وزارة التعليـــم العالـــي والبحـث العلـــمي
جامعـــــــــة الجزائـــــــــر
كليـــــة العلـــــوم الإنسانية و الإجتماعيـــــــــة
قسم علم النفس و علوم التربية

القصور الكلوي المزمن، تناول سيكوسوماتي.

L’insuffisance rénale chronique, approche psychosomatique.

رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي.

إعداد الطالبة:
صحراوي إنتصار.
زوجة باشا.

تحت إشراف :
– الدكتور محند أوحمد أيت

السنة الجامعية 2002-2003

الإهداء

إلى القلوب التي تخفق بالمحبة وتنبع بالحنان، إلى كل من يهمهم أن ننمو كبراعم الأزهار الفتية في الحقول الشاسعة، إلى كل من يحمل منبر العلم متجها إلى العلا. إلى كل هؤلاء نهدي هذا العمل المتواضع، إلى والدينا الكريمين اللذان لم يبخلا علينا بعطفهما وبمحبتهما ومساعدتهما المعنوية والمادية، إلى أخينا الوحيد **بشير**، وزوجنا **عمر**، اللذان ساعدانا كثيرا في إعداد هذه الرسالة.

وإلى الشمعة المضيئة إبننا **نزيم** وإبن خالتنا العزيز عزالدين الذي أمدنا بكل العون، وإلى أخواتنا منيرة، سعاد، ليندة، إنتظار، نجلاء، صونية، عفاف العزيزة وإبتسام وإلى بنات وأبناء عمنا وإلى كل أفراد عائلة **صحراوي، باشا، طبيب، مرابط، بوسعد، بسعدي، عباسي** وإلى صديقاتي **فريدة، سامية وتسعديت.**

كما نهديها إلى روح جدتنا **برنية** وعمنا **الحسين** وعمنا **نور الدين** تغمدهم الله بواسع رحمته.

إلى جميع أعزائنا المصابين بالقصور الكلوي المزمن نهدي هذا العمل متمنينا لهم الشفاء.

كلمة شكر وتقدير

نتقدم بخالص الشكر إلى كل من ساعدنا في إنجاز هذا العمل المتواضع، كما نتقدم بجزيل شكرنا وعميق تقديرنا للأستاذ : **أحمد أيت سيدهم** على توجيهه لنا طيلة مدة إنجاز هذه الرسالة، ونعبر له عن إمتناننا وإحترامنا الخالص على كل مجهوداته، لتحسين مستوانا العلمي والمنهجي، من خلال نصائحه القيمة.

كما نتوجه بتشكراتنا الجزيلة إلى الأستاذة **عرعار** و **بوعطة** على مساعدتهما ونصائحهما الثرية، كما نشكر أطباء مصلحة أمراض الكلى ببجاية الذين ساعدونا في القيام بالجانب التطبيقي وتحقيق الهدف الذي سعينا من أجله.

كما نشكر خالنا **رابح** على إثراءه لهذا البحث بآرائه ونصائحه وإلى عمال المطبعة ببجاية الذين قاموا بكاتبة وطبع هذه الرسالة.

أخيرا إلى كل من ساعدنا في إنجاز هذا العمل ولو بإبتسامة فلولا هؤلاء جميعا ما كنا لنحقق الغاية المنشودة.

الفهـرس

الصفحة

المقدمـــة..... 01
الفصل الأول: الجانب الطبي للقصور الكلوي المزمن..... 04
I- تعريف الكلية وتشريحها..... 05
II- دور الكلية في الحفاظ على توازن المحيط الداخلي..... 05
III- تعريف القصور الكلوي المزمن..... 06
IV- الأعراض السريرية للقصور الكلوي المزمن (تعقيدات الإصابة)..... 06
IV-1- الأعراض القلبية و الأوعية..... 06
IV-2- الأعراض الخاصة بالدم..... 07
IV-3- الأعراض العظمية 07
IV-4- الأعراض العصبية..... 08
IV-5- الإضطرابات الهظمية والغذائية 08
IV-6- الأعراض الجلدية 08
IV-7-الأعراض العامـــة والغددية..... 08
V - أسباب القصور الكلوي المزمن..... 09
VI – نموذج الاستطلاع على القصور الكلوي المزمن..... 09
VI-1) : تشخيص المرض..... 09
VI-2) : البحث عن مضاعفات المرض..... 10
VI-3) : محاولة معرفة مدى تطور المرض..... 10
VII- العـــلاج:..... 10
* قبل المرحلة النهائية..... 10
*-التصفية..... 11
- عن طريق الهيموديااليز (تصفية الدم)..... 11
- عن طريق الديااليز البيروتينية DPCA..... 12
*- زرع الكلى..... 12
- بعض الإحصائيات الخاصة بالقصور الكلوي المزمن في الجزائر..... 15
الفصل الثاني: المعاش النفسي للمصاب بالقصور الكلوي المزمن.....
- مدخل..... 17
- المعاش النفسي لآلة التحال الدموي..... 18
- الأعراضية الإكتئابية..... 19
- الصورة الجسدية..... 20
- الحياة الجنسية..... 22
- الميكانيزمات الدفاعية..... 23
1- الإنكار..... 24
2- النفي..... 25
3- الإسقاط..... 25
4- الميكانيزمات الهجاسية..... 26
5- القيام بالفعل..... 27
- المناقشـة 28
الفصل الثالث : المبادىء الأساسية للنظرية المارتية..... 29
1- مبدأ التوحيد.....
2- مبدأ التطور.....

3- السلاسل التطورية..... 32
4- غرائز الحياة والموت..... 32
II- الثنائية تثبيتات – نكوصات..... 33
III- الصدمة..... 35
IV- الإكتئاب الأساسي..... 36
V- التفكير العملي و الحياة العملية..... 39
IV- العقلنة..... 42
VII- الأحلام..... 43
VIII- الإقتصاد السيكوسوماتي..... 46
IX- النوزوغرافية الإقتصادية..... 49
X- التقسيم النوزوغرافي..... 56
XI- أثار الصدمة في مختلف تنظيمات الشخصية..... 59
- خلاصــة..... 62

الفصل الرابع: الإشكالية والفرضيات..... 65

الفصل الخامس: الجانب المنهجي..... 71
I- المنهج المتبع في البحث..... 74
I-1- مجموعة البحث ومعايير إختيارها.....
II- التقنيات المستعملة في البحث.....
1- المقابلة العيادية..... 75
1-1- تعريف المقابلة العيادية و أهمية إستعمالها.....
1-2- خصائص المقابلة العيادية النصف موجهة المستخدمة في بحثن 85 86
1-3- الموقف العام للعيادي أثناء المقابلة 87
1-4- دليل المقابلة..... 90
2- رائز الرورشاخ..... 90
2-1- وضعية رائز الرورشاخ والهدف منه..... 90
2-2- الميكانيزمات الدفاعية في رائز الرورشاخ..... 91
3- رائز تفهم الموضوع..... 1-3
- وضعية رائز تفهم الموضوع والهدف منه..... 93
3-2- سياق إرصان السرد القصصي لبروتوكول (TAT)..... 94
III- طريقة معالجة المعطيات البحث..... 96
1- تحليل المقابلة..... 96
I- الصحة الجسدية..... 96
I-1- شبكة تحليل إمكانيات التصدي الجسمي للأمراض..... 99
II- التوظيف العقلي..... 99
II-1- العقلنة عبر المقابلة..... 100
101
101
101
2- تحليل بروتوكول الرورشاخ..... 102
2-1- العقلنة عبر الرورشاخ 102
3- تحليل معطيات رائز تفهم الموضوع 102
3-1- العقلنة عبر رائز تفهم الموضوع .....
IV- الطريقة المتبعة في تقديم الحالات.....

الفصل السادس: تحليل حالتين عياديتين (ناصر و محند).....
I- تحليل حالة ناصر..... 104
1- تحليل المقابلة العيادية..... 105
2- تحليل برتوكول الرورشاخ..... 107
3- تحليل رائز تفهم الموضوع..... 111
II- تحليل حالة محند..... 112
1- تحليل المقابلة العيادية.....
2- تحليل برتوكول الرورشاخ..... 114
3- تحليل رائز تفهم الموضوع..... 116

الفصل السابع: تقديم النتائج..... 116
I- تحليل المقابلة لدى المجموعة الأولى الجيدة التعقلن 125
II- تحليل رائز الرورشاخ لدى المجموعة الأولى الجيدة التعقلن..... 131
III- تحليل رائز تفهم الموضوع لدى المجموعة الأولى الجيدة التعقلن..... 138
- الخلاصة العامة (للمقابلة والرائزين الإسقاطيين)..... 138
I- تحليل المقابلة لدى المجموعة الثانية الغير مؤكدة التعقلن 145
II- تحليل رائز الرورشاخ لدى المجموعة الثانية الغير مؤكدة التعقلن..... 148
III- تحليل رائز تفهم الموضوع لدى المجموعة الثانية الغير مؤكدة التعقلن.....
- الخلاصة العامة (للمقابلة والرائزين الإسقاطيين)..... 153
I- تحليل المقابلة لدى المجموعة الثالثة السيئة التعقلن 157
II- تحليل رائز الرورشاخ لدى المجموعة الثالثة السيئة التعقلن..... 166
III- تحليل رائز تفهم الموضوع لدى المجموعة الثالثة السيئة التعقلن 181
- الخلاصة العامة (للمقابلة والرائزين الإسقاطيين)..... 202
- جدول مصنف لعينة البحث..... 204

الفصل الثامن: مناقشة الفرضيات..... 208
- الخاتمـــة..... 215
- المراجع 224
225
237
248
269
270
271
278
281

المقدمـــة.

قديما كان ينظر للمرض كحدث مباغت في مسار حياة الإنسان، وترجع أسبابه إلى مواضيع مختلفة باختلاف العصور، الديانات، العادات، الاعتقادات ..الخ. وكان الطبيب يقف مندهشا عند معالجته لنفس المرض و بنفس الطريقة لدى عدد من المصابين، و تحصله على نتائج مختلفة قد تكون إيجابية عند شخص و سلبية عند آخر.

بدأت الثورة العلمية تزيل ستار الغموض حول الفرد من الناحية النفسية مع « سيجموند فرويد »، الذي أحدث ثورة في تصورنا لصيرورة العمليات النفسية ممهدا الطريق بذلك للتناول السيكوسوماتي للفرد.

فظهرت المدرسة السيكوسوماتية لبيار مارتي التي اعتمدت في أعمالها على مدرسة التحليل النفسي. إذ يقول مارتي **"إن مفهومنا للسيكوسوماتيك لم يكن ليتحقق بدون وجود سيجموند فرويد ، وابتكاره للتحليل النفسي"**[1] وإن **"السيكوسوماتية هي بنت التحليل النفسي"**[2] .

إن المدرسة الفرنسية للسيكوسوماتيك قد بلورت في إطار نظري متناسق مجيبة بذلك عن أسئلة جوهرية تناولت الفرد في وحدة نفسية وجسدية. يظهر المبدأ الأساسي لصيرورة التجسيد في هذا الإطار عبارة عن مرور تراكم الإثارات إلى الجانب العضوي، عند عجز الجهاز العقلي للفرد عن معالجتها، وأن مدى خطورة الإصابة مرتبط بمدى هشاشة البنية النفسية التي تشكل ذرع يواجه الإثارات على اختلافها. تتميز هذه النظرية بمتابعتها للفرد في مختلف مراحل تطوره و كذا أثناء مرضه و أثناء صحته.

جسم الإنسان يتكون من عدة أعضاء متميزة، لكل واحد منها وظيفة معينة. من بين هذه الأعضاء الكلية التي تلعب دور المرشح لإزالة الفضلات السامة الموجودة في الدم، منتجة بذلك البول. تقوم الكلية بنشاط تصفية الدم و محاولة الحفاظ على التركيز العادي للتحاليل السارية بالجسم (الدم).

---

[1] - BESANSON G.**« Théories en psychosomatique »,** in Encycl.méd.chir, Paris, Psychiat/1992.37400C10.P3.

[2] - MARTY P.**« la premiére expérience d'un hopital de médecine psychosomatique »**, in Revue Française de Psychanalyse.1981, P2

فإصابة هذا العضو وتوقفه عن أداء وظائفه، يؤدي إلى تدهور تدريجي لحالة المصابين اللذين يجدون أنفسهم في وضعية خاصة خطيرة. إذ تصبح حياتهم:

- مرتبطة بآلة تكفل لهم البقاء على قيد الحياة، حيث تقوم بتصفية دمهم و يضلوا مقيدين بها خلال مدة تتراوح من ثمانية (8) إلى اثنى عشرة (12) ساعة أسبوعيا؛
- مرهونة بتغذية محددة؛
- مقيدة جغرافيا بمكان تواجد الكلية الإصطناعية.

كما تكون حياتهم مرهونة بتغذية معينة وعدم تجاوز كمية محددة من المشروبات، متابعة حمية قليلة (البوتاسيوم)، ونشاط مهني محدود (لا يتطلب الجهد الكبير)، و تنقلاتهم مقيدة جغرافيا بمكان تواجد الكلية الاصطناعية، لا يمكنهم الابتعاد عن هذا المكان أكثر من 3 إلى 4 أيام بين كل تحليل دموي وآخر، وإلا فمصيرهم الموت.

سنحاول في هذا البحث دراسة الاقتصاد السيكوسوماتي لهذا النوع الخاص من المرضى، و قد اعتمدنا في دراستنا لهم على المنظور السيكوسوماتي لبيار مارتي، الذي يهتم بالبنية العقلية للفرد وعلاقتها بالإصابة السيكوسوماتية، آخذا الفرد في وحدة عقلية و جسدية. في هذا الإطار ومهما كان المرض خطيرا لا يمكن اعتباره دوما على أنه يهدد حياة الإنسان، فبإمكانه أن يكون مرحلة انطلاق جديدة تسمح للفرد بإعادة تنظيمه، وهذا بالاعتماد على خصوصيات بنية الفرد ومدى صلابة (Solidité) تنظيمه العقلي. فلا يمكننا اعتبار المرض دوما على أنه يحمل قيمة سلبية، بل من الممكن أن يحمل قيمة إيجابية تساهم في استمرار حياة الفرد. للتعرف على القيمة الحقيقية للمرض يجب اللجوء إلى تقييم الاقتصاد السيكوسوماتي للمصاب.

ركزنا اهتمامنا في هذا البحث * على نوعية التوظيف العقلي لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن وتأثيره على إمكانيات التصدي الجسمي للأمراض(La tenue du corps). إن العلاج المخصص لهؤلاء المصابين يجب أن يتقيد بطبيعة توظيفهم

*- للتعرف بالتفصيل على تساؤلات و فرضيات البحث، يمكننا الرجوع إلى الفصل المخصص لذلك.

العقلي، لأنه من الخطر الكبير أن يعالج المصابين بطريقة مماثلة **لأن** إصابتهم مماثلة ، بل يجب معالجتهم آخذين بعين الاعتبار توظيفاتهم العقلية التي يتم تقديرها في تلك الآونة. لقد تعزز هذا الموقف الذي يمكن إستنباطه من النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي بنتائج البحث الذي قامت به فابيان سرون على المصابين بالقصور الكلوي المزمن و مدى نجاح عملية الزرع عندهم. حيث بينت الباحثة في رسالتها أنه من المحضور (contre indication) إجراء عملية الزرع الكلوي عند المصابين الذين هم فريسة النشاط الضد التطوري (عصاب السلوك).

سنحاول تسليط الضوء في بحثنا على التوظيف العقلي للمصابين بالقصور الكلوي المزمن و إمكانيات التصدي الجسمي للأمراض المتوفرة عندهم، معتمدين في ذلك على دراسة مجموعة مكونة من خمسة عشرة (15) حالة كلهم راشدين مصابين بهذا المرض.

عمدنا في تقديمنا لهذا البحث إلى تقسيمه إلى ثمانية فصول :

الفصل الأول : وجهة النظر الطبية للقصور الكلوي المزمن.

الفصل الثاني : المعاش النفسي للمصاب بالقصور الكلوي المزمن.

الفصل الثالث : النظرية السيكوسوماتية.

الفصل الرابع : الإشكالية و الفرضيات.

الفصل الخامس : الجانب المنهجي.

الفصل السادس : تقديم حالتين بالتفصيل (حالة ناصر، حالة محند).

الفصل السابع : مناقشة النتائج.

الفصل الثامن : مناقشة فرضيات البحث.

الفصـل الأول

الجانب الطبي للقصور الكلوي المزمن

يتكون جسم الإنسان من عدة أعضاء تؤدي مختلف الوظائف الحيوية الضرورية لصحة و توازن الجسم. وإذا ما وقع اختلال أو إصابة في تلك الأعضاء فإن صحة و توازن الجسم سوف يتعرض لاختلال قد تكون له عواقب كبيرة. و في هذا الفصل سنحاول تسليط الضوء و لو بإيجاز على العواقب التي تنجم عن إصابة الكليتين لأن موضوع بحثنا يخص بالتحديد شريحة المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

I - تعريف الكلية وتشريحها:

للإنسان كليتان (يمنى ويسرى) وهما عضوان لهما لون أحمر قاتم، تقعان خلف غشاء البيريتوان (Péritoine) ، في أعلى التجويف البطني من الخلف لتمتد على جانبي العمود الفقري. تتميز الكلية اليمنى بحركية أكبر داخل غشائها، مقارنة باليسري، وذلك لتأثرها بالنشاطات الخاصة بالتنفس.

للكلية طبقتين إحداهما خارجية تدعى المنطقة القشرية، وهي مكونة من الدهن لوقاية الكلية من الصدمات الخارجية، والثانية داخلية، تدعى المنطقة النخاعية وهي متكونة من نسيج ليفي. تحفظ الكلية في غشاء شحمي رخو، يسمح بحماية المنطقة القشرية، التي تحمي بدورها المنطقة النخاعية، المتشكلة من أهرامات، وهي عبارة عن أنابيب جامعة للبول.

يبلغ طول الكلية 12 سم وعرضها تقريبا 6 سم، وسمكها 3 سم، أما وزنها فيبلغ 150 غ.

II- دور الكلية في الحفاظ على التوازن الداخلي للجسم:

للكلية وظيفتان أساسيتان في الجسم هما:

1) دور التصفية للدم:

تتحصل الكلية على حوالي 20-25% ، من الكمية الإجمالية للدم المضخ من طرف القلب والمقدر بحوالي 1,2 لتر في الدقيقة [1].

[1] - Pr. DOMAR A. **« nouveau larousse Médicale** », Paris, larousse, 1981, P872 - P877.
CABROL C, « **Anatomie 2viscéres** », Paris, Flammarion Médecine- Science, 1978, P238-P 240.

2) الإفراز الغددي للكلية :

إن الكلية قادرة على إفراز عدة هرمونات منها هرموني الرينين(Rénine) والبروستاغلندين (prostaglandine) اللذان يشاركان في القيام بتوازن ضغط الدم، وهرمون الأريثروبوتيين(Erythropoïtine) الذي يقوم بتكوين وتنشيط مكونات في نخاع العظم.

كما للكلية دور في تحليل وفك بعض الأدوية المتناولة، وبعض الهرمونات الأخرى مثل الأنسولين.

القصور الكلوي: قد تصاب الكلى بقصور يجعلها غير قادرة على آداء وظيفتها إما ظرفيا كالقصور الوظيفي أو الحاد، وإما دائما كالقصور الكلوي المزمن.

في هذا البحث، سوف نركز على القصور الكلوي المزمن في مرحلته النهائية .

III-تعريف القصور الكلوي المزمن:

إن القصور الكلوي المزمن انخفاض تدريجي ودائم لوظائف الكلية، حتى يصل الطور النهائي حيث تظهر الأعراض السريرية للمرض المعروفة باسم اليوريميا أو مرض برايت (mal de Bright) .إن هذا التدهور التدريجي لعمل الخلايا النفرونية قد يمتد من سنة، الى عدة سنوات حتى يبلغ المرحلة النها ئية.

كما أن للقصور الكلوي تأثيرات ثانوية تسبب إختلالات في العديد من وظائف أعضاء أخرى من الجسم كالقلب، الجهاز العصبي، العظام، الغدد...الخ.

يعتبر القصور الكلوي المزمن من أكثر الإصابات في الجزائر، ذلك أنه يصيب حوالي 50 شخص في كل مليون نسمة، حسب إحصائيات سنة 1998.

IV- الأعراض السريرية للقصور الكلوي المزمن (تعقيدات الإصابة):

إن اشتداد الأعراض، رغم اختلافها من مريض لآخر، تكون عموما موازية لطول مدة القصور الكلوي المزمن.

IV-1- الأعراض القلبية و الأوعية:

***-إرتفاع ضغط الدم:**

تحتل أعراض ارتفاع ضغط الدم الصدارة بحيث تخص 60 إلى 70 % من المرضى المصابين بالقصور الكلوي. سبب هذا الإرتفاع راجع لفقر الدم، إرتفاع السوائل في الدم و عدم فرز كميات الصوديوم اللازمة. إن إرتفاع ضغط الدم عامل مؤثر وخطير على الكلى والقلب والدماغ و يشكل السبب الأول في موت هؤلاء المرضى.

***-إنخفاض عمل القلب:**

قد ينجر عن القصور الكلوي المزمن القصور القلبي بسبب ارتفاع كمية الدم المضخة في القلب والتي تفوق سعة أوعيته مما يحدث تراجعا و انخفاضا في عمل القلب.

***-تضخم القلب بالسائل المحاط به:**

يحدث القصور الكلوي تضخم في القلب نتيجة ارتفاع في السائل المحيط به والذي يسبب أوجاع صدرية حادة.

IV-2- الأعراض الخاصة بالدم:

***-فقر الدم:** إن فقر الدم يصاحب باستمرار القصور الكلوي حيث يحدث الأرق والفشل و يؤدي الى تعب واضطرابات تنفسية (Dyspnée) وذلك لأدنى جهد. هذا الفقر الدموي ناتج عن نقص في مدة حياة الخلايا الحمراء وذلك بوجود اليوريا المرتفعة في الدم.

***-إضطرابات في الخلايا البيضاء:** إن الافتقار للخلايا البيضاء يشكل عاملا هاما في الانخفاض المناعي وسهولة الإنتانات (les infections) عند هؤلاء المرضى.

***-إضطرابات في تخثر الدم:** وذلك ناتج عن عدم قدرة الخلايا الصفائحية، مؤديا الى تكرار النزيف وطوله عند هؤلاء المرض.[1]

IV-3- الأعراض العظمية: إن القصور الكلوي المزمن يحدث إضطرابات في المركبات الفسفوكلسية المعروفة باسم (ODR). هذه الإضطرابات تكون مبكرة حيث تنقص كمية الكالسيوم في الدم من خلال نقص إمتصاصه من طرف الأمعاء. أما في المرحلة النهائية (Le stade terminal) من المرض، فكمية الفوسفور تكون كبيرة في الدم لتحدث بعد ذلك ترسبات كلسية في الأعضاء، لتمس معظم الأعضاء. منها الأوعية الدموية، العين،الجلد، المفاصل. وقد تحدث هذه الترسبات خطورة لوظيفة العضو لأنها ترسبات مزمنة وليس

[1] - MEYRIER A.« **maladies rénales de l'adulte »** , Alger, Berti, 1994, P 141.

لديها أي علاج. فلتشخيص هذه الأعراض لابد من إجراء أشعة عضمية، ووزن كمية (PTH) في الدم، مع عمل جزعة في العظم (Biopsie).

IV-4-الأعراض العصبية:

***- إضطرابات الجهاز العصبي المركزي:**

وتتمثل في مضاعفات تمس الدماغ، كانتفاخ في المخ في حالة وجود إرتفاع الضغط الدموي، وقد يحدث إنسداد أو نزيف في الأوعية الدموية، كما قد يحدث إختلال في الوعي مع تشنجات عضلية. أما تناول بعض الأدوية فقد يسبب تسمما داخليا مؤثرا بذلك على الجهاز العصبي.

***-إضطرابات خاصة بالجهاز العصبي المحيطي:**

تمس خاصة الأعصاب الحسية للأطراف السفلية للمصاب حيث يفقد الإحساس بالحروق والتشنجات العضلية التي يمكن أن تؤدي الى العجز الحركي.

IV-5- الإضطرابات الهضمية والغذائية:

تتفاقم هذه الإضطرابات في حالة القصور الكلوي النهائي، وتتمثل في فقدان الشهية، القيء و رائحة الأمونياك في الفم وإضطراب في الذوق. و في بعض الأحيان تؤدي الى حدوث قرحة في المعدة، او نزيف هضمي واللذان يمكن تجنبهما عن طريق الأدوية الواقية.

IV-6- الأعراض الجلدية:

تعتبر الحكة من الأعراض الجلدية الأكثر إنتشارا، لتكون في بعض الحالات عائقا كبيرا للمريض حينما تكون شديدة ومرهقة، خصوصا أنه ليس لها دواء حاليا وإن ميكانيزمها الفيزيولوجي لم يعرف بعد.

IV-7- الأعراض العامة والغددية:

يرافق مرض القصور الكلوي عدة أعراض عامة و غددية أهمها التعب الشامل، الإصفرار، أعراض بولية، إضطراب في نمو الطفل الصغير وهي مسؤولة عن الإصابة *بالقزم الكلوي*، الفشل الجنسي عند الرجل، العقم، اضطرابات في العادة الشهرية عند

المرأة، إنخفاض في درجة حرارة الجسم، إضطرابات في شحوم الدم، واضطرابات في الغدة الدرقية[1] .

V- أسباب القصور الكلوي المزمن:

أ- مرض الكلى المزمن الأولى: (Glomérulonephrite primitives) ، مرض الكلى المزمن الأولى أسبابه غير واضحة و هو يمثل 40% من المصابين بالقصور الكلوي المزمن، أسبابها غير واضحة.

ب- مرض الكلى المزمن الثانوي، لأمراض عامة: (Nephropathies secondaires)

عندما تكون الإصابة الكلوية ناتجة عن إصابات أخرى مثل: إنتان في البول، مرض السكري، الأمراض الروماتيزمية المزمنة، الإنتانات المزمنة (infectiosn chroniques)، السل (tuberculose) ، أو وجود حاجز بالمسالك البولية adénome (كوجود حصي)، أو كذلك إستعمال بعض المواد السامة خلال ممارسة المهنة، أو إستعمال الأدوية خاصة مواد الكشف الردايو(الأشعا السينية RX)، أو كذلك لسبب ميتابوليزم. إرتفاع نسبة الكالسيوم، الفوسفور، حمض اليوريك.

وقد يكون القصور الكلوي المزمن ناتج عن مرض الأوعية الدموية (10%) بسبب تصلب الأوعية الدموية وإرتفاع الضغط الشرياني (Atherosclerose) أو تخثر الدم داخل الأوعية وانسدادها.

ج-أمراض الكلى الو راثية: 15%:

- وجود أكياس على الكليتين Polylystose
- ترسب الكلس في الكليتين oxalose
- كلى مشوهة شكليا أو كلى غير متطورة Dysplasies.

VI-نموذج الإستطلاع على القصور الكلوي المزمن:

VI-1-تشخيص المرض: إذا كان المرض غير مشخص، فان وجود بعض الأعراض المذكورة أعلاه يقودنا الى التفكير فيه، وبالتالي إجراء إجباري لفحص مخبري للدم والبول وكذلك إجراء فحص بالأشعة الفوق الصوتية (Echographie) على الكلى. أما إذا كان

[1] – BLACK BELAIRE A. « **Dictionnaire, médical »,** Alger, OPU, 1984, P967- P968.

المرض معروفا سابقا، فهذا يؤدي الى فحص دوري متقن مع قياس كمية الكرياتينين واليوريا كل ثلاثة أشهر، إجراء القياسات المناعية والنسيجية لمعرفة المصدر الرئيسي للمرض.

VI-2- البحث عن مضاعفات المرض (Les complications) :

- البحث على وجود حاجز في المسالك البولية والكلى.
- البحث عن وجود انسداد شرياني في الكليتين، وخاصة عند المسنين حيث تكثر عندهم كمية الكولسترول في الدم.
- وجود ارتفاع الضغط الشرياني.
- البحث عن قصور وظيفة القلب.
- البحث عن وجود إنتان في البول أو في الجسم (Infection urinaire).
- البحث عن الأدوية المتناولة بكثرة مسببة أضرار في أنسجة الكلى.

VI-3-محاولة معرفة مدي تطور المرض: من خلال تخمين تقريبي عن وقت حصول القصور الكلوي النهائي، ليعرض المريض للهيموديااليز أو الزرع الكلوي.

VII-العـــــــــلاج:

قبل المرحلة النهائية : العلاج هوبالأساس للوقاية من الوصول للمرحلة النهائية ، وذلك بمحاولة تشخيص كل الأسباب المؤدية للقصورالكلوي المزمن ومحاولة إيقاف أو تعطيل المرض قبل الوصول الى المرحلة النهائية للعلاج بالتحال الدموي (Dialyse).

إن محاولة منع الوصول الى الطور النهائي تتمثل في : [1]، [2]

- إتباع حمية خاصة منقوصة من البروتينات حوالي 0,8 غ/كلغ/ في اليوم. ولكن هذه الحمية غالبا ما تؤدي الى مضاعفات أخرى مثل نقص في الوزن، حدوث إنتانات، ضعف جسدي وحسي ...الخ.
- معالجة الضغط الشرياني الدموي ومضاعفاته.

[1] - Pr. DETREC. P.**«La prise en charge du transplanté rénal par le medecin généraliste»,** in dyalog, N°46, 1993, P1 et P2.

[2] - MEYRIER A. «**maladies renales de l'adulte**», Alger, Berti, 1994, P151- P154.

- خفض المضاعفات السريرية للمرض، وذلك بخفض كمية الصوديوم المتناولة لمنع حدوث إرتفاع الضغط وكذلك منع حجز الماء في الصدر والبطن.
- محاولة الإنقاص في تناول الأغذية والفواكه الغنية بالبوتاسيوم (الموز، المشمش، الشوكولاطة...الخ).
- معالجة الإضطرابات الناجمة عن إختلال ميتابوليزم الكالسيوم والفوسفور وذلك باستعمال (1-3) غ/اليوم من الكالسيوم، ومعالجة فقر الدم بالأدوية المحتوية على الحديد، كما يجب معالجة كل النزيفات التي تؤدي الى نقص وفقر الدم، خاصة عند المرأة حيث تكثر نزيفات الدم من خلال عادتها الشهرية، كما يجب معالجة قرحة المعدة إذا كانت موجودة.
- إستشارة الطبيب ومعرفة طبيعة الأدوية المتناولة لأن الكثير منها يخرب أنسجة الكلى، وبالتالي فلا يجب استهلاكها .
- القيام بالتلقيح ضد التهاب الكبد (Vaccin B, Contre hépatite)
- إذا كانت قيمة الكرياتينين أكبر أو تساوي ≤ 80 ملغ/الدم فيجب إحالة المريض مباشرة الى المصلحة المختصة بالتصفية لاجراء بداية التصفية (dialyse)، وقبل ذلك يجب تحضير المريض ليكون واعيا ومدركا لهذه العملية ويجب أن يكون عالما بكل مراحل مرضه، خطورته ومضاعفاته، والحمية التي يجب التقيد بها.

1) الهيموديالیز بالكلية الإصطناعية :

التصفية بالكلية الإصطناعية تتطلب عدة أجهزة، من بينها مضخة دم لإستخراج الدم من جسم المريض ليمر عبر قنوات بلاستيكية للوصول الى « الفلتر » المصفاة الإصطناعية (كلى إصطناعية) فينقي ثم يعود عن طريق أوعية أخرى ليدخل بعد ذلك الى الجسم مصفى. لإجراء هذه العملية يجب أن يخضع المصاب لعملية جراحية تجرى في يده لإدماج الناصور(FAV) ، وهي عبارة عن وصلة بين الوريد والشريان.

مؤخرا أصبحت عملية التصفية سهلة لتوفر عدة تقنيات لمراقبة المريض أثناء التصفية.

بعض الحوادث المتعلقة بالهيموديالیز:

- إنسداد الناصور، نزيف في الناصور، إنتان في (FAV) الذي قد يكون محل عدة عمليات جراحية.
- إنتان في بقية الأعضاء الأخرى خاصة القلب.
- إلتهاب أوإنتان في الكبد (Infection du foie), (Hépatite B).
- حدوث إلتهاب في القلب وغشاءه قد يكون خطيرا ويتطلب عملية جراحية للقلب.
- الإختلالات في الأوعية الدموية والقلب والدماغ، وهم الأسباب الأكثر خطورة و قد تؤدي للموت.

التطور L'évolution على المدى الطويل [1] :

إن حياة أو موت المريض مرتبطة بالحالة الكلينيكية له وعلاجه المبكر للمرض، إن المعالجين بالديناليز مهددين أكثر بالإنتانات المتعددة والخطيرة لأن مناعتهم تتدهور بفعل المرض، و يصبحوا أكثر تعرضا لظهور مرض السرطان. كما يمكن اعتبار المعالجين بالديناليز على أنهم في حالة إنتظار للزرع الكلوي، الذي يعتبر العلاج التام للمرض ليريحهم من كل مشاكل جهاز التصفية. فالزرع الناجح للكلية يعتبر الشفاء التام للقصور الكلوي المزمن ويصاحبه زوال للتعقيدات الثانوية للإصابة.

2- العلاج بالديناليز على الطريقة البيروتينية (DP):

إن هذه الطريقة أقل استعمالا من سابقتها، حيث يوجد في الجزائر 350 مريض معالج بهذه الطريقة، وهي عبارة عن الديناليز عن طريق غشاء البيريتوان الموجود داخل البطن، بحيث يوضع للمريض ناصور في بطنه عن طريقه يمكن إدخال سائل يلعب دور جالب فضلات اليوريا من الدم عن طريق غشاء البيرتوان.

ومن بين العوائق الكبرى لهذه الطريقة هو حدوث إنتان (Infection) في الغشاء الذي يؤدي الى فشل العملية وإعادة المريض إلى الهيموديناليز[2].

3-العلاج عن طريق الزرع الكلوي:

[1] - Pr. PERALDI.M.M «**complications tardives de la transplantation rénale**», in Dyalog, Paris,N°109, Mars 2000, P 2 - P3.

[2] - RICHET G. **« néphrologie »,** Paris, Ellipses, 1988, P126 -P128.

إن الزرع الكلوي هو العلاج الوحيد الذي يعيد للمريض حياة شبه عادية، وفي هذه الحالة يتعين على المريض تناول دواء ضد المناعة مع وجوب متابعة فحوص دورية.إن الكلية هي العضو الأول الذي زرع بنجاح منذ سنة 1959، وحاليا تقام في فرنسا حوالي2000 عملية زرع كلية سنويا ، وتعتبر القيمة المالية للزرع بعد النجاح أقل بكثير من عملية الديالز[1].

1-المريـــــض:

قد ينتظر المريض عملية الزرع عدة سنوات، وفي خلال هذه السنوات قد يتعرض لعدة إنتانات و أمراضا قد تؤثر سلبيا على هذه العملية. إن الحفاظ على نظام غذائي مستقر وكذلك الفحوصات المتعددة التي يجب أن تكون دورية تقي من المضاعفات التي قد تعرقل عملية الزرع،باعتبار أن هذه العملية أساسية للمصاب، لذلك يجب تحضيره جيدا لها من النواحي النفسية والطبية والجراحية [2] .

1- التحضير النفسي:

يتأتى التحضير النفسي بإجراء مقابلات من طرف الأخصائيين علىالطرفين المريض والمتطوع (معطي الكلية)، وكذلك تحسيس المريض بأهمية عملية الزرع والدواء المناعي، الذي يجب إستعماله مدى الحياة، لأن أي إهمال أو نسيان يؤدي الى عملية الرفض المناعي وبالتالي فقدان الكلية، كما يجب التأكيد على أهمية الفحوصات والتحاليل التي يجب أن يتبعها.

أما في ما يخص المتطوع بالكلية، فيجب أن يكون من العائلة (الأخ، الأخت، أو الأبوين) و أن لا يتجاوز عمره55 سنة، و أن يكون متمتعا بصحة جيدة، و يتم تعيينه بعد مقابلة كل المتطوعين ليتحدد،،بعد نتائج الفحوصات المخبرية الأولى، إختيار المتطوع الأكثر قرابة للمريض من حيث فصائله الدموية والمناعية.

أما في البلدان المتقدمة، فالمتبرع هو عموما ميت دماغيا (Coma dépassé)، ويبدأ هذا التحضير الخاص بالمصاب بالقصور الكلوي قبل الزرع بعدة أسابيع ويتواصل بعده.

---

[1] - Pr. BITKER O.**, «transplantation rénale à partir de donneurs vivants apparantés »**, in Dyalog, Paris, N° 109 Mars 2000, P2 -P3.

[2] - Pr. BOUDJEMAA A.**, «Abrégé sur la transplantation d'organe »**, Paris, Masson, 1990, P12, P20.

2- التحضير الطبـــي:

يتم التحضير الطبـــي بإجراء الاختبارات السريرية والمخبرية لأعضاء المصاب، مثل القلب، المعدة، الكبد وإجراء الأشعة، لإكتشاف الأمراض التي قد تكون مصدر للرفض المناعي وكذلك للوقاية من مضاعفات الأدوية المستعملة بعد الزرع.

3- التحضير الجراحـــي:

وجوب القيام بالعمليات الجراحية الخاصة بالأعضاء الأخرى، إن إستلزم ذلك قبل عملية الزرع الكلوي، وكذلك التأكد من وضعية الأعضاء وتقييم مكان عملية الزرع وذلك بمعرفة مكان التشريح والزرع. وتعتبر حاليا نسبة عملية زرع الكلية في الدول المصنعة عن طريق الميت دماغيا حوالي 95%، أما نسبة عملية الزرع الباقية (5%) فيكون فيها المتبرع حي (un donneur vivant).

بعـــد الـــزرع:

***-على المدى القريب:** تعتبر الأسابيع الأولى بعد الزرع مهمة جدا لأن معظم المضاعفات تحدث خلالها. و قد يتعرض المريض لأزمة الرفض (Crise de rejet) ، والعلاج الفوري والفعال يمكنه أن ينقذ الكلية والمصاب. كما يجب أخذ الحيطة في هذه المرحلة من مضاعفات الأدوية المستعملة، حيث غالبا ما تكون كمية الأدوية كبيرة ومتنوعة. كما يمكن أن تحدث مضاعفات جراحية مناعية أو إنتانية.

***-على المدى البعيد:**

إن نجاح الزرع يظهر من خلال تراجع وإنخفاض كمية اليوريا والكرياتينين في الدم مع زوال كل الأعراض السريرية، واسترجاع الوزن الأصلي...الخ.

أما المضاعفات الأخرى فتكون مثلا، إنسداد شريان الكلية المزروعة أو الرفض المزمن الذي يظهر بعد 6 أشهر من الزرع والذي قد يكون سبب لعودة المريض الى الهيموديااليز،

ويمكن أن يتعرض مرة أخرى لعملية زرع ثانية [1](Une deuxieme greffe rénale est possible) كما يمكن أن يظهر مرض السرطان على المريض بسبب تناول الأدوية المخفضة للمناعة.

نتـــــائج و آفاق عملية الزرع:

إن عملية الزرع قد تحسنت كثيرا في الخمسة العشرة سنة الأخيرة، وتقارب نسبة النجاح 90% في السنة الأولى، و 70% بعد خمس سنوات.

- إن الأمل في البقاء على قيد الحياة (Espérance de survie) بعد الزرع هو 96% في السنة الأولى، والى أكثر من 90% بعد 5 سنوات، وأكثر من 80% بعد 10 سنوات.
- إن الزرع يعيد للمريض حياة شبه عادية تكون نوعيتها أحسن بكثير من الهيموديالیز،وإن فشل الزرع الأول لا ينفي زرع ثاني وحتى ثالث إذا كانت الحالة الصحية للمريض تسمح بذلك.

VIII-بعض الإحصائيات في الجزائر:

- تقدر نسبة حدوث القصور الكلوي المزمن في الجزائر نحو50 حالة لكل مليون نسمة سنويا، أي حوالي 1500 مريض سنويا، متوسط أعمارهم حوالي 40 سنة.
- بدأ العلاج بالتقنية الدموية عن طريق الكلية الإصطناعية بالجزائر في عام 1963،وكان محصورا أنذاك في علاج مرضى القصور الكلوي الحاد. بدأ علاج مرضى القصور الكلوي المزمن في بداية السبعينات بعدد قليل من هؤلاء المرضى ثم بدأ برنامج التقنية الدموية المزمنة في التوسع تدريجيا اعتبارا من عام 1977.
- بدأ العلاج بالتقنية البروتينية المستمرة الجوالة (Dialyse péritonéale continue ambulatoire Dpca) في عام 1979، لتصبح الطريقة السائدة في برامج التقنية البيروتينية ويظم البرنامج الآن ما لايقل عن 360 مريض، موزعين على كل مراكز التقنية المزمنة لمرض القصور الكلوي [(1)] ، [(2)].

---

[1] - Pr BOUDJEMAA A**, «Abrégé sur la transplantation d'organe »**, Paris, Masson, 1990, P12- P20.

[1] et [2] - OTTMAN S. an overview of renal replace, a therapy in Algeria, in « **sand journal of kidney, diaseases and transplantation**», 1994, vol5 N°2 P190.

- عدد المراكز تصفية الكلى حوالي 52 مركز على المستوي الوطني، وهي غير كافية لإستقبال المرضى فالحل الوحيد لهؤلاء هو تشجيع عملية الزرع، وكذلك تشجيع الأطباء والفرق من خلال إعطائهم كل الإمكانيات اللازمة لتطوير هذه العملية، و وضع حد لمعانات المرضى بإجراء نزع الكلية من المتوفين دماغيا.[3]
- أما فيما يخص زراعة الكلى، فمازالت ضعيفة في الجزائر فلم تجري حتى الآن سوى 40 عملية زراعة كلى، كلها من متبرعين أحياء أقارب، بينما أجريت 250 عملية من متبرعين متوفين دماغيا لمرضى جزائريين في فرنسا وبلجيكا من خلال برنامج تعاون صحي بين تلك البلدان والجزائر[1].

[1]- Ibidem P 191.

الفصـل الثـانـي

المعاش النفسي
للمصاب بالقصور الكلوي المزمن

مدخـــــل:

لم يعد الاهتمام بالمصابين بالقصور الكلوي المزمن مقتصرا على الجانب الطبي المحض الذي يهتم بالاصابة العضوية بل تعداه إلى الجانب النفسي، الذي تبين أنه لا يقل أهمية عن الأول بل قد يكون أساسيا لأنه في الكثير من الحالات المتسبب الرئيسي للقصورالكلوي. في هذا الفصل سنحاول التطرق ولو بصفة مختصرة للدراسات النفسية التي مست العديد من الجوانب السيكولوجية المتمثلة في الميكانيزمات الدفاعية، الصورة الجسدية ، المعاش النفسي للمريض إزاء آلة التحال الدموي...الخ.

المعاش النفسي إزاء ألة التحال الدموي.

الهيموديالیز أو التحال الدموي هو علاج ضرفي (Palleatif)، مقترح على المصابين بالقصورالكلوي المزمن لتمكينهم من مواصلة الحياة.فمهما كانت الدرجة والطريقة التي يُحضّر بها المصاب لتلقي التحال الدموي، فإنه يعيشها على أساس إنتقال لحياة أخرى وقطيعة (Rupture) بالنسبة للحياة السابقة لتصبح أساس التغييرات في القيم وتسلسلها.

إن هذا العلاج الذي يسمح بالبقاء لمن كانوا سيموتون حتما يكون مقابل تبعية مطلقة لآلة مولدة للقلق والإكراهات[1]. فحياة المريض السابقة قد يستهيمها (Fantasmée) كجنة مفقودة، أما الحياة الراهنة فهي عبارة عن تمسك بالبقاء (Survie) تتميز بطابع إزمان المرض. فالمريض يبقى على هذه الحالة ما دام ليس له أمل في زرع الكلية، أما إذا كان هناك الأمل في الزرع فإن تلك الحالة تتغير فيصبح المريض يعيش هذه الحالة على أنها مرحلة إنتقالية وإنتظار [2].

إن المصاب المجبر على العلاج عن طريق آلة التحال الدموي يعيش هذا الإنتقال كصدمة وهزة عنيفة (Bouleversement) لأنه يواجه موته: التحال الدموي أو الموت. إن ذلك يمثل صدمة حقيقية بالنسبة له قد تودي الى حدوث سلسلة إضطرابات يكون فيها المريض في إرتباك (Désarroi) ، فلا يتوقف عن التفكير في التحال ويضل يعاني من كوابيس متكررة (Cauchemars répétitifs)، وصعوبات في التركيز...الخ.

قد تؤدي تلك الصدمة ببعض المصابين الى الدخول في حياة طُقسية (ritualisée)، أين يحاولون مراقبة الأحداث فيصنعون لنفسهم سيناريوهات يِ ِ َدمجون ضمنها التحال الدموي ومراقبته (المكان،الآلة...).

بينما قد تؤدي تلك الصدمة عند الآخرين الى النكوص ليُصبحوا كالأطفال الصغار خاضعين للقدرة الهوامية الفائقة للمُعالجين[3]، وفي مثل هذه الحالة يجب توخي اليقظة لأن

[1] , [2] et [3]- CUPA D. «**peut-on vivre libre et heureux en Hémodialyse ?»,** in Dyalog 85, Actualités internationales , Paris- France , 1997, P1, P2 et P1.

النكوص قد يكون خطيرا ويمكن أن يؤدي للموت. وعليه فإن المرافقة و المتابعة من طرف المختصين النفسانيين تكون ذات أهمية كبيرة.

سنتعرض في ما يلي لأهم محتويات هذا المعاش النفسي:

الأعراضية الإكتئابية:

إن الطابع المزمن للعلاج بالنسبة للمصابين، غير مشجع إلى أقصى الحدود، خاصة إذا انعدم الأمل في عملية الزرع الكلوي. هذه الحالة قد تؤدي إلى العديد من أعراض التخلي (Syndrome de renoncement) مع الميول الواضح للإكتئاب.[1]

فإننا لا نبالغ إذا قلنا أن ربع المحالين دمويا (Dialysés) يُظهرون علامات دالة على الاكتئاب العيادي، لتعبر عدة أعراض عن هذا الإنهيار من بينها صعوبات معرفية -التركيز، الذاكرة-، إضطراب الشهية، وبالأخص تحديد عام للنشاطات والإستثمارات والتخلي عن المشاريع التي كان المصاب يستثمرها[2].

إن انعكاسات الإصابة على الجانب الاجتماعي المهني عديدة، تبدأ بتجنب الأعباء المهنية الثقيلة، أو إعادة الترتيب المهني إلى حد التخلي الكامل على المهنة، مع المطالبة بمكانة عجز دائم (invalide permanent) الذي كان مسبوقا بتعديل أوقات العمل أو العمل النصف – الوقتي (mi-temps). من جهة أخرى إن الحفاظ على الاستثمارات المهنية من أهم الدلائل عن حيوية المصابين ليكون ضمانا لإدماجهم ضمن مشروع الزرع[3].

من جانب آخر قد لوحظ أن المصابين بالقصور الكلوي المزمن لا يستطيعون القيام بالحداد الخاص بعضوهم المفقود (Le deuil de ses reins). إذ كيف يمكن التفكير في تضميد هذا الجرح النرجسي، عندما يكون المريض مرتبط ثلاثة مرات في الأسبوع بآلة التحال لتذكره بكل قساوة بقصوره وهشاشة حياته. فيصبح الموت دائم الحضور في تفكير المصابين، ليظهرذلك على شكل إكتئاب مزمن [4] . قد يؤدي هذا الإكتئاب بالمصابين الى

---

[1] - Pr JACQUOT. C.«**Perturbations psychologiques au cours de l'hémodialyse ou de la transplantation**», in Dyalog 20, actulaités internationales, Paris, France, 1991, P1

[2] - CONSOLI. S.M «**trouble psychiatrique des insuffisants renaux chroniques**», in la revue du praticien, Paris, 1990, 40(7), P640.

[3] - CONSOLI.S.M «**trouble psychiatrique des insuffisants renaux chroniques**», in la revue du praticien, Paris,
1990, 40(7), P641.

[4] - CUPA D.« **Peut-on vivre libre et heureux, en hémodialyse ?** », in Dyalog 85 , acualités

عصيان العلاج، وقد تجدهم يسرفون في الشرب عما هو محدد لهم ليتخذوا ما بين كل تحال دموي وآخر وزن أكبر عما هو مسموح به، وقد لا يتبعون الحمية الفقيرة من البوتاسيوم رغم أنهم يعرفون جيدا أن ذلك خطر مميت .[1]

بينت بعض الدراسات الصادرة، عن دار الصحة لما لهول (Mailhol) بفرنسا أن الحالات الإكتئابية هي الأكثر تواترا لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن (50% من المصابين)، ليكون إكتئاب إستجابي.

والجدير بالذكر هو ظهور الاكتئاب في المراحل الأولية للتحال الدموي، إن هذه الفترات تدل على إستعمال المريض للطاقة النفسية اللازم للتعديل وإعادة الاستثمار في مشروع حياته من أجل البقاء، أين يظهر في هذه المرحلة أكبر عدد من محاولات الانتحار[2].

فمفهوم الموت لدى هؤلاء المصابين يتمثل بطريقتين متناقضتين، فمن جهة فإن الموت دائم الحضور بسبب إحتمال التعقيدات المميتة، تناقص مدة الحياة (Espérance de vie réduite)، موت مُعالجين آخرين...الخ. ومن جهة أخرى يكون مُقنّع بسبب إبتذال وروتينية العلاجات التي تُجرى في سياق ثابت[3].

---

internationales, Paris – France, 1997, P02.

[1] - Pr. JACQUOT. C. « **Perturbation psychologiques au cours de l'hémodialyse ou de la transplantation**», in Dyalog 20, actualités internationales, Paris- France, 1996, P1.

[2] - Dr. ROQUES. J.P. **«études des troubles psychiatriques et des effets traumatiques liés à l'hémoialyse Chronique»**, in l'évolution psychiatrique 1983, tome 48 fascicules 4, P976.

[3] - SANCHEZ-CARDENAS. M «**troubles psychiques au cours de l'hémodialyse chronique et de la transplantation rénale** », in Ency-Méd-Chir (Paris, France) Psychiatrie, 37670 A^{60}, 10-1989, P2.

الصورة الجسدية: L'image du corps

إن خصوصية مرض القصور الكلوي تتمثل في وجود عضو شبه ميت لا يؤدي أي وظيفة داخل الجسم، ليُعوض دوريا بآلة خارجية غريبة كليا عن الجسد – الكلية الاصطناعية – والتي تصبح إمتداد في الفضاء الخارجي لشيئ –الكلية-كان عادة باطني سري وخفي[1]. وفي هذا الصدد يتعرض المصاب لعملية جراحية لإدماج الناصور (Fistule) الذي يشكل نقطة إتصال بينه وبين أنابيب الآلة الاصطناعية.

وهكذا يصبح المريض، الذي كان عبارة على وحدة كاملة مستقلة، مرتبط بوسائل خارجية لا يملكها ولا يتحكم فيها لتصبح حياته متعلقة بها كليا. كما يستثمر الناصور، من جهة على أنه ذو قيمة كبيرة لأنه يضمن التحال وبالتالي الحياة، ومن جهة أخرى فإنه أثر (Stigmate) دائم ومقلق للمريض. فالإرتعاش يُطمئن لأنه يقوم بوظيفته، ومقلق لأنه يفتح بطريقة غير معتادة المجال لسماع أصوات الجسد الداخلية.

فالدورة الدموية التي كانت خفية وداخلية تصبح خارجية مكشوفة، تساهم في إختلال تنظيم المعالم المكانية وإضطراب كمال الصورة الجسدية بشكل كبير.

فإذا أضفنا إلى ذلك التغيرات التي تحدث للمصاب كزيادة الوزن، الشيخوخة المبكرة، آثار بعض التعقيدات...، فإن الصورة الجسدية تصاب بهزات تؤدي في بعض الأحيان الى إنقسامات وإنشطارات لهذه الصورة مثلما يحدث ذلك لبعض الذهانيين.

كما يجب أن لا ننسى الهوامات العديدة التي تخص هذه الفئة، كالهوامات الهاموية (ممتصى الدماء vampirique) التي تتغذى بالدم (السائل المقدس)(liquide sacré). في هذا الصدد من الممكن أن يعيش المصاب قلق التفريغ المُنشط بالدورة الدموية خارج الجسد، وكذلك بفعل عمليات الأخذ المتكررة (Les prélèvements)...

كما يضاف لهذا القلق قلق العدوى المرتبط بنقل الدم الذي قد يكون حاملا للأمراض.

في الأخير فإن الآلة تُستثمر على أنها أم ذات قدرة كاملة (toute puissante) مُولدة للحياة من جهة، ومن جهة أخرى خطيرة لأنه بإمكانها إحداث مضايقات وانخفاضات في

[1] - Pr. JACQUOT .C.« **Perturbations psychologiques au cours de l'hémodialyse ou de la transplantation »,** in Dyalog 20, actualités international, Paris – France, 1991, P2.

الضغط [1]، و مخيفة لأنها مُغتصبة(Spoliatrice) مسببة بذلك تجثيث الجسد(cadavérisation) مثل: هوام الجسم الميت الذي تُبعث فيه الحياة مرة أخرى[2].

الحياة الجنسية :(la vie sexuelle) :

يُمثل العجز الجنسي أحد تعقيدات هذه الإصابة،حيث تنعكس عدم القدرة الجنسية على الجانب النفسي للمصاب، على شكل قلق الخصاء (L'angoisse de castration) فيشعر المريض أنه مخصي (emasculés)، كما يمكن أن يعبئ مشاكل تخص التقمصات الجنسية[3] والسبب الأساسي للإضطرابات الجنسية هو التغيرات الأيضية (métabolique) الأكثر تعقيدا المرافقة للحالة المقلقة أو الإكتئابية والتي تخص المصابين بالقصور الكلوي المزمن، لتنعكس على الحياة الزوجية لديهم [4]. أما إن حدث الزرع الكلوي، فالمصاب يعيش ذلك على أنه إعادة ذكرية [5] (remasculinisés).

---

[1] - CUPA. D.«**Peut-on vivre libre et heureux, en hémodialyse ?**» , in Dyalog 85, actualités internationales, Paris- France, 1997, P3.

[2] - SANCHEZ-CARDENAS M. « **troubles psychiques au cours de l'hémodialyse chronique et de la transplantation rénale** », in ency-Méd-Chir (Paris-France) Psychiatrie, 37670 A^{60}, 10-1989, P2.

[3] - CUPA .D. « **peut-on vivre libre et heureux, en hémodialyse** », in Dyalog 85, actualités internationales, Paris –France, 1997, P3.

[4]- CONSOLI. S.M. «**trouble psychiatriques des insuffisants rénaux chroniques**», in la revue du praticien, Paris, 1990,40(7) P641.

[5] - CROMBEZ .J.C ET LEFEBVRE. P «**la fantasmatique des Greffés rénaux**», in Rev. FR.Psychanalyse , 1/2/1973, P101

الميكانيزمـــــات الدفاعيـــة

لتكييف المصاب نفسيا إزاء التحال الدموي عليه إتباع مراحل متعددة وضرورية لحشد بعض الميكاميزمات الدفاعية التي تمكنه من مواجهة قلق الموت، إنحطاط صورته الجسدية، تبعيته والمتطلبات المفروضة من المرض وعلاجه [1].

إن الإستراتيجيات التي تُمكن المصاب من مواجهة هذه الوضعية تتعلق بالبنية النفس- مرضية (Psychopathologique) له، وبتاريخه الذي يُعطي دلالة لهذه الإستراتيجيات التي يجب على الفرقة الطبية إحترامها [2].

فنلاحظ أن المصاب يربط (noue) علاقة تبعية إزاء الفريق الطبي، تؤدي به إلى مواقف طبعية (caractérielles)، فيكون بعضها هيستيري الشكل مع مطالب عاطفية عبر شكاوي جسدية، والبعض الآخر من النموذج الهجاسي مع طقوسية مفرطة للعلاج وتمسك فيتيشي (fétichiste) بآلة تحال خاصة و بسرير مخصص أو بممرضة «التي تجيد الوخز» «qui sait piquer». هذه المواقف تكثر لدى الأفراد اللذين يتميزون بهشاشة نرجسية، ويحاولون الرد على الإهانة المتلقاة من خلال تبعيتهم المعاشة، بإضهار التكبر، والمطالبة (Exigeant) ، إحتقار المُعالجين[3] .

فالدكتورة **إليزابات كوبلر روس** (Le docteur **Elisabath Kubler - Ross**)، تصف تجاربها مع الأمراض الخطيرة، وتُحلل مختلف الإستجابات التي يُضهرها المصاب عند معرفته بالطابع المميت لمرضه. توصلت إلى أن الإستجابة الأولى هي تلقي الصدمة (Souffrir un choc) ، وإنكارالمرض (Nier la maladie).

كما بينت زيادة على ذلك أن المريض عندما يتوقف عن نفي مرضه، فإنه يطرح

---

[1] - DEFERT .P.«**mécanismes de défense de l'hémodialysé chronique**», in Semaine des Hopitaux, Paris, 1992,68, N°09, P244.

[2] - CUPA. D.« **peut-on vivre libre et heureux, en hémodialyse ?**», in Dyalog 85, actualités internationales, Paris, France, 1997, P2.

[3] - CONSOLI. S.M.«**trouble psychiatrique des insuffisants rénaux chroniques**», in la revue du praticien, Paris, 1990, 40(7), P642.

العديد من التساؤلات حول خطورة حالته [1]. فكل ميكانيزمات الدفاع المستعملة بطريقة خاصة قد تكوُن من أجل مواجهة القلق، ليكون البعض منها مستعملا أكثر من غيره، حسب الأشخاص.

1-الإنكـــار La Dénégation :

ميكانيزم النفي ميكانيزم نافع لحد معين، من أجل الحفاظ على تفاؤل ضروري لمواصلة العلاج [2]. يتمثل في إنكار خطر الموت الدائم بتصريف القلق المُهدم المرتبط به: يمكن أن يُترجم في الحالات القصوي عن طريق إهمال غريب للعلاج، فيصبح خطيرا إذا أدي الى عدم التقيد به [3](non-observance).

2 - النفـــي .Dénie :

هو رد فعل بدائي للخطر ترتكز عليه ميكانيزمات الدفاع الأخري، هذا الميكانيزم الدفاعي متواجد على الخصوص في المرحلة الأولى من العلاج، ليكون في الغالب مرتبط بأمل خفي في الشفاء السحري [4](la guérison magique).

إن إنكار الواقع هو مسار يستند على الواقع الخارجي، ليولد في شعور المريض تيارين متناقضين للفكر- إن هذا الميكانيزم أسنده **فرويـــد** للذهانيين- حيث يوجد إنشطارا في شعور المريض، مثل «المصاب الذي ليس له ساعد»، « il n'avait plus de bras»، فالساعد الحامل للناصور لم يعد ملك له، لقد أودعه لزوجته والممرضات المُهتمين به برفق لكنه هو غير مريض [5].

مثل «أنا لست مريضا، وكلاي لم يؤلمان أبدا»

«Je ne suis pas malade, je n'ai jamais mal au reins» [6]

---

[1] - CARBONELL.C.«**attitudes devant la mort et mécanismes de défense pendant l'hémodialyse**» , in l'évolution psychiatrique, 1978 fascicule II, P417.

[2] - SANCHEZ-CARDENAS.M ET BESANÇAN. G. «**troubles psychiques au cours de l'hémodialyse chronique et de la transplantation rénale** », in Ency-méd-chir (Paris-France), psychiatrie, 37670 A^{60}, 10-1989, P2.

[3] - CONSOLI. S.M.**«trouble psychiatriques des insuffisants rénaux chroniques»,** in la revue du praticien, Paris, 1990, 40 (7), P641.

[4] - DEFERT .P.**«mécanisme de défense de l'hémodialysé chronique»,** in Semaine des hopitaux, Paris, 1992, 68, N°09, P245.

[5] et [6] - DR ROQUES .J.P. **«étude des troubles psychiatriques et des éffets traumatiques liés à l'hémodialyse chronique»**, in L'évolution psychiatrique 1983, tome 48, fascicule 4, page 979.

كما نجد أن الإنكار من الممكن أن يؤدي إلى تطرف مُضر، فإذا أنكر المريض تشخيص مرضه إلى درجة رفض العلاج الملائم فمن الواجب مقاومة هذا الإنكار .

فالدكتور قاسم Le Docteur Cassem، يبين كذلك بأن الإنكار يمكن أن يكون عائقا مضرا في حالات أخرى:

- عندما يُفسد الإنكار العلاقات الشخصية للمريض مع عائلته وأطباءه.
- عندما يؤدي الإنكار الى نكوص طفولي، ويمنع المريض من مواجهة الحقيقة بنضج، مما يعني المأساة، الألم والموت.
- أخيرا، عندما يلجأ المريض للديانة (la religion) كميكانيزم للإنكار وإلى عقيدة ما بعد الحياة (l'au-dela)، للحفاظ على وهم أن الموت ليس نهاية للحياة[1].

3-الإسقاط La Projection:

الإسقاط هو ميكانيزم كثير التواتر، فهو عملية يطرد من خلالها المريض ما في نفسه ويحدده في الآخر، كالقيم، الأحاسيس، الرغبات التي لا يعترف بها أو يرفضها [2].

ومنه سيسمح للمصاب بأن ُيسند للعالم الخارجي ما ينكره عن نفسه، لتُسقط أحاسيسه الإكتئابية على المرضى الآخرين و على الفرقة الطبية ويُترجم عدوانيته عن طريق إحساس إضطهادي ليجعل من العائلة والمجتمع مسؤولين عن صعوباته [3]، وقد يُسقط الخطر على آلة التحال الدموي المُعاشة كشخص آلي (Robot) له قدرات فائقة قادرة على الإفلات من سيطرة الإنسان لُتسارع للتهديم بكل حرية [4]. كما نجد هذا الميكانيزم من خلال إسقاط «ذنب كونه مريض»« **Culpabilité à être malade**» الذي يشعر به كل المصابين و يكون على شكل «البحث عن الأسباب»،«une quête étiologique» ، حسب تعبير **جينات رامبولت** «**Ginette raimbault**»، فالمصاب يبحث عن سبب من خلال

---

[1] - CARBONELL. C.**«attitudes devant la Mort et mécanismes de défense pendant l'hémodialyse»,** in l'évolution psychiatrique, 1978, Fascicule II, P425.

[2] - Dr ROQUES.J.P,**«Etudes des troubles psychyatriques et des effets traumatiques liés à l'hémodialyse chroniques»,** in l'évolution psychiatrique, 1983, tome 48, fascicule4, P979.

[3] - DEFORT. P.**«Mécanismes de défense de l'hémodialysé chronique»,** in Semaine des höpitaux, Paris, 1992, 68, N°9, P246.

[4] - CONSOLI. S.M **«trouble psychiatriques des insuffisants rénaux chroniques»,** in La revue du praticien, Paris, 1990,40(7), P641.

تاريخه العائلي بهدف إيجاد المُذنب المسبب للإصابة، وبالتالي المسؤول عن حالته[1]. إن الطبيب غير مُعفى من هذا الإسقاط التأنيبي (La projection de la culpabilité) ، فقد وجد في كل الحالات الملحوظة فكرة خطأ طبي(Erreur Médicale).، وبالتالي الطبيب مسؤول عن الإصابة .[2]

4-الميكانيزمات الهجاسية Mécanisme obsessionnel:

نجد مجموعة من ميكانيزمات الدفاع، التي يمكن أن تساهم في وضعية نفسية صلبة دائمة (psycho-rigidité) لدي المصابين، للإستجابة لوضعية غير مؤكدة، فيستطيعون بذلك بناء حماية دفاعية جدية.(Une véritable carapace défensive).

إن إنتظام النسق وكذلك تدقيقية العلاج يشجعان على الهجاسية مع الطقوسية و التحقيقات و ميكانيزمات العزل و التكوين العكسي...[3].

سنشير فيمايلي إلى البعض منها الأكثر تواترا:

***-العزل Isolation:**

يتمثل في عزل فكرة أو سلوك، بحيث تقطع كل التواصلات مع أفكار أخرى أو مع باقي وجود المريض .

ليقول المريض مثلا بإستعماله لهذا الميكانيزم:

«أنا عندما أخرج من هنا، سأنسي تماما التحال الدموي... أنسي في نهاية الأمر كل ماهو هنا و إنني أتيت الى هنا، وقضيت أربعة ساعات في السرير. أعيد التفكير فيه عندما أدخل عبر الباب. أعلم أنه يجب أن أصل في الوقت، وهو كل ما أُحاول أن أتذكره»[4].

---

[1] et [2] – DR. ROQUES. J.P «**études des troubles psychiatriques et des effets traumatiques liés à l'hémodialyse chroniques**», in L'évolution psychiatrique, 1983, tome 48, fascicule 4, P 979 et P 980.

[3] - SANCHEZ- CARDENAS .M, BESANÇAN G**. «troubles psychiques au cours de l'hémodialyse chronique, et de la transplantation rénale »,** in Ency-Méd-Chir (Paris-France) Psychiatrie, 37670A[60],10-1989, P2.

[4] - DR. ROQUES .J.P,**«Etudes des troubles psychiatrique et des effets traumatiques liés à l'hémodialyse chroniques»,** in l'évolution psychiatrique, 1983, tome 48, fascicule4, P979.

في هذا الصدد، فإن المريض يعزل هذه المعايير الآلة، المواعيد، الحمية...، من محتواها المقلق المرتبط بالمرض الخطير.هذا النوع من المصابين يتلائم وضعهم جيدا، للقيام بالتحال الدموي في البيت [1].

***-التكوين العكسي Formation réactionnelle:**

الذي يتمثل في سلوكات المعارضة لوضعية مُكدّرة و مكبوتة: كالرغبة الجامحة لإفراط في الغذاء يُمكن أن يُحدث تكوين عكسي من خلال التنفيذ الحرفي لتعليمات الحمية. وتحديد العلاقات الإجتماعية لتجنب الرغبات، كذلك فإن طُقوسية الحصص هي إستجابة لرغبة لا شعورية للتخلي عن الآلة أو حتى تحطيمها[2] .

5- القيام بالفعل Le passage à l'acte :

إلى جانب السلوكات الإنتحارية عن طريق الإهمال أو التخلي، يمكن أن يكون هناك خرق عنيف مع إندفاع الشراهة (impulsion boulimique) المُخلة بالتوازن الأميوستازي الذي يفوق الإمكانيات العلاجية [3].

فمحاولات الإنتحار تكون أكثر تواترا بالمقارنة مع عامة الناس- (مئة مرة أكثر، حسب أبرام Abram وجماعته 1971)-. لكنها نادرا ما تكون فعالة (شنق، سلاح ناري،إزالة أو إتلاف الناصور...)، لتأتي في أغلب الأحيان «بالإنزلاق»«Par glissement » أي بمعني التخلي أو إهمال العلاجات [4] .

أخيرا يجب أن التفطن أنه يوجد عموما فئتين من المصابين إحداهما سلبية (Passif) و أخرى نشطة (actif).

فالمصابون الجيدون« des très bons malades» السلبيون، يجب أن نحذر منهم عندما يتعلق الأمر بإصابة مزمنة ومعيقة. فالمرضي المُطبقين والمُتقيدين بالنظام (observant) لا يحْتجّون أبدا، يظهرون عقلاء إتجاه كل الإرغامات المفروضة عليهم،

---

[1] et [2] - DEFERT. P.**«Mécanismes de défense de l'hémodialysé chronique»,** in Semaine des hopitaux, Paris, 1992, 68, N9, P246.

[3] - DEFERT .P.**«Mécanismes de défense de l'hémodialysé chronique»,** in Semaine des hopitaux, Paris, 1992,68, N°9, p247.

[4]- SANCHEZ-CARDENAS M, BESANÇAN.G **«troubles psychiques au cours de l'hémodialyse chronique et de la transplantation rénale »,** in Ency-Méd-Chir (Paris-France), Psychiatrie, 37670A[60], 10-1989, P2.

فهم سلسي المعاشرة (Facile a vivre) عن الآخرين. لكن ذلك يجعلنا نشك في غريزتهم الحيوية ورغبتهم في المقاومة.

إن أقل حد من الإستجابات الطبعية هي اللاتسامح،الإثارة، المطالبة، حتى و إن لم تكن مبررة فهي تدل على إصرار التمرد عند المريض تجاه ما يحدث له. إذن هذه المواقف النشطة تكون ذات ميزة حسنة.

مناقشـــــة:

الدراسات التي أقيمت على المصابين بالقصور الكلوي المزمن و التي اعتمدت على النظرية التحليلية، ركزت فقط على المظاهر النفسية و المعاش النفسي للمصابين بالقصور الكلوي إزاء التحال الدموي، و التي تمثلت في الأعراض الإكتئابية و الميكانيزمات الدفاعية المستخدمة لمواجهة قلق الموت ومتطلبات العلاج المفروضة. كما اهتمت بالصورة الجسدية المضطربة للمصاب بسبب إتصاله الدائم بأنابيب خارجة عن جسمه لتصفية دمه.

أما النظرة الطبية فقد إهتمت بالمظاهر الجسدية للإصابة بمرض الكلى و تعقيداتها الجسدية،حيث كان تفسيرها تفسيرا بيولوجيا بحتا.

هاتان النظريتان تضلا غير كاملتان، بسبب إهتمام كل منهما بجانب واحد دون الأخر.

أما النظرية السيكوسوماتية فهي ترتكز أساسا على فكرة الربط والإستمرارية والتفاعل بين المظاهر الجسدية والنفسية خلال مختلف مراحل التنظيم والتطور الفردي، فللنفس تأثير على الجسد و للجسد تأثير على النفس، مكونان بذلك نسق واحد.

لذلك قمنا بالإعتماد في دراستنا لهذه الفئة المصابة بمرض الكلى المزمن على النظرية السيكوسوماتية التي سنتعرض لها في الفصل الموالي.

الفصـل الثـالث

النظرية السيكوسوماتية المارتية

المقدمة

تعتبر المدرسة الباريسية للسيكوسوماتيك التي أسسها بيار مارتي، من المدارس الأكثر حداثة في البحث حول الأمراض الجسدية وطرق التكفل النفسي الملائم بها، وتعتمد في ذلك على مبادئ التحليل النفسي.

رغم أن فرويد لم يهتم بصفة خاصة بالسيكوسوماتية لكنه يبدوا أنه الحاث الأساسي لها، ذلك أنه يعطى لها، في كتاباته الأولي حول الهيستيريا، تفسيرا بمفهوم إقتصادي. فأعراض الهيستيريا هي نتاج التحويل "Conversion" لإثارة داخلية إلى تعصيب جسدي " Innervation somatique". من هنا بدأت تطرح مشاكل السيكوسوماتيك إنطلاقا من هذه الأعمال حول الهيستيريا. ففي نفس الفترة وصف فرويد أعراض عصاب القلق "Névrose d'angoisse" مع مجموعة الإضطرابات الوظيفية على أنها تظاهرات جسدية لقلق غير متصور " Non représentés ".

