

جامعة الجزائر
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم علم النفس و علوم التربية و الأطفونيا

التوظيف النفسي لدى الراشدين الذين قاموا بمحاولة
الانتحار بابتلاع مواد محرقة
دراسة عيادية لتسعة حالات

مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصدمي

إشراف :
فاطمة موسى

إعداد :
زويينة حلوان

2008

إلى كل من شجعني و ساندني لإنجاز هذا العمل.

إلى كل من علّمني حب الحياة لأجد المتعة في كل ما أقوم به.

إلى من جعلوني أرى أخطائي بتفهمهم و صبرهم و اصطبارهم على سهوي.

إلى فلذ كبدي، الذين زينوا بوجودهم حياتي، لأجد في بسمتهم فرحتي، في

نظرتهم أملِي، في قلوبهم وطني، و في حبّي لهم معنى وجودي.

ليكن هذا العمل المتواضع فضاء معبرا عن تقديري و احترامي و عرفاني

بالجميل الذي لا يقدر بثمن.

يطيب لي أن أتقدم بجزيل الشكر و الامتنان إلى أستاذتي الموقرة

فاطمة موسى بياسي المشرفة على هذا البحث على مساعدتها

المعتبرة بتوجيهاتها الفعالة و نصائحها القيمة.

و يسعدني أن أتقدم بشكري و عرفاني إلى كل مرضى المؤسسة

الإستشفائية "رحموني جلالى" و إلى كل العمال بها و على

رأسهم رئيس قسم الجراحة الأستاذ ع. أيت بن عمر الذي سمح

لي باكتشاف الجانب العيادي.

أشكر كل أستاذتي الذين أكرموا عليا بما أوتوا من علم و خبرة.

المقدمة:

يعد الانتحار من أكبر المشاكل في الجزائر إذ بلغ عدد يثير الاهتمام حيث تعلن الصحافة أن عشرة آلاف شاباً جزائرياً يحاولون القضاء على حياتهم سنوياً و ألف منهم ينجحون في ذلك؛ و غالباً ما تكون عواقب الانتحار وخيمة حتى فيما يخص المحاولات.

كيف يمكننا تفسير هذه الظاهرة؟ كيف يمكننا مواجهة هذه المشكلة الضخمة؟

يتنوع تفسير ظاهرة الانتحار في سثنى المجالات منها: الاقتصادية، الاجتماعية والنفسية، و يحاول كل مجال إدماج هذه الظاهرة في قلبه و لو بصفة نسبية. و يتطرق توجهنا، في إطار هذا البحث، إلى جانب الاضطرابات النفسية لهذا الاختلال و محاولة تقييم أهميتها إذ تظهر لنا في هذا النطاق أولوية الإشكالية الموضوعية.

كانت النظرية التحليلية تفسر المرور إلى الفعل بعملية الكبت، و بعد 1920 انتسب إلى عملية التكرار الإجباري، حيث يوضح Freud S. أن مكوث "الأنا" تحت تأثير الصدمة يترجم إصابة الموضوع. إن للموضوع الحاوي الخارجي (أي الوالدين) الدور الأساسي في تكوين المواضيع الداخلية للفرد. عند إدماج موضوع حاوي يتصف بخصائص الاستمرارية، الاستعداد، الحضور و ذو حدود و مرونة يسمح للأنا أو جزء من أنا الطفل بتقمص هذا الموضوع الوالدي و بعض خصائصه. الشيء الذي يمكن الطفل من تطوير المحددات الفاصلة بين فضاءه النفسي الداخلي و فضاءه النفسي الخارجي.

تسمح لنا، كلّ هذه المبادئ، بتفهم تكوين هوية الطفل و كيفية حصوله على المواضيع الداخلية في نطاق التفاعل العائلي. عندما تكون عملية التقمص ناجحة نجد نواة هوية الطفل غنية بمواضيعه الداخلية و غير مستعمرة بمواضيع لا تخصه و التي تؤثر على هويته، الشيء الذي يحدث عندما تتمركز آليات مرضية لتقمص الهوية بين الطفل و الوالدين، حيث تلجأ المواضيع الخارجية للوالدين إلى تشويش أنا الطفل.

تتوفر لدى الطفل علاقة ترابط آمنة تسمح له بتطوير كفاءات نفسية و معرفية عندما تؤدي الأم دورها في تكيف الطفل مع محيطه وفي حسن الرعاية الموجهة له، و هذا خلال الفترة الأولى من حياته. يبدأ تكوين النماذج الفعالة الداخلية المتعلقة بالترابط في فترة مبكرة من حياة الطفل ثم تستقر في مرحلة المراهقة. و تتكون هذه النماذج من خلال المعلومات المخزنة

عند الطفل و التي تتعلق بدرجة استجابة الأم إلى احتياجاته الخاصة بالحماية و المواساة. تتمثل النماذج الداخليّة، نوعاً ما، في ترابط كلا الطرفين أي سلوك الطفل و سلوك الوالدين. يرتبط الطفل بأمه لأنها منبع التغذية و تشبع النزوات البدائية التي تسمح للطفل ببناء نزوات أخرى استناداً على النزوات الأولى. و توضح A. Freud (1946) أن آليات الدفاع عند الرّاشد توجّه ضد العلاقة الطفولية و ضد النزوات و هذا عندما تفشل الآليات السابقة في عملية التحكم في القلق.

إن ملاحظة، هيمنة آليات التدمير و اللجوء المتكرر إلى التصورات المميّنة، دفعنا إلى وضع توظيف ما قبل الشعور و حركات الوصل و الفصل في الواجهة الأولى. يظهر الميول إلى الفصل من خلال تجزيء ربط التصورات التي تخدم الأنا و الميول إلى القيام بالفعل ، مع إعادة جنسية الهوية و إعادة سيرورة التفكير.

حسب Benony H. (2004) "لا يستطيع الفرد تنظيم الإثارات النّزوية عند وجود خلل في اندماج الموضوع أو نوعية الوصل النفسي و العبور الرّمزي، حيث يأخذ الجسم مكان النفس أو بالأحرى يأخذ الدور الموجه له و المتمثل في تكوين التصورات ، تكون الهوامات و القيام بالفعل في علاقة معارضة نشيطة تتسم بالسند و التعويض عندما يكون توظيف الجهاز النفسي متوازن؛ و يختلف هذا التكامل في حالة الاضطراب حيث يخلق تناقض و فقر يسببان شلل في القيام بالفعل أو في التوظيف النفسي الذي يعود إلى نقص التصورات و الصراعات النفسية. يبعث المرور إلى الفعل الانتحاري دوماً إلى معانات نفسية لا يستطيع الفرد التعبير عنها إلا بالتصرفات الفعلية" (ص : 45).

يؤكد Jeammet Ph. (2002) في هذا الصدد أننا "كلما تعمّقنا في ميدان القيام بالفعل كلما وجدنا فقر في التصورات التي تبعث إلى تنظيم متوازن و إلى صراعات نموذجية و هذا راجع إلى بزوغ القيام بالفعل مكان و موقع العمل النفسي المتمثل في التصورات".

و يوضح A. Green (1983) من جهته أن الاضطرابات الحديّة "تدل على غموض بين الوجدانات ، التصورات ، الأفكار و القيام بالفعل و هذا بسبب التّأرجح بين قلق التخلي و قلق الاجتياح. يقوم الفرد بطرد الضغوطات التي لا تطاق بالمرور إلى الفعل داخليا بالتجسيد أو

بالقيام بالفعل خارجيا بالحركة. تتكون هذه الضغوطات من جراء غياب الموضوع أو من الالتحام به.

يوحي المرور إلى الفعل بعجز في التوظيف الفكري. و يأتي كحل مؤقت و لكن جذري أمام هذا العجز الذي يواجه النقص الناتج عن العلاقة بالموضوع. يحقق المرور إلى الفعل ما لم تستطع العملية الرمزية تحقيقه، لأنه يعتبر كمحاولة تعديل وضعية العلاقة بالموضوع. و تقول Moussa F. (2007.) في هذا الصدد: "نلاحظ المرور إلى الفعل عند الأطفال أو المراهقين الذين يعانون من اضطرابات سلوكية حيث يتعدّر عليهم التعبير بالكلام بسبب عدم التمكن منه أو رفضه" (ص : 23).

يحتوي هذا العمل على جانب نظري و جانب تطبيقي حيث خصصنا الفصل الأول من الجانب النظري لاضطرابات المرور إلى الفعل التي تتضمن المرور إلى الفعل الانتحاري. و عرضنا في الفصل الثاني التوظيف النفسي ؛ في الفصل الثالث مختلف أنواع آليات الدفاع و الاضطرابات النفسية. و تطرقنا في الفصل الرابع إلى العلاجات النفسية و تقييمها و يتكون الفصل الخامس من لمحة خاطفة للعلاج الطبي. أما الجانب التطبيقي، لقد بدأناه بتوضيح الإجراءات المنهجية و عرض الوسائل المستعملة لهذا البحث؛ ثم شرعنا في عرض نتائج السالمة العيادية الأربعة التي أجريت قبل العلاج النفسي و بعد سنة كاملة من التكفل بأفراد مجموعة البحث المتكونة من ستة إناث و ثلاث ذكور، و نُبعت نتائج كل حالة بالمناقشة. و في الأخير ، عرضنا الاستنتاج العام ثم الخلاصة.

الإشكالية:

يتطلب، النظر إلى الحياة النفسية للمنتحر، القيام بتحليل عمل سيره النفسي، استثماراته، آلياته الضمنية و هويته، و هذا بملاحظة حركاته النكوصية و إعادة تشكيله للمعطيات المعرفية التي تبين مستوى النضج.

تعبّر الإختلالات النفسية عن أقصى درجة في الاضطراب النفسي الشامل التي تدلّ على عدة عوامل متفاعلة فيما بينها، والتي تتكوّن بيانيا من ثلاث عوامل و هي: تطويرية، صدمية و صراعية (نفسية). و هكذا تتدخل الأحداث المتعلقة بالطفولة الأولى (و أحيانا الفترة التي تسبقها) بدرجات مختلفة في إحداث الاضطراب، و ذلك في إطار التفاعل الاجتماعي. و يتجدد الحدث بسبب موقف حالي يتميّز بالسمّيات المهيمنة الخاصة بكل فرد و التي تظهر له كحقيقة نفسية. و تنتج الصراعات النفسية من العلاقات مع العالم الخارجي و النزوات الداخلية. و لا يأخذ هذا المنظور قيمته الكلية إلا إذا أخذنا بعين الاعتبار تسلسل عواقب الأحداث المرتبطة بكلّ سبب.

تدلّ حركات التحويل و التحويل المضاد على استطاعة الفرد في التطرق إلى سجل النكوص الذي يحتوي أو يخلو من التدمير، و القدرة أو عدم القدرة على الرجوع إلى حالته الشخصية و إعادة النظر فيها. و إمكانية تبليغ القدرة على التداوي الحرّ. توضح هذه العملية القيمة الاقتصادية للمعاش النرجسي التي تتمثل في حركات الانطواء الشبقي الذاتي (auto-érotique) و التفتح إلى الآخر، و آثار الصراعات، أو خلل في مرحلة مبكرة من حياة الفرد الذي ينتج عن نوعية الترابط الوالدية.

تبعث اللقاءات الأولى مع المنتحرين إلى تساؤلات توحى إلى الغموض الذي يعانون منه في مواجهة الحدث الرهيب الذي لم يكن يوما محل تفكيرهم، حيث نجد ضمن كلامهم ما يلي : " لا أفهم ما حدث لي... لم أكن أتصوّر أنني أستطيع القيام بذلك الفعل... " كأنهم دفعوا بقوة لا شعورية للقيام بفعل يظهر بصورة بشعة حيث لا يتسنّى لهم التعرف على أنفسهم من خلال ذلك الفعل، و يستثمر النفساني كمنفذ، يمكنه إيجاد حل لغز القوة اللاشعورية. يجب أن يغوص النفساني في العملية التحويلية لمواجهة التوظيف الغير الناضج المتمثل في استعمال

القيام بالفعل كوسيلة دفاعية، و هذا ليتمكن الفاحص من حسن توجيه العمل العلاجي و محاولة تغيير دفاع المفحوص إلى أسلوب أنضج.

بعد أن واجهنا مواقف عيادية صعبة و قمنا بمحاولات علاجية باءت بالفشل، خاصة عند الشريحة التي قامت بالفعل الانتحاري، ظهرت لنا أهمية تحليل كل حركات التحويل المضاد و المتعلقة بمختلف مستويات التفاعل، و أهمية الاحتفاظ بفكرة تكوين علاقة علاجية تسمح لنا بتحقيق الهدف المنشود، ألا و هو محاولة تجنب الانتكاس.

تتميز مجموعة بحثنا بالمرور إلى الفعل الانتحاري بواسطة ابتلاع مواد محرقة. و تساءلنا دوما عن احتمال وجود علاقة بين الاختيار اللاشعوري لكيفية القيام بالفعل الانتحاري عن طريق الفم و احتمال وجود نقاط تثبيت تعود إلى المرحلة الفمّية. أي، بمعنى آخر، يحتمل أن نجد علاقة وطيدة بين التدمير الذاتي عن طريق الفم و العلاقة بالموضوع، علما أن الأصل التكويني للعلاقة بالموضوع يعود إلى المرحلة الفمّية التي تعد كمرحلة بدائية لنمو الشخصية. تقوم التثبيتات المكونة في المرحلة الفمّية بتحويل العلاقة التي تتميز بالاتكالية (anaclitique) في الحالة العادية إلى علاقة إلتحامية مرضيّة، و يحدث الإلتحام عادة مع موضوع جزئي (جزء من الآخر: الثدي مثلا). تتحول هذه العلاقة بعد الشهر الثامن إلى علاقة سنديّة، و يمثل هذا المصطلح عند Klein M. (1943) فترة تكوين علاقة وجدانية مع الآخر، حيث تتطور العلاقة التي تبدأ بالاتكال (علاقة سنديّة متبادلة) إلى علاقة سنديّة يظهر فيها وعي السند حيث تتميز بالاحتياج إلى الآخر مع احتمال عدم الاستجابة، و تتطور في الأخير لتصبح مع موضوع كامل.

تتميز المرحلة الفمّية البدائية بتناظر الاكتساب مع فقدان و الهاموية (vampirisation) و الإلتهام الوحشي (cannibalisme). يؤدي النقص و العوز العلائقي إلى سلوك الحشو المتكرر و إنقلاب غضب فمي مدمر على الذات في حالة المازوشية المتمثلة في الإساءة إلى الذات و إلى انقلابه على الموضوع في حالة السادية (sadisme).

تكون العلاقة، في المرحلة الفمّية و الشرجية البدائية، مبنية على الترابط حيث تتميز علاقة الفرد بالموضوع بالتبعية و البحث عن حب لم يسبق له الحصول عليه (إلتماس فمي غير مشبع). تؤدي المازوشية و السادية في شكلهما الفمي إلى الرغبة في الكراهية و تنتمي

الكراهية المدمرة أساسا إلى السَّجَلِ الفمِّي و تتحول إلى الغضب في سجل الشرجية البدائية ثم إلى التحكم في سجل الشرجية التي تلي البدائية و يظهر الجانب الثلاثي في المرحلة الأوديبية. يضيف Stern D. (1977) أنه يتم تحديد حساسية جسم الطفل لحياته العلائقية بنوعية الرعاية الجسدية التي يتلقاها و كذا توجهها و كميتها. فيما يخص عينة بحثنا، إذا كانت علاقتهم بالموضوع تشبه حساسيتهم لأجسادهم لا يمكن تصور هذه العلاقة إلا محطمة.

و يذكرنا Anzieu D. (1985) في كتابه " Le Moi Peau " بغياب الجسد كبعد ضروري لحياة الحقيقة البشرية، كمعطيات قبحجنسية يتعذر تقليصها و كوسيلة سند للعمليات النفسية و هذا خلال الربع الثالث للقرن العشرين.

تتمثل ميزة العلاج النفسي في الانتقال من القيام بالفعل إلى العقلنة التي تتم بالانفتاح إلى الغير في وضعية الانقطاع عن الموقع المعتاد و بالتواجد في فضاء واق، يحاول فيه الفاحص إسناد كلمة المفحوص إلى نفسه، يربط فيه الفاحص الحدث الحالي بتاريخ المفحوص. تظهر في عملية العلاج النفسي العلاقة بين المرور إلى الفعل كوسيلة دفاع و احتمال وجود اختلال في تكوين العلاقات الأولى بالموضوع.

يرجع Green A. (1983) نقاط ضعف هذه العملية إلى كوننا لا نعرف عن المفحوص إلا ما يبوح به و نلاحظ ذلك بواسطة تأثيرنا بوجدانات التواصل و ما يحدث بين تأثيراتنا الوجدانية الجسدية و توظيفنا النفسي.

تتطرق Moussa F. (2004) في وصفها للعلاقة العلاجية إلى كلام الثعلب في قصة "الأمير الصغير" للكاتب: (St Exupéry) حيث "يقول الثعلب: -...يتمثل التآلف في تكوين العلاقات"، و نتساءل بدورنا عن احتمال نجاعة هذه العلاقات في إصلاح الاختلال الناجم عن العلاقة الأولى بالموضوع.

قمنا في إطار بحثنا هذا بدراسة نوعية الترابط الوالدي و كذا نوعية الدفاع الذي يلجأ إليه بكثرة المقبلين على الفعل الانتحاري. و هذا لمحاولة الإجابة على الإشكالية التالية :

-هل يبعث المرور إلى الفعل الانتحاري ، بتجرع المواد المحرقة ، إلى اضطراب العلاقة بالموضوع ؟ و هل تستطيع ، العلاقة العلاجية ، أن تحسّن هذه العلاقة إذا كانت مضطربة ؟

الفرضية العامة :

- يبعث المرور إلى الفعل الانتحاري، بتجرع المواد المحرقة، إلى اضطراب العلاقة بالموضوع.

الفرضيات الجزئية :

- 1- يبعث المرور إلى الفعل الانتحاري بتجرع المواد المحرقة، إلى تثبيبات تعود إلى المرحلة الفمّية، علماً أنّ الأصل التكوّني للموضوع يعود إلى هذه المرحلة.
- 2- تتميز نوعية الترابط، عند الراشدين المنتحرين بابتلاع المواد المحرقة، بالترابط الغير آمن المتمثل في: منشغل، فوضوي أو منفصل.
- 3- غالباً ما يلجأ هؤلاء إلى استعمال آليات الدفاع الفجّة أي الغير ناضجة.
- 4- تستطيع العلاقة العلاجية، المتكونة بين الفاحص و المفحوص، أن تصلح العلاقة التي أقامها المفحوص بموضوعه الأول خلال الطفولة.

الجانب النظري

الفصل الأول : اضطرابات المرور إلى الفعل :

I- تعريف المرور إلى الفعل:

يرادف " المرور إلى الفعل" المصطلح الانجليزي « acting out » أي التفعيل و هو بدوره ذو أصل ألماني « agiren » يستعمله Freud S. للمرة الأولى سنة (1905) في: « L'analyse de Dora » ثم يعرف المرور إلى الفعل كقيام بتفعيل شيء قد نسيه المفحوص أو قمعه، لكن ينجزه دون أن يعلم أنه يقوم بعملية تكرار.

يشير "المرور إلى الفعل" إلى تفعيل يتميز غالبا بالاندفاع، ينفصل نوعا ما عن أنظمة الدوافع التي اعتاد عليها الفرد، يأخذ دوما شكل عدوانية ذاتية أو غيرية و يحمل طابع انبثاق المكبوت.

يتمثل المرور إلى الفعل في السلوك الاندفاعي و النزق (أي بغضب و بدون تفكير) مما يدل على القوة الانفجارية عند الفرد و بالتالي كيفية المرور إلى الفعل بسهولة. كما يصف الطبيعة التلقائية و النزقة للفعل تحت تأثير الاندفاع. و يظهر ميول لا يقاوم إلى ارتكاب الفعل بعدم التفكير في عواقبه أو مدى صوابه. و يعتبر السلوك الانتحاري، الإدمان على الكحول أو المخدرات و الاغتصاب من أنواع المرور إلى الفعل.

يعتبر المرور إلى الفعل كمخرج عنيف يحققه التوظيف الذي تنعدم لديه وسائل التحرر من الصراعات الداخلية و الخارجية. كما يمكن أن يمثل الهروب من علاقة لا تحتل أو بسبب افتقار الفرد لعقلنة جيدة؛ علما أن التفعيل بدائي أكثر، مقارنة بالتفكير. و في هذا الصدد يختم Freud S. كتابه « Totem et tabou » بالجملة التالية : "و كان القيام بالفعل في بداية الأمر" مما يدفعنا إلى التفكير في أسبقية المرور بالفعل عند الإنسان تكوينيا و تطوريا.

يعرف Bergeret J. (1979) التفعيل غالبا بالمرور إلى الفعل الاندفاعي مما يسيء إلى سمعته.

التفعيل (agir) ليس تصرفا (action) حيث يتطلب التصرف فضاءا للعبور يسمح بتأجيل ظرفي و يستوجب ذلك فضاءا حاوي لفكرة حرة مهياة للتصرف.

بينما يشخص المرور إلى الفعل بافتقار الفرد إلى الحب و انعدام علاقة مُرضية و مُشبَّعة بالموضوع . يكون الفضاء و الزمن غائبان أو في تناقض خلال العمل التصوري مع عدم القدرة على الانتظار.

و يوضح Freud S. (1932) أنه يمكن أن تأخذ هذه الحالة من الانتباه طرازها البدائي في خبرة الإشباع و تكرار هذا الإشباع. تنتج حالة الرّغبة من حالات الإلهام المضطربة و يضيف أنه تنتاب الفرد حالة الانتباه عند حدوث وضعية ترغمه على عدم الخضوع لرغباته حتى فيما يخص بعض الادراكات الحسية التي لا تتوافق، و لو جزئياً، مع استثمارات الرغبة. يكون الأنا الأصلي في علاقة تتميز بالتبعية لحالات تكرار الاحتياج أي حالات الامتناع عن الرّغبة.

تنشأ عادة عمليّة التفكير من حالات الامتناع عن تحقيق الرّغبة التي تعتبر كعامل أساسي لتفادي انحلال الأوهام إلى يقين مبتر الذي يدفع الفرد إلى عدم التحكم في التفريغ الحركي و عدم الوعي بالعالم الخارجي أو العيش في أوهام تؤدي إلى أضرار مماثلة. تولد كل هذه العواقب عجزاً خاصاً لأنها تعتبر مصدر العذاب و التهديد. يبعث المصطلح "تفعيل" إلى القيام بالفعل بواسطة حركة نزويّة. و يؤكد Green A. (1992) أن علاقة التفعيل بالنزوة أكثر صلة و قرابة من علاقته بالتصورات.

I-العدوانية :

1- تعريف العدوانية :

حجازي م. (1985) يعرفها معجم التحليل النفسي أنها "تلك النزعة أو مجمل التّزعات التي تتجسد في تصرفات حقيقية أو وهمية ، و ترمي إلى إلحاق الأذى بالآخر و تدميره و إكراهه و إذلاله الخ... و قد يتخذ العدوان نماذج أخرى غير الفعل الحركي العنيف المدمر عندما لا يكون هناك تصرف فعلي؛ سواء كان ذلك الفعل سلبياً (كرفض العون مثلاً) أم إيجابياً ، رمزياً (كالسّخرية) أو ممارسة لفعل ما، لا يمكنه أن ينشط كسلوك عدواني". (ص 323)

أعطى التحليل النفسي أهمية متزايدة من خلال إظهار فعلها المبكر جدا في نمو الشخص . و من خلال الإشارة إلى العملية المعقدة لاتحادها أو انفصالها عن الجنسية . يصل هذا التطور في الأفكار نزوته في محاولة البحث عن أرضية نزوية وحيدة و أساسية للعدوانية من خلال فكرة نزوة الموت .

يمكن تلخيص نظرية Freud S. (1924) بصدد العدوانية على النحو التالي : "يوضع قسم من "نزوات الموت" مباشرة في خدمة نزوة الجنس ، حيث يلعب دورا هاما . تلك هي السادية الحفة . بينما لا يرافق القسم الآخر هذا التحويل نحو الخارج ، بل يظل في المعتضى حيث يرتبط ليديا بواسطة الإثارة الجنسية التي تصاحبه ؛ و هنا تكمن المازوشية البدائية المولدة للغلطة وتتصل بالجنسية أو تنفصل عنها في بداية النمو" (ص376) .

يتحدث Freud S. (1901) عدة مرات عن "نزوة عدائية" و "نزعة عدائية" . و في النهاية اكتشفت عقدة أوديب البدائية باعتبارها تضافر لرغبات الحب و العداة (حتى أنها قدمت لأول مرة في "تأويل الأحلام" تحت خانة : "أحلام موت الأشخاص الأعزاء" ، و لقد أدى ارسانها التدريجي إلى مزيد من الإلمام بتدخل هذين النمطين من الرغبة في مختلف التشكيلات الممكنة .

لقد توسّع المجال الذي يقرّ فيه للعدوانية بالنشاط ، فمن جهة هناك قابلية توجه نزوة التدمير إلى الخارج ثم تعود و تتوجه نحو الدّاخل . و العدوانية لا تنطبق فقط على العلاقة بالموضوع أو العلاقة مع الذات ، بل تسري أيضا على العلاقات بين مختلف الأركان (الصراع بين الأنا الأعلى و الأنا) .

من خلال وجود نزوة الموت في الشخص ذاته أصلا ، و من خلال جعل العدوان على الذات مبدأ العدوانية بحدّ ذاته ، تظهر العدوانية كأسلوب العلاقة مع الآخر، و كعنف يمارس عليه . كما توحى إلى طبيعة الإنسان الشريرة .

يربط Freud S. (1920) كل ما يوحى إلى نطاق التصرفات الحيوية بنزوات الحياة Eros لكن نجد في العدوانية خليط نزوي بمقادير متفاوتة ، كما يبعث إلى أن الانفصال أو فقر الترابط النزوي ما هو إلا تعبير عن انتصار لنزوة التدمير ، و ذلك على عكس

نزوات الحياة التي تميل إلى توليدها و الحفاظ عليها . تصبح العدوانية قوّة تفكك و تفقّيت مثلما تشير Klein M. (1943) إلى خصائص التفكك التي تميّز بها العدوانية بالتأكيد على الدور الذي تلعبه العدوانية في هذا النطاق منذ الطفولة الأولى .

يقول Bergeret J. (1979) "تظهر العدوانية معقدة فيما بينها إذ ترمي إلى حركة طردية (جسدية و تصورية) و تبعث إلى قوّة منشطة فوضوية من جهة و تتظاهر بالرغبة في التسلط ، الانشطار و التفكك (و تظهر هنا العلاقة بنزوة الموت) رغم أن في بعض الحالات تظهر العدوانية البدائية المطلقة ، نزوة الموت و التكرار الاضطراري منفصلين بوضوح خاصة في حالة الغضب العنيف و المتكرر و يتمثل فيما بعد في بعض التصرفات السخيفة كالبتير الذاتي (automutilation) و كذا فيما يخص الجنوحية المتمثلة في الانتحار و الإدمان (ص249).

يشرح Benony H. (2004) كيف "يساهم سوء تنظيم الوجدانات في تكوين التصرفات التي تؤدي إلى تدمير الذات و هذا بسبب تقليص عملية الرّبط على المستوى النفسي أو بسبب عدم نجاعة تسيير الصراعات الداخليّة للفرد. ترجع الكراهية في التنظير الأول للنزوات إلى نزوات الحفاظ على الذات و إلى دفاع الأنا لإثبات نفسه . و يربط التنظير الأخير العدوانية بنزوة الموت و جدليتها بالبيدو. و تتمثل نزوة العنف في جزء نزوة الموت المتوجه نحو الخارج ، و العكس في الجهاز العضلي" (ص:43).

ظهرت أطروحة Dollard J., Doob L. W. و Miller N. E. سنة (1939) تحت عنوان : "الإحباط و العدوانية" و التي كان لها صدى معتبر. و يتمثل الإحباط في النظرية الدينامية في كل عائق يمنع تحقيق الرّغبة مع إدماج العوائق التي تخص الفرد نفسه. لقد كانت الأطروحة إجرائية حيث يرجع المؤلفون كل تصرف عدواني إلى وجود إحباط و العكس كذلك ، أي يؤدي كل إحباط دوما إلى نوع من العدوانية ، حيث درسوا بدقة العلاقة بين درجة الإحباط و الإجابة العدوانية ، و تأثير الكف الاجتماعي على العدوانية الخ...

و كان انتقاد الأطروحة متمثل في حتمية الارتباط اليقين بين الإحباط و العدوانية. و في سنة (1957) بيّن Kurt L. اختلاف الأفراد في كيفية ردود فعلهم للإحباط و يمكن أن

يؤدي هذا الأخير إلى استسلام مطاوع كما يمكن أن يؤدي إلى العدوانية . و في الأخير تراجع Miller N. E. على ما أدلى به سابقا و صححه باعتبار العدوانية كاستجابة ممكنة للإحباط مع التأكد على افتراض وجود استجابات أخرى.

2-العدوانية الموجهة نحو الذات :

تمثل كل أنواع العنف التي يوجهها الفرد إلى نفسه و منها :

1- بتر الذات : (الصفع ، العض ، الخدش إلى غاية الجرح ، لطم الرأس ، اقتلاع الشعر الخ...). يمكن أن تحدث هذه التصرفات بصفة مجازية لكن تثير الاهتمام بعد مرور عام من المداومة عليها.

2- التصرفات الخطيرة : (الإفراط في السرعة خلال السّياقة ، التّهريج الخ...) حيث تكون هذه التصرفات منفردة أي لا تخص ذوي البنية الذهانية.

3- خطر الانتحار : يمكن أن تكون العدوانية الموجهة نحو الذات منظمّة و مرتبطة بمرحلة مرضية .

- منحوليا : (تأنيب الضمير ، دناءة ، تهمة الذات ، تعذيب نفسي ، تباطؤ حسي-حركي ، إرهاق ، أرق و خلفة) و هذه الحالة تمثل ناقوس الخطر الذي ينبه إلى الانتحار.

- الاكتئاب : "عصاب تفاعلي" هذه الحالة تنبه أيضا إلى خطر الانتحار.

- الفصام : يمثل الانقلاب ضد الذات آلية دفاعية يستجد بها الأنا عند مواجهة قساوة سلطة الأنا الأعلى التي تمنع الفرد من التعبير عن عدوانية الشخصية. و تعتبر العدوانية كإحساس اعتيادي للفرد عند توظيف هذه الآلية الدفاعية.

يؤدي التسامي الغير كاف للغضب أو عدم تفهمه إلى تفريغه من طرف الفرد على ذاته . و يعتبر عقاب الفرد لنفسه كاستجابة لشعور لا يطاق خاصة إذا كان متوجه ضدّ شخص ذو قرابة عاطفية حيث تظهر آليات دفاع ذات عواقب وخيمة مثل بتر الذات ، رفض الشفاء ، الحوادث و الإخفاق اللاشعوري بغض النظر عن طبيعتها الخطرة ، يمكن أن تشكل هذه

الآليات عائق جذري للعلاج النفسي حيث يرفض الشفاء من طرف الفرد للاستمرار في معاقبة نفسه.

يمكث الأشخاص العدوانيين تحت سيطرة دائمة للتفعيل كما يتميّزون بافتقارهم للعقانة باعتبار المرور إلى الفعل كتمديد لا يستطيعون القيام به. يعد المرور إلى الفعل كضرورة حتمية يتخذها كل شخص لا يستطيع إيجاد حلّ آخر. و تبقى هذه الظاهرة مميّزة بالاندفاعية.

3- الاندفاعية :

تمثل الاندفاعية عادة التصرفات الفعلية الواقعة "هنا و الآن" . تُعرف الاندفاعية كاحتياج أساسي للقيام فجأة بحركة أو فعل متميّز بالعنف ، الخطر أو الفضاضة و هذا مع عدم تحكم الفرد في قيامه بذلك .

للاندفاعية بُعد سلوكي خارق للتصنيف المرضي أي لا يمكن إيجاده في صميم الاضطرابات السلوكية المختلفة. تشخص بالاستجابة السريعة لمنبه ما ، دون تفكير أو تقييم للمواقب الناتجة عنه .

تتشابه مواصفات الاندفاع مع التي تخص حبّ الاستثارة و هذا تكوينيا و تجريبيًا. لكن يبقى الفرق واضح على مستوى حب الاستثارة خاصة فيما يخص "المجازفة و المغامرة" حيث يضع الشخص نفسه موضع الخطر الذي قد يصل إلى المخاطرة بالحياة و يكون الاندفاع مرتبط بالبعد الخاص بالمجازفة و المغامرة.

4- نزوة الموت :

تمثل النزعة الأساسية عند كل كائن حي للعودة إلى الحالة اللاعضوية. يشرح Freud S. (1938) " إذا كنا نقرّ بأن الكائن الحي قد أتى بعد اللاحي و انبثق منه فإنّ نزوة الموت تتوافق جدا مع الصيغة التي تذهب إلى أن النزوة تنزع إلى العودة إلى حالتها السابقة." و بهذا المنظور يموت كل كائن حي بضرورة تعود إلى أسباب داخلية . في الكائنات المتعددة الخلايا "... يصادف الليبدو نزوة الموت أو التدمير التي تسود فيها ، و التي تنزع إلى اندثار هذا المتعضى الخلوي، و تؤدي بكل متعضى أولي (أي كل خلية) إلى حالة استقرار لا عضوي.

حسب نفس المرجع : " تقوم الليبدو بمهمة تحييد هذه النزوة التدميرية ، و يتخلص منها بتحويل جزئها الأعظم إلى الخارج ، بتوجيهه ضد مواضيع العالم الخارجي ، و ذلك بمساعدة نضام عضوي خاص و هو الجهاز العضلي . و تسمى هذه النزوة عندئذ نزوة تدمير و نزوة السطوة أو السيطرة. يوضع جزء من هذه النزوة مباشرة في خدمة الوظيفة الجنسية حيث يلعب دورا هاما، تلك هي السّادية الفعلية ؛ بينما لا يتبع الجزء الآخر هذا الانتقال بل يظل ضمن المتعضى حيث يُربط ليبيديا و يتمثل في المازوشية الأصلية المولدة للغلطة" (ص : 71).

يفترض Freud S. (1920) أن نزوة الموت مثل ما يدلّ عليه عنوان الكتاب بحدّ ذاته حيث يخلص إلى القول بالتوكيد التالي : " يبدو أنّ مبدأ اللذة هو في الواقع في خدمة نزوات الموت" (ص : 69) مع أنّه متنبها لهذا التناقض مما حدا به إلى التمييز بين مبدأ النرفانا عن مبدأ اللذة ، باعتبار أنّ مبدأ النرفانا هو مبدأ اقتصادي لخفض التوتر إلى درجة الصفر ، و يخدم كلياً نزوات الموت بينما، أصبح مبدأ اللذة يعرف كيفيا أكثر منه اقتصاديا و يمثل مطلب الليبدو.

5- نرجسية الموت :

كانت النرجسية توصف دوما بمظهرها الايجابي الذي ترتبط به مع نزوات الجنسية ، لكن أضاف Green A. (1992) ضرورة وجود نرجسية الموت التي يدعوها "النرجسية السلبية". و تبعث النرجسية الأولى إلى توحيد الأنا ، أما نرجسية الموت فتبعث إلى انعدامه و إلغاءه إلى درجة الصفر.

II- الانتحار

1- تعريف الانتحار:

الانتحار لغة ، مشتق من كلمة «نحر» أي ذبح أو قتل . و انتحر يعني : قتل نفسه أو ذبحها. و يقال تناحر القوم إذا تشاجروا حتى الهلاك. و قد استعملت كلمة « بخع نفسه » في القرآن الكريم، كمرادف للانتحار و تعنى : «أهلك نفسه أو أنهكها غما» ، و هذا في

الآية السادسة من "سورة الكهف": « فلعلك باخع نفسك على آثارهم إن لم يؤمنوا بهذا الحديث أسفا ».

تتشكل كلمة (suicide) من مقطعين لاتينيين هما : (sui) بمعنى النفس و (coedere) بمعنى قتل.

يعرف الانتحار أنه الفعل الذي يقوم به الفرد للقضاء على نفسه. و يتمثل في قتل نفسه عمدا و هو إرادة الفرد الواعية و المقصودة لقتل نفسه أي التفعيل المتعمد لقتل النفس. و في المجال الطبي يشار إليه بـ "تحطيم الذات" « autolyse » وهو مصطلح إغريقي auto = الذات و lyse = تحطيم .

يعرفه القاموس Larousse على أنه التفعيل الذي يؤديه الفرد لقتل نفسه أو لتدمير نفسه أو للإساءة الخطيرة إلى ذاته ، الفعل الذي يشمل الأخطار القاتلة.

2- محاولة الانتحار :

العملية التي يؤدي بها الفرد إلى المخاطرة بحياته طوعا بقصد قتل نفسه و التي تنتهي بالنجاة . يمكن أن تعرف محاولة الانتحار على أنها انتحار فاشل بغض النظر على سبب هذا الفشل. تمثل محاولة الانتحار التصرف الذي يبحث به الفرد عن حلّ وجودي بمحاولة اغتيال نفسه.

3- الأفكار الانتحارية :

الأفكار التي يمكن أن تجعل من الانتحار الوسيلة الوحيدة للخروج من وضعية صعبة و الغير محتملة أو للتخلص من عذاب نفسي أو جسدي أو أيضا للهروب من أزمة و ضيق شديد.

4- ما يعادل الانتحار :

يخاطر الفرد بحياته بممارسة تصرفات تعادل الفعل الانتحاري لكن بإنكارها و عدم الاعتراف بخطورتها . في هذه الحالة لا يدلي الفرد بوضوح على رغبة واعية و

مقصودة بقتل نفسه. لكن يجب عدم إهمال الاحتمال الكبير لمحاولة انتحار حقيقية . يدخل ضمن هذا المجال كل من حوادث المرور ، الحوادث المنزلية ، المجازفة و المغامرة.

5- تاريخيا :

في العصور القديمة ينتحر المحاربون بعد الهزيمة وهذا لتفادي التعذيب الذي يمكن أن يحدث عند الوقوع في أيدي الأعداء ؛ و هذا خوفا من البتر و التعذيب القاسي أو العبودية. انتحر Brutus و Cassius اللذان قتلوا Jules Cesar عند انهزامهما في معركة Philippes . و قام يهود Massada بالانتحار الجماعي للنجاة من العبودية الرومانية. يعد الانتحار في الحضارة الرومانية كوسيلة مقبولة يحصن بها الشرف؛ عندما ينتحر اللذين حكم عليهم بالإعدام قبل إدانة المحكمة يسمح بالإعفاء على حذر أغراضهم و ممتلكاتهم العائلية.

يشار بسخرية إلى رحمة و عطف الإمبراطور الروماني الذي سمح لرجل أن ينتحر و قد حكم عليه بالإعدام.

أصدر Goethe كتابا في أواخر القرن الثامن عشر تحت عنوان "عذاب الفتى ويرثر" (Die leiden des jungen Werther) الذي يروي قصة رومانسية تنتهي بانتحار "ويرثر" بعد حب مستحيل . تلقى الكتاب شهرة كبيرة لكن أدى إلى حملة انتحارية في ألمانيا .

نشر الشاعر Alvarez A. دراسة حول الانتحار في فن الأدب تحت عنوان « Le dieu sauvage في محاولة حول الانتحار.

أصدر Durkheim E. مؤسس علم الاجتماع كتابه الشهير "الانتحار" عام (1897)، حلل فيه هذه الظاهرة من الزاوية الاجتماعية و لاحظ أربعة أنواع للانتحار و هي :

(1)-الانتحار الأناني؛ (2)-الانتحار الغيري؛ (3)-الانتحار الفوضوي؛ و (4)-الانتحار الحتمي. و يدلي أن التفكك الاجتماعي هو السبب الرئيسي و الحقيقي في كل نوع .

كتب Emery J. عام (1976) كتابا يدافع فيه على الحق في الانتحار، و يبين في أطروحته أن الانتحار حرية نهائية للإنسانية و انتحر بعد عامين من إصدار الكتاب.

III- وجهات النظر المختلفة لظاهرة الانتحار :

1- وجهة النظر الفلسفية :

تختلف وجهات النظر الخاصة بالانتحار حسب اختلاف التيارات الفلسفية. يمكن أن يعتبر الانتحار كرمز للحرية أو للضعف أو للتضحية.

ترى وجهة النظر المعاكسة أن الانتحار مضاد للإنسانية حيث يعتبر الموت جزء لا يتجزأ من نظام الطبيعة و يهدف قتل النفس إلى معارضة هذا النظام و الوقوف ضده؛ ويرمي ذلك إلى الابتعاد عن الإنسانية.

يرى أفلاطون الذي كان مؤمناً أن الموت ملك للآلهة و الفصح (paques) الذين يعود لهم الحق في قطع خيط الحياة. و يعتبر الانتحار كمعصية للآلهة.

يدلي Delfour J. J. (1996) أن المنتحر لا يمكن أن يقوم بالفعل ابتغاء الموت لأنه لا يدركه ، أي لا خبرة له في الموت كي يعرفه أو يبحث عنه. و يعتبر الانتحار كوسيلة فقط يلجأ إليها الفرد للحد من عذابه ، فهو لا يستفيد منه. و تضمحل الحرية التي يمتلكها الفرد في حق الحياة و حق قتل النفس مع فقدان الحياة نفسها. و بالتالي لا يتمتع الفرد بموته لذا لا قيمة للانتحار في حد ذاته لكنه يعتبر اعتداء مستمرًا على الجسد يؤدي إلى الموت.

2- وجهة النظر الأنثروبولوجيا :

تختلف وجهات النظر للانتحار أنثروبولوجيا حسب الثقافات، إذ يعتبر منذ زمن بعيد مخلي للحياء و غير مشرف في الدول الغربية، أما في دول أخرى يعد الانتحار كوسيلة لاسترجاع الشرف الضائع. توجد في آسيا أشكال طقوسية للانتحار مثل جواهر (jauhâr) و ساتي (sati) الهندية . و يتمثل السوبوكو الياباني (seppuku) في انتحار نو مخرج شريف لبعض الحالات الميئوس منها و الحقيرة.

3- وجهة النظر الدينية :

يعتبر الانتحار كفعل دنيء في الإطار الديني، كون الإنسان ملك لخالقه و أن الموت قضي و قدر. قد حرم الإسلام قتل النفس كما حرم في جميع الأديان السماوية و يبحث الانتحار إلى قطع العلاقة الموجودة بين الإنسان و خالقه.

4- وجهة النظر السياسية :

استعمل الانتحار تاريخيا كفعل سياسي للمعارضة و الامتناع و يعتبر كفعل قريب من الاستشهاد بغض النظر عن العمليات الإغتيالية الإجرامية. مثلا في اليابان تتبع الانتقادات الإتهامية الموجّهة للحكومة بعملية انتحارية (seppuku) من طرف المعارض . أما حاليا ، فيستعمل الانتحار للاعتراض بصفة استعراضية أكثر، منها حرق النفس، أي الانتحار بواسطة إشعال النار في الجسد. وهذا عند مواجهة مواقف صعبة.

IV- علم الأوبئة و المعطيات الإحصائية :

انتحر في سنة (2000) ، 815000 شخص عالميا أي ما يعادل 1405 منتحر في كل 100000 نسمة ، بمعدل انتحار واحد في كل 40 ثانية ، حوالي مليون شخص في العالم يؤدوا بأنفسهم إلى التهلكة في سنة.

تختلف معطيات علم الأوبئة من بلد لآخر و حتى من ناحية لأخرى في نفس البلد. عرفت الجزائر ارتفاع ملحوظ فيما يخص الإحصائيات الخاصة بالانتحار حيث ارتفعت النسبة من 0.94 سنة (1999) إلى 2.25 سنة (2003) و هذا في كل 100000 نسمة . هذا يعني أنه ينتحر جزائري واحد في كل 12 ساعة . تناول الدّرك الوطني الجزائري 3709 حالة انتحار من (1993) إلى غاية (2005) ، منهم 2785 منتحر من جنس ذكر ، بينما سجّلت 1432 حالة محاولة انتحار و منهم 848 إناث .

تقدّم رئيس منظمة البحوث الطّبية (FOREM) ،بتصريحات خلال مؤتمر تُدلي بمعطيات إحصائية حول الانتحار ، وهذا بناء على دراسة بيئية . حسب قوله، يبلغ عدد المنتحرين بين سنة (1995) و (2003) حوالي 4571 لكنه يصرح أن هذا العدد لا يشمل كل المنتحرين لأنّ عدد كبير منهم لا يُبلّغ عنهم ذويهم كون الظاهرة مُحرّمة دينيا و يُخجل منها اجتماعيا.

سُجِّلت أيضا 210 حالة انتحار سنة (2004) و 449 حالة محاولة انتحار. و في سنة (2005) سجلت 244 حالة انتحار و 324 محاولة .

تبقى نسبة الانتحار في الجزائر منخفضة (منتحرين في كلّ 100000 نسمة) مقارنة بنسبتها في العالم ، خاصة في القارة الإفريقية التي تصل فيها نسبة الانتحار إلى 6 منتحرين في كل 100000 نسمة ، مع هذا فالسلطات المعنية و OMS تدق ناقوس الخطر.

يدلي الدرك الوطني الجزائري (DGSN) بمعطيات إحصائية خاصة بالانتحار حيث يذكر أن من بين 244 منتحر نجد 166 منهم ذكور ، هذا يعني أن الإناث لا يقصدن قتل أنفسهنّ بالفعل لأنهنّ يمثلن ثلاثة أضعاف عدد الذكور فيما يخص محاولات الانتحار. و هذا العدد الإحصائي يخص فقط محاولات الانتحار بابتلاع الأدوية أو المواد المحرقة التي تستوجب الانتقال إلى المستشفى، أما الحالات الأخرى فتبقى في غموض تام خشية العار.

و يصرّح رئيس منظمة البحوث الطبية FOREM أن الولايات التي تعاني أكثر من نسب الانتحار العالية هي : ولاية الجزائر ، تيزي وزو ، بجاية ، عين الدفلى ، تلمسان و باتنة حيث تبلغ نسب هذه الولايات لوحدها 54 ٪ من باقي الحالات المسجلة.

- الفصل الثاني : التوظيف النفسي

I- النمو النفسي و المواقع النفسية :

وضع Freud S. التوظيف النفسي في أربع وجهات نظر أساسية ، و هذا لإظهار النشاط النفسي بشكل ملموس.

1- وجهة النظر الموقعية :

Topos ذو أصل إغريقي و يعني الموقع ، و يقصد به فصل الجهاز النفسي إلى فضاءات مختلفة ذات خصائص مميزة و مرتبة في تسلسل منطقي.
الموقعية الأولى : تخص الهو ، الأنا و الأنا الأعلى.
الموقعية الثانية : تخص اللاشعور ، ما قبل الشعور و الشعور.

2- وجهة النظر الاقتصادية :

تفترض وجهة النظر هذه وجود طاقة كمية و دورية تكون السير النفسي. و أعطى Freud S. سنة 1905 لهذه الطاقة اسم "الطاقة النزوية" . {الأنا : يساعدنا على تكيف و تطبيق القواعد . و يجعلنا الأنا نتخذ القرارات التي لا يجب أن نتخذها . الهو : يتمثل في النزوة . يجعلنا نميل أكثر إلى إشباع الرغبة. يجعلنا نتباطأ في الضوء الأصفر و نزيد في السرعة عند الضوء الأحمر . و الأنا الأعلى يمثل القانون . يدفعنا للتوقف لمجرد مشاهدة الضوء الأصفر. يجعلنا نطبق القانون}.

يكون الفرد في عدم الاتزان بشكل مستمر لأنه منحصر بين الفضاءات الثلاث. و يحاول دوما ، واحد منهم التغلب على الآخرين (1918).

3- وجهة النظر الدينامية :

تفترض وجهة النظر هذه أن بعض الظواهر النفسية قد تنتج من جراء صراعات داخلية ، و من قوات مكونة تؤدي إلى بعض الضغوط التي تولد النوبة . و يتمثل العرض المرضي في وجود صراع بين مواقع مختلفة (الهو ، الأنا و الأنا الأعلى).

4- وجهة النظر التطورية :

يتكون نمو الشخصية في النظرية الفرويدية من تعاقب مراحل النمو المختلفة و التي يمكن أن تتداخل . و يقصد بمصطلح المرحلة (stade) تتابع المناطق الشبكية المختلفة و هي : الفمية ، الشرجية و الأوديبيية ، تتحول خلالها العلاقة بالموضوع حيث يكون إشباع النزوة ذاتي في البداية ثم يتطور ليصبح إشباع غيري . كما تتطور العلاقة التناسلية من قبجنسية إلى جنسية.

مراحل النمو اللبديية :

مراحل نمو الطفل التي تتميز بتنظيم اللبديو بشكل متفاوت في بروزه تحت سيادة إحدى المناطق المولدة للغلطة ، كما تتميز أيضا بطغيان نمط محدد من العلاقة بالموضوع . تتميز هذه المراحل بدرجة معينة من تنظيم الحياة الجنسية . و لا تكفي فكرة سيادة المنطقة الغلمية لإظهار الجانب الإنبنائي و المعياري في مفهوم المرحلة : إذ يكمن أساس المرحلة في نمط معين من النشاط الذي يرتبط بالضرورة بمنطقة غلمية ، و نتعرف عليه خصوصا في مختلف مستويات العلاقة بالموضوع .

- يوجد تتابع زمني في الوصول إلى الموضوع اللبديي ، حيث يمر الشخص على التوالي بالغلطة الذاتية ، النرجسية ، الاختيار الجنسي المثلي ، ثم الوصول إلى الاختيار الجنسي الغيري .

4- (1) المرحلة الفمية :

تتمثل هذه المرحلة في أول المراحل من التطور اللبديي : يسود فيها ارتباط اللذة الجنسية بإثارة الفجوة الفمية و الشفتين اللواتي تلازم تناول الغذاء . يقدم النشاط الغذائي الدلالات الانتقائية التي تنتظم من خلالها العلاقة بالموضوع و تفصح عن نفسها. و تكون الغلطة ذاتية في هذه المرحلة ؛ لا يحس الطفل بالفرق بينه و بين العالم الخارجي (لا يوجد فرق بين أنا و ليس أنا) و تسمى هذه الحالة بالحالة اللاموضوعية (anobjectal).

كتب Freud S. لصديقه Fliess سنة (1897) رسالة يقول فيها : " يجد الطفل متعة الغلطة الجنسية في جسده ، يتحصل على الإشباع من خلال « الغلطة الذاتية»" وهذا المصطلح يعود

ل: Havelock E. الذي استعمله من قبل. و بعد اعتراف Freud S. عام 1915 بوجود التنظيم الشرجي ، نجده يصف المرحلة الفمية أو الافتراضية كأول مراحل الجنسية . المنطقة الفمية هي المصدر في هذه المرحلة ؛ و يكون الموضوع مرتبط بتناول الطعام و يركز على نمط علائقي خاص و هو الإدماج . و يبين التحليل النفسي أن هذا الإدماج لا يرتبط بالهومات الطفلية و النشاط الفمي وحده بل قد ينتقل إلى وظائف أخرى مثل التنفس و النظر. يصف Freud S. (1905) "جنسية فمية بينها عند الراشد (من خلال نشاطات شاذة). و اتخذ نشاط المص منذ ذلك الحين قيمة نموذجية تتيح لفرويد أن يبين كيف تكتسب النزوة الجنسية استقلاليتها و تشبع من خلال الغلطة الذاتية ، بعد أن كانت تُحصّل على الإشباع بالاستناد إلى وظيفة حيوية . و من ناحية ثانية ، فإن تجربة الإشباع التي تقدم النموذج الأولي لتثبيت الرغبة على موضوع ما ، هي تجربة فمية ، مما يتيح لنا افتراض اصطباغ الرغبة و الإشباع كليهما بهذه التجربة الأولى. تتميز المرحلة الفمية بخاصية إدماج الأشياء عن طريق الفم ، خاصة الأجسام المجزئة .

يكون الطفل علاقة الغلطة الذاتية في إطار النرجسية الأولية و يكون نوع هذه العلاقة سندية (anaclitique) و هي كلمة إغريقية و تعني "الاستناد على" و استعمل هذا المصطلح نظرا للتبعية التامة للرضيع تجاه أمه أو الشخص المكلف به. و تنتهي هذه المرحلة بالفطام الذي يمكن أن يعيشه الطفل كصدمة نفسية يحتمل أن تترك آثارا راسخة.

اقترح Abraham K. (1924) فصل هذه المرحلة إلى قسمين و هذا انطلاقا من نشاطين مختلفين : المص (و هو المرحلة الفمية المبكرة) ، و العض (و هو المرحلة الفمية السادية)؛ أي أن هناك مرحلة مبكرة و سابقة على التجاذب الوجداني . أما المرحلة الثانية أي السادية فهي ترافق ظهور الأسنان.

المرحلة الفمية الأولى عند Abraham K. (1924) تمتد من 0 إلى 6 أشهر، لا يفرق الطفل في هذه المرحلة بين نفسه و العالم الخارجي لذا فالمص و الإدماج لا يهدف به تدمير الموضوع .

المرحلة الثانية هي الفمية السادية و تبدأ في الشهر السادس لتنتهي عند بلوغ العام. حيث تبدأ بظهور الأسنان و التي تكتمل شيئا فشيئا بالعض . في هذه المرحلة يمكن أن يقوم الطفل

بالاعتداء على العالم الخارجي بصفة فعّالة. كما تتميز هذه المرحلة بالإحساس المتناقض و
المزدوج تجاه الموضوع كون هذا الأخير يمثل موضوع حب و كراهية في نفس الوقت.

وصفت Klein M. (1943) مرحلة الفصام الشبه - عظامي عند الرضيع من 0 إلى 3 أشهر: بنزوة الحياة و نزوة الموت ، الانشطار بين الثدي الجيد و الثدي الرديء ، العظمة النرجسية و عدم الفرق بين نفسه و العالم الخارجي . حسب Ajuriaguerra (de) J. و Marcelli D. (1984) يتميز الأنا و الأنا الأعلى البدائيين عند الرضيع في هذه المرحلة

من النمو ب : الاندماجية و الإسقاط « اللذان يتكوّنان تدريجيا كالتالي:

1- يجب أن يحمي الطفل نفسه من موضوع يوجد خارجه و يعتبره خطير ، سيئ و مضطهد.
يمثل هذا الموضوع الشكل الأولي "للأنا الأعلى" البدائي الأمومي .

2- يجب على الطفل أن يحمي الموضوع الذي يوجد داخله و يعتبره جيد و سخي . و يمثل
هذا الموضوع الشكل الأولي "للأنا" البدائي. « .

- الحالة الاكتئابية إبتدائا من الشهر 12 إلى غاية الشهر 18 « يمكن أن يؤدي الانتكاس الناتج
عن القلق الاكتئابي إلى اللجوء إلى دفاع هوسي . « .

حسب نفس المرجع دائما، يلاحظ Spitz R. ثلاث تنظيمات مختلفة و هي :

- التنظيم الأول: يتميز بظهور الابتسامة، حيث يبتسم الطفل ابتداءنا من الشهر الثاني أو الثالث
لمجرد ظهور وجه إنسان أمامه. تدلّ هذه الإشارة على تكوين العناصر الأولى للأنا و إقامة
العلاقة الأولى مع موضوع بدائي غير مميّز عن الذات.

- التنظيم الثاني : يتميز بظهور انفعال يوحى بالقلق عند رؤية وجه غريب ، إبتدائا من الشهر
الثامن و يسمّى هذا العرض بقلق الشهر الثامن. يدلّ هذا التنظيم على الانسجام التدريجي لأنا
الطفل و هذا بفضل تراكم الآثار الذكروية و بفضل قدرة الطفل الجديدة في تمكّنه من الفرق
بين الأنا و غير الأنا ، أي بين نفسه و العالم الخارجي.

كما يشير قلق الشهر الثامن إلى التمييز بين الأم و غير الأم الذي يصاحبه الخوف من فقدان
هذه العلاقة مع الأم . في الحقيقة، يبعث الوجه الغريب إلى القلق عند الإحساس بغياب وجه
الأم .

- التنظيم الثالث : يتميز بظهور "لا" ككلمة و حركة خلال السنة الثانية من عمر الطفل. يرى Spitz R. أن اكتساب "لا" أو البلوغ إليه يدلّ أن الطفل يستطيع أن يفرّق بين نفسه و الموضوع الأمومي. أي بلغ مرحلة إدراك الدّات. و بالتالي يمكنه اقتحام عالم العلاقات الاجتماعية . و يدلّ "لا" في نفس الوقت علي اكتساب معرفي أوّل لمصطلح تجريدي محض. وهذا يشير إلى انتقال الطفل إلى عالم الرّموز و اكتساب قدرات جديدة لإمكانية استعمالها.

4-(2) المرحلة الشرجية :

إنها المرحلة الثانية من التطور اللبدي ، و التي تقع بشكل تقريبي بين السنتين و الأربع سنوات ؛ تتميز هذه المرحلة بتنظيم اللبيدو تحت صدارة المنطقة الغلمية الشرجية ؛ حيث تصطبغ علاقة الموضوع بالدلالات المرتبطة بوظيفة الإخراج (الطرد - الإمساك) و بالقيمة الرمزية للبراز .

بدأت فكرة تنظيم لبدي قبل تناسلي انطلاقا من الغلطة الشرجية . اظهر Freud S. في التعديلات اللاحقة لـ "ثلاث مقالات حول نظرية الجنسية سنة (1915) ، المرحلة الشرجية كإحدى التنظيمات قبل التناسلية التي تقع بين التنظيمين الفمي و القضيبى . إنها المرحلة الأولى التي يتشكل فيها النشاط - الفتور : حيث يطابق فرويد بين النشاط و السادية و بين الفتور و الغلطة الشرجية ، كما أنه يحض كل من النزوتين الجزئيتين الخاصتين بهما مصدرا مستقلا و هو : العضلات بالنسبة لنزوة السطوة ، و الغشاء المخاطي الشرجي بالنسبة للغلطة الشرجية.

