

جامعة الجزائر2 - أبو قاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

دراسة نوعية التوظيف النفسي من خلال

الرورشاخ عند

المرأة المصابة بسرطان الثدي بعد عملية استئصاله

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العيادي

إشراف:

أ.د. دليلة سامعي – حدادي

إعداد:

فتحية عبد القادر شكر اوي

2017-2016

كلمة شكر و تقدير

نتوجه بالشكر الجزيل إلى الله عزوجل الذي ألهمنا القدرة على إتمام هذا العمل المتواضع. يطيب لنا أن نتقدم بشكرنا إلى الأستاذة المشرفة حدادي دليلة على قبولها الإشراف أولا ، ثم على التوجيهات القيمة و النصائح التي قدمتها لنا طول فترة هذا العمل .

كما نتقدم بجزيل الشكر إلى كل من قدم لنا يد العون في إنجاز هذا العمل ، مهما كانت نوعية المساعدة التي قدمها لنا ، وأخص بالذكر بروفيسور مصلحة العلاج بالأشعة بوعلقة وبروفيسور سماعيلي مصلحة العلاج الكيميائي ، والبرفيسور ساري محمد بمصلحة الجراحة بالمستشفى الخاص لعلاج أورام السرطان بالبلدية، ومدير المستخدمين عمي محمد بمركز الخاص للعلاج بالأشعة بأولاديعيش البلدية و المدير الفرعي لمركز إيواء المرضى المصابين بأورام السرطان – جمعية الإحسان – وإلى كل المرضى المصابين بأورام السرطان وشكر خاص للمبحوثات على قبولهن التعامل معنا كما لاننسى عمال كل هذه المصالح لما قدموه لنا من تسهيلات ومساعدات.

وننتقدم بالشكر الخاص إلى البروفيسور ماسيوي فريد بجامعة باريس 8 لما قدمه لنا من نصائح و توجيهات .

ولا ننسا أن نقدم الشكر إلى كل من بذل جهد في مساعدتي على إخراج هذه الرسالة في شكلها الحالي، و كذا لكل من إلتمس لنا العذر عن الهفوات و الأخطاء و النقائص التي ورت فيها دون قصد منا ، فالشمول أمر صعب و الكمال لله وحده عزوجل.

كما لاننسى أن أقدم شكري إلى كل أستاذ درسني و إلى كل من علمني حرف من الإبتدائي إلى يومنا هذا .

و أخيرا أتقدم بشكري الخاص إلى زوجي و رفيق دربي الذي كان سنداً لي طول مشواري هذا.

إهداء

نحمد الله على توفيقه و إمتنانه وبعد:

إلى من لم أنتعم بوجوده ليقاسمني ويشاركني أفراحي و أحزاني، إلى من زرع الدين والأخلاق و العلم في روحي وقلبي، إلى روح والدي العزيز رحمة الله عليه و أسكنه فسيح جنانه.

إلى من ساهمت في دخولي إلى هذا الكون العظيم، إلى مصدر الحب و الحنان و العطاء، إلى من سهرت علي ليالي حتى سرت امرأة صالحة، إلى أمي الغالية ثم أمي ثم أمي حفظها الله لي.

إلى من كان سندا لي في الشدائد والمحن، إلى من تقاسم معي الحياة بأفراحها و أحزانها إلى من أنار ابي في الحياة الشموع وكان ينبوع الرحمة و الحب وسار بي إلى شاطئ الأمان، إلى من عاشرني بصدق وحب ووفاء، إلى شريك حياتي و توأم روحي زوجي العزيز .

إلى أحسن هبة أهداني اياها الله، إلى فاكهة حياتي و عصافير قلبي إبني الحنون عبد الرحمان و حبيبتي ابنتي الدلوعة رنيم .

إلى إخوتي وزوجاتهم وأبناءهم، إلى أخواتي و أزواجهن و أبناءهن .

إلى كل أصدقائي و صديقاتي، إلى كل زملائي وزملاتي .

فهرس

.....	أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العيادي
.....	كلمة شكر و تقدير
.....	إهداء
.....	فهرس المحتويات
.....	فهرس الجداول
.....	قائمة الملاحق
.....	ملخص باللغة العربية
.....	ملخص باللغة الأجنبية
01.....	مقدمة
.....	الفصل الأول
.....	الإطار العام للبحث
09.....	1- الاشكالية
16.....	1-1 الفرضية العامة
17.....	1-2 الفرضيات الجزئية
17.....	2- أسباب اختيار الموضوع
17.....	3- أهمية الموضوع
18.....	4- أهداف الموضوع
19.....	5- تحديد المفاهيم
19.....	5-1 التوظيف النفسي
19.....	5-2 الإنتاج الإسقاطي
20.....	5-3 السرطان
20.....	5-4 سرطان الثدي
21.....	6- الدراسات السابقة

الفصل الثاني: النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

تمهيد	29
1- لمحة تاريخية عن السيكوسوماتية	31
2- نشأة المدرسة السيكوسوماتية الفرنسية	32
3- أهداف السيكوسوماتية	33
4- نظرية بيار مارتي	34
4-1 المبدأ التطوري	34
4-2 غرائز الحياة و غرائز الموت	35
4-3 الإقتصاد السيكوسوماتي	37
4-4 الصدمة	40
4-5 العقلنة	41
4-6 الإكتئاب الأساسي	45
4-7 الحياة العملية	46
4-8 التقسيم النزو جرافي	47
4-9 التوازن السيكوسوماتي	52
4-10 الدفاعات النفسية و كيفية سير الجهاز النفسي عند المصابات بسرطان الثدي	54
خلاصة الفصل	56

الفصل الثالث السرطان

تمهيد	59
1- تعريف السرطان	59
1-1 مفهوم السرطان لغة	59
1-2 مفهوم السرطان علميا	59
2- السرطان عبر التاريخ	60
3- سرطان الثدي	62

62	1-3 مفهوم الثدي
62	2-3 وظيفة الثدي
63	3-3 تعريف سرطان الثدي
63	4- الخواص التطورية المختلفة
63	5- كيف يبدأ السرطان
64	6- مراحل نمو السرطان
64	1-6 البداية
64	2-6 التطور
64	3-6 الورم الاكلينيكي
64	7- الخلايا الخبيثة والأورام السرطانية
66	8- كيف ينتقل السرطان
67	9- العوامل المؤدية لإصابة بسرطان الثدي
67	1-9 العوامل التكوينية الداخلية
68	2-9 العوامل التكوينية الخارجية
69	3-9 عوامل أخرى
70	4-9 عوامل نفسية
72	10- أعراض السرطان الثدي
72	1-10 الأعراض الجسمية
72	2-10 الأعراض النفسية
73	11- أنواع السرطان
74	12- نظريات سرطان الثدي
74	1-12 السرطان هو مرض الخلية
74	2-12 النظرية البيولوجية
74	3-12 مرض السرطان ذات أصل نسيجي

74	13- تصنيف مرض سرطان الثدي
74	1-13 دمال سرطانية ظهارية
75	2-13 أورام سرطانية خبيثة
75	3-13 السرطانات الخبيثة
75	4-13 أورام النسيج المصبوغ
75	5-13 سرطانات الجهاز العصبي المركزي
75	14- تشخيص سرطان الثدي
76	1-14 أساليب التشخيص الطبي لسرطان الثدي
76	2-14 إمكانية إكتشاف قابلية للإصابة بالسرطان
77	15- علاج سرطان الثدي
77	1-15 الجراحة
78	2-15 العلاج بالأشعة
78	3-15 العلاج الكيميائي
79	4-15 العلاج المناعي
80	5-15 العلاج الهرموني
80	6-15 التخثير الكهربائي
80	16- الوقاية
81	17- محاربة السرطان بالفحص المبكر
83	18- عدد الإصابات في الجزائر
84	19- عملية جراحية لإستئصال الثدي
84	1-19 العملية
84	2-19 خلال العملية
85	3-19 بعد العملية
85	4-19 النقاة

85	20- الآثار النفسية لمرض سرطان الثدي
86	خلاصة الفصل
	الفصل الرابع: القلق
88	1- مفهوم القلق
90	2- النظريات المفسرة للقلق
90	1-2 نظرية التحليل النفسي
91	2-2 النظرية السلوكية
92	3-2 النظرية البيولوجية
92	4-2 النظرية المعرفية
94	3- أنواع القلق
94	1-3 القلق الموضوعي (الواقعي)
95	2-3 القلق العصابي
96	3-3 القلق الأخلاقي أو الذاتي
96	4- أسباب القلق
96	1-4 العامل الظهور الوراثي
97	2-4 العامل الفيزيولوجي
98	3-4 العامل السيكولوجي
98	4-4 عوامل أخرى
100	5- أعراض القلق
100	1-5 الأعراض الجسمية
103	2-5 الأعراض النفسية
104	6- تشخيص القلق
105	7- علاج القلق
107	خلاصة الفصل

.....	الفصل الخامس: الانتاج الإسقاطي
109.....	تمهيد
109.....	1- لماذا نقصد بالإسقاط
110.....	2- تطور مفهوم الإسقاط
111.....	3- الوضعية الإسقاطية من خلال إختبار الرورشاخ الإسقاطي
112.....	4- الإنتاج لإسقاطي
114.....	5- آليات الدفاع في مجال التقنيات الإسقاطية
116.....	6- صيرورة إرسان الإجابة في التقنيات الإسقاطية
118.....	7- عناصر التنظيم العقلي من خلال الإنتاج الإسقاطي
119.....	8- إختبار الرورشاخ
121.....	1-8 تعريف إختبار الرورشاخ
122.....	2-8 تطبيق إختبار الرورشاخ
123.....	3-8 التعلية
124.....	4-8 المميزات الظاهرة للوحات وإنعكاستها
126.....	5-8 المضامين الكامنة للوحات
129.....	9- معالم التنظيم العقلي النموذجي من خلال إختبار الرورشاخ
130.....	1-9 ملاحظات عامة حول البروتوكول
130.....	2-9 طرق تناول
131.....	3-9 محددات الاستجابة
133.....	4-9 محتوى الاستجابات
135.....	خلاصة الفصل
.....	القسم الثاني: الجانب المنهجي
139.....	1- منهج البحث
140.....	2- الحدود المكانية

143	3- الحدود الزمانية
143	4- مجموعة البحث
144	5- معايير إختيار مجموعة البحث
148	6. ظروف تطبيق الاختبار
149	7- تقديم أدوات البحث
149	7-1 المقابلة العيادية
151	7-2 إختبار الرورشاخ
156	خلاصة
	القسم الثالث: الجانب التطبيقي
159	1- خطوات تحليل إختبار الرورشاخ
159	1-1 التنقيط
160	2-1 التحليل الكمي للبروتوكول
160	3-1 التحليل الكيفي
161	2- عرض وتحليل و مناقشة النتائج
191	3- عرض نماذج من الحالات المدروسة
251	4- مناقشة النتائج
253	خلاصة عامة
259	الخاتمة
	المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

رقم	محتوى الجدول	صفحة
(1)	خطر الإصابة بسرطان الثدي حسب السن	71
(2)	طريقة الفحص والكشف عن أورام السرطان	81
(3)	نتائج الإصابة بأورام السرطان 2012 حسب CAC البلدية	82
(4)	توزيع أفراد مجموعة البحث حسب حالاتهم الإجتماعية	141
(5)	توزيع أفراد مجموعة البحث حسب السن	142
(6)	توزيع أفراد مجموعة البحث حسب المستوى التعليمي	143
(7)	توزيع أفراد مجموعة البحث حسب المستوى الإقتصادي	144
(8)	توزيع أفراد مجموعة البحث حسب السوابق المرضية	145
(9)	توزيع أفراد مجموعة البحث حسب انتشار السرطان في العائلة	146
(10)	المتوسط الحسابي للإنتاجية لمجموعة البحث حسب الورشاش	158
(11)	المتوسط الحسابي لأنماط الإدراك حسب الورشاش	160
(12)	المتوسط الحسابي للمحددات حسب الورشاش لمجموعة البحث	161
(13)	المتوسط الحسابي للمحتويات حسب الورشاش لمجموعة البحث	162
(14)	الإختيارات الإيجابية من خلال إختبار الورشاش لمجموعة البحث	164
(15)	الإختيارات السلبية من خلال إختبار الورشاش لمجموعة البحث	165
(16)	المتوسط الحسابي لمستويات القلق من خلال إختبار الورشاش	171
(17)	المتوسط الحسابي لأنواع القلق من خلال إختبار الورشاش	171
(18)	طبيعة التوظيف العقلي عند المرأة المصابة بسرطان الثدي	176

قائمة الملاحق

صفحة	محتوى	رقم
259	دليل المقابلة العيادية النصف موجهة	(1)
261	إستمارة معلومات	(2)
262	نموذج السيكوغرام	(3)
263	تحديد الإجابات لإختبار الرورشاخ للحالة (أ)	(4)
264	تحديد الإجابات لإختبار الرورشاخ للحالة (ب)	(5)
265	تحديد الإجابات لإختبار الرورشاخ للحالة (ج)	(6)
266	تحديد الإجابات لإختبار الرورشاخ للحالة (د)	(7)
267	تحديد الإجابات لإختبار الرورشاخ للحالة (ها)	(8)
268	تحديد الإجابات لإختبار الرورشاخ للحالة (و)	(9)

ملخص باللغة العربية:

يعتبر سرطان الثدي من أكثر السرطانات التي يمكن أن تظهر عند المرأة وتؤثر على حياتها لما له من جوانب سلبية، منها نفسية و أخرى جسدية (على المرأة)، إذ أن الثدي يعتبر عند المرأة جزءا من أنوثتها و جمالها وأمومتها، و لعل إصابة هذا العضو يؤدي إلى إختلال في التوازن النفسي والجسدي والاجتماعي، ولكثرة إنتشاره في الآونة الأخيرة لفت إنتباهنا فحاولنا دراسة سرطان الثدي من الناحية النفسية، مركزين بذلك على الجانب النفسي وماله من أثر في التكيف عند المصابات بسرطان الثدي، فقد حاولنا دراسة نوعية التوظيف النفسي من خلال الإنتاج الإسقاطي لإختبار الرورشاخ لدى المصابات بسرطان الثدي وظهور القلق و نوعية القلق الذي تعاني منه المرأة المصابة بهذا النوع من الأمراض والكشف عن الأليات الدفاعية التي تستعملها المرأة المصابة بسرطان الثدي، معتمدين في ذلك على معطيات لأداتين:

1. المقابلة العيادية النصف موجهة؛

2. اختبار الرورشاخ.

و ذلك وفق المنهج العيادي الملائم لدراسة هذا البحث، واستنادا على النظرية السيكوسوماتية

لـ Pierre Marty.

الكلمات المفتاحية :

نوعية التوظيف النفسي، سرطان الثدي.

Résumé:

Le cancer du sein est considéré comme étant le cancer le plus répandu chez la femme.

Cette maladie a une incidence majeure sur la vie quotidienne de la femme qui en est atteinte.

L'impact négatif qui en résulte sur le côté psychique et physique de la femme, est considérable, d'autant plus que cet organe est le symbole par excellence de la féminité, de la beauté et de la maternité.

L'atteinte de cet organe a un effet direct sur l'équilibre psychique, physique et social.

Etant donnée l'expansion alarmante de cette maladie durant ces dernières années, nous avons essayé de mener une étude sur cette maladie, en insistant sur le côté psychique et les conséquences qui en résultent sur le vécu des patientes atteintes de cancer du sein.

Nous avons donc essayé d'étudier la nature du facteur psychologique projeté sur le test du Rorschach chez ces patientes, et ce, en faisant la lumière sur l'effet de l'apparition du stress et la nature de ce dernier dont souffrent ces malades.

Nous avons ainsi essayé de mettre en relief les mécanismes de défense de ces patientes en se basant sur deux (2) types de données, à savoir celles de:

1. L'entretien semi directif ;
2. Le Rorschach.

Selon le protocole clinique adéquat à ce type d'étude et en se référant à la théorie psychosomatique de Pierre Marty.

Mots clé : le fonctionnement psychéque, cancer du sein.

مقدمة :

تعتبر الصحة هدفا من أهداف التنمية و التطور الإجتماعي و الإقتصادي وهي حق أساسي لكل فرد و لكل الشعوب.

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية " الصحة" بأنها تكمن في أن يكون الإنسان سليما من الناحية البيولوجية و العقلية و النفسية و الإجتماعية، فالشخص الذي يتمتع بصحة جيدة يستطيع القيام بواجباته وأدواره الإجتماعية، كما يستطيع التكيف مع البيئة التي يعيش فيها.

أما المرض فهو من بين العوامل التي تؤثر على الإنسان، ومعايشه النفسي، وتفقده توازنه العادي، ويظهر ذلك في عدم قدرته على مواجهة مشاكله، و تحقيق أهدافه وطموحاته و عرقلة سير الحياة في كل المجالات، مع الحد من التكيف الإجتماعي.

من هذا المنطلق، يعتبر الجسد النواة الرئيسية التي تقوم عليها شخصية الفرد علاوة على كونه عاملا أساسيا في التكيف مع الوسط الإجتماعي، كما يعد موضع إهتمام بالنسبة للرجل والمرأة على حد سواء .

غير أنه في بعض الأحيان قد يتعرض الجسد إلى تشوهات إثر إصابته بمرض أو عاهة مما يؤثر على ذات الفرد، كالإصابة بالسرطان، فإصابة الفرد بهذا المرض يؤدي إلى إعاقة نشاطاته، فالجسد يعتبر جزء أساسي نظرا للدور الهام الذي يشكله في حياة الفرد و تكوين شخصيته، فالجسد يلعب دور أساسي في نجاح الفرد، فكل جزء منه يؤدي الدور المنسوب إليه ووظيفته للمحافظة على توازن الفرد و الإتصال المستمر مع العالم الداخلي والخارجي، و عليه فإذا ألحق ضرر بعضو ما فإن هذا يؤثر حتما على الجانب الجسدي بشكل عام والجانب النفسي بشكل خاص.

يعتبر سرطان الثدي من الأورام الأكثر شيوعا عند المرأة في الجزائر خاصة و أن هذه النسبة في إرتفاع متزايد، فقد تم تشخيص ما بين 9000-10.000 حالة سرطان في الجزائر كما أن نسبة السرطان العائلي مرتفعة مرتين بالبلدان العربية عن البلدان الغربية وهذا قد يعود إلى زواج الأقارب (عن الأستاذ بوزيد، جريدة الحرية 2013). كما أن المرأة

الجزائرية الشابة تتعرض أكثر للإصابة بأورام السرطان وذلك ما بين 45-48 سنة على عكس البلدان الغربية التي يظهر السرطان عند النساء التي تتجاوز سن 60 سنة. كشفت جمعية الأمل الخاصة لمساعدة مرضى السرطان حسب إحصائيات 2013 تسجيل أكثر من 40 ألف حالة جديدة مصابة بأورام السرطان .

(نفس المرجع السابق).

يتسبب سرطان الثدي في الجزائر بوفاة أكثر من 10 نساء يوميا، مع إرتفاع معدلات الطلاق بعد تخلي أزواجهن عنهن إثر الإصابة بالسرطان الثدي وإستئصاله .

(نفس المرجع السابق).

ولهذا أصبح السرطان يحضى باهتمام كبير من طرف الصحة العمومية في العالم بصفة عامة وفي الجزائر بصفة خاصة، لما له من تأثير نفسي وجسدي على المرأة وصورتها الجسدية، إذ أن الثدي يعتبر جزء من أنوثة المرأة و جمالها الخارجي و عضوا في العلاقات الحميمية و مصدر أمومتها من خلال الرضاعة الطبيعية . و لعل إصابة هذا الجزء يؤدي إلى إختلال في التوازن النفسي والجسدي والإجتماعي.

إن معظم التغيرات أو التشوهات التي يحدثها المرض على الجسد لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، يكون بداية على مستوى العضو المصاب أي الثدي، لتتوسع فيما بعد بسبب تفاقم المرض و التشوهات على باقي الجسم و تظهر على شكل أعراض مرضية مختلفة وهذا ما يثير القلق عند المرأة المصابة بأورام السرطان خاصة على مستوى الثدي.

إن السرطان الذي يصيب الثدي يكون سهلا لمتابعته من طرف المريض أثناء نموه، أي يكون أكثر وضوحا من تموقعه في أعضاء داخلية، لكن من ناحية أخرى يعتبر الثدي كمركز أنثوي الأكثر بروزا بالنسبة للمرأة و بالتالي فالبتر الذي قد تتعرض له المصابة

بسرطان الثدي سيشعرها بإحساس قاس جدا . (Yaker (s) . 1977)

و هذا ما يلاحظ عند الإعلان عن طبيعة التشخيص و ما ينصب عنه من ردود أفعال مختلفة لدى المرضى وأقربائهم، وهي ليست تصرفات غريبة و لكنها تعتبر وقفات غير منتظمة

دوما فهي متباينة حسب الأفراد، هذه التوقعات يعتبرها علماء النفس كحجة لتخفيف الضغط حيث تجعل المريضة تتوسط بينها وبين الحقيقة الصعبة التي تشبه بكتلة وفي الأخير هذا الأمر سيسمح لها بجعل وضعية غير مرغوبة و غير مختارة تصدم نمطها المعتاد.(D.Oousset(M.P).1997).

إن ردود الفعل التي تصدر عن النساء المصابات بسرطان الثدي مرتبطة بالسن وبالثقافة و بالمخزون العاطفي نحو ثديها و بالوضعية الزوجية و الأسرية و الإجتماعية فبعض النساء تثور و ترفض الحالة التي ألت إليها و عند البعض يعتبر المرض شكلا من أشكال العقاب الألي لذنب ما قد إقترفته، و أخريات تظهر القبول في سكوت دون شكوى مع رفض للحوار و التواصل . (Brinde Soleil.sans annee)

فسرطان الثدي يبقى منبع خوف و هلع عند المرأة، اذ ينمو عندهن نوع من الإحساس بالنقص ذو طابع جماعي و وظيفي ، كون فقدان هذا العضو يمثل صدمة لدى المرأة مهما كان سنها أو مستواها الثقافي أو وضعيتها الإجتماعية، و ربما تزيد حدته عند المرأة العازبة كونها ما تزال تنتظر الإعجاب، و تنتظر الزواج و الإنجاب و في هذا الصدد يقول Schilder " كل تغيير في التكوين العضوي للجسم يحدث تغيير في الصورة الجسدية"
(Schilder,1968)

فالسرطان بصفة عامة هو أكثر من أي مرض آخر يتطلب مجهود متواصل للتأقلم البسيكولوجي، نظرا للتعقيدات التي يشكلها و العلاجات طويلة المدى وكل هذا يستوجب على المريض في كل مرة تقييم تطوراته الصحية و رهانات وضعية و هنا يتم تشكيل سلسلة من الردود هي إنفعالية و عقلية في أن واحد مع إتخاذ إجراءات و تصرفات للمواجهة.
إن المساعدة التي تحتاجها المريضة تتمثل في الحنان الذي تقدمه عائلتها و المواساة من محيطها و الكفاءة من طبيبها، بالإضافة إلى محاولة المريضة التخلص من الكابوس الفضيع الذي أحل بها و إزاحة أشكال الفلق و الأفكار السوداء التي تراودها.

(Yaker (s) op.cit.1977)

الإرهاق لدى مرضى السرطان هو أكثر الإرهاقات المبحوثة و حسب هيرشباخ Hershbach و هينزيش Heinrich 1987 فإن الإرهاق المعبر من قبل مرضى السرطان هي المخاوف المتعلقة بالمرض لفترة زمنية طويلة، ولا يستطيعون التغلب عليها بصورة ملائمة، وقد ظهر في دراستها أن أكثر ما يرهق بشكل خاص المخاوف من العجز ومن تقادم المرض ومن فقدان القدرة على العمل و مشاكل مع الأسرة و الشريك و مشاعر القيمة الذاتية. (محمد أحمد النابلسي ، 1992)

لقد عرفت الجزائر تطورا في المجال الطبي والعلمي وفي وسائل وتقنيات الكشف ومعالجة الأمراض الخطيرة والمزمنة مثل أورام السرطان، إلا أنه مازال هناك تهميش في التكفل النفسي بحيث يعد في جل الحالات غائبا، بالرغم من أن السرطان يعتبر من الأمراض السيكوسوماتية الخطيرة والتي في أغلب الأحيان يكون سبب ظهورها نفسي، يظهر عدم التكفل النفسي بالمرأة المصابة بأورام السرطان خاصة سرطان الثدي من خلال إختلال توازنها السيكولوجي ومن خلال ظهور عدة اضطرابات نفسية وخاصة القلق بأنواعه ومستوياته، مما يجعل الحالة تبحث عن وسائل للتكيف مع الواقع وذلك بإستعمال آليات دفاعية معينة، ومن ثم نجد المرأة المصابة بسرطان الثدي تستعمل آليات دفاعية مختلفة لمواجهة مرضها و للخروج من الوضعية التي تعيشها اثر فقدانها لثديها، ولكثرة إنتشار الإصابة بسرطان الثدي عند المرأة الجزائرية في الآونة الأخيرة لفت إنتباهنا وخاصة أن معظم الدراسات حول السرطان هي دراسات غربية، فكان لابد علينا البحث بشكل أعمق عن واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي في الجزائر، فحاولنا دراسة سرطان الثدي من الناحية النفسية مركزين بذلك على الجانب النفسي وماله من أثر في التكيف عند المصابات بسرطان الثدي، فقد تم تسليط إهتمامنا على دراسة نوعية التوظيف النفسي من خلال الإنتاج الإسقاطي لدى المصابات بسرطان الثدي الخاضعة لعملية استئصال الثدي و ظهور القلق، أسبابه و نوعيته وأهم الأليات الدفاعية التي تستعملها للتكيف مع العالم الخارجي معتمدين بذلك على وسيلتين البحث المقابلة العيادية النصف موجهة والإختبار الإسقاطي الرورشاخ وفق المنهج العيادي الملائم لدراسة هذا البحث وإستنادا الى

النظرية السيكوسوماتية لـ Pierre Marty، حيث تم إجراء هذا البحث بالمستشفى الخاص بمكافحة أمراض السرطان فرانز فانون بالبليدة، و مركز التداوي بالأشعة لأورام السرطان المتواجد بأولاديعيش – البليدة – وفي جمعية الإحسان لإيواء المرضى المصابين بالسرطان - البدر البليدة - حيث تمت الدراسة على مجموعة بحث تتكون من 104 حالة.

تتضمن هذه الدراسة ثلاثة أقسام:

القسم الأول خاص بالجانب النظري الذي يتضمن خمس فصول، الفصل الأول والذي يعتبر الفصل التمهيدي وهو الإطار العام للبحث، الفصل الثاني نتناول فيه النظرية السيكوسوماتية، الفصل الثالث يتضمن الجانب الطبي للسرطان، الفصل الرابع نتناول فيه القلق، الفصل الخامس يتضمن الإنتاج الإسقاطي و سياقات الإستدخال .

والقسم الثاني :خاص بالجانب المنهجي للبحث الذي يتكون من منهج البحث مكان البحث مجموعة البحث وسائل البحث، ظروف إجراء البحث وصف مجموعة البحث، كيفية تطبيق وسائل البحث، المقابلة العيادية والإختبار الإسقاطي الرورشاخ.

أما القسم الثالث : فهو خاص بالجانب التطبيقي الذي يتكون من عرض نتائج البحث و مناقشة نتائج البحث، مناقشة الفرضية العامة، مناقشة الفرضيات الجزئية.

وفي الأخير نجد عرض نماذج من الحالات المدروسة وتحليلها. ثم مناقشة النتائج، الخلاصة العامة والخاتمة ثم قائمة المراجع والملاحق.

القسم الأول

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

1- الإشكالية

1-1 الفرضية العامة

1-2 الفرضيات الجزئية

2- أسباب إختيار الموضوع

3- أهمية الموضوع

4- أهداف الموضوع

5- تحديد المفاهيم

5-1 التوظيف النفسي

5-2 الإنتاج الإسقاطي

5-3 السرطان

5-4 سرطان الثدي

6- الدراسات السابقة

1- إشكالية البحث:

تعد الصحة النفسية و الجسدية موضوع إهتمام العديد من الباحثين و العلماء منذ سنوات عديدة، كونها وحدة متكاملة تمنح للفرد الإطمئنان و الإستقرار و الإستقلالية في السلوك، كما أن الإنسان في صراع متواصل مع الحياة، فمنذ وجوده عرف المرض و بالتالي كانت محاولة الشفاء منه بأنواع العلاج مختلفة و متعددة.

كما أن الصحة النفسية و الجسدية في حالة ما تعرضت هذه الأخيرة إلى حوادث و أمراض مختلفة، فإنها تؤدي إلى إختلال نفسي بيولوجي و إجتماعي عند الفرد، خاصة ما إذا كان الأمر يتعلق بمرض خطير و مزمن مثل مرض العصر : السرطان، الذي لم يستطع الطب و العلم إلى يومنا هذا الكشف عن الأسباب المؤدية إلى ظهوره و طرق الوقاية منه.

و إصابة الفرد بهذا المرض يؤدي إلى إعاقه نشاطاته، ذلك لما يمثله الجسد من أهمية في التعبير عن إنفعالات الفرد و الكشف عن طاقاته و قدراته وسط المجتمع الذي يعيش فيه، و التفاعل مع بيئته، لا سيما إذا أصيب الفرد بهذا المرض الخبيث في المراحل الهامة من حياته، و مع تطور هذا المرض قد يؤدي إلى إحداث تغيرات نفسية و فيزيولوجية على مستوى الفرد، مما يجعله يؤثر سلبا على حياته، و معاشه النفسي و الإجتماعي، و صورته الجسدية و نظرته للحياة، التي ترتبط عادة بفكرة الموت و العجز و القلق.

لقد شكل الإنسان منذ سنوات مضت موضوع أبحاث عديدة، معظمها عملت على تجزئته إلى ثنائية نفس- جسد، فقد ركزت بعضها على الجانب العضوي فقط، في حين ركزت الدراسات الأخرى على الجانب النفسي دون غيره، و كون المرض المزمن أشد قساوة على الفرد، كان لا بد من سند نفسي إضافة للعلاج و المتابعة الطبية، و نجد في هذا رأي ألكسندر الذي يرى وجود عوامل سيكولوجية تؤثر على السياقات الفيزيولوجية (Alexande,1970).

و الكثير من الدراسات لم تحاول أن تنظر إلى الإنسان على أنه وحدة نفسية و جسدية متكاملة لكن، هذا لا يعني أننا نقلل من قيمتها، ما دامت أنها كانت قاعدة للبحوث الأخرى الهامة، قادت إلى تكوين نظرية متناسقة و ظهور النظرية السيكوسوماتية التي هي علم قائم

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

بذاته و لكن لم تنشأ بصدفة، بل لها عوامل قدمت لها سندا في ظهورها، منها نظرية التحليل النفسي، التي كانت المرجع و المنطلق الأساسي للسيكوسوماتية، ففرويد في أعماله حول الشلل و الأفازيا و الهستيريا، إكتشف مدى دينامية اللاشعور على المبادئ الإقتصادية السيكوسوماتية و التكوينية التي تنظم الوحدة السيكوسوماتية للفرد. (P. Marty, 1990)

أما النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي، أخذت الإنسان بكل أبعاده حيث إعتبرته ككل لا يتجزأ، أو بالأحرى وحدة سيكوسوماتية و جهازا ديناميا معقدا، هذه الوحدة تعرف حركة تطويرية، تهدف إلى تحقيق بنية الراشد أين يشكل الجهاز العقلي القمة التطورية.

(P. Marty, 1976)

و هذه البنية حسب مارتي تشكل مخطط التنظيم الدينامي للفرد، و هي توضح الطريقة المعتادة لسيره، كما تتعرض أحيانا لعراقيل، بحيث يشكل الفرد موضوع إصابات مختلفة، و قد تكون ضمن البنيات العصابية، الذهانية و قد تكون جسمية، بحيث مهما كانت طبيعة المرض لا يمكن فهمه، و بالتالي علاجه إلا إذا رجع إلى الإقتصاد السيكوسوماتي العام للفرد و بالخصوص إلى مميزات تنظيمه العقلي.

و لكي يوضح هذه العلاقة الهامة إهتم مارتي بقسم هام من الجهاز النفسي، و هو ما قبل الشعور الذي يعتبر خزاناً للتصورات، تتعلق بكل المراحل التطورية للفرد و التي ترتبط نوعا ما فيما بينها و تظهر قدراته للوصول إلى مجال الشعور، فالحياة الجسمية في الغالب هي صورة لحياة ما قبل الشعورية (P. Marty, 1973)

و قد أعطى مارتي أهمية كبرى لهذا القسم من الجهاز النفسي، بحيث يرى أنه كلما كان هذا الأخير غنيا بالتصورات المرتبطة فيما بينها كلما كان المرض يمس المستوى العقلي ويستنتج ذلك في الذهانات و العصابات المعروفة بالتعلقن الجيد، التي تتميز بدفاعات عقلية جد منظمة تحميها ضد الأمراض الجسمية، بينما كلما كان ما قبل الشعور فقيرا من حيث التصورات و العلاقات التي ترتبط فيما بينها، كان المرض يمس أكثر المستوى الجسمي وأحسن مثال على هذا، هو العصابات المتعددة الأشكال و عصابات السلوك المتميزة بدفاعات هشة تجعلها عرضة لأمراض سوماتية، و قد لا حظ P. Marty بأن الأفراد

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

المصابين بأمراض السوماتية ميزتهم: نقص في الهوامات إذ أنهم يعجزون عن إيجاد الحلول النفسية للإثارات نزوية بمجرد إصطدامهم بضغط ما، كون الدفاعات العقلية كالكبت، الإزاحة الإسقاط، غير ممكن تصورها عقليا، فيلجأ هؤلاء الأفراد لميكانيزم شعوري آخر، القمع. (P. Marty,1990)

فهؤلاء المرضى بتكوينهم الهش لا يتحملون الصدمات، فيحدث خلل أو يتعرضون إلى فقدان التعويضي الذي يظهر على مستوى الجسد لطغيان نزوات الموت لديهم و هذا ما يفسر ظهور مختلف الإضطرابات النفسية كالقلق و ظهور مختلف الأمراض السوماتية الخطيرة و من ضمنها السرطان بكل أنواعه.

والقلق من أهم الأعراض التي يمكن أن تظهر عند الشخص المصاب بالأمراض السوماتية لا سيما المصاب بأمراض السرطان، و خاصة عند النساء المصابات بسرطان الثدي ولعل ذلك يرجع لأهمية الثدي عند المرأة بصفة خاصة، حيث يعتبر الثدي جزء من جمال المرأة و أنوثتها كما يعتبر مصدر لتحقيق الرغبات الجنسية و لتحقيق الشعور بالأمومة .

يعتبر القلق من أخطر الإضطرابات النفسية التي يتعرض لها الإنسان، حيث تكمن خطورته في الدور الفعال الذي يلعبه في خلق الإستجابات و إضطرابات في الوظائف الجسمية، ولقد إختلفت آراء العلماء و الباحثين في تحديد مفهوم القلق وأسبابه و أيضا مدى تأثيره على حياة الفرد النفسية والجسمية و خاصة ما نلاحظه عند المرأة المصابة بسرطان الثدي والخاضعة لعملية إستئصال الثدي كليا .

فيعتبر القلق حالة من التوتر و الشعور بعدم الإرتياح، كما أنه ينتج عن القلق إضطراب وضيق وشعور دائم ومستمر بحالة من الخوف وعدم الإستقرار و من ثم كان القلق عبارة عن تفاعل مجموعة من الأحاسيس و المشاعر الذي يدخل فيها نوع من الخوف و الشعور بالألم وعدم الإرتياح والتوقعات السلبية .

إن ما يثير القلق لدى المصابات بسرطان الثدي هو مرضهن أولا، و يبدأ القلق عندهن عند الدخول للمستشفى، و أثناء فترة الإستشفاء، و قبل و بعد العملية و تظهر إستجابات القلق عندهن عندما يعرفن أنهن بالمستشفى الخاص لمكافحة أمراض السرطان، ما يؤدي إلى

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

تأويلات قد تكون خاطئة في بعض الأحيان و يكثرن الأسئلة حول السرطان و كيفية علاجه و عواقبه، و القلق غالبا ما يلاحظ بعد أو عند الإدلاء بالتشخيص، و لذلك فهن يخفن بمجرد سماع كلمة السرطان الذي يعبر في اللاشعور الجماعي عن مرض قاس و تطور يهدد كل واحد بالموت، كما أن معادلة السرطان تساوي الموت تبقى سارية المفعول، فإن هذا البعد يساهم بعمق في الإنزعاج والقلق (Brea Ham G.1982)

فالمصابة تقلقها كلمة السرطان، و لا تحب نطقها و تعطيها أسماء أخرى مثل ما هو متداول في مجتمعنا بتعبير ((الذي لا يتسمى)) ، ((هذاك المرض)) إلخ.

إن لحظة التشخيص تعتبر لحظة درامية تعاش كإنقطاع مفاجئ و قاس، ترافقه في العادة إستجابة قلق مذهلة يصفها المريض كتجربة تعاش في جو من الغرابة، و عند ظهور العواقب أين لا يوجد أي مخرج ممكن تدخل الجسد .

هذا التدخل يترك دائما أثرا لا يمحي، و لا شيء يمكن أن يمحو هذا الفقدان – فقدان الثدي المبتور- فتلجأ إلى أي شيء يمددها بمعالم جديدة يمكن أن تنتشبت بها و لو مؤقتا.

(A-Mamm , 1999)

يظهر القلق بشكل مكثف لدى المصابة بسرطان الثدي، فيرهبها لدرجة أن الهوامات البدائية للإلتهاام و الإنشطار تطغى عليها نتيجة تعرضها المباشر لخطر الموت فتصبح بدون دفاع عرضة للهديان و المواقف الإكتئابية (H, Bloudre,1993) . هذا القلق الذي تبديه المصابة بسرطان الثدي هو ترجمة لقلق الخصاء الذي تعاني منه المريضة، و المرتبط بفقدان الموضوع أو خطر فقدانه ، نظرا لشدة إستثماره، فالخطر هنا يتعلق بفقدان الحب أو بموضوع النبذ والخصاء . (A.Freud ,1990)

و يمثل هذا القلق النبذ " الخوف من فقدان الموضوع المحبوب الذي نشعر بالتبعية نحوه ونشعر أنه ضروري لضمان تماسك الآن، لأن الشخص غير مستقل و غير منفرد بشكل كاف (عدم كفاية التقمصات) لكي يتجاوز الموضوع الذي تربطه به علاقة تبعية، أما قلق الخصاء المرتبط بالصراع الأوديبي، فإننا نجد الفرد لكي يتهرب من الخطر الخيالي

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

يفرض نوعا من الخصاء الوقائي مع تحديد القدرات و الرغبات في نقطة معينة".
(A.Freud , 1990)

و بما أن السرطان من بين الأمراض السيكوسوماتية التي لقيت إهتماما عبر مختلف العصور فقد ظهرت أبحاث عديدة، محاولة إيجاد العلاقة بين علم النفس و مرض السرطان مثل أبحاث (Galein,1943)، التي أدت دراسته إلى اعتبار أن النساء المصابات بالمناخوليا،

هن النساء الأكثر تعرضا إلى الإصابة بمرض السرطان. (Patrice Geux,1989)
و إتضحت الأمور أكثر مع Gury (1959)، الذي لاحظ أن النساء التي تعاني من حالات عصبية و التي تعاني من الهستيريا، تصبح مصابة بمرض السرطان إذا ما تعرضت لصدمة ما أو لحزن شديد و حاد. (Patrice Geux,1989)

و بالنسبة للباحث P.Reznikaff (1955،1957)، فإن النساء المصابات بسرطان الثدي من النساء اللواتي تلقين تكيف نفسي جنسي سيء. "نفس المرجع، ص 14".

و في دراسة قام بها الباحث M.Leshan (1956،1966)، حيث درس 500 حالة مصابة بالسرطان لمدة 12 سنة، التي إكتشف من خلالها و توصل إلى أن 3/4 من هذه الحالات كن يعانون من صدمة في طفولتهن رمزية أو حقيقية، و في دراسة أخرى لمجموعة من النساء المصابات بسرطان الثدي لنفس الباحث Leshan (1964،1966)، لاحظ فيها أن هذه المجموعة إزداد فيها خطر المرض نتيجة توقعهن أن مدة حياتهن قصيرة و لا تدوم طويلا وكذلك نتيجة عزلهن عن المجتمع، حيث كان المجتمع ينظر إلى هذا المرض على أنه خطير جدا و لا يجب التقرب من المصاب به. (Patrice Geux,1989)

كما تطرقت M.Lanouzierre (1980) إلى مختلف الآراء الخاصة بسلوكية المرأة إنطلاقا من Bona Dote- H. Deutsch- M. Kleine إلى S. Freud و توصل كل هؤلاء إلى التطرق للثدي باعتباره موضوع النزوات، و هو موضوع بحث خاص و مميز في تاريخ الأنوثة، بما أنه الموضوع الأول لنزواتها، هذا الموضوع المحسود عليه والمرغوب فيه و المفقود عند الطفلة سيصبح مصدرا لنزواتها عوضا عن موضوع جسدي مبتذل، و الذي يعزز بنقص آخرو هو نقص مؤقت و المتمثل في غياب الثدي إلى أن تصل

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

إلى مرحلة المراهقة وهنا تعيش الفتاة أو المرأة فقدان الثدي مرة أخرى، و الخوف من التشوهات الجسمية ولكن هل الإحساس بهذا فقدان يكون بنفس المستوى والتأثير عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة والمرأة المصابة بسرطان الثدي المتزوجة، كون المرأة المتزوجة كونت أسرة وأطفال و المرأة العازبة لم تعش نفس الحياة الإجتماعية التي تعيشها المرأة المتزوجة، فهذا ما قد يخلق إختلاف في الحياة الداخلية عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة عن المرأة المصابة بسرطان الثدي المتزوجة.

وللكشف عن الحياة الداخلية التي تعيشها المرأة المصابة بسرطان الثدي و الفاقدة ثديها نتيجة إستئصاله بعد إصابته بورم خبيث نعتمد على الرأز الإسقاطي الرورشاخ، فإنطلاقاً من بقع الحبر الموجودة في لوحات الرأز يمكن للمبحوثة من إسقاط شعورها أحاسيسها، ميولها ورغبتها وهوماتها ومن ذلك يمكن الكشف عن الجانب الداخلي للحالة ومن ثم تحديد نوع الإضطراب الذي ممكن أن تكون الحالة تعاني منه، كما يمكننا معرفة مدى إختلال التوازن النفسي الجسدي و الإجتماعي و عن المعاناة التي تنجم عن معاشة هذا المرض الخبيث.

وذلك من خلال مختلف الإجابات التي يمكن أن تدليها المبحوثة ومن خلال طريقة تناول اللوحات المقدمة لها للإختبار الرورشاخ .

و الجدير بالذكر أن الوسائل الإسقاطية لقيت إهتماماً كبيراً من طرف العلماء من المدرستين الأمريكية و الفرنسية، فمن المدرسة الأمريكية أتى R. Schafer (1954) بمفهوم التآرجح (Shift) "بحيث أن المدرك و الخيال يأتيان من خلال إجابات تكون على مستوى التواصل بين الحلم و الواقع والتي تحدث لها تآرجحات سواء في إتجاه نكوصي أو في إتجاه التخلص (N. Rausch de Traubenberg,1982) .

و طورت المدرسة الفرنسية هذه المفاهيم بحيث تناولت (N. Rausch de Traubenberg) مفهوم "التآرجح بين المدرك و الخيال يسمح بتحديد عمل السياقات الدفاعية من خلال وجود تداعيات مرنة، تسمح بدورها لعمل النكوص و الإستعادة أين تكون إشكالية الفرد محددة وفق مضامين اللوحات" (نفس المرجع).

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

مما أعطى لإختبارات الإسقاطية شهرتها العالمية، و يبقى التحليل النفسي من النماذج المرجعية التي تعتمد عليها أساس الوسائل الإسقاطية حالياً.

و هذا ما جعلنا نعتد في بحثنا على الإختبار الإسقاطي الرورشاخ الذي يسمح بكشف و تحليل سياقات التوظيف النفسي للفرد المفحوص بفضل الإصغاء و تحليل خطابه المعطى في وضعية خاصة و فريدة، بحيث يكون الفرد في وضعية إسقاطية أين يعبر إنطلاقاً من أدوات مبهمه ذات الخصائص الإدراكية و الكامنة التي من شأنها أن تثير سلسلة من التجارب الحسية و التصورية عن طريق صياغته للإجابات و ما قاله في نظام يسمح ببروز التصورات و العواطف الداخلية إنطلاقاً من الواقع الملموس لمادة الإختبار.

و هكذا نكون أمام إشكالية مزدوجة أساسية لمصير الفرد و هو الإعتراف بالعالم الداخلي من خلال الشعور بالوجود أو بعبارة أخرى الشعور بديمومة الذات، و الأخذ بعين الإعتبار العالم الخارجي من خلال الإستثمارات العلائقية التي تعطي القدرة على التغيير من خلال الإختبار الإسقاطي. حيث أن إختبار الرورشاخ يبعث الإسقاط الصورة الجسدية و يخدم بالدرجة الأولى مفهوم الذات كما يسمح بمحاصرة الحدود لمعرفة مدى صلابه سياقات الفردانية و تأسيس الحدود اللازمة بين الداخل و الخارج محدد بذلك مفهوم المكان (L'espace).

و بما أن الوسائل الإسقاطية تساعدنا في دراسة نوعية الإنتاج الإسقاطي، فإننا نعتد على الإختبار الرورشاخ في بحثنا لدراسة نوعية الإنتاج الإسقاطي لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي و فهم طبيعة توظيفها النفسي و طبيعة القلق الذي تعاني منه .

فمن خلال إرتفاع نسبة السرطان في الجزائر وخاصة سرطان الثدي عند المرأة، فأثارت إشكالية مرض السرطان فضولنا و إنتباهنا مما جعلنا نحاول فهم طبيعة هذا المرض و مختلف النتائج الناجمة عن معايشة هذا الورم الخبيث. فقد لاحظنا أن المرأة المصابة بسرطان الثدي و الخاضعة لعملية إستئصال الثدي تعاني من ظهور بعض الإضطرابات النفسية، ولعل الكثير من هذه الاضطرابات تتعلق بالبيئة التي تعيش فيها الحالة ونظرة

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

المجتمع الجزائري للمرأة المصابة بسرطان الثدي والمرأة المبتور ثديها ، حيث كل هذا يؤثر على الحالة النفسية للمرأة مما يزيد لها ألما و قلقا وخوفا من المستقبل.

فالمرأة المتزوجة تفكر في علاقتها الزوجية ومصير هذه العلاقة وخوفها الواضح من أن يهجرها زوجها ويفكر في تطليقها أو الزواج من امرأة أخرى، كونها أصبحت امرأة ناقصة، كما تفكر في مصير أطفالها خاصة وإذا كان لديها أطفال رضع، فالقلق في هذه الحالة يبدو واضح اذ تفكر كيف يمكن ارضاع طفلها بعد الاصابة بالسرطان وبتر الثدي، كما تفكر في كيفية القيام بدورها داخل الأسرة وهل هذا المرض يشعرها بالعجز خاصة مما تسمعه من الآخرين ،أما المرأة العازبة فهي تفكر ان كان هناك انسان قادر على اقامة علاقة أسرية مع امرأة مبتورة الثدي ،وهل يمكن لها الانجاب فيما بعد، خاصة وأن الكثير من الحالات كانت مخطوبة وتركها خطيبها بعد ما سمع بمرضها.

و من بين هذه الإضطرابات نجد القلق و لكن أي نوع من القلق يمكن أن يظهر عند المرأة المصابة بسرطان الثدي وأي نوع من الأليات الدفاعية التي تستعملها المرأة المصابة بسرطان الثدي الخاضعة لعملية بتر الثدي، وهل نجد إختلاف في الخصائص النفسية التي يظهرها الإنتاج الإسقاطي لإختبار الرورشاخ عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة و المتزوجة بعد عملية البتر وماهي نوعية التوظيف النفسي عند المرأة المصابة بسرطان الثدي وهل نجد إختلاف عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة و المتزوجة في نوعية التوظيف النفسي.

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

ومن ثم نلجأ إلى طرح التساؤلات التالي:

هل هناك إختلاف في الخصائص النفسية التي يظهرها الإنتاج الإسقاطي لإختبار الرورشاخ عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة والمرأة المصابة بسرطان الثدي المتزوجة بعد عملية البتر؟.

وما هي طبيعة التوظيف النفسي عند المرأة المصابة بسرطان الثدي ؟

ما هي طبيعة القلق الذي يظهر عند المرأة المصابة بسرطان الثدي بعد عملية إستئصال الثدي ؟

ما هي نوعية القلق الذي يظهر عند المرأة المصابة بسرطان الثدي بعد عملية إستئصال الثدي ؟

وما هي الأليات الدفاعية التي تستعملها المرأة المصابة بسرطان الثدي بعد عملية إستئصال الثدي ؟

وهل هناك إختلاف في إستعمال الأليات الدفاعية بالنسبة للمرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة والمرأة المصابة بسرطان الثدي المتزوجة بعد عملية إستئصال الثدي؟.

فرضيات البحث:

1-1 الفرضية العامة:

هناك إختلاف في الخصائص النفسية التي يظهرها الإنتاج الإسقاطي للإختبار الرورشاخ عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة و المرأة المصابة بسرطان الثدي المتزوجة بعد عملية البتر.

يتميز التوظيف النفسي عند المرأة المصابة بسرطان الثدي بتوظيف سيء و قد نجد إختلاف في طبيعة التوظيف النفسي عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة والمرأة المصابة بسرطان الثدي المتزوجة

2-1 الفرضيات الجزئية:

ف 1. تختلف نوعية القلق عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة عن نوعية القلق الذي تعاني منه المرأة المصابة بسرطان الثدي المتزوجة. ونعني بنوعية القلق (قلق مرتبط بفقدان الموضوع ، قلق الخصاء، قلق الموت)

ف 2 هناك إختلاف في طبيعة القلق عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة والمرأة المصابة بسرطان الثدي المتزوجة بعد عملية إستئصال الثدي. ونعني بطبيعة القلق مستوى القلق (قلق مرتفع، قلق متوسط، قلق منخفض).

ف3. تستعمل المرأة المصابة بسرطان الثدي آليات دفاعية مختلفة بعد عملية إستئصال الثدي .

ف4. قد نجد إختلاف في إستعمال الأليات الدفاعية عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة والمرأة المصابة بسرطان الثدي المتزوجة بعد عملية إستئصال الثدي.

2- أسباب إختيار الموضوع :

- لكل بحث لابد له من أسباب لإختياره، و موضوع بحثنا بني لأجل هذه الأسباب :
- الإنتشار الواسع للإصابة بأمراض السرطان بشتى أنواعه، وخاصة سرطان الثدي.
 - الأثار و المعاناة النفسية المختلفة الناتجة عن الإصابة بسرطان الثدي عند المرأة خاصة و أن الثدي يعتبر رمز الأنوثة عند المرأة وجمالها، جزء في العلاقات الحميمة، كما يعتبر عنصر الأمومة.
 - الرغبة العلمية في البحث و محاولة معرفة العلاقة بين الإصابة بسرطان الثدي و ظهور القلق عند المرأة، خاصة بعد إستئصال الثدي.
 - معرفة نوعية القلق الذي تعاني منه المرأة المصابة بسرطان الثدي.
 - الكشف عن السياقات النفسية التي تظهر عند المرأة المصابة بسرطان الثدي.
 - معرفة أهم الآليات الدفاعية التي تستعملها المرأة المصابة بسرطان الثدي للتكيف مع الواقع .
 - الكشف عن طبيعة التوظيف النفسي عند المرأة المصابة بسرطان الثدي.
 - البحث عن الإجابة على بعض التسؤولات العلمية المصاغة في الإشكالية، و التحقق من صحة الفروض أو نفيها .
 - قابلية الدراسة للموضوع من حيث توفر العناصر النظرية و نقصد بها المراجع، و من حيث توفر عينة الدراسة و توفر مكان البحث من جهة أخرى.

3- أهمية الموضوع :

- لكل دراسة أو بحث أكاديمي من الدراسات السابقة أو الراهنة أهمية، و أهمية بحثنا تكمل في النقاط التالية :
- تسليط الضوء على أهم أنواع الأمراض السيكوسوماتية، و المتمثل في سرطان الثدي .
 - الإهتمام بالمرأة و تقديم لها أحسن كفالة نفسية بإعتبارها أهم ركائز الأسرة و المجتمع .

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

- العمل على تقديم توعية نفسية وإجتماعية للحالة المصابة بسرطان الثدي، مما يساعد هذا على التكيف الإيجابي داخل الأسرة و المحيط .
- خلق التواصل الأسري و العائلي الفعال بين الحالة و المحيط الذي تعيش فيه، مما يحفز الحالة على العلاج و المثابرة و التغلب على مرضها و حالتها النفسية و إعطائها نفسا و أملا في الحياة.
- إيجاد الحلول الفعالة و التكفل النفسي الإيجابي للتخلص من أنواع القلق و الإضطرابات النفسية التي يمكن أن تعيق مسار العلاج .
- الكشف على مدى أهمية الإختبارات الإسقاطية -إختبار الرورشاخ – في فهم الصراعات النفسية و تحديد إضطراب القلق و أنواعه عند المرأة المصابة بسرطان الثدي .

4- أهداف الموضوع :

- لابد أن يكون لكل بحث هدف أو أهداف معينة، و أهداف موضوعنا والتي نأمل في تحقيقها هي كالتالي :
- الإجابة عن التسؤولات المطروحة من خلال الإشكال والتحقق من الفروض المصاغة أو نفيها .
- تسليط الضوء على أهم المعاناة النفسية الناجمة عن الإصابة بسرطان الثدي .
- الكشف على أنواع القلق الذي تعيشها المرأة المصابة بسرطان الثدي .
- العمل على تقديم أحسن كفالة نفسية للمرأة المصابة بسرطان الثدي .
- فتح مجال للباحثين وللدراسات الأكاديمية حول الموضوع من خلال النتائج المتوصل اليها ومن خلال الإقتراحات المقدمة .

5- تحديد المفاهيم :

1-5 التوظيف النفسي :

التعريف الإصطلاحي: هو عبارة عن مجموعة الديناميات و التي تحدث من خلال الموقعتين الأولى الخاصة بالاشعور و الثانية الخاصة بتصور الأنا و الأنا الأعلى و التي تهدف إلى الإرصان الملائم للتصورات التابعة لما قبل الشعور.

التعريف الإجرائي:

يقصد بالتوظيف النفسي من خلال هذا البحث حسب ما جاء به بيار مارتى في نظريته ، حيث انه كلما كان الجهاز النفسي غني بالتصورات المرتبطة فيما بينها وكلما كان الفرد لديه القدرة على الارصان والعلقنة كان توظيفه النفسي جيد والعكس.

2-5 الإنتاج الإسقاطي:

التعريف اللغوي:

إشتقاقا من قاموس le Robert يفرق بين ثلاث معاني لمفهوم الإسقاط :

- يبعث المعنى الأول إلى فعل قذف الشيء إلى الأمام.
- مجيء الهندسة الإسقاط أضاف للمعنى الأول خاصية أخرى، وهي أن هناك توافقا بنيويا بين الشكل الهندسي و إسقاطه على مساحة مسطحة.
- إستخراج المعنى الثالث للإسقاط من البصرييات (يكسر الإسقاط الضوئي الأشعة أو الإشعاعات انطلاقا من ... ما).

(D. Anzieu., C. Chabert1992)

التعريف الإصطلاحي :

الإنتاج الإسقاطي هو كل ما يسقطه و يدلي به الفاحص من ميول و تصورات ومشاعر وأقوال وأفعال وأحكام وغيرها.....إلخ إثر تعرضه لمثير ما.

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

التعريف الإجرائي :

هو كل ما يصدر عن المرأة المصابة بسرطان الثدي و المتعرضة لعملية إستئصال الثدي من خلال تطبيق إختبار الرورشاخ، من تعابير وميول وشعور وأحكام وخطاب يمكن أن تدلي به المبحوثة و تسقطه نتيجة تعرضها لمثير الإختبار.

3-5 السرطان :

التعريف الإصطلاحي :

السرطان كلمة مشتقة من التسمية اليونانية أي الورم و يقصد في معناها الورم الخبيث .
karkinos .

وهو ناتج عن التضاعف الفوضوي لخلايا النسيج العضوي .

4-5 سرطان الثدي :

التعريف الإصطلاحي :

يعرف سرطان الثدي على أنه كتلة تظهر على مستوى الثدي، و نادرا على شكل ورم في بدايته و هذه الكتلة في معظم الحالات تكون غير مؤلمة، وغياب الألم له مفعول سلبي في عدم إكتشاف الورم في بدايته .

التعريف الإجرائي :

يعد سرطان الثدي أكثر أنواع السرطانات إنتشارا عند النساء (امرأة واحدة من بين 12 امرأة) كما يعرف أيضا على أنه :

- كل سيلان غير عادي في حلمة الثدي .

- تضخم و تصلب الورم على مستوى الثدي، مصحوبا أحيانا بالألام ناجمة عن الضغط الداخلي للدم .

- إلتهاب العقد الإبطينية اللمفاوية . (Science. Magazine, 1991)

6- الدراسات السابقة :

حدثت إرهاصات مبكرة تؤكد العلاقة بين مرض السرطان و العوامل النفسية و الشخصية حيث حاول بعض الباحثين إدراج السرطان ضمن الأمراض الجسمية التي تقوم الشخصية بدور مهم في إحداثها، و قد بدأت هذه المحاولات منذ أن أشار الطبيب الإغريقي " جالينوس " إلى أن إحتمال إصابة المرأة الكئيبة بالسرطان يفوق إحتمال المرأة المتفائلة بالمرض نفسه بزيادة إنتشار الورم السرطاني في الجسم و تبعه " سنو " (Snow 1893) بدراسته التي أجراها على مرضى سرطان الثدي و تبين له أن ما عايشه هؤلاء المرضى من أحداث أليمة، هو ما أدى بهم إلى الإكتئاب و الحزن و فقدان الأمل و بالتالي إلى إصابتهم بالسرطان . و قد أشار " فرويد " (Frued 1905) إلى ملاحظات مشابهة و تبعه " ايفان " (Evans 1929) بدراسته التي أجراها على مائة من مرضى السرطان، و تبين له أن فقدان العلاقات الحميمة، هو ما أدى إلى إصابتهم بالسرطان . و قد أشار " فوك " (Foque 1931) إلى دور الإكتئاب و فقدان الأمل في الإصابة بالسرطان .

يعتبر " بيكون و زملاؤه " (Bacon et,al, 1952) أول من قدموا مفهوم " الشخصية السرطانية " Cancer Personality ، و قاموا بدراسة أجريت على أربعين امرأة مصابة بسرطان الثدي، و تبين لهم أن أولئك المرضى يتصف سلوكهن بخصائص معينة منها : قمع الرغبة الجنسية أو كبتها، و قمع الأمومة أو منعها، و عدم القدرة على التعبير الإنفعالي أثناء الغضب و العداوة أو حب العذاب، و الفشل في حل الصراعات النفسية مع أحد الوالدين .

و في دراسة أجراها (Leshan and Worthington) على عينة من 152 من مرضى السرطان و 125 من الأفراد العاديين الذين لا يعانون من أي مرض عضوي، تم تطبيق أحد الإختبارات الإسقاطية للشخصية . و قد أسفرت نتيجة الدراسة عن معاناة عينة مرضى السرطان من صعوبة التنفيس عن الغضب و العداوة و فقدان الإهتمام بالآخرين و فقدان العلاقات الحميمة و قلق الموت.

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

و قام " ليشان " (Leshan 1959) بدراسة على عينة من 80 مريضا بالسرطان، إتضح أن هؤلاء المرضى يتسمون بسمات خاصة أهمها : إنخفاض تقدير الذات اليأس و الإكتئاب و كثرة الإستبطان و الإستدماج أو الإمتصاص و الكبت أو الكظم و إنكار الذات .

و أجرى " كيسين " (Kissen 1963) بحث على عينة قوامها 335 مريضا (161 مرض سرطان الرئة، 174 من المرضى المصابين بأمراض أقل خطورة من السرطان) تم تطبيق إختبار مودسيلي للشخصية و قائمة إضطرابات سلوك الأطفال . و قد أسفرت نتائج الدراسة عن معاناة مرضى السرطان من قمع الغضب و إنخفاض التعبير الإنفعالي و البرود العاطفي .

و في دراسة (Coppen and Metcale, 1963) و التي أجريت على 47 امرأة مصابة بالسرطان إستخدمت قائمة مودسلي للشخصية لقياس بعد الإنبساط، و كشفت نتائج الدراسة أن المصابات بسرطان الثدي كن أكثر إنبساطا من المصابات بأورام سرطانية في أجزاء أخرى من الجسم .

و أجريت دراسة مسحية تتبعية على مدى عشرة أعوام (انظر : Hagnell 1966) على 2515 سيدة سويدية تم تصنيفهم إلى مجموعتين (المجموعة الأكثر إنبساطا و المجموعة الأقل إنبساطا) إعتادا على مقياس الإنبساط . و بعد مضي ما يقارب عشرة أعوام على هذا التصنيف ، أظهرت نتائج الدراسة فروقا جوهرية بين المجموعتين في الإصابة بمرض السرطان لصالح المجموعة الانبساطية .

كما توصل (Coppen and Metcalf,1963) لنتائج مماثلة لنتائج الدراسة السابقة حيث أجريت هذه الدراسة على مجموعتين المجموعة التجريبية و قوامها (74) مريض بالسرطان و مجموعة ضابطة قوامها (74) و بإستخدام إختبار أيزنك للشخصية EPQ : كشفت نتائج الدراسة أن مجموعة مرضى السرطان كانت أكثر إنبساطا من المجموعة الضابطة .

و قارن " لثمان " (Lashman,1972) بين مجموعتين إحداهما من مرضى السرطان و أخرى من المصابين بأمراض مختلفة بإستخدام إختبار إسقاطي . و قد كشفت النتائج أن

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

مرضى السرطان قد مروا بأحداث أليمة و يعانون الإكتئاب و اليأس و كبت مشاعر الكراهية و قلق الموت .

و في دراسة " بيك " (Peck 1972) على خمسين سيدة لديهن أورام بالثدي، و تتراوح أعمارهن بين 40-60 عاما، و بإستخدام مقابلة مقننة أظهرت نتائج الدراسة أن 49 مريضة تعاني من القلق، و 37 مريضة تعاني من الإكتئاب، و 25 مريضة تعاني من الغضب. كما أجريت دراسة (Acte and Vauhkonen , 1971) على مائة مريض بالسرطان و أظهرت النتائج أن 85% من أفراد العينة يعانون من القلق و الإكتئاب الحاد و ذلك اعتمادا على مقابلة مقننة .

كما قام (Pauli and Schmid , 1972) بالمقارنة بين عينة قوامها 57 من مرضى سرطان الثدي و عينة قوامها 34 من المرضى المصابين بأمراض مختلفة، حيث طبقت على الجميع قائمة منيسوتا متعددة الأوجه للشخصية MMPI ، و أسفرت نتائج الدراسة أن مجموعة السرطان تتسم بالإكتئاب و البارانويا و توهم المرض، و ذلك بالنسبة إلى المجموعة الأخرى . و درس (Craig and Abeloff , 1974) 30 مريضا بسرطان الغدد اللعابية، و ذلك بإستخدام قائمة الأمراض (ScL-Go) . و قد تبين النتائج معاناة 30% من أفراد العينة من القلق الشديد و أن 50% منهم يعانون من الإكتئاب الحاد. و أكدت هذه النتيجة عدد من الدراسات.

(أنظر ، Lee and Maguire 1975 , Ray 1978) .

و في دراسة تتبعية (Mcrae , Costa and Bosse 1978) على مجموعة قوامها 400 من طلاب الجامعات الأمريكية من العصائيين و المكتئبين كانوا أكثر عرضة للإصابة بالأورام السرطانية المختلفة، و ذلك نتيجة لإهمالهم لصحتهم و غذائهم بوجه عام . على حين كان العصائيون أكثر عرضة للإصابة بسرطان الرئتين و ذلك نتيجة لإفراطهم في التدخين نتيجة التوتر و القلق لديهم .

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

و في دراسة أجراها (Dattore et al , 1980) على عينة قوامها 200 مريض (75 من المصابين بالسرطان و 125 من المصابين بأمراض أخرى) ، ثم تطبيق قائمة منيسويا متعددة الأوجه للشخصية MMPI، أسفرت نتائج الدراسة عن فروق بين المجموعتين في الإكتئاب و الهستيريا و الكبت الإنفعالي لصالح مجموعة مرضى السرطان.

كما أسفرت نتائج دراسة تتبعية أجراها (Shekelle et , al , 1981) على عينة 2020 من الذكور المسنين الذين صنفوا إلى مجموعتين إعتماذا على قائمة منيسوتا متعددة الأوجه للشخصية MMPI الأولى : مجموعة الإكتئاب الحاد، و المجموعة الثانية المتحررة من الإكتئاب، و قد تم تصنيف هاتين المجموعتين من خلال 17 عاما قبل وفاتهم . و أسفرت نتائج الدراسة عن إنتشار السرطان في مجموعة المكتئبين بمعدل يبلغ ضعف المجموعة المتحررة من الإكتئاب .