النظرية السيكوسوماتية ترتكز على مبادئ ومفاهيم أساسية لتفسير مختلف الظواهر التي تدرسها. وتنطلق من مبدأ أساسي هو "التوحيد" المتمثل في "الإهتمام بالوحدة الجوهرية للإنسان و التسلسل التدريجي لجميع الوظائف التي تساهم في تنظيمه". فالنفس و الجسد هما مظهران مترابطان متفاعلان لحقيقة واحدة: الإنسان الذي يظل في تطور ضمن شبكة العلاقات العائلية و الإجتماعية. و بذلك فالنظرية السيكوسوماتية تعطي تفسيرا جديدا للمرض العضوي بعيدا عن التفسير الطبي، الذي يرجع المرض إلى عوامل بيولوجية بحتة و يتغاضى عن نفسية الفرد ومدى مساهمتها في ظهور المرض ومقاومته.

تعتمد هذه النظرية على دراسة الإنسان في حالته الصحية و المرضية عبر مختلف مراحل تطوره. فبيارمارتي لا ينظر للمرض و إنما ينظرللشخص المريض، ليفسر المرض بالرجوع للإقتصاد السيكوسوماتي للشخص المصاب.

كما اهتمت هذه المدرسة بدراسة السير العقلي بغرض فهم سياق التجسيد،

(processus de somatisation) وفي هذا الصدد يرى مارتي أن الإختلال الجسدي يظهر عندما يختل توظيف التنظيم العقلي. ففي هذا الإطار فإن الجهازالعقلي المختل في سيره قد يكون المتسبب في اختلال او مرض الجهاز العضوي. و الذي يظهر من خلال تدهور القيمة الوظيفية للموقعية الفرويدية الأولى (الشعور، قبل الشعور، اللاشعور)، والموقعية الفرويدية الثانية (هو، الأنا، الأنا الأعلى).

إذن فإذا كان التحليل النفسي الفرويدي قد جاء لوضع نظرية حول العصابات، فإن نظرية بيارمارتي قد جاءت لفهم وتفسير المرض الجسدي.

المبادئ الأساسية للنظرية المارتية

Les principes essentiels de la théorie de P. Marty

من خلال ثمار أعمال مارتي وأبحاثه العلاجية على المصابين جسديا لمدة تزيد عن 40 سنة، فإنه توصل إلى فرضيات جديدة و دقيقة واضعا بذلك المبادئ الأساسية التي سنتطرق لأهمها :

مبدأ التوحيد (Le monisme).

رفض مارتي مبدأ الازدواجية نفس-جسد(le Dualisme psyché-somatique) وطرح بدله التوحيد السيكوسوماتي الذي يحتوي على إزدواجية الغرائز الأساسية (الموت-الحياة)، و يستدل مارتي على ذلك بالإستمرارية الوظيفية(Continuité fonctionnelle) ، ما بين الجسد و النفس قائلا :

"الإنسان هو عبارة عن مجموعة من الوحدات الحية التي - و منذ ولادته - أطلقت لفترة زمنية في الفضاء في شكل مجموعات وظيفية، مع تبعية مستمرة لمحيطه إنطلاقا من التبادلات الفيزيائية - الكيميائية مرورا بالتبادلات الوجدانية و الإجتماعية ووصولا إلى التبادلات الفكرية و الفنية. فهو يأخذ بصفة مستمرة من العالم الخارجي العناصر الأساسية لإستمرار حياته" [1] .

مبدأ التطور (L'évolutionisme).

[1] - MARTY .P.**« les mouvements individuels de vie et de mort essai d'économie psychosomatique»**, Paris, Payot, 1976, P9.

يؤكد مارتي على ذاتية و فردية الإنسان الذي يحمل بنية أساسية خاصة به تميزه عن كافة البشر. ويلح مارتي على التنظيم و التسلسل التدريجي للوظائف في مسار تطور الفرد قائلا **"إن التوظيف العقلي المتسلسل (Hiérarchisé)، يشهد على السير الجسدي الجيد عند الفرد، وإن إختلالات التنظيمات العقلية يرافق عادة الإختلال الجسدي"** [1] و بالتالي أهمية التنظيم العقلي للأفراد في صراعهم على البقاء.

إن الخصائص التطورية للفرد تكون ممثلة تدريجيا ب :

- الفسيفساء الأولى (Mosaïque première)
- التجمعات المتتالية وتسلسل الوظائف.

(les rassemblements successifs et la hiérarchisation des fonctions)

- التنظيم العقلي، الذي يشهد عادة على التنظيم العام.

(l'organisation mentale, qui va souvent témoigner de l'organisation générale)

فالفرد يولد وهو عبارة عن مجموعة من الوظائف التي تعمل بنوع من الإستقلالية، دون أن تشكل نظاما موحدا مستقلا. يستعمل مارتي مفهوم "الفسيفساء الأولية" للدلالة على هذه الوظيفة. فالطفل يعتمد في البداية على أمه التي تعمل على ربط هذه الوظائف فيما بينها، ومع تواصل مسار الحركة التطورية يكتسب الطفل إستقلاليته تدريجيا أثناء مراحل النمو[2]. وهكذا شيء فشيء، يكوّن الرضيع ثم الطفل قدرته على تنظيم الوظائف في مستويات أوسع [3]، تقل من حيث العدد شيئا فشيئا لكنها تكون أكثر تنظيما. والجدير بالذكر أن المجموعات الوظيفية الجديدة، تظم عددا معينا من الوظائف الموجودة من قبل والتي سوف تعطي لها شكلا جديدا [1].

---

[1] - MARTY . P **« l'ordre psychosomatique, les mouvements individuels des vie et de mort »**, tomeII , Paris, Payot, 1980, P139.

[2] - MARTY. P. **« l'ordre psychosomatique, les mouvements individuels des vie et de mort »,** tomeII , Paris, Payot, 1980, P139.

[3] - MARTY. P.**« Les mouvements individuels de vie et de mort essai d'économie psychosomatique** », Paris, Payot, 1976, p119.

[1] , [2] et [3] - MARTY. P. **« Les mouvements individuels de vie et de mort essai d'économie sychosomatique** », Paris, Payot, 1976, P120, P120 et P158 .

و لكي تحدث هذه الحركات التنظيمية لا بد أن تكون العناصر التنظيمية التي هي في طريق التكوين، في مكانها المناسب و في الوقت المناسب لا قبل الأوان ولا بعده [2]. فالوظائف تتطور من الأبسط إلى الأعقد على شكل هرمي، إذ تمثل قاعدته الوظائف الفيزيولوجية أي الجهاز الجسدي الذي هو أسبق للوجود. أما قمة الهرم فهي تمثل الجهاز النفسي، هذا التنظيم يتم وفقا لحركات ترتيب و تجمع الأنظمة . [3]

و الحركات التطورية حسب هذا المبدأ تتبين بوضوح أثناء الطفولة، ثم تدمج كل مراحل التطور الليبيدي كما هي موضوعة في الميتابسيكولوجية الفرويدية، لتقوّي وتدعّم السلسلة التطورية المركزية (Chaine évolutive centrale) التي يكون محورها عقلي، ممثلة قمة التطور[4].

لا يخلو هذا الجهاز من التعرض للإختلالات ليكون الخلل العرضي حسب نظرية مارتي متمو ضعا في الجانب النفسي بينما يكون الاضطراب الجسدي هو النتيجة، و على هذا الأساس فإن القمة التطورية هي النشاط الفكري.

إن التطور الفردي يكون مطبوعا عموما بتأكيد فعالية واضحة لغرائز الحياة وتتعرض البناءات الوظيفية باستمرار لتشوهات (avatards) عابرة و متكررة لا مفر منها بفعل غرائز الموت [5].هذه الغرائز تعمل كقوة معاكسة (Antagoniste) للحركة التطورية (Contre-évolution) ليؤدي إلى الإنحلال الوظيفي عن طريق الصدمات التي تعرقل سير حياة الفرد.

فالفرد لا يكون في حركة تطورية مستمرة إذ تتدخل صعوبات، إما داخلية أو خارجية، تشكل حركة تراجعية (Mouvement regrédient) محدثة بذلك نقاط التثبيت التي تتكون بالتدريج عبر التفاعل المستمر بين الحركات ذات الإتجاه التطوري والحركات المعاكسة للتطور و التنظيم والتي تهدف إلى إرجاع التنظيم الوظيفي من نقطة تطورية إلى حالة سابقة أقل تنظيما معطية بذلك علامة تثبيت (Un marquage) خاصة

---

[4] - DEBRAY. R.**« L'équilibre psychosomatique organisation mentale des diabétiques »** Paris, Dunod, 1983, P18-19.

[5] - MARTY. P **« Les mouvements individuels de vie et de mort essai d'économie psychosomatique** », Paris, Payot, 1976, p14-15.

بالفرد. ففي نهاية النمو يتشكل تنظيم عقلي غني بنقاط التثبيت مرتبة عبر المراحل المختلفة للتطور الليبيدي.

السلاسل التطورية Les chaines évolutives

إن المحاور التطورية للفرد ليست على شكل خطي (Linéaire)، فالتمثيل في الفضاء لهذه المحاور يمكننا من فهم أفضل للتعقيدات الخاصة بتطور الإنسان، وفي هذا الصدد يقترح مارتي أشكالا تخص خطوط تطور الفرد المعلّمة بنقاط تثبيتات-نكوصات:

- السلسلة التطورية المركزية (La chaîne évolutive centrale).
- سلاسل تطورية جانبية (Les chaînes évolutives latérales).
- ديناميات موازية (les Dynamismes parallèles).

السلسلة التطورية المركزية (La chaîne évolutive centrale):

تتضمن التثبيتات - النكوصات الليبيدية وحتى الجسدية التي تنتهي في السلسلة التطورية المركزية العقلية (أو في أقصى مدى تطوري أثناء مرحلة النمو العقلي) (la pointe évolutive mentale). فالتنظيمات الوحيدة المزودة بهذه السلسلة التطورية هي التنظيمات العصابية أو الذهانية الصريحة(Franche)، وهي غنية بنقاط تثبيتات مدرجّة على مختلف مراحل التطور الليبيدي [1].

- السلاسل التطورية الجانبية (Les chaînes évolutives latérales) :

وهي متغيرة حسب الأفراد تلتقي في معظم الأحيان بالسلسلة التطورية المركزية، وتكون معلّمة بمختلف نقاط تثبيتات - نكوصات التي بإمكانها التدخل أثناء إختلال التنظيم بعد-الصدمة، على شكل أعراضية متنوعة مخالفة غير مألوفة في توظيف الأفراد[1].

---

[1] - SERON. F. **« l'organisation psychosomatique des transplantés rénaux »,** thèse doctorat 3ème cycle, Univérsité RENE DESCARTES, Paris sous la direction de R. Debray, 1987, P75.

[1]- SERON. F. **« l'organisation psychosomatique des transplantes réneaux »** thèse doctorat 3ème cycle, Université Paris sous la direction de R. Debray, 1987, P75.

- الديناميات الموازية (Les Dynamismes parallèles) :

تبقى غالبا مستقلة عن السلسلة التطورية المركزية، وتأثيرها يظهر بأشكال مختلفة : نشاطات تساموية فنية أولا، إنحرافات، ميزات الطبع العصابية و الذهانية، سيرورات جسدية مختلفة(مزمنة، حادة).

إن مجموع النشاطات أو الأعراضية الموصوفة و الخاصة بخطوط التطور الثلاثة تساهم في تعديل الإقتصاد السيكوسوماتي [2].

غرائز الحياة و غرائز الموت Instincts de vie et de mort

كل عنصر يدخل في عملية التطور تحركه و تنشطه قوة غريبة من حيث أصلها تسمى غريزة الحياة.

الغريزة هي عبارة عن إستعداد فطري لا يحتاج إلى تعلم يدفع الكائن الحي إلى القيام بسلوك خاص في موقف معين. فالغريزة تعتبر الدافع الأساسي للسلوك.

إن الغريزة عند فرويد تبرز عن قوة نفسية راسخة تصدر من صميم الكائن الحي العضوي، وتنبع أصلا من حاجات البدن[3].

إن الاستعدادات الفطرية المسؤولة على التنظيم و التطور و التسلسل و الرقي تدعي غرائز الحياة. إن هذه التنظيمات لغرائز الحياة يمكن أن تخفق (la mise en echec) في كل مرة بفعل غرائز الموت.

هناك ظاهرتان تعطيان لغرائز الموت الصدارة خلال الحياة، واحدة غير منتظمة هي تأثير الصدمات، و الأخرى منتظمة هي تأثير السنوات. و منه فاختلال التنظيم المستتر وراء التنظيم هو الذي يفرض وجوده في النهاية [1].

ففي هذا الصدد يعطي مارتي مفهوما جديدا للحيوية (Le Vitalisme)، يتجلى من خلال تعريفه للحياة حيث يقول **"الحياة هي مجموع الوظائف التي تقاوم الموت منها**

---

[2] - Ibidem P75.

[3] - FREUD .S **« Essais de psychanalyse »** Paris , Payot, 1981, P 80.

[1] - MARTY. P.**« Les mouvements individuels de vie et de mort essai d'économie psychosomatique** », Paris, Payot, 1976, P125

الأعظاء الحية - التي يحاول المحيط تحطيمها - إن لم يكن بحوزتها مبدأ دائم النشاط و التفاعل، فإنها تزول » [2].

هذه الغرائز الحيوية، أو بالأحرى هذه المقوية الحيوية لا تكمن في قوة قابلة للقياس و لكنها عبارة عن نوعية (Qualité) تتميز بالصورة التقديرية (Virtualité)، و الكمونية(Potentialité) في آن واحد، وهي مرتبطة بالوظائف التي تجعلنا نحس بالحياة.

ولغرائز الحياة حركات تتميز بأربعة مظاهر هي :

- التنظيم (Organisation).
- التسلسل (Hiérarchisation).
- التكاثر (La reproduction).
- الترابط (Association).

وهي تعتبر بمثابة قاعدة أساسية لها، و بمثابة محاور رئيسية للنمو و تكوين البنيات المعقدة عبر التطور [3].

أما غرائز الموت فهي أيضا تتميز بصورة تقديرية معاكسة(Virtualité inverse) مرتبطة بغرائز الحياة في جميع المستويات، وهي مسؤولة عن فناء الأنواع و الأفراد و الوظائف، حيث يمكن أن يلحق اختلال التنظيم كل طبقة (Palier) وفي كل مرحلة من التطور.

و يؤكد مارتي P.Marty بأن وجود إحدى هذه الغرائز يستتبع بوجود الأخرى، على أن هيمنة إحداهما على الأخرى ما هي إلا هيمنة مؤقتة[1] . هكذا الإنسان وفي مختلف مراحل حياته إنما يعيش حالة تأرجح بين قوتين متناقضتين لغريزتي الحياة والموت.

وتجدر الإشارة إلى أن **"الإختلال في التنظيم هو الذي يتسبب في إختفاء التنظيمات السابقة، مع بقاءها مرتبطة بتنظيمها (Systématique)، حيث يمكن أن يكون عاما و لكن لا يستمر لمدة طويلة ليترك مكانه لحركة إعادة التنظيم التي تنشطها**

---

[2] - MARTY. P. **« Les mouvements individuels de vie et de mort essai d'économie psychosomatique** », Paris, Payot, 1976, P11.

[3] - Ibid P11 – P12.

[1] - Ibid P14.

غرائز الحياة من جديد، فالإختلال في التنظيم قد يؤدي إلى تدمير الشخص إذا كان تدريجيا و قد يكون جزئيا، محليا وزائلا" [2] .

فبالنسبة لبيار مارتي **"الموت هو موازي للحياة ومهما كان تنظيم هذه الأخيرة فهو يساندها[3]".**

"تساهم غرائز الحياة مع غرائز الموت في حركات التوقف، التراجع، النكوص، الدفاع و إعادة إنطلاق التطور "Redémarrage évolutif".

وأخيرا فالعالم الحي الذي هو منظم، مترابط ومتطور، يبقى عرضة للتهديم بفعل غرائز الموت التي تؤدي إلى الموت [4].

ويحدد مارتي ثلاثة طرق أساسية للموت :

الإنتحار، الموت بالمرض، الموت في الشيخوخة.

<u>الإنتحار :</u>

في حالة الإنتحار هناك مازوشية بدائية ، أي قتل النفس من أجل قتل الآخر أين يكون الآخر ممتزج بالذات.

<u>الموت عن طريق المرض :</u>

هو تخلي النفس عن الجسد، سواء كان بسبب الضعف الدائم للجهاز النفسي، أو بسبب الصدمة أين يتخلى عنه بسهولة، أو إختلال التنظيم بدون تدخل النكوصات (عقلية أو جسدية)، أو كذلك تعب النفس من تكرار أو إمتداد (Prolongation) الأوضاع الصراعية وبإفراط في الإثارات الدائمة و المتكررة فإن النفس تتخلى عن كل شيء بما في ذلك النكوصات.

<u>الموت عن طريق الشيخوخة :</u>

التي هي مليئة بالغرائب (Mystères) ... يمكن أن نعتقد أن التخلي عن الليبيدو

---

[2] - Ibid P14.

[3] - MARTY. P. « **Les mouvements individuels de vie et de mort essai d'économie psychosomatique »,** Paris, Payot, 1976, P13.

4 – DEBRAY. R. « **L'équilibre psychosomatique, Organisation mentale desdiabétiques** » Paris,Dunod, 1983, P20.

(Délibidinisation) هو فعل طبيعي، عندما يضعف الجسد تضعف النزوات[1].

الثنائية تثبيتات - نكوصات les régressions / fixations

إهتمت نظرية التحليل النفسي بظاهرتي التثبيت و النكوص و حصرتهما في الجانب النفسي، و بمجيئ النظرية السيكوسوماتية فقد إعتمدت هذا المفهوم إذ أصبح يحتل مكانة هامة في التطور النفسي– الجسدي. كما نجد أن فرويد قد ميز ثلاثة فئات من النكوصات :

1- نكوص موقعي (Régression topique) في إتجاه التنظيم النفسي.

2- نكوص وقتي (Régression temporelle) عندما يتعلق الأمر بإسترجاع التكوينات النفسية السابقة.

3- نكوص شكلي (Formelle) عندما تعوض النماذج الإعتيادية بنماذج بدائية للتعبير و التصور.

هذه النكوصات الثلاثة لا تمثل إلا واحدة في الأساس و تتلاقى في معظم الحالات، لأن الذي يكون قديم في الوقت فهو أيضا بدائي من وجهة النظر الشكلية، وهي موضوعة في الموقعية النفسية الأقرب إلى حدود الإدراك[2] .

بيد أن مارتي قد أضاف ثلاثة فئات أخرى من النكوصات هي :

1- النكوصات الوظيفية Regressions fonctionnelles: ذات مظهر كلاسيكي، تتوسع لتتعدى مجال الحياة العقلية إلى الأحداث الجسمية، ما قبل الولادة ذات النوع المناعي مثلا.

2- النكوصات داخل الأنظمة Intra-systématique : تؤدي إلى تحويل كل وظيفة من حالة البرمجة إلى حالة الآلية (automation)،هذه النكوصات تلعب دورا كبير في التثبيتات الأولية وفي إقامة النكوصات الوظيفية الكلاسيكية.

3- النكوصات داخل التنظيم الداخلي (حتى في نواة اللاشعور):

Regression dans l’organisation (Même du noyau de l’inconscient) :

[1] - MARTY. P, Nicolaïdis. N « **psychosomatique, pensée vivante** », Paris, l’esprit du temps, 1996, P53-54.
[2] - FREUD. S **« L’interprétation des rèves »,** Paris, P U.F, 1973, P466.

وهي قادرة على تحديد الهيمنة العامة للآلية على البرمجة في مختلف مستويات المجموعات الوظيفية الواسعة [1] .

بفضل الإستدلال بأنواع النكوصات يمكن استنتاج ما يلي :

1- أهمية التثبيتات، حتى الأكثر بدائية، بالنسبة لمستقبل الفرد ومستقبل تنظيمه النفسي. و هي التي ينتج عنها وجود محور تطوري مركزي وسلاسل جانبيةوديناميكيات موازية.

2- معرفة الميكانيزمات الدقيقة للتثبيتات الوظيفية، مما ييسر معرفة الآليات و البرمجات الخاصة بوظيفة الأمومة و الوظائف العلاجية النفسية و الطبية.

3- وجود تثبيتات داخل التنظيم اللاشعوري تستند على معطيات تطورية بدائية، والتي تتعلق بها نشوئيا (Phylogénétiquement)، الهوامات الأصلية، الوراثية، الحياة الجنينية، الطفولة الأولى، لتربطها بتثبيتات أخرى. فهذه المجموعة المحددة بهذا الشكل تبدو قادرة على إعطاء النوعية الفردية لغرائز الحياة التي يمثلها اللاشعور[2].

إن الحركة التطورية تمكن من التجميع و التسلسل التدريجي لهذه الوظائف في جهاز موحد ومتناسق التنظيم (Cohérent d'organisation)، المتمثل في السلسلة المركزية المشتركة، التي تكون غالبا ذات طابع عقلي. في هذا الصدد فإن تطور الوظيفة العقلية هو الذي يتطلب الفترة الأطول من الوقت ولا يكتمل إلا بعد البلوغ. وفي بعض الحالات، قد تكون ذات طبيعة أخرى حيث يكون التطور العقلي لهؤلاء الأفراد غير نموذجي(Atypiques)، مثلما هو عليه الحال مثلا في "الحساسية الأساسية" "L'allergie essentielle " .

ومهما يكن وبسبب القواعد المتعددة الوظائف للفسيفساء الأولى، فإن بعض الخطوط التطورية و السلاسل التطورية الجانبية تبقى موازية للسلسلة المركزية لفترة طويلة نوعا ما قبل أن تتلاقى بها، و يبقى البعض الآخر دوما مستقل و المتمثل في الديناميكيات الموازية[1].

---

[1] - MARTY. P **« L'ordre psychosomatique les mouvements individuels de vie et de mort»,** tome II, Paris, Payot, 1980, P138.

[2] - MARTY. P **« L'ordre psychosomatique les mouvements individuels de vie et de mort»,** tome II, Paris, Payot, 1980, P 138.

[1] - PHEULPIN BAFFERT. M.C **« Asthmologie »,** thèse de doctorat université de paris sous la direction de DEBRAY. R ,1993, P38.

لكن تطور الطفل لا يمكن أن يتحقق دون الرعاية التي توفرها الأم (أو بديلها). هذه الأخيرة تضمن في آن واحد إشباع الحاجيات، الحاجيات الجسدية التي تستند عليها الحركة الليبيدية، ووظائف الربط وصاد-الإثارات.

ُيبنى النمو على التفاعل بين الرضيع- الذي يتصف بردود فعل، نسق، ونماذج للتفريغ متغيرة حسب الوظائف- وأم تتميز هي كذلك بشخصية خاصة بها.

فلا محالة إذن من أن هذا اللقاء قد يتميز بفترات صعبة إلى الدرجة الصدمية، التي ُتفشل التنظيم العلوي ليؤدي إلى حركات تراجعية (Mouvements régrédients) تكون في أغلب الأحيان عابرة من جراء ضغط غرائز الحياة. ومنه يعاود إنطلاق التكوين الذي قد يكون عرضة مرات أخرى للفشل. وهكذا تنشأ حركة ذهاب - إياب متكررة خاصة بأصل التكوين على المستوى البدائي للتثبيت. في حالة وقوع صدمات جديدة يصبح هذا التثبيت في آن واحد مكان حساس جاذب للاتنظيم ومكان دفاع، فيكون بذلك نقطة إنطلاق لإعادة التنظيم.

هذه النقاط للتثبيت تدل على التجارب التي أثرت في النمو، والتي تضاف إلى التثبيتات المرتبطة بالمعطيات الوراثية والأخرى المتكونة في الحياة الجنينية [2]. إن مكانها ووقت تكوينها، عددها، شدتها، تعطي علامة(Marquage) خاصة بالشخص مرتبطة بعناصر تكوينية ومحيطية.

من هنا جاءت الثنائية "تثبيتات-نكوصات" لتؤكد شدة ارتباط مفهوم النكوص بالتثبيت. فهي تشكل دينامية تراجعية (Une dynamique régrédiente) بإمكانها التصدي لإختلال التنظيم من خلال إعادة التنظيم عبر التوقف في طبقات التثبيت، بإعادة دفع الفعل التقدمي في الأنظمة التطورية لمختلف الوظائف، وبمعنى آخر: النكوص من أجل التطور أو الرجوع خطوة إلى الخلف من أجل القفز جيدا [1].

وبالنسبة لبيارمارتي فإن نقاط التثبيت تحدد تنظيم شخصية الراشد، والذي يقترح لها تصنيف جديد مكمل للنوزوغرافية التحليلية الكلاسيكية الذي سنتطرق له فيما بعد.

---

[2] - Ibidem P39 .

[1] - FINE. A **« Quelques points clés de l'oeuvre de pierre Marty »,** in Rev. Fr. psychosomatique, n°6/1994 , P48.

الصدمة Le traumatisme

ُتعّرف الصدمة في المنظور التحليلي حسب كل من جان لا بلانش، و ج. بونتاليس (1985) **" على أنها حدث في حياة الشخص يتحدد بشدته وبالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه وبالإستجابة الملائمة حياله وبما يثير في التنظيم النفسي من اضطراب وآثار دائمة. تتصف الصدمة من الناحية الإقتصادية بفيض من الإثارات المفرطة بالنسبة لطاقة الشخص على الإحتمال وبالنسبة لكفاءته في السيطرة على هذه الإثارات وإرصانها نفسيا"**[2].

و الصدمة في المنظور السيكوسوماتي(1976)، تتفق مع نظرة التحليل النفسي :

فإن الصدمة تكمن عموما في التأثير العاطفي للوظيفة الخارجية الممتدة نسبيا ، أو لحادث خارجي على الفرد ليأتي معاكسا إما :

- للتنظيم في أقصى مدى تطوره (La pointe évolutive) (أثناء فترة النمو)
- للتنظيم أثناء لحظة الصدمة.

إن فشل إحدى التنظيمين يعني إختلال التنظيم، هنا تترك غرائز الحياة مكانها لغرائز الموت لمدة طويلة نسبيا.

كما تتحدد طبيعة الصدمة فيما يلي :

- المرحلة التي يعيشها الفرد أثناء الصدمة.
-النظام البنيوي المحقق من طرف الفرد في تلك اللحظة.
- التنظيم الوظيفي الأقصى الساري.

إن الصدمات تصيب الحالة الأكثر تطورا في التنظيم العقلي، وبالتالي يمكن معرفة نوعية الصدمة التي هي في علاقة مباشرة مع إختلال التنظيم الذي تسببه والذي تندمج معه. فإذا كان الجهاز النفسي غير ناضج ولا يقوم على تنظيم جيد للموقعية الأولى و الثانية فإن الأثر المخل الناتج عن الصدمة يمس الجانب الجسدي وبالتالي يصاب الفرد بالمرض العضوي[1] .

---

[2]- LAPLANCHE. J; PANTALIS. J.B **« vocabulaire de la psychanalyse »,** Paris, p.u.f,1973,P499.

[1] - MARTY. P **« Les mouvements individuels de vie et de mort essai d'économie psychosomatique»**, Paris, Payot, 1976, 102 .

كما يمكن معرفة الصدمات نظريا من خلال كمية إختلال التنظيم الذي يتبعها، وليس من خلال نوعية الحدث أو الوضعية التي سببت الصدمات. فالصدمة تنتج من العلاقة بين الإستثارة (Excitation) والدفاع السيكوسوماتي الخاص بالفرد المصدوم [2].

تبعا لذلك فإن الصدمة ترتبط أساسا بالقيمة الصدمية الداخلية للفرد وهذا ما يوضحه فرويد بقوله **"إن الصدمة هي تجربة لغياب الإسعاف ضمن أجزاء الأنا، الذي يستوجب عليه مواجهة الإثارات (المتراكمة) ذات الأصل الداخلي أو الخارجي و التي تجتاح الساحة النفسية"** [3].

الإكتئاب الأساسي La depression essentielle

إن الإكتئاب البسيكوسوماتي، الذي كان مارتي يطلق عليه في عدة مناسبات إسم الإكتئاب بدون موضوع، أصبح يطلق عليه إسم «الإكتئاب الأساسي» إبتداءا من 1966 ذلك لأنه يشكل جوهر الإكتئاب المتمثل في إنخفاض الحيوية الليبيدية بدون أي مقابل إقتصادي إيجابي.

والتقييم العيادي لهذا الإكتئاب يجب أن يرتكز قبل كل شيء وكالعادة على نوعية العلاقة التي تُبنى بين المصاب والفاحص.

ففي حال الإكتئاب الأساسي نجد أن المصاب يطرح حالته وكأنه يعرض حالة لا تعنيه، حالة شخص آخر. وهنا يبقى الفاحص يتسائل عما يمكنه عمله لمثل هذا الشخص الذي لا يطالب بأي شيء لأنه لا يعاني قط. فهو لم يختار ولم يرفض الفحص.

والإكتئاب رغم ذلك، يبقى جليا كما تبينه العلاقة التحليلية وكما تؤكده سوابق المريض، وهو يتمثل في الإنخفاض الواضح لمستوى الحيوية الليبيدية سواء الموضوعية (objectal) و النرجسية، فلا يوجد أي ملاذ، لاداخلي ولا خارجي.

فالإكتئاب الأساسي يُعطي صورة أزمة بدون ضجيج و هو يُمهد عادة لإقامة الحياة العملية، وهو الإكتئاب الحقيقي المزمن الذي ينصهر معه.

---

[2] - MARTY. P **« La psychosomatique de l'adulte »,** Paris, PUF, 1990, P79.

[3] - FREUD. S **« inhibition, symptôme et angoisse »,** Paris, P.U.F, 1973, P80.

وفي هذه الحالة نجد، بكل وضوح، عامل أساسي وهو محو كل الوضائف الرئيسية: التقمص(identification)،الإستدخال(l'introjection)، الإسقاط (Projection)، الإستبدال « الإزاحة» (déplacement)، التكثيف(condensation) ،التداعي (association) وبعده يصل الى المحو الحاسم للحياة الحلمية، والهوامية (vie onirique et fantasmatique) . والخلاصة هي أن الإكتئاب الأساسي يظهر بفقدان الليبيدو (Libido) سواء الموضوعية (objectal) أو النرجسية وذلك دون مقابل إقتصادي عدا الإنشطار الوظيفي (morcellement fonctionnel).

إن فقدان الليبيدو من جهة والإنشطار الوظيفي من جهة أخرى هما المفردتان اللتان تشكلان التعريف ذاته لغريزة الموت وهي النهاية التي يفضي إليها الإكتئاب الأساسي[1]. «**فغريزة الموت تصبح السائدة في هذه الحالة[2]».**

ويحدث الإكتئاب الأساسي عندما يختل نظام بعض الوظائف النفسية بفعل أحداث صدمية التي تفوق قدرات الإرصان، لا بد أن نهتم بالبحث عن التضاهرات السلبية، التي يصعب الإستدلال عليها[1].

أما الإكتئاب الكلاسيكي فيتميز بإنخفاض مستوي التطور للتنظيمات الوظيفية الفاعلة، كما لا تترك التنظيمات السابقة (العقلية، الطبعية- السلوكية، العلائقية)، إلا مكان تنظيم أكثر قطاعي (Sectorisée)، مع محاولة إعادة التنظيم النكوصي الذي يدل من خلال الأعراض عن وقوع الصراع. هذا الصراع يبقى ضمن الجهاز العقلي و الأعراض الإيجابية ذات طابع نفسي عصابي (Psychonévrotique).

و في الإكتئاب الأساسي إذا لاحظنا فقدان التنظيمات الوظيفية الفعالة في السابق، فلا نجد عندئذ أعراضية ذات طابع نفسي عصابي. ففي الإكتئاب الأساسي الجهاز العقلي يظهر أقل تأثرا عما هو عليه أثناء الإكتئاب الكلاسيكي، فلا نجد القلق، الشعور بالذنب، تضاهرات هجاسية أو فوبية المزودة بالطاقة، كما لا توجد تعبيرات الطبع، ولا الإستدراكات التساموية أو الإنحرافية. بينما نلاحظ استمرار النشاطات المألوفة

[1]- MARTY. P.« **La dépression essentielle »,** in Revue Française de Psychanalyse, 3/1968, P595 et P596.
[2] - MARTY. P. « **La psychosomatique de l'adulte** », Paris, PUF, 1990, P30.
[1] - MARTY. P.« **La psychosomatique de l'adulte** », Paris, PUF,1990, P30.

(إجتماعية، مهنية، عائلية) بصفة عادية، كما هو الأمر بالنسبة للوظائف الأساسية كالنوم، التغدية، التناسل [2].

أما بالنسبة للباحث ليون كريسلر Léon Kreisler الذي كانت أعماله تخص الرُضّع، فقد وضع الأسس الخاصة حول أصول (Les origines) الإكتئاب الأساسي، ليفترض بأن إكتئاب الرضيع هو ليس فقط نموذج لكل إكتئاب كما كان يُعتقد، بل هو الشكل الأولى و البادئ للإكتئاب الأساسي[3].

أما المظهرالمشترك للإكتئاب الأساسي و الأمراض الخطيرة تتمثل في غياب التنظيمات النكوصية،سواء النفسية أوالجسدية، التي كان من الممكن أن تضع حدا لاختلال التنظيم.

إن تسلسل الأحداث التي تؤدي إلى الأمراض الخطيرة تكون غالبا على الشكل الآتي: 1- صدمة عاطفية وإختلال تنظيم الجهاز العقلي.

2- حدوث اكتئاب أساسي.

3- الاختلالات الجسدية المتعددة.

4- ظهور مرض تطوري خطير [1].

وأخيرا فإن الإكتئاب الأساسي له دلالة تنبؤية بإعتبار أنه يسبق الأمراض الجسدية، مما يفسح المجال للوقاية بالتصدي له عبر علاج مخصص.

التفكير العملي و الحياة العملية La pensée opératoire et la vie opératoire

ظهر مفهوم التفكير العملي (الإجرائي) عند مارتي ودوموزان سنة 1962 ،وذلك قبل ظهور مفهوم الاكتئاب الأساسي، الذي سوف نتناوله الآن بالشرح مشيرين إلى أن الأعراضية العملية تلعب دورا كبيرا في الأعراضية الإكتئابية التي تم ذكرها حيث تتداخل الأعراضيتين المذكورتين عياديا.

وقد استخلص دافيد ومارتي ودوموزان في نهاية كتابهم الفحص السيكوسوماتي 1962 « L'investigation psychosomatique »، إلى اقتراح شكل "صورة-آلة"

[2] - MARTY. P. « **l'odre psychosomatique les mouvements indivuels de vie et de mort**», tome II, Paris, Payot, 1980, P70.

[3] - KREISLER L. « **les origines de la dépression essentielle. La lignée dépressive** », in Revue Française de Psychosomatique, 2/1992, P182.

[1] -.MARTY. P.**« Dépression essentielle et maladies somatiques graves** », in intervention au congrés international de psychanalyse, 1994, P5.

« portrait-robot » للمريض السيكوسوماتي **"إن الأمر يتعلق بفرد يعطي الإنطباع الأولي لتأقلم إجتماعي مُوفق بل ممتاز، لا ُيظهر تنظيما عصابيا أو ذهانيا بأتم معنى الكلمة"**.إن غياب الحرية الهوامية تشكل أحد الخصائص الجد هامة، وأحد عناصر الأعراضية الأساسية.

فالشحنة المتعلقة بالوجدانات و الانفعالات الغير منقولة بصفة جيدة و القليلة أو المنعدمة الإرصان عن طريق الوظائف العقلية، تظهر مباشرة و بسرعة في المسار الجسدي.

كما أن هناك فقر في أحلام اليقضة (Rêverie)، الحياة الحلمية، إفتقار في التبادلات بين الأشخاص المرتبط بجفاف وبتصلب في التعبير اللفظي، بحيث أن الموجات (Vagues) اللاشعورية لا تظهر في العادة مُخلة بمساحة الشعورالبسيط. في الحقيقة هناك مجموعة سمات تدل غالبا عن مسار جسدي مرضي خطير في كلمة واحدة: لدينا الإحساس الواضح بأن المصاب مفصول عن لاشعوره.

إن التصورات التي يمكن ملاحظتها هي مأخوذة من محتوى ميداني مستعجل ولا يتعدى أبدا الواقع الحالي مُحققا الفكر الإجرائي[1]. فالملاحظ لدى المرضى الجسديين، أن فقر النشاطات الهوامية - من وجهة النظر الوظيفية على الأقل - تتماشى مع تطور شكل أصيل (Originale) من التفكير، الذي نقترح تسميته بالفكر الإجرائي[2] .

يتميز التفكير الإجرائي الذي هو تفكير شعوري بخاصيتين أساسيتين :

- يظهر بأن ليس له أية صلة ذات تقييم بالنشاطات الهوامية.
- يضاعف و يوضح الفعل و أحيانا يسبقه أو يليه، لكن في مرحلة زمنية محدودة[3] .

و مما تجدر الإشارة إليه هو أن التفكير العملي يمكن أن يحدث على أية بنية عقلية و لمدة زمنية مختلفة، و بالتالي يمكن لأي شخص أن يمر بالحياة العملية و الاكتئاب الأساسي الذي يمهد لإختلال التنظيم مهما كانت بنيته (ذهانية، عصابية..)، إلا أنه يفرض

[1] - DEBRAY. R. **« normalité et pensée opératoire »,** in Psychologie Française (1977), tome 22 N°1-2, P83.
[2] et [3] - Marty. P et M'uzan .M de. **« la pensée opératoire »**, in revue Française de Psychanalyse, 1963, tome, 27, P345 et 346.

نفسه على عصابات السلوك التي تفتقر خصوصا للنشاط الهوامي و للحياة الحلمية اللذان يحميان الجسم من الإضطرابات الجسمية العميقة[4] .

في 1980 إستبدل الفكر الإجرائي بالحياة الإجرائية للتفهم الأعمق حول إنخفاض الفكر أمام أهمية السلوكات. إن الفرد الذي يعيش الحياة الإجرائية يمكن تلخيص سلوكاته على أنها مجموعة النشاطات "الوظيفية" -هي حياة مسلوبة الروح- التي تعمل

على توفير مستلزمات البقاء المختصر للفرد [1]. كما يمكن أن ُتصاحب الحياة العملية الحالة التي يسود فيها الإكتئاب الأساسي.

فالحالة الإجرائية تأخذ فترات متفاوتة حسب الأفراد و تطورها يكون تجاه إعادة بناء عصاب الطبع السابق أو تجاه الموت[2] . وأخيرا فإن الشخص الذي هو في حالة حياة إجرائية يوحي بصورة جثة حية (Un mort vivant) [3] .

المفاهيم التي ركزنا عليها في بحثنا حول المصابين بالقصور الكلوي المزمن كانت متمثلة في العقلنة، الإقتصاد السيكوسوماتي، التصنيف النوزوغرافي و التي سنتعرض لها في ما يلي بشيء من التفصيل.

[4] - DABRAY .R **« L'équilibre Psychosomatique, organisation Mentale des diabétiques »,** Paris, Dunod, 1983 , P30.

[1] , [2] et [3] - MARTY. P. **« L'ordre psychosomatique les mouvements individuels de vie et de mort »,** Tome II, Paris , Payot, 1980, P99 , P100 et P99.

العقلنـــة

La Mentalisation

السيكوسوماتية نظرية نابعة من التحليل النفسي، تمكننا من فهم المظاهر الملحوظة أثناء الممارسة العيادية. إن مفهوم العقلنة في سنوات 1970-1975، كان له اهمية كبيرة في بلورة النظرية المارتية.

فحسب المفهوم الاقتصادي الذي عرضه فرويد في "ما فوق مبدأ اللذة" « Au de-là du principe de plaisir » فإن الإفراط في الإثارة قد يؤدي إلى الحالة الصدمية لدى الفرد إذا تم التجاوز والتغلب على وسائله الدفاعية النفسية. فالإثارات الناجمة عن الغرائز والنزوات التي ُتحدث أثناء الظروف و الأحداث المختلفة يجب أن ُتفرّغ أو ُتصّرف.

هذا المفهوم ناتج عن النموذج النظري للعصاب الحاضر (Les névroses actuelles 1895) والذي لا يتعارض مع النظريات اللاحقة الخاصة بالنزوات.

فالعقلنة هو المفهوم الذي يمّيز العمل الذي يقوم به الجهاز النفسي بصفة دائمة ليسمح بتفريغ الإثارات عن طريق الإرصان. و هي متغيرة حسب الأفراد ومتغيرة عند نفس الفرد حسب لحظات حياته.

إذا كانت المعالجة العقلية غير كافية فإن احتمالات أخرى للتفريغ أو التصريف

(L'écoulement) لتلك الإثارات قد تحدث من خلال السلوكات الحركية والحسية.
عندما لا تجد هذه الإثارات النزوية منفذا نفسيا وعندما تصبح إحتمالات التفريغ ضئيلة فإن تراكمها قد يؤدي إلى التجسيد.
فالعقلنة تعالج كمية ونوعية التصورات النفسية وكذا ديناميكياتها. فهي تصف قدرة الجهاز النفسي على ربط الإثارة النزوية عبر الأنظمة وشبكات التصورات و تداعي الأفكار المتعددة و التفكير المشحون بالعواطف.

يقول مارتي في هذا الصدد :

"إن التصورات تمثل قاعدة الحياة العقلية لكل شخص ُمّكونة الهوامات في النهار و عناصرالحلم في الليل. كما تسمح هذه التصورات بتداعيات الأفكار،الفكر(La pensée)، التأمل الداخلي (La réflexion intérieure). كما ُتستعمل كذلك في علاقاتنا المباشرة و غير المباشرة مع الأخرين بصفة دائمة" [1]. كما اهتم مارتي بالتصورات التي هي عبارة عن استحضار(Evocation) للإدراكات الأولية التي ترسخت والتي تركت أثارا ذكروية (Les traces mnésiques).
إن تسجيل هذه الإدراكات وإسترجاعها لاحقا غالبا ما يكون مصحوبا بصبغة وجدانية مريحة أو غير مريحة. و مكان هذه التصورات و الروابط فيما بينها يكون في ما قبل الشعور[2] .
فالعقلنة تأخذ بعين الإعتبار نوعية وكمية التصورات من حيث :

1- الكمية : حيث تكون كمية التصورات في علاقة مع تراكم الطبقات التصورية خلال مختلف مراحل النمو الفردي.

2- النوعية : تتعلق بنوعية التصورات القبل-الشعورية التي تكمن في آن واحد في :

- قابلية إستحضار هذه التصورات.

[1] - MARTY. P. **« Mentalisation et psychosomatique »,** Paris, laboratoire Delagrange, 1991, P11.
[2] - Ibid P18.

- إمكانية الربط بين مختلف التصورات أثناء إستحضارها مع تصورات أخرى من نفس الفترة (Epoque)، أو من فترات أخرى، مما يعطي في المحصلة تداعيات جد غنية.

- ديمومة العنصرين السابقين- قابلية الإستحضار و امكانية الربط- التي يمكن أن ُتعرقل بواسطة التجنبات « des évitements » أو قمع التصورات المكتسبة من خلال اختلال التنظيم لنظام ما قبل-الشعور.

إذن يجب التأكيد على أن العقلنة ُتقيّم في نفس الوقت الميزات الأساسية الثلاثة لما قبل الشعور : سمك مجموع التكوينات التصورية، سيولة الروابط بين التصورات التي تحتوي عليها، والديمومة العادية أو استمرارية توظيفها عبر الزمن [1].

فلا يجب أن نكتفي للحكم على النوعية الجيدة للعقلنة على السيولة ضمن الطبقة التصورية الواحدة، بل يجب أن يكون كذلك بين مختلف الطبقات التصورية.

من الممكن أن تكون التصورات ناقصة وسطحية فتعطي تداعيات قليلة. كما أنه من الممكن أن تنتج إدراكات ُمعاشة في الواقع دون أي تعديل وإرصان نفسي. مما يدل على وجود خلل في الكبت (Le refoulement).

وفي بعض الحالات فإن العاطفة يمكن أن تظهر مهمشة منحصرة في الأشياء، بينما التصورات تقتصر هي أيضا على الأشياء، كأن تصورات الكلمات قد فقدت مدلولها وتعبئتها العاطفية و قدرتها على الترميز. هذه التدهورات في التوظيف العقلي تطرح تساءلا حول نوعية ما قبل- الشعور الذي هو، في تصور فرويد، المكان الذي تحدث فيه الإرتباطات والتفكيكات للتصورات.عندما لا يلعب ما قبل-الشعور دوره، كملتقى الطرق (مفترق الطرق) (Carrefour) الذي يسمح بمرور (La circulation) التصورات ما بين الشعور و اللاشعور، فإن النشاط اللاشعوري لا يستطيع التعبير إلا عن طريق الآنية (Actualité) والفعل (L'action).

هذه الخصوصيات أدت بالتمييز بين الأفراد "عصابات السلوك" و "العصابات السيئة التعقلن"، عن العصابات العقلية الكلاسيكية (النفس العصاب الفرويدي) [2]

[1] - DEBRAY. R.**« Pierre Marty »,** Paris, P.U.F., 1998, P62.

.(Psychonévrose Freudiennes)

عندما يكون المسلك العقلي معرقل من الممكن أن تؤدي النشاطات النكوصية إلى إصابات جسدية، يكون إنطلاقها بعد اختلال تنظيم التوظيف العقلي المطبوع حسب مارتي (1966) بالإكتئاب الأساسي.

على العموم هذه الإصابات تكون رجعية مثلما هو عليه الحال في الربو، إذا كانت الإثارات غير مكثفة و العقلنة العامة جيدة. في الحالة المعاكسة، فإن الإصابات الجسدية من الممكن أن تؤدي إلى أمراض خطيرة وتطورية [1].

و في هذا الصدد فإن البحوث التي أُجريت على مدي 16سنة في مستشفي " بوترن دي بوبلي "POTERNE DES PEUPLIERS" مكنت دوبري من التوصل إلى **أن العمل النفسي يحمي الجسد من احتمالات حركات إختلال التنظيم الجسدي.**

إن هذا الاقتراح يبقي دائما صحيحاً، عندما تظهر على الشخص علامات تعبير جسدية بوضوح أو بشكل غير رجعي (Irreversible) فتقودنا إلى الإحتمال بأنه، إذا كان العمل النفسي قابلا للاستعادة أو يتطور بطريقة ملائمة فإن التعبير الجسدي يتضائل. يمكن أن يتحقق هذا التطور بطرق معقدة خلال العلاج و لكنه يستند في أول الأمر على الطبيعة التحويلية و الضد -التحويلية التي يمكن أن تُقام بين المريض و محلله النفسي.

إن أي شخص، مهما كانت عقلنته جيدة ليس في مأمن من اختلال التنظيم الجسدي بين فترة و أخرى من وجوده.فهذا بديهي لدى الرضع و الأطفال الصغار و يبقي صحيح لدي المراهقين و لكنه صحيحاً أيضا لدي الراشدين و يعود فيصبح بديهي لدي الكهلة.

فمن دون شك يجب الإعتراف بأن بعض الأشخاص يظهر عليهم الإستعداد للتعبير الجسدي أكثر من الأخرين. في عمل سابق(R.Debray 1983) ، متعلق بالتوظيف العقلي لمرضي السكري التابعين للأنسولين(Insulino-dépendant) ، وصفت ما سمته " بالتلاقي المتفجر " Conjonction explosive " على أنه القادر علي أن يكون أصل ظهور مرض السكري التابع للأنسولين في هذا الظرف من الحياة. فالصفة

---

[2] - SZWEC. G.**« La psychosomatique de l'enfant asthmatique »,** Paris, P.U.F, 1993, P13.
[1] - IBID 15.

المتعددة العوامل أو بالأحرى المتعددة المقاييس للعناصر التي تجعل بأن يكون هناك وضع متفجر قد حدث مما يؤكد على تعقد الميكانيزمات المؤثرة.

كما توجد أوقات يكون فيها الشخص أكثر قابلية « Vulnérabilité » في مسار الحياة . حيث ذكرت دوبري و جود أوقات حساسة : فترة سن الصراع الأوديبي، فترة إعادة تنشيط هذا الصراع في المراهقة، فترة الدخول في حياة الرشد مع إزدياد الطفل الأول، فترة الأزمة الخاصة بوسط الحياة ، فترة الدخول في الشيخوخة مع الوصول إلى حالة التقاعد.

لكن هذه المراحل الحساسة ستكون محل تفاوض شديدة الاختلاف حسب الأفراد و هي مرتبطة بمميزاتهم الشخصية، حسب تاريخهم و المعطيات الفردية المتعلقة بخصوصيات مواضيعهم المفضلة . من هذا فإن أخطار التجسيد لا تنحصر فقط في وجود هذه المراحل الحساسة المشتركة – مع وجود اختلافات دائمة– لكل الأفراد.

فالتلاقي المتفجر يستطيع أن يحدث في أي وقت من سير الحياة إذا توفرت في نفس الوقت مجموعة عناصر ذات قيمة سلبية داخلية كانت أم خارجية للفرد.

هذا المظهر المتعدد العوامل إذن هو جد معقد لهذه السيرورة التي من الهام تأكيده، لأنه يمنع أي تفسير خطي سببي بسيط.

هكذا فإن المعطيات الخارجية الظرفية من النوع الصدمي الخارجي الملحوظ :حادث، حداد...إلخ لا يكفي لوحده من جعل حركة اختلال التنظيم جسدية لأنه يجب في نفس الوقت أن تدخل هذه العناصر في توافق مع الهشاشات الداخلية، التي تكون غالبا انتقالية « Transitoire » لدي نفس الفرد.

فيظهر لدوبري من ذلك أن التعبير الجسدي هو أحد الطرق المساهمة في التعديل (la régulation) السيكوسوماتي العام للأفراد بنفس قدر التنظيمات النفسية و إن كانت بطريقة مختلفة. إن التعبير الجسدي كما هو الحال بالنسبة للأعراضية العقلية الإيجابية قد يكون مفهوماً كثراء و ليس كهشاشة (Fragilité) [1].

أما مارتي فقد ميز العديد من المستويات الخاصة بالعقلنة والمتمثلة في :

[1]- DEBRAY. R. **« Clinique de l'expression somatique »,** Paris , Delachaux et Niestle, 1996, P49-57.

أ- **عقلنة جيدة (أكيدة) :** تتصف فيها التصورات بالدوام (La Permanence) وبكميتها الكبيرة وارتباطها فيما بينها، وقابلية التداعي عنها، لنجدها في العصابات الجيدة التعقلن و العصابات العقلية الكلاسيكية و الذهانات الكلاسيكية الموصوفة من طرف فرويد. وإذا كانت الإثارات فائقة فإنها تُشدد الأعراضية العقلية إن كانت موجودة من قبل وقد يصاب الفرد بإضطرابات جسدية قد تكون رجعية [1].

ب- **عقلنة سيئة :** تتميز بندرة التصورات أو غيابها من الناحية الكمية و الكيفية، مع النقص في التداعي، لتظم عصابات السلوك و العصابات السيئة التعقلن وتكون هذه الفئة أكثر عرضة للأمراض التطورية (Les maladies évolutives).

ت- **عقلنة غير مؤكدة:** تتميز أحيانا بعقلنة جيدة -لنجد غنى في التصورات- وأحيانا أخرى سيئة التعقلن - لنجد فقر شديد في التصورات-. فالتغيرات الخاصة بكمية ونوعية التصورات جد ظاهرة (Frappante) ليشعر كذلك الفاحص بتردد وحيرة حول تشخيصه لهذه الفئة.

عدم انتظام التوظيف (L'irrégularité du fonctionnement)، يجعل من هذه الفئة عرضة لأمراض تطورية (Evolutives) في بعض الحالات، وعرضة لأمراض رجعية (Réversible) في حالات أخرى [2].

يعتمد التوازن الحيوي (L'homéostasie) السيكوسوماتي عند مارتي على نشاط نظام ما قبل-الشعور، هذا الذي يعتبر بمثابة مركز التوزيع الحقيقي (Plaque tournante) للعقلنة حيث يلعب سمك محتوياته التصورية و الوجدانية، وكذا سيولة الحركة ما بين مختلف الطبقات التصورية إلى جانب الديمومة والاستمرارية الزمنية،

[1] - MARTY. P **« Mentalisation et psychosomatique »**, Paris, laboratoire Delagrange, 1991, P30.
[2] - MARTY. P **« Mentalisation et psychosomatique »,** Paris, laboratoire Delagrange, 1991, P11.

دورا هاما في التوازن الحيوي [1] من خلال تصريف الإستثارات الآتية من الداخل و الخارج عبر الطريق العقلي المحض وهو المفهوم المارتي للعقلنة الجيدة. كما نبه مارتي إلى أهمية تطور الكائن الفردي (ontogénèse) والتطور السلالي(La phylogénèse) في تحديد مصير الكائن الحيوي وبالتالي في تحديد مستويات التوازن الحيوي للفرد.

يمكن تقدير التوازن الحيوي من خلال معرفة الإقتصاد السيكوسوماتي العام وتحليل المجموعات النكوصية له.

من خلال مفهوم العقلنة توصل مارتي إلى مفهوم الإقتصاد البسيكوسوماتي ومختلف الأقسام النوزوغرافية التي سنتعرض لها، بعد الإشارة للأحلام لدى المصابين جسدياالذي له أهمية في مفهوم العقلنة.

Les rêves **الأحلام**

[1] - KREISLER. L.**« l'enfant sur le chemin de la connaissance psychosomatique »,** in Rev. Fr de

الحلم هو إحدى الطرق التي تسمح بالتعرف على الجهاز النفسي ليُكوّن تأويله الطريقة المثلى التي تؤدي إلى التعرف على اللاشعور في الحياة النفسية[1] . هذه الإعتبارات جعلت السيكوسوماتيين الفرنسيين يعطون أهمية كبرى للتظاهرات الحلمية لدى المرضى السوماتيين ويقول مارتي في هذا الصدد :

« التعريف المبدئي للمرضى الجسديين يكون حسب ميزتهم العقلية و ديناميكيتها. هذا ما يؤدي بنا في كل الحالات للغوص مباشرة في اشكالية الحياة الحلمية للأفراد » [2].

فالأفراد الذين يعانون من قصور في التوظيف النفسي يتميزون على العموم بغياب الأحلام أو فقرها، أو ندرتها، مع عدم القدرة على التداعي. لقد ميز مارتي أربع حالات للحياة الحلمية عند هؤلاء المرضى و التي سنتعرض إليها بإيجاز في ما يلي :

1- غياب الأحلام L'absence des rêves

هذا الغياب يبقى دوما محل مناقشة، نستطيع أن نفكر أن النائم قد كبت وجود أو محتويات أحلامه. كما يمكن أن نفكر بأنه لا يتذكر أحلامه بسبب نقص في الاهتمام أو المجهود أو ظهور دفاع يمنعها من الظهور، أو ظهور مقاومة خاصة بالمحتويات مثلما هو عليه الحال في التحليل.

يقول مارتي « **إذن أتحدث عن غياب نظري للأحلام »، « هذا الغياب في الأحلام، يدل نظريا على عزل اللاشعور، لتسلك الإثارات النزوية طرق أخرى، عوض التصورات و الإرصان الحلمي** ».

2- الأحلام الإجرائية (العملياتية) : Les rêves opératoires

تتخلص هذه الأحلام بكونها تعكس أعمال اليوم الفارط أو تسبق أفعال برامج اليوم القادم. هذا ما يدل على المحدودية الهامة لنشاط الإرصان في الربط بين التصورات. في هذه الحالات يكون المُعالج في وضعية جد حساسة (Délicate)، لهذا يجب أن يكون مُلما

---

psychosomatique, n°6, 1994, P 121.

[1] - FREUD. S « **L'interprétation des rêves** », Paris, Puf, 1973, P516 et P 517.

[2] - MARTY. P « **A propos des rêves chez les malades somatiques** », in Rev. Fr.psy, n°5, 1984 , P1143.

بالإقتصاد السيكوسوماتي للمفحوص. فهو موجود من أجل مساعدة هذا الأخير في إيجاد صحته الجسدية . [1]

3- الأحلام التكرارية Les rêves répétitifs

يركز مارتي على الأحلام التكرارية من حيث تكرار الشكل(Leur forme)، التي تختلف عن الأحلام الموجودة لدى العصابيين أين يكون المحتوى متكرر، دالا بذلك عن مكان تثبيت ما متموضعا في سيناريو مختلف في كل مرة.

تتأتي هذه الأحلام من نفس الأساس المكرر للأحلام العملياتية، كما هو الحال لكل تكرار متطور، الذي يدل على ركود (Stagnation) تكراري للنظام المُسبب له ، وهذا بسبب الفشل الدائم لبرمجة هذا النظام.

ويرجع هذا الفشل في البرمجة عادة لما يلي :

- إما متعلق بنقص في الإثارات، مثلما أدلينا به في الأحلام العملياتية أين لا يظهر اللاشعور بكفاية لما قبل الشعور الذي يتميز بعدم القدرة الأساسية أو المؤقتة.
- إما متعلق بإفراط في الإثارة، وهذا يخص الأحلام التكرارية حيث يكون ظهور اللاشعور بصفة صاخبة (Bruyamment) لما قبل الشعور المذهول (abassourdi).

و هذا يذكرنا بالإنذهال العقلي للعصابات الصدمية الناتج عن تثبيت صدمة حديثة العهد، أو عن إنعكاس حديث لتثبيتات عائدة إلى فترة الطفولة الصغرى.

إن كانت هذه الأحلام حصرية (exclusifs) تتخذ بذلك الأحلام التكرارية شكل كوابيس (Cauchemares).

[1] - MARTY. P. « **A propos des rêves chez les malades somatiques** » , in Revue Française de Psychanalyse, n°5, 1984, P1149.

4- الأحلام الخام (Les rêves crus)

أنجزت روزين دوبري عملا غير مطبوع (Inédit) في ما يخص هذه الأحلام التي سمتها بالخام (1983)، لأنها تحقق الهدف النزوي بفضاضة من خلال مشاهد مباشرة مثل: النفوذ، القدرة العدوانية الفمية أو الشرجية، القدرة التناسلية. أحيانا يكون التشويه قليل التأثير لنظن أن الحلم يعطينا صورة اللاشعور الذي هو في نفس الوقت متأصل(originaire) و مكبوت بالنسبة للنائم. فهدف اللاشعور يظهر دون أي صراعات داخلية و بدون عناصر توفيق. هذه الصورة تعطي إنطباع أكثر عن الهو (le ça) لما هو عليه اللاشعور [1]. إن الإنفجار الغريزي والتفريغ النزويُ يكوّنان منبع لهذه الأحلام المفاجئة، دون تعديل، دون دفاع، والتي مرارا ما توقظ النائم [2].

نجد الأحلام الفضة بالخصوص عند عصابيي السلوك أين يكون الجهاز العقلي مُبعد عن امكانيات الإستثمارات المضادة (contre-investissement) التي لم تُنظم بوضوح.

أما فيما يخص نظرة فان M. Fain للأحلام، فإنها ناتجة عن رفض عدم الاستثمارات التي تتطلبها الحاجة للنوم : إن وجوده يدل على الحركة التوافقية بين الرغبة في البقاء المرتبط بالمواضيع، و الحاجة إلى الإنطواء على الذات. الحلم هو حل للصراع، ليصبح بذلك حارس للنوم (Le gardien du sommeil) من أجل المحافظة عليه . فاليرقان (Insomniaque) الظرفي أو المزمن لا يمكن تصريفه- لأسباب معقدة - لعلاقته بالمواضيع. وبنفس الطريقة و عند حدوث المرض فإن عدد كبير من الأفراد يفشلون في تلبية هذه الحاجة للنكوص الضروري للدفاعات العضوية [3].

---

[1] - Ibid P1155.
[2] - Ibid P1152.
[3] - FAIN. M. et DEJOURS. C « **Corps malade et corps érotique** », Paris, Masson, 1984, P 124.

الإقتصاد السيكوسوماتي

سمحت النظريتين اللتين اعتمد عليهما مارتي و المتعلقتين بغرائز الحياة و غرائز الموت و النظرية التطورية، بوضع معالم صلبة في توضيح مفهوم اللإقتصاد السيكوسوماتي. حيث تعتبر محاولة الجمع ما بين مختلف الوظائف - التي تلعب دورا في الدينامية الفردية-وترتيبها مهما كانت الأهمية التي نوليها إياها في بداية الأمر،و مهما كان مستواها التطوري من الوظائف الأكثر فيزيائية - كيميائية إلى الوظائف الأكثر إجتماعية. و تعتبر هذه المحاولة خطوة كبيرة في معرفة نوعية العناصر الدينامية، وبذلك يصبح لكل فرد خصوصية فردية من منظور إقتصادي[1] .

ويعرف مارتي الإقتصاد السيكوسوماتي العام، على أنه **« مجموع الظوابط المعقدة التي تتم في كل وقت عند الشخص مهما كان عمره أو جنسه أو حالته الصحية. هذه الظوابط تعمل جاهدة للحفاظ على حالة التوازن المنسجم للفرد مع معطيات عالمه الداخلي ومع معطيات عالمه الخارجي »**[2]. فمفهوم الإقتصاد السيكوسوماتي يشكل مفتاح البناء النظري – العيادي.

و بالفعل فإنه يجب إدراك مميزات الإقتصاد السيكوسوماتي للمصاب خلال الفحص. فهذه المميزات تعني كل التنظيمات البيولوجية الميزاجية، الحسية-الحركية، الطبعية والنفسية، التي تساهم في المحافظة على التوازن الحيوي(L'homéostasie).

فالخطوط العريضة للإقتصاد السيكوسوماتي للمصاب، كما ظهرت تدريجيا ثمُ نظمت خلال مرحلة النمو و خاصة أثناء كل العلاقات الأولية مع الأم، ثم في مرحلة الصراع الأوديبي، يتم تقييمها و تمييزها عن الطباع الحالية (Les Caractéristiques actuelles) التي هي مرتبطة في الغالب بالأعراض التي أدت في الأصل إلى طلب الفحص.

فعن طريق فهم الأعراض الجسدية و/أو النفسية ضمن الإقتصاد السيكوسوماتي العام للمصاب يمكن تقييم وزنها ثم التفكير بعد ذلك في التكفل العلاجي الأكثر نجاعة.

---

[1] - MARTY. P « **Les Mouvements individuels de vie et de mort essai d'économie psychosomatique**», Paris, Payot , 1976, P83.

[2] - DEBRAY.R « **Abord psychosomatique des troubles somatiques** », in Revue Française de Psychosomatique, Paris, T29, 1984, P145.

فالمطلوب في مرحلة أولى هو إنجاز تقييم تشخيصي خاص بالتوظيف عند المصاب و بالخصوص توضيفه النفسي [1]. و هنا تظهر أهميةُبعد التحليل لأنه وحده القادر على كشف خصوصيات التنظيم العقلي للفرد المفحوص.

و من وجهة نظر دوبري فإن كل ما يؤثر في الجسد و لا يندرج ضمن تحويل هستيري يدخل في إطار ما تسميه بالتعبير الجسدي.هذا التعبير يمكن أن يظهر على شكل أعراض مبتذلة و قد يصل إلى أخطر الإصابات الجسدية. مهما تكون طبيعة هذا التعبير الجسدي في الطبيعة و في شكله وشدته، فإنه لا يأخد المعني الذي نفهمه من وجهة نظر التحليل النفسي، أي بمعني أن الإضطراب الجسدي لا يمكن أن يزول بمجرد زوال الكبت الذي لا وجود له في مثل هذه الحالة أي أنه لا يخضع لنموذج التحويل الهستري . إذا فلا مجال لفهم التعبير الجسدي على أنه ينبعث من مسار طويل يبدأ من التحويل الهستيري إلى غاية الإصابات الجسدية الأكثر خطورة.

إن هذه الوجهة للنظر تقودنا في أول الأمر إلى نتائج مختلفة ،إذ أن قيمة الأعراض لا يتم فهمها إلا إذا نسبت إلى مميزات الإقتصاد السيكوسوماتي العام للفرد المصاب. هذا يعني أن نفس الخلل الجسدي يمكن أن تكون له قيمة مختلفة بإختلاف الأفراد و قيمة مختلفة بالنسبة لنفس الفرد باختلاف مراحل حياته.

هنا نلاحظ الأهمية البالغة لمفهوم الاقتصاد السيكوسوماتي و تغيراته عبر الزمن . إنه مركز التوزيع الحقيقي (plaque tournante) بأتم معني الكلمة، الذي لا يسمح فقط بتقييم تشخيص الوضعية الحالية للفرد المفحوص و إنما كذلك التنبؤ بتقييم لحركة الاقتصاد الذي يجد نفسه ُمزج (engagé) فيه : حركة تتميز بالتطور الإيجابي المسبوق بغرائز الحياة، أو بالعكس حركة ضد– تطورية مما ُيعجل باختلال التنظيم désorganisation .

ففي حالة التعبئة القصوي (surcharge) أو تجاوز الاقتصاد السيكوسوماتي فإن دوبري تبين بأن الإجابة الجسدية تكون فورية بينما العمل النفسي يتطلب وقتا للإرصان لا يمكن تقليصه. فالإستجابة الفورية إذن لها الكثير من الأخطار على إختلالات التنظيم المحتمل أن يكون هداما، لكن يمكن أن يشجع كذلك على توقف السيرورة الضد-التطورية

[1] - BEBRAY. R. « **Pierre Marty** », Paris, P.U.F., 1998, P33 -P35.

التي سماها مارتي « **نقاط التثبيت -النكوص** ». فالتجسيد الذي يظهر بفظاظة يستطيع أن يشكل في وقت ثاني مستوا لإعادة التنظيم للمساهمة في الحفاظ على الحياة[1] .

فالعجز على مستوى التوظيف النفسي وبالأخص على مستوى ما قبل الشعور، يفتح المجال لخطر اختلال التنظيم الجسدي(Désorganisation somatique). فالتوظيف السليم الخاص بالتنظيم العقلي القوي يشكل الدفاع الأساسي الذي يواجه اختلال التنظيم الجسدي.

ومن هذا نستنتج أن الاقتصاد العقلي هو في المقام الأول للإقتصاد السيكوسوماتي الفردي.

النوزوغرافية الإقتصادية

إن التقدير لطرق التنظيم العقلي للفرد يبقى غير كاف لوحده، ليقترح مارتي التمييز بين أربعة أنظمة إقتصادية أساسية تبحث في خطوطها العريضة في التعريف بالحركات التطورية والضد- التطورية الفاعلة عند شخص معين.

[1] - DEBRAY. R. « **Clinique de l'expression somatique** », Paris , Delachaux et Niestle, 1996, P49-P57.

هذه الأنظمة الإقتصادية الأساسية لا تتطابق تماما مع التصنيف النوزوغرافي السيكوسوماتي، و هي كالتالي :

1 - اللاتنظيمات الظاهرة.

2 - الاختلال التدريجي للتنظيم.

3 - النكوصات الشاملة.

4 - النكوصات الجزئية.

1- اللاتنظيمات الظاهرة (Les apparentes inorganisations).

تخص أساسا عصابي السلوك الذين يتميزون ببناءات عقلية ضعيفة وبدائية، و هذا ما يجعلهم يعجزون عن مواجهة الصدمات الخارجية المرتبطة بالغياب المادي لمواضيعهم المفضلة والضرورية لسيرهم وتوازنهم. وهذا ما يسمح لهؤلاء الأفراد بالإستجابة للصدمات عن طريق عرضية جسمية مما يؤدي إلى ظهور حالة إنحلال تدريجي، فقد تتدهور حالتهم بصفة خطيرة مؤدية إلى الموت. لتتخذ العرضية الجسدية هنا طابعا خطيرا، مما يجعل كفالتهم العلاجية مستلزمة بالإضافة إلى العلاج الطبي الكلاسيكي مع إحداث تغيرات في المحيط الخارجي لتعويض الموضوع المفقود [1].

2- الإختلال التدريجي للتنظيم. Désorganisation progressive

يمثل هذا الإختلال نموذج الحركة الضد- التطورية المستمرة والذي يكون سيره في اتجاه معاكس للذي تتبعه حركة التطور الفردي[2] .

وعكس ما نجد في الحركة التطورية من تنظيم واستمرارية نجد في الحركة الضد -تطورية أو في الإختلال التدريجي للتنظيم التفكك المتتابع و الفوضوي ، ليقول مارتي في هذا الصدد :

« الاختلال في التنظيم يسير حسب اتجاه معاكس للتنظيم التطوري إذ يلاحظ في نفس الوقت اختفاء للتنظيم الوظيفي وتشتت الوظائف التي كانت فيما سبق مترابطة،

[1] - DEBRAY. R. « **L'équilibre psychosomatique organisation mental des diabétiques** », Paris, Dunod, 1983, P26.

[2] - MARTY. P.« **L'ordre psychosomatique les mouvements individuels de vie et de mort** », Tome II, Paris, Payot, 1980, P9.

فالغموض والإضطراب يتتابعان حتى تنتج الفوضى » [1] أثناء هذا الإختلال تبدأ التنظيمات الوظيفية في الإختفاء بشكل متتابع وعند اختفاء وظيفة معينة تظهر من بعدها وظيفة أقل تطورًا من سابقتها.

فنكون هنا أمام الضياع المتدرج للوظائف من الأكثر تطورا وصولا إلى الوظائف الأقل تطورا في الترتيب الفردي، فلا تبدوا أي من هذه التنظيمات الوظيفية كفيلة بإيجاد قدرة نكوصية منعشة (Revitalisant) للتصدي للإنحلال. « **فالطابع التدريجي لهذه الحركات يؤدي نظريا إلى الموت** » .[2]

يمكن لحركة الإختلال التدريجي للتنظيم عند ظهورها في الحياة أن تأخذ شكلا سريعا أو بالعكس بطيئا حسب الأفراد وحسب الأوقات، وتكون مطبوعة بفترات راحة يمكن أن تتكون خلالها مستويات لإعادة التنظيم، وهي قليلة الصلابة بحكم أن الحركة الإختلالية للتنظيم لا تتوقف. وفي غياب الإجراءات الملائمة(Les mesures adéquates) فمن الممكن أن تكون قاتلة (Fatale). فالقاعدة هنا هو المرور من عرضية جسدية إلى أخرى، مع الخطورة التدريجية للعرضية العامة [3]. فالظواهر العيادية الجسدية هي إحدى التظاهرات الأكثر وضوحا لغرائز الموت[4] .

إن عجز الجهاز النفسي لدى عصابي السلوك يفسح المجال لاختلالات جسدية خطيرة. أما لدى عصابي الطبع فلا شك في وجود إضطراب بين قدرات الجهاز لنفسي وعدم انتظام توظيفه، إذ أن تعطل هذا الأخير قد يمثل الإشارة الأولى والخطوة الأولى نحو الإختلال التدريجي للتنظيم [1].

