبدأ التطوري الذي انطلق منه "بيار مارتى" في أعماله و بحوثه، حيث يرى أن الفرد ما هو إلا نتيجة لتجمعات وظيفية تدخل ضمن حركة تطويرية أدت انطلاقا من تلقيح البويضة إلى تكوين كائن حي (المولود الجديد).

تتواصل الحركة التطورية بعد الولادة مرورا بما أسماه "بيار مارتى" بـ "الفسيفساء الأولية" (La mosaïque primaire) إلى غاية تشكيل بنية نفسية و جهاز عقلي يمثل القصة الترتيبية التي تعلق التطور الفردي.

يظهر التطور اذا كمرادف لحركة تجمع أنظمة وظيفية أكثر فأكثر تركيبا و اتساعا، كما مرادف لحركة تنظيم و ترتيب تجمع هذه الأنظمة الوظيفية.

الحركة التطورية التي تدمج من مراحل التطور الليبيدي، كما جاء بها التحليل النفسي لا تكون خطية و لا ذات بعد واحد (Unidimensionnelle) نظرا لقواعد الانطلاق المتعددة البؤر (Multi forales) و نظرا لوجود حركات بنائية أخرى تتم في نفس الوقت و هذا ما يشرح وجود:

- سلسلات تطورية جاذبية تلتصق غالبا بالسلسلة المركزية ذات المحور العقلي أساسا وهذه الأخيرة تشكل "الحزمة المركزية المشتركة" التي تتمثل في الرشد أو عند الرشد في التنظيم العقلي للفرد.
- ديناميات موازية (Dynamismes parallèles) و التي تكون لها أهمية في الاقتصاد السيكوسوماتي العام للفرد، رغم عدم التحاقها دائما بالحزمة المركزية المشتركة.
- و لقد لفت "مارتي" الانتباه إلى التنظيم و التسلسل التدريجي لهذه الوظائف التي تتطور من الأبسط إلى الأكثر تعقيدا بفضل الحركات التطورية التي هي بارزة في الطفولة والتي تستعمل بعد ذلك على إدماج كل مراحل التطور الليبيدي لتدعم بذلك السلسلة التطورية المركزية التي هي عبارة عن محور عقلي، و تساهم في النمو العادي للفرد، إذ تجدر الإشارة إلى بعض التنظيمات الوظيفية للتطور تأخذ وقتا قصيرا نسبيا في الزمن، حتى نضجها كالتنظيمات الخاصة بوظائف الأعضاء الداخلية أما بالنسبة للبعض الآخر فان تطورها يأخذ وقتا أطول مثل وظيفة الرؤية، أما تلك التي تأخذ وقتا أطول بكثير فهي الوظائف العقلية بما أنها تشكل التنظيم النهائي المثالي الذي لا يمكن أن ينشأ إلا بعد البلوغ و مع ذلك تعديلات يمكن أن تحدث أثناء المراهقة.

4- غرائز الحياة و غرائز الموت

يرى "بيار مارتي" أن الحركة الفردية التطورية الفردية منشطة و مدفوعة من طرف غرائز الحياة و هذه الأخيرة لا تتمثل فقط في قوة تدفع التطور نحو الأمام بل تمثل أيضا صفة (Une qualité) تميز جميع الظواهر و بالتالي تنظيم الأنظمة الوظيفية المرتكزة على مراكز الحياة و يرى "بيارمارتي" في حركات فساد التنظيم التي تحدث من وقت لآخر من

خلال التطور والتي تأخذ اتجاهها معاكسا له، برهانا على وجود غرائز مضادة لغرائز الحياة ألا وهي غرائز الموت التي تنشط حركات فساد التنظيم.

تظهر غرائز الموت أثناء حياة الفرد، حسب "مارتي" لسببين:

• الصدمات.

• مرور الزمن و تقدم الفرد في السن، حيث تكون نهاية حياته الموت.

من هنا يرى "مارتي" أن الحياة تبدأ بعلاقة أساسية بين غرائز الحياة و غرائز الموت يؤدي تناوب سيطرة إحدهما خلال التطور إلى تكوين أنظمة من التثبيتات الوظيفية التي تخص كل فرد و تكون على مدى حياته مراكز تراجع ذات قيمة دفاعية و من هذا اعتبار التثبيت –النكوص (Régession fixation) هي تطهير مركزي للتطور، و تشمل هذه الظاهرة، مظاهر ذات طبيعة جسدية و مظاهر مستخلصة من طبيعة السلوك الصفات و الطباع و لكنها تشمل أيضا طبيعة التنظيم العقلي للشخص و التثبيتات النفسية - الجسدية تأخذ بعين الاعتبار المجموعات الهيكلية أو البنى الأساسية (مثل المرضى الفائقين الحساسية و المصابين بالقرحة الاثنى عشر من النوع النشط...) و هذه البنى مميزة لمرض النفسي جسدي، و الذين لا يملكون تثبيتات قوية مما يجعلهم اقل مقاومة أمام الأمراض الجسدية و الأشخاص الذين لا يملكون تثبيتات صلبة و قوية، تدعم نمطهم العقلي يقون غالبا سريعين العطب و ضعيفي المقاومة للإصابات الجسدية حيث أن عددا كبيرا من الإصابات الجسدية، إنما تعود في أساسها إلى أنها هشّة، ناقصة أو مختلة التنظيم.

إن ظاهرة تثبيت – نكوص، حسب افتراض "بيار مارتي" ظاهرة رئيسية لكل تطور

كما إنها تلفت الانتباه على جزء من التنظيم و جزء من الوراثة.

إن الحركة الناتجة عن غرائز الحياة يبدو أنها موجودة في كل مستوى من مستويات التطور الفردي و تكرر دون توقف، خاصة خلال النمو يحدث تثبيت عندما تكون هناك إخفاقات متتالية لتنظيم الجديد، فيتم النكوص إلى مستوى أقل تنظيما، و ذلك بتكرار محاولة البناء المدعم من طرف غرائز الحياة، و هذا يؤدي إلى تشكيل نقاط تثبيت التي تعتبر كنظام للرجوع و الدفاع أثناء التغيرات المستقبلية. فالتثبيت حسب "مارتي" يكون قاعدة لخصوصيات جسمية عند الأفراد، كما أنه يحدد فيما بعد و بدرجة كبيرة مصير المفحوص

لهذا فان الذهانيين و العصائيين المنظمين جيدا في دفاعاتهم العقلية، لا يقعون بسهولة، ضحية الأمراض السيكوسوماتية و هذا لكن بالعكس عصابات الطبع سيئة التعقلن في دفاعاتها العقلية و العصابات السلوكية، تكون فريسة للأمراض أو بمعنى آخر الأفراد الذين لا يملكون تثبيبات قوية ذات نمط عقلي.

يستنتج "مارتي" أن الفترات المترددة لسيطرة غرائز الموت أثناء فترة النمو، تساهم في خصوصيات بنية الفرد أكثر مما تساهم في إفساد عميق لتنظيمه (Marty, 1976).

إن التنظيم و التسلسل، النمو و كذا البناءات التي هي تدريجيا في التعقيد أكثر فأكثر و كل ما يشكل التطور، يكون منشط من طرف نوعية غامضة، و المسماة غرائز الحياة. غرائز الحياة، ليست بقوة كمية فحسب و إنما هي نوعية أيضا مرتبطا بكل الوظائف التي تشعر بالحياة، و هي أساس التطور العام، و التطور الفردي بحيث أنها تنظم الأجهزة الوظيفية المتتابعة التي تتوسع شيئا فشيئا عند الفرد.

لكن العالم الحي ليس دائما موضوع تنظيم و تطور، و إنما هو أيضا موضوع هدم ، الذي يكون مستمرا و منتظما، و ينتهي بفناء الأنواع.

مصدر هذا التهديم و التخريب غرائز عكسية مرتبطة بغرائز الحياة في كل المستويات و حركة إفساد التنظيم التي تستطيع أن تظهر أي درجة تنظيمية، و في أي وقت من التطور هي منشطة من طرف غرائز الموت و الغموض يسود غرائز الموت كما يسود غرائز الحياة، سواء بالنسبة لمصدرها أو بالنسبة لحالتها، غرائز الحياة ربما تأخذ جوهرها من الحياة الأولى المنظمة للمادة، بينما غرائز الموت يعود مصدرها إلى عدم التنظيم الذي يمكن أن يكون أصليا، ف "بيار مارتي" يعتبر الموت كاستمرار لعدم التنظيم الأولي خلال التطور، و في أي مستوى من التنظيمات الوظيفية للفرد، فتمنعها من التكوين أو الاكتمال.

إذن الموت موازية للحياة مهما كان تنظيم هذه الأخيرة، فهي تتبعها أو تتغلب عليها و هكذا تظهر العلاقة بين غرائز الحياة و غرائز الموت بأن العلاقة مستمرة، و تتغلب الواحدة على الأخرى هو وقتي، فهناك دائما تنظيم، أو فساد تنظيم على مستوى مجموع وظيفي لفرد معين.

5- البنية الأساسية (Structure fondamentale)

إن مفهوم البنية الأساسية يرتكز أساسا على منطلقات تحليلية رغم أن "مارتي" لا يقصد المعنى "منطلق تحليلي" فالبنية تشمل على خطوط قوية لبناء الفرد كما أنها تشكل التنظيم الديناميكي للفرد (Marty 1985). استطاع "مارتي" أن يحدد البنية الأساسية النفسية و علائقها و العلائق المرافقة لها في حالة الإصابة بالأمرا، فالبنية الأساسية تتيح لنا استخراج دلالة واحدة للمريض، أي أن المريض يكون سلوكيا أو عصابيا أو ذهانيا، و لا يمكن أن يجمع بين بنيتين أو أكثر في آن واحد.

يعني "مارتي" بالتنظيم النفسي الجسدي الخاص بكل فرد على حدى، و هي البنية الناتجة من تجارب الشخص، و تفاعله مع محيطه، خصائص سلوكية تثبيتات كما أنها يمكن أن توضح الجهاز التثبتي الوراثي عند مرحلة التطور، و هذه البنية ناتجة عن تجارب الشخص، تفاعله مع محيطه، الأعصية الذهانات التي يعانيتها و خصائص سلوكه ووصولاً إلى التنظيم النفسي-الجسدي الخاص بكل مريض على حدى. "و بالتالي تسمح لنا بمعرفة نوعية استجابة الفرد للصدمات، و بهذا معرفة إحدى أبعاد مستقبله الحيوي". فالبنية تسمح لنا بمعرفة مختلف أبعاد الشخصية و خصائصها و مشتركاتها العلاقة بينهما.

6- التثبيتات و النكوصات

"فيما يخص التثبيت، فان الليبدو ، يجد تثبيتا له في الخبرات الجينية الطفولية (مراحل التطور الليبيدي) و لكن أيضا في الموضوعات الغريزية- الطفولية و من الممكن أن يؤدي هذا التثبيت إلى اجتذاب الليبدو و إغرائه بالنكوص إلى مرحلة التثبيت ممهدا بذلك لظهور الأمراض النفسية و النفسية الجسدية، و تختلف المظاهر المرضية، باختلاف المرحلة التي يحدث فيها التثبيت، بينما النكوص و الذي يكون على شكل حيلة (دفاعية) حيلة لا شعورية يلجأ إليها الجهاز التنفسي عندما يستحيل عليه إشباع الدوافع بالطريقة السوية. تتلخص هذه الحيلة في عودة الشخص إلى أنماط التفكير و التصرف التي تخطيها أثناء مراحل نموه الليبيدي، فالنكوص يكون في إحدى مراحل تطوره الليبيدي (فمية، شرجية، القضيبية...).

إن علاقة التثبيت بالنكوص هي علاقة مباشرة فالنكوص يتم إلى المرحلة التي يتم فيها التثبيت و تتضح هذه العلاقة عندما نرى ترافق الفصام بالتثبيت نكوص بالمرحلة الفمية، و كذا الجنون الدوري، الوسواس القهري بالمرحلة الشرجية، الفوبيا إلى ما بين الشرجية القضيبيية.

التثبيتات النفسية - الجسدية نأخذ بعين الاعتبار المجموعات الهيكلية أو البنى الأساسية و هذه البنى مميزة للمرض النفسي جسدي، و الذين لا يملكون تثبيتات قوية مما يجعلهم اقل مقاومة أمام الأمراض الجسدية، و تعود هذه الإصابات في الأساس إلى أنا واهية ناقصة أو مختلفة التنظيم.

إن ظاهرة تثبيت - نكوص حسب "مارتي" ظاهرة رئيسية لكل تطور كما أنها تلفت الانتباه على جزء من التنظيم، و جزء من الوراثة و كما أشرنا، فالتطور لا يسير بشكل خطي، وهذه الحركة الناتجة عن غرائز الحياة موجودة في كل مستوى من مستويات التطور الفردي و تتكرر دون توقف خاصة خلال النمو، يحدث تثبيت عندما تكون هناك إخفاقات متتالية للتنظيم الجديد، فيتم النكوص إلى مستوى اقل تنظيما وذلك بتكرار محاولة البناء المدعم من طرف غرائز الحياة، و هذا يؤدي إلى تشكيل نقاط تثبيت كنظام للرجوع و الدفاع أثناء التغيرات المستقبلية.

فالتثبيت حسب "مارتي" يكون قاعدة لخصوصيات جسمية عند الأفراد كما انه يحدد فيما بعد و بدرجة كبيرة مصير المفحوص، لهذا فان الذهانيين و العصابتين المنظمين جيدا في دفاعاتهم العقلية لا يقعون بسهولة ضحية الأمراض السوماتية، لكن بالعكس عصابات الطبع سيئة التعقلن في دفاعاتها العقلية و العصابات السلوكية تكون فريسة للأمراض السوماتية.

أما عن ظاهرة النكوص، و بعد أن تكون التثبيتات قد هيئت أماكن العودة لهذه الحركة النكوصية، فهي تأخذ اتجاها معاكسا من أقصى نقطة ثم الوصول إليها، إلى أشكال سابقة من النمو و التفكير و علاقات الموضوع، هذه الحركة تعمل على كبح و إيقاف إفساد التنظيم الذي كان منفذا للصدمات العاطفية، كما تملك أجهزة النكوص قيمة لإعادة التوازن الحيوي العام ومن ثمة فان إمكانيات إعادة بناء الفرد قائمة.

7- التطور الفردي و التقسيم النوزوغرافي

يرى "مارتي" أن الجهاز العقلي يدخل في علاقة وطيدة مع الجهاز السوماتي و إن جذور الوظائف تتكون خلال المراحل البدائية لحياة الفرد، في النظام الحسي - الحركي. تنشأ من هذا النظام وظائف سوماتية علائقية (Des fonctions somatiques de relation). تتشكل في علاقات الرضيع و الطفل الصغير بمحيطه، و بالخصوص مع أمه لهذا فان الأم تلعب في الفترات الأولى من حياة الرضيع دورا كبيرا في تنظيم أنظمة الوظيفة التي تكون عند الولادة، على شكل "سيفساء أولية" (Mosaïque première) تتمثل في العمل المستقل لمختلف وظائف الرضيع.

إن التثبيتات الأكثر قوة و صلابة هي تلك التي تحدث اثناء الفترة الثانية من المرحلة الشرحية، حيث انه في هذه الفترة يتم نضج التنظيم الموقعي الأول كما جاء في التنظيم الأول "الفرويد" حول بنية الجهاز التنفسي، الذي يعتبر ضروري لتكوين التنظيم الموقعي الثاني (La 2 ème organisation topique) تتمثل قيمة التطور الفردي في تكوين جهاز عقلي، و بنية نفسية.

تشير البنية حسب "مارتي" إلى مختلف ثوابت (Paramètres) الشخصية بخصوصياتها وتظافراتها، كما تخبر على التدرج الترتيبي لهذه الثوابت.

فالبنية تشكل صورة التنظيم الدينامي للفرد و تشير إلى طريقة سيره العادي و يعتبر "مارتي" في هذا الإطار أن الجهاز النفسي يشكل الدرع (Le bouclier) الدفاعي لكل هذه البنية بحيث هو الذي سيتصدى لمختلف الصدمات التي تواجه الفرد و في حالة ما اذا فشل هذا الجهاز في القيام بوظيفته أو دوره، نتيجة تراكم أو تعدد الصدمات، الشيء الذي يمكن أن يحدث عند أي فرد، أو نتيجة ضعف تكويني، فان المجال يصبح مفتوح للاصابات الجسمية و ظهور الأمراض، فالأمر متعلق إذن بالتنظيم و البنية العقلية للفرد، ومما تقدم نلاحظ إصرار "مارتي" على فردية الإنسان و ذاتيته و من الموقف انبثق مفهوم البنية الأساسية المميزة لكل شخص على حدى و هذا المفهوم و إن لم يكن تحليليا إلا انه يرتكز على مبادئ تحليلية بحتة و يعتبر "مارتي" إن العلائم التي تطبع هذه البنية ممكنة التقسيم إلى:

- عصاب طبائعي على درجات متفاوتة من التعقيل.

- عصاب سلوكي.

- عصاب عقلي (الأعصاب التقليدية).

- الذهانات.

- البنية التحسسية.

و بما أن الأعصاب غير النمطية هي التي تهمنا، سنركز عليها:

7-1 عصابات الطبع أو العصاب الطبائعي

"تحت تعريف العصابين الطبائعين نجد مجموعة المرضى الذين يعانون من انخفاض استعداد جهازهم العقلي للقيام بعمليات نفسية - ذهنية، مثل القدرة على التفكير، القدرة على استعمال أشكالاً متنوعة من الأفكار مع الحفاظ على الترابط و لعل أهم مظاهر العصاب الطبائعي هو المنطقي فيما بينها" (عجز المريض عن استخدام آليات عدة) (هي التي اشترنا لها أعلاه) لدفاع عن الأنا مما يؤدي إلى وهن الأنا لدى العصابي الطبائعي و ضعف الأنا هذا يسير جنباً إلى جنب مع انخفاض قدرة الشخص على مواجهة الصدمات و الرضوض النفسية و هو يؤدي بالتالي إلى انخفاض قدرة الجسد و مرونته أمام الأمراض. الأعصاب الطبائعية تعود في جذورها إلى عدم كفاية التنظيم للجهاز النفسي، إن غالبية الناس المصنفين عادة كطبيعيين هم في الواقع مصابون بنوع من الأعصاب الطبائعية فهذه الأعصاب تصيب أعداداً كبيرة من الناس و على أية حال فإن هذه الأعصاب تتمثل بعدم كفاية تنظيم الجهاز التنفسي التي تنعكس من خلال انخفاض الاستعداد العادي للجهاز العقلي من أجل القيام بعمليات مثل التماهي إطلاق التماهي و هي الذات و الآخرين القدرة على التفكير و القدرة على استعمال أشكال متنوعة من الأفكار مع الحفاظ على الترابط المنطقي فيما بينها، وكذلك عدم القدرة على استعمال آليات عدة الدفاع عن الأنا.

تعود تسمية هذه الأعصاب بالطبائعية إلى أن هذا العصابي يكون قد توصل إلى تكيف وتنظيم آلياته الدفاعية بمجموعة من الطبائع الملازمة لنوع من أنواع الشخصية، و لكن دون أن يلتزم تماماً بهذه الشخصية و إذا ما تبعنا العصابي الطبائعي، في مختلف مراحل تطوره.

نلاحظ أنه قد احتفظ بعدة آليات دفاعية سبق له استخدامها، و التي تبقى في تصرفه ليستخدمها عند الحاجة.

نرى بأن العصابي الطبائعي، إذ يخوض الصراعات الدفاعية (مستخدماً آلياته الدفاعية الخاصة به) فإنه لا يعكس أعراضاً نفسية - مرضية قابلة للعزل و إنما يتصرف من خلال أساليب سلوكية (قد تعكس تنظيماً مرضياً لمجمل الشخصية تتكرر مهما كان نوع المحتوى المنطوق)، و من أجل فهم الأعصاب الطبائعية، هناك بعض تعريفات الباحثين لها:

- يستخدم العصاب الطبائعي كوصف لقائمة طويلة من الأعصاب (لا تكشف عن أعراض واضحة لدى الفحص الأولي) لكن هذه الأعصاب تعكس نماذج من السلوك تؤدي إلى صعوبات متكررة و ثابتة في التعامل مع المحيط.
- استطاع "مارتي" أن يعزل الأعصاب السلوكية عن مجمل الأعصاب الطبائعية.
- ان اعتماد "مارتي" و غيره من المحللين، لمبدأ البنية الأساسية أتاح لهم تجنب البحث في التعارض بين العصابات أو العصاب التقليدي (ذو أعراف عصبية ظاهرة و بين العصاب الطبائعي) (بدون أعراض ظاهرة) محمد احمد (1992).

إن "مارتي" لدى كلامه عن الأعصاب الطبائعية يؤكد نموذج تنظيم الرغبة و الدفاعات و لا يهتم كثيراً بالتغيرات الجلية للصراعات الدفاعية. غير ان الشيء الذي يهم "مارتي" و البسيكوسوماتيون في هذا المجال يتخلص في تتبعهم للمسارات النكوصية بغية تحديد مدى كفاءة ما قبل الوعي و مدى قدرة المريض على التعقيل، و يقسم "مارتي" الأعصاب الطبائعية إلى :

1. عصابات الطبع الحسنة التعقيل.
2. عصابات الطبع غير مؤكدة أو متوسطة التعقيل.
3. عصابات الطبع السيئة التعقيل.

1- عصابات الطبع الحسنة التعقيل

هو دليل قدرة الشخص على مواجهة الحقائق و هذه القدرة تعكس جهاز ما قبل الوعي انطلاقا من صلب نظرية "بيار مارتي" التي تربط التعقيل و المرض الجسدي، و يمكننا القول بأن حسن التعقيل هو من العلائم المبشرة بإمكانية شفاء أفضل و يشير هذا النمط الأول إلى تنظيم عقلي يقترب من التنظيم العصابي الحقيقي اذ فيه عرضية عقلية، ذات تلوين (Coloration) هجاسي أو هستيري أو خوافي، تكون مشتركة حسب الأفراد و حسب الوضعيات بمقادير مختلفة للدفاعات على مستوى الطبع و حتى السلوك.

2- عصابات الطبع غير مؤكدة أو متوسطة التعقيل

تشير هذه العصابات إلى ضعف القيمة الوظيفية للعرضية العقلية من النوع العصابي أو الذهاني، لذا يكون الدفاع على مستوى الطبع و السلوك مكثف مقارنة بالنمط الأول و يمكن القول أن أولى خصوصيات هذا النمط الثاني، تتمثل في عدم استقرار الجهاز النفسي في سيره على نمط محدد، و صفة غير مؤكدة التعقيل تجعلنا أكثر تحفظا بالنسبة لتطور المرض في المستقبل.

3- عصابات الطبع السيئة التعقيل

يعكس هذا التغيير قصورا حادا، و مزمنيا في وظيفة ما قبل الوعي و يرى "مارتي" بأن سوء التعقيل هو من المؤشرات المصاحبة للأمراض الخطيرة و صعوبة الشفاء. هذا النمط الأخير يشير إلى تنظيم عقلي فاشل في القيام بوظيفته، و بهذا تقترب هذه العصابات من عصابات السلوك، حيث العرضية العقلية فقيرة في هذا النمط الثالث و الدفاع على مستوى السلوك مهم، مقارنة بنمطين السابقين، عموما تقترب عصابات الطبع حسب درجة تعقلنها إما من :

- العصابات العقلية في حالة امتلاكها لدفاعات عقلية نوعا ما صلبته ناتجة عن تثبيات المرحلة الشرجية و تتميز في هذه الحالة بسير حسن للنظام العقلي.
- أو عصابات السلوك نظرا لفقير الدفاعات العقلية و للقيمة الوظيفية السيئة للأنظمة الموقعية (Les systemes topiques).

كما تتميز عصابات الطبع بصفة عامة بصعوبة في الاستدخال و المحافظة على المواضيع (Marty 1980).

2-7 الأعصبة السلوكية

تكون حياة عصابي السلوك متشكلة من عدد من النشاطات الخارجية التي تكون أحيانا ذات مصلحة عامة كما يكون هؤلاء الأفراد أنفسهم في تبعية للمواضيع المفضلة، و قد تتخذ حركات إفساد التنظيم في هذه العصابات مسيرة تدريجية و حجما يشكلان خطرا على حياة الفرد، و لكي نفهم هذا الوضع علينا أن نذكر أن "فرويد" قام بتقسيم الجهاز العقلي إلى ثلاثة أقسام هي:

- **الوعي:** وهو منفتح على الواقع مستخدما العملية الثانوية مما يساعده على التكيف مع الواقع.

- **اللاوعي:** و تسيطر عليه اللذة و هو جاهل لمبادئ الوقت.

- **ما قبل الوعي:** و هو يقوم بدور الوسيط بين الوعي و اللاوعي.

و هكذا فان الأحداث التي تحسن في اللاوعي، على شكل عواطف و أهواء مرتبطة بالغرائر و اللذة-نصل إلى ما قبل الوعي الذي يقوم بإحدى العمليتين:

إما أن يكبت هذه العواطف و يردّها إلى اللاوعي أو أن يسمح لها بالظهور إلى حيز الوعي. إن العصاب السلوكي ناشئ عن عجز ما قبل الوعي عن التدخل في سياق العملية العقلية ذلك عندما تتبدى الرغبات و الأهواء اللاوعية مباشرة في الوعي دون تدخل ما قبل الوعي.

من هنا يمكن القول بأن العصبة السلوكية هي عادة أعصبة سيئة التعقل، و بسبب سوء التعقيل هذا فان هذا العصابي السلوكي يكون سريع العطب أمام الرضات النفسية مما يؤدي إلى اختلاف توازن جهازه النفسي- الجسدي و بالتالي إلى ظهور الإصابات الجسدية.

إن تجربة المدرسة البارسية للبيكوماتيك تؤكد بأن هذه العصبة هي المسؤولة عن إحداث خلل التوازن و بالتالي المرض الجسدي (Debray 1984).

3-7 الأعباء التقليدية

هي العصبية التي صنفها فرويد (عصاب القلق، العصاب القهري، الرهاب...) و يرى "مارتي" بأن هذه العصبية عن طريق أغنائها للحياة الهوامية و الحلمية للمرضى المصابين بها تستطيع أن تعوض لهم اختلالات التنظيم و بالتالي فان هؤلاء المرضى هو الأقل تعرضا للأمراض الجسدية.

4-7 الذهانات الطبائعية و الذهانات السلوكية

نقصد بها رهانات سيئة التنظيم التي تعكس تنظيما ذهنيا غامضا، و ما قبل و عي سيء النوعية، يسمح في فترة معينة لمكونات اللاوعي بالظهور مباشرة في الوعي و بالهيمنة على شخصية المريض.

8- الأنظمة الاقتصادية

يقصد "بيار مارتي" بالاقتصاد السيكوسوماتي "مجموع التنظيمات المعقدة التي تعمل باستمرار عند الفرد مهما كان جنسه، سنه، و حالته الصحية، يحاول هذا الاقتصاد الحفاظ على التوازن الموافق لتنظيم الداخلي للفرد مع محيطه الخارجي (Debray 1984). فالاقتصاد السيكوسوماتي العام للفرد الراجع لخصائص نظامه الداخلي يسمح لنا بتوضيح السير العقلي، و ميكانيزماته الدفاعية و فهم العرضية الجسدية التي يعمل بها الفرد عند الاستعانة على المثيرات و لحل صراعاته. ميز "مارتي" بين هذه الأنظمة الاقتصادية الأربعة وفق استجابات معظم الأفراد.

1-8 اللاتنظيمات الظاهرية (Les apparentes inorganisations)

تخص خاصة عصابات السلوك التي تتميز بضعف الارصانات العقلية و معظم البناءات السيئة التنظيم تتميز ببناءات ضعيفة و نقص في التنظيمات الوظيفية التي تتعلق بعوامل وراثية أو عوامل النمو أو الاثنين معا. أو عدم وجود ارصانات عقلية و هذا ما يترك الفرد بدون دفاع أمام الصدمات خاصة الصدمات المتعلقة أو المرتبطة بفقدان حقيقي لمواضعه المفضلة و الضرورية لتوازنه الهش (Fragile) و في حالة ظهور العرض

السوماتي يؤدي هذا الأخير لحالة انحلالية متدرجة حتى تصل لحالة خطيرة كبيرة إن لم نتلقى علاج ثنائي القطب (طبيو نفسي).

2-8 الإفساد التدريجي للتنظيمات (Les désorganisations progressives)

تخص عصابي السلوك كما يمكن أن تصيب عصابي الطبع، لا تحتوي تثبيتات نكوصية صلبة تتصدى لحركة التخريب الناتجة عن الصدمة. في هذه الحالة غالبا ما تنتشر الإصابة الجسمية لتشمل مجالات أكثر فأكثر اتساعا، و تصبح العرضية الجسمية بالتالي خطيرة و مهددة لحياة الإنسان بصفة تدريجية.

3-8- النكوصات الجزئية (Les régressions partielles)

لا تخص لبنية معينة، تصيب الساحة العقلية كما أنها تصيب الساحة الجسدية باستمرار أو تكون مرحلة عابرة فقط لكنها لا تعرقل الحركة التطورية العامة التي تبقى بتغلب نزوات الحياة. "فالنكوصات الجزئية هي مرتبطة مع السلاسل التطورية الجاذبية و خاصة الديناميات الموازية".

يقول "مارتي" أن قوة إعادة التنظيم لها علاقة بشدة التثبيتات الأولية (1976) Marty، وهناك تنظيم و فساد على مستوى مجموعة من الوظائف المعطيات من طرف الشخص، بإضافة إلى "وجود غرائز الموت إبان المرحلة التطورية و لها في اغلب الأحيان فضل كبير في التشكيل البنيوي للفرد أكثر مما تشارك في إفساد تنظيمه" (1980) Marty.

9- علاقة ما قبل الشعور بالسير العقلي للفرد

نلاحظ مدى التركيز البالغ للسيكوسوماتيك على مسألة التنظيم النفسي- الجسدي و الدور المهم الذي يلعبه ما قبل الشعور (ما قبل الوعي) الذي هو حيز الأساس لحياة العقلية في هذا التنظيم، فمن وجهة نظر "مارتي" بعد تمايز الوعي، ما قبل الوعي، و اللاوعي تبدأ مرحلة تمايز الأنا و تكوين الأنا الأعلى (وريث العقدة الاوديبيية) و الهو، و بهذا يتم تنظيم الجهاز النفسي، وفق نظريات التموغ الفرويدية (Topique) محمد أحمد (1992) و قد ارجع "مارتي" اضطراب نظام الجهاز النفسي "للقيمة الوظيفية لما قبل الشعور باعتباره

الصحيحة الدورانية للارصان العقلي (Marty 1999). و يكون منبع التصورات في مختلف مراحل الحياة و المهينة للالتحاق بالشعور و تعمل هذه الهينة النفسية على ثلاثة مناطق:

- بالنسبة للحدود بين مختلف الأجهزة فالطاقات و التصورات لا تمر بدون رقابة و هذه الرقابة نجدها خاصة بين اللاشعور - قبل الشعور، و تعمل بطريقة فعالة و يقظة، تمنع بعض التصورات من المرور بينما تفسح المجال للبعض الآخر.
- هناك رقابة أخرى نجدها بين قبل شعور - شعور تعمل بأقل حذر و أقل صرامة تقوم بعملية الانتقاء، " تلعب دور المصفاة بين العالم الخارجي و مساحة الجهاز النفسي و يتم ذلك بين الفرد قبل الشعور - شعور " (Bergeret 1974).

"مارتي" بحكم كونه محللا يرى بأن العقلنة تعتمد على مدى كفاءة ما قبل الشعور فكما ازدادت هذه الكفاءة كلما كانت العقلنة أرقى و أجود و الواقع أن تحديد مدى جودة العقلنة هو أمر غاية في التعقيد إذ أنه يقتضي دراسة مفصلة لما قبل الشعور و تحديد أبعاده.

10- التفكير العلمي (Pensées opératoires)

"يمثل التفكير العملي في فقر أو حرمان الأشخاص من النشاط ألهمامي و النشاط ألهمي" (Marty 1983) و لهذا فان التركيز على الطفولة الأولى، و على مراحل تطوره جعلت الأحلام تحتل مكانة عالية أو بالغة الأهمية.

إن الحياة العملية تطغى على تفكير الشخص بحيث نلاحظ فقر حياته الحلومية و الهوامية كما نجدها مجردة القيمة الليبيدية فالتفكير العملي نجده غالبا عند عصابات السلوك إلا انه يتواجد أيضا عند عصابات الطبع جيدة التعقلن، و بالتالي فعدم انتظام توظيفهم العقلي يجعلهم عرضة للانهييار الأساسي و الذي نعني به انخفاض في قوة غرائز الحياة على مستوى الوظائف العقلية" (Marty 1980).

بالتالي فالتأثيرات و الصدمات التي يتلقاها الجهاز العقلي تفرق قدرة هذا الأخير لارصانها و معالجتها مما يجعلها تفرغ على مستوى الجسم و يشكل الانهييار الأساسي المرحلة الأولى للاضطراب التدريجي كما يحتمل أن يتواصل ليصل إلى مرحلة الحياة العملية التي تمثل مرحلة من الأزمان النسبي و الاستقرار و تظهر عنه اضطراب بطيء يأخذ مجرى تدريجي".

خلاصة الفصل

ما نستخلصه من النظرية السيكوسوماتية لـ "بيار مارتي" هو الوحدة السيكوسوماتية للفرد أي اعتبار هذا الأخير ككل معقد و لا يتجزأ. وبالتالي يترتب عن وجود علاقة وطيدة بين نوعية التوظيف العقلي وإمكانية الفرد في مقاومة الصدمات، ويتوقف ذلك على نوعية بنائه الفردي و ذلك من خلال التثبيتات التي يكون قد حققها أثناء مراحل تطوره.

فالبنية الفردية هي التي تعطي للمرض معناه الحقيقي، فهشاشة أو قوة توظيفها هو الذي يدفعنا الى ضرورة تقدير الإنشاء العقلي خاصة اذا تواجدنا أمام فساد تنظيم ظاهر، حتى نتمكن من اختيار الكفالة المناسبة لإعادة تأسيس التوازن السيكوسوماتي العام و هناك ثلاث مفاهيم لا تزال لحد الآن تثير الجدل والنقاش في عالم السيكوسوماتية وبالأخص لدى المحللين النفسانيين كما جاء في مقال روزين دوبراي وهي (Debray 1994) :

• الانفتاح على نورو غرافية جديدة.

• الانفتاح على الكفالة العلاجية.

• تعقد النظرية - العيادية.

لقيت توروغرافية "مارتي" نجاحا من حيث أنها امتدت من العصابات والذهانات الصريحة إلى التنظيمات أكثر سوءا في التعقيل، و التي سماها بالأعصبة السلوكي.

كما انه من الممكن ان يساهم المرض، عندما لا يكون مزمنًا في تشكيل طابق إعادة التنظيم يسمح باسترجاع التوازن الأميوستاتي الذي اختل وقت الصدمة. "و الفرد يحيا و يموت بطريقته الخاصة (Fazin 1970)، و إن البقاء على قيد الحياة أطول وقت ممكن يتطلب توافقات بتكرار الصدمات التي تخص الساحة العقلية و الساحة الجسمية اللتان كونتا الفرد في وحدته. ختاماً فيبار مارتي يدعونا كما يقول "Samadja.C" إلى أن تكون لنا رؤية أكثر تعقيدا أو أكثر نسبية للأشياء... و نحن نعتقد أن نموذج أداة ذات أهمية نظرية و عيادية عظيمة، ليس فقط لكل بسيكوسوماتي بل أيضا لكل محلل نفسي، فعبقرية "مارتي" تكمن حسبنا في انه يسمح بإجراء أبحاث و متبعاتها في ميدان السببية النفسية للتجسيد و في نفس الوقت يقترح منظورا أوسع يسمح بالاهتمام بكل الظواهر التي تعيق فهمنا للعمل النفسي."

الفصل الرابع التوظيف النفسي

تمهيد

1- مفهوم التوظيف النفسي

2- وجهة النظر الموقعية

3- وجهة النظر الاقتصادية

4- التنظيم التناسلي عند البلوغ

خلاصة الفصل

تمهيد

يتناول السير النفسي حسب تناول التحليلي من جهتين نظيرتين أساسيتين ومتكاملتين فيما بينها: وجهة النظر الموقعية ووجهة النظر الاقتصادية وهما متداخلتان ويصعب فهم إحداهما دون الرجوع إلى الأخرى وسنتطرق في هذا الفصل للمبادئ الأساسية والآليات النفسية التي تحكم الحياة النفسية للفرد.

1- مفهوم التوظيف النفسي

يعتبر التوظيف النفسي من بين أهم التصورات التي بنيت عليها النظرية التحليلية، يعبر به عن طريقة عمل الجهاز النفسي وديناميته، كذلك ما يخضع له من مبادئ أساسية، و التي تعمل على حفظ التوازن الداخلي للشخص.

كما أنه يمكن إعتبار التوظيف النفسي، تنظيم يتعلق بطريقة أو نمط سير الجهاز النفسي. حسب Perron (1979) فإنه يوصف و يفهم بتقاطع عدة نماذج، هذا التقاطع هو الذي يحدد مفهوم الشخص، و يتبين من خلال التعرف على السياقات الدفاعية التي يستعملها الشخص، وأيضاً من خلال نوعية الصراع، و العلاقة بالموضوع. توجد وجهات نظر أساسية تفسر عمل الجهاز النفسي منها : وجهة النظر الموقعية، و وجهة النظر الاقتصادية.

2- وجهة النظر الموقعية

تعتبر وجهة النظر هذه الجهاز النفسي مكون نم عدة أنظمة و أركان تؤدي وظائف مختلفة و هناك تداخل في عمل هذه الأنظمة و الأركان فيما بينها لكل نظام أسلوبه و مبادئ تحكمه، يعمل من خلالها على معالجة الحوادث والإحساسات التي يتعرض لها. فهو يؤثر على الطاقة التي تعبر من خلاله (Bergeret (1982).

دون اصل إغريقي و يعني الموقع، ويقصد به فصل الجهاز النفسي إلى فضاءات مختلفة ذات خصائص مميزة و مرتبة في تسلسل منطقي و تتعلق الموقعية الأولى بأنظمة الشعور، و ما قبل الشعور، و اللاشعور أما الموقعية الثانية تخص: الأنا و الأنا الأعلى، و الهو.

إلى الموقعة الثانية عندما وجد إن وظيفة الرقابة التي تمنع خروج محتوى للاشعور كما هو إلى ساحة الشعور هي في حداتها للاشعورية و لكن تختلف في طبيعتها عن باقي محتويات الاشعور ليصبح تصوره للجهاز التنفسي كما يلي:

- ألهو: النسق الاشعوري السابق بكل قوانينه.
- الأنا: يتشكل من خلال بناء العلاقة مع الموضوع ، آلياته ثانوية و تتمثل في التفكير و الاستدلال، الحكم، الإدراك، الانتباه، الفوز ، يقوم بدور الوساطة بين ألهو و الواقع و الأنا الأعلى.

يأخذ مبدأ الواقع بعين الاعتبار، هو مسرح الصراعات و الدفاعات و جزء كبير منه لا شعوري و جزء منه قبل شعوري و جزء شعوري.