و درس (Morrow and Fetting , 1983) 71 مريضا بالسرطان تبين معاناتهم من الإكتئاب و القلق و التشاؤم و اليأس و الإنسحاب الإجتماعي و العزلة الإجتماعية بعد الإصابة بالسرطان بفترة ثلاثة شهور .

و في دراسة (Derogatis et al , 1983) التي أجريت على 215 مريضا بالسرطان متوسط أعمارهم 50,3 عاما، بالمقارنة بعينة ضابطة تتساوى في السن و العدد كشفت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين في الإكتئاب و القلق لصالح مجموعة مرضى السرطان .

و في دراسة مقارنة (Watsan , Pettingale and Greer 1984) بين مجموعتين إحداهما قوامها (30) سيدة مصابة بسرطان الثدي، و أخرى قوامها (27) سيدة يتمتعن بصحة جيدة كمجموعة ضابطة و بإستخدام بعض إختبارات الشخصية، كشفت نتائج الدراسة عن فروق جوهرية بين المجموعتين لصالح مجموعة السرطان في كبت و الغضب و القلق.

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

و في دراسة (Maticcek , Beyme and Drschem , 1984) تتبعيه على مدى عشرة أعوام لعينة قوامها (1353) فردا، إعتادا على إستبيان يتكون من (109 بندا) لقياس الصحة النفسية، تم فرز الحالات التي أصيب بمرض السرطان و عددها (204) بعد عشرة أعوام منذ عام 1966 و حتى عام 1976 . هذا و تبين من الحالات المصابة بالسرطان ممن كانوا يعانون من الشعور بالعجز و الإكتئاب طوال سنوات التتبع و بالتالي فإن نتيجة هذه الدراسة تؤكد على العلاقات الإيجابية بين الإكتئاب و الشعور بالعجز و السرطان .

و قارن (Jansen and Muenz , 1984) بين ثلاثة مجموعات من النساء الأولى من مرضى سرطان الثدي، و الثانية من مرضى الأمراض الغضروفية و الثالثة من الذين لا يعانون من أي مرض . و تم تطبيق قائمة صفات الشخصية " لجون" (ACL) . و قد كشفت نتائج الدراسة عن إنسام مجموعة سرطان الثدي بالسلمات التالية : الإكتئاب و الجبن و الخوف و الإجتماعية و الهدوء و عدم منافسة و كبت مشاعر الغضب و عدم الوعي بالذات و الخضوع و المسالمة عن المجموعات الأخرى .

و في دراسة (Wirsching et . al , 1985) على 63 سيدة مصابة بسرطان الثدي تم تطبيق بعض إختبارات الشخصية عليهن قبل إجراء عملية جراحية لإستئصال أورام الثدي. و قد كشفت النتائج عن معاناتهن من الإكتئاب و القلق و العدوانية و الإتكال و عدم القدرة على التعبير الإنفعالي و الوسوسة الصحية .

و قارن (Van Komen and Redd , 1985) بين مجموعتين قوامهما (59) مريض إحداهما من مرضى السرطان و الأخرى من المصابين بأمراض مختلفة و بإستخدام قائمة القلق الحالة – السمة (STAI) و قائمة ميلون للسلوك الصحي ، كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق جوهرية بين المجموعتين لصالح مجموعة مرضى السرطان في القلق و الإكتئاب .

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

كما أسفرت نتائج دراسة (Cella and Tross , 1987) أجريت على عينة قوامها (90) من الذكور الراشدين المصابين بالسرطان ، تم تطبيق إختبار قلق الموت و قائمة بيك للإكتئاب و إختبار القلق الصريح و كشفت نتائج الدراسة عن معاناة مرضى السرطان من الإكتئاب و القلق العام و قلق الموت نتيجة الإصابة بالسرطان .

و في دراسة مقارنة (Kirkaldy and kobylinsky , 1987) في سويسرا على مجموعتين أحدهما من السيدات المصابات بسرطان الثدي و أخرى من غير المصابات بأي مرض و بإستخدام قائمة منسوتا متعددة الأوجه للشخصية MMPI، كشفت نتائج الدراسة عن فروق فردية بين المجموعتين لصالح مجموعة سرطان الثدي في المقاييس الفرعية التالية : الإكتئاب الإنطواء الإجتماعي، الهستيريا، الذكورة و الأنوثة، الفصام، توهم المرض .

و في دراسة تتبعية (Shaffer , Graves , Swank , Pearson , 1987) على مجموعة قوامها (972) من الأطباء الأمريكان تم تتبعهم على مدى 30 عاما و ذلك منذ التحاقهم بكلية الطب قد تم تصنيفهم إلى مجموعتين (المجموعة الأكثر تعبيراً انفعالياً . و بعد مضي ما يقارب من ثلاثون عاماً، أظهرت نتائج الدراسة أن أقل من 1% من المجموعة الأولى ظهرت لديهم أورام سرطانية على حين أن 16% من المجموعة الثانية ظهرت لديهم أورام سرطانية .

كما قام (Jensen 1987) بالمقارنة بين عينة تجريبية قوامها (52) سيدة مصابة بسرطان الثدي و عينة ضابطة قوامها (34) من السيدات اللاتي يتمتعن بصحة جيدة و لا يعانين من أي مرض و بإستخدام إختبارات التقرير الذاتي للشخصية كشفت نتائج الدراسة أن مرضى سرطان الثدي يعانون من اليأس و الشعور بالعجز و عدم القدرة على التعبير الإنفعالي مقارنة بالمجموعة الضابطة .

و في دراسة تتبعية (Persky , Kermphome Rawson and Skekelle 1987) أجريت على عينة قوامها (2018) من المكتئبين الذين صنفوا اعتمادا على قائمة منيسوتا للشخصية MMPI تراوحت أعمارهم بين 40-60 عاما تم تتبعهم مدة ستة أعوام، أظهرت نتائج الدراسة من وجود علاقة بين الإكتئاب و سرعة الإصابة بالسرطان نتيجة لإهمال المكتئبين العناية بأنفسهم و الغذاء الجيد، فقد كانوا أكثر إستهدافا للإصابة بالسرطان .

و قارن " تايلور " و " زملائه " (Taylor , Abrams and Hewstone 1988) بين مجموعتين الأولى خمسين مريض بالسرطان و أخرى مجموعة ضابطة ممن يتمتعون بصحة جيدة و بإستخدام مقياس وجهة الضبط و مقياس السيطرة الإنفعالية، كشفت النتائج أن مرضى السرطان حصلوا على درجة منخفضة جدا في الكبت الإنفعالي، كما لم تظهر فروق جوهرية بين المجموعتين في وجهة الضبط .

و أجريت دراسة مسحية تتبعية على مدى تسعة عشر عاما على 8932 سيدة أمريكية اعتمادا على مقياس الإكتئاب المتفرع من قائمة منسوتا للشخصية (MMPI) ، و بعد مضي ما يقارب 19 عاما على تطبيق هذا المقياس، أظهرت نتائج الدراسة عن عدم وجود إرتباط بين درجة الإكتئاب على قائمة منسوتا للشخصية و بين الإصابة بسرطان الثدي .

و يستنتج " إيفز " و صحبه (Eaves , Eysenck and Martin 1989) أن السرطان يرتبط بدرجة عالية بالإكتئاب و اليأس و الشعور بالعجز، و التي تحد بدورها إستجابة للمضغوط النفسية على حين ترتبط أمراض الشريان التاجي للقلب و الغضب و الإستثارة.

(سوسن شاكرمجيد، 2012)

التعليق على الدراسات السابقة:

ان معظم الدراسات المطروحة سابقا هي دراسات أجنبية و غير حديثة وذلك راجع لعدم توفر الدراسات الحديثة الأجنبية عامة والعربية خاصة على دراسات حول الموضوع الذي نحن بصدد دراسته، كما ان هذه الدراسات المعروضة فيها الكثير من النقائص، خاصة عندما لانجد فيها تقديم أدوات الدراسة بصفة مفصلة و كيفية التحليل .

الفصل الثاني :

النظرية السيكوسوماتية

لبيار مارتي

مقدمة

1- لمحة تاريخية عن السيكوسوماتية

2- نشأت النظرية السيكوسوماتية

3- أهداف السيكوسوماتية

4-نظرية بيار مارتي

4-1مبدأ التطوري

4-2غرائز الموت و الحياة

4-3الإقتصاد السيكوسوماتي

4-4الصدمة

4-5العقلنة

4-6الإكتئاب الأساسي

4-7الحياة العملية

4-8التقسيم النزوغرافي

4-9التوازن السيكوسوماتي

4-10الدفاعات النفسى وكيفية السير العقلي عند المصابة بسرطان الثدي

خلاصة الفصل

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

تمهيد:

السيكوسوماتية أحد مجالات الدراسة في العلوم الإنسانية، تعود بداية أعمالها إلى القرن الخامس عندما منح Hippocrate مكانة للطب العقلي، كتيار مستقل يعرف الإنسان كوحدة منظمة و مندمجة، و في القرن السابع عشر ظهر تيار الأطباء حيث وجدوا المعاناة النفسية تصنف الوظائف النفسية والجسدية و بظهور أعمال Charcot إستعمال التنويم المغناطيسي الذي يحي مشاهد ماضية، محدثا بذلك تحسنا ملحوظا للمريض، و مع أبحاث Freud حول الشلل و الأفازيا و الهستيريا، توصل لحقيقة ديناميكية اللاشعور فأكد بذلك مبادئ الإقتصاد السيكوسوماتي و التكوين المنظمة للوحدة السيكوسوماتية للفرد.

إن كلمة السيكوسوماتية Psychosomatique يونانية الأصل تنقسم إلى قسمين:

Psycho و تعني منها الروح أو النفس، Soma و تعني الجسد أو الجسم. يرجع إستعمال مصطلح السيكوسوماتية إلى سنة 1946، من طرف الطبيب العقلي الألماني Heinroth من أجل وصف شكل من أشكال الأرق.

أما Pierre Marty فيقول: "تأخذ السيكوسوماتية بعين الإعتبار كل من الحركات النفسية وكذا العلاقات ما بين الحركات عند المرضى السوماتيين و حتى الأفراد الذين نعتبرهم أصحاء" . (P.Marty,1991)

و حاليا تشكل السيكوسوماتية علما قائما بحد ذاته، إذ تهدف إلى إعطاء أجوبة على جدالات متمحورة حول الوحدة الأساسية للإنسان، و نتعرض إلى هذا الإشكال من خلال البيولوجية التاريخية، حيث شهدت فرنسا في أواخر الخمسينات نتائج مميزة عملت على توسيع ميدان السيكوسوماتية من حيث أنها أجابت على أسئلة حاسمة من خلال إرتباطها بمكتسبات التحليل النفسي للعصابات.

إن المدرسة السيكوسوماتية التي أسسها P. Marty و كل من M. Fain ، M. de M'uzan منذ أربعة عقود بين المدارس الأكثر حداثة في البحث و التنظيم، و هي في ذلك تركز على التنظيم العقلي لمرضى يعانون من اضطرابات سوماتية و كشفوا عن المصير

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

المميز للصراعات النفسية عندهم، و التي تختلف عما يلاحظ عند العصائيين أو الذهانين مركزين على بنية الجهاز العقلي و التنظيم و الموقعية الأولى و الثانية، نوعية و طبيعة السيكوسوماتية، فمنحوا للسببية النفسية وزنا محددًا في تطور أمراض السيكوسوماتية.

برز في هذه المدرسة خاصة P. Marty الذي وضع نموذجًا و أساسًا سيكوسوماتيًا و ذلك لعاملين:

- إن السببية التي تحدد ظهور التجسيدات ليست فيزيولوجية و لا سيكولوجية.

- إن هذه السببية ترجع إلى ظواهر أخرى تجمع الفيزيولوجية و السيكولوجية تحت المنظور البيولوجي التطوري. (P. Marty, 1991)

هنا يؤكد P. Marty على إستمرارية مختلف التوظيفات السوماتية مع التوظيفات النفسية والنظرية السيكوسوماتية لم تظهر بصدفة، بل كإمتداد لنظرية التحليل النفسي، و ما يؤكد على هذا إستعمالها لمصطلحات التحليل النفسي كمفهوم التثبيت منه، و هذا ما يفسر لها مدى التأكيد على أن "السيكوسوماتية ليست منبثقة فقط من التحليل النفسي لكن التحليل النفسي هو أيضا أهم وسيلة في البحث و المعالجة السيكوسوماتية".

(P. Marty 1991)

و بالإعتماد على أسس التحليل النفسي إنطلق P. Marty في أبحاثه من النظرة المعارضة للمبدأ الثنائي لإنسان (نفس - جسد) و أول من إستعمل هذا المصطلح و أعطى إسم لنظريته، النظرية الثنائية المعروفة بالنفس و الجسد هو Reny Dikart ، حيث أنسب للجسد دورا ميكانيكيا، بينما للنفس دور تنظيم الأحاسيس و المشاعر.

و بعد ظهور نقائص P. Marty في علاج بعض الأمراض الجسمية و تغيير الآليات التي تؤدي إلى ظهورها "و يعود هذا الفشل إلى كون هذا المبدأ يرجع سبب المرض إلى عامل محرض خارجي فكان العلاج، و بالتالي وفقا للمرض و ليس للمريض، كما أكدت التجربة العيادية أن رد فعل المرضى للعلاج يختلف من فرد إلى آخر بالرغم من أنهم يعانون من

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

نفس المرض و يتعاطون نفس العلاج، فالسيكوسوماتية إذن ليست تخصصا طبيا و لا فلسفة دون واقع ميدان إنما هي علم إستنبط من التحليل النفسي. (Ibid)

إن P. Marty في نظريته لا يهتم بإعطاء تفسير للمرض العضوي، لأنه يحصر المرض في إطار بيولوجي عضوي بحت، بل يعمد إلى الإهتمام بدراسة الإنسان من حيث شخصيته و مدى أهميتها في ظهور المرض و الشفاء منه، و بالتالي كان يدرس الإنسان في حالته الصحية و المرضية مركزا في ذلك على مراحل النمو، و يعتبر P. Marty أن هناك ميكانيزمات التي هي غرائز الموت و الحياة، هي التي تسيّر هذه الفسيفساء و نعني بها حسب P. Marty "مجموعة من الغرائز مرتبطة ببعضها البعض و التي تتميز بالتنظيم الذاتي و الإكتفاء الذاتي". (Ibid)

1-لمحة تاريخية عن السيكوسوماتية :

ان كلمة السيكوسوماتية إشتقت من اللغة اليونانية وهي تنقسم الى قسمين (psycho) وتعني بها الروح أو النفس (soma) و تعني بها الجسد أو الجسم . ويشير تاريخ الطب إلى أن أول مرة إستخدم مصطلح الإضطرابات النفسجسدية أو الأمراض السيكوسوماتية من طرف « Heinroth » في عام 1818 ولكن الإستعمال الدقيق لهذا المصطلح جاء في عام 1922 على يد « Deusch » ، و في الثلاثينات ظهر إهتمام جديد فيما يخص الأمراض السيكوسوماتية إلى جمعية التحليل النفسي من طرف « Dunbar » التي ركزت على بنية الشخصية، فبالنسبة لها السبب ليس دائما نفسيا بل يمكنه أن يكون خارجيا لكن بنية الشخصية هي التي تجعل جزءا من الجسم هشاً مما يؤهلها للتأثر بالإعتداء الخارجي و الوقوع في التجسيد .

و قد ظهرت نظريات عديدة حول علاقة الجسم بالروح فمنها من رأت أنهما يكونان وحدة متجانسة و منها من ترى أنهما مستقلان عن بعضهما البعض، و في هذا الصدد قام جدال بين حركتين، مدرسة (cos) وممثليها هيبيقراط والذي منح مكانة للطب العقلي كتيار مستقل يعرف الإنسلن كوحدة منظمة و يدرسه ككل متكامل و المرض هو عبارة عن إختلال في التوازن يجب الإمتثال لقوانين الطبيعة و التكيف قدر المستطاع، أما المدرسة

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

الثانية (CNID) فالمرض هو حادث و الواجب هو معالجة العضو المريض فقط أما بالنسبة للأمراض السيكوسوماتية فقد كان يقصد بهذا المفهوم هو تأثير الميول و الرغبات الجنسية المكبوتة على مرضى السل، والصرع و السرطان.....إلخ.

وقد كانت أول فرضية للطب النفسي الجسدي من طرف (GOKIEN) وهي الرأي النفسي و يرى أنها تنطلق من الدماغ لبقية الجسم بفضل الأنبوبة العصبية .

كما تكلم ألكسندر عن أصناف من الأمراض، فيقول أنها سيكوسوماتية مثل، السكر وأمراض الربو و الأمراض المعدية .

(Marty .p Dejour. Herbery)

لكن الإشكالية الأهم ظهرت مع ظهور التنويم المغناطيسي فهي طريقة تستطيع شفاء الكثير من الأمراض منها الجلدية و عدد آخر من الحالات الجسدية منها السمنة، الهزال و الإدمان. وكان من الطبيعي أن تلفت هذه الحالات أنظار الأطباء الى القدرات النفسية الكامنة و إمكانية إستخدامها في شفاء الإنسان المريض ومنذ ذلك إنقسم العلماء في تفسيرهم لهذه القدرات إلى مدارس متعددة، المدرسة الفيزيولوجية، المدرسة الظواهرتية، المدرسة السلوكية، المدرسة التحليلية و المدرسة السيكوسوماتية الفرنسية والتي سنتطرق لأهم المحاور التي جاءت بها .

2-نشأة المدرسة السيكوسوماتية الفرنسية :

في عام 1962 إنعقد المؤتمر الثاني و العشرون للمحللين النفسنيين، حيث قام كل من (ميشال فاين، و دافيد) بعرض منشورهم حول الهيئة الوظيفية للحياة الحلمية، و من جهة أخرى قام (بيار ماتي و دوموزان) بعرض بحثهما حول التفكير العملي و من خلال هذه الأعمال وغيرها نشأت المدرسة السيكوسوماتية الفرنسية و التي تنظر للإنسان كوحدة جسدية و أن المرض الجسدي ما هو إلا إنعكاس لما يحدث في الحياة النفسية، وفي عام 1963 قام كل من بيارمارتي و دافيدموزان بنشر كتاب بعنوان "الإستقصاء السيكوسوماتي" الذي حاولوا من خلاله تسليط الضوء على المرض السيكوسوماتي، حيث يرون أن المرض الوظيفي والعلائقي جزء من المرض الفيزيائي وفي سنة 1968 أنشأ مارتي مركز لإستشارات التي

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

تحولت سنة 1973 إلى معهد السيكوسوماتية (IPSO) و الذي يعمل على تحقيق ثلاث أهداف :

- الكشف عن المرض

- تكوين سيكوسوماتيين

- القيام بالأبحاث

وفي سنة 1975 تأسست المستشفى (POTERNE DES PEUPLIERS) للكفالة بالأطفال و الكبار في باريس، وقد عرفت الشهرة العالمية بأعمال **Fain. DeMuzan Marty**. ويهتم مارتي بالتركيبة النفسية للمريض و أكد على الإضطرابات العقلية صعوبة الوصول إلى الترميز ، فقر التخيلات ، ويتكلم عن "التفكير العملي" الذي هو أول جانب للحياة الداخلية العملية التي تترجم إختلاف التوظيف النفسي، أما في مستوى الوظائف العقلية فهو يتكلم عن الإكتئاب الأساسي الذي يعبر عن إنخفاض فعالية غرائز الحياة .

(Semon(JP). Lafy(N).Richaad(D). 1998)

وقد جاءت هذه النظرية من أجل توسيع وتكملة نظرية التحليل النفسي، مستخدمة مصطلحات علمية إعتمدت عليها مختلف الدراسات في هذا المجال، وقد قام Marty بتطوير نظرياته ووضع المفاهيم الأساسية التي إعتمدت عليها المدرسة الفرنسية في كتاباته:

(Les mouvements individuels de vie et de mort . tome 1 et 2)

3-أهداف السيكوسوماتية :

- تحديد الأنماط النفسية الخاصة بكل مرض جسدي على حدى حتى يصبح من الممكن التنبؤ بإحتمال الإصابة بالمرض قبل وقوعه .

- الوصول بالمريض الى وضع أكثر توازنا بين حالته النفسية و حالته الجسدية .

- إدخال منهجية جديدة على التفكير الطبي التقليدي، بحيث تجنب المريض أخطار

الإصابة بالأمراض الجسدية بسبب معاناته النفسية ومن تحول دون تطور حالاته

النفسية نتيجة الإصابة الجسدية .

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

- الوصول بالفرد إلى أفضل مستوى عقلي صحي، يمكنه من القيام بدورة كاملة في خدمة الإنسانية .

- تحقيق فكرة أسبقية المريض على المرض و ليس العكس وفق المبدأ القائل بأن ليس هناك مرض بالسيكوسوماتي و إنما هناك مريض بسيكوسوماتي .

(أحمد النابلسي، 1992)

4- نظرية بيار مارتي :

4-1 المبدأ التطوري:

يعتمد P.Marty في إثراء المبدأ التطوري على مصطلحات التحليل النفسي، التي تبقى مرجعه الأساسي و يقول حول المبدأ "منذ الولادة تكون الوظائف متواجدة بصورة يكون فيها التدرج نسبي و تأخذ هذه الوظائف في التنظيم و التدرج لتكون تنظيمات وظيفية".

(P. Marty,1991)

يقول P. Marty أن مبدأ التطور ينطلق من التكاثر و الإنقسام الخلوي حيث يتم تطور الوظائف من الأبسط إلى الأبعد عن طريق حركة منظمة، تتمثل في سلاسل التنظيم و يميز P. Marty الحركات التصاعدية من الحركات التنازلية، حيث أن الحركات التصاعدية ندركها بسهولة في الطفولة، و فيما بعد تدمج مراحل التطور الليبيدي كما هي موضوعة في الميتاسيكولوجية الفرويدية، التي تعمل على تدعيم و تقوية السلسلة التطورية المركزية ذات محور عقلي يمثل القمة التركيبية للتطور الفردي.

أما الحركات التنازلية التي لا تخلو من كونها مؤثرة في حياة الإنسان، فهي تصاحب نقاط التثبيت التي تحدد حسب صلابتها و إمكانيات النمو المستقبلية للفرد، ذلك أن تكرار و شدة نقاط التثبيت التي تتكون تدريجيا من خلال الحركات تتجه نحو التنظيم المنشطة في بداية الحياة من طرف قوة البرامج الواجب تحقيقها و الحركات المتجهة تكون أقل تنظيما، التي تظهر لدى كل فرد بشكل توظيف خاص، و على هذا الأساس يمكننا من معرفة تسلسلها طول مختلف مراحل النمو الليبيدي، و لكن ليس الحال كذلك دائما، حيث هناك سلاسل نمائية

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

جانبيهة و التي تكون هي الأخرى غنية بنقاط التثبيت المختلفة حسب الأفراد إلى جانب السلسلة المركزية التي ليس بإمكانها أن تضم وحدها التطور المتتالي لمختلف الوظائف. معنى هذا أن مفهوم التنظيم لدى الفرد لا يقتصر على النظرة الخطية، فالحركات اللاتنظيمية و التنظيمية لا تحدث نفس المحور، و لكن من خلال سلاسل نمائية أخرى و هذا يوضح تعقد التعديلات التي تؤدي إلى الحفاظ على التوازن العام، كما تتدخل عوامل كثيرة داخلية و خارجية لتسمح أو تمنع بناء نقاط التثبيت، منها العوامل التكوينية بمعناها الواسع و التي تمتاز بالعوامل المحيطة المرتبطة أساسا بخاصية العلاقات البدائية مع الأم، و التي يعتبرها P. Marty كخواطر للتاريخ الذي سيعيشه الفرد، حيث أن التفاعل يبرز تدريجيا التنظيم السيكوسوماتي للفرد بكل مميزاته الخاصة، و نقاط القوة فيه مرتبطة بخصائص تكوينية و التاريخ الشخصي له. (P. Marty,1991)

4-2 غرائز الحياة و غرائز الموت:

يعرف P.Marty النظام الوظيفي على أنه " حركة تنظيم متكونة من تجمعات و تركيبات تتطور من البسيط إلى الأكثر تعقيدا، و هي مدفوعة من طرف غرائز الحياة و تتكرر حركة التنظيم هذه بدون توقف أثناء التطور الفردي خاصة إذا لم تتعرض مسيرتها صدمة ما". (P. Marty، 1976)

و تعبر عن هذا في هذا الصدد R. Debray "تعتبر العلاقة المتبادلة بين القوى التي تتجه إلى التنظيم الوظيفي و القوى التي تتجه إلى اختلال التنظيم الوظيفي، محرك الحياة رغم الصدمات التي تعرقل السير الطبيعي لحياة الفرد". (Debray,1980)

ف نجد في سياق الحركة التطورية قوتين معاكستين تعمل أحدهما (غرائز الحياة) على التجميع و التنظيم، أما القوة الثانية (غرائز الموت) فتعمل على إفساد النظام و التشتيت و ما يلاحظ هو أن هاتين القوتين تعملان بصفة متبادلة، حيث تهيمن غرائز الحياة عندما يكون هناك تطور، خاصة في المراحل الأولى للنمو، بينما تهيمن غرائز الموت بفعل السن و الصدمات، فالعلاقة بين غرائز الموت و الحياة هي دائمة إلا أن السيطرة لإحدهما عن الأخرى تعتبر وقتية. (P. Marty,1976)

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

و يقول P. Marty "إن غرائز الحياة تسيطر في بداية حياة الطفل، أين حركات إختلال التنظيم لا تدوم وقتا طويلا، بينما غرائز الموت تستمد قوتها عند تقدم السن و عند تعرض الإنسان للصددمات النفسية، وهو في مختلف مراحل حياته إنما يعيش حالة توازن بين قوتين متناقضتين هما غريزتي الحياة و الموت" . (P. Marty ,1976)

و كلتا الغريزتين أساسيتين و مرتبطتين في تضادهما غير القابل للحل، و هناك ظاهرتين تعطي لغرائز الموت حق الصدارة أو الهيمنة خلال الحياة هما ثقل الصدمات و كبر السن". (P. Marty ,1976)

و يعرف P. Marty الحياة بقوله "الحياة هي مجموع الوظائف التي تقاوم الموت " (P.Marty ,1976)

فهذا التعريف فيه مفهوم جديد للحياة، إذا حاول من خلاله تقليص التناقضات الموجودة بين ما هو مادي و ما هو روحي، يرى P.Marty بأن "حركات الحياة و الموت تنشطها قوة نوعية غامضة من حيث منشأها، أو من حيث وصفها يطلق عليها إسم غرائز الحياة ولكنها عبارة عن قوة نوعية تتميز بالمعنوية الكمونية في آن واحد، و هي مرتبطة بالوظائف التي تجعلنا نحس بالحياة أحسن من المادة، الحياة التي لا تحس بالحياة إلا بصفة جزئية".

أما غرائز الموت فهي أيضا تتميز بمعنوية معاكسة مرتبطة بغرائز الحياة في جميع المستويات فهي .كظل حقيقي لها، و هي مسؤولة عن فناء الأنواع و الأفراد و الوظائف حيث يمكن أن يلحق إختلال في التنظيم أي طبقة تنظيمية في كل مرحلة من التطور.

(P. Marty,1976)

و عليه فإن سيرورة الحياة لا تتم إلا بالتفاعل المتبادل بين القوى المتجهة نحو التنظيم الوظيفي أو القوى المعاكسة لها، أي تدعمها غرائز الموت أساسا و هذا ما يسمح بإستمرار حياة الفرد رغم الصدمات التي يتعرض لها، حيث يرى P. Marty أن الموت موازية للحياة، مهما كان التنظيم، فكلما إستمرت حركة النمو و التطور كلما كان تفوق غرائز الحياة

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

على غرائز الموت التي تظهر إلا أثناء فترات قصيرة من اللاتنظيم عند ظهور أمراض بسيطة مثلا. ففي بداية الحياة تكون غرائز الحياة هي المسيطرة، و مع التقدم في النمو فإن هذه الغرائز يقل نشاطها و بالتالي تسمح لغرائز الموت بالتحرك تدريجيا لتصبح هي الغالبة في المرحلة الثانية من الحياة، مما يجعل الفرد أكثر حساسية للصدمات، إذ أن حركات الموت تظهر عند فشل حركة النمو الناجم عن حدوث الصدمات.

(P. Marty,1980)

و بفضل هذا التفاعل يضمن الفرد البقاء على قيد الحياة، إذ أن هناك تفاعل يساعد على تكوين نقاط التثبيت و التي تكون مركز للنصوص، بالنسبة للفرد. تجعله قويا من الناحية الدفاعية عند تعرضه لمختلف الصدمات.

4-3 الإقتصاد السيكوسوماتي:

يقصد بهذا المفهوم مجموعة من التنظيمات المعقدة التي تعمل باستمرار عند الفرد مهما كان سنه أو جنسه أو حالته الصحية فهي تعمل دائما على الحفاظ على التوازن مع عالمه الداخلي و كذلك مع معطيات العالم الخارجي، و بمجرد محاولة معرفة مدى أهمية الإقتصاد السيكوسوماتي للفرد يجب التعرف على التغيرات التي يمكن أن تحدث على مستوى النفس – جسد و توضح لنا الإطار العام الذي يندرج فيه اضطرابه و تنظيمه العام.

(Debray,1984)

يبين P. Marty أن نوعية البنية الشخصية للفرد هي التي تعطي للمرض معناه الحقيقي حيث لا يكون هذا الأخير خطرا حقيقيا دائما على حياة الفرد، إذ يمكن أن يكون مطابقا لإعادة التنظيم الذي إختل وقت الصدمة، كما أعطى P. Marty مفهوما خاصا للمرض إذا إتضح أن الشيء الذي يعطيه قيمة إيجابية أو سلبية يكون متعلقا بالإقتصاد السيكوسوماتي العام للفرد المصاب به.

و يمتد إهتمام P. Marty بالإقتصاد السيكوسوماتي للإنسان حتى في حالته الصحية إذ يعتبره وحدة مدفوعة في قضاء الحياة لمدة معينة و سلم تطوره يبين في مختلف توظيفه،

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

إنطلاقاً من التبادلات الفيزيوكيميائية و مروراً بالتبادلات الفكرية و الفنية لحياته أين يستمد منها عناصر أساسية له.

من هنا نفهم كيف أن منظور P. Marty الأحادية لمبدئه التطوري هو القاعدة الأساسية لفهم الحدث السيكوسوماتي، إلى جانب المساهمة التحليلية من حيث الإستعانة بمفاهيمها وتحويل البعض منها، خاصة إثرائها بمفاهيم جديدة حققت للسيكوسوماتية لإستقلالها الذاتي.

و من أهم المفاهيم، مفهوم الإقتصاد السيكوسوماتي، و يقصد به كما قلنا سابقاً مجموع التنظيمات المعقدة التي تعمل بإستمرار عند الفرد مهما كان سنه أو جنسه أو حالته الجسمية كما يشتمل الإقتصاد السيكوسوماتي مجموع التحويلات التي تعمل ضمن الوحدة السيكوسوماتية لتنتهي إلى تنظيمات معينة، و في هذا الإطار يخص الإقتصاد الميادين الموقعية و الدينامية و الكمية لهذه التحولات سواء حدثت هذه الأخيرة في إتجاه التطور أو في إتجاه معاكس.

دراسة الإقتصاد السيكوسوماتي يعتمد بصفة عامة على المعرفة الأولية لمختلف العناصر الدينامية التي تدخل فيه و التي تساهم في توازن السير النفسي أو عدم توازنه فالتفاعلات المعقدة قائمة بين الجهاز السيكوسوماتي و المحيط ممكن أن يساعد على البحث في فهم ما ينشط الحركات الفردية التي تؤدي بالفرد نحو الحياة و الموت.

يرى P. Marty أن كل فرد له إقتصاده الخاص رغم تشابهه في بعض الصفات لكنه يختلف من حيث مكوناتهم الوراثة. (R. Debray,1984)

و لدراسة الإقتصاد السيكوسوماتي يقترح P. Marty أنظمة إقتصادية التي تشرح الحركات التطورية و ضد التطورية و هي أربعة:

1-3-4 عدم التنظيمات الظاهرية:

تخص خاصة عصابات السلوك، كون الأفراد عاجزين عن تصدي الصدمات الخارجية المتعلقة بالفقدان الجسدي للموضوع الأساسي لتوظيفهم، تظهر عندهم الأعراض السوماتية

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

بسرعة و بصورة خطيرة تتطلب العلاج الطبي الكلاسيكي و إحداث تغيرات في البيئة الخاصة بتعويض فقدان الموضوع الأساسي للتوظيف.

(R. Debray,1984)

4-3-2 عدم التنظيمات التدريجية:

هي تمثل صورة الحركة ضد التطورية الدائمة، يتم سيرها في الإتجاه المعاكس للتطور الشخصي، و هي مكونة من تقسيمات متتالية و بطريقة فوضوية و هي مبنية أساسا على الحضور المتجدد و المستمر لغرائز الموت، و عدم التنظيمات التدريجية يتم بصورة خاصة لكل فرد من حيث تبدأ بعد فشل آليات الدفاع النكوصية الذهنية الكلاسيكية.

4-3-3 النكوصات الشاملة:

و هي البنيات الصلبة الذهانية و العصابية، و كذلك عصابات الطبع أين يكون التوازن الإقتصادي السيكوسوماتي ثابتا حتى و إن صاحبه أعراض مرضية عقلية أو جسمية هامة.

4-3-4 النكوصات الجزئية:

ممكّن أن تظهر في أي بنية و يتعلق الأمر بالتظاهرات للأعراض تمس الساحة العقلية و كذلك المستوى الجسدي بطريقة عابرة أو مستمرة، لكن دون عرقلة و في أكثر الأحيان الحركات التطورية العامة تبقى إيجابية لأنه تطغى عليها غرائز الحياة.

(R. Debray,1984)

و بناء على هذا يبدو لنا واضحا أن المنظور الإقتصادي لـ P. Marty جاء ليتناول الفرد كوحدة في علاقة مع محيطه و بيئته من جهة و ليتناول أيضا البنية الفردية في شكلها الحالي، كما يتناولها في شكلها النشوئي، ليقدم بتلك مختلف العلاقات بين مختلف الوظائف إبتداء من الوظائف الأكثر تطورا إلى الوظائف الأكثر أولية. و على هذا الأساس تظهر القيمة الحقيقية للأحداث الحالية سواء كانت مرضية أو غير مرضية و التي يلعب مظهرها الخارجي دور الشاهد السطحي عليها فقط. (P. Marty,1976)

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

فقد يصاب كل فرد خلال حياته بإصابات جسدية عابرة أو دائمة و هذه الإصابات قد تؤدي إلى تغيرات على المستوى العام للتوازن الجسدي.

4-4 الصدمة:

هناك ميل في الأوساط الشعبية إلى إعفاء الصدمات مسؤولة في ظهور المرض، فهل هناك علاقة حتمية بين الصدمة و ظهور المرض؟

يجب أن لا نأخذ الصدمة بمفهومها الضيق، و بحصرها في صدمات ظاهرة كالضغط أو الفراق أو الحداد أو حادث ما، إذ يختلف بعدها النفسي من فرد لآخر، فيجب الإنتباه إلى قيمتها و ثقلها عند هذا الفرد الذي يتلقى الصدمة، لهذا يقول P. Marty "إن الأصل الخارجي للصدمة لا يأخذ في حد ذاته قيمة يمكن تقريرها موضوعيا، فقدان شخص عزيز قريب، قد لا يكون أكثر صدمة بالنسبة لفرد ما من الإحساس الذي يثيره مرور غبار في أشعة الشمس بالنسبة لفرد آخر" . (R. Debray ,1984)

كما أكدت R. Debray أن مواجهة الصدمات من طرف الأفراد يتوقف على قدراتهم الإحصائية و إستثمارهم للإقتصاد السيكوسوماتي العام، فهنا ذوي التنظيم العقلي الصلب والقوي هم الذين يتجاوزون هذه العقبات و هناك من يحدث لهم توقف في حركة السير والتطور. (R. Debray ,1984)

فحسب مارتي تقاس الصدمات على حسب كمية و نوعية الإنفعالات التي تسببها و ليس على حسب طبيعة الحدث الذي أثارها و عليه فإن مقاومة الفرد للصدمة تختلف حسب المواقف و فترات حياته و كذا مراحل تطوره. (M,Ait Sidhoum,1999)

و من هنا نتساءل كيف يمكن لصدمة ما أن تتدخل في إصابة جسمية؟

يقول P. Marty "تكم الصدمة في الإحباطات التي تجلب لنا مثيرات داخلية و تكون أحيانا بكثافة و إستمرار، حتى تتشكل حالات ضغط غير محتملة من طرف الأجهزة الوظيفية التي تصاب، و تختل و تؤدي إلى عرقلة المسار الطبيعي للتطور"

(R. Debray ,1984)

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

و لهذا نجد أن ردود أفعال الأفراد إتجاه الصدمات سواء في حالة تصديهم لها أو فشلهم أمامها يعود حسب P. Marty إلى:

- المرحلة التي مر فيها الفرد وقت الصدمة.
- النظام البيوي الذي تحقق إلى ذلك الحين.
- التنظيم الوظيفي في طريق الإنجاز.

(P. Marty ,1976)

و عند حدوث الصدمة تنتج حركة تخريب، تأخذ إتجاها معاكسا للتطور الذي يصيب أولا البنية الأكثر تطورا عند الفرد، أي التي إكتسبها أخيرا خلال التطور و تستمر هذه الحركة المفسدة مسيرتها حتى تلتقي بنقطة تثبيت صلبة، تسمح لها من خلال نكوص إعادة تنظيم الإختلال. (R. Debray,1984)

و لكن في حالة ضعف أو حالة عدم وجود هذه النقاط التثبيتية الصلبة تشكل حركة إعادة التنظيم و يستمر التخريب حتى يمس الجهاز السوماتي، عندئذ تظهر الإصابات الجسدية بمختلف أنواعها معبرة عن هذا الإختلال.

4-5 العقلنة:

لقد توضح لنا من خلال تناولنا للصدمة كيف لها أن تحدث مثيرات داخلية يكون لها تأثير في إختلال الأجهزة الوظيفية، و كيف تفادي ذلك بإعادة التنظيم المختلف، و هي بدورها متعلقة قبل كل شيء بقدرة الفرد على عقلنة الصدمة التي تتمثل في التوظيف العقلي لإرسان المثيرات و هي مرتبطة بوظيفة ما قبل الشعور الذي يعتبر مقر التصورات. يقول P. Marty تهتم العقلنة بأبعاد الجهاز العقلي التي تتمثل في كمية و نوعية التصورات النفسية لدى الأفراد، هذه التصورات هي أساس الحياة النفسية حيث تظهر في شكل هوامات و أحلام.

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

مفهوم العقلنة عند P. Marty يرجعنا إلى نوعية و كمية التصورات التي تعتبر أساس الحياة العقلية لكل واحد منا، و التي في النهار تتمثل في الهوامات و في الليل تتمثل في الأحلام و تساعد على ربط الأفكار، التفكير الداخلي و الرموز العاطفية، فهي محملة في مجملها بالعواطف المتعلقة بالماضي و المستقبل.

و العقلنة مرتبطة بنوعين من التصورات المكونة لنظام ما قبل الشعور هما:

4-5-1 تصورات الأشياء:

ترتبط هذه التصورات بالحقائق المعاشة من النوع الحسي الإدراكي دون أن تبتعد كثيرا عن المواضيع المدركة حقيقيا إذ تعطي هذه الأخيرة تداعيات حسية و إدراكية إلى جانب تداعيات السلوك المختلف التنظيمات مع إنعدام الوجدانية الرمزية.

(P. Marty,1990)

4-5-2 تصورات كلامية:

تكون التصورات كلامية في بداية التطور الفردي، في المرحلة الحسية الإدراكية هي نفسها تصورات الأشياء، لكن مع تطور الذي يمر من المستوى الحسي العلائقي مع الأم ثم مع الذات، تبرز التصورات الكلامية بصفة واضحة و كلية، فالتصورات الكلامية أرقى من تصورات الأشياء. (P. Marty, 1990).

و لتحديد مفهوم التصورات أكثر نعود إلى تعريف Roger Perron الذي حدد مفهوم التوظيف النفسي "بأنه يحتوي على التطورات الوظيفية الرمزية و الهوامات".

(P. Marty,1991)

4-5-2-1 التصورات:

تأخذ قيما مختلفة للموضوع تكون مرفوقة بعواطف جيدة أو سيئة، كيف تنمو التصورات و تتطور؟

يتم ذلك بمرحلتين هما:

المرحلة الأولى: مرتبطة بالإدراكات المرتبطة بمرحلة زمنية واحدة و هذا ما يسمى بالنمو العرضي للتصورات و التي تؤدي إلى تكوين ما يسمى منطقة كثافة ما قبل الشعور.
المرحلة الثانية: يتم ذلك بالروابط المرتبطة بمراحل زمنية مختلفة و هذا ما يسمى بالنمو الطولي للتصورات.

4-5-2-2 الوظيفة الرمزية:

هي عبارة عن تصورات و ذلك عن طريق التصوير، التكثيف، الإزاحة، فالرمزية تكون هنا أشياء تصويرية لأشياء أخرى.

4-5-2-3 الهوامات:

هو سيناريوهات خيالية تعني بها جعل الصور مكان التصورات غير الشعورية وعليه فإننا نضبط الصور الأساسية للتعقيل حسب كمية و نوعية ما قبل الشعور.

الواقع أن تحديد وجود تعقلنا هو أمر في غاية التعقيد، إذ يقتضي دراسة مفصلة لما قبل الشعور و تحديد دراسة أبعاده الثلاثة:

- سمك مجموع الطبقات، أي إمتداد شبكة التصورات و عدد طبقاتها و تعدد إرتباطها.

- سيولة الإنتشار بين هذه الطبقات.

- ديمومة النشاط العقلي. (P. Marty,1990)

البعد الثالث يقودنا بشكل حتمي إلى دراسة الحياة الحلمية للمريض السيكوسوماتي و بالتالي تحليل أحلامه، أما مفهوم ما قبل الشعور فهي محددة بسماكة و سيولة و ديمومة التصورات.

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

هكذا تحدد الصور الإكلينيكية الأساسية حسب نوعية و كمية التصورات و هي كالتالي:

1-3-2-5-4 سيئة التعقلن:

تبدو في بعض الأحيان التصورات غائبة أو مقلصة في كميتها و نوعيتها، فالتصورات تظهر على أنها محددة و سطحية، تنشئ مباشرة إدراكات معاشة في الواقع، فالأشخاص ذوي القدرات المحدودة فكريا، لا يملكون سوى اللجوء إلى الفعل و إلى السلوك كأسلوب للتعبير عن مختلف المثيرات الخارجية أو الداخلية.(P. Marty,1990)

و هذا ما يعرف بالعصابات السلوكية التي تتميز بفقر كمي و كفي للتصورات و لذلك أطلق عليهم إسم العصابات سيئة التعقلن.(P.Marty,1991)

2-3-2-5-4 جيدة التعقلن:

تظهر بصفة واضحة عندما تكون لدى الأشخاص كمية كبيرة و غنية أثناء التطور لمختلف القيم العاطفية و الرمزية، و هذا ما نجده في العصابات العقلية الكلاسيكية التي أظهرها سيغموند فرويد، و كذلك عصابات جيدة التعقلن. (P. Marty,1991)

3-3-2-5-4 التعقلن غير المؤكد:

توجد هذه المجموعة بين المجموعة المكونة لعصابات سيئة التعقلن من جهة و المجموعة المكونة للعصابات جيدة التعقلن من جهة أخرى، حيث تمثل هذه المجموعة أشخاص بالنسبة كبيرة، و قد أطلق عليها إسم العصابات ذات التعقلن غير المؤكد إذ في بعض الأحيان يكون الأشخاص جيدي التعقلن فيظهرون فقر التصورات و الفكر. (Ibid,1991)

نستنتج من كل هذا كما يقول مارتي "كلما كان للجهاز العقلي إمكانيات جيدة التعقلن، كلما كان وقع مختلف التنظيمات الوظيفية جيدا، و كلما كانت الدفاعات قوية و متينة كانت التنظيمات الوظيفية الجسدية مستعدة لأي عدوان فعدم وجود الدفاعات العقلية يجعل النزوات دون مخرج و عندما تكون الطاقة النزوية غير مستثمرة فإنها تعود على الجسم محدثة بذلك خسائر جسدية". (P. Marty,1991)

4-6 الإكتئاب الأساسي:

الإكتئاب الأساسي و الذي سماه P. Marty "بالإكتئاب دون موضوع". يقول عن هذا "يعتبر الإكتئاب الأساسي مؤثر لإنخفاض وضعف في قوة نزوات الحياة الليبديية على مستوى الوظائف العقلية وكذلك نتيجة الحوادث المؤلمة التي تدخل في بعض الوظائف العقلية و بينها العمليات الإرسانية. (P.Marty,1991)

"الإكتئاب الأساسي المرتبط غالبا بالفكرة الإجرائية و الذي يترجم إنخفاض نشاط غرائز الحياة في مستوى الوظائف العقلية حيث هو ظاهرة من ظواهر غرائز الموت أين الحوادث الصدمية تسبب خلل في بعض الوظائف النفسية و تفسد قدرة الإرصان". (P.Marty,1991)

وسمي بالإكتئاب الأساسي لأن الأمر يتعلق بحالة أو مظهر إكتئابي فعلي. مرتبط بإكتشاف الإحساس بالنقص و التأقلم الذين يتواجدان لدى الأفراد المصابين دونما إدراك بينهم لذلك، ويبقى الفرد مستمرا في نشاطاته العلائقية و المهذبة، لا يشكو ظاهريا من شيء سوى بعض أحاسيس التعب و الخمول. (R. Debray,1984)

هذا النوع من الإكتئاب لا يحتوي على الأمراض التي نجدها في حالة الإكتئاب الكلاسيكي للشخص فهو بدون موضوع، لذلك يسميه مارتي في العديد من المرات الإكتئاب بدون موضوع، و يرى من الأحسن تسميته بإكتئاب أساسي لأنه يشكل المنشط الأساسي لإكتئاب و الفرد الذي يعاني من الإكتئاب الأساسي لا يشعر بإهتمام ذاتي، و لا بتذبذب شعوري بينما نجد الأعراض السلبية كالحياة الكئيبة و الآلية السلوكية و الضعف في المقوية الليبديية التي تكون في نفس الوقت موضوعية و نرجسية، إذا إستمر هذا بدون تعويض إقتصادي، فإنه يصل إلى التكفل الوظيفي، حيث مؤشر حركة الموت إضافة إلى إستقرار التفكير العلمي ومحور الدينامية العقلية و منها الحياة الحلمية و الهوامية.

(P. Marty,1990)

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

هذا النوع من الإكتئاب "لا يدرك من طرف الشخص كمعناة، لا يشعر بشيء غريب إذ أنه يستمر في نشاطاته العلائقية و المهنية بصورة عادية، بينما يعاني المحيط أولاً مما يلاحظ على الشخص من إحساس بالتعب و الوحدة، و العزلة، و مما يشاهد من آلية في الطبع و عدم الحيوية التي يظهرها توظيف الشخص". (R. Debray,1984)

يقول M. Fain "لمعرفة هذا النمط من الإكتئاب يجب ملاحظة علاقة المريض مع الفاحص الشيء الذي سيكون صعباً، لكن التفتن إليه بصورة تدريجية خلال العلاقة العلاجية مع المريض أمر يعين نوعاً ما بالنسبة للمختص". (R. Debray,1984)

7-4 الحياة العملية:

إن التفكير العملي يرافق دوماً الإكتئاب الأساسي و في هذا يقول J. Rouart "إن الإكتئاب الأساسي يتبع دائماً و باستمرار التفكير العملي، إنه أساس محوري في الدينامية العقلية و يرافقه إختفاء أو تقلص الحياة الحلمية و الهوامية، كما أن تطور هذه الحالة يؤدي إلى إختلالات خطيرة على المستوى الجسدي". (R. Debray,1984)

إلا أن الإختلالات بينما تكمن في مدى إنعكاس التنظيمات الوظيفية للتطور التصوري لهذا يقول "إن إختلال التنظيمات في الإكتئاب الأساسي يمكن أن يتوقف، لكن التفكير العملي قد يفسر أكثر الدخول في الإرصان". (R. Debray,1984)

و يقول P. Marty أن التفكير العملي هو إنتقال عملي يحدث نتيجة الإختلال التنظيمي الذي يصيب الشخصيات الضعيفة، و بالأخص الأفراد الذين يعرفون بعصاب الطبع و السلوك. (P. Marty, M.de M'uzan,1963)

يتميز التفكير العملي بالفقر الوظيفي في النشاطات الهوامية و الحلمية التي من المفروض إن تصرف التوترات النزوية و تحمي بالتالي الصحة الجسمية لأفراد، و يؤدي هذا النوع من التفكير إلى إضطرابات جسدية موازية. (P. Marty,1991)

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

كما أنه يتميز "هو بتدهور شعوري بدون أي صلة عضوية مع النشاط الهوامي، ففيه تتموضع و تتضاعف عن صورة الفعل دون إعطائه دلالة، و هذا في مرحلة زمنية معينة".

(R. Debray, 1984)

فالشخص في حالة كهذه يقيم مع الآخرين علاقة بيضاء تعتبر كنمط من العمليات الثانوية لأن الشخص يتجه إلى الواقع الملموس و إلى السببية و إلى المنطق و الإستمرارية الملموسة، يبرز التفكير العملي في سوء الإتصال بين الشعور و اللاشعور مع الإفلاس لما قبل الشعور، و كذلك فقر الحياة الهوامية و الحلمية، هذا ما يؤدي إلى السير الآلي و إنقطاع الحياة اللاشعورية تدريجيا فيصبح سلوك المصاب مضطربا مثل آلة ميكانيكية متكررة ويلجأ إلى الإستثمار العملي و التوظيفي الحالي اللذين يشملان كل مجال الشعور مع عدم إمكانية الرجوع إلى الماضي و الإسقاط في المستقبل". (Ibid)

8-4 التقسيم النزوغرافي:

إعتمد P. Marty في تصنيفه للبنيات الفردية على أساس أن كل فرد يتسم بنظام دفاعي و عقلي خاص، و ذلك أثناء تعرضه لمختلف الإثارات الصدمية، و إذا فشل الجهاز الدفاعي على المستوى العقلي و ذلك أثناء تراكم الصراعات، فإن الفرد يصبح أكثر تقبلا لإصابة العضوية و من بين هذه الإصابات نجد مرض السرطان الذي يعتبر موضوع بحثنا.

إن التنوع في الإستجابات الفردية للوضعيات الصدمية، دفع بيار مارتي إلى إكمال التقسيم النزوغرافي في التحليل الكلاسيكي المتضمن الذهانات و العصابات جيدة التعقلن، حيث أضاف صنفين آخرين هما: عصابات السلوك، عصابات الطبع و متعددة الأشكال.

1-8-4 العصابات العقلية:

مثلها مثل الذهانات العقلية، و هي عبارة عن بنية منظمة، تمثل حسب P. Marty البنية التي تقاوم أكثر الإصابات الجسمية، نظرا للثبتيات القوية التي تندرج أساسا على شكل حزمة تصويرية مشتركة، و هذه الثبتيات منظمة جدا، بحيث لها سير عقلي منظم و دفاعات عقلية صارمة و بالتالي يكون تنظيم الموقعيتان اللتان تكلم عنهما S. Freud متناوب في حركتهما و سيرهما الجيد و الدائم، حيث تدور الميكانيزمات العصابية داخل الحياة النفسية

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

للفرد ذاته و هذا مهما كانت الضغوطات الخارجية، هذا ما جعل الصدمة تعمل ضمن آلية داخلية للإرصان في مستوى النشاط الوظيفي العقلي، و في مستوى الأعراض أيضا، هذا بفضل لما قبل الشعور التنظيمات بعد الصدمة، هذا بفضل إعادة التنظيمات النكوصية التي تكون حاضرة في مثل هذه الحالات على شكل تعزيز أو عودة النشاط العقلي المرضي الذي يؤدي إلى ظهور الأعراض نتيجة تعارض الرغبات داخل الحياة النفسية.

4-8-2 عصابات السلوك:

هي عبارة عن عصابات مجردة من الدفاعات العقلية، أما باقي الدفاعات فتظهر على مستوى الطبع، و ما يميز الأفراد الذين ينتمون إلى هذا النوع من العصابات الرجوع الأساسي و الدائم للنشاطات و السلوكات الخارجية، فلا نجد لديهم الصراع بالمعنى التحليلي، و تتميز بالثبوتات القليلة الصلابة، تدل على ضعف شديد للتنظيم الوراثي الشرجي، و تبعث إلى أنظمة بدائية لا نجد على مستواها اللاتنظيمات عقلية قليلة ذات إرصان ضعيف "فهم أشخاص لم تتوحد وظائفهم النفسية بشكل ثابت و قوي، و هؤلاء ممن اعتادوا أن يعيشوا غرائزهم مباشرة دون أن يخضعوا أفعالهم و طرق إشباعهم لغرائزهم إلى سيطرة و مساهمة جهازهم العقلي. (محمد أحمد النابلسي.1992)

فعصابات السلوك الناشئة عن عجز ما قبل الشعور عن التدخل في سياق العقلية بحيث تظهر الرغبات و الأهواء اللاشعورية مباشرة في الشعور دون تدخل ما قبل الشعور، و هذا هو السبب في كثرة تكرار الأحلام الفضة لدى هؤلاء المرضى.

يكون السير للموقعية الأولى سيئ و غير متين، قبل الشعور يكون ناقص التكوين و فاقد القيمة الوظيفية، و اللاشعور لا مماثلا، هذا النقص الوظيفي للموقعية الأولى يؤثر حتما على الموقعية الثانية، أي يكون الأنا هشا، و غير مميزا، و الأنا الأعلى مكونا، إنما يظهر كإحاح فقط، يرجع لمثال معياري، إجتماعي و لا نجد له خصائص شخصية، و من هنا فإن العصاب السلوكي سريع العطب أمام الأزمات النفسية مما يؤدي إلى إختلال توازن الجهاز النفسي – الجسدي، و بالتالي إلى ظهور الإصابات الجسدية و الممييزة الأساسية لهؤلاء

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

الأشخاص، تتمثل في السلوك، الفعل، الحركة، و قد تظهر أنشطتهم المهيمنة منظمة ومكيفة، لكن هناك فقر على المستوى العقلي.

4-8-3 عصابات متعددة الأشكال أو عصابات الطبع:

هذا النوع من العصابات منتشر عند العديد من الأشخاص في وقتنا الحاضر، و هو يحتل بنية العصابات العقلية و عصابات السلوك إلا أنه يختلف عنها في كون أن تثبيتاتها المتأخرة ذات النوع الشرجي تتضاعف و تكون هشة، حيث يركز على نظام صلب للمرحلة الثنائية من المرحلة الشرجية.

هذه العصابات تتمثل بعدم كفاءة الجهاز النفسي التي تنعكس من خلال إنخفاض الإستعداد العادي للجهاز العقلي، من أجل القيام بالعمليات، مثل القدرة على إستعمال آليات عدة للدفاع عن الأنا، و هذا الإنخفاض للجهاز العقلي إنما يسير جنباً مع إنخفاض قدرة الشخص على مواجهة الصدمات، و هذا سيتبع بدوره إنخفاض قدرة الجسد و مرونته للإصابات الجسدية و هذا النوع من العصابات، يعمل بطريقة عادية مثل العصابات العقلية، بحيث يرصن في نظام نفسي داخلي، معظم المشاكل الناجمة عن الصدمات التي تعرض لها الفرد و التي بإمكانها أن تظهر داخل الطبع أو السلوك.

و تعود تسمية للعصابات الطبيعية على أن هذا العصابي، يكون قد توصل إلى تكيف و تنظيم آلياته الدفاعية بمجموعة من الطبائع الملازمة لنوع ما من أنواع الشخصية و لكن بدون أن يلتزم تماماً بهذه الشخصية، و ذلك يمكننا الكلام عن الطبائع الهستيرية الوسواسية. (محمد أحمد النابلسي.1992)

و إذا ما نظرنا في العصابي لمختلف مراحل تطوره نلاحظ أنه، إحتفظ بعدة آليات دفاعية سبق له أن إستخدمها، و التي تبقى في تصرفاته ليستخدمها عند الحاجة، و هذا فإن تعرض العصابي الطبيعي لصدمة ما يؤدي هذا إلى تدخل الآليات الدفاعية و المتكونة حديثاً و إذا فشلت هذه الأخيرة تدخلت آليات دفاعية أخرى أقدم منها، إذ ما يهم P. Marty و السيكوسوماتية و في هذا المجال تتخلص في تتبعهم للمسارات النكوصية بغية تحديد مدى قدرة المريض على التعقلن. (نفس المرجع السابق)

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

تجد التعبيرات الغريزية لعصابات المتعددة الأشكال المرصنة و غير المرصنة واسعة وتكون أقل حساسية للاختلالات مقارنة مع عصابات السلوك و أمام الصدمات فهي تبدي صلابة أقل عمق مع العصابات العقلية، إن هذا النوع من العصابات يرجع إلى عاملين أساسيين هما:

4-8-3-1 عدم إنتظام السير العقلي:

هذه العصابات تتميز بجهاز عقلي غير منظم من الناحية السيرية، حيث يتسم ببعض الإنقطاعات التي تعبر عن العلامات الأولى بالإختلال التدريجي للتنظيمات، فعندما تكثر الأحداث على هذا الجهاز و تتجاوز طاقته الإستيعابية العقلية المرضية نجد أن العصائيين متعددين الأشكال قادرين على:

- التقمص السلبي أو الإيجابي للآخرين لكن بطريقة عميقة.
- القيام بالدراسة المتعلقة بهذه التقمصات من أجل الإحساس بذواتهم.
- عزل أنفسهم داخل التفكير دون الإندماج فيه.
- لديهم نوع من الشعور بالوجود الذاتي للآخرين و بالتبعية النسبية لهم.
- قادرون على استعمال مختلف أنواع التفكير السحري المنطقي الرمزي.

4-8-3-2 صعوبة الإستدخال و الإحتفاظ بالمواضيع:

إن صعوبة الإستدخال و الإحتفاظ بالمواضيع تكون ظاهرة عند هؤلاء الأشخاص، فهي لا تتم بطريقة جيدة، فنجدهم دائما محتاجين للحضور المادي للمواضيع الخارجية أين يكون التقارب الحقيقي، و الفعلي في بعض الحالات ضروريا، و لازما، المواضيع الداخلية متواجدة لكنها تزول عندما يكون إختلال في التنظيمات.

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

قد قسم P. Marty العصابات الطبيعية التي تكلم عنها العديد من المحللين إلى ما يلي:

• عصابات الطبع حسنة التعقلن:

في هذا النوع من العصابات نجد أنه يتميز بنظام عقلي يقترب من العصاب، لذا تميزه عرضية عقلية ذات تلوين هستيري فوبي.

و هذه العرضية تشترك مع الدفاع على مستوى السلوك و الطبع بمقادير مختلفة و ذلك حسب الأفراد و وضعيات الأفراد المنتمين إلى هذه الفئة يتمتعون بعنيتها خلال النمو بواسطة العديد من القيم الوجدانية و الرمزية.

• عصابات الطبع متوسطة التعقلن:

تتميز هذه العصابات بضعف القيمة الوظيفية للعرضية العقلية، لذا يكون الدفاع على المستوى الطبيعي و السلوك المكثف، و تتميز بعدم إستقرار التوظيف العقلي و عدم سيره على نمط محدد.

• عصابات الطبع سيئة التعقلن:

يشير إلى هذا النوع إلى تنظيم عقلي فاشل، تقترب من عصابات السلوك، تكون القيمة الوظيفية للعرضية العقلية فقيرة، و الدفاع يكون أكثر على مستوى السلوك نظرا لضعف إمكانيات الإعداد العقلي الذي يتماشى مع القيمة الوظيفية السيئة لأنظمة الموقعية، و يرى P. Marty بأن سوء التعقلن هو من المؤثرات المصاحبة لأمراض خطيرة، إذ كما ذكر قصور حاد و مزمن في وظيفة ما قبل الشعور و هي تتميز بكف كبير و تفكير عملي اللذان يمنعان حركة التفكير و سيران المجال للتصورات في هذا النوع من العصابات تظهر بصفة مقاصدة في كميتها. (محمد أحمد النابلسي، 1992)

هؤلاء الأفراد نجدهم محددين في قدرتهم على التفكير، ليس لديهم من مسلك سوى النشاط على مستوى السلوك، و هذا للتعبير عن مختلف الإستثمارات داخلية المنشأ أو الخارجية منها.

• **عصابات الطبع ذات عقلنة غير مؤكدة:**

تكون أحيانا جيدة التعقلن، حيث تتميز بغزارة التصورات و غنى الأفكار، و أحيانا تكون سيئة التعقلن أين تكون التصورات و الأفكار فقيرة.

يتواجد في هذه الفئة مجمل الأفراد الذين تعرضوا خلال فترات زمنية طويلة لغياب التصورات المكتسبة بسبب تجنبها أو كبتها من طرفهم.

4- 9 التوازن السيكوسوماتي:

يمكن تعريف التوازن السيكوسوماتي بـ:

أولا: "يتمثل في وجود توظيف نفسي قوي، ذو عقلنة جيدة يترجم سيطرة غرائز الحياة على غرائز الموت، و لكن يبقى هذا مؤقتا، لأنه دائما مهدد بالأحداث اليومية كالصدمات و الفقدان مثلا الذي يعيشه الفرد، و هذا بالرجوع إلى البنية القاعدية للفرد لأنه لا يستجيب بالضرورة بالوضعيات الصدمية عن طريق نشاط عقلي منتظم".

(R. Debray ,1984)

ثانيا: بالصورة للإقتصاد الفردي الذي قسمه P. Marty إلى ثلاث أقسام و هي التفكير الفعل، الحياة الجسمية.

فالسلكات و الوضعيات التي تستخدمها تمنعنا من الحصول على إستثارات داخلية و هذا يتعلق الأمر بالإستثارات اللاشعورية للغرائز و النزوات فهي أقل و أكثر شدة بنوع طبيعتها، تستجيب بطريقة آلية أولا و في وقت قصير أو طويل، لكي يرجع إعادة التوازن وقتيا، بما أن هناك إستثارات أخرى تتدخل. (P. Marty1991)

فالتوازن البيولوجي و خاصة التوازن الداخلي، يتألف من تقلبات حول ثوابت معينة فنلاحظ أنه مختلف من فرد إلى آخر، فتلك الثوابت تكون أكثر انتظام في النظام البيولوجي أكثر منه في النظام النفسي الإنفعالي.(R. Debray1984)

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

إن شدة الإستثارات و كميتها تكون غير محتملة في الجهاز الوظيفي، فتحدث إختلالا في جهازه و تمنعه من القيام بوظيفته و يبلغ مداه الأقصى بإنهيار المقاومة السوماتية الناتجة عن إضطراب في الميكانيزمات العقلية المولدة للإنهيار العصبي و الذي سماه P. Marty بالإنهيار الأصلي.

للإستثارات مسلكين يسمحان بتصريفهما:

مسلك متعلق بالوظيفة العقلية، و آخر متعلق بالوظيفة الحسية، حيث يتعلق الأمر بالتصورات، أين الحركات تنتمي إلى جهاز ما قبل الشعور.

فهذه التصورات تستطيع أن تتبع سير عقلي أو تكبت، فالتصورات المكبوتة تعطي العصابات الكلاسيكية "الفوبي الهجاسي". (P. Marty, 1990)

أما عند الأفراد المصابين بالأمراض السوماتية نجد أن التصورات تجتمع فيما قبل الشعور بطريقة إعتراضية (أي عرضية)، تصورات مختلفة من نفس الحقل الزمني أكثر من الطريقة الطولية، تصورات من مختلف الحقل الزمني.

يمكن إعطاء ثلاث ظواهر عند الفرد بإمكانها إعاقة التحليل العقلي:

- عدم كفاية تنظيمات ما قبل الشعور، المرتبطة بفقير كمية و نوعية التصورات.
- إختلال التنظيمات العقلية الناتجة عن إفراط الاستثارات الصدمية، و التي تعدل على إختفاء مفاجئ للتصورات بكميتها و نوعيتها لتظهر مرة أخرى و هذا لا يوافق عدم الكفاية الأساسية في جهاز ما قبل الشعور، و إنما يضعفه و هي نقطة بداية لإختلال التنظيمات العقلية.
- قمع بعض التصورات أو التفكير بتسوية الشعور في وضعية تختلف عن وضعية الكبت، هذه التصورات تصب على مستوى الشعور في وقت غير محدد تحت تأثير الإستثارات النزوية الجديدة.

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

قام P. Marty بوضع مخطط، إنطلاقاً من الوظيفة العقلية و السلوكات التي إذ يمكن القول أن كمية الإستثارات تكون بأهمية الإنفعالات المركزة من طرف الفرد، في حاجاته ورغباته و هذه الكمية تبقى نفسها و تزيد في حالات عدم الإشباع.

