

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
المركز الجامعي العقيد أكلي محند أولحاج  
بالبويرة

تخصص علم النفس العيادي

فرع العلوم الإنسانية والاجتماعية

الميكانيزمات الدفاعية لدى مرضى القصور الكلوي الخاضعين  
للتصفية الدموية (الهيموديايز)

مذكرة لنيل شهادة ماستر (2) في علم النفس العيادي

الأستاذ المشرف:

الدكتور مكيري كريم

من إعداد الطالبة:

زكنون فيروز

السنة الجامعية 2010 / 2011

## شكر و تقدير

" ولقد أتينا لقمان الحكمة أن اشكر الله ومن يشكر فإنما يشكر لنفسه فإن الله غني حميد "

أولا وقبل كل شيء، نشكر الله عز وجل شكرا جزيلا ونحمده حمدا

كثيرا على نعمته التي أنعمها علينا .

نتقدم بالشكر الجزيل وفائق التقدير والاحترام الى الأستاذ المحترم المشرف على هذه المذكرة

" مكيري كريم " عرفانا بما قدمه لنا من توجيهات وإرشادات طيلة مشوارنا الدراسي.

كما نتوجه بالشكر الجزيل إلى مدير " صحة الإحسان للتصور الكلوي " الذي قبلنا بكل تواضع

وساعدنا على إتمام الجانب النظري لبحثنا وكذلك نشكر كل الفريق العامل معه.

ونتقدم بشكر خاص إلى كل المرضى الذين ساعدونا في إتمام هذا البحث.

وإلى كل ساهم في انجاز هذا البحث سواء من قريب أو بعيد ولو بكلمة طيبة على إتمام هذا

البحث.

## الإهداء

" اللهم إني أعوذ بك من علم لا ينفع ومن عين لا تدمع ومن قلب لا ينشع ومن دعاء لا يستجاب

له. إلهي من قال فيهم الرحمن " وقل ربي ارحمهما كما ربياني صغيرا "

إلهي من جعل الجنة تحت قدميها، إلهي من جعلها الله صديقة وحبيبة، إلهي من عمرتني بالحج

والحنان وسقتني بالدفع والأمان، إلهي تلك الشمعة التي تذوب وتحترق لأتعلّم وأدرس

الآن إلهي أجمل وأعلى من في الوجود

" أمي الغالية "

إلهي مصدر كبريائي واعتزازي وفخري، إلهي من يعطي ويكافح من القلب في سبيل تربيتي،

إلهي من ضحى ويضحى في سبيل تعليمي، إلهي تحرس فينا روح التسامح والأدب والأخلاق

" إلهي أبي الحبيب "

حفظهما الله وأطال عمرهما.

إلهي من أدين لهم بالود والألفة، إلهي الشموع التي تنير بيتنا وجعلته منيرا إخوتي.

" مطفي، ياسين، لمين "

إلهي من كان سندا وعمونا لي، إلهي أعلى إنسان على قلبي

" وابع "

إلهي من اعتبرها أختا وصديقة قلبي ابنة خالتي

" مريم "

إلهي رفيقات دربي وحبيبات قلبي اللواتي شهدن معهن أحلى الأيام.

" شهر زاد، وهبة، وسيلة، طالوس، خديجة، وخاصة طليحة "

## الفهرس

المقدمة.....01

### الفصل التمهيدي: الإطار العام لإشكالية البحث

1. طرح إشكالية البحث.....06
2. فرضية البحث.....08
3. أسباب اختيار الموضوع.....08
4. الهدف من البحث.....09
5. تحديد المفاهيم الأساسية.....09

### الباب الأول: الجانب النظري

#### الفصل الأول: القصور الكلوي المزمن والتصفية الدموية

- تمهيد.....15
- I. الكلية.....15
1. الجانب الفيزيولوجي.....15
    - 1.1. تعريف الكلية وتشريحها.....15
    2. وظائف الكلى.....16
      - 1.2. الوظائف الأساسية.....16
      - 2.2. الوظائف الثانوية.....17
  - II. القصور الكلوي المزمن.....17
    1. تعريف القصور الكلوي.....17
    2. تعريف القصور الكلوي المزمن.....18
    3. نموذج عن القصور الكلوي.....18
      - 2.3. تشخيص المرض.....18

19.....	2.3 التعرف على مرض الكلى المسبب.....
19.....	3.3 البحث عن مضاعفات المرض.....
20.....	4. أسباب القصور الكلوي.....
21.....	5. أنواع القصور الكلوي.....
24.....	6. أعراض القصور الكلوي.....
27.....	7. علاج القصور الكلوي المزمن.....
29.....	III. آلة تصفية الدم ( آلة الدياليز).....
29.....	1. تعريف جهاز التصفية( الدياليز).....
30.....	2. كيف يشغل جهاز تصفية الدم.....
30.....	3. مدة العلاج.....
31.....	4. كيفية وصول الجهاز إلى الدم.....
33.....	5. العلاج عن طريق الزرع الكلوي.....
33.....	1.5 التحضير الفيزيولوجي.....
34.....	2.5 التحضير النفسي.....
34.....	3.5 المضاعفات التي تحدث بعد الزرع الكلوي.....
35.....	6. الانعكاسات النفسية للغسيل الدموي.....
37.....	خلاصة.....

## الفصل الثاني: الجهاز النفسي والميكانيزمات الدفاعية

41.....	تمهيد.....
41.....	I. الجهاز النفسي.....
41.....	1. مكونات الجهاز النفسي.....
41.....	1.1 النظرية المكانية الأولى.....
42.....	2.1 النظرية المكانية الثانية.....
44.....	2. مراحل تطور الجهاز النفسي.....
45.....	1.2 المرحلة الفمية.....
46.....	2.2 المرحلة الشرجية.....
46.....	3.2 المرحلة التناسلية.....

47.....	4.2. مرحلة الكمون
48.....	II. الميكانيزمات الدفاعية
48.....	1. تعريفها
48.....	2. أنواعها
49.....	3. كيفية عمل الميكانيزمات الدفاعية
52.....	4. نماذج بعض الميكانيزمات الدفاعية
59.....	خلاصة

## الجانب التطبيقي

### الفصل الثالث: منهجية البحث

62.....	تمهيد
62.....	1. منهج البحث
64.....	2. مكان إجراء البحث
65.....	3. كيفية اختيار مجموعة البحث
65.....	1.3. خصائص مجموعة البحث
66.....	4. أدوات البحث المستعملة
66.....	1.4. اختبار تفهم الموضوع
68.....	1.1.4. وصف مادة الاختبار
73.....	2.1.4. خطوات تطبيق الاختبار
75.....	3.1.4. تقديم شبكة الفرز وسياقات TAT
76.....	4.1.4. تقديم شبكة التحليل V.Schentoub

### الفصل الرابع: عرض وتحليل النتائج

84.....	تمهيد
84.....	1. الحالة الأولى
84.....	1.1. بروتوكول السياقات الدفاعية المستعملة

92.....	2.1	خلاصة الأساليب الدفاعية المستعملة
94.....	2	عرض الحالة الثانية
94.....	1.2	بروتوكول الحالة والسياقات الدفاعية المستعملة
100.....	2.2	خلاصة الأساليب الدفاعية المستعملة
102.....	3	عرض الحالة الثالثة
102.....	1.3	بروتوكول الحالة والسياقات الدفاعية
109.....	2.3	خلاصة الأساليب الدفاعية
111.....	4	عرض الحالة الرابعة
111.....	1.4	بروتوكول السياقات الدفاعية المستعملة
118.....	2.4	خلاصة الأساليب الدفاعية
120.....	5	عرض الحالة الخامسة
120.....	1.5	بروتوكول السياقات الدفاعية المستعملة
126.....	2.5	خلاصة الأساليب الدفاعية المستعملة
128.....	6	تحليل النتائج
132.....	7	مناقشة النتائج
135.....		خاتمة
136.....		التوصيات والاقتراحات
138.....		قائمة المراجع

الملاحق

## ملخص الدراسة:

تطرقنا في هذا البحث إلى دراسة الميكانيزمات الدفاعية لدى مرضى القصور الكلوي الخاضعين للتصفية الدموية، ولهذا الغرض قمنا بصياغة الفرضية التالية:

- هناك اشتراك وتقارب في استعمال الميكانيزمات الدفاعية من طرف مرضى القصور الكلوي الخاضعين للتصفية الدموية.

وللإجابة على هذه الفرضية قمنا بتطبيق اختبار تفهم الموضوع على مجموعة بحث تكونت من خمس حالات تعاني من القصور الكلوي.

وتوصلنا من خلال تحليلنا لنتائج أفراد بحثنا إلى أن المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين للتصفية الدموية (الهيموديايز) لهم اشتراك في استعمال الميكانيزمات الدفاعية. وذلك قد يكون راجع إلى اشتراكهم في نفس المرض وهو القصور الكلوي، بالإضافة إلى الظروف المحيطة به والتي يشتركون فيها كلهم وأولها تلك التبعية المطلقة لآلة تصفية الدم والطاقم الطبي المشرف على هذا العلاج، بالإضافة إلى أن القصور الكلوي المزمن يمثل وضعية ضاغطة بالنسبة للمرضى بسبب طول مدة جلسات الغسيل الدموي وكذا ضرورة التزامهم بالحمية الغذائية الشديدة، ناهيك عن اضطراب الحياة المهنية للمريض وكذا الحياة الجنسية دون أن ننسى أن هؤلاء المرضى يشكون من خطر الموت الدائم ومشكلات القيمة الذاتية.

وبذلك يمكن القول أن اشتراكهم في نفس المرض وهو القصور الكلوي والظروف التابعة له أدى إلى اشتراكهم وتقاربهم في طريقة عمل الجهاز النفسي وبالتالي الاشتراك والتقارب في استعمال الميكانيزمات الدفاعية.





المفتمه

## مقدمة:

لقد ظهر الاهتمام بالصحة والمرض منذ ظهور الإنسان، حيث كان هذا الأخير يلجأ إلى السحر والشعوذة للتحكم في الظواهر المرضية التي تصيبه، ويتطور العلم والمعرفة الحسية إبتعد الفرد نوعاً ما عن هذه الممارسات والاعتقادات واعتمد على التفكير العلمي التجريبي للتحكم في الظواهر المرضية إذ ظهرت الأمراض المزمنة بشكل كبير بعد الحرب العالمية الثانية نظراً للتطور التكنولوجي الذي شهده العالم بصفة عامة مما أدى إلى اهتمام الطب بهذا النوع من الأمراض التي تهدد حياة الكائن البشري عن طريق البحث عن مسبباتها للوصول إلى علاجها.

ومع تطور الدراسات الطبية، والفيزيولوجية، والبيوكيميائية، والنفسية، وكذلك تطور إمكانيات وأساليب البحث العلمي في مجال الوقاية والتشخيص والعلاج للأمراض النفسية في الآونة الأخيرة إلى الاهتمام بالقدرات النفسية الكامنة لدى الإنسان، وبإمكانية هذه القدرات إحداث الأمراض النفسية والعضوية. (د. فيصل محمد خير الرزاد، 2000).

إذ أن هناك من الأمراض ما تعتبر ذات انتشار واسع في وقتنا الحاضر، وقد يعود السبب في ذلك إلى نقص التوعية الصحية وعدم الاهتمام بالتعرف على مختلف الأمراض وكيفية حدوثها للوقاية منها ولعل السبب في ذلك الظروف البيئية القاسية المحيطة بالفرد، وتفاقم صعوبات الحياة، وزيادة الأعباء، وكثرة المشكلات، ومعاناة الإنسان للصراع، والإحباط، والقلق. وهذه الظروف الحياتية الصعبة والمتلاحقة يترتب عليها ضغوط انفعالية شديدة قد لا يقوى الفرد على تحملها، مما يؤثر تأثيراً سلبياً في وظائف الجهاز العصبي الذي يشرف بدوره على وظائف أعضاء جسم الإنسان.

ويمثل القصور الكلوي من الأمراض المزمنة الأكثر انتشاراً وهو يشير إلى فقدان وظيفة حيوية تصاحبه فقدانات أخرى حيث يتطور وتتنوع أعراضه مع الوقت وتزداد خطورة وتعتبر عملية الغسيل الدموي الحل المؤقت لمرضى القصور الكلوي المزمن النهائي قبل الحصول على كلية وتجعل المريض المصاب على مجال الحداد اللانهائي ذلك لأن العلاج (الدياليز) لا يشفي من هذا الداء لكنها تخفف من آثاره وتسمح للمريض بالحفاظ على حياته والعيش إن أمكن بشكل طبيعي نسبياً، ووقوع الفرد في هذا المرض المزمن يولد لديه شعور بالحرمان والإحباط إضافة إلى اختلال الثقة بالنفس والشعور بالنقص والضعف والإحساس بعدم القيمة مما يؤثر من ناحية تفاعله مع المجتمع ونظرته السلبية للمستقبل.

إن مثل هذه الاضطرابات أصبحت اليوم موضع اهتمام أطباء العالم ومراكز البحوث والجامعات، وعلى اختلاف الاهتمامات والاختصاصات الطبية، وزاد من هذا الاهتمام أيضا التطور الكبير الذي حدث في مجال الطب النفسي، هذا الاتجاه في الطب الذي يهتم بالمشكلات النفسية والانفعالية، وبالظروف المهنية والاجتماعية والأسرية... التي أحاطت بالمريض، وكذلك يهتم بالمريض كإنسان له مشاعره ودوافعه، وحاجاته، ورغباته، وأفكاره، ويعمل على تقبل حالة المرض دون خوف أو حرج... وعلى أن المريض عبارة عن وحدة نفسية، جسدية، عقلية، اجتماعية متكاملة ومتفاعلة. (نفس المرجع).

ومما لا شك فيه أن الإنسان هو وحدة متكاملة تتكون من نفس وجسم ولا يمكن التفريق بينهما، فكل واحد منهما يحتاج للآخر بحيث يؤثر ويتأثر بطريقة أو بأخرى في مسيرة الحياة والتأقلم مع ظروفها وكل ذلك يتحدد من خلال نوعية الشخصية التي يملكها الفرد، والتي اكتسبها في طفولته من خلال التنشئة الاجتماعية وكذلك من خلال مراحل حياته وما اكتسبه من خبرات تعزز قدرته على مسيرة ظروف الحياة الصعبة التي تتطلب الصبر والحكمة في التعامل معها وإلا قد يؤدي إلى اختلال الشخصية، وطريقة التعامل مع مشكلات الحياة وضغوطاتها يتحدد من خلال شخصية الفرد كما سبق ذكرها، وما مدى قدرتها على التأقلم مع متطلبات الحياة المتجددة والمتغيرة.

وحين نتحدث عن الشخصية المستقرة فلسنا نعني ضمنا أن جميع الناس تنمو شخصياتهم على نفس النمط أو حتى على أنماط متماثلة، فهناك عدد كبير من الأنواع المختلفة للشخصيات المستقرة. فالتوازن قد يقوم حول ميكانيزم دفاعي خاص مثل الكبت والإسقاط أو تكوين رد الفعل، أو قد يتبنى على تقمص قوى أحد والديه أو أحد إخوته، أو أي بطل يؤثره. وينجم الاستقرار أيضا عن نمو الانتقالات والتساميات والتراضيات المعتادة.

وأخيرا لا نعني بالشخصية المستقرة، شخصية خالية من ألوان الإحباطات، وألوان القلق، أو أنواع التوترات الأخرى، فإن الحياة لا تخلو أبدا من التوتر، بل إن الشخصية المستقرة هي شخصية تجري فيها تعديلات وتشكلات لمواجهة تزايد التوتر. (كلفن هال، 1970).

فمن الواضح أن أشد الطرق فاعلية لمواجهة تزايد التوتر أو منعه، هو باستخدام عمليات (الأنا)، فمثلنا يكون الجسد في حالة حرب ودفاع دائمة ضد مسببات الأمراض وضد الفيروسات والجراثيم، فإن النفس تدافع عن صحتنا النفسية، بشكل آلي من خلال مخزون من وسائل الحماية والدفاع.

فوسائل الدفاع الأولية هي إحدى أقسام جهاز المناعة النفسي، والتي تحشد إما منفردة أو مجتمعة لصد هجمات القلق اللاشعوري من أجل مواجهة صراعات الدوافع المتضاربة أو من أجل التوفيق بينها. إنها وسائل لاشعورية في غالبيتها، تستخدم من أجل حل المشكلات والتغلب عليها.

ويستخدم جميع الأشخاص وسائل الدفاع الأولية لاشعوريا وفي مواقف مختلفة ومن ثم لا يمكن اعتبارها سمة مميزة للأمراض النفسية. ووسائل الدفاع تقوم بوظائف المحافظة على الحياة ومن ثم فإنه لا يمكن الاستغناء عنها. وكما أثبت علماء النفس أمثال ميلاني كلاين، وهاري ستريك وآخرون في دراساتهم العيادية بأن وسائل الدفاع لا تسيطر على الواقع النفسي الداخلي فحسب وإنما تصوغ العلاقات الاجتماعية للآخرين والمشاعر المرتبطة بذلك. (سامر جميل رضوان، 2002)

خلاصة القول أن الأنا يقوم بعملية تنظيم وتوسط وتوفيق لدوافع الهو ومتطلبات الأنا الأعلى وبين متطلبات العالم الخارجي، ويمتلك الاتصال مع المحيط الداخلي والخارجي ويراقب حاجات ودوافع الهو. فمهمة الأنا مهمة كبيرة، حيث أن عليه التوفيق بين دوافع متضاربة في الشدة والاتجاه، وعليه أن يرضخ لمطالب العالم الخارجي وأن يراعي دوافع الهو وأن يوفق بينها ويتقيد بأوامر ونواهي الأنا الأعلى ويوازن بينها وبين دوافع الهو.

ومن هنا فكلما كان الأنا أكثر نضجا أمكن تجاوز وحل الصراعات الناجمة عن تضارب اتجاهات الدافع والمتطلبات الأخرى للعالم الخارجي وللأنا الأعلى. وتتكون الحلول الناضجة للأنا من اختيار أحد مكونات الصراع أو انجاز كلا المطلبين خلف بعضهما البعض أو إيجاد حل شعوري وسط.

يأتي هذا البحث كمحاولة لدراسة علمية تبحث عن الميكانيزمات الدفاعية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

قد انطلقنا في بحثنا هذا بمقدمة وفصل تمهيدي الذي تطرقنا فيه إلى الإطار العام لإشكالية البحث وتناولنا فيه الإشكالية وفرضيات البحث، أسباب وأهداف البحث ثم تحديد المفاهيم الأساسية للبحث وقسمنا البحث إلى جانبين مكملين لبعضهما البعض هما الجانب النظري والجانب التطبيقي، حيث يتضمن الجانب النظري فصلين.

خصصنا الفصل الأول للقصور الكلوي المزمن النهائي والتصفية الدموية حيث شمل تعريفه من الناحية الطبية وتشخيصه، فقدمنا لمحة مختصرة عن تشريح الكلية، تبعت بتعاريف للمرض،

وتشخيصه وأعراضه بالإضافة إلى أنواعه وكذا طرق علاجه والتعريف بألة تصفية الدم وكيفية تشغيلها والمدة التي يستغرقها العلاج وفي الأخير الانعكاسات النفسية لطريقة الغسيل الدموي.

وخصصنا الفصل الثاني للجهاز النفسي والميكانيزمات الدفاعية بحيث شمل تعريف الجهاز النفسي، مكوناته، مراحل تطوره، وكذلك تعريف الميكانيزمات الدفاعية، أنواعها، نماذج منها وكيفية عملها.

أما فيما يخص الجانب التطبيقي للبحث والذي يتكون من فصلين، خصص الفصل الأول لمنهجية البحث، وفيه تطرقنا لمنهج البحث، وحددنا مجموعة البحث ومكان تواجدها، إضافة إلى تعريف أداة البحث، طريقة تطبيقه وكيفية تنقيطه.

أما الفصل الثاني والأخير فقد خصص لعرض وتحليل، ومناقشة النتائج خروجاً بخاتمة لهذه الدراسة متبوعة بمجموعة من الاقتراحات والتوصيات.

# الفصل التمهيدي:

## الإطار العام لإشكالية البحث

1. طرح إشكالية البحث.
2. الفرضية.
3. أسباب اختيار الموضوع.
4. أهداف البحث.
5. تحديد المفاهيم.

## 1. إشكالية البحث:

يرى العديد من الباحثين أننا أصبحنا نعيش في قرن الضغط والأزمات النفسية نظرا للتعقيدات التي خلفتها الحضارة من مشاكل اجتماعية أو بيئية وأمراض مما جعل (1980) Bensabat يلقب الضغط بمرض الحضارات الحديثة الذي يؤدي إلى إنهك العضوية وظهور العديد من الأمراض السيكوسوماتية كما انه يعد من الأسباب الأولى للوفاة.

يواجه الفرد يوميا أحداثا ضاغطة كوفاة شخص عزيز، أو تسريح من العمل أو طلاق... والى غير ذلك من الأحداث التي تخل بالتوازن النفسي وتشكل اضطرابا.

ويعد القصور الكلوي المزمن النهائي من الأمراض كثيرة الانتشار في عصرنا هذا، فعدد المصابين به في تزايد مستمر، فقد بلغ عدد المرضى بالقصور الكلوي حوالي 500.000 شخص في العالم. (Gungers, 2003)

وتعاني الجزائر كذلك من هذا المرض المزمن فعن إحصائيات صرح بها الطاهر ريان يوم 10 مارس 2010 أن عدد الأشخاص القابلين للإصابة يقدر ب 6 ملايين جزائري والمرضى بالقصور المزمن يقدر ب 1.5 مليون جزائري، أما عدد المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن النهائي فقد مس 408 شخص في المليون سنة 2009 كما قدر عدد الأطفال المرضى والخاضعين لعملية تصفية الدم ب 150 حالة جديدة في كل سنة. (مقال، Rebiha Akriche، 2010)

إن بعض الأمراض المزمنة تصيب أو تمس جميع نواحي أو مستويات حياة المريض فقد تظهر في هذه الحالة الحاجة إلى إحداث تغييرات مؤقتة أو ثابتة فيما يتعلق بالنشاطات الفيزيائية، المهنية والاجتماعية، بالإضافة إلى هذا فان الذين يعانون من الأمراض المزمنة يحتاجون إلى طرق نفسية والتي تعرف بالميكانيزمات الدفاعية وذلك للتمكن من التكيف مع مرضهم المزمن أي أن للمريض دور في حدوث تكيفه مع المرض.

ويعرف القصور الكلوي بأنه انخفاض قدرة الكلى على تأمين الترشيح وإقصاء نفايات الدم وكذا مراقبة توازن الجسم من حيث الماء والأملاح وتنظيم الشدة الدموية فيشير العجز الكلوي المزمن إلى التدهور التدريجي للجزيئات المصفية. (Larousse Médicale, 2002, p306)

كما يشير أيضا إلى التلاشي المستمر المزمن لمكونات الكلية ( النفرونات).



إن علاج تصفية الدم عن طريق الآلة هو علاج بديل يقدم للمصابين بالعجز الكلوي المزمن من خلال آلة من أجل تعويض وظائف الكلية المفقودة جراء المرض حيث يتم من خلالها تصفية الدم.

يشكل العجز الكلوي المزمن وعلاجه وضعية ضاغطة يعيشها المريض على أنها خبرة حياتية مؤلمة كما أكد ذلك (Petter Son, 1989) حيث توصل إلى أن خبرة الدياليز تعاش على أنها خبرة مؤلمة ويتجلى هذا الألم على المستويات الثلاثة:

المرض والعلاج كحالة ينجر عنهما الألم والمعاناة عندما تكون نوعية الاهتمام والاعتناء الطبي منخفضة، اضطراب في النشاطات اليومية للمريض في مختلف المجالات الحياتية: العمل، العلاقات الزوجية والأسرية.

وانتهى الباحث في دراسته إلى نتيجة وهي أن هناك عاملين يحددان معاناة مرض الدياليز ويشير الأول إلى آلة تصفية الدم عن الوخز، أما الثاني فهو يشير إلى صعوبة تخفيف المعاناة ومعاودة التفاؤل، حيث يؤدي علاج الدياليز المزمن إلى فقدان الحرية والاستقلالية إذ يشعر هؤلاء المرضى بالتبعية التامة للآلة والطاقم الطبي والشبه طبي المشرف على هذا العلاج.

ويثبت 1987 Munty & all ( نقلًا عن شواتس، ميلهامر، 1997، ص47) من خلال دراستهم أن هؤلاء المرضى يشكون من خطر الموت الدائم ومشكلات القيمة الذاتية الواضحة وتضرر العلاقات الزوجية بالإضافة إلى أرهاقات متعلقة بالمعالجة كالخوف من انسداد الناسور والمخاوف الناجمة عن عدم إتباع تعليمات المعالجة.

ناهيك عن اضطراب الحياة المهنية للمريض، وكذا الحياة الجنسية حيث يعاني كل هؤلاء المرضى من انخفاض متفاوت في الليبيدو مما يسبب اضطراب في الحياة الزوجية. (Hgnal & Passini, 1984, p191)

ويضيف Legendre (1998) أن الإصابة بالقصور الكلوي المزمن النهائي يمثل وضعية ضاغطة بالنسبة للمرضى بسبب عدد وطول مدة جلسات الغسيل الدموي وكذا ضرورة التزامهم بالحمية الغذائية الشديدة والتقلص المائي مما يسبب احباطات المصابين.

كما يحدث القصور الكلوي المزمن النهائي مضاعفات وتعقيدات خطيرة للمريض كالأنيميا المزمنة وارتفاع البوتاسيوم وتضخم مائي ملحي وكذا تقلص مادة الاريتروبيتين وليونة العظام. بالإضافة إلى إصابة الانتانات بالالتهاب الفيروسي (B) والالتهاب الفيروسي (C). (Lemur, 1998).

نستخلص من هذه الدراسات أن القصور الكلوي المزمن النهائي يشكل وضعية ضاغطة تؤثر على الصحة البدنية والنفسية والاجتماعية للفرد، وقد تؤدي إلى اختلال توازن هذا الأخير وعدم توافقه. حيث تعاش هذه الوضعية الضاغطة بطريقة مختلفة فهناك من يتعايش مع وضعية المرض ويقاومها وهناك من يرفضها إذ يتم التوافق النفسي مع المرض إلى حد كبير بنوعية الميكانيزمات الدفاعية التي يستعملها في تعامله مع المرض.

وبناء على الدراسات المذكورة آنفا نستنتج أن المصابين بالقصور الكلوي يشتركون في الإصابة بنفس المرض واشتراكهم في الإصابة بنفس المرض أدى بهم إلى تشابه الظروف والمشاكل الناجمة عنه.

وهذا كله يجعلني أطرح الإشكالية التالية:

- هل هناك اشتراك و تقارب في استعمال الميكانيزمات الدفاعية من طرف مرضى القصور الكلوي الخاضعين للتصفية الكلوية؟

## 2. الفرضية:

- هناك اشتراك و تقارب في استعمال الميكانيزمات الدفاعية من طرف مرضى القصور الكلوي.

## 3. أسباب اختيار الموضوع:

من أسباب اهتمامي بهذا الموضوع هو نقص الاهتمام بالحالة النفسية للمصابين بالقصور الكلوي المزمن النهائي، وتسليط الضوء على دور المختص النفسي في ميدان الأمراض المزمنة، بالإضافة إلى الانتشار الواسع لهذا المرض في العالم عامة وفي الجزائر بشكل خاص فهو يعتبر من أمراض العصر، وكذلك الآثار النفسية التي يتركها الخضوع لعملية تصفية الدم.

والاقتراب من المرضى المصابين بمرض القصور الكلوي المزمن والتعرف على كيفية تعاملهم ومسايرتهم لهذا المرض رغبة منا في إبراز جوانب الخلل في مدركات المريض والتقليل من مخاوفه وأحزانه.

#### 4. أهداف البحث:

يهدف البحث إلى تسليط الضوء على فئة حساسة وهم فئة المصابين بالقصور الكلوي، وكذلك التوصل إلى فهم أفضل لبنية شخصية المصاب بالقصور الكلوي وعمل الجهاز النفسي ومدى تأثيره بالمؤشرات الخارجية، ومحاولة إصلاحها وإعادة النشاط الطبيعي لهيكل الشخصية.

كون أن دراسة الميكانيزمات الدفاعية تعتبر إحدى الركائز الأساسية أو المنطلق الذي يعتمد عليه الأخصائيون النفسيون من خلال تطبيق الاختبارات الإسقاطية من معرفة بنية الشخصية ودينامية الفرد، كما تمكننا من تفسير دوافع السلوك وبالتالي التوصل إلى العلاج المناسب لكل اضطراب.

#### 5. تحديد المفاهيم:

##### ■ العجز الكلوي المزمن:

يعرف القصور الكلوي المزمن طبيا بكونه التدهور التدريجي في وظيفة الكلى أي التحطيم النهائي، يتطور القصور الكلوي المزمن خلال أشهر أو أعوام، وحينما يصل إلى المرحلة النهائية يصبح مهلكا ما لم يلجأ إلى غسيل كلى بانتظام متمثل في غسيل دموي أو بريوني أو تجرى للمريض عملية زرع كلى. (B.Noble & D. Evillan, 2001, p370)

يعرف Meyrier (1985) القصور الكلوي المزمن بالإصابة التدريجية وعدم قابلية رجوع وظائف الكلية والتي تعمل على المحافظة التوازن الداخلي للعضوية، ينتج عن هذه الإصابة تناذر تبولن الدم والمتمثل في مجموع الأعراض والمؤشرات الإكلينيكية الدالة على الشذوذ الأيضي.

وبالتالي يعد القصور الكلوي:

- انخفاض قدرة الكلى على تأمين الرشح وإقصاء نفايات الدم.
- انخفاض قدرة الكلى على مراقبة توازن الجسم من حيث الماء والأملاح المعدنية.
- التدهور التدريجي في وظيفة الكلى.
- التحطيم النهائي.
- الإصابة التدريجية للوظائف الإخراجية والداخلية للكلية.
- الإصابة البطيئة والدائمة لوظائف الكلى.

##### ■ تصفية الدم عن طريق الآلة: Hémodialyse

الهيمودياليز أو تصفية الدم عن طريق الآلة هي عملية تصفية الدم خارج الكليتين épuration extra rénal عن طريق جهاز خارجي عن الجسم أو ما يسمى الكلية الاصطناعية Rein artificiel.

يشير مبدأ الهيمودياليز إلى التبادل بين دم ومحلول solution من مكونات تقارب أو تشبه البلازما plasma العادي وهذا المحلول هو حمام الدياليز Bain de dialyse ، يحدث هذا التبادل من خلال غشاء نصف نفاذ، ويسمح هذا التبادل بإزالة السموم مثل اليوري الكرياتين.

يوجد الغشاء نصف نفاذ في جهاز هو المصفي dialyseur ويدور دم المريض على الغشاء من جهة وعلى حمام الدياليز من جهة أخرى.

يجري الطبيب على مستوى ساعد Bras المريض ما يسمى abord vaxulaire يكون ثابتاً ومن خلاله يتم وضع إبرتين 2 aiguilles تمتد من خلال أنابيب Tubulures وهي التي تربط ساعد المريض مع آلة تصفية الدم ، أنه الناسور Fistule arterio veineuse خلال حصة الدياليز.

إن عملية تصفية الدم هي عملية متكررة على شكل حصص خلال الأسبوع، ثلاث حصص أسبوعياً، 4 ساعات لكل حصة، ويجب احترام ساعات الدياليز حتى تتم تصفية فعالة. (Jungers, 2003)

وعليه فالهيمودياليز أو تصفية الدم عن طريق الآلة هو عملية استخلاص المواد السامة والسوائل الزائدة عن حاجة الجسم باستخدام هذه الآلة، علاج تصفية الدم هو علاج يديل يقدم للمرضى المصابين بالعجز الكلوي المزمن عندما لا تتوفر إمكانية زرع كلية، هو علاج مزمن ولا يمكن إيقافه إلا في حالة زرع الكلية أو الموت، يسمح هذا العلاج للمريض الخاضع له بالبقاء على قيد الحياة، هو علاج تعويضي للكليتين المتدهورتين Traitement palliatif ، هو علاج ثقيل لديه شروط يجب على المريض إتباعها، تتمثل في المواظبة على الحضور إتباع الحمية، تناول الأدوية، التقليل قدر المستطاع من المشروبات وذلك حتى ينجح هذا العلاج، فالامتثال للتعليمات الطبية شرط من شروط فعالية علاج تصفية الدم بالآلة.

### ■ الميكانيزمات الدفاعية:

الدفاع يكون عند وجود خطر، وهذا يستدعي وجود قوتين متضادتين وبالتالي وجود صراع. فوجود دفاع نفسي معناه وجود صراع نفسي بين السلطات أين مهمة الأنا هي حل هذا الصراع لإعادة توازن الفرد، وتكون هذه العملية لا شعورية أو قبل شعورية.

والميكانيزمات أي الآليات هي تلك الأنواع من الدفاعات التي يقوم بها الأنا لحل الصراع. فالمحلل النفسي الذي يرجع بالمفحوص إلى مراحل حياته الماضية سيقف عند وضعيات صراعية عاشها المفحوص وسيذكر أنها صراعية من خلال الميكانيزمات المستعملة من طرفه.

وبما أن دراسة حالة مفحوص ما بواسطة نظرية التحليل النفسي تستدعي دراسة توظيف الجهاز النفسي ودراسة هذا التوظيف لا يكون إلا بالتعرف على الدفاعات فمن لا يملك خبرة في هذا المجال يصعب عليه هذا العمل، لهذا قامت مجموعة من الباحثين المحللين بوضع وسائل تسهل مهمة المختص النفسي والتي تتمثل في الروائر، ومن هذه الروائر رائز تفهم الموضوع ل Murray الذي نظر (théorisé) من طرف شنتوب وزملائها (V.Schentoub & All) (سنتطرق إلى كل ذلك في الجانب المنهجي).

إن وضعية تقديم الرائر للمفحوص هي عبارة عن وضعية صراعية يحدثها الفاحص من أجل ملاحظة تعامل المفحوص مع هذه الوضعية، مما سيفتح المجال لدراسة الدفاعات المستعملة من طرفه وذلك بتحليل كل ما ينتج من المفحوص من أقوال سلوكيات عن طريق شبكة شنتوب لتحليل النتائج.

لكن Schentoub تؤكد لنا أن الاستعانة بهذا الرائر ليس لوضع قائمة (inventaire)

للميكانيزمات الدفاعية وإنما لإتباع حركة الدفاع والطاقة التي يستهلكها لذلك (Schentoub,1972,p597) وهذه الحركات والعمليات الدفاعية هي التي تسمى بالسياقات الدفاعية التي تعرفها Schentoub على " أنها مجموعة العمليات التي يستخدمها الأنا وتهدف إلى الصيانة والى نوع من الانبساط البيولوجي النفسي اتجاه التأثيرات الداخلية (النزوات) والخارجية (المتطلبات والتقلبات المحيطية)". (Schentoub, 1972, p596)

ويعرفها R.Perron على " أنها الطرق التي يستخدمها الشخص لا شعوريا وأحيانا أخرى

بصورة قبل شعورية لكي يتجنب التصديتات والتصورات الخطيرة ". (Perron, 1976, p33)

وقد قسمتها V.Schentoub إلى أربع أنواع : الأول من نوع الرقابة، الثاني من نوع المرونة،

الثالث من نوع تجنب الصراع والرابع من نوع بروز العمليات الأولية.

وعليه فإن الميكانيزمات هي أنواع الدفاعات، والسياقات هي تلك الطرق التي يستعملها الأنا أثناء الدفاع والفرق بينهما هو أن الميكانيزم يخص ما يقوم به الأنا من نوع دفاعي بينما السياق فهو لا يخص فقط ما يعمله الأنا بل يتعداه أي في حالة فشله وبالتالي فشل العمليات الثانوية وبرز العمليات الأولية.

# الجانب النظري

# الفصل الأول

# القصور الكلوي المزمن والتصفية الدموية.

تمهيد

## I. الكلية

1. الجانب الفيزيولوجي.
2. تعريف الكلية وتشريحها.
3. وظائف الكلى.
  - 1.2. الوظائف الأساسية.
  - 2.3. الوظائف الثانوية.

## II. القصور الكلوي المزمن.

1. تعريف القصور الكلوي.
2. تعريف القصور الكلوي المزمن.
3. نموذج البحث عن القصور الكلوي.
  - 1.3. تشخيص المرض.
  - 2.3. التعرف على المرض المسبب.
  - 3.3. لبحث عن مضاعفات المرض.
  4. أسباب القصور الكلوي المزمن.
  5. أنواع القصور الكلوي المزمن.
  6. أعراض القصور الكلوي.
  7. علاج القصور الكلوي المزمن.

## III. آلة تصفية الدم (آلة الدياليز).

1. تعريف جهاز التصفية (الدياليز).
2. كيف يشغل جهاز تصفية الدم.
3. مدة العلاج.
4. كيفية وصول الجهاز الى الدم.
5. العلاج عن طريق الزرع الكلوي.
  - 1.5. التحضير الفيزيولوجي.
  - 2.5. التحضير النفسي.
6. المضاعفات التي تحدث بعد الزرع الكلوي.
7. الانعكاسات النفسية للغسيل الدموي.

خلاصة.



**تمهيد:**

تعتبر الكلية من الأعضاء الأساسية التي يتكون منها جسم الإنسان والتي تقوم بوظائف حيوية مختلفة تتمثل في تخليص الدم من شوائبه الضارة من أجل المحافظة على توازن الجسم وصحته، وأي إصابة أو إتلاف في الكلى تترتب عنها أضراراً على الحالة الصحية للفرد، كما يحدث في حالة القصور الكلوي المزمن النهائي والذي يعبر على تحطيم أكثر من 90% من نيفرونات الكلية .  
(Meyrier , 1985 , p 141).

