



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الديمقراطية الشعبية

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique
Tasdawit Akli Muhend Ulhag – Tubirett
Université Akli Mohand Oulhadj – Bouira
Faculté des Sciences Sociales et Humaines

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أكلي محند أولحاج
- البويرة -

كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية

فرع علم النفس

تخصص : علم النفس العيادي

العنوان :

التوظيف النفسي لدى المصابين

بالقصور الكلوي المزمن

- دراسة عيادية لحالة راشد أو راشدة -

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الليسانس في علم النفس العيادي

تحت إشراف الأستاذ :

د . لونيس لعلام

من إعداد الطالبان :

صلاح يعقوب

زروقي زين الدين

السنة الجامعية : 2020/2019

شكر وتقدير

نحمد الله عز وجل ونشكره على كرمه أن وفقنا لإتمام هذا البحث ، وعملا بقول النبي صلى الله عليه وسلم " لا يشكر الله من لا يشكر الناس "

بشعور غامر بالتقدير والاحترام ، نتقدم بشكرنا الخالص العميق مقرونا بجزيل العرفان والامتنان إلى كل من أثرى جوانب هذا البحث ، سواء برأي أو توجيه أو نصيحة ، وفي مقدمتهم أستاذنا الفاضل المشرف " لونيس لعلام " الذي منحنا الوقت والجهد طلية مرحلة إنجاز بحثنا ، والذي أحاطنا بتوجيهاته الفاضلة المشرفة ونرجو أن نكون قد قدمنا ما يرضيه

ولا يسعنا إلا أن نقدم خالص الشكر لجامعة أكلي محند أولحاج بالبويرة وخاصة كل الأساتذة الذين تعلمنا منهم الكثير وكانو سراجا وهاجا أثار عقولنا بكثير من العلم .

الإهداء

مع كل نسمة من نسيمات فجر الحرية أهدي تحية إلى كل ذرة من تراب بلدي الجزائر المعبدة بدماء الشهداء ، إلى من ساندني وبعث في روحي حب النجاح

والتفاؤل.

إلى النبع الذي أستمد منه مبادئ حياتي.

إلى والدي الكريمين

إلى كل الأصدقاء والزملاء أهدي هذا العمل.

إلى كل الأساتذة الكرام.

إلى من قاسمني هذا العمل المتواضع.

بِعقوب " ، " زين الدين "

فهرس الموضوعات

شكر وتقدير

إهداء

مقدمة

الفصل التمهيدي : الإطار العام لإشكالية البحث

- 1 - الإشكالية 11
- 2 - الفرضية 14
- 3 - أسباب اختيار الموضوع 14
- 4 - أهمية البحث 14
- 5 - أهداف البحث 15
- 6 - الدراسات السابقة 15
- 7- تحديد المفاهيم الأساسية 15

الجانب النظري

الفصل الأول : التوظيف النفسي

- تمهيد 20
- 1 - تعريف الجهاز النفسي 21
- 2 - وجهات النظر ما وراء علم النفس 21
- 3 - مراحل نمو الجهاز النفسي 27

4 - القوى الغريزية المسيرة للجهاز النفسي	30
5 - أساليب التوظيف النفسي	31
6 - المبادئ المسيرة للجهاز النفسي	33
7 - وظائف الجهاز النفسي	35
8 - الميكانزمات الدفاعية	37
9 - أهم الميكانزمات الدفاعية	38
خلاصة الفصل	44

الفصل الثاني : القصور الكلوي

تمهيد	48
1 - الكلية	49
1 - 1 تشريحها الداخلي	49
1 - 2 وظائف الكلية	50
2 - القصور الكلوي	50
2 - 1 تعريف القصور الكلوي	50
2 - 2 أنواع القصور الكلوي	51
3 - أسباب القصور الكلوي المزمن	52
4 - مراحل ظهور القصور الكلوي المزمن	53
5 - الأعراض الشائعة للقصور الكلوي المزمن	54

54.....	6 - تشخيص القصور الكلوي المزمن
56	7 - العلاج
61	8 - الآثار النفسية للقصور الكلوي المزمن
62.....	-خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث : منهجية البحث

65.....	تمهيد
66.....	1 - الدراسة الإستطلاعية
67.....	2 - المنهج المستخدم
68.....	3 - عينة الدراسة
68.....	4 - تعريف أفراد مجتمع البحث
68.....	5 - الأدوات المستخدمة في الدراسة
69.....	5 - 1 الملاحظة
69.....	5 - 2 المقابلة
70.....	5 - 3 إختبار تفهم الموضوع
80.....	6- صعوبات البحث
80.....	7- خلاصة الفصل
81.....	8- خلاصة الدراسة

مقدمة :

مما لا شك فيه أن هنالك العديد من الأمراض المزمنة التي تترك آثارا بالغة في مختلف نواحي حياة المريض فهي تحدث تغيرات دائمة في الأنشطة الجسمية والمهنية والاجتماعية (شيلي تايلور)، ومن بين هذه الأمراض المزمنة القصور الكلوي المزمن الذي يعتبر موضوع بحثنا

وبعد تشخيص الإصابة بالقصور الكلوي المزمن ، الذي يندرج تحت خانة الأمراض المزمنة كثيرا ما يواجه المرضى حالة من عدم التوازن الجسمي والنفسي حيث يكتشفون أن أساليبهم الاعتيادية في التكيف مع المشكلات ليست فعالة ، وقد يحتاج المريض إلى أيام أو ربما أسابيع للإجابة عن كثير من التساؤلات التي تتعلق بحياته الراهنة والمستقبلية وكيف يضعها ضمن نظام أولويات مناسب ، ويعتبر القلق استجابة شائعة تظهر مباشرة بعد تشخيص المرض حيث تخور قوى العديد من المرضى ويحسون بالعجز إزاء ما يمكن أن ينطوي عليه هذا المرض المزمن في تغيير حياتهم ومن احتمالات الموت (شيلي تايلور ،ص517، 2008)

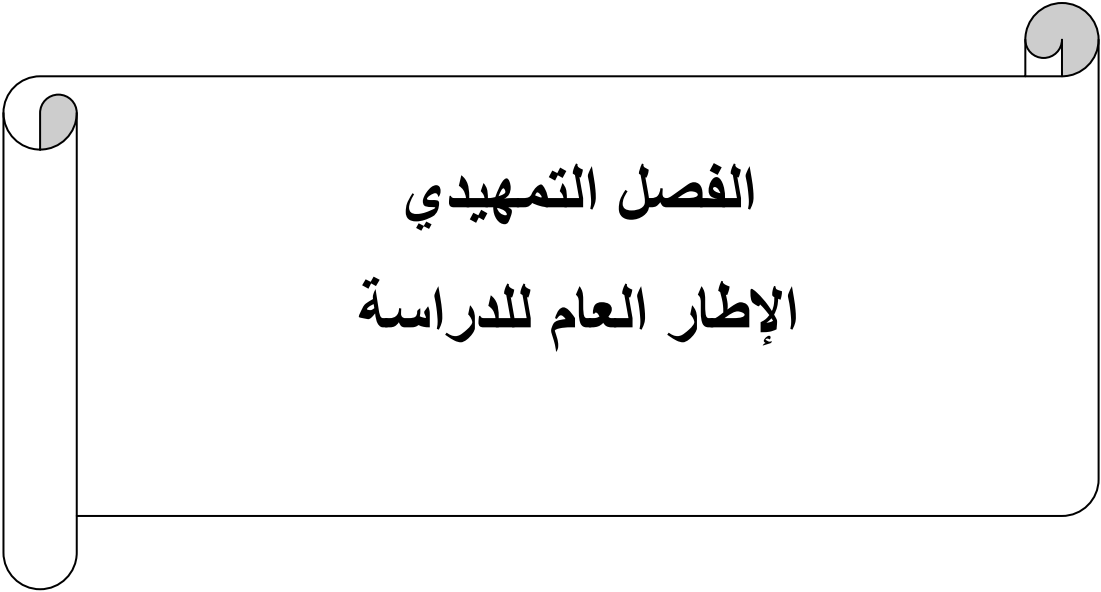
ويملك بعض مرضى القصور الكلوي المزمن من القوة ما يمكنهم من التكيف مع هذا المرض ، في حين يكون العكس مع مرضى آخرين ، وذلك حسب توظيفهم النفسي الذي يعتبر طريقة تفاعل جهازه النفسي وتعامله مع الوضعيات المختلفة ، فهذا الجهاز هو نتاج عملية النمو الطويلة التي تركز أساسا على الإدخال المتدرج للتفاعلات بين الشخص ومحيطه بكل الشحنات الوجدانية والعاطفية مشكلة بذلك جهازا نفسيا داخليا بشكل معين يختلف من شخص لآخر تبعا لاختلاف التجارب والخبرات النفسية .

فالمرضى المصابين بالقصور الكلوي يسعون إلى التكيف مع هذا المرض وذلك من خلال جهازهم النفسي ، وحاولنا من خلال هذا البحث التعرف على التوظيف النفسي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الذي يتحدد وفق السياقات الدفاعية التي يوظفها الجهاز النفسي.

ويتكون موضوع الدراسة من جانبين نظريين إضافة إلى جناب تمهيدي الذي تناولنا فيه الإطار العام للإشكالية وتحديد الفرضيات وأيضاً أسباب اختيار موضوع البحث وكذا أهدافه ، الدراسات السابقة المشابهة لموضوع بحثنا وأخيرا تحديد المفاهيم الأساسية الخاصة بالبحث .

أما الفصل الأول فقد خصصناه لتعريف الجهاز النفسي من خلال وجهات نظر ما وراء علم النفس ، إضافة إلى مراحل نمو الجهاز النفسي ، القوى الغريزية المسيرة للجهاز النفسي ، أساليب التوظيف النفسي ، مبادئ التوظيف النفسي وأخيرا تسليط الضوء على الميكانيزمات الدفاعية مع ذكر العاملين الأساسيين في تواجد الميكانيزمات الدفاعية وأهم الميكانيزمات الدفاعية في حين خصصنا الفصل الثاني للقصور الكلوي المزمن الذي تطرقنا فيه إلى التعريف بالكلية تشريحها ووظائفها ، تعريف القصور الكلوي وذكر أنواعه ، التركيز على القصور الكلوي المزمن حيث سلطنا الضوء على أسبابه ، مراحل ظهوره ، الأعراض المشهورة ، تشخيصه ، الطرق العلاجية للقصور الكلوي المزمن ، وأخيرا الآثار النفسية للقصور الكلوي المزمن.

أما الجانب التطبيقي للبحث فهو يتضمن فصل واحد متمثل في الفصل الثالث الذي تناولنا فيه منهجية البحث أين قمنا بذكر الدراسة الاستطلاعية و المنهج المتبع وهو المنهج العيادي ، التقنيات المستعملة والتي تتمثل في المقابلة التمهيدية واختبار تفهم الموضوع t.a.t في حين لم نذكر النتائج المتحصل عليها نظرا للظروف التي مرت بها البلاد المتمثلة في وباء كوفيد 19.



الفصل التمهيدي
الإطار العام للدراسة

الإطار العام للدراسة

1 - الإشكالية

2 - فرضية الدراسة

3 - أسباب اختيار الموضوع

4 - أهمية البحث

5 - أهداف الدراسة

6 - الدراسات السابقة

7 - تحديد المفاهيم

الإشكالية :

تعتبر الأمراض المزمنة من أكثر الأسباب التي تؤثر على الحياة النفسية للإنسان وتعرقل سيرها العادي، فالأمراض المزمنة يعيش معها المصابون لفترات طويلة ولا يمكن الشفاء منها في اغلب الأحيان ويكون تأثير هذه الأمراض على نفسية الفرد حسب شخصيته ووسائله الدفاعية.

ومن بين هذه الأمراض هنالك القصور الكلوي بنوعيه: الفشل الكلوي الحاد ويحدث خلال فترة قصيرة تتراوح بين ساعات وأيام ففي حالة الفشل الكلوي الحاد قد تستعيد الكلى وظائفها في كثير من الأحيان بعد معالجة المسبب، أما النوع الثاني فهو الفشل الكلوي المزمن وهو نقص وظائف الكلى تدريجياً على مدى السنوات وفيه تفقد الكلى وظائفها بشكل دائم (عبد الكريم السويداء ، 2010، ص 25) وهذا الأخير هو ما سنسلط الضوء عليه والذي يعتبر موضوع بحثنا.

وقد انتشر هذا المرض بشكل كبير وملحوظ خلال السنوات الأخيرة، فحسب منظمة الصحة العالمية ارتفع العدد التقديري لـ DALYS المنسوب إلى أمراض الكلى عالمياً من 19 مليوناً في عام 1990 إلى 33 مليوناً في عام 2013.12، <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/6/17-206441/en/>

أما بالنسبة للجزائر حسب البروفيسور طاهر ريان، 2019، انه تم تسجيل 4000 حالة جديدة من مرضى القصور الكلوي سنويا بينما وصل عدد المرضى الذين يقومون بعملية تصفية الدم إلى حوالي 25 ألف مريض.

هنالك العديد من الظروف التي يمكن أن تتسبب في التلف الدائم للكليتين لكن يتمثل السببين الرئيسيين في الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن في داء السكري وارتفاع ضغط الدم ، لأنهم يمثلون السبب في إصابة ثلثي حالات القصور الكلوي المزمن (حسين ساني ، 2014 ، ص 46).

وفيما يلي بعض الأسباب وراء الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن ارتفاع ضغط الدم ،تصلب شرايين الكلى او انسدادها التهاب الكلى المكروبي المزمن ،السكر،الكليتان الضامرتان خلفياً،الحصاة. (صادق صبور ، 1994، ص 21).

وفي القصور الكلوي المزمن يحدث فقدان لوظائف الكلى ببطء شديد على مدى شهور وحتى سنوات وبالتالي فإن الجسم يحدث له تغيرات بسبب التأثيرات المرضية لمرض الكلى المزمن (حسين ساني ، 2014، ص 47).

وتقوم الكلى بأداء العديد من الوظائف المختلفة (التخلص من الفضلات وإزالة السوائل الزائدة والسيطرة على ضغط الدم وتوازن الكيمياء و إنتاج خلايا الدم الحمراء) من أجل الجسم ولذلك فاعتمادا على مدى الاضطرابات في وظائف الكلى المختلفة ، تختلف المشكلات والأعراض الإكلينيكية بشكل كبير من شخص لأخر ممن هم مصابين بمرض القصور الكلوي المزمن (حسين ساني ، 2014 ، ص 47).

و يواجه المريض بالقصور الكلوي اضطرابات جسمية كثيرة ومتنوعة كالالتهابات المختلفة ،الشعور بالإجهاد والغثيان ،فقدان الشهية ،الإسهال، اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي ،هبوط في قدرة جهاز المناعة ،وهذا ما يجعل المريض عرضة لأمراض ومضاعفات أخرى.

ويشكل التشخيص بمرض القصور الكلوي المزمن الذي يعتبر من الأمراض المزمنة في أغلب الأحيان صدمة كبرى بالنسبة للفرد حيث يتغير فجأة كل شيء في حياته بدءا من البسيط (ماذا يمكن أن يفعل غدا) إلى المعقد (ماذا يمكن أن يفعل في حياته) إذ أن التشخيص المبدي قد يربك الشخص لدرجة تجعله عاجزا عن الإدراك الفوري لعمق التغيير المطلوب (شيلي تايلور ، 516).

ويعتبر القصور الكلوي من الاضطرابات الخطيرة لأن عجز الكلى عن التخلص من كميات كافية من البول سيؤدي إلى تراكم الفضلات المختلفة في العملية الايضية والمواد الفائضة من الأملاح غير العضوية والماء في الجسم وفي هذه الحالة فإن الأمر يتطلب إجراء عملية زراعة كلية أو وضع كلية صناعية أو غسيل الكلى (kidney dialysais) لتخليص الجسم من الفضلات مع أن هذه الإجراءات التكنولوجية تستطيع أن تنظف الدم و تخلص الجسم من الأملاح والمياه الفائضة ومخلفات عملية الأيض إلا إنها إجراءات طبية مضمّنة للغاية فزراعة الكلية يصاحبها الكثير من المخاطر الصحية، ويمكن أن يكون غسيل الكلى مصدر إزعاج شديد لمن يجرى لهم من المرضى (تايلور، 2008، ص 85) .

فحينما تتحدر وظائف الكلى إلى حد تصبح فيه غير قادرة على القيام بوظائفها بشكل فعال ، فإن المرضى وأطبائهم على حد سواء سيكونون في مواجهة السؤال الصعب : هل نبدأ بالديال أو نبحث عن زرع كلية ، إن اختيار البدء بمعالجة الكلى بالاستعاضة أمر يعود للمريض بشكل خاص ، وينبغي أن

نأخذ في الاعتبار عدة عوامل ومنها : الدعم النفسي الاجتماعي ، وموارد المجتمع والحالات الطبية المصاحبة ، وحالة المريض النفسية (جيمس ،أموس ، 2014، ص 266).

وفي طريقة الدياليز ، يتم إزالة سموم الجسم بالتناضح وذلك عبر غشاء شبه منفذ ومن طرائق الدياليز: الدياليز الدموي (الغسيل الدموي) وهو الأسلوب الأكثر شيوعا لعلاج المرحلة النهائية للمرض الكلوي وفيه يتم تنقية الدم بمساعدة آلة غسيل الكلى (حسن ساني ، 2014، ص 64) .

والقصور الكلوي له تأثير على جانبيين ، جانب فيزيولوجي و آخر نفسي، فالجانب الأول يمثل أعراض القصور الكلوي و تأثيره على وظائف الجسم الأخرى باعتبار الجسم كيان واحد و أعضاء الجسم متلاحمة من حيث الأدوار، أما من الجانب النفسي يتأثر المعاش النفسي للفرد و هذا بسبب الوضعية الجديدة له فمجرد الإصابة بهذا المرض تعد صدمة بحد ذاتها فمعظم المصابين بالقصور الكلوي لا يتقبلون الإصابة به في الفترة الأولى من المرض(أي الأشهر الأولى) و يعتبرون استعمال آلة غسيل الكلى كنهاية للحياة و ليست كحل، فيصبح هؤلاء المرضى في حالة عدم تقبل للمرض و لوضعية الحياة الجديدة مما يشكل عراقيل حول السيرورة الطبيعية للحياة.

فمثلا الظروف الصحية الصعبة لبعض المرضى المصابين ببعض الأمراض المزمنة مثل السرطان، القصور الكلوي.... نجد أن الحالة النفسية لدى هؤلاء المرضى قد تغيرت بسبب هذا المرض فنجد أن نمط حياتهم قد أصبح مغايرا لما كان عليه ،فمرضى القصور الكلوي بعدما يصلون إل مرحلة تصفية الدم يفرض عليهم وضع جديد، فعندما تتدهور وظيفة الكلية إلى أقل من 12% إلى 15% فان حياة المريض سوف تعتمد على العلاج الكلوي البديل مثل الغسيل الكلوي وكذا أدوية محددة للضغط الدموي وأدوية التي تجعل نقل الدم من الجسم إلى الآلة سريع ،وعليهم إتباع حمية معينة من أجل التقليل من الشوائب والفضلات والسموم في الدم، وكذلك يعانون من تبعات عملية غسيل الكلى من الإرهاق الشديد والأرق وهذا ما يسبب لهم نوبات من الغضب أو الاكتئاب واحتمالية انتقال أمراض عبر آلة تصفية الدم ،فمرضى القصور الكلوي يعانون أكثر من الجانب النفسي بالنظر إلى الوضعية والحالة النفسية التي يمرون بها أكثر من الآثار التي تبرز من الجانب العضوي وعلى هذا الأساس يمكننا طرح التساؤل التالي :

هل يؤدي القصور الكلوي إلى ضعف التوظيف النفسي؟

الفرضية:

التوظيف النفسي لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن يكون هش من حيث الإعدادات النفسية .

أسباب اختيار الموضوع :

- انتشار مرض القصور الكلوي المزمن بشكل ملحوظ في السنوات الأخيرة.
- الفضول للتعرف أكثر على هذا المرض المزمن.
- الرغبة في معرفة التوظيف النفسي لمرضى القصور الكلوي المزمن.
- الرغبة في تسليط الضوء على مرضى القصور الكلوي وذلك لنقص تناول هذا الموضوع من طرف الطلبة مقارنة بالأمراض الأخرى كمرض السكر والسرطان.

أهمية الدراسة:

- الانتشار الواسع لهذا المرض في العالم وفي الجزائر خاصة.
- من أهم أسباب التي دفعت بي إلى دراسة هذا الموضوع هو تهميش هذه الفئة من المرضى وإهمالهم من الجانب النفسي.
- التعرف على أبعاد و آثار القصور الكلوي على الجانب النفسي.

أهداف الدراسة:

1. محاولة تسليط الضوء على تأثير مرض القصور الكلوي المزمن على الحالة النفسية للفرد.
2. معرفة مدى التأثير النفسي لمرضى القصور الكلوي بعد الإصابة بالمرض.
3. الكشف على العلاقة بين التوظيف النفسي ومرضى القصور الكلوي.