اقترح Abraham K (1924) فصل طورين ضمن المرحلة السادية الشرجية ، و ذلك من خلال تمييز نمطين متعارضين من السلوك تجاه الموضوع في كل من هذين الطورين . ترتبط الغلطة الشرجية بطرد البراز في الطور الأول بينما ترتبط النزوة السادية خلاله بتدمير الموضوع ؛ أما في الطور الثاني ، فترتبط الغلطة الشرجية بالإمساك ، بينما ترتبط النزوة السادية بالسيطرة التملكية . يشكل الارتقاء من طور لآخر تقدما حاسما نحو حب الموضوع ، كما تشير إلى ذلك واقعة مرور الخط الفاصل ما بين النكوص العصابي، و النكوص الذهاني،

بين هذين الطورين. تهدف السادية الثنائية القطب بشكل متناقض إلى تدمير الموضوع و الاحتفاظ به ، في أن واحد ، من خلال السيطرة عليه.

4-(3) المرحلة القضيبية :

تأتي هذه المرحلة من التنظيم الطفلي للبيدو بعد المراحل الفمية و الشرجية ، و تتصف بتوحيد النزوات الجزئية تحت سيادة الأعضاء التناسلية ؛ لكن خلافا عن النظام التناسلي عند البلوغ .

يلعب وجود المرحلة القضيبية دورا أساسيا بالنسبة لعقدة الأوديب ذلك أن الأوديب (في حالة الصبي) مشروط بتهديد الخشاء ، و هذا بدوره يستمد فعاليته من الاهتمام النرجسي الذي يبديه الصبي تجاه عضوه الذكري من ناحية ، و من اكتشاف غياب هذا العضو عند البنت من ناحية أخرى .

يثير التحقق من الفروق بين الجنسين ، عند البنت إلى "شهوة العضو الذكري" ، و تؤدي هذه الشهوة ، على مستوى العلاقة مع الأهل ، إلى الغيظ من الأم التي لم تعطها العضو الذكري ، و إلى اختيار الأب كموضوع للحب ، على اعتبار أنه قادر على منح هذا العضو أو معادله الرمزي (أي الطفل) .

II- مراحل اكتساب سيمات العنف :

المراحل المختلفة التي يمكن أن تكتسب فيها سيمات العنف :

1 - السادية :

انه شذوذ جنسي يرتبط فيه الإشباع بالتعذيب أو الإذلال الذي يصب على الآخر. و يخص هذا المصطلح عند S. Freud (1919) الارتباط بين الجنسية و العنف الذي يمارس على الآخر. تتمثل السادية في نزوة انفعالية تعبر عن الإحباط الذي عاشه الفرد ؛ عند المرحلة الفمية ؛ عند المرحلة الشرجية فهي السادية الشرجية ؛ و عند تشكيل المرحلة الأوديبية تسمى السادية القضيبية أو السادية البظرية (عند البنت). و تكون المظاهر النفسية للسادية متشابهة عند كلتا الجنسين . تؤدي السادية إلى تقوية المازوشية لأنها تخلف تأنيب الضمير شعوريا أو

لاشعوريا . تجد المازوشية المقوية تعويضها في تظاهرات سادية أخرى ، و تنشأ بهذا الشكل حلقة مفرغة والتي تعرف بالسادو - مازوشية « sado-masochisme » .

2 - سادو مازوشية :

لا يدلّ هذا التعبير على ما قد يتضمّنه هذان النمطان من الشذوذ السادي و المازوشي من تناظر و تقابل فقط ، بل هو يدلّ أيضا على زوجي التعارض الأساسي في الحياة النزوية سواء كان في تطورها أم في تجلياتها.

استخدم Lagache D. (1966) مصطلح السادومازوشية ، و الذي يستخدم أصلا في علم الجنس للدلالة على الأشكال المزيجية من هذين الشذوذ ين ، من أجل تبيان الترابط ما بين هاتين الوضعيتين ، سواء في الصراع بين الأشخاص (السيطرة - الرضوخ) أم في انبناء الشخصية (عقاب الذات) .

أشار إليها Freud S. عام (1905) في كتابه: " ثلاث مقالات في نظرية الجنسية" جاعلا من السادية و المازوشية وجهين لشذوذ واحد يتواجد شكله النشاط مع شكله الفاتر بمقادير متفاوتة عند نفس الفرد : "فالسادي هو دوما مازوشي في نفس الوقت ، و لكن ذلك لا يمنع سيادة الوجه النشاط أو الجانب الفاتر من الشذوذ الذي يميز عندها النشاط الجنسي الغالب".

3 - المازوشية :

يشير غالبا الكبح الوظيفي للحاجز العضلي الذي يفصل التجويف الصدري بالبطن إلى ميزة نفسية خاصة و هي المازوشية . تموضع المازوشية على مستوى العضلة الحاجزة بين الصدر و البطن يعني ربطها بعملية التنفس . علما أن اكتساب الانعكاس التنفسي يعود إلى الخروج من الرحم و تبعث العوائق الخاصة بهذه المرحلة من الحياة إلى وجود المازوشية . نجد غالبا السادية و المازوشية المتمثلتان في أعراض نفسية منضمتان في أنواع مختلفة من الطباع . توجد علاقة كمية و كيفية بين المازوشية و السادية لكن تكوينهما السيكوسوماتي - الدينامي مختلف . بمعنى آخر ، يمكن أن تتواجد السادية و المازوشية عند نفس الشخص بكمية و نوعية مختلفتان.

يعود أصل المازوشية إلى كل أنواع الانفعال القادر على إحداث القلق . أي أن بعض أنواع الخوف يمكن أن ينتج كبح الحاجز العضلي (الحاجز العضلي الذي يفصل بين التجويف

الصدري و البطن) من الإحساس اللاشعوري بتأنيب الضمير. عندما يصل الفرد إلى وضعية كبح الحاجز الصدري، تظهر حركات لاإرادية تبعث للنشوة الجنسية. و التي تحدث غالبا مظاهر القلق عند صاحبها.

يصرح Reich W. (1970) أن المازوشية عبارة عن نزوة ثانوية ، لأنها تنتج عند قمع الفرد لهذه الحركات التي قد تختفي عند النقل الطاقوي للنشوة و يعتبر كألية طبيعية في التناسل الجنسي . و هذا عكس ما وصفه S. Freud (1924) حيث يعلن أن لا وجود ميول بيولوجي لعدم الرغبة الجنسية ، و يعتبر المازوشية كتحقيق الخوف من الموت . و يمثل الخوف من الموت الخاصية التي تميز كل العصائيين ، (يخاف كل عصابي عادي من النشوة الجنسية) . و نجد أيضا في المازوشية الخوف من الانفجار الداخلي ، التحمل ، الخضوع ، التقبل و التسامح ؛ لكن تحدث أحيانا القطرة التي يفيض بها الإناء حيث يكره المازوشي من الأضرار التي يسببها لنفسه فينفجر . و يكون كل انفجار مدمر و خطير على الفرد نفسه و على الآخرين .

يعاش قلق النشوة كاستثارة مقززة لأنها لن تتمكن بعد ذلك من التفريغ في النشوة الجنسية. وتتحول الاستثارة التي لم تتمكن من التحرر إلى تهيج مكره . ويعتبر المازوشي الشخص الذي بإمكانه أن يحول المتعة إلى تقزز لأنه شخص يتعذب و يعذب . و يخطر دوما على بالنا أن المازوشية و السادية يمثلان وجهان لنفس البنية. لكن يمكن أن تتداخل فيما بينها بتواجد الواحة داخل الأخرى و هذا عند وجود الكبح على مستوى الفم أو البطن (على مستوى الجهاز الهضمي أو الجهاز التناسلي). ووجود المازوشية لا يعني حتما و جود السادية و يعد الطبع العصابي اللين للهستيريا مثلا نموجيا لذلك .

- لا نجد حتما هذه الخاصية المزدوجة في جميع الحالات، بل يمكن أن تظهر على شكل مازوشي غير سادي. عندما ينتهي، للاحتياج الأول للمكافئة في السادية، بالإحباط يؤدي إلى انفعال من نوع النرجسية الأولية الذي يستوجب إشباع سلطة مطلقة عن طريق السيطرة الجسدية أو النفسية على الغير .

- لقد وصف S. Freud (1924) في تطور نمو الطفل القسط الذي تأخذه كل من السادية و المازوشية في مختلف التنظيمات اللبديية، إذ اكتشف كل منها أولا و أساسا في التنظيم

السادى الشرجى و كذلك فى المراحل الأخرى. لقد سجّل الاعتماد العلائقى المتبادل ما بين السادية و المازوشية ليس فقط فى حالات الشذوذ الصريحة، و إنما أيضا فى قابلية هذه المواقع للانقلاب على المستوى الهوامى و فى الصراع الذاتى داخل الشخص.

لقد أكد Lagache D. (1966) على فكرة السادومازوشية جاعلا منها البعد الرئيسى فى العلاقة التفاعلية بين الأشخاص ، إذ يمكن فهم الصراع النفسى ، خصوصا الصراع الأوديبى الذى يمثل شكله المحورى ، باعتباره صراع طلبات "...فموقع الطالب هو ضمنا موقع المضطهد ، ذلك أن تدخل الطلب يفتح الباب بالضرورة أمام العلاقات السادو - مازوشية من نمط التسلط - الرضوخ التى يتضمنها كل تدخل للسلطة" (ص: 112).

III - الترابط :

1-تعريف الترابط :

هو تكوين علاقة عاطفية حميمة مع الوجه الأمومى و يعتبر كعنصر أساسى لبقاء الإنسان على قيد الحياة. يشرح J. Bowlby (1969) أن هذا الترابط يكون عند الطفل الإحساس بالأمان و يكتسب كل طفل نوع الترابط الخاصة به و هذا منذ الطفولة الأولى و يكون نموذج ترابطه موافق لموقف الوجه الأمومى تجاهه. و يؤكد J. Bowlby (1973) أن : "عند استبطان هذه العلاقة الترابطية تستعمل فيما بعد كنموذج لكل العلاقات الحميمة أو الاجتماعية التى يكونها الفرد مع الآخرين."

و ألحّ J. Bowlby (1980) على تكوين علاقة ترابط قوية بين الرضيع و الوجه الأمومى كونها ذات مغزى و فعّالة و أشار إلى أنّ الوجه الأمومى لا يعنى حتما الأم البيولوجية للرضيع و لكن الشخص الذى يعتنى به و يوفر له العلاقة الحميمة و القرب الجسدى . لا تبنى العلاقة أم- طفل على التغذية فقط بل يتمثل الاحتياج الأساسى للطفل فى بناء علاقة مستقرّة و آمنة. لا يقصد J. Bowlby (1992) بالترابط العلاقة الالتحامية المرضية المبنية على التبعية من كلا الطرفين لكنه يقصد علاقة سليمة و آمنة توفر النمو الجسدى و الفكرى للفرد.

يكتسب الطفل نموذج الترابط الآمن من الحضور الجسدى و النفسى للأم و من تهيئها للاستجابة الإيجابية لمتطلبات طفلها و خاصة بالاستشعار لمنبهاته.

يكتسب نموذج الترابط القلق من عدم انسجام استجابات الأم لمتطلبات طفلها حيث تتناوب الاستجابة بين الحضور و النفور، خاصة عندما يكون الطفل رهيف الحسّ أو ذو تأثير عاطفي.

تؤكد عدّة بحوث أن نماذج الترابط التي يستدخلها الشخص في أول طور من حياته تبقى مدى الحياة و تبنى على شكلها كل العلاقات الآتية. و تؤكد الأبحاث التي قام بها Sroufe L. A. و شركاؤه أن نموذج الترابط الذي يتشكل عند الطفل في السنة الأولى من حياته تنبأ بنوع علاقة الشخص بالآخرين مدى حياته ؛ عن: Schneider E. (1991) .

طورّ J. Bowlby (1980) فكرة نماذج الترابط المستبطنة ليوضّح كيف يوظف الطفل نماذج الترابط التي تكوّنت عند الطفل خلال العلاقة الأولى بالوجه الأمومي و يكونّ على شكلها كل علاقاته الشخصية و الاجتماعية و يشير إلى أن نموذج الترابط المكوّن خلال الطفولة يبقى مستمر و لا يتغيّر مدى الحياة .

وجد E. Waters و شركاؤه معامل ارتباط قوي بين نماذج الترابط لدى أشخاص مختبرين في السنة الأولى من حياتهم و بين نماذج ترابطهم في بداية سن الرشد حيث وجدوا %70 من هؤلاء الأشخاص لديهم في سن الرشد نفس نماذج الترابط الموجودة لديهم في السنة الأولى من حياتهم ، كما لاحظوا أنّه يمكن أن تؤدي الإصابة بالأمراض الخطيرة و الابتعاد أو فقدان وجوه الترابط إلى عدم استقرار نموذج الترابط. عن : Ijzendoorn V. و J. Dayvesteyn (1995).

2- الترابط و الأمراض :

تشير البحوث في هذا المجال إلى أن الترابط الآمن يحمي الطفل من الإصابة بالاضطرابات النفسية. و يصف J. Bowlby في سنة (1960) المخاوف النفسية بالعواقب الممكنة لقلق الفراق. و وضّح نفس العالم، سنة (1980) العلاقة الموجودة بين الاضطرابات النفسية و الخلل الترابطي المكوّن في البدائية. و صرح R. Loeber (1999) بوجود فترة حاسمة مسؤولة على السلوك الاجتماعي المضطرب للفرد والتي وقع خلالها فراق مع الأم أو حصل تضافر عدة وجوه الترابط أو بسبب رداءة نوعية الاعتناء بالطفل .

و برهن Goldberg L. R. سنة (1990) أن الأطفال الذين يتمتعون بالترابط الآمن يتفوقون بقدراتهم العقلية و نوعية علاقتهم الاجتماعية مقارنة مع اللذين يكتسبون الترابط القلق .

و قد أدلت البحوث التي قام بها Bowlby J. و Spitz R. و Goldfarb W. (1964) بوجود علاقة ارتباطية بين الاضطرابات النفسية عند الرّاشد و الاضطراب العلائقي في السن المبكر، أيّ بسبب فراق دائّم بين الطفل و أمّه. يعتبر فقدان و الابتعاد عن وجوه الترابط في مرحلة الطفولة كعامل مسبب للاضطرابات النفسية مثل القلق و الاكتئاب عند الرّاشد. و يؤكد Dozier B. و شركاؤه (1999) على أن الترابط المختل هو الطراز الأصلي للاضطرابات النفسية الخاصة بانفصام الشخصية أو تفككها. و أن الترابط الفوضوي و الصدمات النفسية المبكرة تساهم في خطورة الاضطرابات الحديّة و تأخذ شكل الاضطرابات الخاصة بالتفكك أو الانفصام و تؤدي إلى فقدان الشخصية ، اختلال الذاكرة ، أفكار مختلّة و اندفاعية.

وصلت البحوث التي قام بها Guédény N. (2002) إلى توضيح العلاقة المباشرة الموجودة بين نموذج الترابط الفوضوي المكتسب في مرحلة الطفولة و الإصابة بانفصام الشخصية في أواخر مرحلة المراهقة.

الفصل الثالث : آليات الدفاع

I- آليات الدفاع

1-تعريف الدفاع :

إن مصطلح الدفاع يدلّ على فعل الدفاع عن... و على الدفاع الذاتي (درء الأخطار) كما أنه يدلّ على المنع (بالفرنسية)، لهذا يجب التمييز في مختلف محددات الدفاع. و يقول حجازي م. (1985): "أنه مجمل العمليات الهادفة إلى اختزال و إزالة كل تعديل من شأنه أن يُعرض تكامل الفرد و ثباته الإحيائي النفساني للخطر. و بالقدر الذي يطرح فيه الأنا باعتباره الركن الذي يجسد هذا الثبات و يسعى للحفاظ عليه" (ص: 244)

2- تعريف آليات الدفاع :

يقول حجازي م. (1985) "هي أنماط مختلفة من العمليات التي يمكن للدفاع أن يتخصص فيها. تتنوع الآليات السائدة تبعا لموضع البحث ، و تبعا للمرحلة التكوينية موضع الدراسة ، و كذلك تبعت لدرجة إرصان الصراع الدفاعي ، الخ " (ص: 132).
ينصب الدفاع بشكل عام على الإثارة الداخلية (النزوة) و بشكل أكثر انتقائية على التصورات (من ذكريات و هوامات) التي ترتبط بها النزوة ، و على تلك الوضعية القادرة على إطلاق هذه الإثارة إلى الحد الذي تتعارض فيه مع هذا التوازن، و تشكل نتيجة لذلك إزعاجا للأنا .
يمكن للانفعالات المزعجة التي تشكل الإشارة للدفاع أو تحركه أن تصبح بدورها موضوعا له . تتخصص العملية الدفاعية إلى آليات دفاع تتكامل في الأنا بمقادير متفاوتة .

حسب حجازي م. (1985) "نظرا لتأثير الدفاع و دمجها بالنزوة التي يهدف إلى مقاومتها في نهاية المطاف، فإنه يتخذ غالبا منحى اضطراريا و يعمل و لو جزئيا بشكل لا واع." (ص: 244)

و يعرف DSM IV آليات الدفاع على أنها الصيرورة النفسية الآلية التي تحمي الفرد من القلق أو من ملاحظة الخطر أو من عامل القلق الداخلي أو الخارجي.

3- الدفاع السويّ و المرضي :

يعمل الدفاع السوي في حالة انبعاث تجربة مؤلمة؛ لا بد في هذه الحالة أن يكون الأنا قد تمكّن من البدء في صد الانزعاج بواسطة "توظيفات جانبية" : حين يتكرر توظيف الأثر الذكروي يتكرر الانزعاج بدوره ، لكن تمهيد مسالك الأنا تكون جاهزة أيضا بدورها في تلك اللحظة ؛ و تدل التجربة إلى أن انطلاق الانزعاج في المرة الثانية يكون أقل أهمية ، كي يختصر في النهاية، و بعد عدة تكرارات، إلى مستوى التوتر الملائم للأنا و الذي يميز الإشارة. يجنب دفاع من هذا القبيل الأنا خطر تسرب العملية الأولية إليه و اكتساحه. في حالة الدفاع المرضي تتحرك ذكرى تجربة أليمة، لم تثر حين وقوعها دفاعا ما، و تطلق من الداخل تصعيدا للإثارة. يتوجه الانتباه صوب الإدراك الذي يشكل عادة فرصة لانطلاق الانزعاج ، إنما ليس الإدراك الذي يسبب الانزعاج هنا بل الأثر الذكروي لا يتم إبلاغ الأنا إلا بعد فوات الأوان. و هكذا يكون بروز الدفاع المرضي إثارة ذات مصدر داخلي، تحدث انزعاج لم يحدث أي تدريب دفاعي لمجابته.

4- تاريخيا :

على لسان حجازي م. (1985) استخدم Freud S. مصطلح "آلية" منذ البداية كي يحيط بواقعة التناسق التي تبديها الظواهر النفسية ، ذلك التناسق الذي يمكن ملاحظته و تحليله علميا؛ خاصة في المداخلة التي قدمها J. Breuer و Freud S. سنة (1895). ميّز S. Freud "بين آليات الانقلاب الهستيرى، و بين الإبدال الهجاسي، و بين الإسقاط العضامي في مقالته بعنوان « ملاحظات جديدة حول حالات نفاس الدفاع عام (1896) »" (ص: 133)

و يضيف حجازي م. (1985) "برز مصطلح "آليات الدفاع في أعمال Freud S. عام 1915 بمعنيين مختلفين إلى حد ما : إما للدلالة على مجمل العملية الدفاعية المميزة لأحد أشكال العصاب؛ أو لتضمينها الاستعمال الدفاعي ، لهذه أو تلك من حالات "المصير النزوي" أي : الكبت أو الارتداد إلى الذات ، أو القلب إلى الضد." (ص: 133)

حسب حجازي م. (1985) "يصرح. Freud S (1926) " ما يطلق عليه تعبير "إحيائه لمفهوم الدفاع القديم" و ذلك من خلال إثارة ضرورة امتلاكنا لفكرة جامعة تتضمن "طرائق دفاعية" أخرى إضافة إلى الكبت ، و من خلال التأكيد على إمكانية إقامة "رابط وثيق بين أشكال خاصة من الدفاع ، و بين إصابة محددة" ، و أخيرا من خلال طرح الفرضية التي تذهب إلى أن «...الجهاز النفسي يستعمل قبل الانفصال القاطع ما بين الأنا و هو ، و قبل تشكيل الأنا الأعلى ، طرائق دفاعية مختلفة عن تلك التي يستعملها بعد بلوغ هذه المراحل من التنظيم النفسي» ". (ص: 133)

أصبحت دراسة آليات الدفاع بعد عام 1926 موضوعا هاما من مواضيع البحث في التحليل النفسي ، خصوصا بعد ظهور كتاب Freud A. عام (1936) تحت عنوان : "الأنا و آليات الدفاع" حيث تنكب هذه المؤلفة انطلاقا من أمثلة محسوسة على وصف تنوع ، و تعقيد ، و مدى انتشار آليات الدفاع ، مبينة على وجه الخصوص كيف يمكن أن يستعمل المرمى الدفاعي أكثر النشاطات تنوعا (من هوامات ، و نشاطات ذهنية) ، و كيف يمكن أن ينصب الدفاع ليس فقط على مطالب نزوية ، و لكن أيضا على كل ما يثير تصعيدا للقلق : من انفعالات ، و وضعيات ، و متطلبات الأنا الأعلى ، الخ. و تجدر الملاحظة أن Freud A. (1946) لا ترمي إلى وضع نفسها لا في منظور يستنفد كل حالات الدفاع ، و لا في منظور منتظم و خصوصا فيما تقدمه من تعداد آليات الدفاع خلال عرضها لها: الكبت ، النكوص ، التكوين العكسي ، العزل ، الإلغاء الرجعي ، الإسقاط ، الإجتياف ، الارتداد على الذات ، الانقلاب إلى الضد ، و التسامي ... فهناك العديد من العمليات الدفاعية التي وصفتها . كما تشير. Freud A (1946) في هذا الإطار إلى النفي بواسطة الهوام ، و المثلثة ، و التماهي بالمعتدي ، الخ . و تصف Klein M. (1946) ما تعتبره كدفاعات جد أولية أي : انشطار الموضوع ، التماهي الإسقاطي ، إنكار الواقع النفسي ، و الضبط الجبروتي للموضوع ، الخ.

II- آليات الدفاع الأساسية في النظرية التحليلية :

التسامي:

تطلق كلمة التسامي على النزوة بمقدار تحولها إلى هدف غير جنسي ، حيث تنصب على مواضيع ذات قيمة اجتماعية . ذكره Freud S. سنة (1932) : "نعني بالتسامي ذاك النوع من تعديل الهدف و تغيير الموضوع الذي يدخل فيه تقويمنا الاجتماعي للمسألة بعين الاعتبار " .

الكبت:

انه عملية يرمي الفرد من خلالها إلى أن يدفع عنه التصورات (من أفكار أو صور أو ذكريات) المرتبطة بالنزوة إلى اللاوعي أو أن يبقيها فيه . يحدث الكبت في الحالات التي يهدد فيها إشباع أحد النزوات ، القدرة على حمل المتعة للشخص بحد ذاتها ، و تسبب إزعاج تجاه مطالب أخرى . استخدم Freud S. (1926) مصطلح الكبت بمفهوم يقربه من مصطلح الدفاع باعتبار أن عملية الكبت تتواجد على الأقل كخطوة في العديد من العمليات الدفاعية المعقدة ، هذا من ناحية ، أما من الناحية الأخرى يستخدم Freud S. (1921) النموذج النظري للكبت كطراز أولي لعمليات دفاعية أخرى .

تكوين عكسي :

هو موقف أو مظهر نفساني خارجي يذهب إلى اتجاه معاكس لرغبة مكبوتة ، و يشكل رد فعل ضدها . و من الناحية الاقتصادية فهو توظيف مضاد لعنصر واع مساو في القوة ، و متعارض في الاتجاه للتوظيف اللاوعي . قد تكون التكوينات العكسية محددة و تتجلى في سلوك خاص ، أو تكون معممة لدرجة أنها تشكل معها سمات طبع يتفاوت في درجة تكامله مع مجمل الشخصية .

إلغاء رجعي :

آلية دفاعية يجهد الفرد من خلالها أن تصبح بعض الأفكار ، أو الكلام ، أو الحركات ، أو الأفعال الماضية و كأنها لم تكن أصلا ؛ و يستخدم لهذا الغرض تفكيراً أو تصرفاً لهما معنى مضادا . "الإلغاء الرجعي" «المرضي» يستهدف واقعية الفعل ذاتها التي يتوجب إلغاؤها

جذريا من خلال التصرف و كأن الزمن قابل للرجوع إلى الوراء. و يستهدف من ذلك الإلغاء المستحيل للحدث الماضي.

عزل :

تتلخص في عزل أحد الأفكار أو التصرفات وصولا إلى قطع روابطه ببعض الأفكار الأخرى ، أو قطع الروابط بينه و بين بقية وجود الشخص . و تميز هذه الآلية العصاب الهجاسي . و هو عملية دفاع تتراوح بين الاضطراب و بين موقف مستمر و منتظم يتلخص في فصم روابط تداعيات فكرة أو فعل ما مع ما يسبقها و ما يليها في الزمن على وجه الخصوص.

نكوص :

تتضمن معنى المسار أو النمو ، في عملية نفسية ، عودة في اتجاه معاكس من نقطة تم الوصول إليها إلى نقطة تقع قبلها . يحدث ، بالمعنى الموقعي ، على امتداد أنظمة نفسية ، تجتاؤها الإثارة عادة تبعا لاتجاه معين . أما بالمعنى الزماني ، فيفترض النكوص تتابعا تكوينيا ، و يدل على عودة الشخص إلى مراحل سبق له أن تجاوزها في نموه . أما بالمعنى الشكلي فيعني بالنكوص التراجع إلى أساليب من التعبير و التصرف ذات مستوى أدنى من ناحية التعقيد و الإنبناء و التمايز .

تثبيت :

هو تعلق اللبيدو المفرط بأشخاص معينين أو صور هوائية معينة و إعادة إنتاج أسلوب ما من الإشباع ، و البقاء في تنظيمه تبعا للبنية المميزة لإحدى المراحل التطورية . يتضمن التثبيت عموما ضمن إطار مفهوم تكويني تقدما منظما للبيدو (التثبيت في إحدى مراحل النمو) . و يمكن اعتباره بأنه يدل على أسلوب تسجيل بعض المحتويات ذات القيمة التمثيلية (من مثل التجارب ، الصور الهوائية ، و الهومات) التي تستمر في اللاوعي بشكل لا تحول فيه ، و التي تظل النزوة مرتبطة بها .

إنكار :

هو وسيلة يلجأ إليها الفرد الذي يبوح بإحدى رغباته أو أفكاره ، أو مشاعره التي كانت مكبوتة حتى تلك اللحظة ، لكن يستمر في نفس الوقت في الدفاع عن نفسه من خلال إنكار

تبعيتها له . حسب حجازي م. (1985) "قدم Freud S. في مقالته حول الإنكار عام (1925) شرحا بالغ الدقة لهذه الظاهرة ، من خلال عرض ثلاث توكيد وثيقة التضامن فيما بينها : 1- الإنكار هو وسيلة لوعي مكبوت (...) ؛ 2- ...إن ما يلغى ، هو فقط إحدى نتائج عملية الكبت ، أي أن المحتوى التصوري لا يصل إلى الوعي . ينتج من ذلك نوع من القبول الفكري بالمكبوت بينما يستمر جوهر الكبت على حاله ؛ 3- يتحرر الفكر من قيود الكبت بواسطة رمز الإنكار..." (ص: 130).

تماهي :

إنها عملية نفسية يتمثل الشخص بواسطتها أحد مظاهر ، أو خصائص أو صفات شخص آخر. و يتحول ، كليا أو جزئيا ، تبعا لنموذجه . تتكون الشخصية و تتمايز من خلال سلسلة من التماهيات . حسب حجازي م. (1985) "قدم Freud S. سنة (1921) ثلاث نماذج من التماهي : 1- التماهي باعتباره شكلا أصليا للرباط العاطفي بالموضوع . نحن هنا بصدد تماهي ما قبل أوديب مصطبغ بالعلاقة الافتراضية المتجاذبة وجدانيا بطبيعتها ؛ 2- التماهي باعتبارها بديلا نكوصيا عن اختيار موضوع مهجور . 3- وحتى في غياب أي توظيف جنسي في الآخر ، فقد يتماهى المرء رغم هذا بذلك الآخر بالقدر الذي يشتركان فيه بعنصر مشترك (كالرغبة في أن يكون محبوبا مثلا) : و قد يحدث التماهي في هذه الحالة في نقطة أخرى ، بواسطة الإزاحة .

و يشير فرويد أيضا إلى أن التماهي قد لا ينصب في بعض الحالات على مجمل الموضوع ، بل يقتصر على سمة فريدة من سماته." (ص: 200).

إقلاب :

انه آلية تكوين الأعراض التي تنشط في الهستيريا عموما و في هستيريا الانقلاب على الأخص . قوام الانقلاب هو تحويل الصراع النفسي إلى أعراض جسدية أو حركية (كالشلل مثلا) أو حسية (تخذر أو آلام موضعية مثلا) و محاولة حله بواسطتها . يتلازم مصطلح الإقلاب مع مفهوم اقتصادي حيث يتحول الليبدو المنفصل عن التصور المكبوت إلى طاقة تعصيب . و لكن ما يميز الأعراض الإقلابية هو دلالتها الرمزية : فهي تعبر عن التصورات المكبوتة من خلال الجسد.

III- تصنيف آليات الدفاع حسب DSM IV :

يستهدف هذا التصنيف تشخيص الظواهر النفسية و الدينامية . و لا يخص السلوك الخارجي فقط أو المظاهر التي تدل على الإصابة بمرض ما ، إنما يحتوي أيضا على الحياة التاريخية للشخص و كيفية نموه .

1- المستوى الأول :

يدل على أعلى مستوى التكيف و توحى ، آليات الدفاع في هذا المستوى ، إلى الحماية القصوى من القلق و الصراع الداخلي و الخارجي للفرد . كما تبعث إلى الملاحظة الواعية للإحساس، و الأفكار ، و العواقب . نجد في هذا المستوى :

التسبيق Anticipation :

يتمثل في استجابة انفعالية تنتج من عوامل القلق . و هو اعتقاد مسبق للإحساس و التيقن من عواقب ما ستحدث في المستقبل . و هو تسبيق إجابات حقيقية لحدث ما .

الانتساب Affiliation :

يتمثل في الاستنجاذ بالآخر . و تتمثل قدرة الانتساب في ضرورة الترابط العاطفي للفرد ، يستعمل هذا الدفاع لمواجهة الصراع يختار الفرد شخصا ما ليساعده في تنمية قدراته لمواجهة الصراع ، و نجد هذا الدفاع عند الأشخاص الذين تنمو قوتهم الفكرية أو الجسدية بالتشجيع الذي يتلقونه من الآخرين .

إثبات الذات Affirmation de soi :

يتمثل في مواجهة الصراع بتعبير صريح بالشعور الذاتي من غير إكراه أو مناورة . و يكمن في استطاعة الفرد أن يعبر بسهولة على مشاكله الشخصية للآخر حيث يسمح هذا التعبير بتفريغ الضغط .

غيرية (حب الغير) Altruisme :

يواجه الشخص الصراع بتكريس نفسه لمتطلبات الآخرين (يختلف عن التضحية) حيث يتلقى الشخص في المقابل اعتراف الآخر بالجميل . يمنح الشخص للآخرين ما يؤدّ الحصول عليه .

مراقبة الذات : Auto observation

يعيد الشخص النظر في أفكاره لمواجهة الصراع و هذا يتمكن الفرد من مراقبة نفسه مثل ما يراقبه الغير في علاقاته الشخصية و الاجتماعية . و هو نشاط إرادي . (يسعى المختص النفساني إلى تنمية قدرات المفحوص في مراقبة ذاته).

الهزل : Humour

يبحث إلى استجابة الفرد للصراع العاطفي أو القلق بمظاهر الطرافة أو السخرية للصراع . يسمح بتخفيف الضغط الناتج عن الصراع بشكل يستفيد منه الجميع . يتكوّن الهزل من انتقاد النفس و من حقائق واقعية . يختلف الهزل عن رواية النكت و احتقار الذات .

التسامي : Sublimation

يطلق مصطلح التسامي على النزوة بمقدار تحولها إلى هدف جديد غير جنسي حيث تنصب على مواضيع ذات قيمة اجتماعية . و أطلق هذا المصطلح أساسا على النشاط الفني و الاستقصاء الذهني .

القمع : Répression

و هو عملية نفسية تهدف إلى إزالة محتوى مزعج أو غير ملائم من الوعي حيث ينصب في "ما قبل الشعور" و ليس في "اللاشعور" لأنه ليس كبت .

2-المستوى الثاني :

وهو مستوى تكيفي للكف النفسي و تكوين التسويات . كما يشمل هذا المستوى كل أنواع الدفاع الخاصة بالاستحواذ و كل آليات الدفاع الخاصة بالعصاب و خاصة ما يتعلق بسلم Perry . وتعمل آليات الدفاع في هذا المستوى بإبقاء خارج الوعي كل الأفكار الخاصة بالخوف ، الإحساس أو الرغبة المهددة نوعا ما . و نجد في هذا المستوى أشخاص يتمتعون بصحة نفسية جيدة لكن يمرون بظروف صعبة .

إزاحة Déplacement :

و هو عملية نفسية يسحب شيئاً ما من التصور "ب" كي يضاف إلى التصور "أ". و هو قابلية انفصال الوجدانات عن تصور معين و التحاقها بتصورات أخرى أقل إزعاجاً و هذا بواسطة إحدى سلاسل الترابط.

كبت Refoulement :

هو عملية نفسية يدفع الشخص من خلالها التصورات (التي تتمثل في أفكار ، أو صور أو ذكريات) المرتبطة بالنزوة إلى اللاشعور و أن يبقىها فيه . يحدث الكبت عندما يهدد فيه إشباع إحدى النزوات القادرة على حمل المتعة للشخص و تسبب في نفس الوقت إزعاجاً تجاه مطالب أخرى .

تكوين عكسي Formation réactionnelle :

هو مظهر نفسي خارجي يذهب في اتجاه معاكس لرغبة مكبوتة و يشكل رد فعل ضدها . قد تكون التكوينات العكسية محددة جداً و تتجلى في سلوك خاص ، أو تكون معممة لدرجة أن تشكل معها سمات طبع يتفاوت في درجة تكامله مع مجمل الشخصية .

إلغاء Annulation :

هو آلية دفاعية يجهد الفرد من خلالها أن تصبح بعض الأفكار ، أو الكلام ، أو الحركات ، أو الأفعال الماضية و كأنها لم تكن أصلاً ، و يستخدم الفرد لهذا الغرض تفكيراً أو تصرفاً لهما معنى مضاد يبعث إلى إلغاء ما حدث . و يستهدف "واقعية" الفعل ذاته التي يستوجب إلغاؤها جذرياً من خلال التصرف و كأن الزمن قابل للرجوع إلى الوراء .

عزل Isolation :

تميز هذه الآلية الدفاعية العصاب الهجاسي بشكل نموذجي ، و تتلخص في عزل أحد الأفكار أو التصرفات وصولاً إلى قطع روابطه ببعض الأفكار الأخرى ، أو قطع الروابط بينه و بين بقية وجود الشخص .

فكرنة Intellectualisation :

هو عملية يحاول الشخص من خلالها إعطاء صياغة منطقية لصراعاته و انفعالاته بغية التحكم فيها. يدل هذا المصطلح، خلال العلاج إلى تغلب التفكير المجرد على بروز

الانفعالات و الهوامات و الاعتراف بها . يستخدم هذا المصطلح للدلالة على أسلوب من المقاومة التي تصادف العلاج النفسي. يتفاوت هذا الأسلوب في وضوحه إلا أنه يشكل دوما وسيلة لتجنب مضامين القاعدة الأساسية.

3- المستوى الثالث :

و هو مستوى تشويه صورة الذات و صورة الغير. و الدفاع في هذا المستوى يشوه إدراك الواقع أو التجربة . يخص هذا المستوى الدفاع النرجسي .

تشويه Distorsion :

و هو عملية نفسية يقوم من خلالها الفرد بتشويه صورته الذاتية إلى صورة الآخرين أو تشويه صورة الآخرين بشكل واضح(في ذهنه أو بالكلام دون القيام بالفعل في الواقع) .

مثناة Idéalisation :

عملية نفسية ترفع بواسطتها صفات و قيمة الموضوع إلى درجة الكمال. يساهم التماهي بالموضوع الممثلن في تكوين و إغناء الركن الذي يسمى مثالية الشخص المتمثل في "أنا مثالي". تعتبر أساس الدفاع ضد النزوات التدميرية ؛ وهي تتلازم بهذا المعنى مع انشطار مفرط ما بين الموضوع الطيب و الموضوع السيئ .

القدرة الكلية Omnipotence :

عملية نفسية يتخيل الفرد نفسه من خلالها أنه يمتلك القدرة على كل شيء ، و لديه السلطة المطلقة على كل شيء .

4- المستوى الرابع :

رفض الواقع Déni :

العملية النفسية التي يرفض الفرد من خلالها تقبل بعض الحقائق أو التجارب . حتى و لو كانت عادية بالنسبة للآخرين . يرفض الفرد بحماس وجود شعور أو حركة أو فكرة . لكن في هذه الحالة يجب أن يدرك الفرد منبع الصراع . يجب أن يتعرف الفرد على ذلك.

تبرير Rationalisation :

عملية نفسية يحاول الشخص من خلالها إضفاء تفسير لموقف، أو لفعل، أو لفكرة ، أو لشعور الخ، متماسك من وجهة نظر المنطق ، أو مقبول من وجهة نظر الأخلاق ؛ تغيب دوافعها الحقيقية عن باله ؛ و يجري الحديث بشكل أكثر تحديدا عن تبرير عارض ، أو اضطرار دفاعي ، أو تكوين عكسي . يقوم الفرد بشرح موقف أو تفكير أو شعور ما بشكل منطقي لإخفاء الدافع الحقيقي لذلك .

إسقاط Projection :

يدل هذا المصطلح على العملية النفسية التي ينبذ فيها الفرد من ذاته بعض الصفات ، أو المشاعر ، أو حتى بعض المواضيع التي يتنكر لها أو يرفضها في نفسه ، كي يوضعها في الآخر، سواء كان هذا الآخر شخصا ، أو شيئا . ينسب الفرد للآخر ما يريد القيام به ، ما يحب ، أو ما يكره ؛ و يفعل ذلك تجاه من يهدده أو تجاه من يحب .

5- المستوى الخامس :

يتمثل هذا المستوى في أقصى درجة تشويه الصورة . يتميز هذا المستوى بدفاع غير ناضج و غير متكيف. و يدل استعمال هذا الدفاع إلى عدم تمييز الصورة الذاتية من صورة الغير . و تكون هوية الفرد دوما مهددة بضغوط داخلية أو خارجية . يمكن أن نجد هذا النوع من الدفاع عند أشخاص عاديين بعد مرورهم بظروف جد صعبة . و يشير غالبا استعمال هذا الدفاع إلى اضطرابات خطيرة على مستوى بنية الشخصية . كما يشمل هذا المستوى صعوبة تسيير العلاقات الاجتماعية و الشخصية .

انشطار Clivage :

عملية نفسية تشكل الدفاع الأكثر بدائية ضد القلق إذ ينشطر الموضوع المستهدف من قبل النزوات الغلمية و التدميرية إلى موضوع "طيب" و موضوع "سيء" و يلقي كل منهما مصيرا مستقلا نسبيا في لعبة الإجتيافات و الإسقاطات . و ينشط انشطار الموضوع خصوصا في الوضعية شبه العضامية – شبه الفصامية حيث ينصب على مواضيع جزئية .

تماهي إسقاطي Identification projective :

عملية نفسية يقوم الشخص من خلالها بإدخال شخصه الذاتي كليا أو جزئيا داخل الموضوع بغية إلحاق الأذى به و امتلاكه و التحكم فيه. و إصاق بعض السمات الذاتية بالآخر أو تشبيهه بها بشكل إجمالي .

أحلام إجترارية Rêverie autistique :

يسير الفرد صراعاته الداخلية أو الخارجية بالإفراط في الهوامات نيابة عن الواقع المعاش سواء فيما يتعلق بالعلاقات الاجتماعية ، أو الأعمال الايجابية ، أو إيجاد حلول للمشاكل . و يبقى الفرد واع بالطبيعة الاستبدالية لهذه الأحلام التي تتحول إلى إجابة للواقع .

6- المستوى السادس :

و هو مستوى القيام بالفعل . يتمثل هذا المستوى في استعمال الفعل الحركي كدفاع، أو للتهرب من مواجهة مواقف الصراع . يدل استعمال هذا النوع من الدفاع على الضعف الكبير للأنا و على عدم تأدية عمله . كما يدل هذا المستوى الدفاعي على التهرب من الإحساس و من الجنسية ؛ كما نلاحظ عدم التحكم في الاندفاع .

نجد في هذا المستوى الاضطرابات النفسية و السيكوسوماتية . يمكن أن نجد هذا النوع من الاضطراب عند المراهق لكنه مؤقت و يزول مع الدخول في سن الرشد.

المرور إلى الفعل Passage à l'acte :

يقوم الفرد بتسيير صراعاته العاطفية ، و عوامل القلق الداخلية و الخارجية بالمرور إلى الفعل حيث يقوم بفعل ما بدون تفكير و لا اعتبار للعواقب التي تنتج من جراء فعله .

العنف الكامن Agressivité passive :

يقوم الفرد بمعالجة صراعاته الداخلية و يستجيب للقلق بالعنف الغير مباشر تجاه الآخر و هذا من غير سبب معين. و يظهر عياديا على شكل موافقة تغطي المقاومة النفسية لاقتراحات الغير.

وسواس المرض Hypochondrie :

يتمثل في معاودة الشكوى أو سلسلة من الشكاوي المتكررة و التي يطلب فيها الفرد جهرا المساعدة الفعلية . يدل رفض اقتراحات و نصائح المعالج و الآخرون على الكراهية و الحقد الذي يكنه للغير . يمكن أن يكون موضوع الشكوى متمثل في أمراض جسدية ، أو مشاكل واقعية لكن تتبع الشكوى دائما ، في هذه الحالة ، برفض المشتكى إليه .

الانطواء البليد Retrait apathique :

يستجيب الفرد لمصدر القلق بالانطواء الكلي على نفسه دون أن يتهرب جسديا من الموقف . يمكن أن نلاحظ الرفض الكلي للتواصل في حالة الاكتئاب الخطيرة . كما نلاحظ رفض الالتماس الجسدي مع الآخرين عند الأشخاص المتهربين من المواقف الصعبة .

7- المستوى السابع :

هو مستوى الدفاع الغير منظم و هو المستوى الأدنى للتوظيف النفسي . و يدل على عدم التكيف الكلي حيث يظهر جليا الانفصال مع الواقع . يميز هذا المستوى حالات الذهان الحاد أو المزمن . و يكون الانفصال مع الواقع كلي في هذه الاضطرابات ؛ و لا يمكن إيجاد هذا المستوى الدفاعي عند الأشخاص العاديين إلا في بعض الحالات النادرة (في ظروف الحرب أو في أقصى درجة القلق). يتأثر المجال المعرفي ، في هذا الاضطراب ، كما يتأثر الجانب العاطفي للشخص مما يؤدي إلى اختلال على مستوى إدراك الواقع .

الإسقاط الهذيانى Projection délirante :

يشبه الإسقاط لكن في هذه الحالة لا يستطيع الشخص أن ينتقد أفكاره ، و يبقى مقتنع بحقيقة معتقداته .

رفض الواقع الذهاني Déni psychotique :

مثل الإسقاط الذهاني بإضافة رفض الواقع .

V- تصنيف اضطرابات الشخصية حسب DSM IV :

DSM هو كتاب وجيز ، يحتوي على تصنيف المجموعات الكبرى للاضطرابات النفسية .
و تحتوي الطبعة الأخيرة (1994) أي الكتاب الرابع (IV) على آليات الدفاع .
يتشكل التصنيف بجمع آليات الدفاع التي تشكل كل اضطراب و هذا لصعوبة الكشف عن
آليات الدفاع بصفة مفردة . توجد تصنيفات عديدة تصنف الدفاع حسب معيار أو معايير
عديدة مثلا عند تصنيف آليات الدفاع حسب معيار النضج نجد أولا آليات دفاع ناضجة ، ثم
آليات دفاع غير ناضجة و أخيرا آليات دفاع ذهانية .

1- اضطرابات الشخصية المتعلقة بالذهان الهذيانى :

يحس المصاب بعدم الثقة في الآخر حيث يتأكد من أن الغير يسيء إليه ، يزعجه ، يخل
بنظامه ، و يتلاعب به و يناوره . يتهم الغير بالخداع و المكر رغم أنه لا يملك أي دليل
موضوعي على ذلك. يضمن دائما أن كل من يبدي له اللطف يخبئ وراء ذلك أسوء ما يكون؛
يخبئ دوما أسراره خوفا من تغلب الآخرين عليه لمجرد إدراكها أو للتطلع على ضعفه. يشك
في الآخرين و يجعلهم يشكون فيه. يعمق اعتقاداته بانتقاد الآخرين. يجعل نفسه على رأس
الجماعة التي لا تنتقده، و يعتقد أن بقية الناس يحكمون عليه.

يتصف المصاب بهذا الاضطراب بالعذاب، الجذ، العظة، و الشكوى (يختلف في ذلك عن
الاضطرابات الحديدية التي نجدها تتأرجح بين الأسفل و الأعلى مثلما في اضطراب ثنائي
القطب حيث نجد التآرجح بين الهوس و الاكتئاب). يمتنع، المصاب بالذهان الهذيانى، عن
الضحك و الفرح و كل ما يسمح له بالتفتح نحو الغير. يضع صورته في أعلى منصب.
يضمن نفسه منطقي، لكن منطقته منحرف عن الواقع. يعتبر نفسه أمين، على استقامة جيدة،
بريء من كل ذنب و نبيل. أما في الواقع فهو عكس كل ذلك، نجده محتال، معقد، فاجر و
عنيف. يكذب و يخدع لكنه لا يرى عيوبه و يشير بها على الآخرين، الذين يضمنهم ضعفاء
لأنه يحترم الأقوياء، يعجب بهم و يحسدهم.

يميل ذوي الشخصيات الحديدية إلى الذهان الهذيانى حيث يستعملون الهذيان كآلية دفاعية لكنهم
لا يمنحون لصورتهم القيمة الخيالية اللامعة باستمرار.

لا يستطيع المصاب بالذهان الهذيانى أن يتعرف على اضطرابه كونه يضمن نفسه سليم بينما يتعرف عليه ذويه .

2- اضطرابات الشخصية الخاصة بالفصام :

يبدو الفصامي وحيدا، هادئا، لا يبالي، و كأنه لا يتعذب. يظهر كأنه عديم الإحساس كما يبعث إلى الخمول . يبتعد عن الآخرين، أي لا يكون علاقات اجتماعية و لا شخصية من أجل حماية نفسه. لا يعرف الهزل. يظهر كأنه يتكبر على الآخرين لكنه يحتقر نفسه، حيث يرى نفسه (بلا حياة، ممل، مخفق...) لا يبالي بما يجري حوله، يعيش بعيدا عن الواقع.

3- اضطرابات الشخصية الخاصة بالفصام النموذجي :

يذكر DSM IV أننا نجد عند الشخص المصاب بهذا الاضطراب معتقدات غريبة و إدراك غير عادي و لا يتحكم فيها و تكون غالبا شاذة و عجيبة. يميل إلى الآخرين لكنه لا يفهمهم و لا يفهمون نوع تفكيره. يمكن أن يكون دوري في علاقاته الشخصية و الاجتماعية كونه أحيانا منفردا و أحيانا أخرى يسلم نفسه كليا. يصاب مزاجه بتغيرات مفاجئة، و غير مفهومة بسبب ما يجري في حياته الداخلية و ليس من جراء المحيط الخارجي لأنه لا يكثرث به كثيرا. لا يعرف نفسه أي لا يدري من هو، و يحس بأنه غريب عن مجتمعه. يعطي أهمية كبيرة للأشياء الغير معقولة مثل السحر، الأشباح، التنجيم، الحاسة السادسة... الخ. يختلف عن الحالات الحديدية بالعيش في عالمه الخاص.

4- اضطرابات الشخصية الخاصة بالمضاد للمجتمع و الاختلال العقلي :

يقوم المصاب بهذا الاضطراب بالمرور إلى الفعل ، كما أنه اندفاعي و غالبا عنيف. يحظر لمعالجة مشاكله فقط. يكون عديم الإحساس، لا يقلق و لا يكتئب. يرى نفسه قوي و يستطيع أن يسيطر على الآخرين ، الذين ليسوا إلا أدوات يستعملها ، يفتنها، و يحطمها كما يشاء. لا يحس بتأنيب الضمير، و لا يراجع نفسه قط، و لا يؤلم نفسه، لا يتردد، يقوم بالفعل فقط دون أن يراجع أو يهتم بعواقبه.

5- اضطرابات الشخصية المتعلقة بالحالات الحدية :

يتميز الشخص، في الحالة الحدية، بعدم التمكن من تسيير أحاسيسه الكثيفة و الغير مستقرة. كما يتميز بانقلاب المزاج حيث تنخفض و ترتفع معنوياته باستمرار؛ يندفع ويغضب بسرعة و يحس دوما بالفراغ و القلق و غرابة الأطوار. لديه غالبا مشاكل علائقية و نوع تفكيره انشطاري حيث يجد الآخر جيد كليا أي يتميز بالكمال أو سيء كليا؛ يعتبر نفسه دائما ضحية. لا يحس بعدم استقرار صورته في ذهنه و تكون هذه الأخيرة سلبية جدا في أغلب الأحيان و أحيانا أخرى ايجابية جدا. يبحث دوما عن هويته. يتعذب نفسيا و لا يعرف السكنينة المؤقتة إلا عند القيام بأفعال تؤدي إلى تدمير النفس. و يتمثل المرور إلى الفعل الانتحاري الخطر الحقيقي لهذا النوع من الاضطراب. و يكمن مصدر العامل المسبب لهذا الاضطراب في الطفولة الأولى.

6- اضطرابات الشخصية الخاصة بالهستيريا:

تصاب النساء بهذا الاضطراب أكثر من الرجال. يتميز الهستيريا بتخطيطه الدائم للإغواء لا يستطيع الاستغناء على إعجاب الآخرين و يفعل كل ما بوسعه للحصول على ذلك و لا شيء يوقفه، مثل ما يفعل النرجسي لكن الغرض مختلف. يبحث الشخص هنا على انتباه الغير إليه. يميل دائما إلى تجميل الموقف و يكذب من أجل إغواء الآخر. يتأرجح فكره دوما بين الطموح و خيبة الأمل. يعاني من مشاكل في التعلم، التركيز، و الانتباه. يعاني من سوء تقدير ذاته لكنه يظهر للغير صورة معاكسة تماما لما يعتقد.

7- اضطرابات الشخصية الخاصة بالنرجسية :

يتميز النرجسي بحب نفسه و يعتقد أن قيمته أعلى من قيمة كافة البشر. يعاني من جنون العظمة. يرضن نفسه مختار من دون كل الناس، سُخر له كل شيء. يتميز النرجسي بعظمة نفسه في عينيه و يعتبر نفسه فريدا من نوعه و أفضل من باقي الخلق. لا قيمة للآخرين عنده، كأنما وجدوا ليعززوا قيمته فقط. يتميز بالخشونة و يكاد ينعدم لديه حب الغير. لا يحس بالندم

كونه لا يراجع نفسه و لا يمكن أن يتصور نفسه مخطئ. لا يشك قط في قدراته العقلية و الجسدية و هو على يقين دائم أنه أفضل من الجميع.

8- اضطرابات الشخصية الخاصة بالتجنب :

يهدف الشخص المصاب بهذا الاضطراب إلى التهرب من الإخفاق. يكون دوما شديد الحذر عند قيامه بفعل ما. يظهر كأنه مصاب بحياء مرضي ، يمكث وحيدا ، منزويا ، غالبا ما يكون عازبا، يحتقر نفسه و يكون لطيفا جدا باستمرار. يتهرب المصاب بهذا الاضطراب من كل المواقف المثيرة للإحساس، سواء كان الإحساس بالسعادة أو بالألم. يحب العيش في عالمه الخيالي الذي يخلو من كل ما يثير الانفعال.

لا يعاني الفرد، في هذا النوع من الاضطراب، من الانقلاب المزاج حيث يبقى مزاجه مستقر، كما لا يعاني من الاندفاعية. يلجأ أحيانا ذوي الشخصية الحديدية إلى هذا التوظيف للتخلص من الإخفاق و العذاب .

9- اضطرابات الشخصية الخاصة بالتبعية :

لا يستطيع الفرد المصاب بهذا الاضطراب أن يأخذ قرارات في أشياء تخصه و يلجأ دوما إلى شخص آخر ليقرر في مكانه. نجد أحيانا هذه الصفات في الحالات الحديدية و هذا من جراء الخوف المرضي و التخلي الذي يرهقهم؛ كما يعود أيضا إلى مشاكل تكوينية لهويتهم في مرحلة الطفولة. كما يتميز المصاب بهذا الاضطراب بالتبعية، بالخضوع، بالسلبية، بالخوف من الوحدة، بالخوف من الانفصال و بالقلق. يحتقر صورته الذاتية باستمرار. لا يستطيع تحمل مشاعره، و يعاني من القلق الشديد عند مواجهة خطر التخلي و الصد. لكن عندما يتحصل على الحماية الكافية لا يعاني من الاندفاعية و لا من انقلاب المزاج . يمكن أن نجد هذه الصفات في الحالات الحديدية و هذا راجع لاحتقار صورتهم الذاتية و لخوفهم من التخلي.

10- اضطرابات الشخصية الخاصة بالهجاس :

يراقب الهجاسي كل شيء، و في كل المجالات، إلى حد نسيان هدفه الأساسي. يمكن أن يجد في ذلك قليلا من المتعة. يخاف من الأحاسيس و الشعور و يبذل أقصى جهده لاحتوائها عندما تتواجد. يظهر شديد الامتثال. لا يثق بالآخر. يحاول أن يتحكم في كل شيء و أن يسيطر على كل شيء. يتمتع الهجاسي بالاستقرار النفسي المستمر (أي أنه لا يعاني من تقلب المزاج الفجائي) لكن هذا لا يمنع من زيادة أعراضه المتمثلة في الاضطراب التكراري الذي يكلفه طاقة نفسية معتبرة. و يسهل، هذا الاستقرار المستمر، التشخيص الفارقي للحالات الحدية التي تستعمل الدفاع الهجاسي كغلاف لكن لا تستطيع الاستمرار في ذلك فتتخلى عنه.

11- اضطرابات الشخصية السلبية و العنيفة :

يشخص الفرد مصاب بهذا الاضطراب بوجود 5 نقاط على الأقل من بين 9 نقاط الآتية :

- 1- التأجيل المرضي Procrastination و هو تأجيل الأشياء التي يجب أن تنجز كي لا يلتزم الفرد بالأجل المحدد.
 - 2- يستاء لأتفه الأسباب، ينفعل بسرعة، يجادل عندما نطلب منه فعل شيء لا يريد فعله.
 - 3- يعمل ببطء عمدا و يؤدي عملا رديئا عندما يقوم بعمل لا يريد القيام به.
 - 4- يحتجّ، من غير تبرير، من أن طلبات الآخرين غير معقولة.
 - 5- ينهرب من الواجبات مدّعا "أنه نسي".
 - 6- يعتقد أن عمله أفضل بكثير مما يرضن الآخرون.
 - 7- يحس بالإهانة عندما يوجه له الآخرون اقتراحات جديدة تخص الطريقة التي تسمح له أن يكون أكثر إنتاجا.
 - 8- يعرقل مجهود الآخرين بعدم انجاز عمله.
 - 9- ينتقد الآخرين بطريقة غير معقولة أو لا يتنازل لأشخاص في موضع السلطة.
- لا تظهر، على الفرد السلبي العنيف "آثار الصدمة"، و لا التفكك، و لا كثرة اليقظة، و لا الاندفاعية، و لا الغضب المستمر، و لا تدمير الذات، و لا الغيظ، و لا الإحساس بالفراغ، و لا الانقلاب المفاجئ للمزاج.

الفصل الرابع : العلاجات النفسية :

I - العلاجات النفسية :

1-تعريف

تتمثل في الفعل الذي يهدف إلى إعطاء معنى، معالجة، أو إيجاد حلول لمشاكل الأشخاص الناتجة من اضطرابات نفسية أو جسمية و التي تظهر على شكل أعراض. كل عملية علاجية لاضطرابات نفسية أو جسدية تستعمل فيها الوسائل النفسية بصفة عامة و العلاقة بين المعالج و المفحوص بصفة خاصة .

حسب Strotzka H. (1978) يتميز بسيرورة تفاعلية واعية و مصممة، تهدف إلى معالجة اضطرابات سلوكية، تخفيف العذاب النفسي أو الجسدي ، في إطار موافقة بين المفحوص و المعالج و مجموعة مصادر؛ باعتبار ضرورة معالجة الاضطرابات بواسطة وسائل نفسية تواصلية، بالكلام و أيضا بلا كلام ؛ مع الاتفاق معا (أي الفاحص و المفحوص) على تعيين هدف العلاج المتمثل في التخفيف من حدة الأعراض ، أو تغيير البنية الشخصية ؛ يتحقق ذلك بواسطة تقنيات درست و ذات مضمون نظري للسلوك العادي و المرضي و يتطلب عموما تفاعلا قويا في العلاقة العلاجية .

يعتبر العلاج النفسي كوسيلة تساعد على التخفيف من شدة العذاب النفسي ، أو من الإصابة باضطراب نفسي. تعود المسؤولية الكبرى للعيادي في اختيار العلاج المناسب و في التقنيات التي يستعملها و الالتزام بأخلاقيات المهنة ضروري مهما كان نوع العلاج أو التقنية المستعملة.

تشكل العلاجات النفسية مجال التفاعل الاجتماعي الذي يمنح للمفحوص إمكانية الإفصاح عن مشاكله الشخصية للغير المتمثل في العيادي. يساهم، هذا التفاعل في تقوية إحساس المفحوص بتفهم المعالج لمشاكله و ما يجول بباله مما يؤدي إلى الارتياح النفسي و العاطفي لدى المفحوص و بالتالي يحرز تقدما .