**ا. الكلية:**

**1. الجانب الفزيولوجي:**

**1.1. تعريف الكلية وتشريحها:**

تقع الكليتان (يمنى ويسرى) خلف التجويف البطني، تمتدان بصفة متماثلة على جانبي العمود الفقري في الحفر القطنية لونها احمر قاتم ولهما شكل حبة الفاصولياء، يأخذ الجزء الداخلي منها شكل مائل يسمى الهيل (Le hile) ليسمح بمرور الوريد والشريان الكلوي إلى حويصة الكلية (Le bassinet).

يحتوي نسيج الكلية على طبقتين، إحدهما مركزية وتدعى بالطبقة النخاعية (La médullaire)، تتكون هذه الأخيرة من أهرامات ملبيجي (Pyramides de Malpighi) تتخللها أعمدة تدعى بيرتن (Les colonnes de Bertin).

وتتشكل أهرامات ملبيجي من تجاويف جامعة للبول، ويحدد كل هرم من الأهرامات حلمة صغيرة (Papille) إما الطبقة الثانية فهي خارجية وتدعى بالطبقة القشرية (La corticale) يصب البول من الحلماة في كؤوس الكلية الصغيرة، أين يتم تصريفه إلى كؤوس الكلية والتي تتجمع بدورها مكونة حويصة الكلية والتي تتقلص على شكل قمع وتستمر مع الحالب.  
(Delmas et Bernard, 1985, p 10 - 12).

وان أجرينا مقطع طولي نلاحظ أنها تترب من ثلاثة أجزاء:

- **غشاء ليفي خارجي:** رقيق ومتمين وملصق تمام الالتصاق بالكلية ويتغذى عادة بالدهن ويطلق على هذا الغشاء الليفي اسم المحفظة.
- **القشرة:** وهي المنطقة التي تلي المحفظة من الداخل وهي حبيبية.

■ **النخاع:** ويلى منطقة القشرة ومنطقة النخاع أكثر احمرارا وأكثر صلابة من القشرة، ويتكون النخاع أساسا من أنابيب صغيرة تقوم بجمع البول وهي أنابيب ميكروسكوبية كثيرة العدد تتوزع داخل النخاع مكونة حزما هرمية الشكل تعرف بأهرامات ملبيجي والتي تنتج بقواعدها نحو القشرة، إما قممها فتتجه نحو مركز الكلية ويوجد بكل الكلية من 10- 15 هرما.

وينتقل البول في الأنابيب البولية حتى يصل إلى قمة احد الأهرامات ويخرج منها عن طريق عدد من الفتحات الضيقة التي تتراوح عددها ما بين 15- 30 فتحة في القمة الواحدة.

ويخرج البول من هذه الفتحات على هيئة قطرات وبصفة مستمرة وتسقط في الفراغ داخل الكلية يعرف بحوض الكلية، ومن الحوض يصل البول إلى المثانة عن طريق قناة خاصة هي الحالب الذي يخرج من سرّة الكلية. (عبد العزيز، 1962).

## 2. وظائف الكلى:

### 1.2. الوظائف الأساسية:

من الوظائف الأساسية التي تقوم بها الكلى نذكر:

أن أهم عمل تقوم به الكلية هو تنقية الجسم من السموم ومن رواسب الاستقلاب الغذائي، فهذه الرواسب أو السموم يجمعها الدم من كل خلية من خلايا الجسم، ويأتي بها إلى الكلية لتصفينته منها، والدم الذي يجتاز كل كلية في دقيقة واحدة يبلغ لترا واحدا وهذا يعني أن كمية الدم التي تصب في الكلية (1500- 1700) لتر في اليوم، والكليتان تصفيان هذه الكمية من الدم التي يجتازها بمقدار (1.5- 2) لتر من البول فقط.

تقوم الكلية بحفظ التوازن بين عناصر الدم وبين حاجة أنسجة الجسم، وذلك بإفرازها للعناصر الضارة أو الزائدة عن الحاجة وبإبقائها على العناصر اللازمة وبالقدر اللازم. والعناصر التي تقوم الكلية بإفرازها من البول كثيرة العدد لا نستطيع تعدادها ونذكر في مقدمتها الماء، والكلية لا تستطيع إفراز إي عنصر بشكل محلول بدون ماء، فهي بحاجة للماء كوسيلة لحل العناصر وإمكان إفرازها، وكمية الماء اللازمة لذلك تزيد وتنقص بقدر كمية أملاح البول المطلوب إفرازها.

فالأغذية المالحة تتطلب كميات كبيرة من الماء أي أنها تسبب الشعور بالعطش، ولكن حاجة الجسم إلى ملح الطعام لا يتجاوز مقدار (2-3) غرامات في اليوم، أما الكميات الفائضة على الجسم من ملح الطعام تؤدي في بعض الحالات المرضية إلى عواقب خطيرة ( أمينة رويحة، 1972 ص 23).

## 2.2. الوظائف الثانوية:

تصنيع هرمون ارثروبويتين وهو الهرمون المنشط لتكاثر كريات الدم الحمراء في نخاع العظام، وفي بعض الحالات كأورام الكلى الخبيثة يزداد ارتفاع هذا الهرمون مما يؤدي إلى الفشل الكلوي المزمن ولذلك يعتبر فقر الدم من العوامل والمظاهر الدالة عن الفشل الكلوي. تصنيع الخطوة النهائية اللازمة لتحويل فيتامين (D) إلى الصورة الفعالة، وفيتامين (د) اللازم للعظام يتناوله المرء في الغذاء مع الدهون الحيوانية و يصنعه تحت الجلد للوقاية من التعرض للأشعة فوق البنفسجية أو أشعة الشمس، ولكن هذا الفيتامين بصورته الأصلية غير فعال، ويحوله الكبد ثم الكلى إلى الصورة الفعالة، ثم يحمله الدم إلى الأمعاء حيث يحنثها على امتصاص الكالسيوم من الغذاء وينقله إلى العظام، فيحملها إلى ترسيب هذا الكالسيوم في حالات أمراض الكلى المزمنة التي تؤدي إلى الفشل الكلوي فتصير العظام هشّة ولينة. (محمد صادق، 1994 ص 35-36).

## II. القصور الكلوي المزمن:

### 1. تعريف القصور الكلوي:

يعرف القاموس الطبي القصور الكلوي بأنه انخفاض قدرة الكلى على تأمين الرشح وإقصاء نفايات المد وكذا مراقبة توازن الجسم من حيث الماء والأملاح وتنظيم الشدة الدموية (Larousse médicale, 2002, p360)

لا يعتبر القصور الكلوي مرضاً في حد ذاته لكنه ينتج ن إصابات الكلى المتمثلة في انخفاض عدد النفرونات وينقسم إلى نوعين هما: القصور الكلوي الحاد (IRA) والقصور الكلوي المزمن (IRC)، وسنسلط الضوء في بحثنا هذا على القصور الكلوي المزمن الذي هو موضوع دراستنا.

### 2. تعريف القصور الكلوي المزمن:

يعرف ماير (1985) القصور الكلوي المزمن بالإصابة التدريجية وغير قابلة للرجوع للوظائف الإخراجية والداخلية للكلى و التي تعمل على المحافظة على التوازن الداخلي للعضوية، ينتج عن هذه الإصابة تناذر تبولن المد والمتمثل في مجموع الأعراض والمؤشرات الإكلينيكية الدالة على الشذوذ

الأيض. يصل القصور الكلوي المزمن إلى المرحلة النهائية حينما يتحطم أكثر من 90 من النفرونات، مما يتطلب اللجوء إلى العلاج الاستيعاضي بتقنية غسيل الكلى أو الزرع الكلوي. (Meyrier, 1985, p141)

ويعرفه بيج (1995) بالإصابة البطيئة والدائمة وغير قابلة لرجوع وظائف الكلى الناتجة عن فقدان الكلى لعدد معتبر من النفرونات الوظيفية، وقد تستغرق هذه الإصابة عدة أشهر أو عدة سنوات قبل ظهورها. (Page, 1995, p 53)

يمثل القصور الكلوي المزمن أهم مضاعفة أو تعقيد لأمراض الكلى المزمنة وغالبا ما يكون نتيجة حتمية لهذه الأخيرة، كما يعبر عن مرض عام ناتج عن انخفاض عدد النفرونات والذي يتسبب في فقدان الكلى للتوازن الداخلي للعضوية.

تبقى أمراض القصور الكلوي المزمن كامنة لفترة طويلة قبل ظهورها ويصبح القصور الكلوي المزمن قاتلا حينما يصل إلى المرحلة النهائية إذا لم يعالج بتقنيات الغسيل الدموي والزرع الكلوي. (Lengain, 1988, p 87)

كما يحدد كل من كنفرو والآخرين (Kanfer & Al, 2001) القصور الكلوي المزمن بالانخفاض التدريجي وغير قابل للرجوع للرشح الكلوي حيث يصل إلى أقل من 80 مل/د/ 1.73 م<sup>2</sup>، وذلك بسبب انخفاض عدد النفرونات، مما يؤدي إلى إصابات كبيبية و وعائية. تقاس كمية الرشح الكلوي بتحديد قيمة الكرياتينين، وتقيم هذه الأخيرة غالبا بجمع كمية البول ل 24 ساعة (Kanfer & Al, 2001 p220).

وتصنيف كل من نوبل و أفيون أن الرشح الكبيبي ينخفض فيزيولوجيا مع السن ب 1مل/ د كل سنة، ابتداء من أربعين سنة. (Noble & Evallan, 2001, p370)

### 3. نموذج البحث عن القصور الكلوي:

#### 1.3. تشخيص المرض:

تتعدد ظروف اكتشاف القصور الكلوي المزمن، ففيها ما يتعلق بمرض كلى معروف، إذ في هذه الحالة يجب خضوع المريض إلى مراقبة بيولوجية دورية ومنتظمة والتي تسمح بالتعرف على التطور التدريجي للإصابة الكلوية.

إما في حالة ما إذا كان المرض غير معروف، فحينئذ يمكن اكتشاف القصور الكلوي المزمن في الحالات التالية:

- أثناء فحص عادي.
- في حالة وجود أعراض توحى بمرض كلي بروتين في البول ووجود تبولن الدم وكذا اودمات.
- وجود أعراض اعاشية (viscéral) و غددية (endocriniens) وكذا ارتفاع ضغط الدم وأنيميا الكالسيوم في العظام والضعف النفسي. (Kanfer, 2001, p222).
- السوابق الشخصية والعائلية على وجود القصور الكلوي عند المريض.
- انخفاض حجم الكلى ( ما عدا في حالة مرض تعدد الأكياس الكلوي، حيث يتضخم حجم الكلى).

### 2.3. التعرف على مرض الكلى المسبب:

يمكن أن يكون مرض الكلى المسبب للقصور الكلوي من النوع الكبيبي أو الوعائي وتجري الأبحاث حسب الحالة أما بواسطة اخذ مقطع من نسيج الكلية أو القيام بأشعة أوردة الكلية.

### 3.3. البحث عن مضاعفات المرض:

تكون حسب مراحل الإصابة ففي المراحل الأولى يؤدي القصور الكلوي المزمن إلى ارتفاع ضغط الدم وهذا بدوره يجهد عضلة القلب ويساهم في تصلب الشرايين ويؤدي إلى تسارع القصور الكلوي إذ أهمل، كما أن المصاب لن يحس بأية أعراض إلا في حالة الالتهابات البكتيرية أو الحصى.

#### • المراحل المتقدمة:

حيث تقل نسبة وظائف الكلى عن 6 % وتبدأ المشاكل التالية: ارتفاع نسبة البوتاسيوم والذي يؤدي إلى ارتفاعه الحاد والمفاجئ نتيجة لعدم الالتزام بالنصائح الغذائية بالإضافة إلى تأثير بعض الأدوية ( كمسكنات الآلام ومضادات انجيويسن) ببطء نبضة القلب والإحساس بالضعف التام.

لاحقا تعجز الكلى عن إفراز هرمون الايبو والذي ينشط إنتاج الدم الأمر الذي يؤدي إلى فقر الدم متسببا في المزيد من إجهاد عضلة القلب والإحساس بالضعف العام، كما أن فقر الدم يساهم في تسارع فقدان وظائف الكلى.

يلي ذلك مشاكل ارتفاع نسبة الفوسفور في الدم لعدم قدرة الكلى على التخلص منه وارتفاعه المزمن إلى تصلب الشرايين وفي محاولة للتخلص من الفوسفور الزائد وتحسين نسبة الكالسيوم يزداد نشاط الغدد الدرقية الموجودة في العنق ولكن النشاط الزائد المزمن قد يؤدي إلى إجهاد عضلة القلب ووهن العظام وآلامه الشديدة.

تبدأ درجة حموضة الدم في الانخفاض مما يؤدي إلى مزيد من وهن وضعف العظام وضعف وضمور العضلات مما يؤدي إلى إرهاق عضلة القلب بسبب ازدياد حموضة الدم وتسبب في ضيق التنفس. (Hamburger, 1988, p8)

### • المرحلة النهائية:

يبدأ المريض بالشعور بالغثيان وفقدان الشهية والضعف وقصر التنفس وكلاهما نتيجة لنقص الدم وارتفاع ضغط الدم، وتجمع السوائل في الرئتين وازدياد درجة حموضة الدم وتورم الساقين نتيجة لتراكم السوائل وقلة التركيز وحكة الجلد وتقلص عضلة الساقين، كما قد يصاب مريض السكري بنوبات هبوط متكررة نتيجة لزيادة استجابة الجسم للأنسولين. (Hamburger, 1988, p9).

### • تحديد مدى تطور القصور الكلوي:

هذه الطريقة أساسية لتحديد المدة التي يتم اللجوء فيها إما للعلاج الاستيعاضي والمتمثل في السيل الدموي (هموديايز) أو الزرع الكلوي، أو تقييم تأثير العلاج والمستوى التصوري للقصور الكلوي المزمن نحو القصور الكلوي المزمن النهائي. (Meyerier, 1985, p150)

### 4. أسباب القصور الكلوي المزمن:

من أهم أسباب القصور الكلوي المزمن وأكثرها انتشارا هو التهاب الحويصة والكلية المزمن، بالإضافة إلى ذلك نجد التهاب الكبيبات (Glomerulonephitic) والآفات الكلوية والتصلب الشرياني الكلوي، كما يمكننا تقسيم القصور الكلوي المزمن إلى:

### • القصور الكلوي الوراثي:

نجد بعض الأمراض الكلوية ذات أصل وراثي راجع لإضافة الكروموزومات الجينية إلا أن هذه الآفة نادرة الحدوث. ومن أهم القصور الكلوي الوراثي نجد الكلية المتعددة

الأكياس (Polykystique)، فسر هذا عن طريق الاحتياج العميق للكيس في الكلية إلا أن خطورة هذا الاضطراب تختلف من فرد لآخر.

### • القصور الكلوي الفطري غير الوراثي:

يتمثل في اضطراب النضج الجيني غير مرتبط بسمات عائلية أو وراثية يتضمن غياب كلي لإحدى الكليتين أو نقص التنسج في الكليتين أو في إحدهما (Hypolassie rénale).

### • القصور الكلوي المرتبط باضطراب المزاج:

اضطراب المزاج قد يؤثر سلبا في بعض البنيات حيث تؤدي إلى:

- اختلال في توزيع الماء والصوديوم.
- نقص البوتاسيوم.
- فرط الكالسيوم في الدم. (Bernard et Diorot, 1969, p66- 69).

فهذا الاختلال في توزيع الأملاح المعدنية يؤدي إلى القصور الكلوي المزمن.

### 5. أنواع القصور الكلوي:

#### • أمراض الكلى الكبيبة الأولية: (Glomérulopathies primitives)

تمثل أمراض الكلى الكبيبة الأولية الإصابة الأكثر انتشارا قبل سن الستين، كما تعد من أكثر الأسباب التي تدفع بالمرضى إلى استشارة أطباء أمراض الكلى. (Legrain, 1985)

وتعتبر أمراض الكلى الكبيبة إصابات في نسيج الكلية، كما تخص الإصابات الأولية منها وحدات الكلية، وفي حالة غياب سبب واضح لأمراض الكلى الكبيبة فإنها تعد إصابات أولية.

(Richet, 1989, p171)

#### • أمراض الكلى المزمنة الثانوية: (Glomérulopathies secondaires)

تنتج أمراض الكلى المزمنة الثانوية من أسباب متعددة تتمثل في أمراض عامة كمرض السكري ومرض لميلوز (Amylose) و أمراض السيستم (Maladies de systèmes) والأمراض الروماتيزية، كما قد ترجع أمراض الكلى الثانوية إلى انتانات وطفيليات كوجود إنتان في المسالك

البولية بالإضافة إلى الاستهلاك المستمر لبعض السموم كالمخدرات أو الأدوية كمضادات الألم ومضادات الالتهاب والمضادات الحيوية (Rechet,1989,p171).

### • أمراض الكلى الوراثية و/ أو الخلقية:

تمثل أمراض الكلى الوراثية و/ أو الخلقية 10 إلى 15 من أسباب القصور الكلوي المزمن النهائي والتي تتطلب غسيل كلوي مزمن أو زرع كلوي. قد يتم اكتشاف أمراض الكلى الوراثية مبكرا عند الرضيع أو قد يتم اكتشافها متأخرا وذلك عند الراشد.

ويعد مرض تعدد الأكياس الكلوي (La polykystoserénal) أو تناذر البور (Syndrome d'alport) من أكثر الأمراض الكلوية الوراثية والخلقية انتشارا (Meyrier, 1985, p259).

### • مرض تعدد الأكياس ( La polykystose rénale )

يعتبر مرض تعدد الأكياس الكلوي مرضا خلقيا ووراثيا وعائليا، يتميز بوجود أكياس متعددة على مستوى الكليتين كما يتطور هذا المرض إلى القصور الكلوي المزمن النهائي في نصف الحالات.

يتم الكشف عن مرض تعدد الأكياس بواسطة الأشعة الصوتية الكلوية ويتميز بالآم ظهرية و بطنية وكذا تبولن الدم الميكروسكوبي مصحوبا بالآم وانتانات على مستوى المسالك البولية بالإضافة إلى وجود بروتين في البول وارتفاع ضغط الدم. (Lemeur, 1998, p 19)

### • تناذر البور: ( Syndrome d'alport )

يتميز تناذر البور بمجموعة أعراض تتمثل في أمراض الكلى الناتجة عن وجود الكريات الحمراء في الدم (Hématurique) واختلال في الإدراك وكذا شذوذ بصري.

يصيب هذا المرض الرجال أكثر من النساء وذلك بسبب أن الانتقال يتم عن طريق الكروموزوم (X). (Kanfer, 2001, p145)

### • أمراض الكلى الوعائية: ( Les néphropathies vasculaires )

تنقسم أمراض الكلى الوعائية إلى نوعين:



• أمراض الكلى الناتجة عن تصلب الأوعية: (Les néphro-angioscleroses)

تنتشر هذه الاضطرابات كثيرا عند الأفراد الذين يتجاوز سنهم الستين سنة، كما أنها تنتج عن إصابة الشرايين الكلوية والتي تصاحب ارتفاع ضغط الدم المزمن، تختلف خطورة هذه الاضطرابات باختلاف أنواعها.

• أمراض الكلى الناتجة عن تصلب الأوعية من النوع الرحيم:

(Les troubles néphro-angiosclerose biniges)

تتميز هذه الاضطرابات بأعراض عامة يتم الكشف عنها غالبا عن القيام بالفحوصات الاعتيادية الخاصة بالمرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم، تتمثل هذه الأعراض في وجود بروتين في البول بالإضافة إلى إصابة خفيفة وذات تطور بطئ للوظيفة الكلوية، وعموما تظهر هذه الأعراض إلى جانب علامات دالة على إصابة شرايين الكلى كتقلص أوعية الأطراف السفلى وإصابة شبكة العين، بالإضافة إلى إصابة البطين الأيسر علما أن أمراض الكلى الوعائية هذه نادرا ما تتطور إلى قصور كلوي مزمن نهائي.

• أمراض الكلى الناتجة عن تصلب الأوعية من النوع الخبيث:

(Les néphro-angiosclerose malignes)

تتمثل أعراضها في ارتفاع ضغط الدم الذي يصل إلى قيم مرتفعة مصحوبة بلامات تدهور حشوي ذو تطور سريع جدا.

يتميز ارتفاع الضغط الشديد بأعراض هي:

- القيمة الصغرى للضغط الدموي تتجاوز 140 ميليمتر زئبقي.
- إصابة شديدة في ناظر العين (Fond d'œil) مصحوبة بانتفاخ (اودم) ونزيف.
- صداع شديد في بعض الحالات باضطراب في الوعي قد يصل إلى غيبوبة.
- اضطرابات قلبية تتمثل في قصور في البطين الأيسر بالإضافة إلى انتفاخ أو اودم

رئوي (Eodème pulmonaire).

عموما تتميز هذه الاضطرابات بتدهور الحالة الصحية العامة للمريض مع انخفاض واضح في الوزن وذا شحوب وعطش.

■ أمراض الكلى الناتجة عن إصابة الشرايين والشعيرات الدموية:

( Les néphropathies artériole-capillaires)

تعد إصابات نادرة ومعقدة ناتجة عن اضطراب خطير في الدورة الدموية الكلوية

الصغرى، تميز بثلاث أنواع من الأعراض:

- قصور كلوي غالبا ما يكون حادا وذو تطور تدريجي.
- تناذر كبيبي (Glomérulaire) يتميز بوجود بروتين في البول (Protéinurie) أو تواجد الكريات الحمراء في الدم (Hématurie).
- ارتفاع ضغط شديد أحيانا يكون من النوع الخبيث.

(Le Grain & suc, 1985, p280).

6. أعراض القصور الكلوي:

يتصف القصور الكلوي المزمن ببدء تدريجي، ير بطئ قد يدوم شهورا عديدة تكتمل أثناءها الصورة السريرية التي تضم مجموعة الأعراض والعلامات يظهر بعضها مثل تعدد البيلات النهارية والليلية في بدء المرض وانتفاخ حول العينين لاسيما في الصباح وانتفاخ الرجلين والكعبين وآلام في الظهر وفي الأضلاع والحمى. (Fédération National, 2004, p17).

■ الأعراض القلبية الوعائية: (Les manifestation cardio-vasculaires)

■ ارتفاع ضغط الدم: (Hypertension artérielle)

يعد أهم عرض حيث أنه يصيب 60 % من المرضى القاصرين كلويا، يكون بصفة دائمة في المرحلة النهائية من المرض، تلعب الزيادة المرتفعة في الماء والملح دورا مهما في حدوثه بالإضافة إلى ارتفاع المقاومات المحيطية.

يرجع ارتفاع ضغط الدم إلى عوامل كفقير الدم مع ارتفاع كمية الدم المضخة في القلب وتضخم حجم الدم.

كما يعد ارتفاع ضغط الدم عاملا خطيرا على الكلى والقلب والدماغ حيث يعد السبب الأول في

وفاة هؤلاء المرضى. (Meyrier, 1985, p146-147)

### ■ اضطراب وظيفة القلب: (Cardiopathie urémique)

ينتشر اضطراب وظيفة القلب كثيرا عند المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، ينتج هذا الاضطراب عن تبولن الدم وارتفاع الأملاح وكذا ارتفاع ضغط الدم، ويمكن لحالة المريض أن تتحسن بواسطة غسيل الكلى. (Lemeur, 1998, p50)

### ■ التهاب شغاف القلب: (Péricardite urémique)

يحدث القصور الكلوي التهابا في شغاف القلب، حيث تصبح هذه الأخيرة أما جافة مصحوبة بأوجاع صدرية أو مملوءة بسائل مما يسبب تضخما في القلب. (Meyrier, 1985, p147)

### ■ الأعراض الخاصة بالدم: (Symptômes hématologiques)

#### ● فقر الدم أو الأنيميا: (Anémie)

يصاحب فقر الدم بصفة دائمة القصور الكلوي المزمن وتتم الإصابة به تدريجيا، وبعد مسوؤلا عن حدوث الإنهاك وال فشل المزمن واضطرابات تنفسية لدى المريض، وكذا الإصابة بالاضطرابات القلبية والمعاناة من الشحوبة التي تعد خاصية المرضى المصابين بالقصور الكلوي. تظهر الأنيميا نتيجة تقلص مدة حياة الكريات الحمراء من جهة والعجز النخاعي من جهة أخرى. (Kanfer, 2001,225)

#### ● اضطراب في الخلايا البيضاء: (Anomalies leucocytaire)

تتخفص عدد الخلايا البيضاء عند المصابين بالقصور الكلوي المزمن مما يحدث اضطرابا في المناعة، فيصبح الجسم نتيجة لذلك عرضة للانتانات وتتنخفض استجاباته للقاحات خاصة الاستجابة للقاح التهاب الكبد الفيروسي. (Kanfer, 2001, p226)

#### ● اضطراب في تخثر الدم: (Plaquettes)

تحدث اضطرابات في تخثر الدم عند مرضى القصور الكلوي مع امتداد مدة النزيف رغم أن عدد الخلايا الصفائحية يبقى عاديا، ترجع هذه الاضطرابات أحيانا إلى فقر الدم، بالإضافة إلى اختلال وظائف الخلايا الصفائحية. (Meyrier, 1985, p147)

### ■ الأعراض العظمية (Manifestation osseuses)

تتمثل هذه الأعراض في الاضطرابات الفوسفوكلسية والتي تعرف باسم اوستيو ديستروفيا الكلوي (Ostéodistropie rénale) تحدث هذه الأخيرة مبكرا وينتج عنها انخفاض الكالسيوم بسبب نقص امتصاصه من طرف الأمعاء.

ترتفع كمية الفوسفور في المرحلة النهائية من القصور الكلوي المزمن محدثة انخفاض في الكالسيوم، وينبه هذا الأخير الغدد الشبيهة درقية، مما يؤدي إلى آلام في العظام والمفاصل بالإضافة إلى معاناة المريض من الحكة وترسبات كلسية على المستوى الملتحمة مما يسبب احمرار العيون. (Rostoker et Colombel, 1997, p183)

### ■ الأعراض العصبية:

تنقسم الأعراض العصبية إلى أعراض مركزية وأخرى محيطية.

#### ● الأعراض العصبية المركزية:

تتمثل في الأعراض في انتفاخ دماغي أو حادث وعائي دماغي في حالة ارتفاع ضغط الدم واضطرابات في الوعي مع تشنجات عضلية ناتجة عن اضطرابات الماء والملح والايونات خاصة انخفاض حجم الدم .

#### ● الأعراض الهضمية المحيطية:

تشمل هذه الأعراض تعدد الالتهابات، حيث تتموضع هذه الأخيرة تدريجيا وتبقى كامنة لمدة طويلة، تتمثل هذه الالتهابات في اضطرابات الإحساس كالإحساس باحترق في القدمين مع تشنجات في الأعضاء السفلية، كما يحدث في المرحلة الأخيرة انخفاض في القوة العضلية وفقدان الانعكاسات. (Richet, 1985, p88- 89)

### ■ الأعراض الهضمية والغذائية:

تكثر الاضطرابات الهضمية والغذائية في مرحلة القصور الكلوي المزمن النهائي، وتتمثل في فقدان الشهية والغثيان والتقيؤ، بالإضافة إلى أن المرضى يشكون من رائحة الامونياك في الفم

واضطراب في الذوق، وكذا الإصابة بالتهاب المعدة والاثني عشر، ولذلك يجب وقاية المريض من النزيف الهضمي بواسطة العلاج العرضي. (Rostoker, Colombel, 1997, p184)

### ■ الأعراض الجلدية:

تعتبر الحكة من الأعراض الأكثر انتشارا في القصور الكلوي المزمن، خاصة في المرحلة النهائية، ترجع هذه الحكة إلى أسباب متعددة كارتفاع إفرازات الغدد الشبيهة درقية وارتفاع كمية الفسفور في الدم كما انه لهؤلاء المرضى بشرة جافة خصوصا على مستوى الأطراف السفلى للجسم. (Legendre, 1999, p184- 185)

### ■ انخفاض المناعة:

يعاني المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن من انخفاض في المناعة مما يجعلهم عرضة للالتهابات والتعفنات الخطيرة وانتشار الإصابة بالسرطان، بالإضافة إلى عدم الاستجابة للقاحات. (Lemeur, 1998, p50)

### ■ الأعراض العامة والغدية:

يتميز القصور الكلوي المزمن بأعراض عامة وغدية كالإنهاك والفتل وفقدان الشهية والشحوب، بالإضافة إلى اضطرابات النوم عند الطفل المسؤولة عن القزم الكلوي، وكذا الإصابة بالعجز الجنسي عند الرجل والعقم عند المرأة واضطرابات في الغدة الدرقية. (Meyrier, 1985, p150)

## 7. علاج القصور الكلوي المزمن:

### 1.7. علاج القصور الكلوي المزمن قبل المرحلة النهائية:

يجب أن يكون علاج القصور الكلوي المزمن وقائيا قبل المرحلة النهائية من المرض وذلك بالقضاء على العوامل المسببة له وكذا التعرف المبكر على الأمراض الكلوية من اجل علاج أسبابها، أما في حالة إثبات الإصابة بالقصور الكلوي المزمن فانه يجب تعطيل تطور القصور الكلوي المزمن قبل الوصول إلى المرحلة النهائية أي العلاج بواسطة من الغسيل الكلوي (الدياليزة).

ويتم تعطيل الوصول إلى الطور الأخير من المرض بواسطة ما يلي:

■ **العلاج بالحمية الخاصة بالتغذية:**

● **المساهمات البروتينية:**

تقرض على المريض المصاب بالقصور الكلوي المزمن حمية منقوصة من البروتينات بمقدار 0.8 غ/كلغ في اليوم.

● **المساهمات الملحية:**

تحدد المساهمات الملحية في المتوسط ب 4 غ/ اليوم، قد تكون نسبة هذه الكمية أحيانا اقل وهذا في حالة معاناة المريض المصاب بالقصور الكلوي من اودمات ( œdèmes ) وارتفاع ضغط دم شديد، كما قد تحدد هذه النسبة بكميات اكبر وذلك في حالة الإصابة ببعض الأمراض كمرض تعدد الأكياس الكلوي (Polykystose) أو أمراض الكلى المزمنة.

● **المساهمات المائية:**

يجب أن تكون المساهمات المائية كافية في بداية القصور الكلوي المزمن وذلك لتعويض كثرة التبول، لكن حينما يصل المريض إلى المرحلة النهائية من المرض فانه يفرض عليه تقليص مائي وذلك بسبب انخفاض الصوديوم في الدم.(Hyponatrémie)

■ **العلاج العرضي:**

● **معالجة ارتفاع ضغط الدم:**

تتم معالجة ارتفاع ضغط الدم باستعمال كل أدوية مضادات انزيم التحول (IEC).  
(Legendre, 1999, p120- 121)

● **علاج فقر الدم:**

يجب علاج فقر الدم (Anémie) عند المصابين بالقصور الكلوي المزمن بواسطة تزويدهم بمادة الاريتروبوتين المخلوق(Erythropoïétine recombinante).

لا يستعمل هذا العلاج قبل الدياليزة إلا في حالة الأنيميا الحادة، كما يجب البحث عن الأسباب الأخرى كالنزيف الهضمي (Digestif) أو تناسلي (Génitale)، تناذر التهابي... الخ. ويلجأ إلى القيام بنقل الدم في الحالات الخطيرة. (Kanfer, 2001, p412)

### ■ التلقيح:

يجب تلقيح المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن مبكراً ضد التهاب الكبد الفيروسي ب .  
(Suc, 2001, p412) (Hépatite B)

## 2.7. علاج القصور الكلوي في المرحلة النهائية من المرض (العلاج الاستعاضوي):

حينما تصل قيمة الكرياتينين (La clearance de créatine) إلى أقل من 10 مل/د (تقدر قيمة الكرياتينين في الدم ب 800 ميكرومول/د، وقيمة اليوريا بحوالي 30 ميكرومول/د، يجب اللجوء إلى العلاج الاستعاضوي (Substitutif) أي غسيل الكلى ( الغسيل الدموي أو الغسيل البريتوني ) أو الزرع الكلوي، كما يتعلق هذا القرار أيضاً بالحالة الصحية العامة للمريض.

ويستلزم على الطبيب المعالج أن يحضر المريض وذلك بالتكلم معه عن عملية غسيل الكلى (الدياليزة) وكيفية تحقيقها وكذا طرقها، أخذاً بعين الاعتبار شخصية كل مريض (Suc,2001,p412)

## III. آلة التصفية ( آلة الدياليز):

### تمهيد:

غريب جداً أمر الإنسان فرغم أنه اضعف مخلوقات الله إلا أنه يحاول أن يغطي ضعفه بالعلم، أجل فلضعف أصاب الإنسان فشلت كليته عن العمل وتوقفت، وليغطي هذا الفشل صنع لنفسه آلة لتعويض له هذا الضعف وهي آلة التصفية الدموية، فما هو هذا الجهاز، وكيف يعمل وهل هناك مشاكل تنجر عن استعمال هذه الآلة هذا ما نحاول أن نتعرف عليه من خلال ما يلي:

## 1. تعريف جهاز التصفية ( الدياليز):

الدياليز هي طريقة تطهير وتنقية أو تحليل كيميائي مبني ومؤسس على خاصية أن بعض الأجسام تحترق تنفذ بسهولة أكثر من أجسام أخرى داخل الأغشية المسامية، أما الدياليز من الناحية العلاجية فقد استخدمت كطريقة لتنقية الكلى العاجزة، وذلك للتغلب على القصور الكلوي، حيث أن دم

المريض يحتوي على فضلات، وهذه الفضلات لا تستطيع الكلية التخلص منها وبذلك يلجا إلى الدياليز يدمج محاليل صناعية تمر من خلال الغشاء.

كما تعرف الدياليز على انه تصفية للدم عن طريق التبادل بين المريض ومحلول ذا تركيب الكتورليتيك مشابه لمحلول البلازما العادي عن طريق غشاء نفوذ وعملية التنقية يمكن أن تسمح بتنقية وتنقية الدم من الفضلات وتطبيع الالكتروتيدات البلازمية، وهذه العملية تكرر ها بصفة منظمة عدة مرات في الأسبوع، وتسمى بالتنقية الدورية، وهذه التنقية تسمح للمريض أن يعيش مدة غير محدودة، والتنقية في البداية كانت مخصصة لعلاج القصور الكلوي الحاد لمدة قصيرة لأنه لكي تصل الأوعية لا بد من القيام بعملية جراحية تكرارية، وهذه العملية كانت تحدد عدة جلسات للمريض. ( ادوارد البيطار، 1964، ص 98).

## 2. كيف يشغل جهاز تنقية الدم:

إن أجهزة الهيموديليز كثيرة لكنها كلها تشغل بكيفية متقاربة.

العنصر الأول في الجهاز هو المسمى الكلية الاصطناعية وله قسمان:

قسم الدم وقسم للسائل المستعمل في تنقية الدم المسمى دياليزا (*le dialysat*) ، وهذا السائل يسمح بعزل ما أمكن من الشوائب من الدم، والقسمان يفصل بينهما غشاء جد رقيق من السيلوفان، حيث يمر على يمينه الدم وعلى يساره سائلا مثلا فان الغشاء هو عبارة عن جدار للآلاف من أنابيب جد صغيرة يسري الدم في هذه الأنابيب، حيث تكون هذه الأخيرة في سائل الدياليزا، السائل في الاتجاه المعاكس والشوائب تمر عبر الغشاء لتصبح في سائل الدياليزا ومقصية، وكلما تم تطهير الدم يعود باستمرار إلى الجسم، بينما كمية قليلة منه 4 % تدور خارج الجسم حتى لا يكون تأثير كبير عليه، وأثناء عملية الهيموديليز يضاف عادة إلى دم المريض مادة تعرف باسم هيبارين (*heparine*) لاتقاء تخثر الدم في جهاز الدياليز.

## 3. مدة العلاج:

إن مدة العلاج بواسطة الهيموديليز عادة ما بين ثلاث إلى خمس ساعات وكل معالجة تسمى حصة، إن الشوائب لا تزول كلها عند مرور الدم مرورا أوليا في المصفاة، ولكي يظهر دم المريض جيدا يجب أن يمر بالمصفاة مرات عديدة، والمصفاة لا تطهر مرة واحدة إلا حوالي 200 إلى 300



مليترا أي مقدار فنجان في الدقيقة، فبقدر ما يمر دمهم في الجهاز مرات عديدة يظهر الشوائب أكثر. (F.N.I.R, 2004, p28).

#### 4. كيفية وصول الجهاز إلى الدم:

يتم في كل جلسة ضخ الدم بصفة مستمرة من المريض لجهاز الكلية الاصطناعية

(Rein Artificiel) في طريق خارجي عن الجسم أين تتم تصفيته.

لكن قبل بدأ هذه العملية يجب خلق ناسور أو صلة شريانية وريدية (Fistule arterio-veineuse) وذلك بتوصيل شريان بوريد في الذراع وعادة ما تجرى في المعصم، ومن المعتاد أن تجرى في الذراع اليسرى حتى تظل الذراع اليمنى حرة، وإذا كانت الأوعية الدموية صغيرة، يتم وضع وصلة صناعية بين الشريان والوريد (Prothèse en gortex) من أجل الحصول على ضغط دموي كاف، ولا يتم إلا بعد أسبوعين أو ثلاثة من الإلصاق الجراحي.

توضع إبرتين في الناسور إحداها لحمل الدم من المريض إلى جهاز الدياليزة من أجل تصفيته وذلك بواسطة أنبوبة بلاستيكية (طريق خارجي عن الجسم) ويكون ذلك عن طريق عكسي لسائل الدياليزة من أجل تسهيل التبادلات بواسطة تدرج التركيز، تتم هذه الأخيرة في جهاز الدياليزة والذي له شكل الإناء ينقسم إلى حجرتين يفصل بينهما غشاء نفاذ مما يسهل حدوث التبادلات.

ثم يرجع الدم إلى المريض من خلال الإبرة الثانية عبر مسلك أو طريق يحتوي على فخ للفقاعات، الهدف منه هو الوقاية من خطر الحوادث بسبب السدة الغازية (Embolie gazeuse) .