الدراسات السابقة:

دراسة أبشيش حورية ، : 2013 - 2012 الميكانيزمات الدفاعية لدى مرضى القصور الكلوي: هدفت الدراسة إلى التعرف على أنواع الميكانيزمات الدفاعية التي يبدونها مرضى القصور الكلوي والكشف

عن المعاش النفسي لهم ، وافترضت الدراسة أن مرضى القصور الكلوي يستخدمون (سياقات A) توجي بالرقابة.

اشتملت عينة الدراسة على 6 أفراد تتراوح أعمارهم ما بين 30 - 38 سنة في مركز تصفية الدم بولاية البويرة واعتمدت الباحثة على المنهج العيادي في هذه الدراسة وعلى اختبار تفهم الموضوع TAT والمقابلة العيادية النصف موجهة كأدوات لجمع البيانات . وكان التساؤل الرئيسي للدراسة : ما هي السياقات الدفاعية التي يستخدمها مرضى القصور الكلوي للتصدي للمرض ؟
وقد لخصت الدراسة إلى أن: مرضى القصور الكلوي يستخدمون سياقات الرقابة التي تعبر عن ميكانيزمات الإنكار والتكرار والإلغاء والنفي والتردد والتبرير ... إلخ التي تؤدي إلى مراقبة الصراع ومنع الهوامات من البروز في ساحة الشعور التي تحل بالتنظيم النفسي للمريض (أبشيش 2012).

دراسة فضيلة لحر ، 2016-2017 التوظيف النفسي للجلد لدى الراشد المصاب بالسرطان:

هدفت الدراسة إلى التعرف على الجانب الايجابي في شخصية مرضى السرطان حيث تهدف الى تحديد مجموعة من المؤشرات التي توجي الى وجود عمليات بناء للجلد ثم الكشف عن التوظيف النفسي لهذه المؤشرات لدى حالات الدراسة ، وافترضت الدراسة ان الراشد المصاب بالسرطان يبدي في بيئتنا المحلية توظيفا نفسيا متنوعا ، كما اعتمدت على عينة مكونة من 35 فرد ، واعتمدت الباحثة على المنهج العيادي في هذه الدراسة وعلى اختبار الروشاخ واختبار تفهم الموضوع TAT ، والمقابلة العيادية الموجهة، والنصف موجهة ، وكان التساؤل الرئيسي للدراسة : كيف يوظف الراشد المصاب بالسرطان في بيئتنا المحلية مؤشرات الجلد لديه للتحكم في اضطراباته النفسية ؟
وقد خلصت الدراسة الى تمكن اغلب حالات الدراسة من بناء صيرورة مناسبة وتطوير مؤشرات عديدة للجلد بمساهمة سند معين تمثل لدى بعض الحالات في الشريك ولدى كل الحالات في الأبناء .
وتميز التوظيف النفسي للجلد لدى اغلب الحالات يتميز بالتنوع وسجلت توظيفا مميزا للجانب الروحاني لدى كل الحالات وكذلك توظيفا مناسباً للغيرية والمشاركة الاجتماعية وروح الدعابة والعقلنة اما بالنسبة لتوظيف الإغلاء كان محدود لدى بعض الحالات بسبب المحيط والبيئة غير المشجعة التي تنتمي لها هذه الحالات .

تحديد المصطلحات :

تعريف التوظيف النفسي اصطلاحا :

تعرف التوظيف النفسي إجرائيا : هو ذلك النشاط الذي تبذله وتقوم به أركان الجهاز النفسي من أجل حل الصراع ، وتحقيق التوازن والإستقرار على مستوى هذا الأخير ، وخاصة من طرف الأنا الذي يحاول

إختيار الآليات والميكانيزمات المناسبة من أجل التوفيق بين متطلبات الجامعة للمواد خزان الرغبات والغرائز ، والرقابة الشديدة لأننا الأعلى

القصور لغة : قصر يقصر قصورا عن الأمر : عجز وكف عنه.

الكلية لغة : الكلية هي غدة لازقة بعظم صلب عند الخاصرة تنقي الدم وتفرز البول وهما كليتان (ج)كلية (مومني ,د.ت ,ص58)

القصور الكلوي اجرائيا : نقصد بالقصور الكلوي في دراستنا بأنه كف أو قصور الكلى في أداء وظائفها

العادية سواء بشكل دائم أو مؤقت والمتمثلة في تصفية الدم من المواد السامة عن طريق البول.

القصور الكلوي المزمن : هو تدمير مستمر لا رجعة فيه لنفرونات الكليتين وعملية حدوث المرض

متطورة ومستمرة حتى يتم تدمير معظم نفرونات الكلى وتستبدل بأنسجة متلفة .

(الصديقي و بن عمر 2013 ,ص 20)

الفصل الأول

"التوظيف النفسي"

التوظيف النفسي

تمهيد

1- الجهاز النفسي

2 - وجهات النظر ما وراء علم النفس

3 - مراحل نمو الجهاز النفسي

4 - القوى الغريزية المسيرة للجهاز

النفسي

5 - أساليب التوظيف النفسي

6 - المبادئ المسيرة للجهاز النفسي

7 - وظائف الجهاز النفسي

8 - الميكانيزمات الدفاعية

9 - أهم الميكانيزمات الدفاعية

خلاصة الفصل

تمهيد :

لقد قام التحليل النفسي بدراسة العناصر الطبيعية للكائن البشري من ناحية، و الكشف عن ميول الإنسان النفسية، وعالمه الداخلي، و مغزى السلوك البشري، و أهميته في تكوين حياة الإنسان النفسية و ردود فعله من ناحية أخرى، مكونا منها علميا في الدراسة التحليلية - النفسية للإنسان، و قد أحرز التحليل النفسي انتشارا واسعا لدى علماء النفس، بل ولدى غير المختصين في هذا المجال. كما تعطي هذه المفاهيم من خلال نشاطها المتفاعل و المستمر ما يعرف في التحليل النفسي بالتوظيف النفسي للفرد و هو ما سنتناوله في هذا الفصل، ونحاول التعرف على مختلف القوانين والمبادئ التي تحكمه و ذلك من وجهة نظر التحليل النفسي.

1 - الجهاز النفسي:

يعرف فرويد الجهاز النفسي ،في كتابه تأويل الأحلام عام 1900 بمقارنته بالأجهزة البصرية وهو يحاول بذلك حسب تعبيره ،أن يجعل تعقيد النشاط النفسي مفهوما ، من خلال تقسيم هذا النشاط إلى وظائف ومن خلال إلحاق كل وظيفة خاصة بجزء من الأجزاء المكونة للجهاز ، وتتلخص وظيفة الجهاز النفسي في الحفاظ على الطاقة الداخلية في أكثر المستويات الممكنة انخفاضا (مبدأ الثبات) ويساعد تمايزه إلى بنى فرعية على فهم تحولات الطاقة (من الحالة الحرة ، إلى الحالة المربوطة) كما تساعد على فهم لعبة التوظيفات والتوظيفات المضادة والتوظيفات المفرطة.

(لابلانث ،بونتاليس ، 1997، ص 224)

2 - وجهات النظر ما وراء علم النفس :

وضع فرويد هذا المصطلح للدلالة على علم النفس الذي أسسه مأخوذا في بعده الأكثر إمعانا في الطرح النظري ، يرصن ما وراء علم النفس مجموعة من النماذج المفهومية المتفاوتة في بعدها عن التجربة ، من مثل تخيل جهاز نفسي مقسم إلى أركان ، ومن مثل نظرية النزوات ، وعملية الكبت.... إلخ يأخذ ما وراء علم النفس في الاعتبار وجهات نظر ثلاثة : دينامية ، وموقعية ، و اقتصادية.

(لابلانث وبنتاليس ، 1997 ، ص 444)

2 . 1 . وجهات النظر الموقعية:

تفترض هذه النظرية ، أو وجهة النظر تمايزا في الجهاز النفسي إلى عدد من الأنظمة التي تتحلل بخصائص أو وظائف مختلفة وتتوزع تبعا لنظام خاص بالنسبة لبعضها البعض الآخر ، مما يشيع الحديث عن نظريتين موقعتين فرويديتين، يصار في الأولى إلى التمييز الرئيسي ما بين اللاوعي وما قبل الوعي والوعي ، أما الثانية فتميز ما بين الأركان الثلاثة : الهو ، الأنا و الأنا الأعلى .

(لابلانث ، بونتاليس ، 1997 ، ص 504)

2 - 1.1 الموقعية الأولى :

من خلال هذه النظرية تم وضع مفهوم أولي للجهاز النفسي حيث قسمه Freud إلى اللاشعور ، ما قيل الشعور ، والشعور (فيصل عباس ، 2003 ، ص 14)

1 - الشعور Le conscient

يمكن تعريف الشعور أنه عبارة عن نشاط نفسي يتضمن الإحساس بوجود شيء ما و الاقتناع بوجوده، وهو العملية التي يتم من خلالها تفسير الأشياء و إعطائها معنى.

(سامر جميل رضوان، 2007، ص 157)

تتم عملية الإحساس بتدخل الحواس التي تقوم بإمداد دماغنا البشري عن طريق الأعصاب و الإشارات العصبية و الكيمائية بكم هائل من المعلومات عن عالمنا الخارجي الذي نعيش فيه و عالمنا الداخلي، و يتيح لنا ذلك ادراكهما. و يقوم الدماغ البشري بترجمة هذه الإشارات إلى صور و أحاسيس ندركها مباشرة و نستجيب لها.

إن استقبال و نقل و تفسير الرسائل الحسية أي ما ندركه من العالم الخارجي عبارة عن عملية فسيولوجية خالصة يمكن تشبيهها بعملية نقل إشارة إلكترونية أو كهرومغناطيسية و تحويلها من خلال جهاز التلفزيون إلى صور حسية. أما عملية ترجمة الرسائل و الاستجابة لها بطريقة معينة أي عملية إضفاء المعنى عليها فهي عملية نفسية بحتة، كمثال إشارات الألم القادمة من الجسد إلى الدماغ التي هي عبارة عن عملية فسيولوجية خالصة، أما تفسير هذه الإشارات على نحو أنها قد تعني وجود تضرر ما أو مرض ما فهي عملية نفسية (سامر جميل رضوان، 2007، ص 156)

2 - ما قبل الشعور :

ويقع في منطقة بين الحالة العقلية الشعورية والحالة العقلية اللاشعورية وهي منطقة وهمية تتجمع فيها الذكريات التي إكتسبناها في الماضي والتي تتلمس طريقها إلى الشعور ولكنها لم تتمكن بعد من إلى العبور إلى مسرح الشعور (فيصل عباس ، 2001 ، ص 30)

فهو مجموعة الخبرات العقلية الكامنة ، غير الموجودة في منطقة الشعور ولا يمكن الوصول إليها فوراً ولذا تحتاج إلى بعض الوقت والجهد ليتم استدعاؤها وتذكرها مثل المعارف والذكريات السابقة والكلام ويسير ما قبل الشعور وفق مبادئ الزمن والمنطق والواقع ، ويعتبر مخزناً في متناول يد الشعور .

(كمال بلان ، 2015 ، ص 84)

3 - اللاشعور :

ويتكون اللاشعور من القوى والدوافع التي لم تتسجم مع الشخصية الشعورية والتي كبتت في أعماق النفس فمادة اللاشعور قد مرت من قبل في الشعور ، ولكن لما كانت غير منسجمة مع الشخصية الشعورية فإنها تكبت فمن اللازم أن يكون هناك نوع من المستودع تخزن فيه مثل هذه الخبرات التي تستبعد من الشعور (فيصل عباس ، 2001 ، ص 31)

فمادة اللاشعور متكونة من التصورات الخاصة بالغرناز أي من تصورات الأشياء والميول والنزوات التي تربط بالتصورات لخلق الرغبات وتبقى مادة اللاشعورية تنشط وتتفاعل محاولة التعبير عن نفسها والتفريغ إلا أنها تجد صعوبة في العبور إلى ما قبل الشعور والشعور لوجود رقابة صارمة.

(سي موسي زقار ، 2002)

لا تسمح لها بالعبور إلى مسرح الشعور وطالما تكون الرقابة قوية فإن هذه المادة لا يمكنها أن تفلت لتدخل إلى مسرح الشعور لكن ما إن تخمد هذه الرقابة حتى تفلت بعض هذه الخبرات وتمر إلى الشعور، وتظهر في صور مختلفة كالأحلام أو في صور رمزية عديدة.

(فيصل عباس ، 2001 ، ص 31)

2.1.2 الموقعية الثانية :

جاءت هذه النظرية في الدراسات اللاحقة لفرويد ابتداءً من 1920 بعد النظرية الموقعية الأولى بفترة وجيزة ، في مقال أسماه " ما فوق مبدأ اللذة " ثم في الأنا و الهو " سنة 1923 أين ميز فرويد بين ثلاثة أنظمة تبني الجهاز النفسي : الهو ، الأنا والأنا الأعلى (فيصل عباس ، 2003 ، ص 18).

1 - الهو le ça :

لقد عرفه لابلاش وبونتاليس في معجم مصطلحات التحليل النفسي بأنه قطب الشخصية النزوي، وتكون محتوياته التي تشكل التعبير النفسي للنزوات اللاواعية، وهي وراثية فطرية في جزء منها، ومكبوتة مكتسبة في الجزء الاخر. فإنه بالنسبة لفرويد المستودع الأول للطاقة من وجهة نظر اقتصادية، كما يدخل على المستوى الدينامي في صراع مع الأنا والأنا الأعلى اللذين يشتقان منه على الصعيد التكويني .

(لابلاش و بونتاليس 1997 ص570) .

لقد كتب الكثير عن هذا المصطلح الذي وضعه فرويد، "الهو" هو النظام الأصلي للشخصية والذي يعتبر أساسا لكل حياة إنسانية فهو يوجد مع الإنسان منذ لحظة ولادته، ويظل معه طول حياته، هو ذلك الجزء من النفس الذي يحوي كل ما هو موروث أو غريزي، كما يحوي العمليات العقلية المكبوتة التي فصلتها المقاومة عن الحياة النفسية الشعورية، انه مستودع الطاقة النفسية كما انه يزود العمليات التي يقوم بها النظام الاخران بطاقتها.

والهو يخضع لمبدأ اللذة فقط، ولا يهتم بأي شيء آخر، انه هذا الجزء الخام، غير المرتب، غير المهذب، الباحث عن اللذة، انه الزاد الأساسي الذي يحرك الإنسان خلال حياته، انه لا يعرف قوانين ولا يخضع لقواعد ويبعث فقط عن شهواته. انه القوة المحركة لوجود الإنسان وعلى الرغم من انه وثيق الصلة بالعمليات الجسيمية التي يستمد منها طاقته، فان "الهو" نظام نفسي حقيقي.

(فيصل عباس ، 2001، ص 18)

2 - الأنا le moi :

الأنا يشكل مجال التكيف ويتصف بالوعي، فهو وسيط بين العالم الداخلي المتمثل في "الهو" والعالم الخارجي المتمثل في "الأنا الأعلى" ولكي يحقق الأنا دوره التكيفي، فإنه يستخدم الآليات الدفاعية للإبقاء على التماسك وعمل الشخصية. فبينما يعمل الهو التزاما بالإشباع النزوي وفق مبدأ اللذة فالأنا يعمل على أساس المعرفة وفق مبدأ الواقع (جمال القاسم 2001 ص31)

الخصائص الرئيسية للأنثا :

يسيطر الأنثا على الحركات الإرادية نتيجة للعلاقة السابقة التكوين بين الإدراك الحسي والفعل العضلي ، كما يقوم بمهمة حفظ الذات ، وهو يؤدي هذه المهمة بأن يتعلم معالجة المثيرات الخارجية فيدخر خبرات تتعلق بها (في الذاكرة) ويتفادى المثيرات المفرطة في القوة (بالهرب) ويستقبل المثيرات المعتدلة (بالتكيف) وهو يتعلم أخيراً تعديل العالم الخارجي تعديلاً يعود عليه بالنفع (النشاط) ففي الداخل . تجاه الهو . يكتسب السيادة على مطالب الدوافع الغريزية بأن يقرر ما إذا كان يجب السماح لها بالإشباع أو إرجاء هذا الإشباع لأحيان وظروف مواتية في العالم الخارجي أو قمع تنبهاها أصلاً ، والأنثا يسعى وراء اللذة ويتجنب الألم ، والزيادة المترتبة أو المتوقعة في الألم يستجاب لها بنذير القلق ، والمناسبة التي تحدث فيها سواء كانت تهدده من الخارج أو من داخل تسمى خطراً وبين الحين ولحين يفقد الأنثا صلته بالعالم الخارجي ويعود إلى حالة النوم ، حيث يحدث في تنظيمه تغيرات بعيدة المدى ، ويمكن أن نستنتج من حالة النوم أن هذا التنظيم ما هو إلا توزيع معين للطاقة النفسية.

(سامي محمود علي ، 2000 ص 27)

3 - الأنثا الأعلى le sur moi :

وهذا هو المكون الثالث لشخصية الفرد ، والأنثا الأعلى هو الأخير في عملية النمو لهذه الأبعاد الثلاثة للشخصية ، إنه الممثل الداخلي للقيم التقليدية للمجتمع ، وهو شيء موجود داخل الفرد وليس خارجه ، إنه مكون داخلي وليس مجموعة من القوانين الحاكمة ، وعندما ينمي الفرد (أنا أعلى) داخل نفسه ، يكون حينئذ قد أصبح شخصية ناضجة ، فلأنها الأعلى هو هذا الجانب الخلفي للشخصية ، إنه مثالي وليس واقعياً ، هدفه الكمال وليس اللذة ، إنه هو الذي يقرر ما إذا كان نشاط ما حسناً أم سيئاً وفق معايير المجتمع التي يتقبلها ، والقوانين الاجتماعية لا تعني شيئاً بالنسبة إليه ما لم يتقبلها ويتوحد معها.

(فيصل عباس ، 2001 ص 20)

إن الطفل يكتسب نظرياته عن الصواب والخطأ من خلال ما يدركه من اتجاهات والديه فإن الأفعال أو التعبيرات اللفظية التي يعاقبه عليها الوالدان يستدمجها الطفل على أنها قيم سالبة أما الأفعال والأقوال التي يكافئه عليها الوالدان أو يمتدحانها ، فإن الطفل يستدمجها على أنها قيم موجبة ، وتمارس الثقافة المحيطة بالطفل تدريجياً ، مثل أشكال السلطة من البالغين كالمدرسين ، وجماعة الأقران ، والمجتمع على

وجه العموم تأثيرا إضافيا في قولبة وصياغة الأنا الأعلى ، ويكون الأنا الأعلى قادرا على العمل عند أي مستوى من مستويات الوعي مثله في ذلك مثل الأنا (جيرالدس بلوم ، 1995 ص 38).

وحسب بارجوري فإن الأنا الأعلى يعتبر وريث عقدة أوديب فنشأة الأنا الأعلى تقترب كثيرا من الأنا ، فهو مثله استمد أصله من الهو (j.bergeret 1996).

2 - 2 وجهة النظر الاقتصادية :

يطلق وصف الاقتصادي على كل ما يتصل بالفرضية القائلة بأن العمليات النفسية تتمثل في سريان وتوزيع طاقة قابلة للتكميم (هي الطاقة النزوية) أي أنها قابلة للزيادة والنقصان والتعادلات وهكذا يعرف فرويد ما وراء علم النفس بتوليف ثلاث جهات نظر : دينامية وموقعية واقتصادية ، ويقصد بهذه الأخيرة محاولة متابعة مصير كميات الإثارة بقصد الوصول إلى تقدير نسبي لكبرها على الأقل وتتخلص وجهة النظر الاقتصادية في أخذ التوظيفات بعين الاعتبار لجهة حركتها وتقلبات شدتها ، والتعارضات التي تقوم فيما بينها أي (أي فكرة توظيف المضاد) ، تضل الاعتبارات الاقتصادية حاضرة خلال أعمال فرويد ، إذ لا يمكن في رأيه القيام بوصف كامل لعملية نفسية ما طالما لم نتوصل إلى تقدير إقتصاد التوظيفات.

(لابلانز و بونتاليس ، 1997 ، ص 87)

2- 3 وجهة النظر الدينامية :

يصف هذا المصطلح وجهة النظر التي تدرس الظواهر النفسية باعتبارها نتاجا للصراع ولتركيبية القوى ذات المنشأ النزوي التي تمارس نوعا معينا من الاندفاع.

تصف كلمة دينامي في كتابات فرويد اللاوعي خصوصا باعتبار أنه يمارس فعلا مستمرا يتطلب قوة مضادة ، تمارس فعلها بصفة مستمرة بدورها ، كي تسد في وجهه سيل النفاذ إلى الوعي تتأكد هذه الصفة الدينامية عياديا من خلال واقعة الإصطدام بمقاومة إزاء محاولة النفاذ إلى اللاوعي ، بالإنتاج المتجدد لمواليد المكبوت (لابلانز ، بونتاليس ، 1997 ، ص 248)

3 - مراحل نمو الجهاز النفسي :

ولفظ مراحل يشير إلى تتبع نمو الإنسان وشخصيته ابتداء من الولادة حتى الكبر ، فالطفل يمر عبر سلسلة من المراحل المحددة تكوينياً ، وما لم يتعرض هذا النمو في سيره إلى تدخل ظروف شاذة أو معوقة، فمن المتوقع له أن يسير على نحو طبيعي وعلى شاکلة ما نجده عند الغالبية العظمى من الناس.