2- تاريخيا :

استعمل للمرة الأولى مصطلح "العلاج النفسي" (Psychothérapie) سنة (1891) من طرف (Bernheim H. (1840-1919) بمعناه الحالي . ترجم كتابه من طرف Freud S. إلى الألمانية و احتفظ بالمصطلح كما ورد في الكتاب الأصلي. سبق بسنوات قليلة مصطلح « Psychoanalyse » "التحليل النفسي" الذي ظهر سنة (1896) في مقالة نشرت باللغة الفرنسية في مجلة خاصة بالعلوم العصبية. بعد ذلك ظهر كتاب Freud S. تحت عنوان "ميلاد التحليل النفسي" الذي شرح فيه تقنية علاجية للعصاب الخاصة بالتحويل. كان ذلك عند التخلي عن التنويم المغناطيسي و اللجوء النهائي إلى الكلمة في استكشاف اللاشعور .

3-العلاجات النفسية و آليات الدفاع :

تدلّ، آليات الدفاع على نوع التوظيف النفسي لدى المفحوص خلال العلاج النفسي. كما تمثلن وسائل تشخيص و تقييم الاضطرابات النفسية و بنية شخصية المفحوص . في حالة التوظيف المنسجم للجهاز النفسي يحرر باستمرار فائض الطاقة الناتج من الغريزة الجنسية، عن طريق الفكر أو الفعل؛ حيث يوجه، هذا الفائض، ليُستغل ايجابيا و بصفة مقبولة اجتماعيا. يختفي هذا التكامل في حالة المرض و يبدي نوعا من القصور، فيحجز الفائض الطاقوي و يؤدي إلى اضطرابات إما على المستوى العاطفي أو الفكري، أو يقودها لنشاطات مضرّة للفرد أو يجعل هذا الأخير في صراعات غريزية.

II- عرض بعض العلاجات النفسية :

1-التحليل النفسي :

يهتم التحليل النفسي بالفرد في مجمله ، بتاريخ حياته خاصة طفولته التي يمرّ خلالها بمراحل نموه النفسي. تعود مشاكل الفرد الحالية إلى صراعات نفسية بقيت بلا حل أي تحولت إلى مكبوت ؛ و يهدف التحليل النفسي إلى إيجاد هذه العناصر المكبوتة في اللاشعور. تسمح العلاقة التفاعلية التي تتكون بين المحلل و المفحوص بتحقيق هذا العمل الصعب بواسطة التحويل الذي يعتبر محرك العلاج التحليلي. يسمى بـ "التحويل" ذلك الشعور التلقائي

الاجبائي أو السلبي الذي يُكنّه المفحوص لمحلله حيث يمثل هذا الأخير، شخص قريب و مهم في حياته الطفولية .

يتمدد المفحوص على السرير الطبّي و يجلس المحلل خلفه، بعيدا عن مجال رؤية المفحوص؛ و يسقط هذا الأخير على محلله مشاعر مكبوتة أي لا شعورية، ترتبط دائما بطفولته الأولى. يمثل التحويل الناتج من تفاعل العلاقة العلاجية المادة الخامة. و بتفسيرها ، يوضح المحلل لمفحوصه المحتوى اللاشعوري الخاص بهذا الأخير، والذي يطفو شيئا فشيئا نحو الشعور.

يتطلب العلاج التحليلي وقتا طويلا لأنه يستهدف رجوع المفحوص إلى الورااء ليكتشف بنفسه توظيفه النفسي و يحلل شيئا فشيئا تكوينه البنيوي. إضافة إلى ذلك ، فهذا العلاج يسمح له بتسليط الضوء على مجمل عناصر شخصيته و أن يتخلص من الأعراض السلبية التي جعلته يسعى إلى العلاج .

2-العلاج النفسي المستوحى من التحليل P.I.P. :

يتمثل في تقنية متفرعة من التحليل النفسي، يختلف فيها الإطار المكاني بوضعية التحليل حيث يجلس المختص النفساني خلف المكتب و يقابله المفحوص و تسمى هذه الوضعية "وجهها لوجه" ؛ كما يختلف أيضا الإطار الزمني مع التحليل النفسي، حيث تقتصر مدة العلاج إلى بعض سنوات، و بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع على الأكثر. تُحترم في هذا العلاج كل مبادئ التحليل النفسي حيث يُستعمل تفسير التحويل كأساس هذه التقنية إضافة إلى اللاشعور، الجنسية ، الكبت ، صدمات الطفولة ... الخ .

3-العلاج السيكوسوماتي :

تستعمل هذه التقنية من طرف أخصائيين يتقنون النظرية التحليلية و لديهم كفاءة عيادية و تكوين معمّق في الحقل السيكوسوماتي . يعتبر هذا العلاج كمكمل للعلاج الطبّي أو الجراحي؛ يهدف إلى تقوية التوظيف النفسي للمريض إلى أعلى مستوى ممكن .

4-العلاج المعرفي السلوكي :

يهدف أساسا إلى محو العرض مثل الخواف ، اضطرابات اضطراب التكرار و بعض الأمراض النفس-جسدية... الخ . تتمثل التقنية في الاشراف التدريجي بتوضيح الدفاع و تغيير المعتقدات. يُطلب من المفحوص تكرار التمارين في بيته بين جلسة و أخرى . يكون العلاج غالبا قصير المدى .

5-العلاج العائلي :

لا يعالج الشخص بمفرده رغم تعيينه كعرض إنما تعالج العائلة في نسق إجمالي يشمل كيفية التواصل و العادات اليومية في الحياة العائلية. تكون الجلسات جماعية، تتضمن، أحيانا عدة معالجين. عدد الجلسات محدود و يتراوح بين 10 و 20 جلسة بمعدل جلسة واحدة في كل شهر.

6-العلاج المركز على الشخص :

يتمثل في إصغاء نشط ، مع إعادة صياغة كلام المفحوص. لا يوجه المعالج أوامر للمفحوص و إنما يقبله بدون أي شرط في اختلافه و في فردانيته.

7-العلاج الجشطلتي :

يتمثل في تناول إجمالي للمفحوص يتضمن الأبعاد الخمس الأساسية و هي : البعد الجسدي، العاطفي ، المعرفي ، الاجتماعي و الروحي. بمعنى آخر، يكون التفاعل مستمر بين الجسد و القلب و الرأس و المحيط الاجتماعي و التوجه الإيديولوجي الخاص بكل فرد و بالجماعة.

8-التحليل الصفي :

يتمثل في تحليل الصفقات النفسية و "ألعاب" اللاشعور الجارية بين الأشخاص ، تأخذ بعين الاعتبار حالة الأنا لدى كل فرد (والد ، راشد ، طفل) و كذا حياتهم الشخصية و اللاشعور

المبني على قرارات اتخذت في الماضي. يتناول هذا العلاج الجانب المعرفي و العاطفي و السلوكي. يتحمل المفحوص مسؤولية تحديد هدف العلاج بواسطة عقد قران علاجي.

9-التمثيل النفساني :

بكوّن المفحوص مخطط مسرحي من مواقف حياته اليومية الحالية أو الماضية أو المستقبلية ، التي يطمح إليها أو يهابها . يشاركه في التمثيل المسرحي مجموعة أشخاص يلعبون أدوار الأشخاص الذين يذكرهم المفحوص.

10-البرمجة العصبية :

يستهدف هذا العلاج البحث عن قمة جودة التواصل بمختلف قنوات الإحساس : المرئية، السمعية، الحركيةالخ. كما يتمثل هذا العلاج في تعديل لغة المفحوص لتتوافق مع لغة غيره. كما يستهدف، هذا العلاج القصير المدى تغيير السلوك عند الفرد أو محو عرض ما يعيق حياته.

11-التنويم المغناطيسي :

يعمل المعالج على تغيير حالة يقظة المفحوص ليستطيع تحريك الذكريات المخبئة و محتويات اللاشعور العميقة. يجعل المفحوص، خلال جلسات العلاج في حالة ارتخاء تشبه النوم لكن يبقى واع بما يحدث. تسمح له هذه الحالة أن يختار بين الأوامر المتناقضة. يظهر تحسن ملحوظ عند المفحوص بعد مدة قصيرة من العلاج.

12-التحليل النفس - عضوي :

يتمثل في الجمع بين تناول التحليلي و الجسد ، لكن من غير تحريك فعلي لهذا الأخير .

13-العلاج التنفسي :

يتمثل في تنفس سريع و مجبر يسمح للقشرة المخية أن تخفض التحكم إلى أدنى درجة مما يجعل، المشاعر المخبئة في الجهاز اللمبي العميق، تطفو إلى الشعور. يستطيع المفحوص

بهذه العملية معايشة صدمات نفسية قديمة و تسمح هذه العملية باتساع حقل الوعي لدى
المفحوص.

14-العلاج السندي :

يستهدف هذا العلاج مساعدة المفحوص في اكتشاف، و تهيئ، و تصوير حقيقة شخصيته.
يكون المختص جوا من النشاط النفسي ليحقق ذلك . و يستهدف هذا العلاج تعديل نوع
العلاقة الاجتماعية و مساعدة المفحوص على تحسين نوع دفاعه و تقوية أناه.

تقنيات العلاج السندي :

وضع Glen O. G. (2005) تصنيفا واضحا لتقنيات هذا العلاج على النحو التالي:

التشجيع على الإفصاح :

يتمثل السند في مواسة المفحوص و تشجيعه على التفكير في خبراته الشخصية و الإفصاح
عنها. يسأله عن المواضيع قد سبق أن تطرق إليها ليوصل الحديث عنها إذا توقف، كما
يسأله عن سبب السكوت في وسط الجملة أو الكلمة ؛ لأن ذلك يعبر أحيانا عن خوف أو حياء
يسد تفكير المفحوص . يجب أن يتقبل المعالج كل ما يجول في أفكار المفحوص و كل ما يقوم
به مع الالتزام بحدود العلاقة العلاجية و أخلاقية المهنة .

المشاركة الوجدانية (Empathie) :

يظهر المعالج لمفحوصه أنه يفهمه، أي يفهم مشاعره و حالته الداخليه و يحس بألمه عند
التطرق إلى خبراته الماضية و الحالية؛ و عند ما يذكر المفحوص موقف ما يشير الفاحص
إلى ما قد أحس به عميله حينها مبديا نوعا من التأثير. يمكن لهذا الموقف أن يجعل المفحوص
يحس بشعور كان يُعدّ مستحيلا، و الذي قد يكون غير متقبل من الآخرين من قبل . يأخذ هذا
العمل شكل التدخل الموجب، يصلح التواصل الذي ينزع شك الإحساس بالخبرات الحقيقية و
يصلح اضطراب الهوية. و يمكن أن يكون، هذا النوع من التدخل، ضروري عند الأشخاص
الذين عانوا من العنف خلال فترة ما من حياتهم. يسمح العمل بهذه التقنية على مساعدة
المفحوص في تقوية حب ذاته إذا كان يتميز بهشاشة في ذلك؛ و يعمل المعالج على إيجاد
نقاط ضعف المفحوص، ثم يحاول تقويتها.

التدخلات التربوية :

تشير إلى تعليم المفحوص بعض التقنيات التي تسمح له بتحسين نمط حياته الشخصية لينتبه أكثر إلى كيفية نموه، و أكله و ميزانه، و الانتباه إلى الأشياء التي تقلقه لمعالجة المشكل مع المختص، و التحذير من خطر الإدمان أو إرشاده إلى المراكز الخاصة بذلك في حالة ما إذا صرح المفحوص أنه مدمن. تسمح هذه التقنية بالاكتشاف المبكر للاضطراب و كذا للحماية من الانتكاس .

الإرشادات :

يعطي المعالج رأيه فيما يخص انشغالات المفحوص (يجب فعل ذلك بالحدز الشديد)؛ يمكن أن يكون هذا العمل ضروري في حالة ما إذا كان المفحوص يتميز بالتبعية المؤقتة، أي لا يستطيع توجيه نفسه. إذا كان في حالة اكتئاب، يدفعه، يأسه الناتج من اضطراب المزاج، إلى القيام بفعل أشياء تسيء إليه أو إلى الآخرين؛ في هذه الحالة، يذكره المعالج بحالته الضعيفة التي لا تسمح له بالتفكير و أخذ القرارات حالياً، لذا يستحسن تأجيلها لوقت آخر. كما يمكن توجيه المفحوص للاستشارة الطبية في حالة ما إذا أفصح المريض عن معانات أو لوحظت عليه علامات اضطراب نفسية أو جسمية تستوجب العلاج بالأدوية. لكن يجب توخي الحذر عند تطبيق هذه التقنية و جعل المفحوص يفكر بنفسه و مساعدته فقط على أخذ القرارات و إلا يحصر في تبعية تامة.

المدح :

يهنئ المعالج مفحوصه عندما يؤدي هذا الأخير سلوكا ايجابيا، أو عند ما يتخذ موقفا جيدا، أو نجاحا ما . كما يشجعه على المواصلة و المثابرة. يجب أن يشير المختص إلى التقدم الذي أنجزه العميل في تحقيق أهدافه . يشكل التحسس بالأمن أساس العلاج السندي حسب Knight R. P. (1949) يمكن أن يبدي المفحوص نوعا من الإحساس بالأمن بصفة ضئيلة و على المعالج أن يعمل على تقوية هذا الإحساس بتقبل و تحمل القلق عند المفحوص ضمن العلاقة العلاجية .

III- التفاعل ضمن العلاج النفسي :

اهتم Freud S. بالتحويل عند فشل Breuer J. في علاج Anna O. فاكتشف هذه الظاهرة وأخذها بعين الاعتبار. ثم استعمل Jung C. G. (1924) هذا المصطلح في علم النفس التحليلي. و هو يشير إلى توضيح بعض الاضطرابات العصائية التي تترجم تكرار العلاقة الطفولية البدائية و التي لا يعيها الشخص. توجد حركة التحويل و التحويل المضاد في معظم العلاقات العاطفية. أي لا يمكن أن توجد علاقة حميمة بين شخصين دون أن يلعب التحويل دورا ايجابيا أو سلبيا. تكون العلاقة بين الفاحص و المفحوص تفاعلا يبعث إلى هذا النوع العلائقي .

يوضح Bernheim H. (1903) أن العمل العلاجي لا ينتج من حالة التنويم المغناطيسي الذي يحدثه المعالج على مفحوصه و لا على الاقتراحات التي يتأثر بها هذا الأخير و إنما يتمثل في خصوصيات علاقة الفاحص و المفحوص في حدّ ذاتها.

1- التحويل :

حسب حجازي م. (1985) "يشير مصطلح التحويل في التحليل النفسي إلى العملية التي تتجسد بواسطتها الرغبات اللاشعورية من خلال انصبابها على بعض المواضيع ضمن إطار نمط علائقي يتكوّن مع هذه المواضيع و أبرزها العلاقة التحليلية. يتعلق الأمر بتكرار نماذج أولية طفولية، قد عاشها المفحوص، مع إحساس مفرط بواقعيتها الراهنة. و يعرف التحويل على أنه الأرضية التي يقوم عليها العلاج التحليلي من حيث تكوينه، و أساليبه، و تأويله و الحل النهائي المميز له" (ص:547) .

يضم هذا المصطلح الإسقاط و الإزاحة معاً، تجاه المعالج، تتمثل في أفكار و شعور عاشهما المفحوص في علاقته البدائية تجاه أشخاص لعبوا دورا أساسيا في حياته الطفولية؛ كما يتكوّن من انفعال عاطفي تتمثل في أفكار و شعور تجاه المعالج يرجعه Freud S. إلى رغبة ممنوعة تجاه شخص قريب يلصقها المفحوص على الفاحص بصفة تخبيء أصلها الطفلي .

بينما يوسع Jung C. G. (1924) مجال التحويل ليعممه على كل العلاقات المتواجدة في الحياة العادية. بالنسبة له، يوجد التحويل قبل أي فعل علاجي؛ يعتبر المعالج ضحية و التحويل ليس نتيجة إنتاجه.

يظهر التحويل، في العلاقة العلاجية، على شكل عاطفة و يسمى التحويل الإيجابي، أو على شكل كراهية و يسمى التحويل السلبي؛ و يفيد العلاج في شكله (الإيجابي و السلبي) لأنه يسمح للمفحوص أن يظهر علاقته الأولى بالموضوع دون أن يتذكرها.

أما الإسقاط، فهو يلعب دورا آخر في العلاقة، تكون ضرورية في بداية الحياة لأنه يبني شخصية الفرد و يساهم في عملية التماهي، و يشكل آلية دفاعية عندما يسقط الشخص على الآخر (إنسان أو شيء آخر) صفات أو عيوب أو شعور أو رغبات لا يعترف بها أو يرفضها لديه .

2- التحويل المضاد :

حسب حجازي م. (1985) "هو مجمل ردود فعل المحلل أو المعالج على مفحوصه و بالتحديد على تحويله " (ص:554). يتمثل في الشعور الكامل الذي يبديه الفاحص تجاه المفحوص بكل ما يشمل من تخيل و موقف و اعتقاد سواء كان ذلك في موقع الشعور أو ما قبل الشعور أو اللاشعور. يصرح Weiss R. S. (1994) أنه يصف مصدر أفكار و شعور الفاحص التي تطفو من تاريخه الشخصي و كذا، مصدر نشاطه الحركي. يؤكد Freud S. (1921) أنه لا يستطيع أي محلل أن يفعل أكثر مما تسمح له عقده النفسية و مقاومته الداخلية.

يرجع Jung C. G. (1924) عملية التحويل المضاد إلى رد فعل تأثر الفاحص بغرائز المفحوص اللاشعورية ، كونهما في علاقة لاشعورية؛ و بالتالي، لا يستطيع الفاحص أن يتوارى على هذا الدور الحتمي.

يمكن أن يعتبر "التحويل المضاد" كعائق لسيرورة العلاج النفسي بسبب الصراعات الداخلية الخاصة بالمعالج و التي تدخل في العلاقة العلاجية و تؤدي بذلك، إلى نقص في موضوعية الفاحص ؛ تسمى هذه الحالة : التحويل الغير عادي أو النشط.

يسمح، صدى اللاشعور الشخصي، بتفاعل العلاقة بين المفحوص و الفاحص حيث تسمح لهذا الأخير أن يلتقط ما يريد المفحوص أن يحسسه به كما يسمح له أن يفهم تعبيره اللاشعوري.

يعبّر "التحويل المضاد" على مدى تحمل الفاحص للأدوار التي يقوم بها "أنا و أنا الأعلى" الخاصة بالمفحوص و المواضيع الداخلية الخاصة بهذا الأخير و التي يلصقها في معالجه و يسقطها عليه في تمثيل صراعي داخل العلاقة العلاجية.

3- المشاركة الوجدانية :

يتمثل في الإحساس الداخلي بمشاركة الغير و تفهم الحالة النفسية المؤقتة لشخص آخر. نشرت المجلة التحليلية الفرنسية عددا خاصا تحت عنوان "Empathie" وصف فيها عدة محللون دور المشاركة الوجدانية في التحليل النفسي .

4- العلاقة العلاجية :

يصفها قاموس "le Petit Robert" بأنها الاتحاد و الموافقة من الطرفين . استعمل هذا المصطلح من طرف S. Freud سنة (1912) في كتابه " La dynamique du transfert". يسمح، الموقف ذو هدف جدي و التفهم بحسن الالتفاتة، ببناء علاقة مع المعالج تؤدي إلى تطوّر العلاج و الالتزام الحقيقي به .

وصف S. Freud سنة (1920) كيف يعمل المحلل بالجزء السليم للأنا ضد جزء مريض ينتمي للصراع. تضيف R. Sterba مصطلح " Ego alliance " سنة (1934)، يشير هذا المصطلح إلى الجمع بين "أنا منطقي" للمفحوص و أنا المعالج.

أضافت Zetzel E. سنة (1956) أن العلاج التحليلي الناجح يتوقف على تأرجح المفحوص بين مراحل التحويل و العلاقة العلاجية و أن هذه الأخير ضرورية لتحليل العناصر اللاشعورية التي تطفو؛ كما أنها تسمح بمجاوزة مظاهر المقاومة.

عمّق Bordin E.S. (1976) هذا المصطلح و ألحّ على المشاركة الايجابية للمفحوص ضد عدوّ مشترك و هو : العذاب .

تتعدد التعاريف الخاصة بعلاقة العلاجية لكنها تتفق كلها على اشتراك الفاحص و المفحوص في تكوينها .

شرح Braconnier A سنة (2002) أن "هذا الارتباط يبني فضاء "ضمذاتي" بين المعالج و المفحوص يتمثل في فضاء عقلي للانتباه و الانشغال و التفكير المشترك" (ص : 36). و حسب Roten Y. Michelet L. و Despland J.N. (2005) تتمثل خصوصيتها في التفاعل بين تقنيات المعالج و خصائص المفحوص أكثر مما هي خاصة منتسبة للفاحص وحده أو للمفحوص وحده.

يقول Safran J.D. و Muran J.C. (1996) "يسمح هذا الارتباط بتكوين فضاء علاجي تناقش داخله المشاعر الايجابية و السلبية المعبر عليها مع تخفيض خطر الانقطاع عن العلاج ، كما يسمح بإعادة بناء العلاقة بعد الانفصال" (ص : 447) و أضاف B. Beitman و Klerman G. (1991) إلى ذلك تقبل ضمنى نوعا ما، بإقناع الآخر و الاقتناع به.

IV- تقييم العلاج النفسي :

1- التعريف :

تقول Moussa F. (2004) أنه يجب أن نوضح أولا ماذا نقيّم في العلاج النفسي، المراد هنا هو تقييم حالة المفحوص قبل و بعد العلاج لتقييم فعالية العلاج النفسي. يتمثل في تغيير نوع التوظيف النفسي الخاص بالمفحوص خلال و بعد العلاج النفسي. يسمح لنا ، التنوع الواسع للسلام العيادية التي بيّنت فعاليتها، بتسليط الضوء على العمل العلاجي و بالتالي الكشف علي جوانب مختلفة للتوظيف النفسي الخاص بالمفحوص و كيفية سير العلاج النفسي. يظهر لنا، قبل الشروع في التقييم و قبل الحصول على نتائجه ، تغلب الجانب الذاتي؛ بتعبير آخر، كأن هذا العمل تنقصه الموضوعية. لكن، إذا استعملت بصفة جدية حيث يركز الباحث على جانبه الفضولي لتقييم عمله بشكل موضوعي، بغية التعرف عن مدى نجاعة التقنية المستعملة و مدى كفاءته (هو بنفسه) و البحث عن الجوانب التي تستوجب التغيير للحصول على نتائج أفضل، خاصة عندما يتعلق الأمر بالحياة أو الموت. عند الالتزام بالموضوعية نتحصل أحيانا

على نتائج مفاجئة؛ مثلا : سمح لنا سلم "التحويل المضاد" باكتشاف مدى عدائنا للمفحوص رغم أننا لا ندرك ذلك (شعوريا) قبل الحصول على نتائج السلم العيادي. يجعلنا اكتشاف بعض الظواهر نفهم ما كان يبدو لنا غامضا.

2- تقييم العلاقة العلاجية :

حسب A. Bachelor و R. Salamé (1992) "أثبتت نتائج تقييم العلاقة العلاجية ، منذ بداية السبعينات ، منفعتها بفضل المعطيات المعتبرة التي تحصلنا عليها منذ ذلك الوقت. رغم ذلك يجب تطوير هذه العملية بمنظور التغيير الناتج من العلاج النفسي و الذي يتضمن علاقة الارتباط التي تجمع الفاحص و المفحوص ، نموها خلال العلاج و درجة تفاعلها مع العناصر المتدخلة في سيرورة العلاج النفسي بإظهارها نوعية العلاقة العلاجية ، خاصة إظهار مواقف المعالج التي تؤثر ايجابيا أو سلبيا على تطوير نوعيتها" (ص :39).

3- تاريخيا :

ظهر تقييم العلاج التحليلي في أواخر سنة (1910)، حيث نشرت Coriat I. H. بعض المعطيات الإحصائية الخاصة بالعلاج التحليلي للعصاب النفسي . صار الاهتمام بالتقييم أكثر انتشارا منذ عام (1930)، لقد أجري تقييم 592 حالة تحليلية من سنة (1920) إلى غاية (1930) في المعهد التحليلي Fenichel . تليها دراسات علمية، أمريكية و أوروبية ، خاصة بالتحليل النفسي .

قام Knight R. سنة (1941) بالجمع الأول للمعطيات الخاصة بحالات العلاج الموجودة في الكتب . تحتوي دراسته على 952 حالة علاج تحليلي، أجريت في الفترة الزمنية بين سنة (1920) و سنة (1940) في معهد Berlin ، عيادة Londres ، معهد Chicago و عيادة Menninger . استعمل معايير ذات أبعاد مختلفة للحكم على تحسن حالة المفحوص ؛ مثلا : التحسن الخاص بالأعراض أو بالنشاط المهني ... و غير ذلك.

جمع Meltzoff J. و Kornreich M. (1970) 101 دراسة نشرت بين عام (1950) و سنة (1970)؛ بعد دراستها، اعتبر 57 منها فقط صحيحة منهجيا. يوجد العديد من الدراسات

القيمة و المهمة تبعت هذه الدراسات لكن لا نستطيع ذكرها كلها. ظهر عدد كبير من المجالات العلمية منذ الستينات نتيجة الدراسات الخاصة بتقييم العلاج و هذا للتمكن من نشرها.

3- التقييمات الحالية :

نشر Ourari-Simoussi M. ; Simoussi A. (1998) عملا : "بعد تقييم التغيير، خلال العلاج النفسي و بعده بواسطة اختبار و إعادة الاختبار باستعمال التقنية الإسقاطية Rorschach لدى مفحوصة تبلغ من العمر 40 سنة؛ تابعت العلاج النفسي لمدة أربع سنوات، أظهرت النتائج ليونة التوظيف النفسي".

أتى Blomberg B. و شركاؤه سنة (2001) بنتائج الدراسات التي أجريت في النرويج بين سنة (1990) و سنة (1998) الخاصة بفعالية التحليل النفسي و العلاجات المستوحاة منها. بلغ عدد الحالات المدروسة 418 حالة علاج بالتحليل النفسي، لمدة عامين على الأكثر.

نشر Leuzinger- Bohleber M. سنة (2002) و Widlöcher D. سنة (2003) أبحاث خاصة بالسياقات النفسية و تسلسلها في سيرورة العلاج .

صرحت Moussa F. (2004) أن اختبار و إعادة اختبار بواسطة التقنية الإسقاطية Rorschach سمح بتقدير التغيير خلال و بعد العلاج النفسي الذي دام أربع سنوات . ظهر التغيير واضحا في الحركات النزوية .

اختارت Bouchicha K. موضوع بحثها لأطروحة نيل شهادة الماجستير سنة (2004) : "التوظيف النفسي و تقييم العلاج" حيث قامت باختبار و إعادة اختبار ، مجموعة بحثها ، بواسطة تقنيتين إسقاطيتين Rorschach و T.A.T. و هذا قبل العلاج النفسي ثم بعده .

الفصل الخامس : الجانب الطبي :

I- الأضرار الناتجة عن ابتلاع المواد المحرقة

1- ضيق البلعوم بالمادة المحرقة (Sténoses Caustiques) :

- تعريف :

ينتج ضيق البلعوم أو اختناقه من المضاعفات المتأخرة لعملية ابتلاع المواد المحرقة؛ من جرّاء الحوادث المنزلية لدى الأطفال و الابتلاع الطوعي لدى المراهق أو الراشد أو الشيخ، عند محاولة الانتحار.

يحدث الضيق أو الاختناق على مستوى البلعوم عند السيرورة الثانوية لعملية التصليح الطبيعي للنسيج الذي يبطن البلعوم و نسيجه الضام؛ ابتداءً من الأسبوع الرابع بعد الحدث تبرز ظواهر تشويه الألياف و إلتحام الحروق .

يختلف الضرر الناتج عن ابتلاع المواد المحرقة حسب الكمية، التركيز و نوعية المادة المحرقة و كذا سرعة إلغاء مفعولها أو إخراجها.

تدخل المواد القاعدية القوية في أعماق الغشاء المخاطي ليصل إلى العضلية من جرّاء النخر (موت موضعي يحل بالنسيج الحي) الذوباني الذي يُمكن أن يسبب الإنثقاب.

بينما تؤدي الحمضيات إلى النخر التخثيري بدخوله العميق في الغشاء المخاطي مما يسبب إتلاف المعدة و أحيانا حتى العفج (المعي الاثنا عشر).

لا تكون أضرار الضيق نهائية إلا بعد الشهر الثالث؛ حيث يتمدد الضيق على طول البلعوم بصفة منقطعة أي يمكن أن يمتد على طول بعض السنتيمترات على مستويات مختلفة من البلعوم، لا يمتد الضرر على مستوى البلعوم بأكمله. يمكن أن لا يظهر الضيق إلا بعد مرور مدة طويلة من ابتلاع المادة المحرقة.

2- عياديا :

يفقد المصاب القدرة على ابتلاع الأطعمة تدريجيا ؛ أي يفقد أولا القدرة على ابتلاع الأطعمة الصلبة مع مرور المواد السائلة؛ ثم يصل، تدريجيا، إلى عدم التمكن من ابتلاع حتى ريقه، وهذا عند الاختناق التام للبلعوم.

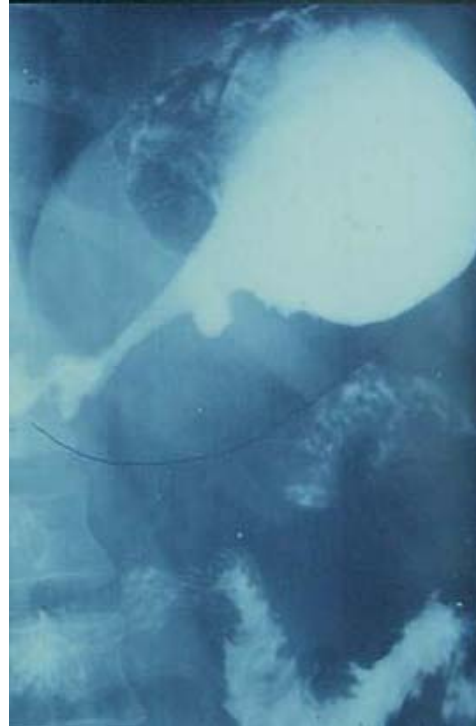
3- نسيجيا :

يظهر الضرر على شكل ضيق أبيض كثيف و أحيانا متقرح . يستقر تحت الغشاء المخاطي تصلبا متجانسا مع تغليظ غير منتظم للعضلية المخاطية. تظهر العضلية المخاطية عادية في حالة نجاتها من الانتقاب، أما في الحالة العكسية، تكون تالفة، مفككة، و مغلفة بالتصلب.

4- الأشعة TOGD : RX

يظهر البلعوم ، في صور الأشعة ، على شكل تقلص ضيق ، ملتوي ، متعرج و منحرف في الأسفل . يكون البلعوم واسعا في الجهة التي تعلو الضيق ؛ يعود هذا الاتساع إلى تكس الأطمعة فيه لعدم مرورها بسبب حاجز الضيق .

Sténoses caustiques œsophagienne et antrale



- شكل الضيق في صور الأشعة على مستوى البلعوم و الأحشاء.

5- البلعومية Esophagoscopie :

تظهر آثار الضرر و إلتحام الحروق بوجود ألياف مشوّهة و صلابة مع انسداد الممر، أي لا يتمكن الأنبوب من المرور عبر الضيق.



- صورة للضيق مأخوذة بواسطة البلعومية.

6- تطور الضرر :

يؤدي ضيق البلعوم أو اختناقه إلى نقص التغذية مما يسبب اختلال في مكونات الدم و فقدان الكتلة العضلية . كما نجد اضطرابات تنفسية ، يعود سببها إلى مرور الريق عبر القصبة الهوائية خلال النوم و هذا عندما لا يستطيع المصاب ابتلاع ريقه (في الحالة العادية يبتلع الإنسان ريقه بعملية لا إرادية خلال النوم).

II- العلاج :

1- توسيع البلعوم

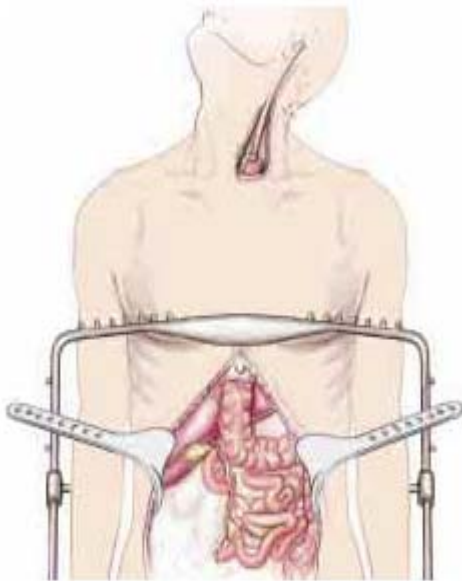
يوسّع البلعوم بواسطة فتيلات معدنية اسطوانية، مختلفة الأقطار، في عدة محاولات. لكن عند فشل هذا العلاج يعاد إيصال عملية البلع بالهضم عن طريق الجراحة.

نظرا للحالة الصحية التي يرثي لها عند المصابين بهذا الضرر، بما في ذلك فقدان الكتلة العضلية و فقر الدم و اختلال في مكوناته و كون جسم المصاب في عملية الأيض الهدمي (أحيانا يُهمل المصاب من طرف ذويه و أحيانا أخرى لرفضه للعلاج حتى يصعب إنعاشه)،

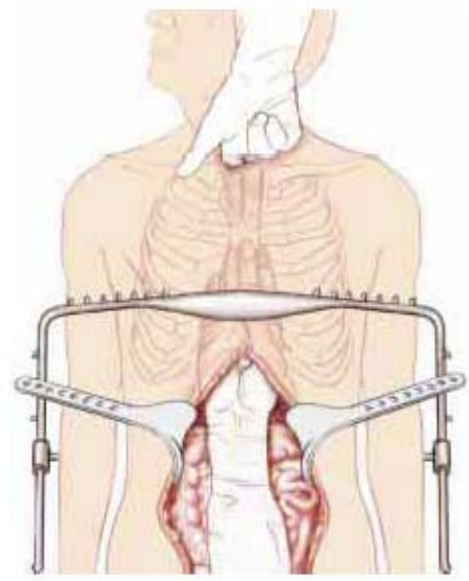
يعاد رفع وزنهم بتركيب وسيلة اصطناعية للتغذية تتمثل في وضع أنبوب مطاطي في المعدة أو الصائم (الجزء الأوسط من المعي الدقيق) بواسطة عملية جراحية خفيفة. يدخل المصاب أطعمة مطحونة إلى بطنه عن طريق هذا الأنبوب بإحقانها فيه. و لا تُجرى عملية البلعوم الاصطناعي إلا بعد تعديل الكتلة الجسمية و مكونات دم المريض.

2- العملية الجراحية :

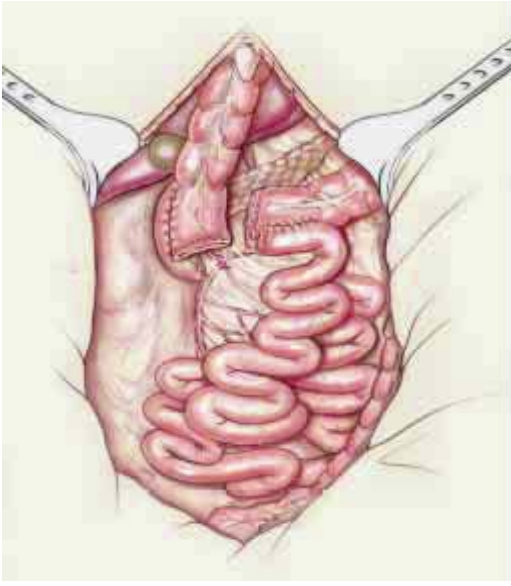
ينجز جراحيا بلعوم اصطناعي من القولون ، تستوجب هذه العملية فتح البطن و الرقبة . حسب Fourquier P (1993) يؤخذ القولون المعترض مع الزاوية اليسرى، و ذو تقلص دائري عند انقباضه في عملية الهضم، أي ذو حركة لولبية. يقطع من جهة واحدة و يرفع إلى غاية الجزء الأعلى من البلعوم، أي على مستوى الرقبة؛ مروراً داخل نفق يخرق تحت الجؤجؤ خلال العملية (voie rétro-sternale). ثم يتم القولون مع الجزء الأعلى للبلعوم على مستوى الرقبة. بعد ذلك، يفتح هذا القولون على مستوى المعدة، مع الاحتفاظ بالجهة التي يمر بها شريان الدم. يقوم الجراح بتقييم الجزء الأعلى لفتحة القولون مع المعدة (إذا كانت سليمة)؛ أما إذا تلفت بالمادة المحرقة، فسيفممه مع العفج. ثم يفمم الجزء الأسفل للفتحة مع الجزء الذي قطع منه القولون. و تقطع الدودة الزائدة للوقاية. و في الأخير يخييط جرح البطن و الرقبة. (ص: 73) .



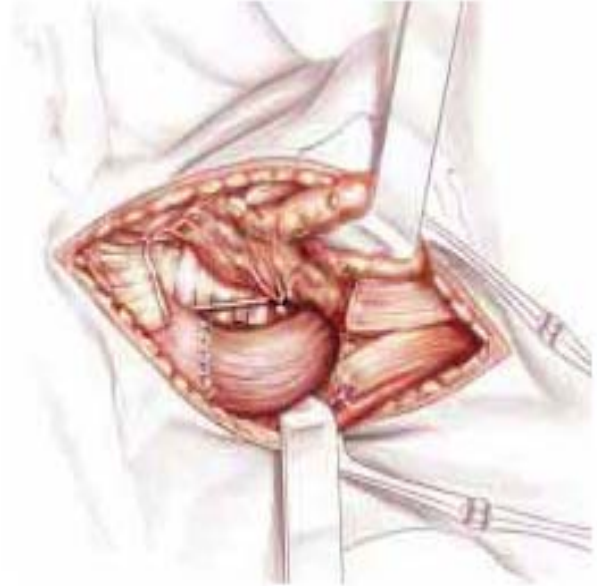
2- تموضع البلعوم الاصطناعي.



1- خرق النفق تحت الجؤجؤ.



4- تفمم القولون بالعفج و بالجزء السفلي للقولون.

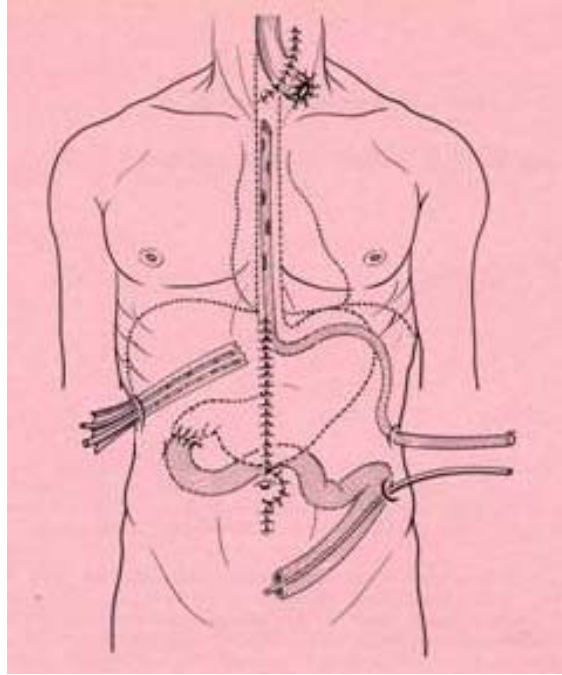


3- تفمم القولون بالبلعوم على مستوى الرقبة.

III- المضاعفات المرضية :

- ضيق التفمم عل مستوى الرقبة عند الالتحام .
- خروج ناسور على مستوى الرقبة (تشكيل أنبوب على مستوى التفمم يخرج محتوى البلعوم خارج الرقبة) (Fistule cervicale).
- مضاعفات جرثومية بطنية نتيجة ناسور بطني ، يحدث بسبب ارتخاء خيط من خيوط التفمم. مما يستلزم عملية جراحية تطهيرية في أسرع وقت و إلا يموت المريض .
- نخر البلعوم المصطنع، أي يحل بنسيجه موت موضعي. يعتبر أكثر المضاعفات خطورة كونه يتطلب نزع البلعوم المصطنع و إلا يموت المريض؛ و في حالة نجاته يصطنع بلعوم آخر من جزء آخر من الأمعاء و هذا بعد مرور سنة أو عدة سنوات عن العملية الأولى. عند إتلاف شرابين الأمعاء يستوجب إجراء عمليات جراحية لإصلاحها؛ و هي عملية تحضيرية لعملية إعادة اصطناع البلعوم. و قد تكون هذه الأخيرة مستحيلة.

تترك العملية عدة آثار جراحية يصعب على الإناث تقبلها بدون تحضير نفسي.



- آثار العملية الجراحية.

الجانب التطبيقي

I - إجراءات البحث

تمهيد:

لا شك أن أي بحث علمي مهما كانت طبيعته تتحدد قيمته في الإجراءات المنهجية و طريقة اختيارها و أدوات البحث و مدى ملاءمتها لمعالجة المعطيات المتحصل عليها. تستوجب علينا ضرورة المبحث الانتقادي في مبادئ العلوم و أصولها المنطقية أن نحدد توجهاتنا النظرية و المنهجية المتبعة في إنجاز هذا البحث.

تفرعت نظرية الترابط من التحليل النفسي، ثم تطور كلا منهما في اتجاه مختلف، حيث اهتم التحليل بالمكونات الضمنية بينما صب اهتمام نظرية الترابط على العلاقات بين الأفراد، رغم أن كلا النظريتين تحاولا أن تغطي نفس الحقل. و من الواضح أن نقاط التقائهما أكثر من تباعدهما.

توسع مجال التحليل النفسي الذي كان يهتم فقط بالعصاب إلى معاينة المصابين باضطرابات مختلفة. يعتبر تكوين التعدي عند Winnicott D. W. (1971) و تقنيته المخصصة للحالات الحدية كدليل واضح على ذلك.

بينت البحوث الطولية، فيما يخص نقل نوعية الترابط من جيل لآخر، التي قام بها كل من Fonagy P.; Leigh T.; Steele M. (1996) أن نوع الترابط متعلق أيضا بتماسك التواصل الوالدي للطفل و انسجامه مع الإحساس العاطفي المطابق له و ليس بمحتوى و لا بنوع التجربة. تنتقل الصدمة بواسطة إفساد التفاعل و يتفادى ذلك من يستطيع تكوين رواية منسجمة و متماسكة لهذه الصدمة. تظهر الأعمال العديدة، لمحللين متواجدين في أقطار مختلفة من العالم، استعمال تقنيات تطابق كثيرا التقنيات الخاصة بنظرية الترابط؛ و هذا في مواقف مختلفة للعلاج التحليلي، سواء تعلق الأمر بالأطفال و الوالدين أو بالمراهقين أو المصابين باضطرابات الشخصية.

أصبح من الضروري تكييف التقنية الترابطية بالتحليل النفسي و يصدر في الواجهة مفهوم العلاقة العلاجية الذي يعطي، في الاتجاه الحالي، أهمية كبيرة للفكرنة و "ما وراء التواصل" و الجمع بينهما في الاضطرابات الفعلية و الاكتئاب و الاضطرابات المتعلقة بالإحساس بالأمن أو عدم الأمن في الترابط الوالدي.

نشر Laplanche J. سنة (2003) مقالة تحت عنوان : "الترابط و الجنسية فيما وراء علم النفس" ؛ شرح فيها كيف تنتمي الجنسية و المحيط البشري و أقارب الفرد و أمه إلى الترابط؛ و يعتبرهم مواضيع الحياة، بمعنى الموضوع في التحليل النفسي. نرى أن المحللون النفسانيون دمجوا الترابط الوالدي في التحليل النفسي نظرا لتكاملهما. لقد جلبنا هذا التكامل في تسليط الضوء على التوظيف النفسي لدى مجموعة بحثنا بالكشف عن نوع الترابط في العلاقة العلاجية، أي ضمن التحويل و التحويل المضاد و منه، نوع دفاع المفحوص و نوع علاقته بالموضوع.

1- منهج البحث:

يسعى هذا البحث إلى التماس التوظيف النفسي عند الراشدين الذين قاموا بمحاولات الانتحار، ارتأينا اللجوء إلى المنهج العيادي الذي وجدناه يناسب طبيعة الإشكالية و الفرضية المطروحة.

إذ يقول Lagache D. (1966) لا يجب أن نبحت عن المشاكل التي نطبق عليها المنهج بل يجب أن نبحت عن الطرق الممكنة لكل المشاكل المطروحة، و المنهج العيادي هو الطريق المناسب الذي يمكننا من محاولة فهم التوظيف النفسي لدى أفراد مجموعة بحثنا هذا. المنهج العيادي حسب Perron R. (1981) هو الطريقة التي تسمح لنا بمعرفة السير النفسي بهدف تكوين بنية واضحة للحوادث النفسية التي تصدر لدى الفرد.

و يعتمد المنهج العيادي الذي اخترناه على الملاحظة و الدراسات السابقة التي تعتبر كأداة هامة في البحث العلمي. نقوم بتطبيق سلالم عيادية قبل العلاج النفسي؛ بعد ذلك يعالج المفحوص لمدة عام كامل (على الأقل) ثم يعاد تطبيق نفس السلالم (قبل العملية الجراحية) لتقييم نوع الدفاع و نوع الترابط و منه نوع العلاقة بالموضوع ، قبل و بعد العلاج النفسي . يختلف بحثنا هذا عن البحث الإحصائي لأن كل حالة دُرست بمفردها، أي طبقنا دراسة الحالة في المنهج العيادي.

2- الدراسات السابقة:

تستدعي النتائج المتوصل إليها من خلال الدراسات السابقة لمحاولات الانتحار مواصلة البحث في هذا المجال. نذكر من بينها، الدراسة التي قام بها C. de Tychey (1994) على أربع مجموعات متكونة من 101 شخص و هذا باستعمال الاختيار الإسقاطي Rorschach. تتمثل هذه الدراسة في محاولة تفهم السير الرمزي للنزوات و الهدف هو الوقاية و محاولة تفادي الانتكاس.

و كذا الدراسة التي قامت بها Diwo R. (1997) في إطار دراسة مقارنة بين مجموعة من متحررين و مجموعة شهود، حيث تتكون كل مجموعة من واحد و ثلاثين فردا تتراوح أعمارهم بين 13 و 19 سنة بالتقيد بنسبة بنتين مقابل ولد واحد في كلتا المجموعتين. و الخلفية النظرية لهذه الدراسة كانت تحليلية معتمدة على التنظير الأخير للنزوات.

اقتحمت Ainsworth M. ميدان العلاقة الترابطية مما سمح ببروز و تصنيف أنواع الترابط ، التي يعترف بها عالميا و خبراتها العلمية في هذا المجال التي أطلقت عليها اسم "المواقف الغريبة" و التي سمحت لها أن تضع تصنيفا لتصرفات مختلفة في مراتب متدرجة. عن : Ainsworth M. et coll. (1971).

ظهرت دراسات أخرى في نفس المجال، بعد بضع سنوات من طرف Main M. (1996) و التي أضافت النوع الرابع للترابط و هو "الفوضوي". لاحظت أن الأطفال لا يستجيبوا للمواقف الغريبة بصفة خاصة أو المعتادة ؛ بل يستجيبوا بتصرفات مختلفة في كل مرة. "كانت البحوث المتعلقة بالترابط الوالدي متجهة، في بادئ الأمر، نحو الأطفال الذين لا تزيد أعمارهم عن 20 شهرا؛ ثم وُجّهت الأنظار إلى الترابط عند الأطفال الأكثر سنا و عند الراشدين أيضا، حيث أجريت بحوث عديدة منها الدراسة الطولية التي قام بها Shaver P. R. و Bartholomew K. (1998).

3- مكان البحث:

أنجز هذا البحث في قسم الجراحة التابع للمؤسسة الإستشفائية المتخصصة في جراحة المعدة و الأمعاء "رحموني جلالى" التابعة للقطاع الصحي بسيدي محمد، المتواجدة في حي

البرتقال بحيدرة. يخصص الطابق الأول لقسم العلاج بالأدوية، أما الطابق الثاني و الثالث، فهما مخصصان لقسم الجراحة و هو القسم الذي أجرينا فيه بحثنا هذا. لقد أجريت في هذا القسم نفسه، التربص التطبيقي، عند تحضير لشهادة الليسانس، و واصلت العمل فيه لاهتمامي الكبير بمعانات المنتحرين.

ما يميز مكان بحثنا ، كونه يتلقى المنتحرين بابتلاع المواد المحرقة ، من جميع أرجاء الوطن، نظرا لكفاءة الجراحين في إعادة اتصالية الجهاز الهضمي. لا نستطيع دائما القيام بعلاج نفسي لمدة طويلة لأن هذه المؤسسة ليست متخصصة للمنتحرين فقط، بل يعالج فيها أيضا المصابين بأمراض المعدة و الأمعاء.

إن محاولات الانتحار ظاهرة منتشرة في جميع أنحاء الجزائر، مثل ما هو الحال في جميع أنحاء العالم، يكفي أن نزور المستشفيات، خاصة الأقسام الخاصة بجراحة المعدة و الأمعاء Service gastro-entérologie لنندرك مدى خطورة الوضع نظرا لتدهور صحتهم النفسية كما أن إصابتهم الجسدية و خيمة من جراء حدث محاولة الانتحار بابتلاع المواد المحرقة. و هذا ما لاحظناه خلال أربع سنوات من العمل مع هذه الشريحة ، مما حفز فضولي العلمي لمعرفة التوظيف النفسي الذي يتميزون به و ما هي الكفالة النفسية التي تسمح بتفادي الانتكاس.

4- مجموعة البحث:

تتكون مجموعة بحثنا من 9 راشدين تتراوح أعمارهم بين 22 و 26 سنة ؛ قاموا بمحاولة الانتحار بابتلاع مادة محرقة، منهم 6 إناث و 3 ذكور. تم التوزيع بنسبة أنثيين لذكر واحد للتقيد بالمعطيات الإحصائيات التي بينت أن محاولات الانتحار عند الإناث تبلغ ضعف المحاولات عند الذكور. كل أفراد مجموعة بحثنا لديهم مضاعفات صحية تتطلب منهم المكوث في المستشفى لمدة طويلة؛ كما أنهم تلقوا كلهم كفالة نفسية لمدة عام (على الأقل). مستواهم الدراسي يتراوح بين الابتدائي و الثانوي.

ذكرنا أسماء رمزية فقط لتعيين أفراد مجموعة بحثنا ؛ كما اسم رمزي لمنطقة السكن كي لا نعرف مجموعة البحث رغم أن معظمهم يريدون الظهور بالهوية الأصلية .

الاسم	السن	المستوى الدراسي	الجنس	المدة بين محاولة الانتحار و الاستشفاء في قسم الجراحة	ناحية السكن في القطر الجزائري
حورية	26 سنة	التاسعة أساسي	أنثى	3 سنوات	قسنطينة
سعاد	23 سنة	ابتدائي	أنثى	سنة واحدة	تيارت
خيرة	23 سنة	التاسعة أساسي	أنثى	سنتين	أدرار
نادية	22 سنة	السابعة أساسي	أنثى	3 سنوات	وهران
مليكة	24 سنة	التاسعة أساسي	أنثى	7 سنوات	تبسة
سميرة	25 سنة	ابتدائي	أنثى	5 سنوات	بجاية
أحمد	22 سنة	التاسعة أساسي	ذكر	سنة واحدة	الأغواط
مراد	25 سنة	ابتدائي	ذكر	3 سنوات	مستغانم
عماد	24 سنة	الأولى ثانوي	ذكر	سنة واحدة	عنابة

5- العلاج النفسي المطبق على مجموعة البحث :

يقوم المعالج دوماً بتشخيص الاضطراب مهما كان اختصاصه و مهما كان نوع إصابة المفحوص. كان اختيارنا للعلاج السندي التحليلي على أساس البنية الشخصية لمجموعة بحثنا المتمثلة في الحالة الحدية و الأخذ بعين الاعتبار محاولة الانتحار؛ و أيضا بسبب أضرارهم الجسدية و النفسية .

يتمثل هدف العلاج النفسي في محاولة تكوين علاقة علاجية ايجابية تسمح للمفحوص أن يثق بالفاحص ليرتاح من حمله الثقيل بالتحدث عن ما يؤلمه، حيث نحاول توفير فضاء حاوي و لا نتطرق إلى تفسير المكبوت لأن المنتحرين لا يتحملوا مواجهة محتوهم اللاشعوري.

نحاول تفهمهم و إعادة إدماجهم في المجتمع؛ كما نعمل على تحضيرهم للعملية الجراحية لتحمل آلام ما بعد العملية و آثار الجروح الناتجة عنها ، خاصة عند الإناث.

6- أدوات البحث :

6) 1- معايير اختيار أدوات البحث :

تتمثل معايير اختيار أدوات البحث فيما يلي :

- قدرة السلالم على الإجابة على تساؤلاتنا حسب الإشكالية المطروحة في بحثنا
- لنتمكن من اختبار فرضياتنا.
- توافق السلالم مع الخلفية النظرية التي اعتمدنا عليها في هذا البحث.
- مصداقية السلالم و صحتها الظاهرة في بحوث سابقة.
- حداثة السلالم و توافقها مع التطور العلمي.
- يمكن أن تسمح إجابة الفاحص بنفسه على البنود أن يتحصل على نتائج موضوعية إذا بقي ملتزما بجانبه الفضولي عند الإجابة على البنود، بغية اكتشاف ما لا يظهر عياديا.

وقع اختيارنا على أربع سلالم عيادية و هي :

1. **Adult Attachment Questionnaire (AAQ)** سلم لقياس نوع

الترابط الوالدي. "يتضح الجانب المميز لسلم (AAQ) في قوة مصداقيته و توافقه بسلم (AAI) الذي يعتبر معيار نموذجي في مجال الترابط" (George & all, 1996).

2. **Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ)** سلم

لقياس التحويل في العلاقة العلاجية؛ يتكون السلم من 90 بندا صممت حسب ما يتضح و يوصف عياديا و نظريا و تجريبيا بالتحويل. كتبت البنود بلغة واضحة، خالية من مصطلحات معينة بصفاء تسمح للعيادي أن يستعملها مهما كانت خلفيته النظرية. نشر Bradley, R., Heim, A. و D. Westen في الجريدة البريطانية للطب العقلي هذا السلم وكذا

مصداقيته و فعالّيته و صحة معطياته. يسمح هذا السلم العيادي بإظهار نوع التفكير و الشعور و السلوك الذي يطفو في التفاعل العلاجي، كما يبين سمات شخصية المفحوص و توظيفه العلائقي مع الآخرين. عن Westen D. و Gabbard G. (2002).

3. **Countertransference Questionnaire (CTQ)** يسمح لنا هذا السلم بقياس التحويل المضاد؛ تُصنّف نتائجه في 8 عوامل تصف اضطرابات الشخصية حسب التصنيف العالمي في DSM IV تظهر على الفاحص كرد فعل لاضطرابات الشخصية الخاصة بمفحوصه و التي تسمح بتشخيص و فهم دينامية المفحوص .

4. **Shedler-Westen Assessment Procedure 200 (SWAP200)** سلم عيادي لتشخيص اضطرابات الشخصية مكوّن من 200 بند: تُصنّف نتائجه إلى 12 عاملا يصف العدوانية، النرجسية، مشاعر غير منظمة، انقلاب المزاج، و اضطرابات نفسية و سيكومترية. صمم هذا السلم حسب تصنيف اضطرابات الشخصية في المحور الأول و الثاني للكتاب الوجيز للتشخيص DSM IV. يتميز سلم SWAP 200 حسب D. Westen (2004) بكونه معياري و منسق حسب المعايير العيادية و صمم لجلب معطيات صحيحة و موثوق منها و يعتبر نموذج ناجع لتشخيص اضطرابات الشخصية. صمم هذا السلم ليعالج المشاكل العيادية المتمثلة في صعوبة تشخيص اضطرابات الشخصية. و حسب D. Westen و J. Shedler (1999) "يختلف سلم (SWAP 200) عن سلالم الشخصية الأخرى. كونه مخصص للعيادي؛ حيث يقوم بالإجابة على البنود بنفسه مرتكزا على معرفته لمفحوصه لهذا لا يستعمل إلا مع مفحوصين داوموا المعاينة النفسية لمدة كافية لمعرفةهم" (ص: 272) .

7- عرض وصفي للسلام العيادية المستعملة :

أ- Adult Attachment Questionnaire (AAQ) يتكون سلم الترابط هذا من 37 بند لتقييم الترابط. نتحصل من خلاله على قيم خاصة بكل نوع من أنواع الترابط الأربعة و هم :

1- الترابط "آمن/مطمئن" :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى إحساس الفرد بالأمن في علاقته الترابطية مع وجه الترابط (الأم أو شخص آخر قام برعاية الطفل خلال الطفولة الأولى) ، الحالة التي تدلّ على الحضور النفسي للأم و الاستجابة الجيدة لطفلها مما يسمح لهذا الأخير أن يعبر عن شعوره ، مهما كان هذا الشعور (إيجابي أو سلبي) ، لأنه يعلم أنه سيفهم و يعلم أن لمشاعره مكانة عند والديه و أن التعبير لا يؤثر على علاقته الترابطية مع والديه .

2- الترابط "منفصل" :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى نوع الرعاية التي تلقاها الفرد مثلما يشرح ذلك Bénony H. و Chahraoui K. (1999) أنه عندما يكون المكلف برعاية الطفل (الأم أو حتى الأب) غير مهتم بالحياة النفسية الخاصة به ؛ لا يمكن أن تسجل هذه الحالة الشعورية في مضمون العلاقة الاجتماعية و بالتالي في البيشخصية. يزيح الطفل المشاعر التي رفضت و لم تكن موضع الأخذ و الرد ، لمحاولة إيجاد حلول للصراعات القوية المكوّنة من احتياجه للمواساة الذي يضيف إليه خيبة أمله. و بالتالي يفضل أن ينفصل ، نوعا ما ، عن العلاقة لكن تستمر عدوانيته تجاه الوالد. و هكذا ينضم إلى القصة المتسلسلة بين الأجيال التابعة لوالده .

3- الترابط "فوضوي" :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى نوع الترابط الناتج، حسب Lebovici S. (1990) من سوء المعاملة الوالدية أو من والد تعرض للخوف و كان هو بنفسه قد تلقى معاملة سيئة ؛ لهذا يكون الوالد المكلف بالرعاية يخاف أو مخيفا تجاه ولده. و بالتالي يكون

الطفل علاقة الخوف من الوالد أو الخوف على الوالد. يتمثل المشكل في عدم قدرة الطفل في فهم هذا السلوك الغريب و لا يجد أي جواب منتظم في حوزته.