4-10 الدفاعات النفسية و كيفية سير الجهاز النفسي عند المصابات بسرطان الثدي:

يرتكز نموذج P. Marty على العلاقة الوطيدة التي ترتبط بين الصحة الجسدية و نوعية التوظيف العقلي إذ "كلما كانت الحياة العقلية غنية، كلما دافع الجسد ضد هذه الإصابة من أي نوع بفعاليتها، هذا يعني أن التنظيم التالي يتميز بالقوة و النشاط بوجود نوعية جيدة للتوظيف، ما قبل الشعور و عكس ذلك كلما كانت الحياة العقلية فقيرة كان الجسد غير قادر على الدفاع ضد المرض السوماتي، و هذا ما يفسر ضعف القيمة الوظيفية لما قبل الشعور في التنظيم. (R. Debray, 1984)

و هذا ما يدفع ببيار مارتي إلى القول أن ضرورة التركيز لسير ما قبل الشعور عند المرض السوماتي لفهم و تقييم لنوعية الحياة العقلية، و ذلك أنه يشكل الدوبل المركزي للحياة العقلية الذي يسير أغلب الميكانيزمات الحلمية و التجسدية، و عليه يجب متابعة عنصرين هامين:

- سوء التنظيمات الأساسية لما قبل الشعور في العصابات السلوكية.
- الإختلالات الثقيلة و المستمرة لما قبل الشعور في إختلال التنظيم التدريجي للعصابات الطبيعية.

هذان العنصران يفتحان الباب لأمراض جسدية خطيرة كالسرطان بثتى أنواعه، لذلك و جب علينا أن نضع بصفة عامة الإعتبار التالي:

عندما يكون ما قبل الشعور سيء التنظيم منذ البداية في عصاب السلوك تكون التصورات العقلية فقيرة.

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

عندما يكون ما قبل الشعور مختل التنظيم بصفة دائمة في عصاب الطبع ، تكون الإرصان و التصورات العقلية فقيرة. (R. Debray,1984)

هكذا يظهر لنا أن "الأمراض الجسدية تجد منفذا لها عند الشخص، لما يكون ما قبل الشعور مختلا في تنظيمه، أي عندما تكون الموقعية الأولى مختلة، أما عند الموقعية الثانية فيظهر الأنا قليل التطور في مجموعة و متعلق بالمستوى الجسدي دون أن يستطيع التخلص من ذلك بصورة نهائية ليصل إلى المراحل الكلاسيكية للنضج". (P. Marty , 1976)

و إذا علمنا أن المرض الجسدي كسرطان الثدي له علاقة وطيدة بالحياة العقلية للفرد وبالتالي بالميكانيزمات الدفاعية، فإن المرض الجسدي يظهر عندما "تكون الدفاعات النفسية للأنا غير كافية، لذلك فهي تلعب نفس الدور الذي يلعبه عودة اللبيدو إلى نقطة التثبيت في العصابات الثقيلة". (نفس المرجع السابق)

أما الأمراض الخطيرة فهي تصدر نتيجة لإستثمارات الصدمية متكررة (مثل سرطان الثدي) التي يعجز عن حلها عقيا و سلوكيا، زيادة على ذلك إنعدام إمكانيات النكوص على مستوى العقل هذا ما يؤدي إلى "إختلال التنظيم التدريجي بإتجاه معاكس للتطور عند الشخص، حيث يمس الوظائف أكثر بدائية في التطور، معلنا بذلك الإكتئاب الأساسي، الذي يصبح مؤشرا للحزن العميق و القلق على المستوى العقلي و السوماتي، مع فقدان الإهتمام بالماضي و المستقبل مع اللجوء الحالي و العملي بصفة مكثفة في الحياة اليومية فتظهر بذلك نوعية الآلية التي تعكس بنية هشّة تؤدي إلى عدم القدرة على التمثيل الرمزي عند الأشخاص المصابين". (P. Marty ,1991)

يرى بيار مارتي أن الأحداث المرضية تظهر في بعض الأحيان بطريقة مختلفة في بعض الأمراض الخطيرة، فزمن الكمون بين الصدمة البدائية العامة لإختلال التنظيمات وتشخيص المرض الخطير هي ليست نفسها في كل الأمراض كذلك عند كل الأفراد وإحتمال الإنفعالات الجسدية الوسطية مختلفة لذلك يوجه مارتي المختصين في الميدان

الفصل الثاني : النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

الطبي السيكوسوماتي إلى البحث عن أربع معطيات وقتية تتبع إختلال التنظيم و هي:

- الحدث الصدمي البدائي و بداية الوضعية الصدمية.
- التغيرات الأولى التي تظهر في النظام العقلي.
- التغيرات الأولى التي تظهر في النظام الجسدي.
- التشخيص الطبي الأول للمرض الخطير.

خلاصة الفصل:

لقد حاولنا في هذا الفصل التطرق إلى أهم ما جاء في النظرية السيكوسوماتية و إلى أهم المبادئ للمنظور السيكوسوماتي للمدرسة الباريسية التي تركز على المسلّمة التالية: "الوحدة الجوهرية لإنسان و التسلسل التدريجي لجميع الوظائف التي تدخل في تنظيمه".

و بهذا نرى الإنسان كوحدة مكونة من نفس و جسد، و هي وحدة معقدة، لأن الإنسان يولد وله مجموعة من الوظائف التي تتموضع خلال التطور الفردي على شكل هرم من القاعدة نحو القمة، إبتداء من الوظائف السوماتية حتى يصل إلى الوظائف العقلية المكونة بذلك قمة الهرم المسماة، قمة التطور، و المتمثلة في الجهاز النفسي، هذا الأخير كلما كان يملك قدرات عقلية جيدة، كلما كانت الحماية للتنظيمات الوظيفية أحسن، التي قد تكون هي الأخرى سيئة، فمن الممكن أن تشهد فساد التنظيم على المستوى الجسدي، و على هذا لا يمكن الفصل بين الجسد و النفس لأنها في تفاعل مستمر مع بعضهما البعض خلال التطور الفردي، قصد تحقيق توازن عام و إختلال أحدهما يؤثر على الآخر و هذا ما يفسر ظهور مختلف الأمراض السوماتية و الأمراض الخطيرة مثل سرطان الثدي.

الفصل الثالث السرطان

تمهيد

- 1- تعريف السرطان
 - 2- السرطان عبر التاريخ
 - 3- سرطان الثدي
 - 4- الخواص التطورية المختلفة
 - 5- كيف يبدأ السرطان
 - 6- مراحل نمو السرطان
 - 7- الخلايا الخبيثة و أورام السرطان
 - 8- كيف ينتقل السرطان
 - 9- العوامل المؤدية للإصابة بالسرطان
 - 10- أعراض السرطان
 - 11- أنواع السرطان
 - 12- نظريات سرطان الثدي
 - 13- تصنيف مرض سرطان الثدي
 - 14- تشخيص سرطان الثدي
 - 15- علاج سرطان الثدي
 - 16- الوقاية
 - 17- محاربة سرطان الثدي بالفحص المبكر
 - 18- عدد الإصابات في الجزائر
 - 19- عملية إستئصال الثدي
 - 20- الأثار النفسية الناتجة عن معايشة سرطان الثدي
- خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد السرطان من أخطر الأمراض التي تصيب الفرد، لوحظ له إنتشارا واسعا في مختلف شرائح المجتمع، كما أن له آثار جسمية ونفسية على حياة الفرد، لهذا في هذا الفصل نحاول الإلمام بأهم العناصر التي تعرفنا بهذا المرض الخبيث.

1- تعريف السرطان:

1-1 مفهوم السرطان لغة:

إشتق اللفظ الإنجليزي للسرطان من الكمه ابيوبايه "كارسيما" أي السلطعون البحري و هو حيوان يتسم بضحامة جسمه و إمتداد مخالبه، وهو أول شكل ملاحظ لذلك المرض .

(هناء أحمد شويخ، 2007)

2-1 مفهوم السرطان علميا:

هو عبارة عن "مجموعة من الخلايا السرطانية التي تنمو بشكل غير مسيطر عليه، بحيث لا تخضع للإشارات والتقييدات في العادة على نمو الخلايا في عموم الجسم."

(وليد يوسف وآخرون، 2002)

" تنقسم تلك الخلايا السرطانية في الجسم لتكوين نمو غير طبيعي أو ورم يغزو الأنسجة المجاورة و يحطمها . فالسرطان عبارة عن ورم خبيث يخضع الإنبثات والتي يمثل إنتشار أورام جديدة في مواقع بعيدة عن الورم الأصلي، و لكي تتم عملية الإنبثات لا بد للخلايا السرطانية أن تجد طريقها إلى الوعاء الدموي أو اللمفاوي عبر الغشاء القاعدي . وبعد هذا الإنتقال تبدأ الخلايا السرطانية بتكوين الأورام في مواقع أخرى من الجسم."

(وليد يوسف و أحرون ، 2002)

وعندما "ينتشر المرض من مكان لآخر، يسمى بالجزء الذي بدأ منه، فإذا بدأ المرض في الثدي ثم إنتشر إلى الرئة فيسمى بسرطان الثدي " (هناء أحمد شويخ ، 2007)

الفصل الثالث : السرطان

وقد عرفه أيونج نقلا عن هناء أحمد شويخ بأنه "نماء ذاتي نسبي للنسيج "

(هناء أحمد شويخ، 2007)

وكلمة سرطان عامة، تصف الأورام الخبيثة، وهو تكاثر فوضوي لخلايا نسيجية، وهذا يحدث إنطلاقا من نقطة أولية، كما أنها تستطيع المعاودة بعد عملية الإستئصال.

وهو تشوه نسيجي غير طبيعي، حيث يفلت نموه عن المراقبة المناعية للعضوية، وذلك لكون الخلية تخضع لتغير في مورثها تحت تأثير العوامل المولدة لإنسقام الخلوي المختلفة مما يسمح لها بالإستقلالية وتجنب القوانين الطبيعية لإنقسام الخلوي في العضوية .

(Asslah ,1998)

2- السرطان عبر التاريخ:

نسب العديد من القدماء مرض السرطان بفصيلة القشريات، فخلال الحضارة اليونانية أشار أبوقراط (460 ، 375 ق ، م) إلى مرض السرطان وأطلق عليه مصطلح كاركينوس على مجموعة من الأمراض، يقصد بها السرطان ووصف الكثير من أعراضه وعلاماته، وفي الفترة ما بين (131 – 200 ق، م) شبه قالين Galen ألامه الخبيثة بالسرطان (Crab) معطيا هذا المرض اسمه النهائي وقدر منذ ذلك الوقت أن الجراحة الكاملة يمكن أن تنزع هذا المرض كليا من جسم الإنسان.

(سمعان سهيل، 1996)

وخلال القرن 15 ق، م، قام عدة أطباء عرب من بينهم العلامة ابن سينا بتغيير مفاهيم الطب وممارسته إلى نمط تفكير أكثر اعتمادا على العلوم وعلى تفهم الأسس التشريحية ووظائف الأعضاء، كما درس السرطان حينئذ من قبل الأطباء العرب وطبق العلاج على أساس التغذية الجيدة وإستعمال الأعشاب والأملاح.

(سمعان سهيل، 1996)

الفصل الثالث : السرطان

وقد عرف لمبروزو (Lambroso) (1509 ، 1590) إستنادا على مفهوم الإلتصاق بالقرح Chancre للتشابه الكبير بينهما إذ يرى العروق التي تحيط به تشبه إلى حد كبير الأرجل المعوجة لحيوان القرع خاصة الأمامية منها التي تعد كملاقط وتستعمل التثبيت والإلتصاق، ونشير هنا أنه ما التصق هذا الحيوان بشيء ما فمن الصعب إستئصاله وإنتزاعه . (Damar ,1993)

وبذلك يتضح أن السرطان من الأمراض التي جلب إهتمام العديد من الباحثين والأطباء عبر الأزمنة المختلفة، هذا ما زاد من غموض مدلول المصطلح والوصول إلى تعريف شامل يحظى بإتفاق الجميع.

إذا يختلف مفهوم السرطان عند الطبيب عن مفهومه عند الأخصائي في علم الأنسجة، إذ يعتبر في نظر الطبيب عبارة عن تطور ورمي يعمل على تهديم الأعضاء السليمة للفرد المصاب بهذا الداء في حين يقصد به بالنسبة للأخصائي في علم الأنسجة وجود نسيج جديد يتوغل Infiltration في مختلف البنيات السليمة التي ولد فيها.

أما البيولوجي فيرى أن النمو الطبيعي للكائن الحي المتعدد الخلايا، يتطلب تدخل أجهزة تنظيمية منسجمة تعمل على مراقبة عملية تطور الخلايا، ففي حالة فشل هذه الأجهزة المحافظة على عملية النمو الطبيعي للخلايا تتحول هذه الخلايا إلى خلايا ورمية وتشكل خطر على الخلايا الطبيعية والسليمة.

على رغم من هذا الإختلاف يتفق الجميع على أن التكاثر الخلوي العشوائي وغير المراقب هو العامل المشترك بين مختلف الأمراض السرطانية التي قد تختلف عن بعضها البعض في الأسباب المؤدية وتطورها وكذا مدى التحكم فيها وعلاجها، كما يتفق الجميع على أن تطور الورم néoplasie هو تكاثر خلوي غير طبيعي، لا يخضع لقوانين العضوية ومناعتها.

الفصل الثالث : السرطان

3- سرطان الثدي :

1-3 مفهوم الثدي :

إسم يطلق على الغدة الثديية.

2-1-3 تشريحا:

"عبارة عن إثنين من الأعضاء الغدية الصدرية، يتخصص الثديان في عملية الإرضاع وهما بشكل نصف دائري، كل ثدي يحتوي على حلمة (Mamelom) في وسط منطقة صبغية ويتشكل الثدي من 15 إلى 25 حويصلة (Lobes) تتفرع الحويصلات وفصوص (Acini). الشجرة الحليبية تتشكل من مجموعة من القنوات التي تتجمع لتنتهي على مستوى الحلمة".

هذا التكوين التشريحي للثدي يضمن له القيام بوظيفته الفيزيولوجية.

(Isabel Veuje Maynard .1990)

3-1-3 فيزيولوجيا :

" ينخفض الإنتاج الهرموني للثدي عن طريق الإفرازات المبيضية لكل من الإستراديول (Oestradiol) و البروجستون (Progesteron) الذان يعكسان التغيرات أثناء الدورة الشهرية (Cycle menyruel) والحياة الجنسية (Vie genital) في مختلف الأعمار ".

(نفس المرجع السابق).

2-3 وظيفة الثدي :

" تكمن وظيفة الثدي عند المرأة في تحضير الحليب و الإرضاع .أما عندالرجل فيبدو أن للثدي وظيفة جمالية فقط." (آدم فتحي ،200،)

رغم الأهمية الفيزيولوجية للثدي لدى المرأة إلا أننا لا نستطيع إنكار الوظيفة النفسية فهو يمثل رمزا لأنوثة عند المرأة.

3-3 تعريف سرطان الثدي :

سرطان الثدي عبارة عن " كتلة صغيرة الحجم في الثدي ، صلبة وقاسية و واضحة المعالم و يظهر إنكماش إلى الداخل أو إنحراف ".(سعيد الدجاني ، 1988)

" يعتمد التنبؤ بسرطان الثدي على التشخيص المبكر 90 بالمئة من الحالات المعالجة من الدرجة الأولى(Stade I) تبقى حية حتى خمس سنوات ، مقابل بالمئة من الحالات من الدرجة الثانية (StadeII) ، الناتج عن المجهودات المتبعة بشكل منظم في بلدان متعددة (F.Scotte .P.Colonna.J.-M.Andri.2002)

4- الخواص التطورية المختلفة:

بعض أنواع السرطان تعرف تطورا بطيئا جدا، قد يصل إلى حد عشرة سنوات وأخرى لها تطور سريع قد يؤدي إلى الموت خلال أيام أو أسابيع أو أشهر قليلة، ويفسر هذا التطور حسب درجة الخبث *malignité*، ضعيفة، متوسطة، كبيرة.

المرحلة التطورية التي يعرفها الورم تعد عملا آخر، حيث يفسر في البداية الميكروسكوبية *micropique* للسرطان والتي ليس لها أي وسيلة لتعرف عليها [مرحلة بداية السرطان] إلى غاية التعرف على المرض بواسطة الفحوصات.

النمطية لعملية الإلتقاء *dépistage Le*، أو غالبا إعتقادا على الأعراض التي تشتكي منها المريض، وهذا يؤثر على إمكانية الشفاء بعد العلاج وتكييف الطرق المستعملة في ذلك (Larra,1989)

5- كيف يبدأ السرطان:

السرطان هو مجموعة من الأمراض (أكثر من 100 مرض) تتشابه في بعض الخصائص فيما بينها وقد سميت بالسرطان، لأن الأوعية المنتقخة حول الورم تشبه أطراف سرطان البحر، وهذه الأمراض تنتج عن خروج الخلايا عن السيطرة، يحدد تغيير في خلايا مما يجعلها تخرج عن نظام التحكم الذي يتحكم في الخلية كما في الخلايا السليمة، يوجد أكثر من نظرية يعزى إليها سبب بداية السرطان في الجسم.أولا تقول أن خطأ ما حدث في الحامض

الفصل الثالث : السرطان

النووي عند الإنقسام وهو ما يسمى بحالة التبدل أو Mutation، نسبة حدوث خطأ في ADN عند الإنقسام تزيد بتزايد التعرض لمسببات السرطان، مثل القطران الموجود في دخان السجائر. العديد من هذه الأخطاء باختلاف مسبباتها تحدث في جسم الإنسان، إلا أن جهاز المناعة في جسم يتعرف عليها لإختلافها عن بقية الخلايا ويقوم بتدميرها، أحيانا بفشل جهاز المناعة في الجسم بتعرف عليها لتشابهها مع الخلايا الطبيعية مما يؤدي إلى إنقسامها و إنتشارها في الجسم إحدى النظريات الحديثة تقول أن السبب هو وجود خلل جيني بسيط لا يمكن لجهاز المناعة من ملاحظته، وذلك الخلل مع الوقت يتسبب بخروج الخلايا عن السيطرة ومن ثم ظهور السرطان.

6- مراحل نمو السرطان:

يمر السرطان في نموه بثلاث مراحل رئيسية:

1-6 البداية: Imitation: هذه الخطوة الأولى نحو تكوين الورم، حيث يبدأ على مستوى الخلية بتغير بسيط في عملها وطريقة التحكم في هذا العمل، والمواد التي تسبب هذه البداية تسمى مسرطنة « Concinogens » .

2-6 التطور: Progression: يتكون الورم عن طريقة خلية واحدة ويكون بنجاحها في النمو والإنقسام على حساب الخلايا الأخرى، وفي هذه المرحلة يمكن رؤيته ميكروسكوبيا.

3-6 الورم الاكلينيكي: Clinical: هنا يكون الورم كبير الحجم إذ لم يعالج فيستمر بالنمو وتدمير الأنسجة المجاورة وربما الإنتشار إلى الأعضاء البعيدة. (Yaker, 1985).

7- الخلايا الخبيثة والأورام السرطانية:

إن التعددية الخلوية تخضع إلى قوانين نحددها من جانب الكم و الكيف، حيث تكف الخلايا عن التنامي حيث تصل حجم معين، إذ أن كف الإتصال Inhibition de contact والذي هو من تخصصات الغشاء السيتوبلازمي هو الذي يراقب هذا التنامي.

هذا من حيث الكم، أما من حيث الكف فإن الخلايا لا تستطيع التعدد في أي وقت إتجاه من الجسم بل هي خاضعة إلى هيكل النسيج الأصلي (التشابه في بنية النسيج أو الإختلاف) يكون حسب الإتجاه الذي يؤخذ والذي تنتمي إليه، إلا أنه إذا نظرنا إلى الخلية السرطانية

الفصل الثالث : السرطان

نجدها تترسب وتتكاثر بشكل غير منتظم وبدون إحترام للشبكة الأولية لنسيجها الأصل (أي العضو الذي تنتمي إليه والتشريح هو الذي يبين إذا كانت الأورام حميدة أو الأورام خبيثة الغير نموذجية) مكونة الورم الذي يستولى على العضو أو النسيج المجاور. ضف إلى ذلك أن الخلية السرطانية هي ذات مقاييس عملاقة، فنواتها أكبر بكثير من نواة الخلية العادية، سيرورتها (إنقسام خلوي) تفوق الإنقسام الخلوي بكثير من السيرورة العادية، فهي تنقسم بدون توقف، ثم في مرحلة ثانية تنتشوه وتبدأ في الإنقسام وبمنتهى السرعة. وهذا التغير في سلوك الخلية مرتبط جزئيا بتغيرات مفاجئة على مستوى الحموض النووية (AND) خلية في وسطها نواة وفيها سلسلة 4 قواعد.

1-7 وللورم شكلان: الورم الحميد والورم الخبيث:

1-1-7 الورم الحميد: هو أقل خطورة بكثير من الورم الخبيث، حيث أن بنيته النسيجية قريبة من النسيج الأصلي، كما أنه محلي و مُكَيِّس وكأنه به حاجز يمنعه من الإنتشار يتوقف لوحده غالبا أو يتراجع تلقائيا، ليس له قابلية للإنتشار.

(Jean.Lemerle,1989)

صفاته:

أورام موضعية يكون تكاثر خلاياها بطيئا وقد يتوقف نموها فجأة عند حد معين. تكون محدودة ومحاطة من الخارج بغلاف يحددها تحديدا واضحا من الأنسجة المحيطة بها. يكون نسيج الورم يشبه النسيج الأم (أي النسيج الذي حدث فيه الورم) ويشمل أورام متميزة.

- لا تحتاج الأورام الحميدة الخلايا السليمة في الأنسجة المجاورة.

-لا تتسرب إلى الدم، لذلك فهي لا تنتشر في الغدد اللمفاوية.

-لا تعود بعد الإستئصال.(سامح أبو زينة، 2000)

1-7-2 الورم الخبيث: فهو ذو بنية نسيجية غير نموذجية وغير متميزة، له قابلية للإنتشار وللتسرب للأنسجة المجاورة مكونا أورام ثانوية أو الحالات الأكثر خطورة بتميز بهجوم بآتم معنى الكلمة.

الفصل الثالث : السرطان

صفاته:

- تختلف خلايا الورم الخبيث من حيث التكوين بشكل عميق عن الخلايا العادية.
- تكون خلايا الورم الخبيث سريعة النمو والتكاثر، وقد تبلغ حجما كبيرا في وقت قصير.
- تحتاج إلى الأنسجة المحيطة.
- غير مغلقة من الخارج بأي غلاف لذلك يكون نموها غير محدود.
- تنتقل الخلايا الخبيثة بواسطة الدم أو المادة اللمفاوية (موجودة في المادة اللمفاوية بين الجلد و الأوعية الدموية مقر تواجد الخلية اللمفاوية المسؤولة عن النشاط المناعي ضد الفيروسى) إلى أعضاء أخرى من الجسم، حيث يتوقف وتتكاثر مسببة ورما يشبه الورم الأول، ويعرف هذا الإنتشار بإسم الإنتبات metastase (إنتشار الخلايا السرطانية في كل أنحاء الجسم) .
- يعود الورم ثانية بعد الإستئصال الورم بعملية جراحية إذا ما بقيت هناك خلايا مريضة لم يتم إستئصالها.
- تسبب هذه الأورام إضطرابا خطيرا في وظائف أعضاء الجسم.

8- كيف ينتقل السرطان:

إن التقسيم التوسعي من مميزات السرطان في مرحلته النهائية، حيث تنفصل الخلايا السرطانية عن الورم الخبيث الأول (المنشأ) وتتوغل في الأوعية اللمفاوية أو الدموية، إذ تنتقل عن طريق الدم أو السائل اللمفاوي إلى الأعضاء الأخرى كالكبد، الرئة أو المخ، حيث تثبت هناك وتكون عنصرا حقيقيا ومغذيا للسرطان (زيادة التكاثر و التضخم) ومن هنا يعطينا ما يسمى بالأورام الثانوية.

(Jean. Lemerle.1989)

الفصل الثالث : السرطان

9- العوامل المؤدية لإصابة بسرطان الثدي:

9-1 العوامل التكوينية الداخلية:

9-1-1 العوامل الجينية:

لقد لوحظ إزدياد متكرر لبعض أنواع السرطان (سرطان الثدي، البروستات) في نفس العائلة، فبعض أنواع الأمراض الوراثية تظهر وكان لها قابلية لإصابة بالسرطان مثل المغص الرجعي La necto colite إضافة إلى الشذوذ الكروموزومي، الذي عادة ما يقترن بالسرطان مثل (صبغي فيلادلفيا) الذي نجده مقترنا بسرطان النخاع الشوكي المزمّن. (Danard,1976)

9-1-2 العوامل الهرمونية:

بعض الإختلافات الغذائية تحت على إفراز مفرط للهرمونات، لتصبح مسؤولة عن ظهور السرطان، سواء كان ذلك على مستوى الغدة المصابة، أو بالعضو الذي تنشط فيه مثل سرطان الثدي، الراجع إلى الإفراز المفرط لهرمون الإستروجين.

9-1-3 العوامل المناعية:

المناعة هي المسؤولة على إنتقاط الأجسام الغريبة والتعرف عليها، ومن ثم القضاء عليها مثل الجراثيم والفيروسات وغيرها من الأجسام الغريبة، فإذا إختل التوازن المناعي يسهل الأمر على الأجسام الغريبة لكي تتكاثر كالأخليا السرطانية . (Lauk,1963)

وترتفع نسبة المصابين بالسرطان لدى المرض الذين يعانون من عجز في المناعة الوراثي كان ذلك مكتسب أو من وقع العلاج مثل عجز المناعة الراجع إلى زرع الكلية.

(Danard,1976)

الفصل الثالث : السرطان

2-9 العوامل التكوينية الخارجية:

1-2-9 العوامل الفيزيائية:

تتمثل أساسا في الأشعة، وقد أظهرت التجارب على أنها تتسبب في ظهور سرطان الجلد والعظم بل وحتى سرطان الدم، وكذا لدى الأطفال الذين تعرضت أمهاتهم لإشعاع أثناء فترة الحمل (Yaker,1984)

2-2-9 العوامل الكيميائية:

منها الحديدية مثل الكروم المستخدم في الصباغة، والذي يسبب سرطان المسالك التنفسية وكذلك الزرنيخ المسبب لسرطان الجلد، ويمكن ذكر: النيكل، والزنك و الألمنيوم... إلخ ونجد مواد عضوية كالمواد البلاستيكية الزيوت المعدنية.

- الأمينات العطرية التي تسبب سرطان المثانة .

- البترول ومشتقاته تسبب إبيضاض الدم المزمن.

- إفرازات بقايا المواد الصناعية في المعامل والمصانع في الجو والأنهار والبحار .

- إفرازات محركات السيارات في الطرق والطائرات والبواخر في الأنهار والبحار.

إن هذه المواد تؤدي إلى تلويث المياه والتربة، كما أنها تدخل جسم الإنسان مع الأطعمة نتيجة وجودها في النباتات والخضار، وبسبب تعرض الجسم إلى المواد الملونة بالمواد الكيميائية يصبح خطر الإصابة بالأورام السرطانية . (سامح أبو زينة، 2000)

3-2-9 العوامل الفيروسية:

بينت الدراسات العلمية في مجال السرطان، بأن التلقيح التجريبي للحيوان ببعض الفيروسات، يحرك الظهور المفاجئ للسرطان عند هذا الحيوان الملقح، كما أن إجراء هذا التلقيح في كثافة أو منطقة معينة من الخلايا العادية يحرك إما نحو تقديم هذه الخلايا و إما تحويلها إلى خلايا خبيثة، لهذا تعتبر الفيروسات مكونة للسرطان.

الفصل الثالث : السرطان

9-3 عوامل أخرى:

9-3-1 العوامل الجغرافية:

تظهر بوضوح في الدراسات المتعلقة بالتوزيع الجغرافي للسرطان ومن بين هذه العوامل نجد:

- التعرض لأشعة الشمس .

- الجو الذي يساعد على تكاثر الحشرات الناقلة للمرض.

- الجيولوجيا أي التركيبات الكيميائية للأرض والإشعاع النووي. (Yaker,1984)

9-3-2 السلوكيات الإنسانية:

إن سرطان عنق الرحم نادر عند المرأة العذراء وأيضا أقل تكرار عند المرأة التي لها علاقات جنسية متأخرة، من المرأة التي لها علاقات مبكرة.

بالمقابل سرطان الثدي يتلائم مع الحياة الجنسية المستقرة والمتأخرة، وقد نشرت بعض الدلائل الأولية أن مستويات البرولاكتين هي أقل في كثيرات الولادة منه عند غير الخروسات.

ولذلك نجد نسبة حدوث سرطان الثدي عند المرضعات أقل عند غير المرضعات وكلما أكثرت المرأة عند الإرضاع قل تعرضها لسرطان الثدي، على الرغم من الخروسات يملن لأن يكون عندهن دورات طمثية مما عند النسوة الكثيرات الولادة . (Yaker,1984)

9-3-3 العوامل الإقتصادية:

إن سوء التغذية للشعوب الفقيرة، قد يساهم في وجود معدل عال أو مرتفع من التلين الكبدي الذي تبعة حدوث الإصابة بسرطان الكبد والملاحظ في بعض المناطق الإفريقية .

بالمقابل سرطان الكولون (المعى الغليظ) الذي يوجد بنسبة متساوية لدى الرجال والنساء إذ يمكن إنقاذ اثنين من ثلاثة مصابين به، لو شخص المرض باكرا وعولج.

الفصل الثالث : السرطان

وبذلك فإن سرطان المعى الغليظ، وسرطان الثدي الذي هما أكثر إنتشارا في أوروبا وأمريكا الشمالية بسبب نظام التغذية (حمية مفرطة للحريات). (Yaker,1984)

ضف إلى ذلك أن هناك عناصر يشتبه في أنها تؤدي للإصابة بالسرطان وهي الأمينات والديمينات التي تستخدم في صبغات الشعر، وتفيد المؤسسة الوطنية للسرطان بأن مادة تكوينية رئيسية في صبغيات الشعر هي المادة الكيميائية DD , MM , U تسبب الإصابة بالسرطان، وكما إكتشف علماءها بأن بعض أصباغ الشعر تحتوي على مواد مستخرجة من البنزيدين وهو مادة ثبت أنها تسبب بالسرطان. (مالكوم شوراترا، 1988)

4-9 عوامل نفسية :

1-4-9 العلاقات العائلية السيئة :

ان فقد المفاجئ للعلاقة الحميمية و الإرتباط العاطفي يجعل الشخصية أكثر عرضة للإصابة بالسرطان .فلذلك تصاب المطلقة أو الأرملة بسرطان الثدي أو سرطان عنق الرحم بنسبة أكبر من المتزوجة وحتى لو كانت العلاقة الزوجية سيئة فهي أفضل من عدم وجود علاقة أبدا. (عبد الهادي حسن 2003)

2-4-9 السخط النفسي :

وهو الغضب المكبوت خلال فترة زمنية طويلة حيث تكمن المشكلة الرئيسية في أن السخط يختبئ في مكان محدد من جسمنا. ويأتينا الوقت عندما يرفع راسه و يبدأ بإلتهام الجسم متحولا إلى ورم يكون أحيانا خبيثا .لذلك فإن كبت الغضب و تأمين مكان له في جسمنا لا يعد أبدا عاملا من عوامل الصحة .حيث أن الكثيرون منا تربو في أسر لاتسمح بإظهار الغضب أو عدم الرضى علانية و غالبا يتم توجيه النساء وأليحاء لهن أن الغضب بعيدا جدا عن أسلوب الأدب.وعليهن منع الغضب في شتى الظروف وعدم إظهاره .

الفصل الثالث : السرطان

9-4-3 الخوف النفسي :

إن الخوف يحد من إمكانيات الوعي و طريقة التفكير ويجعل الفرد يدور في دوامة يصعب الخروج منها. و هذا ما يجعل الناس يخافون بإستمرار من المرض أو فقدان السقف الذي يحميهم و بالتالي لا بد من ضعف الجسم يتبعه إصابة بالأمراض.

(عبد الهادي حسن، 2003)

الجدول رقم (1) يمثل الجدول خطر الإصابة بسرطان الثدي حسب السن

السن	نسبة الإصابة
25 سنة	واحد / 1960 حالة
30 سنة	525/1 حالة
35 سنة	622 /1 حالة
40 سنة	217/1 حالة
45 سنة	93/1 حالة
50 سنة	50 /1 حالة
55 سنة	33/1 حالة
60 سنة	24/1 حالة
65 سنة	17/1 حالة
70 سنة	14/1 حالة
75 سنة	11/1 حالة
80 سنة	10/1 حالة
85 سنة	09/1 حالة
ما فوق 85 سنة	08 /1 حالة

الفصل الثالث : السرطان

10- أعراض السرطان الثدي:

إن الخطر الحقيقي لمرض السرطان يمكن أساسا في النمو السريع الذي يتم في الخطأ وبدون إنذارات تنبئ بوجوده، تحمل المريض على مراجعة الطبيب، فالسرطان في بدايته لا يسبب أي ألم أو انزعاج جدي وهو لا يشاهد إلا إذا كان فوق سطح الجسم ومن أهم أعراضه:

- تغيير في نظام الحائض أو التبول.
- تقرح لا يشفى بالمعالجة خلال ثلاثة أسابيع.
- نزيف وسيلان غير طبيعي من فوهة من فوهات البدن.
- سماكة أو كتلة في الثدي أو بأي مكانا آخر.
- عسر هضم أو صعوبة البلع. (سمعان سهيل ، 1984)

10-1 الأعراض الجسمية :

- تشوه العضو المصاب.
- تصلب الأنسجة.
- الهزل السريع والمفاجئ.
- النزيف وفقدان غير عادي للدم في المسالك البولية وفي الجهاز التناسلي وفي الأنبوب الهضمي كإبراز الأسود .

- الألم وذلك بسبب توسيع الورم عبر الدورة للمفاوية.
- نقص الحركة نتيجة تباطئ الوظائف العقلية، الجنسية، المناعية .

(لارا ، 1987)

10-2 الأعراض النفسية :

- تختلف شدة الأعراض النفسية بين المصابين بسرطان الثدي ومن هذه الأعراض نجد ما يلي
- الخوف من الموت، يستثار عن طريق لفظ كلمة السرطان التي تبعث بفكرة أن هذا المرض لديه قابلية مرتفعة للموت.
 - الخوف من الألم، له علاقة بفكرة أن السرطان مرض يقتل عن طريق نار دافئة.

الفصل الثالث : السرطان

- الخوف من التشوه ،يظهر خصوصا عندما تكون هناك برمجة للعملية الجراحية ، ففكرة فقدان الثدي تثير الخوف بحد ذاتها.
- إضطراب الدور الإجتماعي ،في بداية المرض ،يرى المرضى بأن نتائج السرطان التي تثير أكثر القلق ، هي فقدان الإستقلالية و فقدان التأثير في ذواتهم والمحيط الإجتماعي فمن الصحيح أن السرطان يجر إلى القطيعة في الوضعية الإجتماعية و في كثير من الحالات إلى مشاكل مالية ،مثل التوقف عن العمل، فقدان الدور العائلي الذي أو التي لاتأتي بالراتب يؤدي بالمريض الشعور بالنقص و عدم الجدوى في وجوده.
- شعور عام بالحصر،مرتبط بعدم التيقن من الحاضر و المستقبل، هذا الإحساس العام بالضيق كثيرا ما يعود إلى صعوبات إيجاد معلومات تسمح للمريض يفهم مرضه .
- فقدان الإهتمام، و ذلك لكل ما كان مصدر لذة قبل المرض،حيث يظهر المريض لامبالاة إتجاه الآخرين حتى أفراد العائلة ، فلا شيئي همه سوى مرضه و ألمه.

(l.hacpille ,1994)

11- أنواع السرطان:

هناك عدة أنواع من السرطانات وذلك حسب العضو المصاب نذكر منها ما يلي:

- سرطان الدم.
- سرطان الجهاز الهضمي.
- سرطان الجهاز التناسلي.
- سرطان الجهاز اللمفاوي.
- سرطان الجهاز السمعي.
- سرطان الجهاز التنفسي.
- سرطان الجهاز البولي.
- سرطان الجهاز البصري.
- سرطان الجلد.
- سرطان الكبد وسرطان الجهاز العصبي.

12- نظريات سرطان الثدي:

حاولت عدة نظريات مختلفة تفسير ميكانيزمات ظهور السرطان وسنعرض ثلاث نظريات نفسر مرض السرطان .(بوفار، 1974)

12-1 السرطان هو مرض الخلية:

تبعاً للمفهوم التقليدي فإن السرطان هو " مرض الخلية " أي أن الخلية السرطانية منها كانت خبيثة أو خلية عادية تحولت إلى خلية سرطانية تحت تأثير عوامل مثل (عامل كيميائي أو فيروسي الذي يعمل على تغيير الكروموزومات).

12-2 النظرية البيولوجية:

ترى هذه النظرية أن السرطان قبل كل شيء هو مرض عام، من الطبيعي أن يوجد على مستوى الجسم (العضوية) خلايا غير عادية أو أجسام غريبة، ولكن يقوم الجهاز المناعي بالدفاع على العضوية وذلك بالقضاء على تلك الخلايا غير العادية، وبذلك فإن نقص المناعة يستطيع أن يكون السبب المباشر والمفجر لمرض السرطان.

12-3 مرض السرطان ذات أصل نسيجي:

هذه النظرية ترى أن السرطان ذو أصل نسيجي، وينتج المرض عن إنحراف التغيرات والتحويلات الداخلية للعضوية «metabolisme» وبهذا يحدث سياق سرطاني.

13- تصنيف مرض سرطان الثدي:

يصنف مرض السرطان حسب مبحث الأنسجة الحية « histologie » وحسب أنواع الأورام ودرجة خطواتها، ونجد أنه يصنف الأورام الخبيثة تبعاً لتغيرات النسيج الذي منه ستتطور وتنمو ويميز هكذا بين (Domard Andre,1990)

13-1 دمال سرطانية ظهارية:

Les épithéliomes ,carcinomes : تنمو بطريق مختلفة.

2-13 أورام سرطانية خبيثة: Les sarcomes :

هي أورام خبيثة من أنسجة مختلفة موحدة و مترابطة مثل: العظم، الغضروف، العضلة النسيج الوعائي، النسيج الشبكي البطاني الوعائي، الدم، الطحال، نخاع العظمي والغدد، وهي سرطانات لا تختلف عن بعضها البعض.

3-13 السرطانات الخبيثة: Les cancer Embryonnaires :

تتكون من خلايا وأنسجة لا تتواجد أبدا عند المولود الجديد، لكن هي جاهزة طبيعيا خلال تكوين الجنين وعند هذا الجنين في حالة المرض.

4-13 أورام النسيج المصبوغ: les tumeurs du tussu pigmentaire :

ونجد منها خاصة الورم الخبيث الأسود ، في هذا النوع من السرطانات، يكون الخبيث والأذى أكثر تواجدا.

5-13 سرطانات الجهاز العصبي المركزي: Les cancers du S.N. central :

تشكل مجموعة أكثر تميزا وهي عكس السرطانات الأخرى لا تمتلك سوى توسع محلي ولا تنتشر ولا تثبت أبدا.

هذا التصنيف للسرطانات لا يعتمد على أي حادثة عادية، ذلك أن كل سرطان له تظاهرات عيادية خاصة به ومتنوعة من شخص لأخر، أحيانا تكون أكثر نهائية وبصفة غير متوقعة.

14- تشخيص سرطان الثدي:

إن أعراض السرطان تكون مخادعة و خفية في بادئ الأمر، حيث لا تظهر مباشرة حتى تنتشر في الجسم عن طريق الدورة الدموية.

وعليه توجد فحوصات دلالات الأورام التي تعتبر من أهم الإنجازات الطبية في هذا القرن وهي عبارة عن قياسات تتم في عينه من الدم، يمكن من خلالها التوصل للتشخيص المبكر للسرطان ومتابعة تأثير العلاج وقياس مدى إستجابة المريض.

الفصل الثالث : السرطان

1-14 أساليب التشخيص الطبي لسرطان الثدي:

1-1-14 البيوبسي Biopsie:

هي الطريقة الوحيدة للتأكد المطلق لتشخيص السرطان و تتمثل في بتر قطعة من الورم أو من إنبثات الورم بإبرة رقيقة.

1-1-14 2- أشعة X:

وسيلة تشخيصية مهمة خاصة في إكتشاف سرطان الرئة وأجزاء من الجهاز الهضمي ولقد تم تحديد أن الفحص بأشعة X للثديين والماموغرافي أو إلتقاط درجة توتر الثديين يمكن أن تكشف بعض الأورام الثديية قبل إمكانية الشعور بوجودها .

1-1-14 3- عملية المرسام الحراري:

أسلوب يراقب الأنماط الحرارية لسطوح أجزاء متنوعة من الجسد للإلتقاط إشارات عن وجود مرض كامن.

وهذا الأسلوب تثبت فائدته خاصة في تحديد المراحل المبكرة من السرطان الثدي، فعندما يكون السرطان موجود ترتفع درجة حرارة الجلد في البقعة المصابة.

1-1-14 4- فحص الدم:

يمكن أن يكشف عن أنواع السرطان ويحدد أمكنتها داخل الجسد، والإستخدامات الأولية لهذا الفحص قامت بتشخيص سرطان الثدي، البنكرياس، المعى الغليظ وأماكن أخرى.

1-14 2- إمكانية إكتشاف قابلية للإصابة بالسرطان:

يكون ذلك عن طريق الكشف عن وجود الأجسام المضادة لأحد الجينات المسؤولة عن إيقاف إنقسام الخلايا البشرية ويسمى الجين (D53) والذي إذ تعطل بسبب عملية تكوين أجسام مضادة له، فإن الخلايا البشرية تظل في إنقسام مستمر عشوائي وهذا يؤدي للكشف المبكر عن القابلية لإصابة به.

15- علاج سرطان الثدي:

السرطان كما ذكرنا سابقا ليس نوع واحد فقط، بل له أنواع مختلفة، يختلف باختلاف الخلايا التي ينشأ فيها وهذا ما يجعل هناك سرطانات سريعة النمو وأخرى بطيئة النمو، لكن كل نوع من هذه الأنواع له خواص متشابهة مع إختلاف المرض، وعليه يختلف علاج السرطان باختلاف نوع الورم أو العضو المصاب وبشكل عام فالطرق الرئيسية لعلاج أمراض السرطان هي كما يلي:

1-15 الجراحة:

تعتبر الجراحة جزء أساسي من علاج الأورام وخصوصا الصلبة منها وهي كثيرة وهي تستخدم كعلاج موضعي لإزالة الورم خلال العملية تزال أيضا الأنسجة المجاورة للورم والغدد اللمفاوية القريبة وهناك 3 أنواع من الجراحة .

1-1-15 الجراحة المنعوية:

تجرى لمنع تطور السرطان، فقد يمكن لبعض البقع أو المناطق الجسدية ألا تكون أوراما خبيثة، حيث يشعر الطبيب أنها تمثل حالة ما قبل الإصابة بالسرطان التي يمكن أن تتطور إلى سرطان كامن إذ لم يعالج.

2-1-15 الجراحة المحددة:

هي عملية إزالة نسيج السرطان الخبيث، ولا بد من إزالة ما أمكن من الخلايا الخبيثة، بل أكبر كمية ممكنة من النسيج المتورم أو المحتمل تورمه.

3-1-15 الجراحة الداعمة:

يمكنها معالجة التعقيدات المترافقة مع الإصابة بالسرطان وفي الحالات المتقدمة جدا، قد يقوم الجراح بإجراء جراحة داعمة للإستئصال الثديي من قطع الأعصاب.

15-2 العلاج بالأشعة:

تتم بإستخدام أشعة صينية مكثفة ذات طاقة عالية ويكون تأثير هذه الأشعة عالياً على الخلايا السرطانية، حيث أنها حساسية للإشعاع من الخلايا الطبيعية وتتعاوى بصورة أبطأ، ويكون العلاج عادة إما " 20 " أو " 25 " جلسة إشعاعية وذلك حسب نوع الحالة، وكل جلسة تستمر 10 دقائق على الأكثر.

الآثار الجانبية للعلاج بالأشعة:

- إلتهاب جلد منطقة العلاج، وعليه فمن الضروري عدم إستخدام الصابون أو أي نوع من الكريمات على منطقة العلاج خلال طول فترة العلاج.

- الشعور بالإجهاد العام وفقدان الشهية.

- القيء والغثيان والإسهال وجفاف الفم، وتقرح الفم المؤلم.

15-3 العلاج الكيميائي:

تتم إستخدام مجموعة مركبة من العقاقير الكيميائية، والتي يكون تأثيرها على الخلايا السرطانية أقوى منه على الخلايا السليمة، ويكون العلاج إما على شكل حقن في الوريد أو أقراص في الفم، وتستعمل بعد الجراحة أو العلاج بالأشعة لمنع إعادة الإصابة مثلاً في سرطان العظام، كما تستخدم الأدوية للتخفيف من الأورام ولتسكين الآلام.

(لارا ، 1987)

الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي:

- تساقط الشعر.

- مشاكل اللثة و الفم والطلق.

- القيء والإسهال، الغثيان و الإمساك.

- الإرهاق والضعف الجسدي.

- إنخفاض عدد كريات الدم البيضاء.

4-15 العلاج المناعي:

في العلاج المناعي تعطى مواد بمعدلات ردة الفعل الحيوية أي BRM لمرض السرطان هذه المعدلات ينتجها عادة الجسم لمكافحة الأمراض، بما فيها السرطان، تحطم هذه المواد خلايا سرطانية وتغير ردة فعل الجسم تجاه الأورام التي تنمو بداخله، تساعد هذه المواد أيضا الجسم على إستبدال الخلايا غير السرطانية تكون قد تأثرت بالعلاج الكيميائية.

حيث يكون دور هذا العلاج هو تقوية المناعة الذي يعرف كذلك بالعلاج البيولوجي أو الحيوي للإستغلال قدرة الجسم لمكافحة المرض، كما ينقسم هذا المرض إلى ثلاث علاجات:

أ . علاج مناعي سلبي: ويتمثل في إستعمال أجسام مضادة.

ب . علاج مناعي إختياري: ويتمثل في توفير خلايا صالحة مناعيا للمريض وهذا عن طريق تطعيم النخاع العظمي.

ج . علاج مناعي نشيط: ونجد في هذا العلاج شكلين:

ج-1- علاج نوعي: يستعمل فيه خلايا ورمية مقتولة أو معدلة بعدة تقنيات.

ج-2- علاج غير نوعي: ويستعمل فيه المتغيرات المناعية أو علاجات مساعدة للمناعة

(لارا ، 1987)

• الآثار الجانبية للعلاج المناعي:

يسبب علاج تقوية المناعة أعراض تشبه الأنفلونزا مثل: البرد، الحمى، آلام العضلات، ضعف جسدي إلى جانب فقدان الشهية.

- غثيان وقيء والإسهال وطفح جلدي.

- النزيف وظهور كدمات الجلد.

15-5 العلاج الهرموني:

يقوم بتحطيم الغدد الصماء بواسطة إستعمال مشتقات هرمونية أو أدوية أخرى معارضة أو معدلة للإفرازات الهرمونية الفيزيولوجية، وهي تتداخل في ذلك أيضا بعض الخلايا الورمية ذات المستقبلات الهرمونية الحساسة لها، والأورام الحساسة للعلاج الهرموني هي: سرطان الثدي، البروستات، هرمونات جنسية أنواع السرطانات اللمفاوية (مثل الطحال واللوزتين)، سرطان المبيض غشاء الرحم، الكلية و الغضروف الدريقي.

العلاج الهرموني المهتم بالقضاء على منبع الإفراز، أما العلاج الإضافي فيأتي ذات المفعول المتغير. (ياكز، 1985)

15-6 التخثير الكهربائي:

التخثر الكهربائي هي تقنية علاجية تتمثل في تسليط تيار كهربائي على الجلد، إذا يعمل هذا الأخير على تحطيم نسيج من خلال التخثر .

(لارا، 1987)

16- الوقاية:

ويكون ذلك كما يلي:

- تناول أغذية متوازنة وطازجة حسب المجموعات الغذائية الموصى بها .
- الإهتمام بتناول الفاكهة والخضار الطازجة الغنية بالألياف وفيتامينات (أ ، ج ، س)
- غسل الفاكهة والخضار جيدا للتخلص من المبيدات الكيماوية.
- المحافظة على الوزن المناسب للجسم وممارسة الرياضة المناسبة.
- تجنب التدخين والملونات البيئية بقدر الإمكان.
- تفادي التعرض للمواد المشعة وغازات الأفران.

17- محاربة السرطان بالفحص المبكر:

ربما كانت من أهم مصائب المرض هو الخوف من مواجهة المرض بالهروب ففي البلدان المتطورة لا تذهب الناس إلى الطبيب لأنهم مرضى، بل لأنهم أصحاء ويريدون الحفاظ على صحتهم، فهم يؤمنون بالكشف الطبي الدوري على صحتهم لتلاقي المرض في مراحله الأولى إذ وجد، حيث يكون العلاج حينئذ ميسورا وذلك قبل إستفحاله وهذا ينطبق بالأكثر على مرض السرطان حيث تكون نسبة الشفاء مرتفعة جدا، إذا ما أكشف عنه في مراحله الأولى ، حيث توجد بعض المؤشرات التي قد تنبئ بوجود السرطان ومنها:

- سعال مستمر أو بحة لا تشفى.
- نزيف غير إعتيادي.
- خراج لم يظهر عليه أي تحسن.
- تغيير في إنتظام دورة الأمعاء أو المثانة.
- أي ورم صلب في الصدر أو الرقبة أو في أي مكان آخر في الجسم.
- أي فقدان غير متوقع في الوزن.
- تقرحات في الجلد لا تشفى.

وقد لا تشير أي من هذه العلامات إلى السرطان، ومع ذلك فلا بد من الحيطه والفحص الدوري لتفادي الخطر في مهده.

تقول الإحصائيات العالمية أنه بعد أن كان يشفي 1 من 4 سابقا، أصبح الآن 1 من 3، أي بإنقاذ 150,000 نسمة بدلا من 75,000 في بلد معتدل السكان والمساحة. لذلك وجب التشديد على أهمية الفحص المبكر والذي هو البديل الوحيد نحو صحة سليمة، فلذا فإن شعار منظمة السرطان العالمية هو حارب السرطان بالفحص المبكر حيث أن الوقاية خير من العلاج.

الفصل الثالث : السرطان

جدول رقم (2) طريقة الفحص والكشف عن أورام السرطان

المرض	السن	الفحص (طريقة الكشف)
* سرطان الثدي	* 18 سنة فما فوق * 35 - 50 سنة * 50 سنة فما فوق	* الفحص الذاتي مرة كل شهر * تصويرها موغرافي (مرة كل سنتين) و فحص سريري كل سنة * تصويرها موغرافي (مرة كل سنة) فحص سريري مرة كل سنة.
* سرطان الرحم	* 35 سنة فما فوق	*مسحة عنق الرحم مرة كل ثلاث سنوات
* سرطان القولون	* 50 سنة فما فوق	القولون مرة كل خمس سنوات

كذلك من المعلومات الحالية، يعتقد أن 80% من السرطانات من الممكن منع حدوثها، ومن المسببات المعروفة للسرطان التي إذ تفاديها منع حدوث أو الإصابة بالسرطان بنسبة كبيرة.

الفصل الثالث : السرطان

جدول رقم(3) يمثل مسببات المرض من مركز مكافحة السرطان C.A.C البلدية 2012.

نسبه تسببه بوفيات السرطان	مسبب المرض
* 30 %	* التدخين
* 30 %	* نوع الغذاء
* 7 %	* العلاقات الجنسية والخلاف
* 3 %	* مسكرات (الكحول)
* 1 %	* الأشعة فوق البنفسجية
* 1 %	* التلوث

18- عدد الإصابات في الجزائر :

ظاهرة سرطان الثدي إن صح القول هي ظاهرة تمس الجزائر كبقية بلدان العالم فحسب نتائج LA CNAS بخصوص الإصابات السرطانية لعام 2010 في الجزائر العاصمة فإن سرطان الثدي يتصدر السرطانات الأنثوية و ذلك بتسجيل 30000 امرأة يتراوح معدل أعمارهن حوالي 45 سنة ، و بفضل التقدم في العلاج و الفحص المبكر يمكن الشفاء حوالي 85 بالمئة من سرطانات الثدي، فيقول الخبراء، أنه عندما يكون حجم الورم أقل من 1 سم "العقدة السلبية" تفرض البقاء على قيد الحياة أكثر من خمس سنوات لا يقل عن 90 بالمئة ، كما أن عدد الحالات في تزايد مستمر و يتم تشخيص 7000 حالة من سرطان الثدي كل عام في الجزائر، و هناك زيادة ملحوظة في معدل الإصابة والمرض يصيب خصوصا الشابات و هناك حوالي 80 بالمئة يخضعون للجراحة و نسبة 20 بالمئة من الحالات التي تكون في مرحلة متقدمة.

الفصل الثالث : السرطان

أما عدد الإصابات لسنة 2011 فسجلت 40000 امرأة مصابة بسرطان الثدي من نسبة السرطانات الأخرى 90000 ، وحسب البرفسور مجوب فإنه أكثر من 45 ألف حالة إصابة بالسرطان، و11 ألف إصابة بسرطان الثدي، و 3500 حالة وفاة لسنة 2015 . ومن خلال هذه الدراسات و النتائج نستخلص أن الإصابة بسرطان الثدي في الجزائر ترتفع من سنة لأخرى .

19- عملية جراحية لإستئصال الثدي:

1-19 العملية:

إذا كان ورم الثدي خبيثا ويهدد المريض، فإنه لا يحتاج إلى إستئصال كامل ثدي المصابة بالضرورة، وإذا تم تشخيص السرطان في وقت مبكر سيحاول الجراح المحافظة على أكبر قدر ممكن من ثدي المصابة، ومع ذلك لا يزال كثير من الجراحين يفضلون إستئصال الثدي المصاب، إذا تأكد لهم وجود خطر إنتشار السرطان في الجسم.

(DrTony Smith,2002)

2-19 خلال العملية:

قد يقرر الجراح إستئصال الورم السرطاني فقط، وفي هذه العملية يستأصل الجراح الورم فقط أو يحدث شقا على شكل إسفنجي لإستئصال الورم، والنسيج المحيط به وهناك أربعة أنواع لعملية إستئصال الثدي كاملا ففي عملية جذرية لإستئصال الثدي يزيل الجراح الثدي بأكمله، بالإضافة إلى الغدد اللمفاوية من الإبطين والعضلتين الصدريتين، وفي عملية جذرية معدلة لإستئصال الثدي يترك الجراح إحدى العضلتين الصدريتين في مكانهما، وفي عملية بسيطة لإستئصال الثدي يزيل الجراح الثدي فقط، وفي عملية تحت الجلد لإستئصال الثدي يرتد الجراح الجلد والأنسجة السطحية في مكانها ويولج ثديا صناعيا من مادة السيليكون ليحل محل النسيج الذي أزاله، تكون المريضة تحت تخدير عمومي خلال هذه العملية وتستغرق ما بين ساعة واحدة إلى ساعتين.

19-3 بعد العملية:

يوضع للمريضة أنبوب لتصريف السائل من موقع الشق، وقد تتطلب هذه العملية البقاء في المستشفى لمدة تتراوح بين أسبوع واحد وعشرة أيام. (ملاحظة الباحثة)

19-4 النقاهاة:

يستمر العلاج بالأشعة أو بالأدوية المسممة للخلايا، وإذا كانت المريضة تتجاوز سن اليأس تعالج بالهرمونات لمنع الخلايا السرطانية، وقد يطلب منها إجراء فحص عام للجسم مرة كل ستة أشهر أو إثنتي عشرة شهرا.

20- الآثار النفسية لمرض سرطان الثدي:

إن مجرد تلقي خبر الإصابة بمرض السرطان يعتبر صدمة عميقة و أليمة، وهذا مهما كانت بنية الشخصية الفرد، حيث نجده معرض لخطر جديد يتمثل في الإعلان عن الموت المسبق. الإنعكاسات النفسية تبدأ بأحاسيس بسيطة ومعاناة تتماشي مع طبيعة الحدث الصدمي الذي عاشه المريض أثر الإعلان عن نتيجة التشخيص إلى غاية تطور تناذرات معقدة ومرضية خاصة في حالة عدم تواجد سند عاطفي، وتكفل نفسي عاجل. هناك حالات أين تكون الإستجابة باطنية صامتة، حيث نجد المريض جامد في حال إنعزال شديد وخرس قاتل إكتئاب.

وفي حين آخرين نجدهم في حالة إفراغ فائض الإحساسات التي تغمره عن طريق أساليب نفسية حركية حادة: البكاء الشكاوي والقلق الذي يسيطر على تصرفهم وأفكارهم والذي يعتبر إستجابة عادية لظرف صدمي أو حالة يعيشها الفرد و هو يرفضها، هذا كما يمكن أن نلاحظ على المريض العياء النفسي، الحزن، ضعف نفسي حركي مع نظرة متشائمة للمستقبل إلى جانب الخوف المستمر من الحالة التي سيؤول إليها.

(محمد خليفة بركات، 1975)

خلاصة الفصل :

ما يمكن القول من خلال ما وصلنا إليه هو أن السرطان من أهم التحديات في عصرنا هذا فحتى الآن أكثر من نصف أمراض السرطان تبقى دون معالجة شافية، كما أن السبب الحقيقي وراء الإصابة بالسرطان أو ما يسمى بالورم الخبيث يبقى دون كشف. وسرطان الثدي له أهمية قصوى نظرا لكثرة إنتشاره، ونظرا للإصابة به، إن لم تكن خطرة على الحياة، فهي مشوهة لجسم المرأة، ومؤثرة على صورتها الجسدية، والوقاية منه ممكنة إذا إتبعت السيدات التعليمات، وحاولت تفادي على قدر المستطاع بعض العوامل الظاهرة التي تساعد على خطر الإصابة بسرطان الثدي. ومنه فالأبحاث مازالت قائمة تهدف إلى محاولة معرفة الأسباب المباشرة والغير مباشرة وراء الإصابة بالسرطان الثدي، و الإتجاه الحالي هو نحو الجينات و إن كانت معظم الأبحاث لم تتوصل بعد إلى معرفة السبب حتى الآن لكن من المؤكد أن الوقاية تبقى أحسن طريقة لتفادي خطر الإصابة.

الفصل الرابع

القلق

تمهيد

- 1- مفهوم القلق
 - 2- النظريات المفسرة للقلق
 - 3- أنواع القلق
 - 4- أسباب القلق
 - 5- أعراض القلق
 - 6- التشخيص
 - 7- علاج القلق
- خلاصة الفصل

الفصل الرابع :القلق

تمهيد :

انتشرت مؤخرا العديد من الإضطرابات النفسية و من بينها القلق و الذي يعتبره علماء النفس أخطر الأمراض النفسية التي يتعرض لها الإنسان، حيث تكمن خطورته في الدور الفعال الذي يلعبه في خلق إستجابات و إضطرابات في وظائف الجسم، و لقد اختلفت آراء العلماء و الباحثين في تفسير القلق و معرفة مفهومه و أسبابه و أيضا مدى تأثيره على حياة الإنسان النفسية والجسمية، وخاصة ما لاحضناه عند المرأة المتعرضة لعملية إستئصال الثدي .

وفي هذا الفصل سنتعرض لمفهوم القلق و معرفة آراء أهم النظريات المفسرة في العوامل المسببة لحدوثه .

1- مفهوم القلق :ظهرت العديد من التعاريف لإضطراب القلق أهمها :

يعرفه نوبير سيلامي على أنه " حالة وجدانية تتميز بعاطفة من إنشغال البال ، و فقدان الأمن والإضطراب المنتشر في الجسم والنفس، وتوقع خطر غير محدد يقف أمامه عاجزا". (نوبير سيلامي، 2001).

● يعرفه حسنين أحمد حشمت ومصطفى حسين باهي كالتالي " القلق هو مرحلة شعورية ذاتية و تتميز بالتوتر مصحوبة أو مرتبطة بإستثارة الجهاز العصبي الإرادي ".
(حسين أحمد حشمت و مصطفى حسين باهي، 2006).

● كما يعرفه حسين منسي على أنه " خبرة إنفعالية مؤلمة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شئى دون أن يستطيع تحديده بدقة و وضوح " .

● كما يمكن أن يكون القلق شعور عام مبهم بالخوف و التوجس و التوتر، دون إدراك مصدر الخوف، ويكون مصحوب بأحاسيس جسمية تتكرر من حين لآخر بشكل ضيق في الصدرأو التنفس أو الفراغ في المعدة أو تسارع في نبضات القلب.

(فخري الدباغ، 1983)

الفصل الرابع :القلق

- كما يمكن أن نعني بالقلق تلك الحالة النفسية التي من شأنها أن تحمل على أن يبدي الخوف من أشياء لا تسبب الخوف للأشخاص العاديين، أو الخوف من أشياء غامضة .
(يوسف مخائيل أسعد، بدون سنة).
- و يرى غسان جعفر أن " القلق هو خوف غير مبرر ينجم عن إستجابة نفسية لكرب أو مرض داخلي أو خارجي " (غسان جعفر، 2002).
- كما يمكن تعريف القلق على أنه عبارة عن رد فعل لخطر فقدان الموضوع فهو إحساس نشعر به و نسميه حالة وجدانية، و هو إحساس غير واضح و من الصعب إثبات وجوده .
- و لكن يمكن ملاحظة القلق الذي يكون مصحوب بإحساسات بدنية معينة راجعة إلى أعضاء معينة من البدن و أكثر هذه الإحساسات متعلقة بأعضاء التنفس و بالقلب وتعطينا دليل على حركة الأعصاب .
- كما يقصد بالقلق حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلكه الإنسان، و يسبب له كثيرا من الضيق والألم، والشخص القلق لا يستقر له قرار، ولا يستطيع أن يركز إنتباهه طويلا على عمل، ويبدو بانسا، متشائما، يشك في كل ما يدور حوله، ويتوقع الشر في كل خطوة يخطوها و هو يشعر بالخوف من أمور كثيرة كالموت و المرض و الفراق .
(نور الهدى محمد الجاموس، 2004).
- أيضا نجد حامد عبد السلام يعرف القلق على أنه " حالة من توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصحبها خوف غامض، و أعراض نفسية وجسمية " .
(حامد عبد السلام زهران، 1977).

الفصل الرابع :القلق

1- النظريات المفسرة للقلق :

اختلفت وجهات النظر لعلماء النفس و نظرياتهم في تحديد مفهوم القلق و أهم هذه النظريات ما يلي :

2-1 نظرية التحليل النفسي :

- يرى سيغموند فرويد أنه توجد علاقة وثيقة بين القلق و الحرمان الجنسي، فالذين يشكون من الحرمان الجنسي يعانون غالباً من مشاعر القلق، وأكد أن الرغبة الجنسية تضعف حين يحل القلق محلها . (محمد عبد الحليم منسي، بدون سنة).

لكن فرويد عاد فعدل رأيه حول القلق و ذلك في نظريته الأخيرة التي شرحها في كتابه(القلق) حيث قال أن كلا من القلق العصابي و القلق الموضوعي رد فعلي لحالة خطر والفرق بينهما أن الأول يرجع لخطر غريزي داخلي أما الثاني فيرجع إلى خطر خارجي موضوعي معروف، كما أن فرويد في نظريته الأخيرة جعل القلق مؤدياً إلى الكبت بعدما كان يعتقد في نظريته الأولى أن القلق هو نتيجة للكبت، و بهذا المفهوم الجديد يصبح القلق في رأي فرويد، دور كبير في نشوء العصاب الذي هو وسيلة دفاعية يحاول بها " الأنا " إتقاء خطر غريزي داخلي وبعبارة أخرى يكون القلق هو لب أو محور العصاب . (مصطفى غالب، 1979).

- رأي أدلر : حيث يرى أن القلق النفسي ترجع نشأته إلى طفولة الإنسان الأولى، كأن يشعر الفرد بقصور الذي ينتج عن عدم الشعور بالأمن، وقد حدد مفهوم القصور في بادئ الأمر بأنه القصور العضوي ثم عمم هذا القصور حتى شمل القصور المعنوي أو الإجتماعي أيضاً، و أكد أدلر على العلاقة بين القصور العضوي و القلق و إعتقد أن وجود أحد الأعضاء القاصرة يؤثر دائماً على الحياة النفسية للشخص، لأنه ناقص في نظر نفسه فيزيد شعوره بعدم الأمن و من ثم ينشأ لديه القلق .

(أحمد فاضلي و رشيد مسيلي، 2009).

الفصل الرابع :القلق

وبالتالي فإن القلق حسب فرويد هو نتيجة للحرمان الجنسي، كما يرى أن القلق يؤدي إلى الكبت، أما أدلر فقد يرى أن مشاعر العجز أو النقص أو القصور الجسمي و النفسي هي التي تؤدي إلى القلق .

2-2 النظرية السلوكية :

يرى أصحاب المدرسة السلوكية أن القلق ينشأ نتيجة خوف مكتسب من خلال التعلم الشرطي، فالقلق لا يختلف عن الخوف (الفوبيا) وكل ما في الأمر أن القلق أصبح منتشرًا نتيجة لتعميم الخوف على مثيرات في البيئة، ظهرت على التوالي مع المثير الأصلي الذي يسبب الخوف .

(محمود عبد الحليم منسي و آخرون، بدون سنة).

ويعتبر "أيزنك" أن العصاب هو مجرد عادة خاطئة تعلمها الفرد نتيجة تجارب و ظروف تركزت عن طريق المنعكسات الشرطية المتعددة، و أنه لا علاقة للعصاب باللاشعور والكبت، ولذلك فإن المرض العصابي يمكن معالجته بإطفاء العادة المرضية و تأسيس عادة جديدة أو بناء سلوك طبيعي جديد في محل السلوك الخاطئ .