والشخصية ترسى قواعدها في السنوات الأولى من حياة الكائن الحي ، وهذا الأساس غير قابل للتغيير، وهو يحدد ما يمكن أن يقام عليه بعد ذلك فإن كان الأساس ضعيفاً مهزوزاً وغير مستقر ن نشأة الشخصية وتطورت بشكل ضعيف مهزوز غير مستقر كذلك ، فالأساس الذي يوضع في الطفولة هو الذي يحدد ما سيكون عليه الفرد في الكبر وعلى هذا النحو فإن فرويد يعطي أهمية كبرى لعملية البناء من أجل بناء شخصية الفرد في المستقبل كما أنه يعطي أهمية كبرى للخمس سنوات الأولى من حياة الفرد باعتبارها الأساس الذي يقام عليه كل بناء شخصيته في ما بعد ويمكن أن نشير باختصار إلى مراحل النمو عند فرويد (فيصل عباس 2001، ص24) .

3 - 1 . المرحلة الفمية :

ميز K ABRAHAM مرحلتين من فرعتين ضمن المرحلة الفمية هما مرحلة المص المبكرة

والمرحلة الفمية السادية التي تتفق التي تتوافق مع ظهور الأسنان .(لابلانوش وبنثاليس ص473)

وترتبط أول مرحلة من مراحل النمو في تكوين شخصية الفرد بالمنطقة الشهوية الفمية وعلى وجه الخصوص بالشفيتين فالطفل يبدأ عقب الولادة بقليل إستخدام الشفتين في الحصول على الطعام وليس ثمة شك أن هذا الطعام الذي يحصل عليه الطفل يعتبر مصدر إشباع ولذة فهو طعام شهوي ولذيذ (وهذا هو مبدأ اللذة) وسواء كان يحصل عليه عن طريق الثدي أو بالرضاعة الصناعية فإن الوليد في شهره الأول سرعان ما يتعلم (عن طريق مبدأ إجبار التكرار) ان التجويف الفمي واللسان والشفيتين عندما تمس هذه الأشياء تصبح مصدر لذة وسعادة بالنسبة له ومن الطبيعي أن يتعلم الطفل استخدام الشفاه كلما أراد الحصول على هذا الإحساس أو اللذة فهو عندما يحس ثانية بالجوع تقوم المنطقة الفمية بدورها وتؤدي به إلى الشعور باللذة.

وحيث تظهر الأسنان فيما بعد أثناء المرحلة الفمية يوجد هدف آخر يعبر عنه الطفل إن الطفل الذي أحبط عادة فيما يتعلق بالتغذية يحاول الانتقام من خلال العض وعلى الرغم من شوق الطفل إلى أن يتحد مع مصدر الطعام اتحادا ممتعا إلا أنه في لحظات الإحباط قد يرغب في أن يدمره (الرغبة الفمية السادية) (جيرالدس بلوم، 1995، ص 43).

3 - 2 . المرحلة الشرجية :

إنها تبعا لفرويد المرحلة الثانية من التطور اللبيدي التي تقع بشكل تقريبي ما بين عمر السنتين والأربع سنوات تتميز هذه المرحلة بتنظيم اللبيدو تحت صدارة المنطقة الغلمية الشرجية حيث تصطبغ علاقة الموضوع بالدلالات المرتبطة بوظيفة الإخراج (الطرد ، الإمساك) وبالقيمة الرمزية للبراز .

(لابلانش وبونتاليس ، 1997 ، ص 470)

فحين يتجمع قدر كافي من فضلات الطعام لدى الطفل فإن ذلك يسبب له توترا في الأمعاء يؤدي إلى الشعور بعدم الارتياح أو الألم وطرد الفضلات وإخراجها يزيل عنه مصدر القلق ويحدث له شعور بالراحة وعند بدأ التدريب على النظافة . وهذا يحدث عادة عندما يلتقي الطفل بأول خبرة حاسمة له مع التنظيم الخارجي لدفعة غريزية فعليه أن يتعلم إرجاء اللذة التي يحققها له توتره الشرجي أي عليه أن يتعلم الخضوع لمبدأ الواقع . وأن يقوم بعملية الإخراج حين تصل هذه الضغوط إلى حد معين وأن يقوم بها في أماكن معينة وليس في أي مكان يشاء وتتوقف نتائج هذا التدريب على الأسلوب الذي تتبعه الأم في تدريبه على ضبط عملية الإخراج (فيصل عباس 1996 . ص 26).

فالاتجاهات الحادة نحو التدريب على الإخراج تؤدي إلى شخصية حافظة أي شخصيات قاسية وعنيدة ومن ناحية أخرى إذا أثنى الوالدان على ضبط الطفل للإخراج فقد يصبح الطفل عندما يكبر مبدعا ومنتجا (جابر عبد الحميد . ص 79).

ويتعلم الطفل أن يضبط نشاطاته الشرجية حتى يستخدمها إما كسلاح ضد والديه في لحظات الغضب أو كرموز للطاعة والمحبة (جيرالدس بلوم ، 1995 ص 45) .

3 - 3 . المرحلة القضيبية:

تكون المرحلة القضيبية من عمر الثالثة وحتى الخامسة فتسودها عقدة أوديب وهي تعرف بأنها الحب الجنسي للوالد من الجنس المخالف ، يصاحبه كراهية ، ومنافسة للأب من نفس الجنس ، إن أول موضوع للحب لدى كل من الأولاد والبنات هو الأم وذلك بفضل دورها الأول في العناية بالطفل الصغير ، ومع نمو البنت فإنها تحول حبها عادة من الأم إلى الأب ، وهي عملية تكون محملة باتجاهات التناقض الوجداني ، أما بالنسبة للولد فيستمر في تفضيل الأم كموضوع للعلاقة التي تصبح أكثر تشبعا للجنس من ذي قبل وأثناء المرحلة الأوديبية من النمو النفسجنسي يتضخم الإهتمام بالأعضاء التناسلية.

(جيرالديس بلوم 1995 ص46)

ثم إن الطفل بالإضافة إلى حبه لأمه واكتشاف جسمه وأعضائه التناسلية يصبح أيضا على معرفة بالدور الذي يقوم به الأب في حياته ، فالأب إنسان أقوى وأكبر وأقل وجودا معه في البيت ويشبهه في الجنس ، ثم إنه يشاركه في حب الأم ويحظى باهتمامها ، ويبدو أن له بعض الأولوية في وقت الأم ومحبتها ، وتكون النتيجة الطبيعية لهذا هو الإحساس بمنافسة خفية وغيره مصاحبة في المراحل الأولى لهذه المعرفة ، لا يفعل الطفل الذكر شيئا لكبح إحساسه بالخيرة ، ومع ذلك يبدأ الكبت في الظهور مع إستمرار النمو ، ويلاحظ أيضا أنه من الناحية الجسمية ، أقرب شبها بأبيه منه بأمه ، وهي حقيقة تؤدي به إلى التماهي مع الأب مثلما تماهي مع الأم (فيصل عباس 2001 ص27).

ومع تقدم المرحلة يهجر الولد رغباته الحسية نحو الأم وكراهيته للأب بسبب حصر الخصاص ، وتتخلى البنت عن عقدة أوديب (ويشار لها أيضا بعقدة الكترا) ولكن بشكل أكثر تدريجية وأقل اكتمالا مما يحدث لدى الولد . (جيرالد س بلوم 1996، ص46).

3 - 4 . مرحلة الكمون:

تعتبر السنوات فيما بين عمر الخامسة أو السادسة وحتى البلوغ متحررة نسبيا من الصراع الخطير بالنسبة للطفل ، حيث يقل التوكيد على الجنس ويزداد التوكيد على الاهتمامات والنشاطات الجديدة ، وهكذا ينمو الأنا أكثر ارتياحا في نضاله الأبدي من أجل احتواء المحفزات اللاشعورية وفي ذلك الوقت لا يكون الأنا الأعلى قد دعم موقفه ، فيتصرف أحيانا بشكل حاد ومتصلب وينتج عن ذلك أفكار وسواسية تبعث على الإضطراب، ثم يحدث التوافق التدريجي حتى أن الطفل عندما يبلغ سن ثماني سنوات تهدأ صرامة

الأنا الأعلى إلى حد كبير وحينما يمتلك الطفل أنا أكثر اكتمالا في نموه ، وأنا أعلى نام ، فإنه يحول انتباهه بعيدا عن الأسرة في اتجاه العالم الخارجي ويزوده رفاق اللعب والمدرسة والكتب والموضوعات الواقعية بمنافذ أثناء ما يسمى بمرحلة الكمون ويتوقف اعتماد الطفل الكامل على الوالدين ، كما أن المعرفة التي اكتسبها الطفل حديثا عن البيئة تجعلها أقل إثارة للرعب من ذي قبل والطفل في عمر الثامنة يبحث عن إقامة علاقة صداقة مع الآخرين ، ومستعدا لأن يتأثر بالأطفال ، وبالبالغين خارج نطاق أسرته المباشرة ، ويتلاشى الاعتقاد في قدرة الوالدين المطلقة عند مقارنتها بالأشكال الراشدة المختلفة.

(جرالد س بلوم 1995، ص 47) .

3 - 5 . المرحلة التناسلية:

مع بداية البلوغ ، تغيرات وتحولات تحدث في فترة التحول من الحياة الجنسية الطفولية إلى شكلها الراشد، المرحلة الأخيرة في تصنيف فرويد اصطلح على تسميتها التناسلية وتظهر في سن المراهقة عند نضج الأعضاء التناسلية، هناك إحياء للرغبات العدوانية والجنسية والحافز الجنسي والذي كان في السابق نرجسيا ، حيث يعاد توجيهه للبحث عن الإشباع عن طريق التفاعل الحقيقي مع الآخرين فالمرهقون الصغار يفضلون مصاحبة رفاق من نفس الجنس وفي نفس الوقت اهتمامات الشباب تتحول إلى البحث عن فتاة الفتاة تبحث عن شاب وكلها من أجل تحقيق الحوافز الجنسية (ناريرا أنجر ص 57)

4 - القوى الغرائزية المسيرة للجهاز النفسي:

الغرائز دافع فطري موروث في الكائن الحي إنسانا كان أم حيوانا ، وهو عام في كافة أفراد النوع الواحد وتختلف في عددها وأشكالها من نوع حي إلى نوع آخر ، والغرائز لا يمكن أن يستغني عنها النوع فهي دوافع أساسية بدون إشباعها يتهدد الفرد بالتدمير أو يتهدد النوع كله بالفناء فمثلا لو لم يشبع الإنسان غريزة الجوع تهدده الموت جوعا فالغرائز تدفع إلى سلوك لا يمكن أن يستغني عنه الكائن الحي أو نوعه عموما ولكل غريزة أساس فيسولوجي وأساس نفسي معا.

(فرج طه عبد القادر ، ص 339)

4 . 1 . غريزة الحياة :

دافع فطري يرثه الإنسان ويولد مزودا به ، كما يرى فرويد والمحللون النفسيون ، وهذا الدافع هو الذي يؤدي إلى استمرار الحياة وازدهارها ، ويؤدي إلى كل ما هو إيجابي وبناء في الحياة ، فنحن نحب بعضنا بعضا بسبب هذا الدافع ويساعد بعضنا بعضا من نطاق هذا الدافع، فغريزة الحب هي التي تدفع الفرد إلى أن يحب ذويه وأصدقائه وزملائه ومن الواضح أنه لولا هذه الغريزة ما استمرت الحياة.

(فرج طه عبد القادر ، ص 340)

4 - 2 . غريزة الموت:

دافع فطري موروث ينظر إليه فرويد و المحللون النفسيون على أنه يقابل غريزة الحياة ومن غريزة التدمير وغريزة الحب تتكون دوافع النفس الإنسانية ، وغريزة التدمير تدفع الإنسان إلى أن يدمر ويحطم ويخرب ويعتدي ، سواء كان ذلك على غيره أم عليه هو نفسه ويرى فرويد أن غريزة التدمير مثلها مثل غريزة الحب فطرية في الإنسان لا يحتاج إلى تعلمها (فرج طه عبد القادر ، ص 340)

ومن المشتقات الهامة لغرائز الموت الباعث العدوانية فالدوانية تدمر الذات وقد اتجهت إلى الخارج نحو موضوعات بديلة فاشخص يقاوم الآخرين وينزع إلى التدمير لأن رغبته في الموت قد عاتقها قوى غرائز الحياة بالإضافة إلى عقبات أخرى في شخصيته تتصدى لغرائز الموت ولقد احتاج فرويد لفترة الحرب العالمية الأولى 1914 - 1918 ليقنتع بأن للعدوان قوة لا تقل عن الدافع الجنسي.

(كمال بلان ، 2015 ، ص 82)

5 - أساليب التوظيف النفسي:

لقد كان من أعظم إنجازات فرويد من وجهة نظر العديد من أتباعه هو التمييز بين نمطين أساسيين من التفكير وهما :

5 - 1 . العمليات الأولية:

والعملية الأولية هي نمط أكثر بدائية من التفكير وهو يميز اللاشعور ويبتدى بشكل أكثر وضوحا في الأحلام ، ولكن يحتمل أن يوجد أيضا كاتجاه خفي في حياة اليقظة ، ويظهر عمل العمليات الأولية من

خلال الأفكار المختلطة المشوشة للمجانين ، وأيضا العاديين من الناس تحت تأثير عقاير معينة : فهي أفكار توجهها الرغبة في إشباع الحفزات إشباعا مباشرا دون أي اعتبار للمنطق ، أو الأخلاق ، أو سياق الزمن ، أو روابط السببية ، أو متطلبات الواقع الخارجي.

ويخضع التفكير عند هذا المستوى لمبدأ اللذة أي البحث عن اللذة وتجنب الألم ، ولا مكان للشك وعدم اليقين والتناقض في العمليات الأولية.

ويسير من الطبيعة البدائية للتفكير حقيقة أن الطاقة تتبع سبيل التفريغ ، فإذا أعيق التفريغ المباشر لفكرة في مجال الشعور ومنعت من أن تتحول إلى فعل بعد ذلك فإن الفرد يبحث عن الإشباع غير المباشر من خلال العودة إلى ذكرى مواقف مماثلة للإشباع سابقا ، أو من خلال الإشباع الهلوسي للرغبة.

(جيرالد س ، بلوم 1995ص32)

5 - 2 . العمليات الثانوية:

أما العملية الثانوية فهي النمط الذي يميز التفكير القبل شعوري والشعوري ، وفي الطفولة تبدأ العملية الثانوية في النمو متأخرة عن العملية الأولية ، ولأنها تتطلب الكلام ، واستخدام الرموز فإن تفكير الفرد يميل إلى أن يصبح منطقيا ومترابطا ومنظما كما تتفوق الكلمات على الصور ويتم تقييد الطاقة النفسية حتى يمكن توجيه الأفكار بدلا من أن يترك لها العنان فتهم دون نظام ودون ضوابط . وفيما مضى حين كانت عملية الإشباع الهلوسي للرغبة سائدة لم يكن الفرد يستطيع السيطرة على الأحداث المستقبلية ، أما الآن فإن الأحداث المستقبلية يمكن للفرد أن يتصورها بصريا ويتعامل معها بشكل رمزي ، وتسمح القدرة على التمييز بين المثيرات البيئية الخارجية والمثيرات الداخلية لمبدأ الواقع أن يعمل ونعني بمبدأ الواقع القدرة على تنظيم السلوك وضبطه وفقا لمتطلبات العالم الخارجي ، ويؤدي التنبؤ بالتغيرات المحتملة في البيئة وبناتج الأفعال إلى القدرة على تأجيل الإشباع عن طريق التخلي عن الإشباع المباشر من أجل تخطيط الفعل بشكل أفضل توفقا ، وأكثر تكيفا على المدى الطويل (جيرالد س ، بلوم 1995ص32)

6 - المبادئ المسيرة للجهاز النفسي:

6 - 1 . مبدأ الثبات:

عرض فرويد هذا المبدأ القائل بأن الجهاز النفسي ينزع نحو الاحتفاظ بكمية الإثارة التي يحويها في أدنى مستوى ممكن ، أو على الأقل يحافظ على ثباتها ما أمكن يأتي هذا الثبات من خلال تصريف الطاقة الحاضرة فعليا من ناحية ، ومن خلال تجنب ما يمكن أن يزيد كمية الإثارة ، والدفاع ضد هذه الزيادة من ناحية ثانية.

يشكل مبدأ الثبات أساس النظرية الاقتصادية الفرويدية، فلقد كان حاضرا لديه منذ أعماله الأول، ولم ينفك عن افتراضه ضمنا باعتباره يتحكم بالنشاط الوظيفي للجهاز النفسي : إذ يرمي هذا الجهاز دوما إلى الاحتفاظ بثبات مجموع الإثارات في داخله ، ويتوصل إلى ذلك من خلال تحريك أوليات التجنب في مواجهة الإثارة الخارجية ، وأوليات الدفاع (التصريف) في مواجهة زيادات التوتر ذات المصدر الداخلي ويتعين علينا فهم مختلف تجليات الحياة النفسية ، حين ترد إلى طابعها الاقتصادي الأخير، باعتبارها محاولة متفاوتة في نجاحها ، من أجل الاحتفاظ بهذا الثبات أو استعادته من جديد (حين يخل).

(لابلانز وبنطاليس ، 1997 ، ص 446)

6 - 2 . مبدأ اللذة:

يعتبر أحد المبدأين اللذان يحكمان تبعا لفرويد النشاط العقلي ، إذ يهدف مجمل النشاط النفسي إلى تجنب الانزعاج والحصول على اللذة ، وعلى اعتبار أن الانزعاج يرتبط بزيادة كميات الإشارة ، وأن اللذة ترتبط بتخفيض هذه الكميات ، فمبدأ اللذة هو مبدأ اقتصادي (لابلانز، بونتاليس 1997 ص 452) فحسب فرويد فإن الإنسان تحركه الرغبة في اللذة وتجنب الألم ، وينظر فرويد إلى هذه التوترات على أنها فطرية ، ولكن يمكن أن ترتبط أيضا بعدد من المثيرات خلال عملية التعلم وهذه التوترات حالات أساسية ترتبط بإحساسات الألم ، وتسلك سبيلها الذي يهدف إلى خفض حدتها ، ومن ثم إلى تحقيق اللذة وكما يقول فرويد (نحن نعتقد أن أية عملية معينة إنما تصدر عن حالة توتر مؤلم ، ومن ثم تحدد لنفسها السبيل الذي يتفق وهدفها النهائي من أجل خفض التوتر أعني بتجنب الألم وإحداث اللذة).

فمبدأ اللذة إذن ينظر إليه على أنه نزعة فطرية لدى الإنسان تحدد الأسلوب الذي به يخفض ثوراته النفسية ، ومن هنا فإن أشكال السلوك التي من شأنها أن تزيد من حدة هذا التوتر تكبت في اللاشعور بينما يسهل عمل تلك التي تؤدي إلى خفض هذا التوتر .

وحياة الطفل الصغير ، وبخاصة في في تلك السن التي يسعى فيها لإشباع غرائزه الأولية يسيطر عليها مبدأ اللذة ، فهو يهدف فحسب إلى إشباع حاجاته الأولية وفي أي وقت يشاء من طعام وراحة وحنان ، وقد يظهر لدى بعض الكبار أيضا مثل هذا السلوك ، الذي يتمثل في عدم الترحيب بكبت الرغبة للإشباع المباشر لنزعاتهم وشهواتهم ، وهؤلاء هم الذين نسميهم عادة طفليين فهم يخضعون كما يخضع الصغير لمبدأ اللذة ، وباختصار فإن الكائن الحي في هذا الوجود يهدف إلى جعل حياته سارة قدر الإمكان .

(فيصل عباس ، 2001 ص 14)

6 - 3 . مبدأ الواقع :

إنه أحد المبدأين الذين يحكمان تبعاً لفرويد النشاط العقلي الوظيفي فهو يكون ثنائية مع مبدأ اللذة ، فبمقدار ما ينجح في فرض ذاته كمبدأ منظم ، لا يعود البحث عن الإشباع يتم من خلال أقصر الطرق ، بل يسلك إتقافات ويؤجل الحصول على نتيجة تبعاً للشروط التي يفرضها العالم الخارجي .