(Lemeur, 1998)

يخلف غسيل الكلى الدموي مخلفات كثيرة منها انخفاض ضغط الدم والتهاب الكبد الفيروسي (B) والتهاب الكبد الفيروسي (C) وكذا الحكة واودمات بالإضافة إلى الاضطرابات العصبية كالصداع والغثيان والتقيؤ والارتجافات... الخ (Simon, 1999)

بالإضافة إلى تقنية غسيل الكلى الدموي عن طريق آلة الدياليز هناك أنواع أخرى من الغسيل

نذكر منها ما يلي:

### ■ غسيل الكلى البريتوني: Dialyse péritonéale

يعتبر غسيل الكلى البريتوني تقنية قديمة مثل غسيل الكلى الدموي، لكن استعماله في علاج القصور الكلوي المزمن، حيث يرجع تاريخه إلى عشرين سنة تقريبا، وتعد هذه الطريقة أسهل من غسيل الكلى الدموي ويمكن للمريض القيام بها في البيت. (Lemur, 1998, p113)

استعملت هذه الطريقة غشاء شبه نفاذ، الصفاق أو البريتوان وفيه يتم صب كمية من محلول الدياليزة من خلال أنبوبة خاصة تسمى القسطرة (Cathéter) وتوضع بصفة دائمة.

أثناء وجود المحلول داخل الجسم تأخذ في النواتج الضارة الموجودة في الدم في العبور من الدم إلى المحلول.

حاليا تستعمل في الغسيل البريتوني عدة طرق وأكثرها استعمالا هي:

### ■ الغسيل البريتوني المزمن النقال: (DPCA)

يعتبر هذا النوع من الغسيل من أهم طرق الغسيل البريتوني، يتم فيه صب كمية من محلول الدياليزة في غشاء البريتوان، يختلف حجمه تبعا لحجم البطن وحاجة كل مريض ولكن بصفة عامة تكون كمية المحلول حوالي لترين، يترك بالبطن لحوالي بضع ساعات ثم يتم تفريغه خارج البطن بعدما عبرت إليه المواد الضارة الموجودة في الدم، ويختلف عدد التبادلات اليومية وحجم المحلول المستدخل حسب حاجة المريض.

### ■ غسيل الكلى البريتوني الآلي أو الأوتوماتيكي:

يستخدم غسيل الكلى البريتوني الآلي آلة أو جهاز دوري يستعمل في البيت ليلا ويسمح بثلاث تبادلات ليلية لمحلول الدياليزة. (Kanfer, 2001, p365)

لغسيل الكلى البريتوني مضاعفات كإنتان في غشاء البريتوان والتصريف السيئ لهذه الطريقة وكذا مضاعفات إيضية وانخفاض ضغط الدم والأمراض الوعائية القلبية. (Simon, 1999)

ويضيف (Junger)(1998)تخلف هذه الطريقة إنهاك وآلام صدرية (Athérome accéléré)

(Junger, 1998, p83)

**5. العلاج عن طريق الزرع الكلوي:**

يعد الزرع الكلوي علاجاً فعالاً فهو الأمل الوحيد من أجل وهب هؤلاء المرضى حياة عادية نسبياً وتحرير أماكن الغسيل الدموي غير الكافية، كما يعتبر الزرع الكلوي أقل تكلفة من الغسيل.

ليس كل الخاضعين للغسيل الكلوي صالحين للزرع الكلوي إذ يتوقف هذا الأخير على سن المريض وحالته والفيزيولوجية (أي الحالة الصحية العامة للمريض) إذ يشترط أن يكون سن المريض المرشح للزرع الكلوي أقل من 65 سنة، إلا أنه قد يمتد إلى سن السبعين في بعض الحالات لكن للسن الفيزيولوجي أهمية أكثر من السن الحقيقي.

والكلية هي أول عضو زرع بنجاح، حيث شهدت الفترة الممتدة ما بين 1965 و 1967 تطورا هاما عندما قام موريل بإجراء أول زراعة كلية مما فتح الطريق لإجراء زراعة الأعضاء بالاستفادة من المتوفين دماغيا وبالتالي انتشار هذه الطريقة في أوروبا وأمريكا (البشير أديب عطار، 1997، ص122).

ويتم تحضير المريض المرشح للزرع الكلوي وكذا المتبرع قبل عملية الزرع الكلوي.

**1.5. التحضير الفيزيولوجي:****1.1.5. التحضير الفيزيولوجي للمريض:**

يتم تحضير المريض المرشح للزرع الكلوي جيدا قبل عملية الزرع وذلك بالحفاظ على حالته الغذائية ومراقبة ضغطه والايض الفوسفوكلسي عنده بصورة ملائمة قدر الإمكان، كما يجب البحث عن مواقع الانتانات عند المريض والقضاء عليها بالإضافة إلى تحضير الطرق الإخراجية وذلك بإصلاحها جراحيا أن تطلب الأمر وكذا احترام التوافق في فصائل الدم بين المريض والمتبرع.

**2.1.5. التحضير الفيزيولوجي للمتبرع:**

قد يكون المتبرع أحد الأقارب ( أحد الإخوة، أحد الوالدين...) ويحقق هذا النوع من عمليات الزرع أفضل نتيجة ممكنة وفيه يتم إجراء فحوص كاملة على المتبرع للتأكد من صلاحيته وسلامته وان كليته تعملان بصورة جيدة، حيث لا يعاني من أمراض كضغط الدم أو شذوذ.

أو قد يكون المتبرع حديث الوفاة، في هذه الحالة يجب أن نتأكد من مناسبة كلى المتبرع وتوافق فصيلة دمه وأنسجته مع فصيلة دم المريض وأنسجته، كما يجب التأكد من انه لم يكن مصابا بأورام سرطانية أو انتانات وكذا فقر الدم وضغط الدم وفيروس السيدا.

## 2.5. التحضير النفسي:

يتم التحضير النفسي بإجراء مقابلات من طرف الأخصائيين على كل من المريض والمتبرع، بالإضافة إلى تحسيس المريض بأهمية الدواء المناعي وبالتالي فقدان الكلية، كما يجب التأكد من أهمية الفحوصات والتحليل التي يجب أن يتبعها، وتبدأ عملية التحضير هذه قبل الزرع الكلوي بعدة أسابيع وتتواصل بعده. (Boudjema, 1999, p12)

## 3.5. المضاعفات التي تحدث بعد الزرع الكلوي:

### 1.3.5. المضاعفات التي تحدث على المدى القريب:

تتميز الأيام والأسابيع الأولى بعد الزرع الكلوي بإمكانية حدوث اخطر المضاعفات كتلك الناتجة عن استهلاك بعض الأدوية خاصة مخفضات المناعة أو مضادات الالتهاب والتي قد ينجر عنها تعقيدات خطيرة جدا ( انتانية، ميتابولية، نزيفية) بالإضافة إلى انتشار مضاعفات المسالك البولية والتي تتطلب اللجوء إلى عمليات جراحية صعبة، قد يتعرض المريض أيضا إلى أزمة الرفض (Crise de rejet)، وتتطلب هذه المرحلة خضوع المريض إلى مراقبة طبية شديدة.

### 2.3.5. المضاعفات التي تحدث على المدى البعيد:

يظهر نجاح الزرع الكلوي بالتغير الكبير الذي يطرأ على الحالة العامة للمريض والذي يتجلى في استرجاع الوظيفة الكلوية، واختفاء الأنيميا وكذا الاضطرابات الفوسفوكلسية.

يخضع المريض خلال هذه المرحلة إلى مراقبة إكلينيكية وبيولوجية منتظمة وعلاج مدى الحياة بواسطة مضادات الالتهاب (Azathioprine).

قد تحدث لدى المريض مضاعفات خطيرة كالرفض المزمن وذلك ابتداءا من الشهر السادس والذي ينجر عنه عملية زرع ثانية أو الرجوع إلى الغسيل الدموي. (Meyrier, 1985, p221)

## 6. الانعكاسات النفسية للغسيل الدموي:

إذا كان الجانب الفزيولوجي قد تدهور شبه كلياً تقريباً، فكيف تكون الحالة النفسية لهؤلاء المرضى خاصة وأنها تتأثر بجانبين:

- جانب خاص بالتدهور الذي يحدث للجسد بشكل عام.  
جانب خاص بوضعيته العائلية، الاجتماعية والمهنية بشكل عام وموقعه من المرض والعلاج وموقف محيطه وأهله منه. (Revue semaine des hôpitaux, 1992 , p212).

إن أهم ما يميز الحالة النفسية لهؤلاء المرضى ما يلي:

## ■ الحصر:

يعاني المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن من الحصر ويتمثل هذا الأخير في الاضطرابات والفيزيولوجية، آلام مجهولة الأسباب... الخ وتوهم المرض وأعراض رهابية وكذا الفرع من الآلة أو الممرضة أو مكان الإسعافات الخاصة. (Consoli, 1990, p640)

ويعزز Revidi (1990) ما ذهب إليه كونسولي أن الحصر كثير الانتشار عند المرضى المصابين بالأمراض الخطيرة كالقصور الكلوي المزمن كما يصاحب الحصر كل مراحل تطور الداء ويتطلب تقديره الأخذ بعين الاعتبار لشدته ومدته وكذا المعاش الذاتي للمريض.

## ■ قلق الموت:

إن الإصابة بمرض جسدي خطير كالقصور الكلوي المزمن يجعل الفرد في مواجهة دائمة مع الموت، يصاحب هذه الوضعية قلق حاد، وتحدث هذه الحميمية المفاجئة مع الموقف على حد قول (Barrois) انفصال نزوي وفوري وكلي أو صدمة وفرع بسبب انهيار الدفاعات. (Revidi, 1994)

## ■ صورة الجسم:

يحدث القصور الكلوي هزة عنيفة في الصورة الجسدية والتي تتمثل في صعوبة القيام بحداد الوظيفة البولية ورمزيتها الجنسية، صعوبة تقبل وجود أعضاء غير وظيفية داخل الجسم وهذا أيضا عند المرضى الذين خضعوا للزرع الكلوي بما أن الكلى المريضة موجودة دائما في مكانها ولم يتم فصلها (Une néphrectomie) مما يؤدي إلى انقلاب المعالم المكانية (الداخل والخارج)، فالكلية الاصطناعية الوظيفية متواجدة خارج الجسم. (Consoli, 1990, p640) .

كما يصبح الناسور الوريدي الشرياني منطقة مرور أو اتصال دائمة وغامضة ومقلقة بين المريض وآلة الغسيل الدموي والتي يستثمرها المريض على أنها ذات قوة خارقة أو على العكس يشعر بخوف اضطهادي اتجاهها بسبب تحطيمها لمنطقة حميمية إلى جانب هذا يعاني المريض من صعوبة تحمل التشويشات التي قد تصيب جسمه كانتفاخات الناتجة عن الحمية أو عن بعض الأدوية كمخفضات المناعة (Immunosupresseurs) وأدوية الكورتيكويد (Corticoïdes) ويمكن أن تقود هذه التشوهات إلى حدوث تفكك حقيقي في الشخصية، خاصة بوجود دم المريض خارج الجسم أثناء حصة الغسيل الدموي والتي تزيد من اضطراب الصورة الجسمية. (Cupa, 2002, p7).

### ■ اضطرابات الحياة المهنية:

تنعكس عملية الغسيل الدموي (Hémodialyse) على الحياة المهنية للمريض فيختلف تأثيرها من تجنب هذا الأخير للنشاطات المهنية الثقيلة إلى طلبه عمل آخر يتلاءم مع حالته الصحية العامة أو قد يتخلى المريض كلياً على نشاطه المهني فيدخل في حالة من العجز المهني الدائم وقد يمر هذا الأخير أولاً بمنحه ساعات مكيفة ثم يشتغل بمنصبه نصف المدة القانونية المخصصة للعمل.

يعد النشاط المهني إن لم يكن ثقيلًا يتجاوز قدرات المريض الفيزيائية مهماً جداً للفرد، يحافظ على حيويته ويساعده على التكيف مع المرض كما يحفز على انتظار الزرع الكلوي. (Consoli, 1990, p641)

### ■ الاضطرابات الجنسية:

غالباً ما تصاب الحياة الجنسية لدى مرضى القصور الكلوي الخاضعين للغسيل الكلوي، حيث يعاني المريض من احباطات جنسية متعددة تتمثل في انخفاض الليبيدو الذي يظهر في عجز جنسي عند الرجل وبرودة جنسية أو عقم عند النساء.

وفي نفس السياق يضيف كونسولي (consoli 1990) أن المرضى الخاضعين للدياليز يعانون من اضطرابات جنسية بدرجات متفاوتة، فغالباً ما يشتكي الرجال عندما تتعدى هذه الاضطرابات انخفاض الليبيدو لتخص اضطراب في مدة ونوعية القذف ويرجع هذا إلى التغيرات الايضية بالإضافة إلى الحالة المقلقة والاكتئابية عند هؤلاء المرضى. (Consoli, 1990, p640) .

كما تدعم كوبا ( 2002 ) بان العجز الجنسي هو احد تعقيدات العجز الكلوي المزمن النهائي حيث ينعكس على الجانب النفسي للمصاب فيظهر على شكل قلق الخصاء (Angoisse de castration) حيث يشير المريض انه مخصي (Emasculé) ، كما يمكن أن يعاني من مشاكل تخص التقمصات الجنسية.

أما في حالة الزرع الكلوي فيذكر كومباز و لوفبر (1975) نقلا عن (Cupa,2002,p641) أن المريض يعيش ذلك كعودة إلى الكمال النرجسي كشكل (Rephallisation) عند الرجال وإعادة الخصوبة عند المرأة.

ويحدث نجاح الزرع الكلوي عند المريض عودة الرغبة والقدرة الجنسية مع إمكانية الإخصاب. (Consoli, 1990, p38)

#### ■ الاكتئاب:

يعاني الكثير من مرضى القصور الكلوي من الاكتئاب نتيجة الوضعية الضاغطة للمرض وهذا ما أكدته العديد من الدراسات كدراسة كونسولي (1990) حيث أثبتت أن الاكتئاب يمثل أهم المضاعفات عند هؤلاء المرضى ويظهر على الأقل 50% منهم علامات توحى بالاكتئاب العيادي، كما وجدت بايلي Baylé (2002) أن الاكتئاب يصاحب العديد من الأمراض المزمنة كالقصور الكلوي المزمن النهائي.

وتضيف كوبا (2002) بأن مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي يعانون من اكتئاب ارتكاسي.

#### خلاصة الفصل:

نستخلص مما أدر جناه في هذا الفصل بان القصور الكلوي المزمن تعبير عن التدهور التدريجي وغير قابل للرجوع للوحدات أو النفرونات، وتتعلق درجة الإصابة الكلوية بعدد النفرونات المصابة والتي يستدل عليها بتقدير قيمة الكرياتين في الدم.

حينما يصل المريض إلى المرحلة النهائية، يلجأ إلى تقنيات غسيل الكلى كالغسيل الدموي والتي تسمح بواسطة آلة بتعويض الوظائف الكلوية المحطمة بسبب المرض.

ويعد المرض العضوي عموما والقصور الكلوي خصوصا موقفا ضاغطا، حيث أنه مرض يعالج لكن لا يمكن الشفاء منه، والحل الوحيد له هو الزرع الكلوي، والذي قد يكون نتائجه نسبية نتيجة ارتباطه بإمكانية تقبل الجسم لعضو ومن جهة أخرى أن عملية زرع الكلية مكلفة جدا، لذا فهو يشكل وضعية ضاغطة بالنسبة للمرضى نتيجة جلسات الغسيل الدموي المتبعة والدائمة ومضاعفاتها المتفاوتة الخطورة كالأنيميا وارتفاع ضغط الدم وارتفاع الفوسفور في الدم وكذا الحمية الغذائية الشديدة والتقلص المائي... الخ

تعاش هذه الوضعية من طرف المرضى بطريقة مختلفة، فهناك من يتوافق معها وهناك من يصعب عليه التوافق معها، ويتوقف هذا على طبيعة الاستجابة التي يبديها المريض في تعامله مع هذا الموقف الضاغط والمحبط، وقد يترك اثر جد جلي في تقييم الفرد لذاته وتقدير الآخرين له ونظرتهم إليه على أساس وجود المرض المزمن.

وبما أن موضوع بحثنا يركز على الآليات الدفاعية لدى مرضى القصور الكلوي المعالجين الهيموديايز، فإننا سوف نركز فيما بعد على هذا المصطلح والمصطلحات التي ترتبط به ومحاولة إعطاء نظرة دينامية شاملة عن كيفية سير الجهاز النفسي.



# الفصل الثاني

# الجهاز النفسي و الميكانيزمات الدفاعية

تمهيد

## I. الجهاز النفسي.

1. مكونات الجهاز النفسي.

1.1. النظرية المكانية الأولى.

1.2. النظرية المكانية الثانية.

2. مراحل تطور الجهاز النفسي.

1.3. المرحلة الفمية.

2.2. المرحلة الشرجية.

3.2. المرحلة التناسلية.

4.2. مرحلة الكمون.

## II. الميكانيزمات الدفاعية.

1. تعريفها.

2. أنواعها.

3. كيفية عملها.

4. نماذج عن بعض الميكانيزمات الدفاعية.

خلاصة.

## 1. الجهاز النفسي:

نالت نظرية التحليل النفسي شهرة كبيرة في علم النفس، باعتبارها أول نظرية شاملة للشخصية، وصاحبها سقmond فرويد.

وضع نظريته عن التحليل النفسي وأقام النظرية الجنسية، وكان أول من أدخل مفهوم اللاشعور في ميدان علم النفس، ووضع تفسيراً جديداً للغرائز وطورها، فبعد عام 1920 نظر Freud إلى اللاشعور على أنه نوع من الظواهر العقلية، وفي نفس الوقت فقد صرف النظر عن نظريته المكانية الأولى التي تقسم الجهاز النفسي إلى ثلاثة أقسام وهي الشعور، اللاشعور وما قبل الشعور وأحل محلها نظريته المكانية الثانية التي تقسم الجهاز النفسي إلى الهو، الأنا والأنا الأعلى. وفيما يلي سوف نعرض بنوع من التفصيل محتوى النظريتين:

### 1. مكونات الجهاز النفسي:

من خلال النظريتين التاليتين:

#### 1.1 النظرية المكانية الأولى:

وفي هذه النظرية قسم Freud الجهاز النفسي إلى ثلاثة أقسام: وهي الشعور، اللاشعور وما قبل الشعور.

يرى Freud أن اللذة تسيطر على اللاشعور الجاهل لمبادئ الوقت والواقع، وذلك لاعتماده على الأفكار غير المنطقية، أما الشعور فيراه منفتحاً على الواقع بسبب اعتماده على الأفكار المنطقية التي من شأنها مساعدة الشعور على التكيف مع الواقع، وفي النهاية يأتي دور ما قبل الشعور المستخدم كعامل صلة بين الشعور واللاشعور وهو قادر على استعمال فاصل الرقابة النفسية والتي عرفها الدكتور أحمد النابلسي " بأنها وظيفة نفسية ترمي إلى منع الرغبات اللاواعية ومكونات اللاشعور من الظهور إلى حيز ما قبل الشعور والشعور".

فالحياة النفسية أثناء اليقظة تقوم بتحويل الإدراكات الحسية إلى ردود فعل حركية وذلك عن طريق إيصال هذه الإدراكات إلى الشعور وذلك عبر اللاشعور وما قبل الشعور، فالإدراك يصل أولاً إلى اللاشعور حيث يجب عليه اختراق فاصل الرقابة كي يصل إلى مستوى ما قبل الشعور.

واللاشعور هو خزان الذكريات والطاقة النزوية ولكي يستطيع أن يحتفظ بمخزونات من الذكريات والنزوات، يجب أن يكون منعزل عن الشعور عزلاً تاماً، وهذا ما يؤمنه فاصلي الرقابة.

وإذا ما اجتاز الإدراك حاجز الرقابة الأول، فإنه بذلك يصل إلى ما قبل الشعور الذي يمكنه أن يكبت الإدراك ويعيده إلى اللاشعور أو أن يبقى الإدراك على صعيد ما قبل الشعور إذا كان الإدراك لا يملك الإثارة الكافية والقوة لاختراق فاصل الرقابة الثاني، وأخيراً فإنه من الممكن أن يصل الإدراك إلى الشعور الذي يحوله إلى فعل حركي أو فكرة أو صمت أو لباس أو كل ما يظهر.

وفي ختام شرحنا للنظرية المكانية نذكر بقول Freud بأن الرقابة بين اللاشعور وما قبل الشعور هي رقابة معروفة جيداً، فاصل الرقابة بين ما قبل الشعور والشعور فهي نادراً ما تعرف، هذا وقد أثبتت النظرية المكانية الأولى عدم كفايتها ليكون تقسيمها أميناً للجهاز النفسي، فالشعور يختلف اختلافاً بيناً عن الأنا وكذلك المكبوتات واللاشعور وهذا ما دفع Freud إلى تطوير نظريته المكانية الأولى وأحل محلها تدريجياً نظريته المكانية الثانية التي تقسم الجهاز النفسي إلى الهو، الأنا والأنا الأعلى. (النابلسي، 1988).

## 2.1. النظرية المكانية الثانية:

يميل Freud في هذه النظرية إلى التقسيم الهرمي، ويذهب في نظريته في الشخصية إلى تقسيمها إلى ثلاثة أنظمة أو أنساق تكون معاً الجهاز النفسي، وهذه الأنساق أو الأنظمة أو الأجزاء منفصلة ومتصلة، وتعمل في تناغم وتعاون مع بعضها البعض، وبمقدار تناغمها وانسجامها يكون استواء السلوك، وإذا اضطرب تفاعلها اضطرب السلوك تبعاً لذلك. (Freud, 1981).

وأول هذه الأنظمة هو:

### ■ الهو:

فهو المجهول الذي نعلم عنه فقط من خلال تأثيراته، والهو يعني الماضي، ويمثل ميراث الأجداد، وما نولد به من مكونات نفسية وراثية.

والهو نظام يقوم على الموروث، وهو أصل الشخصية، واتصاله بالجسم وثيق، لأن الطاقة والفيزيولوجية التي تعبر إلى الهو تتحول فيه إلى طاقة نفسية. وكذلك فإن الطاقة النفسية التي تتركه تتحول خارجة إلى طاقة فيزيولوجية.

وخرابات الهو خبرات ذاتية داخلية، ولذلك فهو الواقع النفسي الحقيقي للشخصية، ولا علم له بالواقع الموضوعي، ولا يعرف عنه شيئاً، وهو مخزن الغرائز. (Freud, 1978) وهو يمثل الجانب المظلم من الشخصية الذي لم تمد له يد المجتمع بالتهذيب والتحوير ولا يعترف بالقيم أو المعايير أو

الأخلاقيات ومبدأه هو السعي للحصول على الإشباع الفوري فلا تأجيل لدوافعه وحاجاته وهدفه الأساسي الحصول على اللذة. ( سهير كامل، 2007، ص 32).

■ الأنا:

وهو الممثل للعقلانية في مواجهة اندفاعات الهو وتهوره ويقوم بدور الوسيط بين الهو والعالم الخارجي وهو جزء من الهو انفصل عنه بفعل احتكاكه بالعالم الخارجي ومبدؤه الذي يعمل من خلاله هو الواقع (سهير كامل، 2007، ص 32) .

لأن تعامله مع الواقع، وتعاملاته واقعية. وهو يجهد أن يؤجل تحقيق رغبات الهو وتحصيله للذة إلى أن يجد الموضوع المناسب للرغبة. والخطة التي يتبعها الأنا في ذلك، والطريقة التي يحققها بها، يسميها Freud اختبار الواقع ومن شأن الأنا دائما أن يختبر الواقع، ويتحصل له الإدراك الصحيح به ليكون له معه التعامل الأمثل الذي له المرود المكافئ، وطبيعي أن تكون للأنا كل السيطرة على الوظائف العقلية والمعرفية ليووظفها في خدمة هذا الهدف، والأنا هو ملتقى مطالب الهو ومطالب الأنا الأعلى، ومن عمله أن يكون جهازا إداريا تنظيما فيدير هذه المطالب جميعا، ويتدبرها وينظمها، وينسق بينها فلا تتعارض ولا تتواجه.

وعمل الأنا بالنسبة للهو ضروري. لأن الأنا يقوم بإضفاء الشرعية على مطالب الهو فيقننها ويجعلها في متصرفات اجتماعية يرضى عنها المجتمع، وأيضا عمله ضروري بالنسبة للأنا الأعلى، فما يطلبه منه هذا الأنا الأعلى قد يكون منه أذى للشخص، وقد يضر الجماعة، وقد يكون غير معقول وفوق طاقة البشر، والأنا يعقلنه ويجعله ممكنا ولا أذى منه لأحد. (Freud, 1978).

كما أن الأنا ينظم الاتصال بالعام الخارجي، ويتفاعل معه ومع مثيراته وفق واحدة من الطرق

التالية:

- **الهرب:** إذا كانت الإثارة الخارجية مفرطة.
- **التكيف:** إذا كانت المثيرات الخارجية معتدلة.
- **التعديل:** حيث يعدل عوامل العالم الخارجي بما يعود عليه بالنفع.

أما إذا كانت الإثارة داخلية فإنه يستعمل ميكانيزمات دفاعية من أجل عدم فقدان التوازن والتكيف. (النابلسي، 1988).

■ الأنا الأعلى:

هو النظام الذي وظيفته الأخلاق، وهو الجزء الذي يتمثل الأوامر الوالدية والنواهي، والقيم الاجتماعية والمثل الدينية، ويستدخلها فيه فينقلها بعمله، وباستدخاله لكل ما سبق يكون له كيانه واستقلاله الذاتي، وهو يسمى الضمير بشقه الذي استدمج ما نعاقب عليه والقيم التي تقوم على العقاب، فإذا فعلنا ما هو خطأ لا يرضاه الضمير ويرفضه المجتمع ويأباه الدين وتزدرية الأخلاق، لحقنا من ذلك عذاب الضمير ومشاعر الذنب التي يبقى مفعولها.

ويسمى الأنا الأعلى باسم الأنا المثالي بشقه الذي يستدمج ما نثاب عليه والقيم التي يقوم عليها الثواب. والأنا الأعلى لذلك يدافع عن الأنا أن لا يخضع لمطالب الهو الغريزية اللاأخلاقية، ودائب الحث للأنا أن تكون له أهداف أخلاقية.

وكأننا بهذه الأجهزة الثلاثة التي منها قوام الشخصية: الهو منها بمثابة المكون البيولوجي الحيوي، والأنا هو المكون النفسي، والأنا الأعلى هو المكان الاجتماعي. والطاقة التي تشحن الأجهزة كلها تستمد من الهو، ويسمىها Freud طاقة نفسية، وأصلها الطاقة والفيزيولوجية التي تولدها عمليات الأيض في الجسم، إلا أنها لمناسبتها للأعمال النفسية كالتفكير يكون وصفها بالنفسية، فهي قابلة للانتقال من نظام إلى نظام، ومن التحول من البدن إلى النفس، ومن النفس إلى البدن، وانتقالها بتأثير طاقة ثابتة لا تفنى، وتستحدث ذاتياً، وقد تستولدها مؤثرات خارجية، والغرائز مستودع هذه الطاقة، والغريزة افتراض يمثل مصدراً بدنياً داخلياً يمكن تهيجه واستثارته فيولد رغبة، وتكون الاستثارة أو التهيج نفسه حاجة، والغريزة داخلية وهي نفسها منبه، وقد يأتي تنبيهها من الخارج، والتنبيه من الداخل أقوى وأشد من التنبيه من الخارج. (Freud, 1978).

2. مراحل تطور الجهاز النفسي:

ويشرح Freud في نظريته التحليل النفسي أن تطور الشخصية في الطفولة ينقسم إلى مراحل نفسية جنسية، تسيطر على كل مرحلة منها دوافع بيولوجية غير متعلمة، والتي تسعى إلى إشباع ذاتها من اللذة، فهي طالبة اللذة. وتأتي الإشباع الحسية، في كل مرحلة من هذه المراحل من إثارة المناطق الجسدية المختلفة التي تتركز فيها مراكز الشهوة: مثل الفم، الشرج والأعضاء التناسلية. وأطلق Freud على هذه القوى الجنسية اسم الليبيدو Libido ويحتوي على جميع الوسائل والطرق التي يحصل الفرد بواسطتها على الإشباع، وذلك عن طريق الاستثارة الجسدية والإشباع أو

عدمه يحدد وجود أو خلق الصراعات النفسية، أو تقادي هذه الصراعات. وكل إفراط في الإشباع أو عدمه يعوق عملية الانتقال السوي من مرحلة إلى أخرى.

وقد سمي Freud هذه الإعاقة بعملية التثبيت أي أن الفرد البشري يثبت قواه ورغباته الحسية والنفسية في المرحلة التي لم يستطع الانتقال منها على نحو سوي إلى المرحلة التالية. ويحدد التثبيت أو يؤثر على كيفية تفاعل الطفل مع بيئته (علي ماضي، 2007).

وتتميز مراحل النمو التي يشير إليها Freud من حيث الاستجابات التي تأتيها وتختص بها مناطق الجسم اللبيدية. والمراحل الأولى تستغرق خمس سنوات، تليها خمس أو ست سنوات أخرى هي فترة كمون، وتتميز بقدر من الاستقرار الدينامي. وأولى هذه المراحل المرحلة الفمية، والفم فيها هو مركز النشاط، ويليه المرحلة الشرجية حيث تشحن الوظيفة الإخراجية شحنًا نفسيًا. والمرحلة الفمية تستغرق السنة الأولى، بينما تستغرق المرحلة الشرجية السنة الثانية، ثم تأتي المرحلة القضيبية لتكون الأعضاء الجنسية هي المناطق الشهوية الأساسية.

ويطلق Freud على المراحل الثلاث السابقة اسم المراحل قبل تناسلية، وتعقبها فترة الكمون Latence ويسمى سنوات الهدوء، فتميل الدفعات الغريزية لأن تستمر في حالة كبت إلى البلوغ فتتنشط من جديد، فإذا استطاع المراهق أن يزيحها إلى نشاطات أخرى ويتسامى بها عن مصرفاتها البدائية، فإنه ينتقل إلى مرحلة النضج الأخيرة وهي المرحلة التناسلية. (Freud, 1962).

وفيما يلي سوف نشرح هذه المراحل بنوع من التفصيل وأولى هذه المراحل هي:

## 1.2. المرحلة الفمية:

من الميلاد وحتى السنة الأولى ومصدر اللذة الرئيسي فيها هو الشفاه واللسان، والفراغ الفمي عن طريق التنبيه واللمس الناتج عن المص والبلع والعض في مرحلة ظهور الأسنان، وحدد Freud وظائف للفم وهي (الابتلاع، الإمساك، والإصرار، العض، اللفظ، والإطباق). وكل هذه الوظائف تمثل نمط بدائي ويقصد به أسلوب للتكيف ينكص إليه الفرد في الموافق المشابهة فيما بعد. وإذا مرت هذه المرحلة بسلام ظهرت الشخصيات المستقلة عن الآخرين الواثقة من نفسها ذات القدرة على الحوار والجدل، أما إذا حدث إفراط أو حدث إمساك في إشباعها ظهرت الأنماط البدائية مثل: السخرية والتخريب والعدوان والنبذ والاحتقار، ونتج عنها أمراض مثل (الإحباط العصابي، الهوس، انفصام الشخصية، الابتذال، إدمان المسكرات والمخدرات). (سهير كامل، 2007).

## 2.2. المرحلة الشرجية:

وفي المرحلة الشرجية تتحصل اللذة نتيجة طرد الفضلات وما يعقبه من راحة، ويتعين على الطفل أن يبرزه ويتعلم النظافة. وتتوقف نتائج هذا التعلم على أسلوب الأم مع الطفل ومشاعرها أثناء تربيته على التبرز، وقد تتكون لدى الطفل اتجاهات وميول وسمات وقيم نوعية بناء على ما سبق، فإذا كانت الأم شديدة وصارمة فقد يقبض الطفل على فضلاته ويصاب بالإمساك، وقد يعمم هذا الأسلوب في الاستجابة إلى مجالات أخرى من السلوك ويتنامى به الخلق القابض فيصبح عنيدا وشحيا. وقد يتمرد فلا يتبرز عندما تريد، بينما يأتيه التبرز في أوقات غير مناسبة بالمرّة، ويعمم هذا السلوك من بعد ويكون أساسا لكل سلوك طارد من بعد، فيميل إلى أن يأمر بقسوة ويتردد، وينغمس في الشهوات ويدمر، ويعيش في فوضى وبلا ضوابط. وقد تنود الأم لطفلها كي يتبرز، وتشجعه فيتحصل له الانطباع بأهمية التبرز، ويتنامى ذلك فيه يكون منتجا ويتحلى بالخلق. وعلى كل فالمرحلة الشرجية أساس الكثير من السمات.

## 3.2. المرحلة التناسلية:

أما في هذه المرحلة فتكون مشاعر اللذة مرتبطة بالتخيل عند الطفل، والتي تتواكب مع نشاطه الشهوي الذاتي، وتمهد لظهور "عقدة أوديب"، وهي التي يعتبرها Freud من أهم اكتشافاته في مجال علم النفس، وهي بإيجاز شحنة نفسية جنسية تتجه إلى الوالد من الجنس المقابل، وشحنة عدوانية للوالد من نفس الجنس، فالصبي يميل إلى أمه ويحبها، ويستبعد أباه الذي يزاحمه عليها، والبنات تميل إلى أبيها وتحبه، وتغار من أمها عليه، وهي مشاعر تستهدف تخيلات الطفل خلال الاستمنا، والمرابحة بين الحب لأبويه والتمرد عليهما. وتظهر عقدة أوديب في السن بين الثالثة والخامسة، غير أنها تكبت في الخامسة، وتظهر من بعد حيث تكون لها فعالية طوال العمر في اتجاهات الشخص نحو الجنس المقابل، ونحو رموز السلطة من مختلف الأفراد والمؤسسات.

ويرتبط بعقدة أوديب عدد من المفاهيم، فالطفل الذكر الذي يميل لأمه ويغار من أبيه، ويتحصل له الخوف من الأب نتيجة إشرافه عليه وعقابه له يظن بهذا أنه سيؤدي أعضاء التناسلية لأنها مصدر مشاعره الشهوية، وFreud يصف هذا الخوف بتسميته بالخوف من الخصاء، ويطلق عليه القلق الذي يترتب عليه قلق الخصاء، ويؤدي به إلى أن يكبت رغبته الجنسية في الأم، وأن يكره الأب ولكنه لا يظهر هذه الكراهية، وبدلا من ذلك وبحسب تكوين رد الفعل يحاول أن ينال رضاه ليتقي أذاه، ويغالي بحيث يتعين (يتماهى) به، ويحول رغباته في الأم إلى مشاعر رقيقة تجاهها لا خطر منها.



ويقول Freud " أن الأنا الأعلى هو وريث عقدة أوديب " لدى الذكر، وهو الذي يحول بيننا وأن نعندي على محارمنا.

وأما البنت فحبها يتحول إلى الأب، بالنظر إلى أنها تشعر أن الأولاد الذكور يمتلكون قضايا حرمت منه، وذلك أساس مفهوم حسد القضيب عند البنات، وتعتبر الأم هي المسؤولة عن ذلك، لأنها مثلها لا تملك قضيباً، فتضعف شحنتها من الحب للأم، وتتحوّل بها للأب، لأنه يملك هذا القضيب. وحسد القضيب الذي تحول بمقتضاه إلى حب الأب، هو في المقابل لقلق الخصاء عند الذكور، ويطلق Freud عليهما معا اسم عقدة الخصاء. وبينما تضعف عقدة أوديب عند الولد مع استمرار نموه، فإن عقدة الخصاء عند البنت تستمر معها ولا تتعرض للكبت القوي مثل عقدة أوديب.(Freud, 1981).

وفي حالة مرور هذه المرحلة بسلام يتحرر الطفل من والديه ويتعرف على دوره الجنسي وينتقل ذاته وينمو ضميره. أما إذا حدث العكس فتظهر لديه أحاسيس الدونية والقلق والهستيريا العصبية والجنسية المثلية، في حالة إذا انتقلت التوحيدات السوية فيتوحد الولد الذكر بأمه والعكس بالنسبة للفتاة.(سهير كامل، 2007).

إن أهم ما يميز المراحل السابقة للمرحلة التناسلية أنها مراحل نرجسية، أي أن الطفل يولي اهتماماته لذاته، ويستمد اللذة ذاتياً، فاستخدامه للآخرين إنما استخدامه لهم كأدوات لتحقيق اللذة وليس باعتبارهم كأشخاص. وفي المراهقة يتجه بعض هذا الحب النرجسي إلى الآخرين باعتبارهم آخرين، وحب المراهق لهم حب غيري وليس لأسباب نرجسية خالصة. وهو أساس كل الاتجاهات الغيرية التي تبدأ في الظهور، من أنشطة جماعية أو مهنية، أو ممارسة تخطيط للزواج وتكوين أسرة. فإذا قاربت المراهقة على النهاية كانت هذه الشحنات الغيرية المطوعة للأهداف الاجتماعية قد بلغت درجة من التثبيت والاستقرار، في أشكال مألوفة من الإزاحة والتسامي والتعيين، فيسهل على الطفل التحول من النرجسية الطفلية ونشوان اللذة، إلى الرشد واستهداف الواقع وتمثل المجتمع. ويتكون النظام النهائي للشخصية من إسهامات المراحل السابقة ذكرها.(Freud, 1981).

## 4.2. مرحلة الكمون:

من 6 إلى 12 سنة وهي فترة تتميز بكبت النزعات الغريزية وإعلاء الطاقة الغريزية وتوجيهها نحو الأنشطة الاجتماعية ولقد أهملها فرويد لعدم وجود منطقة شبقية تحتاج إشباع.(سهير كامل، 2007، ص45).