كما تعتمد النظرية السلوكية على نظرية التعلم الشرطي و التي تعتبر الأمراض النفسية عادات سلبية متعلمة، أي أنها أفعال شرطية منعكسة لذلك يسعى العلاج السلوكي إلى إطفاء أو كف هذه الأفعال الشرطية و تكوين فعل منعكس شرطي بديل و ايجابي .

و تعتبر المدرسة السلوكية أن القلق ينشأ في الماضي من مثير مخيف و تكرارات هذا المثير عدة مرات يصبح تزاوج بين المثير و السلوك .

(أحمد فاضلي، رشيد مسيلي).

فالقلق عند السلوكين إذن ليس سوى إستجابة طبيعية اذا كانت مستثارة بمثير في مواقف لاتلقى نفس الإستجابة عند عامة الناس، أو إذا كانت بالغة الشدة، أما من حيث التكوين والنشأة فإن إستجابة القلق المرضي تكتسب بنفس الطريقة التي يكتسب بها القلق العادي .

(إيمان فوزي، 1996).

2-3 النظرية البيولوجية :

توصل علماء الطب الحديث للكشف عن بعض الإمرات التي تشير الى إحتمال وجود أساس بدني لإضطراب القلق، وكان هناك أول دليل يشير إلى أن التعرض للإصابة بالمرض قد يتم توارثه عن طريق الجينات، كما يشار أيضا إلى أن القلق قد ينشأ من زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعية السمبتاوي و الجهاز العصبي البراسمبتاوي، ومن ثم فإن ذلك يؤدي إلى زيادة نسبة الأدرينالين في الدم، ثم تنشيط الكبد و تولد المادة السكرية في الدم وزيادة نبضات القلب و جحوظ العينين و شحوب الجلد و جفاف الحلق و زيادة إفراز العرق و عمق التنفس و إرتجاف الأطراف، أما ظواهر الجهاز البراسمبتاوي فأهمها كثرة التبول و الإسهال و زيادة الحركات المعوية وكذا إضطرابات النوم و الشهية.

ومن ناحية أخرى أكدت البحوث الحديثة على أثر العامل الوراثي في ظهور القلق ومن بينها تلك الدراسات التي أجريت على التوأم و التي تبين فيها أن التشابه في الجهاز اللارادي و الإستجابة للمنبهات الخارجية و الداخلية بصورة متشابهة يؤدي إلى ظهور أعراض القلق لدى التوأمين كما أظهرت دراسة الأسر أن 15 بالمئة من أبناء و اخوة مرض القلق يعانون من نفس المرض .

(أحمد فاضلي، رشيد مسيلي، 2004).

وهكذا فإن هذه النظرية ترى أنه كلما زادت صلة القرابة البيولوجية بالشخص المصاب إزداد الإحتمال في ظهور القلق .

2-4 النظرية المعرفية :

أصبح الجانب المعرفي مهما في تناول و تقدير إنفعالات الفرد، و أصبح الشغل الشاغل بمجال الإرشاد و العلاج النفسي بصفة خاصة، ومن المحاولات السيكلوجية الجادة التي إهتمت بالجانب المعرفي و حاولت تفسير الإضطرابات الإنفعالية في علاقتها بالتفكير اللاعقائي نظرية "اليس" الذي حدد إحدى عشر فكرة لاعقلانية يعتقد أنها مسؤولة عن العديد من الإضطرابات النفسية خاصة القلق وهي :

الفصل الرابع :القلق

- من المهم أن يكون الفرد محبوب من المحطين به ومحل رضاهم .
- يتحتم أن يكون لدى الفرد درجة عالية من الكفاءة و الإنجاز .
- يجب أن توقع العقوبة على الأشخاص الشريرين الذين يتصفون بالجبن و الوقاحة .
- أنها لكارثة أن تسير الأمور عكس ما يتمناه الإنسان .
- ترجع تعاسة الإنسان و شقاؤه إلى الأمور الخارجية، ليس له طاقة في السيطرة عليها.
- من الطبيعي أن يشعر الفرد بالخوف و الإرتباك عندما يتعرض للأحداث الخطرة أو المخيفة و يجب توقع مثل هذه الأحداث على الدوام.
- من السهل أو الأفضل تجنب بعض الصعوبات بدلا من مواجهتها .
- يجب على الفرد أن يعتمد على الآخرين و يجب أن يكون ما هو أقوى منه من الناس ليستند إليهم .
- لا يمكن للإنسان أن يتخلص من أثار الماضي، فالخبرات و الأحداث الماضية هي محددات الأساسية للسلوك الحاضر .
- على الفرد أن يحزن و ينزعج عندما تحل بالآخرين مشكلة أو كارثة .
- لا يوجد سوى حل صحيح واحد لكل مشكلة، و يجب الحصول عليه .
- فلكل من أساليب التفكير الخاطئة و الأفكار و المعتقدات الخاطئة و السلبية عن الذات تؤثر مباشرة في السلوك تأثيرا سلبيا .
- كما يفسر " بيك " القلق بأسلوب مماثل لأسلوب " إيس "في تفسير الإضطرابات الإنفعالية عموما، فيرى أن القلق إنفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيراً معبراً عن تقويماً أو تقدير لخطر محتمل، و تبدو هذه المخاوف معقولة لدى المريض الذي يسود تفكيره موضوعات الخطر و التي قد تعبر عن نفسها فيما يلي :
- تكرار التفكير المتصل بالخطر .
- إنخفاض قدرة التمعن أو التفكير في الأفكار المخيفة و تقويمها بموضوعية .
- تعميم المثيرات المحدثة للقلق إلى حد يجعل أي مثير أو موقف يدرك أنه مهدد، فإنتباه المصاب يبدو أنه متوقف عند، أو مرتبط بتصور أو مفهوم الخطر مع إنشغال البال

الفصل الرابع :القلق

الدائم بالمثيرات الخطرة و بسبب تثبت أو توقف إنتباه المصاب على المفاهيم أو المثيرات المتصلة بالخطر فإنه يفقد كثيرا من القدرة على أن ينتقل فكره إلى عمليات أخرى داخلية أو إلى مثيرات أخرى خارجية، فموضوع أو مفهوم الخطر مبالغ فيه مع الميل إلى تأويل المأسي و الأخطار الإقتراضية و جعلها مساوية للأخطار .

ومن هنا يمكن القول أن الإتجاه المعرفي يرى أن الإنفعالات غير الملائمة مثلما هو الحال في اضطراب القلق إنما تقوم على أساس من الأفكار غير المنطقية، مما يؤدي إلى إعاقة السلوك الواقعي، لذلك يتحدث " إليس " عن الإرتباط الوثيق بين المشاعر المضطربة و الأفكار غير المنطقية، في حين يتحدث " بيك " عن المعتقدات و النظام الفكري السائد لدى الفرد وكذا طريقة رؤيته للأشياء المحيطة به و لنفسه .

(أحمد فاضلي، رشيد مسيلي)

3- أنواع القلق : يصنف القلق إلى مايلي :

3-1 القلق الموضوعي (الواقعي) :

هذا النوع من القلق هو أقرب الى الخوف، ذلك لأن مصدره يكون واضحا في المصاب فالفرد يشعر بالقلق مثلا إذا سقط من مكان مرتفع، أو إذا قرب وقت الإمتحان، وعادة يرتبط القلق في مثل هذه الحالات وغيرها بالعالم الخارجي .

(فيصل محمد خير الزراد).

و أيضا هذا القلق مرتبط بالبيئة، ويطلق عليه بالقلق الموضوعي، فهو يعزى إلى الخبرة المؤلمة الأولى و إثارة مشاعر الإحساس بالقلق، و قد أشير إلى أن صدمة الميلاد تسبب في حدوث هذا القلق أصلا، والمتمثلة في خروج الطفل من بطن أمه إلى عالم الدنيا، و هو يعرفه بأنه ما يشعر به الطفل وينمو معه وهو وحيد عاجزا إزاء البيئة المحيطة به حتى يطلق عليه تسمية ((قلق حقيقي)) .

(أديب محمد الخالدي، 2006).

الفصل الرابع :القلق

كما يطلق عليه أحيانا إسم القلق الصحيح أو القلق السوي، و يحدث هذا في مواقف التوقع أو الإقدام على الزواج أو إنتظار نبأ هام أو الإنتقال من القديم الى الجديد و من المعلوم إلى المجهول أو من حدوث تغيرات إقتصادية أو إجتماعية .

(حامد عبد السلام زهران، 1977).

ومن هذا يمكن القول أن القلق الموضوعي، قلق مؤقت يمكن معرفة مصدره .

2-3 القلق العصابي :

هذا النوع من القلق يحدث للفرد دون أن يستطيع معرفة سبب مخاوفه، فقد يكون على شكل قلق عام عند الفرد سواء في علاقاته الإجتماعية أو في منزله أو في مكان عمله ويكون قلقه من موضوع خاص، وقد تكون مثيرات هذا القلق ليس لها علاقة بالموضوع الذي يقلقه مثل القلق و الخوف من المرور من جانب المقبرة، أو الخوف من الحشرات وقد يكون هذا القلق ناتج من توقع حدوث شيء خطير بسبب خبرة مؤلمة كانت قد حدثت من قبل، مثل الخوف من تكرار حدوث هزات أرضية أو من تكرار حدوث نوبة إغماء وقد لا تكون لمثل هذه الظواهر مقدمات لحدوثها.

(حسين منسي، 1998).

فالقلق العصابي هو داخلي المصدر و أسبابه لا شعورية مكبوتة غير معروفة ولا مبرر له ولا يتفق مع الظروف الداعية إليه ويعوق التوافق والإنتاج والتقدم و السلوك العادي.

(حامد عبد السلام الزهران، 1977).

أيضا يعرف القلق العصابي بالقلق المرضي و هذا لأن صاحبه لا يدرك مصدر علته وكل ما هناك أنه يشعر بحالة من الخوف الغامض المنتشر وغير محدد .

(فيصل خير الزراد، 1984).

القلق المرضي قلق داخلي غامض ، غير محدود المعالم، تختلف شدته و عمقه من شخص لآخر، و في هذه الحالة يجهل الإنسان في الغالب مصادر قلقه، و لا تأتي تصرفاتهم ردود أفعاله جوابا على عوامل و مسببات معينة، بل على تهديدات غامضة وشاملة،

الفصل الرابع :القلق

ولهذا يلاحظ أن رد الفعل يكون بطريقة عشوائية، و أن السلوك يكون عادة فوضويا لا يقضي على القلق، بل يزيد في سيطرته و تمكنه .

(الأزرق بوعلو، بدون سنة).

فالقلق العصابي عرضه مشترك في جميع الأمراض النفسية و العقلية، فهو أشد عنفا أطول بقاء و أكثر تعطيلًا للفرد، حيث أن المريض بهذا العصاب يتوقع الشر من كل شيء و من كل مصدر، و يرى في كل حدث نذير سوء، ويؤول كل ظنه على أسوء وجه، ولا يرى الجانب المفرح من الأمور و لا يترقبه ولا يتصوره .

(أحمد عزت راجح، بدون سنة).

3-3 القلق الأخلاقي أو الذاتي :

هذا النوع من القلق يحدث داخل الشخص، و ليس صراعا بين الشخص و العالم الخارجي أي أنه ناتج عن ضمير الشخص و خوفه منه، عند قيامه بسلوكيات تخالف عادات و تقاليد أو أعراض المجتمع الذي يعيش فيه، و القلق الخلقي كامن داخل تركيبة الشخص و عادة يظهر القلق الخلقي أعقاب حالات الإحباط المرتبطة بالآنا الأعلى لدى الفرد، التي تنسجم مع القيم الإجتماعية، حيث يمكن القول أن مصدر هذا النوع من القلق ترجع إلى نوع التنشئة الإجتماعية لدى الأفراد ويصعب علاجه عند الكبار، و عادة يصاحب هذا القلق الإحساس بالذنب، لذلك يمكن التفريق بين القلق السوي و القلق المرضي أو العصابي .

(حسين منسي، 1998).

4- أسباب القلق :

1-4 العامل الظهور الوراثي : بعض الأبحاث الحديثة تؤكد على تأثير العوامل الوراثية على

ظهور القلق، ومن بينها تلك الأبحاث التي أجريت على التوائم، حيث تبين أن التشابه في الجهاز العصبي الإرادي والإستجابة للمنبهات الخارجية و الداخلية بصورة متشابهة يؤدي إلى ظهور أعراض القلق لدى التوأمين، كذلك أظهرت دراسة الأسر أن 15 بالمئة من أبناء وإخوة إضطراب القلق يعانون من نفس المرض، و قد وجد شيلدز (Shildes)

الفصل الرابع :القلق

(1966) و سليتر (Slater) (1962) أن نسبة القلق في التوأم المتشابهة تصل الى 50 بالمئة و أن 56 بالمئة منهم يعانون من بعض سمات القلق و قد إختلفت هذه النسب بين التوأم غير المتشابهة فوصلت الى 4 بالمئة، كما أن سمات القلق ظهرت في 14 بالمئة من الحالات، وقد يكون ذلك كمؤشر يوضح أن الوراثة تلعب دورا هاما في الإستعداد للإصابة بمرض القلق العصابي . (فيصل محمد خير الزراد، 1984).

4-2 العامل الفيزيولوجي :

تنشأ أعراض القلق النفسي من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعية السمباتي و البرسمباتي، ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين و النورالأدرينالين في الدم، ومن علامات تنبيه الجهاز السمبتاوي أن يرتفع ضغط الدم، و تزيد ضربات القلب، و تجتثظ العينان ويتحرك السكر في الكبد، و تزيد نسبته في الدم مع شحوب في الجلد، و زيادة العرق وجفاف الفم و أحيانا ترتجف الأطراف و يصعب التنفس، أما ظواهر نشاط البراسمبتاوي فأهمها كثرة التبول، الإسهال ووقوف الشعر، و زيادة الحركات المعوية مع إضطراب الهضم والشهية و يتميز القلق فيزيولوجيا بدرجة عالية من اليقظة والانتباه في وقت الراحة مع بطء التكيف للكرب أي أن الأعراض لا تقل مع إستمرار التعرض لإجهاد نظرا لصعوبة التكيف لدى مرض القلق .

كما أكدت نتائج التجارب المختبرة وجود أساس فيزيولوجي للقلق إذ أشادت زيادة في إفراز المواد معينة في نهايات الأعصاب، تسمى كاتي كولامينات عندما يكون الفرد في حالة قلق، أما شيهان (Shehan) فيؤكد أن القلق ناتج عن إفراط نهايات الأعصاب في الجهاز العصبي المركزي في نشاطها الكهربائي حين تعمل بسرعة بالغة، وإسراف في إنتاج التنبهات العصبية.

(أديب محمد الخالدي، 2006).

الفصل الرابع :القلق

3-4 العامل السيكولوجي :

تؤكد نتائج الدراسات النفسية و الإكلينيكية بأن أعراض اضطراب القلق لدى المصابين في صورة نوبات تزداد شدتها عبر مراحل مختلفة يمر بها الفرد المصاب، و أن هذه النوبات هي بمثابة دفعات غير ناضجة ضد النزعات الباعثة عن القلق مقترنة بخبرات مؤلمة كفقدان الأمن النفسي ،وقلق الانفصال في مرحلة الطفولة، ويتم إستخدام مختلف الحيل الدفاعية، هذا ما تفسره نظرية التحليل النفسي، أما النظرية السلوكية فتحدد الأساس النفسي للقلق على أنه إستجابة متعلقة إما من نموذج والدي أو من إشریط كلاسكي.

و يشير لتسكي (Shedlsky) و أندلر (Andler) (1974) الى أنواع معينة من الجوانب و المواقف النفسية التي تكون مسؤولة عن إثارة مشاعرالقلق لدى الفرد ، كالعلاقات الشخصية خاصة و التهديد المادي و الغموض .

(نفس المرجع السابق).

أيضا التعرض لضغوط إنفعالية تفوق القدرة للفرد على الإحتمال، تؤدي إلى الإصابة بالقلق النفسي، كما قد تبدأ حالة القلق قبل مواجهة المواقف مثل القلق المرتبط بالإمتحان و الذي يحدث نتيجة توقع الصعوبات و يتزايد قبل وقت الإمتحان، كما قد يحدث القلق مصاحبا للتعرض للضغط مثل ما يحدث في أوقات الحروب و الكوارث الطبيعية .

(لطفي عبد العزيز الشربيني، بدون سنة).

4-4 عوامل أخرى :

*سوء التربية :

هو من أهم أسباب الإصابة بحالة القلق، حيث أن بعض الأمهات أو المربيات يلجأن إلى تخويف الأطفال لحملهم على النوم أو الطاعة، فتخويف الطفل مثلا بالعفاريت أو اللصوص يترك في مخيلته ذكريات سيئة لا تلبث أن تعود إلى ذاكرته و شعوره في مقبل عمره عند وجود ظروف أو مناسبات شبيهة بتلك التي تعرض فيها لهذه الأقوال أو الأفعال المخيفة في طفولته ويلازمه الخوق بعد ذلك في كل تصرفاته (عبد الفتاح دويدرا، 1996).

الفصل الرابع :القلق

*إنحراف النشأة :

يهمنا هنا هو الإنحراف الذي أساسه النشأة في بيئة تدلل الطفل و تعززه، و تظهر كثيرا من الخوف عليه، فينشأ لا يقدر على مواجهة متاعب الحياة فيخشى في الأول من العسير ثم يخاف من اليسير بعد ذلك، و تنتهي حالته إلى أن يصبح الخوف من شيمه و خصائصه فيلازمه في كل الأمور و سرعان ما تتفاقم حالته و تظهر فيها الشذوذ .

*شذوذ التكوين :

إن من ينشأ و هو يشعر بنقص ما في تكوينه البدني أو قدراته على مشاركة غيره في المنافسة في شتى النواحي الخاصة بالحياة، يظل طول دهره يخشى أن يصادفه في الحياة ما يظهر نقصه هذا و هو إن كان، كما أشار " أدلر " يسعى جهد طاقته لمدارة هذا النقص بالتوفيق في ناحية من نواحي الحياة المختلفة، إلا أن شعوره بالنقص لا ينفك يلاومه، و قد يدفع به إلى الخوف من مواجهة بعض المشكلات التي قد يكون مضطر لمواجهتها هذا ما يؤدي به للإصابة بحالة القلق. (نفس المرجع السابق).

*الصراع النفسي :

فقد ينتج القلق عن صراع نفسي مصدره الدوافع الفردية كالغريزة الجنسية مثلا، أو عن صراع مصدره العراقيل الإجتماعية و المحيطية، فالصراع الداخلي بين الرغبتين يخلق لدى المرء حيرة عندما يعجز عن تحديد أيهما أقل خطر، و يصاحب هذا الصراع الخوف من العار، أو من عذاب الأخرة أو من عقاب أكثر فائدة، وكل ذلك يؤدي إلى الشعور بالفشل و القلق، فإذا نفذ الفرد رغباته، وهو يشعر أنه يتنافى مع الأخلاق يظل قلقا، ولو حاول إظهار العكس، وإن كبتها يكون عاقبة وخيمة .

(الأزرق بوعلو، بدون سنة).

الفصل الرابع :القلق

*الإستعداد النفسي :

إن شعور الفرد بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه الظروف البيئية بالنسبة لمكانته أو أهدافه و التوتر النفسي الشديد و الأزمات و الخسائر و الصدمات النفسية و الشعور بالذنب و الخوف من العقاب و توقعه، و المخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة و الشعور بالعجز و النقص و تعود الكذب بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة.كل هذا يؤدي إلى القلق.(حامد عبد السلام زهران، 1977).

5- أعراض القلق:

1-5 الأعراض الجسمية :

*أعراض الجهاز القلبي الدوراني :

يشعر المريض بألم فوق القلب مع سرعة دقاته و الإحساس بالنبضات في كل مكان وإن حاول النوم يشعر بضيق و ألم في الرأس مما يجعله في حالة خوف و ذعر من حدوث انفجار المخ، وقد تجد ضغط الدم مرتفعا من جراء الإنفعال وهذا ما يدفع المريض بالقيام بسلسلة من الفحوصات للقلب و رسمه و تخطيطه مما يزيد من قلقه .
(مصطفى غالب، 1979).

ويعيب الخفقان أغلب المتعرضين للقلق ونعني بالخفقان، إحساس الفرد المصاب بضربات قلبه، ويتمثل في صورة ضربة زائدة أو سرعة في دقة القلب و الخفقان في القلب ، البطنين، و هما ينقبضان عادة بإيقاع منظم لكن عضلة القلب في حالات القلق تصبح سريعة الإنفعال تنقبض من غير إلتزام بالإيقاع .
(أحمد فاضلي ، رشيد مسيلي، 2004).

*أعراض الجهاز الهضمي :

يعتبر من أهم الأجهزة التي تتأثر بالقلق ، حيث تتمثل أعراضه في شكل صعوبة البلع أو الشعور بغصة في الحلق أو سوء الهضم و إنتفاخ البطن و أحيانا الغثيان و القيئ أو الإسهال أو الإمساك بالإضافة إلى ألم و مغص شديد (فيصل محمد خير الزراد، 1984).

الفصل الرابع :القلق

و تحدث كذلك نوبات من التجشج تتكرر كلما تعرض الشخص لإنفعالات معينة، وقد لوحظت هذه الظاهرة عند النساء المتزوجات اللواتي يختلفن عن أزواجهن في الشخصية وكثيرا ما يكون القىء علاقة رمزية لإحتجاج على موقف معين أو الشعور بالتقرز أو الإشمزاز من شخص ما .(مصطفى غالب، 1979).

*أعراض الجهاز التنفسي :

يشكو المصاب بالقلق من سرعة التنفس و التنهيدات المتكررة مع شعور بضيق الصدر وعدم القدرة على إستنشاق الهواء، و أحيانا ما تؤدي سرعة التنفس إلى طرد ثلثي أكسيد الكربون (CO₂) ، و تغير درجة الحموضة في الدم، و قلة الكالسيوم النشط في الجسم، مما يجعل الفرد عرضة للشعور بالتمثيل في الأطراف و تقلص العضلات، و الشعور بالدوار و التشنجات و أحيانا الإغماء أو التعرض للغيبوبة .

(أحمد فاضلي، رشيد مسيلي، 2004).

*أعراض الجهاز العصبي :

يشعر المريض بحالة إجهاد مستمر مع صعوبة في السير أو الحركة في بعض الأوقات وكذلك يحس بإهتزازات و تقلصات في بعض أطرافه مصحوبة أو غير مصحوبة بألم . و أكثر ما يشكو المريض الدوار و هو عارض قلما يخلو منه المريض بحالة قلق، كما يشكو الكثيرون من المصابين بالقلق من صداع و إما من النوع العادي أو يظهر بشكل ألام تنتشر في الرأس أو بشكل ثقل.(عبد الفتاح محمد دويدار، 1996).

*أعراض الجهاز البولي التناسلي :

يتعرض معظم الأفراد لكثرة التبول و الإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة، و ذلك أثناء حالة القلق و الإنفعال الشديد، و أحيانا يظهر عكس ذلك، أي إحتباس البول رغم الرغبة الشديدة في التبول، كما نجد أهم أعراض القلق في الجهاز البولي التناسلي ما يسمى بالغة أي الضعف الجنسي لدى الرجل و عدم قدرته على الإنتصاب، أو سرعة القذف، كما نجد كذلك البرود الجنسي لدى المرأة و عدم الإستجابة للرجل و يكون معظم أسبابه القلق

الفصل الرابع :القلق

والإنفعالات و عدم الراحة النفسية و الفكرية، وهذا ما يؤدي لدى المرأة أحيانا إضطرابات شديدة في دورة الطمث الشهرية، مثل إنقطاعه تماما أو كثرة تردده، أيضا هناك أعراض مرضية أخرى مرتبطة بالجهاز البولي التناسلي، كالتبول اللارادي .

(أحمد فاضلي، رشيد مسيلي، 2004).

*أعراض الجهاز العضلي :

يشكو معظم المصابين بحالات القلق من آلام مختلفة في الجسم، كألام في الساقين أو الذراعين أو الظهر وفوق الصدر و كثيرا ما تشخص هذه الأمراض على أنها أعراض روماتيزم، ويبدأ المريض بأخذ العقاقير دون فائدة واضحة، والواقع أن هذه الآلام ترجع إلى أسباب نفسية بحتة و ذلك بسبب القلق المستمر و الصراعات المختلفة.

(مصطفى غالب، 1979).

*توهج الحرارة :

حوالي 72 بالمئة من المرضى بالقلق يقرون بتعرضهم لمثل هذه الأحاسيس، كما تلاحظ عليهم بقع حمراء على جلودهم وخاصة أعلى الصدر وهذا بعد النوبات من هبات السخونة و توهجها .

*الصداع و ما يصاحبه من آلام :

إن الصداع المزمن يصيب 86 بالمئة من المصابين بالقلق و من المؤلف أن نجدهم يتناولون قدرا كبيرا من الأسبرين أو المسكنات للآلام، و الصداع عندهم يكون عنيف جدا من الصداع العادي كما أن الألم لا يقتصر على الرأس بل ينتشر في كامل الجسم .

*إضطرابات النوم :

يعاني المصابين بالقلق من تغيرات في النوم، و بعضها يتعلق بصعوبة البدء في النوم وهو ما يسمى إصطلاحا بالأرق المبدئي أو المبكر، ويتبع ذلك القيام في منتصف الليل نتيجة نوم مضطرب (الأرق المتوسط)بالإضافة إلى ذلك نجد عرض آخر يتعلق بالنوم و هو ما

الفصل الرابع :القلق

يسمى بالهلع الليلي حيث يكون المريض مستغرقا في النوم ثم يصحو فجأة في حالة فزع وقد إستولى عليه الهلع .

(أحمد فاضلي، رشيد مسيلي، 2004).

2-5 الأعراض النفسية :

*الخوف:

هو أكثر الأنواع شيوعا، حيث يعتقد المريض لمجرد شعوره بأي إحساس غير عادي أنه مصاب بمرض من الأمراض الخبيثة كالسرطان، أو الزهري أو التدرن الرئوي (السل) وقد يمكن أحيانا إقناع المريض بخلوه من هذه الأمراض وذلك بفحصه فحصا دقيقا و تأكيد عدم وجود عوارض الخاصة بأي مرض عنده، لكن ذلك لايدوم طويلا فسرعان ما يعود المريض الى إعتقاده و مخافه ما لم تعالج على أساس سليم، كذلك تصادف بكثرة حالات الخوف من الإصابة بأمراض القلب، و التنفس، و الجهاز البولي و الهضمي و..... إلخ. (عبد الفتاح محمد دويدار، 1996).

*التوتر العصبي:

يفقد المريض السيطرة على أعصابه بسهولة في حالة توتر أعصابه لأتفه الأسباب حيث يكون شديد الحساسية لأي ضوضاء تصادفه، و ربما يقفز من مكانه عند سماعه رنين التليفون أو الجرس، وتشرع الأم في حالة إصابتها بالتوتر في ضرب و معاقبة أولادها لأدنى سبب، ثم تندم و تبكي بعدها، و يثور الرجل المتزوج على زوجته لأبسط الأسباب و تصبح هذه الإثارة العصبية مصدر للنزاعات العائلية، و قد تحطم الحياة الزوجية في بعض الأحيان، و قد يظهر هذا التوتر لدى الطلبة قبل الدخول للإمتحانات فيبدأ بالشكوى من ضجيج المواصلات و صراخ الإخوة في البيت و شجار الوالدين مثلا و يثور لأتفه الأسباب .

(مصطفى غالب، 1979).

الفصل الرابع :القلق

*عدم القدرة على التركيز :

يظهر المريض أيضا سرعة النسيان و السرحان، مع الشعور بالإختناق و الصداع والإحساس بطوق يضغط على الرأس، ويصاحب ذلك إختلال الأتية، أي أن الفرد يشعر أنه تغير على ما سبق عهده و أن العالم ربما قد تغير من حوله، و يبدأ بالقلق على أبسط الأمور و يضخمها في خياله.

*فقدان شهية الطعام :

بالإضافة إلى هبوط في الوزن المصاب و الأرق الذي يتميز بالصعوبة في النوم كذلك تقلبه في الفراش، وإذا تمكن من النوم فيكون نومه مصحوبا بالأحلام والكوابيس المزعجة مما يجعل حياته غير هادئة .

*شرب الخمر أو تناول الحبوب المنومة و المهدئة :

يحاول المصاب من خلالها التخفيف من أعراض القلق النفسي، مما يؤدي به إلى حالة الإدمان، ولذا وجب البحث في حالة أي مريض يعاني من الإدمان على الخمر أو العقاقير .(نفس المرجع السابق).

6- تشخيص القلق :

بالنظر إلى ما يصاحب القلق كإضطراب شديد في الجهاز العصبي (السمبتاويوالبراسبتاوي) و في إفرازات الغدد الصماء و أجهزة التنفس و الدوران و الهضم.....إلخ، فإن فحصا جسميا و نفسيا دقيق يجب إجراؤه من قبل الفاحص لمعرفة كون هذه الحالة غير ناجمة عن أعراض حقيقية كالتسمم بالغدة الدرقية أو التدرن الرئوي (السل) ، أما الفحص النفسي فيكون للتأكد من أن ظاهرة القلق مستقلة وليست عرضا أوليا لمرض نفسي آخر، كأبة أو الفصام. (فخري الدباغ، 1983).

قبل أن يؤكد الطبيب أن الحالة التي هو بصدها، حالة نفسية يجب عليه أن يفحص صاحبها فحصا دقيقا ليتأكد أنه ليس هناك إصابة عضوية، فإذا وضح ذلك إنتقل إلى الخطوة الموالية، هو أنه يؤكد أن الحالة ليست تعاني من أمراض عقلية، فإذا ما تبين ذلك بدأ في البحث عن العوارض النفسية.(عبد الفتاح دويدار، 1996).

7- علاج القلق:

يختلف علاج القلق حسب الفرد، وحسب شدة القلق وأيضاً حسب وسائل العلاج المتاحة ومن بين العلاجات نجد العلاج النفسي التحليلي، حيث يحاول المعالج إيجاد علاقة ثقة وود مع المريض ليتمكن من التعبير والترويح عن نفسه والبوح بمشاكله، ثم الكشف عن الصراعات المكبوتة من خلال سلسلة من اللقاءات والأحاديث أو تفسير الأحلام، ثم محاولة إفهام المريض بحقيقة وجذور القلق الذي يعاني منه، ودفعه إلى الشفاء برفق بالتشجيع والتوجيه والإيحاء المباشر. (فخر الدباغ، 1983).

وكذلك يوجد علاج سلوكي، وهذا النوع من العلاج يغير طريقة نظرة المريض إلى اضطرابات القلق وكيفية الإستجابة لها . (ديانا هيلز وروبرت هيلز، 1999).

ومن أهم عناصر العلاج السلوكي نجد الإزالة المنهجية للحساسية، حيث تهد هذه الطريقة العلاجية إلى تعليم المريض الإسترخاء العضلي العميق، أيضاً من عناصره التدرج في المواجهة الحقيقية إذ تعتمد إلى مرافقة المريض أحد الأصدقاء أو الأصدقاء عند تعرضه لحالة القلق لبحث الإطمنان لديه . (غسان جعفر، 2002).

كما يوجد بعض الحالات النادرة من القلق النفسي المصحوب بتوتر شديد و إكتئاب قد يؤدي ذلك أحيانا إلى الإنتحار و التي لا تتحسن بالطرق العلاجية السابقة، و في مثل هذه الحالات يلجأ عادة إلى العملية الجراحية في المخ لتقليل شدة القلق، و ذلك عن طريق قطع الألياف العصبية الخاصة بالإنفعال و الموجودة في المخ الحشوي، أيضاً الصدمات الكهربائية لا تفيد علاج القلق النفسي، إلا إذا كان يصاحب ذلك أعراض إكتئابية شديدة .

(فيصل محمد خير الزراد، 1984).

أما العلاج البيئي فيعتمد على تعديل العوامل البيئية، ذات الأثر الملحوظ مثل تغيير العمل و تخفيف أعباء المريض، و تخفيف الضغوط البيئية و مثيرات التوتر و العلاج الإجتماعي و الرياضي و الرحلات و الصداقات و التسلية و الموسيقى و العلاج بالعمل .

(حامد عبد السلام زهران، 1977).

الفصل الرابع :القلق

في حين العلاج الطبي يتم باستخدام العقاقير مثل البرازولام و أخذ البنزوديزيبينات وكذلك من أنواع معينة مضادات للاكتئاب منها على وجه الخصوص الإيمبرامين و الكل وميبرامين اللذان يمكن ضبط نوبات الهلع، و حديثا يستخدم مجموعة من مثبطات إعادة السيروتونين ومن أمثلها الفلوكستين و سيتالوبرام و بعد الشفاء يجب أن يستمر العلاج لمدة ستة أشهر الى سنة، ثم يوقف العلاج تدريجيا وإذا عادت الأعراض يعطى العلاج مرة أخرى .(أديب محمد الخالدي، 2006).

خلاصة الفصل :

نستخلص مما سلف ذكره أن القلق من بين الأمراض الأكثر شيوعا، وأكثرها تناولا من طرف المختصين والباحثين، حيث مازالت الجهود مستمرة في دراسة القلق وتعددت الأساليب والطرق نظرا لأهمية هذا الإضطراب ولذلك تعددت نظريات المفسرة للقلق وتنوعها وإختلفت وجهات النظر الخاصة لعلماء النفس فمنهم من يراها مرتبطة بعوامل جنسية مثل فرويد، ومنهم من يراها مرتبطة بعوامل التعلم الشرطي كنظرية السلوكية ومنهم من يراها بعوامل فيزيولوجية وآخرون يربونها مرتبطة بعوامل وراثية وغيرها وعلى الرغم من تعدد وجهات النظر في تفسير القلق ونشأته إلا أنه يعرف كون القلق حالة إنفعالية وجدانية مؤلمة تؤثر في الفرد وفي أدائه وعلاقته الإجتماعية .

الفصل الخامس

الإنتاج الإسقاطي

تمهيد

- 1- ماذا نقصد بالإسقاط
 - 2- تطور مفهوم الإسقاط
 - 3-الوضعية الإسقاطية من خلال إختبار الرورشاخ
 - 4-الإنتاج الإسقاطي
 - 5- الأليات الدفاعية في مجال التقنيات الإسقاطية
 - 6- صيرورة الإجابة في التقنيات الإسقاطية
 - 7- عناصر التنظيم النفسي من خلال إختبار الرورشاخ
 - 8- الرورشاخ من أهم التقنيات الإسقاطية
 - 9- معالم التنظيم العقلي النموذجي من خلال إختبار الرورشاخ
- خلاصة الفصل

تمهيد :

تهدف تقنيات البحث في علم النفس إلى جمع ما تنتجه الشخصية، سواء بصفة مجملة أو لقطاعات محددة التي تهتم بإستعمال هذه التقنيات التي تعتبر حساسة و مناسبة لرصد إنتاجات الشخصية أو في كل الحالات يتعلق الأمر بإعطاء خصائص شخصية إنطلاقاً من أثار ما أنتجه فكل بنية تترك بصمات تدل عن تنظيمها و توظيفها من خلال إنتاجها بعبارة أخرى لكي نحصل على إنتاج ما.

تخضع البنية المادة الأولية لمجموعة من العمليات و بهذا فالمادة الأولية تستعمل الآثار المتتالية و المتزامنة لمختلف تلك العمليات، وستتحول في نهاية السياق إلى الإنتاج المنتظر. فعندما نقوم بتحليل هذا الإنتاج، فإننا نعود بأدراجنا لسياق التغيرات في الإتجاه المعكوس الذي إتبعته البنية لتحصل على ذلك الإنتاج، وهكذا يتوصل المحلل إلى العمليات التي تخضع لها المنتج، إنطلاقاً من مفعولها، كما يتوصل إلى نمط ترتيب هذه العمليات فعاليتها ولكي نقوم بعملية التحليل هذه، لا بد من يتوفر لدينا نموذج نظري و إصطلاحي نعتمد عليه، وإلا فكل تساؤلاتنا التي نطرحها على ذلك الإنتاج تبقى صامتة.

1- فماذا نقصد بالإسقاط ؟

إشتقاقاً من قاموس le Robert يفرق بين ثلاث معاني لمفهوم الإسقاط :

- يبعث المعنى الأول إلى فعل قذف الشيء إلى الأمام.
 - مجيء هندسة الإسقاط أضاف للمعنى الأول خاصية أخرى، وهي أن هناك توافقاً بنيوياً بين الشكل الهندسي و إسقاطه على مساحة مسطحة.
 - إستخراج المعنى الثالث للإسقاط من البصرييات (يكسر الإسقاط الضوئي الأشعة أو الإشعاعات انطلاقاً من ... ما) .(D. Anzieu.,C. Chabert1992)
- إن هذه التعريفات تتناسب مع التقنيات الإسقاط حتى وإن كان المعنى الثاني هو الذي يسمح بتأسيس علمي لهذه التقنيات .

2- تطور مفهوم الإسقاط :

إستعمل مصطلح الإسقاط لأول مرة كصفة لنوع محدد من التقنيات وكان ذلك في عام 1939 م، والذي إستعمله هو " فرانك FRANK " ليصف بها تقنيات لم تكن من وصفه بحيث يرى يمكننا تناول شخصية لفرد ما بإعطائه مجالا يتوفر على تجربة أو مادة قليلة التنظيم من حيث بناؤها، وهذا حتى يتمكن من إسقاط قيمه ومشاعره...وبهذا فإننا نحدث إسقاطا لعالمه الخاص لشخصيته، لأن الفرد سوف ينتظم ويتعامل مع هذه المادة ويتفاعل معها عاطفيا(SamiAli. 1993)

وقد أثار مقال "فرانك" جدالا كبيرا و ناقشا حول تسمية التقنيات الإسقاطية حول العلاقة الموجودة بينها وبين مفهوم الإسقاط في المعنى التحليلي لفرويد.

فيمكن تلخيص هذه النقاط حسب SamiAli في ثلاث مواقف:

- يرى **الموقف الأول** بأنه لا توجد أي علاقة بين مفهوم الإسقاط و المفهوم الذي يراد إعطاؤه لتلك التقنيات، ولا بد من تغييره ويرى " ايزنك Eysenk " بأن هذه التقنيات لا تستعمل مفهوم الإسقاط بقدر ما لا يمكن اعتبار Sami Ali كروائر ويقترح تغيير تسميتها إلى "التقنيات التعبيرية" بحيث يرى في هذا المعنى الطريقة التي يتناول بها المهمة أي ماهية السلوك.(Ibid, 1970)
- يرى **الموقف الثاني** أن التقنيات الإسقاطية بإستعمالها لمفهوم الإسقاط تبعث إلى تحديد آليات دفاعية معينة ولكنه ليس بالمعنى التحليلي للمفهوم فحاول (رابابورت) Rapaport " صياغة ما يسمى بالفرضية الإسقاطية، وتنص هذه الفرضية على أن " التعابير السلوكية للإنسان من أبسطها إلى تلك تكتسب أكبر دلالة تكشف عن شخصيته أي تكشف عن تنظيمه الفردي. (Ibid, 1970)
- يرى **الموقف الثالث** أن هناك تواصل بين مفهوم الإسقاط و التقنيات الإسقاطية، فيرى (شافر Schafer) بأن هذا التواصل موجود، شريطة أن يقتصر مفهوم الإسقاط في التحليل النفسي على اعتباره كآلية دفاعية فقط.(Sami. Ali, 1970)

الفصل الخامس : الانتاج الإسقاطي

و فيما يخص التقنيات الإسقاطية يتعلق الأمر بسياق يعتمد على إتخاذ خاصيات لحالة ما أو لشخص ما، هذه الخاصيات ليست بالضرورة موجودة في الواقع، فالصفات المتخذة ناتجة عن رغبات الفرد الذي يفسر ذلك و كأنه هو المثير.

3- الوضعية الإسقاطية من خلال إختبار الرورشاخ الإسقاطي:

لكي نفهم مساهمة مصطلح الإسقاط في بناء ما يسمى بالتقنيات الإسقاطية مع العلم أنه لم تكن هناك قاعدة نظرية محددة إتبعها الإسقاط، يبدو أنه من المهم أن نتوجه إلى تحليل سياق بناء البروتوكولات بصفة تخطيطية، لذا نستطيع القول أن عملية إرصان بروتوكولات الإختبارات الإسقاطية تبعث إلى نشاط نفسي يقوم به الفرد من أجل تخفيض مراقبة و تفسير شحنة التصورات، العواطف التي تثيرها فيه المادة أي الإختبار، التعليمية ووضعية، الفحص إلى أشكال يتقبلها كما تسمح لنا المنهجية الإسقاطية بالتعامل مع وضعية مهمة أثناء الفحص النفسي في المجال السيكوباتولوجيا، إذ يستخرج مختلف مكونات التوظيف النفسي وذلك من خلال تصرفات قابلة للمعينة والتحليل فالميزة الأساسية للوسائل الإسقاطية تستلزم ثنائية في المضامين الإدراكية و الإسقاطية منها : بفعل هذه الإختبارات تدعو من جهة إلى الإدراكات الموضوعية التي تسمح بمعرفة التناول المعرفي، و من جهة أخرى تحت على التصرفات الإسقاطية التي تفتح المجال للتعبير الذاتي، فإجراء التوازن بين هذين السياقين يبدو إلى حد ما يسير رغم تمايزهما أو حتى تناقضهما.

لأن معرفة الوسيلة المثيرة تشكل القاعدة الأساسية في طريقة تحليل و تفسير البروتوكولات و المقومات الثلاثة التي تميز الوضعية الإسقاطية هي :

المفحوص، الفاحص، و الإختبار و تعتبر الوسيلة، المثير المتغير الأكثر موضوعية لأنه يمكن تحليله لذاته و بصفة مستقلة عن الخصائص الأخرى المتعلقة بالفاحص أو بالمفحوص و لدراسة كهذه، لا يتم إجراؤها إلا بواسطة عمل متعمق للبروتوكولات المتحصل عليها من مختلف التمريرات، فالتحليل هنا يتم على مستوى دراسته مقال "الرورشاخ" مثلا : "نقدم ملاحظة عندما نجد نسبة المحتويات» «H, A, Obj، إنساني، حيواني، شيء... " عالية وهي

الفصل الخامس : الانتاج الإسقاطي

محدودة نسبيا، لكن الترابطات الدينامية للصور وأشكال الإتجاهات متنوعة جدا إلى حد أنه مستحيل أن نجد إختبارين للرورشاخ متطابقين (C. Chabert, 1984) إنطلاقا من تحليل الوسيلة، فإن مقال المفحوص سوف يقرأ، يحلل ويفسر حسب معنى اللوحة ونمط التجربة التي تثيرها هذه الأخيرة و الأخذ بعين الإعتبار المضامين الظاهرة والكامنة للوحات الرورشاخ التي تسمح بوضع علاقات يتناول المقال المفحوص بأكثر دقة وتعمق ، لأن هذا المقال لا يمس الموضوع الحقيقي فقط ذو الصفات الإدراكية الخاصة وإنما يكون كذلك موضوعا رمزيا وهواميا.

لكن كيف يمكننا التعامل مع الوضعية الإسقاطية من خلال الجهاز النفسي؟

يعتبر الجهاز النفسي نموذجا لدراسة التوظيف العقلي، فوجهة النظر الموقعية تسمح بتحليل معطيات التقنيات الإسقاطية، فتدخل نظام الشعور /ماقبل الشعور/ اللاشعور يتم إنطلاقا من عمل التعليم التي يتمثل في الربط بين المثير البصري الخارجي وهي اللوحات والتي تكون مسندة بتصورات لاشعورية داخلية، أما الهيئات الأنا /الأنا الأعلى/ الهو، فهي تحتل مكانة مهمة في تناول الصراعات ضمن نفسيا وفق الرغبة والدفاع ضد هذه الرغبة، أما وجهة النظر الديناميكية، فتعطي تطورا أساسيا في تحليل البروتوكولات نظرا لإرتباطها بالصراع النفسي، كما تسمح برصد التداعيات أثناء تمرير الإختبار.

أما وجهة النظر الإقتصادية، فتؤخذ دوما بعين الإعتبار، إذ تسمح بتقييم كثافة الإستنارات التي تظهر أثناء التمرير، كالإفراط في التداعيات، عدم القدرة على التمسك في التعبيرات التي يمكن تحديدها بواسطة الميكانيزمات الدفاعية من خلال السياقات النفسية.

4- الإنتاج إسقاطي :

يقدم لنا الإنتاج الإسقاطي صورة عن الواقع الداخلي الذي يضيفه الشخص على المادة المقدمة له، ونقصد به في بحثنا مجموعة الإجابات و القصص المنسوجة في إختبار الرورشاخ، و المقدمة على شكل بروتوكولات من طرف المصابات بسرطان الثدي، إستجابة للتعليم الخاصة به، وكذا كل العناصر التي تتضمنها وضعية تطبيق الإختبار من إستجابات حركية، وملاحظات إنتقادات، إماءات، وطلب إستفسارات وإضافات، فمن خلال

الفصل الخامس : الانتاج الإسقاطي

المادة الإسقاطية المحصل عليها إنطلاقا من إختبار الرورشاخ تتمكن من فهم نوعية العلاقة مع الواقع، وطبيعة التوظيف النفسي، وإمكانية الفرد لإدماج واقعه النفسي في نظامه الفكري، إذ يجد هذا الأخير نفسه أمام ضغوط داخلية و خارجية، فيتبين لنا كيف يواجه عالمه الداخلي و محيطه الخارجي. (D. Anzieu, C. Chabert,1987)

فالإسقاط هو ميكانيزم أساسي يتم من خلاله إنجاز وحدة التقنيات الإسقاطية التي تقوم على فرضية فحواها، أن الشخص يبن معالمة تبعا على ما هو عليه، ذلك أن كل أسلوب أو إدراك أو لفظ أو تعبير لشخص ما، يحمل في طياته سمة شخصية.

(Guilbert Roman ,1975)

وبهذا فإن كل الإختبارات الإسقاطية هي وسائل موحية بهذا النشاط الإسقاطي العادي، إذ عن طريقها يفصح الفرد على طريقتة الخاصة في تنظيم تجاربه و هيكلتها والمعنى الذي يعطيه لها، ذلك أنه يستقبل المثيرات ذات البناء الضعيف للإختبار الإسقاطي، ويستجيب لها وفقا لتنظيم ديناميكي لشخصيته وهو بهذا يسقط نظرتة للحياة من خلال إستجاباته للتعليمة وترجمته للمادة.

إن المادة المقدمة للإختبارات الإسقاطية تختلف من تقنية لأخرى، كبقع الحبر الغامضة في إختبار الرورشاخ، ووضعيات متعلقة بصراعات إنسانية في إختبار تفهم الموضوع T.A.T، وتستعمل في هذه الإختبارات تعليمات مختلفة تتميز بكونها تعطي للمفحوص حرية الإستجابة من جهة و من جهة أخرى تعمل على تقيده وبهذا، فإن الإنتاج الإسقاطي يخضع لعاملين جوهريين هما:

التمسك بالواقع و الإنطلاق منه للتخيل في نفس الوقت نجد في إختبار الرورشاخ مثلا ببقع الحبر ليس لها شكل محدد يعطي لها المفحوص شكل إنطلاقا من خياله، ووضعيات ذات علاقات بالصراعات النفسية ينطلق منها، للتخيل ولسنج قصة في إختبار T.A.T.

وبحكم تميز الإختبارات الإسقاطية أساسا بغموض مادتها، وبالحرية المعطاة فيها إلى المفحوص و الإستجابة (D.Anzieu,C,Chabert,1987)

الفصل الخامس : الانتاج الإسقاطي

فإن الأفراد يميلون الإسقاط ما بداخلهم على هذه المادة الغامضة ، ذلك أن اللمس والغموض يستعملان هنا كوسيلة موضوعية خارجية للإدراك من أجل تنشيط ما يختلج في نفس الشخص من قلق وخوف وميول وعدوانية وإلى غير ذلك من الدوافع والإنفعالات المختلفة. فالمادة المعطاة من طرف المفحوص على شكل بروتوكول، إنطلاقا من تطبيق إختبار إسقاطي هي عبارة عن تنشيط للواقع الداخلي بما فيه من آثار ذكورية التي هي عبارة أجزاء مرتبطة ببعضها، ويكمن دور الأنا أثناء التطبيق في التمييز بين العمليات الداخلية و الواقع ذلك أن اللاشعور يهدف إلى التفريغ الفوري وإلى تكرار التجارب القديمة غير مرضية والتي لم يتقبلها الشخص بغية التحكم فيها أكثر "1990V. Shentoub" وهكذا فالإنتاج الإسقاطي هو عملية تفريغ وإسقاط لما يشعر به الفرد على المادة المقدمة له، بحيث أن بنية الإستجابات البروتوكول الخاص به تكون مماثلة لبنية شخصيته، فالمميزات الأساسية لهذه الأخيرة تبقى محفوظة في البروتوكول.

إن فالروائز الإسقاطية توضح مميزات الشخصية وتجلي نظامها تنظيمها العقلي و كيفية فهمها وإدماجها وتوظيفها للعالم الخارجي الموضوعي (شرادي،ن، 1997) ذلك أن إستجابة المفحوص لمنبه معين والمتمثل في الإختبار الإسقاطي تكون وفقا لتنظيم شخصيته ومميزاته.

5- آليات الدفاع في مجال التقنيات الإسقاطية :

تؤدي آليات الدفاع دورا أساسيا في مجال التقنيات الإسقاطية، وذلك أن تفسير كثير من عناصر السير العقلي يرتكز عليها أساسا، ويتضح من خلالها.

إنه من المعتاد دراسة الدفاع في التقنيات الإسقاطية، أي الأساليب المستعملة من طرف الشخص بطريقة لاشعورية أو ما قبل شعورية لتجنب الإستدعاءات المؤلمة والتصورات الخطيرة ويرى "R,Perron، 1969" أن إستعمال مفهوم آليات الدفاع كما هو مستعمل في النظرية السيكوسوماتية التي تطرقنا إلى بعض مفاهيمها الخاصة سابقا أن للتقنيات

الفصل الخامس : الانتاج الاسقاطي

الإسقاطية إستخدام غير متبصر بحكم شمولية المفهوم في الأولى ومحدودية وملموسة في الحالة الثانية، ويشير إلى وجود صعوبات في هذا الإطار.

وبفضل هذا الباحث إستعمل عبارة الدفاع "mode de defence" للإشارة إلى السلوك الحالي للفرد ووضع الإختبار، وقد غيرت الباحثة V.Shentoub بنود شبكة تحليل القصص لإختبار تفهم الموضوع، بوضع مفردات مختلفة لتلك المتعلقة بآليات الدفاع التوافق لا يمكن أن يكون حرفيا أو كلمة بكلمة، فأساليب البناء تستجيب للعمليات الفكرية والخطاب الذي يسمح لبناء قصة منطقية(F.Brelet,1986)

ورغم هذا الإختلاف بين شبكة التحليل عند صياغتها وبين مفردات آليات الدفاع القريبة منها، فهذا لا يمنع أن تكون أساليب البناء مختلفة مع آليات الدفاع التي تلاحظ في السلوك الإنساني والتي تهدف إلى ضبط الصراع النزوي، حيث ترى « شنتوب » Shentoub، أن المصطلحين لهما نفس المعنى . (عن F,Brelet, 1986) فالتعرف على نوع البنود المسيطرة عند بناء قصة يساعد على فهم الآليات الدفاعية المستعملة بمعنى، أن أساليب بناء القصة هي صفة إجرائية لمفهوم آليات الدفاع .

وعلى الرغم من الإختلاف في الآراء المتضاربة في وجهة النظر السالفين، إلا أن هناك إتفاق مبدئيا على عدم ملائمة آليات الدفاع مع ما يستخرج بواسطته لتحليل القصص المحصل عليها من خلال التقنيات الإسقاطية، سواء أطلق على هذا المفهوم آليات الدفاع أو أساليب الدفاع أو أساليب بناء القصة، ومهما يكن فإن الأسلوب المنتهج في تحليل التقنيات الإسقاطية يتمثل في الإهتمام بشكل الإجابات والقصص المنسوجة من طرف المفحوص في وضعية الإختبار.

وهذا بواسطة شبكة التحليل المكونة من مجموعة بنود التي تعد صفة إجرائية لآليات الدفاع فإننا نتوصل من خلال إجابات المفحوص في البروتوكول الخاص به إلى فهم أساليب الإسقاط، كما نسجت في الشكل إجابات أو قصص، التي يضيف عليها تعديلاته لتصل إليها جاهزة على شكل قصة بعدما كانت عبارة عن محتوى كامن .

6- صيرورة إرسان الإجابة في التقنيات الإسقاطية :

يرى العديد من الباحثين منهم V,Shentoub,M.Bekholt,C.Chabert أن صيرورة إرسان الإجابة في التقنيات الإسقاطية متشابهة لتلك المتعلقة بالحلم غير أن هناك إختلاف في الطريق والسياقات التي تتحكم في ذلك، إذ يرى Holt مثلا، بالنسبة لإختبار الرورشاخ أنه يعطي تكافؤ عاما لصيرورة الحكم، حيث لا نستطيع معرفة ما هو مكثف وما هو مزاح من دون القيام بعملية التداعي، ودون أن نعرف زمن بروز هذه السياقات، لأن العمل أحيانا يتم بمهارة كبيرة قبل العمليات الثانوية بحيث، يختفي التكتيف والتشويهاات الأخرى كليا.

(عن آيت سيدهم، 1992)

وتتلخص صيرورة إرسان الإجابة في إختبار الرورشاخ في مجموع الميكانيزمات العقلية التي يوظفها المفحوص للتجاوب مع وضعية الإختبار بعدما تقدم له التعليمات الخاصة بإختبار الرورشاخ، واضعا في الحسبان عناصر هذه الوضعية التي هي: المادة والتعليمة ووجود الفاحص (ف. شنتوب، 1987)

فالمفحوص هنا مطالب بالقيام بعمل ربط متوازن بين متطلبات اللاشعور الذي يمثله الهو ومقتضيات الواقع الذي يمثله الأنا، ومن خلال نوعية هذا الربط بين البنيات الشعورية والبنيات اللاشعورية تتحدد نوعية التنظيم لدى المفحوص، بإعتباره يمثل الطريقة التي ينتظم بها دفاع الشخص لمواجهة النزوات اللبيدية و العدوانية بحكم الطابع الصراعي الذي يتميز به وضعية الإختبار. وتمر عملية إرسان الإجابة في إختبار الرورشاخ سلسلة من المراحل، تطرق إليها عدد من الباحثين منهم نلخصها في النقاط التالية:

(آيت سيدهم، 1992، شنتوب، 1987)

في البداية يحدث إدراك حسي للمحتوى الظاهري للمادة، يدخل المفحوص في نشاط ترابطي غير مألوف بحكم الغموض الكبير للمنبه.

- يتوصل النشاط الترابطي الكثيف المباشر في نظام الشعور وماقبل الشعور نظريا على مستوى النظام اللاشعوري.

الفصل الخامس : الانتاج الاسقاطي

- يتم العمل على المادة الناتجة عن النشاط الترابطي الكثيف، والذي يهدف للإجابة على الموضوع الشعوري، أي التعلّيمية، فهو عمل إنتقائي لمختلف النماذج المقدمة، حيث تكون هناك منافسة إقتصادية قوية بين مختلف الآثار الذكروية المنشطة.
- إكتمال النشاط الترابطي الإنتقائي من خلال الإجابة، والتي تكون نوعيتها وخاصيتها تابعة كثيرا للوضعية الإقتصادية الناتجة عنها وتمثل تسوية أنجزها المفحوص بين مقتضيات الشعور والاشعور والدفاعات المستعملة لحل الصراع من عمل الرابط "Travail de liaison" الذي قام بإنجازه.

وحتى نتمكن من فهم ما يحدث على المستوى الثالث والرابع ينبغي إخضاع المفحوص لعملية تداعي إنطلاقا من إجاباته، ومقارنة الإنتاج الترابطي بالإجابة التي أعطاها. فيحتمل أن تكون الإجابة مرتبطة بالإنتاج الترابطي الذي أثارته، بنشاط نفسي محكم أساسا بنفس السياقات التي وصفها Freud فيما يتعلق بإرصان الحلم أي التكتيف، والإزاحة والتميز. (آيت سيدهم، 1992)

وبهذا فإن حرية السير النفسي التي تتحدد بنفوذية البنيات للجهاز النفسي لا ترتبط فقط بإعطاء الإجابات في إختبار الرورشاخ، لكن لكل عمل عقلي إبداعي يخضع له كل إنسان على توازن الجهاز النفسي في مواجهة الصراعات والصدمات النفسية التي لا معزل لها في الحياة (Shentoub, 1987, V).

إن فصيروية إرصان الإجابة في التقنيات الإسقاطية تمر بسلسلة من المراحل، حيث تنتقل من نظام الشعور، وما قبل الشعور، حيث العمليات الثانوية ومبدأ الواقع إلى نظام اللاشعور حيث العمليات الأولية الخاضعة لمبدأ اللذة وسياقات التكتيف، والإزاحة و الترميز، ثم تعبر الرقابة الموجودة ما بين اللاشعور وما قبل الشعور، فالرقابة الموجودة بين ما قبل الشعور والشعور ثم تعطي الإجابة في نهاية المطاف.

7- عناصر التنظيم العقلي من خلال الإنتاج الإسقاطي ::

ترتبط الصحة النفسية إرتباطا وثيقا بالقدرة على التحكم في الإنفعالات و السيطرة عليها وتطويعها لمتطلبات الموقف ومقتضياته ومن هذا المنطلق فقد إعتمدنا على معيارين أساسيين في تمييز السلوك المضطرب والحاد من السلوك السوي و الطبيعي هما: معيار الشدة I'intensité فحواه أنه كلما كانت الإجابة شديدة وفضة وبدائية من المعتاد، كلما كانت الحالة تشير إلى وجود اضطراب. ومعيار التكرار la fréquence وحواه أنه كلما تكررت رؤية المثيرات والسياقات أكثر من المعتاد (أي من المعدل) الذي نحدده بمرة أو مرتين على أكثر تقدير، فإن ذلك يدل على الإضطراب تبعا لمبدأ التكرار ذلك أنه كل ما كان القلق حاد و التأثير بالمرض شديد، أي عدم القدرة على التحكم في الإنفعالات، وبالتالي الإضطراب وهذين المعيارين هما اللذان أخذناهما بعين الإعتبار في تحديد درجات وشدة عناصر التنظيم النفسي في كل مرة (الدباغ، 1983)

وتتم عملية التشخيص في التقنيات الإسقاطية من خلال إنعكاس بعض عناصر التنظيم العقلي على هذه الأخيرة، وتقوم هذه الوظيفة على أساس عملية الإسقاط، والتي هي تتلخص في أن يسقط المفحوص دوافعه ومشاعره، ومعاناته النفسية قلق وإضطراب و مخاوف، وحالاته النفسية من ضيق وإنقباض على المادة المقدمة له، والمتمثلة في إختبار الرورشاخ وتتوقف عملية التشخيص على مدى خبرة الباحث في التطبيق، وكذا إلمامه بالإطار النظري الذي يتبناه، حتى يتمكن من إعطاء التفسيرات الملائمة لكل حالة، وسنقدم فيما يلي كيفية ظهور بعض سمات الشخصية في التقنية المعتمدة عليها وهي إختبار الرورشاخ.

ويتجلى القلق في إختبار الرورشاخ من خلال معادلة القلق التي هي حصيلة مجموع الإجابات الإنسانية الجزئية والإجابات التشريحية و إجابات الجنس و الدم على المجموع الكلي للإجابات، إذ كلما زادت نسبتها عن 12 % كلما ذلك مدعاة لقلق مرضي كبير.

(1987 D, Anzieu.C,Chabert)

الفصل الخامس : الانتاج الاسقاطي

وتجدر الإشارة في هذا الإطار إلى أننا أخذنا الإجابات القاتمة على أنها طابع إمراضي إذ أن العديد من الباحثين منهم فيولي وكونيل (Violert , Conil) يرون أنها تحمل في طياتها الخوف و القلق و العدوان ومشاعر الدنيا وحتى قلق الموت البدائي .

(عن أنزيو وشابر، 1987).

هذا بالإضافة إلى الصدمات بشتى أنواعها، وإلى كثرة الحركة أثناء التطبيق التي قد تدل على تضايق المفحوص من الوضعية التي يواجهها، علاوة على طغيان العواطف وإجتياحها لكامل البروتوكول بصفة فجائية أو إنعدامها التام. (Chabert, 1983)

وكذا الإختبارات السلبية من حيث تبين المثيرات التي ينفر منها المفحوص ويبغضها نتيجة القلق الكبير الذي تولده في نفسه، والإستعمال المفرط لطرق التناول الشاملة من حيث أنها مؤثر على وجود الكبت. في حين تظهر الحركات العدوانية من خلال المحددات الحركية إذ تحلل هذه الأخيرة دائما من وجهة نظر إقتصادية، حيث يتم معرفة كميات الطاقة النزوية العدوانية والليبيدية التي تم تعبئتها وتفريغها عن طريق الحركات المسقطة على المادة إذ يرى Baer أن الإستجابات الحركية تشمل الإستدعاء اللاشعوري من قبل الفرد للصدمات النفسية التي تعرض لها ، وأن الدفاعات الشكلية تشكل الدفاع البدائي ضد الصدمة .

(عن أنزيو و شابير 1987)

كما تبرز من خلال كثرة الإجابات الحركية الفاتحة القاتمة (K. Clob) التي غالبا ما تعكس عليها الرعب الذي يعيشه الأشخاص (Boizou،N. Rauch de Tranbeberg، 1984) وأيضا من خلال الإستجابات اللونية المتعلقة بالدم في اللوحتين (II و III) التي يتم من خلالها تنشيط الحركات العدوانية والليبيدية. (عن أنزيو وشابير 1987)

ويظهر الإكتئاب في إختبار الرورشاخ من خلال الكف الذي يسيطر على كل بروتوكول حيث تكشفه وتيرة إجابات بطيئة وأزمة رجع طويلة مقابل إنتاجية ضئيلة .

(أنزيو و شابير 1987)

الفصل الخامس : الانتاج الاسقاطي

في نفس الوقت، تغلب عليها المواظبة و التجنب الذي يبتدئ بسرعة إعطاء الإجابات والرفض لأكثر من ثلاثة اللوحات، الشيء الذي ينبئ بأن المفحوص لا يهتم بالمادة المقدمة له، ويحاول التخلص من المثيرات (اللوحات) في أقرب وقت ممكن، كما يتجلى أيضا من خلال مشاعر الذنب التي تظهر من خلال صورة الذات في اللوحات المتلاحمة في الإختبار (IV , V , VI) ذلك لأن عدم إعطاء إجابات كلية في هذه اللوحات يوحي بوجود تشوش في إدراك صورة الذات، هذا بالإضافة إلى عدم إهتمام المفحوص بنظافته و الكلام الخافت أثناء الإجابة، ونوبات البكاء التي قد تنتاب بعض الأفراد أحيانا أثناء التطبيق أو بعده علاوة على إشتغال البروتوكول على إضافات مثلا "ما نعرفش، ما قدرتش، ما علابايش، ما فهمتش"، هذه الإجابات التي توحى بنبذ الذات ولومها، إضافة إلى فقدان الحساسية للألوان، وضآلة القدرة على التقمص والإستثمار المفرط لعناصر الواقع الخارجي،والفقدان التام للحساسية و الإكتئاب.(Emmanuelli, 1998).

وفي الأخير فقد حددنا نوعية التقمصات و التكيف مع الواقع في بروتوكول، من خلال نسبة الإجابات الشكلية التي يجب أن تكون نسبتها في الحدود المطلوبة أي ما بين 50% و 70%، إذ من الطبيعي أن يرتكب الشخص العادي بعض الأخطاء، و الإجابات المبتذلة BAN ما بين 20% و 25%، ونسبة المحتويات الإنسانية (H%) ما بين 12- 18% والحيوانية (A%) ما بين 30% و 60% (شايير, 1987). إذ كلما كان عددها كاف في البروتوكول، كلما دل ذلك على تكيف جيد مع الواقع، هذا إضافة إلى الإجابات الأصلية (orig)، كما أن دراسة نوعية المحددات الحركية الأولية أي مرتبطة بمحتويات إنسانية كاملة، يبين نوعية التقمصات لدى المفحوص. (عن أنزيو وشايير, 1987)

ذلك أن المزج بين الأشخاص، وعدم إدراك صور إنسانية كاملة، والعلاقات المتلاحمة تشير إلى التمايز غير الكافي بين الشخص و الموضوع، و تدل بالتالي على هوية غير واضحة، وفي نفس الوقت نقول أنه وحتى وإن أعطانا هذه النقاط لتكون لنا كمعالم نهتدي بها في تشخيصنا إلا أننا واعون في نفس الوقت، بأن هذه العناصر تأتي متداخلة فيما بينها وأن وضعية التطبيق يجب أن تؤخذ بعين الإعتبار، كما أن عناصر التنظيم العقلي كما ذكرنا

الفصل الخامس : الانتاج الاسقاطي

سالفاً هي الأخرى متداخلة، حيث يستحيل على سبيل المثال الفصل بين القلق و مشاعر الذنب أو هذه الأخيرة و الإكتئاب.