(لابلانن وبونتاليس 1997 ص 458)

حيث يرى فرويد منذ البدء أن هناك تعارضاً بين مبدأ اللذة ومبدأ الواقع يرتبط بالتعارض القائم بين أنا اللذة وأنا الواقع فالدفعات الغريزية تخضع في البداية لمبدأ اللذة ومن خلال مبدأ ثالث (هو اختبار الواقع) تخضع تدريجياً لمبدأ الواقع ، فلا يعود التصور ما هو لاذ بل ما هو واقعي ، وإن كان مؤلماً ولاشك أن العمليات اللاشعورية والتي يعتبرها فرويد أقدم العمليات الأولية تبين عن اتجاه مسيطر تخضع له ألا وهو مبدأ اللذة ، إلا أن النشاط النفسي يتخلل وينحي أي نشاط يسبب له الألم وذلك عن طريق الكبت امتثالاً وخضوعاً لمبدأ الواقع الذي ينتج عن تعديل مبدأ اللذة تدريجياً ، فيحل هذا المبدأ الجديد (مبدأ الواقع) للإشباع مدخلاً في اعتباره المواءمة والتكيف مع الواقع . (فرج عبد القادر طه، 1989، ص 392)

إذن فمبدأ الواقع يعتبر مبدأ مكتسب متعلما ، وليس غريزيا نولد مزودين به وإذا كان الطفل يأتي إلى هذا الوجود مزودا بمبدأ اللذة فإنه من خلال دروس الحياة وحسب ، ومن خلال التوجيه والتنشئة الاجتماعية يكتسب الإحساس بالواقع في تعامله مع نفسه ومع البيئة (فيصل عباس ، 2001 ص 12)

6 - 4 . مبدأ التكرار :

في هذا المبدأ يؤكد فرويد دور العادة وتكرار الخبرات في سلوك الإنسان فالإنسان يميل بطبيعته إلى تكرار الخبرات القوية الماضية التي يمر بها ، فما أن يعتاد الإنسان على القيام بنشاط ما بطريقة معينة ، حتى يميل إلى تكرار هذا النشاط وبنفس الطريقة لدرجة تجعله يؤديه دون كثير من التفكير الشعوري وطالما أنه يميل إلى تكرار كل ما هو ناجح فإنه كلما زاد تكراره له أصبح أسلوبا أكثر ثباتا وجمودا في حياته العادية ، وبسبب أن هذا الأسلوب يصبح ثابتا وجامدا فإن الإنسان يتبعه في معالجة مشكلاته ومواجهتها ، سواء كانت نتيجة ذلك ناجحة تؤدي إلى خفض التوتر عنده ، أم مؤلمة فتؤدي إلى زيادة هذا التوتر ، ويذهب فرويد إلى أن هذا المبدأ أكثر تغلغلا وقدا في حياة الإنسان ، وبالرغم من أنه قد يبدو معارضا لمبدأ اللذة الذي تقوم وظيفته على خفض التوتر النفسي إلى أقل درجة ممكنة

(فيصل عباس ، 2001 ص 17)

7 - وظائف الجهاز النفسي :

7 - 1 . وظيفة إرصادية :

هو مصطلح استعمله فرويد للدلالة على العمل ، الذي ينجزه الجهاز النفسي في سياقات مختلفة ، بقصد السيطرة على المثيرات التي تصل إليه والتي يتعرض تراكمها لأن يصبح مرضيا ، ويتلخص هذا العمل في مكاملة الإثارة في النفس وإقامة صلات ترابطية فيما بينها ويمكن أن يدل هذا الإرصان النفي بالمعنى الواسع على مجمل عمليات هذا الجهاز ، إلا أن استعمال فرويد له يبدو أكثر تخصيصا : فالإرصان النفسي هو تحويل كمية الطاقة مما يتيح السيطرة عليها من خلال تعديل مسارها أو ربطها (لابلاتش ، بونتايس ، 1997 ، ص 60)

7 - 2 . وظيفة دفاعية :

إنه مجمل العمليات الهادفة إلى اختزال و إزالة كل تعديل من شأنه أن يعرض تكامل وثبات الفرد الإحيائي النفساني للخطر ، وبالقدر الذي يطرح فيه الأنا باعتباره الركن الذي يجسد هذا الثبات ويسعى للحفاظ عليه ، يمكن اعتباره في آن معا اللاعب والرهان في هذه العمليات.

ينصب الدفاع بشكل عام على الإثارة الداخلية (النزوة) وبشكل أكثر انتقائية على تلك التصورات (من ذكريات وهومات) التي ترتبط بها النزوة وعلى تلك الوضعية القادرة على إطلاق هذه الإثارة إلى الحد الذي تتعارض فيه مع هذا التوازن ، وتشكل نتيجة لذلك إزعاجا للأنا كما يمكن للانفعالات المزعجة التي تشكل الإشارة للدفاع أو تحركه ، أن تصبح بدورها موضوعا له تخصص العملية الدفاعية إلى أوليات دفاع تتكامل في الأنا بمقادير متفاوتة.

ونظرا لتأثر الدفاع ودمغه بالنزوة التي يهدف إلى مقاومتها في نهاية المطاف ، فإنه يتخذ غالبا منحى اضطراريا ويعمل ولو جزئيا بشكل لا واع ، يبحث فرويد عما يسميه الدفاع الأولي في تجربة أليمة تماما كما وجد نموذج الرغبة ودها من قبل الأنا في تجربة الإشباع.

وفرق فرويد ما بين الدفاع السوي والدفاع المرضي ، يعمل الدفاع الأول في حالة انبعاثات تجربة مؤلمة ولا بد في هذه الحالة من أن يكون الأنا قد تمكن خلال التجربة الأولى من البدء في صد الانزعاج بواسطة (توظيفات جانبية) (حين يتكرر الأثر الذاكري يتكرر الانزعاج بدوره ولكن تمهيد مسالك الأنا تكون جاهزة أيضا بدورها في تلك اللحظة وتدل التجربة على أن انطلاق "الانزعاج" في المرة الثانية يكون أقل أهمية ، كي يختصر في النهاية وبعد عدة تكرارات ، إلى مستوى التوتر للأنا والذي يميز الإشارة)

يجنب دفاع من هذا القبيل الأنا خطر تسرب العملية الأولية إليه واكتساحها ، كما هو الحال في الدفاع المرضي ، ويجد فرويد كما هو معلوم الشرط اللازم لهذا الدفاع المرضي في مشهد جنسي لم يثر في حينه دفاعا ما ، ولكن ذكره التي تحركت من جديد تطلق من الداخل تصعيدا للإثارة "يتوجه الانتباه صوب الإدراكات التي تشكل في العادة فرصة لانطلاق الإزعاج إنما ليس الإدراك هو الذي يطلق الانزعاج هنا بل أثر ذاكري يعمل على حين غرة ولا يتم إبلاغ الأنا إلا بعد فوات الأوان " وهو ما يفسر ما يحدث من نتائج في إحدى عمليات الأنا مما لا نلاحظه عادة إلا في العمليات الأولية .

(لابلانز ، بونتاليس ، 1997 ، ص 244)

8 – الميكانيزمات الدفاعية :

لا يمكننا التطرق إلى الميكانيزمات الدفاعية من دون ذكر العاملين الأساسيين في تواجد الميكانيزمات الدفاعية.

8 - 1 . الصراع :

يمر الإنسان في حياته اليومية بحالات كثيرة ومختلفة من الصراع مما يسبب له المتاعب والآلام ويقوده إلى التوتر والاضطراب ، والصراع ناتج عن وجود دافعين لا يمكن تلبيتهما في وقت واحد

(محمد محمد عويضة ، 1996 ص 24)

فتعارض بين نزعتين أو رغبتين أو أكثر يؤدي إلى صراع بين أجزاء الشخصية أو مكوناتها أو أجزائها مما يسبب للشخصية الحيرة والإرباك والتردد في انحيازها إلى أي منها لترضيه وتتجاهل الآخر .

(فرج عبد القادر طه 1989 ، ص 248)

وهناك صراع على المستوى اللاشعوري ، ويهتم علم النفس والتحليل النفسي خاصة بهذا النوع بهذا النوع من الصراع لتأثيره على البناء النفسي للشخصية ، ويسبب ما قد يسببه أحيانا من انحرافات سلوكية أو أعراض نفسية مرضية ويدور هذا الصراع بين رغبات الهو الغريزية اللاشعورية ووظائف الأنا الدفاعية اللاشعورية كذلك ، وقد يدور الصراع بين قوى الأنا ممتثلة لقوى الأنا الأعلى وقوى الهو الغريزية ، كما قد يقوم صراع بين الأنا والهو من ناحية وبين الأنا الأعلى من ناحية أخرى.

(فرج عبد القادر طه 1989،ص249)

8 - 2 . القلق :

إن القلق إشارة تنذر بتوقع حدوث خطر ، وبضرورة عمل جميع الاحتياطات ووسائل الدفاع الممكنة لتجنب وقوع الخطر ، ويقوم الإنسان أمام الخطر الحقيقي ببعض المحاولات لتجنبه وقاية نفسه منه ، فهو إما يهرب من موقف الخطر وإما يقوم بالدفاع أو الهجوم ، ويقوم الإنسان أيضا ببعض المحاولات لدرء الخطر الغريزي الداخلي ، فقد يقوم بكبت الرغبة الغريزية والكبت في هذه الحالة بمثابة الهرب ، وقد يقوم ببعض وسائل الدفاع الأخرى التي هي عبارة عن نشوء الأعراض العصائية المختلفة ، فليست الأعراض

في الحقيقة إلا وسائل دفاعية يحاول بها الأنا إلغاء خطر داخلي غريزي ، فالقلق إذن هو العامل المسبب في نشوء الأعراض وهو في الحقيقة شرط ضروري لها . (محمد عثمان نجاتي ، 1989، ص 33)
ويعاني كثير من الناس من اضطرابات القلق أكثر من أي شكل آخر من أشكال الأمراض النفسية ، بالإضافة إلى ذلك يشكل القلق عرضا متكررا يمكن أن يظهر مع كثير من الاضطرابات النفسية الأخرى كالنصام والاضطرابات الوجدانية والاضطرابات الجنسية (سامر جميل رضوان ، 2009 ص 25).

8 - 3 . تعريف ميكانيزمات الدفاع :

هي عبارة عن أنواع من السلوك أو التصرفات التي ترمي إلى تخفيف حدة التوتر النفسي المؤلم وحالات الضيق التي تنشأ من إستمرار حالة الإحباط مدة طويلة بسبب عجز الإنسان عن التغلب على العوائق التي تعترض إشباع دوافعه (سهير كامل سهير ، 2003 ص 51).

ويعرفها فيصل عباس :

إن آليات الدفاع هي أنماط مختلفة من العمليات التي لا تستهدف حل الأزمة النفسية ، بقدر ما تهدف إلى الخلاص من مشاعر التوتر والقلق والوصول إلى قدر من الراحة الوقتية ، وهذه الآليات هي محاولات يبذلها الأنا للمحافظة على تكامل الذات ، وذلك عن طريق تشويه كل ما يشعر الذات بالمهانة والدونية وتتميز آليات الدفاع بسمتين مشتركتين :

أنها تنكر وتزور وتحرف الواقع.

أنها تعمل بطريقة لا واعية بحيث لا يظن الشخص إلى ما يحدث تسعى لحماية الذات من التهديدات الداخلية والخارجية معا (فيصل عباس ، 1990 ص 27) .

9 - أهم الميكانيزمات الدفاعية :

9 - 1 . التثبيت والنكوص fixation et la regression

وفقا لنظرية فرويد في مراحل النمو النفسي الجنسي والتي أعطى فرويد فيها أهمية كبيرة للسنوات الست الأولى من حياة الطفل ، ويرى أن الخبرات التي تحدث في الطفولة الأولى تؤثر تأثيرا كبيرا على الشخصية وتمدها بسماتها المميزة لها ويذهب فرويد إلى أن الشخصية تمر بخمس مراحل هامة للنمو

تسمى المراحل النفسية الجنسية وأن كل مرحلة من هذه المراحل تتضمن قدرات من الحصر والإحباط بحيث إذا تجاوز ذلك الحد فقد يتوقف النمو السوي للشخصية أي أن يصبح الشخص مثبتاً على إحدى هذه المراحل المبكرة لأن الانتقال إلى المرحلة التالية يكون مشحوناً بالحصر ، وفي البحث النفسي المرضى لبعض الحالات النفسية والعقلية والمرضية ،ومن وجهة نظر التحليل النفسي يرى البعض أن كل مرض يتضمن تثبيتاً في مرحلة لبيدية معينة فالهستيريا التحولية تثبت على المرحلة الأوديبية المبكرة ،والعصاب القهري تثبت على المرحلة الشرجية المتأخرة والفصام تثبت على المرحلة الفمية المبكرة والبارانويا تثبت على المرحلة الشرجية المبكرة.

وهناك ميكانيزم آخر مرتبط بهذا بهذا الميكانيزم وهو النكوص وهو وثيق الصلة به وفي هذه الحالة ينكص الشخص الذي يقابل إحباطات وخبرات ومشكلات يعجز عن حلها إلى المرحلة التي سبق وحدث فيها تثبيت لجزء من الطاقة اللبيدية ،وذلك إذا طرأ ما يعطل إشباع الرغبة في المرحلة المتطورة ،ووفقاً لمرحلة التثبيت يميل الفرد إلى النكوص إلى هذه المرحلة والتي سبق أن ثبت عليها والتي تجذب اللبيدو إليها ، ويقول فرويد أن مرجع النكوص هو الحرمان والتثبيت (سهير كامل أحمد 2003، ص 20).

9 - 2 . الكبت Refoulement

الكبت من العمليات العقلية اللاشعورية ، التي تدور فصولها في أعماق الذات الإنسانية ، حيث يقوم الإنسان ، بطريقة غير واعية بإبعاد بعض الأنشطة السيكولوجية أو بعض محتويات ذهنه من منطقة الشعور الواعي إلى منطقة اللاشعور ، وذلك عن طريق تلك العملية التي يطلق عليها عملية الكبت والتي تمارس على مستوى اللاشعور ، حيث لا يدركها الفرد ولا يعيها ولا يشعر بها فالإنسان ينكر البواعث والدوافع والميول والرغبات والذكريات التي تثير عنده مشاعر الذنب والألم وذلك بإخفائها في منطقة الوعي والشعور (العيسوي ، 1996 ، ص 64).

هو الدفاع الرئيسي الذي يعرقل القوى الداخلية و هو يشير إلى النسيان الغرضي للرغبات و الأفكار المرتبطة بمتطلبات جنسية أو عدوانية غير مرغوب فيها أو استبعادها من الوعي و لا ينبغي الخلط بين الكبت و القمع فهذا الأخير هو ميكانيزم شعوري لكبح الاستجابات و الامتناع عنها بمعنى أن الفرد لكونه واعياً تماماً بالفكرة أو الرغبة فقد يقرر لسبب ما أن لا يعبر عنها لفظياً أو يترجمها إلى فعل في هذه

اللحظة. ولقد تم التمييز بين فئتين من فئات الكبت. فهناك الكبت الأولي وهو الحفاظ على بقاء المادة اللاشعورية بعيدا عن الوعي والكبت اللاحق هو إعادة ما كان من قبل شعوريا إلى مجال اللاشعور.

إن رفض الأنا لمحتوى مهدد يتم بشكل تلقائي ذاتي بمعنى أنه يتم على المستوى اللاشعوري و لكن هذه الوظيفة تتطلب استهلاكا مستمرا للطاقة النفسية (الشحنات المضادة) لمنع المادة اللاشعورية من الظهور فإذا انخفضت قوة الشحنة المضادة حتى و لو للحظة فإن ذلك يمكن أن ينتج تسرب تلك المادة و هذا التسرب الثابت لمصادر الأنا يقيد بشكل خطير من مقدار الطاقة المتاحة له لكي يقوم بالأنشطة البناءة و ينضج نضال الأفكار المكبوتة المستمر لكي تعبر عن نفسها تعبيرا صريحا من خلال محتوى الحلم و السلوك الغير العادي و زلات اللسان... الخ(جيرالدس بلوم،1995،ص 99).

9 - 3 . التسامي sublimation :

هو من ميكانيزمات الأنا اللاشعورية تعني الارتقاء أو التسامي أو التعالي بنزعات الفرد الغريزية العدوانية أو الجنسية إلى اتجاه نافع ومفيد ومقبول من الذات والآخرين وصولا لنوع من التوافق الذاتي الداخلي والتوافق الخارجي مع البيئة (سهير كامل أحمد 2003،ص 64).

ويحدث لدى المراهقين تحويل طاقة الدافع الجنسي القوية لديهم نحو موضوعات لا يعارضها المجتمع بل يحبها ويحث عليها كالرياضة والفن والخدمات الاجتماعية والتحصيل الدراسي والهويات المختلفة ، وهكذا تستغل الطاقة الموجهة أساسا نحو الإشباع الجنسي الصريح الذي يحرمه المجتمع ويدينه الضمير ما لم يكن بالطريق المشروع، أما طاقة الدافع العدواني فبدلا من أن تتصرف نحو الاعتداء أو التدمير المرفوض اجتماعيا يتسامى بها الأنا فيصرفها مثلا في الرياضات العنيفة كما في الملاكمة والمصارعة وغيرها من أوجه النشاط المقبول.

(فرج عبد القادر طه ، 1989 ، ص 116)

9 - 4 . الإسقاط Projection:

هو إحدى الحيل اللاشعورية التي تهدف إلى إصاق ما في داخل الفرد من صفات أو مشاعر أو دوافع أو رغبات أو أفكار غير مقبولة من قبل الأنا إلى أشياء أو أشخاص خارجيين ويقول فرويد إن ما يوجه الفرد هو إدراكاته التي تأتيه من الخارج أو من الداخل ، أما ما يأتيه من الخارج فأمره حين إذ يستطيع الفرد أن يغير أو يتفادى ما لا يروقه فيما يأتيه من الخارج ،أما إدراكاته الداخلية من دوافع غريزية لا ترحم

فلا يستطيع منها هربا ولذلك يسقط الفرد، دون شعور منه دوافعه الداخلية غير المرغوب فيها إلى الخارج حتى يستطيع أن يصرع معها بأكثر يسر (سهير كامل أحمد 2003، ص 53)

9 - 5 . الإجتياف introjection :

أثبت الإستقصاء التحليلي هذه العملية التي يقوم فيها الشخص بنقل موضوعات ،أو صفات خاصة بهذه الموضوعات من الخارج إلى الداخل تبعا للأسلوب هومي ،يقتررب الإجتياف من الإدماج الذي يشكل نموذجه الجسدي الأول ولكنه لا يستلزم بالضرورة الرجوع إلى الحدود الجسدية ، والإجتياف على صلة وثيقة بالتماهي (جان لابلانث وبنوتاليس 1997 ص44)

9 - 6 . التعيين :

إنها عملية نفسية يتمثل الشخص بواسطتها أحد مظاهر ، أو خصائص أو صفات شخص آخر ويتحول كليا أو جزئيا تبعا لنموذجه تتكون الشخصية وتتمايز من خلال سلسلة من التماهيات. (جان لابلانث وبنوتاليس ،1997، ص 198).

وتستخدم كلمة توحد أو تعيين أو تقمص ، وتميز مدرسة التحليل النفسي نوعين من التقمص التقمص الأولي ويطلق عليه تقمص الطفل للوالد من نفس جنسه في المرحلة الأوديبية وهي المرحلة التي يمر فيها الأولاد بعقدة أوديب وتمر البنات بعقدة إلكترا ففي عقدة أوديب يشتد حب الولد لأمه ويشعر بالغيرة نحو أبيه الذي ينافس في حب أمه غير أن خوفه من عقاب والده الذي يتخذ صورة الخوف من الخصاء يضع حدا لحبه الشديد نحو أمه ويدفعه على التخلص من عقدة أوديب حيث يقوم الولد بكبت تشوقه نحو أمه وتقمص شخصية أبيه ويحدث أيضا للبنات في أن تتقمص شخصية أمها عن طريق اتخاذها دور الأنثى أما عن التقمص الثانوي فهو كل ما يتم من تقمص بعد ذلك . (سهير كامل أحمد .2003 ص 61).

9 - 7 . العزل isolement :

يشير العزل بصفة أساسية إلى العملية التي بها تحرم ذكريات الانطباعات غير السارة من روابطها الانفعالية، ويتم الفصل بين الفكر وبين الانفعال المصاحب لها باستخدام شحنة مضادة ، وهذه الشحنة تستخدم الطاقة النفسية للفصل بين ما ينتمي إلى بعضه البعض ، والحفاظ عليه كذلك .

(جيرالد س . بلوم 1995 ص 101)

اعتبر العزل مواز لميكانيزم الكبت لدى الهستريين إذ أن الخبرة الصدمية إذا لم تكبت في اللاشعور فإنها تجرد من وجدانها وتقمع روابطها المشاركة أو تعاق فتبقى وكأنها معزولة ولا يعاد إبتعاثها من جديد في سياق العمليات الفكرية (فرج عبد القادر ، ص 278).

الإزاحة Le déplacement:

يقاوم الفرد الصراعات أو عوامل الضغط الداخلية أو الخارجية حيث يقوم بنقل و إزاحة أفكاره وأحاسيسه من موضوع إلى آخر ، عادة ما يكون أقل تهديدا وإزعاجا ، بمعنى أن الوجدان المرتبط بتصورات مزعجة تنفصل عنها ن أمثلة الإزاحة عندما يحب الفرد امرأة متزوجة (أو بالعكس) ولا يرضى ضميره بذلك فينتج إلى حب أطفال تلك أو أن رغبة الإنسان في الضرب والقتل والسرقة تتحول إلى أسلوب اعتداء بالكلام فقط (الدباغ ، فخري ، 1983) .

وهناك صورة أقل تكرارا للنقل هو الانقلاب ضد الذات حيث إن الدفعات العدوانية نحو الآخرين تنتج للذات ، وتؤدي إلى الاكتئاب ومشاعر انعدام القيمة في عملية تحقير للذات .