الأنا الأعلى: يتشكل من تقمص تشكل الطفل الأنا اعلي الوالدين أي محرمات الوالدين و هو لا شعوري جزئيا و حسب الشخصية تنتظم بطريقة ثابتة، غير قابلة للمراجعة، تتميز بآليات دفاعية غير قابلة للتغيير و نمط علائقي معين و درجة نمو ليبيدي و نمو أنا محدد و طرق تصرف معينة و متكررة أمام أحداث و متطلبات الواقع و استعمال نمطي و متكرر و غير متنوع لسياقات أولية أو ثانوية.

بخصوص نظام ما قبل الشعور يرى إن "العمليات و المحتويات لا تكون حاضرة في المجال الواعي الراهن، إلا أنها تختلف عن محتويات النظام اللاواعي، من حيث حقها في العبور إلى مستوى الوعي فيكون نظام ما قبل الوعي محكوما من قبل العمليات الثانوية، إذ تفصله الرقابة عن النظام اللاواعي، حيث لا تسمح للمحتويات و العمليات اللاواعية بالمرور إلى نظام ما قبل الوعي إلا بعد الخضوع لبعض التحوير".

يرى Pierre Marty إن نظام ما قبل الشعور يتضمن مشتقات الاشعور من جهة و من جهة أخرى يحتفظ بانطباعات العالم الخارجي. فهو بهذا المعنى يتفاعل مع العالم الخارجي و مع الاشعور .

حسب Freud ما قبل الشعور هو نظام جوهري في الجهاز النفسي، و أي نوعيته تتوقف على ثلاثة عناصر أساسية. يتمثل أولها في سمك ما قبل الشعور الذي يتميز بمدى

اتساع شبكة التصورات و مجمل الطبقات المكونة لها، و على حدي نفوذية سره المتمثل في حركية التصورات داخل هذه الشبكة و أخيرا على مدى وفرة التصورات في كل وقت .
أما بالنسبة للاشعور فهذه المادة مكونة من "التصورات الخاصة بالغرائر، أي من الميول و النزوات التي تربط بالتصورات لخلق الرغبات، و من تصورات المواضيع أو الأشياء، كما يشمل اللاشعور على الوجدانات و المواضيع التي ترتبط بها".

يتجلى اللاشعور في جملة من السلوكات منها الأحلام، و الأعراض العصابية، و زلات القلم و اللسان و النسيان، و بعض الأفعال اللاإرادية كالأزمات و الهفوان، و الهوامات.

أما فيما يخص الموقعية الثانية فحسب Freud يعتبر الهو خزان الغرائز و الرغبات و يجهل أحكام القيم، و مفاهيم الخير و الشر و الأخلاق، كما يعتبر مصدر الأنا و الأنا الأعلى فيما بعد، في الأصل يتمثل الكل في الهو و ينمو الأنا انطلاقا من تحت التأثير المستمر للعالم الخارجي.

يعتبر الهو الشكل الأصلي للجهاز النفسي كما يظهر في المراحل القبل و ولادية و عند الرضيع، فهو تكون من النزوات الفطرية العدوانية و الجنسية و الرغبات المكبوتة، و هو مسير وفقا لاسلوب العمليات الأولية التي لا تعترف بالوقت، و لا بالعلاقات السببية و المنطقية باعتبارها خاضعة لمبدأ اللذة – عدم اللذ الذي يميز هذا الأسلوب.

في حين نجد إن الأنا يمثل القطب الدفاعي بين المتطلبات النزوية للهو و ضغوط العالم الخارجي و مقتضيات الأنا الأعلى، فألانا و سيط يتكفل بفرض استقرار و هوية و مصالح الفرد، و هو وحدة تتشكل شيئا فشيئا عبر الحياة، فبدوى الأنا فان ألهو، و هو يطمح إلى إشباع غرائزه بصفة عمياء، يتحطم و هو يواجه القوى الخارجية الأقوى منه.

أما الأنا الأعلى فهو آخر قطب يأخذ أصله من ألهو، و يتشكل من خلال العمليات التقمصية لكلا الوالدين و من يقوم مقامهما في المجتمع، و يشترك كل من الهو و الأنا الأعلى في كونهما يمثلان دور فالهو يمثل الوراثة، و يمثل الأنا الأعلى كل ما هو موروث و مكتسب من المحيط في حين يتحدد الأنا بما عايشه من حوادثه و يؤدي الأنا الأعلى ثلاثة وظائف أساسية هي المراقبة الذاتية و الضمير و الرقابة.

بخلاصة القول بالنسبة لوجهة النظر الموقعة من نظام الشعور، وما قبل الشعور واللاشعور، تعمل هذه الأنظمة الثلاثة بانسجام و تداخل فيما بينها، إذ قد يعبر العمل المنجز في احد الأنظمة إلى النظام الآخر وفقا للمبادئ التي تحكم كل واحد و تبعا لآليات اللزجة و التكثيف الترميز. كما يتضمن أيضا، ثلاثة أركان هي: الهو، و هو اصل كل من الأنا، و الأنا الأعلى، فهو خزان الغرائز النفسية و مصدر كل النزوات العدوانية و الليبيرية. أما الأنا الأعلى، و هو وريث عقدة اوديب فانه يتكفل بوظائف المراقبة الذاتية و الرقابة و الضمير. في حين يضطلع الأنا بالتحكم في المتطلبات النزولية للهو، و ضغوط العالم الخارجي، و مقتضيات الأنا الأعلى. و قد يلجا الفرد للتخفيف من وطأة معاناته و قلقه الناتج عن التوترات و الصراعات النفسية غالى مجموعة من الآليات الدفاعية.

3- وجهة النظر الاقتصادية

تهتم هذه الواجهة بكيفية توزيع الطاقة النفسية ووظيفتها، و انتشارها عبر مختلف تصورات و مواضيع و أركان الجهاز النفسي، و هي امتداد منطقي و حتمي للوجهة الدينامكية، التي تعبر الظواهر النفسية ناتجة عن تركيب و ربط للقوى النفسية المتعارضة و إن الاضطراب النفسي ناتج عن الصراع الحاد بين مجموعتين نفسييتين الواحدة ضد الأخرى. إن العمليات الأولية تخضع لمبدأ اللذة، و تنشط على مستوى ألهو هدفها الوحيد هو التحقيق الأدنى للرغبة، و تعمل على تجنب التوتر الألم النفسي من خلال السعي لتحقيق الرغبات، و وفقا لمدة اللذة، فان العمليات الأولية لا تستطيع إدراج العناصر المؤلمة في التفكير، إنما هدفها الوحيد هو إشباع الرغبة. يهدف ألهو هنا إلى تفرغ الطاقة الداخلية الحرة، دون الاكتراث بالقيم و الأحكام المنطقية على الإطلاق.

تتميز العمليات الأولية بكون طاقتها حرة، ينتج عن ذلك سهولة التفرغ و ظواهر النقل و التكثيف. و من أهم مبادئ السير النفسي، فهو يشير إلى نزعة الجهاز النفسي إلى الحفاظ على كمية الإثارة في أدنى مستوى، و على درجة ثانية من التوتر. فهو ينزع إلى الاحتفاظ بكمية الإثارة التي يحتويها، في أدنى مستوى ممكن، أو على الأقل يحافظ على ثباتها، ما

أمكن يأتي هذا الثبات من خلال تصريف الطاقة الحاضرة فعليا من ناحية و من خلال تجنب ما يمكن أن يزيد كمية الإثارة، و الدفاع ضد هذه الزيادة من ناحية .

أما مبدأ اللذة فهو نتاج لمبدأ الثبات فانه يهدف إلى تجنب الانزعاج و الحصول على اللذة على اعتبار أن الانزعاج يرتبط بزيادة الإثارة، و إن اللذة ترتبط بتخفيض منه الكميات . فمبدأ اللذة يعمل في خدمة مبدأ الثبات، و يهدف إلى خفض التوتر، و بذلك فان كل سلوك كون مصدر لحالة من التوتر يسعى هذا المبدأ إلى تخفيضه متجنباً للألم و هادفاً للحصول على اللذة.

يكتسب لاحقا مبدأ الواقع الذي يؤدي المحيط دورا هاما في تكوينه باعتباره شكلا معدلا لمبدأ اللذة، يعمل على تأجيل الحصول على اللذة، أو الحصول عليها وفقا لشروط يفرضها العالم الخارجي الموضوعي .

خلاصة القول عن وجهة النظر الاقتصادية: فهي تفترض وجود طاقة كمية و دورية يكون السير النفسي، و أعطى Freud سنة 1905 لهذه الطاقة اسم الطاقة النزوية، فألانا يساعدنا على تكيف و تطبيق القواعد. و يجعلنا الأنا نتخذ القرارات التي يجب أن نتخذها. ألهو: يتمثل في النزوة يجعلنا نميل أكثر إلى إشباع الرغبة و الأنا الأعلى يمثل القانون. يكون الفرد في عدم اتزان بشكل مستمر لأنه منحصر بين الفضاءات الثلاث، و يحاول دوما واحد منهم التغلب على الآخر.

يصبح للثدي وظيفة مزدوجة، وظيفة التيفية كحاجة بيولوجية، تنتج عنها حالة إشباع و ارتياح من التوتر الذي يسببه الجوع، فيما بعد ينفصل الإحساس بالارتياح عن وظيفة تغذية ليصبح في حد ذاته حاجة تبحث عن الإشباع و هو ما نسميه الرغبة.

3-1 المرحلة الفمية

فعل المص أو الرضاعة لا يشبع فقط الحاجة للتغذية بل يوفر لذة في حد انه - أي أن ثدي الأم أو بديله هو أول موضوع للرغبة الجنسية للرضيع و مهما كان ففي هذه المرحلة الهدف النزوي مزدوج.

فمن جهة الاستثارة الممتعة للمنطقة الشبقية الفمية تسبب اللذة - الشبقية الذاتية - رضيع ليس له مفهوم العالم الخارجي المختلف عنه و هي تسمى المرحلة اللامواضية .

من جهة أخرى الرغبة في بلع أو إدخال المواضيع رغبة خاصة بالمرحلة الفمية و كان الطفل توحد مع الموضوع ببلعه أو إدخاله مع أن اكتشاف الموضوع يتم تدريجياً. علاقة موضوعية بدائية تتشكل في لحظات غياب الموضوع السند الذي يعتمد عليه في إشباع.

2-3 المرحلة الشرجية

تبدأ هذه المرحلة خلال السنة الثانية اي عندما يصبح ممكناً السيطرة على العضلات الصادرة للشرح و التحكم في امساك و اخراج البراز و تتوافق مع التحكم في المشي و بداية الاستقلالية، تتميز هذه المرحلة بتنظيم الليبيدو تحت صدارة المنطقة الغلمية الشرجية حيث تصطبغ علاقة الموضوع بالدلالات المرتبطة بوظيفة الاخراج (الطرد - الامساك) و بالقيمة الرمزية للبراز.

بدأت فكرة تنظيم ليبيدي قبل تناسلي انطلاقاً من الغلطة الشرجية اظهر Freud في التعديلات اللاحقة ل ثلاث مقالات حول نظرية الجنسية سنة 1915 . المرحلة الشرجية كإحدى التنظيمات قبل التناسلية التي تقع بين التنظيمين الفمي و القضيبى لأنها المرحلة الأولى التي يتشكل فيها النشاط - الفتور: حيث يطابق بين النشاط و السادية بين الفتور و الغلطة الشرجية، كما انه يحض كل من النزوتين الجزئيتين الخاصيتين بهما مصدراً مستقلاً و هو : العضلات بالنسبة لنزوة السطوة، و الغشاء المخاطي الشرجي بالنسبة للغلطة الشرجية. اقترح Freud فصل طورين ضمن المرحلة السادية الشرجية، ذلك من خلال تمييز نمطين متعارضين من السلوك الموضوع في كل من هذين الطورين ترتبط الغلطة الشرجية بطرد البراز في الطور الأول بينما ترتبط النزوة السادية خلاله بتدمير موضوع، اما في الطور الثاني، فترتبط الغلطة الشرجية بالإمساك، بينما ترتبط النزوة السادية لسيطرة التملكية. يشكل الارتقاء من طور لآخر تقدماً حاسماً نحو حب الموضوع، كما تشير إلى ذلك واقعة مرور الخط الفاصل ما بين النكوص العصابي و النكوص الذهاني بين هذين الطورين تهدف السادية الثنائية القطب بشكل متناقض الى تدمير الموضوع والاحتفاظ به، في واحد من خلال السيطرة عليه.

3-3 المرحلة القضيبية

تقع بين 3 سنوات و 5 سنوات، أثناء هذه المرحلة تنتظم النزوات الجزئية لتتماشى مع اكتشاف الجنسين و غياب القضيب عند البنات، نفترض سيطرة القضيب على المناطق اسيقية ولكن ليس لاسقية تناسلية، لان الصراع في البداية يكون على مستوى نرجسي كمال/عدم كمال و الألم الذي يعاش هو الجرح النرجسي أو إمكانية الإصابة بحرج نرجسي القلق متعلق بالخصاء.

يدل ظهور الاستمناء لدى الطفل على أن الجهاز التناسلي أصبح مركز الاستثارة و اللذة، حيث اهتمام الطفل باعضائه التناسلية يتبع المص و العض اللذين يطبعان المرحلة الفمية و التحكم العضلي في إمساك و إخراج الفضلات في المرحلة الشرجية. الجهاز التناسلي يبدأ بتوجيه مظاهر الفضولية الجنسية التي يحاول اكتشافه و تفسير وضعيته. إن مظاهر و مسببات الفضولية الجنسية تتمثل في اختلاف الجنسين (غياب القضيب عند الطفل إدراك اختلاف الأجيال و التساؤل حول الولادة و العلاقات الجنسية بين الوالدين.

*** قلق الإخصاء**

الاستجابة الانفعالية التي تظهر بعد اكتشاف غياب القضيب عند البنت، هذا الاكتشاف يخلق عند الطفل الخوف الهوامي من فقدان القضيب، أما عند البنت فالرغبة في اكتسابه. قلق عدم الكمال أو النقص يجدد قلق الموت و الذي يدافع ضده بالرغبة في الطفل و يختلف الولد و البنت في كيفية تجاوز هذا القلق.

بالنسبة للولد، اكتشاف انه يملك القضيب بينما البنت لا، يجعله يستثمره لبيديا بصفة كبيرة كأداة إشباع جنسي (استمناء و هوام)، و لكن أيضا كرمز لقيمة نرجسية للذات مميزة بميل للاستعراض، و إظهار ذلك العضو في تلك المرحلة .

غياب القضيب عند البنت يمثل حرج نرجسي حقيقي و عميق بسبب الشعور بالنقص و هذا ما يسمح لها بالدخول في الاوديب فالبنت تظن أنها كانت تملك قضيبا و فقدته و هذا ما يعزز فكرة البحث عنه و المطالبة به. ثم تنفصل البنت عن الأم و تؤنبها على غياب القضيب و تقترب من الأب و يصبح القضيب معادل للرغبة في الطفل، و لهذا الهدف تختار البنت أبوها كموضوع حب و تتخلى عن موضوعها الأول الأم الذي يصبح موضوع غيرة و تنافس.

*** الاوديب**

- إشكالية الثلاثية طفل – ام – اب.
- يحدد: اختيار الموضوع النهائي.
- الوصول إلى التناسلي.
- يؤثر على تكوين الأنا الأعلى و المثال الأعلى للانا.
- ❖ بالنسبة للولد : التطور العلائقي بسيط لان الولد يبقى مرتبط بموضوع حبه الأول و الشيء الذي يتغير هو نمط الاستثمار:
- ❖ يحب الولد الأم.
- ❖ يتجه نحو الأب الذي يملك القضيب رمز القوة.
- من ثم يظهر الطفل نوعين من الارتباط:
- استثمار لبيبي جنسي واضح اتجاه الأم و في محاولة الحصول على امة يلقي الولد منا فسالة و هو الأب يغار منه لأنه أقوى منه و يقدره لأنه رمز للقوة.
- ارتباط لبيبي مع الأب فهو يرغب أيضا في تقليده كنموذج أي أن الطفل يحتاج لاستثمار الأب مالك الأم.
- هذا يعني:
- الطفل يتقمص كل من الأب و الأم.
- هناك علاقة تجاذبية لدى الولد تجاه الأب.
- ان المناقشة الاودية ليست حقيقة بل هوامية لكون الأم اختارت الأب و أنها لا يمكنها سوى تقديم مواساة امومية لابنها خالية من الليبيدو الجنسية و إبراز عدم جدوى جهوده في الحصول عليها يسمح ب :
- تجاوز قلق الاخفاء.
- التخلي عن محلولة إغراء الأم و التنافس مع الأب.
- استهداف البحث عن موضوع بديل لان الإخفاء الكلي للصراع الاوديبى سيصاحب بانفصال يسمح للولد بعمل حداده دون تحطيم المواضيع المستثمرة سابقا.

التطور الليبيدي عند البنات أكثر تعقيداً، إذ يجب على البنات أكثر تعقيداً، إذ يجب على البنات أن تنجز خطوة إضافية لتحول من الأم إلى الأب .

نهاية عقدة اوديب

بالنسبة للولد فإنه يتخلى عن رغباته الموجهة نحو الأم و عن أمنياته اتجاه الأب هذا تحت صدمة تهديد الخواء.

بالنسبة للبنات التخلي عن الرغبات الاوديبية يحدث بالتدرج و لا يكتمل، و يأتي سبب الخوف من فقدان الحب للام.

بعد تحقيق عقدة اوديب الاختيارات المواضيعية تستبدل نكوصاً بتقمصات، هذا النكوص يكون مصحوب بتحرر طاقتي معتبر، هذه الطاقة المحررة تستثمر في اكتساب أدوات فكرية و يمكن استعمالها فيما بعد في استثمار مواضيع بديلة جديدة.

وظائف عقدة اوديب

- الاوديب هو النقطة التي تنتظم حولها العلاقات و تبني الأسرة الإنسانية (تحرير زنا المحارم و تأسيس الأخلاق)

- هو اللحظة المؤسسة للحياة النفسية و الجنسية التي تصل الى المستوى التناسلي :
*سيطرة المنطقة التناسلية.

- *تجاوز الشبقية الذاتية البدائية.

- *التوجه نحو مواضيع خارجية.

يساهم الاوديب في بناء واقع الموضوع و الذي يتشكل كموضوع كامل و مجنس بديلاً للموضوع الجزئي للنزوات ما قبل التناسلية.

- الأنا الأعلى: هيئة نفسية تنشأ باستدخال كل المحرمات السابقة و الحاضرة. انه وريث عقدة اوديب ويتشكل بتقمص صور الوالدين ممثلين أي الأنا الأعلى للوالدين.

4-3 مرحلة الكمون

الكمون الجنسي الجزئي أو الكلي هو نتيجة الاستثمارات المضادة إذ يصف Freud التكوينات العكسية كاصل الحذر، التقزز، الأخلاق، الإعلاء، والتي تسمح بالإنتاج الفكري مع تحديد

اتجاه النزوات الجنسية عن أهدافها الجنسية هذه المرحلة مناسبة لاكتساب التربية و المدرسية الثقافية حيث يتم تصريف الطاقة النزوية الحرة .

4- التنظيم التناسلي عند البلوغ

كمرحلة نمو لبيدي، يتميز البلوغ بتوحيد و ترتيب سلمي للنزوات الجزئية تحت سيادة المنطقة التناسلية بحيث تصبح اللذة المرتبطة بالمناطق الشبقية غير التناسلية ابتدائية و مقدمة قبل الوصول الى النشوة. في البلوغ النضج الفيزيولوجي يجعل الممارسة الفعلية للجنس التناسلي ممكنا و هذا يطرح مشكل تحويل النشاط الهوامي في العلاقة مع المواضيع الخارجية و مع الواقع، و احياء قلق الخصاء يسبب تعزيز الدفاعات و درجات متفاوتة من النكوص نحو انماط توظيف سابقة قبل تناسلية و أحيانا بدائية.

خلاصة الفصل

حاولنا من خلال هذا الفصل عرض بصفة مختصرة المفاهيم المتعلقة بالتوظيف النفسي حسب Freud الذي وضع التوظيف النفسي في أربع جهات نظر أساسية، و هذا لإظهار النشاط النفسي بشكل ملموس : وجهات النظر (الموقعية، الإقتصادية و الدينامية)، مراحل النمو اللبيدي (المراحل قبل التناسلية) و التنظيم التناسلي عند البلوغ، والمبادئ التي تسير الأنا بغرض الحفاظ على التوازن. النفسي تخفيض التوتر وتحقيق التكيف مع الواقع.

الفصل الخامس الآليات الدفاعية

تمهيد

1- آليات الدفاع

2- تصنيفات الميكانيزمات الدفاعية

3- سيرورة ارضان الاجابة في التقنيات الاسقاطية

4- اليات الدفاع في مجال التقنيات الاسقاطية

خلاصة الفصل

تمهيد

يولي المختصون الحاليون في علم النفس الحديث الاهتمام الكبير للميكانيزمات الدفاعية بشتى أنواعها لأنها لعبت دورا هاما في تحديد الايطار التشخيصي النفسي والعقلي للأفراد و تعد بمثابة السيرورات المساعدة على فهم التوظيف النفسي لكل شخص و في نفس الوقت لا تتمتع بصمعة حسنة فغالبا ما تعبر عن طابع صراعي أو حتى باثولوجي، إما جانبها التكميلي فلا يظهر بوضوح، فالفرد ليس مريضا لان لديه دفاعات و إنما ميكانيزمات يستعملها عادة تظهر غير فعالة، صلبة أو غير متكيفة مع الواقع الداخلي و الخارجي أو تكون محصورة في نمط واحد فيختل السير النفسي والتوظيف العقلي و لعل من أهم و أقدم هذه الميكانيزمات القمع و من الميكانيزمات الأخرى: الإسقاط، الكبت، التعويض، التمثيل بالمعتدي.

1- آليات الدفاع

الدفاع مصطلح ظهر سنة 1984 في دراسة قام بها فرويد حول "نقاش الدفاع" للدلالة على كل الحيل التي يستخدمها الأنا ضد التصورات و الوجدانين المؤلمة و غير المحتملة. فهو بهذا المعنى نشاط يقوم به الأنا من اجل حماية الذات ضد شدة النزوات التي تبرز على شكل قلق و مخاوف حادة. و يعرف معجم مصطلحات التحليل النفسي مفهوم الدفاع *Défense* على انه "محمل العمليات الهادفة إلى اختزال و إزالة كل تعديل من شأنه أن يعرض تكامل و ثبات الفرد الإحيائي النفساني للخطر و ينصب الدفاع بشكل عام على الإنارة الداخلية (للنزوة) وبشكل أكثر انتقائية على تلك التصورات (من ذكريات و هومات) التي ترتبط بها النزوة. و على تلك الوضعية القادرة و على إطلاق هذه الإثارة التي الحد الذي تتعارض فيه مع التوازن، و تشكل نتيجة لذلك إزعاجا للانا" (La planche et Pontalis, 1985).

يمتاز الأنا بوظيفة الدفاع و يستعمل عدة وسائل لأدائها، تدعى بالآليات الدفاع حيث تشير هذه التسمية إلى مختلف العمليات النفسية التي تهدف إلى خفض التوترات النفسية الداخلية (..) الضرورية لضمان انسجام الجهاز النفسي (Reymaud, Jeammet, Consoli, 1980).

كما تعتبر آليات الدفاع كذلك " أنماط مختلفة من العمليات التي يمكن للدفاع ان يتخصص فيها و تنتوع تبعا لنمط الإصابة موضوع البحث، و تبعا للمرحلة التكوينية، وكذلك تبعا لدرجة ارصان الصراع الدفاعي" (La planche et Pontalis, 1985).

آليات الدفاع عمليات عقلية تكون مظهرا من مظاهر شخصية الفرد، و هي محاولات الإنسان للتكيف مع الصدمات الشديدة و معالجة الصراعات النفسية الحادة التي بجانبها في الحياة و يقسمها إلى مجموعتين. تمثل الأولى الآليات الشعورية (الواعية) وهي وسائل الإنسان الواعي لمجابهة مشاكل و احباطات الحياة اليومية، كمحاولة التغلب على العقبات بالإدارة .

محاولة استبدال هدف بآخر أو محاولة الدخول في حل الصراع بأسلوب منطقي و واقعي. في حين تمثل الثانية الآليات الدفاعية اللاشعورية، و هي التي يتخذها المرء عندما تفشل الوسائل الواعية في حل الصراع، إذ ينتقل ميدانه، إلى اللاشعور و يستمر الإنسان في محاولة الدفاع عن نفسه ضد الأخطار، و التهديدات و التي أدت إلى شعوره بالقلق، و التوتر و عدم الارتياح. يصاحب القلق و هو شعور مؤلم مشحون بالعواطف و التوجس كل صراع غير محلول، لذلك يلجأ الإنسان لا شعوريا إلى إتباع وسائل دفاعية أخرى ترمي إلى الحفاظ على راحته، و إلى إزالة قلقه و التخفيف من شعوره بالقلق أو الحرمان أو الذنب.

تتناول آليات الدفاع من خلال دراستها في الاختبارات الاسقاطية على أنها مجموعة من العمليات التي يختص بها الأنا، و التي تهدف للمحافظة على نوع من الاستقرار للفرد تجاه التأثيرات الداخلية التي تتمثل في النزوات، و المقترضيات الخارجية إي متطلبات المحيط فألانا (1976) Shentoub يستخدم آليات دفاعية قصد التكيف عندما يكون مهددا فهي تعمل على حمايته من الاضطراب و الخطر أو الإرهاق بسبب انفعالاته.

حيث تكمن الحماية المقدمة من طرف هذه الآليات في كونها تمكننا من تشويه أو رفض أو تحويل أو كف شعورنا ووعينا لمشاعر و الأفكار التي يمكن أن تهدد تقديرنا الذاتي و هذه الآليات تعمل على مشوي لا شعوري (1990) Maxwell.

1-2- تعاريف

أثبتت عدة الدراسات تعاريف مختلفة للميكانيزمات الدفاعية توالت من المنظور الدينامي التحليلي إلى عدة مجالات أخرى و لعلها مصطلحات ظهرت مؤخرا أهمها الدليل التشخيصي للإمراض العقلية و الذي عرف الميكانيزمات الدفاعية على أنها "السيرورات الإلالية التي تحمي الفرد من القلق أو الخطر أو العوامل الضاغطة كانت داخلية أو خارجية " .DSM (1996).

يعرفها Vaillant "الميكانيزمات الدفاعية هي مجازا تستعمل لتصف مختلف الأساليب المعرفية و طرق تعديل الحقيقة الداخلية و الخارجية و يضيف بأنها السيرورات العقلية المنظمة التي تهدف إلى إصلاح التجانس للاتزان النفسي."

يعرفها Ionescu "الميكانيزمات الدفاعية هي السيرورات النفسية التي تهدف إلى تخفيض أو إلغاء النتائج الغير مرغوب اتجاه الخطر الحقيقي أو الخيالي عن طريق تصحيح الحقيقة الداخلية أو الخارجية للتظاهرات السلوكية، أفكار، و وجدانات التي تكون لا شعورية أو شعورية " (1997) . Ionescu .

2- تصنيفات الميكانيزمات الدفاعية

لعبت الميكانيزمات الدفاعية حاليا دورا هاما عند بعض المتخصصين في كونها تعد عنصر فعالا إذ أنها تمثل العلامة التشخيصية و بمثابة السيرورات المساعدة لفهم العمل النفسي والعقلي العادي و المرضي للمفحوصين، و بصفة عامة توالت تطبيقات الميكانيزمات الدفاعية بالتدرج و التسلسل منذ بداية الكتابات الأولى في عددها مثل ذلك الميكانيزمات الدفاعية بالتدرج و التسلسل منذ بداية الكتابات الأولى في عددها مثل ذلك (Freud) التي أشارت بدورها إلى عشرة ميكانيزمات حتى أصبح معتمدا في وقتنا الحالي حوالي ثلاثين ميكانيزما دفاعيا. لعل أهم التطبيقات المعتمدة حاليا، و المرتبطة بتطورات السلام و المقاييس المحمولة بدورها على العمل الدفاعي، و البحث في تمييز الدفاعات حسب سماتها التكيفية او ما يخالف ذلك، حسب قيمتها و طبيعتها الباتولوجية و هذه التصنيفات تعود في الأصل إلى الأبحاث الأولى في شمال أمريكا و التي اعتمدت في ذلك على ملاحظات

الامبريقية للظاهرة و الجديد بالذكر " Vaillant " الذي جمع الدفاعات في أربع أصناف معرفة حسب وظيفتها و ميزتها التكيفية على ممر حياة الفرد و هي :

- الدفاعات الذهانية و التي تضم الإسقاط الهذيانى، الإنكار الذهاني.
- الدفاعات الغير ناضجة و تضم المرور إلى الفعل، الإسقاط، التخيل، شبه الفصامي و توهم المرض.
- الدفاعات العصائية تضم كل نت الكتب، اللازحة ، التكوين الانعكاسي و التعقيل.
- الدفاعات الناضجة و تضم كل من الإيثار، التسامي، المرح، التوقع، و القمع Ionescu (1997).

لعل من أهم السلاالم و المقاييس التي وجدت في ظل هذه التقسيمات نذكر على سبيل المثال استبيان النوع الدفاعي DSQ التي يهدف إلى وضع و توضيح عشرون ميكانيزم في صيغته الثانية لأربعين سؤالاً، تميزت بثلاث عوامل تناسب مع ثلاث أساليب معرفية الأسلوب الغير ناضج، الأسلوب العصاب، و الأسلوب الناضج هذا الأسلوب الدفاعي الذي يشترك مع إستراتيجية المواجهة الجيدة، و هذا بسبب نمط و طريقة هذه الدفاعات الموزعة بشكل يساعدها على التحكم في الصراع مما يجعل هذا النوع أكثر نضجاً.

ادمج ضمن الدفاعات المتكيفية، تصنيف آخر يصب في نفس المسار قام به كل Perry et Vaillant بتجميع نموذج تسلسلي أكثر تعقيداً في سبعة مستويات دفاعية تصف مجموع ثماني وعشرون ميكانيزماً ظهرت في الدليل التشخيصي للأمراض العقلية DSM5 (1966) على الشكل التالي:

- المستوى التكيفي المرتفع و يضم كل من التوقع تأكيد الذات، الانضمام، الإيثار، المرح، القمع، لتسامي، الملاحظة الذاتية.
- مستوى الكف العقلي الذي يتجسد من خلال الاستعمال المتكرر اللازجة، التفكك التعقيل، عزل العاطفة، التكوين العكسي، الكبت و الإلغاء.
- مستوى التوتر الأصغر للصورة يظهر من خلال الاستعمال المتميز لكل من القدرة على كل شيء و المثالية.
- المستوى الإنكاري، يظهر من خلال النفي، الإسقاط، العقلنة.

- مستوى التوتر الأكبر للصورة يضم التقمص الاسقاطي و المفارقة.
 - مستوى التصرف مثل المرور إلى الفعل، العدوان السلبي و التفعيل.
 - المستوى الغير منظم دفاعيا و الذي يتميز بقطع العلاقة مع الواقع مثل: الإنكار
- الذهاني، الاعوجاج الذهاني (Perry et al., 2004).
- سنذكر بعض أنواع الميكانيزمات الدفاعية:

1-2 الكبت

من أهم الآليات الدفاعية بالنسبة لنا، يؤدي دورا هاما في النشاط النفسي، فهو أول ميكانيزم اكتشفه فرويد في تاريخ التحليل النفس، اذ ارتبط في بداية الأمر بمصطلح الدفاع، من جهة أخرى فهو يدخل في تكوين أغلبية الميكانيزمات الأخرى، فقد ميز فرويد ثلاثة مراحل في هذه العملية، تتعلق الأولى بالكبت الأصيل (Originaire) و هو عملية الكبت الأولى التي تهدف إلى تكوين عدد من التصورات، التي يتعاون معها الكبت الحقيقي فيما بعد، من خلال الجذب الذي يمارسه على المحتويات المكبوتة. في حين تتعلق المرحلة الثالثة بفشل الكبت و عودة المكبوت على شكل أعراض.

الكبت محرك أساسي في اللاشعور، و هو عملية نفسية يحاول الشخص من خلالها حماية أنه عن طريق دفع الأفكار و الخبرات التي تتعارض مع مبدأ الواقع إلى حيز اللاشعور. فكل الخبرات المؤلمة التي قد تسبب للفرد شعورا بالذنب أو الذونية، و تؤدي به إلى الشعور بالفشل، غالبا ما تنسى حتى لا تسبب الما لنا. فالفرد يهرب من كل ما يمكن إن يكون مصدر ضيق و اضطراب عن طريق كبته و نسيانه. انه العملية التي تصبح من خلالها النزوات و الأفكار المرفوضة من قبل الأنا لا شعورية فلانا يحاول بمقتضى عملية الكبت كبح جزء من الهو (...). بحيث تبقى النزوة التي تتعرض للكبت معزولة، فهو يأتي من الأنا الذي يرفض الامتثال لأوامر الأنا الأعلى و التعاون لتحقيق الاستثمار النزوي الذي يولد على مستوى الهو (Freud, 1975) خوفا من صرامة الأنا الأعلى و تأنيبه الشديد يتجلى هذا الميكانيزم أساسا في نسيان عن قصد لا شعوري، أو حتى لا تصبح شعورية النزوات الداخلية أو الخارجية، و كل ما هو مرفوض (...). من اجل الحد من فعاليتها و تجنب الألم نتيجة الشعور بها.

فالخبرات و الأفكار و الذكريات المؤلمة، و كل ما هو مرفوض على المستوى الشعوري يستمر في النشاط على المستوى اللاشعوري و يضطر الأنا لان يصرف باستمرار كمية معتبرة من الطاقة لإبقائه علة المستوى اللاشعوري و نسيانه رغم ذلك فان المكبوت الذي يستمر في تواخده في اللاشعور يخلق تصورات بديلة يحاول عن طريقها إيجاد مخرج له، كما هو الشام في أحلام اليقظة و الأحلام الليلية (Fenichel 1979).

2-2- الإسقاط

الإسقاط من الآليات الدفاعية التي يلجأ إليها الفرد لإلصاق معاناته، و مخاوفه، و جوانب ضعفه و عدوانية بالآخرين فعن طريق الإسقاط يحكم الفرد على الآخرين من خلال ذاته.

يعرف معجم مصطلحات التحليل النفسي الإسقاط على انه: " العملية التي ينبذ فيها الشخصي من ذاته بعض الصفات، و المشاعر، و الرغبات و حتى بعض " الموضوعات التي يتنكر لها او يرفضها في نفسه كي بموضعها في الأخر سواء كان هذا الأخير شخصا أم شيئا، نحن هنا بصدد دفاع ذو اصل اثري جدا، نجده فاعلا بشكل خاص في النظام" (Pontalis et La planche, 2007).

يعرفه Sami انه "عملية لا شعورية ,لايتي بها الفرد أثناء تكوينها و لا عند شكلها النهائي" (Sami 1970).

يقول Freud الإسقاط إدراك داخلي مكبوح، بعد تعرض محتواه إلى تشويه, يصل إلى الوعي على شكل إدراك نابع من العالم الخارجي".

إن الخبرات و التصورات و الإحساسات التي يرفضها الأنا على المستوى الشعوري تنسب إلى أشخاص آخرين او إلى أنشاء أخرى مثلما يحدث في الاختيارات الاسقاطية، و ذلك حتى لا يشعر الأنا أنها تنتمي إليه مما يسبب له توتر اتجاه هذا الوجدان و التصورات على اعتبار أن " العصوبة بفضل الإحساس بالتهديد من أشياء ذات مصدر خارجي أكثر من تلك التي يكون مصدرها داخلي" (Fenichel 1979). ذلك أن إدراك أشياء مرفوضة في الخارج أهون من إدراكها داخل الذات.

يعمل الإسقاط على حماية الأنا من الشعور بالألم و الضيق فعندما ينفر الشخص او يتألم من بعض صفاته او أفكاره يحاول أن يلصقها بالغير، أي انه يعكس مساوئه على الآخرين لكي يتخلص من الشعور المؤلم الذي يعاني منه تجاهنا بكونها تبدو له و كأنها آتية من الآخرين أي من الخارج بالتالي فلا لوم عليه منها، وهذا الأسلوب في خداع الذات مؤذ الشخصية لأنه يفقد الإنسان بصيرته و حكمته، و ينتج عن هذا الإسقاط الكثير من الأمراض النفسية المعروفة كالغيرة الشديدة، و الشك و الأوهام الاضطهادية و الميول الغدائية (1983) الدباغ. انه وسيلتنا الأولى التي تضمن بصورة أساسية الأمن ضد الألم، و الخوف من أن يعتدي علينا فنبعد بواسطة هذا الميكانيزم الإحساسات و المشاعر المؤلمة التي نحس بها إلى خارج أنفسنا، ويعتقد أنها موجودة بعيدة عنا و ليس فينا.

"فالإسقاط هو رد فعل الرضيع للألم، و يبقى بدون شك عند كل واحد منا رد الفعل التلقائي ضد الألم " (Reviere et klein, 1998).

3-2 القمع

ظهر مفهوم القمع في كتابات "بيار مارتى" و أعماله منذ 1952 أين استعمل كلمة القمع ليصف بها ميكانيزم يظهر عند بعض المفحوصين السوماتين الذين يعانون من صعوبة في التفكير و خوف من التجسيد اللفظي للكلام و انغلاق في الوعي على حد قوله بالألم في الرأس يعني الصداغ، و يصف مارتى إن إحدى مفحوصاته تقمع تعابيرها الجنسية من خلال أفكارها و أحلامها، في جسدها الجامد.

طريقة السير العقلي الخاصة بمصابي الصداغ الذين تصدر عنهم تصورات معينة ذات طبيعة اوديبية أوليائهم ذوي تحويل هشيرى يظهرون أحيانا بعض الميكانيزمات الدفاعية الثانوية الموازية مع القطيعة في الوعي لمجموع الصراعات الاوديبية على الأقل في بعض العوامل و التصورات التي لم تكبت و التي بقيت في نظام ما قبل الشعور بشعور لكنها مقموعة.

افترض "مارتى" مع "فان" إن الأفراد الذي يعانون من آلام الظهر لا يستطيعون تفرغ القلق الناتج عن الصراع الداخلي العلانقي عن طريق الحركة و الارصان النفسي

فعندما تصير نزواتهم الجنسية و العدوانية مكثفة جدار و ليس لها منفذ للتعبير فهم مدفوعون إلى قمعها ينتج عن ذلك طاقة مكموعة من خلال الجانب العضل (Deburge 2001) . في ضوء هذه الأعمال التي كانت نقطة البداية للدراسة العيادية للصراع و آلام الظهر ظهرت تعابير مثل الكف، الانغلاق، تصادم على أنها توازي القمع او بالأحرى سميت عملية قمعية، فتظهر التصورات عند مصابي الصداغ مع فكرة الكف الفكري، إما عند مصابي الام الظهر هناك كف للتصورات النشاط الحركي، وهي في طبيعتها الدفاعية متميزة مع ميكانيزم دفاعي ثانوي يتدخل في وقت لاحق يعني الكبت لكن على جزء من التصورات. هذا ما يستلزم انه يجب ان يكون هناك ما يكفي من التصورات لكي تقدر على تحمل القمع، وهذا منهم خاصة في حالات العقلنة السيئة أي التصورات غائبة او سطحية فلن يجد القمع او بالأحرى ليس هناك شيء يقمع.