4- الترابط "منشغل" :

تتمثل نتائجها في حاصل البنود التي تبعث إلى نوع العلاقة التي يكتسبها الفرد عندما تكون الأم، أو الأب أو شخص آخر مكلف برعايته في سن الطفولة، يتميز بالمبالغة في الاستجابة لمؤشرات انفعاله و مشاعره . هكذا تحرم الأم ابنها من اكتشاف مشاعره و التعبير عنها . كما تحدد كيفية الشعور و الإحساس عند الطفل و أيضا كمية المشاعر التي يجب أن يحس بها. لاتعترف الأم بمشاعر ابنها كما هي و لا مكانة لهذه المشاعر في فضاءها النفسي، إضافة إلى ذلك هي التي تحدد كيف يجب أن يعيش الطفل تجاربه و خبراته العادية. يطلق Stern D. (1989) اسم "سرقة المشاعر" على هذا النوع من التصرف. يشعر الطفل بعدم قدرة إرضاء الأم، و يبحث دائما على انتباهها بالغضب أو بالحيرة. تظهر هنا استجابة الأم غير منطقية و تعمل على تفاقم مشاعر ابنها.

ب- سلم العلاقة العلاجية (PRQ) Psychotherapy Relationship Questionnaire :

يتكون من 90 بندا تقيس نوعية التحويل . تبعث البنود إلى أفكار مختلفة و أحاسيس و مشاعر و صراعات نفسية و تصرفات المفحوص التعبيرية تجاه الفاحص . تتمثل نتائج هذا السلم العيادي في قيم رقمية لعوامل مشكلة من حاصل البنود التي تمثلها. تُصنّف نتائجها إلى ستة عوامل و هي كالتالي:

العامل الأول: العداة :

تتمثل نتائجها في حاصل البنود التي تبعث إلى طلبات مفرطة من طرف المفحوص تجعله أحيانا في حالة غضب، و أحيانا أخرى تؤدي إلى نفور الفاحص. تتوافق هذه البنود مع

الأوصاف العيادية المعتادة فيما يخص التحويل عند أشخاص تظهر عليهم اضطرابات من صنف B في المحور الثاني لـ DSM IV ، خاصة فيما يخص النرجسيين و الحالات الحدية.

العامل الثاني: النرجسية :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى طلب المفحوص بالحب المفرط و الرغبة في الحصول على مكانة خاصة و حقوق مميزة و أيضا الرغبة الشديدة في إعجاب الفاحص و كما يشمل تلاعب المفحوص بالعمل العلاجي و محاولة اختبار هذا الأخير.

العامل الثالث: قلق/منشغل :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى الخوف من انتقاد أو لوم المعالج كما يخاف المفحوص أن يطرده الفاحص أو يتخلى عليه . و تبعث ،أيضا إلى الإفراط في الخضوع و التبعية تجاه المعالج و يتمنى أن يجد هذا الأخير حلا لكل مشاكله و أن يعتني به . و هذا العامل يتوافق مع الترابط المنشغل .

العامل الرابع: علاقة علاجية ايجابية :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى مساهمة جادة من طرف المفحوص في تكوين علاقة علاجية ايجابية مع الفاحص كما تصف النشاط و الراحة و الاستقرار في العلاقة العلاجية .

العامل الخامس: مجتنب/منفصل :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى الجهد المعتبر الذي يبذله المفحوص لاجتناب التعلق بالفاحص أو التبعية تجاهه . يتوافق هذا العامل مع نوع الترابط "منفصل" كما يتوافق مع الاضطرابات الخاصة بتكوين علاقة اجتماعية (SWAP 200) .

العامل السادس: الجنسية :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى الشعور الجنسي تجاه الفاحص و يشمل الميول إلى إغواءه و كذا التصرفات التي تبعث إلى ذلك .

ج- سلم التحويل المضاد : (CTQ)Countertransference Questionnaire

يتكون هذا السلم العيادي من 79 بندا لتقييم 8 عوامل التي تصف اضطرابات الشخصية حسب التصنيف العالمي في DSM IV و تتمثل هذه العوامل في رد فعل الفاحص لاضطرابات الشخصية الخاصة بالمفحوص. و تتمثل هذه العوامل فيما يلي :

العامل الأول: العداء / سوء المعاملة :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى رغبة الفاحص في التهرب أو النفور أو الامتناع من مقابلة المفحوص و يشمل الشعور السلبي تجاه هذا الأخير و الرعب و الاشمزاز و الإحساس بالعداء . تتوافق هذه الأوصاف مع أوصاف DSM IV في الصنف B للمحور الثاني و الخاصة باضطرابات الشخصية كما تتوافق مع أنواع الترابط الغير آمن .

العامل الثاني: عاجز / غير ملائم :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى إحساس الفاحص أنه لا يستطيع مساعدة مفحوصه و الإحساس بعدم الكفاءة و خيبة الأمل و الحيرة .

العامل الثالث: إيجابي / راض :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى علاقة علاجية ايجابية و معاشرة طيبة مع المفحوص .

العامل الرابع: الحماية الوالدية :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى رغبة الفاحص في حماية المفحوص و تربيته بصفة والدية بعيدا عن الإحساس الايجابي العادي نحو المفحوص .

العامل الخامس: مجتاح / فوضوي :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى إحساس الفاحص بأن المفحوص لا يحترمه و لا يقيمه و لا يبدي له أي اعتبار و يبتعد عنه. (لا يشمل الشعور بالتنافس) .

العامل السادس: علاقة مميزة / متورط :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى إحساس الفاحص بعلاقة خاصة و عدم الالتزام بالحدود العلاجية و يشمل إفشاء أسرار لمفحوصه و عدم احترام الوقت المحدد و الإحساس بالذنب و بالمسؤولية و الانشغال المفرط بالمفحوص .

العامل السابع : الجنسية :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى الشعور الجنسي تجاه المفحوص و الإحساس بفترات توتر جنسي و محاولة جلب إعجاب المفحوص أو إغوائه.

العامل الثامن : مهمل :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى كون الفاحص شارد الذهن أو منزعج خلال الححص أو غير مهتم بالعلاج أو بالمفحوص .

د- Shedler Westen Assessment Procedure (SWAP-200)

سلم لتشخيص اضطرابات الشخصية مكون من 200 بند:

صمم هذا السلم العيادي لتقييم 12 عامل خاص باضطرابات الشخصية و التي تتمثل في العداء الظاهر، النرجسية، مشاعر فوضوية ، انقلاب المزاج اضطرابات نفسية و مرضية و هذا حسب التصنيف العالمي لاضطرابات الشخصية الموجودة في المحور الثاني ل DSM IV. و يؤكد Benony H. (2004) أن الأبحاث الحالية تبين العلاقة الوطيدة بين الانتكاس الانتحاري و تكدر عوامل الخطر التي يصفها الكتاب الوجيز لتشخيص الاضطرابات النفسية DSM IV .

تتمثل العوامل الاثنا عشر للسلم العيادي SWAP 200 فيما يلي :

منقلب المزاج Dysphoric :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى انقلاب مزاج المفحوص حيث يكون تارة مرح و تارة أخرى مكتئب و يتوافق مع حالة ذوي الشخصية الحدية في تصنيف DSM IV .

مضاد للمجتمع / شاذ Antisocial-psychopathic :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى صعوبة الفرد في تكوين علاقة مستقرة و نفوره من المجتمع بصفة مرضية و يتوافق مع تشخيص اضطراب مضاد للمجتمع في تصنيف المحور الثاني ل DSM IV .

فصامي Schizoid :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى تصرف أو تفكير خاص بالفصام حسب التشخيص الموجود في المحور الثاني ل DSM IV .

هذائي Paranoïd :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى تصرف أو تفكير خاص بالذهان الهذيان حسب التشخيص الموجود في المحور الثاني ل DSM IV .

هجاسي Obsessional :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى تصرف أو تفكير خاص بالهجاس و الاستحواذ كما يظهر في الحالات العيادية العدية و حسب التشخيص الموجود في المحور الثاني ل DSM IV .

نرجسي Narcissistic :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى تصرف أو تفكير خاص بالإفراط في حب الذات و بغية اكتساب حب الآخرين كما نلاحظه عياديا و حسب التشخيص الموجود في المحور الثاني ل DSM IV .

هستيري Histrionic :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى تصرف أو تفكير خاص بالإغواء جلب انتباه الفاحص و حسب التشخيص الموجود في المحور الثاني ل DSM IV .

متجنب / انقلابي Avoidant-dysphoric :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى صعوبة المفحوص في التواصل مع الآخرين؛ أي لا يرغب أن يتحدث مع الغير و لا يقبل الاستماع و هذا حسب التشخيص الموجود في المحور الثاني لـ DSM IV .

اكتئابي / مزاجي High functioning depressive-dysphoric :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى تشاؤم المفحوص و انطوائه و عدم رغبته في اشتراك فرحة الغير ؛ لا يحب المرح ، و ينقلب مزاجه بصفة مفاجئة . حسب التشخيص الموجود في المحور الثاني لـ DSM IV .

مشاعر غير منتظمة/ مزاجي Emotionally dysregulated-dysphoric

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى انقلاب مشاعر المفحوص حيث يكون أحيانا يشعر بشيء تجاه شخص ما ؛ ثم يشعر بعكس ذلك تجاه نفس الشخص دون وجود سبب منطقي . حسب التشخيص الموجود في المحور الثاني لـ DSM IV . و هذا العامل يتوافق مع نوع الترابط الخاص بـ "الفوضوي".

مازوشي /ذو تبعية/مزاجي Dependent masochistic-dysphoric :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى تبعية المفحوص تجاه الفاحص أو شخص آخر؛ و أيضا إلى الخضوع المفرط و المبالغة في تأنيب الضمير و القيام بتصرف يؤدي بالشخص نفسه إلى إحداث آلام نفسية أو جسدية . أو التفكير المبالغ في شيء مؤلم . وينقلب مزاج الفرد بسرعة و هذا حسب التشخيص الموجود في المحور الثاني لـ DSM IV .

ذو عداة الظاهر / مزاجي Hostile externalizing-dysphoric :

تتمثل نتائجه في حاصل البنود التي تبعث إلى تصرف أو تفكير أو حديث تظهر فيه العدوانية أي يوجه عدوانيته نحو الغير و يبيدها علانية. ينقلب مزاجه و تظهر فجأة أوصاف هذا الاضطراب مثلما نجدها في المحور الثاني لـ DSM IV .

8- طريقة التطبيق و تحليل المعطيات :

أجبنا على كل السلام بالتركيز على معرفتنا للمفحوص و بالاعتماد على النقاط المأخوذة من التسجيل الكتابي للحصص مع الالتزام بالجانب الفضولي بغية اكتشاف المضمون الايجابي و السلبي الذي لا يظهر عياديا. لا يهدف هذا البحث إلى إظهار الجانب الايجابي أو السلبي لتقنية علاجية معينة و إنما إلى توضيح نوعية العوائق التي تصادفنا في العمل العلاجي مع المنتحرين و سبب فشل العلاج عند البعض منهم و ما هي العوامل المتدخلة في ذلك ؛ كما يهدف إلى معرفة ما هو التغيير الذي يحدثه العلاج النفسي في التوظيف النفسي لدى أفراد مجموعة البحث .

- تطبيق السلام :

قمنا بالإجابة على كل سلم على حدى ؛ أجبنا على السلام الخاصة بمفحوص معين، و الخاصة بمرحلة علاج معينة مع الارتكاز على النقاط المأخوذة خلال الحصص العلاجية دون التطرق إلى مرحلة أخرى و لا إلى مفحوص آخر قبل إتمام العملية . قمنا بتطبيق كل السلام العيادية المذكورة أعلاه على كل مجموعة البحث في مرحلتين مختلفتين . تتمثل الإجابة في وضع علامة على الخانة التي تتوافق مع خصائص كل مفحوص و حسب سلم lickert الخاص بالشدة حيث 1 يعني البند خاطئ تماما فيما يخص المفحوص و 7 يعني صحيح تماما و الأرقام الوسطية للتدقيق أكثر في الإجابة هذا فيما يخص سلم الترابط (AAQ) و سلم الاضطرابات (SWAP 200) ؛ أما سلم التحويل (PRQ) و التحويل المضاد (CTQ) فنتراوح الشدة، حسب سلم lickert دائما ، بين 1 الذي يعني البند خاطئ تماما فيما يخص المفحوص و 5 الذي يعني صحيح تماما و الأرقام الوسطية للتدقيق أكثر في الإجابة.

الزمن الأول : عبارة عن الأشهر الثلاثة الأولى من بداية العلاج النفسي و تتمثل في حالة المفحوص قبل العلاج .

الزمن الثاني : عبارة عن حالة المفحوص بعد سنة كاملة من العلاج النفسي و هذا قبل إجراء العملية الجراحية .

ملاحظة : بالنسبة لسلم (SWAP 200) قمنا بالتطبيق الحتمي للسلم أي لا يجب أن نعطي لأكثر من ثماني بنود القيمة "7" ؛ و لا لأكثر من عشر بنود القيمة "6"؛ و لا لأكثر من اثنتا عشر بند القيمة "5" ؛ يعتبر الاختيار الحتمي شرط من شروط التطبيق لهذا السلم العيادي.

- تقييم النتائج :

- قمنا بجمع نقاط البنود التي تمثل كل عامل في نتائج كل سلم و قسمناها على عدد كل البنود لتعيين المعدل الذي يكون نقطة العامل.
- حسبنا النسبة المئوية لكل عامل لكي نستطيع أن نناقش النتائج، لمناقشة عوامل السلام المختلفة مع بعضها البعض حيث لا يمكن فعل ذلك بالنتائج الخامة.
- كوّننا أشكال بيانية تمثل نتائج كل سلم لكل فرد من مجموعة البحث و منحنيات تمثل النتائج بالنسبة المئوية.
- لوننا كل عامل على المنحنى بنفس لون البنود التي كونته على السلم ؛ أي عند الرجوع إلى الملاحق نستطيع معاينة البنود التي كوّنت كل عامل لأننا لوّناها بنفس اللون و هذا بالنسبة لكل سلام.

9- طريقة مناقشة المعطيات:

- قمنا بتحليل المعطيات المتحصل عليها من كل السلام حسب الخلفية النظرية التي اعتمدنا عليها في بحثنا هذا ، ألا و هي "التحليل النفسي" و "الترابط الوالدي" .
- أضفنا المعطيات العيادية إلى نتائج السلام ، أي لم نهمل الجانب العيادي خلال المناقشة.
- قمنا بتدعيم مناقشة النتائج بأقوال المختصين حسب المراجع المشار إليها .
- وجود عامل يشير إلى اضطراب ما لا يعني أن المفحوص أصيب بهذا الاضطراب المشار إليه لان الفرق بين العادي و المرضي ليس كافي بل كمّي و يقول Bergeret J. (1979) "لا يعتبر العرض الظاهر إلا في قيمته النسبية" (ص: 126).

II- النتائج :

الحالة الأولى:

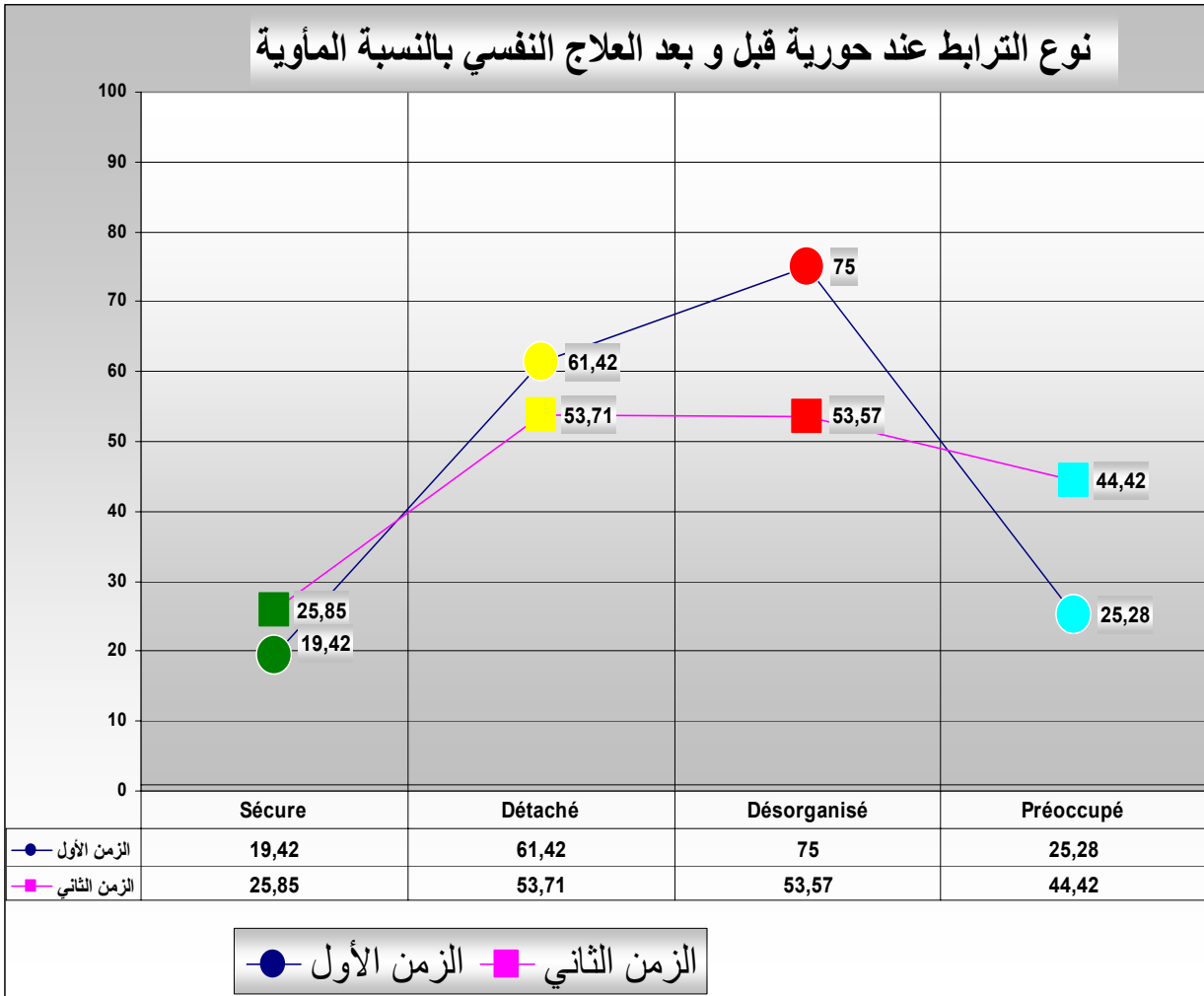
حورية عمرها 26 سنة، وجهها شاحب، نحيفة جدا و طويلة، ثيابها وسخة و ذات ألوان قاتمة، يبدو عليها إهمال نفسها خاصة في الرائحة الكريهة المنبثقة منها. قامت بمحاولة الانتحار بابتلاع حامض تصبير الزيتون (olivette)، بعد عراك مع زوجة أخيها. تعد الطفلة الثانية بعد أربعة إخوان، أكبرهم متزوج و لا تحتمل وجود زوجة الأخ في نفس البيت مع بقية العائلة. لا تتكلم عن أمها و لا عن الأخت التي تكبرها سنا و لا الأصغر منها، تكره معاملة إخوتها لها، علاقتها مع أبيها عديمة الحدود (لا تستحي منه). لا ترغب في تكوين علاقة صداقة مع أي أحد و علاقاتها العاطفية السابقة كانت مع أشخاص يكبرونها سنا و لم تكون هذه العلاقات الأخيرة إلا لجلب النقود التي كانت بحاجة إليها و هذا حسب رأيها. لم تعطي أي أهمية للعلاج النفسي و لا تحترم إطار العلاج رغم أنني أذكرها به باستمرار. أظهرت نوع من العنف تجاهي خلال الزمن الثاني و هذا بعد ما أصبحت تبدي نوع من الاهتمام لوجودي و يظهر نوع من التقمص في طلاء شعرها بنفس لون شعري و رغبتها في معرفة حياتي الشخصية. أصبحت نظيفة بعد تمسكها بأداء الصلاة.

نتائج السلام العيادية:

تبعث هيمنة النوع "فوضوي" الظاهرة في نتائج سلم الترابط 70% في الزمن الأول إلى الصعوبة التي تتلقاها هذه المفحوصة في إيجاد حلول، و إلى الاستجابة للمواقف الغريبة بتصرفات مختلفة في كل مرة؛ رغم أن نتائج الزمن الثاني أدنى فيما يخص هذا النوع 53.57% ، لكنه يبقى في الطليعة مع النوع "منفصل" الذي نجده يصل 61.42% خلال الزمن الأول و 53.71% خلال الثاني. أما النوع "آمن/مطمئن" فيمكث بأضعف النتائج خلال الزمنين ، 19.42% في الزمن الأول و 25.85% في الثاني. يقول Benhabib L. (2004) "يؤكد أغلبية العلماء المهتمين بالطفولة الأولى أن جودة الصحة النفسية للرضيع تستمد عناصرها الأساسية من نوعية روابطه الأولى مع جوهره الآخر المتمثل في الأم" (ص: 28)

نتائج سلم "الترابط" (AAQ) عند حورية قبل و بعد العلاج النفسي:

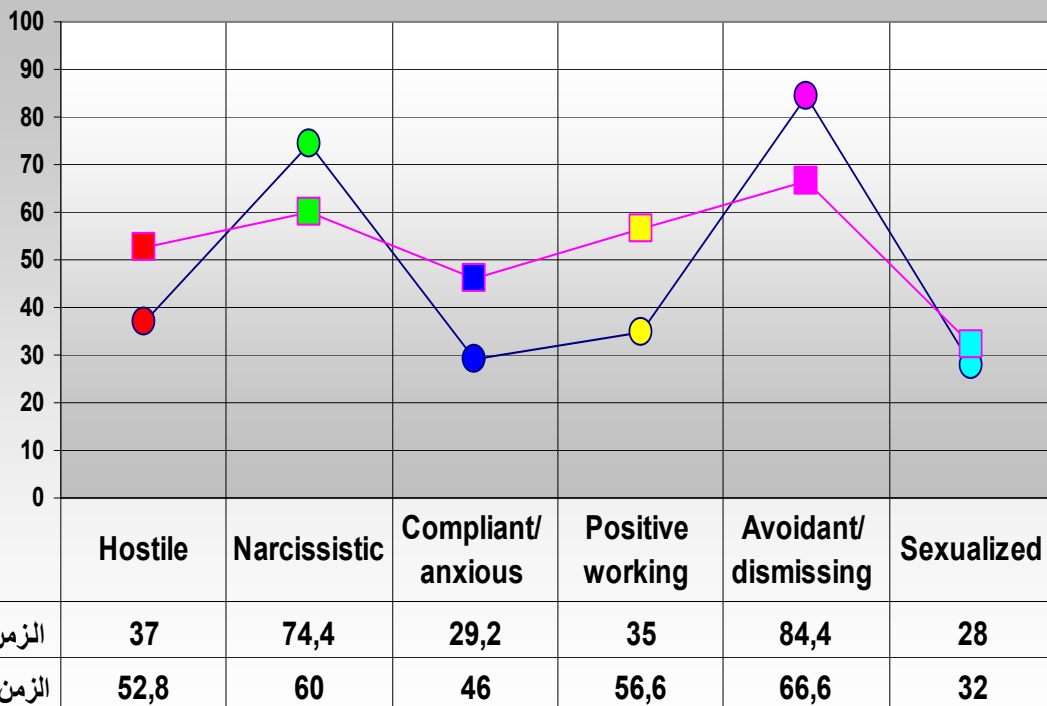
Type d'attachement	بعد العلاج لمدة سنة	قبل العلاج	نوع الترابط
Secure	25,85%	19,42%	آمن/مطمئن
Détaché	53,71%	61,42%	منفصل
Désorganisé	53,57%	75%	فوضوي
Préoccupé	44,42%	25,28%	منشغل



نتائج سلم "التحويل" (PRQ) عند حورية قبل و بعد العلاج النفسي:

العوامل	قبل العلاج	بعد العلاج لمدة سنة	Facteurs
العداء	37%	52,8%	Hostile
النرجسية	74,4%	60%	Narcissistic
قلق/منشغل	29,2%	46%	Compliant/anxious preoccupied
علاقة علاجية ايجابية	35%	56,6%	Positive working alliance
متجنب/منفصل	84,4%	66,6%	Avoidant/dismissing attachment
الجنسية	28%	32%	Sexualized

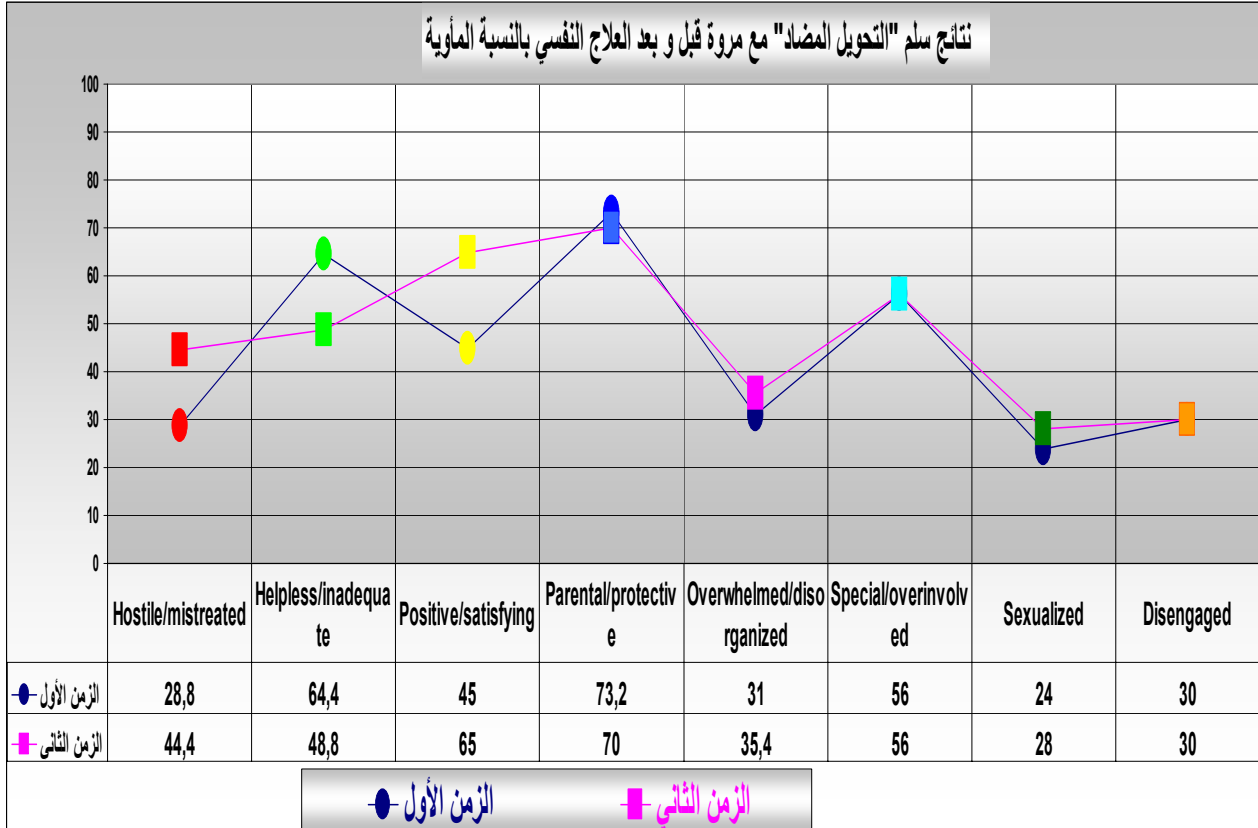
نتائج سلم "التحويل" عند حورية قبل و بعد العلاج النفسي بالنسبة المئوية



الزمن الثاني - الزمن الأول

نتائج سلم " التحويل المضاد " مع حورية قبل و بعد العلاج النفسي:

العوامل	قبل العلاج	بعد العلاج لمدة سنة	Les facteurs du contre-transfert
العداء / سوء المعاملة	28,8%	44,4%	Hostile/mistreated
عاجز / غير ملائم	64,4%	48,8%	Helpless/inadequate
ايجابي / راض	45%	65%	Positive/satisfying
الحماية الوالدية	73,2%	70%	Parental/protective
مجتاح / فوضوي	31%	35,4%	Overwhelmed/disorganized
علاقة مميزة / متورط	56%	56%	Special/over involved
الجنسية	24%	28%	Sexualized
مهمل	30%	30%	Disengaged



نتائج سلم (SWAP 200) الخاصة بـ "حورية" قبل و بعد العلاج النفسي
بالنسبة المأوية :

العوامل	قبل العلاج	بعد العلاج لمدة سنة	Les facteurs de la SWAP 200
منقلب المزاج	55,71%	47,85%	Dysphoric
شاذ/ مضاد للمجتمع	62%	51,42%	Antisocial- psychopathic
فصامي	52,85%	45,71%	Schizoid
هذائي	59,42%	57,85%	Paranoïd
هجاسي	20%	26,57%	Obsessional
نرجسي	65,14%	57,14%	Narcissistic
هستيري	26,14%	34,85%	Histrionic
متجنب /مزاجي	65,85%	53,14%	Avoidant-dysphoric
اكتئابي / مزاجي	45,42%	38,85%	High functioning depressive-dysphoric
مشاعر غير منظمة / مزاجي	45,85%	36,71%	Emotionally dysregulated- dysphoric
مازوشي / ذو تبعية/ مزاجي	24,57%	33,28%	Dependent masochistic- dysphoric
العداء الظاهر / مزاجي	24%	40,14%	Hostile externalizing- dysphoric

2- مناقشة الحالة الأولى "حورية" :

تتوافق نتائج النوع "منفصل" في سلم الترابط مع نتائج العامل المماثل له في سلم التحويل و يظهر ارتباطا ايجابيا قويا ، أي مع العامل "متجنب/منفصل" حيث تصل نتائجه في الزمن الأول إلى 84.4% ثم تنخفض قليلا إلى 66.6% خلال الزمن الثاني ؛ و كذا مع العامل "متجنب/مزاجي" بنتائج 65.85% خلال الزمن الأول ، ثم يظهر هذا العامل الأخير بنتائج أدنى بقليل خلال الزمن الثاني 53.14% و نجد أيضا نتائج العامل "شاذ/مضاد للمجتمع" في ارتفاع ملحوظ 62% في الزمن الأول و 51.42% في الزمن الثاني . تدل كل هذه العلامات على صعوبة التواصل الاجتماعي عند المفحوصة و صعوبة تكوين علاقة ايجابية. ربما يعود ذلك إلى تأثرها بعدم رغبة والديها في إنجابها (لأنها نتيجة اغتصاب) تذكرني حالتها بالتي كتبها Ferrant A. (2006) عن مفحوصه الذي مات منتحرا. "كان متيقنا أنه لم يكن مرغوبا فيه (...). يسمى هذا الحدث في سياقه التاريخي «موتي الميلادي»" (ص : 123) .

نلاحظ ارتفاع نتائج عامل "الرجسية" في سلم التحويل 74.4% في الزمن الأول و 60% في الزمن الثاني ؛ و العامل المماثل له في سلم SWAP200 65.14% في الزمن الأول و 57.14% في الزمن الثاني ؛ إضافة إلى نتائج العامل "هذائي" في نفس السلم 59.42% في الزمن الأول و 57.85% في الزمن الثاني ؛ مما يدل على نرجسية مرضية مصحوبة بالعظمة و تذكرنا بوجهة النظر الاقتصادية الممثلة بأسطورة Narcisse التي تأخذ طابع العلاقة بالموضوع المفترقة إلى الموضوعية و إلى الجنسية و المختلفة عن القصة الخرافية التي انبثق منها Edipe و التي تمثل فيه العلاقة بالموضوع فرد ثاني يقيم تبادل مع الفرد الأصلي. و يظهر الافتقار للجنسية في انخفاض نتائج عامل "الجنسية" في سلم التحويل 28% في الزمن الأول و 32% في الثاني؛ كما تظهر صعوبة تكوين علاقة في نتائج سلم SWAP200 حيث نجد العامل "شاذ/مضاد للمجتمع" 62% في الزمن الأول و 51.42% في الزمن الثاني ؛ و كذا في العامل "متجنب مزاجي" 65.85% في الزمن الأول و 53.14% في الزمن الثاني ؛ و أيضا في نتائج العامل "متجنب/منفصل" في سلم التحويل 84.4% في الزمن الأول و 66.6% في الزمن الثاني . يقول أسعد أ. م. (1988): "يعتبر التجنب و الابتعاد و المعاملة بحذر و التوجس من الاستجابات الشائعة عند الأشخاص الذين يعانون من

القلق. في هذا الصدد ، من أهم المراحل التي يتعرض فيها المرء للقلق ، هي مرحلة الطفولة، بحوادثها و تعلقاتها الوجدانية بالأأم و الأب و الأسرة ، ذلك أن فقدان الأمن و الاطمئنان الناتجين عن بعد الأم أو الاضطرار لفراقها بسبب إصابتها بالمرض أو الموت ، أو الهجر أو الاستشفاء لمدة طويلة، كل ذلك يسبب القلق في نفس الطفل نتيجة افتقاده الأمن و الحنان الضروريين للنمو السليم" (ص : 106). و هذا ما يفسر هيمنة نوعي الترابط "منفصل" و "فوضوي" عند هذه المفحوصة .

رغم ارتفاع نتائج عامل "الحماية الوالدية" في التحويل المضاد 73.2% في الزمن الأول و 70% في الزمن الثاني ؛ و تكوين علاقة مميزة من طرف الفاحصة في نفس السلم 56% في الزمن الأول و الثاني ؛ و ارتفاع نتائج العامل "إيجابي/راض" في نفس السلم من 45% في الزمن الأول إلى 65% في الزمن الثاني ؛ كل هذا لم يحدث أي تفاعل لدى المفحوصة و ظهرت النتائج بتغير طفيف جدا . يمكن أن نفسر الزمن الثاني بمرحلة بداية استثمار العلاقة العلاجية حيث يظهر ارتفاع نتائج عامل "العداء" في كل من نتائج سلم التحويل من 37% في الزمن الأول إلى 52% في الزمن الثاني ؛ و في نتائج سلم التحويل المضاد من 28.8% إلى 44.4% في الزمن الثاني ؛ و في نتائج سلم SWAP200 24% في الزمن الأول و 40.14% في الثاني . يبعث هذا العداء إلى نوع علاقة المفحوصة بأماها كما يشرحها Winnicott D. W. (1971) : "لا يتعلق الأمر بالإيقاف المجرد و البسيط للشعور بالعداء الظاهر في التحويل المضاد و إنما يجب أن يلاحظه الفاحص و يعترف به إذ يسمح ذلك بالدخول إلى المعاش البدائي للمفحوص في التكرار التحويلي" (ص: 76). لأنها تبعث إلى الميول التدميري الأولي و إلى المرحلة السابقة للكراهية التي يشير إليها هذا المؤلف بـ «الحب الشرس» عند الطفل. تظهر بداية استثمار العلاقة العلاجية بارتفاع نتائج العامل "علاقة علاجية ايجابية" في سلم التحويل 35% في الزمن الأول و 56.6% في الزمن الثاني؛ و في نتائج العامل "إيجابي/راض" في سلم التحويل المضاد 45% في الزمن الأول و 65% في الزمن الثاني ؛ و يبعث انخفاض عامل "عاجز/غير ملائم" في نفس السلم من 64.4% في الزمن الأول إلى 48.8% في الثاني إلى إحساس الفاحصة بنوع من تفاعل المفحوصة مما جعل شعورها بعدم الكفاءة ينخفض. و يدل اتجاه النتائج في عوامل كل

السلام خلال الزمن الثاني إلى تغيير ايجابي لكن بصفة ضئيلة جدا حيث لا يمكن أخذه بعين الاعتبار إلا في حالة استمرار التغيير في نفس الاتجاه و استمرار العلاج النفسي ؛ و هما شرطان لا يمكن التأكد من احتمال حدوثهما.

2- الحالة الثانية:

سعاد بنت تبلغ من العمر 23 سنة، بيضاء البشرة، لا تعرف أمها و لا أباه، تركت من طرف الأم عند مربية ثم اختفت، و كانت المربية أرملة و بدون أطفال، لجأت إلى هذا العمل لمحاولة كسب قوتها، لتضيف إلى عوزها مصاريف رضيعة ذات شهرين من عمرها. لم ترمي هذه الأخيرة إلى الشارع و لكنها عاملتها بقسوة شديدة كأنها مسؤولة على ما قد حدث. عانت سعاد من الفشل المدرسي مما جعلها تترك الدراسة في المرحلة الابتدائية. قامت بمحاولة الانتحار بابتلاع روح الملح (esprit de sel)، في ساعة متأخرة من الليل بعد شجار مع مربيته.

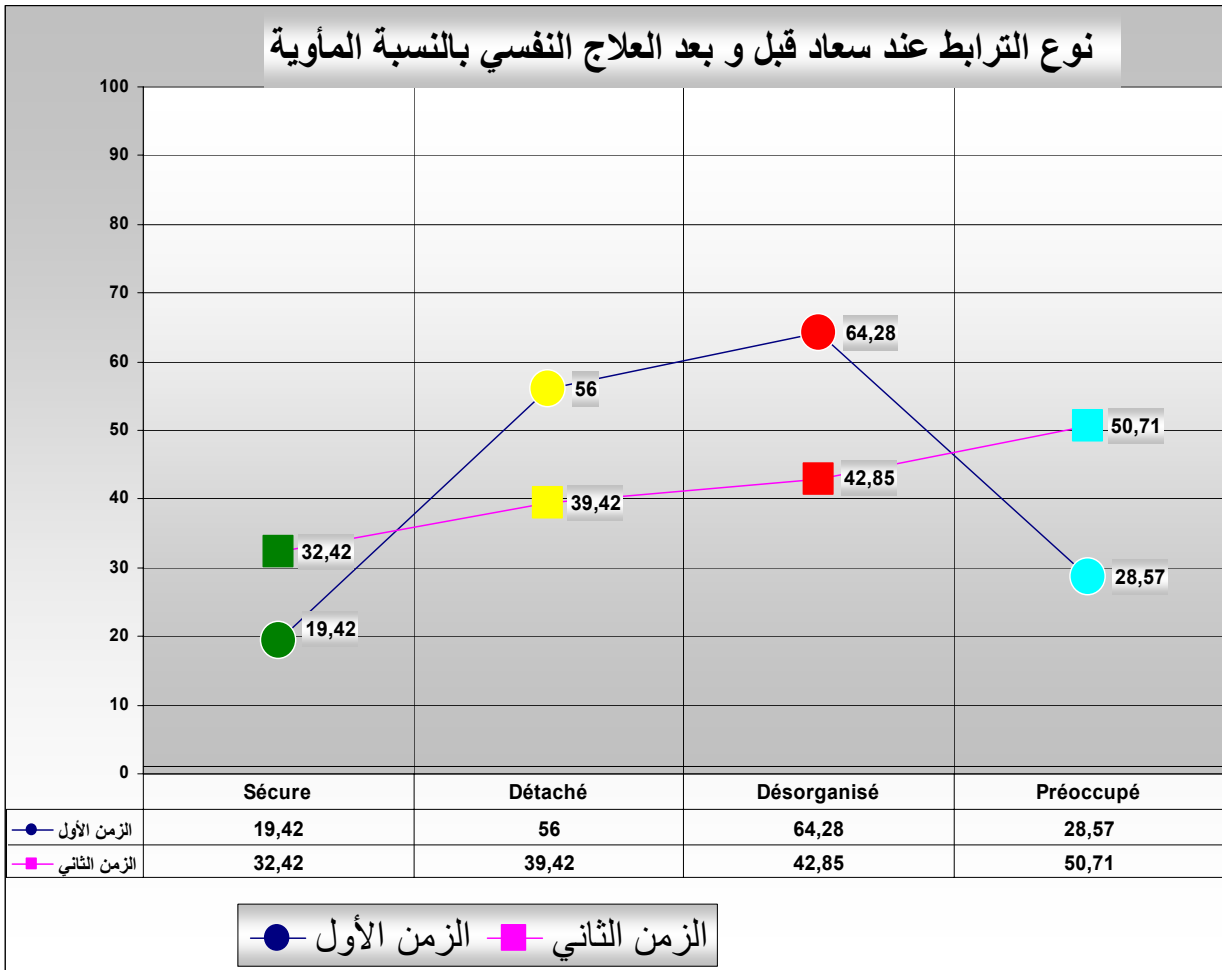
كانت سعاد توجه عدوانيتها إلى كل الأشخاص الذين تقابلهم بدون استثناء، لا تقبل أي انتقاد، و لا أي ملاحظة، ترفض أن تخضع لقوانين، و لا يتجرأ أحد أن يناقشها في شيء ما. لا تعتني بنفسها كثيرا لكنها أنظف من قريناتها، تحب الامتلاك، حتى الأكل تأخذ أكثر من المقدار الذي تستطيع أكله و لا ترميه إلا لإملاء الإناء من جديد. تظهر دوما مكشرة و لا تضحك إلا لتسخر من الآخرين. تسمع الموسيقى لكن دون احترام المرضى الموجودين بجوارها (لا تكثرث لآلامهم و لا لحاجتهم للهدوء)، لا تثق بأحد و لا ترغب في تكوين أي علاقة.

نتائج السالم:

تظهر هيمنة النوع "فوضوي" في سلم الترابط و يليه مباشرة النوع "منفصل" خلال الزمن الأول و هذا يدل على نوع علاقة سعاد بموضوعها الأول و الإحساس بالتخلي الذي تعاني منه منذ أن علمت كيف تخلت عنها أمها. رغم انخفاض هذين النوعين من الترابط في الزمن الثاني من العلاج النفسي، يبقى النوع "آمن مطمئن" بنتائج ضعيفة مما يدل على استمرار الترابط الغير آمن.

نتائج سلم "الترابط" (AAQ) عند سعاد قبل و بعد العلاج النفسي

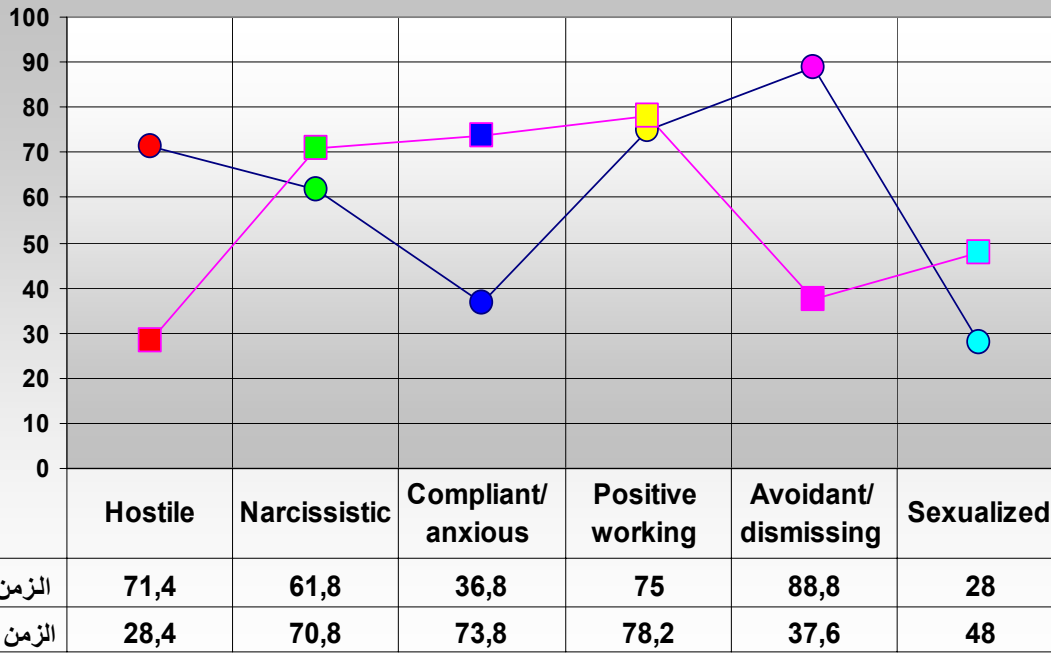
Type d'attachement	بعد العلاج لمدة سنة	قبل العلاج	نوع الترابط
Secure	32,42%	19,42%	آمن/مطمئن
Détaché	39,42%	56%	منفصل
Désorganisé	42,85%	64,28%	فوضوي
Préoccupé	50,71%	28,57%	منشغل



نتائج سلم "التحويل" (PRQ) عند سعاد قبل و بعد العلاج النفسي

Les facteurs du contre-transfert	بعد العلاج لمدة سنة	قبل العلاج	العوامل
Hostile	28,4%	71,4%	العداء
Narcissistic	70,8%	61,8%	النرجسية
Compliant/anxious preoccupied	73,8%	36,8%	قلق/منشغل
Positive working alliance	78,2%	75%	علاقة علاجية ايجابية
Avoidant/dismissing attachment	37,6%	88,8%	متجنب/منفصل
Sexualized	48%	28%	الجنسية

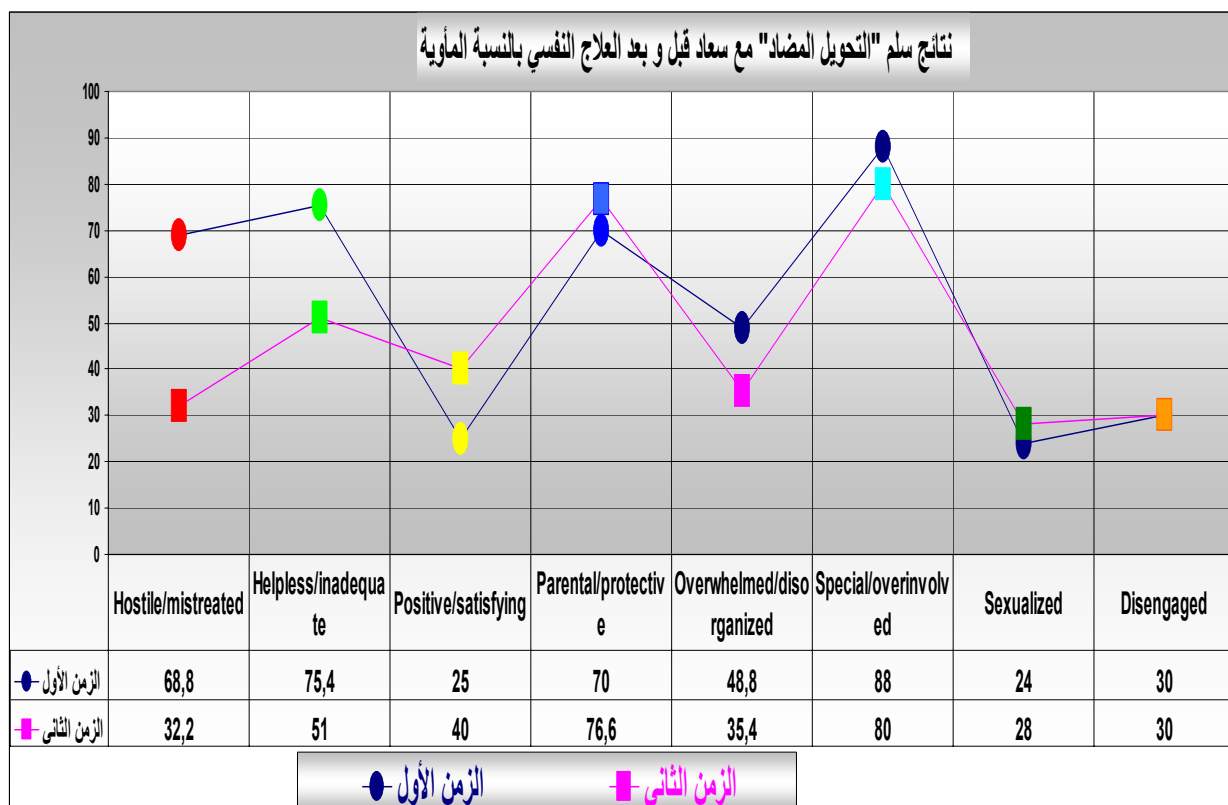
نتائج سلم "التحويل" عند سعاد قبل و بعد العلاج النفسي بالنسبة المئوية



الزمن الثاني —■— الزمن الأول —●—

Hostile/mistreated	32,2%	68,8%	العداء / سوء المعاملة
Helpless/inadequate	51%	75,4%	عاجز / غير ملائم
Positive/satisfying	40%	25%	ايجابي / راض
Parental/protective	76,6%	70%	الحماية الوالدية
Overwhelmed/ disorganized	35,4%	48,8%	مجتاح / فوضوي
Special/over involved	80%	88%	علاقة مميزة / متورط
Sexualized	28%	24%	الجنسية
Disengaged	30%	30%	مهمل

نتائج سلم " التحويل المضاد " مع سعاد قبل و بعد العلاج النفسي:



نتائج سلم (SWAP 200) الخاصة بـ "سعاد" قبل و بعد العلاج النفسي بالنسبة
المأوية :

العوامل	قبل العلاج	بعد العلاج لمدة سنة	Les facteurs de la SWAP 200
منقلب المزاج	62,14%	42,14%	Dysphoric
شاذ/ مضاد للمجتمع	57,71%	39%	Antisocial- psychopathic
فصامي	48,71%	36,28%	Schizoïd
هذائي	43,57%	33,28%	Paranoïd
هجاسي	26,57%	33%	Obsessional
نرجسي	45,42%	37,42%	Narcissistic
هستيري	32,42%	50%	Histrionic
متجنب /مزاجي	66,57%	41,14%	Avoidant-dysphoric
اكتئابي / مزاجي	64,85%	42,14%	High functioning depressive-dysphoric
مشاعر غير منظمة / مزاجي	61,57%	24,71%	Emotionally dysregulated- dysphoric
مازوشي / ذو تبعية/ مزاجي	23%	59,42%	Dependent masochistic- dysphoric
العداء الظاهر / مزاجي	63,28%	31,14%	Hostile externalizing- dysphoric

4- مناقشة الحالة الثانية "سعاد" :

تظهر هيمنة نتائج نوع الترابط "فوضوي" في سلم الترابط خلال الزمن الأول حيث بلغ 64.28% ؛ و تليها نتائج النوع "منفصل" في نفس السلم 56% ؛ يتوافق ارتفاع هذه النتائج بارتفاع علامات العامل "متجنب/منفصل" في سلم التحويل 88.8% ؛ و كذا ارتفاع نتائج العامل "متجنب/مزاجي" في سلم SWAP200 66.57% ؛ و أيضا النتائج العالية للعامل "شاذ/مضاد للمجتمع" 57.71% ؛ مما يدل على صعوبة المفحوصة في تكوين علاقة ايجابية. يقول الدباغ ف. (1983) "يظهر القلق عندما يتعرض الفرد إلى فقدان الأمن و الاطمئنان في مراحل طفولته بسبب الهجر أو فقدان أحد الوالدين ، و هو ما يسمى بقلق الفراق" (ص : 96).

نجد عامل "العداء" بنتائج مرتفعة خلال الزمن الأول في كل من سلم التحويل 71.4% ؛ و في سلم التحويل المضاد 68.8% ؛ و في سلم SWAP200 63.28% ؛ يشير ارتفاع نتائج عامل "الحماية الوالدية" إلى نوعية العداء الظاهر عند الفاحصة حيث نجد 70% في الزمن الأول و 76.6% في الزمن الثاني . يؤكد Winnicott D. W. (1971) أن كثافة الكراهية التي يحس بها المعالج تدل على إخفاق الموضوع الأمومي في دوره الحاوي. و من المفترض، حسب هذا المؤلف أن يستلهم الفاحص، خلال العلاقة العلاجية، بالقدرة العادية الخاصة بالأم و المتمثلة في الكراهية الخالية من التدمير. "الشيء المميز عند الأم هو قدرتها على تحمل سوء المعاملة دون أن تنتقم من الطفل و دون انتظار المكافئة التي يمكن أن تأتي أو لا تأتي فيما بعد" (ص:74).

ارتفعت نتائج العامل "منقلب المزاج" في سلم SWAP200 خلال الزمن الأول 62.14% ؛ و العامل "مشاعر غير منظمة" 61.57% ؛ إضافة إلى نتائج العوامل المذكورة سابقا ("شاذ/مضاد للمجتمع"، "متجنب/مزاجي"، و "العداء الظاهر/ مزاجي") في سلم SWAP200 و كذا العامل ("منفصل") في سلم التحويل ؛ مما أدى إلى شعور الفاحصة بعدم الكفاءة الواضح في ارتفاع نتائج العامل "عاجز/غير ملائم" في سلم التحويل المضاد 75.4% في الزمن الأول ؛ و انخفاض نتائج العامل "ايجابي/راض" في نفس السلم 25% في الزمن الأول. يقول Burn D. (1993) : "يتصف التحويل دائما بالارتباط الخاطئ . لقد

قام تاريخ حياة مفحوصي و مرضه على انطلاقة سيئة ، لا أعرف أسبابا داخلية أخرى لهذا التباعد غير أنه ينتسب نفسه إلى تاريخ ميلاده الذي يمكن أن يتصف بالانطلاقة الخاطئة" (ص : 60) .

أتذكر جيدا حيرتي آنذاك و الصعوبات التي واجهتها ، حيث بحثت مليا في الكتب و سألت أساتذتي و الأخصائيين ذوي الخبرة ؛ يتضح ذلك في ارتفاع نتائج العامل "مجتاح/فوضوي" 48.8% في الزمن الأول و نتج عن ما سبق ذكره تكوين علاقة مميزة و التي تظهر جليا في نتائج العامل "علاقة مميزة/متورط" 88% في الزمن الأول و 80% في الزمن الثاني . تقول Cupa D. (2006) "يظهر لي أنني كنت أحويها و كنت البنية المؤطرة لها و بالتدقيق كنت أحمّلها و أقوم بصيانتها و هنا يظهر أصل كلمة العطف تحت شكل الاحتواء و الحمل و الصيانة التي ترسم طوبوغرافيا الحنان" (ص: 45). و يظهر إصراري في محاولة مساعدة هذه المفحوصة في النتائج الضعيفة للعامل "مهمل" في سلم التحويل المضاد 30% في الزمن الأول و الثاني. يقول فرويد س. "إن مسألة الجنس البشري تطرح نفسها ، على ما يخيل لي، على النحو التالي : هل سيكون في مستطاع تقدم الحضارة ، و إلى أي مدى ، أن يسيطر و يتغلب على الخلل الذي تحدثه في الحياة المشتركة دوافع البشر الغريزية إلى العدوان و تدمير الذات ؟ ربما كان العصر الحالي يستحق ، من وجهة النظر هذه ، اهتماما خاصا" (ترجمة : طرابيشي ج. 1996 ، ص : 118).

إن ارتفاع نتائج العامل "علاقة علاجية ايجابية" في سلم التحويل 75% في الزمن الأول و 78.2% في الزمن الثاني، يجعلني أحس حاليا (أي بعد الحصول على هذه النتائج) بالرضا الذي لم أكن أشعر به آنذاك. رغم ذلك لم يظهر تغيير ايجابي معتبر في معظم نتائج عوامل السلام ؛ أضن أن ارتفاع نتائج النرجسية قد ساهم في إعاقة العلاج النفسي حيث بلغت في سلم التحويل 61.8% في الزمن الأول و 70.8% في الثاني ؛ و في سلم SWAP200 45.42% في الزمن الأول؛ و العامل "هذائي" 43.57% في الزمن الأول . انخفضت قليلا نتائج نوعي الترابط المهيمنين في البداية، أي النوع "منفصل" و النوع "فوضوي" و ارتفعت قليلا نتائج النوع "آمن/مطمئن" من 19.42% في الزمن الأول إلى 32.42% في الزمن الثاني . لكن تبقى هذه النتائج الأخيرة ضعيفة أمام نتائج الأنواع الأخرى في نفس

السلم؛ و تظهر في الطليعة نتائج النوع "منشغل" 50.71% في الزمن الثاني. يتوافق ارتفاع نتائج هذا العامل الأخير بنتائج العامل المماثل له في سلم التحويل، ألا و هو "قلق/منشغل" الذي بلغ في الزمن الثاني 73.8% يمكن أن تبعث هذه النتائج إلى بداية الانشغال بالعلاج أو بالأحرى ، بداية استثماره. يقول Si Moussi A. (2004) : "يظهر الصراع الموجود بين وضعية الطفل و الراشد، خلال العلاج النفسي ، بشفافية و عذاب يدعوان للحيرة . و نفهم ، عندئذ، لماذا تبقى بعض التدخلات العلاجية خالية ، نوعا ما ، من مفعول ملموس" (ص: 124).

5- الحالة الثالثة :

خيرة تبلغ من العمر 23 عاما، أتت من مدينة أدرار، سمراء البشرة، نحيفة، لا تعتني بهندامها، ثيابها متسخة، لا تمشط شعرها، و لا تغتسل. تعتبر البنت الصغرى لعائلة مكونة من خمس بنات و ثلاث أولاد. قامت بمحاولة الانتحار بابتلاع "المكشط" بعد شجار مع أخيها الذي قال لها أنها قبيحة الوجه و لا يريد رؤيتها. و هي نفسها لا تحب مظهرها و لا تفعل أي شيء لتحسينه.

لا تذكر أمها إلا في قسوتها لها، و تحمل آثار حروق و جروح من جراء معاملة أمها القاسية. و تقول أنها كلما قست عليها أمها كلما فعلت عكس ما تأمرها به.

نجدها في كل مكان، لا يمكن أن يدخل شخص إلى قسم جراحة النساء دون أن يقابلها. تحب الكلام معي لكنها لا تتردد في معاملتي بسوء. تقول أنها لا تستطيع الاستغناء عني و في نفس الوقت تنتقد ما أفعله و تصغر من قيمة عملي. لا تحتل أن تراني أتكلم مع غيرها، أجدها أمامي أينما توجهت.