(جيرالد س ، بلوم 1995 ، ص، 104)

التبرير Rationnalisation:

وكان أول من ذكره هي ،أرنست جونز، وهي ترى أن الجزء اللاشعوري من الأنا هو الذي يصطنع التبرير ليخفي الدافع الحقيقي الدفين (سهير كامل أحمد 2003، ص54).

ويلجأ الإنسان للتبرير عندما يشعر أن دوافعه غير مقبولة خلقيا واجتماعيا ومن ثم يبتكر من عنده أسبابا تبدو وجيهة ، فالإنسان يلجأ إلى ابتكار أو اختلاق ما يبدو له أنه سبب منطقي ومعقول وسبب حسن لسلوكه وذلك ليحل محل السبب أو الأسباب الحقيقية ، ولكن الإنسان لا يلجأ إلى اصطناع هذه الأسباب في جميع الأحوال ولكنه فقط يلجأ إليها عندما يأتي سلوكا يؤدي إلى اضطراب في تصوره لذاته أو احترامه لذاته ، فحتى لا يهتز احترام الإنسان لذاته فإنه يبتكر أسبابا يقنع نفسه بأنها مقبولة ومعقولة ومنطقية حتى لا يجرح شعوره باحترام الذات ، كما يبتكر الإنسان أسبابا محببة لذلك السلوك القهري الاستحواذي الذي يجد نفسه مجبرا على أدائه بطريقة لا شعورية ولا شك أن كل منا يرغب أن يسلك سلوكا منطقيا مبنيا على دوافع مقبولة من الآخرين حتى لا يشعر بالنبذ والاحتقار من قبل الجماعة التي ينتمي إليها . (العيسوي ، 1996 ص 102)

الإنكار :Déni

إنها وسيلة شديدة البدائية للدفاع ضد الحصر و هي أن ننكر الوجود الفعلي للحصر نفسه. إن الإنكار هو مناقضة أو إنكار شيء معروف أو مدرك و بمعنى ما فإن الفرد يتعمى عن المظاهر غير السارة من الواقع كنوع ينتظر الإشباع الهلوسي للرجبة و ربما كان أكثر الأمثلة التوضيحية إثارة للدهشة على هذا الميكانيزم ما حدث بعد اغتيال الرئيس كينيدي مباشرة حين استجاب الناس في كل مكان بعدم التصديق الكامل و عدم الرغبة في معرفة الحقيقة الدرامية. (جيرالدس بلوم ، 1995، ص 97)

ويمكن للإنكار أن يشكل حماية للفرد بعد التشخيص مباشرة ، وأثناء المرحلة الحادة من المرض فقد يبعدة الإنكار عن إدراك حجم المشكلات الناجمة عن المرض ، في وقت لا يكون فيه المريض قادرا على مواجهتها (شيلي تايلور ، 2008 ، 517).

الإلغاء : Undoing

يعتمد ميكانيزم الإلغاء على الاعتقاد السحري بأن الفكرة أو الرغبة غير المقبولة يمكن إلغاؤها من خلال أداء فعل معين. و يتم أداء الطقوس بتفصيل دقيق و في تتابع محدد سلفا بشكل ثابت. و في العادة يؤدي الشخص شيئاً موجبا يكون عكس شيء سبق فعله من قبل، كما في حالة الفرد الذي يشعر أنه مضطر لفتح خرطوم الغاز حتى يستطيع أن يغلقه ثانية.

إن نظرية التكفير عن خطايا الفرد، و أفكاره الشريرة و الذي يتم من خلال الطقوس الدينية، الرمزية، المحددة بعناية، يعتبر مثالا على الإلغاء السحري. و هناك وجه شبه أساسي بين الإلغاء و بين التكوين العكسي في أن الفكرة المضادة يتم نقلها إلى الشعور، و لكن الإلغاء يتجاوز مجال الاتجاه إلى الأفعال الواقعية. (جيرالدس بلوم، 1995، ص 105)

خلاصة الفصل :

التوظيف النفسي هو الطريقة التي يتعامل بها الجهاز النفسي مع المثيرات الداخلية والخارجية ويختلف والتوظيف النفسي من شخص لآخر فهذا الجهاز النفسي هو محصلة عملية النمو النفسي الجنسي القائمة على الإستدخال ، فالظواهر العقلية ينظر إليها على أنها نتيجة قوى متفاعلة يمكن أن تفهم من وجهة نظر تاريخية وبعبارة أخرى فإن فرويد ينظر إلى الأحداث الراهنة باعتبارها نتائج نمو سابق تمتد جذوره إلى الماضي .

كما أن كل أنظمة الجهاز النفسي هي متصلة مع بعضها البعض فجميعها تتبادل التفاعل طوال الحياة فالجهاز النفسي هو مفهوم حاول فرويد من خلاله جعل تعقيد النشاط النفسي مفهوما ، من خلال تقسيم هذا النشاط إلى وظائف ومن خلال إلحاق كل وظيفة خاصة بجزء من الأجزاء المكونة للجهاز

ويظهر مفهوم الجهاز النفسي أكثر وضوحا عند التطرق إلى المبادئ الأساسية والآليات النفسية التي تحكم الحياة النفسية للفرد حيث يتناول السير النفسي في التناول التحليلي حسب وجهات نظر أساسية ومتكاملة فيما بينها تتمثل في وجهة النظر الموقعية ، وجهة النظر الإقتصادية والدينامية كما أن للجهاز النفسي قوى غريزية والغريزة من المفاهيم الأساسية في كتابات فرويد وتفكيره .

وتنظم الحياة النفسية بمجموعة من القوانين متمثلة في مبدأ اللذة ومبدأ الثبات ومبدأ الواقع ومبدأ إجبار التكرار فشخصية الإنسان تخضع في نموها لهذه المبادئ فهذه المبادئ حسب فرويد تحكم الحياة النفسية وهناك مستويان للسير النفسي تتميز بهما الحياة النفسية ويتعلق الأمر بالعمليات الأولية التي تميز النظام اللاشعوري وهي خاضعة لمبدأ اللذة وهدفها التحقيق الآني للرغبة في حين تميز العمليات الثانوية نظام ما قبل الشعور واللاشعور وهي خاضعة لمبدأ الواقع فهي تخضع لقوانين المنطق حيث تعمل على صد العمليات الأولية.

ويستعمل الجهاز النفسي مجموعة من الميكانيزمات الدفاعية وذلك من أجل الإنقاص من التوتر والألم النفسي.

الفصل الثاني

" القصور الكلوي "

القصور الكلوية

1 - الكلية

1 - 1 تشريحها الداخلي

1 - 2 وظائف الكلية

2 - القصور الكلوي

2 - 1 تعريف القصور الكلوي

2 - 2 أنواع القصور الكلوي

3 - أسباب القصور الكلوي المزمن

4 - مراحل ظهور القصور الكلوي المزمن

5 - الأعراض الشائعة للقصور الكلوي المزمن

6 - تشخيص القصور الكلوي المزمن

7 - العلاج

8 - الآثار النفسية للقصور الكلوي المزمن

تمهيد:

يعتبر مرض القصور الكلوي مرضا من الأمراض المزمنة الشائعة التي تهدد حياة المريض وترهقه نفسيا واجتماعيا وجسميا ،وفي غالب الأحيان يؤدي إلى الوفاة في حالة عدم اكتشاف المرض مبكرا وتدهور الحالة الصحية ،كما يعتبر من الأمراض الواسعة الانتشار في العالم وبالأخص في الجزائر. و في ما يلي سنتطرق لتعريف القصور الكلوي و أنواعه و دراسة أسبابه و اعراضه، لنصل إلى طرق علاجه من الغسيل الدموي و البريوتوني إلى زرع الكلى.

1 - الكلية :

تعد الكلية من بين الأعضاء الأكثر حيوية في الجسم البشري ، وقد يؤدي وجود خلل وظيفي بها إلى الإصابة بأمراض خطيرة أو حتى الموت ولها بنية ووظيفة معقدة جدا .

(دولت حسين ساني ، 2014 ، ص 3)

1 - 1 . تشريحها الداخلي :

للإنسان كليتان تقعان خلف الغشاء البريتوني في الجهة الخلفية من البطن على جانبي العمود الفقري ، بين الفقرتين الثانية عشرة الصدرية والثالثة القطنية والكلية اليمنى منخفضة قليلا عن اليسرى ، تزن كل كلية 125 - 170 جراما في الرجل البالغ ومن 115 - 155 جراما في المرأة البالغة وتشبه الكلية حبة الفاصوليا في سطحها المقعر الداخلي يوجد النقيير الذي يدخل فيه الشريان الكلوي ويخرج منه الوريد وحوض الكلى ، يخرج الشريان الكلوي من الأورطى البطني ثم ينقسم إلى عدة شرايين تخترق نسيج الكلى ، ثم ينقسم كل فرع إلى شريانيين يلتحم كل منهما مع الفرع المجاور له ويكون حلقة شريانية تسمى الشريان المقوس وتخرج منه شرايين صغيرة كثيرة تخرج منها شريانات الكبيبات الواردة ويتجمع الدم بعد تغذية الكبيبات والنبيبات في أوردة صغيرة ، تلتحم مع بعضها وتكون الوريد المقوس ، الذي تخرج منه بضعة أوردة تتجمع وتكون الوريد الكلوي الذي يصب في الوريد الأجوف السفلي ، ويفصل الشريان والوريد المقوسين نسيج الكلى إلى القشرة (في الخارج) والنخاع (في الداخل) ويتكون النخاع في الكلية الأدمية من 8 . 18 هرما ، قاعدة الهرم إلى الخارج وقمته (الحلمة) إلى الداخل ، تفتح فتحات دقيقة (من 10 . 25 فتحة) في قمة كل حلمة ، هي فتحات (قنوات بليني) يصب منها البول الذي تكون في نسيج الكلية في حوض الكلية الذي يؤدي إلى الحالب ويصب الحالبان في المثانة التي يتجمع فيها البول لحين تفرغها بانقباض عضلات المثانة واسترخاء العضلة العاصرة الموجودة عند مخرج المثانة إلى قناة مجرى البول الذي تفرغه إلى الخارج عند عملية التبول (محمد صادق صبور 1994 ص 30).

1 - 2 . وظائف الكلية :

الوظيفة الأساسية للكلى هي إزالة الفضلات والأملاح والسوائل الزائدة في الدم ، وإعادة الدم النقي إلى الجسم ، في كل دقيقة يضخ القلب لترا واحدا من الدم إلى الكلى (وهو يعادل خمس ما يضخه القلب) حيث يدخل الدم إلى الكليتين عن طريق الشريان الكلوي ، وعند إزالة الفضلات يعاد الدم النقي إلى الجسم عن طريق الوريد الكلوي .

عندما يدخل الدم إلى الكليتين تقوم وحدات التنقية (وحدات النفرون) بتنقية الدم ، هذه الوحدات عبارة عن فلاتر صغيرة متصلة بأنابيب حيث تقوم هذه الفلاتر بفصل الماء والأملاح والفضلات من الدم وطرحها إلى الأنابيب التي تمتص المواد المفيدة للجسم كالماء والأملاح بينما تترك الفضلات في البول .

بعد ذلك يتم تجميع البول من هذه الأنابيب الصغيرة إلى حوض الكلية والذي يشبه القمع ، ومن ثم يجري البول من خلال الحالب إلى المثانة وفي المثانة يتم تخزين البول ، ومع زيادة الكمية المخزونة يشعر الإنسان بالرغبة في قضاء الحاجة حيث يتم التخلص من البول في مجرى البول الأخير .

فحتى في حالة وجود كلية واحدة فقط فهي قادرة على أداء كافة الوظائف التي يحتاج إليها الجسم ، وهذا ما يلاحظ عند الزراعة لمرضى الفشل الكلوي حيث تقوم كلية واحدة بتنقية الجسم من الفضلات والسموم . (عبد الكريم السويداء ، 2010 ص 16)

2 - القصور الكلوي :

2 - 1 . تعريف القصور الكلوي :

يحدث الفشل الكلوي الوظيفي نتيجة التلف الشديد للكليتين : وهو مرحلة متقدمة من المرض بعد الإصابة بالتهاب الكبيبات الكلوية والمتلازمة الكلوية ، مما يؤدي إلى عدم قدرتها على إفراز المخلفات النيتروجينية أو طرحها خارج الجسم ، مثل اليوريا وحمض اليوريك والكرياتينين ، فضلا عن عدم قدرتها على المحافظة على مستوى الإليكترولويات الطبيعي في الدم .

(عصام بن حسن عويضة ، 2015 ص 314)

تبدأ فضلات الجسم بالتجمع في الدم وعند نقص وظائف الكلى إلى أقل من 30 ملم/ دقيقة عن المستوى الطبيعي (المرحلة الرابعة) تظهر في معظم الأحيان أعراض الفشل الكلوي وهذه الأعراض ناتجة عن تجمع السموم واختزان السوائل والأملاح في الجسم فتسبب ضيقا في التنفس وغثيانا وقيئا ، كذلك بسبب إرتفاع ضغط الدم قد يعاني بعض المرضى من الصداع ، وفي حالة إهمال العلاج في هذه المرحلة فإن تجمع السموم والأملاح قد يؤدي إلى الوفاة بسبب اضطراب ضربات القلب وعندما يعاني المريض من هذه الأعراض تستلزم حالته الصحية البدء بالغسيل الدموي أو البريتوني .

(عبد الكريم السويدي ، 2010 ص 31)

2 . 2 . أنواع القصور الكلوي :

2 - 2 . 1 القصور الكلوي الحاد :

الفشل الكلوي هو حالة مفاجئة ، مثيرة تقابل الطبيب الباطني والجراح ومتخصص أمراض النساء والتوليد، وتسبب أعراضا سريعة وقد تنتهي بالوفاة ، ولكنها حالة قابلة للشفاء الكامل وما أقل الأمراض التي لا تترك أثرا في المرض بعد تمام برئه ، وعلامات الفشل الكلوي الحاد هي حدوث تزايد مطرد وسريع في بولينة الدم مع نقص حاد في سريان البول وهي حالة من السهل التعرف عليها .

وقلة سريان البول هي لفظ يطلق على نقص كمية البول التي يفرزها الشخص يوميا وهي الكمية التي يحتاجها خروج المواد الفاسدة من الجسم لدى الشخص السليم الذي يتناول الطعام العادي وهي 500 مليلتر كل 24 ساعة ، إذا بلغ تركيز مستواه الأقصى ، ويصاحب هذا النقص ارتفاع مطرد في نسبة البولينة والكرياتينين بالدم (ترتفع البولينة بمعدل 10 مجم على الأقل يوميا ويرتفع الكرياتينين بمعدل 0,5 مجم على الأقل يوميا) .

ويطلق لفظ انقطاع سريان البول إذا انخفضت كمية البول عن 150 مليلتر كل 24 ساعة ، وقد عرف الفشل الكلوي الحاد لأول مرة في الطب أثناء الحرب العالمية الثانية .

(محمد صادق صبور ، 1994 ، ص 10)

2 - 2. 2 القصور الكلوي المزمن :

يطلق على التطور التدريجي وفقدان وظائف الكلى بلا رجعة على مدار شهور عديدة قد تصل لسنوات مرض الكلى المزمن ، فبالنسبة لهذا المرض فهو غير قابل للشفاء ، تتخفف وظائف الكلى ببطء وبشكل مستمر وبعد مدة طويلة تتخفف وظائف الكلى إلى مرحلة تتوقف عندها الكلى تقريبا عن العمل ويطلق على هذه المرحلة المتقدمة من المرض والمهددة للحياة المرحلة الأخيرة من مرض الكلى .

(دولت حسين دالي ، 2014 ، ص 39)

ويعرف القصور الكلوي المزمن بأنه تدهور لا عكوس في الوظيفة الكلوية يتطور كلاسيكيا على مدى سنوات ، في البداية يتظاهر فقط كاضطراب كيميائي حيوي ، لاحقا يسبب فقد الوظائف الإطراحية والاستقلابية والغدية الصماوية للكلى، تطور الأعراض والعلامات السريرية الخاصة بالقصور الكلوي والتي تتسبب لما يعرف باسم حالة اليوريميا ، وعندما يكون الموت محتملا دون المعالجة المعيشية للكلى تسمى الحالة بالقصور الكلوي في مرحلة الأخيرة (ديفد سون ، 2005 ص 53).

3 - أسباب القصور الكلوي المزمن :

داء السكري : إن داء السكري يمثل السبب الأكثر شيوعا للإصابة بالفشل الكلوي حيث يمثل ما يقارب من 35 . 40 من جميع حالات مرض الكلى المزمن ، فتقريبا كل ثالث شخص مصاب بداء السكري معرض لخطر الإصابة لمرض الكلى المزمن.

ارتفاع ضغط الدم : يعتبر ضغط الدم المرتفع الذي لا يتم علاجه أو الذي يتم علاجه بشكل ضعيف من الأسباب الرئيسية للإصابة بمرض الكلى المزمن حيث يمثل حوالي 30 من جميع حالات الإصابة بمرض الكلى المزمن ، ومهما كان السبب وراء الإصابة بمرض الكلى المزمن فقد يتسبب ارتفاع ضغط الدم بالتأكد في مزيد من التلف لوظائف الكلى

التهاب كبيبات الكلى : تمثل هذه الاضطرابات الخط الثالث في الأمراض التي تسبب مرض الكلى المزمن مرض الكلى متعدد الكيسات : هذا هو السبب الوراثي الأكثر شيوعا للإصابة بمرض الكلى المزمن والذي يتسم بوجود العديد من الكيسات في كلتا الكليتين

أسباب أخرى : شيخوخة الكلى وضيق الشريان الكلوي (تضيق) وانسدادات في تدفق البول بسبب الحصيات أو تضخم البروستاتا والأدوية المحفزة لتلف الكلى والسموم المحفزة لتلف الكلى وعدوى الكلى المتكررة في الأطفال واعتلال الكلية الجزري (دولت حسين ساني ، 2014 ، ص 46)

4 - مراحل ظهور القصور الكلوي المزمن :

المرحلة الأولى من مرض القصور الكلوي (وظائف الكلى 90 - 100 %) : المرحلة المبكرة من مرض الكلى المزمن عديمة الأعراض بدون حدوث تلف للكلى (مستوى الكرياتينين في الدم طبيعي) ويمكن الكشف فقط عن المرحلة الأولى من مرض الكلى المزمن عن طريق القياسات المعملية الروتينية أو التشخيص العرضي أثناء تقييم أمراض أخرى ، وقد تتمثل دلائل المرحلة الأولى من مرض الكلى المزمن في فقد البروتين في البول ويمكن رؤية التلف البنيوي على الأشعة السينية أو من خلال الفحص بالموجات فوق الصوتية أو من خلال الفحص بالرنين المغناطيسي أو عن طريق الفحص بالأشعة المقطعية أو التاريخ العائلي لمرض الكلى متعدد الكيسات.

المرحلة الثانية من مرض القصور الكلوي المزمن (وظائف الكلى 60 - 89 %) : تمثل هذه المرحلة مرض الكلى المزمن الخفيف ، فالمريض قد لا يعاني في هذه المرحلة من أية أعراض لكن قد يكون هناك دلائل للمرحلة الثانية من مرض الكلى المزمن تتمثل في التبول الليلي وارتفاع ضغط الدم وتشوهات البول ومستوى الكرياتينين في الدم الطبيعي أو المرتفع بشكل خفيف .

المرحلة الثالثة من مرض القصور الكلوي المزمن (وظائف الكلى 30 - 59 %) : تمثل هذه المرحلة مرض الكلى المزمن المعتدل ، فالمريض قد لا يعاني في هذه المرحلة من أية أعراض أو قد تكون هناك أعراض خفية حاضرة جنباً إلى جنب مع تشوهات البول وارتفاع مستوى الكرياتينين في الدم المرحلة الرابعة من مرض القصور الكلوي المزمن (وظائف الكلى 15 - 29 %) : تمثل هذه المرحلة مرض الكلى المزمن الشديد ، حيث في المرحلة الرابعة من مرض الكلى المزمن ، هناك مجموعة كبيرة من الأعراض تتنوع بين الأعراض المبهمة الخفيفة وغير المحددة إلى الأعراض الشديدة إلى حد ما والتي تعتمد غالباً على سبب كامن للفشل الكلوي والأمراض ذات الصلة.