يرى (Sami Ali) أن طريقة عمل القمع تصير نوعا من الكبت سماه " الكبت الناجح" يعني انه الذي لا يمنحه مشتقات اللاشعور فهي هذه الحالة التصورات توصل إلى موضوع الكبت الأصلي، وهذه هي قوة القمع التي أنتجت كبتا للخيال و كبتا للسير و العمل العقلي الذي يؤدي إلى تأثير التوظيف مضاد المصنوع من طرف المجتمع و الذي يبعد التصور عن مكان الكبت الأصلي، تحت تأثيره الكبت يترك علامة و أثرا قويا و خاصيته شاهدة على حقيقة موت التصورات و الأهم هو ظهور الإعراض السوماتية " .

أما (Fain 1994) يرى أن القمع عمل سابق لأوانه لانا يظهر على المفحوصين السوماتيين و يرتكز في جوهره على محاربة الأنا ضد الأعراض و ليس مباشرة ضد النزوات ففي العصابات و بشكل أكثر تجديدا ضد الفوبيا، فهو مختلف بذلك عن الكبت الذي ينطوي في صراعه بين حاجيات الأنا و الأنا الأعلى، القمع يعمل على مجموع التنظيمات و يكون مرتبطا بحكم الإدانة المحمولة من طرف مشتقات اللاوعي و هي الأعراض تحت حماية الأنا الأعلى.

بالنسبة للمرضى السوماتيين، الأعراض الجسدية عندهم تواجه دفعة واحدة من إفراط الايثرات، و الذي يبحث بدوره على صد هذه الايثرات عن طريق توظيف سابق لأوانه مثل بعض الميكانيزمات كالقمع م المفارقة و الانشطار. أما القمع عند فرويد فقد ترددت كلمة قمع

في بعض كتابات فرويد الأخيرة و لعل أبرزها ماجاء في قوله " لا أهمل بقولي ماهو الفرق الممكن الذي نجده بين كلمات (المقموع) و (المكبوت) القارئ سيفهم أن هذا الأخير بارز من خلال طابعه اللاشعوري..." (Freud (1900). من خلال هذا المقطع يشير فرويد بصيغة واضحة إلى أن الكبت يعمل على طبيعته اللاشعورية المخصصة و أشار إلى القارئ بقوله سيفهم أن الكبت اقرب إلى اللاشعور من القمع أي هناك فرق في النظام الموقعي ,القمع ميكانيزم واعي يعمل في مستوى الرقابة الثانية بين نظام ما قبل شعور لشعور بينما الكبت يعمل على مستوى نظام اللاشعور ما قبل الشعور (Le Guen (2001).

4-2 النكوص

النكوص هو العودة إلى الوراء فهو إعادة تحريك لما سبق و أن سجل من قبل، خلال مراحل النمو المتتالية . انه الرجوع في اتجاه معاكس من نقطة تم الوصول إليها إلى نقطة تقع قبلها، و يدل على عودة الشخص إلى مراحل سبق له تجاوزها في نموه مثل المراحل الليبيرية و علاقات الموضوع و التماهيات (La planche et pontalis, 1985).

ميز فرويد بين ثلاثة أنواع من النكوص يتعلق الأول بالنكوص الموقعي حيث يتم هذا النوع من الوعي إلى اللاوعي، فيقول أن النكوص الموقعي يحدث في الحلم، حيث يتم ابتكار صورة حسية تقريبا هوسية نتيجة لرفض الطاقة الليبيرية . أما النكوص الشكلي فيتم فيه، استبدال أساليب التعبير و التمثيل التصوري بأساليب أكثر بدائية، كالانتقال من العمليات الأولية، في حين أن النكوص الزمني يعاد فيه تنشيط مراحل ثم تجاوزها من حيث التنظيم الليبيدي إذ يفترض النكوص تتابعا تكوينيا، و يدل على عودة الشخص إلى مراحل سبق له أن تجاوزها في نموه (Bergeret et al., 1982).

تتكلم فرويد أ عن نكوص النزوات و نكوص الانا و الانا الاعلى، و تعتبر انها سياقات طبيعية تنتج عن مرونة الشخص الذي هو في طريق النضج، فهي استجابات للنزوات التي تبرز من حين لآخر، كما تخدم هذه النكوصات الدفاع و التكيف في نفس الوقت، وهي في كلاهما تساعد على المحافظة على الحالة الطبيعية، و هذا الطابع المفيد للنكوص يتعلق فقط بالحالات التي يكون فيها هذا السياق مؤقتا و ذو ارتداد تلقائي و عفوي، اذ يحدث غالبا بعد حالة ضيق صدمية او نوبة من القلق او المرض. ان النكوصات بعدما تتم، تصبح دائمة، و

تستقر في تلك الحالة، فتحول الطاقة النزوية عن اهدافها كما تنتشوه وظائف الانا و الانا الاعلى و تبقى على هذا النحو بحيث تجعل النمو التدريجي المستقبلي في خطر في هذه الحالة بالذات يفتقد النكوص طابعه المفيد للنمو الطبيعي، بل بالعكس، يصبح عاملا مرضيا Freud (1968).

5-2 الكف

يرتبط خصوصا بالوظيفة، و لا يعني بالضرورة ان هناك شيئا مرضيا، فقد يصيب الكف الوظيفة الجنسية، او الحركية او المهنية و ما الى ذلك من وظائف الانا. قد يكون عرضا ويدل على ان هناك اضطرابا نفسيا، فكل عصابي يعاني من كف يدافع به ضد تحقيق نزوة محظورة اي ضد الازعاج النابع من خطر داخلي (Freud 1990).

قد يتخلى الانا عن بعض وظائفه ليتحاشى الصراع بينه و بين الهو، كما قد يتخلى عن بعضها من حيث انها شكل من اشكال العقاب الذاتي (Auto-punition) اذ قد يحجم الانا عن اداء بعض الوظائف التي يرى انها تجلب له منفعة، حتى يتحاشى الدخول في صراع مع الانا الاعلى فيصبح مثقلا بمشاعر الذنب (Freud 1993) التي لا يمكن التخفيف من ثقلها ببساطة.

فالكف هو تقييد لوظائف الانا، سواء كاجراء احزاري، او نتيجة لفقدان طاقي عندما يجد الانا نفسه امام عمل نفسي متعب و شاق كما يحدث في حالة الحداد يضطر الشخص لبذل طاقة نفسية معتبرة لسحب كل توظيفاته الليبيدية من الموضوع المفقود. ان الاليات الدفاعية هي بمثابة حيل نفسية يستعملها الانا بصورة شعورية او لا شعورية بهدف التخفيف من حده القلق، و المعاناة النفسية التي تعترضه في الحياة اليومية قصد التكيف مع الواقع و المحافظة على التوازن النفسي للشخصية و الابقاء على تماسك تكاملها. و تختلف الاليات الدفاعية التي يستعمل الانا لخفض التوترات التي يواجهها تبعا لاختلاف الاصابات فقد يلجا للكبت بهدف التعامل مع القلق، او الاسقاط من اجل تفريغ التوترات التي يشكل استمرارها ضغطا كبيرا على الانا او النكوص للتجاوب مع الوضعيات الصادمة المفاجئة التي تجابهه بها الحياة، و الكف و التجذب قصد تحاشي المواقف التي تثير الضيق و الاحراج.

ان لجوء الشخص الى عدد من الاليات الدفاعية بهدف المحافظة على توازنه النفسي، غير ان لجوءه هذا، قد يكون ناجعا فيفلح في استعادة توازنه، وقد يكون مفرطا و مرضيا، فيفشل في ذلك و يؤدي به الامر الى تفكك الشخصية و تلاشي تماسكها و تدهور تكاملها.

3- سيرورة ارسان الاجابة في التقنيات الاسقاطية

يرى العديد من الباحثين منهم Shentoub سيرورة ارسان الاجابة في التقنيات الاسقاطية مشابهة لتلك المتعلقة بالحلم غير ان هناك اختلافا في الطريقة و السياقات التي تتحكم في ذلك، و تمر عملية ارسان الاجابة في هذين الاختبارين بسلسلة من المراحل (Shentoub 1987) لخصها في النقاط التالية:

في البداية يحدث ادراك حسي للمحتوى الظاهري للمادة يدخل المفحوص في نشاط ترابطي و مالوف بحكم الغموض الكبير للمنبه.

يتواصل النشاط الترابطي الكثيف المباشر في نظام الشعور و ما قبل الشعور نظريا على مستوى النظام اللاشعوري.

يتم العمل على المادة الناتجة عن النشاط الترابطي الكثيف، و الذي يهدف للإجابة على الموضوع الشعوري، أي التعليمية، فهو عمل انتقائي لمختلف النماذج المقدمة، حيث تكون هناك منافسة اقتصادية قوية بين مختلف الآثار الذكورية المنشطة.

اكتمال النشاط الترابطي الانتقائي من خلال الإجابة، و التي تكون نوعيتها و خاصيتها تابعة كثيرا للوضعية الاقتصادية الناتجة عنها، و تمثل تسوية أنجزها المفحوص بين مقتضيات الشعور و اللاشعور و الدفاعات المستعملة لصراع من خلال عمل الربط الذي قام بانجازه حتى يتمكن من فهم ما يحدث على المستوى الثالث و الرابع ينبغي إخضاع المفحوص عملية تداعي انطلاقا من إجاباته، و مقارنة الإنتاج الترابطي بالاجابة التي اعطاها، فيحتمل تكون الإجابة مرتبطة بالإنتاج الترابطي الذي اثارته، بنشاط نفسي محكوم اساسا بنفس السياقات التي وصفها Freud فيما يتعلق بارسان العلم، اي التكيف و الاراحة لترميز آيت سيدهم (1992).

بهذا فان حرية السير النفسي التي تتحدد بنفوذية البنيات التحتية للجهاز النفسي، لا ترتبط فقط ببناء القصص في اختيار تفهم الموضوع او باعطاء الاجابات في اختيار رورشاخ لكن بكل عمل عقلي ابداعي يخضع له كل انسان للحفاظ على التوازن جهازه النفسي في مواجهة الصراعات و الصدمات النفسية التي لا مفر له.

4- آليات الدفاع في مجال التقنيات الإسقاطية

تؤدي آليات الدفاع دورا اساسيا في مجال التقنيات الإسقاطية و ذلك لأن تفسير الكثير من عناصر السير النفسي يرتكز عليها و يتضح من خلالها، فهي احدى المجالات التطبيقية لنظرية التحليل النفسي. يرى Perron انه من المعتاد دراسة الدفاع في التقنيات الإسقاطية، اي الاساليب المستعملة من طرف الشخص بطريقة لا شعورية او ما قبل شعورية، لتجنب الاستدعاءات المؤلمة والتصورات الخطيرة، ويرى ان استعمال مفهوم آليات الدفاع كما هو مستعمل في نظرية التحليل النفسي بالنسبة للتقنيات الإسقاطية، استخدام غير متبصر بحكم شمولية المفهوم في الاولى و محدوديته و ملموسيته في الحالة الثانية ، و يشير الى وجود صعوبات في هذا الاطار، فمن جهة فان مفهوم آليات الدفاع لا يزال موضوع جدال بين المحللين النفسانيين انفسهم، و من جهة اخرى، اذا كان المحلل النفسي يحتاج الى عدة حصص تحليلية بل عشرات لكي يدرك بدقة الآليات السائدة مفحوصة، فكيف للمختص النفسي ان يزعم الوصول الى نفس النتائج بعد ساعة واحدة من الاتصال عند (1969) Peron و بفضل هذا الباحث استعمال عبارة نمط الدفاع (Mode de défense) للإشارة الى السلوك الحالي في وضعية الاختيار.

لقد غيرت الباحثة Shentoub بنود شبكة تحليل قصص اختيار تفهم الموضوع بوضع مفردات مختلفة عن تلك المتعلقة بالآليات الدفاع، فالتطابق لا يمكن ان يكون حرفيا و كلمة بكلمة فأساليب القصة تستجيب للعمليات الفكرية و الخطاب الذي يسمح ببناء قصة منطقية (1986) Brelet و رغم هذا الاختلاف بين عبارات شبكة التحليل و مفردات آليات الدفاع القريبة منها، فهذا لا يمنع كون أساليب البناء متناظرة مع آليات الدفاع التي تلاحظ في السلوك الإنساني، و التي تهدف الى ضبط الصراع النزوي. حيث ترى (1987) Shentoub

ان المصطلحين وجهان لعملة واحدة (Brelet (1986) منها في الحياة. اذن فصيرورة ارضان الاجابة في التقنيات الإسقاطية تمر بسلسلة من المراحل، حيث تنتقل من نظام الشعور، و ما قبل الشعور، حيث العمليات الثانوية و مبدا الواقع، الى نظام لا شعور حيث العمليات الاولية الخاضعة لمبدا اللذة و سياقات التكثيف و الازاحة، الترميز ثم تعبر الرقابة الموجودة ما بين اللاشعور و ما قبل الشعور، فالرقابة الموجودة بين قبل الشعور والشعور ثم تعطى الاجابة او القصة في نهاية المطاف.

خلاصة الفصل

إن مصطلح الآليات الدفاعية يدل على فعل الدفاع و يدل أيضا على المنع، لهذا يجب التمييز في مختلف محددات هذا الدفاع، يقول حجازي م. (1985) : " أنه مجمل العمليات الهادفة إلى إختزال و إزالة كل تعديل من شأنه أن يعرض تكامل الفرد ثباته الإحيائي النفساني للخطر و بالقدر الذي يطرح فيه الأنا باعتباره الركن الذي يجسد هذا الثبات و يسعى للحفاظ عليه ". ينصب الدفاع بشكل عام على الإثارة الداخلية (النزوة) و بشكل أكثر انتقائية على التصورات (من ذكريات و هوامات) التي تربط بها النزوة، وعلى تلك الوضعية القادرة على إطلاق هذه الإثارة إلى الحد الذي تتعارض فيه مع هذا التوازن، و تشكل نتيجة لذلك إزعاجا للأنا. يمكن للإنفعالات المزعجة التي تشكل الإشارة للدفاع أو تحركه أن تصبح بدورها موضوعا له. تتخصص العملية الدفاعية إلى آليات دفاع تتكامل في الأنا بمقادير متفاوتة. فتمثل الآليات الدفاعية الصيرورة النفسية الآلية التي تحمي الفرد من القلق أو من ملاحظة الخطر أو DSM IV. من عامل القلق الداخلي أو الخارجي حسب تعريف. عرضنا خلال هذا الفصل تعريف الآليات الدفاعية، تصنيفها بذكر بعضها، كذلك صيرورة إرضان. الإجابة في التقنيات الإسقاطية، وأيضا الآليات الدفاعية في مجال التقنيات الإسقاطية.

الباب الثاني الجانب التطبيقي

الفصل السادس

الترتيبات الميدانية للبحث

تمهيد

1- مكان إجراء البحث

2- مجموعة البحث

3- منهجية البحث

4- تقنيات البحث

5- ظروف التطبيق

تمهيد

الهدف الرئيسي من الدراسة الميدانية هو التأكد من مدى ارتباطها و تكاملها مع الجانب النظري و الدراسة التطبيقية هي أساس كل بحث علمي، اذا أنها تعتمد على بعض التقنيات في التحليل على الاختبارات النفسية و المقاييس و الأدوات الإحصائية التي تثبت مدى صحة النتائج المحصل عليها، كما أن الدراسة الميدانية تهدف إلى الإجابة عن إشكالية البحث، و عن مدى صحة الفرضيات، ثم يتم تحليل البيانات المحصل عليها باستخدام أدوات و أساليب مختلفة.

1- مكان إجراء البحث

قمنا بإجراء الدراسة الحالية بمصلحة أورام السرطان المتواجد بمركز بيار و ماري كوري في مستشفى مصطفى باشا بالجزائر العاصمة و هذه المصلحة تقع في الطابق الأول يعمل فيها أطباء و مختصين نفسانيين بالإضافة الى ممرضات، فيها مكتب خاص بالمختص النفسي، صيدلية، مكتب للأطباء، غرفة مخصصة للملفات و غرف العلاج جزء منها للرجال أما في الخلف فالغرفة مخصصة للنساء، تحتوي بعض الغرف على مرحاض كما هناك كراسي خاصة مريحة للمرضى الذين يقومون بالعلاج الكيميائي و في أقصى المصلحة يوجد قسم خاص للأطفال. يتوافد أسبوعيا ما يعادل 70 مريض للاستشفاء (مختلف السرطانات)، وحدة الاستشفاء للنساء ذات سرطان الثدي، وحدة الأطفال، نضيف الى ذلك المستشفى اليومي الذي يستقبل المرضى من مختلف نواحي الجزائر العاصمة و الذي يستشفون خلال النهار و قد تراوحت مدة البحث حوالي سنة (2013-2014).

2- مجموعة البحث**1-2 كيفية انتقاؤها**

فيما يخص طرق انتقاء مجموعة البحث فالإختيار كان قصدي لأننا فضلنا تحديد المتغيرات و هذا لضمان مصداقية بحثنا فإخترنا نفس الجنس، السن و نوعية السرطان.

2-2 وصفها و خصائصها

تمثل مجموعة البحث عينة مصغرة من مجتمع البحث تتكون من 9 نساء تتراوح أعمارهم ما بين 40-43 عام، متزوجات، مستوى دراسي ثانوي، و النساء التسع تعاني من

سرطان متمرکز في الثدي، تعالجن في مصحة طب الأورام السرطانية بمركز بيار و ماري كوري، ذكرنا أسماء رمزية فقط لتعيين أفراد المجموعة بحثا كما ذكرنا إسم رمزي لمنطقة السكن لكي نعرف مجموعة البحث.

حالاتنا تظهر حسب ملاحظتنا الأولية بفقر دفاعي على المستوى العقلي و قد يتموقعون حسب بيار مارتى Pierre Marty داخل عصابات الطبع ذات العقلنة السيئة أو العقلنة غير الواضحة وحتى داخل عصابات السلوك أحيانا ان الصمت و غياب الإشارات النداء والتي عادة ما توجد داخل العصابات ذات العقلنة الجيد كما يدرسها Marty غالبا ما يشكلان عند هؤلاء المرضى الذين يعانون من اختلال في التنظيم السوماتي ، دليلا على تدهور تدريجي للجهاز العقلي، اذن قبل أي اتخاذ قرار بشأن التكفل النفسي الإستقصاء مطلوب و هذا ما يوصي به Marty حسب منطق تجريبي حيث : نقوم بتحليل امكانيات الأشخاص في عينتنا و تقييم اقتصادهم السكوسوماتي، حتى نتمكن من ابراز الدور الوظيفي المحتمل للأعراض العقلية و الجسمية عند أفراد بحثنا، و التي بإمكانها أن تمثل نقطة تثبيت نكوص على مسار موازي و صلب كاف لكبح حركة اختلال التنظيم و لكي نرى مدى قدرتهم على وضع كلمات على المهم.

3-منهجية البحث

1-3 المنهج المتبع

المنهج هو الطريق أو المسلك المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة مجموعة من القواعد العامة، تهيمن على تسيير العقل و تحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة عبد الرحمان بدوي (1977) ويعرف ايضا انه فمن التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار العديدة، اما من أجل كشف الحقيقة عندما تكون لها جاهلين، و إما من أجل البرهنة عليها للأخرين حين تكون بها عارفين، المناهج أو طرق البحث عن الحقيقة تختلف باختلاف طبيعة المواضيع، و لهذا توجد عدة أنواع من المناهج بوحوش (2007).

لا شك أن أي بحث علمي مهما كانت طبيعة تتحدد قيمة في الإجراءات المنهجية طريقة إختيارها و أدوات البحث و مدى ملائمتها لمعالجة المعطيات المتحصل عليها.

تستوجب علينا ضرورة المبحث الإنتقادي في مبادئ العلوم و أصولها المنطقية أن نجدد وجهتنا النظرية و المنهجية المتبعة في انجاز هذا البحث ارتأينا اللجوء الى المنهج العيادي الذي وجدناه يناسب طبيعة الاشكالية و الفرضية و يعرفه Lagache على انه منهج يتناول السيرة في منظورها الخاص لذلك التعرف على مواقف و تصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك اعطاء معنى للتعرف على بنيتها و تكوينها كما يكشف عن الصراعات التي تحركها و محاولات الفرد لحلها و يضيف (1966) Lagache "لا يجب أن نبحث عن المشاكل التي نطبق عليها منهج بل يجب ان نبحث عن الطرق الممكنة لحل المشاكل المطروحة و المنهج العيادي و الطريق المناسب الذي يمكننا من محاولة فهم التوظيف النفسي لدى أفراد مجموعة بحثنا هذا . يرى (1981) Perron في هذا الصدد أن: "المنهج العيادي هو منهج يهدف الى معرفة السير النفسي قصد بناء تركيب معقول للأحداث النفسية التي يعتبر الفرد مصدرا لها".

و للأجابة على التساؤلات المطروحة سابقا اعتمدت التقنيات الآتية:

1- المقابلة.

2- سلم سان أنطوان لقياس الألم.

3- اختبار تفهم الموضوع T.A.T.

4- تقنيات البحث

الجدير بالذكر أننا استعملنا في بحثنا هذا كوسائل للتقصي سلم سان أنطوان لقياس الألم واختبار تفهم الموضوع T.A.T. ، فنحن على دراية أن السلم تقنية معرفية واختبار T.A.T. ذو خلفية نظرية تحليلية ما يجعل دراستنا لا نظرية. إن تبرير استعمال سلم سان أنطوان لقياس الألم هو أننا فضلنا الاعتماد على تقنية تقيس الألم وتسهل على المرضى المصابين بالسرطان اختيار الصفة الملائمة لتفسير المهم فغالبا من الصعب عليهم التحدث و التعبير نظرا لمعاناتهم من لإصابة بالسرطان وكل ما ينتج منه من عواقب سلبية التي تعيق حياتهم.

التقنيات التي استعملناها في بحثنا هي:

- المقابلة العيادية نصف الموجهة.
- اختبار تفهم الموضوع T.A.T.
- سلم سان أنطوان لقياس الألم (QDSA).

1-4 المقابلة العيادية

يعرف Blanchet المقابلة العيادية كالاتي:

"هو الجهاز الذي من خلاله شخص " أ " يرد مهنيا على طلب شخص "ب" و يشجع بذلك الإنتاج الكلامي للشخص، وبالتالي يتحصل على معلومات ويتمكن من التدخل على مستوى الإشكالية الذاتية للشخص "ب".

المقابلة العيادية إذن أداة تشخيص وعلاج، فهي وضعية مشاركة للمهني (العيادي) الذي يكون في نفس الوقت فاعل ومفعول به " .

يؤكد على أن تطبيق المقابلة العيادية جد معقد فهو يضمن وظائف عدة (تشخيص دعم وعلاج)، فهي تدمج السلوكات العيادية ذات الطبيعة المختلفة (تسهيلات علاجية سلوكات علاجية) تستمد معلوماتها من نظرية ناجعة ومن خبرة العيادي.

1-1-4 المقابلة العيادية نصف الموجهة

هي إحدى أنواع الثلاث للمقابلة العيادية والتي يعتمد عليها الفاحص في عملية الاتصال بالمفحوص قصد العلاج والبحث العلمي والتي هي: المقابلة العيادية الموجهة والمقابلة العيادية غير الموجهة. المقابلة العيادية تعتمد على العلاقة المباشرة بين الفاحص تكون في أغلبية الأحيان لفظية وتكلمها بالإيماءات وغيرها من وسائل الاتصال غير اللفظية أما المقابلة العيادية نصف الموجهة فهي وسط بين المقابلة العيادية الموجهة والمقابلة العيادية غير الموجهة. يحاول الفاحص من خلالها أن يحرص تعامل المفحوص معه حيث يحقق توازي بين القوى المتنافسة مع عدم إهمال الأخطاء، الإيماءات، النسيان والكذب زولاند دوران (1999) .

في إطار هذا البحث اعتمدت على المقابلة النصف الموجهة لأنها الأكثر ملائمة فهي تمنح للحالة حرية الإجابة ، كما أنها الأنسب للتعامل والاقتراب من المرضى لان عملية

الاتصال لم تكن سهلة معهن وفضهن التحدث عن معاناتهن ، كما أننا تأثرنا كثيرا بحالة المرضى وغمرتنا أحاسيس الحزن، والشفقة عليهم إلى جانب تفكيرنا عن احتمال إصابة احد أقرابنا أو نحن بنفس المرض فمقابلة المرضى تواجهنا بمقابلة مع الموت. لتطبيق هذا النوع من المقابلة التي تهدف إلى البحث واحتراما لشروطها يحتوي دليل المقابلة على المحاور الآتية:

- محور البيانات الشخصية .
- التاريخ الصحي و ردود الفعل عند معرفة الإصابة بمرض السرطان.
- المحور الشخصي يشمل أسئلة تعطي معلومات لمعرفة خصوصية علاقات المريضة بمن حولها من أفراد العائلة وزملاء العمل.
- محور الأعراض الجانبية للمعالجة وذلك لمعرفة تأثيرها على نفسية المريضة.
- محور متعلق بأسئلة حول الألم ديمومته، ظهوره، حدته، كيفية تفسيره...
- محور النشاطات اليومية لمعرفة مدى تأثير الألم على عادات المريضة اليومية.
- المحور العلائقي والاجتماعي لأخذ فكرة عن نوعية العلاقة بين المريضة ومحيطها لغرض معرفة مدى السند الذي تتلقاه وتأثير ذلك على حدة الألم التي تشعر به.

الحياة المستقبلية لغرض معرفة إذا كان للمفحوصة نظرة حول المستقبل، وهل لديها مشاريع مستقبلية لمعرفة طموحها.

2-1-4 استمارة المقابلة الشخصية

قمنا بإعداد هذه الاستمارة (ملحق رقم 1) بهدف الحصول على معلومات وصفية وتفصيلية على عينة البحث، وقد أعدت في ضوء الاطلاع على أدوات مماثلة جرى استخدامها في العديد من الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا المجال وتشتمل على ثلاث مجالات تضم بيانات أولية عامة ومتفرقة كالسن والمستوى الدراسي والعلاقات داخل العائلة الجزء الثاني يضم كل ما يتعلق بالمرض، تاريخه، السوابق المرضية، معناه بالنسبة للمريض والجزء الأخير يضم بتعلق بالألم، ماهيته بالنسبة للمفحوص، درجته، مدته، كيف يزول...

4-1-3 طريقة تحليل المحتوى (L'analyse du contenu)

فحسب Marty خلال المقابلة عند السوماتيين علينا ملاحظة خصوصية التوظيف العقلي و صعوبات التعبير اللفظي، فنقول باستناد لما قاله : " و الواقع أن المرضى السوماتيين غالبا ما يطورون نظاما علائقيا ذو مظهر بسيط كما يقول Marty مما يجعلنا، كما يقوم به المنظور الطبي الكلاسيكي، نتجاهل معناه الحقيقي، لكي نتفهمه يجب عكس ذلك أن ننتبه بدقة لهذا النمط العلائقي، الذي إذا إعتبرناه على حدا يظهر ففيرا و خالي من الجانب العاطفي.

بالتالي لا بد من إجراء المقابلة مع المرضى السوماتيين بحذر، وفق تعليمات Marty " العلاقة التي يقيمها المريض مع السيكوسوماتي خلال المقابلة التي هي بطبيعة الحال على نفس صورة علاقته الموضوعية العامة، تعتبر الحجر الأساسي لكل عناصر الإستقصاء و ما يجلب الإنتباه عياديا، هو الفقر في الحوار الذي غالبا ما يحتاج إلى تغذية و إنعاش، و حتى نقص الأنظمة العصائية الخاصة بالتعامل مع الوضعية، التي يبدو معناها غير مفهوم و أخيرا خمود يصعب عامة لقاء، فيهدد الاستقصاء كل مرة بالتوقف.

تتبلور هذه الحالة بصفة واضحة على مستوى الكلام، في حديث المفحوص، فالمدلول يكون هو الحاجز الذي يمنعه عن التعبير، و من ثم كان لابد من الأخذ بعين الاعتبار هذا الفقر في الكلام عند المفحوص و قبوله على أنه متعلق بالذات. فهو ليس راجعا إلى تأخر عقلي و لا نقص ثقافي عند المريض. فيقتضي الأمر أن ننظر إليه على أنه مرتبط خاصة بالنظام التسييري العام عند المريض الذي يهيمن عليه المرض الجسدي.

يعود تدهور الكلام إلى إقتصاره على وظيفة برغماتية و أدائية فاقدة في نفس الوقت للحيوية. تقول Debray : " لا نستطيع الاكتفاء ببحث يستعمل فقط التقنيات الإسقاطية : رورشاخ و T.A.T، فالمقابلة و من الأحسن نصف الموجهة، يجب أن تضاف إليهما لكي يحدد أكثر الأنظمة التي تصبغ الطبع، السلوك و نظام النشاطات التعبير الجسدي، كما يجب أن نبحث عن كيفية تناول الأشياء التي طبعت، ما الذي أدى إلى هذه النتيجة، لكن هذا ليس معناه أن نباشر استجوابا محددًا، كالتاريخ الطبي، لأن ما يهمننا أكثر و ما يجب تحسسه، هو الحركة العامة للتسيير ".

لقد إعتدنا في بحثنا على طريقة تحليل المحتوى بالنسبة للمقابلة من خلال القيام بالتحليل الموضوعي (Analyse thématique) و السيكيوباتولوجي (إستخراج الآليات الدفاعية). بعدما جمعنا العديد من المعلومات من خلال المقابلة العيادية رأينا أن الطريقة التي تمكننا من إستغلال ما حصلنا إليه عليه من شتى المعطيات هي طريقة تحليل الموضوع. لقد عرف هذا التحليل من خلال (Fistingher et Kartz, 1974) كآتي: " أنه تقنية في البحث و هدفها يرمي إلى وصف موضوعي، نظامي و كمي للموضوع الظاهر للإتصال". يجب على الباحث الإهتمام بمضمون الحديث زيادة على الشكل، نعني بمضمون الحديث المحتوى الباطني أ ي الجانب الكامن لهذا الصدد تقول (Lassare 1978) : " أن ما نلفت الإنتباه هو ليس شكل الحديث فقط مضمونه أي المحتوى الباطني الذي يخضع للدراسة كظاهرة يمكن ملاحظتها و الناتجة عن العلاقات الإجتماعية". الهدف من تحليل الموضوع في بحثنا هو الكشف عن خصوصيات العقلنة عند النساء المصابات بسرطان الثدي و بالأخص الآليات الدفاعية الظاهرة من طرف المقابلة مع المفحوصات بتحليل الموضوع. للكشف عن العقلنة اعتمدنا على الخصائص الثلاث لما قبل الشعور و فقال Marty : الغلاظة، السيولة و الإستمرارية.

2-4 استبيان الألم لسان أنطوان (Questionnaire de la douleur de Saint

Antoine)

هو استبيان يقوم فيه الفاحص بتقدير الألم عن المفحوصين بشكل واضح، ويتجسد من خلال مجموعة معبرة تتوافق مع 58 صفة مقسمة ومرتبة في 16 صنف يحتوي على مجموعة من المواصفات التي تدل عليه، القسم الأول منها في 9 أصناف تمثل مظاهر الجوانب الحسية لوصف الألم (QDSA-Sensoriel). وتشمل بعض الصفات نذكر منها "وخز، ضربات مطرق صعقة كهربائية ، تقطيع، تمزيق" والأصناف 7 المتبقية تمثل مظاهر الجوانب العاطفية (QDSA-Affectifs) وتشمل بعض الصفات نذكر منها تعب، مرهق مختنق، مضايق، مقلق، غير محتمل" ويسمح هذا الاستبيان بتحديد عدة مظاهر للألم التي تساعد الفاحص على تحري المستوى النوعي للألم، حيث أن المظاهر والجوانب العاطفية للمفحوصين تترجم وتمثل توحى القلق أو الاكتئاب للألم.

- يقوم المفحوص باختبار الأنصاف العامة المسماة من (أ-ظ) التي تتناسب مع ألمه ثم يقوم باختيار من كل صنف السمة والصفة التي تتواءم أكثر مع ألمه وينقط عليه من (0) غائب تعني لا على الإطلاق، و (4) التي تعني مرتفع جدا وتقسم النتائج على ثلاث مراحل:
1. النتيجة العامة تحتوي على مجموع النقاط التي تم جمعها من خلال الاستبيان ككل.
 2. النتيجة الحسية والتي تضم النقاط المتحصل عليها في الصفات التسعة الأولى من (أ-ر) والتي تصف الألم أكثر من جهة حسية.
 3. النتيجة الوجدانية والتي تضم النقاط المتحصل عليها في الصفات السبعة الأخيرة من (ر-ظ) والتي تصف الألم أكثر من جهة وجدانية (عاطفية).

1-2-4 الصدق والثبات في الصيغة الاجنبية

قام Etall (1984) بدراسة طبق خلالها استبيان الألم لسان انطوان على عينة تعاني من الآلام مختلفة وبالتحديد امهات حديثات الولادة، فدل صدق الاستبيان المرتبط بالمحك آخر على مدى كفاءة الاستبيان في التنبؤ بشدة ألم الفرد الذي يعاني من الأم عدة جراء الحوادث الجراحات وأسفرت إعادة التطبيق (Test Re test) على نتائج لا بأس بها ولهذا قام الباحث بمراجعته وضبطه بالنسبة إلى محك الصيغة الفرنسية.

"Mac Gill pain questionnaire" و في دراسة أخرى (Boureau et al., 1999)، قارن فيها بين افراد يعانون من الام ناجمة عن امراض احتلال الجهاز العصب (Neuropahie) مع مجموعة من الافراد الذين يعانون من الام مختلفة فاستنتج له القدرة الكافية على وصف وتجديد لآلم من خلال لمجموع السمات ومجموع صفات الألم الوجدانية (Bouvard (2002).

2-2-4 صدق وثبات المقياس في الدراسة الحالية

*صدق المحكمين

بعدما تمت ترجمة المقياس إلى اللغة العربية تم عرضة على مجموعة من أساتذة علم النفس لبعض الجامعات الجزائرية وقد تم تغيير الصياغة لبعض البنود التي وافق الأساتذة على غموضها أو غير فهمها، وبناءا على رأيهم تم تعديل بعض العبارات وحازت العبارات على اتفاق يتراوح ما بين (75 %) .

***صدق الاتساق الداخلي**

يتم حساب صدق الاتساق الداخلي للاستبيان عن طريق حساب معامل ارتباط درجة البعد بالدرجة الكلية للاستبيان، ووجدنا أن أغلب معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة 0.01 وبالتالي يمكننا الاطمئنان إلى صدق المقياس، أما بالنسبة للثبات فقد تم حسابه بطريقة معامل الفاكرونباخ، و وجدنا أن قيمة معاملات الثبات الكلية بلغت 0.66 مما يوضح أن المقياس يتمتع بثبات مقبول على العموم.

3-4 اختبار تفهم الموضوع (Thématique Test A)

هو اختبار إسقاطي موضوعي (Thématique) أسس على يد موارى عام 1935، يشتمل على 30 لوحة، وهي عبارة عن لوحات تظهر صوراً والتي هي أغلبها تمثيل لمشاهد، وللأشخاص أما الاستعمال الفرنسي فيخص 16 لوحة (هناك لوحات خاصة بالرجال وبالنساء)، وهذا بعد تقديم التعليمية للمفحوص في البداية على النحو التالي:

" تخيل حكاية من هذه اللوحة، وتقديم اللوحات وفقاً لترتيب محدد:

PL1-PL2-PL3BM-PL4-PL5-PL10-PL11-PL13B-PL16-PL19

زيادة على هذه اللوحات هناك لوحات تقدم إلى الرجال والأولاد (PL6BM-PL7BM) وأخرى تقدم للنساء والبنات (6GF-7GF-9GF) أما اللوحة 13MF تقدم إلا للنساء والرجال دون الأطفال.

تمثل تلك اللوحات موقف لصراعات متعلقة باليبيو و العدوانية والتي إما تدخل في سياق الإشكالية الأوديبية (اختلاف في الجنس والجيل) أو في إطار الإشكالية البدائية Archaique. فيما يتعلق بالحياة الهوامية والتي نحاول استغلالها في بحثنا فترى Shentoub منذ بداية أعمالها حول (1954) T.A.T. إن حل تلك المحاولات قد ركزت على الاستقلالية المطلقة لانا في علاقته مع الطاقات المحايدة (Neutralisées) وأهملت الجانب الهوامي اللاشعوري في وقت الذي لا بد لهذا الأنا الشعوري الذي يقود بالفعل أن يكون متفتحا على الخزان النزوي والطاقوي، وان يكون أليفاً مع الهوامات المحتواة في ذلك الخزان لكي يستمد منه قوته، وعلى هذا الأساس طرحت فرضية أن ما هو مقصود في بروتوكول T.A.T. هو "الطريقة التي يظم بها الأنا إجابته في وضعية صراعية" تعرضها المادة والتعليمة والوضعية

بمجموعها واشترطنا أن يكون هناك إدماج نسبي للجهاز الدفاعي الذي يفسح المجال للطاقة الحرة لتكون في خدمة الأنا الشعوري (سي موسي و م.بن خليفة، 2008).

تجسدت نتائج أعمالها اللاحقة بالاشتراك مع ر.دوبري (1969-1974) بعرض تقنية تحليل نتائج وتفسير الاختبار انطلاقا من المسلمات النظرية المقدمة في إطار ما يسمى "سياق" T.A.T. الذي يعني : مجموع الآليات العقلية الملزمة بهذه الوضعية الفريدة التي يطلب فيها من الشخص أن يتخيل قصة من اللوحة (سي موسي، 2008).

حسب طريقة Shentoub : يطلب من الفرد "تخيل قصة انطلاقا من كل لوحة"، فهذه الطريقة ترتبط بشكل الخطاب عوض المحتويات، منطلقين من فكرة أن أنماط البناء والارصان القصصي يبعثان إلى آليات دفاعية مميزة للتنظيم النفسي

(V. Shentoub, N. Rausch de Traubenberg, 1982)

في 1971، اقترحت Shentoub و Debray تحليلا متعلقا بمحتوى ظاهري ومحتوى باطني. فيتعلق الأمر بتحليل دقيق للتوظيف الضمن نفسي انطلاقا من النمط التحليلي، كل لوحة تؤخذ من زاوية محتواها الباطني، الذي يعتبر كقالب، مسار يدخل من خلاله الفرد للرسم حسب تنظيم العالم الداخلي الخاص به (K. Chahraoui et H. Benony, 2003).

1-3-4 وصف مادة الاختبار

عرض اللوحات المقدمة لعينة البحث:

لقد كانت اللوحات المقدمة متعلقة باللوحات الأصلية (31) الأكثر دلالة وأكثر ملائمة لديناميكية "سياق T.A.T." وتتمثل في 18 لوحة من 31، بمعدل 14 لوحة لكل صنف عوض 20، تمررها للمفحوص في حصة واحدة.

تعتبر مقروئية البروتوكول ذات أهمية بالغة في تحديد نوعية السير النفسي للشخص، حيث أنها تسمح بتقدير نوعية واثر السياقات المستعملة على الخطاب، وهي ذات صدى بعكس الواقع النفسي الداخلي، كما أنها " تسمح بتقدير نوعية وتأثير سياقات الخطاب في بناء القصة، مما يساهم في التفريغ والتعبير عن التصورات والوجدانات التي تثيرها المادة " (Shentoub et al., 1990).

تظهر مقروئية البروتوكول آثار التي أنتجته، إذ يقول قرين (Green) بهذا الصدد أن ميزة النجاح تمكن اقل في بناء محتوى النص (Texte) من بناء النص في حد ذاته وفي تشكيل آثار كتابية (Shentoub et al., 1990).