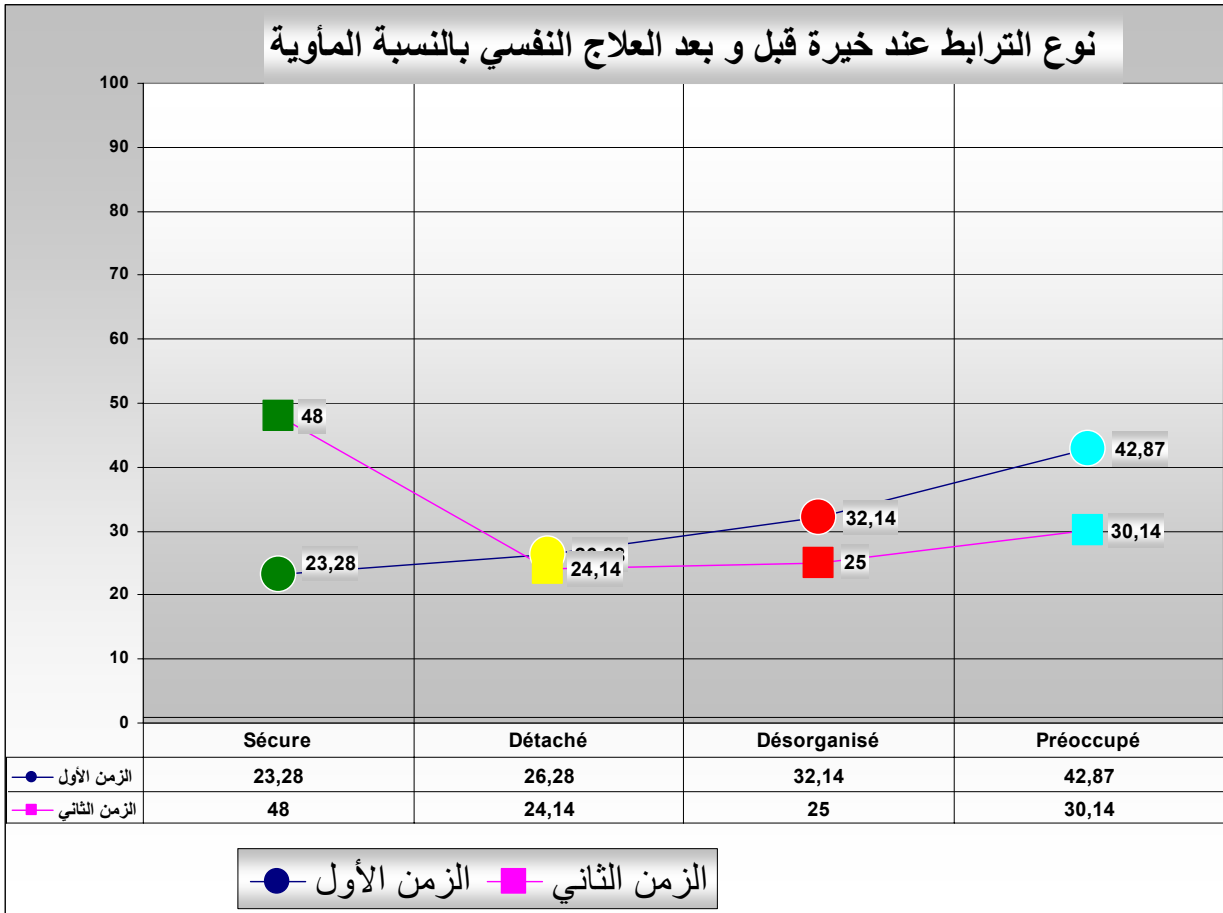
كنت أشفق عليها كثيرا و أحاول حمايتها من الذين يغتتمون فرصة ضعفها للتلاعب بها و بمشاعرها. و كانت تصغي إلي و تتبع نصائحي لها عندما تحكي لي قيامها بأشياء غير لائقة. كان يظهر عليها التغير شيئا فشيئا، رغم انقلاب مزاجها من حين لآخر، لتكتسب في الأخير انزانا نفسيا ملحوظا.

نتائج السلام العيادية:

يتمثل ترابط هذه المفوضة، خلال الزمن الأول، في النوع "منشغل" لتفوق نتائجه على باقي الأنواع في سلم الترابط 42.87% و يليه النوع "فوضوي" 32.14% ؛ ثم النوع "منفصل" 26.28% ؛ و في المرتبة الأخيرة النوع "آمن/مطمئن" 23.28% .

نتائج سلم "الترابط" (AAQ) عند خيرة قبل و بعد العلاج النفسي

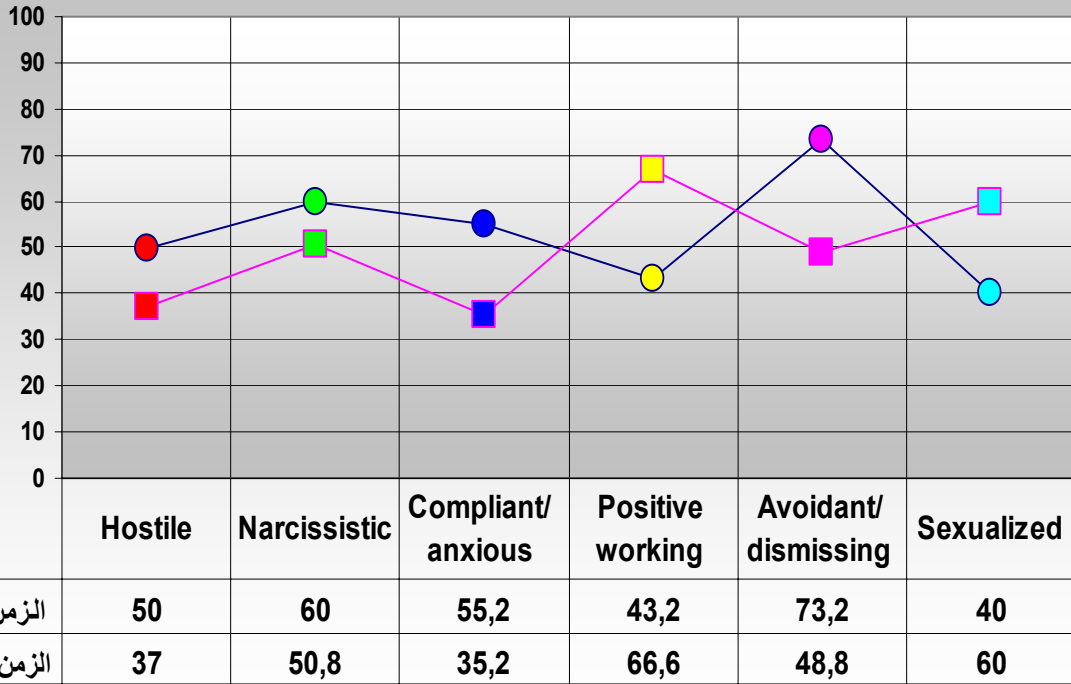
Type d'attachement	بعد العلاج لمدة سنة	قبل العلاج	نوع الترابط
Secure	48%	23,28%	آمن/مطمئن
Détaché	24,14%	26,28%	منفصل
Désorganisé	25%	32,14%	فوضوي
Préoccupé	30,14%	42,87%	منشغل



نتائج سلم "التحويل" عند خيرة قبل و بعد العلاج النفسي (PRQ)

العوامل	قبل العلاج	بعد العلاج لمدة سنة	Facteurs
العداء	50%	37%	Hostile
النرجسية	60%	50,8%	Narcissistic
قلق/منشغل	2,55%	35,2%	Compliant/anxious preoccupied
علاقة علاجية ايجابية	43,2%	66,6%	Positive working alliance
متجنب/منفصل	73,2%	48,8%	Avoidant/dismissing attachment
الجنسية	40%	60%	Sexualized

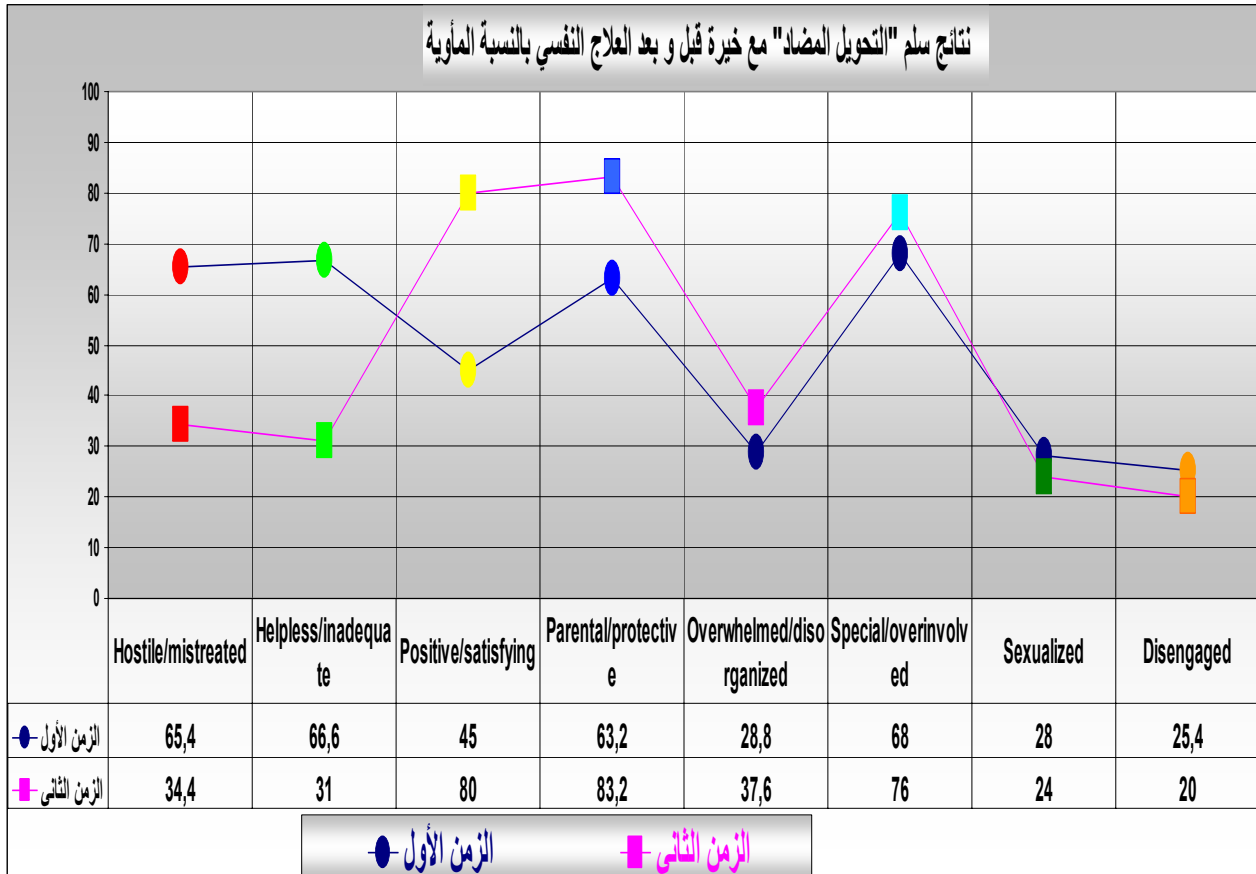
نتائج سلم "التحويل" عند خيرة قبل و بعد العلاج النفسي بالنسبة المأوية



الزمن الثاني —■— الزمن الأول —●—

نتائج سلم " التحويل المضاد " مع خيرة قبل و بعد العلاج النفسي:

العوامل	قبل العلاج	بعد العلاج لمدة سنة	Les facteurs du contre-transfert
العداء / سوء المعاملة	65,4%	34,2%	Hostile/mistreated
عاجز / غير ملائم	66,6%	31%	Helpless/inadequate
ايجابي / راض	45%	80%	Positive/satisfying
الحماية الوالدية	63,2%	83,2%	Parental/protective
مجتاح / فوضوي	28,8%	37,6%	Overwhelmed/disorganized
علاقة مميزة / متورط	68%	76%	Special/overinvolved
الجنسية	28%	24%	Sexualized
مهمل	25,4%	20%	Disengaged



نتائج سلم (SWAP 200) الخاصة بـ " خيرة " قبل و بعد العلاج النفسي
بالنسبة المأوية :

العوامل	قبل العلاج	بعد العلاج لمدة سنة	Les facteurs de la SWAP 200
منقلب المزاج	57,85%	44,28%	Dysphoric
شاذ/ مضاد للمجتمع	53,28%	34,14%	Antisocial- psychopathic
فصامي	45,71%	27,71%	Schizoïd
هذائي	46%	29,28%	Paranoïd
هجاسي	33%	46%	Obsessional
نرجسي	53,57%	41,85%	Narcissistic
هستيري	37,28%	55,42%	Histrionic
متجنب /مزاجي	61%	27,71%	Avoidant-dysphoric
اكتنابي / مزاجي	56,42%	25,28%	High functioning depressive-dysphoric
مشاعر غير منظمة / مزاجي	64,57%	28,57%	Emotionally dysregulated- dysphoric
مازوشي / ذو تبعية/ مزاجي	44,4%	46,71%	Dependent masochistic- dysphoric
العداء الظاهر / مزاجي	61,57%	21,42%	Hostile externalizing- dysphoric

6- مناقشة الحالة الثالثة "خيرة" :

رغم أن نتائج النوع "منفصل" ضعيفة في سلم الترابط يظهر تجنب التواصل الاجتماعي في ارتفاع نتائج عامل "متجنب/منفصل" في سلم التحويل 73.2% في الزمن الأول ؛ و العامل "متجنب مزاجي" في سلم SWAP200 61% في الزمن الأول ؛ و كذا العامل "شاذ/مضاد للمجتمع" 53.28% في الزمن الأول ؛ تدل هذه النتائج على صعوبة تكوين علاقة اجتماعية. إن ارتفاع نتائج النرجسية خلال الزمن الأول، في سلم التحويل 60% ؛ و في سلم SWAP200 53.57% ؛ و العامل "هذائي" في نفس السلم 46%؛ يبعث إلى تمركز المفحوصة على ذاتها و يدعم هذا التفسير بارتفاع نتائج عوامل التجنب و الانفصال المذكورة أعلاه. يصرح Guy C. و Dawson B. (1993) أنه "يجب أن نأخذ بعين الاعتبار الصورة الخاصة بالعلاقة مع الغير التي يستحضرها المفحوص ، خاصة كيفية مواجهته لنظرة الغير و كلامه ؛ مهما كان نوع الاضطراب الذي أتى به و مهما كانت مظاهره الجسدية و النفسية" (ص: 84).

يظهر ارتفاع نتائج العامل "منقلب المزاج" 57.85% في الزمن الأول ؛ و نتائج العامل "اكتئابي/مزاجي" 56.42% في الزمن الأول ؛ و نتائج العامل "مشاعر غير منظمة/مزاجي" 64.57%؛ في سلم SWAP200 . يقول الشربيني ز. (1994) "يتذبذب الطفل بين نقده القاسي لنفسه ، و بين تأنيب غيره على ما ارتكبه من أخطاء ، و أحيانا عدم الرغبة في الحياة ، و قد تؤدي حالة الطفل هذه إلى سرعة التأثر و البكاء ، و إهماله لمظهره" (ص: 170).

أضن أن هذه العوامل، إضافة إلى التي ذكرناها سابقا ، أدت إلى شعور الفاحصة بعدم الكفاءة و يظهر ذلك في نتائج العامل "عاجز/غير ملائم" 66.6% في الزمن الأول و كذلك في ضعف نتائج "إيجابي/راض" 45% في الزمن الأول . و دفعني هذا الشعور السلبي (على ما أضن) إلى تكوين علاقة مميزة و الاهتمام بالمفحوصة و يتجلى ذلك في ارتفاع نتائج العامل "علاقة مميزة/متورط" 68% في الزمن الأول و 76% في الزمن الثاني تقول Perron-Borelli M. (2006) "يبقى الموضوع الداخلي مستقرا و تتغير التصورات

الخاصة به باستمرار ، و يحدث ذلك بالتفاعل مع المواضيع الخارجية و العكس صحيح أي يحمل دائما ، الموضوع المختار، آثار إسقاط الموضوع الهوامي (ص: 33).

يتميز الزمن الأول بارتفاع العداة من كلا الطرفين أي من طرف المفحوصة و الفاحصة، حيث نجده في سلم التحويل 50% ؛ و في سلم التحويل المضاد 65.4% و في سلم SWAP200 يبلغ 61.57%. و يشرح Winnicott D. W. (1971) أصل العداة عند الفاحص خلال العلاقة العلاجية في قوله : "تتوافق الكراهية في التحويل المضاد مع موضوعين متكاملين و يخصان النمو النفسي البدائي و هما : مشكل التعقد الأصلي للحب و الكراهية عند الرضيع و من جهة أخرى ، قدرة الأم على توفير المحيط العاطفي الملائم بفضل التغلب على وحدتها" (ص : 74). تعتبر، محاولة جلب الانتباه بغضب، (الممثل هنا بالعداء) من خصوصية نوع الترابط "منشغل"، و أدى وجود صدى مشابه (عداة الفاحصة) و آخر مناقض و المتمثل في "الحماية الوالدية" التي تظهر بنتائج مرتفعة 63.2% في الزمن الأول و 83.2% في الزمن الثاني ، إلى معايشة العلاقة الوالدية المتناقضة كما ذكرها Anzieu D. (2006) "يعاد بناء الوضعية الطفلية في التحويل و التحويل المضاد بتكرار و استمرارية التواصل المتناقض و المنبعث من الوالدين" (ص: 76).

تغير نوع ترابط المفحوصة "خيرة" من النوع "منشغل" إلى النوع "آمن/مطمئن" الذي ارتفعت نتائجه من 23.28% في الزمن الأول إلى 48% في الزمن الثاني . و يظهر التفاعل الإيجابي للعلاقة بين الفاحصة و المفحوصة في ارتفاع نتائج العامل "علاقة علاجية ايجابية" في سلم التحويل من 43.2% في الزمن الأول إلى 66.6% في الزمن الثاني ؛ و العامل "إيجابي/راض" في سلم التحويل المضاد من 45% في الزمن الأول إلى 80% في الزمن الثاني ؛ و كما انخفضت نتائج عوامل العداة في كل السلالم . يقول Roussillon R. (2004) : "يولد الموضوع في الكراهية التي ترافق الإحباط (ص: 20).

انخفضت نتائج العامل "منقلب المزاج" ، و العامل "شاذ/مضاد للمجتمع"، و العامل "فصامي" و العامل "هذائي" ، و العامل "متجنب/مزاجي"، و العامل "اكتئابي/مزاجي" و العامل "مشاعر غير منظمة" في سلم SWAP200 ، و العامل "متجنب/منفصل" في سلم التحويل. تدل كل هذه النتائج إلى ارتفاع توظيف المفحوصة بانخفاض وسائل الدفاع الفجة،

مثل الحالة التي درست من طرف Moussa F. و Benony H. (2007) . مع ارتفاع الدفاع الناضج و المتمثل في نتائج العوامل التالية : ارتفاع نتائج العامل "هستيري" في سلم SWAP200 من 37.28% إلى 55.42% ؛ و العامل "هجاسي" في نفس السلم من 33% إلى 46% ؛ و عامل "الجنسية" في سلم التحويل من 40% إلى 60%. تقول Klein M. (1968) : "...تتمو شيئاً فشيئاً الحدود بين الفضاء النفسي الداخلي و الفضاء النفسي الخارجي للطفل . إذا تمكنا ، في نطاق ما ، أن نلغي الأسي الذي نحس به تجاه الوالدين في أعماق لاشعورنا ، نتحصل على الراحة النفسية و على قدرة حب الغير بمعنى الكلمة" (ص : 150).

7- الحالة الرابعة:

نادية تبلغ من العمر 22 سنة، ولدت من علاقة لا شرعية، لم تكن تدري من هي أمها الحقيقية كونها تمكث تارة عند خالتها و تارة عند أحد صديقات أمها و تارة أخرى عند أمها التي كانت يتيمة الأبوين. أما فيما يخص أب المفحوصة، تقول هذه الأخيرة أن حتى أمها لا تستطيع أن تعلم من هو لكثرة علاقاتها الجنسية.

نادية حسنة الطبع، قصيرة القامة، تحب الضحك، تسخر كثيرا من الآخرين، تفرح كثيرا عند رؤيتي، تحكي لي كيف سخرت من المرضى، أو من الممرضين أو من الأطباء، تجد متعتها في ذلك. لا تتكلم عن ماضيها إلا قليلا، كلما وجدتها حزينة أعلم أن أمها أتت لزيارتها، لا تحتمل رؤيتها، تقول أنها شربت "المكشط" عندما دخلت أمها سكرانة مع أحد عشاقها. و لم تتفطن الأم لما جرى لابنتها بل أغاثها الرجل الذي كان برفقة أمها.

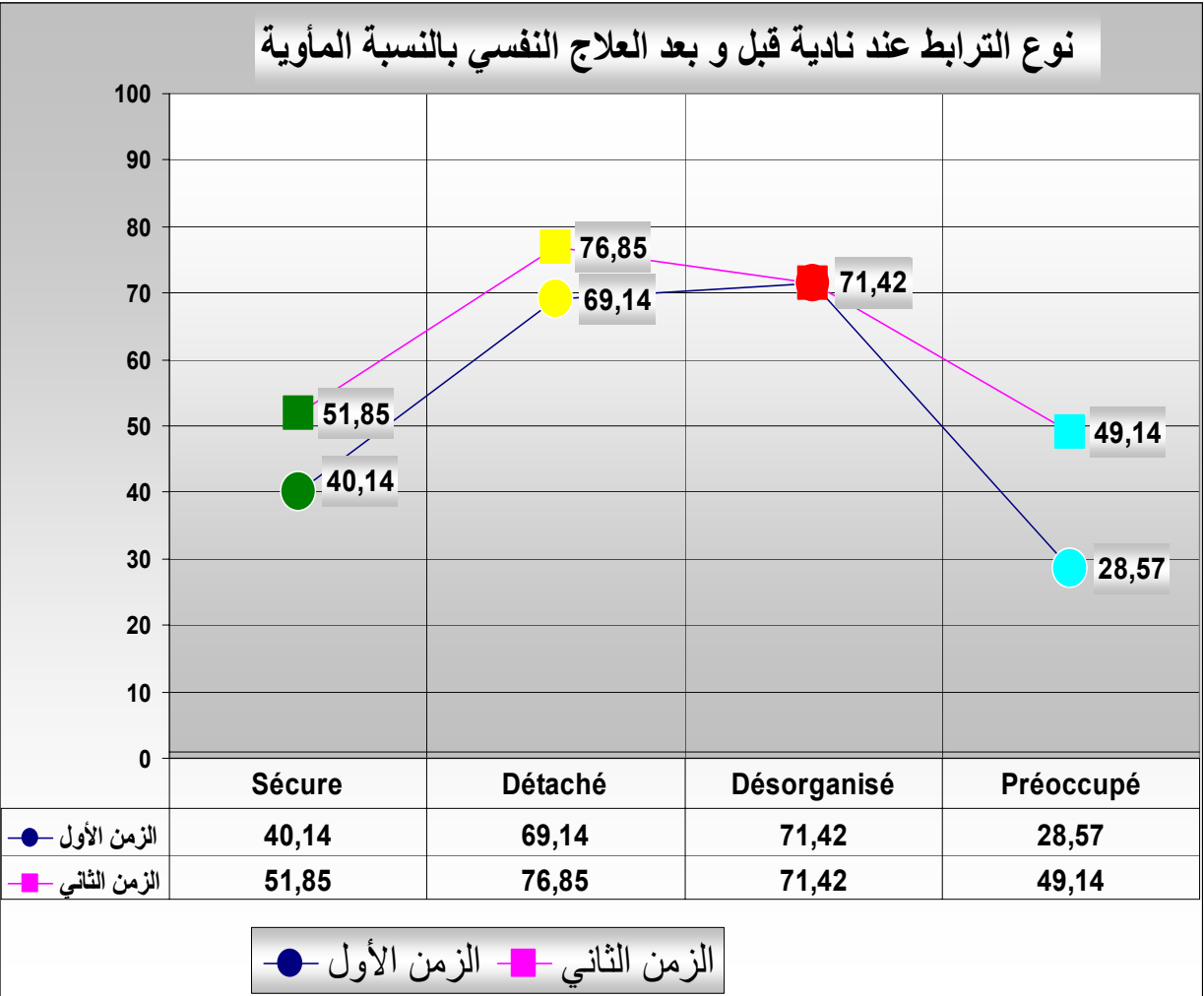
كانت علاقتها معي سطحية جدا خاصة خلال الأشهر الأولى للتكفل النفسي، لم تتطرق لحياتها الشخصية إلا بعد مرور أكثر من نصف سنة. تنتقد ما أقوم به، و أحيانا تسخر مني ثم تقول أنها تحبني و تنتظر لقائي بفارغ الصبر.

نتائج السلاالم:

تظهر نتائج سلم الترابط هيمنة النوعي "فوضوي" 71.42% ؛ و "منفصل" 69.14% ؛ يليهما النوع "آمن/مطمئن" 40.14% ؛ و في المرتبة الأخيرة النوع "منشغل" 28.57% .

نتائج سلم "الترابط" (AAQ) عند نادبة قبل و بعد العلاج النفسي:

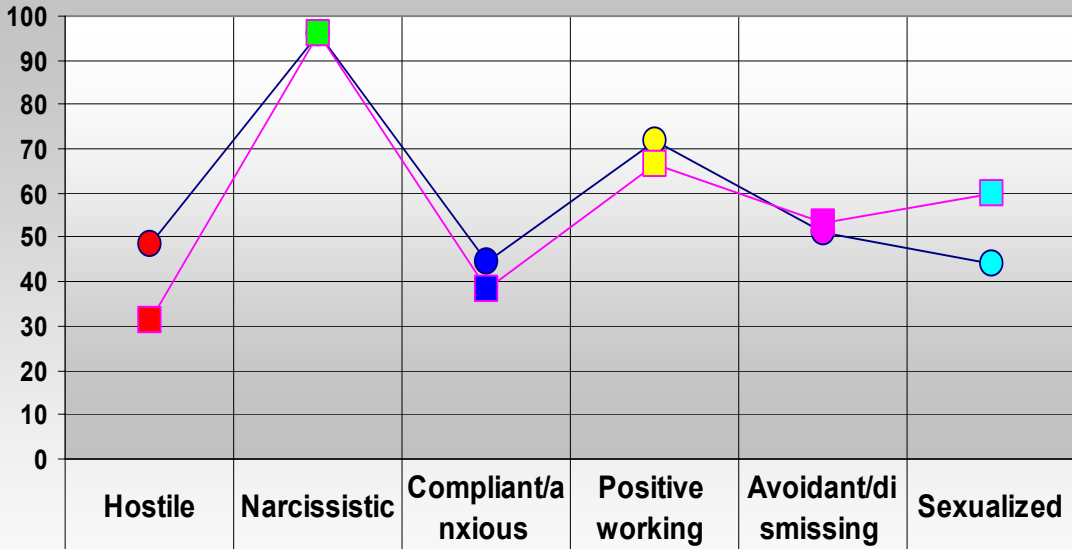
Type d'attachement	بعد العلاج لمدة سنة	قبل العلاج	نوع الترابط
Secure	51,85%	40,14%	آمن/مطمئن
Détaché	76,85%	69,14%	منفصل
Désorganisé	67,85%	71,42%	فوضوي
Préoccupé	49,14%	28,57%	منشغل



نتائج سلم "التحويل" عند نادية قبل و بعد العلاج النفسي (PRQ):

العوامل	قبل العلاج	بعد العلاج لمدة سنة	Facteurs
العداء	48,4%	31,4%	Hostile
النرجسية	96,2%	96,2%	Narcissistic
قلق/منشغل	44,6%	38,4%	Compliant/anxious preoccupied
علاقة علاجية ايجابية	71,6%	66,6%	Positive working alliance
متجنب/منفصل	51%	53,2%	Avoidant/dismissing attachment
الجنسية	44%	60%	Sexualized

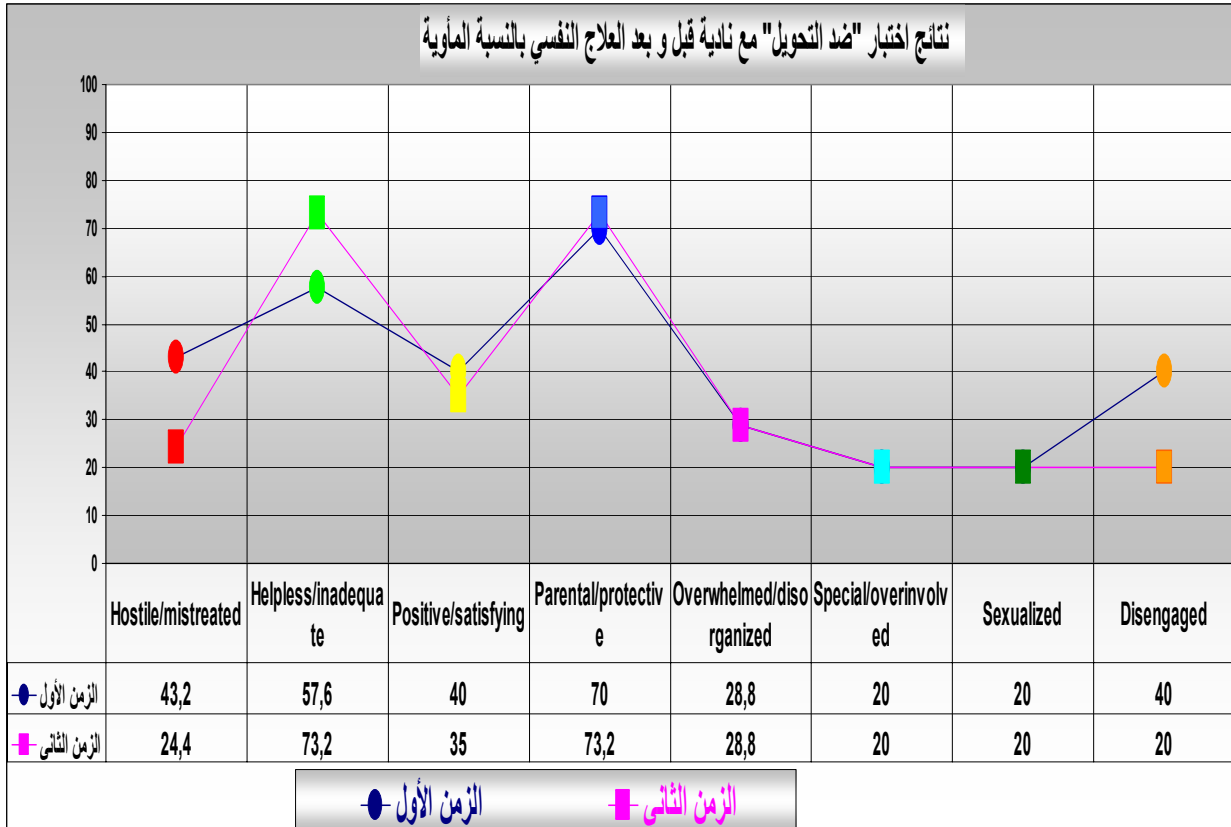
نتائج إختبار "التحويل" عند نادية قبل و بعد العلاج النفسي بالنسبة المئوية



الزمن الثاني —■— الزمن الأول —●—

نتائج سلم " التحويل المضاد " مع نادبة قبل و بعد العلاج النفسي:

العوامل	قبل العلاج	بعد العلاج لمدة سنة	Les facteurs du contre-transfert
العداء / سوء المعاملة	43,2%	24,4%	Hostile/mistreated
عاجز / غير ملائم	57,6%	73,2%	Helpless/inadequate
ايجابي / راض	40%	35%	Positive/satisfying
الحماية الوالدية	70%	73,2%	Parental/protective
مجتاح / فوضوي	28,8%	28,8%	Overwhelmed/disorganized
علاقة مميزة / متورط	20%	20%	Special/overinvolved
الجنسية	20%	20%	Sexualized
مهمل	40%	20%	Disengaged



نتائج سلم (SWAP 200) الخاصة بـ "نادية" قبل و بعد العلاج النفسي بالنسبة
المأوية :

العوامل	قبل العلاج	بعد العلاج لمدة سنة	Les facteurs de la SWAP 200
منقلب المزاج	32,85%	32,14%	Dysphoric
شاذ/ مضاد للمجتمع	67,57%	67%	Antisocial- psychopathic
فصامي	35,71%	37,42%	Schizoïd
هذائي	56,28%	60,28%	Paranoïd
هجاسي	36,28%	37%	Obsessional
نرجسي	53,57%	55,28%	Narcissistic
هستيري	62,57%	59,42%	Histrionic
متجنب /مزاجي	26,85%	30,14%	Avoidant-dysphoric
اكتئابي / مزاجي	40,14%	30,42%	High functioning depressive-dysphoric
مشاعر غير منظمة / مزاجي	45,85%	45%	Emotionally dysregulated- dysphoric
مازوشي / ذو تبعية/ مزاجي	44,42%	42%	Dependent masochistic- dysphoric
العداء الظاهر / مزاجي	51,57%	61,57%	Hostile externalizing- dysphoric

8- مناقشة الحالة الرابعة "نادية" :

ما يلفت الانتباه في النتائج الخاصة بالمفحوصة "نادية" هو الارتفاع الهائل لنتائج عامل "الرجسية" في سلم التحويل الذي بلغ 96.2% خلال الزمن الأول و الثاني. وكذلك العامل "نرجسي" في سلم SWAP200 53.57% في الزمن الأول و 55.28% في الزمن الثاني. تقول Chabert C. (2006) : "من خصائص استجابة النرجسي للغياب و فقدان نفي الاستكانة ، نفي الاعتراف بفقدان الموضوع ، وضعية الامتلاك و الاكتفاء الذاتي . و في هذه الحالة لا يهم إذا كان الآخر حاضرا أم لا ؛ إذا كان الشخص يشبع نفسه بمفرده فهو لا يشكو من أي نقص و بالتالي لا يحتاج لأي شخص (ص : 20) . و يظهر استغناء المفحوصة عن الآخرين (إضافة إلى نتائج النوع "منفصل" في سلم الترابط) نجد ارتفاع نتائج العامل "شاذ/مضاد للمجتمع" 67.57% في الزمن الأول و 67% في الزمن الثاني . يقول Bergeret J. (1996) في هذا الصدد : "يقتصر موضوع Narcisse في استنساخ ذاته و الذي لا يمكن أن يتخذه كموضوع آخر إلا في حدود تكميل ذاته لأنه لا يعترف إلا بكمال نفسه" (ص : 7).

ترتفع نتائج العامل "هذائي" 56.28% في السلم SWAP200 خلال الزمن الأول و 60.28% في الزمن الثاني. يقول Winnicott D. W. (1956) "إذا تكوّن محيط الفرد ، خلال المرحلة الأولى من حياته ، من رعاية أمومية رديئة جدا ، يبدأ الشخص حياته بقسط من الهذاء" (ص: 107).

يظهر ارتفاع نتائج العامل "هستيري" في سلم SWAP200 62.57% في الزمن الأول و 59.62% في الزمن الثاني ؛ و ترتفع نتائج عامل "الجنسية" في سلم التحويل من 44.6% في الزمن الأول إلى 60% في الزمن الثاني. ينطبق تماما قول Richard F. (1989) على مفحوصتنا حيث يدلي أن الجنون و الاكتئاب الهستيريين يبعثان إلى قلق التدمير و فقدان الموضوع مما يقربهم من الحالات الحدية و هذا رغم رسوخ الإشكالية الجنسية و الأوديبية التي تبعث إلى انتمائهم إلى العالم العصابي . يعمل الرسوخ الجنسي و الأوديبية على تغطية القلق البدائي لفقدان و تدمير الموضوع كما يؤدي التعبير و الإفصاح إلى تقوية الكبت الجنسي و الصراع الأوديبية في حلقة دفاعية.

لم يحدث تغيير معتبر في نتائج السلام بين الزمن الأول و الثاني، حتى عند اختلاف النتائج بين زمن و آخر تبقى نسبة التغيير ضئيلة جدا و لا يمكن أخذها بعين الاعتبار. انخفضت قليلا نتائج عامل "العداء" في سلم التحويل من 48.4% إلى 31.4% و في سلم التحويل المضاد من 43.2% إلى 24.4%. و يظهر العامل "علاقة علاجية ايجابية" بنتائج عالية في سلم التحويل من 71.6% إلى 66.6% في الزمن الثاني. يمكن أن نفسر، هذا الإعجاب بالعلاقة العلاجية، بتحويل الفضاء العلاجي من طرف المفحوصة إلى فضاء المتعة النرجسية أين يكمن التفاعل بينها و بين صداها كمثل علاقة Narcisse بـ Echo حيث لا وجود لعلاقة تفاعل مع الفاحصة و هذا وفق وصف J. Bergeret (1996) للاضطراب النرجسي الذي يجعل الفرد لا يسمع إلا صدى حديثه.

تبين نتائج عوامل التحويل المضاد ملاحظتي لانعدام مفعول العلاج رغم الحماية الوالدية التي تظهر بنتائج مرتفعة 70% في الزمن الأول و 73.2% في الزمن الثاني. و الدليل عن ذلك نتائج العامل "عاجز/ غير ملائم" التي ارتفعت من 57.6% إلى 73.2% في الزمن الثاني. و انخفاض العامل "ايجابي/راض 40% في الزمن الأول و 35% في الزمن الثاني. ارتفعت نتائج النوع "منفصل" في سلم الترابط خلال الزمن الثاني إلى 76.85% و استمر وجود سياقات نفسية أولية مع استحالة تكوين علاقة بالموضوع المتمثل في استثمار الفاحصة، و هذا بسبب ارتفاع النرجسية و يظهر جليا فشل العلاج النفسي.

9- الحالة الخامسة:

مليكة تبلغ من العمر 24 سنة، طويلة القامة، سمراء البشرة، قاسية الملامح، لا تبتسم إلا قليلا، لا تعتني بنفسها و لا بمظهرها و تبقى معظم الوقت شبه عارية، كأنها لا تعطي أي قيمة لوجود الآخرين.

عائلتها مركبة حيث تتكون من أمها و زوج الأم، و ابن هذا الأخير الذي يكبرها سنا، و أختين من أمها أصغر من مليكة. توفى أب هذه الأخيرة عندما كان عمرها ستة أشهر، و عند زواج أمها كان عمرها عامين.

تتشاجر مع الجميع سواء كان مريضا أو عاملا، لا تفعل إلا ما يحلو لها، تكره الأوامر و الانتقاد و تكره كل النساء. كانت الكراهية تظهر في عينيها و تسقطها على الآخرين حيث تقول أنها تعلم أنني أكرهها لكنها لا تكثر ذلك (حسب قولها) لأنها تعلم أن كل الناس يكرهونها و أنها لا تريد حبهم. عندما تشرع في التحدث عن نفسها تبدأ دوما بـ "هيا يا سيدي" و تنهي كلامها بـ "يكفيك و لا نزيد نحكيلك".

شربت "المكشط" عندما كانت وحدها في المنزل، فتحت قفل الباب لأنها تدري أن أمها، التي ذهبت لزيارة أحد الأقارب، سوف تعود من حين لآخر؛ و قالت: "شربتو نفحتلي، ما علاباليش و علاش" و لم تندم عن فعلها و لا تكثر للآثار التي نتجت من العملية الجراحية الفاشلة التي أجريت لها سابقا و بقيت غير متحمسة للعلاج الطبي و كأنها راضية بالمضاعفات الناتجة عن محاولة الانتحار و عن فشل العملية الأولى.

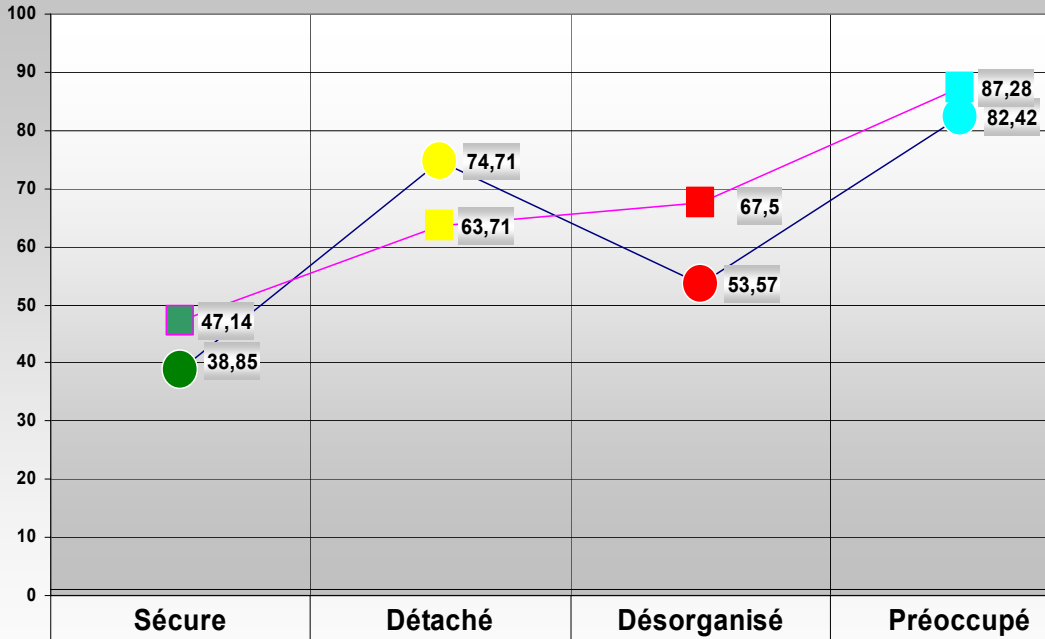
نتائج السلالم العيادية:

يظهر النوع "منشغل" بأعلى علامة في سلم الترابط 82.42% خلال الزمن الأول و 87.28% خلال الثاني ؛ و يليه ارتفاع النوع "منفصل" 74.71% في الزمن الأول و 63.71% في الثاني ؛ ثم النوع "آمن/مطمئن" الذي يبقى بنتائج ضعيفة جدا، مقارنة بنتائج الأنواع الأخرى في نفس السلم.

نتائج سلم "الترايط" (AAQ) عند مليكة قبل و بعد العلاج النفسي

Type d'attachement	بعد العلاج لمدة سنة	قبل العلاج	نوع الترابط
Secure	47,14%	38,85%	آمن/مطمئن
Détaché	63,71%	74,71%	منفصل
Désorganisé	67,71%	53,57%	فوضوي
Préoccupé	87,28%	82,42%	منشغل

نوع الترابط عند "مليكة" قبل و بعد العلاج النفسي بالنسبة المئوية



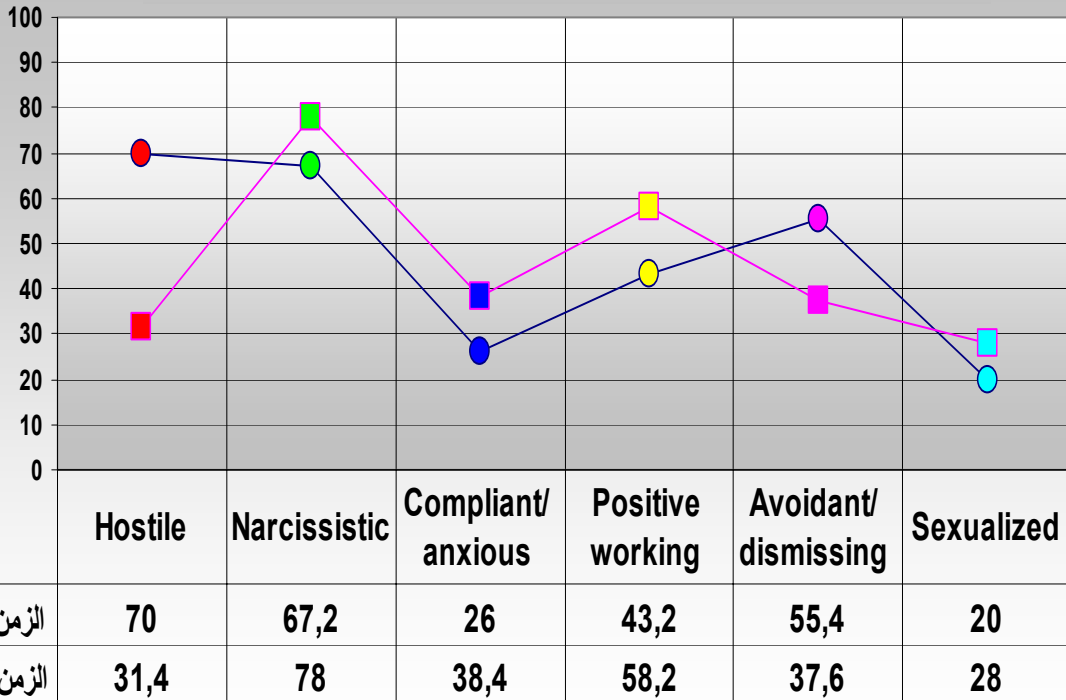
	Séure	Détaché	Désorganisé	Préoccupé
الزمن الأول	38,85	74,71	53,57	82,42
الزمن الثاني	47,14	63,71	67,5	87,28

الزمن الأول - الزمن الثاني

نتائج سلم "التحويل" عند مليكة قبل و بعد العلاج النفسي (PRQ)

Facteurs	بعد العلاج لمدة سنة	قبل العلاج	العوامل
Hostile	31,4%	70%	العداء
Narcissistic	78%	67,2%	النرجسية
Compliant/anxious preoccupied	38,4%	26%	قلق/منشغل
Positive working alliance	58,2%	43,2%	علاقة علاجية ايجابية
Avoidant/dismissing attachment	37,6%	55,4%	متجنب/منفصل
Sexualized	28%	20%	الجنسية

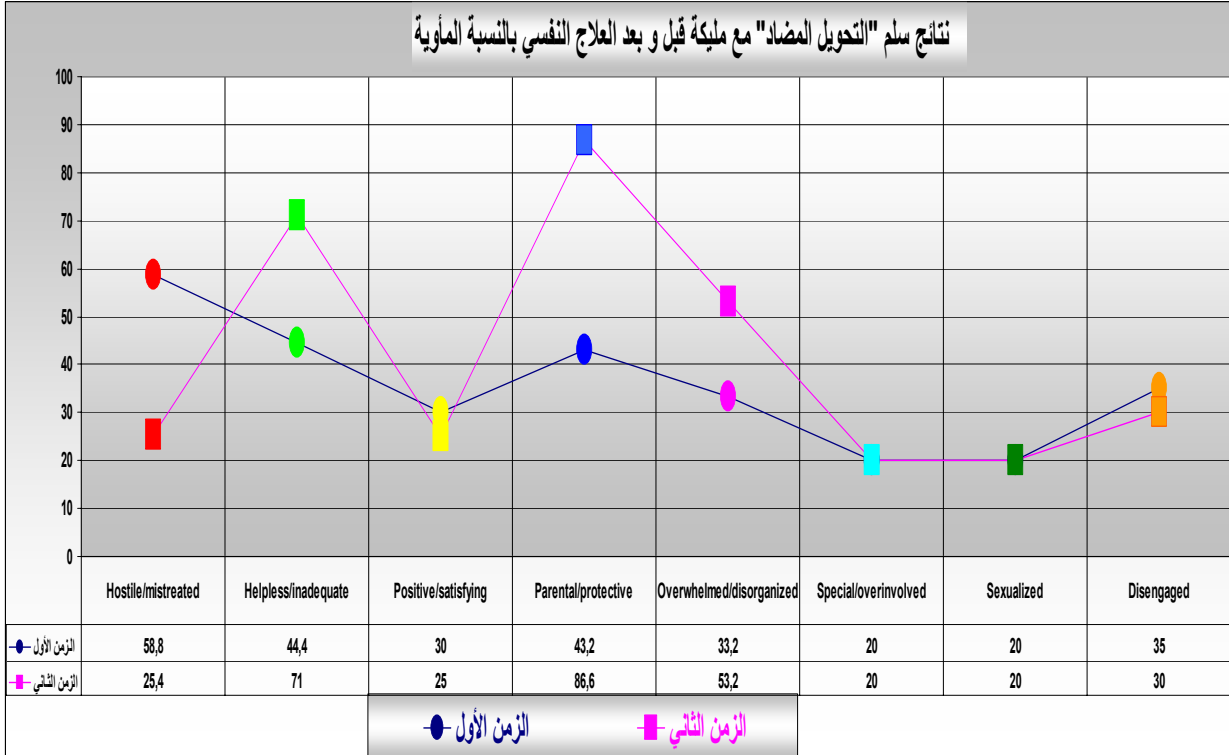
نتائج سلم التحويل عند مليكة قبل و بعد العلاج النفسي بالنسبة المئوية



الزمن الأول الزمن الثاني

نتائج سلم " التحويل المضاد " مع مليكة قبل و بعد العلاج النفسي:

العوامل	قبل العلاج	بعد العلاج لمدة سنة	Les facteurs du contre-transfert
العداء / سوء المعاملة	58,8%	25,4%	Hostile/mistreated
عاجز / غير ملائم	44,4%	71%	Helpless/inadequate
ايجابي / راض	30%	25%	Positive/satisfying
الحماية الوالدية	43,2%	86,6%	Parental/protective
مجتاح / فوضوي	33,2%	53,2%	Overwhelmed/disorganized
علاقة مميزة / متورط	20%	20%	Special/overinvolved
الجنسية	20%	20%	Sexualized
مهمل	35%	30%	Disengaged



نتائج سلم (SWAP 200) الخاصة بـ " مليكة " قبل و بعد العلاج النفسي
بالنسبة المأوية :

العوامل	قبل العلاج	بعد العلاج لمدة سنة	Les facteurs de la SWAP 200
منقلب المزاج	49,28%	45%	Dysphoric
شاذ/ مضاد للمجتمع	51,42%	50,85%	Antisocial- psychopathic
فصامي	39,28%	35,71%	Schizoïd
هذائي	70,57%	72,14%	Paranoïd
هجاسي	43,42%	27,85%	Obsessional
نرجسي	57,14%	52,57%	Narcissistic
هستيري	71,42%	56,28%	Histrionic
متجنب /مزاجي	34%	33,28%	Avoidant-dysphoric
اكتنابي / مزاجي	42,85%	29,14%	High functioning depressive-dysphoric
مشاعر غير منظمة / مزاجي	60,85%	68,28%	Emotionally dysregulated- dysphoric
مازوشي / ذو تبعية/ مزاجي	50%	33,28%	Dependent masochistic- dysphoric
العداء الظاهر / مزاجي	62,42%	63,28%	Hostile externalizing- dysphoric

10- مناقشة الحالة الخامسة "مليكة" :

ارتفعت نتائج النرجسية في كل من سلم التحويل 67.2% في الزمن الأول و 78% في الزمن الثاني ؛ في سلم SWAP200 57.14% في الزمن الأول و 52.57% في الزمن الثاني. و ظهرت نتائج العامل "هذائي" عالية جدا 70.57% في الزمن الأول و 72.14% في الثاني . مما يدل على النوع البدائي لنرجسية هذه المفحوصة لأنها تتميز بدفاع عظامي و تفنقر لليونة و النضج اللذان يسمحان بإستدخال الموضوع المختلف عن الفرد نفسه. و يقول Bergeret J. (1996) : "يقتصر موضوع Narcisse في استنساخ ذاته و الذي لا يمكن أن يتخذه كموضوع آخر إلا في حدود تكميل ذاته لأنه لا يعترف إلا بكمال نفسه" (ص: 7).

يظهر ارتفاع نتائج العامل "منقلب المزاج" 49.28% في الزمن الأول و 45% في الزمن الثاني ؛ و العامل "مشاعر غير منظمة/مزاجي" 60.85% في الزمن الأول و 68.28% في الزمن الثاني ؛ و العمل "شاذ/مضاد للمجتمع" 51.42% في الزمن الأول و 50.85% في الزمن الثاني ؛ إضافة إلى عامل "العداء الظاهر/مزاجي" 62.42% في الزمن الأول و 63.28% في الزمن الثاني. يتجلى من خلال نتائج العوامل المذكورة طبع المفحوصة المتميز بالانفعال السريع و الغضب الشديد تجاه الآخرين . يمكن أن نتخيل المعاملة القاسية التي تلقتها المفحوصة لمجرد مقابلتها ، لأنها لا تعرف طريقة معاملة الآخرين من غير القسوة. و يفسر سي موسي ع. و زقار ر. (2001) هذا السلوك بعملية التماثل بالمتعدي : "إن التماثل بالمتعدي عملية نفسية يحاول الطفل من خلالها التكيف مع وضعية التهديد و العدوان الموجّه ضده ، فيعمد إلى تقليد سلوك الآخرين ، كوسيلة لاشعورية للتخفيف من حدة مشاعر الذعر و الفزع و عدم القدرة التي يعانيتها ، فينسى بذلك شخصيته الخاصة به بتحوله من ضحية (أو متعدي عليه) ، إلى من يقوم بالعدوان و يتبناه (المتعدي)" (ص : 29).

لا تدل نتائج العامل "هستيري" إلى نضج دفاعي و إنما إلى الاستعراضات العدائية التي تقوم بها غالبا ؛ تبلغ نتائج هذا العامل 71.42% في الزمن الأول ؛ تدل نتائج عامل "الجنسية" في سلم التحويل 20% في الزمن الأول و هي أدنى درجة السلم، على أنها هستيريا أولية أي قبل تناسلية ؛ أو كما يسميها Green A. (2002) الهستيريا الفمية.

تظهر نتائج عامل "العداء" مرتفعة في سلم التحويل 70% في الزمن الأول ؛ و في سلم التحويل المضاد 58.8% ؛ تقول Perron-Borelli M. (1998) : "تولد الكراهية البدائية للموضوع من الانتظار بدون جدوى ، من المدة الزمنية ، و من تحمل التأجيل بصفة كامنة و بدون تعيين الحدود مسبقا" (ص : 150).

ظهرت نتائج العامل "علاقة علاجية ايجابية" ضعيفة نوعا ما 43.2% في الزمن الأول ؛ و إضافة إلى ضعف نتائج العامل "قلق/منشغل" 26% ؛ بينما ترتفع نتائج العامل "متجنب/منفصل" 55.4% في سلم التحويل خلال الزمن الأول . تدل هذه النتائج على أن العداء الظاهر لا يتمثل في استثمار العلاج و لا العلاقة العلاجية إنما نتيجة الطبع الاجتماعي للمفحوصة المتمثل في توجه مشاعر عدوانية نحو الغير و الذي يعود سببه حسب Steinhauer P. D. (1996) إلى ما يلي: "يؤدي، عدم قدرة الفرد على تكوين رباط انتقائي في المرحلة الأولى من حياته ، إلى تكوين مجموعة سلوك اجتماعية غير لائقة" . إن عدم قدرة الطفل على تكوين رباط انتقائي خلال الطفولة الأولى يعارض جدياً تكيفه الاجتماعي . لن يتمكن الفرد فيما بعد أن يتجاوز هذه الإعاقة مهما كانت إيجابية الظروف (ص : 463). تظهر محاولات توفير جو عائلي بارتفاع الحماية الوالدية من 43.2% في الزمن الأول إلى 86.6% لكن بدون جدوى . يتوضح يقيني من فشل العلاج النفسي مع هذه المفحوصة في ارتفاع نتائج العامل "عاجز/غير ملائم" في سلم التحويل المضاد من 44.4% في الزمن الأول إلى 71% في الثاني ؛ و يدل العامل "مجتاح/فوضوي" المرتفع من 33.2% إلى 53.2% على انشغالي و قلقي لعدم القدرة على مساعدتها ؛ و يظهر أسفي في العامل "إيجابي/راض" بنتائج ضعيفة 30% في الزمن الأول و 25% خلال الثاني . تأثرت كثيرا بالإصابة الجسدية و النفسية لهذه المفحوصة. يقول Si Moussi A. (2004) "نميل عادة ، في نشاطنا المهني و العلمي ، إلى إضافة الكثير من الحب و الكراهية ، عكس المجتمعات المتطورة" (ص: 136).

11- الحالة السادسة:

سميرة تبلغ من العمر 25 سنة البنت الأكبر و الأخت الوحيدة لسبعة إخوان. كانت شاحبة الوجه و ضعيفة الجسم، و تغطي جزءا كبيرا من وجهها بشعرها الأسود الناعم و تفعل ذلك لتغطية ملامحها التي تجدها قبيحة.

تمضي معظم وقتها في الفراش لأنها تحس بالإرهاق الدائم و ترجع ذلك إلى الأعمال المنزلية التي أجبرتها أمها على القيام بها في سن مبكرة، و تقول: " ولدتني يما غير باش نخدم عليها، و هي للي خلات ببا يكرهني". شربت حامض تصبير الزيتون بعد شجار مع أمها عندما رفضت أن تقوم بتحضير العشاء.

غادرت مقاعد الدراسة في المستوى الابتدائي و ترجع فشلها الدراسي لقسوة أمها عليها التي لم تترك لها وقت لمراجعة دروسها.

كانت تفضل لو كان المختص النفسي رجلا، و تقول أنها تكره النساء، كانت تتكلم كثيرا خلال الحصص العلاجية، لا تخجل أن تقول كل ما يجول بخاطرها، و كانت تنتقدي كثيرا.

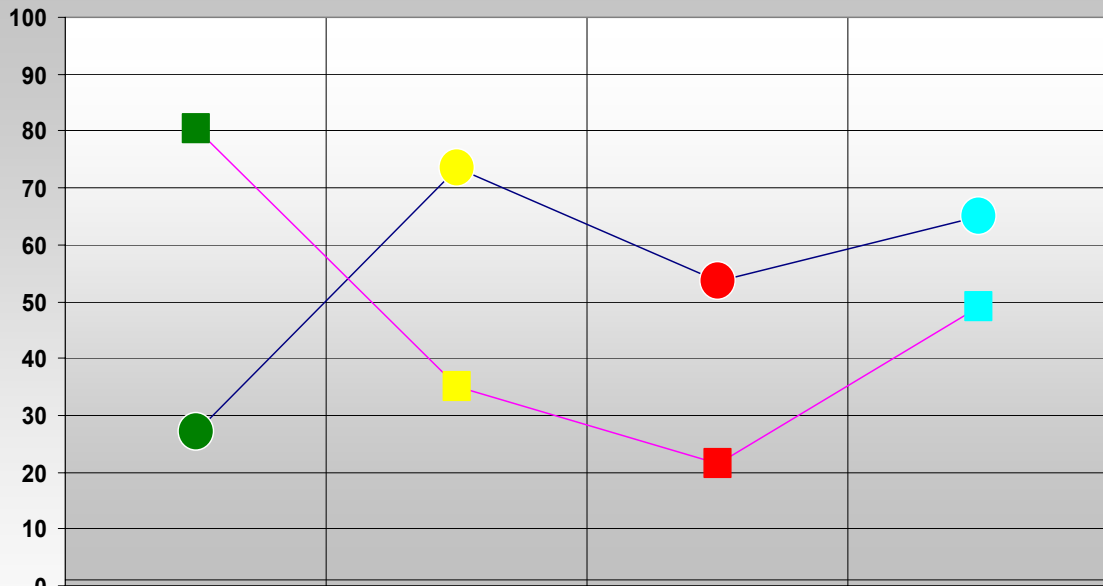
نتائج السلالم العيادية:

تظهر نتائج نوع الترابط "آمن/مطمئن" أضعف نتائج سلم الترابط خلال الزمن الأول 27.14% ؛ و تظهر في الطليعة نتائج النوع "منفصل" 82.42% ؛ و تليها مباشرة ، نتائج النوع "منشغل" 73.75% ؛ ثم نتائج النوع "فوضوي" 53.57%.