المرحلة الخامسة من مرض القصور الكلوي المزمن (الوظائف اقل من 15 %) : تمثل مرحلة الفشل الكلوي الشديد جداً أو المرحلة النهائية للفشل الكلوي ، حيث في المرحلة الخامسة من مرض الكلى المزمن

هناك مجموعة كبيرة من الأعراض التي تتنوع بين الأعراض المعتدلة أو الشديدة إلى المضاعفات المهددة للحياة وفي هذه المرحلة فعلى الرغم من العلاج بالأدوية الشديدة تتزايد أعراض الفشل الكلوي ويحتاج معظم المرضى إلى الغسيل الكلوي أو زرع الكلى (دولت حسين ساني ، 2014 ، ص 48)

5 - الأعراض الشائعة للقصور الكلوي المزمن :

الإجهاد والضعف العام والتقيؤ ، إحتباس الفوسفور في الجسم ، وفقدان الكالسيوم ، معانات المريض اضطرابات عقلية ، حكة في الجلد ووخز ، في المراحل المتقدمة يشعر المريض بالخدر أو فقدان الوعي .
(عصام بن حسن عويضة ، 2015 ص 314)

رائحة اليوريا في نفس المريض ، التشنجات العصبية (عبد الكريم السويداء ، 2010 ص 32)

آلام العظام والكسور في البالغين وتأخر نمو الأطفال ، انخفاض الإهتمام الجنسي وعدم القدرة على الانتصاب في الرجال واضطرابات الدورة الشهرية في النساء ، التورم (الوذمة) في الأرجل أو اليدين أو الوجه حول العينين (دولت حسين ساني ، ص ، 49)

6 - تشخيص القصور الكلوي المزمن:

6 - 1 . الهيموجلوبين:

في اختبارات الدم الخاصة بشخص مصاب بمرض الكلى المزمن عادة ما يكون الهيموجلوبين منخفضا ويرجع الهيموجلوبين المنخفض (فقر الدم) إلى زيادة إنتاج الإريثروبويتين بواسطة الكليتين

6 - 2 . اختبار البول:

يعد وجود الألبومين أو البروتين في البول (يطلق عليه بيلة ألبومينية أو بيلة بروتينية) علامة مبكرة على الإصابة بمرض الكلى المزمن ، وقد يكون حتى وجود كميات صغيرة من الألبومين في البول يطلق عليها بيلة ألبومينية زهيدة ، علامة مبكرة جدا على الإصابة بمرض الكلى المزمن في مرض داء السكري ، وقد يكون وجود البروتين في البول نتيجة لحمى أو ممارسة ثقيلة ولذلك من الأفضل استبعاد الأسباب الأخرى للبيلة البروتينية قبل التأكد من تشخيص الإصابة بمرض الكلى المزمن

مستوى الكرياتينين في الدم ونيتروجين اليوريا في الدم ومعدل ترشيح الكبيبي المقدر :

هذه ثلاث اختبارات للدم والتي تعتبر من الاختبارات البسيطة والأكثر استخداما لتشخيص ورصد الفشل الكلوي ومع تقاوم وظائف الكلى تتزايد كمية الكرياتينين واليوريا في الدم ويساعد الرصد المنتظم لمستوى الكرياتينين واليوريا في الدم على تقييم تقدم سير مرض الكلى المزمن واستجابته للعلاج ، يعتبر مستوى الكرياتينين في الدم دليل مفيد لمعرفة وظائف الكلى لكن يعتبر معدل الترشيح الكبيبي المقدر مقياسا أكثر دقة ، حيث يكشف اختبار معدل الترشيح الكبيبي المقدر عن الإصابة بمرض الكلى في مراحله المبكرة ويكون الاعتماد عليه بشكل أكبر من اختبار الكرياتينين ، يتم تقسيم مرض الكلى المزمن إلى خمس مراحل ، ويعد هذا التصنيف مفيدا للتوصية باختبارات واقتراحات إضافية من أجل العلاج السليم.

6 - 3 . فحص الكلى بالموجبات فوق الصوتية :

يمثل الفحص بالموجبات فوق الصوتية اختبار بسيط وفعال جدا في تشخيص مرض الكلى المزمن ، حيث يتم تشخيص الكلى المنكمشة على إصابتها بمرض الكلى المزمن ومع ذلك يمكن التوصل إلى حجم الكلى الطبيعي وحتى الكبير عندما يكون السبب وراء مرض الكلى المزمن هو مرض الكلى متعدد الكيسات عند البالغين واعتلال الكلى السكري والداء النشواني ، ويستخدم أيضا الفحص بالموجبات فوق الصوتية لتشخيص مرض الكلى المزمن الناجم عن الانسداد البولي وحصيات الكلى

6 - 4 . الاختبارات الأخرى :

يسبب مرض الكلى المزمن اضطرابات في وظائف مختلفة للكليتين ولتقييم هذه الاضطرابات ، يتم أداء اختبارات مختلفة حيث تتمثل اختبارات الدم المختلفة التي يتم أداء بشكل متكرر في المرضى المصابين بمرض الكلى المزمن في اختبارات من أجل توازن الكهارل والتوازن الحمضي القاعدي (الصوديوم والبوتاسيوم والمغنسيوم والبيكربونات) واختبار من أجل فقر الدم (الهيماتوكريت ' حجم الكريات الحمر المكذوبة' والفريتين وتشبع الترانسفيرين واللباطخة المحيطة) واختبار من أجل مرض العظام (الكالسيوم والفسفور وإنزيم الفسفاتاز القلوي والهرموني الذريقي) والاختبارات العامة الأخرى (مستوى الألبومين في الدم والكولسترول والدهون الثلاثية وجلوكوز الدم والسكر التراكمي) ومخطط كهربية القلب وتخطيط صدى القلب . (دولت حسين ساني ، ص 51).

7 - العلاج :

يرتكز تدبير القصور الكلوي المزمن على المبادئ التالية :

7 - 1 . تأخير ترقى القصور الكلوي المزمن :

بالنسبة لمرض الكلى المزمن ، تتمثل الإجراءات الهامة والفعالة لإبطاء تقدم سير مرضى الكلى المزمن في :

سيطرة صارمة على ضغط الدم ومثبط الإنزيم المحول للأنجيوتنسين أو العلاج بحاصرات مستقبل الأنجيوتنسين ، تقييد البروتين ، علاج خفض الدهون وتصحيح فقر الدم.

(دولت حسين ساني ، 2014 ص 56)

7 - 2 . جهاز تصفية الدم :

يعرف الغسيل الكلوي بأنه ضخ الدم من خلال الكلية الصناعية حيث يتم هنالك رشح السموم والأملاح الزائدة في الجسم إلى سائل التنقية ، الكلية الصناعية هي أسطوانة تحتوي على أغشية تفصل بين الدم وسائل الغسيل ، وسائل الغسيل عبارة عن ماء منقى ومعالج بإضافة بعض الأملاح والمعادن ، وتحتوي أغشية الكلية الصناعية على فتحات صغيرة جدا تعبر من خلالها السموم والأملاح الزائدة من الدم ، ويتم إعادة الدم المنقى إلى الجسم ، أما سائل الغسيل المحمل بالسموم فيتم ضخه إلى التصريف ، في كل مرة يعبر الدم من خلال الكلية الصناعية يتم فيها إزالة كمية صغيرة من السموم ، لذلك تستمر هذه العملية لمدة أربع ساعات لإزالة كميات أكبر من السموم ، وكذلك يتم سحب الأملاح والماء الزائدين عن حاجة الجسم أثناء عبوره من خلال الأنابيب فإنه يكون عرضة للتجلط ، لذلك يتم إضافة مسيلات الدم ، ويعتبر الهبرين من أكثر الأدوية استخداما لهذا الغرض ، ويتم وصل المريض بجهاز الغسيل الدموي عن طريق الوعاء الطبيعي أو الصناعي أو عن طريق القسطرة ويعتبر الوعاء الدموي الطبيعي من أفضل الطرق لوصل الجسم بالجهاز ، وهو عبارة عن وصل الوريد بالشريان في الساعد أو العضد ، وتحتاج العروق من 4 إلى 8 أسابيع عندما تكون الأوعية الدموية لدى المريض صغيرة فيصعب وضع الوعاء الدموي الطبيعي ، لذلك فإنه بالإمكان وضع أنبوب صناعي بين الشريان والوريد ويمكن أن يتم استخدام ذلك بعد

2 إلى 4 أسابيع من العملية ، وتستمر فترة عمل الوعاء لفترة أقل من الوعاء الدمى الطبيعي ، بمعنى آخر يكون عمره أقل من عمر الوعاء الدموى الطبيعي (عبد الكرىم السوىءاء ، 2010 ، ص 41)

7 - 3 . 1 . مزاىا الغسىل الدموى :

ىعتبر الغسىل الكلوى طرىقة سرىعة أسرع وأكثر كفاءة لغسىل الكلى ومن ثم فهو ىستغرق وقتا أقل بكثىر من غسىل الكلى البرىتونى (الصفاقى)

ىقدم مركز الغسىل الكلوى منصة للالتقاء والتفاعل مع مرضى آخرىن ىعانون من مشاكلى ممثلة ، وىمكن لمثل هذا التفاعل أن ىقلل من الإجهاد كما ىمكن للمرىض التمتع بصحبة زملائه من المرىضى

توفىر المزىد من الحرىة للمرىض حىث ىتم الغسىل الدموى ثلاثة أىام فقط فى الأسبوع ىصاحب الغسىل الدموى الحد الأدنى من مخاطر التعرض للعدوى، الغسىل الدموى أقل تكلفة من الغسىل الكلوى البرىتونى فى معظم المراكز .

(دولت حسىن سانى ، 2014 ص 72)

7 - 3 . 2 . عىوب الغسىل الدموى :

السفر المتكرر لمركز غسىل الكلى غىر مرىح وىستغرق وقتا طوىلا لا سىما إذا كان مركز غسىل الكلى فى مكان بعىد .

ىجب تتبع جدول زمنى محدد للدىال الدموى ، ومن ثم ىحتاج المرىض إلى وضع خطة لجمىع أنشطته عند القىام بجلسات الغسىل الدموى .

ىسبب إدخال الإبرة للدىال الدموى بعض الألم .

تقىىد حرىة المرىض بعض الشىء فىما ىتعلق بنظامه الغذائى ، وىحتاج المرىض الخاضع لغسىل الكلى إلى الإلتزام بالقىود المفروضة على السوائل والملح ، والبوتاسىوم ، وكذلك الأطعمة الغنىة بالفسفور ارتفاع مخاطر التعرض لعدوى التهاب الكبد .

(دولت حسىن سانى ، 2014 ص 72)

7 - 4 . الغسيل البريتوني أو الصفاقي :

هي طريقة أخرى للإزالة السموم والسوائل الزائدة من الجسم لكن من غير أن يضخ الدم إلى الخارج ، يوجد في البطن غشاء يسمى الغشاء البريتوني هذا الغشاء يحيط بالأعضاء وأعضاء البطن الأخرى . يعمل هذا الغشاء تماما كالكلية الصناعية لذلك يتم وضع السوائل في تجويف البطن حيث تنتقل السموم والأملاح من الدم إلى سائل الغسيل البريتوني الموجود في تجويف البطن و يتم وضع أنبوب بلاستيكي عبر الجلد إلى تجويف البطن عن طريق عملية جراحية صغيرة ، تحتاج القسطرة إلى بين 2 . 4 أسابيع لكي يلتئم الجرح ومن ثم استخدام هذه القسطرة لإدخال وإخراج سائل التنقية من تجويف البطن.

7 - 5 . المعالجة الغذائية لمرضى القصور الكلوي :

تهدف المعالجة الغذائية إلى تحسين الأعراض المصاحبة لارتفاع نسبة المخلفات النيتروجينية في الدم ، والحد من تقدم المرض والإقلال من ظهور الأعراض الجانبية للفشل الكلوي مثل سوء تغذية العظام الكلوي وخفض نسبة اليوريا في الدم ، وذلك بضبط كمية الكالسيوم والفسفور وفيتامين (د) في الوجبة الغذائية ، تهدف المعالجة الغذائية أيضا إلى توفير الغذاء المستساغ ، الذي يحوي العناصر الغذائية جميعها التي تلزم المريض خاصة الأطفال خلال مرحلة النمو .

تعد المعالجة الغذائية لمرضى الفشل الكلوي المزمن أمرا مهما وهي تتطلب خبرة جيدة وتعاوننا من الأطباء واختصاصيو التغذية والمرضات.

(عصام بن حسن عويضة ، 2015 ص 320)

هنالك حاجة للاعتماد على نوع وشدة مرض الكلى وتقييد النظام الغذائي بالنسبة لمرض الكلى المزمن :

الملح (الصوديوم) : من اجل السيطرة على ارتفاع ضغط الدم والتورم ينصح بتقييد تناول الملح ويتضمن تقييد تناول الملح : عدم إضافة الملح إلى الطعام على المائدة وتجنب الأطعمة الغنية بالملح مثل الأطعمة السريعة والمخللات والحد من استخدام معظم الأطعمة المعلبة إلى أقصى حد ممكن .

7 - 6 . زرع الكلية :

تسمح هذه الطريقة بإمكانية استعادة الوظيفة الكلوية الطبيعية وبتصحيح كل الاضطرابات الاستقلابية الناجمة عن القصور الكلوي المزمن ، تؤخذ الكلية الطعم من متبرع متوفى أو من قريب للمريض ، يجب أن تكون الزمرة الدموية (ABO) متطابقة بين المتبرع والمستقبل ، وعادة يتم اختيار الكلية المتبرع بها على أساس التوافق النسيجي (HLM ، مستضد الكريات البيض البشري) التام بينها وبين نسيج المستقبل لأن ذلك يحسن بقياها بعد رفض الطعم المتوسط مناعيا السبب الرئيسي لفشل الزرع ، لقد تحسنت نتائج زرع الكلى بشكل ملحوظ في السنوات الأخيرة .

(ديفيد سون ، 2005 ص 68)

7 - 6 . أ . مميزات زراعة الكلى :

الشفاء الكامل والتمتع بجودة أفضل للحياة ، حيث يعيش المريض حياة أقرب إلى الطبيعية مع المزيد من النشاط والطاقة والقوة البدنية والخصوبة والقدرة على الإنتاج

التخلص والتحرر من ضرورة الخضوع للاستصفااء الدموي وإهدار الوقت فضلا عن التخلص من الآلام والمضاعفات

التمتع بحياة أطول ، حيث يحيا المرضى الخاضعون لزرع الكلى حياة أطول من غيرهم المستمرين في إجراء غسيل الكلى ، قيود أقل على النظام الغذائي والسوائل

التعرض لمضاعفات أقل بعد زراعة الكلى ، حيث ترتفع مخاطر المضاعفات في حالات العلاج عن طريق غسيل الكلى

التكلفة الأقل ، ويشار هنا إلى أنه مع ارتفاع التكلفة المبدئية لعمليات زراعة الكلى تقل تكاليف العلاج العام الثاني أو الثالث بالنسبة للمريض المتلقي وعادة ما تصبح أقل من التكاليف المطلوبة للغسيل الكلوي الذي يتطلب تكاليف باهظة

تحسين الحياة الجنسية لدى الذكور وتوفير فرص أكبر للحمل لدى السيدات

(دولت حسين ساني ، 2014 ، ص 83)

7 - 6 . ب. عيوب زراعة الكلى :

مع ما تقدمه عمليات زرع الكلى العديد من الفوائد ، إلا أن هناك بعض العيوب التي تتمثل في مايلي :

1 - مخاطر العمليات الجراحية الكبرى :

يخضع مريض الكلى لعملية جراحية كبرى تحت التخدير الكلي ، الأمر الذي قد يترتب عليه التعرض لبعض المخاطر المحتملة خلال وبعد إجراء الجراحة.

خطورة رفض الجسم للكلى الجديدة :

فالواقع يشير إلى عدم وجود ضمان 100 بأن الجسم سوف يقبل الكلى المزروعة ولكن مع توافر أنواع أحدث وأفضل من عقاقير التثبيط المناعي تتراجع فرص رفض الجسم للكلى المزروعة عن ذي قبل ارتفاع مخاطر الإصابة بالالتهابات والعدوى بالإضافة إلى الآثار الجانبية للأدوية والإصابة بالأورام الخبيثة .

2 - الضغط :

فمن الأمور التي ضغطا على المريض ، انتظار توفر المتبرع قبل إجراءات عملية زرع الكلى وعدم التأكد من نجاح العملية (حيث قد تفشل الكلى التي تم زرعها في الجسم الجديد) بجانب الخوف من فقد الكلى المزروعة حديثا لوظيفتها بعد العملية .

(نفس المرجع السابق ، ص 74)

8 - الآثار النفسية لمرض القصور الكلوي :

مشاعر الخوف من المرض ومن فقدان الصحة ومن فقدان الأقارب والأصدقاء.

مشاعر التوتر والقلق والأرق لكثرة مخاوفه وتوقعه للخطر.

مشاعر الأسى والغثيان والشعور بالدوخة.

مشاعر عدم الانتماء بعد ضعف العلاقات أو تفكك الأسرة .

مشاعر الكآبة أو الاكتئاب كرد فعل عكسي من فقدان المريض لنشاطه واستقلاله.

الشعور بالقيء والحزن الشديد وفقد الرغبة الجنسية.

سهولة الإثارة وسرعة الغضب والانفعال ، ضعف الثقة بالنفس.

الشعور العدوانى نحو الذات والشعور باليأس من الشفاء ومن الحياة .

الشعور بالسخط والغضب والعدوان وقد يوجه للفريق المعالج.

عدم القدرة على التكيف النفسى والاجتماعى.

(مخلص عبد السلام رماح ، 2020 ص 284)

الإكتئاب عند مرضى القصور الكلوي المزمن :

يعانى مرضى الداء الكلوي في مراحلہ الأخيرة من ضغوطات نفسية كثيرة ، تساهم بشكل عميق في نشوء أعراض الاكتئاب ، وقد يحدث الاكتئاب لدى مرضى الداء الكلوي بمراحلہ الأخيرة نتيجة الإحساس بمرارة الفقد سواء حدث ذلك بالفعل ، أو مما يترقب المريض حدوثه.

ومما يشعر بفقدہ (المرضى الداء الكلوي بمراحلہ الأخيرة المتعالجين بالديال) فقد المكانة في العمل وفقد الوقت والصحة والاستقلالية ، كما يعانى المرضى أيضا من الإحساس بضبابية مستقبلهم ، ولديهم غالبا إحساس حاد بقرب وفاتهم ، عندما يصابون بأي مضاعفات طبية.

كما أن الاكتئاب قد يؤدي لتدهور الحالة الغذائية للمرضى ، وانخفاض معدلات الألبومين عند مرضى الداء الكلوي بمراحلہ الأخيرة.

وتعد اضطرابات الاكتئاب بشكل عام أحد عوامل الانتحار وبالتأكيد فإن ذلك يشمل الاكتئاب الذي يصيب مرضى الكلى.

كما أن المرضى الذين يعالجون بالديال الصفاقي أقل عرضة للاكتئاب ممن يعالجون بالديال الدموي

(فهد بن دخيل العصيمي ، 2014 ص 267)

خلاصة :

تعتبر الكلية عضو هام من أعضاء جسم الإنسان ولا يستطيع الإنسان أن يعيش من دونها وهذا بسبب الوظائف المتعددة التي تقوم بها الكلية مثل تنقية الدم من السموم التي تتراكم فيه حيث تقوم الكلية بطردها مع البول إلى الخارج وأي خلل يصيب الكلية سوف يؤدي إلى الكثير من المشاكل الصحية المهددة لحياة الإنسان مثل مرض القصور الكلوي المزمن الذي يؤدي إلى فقدان تدريجي ودائم لوظائف الكلى وهذا ما يؤدي إلى مضاعفات خطيرة على صحة الإنسان وأهمها ارتفاع ضغط الدم تجمع السوائل في الجسد ونقص الدم ، وهذا ما قد يؤثر على المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن من الناحية النفسية بشكل سلبي بسبب الألم والمعانات وخطر الموت

وقد تم التوصل إلى حلول من شأنها أن تساعد مرضى القصور الكلوي في مواجهتهم لمرضهم وتتمثل هذه الطرق في آلة تصفية الدم ، الغسيل البريتوني ، وزراعة الكلية وتحتل هذه الوسائل أهمية بالغة لا يمكن الاستغناء عنها لكل مصاب بالقصور الكلوي المزمن وتعتبر زراعة الكلية نتاجا للتقدم الكبير في العلوم الطبية ويعد زرع الكلى الناجح هو الخيار الأفضل لعلاج المراحل النهائية لمرض القصور الكلوي المزمن

الفصل الثالث
" منهجية البحث "

منهجية البحث

- تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

2- المنهج المستخدم

3- عينة الدراسة

4- تعريف أفراد مجتمع البحث

5- الأدوات المستخدمة في
الدراسة

1-5 الملاحظة

2-5 المقابلة

3-5 اختبار تفهم الموضوع
TAT

6 – صعوبات البحث

- خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد أن تطرقنا إلى الجانب النظري من دراستنا حيث قد عرضنا اشكالية البحث وفرضياته ،أهميته وأهدافه ،الدراسات السابقة والتعقيب عليها ،بالإضافة إلى الفصول المتعلقة بالتوظيف النفسي ومرض القصور الكلوي ،نتطرق إلى الجانب التطبيقي الذي سنوضح فيه المنهجية المتبعة في دراستنا بما فيها المنهج وعينة البحث وخصائصها والأدوات المستخدمة في هذه الدراسة .

1 - الدراسة الاستطلاعية :

الدراسة الاستطلاعية تعتبر الخطوة الاولى لدراسة عملية دقيقة لمشكلة ما محددة حيث تسمح في معرفة التغيرات التي قد يكون لها علاقة بأحد متغيرات الدراسة .

وتعتبر كذلك الدراسة الاستطلاعية دراسة تجريبية يقوم بها الباحث على عينة صغيرة بهدف التأكد من صلاحية خطوات وأساليب وأدوات البحث أو إجراء بعض التعديلات عليها إن تطلب الأمر

(عجللي، 1997، ص15)

ومن هذا المنطلق فإن الدراسة الاستطلاعية تساعد في تحديد أهداف مختلفة منها :

-تحديد مشكلة البحث بشكل دقيق .