3- النكوصات الشاملة (Les régressions globales)

النكوصات الشاملة تصيب البنيات المتينة نسبيا : العصابية والذهانية وكذلك العصابات الجيدة التعقلن، التي تملك دفاعات عقلية متينة. في هذه الحالات نجد ان التوازن

---

[1] et **4** – MARTY. P. « **la psychosomatique de l'adulte** », Paris, P.U.F, 1990, P32 et P32.

[2] - MARTY. P« **L'ordre psychosomatique les mouvements individuels de vie et de mort** », Tome II, Paris, Payot, 1980, P9.

[3] - DEBRAY. R« **L'équilibre psychosomatique organisation mental des diabétiques** », Paris, Dunod, 1983, P27.

[1] - MARTY. P.**« L'ordre psychosomatique, les mouvements individuels de vie et de mort »,** Tome II, Paris, Payot, 1980, P14.

الإقتصادي مستقر ولو كان مرفوقا بالأعراضية العقلية أو الجسدية الهامة التي لا تؤثر على التشخيص الحيوي (Pronostic vital). [2]

4- النكوصات الجزئية (Les régressions partielles).

النكوصات الجزئية تكون في ارتباط مع السلاسل التطورية الجانبية وخصوصا مع الديناميات الموازية ويمكن أن تظهر في أية بنية.

ويتعلق الأمر هنا بالتظاهرات الأعراضية التي تؤثر على الساحة العقلية، كما تؤثر على المستوى الجسدي بصفة عابرة أو مستمرة، ولكن غالبا ما تكون غير معرقلة للحركة التطورية العامة التي تبقى إيجابية تتميز بهيمنة غرائز الحياة [3] . كما أن قوة إعادتها للتنظيم لها علاقة بشدة التثبيتات الأولية التي انبثقت عنها [4].

التقسيم النوزوغرافي السيكوسوماتي لبيار مارتي.

Classification nosographique psychosomatique de P. Marty

تلعب وظيفة الأمومة دورا هاما في إرساء البنية العقلية الخاصة بالفرد لكن ذلك لا يكفي. ذلك أن هناك دورا للوراثة وتطور الكائن (ONTOGENESE) و تطور النوع أو السلالة (PHYLOGENESE) الذين يحددون بنية الفرد، من خلال تثبيتات جوهرية

[2] et [3] – DEBRAY. R.**« l'équilibre psychsosomatique organisation mentale des diabétiques »,** Paris, Dunod, 1983, P27 et P27

[4] - MARTY. P **« Les Mouvements individuels de vie et de mort »,** Essai d'économie psychosomatique, Paris, Payot, 1976, P155.

تؤدي إليها وظيفة الأمومة عبر ما يسمى بالعلاقة أم– طفل، ثم يأتي دور الوظائف الحسية –الحركية و الوظائف الإدراكية التى تساهم مساهمة أولية في البناء و في توجيه الشخص مبكرا نحو إحدى المجموعات الكبيرة من البنيات: الذهانات، العصابات العقلية، العصابات السلوكية و العصابات المتعددة الأشكال [1] و تكون الحياة الجسمية في تلك البنيات في الغالب صورة لحياة ما قبل الشعور[2].

خص التصنيف السيكوسوماتي المارتي الأشخاص الراشدين، و قد توصل إلى ذلك من خلال علامات السير الحيوي للأفراد والسير العقلي بواسطة : الأعراض، التناذرات و الأمراض الجسدية ... و في نفس الوقت مقارنتها بالتصنيف مما أدى الى التعديل المستمر في الشبكة1989,1987,1983،و يحدد التصنيف السيكوسوماتي في الفرد العناصر التالية: [3]

<u>البنية الأساسية:</u>

يهتم التنظيم السيكوسوماتي بالجزء الجوهري الغير متغير في سن الرشد، و هو عبارة عن مذكرة تحتوى على عشرة مواضيع تظم مختلف الأنظمة العصابية و الذهانية و كذا مستويات العقلنة.

<u>ملاحظة :</u>

في الشبكة النوزوغرافية (أفريل 1989) إستبدل مارتي عبارة " عصابات الطبع" بعبارة " عصابات متعددة الأشكال (polymorphes) " لما تحمل فيه التسمية من تعبير حقيقي عن عصابات الطبع التي تتميز استجاباتها بالغنى :عقلية و سلوكية... أما سمات الطبع (traits de caractère) فإنها لا تمثل سوى أحد العناصر العرضية فقط.

<u>الخصوصيات الاعتيادية الكبرى :</u>

[1] - MARTY. P **« Les Mouvements individuels de vie et de mort »,** Essai d'économie psychosomatique, Paris, Payot, 1976, P95.

[2] - DEBRAY. R **« l'équilibre psychsosomatique organisation mentale des diabétiques** » , Paris, Dunod, 1983, Px.

[3] - MARTY. P **« la psychosomatique de l'adulte »,** Paris, P.U.F, 1990, P61à P65.

و هي تجمع المعطيات الأعراضية المتعلقة بالسير العقلي و نمط الحياة الاعتيادي و معطيات تاريخ الأمراض القديمة و ذلك من أجل تسهيل الفرز الإحصائي. تتضمن هذه المذكرة (repertoire) ثلاث جداول (Ordres) للخصوصيات الإعتيادية الكبرى و المتمثلة في :

1- جدول أعراض له 28 موضوع.

2- جدول تغييري للفاحص يتضمن 13 موضوعا .

3- جدول خاص بتاريخ المرض و يحتوي على 20 موضوع.

الخصوصيات الحالية الكبرى : و هي تجمع المعطيات الأعراضية الحالية و المعطيات التاريخية المرضية الحديثة، و كذا المعطيات التي تتعلق بالسير العقلي و نمط الحياة الحالي و تتضمن 19 موضوعا .

الخصوصيات الجديدة الناتجة عن العلاج النفسي : و تجمع ثلاث جداول من المعطيات و هي:

1-تلك المتعلقة بزوال الخصوصيات الكبرى الحالية.

2-تلك المتعلقة بتحولات الخصوصيات الاعتيادية الكبرى التي تعيق أو تساعد على التوازن السيكوسوماتي للفرد.

3- تلك المتعلقة باكتساب أنماط جديدة للسير السيكوسوماتي في المجالات العقلية، في التعابير التساموية أو في التنظيم الاجتماعي.

ُيمكّن التصنيف النوزوغرافي السيكوسوماتي الذي و ضعه مارتي بما يلي:

- التعرف على التشخيص الخاص بنوعية التوظيف العقلي عبر محتويات بنوده.
- التنبؤ بنوعية ردود الأفعال للأفراد، المحتمل وقوعها عند التعرض للصدمات.
- معرفة نوعية الكفالة العلاجية التي تتماشي مع النظام الإقتصادي العام للفرد و كذا إمكانية محاولة إعادة تنظيمه.

و لقد عمد مارتي إلى تصنيف البنيات الإنسانية إلى جانب العصابات و الذهانات الكلاسيكية- التي تمثل الفئة الأكثر مقاومة للإصابات الجسدية نظرا للتثبيتات القوية التي تعرفها هاتين البنيتين و التي تؤدي إلى تنضيمات صلبة- الى فئتين :

- عصابات التعقلن (Les nevroses mentales) .
- عصابات السلوك (Les nevroses de comportements).

*** <u>عصابات التعقلن:</u>**

تمثل البنيات الأكثر انتشاراً عند أفراد المجتمعات الحالية [1] و هي تقع بين العصابات العقلية و العصابات السلوكية. تتميز هذه البنيات من جهة بإفتقادها لتثبيتات قوية على المستوي العقلي، و من جهة أخرى فهي تتصف بميزة عصابية توفر لها القدرة على التعقلن [2] .

يمكن تقسيم هذه العصابات إلى ثلاثة فئات و هذا حسب القدرة على الإرصان العقلي.

<u>ا- العصابات الجيدة التعقلن:</u>

هي قريبة من التنظيم العصابي الكلاسيكي، إذ تتواجد فيها عرضية عقلية ذات طابع هجاسي أو هستيري أو خوافي لتكون ممزوجة بالطبع و السلوك بمقادير مختلفة و ذلك حسب الأفراد و الوضعيات .و يتمتع الأفراد المنتمون إلى هذه الفئة بديمومة كمية كبيرة من التصورات النفسية المرتبطة فيما بينها (التي تكون موضوعا لتداعيات الأفكار) و التي تكون قد أُثريت بها خلال النمو بواسطة العديد من القيم الوجدانية و الرمزية [1].

<u>ب- العصابات الغير مؤكدة التعقلن:</u>

[1] - MARTY. P **« Les Mouvements individuels de vie et de mort essai d'économie psychosomatique»**, Paris, Payot , 1976, P107.

[2] - MARTY. P.**« L'ordre psychosomatique, les mouvements individuels de vie et de mort »,** Tome II, Paris, Payot, 1980, P11.

[1] - MARTY. P « **Mentalisation et psychosomatique** », Paris, laboratoire Delagrange, 1991, P30à P31.

و تتميز بضعف القيمة الوظيفية للعرضية العقلية من العصابي أو الذهاني لذا يكون الدفاع على مستوي الطبع و السلوك مكثف مقارنة بالنمط الأول. و ما يحدّد خصوصية هذا النمط هو « **عدم إستقرار الجهاز النفسي في سيره على نمط واحد** »[2] . فتظهر أحياناً التصورات العقلية و الأفكار على أنها غنية تسمح بالتعقلن و أحياناً أخري تكون فقيرة جداً لا تسمح بالإرصان العقلي.

ج- العصابات السيئة التعقلن :

تقترب أكثر من عصابات السلوك نظرا لفشل التنظيم العقلي في القيام بوظيفته (organisation mentale défaillante) ، و تتميز بفقر العرضية العقلية بينما يكون الدفاع على المستوي السلوكي هام مقارنة بالمجموعات السابقة نظرا لضعف إمكانيات الإرصان العقلي.

يتميز العصاب السيئ التعقلن عامة بصعوبات إستدخال المواضيع و الإحتفاظ بها ، حيث هناك تثبيتات هشة في الطور الثاني من المرحلة الشرجية أين تترسخ إمكانية الاحتفاظ بالمواضع.

فطبيعة الأنا غير متحرر من جذوره الجسمية من جراء الطبع الغامض للإستدخالات، أما إستقرار الأنا الأعلي فيكون سيء و غير متميز تاركاً المجال للأنا المثالي « moi idéal » .[1]

*** عصابات السلوك :**

تتميز هذه البنيات بغياب كمي و كيفي للتصورات و النقص المفرط في الإرصان العقلي، لتتميز بغياب العرضية العقلية الإيجابية و حتى الدفاعات على مستوى

[2] - MARTY. P. « **A propos des rêves chez les malades somatiques** », in Revue Française de Psychanalyse n°5/, 1984, P1145.

[1] - MARTY. P.**« L'ordre psychosomatique, les mouvements individuels de vie et de mort » ,** Tome II, Paris,

الطبع، مما يجعل مختلف الإثارات تعالج على مستوي السلوك. فالميزة الأساسية للأفراد المنتمون إلي هذا النوع من العصابات تتمثل في الرجوع إلى النشاط و السلوكات الخارجية و غياب الصراع بالمعني التحليلي [2]. ففي هذا الصدد يرى فان"Fain" بأن عصاب السلوك يدل على لا تنظيم بدائي. و هو يعرف ب: قلة أو إنعدام الأعراضية العقلية، قلة أو إنعدام سمات الطبع، تجاوبات حية و قليلة التحريضات الخارجية، غير أن هذه الإستجابات قد تكون ذات طابع تساموي[3] .

كما نجد عندهم صعوبات علائقية مع المواضيع الداخلية، تحدث نتيجة تمسكهم بالحاضر و قلة إرتباطهم بماضيهم، و هذا لنقص قدرتهم في الرجوع إلى اللاشعور و نقص إمكانيتهم في الإستدخال و الإحتفاظ بالمواضيع، و بالتالي فهم يلجؤون إلى ربط علاقات بمواضيع خارجية حاضرة التي يمكن أن تحقق نوعاً ما من السعادة [4]. غير أن السيولة الظاهرة لخطاب عصابي السلوك تُظهر في معظم الأحيان الدلائل عن هشاشته و تبعيته [5].

أما في ما يخص نظاميي الموقعيتين في هذه العصابات، فإن الموقعية الأولي تتميز بفقدان القيمة الوظيفية لما قبل الشعور [1] و بفقدان هذه الوظيفة يصبح اللاشعور غير ممثل(non representée) . وأي عطب، مهما كانت درجته، في الموقعية الأولى، فإنه يكون مصحوبا بتعديلات نسبية في الموقعية الثانية، أين نجد بجانب أنا_هش و قليل التميز، أنا أعلى على شكل هيئة فظة (fruste) يتميز بمثالية(idéal) قياسية و إجتماعية لم تكتسب بعد ميزات الشخصية [2].

Payot, 1980, P35.

[2] - MARTY. P **« Les Mouvements individuels de vie et de mort essai d'économie psychosomatique»**, Paris, Payot, 1976, P103 .

[3] - FAIN . M.**« la névrose de comportement selon P. Marty » ,** in Rev. Fr. Psychosomatique, n°6,1994, P152**.**

[4] - MARTY. P « **Les Mouvements individuels de vie et de mort essai d'économie psychosomatique**», Paris, Payot, 1976, P106.

[5] - FAIN. M**.« la névrose de comportement selon P. Marty »,** in Rev. Fr. Psychosomatique, n°6,1994, P156.

[1] et [2] – DEBRAY. R. « **l'équilibre psychsosomatique organisation mentale des diabétiques** », Paris, Dunod, 1983, P24 et P25.

و بالتالي فهم قد يكونون عرضة للصدمات و لحركات إفساد التنظيم في حالة تغيب و إختفاء مواضيعهم المفضلة .و قد تكون حركات إختلال التنظيم في هذه العصابات خطرة على حياة الفرد نظرا للمسار التدريجي الذي تأخده هذه الحركات، إذ تشمل فساد الأنظمة والوظائف الأكثر فالأكثر إتساعاً إن استجابات عصابات السلوك للصدمات ينجر عنها مباشرة ظهور إكتئاب أساسي و حياة عملية و قد يصل ضررها إلى المستوى الجسدي.

أثار الصدمة في مختلف تنظيمات الشخصية

Les conséquenses du traumatisme dans les différentes organisations de la personnalité

*** العصابات العقلية (névroses mentales)**

عند تعرضهم للصدمات فإن المرضي الذين يعانون من العصاب و الذهان العقلي الصريح يستجيبوا بواسطة أعراض عقلية إيجابية :إفراط(exacerbation) في النشاط العقلي، تعزيز ميكانيزمات الدفاع الإعتيادية، إستعادة بعض الإسترجاعات للمراحل

السابقة للتطور، توليد أعراض عقلية، بإستثناء التحويل الهستيري (conversion hystérique)، أين يكون العرض الجسدي خلاصة عمل معقد، يتطلب عمل نفسي ضخم. ففي الإطار العام للعصابيين و الذهانيين الواضحين ، عادة ماتسمح الميكانيزمات العقلية بإيجاد الحل للصدمة. فإختلال التنظيم يتم إيقافه بنقاط تثبيت صلبة على الحزمة المركزية المشتركة ذات الطابع العقلي، و خطر التوسع إلى المستويات الأكثر بدائية (archaïque) للتنظيمات الجسدية يكون ضعيفاً.

*** العصابات السيئة التعقلن و العصابات السلوكية:**

Les névroses mal mentalisées et névroses de comportements.

من جراء الهشاشة الكبري للتنظيم العقلي للعصابيين السيئي التعقلن فإن تنظيماتهم العقلية قد تستنفذ بدون أن تسمح بإرصان الصدمة (l'élaboration du traumatisme)، حيث يمكن عندئذ حدوث الإكتئاب الأساسي و التفكير الإجرائي. و عند عصابي السلوك فإن ضعف التنظيم العقلي لا يسمح بالإرصان النفسي للصدمة، المرتبطة أساسا بالإختفاء المادي لمواضيعهم المفضلة و الضرورية لتوظيفاتهم.

إن إختلال التنظيمات عادة مايسبب لهم و على الفور منطلقا للإكتئاب الأساسي، في غياب تعديل للمحيط الخارجي المساعد على العودة إلى مستوي توظيف أفضل، لا يمكن إيقاف هذه الإختلالات إلا عن طريق نقطة تثبيت متموقعة على سلسلة تطورية جسدية [1].

*** العصابات الطبعية (المتعددة الأشكال) les nevroses de caractère**

(les nevroses polymorphes)

يمكن للصدمة أن تخضع للإرصان العقلي في حالة وجود التثبيات التطورية التى تتعلق بالتنظيمات العقلية النكوصية ، تماما كما هو الحال في العصابات العقلية.

أما عندما تكون هذه التنظيمات النكوصية ناقصة فلا يتم الإرصان الداخلي للصدمة بل يحدث إختلال تنظيم للجهاز العقلي، و تمحى أو تختفي مؤقتا بعض الوظائف العقلية

[1] et [3] - PHEULPIN BAFFERT..M.C **« Asthmologie »,** thèse de doctorat université de paris sous la direction de R. Debary , 1993, P518 et P55.

الأساسية و خاصة وظيفة ما قبل الشعور وصفات الأنا الأعلي، و هذا ما ُيترجم عيادياً بالإكتئاب الأساسي و الحياة العملية التي يدل عليها التفكير العملي أثناء البحث العيادي [2].

إن تعدد الإستجابات مابعد الصدمات المرتبطة بالتنظيم العام للشخصية، و التي لا تأخد كامل قيمتها إلا إذا أُرجعت إلى الإقتصاد السيكوسوماتي العام للمفحوص.

لذلك فإن مارتي إقترح نوزوغرافيا إقتصادية تُكمّل التصنيف السيكوسوماتي و تسمح بتعريف الحركات التى تظهر و تتجلي من خلالها الأمراض، و هي تقديرات هامة للإختيارات العلاجية الملائمة [3] .

و في هذا الصدد، فقد أكدت الدراسات، التي قام بها بعض الباحثين الجزائريين، من بينهم الباحثة ف. عرعار، و إعتمادا على بعض الأمثلة العيادية بالأخص حول تأثير الصدمة عبر الأحداث التى مرت بها الجزائر خلال العشرية-1990 -2000- ، على الإختلاف في ردود الأفعال السيكوباتولوجية أمام الوضعيات الصدمية .

و هذا ما يساند و جهة نظر فرويد من جانب التحليل النفسي، و كذا وجهه نظر مارتي من جانب علم النفس – الجسد، اللذين أكدا على أن آثار الصدمة و نتائجها مرتبطة بصفة وثيقة بنوعية الدفاعات الخاصة بالتوظيف العقلي.

من خلال الفحص و الملاحظات لردود الأفعال الفردية أمام الأوضاع الصدمية، التي لاحظتها الباحثة على الأفراد المفحوصين في مركز الوقاية و التكفل النفسي (c.p.p.p.)كانت في الحقيقة خاصة بكل فرد على حدى، لكن الباحثة حاولت إستخراج العناصر المشتركة لوضع نمادج للإستجابات إزاء الأحداث الصدمية.

1- ظهور أعراضية عقلية.

2- الإفراط (exacerbation) في الأعراضية العقلية الموجودة من قبل

3- الإستجابة بتصلب (régidification) لسمات الطبع و/أو تطور لنشاط حركي مفرط.

---

[2] - MARTY. P **« Les Mouvements individuels de vie et de mort essai d'économie psychosomatique»**, Paris, Payot, 1976, P110.

4- تطوير عصاب صدمي (ما بعد الصدمة للضغط)
(syndrome post-traumatique de stess P.T.S.D.)
5- ظهور إكتئاب أساسى قد يتعقد عن طريق الدخول في حياة إجرائية .[1]

الخلاصة:

أكدت النظرية السيكوسوماتية على الخصوصيات الفردية للتكوين التطوري و التنظيم الإقتصادي الذي هو نتاج العوامل الوراثية و تاريخ الفرد و المحيط الذي يعيش فيه. فالمرض حسب مارتي قد تكون له قيمة إيجابية في بعض الحالات، ليمثل مستوي لإعادة التنظيم(un palier de réorganisation). و لمعرفة هذه القيمة كان لا بد من الرجوع إلى الإقتصاد السيكوسوماتي العام للفرد. فنفس العرض الجسدي حسب دوبري يمكن أن تكون له قيمة مختلفة حسب المميزات الشخصية للإقتصاد البسيكوسوماتي للفرد، مما يعني أن التصنيف الطبي الساري فيما يخص الأمراض ليس ملائما للتعبير عن تعقيدات العناصر التي تلعب دوراً عندما يصاب الفرد. فنفس العرض أوحتي نفس المرض يمكن أن يندمج في حركة تطورية إيجابية لدى شخص ما، أو بالعكس قد يساهم في حركة ضد-تطورية يندمج على سبيل المثال في إختلال التنظيم التدريجي.

[1] - ARAR. F **« Fonctionnement mental et gestion du traumatisme »,** in psychologie, 1999-2000, n°8, P53.

و عليه فإن هذه الرؤية تدل إذن علي ضرورة الرجوع إلى التصنيف النوزوغرافي المارتي الذي يأخد بعين الاعتبار " المخاطر " les risques " التجسيدية الظاهرة لدي الشخص تبعا لمميزات الإقتصاد السيكوسوماتي العام و بالأخص حسب خصوصيات توظيفه العقلي.

لقد توصل مارتي و أتباعه، إلى أن نوعية التوظيف العقلي لها علاقة وطيدة مع إمكانيات التصدي الجسدي للأمراض (la tenue du corps) . فمن خلال أبحاثهم و فهمهم المعمق للمرض الجسدي فقد توجوا هذه النظرية بإمكانيات لتوقع الأمراض و تطورها وكذا الوقاية منها، مركزين على مفاهيم جديدة لتفهم الفرد كوحدة نفسية جسدية متكاملة. و منه يجب أن لا نخضع المصاب فقط لعلاج طبي محظ مقتصرٍا على الجانب البيولوجي كما هو الحال لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، بل يجب أن تكون هناك رعاية مزدوجة من الطبيب المختص و السيكوسوماتي لأن العمل النفسي يحمي الجسد كما يحميه العلاج البيولوجي من أخطار إشتداد التعقيدات أو الإصابة بأمراض أخرى قد تكون في بعض الحالات متتالية ومؤدية إلى الموت.

الفصـل الرابـع

الاشكالية والفرضيات

الاشكالية والفرضيات

Problématique et hypothéses

تعتبر الكلى من الأعضاء الأساسية التي تضمن حياة الانسان من خلال الوظيفة الهامة التي تقوم بها، وبالتالي فإن أي اصابة فيها تحدث اختلال في توازن الجسم، من بين هذه الإصابات نجد:

القصور الكلوي المزمن النهائي.

L'insuffisance rénale chronique terminale (I .R.C.T)

«الذي هو عبارة عن تحطم معظم الخلايا النفرونية ليتوقف عمل الكلية كليا، وينتج عنه ارتفاع البولة في الدم، (Urémie) » .[1]

في هذه الحالة يكون العلاج،إما عن طريق الكلية الاصطناعية الهيموديياليز (l'hémodialyse)، أو عن طريق الزرع الكلوي (la greffe rénale) .

سنخصص بحثنا هذا لدراسة الاقتصاد السيكوسوماتي للمصابين المعالجين عن طريق الكلية الاصطناعية،حيث يجبر هؤلاء المرضى على التقيد بآلة التحال من أجل استمرار حياتهم، ليشكل الإنقطاع عن هذه الحصص المبرمجة خطرا تتولد عنه بصفة حتمية إضطرابات وخيمة مآلها الموت.

كما يجبر هؤلاء المرضى على إتباع حمية غذائية معينة، فالاستهلاك الكبير للصوديوم مثلا يؤدي الى إرتفاع الضغط الشرياني، مع تحديد كمية السوائل المتناولة يوميا فأي زيادة هامة فيها-500 الى 700 سم3 يوميا – تؤدي الى إنتفاخ المصاب مهددا بذلك عمل القلب.

إن العلاج بالهيموديياليز يعرض المريض للعديد من التغيرات والتعقيدات التي تؤثر مباشرة على تنظيم حياته من بينها:

[1] - Richet G.«**néphrologie**», Paris, Ellipses , 1988, P99.

1- إجراء العملية الجراحية:

يجري للمريض عملية جراحية برقبته أو فخذه من أجل إدماج قسيطر (catheter)، أو بيده من أجل إدماج ناصور (fistule) - كموضع إتصال بين المصاب و المسالك الموصلة بالكلية الإصطناعية – مشكلا منبع يقظة دائم لأجل الحفاظ عليه، لأن أي عطل وظيفي يمسه يخضع المريض لعملية جراحية أخرى.

2- أعراض ثانوية:

هناك تعقيدات تابعة للإصابة بالقصور الكلوي المزمن لدى كل المصابين دون استثناء تختلف فقط في شدتها (l'intensité) من مصاب لآخر، تتمثل هذه التعقيدات في تنفس سريع وعميق خاصة أثناء الزفير مع رائحة بولية، تقرح أغشية المخاط والفم، الحكة، بقع منتشرة للتصبيغات الفرفرية (Purpura)، إرتفاع الضغط الشرياني، الغثيان وخاصة القيء، إسهال مدمي، نزيف هضمي، فقر الدم، تلين العظام.

كما تحدث هذه الإصابة إضطرابات وخيمة في الحياة الجنسية، فإن كان المصاب أعزب فإنه يعزف على التفكير في الزواج، وإن كان متزوجا فانه يتعرض للعديد من المشاكل مع زوجته، بسبب ما يعانيه الرجال من عجز جنسي (impuissance sexuelle)، والنساء من برودة جنسية(frigidité sexuelle) مع إنعدام الطمث (aménorrhée) .

فأمام هذه الإصابة الخطيرة يبقي أمل كل مصاب أن تقام له عملية الزرع التي تمثل الطريقة المثلى للشفاء، لأنها تضمن الإندثار التدريجي لمعظم التعقيدات المذكورة آنفا، وبالتالي تعود سيادة الانتظام في جسد كان مختلا (déséquilibré) ، بسبب التوقف الكلي لعمل الكليتين.

أردنا تفهم هذه الفئة من المصابين وتفهم هذه الإصابة المزمنة، فوجدنا كما سلف تقديمه في الكثير من البحوث التي إختلفت في مراجعها النظرية وبالتالي كان هناك اختلاف في تناولها لهذا الموضوع.

- **النظرة الطبية:** وضع خلالها الأطباء المختصين بأمراض الكلي كل هؤلاء المصابين في فئة واحدة تعاني من التوقف التام لعمل الكليتين، مشخصين إياهم « بالمصابين

بالقصور الكلوي المزمن» ، فانصب اهتمامهم على العلاج الذي هو جد فعال لأنه منج من الموت فبدونه يلقي المصاب حذفه حتما، لكن يبقي أن نشير أن لهذه النظرية نقائص لأنها تهتم بالجانب العضوي فقط.

- **دراسات سيكولوجية:** ركزت على :

*- مفاهيم سلوكية ومعرفية، كمقياس باك (Beck) للإكتئاب ومقياس تقييم الذات، التي بينت وجود أعراض الاكتئاب الواضحة والمتمثلة في الأرق، الإنقطاع الشبه التام للشهية، الإنسحاب الإجتماعي، الشعور بالإخفاق والفشل.

*-مفاهيم التحليل النفسي * تهتم بالمعاش النفسي إزاء هذه الإصابة، ومدى تأثيرها على الحياة الداخلية والعلائقية للمصاب، مع الإهتمام بالميكانيزمات الدفاعية المستعملة مركزة في ذلك على الحياة السابقة للمريض.

هاته الدراسات السيكولوجية تبقى أيضا ناقصة لأنها إهتمت بالجانب النفسي فقط.

*-مفاهيم سيكوسوماتية، إهتمت في دراستها لهؤلاء المصابين بالإقتصاد السيكوسوماتي للأفراد المزروعي الكلي.

إنطلاقا من هذه النظريات المتعددة، وجدنا نفسنا مجبرين على الإعتماد على النظرية السيكوسوماتية في بحثنا لأنها تهتم بالفرد في كليته و وحدته دون الفصل بين النفس و الجسد فهما في تفاعل مستمر ينتج عنه نسق ديناميكي واحد لا يمكن فهم احدى مكوناته دون الرجوع الى المنطق الذي يسوق النسق الذي ينتمي إليه.

بعد العديد من الأعمال و البحوث الميدانية على المصابين جسديا، توصل مارتي و مساعديه، موزان، دافيد، فان (C.David, M.De M’uzan , M.Fain)، الى وضع نظرية جديدة انطلقت ركائزها من نظرية التحليل النفسي، لخصت في كتابهم الخاص بالفحص السيكوسوماتي سنة 1963 « l'investigation psychosomatique » الذي ظم طريقة التوظيف العقلي المميزة للمصابين جسديا، فهذا لا يعني أنهم يتميزون بتوظيف عقلي موحد بل بتوظيف يختلف من مصاب لآخر. يؤكد مارتي أنه مهما كانت درجة الإصابة الجسدية فإنه يتعذر فهمها، وبالتالي علاجها إن لم نرجع للإقتصاد

* **- قد تطرقنا في الفصل الثاني للمعاش النفسي للمصاب بالقصور الكلوي المزمن، معتمدين في ذلك على بعض الدراسات التحليلية.**

السيكوسوماتي االعام للفرد. و يركز بيار مارتي في ذلك على مفهوم العقلنة (Mentalisation) الذي يميز عمل الجهاز العقلي والذي يختلف من فرد لآخر وعند نفس الفرد حسب فترات حياته، ليتلخص مفهوم العقلنة فيمايلي:

إن معالجة الإثارات – سواء كانت داخلية أو خارجية – تختلف من شخص لآخر، فهناك من يعالجها عن طريق جهازه العقلي محولا إياها إلى طاقة نفسية فتنبثق بذلك أعراضية عقلية و / أو طبعية، يتحقق ذلك عند الأفراد الذين يتمتعون بمرونة وصرامة دفاعية وحياة هوامية غنية. هناك أشخاص آخرون ليس لهم الصرامة الدفاعية والثراء الهوامي الكفيلين بإرصان الإستثارات و تسييرها على الساحة النفسية المحضة، فيرغمون على إستعمال أساليب أخرى لمعالجة هذه الإستثارات تتمثل هذه الأساليب في الطبع و/ أو السلوك، و إن تعذر ذلك سينتج عنه إختلال التنظيم الجسدي (une désorganisation somatique).

هذا الإختلال في التنظيم (la désorganisation) يكون مخالف للمبدء التطوري، يمس الوظائف الأكثر تطورا (كالتوظيفات العقلية) ثم يتسع فيما بعد الى الوظائف الأقل تطورا « كالتجسيد» ، حيث يؤخذ أي عرض جسدي مهما كانت درجة خطورته ضمن كل حياة الفرد في الديناميكية التطورية والتاريخية له مع إستمرارية وجوده، من خلال إدراج هذا العرض في إقتصاده السيكوسوماتي.

إنطلاقا من هذا المنظور توصل مارتي الى تصنيف جديد مكمل للتصنيف التحليلي الكلاسيكي (عصاب – ذهان)، واصفا فيه وحدات عيادية جديدة تتميز كلها بعدم إنتظام التوظيف(irrégularité du fonctionnement)، تظم العصابات جيدة التعقلن، والغير مؤكدة التعقلن، والعصابات سيئة التعقلن (مع عصاب السلوك) لتكون أكثر عرضة للتجسيد.

إنطلاقا من هذه الأسس الجوهرية للنظرية السيكوسوماتية، أقامت « فابيان سورون«F.Seron» » دراسة على المصابين بالقصور الكلوي المزمن و تعرضهم لعملية الزرع، مركزة عملها على إقتصادهم السيكوسوماتي وبالتحديد على **« العوامل المتدخلة في نجاح عملية الزرع والمتمثلة في تقبل ثنائي (مناعي ونفسي) و التي**

تساعد على الحفاظ على التوازن الذاتي (l'équilibre homéostatique) و على الاقتصاد السيكوسوماتي الذي يكون خاصا حسب الأفراد، وعلى أنه يوجد من بين المعايير التي تسمح بهذا التقبل:

- القدرة على إنجاز أعراض عقلية (une symptomatologie mentale) لتأمين الحفاظ على الجسد.

- غني الهوامات « la richesse fantasmatique » الذي يسمح بمعالجة الصراعات و تحمل القلق ليحددا جزءا من التقبل المناعي [1]».

إن نتائج هذا البحث قد أيدت من طرف مارتي «**الذي أكد أنه من المحذور(indication la contre) إجراء الزرع الكلوي عند المرضى السيئين التعقلن، اللذين هم فريسة النشاط الضد-التطوري (contre évolutif) الكبير الحجم** » [2].

فمن خلال المقابلات المجراة مع المصابين بالقصور الكلوي المزمن، لاحظنا أن البعض منهم يتصف بصدي هوامي فيتحدثون بطلاقة عن الذكريات ويعبرون عن عواطفهم وصراعاتهم عبر ميكانيزمات دفاعية ملاحظة من خلال الحديث، كما وجدنا بعض المشاريع المستقبلية التي يأملونها كعملية الزرع. أما البعض الآخر فكان يتميز بفقر هوامي فلاحظنا الإمتثال الكبير لمتطلبات العلاج، لنظن في بداية الأمر أنها تصرفات ذات طابع هجاسي (caractère obsessionnel)،لكننا سرعان ما أدركنا أنها سياقات تمس السلوك أكثر مما تمس السياقات الدفاعية على الساحة العقلية.

إنطلاقا من هذه الملاحظات المتعقلة بالعقلنة لدى أشخاص يعانون من نفس الإصابة نطرح التساؤل التالي :

هل يتميز المصابين بالقصور الكلوي المزمن باختلاف في التوظيف العقلي ؟.

Est-ce que les malades insuffisants rénaux chroniques se caractérisent par une différence de fonctionnement mentale ?

زيادة على التعقيدات المذكورة آنفا، لا حظنا إختلال التنظيم (la désorganisation) الذي بدأ مساره عند بعض المصابين بإصابات جسدية كانت من قبل (مرض سكري ،

[1] -SERON F.: «**l'organisation psychosomatique des transplantés rénaux**», Thèse de Doctorat 3éme Cycle, Univérsité RENE DESCARTES, Paris V, sous la direction du Pr. Debray R, 1987, P1.

[2] - MARTY P. , «**Psychosomatique de l'adulte**», Paris, PUF, 5/92, P62. (que sais-je ?).

إرتفاع الضغط شرياني hypertension arterielle الخ...) ليصيب فيما بعد الكلتين وبالتالي يتوسع بصورة تدريجية (désorganisation progressive) ، كما وجدنا لدي البعض الآخر أنهم لم يصابو من قبل بأية إصابة جسدية لتكون أول إصابة لهم هي توقف العمل الكلي للكليتين ثم يفتح المجال لإصابات أخرى (السل، كثافة بلورية العين (cataracte)، فقدان السمع...)، كما وجدنا بعض الأشخاص المصابين فقط بالقصور الكلوي المزمن دون وجود إصابات سابقة و لا إصابات لاحقة.

زيادة على ذلك وجدنا إختلاف في مدي إضطراب كل حالة فهناك من تدهورت حالتهم الجسدية في مدة وجيزة منذ بدايتهم العلاج بالتصفية (من 6 أشهر إلى سنة)، وهناك من هم خاضعين للتصفية منذ مدة زمنية طويلة وقد حافظوا نسبيا على توازنهم الجسدي (من 10 إلى 15 سنة).

إنطلاقا من ملاحظاتنا الميدانية حول إختلاف العقلنة لدى هؤلاء المصابين وإختلافهم في الإصابات الجسدية الأخرى وفي شدة التعقيدات المتعلقة بالإصابة وجدنا أنفسنا أمام التساؤل التالي:

هل نوعية التوظيف العقلي للفرد يؤثر على إمكانيات التصدي الجسمي للأمراض ؟.

Est-ce que la qualité du fonctionnement mentale du sujet influe sur la tenue du corps ?

بإتخاذ هذه الإشكالية منطلقا لبحثنا وإستنادا للمعطيات النظرية و ملاحظتنا الميدانية، حاولنا صياغة الفرضيات التالية :

<u>الفرضيـــــة العامـــــة:</u>

الأشخاص الذين يعانون من القصور الكلوي المزمن ليس لديهم نفس التوظيف العقلي، إذا أخذنا النوزوغرافيا السيكوسوماتية كمرجعا لتصنيفهم، فمنهم من يدخل في صنف عصاب جيد التعقلن، ومنهم من يدخل في صنف عصاب غير مؤكد التعقلن، ومنهم من يدخل في صنف عصاب سيئ التعقلن. يؤثر هذا المتغير المستقل على المتغير التابع المتمثل في الصحة الجسدية (la santé physique)، ومنه إن نوعية التوظيف العقلي للمصاب بالقصور الكلوي المزمن في علاقة وطيدة مع إمكانيات التصدي الجسمي للأمراض (la tenue du corps).

التعريف الإجرائي لأنماط السير العقلي المتواجدة في الفرضية العامة:

***- المصابون الذين ينتمون الى العصابات الجيدة التعقلن يتميزون ب:**

- وجود حيز نفسي يستثمر على أنه مجال عقلي، تعالج فيه المحتويات الهوامية.
- حركة مستمرة ومرنة بين الواقع والحياة الخيالية (la vie imaginaire).
- ميكانيزمات دفاعية متنوعة تنتمي لمختلف سجلات التوظيف.
- إمكانية حشد نشاط نزوي، ليبيدي وعدواني.
- معالجة الوضعيات الصراعية النفسية والعلائقية.

***- المصابون الذين ينتمون الى العصابات السيئة التعقلن أو عصابات السلوك يتميزون بـ :**

- فقر في الذكريات والحياة الهوامية.
- نقص في التعبير الوجداني. (Manque d'expression affective).
- غياب حيز نفسي لمعالجة الصراعات.
-التمسك بالواقع الملموس، العملي.
-العيش في سياق آني دائم، نموذج الحياة الاجرائية (une actualité pérmanente).

***-المصابون غير المؤكدي العقلنة:**

يعالجون الإثارات بصفة غير ثابتة غير مستقرة، يتميزون أحيانا بعقلنة جيدة وأحيانا بعقلنة سيئة – يكون توظيفهم بين العصابات الجيدة التعقلن والعصابات السيئة التعقلن – فيكون عدم إنتظام التوظيف جد واضح «l'irrégularité du fonctionnement mental est patente» ليجد الفاحص نفسه في موقف تردد حول نوعية التوظيف العقلي للمصاب.

الفرضيات العملية:

-الفرضية الأولى:

***-المصابون الذين تنتمي توظيفاتهم العقلية الى العصاب الجيد التعقلن سيكونون أكثر مقاومة لمختلف الأزمات التي يتعرضون لها خلال حياتهم (Aux différents moments de crise) فيستجيبون في أكثر الحالات بمعالجتها و إرصانها على المستوى العقلي، الأمر الذي يؤدي حين إشتداد الطاقة إلى ظهور عرضية نفسية أو تقويتها إن كانت موجودة سابقا.**

حينما يتعذر علاجها على المستوى العقلي نجد إحتمالين:

1/ –ظهور أمراض جسدية رجعية (réversible) أو ذات أزمات.

2/ – دخول الفرد في حركات إختلال التنظيم التدريجية، فهذه الحركات تظهر نادرة عند هذه الفئة من المرضى وإن ظهرت فتكون هناك عند الفرد إمكانيات أكيدة للحد من تقدمها خاصة حينما يجد الإمكانيات العلاجية الملائمة.

- الفرضية الثانية:

المصابون الذين تنتمي توظيفاتهم العقلية إلى العصاب السيئ التعقلن.

1/- نجد أن البعض منهم يتمسك بالإصابة بشكل إجرائي، ميكانيكي (d'une façon opératoire mécanique)، من خلال التمسك بكل متطلبات ومقتضيات العلاج ليتمكنوا من التحكم فيها وذلك بسبب وجود دعم من المحيط (un soutien de l'environnement) الذي يلعب دور مثير إيجابي، ولتلعب العائلة دور صاد – الإثارات (pare-exitation).

2/- فإن حدث وتعرض المصاب الى أزمات في حياته فإنه لا يستطيع مواجهتها بأعراضية عقلية، فاتحا المجال لإصابة أخرى من الممكن في بعض الحالات أن تتخذ مسارا تدريجيا (une désorganisation progressive) تكون فيه الإصابة تلوي الأخرى.

الفرضية الثالثة:

المصابون الذين ينتمون إلى العصابات الغير مؤكدة التعقلن لا نجد لديهم أمراض بالغة الخطورة في سوابقهم المرضية، فان وجدت إصابات قد تكون رجعية (réversible) قابلة للشفاء، كما قد لا تكون لهم أمراض مصاحبة لمرض القصور الكلوي، لنقول أن هؤلاء المصابين لهم إمكانيات تصدي جسمي متوسطة للأمراض لكن هذا التوسط يبقي نسبي فقد ينقص أو يزيد عدد من المعايير المشار إليها حسب الأفراد.

للتأكد من صحة فرضياتنا، إستخدمنا المقابلة العيادية النصف موجهة، والرائزين الإسقاطيين المتمثلين في رائز الرورشاخ، ورائز تفهم الموضوع.

فتقول دوبري «**أنه إذا تقبلنا أن العمل النفسي يحمي الجسد ضد إحتمال نشاط إختلال التنظيم الجسدي (Une désorganisation somatique)، فإننا نرى الأهمية التي يضفيها التقييم للميزة الوظيفية للجهاز النفسي للفرد المفحوص مهما كان سنه، من خلال استعمال الاختبارات الإسقاطية**» [1] . كما يجب أن لا ننسى أنه سواء في الرورشاخ أو TAT فإنه دوما نفس الفرد الذي يتكلم.وأخيرا كما تقول شابير C.CHABERT

«**إن تكملة الرورشاخ برائز تفهم الموضوع TAT ، يسمح لنا بوضع نماذج للتوظيفات الخاصة**» [2].

[1] - Debray R. «**TAT et économie psychosomatique ; un bilan actuel**», in Psychologie clinique et projective, volume 3 , 1997, P24.

[2]- CHABERT C. «**Les méthodes projectives en psychosomatique**», in EMC (Paris, France), Psychiatrie, 37400.D10,6,1988, P2.

الفصل الخامس

الجانب المنهجي

الجـــــــانب المنهجـــي

La Méthodologie

سنتطرق في هذا الفصل المخصص للجانب المنهجي المتبع في بحثنا و المتعلق بالتوظيف العقلي لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن مركزين في ذلك على المنهج العيادي، الميزات الخاصة بعينة البحث، التقنيات المستعملة في هذا المجال مع طريقة تحليلها.

I- المنهج المتبع في البحث:

أجرينا الجانب الخاص المتعلق بما قبل التحقيق **(La pré-enquête)** من هذا البحث في مستشفى بني مسوس بالجزائر العاصمة بمصلحة العلاج بالتحال الدموي، حيث كنا جد قريبين من المصابين بالقصور الكلوي المزمن وتابعنا العلاج الذي كانوا يتلقوه بطريقة دائمة « العلاج بالتصفية الدموية » و كذا معاشهم النفسي إزاء هذه الإصابة – تطرقنا لهذا الجانب في الفصل السابق الخاص بالمعاش النفسي الخاص بالمصاب بالقصور الكلوي المزمن – من خلال حضورنا حصص التصفية الدموية و إجراء مقابلات عيادية معهم مما ساعدنا على التوصل إلى أنه يوجد تنوع في التوظيفات العقلية لديهم، وهو ما سمح لنا ببناء فرضيات بحثنا.

أما الجانب الميداني من البحث فقمنا به بعيادة خاصة للفحص النفسي وطب الكلي ببجاية، أين كنا نلتقي بهؤلاء المصابين الموجهين لنا من طرف أخصائيين لأمراض الكلى بمستشفى بجاية.

أما المنهج الذي كان مستعملا في البحث الخاص بهؤلاء المصابين فهو المنهج العيادي والذي يعرفه روجي بيرون (R.Perron) على أنه «**يهدف لمعرفة السير النفسي والبناء الحاذق للوقائع النفسية، التي يكون الفرد منبعها**» [1].

فهذا المنهج يسمح لنا بجمع المعلومات التي تسمح لنا بمناقشة فرضياتنا، فلا يمكن التعرف على الإقتصاد السيكوسوماتي لهؤلاء الأشخاص دون إستخدام هذا المنهج.

[1] - PERRON R.«**les problèmes de la preuve dans les démarches de la psychologie dite clinique**», in revue de psychologie Française 1979, N°24-1, P38.

1-1-مجموعة البحث ومعايير إختيارها .

تتكون مجموعة بحثنا من • خمسة عشرة حالة، كلهم مصابين بالقصور الكلوي المزمن ويتلقون العلاج عن طريق التصفية الدموية وهم متمثلون في تسعة نساء وستة رجال.

أما عن المعايير المعتمد عليها في إنتقاء عينتنا كانت كالتالي:

- معايير كان يجب التقيد بها في إختيار عينتنا:

***- بلوغ كل المصابين المرحلة النهائية من المرض، ويعالجوا بآلة التصفية الدموية مروا أم لا عن طريق التصفية البيروتينية (D.P.C.A).

(Dialyse péritonéale continue ambulatoire).

*- كل الحالات راشدة، أين يتراوح أعمارهم بين 25 سنة و 60 سنة، لأن البنية العقلية تكون كاملة التكوين.

*- إخترنا الأفراد الذين يتكلمون زيادة على اللغة القبائلية، اللغة العربية و/أو الفرنسية، لأننا لا نجيد كثيرا القبائلية.

*- لم ندخل في عينتنا الأشخاص الذين تعرضوا لعملية الزرع الكلوي ثم فشلت، لأنهم تعرضوا لصدمة قد تؤثر على مردودياتهم.

- معايير لم نتقيد بها في إختيار عينتنا: إن عدم التقيد بهذه المتغيرات لا يعني التقليل من أهميتها بل لم نظبطها لدى كل أفراد عينتنا.

*- المستوى الإجتماعي – الثقافي (Le niveau socio-culturel)، لم نعرض له أهمية لأن الإصابة بالقصور الكلوي المزمن من الممكن أن يصيب كل الطبقات الإجتماعية.

*- الجنس لم نعط لهذا المتغير أهمية في بحثنا، فلم نخص في دراستنا الإناث فقط أو الذكور فقط بل كانت عينتنا متنوعة.

•كان عدد عينتنا في البداية سبعة عشرة حالة مصابة بالقصور الكلوي، أقصينا حالتين ليكون العدد خمسة عشرة حالة، فالحالة الأولى قمنا معها بكل خطوات البحث لكن لم ندخلها في عينتنا لأن سنها كان 17 سنة أي لم تبلغ بعد سن الرشد، أما الحالة الثانية فكان جد متأثرة بوجود جهاز التسجيل (magnétophone) فكانت إجابتة عن كل سؤال محدد بنعم أو لا، وفي آخر المقابلة قال أرجو أن لا تقدموني في التلفزة أو في الإذاعة.

*- لم نأخذ بعين الإعتبار عند إنتقاء عناصر بحثنا – أفراد العينة – عمر المصاب عندما أصيب بالقصور الكلوي المزمن لأول مرة.

سنقدم الجدول الموالي الذي نعرض فيه خصائص المرضي الذين تم فحصهم، والمتمثلة في الإسم، السن، الحالة المدنية (أعزب أو متزوج)، المستوي الدراسي، المهنة، مدة العلاج بالتصفية الدموية. التعرض مؤخرا إلى عملية الزرع الكلوي، وأخيرا هل المصاب ما زال على قيد الحياة أو متوفى (décédé).

II- التقنيات المستعملـــة:

1 المقابلة العيادية:

1-1- تعريف المقابلة العيادية و أهمية إستعمالها:

«المقابلة العيادية في البحث مثلها مثل الطرق الأخرى، في جمع المادة (الملاحظة، المجموعة ،الخ...)، لتمثل فرصة لمواجهة فرضيات الباحث مع واقع الوضعيات والأشخاص الملتقى بهم (Rencontrées). ليشكل الفرد المستجوب أهمية أولية عند الباحث. وليشكل دليل المقابلة (Le guide d'entretien)،الذي يسبق تكوينه تسيير المقابلة (La conduite de l'entretien) ترجمة لفرضيات الباحث العلمية لتكون بنفس لغة المفحوص» [1].

كما يجب أن نشير الى أن الحالة العيادية تبقى في مركز كل بحث في علم النفس المرضى (La psychopathologie) [2].

« إذا كانت المقابلة العيادية تعرف خصوصا بالإنتباه العالي إتجاه الفرد، في كليته، أصالته، ووحدته، في هذه الحالة فإنه من المؤكد أن مقابلة البحث الغير الموجهة (non directif) تكون أكثر عيادية، ليكون خلاله تركيب المقابلة مقتن الى أدنى حد، فينزاح (s'efface) المحقق ليكون في إستماع الآخر. غير أنه يوجد إختلاف هام يجب الإشارة إليه بين هذه المقابلة العيادية للبحث وبين التي هدفها تشخيصي وعلاجي، فالمحقق، الباحث،المختص النفسي،هو الذي يقوم بالطلب(Demandeur) »[3].

إذن مقابلة البحث ليس لها هدف تشخيصي ولا علاجي، لكن هذا لا يعني أنها بدون غاية فهذا يرتبط بالخطة الخاصة بالباحث [4].

يستمع العيادي للمفحوص بسياق ثنائي: ما لا يقال وما يقال – اللباس، الأسلوب، الوضعية، الإشارات، الإيماءات، نبرة الصوت (l'intonation) - المحتوي الظاهر والكامن للحديث [5].

---

[1] - REVAULT D'ALLONNES.C. and COLL, «**La démarche clinique en science humaines**», Dunod, Paris, 1989, P46.

[2] - BOURGUIGNON et BYLLOWSKI «**La recherche clinique en psychopathologie, perspective critique**», Paris, PUF, 1995, P88.

[3] et [4] et [5] - CHILLAND. C. «**l'entretien clinique**», PUF, Paris, 1983, P122 et P118.

هذه المقابلة العيادية تكون **«أكثر سهولة مع مفحوص (عادي – عصابي) (normalo-névrotique) من مفحوص ذهاني،أو مفحوص متعرض لأمراض عضوية»** [1].

- **2-1خصائص المقابلة النصف الموجهة المستخدمة في البحث:**

المقابلة المجراة خلال بحثنا كانت نصف موجهة، لأننا لا نستطيع مناقشة فرضيات البحث دون إستعمال هذا النوع من المقابلة، وذلك من خلال التعرف على الأمراض السابقة والحالية التي تعرض لها المصاب. حيث إستعملنا لمعرفة نوعية هذه الأمراض، معيار الإستشفاء * أو العلاج عند الطبيب. أما الأمراض التي لم تتطلب علاجا عند الطبيب أو التي لم يتذكرها المريض فلم نأخذها بعين الإعتبار بحكم أنها أمراض عابرة قابلة للشفاء تلقائيا، وهي تصيب أي بنية نفسية: مثل الزكام، السعال (الأمراض الرجعية réversible)، لتتمثل في إضطراب وظيفي عابر في عضو ما من الجسد.

و من الأسباب التي جعلتنا نختار المقابلة النصف الموجهة الإتاحة للمفحوص التعبير والتداعي بعد طرح سؤالنا، وإن تعذر عليه ذلك فبإمكاننا التدخل لطرح أسئلة أخرى، تمكننا من التعرف على مدى إستثمار المصاب للمواضيع الخارجية، وكذلك نوعية إستجاباته التحويلية، كما نتعرف من خلال بنائه على كيفية التعامل مع المحاور المقترحة عليه والميكانيزمات الدفاعية المستعملة، ونوعية الحياة الحلمية.

وأخيرا نحاول أن نستخرج من المقابلة فرضية حول خصوصيات الإقتصاد السيكوسوماتي للمفحوص إن أمكن ذلك، غير أن ذلك لا يغنينا عن إستخدام تقنيات مخصصة لذلك والمتمثلة في الروائز الإسقاطية (الرورشاخ، ورائز تفهم الموضوع).

أما فيما يخص مجموعة البحث فقد أعلمناها منذ البداية عن مساهمتهم في بحث يخص هذه الفئة المصابة. فمواعيد المقابلات كانت تعطي حسب الوقت الذي يتناسب مع المصاب، أي خارج الأيام التي تكون فيها حصص للتصفية الدموية. فيما يخص عدد حصص المقابلات فكان يختلف من حالة لأخرى، لأنه يوجد حالات أين كانت إجاباتهم

---

[1] - CHILLAND C.«**l'entretien clinique**», PUF, Paris, 1983, P122 et P118.

***-لا نعطي أهمية للإستشفاء الذي تلقاه المصاب من أجل إجراء عملية جراحية تخص إدماج الناصور، لأن كل مصابين يتعرضون له.**

غنية حول محاور المقابلة فكنا نترك المصاب يتحدث دون تدخلنا لهدف التعرف أكثر على سياقاته وميزاته الأساسية لتوظيفه العقلي، وكانت هناك حالات أين تكون إجاباتهم وجيزة فكنا مجبرين على طرح الأسئلة الموجودة بدليل المقابلة (dans le guide d'entretien). كما قمنا في هذه المرحلة من البحث بتسجيل كل اللقاءات في أشرطة تسجيل وذلك بهدف إعادة سماعها للتمكن أكثر من تحليل الحالة (l'analyse du cas). عند نهاية آخر مقابلة كنا نخبر المريض على أننا في الحصة القادمة – الموعد القادم – سنقوم بتطبيق الروائز فبأي لغة يختار التعبير دون أن تشكل عائقا للتعبير بصفة تلقائية، فكانت هناك 5 حالات فضلت التحدث باللغة الأم الأمازيغية، فلهذا كنا مجبرين على أن تطبق لهم الروائز الإسقاطية من طرف أخصائي نفسي آخر – وهذا لأننا لا نجيد كثيرا هذه اللغة – يجيد اللغة الأمازيغية، فكانت الروائز الإسقاطية متمثلة في الرورشاخ ورائز تفهم الموضوع (TAT). إذن كان الفحص يتضمن مقابلات، رائز رورشاخ، ورائز تفهم الموضوع.

هذا الترتيب إبتدأ بالمقابلات لهدف نسج علاقة بيننا وبين المفحوص، ثم يليه تقديم الروائز.

- **1- 3- الموقف العام للعيادي أثناء المقابلة :**

يجب على الفاحص أن يتحلى بالحياد الإيجابي «la neutralité Bienveillante»، الذي يكون مصحوب بوضعيات ضد تحويلية تكون خاصة بكل مقابلة من جهة وبكل مختص عيادي من جهة أخرى.

فطريقة إدراك العيادي لما هو عادي (La normalité) يشكل مرجع محدد في أسلوب التعامل والإستماع للشخص، فعلى العيادي أن يكون واعيا بوجود إنعكاسات تحويلية يجب التعرف عليها. في هذه العلاقة لا يجب على العيادي أن يكون له موقف بعيد لأنه من الممكن أن يسبب عند المفحوص الإحساس بعدم الإهتمام به والتخلي عنه « Le Sentiment d'abandon »، أما التدخلات العديدة قد تعاش على أنها تدخل «intrusion»، فعلى العيادي أن يجد موقف يوافق هذه الوضعية التي تقارن بوضعية الأم الطيبة بما فيه الكفاية «Une mère suffisamment bonne» الغير نابذة والغير معتدية، حسب فينيكوت «Winnicott» لتترك للطفل إمكانية بسط حياته الداخلية [1].

إن كلا الموقفين، الموقف البعيد والتدخلات العديدة - **«من المحتمل أن يحدثا فيض في الإثارات الغير مرصنة عقليا والمتعذر التعبير عنها حركيا، لتفرغ هذه الإثارات مفعولها على المستوى الجسدي الهادىء حاليا »** [2].

فيجب على الفاحص أن ينسجم في تلك الفترة مع سياقات المفحوص التي تكون متغيرة حسب محتويات حديثه، فسلوكات وردود أفعال المفحوص هي التي ترشده تدريجيا على الطريقة الأمثل للتدخل أو الصمت [3].

فعلى الفاحص أن يصحب ويدعم التداعيات إن وجدت وإثارتها إن أمكن ذلك، مع محاولة إنعاش العلاقة إن كان سياق التداعي غائب أو هش [4].

أما فيما يخص ميزة العلاقة و تطورها عبر الوقت، فالحذر أو التكتم في البداية من طرف المفحوص من الممكن ان يكون ميزة حسنة لأنه يبين إدراك الآخر كغريب، وعلى

---

[1] - CHABERTt C.«**Le Rorschach en clinique adulte intérprétation psychanalytique** », Paris, Dunod, 1983, P18 et P19.

[2] et [3] - MARTY P.«**La psychosomatique de l'Adulte**», Paris, PUF, 1990, P72.(que sais-je ?).

[4] - DEBRAY R.« **Clinique de l'expression somatique psychanalyse des liens psyché-soma** », Paris, Delachaux et Niestlé , 1996, P40.

العكس فإن مباشرية العلاقة قد يرجع الى نقص في العقلنة: ليستثمر على الفور أي موضوع كموضوع طيب على نموذج العلاقة الموضوعية للحساسي«La relation d'objet allergique» [1]

إذن المعلومات المتحصل عليها في المقابلة ليس لها معنى، إلا من خلال الرجوع لطبيعة العلاقة الثنائية بين الفاحص والمفحوص.

4-1- دليل المقابـــة:

تم تركيز المقابلة النصف موجهة على ثلاثة محاور أساسية هي كالتالي:

1- معلومات تتعلق بالحالة الصحية الحالية:

*-ما هو العلاج الذي يتلقاه حاليا ؟ وكيف يعيشه ؟

*-ما هو رد الفعل عند تلقي أول حصة للديباليز ؟

*-منذ متى وهو مصاب بهذه الإصابة وكيف تطور مرضه مؤخرا ؟

*-ما هي الأسباب التي أحدثت مرضه الحالي ؟

*-ما هي التعقيدات – الأمراض التي صاحبت الإصابة ؟ التي يعاني منها حاليا ؟.

*-كيف يعيشون التعقيدات المتعلقة بالجنس (البرودة الجنسية عند المرأة والعجز الجنسي لدى الرجل)؟

*-كم من مرة أدخل المستشفى بسبب هذه الإصابة؟

*-هل المصاب خاضع لحمية غذائية معينة يجب أن يتبعها ؟

*-هل المصاب محتاج الى مساعدات شخص آخر في حياته اليومية ؟

*-هل هناك من يعاني من نفس الإصابة في عائلته ؟

2- **معلومات تتعلق بالحالة الصحية السابقة:**

*-ما هي الأمراض التي أصيب بها المصاب في الصغر ؟

*-ما هي الأمراض التي عانى منها المصاب قبل إصابته بهذه الإصابة ؟

*-كم من مرة أدخل المستشفى قبل هذه الإصابة؟.

*-ما هي مختلف التدخلات الجراحية التي تعرض لها قبل الإصابة ؟

[1] - DEBRAY R.« **Clinique de l'expression somatique psychanalyse des liens psyché-soma** », Paris, Delachaux et niestlé , 1996, P41.

3- **<u>معلومات تساعد على حصر خصائص التنظيم العقلي للشخص:</u>**

إمكانيات المفحوص على التكلم عن ذكرياته ؟

*-هل تعرض المفحوص لصدمات نفسية أو جسدية في حياته ؟

*-ما هي خصوصيات حياته العلائقية ؟

*-ما هي النشاطات والهوايات التي يقوم بها؟

*-ما هي المشاريع المستقبلية ؟

*-ما هي خصوصيات حياته الحلمية ؟

<u>ملا حظة:</u> إن أجاب المفحوص على بعض الأسئلة تلقائيا قبل طرحها من طرفنا– المختص النفسي – فنتغاضي عنها و لانطرحها فيما بعد.

<u>Remarque :</u> Si le patient à anticipé spontanément sur des réponses à des questions prévues par nous – psychologue – nous éviterons de les poser ultérieurement.

2- رائــز الرورشـــاخ:

2-1- وضعية رائزالرورشاخ والهدف منه:

يمكننا هذا الرائز من التعرف على الشخصية لدى جميع الفئات: الطفل، المراهق والراشد. خلال الفحص تعرض على المفحوص تعليمة – تخص لوحات الرورشاخ – تحرض الميكانيزمات الإدراكية والإسقاطية في نفس الوقت المتمثلة في :

«قل لي ما يمكن أن تتخيله من خلال هذه الصور، قل لي بماذا تذكرك هذه اللوحات».

« Dites – moi ce que vous imaginez à partir de ces planches, dites à quoi ces planches vous font penser » [2].

«يجد الفرد نفسه مواجها لمتطلب ثنائي: فإنه سيبين لنا إلى أي مدى وكيف ينظم نفسه، كي يواجه حياته الداخلية والمحيط في نفس الوقت » [3].

يمكننا الرورشاخ من التعرف على طريقة تناول الفرد للواقع الخارجي، وطبيعة هذا التمسك بالواقع إن كان سوي أو منحرف ومدى توافقه مع الصدي الهوامي الداخلي، معتمدين في ذلك على مبدأ اللذة ومبدأ الواقع، بين الرغبة والدفاع، ومدى التوافق بينهما. كما نحلل التصورات، ونوعية العلاقات، والحياة النزوية من خلال الإجابات الحركية (الليبيدية والعدوانية)، ومدى إستثمار وتنوع المواضيع الخارجية.

وأخيرا من خلال هذه المحتويات المذكورة آنفا، نتمكن من إدراج فرضية حول التوظيف العقلي للفرد.

2-2- الميكانيزمات الدفاعية في رائز الرورشاخ:

الإستدلال على الميكانيزمات الدفاعية في بروتوكول الرورشاخ يُكّون مرحلة هامة في تقييم التوظيف النفسي للفرد.

يدلنا بوضوح على مرونة أو صلابة الهيئة الدفاعية، نوعية خصوصياتها، طبيعتها الإجرائية الذي يسمح بالإنطلاق (Dégagement) الجزئي أو كذلك الغير فعال.

---

[2] et [3] CHABERT C, « **Le Rorschach en clinique adulte , interprétation psychanalytique**», Paris, Dunod, 1983,P12 et P13.

نصنف الميكانيزمات الدفاعية عن طريق نماذج مختلفة إذ نجد دفاعات عصابية، دفاعات ذهانية ودفاعات الطبع[1].

سنحاول التركيز فيما يلي على بعض الميكانيزمات العصابية.

***- الميكانيزمات الدفاعية من النوع الهجاسي.**

-العزل L'isolation:

تكون ميكانيزمات العزل الدفاعية نموذجية في العصابات الوسواسية ونذكر من بين سياقات العزل، حالات التوقف المؤقت في مجرى التفكير أو الصيغ أو الطقوس، بصفةعامةكل الإجراءات التي تتيح إقامة الهوة في التسلسل الزماني للأفكار أو الأفعال[2].

-التردد والشك L'hésitation et le doute:

التردد بين صور مختلفة متضادة ومتناقضة، ليظهر التردد بوجود أجوبة شكلية من نوع F± ، التكرار في الكلام، الذهاب والإياب بين تصورات متضادة[3].

أما الشك فيظهر عن طريق التردد بين صورتين أو تفسيرين في نفس الإجابة كما يظهر بإرتفاع في نسبة الإجابات الشكلية من نوع F± .

-الإنكار dénégation:

يظهر الإنكار عن طريق تعليقات عديدة في إجابة واحدة أو في سلسلة من الإجابات، لكن لا يشغل فقط نموذج العصابات الصلبة إذ نجده في عصابات أخرى غير العصابات الهجاسية[4].

---

[1] - CHABERT C, « **Le Rorschach en clinique adulte , interprétation psychanalytique**», Paris, Dunod, 1983,P246.

[2] et[3] - IBIDEM, P 252 et P253.

[4] - CHABERT C. « **Le Rorschach en clinique adulte interprétation psychanalytique** », Paris, Dunod, 1983, P254.

ويظهر على الكلام اللفظي الظاهري، أي على الطابع الخارجي للإدراك (وليس على التصور المرتبط به) بقول المفحوص مثلا «غير واضح، لا أرى جيدا) [1].

- التكوين العكسي Formation réactionnelle:

يظهر عن طريق وجود إجابات شكلية من نوع FC[2] . ونجدها أيضا في التعليقات في الإجابات والعوامل الخاصة (Les facteurs spécifiques) [3]. من خلال عامل واحد أو العديد منها المركبة فيمابينها، أين يسمح تجميعها بإستخراج ميكانيزم دفاعي خاص.
فمثلا التمسك بالشكليات، والتعبير المنخفض عن العواطف، التردد، التمسك بالجزئيات، إنكار العلاقات...الخ. كل هذا يدل على ميكانيزم الصلابة.

***-الميكانيزمات الدفاعية من النوع المرن.**

-الكبـت Le refoulement:

يظهر الكبت في الرورشاخ عن طريق الرفض أو عدم القدرة على إعطاء تداعيات (Les associations) في لوحات ذات رمزية جنسية (لوحة IV,VI) [4].

-مرونة الإستجابات الإنفعالية.

توضع الأسبقية في تتابع الإجابات(une séquence de réponses) للأولوية المخصصة للألوان في تحديد الإجابات من خلال تنشيط الإنفعال. هذا النموذج للتوظيف يظهر مرارا في اللوحات الملونة بينما الإجابات الحركية تكون أقل تواترا[5].

التعبير بصفة درامية La dramatisation .

يكون فيه طابع الألفاظ مبالغ ومفرط كما نجد مبالغة في التعبير عن اللذة والكدر. (Plaisir/déplaisir) بالخصوص في الوصف[6].

[1] et [2] et [3] et [4] - IBIDEM, P 249, P 251, P 253 et P 257 .

[5] et [6] - IBIDEM, P 256 et P257.

***-الميكانيزمات الدفاعية من النوع الفوبي.**

-النقل، الإبدال déplacement :

يكون عملية نفسية كلاسيكية للعصاب من جهة وللحلم من جهة أخرى، في الفوبيا النقل على الموضوع المخيف يسمح بكل موضوعية تعيين وتحديد القلق[1].

-الإسقاط La projection:

يظهر ميكانيزم الإسقاط في الصور المخيفة (حيوان قوي) لتكون التمثيلات اللاشعورية معبئة بالقلق، حيث تنقل وتسقط على مواضيع خارجية يشعر بأنها خطيرة مثيرا بذلك الكف و/أو التجنب. ليتضح هذا من خلال إرتفاع في زمن الكمون، التحديد في الكلام والسلوكات المعبرة عن القلق خارج مضمون البروتوكول، لتكون الإجابة مختصرة[2].

3- رائز تفهم الموضوع TAT:

3-1- وضعية رائز تفهم الموضوع والهدف منه:

يعتبر هذا الرائز من أكثر الروائز الإسقاطية شيوعا، إذ يستخدم على نطاق واسع في مجال العيادات النفسية وفي دراسة الشخصية، وقد مر تحليله بالعديد من التعديلات خلال البحوث الميدانية. فهذا الرائز وسيلة للتعرف على ميكانيزمات المفحوص من خلال تعليمة تشده للواقع وتطلق في نفس الوقت العنان للخيال.

«تخيل حكاية من كل تصويرة».

« Imaginez une histoire à partir de chaque planche ».

لتعرف **V.Shentoub** سياق **TAT** على أنه: **«مجموعة الميكانيزمات العقلية المستعملة في هذه الوضعية الفريدة من نوعها (Singulière)، أين يطلب من الشخص أن يتخيل قصة إنطلاقا من اللوحة، بمعنى آخر، بناء رغبة (Forger une fantaisie) من خلال واقع معين»** [3].

[1] - CHABERT C. **« Le Rorschach en clinique Adulte interprétation psychanalytique** » Paris, Dunod, 1983, P 566.
[2] - IBIDEM, P 266.
[3] - SHENTOUB V. «**Le manuel d'utilisation du TAT**», Bordas, Paris, 1990, P26.

يقدم هذا الرائز للمفحوص العديد من الوضعيات التي تعود الى صراعات عالمية، فمهما كان المحتوي الظاهر للوحة هناك دوما مرجع مستمر الى كيفية تعامل المفحوص مع الليبيدوا و العدوانية على مستوى الإشكالية الماقبل التناسلية، الإكتئابية،الأوديبية. فمن خلال حديث المفحوص نستخرج الآليات الدفاعية، كما يمكننا التعرف على الإشكاليات الهامة التي تخصه، مع كيفية معالجته للصراع سواء على المستوى النفسي و/أو العلائقي أو تجنبه إياه.

قد لا يميز هذا الرائز فقط سير الجهاز العقلي للفرد من خلال قصصه، بل يميز كل التنظيم العقلي للفرد في نطاق مختلف الأوضاع والصدمات التي قد يتعرض لها خلال الحياة [1].

أما الفرضية أو الاعتقاد الذي يؤسس طريقة تحليل TAT، هو أن كيفية التوظيف النفسي الذي يسود إبتكار وإخراج الحديث هو نفسه الذي يميز مجمل التوظيف العقلي للفرد [2].

أقامت V.Shentoub (1989) **«ورقة تفريغ لرائز تفهم الموضوع المخصص للراشدين، مُحاولة إدماج عناصر التصنيف السيكوسوماتي»** [3].

سنعتمد في عملنا لتحليل بروتوكولات TAT الخاصة بالمصابين بالقصور الكلوي المزمن على هذه الورقة للتفريغ، دون أن نعتمد في ذلك على ورقة التفريغ. **دوبري R.Debray** لعدم إمكاننا التعمق فيها بسبب النقص الهام في المراجع الخاصة بها.

3-2- سياق إرصان السرد القصصي لبروتوكول (TAT):

Le Processus d'élaboration du récit :

الكيفية التي يستجيب بها الفرد في وضعية الـ TAT لا تختلف في وظيفتها وبنيتها عن الكيفية التي يستجيب بها أثناء تعرضه لوضعيات صدمية أو صراعية في الحياة

[1] et [3] -.DEBRAY R.«**TAT et économie psychosomatique un bilan, actuel»**, in Psychologie clinique et projective volume 3,1997, P24.

[2] - CHABERT C.«**Psychanalyse et méthodes projectives**», Dunod, Paris, 1998, P84.

الواقعية، وهذا ما أرادت **فيكا. شنتوب** إثباته من خلال نظريتها حول سياق إرصان السرد في TAT.

يمر سياق إرصان السرد في بروتوكولات :TAT حسب فرضية **شنتوب** بسياق نذكره بالترتيب فيمايلي:

-«إدراك المحتوي الظاهر للوحة.

-الإثارات اللاّشعورية من خلال المحتوي الكامن للوحات يترجم عن طريق العواطف-التصورات (Représentations - affects).

-التكفل بالتنظيم القليل أو الكثير، لهذه التصورات / العواطف اللاّشعورية، من طرف ما قبل الشعور أين تسمح وظيفته بإيجاد الكلمات الخاصة بهذه التصورات / العاطفة.