## II. الميكانيزمات الدفاعية (صورة عمل الجهاز النفسي).

عندما نتكلم عن الميكانيزمات الدفاعية فإننا نتكلم عن كيفية عمل الجهاز النفسي حسب النظرة المكانية الثانية. فالجهاز النفسي مثله مثل كل الأجهزة يعمل على مساعدة الإنسان من أجل التوازن والتأقلم، وذلك عن طريق عمليات عديدة على غرار الدفاع. فما المقصود بالميكانيزمات الدفاعية؟ وكيف تعمل هذه الميكانيزمات؟

### 1. تعريفها:

عرفت حسب Laplanche و pantalis فإنها الأنماط المختلفة من العمليات التي يمكن للدفاع أن يختص بها. (J.Laplanche, Pantalís, p132, 2002).

وحسب A. Freud فإنها تعبر عنها بتلك العمليات التي يستعملها الأنا من أجل الصيانة والانضباط البيولوجي النفسي اتجاه التأثيرات الداخلية (النزوات) أو الخارجية (المحيط). (J.Bergeret, p84)

### 2. أنواعها:

هي عديدة ومتنوعة واختلف في عددها العلماء وكان فرويد أول من تحدث عن آليات الدفاع الأولية، وبشكل خاص عن الكبت. ورأى في آليات الدفاع النفسي محاولة مرضية وعصابية للتعامل مع الواقع ونوعا ما من الحل الاضطراري لتجنب الصراعات بين الدوافع المتناقضة.

أما A. Freud فقد كانت أول من عمق ووسع مفهوم آليات الدفاع وقامت بالتمييز بينها وشرحها، وصنفت عشرة أشكال من آليات الدفاع النفسي وهي: الكبت، النكوص، التكوين العكسي، العزل، الإلغاء الرجعي، الإسقاط، الإجتياف، الارتداد على النفس، الارتداد على الضد والتسامي، وأضافت إليها Melanie Klein ما تعتبره دفاعات جد أولية كانشطار الموضوع، التماهي الإسقاطي، وإنكار الواقع النفسي، والامتلاك أو السيطرة المطلقة على الموضوع (الاستحواذ)... إلخ (سامر جميل رضوان، 2002).

كذلك Bergeret الذي تكلم عن ما يقرب العشرين ميكانيزما وهو يقسمها إلى ثلاثة أقسام حسب تكوينها فهناك:

- دفاعات تأتي لإزالة قلق الانشطار (morcellement) الذي ينتج من جراء صراعات من النوع الذهاني والتي تتمثل في الخوف من الاصطدام الحاد بالواقع أو فقدان الكلي لذلك الواقع.
- دفاعات تأتي لإزالة قلق فقدان الموضوع (ضد الاكتئاب) الناتج عن الصراعات التي تكون أدى الحالات البيئية.
- ودفاعات ذات مستوى متطور تأتي لإزالة قلق الخفاء الذي ينبع من جراء صراعات من النوع العصابي (منظمة من النوع العصابي أو الأوديبي أو التناسلي) بين النزوات الجنسية والممنوعات الأخرى. (J.Bergeret, 1982p :85).
- أما بالنسبة ل Perron فإنه يكتفي بوصف نوعان من الدفاعات وذلك حسب مستوى تكوينها:
- دفاعات ذات مستوى أولي (ضد القلق الأولي) وهي عبارة عن قلق الانشطار وهي حسب Melanie Klein الخوف من التأثير بالموضوع السيئ الذي يأتي من الخارج أو الخوف من التأثير على الموضوع الخارجي.
- ودفاعات ذات مستوى أوديبي والتي تتمثل في الكبت وكل ما ينتج عنه (عن قسله) من تشكيلات تسوية (compromis). (R.Perron, 1976 : 76).

### 3. كيفية عمل الميكانيزمات الدفاعية :

لا يمكننا الدخول مباشرة في كيفية عمل الميكانيزمات الدفاعية دون توضيح بعض المفاهيم الأساسية التي تدخل مباشرة في عمل هذه الأخيرة وخاصة لما نعلم أن هذه المصطلحات تطورت وتغير مفهومها مع تطور التحليل النفسي .

#### 1.3 مفهوم الصراع:

نتحدث عن الصراع، في التحليل النفسي، حين تتجابه عند شخص ما، متطلبات داخلية متعارضة. وقد يكون الصراع صريحا (بين رغبة ومطلب أخلاقي مثلا، أو بين شعورين متناقضين) أو كامنا حيث يمكن أن يظهر بشكل ملتو في الصراع الصريح أو يتجلى خصوصا في تكوين الأعراض، وفي اضطرابات الطبع،... إلخ. ويعتبر التحليل النفسي الصراع هو من شروط تكون الإنسان وذلك من منظورات متعددة: صراع بين الرغبة والدفاع، صراع بين الأنظمة أو الأركان، صراع بين النزوات، وأخيرا الصراع الأوديبي حيث لا تتجابه الرغبات المتعارضة فيما بينها فقط، إنما تتجابه التحريم أيضا.

ولقد أخذ هذا المفهوم مكانه من طرف Freud في دراساته حول الهستيريا سنة 1895. إذ كان يعرف آنذاك على أنه ذلك التعارض بين إشباع اللذة الجنسية والممنوعات الخارجية التي تتمثل في ثقافة المجتمع و وجوده يولد الإحساس بالألم والتأنيب والخوف والعقاب .

ثم بعد ذلك تفتن Freud حول أسباب الهستيريا (sa neurotica) (وهي اعتبار كل الهستيريات تعرضن في طفولتهن لاعتداءات جنسية من طرف الكبار الأب خاصة). (J.Laplanche, Pantalís,2002).

ومن هنا أخذ الصراع مفهومه الأساسي الذي يتمثل حسب Perron في تعارض ثلاث اتجاهات مختلفة والتي تتمثل في الهو بدوافعه الجنسية الأنا الأعلى باعتراضاته وقهره والواقع بمتطلباته. ووسط هذه الاتجاهات الثلاث يظهر الأنا بضعفه وحيرته في كيفية إرضاء السلطات الثلاث. محاولا تحقيق التوازن بين العالم الخارجي والهو، بجعل الهو أكثر تفهما للعالم الخارجي وجعل هذا الأخير أكثر تلاؤما مع نزوات الهو عن طريق استعمال (الحركة) وبين هذا وذاك يبقى الأنا المقر الأساسي للقلق.

### 2.3. مفهوم القلق:

القلق من أهم أركان نظرية التحليل النفسي. وهو يؤدي دورا هاما في نمو الشخصية مثلما يؤديه في عمل دينامياتها. وهو فوق ذلك له مغزى مركزي في نظرية فرويد في العصابات والذهانات، وفي علاج هذه الحالات المرضية.

وكان هذا المفهوم يعرف سنة 1917 من طرف Freud في (مقدمته التحليل النفسي) لكونه يأتي من عدم القدرة على تفريغ الاثارات الجنسية لعدم توافق ذلك مع متطلبات العالم الخارجي .

وكان يعتبره قلق عصابي يأتي من جراء الكبت وبذلك هو موجود في عصاب القلق وفوبيا القلق. و Freud اكتشف أن القلق لا يوجد عند المصاب بالعصاب القهري إلا إذا منع هذا الأخير من القيام بطوقسه القهرية، فهنا يظهر القلق، وبالتالي يكون القلق كنتيجة لفشل الدفاعات خاصة الكبت.

لكن في سنة 1926 وفي كتابه (الكف-العرض-القلق) قال Freud ما يلي: " ليس الكبت هو الذي يخلق القلق وإنما القلق هو الذي يخلق الكبت " ومن هنا أخذ القلق مفهوما آخر حيث أنه أصبح يعتبر عملية تظهر في حالة وجود خطر يعاش في مجال الحقيقة النفسية- يعمل على دعم الجهاز الذي يستقبل المثيرات محرضا بذلك دفاعات ضد هذه المثيرات. هذا الجهاز هو ما يعرف ب(الأنا) لأن

القلق قبل تمركزه في الأنا يمر بمراحل، فإنه يكون عبارة عن قلق أوتوماتيكي أي تلقائي في المراحل الأولى من العمر، أي قبل تكوين الأنا... ضد كل ما هو صدمة ثم يتحول إلى قلق فقدان الموضوع (الأم) أي قلق الانفصال، ثم في فترة الأوديب يأخذ مكانه داخل الأنا ويتحول إلى قلق الخصاء وفي الأخير بعد مرحلة الأوديب يتحول إلى قلق ناتج عن قهر الأنا الأعلى. (Freud p: 107).

فرق Freud بين ثلاثة أنماط من القلق: القلق الواقعي أو الموضوعي، والقلق العصابي، القلق الأخلاقي. هذه الأنماط الثلاثة من القلق لا يختلف الواحد منها عن الآخر في الكيف؛ وإنما تختلف فقط تبعاً لمصادرهما. فمصدر القلق الواقعي جاثم في العالم الخارجي. وفي القلق العصابي يكمن التهديد في موضوع غريزي قائم في الهو. وفي القلق الأخلاقي نجد أن مصدر التهديد قائم في ضمير الأنا الأعلى.

والوظيفة الوحيدة للقلق أنه يعمل كإشارة خطر للأنا، بحيث أنه حين تظهر الإشارة في الشعور، يمكن للأنا أن يتخذ الإجراءات التي يواجه بها الخطر. ومع أن القلق مؤلم، وقد يرغب الإنسان في القضاء عليه، فإنه يخدم وظيفة ضرورية جداً بأن يحذر الشخص من مثل أخطار باطنية وخارجية. وحين يحذر الشخص يمكنه أن يفعل شيئاً يتجنب به الخطر أو يقضي عليه. (كلفن هال ترجمة محمد فتحي الشنيطي، 1970).

### 3.3. كيف يتم الدفاع ؟ :

بعد عرض هذين المفهومين نحاول أن نتابع كيفية تدخل أحد الدفاعات لدى الإنسان. و حسب (perron) يقول أنه إذا كان الإنسان يجتهد لتجنب الخطر الخارجي بالابتعاد عنه عن طريق الحركة فكذلك عندما يريد تجنب الخطر الداخلي فإنه يحاول الابتعاد عنه وإبعاده من الداخل وذلك عن طريق الكبت.

ثم يسترسل قائلاً : هذا هو الشكل القاعدي، نراه بسيطاً لكن تكوينه النظري يؤكد تعقده ويبرز صعوباته، واحد هذه الصعوبات تتمثل في كون الكبت نمط من الأنماط التي تأتي لمعالجة الصراع فقط، فما شأن الأنماط الأخرى ؟

يجيب عن هذا السؤال بمحاولة التعرض لمفهومين آخرين وذلك لتفسير كيفية تدخلهما لاجتناب الصراع والقلق والمتمثلان في الإنكار والرفض. (R.Perron, 1976, P173).

من خلال ما قاله perron ومن خلال قراءتي لبعض الميكانيزمات الدفاعية نستنتج أنه كل شيء يبدأ بالخطر الذي بدوره يولد الصراع داخل الأنظمة أو الأركان الثلاثة وهذا الصراع يعبر عنه

الإحسان بالقلق حيث أنه يرسل ما يسمى ببناء النجدة (signal d'alarm) إلى الأنا الذي يؤدي إلى تدخل الدفاعات من أجل مواجهة الخطر. وهذا بالطبع لا يمكن ولا يحدث بهذا الشكل الواضح وبهذه السهولة وإنما أعقد من ذلك لكون مفهوم الخطر وتدخل الدفاعات يختلف من شخص لآخر حسب تكوينه وتكوين أنه الجسمي والنفسي على حد سواء.

#### 4. نماذج بعض الميكانيزمات الدفاعية :

##### ▪ التسامي La sublimation :

يعتبر الإحلاء الميكانيزم الذي يصنفه كثير من العلماء كدفاع ناجح ومقبول. والإحلاء يعني تحويل الطاقة النفسية المرتبطة بدوافع يضع المجتمع قيودا على إشباعها إلى أهداف وانجازات أخرى يقبلها المجتمع، بحيث تصبح هذه الدوافع التي يعتبرها المجتمع - هي دوافع جنسية وعدوانية - غير ملحة لأنها جردت من طاقتها أو من جزء كبير منها. وهذا يعني أنها لم تعد تشكل خطرا على الشخصية أو الذات، ولم تعد تثير القلق لدى الفرد (شريت، 2002) .

وفي هذا الصدد أكد Freud على أن تطور الحضارة قد قام أساسا على تحويل الطاقة الغريزية إلى مسارات مقبولة اجتماعيا، وأشكال خلاقية من النشاط الإنساني: كالفنون والآداب والعلوم وغيرها بفعل عملية الإحلاء.

وهكذا فإنه عن طريق الإحلاء والتسامي لا تعبر المواد المكبوتة عن نفسها بطريقة بدائية يشعر معها الفرد بالذنب والقلق والتوتر، وإنما بطريقة مهذبة يشعر معها الفرد بالإشباع والرضا، وبالتالي تحقق أهدافا أخلاقية واجتماعية سامية، سواء بالنسبة للفرد أو الجماعة التي ينتمي إليها، لذا يعتبر الإحلاء من أفضل الميكانيزمات الدفاعية تعبيراً عن المواد المكبوتة وتوظيفها بشكل بنائي ايجابي (صبره، 2004).

ومن هنا فإن التسامي يلعب دورا فعالا في التطور الاجتماعي للشخص ويظهر ذلك عند الأشخاص الذين ينهمكون في الأعمال والدراسات وكذلك في الأعمال الفنية والبحوث العميقة المتخصصة.

##### ▪ الكبت Refoulement :

عملية يرمي الشخص من خلالها إلى أن يدفع عنه التصورات (من أفكار، أو صور أو ذكريات) المرتبطة بالنزوة إلى اللاوعي أو أن يبقيها فيه. (J.Laplanche, Pantalís, p416, 2002)

وعن طريق الكبت يستطيع الفرد أن يتجاهل أو ينسى بعض الشحنات الانفعالية بالذاكرة، أو في الأفكار أو من الرغبات، وكثيرا ما تظهر هذه الأنشطة المكبوتة في أشكال أخرى عندما يغيب الرقيب الذاتي، لتظهر في الأحلام أو الأخطاء والهفوات. (حقي، 2001)

ولقد أشار Freud إلى مفهوم الكبت عندما قدمه إلى الظاهرة التي لاحظها عند مرضاه، وهي مقاومتهم لتذكر الخبرات التي مرت بهم في الماضي، والماضي البعيد خاصة، وعادة ما توصف بأنها غير مريحة أو غير مقبولة، ويرفض الفرد استدعاءها، أو أن يعرف الآخرون عنها شيئا. وكان Freud يعتقد أن بعض هذه المكبوتات – رغم بعدها عن الشعور- لكنها تقف وراء الأعراض المرضية. ولقد اصطنع لذلك قاعدة (التداعي الحر)، ورغم أن الكبت عادة لا يكون تاما أو كاملا فإن المريض يقاوم استدعاء ما سبق كبته (شريت، 2002).

ولقد ميز Freud، في مقالته بعنوان (الكبت) وذلك عام 1915 بين كبت بالمعنى الواسع ويتضمن ثلاث خطوات: الخطوة الأولى هي (الكبت الأصلي)؛ الذي لا ينصب على النزوة بحد ذاتها بل على إشارتها، وعلى تصوراتها التي لا تنفذ إلى الوعي والتي تظل النزوة مثبتة عليها. وهكذا تنشأ نواة أولى لا واعية تلعب دور القطب الجاذب تجاه العناصر التي ستكبت لاحقا. وهكذا يكون الكبت الفعلي أو الكبت البعدي عملية مزدوجة تجمع إلى هذا الجذب الأولي نبذا من قبل ركن أعلى. وأما الخطوة الثالثة فهي (عودة المكبوت) على شكل أعراض، أحلام، وهفوات...الخ. (J.Laplanche, Pantalís, p419, 2002).

### ■ التبرير: Rationalisation

ويقصد بالتبرير تفسير الفرد لسلوكه بأسباب منطقية يقبل بها العقل مع أنها ليست أسبابا حقيقية، لما قد يكون فيها تحقير وشعور بالعار والخجل، وبهذا فانه يخدع نفسه، وتدفعه إلى ذلك دوافع لا شعورية (الجاموس، 2004).

ويلجأ الفرد إلى التبرير لأنه لا يحتمل أن يظهر في وعيه وشعوره أسباب غير إنسانية أو غير اجتماعية لسلوكه، فهو بذلك حريص على أن يبدو أمام الناس كشخص خلوق وشريف، كما يحب أن يراه الآخرون. (شريت، 2002).

والتبرير ميكانيزم دفاعي شائع بين الناس، ذلك أننا قليلا ما نجد أناسا يمارسون النقد الذاتي ويعترفون بالفشل أو القصور أو، يرجعون الخطأ في موقف ما إلى أنفسهم وليس إلى الآخرين. ويعد

التبرير ميكانيزم عامل في معظم الأشكال العصابية من السلوك، بالإضافة إلى كونه ميكانيزم يلجأ إليه حتى العاديين أو الأسوياء (صيره، 2004).

### ■ النكوص Régression:

النكوص عملية تتمثل في الرجوع في اتجاه معاكس فيما يخص مسار النمو أي مراحل تم تجاوزها في النمو كمرحل لبييدية وهي فقدان السلوكات والمكتسبات الحديثة والرجوع إلى أنواع من السلوكات البدائية.

ويلجأ الأنا إلى النكوص في حالة التهديد من ضغوط النزوات المكبوتة أو ما يطلق عليها التحليليين البدائيات المكبوتة، هدفها تجنب القلق الناتج عن تلك الضغوط، ويحدث أثناء هذا الأسلوب الدفاع تراجع شخصية الفرد إلى مرحلة سابقة من النمو. (Laplanche et Pontalis, 1990, p155). ومن خلال هذه العملية يعود الشخص إلى أشكال سابقة من النمو الفكري والأسلوب العلائقي مع محيطه، بهدف تجنب المثيرات المزعجة الحالية، والعودة إلى مصدر اللذة الذي قد مر به الشخص في السابق. (فخر الدباغ، 1977، ص42).

ولقد ميز فرويد ثلاثة أنواع من النكوص وهي النكوص الموقعي، النكوص التشكيلي، النكوص الزمني.

إذا أخذنا النكوص بالمعنى الموقعي حيث يتم هذا النوع من الوعي إلى اللاوعي، فيقول أن النكوص الموقعي يحدث في الحلم، حيث يتم ابتكار صورة حسية تقريبا هلوسية نتيجة فرض طاقة لبييدية.

وأما بالمعنى التشكيلي، فيعنى النكوص التراجع إلى أساليب من التعبير والتمثيل التصوري بأساليب أكثر بدائية وذلك بالانتقال من العمليات الثانوية إلى العمليات الأولية.

وأما بالمعنى الزمني، فيفترض النكوص تتابع تكوينيا، ويدل على عودة مراحل سبق له أن تجاوزها في نموه كالمراحل اللبييدية. (Bergeret, 1982, p104).

### ■ الإسقاط Projection:

ويشير الإسقاط بالمعنى التحليلي على أنه العملية التي ينبذ فيها الشخص من ذاته بعض الصفات والمشاعر، والرغبات وبعض الموضوعات التي يتنكر لها أو يرفضها في نفسه.



والإسقاط هدفه الآخرون، وفيه ينسب الفرد نقائصه أو دوافعه المعيبة إلى غيره، أو لسوء حظه أو للظروف. و الشك في الآخرين من أبرز أنواع الإسقاط، ويتميز هذا النوع أنه عدواني الطبيعة (حقي، 2001).

ومن جهة فرويد يقول أن الإسقاط هو إدراك داخلي مكبوح بعد تعرض محتواه إلى تشويه، يصل إلى الوعي على شكل إدراك نابع من العالم الخارجي فهو بحكم انتقاله من اللاشعور إلى الشعور يصبح مشوها حتى لا يتم منعه من البروز. (Anzieu et Chabert, 1983, p19).

فالإسقاط آلية دفاعية ترمي إلى الحد من الصراع الداخلي، وذلك بإبعاد المواضيع التي من شأنها خلق توتر وضغط على الأنا، ويستخدم كوسيلة لنقل الإثارة الداخلية التي لا تطاق نحو الخارج فهو بذلك يعمل على حماية الأنا من الشعور بالألم والضيق. (Braconnier, 1998, p113).

وبالتالي عندما يشعر الشخص بالألم من بعض صفاته أو أفكاره يحاول أن يلصقها بالغير، أي أنه يعكس عيوبه على الآخرين وذلك للتخلص من الشعور بالألم. وهذا الأسلوب في خداع الذات يؤدي الشخصية، حيث ينتج عنه الكثير من الأمراض النفسية الغير الشديدة، الشك والأوهام الاضطهادية والميول العدائية. (Rivière et Klein, 1996p20).

### ■ التقمص Identification:

يعتبر التقمص من الميكانيزمات الدفاعية السليمة في مراحل النمو المتعلقة بالطفولة والمراهقة، ولكنها تعتبر مؤشرا للصراعات في مرحلة الرشد، وفيها يندمج الفرد في شخصية أخرى، بحيث يتبنى صفاتها ونوع سلوكها لتغطية ضعف أو نقص في سلوكه (حقي، 2001).

وفي هذا الصدد يوضح تفسير مدرسة التحليل النفسي للتقمص التي تميزه في نوعين، التقمص الأولي والذي يتمثل في تقمص الطفل لشخصية والده ، وبالتالي التخلص من العقد الأوديبية، أما التقمص الثانوي فهو كل ما يتم من تقمص بعد ذلك . بالإضافة إلى أن هناك نوع آخر من التقمص، ويعرف بالتوحد بالمعتدي مثل توحد الطفل بمعلمه حين يقسو عليه. (سهير كامل، 2007).

### ■ النقل أو الإزاحة: Déplacement:

يطلق على هذا الميكانيزم أحيانا التحويل Transfère، أو النقل أو الإزاحة، وهي عملية لاشعورية تقوم بها الأنا، فعندما يعاق إشباع الموضوع الأصلي للغريزة بسبب عدم ملائمتها اجتماعيا، أو صعوبة انفعالاته السلبية منها أو التعامل معه مباشرة، فإن الأنا تستبدل ذلك الموضوع

بموضوع آخر، وتنقل إليه طاقة الموضوع الأصلي، وبذلك يجد الفرد متنفساً لهذه الطاقة في الموضوع الجديد (صبره، 2004).

ويوضح معني الإزاحة من وجهة التحليل النفسي على أنها انتقال خبرة وجدانية من موضوع تعلقها الأصلي إلى موضوع جديد، كربط الكراهية التي كانت موجهة أصلاً للأب بالمدرس. (العيسوي، 1992).

وفي هذا الصدد يمكننا القول أن الإزاحة هي حيلة دفاعية لا شعورية، أين ينقل الفرد الايجابية من موضوعها الأصلي إلى موضوع آخر أقل خطورة على حياته .

### ■ الإنكار: Déni

الإنكار أحد الميكانيزمات الدفاعية اللاشعورية التي تقوم بها الأنا لحماية نفسها من المعاناة والقلق الزائد، وبذلك ينكر الفرد على المستوى اللاشعوري واقعا ما ولا يعترف بوجوده (العيسوي، 1992).

والإنكار عملية شائعة بين الناس، ويعتبر من الميكانيزمات البسيطة في الدفاع عن الذات. وهي شائعة بين الأطفال والكبار في وقت واحد . ويمارس الفرد الإنكار على المستوى اللاشعوري أو على المستوى الشعوري . وللإنكار علاقة بلجوء الفرد إلى الخيالات والأوهام، وما يحدث في أحلام اليقظة. وإذا كان الإنكار وسيلة شائعة بين الناس، فإنهم يتفاوتون في حجم هذا الإنكار ومدى تأثيره في السلوك، وهناك من الناس من يمارس الإنكار لمثيرات أو موضوعات، أو أشياء ليست لها أهمية كبيرة، وقد يصل في بعض الحالات المرضية إلى إنكار الواقع وانسحاب الفرد كلية إلى عالم خيالي من صنعه (صبره، 2004).

ومجمل القول فالإنكار هو ميكانيزم يتخذ منه الفرد وسيلة يتحاشى بها إدراك الجوانب المؤلمة أو المهددة للذات، وبالتالي فهو نوع يلجأ إليه الفرد لرفض جوانب من الواقع الخارجي .

### ■ التعويض: Compensation

يعد التعويض من الميكانيزمات الدفاعية التي تتخذها الأنا في مواجهتها لضغط المواد المكبوتة، وغالبا ما تكون هذه المواد عبارة عن إحساسات دفينة بالعجز والدونية لدى الفرد. وقد تنشأ تلك الإحساسات إما عن أسباب حقيقية نتيجة لعاهات أو إعاقات جسمية تحد من استعداد الفرد وتقلل من كفاءته، عن هم في مثل سنه، أو نتيجة لقصور في جانب من شخصيته، وقد

ترجع هذه الإحساسات إلى أسباب وهمية غير واقعية نتيجة في إسراف المحيطين بالفرد في انتقاده وتأييده في طفولته، وتعرضه لمقارنات ظالمة أو الزج به في مناقشات غير متكافئة مع من هم أكبر منه سناً. (صبره، 2004).

وفي هذا الصدد يقول Freud أن هدف التعويض هو إخفاء النزعات غير المستحبة وترسيبها في العقل الباطن، بينما يرى ( أدلر ) أنه عملية قائمة على الشعور بالضعف، إذ تستهدف إحراز التفوق (العيسوي، 1992).

ومن خلال ما ذكرناه، فالتعويض يتمثل في إخفاء الصفة غير المستحبة تحت ستار الصفة المستحبة، والإفراط في تضخيمها، وذلك بقصد التغلب على الشعور بالضعف أو عدم القدرة.

### ■ التكوين العكسي Formation Réactionnelle :

التكوين العكسي عملية تهدف إلى حماية الذات من الضيق والتوتر الناشئ عن الحرمان من إشباع دافع غريزي ، بالإضافة إلى أن هذه العملية تهدف إلى حماية الذات من القلق المرتبط بهذا الدافع.

ويعتبر جوهر هذا الميكانيزم هو أن الفرد لا يكتفي بكبت النزعات غير المقبولة، بل يتبنى اتجاهات ونزعات مضادة للنزعات المكبوتة (صبره ، 2004).

بالإضافة إلى أن التكوين العكسي هو محاولة لاشعورية للتمويه على مشاعر غير مرغوب فيها، وذلك بإظهار سلوك في عكس الاتجاه مثلا : الفرد الذي يحاول أن يغطي ميوله العدوانية، ويظهر بدلا منها سلوكا مبالغا فيه من الرقة والطيبة. ويحدث نفس الشيء عندما يحس الفرد بالحاجة الملحة إلى العطف والحنان فيظهر نفسه بمظهر المستغني عن محبة الناس أو قريتهم.(حقي، 2001).

أما Freud فهو يؤكد في كتابه (ثلاث مقالات حول النظرية الجنسية) إن هذا الميكانيزم يساهم بقسط وفير في بناء الطبائع والفضائل الإنسانية لكونه يظهر في مرحلة الكمون.

إن فالتكوين العكسي هو حيلة لاشعورية دفاعية ، بحيث أن الفرد يعبر فيها عن عكس ما هو موجود في داخله ، وذلك دفاعا عن الذات فيقوم بتحويل الدافع اللاشعوري وغير المقبول إلى عكسه أو ضده ، وبذلك يصبح شعوريا ويمكن التعبير عنه ، وبالتالي تجنب الذات من المعاناة والقلق .

■ الانسحاب:

أشرنا إلى أن من أهم أسباب نشوء الميكانيزمات الدفاعية تجنب الألم وخفض التوتر، إلا أن الأنا قد تشعر بأنها لم تعد قادرة على تحمل الصراع والقلق وما يترتب عليهما من استصغار وتحقير الذات. وأنه لم يعد لديها أية طاقة لمواجهة الضغوط والتهديدات التي يندب بها هذا الصراع. وبذلك تلجا إلى حيلة تحمي بها نفسها وتجنبها بذل الجهد، وهي الانسحاب أو الهروب اللاشعوري من موقع الأحداث أو المواقف التي يحتمل أن تثير قلقها تجنباً لتحمل المسؤولية أو الفشل (صبره، 2004).

ويشير إلى أن الانسحاب عملية لا اجتماعية سلبية، يلجا إليها الفرد ويمارسها، ذلك أنه ينسحب للهروب من توتراته، واعتبرها على أنها أساس معظم الاضطرابات الاكتئابية، ويظهر الانسحاب أيضاً في حالات أحلام اليقظة day dreaming (حقي، 2004).

■ العدوان Agression:

يحدث العدوان عملية لاشعورية وذلك لخفض التوتر نتيجة لتأزم شديد أو لوجود عائق، ويتجه إلى هدف غير سبب العائق. وقد يكون العدوان على أشياء تافهة لا علاقة لها بمصدر التوتر مثل: قذف الحاجيات أو سب الأشياء ولعنها، وقد لا يكون العدوان صريحا، فيتخذ صورة التشهير أو حتى الامتناع عن المساعدة، كما قد يكون هدفه عاما وليس خاصا، ومن أمثلة ذلك العدوان على التقاليد والنظم وغيرها (الشاذلي، 2001).

وقد لا يقتصر الفرد على تفريغ طاقته العدوانية في مثير خارجي، وإنما يقوم بتفريغها على ذاته في حالات أشد وطأة ويقوم بتأنيبها أو يفرط في توبيخها وتعذيبها، ومن صور ذلك أن يمتنع عن الشراب والطعام، أو تمتلكه الرغبة في الانتحار أو يقدم على الانتحار فعليا. (صبره، 2004).

■ الإجتياف:

الإجتياف عبارة عن تمثّل خيالي لمواضيع وصفات تابعة لهذه المواضيع بحيث تصبح جزءا من الأنا أو الأنا الأعلى.

والاجتياف على صلة وثيقة بالتماهي. والفرق بينه وبين التماهي هو أن التماهي نوع من التغليف الخارجي لبنية مزعجة أما الإجتياف فهو تمثّل هذه البنية داخليا.

وترى Melanie Klein أن الإجتياف عملية هامة ومفيدة في الطفولة، كونها تتيح للطفل استيعاب العالم، في البداية. ويوجد دائما مع عكسه المكمل له، ألا وهو الإسقاط. وترى Klein كذلك

أن الإجتياف والإسقاط هما أول آليتان يستخدمهما الطفل كأسلوب لإبعاد كل ما هو مؤلم عن الذات، وأن هدف الإجتياف جعل مواضيع العالم الخارجي غير خطيرة، من خلال إدخالها إلى الذات وجعلها جزءا من الذات.

فالمشاعر التي لا يمكن إظهارها للخارج بسبب الخوف من العقاب والتي لا يمكن إسقاطها يتم توجيهها إلى ذات الشخص لتحبيدها. مما يؤدي إلى اتهامات الذات ومشاعر النقص والاكنتاب والى تصرفات انتحارية وتحقير الذات.

وفي الشكل السلبي من الإجتياف يتم توجيه السلوك والمشاعر العدوانية بصورة جامدة وبشكل آلي إلى الذات. أما الشكل الايجابي للاجتياف في مواجهة مواقف الحياة الخطيرة، فهو التماهي في مواقف الآخرين ومن خلال هذا التماهي يمكن إخضاع مواقف الصراع للنقد الذاتي السليم ومن ثم ينتقل المرء إلى إمكانية كونه ليس محقا دائما.

ويلعب الإجتياف دورا مهما في الحياة النفسية والصحة والمرض وبناء الشخصية.  
(سامر جميل رضوان، 2007).

### خلاصة الفصل:

وفي الختام يمكننا القول أن آليات الدفاع مفهوم تحليلي نفسي، يستخدم في وصف البنى النفسية الثابتة نسبيا وردود الأفعال الدفاعية اللاشعورية، التي يحاول الأنا بمساعدة ذاتها حماية نفسه من الصراعات النفسية التي يمكن أن تنشأ عن التباعد، أو التناقض بين رغبات دافع الهو ومطالب الأنا الأعلى أو حتى من مطالب الأنا نفسها. وقد يلجأ الفرد في كثير من الأحيان إلى استخدام الحيل الدفاعية كوسيلة لتحقيق التكيف بين عناصر ذاته المختلفة وبين المجتمع الذي يعيش فيه.

# الفصل الثالث

# منهجية البحث

1. منهج البحث.
2. مكان إجراء البحث.
3. كيفية اختيار مجموعة البحث.
  - 1.3. خصائص عينة البحث.
  4. أدوات البحث.
    - 1.4. اختبار تفهم الموضوع.
      - 1.1.4. وصف مادة الاختبار.
      - 2.1.4. خطوات تطبيق الاختبار.
      - 3.1.4. تقديم شبكة الفرز وسياقات.
      - 4.1.4. تقديم شبكة التحليل.

## 1. منهج البحث:

تعتبر ملاحظة مفاعيل المرض وسيلة لمعرفة التنظيم السوي للنفسية وذلك بتحليل أكثر سيروراتها تطورا، تحليلا تدريجيا، وكذلك فقد استعمل التحليل النفسي أيضا وهو منهج علاجي، كأساس لنظريات عن الشخصية السوية بالإضافة إلى هذه المنجزات، فقد أدخل علم النفس المرضى اتجاهها عاما إلى مجال علم النفس السوي، إذ أغناه بمعطيات تناولت الأشخاص الأسوياء والمرضى على حد سواء. وهذا الاتجاه هو المنهج العيادي فما هو هذا المنهج؟

لقد نشأ المنهج العيادي في ظل المهام الطبية، وخاصة في الطب العيادي، كرد فعل ضد التجارب المخبرية المصطنعة، التي تغفل التعقيد الدينامي في الأحداث العيانية.

بينما يقوم المنهج العيادي، بشكل معمق، على ملاحظة الأفراد (المرضى) وهم يعانون مشاكلهم، وكذلك معرفة ظروف حياتهم كلها معرفة تامة، بحيث يتيسر تأويل كل حادث في ضوء جميع الوقائع الأخرى، نظرا لأنها جميعا تشكل كلا ديناميا. ذلك هو موقف المعالج الممارس الذي يتوجب عليه على مستوى الممارسة أن يعالج أو أن يرشد مرضاه. هذا الاتجاه العيادي، في فهم السلوك الشاذ وعلاجه، والذي استخدمه ويتمر عام 1896 وعرفه بأنه " منهج في البحث يقوم على استعمال نتائج فحص مرضى عديدين، ودراستهم الواحد تلو الآخر، لأجل استخلاص مبادئ عامة أو تعميمات توحى بها ملاحظة كفاءاتهم وقصورهم".

فالعيادة النفسية هي المكان الذي يطبق فيه المنهج العيادي في البحث، والمكان الذي يتدرب فيه علماء نفسانيون على تطبيق علم النفس في مجالات الصحة النفسية. وبناء على ذلك، فالمختص النفساني يقوم بمساعدة أفراد يأتون لاستشارته لأنهم يشعرون ببعض المتاعب أو المشاكل، وحتى الإنسان السوي له أيضا مشاكله التي يمكن أن تهتم المختص النفساني العيادي. ويقول Lagache أن السيكولوجية العيادية تمتاز بصفة منهجية وهي مراقبة السلوك، والكشف بموضوعية عن تصرفات ومواقف وأوضاع كائن إنساني معين تجاه مشكلة، ثم البحث عن معنى هذا الموقف وأساسه ومنشئه، وإظهار الصراع الذي أدى إليه والإجراءات التي تهدف إلى حل هذا الصراع. (Lagache, 1979, p.32)

هذا الموقف العيادي يؤدي بصورة مبدئية إلى دراسة الحالات الفردية دراسة معمقة، التي تشكل كل حالة منها شخصا بأكمله، بقصد فهمه، ومن ثم علاجه. إذا، يستخدم المنهج العيادي في دراسة حالة فردية، وهو يستخدم لأغراض عملية من أجل تشخيص وعلاج مظاهر الاختلالات والاضطرابات النفسية.



## 1.1. أساسيات المنهج العيادي:

إن موضوع علم النفس العيادي هو الدراسة المركزة العميقة لحالة فردية، أي دراسة الشخصية في بيئتها. ويميل علم النفس العيادي إلى أن يأخذ صورة المنهج العيادي المسلح بالمقاييس المقننة، حاصرا مع ذلك اهتمامه في الوحدة الكلية لاستجابات " الكائن الإنساني العياني والكامل تجاه مشكلة". أي أنه يتناول الشخص من حيث هو وحدة كلية حالية، وزمنية في موقف، أما من حيث أهداف علم النفس العيادي، فنجد من الناحية العلمية، أن الشخص حامل مشكلة قد أساء حلها، ولذلك فقد التجأ إلى المختص النفساني طلبا للعون، ومن هنا فالهدف هو الاستشارة أو العلاج. وهذه الأهداف لا يمكن أن تتحقق إلا بالاستناد إلى معارف سيكولوجية وعلمية.

ومن هنا كما يقول Lagache فالأخصائي النفسي يجد في دراسة الحالة الطريق المباشر إلى صميم المشكلات الإنسانية.. وأن ما يعنيه هو الكائن الإنساني من حيث هو حامل المشكلة، وقد أساء حلها. فالحياة هي صراعات متعاقبة، وفقدان التكيف، ثم استعادة للتكيف، فالمشكلة المركزية في علم النفس هي التكيف، يعني الصراع وحل الصراع. (د. فيصل عباس، 1996).

وهكذا فالنظرة العيادية للسلوك هي التي تحدد التعليمات الخاصة بالعلاج، وتبين مدى تقدمه. فالدراسة المعمقة للحالات الفردية تشكل إذن السمة الأساسية للمنهج العيادي. ويبدو الاتجاه العام عند السيكولوجيين إلى اتخاذ الفرد كإطار مرجعي. كما يرى البعض أن استعمال الروايز المقننة يعتبر ك لحظة أساسية في الفحص العيادي، لأنه يتيح بشكل أفضل توضيح المسألة الفردية المطروحة على النفساني العيادي؛ وأن هذه اللحظة هي التي تميز بصورة أساسية مسعى السيكولوجي. كما يحرص بعض علماء النفس العيادي على المحافظة على وحدة الشخصية الإنسانية، إذ أنهم يهدفون إلى فهم الإنسان أكثر من تفسيره، فالحياة النفسية لا يمكن شرحها بكلمات منطقية، بالإمكان فهمها فقط وملاحظتها ووصفها بكلمات عامة مستقاة من التجربة المعاشة. ومن هذه الزاوية يبدو المنهج العيادي بنظر بعض السيكولوجيين أيلا إلى معرفة إنسانية تناقض المعرفة الطبيعية التي تعمل كأساس للمنهج التجريبي.