8- إختبار الرورشاخ:

إن التقنيات الإسقاطية من أهم وسائل البحث المستعملة في المنهج العيادي، وقد إعتدنا في هذا البحث على التقنية الإسقاطية، إختبار الرورشاخ، يعطينا تصوراً دينامياً حول الفترة ما قبل الأوديبية في أبعادها من ناحية الهوية والنجسة .

(Chabert-1987)

8-1 تعريف إختبار الرورشاخ :

هو إختبار إسقاطي يهدف لدراسة الشخصية وتشخيصها على أساس عملية الإسقاط التي تتلخص في أن يسقط المفحوص مخاوفه، و أحاسيسه على مادة الإختبار، وقد أنشأ هذا الإختبار السيكا تري السويسري هيرمان رورشاخ Hermann Roischach عام 1920 وهو عبارة عن بقع حبر تسمح بدراسة الحياة العاطفية و الخيالية (Chabert ,1983) فهو يتكون من عشر لوحات ذات أشكال مختلفة فيما بينها، اللوحة رقم (I) سوداء ، اللوحتان (II , III) بالأسود والأحمر اللوحات (IV , V , VI , VII) سوداء أما اللوحات (IX , VIII , X) فهي ملونة ، وتحتوي على فراغات بيضاء متفاوتة العدد والمساحة.

(. Anzieu et C. Chabert, 1987)

ولكون مادة الإختبار غامضة وغير محددة البنيان، فإنه من الصعب الحكم على إستجابات المفحوص بالخطأ أو الصواب، وبالتالي فإن إدراك المفحوص للبقع يعكس دينامية شخصيته و ذلك فيما يتعلق بالدينامية المعرفية، وكيفية معالجة المشاكل التي يواجهها، وقدراته الإبداعية ودينامياته الإنفعالية من قلق و إنقباض، وإتجاهاته نحو ذاته ونحو الآخرين، وقوة الأنا في مواجهة الواقع، وأنواع الصراعات المعاشة، وما يلجأ إليه المفحوص من ميكانيزمات دفاعية للتعامل مع هذا الصراع . (كامل مليكة، 1980)

8-2 تطبيق إختبار الرورشاخ:

يطبق إختبار الرورشاخ على الأطفال، والمراهقين، والراشدين، ويتم ذلك خلال ثلاث أو أربع مراحل، وهي مرحلة التطبيق وتسمى مرحلة التمرير التلقائي وتتمثل في تقديم لوحات الإختبار للمفحوص الواحدة تلو الأخرى إلى أن ينتهي الفاحص من تمرير اللوحات العشر، وتكون التعليمات هنا كتحريض للإدراك و الخيال، وفي نفس الوقت يقوم الفاحص بتدوين كل إجابات المفحوص وملاحظة كل السلوك الصادر عن هذا الأخير، مع تسجيل زمن الرجوع الخاص بكل لوحة، والمدة المستغرقة فيها، ثم تأتي مرحلة التحقيق وهي لا تقل أهمية عن المرحلة السابقة حيث يعيد الفاحص فيها تقديم اللوحات الواحدة تلو الأخرى للمفحوص، أو تلك التي يحتاج فيها إلى توضيحات معينة بهدف تحديد العناصر ذات الأهمية في التنقيط و تحليل البروتوكول، إذ يساعد التحقيق على الدينامية النفسية للشخصية التي دفعت الفرد لإعطاء تلك الإستجابات، أما المرحلة الثالثة في التطبيق الإختبار، فهي مرحلة تحقيق الحدود والتي ينتقل إليها الفاحص عندما ينعدم أو ينقص نمط معين من الإجابات في البروتوكول وتحقيق الحدود يخضع لإعطاء البرهان في المقابلة العيادية، ولا تقترحه إلا إذا تأكدنا أن المفحوص لا يرى جواب مبتذل، أو عند قلة الإجابات المتعلقة بالتصورات البشرية، أو إنعدام نمط معين من طرف التناول، أو حتى غياب الإجابات اللونية في اللوحات الملونة (X,IX,VII Chabert 1983) .

وفي آخر مرحلة من تطبيق الإختبار ينتقل الفاحص إلى إختبار الإختيار، حيث يقترح الفاحص من خلاله على المفحوص أن يختار من بين العشرة لوحات المقدمة له، اللوحتان اللتان أعجب بهما أكثر من غيرها، ثم اللوحتان لم يعجب بهما من اللوحات الباقية، أي اللوحتان التي يكرههما أكثر من غيرهم، (شابير، 1983) فهذا يساعد الفاحص على معرفة التوظيفات الإيجابية والسلبية للمفحوص تجاه الإختبار الذي قدم له.

والمواقع أن تطبيق إختبار الرورشاخ هو عملية متواصلة وليست منقطعة كما أشرنا إليها ماعدا في حالات توضيحية، فالفاحص منذ بداية التطبيق وهو منشغل بالإنصات للمفحوص والتركيز على كل ما يصدر عن المفحوص من إستجابات لفظية أو حركية أو إماءات أو

الفصل الخامس : الانتاج الاسقاطي

غيرها. و تسجيل زمن الرجع، وزمن اللوحة، والزمن الكلي للبروتوكول، وكما رأينا سالفًا فإن كل مراحل التطبيق متتالية وفيها نوع من التداخل فيما بينها وهذا ما يجعله يتم بصفة مستمرة غير منقطعة.

3-8 التعليم:

تقدم التعليم في إختبار الرورشاخ، تبعا لكل مرحلة من مراحل التطبيق المذكورة سلفا وهي على إختلاف أنواعها تنبه المفحوص لإدلاء بما يراه في لوحات الإختبار. ففي التطبيق العفوي تعطي الحرية للإستجابة دون توجيه المفحوص أو الإيحاء له، حيث تقدم أحيانا التعليم الأصلية للرورشاخ وهي "ما يمكن أن يكون هذا" (N. Rauche de Traubenberg, 2000,p12). غير أن هذه التعليمية قد عدلت من قبل باحثين آخرين فأصبحت لا تقدم في شكلها الأصلي إلا نادرا. وسنذكر تعليمة Anzieu التي غالبا ما تستعمل من قبل الأخصائيين النفسانيين وهي العبارة التالية: "ما نطلبه منك هو أن تقول ماالذي يمكن رؤيته في هذه البقع" (C. Chabert,1983). كما تعطي C. Chabert التعليم التالية: "سوف أريك عشر لوحات، وتقول لي، ما تجعلك تفكر فيه، ما يمكن أن تتخيله إنطلاقا من هذه اللوحات. (C. Chabert,1983)

فعلى الرغم من هذه الإختلافات في صياغة التعليم، إلا أنه كل التعليمات تشترك في كونها تعطي الحرية للمفحوص لتخيل أشكال انطلاقا من منبه غير محدد، دون توجيه أو الإيحاء له بأية إجابة.

أما تعليمة التحقيق فتقدم مباشرة عند بدايته، وتهدف إلى ضبط بعض إستجابات المفحوص والحصول على توضيحات إضافية تساعد في التحليل الدقيق للبروتوكول، نذكر على سبيل المثال تعليمة Chabert وهي : "الآن نأخذ من جديد الصور معا، وتحاول أن تقول لي أين رأيت ما قلته في السابق، على ماذا اعتمدت لإعطاء استجاباتك، وبطبيعة الحال إذا راودتك أفكار أخرى، يمكنك الإدلاء بها". (C. Chabert,1983)

فهي كما نلاحظ، وإن كانت مرنة إلا أنها بقيت محافظة على المضمون الجوهرى للتعليمة الأصلية، وعموما فإن تطبيق إختبار الرورشاخ يفتضي الإهتمام بكل عناصر الوضعية

الفصل الخامس : الانتاج الاسقاطي

الإسقاطية من الفاحص، والذي يجب أن يكون حياديين والتعليمة ينبغي أن تصاغ بصورة واضحة وبسيطة ومفهومة ودقيقة، و المادة التي يجب أن تقدم وفقا لمنهجية محددة ودقيقة.

4-8 المميزات الظاهرة للوحات وإنعكاستها :

القراءة الوصفية لإختبار "الرورشاخ" تبدو صعبة فاللوحات العشرة التي تشكل هذا الإختبار قد إخترعت من بقع سوداء وملونة موزعة حول محور تناظري.

قامت N. Rausch de Traubenberg بالتحليل الوصفي لإختبار "الرورشاخ" على إمتداد عدة سنوات (1970-1990) وبدراسة المميزات الإدراكية لكل لوحة يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

التركيب التناظري إضافة إلى وجود العناصر اللونية هذا بالنسبة إلى العنصر الإدراكي، أما في ما يخص المحتوى الظاهري فإنه يستلزم توافق الواقع الإدراكي، الإجتماعي و التكيفي.

إن هذين المظهرين الإدراكي والعناصر اللونية يساندان بعدين مهمين للمثير:

● البعد البنيوي الذي يتمثل في البناء الشكلي للبقعة (متماسكة، مغلقة، ثنائية الجانب ومفتوحة)

● البعد الحسي وهو مرتبط باللون (لوحات سوداء، رمادية، سوداء/ حمراء، وملونة) .
هذان البعدان يكونان القاعدة الأساسية للتحليل فبتناول الشكلي يتم التناول الإدراكي المعرفي للسياقات الفكرية. وتعتبر الحساسية للألوان مرتبطة بالجانب الحسي و العاطفي.

1-4-8 البعد البنيوي:

تعتبر اللوحات I , IV , V , VI , IX بقع متماسكة تسهل التناول الإدراكي الشامل والموحد كما تسهل إسقاط الصور التي تدل على تصور الذات المرتبطة مباشرة بمفهوم الهوية التي تكون موحدة أو مشوشة. وتبعث هذه اللوحات إلى إختبار الحدود بين الداخل والخارج بين الفرد و الآخر إذ توضح قدرة الفرد على تصور ذاته بصفة كاملة وذلك من خلال كمالية الفرد تصور صورة الجسد وتمايزها بالنسبة للآخر والشعور بالإنتماء الذاتي، فالفرد يكون حيزا نفسيا خاصا به من خلال عالمه الذاتي وواقعه الخاص. لكن عندما تكون التصورات غير متميزة والحدود غير واضحة فالعلاقة بين الداخل و الخارج، الفرد

الفصل الخامس : الانتاج الاسقاطي

والآخر يمكن أن تدل على ذات مشوشة وغير كاملة وفي بعض الأحيان إلى حد الإضطراب وتجزئة الحيز الجسدي النفسي الذي يكون مضطربا أو مفككا في غياب العمل الشامل للأنا الذي يؤمن الوظائف الموحدة والتميزية.

أما اللوحات II , III , VII فهي مكونة وفق شكل ثنائي الجوانب، التي تستلزم التصورات العلائقية في مختلف أنماطها. كالعلاقات المرآتية، التي تبعث إلى النرجسية أو تلك المتعلقة بالفرد وما يعكسه أو العلاقات الصراعية المرتبطة بالمواضيع بصياغتها اللبديية أو العدوانية.

اللوحة VIII تعتبر هذه اللوحة على حدى، لأنه يمكن إعتبارها كلوحة متماسكة وموحدة في الوسط، وثنائية على الجانبين، فلذا نجد تداعيات مرتبطة بصورة الذات ، وأخرى مرتبطة بالتصورات العلائقية.

واللوحة X فهي لوحة منفردة بخاصية أي أنها مبعثرة بوجود بقع مختلفة التي تحتل كل حيز اللوحة، فهي بذلك تبعث على التفكك و التشتت من جهة، ومن جهة أخرى تمثل أرضية لتماسك كل تلك الأجزاء، فهذه الخاصية مرتبطة كذلك مع وجود الألوان المختلفة وكونها آخر لوحة تعبر عن نهاية الإختبار.

2-4-8 البعد الحسي و الخصائص اللونية:

تعتبر اللوحات I, IV, V, VI لوحات سوداء أو حتى لوحات غير ملونة، لأن طابع اللون الأسود والرمادي على خلفية بيضاء، تعتبر جد حساسة وتبعث إلى الغموض، وبالتالي تعبر عن عواطف مقلقة ومكتئبة.

اللوحات II و III والمسماة اللوحات الحمراء، فهي ثنائية تحمل اللون الأحمر معا، فيروز النشاطات الجنسية أو العدوانية منها، فالأحمر يدعو إلى عواطف قوية وفي بعض الأحيان عنيفة لما تحمله من تصورات رمزية.

اللوحات اللونية (X, IX, VIII) تستلزم عمليات نكوصية مرتبطة بألوان اللوحات والإسترخاء التدريجي أثناء التمرير.

الفصل الخامس : الانتاج الاسقاطي

أما اللوحة VII فهي لوحة منفردة تتميز باللون الرمادي الفاتح، المفتوحة على حيز واسع أبيض فهذا الشكل المجوف هو الذي يبعث إلى المضمون الكامن المتعلق بالمحتوى الرمزي الأنتوي الأمومي.

5-8 المضامين الكامنة للوحات:

تتكون محتويات بروتوكولات " الرورشاخ " من إجابات لفضية لتعبر عن مجموعة من الصور وهذه الإجابات تأتي في تسلسل له دلالة، إذ إنطلاقاً من بقعة حبر يستطيع الفرد (المفحوص) أن يربطها بتصورات إدراكية وأخرى رمزية.

فيمكن لهذه الإجابات أن تركز على مواضيع خاصة، فتعبر عن إنشغالات المفحوص متاعبه.. حيث نجد بعض المواضيع تعود بصفة منتظمة، مما أثار إهتمام العياديين وتسائلهم عن المحتوى والمضمون الرمزي، الهوامي وكذا العاطفي لإختبار "الرورشاخ".

حاليا لم يعد إختبار " الرورشاخ" كمادة حيادية أو فارغة أو يستعمل بصفة عشوائية. بل هو موضوع مرتبط بالواقع رغم أنه مبهم وغير واضح على المستوى الإدراك إنما يتميز بخصائص تسهل عمل التداعيات وفق رمزية معينة.

مع بداية التحليل للوحات "الرورشاخ" إقترح عدد من المؤلفين تفسيرات رمزية منهم:

(F.Minkovska.M.Orr.R.Schafer.M.Monod.D.Anzieu.R.S.Maccully et N.Rausch de Traubenberg) في حين كل هذه الأعمال من المفروض أن لا نستعملها بصفة صلبة و كأننا نتعامل مع تصنيفات، وهذا ما نريد تجنبه، ونأخذ بعين الإعتبار كل الأبعاد التي يمسه إختبار "الرورشاخ".

كما تشير إليه (N.Rauschde Traubenberg) علينا أن لا نهتم فقط بمحتوى الإجابات وإنما نهتم كذلك بكيفية مجيء تلك الإجابات، بتحليلها وربطها مع الإجابات التي جاءت من قبل، ومع تلك التي تأتي من بعد، كل هذا أساسي ومهم في التحليل وتفسير إجابات " الرورشاخ" وفق المحتوى الظاهر والكامن للوحات ضمن السياقات النفسية المستعملة وعمل الإرصان.

اللوحة 1 :

تضع المفحوص أمام الإختبار، مما قد يذكره بتجربة اللقاء الأول مع موضوع لا يعرفه فهي تبعث إلى الصورة الجسدية لكونها ظاهريا تبدو مغلقة وهي مشكلة حول محور يظهر بوضوح.

وعلى المستوى الرمزي يمكن أن نبعث إلى النرجسية من خلال الصورة الجسدية وتصور الذات، أو إلى العلاقة الموضوعية كالعلاقة مع الصورة الأمومية.

اللوحة II:

مشكلة حول الفراغ الابيض وفق ثنائية الجوانب، ثلاثية الألوان(الأحمر، الأبيض الأسود).يمكن أن تبعث إلى تصورات قديمة بصفاتها كل مبعثر، أين يوجد الأبيض في الوسط الذي يعبر عن فراغ داخلي، نقص جسدي هام، فإمكانية التوحيد والتحديد بين الداخل والخارج تكون جد حساسة فهذا النمط من صور الذات تكون مرتبطة بتصورات إندماجية أو مهددة، على مستوى آخر تبعث اللوحة II، إلى إشكالية قلق الخصاء لأن الفراغ الأبيض (DbI) يشعر به كثقب، جرح، أو يكون هنا إستثمار معاكس بتقييم (المقدمة الوسطى) التي تحمل رمز قضيب، فالمحتويات الأنثوية متواجدة بصفة متكررة (كالحيض، الولادة هوامات جنسية، الخ..). في هذه الحالة تبعث اللوحة II إلى التصورات العلائقية في إستثمارات نزوية عدوانية أو لبيدية.

اللوحة III:

تبعث إلى سياقات التقمصات الجنسية، فالثنائية الجنسية تبدو ظاهريا على مستوى أشخاص اللوحة (تباين الأعضاء الجنسية: الأتداء و القضيب) مما لا يسهل في بعض الأحيان التقمصات الجنسية.

وقد تظهر الصراعات التي تجعل المفحوص في تعارض داخلي مما لا يسهل عليه معالجتها.

الفصل الخامس : الانتاج الاسقاطي

أما فيما يخص التصورات العلائقية ذات الإستثمارات النزوية اللبديدية و العدوانية فهي تبدو أقل عنفا مما هي عليه في اللوحة II . فالطابع الإجتماعي التي تحمله التصورات العلائقية يعبر عنها بالبعد الإدراكي للوحة (الأشخاص) وكذلك بالإجابة المبتذلة.

اللوحة IV:

لا تبعث مباشرة إلى تصور الذات بل توحى بصور السلطة نظرا لكثافتها وخصائصها الحسية، فهذه اللوحة تبعث إلى الرمزية القضيبية ليس بالضرورة ذات الطابع ذكري أو أنثوي لكن في أحسن الأحوال تكون الرمزية القضيبية مرتبطة بالصورة الذكرية، وهذا الذي يسمح بتفسير هذه اللوحة " كلوحة أبوية".

لكن في حالات تكون أمام الصورة الأمومية (imago) قضيبية خطيرة و مسيطرة.

فهذه اللوحة تخبرنا عن وضعيات بالنسبة للعلاقات التقمصية في قوتها الدينامية من خلال تصورات لأشخاص نشطين عملاق... أو لتصورات سلبية مع قابلية للتأثر مدعمة بالمظهر المظلل للوحة من خلال إجابات ذات دلالات حسية.

اللوحة V :

تعبر اللوحة V عن الهوية وتصور الذات، فهي تبعث إلى إشكالية الذات وليس فقط إلى الصور الجسدية، وهذا ما يجعلها حساسة للشاشة النرجسية كأن تدل عن تعبيرات إكتئابية مرتبطة بتصور إحتقار الذات، أو نوع من التأكيد عن العظمة و القدرة. أو حتى ظهور بعض العلامات كالبحث عن الرضا النرجسي، وتعتبر هذه اللوحة مبتذلة بإختبار الواقع في تناولها للعالم الخارجي، وترابطها من حيث تصور الذات مع علاقاتها بالمواضيع الخارجية.

اللوحة VI:

تعتبر اللوحة VI، اللوحة التي تحمل الرمزية الجنسية، من حيث البعد القضيبى المسيطر من خلال الجزء العلوي الوسط بإجابات (قلم، سيف...) كما أن الثنائية الجنسية ممثلة كذلك في هذه اللوحة من خلال الحساسية، وقابلية التأثر مرتبطة بصور جنسية أنثوية من خلال الجزء السفلي للوحة بإجابات (زهرة، العضو الجنسي للمرأة).

اللوحة VII:

تعبر اللوحة VII، عن الرمزية الأمومية وهذا راجع للشكل المجوف وتداخل اللونين الأبيض مع الرمادي، فنجد عدة نماذج ممكنة للعلاقة مع الصورة الأمومية، من القديمة إلى الأكثر تطورا علاقات إندماجية، علاقات موضوعية متأثرة بالمرحلة الشرجية أو الفمية، الإحساس بالراحة والشعور بعدم الأمان الطمأنينة أو القلق، إكتئاب مرتبط بالفقدان أو البحث عن الموضوع الحسن. فهذه اللوحة تلعب دور الوسيط في إبراز العلاقات المبكرة على مستوى التقمصات إذ تسمح للمفحوص بأن يتموضع وفق النموذج الأنثوي، كأن يكون هناك تعارضا، صراعا أو الخضوع و السلبية مع التقييم أو التقليل من تلك الصور الأنثوية.

اللوحة الملونة VIII, IX, X :

تبعث هذه اللوحات إلى إبراز المشاعر و العواطف التي تسمح بتناول نوع العلاقة التي تربط الفرد بمحيطه، غير أنه من الصعب تحديد كل رمزية على حدى لهذه اللوحات لأن ردود الأفعال متنوعة ومتداخلة، وما يمكن توضيحه هو أن اللوحة VIII تبقى اللوحة التي تبعث إلى " نوعية الإتصال مع العالم الخارجي " و اللوحة IX تسهل الرجوع إلى " العلاقات الأمومية المبكرة " أما اللوحة X فيمكن إعتبارها اللوحة التي تبعث إلى الفردانية و الانفصال.

مع الإشارة أن اللوحات الملونة تسهل النكوص، فكثافة الألوان تثير الأحاسيس مما يستدعي تدخل عناصر العالم الخارجي فتعبر عن علاقات أولية حسية تكون قد أثرت على الفرد من خلال تجارب اللذة و اللالذة المرتبطة بالإتصالات الأولى مع عالمه العلائقي المحيط به.

9- معالم التنظيم العقلي النموذجي من خلال إختبار الرورشاخ:

لقد تمت دراسات علمية عديدة على إختبار الرورشاخ من طرف عدة باحثين منهم دراسة Beizmann سنة 1982، ودراسة Rauche de Traubenberg سنة 1983، ودراسة لنفس الباحثة 1984 و دراسة Chabert et Anzieu سنة 1987، وقد لخصت هذه الدراسات إلى وجود معايير خاصة بالسير النفسي «السوي» لدى الأفراد الراشدين من

الفصل الخامس : الانتاج الإسقاطي

خلال إختبار الرورشاخ وقد إعتمدنا في بحثنا على هذه الدراسات وأدرجنا معايير كمعالم للتنظيم العقلي في تحليل بروتوكولات أفراد مجموعة البحث.

9-1 ملاحظات عامة حول البروتوكول:

ضرورة عدم تميز البروتوكول بالكف الذي يظهر من خلال قلة عدد الإستجابات عن ما بين (25 – 35)، وقلة زمن البروتوكول عن 20 إلى 30 دقيقة عند إحتوائه على ما بين (30 – 40) إستجابة، وعدم إحتوائه على أزمنة كمون طويلة في البداية أو ما بين الإستجابات، مع عدم رفض أكثر من لوحة أو لوحتان، إضافة إلى عدم وجود إستجابات إضافية مرتبطة بمحددات إيجابية شكلية أو حركية إنسانية.

كما يظهر الكف من خلال تعبير ضئيل عن الوجدان، ويكون نمط الصدى الداخلي TRI من النوع المحصور أو المنطوي، فالإستجابات الحسية القليلة تدل على مقاومة بروز الوجدان والإنفعالات قدر الإمكان. (CHABERT، 1983). وتشير النقاط السابقة إلى إستعمال ميكانيزمات تهدف إلى مقاومة المشاركة في الإختبار الإسقاطي إلى أقصى حد ممكن . (Chabert,1983)

إضافة إلى التعابير خارج الإجابة مثل (هذا مكان) (مانيش نشوف) ، (مانيش عارفة) والتناول لأغلبية اللوحات وجعل الوضعية ذات طابع مبتذل.

وبهذا فإنه يتوقف إعتبارا لتنظيم عقلي ما، على أنه نموذجي على مدى خلوه من الكف قدر الإمكان من جهة، وعلى مدى إنسجامه مع المعايير التالية من جهة أخرى.

9-2 طرق التناول:

ضرورة إحتواء البروتوكول على إستجابات كلية بسيطة، فهي ذات نسبة 20% ، 30% في البروتوكول النموذجي، حيث تضمن هذه الإستجابات الطابع التكيفي للسير العقلي عندما يكون عددها كاف، وتكون مرتبطة بمدركات صحيحة.

(Anzieu, Chabert ,1987)

الفصل الخامس : الانتاج الاسقاطي

أي تتراوح نسبة الإستجابات الجزئية 60% و 70% , وأن تكون نسبة الإستجابات الجزئية (Dd) هي 10%، في حين لا تتجاوز نسبة الإستجابات الجزئية ذات الفراغات البيضاء (DBL) 10% وإلا إعتبر ذلك مؤشر للقلق، كما يجب أن تتنوع طرق التناول ولا يكون هناك تركيز على نوع واحد فقط.

ونشير إلى طريقة إدراك الواقع ترمي إلى رؤية كاملة للمنبه أو إلى تجزئة المادة، وفي كلتا الحالتين، قد تكون محاولة لتجنب المواجهة المعتبرة كخطر مع عناصر المادة التي تثير المظاهر المقلقة للواقع الداخلي.(C. Chabert,1983)

9-3 محددات الاستجابة:

• أن تكون محددات الإستجابة متنوعة وغير مركزة على نوع واحد فقط، كما يجب أن يشتمل البروتوكول على محددات شكلية تتراوح في حدود 50-70%.

(1982، C. Beizmann)

• "فعندما يكون عدد الإستجابات الشكلية غير كاف خصوصا عندما تكون نوعية إدراكها غير ملائمة، فإن ذلك يشير إلى تمسك غير فعال بالواقع" (1983, Chabert) أما في حالة « السيطرة التامة للإستجابات الشكلية، فإن ذلك يدل على إختناق للحياة العاطفية وحتى إلى وجود نزعة إكتئابية .

(C, Chabert. D,Anzieu ,1987)

أن يشمل البروتوكول على محددات شكلية إيجابية تكون نسبتها 80-85%، حيث يدل إنخفاض نسبة الإستجابات الشكلية على نوع من الإنعماس الرديء في الواقع الموضوعي.

(1983.Chabert)

كما يجب ألا يشتمل البروتوكول على إستجابات إيجابية سلبية بكثرة، لأن ذلك يدل على غموض الفكر، كما يدل على الشك و التردد والإحتياط، والحذر أمام الإنخراط الذي يتطلبه إتخاذ القرار. (Chabert,1983)

الفصل الخامس : الانتاج الاسقاطي

• أن يحتوي البروتوكول على الأقل على إستجابة حركية إنسانية (K) واحدة، فهي تشير إلى ذكاء الفرد وقدرته على إرصان الصراعات، كما أن وجودها بكثرة يشير إلى إستعمال الخيال و القدرة على الإبتكار "فهي تعطي صبغة دينامية لإتجاه الفكري إلى اللجوء إلى الخيال".

(Chabert,1983)

• أن تكون الإستجابات الفاتحة القائمة (clob) قليلة جدا في البروتوكول مقارنة ببقية المحددات، فهي تدل "وجود صعوبات دقيقة في التكيف ذات أصل مرضي (Loosliusteri, 1976,) ويرى Viollet Conil و Canivet أن القلق الذي توحى به هذه الإستجابات (clob) يقع مابعد مشاعر الذنب والعقاب الذاتي، إنه قلق الكابوس، القلق البدائي للموت،(عن إنزوويو شابير،1987).

كما يجب أن يشمل البروتوكول على نسبة الاستجابات اللونية (RC%) ما بين 35% و 37% .

• ونشير إلى أن الغياب الكلي للإستجابات اللونية أو وجودها بكثرة على أن الأولى تشير إلى غياب الوجدان و العواطف من نوع مرضي، أما الثانية فتشير إلى طغيان الوجدان وهو أمر ليس أقل مرضي من الحالة الأولى

(Chabert,1983)

• أما فيما يتعلق بنمط الصدى الداخلي (TRI) فإننا ارتأينا الأنماط التالية لأنها تشمل على الإستجابات الحركية الإنسانية وهي كما يلي:

• نمط متكافئ: تساوي الإستجابات الحركية الإنسانية بالإستجابات اللونية.

• نمط منطوي صافي: تكون فيه الإستجابات الحركية الإنسانية دون الإستجابات اللونية.

• نمط منبسط مزدوج: تكون فيه الإستجابات الحركية الإنسانية أقل من مجموعة الإجابات اللونية.

• نمط منطوي مزدوج: وتكون فيه الإستجابات الحركية الإنسانية أكثر من مجموع الإجابات اللونية.

4-9 محتوى الاستجابات:

• أن يشمل البروتوكول على محتويات إنسانية (H), مما يدل على عدم وجود كف في العلاقات الإنسانية، فظهور الإستجابات الإنسانية، ولو بقلّة ضروري في إختبار الرورشاخ، لأنه يبين قدرة الفرد على تقمص صور إنسانية (شابير، 1983). حيث تتراوح نسبة (H) ما بين 15% و 20%.

• لايشتمل البروتوكول على محتويات إنسانية جزئية (Hd) كثيرة. "حيث يلجأ إلى الإدراك الجزئي، عوض الإدراك الكلي للصورة الإنسانية،و تمثل هذه الأخيرة خطر يهدده"(Chabert ,1984).

فلا بد من أن يشتمل البروتوكول على صور إنسانية كاملة، لأن الجزئية منها تدل على «غياب كامل لصورة الجسد و/أو وجود قلق الإنشطار لدى الشخص، كما يمكن أن تنبئه المحتويات الإنسانية الجزئية (Hd) أو تشير إلى قلق الإخفاء. (Chabert ,1984).

أن تكون المحتويات الحيوانية (A) قليلة ، حيث " يدل إرتفاعها على ميكانيزم دفاعي لتجنب ربط العلاقات مع الأشخاص، وهذا ما يمثل إستثمار مكثف لتكيف سطحي وصلب. (Chabert ,1984)

كما يجب أن تكون الإستجابات المبتذلة في البروتوكول بين 5 و 7 إجابة أي نسبة 20% إلى 25% .

وبهذا فإن البروتوكول الذي يعكس تنظيما نفسيا جيدا إنطلاقا من إختبار الرورشاخ هو الذي يحتوي على إستجابات متنوعة من حيث محدداتها، ومحتوياتها، فيشمل على محددات شكلية إيجابية، وحركية ذات محتوى إنساني، مما يدل على القدرة على تجاوز الصراعات وتكيف أحسن مع الواقع الموضوعي.

الفصل الخامس : الانتاج الاسقاطي

ونشير إلى أن هذه المعايير و المعالم لا تؤخذ بصورة مبعثرة، إنما نتناولها في سياق دينامي في تفاعلها مع بعضها البعض، فإذا ارتبطت إستجابات شكلية إيجابية بمحتويات إنسانية أكثر من الحيوانية، سمح ذلك ببلورة الصراعات النفسية الداخلية، وتدل على مرونة التعامل مع الآخرين بينما إذا إشتل على محددات شكلية إيجابية قوية دون أن ترتبط بمحتويات إنسانية، واشتمل البروتوكول كذلك على الكف فإن ذلك لا يدل على سير عقلي جيد.

وهكذا فكلما إبتعد الفرد عن هذه المعالم للسير العقلي النموذجي "العادي" سواء في الإتجاه العلوي- أي فاق معايير المعدل. (كأن يعطي المفحوص مثل 50 إستجابة) أو السفلي-أي دون المعدل. (كأن يعطي المفحوص مثل أقل من 10 إستجابة). فإننا نعتبر سيره النفسي في هذا البحث هش (Fragile) وكلما إقترب منها إعتبرنا سيره العقلي جيد، أي إذا كان معدل الإجابات 20 و 30.

خلاصة الفصل:

وهكذا فإن التقنيات الإسقاطية بمثابة المرآة، تعكس الحياة الداخلية للفرد وتكشف لنا عن الواقع الداخلي للفرد و كيفية سير نظامه و التعامل مع الآثار الذكروية، كما أنها تختبر نوعية العلاقة مع الواقع وفي نفس الوقت إدماج الواقع النفسي في النظام الفكري للفرد، بحيث يجد هذا الأخير نفسه أمام ضغوطات خارجية و داخلية، يبين لنا كيف يواجه عالمه الداخلي ومحيطه.

إن يسقط الفرد ما بداخله على مادة غامضة، وهذا الغموض مستعمل كوسيلة موضوعية خارجية للإدراك، من أجل إحياء ما يختلج في النفس " فالروايزر الإسقاطية تضمن عملية التفريغ في المادة المقدمة للفرد بحيث يسقط هذا الأخير ما يشعر به ونقاط ضعفه"

(C. Chabert, D.Anzieu, 1983)

ومن أهم التقنيات الإسقاطية نجد إختبار الرورشاخ الذي نتحصل إنطلاقا من تعليمة على إنتاج إسقاطي يساعدنا في دراسة شخصية المفحوص وفهمها من حيث دينامياتها وسيرها النفسي، فنحن نتحصل بفضلها على إنتاج بصور أعماق النفس ويساعد على وضع التشخيص على أساس عملية الإسقاط التي يقوم بها المفحوص على بقع حبر ليس لها أشكال محددة، تسمح بدراسة الحياة الخيالية لديه و الكشف عن ميكانيزمات الدفاعية، أو يسقط ما بداخله على وضعيات ذات علاقة بالصراعات النفسية (الصراع الأوديبي). ومن أجل هذا الغرض تم إختيار الرورشاخ في موضوع بحثنا حتى يتمكن لنا فهم الحياة النفسية ونوعية الإنتاج الإسقاطي لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي و حتى نفهم طبيعة المعاناة الناجمة عن معايشة هذا المرض الخبيث لدى أفراد مجموعة بحثنا وفهم طبيعة التنظيم النفسي ومعرفة نوعية وطبيعة القلق الذي يمكن أن يظهر عند المرأة المصابة بسرطان الثدي والكشف عن أهم الآليات الدفاعية المستعملة .

القسم الثاني : الجانب المنهجي

القسم الثاني الجانب المنهجي

تمهيد

- 1- منهج البحث
 - 2-الحدود المكانية
 - 3- الحدود الزمانية
 - 4 - مجموعة البحث
 - 5 - معايير إختيار مجموعة البحث
 - 6- ظروف تطبيق الإختبار
- خلاصة الفصل

تمهيد :

إن الدراسة الميدانية وسيلة من شأنها جمع المعلومات و البيانات حول ظاهرة تكون قيد الدراسة و البحث لمحاولة الإجابة علميا على التسؤولات التي طرحت في إشكالية البحث حتى يستعين بها الباحث في تدعيم فرضياته أو نفيها.

لذلك فإن الجانب الميداني حسب طبيعة الدراسة، يعتبر جزء أساسي للجانب النظري، بل لا يقوم هذا الأخير أن لم يدعم بما يؤكد مصداقية صحتها ميدانيا .

1- منهج البحث :

لقد إعتمدنا في دراستنا على المنهج العيادي، لملائمته موضوع بحثنا، حيث أن المنهج العيادي يركز على البناء الدينامي للشخصية وفهم الصراعات النفسية لدى الفرد أو تأثيرها على توظيفه النفسي و الذي يرى فيه D. LAGACHE " أنه دراسة السلوك في الإطار الحقيقي، و الكشف بكل أمانة ممكنة عن طرق التعايش و تفاعل الكائن البشري محسوس و كامل ضمن وضعية ما، و العمل على إقامة العلاقات بينها في المعنى والبنية، و التكوين و الكشف عن الصراعات التي تحركها.

(عن بيرون، 1979)

و الذي غالبا ما يطبق مع السير المتكيفة، مثلما يطبق مع السير المضطربة، فهو منهج جدير بتنمية المعارف في ميدان علم النفس و لهذا يرى LAGACHE أن " المنهجية العيادية هي الطريقة المناسبة التي يمكننا من خلالها الفهم العلمي " .

(عن بيرون، 1979)

أما R . PERRON فيرى أن " المنهج العيادي يهدف إلى فهم السير النفسي و البناء الحادق للوقائع النفسية (نفس المرجع سابقا)

القسم الثاني : الجانب المنهجي

و من جهة أخرى يؤكد D.LAGACHE " أن المنهج العيادي، هو تناول السيرة في منظورها الخاص كذلك التعرف على مواقف و تصرفات الفرد تجاه وضعية معينة محاولا بذلك إعطاء معنى للتعرف على بنياتها و تكوينها، كما يكشف عن الصراعات التي يعيشها الفرد" (بيرون، 1979)

و لذلك إعتدنا على الطريقة الكلاسيكية المستعملة في معظم بحوث علم النفس العيادي وهي دراسة الحالة التي تعرفها M. Mazelle بقولها : " أننا نستطيع تعريف دراسة الحالة في علم النفس العيادي، بأنها الفحص العميق لدراسة فردية و ذلك إنطلاقا من ملاحظة وضعية معينة و ربطها بتاريخ المفحوص، إذا يسمح ذلك بفهم سلوكه و معاشه "

(Mazelle,1994)

إذ طريقة دراسة الحالة قد تمكننا من الفحص الجيد للحالة قيد الدراسة و الفهم و التقرب من المشكل المطروح و ذلك من خلال المعلومات المحصل عليها عن طريق المقابلة نصف الموجهة و إختبار الرورشاخ.

2- الحدود المكانية :

2-1 أجري البحث على مستوى المؤسسة الإستشفائية المختصة في معالجة أمراض السرطان الواقعة في الناحية الغربية للمستشفى الجامعي " فرانز فانون" بالبلدية .
تقدر مساحته بـ 18 ألف متر مربع يحتوى على ثلاث طوابق :

◆ الطابق الأرضي : مصلحة التداوي بالأشعة

◆ الطابق الأول : قاعة العمليات ، قاعة الإنعاش

◆ الطابق الثاني : مصلحة الجراحة

◆ الطابق الثالث : مصلحة طب الأورام

القسم الثاني : الجانب المنهجي

تحتوى هذه المؤسسة الإستشفائية على 183 سرير تقني ، كما تتكون من أربع مصالح

و هي بالتالي :

1-2 مصلحة التداوي بالأشعة الأنكولوجيا و تتكون من أربع وحدات :

◆ وحدة التداوي بالأشعة الباطنية

◆ وحدة الفحوصات

◆ وحدة إستشفائية

◆ قاعة التقنيات

2-2 مصلحة جراحة طب الأورام و تتكون من خمس وحدات :

◆ وحدة الفحوصات

◆ وحدة إستشفائية (جناح خاص بالنساء و جناح خاص بالرجال)

◆ وحدة الإنعاش

◆ وحدة العمليات

◆ وحدة الطب النفسي

2-3 مصلحة طب الأورام و تتكون من أربع وحدات

◆ وحدة الفحوصات

◆ وحدة إستشفائية (جناح خاص بالنساء و آخر خاص بالرجال)

◆ وحدة الإستشفاء اليومي

◆ وحدة الطب النفسي

2-4 مصلحة أمراض الدم و هي تتكون من خمس وحدات :

◆ وحدة الفحوصات

◆ وحدة إستشفائية

◆ وحدة الإستشفاء اليومي

◆ وحدة المخبر

◆ وحدة الطب النفسي

و قد تم إجراء هذا البحث الميداني بوحدة الطب النفسي التابعة لمصلحة جراحة الأورام ومصلىة التداوي بالأشعة و مصلىة العلاج الكيمياءى أين تحصلنا على مكتب خاص بالفحص النفسى و المقابلات العيادية مع مجموعة البحث .

2-2 مركز العلاج بالأشعة لأورام السرطان (مؤسسة خاصة):

كما تم دراسة بعض الحالات بالمركز الخاص بالعلاج بالأشعة بأولاديعيش بالبليدة ، أين قدم لنا كل التسهيلات الملائمة للدراسة من طرف مسؤول المركز، حيث خصص لنا مكتب خاص للدراسة و البحث . يحتوى على طابقين :

الطابق الأول : حيث توجد قاعة الإستقبال، مكتبين للإستشارة الطبية، قاعة العلاج بالأشعة جناح لنساء و جناح للرجال .

الطابق الثانى : مكتب المدير، قاعة للفحص الطبى بعد إنتهاء العلاج بالأشعة و غيرها من المكاتب.

وقد تم إجراء بحثنا فى المستوى الأول من المركز، حيث خصص لنا مكتب .

2-3 مركز الإحسان لإيواء المرضى المصابين بسرطان الثدي - جمعية البدر- :

يحتوى هذا المركز على أربع طوابق طابق أراضى به جناح خاص بالمطبخ حيث ينقسم إلى غرفة مطبخ وقاعة لتناول وجبات الإفطار، كما نجد أيضا غرفة التبريد أين توضع بها المواد الغذائية التى تحفظ فى الثلجة، وغرفة أخرى توضع فيها المواد الغذائية التى يتبرع بها المحسنين. ثم نجد الطابق الأول ويتكون من مكتب المدير، مكتب الإستقبال قاعة للزوار المرضى، ثم الطابق الثانى ونجد فيه قاعة للإجتماعات، قاعة حلاقة وتجميل للنساء قاعة للأشغال اليدوية والحرفية للنساء، ثم الباقي من المركز فى الطابق الثالث والرابع نجد جناح خاص بالنساء و جناح خاص بالرجال و يحتوى كل جاح على صالة بها تلفاز يجتمع فيها المرضى و غرف نوم تحتوى من ثلاث الى أربع أسرى نوم وكل غرفة تحتوى على مرحاض و حمام .

2- الحدود الزمانية:

لقد باشرنا العمل الميداني في بداية شهر سبتمبر (2014/12/02) و إستمر التطبيق إلى غاية شهر أفريل (2016/02/28) حيث تم العمل بصورة مستمرة و منتظمة، فعند التطبيق الميداني توجهنا إلى مدير المركز الإستشفائي الخاص بمعالجة أمراض السرطان C.A.C بالبلدية ومركز التدوي بالأشعة بأولاديعيش بالبلدية كذلك و شرحنا لهم عن أهمية و هدف ومنهجية الدراسة التي نحن بصدد تقديمها للحصول على موافقتهم، وبعد الحصول على الموافقة تكلنا على الله و عونه .

4- مجموعة البحث:

تتكون مجموعة البحث من 104 حالة مصابة بسرطان الثدي و هي مجموعة متكونة من حالات متزوجة و حالات غير متزوجة، يتراوح سنهن ما بين 25 و 45 سنة و الجدول التالي يوضح توزيع أفراد مجموعة البحث حسب الحالة الإجتماعية :

جدول رقم (4) يوضح توزيع أفراد مجموعة البحث حسب حالاتهم الإجتماعية

الحالة الإجتماعية	عدد الحالات	النسبة
المجموعة الأولى (العازبة)	08	7.69 %
المجموعة الثانية (المتزوجة)	96	92.30 %

تعليق :

يوضح الجدول أعلاه توزيع أفراد مجموعة البحث حسب حالاتهم الإجتماعية ، حيث تمثل المجموعة الأولى المرأة العازبة المصابة بسرطان الثدي وهي 08 حالات والتي تمثل نسبة 7.69 % ، أما المجموعة الثانية فهي تمثل المرأة المتزوجة المصابة بسرطان الثدي والتي تقدر ب 96 حالة ، أي بنسبة 92.30%.

القسم الثاني : الجانب المنهجي

جدول رقم (5) يوضح توزيع أفراد مجموعة البحث حسب السن

السن	مجموعة البحث	السن	مجموعة البحث
35	6	25	4
36	5	26	5
37	2	27	3
38	7	28	4
39	6	29	5
40	7	30	5
41	5	31	3
42	6	32	2
43	6	33	5
44	4	34	6
45	8		

تعليق :

يمثل الجدول رقم (2) توزيع أفراد مجموعة البحث حسب تكرارات السن، حيث نلاحظ أن تكرارات السن للمبحوثات هي تكرارات متقاربة بالنسبة لكل أفراد مجموعة البحث .

5- معايير إختيار مجموعة البحث :

- دراسة الحالة بعد إجراء العملية الجراحية .
- دراسة الحالات المتعرضة إلى عملية بتر الثدي كليا .
- سن الحالات يتراوح ما بين 25 و 45 سنة .
- أن تكون دراسة الحالة بعد مرور فترة من إجراء العملية .
- أن تكون مجموعة البحث مقيمة بالمستشفى و فيما يلي أهم خصائص مجموعة البحث:

جدول رقم (6) يوضح توزيع أفراد مجموعة البحث حسب المستوى التعليمي

المستوى	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية
دون تعليم	%22.63	%28.19
ابتدائي	%18.08	%23.81
متوسط	%35.54	%25.93
ثانوي	%17.24	%15.44
جامعي	%6.51	%6.63

تعليق :

يوضح الجدول السابق الخاص بتوزيع أفراد مجموعة البحث حسب المستوى التعليمي فيمثل مستوى دون تعليم بالنسبة للمجموعة الأولى نسبة %22.63 و %28.19 في المجموعة الثانية، و يمثل مستوى الإبتدائي نسبة %18.08 في المجموعة الأولى و % 23.81 في المجموعة الثانية، ونجد مستوى المتوسط يمثل نسبة %35.54 في المجموعة الأولى ويمثل %25.93 في المجموعة الثانية، بينما نجد نسبة مستوى الثانوي يمثل في المجموعة الأولى %17.24 وفي المجموعة الثانية يمثل نسبة %15.44 ، أما المستوى الجامعي فيمثل أقل نسبة بالنسبة للمجموعتين، ففي المجموعة الأولى يمثل %6.51 وفي المجموعة الثانية يمثل %6.63. ومن خلال هذا نلاحظ أن المستوى الأكثر صدارة في المجموعة الأولى المتوسط ثم مستوى دون تعليم ثم الثانوي فالجامعي . أما في المجموعة الثانية فنجد مستوى دون تعليم في المرتبة الأولى ثم المتوسط، الثانوي فالجامعي . هذا ما جعل وجود بعض الصعوبات في التعامل مع الحالة خاصة عند تقديم إختبار الرورشاخ .

القسم الثاني : الجانب المنهجي

جدول رقم (7) يوضح توزيع أفراد مجموعة البحث حسب المستوى الإقتصادي

المستوى	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية
تحت المتوسط	%29.22	%25.07
متوسط	%45.61	%47.39
فوق المتوسط	%25.17	%27.54

تعليق:

من خلال عرض الجدول السابق الخاص بتوزيع أفراد مجموعة البحث حسب الحالة الإقتصادية فأول ما نلاحظه تقارب النسب بين المجموعتين الأولى و الثانية، حيث أن معظم الحالات المدروسة كان مستواهن المعيشي يتراوح بين المتوسط أو دون المتوسط أو فوق المتوسط، حيث نجد في المجموعة الأولى مستوى تحت المتوسط يمثل نسبة 29.22 % وفي المجموعة الثانية يمثل نسبة 25.07 %، أما مستوى المتوسط فيمثل نسبة 45.61 % في المجموعة الأولى و بنسبة 47.39 % في المجموعة الثانية، أما عن مستوى فوق المتوسط فنجد بنسبة 25.17 % في المجموعة الأولى و بنسبة 27.54 % في المجموعة الثانية و نشير في هذا إلى تدخل عامل التغذية و عامل المستوى الإقتصادي في ظهور مرض السرطان إضافة إلى عوامل أخرى.

القسم الثاني : الجانب المنهجي

جدول رقم (8) يوضح توزيع أفراد مجموعة البحث حسب السوابق المرضية

السوابق المرضية	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية
توجد	%25.31	%32.19
لا توجد	%71.57	%61.94
السرطان	%3.12	%5.97

تعليق :

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن أغلب حالات أفراد مجموعة البحث كانت لا تعاني قبل الإصابة بمرض السرطان الثدي من أمراض أخرى. إلا أن هناك البعض من كان يعاني من إضطرابات جسمية مختلفة منها بسيطة ومنها المزمنة كأمراض كالربو، السكري الضغط الدموي، و الأخرى حادة كالإصابة بمرض السرطان في أماكن مختلفة في الكولون أو المعدة ، في الحنجرة، في عنق الرحم.....إلخ

حيث نجد الإصابة بالمرض في المجموعة الأولى تمثل نسبة %25.31 أما في المجموعة الثانية فتتمثل نسبة %32.19 ، وعن عدم وجود سابق مرضية عند الحالات نجدها تمثل نسبة % 71.57 وفي المجموعة الثانية نجدها بنسبة % 61.94 ، أما عن وجود إصابات سرطانية فنجدها بنسبة %3.12 في المجموعة الأولى و % 5.97 في المجموعة الثانية.

جدول رقم (9) يوضح توزيع أفراد مجموعة البحث حسب إنتشار أمراض السرطان في العائلة

المجموعة الثانية	المجموعة الأولى	
%85.21	%78.56	إنتشار المرض
%14.79	%21.44	عدم انتشار المرض

تعليق:

يمثل الجدول رقم (5) توزيع أفراد مجموعة البحث حسب إنتشار أورام السرطان في العائلة حيث نجد إنتشار أمراض السرطان في العائلة يمثل بالنسبة للمجموعة الأولى %78.56 ، أما في المجموعة الثانية فنجده بنسبة %85.21 ، في حين نجد نسبة عدم إنتشار أمراض السرطان في العائلة تمثل نسبة أقل بكثير من نسبة الإنتشار، حيث يمثل نسبة %21.44 في المجموعة الأولى و بنسبة %14.79 في المجموعة الثانية. وهذا يعتبر من أهم العوامل المساعدة على ظهور أورام السرطان .

6. ظروف تطبيق الإختبار:

لقد باشرنا العمل الميداني في بداية شهر سبتمبر (2014/12/02) و إستمر التطبيق إلى غاية شهر أفريل (2016/02/28) حيث تم العمل بصورة مستمرة و منتظمة، فعند التطبيق الميداني توجهنا إلى مدير المركز الإستشفائي الخاص بمعالجة أمراض السرطان C.A.C بالبلدية و مركز التدوي بالأشعة بأولاديعيش بالبلدية كذلك و شرحنا لهم عن أهمية و هدف و منهجية الدراسة التي نحن بصدد تقديمها للحصول على موافقتهم، و تم ذلك بتوجيهنا إلى بروفيسور مصلحة الجراحة ساري والبروفيسور بوعلاقة مصلحة التدوي بالأشعة والبروفيسورة سماعيلي مصلحة العلاج الكيميائي بمركز مكافحة أورام السرطان -فرانز فانون - البلدية، والبروفيسور بوعافية رئيس مصلحة التدوي بالأشعة بالمركز الخاص

القسم الثاني : الجانب المنهجي

بالتداوي بالأشعة بأولاديعيش البليدة، بروفيسور بولنجانر رئيس مصلحة طب الأورام جمعية البدر لاثواء مرضى السرطان بالبليدة هؤلاء من قدم لنا كل وسائل الراحة و المساعدة لإجراء هذا البحث .

و قد تم إجراء المقابلات العيادية و تطبيق إختبار الرورشاخ بمكتب خاص بالأخصائية النفسية التابعة لمصلحة جراحة الأورام، فقد تم إخلاؤه لصالحنا طول فترة الدراسة الميدانية و قد تمت دراسة مجموعة البحث حسب المعايير الموضوعية، إلا أننا في بعض الأحيان تعرضنا إلى بعض الصعوبات في دراسة الحالة إما لفقدان الحالة بموتها بعد إجراء مقابلة عيادية و تمهيداً لموضوع الدراسة وذلك بسبب تطور حالتها، أو رفض الحالة عدم الإتمام العمل، أو خوف الحالة من نتيجة العملإلخ .

7- تقديم أدوات البحث :

7-1 المقابلة العيادية:

أصبحت المقابلة العيادية في العصر الحديث أداة بارزة من أدوات البحث العلمي و قد ظهرت كأسلوب هام في ميادين عديدة، كميدان الطب، الصحافة، إدارة الأعمال والخدمة الإجتماعية و بشكل خاص في مجالات التشخيص و العلاج النفسي، و قد تأثرت المقابلة كأداة للبحث بعاملين هما : المقابلة الإكلينية و حركة القياس السيكولوجي .

و تعد المقابلة العيادية من أهم التقنيات عند القيام بأي بحث علمي في تخصصنا، كونها تسمح لنا بالإقتراب من المبحوث و جمع مختلف المعلومات التي تساعد في فهم المشكل الحقيقي الذي يعاني منه المفحوص .

و تعرف المقابلة العيادية لغويا حسب C- Chiland بأنها " فعل تبادل الكلام بين شخصين أو عدة أشخاص " أما إصطلاحا فهي " علاقة دينامية بين الفاحص و المفحوص أي محادثة موجهة لغرض محدد.و بالتالي فان المقابلة العيادية، هي طريقة حوارية تقوم على النظر و التحدث و السمع و ليس فحصا جسديا، و الهدف الأساسي من هذه المقابلة هو الكشف عن

القسم الثاني : الجانب المنهجي

ديناميات سلوك المريض حتى نستطيع أن نفهم العوامل السيكولوجية التي أدت إلى الحالة الراهنة " (C-Chiland ، 1982)

و يعرفها العالم A.Ross بأنها عبارة عن " علاقة دينامية و تبادل لفظي بين شخصين أو أكثر الشخص الأول أخصائي التوجيه و الإرشاد أو التشخيص ثم الشخص أو الأشخاص الذين يتوقعون مساعدة محورها الأمانة و بناء علاقة ناجحة "

(عن عطوف محمد ياسين، 1999)

إن الهدف من المقابلة ليس عنونة المريض و إصاق الصفات أو كتصنيفه في فئة اكلينيكية محددة، إنما الهدف هو الكشف عن الديناميات للسلوك المرضي قبل أي إعتبار و يتوقف نجاحها في تقديرنا الأخصائي في بناء علاقة مشجعة بينه و بين المرض و هي علاقة ثقة و تواد.

و المقابلة التشخيصية ترمي إلى المساعدة على التشخيص حالة المريض بتوجيهه أسئلة هادفة ذات صياغة محكمة، و المريض يتمكن من الحصول على الكثير من المؤثرات و العلامات التي تساعد على فهم التشخيص (نفس المرجع) و الهدف الأساسي من هذه المقابلة هو الكشف عن ديناميات سلوك المريض حتى نستطيع ان نفهم العوامل السيكولوجية التي أدت إلى حالته الراهنة .

و قد إعتدنا في بحثنا على تعريف المقابلة العيادية الخاص بـ C-Chiland الذي رأينا فيه ما يخدم بحثنا في الكشف عن الديناميات السلوكية عند المصابات بسرطان الثدي و المقابلة العيادية ثلاث أنواع : الموجهة ، الغير موجهة ، النصف موجهة. و قد إعتدنا في البحث على النوع الأخير من المقابلة العيادية و هي النصف موجهة حيث تبدو أنها الأنسب في خدمة أهداف بحثنا كما أنها تسمح لنا بالإقتراب من الحالات المبحوثة و بالتالي بالتشخيص التقريبي للحالة، و هذا لكونها تسمح لنا بقدر كبير من جمع المعطيات و جعل المبحوثة في حرية التعبير التلقائي و إدلاء بآرائها التي تقترحها في إطار محدد بمحاور عديدة وفق

القسم الثاني : الجانب المنهجي

ترتيب و تنظيم معين و هذا كله دون الخروج عن العنصر الأساسي في الموضوع الذي نحن بصدد دراسته .

و قد خصصنا إستبيان خاص لدراسة الحالة يحتوي على أسئلة مفتوحة مغلقة أو ما يسمى أيضا نصف موجهة، والهدف من هذه المقابلة هو جمع بعض المعطيات والمعلومات التي يمكن أن تفيد الدراسة، كما تعتبر تمهيدية لإجراء الإختبار . و يمكنكم التطلع على دليل القابلة في الملاحق. الملحق رقم (01)

2-7-2 إختبار الرورشاخ :

1-2-7-1 تقديم الإختبار :

يعتبر الرورشاخ من أدوات التشخيص الأساسية المستعملة في العيادات النفسية و وسيلة من وسائل دراسة الشخصية، و قد إخترع هذا الرائز السويسري Hein Rorschach سنة 1920.

يتكون الإختبار من عشر لوحات، كل لوحة لها شكل يختلف على الأشكال الأخرى الموجودة في باقي اللوحات، و كل لوحة تحتوى على ألوان معينة، خمسة منها تحتوى على اللون الأسود و الأبيض و هي اللوحة I ، IV ، V ، VI ، VII و هي في درجات متفاوتة في الأسود و الأبيض و مختلفة في الظلال الموجود في اللوحات، لوحتان ملونة بالأسود والأبيض و الأحمر و هي اللوحة II ، و اللوحة III ، و ثلاث لوحات تحتوى ألوان مختلفة و متعددة كما تحتوى على فراغات بيضاء و هي اللوحة VIII ، IX ، X

2-2-7-2 الهدف من إختبار الرورشاخ :

يتمثل الهدف الرئيسي من إستعمال إختبار الرورشاخ، دراسة الشخصية و التشخيص على أساس عملية الإسقاط ، لأن المفحوص من خلال إطلاعه على هذه اللوحات، يسقط كل ميوله و رغباته و مخاوفه على غيره من الناس و الأشياء، و من هذا المنطلق، فإن المفحوص يعكس شخصيته إنطلاقا من بقع الحبر الموجودة في اللوحات .

القسم الثاني : الجانب المنهجي

و قد قمنا باختيار إستعمال اختبار الرورشاخ كوسيلة و أداة في بحثنا، كونه يساعدنا في الكشف عن الجانب الشعوري و اللاشعوري عند مجموعة البحث المصابة بسرطان الثدي، كما أنه يكشف لنا عن طبيعة التوظيف النفسي عند هن و عن نوعية و طبيعة القلق و مختلف الآليات الدفاعية التي تستعملها المرأة المصابة بسرطان الثدي و الخاضعة لعملية إستئصال الثدي.

3-2-7-7 التعليمية :

التعليمية تكون متمثلة في الجملة التالية " نعطيك عشر لوحات، تكلم عن ماذا ترى وبماذا تفكر هذه اللوحات " .

لكن في بحثنا هذا إعتدنا على التعليمية التي أوردتها Cecile Beizmann، لأنها تعتبر أكثر التعليمات سهولة و أقلها إحصاء و هي :

" دوك نوريلك تصاور و تقولي واش راك تشوفي فيها " (C.Beizmann,1996) و حينما نرى الضرورة تقدتضي الإضافة نقول " كل واحد يقر يشوف حاجة مختلفة على الآخرين ما كانش أجوبة صحيحة و لا أجوبة خاطئة، كل الأجوبة مقبولة" . إن هذه التعليمية تسمح للفرد بأن ينتقل من العالم الواقعي إلى العالم الخيالي، و في هذا المجال تقول Nina . Rauch.T " إن الواقع الداخلي و الخارجي أثناء تطبيق الرورشاخ قد يفرضان ضغطا إزاء المفحوص، لأن تصوراته للمواضيع و نمط العلاقات القائمة بين هذه المواضيع و العالم الخارجي " (Nina. Rauch.T,1981)

4-2-7-7 كيفية إجراء اختبار الرورشاخ:

إن تقنية تمرير الإختبار الخاص بالرورشاخ يتم عبر ثلاث مراحل و أحيانا أربعة .

- التمرير التلقائي .
- التحقيق.
- تحقيق الحدود.
- إختبار الإختيار.

القسم الثاني : الجانب المنهجي

كما أنه توجد شروط لتطبيق هذا الإختبار و هي :

- الإستعداد التام للمفحوص.
- غرفة مضيئة و هادئة.
- إجراء الإختبار يكون فرديا.
- جلوس الفاحص على يمين المفحوص أو يقابله وجها لوجه

أ-التمرير التلقائي :

التعلیمة هنا تكون تحريض لإدراك الخيال، تقدم للمفحوص اللوحات الواحدة تلوى الأخرى إلى أن تنتهي اللوحات، و هنا يجب أن يكون المفحوص في وضعية تتكيف مع الطلب ، حيث نقول له مثل " ماذا ترى و ماذا تتخيل " و نقدم له التعلیمية الأساسية المستعملة من طرف C.Beizmann " دوك نوريل تصاور و تقولي قع واش راكي تشوفي فيها " . نقوم بأخذ العناصر التي تخص وضعية الرائر و نسجل بكل حذر كل ما يصدر عن الحالة ضمن ملاحظات تردد، تعابير الوجه، إيماءات، أسئلة، إستفسارات تعجبات إلى غير ذلك بالإضافة إلى تسجيل وقت الكمون الذي يمتد بين إعطاء اللوحة حتى إعطاء الجواب الأول تسجيل الزمن الكلي لإجابة ، ملاحظات وضعية اللوحة.

ب -التحقيق:

هنا نأخذ اللوحة تلوى الأخرى و التعلیمة تتمثل في قولنا " قللي واش خلاك تقولي واش قلتيلي في اللوحة " و كما جاءت في تعلیمة CathErine Chabert " الآن سنعيد رؤية اللوحات معا و حاولي أن تقوللي ما الذي جعلك تفكري في الذي قلتيه و طبعا إذا جاءت أفكار أخرى يمكنك أن تطلعي عنها " .

(C.Chabert.1982)

ج - تحقيق الحدود :

نستعمله عندما لا نجد جواب مبتذل، و تحقيق الحدود يخضع لإعطاء البرهان في المقابلة العيادية و لا تقترحه إلا إذا تأكدنا أن الحالة لا ترى جواب مبتذل أو جواب إنساني حينها نقول " ألا ترى شيء آخر هنا يشبه شيء إعتدنا على رؤيته .مثل هذا لا يمثل لك صورة فراشة "

د - إختبار الإختبار:

هنا نقدم للحالة اللوحات العشر و نقول لها : " إختبر من بين هذه اللوحات، زوج لوحات يعجبوك و زوج لوحات ما يعجبوكش، بصح تقولي علاش هذا الإختبار."

7-2-5 طريقة تحليل برتوكول الرورشاخ:

بعد عملية التنقيط التي تعتمد على ثلاث مراحل أساسية، و هي طريقة التناول، المحددات والمحتويات، و ذلك حسب الإجابة المعطاة في كل مرة، تأتي مرحلة تحليل النتائج من خلال المخطط النفسي و الإجابات المحصل عليها إنطلاقا من دراسة برتوكول كل حالة كما يعتمد على ما جاء في التحقيق و الأخذ بعين الإعتبار الزمن المسجل في إجراء الإختبار لكل حالة و كل هذا يتم من خلال :

أ/الانطباعات العامة :

تؤكد على طريقة تناول المبحوثة لوضعية الإختبار (سلوك الحالة) ملاحظة تكيف الحالة مع الرائز إذا كان بطريقة تلقائية أو تدخل من الفاحص لإدماجها في وضعية الإختبار كقولنا مثل " إم ،نعم ، هكذا".

ب/ إعطاء لمحة العلاقة بين الفاحص و المفحوص:

و تقصد بها العلاقة بين الفاحص و المفحوص منذ أول لقاء، طريقة إستجابة المفحوص عن تساؤلات الفاحص، طريقة تحدّثه مع الفاحص، طريقة تناوله للرئز.

ج/ التحليل الكمي :

في هذه المرحلة نقوم بتحليل نتائج المخطط النفسي إنطلاقاً من إنتاجية الحالة، طريقة التناول المحددات، المحتويات، كل على حدى و هذا لا يتم إلا بالرجوع إلى المعايير ومقارنتها بالنتائج المحصل على غيرها.

د/ التحليل الكيفي:

تعتبر هذه المرحلة أهم المراحل في البحث بصفة عامة لأنها تبين لنا صدق أو نفي الفرضيات المطروحة و هي تنقسم إلى :

●التناول المعرفي:

نقوم بتحليل الإنتاجية، طريقة التناول، المحددات و المحتويات بشكل متسلسل، و متناسق مع ماجاء في البروتوكول و التحقيق، حيث نعطي تفسيراً لكل الأجوبة مقارنة الناحية الكمية للمعايير.

●الدينامية الصراعية:

هنا الكشف عن نوع الصراع الذي قد يكون داخلي مثلاً تريد المبحوثة القيام بفعل ما و لكن لا تستطيع لسبب معين يعيقها، قد يظهر هذا الصراع في المثلثة مثلاً تقول هذا " الشيطان أو هذا الملاك " و قد تأخذ الدينامية شكل آخر غير الدفاع و الرغبة، شكل النشاط و الكف .

●طبيعة القلق:

إنطلاقاً من تحليل البروتوكول لكل حالة و دراسة المخطط النفسي نلجأ إلى حساب معادلة القلق التي تساوي حصيلة الإجابات الإنسانية الجزئية و إجابات الدم و إجابات الجنس والإجابات التشريحية على المجموع الكلي للإجابات و التي بها نحدد نوعية القلق. الذي تعاني منه الحالة حيث اذا كان الحاصل أقل من 12 % إعتبرنا القلق في البروتوكول

القسم الثاني : الجانب المنهجي

طبيعي أما اذا كان ما بين 12 % و 15 % فهو قلق متوسط و إذا ما تعدى 15 % كان قلق مرضي علاوة على الإستعانة أيضا بطرق التناول الشاملة.

خلاصة :

تعتبر منهجية البحث و خطواته العمود الفقري في كل الدراسات العلمية فقد قمنا بإختيار أفراد مجموعة البحث وفق المعايير الموضوعية في إطار المستشفى الخاص بمعالجة أمراض السرطان و مركز التداوي بالأشعة و مركز ايواء المرضى المصابين بأورام معتمدين في ذلك على المقابلة العيادية و الإختبار الإسقاطي الروشاخ، كما أن التقنيات الإسقاطية تدخل ضمن الطرق الشائعة في إستعمال المنهج العيادي الذي هو أكثر ملائمة في مثل هذه الدراسة و نشير بهذا أننا اعتمدنا على المعطيات التي وجدناها في الميدان، ذلك أن كل الملاحظات و المناقشات و وجهات النظر و التفسيرات في الميدان مع الأطباء والمختصين و بعض الحالات كانت لها أهمية عند التحليل و المناقشة .