يمكن اعتبار المقروئية الجيدة على أنها دالة على سير نفسي جيد، في حين تعتبر السيئة منها على أنها دالة على سير نفسي هش ، وتظهر المقروئية الجيدة من خلال النقاط التالية:

- عدم تميز البروتوكول بالكف، الذي يظهر من خلال وجود أزمنة كمون كثيرة في القصص، خصوصا الطويلة منها ،سواء كانت في بداية القصة أو خلالها، الأمر الذي يدل على رقابة شديدة تحول دون الاسترسال وترك العنان للخيال لنسج القصص، كما يجب أن يكون بناء القصص محكما وسليما، وإلا تكون قصيرة، مما قد يدل على هروب من مواجهة المنبه (اللوحات)، الذي قد يثير استدعاءات خطيرة بالنسبة لانا.
- إلا تكون القصص مبنية للمجهول بل تشمل على أشخاص معرفين تربطهم علاقات وإلا تشمل كذلك على صراعات غير معبر عنها ،تكون أسبابها غير موضحة ،أو تكون قصص مبتذلة دون طابع شخصي (Placage)، بل يجب أن تكون القصص مليئة بدينامية تعكس النشاط الفكري والواقع النفسي الداخلي، وذات صراعات مبلورة بحيث يتم ارضان هذه الأخيرة على المستوى النفسي.
- أن تشمل القصص على سياقات متنوعة تساهم في بناء القصة ،بصورة مرنة، ولا تظهر في البروتوكول سياقات من النسق فقط، كما يجب ألا يوجد سياقات كثيرة في البروتوكول من النسق (C) الذي يثير إلى تجنب الصراع ، ولا من النسق (A) الذي يشير إلى الرقابة مثل سياقات : (A2.3)، (A2.8)، (A2.15)، إنما لا بد من تنوع السياقات، فلا يظهر النسق (A) إلا بقدر كاف، وكذلك بالنسبة (C)، وان يكون كذلك ظهور السياقات الأولية (E) ضئيلا لان ظهورها بكثرة يدل على عدم القدرة على التحكم في التفكير، وتغلب اللاشعور مما ينقص من القدرة الدفاعية الجيدة، نذرة هذه السياقات في بروتوكولات الجزائريين يدل على سيطرة الكف والرقابة على سيرهم النفسي، وهذا أكثر من بروز عند الذين يعانون من اضطرابات نفسية سي موسي (2000).

- لا بد أن يشتمل البروتوكول على سياقات النسق (B) التي تعبر عن المرونة، ليشكل تفاعل هذه السياقات مع بعضها البعض قصصا واضحة، وذات مقروئية جيدة .
- ضرورة احتواء البروتوكول على سياقات (CF1) الي التمسك بالمحتوى الظاهري للوحة، مما يدل على الاستناد للواقع، حيث يعد ذلك مؤشرا ايجابيا عند ظهوره لدى الأطفال والمراهقين، الذين يكونون مفعمين أكثر في الخيال بحكم المرحلة النمائية التي يعيشون فيها .

- أن تكون السياقات متنوعة ومصبوغة بوجدان ذو صدى هومي مرتبط بالمحتوى الباطني للوحة، أي أن الوجدان يكون مرتبط بتصورات متنوعة تستجيب لتنوع المنبهات (اللوحات)، أن هذه السياقات "تضمن في بعض الحالات الارتباط بين متطلبات الوعي والعالم الهومي، وتساهم في بلورة القصة، ولديها بذلك قيمة تفريقية فالمقروئية تدل على وجود علاقة اتصالية بين الشخص وعالمه الداخلي من جهة ، وبين الشخص وغيره من جهة ثانية " (Shentoub et al.,1990).

تشير إلى انه لا بد من اخذ بعين الاعتبار " السياقات المستعملة من طرف الشخص ونوعيتها وكيفية ظهورها و تفاعلها مع السياقات من نفس النسق ومن نسق آخر." لذلك لا بد من تحليل السياقات، ليس فقط تلك التي تظهر في كل لوحة، إنما على مستوى مل البروتوكول.

إن المقروئية الجيدة تدلنا على سير نفسي جيد، إذ تعتبر شنتوب إن المقروئية عبارة عن عمل ترابطي متناسق بين البنيات الشعورية واللاشعورية (Brelet (1986). تتسم الجيدة منها بقصص مبنية (Structurées)، تكون السياقات المستعملة فيها مرنة ومتنوعة ومتينة (Solides) بقدر كاف، تساهم من خلالها في بلورة القصة، إضافة إلى ضرورة تنوع العواطف ذات العلاقة بالتصورات تبعا لتنوع المنبهات، ووجود صدى هومي مرتبط بالمحتوى الكامن للوحة.

يمكن تحديد السير النفسي النموذجي انطلاقا من اختبار تفهم الموضوع من خلال المقروئية التي تنتمي النوع الأول، أي الايجابية التي تعكس تحريك الدفاع بشكل يمكن الأنا من الخروج من الصراع، بحيث يمكن التحكم في العدوانية، وعدم ترك العنان للنزوات الليبيدية،

مما يدل على فعالية الآليات الدفاعية، يأتي بذلك إنتاج الأنا مرنا يشمل على صدى هومي نتيجة الارتباط الوجدان بعدة أنواع من التصورات استجابة لتنوع المنبهات (اللوحات) .

طريقة تفاعل السياقات مع بعضها البعض للظهور على ساحة الوعي في منتج للانا على شكل نسيج قصصي، يوضح ويجلي دينامية للسير النفسي للشخص، أما السير النفسي المتوسط فيصنف من خلال المقروئية المتوسطة نتيجة سيطرة عناصر السلسلة (A2)، أو عناصر السلسلة (B2)، أو/و عناصر السلسلة (C)، أو/و عناصر السلسلة (E)، مع وجود إنتاجية مشوهة نتيجة المکانیزمات المستعملة، في حين يصف السير النفسي الهش انطلاقا من المقروئية السيئة للغاية وذلك في حالة سيطرة عناصر السلسلة (E)، وعناصر السلسلة (C)، حيث يكون الدفاع مكثفا والعواطف فضاة توحى باجتياح مستمر للسياقات الأولية ايت سيدهم (1990) فتظهر إمكانية الأنا ضعيفة في بناء القصة وانسجامها مع بعضها البعض.

5- ظروف التطبيق

في البداية شرعت بإجراء المقابلة النصف موجهة بمختلف محاورها وهذا لجمع المعلومات الكافية حول المفحوص ثم انتقلت إلى تطبيق سلم سان أنطوان لقياس الألم بغرض تحديد نوعية الألم ، شدته وصفه، وخاصة كيفية إدراكه والتعبير عنه من قبل المفحوص، وأخيرا طبقت اختبار تفهم الموضوع (T.A.T.) وهذا قصد التعرف على نوعية الآليات الدفاعية ودراسة التوظيف النفسي لدى المفحوص.

الفصل السابع

عرض و تحليل النتائج

عرض المقابلات ونتائج تطبيق سلم سان أنطوان مع التحليل والمناقشة

الاستنتاج العام

خاتمة

1- عرض المقابلات ونتائج تطبيق سلم سان أنطوان مع التحليل والمناقشة

تقديم الحالة الأولى : نهال 43 سنة

1-1 المقابلة مع نهال

تبلغ نهال 43 سنة، متحصلة على شهادة البكالوريا، لم تواصل دراستها وهي الآن مأكثة في البيت، مقيمة بالعاصمة، والديها على قيد الحياة، لها أخت متزوجة وأربعة إخوة، اثنين منهم متزوجين، تبدو نهال ذكية، تعتنى بمظهرها الخارجي تستعمل الفكاهاة في حديثها، متمسكة في الحياة مؤمنة بالقضاء والقدر، ليست لها سوابق مرضية، بدأت تشعر بألم متمركز في ثديها خلال فصل الصيف لكن لم توليه اهتمام نظر لعدم ظهوره بصفة دائمة و مستمرة بعد أشهر تقريبا في شهر جانفي ازداد الألم شدة معرقا مع وظائفها اليومية، لم تتمكن نهال من النوم ليلا فاستشارت الطبيب الذي تقطن بالأمر وطلب منها إجراء المزيد من التحاليل والأشعة، بعد أشهر من العناء.

نهال لها علاقة جيدة مع أقاربها، تقول أنها تحب زوجها وابنتها البالغة من العمر 17 سنة، تصف زوجها انه عصبي يتعكر مزاجه من أية حاجة بسيطة تزعجه، يعيشون مع الجد والجددة في منزل صغير.

كانت ردة فعلها عندما عرفت انه مصابة بالحيرة "سبحان الله، jamais مرضت بعدا direct نهال المرض! إيه واش ادير الواحد وليت نتبع برك واش اقو لولي هات برك نبرا، قالولي ديري العملية خفت نموت mais درتها نحيتها بلاك راح المرض معاها".
وتضيف: "كنحيتها وليت نحشم بزاف من راجلي، يشوفني هاكاك، ماشي كيما النساء لوخرين، خصتني حاجة".

بالنسبة لرد فعل زوجها تقول نهال انه صمت لم يتحدث معها طوال ساعات: " راح خرج تكيف ولا قال: الكاتبة، كما اقولو: "pour le meilleur et pour le pire"، مع العلم أن زوج نهال عسكري فعمله يرهقه ويزيد من توتره وعصبيته.

كانت ردة فعل عائلة عنيفة فقد نصحته أمه بتطبيقها بعد شتمها ولومها إذ قالت الجدة: "واش داك تتزوجها، شوف عندها هذاك المرض، بلاك عداتك، دوك تموت تتمحن وحدك بالطفلة". وحين سألتها عن ما أصيب احد أقاربها بهذا المرض أجابت نافية ذلك.

أما عما إذا واجهت مشاكل قبل إصابتها تقول نهال: "c'est normal"، شكون ما عندوش مشاكل surtout مع عجوزتي، يعني الضيق، ماكانش وين نهرب، mais كنفكر je me dis، ايه منمدوش هاكك برك كاين سبة، من قبل كنت كالغزالة دوك راحت فيها قاع mais شدة وجوز".

فيما يخص الأعراض الجانبية فنهال تصف ألمها انه متوسط وتتحمله لكنها تعاني من اضطراب في النوم: "tellement" الستر ما نقدرش نرقد بكري كنت نرقد دوك والو، الليل نبقى قاعدة نخم في حياتي كيفاش ولات، ملي مرضت زادو المشاكل مع العجوزة علاج شفال في هذه الحالة راني الله غالب بلعقل برك ندير واش نقدر mais ندير si non القيرة". إن الألم الذي يعاني منه نهال اثر على نشاطاتها الاعتيادية فقد تغيرت منذ وجود الألم واستمراره: " قبل ما نمرض ندير قاع الشغل، نراقب قرابت mes enfants، نخدم Le crochet بصح دوك ما نقدرش حبست".

عن العلاقات الاجتماعية فهي كثيرا ما تتجنب المواقف الاجتماعية، كالتحدث إلى الغرباء وقد تحققت من فقدانها الرغبة في التحدث إلى غيرها، حصص العلاج الكيميائي ففي قاعة العلاج المريضات الأخريات تتحدثن فيما بينها بينما نهال فتبقى معزولة منطوية صامته، إضافة إلى أنها تقول: " même لعراس ما ولينش نروح لهم نحاف افيقولي، يشفقو اعلي وليت ما نروح حتى بلاص à part à l'hôpital قدام راجلي ما نوريش mais كنكون وحدي نبكي على حالتي".

و لما سألتها عن طموحاتها المستقبلية قالت نهال: " هذا المرض زعما بيراو منو، علا بالي كاين لبراو mais زعما définitivement، يعني وعلاش، لا لا راني نداوي ندير قاع واش اقولولي، même كينكون ça ne va pas نبين روجي راني bien، غير نبرا كما كنت هذا واش راني حابة".

1-1-1 تحليل المقابلة مع نهال

- كانت ردة فعل نهال الحيرة شديدة ، المفاجأة، التناقض نوعا ما، فالمدة كانت طويلة حينما كانت تشعر بالألم قبل الإعلان عن المرض والتي دامت 7 أشهر تبرز هذه الحالة الرفض (ميكانيزم الرفض).
- تاركة المسؤولية للغير، نفذت ما طلب منها.
- نلاحظ أن فكرة الإيمان قي قلب موضوع عباراتها ويظهر أن تمسكها بالإيمان كان لها ركيزة.
- بالنسبة لتداعياتها وتصوراتها نلاحظ أنها لا باس بها تتكلم نهال بسهولة لها إمكانيات التعبير عن شعورها نجد العبارات اللائقة وهي تصف وضعيتها المؤلمة فمن ناحية السيوولة نوعا ما.
- فيما يتعلق بالكثافة فهناك نوع من الضعف فهي لا تتعمق في الحديث عن ماضيها (تاريخها الشخصي) وعن جميع مراحل حياتها.
- أما عن الديمومة فرغم ترددات المفحوصة فيظهر توفر في تصوراتها عندما سألناها فلا نجد أي نوع من الكف، أو قلة الكلام أو حتى الصمت.
- انطلاقا من هذه المعلومات يمكننا القول أن عقلنتها من نوعية جيدة نوعا ما إلى عقلنة غير مؤكدة، وما ثبت في تسيير علاقاتها مع الآخرين تقول بأنها تهتم بالأعمال المنزلية يلاحظ اللجوء للسلوك ما يعطي فكرة عن نوع من الضعف في التوظيف النفسي.
- عند ذكر ألمها فنلاحظ نوع من الآليات كالكبت فهي لم تتكلم عنه كثيرا يصحب الشعور بالألم آليات تجنبية فعالة.
- إضافة أننا لاحظنا عبارات توحى فهي تستسلم لا تؤمن كثيرا بإمكانية الشفاء، إلى جانب وجود أبعاد مستقبلية معرقله ومحدودة ووجود آليات دفاعية بالحذف، الإلغاء التي تصاحب أقوالها.
- نهال غير واثقة من نفسها ولا بعلاجها نظرا لصعوبة ظروفها لعدم توفر سند اجتماعي ما يجعلنا نتساؤل حول احتمال وجود تنبؤ سلبي لحالتها ؟

2-1-1 تقديم و تحليل نتائج سلم سان أنطوان لقياس الألم (حالة نهال)

من خلال تطبيق سلم سان أنطوان لقياس الألم على المفحوصة تحصلنا على النتائج الآتية:

- بالنسبة للنتيجة العامة فهي مقدرة ب 35 نقطة وهو معدل متوسط دال على تجاوب المفحوصة نوعا ما ووجود إمكانيات للتعبير عن ألمها وجوده وإدراكها له يتمكنها من وضع علامة على كل صفة.
- فيما يخص النتيجة الحسية فمعدلها هو 16 نقطة وهو معدل منخفض ما يشير إلى أن نهال لا تصف ألمها من ناحية حسية إذا أعطت لمعظم الصفات الحسية علامة "0" فنستطيع القول أنها إما تنكر ذلك أو تسيطر على ألمها لكيلا يهيمن الجانب الحسي.
- و فيما يتعلق بالجانب الوجداني نتيجته مقدرة ب 23 نقطة فهي مرتفعة مقارنة بالنتيجة الحسية دليل على سيطرة الوجدانات للتعبير عن الألم .
- لاحظنا أن المفحوصة لم تواجه صعوبة لإعطاء علامة على الصفات لكنها استغرقت وقت معتبر للإجابة كذلك إعطائها "0" لمجموعة معتبرة من الصفات مع هذا فنهال لا تنفي شعورها بالألم وانه يزعجها نفسيا ما يؤثر على وجداناتها بصفة سلبية .

3-1-1 تقديم بروتوكول تفهم الموضوع وتحليله (حالة نهال)

- **اللوحة 1:....3** طفل (تبتسم) يقرأ موسيقى أو (بصوت غير مفهوم) (ي ؟) يخزر في الكمانجة أو م..دنيا يا ظلمة ..فكرتني في نهارا أه.. جانا الشيخ تاع الموسيقى كان dégouté تاعو أو ما نعرف، أمبعد من les cahiers حابين نقرأو هدوك اليامات نقرأو الموسيقى أمبعد...إبه أمبعد جالينا اشرو20 " c'est bon عديك الضربة ما ولاش... (لا بالرأس).

❖ دينامكية السياقات

تباشر الإجابة بادراك الطفل مع ابتسامه (CC1)، تركز على ما يفعل (CF2) بصفة تكرارية (A2-8) و هفوة في الكلام (E17)، مع تدخل الباحث (CP5)، لتربط الطفل

بالآلة الموسيقية (B2-3)، وبعد صمت (CP1) تنتقد نفسها (CN9)، تدرج وجدان متعلق بفقدان الموضوع على شكل اكتئاب (B2-4)، وبعد صمت قصير تذهب إلى التلميح إلى عناصر حسية (CN5)، تدخل اعتبارات شخصية (CN2) مع الرجوع إلى الماضي (A2-4)، هفوة في الكلام (E17)، صمت (CP1)، تدرج شخص غير موجود في الصورة (B1-2)، مع رغبتهم في تعلم الموسيقى، مع الإدلاء برغبة ضمن نفسية (A2-17)، فوصف (CF2)، لتشير إلى فقدان أستاذ الموسيقى كسند (CM1)، من ثم تهز الرأس بلا (CC1)، مع ميل إلى الاختصار (CP2).

❖ الإشكالية

تطرقت نهال إلى إشكالية عدم القدرة وعدم النضج بصفة غير صريحة بطغيان إشكالية فقدان للموضوع والذي أدى إلى عدم القدرة على التعلم، كأنها تعترف أن دون الموضوع الناضج لا يمكنها التغلب على الصعوبات والقدرة.

● **اللوحة 2: ...1** "هديك أي شادة كتابات تقرا ولا.. أم يخدمو زرع أم يحرثو...مرا متذكية على الشجرة.. أم في الريف enceinte جبال. او هذي ما نعرف أي رايحة تقرا ولا.. ا ي تقرا الزراعة ولا فكرتني نهار طلعتنا، نحينا كانت اختي تسكن في وطلعتنا نحينا زيتون في الجبل، نحينا زيتون جوزنا نهار تما امبعد اهبطنا puisque و جوزنا نهار شباب.. ما نعرف أهنا بحر ولا هدوك ديار؟ .. هدو ما نعرف لحجز لا شكاير لالا حجر حجر.. حوايجهم هذا او شاد العود حا يحرث.. حرثوها. puisque منايا كاين واقبلا الماء يسيل من الأرض... c'est c'est bon (لا بالرأس) 33".

❖ ديناميكية السياقات

تبدأ مباشرة بدون إطالة عزل الأشخاص (A2-15)، و بعد صمت (CP1) تصف المشهد مركزة على الجانب الظاهري له (CF2)، يليه صمت (CP1)، لتعطي عنوانا للمشهد على شكل عقلنة (A2-13)، لتبرر ذلك بالتفاصيل (A2-2)، تكرر ما قالتها بخصوص البنت في المستوى الأول (A2-8)، مع تردد (A2-6)، لتدرج رأيها الخاص (CN2)، تدخل شخص (أختها) (B1-2) مركزة على ما فعلوه (CF2) مكررة ذلك (A2-8)، لتضفي صفة مثالية لما عاشته (CM2)، بعد صمت (CP1) تعود إلى الصورة بتردد

في التفسير (A2-6)، ثم التدرج آلية الإلغاء (A2-9) وبعد صمت (CP1) تنتقد المادة (CC3)، لتبرر ذلك (CN5)، لينتهي بها الأمر بادراك الرجل بأخذ مسافة، هذا كله دون إعطاء هوية لكل الأشخاص (CP3)، فنشاهد بعد ذلك تصورات متناقضة (يحرث - حرثوها) (B2-6)، بعد صمت تسلط على جزء نادر وغريب (E2)، لنتهي قصتها دون التلميح إلى صراع كان (CP4).

❖ الإشكالية

تفادت نهال قدر الإمكان الوضعية الأوديبية بعدم إعطاء هوية للأشخاص، ولقد حاولت تفادي إدراك الرجل، فسرعان ما أدركته ألغت ذلك، هذا ما جعلها تنزلق في سياق أولي، قد يبعث إلى كونها أنها فقدت أبوها مبكرا، فوجوده ليس من المعتاد، أي أن دفاعها لم يندمج مع ظهور صورة الرجل، فلم تستطع دمجه في المشهد ككل، لضبط توازنها.

● **اللوحة 3BM: 1...** "هديا طفلة puisque شعرا متكية على fauteuil ولا canapé هكيا ..تبكيوا زعفانة بلاك مازلت لابسة صباطها بلاك هداك وين جات من الليكول ولا..اي زعفانة او أي باينة أي تبكي قاعدة على القاعة..باينين بلي فقراء puisque لرض..غير ciment..بلاك أي جعانة ولا... (لا بالرأس) ما فكرتني بحتى حاجة... (لا بالرأس) c'est bon 20".

❖ ديناميكية السياقات

تباشر نهال الحديث بصعوبة أنها تخلط في هوية جنس الشخص (B2-11) لينتهي بها الأمر بها بالتصريح بأنها طفلة مستدلة بالشعر (A2-2) كعنصر نرجسي، تتردد (A2-6) و تشير إلى بيدها (CC1)، وبعد صمت تعطي وجدان (B2-4)، بعد صمت (CP1)، تتحفظ (A2-3) وتعطي قصة خاصة بها (B1-1)، مركزة على اللباس (B2-10) تتحفظ (A2-3) لتتردد في التفسير (A2-6)، لتكرر ما سبق (A2-8)، لتربط ذلك بما تحس به (CN1)، تواصل في نفس الاتجاه بتبرير ذلك (A2-2)، وبعد صمت، تتحفظ (A2-3)، لتعطي تفسيراً ذو معنى فمي "جعانة" (E9) مع تردد (A2-6)، وبعد صمت (CP1) تهز الرأس بلا (CC3)، مع إنكار (A2-11) واختصار تام (CP2).

❖ الإشكالية

لقد تمكنت نهال من إعطاء وجدان لم تربطه بفقدان موضوع باعث إلى وضعية الاكتئابية، بل أرجعته إلى الحرمان، حرمان بدائي متعلق بالأكل، ولم تستطع أن تجد خروج لذلك سوى اللجوء إلى الفعل ونقد اللوحة بإنكار الصدى الذي أحدثه عليها، لتجنبه بالكف.

● **اللوحة 4: 1...** فيلم ولا.. يافيلم يا غلاف تاع كش cd ولا (لا بالرأس) طاقة هـو ممثلين ما نعرفهمش بصح بيانو كما تاع بكري... هذا واقبلا او خارج او زعفان، هي ما عيش حابة تخرج c'est bon ما فيهاش شغل تفاصيل بزاف (لا بالرأس c'est bon 17).

❖ دينامكية السياقات

تبدأ الحديث بهفوة (E17) فتردد (A2-6)، وبعد صمت تبتعد عن الصورة (A2-4)، مع تردد (A2-6) واماءة بالرأس (A2-16)، لتدرك الشخصين مع إعطاء رأيها (B2-12)، كأنما هناك إنكار معرفتهم لها (A2-11)، تعطي صفات خارجية لهم (B2-10) مع الابتعاد في الزمن (A2-4)، بعد صمت (CP1) تتحفظ (A2-3) بالنسبة للرجل لتصف مزاجه (CN1) لتعطي ما تفكر فيه المرأة (A2-17) يتناقض مع الرجل (يخرج / ما تخرجش) (B2-6)، هذا دون إعطاء الهوية الشخصيتين (CP3)، بعد صمت تشير إلى كف في الكلام بانتقاد المادة (CC3)، مع اماءة بالرأس (CC1)، مبتعدة عن الإدلاء بأسباب الصراع (CP4).

❖ الإشكالية

أدركت العلاقة الشبقية بقطيبيها الحميمي والعدواني، وحاولت نهال عدم التورط قدر الإمكان بإقامة حاجز بينها وبين المثير، لكن انتهى الأمر بها بإعطاء وصف سطحي لعلاقة كأنها أسقطت الرغبات الحميمية على الرجل (الرغبة) ورغبات العدوانية على المرأة (رفض الرغبة).

أبقت الوضعية الصراعية على حالها أي بإصرار كل منهما على رأيه، دون أن تصرح إذا كانت هذه العلاقة شرعية او غير شرعية.

● **اللوحة 5:** تبكي جابلي ربي (أم؟) 1...هديا باينة دار دار مليحة مرفهين حتى الحوايج تاوحها باينين بلي في هذاك الوقت باينين بلي.. دخلت ل salon.. ولا (أم؟) دخلت salon

ولا..رف كتابات (تشير بأصبعها) باينة تحوس على كش واحد ال table vase..تاع بكري..بيوزة او (أم؟) بيوزة او ...ما نعرف أي تبكي.

كتابات كبار باينيين بلي بلاك في دارهم كش واحد يقرأو la commode ما هيش تبكي ..ولا إيه أي مشي تاع دراري لي يقرأو في الليكول تاع الكبار ..باينيين بلي فوقتهم كايين كتابات نشفى هذي كما لا... باين بلي شمبرة أي مظلمة كايين حاجة genre و تاع ماني كشغل قديمة تاني عندها خزانة ديالها هاذا او هي البلاصة لي كانت فيها ما كانش فيها الضوء دخلت شمبرة لقات هنا أي يضرب الضوء الضوء..41".

❖ دينامكية السياقات

تعطي عنوانا مباشرة اللوحة (B2-13) على شكل عقلنة، تتعثر في الكلام (E17)، بعد صمت (CP1)، تمثلن تلك الدار (CM2) بصفة ايجابية تركز على لباس المرأة (B2-10)، لتبعد في الزمان (A2-4) بتكرار (A2-8)، وبعد صمت تتعثر مرة أخرى (E17) بتردد في التفسير (A2-8)، تصف تفاصيل اللوحة (CF1) تشير إلى ذلك بيدها (CC1). لتدرج شخص غير موجود في الغرفة (B1-2) تركز مرة أخرى على أجزاء اللوحة (CF1) بالابتعاد في الزمان (A2-4)، وبعد صمت تعطي ادراكا خاطئا للمرأة (E4)، بتردد (A2-8) و تحفظ (A2-3)، تلغي تماما ذلك التفسير (A2-9) ثم تعود إلى الوصف الظاهري للوحة (CF1)، تتحفظ (A2-3) قبل إدراك شخص غير موجود في اللوحة (B1-2) مع تردد (A2-6) مع الإدلاء برأيها الخاص (B2-8)، أتركز على علاقة سندية "فوقهم كتابات" (CM1)، وبعد صمت (CP1)، تربط اللوحة بمعاش شخصي (B2-8) بادراك شخص غير موجود في اللوحة (B1-2) انتقاء محتوى الصورة (CC3)، لتربط ذلك بجديتها (B2-3). بعد ذلك تعطي تفصيلا متعلقا بالحس (CN5) "مظلمة"، تربطها بتصور بانشاطار الموضوع (E15)، فكل هذا الدوران يحول دون إعطاء سبب لصراع ما.

❖ الإشكالية

ركزت نهال منذ البداية على الجانب النرجسي للصورة، لتصرح أن المرأة " على كش واحد " لكنها لا تسمح بإعطاء تصورات وافرة للفهم، فكلما بادرت بشيء تغلبت عليها التفاصيل النرجسية، كما فعلت عندما صرحت ببكاء المرأة الذي ليس له علاقة، لكن قد يكون

له جواب لا حقا، حيث داخل دفاعها النرجسي وتدخلاتها الشخصية تضي على الشخص الذي قد يكون في البيت بأنه " يقرأ" أي انه يستثمرا لدراسة مما لا يسمح له باستثمار ما ترغب فيه المرأة هذا ما يبرر بكانها بفقدان لشيء او موضوع، وهذا ما تؤكد في الأخير عندما تقول المرأة كانت في الظلام أي في الخفاء أين يمكنها ممارسة أي ممنوع ثم خرجت إلى الضوء أين لا يمكنها ذلك باعثة إلى تقسيم الصورة إلى جزء جيد وجزء سيء. فهنا صورة الممنوع لم تمثلها المرأة، بل مثلها الشخص الغير الموجود بالدراسة، كأنما الدراسة تعتبر حاجز و صاد للممنوع.

- **اللوحة 6GF: 2...** هذي مرا دايرة عند هذا الرجل، كش ما او يقولها ما نعرف..الى جابلها كش خبر puisque تبان مخلوعة... ولا برك معاها.. 5 c'est bon".

❖ دينامكية السياقات

بتباشر الحديث بربط الشخصين (B2-3) دون إعطاء هويتهم (CP3)، تعطي تفسيراً بتحفظ (A2-3) و انتقاد للنفس (CN9)، تعطي تفاسير أخرى بتبري (A2-2) مع ادراج وجدان (B2-4). وبعد صمت (CP1) لتنفى ذلك لتهدئ من الصراع (A2-9) مع الميل الى الاختصار (CP1).

❖ الإشكالية

التقرب الاوديبى يدرك من طرف نهال لكن ليس على شكل تقرب جسدي، فتؤكد على انه يقتصر على الكلام فقط، فنلاحظ أن الرغبة آتية من الرجل (القطب النشيط)، وكأنه يريد أن تكون العلاقة بصفة أخرى مما يجعل المرأة في حالة هلع، ما يجعلها تفضل العلاقة الأولى حتى تتفادى الإشكالية الجنسية التي من الواضح هي صعوبة الارصان لديها.

- **اللوحة 7GF: 2..** طفلة مع يماها ..رافدة بويبة أي تخزر فيها، عطتهاها بلاك يماها..ولا أي تتصح فيها أي تسمع فيها؟ ايه تهدر معاها.. 4".

❖ دينامكية السياقات

تربط مباشرة الشخصين في اللوحة (B2-3) مع إعطاء هويتها (بنت - أم)، وبعد صمت (CP1) تسلط الضوء على البنت التي تربطها مرة أخرى بلعبة (B2-3) لتصف وضعيتها

(CN1)، وبتحفظ (A2-3) تقول أن اللعبة هي هدية من الأم، لكن بعد صمت (CP1)، سرعان ما تعطي أخرى (A2-6) فسؤال للباحث (CC2) لتعود الى التفسير الأول " تهدر معاها" كإنكار لما سبق (A2-11)، مع الميل الى الاختصار (CP2).

❖ الإشكالية

تطرقت نهال الى الطفل الاوديبي الذي قد سمحت به في البداية، لكن سرعان ما غيرت مجرى القصة، لتملح على عدم رغبة الأم في السماح بذلك بالنصح ثم بالاستماع، وأخيرا تنكر وجود أي صراع، وأصبحتا تتكلمان فقط، لتتوصل الى تجنب الصراع .

● **اللوحة 8BM:** " هـو أم يقتلو فيه ولا ايه أم يقتلو فيه وإيه زعم طبيب اه أم يقتلو فيه هـديا سلاح هـدايا سلاح او يعسلهم قدام الباب ولا هـدايا يدو.. هذا يا ضوء لومبة ولا يدو مقطع او يحوس يقتلوه بصح أه هذا ما نعرف.. باينيين مشي في السبيطار puisque البنك اللي راقد فيه c'est pas ça باينة السقف تاني... هـدايا باين كبير على هـدايا وكبير على هـدايا. (؟) راهم dessin لي راه اعسلهم قدام الباب..ولا بلاك هـذي policier في الظلمة والضوء او ام في الظلمة ..هـدايا بلاك لي رسمها...(المستوى الأول) (ام ؟) ايه c'est bon ايه هـديا صغير بصح او لا بس هـفايس هـكايا... costume... ولا ...ايه c'est bon.

❖ ديناميكية السياقات

دخلت نهال مباشرة في الحديث (B2-1)، تتردد (A2-6) مع تكرار (A28) لتدخل وجدانا قويا متعلق بالقتل (E9)، تدخل شخص في الصورة دون إدماجه (A2-16)، كما انها هنالك وضعيتين متناقضتين (B2-6)، لتؤكد مرة أخرى على عملية القتل (A2-8) مع تعثر في الكلام (E17) .

تدخل بعد ذلك الشخص في المستوى الأول، ومن ثم تدخل عضو له لا تدمجه (A2-16) مع الإدلاء بتفاسير عدة (A2-6) بين جزء متعلق بالحس الضوء (CN5) وبين العضو منفصل (E6) مع التعثر حيث أن الكلام غير مفهوم (E11)، حيث لا نفهم من يريد قتله مع انتقاء للذات (CN9)، وبعد صمت (CP1) تؤكد على الذي يحوم الوضعية مع التبرير (A2-2).

تعلق على ما يحيط بالأشخاص (B2-8) ثم تركز على عمر الأشخاص (E16) حسب الظاهر وبعد صمت (CP1) يتدخل الباحث (CP5) لتسلط الضوء على صفات حسية (CN5) تصل الى الانشطار (E15)، وبعد صمت ترجع الى الشخص في المستوى الأول لتعطي له الهوية (مهنة) تبدو غير ملائمة بما قالته من قبل كأنه شريك في الجريمة. بعد صمت (CP1) تجمد تلك الحركة على شكل لوحة على شكل لوحة فنية (CN8) مع تحفظ (A2-3) لتربط تلك اللوحة مع الشخص في المستوى الأول (B2-3)، وبعد صمت (CP1) يتدخل الباحث (CP5) لتؤكد وتنتهي وضعية الاختبار، لكن بعد صمت (CP1) تركز على ملامح الشخص في المستوى الأول على عمره وعلى الجوانب النرجسية له (B2-10) مع تردد (A2-6) ونقد للمادة (CC3) وعدم الإدلاء بأسباب الصراع (CP4).

❖ الإشكالية

لقد أثرت اللوحة كثيرا على نفسية نهال نظرا لاضطرابها واختلاط ادوار الأشخاص في اللوحة بين الطبيب الذي من المفروض يعالج فهو يشارك في القتل، وبين الشرطي المتورط الذي من المفروض انه يحمي يشارك في الجرم. كما أن مضمون اللوحة أدى بها الى النكوص الى مرحلة قبل قضيبية عند إدراكها لأجزاء جسم مفككة لوحدها، باعثة الى الغرابة المقلقة، أين الطفل لم يصل الى إدراك الأشياء في كليتها ومجملها لم تعطي سببا لهذا العنف الظاهر، حاولت التخلص من تلك النزوات العدوانية بالرجوع الى خصوصيات نرجسية أدى بها الى الانزلاق في السياقات الأولية، وتمكنت من اخذ بزمام الأمور بتجميد الحركة ونقد اللوحة، فتسيير العدوانية كان في جو غامض، لم تستطع دفاعات الإخراج والرقابة من ارضانها جليا.

● **اللوحة 10:** "هدايا او يودع في هدايا ..بلاك شي وراهو رايح ... هذا وز عفان ام ز عفانيين في زوج تس ام في ظلمة بلاك هذا وليدو ولاولاخوه ولا ... (اماءات بالوجه) هذا بلاك ماهوش حاب يبين لهدايا بلي او ز عفان ...بلاك ام في l'aéroport ولا je ne sais pas بصح ... (لا بالرأس) ما فيهاش بزاف des choses أي فكرتني بعفسة بصح وشنو هي ايه نهار كي كنت في السبيطار كنت صغيرة او يما كي تولي للدارنزعف بزاف هي تاني تزعف كانت تغيدني عمري كي نقعد وحدي.... c'est bon 35".

❖ دينامكية السياقات

تدخل نهال في الحديث بعد وقت قصير جدا، لتدرج حالة انفصال (CN4) بين شخصين (B2-3) دون إعطاء هويتهم (CP3) مع وصف بعد صمت (A2-3) لتنفى الانفصال (A2-9) وبعد صمت تدرج وجدان يخص شخص ثم كليهما (B2-4) وبعد صمت (CP1) تتعثر في الكلام (E17) وتركز على صفة حسية (CN5)، تتحفظ (A2-3) لتعطي هوية للشخصيين مع إدراك خاطئ (E4) مع تردد في التفسير (A2-6)، ومن ثم تستعمل اماءات في الوجه (A2-3) لتصف حالة احد للشخصيين الذي يواجه صراع ضمن نفسي (A2-17) مع حركة آلية التكوين العكسي (A2-10) وبعد صمت (CP1) تتحفظ (A2-3) لتبتعد في المكان (A2-4) مع تردد (A2-6)، انتقاد لنفس (CN9) و هفوة في الكلام (E17) مع اماءة بالرأس (CC1).

بعد ذلك تنتقد المادة (CC3)، الرجوع الى تعاليق ومعاش شخصي (CN2) مع الابتعاد في المكان والزمان (A2-4)، ادراج وجدان ناتج عن الانفصال (B2-3)، يخص صراع ضمن نفسي (A2-17) مع التركيز على عامل السند (الوحدة) (CM1).

❖ الإشكالية

إن الإشكالية الشبقية للجنسين المختلفين التي توحى إليها اللوحة لو تدرك من قبل نهال فقد أخفقت بإدراكها لعلاقة قرب محارم مثلية كما أكدته عندما أدخلت قصتها الشخصية بعلاقتها بأمها على عامل الشراكة بينهم "نزعف هي تاني تزعف" أي أن تلك الرغبة متبادلة وليست من طرفها فقط. فهذا ما لاحظناه في المقابلة التي أجريناها معها أين اهتمامها على علاقتها بأمها ورغبتها في الاستحواذ عليها بصفة كلية دون أخواتها.

● **اللوحة 11:** "هديا أي مظلمة مهيش تبان بزاف هذي بلاك طريق pont شغل جسر هكا صغير منا لوما كان واحد أطيح صغير يوصلنا لحاجة هذي ما نعرف الاتنين ولا .. او واقف هنايا هذو taureau هذو حجرحي حي طيحو هنايا ما نعرف بلاصة عالية ولا، شغل شلال هدايا بلاك عبد او قاعد على genoux تاوعو جابلي ربي taureau او حاب ياكل التنين يهجم عليه، كاين شوية ضوء مع المغرب بلاك ولا ..(لا بالراس) (تشير بيدها على اللوحة)

فكرني ب Mickey .. شفتو تفكرتو مش à ce point يفكروني بصح شغل تشبه (ام ؟) تشابهلو Mickey.. مشي تاع les animaux شغل عباد (ام ؟) تاع عباد هما 43".

❖ ديناميكية السياقات

تدخل مباشرة في الحديث بإعطاء تفصيل حسي (CN5) و انتقاد الصورة (CC 3)، تتحفظ (A2-3) تركز على وصف ظاهري (CF1)، تدرج شخص غير موجود (B1-2) في خالو خطر (B2-13)، تعلق على الجسر (B2-8) ثم تعترف بعدم (CN9) بتردد في التفسير (A2-6) تعود لوصف حالة هلع وخوف (B2-13) لتدرك أجزاء نادرة (E2) ريثما تذكر ذلك (A2-11) لتعود الى تفسير الأول أين يؤكد على صراع ضمن نفسي (للتور) ذو صبغة عدوانية لتتكئ على المثيرات الحسية (CN5)، تحددنا لزمان (A2-4) كل هذا في ذهاب وإياب بين الدفاع والرغبة (A2-7) تلجا الى الفعل بهز رأسها و الإشارة بيدها على اللوحة (CC1) .

بعد ذلك تعاليق شخصية بصورة متكررة (CN2) تتكلم بصوت خافت مما يجعل الباحث يستفسر (CP5) تؤكد ما سبق مع التعثر في الكلام (E17)، فهي بذلك تدرج أشخاص غير موجودين (B1-2)، وهذا بتحفظ (A2-3) وبعد صمت (CP1) تنفي أن يكون محتوى حيواني كما ذكرت في الأول (A2-9)، وهذا في علاقة مع محتوى خيالي غير حقيقي (A2-12).