ومن هنا فإن دراسة الفرد وفهمه لا يمكن تلخيصها برقم، بل يجب لفهم الفرد الحدس المرهف الذي يفترض بالمختص النفساني، وبحثه عن الدوافع اللاشعورية، ومشاعره لكي يعرف المناخ الاجتماعي والعاطفي الذي أثر فيه؛ فالحدس هو صفة مميزة أيضا للمنهج العيادي. (د. فيصل عباس، 1996).

ومن هنا كان المنهج العيادي يعني الدراسة المعمقة للحالات الفردية. هذه الرؤية الدينامية للسلوك واضطراباته تنطلق مباشرة من التحليل النفسي، أي من تقنية عيادية؛ وتقنية التحليل النفسي تمتاز بعمقها وبوعيا لذاتها. وإذا كان المنهج العيادي هو الدراسة المعمقة للحالات الفردية، فالتحليل النفسي يعتبر العيادي الممتاز. ( نفس المرجع ).

ولقد اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج العيادي الذي يقوم على التناول الكيفي ضمن تميز الفرد في توظيفه النفسي وتغيره المستمر في الزمان والمكان مع محاولة احتفاظه بقدر من الثبات الذي يحقق له نسبيا انسجاما شخصيا (أو عدم الانسجام). يلجأ في هذا الإطار إلى التقنيات الإسقاطية من أجل فحص هذا الانسجام أو عدمه، وتسمح هذه الوسائل بتجسيد نوعية قدرة الفرد الآنية في مباشرة العالم والمواضيع، وفق مبدأ التميز (différenciation) والتفرد (individuation). لكن كلمة التميز قد أطلقت وفق مرجعية الآخر، أي أن الفرد متميز عن الآخرين في خصائص كثيرة تفرض عليه أن يختار طريقته الخاصة في إطار مجموعة سلوكيات يتفق معهم فيها. وحينما يطرح Perron مفهوم الشخص (personne) (R.Perron, 1997, p15) كحالة متميزة تشكل موضوع علم النفس العيادي فذلك لا يعني الاهتمام بالأفراد فقط بوصفهم حالات مستقلة عن بعضها البعض، وهذا ما ينشده الممارس النفسي في مكان عمله من أجل العلاج، بل أيضا مراعاة درجة تشابه خصائص لديه واندراجها ضمن سجل عيادي مشترك مع مجموعة من الأشخاص، ويكون ذلك غالبا لأغراض البحث العلمي الذي يتوخى تعميم النتائج قدر ما تمكنه له وسائله وتقنياته المطبقة في التحليل. هذا التناول هو في الحقيقة من صميم التناول الوظيفي (fonctionnel) الذي يختلف عن التناول التصنيفي (taxinomique) أي يولي أهمية للأنماط بالمعنى الطبي التقليدي. يساعدنا التناول الوظيفي على استخراج ما سمي طرق التوظيف (mode de fonctionnement) أي طرق التنظيم التزامني والتتابعي للعمليات النفسية (R.Perron, 1997, p19).

## 2. مكان إجراء البحث:

أجرينا البحث في مصلحة الإحسان للقصور الكلوي بالبويرة. التي تتكفل باستقبال المصابين بالقصور الكلوي المزمن التي أتاحت لنا الفرصة للتعرف على مجموعة بحثنا. (المرضى المصابون بالقصور الكلوي الخاضعين للتصفية الدموية).

وتعمل هذه العيادة على المتابعة الطبية لمرضى القصور الكلوي الخاضعين للتصفية الدموية من خلال طبيب عام وطبيبة مختصة في أمراض الكلى، بمساعدة ممرضين وذلك ثلاث مرات في

الأسبوع وهؤلاء المرضى مقسمون إلى أفواج، فوج في الصباح وفوج في المساء على مدار الأسبوع.

### 3. كيفية اختيار مجموعة البحث:

لقد تم اختيار مجموعة البحث والمكونة من خمس أفراد مصابين بالقصور الكلوي الخاضعين للتصفية الدموية (الهيموديايز) وذلك بمراعاة الشروط التالية:

#### ▪ السن:

حرصنا على أن تكون مجموعة بحثنا من المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن الخاضعين للتصفية الدموية والعمر ما بين 35 سنة و40 سنة.

#### ▪ الجنس:

كنا نود أن تكون مجموعة البحث ممثلة من كلا الجنسين كون أن الإصابة تلحق بهما على السواء، إلا أن العنصر النسوي المتواجداً بالمصحة رفض أن يكن ضمن مجموعة البحث وبالتالي اكتفينا فقط بالرجال.

#### ▪ خصوصيات المرض:

كل أفراد مجموعة بحثنا مصابون بالقصور الكلوي المزمن الخاضعين للتصفية الدموية (الهيموديايز).

أما المتغيرات الأخرى كالمستوى التعليمي، الاجتماعي، فلم تؤخذ بعين الاعتبار.

الأفراد	الجنس	السن	الحالة المدنية	تاريخ الإصابة بالمرض
(م. م)	ذكر	35 سنة	متزوج	2009
(ب. ح)	ذكر	40 سنة	متزوج	2006
(ح. ع)	ذكر	36 سنة	عازب	2011
(ب. ع)	ذكر	36 سنة	متزوج	2009
(ز. م)	ذكر	40 سنة	متزوج	2008

يمثل الجدول : خصوصيات مجموعة البحث.

## 4. أدوات البحث:

## 1.4. اختبار تفهم الموضوع (TAT)

هذا الاختبار هو اليوم من أكثر الاختبارات الاسقاطية شيوعاً، إذ يستخدم على نطاق واسع في أعمال العيادات النفسية وفي دراسة الشخصية. وتدور فكرته حول تقديم عدد من الصور الغامضة نوعاً ما، ودعوة المفحوص إلى تكوين قصة أو حكاية تصف ما يدور بالصورة وتحدث عن أحوال الأشخاص والأحداث التي تجري فيها ثم يقوم الفاحص بدراسة ما يقدمه المفحوص ويحاول أن يستشف منها ما يعتمل في نفسه من ميول ورغبات وحاجات مختلفة. (د. فيصل عباس، 2001).

ولقد لقيت الاختبارات الاسقاطية اهتماماً كبيراً من قبل العديد من الباحثين في الصحة النفسية، ممارسين كانوا أم باحثين. وقد اعتبرت كأدوات علمية ساعدتهم ومازالت تساعدهم على تناول الموضوعي للحياة النفسية ولعل أهم ما يميزها عن باقي الروايز هو الغموض النسبي لمادتها المعروضة للشخص وحرية الإجابات في حدود ما تسمح له التعليم. والتحليل النفسي يستعمل ذلك الغموض كوسيلة لتناول الظروف الداخلية، أي علاقة الإنسان مع عالمه الداخلي، واختبار تفهم الموضوع (TAT) يعتبر من أهم الروايز التي حظيت بالبحث والتطبيق من قبل الباحثين الغربيين، وقد تم تناولها من وجهات نظر متنوعة، سواء من الوجهة الطبية العقلية أو الظواهرية أو التحليلية.

أورد Anzieu (1961) في ترجمة للاختبار باسم اختبار تفهم المواضيع (test d'aperception des thèmes)، وقد نشر في شكله الأول (thematic aperception test) من قبل ك. د. مورغان وا. موراي سنة 1935، وذلك بعد محاولات أولية سبقت لدراسة التخيل، أهمها تقنية بريتان (1970) التي أعاد شوارتز (1932) استعمالها على شكل رايتر صورة الوضعية الاجتماعية الذي طبقه علي صغار الأحداث (المنحرفين) من أجل إعادة تقارير عنهم (Anzieu, 1961, p132).

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.

وقد أخذت فكرة معرفة الشخص انطلاقاً من أسلوب إنتاجه الفني (رسم، تأليف أدبي...) من الأعمال التي قدمها بورك هارت (1855) ثم بعده فرويد (1906-1910) في تحليل الآثار الفنية للشخصيات الأدبية أمثال هاملت، ماير ليوناردو دو فانسي، ودوجنس.

(Anzieu، ص131 / سي موسي، 2008).

عرض موراي بعد ذلك (1938) نتائج نظريته في الشخصية في كتاب (استبارات الشخصية) الذي طرح فيه فرضية تقمص الراوي للشخصية الرئيسية (البطل) في المشهد وعن طريقه يعبر عن حاجاته الخاصة، أما الأشخاص الآخرون فهم يمثلون الوسط الذي يحس به الفرد كضغط لتحقيق حاجاته (V.Schentoub, 1990,p5).

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 الموقعيتين الأولى والثانية) .
- قائمة السمات العامة المتمثلة في الحالات والانفعالات التي يحس بها الفرد.

ويرجع الفضل إلى بيلاك (1954) في مراجعة الاختبار من حيث إرجاعه إلى الأصول التحليلية التي انطلق منها، وذلك بالتأكيد على النظرية الموقعية الثانية (هو/ أنا / أنا أعلى) فركز على دور الأنا ووظائفه، المقاومات والدفاعات، وقد ساعده في ذلك تكوينه المتنوع كنفساني وطبيب عقلي ومطبق للتحليل النفسي (V.Schentoub, 1990, p6)

موازاة مع محاولات بيلاك ظهرت من جانب آخر محاولات عديدة لتغيير طريقة موراي باقتراح تصنيفات جديدة للحاجات إلا أنها بقيت مرتبطة بالجانب الشكلي للقصص دون تطوير تحليل خاص لمادة الاختبار. ولعل السبب في ذلك هو التمسك بمنظور سيكولوجية الأنا الذي أسسته مدرسة التحليل النفسي الأمريكي تحت كنف هارتمان ه. (V.Schentoub, p7)

رأت ف. شنتوب منذ بداية أعمالها حول TAT (1954) أن جل المحاولات قد ركزت كثيراً على الاستقلالية المطلقة للأنا في علاقته مع الطاقات المحايدة (neutralisées) وأهملت الجانب الهوامي اللاشعوري، في الوقت الذي لا بد لهذا الأنا الشعوري الذي يقود الفعل أن يكون متفتحا على الخزان النزوي والطاقوي، وأن يكون أليفاً مع الهوامات المحتواة في ذلك الخزان لكي يستمد منها (V.Schentoub, p10- 11).

اقترحت شنتوب منذ 1967 نظرية حول TAT انطلاقاً من دراسة مطولة حول مصير المظاهر الرهابية – الهجاسية لدى الطفل، متخذة مدونة ما وراء علم النفس الفرويدي. بمجموعها كمرجع أساسي لنظريتها، وذلك بتوظيف مفاهيم الموقعيتين الأولى والثانية مع وجهات النظر الثلاث :

الديناميكية والاقتصادية والموقعية، بعيدا عن خلط الوضعية التحليلية بوضعية TAT (نفس المرجع، ص16).

تجسدت نتائج أعمالها اللاحقة مع ر.دوبراي (1969-1974) بعرض تقنية تحليل وتفسير الاختبار انطلاقا من المسلمات النظرية المقدمة في إطار ما يسمى (سياق TAT) الذي يعني مجموع الآليات العقلية الملزمة بهذه الوضعية الفريدة التي يطلب فيها الشخص أن يتخيل قصة انطلاقا من اللوحة (V.Schentoub, 1990, P26)

#### 1.1.4. وصف مادة الاختبار:

يتكون الاختبار في أصله من 31 لوحة فيها صور ورسومات مبهمة اغلبها مشكلة من شخص (12 لوحة) أو أشخاص (15 لوحة) ، في حين تصور لوحات نادرة (3 لوحات) مشاهد طبيعية ، بالإضافة إلى لوحة بيضاء (رقم 16) ؛ تحمل هذه اللوحات أرقاما علي ظهرها من 1 إلى 20 ، لأنها غير موجهة في مجملها لكل الفئات من السن والجنس. فمنها ما هو مشترك لدي كل الأشخاص وهي عادة تحمل رقما فقط (عددها 11 لوحة) ، أما الأخرى الباقية فهي متغيرة حسب السن والجنس يكون فيها الرقم التسلسلي مصحوبا بالحرف الأول من الكلمة الأصلية بالانجليزية.

Boy : B أي ولد. Girl : G أي طفلة.

Man : M أي رجل. Femel : F أي امرأة

لكن المختصون فيما بعد اختاروا من اللوحات الأصلية (31) تلك التي هي أكثر دلالة وأكثر ملائمة لديناميكية (سياق TAT)، وتنتمثل في 18 لوحة من 31، بمعدل 15 أو 14 لوحة لكل صنف عوض 20، تمرر للمفحوص في حصة واحدة.

اللوحة الجنس	1	2	3BM	4	5	6BM 7BM	6GF 7GF	8BM	9GF	10	11	12BG	13B	13MF	19	16
رجل	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
امرأة	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
ولد	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
بنت	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

يمثل الجدول التالي : اللوحات المستعملة لدى كل صنف من الجنس والسن.

من الضروري أن يحترم الفاحص القائمة المختارة لأن المختصون عرفوا وضبطوا خصائصها وأبعادها، إلى جانب أنها تضم الإشكاليات الأساسية للحياة النفسية.

يجب أن تكون اللوحات مرتبة كي تعرض علي 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 .

تتنوع 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 و 19 ) هي ذات بناء واضح وتمثل أشخاصا في وضعيات مختلفة ، وهي توحى أساسا إلى السياقات الأوديبية التي تميزها أشكال التنظيم لاختلافات الأجيال والجنس ؛ تشير كل لوحة من تلك اللوحات جانبا خاصا من هذه الإشكالية العامة المتمثلة في المثلث القاعدي للإنسانية : رجل ، امرأة ، طفل .

يمكن الرجوع إلى الدليل الأول (V.Schentoub, 1990) للاطلاع على ما يسمي المحتوى الظاهري والالتماسات الباطنية لكل لوحة. سنعرض الخصائص الظاهرية والباطنية للوحات مرتكزين على الدليل المذكور.

### اللوحة الأولى:

**المحتوى الظاهري:** طفل، الرأس بين اليدين، ينظر إلى الكمنجة الموضوعة أمامه.

**المحتوى الكامن:** يرجع إلى صورة الطفل مع التأكيد على عدم النضج الوظيفي اتجاه موضوع الراشد.

### اللوحة الثانية :

**المحتوى الظاهري:** تمثل مشهد قروي فيه ثلاثة أشخاص. في الواجهة فتاة تمسك كتبا. في الخلفية رجل مع حصان، امرأة تستند إلى شجرة، تدرك عادة أنها حامل.

**المحتوى الكامن :** أكثر من أي لوحة أخرى تشير هذه اللوحة بصفة شفافة المثلث الأوديبية.

اللوحة الثالثة BM:

المحتوى الظاهري: شخص، الجنس والسن غير محددان منحني قرب مقعد، وكذلك

الشيء المرمي على الأرض غير موضح.

المحتوى الكامن: تثير إشكالية فقدان الموضوع، وترجع إلى الموقف الاكتنابي مع ترجمة جسدية.

اللوحة الرابعة:

المحتوى الظاهري: تظهر زوجا؛ امرأة بقرب رجل ينظر في اتجاه آخر.

المحتوى الكامن: تثير أساسا الصراع داخل الزوج بقطبيه الليبيدي والعدواني .

اللوحة الخامسة:

المحتوى الظاهري: امرأة متوسطة العمر، يدها على مقبض الباب، تنظر داخل الغرفة.

المحتوى الكامن: تثير صورة الأمومة التي تدخل وتنظر.

اللوحة السادسة BM:

المحتوى الظاهري: تبدي زوجا؛ رجل منشغل وامرأة مسنة تنظر في اتجاه آخر.

المحتوى الكامن: تثير تقاربا أم \_ ابن في جو من الانزعاج الذي يمكن أن يثير إشكاليات متعلقة بالتصورات الأوديبية أو أكثر بدائية .

اللوحة السادسة GF:

المحتوى الظاهري: زوجان من جنس مختلف، امرأة شابة جالسة في المستوى الأول، تلتفت إلى

رجل الذي بدوره ينحني لها، يحمل pipe في فمه.

المحتوى الكامن: اللوحة ترمي لهوام الإغراء.



**اللوحة السابعة BM:**

**المحتوى الظاهري:** رأسي رجلين الجنب بالجنب، احدهما مسن، والأخر شاب.

**المحتوى الكامن:** تثير تقاربا أب \_ ابن في جو من الصراع الوجداني يمكن أن يصبغ بالحنان أو التعارض.

**اللوحة السابعة GF:**

**المحتوى الظاهري:** امرأة، كتاب في اليد، منحنية نحو بنت صغيرة ذات التعبير الحالم، والتي تحمل دمية في يدها(الاختلاف في الجيل، وعدم النضج الوظيفي عند البنت).

**المحتوى الكامن:** إحياء لإشكالية العلاقات أم \_ بنت.

**اللوحة الثامنة BM:**

**المحتوى الظاهري:** في المستوى الأول، طفل، مراهق، وحده، بجانبه بندقية، يدير ظهره لمشهد في المستوى الثاني التي تمثل رجل مستلقي ينحني عليه رجلان بأداة.

**المحتوى الكامن:** إحياء التصورات التي لها علاقة بقلق الخصاء و/ أو العدوانية ضد الصورة الأبوية.

**اللوحة التاسعة GF:**

**المحتوى الظاهري:** في الواجهة امرأة غير مسنة وراء شجرة تمسك أشياء وتنتظر. في الخلفية امرأة من نفس الجيل تجري في الأسفل.

**المحتوى الكامن:** تثير إشكالية الهوية والتقمص الجنسي في إطار التنافس والغيرة.

**اللوحة العاشرة:**

**المحتوى الظاهري:** زوجان متعانقان، نجد إلا وجهيهما موضحان، التناقض بين الأسود والأبيض واضح في اللوحة.

**المحتوى الكامن:** ترجعنا إلى التعبير الليبيدي على مستوى الزوجين .

اللوحة الحادية عشر:

**المحتوى الظاهري:** منظر فوضوي مبهم، يصحبه تناقض للظل والضوء. الجزء اليساري (تتين أو ثعبان).

**المحتوى الكامن:** إيقاظ الإشكالية قبل التناسلية، تكمن في الصعود إلى مستوى أقل بدائي (إمكانية النكوص أو عدمه).

اللوحة الثانية عشر **BG:**

**المحتوى الظاهري:** منظر غابي في وسطه بركة ماء أمامها شجرة وقارب مع خلفية عشبية وهو منظر واضح.

**المحتوى الكامن:** يشير ردود الفعل الحسية ترمز الى القدرة على مواجهة العالم الخارجي، ويشير النشاط الإدراكي للشخص الى المرحلة قبل التناسلية.

اللوحة الثالثة عشر **B :**

**المحتوى الظاهري:** طفل صغير جالس على عتبة كوخ بعض ألواحه منفصلة. (تناقض الضوء في الخارج، والظل في الداخل).

**المحتوى الكامن:** يرجع إلى القدرة على البقاء وحيداً، توحى الإشارة إلى عدم نضج وظيفي (صورة الطفل). وعلى عدم ثبات المأوى الأمومي المرمز إليه بالكوخ.

اللوحة الثالثة عشر **MF:**

**المحتوى الظاهري:** في الواجهة رجل واقف، الذراع على الوجه، والخلف امرأة صدرها عار.

**المحتوى الكامن:** تحرض بصفة قوية علي التعبير الجنسي والعوانية داخل الزوج، وغالبا ما تكون العلاقة الجنسية مصحوبة هنا بالموت.

اللوحة التاسعة عشر:

**المحتوى الظاهري:** تعبير عن منظر لمنزل فوق الثلج أو مشهد بحري لباخرة وسط العاصفة مع أشباح وأمواج.

## المحتوى الكامن:

إعادة تنشيط إشكالية قبل التناسلية، المنبه يمكنه أن يعطي محتوى ومحيط يسمح بإسقاط الموضوع الجيد والسبب للشئ، واللوحة تدفع إلى النكوص واستحضار هومات مثيرة للخوف.

## اللوحة السادسة عشر :

المحتوى الظاهري: بطاقة بيضاء.

المحتوى الكامن: يرجعها إلى الطريقة التي يبني بها الفرد مواضيعه المفصلة إلى

## 2.1.4. خطوات تطبيق الاختبار:

تري الباحثة شنتوب أن اختبار TAT يمكن إجراؤه في أية وضعية تستلزم فحصا نفسيا يهدف إلى استقصاء معمق للتوظيف النفسي لدي أي شخص يطلب ذلك أو يمر بظرف صعب يعاني فيه من اضطرابات سيكومترية . في مثل هذه الحالات يلجا إلى إجراء كشف جدي يضم على الأقل اختبارين: الروشاخ و TAT ، وفي بعض الحالات عند اللزوم اختبارا ثالثا لتقييم القدرات العقلية (V.Schentoub, 1990, p37).

أما في المجال العلمي ، فيكفي إجراء اختبار TAT . بمفرده أو أي اختبار آخر وفق إشكالية البحث حيث تأخذ الأهداف وجهة أخرى مختلفة عن الأهداف العيادية التي تحري الوجهة التشخيصية والعلاجية .

يطبق الاختبار حاليا في حصة واحدة بالعدد المذكور أعلاه من اللوحات (15 لوحة لكل صنف من الأشخاص) ، واحتفظ بتعليمات ملخصة أساسا على الشكل التالي : **تخيل (ي) قصة انطلاقا من اللوحة** وهي تضع المفحوص في 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 استعمال خيالك بطريقة واقعية . فالمفحوص ملزم بربط الجانبين معا في نفس الحركة الواحدة، بربط يحول فيها تصورات الأشياء إلى تصورات الكلمات ، يقبل العواطف كما تثيرها الحركة النكوصية وفي نفس الوقت يغربلها بحيث يستطيع الفكر أن يأخذها على عاتقه (V.Schentoub, 1990, p28).

بالإضافة إلى الإيعاز التناقضي الذي تنطوي عليه التعليمية والمادة (من حيث التعارض بين المحتوى الظاهري الذي يضيق التوهم بالاعتماد على مبدأ الواقع والمحتوى الباطني الذي ينشط الآثار الذكورية الفردية المتعلقة بمبدأ اللذة)، يتدخل الفاحص من خلال دوره المزدوج لتعزيز ذلك التناقض، فهو من جهة حاضر بصفة محايدة، لا يطرح الأسئلة ولا يطلق الأحكام ولا يحقق، ومن جهة أخرى يفرض المادة والتعليمية ويسجل حوار المفحوص، فهو بذلك ممثل للخيال والواقع في نفس الوقت، أن المؤشرات الثلاثة لوضعية TAT تمثل 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 الصراعية هي التي ستحدد الطرق الخاصة والمتميزة لتوظيف الشخص .

يعلم المفحوص انه سيخضع لاختبار، حينئذ نعرفه بالاختبار بعد أن نكون حضرنا مادته مرتبة على المكتب. لا تختلف التعليمية التي نقدمها للمفحوص عن التعليمية البسيطة والمفهومة لشتنوب، لكنها تكيف وفق اللغة المستعملة من قبل المفحوص (باللغة العربية العامية أو الفرنسية)، ونبادر غالباً باللغة العربية العامية، ثم نتكيف مع لغة أو اللغات المستعملة من قبل المفحوص. تمثل الأمثلة العيادية بروز المزج بين اللغات في خطاب واحد والميل إلى استعمال اللغة العامية أو اللغة الفرنسية. يجب احترام هذه الإشكالية والانتباه لها لكي نضمن حواراً فعالاً يعزز موضوعية الفحص. يعني ذلك وجوب احترام لغة المفحوص لضمان اتصال أكثر فعالية، ولأن اختياراته تدخل في السياق الدفاعي لإنتاجه.

يستقبل أغلب الأفراد التعليمية ببساطتها، فيبدؤون مباشرة في سرد القصص. أما بعض الأفراد فيجدون صعوبة في الانطلاق ويطلبون توضيحاً خاصة من حيث كيفية التخيل أو كيفية الانطلاق: كالاتفسار عن لغة التعبير، أو طلب الاختيار بين وصف الصورة أو الاعتماد على التخيل، أو عبارات مثل: هل أعطي صورة على اللوحة؟، كيفاش قصة؟، مفهمتش مليح!، نخم أو نحكي؟.... الخ 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 بسرعة 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 الفاحص، دون إغفال تسجيل وقت الكمون والوقت الكلي لكل لوحة.

تكون التدخلات أثناء سرد القصص نادرة جداً، إلا في الحالات التي لا يستطيع بعض الأفراد الاستمرار في السرد، أو الذين يظهرون كفاً شديداً تجاه الوضعية، فنساعدهم بتشجيعهم على مواصلة التعبير أو نكرر لهم التعليم (في بداية الفحص) لتحريير تخيلاتهم أكثر في إطار ما يبدو لهم في الصورة؛ مع العلم أن الحياد لا يمثل هنا معطي أولي وإنما مبدأ يتطلب الاحترام وهدفاً نصبو إليه .

قد لا يتحمل البعض أبسط سؤال، ولا يتحمل البعض الآخر الصمت. أو يبقى في حالة كف رغم تدخلات الفاحص. فكل شيء يأخذ معني في هذا الإطار، مثل اللعب عند الطفل، إخراج سيجارة أو علبة تبغ. ليس هناك شيء راجع للصدفة. تؤخذ هذه المعطيات بعين الاعتبار عند التطبيق وعند التحليل؛ عند توفر الشروط تبقى التدخلات استثنائية وفي الحالة المثالية يلتزم الفاحص الصمت بعد إعطاء التعليم .

يصعب بناء إجابة أمام اللوحة 16 التي تتطلب إعادة صياغة التعليم لأن بياضها وفراغها يضع المفحوص بصفة مباشرة أمام مواضيعه الداخلية. تسمح نوعية الإجابات في هذه اللوحة وفي اللوحين 11 و19 بتقييم فعال لطبيعة استثمار الحدود والمواضيع، ويعجز الأفراد ذوي الحدود والهوية الهشة على التكيف مع هذا النمط من المنبهات.

### 3.1.4. شبكات الفرز وسياقات TAT:

سنقوم بعرض الشبكة المستعملة في الاختبار لفرز وتنقيط وتحليل الإجابات أو الحوار الذي ينتجه الأفراد في البروتوكولات، وسنكتفي بتقديم الهيكل العام لشبكات التحليل التي بنتها ف. شنتوب في TAT ، وذلك من أجل التركيز على استخلاص المعايير الرئيسية المعتمدة في تشخيص التوظيفات النفسية .

سنقوم الآن بعرض محتويات الشبكة (1990) المستعملة في تنقيط محتويات القصة التي ينتجها المفحوص، وذلك في جدول يتكون من أربعة سلاسل تمثل كل واحدة منها مؤشراً يعطي نظرة على الطرق أو السياقات الدفاعية التي يظهرها الفرد للتعامل مع الصراعات التي تثيرها الصور. وغالبا ما تتوزع السياقات المستعملة من طرف الأشخاص على كافة السلاسل، مع غلبة احدها على السياقات الأخرى تبعا لنموذج التوظيف النفسي المميز لكل شخص.

تتمثل السلاسل الأربعة إذن في:

● سلسلة السياقات A و B :

تحتوي على السياقات الدفاعية من النوع العصبي وخاصة الكبت مما يفسر وجود صراع نفسي بين مختلف أنظمة الجهاز النفسي فحسب النظرة المكانية الأولى هو بين الشعور \_ القبل شعور/ واللاشعور وحسب النظرة المكانية الثانية فهو بين الهو والانا الأعلى عن طريق الأنا .

● سلسلة السياقات C:

تمثل هذه المجموعة آليات تجنب الصراع وهي مقسمة إلى 5 أنواع من السياقات:

- مجموعة C/P : ونجد هذه السياقات خاصة في التنظيم الفوبي أين يسيطر الهروب وتجنب الصراع .
- مجموعة C/N : تبعث إلى الإشكالية النرجسية حيث أن الجسم في هذه الحالة لا يستعمل للجلب مثل ما هو الشأن عند الهستيرى وإنما يستعمل كوسيلة للاتصال .
- مجموعة C/M : وهي ترمي إلى الآليات من النمط الهوسي (maniaque) حسب Klein والتي تقوم ضد الاكتئاب .
- مجموعة C/C : تخص هذه المجموعة تلك السلوكات التي يقوم بها المفحوص أثناء تقديم الرائر .

وهي تدل على صعوبات مؤقتة أو دائمة في عمل الإرصان العقلي. كما قد تدل علي ضبط سياق التداعي وإعادة التنظيم.

- مجموعة C/F : بالنسبة لهذه المجموعة القلق يبدو غائبا إذ أن المنبه (اللوحة) يستثمر كموضوع حقيقي وليس كمنبع لتحريك الهومات الداخلية كما هو الشأن بالنسبة للمجموعات السابقة .

● سلسلة السياقات E :

هي مجموعة معروفة بسيطرة الهومات وهي تخص أنماط التفكير الأولية .

فالبعض منها يدل على هومات قديمة جدا وهذا لا يدل بالضرورة على كونها مرضية إلا أن كثرتها تدل على البنية الذهانية .

### ■ فيما تستعمل شبكة التنقيط؟

تستعمل الشبكة في مرحلتين :

يستعان بها في المرحلة الأولى لتنقيط خطاب المفحوص من أجل تحليل القصص ونوعية إنتاجها في كل لوحة من اللوحات التي مررناها له من قبل.

أما في المرحلة الثانية فتفيدنا في تجميع كل السياقات الواردة في نصوص البروتوكول بعد إنهاء تنقيط كل اللوحات، وذلك بحساب تكرارات كل سياق وملء الشبكة من أجل معرفة الملمح العام للتوظيف النفسي للشخص.

### 4.1.4. تقديم شبكة التحليل لـ (V. Schentoub) :

#### ■ السلسلة A (سياقات الرقابة)

الصراع النفسي الداخلي.

#### A1

- 1- قصة تقترب من الموضوع المألوف.
- 2- لجوء إلى مصادر أدبية أو ثقافية أو إلى الحلم.
- 3- إدماج المصادر الاجتماعية والحس المشترك .

#### A2

- 1- وصف مع التعلق بالأجزاء، بما في ذلك تعابير الأشخاص وهيأتهم.
- 2- تبرير التفسير بتلك الأجزاء.
- 3- تحفظات كلامية.
- 4- ابتعاد زمني \_ مكاني.
- 5- توضيحات رقمية.
- 6- تذبذب بين تفسيرات مختلفة.
- 7- ذهاب وإياب بين التعبير النزوي والدفاعي.

- 8- تكرر، اجترار.
- 9- إلغاء.
- 10- عناصر من نمط التكوين العكسي (نظافة، نظام، تعاون، واجب، اقتصاد...).
- 11- إنكار.
- 12- تأكيد على الخيال.
- 13- عقلنة (تجريد، ترميز، عنوانة للقصة ذات علاقة بالمحتوى الظاهري).
- 14- تغيير مفاجئ لمنحى القصة (مصحوبة أو غير مصحوبة بتوقف الحوار).
- 15- عزل العناصر أو الأشخاص.
- 16- جزء كبير و/ أو صغير من الصورة مستحضر وغير موظف.
- 17- تشديد على الصراعات النفسية الداخلية.
- 18- تعبير مصغر عن العواطف.

### ■ السلسلة B (سياقات الهراء labilité)

#### الصراع النفسي العلاني

#### B1

- 1- قصة منسوجة على اختراع شخصي.
- 2- إدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة.
- 3- تقمصات مرنة ومنتشرة.
- 4- تعبيرات لفظية عن عواطف متلوثة ومكيفة حسب المنبه.



**B2**

- 1- دخول مباشر في التعبير.
- 2- قصة ذات مقاطع. تخريف بعيد عن الصورة.
- 3- تشديد على العلاقات بين الأشخاص.
- 4- تعبير لفظي عن عواطف قوية ومبالغة.
- 5- تهويل.
- 6- تصورات متضادة. تناوب بين حالات انفعالية متعارضة.
- 7- ذهاب وإياب بين رغبات متناقضة. مقصد يقوم على تحقيق سحري للرغبة.
- 8- تعجبات، تعاليق، ابتعاد عن الموضوع، مصادر/ تقديرات ذاتية.
- 9- تغليم العلاقات، ثبوت (فرض) الموضوع الجنسي و/ أو الرمزية.
- 10- تعلق بأجزاء نرجسية ذات ميل علائقي.
- 11- عدم الاستقرار في التقمصات. تردد حول جنس و/ أو سن الأشخاص.
- 12- تشديد على موضوع من نوع: ذهاب، جري، قول، هروب...
- 13- حضور مواضيع الخوف، الكارثة، الدوار... في سياق من التهويل.

■ **السلسلة C (سياقات التجنب)**

**CP**

- 1- وقت كمون أولى طويل و/ أو توقعات داخل القصة.
- 2- ميل عام إلى التقصير.
- 3- عدم التعريف بالأشخاص.
- 4- عد توضيح دوافع الصراعات، قصص مبتذلة للغاية، مبنية للمجهول، تلبيس.
- 5- اضطرار إلى طرح أسئلة. ميل إلى الرفض. رفض.

6- استحضار عناصر مقلقة متبوعة أو مسبقة بتوقعات في الحوار.

### CN

- 1- تشديد على الانطباع الذاتي (غير علائقي).
- 2- مصادر شخصية أو تاريخية ذاتية.
- 3- عاطفة- معنونة.
- 4- هيئة دالة على العواطف.
- 5- تشديد على الخصائص الحسية.
- 6- تشديد على رصد الحدود والحواف.
- 7- علاقات مرآتية.
- 8- إظهار لائحة (صورة أو لوحة فنية).
- 9- نقد ذاتي.
- 10- أجزاء نرجسية. مثلثة ذاتية.

### CM

- 1- استثمار فائق لوظيفة الاستناد على الموضوع .
- 2- مثلثة الموضوع (ميل ايجابي أو سلبي).
- 3- استخفاف، لف ودوران.

### CC

- 1- إثارة حركية. إيماءة و/ أو تعبيرات حركية.
- 2- طلبات موجهة للفاحص.
- 3- انتقادات للأداة و/ أو للوضعية.
- 4- سخريّة، استهزاء.

5- غمز للفاحص.

### CF

1- تمسك بالمحتوى الظاهري.

2- تشديد على الحياة اليومية والعملية، الحالي والملموس.

3- تشديد على الفعل.

4- لجوء إلى المعايير الخارجية.

5- عواطف ظرفي

### ▪ السلسلة E (بروز السياقات الأولية)

#### E

1- عدم إدراك موضوع ظاهري.

2- إدراك اجتزاء نادرة و/ أو غريبة.

3- تبريرات تعسفية انطلاقا من هذه الأجزاء.

4- مدركات خاطئة.

5- مدركات حسية.

6- إدراك مواضيع مفككة (و/ أو مواضيع منهارة أو أشخاص مرضى، مشوهون). تخريف خارج الصورة.

7- عدم تلاؤم بين موضوع القصة والمنبه. تجريد، رمزية غامضة (غيبية).

8- تعبيرات (فظة) مرتبطة بموضوع جنسي أو عدواني.

9- تعبير عن عواطف و / أو تصورات قوية مرتبطة بأية إشكالية ( مثل العجز، الافتقار، النجاح العظامي الهوسي، الخوف، الموت، التدمير، الاضطهاد...).

10- دأب أو مواظبة.

- 11- اختلاط الهويات ( تداخل الأدوار).
- 12- عدم استقرار المواضيع.
- 13- اختلال التنظيم في التتابع الزماني و / أو المكاني.
- 14- إدراك الموضوع الشرير، مواضيع الاضطهاد.
- 15- انشطار الموضوع.
- 16- بحث تعسفي عن مغزى الصورة و / أو تعابير الوجه أو الهيات الجسمية .
- 17- أخطاء كلامية ( اضطرابات في التركيب اللغوي ).
- 18- ترابط جواربي، بالجناس، انتقال مفاجئ من موضوع إلى آخر غير متجانس.
- 19- ارتباطات قصيرة.
- 20- إبهام، عدم تحديد، غموض الخطاب.

# الفصل الرابع

## عرض وتحليل النتائج

1. عرض وتحليل الحالات.
2. تحليل ومناقشة النتائج.
3. خلاصة البحث.
4. التوصيات والاقتراحات.

تمهيد:

سننتظر من خلال هذا الفصل إلى تقديم الحالات ثم عرض وتحليل النتائج لكل حالة .

1. الحالة الأولى:

اسمه ( م. م ) عمره 35 سنة مصاب بالقصور الكلوي ليس بالفترة الطويلة وهو متزوج ورب عائلة. ويقطن بالا خضرية ولاية بالبويرة ومن خلال ما يلي سوف نعرض بروتوكول هذه الحالة مع السياقات الدفاعية المستعملة فيه.

1.1 بروتوكول السياقات الدفاعية المستعملة:

اللوحة الأولى:

(20) "بيتسم هذه الصورة تعبر على حنان، فنان بلاك هذا راه اخم بصح اتخمام نتاعو، معلباليش راه اخم على الآلة هذا كمان ولا حاجة وحدة أخرى. نورمالمو على الكمان على الأغنية نتاعو على الكلمات نتاعو، معلباليش يضحك.

دينامية السياقات الدفاعية:

دخول مباشر في الكلام (B2.1) يتبعها بعاطفة معنونة (CN3) ، تليها تحفظات كلامية (A2.3) وتشديد على الصراعات الداخلية (A2.17) تتخللها تحفظات كلامية (A2.3) واجترار في الكلام (A2.8) مع تذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6) وتحفظات كلامية (A2.3) ويختم كلامه بايماءات (CC1).

المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة في اللوحة الأولى نلاحظ أن الحالة استعملت سياقات من نوع الرقابة التي طغت على محتوى كلامه ويتبعه بسياقات من نوع الكف ونوع واحد من سياقات المرونة وبالتالي فان المقروئية متوسطة لأنه لم يكن هناك مرونة في استعمال السياقات الدفاعية.