القسم الثالث

الجانب التطبيقي

تمهيد

1- خطوات تحليل إختبار الرورشاخ

2- عرض وتحليل النتائج

3- عرض نماذج من الحالات المدروسة

- الحالة (أ)

-الحالة (ب)

-الحالة (ج)

- الحالة(د)

- الحالة(و)

- الحالة(ها)

4- مناقشة النتائج

خلاصة عامة

الخاتمة

تمهيد :

نقدم في هذا الفصل إلى الخطوات المنتهجة في تحليل البيانات لإختبار الرورشاخ، ثم نتعرض إلى مناقشة الفرضية العامة للبحث، تكون متبوعة بمناقشة الفرضيات الجزئية وننتهي في الأخير بإعطاء خلاصة للفصل.

1- خطوات تحليل إختبار الرورشاخ:

في كل مرة كنا نقرأ البروتوكول الخاص بكل حالة قراءة أولية و شاملة لمعرفة ما إن كان يغلب عليه الكف أم لا، و ما إذا كانت الإستجابات تتنوع فيه أم هناك تركيز على نوع واحد منها، و ما إذا كانت كثيرة أو قليلة الهدف تكوين صورة عامة عن البرتوكول و بعد ذلك نتطرق إلى تحليل كل البروتوكولات واحدا واحدا بشكل تفصيلي .

1-1 التنقيط:

لقد قمنا بتنقيط كل بروتوكولات أفراد مجموعة البحث معتمدين أساسا على دليل تنقيط إختبار الرورشاخ لبيزمان (Beizmann,1996)، حيث قمنا بتحديد موقع الإستجابات، إذا ما كانت شاملة أو جزئية أو جزئية صغيرة أو كانت تتعلق بفراغات اللوحة (dbI) ، ثم تعيين محدد الإجابة، أي إذا ما كانت شكلية، اولونية، أو حركية أو تظليلية أو من نوع الإستجابات القاتمة (Cclob) ، و في الأخير تطرقنا إلى محتوى إستجابات المفحوص، إذا ما كانت مثلا محتويات إنسانية (H) أو حيوانية (A) او تشريرية (Ant) أو نباتية (Bot) و ما إلى ذلك من محتويات أخرى كما هو موضح في شبكة الفرز (Fiche de dépouillement) المقدمة في الملحق و التي إعتدنا عليها في تنقيط على برتوكول إختبار الرورشاخ المتعلقة بكل فرد من أفراد مجموعة البحث .

2-1 التحليل الكمي للبروتوكول :

لقد قمنا في هذا الإطار بجملة من العمليات الحسابية قصد تحديد النسبة المئوية لأهم عناصر إختبار الرورشاخ كالنسب المئوية لطرق التناول و المحددات و المحتويات، أي هل هناك توازن في إستعمال كل من طرق التناول الشاملة و الجزئية و الجزئية الصغيرة أو الإستجابات الشكلية و الشكلية الإيجابية و الحركية اللونية، و نفس الشيء بالنسبة للمحتويات الحيوانية و الإنسانية و التشريرية و غيرها، أم غير ذلك . و قد إعتدنا في كل ما سبق على قوانين موضوعية خصيصا للتحليل الكمي في إختبار الرورشاخ، حيث نتوصل في الأخير إلى معرفة نمط الصدى الداخلي (T.R.I) للمفحوص و طريقة إدراكه للواقع، و أهم إهتماماته من خلال محتويات إجاباته.

3-1 التحليل الكيفي :

إنطلاقا من التحليل الكمي للبروتوكول، و إستنادا إلى معالم التنظيم العقلي النموذجي الذي ذكرناه سابقا، قمنا بالتحليل الكيفي لكل البروتوكولات، فقد إعتبرنا أن كلما إقتربت الحالة من معالم الشخص (العادي) كلما كان سيرها العقلي جيدا، كلما إبتعدت عنه كان سيرها العقلي متوسطا في حين فقد إعتبرنا كلما إبتعدت الحالة عن معالم التنظيم العقلي النموذجي كثيرا كلما كان سيرها العقلي هش أي سيء وهذا اعتمادا على ما جاء به بيار مارتي في نظريته، و قد توصلنا في الأخير إلى وضع تشخيص لكل حالة، حيث قمنا بجمع هذه الأصناف الثلاثة في جدول مشيرين بذلك إلى نسبة كل صنف لدى أفراد مجموعة البحث .

بعد القيام بهذا البحث الفردي لكل حالة من أفراد مجموعة البحث إنتقلنا إلى المرحلة الأخيرة في دراسة البروتوكولات، و هي الوقوف على أهم الخصائص السائدة فيها، أي أهم مميزات البروتوكول . فقد وضعنا سلم يتكون من ثلاث درجات هي : درجة منخفضة في ثم الدرجة المتوسطة و هي تلك التي تكون فيها الميزة مضطربة بصفة طفيفة، أما الدرجة الحادة فهي تلك التي تكون فيها الميزة مضطربة كثيرا.

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

فقد إعتمدنا في دراسة القلق على وجود إجابات الفاتحة القائمة و كذا معادلة القلق في إختبار الرورشاخ التي هي حصيلة الإجابات الإنسانية الجزئية و إجابات الدم و إجابات الجنس و الإجابات التشريحية على المجموع الكلي للإجابات، فإذا كان الحاصل أقل من 12 % إعتبرنا القلق في البروتوكول طبيعي أما اذا كان ما بين 12 % و 15 % فهو قلق متوسط و إذا ما تعدى 15 % كان قلق مرضي علاوة على الإستعانة أيضا بطرق التناول الشاملة وبهذا نصل الى تحديد مستوى القلق لكل حالة.

2- عرض وتحليل و مناقشة النتائج :

مناقشة الفرضية العامة :

والتي مفادها أن هناك إختلاف في نوعية التوزي النفسي التي يظهرها الإنتاج الاسقاطي من خلال إختبار الرورشاخ عند المرأة العازبة المصابة بسرطان الثدي الخاضعة لعملية إستئصال الثدي، عن المرأة المتزوجة المصابة بسرطان الثدي الخاضعة لعملية إستئصال الثدي. والجدول التالي يوضح المتوسط الحسابي للإنتاجية في إختبار الرورشاخ للمجموعتين الأولى والثانية .

جدول رقم (10) يوضح المتوسط الحسابي للإنتاجية من خلال إختبار الرورشاخ

Ban	RC	Tps To	Refus	R . Com	R	المجموعة
%2.62	%31.79	12	%0.5	3	18	المجموعة الأولى
%2.96	%33.07	12	%0.5	4	19	المجموعة الثانية

مناقشة و تفسير النتائج:

يمثل الجدول بعض خصائص المخطط النفسي في إختبار الرورشاخ للمرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة في المجموعة الأولى، والمرأة المتزوجة المصابة بسرطان الثدي في المجموعة الثانية، يظهر أن النتائج في المجموعتين جد متقاربة، اذ يقدر المتوسط الحسابي

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

للإنتاجية في المجموعة الأولى ب 18 إجابة، و في المجموعة الثانية ب 19 إجابة وهذا ما يعبر على إنخفاض الإنتاجية في كلتا المجموعتين عن المعدل الطبيعي، وعن الدراسة الفرنسية المعتمدة عليها (R. Bouchner et F.Halpern 1948)، ويدل إنخفاض معدل الإنتاجية في بروتوكول الرورشاخ على إنهيار، تأثر ثقافي، وقوف إنفعالي اضطرابات عقلية أو رغبة في التخلص من الوضعية، إلا أننا نلاحظ في بعض البروتوكولات عند بعض المبحوثات محاولة تدارك هذا الإنخفاض بإعطاء إجابات إضافية والتي قدر متوسطها الحسابي في المجموعة الأولى ب 4 إجابات وفي المجموعة الثانية ب 3 إجابات، مع إنعدام وجود إجابات إضافية عند أكثر الحالات في المجموعتين وهذا ما قد يفسر أو يعبر عن قدرات المبحوثات في الخروج من الكف من خلال الإجابات المعطاة في التحقيق .

كما نجد إرتفاع في معدل الرفض للوحات في الكثير من البرتوكولات في كلتا المجموعتين والتي قد تصل إلى 4 في البروتوكول الواحد و أحيانا حتى إلى 3، كما نلاحظ أن هذه الإنتاجية قدمت في وقت جد قصير وهذا ما يوحي بالرغبة من التخلص من الوضعية، إذ قدر ب12' بالنسبة للمجموعتين، وهذا يدل على العجز أو ضعف السيطرة على الأفكار.

كما يوضح الجدول رقم (10) إنخفاض معدل الإستجابات اللونية قدر ب 31.79 % بالنسبة للمجموعة الأولى و 33.07 % بالنسبة للمجموعة الثانية، وتعتبر هذه النسبة منخفضة عن نسبة الدراسة المعتمد عليها. (نفس الدراسة السابقة)و التي تقدر ب 35.37% وهو أمر ليس أقل مرضا من حالة الغياب الكلي للإستجابات اللونية حسب شايبير.

(C. Chaber 1983.)

أظهرت بروتوكولات أفراد مجموعة البحث إنخفاض في عدد الإجابات المبتذلة، إذ يقدر بمعدل 3 إجابات في البروتوكول عند المجموعتين، مما يدل على عجز المبحوثات التكيف مع الواقع الخارجي.

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

جدول رقم (11) يوضح المتوسط الحسابي لأنماط الإدراك من خلال إختبار الرورشاخ

G%	D%	Dd %	المجموعة
%24.07	%80.07	%0.37	المجموعة الأولى
%27.85	%73.74	%0.66	المجموعة الثانية

مناقشة وتفسير النتائج :

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه الذي يوضح متوسط أنماط الإدراك في إختبار الرورشاخ عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازية و المتزوجة إنخفاض نسبة الإجابات الشاملة في المجموعة الأولى والتي تقدر ب %24.07 G و في المجموعة الثانية بنسبة %27.85 G عن معدل الدراسة الفرنسية (نفس المرجع السابق) و التي تقدر %40 G، مما يدل على التماسك بالتفاصيل الذي إنعكس بصورة واضحة عند معظم الحالات، في حين نجد إرتفاع في نسبة الإجابات الجزئية عند مجموعة البحث الأولى و الثانية عن معدل الدراسة المعتمد عليها سابقا، والتي تمثل %55 D.

حيث تقدر بالمجموعة الأولى %80.07 D وبالمجموعة الثانية %73.74 D ويدل إرتفاع نسبة الإجابات الجزئية %D على الذوق الحسي للحالة، على ذكاء عملي، ذكاء تطبيقي أكثر من نظري، زيادة الإهتمام بالتفاصيل الصغيرة أكثر من غيرها في الحياة العملية والحياة اليومية. أما نسبة الإجابات الجزئية الصغيرة % Dd فهي أيضا منخفضة مقارنة بالمرجع المعتمد عليه . (R. Bouchner et F.Halpern 1948) والتي تقدر ب 2 Dd % حيث تمثل في المجموعة الأولى %0.37 Dd وفي المجموعة الثانية تمثل نسبة 0.66 % Dd. كما نجد إجابات أخرى من نوع Do والتي تدل على عدم إستطاعة الفرد إدراك الأشياء بكاملها و إجابات نوع Dbl في بعض البروتوكولات والتي تدل على أن الشخص عاقل ونظامي و منهجي .

جدول رقم (12) يوضح المتوسط الحسابي للمحددات من خلال إختبار الرورشاخ

المجموعة	F + %	F %	Kob	Kan	K	C	CF	FC
م. الأولى	%49.83	79.83 %	%0	%1.12	0.37 %	1.04 %	0.25 %	1.12 %
م. الثانية	%44.17	79.38 %	0.02 %	%1.32	1.06 %	0.58 %	0.21 %	1.50 %

مناقشة وتفسير نتائج:

يوضح الجدول رقم(9) المتوسط الحسابي للمحددات من خلال إختبار الرورشاخ عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازية و المتزوجة حيث، نلاحظ إرتفاع نسبة المحددات الشكلية عند المجموعتين مقارنة بالدراسة المعتمد عليها، إذ تقدر بالمجموعة الأولى ب %79.83 وفي المجموعة الثانية بنسبة %79.38 F % مما يعطي فكرة على قدرة المبحوثات على التكيف و التعامل مع المنبهات الخارجية من جهة وعن وجود نزعة إكتئابية من جهة أخرى، كما نلاحظ تقارب النسب بصفة كبيرة بين المجموعتين .

أما عن المحددات الشكلية الإيجابية F + % فنجدها في المجموعة الأولى تمثل نسبة %49.83 F + % و في المجموعة الثانية تمثل نسبة %44.17 F + % وهي نسب منخفضة مقارنة مع الدراسة الفرنسية المعتمد عليها (R. Bouchner et F.Hlpern 1948)، كما نجد إرتفاع نسبة المحددات الشكلية السلبية على مستوى المجموعتين مما يدل على عدم إستثمار الواقع الموضوعي والمحيط، وبالتالي العلاقة بالموضوع.

نجد أيضا إرتفاع في نسبة الإجابات الشكلية الإيجابية السلبية مما يدل على الشك والغموض في التفكير و التردد و الإحباط الكبير و الحذر أمام الواقع الذي يتطلب فيه إتخاذ القرارات و يدل كذلك على الخوف الخوض في الإجابات وإتخاذ موقف محدد وواضح .

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

كما نلاحظ أيضا إنخفاض في معدل المتوسط الحسابي للإجابات الحركية الإنسانية و الحركية الحيوانية وحركة الأشياء عند معظم مجموعة البحث، مما يدل على العجز في الإبتكار و إستعمال الخيال، وكذلك صعوبة التعبير عن الحركات النزوية للفرد .
ونجد الإجابات اللونية C بنسبة 1.04% C في المجموعة الأولى، و 0.58% C والتي تدل على إهتمام الفرد بالألوان و تدل على التدفق الحسي وعدم تحكم الفرد في إنفعالاته وعلى الصدمات من خلال اللوحات اللونية الداكنة، كما نجد بعض الإجابات من نوع FC و التي تدل على إهتمام الفرد بالشكل أكثر من اللون و تدل على التكيف مع البيئة والواقع ولكن قوة الضبط غير كافية. وأحيانا نجد إجابات من نوع CF والتي تدل على إهتمام الفرد باللون أكثر من الشكل.

جدول رقم (13) يوضح المتوسط الحسابي للمحتويات من خلال إختبار الرورشاخ

المجموعة	sex	sang	Anat	A%	H%
المجموعة الأولى	0%	0.12%	3.00%	51.42%	6.50%
المجموعة الثانية	0.41%	0.34%	3.06%	41.33%	12.20%

مناقشة وتفسير النتائج:

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه الذي يمثل المتوسط الحسابي لتناول المحتويات في إختبار الرورشاخ عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة و المتزوجة، أنه يغلب على تناول المبحوثات للمحتويات يتمثل في المحتويات الحيوانية A% أكثر من غيرها، حيث يقدر بالنسبة للمجموعة الأولى 51.42% A، وبالنسبة للمجموعة الثانية 41.33% A وهذا ما يعبر عن إستثمار مكثف سطحي وصلب، و قد يعبر عن إستعمال ميكانيزم دفاعي لتجنب ربط العلاقات مع الأفراد.

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

ظهرت المحتويات الإنسانية %H بنسبة منخفضة عند المجموعة الأولى والتي تمثل %6.50H مقارنة بالدراسة المعتمد عليها، أما في المجموعة الثانية تمثل نسبة %12.20H وهي تعتبر نسبة عادية وتطابق الدراسة الفرنسية المعتمد عليها .

رغم إنخفاض نسبة المحتويات الإنسانية في المجموعة الأولى إلا أنه يمكن القول أن وجودها ضروري حتى ولو كان بنسبة ضعيفة، لأنها تبين قدرة الفرد علة تقمص الصورة الإنسانية، كما يدل عدم وجودها على الكف في العلاقات الإنسانية بشكل كلي، مما قد يشير إلى إنعدام الثقة في الآخرين جراء الإنهيار العصبي .

كما نجد بعض الإجابات الإجابات الحيوانية المفترسة مثل " هذا دينصور "، " وحش كبير" و التي تدل على الشعور بالعدوانية و أخرى متعلقة بحيوانات أليفة ، مثل " هذي قطة" "هذا يشبه للأرنب " وهي تدل على إتكالية والميول الطفيلية، كما نجد في عدة بروتوكولات إجابات حيوانية تمثل العنكبوت وهي تدل على رمز الأم الشريرة .

نجد بعض الإستجابات المائبة والتي تعبر عن ميل إتجاه رعاية الأمومة، إستجابات الرموز و الشعارات والتي توحى الى إتجاه نحو السلطة وحب التظاهر أو الخضوع للسلطة والمعايير إستجابات للمناظر الطبيعية وهي تعبر عن عدم القدرة على ربط الواقع .

إستجابات للملابس وهي الحاجة للإختباء و التنكر، إستجابات الأئقعة و هي محولة تجنب كشف الذات و الشخصية الحقيقة .

كما نجد إرتفاع نسبة الإجابات التشريحية Anat والتي تدل على قدرة الذكاء، عقدة الشخص إتجاه المعرفة وتعويض عن الشعور بعدم الكفاية العقلية و المعرفية و توهم المرض .

و إستجابات جنسية Sex و هي تدل على محاولة إظهار النضج الجنسي أو تغطية في إضطرابات جنسية، إذا فنلاحظ وجودها في المجموعة الثانية وإنعدامها في المجموعة الأولى . كما نجد إجابات دموية Sang وهي تدل على إضطراب إنفعالي شديد، والميول للعدوانية و فقدان السيطرة عن ردود الأفعال الوجدانية .

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

ونجد بعض الإجابات الجغرافية Geo والتي تدل على عقدة الذكاء المعرفي، و الرغبة في الحذر و التهرب . ونجد أيضا بعض الإجابات القاتمة Clob التي تعبر عن الخوف والإحساس غير المريح .

جدول رقم (14) يوضح إختبار الإختيارات الإيجابية لدى أفراد مجموعة البحث من خلال إختبار الرورشاخ حسب درجة تكرراتها و معدلات نسبها.

رقم اللوحات	التكرارات	معدل النسب
I 01	9	8.65%
II 02	14	13.46%
III 03	9	8.65%
IV 04	1	0.96%
V 05	17	16.34%
VI 06	7	6.73%
VII 07	18	17.30%
VIII 08	16	15.38%
IX 09	10	9.61%
X 10	12	11.53%
المجموع	104	%100

مناقشة وتفسير النتائج :

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن الإختيارات الإيجابية الأكثر إختيارا عند مجموعة البحث هي على التوالي: اللوحة VII والتي تعبر عن صورة الأمومة، اللوحة V والتي تعبر مثالية الانا، اللوحة VIII والتي تعبر عن الغرباء في العائلة، اللوحة II والتي تعبر عن الوضعية البدائية الأولية، أما اللوحات الأقل إختيارا هي اللوحة IV والتي تعبر عن الخساء الأنا واللوحة VI والتي تعبر عن رمزية جنسية .

جدول رقم (15) يوضح إختبار الإختيارات السلبية لدى أفراد مجموعة البحث من خلال إختبار الرورشاخ حسب درجة تكرراتها و معدلات نسبها.

رقم اللوحات	التكررات	معدل النسب
I 01	4	16.34 %
II 02	17	13.46 %
III 03	14	3.84%
IV 04	11	10.57%
V 05	5	4.80%
VI 06	7	6.73%
VII 07	7	6.73%
VIII 08	9	8.65%
IX 09	12	11.53%
X 10	14	13.46%
المجموع	104	100%

مناقشة وتفسير النتائج :

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن الإختيارات السلبية الأكثر إختياراً عند مجموعة البحث هي على التوالي اللوحة I والتي تعبر عن فقدان الموضوع، اللوحة II والتي توحى بالوضعية البدائية الأولية، اللوحة X والتي تعبر عن قلق الإنشطار، اللوحة IX والتي تعبر عن قلق الموت، أما اللوحات الأقل إختياراً هي اللوحة III والتي توحى بالدخول في الأوديب، واللوحة V والتي تعبر عن مثالية الانا.

جدول رقم (16) يوضح توزيع أفراد مجموعة البحث وفقا لنوعية تنظيمهن النفسي

إنطلاقا من النتائج المتحصل عليها في إختبار الرورشاخ

المجموعة	توظيف نفسي جيد	توظيف نفسي سيء	توظيف نفسي متوسط
المجموعة الأولى	0%	10.01%	89.99%
المجموعة الثانية	0%	13.25%	86.75%

مناقشة وتفسير النتائج:

كما يتجلى في الجدول رقم (16)، فإن التنظيم النفسي المتوسط أو ما يسمى أيضا الغير مؤكد هو الذي يفرض نفسه عند أفراد مجموعة البحث، حيث بلغت نسبته 89.99 % في المجموعة الأولى و 75.86 % في المجموعة الثانية، إذ تجلى ذلك من خلال بعض التوازن النسبي لطرق تناول مع المحددات و المحتويات، فقط كان معدل نسب التناول الأخرى كالإستجابات الجزئية الصغيرة (Dd) و إستجابات الفراغ الأبيض (DbI) ضئيل، إذ في كثير من الحالات كان أفراد مجموعة البحث يكتفون بإعطاء إجابات كلية بسيطة أو جزئية بسيطة دون التدقيق في أجزاء اللوحة و محاولة إعطاء تفاصيل صغيرة أو إجابات تركيبية و المحددات كانت في بروتوكولاتهن محددات شكلية و حركية و لونية متوازنة نوعا ما، أما المحتويات نجد في بعض البروتوكولات تحتوي على إهتمامات حيوانية و بشرية وموضوعية و نباتية متوازنة نسبيا، و أخير يجدر الإشارة إلى الإنتاجية في هذه البروتوكولات التي تقترب نوعا ما من المعيار المعتمد و في نفس الوقت نلاحظ وجود اجابات مبتذلة و متكيفة .

ونجد التنظيم النفسي السيء بنسبة 10.01 % في المجموعة الأولى و بنسبة 13.25 % في المجموعة الثانية، و قد ظهر ذلك من خلال الحوصلة و طرق تناول و المحددات

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

والمحتويات إذ نجد أن الإنتاجية العامة للنساء المصابات بسرطان الثدي من خلال إختبار الرورشاخ جاءت ضعيفة و عندما ندقق نلاحظ أن أكثر من نصف الإجابات جاءت غير واضحة و غير كاملة و مشتتة .

كما نجد عدد الإستجابات الإضافية و عدد التعليقات هو الآخر بارز عند أفراد مجموعة البحث حيث يمثل نسبة 27،30% و هذا ما يشير إلى عدم الإستثمار الحقيقي لمادة الإختبار كما نجد نسبة إجابات الرفض عند النساء المصابات بسرطان الثدي جاءت مرتفعة و كانت أكثر اللوحات رفضا هي اللوحة I ، II ، X ، IX III و في الأخير نجد نمط الصدى الداخلي من النوع المتكافئ كان منخفض.

في حين نجد إنعدام وجود تنظيم نفسي جيد في أفراد مجموعة البحث و يتجلى ذلك من خلال إنعدام التوازن بين عناصر إختبار الرورشاخ و نرى ذلك راجع لسبب المعيار الذي إعتدنا عليه في تحليل الإختبار و هو المعيار الخاص بالشخص السوي .

وبهذا نرفض الفرضية الجزئية الرابعة والتي توحى بوجود إختلاف في نوعية التوظيف النفسي عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة عن المرأة المصابة بسرطان الثدي المتزوجة، ونجيب عن التساؤل الخاص بنوعية التوظيف النفسي عند المرأة المصابة بسرطان الثدي والذي يتميز بتوظيف نفسي غير مؤكد عند أغلب الحالات وبتوظيف نفسي سيء عند الأقلية من الحالات كما هو واضح في الجدول أعلاه وبإنعدام توظيف نفسي جيد.

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

مناقشة الفرضية الجزئية الأولى و الثانية :

والتي فحواها هناك إختلاف في طبيعة و نوعية القلق عند المرأة المصابة بسرطان الثدي الخاضعة لعملية إستئصال الثدي العازبة و المرأة المصابة بسرطان الثدي الخاضعة لعملية إستئصال الثدي المتزوجة .

جدول رقم (17) يوضح المتوسط الحسابي لمستويات القلق من خلال اختبارالرورشاخ

المجموعة	قلق منخفض	قلق متوسط	قلق مرتفع
المجموعة الأولى	أقل من 12 9.41%	من 12-15 31.41%	أكثر من 15 68.12%
المجموعة الثانية	12.24%	16.41%	71.35%

مناقشة وتفسير النتائج:

يظهر لنا من خلال الجدول رقم (17) والذي يمثل المتوسط الحسابي لمستويات القلق عند المرأة المصابة بسرطان الثدي بعد عملية إستئصاله، إختلاف في مستويات القلق، حيث تمثل المجموعة الأولى المرأة العازبة المصابة بسرطان الثدي و المجموعة الثانية تمثل المرأة المتزوجة المصابة بسرطان الثدي، فنلاحظ في المجموعة الأولى نسبة القلق المرتفع تمثل أعلى نسبة والتي تقدر بنسبة 68.12 % ثم نجد القلق المتوسط بنسبة 31.41 % ثم نجد قلق منخفض يمثل نسبة 9.41 %، ونفس الشيء بالنسبة للمجموعة الثانية حيث نجد القلق المرتفع أو الحاد أعلى نسبة ويمثل نسبة 71.35 %، و القلق المتوسط بنسبة 16.41 % ثم قلق منخفض بنسبة 12.24 % و مايميز إختلاف بين المجموعة الأولى و المجموعة الثانية هو إرتفاع نسبة القلق المتوسط عند المجموعة الأولى عن المجموعة الثانية .

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

ويعتبر القلق حالة نفسية من التوتر و التوجس عند الإنسان، عادة يظهر نتيجة فشل الدفاعات فهو يعبر عن تجربة نفسية تحتوى على معاش داخلي مقلق مع إحساسا بقرب حدوث خطر محير، لا يمكن ربطه بأي سبب (لا بلاش ب. ل عن ط لحجازي ، 1985) و يعتبر القلق أهم مميزات المعاش النفسي للمصاب بمرض السرطان بشتى أنواعه .

و قد تجلى في بروتوكولات مجموعة البحث من خلال عدة مؤشرات فقد كان حاد من خلال طول الزمن الرجع، قلة عدد الإجابات و كثرة الإجابات الشاملة البسيطة، كما توحى بالكبت الشديد الذي يعكس قلقا حادا هذا إضافة إلى نوعية الإجابات التي أعطاهها أفراد مجموعة البحث .

فقد كان يظهر القلق من خلال اللوحات اللونية (VIII) ، (IX) ، (X) و أكثرها في اللوحات الملونة بالأحمر (II) و (III) و أحيانا في اللوحات القائمة (I) ، (IV) ، (V) (VI) و أحيانا أخرى في الفراغ الأبيض (VII) ، (I) ، (VIII) و هذا من خلال أزمة رجع طويلة، أو من خلال الإجابات المعتبرة في بعض اللوحات أو رفض بعضها مرات أخرى، أو من خلال القلق و التأمل المتكرر للوحات و هذا كله يوحي بكمية القلق الحاد الذي كانت تعيشه أفراد بمجموعة البحث عند مواجهتهن للمنبهات (اللوحات) .

أما عن طرق التناول فنجد أن أغلبية التناولات كانت تتعلق بالأجزاء الكبيرة في اللوحات مما يشير إلى أن إستثمار أفراد مجموعة البحث للوحات كان أكبر نسبة في الإجابات الشاملة البسيطة، و كلها هي الإجابات توحى بالكبت الشديد ضد بروز مشاعر القلق وبالرغبة في التخلص من الوضعية في أقرب وقت ممكن و هذا ما يجعلنا نقول أن أفراد مجموعة البحث تعاملن مع الرائز بصورة غير مكيفة .

كما يظهر القلق من خلال الإختيارات السلبية التي كانت معظمها مرتبطة باللوحات المعبرة عن القلق بأنواعه و نلاحظ رفض بعض الحالات الإختيار الإيجابي بقولهن " حتى واحدة ما تعجبني "، " كل اللوحات ماشي ملاح " و هذا ما يؤكد وضعية الخوف و الذي كانت تعانيه منه الحالات عن خضوعهن لتطبيق الرائز. في حين نلاحظ أن هناك بعض الحالات تعيش وضعية الإختبار وكأنها في إمتحان عادي أي بصفة عادية تحرض لديهن الرغبة في الأداء،

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

و الخوف من الفشل و الرسوب حيث يعمل هذا الأخير من رفع الإنتاجية وهي تنتظر للفاحصة بإستمرار، إذا كانت منشحة فتستمر الحالة بإعطاء الأجوبة وأحيانا يسألن الفاحصة " هكذا جوبت صحيح " ، " جواب مليح مانيش غالطة " ، كما كانت أحيانا الوضعية فرصة لإظهار قدرتهن و إرضاء الفاحصة. إذا ما نريد الوصول إليه هو أن الإجابات الفجة والمفعمة بالقلق الحاد كانت تأتي في سياقات بدائية و غريزية مثل " هذا المرض في les seins يا كل فهيم " ، " هذا الدم سال بعد نزع الثدي " تعبر عن شدة القلق.

ويظهر لنا القلق من خلال الإجابات التي أدلت بها المبحوثات عند تطبيق إختبار الرورشاخ و سنتطرق إلى بعض الإجابات من بروتوكولات أفراد مجموعة البحث، فيما يخص اللوحة I " هذي توحى بحياتي و كيف أعيشها سوداء توحى بالمر و الخوف الذي أعيشه يوميا من الموت " .

" آه هذه اللوحة ملونة بالأكل، شحال ما نحبش هذا اللون يفكرني بالماضي إلي عشتوا في حياتي " .

اللوحة الثانية : " نشوف هنا كي دارولي العملية و نزعوا الثدي نتاعي هذا هو الثدي منحي من جيهة و مرمي ، واش يديروا به " .

" آه الدم ، ما نحبش اللون الأحمر يذكرني بالمرض " .

اللوحة الثالثة : " هذا الأحمر كله يمثل المرض ياكل في الإنسان " .

"آه من الأحمر واش نقدر نشوف فيه غير الدم و لا واحد كي يديروا العملية يبقى الدم يسيل " .

في اللوحة الرابعة : " Un monstre ، آه هذا يخوف الذراري و حتى الكبار " .

" ما نحبش نشوف الأسود ، يخوف و يخليني نشوف الحياة سوداء، واش نقدر نقولك يقدر يكون غول جاي ياكل الإنسان " .

في اللوحة الخامسة : " خفاش أسود، بصح ما نحبوش، نقولوا عليه فال مشي مليح " .

" حنا عندنا في عاداتنا كي يشوف واحد خفاش راح يسمع بالموت و لا بمرض بزاف " .

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

في اللوحة السادسة : " هذي هيدورة الكبش كيما يذبوح في العيد هكذا و لا و يذبوحوا الإنسان و ينحوا أعضاؤه"

" حيوان ميت مقسوم على زوج" .

اللوحة السابعة " واحد يشوف في روجو و يضحك عليها كيفه ولاة " .

" إنسان قسمته على زوج ، شغل راه يموت، رجل في الدنيا و رجل في الآخرة "

اللوحة الثامنة : " زوج سبوعه ياكلوا في حيوان قطعوه طراف طراف " .

" طوانب زوج واحد منا واحد منا ، ياكلوا في عصفور ما خلاو فيه والوا كيما الإرهاب".

اللوحة التاسعة : " أه كي نشوف الألوان نفرح بزاف بصح هذي نشوفها شغل قماش مقطوع"

"الحوت في البحر القوي يأكل الضعيف، هذا يأكل في هذا كيما الناس في هذي الدنيا" .

اللوحة العاشرة: " Un cadre مرسوم و ملطخ بالألوان مشوش هكذا نشوف قلبي مبحر

مانيش عارفة وين راني رايحة "

" أه ما نقدر نقولك غير أن هذي تعبر على حياتي كيفاش راهي مخلطة نهرات ملاح

ونهرات ماشي ملاح"، "نشوف هذا الأحمر دم يسيل" ، " هذي البزولة من الداخل كي

ينحوها " ، " هذوا أعضاء جسم الانسان "، "هذا الجهاز التناسلي نتع المرأة

مجروح". وغيرها من الإجابات.

إلى جانب هذه بعض المقتطفات التي تعبر عن مشاعر الخوف و القلق ، كانت المفحوصات

تتكلم بصوت خافت و أحيانا تتوقف، و أحيانا أخرى تنتابهن نوبات البكاء، و أحيانا نجد

الرفض للوحات أي الهروب منها، و قد كانت أفراد مجموعة البحث في الكثير من الأحيان

يعانين من الكف و القلق يظهر في سلوكهن، حتى كن ينظرن للفاحصة بصفة إستغراب

و أحيانا خوف و قلق و يواجهونها بيكم (mutisme) رهيب ، حيث كان يتخلل الوضعية

أحيانا إضراب الأطراف، الإرتعاش و التوتر، الحركة الزائدة، الرغبة في التخلص من

الوضعية عن طريق تجنب إعطاء إجابات كما يظهر كذلك من خلال كثرة إعطاء

الإستجابات الحركية معبرين عنها بأيديهن و أخرى بأرجلهن مظهرين بذلك انزعاجهن.

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

ومن بهذا نرفض الفرضية الجزئية الأولى لعدم وجود إختلاف في طبيعة القلق عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة عن المرأة المصابة بسرطان الثدي المتزوجة فيظهر إرتفاع نسبة القلق عند المجموعتين الأولى والثانية .

وهذا ما يتطابق مع ما جاء في دراسة " بيك " (Peck 1972) على خمسين سيدة لديهن أورام بالثدي، و تتراوح أعمارهن بين 40-60 عاما، و بإستخدام مقابلة مقننة أظهرت نتائج الدراسة أن 49 مريضة تعاني من القلق، و 37 مريضة تعاني من الإكتئاب، و 25 مريضة تعاني من الغضب. كما أجريت دراسة (Acte and Vauhkonen , 1971) على مائة مريض بالسرطان و أظهرت النتائج أن 85% من أفراد العينة يعانون من القلق و الإكتئاب الحاد و ذلك إعتقادا على مقابلة مقننة . و دراسة التي قام بها (Pauli and Schmid , 1972) بالمقارنة بين عينة قوامها 57 من مرضى سرطان الثدي و عينة قوامها 34 من المرضى المصابين بأمراض مختلفة، حيث طبقت على الجميع قائمة منيسوتا متعددة الأوجه للشخصية MMPI وأسفرت نتائج الدراسة أن مجموعة السرطان تتسم بالإكتئاب والبارانويا و توهم المرض و ذلك بالنسبة إلى المجموعة الأخرى . و درس (Craig and Abeloff , 1974) 30 مريضا بسرطان الغدد اللمفاوية، و ذلك بإستخدام قائمة الأمراض (ScL-Go) . و قد تبين النتائج معاناة 30% من أفراد العينة من القلق الشديد و أن 50% منهم يعانون من الإكتئاب الحاد. و أكد هذه النتيجة عدد من الدراسات دراسة (Morrow and Fetting , 1983) 71 مريضا بالسرطان تبين معاناتهم من الإكتئاب و القلق و التشاؤم و اليأس و الإنسحاب الإجتماعي و العزلة الإجتماعية بعد الإصابة بالسرطان بفترة ثلاثة شهور .

و مع دراسة (Derogatis et al , 1983) التي أجريت على 215 مريضا بالسرطان متوسط أعمارهم 50,3 عاما، بالمقارنة بعينة ضابطة تتساوى في السن و العدد كشفت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين في الإكتئاب و القلق لصالح مجموعة مرضى السرطان .

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

و مع دراسة مقارنة (Watsan , Pettingale and Greer 1984) بين مجموعتين إحداهما قوامها (30) سيدة مصابة بسرطان الثدي، و أخرى قوامها (27) سيدة يتمتعن بصحة جيدة كمجموعة ضابطة و بإستخدام بعض استخبارات الشخصية، كشفت نتائج الدراسة عن فروق جوهرية بين المجموعتين لصالح مجموعة السرطان في كبت و الغضب و القلق.

و الدراسة التي أسفرت عن النتائج التالية (Cella and Tross , 1987) أجريت على عينة قوامها (90) من الذكور الراشدين المصابين بالسرطان ، تم تطبيق إخبار قلق الموت و قائمة بيك للإكتئاب و إخبار القلق الصريح و كشفت نتائج الدراسة عن معاناة مرضى السرطان من الإكتئاب و القلق العام و قلق الموت نتيجة الإصابة بالسرطان .

جدول رقم (18) يوضح المتوسط الحسابي لأنواع القلق من خلال إختبار الرورشاخ

المجموعة	قلق الخصاص	قلق فقدان الموضوع	قلق الموت
المجموعة الأولى	3.2%	89.97%	6.83%
المجموعة الثانية	5.14%	91.06%	3.8%

مناقشة وتفسير النتائج :

يظهر لنا من خلال الجدول رقم (18) والذي يمثل المتوسط الحسابي لأنواع القلق عند المرأة المصابة بسرطان الثدي و التي تخص المجموعة الأولى و المجموعة الثانية، أنه لا يوجد إختلاف واضح في أنواع القلق الذي يظهر عند المرأة المصابة بسرطان الثدي، حيث نجد قلق فقدان الموضوع بالنسبة للمجموعة الأولى يمثل نسبة 89.97%، و في المجموعة الثانية يمثل نسبة 91.06% وهي نسب جد متقاربة مما يجعلنا نستنتج أنه يظهر عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة و المتزوجة قلق الموت أكثر من غيره من الأنواع الأخرى و يظهر ذلك من خلال بعض الإجابات التي جاءت في بروتوكولات للمبوحثات مثل : " هذي المرأة بلا راس "، " هذي الزيزة منحية من جسم المرأة بعد

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

العملية " ، " هذي حياة المرأة بعد العملية إلي درتها كيفاش رايحة تعيشها " وغيرها من الإجابات الجنسية و الدموية.

وهو هذا ما يتنافى مع الدراسة السابقة التي أجراها (Leshan and Worthington) على عينة من 152 من مرضى السرطان و 125 من الأفراد العاديين الذين لا يعانون من أي مرض عضوي، تم تطبيق أحد الإختبارات الإسقاطية للشخصية . و قد أسفرت نتيجة الدراسة عن معاناة عينة مرضى السرطان من صعوبة التنفيس عن الغضب و العداوة و فقدان الإهتمام بالآخرين و فقدان العلاقات الحميمة و قلق الموت. ودراسة مقارنة " لثمان" (Lashman,1972) بين مجموعتين إحداهما من مرضى السرطان و أخرى من المصابين بأمراض مختلفة بإستخدام إختبار إسقاطي . و قد كشفت النتائج أن مرضى السرطان قد مروا بأحداث أليمة و يعانون الإكتئاب و اليأس و كبت مشاعر الكراهية و قلق الموت .

حيث يمثل قلق الموت بالنسبة للمجموعة الأولى نسبة 6.83% وفي المجموعة الثانية يمثل نسبة 3.8% ، أما قلق الخساء يمثل عند المجموعة الأولى 3.2% ، وعند المجموعة الثانية 5.14%

وهذا ما يجعلنا نرفض الفرضية الجزئية الثانية، والتي تشير الى إختلاف في أنواع القلق عند المرأة المصابة بسرطان الثدي الخاضعة لعملية إستئصال الثدي العازبة عن المرأة المصابة بسرطان الثدي الخاضعة لعملية إستئصال الثدي عن المتزوجة .

مناقشة الفرضية الثالثة و الرابعة:

و التي فحواها أنه تستعمل المرأة المصابة بسرطان الثدي أليات دفاعية مختلفة، و قد تختلف هذه الأليات عند المرأة المصابة بسرطان الثدي الخاضعة لعملية إستئصال الثدي العازبة عن المرأة المصابة بسرطان الثدي الخاضعة لعملية إستئصال الثدي المتزوجة .

يظهر لنا من خلال تحليل بروتوكولات لمجموعة البحث و التي تمثل 104 حالة، منها 08 حالة مصابة بسرطان الثدي عازبة، و 96 حالة مصابة بسرطان الثدي متزوجة، أنهن

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

تستعمل أليات دفاعية مختلفة و أهمها الكبت، الإسقاط، الهروب، النفي، القمع، الإنكار وهذا ما يتطابق مع الدراسات التالية :

دراسة " بيكون و زملاؤه " (Bacon et,al, 1952) أول من قدموا مفهوم " الشخصية السرطانية " Cancer Personality، و قاموا بدراسة أجريت على أربعين امرأة مصابة بسرطان الثدي، و تبين لهم أن أولئك المرضى يتصف سلوكهم بخصائص معينة منها : قمع الرغبة الجنسية أو كبتها، و قمع الأمومة أو منعها، و عدم القدرة على التعبير الإنفعالي أثناء الغضب و العداوة أو حب العذاب، و الفشل في حل الصراعات النفسية مع أحد الوالدين . ودراسة " ليشان " (1959 Lashman) بدراسة على عينة من 80 مريضا بالسرطان إتضح أن هؤلاء المرضى يتسمون بسمات خاصة أهمها : انخفاض تقدير الذات و اليأس والإكتئاب و كثرة الإستبطان و الإستدماج أو الإمتصاص و الكبت أو الكظم و إنكار الذات .

و دراسة التي أجراها " كيسين " (Kissen 1963) بحث على عينة قوامها 335 مريضا (161) مرض سرطان الرئة، 174 من المرضى المصابين بأمراض أقل خطورة من السرطان تم تطبيق إختبار مودسيلي للشخصية و قائمة إضطرابات سلوك الأطفال . و قد أسفرت نتائج الدراسة عن معاناة مرضى السرطان من قمع الغضب و انخفاض التعبير الإنفعالي و البرود العاطفي .

و دراسة مقارنة ل " لثمان " (Lashman,1972) بين مجموعتين إحداها من مرضى السرطان و أخرى من المصابين بأمراض مختلفة باستخدام إختبار إسقاطي . و قد كشفت النتائج أن مرضى السرطان قد مروا بأحداث أليمة و يعانون الإكتئاب اليأس و كبت مشاعر الكراهية و قلق الموت .

و في دراسة أجراها (Dattore et al , 1980) على عينة قوامها 200 مريض (75 من المصابين بالسرطان و 125 من المصابين بأمراض أخرى) ، ثم تطبيق قائمة منيسويا

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

متعددة الأوجه للشخصية MMPI ، أسفرت نتائج الدراسة عن فروق بين المجموعتين في الإكتئاب و الهستيريا و الكبت الانفعالي لصالح مجموعة مرضى السرطان. و في دراسة مقارنة (Watsan , Pettingale and Greer 1984) بين مجموعتين إحداهما قوامها (30) سيدة مصابة بسرطان الثدي، و أخرى قوامها (27) سيدة يتمتعن بصحة جيدة كمجموعة ضابطة و باستخدام بعض إختبارات الشخصية، كشفت نتائج الدراسة عن فروق جوهرية بين المجموعتين لصالح مجموعة السرطان في كبت و الغضب و القلق.

و في دراسة (Wirsching et . al , 1985) على 63 سيدة مصابة بسرطان الثدي تم تطبيق بعض إختبارات الشخصية عليهن قبل إجراء عملية جراحية لإستئصال أورام الثدي و قد كشفت النتائج عن معاناتهن من الإكتئاب و القلق و العدوانية و الإتكال و عدم القدرة على التعبير الإنفعالي و الوسوسة الصحية .

ومن خلال هذا يتضح لنا أن المرأة المصابة بسرطان الثدي تستعمل آليات دفاعية مختلفة أهمها القمع و الكبت، الرفض والتجنب و الإسقاط، و يتجلى ذلك من خلال محاولة الهروب من الأجوبة الإضافية ومن خلال الرفض لبعض اللوحات، و طريقة تناول اللوحات، كما أن إرتفاع نسبة الأجوبة الشكلية أكثر من غيرها يدل على فشل المراقبة وأن الميكانيزم الدفاعي غير عملي، و أن إرتفاع نسبة الأجوبة الجزئية جاء ليبدل على البحث عن الذات .

ونجد نفس هذه الآليات الدفاعية عند المجموعة الأولى و المجموعة الثانية مما يجعلنا نرفض الفرضية الجزئية الثالثة التي توحى بوجود إختلاف في إستعمال الآليات الدفاعية عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة و المرأة المصابة بسرطان الثدي المتزوجة.

عرض نماذج من

الحالات المدروسة

-الحالة (أ)

-الحالة (ب)

-الحالة (ج)

-الحالة (د)

-الحالة (هـ)

-الحالة (و)

الحالة (أ):

المقابلة العيادية نصف الموجهة للحالة (أ):

صباح الخير

- نقدم لك نفسي، أنا أخصائية في علم النفس العيادي و نحضر لشهادة الدكتوراه، عندي دراسة حول النساء المصابات بسرطان الثدي ولي دارو عملية استئصال الثدي، نقدر نتكلم معاك شوية .

1 - احكي لي شوية على روحك .

أبلغ من العمر 31 سنة أم لطفلين تقطن بولاية تيبازة، هي متوسطة القامة، نحيلة، ذات شعر أسود طويل تعيش وسط عائلة تتكون من 6 إخوة تحتل المرتبة الخامسة بين الإخوة أب متوفى توقفت عن الدراسة في السنة الخامسة ابتدائي .

2 - كفاش كنت قبل ما تمرضي

عادي كيما كل امرأة قاعدة في الدار، مع الأولاد والزج وأهل الزوج مرات ملاح ومرات ماشي ملاح.

3 - كفاش كنت تمارسي حياتك اليومية

كنت نمارس حياتي بشكل عادي نطيب نغسل نخرج نقضي، نصهر مع الزوج نتاعي، ولكن وليت مانقدرش ندير هذوا الصوالح .

4 - دورك كيفا شراكي .

كرهت كل شيء سماطلي، غير عيانة و المرال هابط

5 - تكلميني على المرض نتاعك شوية، و كفاش اكتشفت الإصابة نتاعك

مانحبش نتفكر المرض نتاعي، واحد النهار جيت نبديل الملابس نتاعي حسيت حاجك يابسة

6 -واش حسيتي كي خبرك الطبيب بالمرض نتاعك .

نخلعت وخفت بزافة، بكيت بكيت شفت روحي خلاص رايحة نموت.

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

- 7- مرضتي من القبل ولا سبقك دخلتي للمستشفى .
لا لا أول مرة ندخل للمستشفى.
- 8- كايين في العائلة نتاعك الي مرض بنفس المرض نتاعك .
كايين عمي كان عندو نفس هذا المرض، مات به.
- 9 - واش حسيتي كي خبرك الطبيب بلي لازم انحيولك الثدي نتاعك .
نخلعت وبكيت، خمنت في ولادي وكيفاش رايحة نديرونكمل حياتي .
- 10 - واش هي الحاجة الأولى الي فكرتي فيها .
خمنت في ولادي والزوج نتاعي .
- 11 - احكي لي على علاقتك مع الأسرة نتاعك (الزوج ، الأب ، الأم ، الإخوة ، الأخوات
و أهل الزوج)
الحمد الله لاباس ما عندي حتى مشكل.
- 12- كيفاش كان رد الفعل العائلة نتاعك (الزوج ، الأب ، الأم ، الإخوة ، الأخوات ، أهل
الزوج).
الحق وقفوا معايا ودارولي الكوراج.
- 13- وانت كيفاش شفتي هذا الأمر .
أنا وليت نخم كيفاش رايحة نعيش بزيذة وحدة والزوج نتاعي يقبل .
- 14 - واش رأيك في النساء الي دارو العميلة كيما نتاعك .
عندهم الكوراج
- 15 - في رايك هذا الشي يقدر يآثر على حياتك .
بلاك
- 16 - كيفاش .
مانوليش كيما كنت نلبس ونخرج قدام الناس ومع راجلي كيفاش ندير.
- 17- هل تراودك أحلام ؟ واش تنومي ؟ عندك حلم متكرر؟ كي تنوضي تتفكري واش
نمتي؟

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

ماكنتش نوم بزاف ، بصح من الي مرضت وليت نوم بزاف ومنامات مخططة مانفهمهاش ومنشفاش عليها.

18 - كفاش راك تشوفي في المستقبل نتاعك .

نتمنى الشفى وهذا المرض ماياثرش على حياتي وعلاقتي مع داري.

ملخص المقابلة العيادية :

مرت المقابلة العيادية مع الحالة بصعوبة لكونها أول حالة تعاملنا معها و طبقنا عليها الرائز في المستشفى الخاص لمكافحة أمراض السرطان، بدت المبحوثة في الحصة الأولى قليلة الكلام و كانت جد متوترة كما بدى عليها الإرهاق أثناء تطبيق الرائز و صعوبة الكلام و الفهم كما يظهر عليها تأثرها الواضح بالإصابة بسرطان الثدي وقلقها وخوفها من المستقبل.

عرض بروتوكول الورشاش للحالة (أ)

التنقيط	التحقيق	الخطاب
G F ⁺ A Ban	(كل اللوحة) ف. واش قلتيلي شفت هنا م.نشوف زواش من هذي جهة وزواش منا ف. وبين شفتي هذا م.كل هذا الرسم واحد منا واحد منا. ف. واش خلاك تشوفي هذا م. هذا الجسم نتاعو وهذا جناح وراسو من فوق.	اللوحة I: " 18 1- هذي تبان خفاش ولا تقدر تكون حتى فراشة. 2- و لا نقدر نقولك شغل la forme نتع المرأة واقفة حاكمينها حاجات.
D K H	ف. وبين شفت واش قلتيلي م.وسط اللوحة ف. واش خلاك تشوفي هذا م.بانلي في الوسط جسم المرأة ومن التحت رجليها ، بصح ماكنش راسها	"52. '1 اللوحة II: " 21 واش هذا الشكل؟
تعليق		
D F±C Anat	(Rouge Haut Extrèrieur) ف. وبين شفتي واش قلتيلي هنا م.هذا الأحمر من فوق ف. واش خلاك تشوفي هذا م.هذا بانلي الشكل نتاعو	3- كلي ovaire les نتع المرأة بانولي
Dbl F-Sex	(Grande Lacune Central) ف. وبين شفتي واش قلتيلي هنا تان م.هذا الأبيض في الوسط ف. واش خلاك تشوفي هذا م.بانلي هذا الفراغ في الوسط le vagin وهذا الأحمر les ovaire هكذا شكلهم.	• نشوف هنا تان vagin
D Kan A	(Les Deux Partie Latèrales Noires) ف. وبين شفتي هذا	• زوج فيل صغار متقابلين مطلعين رجليهم للفوقو

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

<p>D F+ A Ban</p>	<p>م. هذا الجزء الأكل ف. واش خلاك تشوفي هذا م. هذا راسهم من فوق وهذا الخرطوم نتاعهم متلاسقين ومن التحت رافدين رجليهم. (Rouge Bas) ف. واش خلاك تقوليلي واش شفت هنا م. هذا الأحمر بانلي فراشة جناحها محلول ومن التحت رجليها طوال.</p>	<p>هذا الخرطوم نتاعهم 6- يقدر يكون من التحت شكل فراشة '1. "46</p>
<p>D K H Ban D F+ Obj Ban D F+ A</p>	<p>Les Deux Partie Noires) (Latérales ف. وين شفتي واش قلتيلي هنا م. هذا الجزء الأكل ف. واش خلاك تشوفي هذا م. هذا راسهم من فوق ، رجليهم من التحت و هذا الجسم نتاعهم. (Rouge médian) هذا الشكل المرسوم بالأحمر يشبه نود (Rouge Extérieur En Haut) ف. واش خلاك تشوفي هذا م. هذا الجزء الي مرسوم بالأحمر من الفوق بانلي فرخ زاوش صغير معلق نمن التحت الجسم نتاعو ومن الفوق رجلي</p>	<p>اللوحة III 7 deux personnes يجبدو في حاجة في الوسط 8- un noeud 9- فرخ الصغير معلق من رجليه "1. 43"</p>
<p>Dd F± Ad Dd F± A G F+ A Ban</p>	<p>(Extrèmitè De Partie Supérieure mediane) م. بانلي هذا من الفوق وجه البطريق وهذا نيفويجي هكذا طويل. (Limitè) ف. وين شفتي هذا م. بانلي هذا من التحت كامل جسو كبير بلاك نتع كاش حيوان ، عندو رجليه وهذا يديه ومن الفوق هذا رأس بيان صغير.</p>	<p>اللوحة IV 10- هذا وجه بطريق 11- ومن التحت جسم ضخم و الرأس بيان صغير على الجسم 12- حيوان متوحش</p>

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

	(كل اللوحة) شفت هنا شكل حيوان متوحش عندو رجليه كبار ويديه محلولة.	'1."52
D F± K H	(Partie Médiane Entière) ف. وين شفتي واش قلتيلي هنا م. شفت هنا في الوسط مرأة واقفة على قدامها هذوا من التحت ومطلعة بديها للفوق ترقص البالي .	اللوحة V "10 13- واحدة قاعدة ترقص نتع البالي .
D F± Obj	(Cotè Entière) وهذا على الجوانب حوايجها، ملابس راقصات البالي .	14- وهذا حوايجها حوايج التنكر. '1."01
D F+ A Ban	Les Deux Grandes Parties) Latérales) هذا الجزء الكبير من الرسم بانلي شغل جلد حيوان كي ينحوه.	اللوحة VI "17 15- جلد حيوان مفترس.
D KanA Ban	(Partie Supèure) شفت من التحت شكل طير عندو جناحيه محلولة ورجليه من التحت .	16- طير هابط حال جناحيهكي النسر ، شغل من السرعة نتاعو ونتع الريح الشكل نتاع ديفورما . '1."45
D F± A	(2' Tiers) هذا في الوسط شفت زوج كلاب صغار وهذي كعالة نتاعهم واقفة.	اللوحة VII "11 17- زوج كلاب صغار
D F+ Hd	(1')Tier شفت من الفوق وجه عبد عندو نيفو وفمووهذي الجبعة نتاعو.	18- ولا نقدر نشوف حتى وجه عبد.
D F- A	(نفس التحديد) يشبه هذا الشكل لشادي ، هنا من الفوق	19- ويقدر يكون تان شكل شادي '1."36
DKan A Ban	(Partie Rrose Latérale)	اللوحة VIII "13 20- حيوانات ولا فيران

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

<p>D F+ Obj</p> <p>D F⁻ A</p>	<p>فيران شادين حاجة بيديهم ورجليهم في الهواء.</p> <p>ف. وين شفتي هذا</p> <p>م. هذا المرسوم Rose (Rose Et Orange En Bas)</p> <p>بانلي هذا الجزء من التحت شكل une veste هذا ظهرها وهذا الصدر نتاعها ويديها من الطرف.</p> <p>(Bleu 2' Tiers)</p> <p>شفت خفاش منا فوق بانلي من الشكل نتاعو ولون هذا يقر يكون خفاش اللون غامق لو كان جا فاتح يقدر يكون فراشة</p>	<p>معندهومش كعالة، حاكمين حاجة.</p> <p>21- هذي بانلي شغل une veste محلولة.</p> <p>22- نقدر نشوف خفاش</p> <p>'1."05</p>
<p>D C Elem</p> <p>D F+ H</p>	<p>(Brun en haut)</p> <p>هذا اللون بانلي كلون النار</p> <p>(Partie Rose Entier En Bas)</p> <p>هذا الجزء من التحت بانلي واحد رافد على كتافه العراض حاجة وراه عرقان.</p>	<p>اللوحة IX "15</p> <p>23- هذي النار</p> <p>24- جسم نتع عبد رافد على كتافه حاجات ، مطلع يديه لفوق .</p> <p>'1."54</p>
<p>D F+ Arch</p> <p>D F± Kan A</p> <p>D F± C A</p> <p>D F+C Bot</p> <p>D F+ A Ban</p>	<p>(Gris Median Entire En Haut)</p> <p>هذا من فوق باين tour eiffel نتع باريس.</p> <p>(Gris Latèral En Haut)</p> <p>بانلي خرفان واحد منا واحد منا وهذي الصوف نتاعهم خارجة وفي الوسط شجرة لاسقين فيها .</p> <p>(Jaune Latèral)</p> <p>شفت فراخ من خلال اللون الأصفر والشكل نتاعهم.</p> <p>(نفس التحديد)</p> <p>شفتها وردة من الشكل واللون نتاعها ، الأصفر الوردة والبني هذا ولارمادي الغصن نتاعها.</p> <p>(Bleu Latèral) هذا شكل عنكبوت .</p>	<p>اللوحة X "11</p> <p>25- La tour eiffel</p> <p>26- زوج خرفان يطبعوا براسهم في الشجرة واقفين على رجليهم الخلفية .</p> <p>27- وهنا نشوف فراخ</p> <p>28- ولا نشوفها وردة بالغصن .</p> <p>29- وهنا نشوف عنكبوت</p> <p>'1."22</p>

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

اختبار الاختيار :

الإختيار +: II شفت فيها الفيل، V امرأة ترقص

الإختيار -: IX النار تخوف، IV حيوان يخوف

السيكوجرام

R=29	G=2	F ⁺ =16	H=3	F% =75.86
T.T =13,56''	Gbl=	F ⁻ =3	(H)= 0	F+% =65.51
T.R=28''	DG=	F [±] =6	Hd=1	F--=10.34
T.L.m= 10''	G%=6,89%	Σ F=19	(Hd)=0	F% élargi 96.55
T.R.I=4/2.5	D=24	K=2	A=15	F+% élargi 32.10
RC%=34,48%	Dbl=3	Kan=4	(A)=0	H%=10,34%
F.angoise	D%=82,75%	Kob=	Ad=1	A%=51,72%
= 20,68	Ddbl=3	C'=1	(Ad)=0	Ban= 09
compl= .Form	Dd%=	CF=	Obj=3	
6K/0E		FC=3	Bot=1	
		E=0	Sang=2	
		EF=0	Sex=1	
		FE=0	Arch=1	
		Clob=	Anat=1	
			Elem=1	

التحليل الكمي:

1. ملاحظات عامة حول البروتوكول : يتميز بروتوكول الحالة في حدود الطبيعي للوحات حيث نجد الإجابات المتحصل عليها $R=29$ ، إلا أننا نلاحظ الكف نوعا ما و الذي يظهر لنا من خلال زمن البروتوكول الذي لم يتجاوز 13 د و 56 ثا، كذلك من خلال أزمة الكمون التي جاءت طويلة في كل البروتوكول و ما بين الإجابات .

2. طرق تناول:

جاء تناول الحالة للبروتوكول متنوع، إلا أنه يغلب على تناول اللوحات الإجابات الجزئية و التي تقدر ب $D\%=82,75\%$ وهذا ما يدل على اهتمام الحالة بالتفاصيل الصغيرة في الحياة اليومية، في حين نجد نسبة الإجابات الشاملة تقدر ب $G\%=6,89\%$ ، ونجد إجابات $Db1=3$ والتي تدل على عقلانية الحالة.

3. المحددات:

يحتوي البروتوكول على محددات متنوعة فنجد المحددات الشكلية في حدود $F\% =75.86$ وهي نسبة مرتفعة، ويدل إرتفاع نسبة المحددات الشكلية على قدرة المبحوثة على التكيف مع المنبهات الخرجية من جهة، وعلى وجود نزعة إكتئابية من جهة أخرى. ونجد المحددات الشكلية الإيجابية تمثل بنسبة $F+\%=65.51$ وتعتبر نسبة منخفضة عن الحالة العادية ويدل هذا على نوع من الإنغماس الرديء في الواقع الموضوعي، وإرتفاع في نسبة المحددات الشكلية السلبية والتي تقدر ب $F-\%=10.34$ مما يدل هذا على عدم إستثمار العالم الموضوعي والمحيط وبالتالي العلاقة مع الموضوع كما نلاحظ نوع من غموض الفكر من خلال الإستجابات الإيجابية السلبية حيث $F^{\pm}=6$ ، مما يدل ذلك أيضا على الشك والتردد والإحتياط والحذر.

نلاحظ نوعا ما قدرة الحالة على إرسان الواقع من خلال إعطاء إجابة من نوع K إضافة إلى ذلك قلة الإستجابات من نوع Clob و هذا يدل على وجود صعوبة دقيقة في التكيف مع

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

الواقع ذات أصل مرضي ، أما بالنسبة للإستجابات اللونية نجد $RC\% = 34,48$ و TRI هو من نوع منبسط مزدوج حيث نجد K أقل من C. كما نلاحظ الإفراغ العاطفي النزوي من خلال إستعمال الحالة للمحدد اللوني C و من خلال إستعمال الحركة الجزئية Kan .

4. محتوى الاستجابات :

نلاحظ بعض الكف في العلاقات الإنسانية من خلال بروتوكول الحالة حيث H لا تتجاوز 10.34 % إستجابات من نوع Hd الذي يدل على الإدراك الجزئي للصورة الإنسانية، أما الإستجابات من نوع A فهي تمثل 51.72 % و هذا يشير إلى ميكانيزم دفاعي لتجنب ربط العلاقات مع الأشخاص و هذا ما يمثل إستثمار مكثف سطحي و صلب إلا أنه نجد إجابات مبتذلة تمثل $Ban = 9$.

التحليل الكيفي:

1. التناول المعرفي: نلاحظ من خلال المخطط النفسي بروتوكول الحالة أن إدراكها للواقع يغلب عليه الطابع الجزئي أكثر من غيره، كما أن الإجابات الشاملة وردت بسيطة لا تحمل أي إرصان و قد إرتبطت معظمها بمحددات شكلية من نوع F^{\pm} مما يدل على غموض الإدراك و الشك والتردد و فشل المراقبة و عدم القدرة على وضع تصورات متسلسلة في البروتوكول كما يدل ذلك على عدم تمتع المبحوثة بالتلقائية و محاولة الإبتعاد عن الجوانب العاطفية و تفادي الإسقاط.

2. الدينامية النفسية:

لقد جاءت تصورات و إدراكات المبحوثة مفككة و هذا ما نلاحظ من خلال التناول الجزئي للوحات و تعدد الإجابات و إختلافها في اللوحة الواحدة، إلا أننا تحصلنا على أجوبة مبتذلة $Ban = 9$ و هذا يدل على محاولة إعادة إدراك الواقع.

إن إرتفاع نسبة المحدد الشكلي و ما يقابله من إنخفاض في الإستجابات الحركية حيث $K = 02$ يدل ذلك على وجود ثغرات نرجسية في تصور الذات .

3. العلاقة بالموضوع:

من خلال دراستنا للمخطط النفسي و التحليل الكمي للبروتوكول نلاحظ إرتفاع نسبة الإجابات الجزئية و نسبة المحدد الشكلي و هذا ما يدل على إضطراب العلاقة بالموضوع.

4. الميكانيزمات الدفاعية:

حمل البروتوكول ميكانيزمات دفاعية متنوعة، فإن استعمال إجابات من نوع C يدل على التفريغ النزوي العدواني أو الخوف من تهديم البنية، كما أن نقص K و إرتفاع الإستجابات الشكلية من نوع F^{\pm} يدل على إستعمال الحالة للكف و يظهر لنا أيضا من خلال إستعمال أزمة كمون و أزمة الإجابات طويلة و محاولة الهروب من الإجابة .

كما نلاحظ نقل الحركات النزوية على صورة حيوانية من خلال إعطاء أجوبة متعلقة بالمحدد Kan

5. طبيعة القلق:

تظهر لنا طبيعة قلق الحالة، قلق متعلق بفقدان الموضوع، جاء نتيجة تأثر الحالة لفقدنها جزء من أنوثتها و نتيجة لهذا فهي ترى تفكك الصورة الأنثوية التي عبرت عنها في البروتوكول بإعطاء أجوبة جزئية، إن نسبة القلق تمثل 17.47 % و هي نسبة قلق مرتفعة ونستنتج طبيعة القلق من خلال الأجوبة الإنسانية الجزئية والتي تمثل 01 و الأجوبة الدموية والتي تمثل أيضا 02 إجابات و إجابة واحدة متعلقة بالتشريح و إجابة واحدة متعلقة بمحتوى جنسي وهذا ما يدل على وجود إشكالية مرضية عصابية.

ملخص الحالة:

لقد تبين لنا من خلال عرض وتحليل البروتوكول للحالة (أ)، أنها تعاني من عدم الإستقرار النفسي ومن كف وصعوبة التعرف على معاني الصور المقدمة لها من الرائز كما يلاحظ إستعمال الحالة للكف والقمع و محاولة الهروب من الوضعية، و يظهر لنا محاولة الحالة إلغاء العالم الخارجي وعدم إستثمارها للجانب العلائقي، و هذا ما يجيب عن الفرضية الجزئية الثالثة المتعلقة بالميكانيزمات الدفاعية التي تستعملها المرأة المصابة بسرطان الثدي حيث أنها على ما يبدو تعاني من إضطراب في التواصل الاجتماعي يظهر من خلال وجود

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

ثغرات نرجسية تظهر لنا من خلال إرتفاع نسبة المحدد الشكلي و إنخفاض نسبة الأجوبة الإنسانية و يلاحظ من خلال ارتفاع نسبة الإجابات الجزئية وإعطاء صورة جسدية مفككة وغير كاملة خالية من أي تصور أنثوي وتفاعل العاطفي، يدل على هشاشة صورة الذات. كما أن الحالة تعاني قلق مرتفع مرتبط بفقدان الموضوع ويظهر ذلك من خلال الأجوبة الدموية والجنسية والإنسانية الجزئية والتشريحية التي جاءت في بروتوكول الحالة، وهذا مايجيب عن الفرضية الجزئية الأولى و الثانية و المتعلقة بطبيعة ونوع القلق الذي يظهر عند المرأة المصابة بسرطان الثدي.والتالي فإن طبيعة التوظيف النفسي عند الحالة (أ) غير مؤكد (متوسط).