-التوافق الخاص بالحديث المنتج، فهو حكاية تأخذ بعين الإعتبار في نفس الوقت، الضغط الداخلي الهوامي والعاطفي والضغط الخارجي المرتبط بالمقتضيات الشعورية للترابط المنطقي والقياس»[1] .

إذن بناء قصة TAT يرتبط بـ **«الإتصال بين الهيآت اللاّشعورية والنشاطات التكيفية والإبداعية للفكر»**[2].

III- طريقة معالجــة المعطيات:

1- تحليــل المقابلــة:

I-الصحــة الجسدية:

ركزنا من خلال دليل المقابلة على ما يلي:

1- الإصابات العضوية التي تعرض لها المفحوص. (في الطفولة والأمراض الحالية).

2- علاقة بعض الأحداث الصدمية ببعض التعقيدات إن أمكن ذلك.

3- إنعكاسات الإصابة .

4- العامل الوراثي.

فيما يخص الصحة الجسدية قمنا بتشكيل شبكة تهتم بها والمتمثلة في مايلي:

[1] - CHABERT C. «**Psychanalyse et méthodes projectives**», Paris, Dunod, 1998, P84.

[2] - LAGACHE D. «**Fantaisie, Réalité, Vérité**», in revue Française de psychanalyse, 28/4, 1964, P521.

I-1- شبكة تحليل إمكانيات التصدي الجسمي للأمراض (La tenue du corps) :

قمنا بتقسيم هذه الشبكة الى ثلاثة مستويات وذلك حسب إمكانيات التصدي الجيدة، السيئة، المتوسطة وهي كالتالي:

المستوي الأول: لم يدخل المصاب من قبل إلى المستشفى، ليس لديه أي إصابات، سابقة، وقد يكون لديه إصابات لاحقة غير خطيرة، أما تعقيدات الإصابة فتكون خفيفة الشدة، لكي نقول عن المفحوص أن لديه إمكانيات تصدي جسمي للأمراض جيدة.

المستوي الثاني: في السوابق المرضية للمفحوص يوجد أمراض سابقة، وقد تكون لديه أمراض أخرى مصاحبة لنفس المرض الحالي (القصور الكلوي المزمن)، فإن لم توجد فإننا نلاحظ أن المصاب جد متمسك بمتطلبات العلاج ليشكل لديه عامل حيوي، متلقيا العناية الكاملة من المحيط، لكن عند تلقيه أي صدمة فإنه يعرض للإصابة بإصابة أخرى أو العديد من الإصابات، لنقول أن إمكانيات التصدي الجسمي للأمراض تكون سيئة.

المستوي الثالث: قد يكون المصاب قد أصيب من قبل بأمراض رجعية (Réversible) (زكام، سعال...)، وليس له أمراض مصاحبة لنفس المرض، والذي يمكن أن يكون قد دخل المستشفى مرة واحدة. هذه المعايير المذكورة قد تنقص أو تزيد حسب المصابين، فلهذا نقول أن إمكانيات التصدي الجسمي للأمراض متوسطة ليكون هذا التوسط نسبي حسب الأشخاص.

II- التوظيف العقلي (Le fonctionnement mental) :

II-1- العقلنة عبر المقابلة:بالتركيز على دليل المقابلة فإننا نحاول الإحاطة بمايلي:

1- نوعية العلاقة أثناء المقابلة.

2-الأحداث الحياتية الهامة عند المفحوص.

3- الحياة العلائقية، وطبيعة الإستثمارات الموضوعية .

4-إستخراج السياقات الدفاعية المستعملة ضمن السياق الكلي للمقابلة:

من خلال حديث المفحوص، مرتبين إياها حسب تفوق إستعمالها

لتكون ضمن أربعة سجلات:

***- الدفاع باللجوء للواقع (سياقات صلبة).**

***- الدفاع باللجوء للهوامات والعواطف (سياقات مرنة).**

***- الدفاع عن طريق الكف (تجنب الصراع).**

***- دفاعات تخص بروز العمليات الأولية.**

5- نوعية الحياة الهوامية:(ثرية أم فقيرة،مع قدرة المفحوص على إظهار التداعيات الخاصة بالحاضر والتي من الممكن أن تعيده للماضي، وكذلك ذكر وتصور المستقبل من خلال المشاريع المستقبلية).

6- طبيعة الحياة الحلمية: غنية أو فقيرة.

أما فيما يخص التعرف على القيمة الوظائفية للعقلنة، فإننا سنركز على مايلي:

- القيمة الوظائفية للعقلنة، وبالتالي الأعراض العقلية الإيجابية.

- التنظيمات (Les régulations)، التي تستخدم الحركة (La motricité) كنظام النشاطات (الجسدية والرياضية).

- التنظيمات التي تستخدم الطبع والسلوك.

***-ففي سجل الطبع يكون التعبير عن طريق سمات الطبع (traits de caractère)، وعن طريق التفريغات الطبعية.**

- فيما يخص السلوك، نجد المرور للفعل (le passage a l'acte)، الغضب، السلوكات الإدمانية (الكحول،المخدرات، إستعمال الأدوية...الخ) [1].
- محاولة التعرف على خصوصيات القبل شعور ومستوياته حسب التداعيات التلقائية للمفحوص، وخصوصيات اللاشعور من خلال (زلات اللسان، الإنفجارات الكلامية...الخ).
- الإحاطة بمميزات التوظيف العقلي للمصاب بالقصور الكلوي المزمن.

[1] - DEBRAY R.«**clinique de l'expression somatique psychanalyse des liens psyché- soma** »,Paris, Delachaux et Niestlé, 1996, P38.

و أخيرا نحاول التعرف من خلال المقابلة على نوعية التصدي الجسمي للأمراض لدى كل مصاب، مع محاولة الإحاطة بفرضية تخص التوظيف العقلي إن أمكن ذلك، فلهذا الأخير قد خصصنا له في بحثنا روائز إسقاطية (TAT, ROR) تهتم خصيصا بذلك.

2-**تحليل بروتوكول الرورشاخ:**

إعتمدنا في تحليل البروتوكولات على طريقة **كاترين شابير** (Catherine) Chabertالتي استعملت طريقة تروبنبارق (N.R. Traubenberg) كقاعدة لها، والمتمثلة فيمايلي:

- من وجهة النظر النوعية Sur le plan qualificatif
- من وجهة النظر الكمية Sur le plan quantitatif

أ- **السياقات المعرفية Les procédés cognitifs**

1- طريقة التناول : Le mode d'appréhension

2- المحددات : Les Déterminants

3- العوامل الإجتماعية : Les Facteurs de socialisation

ب- **سياقات الديناميكية الصراعية . Processus de la Dynamique conflictuel**

1- الإجابات الحركية les répenses Kinésthésiques [1]

2- الإستجابات الشكلية السلبية -F Déterminants formel [2]

3- الإستجابات الحسية Les réactions sensorielles

ج- **الفرضية التشخيصية:**

في الحقيقة لا يمكن فصل دراسة السياقات المعرفية عن الديناميكية الصراعية للمفحوص، فيجب دراسة السياق الكلي للبروتوكول وعلاقة كل إجابة بسابقتها والتي تليها، آخذين بعين الاعتبار اللوحات التي لم يعطي فيها المفحوص أية إجابة – رفض اللوحات – وكذلك رمزية كل لوحة (La symbolique de chaque planche).

[1] - CHABERT C. «**Rorschach en clinique adulte interprétation psychanalytiques »,** Paris, Dunod, 1983, P281 à P294.
[2] - RAUSCH DE TRAU..N. «**la pratique du RORSCHACH**», Paris, PUF, 1993, P208 et P76.

«ليأخذ تحليل مادة الاختبار معناه الاجرائي، عند تطبيق مفاهيم المظمون الظاهري والمظمون الكامن للوحات فهو تقبل ذو بعد أبعد من الإثارات الادراكية، يوقظ صدى هوامي وعاطفي لمحتويات صراعية مختلفة، ليندرج هذا كله في الديناميكية الليبيدية للنمو» [1].

وأخيرا خلال هذا التحليل المجمل يمكننا إدراج فرضية حول التوظيف العقلي للفرد المفحوص.

2-1-**العقلنة عبر رائز الرورشاخ:**

***-العصابات الجيدة التعقلن:**

-توافق بين مبدأ اللذة و الواقع، و بين الرغبة والدفاع.

-اللجوء المرن للواقع F% ، F+% مع إرتباطه بحياة داخلية ثرية.

-وجود الإجابات الحركية K المرتبطة بمعيار شكلي إيجابي، ليدل على الحياة النزوية (الليبيدية و/أو العدوانية).

-إستخدام الإبدال (le déplacement)، لتكون النزوات على الصور الحيوانية.

-القدرة على إقامة العلاقات في اللوحات الثنائية الطرف (Bilatérale)، (VIII,VII,III,II)، مع وجود تقمصات.

-الربط بين العواطف والتصورات.

-وجود إجابات شاملة مركبة والمرتبطة بمحدد حركي.

-تنوع المحتويات يدل على تنوع الإستثمارات.

-القدرة على التعامل مع رمزية بعض اللوحات (VI,IV).

-إدخال الأحاسيس (Fclob,ClobF,EF,FE,CF,FC) مثلا في اللوحات الملونة (X,IX,VIII).

***-العصابات السيئة التعقلن(عصابات السلوك).**

-رفض بعض اللوحات أي بعض الوضعيات.

-الإستثمار الفائق للواقع الخارجي (اللوحات) في مظهر إمتثالي وعملي دون إستثمار الحياة الداخلية.

[1] -.ANZIEU D., CHABERT C. «**Les méthodes projectives**», Paris, PUF, 1987, P117.

-الإفتقار للإجابات الحركية ليدل ذلك على غياب الحياة النزوية (الليبيدوا، العدوانية).

-إستمرارية نفس الإجابة رغم تغيير المثير، لتكون مواضبة فيها.

-سيادة المحتويات التشريحية Anat مع الوصف المجزء للجسد.

-قد نجد النسبة المرتفعة للإجابات المبتذلة وذلك للبحث عن الإمتثالية.

-غياب الإستجابات الحسية و إن وجدت ستكون إستجابات حسية محظة (pure) (C) تخص اللوحات الملونة، فهي إحساسات مرتبطة بالمثير الخارجي للوحة.

-نقد الوضعية.

-إدارت اللوحة وتحريكها.

***- العصابات غير المؤكدة التعقلن:**

إن لم نستطيع، وبقينا محتارين بعد التحليل الكلي للبروتوكول، من إدراج فرضية حول التوظيف العقلي للمصاب بالقصور الكلوي، لأنه لا ينتمي لا للعصابات الجيدة التعقلن ولا للعصابات السيئة التعقلن المنصوص عليها سابقا فإنه ينتمي للعصابات غير المؤكدة التعقلن، لأن إستجاباته جد مختلفة منها العقلية، السلوكية، الطبعية التي لا تندرج ضمن سياق محدد.

- ملاحظة: يختلف تواجد وتواتر هذه البنود المذكورة في الفئات الثلاثة (العصابات الجيدة التعقلن، العصابات السيئة التعقلن، العصابات الغير مؤكدة التعقلن) حسب الأفراد.

3- تحليل معطيات رائز تفهم الموضوع (TAT):

إستمرت البحوث عن رائز تفهم الموضوع بعد **موراي Murry** ، لتليها مجهودات المدرسة الفرنسية **دوبري R.Debray وشانتوب V.Shentoub** وغيرهم. فتوجت أعمال شانتوب بإقامة ورقة الفرز (La feuille de dépouillement) التي تعد من أهم الأدوات المستعملة في تحليل البروتوكول. لتقول شانتوب أنه «**أستندنا على النظرية التحليلية التي ساهمت في تشكيل ورقة التفريغ، فكان مرجعنا السجلات الكبيرة النفسية المرضية التحليلية (La psychopathologie psychanalytique)**»[1].«**فالفرضية الأساسية تتمثل في أن سرد الحكاية TAT عبر تركيب الكلام (l'organisation du discours) ، يترجم العمليات النفسية المثارة من طرف اللوحات خلال التداعي، فالميزات الظاهرة للحديث تكون مدعمة بمكانيزمات دفاعية تسمح بمعالجة الإشكالية المحثوثة** » [2].

ففي كل مرة نريد فيها تحليل هذا الحديث «**يجب مواجهة الإشكالية المثارة بالمحتوي الكامن من طرف اللوحات**» [3].

و يعود سبب إختيارنا طريقة شانتوب V.Shentoub في كون أنها تقدم وجاهة ودلالة، و أن معظم الباحثين الذين درسوا هذا الرائز قد إهتموا إما بالشكل أو بالمحتوى، لكن شانتوب إهتمت بالمحتوي الظاهر والمحتوي الكامن معا.

إذا تموضعنا من الناحية الميتابسيكولوجيكية، فإن تحليل البروتوكول ممكن أن يقام حسب ثلاثة وجهات كلاسيكية للنظرية الفرويدية.

***-« وجهة النظر الديناميكية التي تفترض الصراع بين الطلب والجواب، بين الرغبة والدفاع لتظهر المواجهة بين التصور – غاية لا شعورية، والتصور – غاية شعورية. كما يمكننا تأويله كذلك كصراع بين مبدأ اللذة ومبدأ الواقع».**

***-«وجهة النظر الاقتصادية التي تهتم بتوزيع الطاقة، والتي قد تتوزع توافقيا مؤدية إلى مجموعة مرنة ومتنوعة، أو بالعكس الجهاز الدفاعي يخفض الى حد واحد أو إثنين من الإساليب الصلبة فهذه التعبئة تؤدي لإنهاك الطاقة على حساب الابتكار».**

---

[1] - SHENTOUB V. «**Présentation du mode d'interpretation du TAT**», in Bull.Soc. Fr. du Rorschach et des méthodes projet., N33, 1986, P60.

[2] - CHABERT C.«**Psychanalyse et methode projectives**», Paris, Dunod, 1998, P83.

[3] - ANZIEU D., CHABERT C. «**les méthodes projectives**», Paris, PUF, 1987, P151.

***-« وجهة النظر الموقعية تهتم خصوصا بالتوازن بين العمليات الأولية و الثانوية، بين النشاط التطوري و الضد التطوري(Progredient et regredient)،و ذلك على مستوى المحتوى الكامن وكيفية تركيب المحتوى الظاهر» [1].**

من الغير الممكن النظر لهذه الوجهات بصفة منعزلة أو جزئية بل يجب أخذ السياق الكلي للبروتوكول.

كانت خطوات تحليل البروتوكولات TAT وفقا لشبكة التحليل لشانتوب Schentoub المستخرجة من الدليل التطبيقي لسنة 1990 كالتالي:

ا- إستخراج الأساليب الدفاعية:

إستخراجها من كل قصة و ذلك من خلال تتبع حركة ظهورها في المنسوج القصصي.

ب – إستخراج المقروئية:[2]

نقوم بتقييم مقروئية كل لوحة وذلك بالتركيز على الأساليب الدفاعية المستعملة ونوعية الصدى الهوامي للقصة وذلك حسب نوعية السياقات المستعملة في نسج القصة، لتصنف المقروئية الى 3 أنواع:

-النوع الأول (مقروئية +) (+ lisibilité) Type 1

-النوع الثاني (مقروئية + أو -) (- + lisibilité ou) Type 2

-النوع الثالث (مقروئية – أو +) (+ - lisibilité ou) Type 3

ج - **الإشكالية:**

تقوم بتفسير كيفية معالجة المفحوص للموقف الكامن في الصورة، مع تحديد مستوى الإرصان وذلك بمعرفة طبيعة القلق، طبيعة الصراع، طبيعة العلاقات الموضوعية من خلال دراسة الإشكالية الأوديبية، الإكتئابية، القبل – تناسلية.

---

[1] - SHENTOUB V. , DEBRAY R «**Fondement théorique du processus TAT**», in Bulletin de psychologie, 1970/71, vol 24, P902.

[2] - RAUSCH DE TRAUBENBERG N. «**Approche projective en France, Réalisations et tendances**», in Revue de psychologie appliquée, Volume 26,N° Special, 1976, P371.

خلاصة البروتوكول:

نقدم ملخص للبروتوكول وذلك بإستخراج:

1- الأساليب الدفاعية لكل البروتوكول.

2- المقروئية العامة.

3-الاشكالية العامة [1].

جمع الأساليب الممثلة للحديث يُكوّن مرحلة هامة و مقررة في تحليل البروتوكول حيث يُسهل التعرف على التنظيم الدفاعي المفضل في حظن التوظيف العقلي.

لهذا فضلنا تقديم بطاقة الفرز (Feuille de dépouillement) لكل حالة التي تظم معظم الأساليب المستعملة في البروتوكول بوضع اشارة * بجانبها حيث نأخذ في هذه العملية بعين الاعتبار:

-تواتر ظهورها

-و/أو ثقل في سياق التداعي.

فلملأ بطاقة الفرز يلزمنا التقيد بالجانب الكمي والنوعي في نفس الوقت.

موجود (+) (Présent)

متواتر (++) (Fréquent)

مستعمل بكثرة (+++) (Massivement utilisé) [2].

بعد القيام بعملية الفرز، وعند تحليلنا لنتائج الحالة المقدمة قدمنا فرضية تشخيصية عن التوظيف العقلي للمصاب.

[1] et [2] - SHENTOUB V et ALL «**Manuel d'utilisation du TAT (Approche psychanalytique)**», Bordas, Paris, 1990, P132.

Etape 1 – La passation
المرحلة (1) مرحلة التمرير

Etape 2 – Analyse planche par planche
المرحلة (2) تحليل لوحة بلوحة

Décryptage des procédés وصف الأساليب	La Lisibilité المقروئية	Problématique الاشكاليـــة

3- Etape Synthése
المرحـــلة الثالثة - الاعطاء الشامل

Regroupement des Procédés sur la feuille de dépouillement جمع الأساليب في ورقة التنقيط.	Lisibilité et Problématique المقروئية والاشكالية.	Hypothèse Concernant L'organisation psychique فرضية حول الهيئة النفسية.

(1)

(1) Vica Shentoub & All **«Manuel d'utilisation du TAT (Approche psychanalytique) »,** Bordas, Paris, 1990, P67.

3-1-العقلنة عبر رائز تفهم الموضوع:

***-العصابات الجيدة التعقلن:**

- المقروئية (+) جيدة (Une bonne lisibilité).
- توافق بين مبدأ اللذة ومبدأ الواقع، أي ذهاب وإياب بين الرغبة والدفاع.
- إدخال الأحاسيس والحياة النزوية (الليبيدية و/أو العدوانية) لتكون الاحساسات مرتبطة بتصورات داخلية.
- تسوية دفاعية إتجاه الصراعات المثارة من اللوحات، التي تؤدي الى معالجتها.
- تكون القصة جيدة البناء (فعالية العمليات الثانوية).
- السياقات المستعملة متنوعة وتتصف بالمرونة، لتساهم في تقدم الحديث.
- وجود صدي هوامي في علاقة مع المحتوي الكامن للوحة.
- معالجة كل اللوحات أي بمعنى أعمق كل الوضعيات.
- إمكانية التعرف على الأشخاص مع تقمصهم (Les identifier).
- وجود علاقات بين الأشخاص مع وجود تقمصات.

***-العصابات السيئة التعقلن (عصابات السلوك):**

- مقروئية سيئة (-) Lisibilité .
- رفض بعض اللوحات.
- نقص في الأساليب الدفاعية الصلبة و المرنة.
- سيادة أساليب الكف.
- سيادة أساليب المتعلقة بالملموس اللوحات (إبتذال، إجتماعية، تملص،...).

(Banalisation, Socialisation, placage,…)

- التشديد على ماهو فعلي ويومي.
- نقد الوضعية أو المادة.
- غياب الأحاسيس وإن وجدت كانت وجدانات ظرفية (affects de circonstance)
- عدم التعريف بالأشخاص (Anonymat des pérsonnages).
- غياب الصراعات ومعالجتها.

- صعوبة في معالجة الوضعية الاكتئابية – القدرة و عدم القدرة على البقاء وحيدا أو رفضهم لهذه اللوحات (13B, 3BM,1).

- البناء المجمل للقصة ليس به أي صدى هوامي.

العصابات الغير مؤكدة العقلنة:

- المقروئية (±) lisibilité.

- إختلاف السياق الدفاعي من وضعية إلى أخرى، ليتعذر علينا كفاحصين أن ندلي بفرضية حول توظيف عقلي معين (جيد التعقلن، أو سيئ التعقلن).

كما أنه من الممكن أن نجد عند نفس المفحوص إختلاف السياقات الدفاعية بصفة واضحة من وضعية فحص الرورشاخ الى وضعية أخرى (TAT). لنلاحظ جلاء عدم إنتظام التوظيف(L'irrégularité patente du fonctionnement)، ليعتذر علينا التعرف على السياقات السائدة، وبالتالي يمكننا إدراج فرضية تخص العصاب الغير مؤكد العقلنة حول التوظيف العقلي.

VI-الطريقة المتبعة في تقديم الحالات:

من خلال إستعمال تقنيات البحث المنصوص عليها سابقا، يمكن تلخيص طريقة تحليل ومعالجة المعطيات المحصل عليها بالترتيب في الخطوات التالية:

نحلل معطيات المقابلة العيادية لكل حالة، أخذين بعين الاعتبار فرضيات البحث المنصوص عليها سابقا.

نحلل بروتوكول الرورشاخ (ROR)، رائز تفهم الموضوع (TAT) للمرضي المصابين بالقصور الكلوي المزمن والخاضعين للهيموديااليز كل واحد على حدي، مع إستخراج فرضية التوظيف العقلي لكل واحد من هؤلاء المرضي.

أما عن طريقة تقديم عملنا، فقد قمنا بعرض حالتين بالتفصيل تخص تحليل المقابلة العيادية مع تحليل لبروتوكول الرورشاخ ورائز تفهم الموضوع.

إن إختيارنا لحالتين فقط لم يكن عشوائيا، بل كان مبنيا على فرضيات بحثنا لنتقيد في ذلك بنوعية التوظيف العقلي.

*- كانت الحالة الأولى «ناصر» المتميزة بفرضية توظيف عقلي جيد التعقلن.

*- كانت الحالة الثانية «لمحند» المتميزة بفرضية توظيف عقلي سيئ التعقلن.

أما الحالات الأخرى، فكنا مجبرين على تقديمها في ملخص عام يتضمن نتائج المقابلات والتقنيات الإسقاطية وذلك لعدم إتساع الرسالة لوضع كل الحالات بالتفصيل [*].

لنستعين في هذا الملخص بتقسيم يشمل كل أفراد عينتنا حسب تنوع توظيفاتهم العقلية ليتضمن ثلاثة مجموعات – معتمدين في ذلك على التصنيف النوزوغرافي للمدرسة السيكوسوماتية – فكانت المجموعة الأولى تحتوي على خمسة حالات تنتمي للعصابات الجيدة التعقلن، أما المجموعة الثانية كانت تحتوي على حالتين تنتميان للعصابات الغير مؤكدة التعقيل، أما المجموعة الثالثة التي تحتوي ثمانية حالات تنتمي للعصابات السيئة التعقلن التي تظم عصابات السلوك.

كما قمنا بربط نوعية التوظيف العقلي للمصاب بالقصور الكلوي المزمن بإمكانية تصدي جسده للأمراض (la tenue du corps).

أخيرا قمنا بمناقشة فرضيات بحثنا الواحدة تلوي الأخرى، إنطلاقا من النتائج المتحصل عليها في دراستنا لهذه الحالات العيادية.

- **من كان يريد التوسع أكثر في دراسة الحالات فعليه الإطلاع على الملحق (annexe)، الذي يظم بروتوكولات الرورشاخ ورائز تفهم الموضوع لكل حالة على حدي.أما حالتي ناصر ومحند فقد قمنا بتقديم كل محتوي المقابلة التي قمنا بنقلها من أشرطة التسجيل.**

الفصـل السادس

تحليل مفصل لحالتين عياديتين :

حالة السيد ناصر و حالة السيد محند

مدخـــــل:

سنقدم في هذا الفصل تحليل مفصل لحالتين عياديتين تتميزان باختلاف واضح في التوظيف العقلي. تخص الحالة الأولى السيد ناصر الذي يتميز بتوظيف عقلي جيد التعقلن، بينما تخص الحالة الثانية السيد محند الذي يتميز بتوظيف عقلي سيء التعقلن. و قد اعتمدنا في تحليلنا لكلتا الحالتين على تحليل المقابلة العيادية و على تحليل رائز الرورشاخ و رائز تفهم الموضوع.

تحليل المقابلـــة للسيد ناصر
Analyse de l'entretien de Mr.Nacer

يبلغ السيد ناصر من العمر43 سنة، أسمر طويل القامة، شديد النحالة، ذو ملامح جميلة. ينتمي إلى عائلة ريفية تتكون من 10أطفال هو أكبر الذكور بعد أربعة أخوات 4بنات، متزوج * -أب لخمسة أطفال أربعة بنات،آخرهم ذكر- عاطل عن العمل منذ إصابته بالقصور الكلوي المزمن.

أرسل لنا في عيادتنا الخاصة من طرف مختص بأمراض الكلي «néphrologue » بمستشفى بجاية من أجل إجراء فحص نفسي.

كان المفحوص يتردد إلينا بانتظام وفي المواعيد المحددة لإجراء هذا الفحص كما لاحظنا التحويل الإيجابي نحونا، فناصر كان يؤكد بأنه لم يجرأ أبدا على التحدث مع شخص ما عن خصوصياته .

I - الحالـــة الصحية:

1- الإصابات العضوية التي تعرض لها المفحوص:

لم يتعرض المفحوص لأية إصابة قبل سنة 1993، لكن منذ هذا التاريخ بدأت تظهر عليه بعض المشاكل الصحية التي إبتدأت بصداع الرأس ثم الحكة ،(démangeaison) الذي كان يلجأ بسببها للاستحمام كل يوم من أجل التخفيف من حدتها، بعدها التهاب اللوزتين المزمن (Angine chronique)، ثم آلام قرحة المعدة المصاحبة بتقيئات، ليصاب بعدها في سنة 1996بالقصور الكلوي المزمن الذي بفعله تعرض لتعقيدات – ارتفاع الضغط الشرياني – دهورت من حالته فكانت خطيرة وحرجة إستدعت إستشفاءه مدة سبعة أشهر، ليحال في نفس الفترة من التحال الدموي البيروتواني الى التحال الدموي عن طريق الديباليز، ثم بعدها كانت إصابة العينين بكثافة بلورية العين «la cataracte» - فتعرض لعملية جراحية على عين واحدة – ثم إصابة الأذنين بصمم جزئي.

*- لم يعطينا السيد الناصر أثناء المقابلة التفصيلات الرقمية الخاصة بتواريخ هذه الإصابات.

2- علاقــة بعض الأحداث الصدمية ببعض التعقيدات:

بعد بلوغ السيد ناصر وفاة أبيه سنة (1997)، عاني مباشرة من مشاكل صحية عويصة تعرض لها خلال حصة التصفية الدموية التي أفقدته وعيه. هذا ما أدي به إلى ملازمة المستشفى لمدة طويلة.

كما تعرض المفحوص منذ سنتين (1998) الى صدمة نفسية، كانت تتعلق بوفاة إبن خالته إثر حادث مباغت - يبلغ من العمر4 سنوات – الذي كان كثير التعلق به، في اليوم الموالي تعرض السيد ناصر إلى إشتداد التعقيدات، كإرتفاع الضغط الشرياني مع حدوث نزيف دموي قوي من الأنف أدى به الى اللجوء للمستشفى من أجل إيقافه.

3- إنعكاسات الإصابة:

أثرت هذه الإصابة على السيد ناصر من الناحية النفسية فيقول «حاليا كأنني أكره نفسي، أنظر لنفسي في المرآة، لقد فقدت مظهري لم أكن هكذا» [1]. هذا الفقدان غير إدراكه لصورته الجسدية التي أصيبت بجرح نرجسي.

كما أثرت هذه الإصابة على حياته الجنسية مع زوجته، فلم يصبح قادرا جنسيا مثلما كان عليه قبل الإصابة بالقصور الكلوي. هذا ما أثر في علاقته الزوجية فيقول «لم تعد لا أدري إنها تحتاجني، لا كزوج و لكن كأب لأولادها» [2].

كما ظهرت على المصاب تغيرات في سلوكاته، تمثلت في موقف تقبل ما تمليه عليه زوجته بهدف إرضاءها على الرغم من أن رغباتها في بعض الأحيان تناقض مبتغياته، فمثلا يريد السيد ناصر إنجاب طفلين فقط أما زوجته فهي ترغب في الكثير من الأطفال وهذا ما تحقق في الواقع فالمفحوص أب لـخمسة أطفال.

كما فقد السيد ناصر عمله منذ أربعة سنوات بسبب مرضه المزمن والذي كان يستثمره كثيرا وشديد الإرتباط به حيث يشعر أنه فقد دوره الإجتماعي وليس له أية قيمة (-للمفحوص شهادة في المحاسبة منذ 25 سنة، حيث مارس هذه المهنة مدة20 سنة-).

4 - العامل الوراثي:

---

[1] - « **D'ailleurs maintenant en quelque sorte je me déteste, je me regarde dans le miroir, j'ai perdu ma physionomie, j'étais pas comme ça**»

[2] . **« Elle n'est plus comme avant, je sais pas, elle a besoin de moi pas comme mari, besoin d moi comme père de ses enfants** ».

ندخل العامل الوراثي في إصابة السيد ناصر بالقصور الكلوي المزمن، لأن أمه وأخاه يعانيان من إصابة في الكلى – كلية صغيرة وأخرى كبيرة –،كما نجد بصفية موازية الخوف الشديد للمفحوص عن والدته وأخيه – أن ينتهي مصيرهما بالعلاج بآلة التصفية الدموية – ومن إصابة أبناءه وأقرباءه بهذه الإصابة الوراثية.

II - التوظيـــف العقلي:

1 - نوعية العلاقــة أثناء المقابلة:

خلال المقابلات كان يتكلم السيد ناصر بصفة تلقائية بعد طرح سآلنا ليجيب بصفة ثرية أين كنا نتلقي معلومات كثيرة حول حياة المريض وبيئته عن طريق تداعيات حرة (sur le mode d'association libre). مجمل المقابلات المجرات معه كانت مفهومة رغم إحتوائها على بعض سياقات بروز العمليات الأولية.

كما لاحظنا أن الأحداث التي تأثر بها كانت معبأة بردود إنفعالية، سواء على مستوى الحديث (التعبير عن عاطفة قوية)، أو على مستوى السلوك (بكاء).

2 - الأحداث الحياتية الهامة عند المفحوص:

سنركز في هذا الإطار على بعض الأحداث الهامة في حياة المفحوص والتي تخص ماضيه، مركزين في ذلك على بعض المقاطع التي قالها خلال المقابلة.

*-الإنفصال المبكر للسيد ناصر عن أبويه في سن الثامنة، فكان يريد البقاء مع والديه، ليقول في هذا الصدد.

«ثم رجعت، أودعت إلى جدتى كنت صغيرا، كانت ذكريات، أتذكر، كنت لا أرغب...كنت أريد أن أبقى عند أبواي» [1].

ليصبحان والديه فيما بعد غريبين عنه.

« أبوين، كانوا مثل، كالغرباء »[2].

*-فقدان الحصان، الذي كان ذو قيمة كبيرة لدى السيد ناصر حيث كان ذلك واضحا من خلال بكاءه لفقدانه.

[1] - «**Puis je suis revenu, me confier à ma grand mère, j'étais jeune, c'était des souvenirs, je me souvenais, je voulais pas…, je voulais rester, chez mes parents** ».

[2] - « **Des parents, c'était comme, c'était des étrangers** ».

يقول « كان حصان أحمر، كان له هيئة جيدة، لقد مات هذا كذلك» (بكاء). «تكفلت به مدة سنة هذا الحصان يعجبني كثيرا» [1].

*-السيد ناصر كان شديد التقيد بعائلته ليعيش ذهابه إلى الخدمة الوطنية كإنفصال جديد عنها.

فيقول «قلت لنفسي، سأبتعد كذلك عن والدي».

«كانت السنتان، اللتان أثرت علي ، ذهبت الى خميس مليانة» .

«كنت، لا أدري، محبوس مدة ستة أشهر لم أعد إلى البيت[2]».

*-نجد أن السيد ناصر قد أصيب بخيبة غرامية في مرحلة المراهقة حيث قام بقمع أحاسيسه. فيقول «كنت يائس، ثم لم أعد إلى المكان بعد بعض الوقت، حاولت النسيان، على الرغم من كل شيئ نسيت»[3].

*-في سنة 1992 تعرض والد المفحوص لحادث مرور، إصطدمته حافلة فتدهورت صحته تدريجيا حتى وفاته سنة 1997 ، فكان ناصر جد متأثر. ففي تعبيره عن هذه الوضعية يقول «جاء أخي ليخبرني أن أبي قد مات كنت مضطربا» (بكاء)[4].

3 - الحياة العلائقية:

كان السيد ناصر قبل إصابته بالقصور الكلوي كثير العلاقات بحكم مهنته ومكانته الإجتماعية، فكان لديه العديد من الأصدقاء و الإستثمارات، فحتى أوقات عطلته كان يقضيها في المخيم الصيفي للإهتمام بالأطفال.

فيما يخص علاقته بعائلته فكان كثير التعلق بها لم يكن يستطيع الإبتعاد عنها، فمثلا عند إستدعائه للخدمة الوطنية كان يعمل جاهدا لقضاء هذه الفترة في أقرب منطقة من بيتهم العائلي. لكن بعد الإصابة بالقصور الكلوي المزمن أصبح المفحوص يعيش ضمن

[1] -« **C'était un cheval rouge, il avait une bonne allure, il est mort aussi, celui là**» (des pleurs) «**Je l'ai pris en main, pendant une année, ce cheval me plaisait beaucoup**».

[2] -« **Je me suis dit , je vais m' éloigner encore de mes parents**», « **C' était les deux ans qui m' ont marque, Je suis parti, a khemis meliana**», « **J' étais, Je sais pas prisonnier pendant, six mois, je suis pas rentre a la maison**».

[3] -«**J'étais désepéré, puis je revenais pas à l'endroit, quelque temps après, j'ai essayer d'oublier, j'ai oublié quand meme**».

[4] -« **Il y'avais mon frère, qui est venu m'annoncer que mon père, était mort, j'était Bouleversé» (Des pleurs)**.

صراعات علائقية أدت به إلى مواقف المعارضة وأفكار المطالبة بالخصوص عند نقده لمواقف أصدقاءه اللذين ساعدهم، وإتجاه حماه (son beau père) الذي مد له يد العون في الكثير من الأحيان ولم يلقي أي شيئ بالمقابل، فكان تعبير المفحوص عن تألمه وتعاسته جد مكثف.

أما بالنسبة لإتخاذ القرارات فلم يعد السيد ناصر قادرا على إتخاذها لوحده بل أصبح يحتاج للمساعدة من الآخرين فقد أصبح نوعا ما تابعا في علاقاته، على غرار ما كان عليه سابقا لما كان يتحلي بنوع من الإستقلالية. على الرغم من تغير طابع علاقات السيد ناصر مع الآخرين بعد الإصابة إلا أنه إستطاع أن يحافظ إتجاه أولاده على نفس العلاقة التي كانت تربطه بهم من قبل، فهو دائما يُسير أمور البيت ويتحكم في القرارات الخاصة بأطفاله.

4- طبيعة السياقات الدفاعية المستعملة في المقابلة:

بالتركيز على حديث المفحوص، إستخرجنا السياقات المستخدمة في ذلك من الأكثر سيادة إلى الأقل ورودا من خلال الإعتماد على بعض المقاطع من المقابلة.

***-سياقات المرونة:**

إحتلت الصدارة، حيث كان الدفاع باللجوء للهوامات والعواطف ذو فعالية، والتي سنقوم بذكر البعض منها الذي كان الأكثر تواترا:

- **سلوكات الجذب (Les comportements de séduction):** لاحضنا سلوكات الجذب من خلال بعض المقاطع من المقابلة.

«كنت أرى النساء الجميلات، يفرحنى ذلك حتى وإن لم تكن لي علاقة معهن إلى هذا اليوم، أحب وجود النساء الصغيرات الجميلات».

«لما أرى إمرأة أتأملها لكن لا أكلمها أبدا هذا يسعدني».

«إنها محادثة تعجبني، أحب الحديث عن النساء» [1].

[1] -«**Je regardais la présence de Belles femmes, me faisait plaisir meme si j'ai pas de relation avec, jusqu'à ce jour, j'aime la présence de jeune femme, de belles femmes**».
«**quand je voyais une femme, je la regardais, mais je ne l'aborde jamais, mais ça me fait plaisir»,«c'est une conversation qui me plaisait, j'aimais qu'on parle de femme**».

•-التعبير عن العواطف:

كانت العواطف قوية في وضعيات نشطت تصورات خاصة بفقدان الموضوع، لتفيض هذه التصورات بالعاطفة التي تنبثق عن المكبوت لتنهك قدرات النشاط العقلي محدثة البكاء لدى المفحوص مثلا: وفاة الحصان، وفاة الأب، عدم القدرة على إقامة التربص الخاص بالمخيم الصيفي في بلد أجنبي، كلها أحداث أثارت بكاءا واضحا لدى المفحوص.

كما كانت كذلك هناك عواطف مفرحة، نذكر منها هذه المقاطع:

«كنت أرى النساء الجميلات يفرحني ذلك»، «أنا جد حساس» [1].

كما كانت هناك من السياقات المرنة التي كانت قليلة التواجد، كتواجد الموضوع الجنسي المتموضع في قالب علائقي كقوله:

«كنت أحكي المسليات»،«كنت أمزح»،«المسليات التي تعجبني هي المسليات الدنيئة» [2].

***-سياقات تجنب الصراع:** إحتلت هذه السياقات المرتبة الثانية والتي كانت حسب هيمنتنها كالتالي:

-السياقات الفوبية أين سيطر التجنب، الإبتعاد عن التصورات و الوجدانات في الكثير من الميادين، كما وجدناها مجتمعة مع السياقات المرنة والصلبة في مجمل المقابلة.

مثل «أتجنب أن يسألونني حينما أمكث في المقهى، أتجنب» [3].

كما إتخذ الخوف قيمة معقلنة من خلال أقوال المفحوص التالية:

[1] -« **Je regardais la présence de belles femmes me faisait plaisair », « Je suis très sentimentale** ».

[2] -« **Je racontais des blagues** », « **Je rigolais** », « **les blagues qui me plaisaient, c'est toujouirs des blagues vulgaires** »

[3] -« **J'évite qu'on me pose des questions d'ailleurs quand je reste au café j'évite**».

«أخاف أن أموت»،«أخاف في الظلام»،«أفكر في السنة الدراسية العام المقبل، هذا العام يخيفني، أقوم بحسابات أقوم، إنني جد خائف».

«لقد خفت أن أفقد أمي كذلك» [4].

كما كان يتخلل حديث المفحوص أوقات من زمن الكمون في محتوى المقابلة لكن هذا لم يعرقل كثيرا السياق الكلامي للمفحوص.

***-السياقات التي تدل على التحكم والصلابة:**

لم يكن المفحوص كثيراللجوء إلى السياقات الخاصة بالتحكم الصارم، كما كانت معظم هذه السياقات تنتمي إلى سمات الطبع الصلبة (Les défenses régides de caractére) والتي سنذكرها فيمايلي:

-التحفضات الكلامية (Les précautions verbales) كانت متواجدة بكمية كبيرة، متخذة سمة للطبع «Je ne sais pas»، «en quelque sorte» .

•الإتقان والتدقيقية و الإنتباه لأدق التفاصيل: فمثلا كان المفحوص يقول «كنت منظما، لما أعمل شيئا أريد أن أقوم به بطريقة ممتازة فلا يكون أكثر من ذلك».

«المواعيد لا أغيب أبدا عنها فأنا منضبط»، «لما أقرأ كتاب يجب أن أكمله» [1].

-تفصيلات مرقمة : كان المفحوص أكثر دقة بإستعماله أرقاما تساعده في تحديد وتعيين الأحداث، فعمله كمحاسب كان يدعم هذا الإستعمال للأرقام.

كما وجدنا سياقات أخرى كالتردد في الإختيار الذي كان يخص ميولات متناقضة، و إدراج بعض المصادر العامة الخاصة بالمجتمع.

***- السياقات الخاصة ببروز العمليات الأولية:**

كان تواجدهم بكمية قليلة،لتكون متمحورة في تصورات مكثفة مرتبطة بالموت، الإسقاط، الإنفجارات الكلامية (إضطراب تركيب الكلام المؤقت أو المتواصل).

---

[4] **« J'ai peur de mourir**», «**j'ai peur dans le noir**».
« **Je pense à l'année scolaire, l'année prochaine, cette année ça me faisait peur, je faisais des calculs, je faisait, j'ai très très peur**».
« **d'ailleurs j'avais peur de perdre aussi ma mére**».

[1] -« **J'étais organisé**», «**quand je fait quelque chose, je veux le faire d'une maniére extra, il n'yaura pas plus que ça**», «**Les rendez-vous je rate jamais un rendez-vous, je suis ponctuel**», «**quand je tiens, un livre il faut que je le término**».

وأخيرا رغم تواجد السياقات الأولية فهذا يدل على النفاذية بين الهيآت النفسية، كما كان هناك تنقل الهوامات و/أو الوجدان الكثيف، من غير أن يختل المفحوص كليا في إنتاج حديثه ضمن المقابلة.

5- الحياة الهوامية و الحياة الحلمية:

*- الحياة الهوامية: La vie fantasmatique

نلاحظ الثراء في الحياة الهوامية، فالمفحوص يقوم بتقديرات و حسابات للقيام بعملية الزرع من خلال الإسقاط في المستقبل(Projection pour l'avenir)، وأحيانا يفكر إن لم يكن مصابا فماذا سيكون مصيره، كما يفكر في تبعيته لآلة التصفية إن زال هذا المكان يوما ما، بسبب كارثة طبيعية كزلزال أو حضر، فما هو مصير كل هؤلاء المصابين ؟.

كما لاحظنا وجود نشاط عقلي متنوع، كأقواله التالية:

«لكن هناك العديد من الصور التي تعود مرارا ذكريات، أحيانا لا أنام طوال الليل».

«أتكلم وحدي»،«غليان في رأسي، أتكلم وحدي، أخاف أن أصبح مختل كذلك» [1].

«حاليا أشاهد التلفزة إنني متصل بأقمار صناعية أخرى»،«كل شيئ يرجع إلي قد يحدث أن لا أنام حتى الصباح».

«إنه غليان في رأسي، الندم، بعض المرات أقول لنفسي إنتهى الأمر سأصير مخبولا»[2] .

*- الحياة الحلميـــــة (La vie onirique)

السيد ناصر كثير الأحلام التي كان محتواها ذو مادة مكثفة، فكان يتذكرها ويهتم بها ليدل ذلك على التوظيف المستمر للجهاز العقلي.

فيقول في هذا الصدد «أحيانا أحب أن أحلم، أحلم، أحيانا أرى كوابيس».

«أنا أقول لك أنني أحلم، أحلم كل مساء أيضا» [3].

---

[1] -« **Mais il y a certaines images qui me reviennent tout le temps, des souvenirs, des fois j'arrive pas à dormir toute la nuit**». «**Je parlais tout seul**»,«**ça bouillonnait dans ma tete, je parle tout seul, j'ai peur de devenir fou d'ailleurs**».

[2] -«**Maintenant, je regarde la television, je suis branché sur d'autres satellites**», «**tout me revenait, il m'arrive que je dors, jusqu'au matin**».
«**ça boullonnait, dans ma tete, des regrets, des fois je me dit ça y est j'allais devenir fou**».

[3] -«**Des fois, j'aime rêver, je rêve, des fois, je fais des cauchemars**», «**Moi je vous dit que je faisais des rêves, je rêve chaque soir d'ailleurs**».

زيادة على محتوى هذه الأحلام، نجد تداعيات أمام هذه المادة، التي تدل على عمل عقلي مرتبط بالدفاع واللذة. فيما يخص هذه الأحلام التي وضحت قدرات العمل النفسي – قمنا بتداعي المفحوص على كل جزء من الحلم، فخلال تداعيه عن ذلك أدى به إلى التحدث عن حلم آخر –، إننا في الحقيقة لا نقوم بتحليل هذه الأحلام لكننا نشدد على العناصر التي تبين لنا طبيعة سياق الإرصان العقلي.

الخلاصـــــة :

تميز حديث المفحوص بتداعيات مختلفة (des associations variées)، تدل على القدرة العقلية على الربط التلقائي لما يقوله بذكرياته أو مع محتويات خيالية، كما تميز توظيفه العقلي بصراعات مختلفة سواء على الساحة النفسية و العلائقية، مع وجود ثراء في الحياة الحلمية والتداعي عنها.أما عن الميكانيزمات الدفاعية فقد سادت سياقات المرونة التي أتت بعدها سياقات تجنب الصراع والرقابة وأحتلت المرتبة الثانية. أما الندرة فكانت لسياقات بروز العمليات الأولية.

إذن الفرضية الخاصة بالتوظيف العقلي للسيد ناصر، تندرج في العصاب الجيد التعقلن ذو النواة الهيستيرية الفوبية، هذا التوظيف الذي له قيمة وظائفية حتى إن كان غير كاف لتشكيل بنية عصابية نموذجية .

بعد حصرنا لنوعية التوظيف العقلي الخاص بالسيد ناصر، سنحاول ربط هذا الأخير بإمكانيات التصدي الجسدي للأمراض (La tenue du corps).

فالإصابات التي تعرض لها المفحوص إبتدأت بصداع الرأس، الذي كان منطلقا لأمراض أخرى لاحقة. كما كانت حياة السيد ناصر مليئة بالأحداث التي كان بعضها ذو مفعول صدمي، كوفاة أبيه سنة 1997 ، ووفاة الطفل الصغير، اللذان أديا إلى العديد من التعقيدات الجسدية.

ما لاحظناه هو أنه رغم الإصابات الحرجة والحالة الخطرة، كإستشفاءه لمدة سبعة أشهر سنة 96 – للمفحوص قد إستعاد توازنه نسبيا. إذن نستطيع أن نستنتج أن للسيد ناصر إمكانيات تصدي جيدة للأمراض التي هي في علاقة وطيدة مع طبيعة توظيفه العقلي.

تحليل بروتوكول الرورشاخ للسيـــــد ناصـــر

الإنطبـــاع العام:

يتضمن هذا البروتوكول الغزارة في الإجابات R = 34، حيث كان هناك ثراء في محتوى التداعي، كما وجدنا الكثير من التكرارات لبعض المحتويات ، مع سيادة المحتويات التشريحية.

السياقات المعرفية: Les procédés cognitifs

تناول السيد ناصر مواضيع الواقع الخارجي في جزئياته D%=61% مقارنة بالتناول الشامل G%=32%، حيث أن نسبة الإجابات المجزأة - تمثل حوالي ضعف نسبة التناول الشامل- -وهي الطريقة المفضلة للتناول.

كما وجدنا أن هذا التناول يكون مرفوقا بالإستثمار للواقع الخارجي في شكلياته Felar% = 94%, F%=64%، الذي يتميز بإستدخال العواطف الداخلية مستعملا في ذلك سجل المراقبة من أجل التحكم في الواقع. لكن هذا اللجوء للواقع لم يكن دوما فعلا: F+% Felar%=68%, F+%=63%، فهذا الجهد كُلّل بالفشل إتجاه هذا الواقع بالأخص عند تناوله في جزئياته.

فيما يخص تناولات المفحوص بالطريقة الشاملة G ، فكان البعض منها بسيط كاللوحة V ، والبعض الآخر مركب منها ماكان مرتبط بمحدد حركي إنساني كاللوحةIII أو مرتبط بحركية حيوانية في اللوحة IV، أو كان مرتبط بمحدد شكلي حسي مخيف (clob) مثلا في:

اللوحة I, « Une squelette de la raie » يكون فيها نوع من المراقبة للإحساس، وأحيانا يكون هذا الإحساس غير مراقب؛

كاللوحة VI (c'est comme l'etat d'un cimetiére).

كما لاحظنا أن عدد الإجابات الشاملة كان أكثر تواترا في اللوحات غير الملونة (ΣG=9)، مقارنة بعدد الإجابات الشاملة الخاصة باللوحات الملونة (Σ G =3).

أما عدد الإجابات المجزأة D كان أكثر في اللوحات الملونة التي كانت مرتبطة بمحدد حسي، فالمفحوص كان يريد التحكم فيها لكن ذلك كان يبوء بالفشل (FC-) في

اللوحة X و اللوحة VIII ، هذا لا ينفي أن للمفحوص قدرات للتوفيق في ذلك مثلا اللوحةII (on dirait un papillon en rouge).

كما لاحظنا على مستوى مجمل البروتوكول أن المحددات الفاشلة (-F), (-FC) كانت في معظم الأحيان الإجابات التي تليها مباشرة إجابات ذات طبيعة موفقة ,(+Fclob). (F+)

مثلا: اللوحة X (-GFC) بعد الإنزلاق في هذه الإجابة كانت الإجابة الموالية موفقة (+DFC)، واللوحة VIII بعد الفشل في الإجابة(-DFC) كانت الإجابة الموالية موفقة وإيجابية (+GF) .هذا ما يدل على أن المفحوص ذو قدرات يستطيع من خلالها أن يتدارك نفسه بعد الفشل وعن فعالية سياق الإنشطار الوظيفي(Le clivage fonctionnel) .

على العموم إن التناول الجزئي مرتبط بعدد متنوع من المحددات منها الشكليات الإيجابية (+F) ، الحركية الحيوانية (Kan) ، الشكليات الحسية Fclob, FE , Fc ، هذا ما يدل على إستخدام المفحوص العديد من الطرق للدفاع ضد ما يثيره المثير (صور الرورشاخ).

كما وجدنا التنوع في الإستثمارات فكانت مندرجة في ثمانية مجموعات، لكن هذا التنوع لم يكن متزنا بل كانت السيادة للمحتويات التشريحية Anat = 48% التي تخص بالخصوص عضو الكلية فيعلق المفحوص عن ذلك وعن إصابته في اللوحة X ، كما ساد هذا المحتوي – الكلية – في اللوحات X,IX,VIII,III . قد يرجع هذا التمسك بهذا المحتوي إلى طبيعة إصابة ناصر بالقصور الكلوي المزمن والوقع الصدمي لهذه الإصابة عليه، لتكون المرتبة الثانية للمحتويات الحيوانية A%=23%ثم الإنسانية...إلخ.

وأخيرا نستخلص أن العوامل الإجتماعية (Les facteurs de socialisation)، المميزة للمفحوص كانت من خلال تناول الواقع في جزئياته أكثر من شموليته، كما أنه يحدث لهذا التناول أن يخفق أحيانا (F+%=68%)، أما الإجابات المبتذلة فهي قليلة Ban=8% هذا ما يدل على قلة الإمتثال للواقع.

الديناميكية الصراعية La Dynamique Conflictuelle

مفهوم الصورة الجسدية مكتمل عند المفحوص وذلك من خلال إدماجه لبعض الإدراكات الكلية والجيدة الشكل (F+) في اللوحات I, V.وبعض الإسقاطات الإنسانية.

كما يتدعم تمييز هوية المفحوص من خلال تعليقاته بإستعمال «أنا » « Je ».

« Je dirais » « je connaît pas »، ولديه قدرات على توحيد الموضوع (des capacités d'unifications) لجمعه في إجابته الأولى لكل أجزاء اللوحة العاشرة (X).

فيما يخص تصور الذات (la représentation de soi)، نلاحظ أن إدراك المحتويات كان متعلق بالخيال (silhouette) في اللوحةIII واللوحة VII ، حيث نلاحظ المواضبة - إستمرار- لهذا المحتوي. لكن رغم ذلك نلاحظ تغير هذا المحتوي ليقول السيد ناصـــر في اللوحة VII ليقول بعد Silhouette، ذئاب-كلاب(chien-loup) .

أما الإسقاطات فكانت مسقطة على المواضيع الحيوانية%A=23 كما نجد الإسقاط على بعض المواضيع الإنسانية %H=5% الذي كان منخفض النسبة، ففي اللوحة PLIII كان يخص محتوى الجسد الكُلى، أما الوحة X فقد خص مثلا أجزاء من الجسد.

كما كانت هذه الإسقاطات في بعض الأحيان (اللوحة III) تخص مثالية الجنس (deux personnes du même sexe) ، دون تأكيد على نوعيته (ذكرا و أنثى). كما لاحظنا وجود التأكيد على التناظر (Symétrie) في بعض اللوحات PL VII, PL PLX, PL VIII،IV.

الحياةالنزوية

كانت العلاقات في مجمل البروتوكول مرات نشيطة(Active) ، (déchirer quelque chose) ومرات سلبية(Passive), « Deux silhouettes qui se regardent en face » لتعتمد في بعض الأحيان على مواضيع الإسناد (Ils sont accrochés sur , quelques choses)

(elles sont collés sur deux bouts de rocher). و هذا ما يجعلنا نستنتج أن علاقة التناظر وحتى النرجسية، ترجعنا إلى مواضيع الإستناد و ربما الخوف من فقدان العلاقة بالموضوع حيث نجدها في بعض الأحيان مشحونة بالعدوانية.

(son entrain de se disputer)

(son entrain de déchirer quelque chose)

وأحيانا مشحونة بصفة ضمنية باللليبيدوا « Qui se regarde en face ».

فيما يخص رمزية اللوحات فقد أدرك السيد ناصر البعض منها التي كانت ترمز إلى موضوع قضيبي « Un serpent a sonnette » في اللوحة IV، أما اللوحة IX فقد أدركت من خلال محتواها الأمومي حيث تعلق ببعض الأجزاء الأنثوية ذات الطبيعة التشريحية (2 seins). لكننا لم نتعرف على طبيعة معالجة هذه الإجابات في محتواها الكامن، لأنها كانت تفتقر لأي تعبئة تصورية، حيث لم نستطيع تحليلها تحليل معمق.

كما أن للمفحوص قدرات على إدماج مصادر وتعبيرات شخصية مع الحفاظ على إرتباطه بالمثير ففي اللوحة V مثلا بعد إعطاء الإجابة خفاش (Chauve-souris) أدى به ذلك إلى التداعي عن طفولته.

الصراع كان علائقي ظاهرا عبر الإجابات الحركية الخاصة باللوحة III، الذي كان محملا بنزوات عدوانية، أما اللوحات VII وVIII، فقد أثيرت العلاقات الثُنائية النرجسية دون أن تكون صراعية لتدخل سياقات الكف.

كانت الإجابات الحركية الإنسانية تخص اللوحة III مرتبطة بإجابة شاملة مركبة، أما التقمص فكان يخص الجنسية المثلية « Deux personnes du même sexe ».

أما الإجابات الحركية الحيوانية فقد كانت أحيانا مرتبطة بإجابة شاملة في اللوحة IV ، كانت هذه الحركية ذات طبيعة إيجابية أي ذات طبيعة شكلية موفقة نشطة. أما في اللوحة VII، واللوحة VIII فقد كانت مركزة على مفهوم التناظر والإستناد.

نستنتج أن هذه الحياة النزوية الخاصة بالحركيات كانت تُثار بالخصوص في اللوحات المزدوجة (VIII,VII,III) فمن خلال هذه الدراسة للإجابات الحركية نجد أنه يوجد صعوبات في الإختيار التقمصي كالترددات الموجودة في اللوحة IV واللوحة

VIII. أما الإحساسات فكانت متعلقة بتصورات تخص المعاش الداخلي المخيف(Dysphorique) . « Une squelette de la raie » ،
(Une ombre de quelque chose). أما اللوحة VI فكانت محملة بالخوف المتعلق بالمدفنة المعبأة بمحتوي قاس حول الموت.

نجد إذن من خلال البروتوكول تنوع في الميكانيزمات الدفاعية، فكانت تخص سياقات الرقابة، التي تمثلت في التحفظات الكلامية، الإجترار، الوصف مع التمسك بجزئيات المثير، هذه السياقات الذي كان تواجدها مساوي نوعا ما لسياقات المرونة التي تمثلت في وجود العواطف، التقمصات إدخال مصادر وتقديرات شخصية متعلقة باللوحة. إن الميكانيزمات الفوبية قد تمثلت في (قضاء وقت هام قبل إعطاء الإجابة، قضاء وقت هام داخل الإجابات، وجدانات مخيفة التي كان في بعض الأحيان من الصعب التحكم فيها). السياقات النرجسية من خلال الإستثمار الهام للجسد المدعم بالملاحظات الهامة حول التناظرالمدعم بموضوع الإستناد، أما سياق المواظبة قد كان يخص تكرار نفس المحتوي رغم تغيير المثير الذي خص عضو الكلية.

المرتبة الأخيرة كانت تخص سياقات بروز العمليات الأولى التي تمثلت في إنفجارات كلامية، عبارات خامة مرتبطة بمواضع جنسية.

الخلاصـــة En resumé

نستنتج إكتمال الصورة الجسدية للمفحوص إلاّ أن تصور الذات يبقى متميزا بالهشاشة من خلال التحليل الكلي للبروتوكول. أما التقمصات فقد كانت غير مستقرة، مُسقطة على مواضيع إنسانية.

كما كانت هناك علاقة بين الواقع والحياة الداخلية، رغم بعض الإنزلاقات ناحية هذا الواقع، أما الحياة الداخلية فكانت نسبيا غنية بالإستناد على الإجابات الحركيةK=1 ,Kan=3 و هذا ما يدل على وجود حياة نزوية.

كان البروتوكول متميزا بتنوع السياقات الدفاعية التي تمثلت في سياقات الرقابة والمرونة التي خصت بعض سمات الطبع، أما المرتبة الثانية فكانت لسياقات الكف بالأخص السياقات النرجسية، كما وجدنا تكرار نفس المحتوى رغم تغيير المثير الذي

خص عضو الكلية حيث كانت فعالية سياق المواضبة، هذا المحتوى قد يكون راجع للحالة الصدمية التي يعيشها المفحوص بسبب إصابته. أما الصراعات فقد كانت قليلة الإثارة في مجمل البروتوكول (اللوحة III) فحتى إن كانت هناك العلاقة الثنائية (اللوحة VII ، اللوحة VIII) كانت غير صراعية متخذة شكل تناظري لتدخل سياقات الكف و الرقابة. وأخيرا فإننا أدرجنا فرضية حول التوظيف العقلي للسيد ناصر تنتمي للعصاب الجيد التعقلن حسب نوزوغرافية مارتي في إنتظار تكملة هذه التنائج برائز تفهم الموضوع.

تحليل رائز تفهم الموضوع الخاص بالسيد ناصـــر

مدخـــــل:

تميز البروتوكول بغنى وثراء التداعيات، حيث عالج السيد ناصر كل اللوحات دون رفض أي منها، أما فيما يخص طريقة معالجته لها، فكانت من خلال سياقات دفاعية متنوعة طغي عليها الطابع الوجداني والعلائقي. كما كان يتخلل أقصوصاته الصمت وبعض الإضطرابات في تركيب الكلام، لكن ذلك لم يعرقل كثيرا السير الكلي للحديث.

السياقات الدفاعية المستعملة:

إستعمل السيد ناصر سياقات دفاعية متنوعة، منها ما كان يحتل الصدارة ومنها ما كان قليل التواجد في كل البروتوكول، سنقوم فيما يلي بترتيب هذه السجلات من الأكثر إستخداما إلى الأقل إستخداما فيمايلي:

- **سلسلة عوامل المرونة:** التي يكون فيها الدفاع عن طريق الهوامات والعواطف ، ليرتكز علاج الصراعات على العلاقة بين الأشخاص حيث تمثلت السياقات الأكثر تواترا في التأكيد على العلاقات بين الأشخاص (3) B2 ، التعبير اللفظي عن الوجدانات القوية والمبالغ فيها B2(4)، إدخال الأشخاص الغير الموجودين في الصورة B1(2)، التصورات المتضادة، التناوب بين حالات انفعالية متناقضةB2(6).

إن تنوع هذه السياقات قد ساعد على انطلاق الخطاب (Le dégagement du discours)، رغم امتزاجها في بعض اللوحات مع سياقات الرقابة كاللوحة 1 ، اللوحة 3BM ، اللوحة 4 واللوحة 6BM ،أما البعض الآخر فقد امتزج مع سياقات تجنب الصراع اللوحة 10 ، اللوحة 13B . إذن على العموم فقد ساهمت هذه السياقات في إرصان الخطاب الخاص بهذه اللوحات.

كما لاحظنا غياب هذه السياقات في اللوحة2 ، اللوحة 8BM ، وإستخدامها النادر في اللوحات PL19,13MF,12BG,11.

- **سلسلة سياقات الكف:** التي كانت متمحورة حول تجنب الصراع الذي كان معظمها يخص سياقات النرجسية ثم الهوسية ثم الفوبية، أما السياقات السلوكية و السياقات العملية كانت نادرة.

هذه السياقات عموما لم تساعد على إنطلاق الحديث، إلاّ الهوسية منها التي ساعدت في تقدم الحديث وذلك بسبب إمتزاجها بسياقات المرونة في اللوحات 4,3BM ، أو عند إمتزاجها بسياقات الرقابة في اللوحة 2 واللوحة 13B .

سلسلة سياقات الرقابة التي تمثلت في الدفاع عن طريق الواقع ضد الهوا مات والتي تمثل معظمها في الوصف مع التعلق بالتفاصيل A2(1)، التردد بين تفاسير مختلفة A2(6)، الاجترار الذي كان جد متواترا في اللوحات 1, 4 ,5, 6BM, 7BM, 10.

ساعدت نوعا في انطلاق الحديث بالخصوص عند امتزاجها بسياقات المرونة في اللوحات 5, 6BM, 3BM، وكذلك عند امتزاجها بالبعض من سياقات الكف في اللوحات 13MF, 8BM.

- **سلسلة بروز العمليات الأولية:** هذه السياقات كانت نادرة من حيث ترددها في مجمل البروتوكول.

كما أنها لم تساعد على إنطلاق الحديث بل كانت معرقلة له، لكن رغم ذلك إستطاع المفحوص أن يبني قصصه.

<u>المقروئية العامة</u>: إيجابية +، وذلك لحضور:

- ميكانيزمات متنوعة.
- البعض من الميكانيزمات .B1, A1
- عواطف واضحة.
- القصص جيدة البناء.
- صدي هوامي.

مستويات الإشكالية:

***- الإشكالية الأوديبية:**

الإشكاليات التي خصت السجل الأوديبي، كانت فيها الهوية مستدمجة من خلال إدراك أفراد كاملين غير مشوهين.

سنذكر فيمايلي كيفية معالجة السيد ناصر اللوحات التي تنظم إلى السجل الأوديبي.

اللوحة 1 :

عالج المفحوص الإشكالية في البداية من خلال تذكر الطفل ذكريات تخص أباه الذي كان عازف كمان violoniste، بإستعمال سياقات الرقابة التي تمثلت في التغيير المفاجئ في إتجاه القصص وبعض الترددات بين التفاسير المختلفة، وبإستعمال سياقات المرونة التي كانت تخص التأكيد على العلاقات بين الأشخاص. هاته السياقات ساعدت على إنطلاق الحديث ومعالجة المحتوي الكامن للوحة الذي خص مشاركة الطفل في مجموعة موسيقية وعدم قدرته على إستعمال هذه الأداة.

اللوحة 2 :

ظهر سيناريو المثلث الأوديبي بين الزوج (الأبوان) اللذان أدركهما المفحوص كوحدة، وعلاقتهما مع إبنتهما. ليكون مضمون هذه العلاقة مبنى حول رغبة الأبوين في أن تكمل إبنتهما االدراسة. فلم تكن هناك علاقة ثلاثية واضحة، وذلك بسبب تدخل سياقات الرقابة والكف التي لم تساعد كثيرا على إنطلاق الحديث. فكانت العلاقة ممثلنة في المعرفة (Idéalisé dans le savoir).

اللوحة 4 :

عالج المفحوص الإشكالية من خلال التأكيد على العلاقات ما بين الأشخاص والتناوب ما بين حالات إنفعالية متناقضة، مع التأكيد على مواضيع من نوع القول. فقد ساعدت هذه السياقات على إدراك المحتوي الكامن للوحة بالتأكيد على الوضعية الصراعية التي كانت في الحالة الأولى بالإستناد على شخص آخر غير موجود في الصورة، أما الحالة الثانية فقد كانت الوضعية الصراعية تخص المرأة الأخرى الموجودة بالمستوي الثاني في اللوحة.

اللوحة 5 :

إبتعد المفحوص عن المحتوي الكامن للوحة بسبب معالجته إياها في مضمون آخر يخص إمرأة جاءت تخبر صاحب البيت أن أحدا ينتظره. من خلال إستخدام سياقات المرونة بإدخال أشخاص غير موجودين بالصورة وبالتأكيد على القول في طابع إجرائي.

اللوحة 6BM :

بعد التمسك بالتفاصيل الخاصة باللوحة، عالج المفحوص الإشكالية بإدخال أشخاص غير موجودين بها حيث كان يتردد بين تفسيرين، فكانت الوضعية الأولى متمثلة في زوج ينتظر ولادة زوجته، أما المرأة التي هي أمامه فهي تمثل القابلة(La sage femme) فكانت هناك هوامات تخص العلاقة الزوجية التي تؤدي إلى الإنجاب أما الوضعية الثانية فقد تمثلت في إنتظار هذا الرجل والخادمة أخبار حول الأب المريض، حيث كانت الهوامات تخص فقدان الأب.في الأخير لجأ المفحوص للتأكيد على ما هو مشعور به ذاتيا من خلال أحاسيسه (Cn_1). إذن الإشكالية قد عولجت في كلا التفسيرين بإدخال المفحوص شخص ثالث لنسج القصة.

اللوحة 7BM :

كانت هذه اللوحة مبنية حول رغبة شخصية B1(1) حيث أدرك المفحوص العلاقة بين الأب وإبنه التي لم تكن علاقة صراعية حيث كانت متمثلة في مثلنة الموضوع – الذي خص الأب – من طرف الإبن. أو من خلال إنتظارهما ولادة زوجة الإبن.

اللوحة 8BM :

عولجت هذه اللوحة في سجل صراع – داخلي ليكون طفل المستوي الأول في علاقة مع المستوى الثاني، من خلال طفل يفكر فيما كان يحدث في الماضي. الذي كان يخص مقتل أبيه. فكان هناك علاج للمحتوي الكامن بإستخدام ميكانيزمات الرقابة وميكانيزمات الكف التي ساعدت على إنطلاق الحديث.

اللوحة 10 :

عولجت هذه اللوحة في البداية من خلال مواساة (consoler) الأب لإبنه، لكن تدخل سياقات الكف التي تمثلت في الوضعية المعبرة عن الوجدانات (Cn_4) ، مع الإفراط

في وظيفة إسناد الموضوع Cn_1 ، لم تساعد على إنطلاق الحديث. ثم بعدها تمكن المفحوص من معالجة اللوحة ضمن العلاقة التي تجمع الزوج بزوجته من خلال سياقات المرونة، التي كانت تتلخص في التأكيد على العلاقة بين الأشخاص، الرجوع الى مصادر وتفسيرات شخصية، التي ساعدت على إنطلاق الحديث رغم تدخل البعض من سياقات بروز العمليات الأولية المتمثلة في الإنفجارات الكلامية.

اللوحة 13MF:

عالج المفحوص الإشكالية من خلال التحدث عن العلاقة الجنسية التي جمعت بين العشيق (amant) وصديقته الذي كان من خلال التحدث عن الإشكالية الجنسية E_8 ، ثم تدخلت سياقات الرقابة المتمثلة في الوصف مع التعلق بالتفاصيل، التحفظات الكلامية، الاجترار، سياقات لم تساعد على معالجة المحتوي الكامن الإشكالية.

***- الإشكالية الإكتئابية:**

اللوحة 3BM :

عالج السيد ناصر هذه الإشكالية، من خلال إدراك طفل مشوه**(bossu handicapé)** ، ضُرب من طرف أباه باستخدام سياقات المرونة التي خصت التعبير بصفة درامية، و إدخال الأشخاص الغير موجودين بالصورة، مع سياقات بروز العمليات الأولية المتمثلة في عدم القدرة على الاستجابة.

أو من خلال تفسير آخر فقد فيه الطفل أبويه ليبقى وحيدا عند جدته حيث كان ينقصه العديد من الأشياء وذلك بالإعتماد على إدخال أشخاص غير موجودين بالصورة، مع التعبير عن تصورات كثيفة تخص عدم القدرة .

اللوحة 13B :

عولجت هذه اللوحة في العديد من الوضعيات، حيث كانت الأولى بالتأكيد على الرغبة والدفاع حيث أظهر المفحوص تصورات تضع الطفل في صراع – داخلي يخص الرغبة في الخروج من البيت ومنعه لذلك من طرف والديه. أو من خلال وضع الطفل لفخ (Piège) للعصافير. أو من خلال طفل وحيد يأتي للتذكر و قضاء الوقت بعد وفاة أبيه.

***- الإشكالية قبل – التناسلية:**

اللوحة 11:

رغم إستخدام المفحوص لسياقات الرقابة المتمثلة بالأخص في الوصف مع التعلق بالتفاصيل، التحفضات الكلامية، الإجترار وسياقات المرونة التي ركزت على مواضيع الخوف. الكوارث، وسياقات الكف التي خصت الصمت الهام أثناء السرد. والبعض من سياقات بروز العمليات الأولية التي تمثلت في الإنفجارات الكلامية والتعبير عن الخوف.

كل هذه السياقات ساعدت على إنطلاق الحديث حيث عالج المفحوص اللوحة بالتركيز على مواضيع مخيفة ومقلقة.

اللوحة 19:

إن إمتزاج سياقات الرقابة الوصف مع التعلق بالتفاصيل، والتحفظات الكلامية، بسياقات المرونة التي كانت تؤكد على وجود مواضيع الخوف قد ساعدت على إنطلاق الحديث ومعالجة الإشكالية الخاصة بالإسقاط للموضوع الجيد والسيئ، لكن سرعان ما تدخل سياق الكف الذي خص الميل العام للإختصار.

كمالاحظنا من خلال معالجته لهده اللوحات، أن موضوع الطبيب و التركيز على المداواة المرتبط بمكنيزمات التكوين الإنعكاسي (formation réactionnelle) قد تردد في العديد من اللوحات، 8BM,7BM,6BM.

كما أن السيد ناصر في بنائه لقصة اللوحة 16، قد تمسك بالوصف المبتذل لها لكننا و بعد إعادة التعليمة قد إستطاع طرح ذكريات كانت متعلقة بماضيه ليستخدم مصادر شخصية،وهذا قد يدل على أنه يحتاج الى إسناد من الواقع الخارجي.