اللوحة الثانية:

(16) " يتأمل bon هذي أم راهي كاين مزرعة على حساب واش راني نشوف كاين أم متكية مسندة على شجرة وابنة نتاعها ذاهبة إلى المدرسة والأم حامل بابنها والبنيت نتاعها من قوة التخمام عليها

راهي رايحة للكلية وتختم في يماها راهي رايحة بزاف تختم كي كانت في كرشها هي تتعب صافي البننت تأثرت بعاطفة كبيرة كيشافت يماها حامل .

#### دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP.1) يبدأ كلامه بعنوانة للقصة ذات علاقة بالمحتوى الظاهري (A2.13) وقصة تقترب من الموضوع المؤلف (A1.1) مع تذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6) متبوعة بتشديد على الصراعات النفسية الداخلية (A2.17) واجترار في الكلام (A2.8) ويختم كلامه بتعبيرات لفظية عن عواطف متلونة ومكيفة حسب المنبه (B1.4).

#### المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة في اللوحة الثانية فان الحالة استعملت سياقات من نوع السلاسل الثلاث وكانت السياقات الخاصة بالرقابة هي التي طغت على محتوى القصة وتليها سياقين واحد من نوع الكف والآخر من نوع المرونة وبذلك فالمقروئية متوسطة لأنه لا توجد مرونة في استعمال السياقات الدفاعية.

#### اللوحة 3BM:

(33) هذا شخص ولا امرة ، مانيش نشوف على حساب واش راني نشوف يصمت يتأملها هذا قبر صافي حزين على امو أو الأب تأثر عليه لدرجة وخيمة بزاف ممكن كان عايش معاهم كيما نقولو عايش معاهم ويبتسم كل لحظة جات وين تفارق مقدرش هذا الفراق هو خير يبقى واش اقولو لها يبتسم مقدرش افارق المقبرة الحاجة الوحيدة يبقى معاه في المقبرة والأم هادي راني نشوف راهي حنونة تأثرت.

#### دينامية السياقات الدفاعية:

دخول مباشر في الكلام (B2.1) ويبدأ كلامه بطلبات موجهة للفاحص (CC2) وميل إلى الرفض (CP5) ويتخلله وقت كمون أولي (CP1) مع إدراك مواضيع مفككة (E6) وإدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة (B1.2) وحديثه عبارة عن قصة منسوجة على اختراع شخصي (B1.1) يتبعها بإيماءة (CC1) مع عدم الاستقرار في التقمصات (B2.11) .



المقروئية:

من خلال السياقات المستعملة فالحالة استعملت سياقات من سلاسل مختلفة ولكن طغت في حديثه سياقات من نوع الكف وكذلك من نوع المرونة ونوع واحد من السياقات الاولية وبالتالي فالمقروئية كانت جيدة ذلك انه كانت القصة مرنة ومتسلسلة وتنوع في استعمال السياقات الدفاعية.

اللوحة الرابعة:

(19") بيتسم هذا شخص مع زوجة نتاعو، زوجة نتاعو على حساب واش نشوف متمسكة مع الزوج نتاعها هو راهو خارج هو مخبي حوايج حب اخليهم مع نفسوا نشوفو الزوجة متمسكة معاه مليح حابة تشوف واش اخصو حب يخرج باش ميفلقهمش أسباب نتاعو .

دينامية السياقات الدفاعية:

دخول مباشر في الكلام (B2.1) يتبعها بإيماءة (CC1) مع تمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) وهياة دالة على العواطف (CN4) مع تشديد على الصراعات النفسية الداخلية (A2.17) وإدخال عناصر من نمط التكوين العكسي (A2.10) واجترار في الكلام (A2.8).

المقروئية:

من خلال السياقات التالية فان الحالة استعملت سياقات من مختلف السلاسل واستعملتها بطريقة مرنة ومتنوعة وتراوحت بين سياقات الكف والرقابة والمرونة وكان محتوى القصة متسلسل وبالتالي فالمقروئية جيدة.

اللوحة الخامسة:

(30") هذه الصورة يعبر على منزل، المنزل في هذه الصورة تحتوي ممكن تحتوي على إنسان ممكن اكون راقد أو مريض، الأم جات تسقسي عليه . الأم مهما كانت بعيدة أو قريبة جات تسقسي عليه. الإنسان مادام يخزر يفتح الباب بطريقة حزينة اكون كاين إنسان مام اعبر عن حاجة أخرى الأم كانت متأثرة بشخص كان في هذا المنزل فتحت ملقاتش هذا السيد موالف تشوفو وتسقسي عليه الطريقة ألي تصبر بها روحها على الإنسان ألي كان تعزو وتخزر فيه.

دينامية السياقات الدفاعية:

دخول مباشر في التعبير (B2.1) يتبعه بعنوانه للقصة ذات علاقة بالمحتوى الظاهري (A2.13) وإدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة (B1.2) مع تذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6) يتبعها بهيأة دالة على العواطف (CN4) والتشديد على العلاقات بين الأشخاص (B2.3) .

المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة هناك مرونة في استعمال السياقات الدفاعية التي تراوحت بين سياقات الرقابة والمرونة ونوع واحد من نوع سياقات الكف وكان محتوى القصة متسلسل وبالتالي فان المقروئية جيدة.

اللوحة 6BM:

(23) "هذا إنسان مع الأم كايين حاجة جديدة عليه يقولها للام نتاعو لما قالها للام نتاعو هو متأثر قالها للام تأثرت معاه وتجاوبت معاه ممكن الأم نتاعو في الابتسامه نتاعها لقاتلو حل تبان مجربة تخزر من النافذة تخم تلقى حل وهي شافت ممكن تلقى الحل تاع الابن نتاعها يعني في حالة كي نقولو ميثوس من الحياة نتاعو.

دينامية السياقات الدفاعية:

دخول مباشر في التعبير (B2.1) وتمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) وقصة منسوجة على اختراع شخصي (B1.1) يتبعه بالتشديد على العلاقات بين الأشخاص (B2.3) مع التشديد على الصراعات النفسية الداخلية (A2.17) ويختم حديثه باجترار في الكلام (A2.8).

المقروئية:

من خلال ما جاء في حديثه فان الحالة استعملت سياقات متنوعة تراوحت بين سياقات المرونة والرقابة وسياق واحد من سياقات الكف والقصة كانت متسلسلة والسياقات متنوعة وبالتالي فالمقروئية جيدة.

اللوحة 7 BM:

(22) "بيتسم هذا ابن مع الأب نتاعو bon الابن حكاية كيما نتاعي الأب مع الابن نتاعو الابن ملوي شوية هكدايا والأب ملوي بزاف غاضب على وليدو بصح ميذلوش مام الأب اطيح الكرامة وليدي

صغير صافي شغل ينظر إليه من بعيد هو في كيما يقولو في مكان والابن في مكان مافيش حنان الابن مزعوج وباقي في حيرة ميقدرش اقول حوايج مخليهم في قلبو مام الأب في النظرة نتاعو بعيد عليه بزاف.

#### دينامية السياقات الدفاعية:

دخول مباشر في التعبير (B2.1) يتبعه بإيماءة (CC1) مع تمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) مع الرجوع إلى مصادر شخصية (CN2) يتبعه بعزل الأشخاص (A2.15) والتشديد على العلاقات بين الأشخاص (B2.3) مع التشديد على الصراعات النفسية الداخلية (A2.17) ويختم كلامه بتعابير الوجه (E16).

#### المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة هناك تنوع في استعمال هذه السياقات اذ استعملت سياقات من السلاسل الأربعة وكانت هناك مرونة في استعمالها فلم يطغى نوع على الآخر، وكان هناك سياق واحد من نوع السياقات الأولية وجاء محتوى القصة متسلسل وبالتالي فالمقروئية جيدة.

#### اللوحة 8BM:

(19") بيتسم ويصمت Bon الصورة تمثل شخص بيتسم الشخص هذا ممكن اكون واقف اكون لباس غدوة يصبح راقد ممكن ادير عملية جراحية الشخص هذا كي راه في الدنيا عندو أمل غدوة في يدين الأطباء اكون في أيدي أمينة والشيء الأول والآخر كل حاجة نخلوها لله تعالى.

#### دينامية السياقات الدفاعية:

إيماءة (CC1) ووقت كمون أولى (CP1) يتبعه بعقلنة (عنونة للقصة) (A2.13) وتليها إيماءة (CC1) مع قصة منسوجة على اختراع شخصي (B1.1) مع التشديد على الصراعات النفسية الداخلية (A2.17) ويختم كلامه إدماج المصادر الاجتماعية والحس المشترك (A1.3).

#### المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة هناك تنوع في استعمال السياقات التي تراوحت بين سياقات الرقابة والمرونة وسياقات الكف وكان هناك مرونة في استعمالها وتسلسل في محتوى القصة وبالتالي فالمقروئية جيدة.

اللوحة 10:

(23) يتأمل يصمت هادي ممكن تقدر اكون هذا إنسان تقدر تكون عند الرجوع من مكان ما مع الزوجة نتاعو على حساب الصورة ، هذا الإنسان خرج امبعد عاود ولا هو عبر عن الشعور نحو الزوجة وهي ثاني لقاتو عبرت عن الشعور نتاعها هادي صورة امرأة ، الإنسان على حساب الصورة راح لمكان رجع سالما غانما وتلاقى مع الزوجة نتاعو.

دينامية السياقات الدفاعية:

وقت كمون أولي (CP1) وتذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6) مع تمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) يتخللها تكرار في الكلام (A2.8) وهياة دالة على العواطف (CN4) مع التشديد على العلاقات بين الأشخاص (B2.3).

المقروئية :

من خلال ما جاء في القصة هناك تنوع في استعمال السياقات الدفاعية التي شملت سياقات من نوع الرقابة والكف ونوع واحد من سياقات المرونة ومحتوى القصة كان متسلسل وبالتالي فالمقروئية جيدة.

اللوحة 11 :

(15) كيفاش نشوفها ماهيش تبان لي، يتأمل فيها كوشمار يصمت هذا يقول يعبر شغل ليلة ممطرة فيها رعود نهار كحل على إنسان ما، هذا مكان بلاك تعبر عن مدينة ضاوية ، الدنيا كي تخلص نهاية سيئة زلازل أو شيء ما.

دينامية السياقات الدفاعية:

دخول مباشر في التعبير (B2.1) يتبعه إنكار (A2.11) ويعقبه وقت كمون (CP1) مع حضور موضوع الخوف (B2.13) ويليه وقت كمون آخر (CP1) يتخلله تكرار (A2.8) مع تحفظات كلامية (A2.3) وفي ختام حديثه استهله بحضور مواضيع الخوف والكارثة (B2.13).

المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة نجد أن هناك تنوع في استعمال السياقات الدفاعية التي تراوحت بين سياقات المرونة والرقابة وكذلك سياقات الكف، وبذلك هناك تنوع ومرونة في استعمال السياقات وبالتالي المقروئية جيدة.

اللوحة 12BG:

(17") يتأمل بيتسم اماءات تعبر يصمت تعبر على غابة خالية من الناس واد خال من الناس قارب خال من الصياد أو... يصمت يعني كغابة مهجورة من البشر تقدر نقولك تكون هذي الغابة كوشمار.

دينامية السياقات الدفاعية:

وقت كمون أولى (CP1) يتبعه بإيماءة (CC1) مع التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) وإدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة (B1.2) يتخلله وقت كمون (CP1) وتكرار في الكلام (A2.8) ويختم كلامه بحضور مواضيع الخوف (B2.13).

المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة هناك سياقات تنوعت بين سياقات الرقابة والمرونة وسياقات الكف التي طغت مما أدى إلى نوع من الكف والتوقفات في محتوى القصة وبالتالي يمكن القول أن المقروئية حسنة.

اللوحة 13B:

(22") يتأملها تعبر على منزل كاين بنت أو ولد أمام الباب ، الطفل هذا على حساب الصورة موالف يقعد مع الناس يلعب معاهم الإنسان هذا فجأة اختفى عليه إنسان والطفل هذا دائما واقف أمام الباب يستنى رجوع الشخص هذالك دائما ، دائما وإنشاء الله يرجع هذا الإنسان.

دينامية السياقات الدفاعية:

وقت كمون أولى (CP1) تبعه عقلنة ( عنونة للقصة ذات علاقة بالمحتوى الظاهري) (CF1) مع عدم الاستقرار في التقمصات تردد حول جنس الأشخاص (B2.11) ويتبعه تكرار (A2.8) وإدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة (B1.2) وحديثه عبارة عن قصة منسوجة على اختراع

شخصي(B1.1) يتعقبه تكرار(A2.8) وينهي حديثه بإدماج المصادر الاجتماعية والحس المشترك (A1.3).

#### المقرونية:

من خلال ما جاء في محتوى القصة هناك تنوع ومرونة في استعمال السياقات الدفاعية التي تراوحت بين سياقات المرونة والرقابة التي كانت متساوية من حيث الاستعمال وكذلك تخللت القصة سياقات من نوع الكف وكان هناك سياقين فقط وجاءت القصة متسلسلة وبالتالي فالمقرونية جيدة.

#### اللوحة 13MF:

(11") يتأملها بصمت شغل هاذ الراجل دخل للغرفة لقا هاذيك المرة بلاك مرتو بلاك ماتت ولا هو الي قتلها أو راهو ندم على واش دار.

#### دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي(CP1) يلجأ إلى تحفظات كلامية (A2.3) مع التمسك بالمحتوى الظاهري(CF1) وكذلك تحفظات كلامية (A2.3) مع تذبذب بين تفسيرات مختلفة(A2.6) ويتعقبه تكرار(A2.8) مع تعبير عن العواطف وتصورات قوية مرتبطة بتصورات الموت والخوف (E9).

#### المقرونية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة هناك تنوع في استعمال السياقات التي تراوحت بين سياقات الرقابة والكف وسياق واحد من السياقات الأولية وغابت سياقات المرونة والقصة بالتالي كانت نوعا ما متنوعة وبذلك فالمقرونية حسنة.

#### اللوحة 19:

(13") يتأملها صمت الصورة هاذي مفهمتهاش الصورة هاذي مفهمتهاش مليح صمت منقدرش نعبر عليها.

#### دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يتبعه إنكار(A2.11) يتعقبه تكرار(A2.8) ويتخلله وقت كمون آخر (CP1) وينهي حديثه بميل إلى الرفض(CP5).

المقروئية:

من خلال ما جاء في القصة هناك استعمال ضعيف للسياقات الدفاعية والتي كانت من نوع الكف والرقابة فقط وغياب السياقات الخاصة بالمرونة مما يجعل القصة ضعيفة ومبتذلة وبالتالي فالمقروئية سيئة.

اللوحة 16:

(17) "محمد محمدي راه يتمنى الشفاء العاجل لنفسه أولاً ولعائلته وكامل المرضى الشفاء العاجل إنشاء الله والحاجة الي متمنيها نكون وسط الأهل نتاعي هذا واش نتمنى من الله تعالى.

دينامية السياقات الدفاعية:

دخول مباشر في التعبير (B2.1) والرجوع إلى مصادر شخصية (CN2) مع التشديد على العلاقات بين الأشخاص (B2.3) وهيأة دالة على العواطف (CN4) مع إدماج المصادر الاجتماعية والحس المشترك (A1.3).

المقروئية:

من خلال السياقات المستعملة هناك تنوع في استعمال السياقات التي تنوعت بين سياقات المرونة والكف وسياق واحد من سلسلة الرقابة وكان محتوى القصة متسلسل وبالتالي فالمقروئية جيدة.

2.1. خلاصة السياقات الدفاعية المستعملة في بروتوكول الحالة الأولى:

سياقات E	سياقات C	سياقات B	سياقات A
E6 = 1	CP1 = 1	B1.1 = 4	A1.1 = 1
E9 = 1	CP5 = 2	B1.2 = 2	A1.3 = 3
E16 = 1	CN2 = 2	B1.4 = 1	A2.3 = 6
	CN3 = 1	B2.1 = 10	A2.6 = 5
	CN4 = 4	B2.3 = 5	A2.8 = 10
	CC1 = 6	B2.11 = 2	A2.10 = 1
	CC2 = 2	B2.13 = 3	A2.11 = 2
	CF1 = 7		A2.13 = 3
			A2.15 = 1

			A2.17= 6
المجموع = 3	المجموع = 35	المجموع = 27	المجموع = 38

يمثل الجدول التالي: السياقات الدفاعية المستعملة في بروتوكول الحالة الأولى.

إن السياقات الدفاعية المستعملة في بروتوكول الحالة الأولى متنوعة، إذ يمكننا القول أنها استعملت سياقات من السلاسل الأربعة. ولو أن سياقات العمليات الأولية كانت نادرة إلا أنها كانت حاضرة في البروتوكول.

أما بالنسبة للسياقات التي وجدت بكثرة هي سياقات الكف خصوصا الصمت قبل وخلال القصة (CP1) وكذلك تلك الخاصة بالتمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) مع هيئة دالة على العواطف (CN4)، بالإضافة إلى اللجوء إلى السلوك بالتعبير الجسدي. (CC1)

كما وجدنا أيضا سياقات الرقابة والتي كانت أكثر استعمالا في البروتوكول والتي تمثلت في الاجترار الكلامي (A2.8) والتحفظات الكلامية (A2.3)، بالإضافة إلى تذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6) والتشديد على الصراعات النفسية الداخلية (A2.17).

واستعملت الحالة سياقات من سلسلة المرونة التي كانت حاضرة في البروتوكول بكمية معتبرة خاصة تلك التي تتعلق بالدخول المباشر في التعبير (B2.1) وإدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة (B1.2) بالإضافة إلى التشديد على العلاقات بين الأشخاص (B2.3).

أما فيما يخص المقرونيات كانت معظم مقرونيات البروتوكول تتراوح بين جيدة وحسنة، وذلك يعود إلى استعمال سياقات متنوعة ومرنة، ذلك ساعد في بناء قصص بناءة ومرنة وعلى ذلك فالمقرونية العامة على العموم جيدة.



## 2. الحالة الثانية:

اسمه ( ب. ح ) مصاب بالقصور الكلوي منذ فترة عمره 40 سنة وهو متزوج ويقطن بضواحي البويرة. وسوف نعرض فيما يلي مجمل ما قاله في هذا البروتوكول.

### 1.2. بروتوكول السياقات الدفاعية المستعملة:

#### اللوحة الأولى:

(16") هذا مسكين اخم كيف بحالي راه اخم على هم الدنيا هذا يخم داير يدو على خدو ، اخم راه اخم، اخم بلاك راه جيعان، بلاك مات باباه، اخم على هم الدنيا بالك بياه فارقو بيتسم.

#### دينامية السياقات الدفاعية:

دخول مباشر في التعبير (B2.1) تستهل الحالة حديثها بالرجوع إلى مصادر شخصية (CN2) مع التشديد على الصراعات النفسية الداخلية (A2.17) يعقبه تكرار في الكلام (A2.8) يتبعه تحفظات كلامية (A2.3) مع التذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.7) ويختم حديثه باجترار (A2.8) واللجوء إلى السلوك (CC1).

#### المقروئية:

من خلال السياقات المستعملة نجد أن هناك تنوع في استعمالها والتي تراوحت بين سياقات الرقابة والكف ونوع واحد من سياقات المرونة وبالتالي فالمقروئية متوسطة.

#### اللوحة الثانية:

(14") يتأملها مفهتهاش مليح هادي مفهتهاش والله مفهتها يصمت والله مفهتها.

#### دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كون أولي (CP1) يلجأ إلى الإنكار (A2.11) والتكرار (A2.8) ويتبعه وقت كمون آخر (CP1) وإنكار (A2.11) مع ميل عام إلى التصيير (CP2).

#### المقروئية:

من خلال السياقات المستعملة هناك استعمال ضعيف للسياقات، بحيث استعملت سياقات من نوع الرقابة والكف والتي جعلت القصة ضعيفة وبالتالي فالمقروئية سيئة.

### اللوحة 3BM:

(6) يتأمل هاذي كيف كيف مفهمتهاش.

#### دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يلجأ إلى الإنكار (A2.11) وميل عام إلى التقصير (CP2).

#### المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة هناك ضعف في استعمال السياقات والتي تفتقر إلى التنوع والمرونة وبالتالي فالمقروئية سيئة.

### اللوحة الرابعة:

(8) هذا مع المرأة ولا مع بنتو والله ما نعرف راها مشاكل وخلص بلاك راهم يداوسو.

#### دينامية السياقات الدفاعية:

بعد دخول مباشر في التعبير (B2.1) يقوم بتوجيه طلبات للفاحص (CC2) مع التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) وبعد ذلك يلجأ إلى الإنكار (A2.11) ويواصل حديثه بالتشديد على الصراعات النفسية الداخلية (A2.17) تتخللها تحفظات كلامية (A2.3) واجترار في الكلام (A2.8).

#### المقروئية:

من خلال السياقات المستعملة هناك تنوع، إذ تراوحت بين سياقات الرقابة والكف ونوع واحد من سياقات المرونة وبالتالي فالمقروئية متوسطة.

### اللوحة الخامسة:

(8) يتأمل هاذي بلاك المرأة هاذي تداوس .

#### دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) تلجأ الحالة إلى تحفظات كلامية (A2.3) مع التشديد على الصراعات النفسية الداخلية (A2.17) مع ميل عام إلى التقصير (CP2).

المقروئية:

نلاحظ من خلال السياقات المستعملة غياب التنوع والمرونة إذ اقتصر استعمالها على سياقات الكف والرقابة فقط وبالتالي تفتقر القصة إلى المرونة وتميل إلى الكف والتقصير، وبذلك فالمقروئية سيئة.

اللوحة 6BM:

(11) " هذا راه مع يماه بلاك كاين حاجات حب اقولهم الها ولا قالها حاجة راهي زعفانة عليه هذا واش كاين.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد الدخول المباشر في التعبير (B2.1) والتمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) يستهل كلامه بتحفظات كلامية (A2.3) مع تذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6) وعلى العموم هناك ميل عام إلى التقصير (CP2).

المقروئية:

نلاحظ من خلال السياقات الدفاعية المستعملة هناك تنوع في استعمالها إذ تراوحت بين سياقات الكف والرقابة والمرونة، ومحتوى القصة متسلسل وبالتالي فالمقروئية متوسطة.

اللوحة 7BM:

(10) " هاذو راهم واحد راه يحكي واحد آخر راه يحكي ، يحكو على هم الدنيا كيفاش صراهم هاذيك هي.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد الدخول المباشر في التعبير (B2.1) مع التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) والتشديد على الصراعات النفسية الداخلية (A2.17) مع ميل عام إلى التقصير (CP2).

المقروئية:

هناك تنوع من خلال استعمال السياقات الدفاعية، حيث تراوحت بين سياقات الرقابة والكف والمرونة، لكن تنقصها المرونة التي تجعلها متنوعة أكثر وتساعد في تسلسل في القصة وبالتالي فالمقروئية متوسطة.

اللوحة 8BM:

(6) يتأملها يصمت هادي مفهمتهاش قاع .

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يلجأ إلي الإنكار (A2.11) وميل إلى الرفض (CP5) مع ميل عام إلى التقصير (CP2).

المقروئية:

نلاحظ من خلال استعمال السياقات الدفاعية هناك نوع واحد من سياقات الرقابة وثلاث سياقات من سياقات الكف ولا وجود لسياقات المرونة، ومحتوى القصة مبتذل للغاية، لا وجود لقصة مطلقا لعدم تنوع ومرونة في استعمال السياقات الدفاعية، وبالتالي فالمقروئية سيئة.

اللوحة 10:

(8) هاذو زوج، راجل مع مرتو عندهم مشاكل راهم اونسو بعضاهم بلاك مهمومين، اخمو وخلص.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد دخول مباشر في التعبير (B2.1) والتمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) لجأ إلى التشديد على الصراعات النفسية الداخلية (A2.17) تتخللها تحفظات كلامية (A2.3) مع اجترار في الكلام (A2.8) وميل عام إلى التقصير (CP2).

المقروئية:

من خلال السياقات المستعملة نلاحظ أن هناك تنوع في استعمال السياقات الدفاعية من مختلف السلاسل، بحيث أن هناك ثلاث سياقات من نوع الرقابة ونوعين من سياقات الكف ونوع واحد من سياقات المرونة ومحتوى القصة متسلسل نوعا ما وبالتالي فالمقروئية على العموم متوسطة.

اللوحة 11 :

(5) الدنيا كحلة وخلص مشفت والو.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد الدخول المباشر في التعبير (B2.1) مع عدم إدراك الموضوع الظاهري (E1) يلجأ إلى الإنكار (A2.11) مع ميل عام إلى التقصير (CP2).

المقروئية:

نلاحظ من خلال السياقات الدفاعية المستعملة انه استعملت سياقات من السلاسل الأربعة لكن نوع واحد من كل سياق، وبالتالي على الرغم من تواجدها كلها لكن تنقصها المرونة في استعمالها وتنوعها أكثر، ذلك ما يجعل محتوى القصة ضعيف ولا تسلسل فيها، وبالتالي فالمقروئية سيئة.

اللوحة 12BG:

(8) هادو شجر وخلص ما كان والو ما كاين والو كاين غابة وخلص ما كاين لا عباد ما كاين والو.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد الدخول المباشر في التعبير (B2.1) مع التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) وعزل العناصر (A2.15) ثم يلجأ إلى الإنكار (A2.11) يتبعه تكرار في الكلام (A2.8) ويختم كلامه بإنكار (A2.11) وميل عام إلى التقصير (CP2).

المقروئية:

نلاحظ من خلال استعمال السياقات الدفاعية أن هناك تنوع في استعمال السياقات التي تنوعت بين سياقات الرقابة التي طغت، تليها سياقات الكف وسياق واحد من سياقات المرونة، أما فيما يخص محتوى القصة ضعيف نوعا ما وتنقصه المرونة في سرد القصة وبالتالي فالمقروئية سيئة.

اللوحة 13B:

(5) يتأملها كاين مرة مسكينة تخمم وخلص هذا ما كاين .

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) مع عدم إدراك الموضوع الظاهري (E1) وإدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة (B1.2) مع التشديد على الصراعات النفسية الداخلية (A2.17) وميل إلى الرفض (CP5) وعلى العموم مجمل حديثه يميل إلى التقصير (CP2).

المقروئية:

من خلال السياقات المستعملة، استعملت سياقات من السلاسل الأربعة ولقد طغت سياقات الكف وعددها ثلاث سياقات، ونوع واحد من كل السياقات الباقية ومحتوى القصة كان ضعيف وبالتالي فالمقروئية على العموم متوسطة.

اللوحة 13MF:

(8) يتأملها هذا راجل بلاك مريض وهذيك مفهمتهاش بلاك مريضة ولا ميتة هذا واش كاين.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يلجا إلى قصة تقترب من الموضوع المألوف (A1.1) يتبعها بتحفظات كلامية (A2.6) مع إدراك مواضيع مفككة (E6) ويلجا إلى الإنكار (A2.11) تتخللها تحفظات كلامية (A2.3) مع تذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6) وميل عام إلى التقصير (CP2).

المقروئية:

من خلال السياقات المستعملة، نلاحظ أن هناك تنوع بحيث استعملت سياقات من مختلف السلاسل، ولقد طغت على محتوى القصة سياقات الرقابة تليها سياقات الكف ونوع واحد من السياقات الأولية، ومحتوى القصة فيه نوع من التسلسل على الرغم من نقص المرونة فيه، وبالتالي فالمقروئية على العموم متوسطة.

اللوحة 19:

(5) يتأملها يصمت والله معلبالي .

دينامية السياقات الدفاعية:

وقت كمون أولي (CP1) يلجأ إلى الإنكار (A2.11) وميل إلى الرفض (CP5) وميل عام إلى التقصير (CP2).

المقرونية:

نلاحظ من خلال استعمال السياقات الدفاعية أن سياقات الكف طغت وعددها ثلاث سياقات وسياق واحد من سياقات الرقابة، وبذلك يمكن القول انه لا يوجد تنوع ومرونة في استعمال السياقات الدفاعية ومحتوى القصة خالي، أي لا وجود لقصة على الإطلاق وهو ميل إلى الرفض وبالتالي فالمقرونية سيئة.

اللوحة 16:

(9) "واش نحكي رانا في المرض، رانا نعانو، رانا نعانو نجو من 4 تاع الصبح وعلى 12 نخرجو هذا ما نحكي.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد الدخول المباشر في التعبير (B2.1) يلجأ إلى مصادر شخصية (CN1) والتعبير عن عواطف وتصورات قوية مرتبطة بتصورات الخوف والعجز (E9) وكما يلجأ إلى توضيحات رقمية (A2.5) وعلى العموم حديثه فيه ميل عام إلى التقصير (CP2).

المقرونية:

نلاحظ من خلال استعمال السياقات الدفاعية هناك تنوع في استعمالها، إذ استعملت سياقات من السلاسل الأربعة ومحتوى القصة متسلسل وعلى العموم فالمقرونية متوسطة.

2.2. خلاصة السياقات الدفاعية المستعملة في بروتوكول الحالة الثانية:

سياقات E	سياقات C	سياقات B	سياقات A
E1 = 1	CP1 = 8	B1.2 = 1	A1.1 = 1
E6 = 1	CP2 = 7	B2.1 = 8	A2.3 = 6
E9 = 1	CP5 = 3		A2.5 = 1
	CN1 = 1		A2.6 = 3

	CN4 = 1 CC1 = 1 CC2 = 1 CF1 = 5		A2.7 = 1 A2.8 = 6 A.11 = 10 A2.15 = 1 A2.17 = 6
المجموع = 3	المجموع = 27	المجموع = 9	المجموع = 33

### يمثل الجدول التالي: السياقات الدفاعية المستعملة في بروتوكول الحالة الثانية.

إن السياقات الدفاعية المستعملة في بروتوكول الحالة الثانية متنوع إذ يمكننا القول أنها استعملت سياقات من السلاسل الأربعة ولو أن سياقات سلسلة العمليات الأولية كانت نادرة إلا أنها كانت حاضرة في البروتوكول.

أما السياقات التي وجدت بكثرة هي سياقات الكف خصوصا تلك التي تتعلق بالصمت قبل وخلال القصة (CP1) بالإضافة إلى اللجوء إلى الرفض (CP5) والميل العام إلى التقصير (CP2).

كما وجدنا أيضا سياقات الرقابة والتي كانت أكثر استعمالا في البروتوكول تمثلت في الاجترار الكلامي (A2.8) وتذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6) بالإضافة إلى التشديد على الصراعات النفسية الداخلية (A2.17).

واستعملت الحالة عدة سياقات من سلسلة المرونة خصوصا تلك التي تتعلق بالدخول المباشر في التعبير (B2.1) وإدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة (B1.2).

أما فيما يخص المقرونيات تراوحت بين متوسطة وسيئة في البروتوكول، ويعود ذلك إلى أن الحالة استعملت سياقات غير متنوعة واقتصر ذلك على سياقات الكف والرقابة والتي تعرقل نوعا ما من بناء قصص مرنة ومتسلسلة وعلى العموم المقرونية العامة لبروتوكول الحالة الثانية متوسطة.



### 3. الحالة الثالثة:

واسمه (ح.ع) وهو مصاب بالقصور الكلوي منذ فترة قصيرة جدا وعمره 36 سنة وهو غير متزوج. وهو يقطن بالشرفة، وفيما يلي سوف نعرض ما جاء في كلامه من خلال اختبار تفهم الموضوع.

#### 1.3. بروتوكول السياقات الدفاعية المستعملة:

##### اللوحة الأولى:

("8) يتأمل يصمت C'est un enfant ميعرفش يلعب مليح على، mal، le violant، ميعرفش مليح غاذو الحال، كان حاب يلعب مليح.

##### دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يستهل كلامه بعقانة (A2.13) مع التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) يتبعه باجترار في الكلام (A2.8) ويختم كلامه بذهاب وإياب بين رغبات متناقضة، مقصد يقوم على تحقيق سحري للرغبة (B2.7).

##### المقروئية:

نلاحظ من خلال السياقات المستعملة أن هناك تنوع، حيث استعملت سياقات من مختلف السلاسل وكان فيها نوع من المرونة التي جعلت من القصة نوعا ما متسلسلة وبالتالي فالمقروئية متوسطة.

##### اللوحة الثانية:

("20) يتأملها يتمعن شوية c'est flou متبانس مليح bon l'évolution, changement التغييرات التي صارت، وحدة paysanne فلاحه وحدة أخرى قارية certain niveau les livres كايين وحد الحاجة un point semblable اخموا كامل هاذيك تخمم هاذي تخمم بلاك peut dire هاذي قارية le même problème وهاذيك لا، اخموا فيه.

##### دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يلجأ إلى الإنكار (A2.11) يتبعه بعقانة (A2.13) مع التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) والتشديد على الصراعات النفسية الداخلية (A2.17) تتخللها تحفظات كلامية (A2.3) وتكرار في الكلام (A2.8).

## المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة نلاحظ أن هناك تنوع في استعمالها، حيث طغت السياقات الخاصة بالرقابة تليها تلك الخاصة بالكف وغياب السياقات الأخرى وعلى العموم محتوى القصة متسلسل وبالتالي فالمقروئية جيدة.

## اللوحة 3BM:

(9) "يحرك رأسه طفل صغير c'est un enfant لقا روجو dans une position عجباتو رقد لابس مليح pas pauvre, pas malade كان راقداً.

## دينامية السياقات الدفاعية:

دخول مباشر في التعبير (B2.1) ويلجأ إلى التعبير بالسلوك (CC1) يتبعه بعقلنة (A2.13) وقصة تقترب من الموضوع المألوف (A1.1) مع التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1).

## المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة نلاحظ أن هناك تنوع في استعمالها على الرغم من عدم كثرتها إلا أن هناك تسلسل في محتوى القصة وبالتالي فالمقروئية جيدة.

## اللوحة الرابعة:

(9) John Will يصمت c'est un supplice هذا زعف حب اروح هادي elle supplée حابة تفهمو، بيناتهم il ya quelque chose هذا dessus هادي ماشي حابة lui perdre حابة تفهمو، c'est une scène tragique.

## دينامية السياقات الدفاعية:

بعد الدخول المباشر في التعبير (B2.1) يستهل كلامه بالتأكيد على الخيال (A2.12) ثم تعقبه فترة صمت (CP1) يلجأ إلى العقلنة (A2.13) مع قصة منسوجة على اختراع شخصي (B1.1) تتخللها تعبيرات لفظية عن عواطف متلونة ومكيفة حسب المنبه (B1.4) ويختم كلامه بعقلنة (عنونة للقصة) (A2.13).

المقروئية:

نلاحظ من خلال السياقات الدفاعية المستعملة أن هناك تنوع ومرونة في استعمالها، إذ استعملت سياقات من نوع المرونة والرقابة وسياقات الكف، مما جعل محتوى القصة متسلسل وبالتالي فالمقروئية جيدة.

اللوحة الخامسة:

("8) إيماءة صمت هادي la femme d'après une scène incomplète ,  
une femme de la chambre هادي داخل la chambre هادي  
chambre ، il ya une personne assis ancienneté, 18 siècle européenne

دينامية السياقات الدفاعية:

يلجأ إلى التعبير بالسلوك (CC1) ووقت كمون أولي (CP1) يلجأ إلى قصة منسوجة على اختراع شخصي (B1.1) مع إدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة (B1.2) ويلجأ إلى ابتعاد زمني- مكاني (A2.4) مع التأكيد على الخيال (A2.12) .

المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة نلاحظ أن هناك تنوع ومرونة في استعمالها والتي شملت على مختلف السياقات والتي تراوحت بين سياقات المرونة والرقابة وسياقات الكف. وجاء محتوى القصة متسلسل وبالتالي فالمقروئية جيدة.

اللوحة 6BM:

("7) إيماءات يتأملها هادي , c'est la fin d'une discussion , c'est le résultat ,  
plusieurs gens يهدرو هذا c'est le contre de vrai , il est d'après l'expression il  
est déçus , est déçus مسعدا توش .

دينامية السياقات الدفاعية:

يلجأ أولاً إلى التعبير عن طريق السلوك (CC1) ويعقبه صمت (CP1) يلجأ إلى عدم التعريف بالأشخاص (CP3) وإدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة (B1.2) وكل ذلك في قصة منسوجة على اختراع شخصي (B1.1) مع تعبيرات لفظية عن عواطف متلونة ومكيفة حسب المنبه (B1.4).

المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة نلاحظ أن هناك سياقات من نوع الكف وسياقات المرونة التي كانت متساوية من حيث الاستعمال ومحتوى القصة فيه تسلسل وبالتالي فالمقروئية جيدة.

اللوحة 7BM:

(11) إيماءات ينتمى de l'esprit humain , de l'esprit humain ، واحد عندو , un esprit naïf assis intelligent assis méchant de jouer ، ماشي مليح ، contrôle pas vraiment moralement ، هاذي مليحة، il utilise l'esprit .

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد الدخول المباشر في التعبير (B2.1) يلجأ إلى التعبير بالسلوك (CC1) ويستهل حديثه بعقلنة (A2.13) مع عدم التعريف بالأشخاص (CP3) وعدم إدراك الموضوع الظاهري (E1) وقصة ذات مقاطع تخريف بعيد عن الصورة (B2.2).

المقروئية:

نلاحظ من خلال السياقات المستعملة أن هناك تنوع في استعمال السياقات التي كانت من السلاسل الأربعة وكان استعمالها مرن ومحتوى القصة متسلسل وبالتالي فالمقروئية جيدة.

اللوحة 8BM:

(13) يصمت تقدر تقول un spectacle Santin بلاك رصاص blessé , pas malade واحد اسيو انحولو une balle هذا le médecin هذا l'ami de victime أو خوه هذا تقدر تقول c'est le responsable بلاك هو الي تيرا ، معمرة أحاسيس .une scène émouvante

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يلجأ إلى العقلنة (A2.13) مع التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) وكل ذلك في قصة منسوجة على اختراع شخصي (B1.1) يتبعه بتحفظات كلامية (A2.3) مع تذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6) تتخللها تحفظات كلامية (A2.3) ويختم كلامه بتعبير مصغر عن العواطف (A2.18).