❖ الإشكالية

لقد تطرقت نهال الى الإشكالية البدائية لهذه اللوحة، فقد أدركت ذلك بشكل مرن بالرجوع الى الخيال، رغم أنها في البداية نكصت برجوعها الى خصائص نرجسية، لبناء قصة كان هناك ذهاب وإياب بين الرغبة والدفاع لتطلق العنان لخيالها بإشراك تعاليق شخصية، لتتحكم في الوضعية في الأخير بإلغاء ما ورد، مما يدل على الرقابة التي لها الكلمة الأخيرة.

● **اللوحة MF13: 1...** "هدايا واحد او يبكي..هديا مرا أي ميتة ..هدو كتابات باين هذا كان يقرأ باينة بلي الدار صغيرة ما فيهاش des choses بزاف هدايا الراجل او يبكي ..بلاك قتلها ولا هي أي ميتة ..ما عندهومش بلاك la commode ولا (ام ؟) باش يحطو طابلة صغيرة

كرسي قدامه.. cadre.. بيوزة هكا صغيرة، سرير هابط بنك مخدة (تشير الى ذلك) (لا بالراس) "28 c'est bon".

❖ دينامية السياقات

تدخل مباشرة في الحديث (B2-1) لتدرك الشخصين دون إعطاء هويتهم (CP3) بإعطاء وجدانات (B2-4) وبعد صمت (CP1) تتغير مجرى القصة (A2-4) تركز على المحتوى الظاهري (CP1)، ومن ثم تعطي صفة الرجل (CN1) تعطي وصفا سلبيا للغرفة (CM2) لتعود لتفسيرها الأول بصفة متكررة (A2-8)، وبعد صمت (CP1) تربط الرجل للمرأة (B2-3) بتحفظ (A2-3) لتلغي ذلك (A2-9) بعدها، بعد صمت (CP1) تنتقد مرة أخرى هؤلاء الأشخاص لن ليس بحوزتهم أشياء ذات طابع نرجسي (CN10) و سندي (CM1) لتضفي طابعا سلبيا للمنزل، مبتعدة عن الصراع بتسمية المحتوى الظاهري للصورة (CF1) تشير الى ذلك بيدها (CC1)، كل هذا في جو يطبعه الكف والاختصار (CP4).

❖ الإشكالية

لم تتمكن نهال من مبادرة الإشكالية العدوانية في الزوج، تصرح بالموت لكن مجريات ذلك تتفاداه قدرا لمستطاع، تتلاشى دفاعاتها لتقر بالجرم لكن تلغيه على حساب اهتمامات نرجسية ظاهرية وتقليل من شأن المنزل لتهرب من تلك النزوات العدوانية التي تبدو أنهت غير قادرة على ارضائها.

- **اللوحة 13B:** "1... هذي طفل صغير او قاعد على باب تاع تاع دار، تشبه هديك تاع les cowboys هكيا ما هو لابس والو في رجليه على باين تراب في حوايجو شوية مواسيين او زعفران او يستنى في كش واحد او زعفران او يستنى في كش واحد كاين تراب بزاف هنايا يشيه هدوك ال الأفلام تاع بكري باينة هدي الدار فارغة ما كان حتى واحد الظلمة الداخل هو هكا (تشير الى اللوحة) فارغة او قاعد على العتبة تاع الباب دار قديمة فكرني بفيلم تلغ تاع (تبتسم) Luky luke... (لا بالراس). او يدخل الضوء شوية من برا(ام؟) ايه هذي الدار ما فيهاش باب وهو او يستنى في كش واحد باش يجي يديه.. او يدير كش geste ما نعرف بلاك او يستنى في كش واحد en face ولا او جاي ليه..40".

❖ دينامكية السياقات

تباشر الحديث بوصف ظاهري للوحة (CF1) مع هفوة في الكلام (E17)، لتبتعد في الزمن (A2-4) بعد صمت (CP1) لتركز على ما يلبس الطفل (CN5)، مع تقليل في المكانة (CM2) بصفة متكررة (A2-8)، لتدرج وجدان (B2-4)، ثم شخص غير موجود في الصورة (B1-2) مكررة ذلك (A2-8)، تدرك التراب كجزء نادر (E2)، وتبتعد مرة أخرى (A2-4) لتضيفي على "الدار" الفراغ والظلام كالدارك لموضوع سيئ (E14) مع فقدان للسند (CM1) مع التركيز على الاثرات الحسية و (CN5)، تشير بيدها الى الطفل (CC1) لتصف وضعية الطفل بالتحديد "عتبة تاع الدار" (CN6) وتعطي صفة أخرى للدار قديمة للتقليل من شأنها (E14)، تدخل تعاليقها الشخصية (B2-8)، تضحك (CC1) لتبتعد عن الوضعية (A2-4)، وبعد صمت (CP1)، تهز الرأس (CC1) لتركز اهتمامها على المثيرات الحسية مرة أخرى "الضوء" (CN5) بصوت خافت، مما يجعل الباحث يستفسر (CP5)، وتعود لنقد الدار (CM2)، وتصف حالة الطفل مدرجة شخص غير موجود في الصورة (B1-2) كبحت عن سند (CM1)، تربط الطفل بالشخص (B2-2) بتحفظ (A2-3)، وتكرر ما ورد (A2-8)، لتبقى ذلك في الأخير (A2-9).

❖ الإشكالية

إن إشكالية فقدان أدركت من طرف نهال بمرأوغات عديدة، فترددت في تناولها بين الحرمان الفقير المتعلق بالمظهر وبين التخلي المتعلق بمحتوى هش وفارغ و مخيف، لكن تصل في الأخير الى بعث الأمل "شوية ضوء" في ذلك المحتوى مع وجود شخص قادران يخلصه من الوحدة ومن ذلك الموضوع السيئ.

- **اللوحة 19:** حابين يبينو كاش les choses الوان مائية ولا ترابية.. تبان شغل طونوبيل ولا هو dessin...2" هدي حاجة.. محطوطين على الارض هذي العفسة شغل فلبشة أي حابة تبين.. شغل الريح او يضرب منا ولا رايحة تصب الشتا هذي الدار.. وهذا ما.. مشي fort سحاب الريح او يضرب منا اذا كلش منا... الريح او سحاب هذي الارض هذا ماء هذي ديار هذا التبن اداه الريح والشتا رايحة تصب بلاك رايحة تواسي زوبعة ول شغل الكابة كلش.. (لا بالراس) c'est bon 35".

❖ دينامكية السياقات

تباشر الحديث (B2-1) بإعطاء عنوان للصورة (A2-13) مع تردد في الألوان (A2-6) وبعد صمت (CP1) يتحفظ (A2-3) لتعطي قصة من إنتاج خيالها (B1-1) مع محاولة الترميز (A2-13) ومن ثم تدرك مثيرا حسيا (CN5) مع تردد في التفسير (A2-6) الى جانب عنصر التضخم (B2-5)، بعد ذلك تلغي ما ذكرته في الأول "سحاب" ب "ماء " (A2-9)، وتسرد أجزاء بتسميتهم (A2-1)، تتحفظ لتضخم من الوضعية "زوبعة " (A2-3) مع تردد (B2-13) ثم صمت (A2-6) فتحفظ (A2-3) ثم تدلي بوجدان (B2-4) تهز رأسها بلا (CC1) ميل الإنتاج الى المف والاختصار (CP2).

● **اللوحة 16: comédien (التعليمية) ...2 " كيفاه حكاية هكيا ؟ (لي جات) ..هذي التصويرة اللخرى فكرتني بفيلم شتو تاع ضحاها تفكرت تاني نهار صب الثلج عندنا بزف ملي قالتها لنا بلاك كي كنت تاع في بالي تاني تاع devoir غدوة histoire (غدوة ؟).**
 شت تاني فيلم مسلسل هكدايا avocate اعطت ورقة طفلة شغل أي تبان في هدا الرقة حياتها...بدات تطويها مع كل طوية تزيد تصغار 43 c'est bon".

❖ دينامكية السياقات

بعد إعطاء التعليمية عد صمت وجز تستفسر بسؤال (CC2)، وبعد صمت (CP1) تبقى ثابت في الوحة السابقة للابتعاد في الزمن والمكان (A2-4) مع تعليق لها (B2-8) تعدد الاقتراحات (A2-6) (مع محتوى حسي (CN5) مع خلل (E20) تتحفظ (A2-3) تبرر ذلك (A2-1) وهذا دون التجانس مع اللوحة المقدمة بل بالسابقة، ما يدل على عدم توافق الإجابة مع المثير (E7) وبدون تمهيد (A2-14) تعطي إجابة متعلقة باللوحة 16 و تربطها بمعاش شخصي (CN2) وهذا نجد نوع من الرمزية حيث تربط طلبنا بسرد قصة، كلما كأنما الوضعية نفسها (A2-13) بصوت خافت مما اضطر الباحث الى التأكيد (CP5) ومن ثم تضيف اقتراحاتها مما يدل على تردها (A2-6) لتقم العلاقة التحويلية التي قد تكنها لنا بالابتعاد "مسلسل" (A2-4) في مضمون رمزي.

❖ الإشكالية

لقد أكدت نهال اضطرابها حيال اللوحة 19 اثر فقدانها، مما جعلها لا تقبل ذلك بتشبهتها وتمسكها بها، رغم أنها كانت إما مثير آخر فقد اختلطت عليها الأمور ورغم ذلك تمكنت من إدراك اللوحة 16 باستحضار مواضيع غائبة في اقتراحين ذا نفس المضمون: أي رمزي، مما يدل على استثمارها للفكر أما غياب المواضيع مع إظهار التحويل الناجم عن وضعية الاختبار كحوصلة له. وقد نجد في اقتراحها الأخير " كل طوية تزيد تصغار " إسقاط لإحساس بالفقدان للعلاقة التي إقامتها معنا، و كأنما كل لوحة تعبر عن "طوية" ومصيرها هو الانفصال، أي تضيق استثمارات الفرد كلما كبر في العمر.

خلاصة السياقات

جدول ملخص للسياقات الدفاعية حسب شبكة التحليل :

السياقات E	السياقات C	السياقات B	السياقات A
E2=4	CP1=30	B1-1=2	A1=0
E4=2	CP2=4	B1-2=9	A1=0
E6=1	CP3=5	B1=11	
E7=1	CP4=6		
E9=2	CP5=6	B2-1=3	A2-1=2
E11=1	CP=51	B2-2=1	A2-2=7
E14=2		B2-3=8	A2-3=23
E15=2	CN1=7	B2-4=9	A2-4=13
E16=1	CN2=5	B2-5=2	A2-6=20
E17=10	CN4=1	B2-6=3	A2-7=1
E19=1	CN5=12	B2-8=5	A2-8=14
E20=1	CN6=1	B2-10=3	A2-9=7
E=28	CN8=1	B2-11=1	A2-10=2
	CN9=6	B2-12=1	A2-11=4
	CN10=1	B2-13=4	A2-12=1
	CN=34	B2=30	A2-13=1
	CM1=6		A2-14=1
	CM2=5		A2-15=1
			A2-16=3
	CM11		A2-17=4
			A2-18=1
	CC1=14		A2=108
	CC2=2		
	CC3=7		
	CC=23		
	CF1=7		
	CF2=4		
	CF=11		

تحليل السياقات العامة

كانت سياقات الرقابة هي الطاغية لكن تبقى قيمتها غير عالية حيث نجد على شكل تحفظات و اجترارات الى جانب التجنب والكف تتخللها مرونة وغنى الدفاعات، مما يدل على تنوع الآليات المستعملة.

سياقات الرقابة (A2=108):

كانت السياقات متنوعة وكثيرة لكن يبقى التحفظ و التردد، التكرار والابتعاد المكاني والزمني هم الذيك غلبوا ،مؤكدين على الطابع الهجاسي لدى نهال (A2-3=2)، (A2-)، (A2-6=20)، (A2-8=14)، (A2-4=13) نجد كذلك التبرير والإلغاء الصراع الضمن النفسي (A2-2=7)، (A2-9=7)، (A2-11=4)، (A2-17=4)، (A2-16=3).
نجد التكوين العكسي، الوصف، العقلنة، تغيير مجرى المقال، العزل، الذهاب والإياب بين الرغبة والدفاع وهذا بصفة قليلة:

(A2-10=2)، (A2-1=2)، (A2-13=1)، (A2-14=1)، (A2-15=1)، (A2-7=1) .
الى جانب ذلك نجد الرجوع الى الخيال بصفة ضئيلة (A2-12=1) ذكر وجدانات مصغرة (A2-18=1) نمما يؤكد عدم صلابة وفعالية تلك السياقات وفسح المجال للخيال .

السياقات الرهابية (CP=51)

لقد كانت اغلبها متعلق بالصمت (CP1=30) وهذا لتفادي وتجنب الصراعات الى جانب عدم ذكر نوعيتها (CP4=6)، الاختصار (CP2=4).
كما نجد ضرورة طرح أسئلة لخدمة نفس الاتجاه (CN5=12)، مع عدم إعطاء هوية للأشخاص (CP3=5).
فهناك ذهاب وإياب بين الرغبة والدفاع محاولة التحكم في تلك الحركة وعندما لا تتمكن تتجنب الصراع وتنسحب.

سياقات الهراء (B1=11)، (B2=30)

لقد تنوعت هذه السياقات مما يبعدها من الصلابة والروتين فنجد بوادر الخيال من خلال ادراج أشخاص غير موجودي (B1-2=2) ، مع قصص مسوحة من الخيال الشخصي (B1-1=2) نجد كذلك وجدانات مضخمة مع مواضيع الخوف:

(B2-4=9)، (B2-12=1)، (B2-5=2).

الى جانب الصراعات البين نفسية (B2-3=8) تعاليق (B2-8=5)، الدخول المباشر في السرد (B2-1=3).

تركز على تفاصيل نرجسية ذات صدى علاقتي (B2-10=3) إضافة الى الخيال، عدم استقرار التقمصات (B2-11=1)، (B2-2=1)، هذا ما يؤكد ضعف في ارضان الصراعات ، وعدم تحكمها الكلي في النزوات المدرجة في الاختبار.

سياقات النرجسية (CN=34)

نجد أن عدد هذه السياقات كان مهما، قد يدل على استثمارها لذاتها خاصة التركيز على خصائص الحسية (CN5=12)، الإحساس الذاتي (CN1=7)، مراجع شخصية (CN2=5) ننقد الذات (CN9=6) بوضعيات تبعث الى وجدان (CN4=1) التركيز على الحدود (CN6=1) وضع ي لوحة (CN8=1) تفاصيل نرجسية (CN10=1). قد يبعث هذا الى خصائص نرجسية باستثمارها للتفاصيل النرجسية.

سياقات الأولية (E=28)

كان العدد مهم، لكن عند التمعن في قيمتها ليست ثقيلة للتفكير في توظيف ذهاني فنجد الغلبة للهفوات الكلامية (E17=10) الى جانب إدراك أجزاء نادرة (E2=4) ادراكات خاطئة (E4=2) مع وجدانات متعلقة بمواضيع جنسية او عدوانية (E9=2) إدراك لموضوع سيء (E14=2) نانشطار الموضوع (E15=2).

بنسبة قليلة عدم توافق الإجابة مع المثير (E7=1)، اختلاط الهوية (E11=1) البحث عن سببية الصورة (E16=1) مع المساس يتكامل المقال على شكل غموض (E20=1). ونظن أن هذا الانزلاق في مثل هذه السياقات يمثل فشل الرقابة الغير فعالة كما قلنا، لكن في نفس الوقت هناك سماح لعبورها وظهورها على الساحة الشعورية، مما يبين غنى حياتها الهوامية.

الإشكالية العامة

بدت الإشكالية نهال اوديبية رغم التجنب والكف اللذان طغيا على الإنتاج مع الرقابة الغير فعالة بتواجد آليات المرونة والارتخاء رغم تواجد أساليب نرجسية كلما تأزمت

الأمر عليها وهذا لخدمة التجنب أمام الوضعية الأوديبية النزوات الجنسية والعدوانية، التي صعب عليها ارضائها، فالجنسية تدرك من جانبها العدواني أو الانفصال والفقدان، فتفضل تقرب المحارم والعلاقات المثلية، إلى جانب اضطرابها أما الإشكاليات العدوانية والتي أدت بها إلى الانزلاق في السياقات الأولية قد يشكل مشكلا لها، وفي نفس الوقت هو تصعيد لجهازها النفسي باظهار هومات تخفف وتلطف السياقات البورية والصلبة.

4-1-1 خلاصة حالة نهال

من خلال المقابلة تبين إن نهال امرأة غير واثقة من نفسها، لم تتقبل الإصابة بالمرض إذ لجأت لاستعمال ميكانيزم الإنكار خلال مرحلة الإعلان عن الإصابة مع ذلك هي تلجأ إلى التمسك بالعقيدة التي مثلت ركيزة لمساندتها، إيمانها بالقضاء والقدر.

إن تداعيات وتصورات المفحوصة كانت لا بأس بها، فعقلنتها جيدة نوعا ما إلى غير مؤكدة مع ملاحظة صعوباتها في قيامها بالعلاقات الاجتماعية، انعزالها، عدم ثققتها في إمكانية شفائها ووجود أبعاد مستقبلية غير واضحة، مع احتمال تأثير غياب سند اجتماعي ووجود ظروف معيشية صعبة.

من خلال تطبيق اختبار تفهم الموضوع توصلنا إلى أن إشكالية نهال أوديبية رغم التدنب والكف اللذان طغيا على الإنتاج، مع الرقابة الفعالة، إلى جانب قلة التصورات واللجوء إلى نفس السياقات الدفاعية والانزلاق في السياقات الأولية مع إظهار بعض الهومات لتلطيف هذه السياقات، فمجموع هذه العوامل شر إلى قدرة على المفحوصة على التعبير ألمها نظرا لوفرة التصورات.

بالنسبة لنتائج سلم سان أنطوان فسجلت المفحوصة نتيجة هامة متوسطة، تجاوزت نهال واجهت بعض الصعوبات في تنقيط بعض الصفات لكن تمكنت من ذلك فهي واعية بشعورها بالألم رغم الرغبة في تجنب ذلك، مع سيطرة الجانب الوجداني لوصف ألمها ما يؤكد قولها " نبكي كنكون وحدي نتقلق من حالي وليت نبكي بزاف كنجاس الستر"، وهذا ما اثر سلبا على حالتها النفسية وولد عزلتها وانطوائها وافقدها الثقة في الشفاء والمستقبل.

تقديم الحالة الثانية : باية 45 سنة

2-1 المقابلة مع باية

تبلغ باية 45 سنة، متزوجة وأم لطفلين البالغين من العمر 17 سنة و 12 سنة، مقيمة بالجزائر العاصمة، متحصلة على شهادة البكالوريا، تعمل كحلاقة لها صالونها، زوجها يعمل كإطار في شركة، تصف العلاقة معه بعلاقة جيدة معاملتها.

شخص عندها المرض منذ 5 أشهر اثر ما لاحظتها لكتلة غريبة على ثديها عند الاستحمام " كدوشت حكيت لحمي مسيت حاجة يابسة في ثديي، غدوا مهنداك راحت لطبيب قال لي لازم تعيريه en urgence راحت ل privé درت راديو او مبعد صبت روجي لي CPMC، الطبيب قال لزوجي عندها cancer اندهش مراجلي انا خفت تخلعت من هذه الكتلة والو كانت حبة حميصه وليت في cancer يعني صح كان عندي une douleur، jamais محسيت بالوجع كيما ها...

« la douleur était toujours présente même quand je prenais doliprane et voltarene »

و حين سألتها عن ردة فعل زوجها قالت: " جر معايا الحق...

« au début, il s'est inquiété, il m'a soutenu quand le medecin m'a dit, il a accepté, c'est lui qui m'a encouragé pour le faire, je me rappelle qu'il avait dit bon si il faut l'enlever, il faut l'enlever لازم ناحو " .

فيما يخص أفراد عائلتها فالعائلة المصغرة فقط على دراية لم تخبر البقية وحين سألتها

عما إذا أصيب احد الأفراد قالت: " non, non pas à ma connaissance " .

و حينما سألتها عما إذا كان لديها مشاكل أو أمور تزعجها قبل الإصابة قالت:

" je ne vois pas, tout aller bien, él hamdoulilah, non " .

بعد الإعلان عن موعد العملية قامت بها ثم شرعت في متابعة العلاج الكيميائي شهر

بعد العملية، حيث أنها واصلت العمل حتى يوم قبل العملية وتركت صالونها للمساعدات.

بالنسبة للتاريخ الصحي لم تعاني من أي مرض سابقا، وفيما يخص نوعية علاقاتها

فتصفها بجيدة وهنا تحدثت عن طفولتها، فقدت باية أمها بصفة مبكرة (لما كان لها 3 اشهر)

كانت تعيش مأساة مع زوجة أبيها، فكل الأعمال الشاقة كانت تخصص لها، أما الأب فكان لا يهتم بها، تصف مراهقتها بفترة شاقة إذ أجبرت عن إيقاف دراستها وقامت ب C.A.P. للحلاقة، تقول انه لحس الحظ بقية اخو أنها كانوا يدافعون عنها ويحبونها لأنها كانت تعتني بهم.

تقول باية: « heureusement que mon époux m'aidait à faire les taches ménagères et s'occupait des enfants quand j'étais malade, cela me soulageait énormément».

تفاجات عائلتي عند تلقي الخبر حتى زوجة أبي تغير سلوكها معي أصبحت تحن علي".
أما عن الأعراض الجانبية فنقول أنها كانت دوما تشعر بالتعب والإرهاق ما كان يزعجها:

« après la chimio je me sentais épuiser, ne pas pouvoir m'occuper de mon foyer me faisait beaucoup de peine ».

" تغيدني عمري، كيفاش كنت وكيفاش وليت ".

وتضيف: " في la radiothérapie كنت نتلقى مع نساء تعيش مأساة مع رجالهم " « je sentais que j'avais de la chance d'avoir un mari comme le mien »
" واحدا طلقها علجال المرض، !! vous imaginez ".

فيما يتعلق بالألم تقول: "je souffrais physiquement et aussi moralement"
" كنشوف واحد مريض كنت نخاف نمرض مثله و parfois نحب باش يتكفلو بيا
" on s'occupe de moi ".

فالألم كان يظهر بصفة دائمة تزداد شدته ليلا، تفسيره تعلن باية: " بلاك كنت نخلص كاش مدرت ولا ككنت نتمنى نمرض حتى مرضت تاع صاح ! ".

" أما عن نشاطاتي كما قلتلك heureusement راجلي كان اعاوني موليتش نروح au salon بزاف، ولادي les pauvres غادوني ".

« j'étais une femme active, mais la maladie m'a changé, il y'avait des moments où je ne pensais qu'à la douleur, je voulais à tout prix que ça cesse ».

عن المستقبل تصرح باية أنها ترغب في العودة إلى عملها وخاصة رعاية أطفالها تقول: "هذه تجربة مديبا ما يعيشوهاش الناس، ولات لي نظرة جديدة مختلفة، تبدلت وليت ما نزعفش pour rien ناخذ الاشياء ببساطة وليت نحب بزاف نعاون".

1-2-1- تحليل المقابلة مع باية:

من خلال إجراء المقابلة مع باية استنتجنا مايلي:

- بالنسبة لردة فعلها عند تلقي خبر الإصابة فقد تفاجئت المفحوصة لكن خطورة المفاجأة ليس كبيرة فكانت تتوقع ذلك فالإعلان لم يكن مصحوب بصدمة نفسية عميقة كانت تشعر فاحتمال تفكيرها في وجود شيء خطير دون الاعتراف به فهذا إنكار ذو نوعية جيدة .
 - بالنسبة لتسيرها للصدمة فالسيدة باية لها نوع من السهولة، تداعياتها كانت سهلة دليل على وجود تصورات غنية ما يثبت سيولة تصوراتها الجيدة النوعية كما للسيدة باية سهولة للتحدث عن تاريخها بطبعة تلقائية تذكر أحداث الماضي وتربطها بأحداث الحاضر ما يعطينا فكرة عن كثافة (سمك) تصوراتها.
 - وأخيرا من ناحية ديمومة التصورات فنلاحظ أن للمفحوصة إجابة لكل سؤال مطروح دون تردد لها إجابات مباشرة نوعا ما ولكن غير خالية عن التفكير دليل على وجود ووفرة التصورات.
- بهذا نستطيع أن نقول انه من ناحية العقلنة لها توظيف نفسي ذو نوعية جيدة نوعا ما يظهر باليات دفاعية كالإنكار الجيد النوعية، التحويل العكسي فهي تمثل نوعا ما البنية العصابية وهذا التوظيف النفسي يبرز في فكرتها حول المسؤولية كأم وزوجة إذ أنها تهتم كثيرا بالتوازن العائلي.
- فيما يتعلق بالألم: فالمفحوصة تصرح أنها كانت تشعر بألم شديد مستمر غالبا، قدمت آليات دفاعية من نوع المثالية السلبية "كيفاش كنت وكيفاش وليت " هذه المعطيات تمثل إشكالية ما زوشبة التي نجدها في اغلب الأحيان مصاحبة لحاجة ماسة للاهتمام الآخرين بها ما يبرز احتمال غياب صاد للآثار عند المفحوصة.

يتضح أن تجربة الإصابة بالسرطان عند باية ليست تجربة سلبية بل بالعكس مفيدة فهي تقول : "تبدلت وليت منتقلش pour rien نأخذ الأمور ببساطة "، نلاحظ إذن أنها تقدم ما شبه آليات دفاعية منتمية للتسامي أو الإغلاء: رفعت المستوى في مواجهة المشاكل اليومية لها نظرة مغايرة للسابق أفضل بكثير، أصبحت متسامحة وهذه الآليات مصحوبة بالية التكوين العكسي " نحب نعاون ".

هذا ما يحثنا للقول انه على الساحة النفسية حدثت تغيرات ايجابية ;

(Des remaniements psychiques de bonne qualité)

1-2-2-1 تقديم وتحليل نتائج سلم سان أنطوان لقياس الألم (حالة باية)

بتطبيق سلم سان أنطوان لقياس الألم على المفحوصة تحصلنا على النتائج الآتية:

- بالنسبة للنتيجة العامة فهي مقدرة ب 47 نقطة وهو معدل مرتفع دال على تجاوب المفحوصة وقدرتها على وضع علامة دقيقة لتحديد نوعية وشدة ألمها ما يؤكد وجود ألم عند بايو وكفاءتها للتعبير عنه.
- فيما يخص النتيجة فمعدلها هو 27 نقطة فهو مرتفع كذلك ما يدل على طغيان وصف الألم من جانب حسي.
- وفيما يخص النتيجة الوجدانية فهي مقدرة ب 20 نقطة نلاحظ انه منخفض مقارنة بالجانب الحسي، فالوجدانات لا تهيمن للمفحوصة قدرة تحمل ألمها فهي تترك عواطفها تسيطر على حالتها.
- كذلك لاحظنا تجاوب باية وسهولة إعطائها إجابات بوضع علامة على كل صفة تردد ما يدل على تمكنها من التعبير عن ألمها، وصفه وتقدير شدته بدقة.

1-2-3 بروتوكول تفهم الموضوع (حالة باية)

❖ **اللوحة 1: 1** " هذا طفل قاعد أو يخمم هذا تاني شحال من خطرة نقعد (أم ؟).

des fois نجي نقرا مبعد نغيس نبقي نخمم".

❖ ديناميكية السياقات

تدخل مباشرة دليلة في الحديث (B2-1) لتدرك لطفل في وضعية مع معاش ذاتي (CN1) دون إدراك الآلة (E1) وبعد صمت (CP1)، تتعثر في الكلام (E17) لتعطي تعليق شخصيا (CN2)، هذا بصوت خافت ما يجعل الباحث يستفسر (CN5)، ويكون تعليقها على شكل صراع ضمن نفسي (A2-17) ما هذا دون توضيح الصراع (CP4).

❖ الإشكالية

لم تدرك إشكالية عدم القدرة، خاصة مع عدم إدراك الموضوع الموجود أمام الطفل أسقطت معاشها مباشرة على معاش الطفل على كل صراع ضمن نفسي مما يسجلها في صراع نرجسي.

❖ **اللوحة 2: 1** " هذي زعم طفلة تقرا لخرين زعم يحرثو بش ما تكونش كما

هما تقرا ايه (تبتسم) "

❖ ديناميكية السياقات

تباشر الحديث دون وقت كمون وافر (B2-1)، تتحفظ (A2-3) تدرك البنت في المستوى الأول في حالة نشاط (B2-12)، وبعد صمت (CP1)، تدرك الشخصين بصفة جماعية "الخرين"، دون إعطاء هويتهم (CP3) دائما في نشاط (B2-12)، وبعد صمت (CP1) مع تقلل من نشاطهم وتقييم ما تقوم به الفتاة ("القرائية") (CM2)، بعد ذلك تصمت (CP1) وتبتسم (CC1)، مع ميل إلى الاختصار و الكف (CP2).

❖ الإشكالية

لم تدرك باية الاوديةية بعدم ربط الأشخاص الثلاث، إلا في مثلثة البنت والتقليل من قيمة الشخصيتين الآخرين، وهذا حسب الوظيفة لكل منهم، هذا يدل على استثمارها للدراسة وهذا ما يعد الأفضل لديها.

❖ اللوحة 3BM: 2 " كفاش نشر حولك ولا ؟ (لجاتك في راسك) راجل طايح ايه

(علاه او طايح ؟) بلاك مشاكل يتعاطى كش مخدر ما توفرلوش".

❖ دينامكية السياقات

تدخل مباشرة دليلة في الحديث (B2-1)، تطرح سؤال استفساري، (CC2) لتصف حالة الشخص المهولة (B2-4) وبعد صمت (CP1)، يضطر الباحث إلى طرح سؤال (CP5) تصمت مرة أخرى (CP1)، تتحفظ (A2-3) مع التركيز على معاش الشخص (CN1) وبعد صمت (CP1) تتحفظ (A2-3)، لتدرج إحساس بنقص يبعث إلى فقدان سند (CM1) على شكل فمي (E5) مع الاختصار الشديد (CP2).

❖ الإشكالية

لقد تمكنت باية من إدراك إشكالية فقدان بتصوراتها، لكن فقدان على شكل فمي سندي لحل المشاكل، مع حل سحري وسريع، منزلة في سياقات أولية.

❖ اللوحة 4: 1 " بلاك راجل نافر من مرا هذا ماكان (نافر؟) ايه بلاك او امبعد

عليها (علاه؟) بلاك ما يحبهاش و لا".

❖ دينامكية السياقات

تدخل مباشرة في الحديث (B2-1)، لتربط الرجل بالمرأة (B2-3)، دون ذكر هويتهم (CP3) مع التركيز على معاش الرجل الذاتي (CN1)، مع الاختصار والتجنب (CP4)، مما يجعل الباحث يتدخل (CP5)، لتؤكد بتحفظ (A2-3) على حركة الانفصال مع الوضعية توحى إلى وجدانات متعلقة بالنفور (CN4) وبعد صمت (CP1) يتدخل الباحث مرة أخرى (CP5) لتتحفظ و تعلن كراهية الرجل للمرأة (B2-4) مع التردد (A2-6) وميل إلى الاختصار (CP2).

❖ الإشكالية

لقد أدركت باية العلاقة الشبقية بجانبها النزوي العدوانى، حيث أن الرجل يمثل القطب النشط والمرأة القطب المستكين الضعيف، مركزة اهتمامها على معاش الرجل دون المرأة، فكان العلاقة داخل الزوج رهينة برغبة الرجل لا بالمرأة.

❖ **اللوحة 5: 2** " مرا داخل بيت (داخل بيت ؟) ايه أي تطل (ام) " pas plus " .

❖ دينامكية السياقات

تباشر باية الحديث (B2-1)، ثم تدرك المرأة في الصورة مع إدراك خاطئ " داخل البيت " (E4)، فصمت (CP1)، ثم يتدخل الباحث (CP5)، لتصف حالة المرأة الذاتية (CN1) مع إنكار لأي دور أخر لها (A2-11) وهذا في تجنب وكف شديد (CP4).

❖ الإشكالية

بعد إدراك خاطئ في البداية استطاعت باية إدراك الإشكالية التي تبعث إليها اللوحة لتبقيها غامضة " تطل " قد تدل على المراقبة او الفضول، فهي لا تزيد التصريح بأشياء أخرى لا تريد البوح بها.

❖ **اللوحة 6: 2** " مرا يتقرب ليها راجل هي تشوف فيه هذا ماكان 4 " .

❖ دينامكية السياقات

تدخل دليلة في الحديث مباشرة (B2-1) تربط الشخصيتين في علاقة (B2-3) وتشير إلى حالة المرأة (CN1)، وبعد صمت (CP1)، تنهرب من الوضعية بالتجنب والكف (CP4).

❖ الإشكالية

تدرك إشكالية اللوحة الباعثة إلى الذهاب والإياب بين الرغبة والممنوع، أين الرغبة كانت للرجل لتجمد تلك الرغبة على شكل " نظرة " قد تعبر عن قبول او رفض، او كليهما معا، فأليات الكبح منعت من الخروج لقرار والبوح به.

❖ **اللوحة 7GF :** " نقولو طفلة مع يماها أي تهدر معاها الطفلة مدورة وجها بلاك

ماشى حاجة تسمع لكلامها 6 " .

❖ دينامكية السياقات

تدخل مباشرة في الحديث (B2-1)، تدخل تعبير شخصي (CN2) تربط الشخصين (B2-3)، مع عدم إدراك الدمية (E1) والإشارة إلى أن هناك حديث يدور بينهما (B2-12)، ثم تصمت (CP1)، تركز على وضعية الطفلة (CN4) لتعطي وضعيتين متناقضتين (B2-6) تتحفظ (A2-3) لتعطي للصراع صبغة ضمن نفسية، مع الاختصار الشديد (CP5).

❖ الإشكالية

أدركت باية العلاقة الصراعية المتواجدة بين الأم و البنت، وضعية متناقضة أين البنت تكن عدوانية نحو الأم مع المقاومة، فهي لا تريد التلميح إلى الطفل الاوديبى الممثل في الدمية بعدم إدراكها لها حتى تبعده عن نطلق الصراع، فهي تميل إلى تحقيق الرغبة الاوديبية على حساب الممنوع .

❖ اللوحة 8BM: 1 " أم يدير و l'opération لواحد هذا ما كان "

❖ دينامكية السياقات

تباشر باية الحديث (B2-1)، لتربط لأشخاص في المستوى الثاني (B2-3) دون الذي هو متواجد في المستوى الأول (E1) مع عدم تحديد هويتهم (CP3) مع اللجوء إلى آلية عكسية (A2-10) فصمت (CP1) والميل إلى الابتذال والكف (CP4).

❖ الإشكالية

إن الإشكالية المتعلقة بالنزوات العدوانية لم تدرك بصفة صريحة من طرف باية بل خباتها وراء فعل مقبول أي عملية جراحية، لكن يحمل رغبات عدوانية ضمنية، فقد حاولت أبعادها عن ساحة الشعور، لكن بفعل آلية التكوين العكسي استطاعت أن تبلورها وتجعلها في قالب مسموح .

❖ اللوحة 10: 2 " (لا بالرأس) (تبتسم) ماكاش (واش اكي تشوفي فيها؟) زوج

رجال عدوما ولا راجل (كل واحد واش أشوف) انا نشوف زوج رجال مسلم على راسو هذا ما كان 7".

❖ دينامكية السياقات

تباشر الحديث (B2-1) مع اللجوء إلى الفعل (CC1) لتفرض الإجابة، تدفع الباحث للتدخل (CP5) فتدرك الشخصين في الثورة مع التردد في الجنس (B2-11) مع طرح سؤال للباحث (CC2) لتحاول الابتعاد عن الاختبار بتأكيدا على ما تدركه هي شخصيا (B2-8) مكررة ما ذكره في البداية (A2-8) وبعد صمت (CP1) تشير إلى وضعيتهما (CN4) مع التجنب والكف (CP4) .

❖ الإشكالية

لقد أخفقت باية في إدراكها لجنس الشخصيتين، فقد أدركت علاقة مثلية عوض التعرض إلى علاقة شبقية حميمية، مخففة من وطأة الإثارة تلك بالتقليل من تلك الحركة المدركة في "مسلم على راسو" حتى لا تكون شيئاً آخر.

❖ اللوحة 11: " هذي بلاك وقت الجرب شغل بيان مدمرة (تبان مدمرة؟) ايه هذا ما كان "

❖ دينامكية السياقات

تدخل مباشرة باية في الحديث (B2-1) لتدرك صورة كارثة (B2-13) مع دمار (E9) وبعد صمت (CP1) يتدخل الباحث (CP5) تؤكد على م ذكرته سابقا دون تطوير (CP4).

❖ الإشكالية:

استطاعت باية النكوص إلى صورة بدائية تبعث إليها اللوحة، دون أفادتنا بتصورات، مع كف تام للوجدانات المرتبطة بها، فقد بقيت في سياقات أولية لم يقع عليها تعديلات ثانوية.

❖ اللوحة 13MF: " هدي مرا مكسلة أو راجل واقف بيان يبكي (أم ؟) بيان يبكي (علاه ؟) بلاك ماتت "

❖ دينامكية السياقات

تباشر الحديث (B2-1)، لتدرك المرأة متمسكة بالمحتوى الظاهري (CF1) كما هو الحال بالنسبة للرجل مع إدراك وجدان "تبكي" (B2-4) بصوت خافت، مما يجعل الباحث يتدخل (CP5) لتؤكد على حالة الرجل وبعد صمت تعاود الباحث الكرة (CP5) لتتحفظ وتصرح بموت المرأة (E9) مع التجنب والكف المكبح (CP4).

❖ الإشكالية

اضطر الباحث إلى التدخل نظرا للكف الشديد مما أدى إلى ربط الشخصين في الأخير بصفة ضمنية غير صريحة، فبعد أن حاولت إخفاء موت المرأة بالابتدال استطاعت أن تسمح بإظهار وجدان، قد يعبر عن ندم أو حب، أو .. الخ، فأضفت الغموض على الأمور.

❖ اللوحة B13: " بيالي شغل ولد يتيم قاعد في كوخ (واش اويدير؟) او قاعد وحدو "

❖ دينامكية السياقات

تدخل مباشرة في الحديث (B2-1)، لتدرك الطفل، مركزة على حالته الذاتية (CN1) وبعد صمت (CP1) يتدخل الباحث (CP5) ليحدد عنصر الوحدة الباعث إلى فقدان السند (CM1) مع الميل إلى الاختصار والتجنب (CP4).

❖ الإشكالية

لقد تمكنت باية من إدراك إشكالية الفقدان والتخلي، فقدان الوالدين مع إدراك أحاسيس الوحدة الناجمة عن ذلك، وفقدان السند.

❖ اللوحة 19: " هذا أي باين بيت زعم بيين مغطي بالثلج (هنايا ؟) إيه هذايا (أم) هذا هنا بيان شغل شبح (هذا ؟) إيه هنايا " .

❖ دينامكية السياقات

تباشر في الحديث (B2-1) بهفوة في الكلام (E17)، فتنحفظ (A2-3) لتصف المحتوى الظاهري و الرجوع إلى أثارات حسية (CN5)، وبعد صمت (CP1)، يستفسر الباحث (CP5) ثم تذهب إلى وصف للجزء الأسود مع عنصر مخيف (CP6) مع الاختصار الشديد (CP2).

❖ الإشكالية

استطاعت أن تستحضر باية مواضيع غائبة، مستعملا آلية الانشطار موضوع بلون ابيض لا يشكل خطرا و موضوع بلون اسود يشكل خطرا، بمانه يحمل تصورات تبعث إلى الخوف الذي هو من بين المضامين الكامنة للوحة .