نتائج سلم "الترابط" (AAQ) عند سميرة قبل و بعد العلاج النفسي

Type d'attachement	بعد العلاج لمدة سنة	قبل العلاج	نوع الترابط
Secure	80,42%	27,14%	آمن/مطمئن
Détaché	35,14%	73,57%	منفصل
Désorganisé	21,42%	53,57%	فوضوي
Préoccupé	49,14%	65%	منشغل

نوع الترابط عند سميرة قبل و بعد العلاج النفسي بالنسبة المئوية

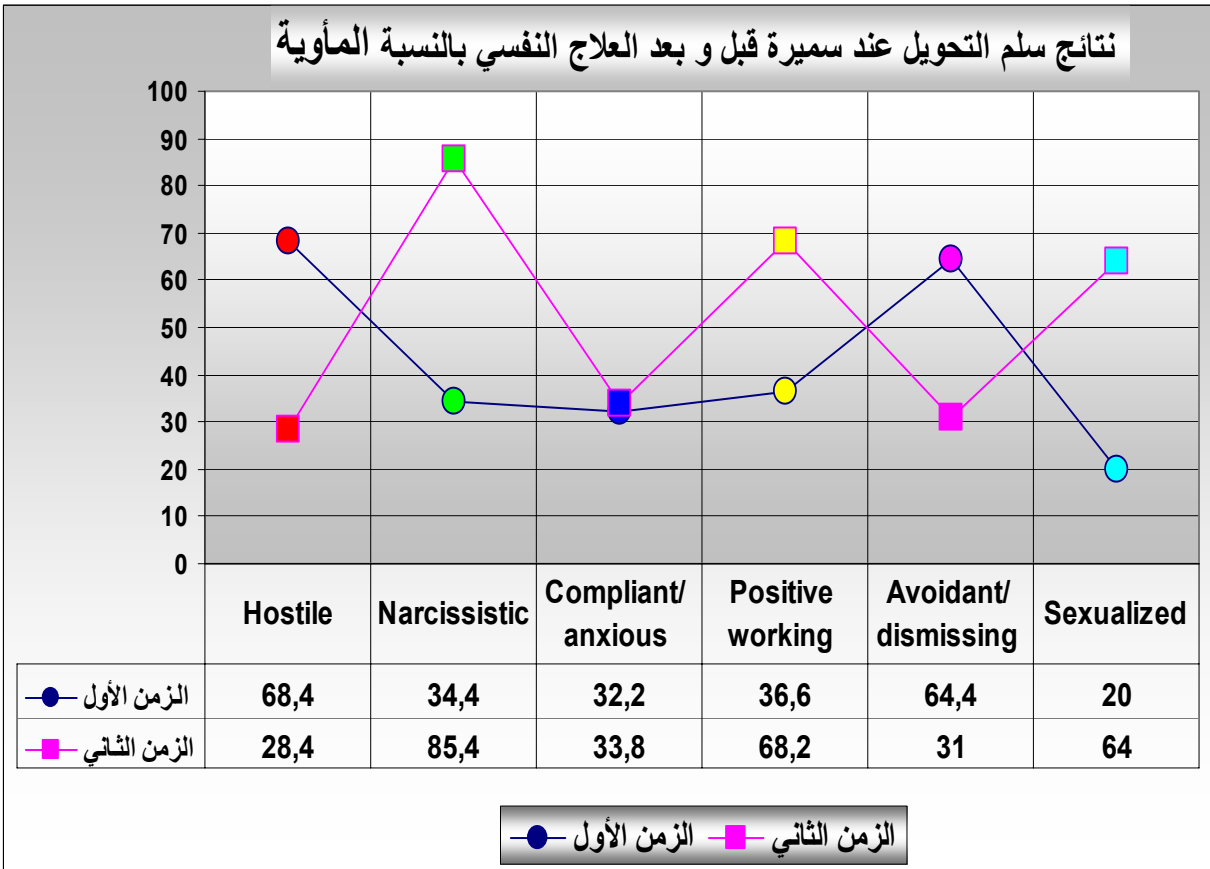


	Sécure	Détaché	Désorganisé	Préoccupé
الزمن الأول	27,14	73,57	53,57	65
الزمن الثاني	80,42	35,14	21,42	49,14

الزمن الأول —●— الزمن الثاني —■—

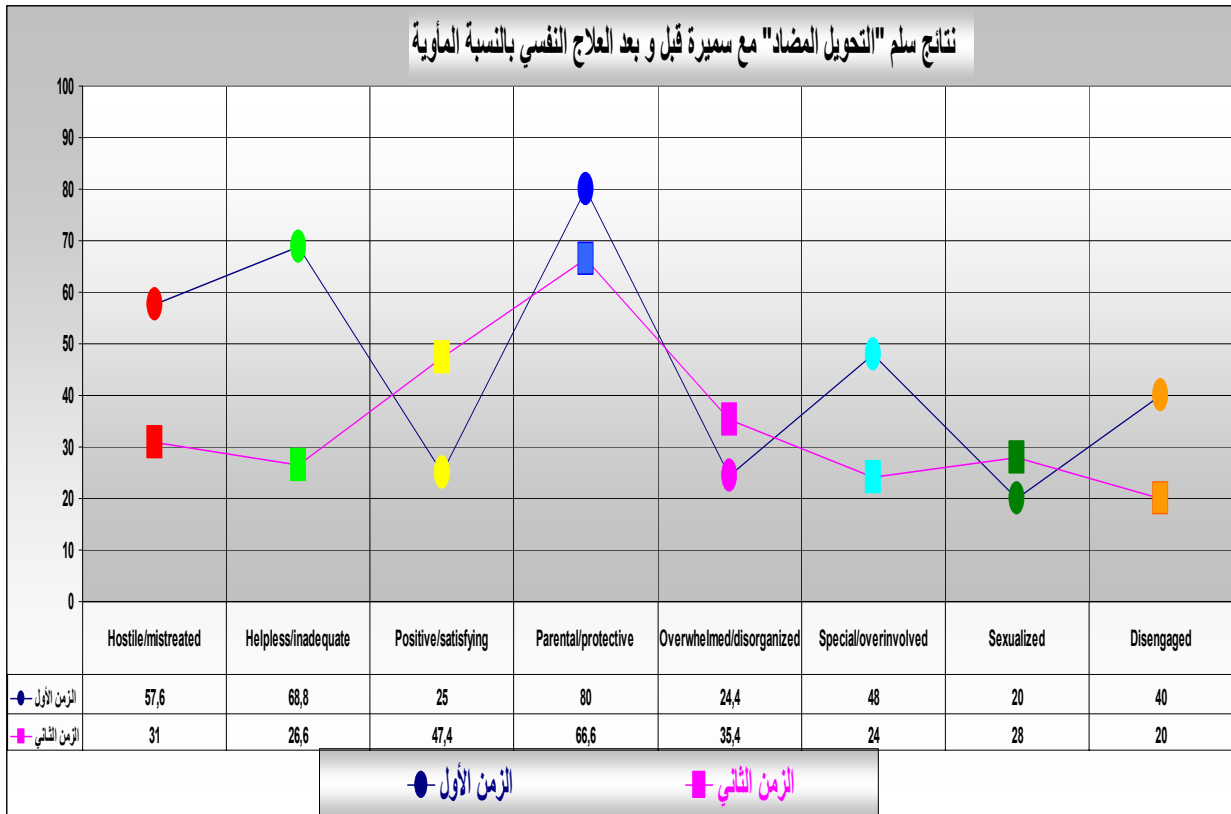
نتائج سلم "التحويل" (PRQ) عند سميرة قبل و بعد العلاج النفسي:

Facteurs	بعد العلاج لمدة سنة	قبل العلاج	العوامل
Hostile	28,4%	68,4%	العداء
Narcissistic	85,4%	34,4%	النرجسية
Compliant/anxious preoccupied	33,8%	32,2%	قلق/منشغل
Positive working alliance	68,2%	36,6%	علاقة علاجية ايجابية
Avoidant/dismissing attachment	31%	64,4%	متجنب/منفصل
Sexualized	64%	20%	الجنسية



نتائج سلم "التحويل المضاد" مع سميرة قبل و بعد العلاج النفسي:

العوامل	قبل العلاج	بعد العلاج لمدة سنة	Les facteurs du contre-transfert
العداء / سوء المعاملة	57,6%	31%	Hostile/mistreated
عاجز / غير ملائم	68,8%	26,6%	Helpless/inadequate
ايجابي / راض	25%	47,4%	Positive/satisfying
الحماية الوالدية	80%	66,6%	Parental/protective
مجتاح / فوضوي	24,4%	35,4%	Overwhelmed/disorganized
علاقة مميزة / متورط	48%	24%	Special/over involved
الجنسية	20%	28%	Sexualized
مهمل	40%	20%	Disengaged



نتائج سلم (SWAP 200) الخاصة بـ " سميرة " قبل و بعد العلاج النفسي
بالنسبة المئوية :

العوامل	قبل العلاج	بعد العلاج لمدة سنة	Les facteurs de la SWAP 200
منقلب المزاج	32,85%	32,14%	Dysphoric
شاذ/ مضاد للمجتمع	32,85%	29,14%	Antisocial- psychopathic
فصامي	43,28%	26,14%	Schizoïd
هذائي	75,28%	39,57%	Paranoïd
هجاسي	27,14%	62,28%	Obsessional
نرجسي	51,42%	49%	Narcissistic
هستيري	55,42%	43,57%	Histrionic
متجنب /مزاجي	29,28%	27,71%	Avoidant-dysphoric
اكتئابي / مزاجي	24,57%	62,85%	High functioning depressive- dysphoric
مشاعر غير منظمة / مزاجي	58,57%	37,57%	Emotionally dysregulated- dysphoric
مازوشي / ذو تبعية/ مزاجي	29,28%	38,85%	Dependent masochistic- dysphoric
العداء الظاهر / مزاجي	66,85%	36,57%	Hostile externalizing- dysphoric

12- مناقشة الحالة السادسة "سميرة" :

تتوافق ارتفاع نتائج الزمن الأول للنوع "منفصل" في سلم الترابط مع ارتفاع نتائج العامل "متجنب/منفصل" في سلم التحويل 64.4% ؛ لكن لا تتوافق هذه النتائج مع نتائج العامل المماثل لهذا الأخير في سلم SWAP200 أي "متجنب/مزاجي" حيث نجدها ضعيفة 29.28% . كما نجد أيضا عدم توافق النتائج العالية في نوع الترابط "منشغل" مع النتائج الضعيفة للعامل "قلق/منشغل" في سلم التحويل 32.2% ؛ مما يدل على تأرجح ترابط هذه المفحوصة بين النوع "منفصل" و النوع "منشغل" خلال الزمن الأول .

نجد عامل "العداء" بنتائج عالية خلال الزمن الأول في سلم التحويل 68.4% . ذكرت في مقالتي Halouane Z. (2007) عن مفحوصة تحسن حالها بعد إظهار العداء أن المفحوصة: " لا تملك وسيلة أخرى لاستثماري إلا بإظهار العداء حيث يقول Freud S. «يولد الموضوع في العداء» ثم انخفض هذا العداء بعد استثمار الموضوع". كما ارتفعت نتائج عامل "العداء" في سلم التحويل المضاد 57.6% ؛ و أيضا في سلم SWAP200 66.85% . لكن هذا العداء لم يمنع ظهور كثافة الحماية الوالدية في سلم التحويل المضاد 80% في الزمن الأول.

يظهر عامل "النرجسية" منخفض في سلم التحويل 34.4% خلال الزمن الأول ؛ ربما يعود ذلك إلى انخفاض تقدير الذات الذي يظهر جليا في المعطيات العيادية. أما نتائج العامل المماثل لهذا الأخير في سلم SWAP200 أي العامل "نرجسي" فتظهر نتائجه مرتفعة خلال الزمن الأول 51.42% و 49% في الزمن الثاني ؛ مع ارتفاع معتبر للعامل "هذائي" في نفس السلم 75.28% . تبعت هذه النتائج إلى وجود دفاع نرجسي ببدائي . كما تظهر هستيريا بدائية في حصيلة نتائج عاملي (الهستيريا و الجنسية) حيث نجد نتائج العامل "هستيري" مرتفعة في سلم SWAP200 خلال الزمن الأول 55.42% و نتائج العامل "جنسية" ضعيفة في سلم التحويل 20% في نفس الزمن ؛ يقول Vermorel H. (1996) في هذا الصدد : "يحدد المستوى قبل التناسلي زمنا أوليا للهستيريا يشترك فيه الجنسين و هو متعلق بالغياب و قلق الانفصال" (ص : 1674) ؛ و تنطبق هذه المقولة على سميرة التي تتميز بترابط

يتأرجح بين "منشغل" و "منفصل" ، مما يدل على الدفاع الفج الخاص بها خلال الزمن الأول.

لكن انخفاض نتائج العامل "شاذ/مضاد للمجتمع" من 32.85% في الزمن الأول إلى 29.14% في الزمن الثاني ؛ و العامل "منقلب المزاج" 32.85% في الزمن الأول و 32.14% في الثاني ؛ و ارتفاع نتائج العامل "اكتئابي/مزاجي" من 24.57% في الزمن الأول إلى 62,85%؛ تدل كل هذه النتائج على الهدوء الذي اكتسبته المفحوصة ، و تغيير أسلوب دفاعها من الدفاع بالفعل الحركي إلى الدفاع بالفكر . تكونت العلاقة بالعداء، في البداية، ثم انخفض، هذا الأخير، خلال الزمن الثاني، فوجدته في سلم التحويل 28.4% ؛ و في سلم التحويل المضاد 31% ؛ و في سلم SWAP200 36.57% خلال الزمن الثاني؛ كما يظهر ارتفاع نتائج العامل "علاقة علاجية ايجابية" في سلم التحويل من 36.6% إلى 68.2% في الزمن الثاني. يقول Jammet ph. (1998) "تنتج إمكانية تنظيم العنف و تحويله إلى حالة استكانة من نوعية الالتقاء بالموضوع ضمن حركات النزعة الغريزية تجاه الآخر. و هذا حسب نوع تهيئة هذا اللقاء" (ص : 185). ترتبط النتائج المذكورة في الأخير، ارتباطا ايجابيا قويا مع نتائج العامل "ايجابي/راض" في سلم التحويل المضاد 24.4% في الزمن الأول و 35.4% في الزمن الثاني مما يدل على التفاعل الايجابي في العلاقة العلاجية؛ و تنخفض أيضا نتائج العامل "عاجز/غير ملائم" في سلم التحويل المضاد إلى 26.6% في الزمن الثاني. تقول Moussa F. (2004) "نندشش أمام الروابط التي تتكوّن خلال المتابعة العيادية مما يجعلني أفكر في ثعلب St Exupéry ...حيث « يقول الثعلب للأمير الصغير : "التألف هو تكوين الروابط ، إذا استألفنتي سأكون فريدا من نوعي بالنسبة لك و تكون فريدا من نوعك بالنسبة لي" ». هكذا أمثل فردنة هذه العلاقة التي تتكوّن بين المفحوص و الفاحص ، على الأقل لمدة معينة" (ص : 218).

يعود ارتفاع نتائج العامل "اكتئابي/مزاجي" من 24.57% إلى 62.85% خلال الزمن الثاني إلى هدوء المفحوصة و إدراكها للواقع ؛ أما ارتفاع نتائج العامل "مازوشي/ ذو تبعية/مزاجي" من 29.28% في الزمن الأول إلى 38.85% في الزمن الثاني ، فيفسر

بتبعية المفحوصة للعلاج الطبي و وعيها بالآلام الناتجة عن العملية الجراحية ، التي ترغب في إجرائها لإستعادة وظيفة الأكل عن طريق الفم.

يظهر تحسن نوع النرجسية بانخفاض العامل "هذائي" من 75.28% إلى 39.57% في الزمن الثاني ، رغم استقرار نتائج العامل "نرجسي" في سلم SWAP200 في كلا الزمنين. و نفس ارتفاع عامل "النرجسي" في سلم التحويل من 20% في الزمن الأول إلى 85.4% في الثاني ، بارتفاع تقدير الذات عند المفحوصة ؛ يمكن أن نعتبر تحسن نوع النرجسية ارتفاع دفاع المفحوصة من النرجسية الأولى إلى النرجسية الثانوية . مزج Freud S. (1916) عدة معاني متتالية لمفهوم النرجسية مبتدئا باستعمال هذا المصطلح لوصف العلاقة التي يجعل فيها الفرد جسده كموضوع جنسي ؛ ثم بعد إنشاء الموقعية الثانية ناقض حالة النرجسية الأصلية اللاموضوعية و سمي هذه الحالة البدائية بالنرجسية الأولى ؛ و خصصها لمرحلة النمو الأولى ، و التي تدوم طويلا و لا يستطيع الفرد خلالها الفصل بين "أنا" و المواضيع الأخرى و يتمثل طرازها البدائي في الحياة داخل الرحم. و احتفظ بفكرة النرجسية بتقمص المواضيع ، مثلما ذكرها في البداية، و سماها النرجسية الثانوية. و يظهر أيضا نضج دفاع هذه المفحوصة في ارتفاع نتائج العامل "هجاسي" في سلم SWAP200 من 27.14% إلى 62.28% في الزمن الثاني ؛ و عامل "الجنسية" في سلم التحويل من 20% إلى 64% في الزمن الثاني. و تدل هذه النتائج ، بالإضافة إلى نتائج العامل "هستيري" 43.57% في الزمن الثاني إلى ارتفاع دفاع المفحوصة من هستيريا قبل تناسلية إلى هستيريا تناسلية. يقول Quinodoz J. M. (1991) : "لا يتحقق تقمص الموضوع الجيد إلا بارتخاء الدفاع ضد الانفصال و فقدان الموضوع . يعتبر التقمص لموضوع مثالي و ذو قدرة فائقة من أهم هذه الآليات الدفاعية. عندما تتطور حوصلة الحب و الكراهية في التجاذب الوجداني تجاه الموضوع الذي يحس به كاملا، ينشأ موضوع جديد ، شيئا فشيئا ، داخل الأنا ثم يتكون الشعور بالأمن و الطمأنينة الذي يتحول ، فيما بعد، إلى نواة الأنا باكتساب الوحدة و القوة بفضل الثقة المستقرة في أجزاء الذات الجيدة" (ص: 202). و يكتمل انطباق هذا القول على المفحوصة بنتائج نوع الترابط "أمن/مطمئن" المرتفعة في سلم الترابط إلى 80.42% خلال الزمن الثاني

13- الحالة السابعة :

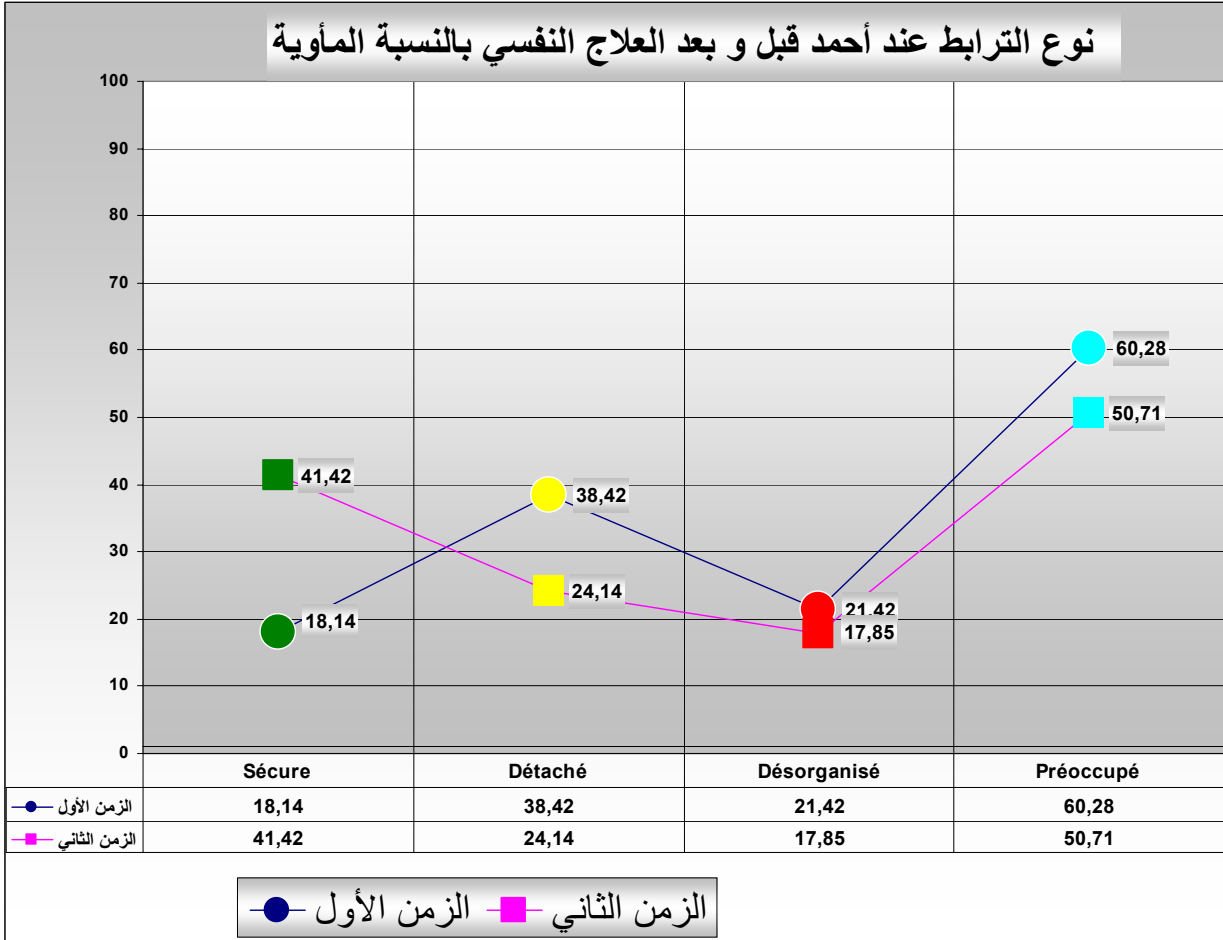
أحمد يبلغ من العمر 22 سنة، أتى من مدينة الأغواط، اسمر البشرة ، يبدو نضيف نوعا ما لكنه لا يعتني بمظهره، ثيابه قاتمة اللون. بشوش و يحب المرح.
يعد الابن الثاني لعائلة متكونة من ستة بنات و أربعة أولاد. أخوه الأكبر ذهاني، لا يمكنه الاستغناء عن المهدئات. أمه مأكثة بالبيت و أبوه بئاء، مستواهم المعيشي منخفض جدا. و يرجع أحمد نحافة جسمه إلى الفقر.
لا يعرف لماذا شرب "روح الملح"، كان الجو حارا، اشتراه و حمله إلى منزله ثم شربه بينما كان معظم أفراد عائلته في قيلولة.
يتميز أحمد بأخلاقه الحسنة، يحب مساعدة كل المرضى و يلبي طلباتهم بكل فرح. حساس جدا، يغضب بسرعة، كلما أساء الآخرون معاملته، لكنه مسامح و يعود إليهم من جديد.
ينتظرني دائما بفارغ الصبر و يلومني على عدم حضوري كلما كان بحاجة إلى التحدث إلي.

نتائج السلالم العيادية:

تظهر هيمنة نتائج النوع "منشغل" في سلم الترابط خلال الزمن الأول 60.28% ؛ و نتائج الأنواع الأخرى تظهر بضعف واضح ، حيث نجد النوع "فوضوي" 21.42% ؛ النوع "منفصل" 38.42% ؛ و النوع "آمن/مطمئن" 18.14% ، و هذا خلال الزمن الأول .

نتائج سلم "الترايط" (AAQ) عند أحمد قبل و بعد العلاج النفسي:

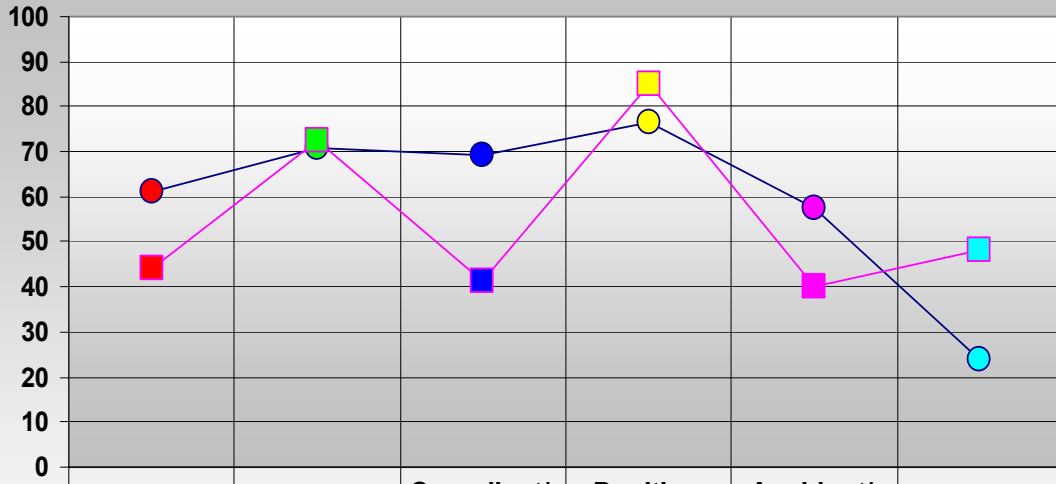
Type d'attachement	بعد العلاج لمدة سنة	قبل العلاج	نوع الترابط
Secure	41,42%	18,14%	آمن/مطمئن
Détaché	24,14%	38,42%	منفصل
Désorganisé	17,85%	21,42%	فوضوي
Préoccupé	50,71%	60,28%	منشغل



نتائج سلم "التحويل" (PRQ) عند أحمد قبل و بعد العلاج النفسي:

Facteurs	بعد العلاج لمدة سنة	قبل العلاج	العوامل
Hostile	44,2%	61,14%	العداء
Narcissistic	72,6%	70,8%	الترجسية
Compliant/anxious preoccupied	41,4%	69,2%	قلق/منشغل
Positive working alliance	85%	76,6%	علاقة علاجية ايجابية
Avoidant/dismissing attachment	40%	57,6%	متجنب/منفصل
Sexualized	48%	24%	الجنسية

نتائج اختبار "التحويل" عند أحمد قبل و بعد العلاج النفسي بالنسبة المئوية

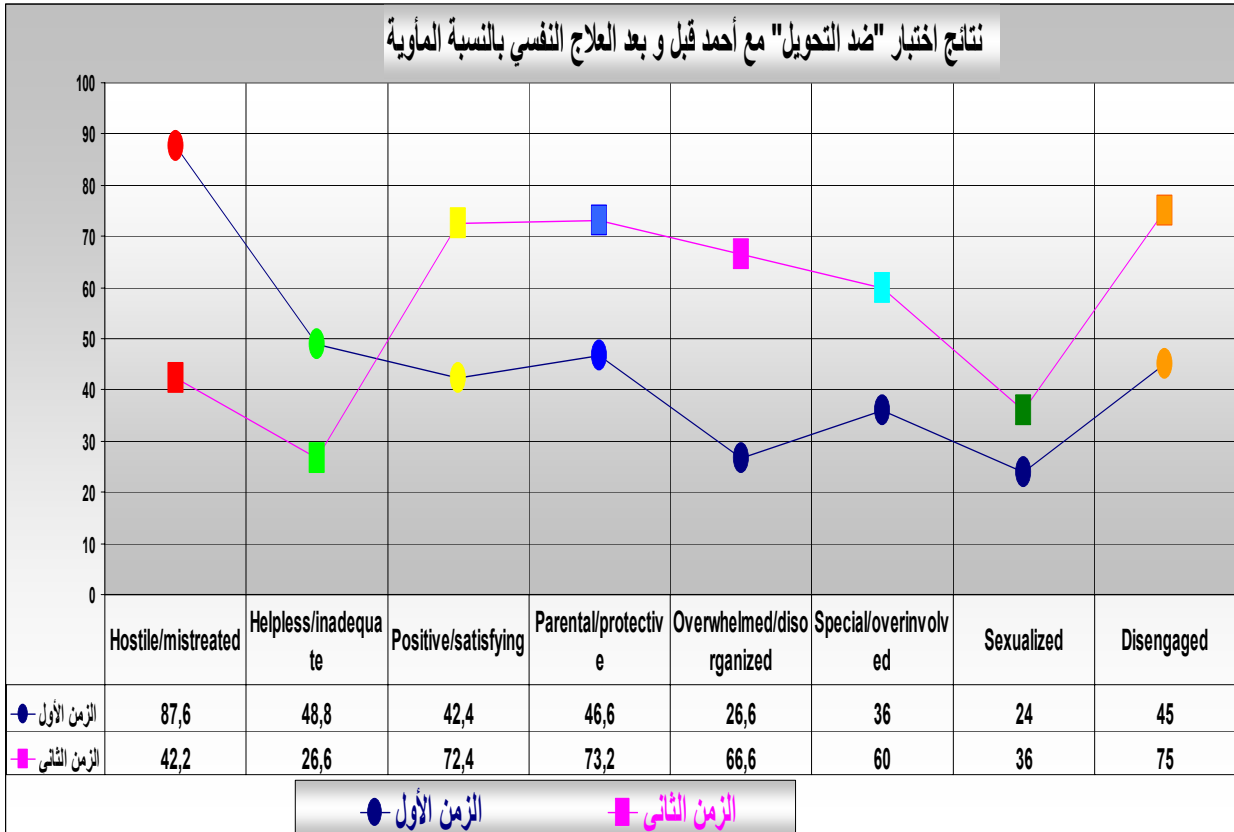


	Hostile	Narcissistic	Compliant/ anxious preoccupe	Positive working alliance	Avoidant/ dismissing attachment	Sexualized
الزمن الأول	61,14	70,8	69,2	76,6	57,6	24
الزمن الثاني	44,2	72,6	41,4	85	40	48

الزمن الأول —●— الزمن الثاني —■—

نتائج سلم " التحويل المضاد " مع أحمد قبل و بعد العلاج النفسي:

العوامل	قبل العلاج	بعد العلاج لمدة سنة	Les facteurs du contre-transfert
العداء / سوء المعاملة	87,6%	42,2%	Hostile/mistreated
عاجز / غير ملائم	48,8%	26,6%	Helpless/inadequate
ايجابي / راض	42,4%	72,4%	Positive/satisfying
الحماية الوالدية	46,6%	73,2%	Parental/protective
مجتاح / فوضوي	26,6%	66,6%	Overwhelmed/disorganized
علاقة مميزة / متورط	36%	60%	Special/overinvolved
الجنسية	24%	36%	Sexualized
مهمل	45%	75%	Disengaged



نتائج سلم (SWAP 200) الخاصة بـ " أحمد " قبل و بعد العلاج النفسي
بالنسبة المأوية :

العوامل	قبل العلاج	بعد العلاج لمدة سنة	Les facteurs de la SWAP 200
منقلب المزاج	57,14%	31,42%	Dysphoric
شاذ/ مضاد للمجتمع	31%	28,57%	Antisocial- psychopathic
فصامي	30,85%	33,28%	Schizoïd
هذائي	38,85%	48,28%	Paranoïd
هجاسي	42,85%	51,28%	Obsessional
نرجسي	45,42%	46,42%	Narcissistic
هستيري	19%	68,14%	Histrionic
متجنب /مزاجي	38%	18,14%	Avoidant-dysphoric
اكتنابي / مزاجي	61,57%	38,85%	High functioning depressive-dysphoric
مشاعر غير منظمة / مزاجي	43,57%	27%	Emotionally dysregulated- dysphoric
مازوشي / ذو تبعية/ مزاجي	33,28%	61,85%	Dependent masochistic- dysphoric
العداء الظاهر / مزاجي	73,14%	27,57%	Hostile externalizing- dysphoric

14- مناقشة الحالة السابعة "أحمد" :

نجد ارتباط ايجابي قوي بين نتائج الزمنين (الأول و الثاني) لنوع الترابط "منشغل" في سلم الترابط 60.28% في الزمن الأول و 50.71% في الثاني ، مع نتائج الزمنين للعامل "قلق/منشغل" في سلم التحويل 69.2% في الزمن الأول و 41.4% في الزمن الثاني . كما نجد أيضا ارتباط ايجابي قوي بين نتائج النوع "منفصل" في سلم الترابط 38.42% في الزمن الأول و 24.14% في الزمن الثاني مع نتائج العامل "متجنب/منفصل" في سلم التحويل 57.6% في الزمن الأول و 40% في الزمن الثاني ؛ و أيضا مع نتائج العامل "متجنب/مزاجي" في سلم SWAP200 38% في الزمن الأول و 18.14% في الزمن الثاني . مما يدل على انسجام معطيات كل السلالم ؛ و تبين هذه المعطيات الجانب العلائقي و الاجتماعي حيث يبعث انخفاض نتائج هذه العوامل المذكورة إلى قدرة المفحوص على تكوين علاقات و يدعم هذا التفسير بالنتائج المرتفعة لعامل "علاقة علاجية ايجابية" في سلم التحويل 76.6% في الزمن الأول و 85% في الزمن الثاني ؛ و كذا بتبعية المفحوص الظاهرة في ارتفاع العامل المماثل لها في سلم SWAP200 من 33.28% إلى 61.85% . لكن، يفترق دفاع هذا المفحوص إلى الليونة و يظهر ذلك في ارتفاع نتائج عامل "النرجسية" في سلم التحويل 70.8% في الزمن الأول و 72.6% في الزمن الثاني ؛ و في سلم SWAP200 45.42% في الزمن الأول و 46.42% في الثاني ؛ و عامل "هذائي" في نفس السلم 38.85% في الزمن الأول و 48.28% في الثاني . مما أدى إلى صعوبة العمل العلاجي بالنسبة للفاحصة و يظهر ذلك في ارتفاع نتائج العامل "مجتاح/فوضوي" في سلم التحويل المضاد من 26.6% في الزمن الأول إلى 66.6% في الزمن الثاني ؛ و أدى ذلك إلى نوع من الإهمال الذي يظهر في ارتفاع نتائج العامل "مهمل" في نفس السلم من 45% في الزمن الأول إلى 75% في الثاني . و يظهر دفاعي ، لموقف التخلي ، في ارتفاع نتائج العامل "الحماية الوالدية" في سلم التحويل المضاد من 46.6% في الزمن الأول إلى 73.2% في الزمن الثاني ؛ و في تكوين علاقة مميزة و التي تظهر في ارتفاع نتائج العامل "علاقة مميزة/ متورط" في نفس السلم من 36% في الزمن الأول إلى 60% في الزمن الثاني ؛ و العامل "ايجابي/راض" من 42.2% في الزمن الأول إلى 72.4% في الثاني.

يظهر ارتفاع نتائج عامل "العداء"، خلال الزمن الأول، في سلم التحويل 61.14% ؛ و في سلم التحويل المضاد 87.6% ؛ و كذا في سلم SWAP200 73.14% . تدل هذه النتائج على التفاعل العلاقة العلاجية و يبعث هذا العداء إلى العلاقة الوالدية التي نتج منها النوع "منشغل" و يوضّح Guillaumin J. (1982) كيف تطبع سيرورة التداعي الحر و مسار العاطفة بالصدى الذي يوجّه المفحوص للتقمص الوالدي ، أولا بواسطة الكراهية تجاه الوجه الترابطي المحرض و الذي يشير إلى حقيقة المشهد البدائي المتمثل في إقصاء الطفل . ثم يعترف بالوظيفة الوالدية الصادة للإثارة.

أدى استثمار العلاج إلى تحسن التوظيف النفسي الظاهر في تغيير أسلوب الدفاع بانخفاض نتائج العوامل التي تبعث إلى دفاع فح (أي غير ناضج) في سلم SWAP200 حيث انخفضت نتائج العامل "منقلب المزاج" من 57.14% إلى 31.42% ؛ و العامل "اكتئابي/مزاجي" من 61.57% إلى 27% ؛ و العامل "متجنب/مزاجي" من 38% إلى 18.14% ؛ و العامل "مشاعر غير منظمة/مزاجي" من 43.57% إلى 27% خلال الزمن الثاني. و قلت في مقالة عن الرجوعية Halouane Z. (2007) : " لا يقتصر التعبير عن الصدمة في إزالة العقد بالفعل التكراري فحسب و إنما يسمح بتحويل الأحداث الصعبة إلى رواية تمثل فيها المفحوصة الدور الرئيسي، مما يجعلها تخرج من وضعية الاستكانة لتعيش بصفة فعّالة تجربتها القاسية. كانت بحاجة إلى فضاء شاغر لتتمكن من تجديد قواها". حيث يظهر تغيير أسلوب الدفاع في ارتفاع نتائج العوامل التي تبعث إلى دفاع ناضج حيث ارتفعت نتائج العامل "هجاسي" من 42.85% إلى 51.28% ؛ و العامل "هستيري" من 19% إلى 68.14% في سلم SWAP200 و عامل "الجنسية" في سلم التحويل من 24% إلى 48% خلال الزمن الثاني. ارتفعت نتائج نوع الترابط "آمن/مطمئن" في سلم الترابط من 18.14% إلى 41.42% ؛ و انخفضت نتائج النوع "منشغل" في نفس السلم من 60.28% إلى 50.71% خلال الزمن الثاني، مما يوضح استمرار هيمنة هذا النوع الأخير، رغم الاتجاه الايجابي لسير العلاج.

15- نتائج الحالة الثامنة :

مراد يبلغ من العمر 25 سنة، شاحب الوجه، نحيف الجسم، ثيابه متسخة، و أصابعه ذات أظفار طويلة و متسخة، و تنبثق منه رائحة كريهة لدرجة رفض المرضى مقاسمة الغرفة معه.

يعتبر الابن الأكبر، و لديه أربعة أخوات من أبيه و أمه مطلقة منذ كان عمره عامين. يقول أنه يكره هذه الأخيرة لكنه يذكرها في كل مرة. و يقول أن أباه لم يتركه يعيش في بيته إلا لكومه الابن الوحيد ليحافظ على اسمه و منزله.

شرب "المكشط" بعد شجار مع أبيه لأنه يسهر كثيرا خارج المنزل دون أن يعرف أباه مكانه و لا يدخل إلا في ساعات متأخرة من الليل. لا يعمل و لم يبحث أبدا عن عمل لأنه يفكر أن أباه مجبرا على النفقة عليه.

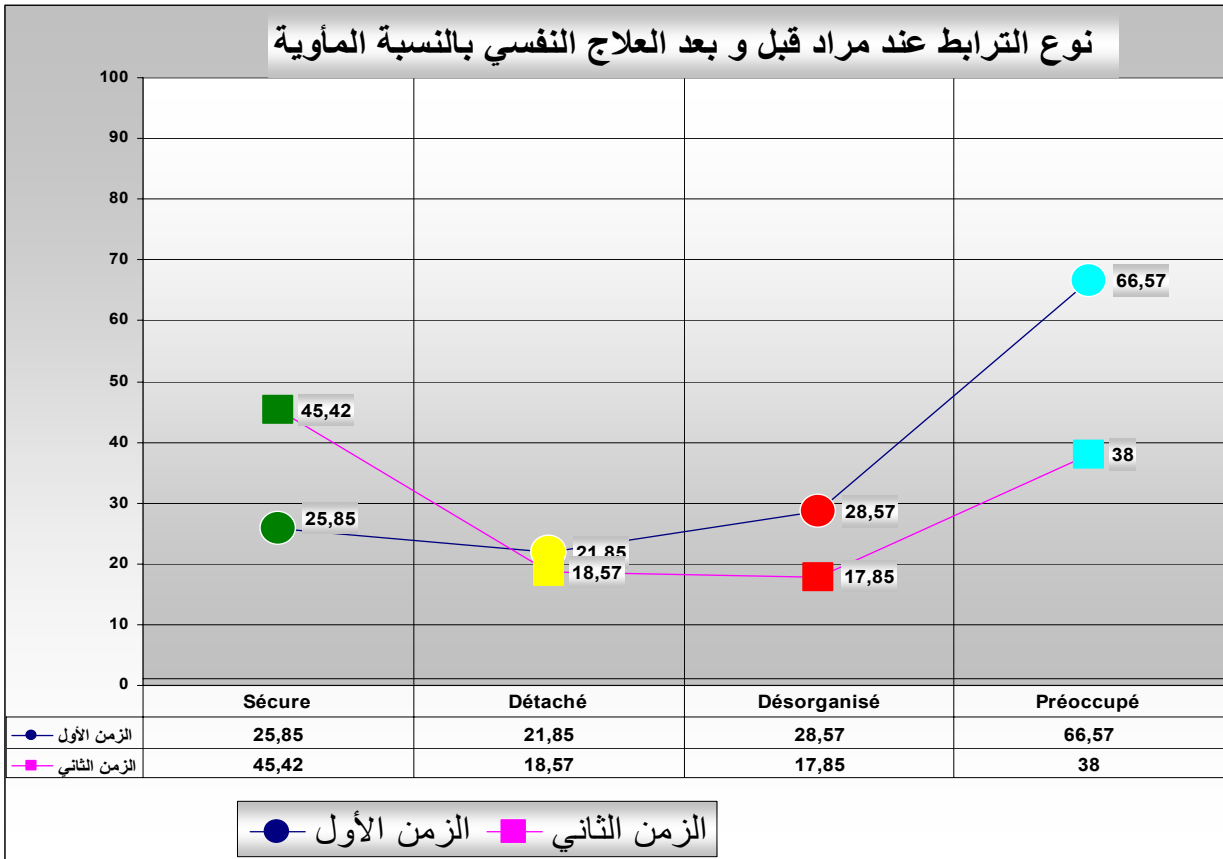
كان يبحث عني باستمرار و يتكلم كثيرا، ينتقد ما أقوم به و يقول أنني لا أنمح له وقتا كافيا ليقول كل ما بحوزته. تحسن مظهره بعد مكوث عدة أشهر في المستشفى، أصبح نظيفا و يرتدي ثيابا تلاءم سنه. و كان متحمسا جدا للعملية الجراحية و استعادة إمكانية الأكل عن طريق الفم.

نتائج السلم العيادية:

تظهر هيمنة النوع "منشغل" في نتائج سلم الترابط خلال الزمن الأول 66.57%، مقارنة بالأنواع الأخرى في نفس السلم، حيث نجد النوع "فوضوي" 28.57% ؛ و النوع "منفصل" 21.85% ؛ و النوع "آمن/مطمئن" 25.85% .

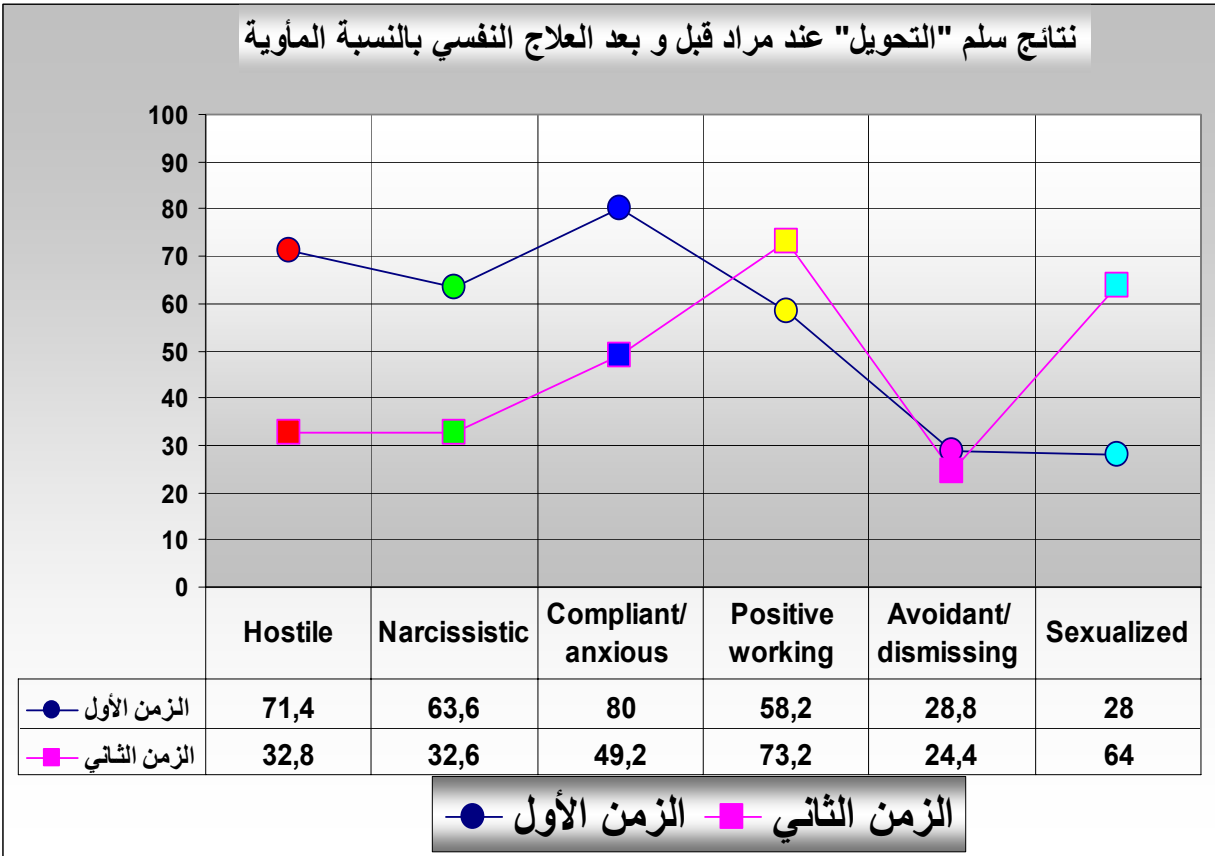
نتائج سلم "الترابط" (AAQ) عند مراد قبل و بعد العلاج النفسي:

Type d'attachement	بعد العلاج لمدة سنة	قبل العلاج	نوع الترابط
Secure	45,42%	25,85%	آمن/مطمئن
Détaché	18,57%	21,85%	منفصل
Désorganisé	17,85%	28,57%	فوضوي
Préoccupé	38%	66,57%	منشغل



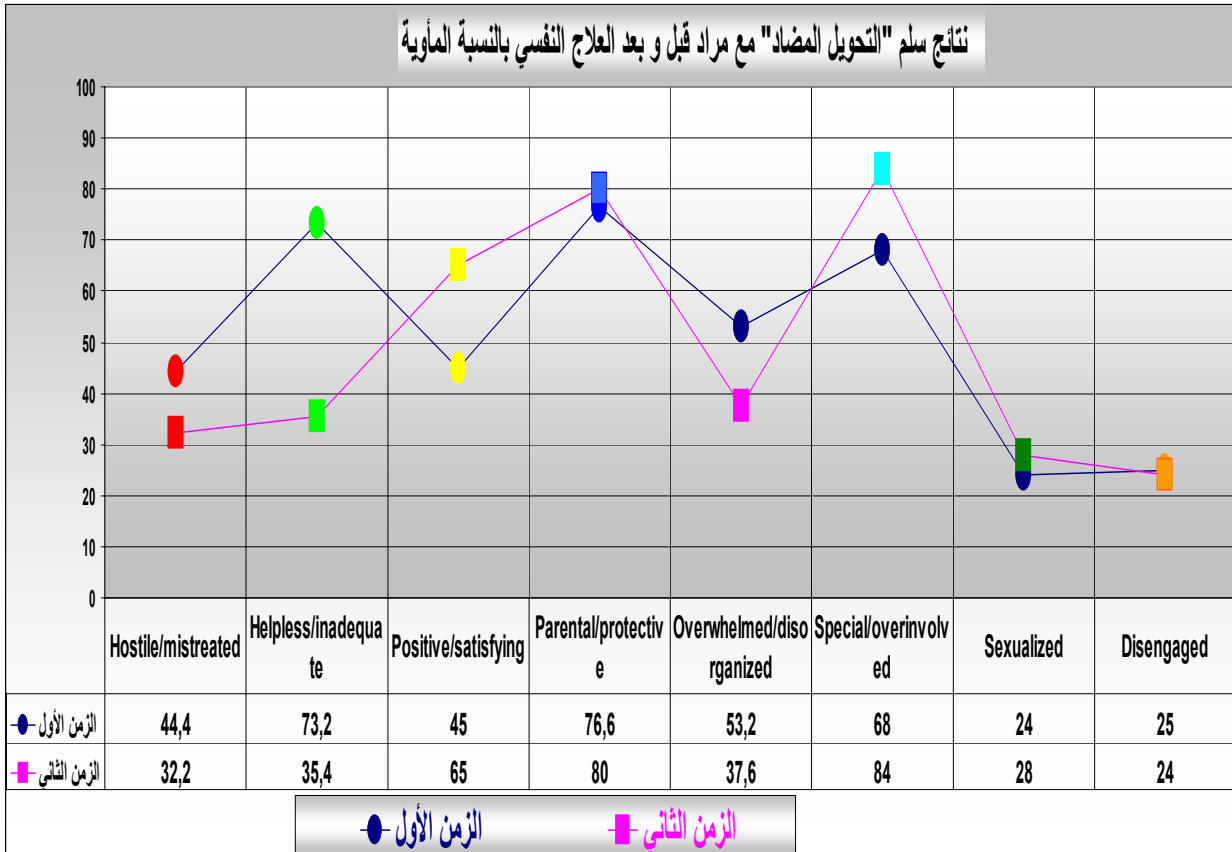
نتائج سلم "التحويل" (PRQ) عند مراد قبل و بعد العلاج النفسي:

Facteurs	بعد العلاج لمدة سنة	قبل العلاج	العوامل
Hostile	32,8%	71,4%	العداء
Narcissistic	32,6%	63,6%	النرجسية
Compliant/anxious preoccupied	49,2%	80%	قلق/منشغل
Positive working alliance	73,2%	58,2%	علاقة علاجية ايجابية
Avoidant/dismissing attachment	24,4%	28,8%	متجنب/منفصل
Sexualized	64%	28%	الجنسية



نتائج سلم " التحويل المضاد " مع مراد قبل و بعد العلاج النفسي:

العوامل	قبل العلاج	بعد العلاج لمدة سنة	Les facteurs du contre-transfert
العداء / سوء المعاملة	44,4%	32,2%	Hostile/mistreated
عاجز / غير ملائم	73,2%	35,4%	Helpless/inadequate
ايجابي / راض	45%	65%	Positive/satisfying
الحماية الوالدية	76,6%	80%	Parental/protective
مجتاح / فوضوي	53,2%	37,6%	Overwhelmed/disorganized
علاقة مميزة / متورط	68%	84%	Special/overinvolved
الجنسية	24%	28%	Sexualized
مهمل	25%	24%	Disengaged



نتائج سلم (SWAP 200) الخاصة بـ " مراد " قبل و بعد العلاج النفسي
بالنسبة المأوية :

العوامل	قبل العلاج	بعد العلاج لمدة سنة	Les facteurs de la SWAP 200
منقلب المزاج	50,71%	30%	Dysphoric
شاذ/ مضاد للمجتمع	37,14%	28,57%	Antisocial- psychopathic
فصامي	29,71%	25%	Schizoïd
هذائي	33,28%	23%	Paranoïd
هجاسي	37,57%	48,57%	Obsessional
نرجسي	63,28%	36,57%	Narcissistic
هستيري	34%	57,14%	Histrionic
متجنب /مزاجي	41,14%	23%	Avoidant-dysphoric
اكتنابي / مزاجي	38,28%	22,71%	High functioning depressive-dysphoric
مشاعر غير منظمة / مزاجي	46,57%	30,71%	Emotionally dysregulated- dysphoric
مازوشي / ذو تبعية/ مزاجي	72,14%	55,42%	Dependent masochistic- dysphoric
العداء الظاهر / مزاجي	74%	41%	Hostile externalizing- dysphoric

16- مناقشة الحالة الثامنة "مراد":

تتوافق نتائج الزمن الأول للنوع "منشغل" في سلم الترابط مع نتائج العامل المماثل له في سلم التحويل أي نجد نتائج العامل "قلق/منشغل" مرتفعة أيضا 80% خلال الزمن الأول. تتوافق نتائج النوع "منفصل" في سلم الترابط مع نتائج العامل المماثل له في سلم التحويل "متجنب/منفصل" 28.8% لكونهما منخفضتان. لكن لا تتوافق مع نتائج العامل "متجنب/مزاجي" في سلم SWAP200 حيث نجدها مرتفعة نوعا ما 41.14% ثم تنخفض في الزمن الثاني إلى 23% و تظهر أيضا نتائج العامل "شاذ/مضاد للمجتمع" في نفس السلم قريبة من المتوسط 37.14% خلال الزمن الأول لكن تنخفض إلى 28.57% في الثاني. مما يدل على استمرار نوع الترابط "منشغل" لدى هذا المفحوص.

ترتفع نتائج عامل "العداء" خلال الزمن الأول في كل من سلم SWAP200 74% ؛ و في سلم التحويل 71.4% ؛ و في سلم التحويل المضاد 44.4% . لكن أظهر هذا العداء مفعولا إيجابيا حيث انخفضت نتائج العامل "منقلب المزاج" من 50.71% إلى 30% في الزمن الثاني ؛ و نتائج العامل "مازوشي/ذو تبعية/مزاجي" من 72.14% إلى 55.42% خلال الزمن الثاني ؛ و نتائج عامل "المشاعر الغير منظمة/مزاجي" من 46.57% إلى 30.71%؛ و العامل "اكتئابي/مزاجي" من 38.28% إلى 22.71% ؛ نتائج العامل "فصامي" من 29.71% إلى 25% ؛ و نتائج العامل "هذائي" من 33.28% إلى 23% . و يقول

Winnicott W. D. (1958) في هذا الصدد : "ترمز العدوانية التي يحس بها الفاحص في التحويل المضاد إلى فشل دور الأم كموضوع حاوي و يؤكد على موقف المعالج في العلاقة العلاجية التي يجب أن تكون مستوحاة من قدرة الأم العادية على الكره بدون تحطيم حيث يقول : " الجدير بالملاحظة، عند الأم هو قدرتها على تحمل سوء المعاملة دون أن تعاقب الطفل و دون انتظار المكافئة التي يمكن أن تأتي أو لا تأتي فيما بعد (ص : 65). ثم انخفضت نتائج عامل "العداء"(بعد أن أدى دوره) في سلم SWAP200 إلى 41% ؛ و في سلم التحويل إلى 32.8% ؛ و في سلم التحويل المضاد إلى 32.2% . تظهر الإيجابية أيضا في ارتفاع نتائج العامل "علاقة علاجية إيجابية" في سلم التحويل من 58.2% إلى 73.2% . يوضح Brusset B. (1999) أن الموضوع قابل للتعويض و يمكن أن يؤدي دوره

كموضوع خارجي. تتحدد تصوراتها بواسطة التثبيتات التي تنتج إلتحام النشاط الهوامي اللاشعوري بالخبرات الذاتية في تبادل مع الموضوع أو بالأحرى مع المواضيع ضمن أساليب مختلفة. و تخص، هذه العملية، المواضيع ذات الدور الأساسي في حياة الفرد و ذات مفعول جازم، نوعا ما. أضن أن كل هذا التغيير يدل على عملية نضج دفاع المفحوص و يدعم هذا التفسير بارتفاع نتائج العامل "هجاسي" في سلم SWAP200 من 37.57% إلى 48.57% ؛ و نتائج العامل "هستيري" في نفس السلم من 34% إلى 57% ؛ و نتائج عامل "الجنسية" في سلم التحويل من 28% إلى 64% خلال الزمن الثاني . كما نلاحظ انخفاض نتائج نوع الترابط "منشغل" في سلم الترابط إلى 38% ، رغم هيمنته في البداية ؛ و ارتفاع نتائج نوع الترابط "آمن/مطمئن" إلى 45.42% في الزمن الثاني . سمحت العلاقة العلاجية بنضج جهاز تفكير الفكرة مثلما وصفه Bion W. R. (1979).

ربما يعود هذا التغيير إلى توفير الحماية الوالدية حيث تظهر بنتائج مرتفعة في سلم التحويل المضاد 76.6% في الزمن الأول و 80% في الزمن الثاني ؛ لكن مع ظهور اهتمام مميز بالمفحوص بنتائج العامل " علاقة مميزة/متورط" في نفس السلم 68% في الزمن الأول و 84% في الزمن الثاني . إنما ، مكوث عامل "الجنسية" في التحويل المضاد بنتائج منخفضة 25% في الزمن الأول و 28% في الزمن الثاني ، يدل على نوعية العلاقة المماثلة لعلاقة الأم بولدها. يؤكد Racamier P.C. (1992) على الجانب المضاد للشبق في الإغواء النرجسي عند الأم بسبب خوفها من الرغبة الشبقية التي تظهر عند الطفل ، منها التي يستوحياها و منها التي يتصورها.

17- الحالة التاسعة:

عماد يبلغ من العمر 24 سنة، أتى من مدينة عنابة، الابن الأكبر لعائلة مكونة من خمسة بنات و ستة أولاد. كان شاحب الوجه، طويل القامة و نحيفا جدا. يحب أن يسخر من كل الناس، يجد نفسه أرقى من كل الآخرين لذا لا يصاحب أحد و يقول: "أنا نحبط من قيمتي و نخالط هذو؟". يشتكون المرضى منه باستمرار فلجأ المسئولين إلى عدم مقاسمة غرفته مع مرضى آخرين. لا يفكر في عواقب عدوانيته حتى مع الممرضين و عمال المستشفى. كان يظهر أن عدوانيته تزداد سوءا في كل مرة.