المقروئية:

نلاحظ من خلال السياقات الدفاعية المستعملة أن هناك تنوع في استعمالها، بحيث استعملت سياقات من سلاسل مختلفة والتي تراوحت بين سياقات الرقابة والمرونة وسياقات الكف واستعمالها كان بطريقة مرنة ومحتوى القصة كان متسلسل وبالتالي فالمقروئية جيدة.

اللوحة 10:

("5) يصمت بلاك un père et fils، بلاك un père et fils، أو deus frère

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يلجأ إلى تحفظات كلامية (A2.3) يتبعها بعقلنة (A2.13) مع عدم إدراك الموضوع الظاهري (E1) يعقبه بتكرار في الكلام (A2.8) مع تذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6) وعلى العموم حديثه فيه ميل عام إلى التقصير (CP2).

المقروئية:

نلاحظ من خلال السياقات الدفاعية المستعملة أن هناك تنوع في استعمالها، إذ استعملت سياقات من سلاسل مختلفة ولقد طغت سياقات الرقابة ومحتوى القصة جاء نوعاً ما متسلسل وبالتالي فالمقروئية متوسطة.

اللوحة 11:

C'est flou, l'essentiel dans le travaille beaucoup de mouvement, beaucoup de force, force naturel, la force de la nature, les montagnes, la force humain, un combat entre l'homme et la nature.

دينامية السياقات الدفاعية:

دخول مباشر في التعبير (B2.1) يلجأ إلى الإنكار (A2.11) ويتبعه بقصة ذات مقاطع وتخريف بعيد عن الصورة (B2.2) مع إدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة (B1.2) وابتعاد عن الموضوع (B2.8).

المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة نلاحظ أن هناك تنوع من حيث الاستعمال، اذ وجدت سياقات من نوع المرونة التي طغت وسياقات الرقابة ومحتوى القصة متسلسل وبالتالي فالمقروئية جيدة.

اللوحة 12BG:

(10) يصمت هادي l'automne, une saison ni chaude ni froide, مكاش العباد une lac . حبست عندها اشحال، un milieu abandonné, abandonné، حزينة بزاف، نسميها tristesse .

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يلجأ إلى العقلنة (A2.13) مع التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) وإدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة (B1.2) وتعبير لفظي عن عواطف قوية ومبالغة (B2.4) ويختم كلامه بعاطفة معنونة (CN3).

المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة نلاحظ أنها متنوعة، حيث وجدت سياقات من مختلف السلاسل، ولقد استعملت بطريقة مرنة ومحتوى القصة متسلسل وبالتالي فالمقروئية جيدة.

اللوحة 13B:

L'espoir, un petit enfant، تقدر تقول عندو الطموحات كثر من l'Age نتاعو، un enfant .l'espoir de misère, un temps de guerre, un enfant espéré

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد الدخول المباشر في التعبير (B2.1) يستهل حديثه بعقلنة (A2.13) وجاء حديثه عبارة عن قصة ذات مقاطع (B2.2) يتخلله ابتعاد زماني (A2.4) ويختتم حديثه بعقلنة (عنوان للقصة) (A2.13).

المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة نلاحظ أن هناك سياقات من نوع المرونة والرقابة وكانت هناك مرونة في استعمالها ومحتوى القصة متسلسل وبالتالي فالمقروئية جيدة.

اللوحة 13MF:

("9) هادي marier، هذا راجلها بلاك شاف حاجة معجباتوش ولا كاش ما دار ندم عليه، المرة هادي تبان بلاك elle est malade.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد دخول مباشر في التعبير (B2.1) يستهل حديثه بعقلنة (A2.13) مع التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) ثم يلجأ إلى تحفظات كلامية (A2.3) يتخللها تذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6) يتبعه بتكرار في الكلام (A2.8) ويختم كلامه بادراك مواضيع مفككة (E6).

المقروئية:

من خلال السياقات المستعملة نلاحظ أن هناك سياقات متنوعة من السلاسل الأربعة وكانت هناك مرونة في استعمالها، ومحتوى القصة متسلسل وبالتالي فالمقروئية متوسطة.

اللوحة 19:

("8) يصمت هادي تشبه les cauchemars . le genre de mouvement qui dérange, un autre monde.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يستهل كلامه بعقلنة (A2.13) مع حضور مواضيع الخوف (B2.13) وعدم إدراك الموضوع الظاهري (E1) و على العموم حديثه فيه ميل عام إلى التقصير (CP2).

المقروئية:

من خلال السياقات المستعملة نلاحظ أن هناك سياقات من السلاسل الأربعة على الرغم من عدم كثرتها إلا أن في استعمالها كانت هناك مرونة، ومحتوى القصة متسلسل وعلى ذلك فالمقروئية متوسطة.

اللوحة 16:

Enfin, la blancheur viens de vie, pleine de plaisance de bonne santé, le blanc bien un monde complet. تقدر تهرب فيه وتحس bien، كيما يقولو un espace حبيت تكون bien تكون une fenêtre , للحاجة لمليحة.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد الدخول المباشر في التعبير (B2.1) يستهل كلامه بقصة منسوجة على اختراع شخصي (B1.1) مع هياه دالة على العواطف (CN4) ويلجأ إلى إدماج المصادر الاجتماعية والحس المشترك (A1.3) يعقبه تكرار في الكلام (A2.8) ويختم كلامه بعقلنة (A2.13).

المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة نلاحظ أن هناك تنوع في استعمالها، إذ وجدت سياقات من نوع المرونة والرقابة وسياقات الكف ولقد استعملت بطريقة مرنة ومحتوى القصة كان متسلسل وكل ذلك يجعل من المقروئية جيدة.

2.3. خلاصة السياقات الدفاعية المستعملة في بروتوكول الحالة الثالثة:

سياقات E	سياقات C	سياقات B	سياقات A
E1 = 3	CP1 = 9	B1.1 = 3	A1.1 = 1
E6 = 1	CP2 = 2	B1.2 = 4	A1.3 = 1
	CP3 = 2	B1.4 = 2	A2.3 = 5
	CN3 = 1	B2.1 = 4	A2.4 = 2
	CN4 = 1	B2.2 = 3	A2.6 = 3
	CC1 = 4	B2.4 = 1	A2.8 = 5
	CF1 = 6	B2.7 = 1	A2.11 = 2
		B2.8 = 1	A2.12 = 2
		B2.13 = 1	A2.13 = 14
			A2.17 = 1



			A2.18 = 1
المجموع = 4	المجموع = 25	المجموع = 20	المجموع = 37

### يمثل الجدول التالي : السياقات الدفاعية المستعملة في بروتوكول الحالة الثالثة.

إن السياقات الدفاعية المستعملة في البروتوكول متنوعة إذ يمكننا القول أنها استعملت سياقات من السلاسل الأربعة ولو أن سياقات السلسلة العمليات الأولية كانت نادرة إلا أنها كانت حاضرة في البروتوكول.

أما السياقات التي كانت أكثر استعمالاً في البروتوكول هي سياقات الرقابة تمثلت في التحفظات الكلامية (A2.3) والاجترار (A2.8) بالإضافة إلى العقلنة (A2.13) والإنكار (A2.11).

كما وجدنا أيضاً سياقات المرونة التي استعملت بكثرة خصوصاً تلك التي تتعلق بقصة منسوجة على اختراع شخصي (B1.1) وإدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة (B1.2) بالإضافة إلى تلك التي تتعلق بالدخول المباشر في التعبير (B2.1).

كما نجد أيضاً السياقات الخاصة بالكف والتي وجدت بكثرة خاصة تلك التي تتعلق بالتمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) والصمت قبل القصة (CP1) واللجوء إلى السلوك (CC1) بالإضافة إلى هيئة دالة على العواطف (CN4).

أما فيما يخص بالمقرونيات فلقد تراوحت بين متوسطة وجيدة، وذلك يعود إلى استعمال سياقات من مختلف السلاسل، وجاءت متنوعة ومرنة والتي بدورها ساعدت على بناء قصص مرنة ومتسلسلة، وعلى العموم فالمقرونية العامة جيدة.

#### 4. الحالة الرابعة:

اسمه (ب. ع) مصاب بالقصور الكلوي المزمن ليس بالفترة الطويلة متزوج وليس لديه أطفال وعمره 36 سنة ويقطن بضواحي البويرة. ومن خلال تطبيقنا لاختبار تفهم الموضوع سوف سنعرض مجمل محتوى البروتوكول.

#### 1.4. بروتوكول السياقات الدفاعية المستعملة:

##### اللوحة الأولى:

("11") يتأملها هاذي instrument de musique ولا واشني هاذي، هذا طفل يسمع موسيقى، هذا مراهش يسمع هو الي يحركها، هذا راه اركز ، يحس بتركيز.

##### دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يستهل كلامه بطلبات موجهة للفاحص (CC2) يتبعه بعقلنة (A2.13) مع التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) مع التشديد على الفعل (CF3) وعلى العموم القصة عبارة عن مقاطع (B2.2) مع ميل عام إلى التقصير (CP2).

##### المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة نجد أن هناك سياقات من نوعين فقط والمتمثلة في سياقات الكف ونوع واحد من سياقات المرونة ومحتوى القصة نوعا ما متسلسل لأنه جاء على شكل مقاطع وبالتالي فالمقروئية متوسطة.

##### اللوحة الثانية:

("13") هذا منظر طبيعي، يتأملها منظر طبيعي في الريف، هاذي حقول أو مياه، العلاقة هاذي راهي الكتب مع الطبيعة، هنا الإنسان لقا رحو مصدر الإلهام التعبير عن المشاعر، راحة النفس، راحة البال.

##### دينامية السياقات الدفاعية:

دخول مباشر في التعبير (B2.1) يلجأ إلى العقلنة (A2.13) ويعقبه صمت (CP1) قصة تقترب من الموضوع المؤلف (A1.1) والتمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) دون التعريف بالأشخاص (CP3) واللجوء إلى مصادر أدبية (A1.2) مع تعبير مصغر عن العواطف (A2.18).

المقروئية:

من خلال السياقات المستعملة نجد أن هناك تنوع، حيث استعملت سياقات من سلاسل مختلفة وطغى على محتوى القصة سياقات من نوع الرقابة والكف وسياقات المرونة ولقد كانت مرونة في استعمالها ومحتوى القصة جاء متسلسل وعلى ذلك فالمقروئية جيدة.

اللوحة 3BM:

(11) "هاذي راهي في البيت نورمالمو، هاذي الشخصية راهي منزوية في البيت يعبر عن الكآبة يصمت عبارة عن خلو، شخصية تعبر عن انفراد، الانزواء والانفراد يؤدي إلى الاشمئزاز، الكآبة، الضغوطات النفسية، شخص منهار نفسيا عندو أعراض.

دينامية السياقات الدفاعية:

دخول مباشر في التعبير (B2.1) يستهل كلامه بعقلنة (A2.13) مع عدم التعريف بالأشخاص (CP3) ويلجأ إلى الصمت (CP1) وقصة ذات مقاطع، تخريف بعيد عن الصورة (B2.2) مع عدم تلاؤم بين موضوع القصة والمنبه (E7) بالإضافة إلى إدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة (B1.2) مع إدراك مواضيع مفككة (E6).

المقروئية:

نلاحظ من خلال السياقات الدفاعية المستعملة أن هناك تنوع، إذ استعملت سياقات من السلاسل الأربعة وكانت هناك مرونة في استعمالها ومحتوى القصة لا يخلو من التسلسل وعلى ذلك فالمقروئية جيدة.

اللوحة الرابعة:

(9) "بيتسم تنافر من جهة الشخصية الأولى، يعني تحاول أن تجذب الانتباه، تحاول أن تهدا من الأعصاب، والطرف الآخر العكس راه في حالة نرفزة قلق مراهش مهتم بما حوله كيما نقولو تناقض بين العقليين.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد الدخول المباشر في التعبير (B2.1) يستهل كلامه بإيماءة (CC1) وعقلنة (A2.13) وعدم التعريف بالأشخاص (CP3) مع التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) وتصورات متضادة تناوب بين حالات انفعالية متعارضة (B2.6).

المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة نلاحظ أنها متنوعة، إذ استعملت سياقات من سلاسل مختلفة وكانت هناك مرونة في استعمالها، ومحتوى القصة جاء متسلسل و على ذلك فالمقروئية جيدة.

اللوحة الخامسة:

(15) يصمت هادي على حساب الصور محاولة إدراك أو فهم ماذا يحدث في الغرفة، يعني مراقبة الغرفة، كأنها تبحث عن شيء أو تتأكد من صحة شيء، عندها اهتمام في المكان هذا سمعت حاجة أو شافت حاجة أو جات حالة استطلاع.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يستهل كلامه بعقلنة (A2.13) مع عدم التعريف بالأشخاص (CP3) وتذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6).

المقروئية:

نلاحظ من خلال السياقات الدفاعية المستعملة أن هناك استعمال لنوعين فقط من السياقات والتي كانت من نوع الرقابة والكف ومحتوى القصة جاء متسلسل ومرونة و بالتالي جاءت المقروئية جيدة.

اللوحة 6BM:

(14) يتأملها هذا الشخص عندو ممكن مشكل مع الطرف الآخر، ممكن مع الزوجة، راه احاول افكر في أمر ما، كلتا الشخصيتين عندو حاجة افكرو في موضوع للحل عن طريق السكوت، يحاول أن يجد حل للمشكلة نتاعو، طريقة للنقاش للموضوع.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يلجأ إلى عقلنة (A2.13) تتخللها تحفظات كلامية (A2.3) وإدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة (B1.2) مع التشديد على الصراعات النفسية الداخلية (A2.17) يعقبه تكرار في الكلام (A2.8).

المقروئية:

نلاحظ من خلال السياقات الدفاعية المستعملة أنها متنوعة، إذ استعملت سياقات من الكف والرقابة وسياقات المرونة ومحتوى القصة فيه مرونة وتسلسل وبالتالي فالمقروئية جيدة.

اللوحة 7BM:

(10") يتأملها شخصية، هاذ الشخص كبير في السن والشخصية الأخرى اقل سن، ربما يكون في إطار العمل أو في البيت، يقدم نصائح أو توجيهات أو طريقة للتعليم، ولا محاولة للاطلاع، هذه الشخصية تحاول تفهم واش ادير الشخصية الثانية.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يلجأ إلى العقلنة (A2.13) مع التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) ويتبعها بتحفظات كلامية (A2.3) وتذبذب بين تفسيرات كلامية (A2.6)

المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة نلاحظ أن الحالة استعملت نوعين من السياقات الدفاعية وهي سياقات الرقابة والكف، وجاء محتوى القصة مرن ومتسلسل وعلى ذلك فالمقروئية جاءت جيدة.

اللوحة 8BM:

(12") يتأملها بصمت سؤال هاذي عملية علاج، هذا مصاب يشير، هذا مريض يعالج فيه هذا الطبيب الثاني أو المساعد نتاعو سؤال هاذي بندقية صافي الإصابة جات من حادث حربي معنتها هذا مصاب في معركة راهو في حالة علاج وضع في حالة حرب.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يستهل كلامه بطلبات موجهة للفاحص (CC2) مع تعبيرات حركية (CC1) ويلجأ إلى العقلنة (A2.13) مع إدراك مواضيع مفككة (E6) ومرة أخرى طلبات موجهة للفاحص (CC2) مع ابتعاد زمني (A2.4) يعقبه تكرار في الكلام (A2.8).

المقرونية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة نلاحظ أن هناك تنوع في استعمال السياقات، إذ تراوحت بين سياقات الكف والرقابة ونوع واحد من السياقات الأولية ومحتوى القصة فيه نوع من التسلسل وعلى ذلك فالمقرونية متوسطة.

اللوحة 10:

(6) " هذا نورمالمو طفل صغير يتأملها تعبير عن مشاعر الحب والاطمئنان بلاك الصداقة، المحبة.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد دخول مباشر في التعبير (B2.1) يستهل كلامه بتحفظات كلامية (A2.8) مع عدم إدراك الموضوع الظاهري (E1) يتخلله صمت (CP1) وتعبير لفظي عن عواطف قوية ومبالغة (B2.4) ويختم كلامه بتحفظات كلامية (A2.3) مع تكرار في الكلام (A2.8).

المقرونية:

نلاحظ من خلال السياقات الدفاعية المستعملة أن هناك تنوع ومرونة في استعمالها، إذ استعملت سياقات من السلاسل الأربعة ومحتوى القصة جاء متسلسل وعلى ذلك فالمقرونية جاءت جيدة.

اللوحة 11:

(10) " يقبلها يتأملها الصورة غير واضحة تماما، مفيها والو بيتسم يقبلها غير واضحة.

دينامية السياقات الدفاعية:

يلجأ إلى إثارة حركية (CC1) ووقت كمون أولي (CP1) يستهل كلامه بعقلنة (A2.13) وبعد ذلك يلجأ إلى الإنكار (A2.11) يتخللها إيماءة وتعبير حركي (CC1) مع ميل إلى الرفض (CP5).

المقروئية:

من خلال السياقات المستعملة نلاحظ أن الحالة استعملت نوعين من السياقات، وهي سياقات الكف وسياقات الرقابة ومحتوى القصة جاء خال من أي قصة لأن فيه ميل إلى الرفض وعلى ذلك فالمقروئية متوسطة.

اللوحة 12BG:

(19) هذا منظر ريفي، فيه بستان، أشجار، الصندوق هذا معلباليش واش فيه، قمامة، معلباليش تاعش، ممكن هذا اكون زورق صغير راهو في الماء هادي المنطقة راها فيها مياه، مدخل تاع نهر لسونسيال هادي وسيلة تنقل في الماء parce - que هذا في الطبيعة.

دينامية السياقات الدفاعية:

دخول مباشر في التعبير (B2.1) يلجا إلى العقلنة (A2.13) مع التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) وتذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6) ووصف مع التعلق بالأجزاء (A2.1) مع تبرير التفسير بتلك الأجزاء (A2.2).

المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة نلاحظ أن هناك تنوع ومرونة في استعمالها، إذ استعملت سياقات من نوع الرقابة التي كانت بكثرة ونوع واحد من كل من سياقات الكف والمرونة. ومحتوى القصة فيه تسلسل ومن خلال هذا المقروئية جيدة.

اللوحة 13B:

(8) هذا طفل صغير في مدخل البيت، راه ينظر إلى شيء ما، مراهش يظهر، المسكن هذا ابان في الريف.

دينامية السياقات الدفاعية:

دخول مباشر في التعبير (B2.1) يلجا إلى العقلنة (A2.13) مع التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) وميل عام إلى التقصير (CP2).

المقروئية:

نلاحظ من خلال السياقات المستعملة أن الحالة استعملت نوعين من سياقات الكف ونوع واحد لكل من سياقات الرقابة والمرونة ومحتوى القصة فيه تسلسل على الرغم من قصر محتواها، وبالتالي فالمقروئية جاءت متوسطة.

اللوحة 13MF:

(18) يصمت ويتأملها يصمت طويلا هذي تبان رد فعل غير راضي، رجل غير راضي، المنظر هذا تاع المرأة، ممكن شاف هذا المنظر مكانش متوقعو مقدرش ينظر في هذا المنظر، غير راضي عالمنظر احوس يلتفت.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي طويل (CP1) يلجأ إلى تقديرات ذاتية (B2.8) مصحوب بعقلنة (A2.13) ولف ودوران (CM3)، وجاء حديثه كله عبارة عن اجترار في الكلام (A2.8) وميل عام إلى التقصير (CP2).

المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة أن الحالة استعملت سياقات من سلاسل مختلفة، وهي سياقات الكف والرقابة ونوع واحد من سياقات المرونة وجاء محتوى القصة فيه نوع من التسلسل وعلى ذلك جاءت المقروئية متوسطة.

اللوحة 19:

(9) يصمت ويتأملها هذا منظر جبلي، في فصل الشتاء مكسو بالثلوج يصمت ماشي واضحة مليح ويبتسم.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يستهل كلامه بعقلنة (A2.13) مع التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) يتبعه بصمت (CP1) يلجأ إلى الرفض (CP5) ويختم كلامه باللجوء إلى التعبير بالسلوك (CC1).



المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة نلاحظ أن الحالة استعملت سياقات من نوع الكف التي طغت على محتوى القصة وسياق واحد من سياقات الرقابة وجاء محتوى القصة متسلسل وبالتالي فالمقروئية متوسطة.

اللوحة 16:

(3) مانيش مستعد باش نحكي.

دينامية السياقات الدفاعية:

دخول مباشر في التعبير (B2.1) ورفض (CP5)

المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة نلاحظ أن هناك نوع واحد لكل من سياقات الكف وسياقات المرونة ولا وجود لقصة لأن الحالة رفضت اللوحة وبالتالي لا وجود لمقروئية.

#### 2.4. خلاصة السياقات الدفاعية المستعملة في بروتوكول الحالة الرابعة:

سياقات E	سياقات C	سياقات B	سياقات A
E1 = 1	CP1 = 9	B1.2 = 2	A1.1 = 1
E6 = 2	CP2 = 3	B2.1 = 7	A1.2 = 2
E1 = 1	CP3 = 3	B2.2 = 2	A2.1 = 1
	CP5 = 2	B2.4 = 1	A2.2 = 2
	CM3 = 1	B2.6 = 1	A2.3 = 3
	CC1 = 3	B2.8 = 1	A2.4 = 4
	CC2 = 3		A2.6 = 3
	CF1 = 3		A2.8 = 5
	CF3 = 1		A2.11 = 1
			A2.13 = 13

المجموع = 4	المجموع = 28	المجموع = 14	المجموع = 35
-------------	--------------	--------------	--------------

**يمثل الجدول التالي: السياقات الدفاعية المستعملة في بروتوكول الحالة الرابعة.**

إن السياقات المستعملة في البروتوكول متنوعة إذ يمكننا القول أنها استعملت سياقات من السلاسل الأربعة ولو أن سياقات سلسلة العمليات الأولية كانت نادرة إلا أنها كانت حاضرة في البروتوكول.

أما السياقات التي وجدت بكثرة هي سياقات الكف خصوصا تلك المتعلقة بالصمت قبل وخلال القصة (CP1) والتمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) بالإضافة إلى اللجوء إلى التعبير بالسلوك (CC1) وطلبات موجهة للفاحص. (CC2)

كما وجدنا أيضا سياقات الرقابة والتي كانت موجودة بكثرة في البروتوكول تمثلت في العقلنة (A2.13) والاجترار الكلامي (A2.8) مع تحفظات كلامية (A2.3) بالإضافة إلى تلك التي تتعلق بتذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6).

استعملت الحالة عدة سياقات من سلسلة المرونة خصوصا تلك المتعلقة بإدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة (B1.2) وقصة ذات مقاطع وتخريف بعيد عن الصورة (B2.2)

أما فيما يخص المقرونيات المتحصل عليها من خلال البروتوكول تراوحت بين جيدة ومتوسطة، ذلك أن السياقات المستعملة كانت متنوعة من سلاسل مختلفة، وكذلك هناك مرونة في استعمالها وذلك سهل من تكوين قصص بناءة ومتسلسلة ومقرونيات جيدة، وعلى العموم فالمقرونية العامة الخاصة ببروتوكول هذه الحالة جيدة.

## 5. الحالة الخامسة:

اسمه (ز.م) يبلغ من العمر 40 سنة متزوج وهو مصاب بالقصور الكلوي منذ فترة ويسكن بالبويرة. وفي ما يلي سوف نعرض ما جاء في البروتوكول.

### 1.5. بروتوكول السياقات الدفاعية المستعملة:

#### اللوحة الأولى:

(20) "ياحليلو مسكين راهو غايس مبحر باين il est malheureux، راهو غايس في القراءة ديالو (صمت) غالق عينيه، راهو غايس عقلو مهوش هنا il pense، اخم بزاف ni pas heureux، علم والله اعلم.

#### دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) وهيأة دالة على العواطف (CN4) ويتبعه بتكرار (A2.8) مع التشديد على الفعل (CF3) ويعقب حديثه وقت كمون أولي آخر (CP1) مع التشديد على الصراعات النفسية الداخلية (A2.17).

#### المقرونية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة نلاحظ أن الحالة استعملت سياقات من سلسلتي الرقابة والكف فقط ومحتوى القصة جاء عبارة عن تكرار وعلى ذلك فالمقرونية جاءت متوسطة.

#### اللوحة الثانية:

(14) "يتأمل بصمت ويهز رأسه، الأرض كايئة ما مزروعة ما والو واش بيهم كامل اخمو (يضحك) بصمت لفترة ويتأملها راهم اخمو على الأرض معندهمش غلة ولا واش بيهم.

#### دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يقوم باللجوء إلى السلوك (CC1) يلجأ إلى العقلنة (A2.13) مع عدم التعريف بالأشخاص (CP3) مع التشديد على الصراعات النفسية الداخلية (A2.17) يتخلل حديثه بإيماءة (CC1) وتكرار في الكلام (A2.8) مع تذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6).

المقروئية:

نلاحظ أن الحالة استعملت سياقات من سلسلتي الرقابة والكف فقط لكن كان في استعمالها مرونة وذلك ما ساعد في بناء قصة لها نوع من التسلسل والمرونة، وعلى ذلك فالمقروئية جاءت متوسطة.

اللوحة 3BM:

(22) راني نشوف من جهة les misérables، البؤساء.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) ويقوم باللجوء إلى مصادر ثقافية (A2.1) مع ميل عام إلى التقصير (CP2).

المقروئية:

نلاحظ أن هناك استعمال ضعيف للسياقات الدفاعية، إذ استعملت الحالة سياقين من نوع الكف وسياق واحد من سلسلة الرقابة وبذلك جاء محتوى القصة قصير وضعيف وبذلك فالمقروئية جاءت سيئة.

اللوحة الرابعة:

(27) هادو كانو متحابين ولا تداوسو، هذي تخزر فيه خزرة حنينة وهو داير رحو شغل nerveux، اكون حب بيناتهم.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يستهل كلامه بعدم التعريف بالأشخاص (CP3) مع تذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6) وهيأة دالة على العواطف (CN4) يتبعه بتحفظات كلامية (A2.6) ويختم كلامه بتعبير مصغر عن العواطف (A2.18).

المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية أن هناك استعمال قليل للسياقات الدفاعية التي اقتصرت فقط على سياقات الكف والرقابة ولكن جاء فيها نوع من المرونة من ناحية استعمالها ومحتوى القصة بذلك جاء فيه نوع من التسلسل وعلى ذلك فالمقروئية جاءت متوسطة.

### اللوحة الخامسة:

معيشة متوسطة.

### دينامية السياقات الدفاعية:

بعد دخول مباشر في التعبير (B2.1) وعدم إدراك الموضوع الظاهري (E1) يلجأ إلى عدم التعريف بالأشخاص (CP2) ولجأ إلى التشديد على الحياة اليومية والعملية (CF2) وعلى العموم هناك عام إلى التقصير (CP2).

### المقرونية:

نلاحظ من خلال استعمال السياقات الدفاعية أن هناك نوعين من سياقات الكف وسياق واحد لكل من سلسلاتي المرونة والسياقات الأولية، ومحتوى القصة كاد يخلو من قصة وعلى ذلك فالمقرونية جاءت سيئة.

### اللوحة 6BM:

(24) "هاذي أم وقيلامع ابنها ولا واش، أم ماشي متفاهمة مع ابنها والله اعلم.

### دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يستهل كلامه بعقلنة (A2.13) مع تذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6) وميل عام إلى التقصير (CP2).

### المقرونية:

نلاحظ أن السياقات الدفاعية المستعملة اقتصرت فقط على سياقات الرقابة والكف وذلك نوعين لكل سياق، ومحتوى القصة فيه نوع من التقصير وعلى ذلك جاءت المقرونية متوسطة.

### اللوحة 7BM:

(30) "جاب لي ربي بياه، الأب وابنو، مراهمش زاهيين في زوج، في زوج اخموا، راجل مع بياه.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يستهل حديثه بتحفظات كلامية (A2.6) ويلجأ إلى العقلنة (A2.13) مع التشديد على الصراعات النفسية الداخلية (A2.17) ويختم كلامه بتكرار في الكلام (A2.8) وميل عام إلى التقصير (CP2).

المقروئية:

نلاحظ من خلال السياقات المستعملة أن استعمالها اقتصر فقط على استعمال سياقات من نوع الكف والرقابة ومحتوى القصة جاء فيه نوع من التسلسل والمرونة وعلى ذلك جاءت المقروئية متوسطة.

اللوحة 8BM:

يشير بيده عملية جراحية ولا واش يضحك مانيش فاهم على حساب واش راني نشوف حاكم حاجة في يدو مانيش فاهم تكون سلاح يشير بيده الطفل مجروح راهم اداوو فيه، تبليسا بالسلاح ربما.

دينامية السياقات الدفاعية:

دخول مباشر في التعبير (B2.1) يلجأ إلى السلوك (CC1) وعقلنة (A2.13) مع تذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6) يتبعها بإثارة حركية (CC1) مع تحفظات كلامية (A2.3).

المقروئية:

نلاحظ من خلال السياقات الدفاعية المستعملة أن الحالة استعملت سياقات من سياقات مختلفة، والتي تراوحت بين سياقات الكف والرقابة ونوع واحد من سياقات المرونة، ومحتوى القصة فيه نوع من التسلسل والمرونة وعل ذلك جاءت المقروئية متوسطة.

اللوحة 10:

L'espoir ("21) الأمل

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يلجأ إلى العقلنة (عنوانة للقصة) (A2.13) وميل إلى الرفض (CP5).

المقروئية:

نلاحظ السياقات الدفاعية المستعملة أنها اقتصرت فقط على سياقات الرقابة والكف ومحتوى القصة كاد يخلو من قصة لأن فيها ميل إلى رفض وعلى ذلك جاءت المقروئية سيئة.

اللوحة 11:

(30) يتأملها ثم يعيدها.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي طويل (CP1) يلجأ إلى الرفض (CP5).

المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة أن استعمالها اقتصر على نوع واحد فقط وهي سياقات الكف، ولا وجود لقصة لأن الحالة رفضت اللوحة وعلى ذلك جاءت المقروئية سيئة.

اللوحة 12BG:

(32) على حسابها الخريف L'automne، يتأملها بصمت لفترة، mauvais temps.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي طويل (CP1) يلجأ إلى العقلنة (عنوانة للقصة) (A2.13) ويتبعه بصمت (CP1) وتكرار في الكلام (A2.8) مع ميل عام إلى التقصير (CP2).

المقروئية:

من خلال السياقات المستعملة نلاحظ أن استعمالها اقتصر فقط على سياقات الكف والرقابة ومحتوى القصة جاء غير بناء وعلى ذلك فالمقروئية جاءت سيئة.

اللوحة 13B :

(23) على حساب واش كاين طفل صغير وعايش معيشة يا لاطيف متشكرش مهيش معيشة، la

souffrance، معيشة يا لاطيف ، معيشتهم متشكرش مهيش معيشة قاع، عايشين شغل حيوان

اسوفروا مساكن، الطفل قاعد برا حفيان عند باب الدار الصباط مكاش، الي الداخل ربي يعلم كيفاش عايشين بصمت صورة حزينة، حزينة.

#### دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي طويل (CP1) يستهل كلامه بعقلنة (A2.13) وتشديد على الحياة اليومية (CF2) يعقبه اجترار في الكلام (A2.8) وإدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة (B1.2) مع تمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) يتبعه بصمت (CP1) ويختم كلامه بعاطفة معنونة (CN3).

#### المقروئية:

من خلال السياقات المستعملة نلاحظ أن هناك تنوع في استعمال السياقات التي تراوحت بين سياقات الرقابة والكف ونوع واحد من سياقات المرونة، وفيما يخص محتوى القصة جاء بناء وفيه مرونة وتسلسل وعلى ذلك فالمقروئية جاءت جيدة.

#### اللوحة 13MF:

("22) هادي راني حابر صح إنسان ومرا ديالو، مانيش نشوف Ca d-y pond، يتمعننا بصمت صورة حزينة وخلص.

#### دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي طويل (CP1) يلجأ إلى العقلنة (A2.13) ويعقبها بإنكار (A2.11) وتحفظات كلامية (A2.3) ويتبعها بصمت (CP1) ويختم كلامه بعاطفة معنونة (CN3).

#### المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة نلاحظ أن هناك استعمال لسياقات الرقابة والكف فقط وجاء محتوى القصة يخلو من المرونة وعلى ذلك جاءت المقروئية سيئة.

#### اللوحة 19:

("28) يقلبها ويديرها، يبتسم ويضحك على حساب ما شفت ابان un corbeau, le corbeau porte malheur, voila c'est un corbeau.



دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي طويل (CP1) يلجأ إلى إثارة حركية وإيماءة (CC1) مع إدراك الموضوع الشرير (E14) وتكرار في الكلام (A2.8) مع ميل عام إلى التقصير (CP2).

المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة نلاحظ أن استعمالها اقتصر على سياقات الرقابة والكف وسياق واحد من السياقات الأولية، ومحتوى القصة غير بناء وعلى ذلك جاءت المقروئية سيئة.

اللوحة 16:

(13) يتأملها vierge يهز رأسه، صفحة جديدة الإنسان يبدأ حياتهو كيما يحب، الإنسان هو الي يدير واش احب، الإنسان يخلق vierge معندو والو بيني حياتهو كيما يحب، صفحة جديدة.

دينامية السياقات الدفاعية:

بعد وقت كمون أولي (CP1) يلجأ إلى العقلنة (A2.13) وتعبير بالسلوك (CC1) وقصة منسوجة على اختراع شخصي (B1.1) يتخللها تكرار في الكلام (A2.8).

المقروئية:

من خلال السياقات الدفاعية المستعملة نلاحظ أن هناك تنوع ومرونة في استعمالها على الرغم من عدم كثرتها، نجد سياقين لكل من سياقات الرقابة والكف ونوع واحد من سياقات المرونة، وفيما يتعلق بمحتوى القصة جاء متسلسل وعلى ذلك فالمقروئية جيدة.

2.5. خلاصة السياقات الدفاعية المستعملة في بروتوكول الحالة الخامسة:

سياقات E	سياقات C	سياقات B	سياقات A
E1 = 1	CP1 = 9	B1.1= 1	A2.1 = 2
E14 = 1	CP2 = 5	B1.2 = 1	A2.3 = 2
	CP3 = 2	B2.1 = 2	A2.6 = 6
	CP5 = 1		A2.8 = 7

	CN3= 2 CN4 = 2 CC1 = 3 CF1 = 1 CF2 = 2 CF3 = 2		A2.11 = 1 A2.13 = 9 A2.17 = 4 A2.18 = 1
المجموع = 2	المجموع = 29	المجموع = 4	المجموع = 32

### يمثل الجدول التالي: السياقات الدفاعية المستعملة في بروتوكول الحالة الخامسة.

إن السياقات المستعملة في بروتوكول متنوعة إذ يمكننا القول أنها استعملت سياقات من السلاسل الأربعة ولو أن سياقات سلسلة العمليات الأولية التي كانت نادرة إلا أنها كانت حاضرة في البروتوكول.

أما السياقات الدفاعية التي وجدت بكثرة في البروتوكول هي سياقات الكف والتي تمثلت خصوصا في الصمت قبل وخلال القصة (CP1) وعدم التعريف بالأشخاص (CP3) بالإضافة إلى هيئة دالة على العواطف.(CN4)

كما وجدنا سياقات الرقابة والتي كانت أكثر استعمالا وخاصة تلك التي تتعلق بالتكرار في الكلام (A2.8) مع تحفظات (A2.3) واللجوء إلى العقلنة (A2.13) بالإضافة إلى تذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6) وتشديد على الصراعات النفسية الداخلية (A2.17).

واستعملت الحالة سياقات من سلسلة المرونة خصوصا تلك التي تتعلق بالدخول المباشر في التعبير (B2.1) واللجوء إلى قصة منسوجة على اختراع شخصي (B1.1).

وفيما يخص المقرونيات المتوصل إليها تراوحت بين متوسطة وسيئة وذلك يعود إلى استعمال سياقات محدودة وغير متنوعة، خاصة من سلسلتي الرقابة والكف والتي عرقلت من تكوين قصص بناءة ومتسلسلة، وعلى ذلك فالمقرونية العامة على العموم متوسطة.

## 6. تحليل النتائج:

بعد عرض نتائج حالات فئة المصابين بالقصور الكلوي المزمن التي أقمنا عليها هذه الدراسة وعلى ضوء المعلومات المتوصل عليها بعد إجرائنا لرائز تفهم الموضوع يمكننا تلخيص عملنا بتفسير هذه النتائج.

إن من خلال ما توصلنا إليه من الخمس حالات بواسطة تقنية تفهم الموضوع نسجل حضور عدد كبير من سياقات (A2) في كل البروتوكولات الخمسة، خاصة منها التحفظات الكلامية (A2.3) والاجترارات (A2.8) كممثلان أساسيان للسجل الهجاسي، بالإضافة إلى الحضور المكثف للسياقات التي تلازمها في إثبات البنية العصابية الهجاسية مثل: (A2.13)، (A2.17)، (A2.6)، (A2.11)، (A2.15)، (A2.10)، (A2.2)، (A2.4) على الرغم من اختلافها من فرد إلى آخر.

نجد سياق (A2.8) الذي استعمل بكثرة من طرف كل الحالات، والذي يمثل في كثرة تكرار العبارات المكونة للقصة، وهو يرد حسب سياق التفكير الذي يميز كل فرد والإشكالية التي تحته على ذلك الاجترار من أجل التحكم في العناصر الخفية التي تحرضها اللوحة وكتبها.

كما يظهر سياق (A2.3) الذي استعمل من طرف كل الحالات على شكل تحفظات كلامية واردة في عبارات متنوعة على سبيل المثال: شغل، بلاك، واقبلا... وغيرها من العبارات التي تؤكد على الشك والتحفظ في مباشرة الصراع بالصفة التي يملئها اللاشعور بفعل عدم تقبل محتوياته المثيرة للقلق (قوة الدفاع وضغط الرغبة).