❖ اللوحة 16: " لي جاتني في راسي (ام؟) كاين واحد العبد اني حابة نشوفو (شكون العبد هذا ؟) لي نحبو (ماتشوفهش دايمًا ؟) مالفة نشوفو دايمًا بصح ملي خوه راه في البيطار (يقرامعاك ولا ؟) لالا (علاه ماكيش تشوفيه ؟) لالا مقبل كنت تشوفو بصح كي خوه راه في l'hôpital ما علاباليش غال التلفون (قدك ولا كبير ؟) لالا كبير عليا.

❖ دينامكية السياقات

تدخل مباشرة في الحديث (B2-1) بطرح سؤال للباحث (CC2) وبعد صمت (CP1) تدرج شخص غير موجود (B1-2)، وتشير إلى رغبتها الذاتية (CN1) وبعد صمت (CP1) يدخل مرة أخرى ليبحث (CP5) لتبرر تلك الوضعية الانفصال بحدوث مشكل لأخ الشخص الذي تحبه (B2-13)، مع الميل إلى الاختصار (CP2).

❖ الإشكالية

لقد تمكنت باية استحضار الموضوع المفضل لديها، هو الشخص الذي تقيم علاقة حب، فهي قدمت استثمارها الحالي والاني، وكان هذا الاستثمار كلي، يغزو ساحة اهتمامها، حتى أنها تبدي أحاسيس الحنين والاشتياق مما يدل على الدفاء والحركة الموجودتين داخل جهازها النفسي، قد يعينها على نسيان او القيام بعمل الحداد بصورة أفضل.

خلاصة السياقات:

جدول ملخص للسياقات الدفاعية حسب شبكة التحليل:

السياقات E	السياقات C	السياقات B	السياقات A
E1=2	CP1=21	B1-2=1	A1=0
E4=3	CP2=5	B1=1	A1=0
E5=1	CP3=4		
E9=2	CP4=12		
E17=10	CP5=15	B2-1=16	A2-1=1
E=10	CP6=1	B2-3=5	A2-2=1
		B2-4=4	A2-3=7
	CP=58	B2-6=1	A2-6=2
		B2-8=1	A2-8=1
	CN1=8	B2-11=2	A2-10=1
	CN2=2	B2-12=4	A2-11=1
	CN4=4	B2-13=5	A2-17=4
	CN5=4		
		B2=38	A2=15
	CN=18		
	CM1=2		
	CM2=2		
	CM=4		
	CC1=3		
	CC2=3		
	CC=6		
	CF1=1		
	CF=1		

تحليل السياقات العامةالسياقات الرهابية (CP=58)

كان التجنب والكف أهم الآليات التي أتت لتمنع الوجدانات والتصورات وكذا الهومات. كان الصمت هو الطاعي (CP1=21)، طرح الأسئلة (CP5=15)، عدم ذكر الصراعات (CP4=12)، الاختصار (CP2=5)، عدم ذكر هوية الأشخاص (CP3=4)، ما يبين عدم الرغبة في التورط والتواطئ، الى جانب ذلك نجد عوامل فورية بصفة قليلة (CP6=1).

سياقات الهراء (B2=38)، (B1=1)

وجود هذه السياقات التي لتخفف ثقل الكف الذي اتسم به مقال باية يدل على وجود إمكانيات التحايل والمراوغة والمرونة إزاء الصراعات، وما يؤكد ذلك هو الدخول في سرد القصص (B2-1=16)، كاندماج سريع للموضوع بصفة مهمة، نجد الصراع البين شخصي (B2-3=5) مع وجود محتويات التضخم في الوجدانية (B2-12=4)، (B2-13=5)، (B2-4=4) إلى جانب عدم استقرار (B2-11=2) مما يدل على ضعف أمام الوضعيات الصراعية. نجد بصورة قليلة للتصورات المتناقضة (B2-6=1)، مع تعليق شخصية (B2-8=1).

السياقات النرجسية (CN=18)

نجد أن النرجسية استعانت بها باية لخدمة التجنب والكف على شكل الرجوع الى المعاش الذاتي (CN1=8)، مع وضعيات تبعث الى وجدان وصفات حسية (CN4=4)، (CN5=5) والمرجع الشخصي (CN2=2).

سياقات الرقابة (A2=15)

كانت آليات الرقابة والتحكم غير طاغية، فهناك أين لا نجدها تمام، هي ذات قيمة غير مهمة، نجد تحفظات (A2-3=7)، تردد (A2-6=2)، والتكرار (A2-8=1)، وبصفة قليلة التبرير والتمسك بالمثير (A2-1=1)، (A2-2=1) التكوين العكسي (A2-10=1) الإنكار (A2-11=1)، والصراع الضمن النفسي الشبه منعدم.

سياقات الهوسية والسلوكية (CM=4)، (CC=6)

نجد البحث عن السند على الآخر مع مثلثة له (CM1=2)، (CM2=2)، تدعم كل هذا طلبات مطروحة للباحث (CC2=2)، كالجوء للفعل، مع اماءات حركية (CC1=2)، كما نشير الى شبه انعدام الآليات العملية (CF1=1)، كدليل على حركة داخلية على مستوى عقلي.

سياقات الأولية (E=10)

الانزلاق لم يكن مهما، فكان على شكل ترويح وتفرغ لضغط ما أمام الصراعات المجتنبه فكانت على شكل ادراكات خاطئة (E4=3)، عدم إدراك المواضيع (E1=2)، وإدراك لوجدانات متعلقة بالموت و عدم القدرة (E9=2)، مع هفوات في الكلام مع ادراكات حسية تكاد تنعدم (E17=2)، (E5=1).

الإشكالية العامة

تبقى إشكالية باية اوديبية، مع اللجوء إلى النرجسية كسند، الإشارة إلى الجنسية بقطبيها النشيط و المستكين رغم الكف.

صعوبة إدراج العدوانية بصفة جليلة نحو إلام كمنافسة ونحو الآخر، إلى جانب تجنب العلاقة الشبقية بتفضيل العلاقة المثلية.

تمكنت من استحضار مواضيع غائبة مما يدل على غنى عالمها الداخلي، تعزيز استدخال مواضيعها الأولية، مستعملة إليه مثلا في اللوحة 19، مع استخدام طاقة نفسية هائلة لاستثمار شخص برز في حياتها النفسية .

هذا ما يقودنا إلى الإشارة لتواجد حياة هوامية غنية صعب عليها البروز بشكل واضح دون التجنب و الكف اللذان أضفيا على نوعية محاوره الصراعات، كمحاولة لإخفاء وإعطاء صبغة الغموض لعدم التمكن من التوغل والكشف عن مشاكل صعبة الاالصان لديها مالفقدان الذي عاشته وعمل الحداد الذي اقحم خلال نموها النفسي مبكرا.

4-2-1 خلاصة حالة باية

من خلال المقابلة اتضح أن باية استفادت من تجربة المرض، واجهت كل العواقب، عقلنتها جيدة النوعية تستعمل ميكانيزمات دفاعية متنوعة ولائقة للموقف لها سند اجتماعي "

الزوج " فعال، كذلك فالمفحوصة تدرك الألم الذي تشعر به ولا تواجد أية صعوبة في التصريح عنه.

يمكننا وضع تنبؤ ايجابي بالنسبة لحالة باية نظرا للتغيرات الايجابية التي حدثت لها والأفاق المستقبلية إلى جانب الثقة في العلاج والرغبة في الشفاء

و من خلال تطبيق اختبار تفهم الموضوع اتضحت الإشكالية الاودية لباية مع اللجوء إلى النرجسية، تنوع سياقاتها الدفاعية، غنى عالمها الداخلي ما يؤكد النوعية الجيدة لتوظيفها النفسي ما يبرهن وفرة تصوراتها وقدرتها على الوضع كلمات ألمها بصفة تلقائية .

ماحصلنا عليه من تطبيق سلم سان أنطوان لقياس الألم أن المفحوصة لها نتيجة عامة مرتفعة مقارنة ببقية الحالات فتمكنت باية من وضع علامة لكل صفة دون أية صعوبة فوصفت ألمها وقدرت شدته.

لاحظنا أن الجانب الحسي لوصف الألم هو المهين على الجانب الوجداني نظرا لتقبلها لحالته وعدم استسلامها للمرض برغبتها في الشفاء وقولها أن تجربة المرض غيرتها ايجابيا باستعمال "م".

تقديم الحالة الثالثة : ميرة 43 سنة

3-1 المقابلة مع ميرة

تبلغ ميرة 43 سنة، ذات مستوى دراسي ثانوي، متزوجة لها طفلان لهما 20 و 1 سنة، أبوها متوفي، أمها تعيش مع إخوتها الخمس، زوجها تاجر، مائكة في البيت، لكن لا تضيق وقاتها لها نشاطات عديدة.

خلال المقابلة كانت ميرة صامتة، لا تتكلم كثيرا، تعطي إجابات قصيرة كانت تجيب بصعوبة لأسئلتنا.

«...j'avais des battements au cœur, je suis allée voir un cardiologue qui m'a donné des médicaments que j'ai pris pendant 6 mois...ça n'a rien changé. Car je sentais toujours ces battements..., puis je suis allée consulter un généraliste car j'ai senti des cailloux au niveau du sein gauche, ouf.... ».

" عيرولي les cailloux لقاو عندي le cancer " .

حين سألتها عن ردة فعلها عند تلقيها الخبر، صمتت مدة طويلة وقالت : "معلاباليش، مشفيتش normal، نشفى واحدا بكات بزاف الباقي bon normal مرانيش حابا نتفكر هداك الوقت، قلت le médecin غلط كنت bien، ما بيا والو، وعلاش ؟ " واجهنا صعوبة عند طرح الأسئلة على المفحوصة نظرا لصمتها المستمر ورفضها للإجابة عن بعض الأسئلة، فاغتنمنا الفرصة في إحدى الحصص للتحدث مع أختها التي صرحت لنا بالمعلومات الآتية:

" إن زوج المفحوصة قد خانها عدة مرات إضافة انه لم يصدقها لما صرحت له أنها مصابة بالسرطان فلم يساندها ولم ينفق عليها كما انه كان يشجعها على التخلي عن العلاج، وفي فترة إقامتها بالمستشفى كان يأتي فقط للتعرف على من جاء يزورها ويأخذ ما يحضره الزوار، وتعلن الأخت انه لكثرة وجود النساء في المصحة كان يأتي لأنه un homme à femmes يحب التعرف على نساء والتقرب إليهن، فالى جانب المعاناة الجسدية كانت تعاني ميرة من تصرف زوجها، لكن لم تستسلم وواصلت العلاج " .

عندما سألنا ميرة عن زوجها قالت: " واش ندير؟ يعني مكان والو؟ pourquoi m'enfaire " وعندما سألناها حول نشاطاتها اليومية أجابت : " ما رانيش ندير قاع ce que je faisais avant، لالا ندير oh tout dépend " . أما عن إحساسها بالألم فهي تقول:

« non, je ne ressens pas de douleur, je me sens bien, pourquoi à votre avis je devrais avoir mal ? je ne sais pas !! » .

فأجابتنا بعد شهيق ثم صمت طويل:

« ...je ne ressens rien, c'est la vie » .

بالنسبة للأفاق المستقبلية فتقول ميرة:

« ...je ne sais pas, peut être je vais mourir, je ne crois pas aux traitements, les autres femmes atteintes ont peur, moi je n'ai pas peur, l'avenir, oh !!

نشوفو » .

1-3-1 تحليل المقابلة مع ميرة

من خلال إجراء المقابلة مع ميرة اتضح لنا انه لديها صعوبة في التعبير عن حالتها ووضع كلمات عما تشعر به، صعوبة أيضا في النكوص الى الماضي وبت نفضها في المستقبل كذلك.

فيما يتعلق برد فعلها عند تلقي خبر اصابها فهي تنكر ذلك وتعلن أنها لا تتذكر، ما يدل على إنكار المرض .

نلاحظ مدى صعوبتها على التعبير، تصورات قليلة وفقيرة دون وجدانات ما يدل على ندرة حتى انعدام سمك للتصورات.

من ناحية الديمومة فهي غير موجودة نظرا لكثرة الصمت ورفضها للإجابة عن مجموعة من الأسئلة.

من ناحية العقلنة نستطيع القول أنها سيئة، توظيفها النفسي هش كما أنها تستخدم نفس الميكانيزمات الدفاعية الذهانية فهي تمثل نوعا ما بنية ذهانية مع إمكانيات من التخرج أحيانا. فيما يتعلق بالألم فهي تنفي وجوده لا تستعمل ولا كلمة للتعبير عنه رغم انه في مثل هذه الباتولوجيا هناك ألم موجود.

يظهر أن مرض المفحوصة أدى الى بروز بنية ذهانية فقد تغيرت سابقا كان لديها نشاطات عديدة، كانت تهتم بأطفالها أما الآن فهي لم تتحدث لطلاقا عنهم ونلاحظ تغير جذري سلبي مع وجود نزوات للموت « je vais peut être mourir ».

1-3-2 تقديم نتائج سلم سان أنطوان لقياس الألم (حالة ميرة)

بتطبيق سلم سان أنطوان لقياس الألم على المفحوصة تحصلنا على النتائج الآتية :

- بالنسبة للنتيجة العامة فهي مقدرة ب 27 نقطة وهو معدل منخفض نظرا لعدم تجاوب المفحوصة وإعطائها علاقة الصفر لمعظم الصفات لأنها تنكر وتنفي وجود ألم فهي تقول أنها لا تشعر بأية ألم، فنلاحظ هنا عدم إمكانية ميرة التعبير عن ألمها وحتى إدراكه.

- فيما يخص النتيجة الحسية فمعدلها 12 نقطة فهو منخفض إذ أعطت المفحوصة معظم الصفات الحسية لوصف الألم علامة الصفر كما نلاحظ إعطائها علامة مرتفع جدا ل

إجابة بدون إحساس فحسبها فإنها لا تشعر بالآلام ولا داعي لوصفها فالجانب الحسي مهمل ويكاد ينعدم .

● أما النتيجة الوجدانية فسجلت معدل 17 فهذا المعدل مرتفع نوعا ما مقارنة بالجانب الحسي فرغم هذا اعترافها بوجود إلام لكن هذا يؤثر على عواطفها إذ أعطت علامة مرتفعة لصفة مقلق، منهك ما يدل على وجود حالة انزعاج كذلك إعطائها علامة 3 لصفة اكتئابي هذا الآن ميرة تغيرت بعد إصابتها بالمرض أصبحت منعزلة وتركت كل نشاطها السابقة.

● كما نلاحظ إعطاء 4 لصفة انتحاري ما يؤكد نزوات الموت والتفكير الموت عندما صرحت « je vais peut être mourir ».

● كما بدت منزعة، ولجات الى التعبير عن ذلك بالسلوك (كوضع اليد على الرأس، تحريك الأرجل، زفير، شهيق، أف...).

3-3-1 اختبار تفهم الموضوع (حالة ميرة)

" كيف ؟ (ام) ما فهمتش (تشوفها وتحكي لي منها حكاية واش كاين فيها ؟)، كاين طفل او يقرا ولا او يخمم بلاك عندو امتحان جاه صعب (كل حاجة تقدر تقولها ما كاش اجابة صحيحة) ايه (كل واحد واش انشوف)...هك او يقرا الليكول عندو حاجة شاغلة بالو هذا ما كان 20".

❖ ديناميكية السياقات

بعد صمت قصير بين الحاجة الى السند بسؤال للباحث (CC2)، مع نقد الذات بعدم الفهم (CN9)، مع ضرورة تدخل الباحث للتخفيف من شدة الكف (CP5)، هذا ما يمكنه من تقديم اجابة مرتبطة بالشخص الموجودة في اللوحة مع التردد بين (A2-6) إجابتين مختلفتين فالأولى تتعلق بالموضوع أين اخفق في إدراكه (E4)، والثانية متعلقة بحياته الداخلية أين يدرج الصراع النفسي (A2-17)، وهذا بإنكار الآلة الموسيقية (E1)، وبعد صمت يتحفظ في حركة لموضوع (CN1) وإحساسه بعدم القدرة أمامه (الدراسة) (CN9)، تتواصل عملية الكف المكبحة بصمت داخل المقال ليضطر الباحث للتدخل (CP5)، ليتكرر (A2-8) تركيزه

على الصراع الضمن نفسي (A2-17) في حركة مثلثة للموضوع (الدراسة) (CM2) كسند له ليختم ذلك برغبة عامة للاختصار (CP2).

❖ الإشكالية

لقد اظهر ميرة الإحساس بعدم القدرة أمام الموضوع، لكن موضوع فغير مدرج في المحتوى الظاهري للوحة وكان موضوعه المفضل هو الدراسة، كان استثماره الشديد لهذه الدراسة تبقى بفراغ لرؤية شي آخر، على شكل مثلثة، وقد تردد في البداية بين إقامة علاقة مع موضوع اخفق في إدراكه له (كتاب)، لكن في الأخير يختار أن يكون الصراع داخلي مع إبداء صعوبة ذلك.

❖ اللوحة 2: " (بيتسم) أه راجل بحصان تاعو مرا راقده كتاب هنا مرا قاعدو على

الشجرة وتخمم (تخمم ؟) ايه أي تشوف حاجة هذا ما كان 18 "

❖ دينامكية السياقات

يستقبل المنبه بابتسامة (CC1)، ثم يصف المحتوى الظاهري للوحة (CF1)، فيبدأ بإقامة علاقة (B2-3) مع صمت (CP1) يدرك المرأة المتواجدة في المستوى الأول، وبعد صمت (CP1) يدخل المرأة الثانية مع إدخال الصراع ضمن نفسي (A2-17)، على شكل نرجسي (CN5)، وعزل للأشخاص (A2-15) وبعد صمت (CP1) آخر، يتدخل الباحث (CP5) ليتغير مجرى الإجابة (A2-5) يكف الى إضافة ممكنة (CP2).

❖ الإشكالية

لم تتمكن ميرة من إدراك الوضعية الاوديبية التي توجيهها اللوحة، حيث انه لم يقم أي علاقة مع الأشخاص الثلاث، فضل أن يربط كل شخص بموضوع عدا المرأة الثانية في المستوى أين يسقط عليها الصراع الغير المقدم بوضوح والذي يبقى ضمن نفسي .

❖ اللوحة 3BM: " طفل أوكي بيكي أو راقد؟ (بيتسم (أم) بلاك أو راقد؟ (او راقد ؟)

عيا "

❖ دينامكية السياقات

يباشر الحديث بخطأ في الإدراك (E4) ليربطه بوجودان قوي (B2-4)، لكن بعد صمت (CP1) يغير إجابته (A2-14) مع ابتسامة (CC1)، وبعد تدخل الفاحص يتحفظ (A2-3) ليكرر نفس الإجابة الأخيرة كملجئ نرجسي (CN5)، مع الميل الى الاختصار (CP2) .

❖ الإشكالية

باختصار شديد استطاع أن يدرج وجدان قوي في البداية تبعث الى فقدان او الانفصال لكن فضل أن يلجأ الى دفاع نرجسي يعفيه من تسيير تلك الإشكالية التي قد تكون مكلفة له .

❖ اللوحة 4: " هذا الرجل مع زوجته... كان حاب يدير كش حاجة مشي مليحة وهي ما خلاتوش شاداتوا... هذا ما كان "

❖ دينامكية السياقات

يبدأ بإقامة علاقة بين الشخصين (B2-3)، بعد صمت (CP1) يدرج وضعيتين متناقضتين (B2-6) بصراع ضمن داخلي للرجل (A2-17) مبررا ذلك بالجانب الخارجي للمرأة (CN5)، إعطاء الميزة السيئة للرجل والجيدة للمرأة (CM2) في جو يسوده الكف (CP4) دون تقديم مضمون علنا و صراحة .

❖ الإشكالية

تعرضت ميرة للإشكالية الشبقية على شكل جزء يحمي وامن مثله في المرأة على شكل سند بين الاثنين.

❖ اللوحة 5: "...2" هذا المرا فتحت الباب تاع البيت تاحها بلاك تحوس على وليدها بلاك أي تحوس على كاش حاجة ..10" .

❖ دينامكية السياقات

كالعادة مباشرة يقدم المرأة الموجود في اللوحة ليعثر (E17) يتردد بين إجابتين (A2-6) يدرك شخص غير موجود في المحتوى الظاهري للوحة (B1-2)، يتحفظ دائما (A2-3)

ليعطي اجابة أخرى مختلفة تمام عن الأولى لينتهي إجابتها باختصار تام (CP4) متخوفا من التورط.

❖ الإشكالية

ظهرت اشكالية الممنوع بصفة عابرة وغير واضحة، فقد أدراك الابن كربة من التقرب المحارم لكن يتردد بين هذا الاقتراح مع الأخير أين يمحي نزوة جنسية على المحتوى مسقطا ذلك على شيء " كش حاجة " ليتفادى تورطه في الصراع الصعب الارصان لديه.

❖ اللوحة 8BM:4... هنا طفل راه يخم هذو الزوج بلاك ام يعالجو فيه ... (يعالجو

فيه ؟) ام... (واش صرالو ؟) بلاك صرالتو كش حاجة... هذا ماكان 19 " .

❖ دينامكية السياقات

يبدأ بادراك الطفل في المستوى الأول في حركة ضمن نفسية (A2-17)، وبعد صمت يذكر الشخصين المتوجدين في المستوى الثاني وبعد تحفظ (A2-3)، يستعمل آلية التكوين العكسي " يعالجو " (A2-10) مبعدا أي عدوانية كانت، وبعد صمت يتدخل الباحث (CP5) دون جدوى، وبعد صمت، يتدخل البحث مرة أخرى، يتحفظ (A2-3)، يصرح بإمكانية وقوع شيء دون تسميته مبينا تهربه من الصراع الموحى (CP4) .

❖ الإشكالية

أمام العدوانية التي توحى إليها اللوحة، يستعين بالرقابة والكف بصورة، متفاديا أي تورط او إطلاق للنزوات العدوانية الكامنة.

❖ اللوحة 10: 4... " هذا الراجل او يعنق بنتو... (يضحك) هذا ماكان (علاه اك

تضحك ؟) لالا 9".

❖ دينامكية السياقات

كالعادة يبدأ بإقامة علاقة (B2-3)، علاقة محارمية (تقرب المحارم)، بادراك خاطئ (E4)، وذلك في حركة نرجسية ("أعنق") (CN4) وبعد صمت (CP1) يضحك (CC1) لينتهي ما سبق بالكف (CP2)، ورغم تدخل الباحث يرفض أي إضافة كانت.

❖ الإشكالية

لم تستطع ميرة إدراك اللوحة إدراكا صحيحا، فقد أخفقت بإعطاء صبغة شبقية محارمية قد تدل على إخفاق دفاعه في سياقات أولية، توفر لمة التورط إذ ما صرح بالعلاقة الفعلية والتي على ما يبدو يتفادها حتى على حساب المحرمات.

❖ اللوحة 11:...4" (يقلب اللوحة) هذي ما فهمتهاش ..7".

❖ دينامكية السياقات

دون اخذ وقت كافي كما كان في اللوحتين السابقتين، يقلب اللوحة (CC1)، يرفض تماما إعطاء قصة بنقد نفسه (CN9).

❖ الإشكالية

لم تستطع بتاتا ميرة النكوص الى الإشكالية البدائية هذه اللوحة، فلم تستطع بناء عناصر اللوحة بربطهم و إعطاء معنى، هذا دليل على صعوبة تسيير الإشكاليات البدائية لديها التي قد تذكرت بحادث قتل أبويها أمامها، فهذه الصعوبة تعفيه من معايشة واستيقاظ النزوات المتعلقة بذلك.

❖ اللوحة 13MF:... (اماءات) 3 " هذا راجل مع مرا بلاك مرتو مريضة ماتت...)

مريضة ولا ماتت ؟) ايه هو او بيكي هذا ماكان 10".

❖ دينامكية السياقات

بعد اماءات على مستوى الوجه (CC1) (B2-3) لا يصرح علنا في البداية بعلاقة بين الرجل و المرأة (CP3) لكن بعد تحفظ (A2-3) يصرح بالعلاقة الشرعية "مرتو" والذي يبعد أي ملابسات جريمة "مريضة ماتت"، وكأنما يريد أن يقول لا تقولي لي أنها قتلت، وبعد صمت (CP1) يأتي البحث بسؤال (CP5) ليؤكد على إجابته، وبعد صمت يربط الرجل بوجدان (A2-18) لكن بصفة مبتذلة، ليمررالية التكوين العكسي (A2-10) لتصبح القصة مميزة بالكف (CP4).

❖ الإشكالية

تفادي ميرة كل ما يوحي الى الجرم، متجنبيا ثقل ربما أحاسيس الذنب المرتبطة بذلك وقد تبعث الى ظروف وفاة والديها.

❖ **اللوحة 13B:....3** " هذا طفل قاعد على الباب تاع كوخ..باين فقير(تاع ؟) تاع كوخ (باين فقير؟) ايه..(فاش باين ؟) المنظر تاع البيت الملامح تاع...12 ".

❖ دينامكية السياقات

مباشرة يعطي وصفا للوحة (CF3) يعطي صفة للطفل (CN5)، وبعد تدخل الباحث وذلك لان ميرة تتكلم بصوت خافت جدا، (CP5) يدعم إجابتها عن طريق عناصر اللوحة (A2-2) لكن يبقى في طابع نرجسي (CN5) مكررا ذلك (A2-8) ثم ينتهي قصته بالكف (CP2).

❖ الإشكالية

أدركت الإشكالية دون تطويرها على شكل الحرمان بالفقر، يبعث الى الجرح النرجسي بمانها أدركها في شكلها الخارجي رغم تحكمها ورقابتها في ذلك حتى يسمح لبروز الهوامات و التصورات المتعلقة لذلك.

❖ **اللوحة 19:....** (يقلبها) (اماءات) 6 " هذي ما فهمتهاش 8".

❖ دينامكية السياقات

بعد صمت جاء اكبر من اللوحات السابقة لكن يبقى غير كافي مع قلب واماءات (CC1) يصرح بعدم فهمه للوحة ينقد نفسه (CN9).

❖ الإشكالية

كما كان الحال في اللوحة 11، لم تستطع ميرة النكوص الى اشكالية اللوحة التي تعد بدانية.

❖ **اللوحة 16: (التعليلة)....** (بيتسم) 5 " من الورقة هذي ؟ (ام) ... (واش تعبر واش

تعني ؟) تعني السلم... (السلم ؟) ايه... (في اللون ؟) ايه بيضة... (واش يعنيلك السلم ؟)... ايه مكاش الحقرة... (واش من الحقرة ؟) نكره الكبير كي يحقر الصغير... القوي يحقر الضعيف (حستلها ؟) انا مالحقش روجي نتحقر... (كيف تدافع على نفسك ؟) كل خطرة كيفاه بصح ... تحب اقولوك حقاتي ؟) نحب نقولك هكذا 21".

❖ دينامكية السياقات

دون اخذ وقت كبير، تبتسم ميرة (CC1) تبدي رغبة في الاستفسار (CC2) وبعد صمت (CP1) يقدم عنوانا للوحة (A2-13) وبعد صمت (CP1) يتدخل الباحث بسؤال (CP5) فيعطي مبررا لإجابته للون اللوحة (A2-2) وبعد صمت (CP1) وتدخل الفاحص مرة أخرى (CP5) يعطي عنوانا آخر يعطي عنوانا آخر لتفسير الأول " الحقرة " دائما بنفس الطريقة أي العقل (A2-13) والرجوع الى النرجسية (CN10).

❖ الإشكالية

استطاعت ميرة استحضار موضوع للوحة، وكان موضوع ذو قيمة عقلية وإنسانية " السلم " ذو بعد رمزي وفكري، مما يدل على استدخله للمواضيع على مستوى راقى ذو علاقة مع الآخر.

خلاصة السياقات

جدول ملخص للسياقات الدفاعية حسب شبكة التحليل:

السياقات E	السياقات C	السياقات B	السياقات A
E1=1	CP1=12	B1-2=1	A1=0
E4=2	CP2=6	B1=1	A1=0
E17=1	CP3=2		
	CP4=5		
	CP5=10	B2-3=7	A2-2=2
	CP=35	B2-4=1	A2-3=5
		B2-6=6	A2-5=1
		B2=14	A2-6=2
	CN1=2		A2-8=3
	CN4=1		A2-10=2
	CN5=4		A2-13=2
	CN9=4		A2-14=1
	CN10=1		A2-17=
			A2-18=1
	CN=12		A2=15
	CM2=2		
	CM=2		
	CC1=6		
	CC2=2		
	CC=8		
	CF1=1		
	CF31=		
	CF=2		

تحليل السياقاتالسياقات الرهابية (CP=35)

كانت الأكثر تمثيلاً بالنسبة للسياقات الأخرى، مما يدل على الكف والتجنب ومنع الوجدانات والتصورات من البروز فكانت على شكل صمت (CP1=12)، طرح أسئلة (CP5=10) إلى جانب الاختصار وعدم ذكر نوع الصراعات (CP2=6)، (CP5=5)، مع إخفاء هوية الأشخاص خوفاً من التورط في الوضعيات.

سياقات الرقابة (A2=24)

وجد الرقابة أقل مقارنة بالكف، والذي جاء على شكل تحفظات وصراع ضمن نفسي والتكرار و التردد (A2-3=5)، (A2-17=5)، (A2-8=3)، (A2-6=2)، هذا ما يبين آليات هجاسية لدى ميرة. إلى جانب ذلك نجد التبرير بالأجزاء (A2-2=2) التكوين العكسي (A2-10=2)، الفكر

(A2-13=2) كالأليات تخفي حقيقة معاشه الداخلي.

وجد تنوع الرقابة على شكل تدقيق رقمي (A2-5=1) تغيير مسار المقال

(A2-14=1) مع وجدانات مذكورة بصفة ضعيفة (A2-18=1).

سياقات الهراء (B1=1)، (B2=14)

وجد أنها كانت ضئيلة، مما يؤكد عدم مرونة وعدم السماح لأي وجدانات أو تصورات تنتمي إلى ساحة الشعور، فليس هناك محاورة بين هيئات الجهاز النفسي فهناك تصلب.

رغم ذلك نجد بوادر كامنة، على شكل إدراج أشخاص غير موجودين (B1-2=1)

الصراع البين نفسي (B2-1=7)، هناك تصورات متناقضة (B2-6=6) مع ذكر وجدانات

بصفة مضخمة (B2-4=1).

السياقات النرجسية، السلوكية، الواقعية (CF=2)، (CC=8)، (CN=12)

كانت النرجسية على شكل الاهتمام بالصفات الحسية (CN1=2)، وضعيات تبعث إلى

وجدان ما (CN4=2) تفاصيل نرجسية (CN10=1) فهي محاولة للتشبيث بالخصائص

النرجسية لتجنب الصراعات.

ما يؤكد صعوبة ارضان الصراع على مستوى العقلي هو اللجوء الى السلوك (CC=8) على شكل اماءات المساعدة من الباحث (CC1=6)، (CC2=2). نجد كذلك اللجوء الضئيل الى الآليات العملية (CF=2) على شكل انشغالات يومية (CF3=1) وتمسك للواقع (CF1=1).

السياقات الأولية (E=4)

إن قلة هذه السياقات يبين شدة الرقابة والكف للذان يميزان توظيف ميرة التي كانت على شكل إدراك (E4=2) وعدم إدراك لأشياء (E1=1) مع هفوات في الكلام (E17=1).

الإشكالية العامة

إن إشكالية ميرة هي إشكالية عصابية متعلقة بالإشكالية الاوديبية، التي طغى عليها الكف والتجنب، فاختنق الإنتاج الاسقاطي. نجد صعوبة أمام الإشكاليات البدائية، وأمام العدوانية والجنسية (المزدوجة)، فإن وجدت فضل تقرب المحارم.

نجد غياب الهوامات أكثر من الحالات المدروسة، فهناك انسحاب، وتهرب من التورط لإخفاء توظيفه النفسي، تخوفا من الوقوع في مأزق قد يوقظ إشكاليات أكثر بدائية.

3-4 خلاصة حالة ميرة

من خلال إجراء المقابلة اتضح أن للمفحوصة صعوبة في التحدث عن حالتها بعدم قدرتها على الذهاب والإياب ما بين الماضي والحاضر، وكذلك قولها انها لا تتذكر لحظة الإعلان عن إصابتها بالمرض.

لاحظنا كذلك تصورات قليلة، وجدانات تقريبا غير موجودة إذ تعددت إجابات « c'est normal » كما ننا أجبرنا للاعتماد على مساعدة الأخت لجمع بعض المعلومات الشخصية المتعلقة بالمفحوصة، أن عقلنة المفحوصة سيئة تلجأ الى ميكانيزمات دفاعية ذهانية الى جانب نفيها لوجود أية آم، فليست لها أية قدرة على الارضان ومواجهة الواقع، فمرض المفحوصة اثر عليها سلبيا إذ أنها تخلت عن نشاطاتها، أهملت أطفالها الى جانب عدم وجود أفاق مستقبلية وبروز نزوات الموت.

وضح اختبار تفهم الموضوع اشكالية عصابية متعلقة بالإشكالية الاودية التي طغى عليها الكف على التجنب، مع غياب الهوامات أكثر من الحالات الأخرى، وإمكانية الوقوع في اشكالية أكثر بدائية مع الميل الى البنية الذهانية.

أما بالنسبة لسلم سان أنطوان لقياس الألم فكانت نتيجته منخفضة مقارنة ببقية الحالات، إذ انزعجت من السلم وأعطت علامة صفر لمعظم الصفات نظرا لإنكارها وجود أية ألام مع تفوق الجانب الوجداني على الجانب الحسي هذا الانزعاج المفحوصة من حالتها وإعطائها مرتفع جدا لصفة انتحاري ما يتناسب مع نزوات الموت الملاحظة فنلاحظ هنا انه رغم نفيها للآلام لكن حالتها تزعجها وترغب في التخلص منها.

تقديم الحالة الرابعة : مريم 40 سنة

4-1 المقابلة مع مريم

عمرها 40 سنة وأم لثلاثة أطفال، تقطن بالجزائر العاصمة، أقبلت لغرض العلاج من سرطان الثدي بعدما أن شخص لها، تعنتي بمظهرها الخارجي مرتدية حجاب أنيق الكل متجانس، ألوان زاهية، تبدو أصغر سن عمرها، لها مستوى دراسي جامعي. أقبلت للعيادة رفقة زوجها تصف علاقتها به أنها جيدة. لها علاقة جيدة مع كل أفراد العائلة كذلك، محبة لأطفالها، تسهر لنجاحهم، توقفت عن العمل من أجلهم، تقول أنها بدأت تشعر بألم خفيف لكنها اشتكت منه لكل أفراد العائلة فاستشارت الطبيب مباشرة خائفة من ما يخفيه هذا الألم. كانت ردة فعل زوجها عندما عرفت أنها مصابة بسرطان الثدي عادية، تقبل الأمر وساندها على العكس من ردة فعلها هي شرعت بالصراخ والبكاء قائلة إن صورتها الخارجية ومظهرها مهمان كثيرا في حياتها، صرحت بخوفها من ترك زوجها لها تقول:

«..quand on me l'a enlevé, je me suis sentie vide et sans interet, même si mon mari me disait que j'étais toujours aussi belle sans ».

بالنسبة لردة فعل العائلة كانت شديدة المساندة والاهتمام بالمفحوصة، نظرا للمكانة المهمة التي تحتلها مريم.

● بالنسبة للسوابق المرضية تقول مريم:

« ...j'ai toujours pris soin de moi, on doit toujours faire attention à moi ».

لم تواجه مريم مشاكل عائلية، تقول أن زوجها أحبها ولها علاقات حسنة مع عائلته، لأنها تعنتي بهم وتصرح:

« je sais comment me comporter avec eux, une belle fille comme moi c'est l'idéal ».

فيما يخص الأعراض الجانبية تقول مريم أن ألمها شديد ومعرقل يتعبها كثيرا، تعاني من اضطراب في النوم تقول:

« je ne dors pas beaucoup, je me lève, je m'habille et me maquille pour me sentir en bonne santé ».

تقول أنها كانت تحضر حلويات وأطباق كثيرة دوماً، لكن الألم يزعجها الآن تشعر بالعجز ولا تتحمل هذه العرقلة. تقول مريم:

" لا أعتني بأطفالي كما كنت سابقاً، « je ne supporte pas ça » و عن العلاقات الاجتماعية كانت سابقاً مركز اهتمام الجميع فهي تبادر على المحافظة على مكانتها مهمة بمظهرها، تتظاهر أنها لا تعاني من مرض ما.

تقول: « je veux qu'on me voit toujours au top »

فيما يخص طموحاتها المستقبلية تقول:

« je vais guérir et redevenir la belle femme que j'étais, aimée de tous, je suis forte ».

« Je n'ai pas de raison pour ne pas m'ensotir ».

تعتبر المفحوصة أيضاً أنها تصلي وتدعي الله للشفاء كما تقول أن مساندة عائلتها وخاصة زوجها مهمة جداً لمقاومة الألم.

1-4-1 تحليل المقابلة مع مريم

بالنسبة لردة فعلها عند تلقي خبر الإصابة بالمرض كانت عنيفة نظراً لاهتمامها البالغ بمظهرها.

نلاحظ اعتناء مريم بنفسها تقول:

« j'étais belle et en bonne santé, je dois le redevenir ».

تقول أيضاً:

« quand j'étais jeune yaani, je ne passais pas inaperçue, j'étais coquette, j'aime m'arranger, je sais me mettre en valeur ».

لقد اعتنت مريم دوماً بمظهرها الخارجي، وهذا الاهتمام بالشكل الخارجي ممزوج بادراك الصورة الذاتية القادرة و المقيمة من طرف الآخرين وتتحدث عن دورها في التوازن العام للآخرين تقول:

« j'ai toujours été la pour les autres, cela me fatigue parfois, mais ils ont besoin de moi ».

تظن الآخرين كذلك يلعبون دورا هاما جدا معها، لأنها بحاجة للصورة الإيجابية التي يعكسونها لها عن ذاتها، فنجسها تحب كثيرا أن تتميز، فهي تحدد أنه خاصة و أن عائلة زوجها متحررين هذا ما شجعها للاهتمام بنفسها أكثر بعكس عائلتها المتشددين "مزبطين"، مالي راجلي « au contraire ».

لكن منذ خطوبة ابنتها (أشهر قليلة قبل الإصابة بالمرض) المفحوصة لا تهتم بإفراط بمظهرها (لماذا؟) تقول أنها تنزعج من التجميل أمام صهرها الذي يشبه نوعا من عائلتها "المزبطين" (هذا التغير في نفسها مربوط بالتغيرات السيكوسوماتية التي حدثت في تلك الفترة حسب الأزمات العصبية التفرغ السلوكي بعد الغضب يبدو كعرض للإكتئاب الأساسي ربما، بعد القلق الأساسي الذي تملكها)، الملاحظ أن المفحوصة لم تتقبل أي جرح نرجسي والمساس بشكلها الخارجي طوال حياتها.

كما تخوفها من عواقب العلاج الكيميائي تصف النساء اللاتي عاشته:

« les chauves, les vomisseuses, je crois que je vais tous subir comme toutes les autres femmes ».

نلاحظ هنا أن المفحوصة لا تتصور العلاج الكيميائي كدواء حميد بل تعيشه كمرض آخر يجب عليها تحمله.

فيما يتعلق بنومها فهو غير ثابت تقول:

" ما نرقدش في الليل depuis des années نبات نخم".

« Je me lève, je me prépare, et je prépare des gâteaux ... ».