الخلاصة En résumé :

نلاحظ أن السيد الناصر قد أدرك معظم اللوحات وعالجها، بأساليب متنوعة كان تطغي عليها أساليب المرونة، التي إتخذت شكل علاقات ما بين الأشخاص، مستعملا في ذلك الذهاب والإياب بين النزوات المتضادة (الليبيدية / العدوانية)، ليستطيع من خلال ذلك معالجة القلق، الإكتئاب والصراعات. فقد إستطاع السيد ناصر إدراك الإشكالية الأوديبية في اللوحة 2 دون معالجتها في قالبها الصراعي، لكنه إستطاع معالجة الصراعات

الخاصة باللوحة 4 ، اللوحة 8BM ، اللوحة 10 أما في اللوحة 6BM كانت هناك هوامات تخص إنجاب الزوجين لطفل، وهوامات تخص فقدان الأب، لنلاحظ معالجة واضحة للإشكالية الأوديبية في هذه اللوحة.

أما الإشكاليات الخاصة بفقدان الموضوع فقد عولجت في اللوحات 1 ، 3bmحيث أثارت العواطف الإكتئابية المرتبطة بتصورات فقدان الموضوع.

أما ألإشكالية المقابل التناسلية قد عولجت في اللوحات 11-19 من خلال وضعيات أدت الى نكوص خص محتويات مقلقة، وهوامات فوبية. أما الصراعات كانت مركزة أكثر على الصراعات العلائقية. وأخيرا نستنتج، أننا بصدد توظيف عقلي جيد التعقلن ذو نواة هستيرية فوبية حسب نوزوغرافية P.Marty.

الخلاصة العامـــــة:

من خلال تحليل بروتوكول الرورشاخ، لقد توصلنا إلى أنه توجد علاقة بين الواقع والحياة الداخلية للسيد ناصر، رغم بعض الإنزلاقات ناحية هذا الواقع. مستعملا تنوع في السياقات الدفاعية الرقابة والمرونة كما تردد المحتوي التشريحي للكلية في بعض الإجابات الذي قد يكون راجع للوقع الصدمي للإصابة بالقصور الكلوي المزمن على نفسية المفحوص.

أما فيما يخص رائز تفهم الموضوع فقد أدرك السيد ناصر اشكاليات معظم اللوحات وعالجها، بأساليب متنوعة طغت عليها سياقات المرونة مستعملا الذهاب و الإياب بين نزوات متضادة(الليبيدية/العدوانية)، ليستطيع من خلال ذلك معالجة القلق، الإكتئاب والصراعات.

إذن بالإعتماد على هاتان الوسيلتان يمكن القول أن السيد ناصر ذو توظيف عقلي جيد التعقلن حسب نوزوغرافية مارتي.

تحليل مقابلة السيد محند

السيد محند يبلغ من العمر59 سنة، يحتل المرتبة الأخيرة في عائلته-(3بنات، ذكرين)- متزوج وأب لستة أطفال (3 ذكور و3 إناث)، أنيق المظهر، مصفر الوجه، لا تظهر عليه ظاهريا الإصابات الجسدية.

كان يأتي في المواعيد المحددة للمقابلات في الوقت المعين من طرفنا. أما عن محتوى المقابلات، فكان الجواب مختصر حسب السؤال المطروح دون إعطاء أي تداعيات فمثلا « شحال عندك دراري ؟» الجواب كان «عندي 6 ».

I- الحالـــة الصحيـــة:

1-الإصابات العضوية التي تعرض لها المفحوص:

ابتدأ السيد محند في 13 جانفي 1997 التصفية عن طريق الديااليز البيروتيني ليعني ذلك التوقف الكلي لعمل الكليتين الذي قد أكد بعد إجراء العديد من التحاليل الدموية والأشعة. هذه الطريقة للتحال البيروتيني (dialyse péritonéal) عقدت من حالته، حيث تلقي أربعة عمليات جراحية من أجل إيصاله بأنبوب عبر البيريتوان في بطنه، فأصيب بالعديد من الإنتانات (des infections) التي تألم وعانى منها مدة ستة أشهر، حيث تردد على مصلحة الاستعجالات العديد من المرات (-4 أو5 مرات-)، بعدها أحيل للعلاج عن طريق التحال الدموي (la dialyse) ، وهو الآن خاضع لهذا العلاج منذ سنتين ونصف.

في صغره سقط مرتين بسبب دوخة أصابته مرة عند مغادرته المدرسة، والمرة الثانية عندما كان يعمل كمزارع في الجبل (- إننا لا نعرف الطبيعة الحقيقية لذلك وذلك بسبب عدم توفر المعلومات الكافية-) كما عانى من بعض آلام الرأس ثم أصيب بإرتفاع الضغط الشرياني عند بلوغه سن الرشد. تلتها الإصابة الجلدية الزونا (Zona) التي أدت به للإستشفاء مدة شهر، بعدها أصيب بتوقف كلية واحدة عن وظيفتها. رغم ذلك واصل عمله كسائق في المؤسسة مدة سنتين. ثم تعرض الى حادث سيارة إنقلبت به 3 مرات، ولم يتعرض لأية إصابة. بعد هذا الحادث

بحوالي ثلاثة أشهر ظهرت عليه أعراض إكلينيكية تمثلت في الفشل والقيئ، التي أثبتت طبيا على أنها راجعة لتوقف عمل الكلي كليا. فنسب السيد محند إصابته الكلوية الى حادث السيارة الذي أحدث لديه الخوف «الخلعة»، فسألناه عن طبيعة هذه «الخلعة» من أجل التعرف أكثر على محتواها الهوامي، فكان الجواب إعادة لرواية حادث السيارة دون أي تعبئة عاطفية ودون أي تقدم في الحديث.

وأخيرا فإن السيد محند لم يكن له أي فرد من عائلته مصاب بهذه الإصابة وبالتالي نستبعد تدخل العامل الوراثي.

2- إنعكاسات الإصابة:

فيما يخص تأثير الإصابة على حياة السيد محند، أنه فقد الوزن خلال التحال البيروتواني حيث كان يزن 75 كلغ وأصبح بعد إستشفاءه لمدة 45 يوم يزن 49 كلغ. يقول في هذا الصدد «لا آكل كثيرا، ولا أنام كثيرا».

كما أصبح عاجزا عن العمل، فاقدا بذلك وظيفته وفاقدا بعض النشاطات التي كان يقوم بها كالبستنة، ليصبح تفكيره محصورا فقط في الإصابة «أفكر فقط في إصابتي» [1]. أما حياته الجنسية فقد نقصت كثيرا «نقصت، نقصت بزاف»، «لأنني قبل مانكون مريض نحس منيح ولكن الآن...» [2].

II- التوظيف العقلي:

سنركز على بعض العناصر التي تساعدنا على وضع فرضية حول التوظيف العقلي للمفحوص.

1- نوعية العلاقة أثناء المقابلة:

كنا نريد من خلال تدخلنا المتنوع إنعاش علاقتنا وحث السيد محند أكثر على الكلام بإستعادتنا لبعض المقاطع التي ذكرها مثلا «comment des petits probélmes»، لكن ذلك كان دون جدوى فكانت إجابته مبتذلة.

«لا أعرف مشاكل صغيرة هكذا تخص العمل [3]».

[1] -«**Je pense à ma maladie c'est tout**».

[2] -«**Parce que quand je suis pas malade, et نحس bien, mais maintenant**…».

[3] -« **Je ne sais pas, des petits problémes comme ça du travail** ».

فحديثه كان جد متقلص خال من أي دفاعات عصابية، كما أننا لاحظنا في علاقته معنا نوع من السلبية (Une certaine passivité)، مع غياب أي تظاهر تحويلي-شبقي بالعكس كان يشعر على أنه مضطهد، يقول في هذا الإتجاه «لا أدري كيف تطرحين الأسئلة، لا أعرف كيف أقول لك» [1].

كما كان يظهر التعبير الجسدي على شكل إشارات يستعملها السيد محند بيده، فمثلا عند تحدثه عن مرض **زونا zona** بدأ يشير الى جسده من أطرافه العلوية الى السفلية.

2- الأحداث الحياتية الهامة عند المفحوص:

كانت الذكريات (les souvenirs) جد مختصرة فلم يكن هناك تداعي ولا ربط بين التصورات. فحديثه عن صغره كان متمحورا حول القيام بالأعمال، كالذهاب الى المدرسة قائلا «نروح للجامع نقرأ»، ثم إلتحاقه بالمتوسطة CEM، ثم القيام ببعض التربصات مدة 6أشهر، العمل سائقا في الخدمة العسكرية في سن 18 سنة، بعدها في سن 22 ذهب إلى فرنسا للعمل فعمل مدة 14 سنة ليساعد بذلك أباه ماديا، وأخيرا عاد إلى الجزائر في سنة 1977.

عند محاولتنا التعرف أكثر على بعض التفصيلات التي تخص الطفولة أجابنا بأنه لا يتذكر قائلا «لا أعرف، لا أتذكر» [2].

في حصة أخرى أردنا التعرف أكثر على ماضيه وذكرياته فكانت إجاباته تقريبا تحتوي على نفس المضمون المذكور سابقا، مضيفا أنه غادر الدراسة بسبب الحرب من أجل مساعدة أبيه في تربية الحيوانات (المعز، الكباش، الأبقار...) وللعمل في البستان.

إن فقدان الذاكرة (amnésie) هذا كان يعم كل السنوات الأولى من الطفولة والذي قد مس أيضا مرحلة الدراسة، فالسيد محند لم يظهر أي إنزعاج لغياب الصور الماضية، فهو متمسك بوقائع مقطوعة من كل تعبئة عاطفية، متحدثا عن

[1] -«**Je ne sais pas, comment vous me posez des questions, je ne sais pas comment vous dire**».
[2] - « **Je ne sais pas, je me rappelle pas** ».

ماضيه بصفة إجرائية، مؤكدا في ذلك على الأعمال اليدوية. فيقول مثلا في هذا الصدد.

«أمبعد نرجع نروح لفرنسا، نخدم ونولي، نرجع نروح لفرنسا، نخدم ونولي حتى 1977 "J'ai quitté la France" «وليت نخدم هنا، جيت نخدم هنا، خدمت لهنا، Pendant 20 ans».

3- الحياة العلائقية:

تميزت الحياة العلائقية الخاصة بالسيد محند بالفقر، فلما سألناه مثلا عن علاقته السابقة مع والديه كانت إجابته متمحورة على العمل فقط معبرا عن ذلك بـ «الوالدين تع بكري ماشي كيما دورك، هما ينوضو الصباح يروحو يفلحو ولا مانعرف واش يديرو»، «في السابق كنا كالعبيد، العبيد ليس لديهم شيئ» [1].

أما عن تحدثه عن فقدان والديه لم يظهر السيد محند أي عاطفة، فكانت إجابته مبتذلة حول هذا الحادث، على أنه عند وفاة والده في سنة 1977 -نفس السنة التي عاد فيها من فرنسا – عاد لينوبه في التكفل بالمنزل.

إذن العلاقة مع والديه كانت صعبة التقييم لأنه كان جد متشبث بما هو عملي وملموس ومبتذل فلم نلاحظ أي إستثمار مفضل لأحدهما.

أما عن علاقة السيد محند مع زوجته وأولاده كانت تظهر غير صراعية وغير معبأة بأية عاطفة، فظهر لنا أنه ليس هناك حادث ذو أهمية في حياته، ولا نجد أي إستثمارات أو الإهتمام بالمشاريع في المستقبل.

كما لاحظنا العلاقة الوطيدة بين السيد محند وآلة التصفية التي إستثمرها إيجابيا، فهذه الآلة تساوي وجوده وأنه بفضلها يستطيع المشي والذهاب للسوق مركزا في ذلك على الجانب السلوكي ليقول في هذا الصدد «الروح أنتاعنا C'est la machine» .هذا من جهة، ومن جهة أخرى يتلقى المفحوص الرعاية الكاملة في المستشفى خلال حصص التصفية من طرف الفريق الطبي.

[1] -« بكري comme des esclaves, un esclave il n’a rien».

4- طبيعة السياقات الدفاعية المستعملة في المقابلة:

كان حديث السيد محند مطبوع بما هو عملي، فأحداث الواقع كانت تروي بإنفصال كبير عن العواطف، ليظهر أقل كلاما عن أحداث حياته التي سطرها بصعوبة بدون أي إنفعال ملاحظ ومنه كانت السيادة للسياقات الدفاعية التي ترتكز على ما هو يومي، واقعي، حالي وملموس والتركيز على القيام بالشيئ.

المرتبة الثانية كانت لسياقات بروز العمليات الأولية من خلال الإضطراب في تصريف الأفعال بصفة ناقصة، إستعمال جمل غير مكتملة ومعلقة.

فالمظهر الشكلي لكلامه« verbalisation »، يترجم الظهور الدائم لبروز العمليات الأولية، ومنه فإن هذه الجمل المضطربة لا تدل على إنقطاع التداعي الدال على أثار الكبت.

وأخيرا نجد سياقات الرقابة التي كانت نادرة، محصورة في بعض التحفظات الكلامية «Je ne sais pas» الرجوع للقيم الخارجية «بكري ما عندناش كيما درك»،«on a pas» «مع والدي كي كنت صغير on a pas,on est des bergers» . « on a pas la civilisation , la liberté ».

وجود بعض التفصيلات الرقمية، التي لم تكن دوما فعالة لتدخل العمليات الثانوية.

كما وجدنا بعض الإستدلالات الرقمية بتواريخ تخص أحداث حياته التي كانت غير مؤكدة وغامضة كقوله مثلا.

«أعمل بالفريق من سا9 إلى سا1 ، من سا5 صباحا إلى سا1، من سا1 إلى سا9 ، من 9 سا إلى سا 5 مساءا، إلى سا 5 صباحا» [1].

«عقبت service militaire من 59 jusqu'à 70» وفي مقطع آخر يقول من «59 إلى 62».

كما فكرنا في ميكانيزم الإنكار لهذه الإصابة من خلال قول السيد محند «أنا لا أشعر بشيئ، فإنني لا أحس فإنني مريض».

[1] -«**Je travaille l'équipe de 9h jusqu'a 1h, de 5h du matin jusqu'a 1h, de 1h jusqu'a 9h, de 9h jusqu'a 5h du soir, jusqu'a 5h du matin**».

«أكل مثل قبل، أنام جيدا، لا أدري كيف» [1].

لكننا سرعان ما إستبعدنا هذا الميكانيزم – الإنكار la dénégation – لأن المفحوص جد متشبث بآلة التحال وبمواعيد العلاج مع أخذه الأدوية بصفة مدققة، إذن السيد محند لا ينكر هذه الإصابة بل أقواله هذه التي يعبر فيها أنه غير مصاب قد تدل على فعاليه أنا مثالي «un moi idéal» ذو القدرة الكلية لديه.

إذن الحيز النفسي الداخلي للسيد محند يظهر مقلص مرتبط بواقع مباشر وملموس، فنجد النقص في نشاطه العقلي الأوتوماتيكية أو النوعية الإجرائية لسلوكاته التي تطبع توظيفه النفسي.

5- الحياة الهوامية والحياة الحلمية:

نلاحظ فقر في الحياة الهوامية، من خلال نقص تداعيات السيد محند وتمسكه بما هو واقعي دون أي تعبئة عاطفية. أما فيما يخص الأحلام فكان يحلم قبل إصابته بالقصور الكلوي المزمن، لكن بعدها فهو قليل الحلم، كما لا حظنا العجز الكامل للمفحوص عن تذكر أي حلم.

الخلاصـــة En resumé

خلال المقابلة المجراة مع السيد محند، تحصلنا على القليل من المعلومات حول ماضيه، فهذا البياض «Blanc» في ذكرياته يجعلنا نظن أنه لا يوجد أحداث هامة في حياته. كما أننا لم نجد أي تعبير عن الجدلية نزوة / دفاع مع غياب أي أعراضية عقلية، فكانت الإثارات تبدوا مترجمة مباشرة على الجسد كقوله «عيان، فشلان».

فيما يخص الحياة الحلمية كانت فقيرة فالسيد محند نادرا ما يحلم، كما لاحظنا عجزه عن إعطاءنا أي محتويات صورية.

فهذه العناصر الإكلينيكية تدل على عدم النفاذية (L'imperméabilité) بين الهيآت: القبل شعور، اللاشعور، وعدم وجود العلاقة بينهما ليضهر ذلك من خلال:

[1] -«**Je sent rien, on dirait pas que je suis malade**», «**Je mange comme avant, je dors, je ne sais pas comment**».

- فقر الذكريات.
- الرجوع إلى ماهو عملي ويومي.
- العيش في حاضر دائم (حياة إجرائية).
- نقص في التعبير عن الوجدانات.

من كل ما سبق إذن نحن بصدد فرضية توظيف عقلي يخص عصاب سيئ التعقلن حسب التقسيم النوزوغرافي لمارتي.

أما عن إمكانيات التصدي الجسدي للأمراض (La tenue du corps)، فإننا وجدنا العديد من الإصابات في ماضي المريض –(دوخة عند الصغر، إرتفاع الضغط الشرياني، أخيرا الإصابة بالقصور الكلوي المزمن) – والعديد من الإستشفاءات، فهذا الحفاظ الحالي على توازنه النسبي خلال إصابته بالقصور الكلوي المزمن قد يرجع لما يحضى به من عناية فائقة من المحيط (الفرقة الطبية، العائلة).

إذن من خلال ما سبق فللمفحوص إمكانيات تصدي جسمي سيئ للأمراض في علاقة مع طبيعة توظيفه العقلي.

تحليل بروتوكول الرورشاخ للسيـــد محند

الإنطباع العام :

كان مجمل البروتوكول فقيرا من ناحية الإجابات والتداعيات، كما تميز كذلك بتردد نفس المحتوى التشريحي رغم تغيير اللوحات – سياق المواضبة perseveration – ،كما لاحظنا لجوء السيد محنــد إلى التعبير السلوكي حين تحديده لإجاباته على مستوي اللوحات.

السياقات المعرفيـــــة:

تميز بروتوكول المفحوص بفقر في الإجابات (R = 11)، كما كان اللجوء للواقع في شكلياته جد مرتفع F%elar = 100 %, F%=88%، أما فعالية هذا التشبت بالواقع كان غير فعال من خلال F+%=54% المنخفض، F+elar=61%، أي بمعنى أنه كان هناك مجهود ناحية الواقع الخارجي لكنه كُلّل بالفشل. فهذا التمسك لم يسمح للمفحوص بالتعبير عن إحساساته المقلقة، أما الكف فقد كان المسيطر.

فيما يخص طريقة تناول المفحوص فقد كانت مرتفعة النسبة بالنسبة للتناول الشامل G%=38% ، ومنخفضة النسبة بالنسبة للتناول المجزأ D%=38%.أما التناول داخل البياض فقد كان مرتفع DBL = 16%.

بالنسبة للإجابات الشاملة كانت معظمها بسيطة إلا الإجابة الشاملة الخاصة باللوحة III التي كانت مركبة، ليركز المفحوص في ذلك على القيام بالفعل، اللوحة III « هناي زوج أطفال ما نعرفش واش يديروا يخدموا ولا يهدروا ».

فيما يخص التناول المجزأ D، كان في بعض الأحيان مرافق بمحدد شكلي موفق فعال (DF+) في اللوحات IV, II.كالتالي.

PL II « c’est un nuage ».

PL IV « هناي كيما الشجرة ».

أو مرافق بإحساس متعلق بالقلق متحكم فيه على مستوى اللوحةVIII «الوحش on dirait»

وفي بعض الأحيان كان هناك إنزلاق (-F) في اللوحاتPL VI ،PL VIII، التي إستخدم فيها المفحوص نفس المحتوى التشريحي « الصدر نتاع العبد»،«الكرش ». رغم تغيير المُثير لتدخل سياق المواضبة.

فيما يخص الإجابات داخل البياض DBL كانت مرتفعة النسبة، تخص اللوحة II «هذي كيما Le bassin تع الماء »، التي كانت مرفوقة بمحدد إيجابي موفق، وكانت تخص كذلك اللوحة VII « ماشي الكرش تاع العبد» التي كانت فاشلة (-F) بسبب التمسك بنفس المحتوي التشريحي. على العموم إن تواتر هذه الطريقة للتناول قد تدل على أن المفحوص يعاني من نقص ما « un manque » يريد من خلال هذا التناول سد هذا الفراغ (combler le vide).

أما إستثمارات المفحوص فقد تميزت بسيادة المحتوى التشريحي الذي غمر المحتويات الأخرى (Anat = 38%)، وطغى عليها.

زيادة على ذلك لجأ السيد محند للإبتذال (Ban = 22%) وكأنه يبحث عن الإمتثالية (Le conformisme).

<u>الديناميكيـــــة الصراعيـــــة:</u>

كانت الصورة الجسدية مضطربة من خلال محتويات الإجابات، حيث كان السيد محند يركز على أجزاء الجسد (اللوحات IV ،VI،VII)، لتكون تصوراته متعلقة بالجسد،لهذا كان تساؤلنا حول إكتمال هذه الصّورة ؟

فهل هذه الإصابة و تأثيرها الصدمي يؤثر على الصّورة الجسدية؟ ليبقى هذا السؤال مفتوح للبحث ؟ أما تصور الذات فقد تميز بالهشاشة.

كما تميز مجمل البروتوكول بالنقص في التقمصات. هذا الإضطراب الخاص بالتقمصات خص اللوحة III، حيث كانت الصعوبة في التعرف على الجنس من خلال العلاقة المبتذلة المركزة على العمل، أما اللوحات الأخرى فلم نجد أي تقمص إنساني، بل كانت إجابات تخص أجزاء الجسد، أما التقمصات الحيوانية فقد كانت غير واضحة والتي خصت اللوحة VIII «هذوا on dirait الوحش ».

كما تميزت الحياة العلائقية بالفقر والندرة مع قلة وجود الإحساس، فالإحساس الوحيد كان في اللوحة VIII والذي كان مراقب ومتحكم فيه إزاء الواقع.

فيما يخص عدد الإجابات في اللوحات الملونة كان منخفض 27% حيث لم يكن أي تأثير للألوان على المفحوص، كما كان مجمل البروتوكول خال من أي نوع من الصراع.

أما إجابات اللوحات X,IX، كانت كلها تتضمن إجابات فاشلة (F-)، لم تأخذ بعين الإعتبار المحتوي الخارجي للوحات ، فكانت تخص أجزاء الجسد أي المواصلة في التمسك بالمحتويات التشريحية للجسد الذي قد يكون بسبب الوقع الصدمي للإصابة المرضية الخاصة بالسيد محند، وبنفس الطريقة.فإن محو التصورات بعزز المواضبة الصدمية (l'effacement des représentations renforce La persévération traumatique)

كما أنه قد يكون هذا الوقع الصدمي للإصابة هو السبب الذي يؤدي بالمفحوص في بعض الأحيان إلى فشله في مراقبة هذا الواقع.

كما لاحضنا الاستثمار الكبير للمفحوص للجانب السلوكي فكان خلال التمرير يأخذ اللوحات التي انتهينامن تمريرها أي أنه يستعيدها مرة اخرى لهدف التعبير عنها .الرجوع للتحقيق اللوحات (IX,VIII,VII,VI) مع وجود بعض الميكانيزمات التي كانت تخص تجنب الصراع منها الفوبية وإستخدام السلوك كما نلاحظ سياقات بروز العمليات الأولية التي تمثلت في الوصف المجزأ للجسد، مع التمسك بنفس المحتوي رغم تغيير المثير- اللوحة-

الخلاصة:

يتميز بروتكول السيد محند بالتركيز على العالم الخارجي وتمسكه به، رغم ضعف فعالية هذا التشبث في بعض الأحيان بسبب الوقع الصدمي للإصابة كما كان هناك إضطراب في الصورة الجسدية. كما تحددت الميكانيزمات الدفاعية في سياقات الكف وإستخدام السلوك وسياقات المواظبة، ليتميز مجمل البروتوكول بفقر الحياة النزوية العدوانية و/أو الليبيدية، مع غياب الصراعات.ومنه نستطيع أن ندرج فرضية تخص التوظيف العقلي السيئ التعقلن حسب نوزوغرافية مارتي.

تحليل بروتوكول رائز تفهم الموضوع

للسيـــد محنـــــد

مدخـــــل:

كان مجمل البروتوكول فقير مبتذل، تميزت القصص المسرودة بالقصر والإبتذال، دون القدرة على معالجة المحتوى الكامن لها وذلك لتدخل سياقات تجنب الصراع. كما كان يتخلل خطاب السيد محند بعض الإضطرابات الكلامية، وبعض أوقات الكمون.

السياقات الدفاعيـــة المستعملـــة:

تتمثل السياقات المهيمنة على السياق الكلي للبروتوكول في الكف، فرغم تنوع سياقاته بإنتماءه للفوبية والنرجسية والسلوكية، فإنها كلها كانت تعمل على تجنب الصراع وبالتالي لم تساعد في إنطلاق الحديث (Le dégagement du discours) ، بل بالعكس عملت على عرقلته أو إيقافه.

سنذكر فيمايلي من الأكثر هيمنة إلى الأقل هيمنة في مجمل البروتوكول، كانت السيادة لسياقات تجنب الصراع والتي كانت كالتالي:

*-السياقات الفوبية: التي تمثلت في زمن الكمون الطويل أثناء السرد والذي يتخلل معظم الأقصوصات، عدم التعريف بالأشخاص، أسباب الصراعات الغير محددة.

*-السياقات العملية: التي تمثلت في التمسك بالمضمون الظاهري، التأكيد على القيام بالفعل.

*-السياقات السلوكية: التي تمثلت في إثارات الحركية والتعبيرات الجسدية التي خصت اللوحات 3BM,6BM,1.

أما فيما يخص السياقات النرجسية والهوسية فقد كانت نادرة.

أما المرتبة الثانية فقد كانت لسياقات بروز العمليات الأولية والتي كانت بالأخص متمثلة في:

إدراك مواضيع خصت أشخاص مرضى، التعبير عن وجدانات و/ أو تصورات كثيفة، إنفجارات لفظية (على مستوى تركيب الكلام) الذي كان متواجد في معظم اللوحات

13MF, 7BM, 1. أما سياقات الإدراكات الخاطئة، المواضبة، الخلط بين الهويات، فكانت نادرة.

المرتبة الأخيرة كانت لسياقات الرقابة وسياقات المرونة التي كانت نادرة لتخص على الترتيب التحفظات الكلامية، الإجترار، التأكيد على العلاقات بين الأشخاص.

على العموم لم تساعد سياقات الرقابة والمرونة على إنطلاق الحديث و إرصانه، بسبب التدخل الدائم لسياقات الكف، إلا في اللوحة الرابعة التي ساعدت فيها سياقات المرونة على إنطلاق الحديث ومعالجة الإشكالية الكامنة للوحة.

المقروئية العامة: سلبية إيجابية (-) (+).

هيمنة سياقات CF.

وجود سياقات CP,CC .

وجود سياقات E.

مستويات الإشكاليـــــة:

***-الإشكالية الأوديبيـــة:**

اللوحـــــة 1:

لم يدرك المفحوص الكمان « Le violon »، فلم تكُن معالجته للإشكالية موافقة للمحتوي الكامن للوحة، بل كانت تخص التفكير في الوالدين، أو في نفسه لأنه مريض، وذلك بعد ضرورة تدخل الفاحص بطرح السؤال.

اللوحـــة 2:

أدرك المفحوص أشخاص الثُلاثية الأوديبية لكنه لم يعالجها في محتواها الصراعي، بسبب التركيز على التأكيد على القيام بالفعل والتمسك بالمحتوي الظاهر، مع الإضطراب على مستوى تركيب الكلام.

اللوحـــــة 4:

أدرك المفحوص العلاقة بين الزوجين حيث عالجها من خلال التناوب بين حالات إنفعالية متضادة، لكن هذه العلاقة الصراعية ما بينهما لم يتعمق فيها وذلك لتدخل سياق الرقابة المتمثل في الإجترار و سياق الكف المتمثل في أسباب الصراع الغير محدد.

اللوحـــة 5:

لم يدرك المفحوص الصورة الأموية لتدخل سياقات الكف من نوع التأكيد على القيام بالفعل والتمسك بالمضمون الظاهري ومثلنة الموضوع بقيمة سلبية، وبالتالي لم يستطيع معالجة هذه الإشكالية.

اللوحـــة 6BM:

أدرك المفحوص العلاقة بين الأم و إبنها ليؤكد في ذلك على العلاقات ما بينهما، لكن تدخل سياقات الرقابة المتمثلة في التعلق بالتفاصيل وسياقات الكف المتمثلة في اللجوء لإيثارات حركية، لم تساعد على إنطلاق الحديث حيث كان الصراع يخص موضوع ذهاب الإبن عن أمه.

اللوحـــة 7BM:

لم يتمكن المفحوص من إدراك ولا معالجة هذه اللوحة للإدراك الخاطئ للإبن، فقد أدركه السيد محند على أنه إمرأة، إذن العلاقة كانت معقودة بين الرجل و زوجته مع إدراك هذه الزوجة على أنها مريضة.

اللوحـــة 8BM:

لم يستطيع المفحوص معالجة الإشكالية، لتدخل سياقات بروز العمليات الأولية التي كانت تخص الخلط بين الهويات، إدراك أشخاص مرضي، وسياقات الكف التي تمثلت في عدم التعريف بالأشخاص مع التعبيرات الجسدية. كما أن المفحوص لم يتعامل مع أي صراع.

اللوحـــة 10:

أدرك المفحوص أشخاص اللوحة، لكن لم يضع أي علاقة بينهما وذلك لتدخل سياق الرقابة الذي تمثل في التعلق بالتفاصيل وسياقات الكف التي تمثلت في الصمت الهام خلال السرد والميل العام للإختصار.

اللوحـــة 13MF:

أدرك المفحوص المرأة على أنها مريضة، أما العلاقة فلم تثار ولم تعالج في أي صراع لتدخل سياقات بروز العمليات الأولية التي تمثلت في إضطراب على مستوى

تركيب الكلام، عدم وضوح الخطاب، إدراك خاطئ. فلم يكن هناك أي تعبير نزوي عن الليبيدية والعدوانية.

***-الإشكالية الإكتئابية:**

اللوحـــة 3BM:

أدرك المفحوص شخص مريض أو نائم، فبإستخدامه لسياق الرجوع للقيم الخارجية مع الميل العام للإختصار، لم يساعداه على معالجة المحتوي الكامن للوحة الخاص بفقدان الموضوع.

اللوحـــة 13B:

أدرك المفحوص الإشكالية من خلال إدراك طفل صغير مركز في ذلك على ما كان يشعر به من خلال فقدانه لأمه وأباه، لكن المفحوص لم يتعمق في معالجة هذه الإشكالية بسبب تدخل سياقات الكف.

***-الإشكالية قبل- التناسلية:**

اللوحـــة 11:

إن تدخل سياقات الكف المتمثلة في التمسك بالمضمون الظاهري للوحة والتركيز على الخصائص الحسية لم يُمكّن المفحوص من معالجة الإشكالية قبل – التناسلية.

اللوحـــة 19:

لم يستطيع المفحوص معالجة الإشكالية القبل – التناسلية لتدخل الإدراكات الخاطئة، والميل العام للإختصار.

الخلاصـــة:

لم يعالج السيد محند أي إشكالية، إلا إشكالية اللوحة4، فهي الوحيدة التي إستطاع نوعا ما معالجتها. فكانت معظم الإشكاليات مبتذلة، بسبب التمسك بالمحتوي الظاهر للوحة دون معالجتها، ليكون فقر في الصراعات الداخلية التي تمحورت حول كلمة (il pense) دون أن تتخذ معني أبعد في السياق الكلي للقصة (اللوحات 13B,3BM). كما نجد سياق المواظبة فرغم تغيير المثير (اللوحة) كان المفحوص دوما يدرك أفراد مرضى، اللوحات (13MF, 8BM,1,3BM).

إن هيمنة سياقات بروز العمليات الأولية قد عرقل المفحوص من معالجة الإشكاليات ومنع ظهور الهوامات المختلفة، حيث كانت هناك هشاشة في العالم الداخلي حيث تبدوا المواضيع الداخلية وكأنها غائبة نظرا لإختلال التنظيم العقلي.

إذن إنطلاقا من الأساليب الدفاعية المستخدمة، وعدم القدرة على معالجة الإشكاليات وفقر الصدى الهوامي، نستطيع أن نفترض أن السير العقلي الخاص بالمفحوص ينتمي للعصابات السيئة .

الخلاصة العامة:

تميز بروتوكول رورشاخ السيد محند بالفقر حيث كان كثير التشبث بالعالم الخارجي، الذي كان في بعض الأحيان غير فعال بسبب الوقع الصدمي للإصابة. فكانت الأساليب المستخدمة تخص سياقات الكف وإستخدام السلوك و سياق المواظبة. كما تميز مجمل البروتوكول بغياب الحياة النزوية العدوانية الليبيدية، مع غياب الصراعات.

فيما يخص رائز تفهم الموضوع فقد كانت معظم الإشكاليات مُبتذلة بسبب التمسك بالمحتوي الظاهر للوحة دون معالجتها، ليكون الفقر في الصراعات الداخلية والحياة الهوامية. أما السياقات الدفاعية فقد سادت سياقات تجنب الصراع - السياقات الفوبية، السياقات العملية، السياقات السلوكية – ثم سياقات بروز العمليات الأولية.

أخيرا بالإعتماد على نتائج تحليل رائزي الرورشاخ وتفهم الموضوع نفترض أن السير العقلي للمفحوص ينتمي للعصابات السيئة التعقلن بالإعتماد على النوزوغرافية المارتية. أما إمكانيات التصدي الجسدي للأمراض فقد كانت سيئة من خلال تحليل المقابلة رغم الإتزان الجسمي النسبي للسيد محند -لأنه يتلقى كل الدعم من المحيط-، إلا أنه يبقى عرضة لإصابات أخرى إذا تعرض لأي صدمة لأن إمكانيات إرصانه العقلي ضعيفة.

الفصل السابع

تقديم النتائج

تقديـم النتائج

Présentation des résultats

سنحلل في هذا الفصل النتائج التي تحصلنا عليها من دراستنا لعينة متكونة من خمسة عشرة حالة مصابة بالقصور الكلوي المزمن النهائي.

ظهر لنا أن كل فرد له مميزاته وأساليبه التي يعتمد عليها للحفاظ على توازنه أو استرجاعه كلما إختل. كما أن الظروف الداخلية والخارجية التي تؤثر على هذا التوازن تختلف من شخص لآخر، إلا أن الرجوع إلى التقسيم النوزوغرافي السيكوسوماتي لبيارمارتي مكننا من إدخال أفراد مجموعة بحثنا في ثلاثة أصناف من بين الأصناف التي يحتوي عليها هذا التصنيف.

- المجموعة الأولى : تتكون من خمسة مصابين ينتمون حسب توظيفهم العقلي إلى عصاب جيد التعقلن، (المتمثلة في أنيسة، جميلة، زليخة، كريمة، ناصر).

- المجموعة الثانية : تتكون من فردين ينتمي توظيفهما العقلي للعصاب الغير مؤكد التعقلن (أمينة، بلقاسم).

- المجموعة الثالثة : تتكون من ثمانية أفراد ينتمون للتوظيف العقلي السيئ التعقلن والذي يظم عصابات السلوك (نصيرة، أحمد، محند، عاشور، حسينة، حورية، عائشة، مصطفى).

سنركز في هذا التحليل على هذه المجموعات وعلى أدوات البحث المستخدمة أي بمعنى أدق سنعتمد على المقابلة النصف الموجهة والروائز الإسقاطية لدى كل مجموعة.

A/- في المقابلة نصف الموجهة للمفحوصين على الحالة الصحية التي تخص

أ - الحالة الصحية قبل الإصابة بالمرض الحالي.

ب- الإصابة بالقصور الكلوي، تطوره وتعقيداته والأمراض المصاحبة له.

ج- الحالة الصحية الحالية.

د - إنعكاسات الإصابة على حياة المصاب.

فيما يخص الجانب العقلي فقد ركزنا على نوعية العلاقة أثناء المقابلة، الأحداث الحياتية الهامة عند المفحوص، الحياة العلائقية، النشاطات الهوامية والحلمية.

كان الهدف الأساسي من هذه المقابلة نصف الموجهة هو الإحاطة بالحالة الصحية العامة للمفحوص في جميع جوانبها.

B/- أما بالنسبة لإستخدام الروائز، فقد اعتمدنا في :

1/ رائز الرورشاخ على العوامل الآتية : السياقات المعرفية (les procédés cognitifs)، سياقات الديناميكية الصراعية (processus de la dynamique conflictuelle)، التقمصات (les identifications) ،الصراعات (les conflits)، الأساليب الدفاعية(les mécanismes de défense).

رائز تفهم الموضوع على العوامل الآتية : السياقات الدفاعية المستخدمة، المقروْْئية العامة للبروتوكول، مستويات الإشكالية(les niveaux de problématiques)، الإشكالية الأوديبية، الإشكالية الإكتئابية، الإشكالية القبل تناسلية.

كان الهدف من إستخدام هذان الرائزان الإحاطة بنوعية التوظيف العقلي للمفحوص.

قبل أن نشرع في تقديم هذه النتائج تجدر بنا الإشارة الى بعض الملاحظات العامة التي قد تشمل كل أفراد عينتنا و تتمثل فيما يلي :

- لم يكن هناك أي فرد له توظيف عقلي منظم حسب النموذج العصابي أو النموذج الذهاني الكلاسيكي.
- وجود عدم إنتظام في التوظيف (l'irrégularité du fonctionnement)، لدى كل أفراد عينتنا، والذي كان يختلف فقط في الشدة من فئة لأخرى، ليكون أكثر جلاءا عند المصابان اللذان بدى لنا تنظيمهما النفسي قريب من التنظيم الغير مؤكد التعقلن.
- النتائج المحصل عليها سواء في المقابلة أو في الروائز الإسقاطية متوافقة فيما بينها إذا إستثنينا المفحوصين اللذان ينتميان توظيفهما للعقلنة الغير المؤكدة.
- لا توجد إشكالية معينة ومحددة تفرض وجودها لدى كل هؤلاء المصابين.
- كل أفراد عينتنا يعانون من تعقيدات جسدية مصاحبة للقصور الكلوى المزمن، وهي أعراض ثانوية مصاحبة للإصابة الكلوية.

I- تحليل المقابلة لدى المجموعة الأولى الجيدة التعقلن.

مدخل :

تميز أفراد هذه المجموعة على العموم بالقدرة الجيدة للتصدى الجسدي للأمراض (la tenue du corps). فرغم تعرض المصابين لبعض الإصابات كانوا في معظم الأحيان يستطيعون التغلب عليها، كما كانوا يستجيبون للعلاج الذي كان له تأثير إيجابي.

وجدنا بعض الحالات التي لم تتعرض لأي إصابة لا قبل الإصابة بالقصور الكلوي المزمن ولا بعده كحالات (كريمة، زليخة، أنيسة). كما وجدنا البعض الآخر من المصابين الذين قد كانوا عرضة لإختلال التنظيم التدريجي « La désorganisation progressive » الذي تم إيقاف مساره بفعل الأدوية الملائمة كحالات ناصر وجميلة.

كما تميز أفراد هذه المجموعة بتوظيف عقلي جيد من خلال حيز نفسي كان يُستثمر على أنه مجال عقلي تعالج فيه الصراعات من خلال أساليب دفاعية كانت تختلف من مفحوص لآخر، لكنها تميزت بالإنتماء للدفاعات العقلية.

فيما يلي سنحاول الإلمام بالحالة الصحية بالتفصيل والحالة العقلية لكل مفحوص من هذه المجموعة مركزين في ذلك على العناصر المشار إليها في البداية *

<u>*- الحالة الصحية لأنيسة :</u>

فيما يخص الحالة الصحية لأنيسة قبل الإصابة بالقصور الكلوي المزمن كانت تخص الإصابة بإضطراب كلوي في سن السادسة الذيًٌٍَُِّْشفيت منه، لتتعرض في سن التاسعة لعملية جراحية نزعت فيها اللوزتين، لتواصل بعدها حياة عادية دون أن تعاني من أية إصابة أخرى، إلى غاية سن الثامنة عشرة، حيث تم تشخيص إصابتها الكلوية بمرض بارجي "la maladie de BERGER " -مرض يصيب الكليتين-، فأحيلت للتصفية الدموية في سن الثانية والعشرين بسبب التوقف الكلي لعمل الكليتين لتصاب فيما بعد بإلتهاب الأذن "otite " الذي دام مدة سنة.

حاليا هي تعاني من إلتهاب في المفاصل "Arthrite" منذ سنة 2000 حيث تعذر عليها المشي مدة ثلاثة أشهر، أما الآن فهي متزنة نسبيا كما ستخضع قريبا لعملية الزرع في فرنسا من طرف متبرع ميت دماغيا.

---

*- الحالة الصحية قبل الإصابة بالمرض الحالي، الحالة الصحية الحالية، إنعكاسات الإصابة.

- العلاقة أثناء المقابلة، الأحداث الحياتية الهامة عند المفحوص، الحياة العلائقية، النشاطات الحلمية والهوامية.

فيما يخص إنعكاسات الإصابة فقد غيرت الكثير من سلوكات أنيسة، حيث فقدت عملها كسكرتيرة، لتبقى مركزة على بعض السلوكات الروتينية كأعمال البيت ومشاهدة التلفاز ... كما فقدت صديقها الذي كان لها معه آفاق للزواج، لتقول في هذا الصدد "ربي ما كتبش" كما تعيش أنيسة إتصالها بآلة التحال على أنه إجبار قائلة "obligé نقبلها" فلا يوجد لديها خيار.

Elle nous dit " je n'ai pas le choix, donc je suis obligé d'accepter"

التوظيف العقلي :

خلال المقابلة كانت أنيسة هادئة، جد متحفظة، يتخلل حديثها الكثير من الصمت. أما الأحداث الحياتية الهامة لدى المفحوصة كانت تخص مرحلة الطفولة التي كانت مليئة بالشجارات العائلية بين أبيها وجدها، كما نجد التأثر الكبير لأنيسة عندما علمت أن أمها أصيبت بمرض السكري، فكانت تتحدث عن ذلك ببكاء حاد، كما أدلت لنا أنها لا تريد التحدث عن ذلك، لأن إصابة أمها قد تلت إصابتها بالقصور الكلوي المزمن، وكأن أمها قد أصيبت بسببها.

فيما يخص حياتها العلائقية، إن أنيسة تحضى بالرعاية الكاملة من محيطها، لكنها فقدت علاقتها بصديقها الذي أحبته كثيرا، كما فقدت علاقاتها بصديقاتها، فهي حاليا تعيش منعزلة، ليس لها أي علاقة إجتماعية ما عدا العلاقة التي تجمعها مع أفراد عائلتها.

السياقات الدفاعية المستخرجة من المقابلة، كانت تتمحور في سياقات الرقابة المتمثلة في التحفظات الكلامية " je ne sais pas"، التكوين العكسي " je m'excuse"، عزل بعض العناصر دون وضع علاقة بينهم. وسياقات الكف المتمثلة في تجنب الصراع، وقت الكمون الطويل، مع الميول لتقليص الإجابات لتقول في آخر كل إجابة إنتهى " c'est tout " .

أما النشاطات الهوامية فقد تمحور تفكير المفحوصة في الشفاء من هذه الإصابة بتلقي عملية الزرع ثم إستعادة حياتها السابقة وخاصة عملها. أما الحياة الحلمية فقبل إصابتها كانت تحلم أحلاما مكثفة كثيرة المحتوى، أما حاليا، فهي تحلم أحلام مرتبطة بالواقع اليومي، كما أن هذه الأحلام في بعض الأحيان تتخذ شكل كوابيس.

***- الحالة الصحية لجميلة :**

لم تعاني جميلة في الصغر من أية إصابة، إلا أنه مؤخرا أي منذ الثلاثة عشرة سنة الأخيرة، عانت من بعض الأعراض كالدوخة أو الدوار، القيء، لتشخص إصابتها بالقصور الكلوي المزمن النهائي، ثم بقيت بعد هذه الإصابة متزنة نسبيا رغم قيامها بحصص التصفية الدموية.

منذ حوالي أربع سنوات، بدأت حالتها في التعقد بفعل تعرضها لمشكل عائلي أدى بها للإغماء، كما تغير لون بشرتها فأصبح أزرق اللون (cyanosé) ،بعد نقلها للمستشفى، عانت من غيبوبة كلية مدة ثلاثة أيام، لكن رغم ذلك إستطاعت جميلة أن تستعيد وعيها تدريجيا لتتعرض بعد فترة لمشكل عائلي جديد أدى إلى إرتفاع ضغطها الشرياني إلى (HTA = 27/12) الذي كان أحد التعقيدات المصاحبة للإصابة بالقصور الكلوي والذي أحدث نزيف داخلي أفقدها وظيفة عين واحدة، ثم أُجريت لها عملية جراحية، إستأصلت فيها عينها من أجل تجنب إنتقال العدوى للعين الأخرى.

من أهم إنعكاسات الإصابة على جميلة هو فقدانها زوجها الذي أحبته وقررت الإنفصال عنه بسبب هذه الإصابة التي لا تستطيع بفعلها أن أن تنجب أطفالا.

التوظيف العقلي :

كانت جميلة خلال المقابلة جد متفتحة، تعبر كثيرا، فكان حديثها مملوء بالعواطف، والرغبة في التعبير عما يدور في تفكيرها، فبعد طرحنا للسؤال كنا نتحصل على الكثير من التداعيات.

الأحداث الحياتية الهامة في حياة المفحوصة، تمثلت في مرحلة المراهقة في حبها لإبن عمها الذي كان يقطن معهم في نفس القرية لكن بعد ذهابه للخدمة الوطنية، إضطرت للزواج من قريب آخر. عانت جميلة بعد زواجها من حماتها التي كانت صعبة الميزاج والتي كانت تهددها بتزويج إبنها بإمرأة أخرى تتمتع بصحة جيدة وتستطيع أن تنجب أطفالا.

أما حياتها العلائقية فهي جد مقلصة، لتنحصر في العلاقة الجيدة مع والديها، تساعد أمها في أعمال البيت، أما أبيها يتكفل بها ماديا، حيث يقوم بشراء (الأدوية، الملابس ...الخ)، والإرتباط الوجداني مع الحياة الزوجية المفقودة.

كما تعاني جميلة من مشاكل زوجة أخيها "sa belle sœur" (التي تحدث لهم العديد من المشاكل، ولاتساعدها في أعمال البيت).

خلال المقابلة كانت السياقات الدفاعية المستخدمة متمثلة في الرغبة عن التعبير المعبأ بالوجدانات، التأكيد على الحياة العلائقية بالأخص الزوجية.

أما النشاطات الهوامية، فكانت جميلة في بعض الأحيان تشعر بالسعادة، لأنها تفكر بأنها ستجد من يتبرع لها بكلية وستشفى وستتزوج، وأحيانا تبكي ولا تنام طوال الليل لأنها تفكر أنه لايوجد أي متبرع وبالتالي ستبقى هكذا. حياتها الحلمية، فكانت أحيانا تحلم أحلاما كثيرة التكثيف والغزارة ومرات تحلم بما قامت به في النهار، وأحيانا أخرى يغيب عنها ذلك.

<u>*- الحالة الصحية لزليخة :</u>

عانت زليخة خلال طفولتها في سن الثانية عشر من أوجاع الرأس العابر، لتقول " قبل jamais ما جاني مرض قبل les reins".

" les reins اللي عندي c'est la seule maladie"

بعد الإصابة بالقصور الكلوي المزمن- تعالج حاليا عن طريق التصفية الدموية منذ إحدى عشرة سنة – إشتدت بعض التعقيدات الخاصة بهذه الإصابة، كإرتفاع الضغط الشرياني، بالأخص عند تعرضها لبعض المشاكل العائلية. كما أنها لم تتعرض لأية إصابة أخرى بعد إصابة الكلى، أما فيما يخص حالتها الصحية حاليا فهي متزنة نسبيا.

فيما يخص إنعكاسات الإصابة على زليخة فلم يكن لها التأثير الكبير لأنها تحافظ على عملها، وتداوم على ماكانت تقوم به قبل إصابتها كالقيام بالأعمال المنزلية، إلا أنها تشكو من بعض التعب الجسدي الذي يمثل أحد تعقيدات هذه الإصابة.

<u>التوظيف العقلي :</u>

كانت زليخة تتحدث كثيرا، فكانت تعبر وتريد إيصال أفكارها عبر الكثير من الجمل التي كانت تعيدها لتؤكد عليها، كما كانت تُركز على الصراعات الداخلية التي عانت منها ومازالت تعاني منها.

فيما يخص الأحداث الحياتية الهامة التي تخص المفحوصة فكانت تتمثل في الشجارات الدائمة بين والدها وعمها، والتي كانت تشعر دوما خلالها بأوجاع الرأس، فلما بلغت سن السابعة عشر كان هناك شجار عنيف بين عائلتها وعمها الذي قام بضربها، بعدها مباشرة أي بعد عودة زليخة إلى البيت ظهرت عليها أعراض الإنتفاخ على مستوى جسدها التي كانت تدل على التوقف الكلي لعمل الكليتين لتحال منذ ذلك الحين إلى التحال الدموي " la Dyalyse " .

كما كان هناك حدث هام تأثرت به زليخة في سن السادسة عشرة من عمرها حيث إعتدى أبيها بالسكين على أمها وأخويها، فكانت إصابة أمها كثيرة الخطورة على مستوى بطنها التي أستشفيت بسببها مدة ثلاثة أشهر، أما الأب فقد أُخذ لمصلحة عقلية قضى بها شهرين، ليشخص مرضه بالذهان البارانويي- الذهان الإضطهادي- Délire- (de persécution – psychose paranoïaque).

للمفحوصة علاقات جيدة مع أمها، أما أبيها فهو مقيم لوحده لتعبر عن مشاعرها إتجاهه، أنها تكرهه، أما إتجاه إخوتها وأخواها فهناك صراعات علائقية، كما أكدت على أنهم أنانيون يحبون مصالحهم فقط.

فيما يخص العلاقات الأخرى- خارج العلاقات العائلية- للمفحوصة صديق يقوم بعملية التصفية بالتحال، تحبه كثيرا وتتمنى الزواج منه، أما في العمل فلزليخة صديقة تتشاجر معها في بعض الأحيان، لكن وقع هذه الشجارات يزول مع مرور الأيام.

فيما يخص النشاطات الهوامية فزليخة تفكر مليا في عملية الزرع رغم عدم توفر المتبرع، فهي تفكر في العمل أكثر للذهاب لفرنسا من أجل القيام بذلك، كما نلاحظ لديها الإرادة القوية في مواصلة الحياة رغم هذه الإصابة قائلة في هذا المضمار.

" Tant qu’il y a la vie, il y a l’espoir" " نحب نعيش ".

أما الحياة الحلمية فقد روت لنا حلما كان شديد الكثافة وجد غني، زيادة على ذلك فزليخة كثيرة الحلم لكنها تنسى المحتوى في معظم الأحيان.

***- الحالة الصحية لكريمة :**

السوابق المرضية المتعلقة بكريمة لم تكن ملخصة في إصابة جسدية واضحة، ما عدا بعض الحمى الرجعية (fièvre réversible) التي عانت منها في صغرها هذا من جانب، أما من الناحية النفسية فقد عانت في الصغر من الخوف والتبول اللإرادي معبرة عن ذلك قائلة " كان عندي في l'estomac الخلعة Une boule d'angoisse ."

عند بلوغ كريمة سن العشرين أصيبت بالتوقف الكلي لعمل الكليتين حيث أخضعت منذ ذلك الوقت لعملية التصفية الدموية، متعرضة بذلك لبعض التعقيدات المتعلقة بهذه الإصابة كالحكة وإرتفاع الضغط الشرياني للدم، والنقص في الكالسيوم.

من إنعكاسات الإصابة أن المفحوصة لا تفكر في الزواج مثل أترابائها من البنات، كما أنها أصبحت محدودة النشاط مقارنة لما كانت عليه من قبل، بسبب التعب الجسدي الذي تسببه هذه الإصابة.

التوظيف العقلي :

خلال المقابلة كانت كريمة كثيرة الحديث ذات حياة هوامية غنية كما تعددت أساليبها الدفاعية، لتأكد على العلاقات بين الأشخاص أحيانا وأحيانا أخرى كانت تأكد على الصراعات الداخلية التي كانت تعاني منها.

فيما يخص الأحداث الحياتية الهامة لدى المفحوصة تلخصت أنه عند صغرها، كانت تخاف من شيخ عجوز كان يخيفها كلما خرجت من المنزل للعب، وبعد موته كانت تخاف أن تموت هي كذلك.

في السن السادسة عشر عند رحيل كل عائلتها من الجزائر العاصمة -أين قضت طفولتها – إلى بجاية لم ترغب في ذلك حيث قضت العديد من الأيام وهي تبكي لإفتقادها صديقاتها، بالأخص أنها في تلك الفترة كانت تحب فتى كان يقيم في الجزائر. فيما يخص الحياة العلائقية فإن كريمة تحضى بالعناية الكاملة من طرف والديها وأخوانها وأخواتها، فالشييء الوحيد الذي يقلقها هو إصابتها. فيما يخص النشاطات الهوامية، فهي

تحب الحياة وتريد أن تعيش، وتحب أن تسافر وتتمنى الزواج من شخص مثالي دوما ترسمه في مخيلتها.
أما الحياة الحلمية، فهي كثيرة الحلم، لتأكد على موضوع الأكل، وخاصة أكل البيض، فهذا الحلم كثير التواتر، كما أنها تحلم في بعض الأحيان بالكوابيس.

<u>*- الحالة الصحية للناصر *:</u>

لم يتعرض السيد ناصر قبل سنة 1993 إلى أية إصابة، لكن منذ هذا التاريخ بدأت تظهر عليه بعض المشاكل الصحية التي إبتدأت بصداع الرأس، ثم الحكة، بعدها أصيب بالإلتهاب اللوزتين المزمن، ثم آلام قرحة المعدة المصاحبة بتقيآت، ليصاب في سنة 1996 بالقصور الكلوي المزمن الذي كانت تصاحبه بعض التعقيدات كإرتفاع الضغط الشرياني، ثم أصيب بكثافة بلورية العين "cataracte" أدى به إلى إجراء عملية جراحية على احدى عينيه، ثم إصابة الأذنين بصمم جزئي، كما نجد أن لهذه الإصابة بالقصور الكلوي جانب وراثي لأن أم وأخ السيد ناصر يعانيان من إصابة في الكليتين- واحدة كبيرة والأخرى صغيرة-.

فيما يخص إنعكاسات الإصابة، فقد أثرت على الجانب الجنسي حيث أصبح ناصر غير قادر جنسيا، فلم تعد تجمعه مع زوجته أية علاقة، كما نجد موقف التبعية الذي لم يكن يتحلى به ناصر من قبل، فأصبح يوافق كل ماتمليه عليه زوجته، أما من الناحية المهنية فقد فقد المفحوص عمله الذي كان يستثمره كثيرا والذي كان كثير التشبث به.

<u>التوظيف العقلي:</u>

كان السيد ناصر خلال المقابلات المجراة معه كثير الحديث يحب التعبير عن مشاعره، حيث كان يتخللها في بعض الأحيان فترات من البكاء بسبب تأثره ببعض الأحداث. تحدث بوضوح في كل المجالات التي أكد لنا أنه لم يجرأ أن يتكلم مع أحد من قبل عن خصوصياته.

* من يريد التعرف على حالة ناصر في أدق التفاصيل فإننا قدمناها كاملة في الفصل السابق- الفصل السادس —

أما الأحداث الحياتية الهامة لديه، الإنفصال المبكر للسيد ناصر عن أبويه في سن الثامنة، كما كان فقدانه لحصانه -الذي كان ذو قيمة كبيرة لديه- أثرا كبيرا في نفسيته، كما أصيب بخيبة غرامية في مرحلة المراهقة.

فيما يخص الحياة العلائقية فقد كان للسيد ناصر قبل إصابته بالقصور الكلوي، الكثير من العلاقات بحكم مهنته ومكانته الإجتماعية، فكان لديه العديد من الاصدقاء والإستثمارات، حتى عطلته كان يقضيها في المخيم الصيفى للإهتمام بالأطفال.

بعد الإصابة، أصبح المفحوص يعيش ضمن صراعات علائقية مع أصدقائه وحماه فكان التألم والتأثر، كما كان تعبيره مأساوى وجد مكثف عن فقدان هذه العلاقات.

السياقات الدفاعية المستخدمة في المقابلة طغت عليها سياقات المرونة بالتعبير عن العواطف، وبعض سمات الطبع الهيستيرية، أما المرتبة الثانية فقد كانت لسياقات تجنب الصراع.

النشاط الهوامى فالسيد ناصر يتحلى بثراء وغزارة في الأفكار، فهو يقوم بتقديرات للقيام بعملية الزرع من خلال الإسقاط في المستقبل، فأحيانا لا ينام طوال الليل بسبب التفكير في العديد من المجالات. أما الحياة الحلمية، فالمفحوص كثير الأحلام، التي كان محتواها ذو مادة مكثفة كما لاحظنا أنه يريد تذكرها والإهتمام بها، كما وجدنا زيادة على محتوى هذه الأحلام تداعيات أمام هذه المادة التي تدل على وجود عمل عقلي.

الخلاصــة En Conclusion

رغم معاناة هذه المجموعة من أفراد عينتنا من القصور الكلوى المزمن، إلا أنه يوجد إختلاف في الحالة الصحية بين كل حالة وأخرى. فيوجد من أفراد هذه المجموعة من لم يعاني لا من قبل ولا من بعد الإصابة بالقصور الكلوي من أية إصابة أخرى، كحالات كريمة وزليخة. كما يوجد البعض الآخر اللذين تعرضوا للعديد من الإصابات الأخرى التي إتخذت مسارا تدريجيا، إلا أن هذه الأمراض قد تم التغلب عليها بتدخل الأدوية الملائمة كحالات ناصر، جميلة، أنيسة.

على العموم نستطيع ان نستنتج أن كل أفراد هذه المجموعة قد حافظوا على توازنهم الحيوي العام نسبيا، بالرغم من بعض الإختلالات في التنظيم التي تعرضوا لها وبالأخص عند تعرضهم لبعض المشاكل والتي تم بعدها إسترجاع إتزانهم العام.

أما الناحية العقلية فقد كان هناك إستثمار حيز عقلي تعالج فيه الإثارات الخارجية و/أو الداخلية مستخدمين في ذلك أساليب دفاعية متنوعة إختلفت من فرد لآخر، لكن رغم هذا الإختلاف فقد إنظم كل أفراد هذه العينة إلى التوظيف العقلي الجيد التعقلن.

- II تحليل رائز الرورشاخ للمجموعة الأولى الجيدة العقلنة

مدخل:

كانت مجمل البروتوكولات ثرية من حيث محتوى التداعي، أما فيما يخص عدد الإجابات فكان يختلف من مفحوص لآخر، فقد كان أقل من المتوسط في حالة أنيسة R=22، وقد كان يفوق المتوسط في حالات كريمة R=31، ناصرR=34، زليخة R=28، وقد كان غني في حالة جميلة R=54.

كما وجدنا اختلاف في طريقة تناول الواقع من مفحوص لآخر، إلا أنهم على العموم كانت لديهم نسبة التناول الجزئي تفوق نسبة التناول الشامل.

أما فيما يخص المحددات فقد اختلفت كذلك من مفحوص لآخر لتعم الرقابة (F) في حالات جميلة، أنيسة، زليخة والمرونة(K) في حالات كريمة، أما حالة ناصر فكان هناك تنوع في السياقات الدفاعية المستخدمة. فيما يخص المحتويات كانت متعددة ومتنوعة، منها الإنسانية، النباتية، الحيوانية. كما اختلفت سيادة بعض المحتويات من مفحوص لآخر فمثلا لدى ناصر قد سادت المحتويات التشريحية Anat = 44%، أما لدى زليخة فقد ساد المحتوى الحيواني A=42%.

كما يجب أن ننوه أن المفحوصين قد عالجوا كل اللوحات دون رفض أي واحدة منها.

فيما يلي سنقدم السياقات المعرفية الخاصة بهذه المجموعة مركزين في ذلك على طريقة التناول والمحددات والعوامل الإجتماعية. أما الحياة النزوية فإننا سنقدم بصفة مختصرة كل حالة على حدى.

السياقات المعرفية Les procédés cognitifs:

طريقة التناول Le mode d'appréhension:

اختلفت طريقة تناول الواقع الخارجي من مفحوص لآخر، كما وجدنا في كل الحالات تفوق طريقة التناول المُجزأ (D) عن طريقة التناول الشامل (G) وذلك كان كالتالي :

- أنيسة (G%=22%, D%=72%)
- جميلة (G%=7%, D%=77%)
- زوليخة (G%=28%, D%=67%)
- كريمة (G%=9%, D%=83%)
- ناصر (G%=32%, D%=61%)

كما كانت لدى بعض المفحوصين زيادة عن طريقة التناول المشار إليها طرق أخرى للتناول كالتناول المجزأ المصغر لزليخة (Dd= 3,5%) وأنيسة (Dd=4%)، أما حالة جميلة وكريمة على الترتيب فكان التناول الجزئي المصغر (Dd=10%)، (Dd=3%)، مصاحب بتناول جزئي يخص البياض (DBL =3,7%)، (DBL=3%). أما التناولات الشاملة فقد تنوعت، وجدنا منها البسيطة التي كانت شديدة التواتر في حالات أنيسة، زليخة، ناصر، أما المركبة فقد كانت شديدة التواتر في حالة كريمة. فيما يخص الإجابات المجزأة فمنها ما كان مرتبط بمحدد شكلي إيجابي، حيث كانت متواترة في حالات ناصر، جميلة، أنيسة، ومنها ما كان مرتبط بمحدد شكلي سلبي - سنتطرق لذلك فيما بعد - ومنها ما كان مرتبط بمحدد حركي ليتواتر في حالة كريمة، ومنها ما كان مرتبط بمحدد حسي في بعض اللوحات الملونة بالأخص حالات كريمة وجميلة.

المحـددات :

قد اختلف تناول الواقع من مفحوص لآخر، ليكون متناولا في حالة زليخة في شكلياته F%=67% ولكن هذا التناول كُلّل بالفشل F+%=52% فرغم التصحيح من خلال F+%elar=64%، يبقى دوما فشل هذا الجهد في المراقبة، لنستنتج من ناحية ألعوامل الاجتماعية أن المفحوصة تعاني من فشل رغم الجهد المبذول من طرفها للتحكم في الواقع. أما ناصر وجميلة فقد استعملا سجل المراقبة اتجاه الواقع والذي كان فعالا بالرغم من بعض الإنزلاقات فيه.

ناصر F%=64%، F+%=63%

جميلة F%=60%، F+%=65%

لنستنتج أن علاقتهما بالواقع كانت نوعا ما فعالة. أما حالة أنيسة فقد كان تناولها للواقع في شكلياته منخفض وذلك لتدخل سياقات الرقابة، لكن هذا التناول كان متحكم فيه، كما كانت الحياة الداخلية مراقبة من خلال F%=54%، F+%=70%، F%elarg=86%، F+elarg=86%.

أما كريمة فهي كذلك لم تتناول كثيرا الواقع في شكلياته، لتدخل الحياة الداخلية التي كانت جد ثرية.

كريمة F%=43%، F+%=77%، F%elarg=82%، F+elarg=80%.

نستطيع أن نستخلص أن أنيسة وكريمة لديهما عوامل إجتماعية موفقة، حتى وإن كانت هذه العوامل الاجتماعية ضئيلة.

الديناميكية الصراعية

مدخل

كل المفحوصين كانوا يتميزون بحياة داخلية نزوية تختلف شدتها وثراؤها من مفحوص لآخر. كما اختلف محتواها أحيانا، لدى نفس المفحوص فكانت أحياناً ليبيدية وأحياناً عدوانية، وأحيانا الإثنين معا في نفس الإجابة.

سنحاول فيما يلي الإحاطة بتصور الذات والتعرف على التقمصات، أما الحياة النزوية والميكانيزمات الدفاعية المستخدمة، فقد كانت تميز كل فرد على حدى، وبالتالي قد تعذر علينا توحيدهم، لهذا السبب قمنا بإعطاء ملخص موجز عن كل حالة على حدى.

تصور الذات La représentation de soi :

لدى كل المفحوصين لم نجد إضطراب في الصورة الجسدية، بل كان هناك إدراك كلي للوحات الموحدة (Les planches unitaires)، دون أي تجزئة من خلال الإسقاط على صُور إنسانية أو صُور حيوانية. هذا ما يدل على الإستدماج الكلي للصورة الجسدية مثلا : حالة جميلة اللوحة V "تشبه لفرططو"، أنيسة اللوحة IV "c’est un monstre"

لكن هذا لا يعني مما سبق ذكره أن تصور الذات لا يختلف من فرد لآخر، بل كان يتميز بنوع من الهشاشة في بعض الحالات، في حالة ناصر مثلا : نجد أن إدراكه للمحتويات الإنسانية كان متعلق بالخيال (Silhouette) في اللوحة III واللوحة VII، كما نجد فعالية سياق المواضبة لنفس المحتوى. أما حالة كريمة فقد تميزت كذلك صورة الذات بنوع من الهشاشة مثلا اللوحة III : " تقولي نساء Des squelettes " هذوا تقولي كلي رافدين حاجة في يديهم، ريصانهم كي الفيران ما شي كي العباد". كما كان في حالة أنيسة PL III « Deux personnes

«ماشي معوج Accroupi ils ont le corps

التقمصات Les identifications :

كانت التقمصات غير واضحة في حالة أنيسة : فمثلا اللوحة II

"يلعبوا deux personnes " .

كما كان يتخلل التقمص بعض التردد «PLI c'est des bêtes ou des personnes

أما حالة جميلة فكانت أحيانا تقمصات غير واضحة مثلا في اللوحة II "زوج عباد يشدوا بيديهم" [1].

وأحيانا كانت واضحة على صور أنثوية في اللوحة VIII: "هذي تشبه للنساء" [2] ومرات على صور أنثوية وذكرية في اللوحة VI: "هذي لحياة تع الراجل كي يوزع المني على خاطر يقصر مع المرأة" [3]

في حالة كريمة كانت التقمصات غير واضحة في اللوحة II "تقولي زوج عباد يتخامسوا". كما كانت تتخذ هذه التقمصات شكل توأم اللوحة VII " زوج نساء توأم هذي تخزر في هذي".

أخيرا في حالة زليخة فقد كانت التقمصات على العموم واضحة.

الحياة النزوية:

[1]- سين العباد طفن أكا إفاسن.

[2]- تذابي تشبهغت غلخالات إيه

[3]- وايي أماذني ما يوزع أسما أذ قصر تمطوت، أما في ما يوزع و يذاك أيي إيه

وجدنا أنه من المستحسن التحدث عن الحياة النزوية لدى كل فرد من المجموعة ولو بصفة مختصرة، بإستثناء حالة ناصرالتي سنقدمها بصفة موجزة لأنها متواجدة بالتفصيل في الفصل السابق.

***- حالة أنيسة Cas Anissa :**

كانت هناك حياة داخلية طغت عليها سياقات الرقابة والتي كانت فعالة، حيث ظهرت هذه الحياة عبر حركيات إنسانية ظهرت كالتالي :

حركات كانت معبأة أحيانا باليبيدية اللوحة II : "يلعبوا c'est des personnes assises" اللوحة III "ils sont entrains de faire quelque chose" وأحيانا معبأة بالعدوانية.

اللوحة IX : "هنا par terre

معمر بالدم comme si ils essayent de se disputer " Je ne sais pas

أما الحركيات الحيوانية فقد خصت اللوحة VII حيث كانت هناك حركية حيوانية سلبية موفقة أي ذات شكل إيجابي "واقفين PL VII "c’est des lapins

لتليها في اللوحة VIII إجابة حركية حيوانية نشطة

PL VIII "Deux bêtes en rose comme si

رايحين يطلعوا"

فيما يخص العواطف فقد كانت هناك إجابة خصت محتوى الدم الذي كان (CF-) في اللوحة III والتي كانت مرتبطة بالصدمة للون الأحمر (Choc au rouge)، ليفشل ميكانيزم الرقابة في السيطرة على العاطفة، كما نجد أن العاطفة كانت مراقبة في اللوحة VIII : "Une montagne en gris" (FC+). زيادة على ذلك وجدنا تردد وتواتر محتوى الدم الذي كان في اللوحة III، VIII، IX.

فيما يخص الإنزلاقات كانت كثيرة في اللوحة X التي كان بها الكثير من الفشل المتتابع - 3 انزلاقات - والذي كان يخص المحتويات الحيوانية والتشريحية، الذي قد يعود للصدمة الخاصة باللوحة العاشرة، ثم إبتدأت المفحوصة في تدارك هذا الفشل من خلال التحكم في العاطفة والشكل.

الميكانيزمات الدفاعية الأكثر ترددا كانت تخص ميكانيزمات الرقابة المتمثلة في التحفظات الكلامية « Je ne sais pas »، « comme si » التردد في اللوحة I « C’est des bêtes ou c'est des personnes assises »، والعزل الذي خص اللوحة IV : "Je peut dire la moitié".

كما وجد اللجوء لسياقات الكف الذي كان متمثلا في الصمت الهام، اللجوء للسلوك، طلب الموجه للفاحص كما كان اللجوء للسياقات المرونة الذي كان يخص بعض العواطف، والبعض من سياقات العمليات الأولية من خلال سياق المواضبة لمحتوى الدم رغم تغيير المثير.

الخلاصة

تناولت أنيسة الواقع الخارجي بفعالية من خلال سياقات الرقابة الذي كان متوافق مع حياتها الداخلية النزوية، هذه الحياة التي كانت عبر حركيات إنسانية وحركيات حيوانية كانت ذات طبيعة إيجابية أما السياقات الدفاعية المستخدمة كانت ذات طبيعة عقلية، لنفترض أن أنيسة ذات توظيف يخص العصاب الجيد التعقلن.

***-حالة جميلة Cas Djamila :**

كانت الحياة الداخلية النزوية لجميلة غنية متنوعة من ناحية الإجابات الحركية، التي كانت معضمها مراقبة ومتحكم فيها، فمنها ما كانت ليبيدية ومنها ما كانت عدوانية. فكانت الإجابات الحركية الإنسانية مرتبطة بشكل موفق إيجابي في اللوحة II "زوج عباد شادين يديهم"[1] التي كانت فيها الميولات الليبيدية مستترة وفي اللوحة III "هذي تشبه للعباد"[2]. كما كانت هناك حركيات حيوانية خصت اللوحة IV والتي تتمثل في الموقف السلبي "جمل قاعد،

[1]- سين لعباد طفن أكا إفاسن.
[2]- دوايي شبهغت أماكن غلعباد

جمل زوج جمال"[3]. أما اللوحة X فكانت فيها حركيتان حيوانيتان تخصان العدوانية "هذا الوحش حال فمو" "هناك كذلك كاين جراد يضاربو"[4]. كما كانت هناك حركات جزئية صغيرة Kp كانت تخص مواضيع جنسية في اللوحةIV "هذه الوالدة تع لمرة فيها ليموراجي les règles هكذا"[5] أين فشلت الرقابة مشكلة إنزلاق للواقع. كما كانت هذه الحركة الجزئية في اللوحة VI، فكانت فيها الميولات الليبيدية واضحة والتي كانت مرتبطة بشكل موفق "الراجل كي يقصر مع مرتو ويوزع الماء تاعوا"[6] أين كانت الرقابة فعالة. أما الحركات الشيئية فكانت كثيرة تخص محتوى عدواني في اللوحة IV "الدم موزع في القاعة"[7] أما الحركات الشيئية المتبقية فقد كانت في اللوحة X التي كانت مراقبة ومتحكم فيها. كان اللجوء للعواطف من طرف جميلة جد مقلص مقارنة بعدد الإجابات الغزير الذي خص البروتوكول حيث وجدنا هناك العاطفة البحتة الخاصة بالدم في اللوحة II والذي أعيد في اللوحة III، VIII، IX، X. أما اللوحة IV فقد كانت الرقابة ثانوية بالنسبة للتضليل (+EF)، "هناي شغل سحاب"[8] كما كانت كذلك ثانوية في اللوحة VIII "لحشيش"(+EF) [9] أما في اللوحة X فقد طغت الرقابة على العاطفة (+FC) "ورقة الفلفل".