بالإضافة إلى هاذين السياقين تتدخل سياقات أخرى ذات نمط هجاسي بنسب معتبرة عند كل الأفراد وذلك من خلال آليات العزل (A2.15) والتردد بين تفسيرات مختلفة (A2.6).

يتعلق العزل (A2.15) غالبا بالأشخاص أو بالعناصر إذ يميل بعض الأفراد إلى إبعاد الأشخاص عن بعضهم البعض وعدم إشراكهم في العلاقات.

أما التردد بين التفسير (A2.6) الذي كان حاضرا في بروتوكولات الحالات الخمسة، فهو يفيد في إبقاء الرغبة بعيدا عن ساحة الشعور باللجوء إلى التنويع أو الإكثار من الأفكار الاحتمالية التي تريد تضليل وتشويش الرغبة الأصلية.

تلازم السياقات السابقة مع سياقات من نمط آخر تميز التوظيف الهجاسي وهي التي تؤكد على العالم الداخلي في بلورة الصراع النفسي، وذلك مثل: (A2.17)، (A2.13)، (A2.11)، (A2.12).

يستعمل سياق التشديد على الصراع الداخلي (A2.17) للتعبير عن وضعية التعارض التي يواجهها الشخص تجاه موقف إشكالي، ولا يجد سبيلا لإسقاطه إلى الخارج، فيبقى مكبوتا.

يكشف ذلك الصراع أيضا على مستوى الفكر في آلية العقلنة (A2.13) وكانت حاضرة في كل البروتوكولات، التي تستعمل لدى الأفراد لمواجهة الصراعات الداخلية ومحاولة بلورتها عن طريق الترميز والنشاط الفكري. كما قد يجد الصراع الداخلي منفذا له عبر آلية الإنكار (A2.11).

كما نجد سياقات مثل: (A2.2)، (A2.1)، (A2.4) وهي متفاوتة الاستعمال من حالة إلى أخرى، نجدها عند حالة وتغيب عند أخرى، كما هو الحال في الحالة الثالثة نجد انه استعمل سياقات من نوع (A2.4) وفي الحالة الخامسة نجد أنه استعمل سياقات (A2.1) وكذلك نجد الحالة الرابعة استعملت (A2.4) (A2.2) (A2.1)، وتفيد هذه السياقات كمؤشر للتكيف السليم مع الواقع وفي نفس الوقت لتعزيز التنظيم الهجاسي من خلال الحرص على التمسك بالدقة والتوضيحات الجزئية.

إذ يساهم التمسك بالجزئيات (A2.1) في توظيف آلية العزل بين التصورات والعواطف، وهو يتكرر لدى الأفراد، يكمل سياق (A2.2) السياق السابق من خلال التبرير بالجزئيات من أجل التحكم في الصراع وعزله.

كما يلجأ الأفراد أيضا إلى سياق (A2.4) لتدعيم آلية العزل من خلال الابتعاد الزمني لمحتوى الصراع الذي تثبته الصور.

تبين هذه السياقات إذن المستوى المقبول لتكيف الأفراد مع العناصر الخارجية للواقع، واستغلالها في ذات الوقت من أجل الدفاع الهجاسي ضد النزوات المرتبطة بالتصورات الممنوعة.

أما بالنسبة لسياقات المرونة تظهر هذه السياقات بتكرار قليل بالمقارنة مع سياقات الرقابة، إذ لا يبرز منها إلا بعض السياقات مثل: (B2.1)، (B2.1)، (B2.4)، (B2.8)، (B2.3) (B1.2).

تنوزع هذه السياقات بين استثمار العلاقات (B1.2, B2.3) والتهويل (B2.4, B2.8). فإذا ما أخذنا على سبيل المثال سياقي (B1.2, B2.3) سنجد أنهما غالبا موظفان في إطار مألوف أكثر منه صراعي، أما بالنسبة لسياقي (B2.4, B2.8) يشهد على إمكانية بروز بعض القدرات التهويلية للصراع من حيث إخراج والتعبير عنه على شكل تعبيرات لفظية عاطفية قوية (B2.4) أو تعاليق وتقديرات شخصية (B2.8)، وهي كلها محاولات لإبراز النقائص العاطفية وتعويضها بتلك التعبيرات والأفعال.

كما وجدنا السياقات الرهابية والتي كانت حاضرة في كل بروتوكولات الحالات الخمسة، وتعتبر الأكثر تمثيلاً بعد سياقات الرقابة، وتحضر فيها كل الأنواع تقريباً بداية بالتوقيفات الكلامية وطول زمن الكمون (CP1)، وانتهاء بالميل إلى الرفض وطرح الأسئلة (CP5).

يشهد سياق (CP1) على درجة الكف والتقطع في الخطاب الذي يمس الإنتاج القصصي لدى الأفراد عموماً، وهو وارد على شكل تقطعات كثيرة في الجمل أو الصمت وزمن كمون طويل يمنع تحرر التعبير وطلاقة. تتفاوت تلك التوقيفات الكلامية من فرد إلى آخر بين كثرتها أو قلتها في البروتوكول، وفي كل لوحة، ونادراً ما نجد بروتوكولا يغيب فيه الصمت وتتصل فيه الأفكار والتصورات لبناء قصص متماسكة.

تزداد أهمية هذه التوقيفات ووزنها في إثبات التنظيم الرهابي كلما تدخلت وكثرت السياقات الأخرى من نفس السجل وهي: الميل إلى التقصير (CP2)، عدم التعريف بالأشخاص (CP3) والميل إلى الرفض (CP5).

مهما يكن فإن وزن هذه السياقات يثبت الحضور القوي لآليتي تجنب الصراع والكف الفكري اللتان تميزان التنظيم العصابي وخاصة الرهابي منه.

يرجع هذا النمط من الإنتاج الإسقاطي لدى مجموعة بحثنا إلى تعرض الأفراد للكبت ولقمع الحياة النزوية بفعل الضغوطات الخارجية (المجتمع، الأسرة، الدين).

وعموماً فإننا لا نستطيع فصل سياقات الكف الرهابي عن سياقات السجل الهجاسي، إذ غالباً ما تكون ملازمة لها في بناء القصص وفق النمط العصابي المهيمن. ولا تكفي البروتوكولات غالباً بتلك السياقات، بل تتدخل سياقات تجنبية من سجلات أخرى.

وهذه السياقات هي السياقات العملية التي كانت حاضرة في كل البروتوكولات على الرغم من تفاوت استعمالها من فرد إلى آخر، وتعتبر الأكثر استعمالاً بعد السياقات الرهابية، وهي ممثلة بسياق التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، بالإضافة إلى التشديد على اليوميات والملموس (CF2) وكذا التشديد على الفعل اليومي (CF3).

وإذا كانت هذه السياقات تنسب أكثر للتنظيم العملي، فإنها بارتباطها المعتبر وملازمتها لسياقات الرقابة أو الهراء أو الرهاب تساهم في موازنة التنظيم العصابي، وذلك بالرجوع إلى العناصر الواقعية اليومية للاستناد عليها والتخفيف من وطأة الصراعات العصابية وتجنبها، وفي ذلك محاولة

للبحث عن التكيف مع الواقع والاندماج الناجح فيه. لكنها إذا كانت مهيمنة فإنها تعبر عن جمود الحياة النفسية وجفافها.

أما بالنسبة للسياقات النرجسية التي كانت حاضرة في كل البروتوكولات الخمسة ولكن بنسب قليلة، وتكون حاضرة أيضا للمساهمة غالبا في تجنب الصراع، ويلجأ معظم الأفراد إلى بعضها للانسحاب من حدة الصراعات العلائقية التي تنشطها اللوحات، وكذا لتعزيز السمات النرجسية الهادفة إلى تغطية النقائص والفراغات العاطفية. ومن السياقات التي كانت حاضرة واستعملت من طرف الأفراد في البروتوكولات نجد: المصادر الشخصية (CN2)، عاطفة معنونة (CN3)، الوضعية الدالة على العواطف (CN4). قد تدرج هذه السياقات في إطار تنظيم عصابي لخدمة آليات التحكم وتجنب الصراع.

كما نسجل في السياقات السلوكية (CC) حضورا قويا للآثار الحركية والإيماءات والتغيرات الجسدية (CC1)، بالإضافة إلى الطلبات الموجهة للفاحص (CC2)، هذه الأخيرة تأخذ عادة طابعا استناديا للارتكاز على المختص النفسي.

كما تواجدت في كل البروتوكولات السياقات الأولية، رغم تعدد هذا النوع من السياقات في الشبكة إلا أن أغليبتها غير موظفة بكثرة من طرف الأفراد، يبرز منها بالترتيب خاصة: عدم إدراك عناصر من المنبه (E1)، إدراك مواضيع مفككة (E6)، بالإضافة إلى بعض السياقات التي تواجدت عند حالة دون أخرى، وهي تلك التي تتعلق بالتعبير عواطف أو تصورات قوية أو عنيفة (E9)، وإدراك الموضوع الشرير (E14).

وعلى العموم السياقات التي استعملت من طرف كل الحالات وكان ذلك بكمية قليلة هي: (E1 E6) التي تدل على اضطراب الإدراك وتشوش التكيف مع الواقع.

نذكر عموما أن تواجدهم مثل هذه السياقات في البروتوكول يبقى شيئا عاديا لان ذلك يعبر عن النشاط والحياة النفسية. غير أن كثرتها وهيمنتها على الإنتاج الاسقاطي يوحى إلى ضعف الرقابة والدفاع وخطورة الانزلاق إلى الشذوذ والتوظيفات الحدية.

## 7. مناقشة النتائج:

بعد عرض نتائج حالات فئة المصابين بالقصور الكلوي المزمن الخاضعين للتصفية الدموية التي أقمنا عليها هذه الدراسة، وعلى ضوء المعلومات المتحصل عليها بعد إجرائنا لرائز تفهم الموضوع (TAT) يمكننا تلخيص عملنا بتفسير هذه النتائج وإبراز مدي تطابقها مع الفرضية التي انطلقنا منها:

يظهر التوزيع العام للسياقات المستعملة من قبل الأفراد التكرار المتفاوت لها من سجل إلى آخر ومن سياق إلى آخر على مستوى نفس السجل، من حيث الارتفاع الكبير لبعضها وانخفاض بعضها الآخر، مع وشك الاختفاء التام لسياقات أخرى من الشبكة.

يدل حضور بعض السياقات مثل: (A2.1)، (A2.2)، (A2.4)، وأحيانا (A2.5) على التكيف السليم مع عناصر الاختبار وذلك بمراعاة أجزائه المكونة له، وفي ذلك مراعاة للواقع. يدعم ذلك قلة حضور السياقات الدالة على تشوش التناول للواقع من (E1, E5) باستثناء (E6) الذي لا يدل في حد ذاته على تشوش الواقع.

تهيمن سياقات السجل الهجاسي في كل البروتوكولات من خلال كثرة التحفظات الكلامية (A2.3)، الاجترارات (A2.8)، عزل الأشخاص والعناصر (A2.15)، التذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6). تتضمن هذه السياقات الصراع النفسي الداخلي الذي يتأسس عليه العصاب الهجاسي والذي يمثله الحضور القوي لسياقات (A2.11)، (A2.13)، (A.17) وبكمية متوسطة (A2.12)، وهي سياقات تدل على صعوبة بلورة القدرات التفاوضية بين العواطف والتصورات نظرا لحدة الصراع بين الرغبة والدفاع، لذا تسيطر غالبا التصورات على العواطف التي يكون مصيرها العزل والكبت من خلال التجنيد القوي لسياقات الرقابة.

يثبت الحضور القوي لسياقات السجل الرهابي لدى كل الأفراد بالموازاة مع السجل الهجاسي، التوظيف الرهابي لدى الأفراد، لكن بتنظيم أقل تماسكا نظرا لغلبة الكف من خلال الصمت والتوقفات الكلامية (CP1).

رغم الاستعمال المحدود لسياقات الهراء (B)، يظهر بعضها بكمية كبيرة لدى بعض أفراد مجموعة البحث على غرار (B2.3) و (B1.2) كمؤشر على تواجد الحاجة إلى بناء العلاقات بين الأشخاص، لكن بعيدا عن إثارة الصراع، لذا يكون توظيف تلك السياقات غالبا لأهداف سليمة

واستنادية. أما بعض السياقات التي تدعم التعبير عن الصراعات العلائقية والقدرات التهويلية له مثل: (B2.8)، (B2.4) التي كانت حاضرة في بروتوكولات كل من الحالة الثالثة والرابعة.

قد يكون التمسك الشديد بالمحتوى الظاهري (CF1) والانضمام إلى العالم اليومي والملموس (CF2) من مؤشرات التكيف الزائد مع الواقع المألوف، وفي ذلك تدعيم للميول التحكمية من أجل أهداف هجاسية تجنبية (الرقابة)، وقد يكن أيضا إعلان للحاجة الماسة إلى هذا الواقع لسد النقائص المتعلقة بالخوف من الانفصال والحاجة إلى مواضيع السند.

توظف العواطف غالبا في إطار نرجسي أكثر من إدماجها في قالب صراعي ضمن السجل العصابي، وتكون معظم السياقات النرجسية المستعملة (CN4)، (CN3)، (CN2) مجندة لخدمة الدفاعات التجنبية من الصراع العصابي.

فالنتائج المستخلصة من رائز تفهم الموضوع على أفراد عينتنا أنهم يستعملون تقريبا نفس السياقات وبالترتيب نفسه، وعلى ذلك يمكننا أن نرجع ذلك إلى التشابه في الإصابة الجسدية وهي القصور الكلوي المزمن، وكذلك بالإضافة إلى الانعكاسات النفسية والفيزيولوجية للتصفية الكلوية (سبق ذكرها في الجانب النظري) والتي يشترك فيها كل الأفراد أدى بهم إلى استعمال السياقات الدفاعية على الترتيب المشار إليه وتقريبا بنفس الاستعمال وهذا ما يثبت فرضيتنا: هناك اشتراك وتقارب في استعمال السياقات الدفاعية من طرف مرضى القصور الكلوي الخاضعين للتصفية الكلوية.



الخطبة

## خاتمة:

من خلال هذا البحث الذي قمنا به والمتمثل في دراسة الميكانيزمات الدفاعية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين للتصفية الدموية (الهيموداياليز). أردنا الكشف عن الميكانيزمات الدفاعية المستعملة من طرفهم أمام هذا الموقف الضاغط لتحقيق التوازن النفسي.

وقد اعتمدنا في دراستنا على المنهج العيادي باستخدام الاختبار الاسقاطي " تفهم الموضوع " وهذا على مجموعة البحث التي تكونت من خمس حالات مختارة بطريقة قصدية.

وكنا قد افترضنا في هذه الدراسة أن المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين للتصفية الدموية لديهم اشتراك وتقارب في استعمال الميكانيزمات الدفاعية.

ومن خلال النتائج المتحصل عليها وما سبق مناقشته هو تأكيد فرضية بحثنا التي مفادها أن مرضى القصور الكلوي الخاضعين للتصفية الدموية لديهم اشتراك وتقارب في استعمال الميكانيزمات الدفاعية، وتبين ذلك من خلال الترتيب لأنواع السياقات المستعملة التي ظهرت عند كل الحالات وكان بوجود سياقات الرقابة في المرتبة الأولى، ثم سياقات الكف في المرتبة الثانية وسياقات المرونة في المرتبة الأخيرة والتي اشترك فيها كل الأفراد.

ويعود ذلك ربما إلى أسباب كثيرة وأولها اشتراكهم في نفس المرض والظروف المحيطة به، وكما بينت دراسات كثيرة نذكر منها على سبيل المثال دراسة Legendre (1998) الذي يبين أن الإصابة بالقصور الكلوي المزمن أنه يمثل وضعية ضاغطة بالنسبة للمرضى وذلك بسبب عدد ومدة جلسات الغسيل الدموي وكذا والتزامهم بالحمية الغذائية، إضافة الى الدراسة التي قام بها Petter Son (1989) الذي توصل الى نتيجة أن هناك عاملين يحددان معاناة مرضى الدياليز، وهي صعوبة تخفيف المعاناة وفقدان الحرية والاستقلالية إذ يشعر هؤلاء المرضى بالتبعية المطلقة للآلة والطاقم الطبي المشرف على العلاج، وكما تبين كذلك الدراسة التي قام بها Muntz & all (1987) أن هؤلاء المرضى يشكون من خطر الموت الدائم ومشكلات القيمة الذاتية.

وبناء على ذلك يمكننا القول أن اشتراكهم في الإصابة بنفس المرض بالإضافة الى الظروف التي تحيط به والتعايش معها يوميا، مع قضاء وقت ليس بالقليل معا وتبادل الأحاديث ومقاسمة المعاناة معا عن طريق الحديث، جعل جهازهم النفسي يعمل تقريبا بالطريقة نفسها وبالتالي لديهم اشتراك وتقارب من حيث استعمالهم للميكانيزمات الدفاعية.

## التوصيات والإقتراحات:

يشكل القصور الكلوي المزمن مشكلة صحية عويصة لما لها من تأثيرات على الحالة النفسية والجسدية للمصاب ومن خلال هذا البحث سوف نقوم بتقديم بعض الإقتراحات لصالح هؤلاء المرضى التي نوجزها في النقاط الآتية.

- الاهتمام بالمرض من الناحية النفسية والطبية بتوفير المعدات الطبية اللازمة وتوفير أخصائيين نفسانيين في جميع مراكز تصفية الدم من اجل توعية المصابين بالقصور الكلوي وتخفيف معاناته ومساعدته لتجاوز ضغوطات المرض أي تقديم كفالة كاملة للمريض.
- توعية أفراد المجتمع بهذا المرض ومدى تأثيره على المريض من الناحية الفيزيولوجية والنفسية، مما يؤدي إلى تغيير مزاجه وعدم قدرته على أدائه لأبسط الأعمال اليومية، وذلك للوقاية من المرض من جهة، ولتفهم هؤلاء المرضى ومدى معاناتهم ومساعدتهم على تقبل المرض وتحمل آلامه المزمنة ومواصلة العلاج من ناحية أخرى.
- تطبيق واختبار فعالية البرامج العلاجية للتكفل بهؤلاء المرضى الخاضعين لتصفية الدم وتحسين هذه البرامج في حالة وجود نقائص.
- القيام بالكفالة النفسية الجماعية للمرضى، وهذا كي يتفاسموا تجاربهم الشخصية وطريقتهم في تقبل المرض وإبعاد فكرة الموت.
- فتح آفاق وترك المجال، وتوفير الإمكانيات لدراسة هذا الموضوع أي القصور الكلوي المزمن الذي لم يلقي الاهتمام العلمي المناسب رغم أن نسبة الإصابة في تزايد مستمر، فإغلب الأبحاث اتجهت إلى دراسة هذا الموضوع من الناحية الطبية مهمله الجانب النفسي في حين لكلا الجانبين دور فعال في تخفيف الضغوط وضمان فعالية العلاج.
- كما نقترح أن تواصل البحوث في هذا المجال على عينة اكبر وبصفة معمقة واعتمادا على ملاحظتنا الميدانية نقترح المواضيع التالية للدراسة:

- خصائص الصورة الجسدية عند مرضي القصور الكلوي المزمن.
- ما هي طبيعة تصور المريض بالقصور الكلوي المزمن لحياته بعد زرع الكلى؟
- ما هي الميكانيزمات المستعملة من طرف هؤلاء المرضى للتكيف مع المرض؟

المدرسي

## قائمة المراجع باللغة العربية:

1. احمد سهير كامل(2007)، سيكولوجية الشخصية، القاهرة، مركز الإسكندرية للكتاب، بدون طبعة.
2. أمينة رويحة (1972)، أمراض الجهاز البولي، بيروت، دار القلم.
3. ادوار البيطار(1964)، أمراض الكلية واستقلبات الشوارد والماء، دمشق، دار اليقظة.
4. الجاموس نور الهدى(2004)، الاضطرابات النفسية الجسمية(السيكوسوماتية)، الأردن، دار اليازوري للنشر والتوزيع .
5. الشاذلي عبد الحميد محمد (2001)، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية(الإسكندرية)، الطبعة الثانية.
6. العيسوي عبد الرحمان(1992)، العلاج النفسي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
7. النابلسي محمد أحمد(1988)، فرويد والتحليل الذاتي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
8. بشير أديب عطار(1996)، أمراض الكلى، المجلة السعودية لأمراض وزرع الكلى ص120 – 124.
9. حقي الفت محمد(2001)، علم النفس المعاصر، مركز الإسكندرية للكتاب.
10. جان لابانش، جون بونتاليس ترجمة د. مصطفى حجازي(2002)، معجم مصطلحات التحليل النفسي، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، الطبعة الثانية.
11. سي موسي عبد الرحمان(2008)، علم النفس المرضى(التحليلي الاسقاطي)، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزء الأول.
12. شريت اشرف محمد عبد الغني(2002)، الصحة النفسية (بين النظرية والتطبيق)، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، بدون طبعة.
13. عبد العزيز محمود، محمود عبد الرحمان البر عي(1962)، الإنسان تركيب و وظائف أجهزة الجسم المختلفة، مكتبة الانجلو المصرية، الطبعة الأولى.
14. علي صبره محمد(2004)، الصحة النفسية والتوافق النفسي، دار المعرفة الجامعية، بدون طبعة.
15. علي ماضي، بدون سنة، النفس البشرية (تكوينها واضطراباتها وعلاجها)، بيروت، دار النهضة للنشر والتوزيع، دون طبعة.

16. فيصل عباس(2001)، الاختبارات الاسقاطية (نظرياتها، تقنياتها، إجراءاتها)، بيروت، دار المنهل اللبناني للطباعة والنشر، الطبعة الأولى.
17. فيصل عباس(1996)، التحليل النفسي والاتجاهات الفرويدية(المقاربة العيادية)، بيروت، دار الفكر العربي، دون طبعة.
18. فيصل محمد خير الرزاد(2000)، سيكولوجية الذات والتوافق، بيروت، دار المعارف، الطبعة الأولى.
19. كلفن هال ترجمة د. محمد فتحي الشنيطي(1970)، أصول علم النفس الفرويدي، بيروت، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بدون طبعة.

#### قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

20. Anzieu .D, Chabert .C (1961), Les méthodes projectives, Paris, PUF, 8<sup>ème</sup> édition.
21. Bernard Antoine et Henry Diorot(1969), La rein et ses maladies, qu sais je.
22. Bergeret, abrégé de psychologie pathologie (1982), Paris, Masson.
23. Consoli, S.M(1990), troubles psychiatriques des insuffisantes rénales chroniques, Revues de praticien, N°7.
24. Cupa, D(2002), psychologie en néphrologie, Paris ; Edition EDK.
25. Delmas. V, et Bernard.G(1983), Insuffisance rénale chronique, Paris, Encyclopédie Médicale, 18001 C10, 12.
26. Freud .S traduction Reverhom(1962), Trois Essais sur la théorie de la sexualité, Paris, Edition Gallimard.
27. Freud.S(1978), Nouvelles conférences sur la psychologie, Paris, Edition Gallimard.
28. Freud.S(1981), Le moi et le ca, Essais de psychologie, Paris, Payot.

29. Freud .S(1981), Malaise dans la civilisation, traduction Odier, Papis, Edition P.U.F
30. Fédération National d'I.N.R, 2004.
31. Hamburgers(JI) (1988), L'essentiel sur l'hémodialyse, Paris, Masson.
32. Jungers et Coll. (2003), L'hémodialyse de suppléance, Flammarion médecin, Paris.
33. Kanfer. A, Kourilsky.O & Peraldi.M. (2001), Néphrologie et troubles hydro électrolytiques, Paris, Edition Masson.
34. Legrain .M(1988), Néphrologie clinique, Paris, Edition Ellipses.
35. Legrain. M, et Suc. J.M(1985), Néphrologie, Paris, Edition Masson.
36. Legendre. C (1999), Néphrologie urologique en 28 questions, Paris, Edition Doin.
37. Lagache(1979), L'unité de la psychologie, Paris, PUF.
38. Lemeur. Y, Lagarde, ch., charmes, JP, Bénévent, D, Leroux\_ Robert, C (1988).
39. Meyrier. A(1985), Maladies rénales de l'adulte, Algérie, Edition Berti.
40. Noble. B, Evillan. D (2001), Insuffisance rénale chronique, Revue du praticien, Tom 51, N°04.
41. Page. P (1995), Néphrologie, Paris, Edition Ellipses.
42. Rostoker. G, et Colombel. M (1997), Néphrologie, Paris, Edition Vigot.
43. Perron. R (1976), Décences transformations structures, quelques propositions théorique a partir de la clinique de PDI, in bulletin de société française du RORSHACH et des méthodes projectives, N° 19.
44. Perron. R et Coll. (1997), La pratique de la psychologie clinique , Paris, Dunod.
45. Perron. R(1985), genèse de la personne, Paris, P.U.F.
46. Richet. G (1989), Néphrologie, Paris, Edition Ellipses.
47. Simon. P (1999), Dialyse rénale, Paris, Edition Masson.
48. Suc. J.M. (2001), Néphrologie, Paris, Edition Masson.

49.Schentoub. V (1972), Introduction théorique à la méthode de TAT, in bulletin de psychologie.

50.Schentoub. V (1990), Manuel d'utilisation du TAT, Approche psychanalytique, Paris, Dunod.

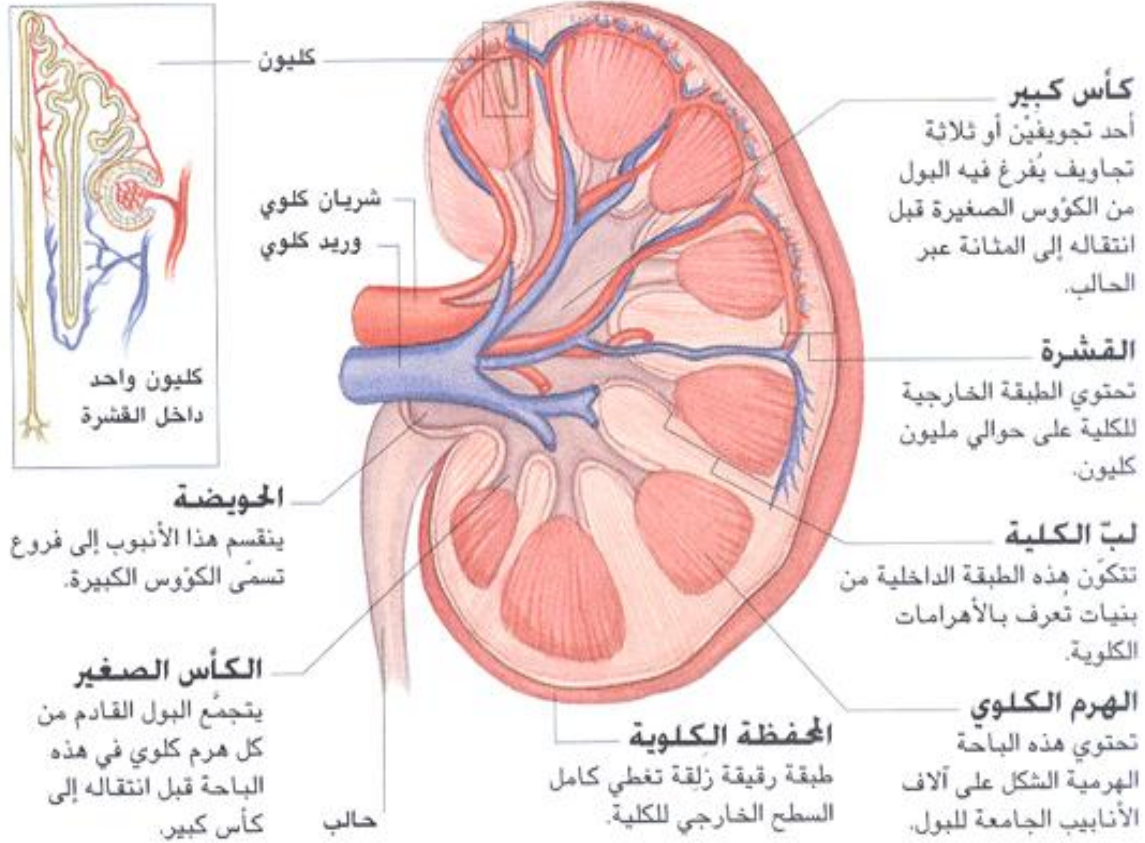
القواميس:

1. Larousse médicale (2002), Paris, Edition Française, INC.



الملاحق

## ملحق رقم (1): مقطع طولي للكلى.





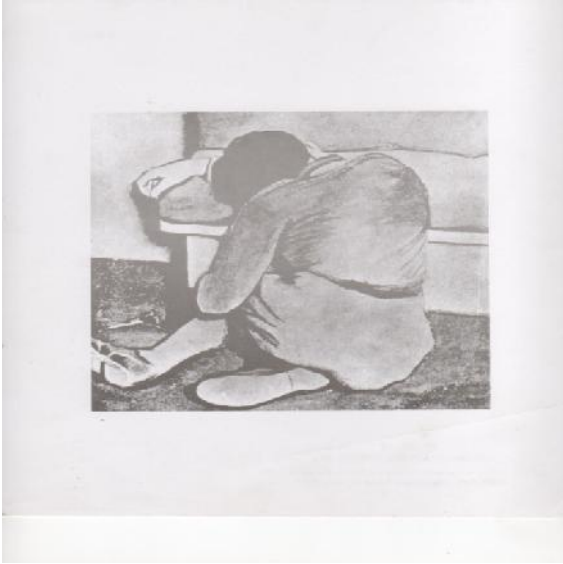
ملحق رقم (3): لوحات اختبار تفهم الموضوع (TAT) التي تطبق على فئة الرجال.



1



2



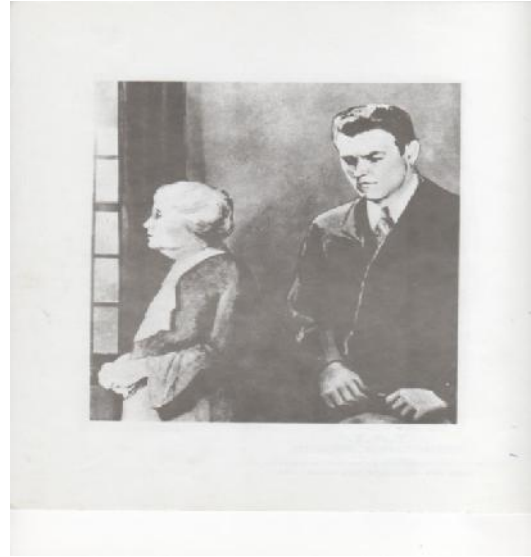
3BM



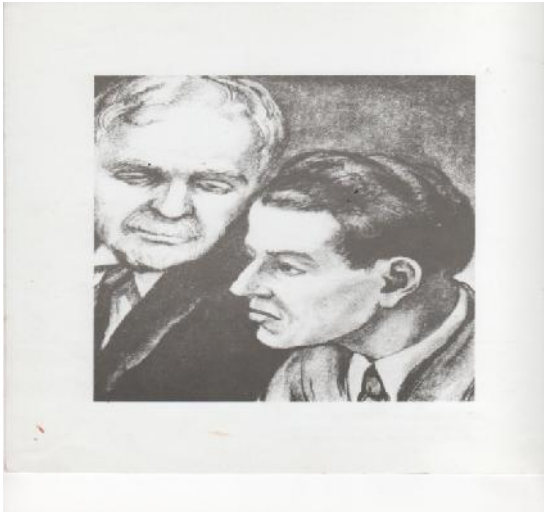
4



5



6BM



7BM



8BM



10



11

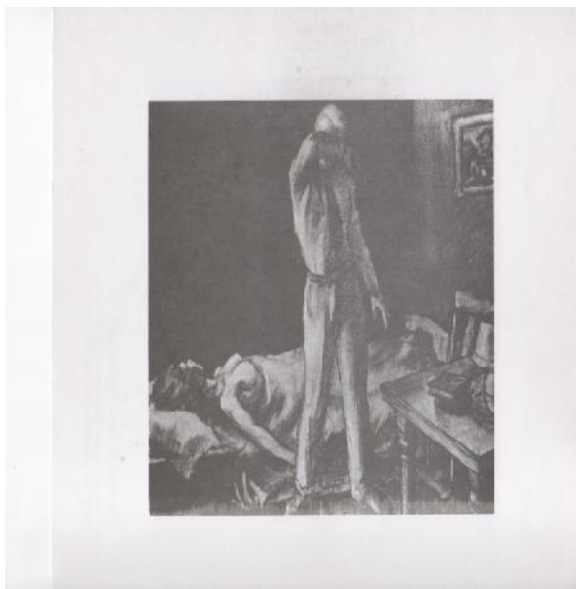




**12BG**



**13B**



**13MF**



**19**



**16**

## FEUILLE DE DÉPOUILLEMENT

### PROCEDES DE LA SERIE A (Contrôle)

- A0** Contictionnalisation intra - personnelle.
- A1**
- 1 - Histoire construite proche du thème central.
  - 2 - Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve.
  - 3 - Intégration des références sociales et du sens commun.
- A2**
- 1 - Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures.
  - 2 - Justification des interprétations par ces détails.
  - 3 - Précisions verbales.
  - 4 - Eloignement temporel - spatial.
  - 5 - Précisions chiffrées.
  - 6 - Hérissons entre interprétations différentes.
  - 7 - Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense.
  - 8 - Remachage, rumination.
  - 9 - Annulation.
  - 10 - Éléments de type formation réactionnelle (propriété, ordre, aide, devoir, économie, etc.).
  - 11 - Dénégation.
  - 12 - Insistance sur le fait.
  - 13 - Intellectualisation (Abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste).
  - 14 - Changement brusque de direction dans le cours de l'histoire (accompagnement ou non de pause dans le discours).
  - 15 - Isolement des éléments ou des personnages.
  - 16 - Grand détail et/ou petit détail évoqué et non intégré.
  - 17 - Accent porté sur les conflits intra - personnels.
  - 18 - Affects exprimés à minima.

### PROCEDES DE LA SERIE B (Labilité)

- B0** Contictionnalisation inter - personnelle
- B1**
- 1 - Histoire construite autour d'une fantaisie personnelle.
  - 2 - Introduction de personnages non figurant sur l'image.
  - 3 - Identifications subtiles et diffusées.
  - 4 - Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus.
- B2**
- 1 - Entrée directe dans l'expression.
  - 2 - Histoire à rebondissements. Fabulation loin de l'image.
  - 3 - Accent porté sur les relations interpersonnelles. Récit en dialogue.
  - 4 - Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés.
  - 5 - Dramatisation.
  - 6 - Représentations contrastées. Alternance entre des états émotionnels opposés.
  - 7 - Aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir.
  - 8 - Exclamations, commentaires, digressions, références/appréciations personnelles.
  - 9 - Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent.
  - 10 - Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle.
  - 11 - Instabilité dans les identifications. Hérisson sur la sexe et/ou l'âge des personnages.
  - 12 - Accent porté sur une thématique du style : aller, venir, dire, fuir, etc.
  - 13 - Présence de thèmes de peur, de catastrophe, de vertige, etc. dans un contexte érotisé.

### PROCEDES DE LA SERIE C (Évitement du conflit)

- CP**
- 1 - Très long et/ou silences importants intra - récit.
  - 2 - Tendance générale à la restriction.
  - 3 - Anonymat des personnages.
  - 4 - Mots des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, passages.
  - 5 - Nécessité de poser des questions. Tendance refus. Refus.
  - 6 - Évoquant d'éléments ambigus suivis ou précédés d'arrêts dans le discours.
- CN**
- 1 - Accent porté sur l'éprouvé subjectif (Non relationnel).
  - 2 - Références personnelles ou autobiographiques.
  - 3 - Affect - titre.
  - 4 - Posture significative d'affects.
  - 5 - Accent mis sur les qualités personnelles.
  - 6 - Insistance sur le repérage des limites et des contours.
  - 7 - Relations spéculaires.
  - 8 - Mise en tableau.
  - 9 - Critiques de Soi.
  - 10 - Détails narcissiques, idéalisation de Soi.
- CM**
- 1 - Surinvestissement de la fonction d'évitement de l'objet.
  - 2 - Idéalisation de l'Objet (valence positive ou négative).
  - 3 - Pivouettes, virevoltes.
- CC**
- 1 - Agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles.
  - 2 - Demandes faites au clinicien.
  - 3 - Critiques du matériel et/ou de la situation.
  - 4 - Ironie, déision.
  - 5 - Clin d'oeil au clinicien.
- CF**
- 1 - Accrochage au contenu manifeste.
  - 2 - Accent porté sur le quotidien, le factuel, l'actuel, le concret.
  - 3 - Accent porté sur le faire.
  - 4 - Appel à des normes extérieures.
  - 5 - Affects de circonstance.

### PROCEDES DE LA SERIE E (Emergence en processus primaire)

- E**
- 1 - Scotomes d'objets manifestes.
  - 2 - Perception de détails rares et/ou rares.
  - 3 - Justifications arbitraires à court des détails.
  - 4 - Fausse perceptions.
  - 5 - Perception sensorielle.
  - 6 - Perception d'objets morcelés / d'objets déformés ou de perceptions maladroites, malformées).  
Fabulation hors image.
  - 7 - Inadéquation du thème au statut. Abstraction, symbolisme méticuleux.
  - 8 - Expressions "crues" liées à une matrice sexuelle ou agressive.
  - 9 - Expression d'affects et/ou de sensations massifs liés à toute thématique (dont l'incapacité, le nuement, la réussite, le megalomanie, la peur, la mort, la destruction, persécution, etc.)
  - 10 - Persévération.
  - 11 - Confusion des identités ("Télépage des rôles").
  - 12 - Instabilité des objets.
  - 13 - Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales.
  - 14 - Perception du mauvais objet, mes de persécution.
  - 15 - Clivage de l'objet.
  - 16 - Recherche arbitraire de l'identité de l'image et/ou des objets mes ou attitudes.
  - 17 - Craquelures verbales (Troubles - syntaxe).
  - 18 - Associations par contiguïté, par sonance, coo - à - fême.
  - 19 - Associations courtes.
  - 20 - Vague, indétermination, flou et cours.