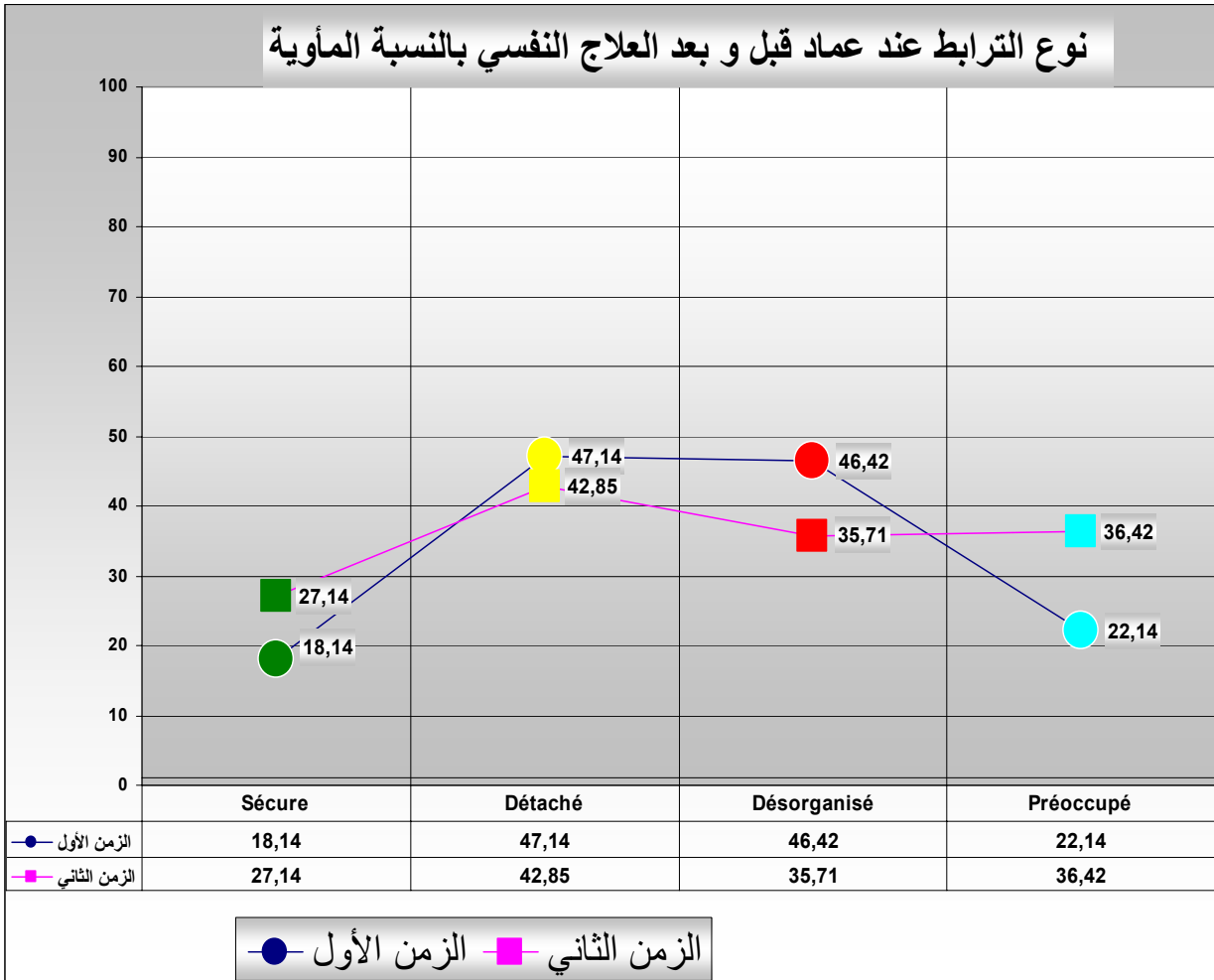
لم يتكلم عن كيفية قيامه بمحاولة الانتحار إلا بعد عدة أشهر من الكفالة النفسية. كان يتكلم معي بسخرية في البداية، و يقول أنه يكره الأطباء و المختصين النفسانيين "ما نحملهمش". شرب "المكشط" بعد مشاهدة فيلم عنف، و هي الأفلام المفضلة لديه. أحس بالعطش، ذهب إلى المطبخ، لم يجد ماء فأخذ زجاجة "المكشط" و كان يعرف ما نوع السائل الذي تحويه. شرب كمية كبيرة قبل أن يتغلب عليه الألم، و يصرح أنه لولا الألم لما توقف عن الشرب. فقد، من جراء ذلك، بلعومه و معدته، و لا يظهر عليه الندم على ما قام به، و لم يظهر عليه أي تغيير طول مدة العلاج.

نتائج السلالم العيادية:

يظهر ضعف النوع "آمن/مطمئن" في نتائج سلم الترابط خلال الزمن الأول 18.14% و هيمنة النوع "فوضوي" بنتيجة 46.42% خلال الزمن الأول و النوع "منفصل" بنتيجة 47.14% خلال الزمن الأول و 42.85% خلال الثاني.

نتائج سلم "الترابط" (AAQ) عند عماد قبل و بعد العلاج النفسي:

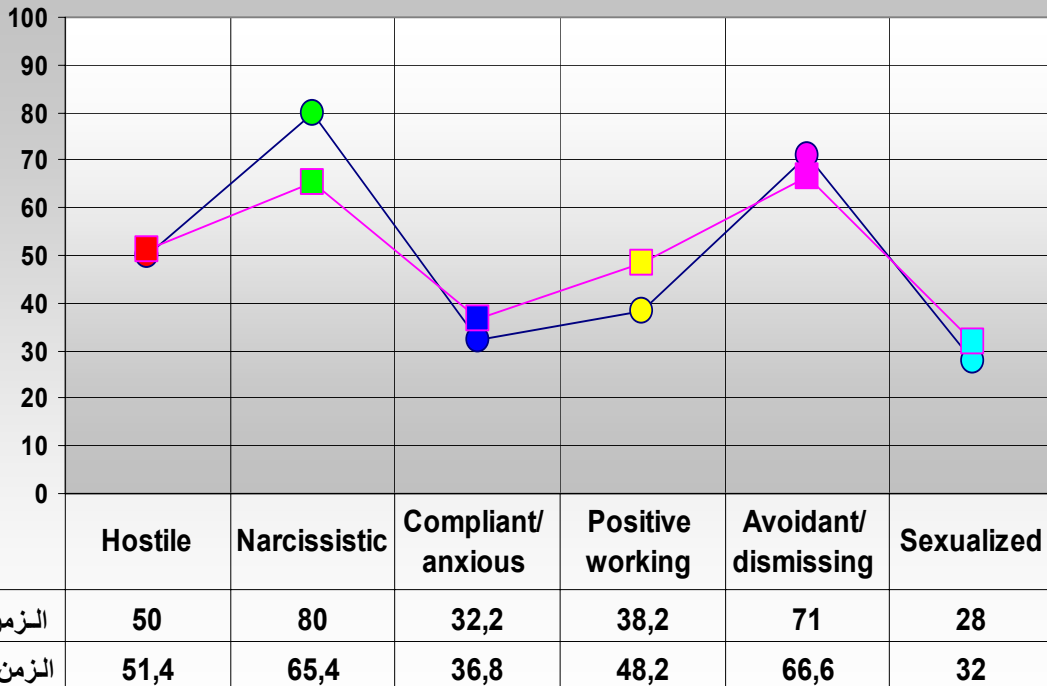
Type d'attachement	بعد العلاج لمدة سنة	قبل العلاج	نوع الترابط
Secure	27,14%	18,14%	آمن/مطمئن
Détaché	42,85%	47,14%	منفصل
Désorganisé	35,71%	46,42%	فوضوي
Préoccupé	36,42%	22,14%	منشغل



نتائج سلم "التحويل" (PRQ) عند عماد قبل و بعد العلاج النفسي:

Facteurs	بعد العلاج لمدة سنة	قبل العلاج	العوامل
Hostile	51,4%	50%	العداء
Narcissistic	65,4%	80%	النرجسية
Compliant/anxious preoccupied	36,8%	32,2%	قلق/منشغل
Positive working alliance	48,2%	38,2%	علاقة علاجية ايجابية
Avoidant/dismissing attachment	66,6%	71%	متجنب/منفصل
Sexualized	32%	28%	الجنسية

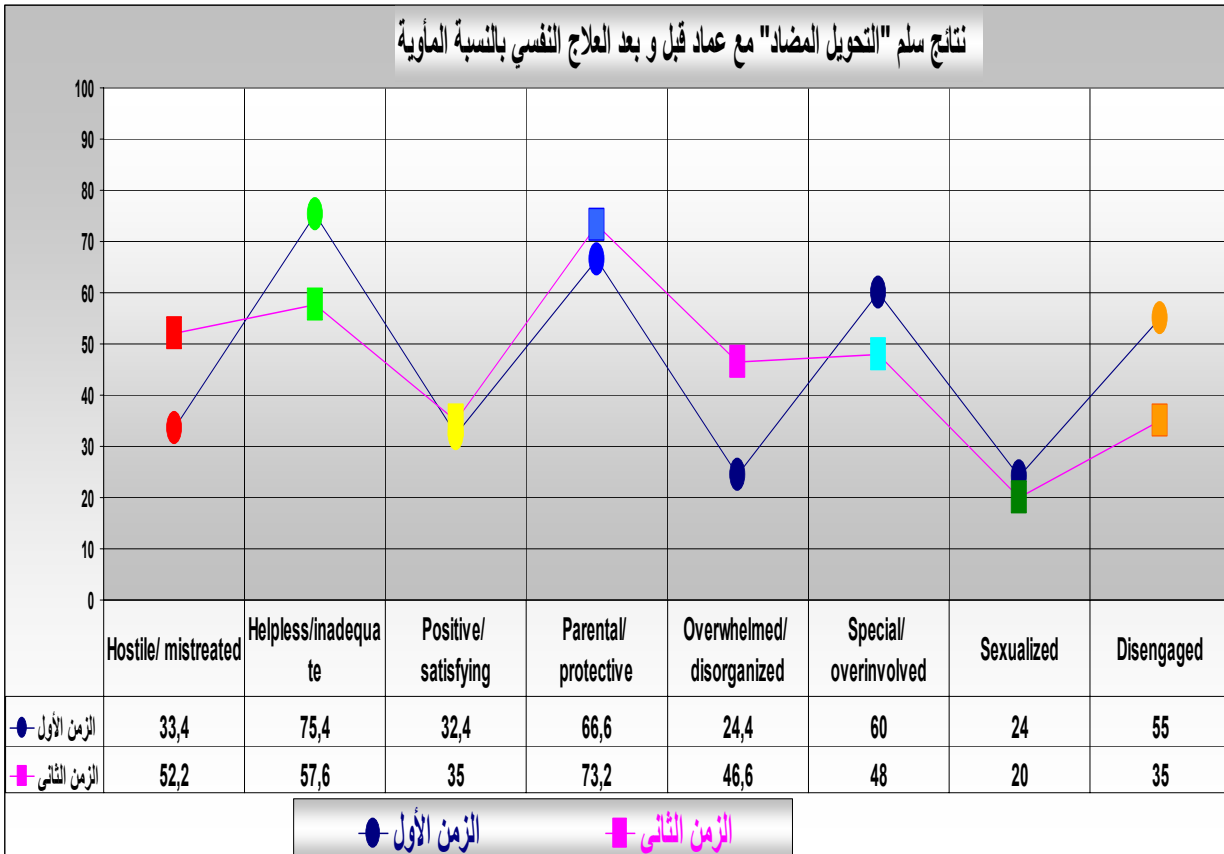
نتائج سلم "التحويل" عند عماد قبل و بعد العلاج النفسي بالنسبة المئوية



الزمن الثاني - الزمن الأول

نتائج سلم " التحويل المضاد " مع عماد قبل و بعد العلاج النفسي:

العوامل	قبل العلاج	بعد العلاج لمدة سنة	Les facteurs du contre-transfert
العداء / سوء المعاملة	33,4%	52,2%	Hostile/mistreated
عاجز / غير ملائم	75,4%	57,6%	Helpless/inadequate
ايجابي / راض	32,4%	35%	Positive/satisfying
الحماية الوالدية	66,6%	73,2%	Parental/protective
مجتاح / فوضوي	24,4%	46,6%	Overwhelmed/disorganized
علاقة مميزة / متورط	60%	48%	Special/overinvolved
الجنسية	24%	20%	Sexualized
مهمل	55%	35%	Disengaged



نتائج سلم (SWAP 200) الخاصة بـ " عماد " قبل و بعد العلاج النفسي
بالنسبة المأوية:

العوامل	قبل العلاج	بعد العلاج لمدة سنة	Les facteurs de la SWAP 200
منقلب المزاج	56,42%	49,28%	Dysphoric
شاذ/ مضاد للمجتمع	63,85%	50,85%	Antisocial- psychopathic
فصامي	39,42%	30,28%	Schizoid
هذاني	57,14%	44,42%	Paranoïd
هجاسي	25,28%	34,28%	Obsessional
نرجسي	90%	60,71%	Narcissistic
هستيري	25,28%	38,82%	Histrionic
متجنب / مزاجي	69,71%	53,14%	Avoidant-dysphoric
اكتئابي / مزاجي	59%	38,28%	High functioning depressive-dysphoric
مشاعر غير منظمة / مزاجي	42%	33%	Emotionally dysregulated- dysphoric
مازوشي / ذو تبعية/ مزاجي	22,14%	49,14%	Dependent masochistic- dysphoric
العداء الظاهر / مزاجي	27,57%	40,14%	Hostile externalizing- dysphoric

18- مناقشة الحالة التاسعة " عماد " :

تبدى نتائج النوع "منفصل" في سلم الترابط ارتباطا ايجابيا قويا مع نتائج العامل "متجنب/ منفصل" في سلم التحويل 71% خلال الزمن الأول و 66.6% خلال الثاني و مع العامل "متجنب/مزاجي" في سلم SWAP200 بـ 69.71% خلال الزمن الأول و 53.14% خلال الزمن الثاني و أيضا مع العامل "شاذ/مضاد للمجتمع" في نفس السلم بـ 63.85% خلال الزمن الأول و 50.85% خلال الزمن الثاني .

ترتفع نتائج النرجسية في عامل سلم التحويل 80% خلال الزمن الأول و 65.4% خلال الثاني و كذا في سلم SWAP200 بـ 90% خلال الزمن الأول و 60.71% خلال الثاني ؛ إضافة إلى عامل "هذائي" 57.14% خلال الزمن الأول و 44.42% خلال الثاني ؛ و كذلك العامل "اكتئابي/مزاجي" 59% خلال الزمن الأول و 38.28% خلال الثاني مما يبين صعوبة العمل مع هذا المفحوص المنغلق على نفسه . يوضح Freud S. (1918) كيف يحصر الفرد تنظيمه بالكبت ، عندما لا يستطيع تحقيق هوماته ، لمواجهة الاستثمار المضاد . يغلق الأنا على نفسه ليحتفظ على سلامته؛ و يؤدي قمع الغرابة الداخلية أو إخراجها بإسقاط شديد إلى فقر الحياة الداخلية المكتنبة مما يعيق التواصل العلائقي بالمواضيع الخارجية. لقد أدخل Rosenfeld H. (1987) «العلاقة بالموضوع النرجسية» و أضاف «العلاقة بالموضوع النرجسية ذات القدرة المطلقة». و يصف النرجسية المدمرة بجرح و كره كل من أحبه و فهمه ليبقى قوي ساديا كونه يعتبر كل حب فشل لا يحتمل وتختلف هذه الحالة عن الغيظ النرجسي *la rage narcissique* .

يتطلب، هذا التوظيف الحذر الشديد و يظهر ذلك في العامل "علاقة مميزة/متورط" بـ 60% خلال الزمن الأول و 48% خلال الثاني و أيضا في النتائج المرتفعة لعامل "الحماية الوالدية" بـ 66.6% خلال الزمن الأول و 73.2% خلال الثاني. إن عدم انفتاح المفحوص للعلاج النفسي و استحالة تكوين علاقة علاجية أدى إلى إحساسي بعدم الكفاءة المتجلي في ارتفاع نتائج العامل "عاجز/غير ملائم" 75.4% خلال الزمن الأول و في انخفاض نتائج العامل "إيجابي/راض" 32.4% خلال الزمن الأول في سلم التحويل المضاد. و نتج عن ذلك نوع من الإهمال الواضح في العامل "مهمل" في سلم التحويل المضاد بـ 55% خلال الزمن

الأول ثم انخفض قليلا خلال الزمن الثاني إلى 35% ؛ لكن ارتفع عامل "العداء" في سلم التحويل المضاد من 33.4% خلال الزمن الأول إلى 52.2% خلال الثاني . أضن أن هذا العداء من طرفي يعود إلى إحساسي بالاجتياح الذي يلاحظ في ارتفاع نتائج العامل "مجتاح/فوضوي" من 24.4% إلى 46.6% خلال الزمن الثاني. أو ربما كرد فعل لعداء المفحوص، حيث نجد نتائج مماثلة لنتائج سلم التحويل المضاد في سلم التحويل : 50% خلال الزمن الأول و 51.4% في الزمن الثاني. يقول Green A. (1971) : "تهاجم الكراهية الداخلية ، في بداية الأمر، بحثا عن التخلص منها (...). لكن تخضع لعملية ثانية متمثلة في الإستدخال، حيث تعود على الفرد نفسه. و تتم عملية عودة المواضيع عن طريق التوهم (...). صوب اضطهاد معاكس. لكن هذه الطموحات الفاشلة لا تعرقل حركات انحلال العلاقات الداخلية للفرد التي تقضي على نشاط نزوات التدمير" (ص : 196).

انخفضت نتائج العامل "هذائي" في سلم SWAP200 ؛ و نتائج العامل "نرجسي" في سلم التحويل و ارتفعت نتائج العامل "مازوشي/ذو تبعية/مزاجي" في سلم SWAP200 من 22.14% إلى 49.14% في الزمن الثاني ؛ و كذا نتائج العامل "علاقة علاجية ايجابية" في سلم التحويل من 38.2% إلى 48.2% ؛ أضن أن كل هذه النتائج تدل على استثمار طفيف للعلاقة العلاجية من طرف المفحوص، لكن يبقى الدفاع بدائي حيث يظهر ضعف علامات العامل "هجاسي" في SWAP200 25.28% خلال الزمن الأول و 34.28% خلال الزمن الثاني ؛ و علامات العامل "هستييري" في نفس السلم 25.28% خلال الزمن الأول و 38.82% في الزمن الثاني ؛ و أيضا علامات عامل "الجنسية" في سلم التحويل 28% خلال الزمن الأول و 32% خلال الثاني . و بقي نوع ترابط المفحوص «غير آمن» و المتمثل في النوع "منفصل" بالنتائج 42.85% و هذا رغم الارتفاع الطفيف للنوع "آمن/مطمئن" من 18.4% إلى 27.14% في الزمن الثاني . تقول Diwo R. (1999) أنه "كلما كانت الحوادث باكرة في حياة الفرد كلما ظهرت شدة العذاب و شدة العوز (في الحاضر أو في الماضي) الناتجين من عدم استجابة الولدين لعذاب الطفل. و نجد "عدم الاستجابة" ذاته في الترابط الغير آمن" (in Benony H. ص: 52).

II- الاستنتاج العام :

تتمثل عملية استقصاء التوظيف النفسي ، من خلال بحثنا هذا ، في الكشف عن نوع الترابط الوالدي الخاص بكل فرد من مجموعة البحث و عن نوع الدفاع و نوع العلاقة بالموضوع ضمن العلاقة العلاجية .

يتميز أفراد مجموعة بحثنا بالترابط الغير آمن و الذي يظهر على أشكاله الثلاثة المختلفة: "منشغل"، أو "منفصل"، أو "فوضوي"؛ و لم نجد، عند أي فرد من بين التسعة، نوع الترابط "آمن/مطمئن" خلال الزمن الأول. منهم من تعيّر نوع ترابطه بعد سنة من العلاج النفسي، منهم من أظهر تغير طفيف جدا و منهم من احتفظ بنوع ترابطه الأصلي. حسب رأي Quinodoz J.M. (1991) يشير وجود اضطرابات على مستوى النمو الانفعالي البدائي (مثل قلق الفراق المفرط) إلى إخفاق العلاقة البدائية أم- طفل خلال الستة أشهر الأولى من حياة الطفل. و تحدد هذه المرحلة ما تبقى من حياة الفرد. يضيف Benony H. (2004) أن عدم الأمن القاعدي يؤدي إلى فجوات في النرجسية و في السيرورة الرمزية البدائية (تنظيم أوديبى غير كامل؛ علاقة بيشخصية فقيرة و عديمة الحيوية؛ حياة داخلية منكشطة؛ و أفكار فوضوية) لأن الإخفاق في الدور الأمومي يولد اختلال في نمو "أنا" الطفل.

نلاحظ هيمنة النرجسية من خلال نتائج السلالم عند كل الحالات بدون استثناء ، في بداية العلاج النفسي؛ و يصاحبها، عند البعض منهم ارتفاع عامل "الهذاء" أي الإحساس بالعظمة؛ مما يبعث إلى هشاشة الإستدخال و النزعة السلبية في استثمار المواضيع، بحيث ينزع الاستثمار من الموضوع و يقوم الفرد بالاستناد إلى تضخم يغنيه عن الحاجة إلى الآخر. يبعث هذا التوظيف إلى مرحلة العلاقة اللامضوعية و التي تعود، حسب وجهة النظر التطورية، إلى المرحلة الفمية.

حسب Abraham K. (1924) "تسمى، المرحلة الفمية الأولى، مرحلة المص، لا يفرق الطفل فيها بين نفسه و العالم الخارجي لذا فالمص و الإدماج لا يستهدف تدمير الموضوع ". يشير، نفس المؤلف في نفس المرجع ، إلى المرحلة الفمية الثانية أنها "مرحلة الاعتداء على العالم الخارجي بصفة فعالة" (1966).

ألا يمكن تفسير محاولة الانتحار بواسطة ابتلاع مواد محرقة إلى تثبيتات تعود إلى المرحلة
الفمية الأولى؟

يقول الدباغ ف. (1986) " ...تأييدا لما أكد عليه فرويد من أهمية الفم « و لذة الفم» في
نفسية الإنسان لأن الفم أول جزء من الجسم يدخل اللذة إلى قلب الإنسان و ذلك عن طريق
الرضاعة و الامتصاص . و في هذه القصة يتجلى دور الفم في الانتحار أيضا : الطعام و
الأكل ، ثم رفض الطعام له و لذته ...، ثم الغضب المعاكس و العداة ...، ثم الموت عن
طريق الفم... " (ص : 44).

يشير O. Kernberg (2002) إلى أن "الاضطراب النرجسي ينتج عن تمييز سيء
للأركان النفسية (الأنا- الهو- الأنا الأعلى) بفعل تراكم النزوات العدوانية البدائية" (ص :
45). استنادا إلى هذا القول الذي يرجع أصل علاقة النرجسية إلى تراكم نزوات العدوانية
البدائية ، نشير إلى ارتفاع نتائج عامل العداة عند كل الحالات خلال الزمن الأول؛ و إلى
ضعف الأنا الأعلى المتمثل في عدم التحكم في الاندفاع؛ الذي يظهر في سلم SWAP200
بارتفاع نتائج عوامل متعددة و هي (منقلب المزاج ، العداة الظاهر، و مشاعر غير منظمة)؛
كما يظهر في نوع الترابط "فوضوي"؛ و في سلم التحويل المضاد في العامل
"مجتاح/فوضوي". إذا كان الفرد لا يستطيع التحكم في نفسه فهذا يعود إلى خلل على مستوى
الأنا الأعلى و يتضح ذلك في قول Green A. (1971) : "يتمثل تكوين الأنا الأعلى في
المدة الزمنية الأولى التي يحرر فيها الفرد من الروابط الوالدية بتقليد وظائف الحماية و
وظائف التحريم المنفصلة عن الصور الوالدية" (ص : 142).

يظهر العداة مرتفعا في سلم التحويل المضاد و يبعث الشعور بالكراهية الظاهر عند الفاحصة
إلى الميول التدميري الأولى عند المفحوص و إلى المرحلة السابقة للكراهية التي يشير إليها
Winnicott D. W. (1969) بـ «الحب الشرس» عند الطفل. حسب نفس المرجع : "ترمز
العدوانية التي يحس بها الفاحص في التحويل المضاد إلى فشل دور الأم كموضوع حاوي" و
يؤكد على موقف المعالج في العلاقة العلاجية التي "يجب أن تكون مستوحاة من قدرة الأم
العادية على الكره بدون تحطيم" (ص: 179). أضن أن ارتفاع الحماية الوالدية في سلم
التحويل المضاد لدليل واضح على محاولة توفير ظروف عائلية لترميم النقص الظاهر في

العلاقة بالموضوع. يقول Si Moussi A. (2004) يتمثل ما نقوم به في عملنا العيادي بالرعاية الأمومية (maternage) لإصلاح الدرب الخافق مع الوالدين" (ص : 124).

تظهر صعوبة تكوين علاقة ايجابية في نتائج عوامل متعددة عند أفراد مجموعة البحث، إضافة إلى ما سبق ذكره، يشير سلم الترابط إليها بالعامل "منفصل" الذي ترتفع نتائجه عند كل الحالات ما عدا حالتين (الثالثة و الثامنة)؛ يشير هذا النوع إلى تجنب الغير؛ كما نجد نتائج مماثلة في سلم التحويل. في سلم SWAP200 نجد ارتفاع نتائج العامل "مضاد للمجمع" عند كل الحالات ما عدا الحالتين (السادسة و السابعة)؛ و يظهر في سلم التحويل المضاد بارتفاع نتائج العامل "مجتاح/ فوضوي" الذي يبعث إلى صدّ المفحوص للفاحص و في انخفاض نتائج العامل "إيجابي/راض" في نفس السلم. مما يدفع الفاحصة إلى تكوين علاقات مميزة و التي تظهر في ارتفاع نتائج العامل الذي يمثلها في التحويل المضاد. و يقول Kernberg O. (2002) في هذا الصدد : "يجدر بنا ، قبل كل شيء ، مساعدة المفحوص على ترميم العمليات الخيالية و الهوائية الناتجة عن قصور خطير في التقمص الجنسي الثانوي و في المقابل تقوية التصورات التقمصية البدائية المتمثلة في النرجسية الأولية بمعنى الكلمة ؛ إذا كنا بصدد تصورات متميزة بالعنف. يجب في هذه الحالة، أن يسمح المعالج للمواقف الخاصة بـ"أنا" المفحوص أن تحقق أفضل استنتاج يربط، بصفة بنائية، عناصر خيالية مكيفة جدا بالمعطيات الرمزية العميقة المتحولة، أخيراً، إلى معطيات فعلية" (ص : 177).

و يشير، الارتباط الايجابي القوي بين نتائج عامل العداة في سلم التحويل و نتائج نفس العامل في سلم التحويل المضاد، إلى تفاعل العلاقة العلاجية؛ و يبين انخفاض نتائج نفس العامل، خلال الزمن الثاني، مدى ايجابية العمل العلاجي في انخفاض العدوانية ؛ تُذكر Klein M. (1968) أنه "لا يجب أن ننسى أن الكراهية تمثل قوة التدمير و التفكيك الذي يتجه نحو الإحباط و الموت؛ و أن الحب يمثل قوة الانسجام الذي يتجه نحو الحياة و المتعة" (ص : 10) .

حسب DSM IV "يتميز النرجسي بعظمة نفسه في عينيه و يعتبر نفسه فريدا من نوعه و أفضل من باقي الخلق. لا قيمة للآخرين عنده، كأنما وجدوا ليعززوا قيمته فقط. يتميز بالخشونة و يكاد ينعدم لديه حب الغير. لا يحس بالندم كونه لا يراجع نفسه و لا يمكن أن

يتصور نفسه مخطئ. لا يشك قط في قدراته العقلية و الجسدية و هو على يقين دائم أنه أفضل من الجميع". و هذا ما لاحظناه في الجانب العيادي و في نتائج السلالم لدى مجموعة بحثنا. ظهر انخفاض عامل الجنسية في كل نتائج سلم التحويل خلال الزمن الأول، مما يدل على وجود تثبيطات قبل تناسلية تمنع الطاقة الليبيدية من حرية التنقل عبر الجهاز النفسي. و تختلف الجنسية التي تشير إليها عوامل السلالم عن الغلطة الذاتية التي تميز النرجسية الأولية. أضن أن ضعف نتائج عامل الجنسية في التحويل يعود إلى تثبيطات في مراحل النمو البدائية، التي أدت إلى عرقلة النمو الليبيدي للأفراد قبل المرحلة الأوديبية. و هذا التفسير يُكمل و لا يُناقض ارتفاع النرجسية عند كل الأفراد حيث تتميز المرحلة الأوديبية بالعلاقة بالموضوع أما النرجسية، فتتميز باللاموضوعية أي علاقة الفرد مع نفسه و يشير J. Bergeret (1996) إلى أن هذه الأخيرة بدائية مقارنة بالأولى؛ حيث يقول : "يمر الفرد من العلاقة النرجسية بالموضوع حيث $1=1+1$ ، إلى العلاقة الموضوعية حيث $3=1+1$ ، أي العلاقة الأوديبية" (ص:11) .

يفسر انخفاض الجنسية في التحويل المضاد بموقف الفاحصة خلال العلاقة العلاجية المماثلة لعلاقة الأم بولدها، الظاهرة في ارتفاع نتائج الحماية الوالدية. مهما كان شعور الطفل تجاه الأم فلا يمكن أن ينبثق شعور جنسي من الأم تجاهه. و يؤكد Winnicott D. W. (1950) عن ضرورة استلهاهم المعالج من الرعاية الأمومية بقوله : "إن الرعاية الأمومية ضرورية ليتمكن الفرد من تجاوز المراحل الصعبة التي تمتد من النرجسية البدائية إلى العلاقة بالموضوع، أي إلى الاعتراف بالأم كموضوع كامل منفصل و مختلف" (ص: 47).

نلاحظ عند بعض الحالات تغييرا ايجابيا بعد العلاج النفسي . يظهر الجانب الإيجابي من التغيير عند انخفاض نتائج عوامل الاندفاعية المتمثلة في (إنقلاب المزاج، مشاعر غير منظمة و العداء الظاهر)؛ و عوامل اجتناب الغير المتمثلة في (شاذ/مضاد للمجتمع، متجنب/مزاجي ، متجنب/منفصل و نوع الترابط "منفصل" و "فوضوي") ؛ و عند انخفاض العامل "عاجز/غير ملائم" و ارتفاع العامل "ايجابي/راض". كما أننا نعتبر "الهجاس" و "الهستيريا" إضافة إلى "الجنسية" ، عوامل ارتقاء السير النفسي بالاستناد إلى المنظور التطوري للنمو الليبيدي و التيقن من أن الفرق بين السواء و الشذوذ كمّي و ليس كيفي . و

استنادا إلى قول Perron R. (1981): "إن الهستيريا و الهجاس و غيرها من الاضطرابات ليست رتبا مصنفة يتوزع بينها الأفراد بصفة مطلقة كما هو الشأن بالنسبة للعلوم الطبيعية، بل هي نماذج تصف طرقا أو أنماطا للتوظيف النفسي يجتهد في استخلاص انسجامها و تماسكها مع جهاز نظري مبني بصفة متلائمة. إلا أن ما يميز تلك الطرق أو الظواهر النموذجية هو قابلية تجمعها لدى الفرد الواحد لتكوّن النموذج العام لتوظيفه النفسي، كما يمكن أن نعثر على سياقات دفاعية من سجلات متنوعة تساهم في توضيح السير النفسي لفرد ما" (ص : 1061). و يضيف Ait Sihoum M. A. (1992) "إن الفرق بين بنية مُبْتَرَة و بنية ناجحة ما هو إلا كمي" (ص : 166).

حسب التصنيف العالمي DSM IV فيما يخص تصنيف آليات الدفاع ينتمي دفاع أفراد مجموعة بحثنا، خلال الزمن الأول إلى المستوى السادس و هو مستوى القيام بالفعل. يتمثل هذا المستوى في استعمال الفعل الحركي كدفاع، أو للتهرب من مواجهة مواقف الصراع. يدل استعمال هذا النوع من الدفاع على الضعف الكبير لنا و على عدم تأدية عمله. كما يدل هذا المستوى الدفاعي على التهرب من الإحساس و من الجنسية؛ و نلاحظ أيضا عدم التحكم في الاندفاع في هذا المستوى حسب DSM IV دائما .

تنطبق المعطيات المتحصل عليها عياديا إضافة إلى نتائج السلام، عند مجموعة بحثنا، مع أعراض اضطرابات الشخصية المتعلقة بالحالات الحدية في تصنيف DSM IV حيث يتميز الشخص، بعدم التمكن من تسيير أحاسيسه الكثيفة و الغير مستقرة. كما يتميز بانقلاب المزاج حيث تنخفض و ترتفع معنوياته باستمرار؛ يندفع ويغضب بسرعة و يحس دوما بالفراغ و القلق و غرابة الأطوار. لديه غالبا مشاكل علائقية و نوع تفكيره انشطاري حيث يجد الآخر جيد كليا أي يتميز بالكمال أو سيء كليا ؛ يعتبر نفسه دائما ضحية. لا يحس بعدم استقرار صورته في ذهنه و تكون هذه الأخيرة سلبية جدا في أغلب الأحيان و أحيانا أخرى ايجابية جدا. يبحث دوما عن هويته. يتعذب نفسيا و لا يعرف السكينة المؤقتة إلا عند القيام بأفعال تؤدي إلى تدمير النفس. و يتمثل المرور إلى الفعل الانتحاري الخطر الحقيقي لهذا النوع من الاضطراب. و يكمن مصدر العامل المسبب لهذا الاضطراب في الطفولة الأولى.

لم نتحصل على نتائج مُرضية عند كل الأفراد و لم يكن اتجاه سير العلاج النفسي ايجابي في كل الحالات و عند حدوث تغيير ايجابي، ما هو إلا إنجاز مشترك بين الفاحص و المفحوص. إن التحويل و التحويل المضاد يفتحان فرصة تبادل لاشعوري متفاعل، حيث يكون هذا التفاعل عائفا قويا لكن يؤدي أيضا إلى تفتح يسمح بالإعادة الرمزية و بترميم ثغور الرمزية البدائية. حيث تستطيع التجربة الانفعالية، المتقاسمة و المتأرجحة بين التقمص و القدرات الرمزية ، أن تكون التقاء جديد يؤدي إلى التحول و إلى إنجاز مشترك و يشرح Quinodoz J. M. (1991) ذلك في قوله : "عندما تنمو حصيلة الحب و الكراهية في التجاذب الوجداني تجاه موضوع يحس به كامل، ينشأ موضوع جديد في الأنا يسمح بإقامة الأمن و الطمأنينة اللذان يتحولان فيما بعد إلى نواة الأنا، مكتسبة التوحيد و القوة بفضل استثمار الثقة في أجزاء الذات الجيدة" (ص : 202).

تختلف نتائج العلاج النفسي من فرد لآخر، مع نفس الفاحص، و نفس الإطار و نفس الاضطراب؛ و يظهر العامل الأساسي لهذا الاختلاف في اختلاف التفاعل ضمن العلاقة العلاجية، المتمثل في التحويل و التحويل المضاد.

تحققت ثلاث فرضيات من بين أربعة فرضيات جزئية فيما يخص مجموعة بحثنا و هي :

- 1- يبعث المرور إلى الفعل الانتحاري بابتلاع المواد المحرقة، إلى تثبيات تعود إلى المرحلة الفمّية، علما أنّ الأصل التكويني للموضوع يعود إلى هذه المرحلة.
- 2- تتميز نوعية الترابط، عند الراشدين المنتحرين بابتلاع المواد المحرقة، بالترابط الغير آمن المتمثل في: منشغل، فوضوي أو منفصل.

3- غالبا ما يلجأ هؤلاء إلى استعمال آليات الدفاع الفجّة أي الغير ناضجة.

أما الفرضية الجزئية الرابعة التالية:

- 4- تستطيع العلاقة العلاجية، المتكونة بين الفاحص و المفحوص، أن تصلح العلاقة التي أقامها المفحوص بموضوعه الأول خلال الطفولة.

لقد تحققت نسبيا لأننا استنتجنا من خلال هذا البحث أنه يمكن أن يحدث التغيير عند البعض و لا يحدث عند البعض الآخر.

الخلاصة :

يكون المفحوص ، خلال فترة استشفائه بعيدا عن أهله و نويه ، يكون شبه منقطع عن عالمه المعتاد ، و يأتي الفاحص معرضا نوعا من المساعدة بتقديم نفسه كمختص نفساني. يصعب تصور شعوري بالإحراج عندما أكتشف استثمار المنتحرين لي كمنقذ يستغيثون به ، لمجرد سماعهم نوع وظيفتي ؛ يضمنون أنني أملك الحلّ لكل مشاكلهم بما فيها صعوبة وضعيتهم الاجتماعية بالإقدام على فعل محرم تحريما باتا.

نحاول تكوين علاقة علاجية نؤثر بها ايجابيا و لكن نتأثر بها مهما كانت قوة جهازنا الصاد للإثارة و مهما حاولنا عدم الاكتراث بهؤلاء الذين لم يفهموا حتى لماذا قاموا بالفعل الانتحاري.

أحيانا أشعر بالضعف أمام تعقد سيرهم النفسي ، بعدما يظهر نوع من التحسن، تنقلب حالتهم فجأة ، مما يجعلني في حيرة و خيبة أمل. و أحيانا أخرى أشعر بالخوف من حدوث الانتكاس الذي قد يؤدي بحياتهم. ما أصعب العمل مع أشخاص معرضين للموت انتحارا ، نحاول حمايتهم من أنفسهم و ليس من شخص آخر يهددهم و لا من مرض يستأصل. ألا تبعث هذه الظاهرة إلى التساؤل عن السبب الذي يدفع بعض الناس لابتغاء الموت بينما يصارع الجميع من أجل البقاء؟

لكي لا يبقى عملي مجرد نظرية تطبق بصفة عمياء أردت تسليط الضوء على التفاعل ضمن العلاقة العلاجية لمعرفة ما الذي يحدث فيها؟ و ماذا ينتج عنها؟

يظهر لنا عياديا تحسن بعض الأشخاص لكن لا نجد دليلا ملموسا يسمح لنا بإقناع أنفسنا أن ذلك يخلو من الذاتية. لم يكتمل اقتناعي بالتقنيات التي استعملتها إلا بعدما جربتها و اكتشفت أنها لا تتوافق فقط نتائجها مع المعطيات العيادية و إنما توضّح ما يعجز عليه التشخيص العيادي. اندهشت لارتفاع عامل العداة في التحويل المضاد مع إحدى المفحوصات في بداية العلاج، و لم أكن أعلم أنني كنت أكن لها ذلك الشعور و لقد أجبت بنفسني على البنود. و توضّح اكتمال السلاالم المختلفة للجانب العيادي بانسجام نتائج بعضها البعض، لدى كل فرد، و عدم تناقضها مع المعطيات العيادية، حيث ظهر بوضوح التوظيف النفسي و مدى تأثير العلاج عند كل فرد.

يتميز كل أفراد مجموعة بحثنا بترابط غير آمن و المتمثل في النوع "منشغل"، و "منفصل"، و "فوضوي" و لم نجد أي حالة بالنوع "آمن/مطمئن" خلال الزمن الأول؛ مما يبعث إلى فشل الدور الأمومي و بالتالي اضطراب العلاقة بالموضوع.

توضحت هيمنة النرجسية عند كل الأفراد بدون استثناء، مما يدل على رداءة العلاقة بالموضوع المتصفة باللاموضوعية. تبين تمركز كل فرد على نفسه مع إظهار العدوانية نحو الغير و تجنبه؛ و الذي يدل على صعوبة تكوين علاقة ايجابية و بالتالي مواجهه مشكل التقمص. كما يبعث ضعف نتائج عامل "الجنسية" إلى احتمال وجود تثبيات قبل تناسلية أدت إلى إعاقة النمو اللبيدي.

استنتجنا أن التوظيف النفسي الخاص بكل أفراد مجموعة بحثنا يتميز في بداية العلاج بالترابط الغير آمن، نوع العلاقة بالموضوع نرجسية ، نموهم اللبيدي غير كامل، يبعث إلى تثبيات في المرحلة الفمية. و تدل نتائج السلام و المعطيات العيادية الخاصة بكل فرد في بداية العلاج ، على انتماء دفاعهم إلى المستوى السادس للتصنيف العالمي DSM IV و هو مستوى ما قبل الأخير، و يتميز بالدفاع الفج.

يبين لنا كل هذا أن أصل اضطراب أفراد مجموعة بحثنا يعود إلى مرحلة الطفولة الأولى و أنه نتيجة خلل ترابطي يتمثل في صدمات نفسية مبكرة أثرت سلبيا على تكوين نماذج فعالة داخلية تتعلق بالترابط و ذلك حسب درجة عدم استجابة الأم إلى احتياجات الطفل الخاصة بالرعاية و الحماية. مما أدى إلى خلل في التماهي و بالتالي أصبحت العلاقة بالموضوع تتميز باللاموضوعية أي بتمركز الفرد على نفسه. عندما لا يجد الفرد شخص يثق به ليستنجد به، إضافة إلى نقص التوازن النفسي و الدفاع الفج الناتجين عن الصدمات المبكرة، يؤدي كل هذا إلى عجز في التوظيف الفكري؛ و منه يلجأ الشخص إلى الدفاع بالمرور إلى الفعل الذي يدل، من جهته، على انعدام وسائل دفاعية ناضجة.

يشير نقص التفاعل في العلاقة العلاجية، عند بعض الأفراد، إلى عدم استثمار العلاج و يظهر الفشل حتى في العلاج الطبي عند الأفراد أنفسهم. لا يدل الحصول على نتائج ايجابية على كفاءة الفاحص و لا على نجاعة تقنية ما و إنما إلى إنجاز مشترك يلعب فيه استثمار المفحوص للعلاج الدور الأساسي، و يشترك في هذا الانجاز كل المحيط الاستشفائي الذي

يُكوّن فضاء واق، بما فيه الممرضين الذين يوفرّوا للمفحوص الجوّ العائلي بوجودهم المستمر، و يكتمل هذا الجوّ باستثمار المختصة النفسانية و الطبيب اللذان يهتمان، حسب تخصصهما، بالصحة النفسية و الجسدية. حتى مناداة المرضى بأسمائهم تخرجهم من الغُفلية.

سنأخذ بعين الاعتبار نتائج هذا البحث عند متابعتنا العلاجية الخاصة بالراشدين الذين قاموا بمحاولة الانتحار بابتلاع مواد محرقة، و لا يمكن أن نعتبر هذه النتائج كمرجع معياري و إنما كمحاولة استقصاء فقط. و نطمح في مواصلة نفس مشروع البحث مع كل المنتحرين الذين سنتكفل بهم نفسياً، كما سنحاول أن نعمل على توعية الوالدين أن نوعية الرعاية و العلاقة مع الطفل هما اللاتي تحددان ما تبقى من حياة الفرد.

قائمة المراجع باللغة العربية

- 1- أسعد أ. م. (1988) "المشكلات النفسية حقيقتها و طرق علاجها"، دار النهضة ، مصر.
- 2- بن خليفة م. (2007) "علم النفس المرضي و التقنيات الإسقاطية" ، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه دولة ، جامعة الجزائر.
- 3- بوشيشة خ. (2004) "التوظيف النفسي و تقييم العلاج" ، أطروحة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي ، جامعة الجزائر .
- 4- الدباغ ف. (1983) "أصول الطب النفساني" ، دار الطليعة ، بيروت لبنان
- 5- الدباغ ف. (1986) "الموت.. اختيارا" ، الطبعة الثانية ، دار الطليعة، بيروت لبنان
- 6- سي موسي ع. ، زقار ر. (2002) "الصدمة و الحداد عند الطفل و المراهق"، جمعية علم النفس للجزائر العاصمة ، طبع بمساهمة اليونيساف، الجزائر
- 7- الشربيني ز. (1994) "المشكلات النفسية عند الأطفال" ، دار الفكر العربي
- 8- فرويد س. (1996) "قلق في الحضارة" ، ترجمة : طرابيشي ج. ، دار الطليعة للطباعة و النشر ، بيروت لبنان

القواميس و المعاجم:

- 9 - البستاني ف. أ. (2000) "منجد الطلاب" ، الطبعة رقم 47 ، دار المشرق، باريس.

- 10- جبور ع. (2007) "معجم عبد النور المفصل"، فرنسي عربي، الطبعة التاسعة، دار النشر للملايين.
- 11- جروان س. (1984) "معجم اللغات الوسيط"، الطبعة الثانية، دار السابق، باريس.
- 12- حامد عبد السلام ز. (1987) "قاموس علم النفس"، الطبعة الثانية، عالم الكتب، القاهرة.
- 13- سهيل إ. و جبور ع. (1980) "المنهل" قاموس فرنسي عربي، دار الآداب، بيروت، لبنان.
- 14- لابلانثس ج. و بونتاليس ج. ب. (1985) "معجم مصطلحات التحليل النفسي"، ترجمة حجازي م. ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر.

قائمة المراجع باللغات الأجنبية

1. Abraham K. (1924), « *L'histoire d'un chevalier d'industrie à la lumière de la psychanalyse* », Œuvres complètes, trad. Baranne I., Paris, Payot, (1966).
2. Ait Sidhoum M. A. (1992), « Conception psychanalytique des névroses », *Revue de la Société Algérienne de Psychologie* N° 3, Alger, édition OPU.
3. Ajuriaguerra de J. & D. Marcelli, (1984), « *Psychopathologie de l'enfant* », Paris, Masson.
4. Anzieu D. (1985), « *Le Moi-peau* », Paris, Dunod.
5. Anzieu D. (1990), « *L'attachement au Négatif* », *L'épiderme nomade et la peau psychique*, Paris, Editions Apsygée.
6. Anzieu D. (2006), « *Créer Détruire* », Paris, édition Dunod.
7. Bachelard G. (1957), « *La formation de l'esprit scientifique* », Paris, édition Librairie Philosophique J.Vrin.
8. Bachelor, A. et Salamé, R. (1992), « Adaptation française du Counseling Evaluation Inventory », *une mesure de l'efficacité perçue de l'aidant* . Canadian Journal of Behavioural Science, 24(4),
9. Bartholomew K. et Horowitz L. M. (1991), in Benony H. (2002), « *L'examen psychologique et clinique de l'adolescent* », Paris, Nathan.

10. Bartholomew K. et Shaver, P. R. (1998), « Measures of attachment: Do they converge? », Simpson J. A. et Rholes W. S., *Attachment theory and close relationships*, New York, Guilford Press.
11. Benhabib L. (2004), « La prédiction, un risque nécessaire », *Langage et cognition*, Revue Scientifique du Laboratoire Sciences de Langage et de Communication, "SLANCOM" Université d'Alger, revue numéro: 1.
12. Benony C. et Golse B. (2003), « *Psychopathologie du bébé* », Paris, édition Nathan.
13. Benony H. (2004), « Margaux », *revue Psychologie clinique et projective*, édition Société du Rorschach et des méthodes projectives de langue française, Boulogne-Billancourt.
14. Bergeret J. (1974), « *La Dépression et les états limites* », Paris, Payot.
15. Bergeret J. (1979), « *Psychologie pathologique* », Paris, édition Masson.
16. Bergeret J. (1996), « *La violence et la vie, la face cachée de l'Œdipe* », Paris, Payot.
17. Bernheim H. (1903), « *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie* » (2eme édition), Paris, Fayard, 1995.
18. Bion W.R. (1979), « *Aux sources de l'expérience* », Paris, édition PUF.
19. Bordin E. S. (1976), « *La souffrance* », Paris, édition PUF.
20. Bowlby, J. (1954), « *Soins maternels et santé mentale* », Paris, Masson, 2eme édition.

21. Bowlby J. (1969), « *Attachement et perte* », volume 2, Paris, PUF., Coll. "Le fil rouge " (trad. Fr. 1978).
22. Bowlby, J. (1973), « Les effets sur le comportement d'une rupture des liens affectifs », *Hygiène mentale du Canada*, no 59.
23. Bowlby J. (1980), « *Attachement et perte* », (volume 3), Paris, PUF., Coll. "Le fil rouge ". (trad. Fr. 1984).
24. Bowlby J. (1992), « John Bowlby. L'attachement », *revue Devenir* Number special, New York.
25. Bouvet M. (1985), « La relation d'objet » *Névrose obsessionnelle, dépersonnalisation*, Paris, Payot, Bibliothèque Scientifique, Coll. "Science de l'Homme ".
26. Braconnier A. et Marcelli, D. (1988), « *L'adolescence aux mille visages* », Paris, PUF.
27. Brun D. (1993), « Plus j'en ai assez, plus j'en redemande : le cri du corps », *Cliniques Du Corps en Souffrance*, revue Cliniques Méditerranéennes, numéro: 37/38, Paris, édition érès.
28. Brusset B. (1999), « Nevroses et états-limites », *Névroses et fonctionnements limites*, Paris, DUNOD.
29. Chabert C. (2006), « Masochisme et perversion. Approche psychanalytique et projective », *psychologie clinique et projective*, (volume 12), Paris, ed : PUF.

30. Cupa D. (2006), « Tendresse au négatif », *L'affect d'un corps à l'autre*, Revue de Psychosomatique, Paris, édition : L'Esprit du temps.
31. Diwo R. (1997), « Evénement de vie et fragilité de mentalisation : Approche comparée chez l'adolescent suicidant », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, Université Nancy 2.
32. Durkheim E. (1936), « *Le suicide* », Paris, édition PUF.
33. Ferrant A. (2006), « L'écriture pour la vie », *L'acte*, Revue Française de psychanalyse, Paris, PUF.
34. Fonagy P., Leigh T., Steele M., et al (1996), « The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64
35. Fonagy P. et al. (1996), « Fantômes dans la chambre d'enfant : étude de la répercussion des représentations mentales des parents sur la sécurité de l'attachement », *Psychiatrie de l'enfant*, vol. XXXIX, no 1.
36. Fonagy P. (2001), « *Attachment theory and Psychoanalysis* », New York, Other Press.
37. Freud A. (1949), « *Le moi et les mécanismes de défense* », Paris, PUF.
38. Freud S. (1901), « *Psychopathologie de la vie quotidienne* », Paris, Gallimard, 1997.
39. Freud S. (1909), « *Cinq leçons sur la psychanalyse* », Paris, Payot, 1950.
40. Freud S. (1909), « *considération générale sur l'attaque hystérique* », Paris, édition PUF (1973).

41. Freud S. (1918), « *Œuvres complètes* », XIII, Paris, PUF, 1988.
42. Freud S. (1920), « *Trois essais sur la théorie de la sexualité* », Paris, Gallimard, 1991.
43. Freud S. (1924), « Le problème économique du masochisme », *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, 1928, n° 2.
44. Freud S. (1924), « Pour introduire le narcissisme », *La vie sexuelle*, Paris PUF, 2002.
45. Freud S. (1926), « *Inhibition, symptôme et angoisse* », Paris, PUF, 1965
46. Freud S. (1930), « *Malaise dans la civilisation* », Paris, PUF, 1971.
47. Freud S. (1932), « *Nouvelles conférences* », Paris, Gallimard, 1984.
48. Freud S. (1938), « *Abrégé de psychanalyse* », Paris, PUF, 1985.
49. Glen O. G. (2005), « *Psychodynamic Psychiatry in clinical Practice* », Washington, 4^e Edition., American Psychiatric Press.
50. Goldberg L. R. (1990), « An alternative Description of personality » *the Big Five factor structure*, *Journal of Personality and Social*
51. Green A. (1971), « Agressivité, féminité, Paranoïa et réalité » *International Journal Psycho Anal.*
52. Green A. (1983), « *Narcissisme de vie, narcissisme de mort* », Paris, édition Minuit.
53. Green A. (1992), « *La déliaison* », Paris, édition HACETTE Littérature.
54. Green A. (1995), « La causalité psychique », *entre nature et culture*, Paris, édition Odile Jacob.

55. Green A. (2002), « *La pensée clinique* », Paris, édition Odile Jacob.
56. Guedney N. (2002), « *L'attachement, concepts et applications* », Paris, Masson.
57. Guillaumin J. (2003), « Le père et "les pulsion du moi" », *Le père. Figure et réalité*, sous la direction de Guillaumin J. et Roger G., Bordeaux, L'Esprit du temps.
58. Guy C. Dawson B. (1993), « Le corps du sujet », *Cliniques Du Corps en Souffrance*, revue Cliniques Méditerranéennes, numéro: 37/38, Paris, édition érès.
59. Halouane Z. (2007), « Resilience et culture chez les migrants sub-Sahariens » *Today's children are tomorrow's parents*, Journal of the network for professionals, preventing child abuse and neglect, n° 19-20, Roumanie
60. Halouane Z. (2007), « Evaluation du processus thérapeutique d'une jeune suicidante », Colloque international, *Pratique et évaluation des psychothérapies*, Dijon 29 et 30 octobre.
61. Jeammet Ph. (1998), « Passage à l'acte et institution de soin », ouvrage collectif : *le passage à l'acte aspects cliniques et psychodynamiques*, sous la direction de Millaud F., Paris, édition Masson.
62. Jeammet Ph. (2002), « *L'adolescence* », Paris, édition Solar, coll. J'AI LU.

63. Jung C. G. (1924), « *La psychologie du transfert* », Paris, éd Albin Michel.
64. Kernberg. O. F. (2002), « Relation d'objet », *Dictionnaire international de la psychanalyse*, sous la direction de Mijolla A., Paris, Calmann-Levy.
65. Klein M. (1943), « Quelques conclusions théoriques au sujet de le vie émotionnelle des bébé », *développement de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1966.
66. Klein M., (1927), « *Les tendances criminelles chez les enfants normaux.* In *Essais de psychanalyse* », trad. Derrida M., Paris, Payot, 1967.
67. Klein M., (1969), « *La Psychanalyse des enfants* », Paris, PUF.
68. Knight R. (1941), « Evaluation of the results of psychoanalytic therapy». *American Journal of Psychiatry*
69. Lacroix (de) E.; Birot E.; Jammet P. (1994), « *Etude psychopathologique des tentatives de suicide* », Paris, Edition : PUF.
70. Lagache D. (1966), « La psychanalyse comme science exacte », *psychologie française*, Tome 19, Paris, 1974.
71. Laplanche J. et Pontalis J. B. (1984), « La pulsion et son objet-source ; son destin dans le transfert », *La pulsion pour quoi faire ?* (ouvrage collectif), édition Recherches de l'Association Psychanalytique de France, Paris.
72. Laplanche J. (1987), « *Nouveaux fondements pour la psychanalyse* », Paris, PUF, Bibliothèque de Psychanalyse.

73. Laplanche J. et Pontalis J. B. (1992), « *Vocabulaire de la psychanalyse* », Sous la direction de Lagache D., Paris, 11eme édition PUF, Bibliothèque de Psychanalyse.
74. Laplanche J. (2003), « *Sexualité infantile et Attachement* », Paris, PUF.
75. Lebovici S. (1980), « L'expérience du psychanalyste chez l'enfant et chez l'adulte devant le modèle de la névrose infantile et de la névrose de transfert », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 5/6, Paris, PUF.
76. Luborsky L. (1996), « *Principes de psychothérapie analytique* », Paris, PUF.
77. Main M., K. Kaplan et J. Cassidy (1996), « Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representations », *Growing points of attachment theory and research*, Monographs of the Society for research, child development, serial n°209,
78. Main, M. (1996), « Introduction to the Special Section of Attachment and Psychopathology », *Overview of the Field of Attachment*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, no 64.
79. Marcelli D. et Braconnier A. (1984), « *Psychopathologie de l'adolescent* », Paris, Masson.
80. Marty P. (1980), « L'ordre psychosomatique, Les mouvements individuels de vie et de mort » , *Essai d'économie psychosomatique*, Tome II, Paris, Payot.

81. Moussa F. (2000), « Le psychologue et la problématique de la mort », *violence trauma et mémoire*, Ouvrage collectif, Alger, CASBAH édition.
82. Moussa F. (2004), « Figure du traumatisme à l'appui de deux retests au Rorschach », *Revue Scientifique du Laboratoire Sciences de Langage et de Communication "SLANCOM" Université d'Alger*; revue numéro : 1
83. Moussa F. , Benony H., (2007), « Evaluation du processus thérapeutique d'une jeune fille borderline. 7ans de prise en charge », Colloque international « *Pratique et évaluation des psychothérapies* » 29 et 30 octobre 2007.
84. Moussa F. (2007), « Une rencontre entre psychanalyse et sciences cognitives est –elle possible ? Questions actuelles en psychothérapie », *Langage et Neurosciences cognitives (Revue Scientifique du Laboratoire "SLANCOM" Université d'Alger)*; revue numéro: 2.
85. Paul G.L. (1967), « Insight versus desensitization in psychotherapy two years after termination », *Journal Consulting Clinical Psychology*.
86. Perron-Borelli M. (1998), « *Dynamique du fantasme* », Paris, PUF.
87. Perron-Borelli M. (2006), « Les représentations d'actions », *L'acte*, Revue Française de Psychanalyse, Tome LXX, Paris, PUF.
88. Perron R. (1981), « Notes sur la notion de structure », *Revue Française de psychanalyse*, volume XLV, Paris, PUF.
89. Perron R. et Perron Borelli M. (1997), « *Fantasme, Action et pensée* », Alger, édition SARP.

90. Quinodoz J. M. (1991), « *La solitude apprivoisée* », Paris, PUF.
91. Racamier P. C. (1992), « *Le génie des origines* », Paris, Payot.
92. Reich W. (1970), « *La fonction de l'orgasme* », Paris, L'Arche.
93. Richard F. (1989), « *Psychothérapie des dépressions narcissiques* », Paris, édition PUF.
94. Rogers C. R., (1942), « *Counseling and psychotherapy* », Boston, Houghton Mifflin.
95. Rosenfeld H. R. (1987), « Les aspects agressifs du narcissisme », *un abord clinique de la théorie des instincts de vie et de mort*, traduit de l'anglais par Diatkine G. *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF.
96. Roussillon R. (2004), « *Réalité psychique* », Paris, DUNOD.
97. Simoussi A. , Ourari-Simoussi M. (1998), « Test et retest, évaluation d'une psychothérapie », *Actes des troisièmes journées nationales de psychologie*, Alger, OPU.
98. Simoussi A. (2004), « La thérapie par la parole et la pensée », *Langage et cognition*, Revue Scientifique du Laboratoire Sciences de Langage et de Communication "SLANCOM", Université d'Alger; revue numéro: 1.
99. Spitz R., in Ajuriaguerra et Marcelli D. (1984), « *Psychopathologie de l'enfant* », Paris , PUF.
100. Sroufe L. A. et coll. in Schneider E. (1991), « Attachment Theory and Research: Review of the Literature », *Clinical Social Work Journal*, vol. 19, no 3.