أما الإنزلاقات فقد كانت تخص اللوحة II التي خصت أجزاء الجسد، واللوحة V التي كان بها إنزلاقين متتاليين الأول كان ذو محتوى تشريحي "الوالدة تع المرة"[1] والثاني يخص أجزاء من الجسد "هذا الفراق من الداخل" ثم تداركت المفحوصة بعدها ذلك بإعطاء إجابة موفقة. كما وجدنا إنزلاق آخر في اللوحة VI لتواضب نفس المحتوى "الوالدة تع المرة" الذي كان في اللوحة IV، كما كان هناك انزلاق آخر في اللوحة VIII يخص المحتوى الإنساني.

لاحظنا أنه بعد أي انزلاق هناك تدارك، أي تليه إجابة موفقة إذن نحن بصدد سياق الإنشطار الوظيفي "Le clivage fonctionnel".

---

[3]- كنغت غنفم أكاما يقيم أنغم ما نعم زيس سين

[4]- وايي الوحش ألدي أقموشن-"ذاغن الجراد يضاربوا"

[5]-ها لوالدة تمطوت وحيد ليموراجي les règles أكاذاين

[6]– وايي أماذني ما يوزع أسما أذ يقصر تمطوث، أمان ني ما يوزع ويذاك أيي إيه.

[7]– إذامن ما وزعت علقاعة.

[8]– ذايي شغل أوسينا.

[9]– غلحشيش.

[1]- الوالدة تمطوث

فيما يخص الميكانيزمات المستخدمة كانت متمثلة في سياقات الرقابة من خلال التردد، التحفضات الكلامية، مراقبة الحياة النزوية، أما المرتبة الثانية فكانت لسياقات المرونة التي كانت من خلال شبقية العلاقات واستخدام العواطف.

الخلاصة:

كان هناك ثراء في الحياة الداخلية لجميلة من ناحية الإجابات الحركية الإنسانية والحركات الحيوانية والقليل من العواطف، كما كان هناك التمسك بالواقع الخارجي الذي كانت تفشل مرات في تناوله وبعض المواضبة الذي خص بعض الإجابات. فالسياقات الدفاعية المستخدمة على العموم كانت من طبيعة عقلية، لنفترض أن المفحوصة ذات توظيف يخص العصاب الجيد التعقلن.

***- حالة زليخة Cas Zoulikha :**

كانت الحياة النزوية متمثلة في إجابات حركية مرتبطة بشكل موفق إيجابي، كما كان البعض منها محمل بالليبيدية والنشاط كاللوحة III :" Un couple amoureux " "couple qui danse" أو حركية حيوانية نشطة. PL X : « Je vois 2 araignées qui mangent quelque chose »

أو حركية شيئية :

اللوحة VI : "Je vois une pince qui s’ouvre"

اللوحة VIII : "خرجوا من داخل volcan راه يفيض"

أما العواطف فكانت نادرة لنجدها فقط في اللوحة IV من خلال إحساس خوافي متحكم فيه : Fclob "شغل Un monstre"، وفي اللوحة VIII التي لم يكن هناك تحكم في العاطفة لفشل ميكانيزم الرقابة (CF-) "La couleur gris شغل محار في البحر".

كما كان هناك العديد من الإنزلاقات التي خصت في البداية اللوحة I التي كانت تحتوي على إجابتان حيوانيتان، لكن بعد ذلك تداركت المفحوصة نفسها من خلال إجابات موفقة، قد يدل ذلك على صدمة بدائية (Choc initial) تعرضت لها المفحوصة عند تقديمنا للرائز. كما وجدنا انزلاقات أخرى كانت تخص اللوحة VII واللوحة X حين تناولت المفحوصة أجزاء الجسد (Hd) والمحتويات التشريحية.

إن الميكانيزمات التي استخدمتها المفحوصة كانت متمثلة في سياقات الرقابة التي لم تكن دوما فعالة من خلال التحفظات الكلامية "on dirait".

التردد :

"العمود الفقري ولا PL VI "la pince

"شغل un monstre ولا PL IV "une souris

كما وجدنا سياقات الكف من خلال استخدامها للفظ "c'est tous" وميولها للإختصار في آخر كل إجابة، نقد الذات في اللوحة VI "J'arrive pas à déchiffres"، استخدام السلوك - تحريك اللوحة I الضحك في اللوحة II - كما لجأت المفحوصة لنقد المادة على اللوحة IX "هاذي غامضة شوية" التي قد تكون قد شكلت صدمة للمفحوصة. لنستنتج أن السياقات المهيمنة في حالة زليخة متمثلة في الرقابة والكف.

الخلاصة :

تناولت المفحوصة الواقع في شكلياته، لكن هذا التناول لم يكن دوما فعالا رغم الجهد المبذول للتحكم في هذا الواقع، كما كان ثراء في الحياة الداخلية النزوية، أما العواطف فكانت نادرة. تمثلت السياقات المهيمنة في الرقابة والكف، لنستنتج أن السياقات المستخدمة ذات طبيعة عقلية تنتمي للعصاب الجيد التعقلن.

***- حالة كريمة Cas Karima :**

كانت إجابات كريمة ثرية بالإجابات الحركية، فإنطلاقا من اللوحة الأولى كان هناك تأقلم مع وضعية الإختبار لتعطي المفحوصة إجابة حركية مركبة معبأة بالعدوانية والنشاط.

اللوحة I "أهنا راني نشوف تقولي Les éléphants كلي راهم يجبدوا في العبد، هناي كلي راه تعيط فمها مفتوح"، ثم تلتها إجابة حركية لجزء من الجسد، اللوحة I "هذي تقولي يدين راهم يديروا هكذا" كما تلاها في نفس اللوحة حركية إنسانية معبأة بالليبيدو والنشاط.

اللوحة II "هناي تقولي زوج عباد داروا هكذا، تخامسو بين بعضهم بعض ودارو الرجل مع بعضهم ثانيك"، ثم في نفس اللوحة كانت هناك إجابة حركية لشيء ذو محتوى

عدواني، اللوحة II "تقولي tourbillon دوامة راه تدور" ثم تلتها كذلك إجابة حركية إنسانية في اللوحة III "تقولي نساء des squelettes رافدين حاجة". أما في اللوحة IV فقد كانت الحركية الإنسانية سلبية "زوج عباد كبار متكيين". اللوحة V كانت حركية حيوانية نشطة "راه يطير un grand papillon"

أما اللوحة VII فقد كانت محملة بالليبيدية والعدوانية في نفس الوقت.

PL VII "زوج نساء راهم يشطحو، وتقولي كلي يحبو يداربو".

كما كانت اللوحة VIII تحمل إجابة حركية ذات رمزية المنافسة la rivalité ،"زوج حيوانات يطلعوا في الحيط رايحين يسابقوا".

أما اللوحة IX فقد كانت الوضعية المثارة في اللوحة هي نفس الوضعية التي أثيرت في اللوحة II من خلال إلتصاق اليدين والرجلين التي كان محتواها إنساني، فهذا المحتوى قد يكون ذو بعد ليبيدي.

أما اللوحة X فقد كانت بها حركية حيوانية معبأة بالعدوانية : "هناي تقولي زوج كباش راهم يداربوا بين بعضهم".

كما لاحظنا الإزدواجية العدوانية / الليبيدية من خلال اللوحة X "حيوانات في الغابة تقولي يلعبوا، يداربوا تقولي راهم زهوانيين مع فمهم مفتوح".

فيما يخص الإجابات الحسية فقد أثيرت في اللوحات الملونة التي كانت في بعض الأحيان مراقبة (+FC) مثلا اللوحة VIII "هناي جبل بعيد" وأحيانا رغم جهد المراقبة قد تخفق المفحوصة (-CF) مثلا في اللوحة VIII "هذا لخضر الأرض".

أما الإجابات الفاشلة أي الإنزلاقات فقد كانت تليها دوما إجابات موفقة تتدارك خلالها المفحوصة فشلها ليظهر ذلك عبر الإنشطار الوظيفي.

فيما يخص الميكانيزمات الدفاعية المستعملة فهناك طغيان الدفاع عن طريق الهوامات والعاطفة حيث كانت الحياة النزوية جد غنية، فكانت هناك مرونة في الإستجابات الإنفعالية، كما وجدنا هذه الحساسية من خلال إختيار اللوحات في آخر الاختيار فكان الإختيار السلبي للوحة IV "هذي كحلة تقولي ظلام" وكذلك الاختيار الإيجابي في اللوحة X "هذي بزاف فيها les couleurs يجبدوني" كما وجدنا سياق الإنشطار الوظيفي فبعد الإجابة الفاشلة تتدارك المفحوصة نفسها لتعطي إجابة موفقة.

الخلاصة :

كانت الحياة الداخلية لكريمة كثيرة الثراء من خلال غنى الحياة النزوية والعاطفية، فكانت هناك مرونة في الإستجابات الانفعالية، حيث كانت السياقات المستخدمة ذات طبيعة عقلية لتنتمي إلى العصاب الجيد التعقلن.

***- حالة ناصر Cas Nacer :**

لا يمكننا الشك في وحدوية الصورة الجسدية للمفحوص، إلآ أن تصور الذات يبقى متميز بنوع من الهشاشة، الذي كان ظاهرًا من خلال إدراك خيال إنسان Silhouette.

كما كان هناك توافق بين الواقع والحياة الداخلية، رغم بعض الإنزلاقات في هذا الواقع، أما الحياة الداخلية فكانت نسبيا غنية بالإستناد على الإجابات الحركية K=2، Kan=2، هذا ما يدل على وجود حياة نزوية، فيما يخص الميكانيزمات الدفاعية فقد كانت متنوعة، كانت الصدارة لسياقات الرقابة والمرونة ثم المرتبة الثانية لسياقات الكف.

الخلاصة :

تميزت علاقة ناصر بالواقع بنوع من الفعالية رغم بعض الإنزلاقات ناحيته، أما الحياة الداخلية فقد تميزت بنوع من الغنى، كما تنوعت السياقات الدفاعية التي كانت ذات طبيعة عقلية، لنفترض أن ناصر ينتمي توظيفه للعصاب الجيد التعقلن.

الخلاصة العامة :

عولجت كل اللوحات من طرف المفحوصين حيث تميزت مجمل البروتوكولات بالثراء الداخلي للحياة النزوية التي لم تكن مقطوعة في علاقتها بالواقع، كما كان هناك الإستدماج الكلي للصورة الجسدية لدى كل المفحوصين، إلا أن تصور الذات قد كان مضطربا لدى بعض الحالات كحالة ناصر وحالة كريمة هذا من جهة، أما التقمصات فقد اتسمت عند البعض بالوضوح كحالة زليخة وجميلة، وبالغموض لدى كريمة وأنيسة.

إختلفت الميكانيزمات الدفاعية من مفحوص لآخر، حيث تميزت حالة أنيسة بالفعالية الكبيرة لميكانيزمات الرقابة ثم الكف من خلال التحفظات الكلامية، التردد، العزل، الصمت الهام أثناء السرد، اللجوء للسلوك.

أما في حالة جميلة فقد طغت عليها سياقات الرقابة لتليها في المرتبة الثانية سياقات المرونة، حيث تمثلت سياقات الرقابة في التردد، التحفظات الكلامية، الاجترار، أما سياقات المرونة تمثلت في شبقية العلاقات واستخدام العواطف.

أما زليخة فقد استخدمت سياق الرقابة الذي لم يكن دوما فعالا والذي تمثل في التحفظات الكلامية، التردد، أما المرتبة الثانية فكانت لسياقات الكف من خلال الصمت الهام أثناء السرد والميل للاختصار، مع نقد الذات واللجوء للسلوك.

أما حالة كريمة فكانت جد ثرية من خلال الإجابات الحركية التي عمت كل اللوحات فكانت هناك حياة نزوية متنوعة -الليبيدية والعدوانية-، كما طغت العواطف، مع مرونة في الاستجابات الانفعالية.

أما في حالة ناصر فكان هناك تنوع في السياقات الدفاعية الخاصة بسياقات الرقابة والمرونة.

أخيرا نستطيع أن نستنتج أن كل أفراد هذه المجموعة يتميزون بتوظيف عقلي جيد التعقلن من خلال رائز الرورشاخ، بالاعتماد على التصنيف المارتي.

III- تحليل رائز تفهم الموضوع لدى المجموعة الأولى الجيدة التعقلن

مدخل :

تميزت البروتوكولات بغنى وثراء التداعيات، حيث عالج كل المفحوصين معظم اللوحات، أما فيما يخص طريقتهم لمعالجتهم لها فكان من خلال سياقات دفاعية متنوعة اختلف وزنها وكيفية تأثيرها على سياق الحديث من مفحوص لآخر.

وفي ما يلي سنخصص هذا الجزء لتحليل بروتوكول رائز تفهم الموضوع لكل شخص من هذه الفئة المتميزة بعقلنة جيدة، والمتمثلة بالترتيب في حالات أنيسة، جميلة، زليخة، كريمة، ناصر.

في كل حالة سنخص بالذكر السياقات الدفاعية المستعملة، المقروئية العامة للبروتوكول، مستويات الإشكالية (الإشكالية الأوديبية، الإشكالية الإكتئابية، الإشكالية القبل-تناسلية). بإستثناء حالة ناصر فإننا سنقدم ملخص فقط لأن التحليل الكامل لرائز تفهم الموضوع موجود في الفصل السابق (الفصل السادس).

***-حالة أنيسة Cas Anissa**

السياقات الدفاعية المستخدمة :

كان هناك تنوع في السياقات الدفاعية، حيث كانت السيادة لسياقات الرقابة للوصف مع التعلق بالتفاصيل، تبرير التفسيرات عن طريق تلك التفاصيل، الترددات بين تفاسير مختلفة، التأكيد على الصراعات الشخصية – الداخلية. هذه السياقات ساعدت على انطلاق الحديث "le dégagement du récit" كما كان عليه في اللوحات 2، 4، 7GF مثلا. كما وجدنا سياقات أخرى لم تكن فعالة كالتحفظات الكلامية، الإجترار.

أما المرتبة الثانية فكانت لسياقات الكف المتمثلة في زمن الكمون الهام أثناء السرد، عدم التعريف بالأشخاص، وضعية تعبر عن الوجدانات، الطلب الموجه إلى الفاحص، هذه السياقات على العموم لم تساعد على إنطلاق الحديث بل كانت تعمل على تجنب الصراع.

أما المرتبة الثالثة فكانت لسياقات المرونة التي ساعدت بامتزاجها مع سياقات الرقابة على إنطلاق الحديث، كالتأكيد على العلاقات ما بين الأشخاص، التمسك بالتفاصيل، النرجسية ذات القيمة العلائقية، التعبير اللفظي عن الوجدانات القوية أو المبالغ فيها. ليكون ذلك مثلا في اللوحات 8BM، 13B.

أما المرتبة الأخيرة فكانت لبروز العمليات الأولية، كإدراك مواضيع مفككة، التعبير عن وجدانات وتصورات مكثفة مرتبطة بإشكالية فقدان القدرة، إنفجارات لفظية. هذه السياقات تخللت معظم البروتوكول لكنها لم تعرقل المجرى العام لسياق الحديث لأنها كانت نادرة.

المقروئية العامة للبروتوكول:

المقروئية العامة كانت (+) بسبب تنوع في السياقات الدفاعية المستخدمة كما كان هناك بعض سياقات الانطلاق المتمثلة A1(1), B1(2), B1(4) وكانت هناك معالجة للصراعات مع وجود صدى هوامي عم معظم البروتوكول.

مستويات الإشكالية:

الإشكالية الأوديبية:

اللوحة 1 :

قد عالجت المفحوصة الوضعية الإكتئابية من خلال الوضعية الصراعية التي يوجد بها الطفل من خلال تفكيره في عدم قدرته على النجاح في الموسيقى. إن استخدام المفحوصة لسياقات الرقابة من نوع التأكيد على الصراعات الشخصية - الداخلية والتردد بين تفاسير مختلفة قد ساعد على انطلاق الحديث.

اللوحة 2 :

قد أدركت المفحوصة الإشكالية من خلال التعرف على أشخاص الثُلاثية، لكنها لم تضع أي علاقة بينهم لتدخل سياقات الرقابة المتمثلة في التمسك بالجزئيات والتحفضات الكلامية وسياقات الكف من خلال الاهتمام بالتفاصيل النرجسية.

اللوحة 4 :

أدركت المفحوصة الإشكالية الصراعية بين الزوجين، التي كانت تتراوح ما بين تصورات وحالات انفعالية متناقضة، لكن سبب هذا الصراع لم يكن موضحا بسبب تدخل سياقات الكف المتمثلة في تجنب الصراع.

اللوحة 5 :

أدركت المفحوصة الإشكالية وعالجتها من خلال الصورة الأموية حيث دخلت لتتفقد أولادها وذلك من خلال استعمال سياقات التردد بين تفسيرات مختلفة، تأرجحت بين تفسير أن الأم تحاول معرفة ما إذا كان الأولاد مهتمين بواجباتهم وبين تفسير أن الأم أتت لدعوة الأولاد لتناول العشاء.

اللوحة 6GF :

أدركت المفحوصة الإشكالية التي تخص الزوجين لكنها لم تعالج المحتوى الكامن الذي تثيره اللوحة. حيث ركزت على التأكيد حول الموضوع في سياق درامي قائلة " il lui annonce une mauvaise nouvelle" مع التمسك بالتفاصيل النرجسية ذات القيمة العلائقية. وأخيرا قد أثارت المفحوصة علاقة أخرى قد تربط الأب بإبنته دون أن تتحدث عن محتواها.

اللوحة 7GF :

أدركت المفحوصة العلاقة بين البنت وأمها، لتكون البنت في حالة تكتم (réticence)، والأم أكثر اهتمام بها، من خلال سياق التصورات المتضادة، كما أثارت المفحوصة الصراع الداخلي الذي خص البنت التي كانت تفكر في مشكل يخصها.

اللوحة 8BM :

من خلال استعمال سياقات الرقابة والمرونة استطاعت المفحوصة معالجة الإشكالية التي كانت منسوجة حول رغبة شخصية تخص أب كان يريد إنقاذ إبنه الذي أقام جنحة، أما أبنائه الآخرين فقد استطاع أحدهم مشاهدة المشهد، اما الآخر لم يستطيع مقاومته بتجنبه ذلك بإدارة رأسه.

اللوحة 9GF :

في البداية كان هناك إدراك خاطئ للمفحوصة، لأنها أدركت البنتان تجريان فلم ترى إحداهما وراء الشجرة. رغم تنوع السياقات المستخدمة كالرقابة والكف والمرونة لم تكن ذات فعالية، فلم تستطيع المفحوصة معالجة المحتوى الكامن للوحة الذي كان يخص مراقبة الواحدة للأخرى.

اللوحة 10 :

كانت الإشكالية المثارة من طرف أنيسة تخص الحالة المأساوية لفقدان هذان الرجلان شخص عزيز عليهما. فكانت هناك وجدانات وتعبيرات كثيفة مرتبطة بإشكالية الفقدان، كما كان لأنيسة تفسير آخر يخص أحد الرجلين الذي يعاني من مشكل ويريد طلب المساعدة والاستناد على الآخر، فكان السياق المستخدم متمثلا في سياق الكف.

اللوحة 13MF :

عالجت المفحوصة الإشكالية المتمثلة في العدوانية من طرف الزوجة التي انتحرت والزوج الذي يبكيها لأنه متعلق بها، ومنه فقد تمكنت أنيسة من معالجة هذه الإشكالية بقطبيها العدواني – الحنان، بتدخل سياقات المرونة والرقابة التي ساعدت على انطلاق الحديث.

***- الإشكالية الإكتئابية:**

اللوحة 3BM :

أدركت المفحوصة الإشكالية وعالجتها من خلال إدخال أشخاص غير موجودين في اللوحة، بإدخال عواطف مثارة من اللوحة، فكان الموضوع المفقود متمثل في عدم تلقي العناية من الوالدين، أي فقدان موضوع الإستناد.

اللوحة 13B :

دخلت المفحوصة مباشرة في التعبير، حيث أدخلت فرد غير موجود في الصورة، المتمثل في الأب الذي ينتظره الطفل، فتدخل سياقات الرقابة من نوع التحفظات الكلامية، والوصف مع التعلق بالتفاصيل والتبرير عن طريق تلك التفاصيل، وتدخل سياقات الكف المتمثلة في مثلنة الموضوع إيجابيا وبعض الصمت الذي تخلل القصة، جعل من المفحوصة غير قادرة على معالجة المحتوى الكامن للوحة.

***- الإشكالية القبل-التناسلية:**

اللوحة 11 :

بعد اللجوء للسلوك، بدأت المفحوصة بالوصف المتعلق بالتفاصيل مع تبرير التفسيرات عن طريق تلك التفاصيل، على العموم رغم تدخل سياقات الرقابة والكف فقد عالجت نوعا ما المحتوى الكامن للوحة لوجود موضوع الخوف الذي أثير.

اللوحة 19 :

نشطت اللوحة لدى المفحوصة التفرقة بين ما هو داخلي وما هو خارجي المتمثل في البيت والواد، لكن تدخل ميكانيزمات الرقابة من نوع الإجترار والكف من نوع الميل العام للإختصار، لم تمكنها من التعمق في الإشكالية لإثارة هوامات مخيفة.

الخلاصة

استعملت أنيسة سياقات دفاعية متنوعة سادت فيها سياقات الرقابة التي كانت من طبيعة عقلية، كما استطاعت المفحوصة إدراك ومعالجة معظم الإشكاليات، وعليه نفترض أن التوظيف العقلي للمفحوصة ينتمي للعصاب الجيد التعقلن.

***- حالة جميلة Cas Djamila**

السياقات الدفاعية المستخدمة:

كان هناك تنوع في السياقات الدفاعية، حيث كانت السيادة لسياقات الرقابة التي تمثلت في الوصف مع التعلق بالتفاصيل، الترددات بين تفاسير مختلفة، التغيير المفاجئ في اتجاه القصة، التأكيد على الصراعات الشخصية-الداخلية، هذه السياقات ساعدت على انطلاق الحديث، كما كان عليه في اللوحات 10,7GF,3BM,1. كما وجدنا سياقات أخرى كانت دون فعالية متمثلة في التحفضات الكلامية، الابتعاد الزماني-المكاني، عناصر من نمط التكوين العكسي.

أما المرتبة الثانية فكانت لسياقات المرونة المتمثلة في إدخال أشخاص غير موجودين بالصورة، التأكيد على العلاقات بين الأشخاص، التعبير اللفظي عن وجدانات قوية، تصورات متضادة، شبقية العلاقات، ساعدت هذه السياقات على انطلاق الحديث بالخصوص في اللوحات 4، 7GF، 9GF، 13B.

المرتبة الثالثة كانت لسياقات الكف التي تمثلت في زمن الكمون الهام أثناء السرد، التأكيد على ما هو مشعور به ذاتيا، الطلب الموجه للفاحص، نقد الوسائل، هذه السياقات عملت على العموم على تجنب الصراع.

المرتبة الأخيرة كانت لسلسلة العمليات الأولية التي تمحورت حول الإدراك الخاطئ، التعبير عن وجدانات كثيفة مرتبطة بإشكالية فضة.

و أخيرا نستطيع أن نستخلص أن اللوحات التي استخدمت فيهم المفحوصة مزيج بين سياقات الرقابة والمرونة فقد تمكنت من معالجتهم (اللوحات 4، 3BM، 7GF، 9GF).

أما اللوحات التي استخدمت فيهم سياقات الرقابة والكف مثل اللوحات 19، 12BG، فقد اكتفت جميلة بإدراك الإشكالية دون التعمق فيها، أي أن هذه الميكانيزمات لم تساعد على انطلاق الحديث.

المقروئية العامة للبروتوكول:

المقروئية العامة كانت (+) بسبب تنوع في السياقات (A,B,C) التي كانت تخص سياقات الانطلاق B1(2)، A1(2)، A1(3)، كما كان هناك علاج للصراعات التي كانت داخلية مع وجود صدى هوامي في معظم قصص البروتوكول.

مستويات الإشكالية:

الإشكالية الأوديبية:

اللوحة 1 :

تأثرت جميلة في بداية التمرير بتعليمة رائز الرورشاخ معبرة عن ذلك قائلة "لو كان لواش تشبه نقلك واشنوا".

بعد إعادتنا لتعليمة رائز تفهم الموضوع، ابتدأت جميلة في معالجة القصة عن طريق إدراك طفل في صراع داخلي يفكر كيف يتعلم الغناء، لكن تدخل سياقات الكف من نوع نسج القصة على منوال لوحة فنية وكذلك تدخل سياقات الرقابة من نوع الإلغاء، والتردد بين تفسيرات مختلفة، لم يساعد على انطلاق الحديث.

اللوحة 2 :

أدركت جميلة أشخاص الثُلاثية لكنها لم تعالج الإشكالية الأوديبية ولم تضع أي علاقة من أي نوع بين الأفراد، لتدخل سياقات الرقابة من نوع الوصف مع التعلق بالتفاصيل والتردد بين تفسيرات مختلفة مع التحفظات الكلامية.

اللوحة 4 :

عالجت المفحوصة الإشكالية من خلال صراع علائقي خص حالات انفعالية متناقضة لكن تدخل سياق الرقابة من خلال التغيير المفاجئ في اتجاه القصة لم يساعد على مواصلة الحديث.

اللوحة 5 :

قد أدركت المفحوصة البعض من المحتوى الكامن الخاص بدخول العجوز إلى بيتها ورؤيتها لما يوجد به "Qui pénètre est regarde" ،أما المحتوي الذي أثارته كان يخص تذكر العجوز ذكريات تخص زوجها المتوفى. إن تدخل سياقات الرقابة والكف لم تمكن المفحوصة من معالجة المحتوى الكامن للوحة.

اللوحة 6GF :

أدركت جميلة أشخاص هذه اللوحة بوضعهم في قالب ثقافي قائلة "يتورنيو فيلم"، في البداية تدخل سياق الرقابة الذي كان يخص التعلق بالتفاصيل، ليتدخل بعده سياق المرونة من خلال وضعهم في علاقة إما عدوانية أو ليبيدية، لكن المفحوصة لم تتعمق في معالجة المحتوى الكامن بسبب تدخل سياق الكف المتمثل في عدم تحديد الصراع.

اللوحة 7GF :

تعرفت المفحوصة على العلاقة بين الأم وإبنتها، كما عالجت المحتوى الكامن للوحة. فكانت هناك علاقة إبتعاد من طرف البنت لتفكر في أن تصبح أم مثل أمها، وبالتالي نجد التقمص لشخصية الأم، عبر سياقات المرونة المتنوعة التي ساعدت على انطلاق الحديث.

اللوحة 8BM :

أدركت المفحوصة الإشكالية التي كانت تتخذ محتوى نشيط "ينحيولوا الرصاصة"، لكن المفحوصة لم تتمكن في التعمق في معالجة الإشكالية لتدخل سياق الاجترار.

اللوحة 9GF :

أدركت جميلة العلاقة بين البنتين على أنهما في وضعية صراعية تحمل العدوانية، أو في وضعية أخرى مناقضة للوضعية الأولى والمتمثلة في إعطاء نصائح من طرف

الواحدة ناحية الأخرى، مستخدمة في ذلك سياق الرقابة في التردد بين تفاسير مختلفة والمرونة بالتأكيد على مواضيع القول.

اللوحة 10 :

قد عالجت جميلة العلاقة بين الرجل وزوجته في طابع ليبيدي، إنطلاقا من الوصف بالتعلق بالجزئيات، لكن تدخل سياق الرقابة من خلال إدراج المصادر الإجتماعية لم يساعد المفحوصة على معالجة الإشكال.

اللوحة 13MF :

قد عالجت المفحوصة جانبا واحدا من المحتوى الكامن حيث عالجت فقط الجانب الليبيدي دون معالجة الجانب العدواني من خلال العلاقة الجنسية الرابطة بين الزوج وزوجته بإستعمال سياقات شبقية العلاقات، النرجسية ذات القيمة العلائقية.

<u>الإشكالية الإكتئابية :</u>

اللوحة 3BM :

في البداية أدركت المفحوصة الوضعية الإكتئابية، لكن سرعان ما تجنبتها بفعل تدخل سياق الكف المتعلق بالجزئيات النرجسية، لكن المفحوصة عادت وعالجت هذه الإشكالية من خلال عدم قدرة البنت على الدراسة.

اللوحة 13B :

عالجت المفحوصة الإشكالية المتعلقة بقدرة أوعدم قدرة الطفل على أن يكون وحيدا، على شكل صراع داخلي من خلال التفكير في المستقبل والزواج ليصبح في حالة أحسن مما هو عليه الآن، كان ذلك عبر سياقات الرقابة من خلال التأكيد على الصراعات الداخلية، التردد بين تفسيرات مختلفة، وسياقات المرونة المتمثلة في إدخال أشخاص غير موجودين باللوحة والإشارة إلى موضوع الرمزية الجنسية وقد ساعدت كل هذه السياقات على انطلاق الحديث.

***- الإشكالية القبل-التناسلية :**

اللوحة 11 :

قد أدركت المفحوصة الإشكالية القبل-التناسلية، لكنها لم تعالجها بسبب تدخل سياقات الكف والرقابة.

اللوحة 19 :

أدركت المفحوصة بعض التفصيلات الخاصة باللوحة، إلا أن بعض الإدراكات الخاطئة والبعض من ميكانيزمات الرقابة، لم تمكن المفحوصة من معالجة المحتوى الكامن للوحة.

الخلاصة:

إستعملت جميلة سياقات متنوعة سادت فيها سياقات الرقابة ثم المرونة التي كانت ذات طبيعة عقلية، كما إستطاعت المفحوصة إدراك ومعالجة معظم الإشكاليات من خلال معالجة معظم الصراعات. وعليه نفترض أن التوظيف العقلي للمفحوصة ينتمي للعصاب الجيد التعقلن.

***- حالة زليخة Cas Zoulikha**

السياقات الدفاعية المستعملة :

تنوعت السياقات المستخدمة، فكانت السيطرة لسياقات الرقابة المتمثلة في الوصف مع التعلق بالتفاصيل، تبرير التفسيرات عن طريق تلك التفاصيل، التردد بين تفاسير مختلفة، التأكيد على الصراعات الشخصية الداخلية.

كما كان البعض منها غير فعال كالتحفظات الكلامية، الإجترار. أما المرتبة الثانية فكانت لسياقات الكف المتمثلة في زمن الكمون الهام أثناء السرد، عدم التعريف بالأشخاص، سبب الصراعات غير المحددة. هذه السياقات لم تساعد عموما على تقدم الحديث.

أما المرتبة الثالثة كانت لسياقات المرونة، المتمثلة في إدخال أشخاص غير موجودين بالصورة، التأكيد على العلاقات بين الأشخاص، التناوب بين حالات إنفعالية متناقضة. على العموم ساهمت هذه السياقات في إنطلاق الحديث.

المرتبة الأخيرة كانت لسياقات بروز العمليات الأولية، التي كانت نادرة ولم تؤثر كثيرا في إضطراب السياق الكلي للبروتوكول، حيث كانت متمثلة في تعبير عن وجدانات أو تصورات كثيفة مرتبطة بإشكالية عدم القدرة والإنفجارات اللفظية.

المقروئية العامة للبروتوكول :

المقروئية العامة للبروتوكول كانت إيجابية (+) بسبب التنوع في السياقات، وبوجود سياقات الإنطلاق B1(2)، B1(4)، مع وجود العواطف ومعالجة للصراعات التي كانت معظمها داخلية، فكانت القصص على العموم مبنية وذات صدى هوامي.

مستويات الإشكالية :

***- الإشكالية الأوديبية :**

اللوحة 1 :

أدركت المفحوصة الإشكالية لتضعها في وضعية صراعية بين الطفل الذي يحب كثيرا الموسيقى ووالديه اللذان لا يرغبان في ذلك، لكن سرعان ما توقفت المفحوصة عن معالجة الإشكالية بسبب تدخل سياقات الكف.

اللوحة 2 :

أدركت زليخة أشخاص الثُلاثية لتضع علاقة سلبية Passive تتمثل في نظر البنت لأمها وهي ذاهبة للمدرسة، لكن تدخل سياقات الكف التي لم يساعد على إنطلاق الحديث.

اللوحة 4 :

أدركت المفحوصة الإشكالية وعالجتها من خلال إعتمادها على المستوى Le 2ème plan الثاني من الصورة الذي به إمراة حيث عالجت الوضعية الصراعية بين الأشخاص في قالب عدوان- حنان(agressivité - tendresse)، بإستخدام سياقات تناوب بين حالات إنفعالية متناقضة، مع التأكيد على العلاقات.

اللوحة 5 :

قد أدركت المفحوصة وعالجت اللوحة من خلال إدراك أُم تدخل إلى الغرفة لترى ما يفعل أبناءها. فرغم إختصارها الحديث بسبب تدخل سياقات الكف لكنها إستطاعت التقدم في الحديث ومعالجة الإشكالية.

اللوحة 6GF :

أدركت المفحوصة الإشكالية كما تمسكت بتفاصيل اللوحة، حيث كانت العلاقة المعقودة (nouer) بين الرجل والمرأة علاقة صراعية تخص مشكل بينهما، الذي كان فيه موقف الزوج مهددا لزوجته.

اللوحة 7GF :

أدركت المفحوصة الإشكالية وعالجتها من خلال صراع علائقي متمثل في غضب البنت من أمها، أما الأم فكانت تريد التحدث مع إبنتها فكان ذلك عبر سياق التصورات المتضادة.

اللوحة8BM :

أعطت المفحوصة عنوان للقصة على أنها قصة حربية، لكن كان هناك خلط في الأدوار لتعالج الإشكالية من خلال المستوى الأول، ثلاثة رجال دون أي اشارة لمن في المستوى الأول، فكان عدم إدراك المواضيع الظاهرة. وبالتالي لم تستطيع المفحوصة معالجة الإشكال.

اللوحة 9GF :

أدركت المفحوصة الإشكالية كما عالجتها في صراع علائقي من خلال مراقبة الواحدة للأخرى، عن طريق تدخل سياقات المرونة بالتأكيد على مواضيع الذهاب والتأكيد على الوجدانات.

اللوحة 10 :

عالجت المفحوصة الإشكالية في سياق مأساوي معبرا عن الفراق بين الأب وإبنه وعن عدم قدرة الإبن عن تحمل هذه الوضعية، من خلال مثلنة الموضوع إيجابيا مع الإستناد عليه.

اللوحة 13MF :

عبرت المفحوصة عن العدوانية في الحياة الزوجية بطريقة فضة "وقيلة قتلها" وعن ندم الزوج عن فعلته هذه، إلآ أن تدخل سياقات الرقابة لم يُساعد على تقدم الحديث.

<u>*- الإشكالية الإكتئابية :</u>

اللوحة3BM :

تمكنت زليخة من معالجة الإشكالية الإكتئابية من خلال إدراك طفل في وضعية بكاء بسبب ما لاقاه من أحد والديه أو من أحد أصدقائه من عقاب، عن طريق سياق الرقابة المتمثل في التردد بين تفاسير مختلفة وعن طريق سياق المرونة المتمثل في التعبير اللفظي عن وجدانات مثارة من طرف المنبه.

اللوحة 13B :

عالجت زليخة اللوحة من خلال ما يشعر به الطفل من أحزان لتركه لوحده، حيث تدخلت ميكانيزمات الكف المتمثلة في التأكيد على ما هو مشعور به ذاتيا، والتي لم تساعد على تقدم السرد.

***- الإشكالية القبل-تناسلية :**

اللوحة 11 :

بدأت المفحوصة إدراك بعض التفاصيل ثم سرعان ما عبرت عن عدم قدرتها عن التعبير عن هذه الإشكالية من خلال سياق نقد الذات.

اللوحة 19 :

لم تستطيع المفحوصة معالجة اللوحة فاتجهت إلى نقد المادة، الذي تلاه ميكانيزم الكف المتمثل في الميل للرفض.

الخلاصة :

استعملت زليخة سياقات متنوعة سادت فيها سياقات الرقابة التي كانت ذات طبيعة عقلية، كما استطاعت المفحوصة إدراك ومعالجة معظم الإشكاليات مع رفض الإشكالية القبل تناسلية، لذلك نفترض أن التوظيف العقلي للمفحوص ينتمي للعصاب الجيد التعقلن.

***-حالة كريمة Cas Karima**

الأساليب الدفاعية المستعملة :

كان البروتوكول متنوع من حيث السياقات المستخدمة حيث كانت السيادة لسياقات المرونة المتمثلة في إدخال الأشخاص الغير الموجودين بالصورة، التأكيد على العلاقات بين الأشخاص، التعبير اللفظي عن الوجدانات، وجود مواضيع الخوف، أما سياقات المرونة التي كانت نادرة تمثلت في التناوب بين حالات انفعالية متناقضة وشبقية العلاقات.

المرتبة الثانية كانت لسياقات الرقابة التي تمثلت في الوصف مع التعلق بالتفاصيل والاجترار والتأكيد على الصراعات الشخصية - الداخلية. كما وجدنا أن الامتزاج بين سياقات المرونة والرقابة كان مساعدا على تقدم الحديث.

المرتبة الثالثة كانت لسياقات الكف التي تمثلت في التركيز على الخصائص الحسية، مثلنة الموضوع، تعبيرات جسمية. أما المرتبة الأخيرة فكانت لبروز العمليات الأولية المتمثلة في التعبير عن إشكالية عدم القدرة والإنفجارات اللفظية.

المقروئية العامة للبروتوكول :

كانت المقروئية العامة للبروتوكول إيجابية(+) بسبب تنوع السياقات، وبسبب وجود بعض سياقات الإنطلاق B1(2)، مع وجود عواطف مع معالجة للصراعات في طابع علائقي، على العموم كانت القصص المبنية ذات صدى هوامي.

مستويات الإشكالية :

***- الإشكالية الأوديبية :**

اللوحة 1 :

إنطلقت المفحوصة مباشرة في معالجة الإشكالية من خلال الوصف مع التعلق بالتفاصيل لتضع هذا الولد في حالة صراعية داخلية تردد فيها بين الرغبة في إتباع الغناء أو الدراسة، فكان هناك الذهاب والإياب بين التعبير النزوي والدفاع ليحل هذا الصراع بإتباع الغناء.

اللوحة 2 :

أدركت المفحوصة أفراد الثُلاثية، كما كان هناك التركيز على العلاقة المتمثلة في نظر البنت ناحية أمها، من خلال سياقات الكف المتمثلة في التركيز على الخصائص الحسية، التأكيد على القيام بالفعل، مثلنة الموضوع في قيمة إيجابية. هذه السياقات قد ساعدت على تقدم الحديث.

اللوحة 4 :

في البداية أعطت المفحوصة عنوان للقصة المنسوجة "هذه قصة حب" ثم عالجت الإشكالية من خلال صراع يتضمن سياق التناوب بين حالات إنفعالية متناقضة بين الزوجين، مع اللجوء للرمزية الشفافة للموضوع الجنسي.

اللوحة 5 :

عالجت المفحوصة بصورة مختصرة دخول الأم لتتفقد أبناءها، عبر سياقات المرونة التي ساعدت على إنطلاق الحديث والتي كانت متمثلة في إدخال الأشخاص الغير الموجودين بالصورة، التردد حول جنس الأشخاص لتتدخل بعد ذلك سياقات الرقابة والكف.

اللوحة 6GF :

كانت القصة منسوجة في شكل حوار بين إمرأة ورجل حيث كان يخص التعبير عن وجدانات قوية ليبيدية من خلال أقوال الرجل تجاه المرأة، لكن تدخل سياق الرقابة الذي تمثل في التعلق بالتفاصيل لم يساعد المفحوصة على معالجة الصراع.

اللوحة 7GF :

أدركت المفحوصة العلاقة بين الأم وإبنتها حيث كانت البنت غير مهتمة بأمها لتهتم بشيء آخر، أما الأم فكانت حزينة. إستخدمت كريمة لمعالجة هذا الصراع العلائقي، سياقات التأكيد على العلاقات بين الأشخاص وعلى الوجدانات المكثفة، لكن سرعان ما تدخل سياق بروز العمليات الأولية التي خص التعبير عن إشكالية عدم القدرة وسياق الرقابة الذي تمثل في الإجترار، والذي لم يُساعد على تقدم الحديث.

اللوحة 8BM :

إستخدمت المفحوصة اللجوء لتعبيرات حركية عبر الإشارة بأصابعها إلى الأشخاص الموجودين في الصورة، لتبدأ مباشرة القصة على أنهم في الحرب، مع اللجوء لمواضيع الخوف، كما كان هناك الموقف النشط من طرف الأطباء اللذين يحاولون نزع الرصاصة، أما الموقف السلبي فكان من طرف الولد الذي كان في المستوى الأول " au premier plan" والذي أدار وجهه، فلم يُثار أي صراع بين المستويين لتدخل سياقات الرقابة والكف.

اللوحة 9GF :

أُثير الصراع بين البنتين حول كيفية مراقبة الواحدة للأخرى دون أن تراها الأخرى، كما كان إحساس الخوف يخص الاثنتان. لكن تدخل ميكانيزمات الرقابة والكف لم تؤدي إلى التعمق في معالجة الصراع.

اللوحة 10 :

أدركت المفحوصة الإشكالية المثارة بين الزوجين والعلاقة الليبيدية التي تجمعهما، من خلال التأكيد على العلاقات بين الأشخاص والتعبير اللفظي عن الوجدانات القوية.

اللوحة 13MF :

عالجت المفحوصة الإشكالية بالتركيز من خلال العدوانية المرتبطة بالزوج إتجاه زوجته، وعن الصراع الداخلي الذي يعيشه الزوج من ندم، من خلال التأكيد على العلاقات بين الأشخاص والتأكيد على الصراع الداخلي.

<u>*- الإشكالية الإكتئابية :</u>

اللوحة 3BM :

عبرت المفحوصة عن إشكالية فقدان الموضوع من خلال سياقات الوصف بالتعلق بالتفاصيل مع التعبير عن الإشكالية عدم القدرة والفقر.

اللوحة 13B :

كان الصراع داخلي يخص الطفل لإنتظاره عائلته، ليكون التركيز على وظيفة الإسناد، مع التعبير عن وجدانات كثيفة عبرت عن إشكالية المأساة.

***- الإشكالية القبل-تناسلية :**

اللوحة 11 :

أدركت المفحوصة الإشكالية القبل-التناسلية من خلال التحدث عن بعض العناصر المكونة للوحة واللجوء لمواضيع الخوف.

اللوحة 19 :

أدركت المفحوصة البعض من تفاصيل اللوحة ثلج، جبل، دون إدراك البيت، كما تدخلت بعض الإدراكات الخاطئة الغير موجودة باللوحة. هذا ما أدى إلى عدم معالجة المحتوى الكامن للوحة.

الخلاصة :

استعملت كريمة سياقات متنوعة سادت فيها سياقات المرونة ثم الرقابة، التي كانت ذات طبيعة عقلية، كما استطاعت المفحوصة إدراك ومعالجة معظم الإشكاليات بالتركيز على الصراعات العلائقية. لذلك نفترض أن التوظيف العقلي للمفحوصة ينتمي للعصاب الجيد التعقلن.

***- حالة ناصر Cas NACER**

في حالة ناصر طغت سياقات المرونة التي كانت تخص التأكيد على العلاقات بين الأشخاص، والتعبير اللفظي عن الوجدانات القوية، والتناوب بين الحالات الانفعالية المتناقضة.

أما المرتبة الثانية فكانت لسياقات الكف من نوع الصمت الذي كان يتخلل الحديث، التأكيد على ما هو مشعور به ذاتيا، مثلنة الموضوع. أما المرتبة الثالثة فكانت لسياقات الرقابة التي تمثلت في الإجترار والتأكيد على الصراعات الداخلية.

كما كان يتخلل مجمل البروتوكول البعض من سياقات بروز العمليات الأولية التي لم تشكل عائقا كبيرا لمواصلة السرد.

فيما يخص المقروئية كانت إيجابية في مجمل البروتوكول، أما الإشكاليات فقد تميزت بتفاوت في علاجها، فالإشكاليات التي خصت السجل الأوديبي مثلا في اللوحة2 قد عولجت حول الأبوان اللذان يريدان أن تكمل إبنتهما الدراسة، فلم تكن هذه العلاقة صراعية. بينما الإشكاليات الخاصة بفقدان الموضوع فقد عولجت في اللوحة 3BM، لتتجلى الأحاسيس الإكتئابية التي كانت كذلك متعلقة بالصورة الجسدية الغير المرضية (un enfant bossu). أما اللوحة 13B فكان الصراع ما بين الهيآت النفسية أي بين مبدأ اللذة ومبدأ الواقع الخاص بالوالدين.

أما الإشكالية القبل-التناسلية في اللوحات 11، 19 فقد إستطاع المفحوص معالجة هذه الوضعيات بتعمق ادى به إلى نكوص أدرج فيه محتويات مقلقة، وهوامات فوبية.

الخلاصة :

إستعمل ناصر سياقات متنوعة سادت فيها سياقات المرونة ثم الكف، التي كانت ذات طبيعة عقلية، كما إستطاع المفحوص إدراك ومعالجة معظم الإشكاليات بالتركيز

على الصراعات العلائقية المتمثلة في التناوب بين حالات انفعالية متناقظة، وعليه نفترض أن التوظيف العقلي للمفحوص ينتمي للعصاب الجيد التعقلن.

الخلاصة العامة :

بعد تحليلنا لكل البروتوكولات الخاصة برائز تفهم الموضوع، قد وجدنا أنه رغم إستعمال بعض المفحوصين لنفس السجل الدفاعي فإنه يوجد إختلاف بين خصوصيات طريقة توظيف كل فرد عن الآخر.

فمثلا حالات أنيسة، جميلة، زليخة قد إستعملت اللجوء لميكانيزم الرقابة، لكن ذلك لا يعني أنهم إستخدموا هذه السياقات بنفس الطريقة وبنفس الوزن، بل كان هناك إختلاف من حالة لأخرى رغم إستخدامهم نفس السجل. كذلك الحال بالنسبة لحالة كريمة وناصر اللذان طغا عليها إستخدام سجل المرونة، لكن هذا لا يعني أن السياقات المستخدمة كانت بنفس الطريقة بل لكل حالة خصوصياتها.

فيما يخص المقروئية كانت المقروئية العامة لمجمل البروتوكولات موجبة بسبب وجود مزيج وتنوع للسياقات المستخدمة، كما كانت هناك أساليب الانطلاق من نوع B1، A1 التي ساعدت على إنطلاق الحديث، كما وجدنا معالجة للصراعات سواء على المستوى الداخلي و/أو العلائقي لتكون القصص المبنية ذات صدى هوامي.

على العموم فإن معظم الإشكاليات قد أُدركت و/أو عولجت، إلا أننا لا حظنا الصعوبة التي واجهتها زليخة عند تناولها للوحات القبل-التناسلية التي لم تتمكن من معالجتها.

فيما يخص اللوحة 16 فقد أسقط معظم المصابين معاشهم فيها فأنيسة وزليخة قد روتا قصتا حياتهما، أما ناصر فقد تحدث عن مغامرة مؤثرة حدثت له مع حصانه، أما حالات كريمة وجميلة فقد تمنتا الشفاء والسعادة.

على العموم نستنتج أن كل هذه المجموعة تنتمي للتوظيف العقلي الجيد التعقلن.

الخلاصة العامة (المقابلة والرائزين الإسقاطيين)

تميزت الحالة الصحية لأفراد عينة هذه المجموعة المصابة بالقصور الكلوي المزمن بالإختلاف من حالة لأخرى. فالبعض من هؤلاء المصابين أنيسة، ناصر، جميلة كانوا عرضة لأمراض كانت طبيعتها غير مضرة، كما كانت إستجاباتهم للعلاج فعالة، كما وجدنا البعض الآخر الذي لم يتعرض لأية إصابة، كحالاتي كريمة وزليخة.

إتسمت هذه المجموعة على العموم بالحفاظ على التوازن الحيوي العام نسبيا، بالرغم من بعض الإختلالات التي كانت مرتبطة ببعض الأحداث الصدمية التي كانوا يسترجعون بعدها إتزانهم.

نستطيع أن نستنتج أن لهذه الفئة إمكانيات تصدي جسدي جيد للأمراض " une bonne tenue du corps".

أما من ناحية الصحة العقلية فقد إتسمت كل أفراد هذه العينة بإستثمار حيز نفسي تُعالج فيه الإثارات، مستخدمين في ذلك أساليب دفاعية متنوعة من فرد لآخر، حيث فحصنا هذا الجانب بتطبيق الرائزين الإسقاطيين المتمثلين في الرورشاخ ورائز تفهم الموضوع، فلاحظنا أن نتائج كل حالة في الرائز الأول كانت متوافقة مع نتائجه في الرائز الثاني، فحتى إن كان هناك إختلاف طفيف فكان ذلك طبيعيا لأن كل أفراد عينتنا يتميزون بعدم انتظام التوظيف "l'irrégularité du fonctionnement".

في حالة أنيسة قد طغى سياق الرقابة والكف حيث كانت حياتها النزوية جد مراقبة مستخدمة في ذلك التحفظات الكلامية، التردد، العزل، التأكيد على الصراعات الداخلية، الصمت الهام أثناء السرد، اللجوء للسلوك. كما كانت لديها علاقة موفقة إتجاه الواقع. أما حالة جميلة فقد طغت فيها سياقات الرقابة لتليها سياقات المرونة من خلال التردد، التحفظات الكلامية، التأكيد على الصراعات الداخلية، شبقية العلاقات والتأكيد على العلاقات وإستخدام العواطف، وقد كانت علاقتها بالواقع فعالة.

و في حالة زليخة قد كانت السياقات المسيطرة هي سياقات الرقابة والكف التي كانت متمثلة في التحفظات الكلامية، التردد، الصمت الهام أثناء السرد، الميل العام للإختصار، نقد الذات، اللجوء للسلوك. فيما يخص علاقة زليخة بالواقع لم تكن دوما فعالة رغم الجهد الذي تبذله في مُراقبتها له.

حالة كريمة كانت جد ثرية عبر حركيات خصت معظم إجابات الرورشاخ، حيث كانت هذه الحياة النزوية مراقبة كما طغت العواطف والأحاسيس. ليظهر ذلك عبر سيادة سياقات المرونة في رائز تفهم الموضوع من خلال التأكيد على العلاقات بين الأشخاص، التعبير عن وجدانات مبالغ فيها، إدخال أشخاص غير موجودين باللوحة، وقد كانت علاقتها بالواقع مُوفقة.

أما حالة ناصر فقد كانت السياقات الدفاعية المستخدمة في الرورشاخ متنوعة سادت فيها سياقات الرقابة والمرونة، أما رائز تفهم الموضوع فكانت السيادة لميكانيزمات المرونة ثم الكف فالاختلاف بين الوضعيتين لم يكن كثير الوضوح.

من خلال التحليل المفصل لمادتي الرورشاخ ورائز تفهم الموضوع نستنتج أن كل أفراد عينتنا ينتمون للعصاب الجيد التعقلن الذي هو في علاقة وطيدة مع الحالة الصحية لأفراد عينتنا.

I- تحليل المقابلة لدى المجموعة الثانية الغير مؤكدة التعقلن.

مدخل :

تميز أفراد هذه المجموعة على العموم بالقدرة المتوسطة للتصدى الجسدي للأمراض (La tenue du corps)، حيث كان أفراد عينتنا (أمينة وبلقاسم) يتميزون مرات بأمراض رجعية ومرات بأمراض مُضرة، كما تميز أفراد هذه المجموعة بتوظيف عقلي غير مؤكد، من خلال أساليب دفاعية تميزت بعدم الإنتظام الواضح في التوظيف. فيما يلي سنحاول الإلمام بالحالة الصحية بالتفصيل والحالة العقلية لكل مفحوص.

***- الحالة الصحية لأمينة :**

عانت أمينة منذ سن الخامسة من الإصابة بداء السكري، حيث إمتدت تعقيداتها إلى الإصابة بالعمى ففقدت عين واحدة لتتعرض بذلك لعملية جراحية. وعند بلوغها سن 28 سنة، أصيبت بالقصور الكلوي، متعرضة بذلك للعلاج عن طريق التحال الدموي. فيما يخص إنعكاسات الإصابة فقد غيرت الكثير من سلوكات أمينة، حيث أصبحت منعزلة، حزينة، كما فقدت صديقها الذي كانت لها معه آفاقا للزواج.

التوظيف العقلي :

كانت أمينة تتحدث بهدوء، مستخدمة في بعض الأحيان اللجوء للسلوك - الإشارات، بكاء -، كما كان يتخلل حديثها أحيانا اللجوء إلى الصمت.

تمثلت الأحداث الحياتية الهامة، في تخليها عن الدراسة في سن المراهقة، ورجوعها من بلجيكا لتقطن بالجزائر.

أما حياتها العلائقية، فأمينة تحضى بالرعاية الكاملة من محيطها، بالأخص أمها، ومن الفريق الطبي، حيث كانت ستقوم بعملية زرع مزدوج في فرنسا يخص البنكرياس والكلية. كما أنها تفتقر لأي علاقة إجتماعية ما عدا العلاقة التي تربطها بعائلتها.

السياقات الدفاعية المستخدمة، كانت السيادة لسياقات المرونة بالتأكيد على الصراعات العلائقية، التأكيد على العواطف، أما المرتبة الثانية فكانت لسياقات الرقابة

والكف من خلال الصراعات الداخلية والتحفظات الكلامية والصمت الهام أثناء السرد، واللجوء للسلوك- بكاء-.

الحياة الهوامية كانت تنحصر في التفكير في شفاءها وإستعادة قواها، ثم التفكير في الزواج، أما الأحلام فإنها كثيرة الحلم لكن في بعض الأحيان لا تستطيع تذكر المحتوى.

بعد فترة من إكمال كل الفحوصات مع أمينة عادت للقيام ببعض حصص العلاج النفسي، إثر فقدانها أمها بصفة فجاءية، بعدها مباشرة بلغنا إستشفاءها بسبب إصابتها في أرجلها بالغنغرينا (la gangrène)– أحد تعقيدات مرض السكر – تعرضت لبتر رجلها من الأسفل، لكن بعد أيام إنتشر المرض، فتعرضت لعملية جراحية ثانية أدت بها إلى بتر رجلها كليا. بعد حوالي أسبوع توفت أمينة .

نستطيع أن ندرج أن إمكانيات التصدي الجسدي لأمينة كانت متوسطة، لكن بعد وفاة أمها، وتعرضها للصدمة النفسية، أصبحت هذه الإمكانيات غير قادرة وغير كافية على حماية الجسد.

<u>*- الحالة الصحية لبلقاسم :</u>

إبتدأت أعراض الإصابة بالقصور الكلوي لدى السيد بلقاسم بين سنة 1982 – 1983 ليؤخر بلوغ المرحلة النهائية من الإصابة بفعل الأدوية والحمية إلى غاية سنة 1987.

أما فيما يخص الإصابات التي عانى منها من قبل فقد إبتدأت في سن الحادية عشر، حيث أصيب بنكاف (les oreillons)، كما أصيب في سن الرابع عشر بمرض جلدي –بقع جلدية- لم نتمكن من التعرف على طبيعته بسبب إفتقارنا للتشخيص الطبي، الذي تلاه مرض السل (la tuberculose au stade terminal) (1991)- في المرحلة الأخيرة- هذا مازاد حالته تعقيدا ليبقى طريح الفراش مدة سنة، إستعاد بعدها عافيته تدريجيا. فكان متزنا نسبيا إلى سنة 1998، أين تعقدت إصابته الكلوية بإرتفاع الضغط الشرياني، إنتفاخ القلب بسبب تلقيه صدمة إصابة والدته بنفس الإصابة الكلوية لتحال أيضا للتحال الدموي - نلاحظ تدخل العامل الوراثي في هذه الإصابة- قائلا في هذا الصدد « من نهار اللي مرضت لعجوزة يما طلعتلي la tension 26/14 »، أما حاليا فهو متزنا نسبيا.

إنعكاسات الإصابة تمثلت في أنه فقد عمله كعامل في الحماية المدنية، وكلاعب كرة في النادي.

التوظيف العقلي :

خلال المقابلة كان بلقاسم يعاني من عياء شديد، كان يتحدث بصعوبة، ليتخلل حديثه بعض الصمت. كما كان حديثه معبأ بالعديد من العواطف حيث كان يعبر عنها بالبكاء في العديد من الأحيان- تركه للدراسة، وفاة أبيه-.

الأحداث الحياتية الهامة في حياة بلقاسم قد تلخصت في معاناته في صغره من الفقر، فكان يجب عليه قبل ذهابه للمدرسة أن يقوم بفلاحة الأرض، عند كبره لاقى الكثير من المشاكل مع إخوته، قائلا "je me retrouve seul "، كما أنه تأثر بوفاة أبيه في سنة 1988- أي بعد إصابته بالقصور الكلوي – كما كان بلقاسم كثير التأثر بأمه، حيث تحدث كثيرا عنها أثناء المقابلة ومدى إرتباطه بها وعدم قدرته على الإهتمام بها بالأخص بعد إصابتها بالقصور الكلوي المزمن في سنة 1998.

هذه الإصابة التي أفقدتها بصرها، في البداية ثم فقدانها سنة 1999- ليقول في هذا الصدد :

" Tout ça pour moi, c’est une charge, je suis tout le temps bouleversé, d’ailleurs, j’ai fait une tension incroyable avec 26/14».

الحياة العلائقية تميزت بعدم وجود أي سند عائلي لبلقاسم، فإخوانه لا يساندونه، بل يلجؤون إليه فقط ليستشيرونه ويستنجدون به لما يعانون من مشاكل، فهو من يقوم بأعمال البيت وطهي الطعام بنفسه، كما أنه جد متعلق بإبنة أخيه التي تبلغ من العمر7 سنوات قائلا :

"لازم نشوفها نحبها بزاف نشتيها j’ai ma nièce, il faut que tous les 15 jours Je suis très alaise avec elle, moralement, je suis bien moralement, je me repose, je suis bien".

السياقات الدفاعية المستخرجة من المقابلة، كانت تتمحور في سياقات المرونة الخاصة بالتأكيد على العلاقات التعبير عن وجدانات قوية ووجود صراعات علائقية، كما كان هناك البعض من سياقات الكف التي تمثلت في الصمت الهام أثناء السرد، اللجوء للسلوك، قائلا في هذا الصدد :

" Si je suis énerve, si j'arrive pas à faire quelque chose, je suis à coté, je pleure, c'est tout "

أما تفكير بلقاسم فكان ينحصر في إصابته، فليس لديه أي متبرع، كما أنه لا يفكر في الزواج بسبب وضعيته، ولا في أي مشاريع مستقبلية. أما حياته الحلمية فقد كانت ثرية، كان يحلم مرار أمه، كما كانت التداعيات حول أحلامه جد ثرية.

الخلاصة

رغم معاناة أمينة وبلقاسم من نفس الإصابة المتمثلة في القصور الكلوي المزمن، إلا أن الحالة الصحية لكل واحد، إختلفت عن الآخر. فأمينة أصيبة منذ سن الخامسة بداء السكري الذي عقد من حالتها لتفقد عين واحدة، ثم الإصابة منذ سنتين بالقصور الكلوي المزمن لتعاني بعدها من الغرغرينا Gangrene– أحد تعقيدات مرض السكر- متعرضة بذلك لبتر رجلها، لتتوفى بعد أسبوع. أما الناحية العقلية لأمينة فقدت تميزت بحيز نفسي كان متميزا بعدم الإنتظام في التوظيف من خلال إستخدام سياقات دفاعية متغيرة من مقابلة لأخرى. كانت تتمثل أحيانا في سياقات المرونة وأحيانا أخرى في سياقات الكف.

أما بلقاسم فقد أصيب في سن الحادية عشر بنكاف (Les oreillons)، كما أصيب في سن الرابعة عشر بمرض جلدي، ليصاب في سن الرشد بمرض القصور الكلوي المزمن ثم مرض السل (La tuberculose) الذي عان منه مدة سنة، لنلاحظ إختلال التنظيم الجسدي التدريجي، أما الحالة العقلية لبلقاسم فقد تميزت بالثراء حيث كان يركز على الصراعات العلائقية بإستخدام العواطف مع إستخدام سياقات الكف.

نستنتج أن إمكانيات التصدي الجسدي للأمراض لأمينة وبلقاسم كانت متوسطة.

II- تحليل بروتوكول الرورشاخ
للمجموعة الثانية الغير مؤكدة التعقلن

مدخل:

تميز بروتوكول رورشاخ أمينة بالعديد من التعليقات حيث كانت مدة التمرير جد طويلة (ساعة من الوقت)، حيث كانت المرحلة الأولى من التمرير مقتصرة على اللجوء للمصادر الشخصية مع الفقر في عدد الإجابات R=8، مع النظرة الشاملة للوحة دون تجزءتها والتعمق فيها. أما المرحلة الثانية من التمرير تميزت بتأقلم أمينة مع وضعية الفحص كان عدد الإجابات R= 19، لنلاحظ العديد من الميكانيزمات التي لم نجدها في المرحلة الأولى من التمرير، كما أن النظرة الشاملة قد رافقتها النظرة المجزأة في بعض اللوحات.

أما بروتوكول بلقاسم فتميز بثراء الإجابات R=29 التي كانت تحمل العديد من التعليقات والتركيز على العواطف.

السياقات المعرفية Procèdes cognitifs

طريقة التناول Le mode d'appréhension :

تناولت أمينة في المرحلة الأولى من التمرير بصفة شاملة G%=100% حيث لم نجد أي تناول مجزأ.

هذه التناولات الشاملة كانت مصاحبة دوما لحياة نزوية، في اللوحات II، III، VII، IX فكانت مصاحبة لحركيات إنسانية، أما اللوحة V فقد كانت تخص حركية حيوانية، أما الإجابات الشاملة الأخرى قد صاحبت أحاسيس بحته لم تكن أمينة متحكمة فيها اللوحات VI وIV (clob) واللوحة VIII (C).

اما الإستثمارات فقد كانت ضيقة المجال خصت المواضيع الإنسانية H%=50%، والتجريدية Abst%=37%، والحيوانية A%=12% .

لنستخلص أن إجتماعية أمينة تجاه الواقع جد منخفضة F%=0% لتتميز الحياةالنزوية الداخلية بالثراء F%elarg=50% F+%elarg=100%.

لكن هذا التناول قد تغير في مرحلة التحقيق حيث كانت هناك إجابات شكلية متوافقة مع الواقع في اللوحات (F+),X,V,I، أما اللوحة VIII كان فيها العديد من الإنزلاقات التي تعلقت بالمحتوى التشريحي والنباتي. فكان هذا التناول للواقع منخفض F+%=50%، F%=42%. أما الإستثمارات فقد كانت متنوعة في التحقيق حيث سادت المحتويات الإنسانية H%=42%، ثم الحيوانية A%=21%.

أما الحياة الداخلية فقد كانت جد ثرية F+% elarg =73% , F%elarg=78% .

تناول بلقاسم مواضيع الواقع الخارجي في جزئياته D%=65%، مقارنة بالتناول الشامل G%=27%.

كما لاحظنا أن هذا التناول قد كان يخص التناول الشكلي للواقع الذى كان منخفض F%=55%، F+%=56%.

فرغم التصحيح (بـCorrection) بـ F% elarg = 76 %، F+%elarg = 68 %، تبقى هذه العلاقة مع الواقع منزلقة، لنستنتج أن العوامل الإجتماعية لبلقاسم كانت فاشلة.

المحددات :

فيما يخص تناولات المفحوص بالطريقة الشاملة، فقد كان البعض منها بسيط كاللوحات IX,V,I والبعض الآخر مركب منها ما كان مرتبط بمحدد حركي إنساني اللوحات VII, III، أومرتبط بمحدد حركي حيواني اللوحة V، أما الإجابات المجزئة D كانت تتخلل معظم البروتوكول، فكانت مرات مرتبطة بإحساس متحكم فيه اللوحة III (FC+) أو غير متحكم فيه اللوحة (VI) (EF) أو إحساس بحت اللوحات (III) ، (V)، "C" كما كانت هذه الإجابات المجزأة D مرتبطة أحيانا بمحدد شكلي إيجابيI PL III PL IV,PL VIII، كما كانت في بعض الحالات مرتبطة بمحدد شكلي غير موفق (-F) – سنحللها في الحياة النزوية -.

كما كانت هناك إجابات مجزأة مرافقة لمحددات حركية خصت اللوحة II، بها حركية لجزئية من الجسد (Kp+) اللوحة III، واللوحـة VIII (- Kp). وأحيانا حركية

إنسانية (K) PL III، أو حركية حيوانية اللوحة X (+Kan). كما وجدنا سيادة المحتويات التشريحية Anat %=27%، ثم المحتويات الحيوانية A%=24% كما تخلل البروتوكول العديد من المحتويات المجردة Abst=17%.

الديناميكيــة الصراعيــة:

مدخل :

تميزت الحياة الداخلية لبلقاسم وأمينة بالثراء والعديد من التعليقات والأحاسيس مع الكثير من التجريد والعواطف. سنحاول فيما يلي الإحاطة بتصور الذات والتعرف على التقمصات، أما الحياة النزوية والميكانيزمات الدفاعية المستخدمة فقد كانت تميز كل فرد على حدى، وبالتالي فقد تعذر علينا توحيدهما، لهذا السبب قمنا بإعطاء ملخص موجز عن كل حالة على حدى.

تصور الذات (La représentation de soi):

كانت الصورة الجسدية لأمينة مكتملة من خلال إدراك كلي في اللوحات الموحدة، مع وجود محتويات إنسانية، أما تصور الذات فقد كان يتميز بالهشاشة اللوحة III " C'est des morts vivants".

كانت الصورة الجسدية المميزة لبلقاسم مكتملة في بعض اللوحات مسقطة على صور إنسانية، لكن في أحيان أخرى كانت مضطربة لوجود إنزلاقات كانت تخص العضو التشريحي في الجسد، لنستنتج أن الصورة الجسدية لدى بلقاسم قد تميزت بالإضطراب.

التقمصات (Les identifications) :

التقمصات (Les identifications) فلم نستطيع تحديدها في المرحلة الأولى من التمرير بسبب لجوء المفحوصة في معظم اللوحات لتقديرات شخصية، أما في مرحلة التحقيق فقد إستطعنا أن نلاحظ تقمصات غير واضحة.

ففي اللوحة I " deux personnes"

أما اللوحة II "Des enfants" »

اللوحة VI "Deux personnes au dessus d'une falaise"

أما اللوحة VII فكان التردد في الجنس واضحا.

"Deux êtres humains, ni je peut dire, ou la mère, ou le père ou la sœur ou le frère"

أما التقمصات الخاصة ببلقاسم فقد كانت أحيانا واضحة مخصصة لتقمص إنساني يخص الزوجين

PL III « Un couple en contact sexuel »

أو لتقمص يخص المرأة .

PL VII « Je vois le corps d'une femme »

كما كانت غير واضحة في اللوحة VIII

« On voit un corps humain ».

الحياة النزوية:

تميزت حالة أمينة بإجابات حركية في مرحلة التمرير قد خصت اللوحة II التي كانت محملة بنزوات ليبيدية

PL II « Des enfants qui jouent, qui s'amusent »

أما اللوحة III فكانت محملة بالليبيدية والعدوانية

PL III « Des morts vivants qui s'entendent bien entre eux, malgré qu'il souffrent ».

PL VII « Genre d'êtres humains qui s'entendent bien entre eux ».

أما الحركية الحيوانية فقد خصت اللوحة V « genre de papillon, qui vole »

أما الأحاسيس فقد كانت أحاسيس بحتة تخص محتوى خوافي غير مراقب وغير متحكم فيه (Clob) في اللوحات VI وIV.

كما وجدنا محتوى يخص العاطفة (C) في اللوحة VIII.

السياقات الدفاعية المستخدمة كانت تخص سياقات المرونة لوجود تعاليق مع الرجوع إلى مصادر وتقديرات شخصية، التأكيد على العواطف أما المرتبة الثانية فكانت لسياقات الكف، عدم التعريف بالأشخاص، الصمت الهام أثناء السرد، طرح السؤال للفاحص.

كما وجدنا عدم إنتظام التوظيف الواضح، بين المرحلة الأولى من التمرير والمرحلة الثانية الخاصة بالتحقيق حيث تميزت هذه الأخيرة بحياة نزوية ثرية معبأة بالنشاطات:

PL II "Des enfants qui jouent ".

PL III"Des morts vivants qui souffrent"

أما اللوحة VI فكانت معبأة بالعدوانية "Une personne prêt a sauter dans le vide" لتليها في اللوحة VII حركية إنسانية، "Genre d'être humains qui veulent vivre"، اللوحة X كانت محملة بالليبيدية "des gens qui s'amusent".

الأحاسيس كانت تخص أحاسيس خوافية فقد خصت اللوحة III، التي ضمت إجابتان كانت الأولى غير مراقبة « Clob »، أما الثانية فقد كانت مراقبة « Fclob »، كما كان الإحساس الخوافي البحت يتخلل كذلك اللوحة VI والذي كان غير مراقب، أما اللوحة VIII فقد كانت لأمينة حساسية لونية بحتة (C).

إذن نستطيع أن نلاحظ ثراء الحياة الداخلية التي تميزت بحياة نزوية ثرية.

تردد في معظم بروتوكول بلقاسم العديد من التعليقات، كانت تؤكد على البعد الذاتي والمعاش الخاص بالمصاب، حيث كان الإهتمام في معظم الأحيان بما يشعر به المفحوص ناحية اللوحة. تمحورت الإجابات الحركية في العديد من الحركيات، كانت الحركية الأولى تخص جزء من جسد الإنسان في اللوحة II " l'appareil génital de la femme avec saignement" المرتبطة بإحساس خوافي أكده بلقاسم في التحقيق على أن اللون الأسود يدل على الألم " la douleur" .

ثم تلت هذه الإجابة إجابة حركية تخص العلاقة الجنسية اللوحة III "Un couple en contact, en relation sexuelle"، لتليها حركية إنسانية تخص محتوى تجريدي "c'est donner du sang par exemple pour sauver des vies"

أما اللوحة V فقد كانت الإجابة ذات حركية حيوانية "Une chauve souri qui s'envole".