هذه المرحلة توافق كذلك ظهور أزمات عصبية كما تسميها المفحوصة

« je fais comme des crises »، هذا ما ينفعنا إلى فرضيات Pierre Marty ، الذي يشرح في العديد من كتاباته، بالخصوص في كتابه L'ordre psychosomatique أن القلق يمكن أن يتدفق من مختلف الطرق المتوفرة: التفكير، السلوكيات، الجسد في حالتنا المفحوصة خضعت لا ربما إلى اثار أكثر أهمية هذه السنوات الأخيرة، تفرغ حركية، وأحيانا بكاء شديد مع غثيان، ونقص في الحيوية كما سماه Pierre Marty بالاكتئاب الأساسي: سكون ونقص في الحيوية مع عدم وعي بالمعانات، السكون الذي سبق المعطيات العاصفة والأعراض السرطانية.

بالنسبة للإسقاط في المستقبل مريم تخاف من فقدان الشعر الذي يزجج نرجسيتها خاصة خلال زواج ابنتها المقبل. تبقى واثقة من نفسها مع ضرورة توفر سند عائلي.

1-4-2 تقديم وتحليل نتائج سلم سان أنطوان لقياس الألم (حالة مريم)

من خلال تطبيق سلم سان أنطوان للألم على المفحوصة تحصلنا على النتائج الآتية:

- بالنسبة للنتيجة العامة فهي مقدرة بـ 48 نقطة وهو معدل مرتفع دال على تجاوب المفحوصة و قدرتها على وضع علامة دقيقة لتحديد نوعية وشدة ألمها ما يؤكد وجود ألم عند مريم وكفاءتها للتعبير عنه.
- فيما يخص النتيجة الحسية فكعدلها 20 وهو معدل منخفض يدل على وصف الألم من الجانب الحسي بصفة معتدلة.
- فيما يتعلق بالجانب الوجداني معدله 26 نقطة مرتفع مقارنة بالجانب الحسي فالوجدانات تهيمن فهي تتركز عواطفها تسيطر عليها.
- لاحظنا أن المفحوصة تجاوبت بسهولة و سرعة في إعطائها الإجابات مع تقديم ملاحظات أكثر ودقة بالنسبة للجانب الوجداني.

1-4-3 بروتوكول تفهم الموضوع لحالة مريم

المناقشة

سمح لنا باستخلاص أن عدد المعطيات أقل أهمية من فعالية الحركات الدفاعية، نلاحظ أن تنوع المعطيات في بروتوكول المفحوصة سببه هو عدم فعاليته حركات البارزة في الأول، كسيطرة سياقات A2 خاصة بقيمة الحيطه والتردد، وسياقات B2 تتبع مباشرة حركة الرقابة أو تسبقها. سمحت هذه السياقات وجود نوع من التنافس والنوعية في السرد، مع وجود انطباع أنها دفاع طبيعي، فغالبا التعبير العاطفي B يهيمن على التصور، وهذا ما لم يمنع بروز السياقات الأولية، حتى ولو كانت قليلة بالنسبة لحركة الكف، وحركة المثالية وكذلك قوة سياقات CC2 للوحة 16، بالتناوب مع الحركة النرجسية بالرجوع إلى الذات عند غياب سند الصور.

كانطباع أولي المفحوصة بدت حساسة لكل الإشكاليات المطروحة من طرف مختلف اللوحات خاصة المتعلقة بالمستوى المتطور للتوظيف لكن تعاملها مع هذه التحفيزات الكامنة كانت بإمكانيات تحت أودية.

هذا ونجد أن الحركة المثالية هي التي تأخذ مكان الشبقية وهذا عندما لا تهيمن السياقات الأولية على التعبير المرن و المراقب (B2) و (A2) في كل اللوحات. من أجل كل هذه العناصر، الفرضية البنوية لهذا الاختبار الاسقاطي تميل أكثر حسب اعتقادنا إلى عصاب الطبع مع دفاعات الطبع هستيرية وهجاسية مع لجوء مكرر لسجلات أخرى مثل السلوك... لكن الدفاعات الأولى هي تهيمن وتجعل العقلنة إلى حد ما متوسط.

1-4-4 خلاصة حالة مريم

من خلال المقابلة تبين أن مريم امرأة بالغة الاهتمام بنفسها و مظهرها لها إمكانيات عقلية مساندة من طرف السلوك تظهر أيضا من خلال الاختلالات السوماتية المقابلة للانعكاس « réversible » المساندة بالوجود الدائم لمواضيع الحب الصاد للاستثارة (عائلتها الأصلية وزجها).

من خلال تطبيق إختبار تفهم الموضوع لاحظنا كثرة السياقات الدفاعية المتواجدة مما يظهر إرسان عقلي مهم للصراعات، تصورات الكلمات كانت مرتبطة بالوجدانات، المقروئية العامة كانت نوعا ما جيدة، لكن الإشكاليات المدركة عولجت في مستوى أدنى من الصراعية الثلاثية، فالإشكالية المثالية (... المثالي) كانت دائما هي التي تهيمن في مستوى العلاقة (الشبقية تمر أكثر بالإعجاب، و الكرة بالإنقاص من قيمة الموضوع).

فهي تميل نحو عصاب الطبع مع دفاعات الطبع الهستيري و الهجاسي بمساندة دفاعات من نوع آخر مع تحديد أن مع يجعل العقلنة متوسطة قابلة للتطور الإيجابي هي الدفاعات المذكورة سابقا، مما يجعل الجسم محمي و الإصابة السرطانية غير عامة. فمريم تدرج أكثر ضمن عصابات الطبع متوسطة إلى سيئة التعقلن و القابلة إلى التطور نحو الأحسن في ظروف أفضل.

بالنسبة لنتائج سلم سان أنطوان للألم فالمفحوصة لها سهولة وقدرة دقيقة للتعبير عن ألمها الذي يبقى أكثر ذو جانب وجداني معرقلا حياتها اليومية، لكن بوجود أمل وثقة في المستقبل.

تقديم الحالة الخامسة: سامية 43 سنة

5-1 المقابلة مع سامية

تبلغ سامية 43 سنة، متزوجة، أم لأربعة أطفال، بدون عمل، مظهرها عادي، لا تتكلم كثيرا، نوعا ما بدينة غير مهتمة بمظهرها، ربة بيت حنونة، أظهرت رغبة في التجاوب معنا.

شخص لها المرض منذ 7 أشهر بعدما أحسنت بانزعاج وكتلة على الثديها تقول: " حسيت حاجة bizarre تَمَاكْ، ثوسوسْت مِنْ تَمَاكْ سُبْحَانِ اللهُ بَدَّ اللهُ تَأَغِ السَطْرُ grave ". علاقاتها مع زوجها عادية تقول: " normal، ماشي حاجة، ساكت، ما يبين والو، je pense ماشي عاجبو الحال quand même ". تقول عند اشتكائها بالألم لا يبالي كثيرا، تقريبا غائب، لكن أخذها للمستشفى.

تلقت الخبر رفقة أختها التي تبلغ 50 سنة، كانت ردة فعل الأخت قوية وشجاعة، ساندتها خلال الخبر، أما سامية فلم تتكلم كثيرا تقول: " خمنت في ولادي خير كلي ولو... ". فعل العائلة كان سيئة، تساندها خلال هذه المرحلة، تبقى الأخت السند الوحيد، تقول سامية: " ماقلتش لـ mes enfants فهمو، فاقوا، بعدا، شافوني ça ne va pas الوجود ما خلا فيا والو، تبدلت. "

أما عن نشاطاتها فكانت سابقا تأخذ دروس أحيانا خارج البيت توقفت عن ذلك "وليت ما نقدرش خلاص c'est dommage " بالنسبة للمستقبل تصرح أنها ترغب في الشفاء لكن ظروفها صعبة.

"ربي إحلها c'est pas facile كيما جا إنشاء الله إروح، زعما صاح، pourquoi pas".

1-5-1 تحليل المقابلة مع سامية

من خلال المقابلة مع سامية اتضح لنا:

- تبدو سامية مضطربة، متوترة حوارها مشوش نوعا ما.
- بالنسبة لبداية المرض كان شيء خارجي تضاعف تدريجيا بدأت حينها المفحوصة تقوم بطقطقات لفظية وتصورات أشياء في حوارها غامضة وغير مفهومة مثلا تقول " ذهب لهادك، وسمو، تامك ". فبدت سامية مصدومة لأنها كانت تحمل بأن السرطان

- مرتبطة بالداخل ولا يستطيع الخروج و البروز في الجلد. فكانت قلقة على أولادها " شكون بيهم، ما وليتش نقدر".
- بالنسبة لتصوير العلاج تقول: " باش إروحوخر، j'ai accepté ". " راني نتمنى ما أوليش لهم هاذ c'est tout «.
 - لا تنام كثيرا، تحلم بعائلتها بغموض.
 - المفحوصة خائفة من المذلة ونظرة الناس لها والعيش تحت تهديد حماتها، فهي تعبر عن المنافسة مع هذه الأخيرة، على إعادة تنشيط صراع طفلي وهذا بدعم العائلة. تقول لزوجها: " غير شوف ما خير مني، راني حاسة بيك".
 - تصرح سامية " heureusement نتي تسمعي، كنروح منا، شكون يفهمني، كندخل لدار نكره، نحير، مع من نهدر".
 - خلال الحصص العلاجية الأولى أبدت المفحوصة قلقا شديدا، توصلت لتجاوزه بفضل الدعم و المساندة.

1-5-2 تقديم نتائج سلم سان أطوان لقياس الألم (حالة سامية)

تمثلت نتائج مسامية في:

- بالنسبة للنتيجة العامة فهي مقدرة بـ 45 نقطة، تجاوب مريم مع السلم رغم قلة كلامها استطاعت تحديد ألمها بوضوح.
- بالنسبة للنتيجة الحسية معدلها كان 25 نقطة فهو مرتفع نوعا ما، بهيمنة وصف الألم من جانب حسي.
- فيما يخص النتيجة الوجدانية مقدرة بـ 16 نقطة ضعيفة، فالوجدانات لا تسيطر على التعبير عن ألمها.
- لاحظنا صمت عند التعرض للمواصفات الوجدانية.

1-5-3 تحليل بروتوكول إختبار تفهم الموضوع (حالة سامية)

ما يلفت انتباهنا أن المفحوصة تثابر في نفس الموضوع مع تطوير في المضمون و الوثوب حسب الواقع الظاهري للوحات فعامة يتعلق الأمر عند المفحوصة بإشكالية زوج " بدون تحديد دافع صراعاته: الزوج الذي يذهب أو يريد الالبتعاد عن زوجته بعدما تشاجر

معها، و الطفل في اللوحة الأولى الذي وصفته وكأنه يفكر في عزف الموسيقى مع قيثارته، لوحظ في اللوحة B13 كأنه يفكر دوماً في قيثارته، فالعناصر مرتبطة دائماً، فهناك تصورات وعواطف، لكن نشعر بأن هناك نوع من السلوك الطفلي لدى سامية (من خلال صوتها الرقيق، نوع اللفظ عندها...).

تتحرف أحيانا قصة المفحوصة لتصبح مشوشة عند إدراك التصورات النزوية الكثيفة بالعدوانية.

اللوحات الأخيرة كانت صعبة بعد الانطلاقة مرتبطة بغياب الصور، وعبارة عن سرد لإشكالية شخصية (إشكالية الزوج) غير متوافق مع رغباتها في السعادة.

إن إشكالية المفحوصة هي " بين شخصية " (فهي حساسة للروابط حتى بين اللوحات)، مميزة بحاجة للسند، والخوف من التخلي، والذي يمنحها خلال المقابلة الهيئة الطفلية وعدم النضج والخضوع، غطاء عصابي مكون من عناصر هستيرية ومراقبة في طفحانها، (الخوف من فقدان السند من طرف الآخر)، فلماذا تتشبث بالسند اليومي غير موظف دائماً، والسياقات الأقل عقلنة مثل السياقات النرجسية، السلوكيات، الهوس قبل أن تأتي الظواهر الأكثر بدائية لتتكفل بالصراعات في إطار أكثر مثابرة.

هذا الغطاء العصابي إذا تلقى السند اللازم من طرف العائلة خاصة الزوج، والعناية الطبية والنفسية يمكن أن تصبح أكثر فعالية.

حالياً في واقعها السيكوسوماتي، مفحوصتنا تروي وفاة والدها كفقدان، لأنه كان إنسانا لين وكانت تحبه كثيراً، (في اللوحات 7-GF9GF) تنقص المفحوصة أكثر دور البنات (ابنة والدها)، وإثر ذلك وصف زوجها بأنه إنسان حاد، الذي يفرض

عليها إتباع مسلك التقشف والذي لا تحبزه كثيراً، فهي تحب الحياة، البحر، الحفلات، تحب الانبساط، زوجها لا يحب هذا، فهو طيب لا ترغب فقده، فهو أب أولادها، تتمنى لو كان مختلف لكن يجب أن تتبعه (حسب ما تقول)، وإلا سوف تخسره. في اللوحة 16، لدى غياب الصورة، تطرقت المفحوصة للإشكالية العلائقية (الشخصية) المصبوغة بالصراع، وبأهمية الخضوع بالنسبة لها، عبرت عنها المفحوصة بصعوبة وبعد الدعم.

ما لفت انتباهنا في الإنتاجية الإسقاطية للمفحوصة، وبالخصوص في T.A.T. هو تتابع قصة الانفصالات، والتعبير عن الصراعات غير مرصنة للزوج والفقدان، وكذلك التعبير عن قلق الموت.

في اللوحة 16 تتداعى قصة هذه اللوحة مع واقعها الحالي مع زوجها الحاد الطبع الذي فرض عليها ارتداء الحجاب بعد الزواج، والذي عايشته كضيق شديد.

1-5-4 خلاصة حالة سامية

شعرنا برهافة المفحوصة والتي تفقد وسائلها الدفاعية المعتادة (القمع، الامتثال، الاهتمام النرجسي...) بمجرد أن تكون في المستشفى.

عن طريق القمع والانكار استطاعت مريم إلى قمع النظرة المهمشة لها، والتي لم تكن بالضرورة صحيحة، لأنها كانت تشعر بأنها مضطهدة، سقوط الشعر الذي هو اختبار أمام الواقع اعتبرته انحطاط، فواصلت "العجين" مثلا في المنزل لتبرهن لنفسها ولحماتها أنها لا زالت تستطيع القيام بذلك.

بالنسبة لسامية إعادة نمو شعرها مهم لها وسوف يطمئنها، سامحا لميكانيزم الانكار والقمع بالعمل ثانية.

للمفحوصة قلق الفقدان، تقريبا عدم النضج الطفلي والغطاء العصابي من النوع الهستيرى متواجد ويوظف أحيانا عبر العلاقات بحثا عن الحب والسند لكن هذا مع بروز السياقات الأولية عندما يهدد الانكار بالسحب، فتساق المفحوصة إلى عصاب طبيعي أو غير محدد.

فيما يخص ألمها فلم تواجه صعوبة في التعبير عنه، رغم صموته عند التعرض للوجدانات، لها حاجة في جلب الانتباه وتحتاج للمساندة، توظف نوعا ما ألمها في ذلك مع تواجه فعلا.

تقديم الحالة السادسة: منى 40 سنة

6-1 المقابلة مع منى

منى امرأة متزوجة ذات 40 سنة لها طفلين، ماکثة في خارج العاصمة مع عائلة زوجها لها مستوى دراسي ثانوي، شابة، متعبة، تشكو من آلام شديدة تستعمل عصي للمشي، مظهرها نظيف، عادي، تبدو مشغولة بواقعا السوماتي الحالي والعقلي، ما يدفعها للآليات الأولية والحاجات الأولية والابتعاد عن كل برمجة للحياة. في بداية الحوار، تبدو منى أكثر سنا، كانت تتنهد بكثرة، بدون أي طاقة، تشكو من عدم النوم، شهيتها منعدمة، تربط كل ما تقوله بألمها. علاقاتها بزوجها سيئة، توقفت عن كل نشاط داخل وخارج المنزل، عاجزة عن الاعتناء بأطفالها. تلقي خبر التشخيص كان يدور حول ما سوف تحس به من ألم بعد اليوم. بالنسبة لطموحاتها المستقبلية تقول: " مانولي نحس ولو خير، يحبس لوجع " .

1-6-1 تحليل المقابلة مع منى

من خلال إجراء المقابلة لاحظنا:

- الاستثمار المهم للإحساسات.
- لا تركز على الأسئلة المطروحة بسبب تعبها الشديد.
- حوارها قصير، سردها صعب، تداعيتها قصيرة ذات مصطلحات بسيطة.
- نلاحظ موضوعا الألم والأكل بتكرار يترجم اهتمامها الشديد بهما.

2-6-1 عرض نتائج سلم سان أنطوان لقياس الألم (حالة منى)

نلاحظ بصفة عامة صعوبة في التجاوب مع السلم بالرغم من الاهتمام البالغ بالألم. رفضت المفحوصة الألم قائلة: " ماشي هذا لأعبر على واش راني حاسة ربي عالم، هادو كلمات ما يكفيش، حبسي، صاح " .
" ما يكفيش باش تعرفي la souffrance لبييا، غير خبييه، اولي ماشي sérieux لوجع لعندي بكلمات " .

بالنسبة لرفض المفحوصة للسلم وجلبها اهتمامنا أن مرة أخرى توجه حوارها نحو الجانب الحسي المفرط.

1-6-3 تحليل نتائج T.A.T. (حالة منى)

خلال حوالي 6"، أعطت المفحوصة برتوكول كله عملي واندماجي لم تستثمر اللوحات على أنها فحص تقوم به، أجابت بإعانة قبل الاستراحة المرجوة. المفحوصة تعبر بجدية، شبابها لم يظهر في البرتوكول، بدت متعبة، لا تبالي، لا تبحث سوى عن تخلصها من الألم، من آلامها الواقعية والموضوعية في اللوحة 16 في غياب سنة اللوحة دفعت المفحوصة اللوحة بعنف لواقعها السوماتي المصبوغ بالحاجة للمساعدة وعدم القدرة.

مساعدة الفاحص خلال إجراء الباحث، أعطت نوع من الإرادة ونجحت في إعطاء شيء نوع من الحديث الاندماجي وأحيانا مع نوع من التطرق للصراعات دون تحديد الدواعي، مع اصرارنا على ذلك انزلت المفحوصة بـ 7 السياقات الأولية التي لم تساند برقابة محكمة (حاضرة ولكن غير كافية)، أحيانا خيالها يتجاوز محتوى اللوحة، أحيانا أخرى يتعلق أكثر بالواقع الفعلي والإمتثالي، نجد أنفسنا أمام التجنب المتواصل أو الغموض الكلي في كلامها.

1-6-4 خلاصة حالة منى

من خلال المقابلة تبين لنا أن منى امرأة متعبة، اهتمامها متمركز حول الغذاء و الألم. لها صعوبات في التعبير بوضوح. لا تستطيع وضع عبارات دقيقة عن ما تشعر به. أظهرت واقع سيكوسوماتي متدهور. اهتمامها الحالي الشفاء و الغذاء " لا أستطيع الأكل بسبب الألم ". التعبير عن الألم موجود دوما لكن هيمنة الجانب الحسي وفقر شديد في الجانب الوجداني. من خلال T.A.T. نستخلص ابتعاد القمص عن صراعات الرغبة و الدفاع، بعيدة عن الاشكالية الأودية و اشكالية الانفصال رغم وجود الإحساس بالاضطهاد (موضوع منتظر، الموضوع السيء المضطهد)، المفحوصة حساسة لكن حاليا تسبح في آلية بدائية مع الحاجات البدائية الغير مشبعة كالأكل و النوم، التخلص من الألم، الشفاء، مهمله الباقي (الزوج، الأطفال...)، الرغبة في المشي دون عصا، حيث أن الأكل هو الموضوع المهيمن في

البرتوكول، المفحوصة في حاجة حقيقية، لها حاجات ملموسة للإشباع، نظن أن استرجاعها للرجبة في انشغالات بأمر أخرى أقل بدائية تستلزم وقت طويل، فهي في انتظار عملي لمساندة طيبة.

تقديم الحالة السابعة: سارة 40 سنة

7-1 المقابلة مع سارة

سارة 40 سنة متزوجة لها طفل واحد، مستواها الدراسي ثانوي، حالتها العامة متعبة، تبدو راغبة في النوم بعد القليل من الحديث، لا تبالي بمظهرها الخارجي. شخص لها المرض لما قررت القيام بتحليل وهذا بعد إصابة جارتها بالسرطان فقررت التأكد من سلامتها، فجئت سارة وكذلك عائلتها بالخبر لأنها لم تشعر حسها بالألم فعلية تقول: " normal pour moi سطر normal، عيّا تاع الشغل ما قلّتش قاع هَذَاك الشئ، حتى شوفي زهر جيت جوتت ".

تصف علاقتها مع زوجها بعادية مع تدهورها منذ تشخيص المرض. بالنسبة لنشاطاتها اليومية لم تعد سارة مثل السابق بسبب التعب الشديد و الألم، فقدان للشهية واضطراب في النوم.

لم تواجه المفحوصة مشاكل مع عائلته تقول:

« les problèmes c'est normal, donc لا بأس ».

فيما يخص الآفاق المستقبلية فتعبر بعدم المبالاة غير مهتمة بأي شيء تقول: " راني حاب نرفد نريخ ".

لاحظنا مساندة العائلة لها.

1-7-1 تحليل المقابلة (حالة سارة)

لاحظنا قلة تجاوب المفحوصة وصعوبتها في سرد حوار متناسق.

عباراتها قصيرة.

إجاباتها آلية متكررة.

صرحت عن خوفها لفقدان السند الخارجي.

نقول أنها بحاجة فعلية وأكبر للسند الخارجي لاسترجاع الإحساس المفقود "الأمّن".
انطلاقاً من المعطيات الملتقطة نقول أن عقلنتها سيئة.
تلجأ للكبت، لم تعبر عن الألم بصفة واضحة.
تنبؤ سلبي بالنسبة لهذه الحالة.

1-7-2 تقديم وتحليل نتائج سلم سان أنطوان لقياس الألم (حالة سارة)

تحصلنا على النتائج الآتية:

صعوبة سارة في التجاوب معنا.

- بالنسبة للنتيجة العامة مقدرة بـ 23 وهو معدل ضعيف نوعاً ما يترجم صعوبة التعبير عن الألم بعجز في وصفه بمصطلحات دقيقة.
- عدم هيمنة أي جانب الحسي والوجداني بنفس المثابة.
- تقول في النهاية: " كَأَيِّنُ السَّطَرِّ... خُلَاصٌ عَيْثُ " .
- تعب المفحوصة الشديد لم يمكنها من التركيز خلال تمرير السلم.

1-7-3 تحليل نتائج اختبار تفهم الموضوع لسارة

نجد الزمن المستغرق في هذا الاختبار قصير (8 دقائق)، مع بروز السياقات الأولية التي طفت في هذه الانتاجية، مما جعلنا نعتقد أنه قد أبعاد المفحوصة من واقع اللوحات، فلم يكن هناك تمسك بالمحتوى الظاهري للوحات. كما لم يكن لها في نفس الوقت أي صدى للمحتوى الكامن للوحات، نا عدا في اللوحة الأولى أين استخلصنا محاولة المفحوصة لإدراك عدم النضج الوظيفي، ربما بفضل مساندة الفاحص لها. السياقات الدفاعية غير متنوعة، السياقات الأولية هي المهيمنة أكثر من سياقات الرقابة والمرونة، نجد كذلك سياقات في تناوب مع السياقات الأولية، تميل مقروئية البرتوكول إلى السالب بسبب سيطرة MF13 أين كانت المقروئية متوسطة بفضل حضور سياقات الرقابة A2 مع سياقات التخرج B1.
توصلنا للقول أن التوظيف النفسي للمفحوصة يندرج ضمن التنظيمات النرجسية الهشة.

1-7-4- خلاصة حالة سارة

تمتاز سارة بعقلنة من سيء التداعيات، فقر في الهوام. لاحظنا عجز شديد في التعبير عن آلامها. هيمنة السياقات الأولية مع وجود سياقات الرقابة والتخرج. لم تتحصل بعد الإصابة لسند داعم فغيابه وغياب تأطير داخلي رقابي لديها، ترك المجال لبروز التصورات البدائية المتعلقة بالإصابة الجسدية، بفقدان الموضوع و الخلط في الهويات مع بحثها عن الحدود الهشة، هذه هي الإشكالية التي تبقى المفحوصة حساسة لها. تصرح أنها أصيبت في صغرها بحرق خطير لكن بوجود سند عائلي واجتماعي مهمان، حسب قول المفحوصة، أما الآن فالإصابة أكثر خطورة وغياب المساندة يظل شيء مخيف. نقول في الأخير أن التوظيف النفسي للمفحوصة يندرج أكثر ضمن التنظيمات النرجسية الهشة (...السلوك ذو تفكير عملي متناوب مع بروز السياقات الأولية).

تقديم الحالة الثامنة: إلهام 43 سنة

8-1 المقابلة مع إلهام

تبلغ إلهام 43 سنة متزوجة، لها خمسة أطفال تسكن بالعاصمة شخص لها المرض بعد إحساسها بتعب شديد صدفة فهي امرأة حيوية ونشيطة، لا تجد وقت فراغ لانشغالها بأطفالها وبيتها، ذات مستوى دراسي متوسط، لا تعمل.

تصف تشخيص المرض ببشع ورهيب إذ لم يفهمها الطبيب حقيقة الوضعية تقول:

" خشين، ما يعرفش يهدر، تقول ماقرا خلعييني بـ لمو Les mots ديالو، مافهمت فيها والو حسيت بالموت ".

كانت بمفردها عندما تلقت خبر إصابتها بسرطان الثدي، تفهم زوجها الأمر وساندها خلال هذه المرحلة.

تتكلم عن نفسها بسلبية تقول: " مانفهمش لـ cancer، ما قرينتش ".

لم تتكلم عن سرطانها، تتجنب هذا الموضوع.

بالنسبة لعلاقتها مع عائلة زوجها نصفها ذات نوعية حسنة مقارنة بعلاقتها مع عائلتها.

فيما يخص نشاطاتها اليومية فتحاول مواصلة القيام بها دون التحدث عن ألم ما، معاناة لكن تتحملها.

1-8-1 تحليل المقابلة مع إلهام

لم تتجاوز إلهام شدة لحظة التشخيص متهمة الطبيب فركزت اهتمامها عليه متجاهلة " الإصابة بالسرطان ".

حوارها فقير، بصعوبة وضع صلات والقيام بتداعيات، فعلتها سيئة نوعا ما.

تلجأ المفحوصة لميكانيزمات القمع والتجنب، متجاهلة المرض بعدم تلفظها لمصالح

"مرض" أو "سرطان" ولو لمرة، إضافة إلى مواصلتها للقيام بالنشاطات المنزلية اليومية.

عدم الشكو من ألم واضح، تقول أنها تشعر بانزعاج وتعب فقط. حاجتها للمساعدة خاصة من قبل عائلة زوجها.

شعرنا برغبتها في التقارب منا، نقول عند سؤالنا:

"وانتي واش رايك؟". وهذا النمط العلائقي جعلنا نفكر فيما وصفه بيار مارتي Pierre Marty في هذا الصدد بالعلاقة الحساسية " la relation allergique " في العديد من مؤلفاته، بطموح شخص في التقارب مع شخص آخر دون بعد ومخاطبة الآخر بضمير المفرد، المعاملة بعنف حتى بدون إساءة للتحكم في الآخر لكن تكون الوحدة للمجزئة مع تجاوز المسافة بين الطرفين.

تتحدث عن مكانتها في عائلة زوجها، ودورها المهم، إذ تقول: " كانوا يستعرفو بيا، قادر...".

حاولنا أسئلتها حول ألمها فلم تتجاوب معنا، صمت، تتحدث عن مواضيع أخرى.

1-8-2 تحليل سلم سان أنطوان للألم (حالة إهام)

لم تتجاوب المفحوصة مع السلم نظرا للقمع الشديد فأظهرت رفضها السلم: قائلة " ce n'est pas la peine راني Bien" نظرا لتجاهلها المرض ومخالفاتها كالألام يمثل سلم قياس الألم بالنسبة لها وضعية صعبة، فتلجأ المفحوصة بالنسبة لنشاطاتها اليومية، لم تترك آمال وظيفتها بتشجيع الطبيب لها، لا زالت تعنتي ببناتها، وباقي الواجبات المنزلية المجبرة عليها رغم الإعلان على المرض.

تنام المفحوصة ساعات قليلة، تعبر عن خوف شديد يتحكمها عند حلول الليل تقول: " كجي la nuit نخاف، نخاف بزاف كلي رايا نموت نصيب روجي وحدي مع السطر، وحد لوجع حريق، ترسييتي تقول النار شاعلا فيا، نحب نشرب coca بزاف نطفي النار...".

أحيانا لا تذهب للعمل بعدم قدرتها على الوقوف من شدة الصداع، الإحساس بالدوار والانزعاج الشديد من الأشياء الخارجية، لم تقل لبناتها وقت التشخيص أنها مصابة بالسرطان، لكن تقول المفحوصة " حسو، بزاف دواس مع لـ papa ما حبيتش إروحو فيها في القرايا، ندير كلش باش ينجحو، نخاف نموت تخليهم، اسوفرو على جالي ". كما تصرح أمال أن زوجها هو السبب في إصابتها بالمرض " نبرا لبناتي، نشد ليهم".

1-8-3 مناقشة نتائج اختبار تفهم الموضوع (حالة إهام)

الفقدانات الواقعية في حياة المفحوصة أعطت ثغرات عاطفية من المستحيل التوفيق بينهما إلا بمساعدة العلاقة الحساسية فهي تلجأ لتقارب حقيقي وتألفي معنا، وقد أدركنا هذه

الحاجة من أول لقاء لهيمنتها، لذلك حرصنا على أن تكون حذرين في العلاقة، كي لا نصدم هشاشة المفحوصة في هذا المستوى.

كذلك بمساعدة سياق التجنب للمعطيات التي تثير غرائز الحب أو العدوان الصعبة التحكم فيها. باللجوء للفعلية و المألوف والامتثالي كذلك.

عامّة السياقات الدفاعية في بروتوكول المفحوصة متنوعة، لكن لا تنذر بتوظيف عقلي محدد صلب، مرن أو فوبي، لكن تفكك بين التصورات والانفعالات و اللجوء للجماعة والكف يوجهنا أكثر للتفكير في عصاب الطبع ذو عقلنة متوسطة بفضل سند.

1-8-4 خلاصة حالة إلهام

المفحوصة ذات فقر في التدايعيات، تتفادى بشدة موضوع المرض، لم تتكلم ولو مرة عن سرطانها بتسميته فيتضح ميكانيزم القمع هنا.

لاحظنا أيضا تحاليل المفحوصة مع الفحص تتوجه إلينا بكلام لمضايقتنا، ولتحطيم البعد إلى أن نتوجه إليها بنوع من التآلف، لولاه كلام المفحوصة يكون غامض بينها عندما تحس بالأمان.

تتكلم بصفة أحسن (أسهل)، يبدو إذن أن المفحوصة تندرج أكثر ضمن العلاقة الحساسة التألفية مع فقدان البعد مع الموضوع، تعيش مع قلق فقدان للموضوع (الصحة هنا).

بالنسبة للمرض و الألم المترتبة عنه فهي تتجاهلها تماما، تبادر في مواصلة حياتها عادية بفقدانها القدرات لوضع مواصفات دقيقة عن ما تشعر به.

تقديم الحالة التاسعة: آمال 42 سنة

9-1 المقابلة مع آمال

تبلغ آمال 42 سنة متزوجة مظهرها عادي، لها بنتين تسكن بضواحي العاصمة، تعمل كمساعدة عند طبيب خاص (أخ زوجها)، بالنسبة لعلاقتها مع زوجها تدهورت بعد تشخيص المرض، تعيش مع عائلة زوجها المتحفظة والظاغطة عليها، إذ على آمال القيام بكل الأعمال المنزلية قبل الذهاب للعمل وعند الرجوع تقول " مور الخدما غير ندخل ندير طابليا تاع الدار، عجوزتي قبيحة، أو رجلي pfff هادك وحدو، عايش سلطان ماشي سامع...". بالنسبة لتشخيص مرض السرطان تقول أنها سرعان ما أحست بـ " حاجة " في ثديها أخبرت الطبيب فأرشدتها نحو المستشفى أين يعمل إحدى أقاربهم فتكلف بـ آمال. بالنسبة لردة فعل الزوج كانت عنيفة إذ تقول آمال: "ماولاش يهدر معيا غير فوق القلب، وليت نحس روجي ما نسواش، إشوفني نتوجع ما يقولش كلم...". أضافت المفحوصة أنها تذهب دوما بمفردها للفحوصات وتعود بالحافلة مرهقة و الألم يزداد يوميا، فزوجها يملك سيارة لكن لا يبالي بها.

1-9-1 تحليل المقابلة (حالة آمال)

تبدو آمال امرأة قوية، متمسكة بالدين "القضاء القدر" إذ تقول " حاجت ربي". تقبلت نوعا ما الإصابة ما يزعجها هي الآلام، ردة فعل الزوج، عدم إظهاره أي مساندة بل بالعكس لا مبالاة شديدة.

عمل المفحوصة يشجعها لعدم الاستسلام. ترجع سبب الإصابة على الزوج إذ تروي لنا: " في عَرَسْ وُلَيْدْ خُتِي مَاحَبَش يَدِينِي، après لبست قفطان و القفطان لازم لو بزاف ذهب، درت قاع ذهبي، جينا رايعين قال ما يدينيش، لقيت la famille دونا كوليت ملعرس ثاني جبونا محابش قالي بكري ولا مكاش، دخلت لـ chambra هو طبيعتو ياكل فوق le lit أنيا j'ai enlevé بدلت، مبعد فرزت البيت، نفضت الفراش، يمات من بعد جاني عرس، كجيت نلبس les bijoux، ما لقيت غير une chaine رقيقة، حرت، جاتني الخلعة، تغميت لقيت la boîte vide، والوا بديت نصوغ أنندب، كيما خمنت rien، jusqu'à شفيت بلي ذهب فوق

لفراش وأنا نفضتو من la fenêtre من هديك المراون ça ne va pas هبلني، مرضني، يمات من بعد حسيت حاجة يابسا جاب لـ "le cancer".

تدايعيات المفحوصة وتصوراتها جيدة تمتاز بالجزارة، النوعية والسيولة، تتكلم آمال بسهولة وكثيرا دون أي مشكل في تذكر الأحداث والربط ما بينها مما يسمح لنا بالقول أن عقلنتها من نوع جيد، تواصل في القيام بنشاطاتها اليومية والذهاب للعمل.

1-9-2 تقديم وتحليل نتائج سلم سان أنطوان لقياس الألم (حالة آمال)

من خلال تطبيق سلم سان أنطوان تحصلنا على النتائج الآتية:

بالنسبة للنتيجة العامة فهي مقدرة بـ 48 نقطة وهو معدل مرتفع دال على تجاوب آمال وقدرتها على وضع علامة دقيقة لتحديد نوعية وحدة ألمها مما يؤكد وجود آلام عندها وكفاءتها للتعبير عنها.

بلغت الجانب الحسي في التعبير الألم.

النتيجة الوجدانية مقدرة بـ 19 نقطة منخفضة مقارنة بالعمل الحسي، فالوجدات لا تسيطر في التعبير عن الألم ووصفه.

لم تواجه المفحوصة أية صعوبة في اختيار الإجابات والمواصفات الدالة عن الألم، بوضع علامة على كل صفة بشكل عفوي، فلها سهولة كبيرة في وصف ألمها وتقديره بدقة.

1-9-3 تحليل ومناقشة بروتوكول اختبار تفهم الموضوع لحالة آمال

من خلال بروتوكول المفحوصة لاحظنا ما يلي:

وظفت المبحوثة سياقات متنوعة وبدرجات متفاوتة، حيث حاولت التجاوب قدر الإمكان مع مادة الاختبار.

تغلب على البرتوكول سياقات المرونة، متمثلة على التشديد في العلاقة (B 2.3 = 11)، واستحضار شخصيات غير مشكلة في الصورة (B 12 = 9)، والتي جاءت مترافقة في اللوحات (BM3) (4) (GF7) (GF9) (10) محاولة استثمار الآخر، كموضوع طرف في الصراع معبرة عن تلك العواطف العلائقية بصيغة تميل إلى التهويل والتمسح بالإضافة إلى تنشيط الإغراء (B 2.9 = 2) كما يظهر صعوبة التقصص في اللوحة (B.M3) "هذا مرا

و لاراجل"، تحاول من خلال استدعاء لسياقات الرقابة (A = 23)، أن تقدم تمثيلات متحكم بها.

كما استعملت المفحوصة السياقات النرجسية (CN = 16) التي تظهر من خلال التقديرات الذاتية (CN1 = 6) حيث تحاول التعبير عن عواطف متعلقة بالضيق والحزن (يزعف، ندمت، تفلقت).

تهرب من أي علاقة صراعية قد تذوب فيها، حيث تظهر هشاشة الحدود النرجسية من خلال (CN2 = 4) بالإضافة لسياقات (CN4، CN8، CN9، CN10)، قد تكون هذه السمات نداء من أجل خدمات السند.

جاءت السياقات الهويية (CM = 12) التي وظفت بعدة طرق منها الحاجة إلى موضوع "الألم" مثل ما جاء في اللوحة (5) (GF7) بتمثيل إيجابي (CN 2+) والحاجة إلى موضوع "الأب" والتبعية له، لأن الأم موضوع ممثل سلبيا في اللوحة (10). لاحظنا سلامة العلاقة بالواقع عند المفحوصة (CF = 12).

السياقات الأولية (E = 9) لتكشف عن العالم الداخلي، من خلال انفجارات فضاة تعبر عن الغريزة العدوانية (E8 = 4): (دوست، يضرب، يقتل)، تكشف عن قلق الانفصال والتخلي (E9 = 2): (مانت، سمحت فيهم)، إضافة إلى إدراك مواضيع محطمة (E6) (التخفيف من ضغط العالم الخارجي).

بالنسبة للإشكالية العامة للاختبار في الصراع مع صورة الأم والازدواجية المتوجهة نحوها هي موضوع ممثل إيجابيا، تحتاج إليها المفحوصة، تطلب سندها، ومن جهة أخرى هي موضوع مهمل، ومضطهد، توجه نحوها (رغبات الفناء و الموت). تبرز كذلك إشكالية الاقتراب الليبيدي لزوجين، من جنسين مختلفين في إطار عدواني يخلق مشاعر العجز.

1-9-4 خلاصة حالة أمال

تتميز المفحوصة بعقلنة جيدة نوعا ما، علاقتها بالواقع من نوعية حسنة، تحتاج لسند ودعم عائلي واجتماعي. تعيش أمال حالة conflictuelle مع زوجها إذ يمثل سبب إصابتها بالسرطان. للمفحوصة آليات دفاعية فعالة ومتنوعة، لاحظنا أنها تستعمل آلية التكوين

العكسي إذ ترغب في مساعدة النساء المصابات وخاصة خلق جمعية للنساء اللواتي تعاني من عنف متلقى من الزوج، أو نساء ليست لها سند خاصة خلال مرحلة العلاج. للمفحوصة سهولة بالغة في التعبير عن ألمها بوضع علامة دقيقة وصفه مع سيادة الجانب الحسي.