101. Steinhauer P. D. (1996), « *Le Moindre mal* », Montréal, Les Presses de l'Université.
102. Stern D. (1977), « *Mère-enfant : les premières relations* », Bruxelles, édition Pierre Margada (trd. Fr. 1981).
103. Tychey (de) C. (1994), « *L'approche des dépressions à travers le test de Rorschach* », Paris, édition d'applications psychotechniques, Issy les moulineaux.
104. Vermorel H. (1996), « Refoulement et clivage dans l'hystérie », *Revue Française de Psychanalyse*, Tome LX, Paris, PUF.
105. Westen, D. (1998), « Refining the measurement », *axis II: A Q-sort procedure for assessing personality pathology*.
106. Westen D. Shedler J. (2004), « Dimensions of personality pathology: An alternative to the Five Factor Model », *American Journal of Psychiatry*.
107. Widlocher D. (2003), « Quel usage faisons-nous du concept de pulsion? », *La pulsion pour quoi faire ?* (ouvrage collectif). Débats, Documents, Recherches de l'Association Psychanalytique de France, Paris.
108. Winnicott D. W. (1950), « *De la pédiatrie à la psychanalyse* », Paris, Gallimard.
109. Winnicott D. W. (1956), « Distorsion du moi en fonction du vrai et faux self », *processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot. 1968.

110. Winnicott D. W. (1958), « The capacity to be alone », *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*, Frankfurt a. M., Fischer 1984.
111. Winnicott D. W. (1969), « *La haine dans le contre transfert. De la pédiatrie à la psychanalyse* », Paris, Payot.
112. Winnicott D. W., (1971), « *Jeu et réalité, l'espace potentiel* », Paris, édition Gallimard.

QUESTIONNAIRE D'ATTACHEMENT ADULTE

Veillez évaluer l'importance pour laquelle les items suivants décrivent ou non votre patient, où *1 = Pas vrai du tout, 4 = assez vrai, et 7 = très vrai.*

	<i>Pas vrai du tout</i>			<i>Très vrai</i>			
	1	2	3	4	5	6	7
1. A tendance à penser qu'il/elle peut compter sur la disponibilité et la responsabilité des personnes importantes pour lui	1	2	3	4	5	6	7
2. A tendance à offrir des récits clairsemés au sujet des événements interpersonnels ; paraît peu disposé ou incapable de décrire les expériences interpersonnelles en détail, ou de fournir des exemples spécifiques	1	2	3	4	5	6	7
3. A tendance à s'inquiéter que quelque chose puisse arriver à ceux qu'il/elle aime, et à avoir des difficultés à se séparer d'eux	1	2	3	4	5	6	7
4. A tendance à utiliser des mots imprécis, insensés ou creux/vides quand il/elle parle d'événements interpersonnels (par exemple, peut insérer des mots absurdes tels que « dadadada » dans les phrases, utilise des « jargons psychologiques » tels que « elle a matière à travailler autour de ce problème », etc.)	1	2	3	4	5	6	7
5. Montre des signes de désorientation, de désorganisation ou de dissociation quand il/elle parle d'événements traumatiques (par exemple, perte ou abus) ; semble perdre la capacité de maîtriser son discours afin de garder à l'esprit le fait qu'un interlocuteur l'écoute	1	2	3	4	5	6	7
6. Peut tomber dans des silences prolongés, dans des phrases inachevées, ou dans un discours guindé, « élogieux » quand il/elle décrit des événements traumatiques ou des pertes	1	2	3	4	5	6	7
7. A tendance à généraliser au sujet de ses relations, sans être cohérent avec les détails sur lesquels il/elle s'appuie (par exemple, peut décrire la relation à la mère comme « aimante/affectueuse », mais lorsque l'on insiste pour avoir des exemples, il/elle fournit des souvenirs spécifiques qui semblent lointains/éloignés, hostiles ou déplaisants)	1	2	3	4	5	6	7
8. (Re)cherche des relations de proximité mais ressent constamment de l'ambivalence à leur sujet	1	2	3	4	5	6	7
9. A tendance à avoir une opinion équilibrée, réaliste des personnes importantes	1	2	3	4	5	6	7
10. Se considère comme quelqu'un d'adorable et digne d'attention	1	2	3	4	5	6	7
11. Le fait d'être indépendant et de se suffire à soi-même lui procure une sensation de plus grande estime de soi	1	2	3	4	5	6	7
12. Semble être embourbé, ou préoccupé avec les relations d'attachement du passé (par ex. semble être encore en guerre contre sa mère, son père...)	1	2	3	4	5	6	7
13. A tendance à être directif dans les relations intimes, soit à travers des modes de réponses hostiles, critiques, ou punitifs, ou à travers des manières de prendre soins qui sont très compliquées, empêtrées, ou étouffantes	1	2	3	4	5	6	7
14. A une approche excessivement pragmatique du langage ; n'utilise aucun « mot inutile »	1	2	3	4	5	6	7
15. Des émotions fortes perturbent ou font « dérailler » les descriptions narratives des événements, les rendant incohérentes, difficiles à suivre, etc.	1	2	3	4	5	6	7
16. Est capable de devenir proche émotionnellement et exprime de l'affection envers les personnes importantes pour lui	1	2	3	4	5	6	7
17. A tendance à parler clairement et de façon cohérente lorsqu'il/elle raconte des événements de vie significatifs ou lorsqu'il/elle décrit des relations importantes, et est capable d'élaborer sur des informations pertinentes ou des exemples	1	2	3	4	5	6	7
18. A tendance à minimiser ou rejeter l'importance des relations proches avec autrui	1	2	3	4	5	6	7
19. A un accès minimal aux souvenirs spécifiques de son enfance et peu d'intérêt à les explorer ou à les retrouver.	1	2	3	4	5	6	7
20. A des difficultés à maintenir le sujet/thème quand il parle d'événements ou de relations interpersonnelles significatives ; peut donner des descriptions excessivement longues des événements, sautant d'un sujet à l'autre, est incapable de cesser de pleurer lorsqu'il décrit des événements passés, etc.	1	2	3	4	5	6	7

*Pas vrai
du tout*

*Très
vrai*

21. A tendance à se sentir tranquille et à l'aise dans le contact et le soutien qu'il/elle reçoit des personnes de l'entourage quand il/elle est angoissé(e).	1	2	3	4	5	6	7
21. A tendance à dénigrer, à être méprisant ou à déprécier ses parents ou leur rôle dans son développement, pour essayer de nier leur importance	1	2	3	4	5	6	7
23. Se sent simultanément étouffé par son entourage proche, entourage ne lui « donnant » cependant jamais assez, ne prenant pas assez bien soin de lui, etc.	1	2	3	4	5	6	7
24. Montre des signes de raisonnement illogique, puéril, ou particulier lorsqu'il décrit des événements traumatiques ou des pertes (par exemple, indique qu'une personne décédée est toujours vivante au sens physique, ou paraît convaincu que ses pensées ou sentiments infantiles ont même tué quelqu'un)	1	2	3	4	5	6	7
25. Considère les autres comme moins accessibles et faisant moins attention qu'il/elle ne le voudrait, lui causant de l'angoisse, de la frustration, de la colère, de l'inquiétude, une impuissance passive, etc.	1	2	3	4	5	6	7
26. Est capable de réfléchir sur ses expériences infantiles et sur leurs effets sur ce qu'il est aujourd'hui	1	2	3	4	5	6	7
27. A tendance à éviter la proximité avec les autres ; se sent mal à l'aise dans les relations intimes, dans le contact physique, etc.	1	2	3	4	5	6	7
28. Idéalise excessivement ses parents ou ses figures d'attachement ; reconnaît difficilement leurs imperfections	1	2	3	4	5	6	7
29. Eprouve des difficultés à faire confiance aux personnes importantes pour lui/elle ; a peur de blesser les autres s'il se tourne vers eux lorsqu'il/elle est effrayé/affolé, peiné ou dans le besoin	1	2	3	4	5	6	7
30. Est sensible aux « signaux » des autres personnes ; tend à être empathique et émotionnellement « présent »	1	2	3	4	5	6	7
31. A tendance à se sentir à l'aise sur le fait de compter sur les autres et sur le fait que les autres comptent sur lui/elle ; est capable de prendre soin des autres, et les autres sont également capables de prendre soin de lui.	1	2	3	4	5	6	7
32. Quand il/elle est angoissé(e), se tourne vers les personnes proches pour être consolé(e), mais se sent constamment déçu, incompris, non apprécié, etc.	1	2	3	4	5	6	7
33. Est capable d'explorer et de parler ouvertement d'événements émotionnellement importants, même quand cela est douloureux.	1	2	3	4	5	6	7
34. A tendance à donner des réponses contradictoires lorsqu'il est angoissé ou dans le besoin (par exemple, en repoussant l'aide lorsqu'il/elle en demande, réagissant simultanément avec colère en demandant de l'aide)	1	2	3	4	5	6	7
35. Dénigre la sensibilité, la tendresse, ou le fait de parler ou d'exprimer ses sentiments.	1	2	3	4	5	6	7
36. Lorsqu'il est angoissé, tend à se replier sur lui-même ou tente de se faire face seul à cette angoisse.	1	2	3	4	5	6	7
37. Est capable de résoudre un problème et de réfléchir avec créativité quand il/elle se trouve dans des situations interpersonnelles difficiles émotionnellement.	1	2	3	4	5	6	7

RELATION PSYCHOTHERAPIQUE

	Pas du Tout Vrai	Quelques Fois Vrai	Tout A fait Vrai		
1. Se sent aidé(e) par le/la thérapeute.	1	2	3	4	5
2. A une attitude critique envers le/la thérapeute	1	2	3	4	5
3. Essaie de faire en sorte que le/la thérapeute soit « de son côté » dans les conflits qui l'oppose à d'autres personnes.	1	2	3	4	5
4. Ressent de la colère envers le/la thérapeute.	1	2	3	4	5
5. Se sent profondément honteux (se) de ses actes, désirs, symptômes, fantaisies, etc.	1	2	3	4	5
6. Est sexuellement attiré(e) par le/la thérapeute.	1	2	3	4	5
7. Se met en compétition avec le/la thérapeute	1	2	3	4	5
8. Dénigre ou dévalorise le/la thérapeute.	1	2	3	4	5
9. Semble maintenir une distance avec le/la thérapeute ; essaie de tenir le/la thérapeute à une certaine distance.	1	2	3	4	5
10. Est exagérément conciliant(e).	1	2	3	4	5
11. Se sent soutenu(e) par le/la thérapeute.	1	2	3	4	5
12. Aborde la thérapie comme un exercice intellectuel.	1	2	3	4	5
13. Est opposant (e) ; à tendance à être en désaccord avec l'approche, les commentaires, les suggestions etc. du/de la thérapeute.	1	2	3	4	5
14. S'inquiète que le/la thérapeute ne puisse pas l'aider.	1	2	3	4	5
15. Travaille dur en thérapie.	1	2	3	4	5
16. A peur de l'attirance qu'il/elle ressent pour le/la thérapeute.	1	2	3	4	5
17. Se sent abusé(e) ou maltraité(e) par le/la thérapeute.	1	2	3	4	5
18. A le sentiment que le/la thérapeute s'en fiche.	1	2	3	4	5
19. Apprécie fortement voire est amoureux (se) du/de la thérapeute.	1	2	3	4	5
20. Se sent critiqué(e) par le/la thérapeute	1	2	3	4	5
21. Exprime son sentiments que le/la thérapeute n'en fasse pas assez pour l'aider.	1	2	3	4	5
22. Craint de s'ouvrir et d'être ainsi vulnérable par peur d'être ou de paraître faible, dépendant (e) etc.	1	2	3	4	5
23. Idéalise le/la thérapeute.	1	2	3	4	5
24. S'inquiète que le/la thérapeute ne l'aime pas.	1	2	3	4	5
25. A des sentiments protecteurs envers le/la thérapeute ; a le souci de ne pas le/la blesser.	1	2	3	4	5
26. Est indifférent(e) à l'égard de la/du thérapeute ; exprime peu de sentiments envers le/la thérapeute, que ce soit ouvertement ou de manière dissimulée.	1	2	3	4	5
27. Rejette l'aide ; semble rejeter les efforts sincères que le/la thérapeute fait pour l'aider.	1	2	3	4	5
28. Est provocateur (trice) ; tend à créer des situations dans lesquelles le/la thérapeute se sent en colère, attaqué (e), ou provoqué (e).	1	2	3	4	5

29. Est embarrassé (e) d'imaginer que le/la thérapeute se soucie de lui/elle alors qu'il/elle lui indique le contraire.	1	2	3	4	5
30. Est mal à l'aise à l'idée que l'on se soucie, ou que l'on prend soin de lui/elle ; considère l'expérience d'être aidé (e) comme un échec, une perte d'indépendance, etc.	1	2	3	4	5
31. Nie que le/la thérapeute signifie quoi que ce soit pour lui/elle malgré des signes évidents du contraire.	1	2	3	4	5
32. Demande, voire exige, trop de contact, d'amour, etc. de la part du/de la thérapeute.	1	2	3	4	5
33. A besoin de trop de réassurance de la part du/de la thérapeute.	1	2	3	4	5
34. A besoin de trop d'admiration de la part du/de la thérapeute.	1	2	3	4	5
35. Souhaiterait que le/la thérapeute soit son/sa conjoint(e) ou son amoureux (se).	1	2	3	4	5
36. Oscille entre une idéalisation et une dévalorisation du/de la thérapeute.	1	2	3	4	5
37. Oscille entre un engagement/investissement considérable dans la thérapie et des pensées d'interrompre la thérapie.	1	2	3	4	5
38. A une attitude de flirt ou de séduction sexuelle envers le/la thérapeute.	1	2	3	4	5
39. Monte le/la thérapeute contre d'autres personnes (p.ex. un parent, un (e) conjoint (e), ou un/une autre thérapeute).	1	2	3	4	5
40. A de la peine à faire la différence entre ses propres pensées et sentiments et ceux du/de la thérapeute.	1	2	3	4	5
41. Passe un temps considérable à imaginer ou à fantasmer à propos des relations du/de la thérapeute (conjoint (e), partenaire, ou autres relations).	1	2	3	4	5
42. Craint de dire ce qu'il/elle a à l'esprit de peur que le/la thérapeute ne l'attaque, ou soit antipathique.	1	2	3	4	5
43. Fait des efforts importants pour ne pas ressentir d'attirance sexuelle envers le/la thérapeute, ou pour nier ce sentiment.	1	2	3	4	5
44. Est mal à l'aise avec l'idée que le/la thérapeute soit une figure d'autorité ; essaie de rejeter l'asymétrie dans la relation (p.ex. en traitant le/la thérapeute comme un ami, un employé).	1	2	3	4	5
45. Est mal à l'aise lorsqu'il/elle ne se sent pas en situation de contrôle, « aux commandes » dans la thérapie.	1	2	3	4	5

46. Fait des efforts importants pour ne pas être, ou ne pas se sentir dans le besoin ou dépendant (e) face à la thérapie.	1	2	3	4	5
47. A des difficultés pour s'engager dans la thérapie ; semble toujours avoir « un pied dehors ».	1	2	3	4	5
48. Semble à l'aise dans un rôle d'enfant en thérapie ; essaie de susciter des réponses de type parental chez le/la thérapeute.	1	2	3	4	5
49. Amène le/la thérapeute à être directif (ve) ; veut que le/la thérapeute lui dise ce qu'il/elle doit faire.	1	2	3	4	5
50. Est consumé (e) par la thérapie ; est préoccupé(e) par le/la thérapeute, la thérapie, etc.	1	2	3	4	5
51. Parle ouvertement et avec une réflexion sur soi de la relation thérapeutique.	1	2	3	4	5

52. Craint d'être abandonné(e) par le/la thérapeute.	1	2	3	4	5
53. A des accès de rage envers le/la thérapeute.	1	2	3	4	5
54. Exprime de la colère, de l'hostilité, ou proteste passivement par des retards aux séances, ou en ayant des difficultés à programmer un prochain rendez-vous, etc.	1	2	3	4	5
55. A besoin d'être quelqu'un de spécial pour le/la thérapeute ; veut être plus important(e) que les autres patients du/de la thérapeute.	1	2	3	4	5
56. Est méfiant(e) quant aux actions, motifs, et intentions du/de la thérapeute	1	2	3	4	5
57. S'intéresse, ou se préoccupe de manière excessive des relations du/de la thérapeute avec ses autres patients (es).	1	2	3	4	5
58. Se comporte comme s'il/elle avait des droits spéciaux (p.ex. veut des faveurs spéciales, un tarif plus bas non justifié par son revenu etc.).	1	2	3	4	5
59. Imagine que lui/elle-même et le/la thérapeute sont beaucoup plus semblables qu'ils ne le sont réellement ; semble vouloir être le jumeau/la jumelle du/de la thérapeute.	1	2	3	4	5
60. Attribue ses propres pensées ou sentiments inacceptables au/à la thérapeute au lieu de les voir chez lui/elle-même.	1	2	3	4	5
61. A des difficultés pour parler de ses propres réussites, ou accomplissements, ou pour exprimer de la fierté avec le/la thérapeute.	1	2	3	4	5
62. A de la peine à parler de ses échecs ou de ses sentiments d'inadéquation avec le/la thérapeute.	1	2	3	4	5
63. Se sent inférieur(e) au/à la thérapeute.	1	2	3	4	5
64. Craint de surpasser le/la thérapeute ; a peur que ses propres réussites ne le/la conduisent à l'abandon, à des critiques, à une compétitivité, etc.	1	2	3	4	5
65. Est exagérément préoccupé(e) par les besoins du/de la thérapeute, ses sentiments, etc. ; a des difficultés pour orienter la thérapie sur ses propres besoins ou expériences vécues.	1	2	3	4	5
66. Est empathique envers les sentiments du/de la thérapeute.	1	2	3	4	5
67. Est manipulateur/trice.	1	2	3	4	5

68. N'est pas digne de confiance ; on ne peut pas compter sur lui/elle pour dire la vérité.	1	2	3	4	5
69. Inspire un certain rejet, ne donne pas envie au/à la thérapeute de faire une thérapie.	1	2	3	4	5
70. Est joueur(euse).	1	2	3	4	5
71. Suscite des sentiments chaleureux chez le thérapeute.	1	2	3	4	5
72. Peut parler ouvertement de difficultés cruciales.	1	2	3	4	5
73. Craint de décevoir le thérapeute.	1	2	3	4	5
74. Est susceptible ; donne la sensation au/à la thérapeute de devoir « marcher sur des œufs ».	1	2	3	4	5
75. Suscite chez le/la thérapeute du sadisme, du sarcasme, ou d'autres réponses agressives plus ou moins subtiles ou explicites	1	2	3	4	5
76. Est sadique envers le thérapeute (p. ex., prend plaisir à mettre	1	2	3	4	5

le/la thérapeute en difficulté).					
77. Met à l'épreuve de manière répétée la relation thérapeutique, ou n'en respecte pas les limites.	1	2	3	4	5
78. A des difficultés pour exprimer sa colère ou sa déception envers le/la thérapeute, même quand celui/celle-ci a commis une faute /erreur ou n'a pas réussi à l'aider.	1	2	3	4	5
79. Cause crise sur crise dans la thérapie, ce qui mène à une remise en question perpétuelle de la relation.	1	2	3	4	5
80. Est passif(ve) ; semble attendre du/de la thérapeute qu'il/elle fasse tout le travail.	1	2	3	4	5
81. A peur de contredire ou d'être en désaccord avec le/la thérapeute ; a des difficultés à affirmer ses propres besoins ou points de vue.	1	2	3	4	5
82. A le sentiment, ou la crainte de « faire quelque chose de mauvais » en thérapie.	1	2	3	4	5
83. A tendance à beaucoup argumenter, ou contredire.	1	2	3	4	5
84. Suppose que le/la thérapeute partage son point de vue, ses croyances, ses valeurs, etc., même lorsque cela est peu probable.	1	2	3	4	5
85. Est ennuyeux (se)	1	2	3	4	5
86. A de la peine à gérer les séparations (p. ex., est bouleversé(e), ou nie sa détresse, lors des départs en vacances etc.).	1	2	3	4	5
87. Arrive en retard aux séances de thérapie.	1	2	3	4	5
88. Parle tellement ou si rapidement que le/la thérapeute ne peut pas « en placer une ».	1	2	3	4	5
89. Exprime le souhait que le/la thérapeute puisse être son parent.	1	2	3	4	5
90. Est sensible aux significations verbales et non verbales de la communication du/de la thérapeute ; est généralement apte à comprendre les signaux subtils de la communication sociale.	1	2	3	4	5

QUESTIONNAIRE DE CONTRETRANSFERT

(Bradley, R., Kegley Heim, A. & Westen, D, 2005)

Les énoncés ci-dessous décrivent un certain nombre de manières qu'ont les cliniciens de ressentir ou de réagir face à leurs patients. S'il vous plaît, attribuer un score à chaque énoncé en décidant dans quelle mesure il s'applique à vous dans le travail avec votre patient-e sur une échelle allant de **1= pas du tout vrai** ; **3=quelques fois vrai** ; **5= tout à fait vrai**. Nous savons qu'il est difficile de généraliser sur une prise en charge de plusieurs semaines ou plusieurs mois voire années, mais tâchez de décrire la manière dont vous vous êtes senti avec votre patient-e au cours de toute la prise en charge. Ne vous inquiétez pas si vos réponses vous paraissent incohérentes, puisque les cliniciens peuvent décrire le même patient de multiples façons.

		Pas du Tout Vrai	Quelques Fois Vrai	Tout A fait Vrai		
1.	Je suis très confiant-e quant aux progrès qu'il/elle a fait, ou pourra faire, en thérapie.	1	2	3	4	5
2.	De temps en temps, je le/la trouve désagréable.	1	2	3	4	5
3.	Je trouve passionnant de travailler avec lui/elle.	1	2	3	4	5
4.	Je ressens de la compassion pour lui/elle.	1	2	3	4	5
5.	Je voudrais ne jamais l'avoir pris-e comme patient-e.	1	2	3	4	5
6.	Je me sens ignoré-e ou dévalorisé-e.	1	2	3	4	5
7.	Si il/elle n'était pas mon/ma patient-e, je pourrais m'imaginer que nous soyons amis.	1	2	3	4	5
8.	Je me sens agacé-e durant les séances avec lui/elle.	1	2	3	4	5
9.	Je ne me sens pas pleinement engagé-e durant les séances avec lui/elle.	1	2	3	4	5
10.	J'éprouve de la confusion durant les séances avec lui/elle.	1	2	3	4	5
11.	Je ne crois pas à ce que mon/ma patient-e me dit.	1	2	3	4	5
12.	Je me sens critiqué-e par lui/elle.	1	2	3	4	5
13.	J'appréhende les séances avec lui/elle.	1	2	3	4	5
14.	Je ressens de la colère pour les personnes de son entourage.	1	2	3	4	5
15.	Je ressens de la colère envers lui/elle.	1	2	3	4	5
16.	Je ressens de l'ennui durant les séances avec lui/elle.	1	2	3	4	5
17.	Je me sens sexuellement attiré-e par lui/elle.	1	2	3	4	5
18.	Je me sens déprimé-e durant les séances avec lui/elle.	1	2	3	4	5
19.	J'attends avec impatience les séances avec lui/elle.	1	2	3	4	5
20.	Je me sens envieux-se, ou en compétition avec lui/elle.	1	2	3	4	5
21.	J'aimerais pouvoir lui donner ce que d'autres n'ont jamais pu lui donner.	1	2	3	4	5
22.	Je me sens frustré-e durant les séances avec lui/elle.	1	2	3	4	5
23.	Il/elle me renvoie une bonne image de moi-même, et me fait me sentir bien.	1	2	3	4	5
24.	Je culpabilise à cause des sentiments que j'ai pour lui/elle.	1	2	3	4	5
25.	Mon esprit vagabonde plutôt que de se porter sur ce qu'il/elle me raconte.	1	2	3	4	5
26.	Je me sens débordé-e par les fortes émotions de mon/ma patient-e.	1	2	3	4	5
27.	Je ressens de la rage envers mon/ma patient-e.	1	2	3	4	5
28.	Je me sens coupable lorsqu'il/elle est en détresse, ou que son état se détériore, comme si j'en étais en quelque sorte responsable.	1	2	3	4	5

Pas du Quelques Tout

	Tout Vrai	Fois Vrai	A fait Vrai		
29.	1	2	3	4	5
30.	1	2	3	4	5
31.	1	2	3	4	5
32.	1	2	3	4	5
33.	1	2	3	4	5
34.	1	2	3	4	5
35.	1	2	3	4	5
36.	1	2	3	4	5
37.	1	2	3	4	5
38.	1	2	3	4	5
39.	1	2	3	4	5
40.	1	2	3	4	5
41.	1	2	3	4	5
42.	1	2	3	4	5
43.	1	2	3	4	5
44.	1	2	3	4	5
45.	1	2	3	4	5
46.	1	2	3	4	5
47.	1	2	3	4	5
48.	1	2	3	4	5
49.	1	2	3	4	5
50.	1	2	3	4	5
51.	1	2	3	4	5
52.	1	2	3	4	5
53.	1	2	3	4	5
54.	1	2	3	4	5
55.	1	2	3	4	5
56.	1	2	3	4	5
57.	1	2	3	4	5
58.	1	2	3	4	5
59.	1	2	3	4	5
60.	1	2	3	4	5
61.	1	2	3	4	5
62.	1	2	3	4	5
63.	1	2	3	4	5

Pas du Quelques Tout

		Tout Vrai	Fois Vrai	A fait Vrai	
64.	J'ai des sentiments chaleureux, presque paternels/maternels envers lui/elle.	1	2	3	4 5
65.	Je l'apprécie beaucoup.	1	2	3	4 5
66.	Je me fais plus de souci pour lui/elle en dehors des séances que pour mes autres patient-e-s.	1	2	3	4 5
67.	Je rallonge plus facilement les séances avec lui/elle qu'avec mes autres patient-e-s.	1	2	3	4 5
68.	Je me sens moins efficace à aider ce/tte patient-e que les autres.	1	2	3	4 5
69.	Je fais des choses pour lui/elle, ou je fournis un effort supplémentaire, que je ne fais pas pour mes autres patient-e-s.	1	2	3	4 5
70.	Je réponds à ses appels ou messages téléphoniques moins rapidement que pour mes autres patient-e-s.	1	2	3	4 5
71.	Je dévoile plus mes sentiments avec ce/tte patient-e qu'avec mes autres patient-e-s.	1	2	3	4 5
72.	Je l'appelle plus souvent entre les séances que mes autres patient-e-s.	1	2	3	4 5
73.	Je discute plus de ce/tte patient-e avec mes collègues ou en supervision que de mes autres patient-e-s.	1	2	3	4 5
74.	Il/elle est un-e de mes patient-e-s préféré-e-s.	1	2	3	4 5
75.	Je regarde plus souvent l'heure avec lui/elle qu'avec mes autres patient-e-s.	1	2	3	4 5
76.	Je dévoile plus ma vie privée avec ce/tte patient-e qu'avec mes autres patient-e-s.	1	2	3	4 5
77.	Je me suis senti-e entraîné-e dans des choses dont je n'ai pris conscience qu'après la séance, et ce plus fréquemment qu'avec la plupart de mes autres patient-e-s.	1	2	3	4 5
78.	Je commence plus souvent les séances en retard avec lui/elle qu'avec mes autres patient-e-s.	1	2	3	4 5
79.	Je parle plus de lui/elle avec mon mari/ma femme, ou avec des personnes importantes de mon entourage, que de mes autres patient-e-s	1	2	3	4 5

Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200)

© Shedler-Westen, 2006

(version lickert Bényony, 10 janvier 2007)

PT ID # : _____ cotateur # : _____

Age # : _____ sexe # : _____

Instructions: SVP, lire chacune des déclarations ci-dessous et décidez dans quelle mesure elle décrit le fonctionnement psychologique de votre patient. Chaque déclaration pourra s'appliquer plus ou moins (ou pas du tout) à un patient donné. Pour indiquer votre réponse, entourez un chiffre à la droite de chaque énoncé. **1 = pas vrai pour votre patient, hors de propos, ou qui concerne les cas pour lesquels vous n'avez aucune information, 4 = quelque fois vrai, et 7 = très vrai, décrit particulièrement bien votre patient et semble capter ce qui est le plus central dans sa personnalité.**

1. Tend à se blâmer ou à se sentir responsable des mauvaises choses qui se produisent.	1	2	3	4	5	6	7
2. Peut utiliser ses talents, ses capacités, et son énergie de manière efficace et productive.	1	2	3	4	5	6	7
3. Tire profit des autres; est résolu à être le numéro un; a un investissement minimal en valeurs morales.	1	2	3	4	5	6	7
4. Est très présomptueux.	1	2	3	4	5	6	7
5. Tend à être indiscret avec les émotions; tend à ne pas respecter les besoins d'autonomie, d'intimité, etc. des autres.	1	2	3	4	5	6	7
6. Est préoccupé par des pensées obsessionnelles fréquentes qu'il/elle ressent comme insensées et intruses.	1	2	3	4	5	6	7
7. Semble en conflit au sujet de son identité raciale ou ethnique (par exemple, sous-évalue et rejette, ou surévalue et est préoccupé par, son propre patrimoine culturel).	1	2	3	4	5	6	7
8. Tend à entrer dans des luttes de puissance.	1	2	3	4	5	6	7
9. Tend à penser que les autres sont envieux de lui/d'elle.	1	2	3	4	5	6	7
10. A l'impression que quelqu'un d'autre d'important a une capacité spéciale et presque magique de comprendre ses pensées et sentiments les plus secrets (par exemple, peut imaginer que le rapport est si parfait que les efforts ordinaires à la communication sont superflus).	1	2	3	4	5	6	7
11. Tend à s'attacher rapidement ou intensément ; développe des sentiments, des espérances, etc. qui ne sont pas justifiés par l'histoire ou le contexte de la relation.	1	2	3	4	5	6	7
12. Les émotions tendent à se développer en spirales, de manière incontrôlée, menant à de très grandes inquiétude, tristesse, fureur, agitation etc.	1	2	3	4	5	6	7
13. Tend à employer ses problèmes psychologiques ou médicaux pour éviter le travail ou la responsabilité (que ce soit consciemment ou inconsciemment).	1	2	3	4	5	6	7
14. Tend à blâmer les autres de ses propres échecs ou défauts; tend à croire que ses problèmes sont provoqués par des facteurs externes.	1	2	3	4	5	6	7
15. Manque d'une image stable de qui il est ou voudrait devenir (par exemple, les attitudes, les valeurs, les buts, ou les sentiments de l'individu peuvent être instables et changeants).	1	2	3	4	5	6	7
16. Tend à se mettre en colère ou à être hostile (que ce soit consciemment ou inconsciemment).	1	2	3	4	5	6	7

17. Tend à être insinuant ou soumis (par exemple, peut consentir aux choses avec lesquelles il/elle n'est pas d'accord ou ne veut pas faire, dans l'espoir d'obtenir l'appui ou l'approbation).	1	2	3	4	5	6	7
18. Quand il est attiré de façon romantique ou sexuelle, il tend à perdre intérêt si l'autre personne en fait autant.	1	2	3	4	5	6	7
19. Apprécie les défis ; prend du plaisir en accomplissant les choses.	1	2	3	4	5	6	7
20. Tend à être faux ; tend à mentir ou tromper.	1	2	3	4	5	6	7
21. Tend à être hostile envers les membres du sexe opposé, que ce soit consciemment ou inconsciemment (par exemple, peut être désobligeant, avoir un esprit de concurrence, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
22. Tend à développer des symptômes somatiques en réponse au stress ou au conflit (par exemple, mal de tête, mal de dos, douleur abdominale, asthme, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
23. Tend à devenir impliqué dans les « triangles » romantiques ou sexuels (par exemple, est plus intéressé par les associés qui sont déjà avec quelqu'un, cherché par quelqu'un d'autre, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
24. Tend à être peu sérieux et irresponsable (par exemple, peut manquer à ses engagements de travail ou à l'honneur de ses obligations financières).	1	2	3	4	5	6	7
25. A du mal à reconnaître ou exprimer sa colère.	1	2	3	4	5	6	7
26. Tend à se laisser entraîner ou à rester dans des relations dans lesquelles il/elle est émotionnellement ou physiquement maltraité.	1	2	3	4	5	6	7
27. A des attaques de panique qui peuvent durer de quelques minutes à quelques heures, accompagnées de réponses physiologiques fortes (par exemple, l'emballement du coeur, le manque de souffle, les sensations d'étouffer, la nausée, le vertige, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
28. Tend à être préoccupé par des soucis concernant la saleté, la propreté, la contamination, etc. (par exemple, boire dans le verre d'une autre personne, s'asseoir sur les sièges des toilettes publiques, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
29. A du mal à donner du sens au comportement des autres ; souvent se méprend, interprète mal ou se perd dans les actions et réactions des autres.	1	2	3	4	5	6	7
30. Tend à se sentir apathique, fatigué, ou manquant d'énergie.	1	2	3	4	5	6	7
31. Tend à montrer une indifférence insouciant aux droits, à la propriété, ou à la sécurité des autres.	1	2	3	4	5	6	7
32. Est capable de maintenir une relation amoureuse significative caractérisée par une véritable intimité et de l'affection.	1	2	3	4	5	6	7
33. Semble gêné dans la poursuite de ses buts ou ses réussites ; les aspirations ou les accomplissements tendent à être au-dessous de son potentiel.	1	2	3	4	5	6	7
34. Tend à être excessivement attrayant sexuellement ou provocant, que ce soit consciemment ou inconsciemment (par exemple, peut être flirteur d'une façon inadéquate, préoccupé par la conquête sexuelle, tendance à « entraîner les gens », etc.).	1	2	3	4	5	6	7
35. Tend à être anxieux.	1	2	3	4	5	6	7
36. Tend à se sentir délaissé, impuissant, ou à la merci de forces extérieures à son contrôle.	1	2	3	4	5	6	7
37. Trouve du sens à faire partie et à contribuer à une large communauté (par exemple, organisation, église, voisinage, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
38. Tend à juger qu'il/elle n'est pas fidèle à lui/elle-même avec les autres ; tend à se sentir faux ou frauduleux.	1	2	3	4	5	6	7

39. Semble gagner du plaisir ou de la satisfaction en étant sadique ou agressif envers les autres (que ce soit consciemment ou inconsciemment).	1	2	3	4	5	6	7
40. Tend à s'engager dans un comportement illégal ou criminel.	1	2	3	4	5	6	7
41. Semble incapable de décrire l'importance des autres dans un certain sens ce qui donne un sens de qui elles sont comme personnes ; les descriptions des autres se montrent comme bidimensionnel et manquant de richesse.	1	2	3	4	5	6	7
42. Tend à se sentir envieux.	1	2	3	4	5	6	7
43. Tend à rechercher le pouvoir ou l'influence sur les autres (que ce soit de manières salutaires ou destructrices).	1	2	3	4	5	6	7
44. La perception de la réalité peut devenir excessivement altérée sous tension (par exemple, peut devenir illusoire).	1	2	3	4	5	6	7
45. Tend à idéaliser certaines personnes de manières peu réalistes ; les voit comme « entièrement bonnes », à l'exclusion des défauts humains banals.	1	2	3	4	5	6	7
46. Tend à être influençable ou très influençable.	1	2	3	4	5	6	7
47. Est incertain(e) d'être hétérosexuel, homosexuel ou bisexuel.	1	2	3	4	5	6	7
48. Cherche à être le centre d'attention.	1	2	3	4	5	6	7
49. A des fantasmes de succès illimité, de pouvoir, de beauté, de talent, de grande intelligence.	1	2	3	4	5	6	7
50. Tend à croire que la vie n'a pas de sens.	1	2	3	4	5	6	7
51. Tend à obtenir la sympathie des autres.	1	2	3	4	5	6	7
52. A peu d'empathie ; semble incapable de comprendre ou de répondre aux besoins et sentiments des autres à moins qu'ils coïncident avec les siens.	1	2	3	4	5	6	7
53. Semble traiter les autres essentiellement en tant que spectateurs pour témoigner de sa propre importance, de sa grande intelligence, beauté, etc.	1	2	3	4	5	6	7
54. Tend à juger qu'il/elle n'est pas à la hauteur, a un sentiment d'infériorité ou une incapacité.	1	2	3	4	5	6	7
55. Peut trouver sens et réalisation en dirigeant, guidant, ou éduquant les autres.	1	2	3	4	5	6	7
56. Semble trouver peu ou pas de plaisir, de satisfaction, ou de jouissance dans les activités de la vie.	1	2	3	4	5	6	7
57. Tend à se sentir coupable.	1	2	3	4	5	6	7
58. A peu ou pas d'intérêt en ayant des expériences sexuelles avec une autre personne.	1	2	3	4	5	6	7
59. Est empathique ; est délicat et sensible aux besoins et aux sentiments des autres.	1	2	3	4	5	6	7
60. Tend à être timide ou réservé dans les situations sociales.	1	2	3	4	5	6	7
61. Tend à déprécier des qualités traditionnellement liées à son propre sexe tout en embrassant des qualités traditionnellement liées au sexe opposé (par exemple, une femme qui dévalue l'éducation et la sensibilité émotive tout en évaluant l'accomplissement et l'indépendance).	1	2	3	4	5	6	7
62. Tend à être préoccupé par la nourriture, le régime, ou les repas.	1	2	3	4	5	6	7
63. Peut s'affirmer efficacement et convenablement si nécessaire.	1	2	3	4	5	6	7
64. L'humeur est susceptible de varier pendant des intervalles de semaines ou de mois entre des états surexcités et déprimés (un placement élevé implique un trouble de l'humeur bipolaire).	1	2	3	4	5	6	7
65. Cherche à dominer un autre signifiant (par exemple, conjoint, amoureux, membre de la famille) par la violence ou l'intimidation.	1	2	3	4	5	6	7

66. Est excessivement dévoué pour le travail et la productivité, au détriment des loisirs et des relations.	1	2	3	4	5	6	7
67. Tend à être avare et cachant (que ce soit de l'argent, des idées, des émotions, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
68. Apprécie et répond à l'humour.	1	2	3	4	5	6	7
69. A des difficultés à se débarrasser des choses même lorsqu'elles sont usées ou sans valeur ; tend à amasser, réunir, ou garder les choses.	1	2	3	4	5	6	7
70. A des accès incontrôlés de nourriture suivis de « purges » (par exemple, se fait vomir lui-même, abuse des laxatifs, jeûne, etc.) ; a des épisodes de boulimie.	1	2	3	4	5	6	7
71. Tend à chercher les frissons, la nouveauté, l'aventure, etc.	1	2	3	4	5	6	7
72. Les perceptions semblent faciles, globales, et impressionnistes ; a des difficultés à se concentrer sur les détails spécifiques.	1	2	3	4	5	6	7
73. Tend à « catastropher » ; est enclin à voir les problèmes comme désastreux, insolubles, etc.	1	2	3	4	5	6	7
74. Exprime son émotion de manière exagérée et théâtrale.	1	2	3	4	5	6	7
75. Tend à penser en termes concrets et à interpréter les choses de manières excessivement littérales ; a une capacité limitée pour apprécier la métaphore, l'analogie ou la nuance.	1	2	3	4	5	6	7
76. Parvient à obtenir des autres des sentiments semblés à ceux qu'il/elle éprouve (par exemple, si fâché, agit de façon à provoquer la colère des autres ; si soucieux, agit de façon à induire l'anxiété chez les autres).	1	2	3	4	5	6	7
77. Tend à être excessivement indigent ou dépendant ; exige une réassurance excessive ou l'approbation.	1	2	3	4	5	6	7
78. Tend à exprimer son agression de manières passive et indirecte (par exemple, peut faire des erreurs, temporise, oublie, devient boudeur, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
79. Tend à voir certaines personnes comme « entièrement mauvaises », et perd la capacité à percevoir toutes qualités positives que la personne peut avoir.	1	2	3	4	5	6	7
80. Tend à être sexuellement possessif ou jaloux ; tend à être préoccupé par des soucis concernant une vraie ou imaginée infidélité.	1	2	3	4	5	6	7
81. A plusieurs reprises re-éprouve ou revit un événement passé traumatique (par exemple, a des souvenirs importuns ou des rêves périodiques de l'évènement ; est effrayé ou terrifié par les événements actuels qui ressemblent ou symbolisent l'évènement passé).	1	2	3	4	5	6	7
82. Est capable d'entendre des renseignements qui sont émotionnellement menaçants (c'est-à-dire, qui met très cher en parole des croyances, des perceptions, et de propres perceptions) et peut les employer et en tirer bénéfiques.	1	2	3	4	5	6	7
83. Les croyances et les espérances ont l'air de clichés ou sont stéréotypées, comme si elles étaient prises d'un livre de contes ou de films.	1	2	3	4	5	6	7
84. Tend à être de concurrence avec les autres (que ce soit consciemment ou inconsciemment).	1	2	3	4	5	6	7
85. A des désirs homosexuels conscients (un placement modéré implique la bisexualité, un placement élevé implique l'homosexualité).	1	2	3	4	5	6	7
86. Tend à se sentir honteux ou embarrassé.	1	2	3	4	5	6	7
87. Prompt à supposer que les autres souhaitent lui nuire ou tirer profit de lui/d'elle ; tend à percevoir des intentions malveillantes dans les paroles et actions des autres.	1	2	3	4	5	6	7

88. Tend à être insuffisamment concerné par la satisfaction de ses propres besoins ; se présente comme n'ayant pas droit d'obtenir ou demander les choses qu'il/elle mérite.	1	2	3	4	5	6	7
89. Semble faire face aux expériences douloureuses du passé ; y a trouvé une signification, et a grandi avec de telles expériences.	1	2	3	4	5	6	7
90. Tend à se sentir vide ou s'ennuyer.	1	2	3	4	5	6	7
91. Tend à être autocritique ; se fixe des objectifs élevés de manière irréaliste et est intolérant de ses propres défauts.	1	2	3	4	5	6	7
92. S'exprime clairement ; peut s'exprimer en de jolis termes.	1	2	3	4	5	6	7
93. Semble en savoir moins sur les manières du monde que ce qui pourrait être escompté, étant donné son intelligence, ses origines, etc. ; semble naïf ou innocent.	1	2	3	4	5	6	7
94. A une vie sexuelle active et satisfaisante.	1	2	3	4	5	6	7
95. Semble bien et à l'aise dans les situations sociales.	1	2	3	4	5	6	7
96. Tend à obtenir l'aversion ou l'animosité des autres.	1	2	3	4	5	6	7
97. Tend à employer son attraction physique à un degré excessif pour gagner l'attention ou se faire remarquer.	1	2	3	4	5	6	7
98. Tend à craindre qu'il/elle soit rejeté ou abandonné par ceux pour qui il/elle a de l'affection.	1	2	3	4	5	6	7
99. Semble associer l'acte sexuel au danger (par exemple, préjudice, punition, contamination), que ce soit consciemment ou inconsciemment.	1	2	3	4	5	6	7
100. Tend à penser de façon abstraite et intellectuelle, même dans les problèmes d'ordre personnel.	1	2	3	4	5	6	7
101. Trouve généralement le contentement et du bonheur dans les activités de la vie.	1	2	3	4	5	6	7
102. A une phobie spécifique (par exemple, des serpents, des araignées, des chiens, des avions, des ascenseurs, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
103. Tend à réagir à la critique avec des sentiments de fureur ou d'humiliation.	1	2	3	4	5	6	7
104. Semble avoir peu besoin de compagnie humaine ou de relation ; est véritablement indifférent à la présence des autres.	1	2	3	4	5	6	7
105. Tend à éviter de se fier à d'autres par crainte de la trahison ; s'attend à ce que les choses qu'il/elle dit ou veut puissent être utilisées contre lui/elle.	1	2	3	4	5	6	7
106. Tend à exprimer son ressenti de qualité et d'intensité appropriée à la situation actuelle.	1	2	3	4	5	6	7
107. Tend à exprimer des qualités ou des manières traditionnellement liées à son propre sexe à un degré exagéré (c'est-à-dire, une femme hyper féminine ou hyper masculine, un homme "macho").	1	2	3	4	5	6	7
108. Tend à restreindre son ingestion de nourriture au point d'être de poids insuffisant et sous-alimenté.	1	2	3	4	5	6	7
109. Tend à avoir des comportements d'automutilation (par exemple, se coupe, se brûle, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
110. Tend à s'attacher ou à s'intéresser à des personnes qui sont émotionnellement indisponibles.	1	2	3	4	5	6	7
111. A la capacité d'admettre des points de vue alternatifs même dans des sujets qui lui font remonter des émotions fortes.	1	2	3	4	5	6	7
112. Tend à être insouciant des conséquences de ses actions ; semble immunisé ou invulnérable.	1	2	3	4	5	6	7
113. Semble n'éprouver aucun remord pour le mal ou les dommages causés à autrui.	1	2	3	4	5	6	7
114. Tend à critiquer les autres.	1	2	3	4	5	6	7

115. Tend à casser des choses ou à devenir physiquement agressif/ve quand il/elle est en colère.	1	2	3	4	5	6	7
116. Tend à voir ses propres sentiments ou impulsions inacceptables chez les autres plutôt que chez lui/elle.	1	2	3	4	5	6	7
117. Est incapable de se calmer ou de se soulager une fois affligé ; exige la participation d'une autre personne pour l'aider à régler ses affects.	1	2	3	4	5	6	7
118. Tend à voir les expériences sexuelles comme révoltantes ou dégoûtantes.	1	2	3	4	5	6	7
119. Tend à avoir des inhibitions ou à être bloqué ; a des difficultés à s'autoriser à avouer ou à exprimer ses désirs ou impulsions.	1	2	3	4	5	6	7
120. A des valeurs morales et éthiques et s'efforce de vivre selon.	1	2	3	4	5	6	7
121. Est créatif ; peut voir les choses ou approcher les problèmes de manière originale.	1	2	3	4	5	6	7
122. Les projets de vie tendent à être chaotiques ou instables (par exemple, les projets de vie sont provisoires, transitoires, ou mal définis ; ne peut avoir aucun téléphone ou adresse permanente).	1	2	3	4	5	6	7
123. Tend à adhérer rigoureusement aux routines quotidiennes et à devenir anxieux ou mal à l'aise quand elles sont changées.	1	2	3	4	5	6	7
124. Tend à éviter les situations sociales à cause de la crainte de l'embarras ou de l'humiliation.	1	2	3	4	5	6	7
125. L'apparence ou l'attitude semble excentrique ou bizarre (par exemple, le toilettage, l'hygiène, le maintien, le regard, les rythmes de la parole, etc. semblent d'une manière ou d'une autre étranges ou "off").	1	2	3	4	5	6	7
126. Semble avoir une gamme limitée ou resserrée d'émotions.	1	2	3	4	5	6	7
127. Tend à se sentir mal compris, maltraité, ou persécuté.	1	2	3	4	5	6	7
128. Fantasme de trouver l'amour idéal et parfait.	1	2	3	4	5	6	7
129. Tend à être en conflit avec l'autorité (par exemple, peut juger qu'il/elle doit se soumettre, se rebeller contre, gagner, vaincre, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
130. Tend à être arrogant, hautain, ou renvoyé.	1	2	3	4	5	6	7
131. Les processus de raisonnement ou les expériences perceptuelles semblent excentriques et idiosyncrasiques (par exemple, peut faire des inférences apparemment arbitraires; peut voir des messages cachés ou des significations spéciales dans des événements ordinaires).	1	2	3	4	5	6	7
132. A des difficultés à se laisser éprouver des émotions agréables fortes (par exemple, l'excitation, la joie, la fierté).	1	2	3	4	5	6	7
133. Tend à avoir de nombreuses participations sexuelles; est immoral.	1	2	3	4	5	6	7
134. Tend à agir impulsivement, sans considérer les conséquences.	1	2	3	4	5	6	7
135. A des craintes non fondées de contracter une maladie médicale ; tend à interpréter des maux et des douleurs normaux comme symptomatiques de maladie ; est hypocondriaque.	1	2	3	4	5	6	7
136. Tend à être superstitieux ou à croire en des phénomènes magiques ou surnaturels (par exemple, astrologie, tarot, cristaux, intuition extrasensorielle, "auras", etc.).	1	2	3	4	5	6	7
137. Met en évidence des souhaits ou des intérêts homosexuels inconscients (par exemple, peut être excessivement homophobe, ou peut montrer des signes d'un attrait involontaire à une personne du même sexe).	1	2	3	4	5	6	7
138. Tend à entrer dans des états de conscience changés, dissociés une fois affligé (par exemple, le moi ou le monde se sent étrange, peu familier, ou irréel).	1	2	3	4	5	6	7

139. Tend à garder rancunes; peut demeurer sur des insultes ou des affronts pendant de longues périodes.	1	2	3	4	5	6	7
140. A une perversion sexuelle ou est un fétiche ; un scénario rigoureux ou des conditions fortement idiosyncrasiques doivent être réunies avant qu'il/elle puisse éprouver une satisfaction sexuelle.	1	2	3	4	5	6	7
141. Est extrêmement engagé dans une "cause" sociale ou politique, à un degré qui semble excessif ou fanatique.	1	2	3	4	5	6	7
142. Tend à réitérer des menaces ou des gestes suicidaires, soit comme un "cri à l'aide" soit comme une tentative pour manipuler les autres.	1	2	3	4	5	6	7
143. Tend à croire qu'il/elle peut seulement être apprécié(e) par, ou devrait seulement s'associer avec, des gens qui ont une position élevée, supérieurs, ou sans cela "particuliers".	1	2	3	4	5	6	7
144. Tend à se voir comme logique et raisonnable, non influencé par son émotion; préfère fonctionner comme si ses émotions étaient non pertinentes ou sans importance.	1	2	3	4	5	6	7
145. Le discours tend à être circonstanciel, vague, décousu, avec digressions, etc.	1	2	3	4	5	6	7
146. Tend à ennuyer les autres (par exemple, peut parler incessamment, sans sentiment, ou de sujets sans importance).	1	2	3	4	5	6	7
147. Tend à abuser de l'alcool.	1	2	3	4	5	6	7
148. A peu de perspicacité psychologique dans ses propres intentions, comportement, etc.; ne peut pas considérer des interprétations alternatives de ses expériences.	1	2	3	4	5	6	7
149. Tend à se sentir comme un banni ou un étranger; se sent comme s'il/elle n'était pas vraiment chez lui/elle.	1	2	3	4	5	6	7
150. Tend à s'identifier aux autres admirés à un degré exagéré; tend à devenir un admirateur ou un "disciple" (par exemple, peut prendre les attitudes, croyances, manières, etc. des autres).	1	2	3	4	5	6	7
151. Semble éprouver le passé comme une série d'évènements disjoints ou décousus; a des difficultés à faire un exposé logique de son histoire de vie.	1	2	3	4	5	6	7
152. Tend à réprimer ou "oublier" les évènements affligeants, ou à fausser les mémoires des évènements affligeants, méconnaissables.	1	2	3	4	5	6	7
153. Les relations interpersonnelles tendent à être instables, chaotiques, et rapidement changeantes.	1	2	3	4	5	6	7
154. Tend à obtenir des réactions extrêmes ou à fomenter des sentiments forts chez les autres.	1	2	3	4	5	6	7
155. Tend à décrire les expériences dans les généralités; est peu disposé ou incapable d'offrir les détails spécifiques.	1	2	3	4	5	6	7
156. A une image corporelle troublée ou déformée; se voit comme sans attrait, grotesque, dégoûtant, etc.	1	2	3	4	5	6	7
157. Tend à devenir irraisonné quand des émotions fortes sont remuées; peut montrer un déclin apparent de niveau de fonctionnement habituel.	1	2	3	4	5	6	7
158. Semble effrayé par un engagement à long terme d'une relation amoureuse.	1	2	3	4	5	6	7
159. Tend à nier ou désavouer ses propres besoins d'affection, de réconfort, d'intimité, etc., ou à considérer de tels besoins inacceptables.	1	2	3	4	5	6	7
160. Manque d'amitiés et de relations proches.	1	2	3	4	5	6	7
161. Tend à abuser de drogues illicites.	1	2	3	4	5	6	7

162. Exprime des sentiments ou des croyances contradictoires sans être troublé par la contradiction ; a peu besoin de concilier ou résoudre des idées contradictoires.	1	2	3	4	5	6	7
163. Semble vouloir se "punir"; crée des situations qui causent de la tristesse, ou évite activement les perspectives de plaisir et de satisfaction.	1	2	3	4	5	6	7
164. Tend à être pharisaïque ou moraliste.	1	2	3	4	5	6	7
165. Tend à déformer des souhaits ou des sentiments inacceptables en les transformant en leur contraire (peut exprimer des inquiétudes ou de l'affection excessives tout en montrant des signes d'hostilité inavoués; dégoût pour les sujets sexuels tout en montrant des signes d'intérêt ou d'excitation, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
166. Tend à osciller entre le sous et le sur contrôle de ses besoins et impulsions (c'est-à-dire, besoins et souhaits sont exprimés impulsivement et avec peu de respect pour les conséquences, ou bien désavoués et autorisés pratiquement sans expression).	1	2	3	4	5	6	7
167. Est simultanément nécessiteux et rejetant des autres (par exemple, implore l'intimité et l'affection, mais tend à la rejeter une fois offerte).	1	2	3	4	5	6	7
168. Lutte contre de véritables souhaits de se tuer.	1	2	3	4	5	6	7
169. Craint de devenir comme un parent (ou la personne qui joue le rôle de parent) au sujet duquel il/elle a des sentiments négatifs forts ; peut se donner du mal pour éviter ou rejeter des attitudes ou des comportements liés à cette personne.	1	2	3	4	5	6	7
170. Tend à être hostile, opposé, vif pour être en désaccord.	1	2	3	4	5	6	7
171. Semble craindre d'être seul; peut se donner beaucoup de mal pour éviter d'être seul.	1	2	3	4	5	6	7
172. Éprouve un dysfonctionnement sexuel spécifique pendant des rapports sexuels ou tentatives de rapports (par exemple, orgasme inhibé ou vaginisme chez les femmes, impuissance ou éjaculation précoce chez les hommes).	1	2	3	4	5	6	7
173. Tend à s'absorber dans les détails, souvent au point qu'il/elle manque ce qui est significatif dans la situation.	1	2	3	4	5	6	7
174. S'attend à être lui-même "parfait" (par exemple, dans l'aspect, les accomplissements, la performance, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
175. Tend à être consciencieux et responsable.	1	2	3	4	5	6	7
176. Tend à confondre ses propres pensées, sentiments, ou traits de personnalité avec ceux des autres (par exemple, peut employer les mêmes mots pour se décrire et décrire une autre personne, croit que les deux ont en commun des pensées et sentiments identiques, traite la personne comme une "prolongation" de lui/elle-même, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
177. Convainc les autres à plusieurs reprises de son engagement à changer mais retourne alors au comportement précédent mal adapté ; tend à convaincre les autres que "cette fois c'est vraiment différent".	1	2	3	4	5	6	7
178. Est préoccupé par le sentiment que quelqu'un ou quelque chose a été perdu à tout jamais (par exemple, amour, jeunesse, la chance du bonheur, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
179. Tend à être énergique et liant.	1	2	3	4	5	6	7
180. A des difficultés à prendre des décisions; tend à être indécis ou à hésiter une fois confronté au choix.	1	2	3	4	5	6	7
181. Tend à choisir des partenaires sexuels ou romantiques qui semblent inadéquats en termes d'âge, de statut (par exemple, social, économique, intellectuel), etc.	1	2	3	4	5	6	7
182. Tend à commander.	1	2	3	4	5	6	7

183. Est psychologiquement perspicace; est capable de se comprendre et de comprendre les autres de manière subtile et recherchée.	1	2	3	4	5	6	7
184. Les déclarations verbales semblent incongrues avec l'accompagnement de l'affect, ou incongrues avec l'accompagnement des messages non verbaux.	1	2	3	4	5	6	7
185. Tend à exprimer une colère intense et inadéquate, hors de proportion avec la situation actuelle.	1	2	3	4	5	6	7
186. A des difficultés à diriger à la fois des sentiments tendres et des sentiments sexuels envers la même personne (par exemple, voit des personnes comme respectables et vertueuses, ou sexy et passionnantes, mais pas les deux à la fois).	1	2	3	4	5	6	7
187. Tend à se sentir coupable ou honteux au sujet de ses intérêts ou activités sexuels (que ce soit consciemment ou inconsciemment).	1	2	3	4	5	6	7
188. La vie professionnelle tend à être chaotique ou instable (par exemple, les arrangements de travail semblent toujours provisoires, transitoires, ou mal définis).	1	2	3	4	5	6	7
189. Tend à se sentir malheureux, déprimé, ou abattu.	1	2	3	4	5	6	7
190. Semble se sentir favorisé et de droit; s'attend à un traitement préférentiel.	1	2	3	4	5	6	7
191. Les émotions tendent à changer rapidement et de manière imprévisible.	1	2	3	4	5	6	7
192. Tend à être excessivement concerné par des règles, des procédures, l'ordre, l'organisation, des programmes, etc.	1	2	3	4	5	6	7
193. Manque de compétences sociales ; tend à être maladroit ou inadéquat socialement.	1	2	3	4	5	6	7
194. Essaye de manipuler les émotions des autres pour obtenir ce qu'il/elle veut.	1	2	3	4	5	6	7
195. Tend à être préoccupé par la mort et l'agonie.	1	2	3	4	5	6	7
196. Peut trouver une signification et de la satisfaction dans la poursuite des buts et des ambitions à long terme.	1	2	3	4	5	6	7
197. Tend à chercher ou créer des relations interpersonnelles dans lesquelles il/elle est dans le rôle de soignant, de sauveur, et de protecteur de l'autre.	1	2	3	4	5	6	7
198. Ne s'exprime pas clairement; a une capacité limitée à s'exprimer verbalement.	1	2	3	4	5	6	7
199. Tend à être passif et soumis.	1	2	3	4	5	6	7
200. Peut former des amitiés intimes et durables caractérisées par le soutien mutuel et le partage des expériences.	1	2	3	4	5	6	7