-تحديد كل جوانب المشكلة .

-تحديد اطار الدراسة .

- الوقوف على اهم المعوقات التي تواجه الدراسة وكيفية التغلب عليها .

بالاضافة الى انها تساعد على :

- تحديد وصياغة فرضيات البحث.

- تحديد المنهج المناسب للدراسة .

- تحديد الادوات القياسية المناسبة .

- تحديد اكثر دقة لعينة البحث .

(محمد شفيق.102.2006)

1-1-الاطار المكاني :

عادة طبيعة الدراسة او البحث المراد القيام به هو الذي يحدد المكان الذي تقع فيه الدراسة .ذلك أن الدراسة تجري على أشخاص معينين لايمكن الالتقاء معهم الا في اماكن معينة' لذلك تم اجراء هذا البحث

في المؤسسة الاستشفائية العمومية "محمد بوضياف" في مصلحة تصفية الدم التي تتكفل باستقبال المصابين بالقصور الكلوي المزمن والتي اتاحت لنا الفرصة للتعرف على مجموعة بحثنا .

وتعمل هذه المصلحة على المتابعة الطبية لمرضى القصور الكلوي الخاضعين لتصفية الدم من خلال فريق طبي متكون من طبيب عام وطبيب مختص في امراض الكلى ومساعدة ممرضين .

وتحتوي هذه المؤسسة الاستشفائية كذلك على 12 قسم استشفائي متخصص، وكل واحد منها يتكفل بمتابعة تخصص محدود وهي :

- الطب الداخلي ، - طب العظام، - الاستجالات، - طب الاطفال ، - الجراحة العامة ، - الانعاش
- أمراض النساء والتوليد، - طب العيون، - طب الانف والحجرة ، - تصفية الدم، - قسم التشريح
الباطني ، - الفحص الطبي.

1 - 2 الاطار الزمني :

تتم مقابلة المرضى يومين في الاسبوع ، مع الاتفاق معهم على المقابلة والمقياس المراد تطبيقه او العمل عليه كما كان مبرمج له ، بحيث كانت مدة تطبيق البحث الميداني شهرا واحدا من شهر افريل الى شهر ماي سنة 2020' الا ان الظروف التي شهدتها البلاد اثر جائحة كورونا "فيروس كوفيد19" كانت عائقا لمواصلة المقابلة مع المرضى، وكذا تطبيق مقياس الاختبارات الاسقاطية.

2 - المنهج المستخدم :

يعرف المنهج بأنه الطريقة أو الأسلوب الذي ينتهجه العالم في بحثه أو دراسة مشكلته والوصول إلى حلول لها أو إلى بعض النتائج(محمد العيسوي و محمد العيسوي ، 1996 ،ص13).

كما يعرف المنهج بأنه الطريقة التي يتعين على الباحث أن يلتزمها في بحثه ،حيث يتقيد باتباع مجموعة من القواعد العامة التي تهيمن على سير البحث ،ويسترشد بها الباحث في سبيل الوصول إلى الحلول الملائمة لمشكلة البحث (متولي خضر ، 2014 ،ص17).

وبما أن موضوع الدراسة هو « التوظيف النفسي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن » ونظرا لما تتطلبه الدراسة من دراسة حالة فإن المنهج الذي تم اعتماده هو منهج الإكلينيكي الذي يعتمد على الدراسات المتعمقة للظواهر النفسية والاجتماعية وانعكاساتها على ديناميات الشخصية ،ويعتمد المنهج الإكلينيكي على مجموعة من الأدوات والاختبارات والإستمارات الاكلينيكية التي تعتمد على مساعدة الأفراد

وتحليل آداءاتهم بصورة أو بأخرى للغور داخل مكونات البناء النفسي لهم للكشف على نواحي القوة والضعف في شخصياتهم (متولي خضر , 2014 , ص160).

3 - عينة الدراسة :

تمثل العينة جزءا من مجتمع الدراسة من حيث الخصائص والصفات ويتم اللجوء إليها عندما تغني الباحث عن دراسة كافة وحدات المجتمع (زويلف والطروانة،1991) وتعرف العينة بأنها فئة تمثل مجتمع البحث (Population Research) أو جمهور البحث ،أي جميع موضوع يكونون الذين الأشياء أو الأشخاص أو الأفراد جميع ،أو الباحث يدرسها التي الظاهرة مفردات مشكلة البحث (دويدري ، 2000 ، ص 305)

4 - تعريف أفراد مجتمع البحث :

يعرفه كريستانغوريرو (c. gourireux) بأنه مجموع وحدات اساسية يدور حولها التحليل (B.Gauthier.2009.p257)

هذه الوحدات الأساسية يمكن ان تكون افراد،فوج اجتماعي ،مؤسسةالخ ،

(ريحي عليان وعثمان غنيم .2000.ص138)

وكان اعتمادنا في هذه الدراسة على افراد مجتمع البحث وهو جميع عناصر ومفردات الظاهرة قيد الدراسة وتتميز هذه العناصر بأن لها خاصية أو عدة خصائص مشتركة تميزها عن غيرها من العناصر الاخرى والتي يجرى عليها البحث . (موريس،انجرس 2013ص298)

5 - الأدوات المستخدمة في الدراسة :

الملاحظة :

وهي وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات ،وأهم ما يميزها أنها تفيد في جمع بيانات تتصل بسلوك الأفراد الفعلي في بعض المواقف الواقعية في الحياة بحيث يمكن ملاحظتها دون عناء كبير .

(محمد دويدار , 1999 , ص192)

ويمكن تعريف الملاحظة بأنها توجيه الحواس والانتباه إلى ظاهرة معينة أو مجموعة من الظواهر رغبة في الكشف عن صفاتها أو خصائصها توصلنا إلى كسب معرفة جديدة عن تلك الظاهرة أو تلك الظواهر المراد دراستها (محمد العيسوي و محمد العيسوي , 1996 , ص174) .

كما يمكن تعريفها أيضا بأنها مشاهدة دقيقة وعميقة لظاهرة ما مع الاستعانة بأساليب البحث والدراسة التي تتلاءم مع طبيعة هذه الظاهرة (إبراهيم ، 2000 ، ص 174)
من خلال هاته التعريفات نستنتج أن الملاحظة هي توجيه الحواس لمشاهدة ورصد الأعراض الظاهرة والمظهر العام والاستجابات السلوكية التي تبدو على الحالة والتي تكون لها دلالات إكلينيكية.

5 - 1 المقابلة :

وتعتبر أداة لجمع المعلومات تمكن الباحث من الاجابة عن تساؤلات البحث أو اختبار فروضه. ويمكن تعريفها على أنها تفاعل لفظي بين شخصين أو أكثر في موقف مواجهة.
(عباس و آخرون ، 2006 ، ص250)

ويعرفها انجلش(english) بأنها محادثة موجهة يقوم بها شخص مع شخص آخر أو أشخاص آخرين ،هدفها استئارة أنواع معينة من المعلومات ،لاستغلالها في بحث علمي ،وللاستعانة بها على التوجيه والتشخيص والعلاج (سعد عمر ، 2009 ، ص 93) .
وتعرفها سترانج (strang) بأنها عبارة عن علاقة مواجهة دينامية وجها لوجه بين المرشد الذي يسعى في طلب المساعدة لتنمية استبصاراته التي تحقق ذاته ،وبين المرشد القادر على تقديم هذه المساعدة خلال فترة زمنية معينة وفي مكان محدد (محمود عمر ، 1987 ، ص53).
مما سبق عرضه من التعريفات نستنتج أن المقابلة عبارة عن حوار يدور بين شخصين أو أكثر وجها لوجه في مكان محدد ولفترة زمنية معينة يتم من خلالها تقديم مجموعة من الأسئلة يجيب عنها المفحوص بغرض جمع معلومات تفيد في وضع استنتاج تشخيصي له.

5 - 2 المقابلة العيادية :

يعرفها « سيمانس » بأنها الطريقة التي تهدف إلي جمع المعطيات، وهي عبارة عن شخص يحكي قصة ويعطي رأيه في الأحداث أو يجيب عن الأسئلة المتعلقة بالمشكلة المراد دراستها.
(Anzieu,1984,p40)

وتصنف المقابلة العيادية حسب الطريقة المتبعة في إجرائها إلي ثلاثة أنواع هي : المقابلة غير الموجهة، المقابلة الموجهة، المقابلة نصف الموجهة.
وفي بحثنا هذا اعتمدنا على المقابلة العيادية النصف الموجهة.
ويستحسن استعمال مقابلة نصف موجهة في حالة ماإذا كان العميل يستعمل الحيل الدفاعية للتحكم في سيرورة المقابلة، ويحاول السيطرة على مبادرات الطبيب النفسي، عند صعوبة التعبير من طرف

العميل ،ولهذا تكون ملجأ إيجابي للمختص (صالح معاليم، . 2008ص140)

5 - 3 اختبار تفهم الموضوع t.a.t

أ - لمحة تاريخية :

يعتبر اختبار تفهم الموضوع في الأصل أول اختبار مستوحى من تقنية القصص الحرة التي كانت مستعملة بالموازاة مع الرسم لدى الأطفال في إطار التربية خلال الفترة ما بين 1920' 1930 (Anzieu، ص16). وقد أخذت فكرة معرفة الشخص انطلاقاً من أسلوب إنتاجه الفني (رسم، تأليف أدي ...) من الأعمال التي قدمها بورك هارت (1855) ثم بعده فرويد (1906—1910) في تحليل الآثار الفنية للشخصيات الأدبية أمثال هاملت، ماير، ليونارد دو فانسي، و دوجنسن (غراديفا) (Anzieu، ص131).

نشر الشكل الثالث والنهائي للاختبار سنة 1943 متبوعاً بدليله التطبيقي. وهو يحتوي على ثلاث قوائم من المتغيرات الأساسية للشخصية :

قائمة الدوافع أو حاجات بطل القصة البالغ عددها 20 حاجة مجمعة في تسع فئات قائمة العوامل الداخلية المتعلقة بالأنظمة (الأركان) النفسية الموصوفة في التحليل النفسي (أي الموقعتين الأولى والثانية).

قائمة السمات العامة المتمثلة في الحالات والانفعالات التي يحس بها الفرد ويرجع الفضل إلى بيبلاك (1954) في مراجعة الاختبار من حيث إرجاعه إلى الأصول التحليلية التي انطلق منها، وذلك بالتأكيد على النظرية الموقعة الثانية (هو/ أنا / أنا أعلى)، فركز على دور الأنا ووظائفه، المقاومان والدفاعات، وقد ساعده في ذلك تكوينه المتنوع كنفساني وطبيب عقلي ومطبق للتحليل النفسي. (V Shentoub' 1990، ص6).

ب - وصف مادة الاختبار:

يتكون الاختبار في أصله من 31 لوحة فيها تصاوير ورسومات مبهمة أغلبها مشكلة من شخص (12 لوحة) أو أشخاص (15 لوحة) .

في حين تصور لوحات أخرى نادرة (3 لوحات) مشاهد طبيعية مختلفة، بالإضافة إلى لوحة بيضاء (رقم 16)؛ تحمل هذه اللوحات أرقاماً على ظهرها من 1 إلى 20، لأنها غير موجهة في مجملها لكل الفئات من السن والجنس ، فمنها ما هو مشترك لدى كل الأشخاص وهي عادة تحمل رقماً فقط (عددها

11 لوحة)، أما الأخرى الباقية فهي متغيرة حسب السن والجنس يكون فيها الرقم التسلسلي مصحوبا بالحرف الأول من الكلمة الأصلية بالإنجليزية:

Boy = B — ولد ، Girl = G — بنت، male = m — رجل ، female = f — امرأة

م	اللوحات														الصنف	
ج															ف	
1	1	1	13M			1	1	8B	7B	6B	5	4	3B	2	1	رجال
3	6	9	F			1	0	M	M	M			M			
1	1		13M			1	1	9G	7G	6G	5	4	3B	2	1	نساء
3	6		F			1	0	F	F	F			M			
1	1	1		13	12G	1	1	8B	7B	6B	5	4	3B	2	1	بنون
4	6	9		B	B	1	0	M	M	M			M			
1	1	1		13	12G	1	1	9G	7G	6G	5	4	3B	2	1	بنات
4	6	9		B	B	1	0	F	F	F			M			

يمثل الجدول 01: اللوحات المستعملة لدى كل صنف من الجنس والسن

وعلى كل فئة من تلك الفئات أن تجتاز 20 لوحة في حصتين، كما كان يفعل موراي بمعدل عشر لوحات في كل حصة لكن المختصون فيما بعد اختاروا من اللوحات الأصلية (31) تلك التي هي أكثر دلالة وأكثر ملائمة لديناميكية "سياق TAT"، وتتمثل في 18 لوحة من 31، بمعدل 13 لوحة لكل صنف عوض 20، تمررها للمفحوص في حصة واحدة .

نشير إلى أن اللوحة BG 12 أضيفت إلى هذه القائمة المستعملة من طرف المختصين في جامعة باريس 5 وجامعة الجزائر استنادا إلى بحث قامت به بوكولت (1987). كما لاحظنا تطبيقات فعالة وناجحة في الفحص العيادي وخاصة في مجال البحوث العلمية للوحات أخرى نذكر منها استعمال اللوحة 13B عند الراشدين، واللوحة 15 في تجربة خاصة لتقييم تصورات الموت وأشباحها التي ترمز إليها

ضمنيا (A Moussi Si' 1990a.)؛ يعتبر هذا التقسيم حسب الأجيال والجنس غير إجباري، كما أشار إليه المختصون في وصفهم لبعض اللوحات مثل BM8 التي يمكن اقتراحها أيضا للبنات، أو 12BG التي يمكن اقتراحها للراشد (سي موسي، بن خليفة، ص 170).

من الضروري في نظرنا أن يحترم الفاحص خاصة المبتدئ القائمة المختارة لأن المختصون عرفوا وضبطوا خصائصها وأبعادها، إلى جانب أنها تضم الإشكاليات الأساسية للحياة النفسية يجب أن تكون اللوحات مرتبة كي تعرض على الشكل الوارد في الجدول، مع الإشارة إلى أن اللوحة 16 تقدم في الأخير لخلوها من أي رسم أو صورة، والقصد من ذلك هو فسح المجال للمفحوص كي يعطي تصوره المفضل عن ذاته وعن المواضيع تنتوع اللوحات من حيث المنبهات المعروضة حسب تشكيلها بين وضوح وغموض الوضعيات التي يكون عليها الأشخاص والمدركات فاللوحات من الأولى إلى العاشرة بالإضافة إلى الثالثة عشر (التي تتوسط اللوحتان 11 و19) هي ذات بناء واضح وتمثل أشخاصا في وضعيات مختلفة، وهي توحى أساسا إلى السياقات الأوديبية التي تميزها أشكال التنظيم لاختلافات الأجيال والجنس؛ تثير كل لوحة من تلك اللوحات جانبا خاصا من هذه الإشكالية العامة المتمثلة في المثلث القاعدي للإنسانية: رجل، امرأة، طفل (سي موسي، بن خليفة، ص 170).

للاطلاع الدقيق على ما يسمى المحتوى الظاهري والالتماسات الباطنية لكل لوحة نعرض باختصار على سبيل المثال بعض الخصائص الظاهرية والباطنية لبعض اللوحات مرتكزين على الدليل وعلى تجربتنا اللوحة 2: تمثل مشهد قروي فيه ثلاثة أشخاص في الواجهة فتاة تمسك كتابا. في الخلفية رجل مع حصان، امرأة تستند إلى شجرة، تدرك عاده كأنها حامل أكثر من أية لوحة أخرى تثير هذه اللوحة بصفة شفافة المثلث الأوديبية.

اللوحة 4: تظهر زوجا؛ امرأة بقرب رجل متولي (ينظر في اتجاه آخر). تثير أساسا الصراع داخل الزوج بقطبيه الليبيدي والعدواني (سي موسي، بن خليفة ص 171)

اللوحة 6BM: تبدي زوجا؛ رجل منشغل، وامرأة مسنة تنتظر في اتجاه آخر. تثير تقاربا أم - ابن في جو من الانزعاج الذي يمكن أن يثير إشكاليات متعلقة بالتصورات الأوديبية أو أكثر بدائية.

اللوحة 7bm: رأسي رجلين الجنب بالجنب، أحدها مسن، والأخر شاب. تثير تقاربا أب - ابن في جو من الصراع الوجداني يمكن أن يصيب بالحنان أو التعارض.

اللوحة 9GF: في الواجهة امرأة غير مسنة وراء شجرة تمسك أشياء وتنتظر في الخلفية امرأة من نفس الجيل تجري في الأسفل.

تثير إشكالية الهوية والتقمص الجنسي في إطار التنافس والغيرة.

اللوحة 13MF: في الواجهة رجل واقف، الذراع على الوجه، وفي الخلف امرأة ممتدة، صدرها عار تحرض بصفة قوية على التعبير الجنسي والعذوانية داخل الزوج ، وغالبا ما تكون العلاقة الجنسية مصحوبة هنا بالموت

أما اللوحات 11 و 19 و 16 فهي مبهمة ولا تقدم مواضيع محددة ، ولا تحتوي على أشخاص ، وتثير الإشكاليات ما قبل الأوديبية والبدائية ، تسمح بتقييم نوعية المواضيع الداخلية الإيجابية والسلبية منها (سي موسي ، بن خليفة ، ص 172)

ت. - خطوات تطبيق الاختبار:

كان موراي يجري الاختبار في حصتين، يمرر في كل حصة عشر لوحات، يبدأ في الحصة الأولى، بعد توفير الشروط المساعدة على التكيف مع الوضعية، بتقديم التعليمات المطولة نسبيا مكن تلخيصها كما يلي: " سأعرض عليك بعض الصور واحدة تلو الأخرى، والمطلوب منك أن تحكي لي . حول كل منها، أن توضح ما يحدث في كل صورة، وتصف ما وقع وما يقع وكيف ستكون نهاية أو خاتمة القصة، مع ذكر المشاعر التي يحس بها الأشخاص المشاركون في المشهد". وفي هذا السياق يخبر الفاحص الشخص بأنه مقيد بزمن قدره 5 دقائق في المتوسط لكل لوحة مع تذكيره بذلك عقب كل لوحة تكون التعليمية قابلة للتعديل وفق سن الشخص وقدرته العقلية والاضطرابات التي يعاني منها. وبإمكان الفاحص أن يتدخل لجلب انتباه المفحوص إلى أجزاء هامة من المشهد قد تغاضى عنها أو من أجل تشجيعه دون الإيحاء له بأي معلومات تخص ذلك المشهد.

أما في الحصة الثانية فكان موراي يفسح لخيال المفحوص حرية أكثر، كان يخترع قصصا تشبه الخرافة أو الحلم أو الاستعارة أو الأسطورة، إلا أن هذه الطريقة أهملت شيئا فشيئا نظرا لعدم فائدتها، يقدم الفاحص اللوحة البيضاء رقم 16 طالبا منه أن يتخيل فيها أية صورة تخطر بباله وعيناه مغلقتان إذا لزم الأمر، ثم يحكي قصة انطلاقا منها ، في نهاية الحصة يقوم الفاحص بتحقيق عن مصادر القصص (الواقع اليومي، أفلام، روايات، ذكريات شخصية..)، مع إمكانية الاستعانة بتقنية النداعي الحر التي تأخذ وجهة علاجية تطورت بعد ذلك طريقة الإجراء بعد موراي، وتغيرت بكثير في الوقت الراهن.(سي موسي بن خليفة ، ص 172).

و يطبق الاختبار حاليا في حصة واحدة بالعدد المذكور أعلاه من اللوحان (13 لوحة لكل صنف من الأشخاص)، واحتفظ بتعليمات ملخصة أساسا على الشكل التالي: "تخيل (ي) قصة انطلاقا من اللوحة"،

وهي تضع المفحوص في نفس وضعية الرورشاخ، أي وضعية متناقضة بين حرية الذهاب بالخيال إلى أبعد حد من جهة، مع ضرورة التقيد بالصورة الواقعية المفروضة عليه، فكأننا نقول له: "بإمكانك استعمال خيالك كما تشاء لكن في إطار ما تراه أمامك، يعني استعمل خيالك بطريقة واقعية". فالمفحوص ملزم بربط الجانبين معا في نفس الحركة الواحدة، بطريقة يحول فيها تصورات الأشياء إلى تصورات الكلمات، يقبل العواطف كما تثيرها الحركة النكوصية وفي نفس الوقت يغربلها بحيث يستطيع الفكر أن يأخذها على عاتقه (Shentoub 1990V، ص28) .