بالنسبة لبرتوكول T.A.T. لأمال، فهو ثري ومتنوع، لاحظنا محاولة تقديم الحياة الداخلية في إطار مرضين. الاعتراف بوجود الموضوع كطرف في العلاقات والتكيف معه. استحضار العلاقات الإنسانية في وضعيات مختلفة. تعطي صورة واقعية عن الذات بتخللها ضبابية في الإسقاط المستقبلي.

الاستنتاج العام

يشكل موضوعنا مجالاً واسعاً للبحث والتحليل، كما أن التعامل معه يعتبر أكثر تعقيداً نظراً لعدم توفر الدراسات السابقة والاختلافات الفردية التي يستجيب بها الأفراد تجاه تسيير معاناتهم وقدرة التعبير عن ألمهم وليس آلاماً عادية لكن الألم المصاحب لباتولوجيا صعبة وهي السرطان فحتماً كما يبق ذكر هناك آلاماً نفسية، جسدية، آلاماً ناتجة عن المرض وآلاماً أخرى ليست لها علاقة بالإصابة بل بعدم الاعتراف بحالة المريض، عدم مساندته، رؤية تغير وتدهور حياة الآخرين بسبب المرضي وغيرها من الأسباب التي قد تكون عامل مفرج للشعور بالألم، لكن ما مدى قدرة الفرد عن التعبير عن هذه الآلام، وما هي الصلة الموجودة بنوعية توظيفه النفسي هذا ما حاولنا معرفته فمن خلال استعمال تقنيات البحث حاولنا اختبار فرضياتنا.

لقد قمنا في هذا البحث بدراسة حول التوظيف النفسي و التعبير عن الألم عند النساء المصابات بسرطان الثدي.

للتذكير فإن العمل قسمناه إلى جانبين: جانب نظري و جانب تطبيقي. فالجانب النظري و من أجل إثراء الموضوع قسمناه كما سبق إلى خمسة فصول: تناول الفصل الأول السرطان، أما الفصل الثاني فقد تطرق إلى مفهوم الألم، ركز الفصل الثالث على النظرية السيكوسوماتية، تعرض الفصل الرابع للتوظيف النفسي، وأخيراً يعرض الفصل الخامس الآليات الدفاعية. أما الجانب التطبيقي، فضم فصلين أولهما الفصل السادس المخصص للإجرات المنهجية مثل مكان إجراء البحث، مجموعة البحث: طريقة إنتقائها و خصائصها، منهجية و تقنيات البحث المتمثلة في: المقابلة العيادية نصف الموجهة، مقياس الألم لسان أنطوان (DSQ)، و إختبار تفهم الموضوع (T.A.T.)، مع ذكر ظروف التطبيق.

في الفصل السابع (الأخير) تم التطرق إلى عرض، تحليل و مناقشة النتائج للتسع حالات، كل واحدة على حدة من خلال إستعمال تحليل مضمون المقابلة العيادية، إختبار تفهم الموضوع و سلم سان أنطوان للألم.

حسب النظرية السيكوسوماتية ل Marty فالإنسان وحدة متكاملة من نفس و جسد، و المبدأ الأساسي لهذه النظرية هو أن الأمراض الجسمية تحدث عندما تخفف عمليات اللاوعي

(Pré-conscient) في القيام بمهمتها، عندما يعجز الفرد في إرسان التأثيرات الخارجية و الصدمات على المستوى العقلي.

هناك إذن علاقة وطيدة بين العقلنة لدى الفرد و درجة مقاومته للأمراض الجسمية، و هذا ما توصلنا إليه فعلا خلال بحثنا المتعلق بالتوظيف النفسي و التعبير عن الألم لدى المصابات بسرطان الثدي.

الجدير بالذكر أن دراستنا إستوجبت إطار لانظري نظرا لإستعمالنا إختبار تفهم الموضوع T.A.T. وسلم الألم ل Saint Antoine مع التركيز على النظرية السيكوسوماتية نظرا لإهتمامنا بنوعية التوظيف النفسي لحالاتنا المدروسة.

فالسؤال المطروح بهذا الصدد كان الآتي:

قد تكون علاقة بين التوظيف النفسي و التعبير عن الألم لدى النساء المصابات بسرطان الثدي.

فما هي هذه الخصوصيات و الفروقات الفردية التي تمتلكها المرأة القادرة على التعبير عن ألمها (المعاش أو الوهمي) و من خلال الدراسة الميدانية التي قمنا بها بملاحظتنا الشخصية عبر تجربتنا المتواضعة في الميدان الإكلينيكي، لاحظنا إختلاف في إدراك الألم أي التعبير عنه بالإعتراف بوجوده أو لا كواقع مُعاش مُصاحب للمرض أو من أحد عواقبه، ثانيا بوضع صفات و درجات دقيقة لما تشعر به المصابة بسرطان الثدي إلى جانب وجود نساء لا تستطعن وصف ألمهن، هناك حتى من تنفي وجود آلام معاشة. تساءلنا هل فعلا لا تشعر بالآلام أو أنها تستعمل ميكانيزمات دفاعية كالإنكار مثلا، و هذا كإستراتيجية لتجاوز الوضعية الصعبة المعاشة. فهذه الفروق قد تعود لإختلاف التوظيف النفسي من مرأة لأخرى، مع عدم نفي وجود عوامل أخرى داخلية أو خارجية قد تلعب دورا فعّالا في هذا التمايز بين الحالات، ما يثبت وجود علاقة وطيدة بين نوعية العقلنة، أي نمط السير العقلي للفرد و إمكانيته الشخصية في مقاومة الأمراض الجسدية و مضاعفاتها.

هذا ما جاءت به النظرية السيكوسوماتية ل Marty الذي اعتمد لبنائها على معطيات مدرسة التحليل النفسي، إذ تمكنا من دراسة التوظيف النفسي بالأخص لإثبات فرضيتنا : هناك علاقة سببية بين التوظيف النفسي و التعبير عن الألم ، فكلما كان التوظيف النفسي ذو نوعية

حسنة كلما كانت هناك قدرة على التعبير عن الألم بالإعتماد على الخصائص الرئيسية لما قبل الشعور (Pré-conscient).

1- الغلاظة (Épaisseur): سماكة الطبقات المرصلة للتصورات أي قوة الطبقات التي تسمح بتنوع التصورات و تبادل العلاقات بينها.

2- السيولة (Fluidité): القيمة الدينامكية لإنتشار و سير المعلومات بين مختلف طبقات الشعور (Pré-conscient).

3- الإستمرارية (Permanence): تعني توفرية و إستعدادية التصورات في كل وقت أي ديمومة التصورات.

فبما أن العقلنة تهتم بأبعاد الجهاز النفسي المتمثلة في نوعية و كمية (Quantité) التصورات استطعنا تقسيم حالاتنا إلى مجموعتين: الأولى تضم النساء اللواتي تتصفن بعقلنة ذات نوعية حسنة إلى متوسطة نوعا ما، تتمتع بنوعية، كمية وسيولة في التصورات لا بأس بها، المبرزة من خلال نتائج إختبار تفهم الموضوع و سلم الألم لسان أنطوان.

أما المجموعة الثانية المتمثلة في النساء اللواتي لهن عقلنة سيئة نوعا ما، تتميزن بعجز في تداعي الأفكار و فقر في التصورات و سيولتها . فالمجموعة الأولى النساء اللواتي تستطعن من التعبير عن ألمهن توظيفها النفسي يقترب للتوظيف العصابي، أما الثانية فتوظيفها النفسي يميل للتوظيف النفسي الذهاني و الحدي، مع وجود بعد عن الواقع، عجز في التدايعات و فقر في كمية و نوعية التصورات، ما يفترض أنه يؤدي إلى صعوبة و حتى إستحالة القدرة للتعبير عن الألم المعاش.

تبقى هذه النتائج إفتراضات حسب الإشكالية المطروحة تنطبق فقط على مجموعة بحثنا، دون تعميم هذه النتائج، ما يفتح المجال لدراسات أوسع.

من خلال هذا نستطيع القول أن الفرضية المطروحة لإشكالية بحثنا تحققت إذ فعلا حسب نتائج بحثنا و تبعا لتحليل معطيات التقنيات المستعملة نستطيع القول أنه كلما كان التوظيف النفسي ذو نوعية جيدة بمعنى من ناحية الوجدانات و التصورات، الترابط بين الأفكار كذلك غلاظة، إستمرارية و سيولة كمية التصورات لدى المصابات بسرطان الثدي كلما كان التعبير عن الألم حاضرا. هذه القدرة موضحة كذلك من خلال نتائج سلم الألم ل Saint

Antoine أين كان المعدل العام مرتفع، بارتفاع معدل الجانبين الحسي و الحركي للسلم بالنسبة للحالات ذات التوظيف الجيد، على غرار الحالات ذات التوظيف السيئ نوعا ما، اللواتي تعانين من فقر في الوجدانات، التصورات و الترابط في الأفكار، فأغلب التصورات كانت مقتصرة على الأشياء، خالية من السياقات التصورية و اللفظية المرنة التي تتطلب الخيال الواسع و هذا ما يجعلها تتميز بضعف العقلنة، مع وجود فقر في تنوع الآليات الدفاعية الفعالة كذلك معدل عام ل Saint Antoine منخفض الذي يترجم عدم القدرة على التعبير عن الألم بجانبه الحسي و الحركي. هذا ما يترجم الضيق النفسي بإنهيار آليات الدفاع للمريض المتواجد في أزمة تتجاوز بشكل مؤقت أو دائم قدراته على المواجهة، و هذا الضيق هو إنعكاس للدرجات المختلفة للمعاناة النفسية و التي قد تظهر بعدة أشكال، تمتد من الأعراض المنفردة (القلق، الحزن، الإضطرابات العلائقية، إضطرابات النوم و الشهية، أعراض وظيفية كالغثيان و الألم الذي هو موضوع دراستنا) إلى الإنهيار الحقيقي (Holland 1999).

إن مفهوم الإستغاثة النفسية (Détresse psychologique) المعرف من طرف Holland أنه : " تجربة عاطفية غير سارة، من طبيعة نفسية، إجتماعية أو روحية، و التي تؤثر في قدرته على مواجهة السرطان و علاجاته بشكل فعال. هذه التجربة هي جزء من سلسلة متواصلة تتراوح بين المشاعر الطبيعية الحساسة، الحزن، والمخاوف إلى المشاكل التي يمكن أن تصبح إعجازية مثل (القلق، الإكتئاب، العزلة الإجتماعية...).

خلاصة القول أنه قد تتوقف القدرة على التعبير عن الألم بالنسبة للنساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية توظيفها النفسي، مع الأخذ بعين الاعتبار مميزات الشخص الفردية، حسن نوعية العقلنة (كمية، سيولة و نوعية التصورات) مع جودة نوعية الآليات الدفاعية (فعاليتها و تنوعها)، فجل هذه العوامل قد تساهم في سهولة تعبير المصابة عن ألمها بصفة ميسورة و دقيقة.

الجدير بالذكر أنها قد تكون عوامل أخرى تتدخل في القدرة على التعبير عن الألم (عوامل وراثية، هرمونية...) مسببة للأمراض السيكوماتية، التي أُهملت من طرف المدرسة السيكوماتية هذا ما يفتح المجال لدراسات أخرى مركزة على هذه العوامل مثل دور السند العائلي، نوعية السند العائلي و نوعية كل من السند العائلي، الكفالة الطبية و النفسية المقدمة

لهذه الشريحة من المرضى، إذ أن عند التشخيص وأثناء العلاجات يظطر على المريض أن يواجه ليس فقط المرض و العالم المعقد من العلاجات، و لكن أيضا عليه أن يكافح من أجل الحفاظ بأقصى درجة ممكنة على روابطه العاطفية، الإجتماعية و المهنية التي تشكل أيضا جزءاً من موارده (Vannoti & Guennart, 1997).

فنرجو أن تكون هذه المحاولة كنقطة إنطلاق لدراسات أعمق و أدق، كما أننا نضيف أن هذه النتائج المتحصلة عليها لا نستطيع تعميمها على كل أفراد المجتمع.

لقد تمنينا أن تكون مجموعة بحثنا أوسع من التي حددناها، إلا أن الظروف التي أجرينا فيها تمرير تقنيات البحث لم تكن ميسورة، إذ تلقينا صعوبات من ناحية توفير المكان اللائق للقيام بالإجراءات الضرورية لبحثنا.

من خلال المعلومات المتحصل عليها من قبل الحالات التسع توصلنا الى النتائج التالية:
يعاني المريض المصاب بسرطان بالالام جسدية ونفسية، تختلف نوعية الاستجابة تجاه المرض فهناك من يدرك حالته ويواجه عواقب المرض، وهناك من ينكر ويرفض الإصابة وهناك أيضا من يستسلم وتتفوق نزوات الموت على نزوات الحياة في ساحته النفسية.
هناك علاقة أكيدة بين نوعية العقلنة والقدرة على التعبير عن الألم، كما أنه كلما كانت الميكانزمات الدفاعية متنوعة، فعالة ولانقة للموقف كلما تمكن المصاب من التخرج من حالته، مواجهة الواقع والكفاءة على التعبير عن أحاسيسه، وجداناته وتحديد شدة ونوعية ألمه. التوظيف النفسي الجيد النوعية يمكن المصاب من تسخير طاقته النفسية وضع كلمات على ما يشعر به.

كذلك لاحظنا من خلال نتائج بحثنا أهمية وجود سند اجتماعي فهذا الأخير له دور فعال في مساعدة المريض على إمكانية التحدث والتصريح بما يشعر. نؤكد أيضا ضرورة وجود علاقة جيدة فاحص – مفحوص وحتى مع مجموعة الأطباء والمعالجين، " إن تقييم الألم المتعلق بالسرطان له هذه الخصوصية إذ لا يتم إلا بوجود صلة (ربط) un lien في العلاقة " (Bourreau F.).

نستطيع القول من خلال نتائج بحثنا التي قد تحققت في عملها: بالفعل توجد علاقة بين القدرة على التعبير عن الألم والعقلنة عن المرأة المصابة بسرطان الثدي: إذ كلما كانت العقلنة ذات نوعية جيدة كلما تمكنت المصابة من وضع كلمات لوصف ألمها.

فحسب Bourreau F. " إن المعلومات الوحيدة المتوفرة للكشف او للدلالة عن وجود آلام تبقى العلاقة اللفظية بينا لمريض اتجاه الملاحظ لسلوكه " .

كما تحققت الفرضية الثانية، إذ فعلا توجد علاقة بين الآليات الدفاعية والشعور بشدة الألم والقدرة عن التعبير عنه: إذ كلما كانت الآليات اقرب لآليات للبنية العصابية وذات تنوع كلما كانت إمكانية التعبير عن الألم أسهل وكلما أدركت المريضة حالته واستطاعت وصف ألمها. غير أن Bourreau F. يقول " لا توجد علاقة واضحة بين نثير مسبب للتجربة المؤلمة ومع المجال المكون لهذه الحالة وهذه الإشكالية المعقدة من الضروري الاعتراف بها".

بهذا فحسب Capitain (1998) انه من الضروري الاهتمام بما يبينه المفحوص حول حالته سواء فيما يخص تصوراته، تسيير معلوماته، آليات التكيف او الرفض التي يستعملها وهذه مجموعة عوامل لا تمس فقط الجسد بل تسجل ضمن علاقة ذكية بالعالم ومع الخبرة هذا ما يعبر عن الجانب أنفسي أي التوظيف النفسي لدى المفحوص.

تعتبر المكونات النفسية والاجتماعية جزءا أساسيا من خبرة الألم التي تؤثر في نجاح برامج التعامل مع الألم (Burns 2000)، إذ يطور بعض المرضى المصابين بالآلام المزمنة استراتيجيات تدبر منحرفة، كتبني اتجاه كارثي نحو المرض او لانغماس في أفكار وتمنيات بعيدة عن الواقع او الانسحاب الاجتماعي شبلي تايلور(2008).

خاتمة

خاتمة

تعرف الآونة الأخيرة تزايد معتبر في أهمية الدور الذي تلعبه العوامل النفسية في الإحساس بالألم ومعالجته، أصبح للمختصين النفسانيين مكانتهم المهمة في تدبير الألم ونتيجة لذلك بدأت الأساليب ذات البعد السيكولوجي تستخدم بشكل متزايد يوماً بعد يوماً. فإذا كان الألم السرطاني مشكل لا بد أن يعالج بحد ذاته فكفالاته تسجل ضمن الإشكالية أوسع من نوعية الحياة لكن تتبعا لدرجة تطور المرض السرطاني، إذ أن أساليب التخلص على الألم تتطلب مؤهلات ذات صبغة فردية متعددة بمستوى معقد من تفاعل عناصر فسيولوجية، نفسية اجتماعية وسلوكية. فالإضطراب العاطفي الذي يتعرض له مرضى السرطان من الإعلان عن التشخيص و بروتوكولات العلاج يترجم عبر معاناة نفسية أو إستغاثة نفسية، لكن بالمقابل فهذه الظاهرة لا تقيم كما ينبغي من قبل الفرقة الطبية و بالتالي تتعرض للتكفل السيئ، خاصة أن أغلب المرضى غالباً ما لا يتناولون مع طبيبيهم المختص مشاكلهم العاطفية بعفوية (Ryan & al., 2005).

من خلال هذا البحث الذي اعتمدت في جانبه المنهجي على المقابلة النصف الموجهة وعلى تطبيق اختبار تفهم الموضوع (T.A.T.) وسلم سان أنطوان لقياس الألم وكذا الملاحظة التي مست 9 حالات عندهن الإصابة بسرطان الثدي، حاولنا معرفة مدى علاقة التعبير عن الألم والتوظيف النفسي عند هذه الفئة من المرضى.

من خلال المقابلة ثم جمع معلومات وملاحظات هامة حول الحالات حيث ثم التوصل الى إدراك قدرة التعبير عن الألم من قبل المصابات، ومن خلال تطبيق لاختبار تفهم الموضوع توصلنا الى معرفة إشكالية كل حالة ومعرفة نوعية التوظيف النفسي لهن، كما أعطى سلم سان أنطوان نتائج هامة حول نوعية الألم وقدرة المفحوصة عن وصف ألمها أولاً، فربطنا بين نتائج كل التقنيات المستعملة بصدد محاولة إثبات فرضيات بحثنا التي قد تحققت (عموما) إذ فعلا توجد علاقة بين التعبير عن الألم ونوعية التوظيف النفسي عند المصابات بسرطان الثدي، تتوقف القدرة على التعبير عن الألم على نوعية التوظيف النفسي، فكلما كان هذا الأخير ذو نوعية جيدة، كلما أظهرت المفحوصات سهولة و دقة في التحدث و وصف ألمها، إلى جانب هذا تشارك الآليات الدفاعية في هذه القدرة مثلما وضحناه آنفاً. كل هذا بالرغم أن

مجموعة بحثنا كانت قليلة باقتصارها على تسع حالات، و بالرغم أن المنهجية المتبعة ليست خالية من العيوب. مع إمكانية فتح مجال آخر للتوسع في بحثنا هذا مع ضبط أدق للمتغيرات و توسيع مجموعة البحث قصد الوصول الى نتائج أكثر دقة للتمكن على الأرجح من تعميم النتائج. إلى جانب تشجيع القائمين والمقبلين على البحوث العلمية الاهتمام بالبحوث الجديدة وخاصة بالعربية إذ أن المكتبة العربية تفتقر إلى دراسات من النوع الذي قمنا بها إذ واجهنا صعوبات للحصول على مراجع ودراسات سابقة. الاهتمام أكثر بالحالة النفسية للمصاب بالسرطان، إعطاء أمله قيمة والاعتراف بمعاناته بالإصغاء له، مساعدته بقدر المستطاع. توسيع الدراسات حول الألم عند المصابين بالسرطان من جانبها التنظيمي المساعد على كشف الحقيقة التشخيص العيادي وبالوسائل الأسهل والأخف ما الاستبيانات والمقاييس التي تولي اهتماما إلى الميكانيزمات بصفة عامة. لفت انتباه المعالجين والقائمين بالسلك الطبي بضرورة توفير العناية الكاملة بفئة مرضى السرطان وتقديمهم المعلومات الواضحة والدقيقة حول مرضهم ومضاعفاته. محاولة جمع جمعيات إرشادية مختصة بتوفير السند الاجتماعي ومساعدة المرضى بالسرطان على التكيف مع وضعهم الصحي والعمل على إعادة تأهيل المصاب مهنيا و اجتماعيا وتشجيعه على مواصلة نشاطاتها الاعتيادية.

وأخيرا التأكيد على ضرورة الاهتمام بالجانب النفسي وتوفير الكفالة النفسية لهذه الفئة من المرضى الذين هم بحاجة ماسة إليها. كالمخطط الوطني لمكافحة السرطان Le plan cancer 2015-2019 المقرر من قبل وزارة الصحة و السكن بهدف القضاء على داء السرطان أو بالأخص التقليل من نسبة المصابين التي هي في تزايد مستمر، كذلك إنطلاق الحملة الوطنية للتشخيص المبكر لسرطان الثدي، التي تمس النساء البالغات أكثر من 40 سنة، يشرف لى هذه العملية فريق من عمال الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي متكون من أطباء أخصائيون في علم الأشعة و مساعدات إجتماعيات مكلفات بحملات التحسيس للكشف المبكر عن سرطان الثدي وفي ذات الموضوع أعلنت منظمة الصحة العالمية أن مرض السرطان يتسبب في حالة وفاة واحدة من بين 8 حالات وفاة في العالم مسجلا بذلك عددا من الوفيات أكبر من الإيدز، هنا تكمن أهمية التوعية و التكفل بالمصابين بهذا الداء المهدد للحياة.

المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية

1. أنجرس موريس ترجمة بوزيد صحراوي (2004)، البحث العلمي في العلوم الإنسانية، دار القصة، الجزائر.
2. ألفت محمد حقي (1985)، الإضطراب النفسي، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
3. بركات محمد خليفة (1994)، مناهج البحث و تطبيقه، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة
4. شبلي تايلور (2008)، علم النفس الصحي، الطبعة الأولى، الأردن.
5. محمد احمد النابلسي (1992)، مبادئ السيكوسوماتيك و تصنيفه، مؤسسة الرسالة دار الهدى.
6. محمد احمد النابلسي (1997)، أصول الفحص النفسي و مبادئه، المكتب العلمي للكمبيوتر و النشر و التوزيع. الإسكندرية.
7. عبد الشار إبراهيم (1988)، علم النفس الإكلينيكي، الطبعة الأولى، دار المريخ للنشر، الرياض.
8. عبد الرحمن بدوي (1997)، مناهج البحث العلمي، وكالة المطبوعات، الكويت.
9. عمار بوحوش، محمد الذبيبات (2007)، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث ، الطبعة الأولى، ديوان المطبوعات الجزائرية.

10. عزت أحمد رابح (1968)، أصول علم النفس، دار الكتاب العربي، القاهرة، ط7.
11. الدباغ ف (1983)، أصول الطب النفساني، دار الطليعة، بيروت.
12. سي موسي ع. ، زقار ر. (2002)، الصدمة و الحداد عند الطفل و المراهق. جمعية علم النفس للجزائر، العاصمة، طبع بمساهمة اليونيساف، الجزائر.
13. ملحم محمد حسين (1987)، السرطان والأمراض الانحلالية الخطيرة، دار القلم، بيروت، لبنان.
14. مالكوم شوارتر (1992)، ترجمة عماد أبو سعد، السرطان ماهو؟ أنواعه ومحاربتة، دار الهدى، الطبعة الأولى، الجزائر.
15. سامي ملحم (2000)، مناهج البحث في التربية و علوم النفس، دار المسيرة للنشر، بيروت.
16. سعيد الدجاني (1998)، تريض المصابين بالسرطان والعناية بهم، دار الأندلس، الطبعة الأولى.
17. دلاس جون (1969)، ترجمة محمد سعيد الدين، حقائق عن السرطان، مؤسسة الخاناجي، القاهرة، مصر.

18. عبد الرحمن سي موسي، محمود بن خليفة (2010)، *علم النفس المرضي التحليلي والاسقاطي*، الجزء الأول، ديوان المطبوعات الجامعية.

القواميس المستعملة

19. البستاني ف.أ. (2000)، *منجد الطلاب*، الطبعة رقم 47. دار المشرق، باريس.

20. الشربيني لطفى (2004)، *معجم مصطلحات الطب النفسي*، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي .

21. جان لابلانس و ج. ب. يونتاليس (1985)، *معجم مصطلحات التحليل النفسي*، ترجمة الدكتور مصطفى حجازي.

مذكرات و رسائل جامعية

22. بن خليفة محمود (2007)، *علم النفس المرضي و التقنيات الإسقاطية*، أطروحة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

23. بوشيشة ك. (2004)، *التوظيف النفسي و تقييم العلاج*، أطروحة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، إشراف الأستاذة الدكتورة : د. حدادي جامعة الجزائر.

24. Hameg, M. (2009). *Diagnostic et thérapie chez les guérisseurs par la Rokia, Thèse de magistère, Sous la*

direction de Simoussi, Abderrahmane, Université d'Alger2, Alger, p. 398.

25. فتوشي أوكال زينة (2009)، دراسة الإقتصاد السيكوسوماتي لدى المصابين بالسرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، أطروحة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الاجتماعي، إشراف الأستاذ الدكتور: محمود بن خليفة. جامعة الجزائر.

26. وندلوس بوتلجة نسيمة (2014)، أهمية تناول النسقي في الكشف عن المعاناة النفسية و الكفآت الفردية و العائلية لدى مرضى السرطان و عائلتهم. أطروحة لنيل شهادة الدكتوراة في علم النفس العيادي، إشراف الأستاذة الدكتوراة : فطيمة موسى، جامعة الجزائر.

27. Kitzis David. (2014). **Prise en charge de la douleur des patients atteints de cancer par les médecins généralistes de Paris en 2012.** Pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Sous la direction de M. Professeur J-P. Lotz. Université Pierre et Marie Curie. Paris. (Soutenue en Mars 2014).

28. Latreche, Y. (2010). « **La problématique identificatoire chez l'adulte homosexuel masculin, approche clinique et projective, étude de cas singulier.**», Mémoire pour l'obtention du Diplôme Universitaire en Psychopathologie, soutenu à Dijon. Sous la direction de : M. Karim Mekiri.

المراجع باللغة الأجنبية

29. Amiel, J. (2000). **50 Questions sur le cancer**. 17eme questions. Paris : Masson.
30. Ariel, R., & Marchoueur, D. (1976). **Abrégé de cancérologie**. Paris .
31. Belkacem-Bekkouche O. (2009). *Aux limites de la souffrance de l'être. Point de vue clinique d'une psychologue*. Acte du colloque international « *Le sujet en souffrance* » Alger, SARP 2010, p87.
32. Bergeret, J et al. (1982). **La psychologie pathologique**. Paris : Masson.
33. Benony, H., & Chahraoui, K. (2003). **Méthodes, évaluations et recherches en psychologie clinique**. Paris : Dunod.
34. Bigras, J., & Cazenave, P., & Bessis, F. (1994). **A propos du cancer : « La maladie du nourrisson dans l'adulte. »** Entrevue J. Bigras et P. Cazenave. P47-64.
35. Bouvard, M. (2002). **Protocole et échelles d'évaluation en psychiatrie**. Paris : Masson.

36. Bouvard, M. (2002). **Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité.** Paris : Masson.
37. Brelet F. (1986). **Le T.A.T, Fantasma et situations projective.** Paris : Dunod, 173p.
38. Bruchon –Schweitzer, M (2012). **Psychologie de la sante. Modèles, concepts et méthodes.** Paris : Dunod.
39. Burloux G, (2004). **Le corps et sa douleur.** Paris : Dunod.
40. Cupa, D. (2000). **La douleur de mourir, l'écriture du désastre. Champs psychosomatique : Douleur et souffrance.** PUF. L'esprit de temps. Pp63-76.
41. Cyssau C. (1998). **L'entretien en clinique.** (sous la dir). Paris, in presse éditions.
42. Revault D'allaunes, C. (1989). **La démarche clinique en sciences humaines.** Paris : Dunod.
43. Daumard et Boumeuf. (1981). **Nouveau Larousse Médical,** Paris : Librairie Larousse.

44. Debray, R. (1983). **L'équilibre psychosomatique. Organisation mentale des diabétiques.** Paris : Bordas.
45. Debray, R. (1997). **TAT et économie psychosomatique : un bilan actuel, in psychologie clinique et projective, volume 3, Num : psychosomatique édition société du Rorschach et des méthodes projectives de langue française,** paris. p 19-37.
46. Debray R., Dejours, Ch., Fedida, P. (2005). **Psychopathologie de l'expérience du corps.** Paris : Dunod.
47. Deburge, A. (2001). **La levée de la répression en psychosomatique, *Revue Française de la psychanalyse* vol 65, pp11-27.**
48. Délpléteau, F. (2001). **La démarche d'une recherche en science humaines; de la question de départ à la communication des résultats : Bruxelles : Edition De Boeck.**
49. Del Volgo, M.J. (2003). **La douleur du malade,** Paris : Edition Eres.

50. Devita, T. (1997). **Cancer; principales and practice of oncology**, 5th edition. North American Edition.
51. Dolbeault, S., Dauchy, S., & Bredart, A. (2007). **La psycho-oncologie**. Paris: John Libbey Eurotext.
52. Fain, M. (1994). *Troubles somatiques et remaniements psychiques*, in : **Maladie somatiques remaniements psychiques**, *Revue Française de psychosomatique*, Paris, p5-16.
53. Fenichel, O. (1979). **La théorie psychanalytique des névroses**, Paris : P.U.F, p393.
54. Ferenczi, S. (1996). **Psychanalyse, œuvre complète**, Payot, France, p335.
55. Ferragut, E., & al. (2002). **Psychosomatique. Santé. Douleur. Thérapie de la douleur**. Paris : Masson.
56. Ferragut, E., Allaz, A-F., & al. (2004). **Emotion et mémoire. Le corps en souffrance**. Paris : Masson.
57. Festinger, L., & Katz, D. (1974). **Les méthodes de recherche dans les sciences sociales**. Paris : PUF.

- 58.** Fine, A. (1994). **La maladie organique et ses remaniements psychiques**, in : *Maladie somatiques remaniements psychiques*, Paris. p65-81.
- 59.** Fitoussi, G. (2001). **Rencontre d'un patient atteint d'un cancer avec un psychologue** In : *La lettre du Cancérologue*- Volume X-n 1.
- 60.** Freud, A. (1905). **Trois essais sur la théorie sexuelle**. Paris : Gallimard.
- 61.** Freud, A. (1989). **Le normal et le pathologique chez l'enfant**. Paris : PUF.
- 62.** Freud, A. (2001). **Le moi et les mécanismes de défense**. Paris : PUF. p196.
- 63.** Freud, S. (1990). **L'interprétation des rêves**. Paris : PUF.
- 64.** Freud, S. (2013). **Trois mécanismes de défenses**. Paris : Payot.
- 65.** Jasmin, C. (1999). **Cancer et psyche**. *Le nouveau Psychologie médicale*.

66. Ionescu S. et al, (1997). **Les mécanismes de défense théorie et clinique**, Paris : Nathan.
67. Israel, I. (1976). **Le cancer aujourd'hui**. Paris : Grasset.
68. Klein, M. (1998). **La psychanalyse des enfants**. Paris : PUF. p318.
69. Krakwoski, I & al. (1996). **Recommandations pour une bonne pratique dans la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte et l'enfant**. *Bull Cancer*. P83.
70. Lagache, D. (1966). **La psychanalyse**. Paris : PUF. p127.
71. Lagarde, P. (1984). **Le cancer tout ce qu'il faut savoir**. Dictionnaire pratique de A à Z. Paris : Pierre- Marcel Favre.
72. La planche, J. et Pontalis, J.-B. (1994). **Vocabulaire de la psychanalyse**. Paris : PUF.
73. Larra, F. (1989). **Manuel de cancérologie**. Paris : Edition Doin.
74. Lassare, D. (1978). **L'analyse de contenu**. *Psychologie Française*. Tome 2-3, n° 03-04. p167-177.

- 75.** Latrèche, Y. (2013). **Représentations de la maladie et des soins. A propos des limites culturelles et territoriales.** *Communication au XIVe congrès international de l'ARIC, Rabat, Maroc.*
- 76.** Le Breton, D. (1995). **Anthropologie de la douleur.** Paris : Edition Métaille.
- 77.** Leriche, R. (1936). **Introduction général, De la santé à la maladie, la douleur dans les maladies, ou va la médecine ?** Encyclopédie Française 4.
- 78.** Le Guen, C. (2001). **Quelque chose manque...De la répression aux représentations.** *Les représentations sociales, Paris : PUF. p.7.*
- 79.** Marty, P. (1976). **Les mouvements individuels de vie et de mort, essais d'économie psychique.** Paris : Payot.
- 80.** Marty, P. (1980). **L'ordre psychosomatique,** Paris : Payot.
- 81.** Marty, P. (1988). **Disposition mentale de la première enfance et cancers de l'âge adulte in psychothérapie,** n ° 4.

- 82.** Marty, P., & *al.* (2003). **L'investigation psychosomatique.** Ed.: Presses Universitaires de France, Quadrige
- 83.** Marty, P. (1996). **Mentalisation et psychosomatique.** Institut Edition Synthelabo; **Édition : 2e éd.**
- 84.** Maxell, H. (1990). **An outline psychotherapy,** London, p.107.
- 85.** Mescke, M. (1985). **L'individu psychosomatique en milieu hospitalier, perspectives d'application de la notion d'économie psychosomatique de P. Marty.** *Thèse de doctorat du 3ème cycle* sous la direction de R. Debray.
- 86.** Holland, J.C. (1999). **Practice guidelines of the management of psychological distress.** *Oncology*, 13, 459-507.
- 87.** Mebtoul, M. (1994). **Une anthropologie de la proximité. Les professionnels de la santé,** Paris : L'Harmattan, p. 286.
- 88.** Mebtoul, M. (2007). **Sociologie des acteurs sociaux. Ouvriers, médecins, patients,** Alger, Office des publications universitaires, p. 137.

- 89.** Moussa, F. (Dir.) (2010). **Psychothérapies, pathologies limites et résilience**, Alger : Casbah éditions, p. 417.
- 90.** Moussa, F, Latreche, Y (2014). **Le soin à l'étranger ou « le meilleur est ailleurs ».** Familles algériennes face à la prise en charge médicale de leurs proches in Olivier Meunier, Ouvrage collectif « Education, identité et interculturalité ». France. Presse universitaire d'Arras
- 91.** Moussa, F ; Ouandelous, N. (2014). **Approche familiale et trajectoire des patients. Une incursion dans le mythe familial.** In Mebtoul, Tennci, L. *Vivre le handicap et la maladie chronique. Les trajectoires des patients et des familles.* Oran : GRAS. p.19-31.
- 92.** Ménoret, M. (1999). **Les temps du cancer**, Préface de Patrick Pharo, Paris, Editions du CNRS, p. 237.
- 93.** Nicolaidis, N. (1984). **La représentation, essai psychanalytique.** Paris : Dunod.
- 94.** Oukal-Fetouchi, Z. (2013). **Entre traitement parallèle et traitement conventionnel. Etude de la qualité de vie et des mécanismes de défense chez des patientes atteintes**

de cancer du sein, *Communication au XIVE congrès de l'ARIC*, Rabat, Maroc.

- 95.** Pédinielli et al, (2005). **L'observation clinique et l'étude de cas**, Barcelon : Armand colin.
- 96.** Perron, R. (1969). **Manuel d'utilisation clinique de l'épreuve projective thématique : D.P.I.**, Cent. Psy. Appl., Paris, 87p.
- 97.** Perron, R. (1979). *Les problèmes de la preuve dans la démarche de la psychologie dite clinique*, in *Psychologie Française*, P.37-48.
- 98.** Perron-Borelli, M. (2006). **Les représentations d'actions, L'acte**, *Revue Française de Psychanalyse*, Tome IXX. Paris : PUF.
- 99.** Perry et al. (2004). **Échelles d'évaluations des mécanismes de défenses**, Paris : Masson.
- 100.** Ryan, H., Schofield, P., Cockbum, J., & al. (2005). **How to recognize and manage psychological distress in cancer patients**. *Cancer*, 14(1), 7-15.

- 101.** Sami, A. (1977). **De la projection, Une étude psychanalytique.** Paris : Payot. p207.
- 102.** Schmith-Kitsilkis, E., & all. (1991). **Le fonctionnement mental.** Lausanne : Delachaux et Niestel.
- 103.** Simoussi A. (2004). **La thérapie par la parole et la pensée.** Langage et cognition, *Revue Scientifique du Laboratoire Science de Langage et de Communication « SLANCOM »*, Université d'Alger ; revue numéro : 1.
- 104.** Shentoub V. (1973). **A propos du normal et du pathologique dans le T.A.T,** in *Psychologie Française.* Paris : Bordas. p.201.
- 105.** Shentoub, V. (1990). **Manuel d'utilisation du T.A.T approche psychanalytique.** Paris : Bordas. p201.
- 106.** Spitz, R. in Ajuriaguerra, J. et Marcelli D. (1984). **Psychopathologie de l'enfant.** Paris: PUF.
- 107.** Vannotti, M ., & Celis Gennart, M. (1999). **L'expérience plurielle de la maladie chronique. Malade et cancer, corps et thérapie familiale. Cahiers critique de thérapie familiale et de pratique de réseaux.** Bruxelles : De Boeck Université.113-138.

108. Vannotti, M., & Gennart, C. (2002). **Malades et familles : penser la souffrance perspective de la complexité**. Genève : Edition Médecine et Hygiène.
109. Westen, D. Shelder, J. (2004). **Dimensions of personality pathology: An alternative to the Five Factor Model**, *American Journal of Psychiatry*.
110. Yacher, A. (1984). **Cancérologie générale : anatomie pathologique**, Alger : OPU.

Articles de journaux

111. Kourta, D. (2012). **Hausse des cancers chez les jeunes Algériens**. In : **El Watan** numéro du dimanche 24 Juin, p13.
112. Kourta, D. (2013). **La prévention très peu développée, Le cancer touchera plus d'Algériens**, In **El Watan** 22 Octobre, p12.
113. Kourta, D. (2014). **La douleur, préoccupation de santé publique**, In : **El Watan** numéro du 8 Novembre, p 10.
114. Messaoudi, Z. et al. (2015). **Plan national cancer 2015-2019 (Nouvelle version stratégique centrée sur le malade)**, Arrêté Ministériel du 24 Mars, (version PDF).

115. Nasri, R. (2014). **Plan cancer 2015-2019, Que faire face à l'urgence ?** In : **Le soir d'Algérie**, numéro du vendredi 21-samedi 22 Novembre 2014, p3.

116. آمال لكال. مرضى السرطان في الجزائر.. بين التهميش ودفغ' التشيية" لأجل العلاج الداخلى لمثل هذه المصحات عودته إلى الحياة مجهولة. النهار الجديد يوم 2009-08-24 (<http://www.djazairess.com/ennahar/37742>)

117. آخر ساعة.الجزائر تسجل 300 ألف إصابة جديدة بالسرطان 35ألف حالة وفاة بالداء سنويا.نشر في آخر ساعة يوم 05 -2010-02 (<http://www.djazairess.com/ennahar/37742>)

المواقع الإلكترونية

118. Furtos, J. (2010). **Souffrance mentale et souffrance psychique** : quelques points de repères conceptuels et d'approche de la problématique dans les territoires en politiques de la ville du Val d'Oise. (Consultation 2015)

119. Pouliquen, P. (2007). **Cancer et famille, bibliothèque de Domuni**, Université Dominicaine, P1-10. (Consultation 2014) www.Domuni.org.