أما اللوحة VII كانت تحمل حركية إنسانية نشطة محملة باليبيدية

"Je vois le corps d’une femme qui donne beaucoup de naissance"

أما اللوحة X فقد كانت تخص حركيات حيوانية خاصة بإمتصاص الدم.

الإستجابات الحسية قد تواترت في اللوحات IX، X، لنجد فعالية سياق المواضبة لمحتوى الدم.

كما كانت هذه الإجابات تحتوي على العديد من التعاليق عن وظيفة الكلية.

كما أدرك المفحوص اللون الأحمر البحت في اللوحة III "le rouge qui indique qui dit il faut être prudent" وكذلك في اللوحة V كانت حساسية للون الأسود في التحقيق "quelqu’un qui vie beaucoup de problème à cause de la couleur noire "

للتتابع مباشرة بالتضليل، estompage في اللوحة VI.

" la couleur noire qui s’échappe, la couleur blanche qui pénètre "

كما كان هناك العديد من الإجابات اللونية التي كانت مرتبطة بمحتوى مجرد.

أما الإنزلاقات فقد خصت اللوحة IX، اللوحة X، لمواصلة المفحوص نفس المحتوى المتمثل في الوظيفة التشريحية للكلية. إن التمسك بهذه الإجابة رغم تغيير المثير –اللوحة- قد يكون راجع للوقع الصدمي للإصابة في نفسية المفحوص.

السياقات الدفاعية المستخدمة كانت مركزة على سياقات المرونة باللجوء للعواطف والهوامات، التأكيد على العلاقات، تعاليق مع الرجوع إلى مصادر وتقديرات شخصية، وسياقات الكف التي تمثلت في الصمت الهام أثناء السرد، تجنب الصراعات، سياقات بروز العمليات الأولية التي خصت سياق المواضبة، وبعض الإنفجارات الكلامية.

الخلاصة العامة En conclusion

تميزت الصورة الجسدية لأمينة بالإكتمال أما تصور الذات فقد تميز بالهشاشة، أما التقمصات فكانت غير واضحة تظم ترددات عديدة. أما في حالة بلقاسم فقد تميزت

الصورة الجسدية بالاضطراب أما التقمصات فقد كانت أحيانا واضحة وأحيانا غير واضحة.

تميزت إجابات أمينة في المرحلة الأولى من التمرير بفقر في الإجابات، R=8 التي اقتصرت فقط على التناول الشامل أما الحياة النزوية فقد كانت ثرية، وفيما يخص الأحاسيس فلم تكن مراقبة ولم تتحكم فيهم المفحوصة. أما المرحلة الثانية (التحقيق) فقد تميزت بثراء الإجابات R=19 مع التمسك المنخفض بالواقع. أما حالة بلقاسم فقد تميزت بثراء الإجابات R=29 حيث تناول الواقع بنظرة تحليلية وشاملة، أما الحياة النزوية فقد تميزت بالثراء رغم بعض الإنزلاقات تجاه الواقع.

السياقات الدفاعية المستخدمة من طرف أمينة وبلقاسم تميزت بالتركيز على العواطف والرجوع لمصادر وتقديرات شخصية والبعض من سياقات الكف، لنلاحظ عدم إنتظام التوظيف الواضح في حالة أمينة من خلال مرحلة التمرير ومرحلة التحقيق.

II- تحليل رائز تفهم الموضوع للمجموعة الثانية الغير مؤكدة التعقلن.

***- حالة أمينـة**

مدخـل :

تمكنت أمينة من معالجة معظم اللوحات عبر قصص جيدة البناء ذات صدى هوامي، كان يتخللها في بعض الأحيان بعض الإنفجارات الكلامية التي لم تؤثر كثيرا على السيرالكلي للبروتوكول.

السياقات الدفاعية المستخدمة :

كانت السيادة لسياقات المرونة التي تمثلت في التأكيد على العلاقات بين الأشخاص، التعبير اللفضي عن وجدانات قوية، إدخال أشخاص غير موجودين في اللوحة، الذهاب والإياب بين رغبات متناقضة.

المرتبة الثانية كانت لسياقات الكف التي تمثلت في الصمت الهام أثناء السرد، التأكيد على ماهو مشعور به ذاتيا، الإفراط في وظيفة الإسناد، مثلنة الموضوع.

المرتبة الثالثة كانت لسياقات الرقابة، التي تمثلت في الرجوع إلى مصادر إجتماعية، التحفظات الكلامية، الصراع الداخلي.

المرتبة الأخيرة كانت تخص بروز العمليات الأولية التي تمثلت في بعض الإنفجارات الكلامية، عدم إدراك مواضيع ظاهرة.

المقروئية العامة للبروتوكول :

المقروئية العامة كانت (+) بسبب تنوع السياقات الدفاعية المستخدمة، وبعض سياقات الإنطلاق (A1)2, (B1)2، حيث كانت معالجة للصراعات مع وجود صدى هوامي تخلل معظم البروتوكول.

مستويات الإشكالية :

***- الإشكالية الأوديبية :**

اللوحة 1 :

لم تتمكن أمينة من معالجة المحتوى الكامن للوحة بسبب الإدراك الخاطئ لطفل يحفظ دروسه، والذي لاقى صعوبات. كما تدخلت سياقات الكف التي تمثلت في مثلنة

الموضوع بصفة إيجابية أو سلبية، طرح السؤال للفاحص، التي لم تساعد في إنطلاق الحديث.

اللوحة 2 :

ركزت أمينة على مشاعر الفتاة الموجودة في المستوى الأول، أما الأبوين فقد أدركتهما على أنهما يمثلان محيط الفتاة، فلم تكن العلاقة صراعية لتدخل سياقات الكف والرقابة.

اللوحة 4 :

أدركت المفحوصة العلاقة الزوجية لكن معالجتها لهذا المحتوى كان غير صراعي من خلال التأكيد على موضوع الإسناد، ومثلنة الموضوع.

اللوحة 5 :

أدركت المفحوصة أن من يدخل الغرفة يتمثل في الموضوع الأموي، لكن تدخل سياق الرقابة (عناصر من نمط التكوين العكسي)، وسياقات الكف (الصمت الهام أثناء السرد، والميل العام للإختصار)، لم يمكنها من معالجة المحتوى الكامن للوحة.

اللوحة 6GF :

أدركت المفحوصة وعالجت المحتوى الكامن، من خلال إدراك زوجين في حالة صراعية، مستخدمة سياقات المرونة، التي خصت التأكيد على العلاقات مابين الأشخاص، التعبير اللفظي عن وجدانات قوية ومبالغ فيها، إدخال أشخاص غير موجودين بالصورة، قصة منسوجة حول رغبة شخصية.

اللوحة 7GF :

أدركت المفحوصة وعالجت المحتوى الكامن للوحة من خلال العلاقة بين الأم والبنت، حيث استعملت في ذلك سياقات المرونة التي تمثلت في التركيز على العلاقات بين الأشخاص، التعبير اللفظي عن وجدانات قوية، الذهاب والإياب مابين رغبات متناقضة.

اللوحة 8BM :

عالجت المفحوصة هذه اللوحة من خلال وضعية سقوط الطفل، فالبعض من أصدقائه يهتمون به، أما البعض الآخر فلا، حيث نلاحظ عدم إدراك الموضوع الظاهر (البندقية)، فالصراع كان بين الذهاب والإياب بين رغبات متناقضة، التأكيد على موضوع الذهاب.

اللوحة 9GF :

عالجت المفحوصة اللوحة من خلال بنت ترى نفسها في المرآة، وتعيش صراع داخلي لم تستطيع معالجة المحتوى الكامن للوحة لتدخل سياقات الرقابة والكف.

اللوحة 10 :

أدركت المفحوصة العلاقة بين الزوجين، والتعبير الليبيدي مستخدمة سياقات المرونة بالتأكيد على العلاقات بين الأشخاص والتعبير عن وجدانات قوية، قصة منسوجة حول رغبة شخصية وسياقات الرقابة، التأكيد على الصراع الداخلي، إدراج المصادر الإجتماعية.

اللوحة 13MF :

عالجت المفحوصة اللوحة من خلال وضعيات صراعية بين الأب وإبنته ولم تكن بين الزوج وزوجته، من خلال إستخدام سياقات المرونة بالتأكيد على التعبير عن وجدانات قوية، الذهاب والإياب بين رغبات متناقضة، وسياقات الرقابة بالتأكيد على الصراعات الداخلية والرجوع لمصادر ثقافية.

<u>*- الإشكالية الإكتئابية :</u>

اللوحة 3BM :

أدركت المفحوصة الإشكالية من خلال التعبير اللفظي عن وجدانات قوية ومبالغ فيها، فرغم وجود سياق الرقابة من نوع الإجترار وسياقات الكف التي تمثلت في الصمت الهام أثناء السرد والتأكيد على ماهو مشعور به ذاتيا، فإن ذلك لم يعرقل إنطلاق الحديث ومعالجة الإشكال.

اللوحة 13B :

عالجت المفحوصة الإشكالية الإكتئابية من خلال إدراك طفل وحيد ليس لديه أصدقاء للعب معهم، عبر سياقات إدخال أشخاص غير موجودين بالصورة، التعبير عن وجدانات قوية، التأكيد على العلاقات بين الأشخاص.

<u>*- الإشكالية القبل – تناسلية :</u>

اللوحة 11 :

أدركت المفحوصة الإشكالية وعالجتها من خلال إدخال شخص غير موجود بالصورة بالتأكيد على مواضيع الخوف، التأكيد على موضوع الإسناد ووجود الصراع الداخلي.

اللوحة 19 :

من خلال إدخال شخص غير موجود بالصورة يريد حماية أفراد عائلته ببناء بيت، بإستخدام سياقات الكف المتمثلة في مثلنة الموضوع بصفة إيجابية، اللجوء للسلوك، وسياق الرقابة المتمثل في الرجوع لمصادر إجتماعية.

<u>الخلاصة :</u>

كانت معظم القصص المبنية ذات صدى هوامي، حيث إستخدمت المفحوصة سياقات دفاعية متنوعة، ذات طبيعة عقلية سادت فيها سياقات المرونة، كما كانت المقروئية العامة للبروتوكول جيدة، لنفترض أن التوظيف العقلي لأمينة جيد التعقلن.

<u>*- حالة بلقاسم :</u>

<u>مدخـل :</u>

عالج بلقاسم معظم اللوحات، بسياقات متنوعة سادت فيها سياقات المرونة والرقابة، كما كان هناك صدى هوامي بمجمل البروتوكول.

<u>السياقات الدفاعية المستخدمة :</u>

كان هناك تنوع في السياقات الدفاعية، حيث كانت السيادة لسياقات المرونة والرقابة التي تمثلت على الترتيب في إدراج مصادر إجتماعية، الوصف مع التعلق

بالجزئيات، تبرير التفسيرات عن طريق تلك التفاصيل، التردد بين تفاسير مختلفة، التأكيد على الصراعات الداخلية، قصة منسوجة حول رغبة شخصية، التعبير عن الوجدانات، التأكيد على العلاقات بين الأشخاص، تصورات متضادة، تعاليق الرجوع إلى مصادر وتقديرات شخصية. أما المرتبة الأخيرة كانت لسياقات الكف والبعض من سياقات بروز العمليات الأولية، التي كانت على الترتيب تخص الصمت الهام أثناء السرد، عدم التعريف بالأشخاص، التأكيد على وظيفة الإسناد، مثلنة الموضوع، إدراك مواضيع مفككة، إنفجارات كلامية.

المقروئية العامة للبروتوكول :

المقروئية العامة كانت إيجابية (+) بسبب تنوع السياقات الدفاعية (A, B ,C)، التي كانت تخص سياقات الإنطلاق B1(1), A1(2), A1(3)، كما كان هناك علاج للصراعات في مجمل الوضعيات.

مستويات الإشكالية :

***- الإشكالية الأوديبية :**

اللوحة 1:

عالج المفحوص هذه اللوحة من خلال إدراك طفل في صراع نفسي يخص الصعوبة بين إختيار الموسيقى وموضوع آخر. في الأخير يحل الصراع بإختياره الموسيقى رغم بقاء هذا الطفل في حالة خوف.

اللوحة 2 :

أدرك المفحوص الإشكالية الثُلاثية حيث عالجها من خلال إدراك الأبوين في وحدة. أما علاقة البنت إتجاه والديها كانت تتمثل في مساعدتهما من خلال ذهابها لتلقي العلم، ثم وضع علاقة أخرى بين الأم وإبنتها من خلال نصح الأم لإبنتها بالدراسة، كي لا تصبح مثل أبيها الذي يعمل الفلاحة. وأخيرا كانت هناك علاقة بين البنت والأب من خلال مطالبة الأب لإبنته بمواصلة الدراسة لنستخلص أن معالجة هذه اللوحة لم يكن صراعي.

اللوحة 4 :

في البداية طغت سياقات الرقابة والكف حيث كان هناك اللجوء إلى إدراج المصادر الإجتماعية، مع عناصر من نمط التكوين العكسي الخاص بالمسؤولية التي عرقلت التقدم في الحديث. ثم إنطلق المفحوص في معالجة الإشكالية عن طريق التصورات المتضادة التي تخص الزوجين.

اللوحة 5 :

طغت سياقات الرقابة التي خصت عناصر من التكوين العكسي (النظام)، التجريد، الرجوع إلى مصادر أدبية، كما تواترت سياقات الكف للتأكيد على ماهو مشعور به ذاتيا، الصمت الهام أثناء السرد.

فكانت القصة تدور حول رغبة شخصية، كان مضمونها يخص إمرأة فتحت الباب لتدخل للغرفة وتبحث في الكتب عن المعرفة، وعليه فلم يتمكن المفحوص من معالجة الإشكال.

اللوحة 6BM :

كان هناك صراع بين الأم وإبنها من خلال تصورات متضادة، فالأم كانت تريد بقاء إبنها أما الإبن كان يريد الذهاب. ليتمكن المفحوص من معالجة الإشكال بفعل مزيج من سياقات المرونة والرقابة التي ساعدت على إنطلاق الحديث.

اللوحة 7BM :

في البداية كان علاج الإشكال متمحورا حول فردين يعانيان من مشاكل عائلية وهما في الغربة، بإستعمال سياقات الرقابة والمرونة. لكن في الأخير قد أدرك المفحوص الإشكالية التي خصت مشكل مشترك بين الأب وإبنه دون التعمق فيه لتدخل سياقات الكف.

اللوحة 8BM :

عالج المفحوص هذه اللوحة من خلال وضعيتين، خصت الوضعية الأولى قصة منسوجة حول أخطار إعطاء السلاح للطفل بإستعمال سياق الرقابة الذي تمثل في نمط التكوين العكسي. أما الوضعية الثانية كانت من خلال العلاقة بين المستوى الأول والثاني، فالطفل الذي كان موجود بالمستوى الأول قد أصاب صديقه بالسلاح وهو لا يستطيع رؤيته.

اللوحة 10 :

عالج المفحوص الإشكالية في سياق مأساوي كان يخص العديد من التفسيرات بالتركيز على العواطف. رغم تدخل سياقات الرقابة والكف قد إستطاع معالجة المحتوى الكامن للوحة بين الرجل وزوجته.

اللوحة 13 MF

عولجت هذه اللوحة من خلال سهر الزوج على زوجته التي أصيبت، حيث عاش صراع داخلي، مستخدما في ذلك سياق الإستناد على الموضوع.

إذن المفحوص لم يتمكن من معالجة المحتوى الكامن للوحة المعبر عن الجنسية والعدوانية في الحياة الزوجية.

<u>*- الإشكالية الإكتئابية :</u>

اللوحة 3BM :

عالج المفحوص الإشكالية الإكتئابية من خلال وضعية بنت كانت مرغمة على الزواج، بإستعمال سياقات الرقابة والمرونة التي ساعدت على إنطلاق الحديث، حيث كان هناك صراع داخلي مع عدم القدرة على تحمل فقدان الموضوع الذي تمثل في غياب العائلة.

اللوحة 13B:

عالج المفحوص الإشكالية من خلال صراع داخلي يعيشه الطفل مع تخوفه من المستقبل، لأنه يعيش حاليا حالة عوز " misérable " فالبيت لم يصبح يظمن له الأمان في سياق مثلنة الموضوع بقيمة سلبية، كما كان هناك تدخل لسياق الرقابة من خلال إدماج التجريد والرمزية مع بعض الأحاسيس.

<u>*- الإشكالية القبل-التناسلية.</u>

اللوحة 11 :

عالج المفحوص الإشكالية من خلال الوصف مع التعلق بالتفاصيل كما أثار مواضيع الخوف بالرجوع للتعاليق والتجريد.

اللوحة 19 :

بإستعمال المفحوص أساليب الكف التي تمثلت في مثلنة الموضوع بالقيمة الإيجابية، الصمت الهام أثناء السرد، لم يستطيع إدراك المحتوى الكامن للوحة.

الخلاصة :

كانت معظم القصص المبنية ذات صدى هوامي، حيث إستخدم المفحوص سياقات دفاعية متنوعة، ذات طبيعة عقلية سادت فيها سياقات الرقابة والمرونة، كما كانت المقروئية العامة للبروتوكول جيدة، وعليه نفترض أن التوظيف العقلي لبلقاسم جيد التعقلن.

الخلاصة العامة En conclusion

بعد تحليلنا للبروتوكولات الخاصة برائز تفهم الموضوع، قد وجدنا أنه رغم استعمال المفحوصين لنفس السجل الدفاعي فإنه يوجد اختلاف بين خصوصيات طريقة توظيف كل واحد عن الآخر.

فحالات أمينة وبلقاسم قد استعملا اللجوء ليميكانيزم المرونة، لكن ذلك لا يعني أنهما استخدما هذه السياقات بنفس الطريقة وبنفس الوزن، بل كان هناك اختلاف من حالة لأخرى رغم استخدامهما نفس السجل، لتكن سياقات المرونة في حالة بلقاسم ممزوجة بسياقات الرقابة. وفيما يخص المقروئية فقد كانت المقروئية العامة لمجمل البروتوكولات موجبة بسبب وجود مزيج وتنوع للسياقات المستخدمة، كما كانت هناك أساليب من نوع A1, B1 التي ساعدت على إنطلاق الحديث، كما وجدنا معالجة للصراعات سواء على المستوى الداخلي و/أو العلائقي لتكون القصص المبنية ذات صدى هوامي.

على العموم معظم الإشكاليات قد أدركت و/أو عولجت. نستنتج أن كل هذه المجموعة تنتمي للتوظيف العقلي الجيد التعقلن.

الخلاصة العامة (المقابلة والرائزين الإسقاطيين) :

تميزت الحالة الصحية لبلقاسم وأمينة بإختلال للتنظيم التدريجي للجسد الذي أدى إلى وفاة أمينة. غير أن الحالة الصحية لبلقاسم المتميزة بالتوازن النسبي، فقد كان أحيانا عرضة لأمراض خطيرة (السل) كان يسترجع بعدها عافيته، بالرغم من بعض الإختلالات التي كانت مرتبطة ببعض الأحداث الصدمية -وفاة الأم- التي إسترجع بعدها توازنه.

نستطيع أن نستنتج أن لهذه الفئة إمكانيات تصدي متوسط للأمراض التي لا تحمي الجسد من تأثير الأحداث الصدمية كحالة أمينة.

أما من ناحية الصحة العقلية فقد إتسم أفراد هذه العينة باستثمار حيز نفسي تعالج فيه الإثارات، وذلك باستخدام أساليب دفاعية متنوعة، حيث فحصنا هذا الجانب بتطبيق الرائزين الإسقاطيين المتمثلين في الرورشاخ ورائز تفهم الموضوع. ولاحظنا اختلاف واضح للنتائج في الرائز الأول مع نتائجه في الرائز الثاني. ففي حالة أمينة كان هذا الإختلاف جد واضح في الرورشاخ بين مرحلة التمرير ومرحلة التحقيق. أما في حالة بلقاسم فقد تميز رائز الرورشاخ بالتركيز على سياقات المرونة أما رائز تفهم الموضوع

فقد تميز بسيادة سياقات الرقابة ثم المرونة وهذا الإختلاف واضح لعدم انتظام التوظيف « l'Irrégularité du fonctionnement ».

من خلال التحليل المفصل لمادتي الرورشاخ ورائز تفهم الموضوع نستنتج أن أفراد عينتنا ينتميان للعصاب الغير مؤكد التعقلن الذي هو في حالة علاقة وطيدة مع الحالة الصحية لأفراد عينتنا.

I-تحليل المقابلة لدى المجموعة الثالثة السيئة التعقلن.

مدخـل :

تميز أفراد هذه المجموعة على العموم بالقدرة السيئة للتصدي الجسدي للأمراض (La tenue du corps). حيث تعرض هؤلاء المصابين لبعض الإصابات جعلهم لا يستطيعون التغلب عليها، في بعض الحالات إلى الموت (حالات مصطفى، عائشة). كما كانت هناك حالات لم تتعرض لأي إصابة لا قبل الإصابة بالقصور الكلوي المزمن ولا بعده، كحالات نصيرة وأحمد. فمحافظة هؤلاء المصابين على توازنهما الجسدي نسبيا، يبقى مرتبط بما يحضيان به من رعاية من المحيط، إلاّ أنهما يبقيان عرضة لإختلال التنظيم الجسدي إذا تعرضا لأي صدمة.

أما البعض الآخر من المصابين فقد كانوا عرضة لإختلال التنظيم التدريجي (La désorganisation progressive)، لأنهم أصيبوا بالعديد من الأمراض المتتالية

كحالات حورية، حسينة، محند، عاشور، أما حالات مصطفى وعائشة فقد أدى بهما هذا الإختلال التدريجي إلى الموت.

كما تميز أفراد هذه المجموعة بتوظيف عقلي سيئ من خلال حيز نفسي إتصف برداءة التوظيف وغياب الصراعات مع إستخدام أساليب دفاعية بدائية غير عقلية تنتمي لسياقات تجنب الصراع المتمثلة في التمسك بالواقع العملي للأحداث واللّجوء للسلوك.

***- حالة نصيرة:**

الحالة الصحية :

تعالج نصيرة بالتحال الدموي منذ إحدى عشرسنة، تعاني الآن من بعض تعقيدات هذه الإصابة كالفقر في الكالسيوم، إرتفاع الضغط الشرياني. فيما يخص إنعكاسات الإصابة، نجد أنه عندما بلغت نصيرة القسم النهائي من الدراسة أحبت تلميذا كان يدرس في نفس الثانوية، لكن بعد هذه الإصابة إضطرت إلى مفارقته. كما تعاني من انعدام الطمث منذ سنتين، إصفرار الوجه، قائلة في هذا الصدد "La dialyse changé العبد".

التوظيف العقلي:

كانت نصيرة خلال المقابلة كثيرة الصمت، تجيب حسب السؤال، كما أنها كانت كثيرة التكرار لنفس الأحداث، أما إهتمامها فقد كان يخص إصابتها فقط.

فيما يخص الأحداث الحياتية الهامة في حياة المفحوصة، لما بلغت سن الرابعة من العمر طُلقت أمها، ثم أعاد أباها الزواج بإمرأة أخرى حيث إحتضُنت نصيرة من طرف أمها وجدها. لكن بعد فترة، توفت أمها وبقيت عند جدها، ولما بلغت سن السادسة من العمر أخذها أبوها للعيش في بيته من أجل الدراسة، في البداية كانت نصيرة تتحصل على نتائج جيدة، تحب وتمارس الرياضة، إلى غاية سن الثامنة عشر أين أصيبت بداء الكلي.

أما الحياة العلائقية فهي لا تعاني من أي مشكل علائقي، فهي تحضي بالعناية الكاملة من محيطها، كما أنها تستبعد الآن أي علاقة تهدف للزواج لأنها مريضة.

كانت السياقات الدفاعية المستعملة أثناء المقابلة تنتمي لسياقات تجنب الصراع، التي تمثلت في الصمت الطويل أثناء السرد، اللجوء إلى تعبيرات جسدية، حيث كانت نصيرة تستخدم العديد من الإشارات بيدها أثناء تحدثها، الرجوع إلى قيم خارجية كقولها "الطفلة هناي كي تمرض ماشي زعما كيما في L'Europe مريضة معليش"، التحدث عن وجدانات ظرفية "La dialyse s’est la souffrance". أما السياقات التي إتخذت المرتبة الثانية تمثلت في سياقات الرقابة، التي كانت تخص التحفظات الكلامية، الإجترار.

فيما يخص الحياة الهوامية، فإن نصيرة كثيرة التفكير في إصابتها، أما الأحلام فإنها تمثلت في أحلام إجرائية، تمثلت في حلم ما تقوم به في النهار، أو الأشياء التي تتمناها في الواقع تحلمها قائلة "واش نتمنى dés fois، نحلموا في الحلم".

<u>*- حالة أحمد :</u>

<u>الحالة الصحية:</u>

تعرض أحمد لعملية نزع الزائدة الدودية سنة 1997، وفي سنة 1998 أصيب بالقصور الكلوي المزمن قائلا "قبل المرض نتاعي ما كان عندي حتى مرض"، كما أنه الآن لا يعاني من أية إصابة.

فيما يخص إنعكاسات الإصابة، فإن أحمد فقد خطيبته التي تركته بسبب هذه الإصابة الكلوية، كما عدّل في أوقات عمله حيث أُنقصت له ساعات العمل.

<u>التوظيف العقلي:</u>

كان أحمد خلال المقابلة يتحدث عن ماضيه، معتمدا في ذلك على الأسئلة التي كنا نطرحها عليه، بالعديد من التفصيلات الرقمية، كما تميزت حياته الماضية بالعديد من الأحداث الصدمية.

فيما يخص الأحداث الحياتية الهامة في حياة أحمد تمثلت في ما يلي :

* لما كان أحمد يبلغ عامين من العمر، سنة 1973، ذهب أباه إلى فرنسا، دون أن يهتم بعائلته، التي عانت الكثير من الشقاء (La misère)، فأحمد لم يرى أباه أبدا.

* عانى أحمد لما كان صغيرا من خوف شديد لأنه كان يتلقى الضرب من أمه وأخاه الأكبر.

* في سنة 1987 لما كان يبلغ أحمد السادسة عشر من العمر، بلغه خبر وفاة أبيه، الذي إنتحر حيث ألقى بنفسه من العمارة.

* في سنة 1994 تعرض أحمد إلى حادث حافلة حيث فقدت هذه الأخيرة الكوابح، فعانى من الخوف الشديد "الخلعة"، كما توفى إثنى عشر مسافرا كانوا على متن تلك الحافلة.

* في سنة 1995 كان أحمد يحب فتاة -حيث كان كثير التعلق بها - تزوجت من شخص آخر، فكانت صدمة عنيفة بالنسبة لأحمد أدت به إلى فقدان اللذة في الحياة والمرور للفعل كتناول المخدرات قائلا في هذا الصدد : "عشت تجربة صعيبة، نقعد وحدي في الغابة كرهت، شغل حسيت Aucun espoir شغل شفت الدنيا ضلمة كامل يسما خليت لقراية على جالها، يسما كنت نحبها بزاف، أو مبعد كي راحت شغل راح كلش، ما حبيتش نقرا، ما حبيتش نخدم، ما حبيتش والوا، شغل الدنيا ما فيهاش Aucun goût، وليت نشرب La drogue، في ليام لي تزوجت".

* في سنة 1996 أحب أحمد فتاة أخرى لكن ليس بنفس الشدة التي أحب بها الفتاة الأولى فخطبها، وبعد إصابته بالقصور الكلوي المزمن سنة 1998، تركته بسبب الإصابة.

فيما يخص الحياة العلائقية فإن أحمد كانت له علاقة سيئة مع أمه التي كانت في الماضي تضربه لأنها كانت تمثل السلطة الأبوية بسبب غياب الأب. أما حاليا فإن علاقته بأمه قد تغيرت لأنه أصبح أكثر تفهما لسلوكاتها. قائلا في هذا الصدد "يما نحبها بزاف، خاطر علابالي لحنانة تع الراجل ما عندهاش، يسما أمبعد ولات تغيضني". أما علاقة أحمد مع أخيه فهي ليست جيدة، لأن أخاه يريد التدخل كثيرا في خصوصياته.

فيما يخص السياقات الدفاعية المستعملة في المقابلة، كان أحمد يصف الأحداث بالتفصيل مركزا في ذلك على القيام بالفعل، وبالتركيز على التدقيقات الرقمية (Précisions chiffrées).

أما الحياة الهوامية لأحمد تلخصت في تفكيره حول إصابته والشفاء منها رغم عدم توفر المتبرع، أما الأحلام فقد تمحورت حول تعرضه لحادث الحافلة الذي أصبح يتخذ شكل كوابيس تكرارية، كما أنه يحلم انه يقوم بالألعاب الرياضية - قبل إصابة أحمد بالقصور الكلوي المزمن كان يمارس الرياضة -، على العموم إن أحمد لا يحلم كثيرا.

***- حالة محند * :**

الحالة الصحية :

بدأ السيد محند في 13 جانفي 1997 التصفية عن طريق التحال البيروتيني ليعني ذلك التوقف الكلي لعمل الكليتين، أحيل بعد ستة أشهر إلى التحال عن طريق الكلية الاصطناعية. في الماضي كان يعاني من آلام في الرأس ثم أصيب بإرتفاع الضغط الشرياني عند بلوغه سن الرشد، تلتها الإصابة الجلدية الزونا Zona، ثم إصابة الكليتين.

فيما يخص إنعكاسات الإصابة فقد نقص وزن المفحوص - كان يزن 75 كلغ قبل الإصابة - بحوالي 25 كلغ، كما أصبح عاجزا عن العمل.

التوظيف العقلي :

خلال المقابلة كنا نتدخل بطرح أسئلة من أجل إنعاش علاقتنا وحث السيد محند أكثر على الكلام، لكن ذلك كان دون جدوى فكانت إجابته مبتذلة، كما كان يستعمل التعبير الجسدي على شكل إشارات.

فيما يخص الأحداث الحياتية الهامة عند المفحوص فقد كانت الذكريات جد مختصرة، فحديثه عن الماضي كان متمحورا حول القيام بالأعمال حيث كان متمسكا بوقائع خالية من أي تعبئة عاطفية، متحدثا عن هذا الماضي بصفة إجرائية.

أما الحياة العلائقية فقد تميزت بالفقر، فكانت العلاقة مع والديه مبتذلة أما مع زوجته وأولاده كانت تظهر غير صراعية وغير معبأة بأية عاطفة، فلا يوجد أي حادث ذو أهمية في حياته، ولا نجد أي إستثمار أو الإهتمام بالمشاريع في المستقبل. كما يتلقى محند الرعاية الكاملة في المستشفى خلال حصص التصفية من طرف الفريق الطبي.

* من يريد التعرف على حالة محند في أدق التفاصيل فإننا قدمناها كاملة في الفصل السابق - الفصل السادس

أما السياقات الدفاعية التي إستعملت في المقابلة كانت تخص الحديث المطبوع بما هو عملي، فأحداث الواقع كانت تُروي بإنفصال كبير عن العواطف. كما كانت بعض السياقات الخاصة ببروز العمليات الأولية من خلال الاضطراب في تصريف الأفعال بصفة ناقصة، إستعمال جُمل غير مكتملة ومعلقة. المرتبة الأخيرة كانت لسياقات الرقابة التي كانت نادرة، محصورة في بعض التحفظات الكلامية "Je ne sais pas"، الرجوع للقيم الخارجية، كما وجدنا بعض الإستدلالات الرقمية بتواريخ تخص أحداث حياته التي كانت غير مؤكدة وغامضة.

فيما يخص الحياة الهوامية كانت فقيرة متميزة بنقص التداعيات والتفكير المنحصر في الإصابة بالقصور الكلوي المزمن. أما الأحلام فكان يحلم قبل إصابته بالقصور الكلوي المزمن، لكن بعدها فهو قليل الحلم. كما لاحظنا العجز الكامل للمفحوص عن تذكر أي حلم.

***- حالة عاشور :**

الحالة الصحية :

تعرض عاشور للإصابة بالقصور الكلوي المزمن سنة 1996، حيث تلقى العلاج عن طريق التحال البيروتيني متعرضا بذلك للعديد من الإنتانات "Les infections"، ثم أحيل بعد ذلك للديباليز بعد 8 أشهر، كان عاشور من قبل مصاب باليرقان Jaunisse، ثم ارتفاع الضغط الشرياني، وبعدها أصيب بالكلى، وقد حضي مُؤخرا بعملية الزرع الكلوي حيث تبرع له أخاه بكلية *.

أما انعكاسات الإصابة فقد كان في الماضي - قبل الإصابة - لا يحتاج إلى أحد، أما الآن فقد أصبح تابعا لمحيطه أما حياته الجنسية فقد نقصت بالتدريج، كما أنه لا يتبول، كما نقص وزنه من 75 كلغ إلى 54 كلغ بعد الإصابة. وأنه يرى أن الإصابة بالقصور الكلوي المزمن يعيقه عن العمل الذي فقده والزواج في المستقبل.

التوظيف العقلي :

*- قمنا بالمقابلة وتقديم الروائز للسيد عاشور قبل تلقيه عملية الزرع الكلوي.

كان عاشور خلال المقابلة يتحدث بصعوبة عن ماضيه، فإنه كان يطلب منا أن نطرح عليه أسئلة كي يستطيع الإجابة. فالذكريات التي أفادنا بها كانت جدّ مختصرة تخص الذهاب للمدرسة، واللعب، حيث كان يركز كثيرا في ذلك على القيام بالفعل.

أما الأحداث الحياتية الهامة عند المفحوص قد تلخصت في تلقيه العديد من المشاكل أثناء قضائه الخدمة الوطنية حيث تلقى العديد من الصفعات من طرف قائد الفرقة العسكرية فكان يفكر كثيرا وخائفا من عقوبة تخص تأجيل موعد قضاء الخدمة الوطنية.

يتلقى السيد عاشور العناية الكاملة من طرف كل أفراد عائلته فكلهم يقترحون عليه التبرع بالكلية، ليكون آخر إخوانه ذو نفس الفصيلة الدموية. فهو منذ 1996 مُحضرا للملف الطبي الخاص بالتبرع لكنه يتأسف على أن الجزائر ليس لها الإمكانيات لذلك.
كما أنه يفكر أحيانا بأنه عبئ وتابع للآخرين، ففي كل حصة للتصفية الدموية يأخذه أخاه للمستشفى وعند إنتهائه يرجعه أباه.

فيما يخص علاقته مع أمه تتميز ببعض الشجارات أحيانا، لكنه سرعان ما يطلب منها الإعتذار لأنه يحبها ويتلقى منها الرعاية الكاملة بالأخص عند الانتهاء من حصص الدياليز.

كما أن عاشور تجمعه علاقة حب مع فتاة من أقرباءه منذ سنتين، تلقى منها كل التشجيعات لإجراء عملية الزرع، كما إقترحت عليه أن تتبرع له بكليتها. هذه العلاقة قد توطدت أكثر بعد إصابته بالقصور الكلوي المزمن.

أما طبيعة السياقات الدفاعية المستعملة في المقابلة كانت متمحورة حول القيام بالفعل وتجنب الصراعات، مع الصمت الطويل أثناء السرد، والميل العام للإختصار إلى جانب ذلك، قد أدلى لنا السيد عاشور أنه قبل إصابته بالقصور الكلوي المزمن كان يكرر التحقق من غلق الباب حوالي ثلاثة أو أربعة مرات قبل أن ينام، لم نتمكن من التعرف على طبيعة هذا السلوك إن كان ذو قيمة عرضية عقلية أو سمة طبعية.

حياته الهوامية تمحورت في التفكير في عملية الزرع ثم العمل والزواج. فيما يخص الحياة الحلمية، فإن عاشور كثير الحلم بالفتاة التي يحبها، وأحيانا يحلم بما يقوم به في النهار، أو أنه يقوم بحصة الديالیز وأحيانا يحلم بالكوابيس.

***- حالة حسينة :**

الحالة الصحية :

منذ 5 سنوات وهي تعاني من هذه الإصابة، لما كانت تبلغ العشرين سنة كانت تعاني من بعض الأعراض كعدم القدرة على المشي، والتعب، لينتفخ جسدها، وبعد إستشفاءها للقيام بالتحاليل اللازمة، شُخصت حالتها أنها تعاني من التوقف التام لعمل الكلي، لتعالج بالتحال الدموي البيروتيني وبعدها بحوالي (5 أشهر إلى 8 أشهر) أحيلت للعلاج بالتحال الدموي، حيث تعاني حاليا من فقر في الدم، ومنذ سنة تعاني من إنعدام الطمث (Aménorrhée)، وزوال كمية البول المطروحة، كما تعاني من إرتفاع الضغط الشرياني والدوخة. كما نجد تدخل العامل الوراثي بسبب مرض أمها بالكلى - لديها كلية صغيرة -.

أما انعكاسات الإصابة فنجد أن حسينة كانت تجمعها علاقة حب مع شخص قد تخلى عنها. بعد الإصابة كما أن طباع حسينة تغيرت حيث أصبحت تنزعج بدون سبب، فهي تبكي طوال اليوم، دون أن تتحدث مع أحد.

التوظيف العقلي:

كانت حسينة تتحدث بالتفصيل عن إصابتها والتدخلات الطبية التي لاقتها، كما تخلل المقابلة العديد من الصمت، فلم تكن تتكلم إلا بعد طرح سؤالنا.

أما الأحداث الهامة في حياة حسينة فقد تمثلت في ترك الدراسة وهي في السنة الخامسة إبتدائي بسبب بعد المسافة بين بيتهم والمدرسة، ولما بلغت سن 11 من العمر فقد أرعبها رجل كان يتبعها وفي يده سكين حيث ارتابها خوف شديد واستطاعت الهروب.

حددت حسينة علاقتها بعد إصابتها، فهي الآن منعزلة، تبكي فقط، ليتمحور تفكيرها في إصابتها ومقارنة نفسها بالفتيات اللواتي يبلغن نفس سنها ولا يعانين من نفس الإصابة. كما نجد أنها كثيرة التقيد بوالديها فهما اللذان يساعدانها ويهتمان بها لتقول في هذا الصدد "إذا مُت قبل بابا ما عليش، مبصح، إذا بابا مات شكون يتلها بي".

فيما يخص طبيعة السياقات الدفاعية المستخدمة خلال المقابلة كانت تتمثل في الصمت الهام أثناء السرد، عدم وجود الصراع، اللجوء للسلوك (البكاء).

أما تفكيرها فإنه محصور في إصابتها وتساؤلها حول إمكانية شفاءها أم لا ؟ أما الأحلام فهي قليلة وكانت لا تتذكر محتواها وفي معظم الأحيان تحلم أنها تبكي.

***- حالة حورية :**

الحالة الصحية :

في الماضي كانت حورية مصابة بمرض نقص الفيتامينات - لم نتعرف على طبيعة هذه الإصابة بسبب نقص المعلومات التي أدلت بها لنا المفحوصة – وبعد حوالي ثمانية سنوات، أي عند بلوغ حورية 20 سنة، عانت من إرتفاع الضغط الشرياني ثم الحساسية ثم الإصابة بالقصور الكلوي المزمن.

أما إنعكاسات الإصابة فحورية تعاني من تعب دائم، باردة جنسيا، تعاني من فقر الدم، كما كانت غير قادرة على القيام بأعمال البيت.

التوظيف العقلي :

كانت حورية كثيرة الصمت، لا تتحدث إلا بعد طرحنا لها للسؤال، أما الأجوبة فقد كانت جد مختصرة.

لا توجد أحداث حياتية هامة في حياتها، فهي لا تتذكر الماضي، فالحدث الوحيد الهام كان يخص إصابتها بالقصور الكلوي المزمن.

فيما يخص الحياة العلائقية، فقد كانت تحضى بالرعاية الفائقة من قبل أولادها وبناتها، فأولادها الذكور يأخذونها لحصص التصفية، أما بناتها فيقمن بالأعباء المنزلية.

فيما يخص السياقات الدفاعية المستخدمة فقد تمثلت في الصمت الهام أثناء السرد، الميل العام للإختصار، عدم وجود الصراعات حيث كان الحديث مبتذل، اللجوء للسلوك (الضحك)، إنفجارات كلامية.

أما تفكيرها فهو ينحصر في الشفاء من إصابتها فقط، أما الأحلام فهي تحلم أحلام خام، تخص الأموات، الثعابين اللذين يحيطون ببطنها.

***-حالة عائشة :**

الحالة الصحية :

كانت عائشة تعاني منذ سن الرابعة عشر من التهاب اللوزتين اللتين إستأصلتهما عن طريق عملية جراحية في سن السادسة والعشرين من العمر. تعرضت بعدها لعملية جراحية أخرى من أجل نزع الزائدة الدودية، كما عانت كذلك من إفتقار في الدم (Anémie).

أما إنعكاسات الإصابة على عائشة فتمثلت في فقدان زوجها الثاني الذي تركها فعادت للعيش في بيت أبيها تاركة أولادها الثلاثة لزوجها الذي لم يزرها إلا مرة واحدة منذ إصابتها. بالإضافة لذلك فقد عانت من العديد من المشاكل مع إخوتها اللذين أرادوا بيع المنزل الذي تقطن فيه معهم، بعد وفاة أبيها، قائلة في هذا الصدد "كنت مريضة، زدت مرضت على جال أولادي"، "خيوتي يديرولي المشاكل" وقد بلغنا مؤخرا خبر وفاة عائشة.

التوظيف العقلي :

كانت تتحدث عائشة في المقابلة بطلاقة لتعبر وتركز على الجانب العلائقي مع زوجها وأولادها والمشاكل التي تعاني منها في البيت.

فيما يخص الأحداث الحياتية الهامة فقد كانت عائشة تُضرب من طرف زوجها وحماها، وبعد سنة نفذ صبرها فقررت الذهاب، لكن حماها لاحقها بالبندقية فهربت وهي خائفة وحماها يطاردها مهددا. فطُلقت تاركة في بيت زوجها إبنها الوحيد الذي كان يبلغ من العمر شهرين قائلة في هذا الصدد "شهرين بعد ماولدتو نبكي عليه، ونخمم عليه".

كما تعاني عائشة حاليا من مشكل مع إخوانها اللذين يريدون بيع البيت - بيت أبيها - الذي تقطن فيه معهم، دون رضاها.

فيما يخص الحياة العلائقية فإن عائشة تعاني من مشاكل مع زوجها الذي لا يبعث لها نقود ولا يسأل عنها، وتعاني من مشاكل مع إخوانها اللذين يريدون بيع البيت.

السياقات الدفاعية كانت تتمثل في التأكيد على العلاقات، التأكيد على ما هو يومي، واقعي حسي ملموس، الرجوع إلى قيم خارجية، ذكر بعض العناصر المقلقة.

فيما يخص حياتها الهوامية فهي متمحورة حول التفكير في العودة إلى منزل زوجها، وبأن تُشفى وتصبح مثل السابق، أما الأحلام فهي أحيانا تحلم لكنها لا تستطيع تذكرها.

***-حالة مصطفى :**

الحالة الصحية :

يعالج مصطفى بالتحال الدموي منذ خمسة سنوات، تعرض سنة 1962 لعملية جراحية نزع فيها الزائدة الدودية، وبعد الإصابة بالكلى، عانى من فتق (Hernie) على مستوى البطن.

كان مصطفى يعاني الكثير من المشاكل المادية، لأنه عاطل عن العمل وأب لثمانية أطفال، فلم يستطيع سد حاجياتهم. قد نجد تدخل العامل الوراثي في إصابته، لأن أخته تعاني منذ سنتين من القصور الكلوي المزمن حيث تتلقى نفس العلاج - التحال الدموي- فقد مصطفى عمله كمربي للمواشي بسبب إصابته، كما بلغنا مؤخرا بأنه توفي.

التوظيف العقلي:

كان مصطفى خلال المقابلة قليل التحدث، ينتظر منا الأسئلة كي يجيب، كما كانت الذكريات جد فقيرة. ليتخلل المقابلة الكثير من الصمت.

فيما يخص الأحداث الحياتية الهامة في حياة مصطفى فقد تلخصت في تأكيده على الحرب ضد فرنسا حيث سُجن في سن السادسة عشر من العمر، مدة أربعة أشهر، أين تلقى الكثير من التعذيب، ورأى الكثير من الأحداث المأساوية. ولما كان يبلغ مصطفى الثامنة وعشرين سنة توفت أمه، فكان شديد الخوف ولم ينم مدة أسبوع. بعدها ثم أعاد أباه الزواج، فعانى الكثير من المشاكل مع زوجة أبيه. مؤخرا، وعند بلوغه خبر معاناة أخته بالقصور الكلوي المزمن، لم يأكل لمدة أربعة أيام.

فيما يخص الحياة العلائقية فإن مصطفى يحتاج لزوجته وأبناءه لأنهم يهتمون به.

السياقات الدفاعية المستخدمة خلال المقابلة كانت متمثلة في اللجوء للسلوك (الضحك خلال المقابلة)، إعادة نفس محتوى الحرب الذي كان كثير التكرار له، الصمت الهام أثناء السرد، التركيز على القيام بالفعل.

فيما يخص تفكير مصطفى فإنه يفكر في إصابته، أما الحلم فهو لا يحلم.

الخلاصة :

خلال المقابلات التي أُجريت مع هذه الفئة تحصلنا على القليل من المعلومات حول ماضيهم. كما أننا لم نجد أي تعبير عن الجدلية نزوة / دفاع، مع غياب أي أعراضية عقلية، حيث إستخلصنا أنهم يتميزون بفقر في الذكريات، الرجوع إلى ما هو عملي ويومي، العيش في حاضر دائم (حياة إجرائية)، نقص في العواطف.

من كل ما سبق ذكره إذن نحن بصدد فرضية توظيف عقلي يخص عصاب سئ التعقلن حسب التقسيم النوزوغرافي لمارتي.

أما عن إمكانيات التصدي الجسدي للأمراض(La tenue du corps) فإننا وجدنا العديد من الإصابات في ماضي المرضى. التي أدت بالبعض منهم للوفاة، لذلك نحن بصدد إمكانيات تصدي جسدي سيء للأمراض.

II- تحليل رائز الرورشاخ للمجموعة الثالثة السيئة التعقلن

مدخل :

كانت مجمل البروتوكلات فقيرة من ناحية محتوي التداعي، حيث كان عدد الإجابات منخفض عند معظم المفحوصين، هذا العدد الذي إختلف من مفحوص لآخر، حالة أحمد R=15، حالة عاشور R=18، حالة حورية R=19، حالة عائشة R=13، ليرتفع هذا العدد في حالة نصيرة R=35.

أما حالة مصطفى فقد كانت الإجابات تتضمن دوما نفس المحتوى الذي كان يتكرر، فكان يخص سياق المواضبة الذي يتعلق بأجزاء الجسد.

كما وجدنا إختلاف في طريقة تناول الواقع من مفحوص لآخر، فقد فاقت نسبة التناول الجزئي نسبة التناول الشامل في عظم الحالات.

أما المحددات فقد كانت معظمها شكلية، والحياة النزوية كانت جد فقيرة والمحتويات كانت جد منحصرة، حيث كان دوما يسود محتوى أو محتويان على المحتويات الأخرى، فمثلا حالة حورية فقد كانت كل المحتويات حيوانية A%=100%.

كما نجد الرفض لبعض اللوحات التي لم يتمكن بعض المفحوصين من معالجتها، رفض اللوحة VI حالة عاشور.

فيما يلي سنقدم السياقات المعرفية الخاصة بهذه المجموعةُ مركزين في ذلك على طريقة التناول والمحددات والعوامل الإجتماعية. أما فيما يخص الحياة النزوية فإننا سنقدم ولو بصفة مختصرة كل حالة على حدى.

السياقات المعرفية : Les procédés cognitifs

طريقة التناول : Le mode d'appréhension

تناول المفحوصين الواقع الخارجي في شكلياته، حيث كانت هذه الطريقة للتناول مختلفة من مفحوص لآخر.

- نصيرة G %= 6%، D% = 86%.
- أحمد G %=60%، D% = 40%.
- محند G% =38%، D% = 38%.
- عاشور G% =38%، D% = 61%.

- حسينة%86= G% ،82%=D%.

- حورية 42%= G% ،52%=D% .

- عائشة D%= 38%, G% = 30%

كما كانت لدى بعض المفحوصين زيادة على طريقة التناول المشار إليها، طرق أخرى للتناول كالتناول المجزأ المصغر، حالة حسينة% Dd=8%، حالة حورية % Dd=5% حالة نصيرة % Dd=2% والتناول الجزئي داخل البياض، حالة عائشة %Dbl=3، حالة نصيرة %Dbl=2 .

أما التناولات الشاملة فقد كانت معظمها بسيطة في كل الحالات التي لا تدل على أي مجهود عقلي.

أما المركبة فقد كانت نادرة، التي كانت في بعض الأحيان مرافقة للأحاسيس مثلا حالة حورية اللوحة I (F+CLOB)، اللوحة IV (FC+) ، اللوحة VI (FC+)، وحالة عاشور في اللوحة كانت معضمها مراقبة ومتحكم فيها ،أو تناولات شاملة مرافقة لإحساس بحت كحالة حسينة اللوحة V (C).

أما الإجابات المجزأة فمنها ماكان مرتبط بمحدد شكلي إيجابي، حيث كانت هذه الإجابات كثيرة التواتر في معظم الحالات، ومنها ماكان مرتبط بمحدد شكلي سلبي – سنتطرق لذلك بالتفصيل في الإنزلاقات التي نذكرها في الحياة النزوية- ومنها ماكان مرتبط بمحدد حركي لكن في إجابات نادرة، كحالات حسينة اللوحة III (K)، واللوحةX (Kan)، وحالة عاشور اللوحة VI (Kan)، حالة حورية اللوحة III (K)، وحالة نصيرة في اللوحة X (Kan). ومنها ماكان مرتبط بمحدد حسي في إجابات نادرة كحالات حورية اللوحة II وIII، وحالة حسينة اللوحة II.

المحـددات :

قد إختلف تناول الواقع من مفحوص لآخر، حيث كان متناولا في عدة أشكال.

تناولت نصيرة الواقع في شكلياته(F%=97%)، لكن هذا التناول لم يكن دوما فعالا (F+% = 64%) بسبب بعض الإنزلاقات التي خصت بعض الإجابات، فرغم التصحيح

(F% elarg=100% la correction) لم يكن ذلك دوما فعالا F+ % elarg= 65%. لنستخلص أن نصيرة متشبتة بالواقع الخارجي لكن ذلك الجهد قد يتوج بالفشل.

تناول أحمد الواقع في شكلياته F% = 93%، لكن ذلك المجهود كان دون جدوى F+ % = 64%، فرغم التصحيح الذي أضيف عن طريق F% elarg = 100% فإنه لم يكن دوما فعالا F+%=66%، وذلك بسب تردد نفس المحتوى رغم تغيير المثير.

كان لجوء محند للواقع في شكلياته جد مرتفع F% elarg= 100%, F% = 88% أما عن فعالية هذا التشبت بالواقع كان غير فعالا من خلال F+ elarg = 61%, F+%= 54%.

أي أنه كان هناك مجهود ناحية الواقع لكنه كلل بالفشل.

حالة عاشورتناول الواقع في شكلياته F% = 83%، ليكون هذا التناول موفقا F+% = 80% لنستخلص أن إجتماعية عاشور موفقة إتجاه الواقع الخارجي ليبقى متحكم فيه.

تناولت حسينة الواقع في شكلياته F% = 78% لكن هذا التناول قد يكلل بالفشل F+%=66%، لكن للمفحوصة قدرات لتدارك هذا الفشل من خلال F%elarg = 91% .

حالات حورية وعائشة قد تناولت الواقع في شكلياته على الترتيب F% = 92% , F%=68% لكن هذا المجهود قد كلل بالفشل ناحية هذا الواقع F+%=41%، F+% = 54 % رغم التصحيح، F% elarg =100% تبقى هذه الفعالية منخفضة ، F+% elarg = 68% , F+%elarg = 46%.

وذلك بسبب الإنزلاقات التي كانت بفعل تكرار بعض المحتويات رغم تغيير المثير.

الديناميكية الصراعية :

مدخـل :

كان كل المفحوصين يتميزون بحياة داخلية نزوية فقيرة كأنهم يعيشون فراغ داخلي فانحصر توظيفهم النفسي في التشبث بالواقع.

سنحاول فيما يلي الإحاطة بتصور الذات والتعرف على التقمصات أما فيما يخص الحياة النزوية والميكانيزمات الدفاعية المستخدمة، فإننا سنقدم ملخص موجز عن كل حالة على حدى.

تصور الذات La représentation de soi.

كان هناك في معظم الحالات إضطراب في الصورة الجسدية، رغم إدراك بعض المفحوصين لبعض اللوحات الموحدة (unitaire) بصفة كلية، إلا أننا عند تحليلنا الدقيق للبروتوكولات وجدنا التجزئة التي خصت بعض اللوحات من خلال إدراك أجزاء للجسد، فمثلا حالة عائشة اللوحات II، IV، VII، وحالة محند اللوحات VI، VII اللذان إهتما بأجزاء الجسد والتناظر (symétrie)، أما حالة أحمد فقد تكرر محتوى جسدين متحدين في معظم اللوحات، هذه التجزئة وهذا الإضطراب لم يكن ذو طبيعة ذهانية لأننا لم نجد السياقات الدفاعية الأخرى التي تدلنا على هذه الطبيعة من التوظيف، لكننا نفتح باب التساؤل حول :

هل إضطراب الصورة الجسدية في علاقة مع الإصابة الجسدية المزمنة ؟- القصور الكلوي المزمن -، كما وجدنا الهشاشة التي ميزت تصور الذات، فمثلا حالة أحمد الذي كان يدرك في معظم الأحيان "متلاقيين 2 corps" أما حالة عائشة في اللوحة IV، VI، " هذي شبهتها للوحوش تع لخلا ".

التقمصات : Les identifications

كانت التقمصات في معظم الحالات غير واضحة، في حالة أحمد كان يتردد محتوي "متلاقيين 2corps" في معظم اللوحات أما في اللوحة III فقد أضاف " يشبهوا l'être humain " دون تحديد للجنس. أما حالات نصيرة وحورية وعاشور فلم نجد أي تقمص إنساني بل كانت كل المحتويات حيوانية.

تردد محند في التقمص في اللوحة III، " بنات ولا راجل " أما اللوحات الأخرى فقد تحدث عن العبد، كذلك حسينة فقد ترددت، في اللوحة III " الراجل ولا لمرة " وفي اللوحة IV " بلاك جسم إنسان " أما اللوحة IX" زوجين بلاك لمرة والراجل "[1].

[1]- أقماس بلاك لمرة والراجل

أما عائشة فقد كان التقمص إنساني دون التعرف على الطبيعة الجنسية، اللوحة I "شبهتها للبعد"[2] هذا المحتوى الذي تكرر في اللوحة VI، اللوحة VIII، اللوحة IX اللوحة III ، " للوحوش نتاع لخلا ".

الحياة النزوية :

وجدنا أنه من المستحسن التحدث عن الحياة النزوية لدى كل فرد من المجموعة ولو بصفة مختصرة، بإستثناء حالة محند التي سنقدمها بصفة موجزة لأنها متواجدة بالتفصيل في الفصل السابق- الفصل السادس-.

***-حـالة نصيرة :**

كانت الحياة الداخلية لنصيرة جد فقيرة، حيث كانت هناك حركية حيوانية واحدة خصت اللوحة العاشرة (X) والتي كانت ذات شكل موفق في علاقة نشطة عدوانية بين ثورين.

أما العاطفة فقد كانت غائبة في كل اللوحات. أما الإنزلاقات فقد خصت فقط التناولات المجزأة، حيث كانت تخص بعض المحتويات التشريحية والحيوانية. فالمحتويات التشريحية كان يتردد فيها أعضاء "الجهاز البولي"، " الكلى" الذي قد يكون راجع للوقع الصدمي للإصابة.

كما لاحظنا التناوب بين الإجابات الفاشلة والإجابات الموفقة لنلاحظ فعالية سياق الإنشطار الوظيفي.

فيما يخص الميكانيزمات الدفاعية الأكثر ترددا كانت تخص سياقات متمثلة في التشبث بالواقع الخارجي للوحة، اللجوء للسلوك (تحريك اللوحة في العديد من الإتجاهات)، قضاء وقت هام من الكمون وبعض سمات الطبع التي تمثلت في التحفظات الكلامية.

الخلاصـة :

نصيرة كثيرة التعلق بالواقع الخارجي، لكن هذا التشبث لم يكن دوما فعالا، أما الحياة الداخلية فكانت جد فقيرة من ناحية النزوات والعواطف مع غياب الصراعات، وعليه نفترض أن التوظيف العقلي لنصيرة ينتمي للعصاب السيء التعقلن.

***-حـالة أحمد :**

[2]- شبهغت للعبد

كانت الحياة النزوية جد فقيرة فقد خصت اللوحة III فقط بسبب إدراك المفحوص للأشخاص، لكن هذه الحركية لم تكن تحمل أي تعبئة نزوية، أما الإحساسات فكانت غائبة إطلاقا وإن وجدت فهي بحتة (une couleur noire)، دون أي تعبئة تصورية.
كانت الإنزلاقات كثيرة التردد لسبب تكرار المفحوص لنفس المحتوى "متلاقيين 2 corps" رغم تغيير المثير (اللوحة).
الميكانيزماتُ الدفاعية
لخصت في سياق المواضبة، قضاء وقت هام من الكمون، توجيه أسئلة للفاحص، كما كانت العاطفة مُنشطرة عن التصورات لنجد سياق الإنشطار الشكلي (le clivage formel) .

الخلاصــة :

يتناول أحمد الواقع في شكلياته لكن هذا المجهود قد باء بالفشل، أما الحياة الداخلية فقد كانت جد فقيرة من الناحية النزوية والعواطف مع غياب الصراعات. ومنه نفترض أن التوظيف العقلي الخاص بأحمد ينتمي للعصاب السيء التعقلن.

***-حـالة محنـد :**

تميز بروتوكول السيد محند بالتمسك بالواقع الخارجي رغم ضعف فعالية هذا التشبث في بعض الأحيان بسبب الوقع الصدمي للإصابة.
كما تحددت الميكانيزمات الدفاعية في سياقات الكف واستخدام السلوك وسياق المواظبة ليتميز مجمل البروتوكول بغياب الحياة النزوية العدوانية/الليبيدية، مع غياب الصراعات.

نستطيع أن ندرج حالة محند ضمن فرضية التوظيف العقلي السيء التعقلن حسب نوزوغرافية مارتي.

***-حالة عاشـور :**

كانت الحياة الداخلية جد فقيرة حيث صاحبت الحياة النزوية بعض التناولات الشاملة وتناول جزئي ذو محتوى حيواني.
في اللوحة IV حيث كانت الحركية الأولى تخص إجابة شاملة إنطلاقا من جزء (D/G) والتي كانت غير موفقة فكان هناك إنزلاق بالنسبة للواقع، ليليه تناول جزئي (D) يحمل حركية حيوانية موفقة (+kan).

اللوحة IV" حلزون إيدخل ويخرج راسو " (1)

اللوحة V" الصرصور يطير" (2)

لتليه إجابات موفقة، فهذه الإجابات لم نتعرف من خلالها على طبيعة النزوة المعبأة ليبيدية أو عدوانية. من ناحية العواطف فقد خصت فقط اللوحة IV والتي كانت نوعا ما محملة بالخوف حيث كان المفحوص جد مراقب لها ومتحكم فيها.

فيما يخص الإنزلاقات لم تكن كثيرة مقارنة مع عدد الأجوبة فقد خصت فقط بعض التناولات الشاملة التي كانت تخص اللوحة II، اللوحة V، ليليها مباشرة الرفض اللوحة VI والذي تلاها تأقلم مع اللوحة VII، لنلاحظ فعالية سياق الرقابة الذي خص التشبث بالشكل في اللوحات اللاحقة.

أما الميكانيزمات الدفاعية المستخدمة فقد كانت متمثلة في التمسك بالواقع، اللجوء للسلوك، وجود صمت هام أثناء السرد.

الخلاصة :

كان عاشور كثير التعلق بالواقع الخارجي، الذي كان موفق في معظم الأحيان، كما كانت الحياة الداخلية فقيرة، أما العواطف فقد كانت قليلة وإن وجدت فقد كانت مراقبة. لنفترض أما التوظيف العقلي لعاشور ينتمي للعصاب السيء التعقلن.

***-حالة حسينة :**

كانت الحياة الداخلية فقيرة حيث خصت الحركية النزوية الإنسانية اللوحة III، لكن لم نستطيع التعرف على طبيعة تعبأة هذه النزوة إن كانت عدوانية أم ليبيدية.

أما الحركيات الحيوانية، فقد كانت تخص اللوحة العاشرة X، إجابتان كانتا متتاليتين ذات طبيعة موفقة مع الواقع، نشطة تخص موضوع الأكل "بعوش يحب ياكل scorpion" [1].

"بعوش يحب العبد ياكلو ".

[1]- بعوش يبغي إتيش scorpion

أما الأحاسيس فقد كانت (في اللوحة II) ذات محتوى جنسي حيث طغى الإحساس على الرقابة، وفي اللوحة V الذي خص الإحساس الخوافي.

فيما يخص الإنزلاقات فقد خصت اللوحة II، اللوحة VI، اللتان كانتا تضم محتويات تشريحية، واللوحة VII التي كانت تظم محتوى جنسي، واللوحة العاشرة (X) التي كانت تضم محتوى تشريحي وإجابة أخرى ذات محتوى جنسي.

كما لاحظنا أنه بعد فشل المفحوصة في أية إجابة تتدارك ذلك في أية إجابة أخرى، فهذا السياق يخص الإنشطار الوظيفي، كما استخدمت المفحوصة سياقات أخرى تمثلت في سياقات تجنب الصراع التي تمثلت في توجيه سؤال للفاحص، اللجوء للسلوك (الضحك)، سياق المواضبة لنفس المحتوى الجنسي اللوحات X،VI.

الخلاصة :

تناولت حسينة الواقع في شكلياته لكن هذا التناول قد باء بالفشل، أما الحياة الداخلية فكانت فقيرة، فيما يخص العواطف كانت قليلة وإن وجدت طغت عليها سياقات الرقابة. لنفترض أن التوظيف العقلي لحسينة ينتمي للعصاب السيء التعقلن.

***- حالة حوريــة :**

الإجابات الحركية كانت نادرة تخص المحتوى الحيواني (قرد في اللوحة III)، والتي لم تكن معبأة بأية نزوة. أما الحركية الحيوانية فقد خصت " تبشيرة تطير" [1] في حركية نشطة. فيما يخص الأحاسيس فقد كانت مراقبة لمحتوى خوافي في إجابة اللوحة1، التي تلتها مباشرة إجابة ذات محتوى خوافي كذلك مراقب في اللوحة II. كما كانت هذه الأحاسيس مراقبة في اللوحة V وIX.

الإنزلاقات قد خصت على العموم اللوحات المزدوجة III، VII، VIII، X، حيث تكررت بعض المحتويات كمحتوى الفيل الذي كان نفسه في اللوحة X.

[1] تبشيرت تفرفيرن

الميكانيزمات الدفاعية المستخدمة قد تمحورت في سياقات الكف، المتمثلة في بعض الإحساسات الخوافية، نقد الذات، الصمت الهام أثناء السرد أي قضاء وقت هام من الكمون، اللجوء للسلوك (الضحك). كما وجدنا البعض من سياقات بروز العمليات الأولية التي تمثلت في سياق المواضبة، الإنفجارات الكلامية.

الخلاصة :

تناولت حورية الواقع في شكلياته لكن تناول هذا الواقع قد باء بالفشل، كما أن حياتها الداخلية تميزت بالفقر، أما الأحاسيس فقد كانت مراقبة ذات محتوى خوافي. لنفترض أن التوظيف العقلي لحورية ينتمى للعصاب السيء التعقلن.

***-حالة عائشة :**

كانت الحياة الداخلية فقيرة حيث كانت هناك حركية إنسانية في اللوحة III والتي لم تكن معبأة بأية حياة نزوية، أما الأحاسيس فكانت غائبة في كل البروتوكول.

الإنزلاقات قد كانت بسبب تكرار المفحوصة نفس المحتوى "عروق الشجرة" في اللوحات III، VIII، X، وقد خصت كذلك الإنزلاقات كل التناولات الجزئية داخل البياض. التي خصت اللوحة II " الجثة " واللوحات VII وVIII على التوالي "الجثة".

أما الميكانيزمات الدفاعية المستخدمة كانت تنتمي لسياقات الكف التي تمثلت في اللجوء للسلوك، الصمت الهام أثناء السرد، إعتبارات شخصية، وسياقات بروز العمليات الأولية التي تمثلت في إنفجارات كلامية، المواضبة على نفس المحتوى.

الخلاصة :

تناولت عائشة الواقع في شكلياته لكن هذا التناول كان مكللا بالفشل في بعض الأحيان، أما حياتها الداخلية فقد تميزت بفقر لتكون العواطف غائبة. نفترض أن عائشة ينتمي توظيفها للعصاب السيء التعقلن.

***-حالة مصطفى :**

صعب علينا تحليل بروتوكول الرورشاخ بالطريقة الكلاسيكية، لتمركز إجابات مصطفى على نفس المحتوى الذي خص عضو الكلية في اللوحة I واللوحة II، أما الإجابات التي تخص أجزاء الجسد فقد شملت اللوحات V، VI، VII، VIII، IX، X,

III، IV، هذه الإجابات التي تعذر علينا تحديدها في كل لوحة، وبالتالي نحن بصدد تفكير نمطي يسود فيه سياق المواضبة، قد يكون بسبب الوقع الصدمي للإصابة، لنجد انعدام التصورات وعدم التقيد بالواقع. إذن نفترض أن السيد مصطفى ذو توظيف عقلي سيء التعقلن.

الخلاصة العامة :

نستخلص أن هذه الفئة تتميز بحياة هوامية فقيرة، كما أن التشبث جد كبير بالواقع، هذه العلاقة التي كانت أحيانا موفقة وأحيانا فاشلة كما كان الرفض لبعض اللوحات لعدم قدرة المفحوصين على معالجة بعض الوضعيات، لفعالية سياق المواضبة حيث يتمسك المفحوص بنفس المحتوى رغم تغيير المثير، هذا المحتوى الذي كان في معظم الأحيان متعلق بالإصابة الكلوية كما كان هناك اضطراب في الصورة الجسدية والتقمصات في معظم الحالات.

أما الميكانيزمات الدفاعية فقد خصت في معظم الأحيان سياقات كانت تخص التشبث بالمحتوى الظاهر للوحات، اللجوء للسلوك، تجنب الصراعات، الميل للإبتذال. أما الصراعات فقد كانت غائبة في معظم البروتوكولات.

نستنتج أن أفراد هذه الفئة ينتمي توظيفهم النفسي- من خلال رائز الرورشاخ - للعصاب السيء التعقلن.

III- تحليل رائز تفهم الموضوع لدى المجموعة الثالثة السيئة التعقلن

مدخـل:

تميزت البروتوكولات بفقر في التداعيات، كما كان هناك رفض لبعض اللوحات. من طرف بعض المفحوصين فيما يخص معالجة المفحوصين للوحات فكان من خلال سياقات دفاعية انحصرت في سياقات تجنب الصراع التي تمثلت في معظم الحالات في السياقات الفوبية، السلوكية، العملية.

كما تدخلت بعض سياقات الرقابة و/أو المرونة التي تمثلت في سياقات طبعية دون أن تكون ذات قيمة معقلنة. أما سياقات بروز العمليات الأولية فقد تواترت في معظم البروتوكولات. فيما يلي سنخصص هذا الجزء لتحليل بروتوكول رائز تفهم الموضوع

لكل فرد من هذه الفئة المتميزة بالعقلنة السيئة، والمتمثلة بالترتيب في حالة نصيرة، أحمد، محند، عاشور، حسينة، حورية، عائشة، مصطفى.

***-حالة نصيرة :**

السياقات الدفاعية :

تمثلت السياقات السائدة في سياقات تجنب الصراع، التي كانت تخص الصمت الهام أثناء السرد، أسباب الصراعات غير محددة، التركيز على الخصائص الحسية، الطلب الموجه للفاحص، التمسك بالمضمون الظاهري، التأكيد على القيام بالفعل.

أما المرتبة الثانية فقد كانت لسياقات الرقابة التي خصت الوصف مع التعلق بالتفاصيل، التحفظات الكلامية، الإجترار. وسياقات المرونة التي كانت تخص التأكيد على العلاقات بين الأشخاص، والتأكيد على مواضيع من نوع الذهاب، الجري...إلخ.

أما المرتبة الأخيرة فكانت لسياقات بروز العمليات الأولية التي تمثلت في الإنفجارات اللفظية والخلط بين الهويات. على العموم كل هذه السياقات لم تساعد في إنطلاق الحديث ومعالجة المحتوى الكامن للوحات.

المقروئية العامة للبروتوكول :

المقروئية العامة كانت سلبية (-) بسبب انحصار السياقات الدفاعية المستخدمة، المتمثلة في السياقات الفوبية، السلوكية، العملية. التي لم تساعد على انطلاق الحديث.

كما لم تكن هناك معالجة للصراعات، مع عدم وجود الصدى الهوامي في معظم البروتوكول.

مستويات الإشكالية :

***- الإشكالية الأوديبية :**

اللوحة **1** :

أدركت المفحوصة في البداية الإشكالية من خلال تفكير الطفل، مع إدخال وجدان قوي "يحب الغناء"، لكن تدخل سياقات تجنب الصراع (C) لم يمكنها من إكمال معالجة

القصة، التي تمثلت في مثلنة الموضوع بقيمة إيجابية، الطلب الموجه للفاحص، الميل للإختصار.

اللوحة **2** :

أدركت المفحوصة أفراد الثُلاثية الأوديبية من خلال التأكيد على القيام بالفعل، ثم عالجت هذه العلاقة من خلال العلاقة بين البنت وأمها دون أن تكون علاقة صراعية.

اللوحة **4** :

عالجت المفحوصة المحتوى الكامن للوحة الذي إتخذ الطابع الصراعي ما بين العدوانية - الحنان، من خلال التأكيد على العلاقة بين الرجل وزوجته والتي إتخذت طابع تصورات متضادة بينهما، مع اللجوء للتعليق.

اللوحة **5** :

أدركت المفحوصة الإشكالية من خلال وجود إمرأة مع إدخال شخص غير موجود في الصورة، لكن هذه المعالجة لم تكن لصورة أموية (Une image surmoïque) ولم تكن صراعية، حيث كانت هذه العلاقة بين رجل كان ينظر لهذه المرأة التي دخلت إلى غرفة الإستقبال.

اللوحة **6GF** :

أدركت المفحوصة العلاقة بين الرجل والمرأة من خلال التأكيد على الحوار ما بينهما بالتأكيد على التعبير عن الوجدان، مثلنة الموضوع سلبيا. فقد كان هناك صراع علائقي لكن المفحوصة لم تتعمق في معالجته لتدخل سياقات الكف.