المقابلة العيادية نصف الموجهة للحالة (ب):

صباح الخير

- نقدم لك نفسي، أنا أخصائية في علم النفس العيادي و نحضر لشهادة الدكتوراه، عندي دراسة حول النساء المصابات بسرطان الثدي ولي دارو عملية إستئصال الثدي، نقدر نتكلم معاك شوية .

1 - إحكي لي شوية على روحك .

أبلغ من العمر 31 سنة عازبة و مأكثة باليت أسكن في تيارت، هي متوسطة القامة نحيلة ذات شعر بني طويل تعيش وسط عائلة تتكون من 8 إخوة تحتل المرتبة الخامسة بين الإخوة، الأب والأم متوفيان تعيش مع إخوانه الذكور وأزواجهن ببيت العائلة، توقفت عن الدراسة في السنة الخامسة ابتدائي .

2 - كفاش كنت قبل ما تمرضي

عادي كيما كل امرأة قاعدة في الدار، نعمل شغل البيت ونطيب .

3 - كفاش كنت تمارسي حياتك اليومية

كنت نمارس حياتي بشكل عادي نطيب نغسل نخرج نقضي، نلعب مع ولاد خواتي، نقعد مع الجوارين نحكيو هكذا.

4 - دورك كيفا شراكي .

كرهت كل شيء نحس روحي ثقيلة على العائلة.

5 - تكلميني على المرض نتاعك شوية، و كفاش إكتشفت الإصابة نتاعك .

مانحبش نتكلم على المرض نتاعي، أنا مليحة ونزيد.

6 -واش حسيتي كي خبرك الطبيب بالمرض نتاعك .

نخلعت وخفت بزافة، بكيت بكيت شفت روحي خلاص رايحة نموت.

7 - مرضتي من القبل ولا سبقك دخلتي للمستشفى .

لا لا أول مرة ندخل للمستشفى.

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

- 8- كايين في العائلة نتاعك الي مرض بنفس المرض نتاعك .
خالتي و يمة ماتت به كان عندوهم نفس هذا المرض.
- 9 - واش حسيتي كي خبرك الطبيب بلي لازم انحيولك الثدي نتاعك .
بكيت و غاضتني عمري على حياتي .
- 10 - واش هي الحاجة الأولى الي فكرتي فيها .
خمنت في حياتي كيفاش رايحة تكون أنا امرأة كاملة و مسويتش، نص مرا كيفاه.
- 11 - إحكي لي على علاقتك مع الأسرة نتاعك (الإخوة ، الأخوات)
الحمد الله لاباس، بصح خاوتي دورك مع لابلهومش بيا نروح للمستشفى ولا ما نروحش ندير
الدواء كيفكيف.
- 12- كفاش كان رد الفعل العائلة نتاعك (الإخوة ، الأخوات).
قتلك حتى واحد معالبالو بيا، غير أختي وحدة وقففت معايا .
- 13- وانت كفاش شفتي هذا الأمر .
أنا وليت نخم كيفاش رايحة نعيش بزيظة وحدة و كيفاش تشوفني الناس.
- 14 - واش رأيك في النساء الي دارو العميلة كيما نتاعك .
عندهم الكوراج
- 15 - في رأيك هذا الشي يقدر يآثر على حياتك. 16- وكفاش .
ايه
مانقدرش نتزوج ولا ندير ذراري .
- 17- هل تراودك أحلام ؟ واش تنومي ؟ عندك حلم متكرر؟ كي تنوضي تتفكري واش
نمتي؟
والله مناماتي مخلطين كل مرة واش نشوف فيهم، ومرات منامي يكون غريب وما عندو حتى
معنى.
- 18 - كفاش راك تشوفي في المستقبل نتاعك .
راه في يد ربي، نتمنى الشفاء برك و نقف على رجلي

بروتوكول الحالة (ب) :

التنقيط	التحقيق	النص
GKan A Ban D F+ Ad	(كل اللوحة) ف. واش قتلتي شفت في هذي اللوحة. م. هذي الصورة خفاش عندوا جناحو محلول. (Partie Superiure Entire) ف. واش قتلتي هنا م. هذا راس نتع الديب .	اللوحة I : "18 1- هذا طير الليل ، خفاش 2- ديب ، نشوف هنا ديب "36
D FC+ Anat D F ± Anat	(Rouge Bas) م. هذي Les poumons كيما نتع بنادم ف. واش خلاك تشوفي هذا م. اللون و الشمل نتاعهم بانلي هكذا. (Rouge Bas) لهذا الرس شفت كيما les uterus هكذا جاء في بالي.	اللوحة II "21 1- Les poumons نتع بنادم . 4- les uterus "41
D F- A D F+ A Ban D F- Obj	(les deux partie laterals noires) هذا شكل Les fourmis Rouge Median (Median هنا في الوسط شكل فراشة و هذا جناحها. (Rouge Extrieure En Haut) هذا الأحمر من الفوق شفت على شكل قتارة شرشها من التحت ومن الفوق خيوطها .	اللوحة III "19 Les fourmis - 5 6- فراشة تقدر تكون هنا 7- هذي قتارة "54

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

<p>G FC+(H)</p> <p>D F± Geo</p> <p>D F+ Obj</p> <p>D F+ Anat</p>	<p>(كل اللوحة)</p> <p>م . هذا شكل غول اللون نتاعو يخوف ف . وين شفت هذا .</p> <p>م . كل الوحة ، هذا الجسم نتاعو ، هذا رجليه .</p> <p>(Partie Laterale Inferieure)</p> <p>م . هذي شفتها كيما خريطة فرنسا . ف . وين شفت هذا م . هذا الجزء من التحت .</p> <p>(Partie Laterale Inferieure)</p> <p>هذامن التحت شغل سباط نتع بنادم</p> <p>(Partie Central Entiere)</p> <p>هنا في الوسط شفت كيما العمود الفقري نتعنا</p>	<p>15" IV اللوحة</p> <p>8- هذا بولولو</p> <p>9- خريطة فرنسا</p> <p>10- هذا des bottes</p> <p>11- نشوف هنا شغل عمود فقري نتع بنادم .</p> <p>23"1</p>
<p>D F ± A</p>	<p>(Partie Median Entiere)</p> <p>هذي في الوسط تشبه لنحلة من الفوق راسها ومن التحت رجليها .</p>	<p>18" V: اللوحة</p> <p>12- نحلة</p> <p>39"</p>
<p>D F± Bot</p>	<p>(Les Deux Grandes Parties Laterles)</p> <p>هذي شبهتها لورقة الدالية عريضة من التحت</p>	<p>21" VI اللوحة</p> <p>13- ورقة الدالية</p> <p>41"</p>
<p>D F± Kp H</p> <p>G K H-A</p> <p>D F+ A</p>	<p>(1 Tier)</p> <p>هذا شغل صبع نتع بنادم راه يشهد</p> <p>(1et 2 Tier)</p> <p>هذي اللوحة شفت فيها زوج بنات .</p> <p>(3 Tiers Entiers)</p> <p>هذا من التحت شغل فراشة .</p>	<p>18" VII اللوحة</p> <p>14- راه يشهد</p> <p>15- زوج بنات بربطة الشعر فوق أجنحة الفراشة .</p> <p>16- فراشة من التحت .</p> <p>36"</p>

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

<p>D F+ A D F + Symb</p>	<p>(Partie Rose Lateral) هذا شكل حيوان. (2 Tier Bleu) هنا نشوف علم.</p>	<p>اللوحة VIII : 12" 17- هذا شكل يشبه للسبع. 18- هذا تقولي علام . 51"</p>
<p>D FC± Geo D F+ Hd Ban D FC+ Bot D C Anat</p>	<p>(Vert Lateral) هذا الجزء الملون شفت على شكل الكرة الأرضية. (Brun En Haut) هذا الجزء الملون بالبرتقالي بانلي كي شكل نيف بنادم. (Partie Rose Entiere , En Bas) شكل وردة هذا اللون rose (Partie Rose Entiere , En Haut) هذا اللون يبانلي كلون اللحم راه مستف.</p>	<p>اللوحة IX: 19" 19- الكرة الأرضية 20- هنا يبانلي شغل نيف 21- هنا نقدر نشوف وردة . 22- ولا قطعة لحم . 34."1</p>
<p>D FC+ A D F+ A D F- Obj D F+ Geo</p>	<p>(Jaune Lateral) هذا الأصفر بانلي كلون مرسوم ككناري. (Bleu lateral) هذا الأزرق شكل عنكبوت برجليه. (Bleu Median) هذا soutien gorge مرسوم (Rose lateral) هذي خريطة مرسومة.</p>	<p>اللوحة X 18" 23- عصافير. 24- عنكبوت . 25 soutien gorge 26- هذي خريطة</p>

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

D F± Anat	(Gris Median Entiere . En Haut) هذا الشكل موافقة نشوفو في radio	Les uterus.27 '1."41
-----------	---	-------------------------

اختبار الاختيار:

الإختيار + : V شكل نحلة، VI نبات

الإختيار - : II أعضاء جسم الانسان، IV راجل يخوف

السيكوغرام

R=27	G=3	F ⁺ =13	H=3	F% =77.77%
T.T =16"	Gbl=0	F ⁻ =3	(H) 1=	F+% =48.14%
T.R=28"	DG=0	F [±] =5	Hd=1	F-%=11.11%
T.L.m= 23"	G%=11.11%	Σ F=21	(Hd)=0	F% élargi 74.07
T.R.I=1/1.5	D=24	K=1	A=8	F+% élargi41.14
RC%=44.44%	Dbl=0	Kan=1	(A)=0	H%=11.11%
F.angoise	D%=88.88%	Kp=1	Ad=1	A%=29.62%
= 25.92%	Ddbl=0	C'=1	(Ad)=0	Ban= 03
compl= .Form	Dd%=0	CF=0	Obj=3	
K1/0E		FC=5	Bot=2	
		E=0	Anat=6	
		EF=0	Sang=0	
			Symb= 1	

التحليل الكمي:

4. ملاحظات عامة حول البروتوكول : نلاحظ من خلال بروتوكول الحالة ب الإجابات المتحصل عليها $R=27$ ، إلا أننا نلاحظ الكف نوعا ما و الذي يظهر لنا من خلال زمن البروتوكول الذي لم يتجاوز 16 د و 07 ثا، كذلك من خلال أزمة الكمون التي جاءت طويلة في كل البروتوكول و ما بين الإجابات .

2. طرق تناول:

جاء تناول الحالة للبروتوكول متنوع، إلا أنه يغلب على تناول اللوحات الإجابات الجزئية و التي تقدر ب $D\%=88.88$ وهذا ما يدل على إهتمام الحالة بالتفاصيل الصغيرة في الحياة اليومية، في حين نجد نسبة الإجابات الشاملة تقدر ب $G\%=11.11$ ، في حين نلاحظ غياب إجابات $DbI=0$ والتي تدل على عقلانية الحالة.

3. المحددات:

يحتوي البروتوكول على محددات متنوعة فنجد المحددات الشكلية في حدود $F\%=77.77$ وهي نسبة مرتفعة، ويدل إرتفاع نسبة المحددات الشكلية على قدرة المبحوثة على التكيف مع المنبهات الخارجية من جهة، وعلى وجود نزعة إكتئابية من جهة أخرى . ونجد المحددات الشكلية الإيجابية تمثل بنسبة $F+\%=48.14$ وتعتبر نسبة منخفضة عن الحالة العادية ويدل هذا نوع على الإنغماس الرديء في الواقع الموضوعي، وارتفاع في نسبة المحددات الشكلية السلبية والتي تقدر ب $F-\%=11.11$ مما يدل هذا على عدم إستثمار العالم الموضوعي والمحيط وبالتالي العلاقة مع الموضوع كما نلاحظ نوع من غموض الفكر من خلال الإستجابات الإيجابية السلبية حيث $F^{\pm}=5$ ، مما يدل ذلك أيضا على الشك والتردد والإحتياط والحذر.

نلاحظ نوعا ما قدرة الحالة على إرصان الواقع من خلال إعطاء إجابة واحدة من نوع K إضافة إلى ذلك انعدام الإستجابات من نوع Clob و هذا يدل على وجود صعوبة دقيقة في التكيف مع الواقع ذات أصل مرضي ، أما بالنسبة للإستجابات اللونية نجدها بنسبة $=44.44$ $RC\%$ و TRI هو من نوع منبسط مزدوج حيث نجد K أقل من C.

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

كما نلاحظ الإفراغ العاطفي النزوي من خلال استعمال الحالة للمحدد اللوني C و من خلال إستعمال الحركة الجزئية Kan .

4. محتوى الاستجابات :

نلاحظ بعض الكف في العلاقات الإنسانية من خلال بروتوكول الحالة حيث H لا تتجاوز 11.11 %، إستجابة واحدة من نوع Hd الذي يدل على الإدراك الجزئي للصورة الإنسانية أما الإستجابات من نوع A فهي تمثل 29.62% و هذا يشير إلى ميكانيزم دفاعي لتجنب ربط العلاقات مع الأشخاص و هذا ما يمثل إستثمار مكثف سطحي و صلب كما نجد قلة الإجابات المبتذلة و التي تمثل Ban =3. كما نجد كثرة الإجابات المتعلقة بالمحتوى التشريحي والذي يعبر عن قلق الحالة .

التحليل الكيفي:

1. **التناول المعرفي:** نلاحظ من خلال المخطط النفسي بروتوكول الحالة أن إدراكها للواقع يغلب عليه الطابع الجزئي أكثر من غيره، كما أن الإجابات الشاملة وردت بسيطة لا تحمل أي إرصان و قد ارتبطت معظمها بمحددات شكلية من نوع F^{\pm} مما يدل على غموض الإدراك و الشك والتردد و فشل المراقبة و عدم القدرة على وضع تصورات متسلسلة في البروتوكول كما يدل ذلك على عدم تمتع المبحوثة بالتلقائية و محاولة الإبتعاد عن الجوانب العاطفية و تفادي الإسقاط.

2. الدينامية النفسية:

لقد جاءت تصورات و إدراكات المبحوثة مفككة و هذا ما نلاحظ من خلال التناول الجزئي للوحات و تعدد الإجابات و إختلافها في اللوحة الواحدة، إلا أننا تحصلنا على أجوبة مبتذلة بقيمة Ban=3 و هذا يدل على محاولة إعادة إدراك الواقع.

إن إرتفاع نسبة المحدد الشكلي و ما يقابله من إنخفاض في الاستجابات الحركية حيث K=01 يدل ذلك على وجود ثغرات نرجسية في تصور الذات .

3. العلاقة بالموضوع:

من خلال دراستنا للمخطط النفسي و التحليل الكمي للبروتوكول نلاحظ إرتفاع نسبة الإجابات الجزئية و نسبة المحدد الشكلي و هذا ما يدل على إضطراب العلاقة بالموضوع.

4. الميكانيزمات الدفاعية:

حمل البروتوكول ميكانيزمات دفاعية متنوعة، فإن إستعمال استجابات من نوع C يدل على التفريغ النزوي العدواني أو الخوف من تهديم البنية، كما أن نقص K و إرتفاع الإستجابات الشكلية من نوع F^{\pm} يدل على إستعمال الحالة للكف و يظهر لنا أيضا من خلال إستعمال أزمة كمون و أزمة الإجابات طويلة و محاولة الهروب من الإجابة .

كما نلاحظ نقل الحركات النزوية على صورة حيوانية من خلال إعطاء أجوبة متعلقة بالمحدد Kan

5. طبيعة القلق:

تظهر لنا طبيعة قلق الحالة، قلق متعلق بفقدان الموضوع، جاء نتيجة تأثر الحالة لفقدنها جزء من أنوثتها و نتيجة لهذا فهي ترى تفكك الصورة الأنثوية التي عبرت عنها في البروتوكول بإعطاء أجوبة جزئية، إن نسبة القلق تمثل $25.92\% =$ و هي نسبة قلق مرتفعة مما يدل على أن الحالة تعاني من قلق مرضي متعلق بفقدان الموضوع وهي إشكالية مرضية عصابية.

ملخص الحالة:

من خلال تحليل بروتوكول الحالة و دراسة المخطط النفسي، نلاحظ أن إنتاجية الحالة جاءت عادية حيث إستطاعت الوصول إلى إعطاء 27 إستجابة و قد جاء تناول الحالة للوحات مرتكز على التناول الجزئي في نلاحظ قلة التناول الشامل مما يدل على إهتمام الحالة بالتفاصيل الصغيرة أكثر من غيرها ، كما أننا لا نجد استجابات من نوع Dd او DbI، أما من حيث المحددات فيغلب على البرتوكول المحدد الشكلي جاء بنسبة منخفضة من العادي و هذا ما يشير إلى تماسك غير فعال بالواقع. يحتوي البروتوكول على إستجابات من نوع

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

(±) الذي يدل على الشك و التردد، كما نجد إستجابات من نوع k قليلة و التي تدل على عدم قدرة الحالة على الإرصان للصراعات و وجود صعوبة دقيقة في التكيف مع الواقع. و من حيث المحتويات يلاحظ قلة إستجابات من نوع (H) الذي يدل على وجود كف في العلاقات الإنسانية في حين نجد إستجابات واحدة من نوع (Hd) و هذا ما يدل على الإدراك الجزئي للصورة الإنسانية و الذي يشير أيضا إلى نوع من قلق. لقد جاءت تصورات الحالة مفككة و غير منسجمة و غير مكيفة مع الواقع، فيظهر لنا أن الحالة لم تتفادى إشكالية الهوية و بالتالي هناك خلل في الصورة الجسدية، أما عن العلاقة بالموضوع فهي غير واضحة على العموم نظرا لعدم الإرصان و غموض الأجوبة . أما عن إستعمال الميكانيزيمات الدفاعية فهو متنوع، حيث نجد الكف و القمع و الكبت الذي يظهر لنا من خلال الهروب من المثير و الميل لإدراك الجزئي وهذا ما يجيب عن الفرضية الجزئية الثالثة، أما القلق فيظهر لنا أنه قلق فقدان الموضوع جاءت نسبة القلق عالية و هذا ما يجعلنا نستنتج أنه قلق مرضي .

الحالة (ج) :

المقابلة العيادية نصف الموجهة للحالة (ج):

صباح الخير

- نقدم لك نفسي، أنا أخصائية في علم النفس العيادي و نحضر لشهادة الدكتوراه، عندي دراسة حول النساء المصابات بسرطان الثدي ولي دارو عملية إستئصال الثدي، نقدر نتكلم معاك شوية .

1 - احكي لي شوية على روحك .

خيرة تبلغ من العمر 34 سنة عازبة، مأكثة بالبيت، وصانعة الحلويات، من ولاية الجزائر العاصمة، هي متوسطة القامة، نحيلة، من عائلة متواضعة، تقيم مع عائلتها في بيت متواضع . تشعر بإنهيار بعد إجرائها عملية استئصال الثدي.

2 - كفاش كنت قبل ما تمرضي

عادي كيما كل امرأة قاعدة في الدار، نعمل شغل البيت ونطيب ونخدم الحلوى للناس.

3 - كفاش كنت تمارسي حياتك اليومية

كنت نمارس حياتي بشكل عادي نقضي معظم وقتي في صناعة الحلوى.

4 - دورك كيفا شراكي .

ما نقدر ندير والوا

5 - تكلميني على المرض نتاعك شوية، و كفاش اكتشفت الإصابة نتاعك .

كنت لاباس بيا حتى وحد النهار حسيت بجسم صغير في الثدي نتاعي، فشكيت روحت عند الطبيب و ثم أكدلي الشك نتاعي .

6 -واش حسيتي كي خبرك الطبيب بالمرض نتاعك .

كل ماتتصوري درت، بكيت بكيت و بديت نصرخ و ماتقبلتش هذا الشيء بعد مدة من الوقت

7 -مرضتي من القبل ولا سبقلك دخلتي للمستشفى .

لا أول مرة ندخل للمستشفى.

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

- 8- كايين في العائلة نتاعك الي مرض بنفس المرض نتاعك .
كانت عندي ماني مرضت به و بنت خالتي .
- 9 - واش حسيتي كي خبرك الطبيب بلي لازم انحيولك الثدي نتاعك .
بكيت و رفضت هذا الأمر في الأول غير العايلة نتاعي قنعتني ؟
- 10 - واش هي الحاجة الأولى إلي فكرتي فيها .
مازلت صغيرة، خمنت في حياتي كيفاش رايحة تكونما تزوجت مادرت دراري.
- 11 - احكي لي على علاقتك مع الأسرة نتاعك (الإخوة ، الأخوات، الزوج ، الأولاد، أهل الزوج ، الأب ، الأب)
- عادي كيما كل الناس ، بصح الوالدة نتاعي واقفة معايا و ماخلتنيش .
- 12- كفاش كان رد الفعل العائلة نتاعك (الإخوة ، الأخوات، الزوج ، الأولاد، الأب ، الأم أهل الزوج)
- الكل يخمم فيا، بصح ولا واحد راه حاس بناري.
- 13- وانت كفاش شفتي هذا الأمر .
أنا كنت رافضة ثم تقبلت، ما عندي ماندير.
- 14 - واش رأيك في النساء الي دارو العميلة كيما نتاعك .
كل واحدة وكيفاش الوضع نتاعها، أنا هذا وين بدأت حياتي.
- 15 - في رايك هذا الشي يقدر يآثر على حياتك. 16- و كفاش .
ايه ما بقات حياة ، مرأة معوقة.
- 17- هل تراودك أحلام ؟ واش تنومي ؟ عنك حلم متكرر؟ كي تنوضي تتفكري واش نمتي؟
كل مرة كيفاش مرات النوم منام مفهوم ونشفي عليه ومرات نعرف روجي بلي نمت ،
بصح مانشفي والو.
- 18 - كفاش راك تشوفي في المستقبل نتاعك .
واش من المستقبل، خليها على ربي

بروتوكول الحالة (ج) :

التنقيط	التحقيق	النص
G F + A	(كل اللوحة) الشكل نتاعها بيان كي الحشرة عندها نيفها و راسها و رجليها .	"23 اللوحة I ما تشبه لوالوا 1. حشرة "46
تعليق DbI F+Obj D Fc± Frag	(Grande Lacune Centrale) شبعت هذا للصاروخ كي يجي طالع و الدخان نتاعوا هذا من التحت (Rouge Bas)	"28 اللوحة II واش هذي 2. حاجة خارجة كي الصاروخ طالع للسماء 3. و هذا الأحمر الدخان نتاعوا "1."54
DF+A Ban D F- kan A Ban	(Rouge Median) هذا الأحمر في الوسط شكل فراشة (Les Deux Partie Noires Latérales) هذا الأسود بانلي كي الحمام طاير	"19 اللوحة III 4. فراشة 5. حمامات طايرين "1."41
GF+Clob (H)	(كل اللوحة) شفت كل هذا الرسم على شكل غول	"26 اللوحة IV 6. غول غامظ "1."53
GF+A Ban	(كل اللوحة) هذا خفاش عندو جناحوا كبير و رجليه من التحت و الراس من فوق	"17 اللوحة V 7. خفاش "1."36
DF -A	(Les Deux Grande Parties Latérales) هذا الجزء من التحت شفت فيه كي الهيدورة نتع الكبش.	"21 اللوحة VI 8. هيدورة

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

D F ⁺ Pays	(Ligne médiane Et Parties Adjacentes)	9. طريق في الوسط
DF [±] Geo	بانثلي هذي طريق طويلة تستنى فيا. (Grande Moitie Latérales)	10. هذي شغل خريطة
DF ⁺ Obj	(Partie Superieure) هذي تبان كي المنارة نتع البحر من فوق	11. منارة البحر
		'1."59
refuse	(رفض اللوحة)	اللوحة VII 12. رفض اللوحة
D F ⁺ A Ban	(Partie rose latérale) هذا الشكل نمورة عندهم ربعة رجلين (Gris En Haut)	اللوحة VIII 13. زوج نمورة
D F [±] Obj	شبهت هذا الرسم لقناع نتع القراصنة	14. قناع القراصنة
		'1."14
D Fc ⁻ A	(Brun en haut) هذي تشبه في اللون و الشكل crevette	اللوحة IX 15. حبة crevette
DFc [±] Geo	(Les Deux Verts Laterales Vus Ensemble) هذي الألوان تشوفها كي شكل خريطة	16. خريطة
		'1."43
DF ⁺ A Ban	(Bleulatéral) عنكبوت عندوا بزاف رجليه و الراس كبير	اللوحة X 17. عنكبوت
DC Geo	Rose Latéral Avec Bleu Median) هذي تبان كي الخريطة الجغرافية	18. خريطة
		'1."55

اختبار الاختيار:

الإختيار + : III فيها فراشة IX ، خريطة العالم.

الإختيار - : VII مافهمتهاس، IV فيها الغول

R=18 T.T =12.01'' T.R=66'' T.L.m= 10'' T.R.I=0/3 RC%=33.33% F.angoise = 0 compl= .Form 1K/0E	G=3 Gbl=0 DG=0 G%=16.66% D=13 Dbl=1 D%=72.25% Ddbl=0 Dd%=0	F ⁺ =8 F ⁻ =2 F [±] =3 Σ F=13 K=0 Kan=1 Kob=0 C'=1 CF=0 FC=3 E=0 EF=0 FE=0 Clob=1	H=0 (H) 1= Hd=0 (Hd)=0 A=8 (A)=0 Ad=0 (Ad)=0 Obj=3 Bot=1 Sang=0 Sex=0 Arch=0 Anat=0 Elem=0 Geo=3 Pays=1 Frag=1	F% =72.22% F+% =44.44% F-%=11.11% F% élargi 72.22 F+% élargi14.53 H%=5.55% A%=44.44% Ban= 04
--	--	---	---	---

التحليل الكمي:

1. ملاحظات عامة حول البروتوكول : نلاحظ من خلال تحليل بروتوكول الحالة (ج) ، فقر في التصورات، والذي يظهر لنا من خلال عدد الإجابات والذي يقدر ب R=18 إجابة إلا كما نلاحظ الكف نوعا ما و الذي يظهر لنا من خلال زمن البروتوكول الذي لم يتجاوز 12 د و 01 ثا ، كذلك من خلال أزمة الكمون التي جاءت طويلة في كل البروتوكول و ما بين الإجابات .

2. طرق التناول:

جاء تناول الحالة للبروتوكول متنوع ، إلا أنه يغلب على التناول للوحات الإجابات الجزئية و التي تقدر ب D% 72.25 يتضمن الطابع التكيفي للسير النفسي، كما يدل على اهتمام

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

الحالة بالتفاصيل الصغيرة في الحياة اليومية، في حين نجد نسبة الإجابات الشاملة تقدر ب $G\% = 16.66\%$ ، ونجد إنعدام الإجابات الجزئية الصغيرة وباقي التناولا الأخرى.

3.المحددات:

يحتوي البروتوكول على محددات متنوعة فنجد المحددات الشكلية في حدود $=72.22\%$ وهي نسبة مرتفعة، ويدل إرتفاع نسبة المحددات الشكلية عل قدرة المبحوثة على التكيف مع المنبهات الخارجية من جهة، وعلى وجود نزعة إكتئابية من جهة أخرى . ونجد المحددات الشكلية الإيجابية تمثل بنسبة $F+\% = 44.44\%$ وتعتبر نسبة منخفضة عن الحالة العادية ويدل هذا نوع على الإنغماس الرديء في الواقع الموضوعي، وإرتفاع في نسبة المحددات الشكلية السلبية والتي تقدر ب $F-\% = 11.11\%$ مما يدل هذا على عدم إستثمار العالم الموضوعي والمحيط وبالتالي العلاقة مع الموضوع كما نلاحظ نوع من غموض الفكر من خلال الإستجابات الايجابية السلبية حيث $F^{\pm} = 3$ ، مما يدل ذلك أيضا على الشك والتردد والإحتياط والحذر.

نلاحظ عدم قدرة الحالة على إرصان الواقع من خلال إنعدام وجود إجابات من نوع K إضافة إلى ذلك قلة الإستجابات من نوع Clob و هذا يدل على وجود صعوبة دقيقة في التكيف مع الواقع ذات أصل مرضي، أما بالنسبة للإستجابات اللونية نجد $RC\% = 33,33$ و TRI هو من نوع منبسط مزدوج حيث نجد K أقل من C. كما نلاحظ الإفراغ العاطفي النزوي من خلال إستعمال الحالة للمحدد اللوني C و من خلال إستعمال الحركة الجزئية Kan .

4.محتوى الاستجابات :

نلاحظ الكف في العلاقات الإنسانية من خلال بروتوكول الحالة حيث نجد قلة الإجابات ذات المحتوى الإنساني H، إذ لا تتجاوز $H\% = 5.55\%$ ، أما الإستجابات من نوع A فهي تمثل 44.44% و هذا يشير إلى ميكانيزم دفاعي لتجنب ربط العلاقات مع الأشخاص كما يعبر عن إستثمار مكثف سطحي وصلب .و نجد محتويات أخرى متنوعة كالمحتوى الطبيعي

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

و المحتوى الجغرافي وغيرها . أما عن نجد الإجابات المبتذلة فوردت بصفة قليلة من العادي حيث $Ban=3$.

التحليل الكيفي:

1. تناول المعرفي: نلاحظ من خلال المخطط النفسي بروتوكول الحالة أن إدراكها للواقع يغلب عليه الطابع الجزئي أكثر من غيره، كما أن الإجابات الشاملة وردت بسيطة لا تحمل أي إرصان و قد إرتبطت معظمها بمحددات شكلية من نوع F^{\pm} مما يدل على غموض الإدراك و الشك والتردد و فشل المراقبة و عدم القدرة على وضع تصورات متسلسلة في البروتوكول كما يدل ذلك على عدم تمتع المبحوثة بالتلقائية و محاولة الإبتعاد عن الجوانب العاطفية و تفادي الإسقاط.

2. الدينامية النفسية:

لقد جاءت تصورات و إدراكات المبحوثة مفككة و هذا ما نلاحظ من خلال التناول الجزئي للوحات و تعدد الإجابات و إختلافها في اللوحة الواحدة، و من خلال قلة الإجابات المبتذلة. إن إرتفاع نسبة المحدد الشكلي و ما يقابله من إنخفاض في الإستجابات الحركية حيث $K=0$ و $Kan=1$ يدل ذلك على وجود ثغرات نرجسية في تصور الذات .

3. العلاقة بالموضوع:

من خلال دراستنا للمخطط النفسي و التحليل الكمي للبروتوكول نلاحظ ارتفاع نسبة الإجابات الجزئية و نسبة المحدد الشكلي و هذا ما يدل على اضطراب العلاقة بالموضوع.

4. الميكانيزمات الدفاعية:

حمل البروتوكول ميكانيزمات دفاعية متنوع، فإن إستعمال إستجابات من نوع C يدل على التفريغ النزوي العدواني أو الخوف من تهديم البنية، كما أن نقص K و إرتفاع الإستجابات الشكلية من نوع F^{\pm} يدل على إستعمال الحالة للكف و يظهر لنا أيضا من خلال إستعمال أزمة كمون و أزمة الإجابات طويلة و محاولة الهروب من الإجابة ومن خلال الرفض الذي يظهر في اللوحة VII.

كما نلاحظ نقل الحركات النزوية على صورة حيوانية من خلال إعطاء أجوبة متعلقة

بالمحدد Kan

5. طبيعة القلق:

تظهر لنا من خلال تحليل بروتوكول الحالة (ج) عدم ظهور القلق، وذلك لعدم إحتواء البروتوكول على إجابات إنسانية جزئية، إجابات تشريحية، إجابات جنسية وإجابات دموية.

ملخص الحالة:

لقد تبين لنا من خلال عرض وتحليل البروتوكول للحالة (ج)، أنها تعاني من عدم الإستقرار النفسي ومن كف وصعوبة التعرف على معاني الصور المقدمة لها من الرائز كما يلاحظ إستعمال الحالة للكف والقمع والرفض محاولة الهروب من الوضعية، و يظهر لنا محاولة الحالة إلغاء العالم الخارجي وعدم إستثمارها للجانب العلائقي، حيث أنها على ما يبدو تعاني من إضطراب في التواصل الاجتماعي يظهر من خلال وجود ثغرات نرجسية تظهر لنا من خلال إرتفاع نسبة المحدد الشكلي وقلة الإجابات الإنسانية مما يفسر وجود إضطراب علائقي أو تجنب الصورة الإنسانية و الهروب من الذات.

و يلاحظ من خلال إرتفاع نسبة الإجابات الجزئية وإعطاء صورة إنسانية خيالية وغير كاملة خالية من أي تصور أنثوي وتفاعل العاطفي، يدل على هشاشة صورة الذات، إلا أنه نلاحظ عدم وجود إجابات توحى بقلق الحالة، حيث نلاحظ إنعدام الإجابات الجزئية الإنسانية الإجابات التشريحية، الإجابات الجنسية و الإجابات الدموية على خلاف باقي بروتوكولات الحالات ما يؤكد إختلاف طبيعة ونوع القلق عند المرأة المصابة بسرطان الثدي. ووجود توظيف غير مؤكد (متوسط) عند الحالة.

الحالة د :

المقابلة العيادية نصف الموجهة للحالة (د) :

صباح الخير

- نقدم لك نفسي، أنا أخصائية في علم النفس العيادي و نحضر لشهادة الدكتوراه، عندي دراسة حول النساء المصابات بسرطان الثدي ولي دارو عملية إستئصال الثدي، نقدر نتكلم معاك شوية .

1 - إحكي لي شوية على روحك .

سارة تبلغ من العمر 38 سنة متزوجة، أم لأربع أطفال، عاملة بمصلحة البريد ، من ولاية غيليزان، هي متوسطة القامة، من عائلة متواضعة، تقيم مع زوجها وأطفالها في بيت متواضع .

2 - كفاش كنت قبل ما تمرضي

كنت نعمل في الخارج وفي البيت مع ولادي وزوجي، راكي تعرفي المسؤولية . عمري ماشكيت من حاجة .

3 - كفاش كنت تمارسي حياتك اليومية

كنت نمارس حياتي بشكل عادي نعمل في النهار البرا وكي ندخل للدار نطيب و نغسل وندير كل شيء كيما أي امرأة .

4 - دورك كيفا شراكي .

ما نقدر ندير والوا

5 - تكلميني على المرض نتاعك شوية، و كفاش إكتشفت الإصابة نتاعك .

عمري ما مرضت ولاطحت فراش حتى هذي المرة وليت نحس بالسطر في ذراعي وكل اليوم يزيد، وكي شفت الطبيب بعد الأشعة وكل شيء قالولي بلي عندك سرطان في الثدي.

6 - واش حسيتي كي خبرك الطبيب بالمرض نتاعك .

واش يقدر يحس الإنسان كي يعرف بلي عندو السرطان، شيء صعيب بزاف .

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

- 7- مرضتي من القبل ولا سبقك دخلتي للمستشفى .
لا أول مرة ندخل للمستشفى.
- 8- كايين في العائلة نتاعك الي مرض بنفس المرض نتاعك .
وليد خالي الكبير، وجدتي.
- 9 - واش حسيتي كي خبرك الطبيب بلي لازم انحيولك الثدي نتاعك .
بكيت و رفضت هذا الأمر في الأول ما تقبلتش ؟
- 10 - واش هي الحاجة الأولى إلي فكرتي فيها .
خمنت في حياتي كيفاش رايحة تكون بعد العملية، في ولادي، في الزوج نتاعي، في الخدمة في كل شيء .
- 11 - إحكي لي على علاقتك مع الأسرة نتاعك (الإخوة ، الأخوات، الزوج، الأولاد، أهل الزوج، الأب، الأب)
- ماعندي مشكل مع حتى واحد، حدي وحد روحي .
- 12- كفاش كان رد الفعل العائلة نتاعك (الإخوة ، الأخوات، الزوج ، الأولاد، الأب ، الأم أهل الزوج)
- الكل تأثر بيا و يخمم فيا ، بصح ولا واحد راه حاس بيا.
- 13- وانت كفاش شفتي هذا الأمر .
أنا كنت رافضة ثم تقبلت، ماعندي ماندير.
- 14 - واش رأيك في النساء الي دارو العميلة كيما نتاعك .
كل واحدة وكيفاش تقدر تشوف هذا الشيء.
- 15 - في رأيك هذا الشيء يقدر يآثر على حياتك. 16- و كفاش .
ايه بلاك مانقدرش نولي للخدمة، مانقدرش نتهلئ في داري وولادي كيما كنت، بلاك الزوج نتاعي يتبدل عليا.
- 17- هل تراودك أحلام ؟ واش تنومي ؟ عندك حلم متكرر؟ كي تنوضي تنفكري واش نمتي؟

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

النوم حاجات غير مفهومة، وحاجات مخلطة، ناس حايين مع ناس موتة، منام غير مفهوم.
18- كفاش راك تشوفي في المستقبل نتاعك .

غير نبرى ونقوف على رجلي باش نقدر نكمل حياتي .

ملخص المقابلة العيادية :

مرت المقابلة العيادية مع الحالة بصعوبة لكون تأثر الحالة بمرضها و عدم خروجها من صدمة المرض، فمن خلال تطبقنا عليها للرائز، بدى على الحالة نوع من التوتر والتأثر بالموضوع فأحيانا تبكي وأحيانا أخرى تتكلم . كما بدى عليها الإرهاق أثناء تطبيق الرائز و صعوبة الكلام و الفهم كما يظهر عليها تأثرها الواضح بالإصابة بسرطان الثدي وقلقها وخوفها من المستقبل.

بروتوكول الحالة (د)

التنقيط	التحقيق	النص
D F + Ad	(كل اللوحة) بانلي كي الراس نتع الديب بالوذنين نتاعو و هذا الوجه نتاعو	اللوحة I "23 1.شبهتها للذيب '1."42
D F + Ad D F + A Ban Dbl F +- obj DF + A Ban	(Les Deux Partie Laterales noires) هذا الجزء الملون بالأكل وجه حيوان (Les Deux Partie Laterales Noires) كلاب من الجسم نتاعهم و هذا رجليهم (Grande Lacune Centrale) فتحة كي الدخلة نتع الكهف ، هذا الأبيض (Rouge Bas) هذي فراشة بجناحها و رجليها من التحت	اللوحة II "19 2.وجه نتع حيوان 3.شغل زوج كلاب 4.دخلة نتع كهف 5.فراشة '1."54
DFc + A Ban D K H Ban DF + A	(Rouge Median) شكل و لون فراشة حمرا (Les Deux Parties Noires Latérales) زوج رجال هذا جسمهم ، الراس من الفوق و هذي رجليهم و حاجة من التحت شادينها. (Partie Inferieur De Cote) باننلي على شكل حوتة هكذا جسمها	اللوحة III "17 6.فراشة 7.زوج رجال شادين حاجة. 8.حوتة '1."46

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

Refuse	رفض اللوحة	اللوحة IV حسيت بالخوف
GF ⁺ A Ban	(كل اللوحة) يبان خفاش بجناحيه و من فوق راسوا	اللوحة V 17 9. هذا شغل خفاش "48
D F +- Ad G F +- Obj G F ⁻ Anat D F± Obj	(Partie Supérieure) هذا شكل راس كي نتع تنين. (كل اللوحة) نشوف اللوحة على شكل قتارة من فوق خيوطها و من تحت كرشها. (كل اللوحة) شفتها على شكل الصدر نتع إنسان لابس كوستيم في neud	اللوحة VI 21 10. بانلي راس تنين 11. هذا la forme نتع قتارة 12. صدر 13 فيه un noeud "36. 1.
D F ⁺ Hd D F ⁺ A	(1et 2 Tiers) هنا بانلي راس نتع زوج بنادم يشوفو بعضهم (3 Tiers Entier) هذي فراشة بجناحها من تحت	اللوحة VII 15 14. زوج يشوفو في بعضهم . 15. فراشة "14. 1.
D F ⁻ Anat Radio D F ⁺ Anat D F ⁻ H D F ⁻ Hd	(Rose et Orange En Bas) هذا شكل les poumons كيما في radio (Axe Médian Dans Gris Et Bleu Eb Haut) هذا شكل عمود فقري ، هنا في الوسط (Partie Rose Latérale) بانلي كي شكل bebe كي يكون صغير ضعيف (Gris Et Bleu) هذا وجه بنادم عينه ، نيفو الأبيض في وسط الجزء الأول و الثاني	اللوحة VIII 21 16. بانلي هذي les poumons 17. ظهر فيه عمود فقري 18. un bebe في كرش الأم نتاعو. 19. وجه و عينيه. "14. 1.

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

<p>تعليق G FC± Geo D F± Anat</p>	<p>(كل اللوحة) نشوفو هذا كي نطلعوا من فوق بيان الألوان و الشكل الموجودة في الأرض (Partie Rose Entiere En Bas) هذا الجزء الوردي بانلى كي صدر انسان منحين يديه.</p>	<p>اللوحة IX 27" دوختني هذي اللوحة 20.الأرض و نشوف البحر كي الشغل من فوق الكرة الأرضية 21.الصدر و يدين مقطعين. '1."12</p>
<p>D F+ A Ban D F± A D F± A D F± A</p>	<p>(Bleu Latérale) هذا شكل عنكبوت (Vert Latérale En Bas) هذي بانتلي كي الدودة (Gris latérale en bas) وهنا جرانة (Brun Latéral En Bas) هنا نشوف شكل زاوش.</p>	<p>اللوحة X 17" 22.عنكبوت 23.حشرة كي الدودة 24.جرانة 25.زاوش '1."23</p>

إختبار الاختيار:

الإختيار +: VII زوج متقابلين، III فراشة

الإختيار - : IX ما فهمتهاش مليح، IV ماعرفتهاش.

R=25	G=4	F ⁺ =10	H=2	F% =88%
T.T =10.09''	Gbl=0	F ⁻ =4	(H) 0=	F+% =40%
T.R=37''	DG=0	F [±] =8	Hd=2	F-%=16%
T.L.m= 17''	G%=16%	Σ F=22	(Hd)=0	F% élargi =52
T.R.I=1/1	D=20	K=1	A=10	F+% élargi32.96
RC%=40%	Dbl=1	Kan=0	(A)=0	H%=85%
compl= .Form	D%=80%	Kob=0	Ad=3	A%=40%
1K/0 ^E	Ddbl=0	C'=0	(Ad)=0	Ban= 06
F.angoise	Dd%=0	CF=0	Obj=3	
= 24%		FC=2	Bot=0	
		E=0	Sang=0	
		EF=0	Sex=0	
		FE=0	Arch=0	
		Clob=0	Anat=4	
			Elem=0	
			Geo=1	
			Pays=0	
			Frag=0	

التحليل الكمي:

1. ملاحظات عامة حول البروتوكول : نلاحظ من خلال تحليل بروتوكول الحالة (د) تحصلنا على 25 إجابة وفي نفس الوقت نجد 8 إجابات مبتذلة مما يدل على إستثمار الواقع الخارجي للحالة، إلا أننا نلاحظ الكف نوعا ما والذي يظهر لنا من خلال زمن البروتوكول الذي لم يتجاوز 10 د و 09 ثا، كذلك من خلال أزمة الكمون التي جاءت طويلة في كل البروتوكول و ما بين الإجابات .

2. طرق التناول:

جاء تناول الحالة للبروتوكول متنوع، إلا أنه يغلب على التناول للوحات الإجابات الجزئية و التي تقدر بـ 80%D% و الذي يدل يتضمن الطابع التكيفي للسير العقلي، كما يدل على إهتمام الحالة بالتفاصيل الصغيرة في الحياة اليومية، في حين نجد نسبة الإجابات الشاملة تقدر بـ 16%=G%، ونجد إنعدام الإجابات الجزئية الصغيرة وباقي التناول الأخرى.

3. المحددات:

يغلب على البروتوكول المحددات الشكلية و التي تقدر بـ 88%=F% وهي نسبة مرتفعة ويدل إرتفاع نسبة المحددات الشكلية على قدرة المبحوثة على التكيف مع المنبهات الخارجية من جهة، وعلى وجود نزعة إكتئابية من جهة أخرى . ونجد المحددات الشكلية الإيجابية تمثل بنسبة 40%=F+% وتعتبر نسبة منخفضة عن الحالة العادية ويدل هذا على نوع الإنغماس الرديء في الواقع الموضوعي، وإرتفاع في نسبة المحددات الشكلية السلبية والتي تقدر بـ 16%=F-% مما يدل هذا عدم إستثمار العالم الموضوعي والمحيط وبالتالي العلاقة مع الموضوع، كما نلاحظ كثرة الإجابات الإيجابية السلبية والتي تدل على نوع من غموض الفكر من خلال الإستجابات الإيجابية السلبية حيث 8=F±% مما يدل ذلك أيضا على الشك والتردد والاحتياط والحذر.

نلاحظ عدم قدرة الحالة على ارضان الواقع من خلال قلة وجود إجابات من نوع K إضافة إلى ذلك انعدام الاستجابات من نوع Clob و هذا يدل على وجود صعوبة دقيقة في التكيف مع الواقع ذات أصل مرضي ، أما بالنسبة للاستجابات اللونية نجد 40%=RC% و TRI هو من نوع منبسط مزدوج حيث نجد K أقل من C.

4. محتوى الاستجابات:

نلاحظ الكف في العلاقات الإنسانية من خلال بروتوكول الحالة حيث نجد قلة الإجابات ذات المحتوى الإنساني H، إذ لا تتجاوز 8%=H%، أما الإستجابات من نوع A فهي تمثل 40% و هذا يشير إلى ميكانيزم دفاعي لتجنب ربط العلاقات مع الأشخاص، كما يعبر عن إستثمار مكثف سطحي و صلب . و نجد قلة المحتويات الأخرى كالمحتوى الطبيعي

والمحتوى الجغرافي وغيرها . أما عن الإجابات المبتدلة فوردت بصفة عادية حيث $=8$.Ban

التحليل الكيفي:

1. تناول المعرفي: نلاحظ من خلال المخطط النفسي بروتوكول الحالة أن إدراكها للواقع يغلب عليه الطابع الجزئي أكثر من غيره، كما أن الإجابات الشاملة وردت بسيطة لا تحمل أي إرصان و قد إرتبطت معظمها بمحددات شكلية من نوع F^{\pm} مما يدل على غموض الإدراك و الشك والتردد و فشل المراقبة و عدم القدرة على وضع تصورات متسلسلة في البروتوكول كما يدل ذلك على عدم تمتع المبحوثة بالتلقائية و محاولة الإبتعاد عن الجوانب العاطفية و تفادي الإسقاط.

2. الدينامية النفسية:

لقد جاءت تصورات و إدراكات المبحوثة مفككة و هذا ما نلاحظ من خلال التناول الجزئي للوحات و تعدد الإجابات و إختلافها في اللوحة الواحدة، و من خلال الإجابات المبتدلة. إن إرتفاع نسبة المحدد الشكلي و ما يقابله من انخفاض في الاستجابات الحركية حيث $K=1$ و $Kan=0$ يدل ذلك على وجود ثغرات نرجسية في تصور الذات .

3. العلاقة بالموضوع:

من خلال دراستنا للمخطط النفسي و التحليل الكمي للبروتوكول نلاحظ إرتفاع نسبة الإجابات الجزئية و نسبة المحدد الشكلي و هذا ما يدل على إضطراب العلاقة بالموضوع.

4. الميكانيزمات الدفاعية:

حمل البروتوكول ميكانيزمات دفاعية متنوعة، فإن إستعمال إستجابات من نوع Hd يدل على إسقاط الحالة كما يدل على العدوانية أو الخوف من تهديم البنية، كما أن نقص K وإرتفاع الإستجابات الشكلية من نوع F^{\pm} يدل على إستعمال الحالة للكف و يظهر لنا أيضا من خلال إستعمال أزمة كمون و أزمة الإجابات طويلة و محاولة الهروب من الإجابة ومن خلال الرفض الذي يظهر في اللوحة IV.

5. طبيعة القلق:

تظهر لنا من خلال تحليل بروتوكول الحالة (د) أن نسبة القلق عند الحالة نسبة مرتفعة والتي تقدر بـ 24 %، ويظهر ذلك من خلال إحتواء البروتوكول على إجابات إنسانية جزئية وإجابات تشريحية، مما يدل على إشكالية مرضية عصابية.

ملخص الحالة:

لقد تبين لنا من خلال عرض وتحليل البروتوكول للحالة (د) ،أنها تعاني من عدم الإستقرار النفسي ومن كف وصعوبة التعرف على معاني الصور المقدمة لها من الرائز كما يلاحظ إستعمال الحالة للكف والقمع والرفض ومحاولة الهروب من الوضعية،و يظهر لنا محاولة الحالة إلغاء العالم الخارجي وعدم إستثمارها للجانب العلائقي وهذا ما يجيب عن الفرضية الثالثة المتعلقة بالميكانيزمات الدفاعية التي يمكن أن نجدها عند المرأة المصابة بسرطان الثدي، كما نلاحظ عدم وجود إجابات إنسانية شاملة، حيث أنها على ما يبدو تعاني من اضطراب في التواصل الاجتماعي يظهر من خلال وجود ثغرات نرجسية تظهر لنا من خلال إرتفاع نسبة المحدد الشكلي.

و يلاحظ من خلال إرتفاع نسبة الإجابات الجزئية وإعطاء صورة جسدية مفككة وغير كاملة خالية من أي تصور أنثوي وتفاعل عاطفي من خلال اعطاء إجابات جزئية انسانية و يدل ذلك على هشاشة صورة الذات كما نلاحظ غياب إجابات حركية والتي تدل على عدم قدرة الحالة على الإرصان للصراعات ووجود صعوبة دقيقة في التكيف مع الواقع كما نجد صيغة القلق مرتفعة ونوع هذا القلق مرتبط بالوضع الراهن للحالة، والذي يدل على تأثرها بفقدان الثدي، مما يجعلنا نجيب عن الفرضيتين الأولى و الثانية المرتبطتان بطبيعة و نوع القلق عند المرأة المصابة بسرطان الثدي. كما يتضح لنا نوعية التوظيف النفسي عند الحالة من خلال كل ما سبق. وهوتوظيف هش.

الحالة ها :

المقابلة العيادية نصف الموجهة للحالة (ها) :

صباح الخير

- نقدم لك نفسي، أنا أخصائية في علم النفس العيادي و نحضر لشهادة الدكتوراه، عندي دراسة حول النساء المصابات بسرطان الثدي ولي دارو عملية إستئصال الثدي، نقدر نتكلم معاك شوية .

1 - إحكي لي شوية على روحك .

فاطمة تبلغ من العمر 35 سنة متزوجة، أم لثلاث أطفال، مأكثة بالبيت، من ولاية أم البواقي هي متوسطة القامة، من عائلة متواضعة، تقيم مع زوجها وأطفالها و عائلة الزوج في بيت متواضع، لم يسبق لها التعليم.

2 - كفاش كنت قبل ما تمرضي

كانت حياتي عادية في البيت مع الدراري و الطياب والشغل.

3 - كفاش كنت تمارسي حياتك اليومية

كنت نمارس حياتي بشكل عادي نعمل الشغل، نخبز، نطيب، ندير كلش

4 - دورك كيفا شراكي .

كل حاجة راهي صعبة، ما نقدر نخدم بيدي هذي (تشير الى جهة استئصال الثدي) بزاف

5 - تكلميني على المرض نتاعك شوية، و كفاش اكتشفت الإصابة نتاعك .

كنت ندوش حتى مسيت حبة كي الحميصة، ما طلعت ما هبت، ومن بعد زادت كبرت ،

خفت وروحت للطبيب فما خبرني بلي عندي هذاك المرض.

6 -واش حسيتي كي خبرك الطبيب بالمرض نتاعك .

خفت و بكيت، وليت نشوف في الموت .

7 -مرضتي من القبل ولا سبقلك دخلتي للمستشفى .

لا أول مرة ندخل للمستشفى.

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

- 8- كايين في العائلة نتاعك الي مرض بنفس المرض نتاعك .
ماكان حتى واحد، أنا الأولى.
- 9 - واش حسيتي كي خبرك الطبيب بلي لازم إنحيولك الثدي نتاعك .
ما تقبلتش، وليت نحلل فيه باش ينحيلي غير الجهة المريضة.
- 10 - واش هي الحاجة الأولى إلي فكرتي فيها .
خمنت في حياتي كيفاش رايحة تكون بعد العملية، في ولادي، في الزوج نتاعي .
- 11 - احكي لي على علاقتك مع الأسرة نتاعك (الإخوة ، الأخوات، الزوج، الأولاد، أهل الزوج، الأب)
عادي كيما كل الناس.
- 12- كفاش كان رد الفعل العائلة نتاعك (الإخوة ، الأخوات، الزوج ، الأولاد، الأب ، الأم أهل الزوج)
غضتهم و تأثروا بيا، بصح واش رايححين يديرولي، المرض راه فيا .
- 13- وإنت كفاش شفتي هذا الأمر .
أنا كنت رافضة ثم تقبلت ، ما عندي ماندير.
- 14 - واش رأيك في النساء الي دارو العميلة كيما نتاعك .
ما عنهم ما يديروا ، ما كاش حل آخر.
- 15 - في رأيك هذا الشي يقدر يآثر على حياتك. 16- و كفاش .
ايه بلاك مانقدرش نولي في صحتي كيما كنت، مانقدرش نتهلئ في داري وولادي كيما كنت، بلاك الزوج يهجرنني و لا يحوس على مرأة أخرى.
- 17- هل تراودك أحلام ؟ واش تنومي ؟ عندك حلم متكرر؟ كي تنوضي تنفكري واش نمتي؟
نوم بزاف بصح ماننتفكرش واش النوم، وخطرات نوض مخلووعة .
- 18 - كفاش راك تشوفي في المستقبل نتاعك .
نتمنى الشفى ونولي كيما كنت.

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

ملخص المقابلة العيادية :

مرت المقابلة العيادية مع الحالة بصعوبة، لكون تأثر الحالة بمرضها و عدم خروجها من صدمة المرض، فمن خلال تطبيقنا عليها للرائز، بدى على الحالة نوع من القلق و التوتر والتأثر بالموضوع فأحيانا تبكي وأحيانا أخرى تتكلم . كما بدى عليها الإرهاق أثناء تطبيق الرائز و صعوبة الكلام و الفهم نظرا لمستواها التعليمي، كما يظهر عليها تأثرها الواضح بالإصابة بسرطان الثدي وقلقها وخوفها من المستقبل.

بروتوكول الحالة (ها):

التنقيط	التحقيق	النص
G F ±Sex D F± Anat	(Partie Supérieur Entière) شفت من الفوق جهاز تناسلي نتع المرأة (Partie Inferieur Entière) وهذا الباسى	اللوحة I "25 1.عضو من أعضاء جسم الإنسان ، جهاز تناسلي نتع المرأة 2.الباسى نتع بنادم. '1."34
D F` Sex	(Grande Lacune Centrale) تخيلت هذا الأبيض فتحة نتع الوالدة	اللوحة II "19 3.الفتحة نتع الوالدة '1."12
D F+ Hd D C Sang	Toute La Partie Noires) (Cote هذا الأسود بانلي أعضاء جسم الإنسان (Rouge Median) هذا الأحمر في الوسط دم	اللوحة III "21 4.عضو من أعضاء جسم الإنسان 5.دم '1."32
Refuse	(رفض اللوحة)	اللوحة IV رفض اللوحة
G F+ A Ban	(كل اللوحة) هذا شكل طير ، بلاك فراشة	اللوحة V "16 6.يمكن يكون هذا طير و لا فراشة "58

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

D F+ Bot G F± Obj	Les Deux Grandes Parties) (Latérales هذا الجزء من التحت ورقة نتع الشجرة (كل اللوحة) طاشة نتع رسم ، غير واضح	"19 اللوحة VI 7. ورقة Une tache.8 '1."03
G Fc+Frag	(كل اللوحة) شكل دخان	"24 اللوحة VII 9. يمكن يكون دخان '1."43
D Kan A	(La Partie Rose Latérale) هذا شكل حيوان عندو رجليه ويديه راه يتمشى	"19 اللوحة VIII 10. حيوان يتمشى على حاجة و هذا الظل نتاعو. '1."23
GC Bot D F± Frag	(Vert Latéral) هذا الأخضر شجرة (Partie Rose Entière, En Bas) هنا من التحت بانلي حجر.	"26 اللوحة IX 11. يمكن تكون شجرة خضرا 12. حجر '1."15
D F ±Obj G C Bot	(كل اللوحة) هذي اللوحة فيها رسومات بقع حبر (Jaune Latéral) هذ اللون الأصفر بانلي كي الورد .	"18 اللوحة X 13. Des taches 14. أزهار '1."12

إختبار الاختيار:

الإختيار + : IX و X فبهم الألوان والورد .

الإختيار - : III فيهل الدم ، IV ما عرفتهاش .

R=14 T.T =10.32'' T.R=59'' T.L.m= 19'' T.R.I=1/5 RC%=35.71% compl=.Form 1K/0 ^E F.angoise = 28.57%	G=6 Gbl=0 DG=0 G%=42.85% D=8 Dbl=1 D%=57.14% Ddbl=0 Dd%=0	F ⁺ =5 F ⁻ =1 F [±] =3 Σ F=9 K=0 Kan=1 Kob=0 C'=3 CF=0 FC=1 E=0 EF=0 FE=0 Clob=0	H=0 (H) 0= Hd=1 (Hd)=0 A=2 (A)=0 Ad=0 (Ad)=0 Obj=3 Bot=3 Sang=1 Sex=2 Arch=0 Anat=1 Elem=0 Geo=0 Pays=0 Frag=2	F% =64.28% F+% =35.71% F-%=7.14% F% élargi =50 F+% élargi =17 H%=0% A%=14.82% Ban= 01
---	---	--	---	--

التحليل الكمي:

1. ملاحظات عامة حول البروتوكول : نلاحظ من خلال تحليل بروتوكول الحالة (ها) تحصلنا على 14 إجابة وفي نفس الوقت لا نجد سوى إجابة واحدة مبتذلة مما يدل على عدم إستثمار الواقع الخارجي للحالة، إلا أننا نلاحظ الكف من خلال قة الإنتاجية للحالة والذي يظهر لنا كذلك من خلال زمن البروتوكول الذي لم يتجاوز 10 د و 32 ثا، كذلك من خلال أزمة الكمون التي جاءت طويلة في كل البروتوكول و ما بين الإجابات ومن خلال الرفض الذي جاء في اللوحة IV.

2. طرق تناول:

جاء تناول الحالة للبروتوكول متنوع، على أنه يغلب على تناول اللوحات الإجابات الجزئية و التي تقدر ب %57.14D و الذي يدل يتضمن الطابع التكيفي للسير العقلي، كما يدل على إهتمام الحالة بالتفاصيل الصغيرة في الحياة اليومية، في حين نجد نسبة الإجابات الشاملة تقدر ب %42.85=G، ونجد إنعدام الإجابات الجزئية الصغيرة وباقي التناولات الأخرى.

3. المحددات:

يغلب على البروتوكول المحددات الشكلية و التي تقدر ب %64.28=F، ويدل ارتفاع نسبة المحددات الشكلية على قدرة المبحوثة على التكيف مع المنبهات الخارجية من جهة وعلى وجود نزعة إكتئابية من جهة أخرى .

ونجد المحددات الشكلية الإيجابية تمثل بنسبة %35.71=F+ وتعتبر نسبة منخفضة عن الحالة العادية ويدل هذا نوع على الإنغماس الرديء في الواقع الموضوعي، وإرتفاع في نسبة المحددات الشكلية السلبية والتي تقدر ب %7.14=F- مما يدل هذا على عدم إستثمار العالم الموضوعي والمحيط وبالتالي العلاقة مع الموضوع، كما نلاحظ كثرة الإجابات الايجابية السلبية والتي تدل على نوع من غموض الفكر من خلال الإستجابات الإيجابية السلبية حيث $F^{\pm}=5$ مما يدل ذلك أيضا على الشك والتردد والإحتياط والحذر.

نلاحظ عدم قدرة الحالة على إرصان الواقع من خلال قلة وجود إجابات من نوع K إضافة إلى ذلك إنعدام الإستجابات من نوع Clob و هذا يدل على وجود صعوبة دقيقة في التكيف مع الواقع ذات أصل مرضي، ونجد 3 إجابات C والتي تدل على الإفراغ العاطفي و الإنفعالات الوجدانية، أما بالنسبة للإستجابات اللونية نجد %35.71=RC و TRI هو من نوع منبسط مزدوج حيث نجد K أقل من C.

4. محتويات الاستجابات:

نلاحظ الكف في العلاقات الإنسانية من خلال بروتوكول الحالة حيث، نلاحظ إنعدام الإجابات ذات المحتوى الإنساني H، إذ $H\%=0$ ، كما نلاحظ أيضا إنخفاض نسبة الإستجابات من نوع A فهي تمثل 14.82% وهذا يشير إلى ميكانيزم دفاعي لتجنب ربط العلاقات مع الأشخاص، كما يعبر عن إستثمار مكثف سطحي وصلب .
ونجد تنوع في المحتويات الأخرى كالمحتوى النباتي و الأشياء وغيرها ونجد المحتويات التي تعبر عن قلق الحالة كالمحتوى الجنسي والمحتوى التشريحي و الإنساني الجزئي والدموي . أما عن الإجابات المبتذلة فوردت بصفة قليلة حيث نجد $Ban = 1$.

التحليل الكيفي:

1. تناول المعرفي:

نلاحظ من خلال المخطط النفسي بروتوكول الحالة أن إدراكها للواقع يغلب عليه الطابع الجزئي أكثر من غيره، كما أن الإجابات الشاملة وردت بسيطة لا تحمل أي إرسان و قد إرتبطت معظمها بمحددات شكلية من نوع F^+ مما يدل على غموض الإدراك و الشك والتردد و فشل المراقبة و عدم القدرة على وضع تصورات متسلسلة في البروتوكول كما يدل ذلك على عدم تمتع المبحوثة بالتلقائية و محاولة الإبتعاد عن الجوانب العاطفية و تفادي الإسقاط.

2. الدينامية النفسية:

لقد جاءت تصورات و إدراكات المبحوثة مفككة و هذا ما نلاحظ من خلال تناول الجزئي للوحات و تعدد الإجابات و إختلافها في اللوحة الواحدة، و من قلة خلال الإجابات المبتذلة. إن إرتفاع نسبة المحدد الشكلي و ما يقابله من إنخفاض في الإستجابات الحركية حيث $K=0$ و $Kan=1$ يدل ذلك على وجود ثغرات نرجسية في تصور الذات .

3. العلاقة بالموضوع:

من خلال دراستنا للمخطط النفسي و التحليل الكمي للبروتوكول نلاحظ إرتفاع نسبة الإجابات الجزئية و نسبة المحدد الشكلي وعدم وجود إجابات إنسانية هذا ما يدل على اضطراب العلاقة بالموضوع.

4. الميكانيزمات الدفاعية:

حمل البروتوكول ميكانيزمات دفاعية متنوعة، فإن إستعمال إستجابات من نوع Hd يدل على إسقاط الحالة كما يدل على العدوانية أو الخوف من تهديم البنية، كما أن نقص K وإرتفاع الإستجابات الشكلية من نوع F^{\pm} يدل على إستعمال الحالة للكف والتردد يظهر لنا أيضا من خلال إستعمال أزمة كمون و أزمة الإجابات طويلة و محاولة الهروب من الإجابة ومن خلال الرفض الذي يظهر في اللوحة IV.

5. طبيعة القلق:

تظهر لنا من خلال تحليل بروتوكول الحالة (ها) أنسبة القلق عند الحالة نسبة مرتفعة والتي تقدر ب %24، ويظهر ذلك من خلال إحتواء البروتوكول على إجابات إنسانية جزئية وإجابات تشريحية وإجابات دموية و إجابات جنسية، وهذا ما يعبر عن إشكالية مرضية عصابية.

ملخص الحالة:

من خلال تحليل بروتوكول الحالة و دراسة المخطط النفسي، نلاحظ أن إنتاجية الحالة جاءت قليلة من العادي حيث إستطاعت الوصول إلى إعطاء 14 إستجابة و قد جاء تناول الحالة للوحات متنوع بين التناول الشامل و التناول الجزئي تقريبا بنفس النسبة، كما أننا لا نجد إستجابات من نوع Dd او DbI، أما من حيث المحددات فيغلب على البرتوكول المحدد الشكلي رغم أنه جاء بنسبة منخفضة من العادي و هذا ما يشير إلى تماسك غير فعال بالواقع. يحتوي البروتوكول على إستجابات من نوع (\pm) الذي يدل على الشك و التردد في حين لا نجد إستجابات من نوع k الذي يدل على عدم قدرة الحالة على الإصران للصراعات و وجود صعوبة دقيقة في التكيف مع الواقع.

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

و من حيث المحتويات يلاحظ إنعدام إستجابات من نوع (H) الذي يدل على وجود كف في العلاقات الإنسانية في حين نجد إستجابات واحدة من نوع (Hd) وهذا ما يدل على الإدراك الجزئي للصورة الإنسانية و الذي يشير أيضا إلى نوع من قلق.

لقد جاءت تصورات الحالة مفككة و غير منسجمة و غير مكيفة مع الواقع، فيظهر لنا أن الحالة لم تتفادى إشكالية الهوية و بالتالي هناك خلل في الصورة الجسدية، أما عن العلاقة بالموضوع فهي غير واضحة على العموم نظرا لعدم الإرصان و غموض الأجوبة و يظهر لنا محاولة الحالة إلغاء العالم الخارجي و عدم إستثمارها للجانب العلائقي، حيث أنها على ما يبدو تعاني من إضطراب في التواصل الإجتماعي يظهر من خلال وجود ثغرات نرجسية تظهر لنا من خلال إرتفاع نسبة المحدد الشكلي.