إن المؤشرات الثلاثة لوضعية TAT تمثل إذن وضعية الصراع في ذروته، صراع بين مبدأ اللذة ومبدأ الواقع، بين تصور الأشياء وتصور الكلمات. بين هوية الإدراك وهوية التفكير، بين الرغبة والدفاع...، هذه الوضعية الصرعية هي التي ستحدد الطرق الخاصة والمتميزة لتوظيف الشخص. أو طلب الاختيار بين وصف الصورة أو الاعتماد على التخيل، أو عبارات مثل "هل أعطي صورة على اللوحة؟"، كيف القصة؟، لم أفهم! أظن أو أتكلم؟".... وهي عبارات تبرز صعوبة الانطلاق في تشكيل القصص، وحاجتهم إلى مساعدة الفاحص كسند. كما تمثل بعض هذه الاستجابات مواقف دفاعية تدخل في سياق الفحص والاختبار قد تزول لدى البعض، أو تبقى مستقرة عبر كل إنتاج البروتوكول لدى البعض الآخر يتدخل الفاحص من أجل مساعدة هؤلاء المفحوصين على الانطلاق وبمجرد مباشرة المفحوص التعبير يبدأ في تسجيل كل ما يصدر عنه من كلام يتلفظ به بحذافيره ودون تغييره، أو كل تصرف تجاه المادة أو الفاحص، دون إغفال تسجيل وقت الكمون والوقت الكلي لكل لوحة، نشير إلى أن تسجيل الوقت يكون أسهل في الرورشاخ، علما أن خصائص الفاحص وتجربته تجعل كل واحد يتكيف بصفة خاصة مع هذه المتطلبات، فنرى فاحصا مثلا له مهارة فائقة في كتابة حوار المفحوص بدقة ووضوح، في حين نجد فاحصا آخر مضطرا إلى ضبط تلك العملية بعد الفحص، بشرط أن لا تتجاوز العملية 24 ساعة، لأن الذاكرة بعد ذلك لا تضمن المصادقية الكلية في نقل المعطيات؛ تنطبق نفس الملاحظة على تسجيل الوقت؛ كما هناك صعوبة تكمن في النقل المباشر لكلام المفحوص، خاصة بالنسبة لأولئك الذين يسرعون في خطاهم والذين ينتقلون من لغة إلى أخرى. يقل الفيض التعبيري غالبا في الرورشاخ نظرا لطبيعة المنبه والتعليمية تكون التدخلات أثناء سرد القصص نادرة جدا، إلا في الحالات التي لا يستطيع بعض الأفراد الاستمرار في السرد، أو الذين يظهرون كفا شديدا تجاه الوضعية، فنساعدهم بتشجيعهم على مواصلة التعبير أو نكرر هم التعليمية (في بداية الفحص) لتحرير تخيلاتهم أكثر في إطار

ما يبدو هم في الصورة؛ مع العلم أن الحياد لا يمثل هنا معطى أولي وإنما مبدأ يتطلب الاحترام وهدفاً
نصبو إليه .

(سي موسي ، محمود خليفة ، 2010، ص 176)

ث - شبكات الفرز وسياقات t a t :

لقد طرأت تعديلات كثيرة على الشبكة الأصلية" التي عرضتها ف شنتوب لأول مرة في مقال لها تحت
عنوان "مساهمة في البحث عن صدق اختبار تفهم الموضوع. شبكة الفرز" (1958).

تتمثل السلاسل الأربعة إذن في:

- 1) سلسلة السياقات A، وهي ممثلة لأسلوب الرقابة المرتبطة بالصراع الداخلي.
 - 2) سلسلة السياقات b، وتمثل الأسلوب الذي فضلنا ترجمته الهراء (élabilit) المتعلق بالصراع العلائقي
 - 3) سلسلة السياقات C، وهي تمثل تجنب أو كف الصراعات.
 - 4) سلسلة السياقات E، وهي ممثلة لبروز السياقات الأولية التي تظهر على شكل اضطرابات اللغة أو قوة
وحدة التصورات والوجدانات. تشير إلى بعض الصعوبة في إيجاد الكلمات العربية الدقيقة الموافقة
للمصطلحات الفرنسية الواردة في الشبكة.
- تبدو مختلف السياقات بطريقة مفصلة في الجدول التالي:

(سي موسي ، بن خليفة ، 2010 ، ص 188)

<p>السلسلة B (سياقات الهراء) الصراع النفسي العلائقي</p>	<p>السلسلة A(سياقات الرقابة) الصراع النفسي الداخلي</p>
<p>B1</p> <p>B1.1- قصة منسوجة على اختراع شخصي .</p> <p>B1.2-إدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة</p> <p>B1.3 - تقمصات مرنة ومنتشرة .</p> <p>تعبيرات لفظية عن عواطف مثلونة ومكيفة حسب</p> <p>B1.4 -المنبه .</p> <p>B2</p> <p>B2.1 -دخول مباشر في التعبير</p> <p>- قصة ذات مقاطع ، تخريف بعيد عن الصورة</p> <p>B2.2</p> <p>B2.3 - تشديد العلاقات بين الأشخاص</p> <p>B2.4 -تعبير لفظي عن عواطف قوية ومبالغة</p> <p>B2.5 - تهويل</p> <p>تصورات متضادة ، تناوب بين حالات انفعالية</p> <p>B2.6 -متعارضة .</p> <p>، ذهاب وإياب بين رغبات متناقضة .مقصد يقوم</p> <p>B 2.7 - على تحقيق سحري للرغبة</p> <p>تعجبات ،تعاليق،ابتعاد عن الموضوع ،مصادر</p> <p>B 2.8 - /تقديرات ذاتية .</p> <p>تعليم العلاقات ،ثبوت (فرض) الموضوع الجنسي</p> <p>B 2.9 - /أو رمزية شفافة.</p> <p>B2.10 -تعلق بأجزاء نرجسية ذات ميل علائقي .</p> <p>عدم الاستقرار في التقمصات . تردد حول جنس</p> <p>B2.11 - /أو سن الأشخاص .</p> <p>تشديد على موضوع من نوع ،ذهاب</p> <p>B2.12 - ،جري،قول،هروب</p> <p>حضور مواضيع الخوف ،الكارثة ، الدوار.....في</p>	<p>A1</p> <p>A-1.1 قصة تقترب من الموضوع المألوف</p> <p>A- لجوء إلى مصادر أدبية وثقافية ا والى الحلم</p> <p>1.2</p> <p>A- إدماج المصادر الاجتماعية والحس المشترك</p> <p>1.3</p> <p>A2</p> <p>وصف مع التعلق بالأجزاء بما في ذلك تعابير</p> <p>A-2.1الأشخاص وهياتهم.</p> <p>A2.2- تبرير التفسير بتلك الأجزاء.</p> <p>A2.3 - تحفظات كلامية</p> <p>A2.4 - ابتعاد زمني -مكاني.</p> <p>A2.5 - توضيحات رقمية</p> <p>A2.6 - تذبذب بين تفسيرات مختلفة.</p> <p>A2.7 - ذهاب وإياب بين التعبير التروي الدفاع</p> <p>A2.8 - تكرار ، اجترار</p> <p>A2.9 - إلغاء</p> <p>عناصر من نمط التكوين العكسي (نظافة،نظام،</p> <p>A2.10 - تعاون ،واجب ،اقتصاد)</p> <p>A2.11 - إنكار</p> <p>A2.12 - تأكيد على الخيال</p> <p>عقلنه (تجريد ، ترميز عنونة للقصة ذات علاقة</p> <p>A 2.13 - بالمحتوى الظاهري)</p> <p>تغيير مفاجئ لمنحنى القصة (مصحوبة أو غير</p>

<p>B2.13 - سياق من التهويل.</p>	<p>A 2.14 - مصحوبة بتوقف الحوار) A 2.15 - عزل العناصر أو الأشخاص جزء كبير أو صغير من الصورة مستحضر وغير A2.16 - موظف A2.17 - تشديد على الصراعات النفسية الداخلية A2.18 - تعبير مصغر عن العواطف</p>
---------------------------------	---

السلسلة E (بروز الياقات الأولية)	السلسلة C (سياقات التجنب)
<p style="text-align: center;">E</p> <p>E1 - عدم إدراك موضوع ظاهري</p> <p>E2 - إدراك أجزاء نادرة / أو غريبة.</p> <p>E3 - تبريرات تعسفية انطلاقاً من هذه الأجزاء .</p> <p>E4 - مدركات خاطئة .</p> <p>E5 - مدركات حسية .</p> <p>إدراك مواضيع مفككة / (أو مواضيع منهارة مرضى، مشوهون). تخريف خارج الصورة أو أشخاص - E6</p> <p>عدم تلاؤم بين القصة والمنبه . تجريد، رمزية غامضة - E7 (غيبية).</p> <p>تعبيرات فظة مرتبطة بموضوع جنسي أو عدواني - E8 .</p> <p>تعبير عن عواطف / أو تصورات قوية مرتبطة بأية إشكالية (مثل العجز ، الافتقار ، النجاح العظامي - E9 الهوسي، الخوف، الموت، التدمير، الاضطهاد...)</p> <p>E10 - دأب أو مواظبة .</p> <p>E11 - اختلاط الهويات (تداخل الأدوار).</p> <p>E12 - عدم استقرار المواضيع .</p> <p>- اختلال التنظيم في التتابع الزمني أو المكاني . E13</p> <p>E14 - إدراك الموضوع الشرير، مواضيع الاضطهاد.</p> <p>E15 - انشطار الموضوع.</p> <p>بحث تعسفي عن مغزى الصورة / أو تعابير الوجه أو E16 - الهيئات الجسمية .</p> <p>- أخطاء كلامية (اضطرابات في التركيب اللغوي) E17</p> <p>ترابط حوارى، بالجناس، انتقال مفاجئ من موضوع</p>	<p style="text-align: center;">CP</p> <p>وقت كمون أولي طويل / أو توقفات داخل . CP1 القصة</p> <p>CP2 - ميل عام إلى التقصير .</p> <p>CP3 - عدم التعريف بالأشخاص</p> <p>عدم توضيح دوافع الصراعات ، قصص مبتذلة CP4 - للغاية ، مبنية للمجهول ، تلبس</p> <p>اضطرار إلى طرح أسئلة ، ميل إلى الرفض . CP5 - رفض .</p> <p>استحضار عناصر مقلقة متبوعة أو مسبوقة CP6 - بتوقفات في الحوار .</p> <p style="text-align: center;">CN</p> <p>- تشديد على الانطباع الذاتي (غير علائقي) . CN1</p> <p>CN2 - مصادر شخصية أو تاريخية ذاتية.</p> <p>CN3 - عاطفة - معدومة.</p> <p>CN4 - هيئة دالة على العواطف</p> <p>CN5 - تشديد على الخصائص الحسية.</p> <p>CN6 - تشديد على رصد الحدود والحواف.</p> <p>CN7 - علاقات مرآتيه</p> <p>CN8 - اظهار لائحة (صورة أو لوحة فنية)</p> <p>CN9 - نقد ذاتي.</p> <p>CN10 - أجزاء نرجسية . مثلية ذاتية</p> <p style="text-align: center;">CM</p> <p>- استثمار فائق لوظيفة الاستناد على الموضوع CM1</p> <p>CM2 - مثلنه الموضوع (ميل ايجابي أو سلبي) .</p> <p>CM3 - استخفاف ، لف ودوران</p>

<p>E18 - إلى آخر غير متجانس .</p> <p>E19 - ارتباطات قصيرة .</p> <p>E20 - إبهام، عدم تحديد، غموض الخطاب .</p>	<p>CC</p> <p>CC1- إثارة حركية ،إيماءة /أو تعبيرات حركية</p> <p>CC2- طلبات موجهة للفاحص .</p> <p>CC3- انتقادات للأداة /أو الموضوعية.</p> <p>CC4- سخريّة ، استهزاء.</p> <p>CC5- همز الفاحص .</p> <p>CF</p> <p>CF1- تمسك بالمحتوى الظاهري</p> <p>تشديد على الحياة اليومية والعملية،الحالي</p> <p>CF2- والملموس.</p> <p>CF3- تشديد على الفعل .</p> <p>CF4- لجوء إلى المعايير الخارجية .</p> <p>CF5- عواطف ظرفية.</p>
--	--

صعوبات البحث :

أثناء تطرقنا للإجراء هذه الدراسة واجهنا بعض الصعوبات والعراقيل منها :
. الظروف التي حلت بالبلاد بسبب وباء كورونا ، لم نستطع أن نقوم بالجانب التطبيقي على أكمل وجه
لأن المؤسسة الإستشفائية محمد بوضياف منعت من مزولة المتربصين للإجراء الجانب الميداني
. وأيضا عدم توفر الكتب والمراجع بسبب غلق كل المكتبات ونقصه.

خلاصة الفصل :

من خلال الدراسة نستخلص أن الهدف من هذا الجزء هو عرض المنهجية المتبعة في البحث التي من خلالها نستطيع التأكد من الفرضية أو نفيها إلا أن الظروف التي شهدتها البلاد بسبب (فيروس كوفيد 19) شكلت لنا عائق للوصول إلى نتائج هذه الدراسة ومعرفة العلاقة بين التوظيف النفسي ومرضى القصور الكلوي من حيث ضعف التوظيف النفسي لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن وذلك لمعرفة مدى الهشاشة النفسية

خلاصة الدراسة :

من خلال الدراسة النظرية والبحث الميداني حول موضوع (التوظيف النفسي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن) حيث أن الهشاشة النفسية تكون مرتبطة بالجهاز النفسي من حيث نوعية الميكانيزمات الدفاعية المستخدمة من طرف المصابين بالقصور الكلوي والتي تخلف من مصاب للآخر حسب بنيته النفسية التي تحدد خلال مراحل النمو النفسي

ويعتبر القصور الكلوي المزمن من أهم وأخطر الأمراض التي يواجهها الإنسان في عصرنا الحديث وكذلك كل ما يخص هذا المرض من تعاريف وأنواع وعلاج ومدى تأثيره على نفسية المريض فمن خلال دراستنا لهذا الموضوع قمنا بطرح التساؤل التالي:

- هل يؤدي القصور الكلوي إلى ضعف التوظيف النفسي ؟

وقمنا بطرح فرضية حاولنا من خلال الإجابة على السؤال السابق

بعد ذلك تم التطرق إلى فصل التوظيف النفسي الذي عرضنا فيه الجهاز النفسي في ضوء نظرية التحليل النفسي ، ويشمل الفصل الآخر القصور الكلوي المزمن .

أما الجنب الميداني الذي قمنا فيه بدراسة المنهجية المتبعة في البحث ، ثم عرض الأدوات المستخدمة في المنهج مكان الدراسة مع مقياس تفهم الموضوع T A T من أجل معرفة إن كان التوظيف النفسي لدى مرضى القصور الكلوي هش

.وقد تعذر علينا الوصول إلى نتائج هذه الدراسة بسبب كوفيد 19 الذي كان عائق لنا للحصول على نتائج هذه الدراسة وتفسيرها .

الملاحق

اللوحة المستعملة في اختبار تفهم الموضوع :



5



1



2



3BM



8BM



10



4



12GB



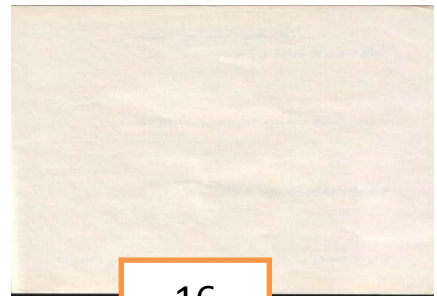
13B



19



13MF



16

قائمة المراجع

- 1- ابراهيم ,مروان عبد المجيد (2000) أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية. مؤسسة الوراق عمان
- جابر عبد الحميد : الإرشاد النفسي النظرية والتطبيق (2019) مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة مصر
- 2- جمال منقال القاسم (2001) : مبادئ علم النفس ط 1 ، دار الصفاء للطباعة والنشر والتوزيع ، عمان
- 3- جيرالد س بلوم ، ترجمة فرج أحمد فرج(1995) : الديناميات النفسية علم القوى النفسية اللاشعورية دار النهضة العربية للطباعة والنشر ، بيروت ، لبنان
- 4- جيمس أموس روبرت روبرسون ، ترجمة فهد بن دخيل العصيمي (2014)،: الطب النفسي الجسدي مقدمة في الطب النفسي التواصلي ط 1 ، دار جامعة الملك سعود للنشر، الرياض، السعودية
- 5-لادولت حسين ساني ، سانجاي بانديا (2014) : حافظ على كليتك جامعة عين الشمس ، القاهرة مصر ،
- 6- ديفيد سون ، ترجمة عبد الرحمان العينية(2015) : أمراض الكلية والجهاز التناسلي ط1، دار القدس للعلوم للطباعة والنشر والتوزيع ، دمشق ، سوريا
- 7- سامر جميل رضوان (2007) : الصحة النفسية دار المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن
- 8- سجموند فرويد (1989) : ترجمة محمد عثمان نجاتي ، الكف والعرض والقلق ط 5، دار الشرق القاهرة مصر
- 9- سعد عمر ، سيف الإسلام (2009) : الموجز في منهج البحث العلمي في التربية والعلوم الإنسانية دار الفكر ، دمشق
- 10- سهير كامل سهير(2003) : الصحة النفسية والتوافق ط 2 ، مركز الإسكندرية للكتاب ، مصر
- 11- سي موسي عبد الرحمان ، محمود بن خليفة(2008) : علم النفس المرضي التحليلي والإسقاطي الأنظمة النفسية ومظاهرها في الاختبارات الإسقاطية ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر

- 12- سي موسى عبد الرحمان ، ورضوان زقار (2002) : الصدمة النفسية والحداد عند الطفل والمراهق نظرة الاختبارات الإسقاطية ، جمعية علم النفس للجزائر العاصمة
- 13- سيجموند فرويد (1998) : ترجمة سامي محمود علي دار المعارف للطباعة والنشر والتأليف القاهرة
- 14- شيلي تايلور ، ترجمة وسام درويش بريك ، فوزي شاكرا (2008) : علم النفس الصحي ط 1 دار الحامد للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن ،
- 15- صالح معاليم (2003) : محاضرات في الأمراض النفسية الجسدية ط 5 ، ديوان المطبوعات المركزية ، بيروت
- 16- عباس ، محمد خليل . وآخرون . (2006) .مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس دار المسيرة عمان
- 17- عبد الرحمان العيسوي (2004) : الحرب النفسية والدعائية ط 1 ، منشورات الحلبي الحقوقية بيروت ، لبنان
- 18- عبد الكريم السويداء (2010) : المرشد الشامل لمرضى الفشل الكلوي، ط 1 ، وهج الحياة للنشر والتوزيع ، الرياض ، السعودية
- 19- عصام بن حسن حسين عويضة (2015) : التغذية العلاجية مكتبة العبيكان ط1، الرياض ، السعودية
- 20- فخري الدباغ (1977) العلاج النفسي أنواعه وأساليبه، دار الفكر اللبناني ، بيروت
- 21- فيصل عباس (1996) : التحليل النفسي والإتجاهات الفرويدية، ط 1 دار الفكر العربي ، بيروت لبنان
- 22- فيصل عباس (2001) : الاختبارات الإسقاطية نظرياتها تقنياتها اجراءاتها ط 1 دار المنهل اللبناني للطباعة والنشر

- 23- فيصل عباس (2003) : قياس الشخصية دراسة حالات عيادية دار المنهل البناني ومكتبة راس المنبع بيروت ، لبنان
- 24- كامل محمد محمد عويضة (1996) : علم النفس الشخصية ط 1 دار الكتب العلمية ، بيروت، لبنان ،
- 25- كمال يوسف بلان (2015) : نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، ط 1، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع عمان ، الأردن
- 26- متولي خضر , عبد الباسط .(2014) أدوات البحث العلمي وخطة اعداده .القاهرة :دار الكتاب الحديث
- 27- محمد العيسوي ,عبد .الرحمن & ,محمد لعيسوي ,ع .الفتاح .(1996) مناهج البحث العلمي في الفكر السلامي والفكر الحديث .دار الرتب الجامعية
- 28- محمد دويدار ,عبد الفتاح (1999) مناهج البحث في علم النفس دارالمعرفة الجامعية الازراطية الاسكندرية ط2
- 29- محمد دويدري ,رجاء وحيد .(2000) البحث العلمي أساسياته النظرية وممارساته العملية دار الفكر دمشق سوريا
- 30- محمد صادق صبور (1994) : أمراض الكلى أسبابها وطرق الوقاية منها وعلاجها دار الشروق القاهرة مصر ، ط 1
- 31- محمود عمر ,ماهر (1987) المقابلة في الارشاد والعلاج النفسي (ط3) دار المعرفة الجامعية الازراطية الاسكندرية
- 32- مخلص عبد السلام رماح (2020) : الخدمة الإجتماعية في المجال الطبي الطبعة 1 ، دار اليازوري العلمية، عمان، الأردن
- 33- نار برا انجلر ، ترجمة فهد بن عبد الله بن دليم (1998) دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة ، مصر

المراجع الأجنبية

34-Anzieu D . chabert c . (1961) les methodes projectives paris puf 8
eme ed . 1987

35-V shentoub .(1990) manuel d utilization du T.A.T Approche
psychanalytique paris Dunod

القواميس باللغة الفرنسية :

36- LAPLANCHE ET PONTALIS(1967) ,DICCINARIO DE PSICOANALISIS ,DE
France ,PARIS

القواميس باللغة العربية :

37- فرج عبد القادر طه(1989) : معجم علم النفس والتحليل النفسي دار النهضة العربية ط 1 ،

بيروت ، لبنان

المواقع الالكترونية :

<https://www.who.int/bulletin/volumes/96/6/17-206441/en/> -38