اللوحة **7GF** :

أدركت المفحوصة العلاقة بين الأم وإبنتها من خلال صراع علائقي يخص التناوب ما بين حالات إنفعالية متناقضة، مع إدخال شخص غير موجود في الصورة.

اللوحة **8BM** :

تدخلت سياقات الرقابة، التي لم تساعد على إدراك الصراع الذي يتضمنه المحتوى الكامن للوحة، والتي كانت متمثلة في إعطاء عنوان للقصة، ذكر تفصيل (مكحلة) وعدم إدماجه في القصة، مع التركيز على الإبتعاد المكاني.

اللوحة **9GF** :

قد أدركت المفحوصة التنافس الذي يخص البنت ناحية الأخرى من خلال مراقبة الواحدة للأخرى، فقد أدرك الصراع الذي كان بينهما من خلال التأكيد على موضوع الجري، لكن سرعان ما تدخلت سياقات الكف فكانت أسباب الصراع غير محددة.

اللوحة **10** :

العلاقة المثارة في اللوحة كانت بين الأب وابنه من خلال التأكيد على العلاقات بين الأشخاص، كما تمسكت المفحوصة ببعض التفاصيل المتعلقة باللوحة دون أن تتعمق في معالجة الإشكالية بسبب تدخل سياق الكف المتمثل في الميل العام للإختصار.

اللوحة **13MF** :

لم تُعرف المفحوصة الأشخاص، كما أنها لم تستطيع معالجة الإشكالية الجنسية والعدوانية داخل الحياة الزوجية، وذلك لتدخل سياقات الرقابة من خلال التعلق بالتفاصيل وتبرير التفسيرات عن طريق تلك التفاصيل، والاجترار، وسياق الكف الخاص بالصمت الهام خلال السرد.

<u>*- الإشكالية الإكتئابية :</u>

اللوحة **3BM** :

لم تستطيع المفحوصة معالجة الإشكالية الإكتئابية، رغم إدراكها التعبير الوجداني الذي كان مُثار من الصورة (يبكي)، لتدّخُل سياقات الرقابة والكف التي تمثلت في التردد بين تفاسير مختلفة ثم مثلنة الموضوع يقيمة إيجابية.

اللوحة **13B** :

لم تتمكن المفحوصة من معالجة المحتوى الكامن الخاص بالقدرة على البقاء وحيدا، وذلك لتدخل سياقات الرقابة من خلال الوصف مع التعلق بالتفاصيل، وسياقات الكف المتمثلة في الصمت الهام أثناء السرد والتملص (Placage).

<u>*- الإشكالية القبل-التناسلية :</u>

اللوحة **11** :

بسبب تدخل سياقات الكف لم تستطيع المفحوصة معالجة المحتوى الكامن للوحة، التي تمثلت في التمسك بالمضمون الظاهري والتوجه للفاحص بسؤال.

اللوحة **19** :

لم تستطيع المفحوصة معالجة المحتوى الكامن للوحة بسبب تدخل سياقات الكف من خلال التركيز على الخصائص الحسية والصمت الهام خلال السرد مع التمسك بالمضمون الظاهري.

الخلاصة :

سادت سياقات الكف وسياقات الرقابة التي لم تكن ذات قيمة معقلنة، هذه السياقات التي لم تساعد على انطلاق الحديث ومعالجة معظم المحتويات الكامنة للوحات.

***- حالة أحمد :**

السياقات الدفاعية :

تمثلت السياقات السائدة في سياقات تجنب الصراع، التي كانت تخص الصمت الهام أثناء السرد، التأكيد على ما هو مشعور به ذاتيا، وضعية تعبر عن الوجدانات، مثلنة الموضوع، التمسك بالمحتوى الظاهري.

أما المرتبة الثانية فقد كانت لسياقات الرقابة التي تمثلت في الوصف مع التعلق بالتفاصيل، التحفظات الكلامية، الاجترار، أما المرتبة الثالثة فكانت لسياقات بروز العمليات الأولية التي تمثلت في الانفجارات الكلامية، الغموض عدم التحديد في الحديث. أما سياقات المرونة فكانت نادرة. هذه السياقات لم تساعد على انطلاق الحديث بل بالعكس عملت على عرقلته أو إيقافه.

المقروئية العامة للبروتوكول :

المقروئية العامة كانت سلبية (-) بسبب انحصار السياقات الدفاعية في السياقات الفوبية، النرجسية والهوسية والعملية، كما لم تكن هناك معالجة للصراعات، مع عدم وجود الصدى الهوامي في معظم البروتوكول.

مستويات الإشكالية :

***- الإشكالية الأوديبية :**

اللوحة **1** :

لم يستطيع المفحوص التعامل مع المحتوى الكامن للوحة التي كانت غير صراعية، بسبب تدخل سياقات الرقابة التي تمثلت في الوصف مع التعلق بالتفاصيل مع التردد بين تفاسير مختلفة وسياقات الكف التي تمثلت في الميل العام للإختصار.

اللوحة **2** :

أدرك المفحوص أفراد الثُلاثية الأوديبية لكنه لم يُعالج الإشكالية في محتواها الصراعي وذلك لتدخل سياقات الرقابة التي تمثلت في الوصف مع التعلق بالتفاصيل، والرجوع إلى المصادر الثقافية.

اللوحة **4** :

في البداية أدرك المفحوص الإشكالية من خلال تصورات متضادة بين الرجل والمرأة اللذان كانا في وضعية فيلم، لكنه لم يستطيع معالجة النشاط النزوي الليبيدي والعدواني بسبب تدخل سياقات الرقابة (الإجترار) والكف الميل العام للإختصار، عدم تحديد الصراع. هذه السياقات لم تساعد المفحوص من معالجة الإشكالية.

اللوحة **5** :

لم يستطيع المفحوص معالجة الإشكالية بسبب تدخل سياقات الكف المتمثلة في الميل العام للإختصار وسياقات الرقابة المتمثلة في الوصف مع التعلق بالجزئيات.

اللوحة **6BM** :

العلاقة المدركة من طرف المفحوص لم تكن بين الأم وولدها كما تثيره اللوحة، بل كانت مُدركة بين الزوجة وزوجها التي لم تكن صراعية بل كانت محملة بوجدانات قوية متعلقة بموضوع سلبي.

اللوحة **7BM** :

قد أدرك المفحوص العلاقة بين الأب وإبنه التي كانت من خلال التأكيد على موضوع القول، لكنه لم يعالجها في قالب صراعي بسبب تدخل سياق الكف الذي تمثل في الميل العام للإختصار.

اللوحة **8BM** :

لم يدرك المفحوص الأشخاص المُكوّنين للوحة بسبب الإدراك الخاطئ للطفل الموجود بالمستوى الأول (Au premier plan)، الذي أدركه المفحوص كبنت، كما تدخل سياق الكف الذي كان يتمثل في التمسك بالمحتوى الظاهر للوحة، وسياقات بروز العمليات الأولية التي تمثلت في إنفجارات كلامية وغموض في الخطاب.

اللوحة **10** :

عبّر المفحوص عن الليبيدية من خلال إدراكه الخاطئ لرجلين يحبان بعضهما كثيرا، دون التعمق في معالجة هذه الوضعية، لتدخل سياق الكف المتمثل في الميل العام للإختصار.

اللوحة **13MF** :

أدرك المفحوص الإشكالية من خلال إدراك زوجين، حيث كان الزوج حزين بسبب فقدانه لزوجته، لكنه لم يعالجها في محتواها الجنسي والعدواني لتدخل سياق الكف المتمثل في الميل العام للإختصار مع سياق بروز العمليات الأولية المتمثل في غموض الحديث.

<u>*- الإشكلية الإكتئابية :</u>

اللوحة **3BM** :

عالج المفحوص إشكالية فقدان الموضوع من خلال التعبير اللفظي عن الوجدان المعدل من طرف المنبه، وإدخال أشخاص غير موجودين باللوحة، رغم تدخل سياق بروز العمليات الأولية الذي تمثل في الإنفجارات الكلامية.

اللوحة **13B** :

لم يستطيع المفحوص معالجة المحتوى الكامن للإشكالية بسبب تدخل سياقات الكف المتمثلة في مثلنة الموضوع ذو قيمة سلبية، والميل العام للإختصار، مع تدخل سياقات الرقابة المتمثلة في الإبتعاد المكاني وتبرير التفسيرات عن طريق تلك التفاصيل.

***- الإشكالية القبل-التناسلية :**

اللوحة **11** :

لم يستطيع المفحوص معالجة الإشكالية الماقبل-التناسلية، بسبب تدخل سياقات الكف التي تمثلت في التمسك بالمحتوى الظاهري والتركيز على الخصائص الحسية.

اللوحة **19** :

لم يستطيع المفحوص معالجة الإشكالية بسبب وضع القصة في لوحة فنية، مع التأكيد على ما هو مشعور به ذاتيا.

الخلاصة:

سادت سياقات الكف وسياقات الرقابة التي لم تكن ذات قيمة معقلنة حيث كانت سياقات الرقابة تحمل قيمة طبعية. هذه السياقات لم تساعد على إنطلاق الحديث ومعالجة معظم المحتويات الكامنة للوحات.

***- حالة محند * :**

تمثلت السياقات المهيمنة على السياق الكلي للبروتوكول في سياقات الكف التي لم تساعد على انطلاق الحديث، بل بالعكس عملت على عرقلته أو إيقافه. كما كانت المقروئية سلبية، أما الإشكاليات فلم يدرك محند أي إشكالية إلا إشكالية اللوحة 4، فهي الوحيدة التي إستطاع نوعا ما معالجتها.

***- حالة عاشور :**

السياقات الدفاعية :

تمثلت السياقات الدفاعية السائدة في سياقات تجنب الصراع التي خصت الصمت الهام أثناء السرد، الميل العام للإختصار، عدم التعريف بالأشخاص، الطلب الموجه

*من يريد التعرف على حالة محند في أدق التفاصيل فإننا قد قدمناها كاملة في الفصل السابق - الفصل السادس -

للفاحص، التمسك بالمحتوى الظاهري، التأكيد على القيام بالفعل، أما المرتبة الثانية فكانت لسياقات العمليات الأولية التي تمثلت في الإدراكات الخاطئة، الإنفجارات الكلامية، والمرتبة الأخيرة فكانت لسياقات الرقابة، التي تمثلت في التحفظات الكلامية، الإجترار، والندرة فكانت لسياقات المرونة.

المقروئية العامة للبروتوكول :

المقروئية العامة كانت سلبية (-) بسبب إنحصار السياقات الدفاعية في السياقات الفوبية، السلوكية، العملية، كما لم تكن هناك معالجة للصراعات، مع عدم وجود الصدى الهوامي في معظم البروتوكول.

مستويات الإشكالية :

***- الإشكالية الأوديبية :**

اللوحة **1** :

في البداية أدرك المفحوص أن الطفل في صراع داخلي "يفكر" ليعالج ذلك من خلال إدراك خاطئ يخص الدراسة "هنا راه يقرا "، مع إستخدامه لسياق الكف المتمثل في الميل العام للإختصار.

اللوحة **2** :

أدرك المفحوص أشخاص الثُلاثية الأوديبية من خلال التمسك بالمحتوى الظاهر للوحة والتأكيد على القيام بالفعل هذا ما جعل المفحوص لم يتطرق لأي صراع.

اللوحة **4** :

لم يعالج المفحوص الصراع الذي خص الزوجين، لتدخل سياقات الكف بل كان متمسك بالمحتوى الظاهر، أما الوجدان فكان ضرفي مع الميل العام للإختصار.

اللوحة **5** :

لم يدرك المفحوص المرأة الموجودة بالصورة، فقد كان إدراكه يخص مواضيع خاطئة من جهة ومن جهة أخرى فقد تمسك ببعض المواضيع الظاهرة، هذا ماجعله غير قادر على معالجة المحتوى الكامن للوحة.

اللوحة **6BM** :

قد أدرك المفحوص المرأة والرجل دون إدراك العلاقة أم-إبن، مع إستخدام المفحوص لسياقات تجنب الصراع التي تمثلت في نقد ذاته، مع التأكيد على القيام بالفعل.

اللوحة **7BM** :

لم يدرك المفحوص الإشكالية ولم يعالجها لتدخل سياقات الكف من نوع عدم التعريف بالأشخاص، مع التمسك بالمحتوى الظاهري والتأكيد على القيام بالفعل مع الميل العام للاختصار.

اللوحة **8BM** :

إن تدخل سياقات الكف من خلال التأكيد على القيام بالفعل والتمسك بالمحتوى الظاهري، مع تدخل سياقات العمليات الأولية من خلال الخلط بين الهويات وعدم وضوح الخطاب، لم يمكن المفحوص من معالجة الإشكالية.

اللوحة **10** :

لم يتمكن المفحوص من معالجة اللوحة بالتعبير عن الليبيدية لتدخل سياقات الرقابة التي تمثلت في الوصف بالتعلق بالتفاصيل وإدراج مصادر إجتماعية مع الميل العام للإختصار.

اللوحة **13MF** :

إن تدخل سياقات الكف المتمثلة في التمسك بالمحتوى الظاهرللوحة، والتعبير عن وجدان ظرفي، لم يمكن المفحوص من معالجة الإشكالية الجنسية والعدوانية لدى الزوجين.

<u>*- الإشكالية الإكتئابية :</u>

اللوحة **3BM** :

لم يعالج المفحوص الإشكالية الإكتئابية لتمسكه بالمحتوى الظاهر وإدراك شخص مريض مع الإضطراب على مستوى تركيب الكلام.

اللوحة **13B** :

إن تدخل سياقات الكف المتمثلة في التمسك بالمحتوى الظاهر والميل العام للإختصار لم يمكن المفحوص من معالجة المحتوى الكامن للوحة.

<u>*- الإشكالية القبل-التناسلية :</u>

اللوحة **11** :

قام المفحوص في البداية بنقد الوسائل، ثم تمسك بالمحتوى الظاهر، هذا ما لم يمكنه من النكوص ومعالجة الإشكالية القبل-التناسلية.

اللوحة **19** :

إن تدخل سياقات الكف التي خصت التمسك بالمحتوى الظاهري، والميل العام للاختصار، وسياق بروز العمليات الأولية التي خصت الإدراك الخاطئ، لم يمّكنا المفحوص من معالجة المحتوى الكامن للوحة.

<u>الخلاصة :</u>

ساد البروتوكول سياقات الكف وسياقات بروز العمليات الأولية التي لم تساعد على إنطلاق الحديث وإدراك المحتوى الكامن لمعظم اللوحات.

<u>*- حالة حسينة :</u>

<u>السياقات الدفاعية :</u>

كانت السياقات السائدة في مجمل البروتوكول متمثلة في سياقات تجنب الصراع، التي تمثلت في أسباب الصراعات الغير محددة، التمسك بالمضمون الظاهري والتأكيد على القيام بالفعل. أما المرتبة الثانية فقد خصت سياقات بروز العمليات الأولية، الإدراكات الخاطئة، التعبير عن وجدانات وتصورات كثيفة مرتبطة بإشكالية الفقدان، إدراك أشخاص مرضى، أما المرتبة الثالثة فكانت لسياقات الرقابة، التي تمثلت في

التحفظات الكلامية. والندرة فكانت لسياقات المرونة. على العموم لم تساعد هذه السياقات على انطلاق الحديث ومعالجة المحتوى الكامن للوحات.

المقروئية العامة للبروتوكول :

المقروئية العامة كانت سلبية (-) بسبب انحصار السياقات الدفاعية في السياقات الفوبية، العملية، والقليل من سياقات الرقابة. ولم تُمكن هذه السياقات من معالجة الصراعات، أنه لم يكن أي صدى هوامي في معظم البروتوكول.

مستويات الإشكالية :

***- الإشكالية الأوديبية :**

اللوحة **1** :

أدركت المفحوصة الإشكالية من خلال التحدث عن طفل يفكر لكنها لم تستطيع معالجة المحتوى الكامن لها لتدخل سياقات الرقابة وسياقات الكف.

اللوحة **2** :

قد أدركت المفحوصة أشخاص الثلاثية الأوديبية لكنها لم تتمكن من معالجتها في شكلها الصراعي، لأنها تمسكت بالمحتوى الظاهري للوحة وتأكيدها على القيام بالفعل.

اللوحة **4** :

لم تكن هذه اللوحة صراعية، لتمسك المفحوصة بالمحتوى الظاهري للوحة.

اللوحة **5** :

لم تستطيع المفحوصة معالجة الإشكالية الخاصة بالصورة الأمومية لتمسكها بالمحتوى الظاهري والتأكيد على القيام بالفعل.

اللوحة **6GF** :

قد أدركت المفحوصة أشخاص اللوحة، لكن تدخل الإدراكات الخاطئة جعلها غير قادرة على معالجة المحتوى الكامن للوحة، التي عالجتها من خلال وجدان ظرفي.

اللوحة **7GF** :

لم تعالج المفحوصة العلاقة بين الأم-البنت لتمسكها بالمحتوى الظاهري، والتأكيد على الصراع الداخلي لدى البنت لأنها تفكر في الرضيع، كما أن الصّراع لم يكن محدّدا بسبب الميل العام للإختصار.

اللوحة **8BM** :

بسبب تدخل سياقات الكف، التي خصت التمسك بالمحتوى الظاهري وعدم التعريف بالأشخاص والتأكيد على القيام بالفعل والميل العام للإختصار، لم تتمكن المفحوصة من معالجة الإشكالية.

اللوحة **9GF** :

لم تستطيع المفحوصة معالجة الإشكالية لتمسكها بالمحتوى الظاهري والإدراك الخاطئ.

اللوحة **10** :

أدركت المفحوصة العلاقة بين الزوجين من خلال التردد ما بين تفاسير مختلفة، مع التأكيد على الوجدانات القوية، لكنها لم تستطيع التعمق في معالجتها لتدخل سياقات الكف.

اللوحة **13MF** :

لم تستطيع المفحوصة معالجة الجنسية والعدوانية في الحياة الزوجية لتدخل سياقات الكف، المتمثلة في التمسك بالمحتوى الظاهري والميل العام للإختصار وسياقات بروز العمليات الأولية المتمثلة في إدراك أشخاص مرضى.

<u>*- الإشكالية الإكتئابية :</u>

اللوحة **3BM** :

لم تدرك المفحوصة الإشكالية الإكتئابية لتمسكها بالمحتوى الظاهري للوحة.

اللوحة **13B** :

أدركت المفحوصة الإشكالية الخاصة بفقدان الموضوع من خلال طفل يفكر لأنه فقد أباه وأمه، لكنها لم تتعمق فيها لتدخل سياقات الكف.

***- الإشكالية القبل-التناسلية :**

اللوحة **11** :

لم تستطيع المفحوصة معالجة المحتوى الكامن للوحة لتمسكها بالمحتوى الظاهري لها.

اللوحة **19** :

لم تستطيع المفحوصة معالجة المحتوى الكامن للوحة، بل كان هناك رفض تام لهذه اللوحة.

الخلاصة :

ساد البروتو كول سياقات الكف وبروز العمليات الأولية التي لم تساعد على إنطلاق الحديث وإدراك المحتوى الكامن للوحات.

***- حالة حورية :**

السياقات الدّفاعية :

كانت السياقات المهيمنة في مجمل البروتوكول متمثلة في سياقات تجنب الصراع من خلال السياقات الفوبية-عدم التعريف بالأشخاص-، السياقات النرجسية -نقد الذات-، السياقات السلوكية -الطلب الموجه للفاحص-، السياقات العملية - التمسك بالمحتوى الظاهري والتأكيد على القيام بالفعل-.

أما المرتبة الثانية فكانت لسياقات بروز العمليات الأولية التي تمثلت في الإدراكات الخاطئة والإنفجارات الكلامية، المواضبة والمرتبة الثالثة كانت لسياقات الرقابة التي تمثلت في الإجترار والتحفظات الكلامية، أما فيما يخص سياقات المرونة فكانت نادرة. على العموم هذه السياقات لم تساعد على انطلاق الحديث.

المقروئية العامة للبروتوكول :

المقروئية العامة كانت سلبية (-) بسبب إنحصار السياقات الدفاعية في السياقات الفوبية، السلوكية والعملية وسياقات بروز العمليات الأولية والقليل من سياقات الرقابة،

كما أن المفحوصة لم تتمكن من معالجة أي صراع، ولم يكن على العموم صدى هوامي بالبروتوكول.

مستويات الإشكالية :

***- الإشكالية الأوديبية :**

اللوحة **1** :

لم تدرك المفحوصة ولم تعالج إشكالية عدم النضوج أمام موضوع الراشد، لتدخل سياق العمليات الأولية المتمثلة في الإدراك الخاطئ، وتدخل سياقات الكف المتمثلة في عدم التعريف بالأشخاص والميل العام للإختصار.

اللوحة **2** :

لم تستطيع المفحوصة إدراك أشخاص الثُلاثية فلم تدرك المواضيع الظاهرة، بل أدركت المرأة فقط، كما تدخل كذلك سياق الإجترار.

اللوحة **4** :

لم تُعالج المفحوصة المحتوى الصراعي للوحة، لتدخل سياقات الكف التي تمثلت في عدم التعريف بالأشخاص والتمسك بالمحتوى الظاهري، وتدخل سياقات الرقابة من نوع الإجترار، كما كان هناك عدم إستقرار في التماهيات.

اللوحة **5** :

لم تستطيع المفحوصة معالجة المحتوى الكامن الخاص بالهيأة الأمومية لتدخل الإدراك الخاطئ وسياق الإجترار.

اللوحة **6GF** :

لم تتمكن المفحوصة من معالجة المحتوى الكامن للوحة لتمسكها بالمحتوى الظاهري وسياق الإجترار، كما وجدنا سياق المواضبة لنفس المحتوى الذي كان في اللوحة 4 واللوحة 5 واللوحة 6GF، (المرأة النائمة).

اللوحة **7GF** :

لم تستطيع المفحوصة إدراك ومعالجة العلاقة الثنائية بين الأم وإبنتها، لإستخدامها سياقات الكف التي تمثلت في عدم التعريف بالأشخاص والتمسك بالمحتوى الظاهري، مع مواضبة نفس المحتوى (المرأة النائمة).

اللوحة **8BM** :

لم تطرح المفحوصة أي صراع ولم تثير أي وضعية عدوانية، لتمسكها بالمحتوى الظاهر والتأكيد على القيام بالفعل مع عدم التعريف بالأشخاص وهي كلها سياقات لم تساعد على إنطلاق الحديث لمعالجة المحتوى الكامن للوحة.

اللوحة **9GF** :

إن التمسك بالمحتوى الظاهري وعدم التعريف بالأشخاص مع الخلط بين الهويات، لم يساعد في إنطلاق الحديث ووضع أي صراع.

اللوحة **10** :

لم تستطيع المفحوصة إدراك المحتوى الظاهر، حيث كان هناك إدراك خاطئ لطير (زاوش)، وبالتالي لم تعالج الإشكالية.

اللوحة **13MF** :

لم تدرك المفحوصة العلاقة الزوجية، حيث أدركت إمرأة إما مريضة أو نائمة، أما الرجل فهو شرطي، وبالتالي لم تستطيع معالجة الإشكالية الخاصة بالتعبير الجنسي و/أو العدواني لدى الزوجين.

<u>*- الإشكالية الإكتئابية :</u>

اللوحة **3BM** :

لم تستطيع المفحوصة معالجة الإشكالية الإكتئابية، لإدراكها التفاصيل النادرة والتمسك بالمحتوى الظاهري.

اللوحة **13B** :

أدركت المفحوصة الإشكالية من خلال طفل غير ناضج ينقصه شئ لكن تدخل سياقات تجنب الصراع لم يمكنها من معالجة ذلك بعمق، حيث تمثلت هذه السياقات في

التمسك بالمحتوى الظاهر، مثلنة الموضوع بقيمة سلبية، التأكيد على ما هو مشعور به ذاتيا.

***- الإشكالية القبل-التناسلية :**

اللوحة **11** :

لم تستطيع المفحوصة معالجة اللوحة، بسبب الإدراك الخاطئ والإضطراب على مستوى تركيب الكلام.

اللوحة **19** :

في البداية نقدت المفحوصة نفسها على أنها لم تفهم أي شئ، ثم إكتفت بالتمسك بالمحتوى الظاهر والميل العام للاختصار.

الخلاصة :

سادت في معظم البروتوكول سياقات الكف، وسياقات بروز العمليات الأولية حيث كان مفعول سياق المواضبة جليا في العديد من اللوحات. هذه السياقات لم تساعد على إنطلاق الحديث وعلى معالجة المحتوي الكامن للوحات.

***- حالة عائشة :**

السياقات الدفاعية :

لم يكن هناك تنوع في السياقات الدفاعية المستخدمة، فكانت السيادة لسياقات تجنب الصراع التي تمثلت في الصمت الهام أثناء السرد وعدم التعريف بالأشخاص، واللجوء إلى استخدام السلوك. أما المرتبة الثانية فكانت لسياقات الرقابة (الوصف مع التعلق بالتفاصيل، الاجترار)، وسياقات المرونة التأكيد على العلاقات بين الأشخاص والتأكيد على مواضيع الجري والقول. أما المرتبة الأخيرة فكانت لسياقات بروز العمليات الأولية التي تمثلت في التحدث عن إشكالية فضة، الغموض، عدم التحديد في الخطاب.

على العموم لم تساعد هذه السياقات على تقدم الحديث ومعالجة المحتوى الكامن للوحات.

المقروئية العامة للبروتوكول :

المقروئية العامة كانت سلبية (-) بسبب انحصار السياقات الدفاعية في السياقات الفوبية، السلوكية، والبعض من سياقات الرقابة والمرونة التي لم تكن معقلنة بل ذات

سمة طبعية، كما أن المفحوصة لم تتمكن من معالجة أي صراع، ولم يكن أي صدى هوامي بمجمل البروتوكول.

مستويات الإشكالية :

***- الإشكالية الأوديبية :**

اللوحة **1** :

لم تعالج المفحوصة الإشكالية لإدراكها الخاطئ لفرد يهتف بالهاتف وتدخل سياقات الكف التي تمثلت في طرح السؤال على المختص النفسي والميل العام للإختصار.

اللوحة **2** :

لم تستطيع المفحوصة إدراك أشخاص الثُلاثية، وبالتالي لم تستطيع معالجة الإشكالية لإدراكها الخاطئ لأشخاص يرقصون مع تدخل سياقات الكف التي تمثلت في عدم التعريف بالأشخاص والتمسك بالمحتوى الظاهر.

اللوحة **4** :

في البداية أدركت المفحوصة شخص مريض، بعدها غيرت المفحوصة حديثها فأدركت الإشكالية من خلال وضع علاقة تخص تصورات متضادة فالرجل يريد الذهاب والمرأة لا تريد، لكن تدخل سياقات الكف المتمثلة في الميل العام للإختصار، نقد الوضعية، الرجوع إلى مصادر شخصية، لم يجعلها تعالج المحتوى الصراعي للوحة.

اللوحة **5** :

لم تتمكن المفحوصة من إدراك ومعالجة المحتوى الكامن للوحة لإدراكها الخاطئ واللجوء للإثارات الحركية (الضحك)، مع التأكيد على ما هو مشعور به.

اللوحة **6GF** :

وضعت المفحوصة العلاقة بين الرجل والمرأة في شكل حوار، لكن تدخل سياق الرقابة الذي تمثل في التمسك بالوصف مع التعلق بالتفاصيل وتدخل سياقات الكف المتمثلة في الصمت الهام أثناء السرد مع اللجوء للسلوك لم يمكن المفحوصة من معالجة الإشكالية الخاصة بالرغبة الليبيدية والدفاع ضد الرغبة.

اللوحة **7GF** :

رغم التأكيد على العلاقات والتناوب بين الحالات الإنفعالية المتناقضة لم تستطيع المفحوصة إدراك الإشكالية المتعلقة بالعلاقة أم-بنت ومعالجتها في شكلها الصراعي.

اللوحة **8BM** :

كان هناك إدراك خاطئ لطفل المستوى الأول حيث أدركته المفحوصة على أنه بنت، أما على المستوى الثاني فقد عالجت المفحوصة الوضعية باللجوء إلى سياقات الرقابة من خلال التردد حول قيام الأطباء بعملية جراحية أو بعملية الخياطة، كما تدخلت سياقات العمليات الأولية المتمثلة في الخلط بين الهويات والإنفجارات الكلامية التي لم تساعد على إنطلاق الحديث.

اللوحة **9GF** :

لم تستطيع المفحوصة معالجة الإشكالية الخاصة بالتنافس الأنثوي في قالب صراعي، لتدخل سياقات الرقابة من نوع الوصف مع التعلق بالتفاصيل والتأكيد على ما هو خيالي (فيلم)، ثم تدخل سياقات تجنب الصراع التي تمثلت في الصمت الهام أثناء السرد مع العلاقات المرآوية.

اللوحة **10** :

إن الإدراك الخاطئ مع الميل للرفض والميل العام للإختصار لم يمكن المفحوصة من معالجة الإشكالية.

اللوحة **13MF** :

لم تتعرف المفحوصة على العلاقة الزوجية بين الرجل والمرأة، بل إكتفت بالتعلق بالتفاصيل، والتردد بين تفاسير مختلفة مع التعبير عن وجدان معدل من طرف اللوحة دون التعبير عن الجنسية و/أو العدوانية في الحياة الزوجية.

<u>*- الإشكالية الإكتئابية :</u>

اللوحة **3BM** :

الإدراك الخاطئ لطفلة نائمة أو تكتب لم يساعد المفحوصة على معالجة الإشكالية الإكتئابية.

اللوحة **13B** :

إن سيادة سياقات الرقابة المتعلقة بالوصف مع التعلق بالتفاصيل والتردد ما بين تفاسير مختلفة، الاجترار مع تدخل سياقات الكف لم تساعد على انطلاق الحديث فرغم إثارة المفحوصة للصراع الداخلي، لم تتمكن من معالجة القدرة على البقاء وحيدا.

<u>*- الإشكالية القبل-التناسلية :</u>

كان هناك رفض للوحة **11** واللوحة **19**.

<u>الخلاصة :</u>

كانت نوعية السياقات المستخدمة في البروتوكول جد منحصرة، حيث كانت المرتبة الأولى لسياقات الكف، أما المرتبة الثانية فكانت لسياقات الرقابة والمرونة التي كانت غير معقلنة خاصة بسمات طبعية، هذه السياقات لم تساعد على إنطلاق الحديث ومعالجة المحتويات الكامنة للوحات، كما كان هناك رفض للوحات **11** و**19**.

<u>*- حالة مصطفى :</u>

كان الإدراك الخاطئ يعم كل اللوحات بفعل سياق المواظبة، فإجابة المفحوص عن كل لوحة كان يتضمن نفس المحتوى لشخص مصاب بالكلى ويقوم بعملية التحال الدموي مع التمني بالشفاء، فمن له الحظ سيشفى، والفرد الغير مسن يتحمل أكثر المرض من الفرد المسن، حيث كان هذا المحتوى يتردد في اللوحات **1**، **2**، **6BM**، **7BM**، **8BM**، **10**، **11**، **16**. كما أكد المفحوص على أجزاء الجسد، الرأس، اليدين، الرجلين في اللوحات **3**، **5**، **13B**، **13MF** فهذه الإجابات كانت نفس الإجابات التي قدمها المفحوص في الرورشاخ. أما اللوحة **4** فقد أدرك فيها الرجل نائما مع زوجته مركزا في ذلك على ما هو مشعور به. أما اللوحة **19** فلم يستطيع المفحوص معالجتها بل رفضها.
أما اللوحة **16** فقد أعاد لنا المفحوص بعض المقاطع التي أكد عليها أثناء المقابلة حول الأحداث الصدمية التي تلقاها أثناء الثورة ضد الإستعمار الفرنسي مع اللجوء إلى محتويات فضة.

فيما يخص الميكانيزمات المستخدمة فقد كانت تنتمي لسياقات العمليات الأولية التي خصت الإدراكات الخاطئة، إدراك مواضيع مفككة، التخريف البعيد عن الصورة، عدم ملاءمة الموضوع للمنبه، المواظبة.

الخلاصة :

بعد تحليلنا لكل البروتوكولات الخاصة برائز تفهم الموضوع، قد وجدنا أنه رغم استعمال بعض المفحوصين لنفس السجل الدفاعي فإنه لا يعني ذلك أنهم استخدموا هذه السياقات بنفس الطريقة وبنفس الوزن، فكان لكل حالة خصوصياتها.

قد وجدنا أنهم لم يستعملوا السياقات الدفاعية العقلية بل كانت ذات ميزة طبعية، مع وجود العديد من سياقات تجنب الصراع التي كانت بالخصوص متمثلة في سياقات الكف، السلوك، التركيز على القيام بالفعل. وفيما يخص المقروئية العامة فكانت سلبية (-) بسبب انحصارمعظم السياقات الدفاعية في سياقات تجنب الصراع، الفوبية، السلوكية، و سياقات بروز العمليات الأولية. مع البعض من سياقات الرقابة والمرونة التي لم تكن معقلنة بل كانت ذات ميزة طبعية، والتي لم تساعد على انطلاق الحديث، كما غابت الصراعات سواء على المستوى الداخلي و/أو العلائقي لتكون القصص المبنية فقيرة الهوامات و مبتذلة. على العموم لم تعالج معظم الإشكاليات حيث كان رفض البعض منها بالخصوص اللوحات القبل التناسلية، حالة حورية (اللوحات **11**، **19**)، حالة مصطفى (اللوحة **19**)، فيما يخص اللوحة **16** فقد أسقط معظم المصابين حياتهم من خلال قصة ذاتية. أما اللوحات المعالجة فقد لاحظنا تمسك المفحوصين بالمحتوى الظاهر للوحات، لنستنتج أن كل هذه المجموعة تنتمي للتوظيف العقلي السيء التعقلن.

الخلاصة العامة (للمقابلة والرائزين الإسقاطيين) :

تميزت الحالة الصحية لأفراد عينة هذه المجموعة المصابة بالقصور الكلوي المزمن باختلاف من حالة لأخرى. كان البعض من هؤلاء المصابين يتعرضون للإصابات متتالية لم يستطيعوا التغلب عليها حيث أدت بهم للموت (حالات مصطفى، عائشة). كما كانت هناك حالات لم تتعرض لأية إصابة لا قبل الإصابة بالقصور الكلوي المزمن ولا بعده، كحالات نصيرة وأحمد. فمحافظة هؤلاء المصابين على توازنهم الجسدي نسبيا، يبقى مرتبط بما يحضيان به من رعاية من المحيط، إلا أنهما يبقيان عرضة لاختلال التنظيم الجسدي إذا تعرضا لأي صدمة.

نستنتج أن لهذه الفئة إمكانيات تصدي جسدي سيء للأمراض. أما من ناحية الصحة العقلية فقد اتسمت بحيز نفسي جد فقير، مستخدمين في ذلك أساليب خصت تجنب الصراع. حيث فحصنا هذا الجانب بتطبيق الرائزين الإسقاطيين المتمثلين في رائز الرورشاخ ورائز تفهم الموضوع، فلاحظنا أن نتائج كل حالة في الرائز الأول كانت متوافقة مع نتائجه في الرائز الثاني. لنستنتج أن كل أفراد عينتنا ينتمون للعصاب السيء التعقلن الذي هو في علاقة وطيدة مع الحالة الصحية لأفراد عينتنا.

جدول مصنف لعينة البحث

أنيسة	ذوي عقلنة جيدة
جميلة	
زليخة	
كريمة	
ناصر	
أمينة	ذوي عقلنة غير مؤكدة
بلقاسم	
نصيرة	ذوي عقلنة سيئة
أحمد	
محند	
عاشور	
حسينة	
حورية	
عائشة	
مصطفى	

الفصـل الثـامن

مناقشة الفرضيات

مـنــاقشـة الـفــرضـــيـات

Discussion des hypothèses

سنقوم في هذا الفصل بمناقشة فرضيات بحثنا، التي تعرضنا لها في الفصل الرابع من خلال تقديم النتائج التي أدرجناها في الفصل السابع.

الفرضيــة العامـــة:

إستخلصنا من بحثنا علىالأشخاص الذين يعانون من القصور الكلوي المزمن بأنه ليس لديهم نفس التوظيف العقلي، إذا أخذنا النوزوغرافيا السيكوسوماتية كمرجعا لتصنيفهم، فمنهم من يدخل في صنف عصاب جيد التعقلن، ومنهم من يدخل في صنف عصاب غير مؤكد التعقلن، ومنهم من يدخل في صنف عصاب سيء التعقلن. يؤثر هذا المتغير المستقل على المتغير التابع المتمثل في الصحة الجسدية (la santé physique)، حيث إن نوعية التوظيف العقلي للمصاب بالقصور الكلوي المزمن في علاقة وطيدة مع إمكانيات التصدي الجسمي للأمراض (la tenue du corps).

فالذين يتميزون بتوظيف عقلي جيد يكونون أقل عرضة لإصابات أخرى، أما اللذين يتميزون بتوظيف عقلي سيء فهم أكثر عرضة لإصابات تدريجية أكثر خطورة.

الفرضية الأولى:

***- المصابون اللذين تنتمي توظيفاتهم العقلية إلى العصاب الجيد التعقلن سيكونون أكثر مقاومة لمختلف الأزمات التي يتعرضون لها خلال حياتهم (Aux différents moments de crises) فيستجيبون في أكثر الحالات بمعالجتها وإرصانها على المستوى العقلي، الأمر الذي يؤدي حين إشتداد الطاقة إلى ظهور عرضية نفسية أو تقويتها إن كانت موجودة سابقا.**

حينما يتعذر علاجها على المستوى العقلي ينجر عن ذلك احد الإحتمالين:

1/- ظهور أمراض جسدية رجعية (réversible) أو ذات أزمات.

2/- دخول الفرد في حركات إختلال التنظيم التدريجية فهذه الحركات تظهر نادرة عند هذه الفئة من المرضى وإن ظهرت فتكون هناك عند الفرد إمكانيات أكيدة للحد من تقدمها خاصة حينما يجد الإمكانيات العلاجية الملائمة.

إتصفت هذه المجموعة الأولى (أنيسة، جميلة، زليخة، كريمة، ناصر) بالتوظيف العقلي الجيد التعقلن حيث كان هناك حيز نفسي يستثمر على أنه مجال عقلي، تعالج فيه المحتويات الهوامية، كما كانت هناك حركة مستمرة ومرنة بين الواقع والحياة الخيالية (la vie imaginaire) و ميكانيزمات دفاعية متنوعة تنتمي لمختلف سجلات التوظيف. ففي حالات كريمة، ناصر قد كانت السيادة لسياقات المرونة، أما حالات أنيسة، زليخة، جميلة قد إستعملت سياقات الرقابة التي كانت أكثر ترددا. لكن ذلك لا يعني أنهم إستخدموا هذه السياقات بنفس الطريقة بل كل حالة كانت لها خصوصياتها. كما لاحظنا عند هؤلاء المصابين إمكانية حشد نشاط نزوي ليبيدي وعدواني، مع المعالجة للوضعيات الصراعية النفسية والعلائقية. كما وجدنا أن هؤلاء المصابين الذين تنتمي توظيفاتهم العقلية إلى العصاب الجيد التعقلن كانو أكثر مقاومة لمختلف الأزمات التي يتعرضون لها خلال حياتهم (Aux différents moments de crise) وبالتالي أكثر مقاومة للأمراض الجسدية. فيستجيبون في أكثر الحالات بمعالجتها و إرصانها على المستوى العقلي، الأمر الذي يؤدي عند إشتداد الطاقة إلى ظهور عرضية نفسية أو تقويتها إن كانت موجودة سابقا.

ونجد حالة كريمة التي عانت في الصغر من الخوف والتبول اللإرادي، أما حاليا عند تعرضها لمشاكل عائلية تشعر بالقلق معبرة عن ذلك في هذا الصدد بقولها (une boule d’angoisse).

أما في الحالات المتبقية فقد وجدنا أنه حينما يتعذر علاجها على المستوى العقلي ينجر عن ذلك أحد الإحتمالين :

1/- ظهور أمراض جسدية رجعية (Réversible) أو ذات أزمات. ففي حالة أنيسة التي عانت من إلتهاب الأذنين (otite) لمدة سنة ثم شفيت، وإلتهاب المفاصل الذي تأثرت به مدة ثلاثة أشهر لتستعيد بعده عافيتها. أما في حالة زليخة فإننا لاحظنا إشتداد بعض التعقيدات المصاحبة للإصابة عند تعرضها لمشاكل عائلية، لتكون في باقي الأيام متزنة نسبيا.

2/- دخول الفرد في حركات إختلال التنظيم التدريجية، فهذه الحركات تظهر نادرة عند هذه الفئة من المرضى وإن ظهرت فتكون هناك عند المصاب إمكانيات أكيدة للحد من تقدمها خاصة حينما يجد الإمكانيات العلاجية الملائمة.

وفي حالة ناصر الذي كان يعاني من الحكة ثم آلام قرحة المعدة المصاحبة بالتقيآت، ليصاب في سنة 1996 بالقصور الكلوى المزمن الذي كانت تصاحبه بعض التعقيدات كإرتفاع الضغط الشرياني، ثم الإصابة بكثافة بلورية العين (cataracte) مما أدى به إلى إجراء عملية جراحية على عين واحدة، ثم إصابة الأذنين بصمم جزئي، و كل تلك الإصابات ذات الطبيعة التدريجية قد تم الحد منها بفعل العلاجات الملائمة.

لم تعاني جميلة في الصغر من أية إصابة، إلا أنه مؤخرا، أي منذ الثلاثة عشرة السنة الأخيرة، عانت من بعض الأعراض كالدوخة والقيء لتشخص إصابتها بالقصور الكلوى المزمن النهائي كما فقدت وظيفة عين واحدة بسبب نزيف داخلي، وعانت من تعقيدات الإصابة بالقصور الكلوى المزمن المتمثلة في إرتفاع الضغط الشرياني للدم. رغم هذه الإصابات فإن جميلة تبقى محافظة على توازنها نسبيا بفعل الأدوية المناسبة.

- الفرضية الثانية:

المصابون اللذين تنتمي توظيفاتهم العقلية إلى العصاب السيء التعقلن.

1/- نجد أن البعض منهم يتمسك بالإصابة بشكل إجرائي، ميكانيكي (d'une façon opératoire mécanique)، من خلال التمسك بكل متطلبات ومقتضيات العلاج ليتمكنوا من التحكم فيها وذلك بسبب وجود دعم من المحيط (un soutien de l'environnement) الذي يلعب دور مثير إيجابي، ولتلعب العائلة دور صاد – الإثارات (pare-exitation).

2/- فإن حدث وتعرض المصاب إلى أزمات في حياته فإنه لا يستطيع مواجهتها بأعراضية عقلية، فاتحا المجال لإصابة أخرى من الممكن في بعض الحالات أن تتخذ مسارا تدريجييا (une désorganisation progressive) تكون فيه الإصابة تلوى الأخرى.

تميز أفراد المجموعة الثالثة (نصيرة، أحمد، محند، عاشور، حسينة، حورية، عائشة، مصطفى) بتوظيف عقلي سيء التعقلن (عصابات السلوك) و بغياب حيز نفسي لمعالجة الصراعات، الفقر في الذكريات والحياة الهوامية، والنقص في التعبير الوجداني Manque d’expression

affective من خلال التمسك بالواقع الملموس، العملي والعيش في سياق آني دائم، نموذج الحياة الاجرائية(Une actualité permanente). بالتركيز على هذه المعطيات وبالإعتماد على التصنيف المارتي فإن هذه المجموعة تنتمي توظيفاتهم العقلية إلى العصاب السيء التعقلن. كما وجدنا أن هؤلاء المصابين يتميزون بإمكانيات تصدي جسدي سيء للأمراض كان مرتبط بطبيعة توظيفهم العقلي، حيث إختلفوا فقط في شكل تظاهرات إصابتهم الجسدية.

1/- نجد ان حالات نصيرة و أحمد و حسينة قد تمسكوا بالإصابة بشكل إجرائي، ميكانيكي (d'une façon opératoire mécanique)، من خلال التمسك بكل متطلبات ومقتضيات العلاج ليتمكنون من التحكم فيها و ذلك بسبب وجود دعم من المحيط (un soutien de l'environnement) الذي لعب دور مثير إيجابي حيث كانوا يحضون بالرعاية الكاملة، فلعبت العائلة دور صاد – الإثارات (par-exitation)، إلا أنهم يبقون عرضة للإختلال التنظيم الجسدي إذا تعرضوا لأية صدمة.

2/- وجدنا بعض المصابين اللذين كانوا عرضة للإختلال التنظيم التدريجي (une désorganisation progressive) تتابع فيه الإصابة تلوى الأخرى. كحالات عائشة ومصطفى اللذان كانا يعانيان من عدة مشاكل التي لم يستطيعا إرصانها عقليا، حيث كانا عرضة لإختلال التنظيم التدريجي الذي أدى بهما إلى الموت.

كما وجدنا حالات أخرى تعرضت إلى أزمات في حياتهم فإنهم لم يستطيعوا مواجهتها بأعراضية عقلية، فاتحين المجال لإصابة أخرى من الممكن في بعض الحالات أن تتخذ مسارا تدريجيا، كحالة حورية التي عانت في الماضي من نقص في الفيتامينات، أما عند بلوغها سن العشرين سنة فقد عانت من إرتفاع الضغط الشرياني ثم الحساسية ثم الإصابة بالقصور الكلوي المزمن، أما حالة محند فقد عانى من آلام الرأس ثم أصيب بإرتفاع الضغط الشرياني عند بلوغه سن الرشد، تلتها الإصابة الجلدية الزونا (Zona)، ثم إصابة الكليتين. أما حالة عاشور فقد تعرض للإصابة باليرقان (Jaunisse)، ثم إرتفاع الضغط الشرياني، وبعدها إصابة الكليتين بالقصور.

الفرضية الثالثة:

المصابون الذين ينتمون إلى العصابات الغير مؤكدة التعقلن لا نجد لديهم أمراض بالغة الخطورة في سوابقهم المرضية، فإن وجدت إصابات فقد تكون رجعية (réversible) قابلة للشفاء، كما قد لا تكون لهم أمراض مصاحبة لمرض القصور الكلوي، لنقول أن هؤلاء المصابين لهم إمكانيات تصدي جسمي متوسطة للأمراض، لكن هذا التوسط يبقى نسبي فقد ينقص أو يزيد في عدد المعايير المشار إليها حسب الأفراد.

المصابان المنتميان للمجموعة الثانية (أمينة، بلقاسم) يدرجان ضمن العصابات غير مؤكدة التعقلن.

تميز التوظيف العقلي لأمينة بعدم الإنتظام حيث ظهر ذلك من خلال إستخدامها سياقات دفاعية متغيرة من مقابلة لأخرى فكانت أحيانا تطغى عليها سياقات المرونة (ذات طبيعة عقلية) وأحيانا أخرى تطغى عليها سياقات الكف (تجنب الصراع). وبإعتمادنا على رائز الرورشاخ وجدنا الإختلاف الواضح بين السياقات المستخدمة خلال مرحلة التمرير التي طغت فيها سياقات المرونة ومرحلة التحقيق التي سادت فيها سياقات المرونة والرقابة على السواء، أما رائز تفهم الموضوع فقد طغت فيه سياقات المرونة ذات الطبيعة المعقلنة. هذا التوظيف الذي لم يحمي أمينة من الإصابات الجسدية التي تميزت بالإختلال التدريجي للجسد، ففي السن الخامسة أصيبت بداء السكري الذي عقد من حالتها لتفقد النظر لعين واحدة، ثم الإصابة منذ سنتين بالقصور الكلوي المزمن لتعاني بعده من الغرغرينا (Gangrène)- أحد تعقيدات مرض السكر- بعد فقدانها مباشرة – بعد أسبوعين- لأمها بصفة فجاءية لتتعرض على إثرها لبتر رجلها، وتتوفى بعد أسبوع. إن إمكانيات إرصانها العقلي الغير منتظم لم يحمي جسدها من إختلال التنظيم.

تميز التوظيف العقلي لبلقاسم بعدم الإنتظام الواضح حيث كانت السياقات الدفاعية المستخدمة في رائز الرورشاخ متمثلة في سياقات الرقابة، أما السياقات الدفاعية المستخدمة في رائز تفهم الموضوع كانت فيها السيادة لسياقات المرونة ثم سياقات الرقابة، لنلاحظ الإختلاف الواضح في التوظيف. أما الحالة الجسدية لبلقاسم قد تميزت ببعض الإصابات التي أصيب بها في الصغر النكاف" oreillons"، بعض البقع الجلدية، وعانى بلقاسم من القصور

الكلوي المزمن في سن الرشد ثم أصيب بمرض السل(la tuberculose) الذي عانى منه مدة سنة ثم إستعاد بعده توازنه نسبيا، كما بقي بلقاسم عرضة لبعض التعقيدات بعد تأثره بإصابة والدته أيضا بالقصور الكلوي المزمن. أخيرا نستنتج أن إمكانيات التصدي الجسدي للأمراض متوسطة و هي في علاقة مع طبيعة توظيفه العقلي الغير منتظم.

و أخيرا فقد تحققت فرضيات بحثنا الثلاثة حيث استخلصنا من العلاقة الوطيدة بين نوعية العقلنة وامكانيات التصدي الجسدي للأمراض، أنه كلما كانت العقلنة جيدة لدى هؤلاء المصابين كلما كان احتمال التصدي للأمراض الأخرى أكبر – المحافظة على الإتزان النسبي للجسد – لينخفظ هذا الإحتمال كلما كان التوظيف العقلي هش – امكانية فتح المجال لأمراض أخرى-.

الخـاتمـــــــــــــــة

يسود الإعتقاد بأن المرض هو حالة تصيب جسم الإنسان و تستدعي المجابهة و العلاج البيولوجي المحض، إن هذه الحالة لا تحمل أي قيمة إيجابية. وبتقدم علم النفس بدأ الإعتراف شيئا فشيئا بأن العلاج البيولوجي وحده غير كاف وأن المرافقة النفسية تساعد كثيرا على الشفاء. غير أن الدراسات و الأبحاث النفسية الحديثة توصلت إلى إعتبار الإنسان كوحدة متكاملة – نفسية و جسدية – لا يجب الفصل بينهما أي أنه من الخطأ التكفل بجانب دون الآخر. و في هذا الصدد ذهبت المدرسة المارتية إلى أبعد من ذلك فبينت بأن الإختلال في تنظيم التوظيف العقلي، قد تنجم عنه نشاطات نكوصية يمكن أن تؤدي إلى إصابات جسدية. و أبعد من ذلك يرى مارتي أن المرض له قيمة إيجابية في بعض الحالات ممثلا مستوى لإعادة التنظيم.

و في هذا الإطار كانت دراستنا متعلقة بالقصور الكلوي المزمن معتمدة على النظرية السيكوسوماتية. ومن خلال التصنيف النوزوغرافي و إرتكازا على تقسيم مستويات العقلنة، تأكد لنا وجود علاقة بين قدرات التوظيف العقلي وإمكانيات التصدي الجسدي للأمراض، أي أن حماية و-أو إختلال تنظيم الجسد هو في علاقة وطيدة مع نوعية توظيف الجهاز النفسي، أي بمعنى آخر أن اختلال التنظيم الجسدي يكون تطوره متناسبا مع هشاشة الحماية العقلية. فالقدرات العقلية في ثرائها أو فقرها تؤثر على فعالية صاد – الإثارات أمام إثارات العالم الداخلي و الخارجي، لذلك كان من الضروري التعرف على الإقتصاد السيكوسوماتي العام للفرد. أما العلاقة بين نوعية العقلنة وإمكانيات التصدي الجسدي للأمراض، لدى المصابين بالقصور الكلوي، فقد تم التحقق منها بالإعتماد على مقارنة نتائج تحليل المقابلات بواسطة شبكة تخص امكانيات التصدي الجسدي للأمراض على مدى

مسار حياة الفرد السابقة و الحالية ونتائج تحليل بروتوكولات الرورشاخ ورائز تفهم الموضوع فيما يخص التوظيف العقلي. حيث تبين أن كل المصابين يندرجون خارج الوحدات العيادية ذات العرضية العقلية الصارمة (عصاب، ذهان)، أي أنها تندرج ضمن الوحدات العيادية المتميزة بعدم الإستمرارية في التوظيف العقلي (عصابات جيدة التعقلن، سيئة التعقلن، غير مؤكدة التعقلن)

وقد استخلصنا من العلاقة الوطيدة بين نوعية العقلنة وامكانيات التصدي الجسدي للأمراض، أنه كلما كانت العقلنة جيدة لدى هؤلاء المصابين كلما كان احتمال التصدي للأمراض الأخرى أكبر – المحافظة على الإتزان النسبي للجسد – لينخفظ هذا الإحتمال كلما كان التوظيف العقلي هش – امكانية فتح المجال لأمراض أخرى – فالبنية العقلية للفرد يمكن أن تتعرض لفترات أزمات حياتية أين تكون الإرصانات العقلية منخفظة و بالتالي فلا وجود لبنية عقلية يعمل توضيفها العقلي بصفة خطية مهما كانت نوعية انتضامها وعليه فإن تقييم امكانيات الإرصان العقلي للشخص الذي يكون بصدد اختلال واضح في تنظيمه، يمكننا من إيجاد وتحديد الكفالة المناسبة له فقد يكون هذا التدخل على مستوى الجانب الجسدي أو على مستوى الجانب النفسي أو على الجانبين معا وذلك بهذف إعادة الإتزان السيكوسوماتي

في هذا الصدد تؤكد دوبري أنه لا يجب أن يتحدد العلاج الملائم من خلال الإضطراب الجسدي فحسب، بل يجب أن تعتمد الكفالة العلاجية على المصابين وليس على الأمراض

أخذت الإصابة بالقصور الكلوي مكان هام في الإقتصاد السيكوسوماتي للمريض، فهي إصابة تقيد المصاب في احتياجاته الأساسية من مأكل ومشرب، كما تصاحبها تعقيدات هامة تؤثر على الإتزان البيولوجي العام للمصاب، كعدم القدرة الجنسية، الإصابة بفقر الدم المتسبب في الفشل العام،الخ كما تؤثر على استثمارات المصاب، الذي يجبر على التعديل في أوقات عمله إن لم يفقده كليا.

وما اسخلصناه من هذه الدراسة هو وجود صلة وثيقة بين امكانيات العقلنة والإتزان السيكوسوماتي العام للفرد

حيث أكدت هذه الدراسة حول المصابين بالقصور الكلوي المزمن فرضيات بحثنا، لكن هذا لا يعني أنها ليست عرضة للنقد، لأن نتائج أي بحث علمي تبقى نسبية، غير ثابتة وغير مطلقة نظرا لحجم العينة المدروسة وكوننا لم نستفد من تكوين خارجي في السيكوسوماتيك كما وضع معاليمه بيار مارتي، كما يمكن أن تفتح المجال لدراسات لاحقة حول نفس الموضوع، أو حول موضوع أعمق يخص مثلا علاجهم عن طريق الزرع الكلوي ليطرح التساؤل التالي:

ما هي العوامل التي تتدخل في الحفاظ على التقبل المناعي و النفسي للمزدرع (Le greffon)؟. وهل نوعية العقلنة لها دخل في نجاح عملية الزرع؟.

إن وجهة النظر السيكوسوماتية لبيار مارتي وجماعته تعد بالكثير لفهم وعلاج المصابين الذين يعانون معنويا وجسديا. ونأمل أن يكون هناك تعاون وثيق بين الطب و علم النفس في التكفل بالمصابين إعتمادا على هذه النظرية القيمة.

أخيرا نتمنى أن نكون قد وفقنا في هذا البحث الذي يمكن أن يكون سندا للمهتمون بهذا المجال.

- BIBLIOGRAPHIE -

1- ANZIEU D. et CHABERT C « **Les méthodes projectives** », Paris, PUF, 1987.

2- ARAR. F. « Fonctionnement mental et gestion du traumatisme », in **Psychologie**, 1999, N°8, P 53 - P63.

3- BEIZMANN C. **« Le livret de cotation des formes dans le rorschach »**, Paris, centre de psychologie appliquée, 1996.

4- BELAIRE-BLACK A. «**Dictionnaire Médical** », Alger, OPU, 1984.

5- BESANCON G. **«**Théories en psychosomatique », in **Encycl. méd. Chir**, Paris, Psychiat , 1992.37400C10, P5.

6- BITKER O. « Transplantation rénale à partir de donneurs vivants apparentés », in **Dyalog,** Paris, N°61, Février 95, P4.

7- BOUDJEMAA A. «**Transplantation d'organes, abrégé »,** Paris, Masson, 1990.

8- BOURGUIGNON et BYLLOWSKI « **La recherche en Psychopathologie, perspective critiques »,** Paris, PUF,1995.

9- CABROL C. « **Anatomie 2, viscères »,** Paris, Flammarion**.** Médecine**-** sciences, 1978,

10- CABRONELL C. «Attitude devant la mort et Mécanismes de défense pendant l'hémodialyse», in **L'évolution psychiatrique**, Fascicule II, 1978, P417- P426.

11- CHABERT C. « **Le rorschach en clinique Adulte interprétation psychanalytique** », Paris, Dunod, 1983.

12- CHABERT C. « **La psychopathologie à l'épreuve du Rorscach** », Paris, Dunod , 1986.

13- CHABERT C. « Les méthodes projectives en psychosomatiques » in **Encycl. méd. Chir »**, Paris- France, Psychiatrie 37400.D10.1988, P4.

14- CHABERT C.«**Psychanalyse et méthodes projectives**», Paris, Dunod, 1998.

15- CHILLAND C. «**L'entretien clinique** », PUF, 1983.

16- CONSOLI S.M. « Troubles psychiatriques des insuffisants rénaux chroniques », in **Revue du praticien**, Paris, 1990 (40,7), P640-P643.

17- CUPA D. «Peut -on vivre libre et heureux, en hémodialyse**?**», in **Dialog 85**, Actualités internationales en Néphrologie, Paris- France, juin 1997, 4P.

18- DEBRAY R. «Normalité et pensée opératoire **»,** in **Psychologie française** 1977, tome 22, P81-P86.

19- DEBRAY R. «**L'équilibre psychosomatique, organisation mentale des diabétiques** », Paris, Dunod, 1983.

20- DEBRAY R. «Abord psychosomatique des troubles somatiques », in **Psychologie française**, Paris, 1984, T29(2), P145-P150.

21- DEBRAY R. «**Clinique de l'expression somatique psychanalyse des liens psyché-soma** », Paris, Delacheux et Nestlé, 1996.

22- DEBRAY R. «TAT et économie psychosomatique ; Bilan actuel » in **Psychologie clinique et projective,** volume 3, 1997, P19-P37.

23- DEBRAY R. «**Pierre Marty** », Paris, PUF, 1998.

24- DEFERT P. «Mécanisme de défense de l'hémodialysé chronique » in **Semaine des hôpitaux**, Paris, 1992, 68, N°09, P244-P248.

25- DETREC P. «La prise en charge du transplanté rénal, par Le Médecin généraliste », in **Dyalog N°46**, sept 1993, 6P.

26- DOMAR A. «**Nouveau larousse Médical** », Paris, Larousse, 1981.

27- FAIN M. et DEJOURS.C. «**Corps malade et corps érotique** », Paris, Masson, 1984.

28- FAIN M. « La névrose de comportement selon MARTY. P.**»,** in **Revue Française de psychosomatique,** n°6, 1994 , P151-P158**.**

29- FINE A. « Quelques points clés de l'œuvre de MARTY. P.**»,** in **Revue Française de Psychosomatique,** n°6, 1994, P39-P52 .

30- FREUD S. « **L'interprétation des rêves** », Paris, PUF, 1973.

31- FREUD S. « **Inhibition, symptôme et angoisse** », Paris, PUF, 1973.

32- FREUD S. « **Essais de psychanalyse** », Paris, Payot, 1981.

33- GROMBEZ J. et LEFEBRE P. «La fantasmatique des greffés rénaux » in **Rev. Fr. de Psychanalyse** 1/2, 1973, P95-P107.

34- JAQUOT R. C. « Perturbations Psychologiques au cours de l'hémodialyse, ou de la transplantation », in **Dyalog 20**, Actualités internationales, Paris- France, Janvier 1991, 2P.

35- KREISLER L. « les origines de la dépression essentielle. La lignée dépressive », in **Rev. Fr. de Psychosomatique** n°2,1992, P163-P185.

36- KREISLER L. « L'enfant sur le chemin de la Connaissance psychosomatique », **Rev. Fr. de Psychosomatique,** 1994, P119-P137.

37- LAGACHE D. « Fantaisie, réalité, vérité», in **rev. Fr. de Psychanalyse,** 1964, P521-P600.

38- LAPLANCHE J. et PANTALIS J. B. « **Vocabulaire de la psychanalyse** », Paris, PUF, 1968.

39- MARTY P. et M'UZAN DE M. « La pensée opératoire », in **Rev. Française de Psychanalyse,** 1963, tome 27, P345-P356.

40- MARTY P. « La dépression essentielle » **in Revue Fr. de Psychanalyse,** 3/1968, P 595-P598.

41- MARTY P. « **Les mouvements individuels de vie et de mort , essai d'économie psychosomatique»**, Paris, Payot, 1976.

42- MARTY P. « **L'ordre psychosomatique , les mouvements individuels de vie et de mort** », tome II, Paris, Payot, 1980.

43- MARTY P. « La première expérience d'un Hôpital de médecine psychosomatique », 1981. (**Document inédit**).

44- MARTY P. « A propos des rêves chez les malades somatiques », in **Revue Fr. de Psychanalyse,** N°5, 1984, P1143-P1161**.**

45- MARTY P. « Diagnostique et classification psychosomatique », IIeme Congrés Mondial Basque, 15/11/1987. (**document inédit**)

46- MARTY P. « **La psychosomatique de l'Adulte** », Paris, PUF, 1990. (que sais-je ?).

47- MARTY P. « Dépression essentielle et maladies somatiques graves », in **intervention au congrès international de psychanalyse,** 1991, 10 pages.

48- MARTY P. « **Mentalisation et psychosomatique** », Paris, laboratoire DELAGRANGE, 1991.

49- MARTY P. et NICOLAIDIS N. **« Psychosomatique, pensée vivante** », Paris, l'esprit du temps, 1996.

50- MERYIER A. « **Maladies rénales de l'Adulte** », Alger, BERTI-OPU, 1994.

51- OTTMAN S. « An overview of renal replace on therapy in Algeria », in **Journal of Kidney, diaseses and transplantation,** vol 5, 1994, P 185-P190.

52- PERALDI M. «Complications tardives de la transplantation rénale **»** in **Dyalog,** Mars 2000, Paris, 4P.

53- PERRON R. **«** Les problèmes de la preuve dans les démarches de la psychologie dite clinique **»**, in **Rev. Fr. de Psychologie,** 1979, tome 24, P 37-P50.

54- PHEULPIN BAFFERT M.C. « **Asthmologie** », in thèse de doctorat Université de Paris sous la direction de R. DEBRAY, 1993.

55- REVAULT C. D'ALLONNES, « **la démarche clinique en science humaine** », Dunod, Paris, 1989.

56- RICHET G.« **Néphrologie** », Paris, Ellipses, 1988.

57- ROQUES J. P. « Etude des troubles psychiatriques et des effets traumatiques liés à l'hémodialyse chronique », in **L'évolution psychiatrique,** 1983, tome 48/4, P975-P1003.

58- SANCHEZ- CARDENAS. M. et BESANCON G. « Troubles psychiques au cours de l'hémodialyse chronique et de la transplantation rénale », in **Encycl.méd.Chir,** Paris-France, psychiatrie 37610, 1989, 4P.

59- SHENTOUB V. « **Manuel d'utilisation du TAT (approche psychanalytique)** » Paris, Dunod, 1990.

60- SHENTOUB V. « Présentation du mode d'interprétation du TAT **»,** in **Bull. Soc. Fr. du rorschach et des méthodes Projectives,** N°33, 1986, P59-P62.

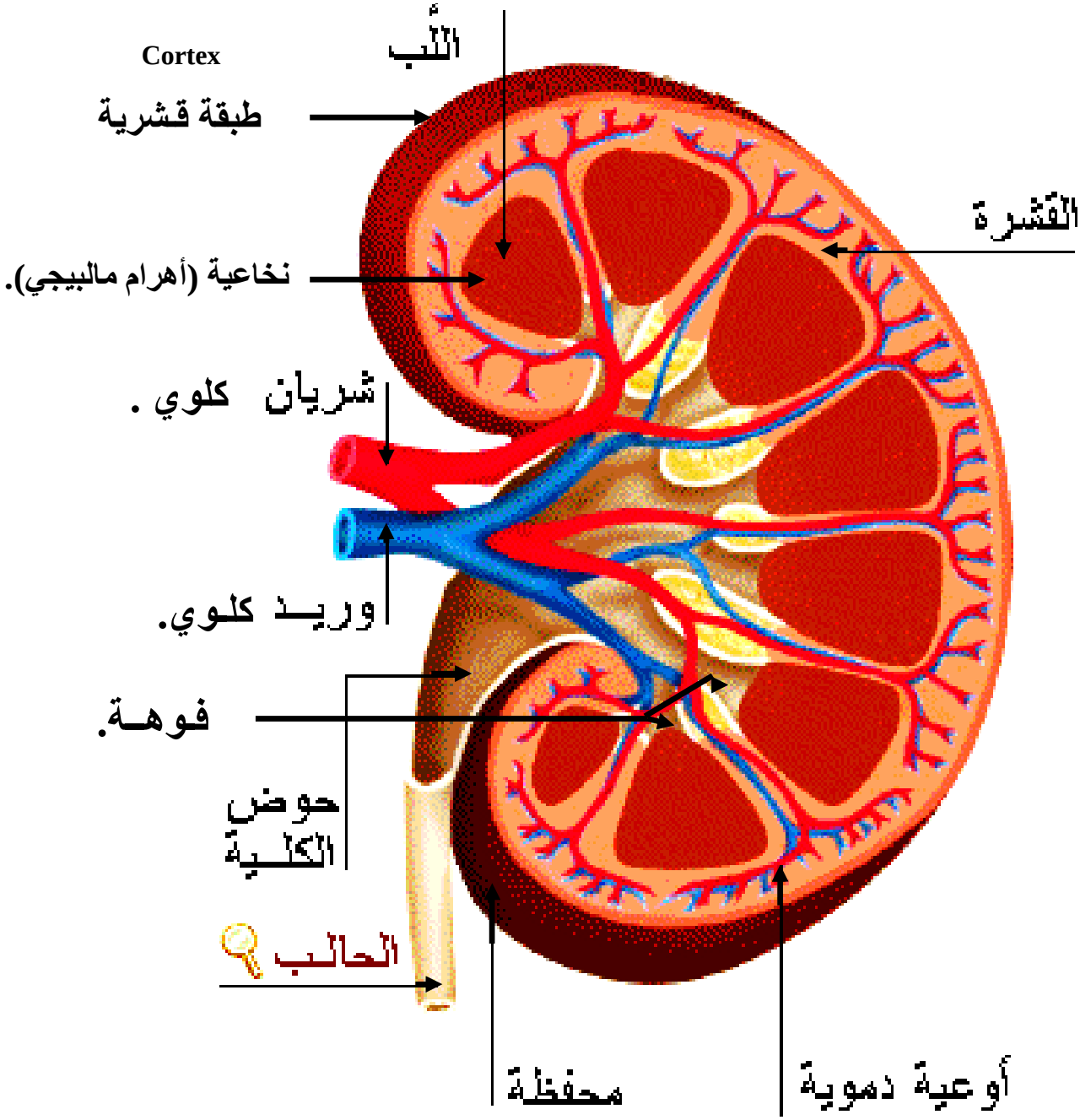
61- SCHENTOUB V. et DEBRAY R. « Fonctionnement théorique du processus TAT **»** in **Bulletin de psychologie,** 1970, 71 vol 24, P897-P908.

62- SERON F. : « **l'organisation psychosomatique des transplantés rénaux** », thèse de Doctorat 3ème cycle soutenue à l'université René DESCARTES, Paris V , sous la direction de Pr. DEBRAY R., 1987.

63- SWZEC G. « **La psychosomatique de l'enfant asthmatique** » Paris, PUF, 1993.

64- RAUCH DE TRAUBENBERG N. « Approche projective en France, réalisation et tendances », in **Revue de psychologie appliquée,** n°26 spécial, 1976, P 359-P400.

65- RAUCH DE TRAUBENBERG N. « **La pratique du RORSCHACH** », Paris, PUF, 1993.



مقطع طولى للكلية.

1- C.Cabrol « **Anatomie 2 viscères** », Paris, Ed Flammarion Médecine – Sciences, 1978 P249.

جدول تلخيصي لمميزات عينة البحث

Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre échantillon

الاســـــــم	السن	الحالة المدنية	المستوى الدراسي	المهنــة	مدة العلاج بالتصفية	التعرض مؤخرا لعملية الزرع	المصير
كريمـــة	29 سنــة	**عزباء**	الثالثة ثانوي	**لا شيئ**	10 سنوات	**لا**	
حورية	51 سنــة	**متزوجة**	**أمية**	**لا شيئ**	5 سنوات	**لا**	
أنيسة	28 سنــة	**عزباء**	**الثالثة ثانوي**	**سكرتيرة**	6 سنوات	**نعم**	
محنـــد	59 سنــة	**متزوج**	**السادسة إبتدائي**	**متقاعد**	3 سنوات	**لا**	
عائشة	39 سنــة	**متزوجة**	**أمية**	**لا شيئ**	سنتين	**لا**	**توفيت**
زليخة	30 سنــة	**عزباء**	**الثالثة ثانوي**	**تشغيل الشباب (الهلال الأحمر)**	11سنة	**لا**	
عاشور	30 سنــة	**أعزب**	**السادسة إبتدائي**	**لا شيئ**	4 سنوات	**نعم**	
جميلة	34 سنــة	**مطلقة**	**السادسة إبتدائي**	**لا شيئ**	14سنة	**لا**	
أمينة	30 سنــة	**عزباء**	**أولي ثانوي**	**لا شيئ**	سنتين	**لا**	**توفيت**
مصطفى	55 سنــة	**متزوج**	**أمي**	**لا شيئ**	5 سنوات	**لا**	**توفى**
ناصر	42 سنــة	**متزوج**	**الثالثة ثانوي**	**محاسب**	4 سنوات	**لا**	
بلقاسم	35 سنــة	**أعزب**	**الثالثة ثانوي**	**لا شيئ**	14سنة	**لا**	
نصيرة	29 سنــة	**عزباء**	**الثالثة ثانوي**	**لا شيئ**	11سنة	**لا**	
حسينة	25 سنــة	**عزباء**	**الخامسة إبتدائي**	**لا شيئ**	5 سنوات	**لا**	
أحمد	**29** سنــة	**أعزب**	**ثالثة ثانوي**	**تشغيل الشباب (البلدية)**	3 سنوات	**لا**	