أما عن إستعمال الميكانزيمات الدفاعية فهو متنوع، حيث نجد الكف و القمع و الكبت والرفض الذي يظهر لنا من خلال الهروب من المثير و الميل لإدراك الجزئي، أما القلق فيظهر لنا أنه قلق فقدان الموضوع جاءت نسبة القلق عالية و هذا ما يجعلنا نستنتج أنه قلق مرضي .

و بالتالي تحقق الفرضية الأولى و الثانية و التي تدل على أن المرأة المصابة بسرطان الثدي تعاني من قلق مرتفع مرتبط بفقدان الموضوع و يتضح نوع التوظيف النفسي عند الحالة و هو توظيف هش يظهر لنا من خلال فقر التصورات و الهوامات .

الحالة (و) :

المقابلة العيادية نصف الموجهة للحالة (و):

صباح الخير

- نقدم لك نفسي، أنا أخصائية في علم النفس العيادي و نحضر لشهادة الدكتوراه، عندي دراسة حول النساء المصابات بسرطان الثدي ولي دارو عملية استئصال الثدي، نقدر نتكلم معاك شوية .

1 - إحكي لي شوية على روحك .

نبيلة تبلغ من العمر 43 سنة عازبة، ماکثة بالبيت، من ولاية مستغانم، هي متوسطة القامة من عائلة متواضعة، تقيم وسط عائلتها التي تتكون من 08 أفراد، الأب متوفي لم يسبق لها التعليم.

2 - كفاش كنت قبل ما تمرضي

كانت حياتي عادية في البيت كيما أبي وحدة قاعدة في الدار.

3 - كفاش كنت تمارسي حياتك اليومية

كنت نمارس حياتي بشكل عادي نعمل الشغل، نخبز، نطيب، ندير كلش

4 - دورك كيفا شراكي .

ما نقدرش نخدم بزاف، يدي معطوبة. ونخاف يوللي المرض.

5 - تكلميني على المرض نتاعك شوية، و كفاش إكتشفت الإصابة نتاعك .

كنت ندوش حتى مسيت حبة كي الحميصة صغيرة، ثم كبرت خفت وروحت للطبيب فما خبرني بلي عندي هذاك المرض.

6 - واش حسيتي كي خبرك الطبيب بالمرض نتاعك .

خفت و بكيت، وليت نشوف في الموت .

7 -مرضتي من القبل ولا سبقلك دخلتي للمستشفى .

لا أول مرة ندخل للمستشفى.

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

- 8- كايين في العائلة نتاعك الي مرض بنفس المرض نتاعك .
زوج بنات خالتي، وحدة ماتت به، والأخرى مازالت عايشة
- 9 - واش حسيتي كي خبرك الطبيب بلي لازم انحيولك الثدي نتاعك .
ما تقبلتش في الأول، ماشي حاجة ساهلة.
- 10 - واش هي الحاجة الأولى إلي فكرتي فيها .
خمنت في حياتي كيفاش رايحة تكون بعد العملية .
- 11 - احكي لي على علاقتك مع الأسرة نتاعك (الإخوة، الأخوات، الزوج، الأولاد، أهل الزوج ، الأب)
عادي كيما كل الناس.
- 12- كفاش كان رد الفعل العائلة نتاعك (الإخوة، الأخوات، الزوج، الأولاد، الأب، الأم أهل الزوج)
غضتهم و تأثروا بيا، بصح واش رايحين يديرولي، المرض راه فيا .
- 13- و إنت كفاش شفتي هذا الأمر .
أنا كنت رافضة ثم تقبلت، ما عندي ماندير.
- 14 - واش رأيك في النساء الي دارو العملية كيما نتاعك .
كان لازم يديروا العملية.
- 15 - في رأيك هذا الشي يقدر يآثر على حياتك . 16- و كفاش .
ايه بلاك مانقدرش نولي في صحتي كيما كنت.
- 17- هل تراودك أحلام ؟ واش تنومي ؟ عندك حلم متكرر؟ كي تنوضي تتفكري واش نمتي؟
ما نومش بزاف، أحيانا نتفكر وأحيانا ننسى واش نمت .
- 18 - كفاش راك تشوفي في المستقبل نتاعك .
ننمنى الشفى ونولي كيما كنت.

ملخص المقابلة العيادية :

مرت المقابلة العيادية مع الحالة بصعوبة لكون تأثر الحالة بمرضها و صدمة المرض، فمن خلال تطبيقنا عليها للرائز، بدى على الحالة نوع من القلق و التوتر والتأثر بالموضوع فأحيانا تبكي وأحيانا أخرى تتكلم . كما بدى عليها الإرهاق أثناء تطبيق الرائز و صعوبة الكلام و الفهم و يرجع ذلك لمستواها التعليمي، كما يظهر عليها تأثرها الواضح بالإصابة بسرطان الثدي وقلقها وخوفها من المستقبل.

التنقيط	التحقيق	النص
G F [±] clob Frag	(كل اللوحة) شفت هذا الرسم على شكل غيامة.	اللوحة I 1. غمامة "25 "1."09
D F ⁺ A	(Grande Partie Latérale) هذا الجزء بجبهة يشبه لشكل الفيل.	اللوحة II 2. الفيل "22 "58
D F [±] Anat squel D F ⁺ Hd	Toute La Partie Noires Cote) هنا هيكل عظمي نتع انسان واحد منا واحد منا. (Partie Inferieure De Coté) هذا الجزء من التحت رجلين انسان .	اللوحة III 3 هيكل عظمي. 4. رجلين من التحت "18 "1."11
Refuse	(رفض اللوحة)	اللوحة IV رفض اللوحة
G FC+ Kan A	(كل اللوحة) هذا غراب أكحل طاير .	اللوحة V 5. غراب أكحل يطير. "15 "56

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

Refuse	(رفض اللوحة)	اللوحة VI رفض اللوحة
D F ⁺ Hd	(1 Tiers) هنا من فوق شكل راس انسان.	اللوحة VII "22 6. راس نتع إنسان ، فيه الفم و نيفو
D F [±] Hd	(Saillie Supérieur Du 1 tiers) هذي من فوق ككعالة شعرومربوط.	7. هذا شعروا "1."15
D Kan A Ban	(Partie Rose Latérale) زوج دبب واحد منا واحد منا طالعين في حاجة	اللوحة VIII "21 8. حيوانات كيما الدب شادين في حاجة "59
Refuse	(رفض اللوحة)	اللوحة IX رفض اللوحة
D F ⁺ A Ban	(Bleu Latérale) هنا نشوف عنكبوت برجليه.	اللوحة X "19 9. عنكبوت
D F ⁺ A	(Gris Latérale , En Haut) م فوق بانلي زوج حيوانات	10. حيوان "1."12

إختبار الاختيار :

الإختيار + : VIII، X، فيهم الألوان .

الإختيار - : IV ، IX مافهمتهمش.

R=10	G=2	F ⁺ =6	H=0	F% =80%
T.T =6.02''	Gbl=0	F ⁻ =0	(H) 0=	F+% =60%
T.R=62''	DG=0	F [±] =2	Hd=3	F-%=00%
T.L.m= 14''	G%=20%	Σ F=8	(Hd)=0	F% élargi =50
T.R.I=1/0.5	D=8	K=0	A=5	F+% élargi =17
RC%=30%	Dbl=0	Kan=1	(A)=0	H%=0%
F.angoise	D%=80%	Kob=0	Ad=0	A%=50%
= 40%	Ddbl=0	C'=0	(Ad)=0	Ban= 02
compl= .Form	Dd%=0	CF=0	Obj=0	
1K/0E		FC=1	Bot=0	
		E=0	Sang=0	
		EF=0	Sex=0	
		FE=0	Arch=0	
		Clob=1	Anat=1	
			Elem=0	
			Geo=0	
			Pays=0	
			Frag=1	

التحليل الكمي:

1. ملاحظات عامة حول البروتوكول : نلاحظ من خلال تحليل بروتوكول الحالة (و) قلة الإنتاجية، حيث تحصلنا على 10 إجابات و لا نجد سوى إجابة واحدة مبتذلة مما يدل على عدم إستثمار الواقع الخارجي للحالة، كما أننا نلاحظ الكف من خلال قلة الإنتاجية للحالة والذي يظهر لنا كذلك من خلال زمن البروتوكول الذي لم يتجاوز 06 د و 02 ثا، كذلك من خلال أزمة الكمون التي جاءت طويلة في كل البروتوكول و ما بين الإجابات ومن خلال الرفض الذي جاء في اللوحات IV وVI وIX.

2. طرق التناول:

جاء تناول الحالة للبروتوكول مرتكز على التناول الجزئي للوحات والتي تقدر بـ 80% D والذي يتضمن الطابع التكيفي للسير العقلي، كما يدل على إهتمام الحالة بالتفاصيل الصغيرة في الحياة اليومية، في حين نجد نسبة الإجابات الشاملة تقدر بـ 20% = G ونجد إنعدام الإجابات الجزئية الصغيرة وباقي التناولات الأخرى.

3. المحددات:

يغلب على البروتوكول المحددات الشكلية و التي تقدر بـ 80% = F، ويدل إرتفاع نسبة المحددات الشكلية عل قدرة المبحوثة على التكيف مع المنبهات الخارجية من جهة وعلى وجود نزعة إكتئابية من جهة أخرى .

ونجد المحددات الشكلية الإيجابية تمثل بنسبة 60% = F+ وتعتبر نسبة منخفضة عن الحالة العادية ويدل هذا على نوع الإنغماس الرديء في الواقع الموضوعي، وإنعدام المحددات الشكلية السلبية مما يدل هذا على عدم إستثمار العالم الموضوعي والمحيط وبالتالي العلاقة مع الموضوع، كما نلاحظ وجود الإجابات الإيجابية السلبية والتي تدل على نوع من غموض الفكر من خلال الإستجابات الإيجابية السلبية حيث $F^{\pm}=2$ مما يدل ذلك أيضا على الشك والتردد والإحتياط والحذر.

نلاحظ عدم قدرة الحالة على إرصان الواقع من خلال قلة وجود إجابات من نوع K إضافة إلى ذلك وجود إستجابات من نوع Clob و هذا يدل على وجود صعوبة دقيقة في التكيف مع الواقع ذات أصل مرضي، كما نلاحظ غياب إجابات C والتي تدل على الإفراغ العاطفي و الإنفعالات الوجدانية، أما بالنسبة للإستجابات اللونية نجد $RC\% = 40$ و TRI هو من نوع منبسط مزدوج حيث نجد K أقل من C.

4. محتوى الإستجابات:

نلاحظ الكف في العلاقات الإنسانية من خلال بروتوكول الحالة حيث، نلاحظ إنعدام الإجابات ذات المحتوى الإنساني H، إذ $H\% = 0$ ، كما نلاحظ أيضا إنخفاض نسبة

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

الإستجابات من نوع A فهي تمثل 50 و هذا يشير إلى ميكانيزم دفاعي لتجنب ربط العلاقات مع الأشخاص، كما يعبر عن إستثمار مكثف سطحي وصلب .

ونجد المحتويات التي تعبر عن قلق الحالة كالمحتوى التشريحي و الإنساني الجزئي . أما عن الإجابات المبتذلة فوردت بصفة قليلة حيث نجد $Ban = 2$.

التحليل الكيفي:

1. التناول المعرفي: نلاحظ من خلال المخطط النفسي بروتوكول الحالة أن إدراكها للواقع يغلب عليه الطابع الجزئي أكثر من غيره، كما أن الإجابات الشاملة وردت بسيطة لا تحمل أي إرصان و قد إرتبطت معظمها بمحددات شكلية من نوع F^{\pm} مما يدل على غموض الإدراك و الشك والتردد و فشل المراقبة و عدم القدرة على وضع تصورات متسلسلة في البروتوكول كما يدل ذلك على عدم تمتع المبحوثة بالتلقائية و محاولة الإبتعاد عن الجوانب العاطفية و تفادي الإسقاط.

2. الدينامية النفسية:

لقد جاءت تصورات و إدراكات المبحوثة مفككة و هذا ما نلاحظ من خلال التناول الجزئي للوحات و تعدد الإجابات و إختلافها في اللوحة الواحدة، و من قلة خلال الإجابات المبتذلة. إن إرتفاع نسبة المحدد الشكلي و ما يقابله من إنخفاض في الاستجابات الحركية حيث $K=0$ و $Kan=1$ يدل ذلك على وجود ثغرات نرجسية في تصور الذات .

3. العلاقة بالموضوع:

من خلال دراستنا للمخطط النفسي و التحليل الكمي للبروتوكول نلاحظ إرتفاع نسبة الإجابات الجزئية و نسبة المحدد الشكلي و عدم وجود إجابات إنسانية هذا ما يدل على إضطراب العلاقة بالموضوع.

4. الميكانيزمات الدفاعية:

حمل البروتوكول ميكانيزمات دفاعية متنوعة، فإن إستعمال استجابات من نوع Hd يدل على إسقاط للحالة، كما يدل على العدوانية أو الخوف من تهديم البنية، كما أن نقص K وإرتفاع الإستجابات الشكلية من نوع F^{\pm} يدل على إستعمال الحالة للكف والتردد يظهر لنا

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

أيضا من خلال استعمال أزمة كمون و أزمة الإجابات طويلة و محاولة الهروب من الإجابة ومن خلال الرفض الذي يظهر في اللوحات الثلاث IV وVI وIX.

5. طبيعة القلق:

تظهر لنا من خلال تحليل بروتوكول الحالة (ها) أن نسبة القلق عند الحالة نسبة مرتفعة والتي تقدر بـ 40 % ، ويظهر ذلك من خلال إحتواء البروتوكول على إجابات إنسانية جزئية وإجابات تشريحية وهذا ما يعبر عن إشكالية مرضية عصابية.

ملخص الحالة:

تميز بروتوكول الحالة بالكف الذي ظهر لنا من خلال قلة الإستجابات و طول فترة كمون وما بين الإستجابات و بالرفض من خلال محاولة تجنب اللوحات المقدمة حيث نجد الرفض في ثلاث لوحات مقدمة إضافة إلى وجود تعابير خارج الإجابة.

يغلب طابع التناول الجزئي على الإستجابات بروتوكول الحالة كما يحتوي على محددات متنوعة يطغى عليها المحدد الشكلي إضافة إلى وجود إستجابات ايجابية سلبية (\pm) التي تشير إلى غموض الفكر و إلى الشك و التردد يلاحظ عدم وجود إستجابات من نوع clob الذي يدل على وجود صعوبة دقيقة في التكيف مع الواقع إضافة إلى عدم قدرة الحالة على إرصان الواقع من خلال قلة إستجابات من نوع K، كما يلاحظ وجود كف في العلاقات الإنسانية من خلال نعدام إستجابات من نوع H% في حين إرتفاع A% الذي يشير إلى ميكانيزم دفاعي لتجنب ربط العلاقة مع الأشخاص .

لقد جاءت تصورات و إدراكات الحالة مفككة إلا أننا حصلنا على خمس إجابات مبتدلة مما يدل على محاولة الحالة إدراك واقعها و قدرتها على تصور الذات كما نجد نوع من الإفراغ العاطفي النزوي من خلال استعمال الحركة الجزئية Kan.

نستخلص أن الحالة تعاني نوع من قلق فقدان الموضوع و هذا نتيجة للمعاناة التي تعاني منه لفقدان جزء من أنوثتها حصلنا على نسبة قلق تعادل قيمة 40 % و هي نسبة جد مرتفعة إلا أن قلة الإنتاجية و عدم القدرة على الإرصان و التعرف على معاني الصور المعروضة و إرتفاع نسبة الأجوبة الجزئية و إرتبطها بمحددات شكلية سلبية أو سلبية إيجابية

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

وبمحتويات حيوانية يدل على عدم قدرة الحالة التكيف مع الواقع، وإرتفاع نسبة القلق يدل على وجود قلق مرضي مرتبط بفقدان الموضوع، وهذا مايجعلنا نؤكد الفرضية الجزئية الأولى والثانية.وتحقق الفرضية الرابعة التي توحى بوجود توظيف نفسي سيء عند المرأة المصابة بسرطان الثدي.

4- مناقشة النتائج:

إنطلاقاً من تحليل المقابلة العيادية النصف الموجهة و الرائز الرورشاخ لأفراد مجموعة البحث، توضح لنا تحديد طبيعة التوظيف النفسي ومميزاته عند النساء المصابات بسرطان الثدي من خلال دراسة نوعية الإنتاج الإسقاطي عند المرأة المصابة بسرطان الثدي وذلك بإستعمال الإختبار الإسقاطي الرورشاخ و المقابلة العيادية النصف موجهة، حيث إتسم حديث أفراد مجموعة البحث من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة بالقصر عموماً فالسياق التصوري جاء فقيراً من حيث كثافته ومن حيث التعبيرات الوجدانية وذلك على مستوى مختلف محاور المقابلة العيادية خاصة محور الحياة الصحية والعلائقية.

كما لاحظنا اضطراب الحياة الحلمية وهو دليل على إنقطاع السياق التصوري وفقره، فقد ظهر لدى مجموعة البحث حالة غياب الأحلام، التي تبينت من خلال صعوبة إستحضارها أو عن طريق الإدلاء الصريح بعدم وجودها، ولا حظنا خلال محور الحياة العلائقية قلة العلاقات لدى المبحوثات مع المحيط المتواجدين فيه، وعدم إستثمارهن للمواضيع الخارجية وكذا بالنسبة لمحور الحياة المستقبلية ظهر فيها فقدان للطموحات والإستثمارات المستقبلية وطبيعة هذا نتيجة تأثرهن بمرضهن فكان حلم الوحيد لديهن هو الشفاء والتخلص من الآلام. وهذا ما يشير إلى هشاشة السير النفسي لمجموعة البحث.

أما عن بروتوكولات الرورشاخ فجاءت في معظمها متميزة بالكف وفقر في الإنتاجية، كما نجد في الكثير من الأحيان الرفض ومحاولة الهروب من الوضعية والتخلص منها. وبهذا نجد قلة الإنتاجية وطول زمن الرجوع وزمن الكمون. وفيما يخص الإجابات جاءت في غالب الأحيان متميزة بالقصر وهي جزئية متعلقة بمحتويات حيوانية أو تشريحية أو دموية أو إنسانية جزئية وهذا ما نلاحظه أيضاً في صعوبة التعرف على معاني الصور المقدمة وهذا راجع إلى فقر في التصورات والتماهيات وعدم إستثمار المواضيع الخارجية .

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

كما جاءت مرتبطة بالمحدد الشكلي أكثر من غيره مما نستخلص فشل المراقبة، ونجد ارتفاع في نسبة المحدد الشكلي السلبي أو السلبي الإيجابي وهذا يدل على الشك والتردد والتحفّظ، كما يلاحظ ارتباط الإجابات بالمحتوى الحيواني والحيواني الجزئي جاء ليبدل على عدم قدرة الحالات التخلص من مشكلة الهوية وهذا ما يدل على اضطراب صورة الذات وعدم إدراك الإنتماء للمحتوى الإنساني. ووجود توظيف نفسي غير مؤكد أو سيء عند المرأة المصابة بسرطان الثدي.

خلاصة عامة:

لقد تمت هذه الدراسة حول موضوع دراسة نوعية الإنتاج الإسقاطي عند المصابات بسرطان الثدي والتي إنصبت أساسا على نوعية التوظيف النفسي من خلال الإنتاج الإسقاطي عند المرأة المصابة بسرطان الثدي الخاضعة لعملية إستئصال الثدي المتزوجة والعازبة وإمكانية وجود فرق في نوعية التوظيف النفسي من خلال الإنتاج الإسقاطي عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة و المصابة بسرطان الثدي المتزوجة وإن كان هناك إختلاف في طبيعة ونوعية القلق الذي يمكن أن يظهر عند المرأة مستئصلة الثدي جراء الإصابة بورم السرطان وهل هناك إختلاف يظهر عند المرأة العازبة عن المرأة المتزوجة وما هي الميكانيزمات الدفاعية التي تستعملها المرأة المصابة بورم السرطان في الثدي. حيث تمت هذه الدراسة على مجموعة بحث تتكون من 104 حالة أختيرت وفق معايير موضوعية في البحث وتنقسم إلى مجموعتين، المجموعة الأولى والتي تمثل المرأة العازبة المصابة بسرطان الثدي وهي 08 حالات من المجموع العام، والمجموعة الثانية و التي تمثل المرأة المتزوجة المصابة بسرطان الثدي والتي تقدر ب 96 حالة من المجموع العام، وقد تم إجراء هذه الدراسة على مستوى المستشفى الخاص بمكافحة السرطان C.A.C بالبلدية ، بمختلف أقسامه وبالمركز الخاص لتداوي بالأشعة بأولاديعيش – البلدية – و مركز إيواء المرضى المصابين بأمراض السرطان بدار الإحسان – جمعية البدر – البلدية- وذلك بإستعمال وسيلتين البحث، المقابلة العيادية النصف الموجهة، والإختبار الإسقاطي الرورشاخ، وفق المنهج العيادي لملائمته لمثل هذه الدراسة وإستنادا إلى النظرية السيكوسوماتية ل Pierre Marty من ناحية الجانب النظري .

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

وأهم النقاط المتوصل إليها من خلال هذه الدراسة مايلي:

تظهر هذه الدراسة أن أغلبية الحالات التي تطرقنا إلى دراستها تعاني من مشاكل نفسية معتبرة، وحتى وإن كان هناك تفاوت في درجة المعاناة بين هاتين المجموعتين إلا أنهن يعشن حياة ملؤها القلق، الإكتئاب، الخوف، القلق وتشوش في الذات والتي بدورها تؤثر على طبيعة تكيفهن في علاقتهن مع الواقع بصفة عامة، وهذا ما أكدته وسيلتين البحث المقابلة العيادية والإختبار الإسقاطي الرورشاخ.

وحتى وإن كان لمفحوصات يظهرن تكيفا مقبولا في معاملتهن اليومية مع المحيط إلا أن تقنيات البحث تظهر أن هناك صعوبات حقيقية لديهن تستدعي التدخل العلاجي، ذلك أن المفحوصات لا يصرحن بهذه الصعوبات والمعاناة، بل على العكس يميلين إلى إنكارها ورفضها وإبعادها عنهن ويظهرن بالمقابل تكيفا سطحيا.

وقد يظهر التنظيم النفسي غير مؤكد أو هش من خلال حوصلة وطرق التناول والمحددات والمحتويات جاءت غير واضحة وغير كاملة ومتشعبة، كما نجد عدد التعليقات هو الآخر بارز عند أفراد مجموعة البحث. وهذا ما يشير إلى عدم الإستثمار الحقيقي لمادة الإختبار، كما نجد نسبة إجابات الرفض مرتفعة عند أفراد مجموعة البحث، والتي كانت أكثر اللوحات رفضا هي اللوحة I، II، VI، IV .

تجدر الإشارة إلى الإنتاجية في هذه البروتوكولات كانت في الكثير من الحالات تقترب نوعا ما من المعيار المعتمد، وفي نفس الوقت نلاحظ وجود إجابات مبتذلة ومتكيفة.

أما عن طرق التناول فنجد أن أغلبية التناولات كانت تتعلق بالأجزاء الجزئية في اللوحات حيث نجد أن $D = 80.70\%$ في المجموعة الأولى و $D = 73.74\%$ في المجموعة الثانية من الإجابات، مما يشير إلى أن إستثمار أفراد مجموعة البحث للوحات كان أكبر نسبة في الإجابات الجزئية البسيطة و التي تدل على إهتمام الحالات بالتفاصيل الصغيرة وعلى الذوق الحسي .

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

ونجد البروتوكولات يغلب عليها المحدد الشكلي الذي يدل على الرقابة، إلا أنه لاحظا في الكثير من الحالات انخفاض المحدد الشكلي الإيجابي و الذي يدل على ضعف المراقبة وظهور المحدد الشكلي السلبي والذي يدل على عدم إستثمار الواقع الموضوعي و المحيط. والمحددات الإيجابية السلبية و التي تدل على الشك و التردد و الحيطة و الحذر كما يدل كذلك على الخوف من إتخاذ القرار.

نجد أيضا انخفاض في نسبة الإجابات الحركية في المجموعتين مما يدل على عدم قدرة إرسان الصراعات ووجود صعوبة دقيقة في التكيف مع الواقع.

كما نلاحظ من خلال إختبار الرورشاخ إنخفاض نسبة الإجابات الإنسانية، مما يدل على صعوبة تقمص الصورة الإنسانية و على وجود إضطراب في التكيف مع الواقع والمجتمع . أو نجد إجابات إنسانية جزئية توحى بالإسقاط لوضعية الحالة.

ونجد في أغلب الحالات، إجابات توحى بالكبت الشديد ضد بروز مشاعر القلق وبالرغبة في التخلص من الوضعية في أقرب وقت ممكن وهذا ما أظهر صعوبة لدى أفراد مجموعة البحث في التكيف مع الرائز.

فقد كان معدل نسبة التناولات الأخرى كالإستجابات الجزئية الصغيرة Dd وإستجابات الفراغ الأبيض DbI ضئيلة، إذ في الكثير من الحالات كان أفراد مجموعة البحث يكتفين بإعطاء إجابات كلية بسيطة أو جزئية بسيطة دون التدقيق في أجزاء اللوحة ومحاول إعطاء تفاصيل صغيرة أو إجابات تركيبية، أما عن المحتويات نجد أن أغلب البروتوكولات تحتوي على إهتمامات حيوانية أكثر من غيرها بالنسبة للمجموعتين.

أما عن القلق الذي يعتبر حالة نفسية من التوتر عند الإنسان، الذي يظهر عادة نتيجة فشل الدفاعات، فهو يعبر عن تجربة نفسية تحتوي على معاش داخلي مقلق مع إحساس بقرب حدوث الخطر فإنه يعتبر أهم مميزات المعاش النفسي لدى المصابات بسرطان الثدي ويظهر لنا عند مجموعة البحث بمستوياته المحددة، القلق الطبيعي، القلق المنخفض، القلق المتوسط، القلق الحاد، و لكن ما يميز أغلب الحالات قلق مرتفع أو متوسط .

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

وقد يجلى القلق في بروتوكولات مجموعة البحث من خلال عدة مؤشرات فقد حاد من خلال طول زمن الرجع، قلة عدد الإجابات وكثرة الإجابات البسيطة الشاملة، كلها توحى بالكبت الشديد الذي يعكس قلقا حادا. هذا إضافة إلى نوعية الإجابات المعطاة و المتعلقة بالمحتويات التشريحية و الجنسية والدموية والإجابات الإنسانية الجزئية.

فقد كان يظهر القلق من خلال اللوحات اللونية : VIII، X، IX، وأكثرها اللوحات الملونة بالأحمر والأسود، II، III، وأحيانا في اللوحات القاتمة I، IV، V، VI، وأحيانا أخرى في الفراغ الأبيض VII، I، VIII، ويظهر لنا أيضا من خلال طول زمن الرجع، أو من خلال الإجابات المعتبرة في بعض اللوحات أو رفضها مرات أخرى، أو من خلال القلب والتأمل المتكرر للوحات وهذا كله يوحي بكمية القلق الحاد الذي تعانيه أفراد مجموعة البحث عند مواجهتهن للمنبهات "اللوحات".

إن أغلبية أفراد مجموعة البحث يظهر لديهم قلق مرتفع حيث يمثل في المجموعة الأولى 68.12% من المجموع العام وفي المجموعة الثانية 71.35% من المجموع العام، ثم نجد في المجموعة الأولى القلق المتوسط بمعدل 31.41% و في المجموعة الثانية بمعدل 16.41% ، أما القلق المنخفض فيمثل 9.41% في هذه المجموعة الأولى و 12.24% في المجموعة الثانية ، وهذا ما يفسر عدم وجود إختلاف في طبيعة القلق عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة و المرأة المصابة بسرطان الثدي المتزوجة، مما يجعلنا نحقق الفرضية الجزئية الأولى، حيث تعاني كلا المجموعتين من قلق مرتفع في الدرجة الأولى ثم نجد القلق المتوسط ليليه القلق المنخفض. و يظهر لنا القلق من خلال قلة كمية الإنتاج ومن خلال إعطاء أجوبة جزئية متعلقة بمحتويات حيوانية أو تشريحية أو محتويات دموية، ومن خلال عدم القدرة على التعرف على معاني الصور المقدمة في اللوحات وعدم إدراك تصور الذات.

كما نجد من خلال تحليل بروتوكولات مجموعة البحث، أن معظم الحالات المدروسة في المجموعتين تعاني من قلق مرتبط بفقدان الموضوع وذلك بنسبة 89.97% في المجموعة الأولى ، وبنسبة 91.06% في المجموعة الثانية ، أما قاق الخصاء لايتجاوز 3.2% في

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

المجموعة الأولى، %5.14 في المجموعة الثانية، ونجد قلق الموت يمثل في المجموعة الأولى %6.83، وفي المجموعة الثانية يمثل %3.8 وهذا ما يجعلنا نجيب عن الفرضية الجزئية الثانية و التي تركز على نوعية القلق عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة والمرأة المصابة بسرطان الثدي المتزوجة، بحيث نلاحظ عدم إختلاف في نوعية القلق عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة والمرأة المصابة بسرطان الثدي المتزوجة .

وبهذا يتضح لنا من خلال دراسة الحالات الخاصة بالنساء المصابات بسرطان الثدي أن بروتوكولاتهن في إختبار الورشاش أظهر طبيعة تنظيمهن النفسي الذي تميز في أغلب الحالات بتوظيف نفسي هش، إنعكس من خلال إنعدام التوازن في إستعمال عناصر إختبار الورشاش من طرق التناول والمحددات والمحتويات، وبهذا السياق نميز بين شكلين من البروتوكولات:

الشكل الأول: من البروتوكولات هو الذي يتميز بالكف الشديد، وطول زمن الرجوع وزمن الكمون وفي بعض الأحيان بالصمت مما يظهر لنا صعوبة في مواجهة الإختبار الإسقاطي الورشاش وقلة الإجابات وفقر في التصورات .

الشكل الثاني : من البروتوكولات هو الذي يتميز بإنعدام الكف الشديد وذلك رغم وجود بعض إجابات قصيرة، أو إجابات مبتذلة لا بأس بها في إختبار الورشاش إلا أنه نلاحظ نوع من الكف و الرفض و محاولة تجنب الوضع وإرتباط معظم الإجابات بإجابات تعبر عن قلق الحالة .

وبهذا يتضح لنا أن عدد معتبر من بروتوكولات النساء المصابات بسرطان الثدي كان يميزها الطابع الخاص يتمثل في التكرار والمواظبة على موضوع المرض والعملية الجراحية التي تعرضن إليها، وهو ما جعل إنتاجياتهن ضعيف في إختبار الورشاش ومحاولة تجنب الشديد للرائز والهروب من الوضعية.

أما في المقابلة العيادية النصف الموجهة نلاحظ إنعدام وجود العلاقات مع المحيط وهذا ما يؤكد لنا عدم إستثمار المواضيع الخارجية، كما نلاحظ غياب للأحلام أو عدم الإهتمام بها لدرجة عدم تفكرها أي نسيانها، كما نلاحظ في أغلب الحالات فقدان الإهتمام بالحياة

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

المستقبلية والإقتصار على الرغبة في العلاج والشفاء من المرض. و بهذا نصل إلى الإجابة على التساؤلات المطروحة و نقول أننا:

نرفض الفرضية العامة و التي فحواها هناك إختلاف في الخصائص النفسية التي يظهرها الإنتاج الإسقاطي عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة و المرأة المصابة بسرطان الثدي المتزوجة. كما أن النتائج المتوصل اليها تشير إلى عدم وجود توظيف نفسي سيء عند المرأة المصابة بسرطان الثدي، فيظهر عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة والمتزوجة توظيف نفسي غير مؤكد(متوسط) ولا يوجد إختلاف في نوعية التوظيف النفسي عند المجموعتين.

ونجيب على الفرضية الجزئية الأولى والتي توحى بطبيعة القلق التي تعاني منه المرأة المصابة بسرطان الثدي والخاضعة لعملية استئصال الثدي بقلق مرتبط بفقدان الموضوع أكثر من أنواع أخرى من القلق والتي نعني بها قلق الموت وقلق الخصاء. وذلك بالنسبة للمجموعة الأولى والمجموعة الثانية .

و فيما يخص الفرضية الجزئية الثانية والتي كان مضمونها حول نوعية القلق عند المرأة المصابة بسرطان الثدي الخاضعة لعملية استئصال الثدي، فقد توصلنا من خلال النتائج الى وجود قلق مرتفع عند المرأة المصابة بسرطان الثدي أكثر من قلق متوسط أو قلق منخفض رغم وجود أيضا قلق متوسط وقلق منخفض ولكن بأقل نسبة، كما نلاحظ عدم وجود إختلاف في نوعية القلق عند المجموعتين.

وتحقيق الفرضية الجزئية الثالثة و الرابعة التي تنص على أن المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة و المتزوجة كلاهن يستعملن آليات دفاعية متنوعة تتميز بالكف، والرفض، الهروب والإسقاط والتجنب والإزاحة و الترميز غيرها.

الخاتمة:

من خلال هذا البحث الميداني الذي تمحور حول دراسة نوعية الإنتاج الإسقاطي عند النساء المصابات بسرطان الثدي بإستعمال المقابلة العيادية النصف الموجهة والرائز الإسقاطي الرورشاخ بهدف تحديد نوعية التوظيف النفسي من خلال الإنتاج الإسقاطي ومميزاته عند النساء المصابات بسرطان الثدي ومدى مساهمته في تحديد بعض الإضطرابات النفسية التي تؤثر على إستقرار أو إختلال التوازن السيكوسوماتي للفرد، مع الأخذ بعين الإعتبار العوامل الخارجية الأخرى والتي هي من إهتمام المختصين في الطب. فقد أظهرت هذه الدراسة :

- مدى تقارب نوعية التوظيف النفسي من خلال الاختبار الإسقاطي عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة والمرأة المصابة بسرطان الثدي المتزوجة .
- لا يوجد إختلاف في طبيعة التوظيف النفسي عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة والمرأة المصابة بسرطان الثدي المتزوجة. كما نجد توظيف نفسي غير مؤكد عند المرأة المصابة بسرطان الثدي أكثر من نوع آخر.
- تعاني المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة و المتزوجة من قلق مرتفع، إضافة إلى إختلاف مستويات القلق الأخرى والتي نقصد بها منخفض أو متوسط.
- إن نوعية القلق الذي يظهر عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العازبة و المتزوجة مرتبط بفقدان الموضوع أكثر من غيره، أي من قلق الخشاء أو قلق الموت.
- تستعمل المرأة المصابة بسرطان الثدي سواء كانت عازبة أو متزوجة أليات دفاعية مختلفة، ترتبط معظمها بالكف، التجنب، الكبت، الهروب، الإسقاط والرفض.... الخ.
- وهنا تجدر الإشارة إلى ضرورة تقرب المختص النفسي المهتم بالسيكوسوماتية بالفريق الطبي الذي يعمل معه ومع الشبكة الإجتماعية التي تكون محيط المريض عند تواجده بالمستشفى، قصد مساعدته نفسياً، طبيياً وإجتماعياً، مما يجعلنا نأمل في حياة أفضل للمصابين بمرض السرطان.

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

إلى جانب هذا فتوعية المحيط العائلي لا يتم إلا بالعلاج العائلي، الذي من شأنه أن يساعد المريض الخروج من الحياة الإكتئابية و القلق اللذان قد يكونان سببا في إختلال جسدي أكثر تعقيدا.

- ولكوننا بدون تكوين سيكوسوماتي خاص، فإن بحثنا هذا لا يخلو من نقائص سواء كانت راجعة إلى صعوبات البحث من الناحية النفسية او الإجتماعية ولهذا سنحاول التخلص من هذه النقائص مستقبلا .

- كما نأمل أن تكون دراسات أخرى لهذا الموضوع أو التوسع أكثر فيه وذلك بإستعمال تقنيات أخرى .

- كما نقترح أن تكون هناك دراسات أخرى حول المرأة المصابة بسرطان الثدي :
- دراسة مقارنة بين النساء المصابات بسرطان الثدي والنساء المصابات بنوع آخر من السرطان.

- دراسة تقدير الذات عن المرأة المصابة بالسرطان.

- دراسة تصور الذات عند المرأة المصابة بسرطان الثدي.

- التكفل النفسي بالمرأة المصابة بسرطان الثدي.

- نوعية الإنتاج الإسقاطي عند المرأة المصابة بسرطان الثدي العربية والغربية.

- مقارنة مرض السرطان مع أمراض أخرى خطيرة ومزمنة من الناحية النفسية.

-إقامة جمعية تنشط لصالح المرضى المصابين بالسرطان.

- إقامة جمعيات خاصة بالتكفل النفسي بالمرأة المصابة بسرطان الثدي.

- مساعدة المرأة المصابة بسرطان الثدي ودمجها في المجتمع .

- فتح مراكز و عيادات خاصة لمكافحة أورام السرطان عبر كامل القطر الوطني حتى يتمكن المريض المصاب بأورام السرطان والتخلص من عبأ السفر وتكاليفه خاصة عند ذوي الدخل المحدود، وبالتالي التخلص من التوتر والإرهاق والقلق الذي يظهر عند المصاب بالسرطان كلما إقترب موعد العلاج.

القسم الثالث : الجانب التطبيقي

- تقريب مواعيد حصص العلاج الكيميائي والعلاج بالأشعة للمصاب بأورام السرطان خاصة سرطان الثدي وبالتالي التقليل من نسبة إنتشار الورم والمساعدة على الشفاء من السرطان . وهذا أيضا يساعد المرأة المصابة بسرطان الثدي التخفيف من حدة التوتر والقلق
- تهيئة المصابة بسرطان الثدي قبل إخبارها بنتيجة الفحص الطبي، ثم قبل إجرائها العملية
- تقديم للحالة المصابة بسرطان الثدي توضيحات وشروحات عن خطوات العلاج ومضاعفاته ، مما يساعد الحالة على معرفة خطوات العلاج و تقبله وهذا مايساعد على نجاح العلاج.

المراجع

قائمة المراجع

أولاً: قائمة المراجع باللغة العربية

- 01-أسعد.ا.م(1988)،المشكلات النفسية حقيقتها وطرق علاجها،دار النهضة،مصر، القاهرة.
- 02-الدباغ .ف(1983)، أصول الطب النفسي، دار الطليعة، بيروت.
- 03-السبعي.ع.(1982) في سيكولوجية المرض والمعاقين، الشركة المتحدة للطباعة والنشر، دمشق، سوريا.
- 04-الناבלسي.م.أ(1991)، الصدمة النفسية، علم النفس،الحروب والكوارث، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
- 05-الناבלسي.م.أ (1981)، مبادئ السيكوسوماتية ، دار الملاين، القسم الأول.
- 06-الرازي،م(1986)، مختار الصحاح، مكتبة لبنان، بيروت.
- 07- الخولي و(1976)، الموسوعة المختصرة في علم النفس و الطب النفسي، دار المعارف
- 08-أحمد فاضلي – رشيد مسيلي،(2004 الأثار النفسية للانتفاضة الفلسطينية، الجزائر، دار القرطبة.
- 09-أديب محمد الخالدي(2006)،مرجع في علم النفس الاكلينيكي(المرضي)الفحص و العلاج دار وائل،الطبعة الأولى
- 10-أحمد عزت راجح، أصول علم النفس ، الاسكندرية ، المكتب المصري الحديث، بدون سنة
- 11-أسعد مخائيل يوسف، المشكلات النفسية وحقيقتها وطرق العلاجها، القاهرة، دار نهضة مصر، بدون سنة
- 12-إيمان فوزي،(1996) الصحة النفسية، مكتبة زهراء الشرق، بدون طبعة الأزرق بوعلو، الإنسان والقلق ، سينا للنشر ، بدون سنة
- 13- إبراهيم.ز(2011)، سيكولوجية المرأة، مكتبة مصر، مصر.
- 14-بركات،م.خ.(1978) ، عيادات لعلاج النفسي والصحة النفسية .دار العلم،الكويت.

- 15- بوشلاغم يحيى (2011)، مدخل إلى منهجية البحث النفسي و التربوي، الناشر، كنوز، الجزائر.
- 16- بكمان، ويتاكرت (2001)، سرطان الثدي، دار الطبعة، أكاديميا، ترجمة جول صليبيا، بيروت، لبنان.
- 17- حسين أحمد حشمت و مصطفى حسين باهي، (2006)التوازن النفسي والتوازن الوظيفي ، دار العالمية، الطبعة الأولى
- 18- حامد عبد السلام زهران، (1977)الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب ، الطبعة الثانية.
- 19- حمود. م، (1990)، النفس أسرارها و أمراضها، في النفس، بيروت، دار النهضة العربية.
- 20- ديانا هيلز وروبرت هياز تعريب واقتباس و تقديم عبد العلي الجسماني،(1999) العناية بالعقل و النفس، دار العربية للعلوم ، الطبعة الأولى.
- 21- رمضان محمد القذافي،(1998)، الصحة النفسية و التوافق، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.
- 22- دانيال رينغ(1983)، معجم عربي فرنسي/فرنسي عربي، السبيل، مكتبة لا روس، باريس.
- 23- سارة رونتال، ترجمة مركز التعريب و البرمجة، (2001)المرجع الأول حول سرطان الثدي الدار العربية للعلوم، الطبعة الأولى.
- 24- سي موسي. ع، بن خليفة. م، (2009)، علم النفس المرضي التحليلي و الإسقاطي، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزء 3، 2، 1
- 25- شفيق السكري أ،(2000)، قاموس الخدمة الإجتماعية و الخدمات الإجتماعية، الإسكندرية دار المعارف الجامعية.
- 26- كامل مليكة،ل.(1980) ، علم النفس الإكلينيكي،التشخيص والتنبؤ في الطريقة الإكلينيكية،الهيئة المصرية العامة للكتاب (دون مكان).

- 27-لابلاش.ج.وبونتاليس. ج.ب. (ترجمة حجازي م)،(1985) معجم مصطلحات علم النفس والتحليل النفسي،ديوان المطبوعات الجامعية،الجزائر.
- 28-عبد القادر طه،ف،أبو النيل.م.أ،قندليش.ع،عبد القادر مهد.ج.معجم علم النفس والتحليل النفسي،دار النهضة العربية،بيروت،لبنان.
- 29-عبد الرحمن سي موسى – محمد بن الخليفة، علم النفس المرضي التحليلي والإسقاطي (الجزء الأول) الأنظمة التقنية و مظاهرها في الإختبرات الإسقاطية، الجزائر ديوان المطبوعات الجامعية .
- 30- عبد الفتاح محمد ديويدار(1996)، في طب النفس ، دار المعرفة الجامعية 1996.
- 31-عبد الباسط محمد السيد،(2009)، السرطان، أسبابه وعلاجه، الطبعة الثانية، دار النشر ألقا،مصر.
- 32-عطوف مهدياسين (1981)،علم النفس العيادي، دار العلم للملايين، بيروت.
- 33-غسان جعفر ، الأمراض العصبية و النفسية(2002)، لبنان ، دار المناهل، الطبعة الأولى.
- 34- عباس. ف،(2001)، الإختبارات الإسقاطية- نظرياتها- تقنياتها- إجراءاتها،بيروت، دار المذهل اللبناني.
- 35- عبد الحي موسى.ع، (1983)، دراسات في علم النفس، القاهرة، دار الثقافة للنشر.
- 36-علي فايد .ح (2001)، دراسية في الصحة النفسية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
- 37-عصمان سرکز.أ، سعد أمطير. ع، (2002)، البحث العلمي أساليبهو تقنياته، ليبيا، الجامعة المفتوحة، طرابلس، دار الكتب الوطنية.
- 38- فرويد.س،(1979)، خمس حالات في التحليل النفسي،ترجمة مخيمر.ص،رزق.ع، القاهرة، الأنجلو.
- 39- فهمي علي،(2009)،علم النفس الصحة و الخصائص النفسي الإيجابية و السلبية للمرضى و الأسوياء، دار الجامعة الجديدة للنشر،مصر.

- 40- فخري الدباغ، (1983) أصول الطب النفسي ، بيروت ، دار الطليعة.
- 41- مصطفى غالب(1979) ، تغلب على القلق في سبيل الموسوعة النفسية ، بيروت ، الادارة العامة، الطبعة الأولى .
- 42 - مذكور أ(1975)، معجم العلوم الإجتماعية، القاهرة، الهيئة المصرية العامة.
- 43- نور الهدى محمد الجاموس(2004)، الإضطرابات النفسية الجسمية السيكوسوماتية، الأردن ، دار اليازوري العلمية، الطبعة العربية .
- 44- نعيم الرفاعي،(2003)، الصحة النفسية، دراسة في سيكولوجية التكيف، الطبعة السادسة، منشورات جامعة دمشق.

المذكرات:

- 45- بن خليفة م.(2007)، علم النفس المرضي و التقنيات الإسقاطية-دراسة التوظيف النفسي لدى الراشدين ذوي معاناة نفسية- رسالة دكتوراه دولة، جامعة الجزائر 3، 2، 1،
- 46- شدمي ر.(2015)، واقع الصحة النفسية لدى المصابة بسرطان الثدي، رسالة دكتوراه علوم، جامعة تلمسان .

القواميس:

- 47- الخولي و(1976)، الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب النفسي، القاهرة، دار المعارف.
- 48- دانيال ر.(1983)، معجم عربي فرنسي/فرنسي عربي، السبيل، مكتبة لاروس، باريس

المجلات و الصحف:

- 49- كل ماتعرفه عن السرطان، الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، الطبعة الأولى.
- 50- سيكولوجية المرأة، القاهرة، مصر، 2014
- 51- المرأة و سرطان الثدي، لبنان

53-Ait Sidhom. A.M (1992) , Processus d'élaboration de la réponse Rorschach, in Psychologie, Alger, SARP (Revue de la Société de Recherche en Psychologie), N°3 , pp.113-130.

54-Ait Sidhom -. M.A (1997), Le psychologue, le traumatisme l'insécurité et la gestion de l'économie psychosomatique, in Psychologie Clinique et Projective, revue de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Française, vol 3, pp. 109 -125

55-Alexander. F, (1970) La médecine psychosomatique, Paris. Dunod.

56-Anzieu. D, Chabert. C, (1987), Les méthodes projectives, Paris, PUF.
Andrieu Collena(1997).Cancer, évaluation, traitement et surveillance, éd estem, Paris

57 -Arova .M(2010)Traitement de la douleur, Alger

58-Bensoissan . Patrick, Eric Du doit(2008), La souffrance psychologique des malade du cancer, éd Springer

59-Baaud. M, (1999), Art de la thèse, Alger,Casbah.

60-Baque. M.F (1992), Mentalisation de la dépression au Rorschach et au TAT, in Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Française, pp. 77-90.

61-Beizmann. C (1982), le Rorschach de l'enfant à l'adulte, étude génétique et clinique, Paris, Neuchatel.

- 62 Beizmann -. C, (1966), Le livret de cotation des formes dans le Rorschach, Centre de Psychologie.Appliquée, Paris.
- 63-Bergeret. J et al (1982), La psychologie pathologique, Paris, Masson.
- 64-Bernard. P. Trouve.S, (1977), Sémiologie psychiatrique, Paris, Masson.
- 65-Boucherat– Hue. V (sous la direction), (1989), La psychologie projective en pratique professionnelle, Paris, EDI.
- 66-Chabert. C (1995), Contribution des méthodes projectives dans les recherches en psychologie clinique et en psychopathologie, in O.BOURGUIGNON, M. BIDLOWSKY, Paris, PUF, pp. 112–120.
- 67- Chabert .C (1987) La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach, Paris, Bordas.
- 68- Chabert. C (1987) Rorschach et T.A.T. Antinomie ou complémentarité, in Psychologie Française, N° 32, pp. 14-46.
- 69- Chabert.C (1998), Psychanalyse et méthodes projectives, Paris , Dunod.
- 70- Chabert. C (1992), Les problématiques dépressives et leurs aménagements. Approche clinique et projective, in Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Française, Paris, pp. 25-40.
- 71- Chabert. C (1994) Les approches structurales. in D WIDLOCHER Traité de Psychopathologie, Paris, PUF, pp. 105-157.
- 72- Chabert.C(1987) Le Rorschach en clinique adulte –interprétation psychanalytique, Paris , Bordas.

- 73-Chabral .H ,Hallhanes(2014).Mécanisme de défense et coping , éd Dunod ,Paris
- 74-Corsos .M. Esperanza M,(2003).Psychopathologie de la lexithgmie, Duvorde ,France
- 75- Cosson . Gelie, (2008) , Qualité du sein des relation interpersonnelles pour un cancer, Bordeaux
- 76-Chiland.C(1982) L'entretien clinique, Paris, PUF
- 77-Darus Razavi, Nicole Delvaux, (2002), Psycho-oncologie : le cancer, le malade, et sa famille, Paris, Masson.
- 78-Daly N, Shveitzer, (1998), Cancerologie clinique, Paris, Masson
- 79- Dauchy.Rauby,(2007),Aspect psycho-oncologique du cancer du sein, Courbevoie, France.
- 80- Dauphin. Marie, (2013), Les soutiens psychologique, journée régionale du 24 sep, cancer prise en charge et accompagnement, France.
- 81- Dauchy.S ,(2008), La recherche en psycho-oncologie objectifs, enjeux, limites, SFPO , France
- 82- Dauchy.S ,(2009).L' annonces diagnostic du cancer bronchique, Unité de psycho-oncologie, instuté Gustave Roussy, ville juif France
- 83-Debray.R (1997) T.A.T et économie psychosomatique, un bilan actuel, in psychologie clinique, Vol 3. 135p.
- 84- Debray .R (2000), L'examen psychologique de l'enfant à la période de l'atence 6-12 ans , Paris , Dunod
- 85-Demoit .P, (1979), Les cancers humains, paris , El hachett
- 86-Deval. Marie (1997) Médecin généraliste et cancer cytatistique, Paris.

87-Duflot. C (1990), Rorschach et évaluation des états post- traumatiques chez des victimes d'agressions sexuelles, in RORSCHACHIANA XVII, Hogrfee, pp223- 226.

88-Dumeswil .F et al (1998), La crise vue sous l'angle de la perte et du deuil, in Psychologie Française , T. 25, N° 3-4, pp12-20.

Epping .Jordan(1999)Psychological adjustment, in Breath cancer healthpsychologie

89-Ferhat. M.R BOUZID.K (1995),Prise en charge de la douleur chez les cancéreux, In SANTEN° 44, Alger, 226p.

90-Fernand Nathan(1985), Le médical de la famille, un guide indispensable chrz soi symptomes, diagnostics, traitements, soins, Paris, Edition S.A- Fiche. Margaret, (2008), Cadre des soins de soutiens , revu canadienne de soins infirmier en oncologie, Canada.

91- Fischer. Gustave Nicolas, (2013), psychologie du cancer, un autre regard sur la maladie et la guérison, éd Odile Jacob, France.

92- Florence. COUSSON, Gelie de Castro, Baraurlt.M.(2008), Qualité des relations interpersonnelles pour cancer du sein, société Française de psycho-oncologie, Bordeaux, France.

93- Fobain.P,Spiegl.D, (2009), Revue du cancer journal, women 's health and education center, USA.

94- Fobain.P,Spiegl.D,(2009), Revue du cancer, cancer about sexuality after breast cancer, Canada.

95-Freud, A (1990), Le moi et les mécanismes de défense, Paris, PUF.

96-Freud. S (1968) Métapsychologie, Paris, Gallimard.

- 97-Freud.S (1985), Abrégé de psychanalyse, Paris, PUF.
- 98- Freud D.S (1967), L interprétation des rêves, Paris, PUF.
- 99-Freud.S Essais de psychanalyse, Paris, Payot.
- 100-Freud.S (1993), Inhibition, symptôme et angoisse, Paris, PUF.
- Francine. Saillant,(1988), Cancer et culture, université Laval.
- 101- Graziani . P , Hantekeets M ,(2001),Stress ,Anxiety et trouble de l'adaptation, éd Masson , Paris
- 102-Grues. P(1989) Psychologie et cancer, Manuel de psycho-oncologie, éd Payot, Lausanne
- 103-Ganz.Desmond, Belin(2002).Qualité de vie en long terme, les survivants de la maladie du cancer du sein
- 104-Hacpille.L (1994), La douleur cancéreuse et son traitement, Paris, Fusion-Roche.
- 105-Haddadi. D (1999),_Que faire de l'implication dans l'examen psychologique, Psychologie, Revue de la Société Algérienne de Recherche en psychologie (SARP), n°7, pp. 39-61.
- 106- Haddadi -. D (1998), Point de vue topique et préconscient, in Annales de l'Université d'Alger, T. 2, N° 11, pp. 63-86.
- 107- Haddadi .D (2001), Contribution à l'étude de l'équilibre psychosomatique dans les dermatoses, Thèse pour Doctorat d'Etat, tome I, etTome II ,
- 108- Haddadi. D (1999), La mentalisation à l'épreuve de l'examen psychologique, Illustration clinique, Psychologie Clinique et projective, Rev de société de RARSCUACH et méthodes projectives de langue

française, vol 5, Paris, Dunod, pp239-267.

109-Hanus.M (1994), Le travail du deuil, In deuil, Paris, PUF, pp. 13-32.

110- Hanus.M (1995), Le deuil dans la vie, deuil ; portrait du l'adulte et l'enfant, Maloine, France.

111-Hacpille L, (1994), La douleur cancéreuse et son traitement globalen soinpalliatifs, Paris, edition Frison Roch.

112 Hamon. Valanchon(2010).Femme et cancer, éd Harmattan-

113-Hodkinson. K , Bülow P, Hunt G. (2007).Soins de soutien de survivantes du cancer du sein, Besson de 2à 10 ans après le diagnostic

114- Honores .S(2005), Cancer du sein, éd Sand, Paris

115- Henri Rozenbaum(2001), Lafemme de 40 ans, Paris, edition ESKA.

116 -Jarousse. Niella,(2002), Cancer et sexualité, éd Ellébore

117-Jeammet PH, Reynaud. M, Consoliil .S (1980), Psychologie Médicale, Paris, Masson.

118- Jonas. G (1996), Les conséquences psychobiologiques du traumatisme psychique, in Perspective, Volume 35, décembre, pp. 387 - 389.

119- Jonas .G, CROCQ .C, (1996) Les conséquences cliniques du traumatisme psychique, in NERVURE, T IX, N° 06, septembre, pp. 23- 28.

120 -Joyeux .Henri, Guibert(2004), Place de la spiritualité dans la lutte contre le cancer, éd Fnac, France

121-Klein. M, (1978) Essais de psychanalyse, Paris, Payot.

122-Klein.M, (1998) , L'amour et la haine, Paris, Payot.

- 123-Laggache.D (1996), La psychanalyse , Paris ; PUF .
- 124- Lebens. Fibranne, Mirelle Aimant,(2003, Qualité de vie et cancer du sein, clinique du sein, Europa.
- 125- Laura. Perlier, (2013), L' impact du soutien social sur le sujet malade du cancer et son parcours de malade, université strasbourg.France.
- 126 -Laurent Schlitta, (2007), La relation entre psychisme et cancer, journal des entretiens de CARLA, n12,France
- 127-Lerney. M.S. (1990), The Rorschach and traumatic loss, in Rorschachina, pp. 127 - 133.
- 128-Loosli Usteri, C (1976),Manuel pratique du test de Rorschach, Paris.
- 129-Lubch Ansky, J (1994), Travail de deuil, douloureuse souffrance, in deuil, Paris, PUF, pp. 127-148.
- 130-Lucieu .I (1974),Le cancer d'aujourd'hui , Paris, édition Grace.
- 131-Marty .P (1976),Les mouvements individuels de vie et de mort , essai d'économie psychosomatique, Paris, Payot.
- 132- Marty. P (1990),La psychosomatique de l'adulte, Paris, Payot.
- 133- Marty.P (1991), Mentalisation en psychosomatique, Paris, Payot.
- 134- Marty.P de M'uzu. M (1963), La pensés opératoire, in revue Française de Psychanalyse, T.27, Paris ,pp. 32-50 .
- 135-Maxwell. H (1990),An outline of psychotherapy, London.
- 136-Marie Paule Dousset, (1999), Vivre pendant un cancer, édition du seuil.- Mahnane. A, Hamid Chérif .M(2012),Epidémiologie du cancer

du sein en Algérie, SAOM. Alger

137-Margate phaneuf,(2005), Cancer, mécanisme de défense et - d'adaptation et l'invention infirmière, Université, Coimbra, Portugal

138-Marjorie. D(2010), Cancer du sein, féminité, soins palliatifs, institution en *soins de formation infirmiers* de Jury les Metz

139-Meguenie.Chabri(2006), Etude épidémiologique sur le cancer du sein, CHU, Tlemcen

140- Morere.f, Frédérique P,(2007), le cancer du sein, Springer, France

141-Mucchelli, A (1981), Les mécanismes de défense, Paris , PUF.

142-Rank.O (1976), Le traumatisme de la naissance, Paris, Payot.

143-Neron.S et Fortin. B (1993), Vivre avec le cancer, stratégies d'adaptation pour le malade, Paris, Payot.

144-Ourari– Si Moussi. M, Si Moussi. A (1998) Re-tests et changement après psychothérapie, constance et mutation du psychisme, Actes des troisièmes journées nationales de psychologie, T.3 Université d'Alger, Alger pp. 977 -1004 .

145-Perron. R (1979), Les problèmes de la preuve dans la démarche dite clinique. Plaidoyer pour l'unité de la psychologie, T. 24 , N°16 , pp. 37 - 48.

146- Perron.R, (2000), La notion du tramatisme du point de vue psychanalytique, in Psychologie, N°48, Alger, Revue de la Société de Recherche en Psychologie (SARP) pp. 9-16

147- Pinder KL, Ravirez Black, Richard, (1993), Désordre psychiatrique chez le cancéreux, EUR. J. cancer

- 148-Rausch Detraubenberg.N (1973), La pratique du Rorschach, Paris, PUF.
- 149 Rausch Detraubenberg.N -, BOIZOU. M (1984), Le Rorschach en clinique infantile , l'imaginaire et le réel chez l'enfant, Paris, Bordas.
- 150-Raymoud.G (1997),Vivre sans stress , Paris, pp12-18.
- 151-Reuchlin. M(1999), Les méthodes en psychologie, Alger, Casbah
- 152-SamiI .A (1977), De la projection une étude psychanalytique, Paris Payot.
- 153 Saglier J, Pommeyrol A, Bouillet T, (2003), Cancer du sein question et réponses au quotidien, Masson, édition 2.
- 154- Santiago de la Foss, (2000), Psychologie de santé, perspective et clinique
- 155-Si .Mousi .A (1998), Névroses et psychothérapie d'inspiration psychanalytique, in actes des troisièmes journées nationales de psychologie, t.3, Université d'Alger, Alger, pp809 – 858.
- 156-Si .Moussi .A(1992), Technique projectives et univers scolaires, in psychologie n°3, Alger , pp65-87.
- 157-Si Moussi-OURARI. M (1999), Défaillance de l'être et faillite de l'avoir chez des névrosés en Algérie, revue internationale de psychosociologie, Vol 13 , Paris , pp109-123.
- 158-Sillamy.N (1980),Dictionnaire usuel de psychologie, Paris, Bordas.
- 159-Si Moussi .A (1997 - 1998) , Plaidoyer pour plus de psychologie dans les système éducatif,in Revue de Psychologie et des Sciences de l'Education , Université d'Alger , n° 7, Alger, pp. 69-102.

160-Sylvie Pucheu, Manette Le Lauzet, (1989) Comment Vivre Avec Un Malade Cancéreux, Paris, edition Josette.

161-Toumouna Ricq .O (1996), Les névroses traumatiques, difficultés diagnostiques et médico- légales, in SEM, HOP, N° 25-26 pp. 803-807.

162-Tubana. Mathieu(2002), Cancer : Pérvention et dépistage, Paris, Masson.

163-Zellal, N (1996), Guide de méthodologie de la recherche post graduée, Office des Publication Universitaire (OPU), Alger

الملاحق

الملحق رقم (1)

دليل المقابلة العيادية النصف الموجهة

خاص بالمرأة المصابة بسرطان الثدي و المتعرضة الى عملية استئصال الثدي

الإسم و اللقب : السن : الولاية :

المهنة (ان كانت عاملة) : المستوى الإقتصادي :

الوضعية الإجتماعية : المستوى التعليمي :

صباح الخير

- نقدم لك نفسي ، أنا أخصائية في علم النفس العيادي و نحضر لشهادة الدكتوراه، عندي دراسة حول النساء المصابات بسرطان الثدي ولي دارو عملية استئصال الثدي ، نقدر نتكلم معاك شوية .

1 - احكي لي شوية على روحك .

2 - كفاش كنت قبل ما تمرضي .

3 - كفاش كنت تمارسي حياتك اليومية .

4 - دورك كيفا شراكي .

5 - تكلميني على المرض نتاعك شوية ، و كفاش اكتشفت الإصابة نتاعك .

6- واش حسيتي كي خبرك الطبيب بالمرض نتاعك .

7- مرضتي من القبل ولا سبفك دخلتي للمستشفى .

8- كاين في العائلة نتاعك الي مرض بنفس المرض نتاعك

9 - واش حسيتي كي خبرك الطبيب بلي لازم انحيولك الثدي نتاعك .

10 - واش هي الحاجة الأولى الي فكرتي فيها

- 11 - احكي لي على علاقتك مع الأسرة نتاعك (الزوج ، الأب ، الأم ، الإخوة ، الأخوات ، أهل الزوج).
- 12 - كفاش كان رد الفعل العائلة نتاعك (الزوج ، الأب ، الأم ، الإخوة ، الأخوات ، أهل الزوج)
- 13 - و انت كفاش شفتي هذا الأمر .
- 14 - واش رأيك في النساء الي دارو العميلة كيما نتاعك .
- 15 - في رايبك هذا الشئ يقدر يآثر على
- 16 - كفاش .
- 17 - هل تراودك أحلام ؟ واش تنومي ؟ عنك حلم متكرر؟ كي تنوضي تتفكري واش نمتي؟
- 18-كفاشراك تشوفي في المستقبل نتاعك .

في إطار البحث العلمي و التكوين العالي

إستمارة تصريح بدراسة حالة و تطبيق إختبار الرورشاخ

لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي

((على المتطوعة مراجعة الإستمارة))

الإسم واللقب للأخصائية النفسانية :

الإسم واللقب الحالة :

تاريخ ومكان الميلاد :

مكان الدراسة :

بتاريخ : / /

إطار خاص بالأخصائية النفسانية :

أصرح بنفسي أنني بلغت الحالة بإطار الدراسة لفظيا و كتابيا، بالطريقة الأسهل و الأبسط وباللغة واللهجة التي أحسن إتقانها والتي يمكن أن تفهمها الحالة من هدف و غرض هذه الدراسة .

اطار خاص بالحالة :

- أصرح بنفسي أنه تم تبليغي من طرف الأخصائية النفسانية بالإطار الخاص بالدراسة لفظيا و كتابيا وباللغة السهلة و البسيطة و المفهومة بهدف و غرض هذه الدراسة .
- لقد تحصلت على أجوبة مقنعة و مفسرة حول التساؤلات التي كانت تنتابني حول هذه الدراسة و موضوع تطبيق إختبار الرورشاخ ومصير نتائج هذا الإختبار .
- لقد تم تبليغي أن بروتوكول الرورشاخ ليس له أي تأثير على حياتي الشخصية و المهنية.
- لقد تم تبليغي أن بروتوكول الرورشاخ متعلق بهدف الدراسة فحسب.
- لقد تم تبليغي أنه يمكنني القبول أو الرفض تطبيق الإختبار أو التوقف عن تطبيق الإختبار في أي لحظة و دون تقديم أي تبرير عن ذلك .
- لقد تم تبليغي أن نتائج الإختبار لا تسلم لأي شخص ، و تتم في سرية تامة .
- لقد تم تبليغي أنه لا يمكنني الحصول على نتائج الإختبار.
- لقد تم تبليغي أن الهدف من الدراسة هو تطور البحث العلمي و المعرفي لا غير .
- أصرح بنفسي و تحت الإسم الموقر لأعلاه، أنني قبلت المشاركة و المساهمة في هذا البحث العلمي برغبتي و عن قناعة دون أي ضغط .

تاريخ ومكان الدراسة

إمضاء الشخص المتطوع

بتاريخ : / /

إمضاء الأخصائية النفسانية

الملحق رقم (3)
نموذج السيكوغرام

R=	G=	F ⁺ =	H=	F% =
T.T =	Gbl=	F ⁻ =	(H) =	F+% =
T.R=	DG=	F [±] =	Hd=	F-%=
T.L.m=	G%=	Σ F=	(Hd)=	F% élargi=
T.R.I=	D=	K=	A=	F+% élargi =
RC%=	Dbl=	Kan=	(A)=	H%=
F. angoise =	D%=	Kob=	Ad=	A%=
compl= .Form	Ddbl=	C ['] =	(Ad)=	Ban=
	Dd%=	CF=	Obj=	
		FC=	Bot=	
		E=	Sang=	
		EF=	Sex=	
		FE=	Arch=	
		Clob=	Anat=	
			Elem=	
			Geo=	
			Pays=	
			Frag=	