

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم: علم النفس

الرقم التسلسلي:



إستثمار الحدود الجسدية ونمط التعلق لدى

المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن

دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية بالزهرراوي - المسيلة -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبة :

مكي سعيدة

تاريخ المناقشة: 2017/05/21

لجنة المناقشة:

رئيسا	جامعة محمد بوضياف بالمسيلة	- د/ بن زطمة بلدية
مشرفا ومقررا	جامعة محمد بوضياف بالمسيلة	- د/ لبنى سفاري
مناقشا	جامعة محمد بوضياف بالمسيلة	- د/ فريدة بولسان

السنة الجامعية: 2017/2016م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الدعاء:

اللهم لا تجعلنا نصاب بالغرور إذا نجحنا ولا باليأس إذا
أخفقنا، وذكّرنا أن الاخفاق هو التجربة التي تسبق
النجاح، اللهم إذا أعطيتنا نجاحاً فلا تأخذ منا تواضعنا
وإذا أعطيتنا تواضعنا فلا تأخذ منا اعتزازنا بكرامتنا،
ربنا تقبل منا هذا الدعاء

أمين.... آمين.... آمين يا رب العالمين



شكر وتقدير:

ربي لك الحمد كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك، حمدا كثيرا
طيبا مباركا فيه، إذ وقفنا لإتمام هذا العمل ويسرته لنا الأمر العسير.

أرجو اللهم أن تتقبل منا هذا العمل وأنت راض عنا.

ونتقدم بجزيل الشكر:

إلى من كانت سندنا بحمدنا وأساتذتنا بعلمهم ومشرفتنا بحكمتهما
إلى من لم تبخل علينا بنصائحها وتوجيهاتها إلى ذات الصدر الرحيم الأستاذة
المشرفة سفاري لبنى، إلى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة.

كما أتوجه بالشكر إلى مجموعة بحثنا لتعاونها معنا

كما لا يفوتني أن أشكر رئيس مصلحة تصفية الدم بالمؤسسة

الاستشفائية بالمسيلة الزمراوي على تعاوننا معنا.



الإهداء:

مع كل نسمة من نسائم فجر الحرية أهدي تحية الى كل ذرة من ترابه بلدي الجزائر المعبد
بدماء الشهداء.

ومع خيوط الشمس الذهبية المحملة بالحب والامل أهدي هذا العمل الى أبي العزيز الغالي
وأقول له شكرا على كل شيء أتمنى أن يطيل الله في عمرك.

الى منيع الحب والحنان ومن لا يحصى فضلها أغلى انسانة أمي الغالية أطال الله من عمرها.
الى بستان الحب وورود الشوق المتألنة وزهور الياسمين الى أخوتي الغاليين على قلبي يزيد
وشعيب الى أختي بديار الغربية وابنتها سيرين والى فايزة ومنير وإلى من كان سنداً لي في
إتمام هذا العمل المايسترو نبيل وإلى حديقته العزيزين تبتو ومنير شكراً لكم.

الى حديقتي الغالية إيمولة فادية. ❖

الى كل دفعة علم النفس 2012-2017

الى كل من ساهم ولو بكلمة طيبة.

مقدمة:

إن حياة الإنسان تتعرض في بعض الأحيان إلى تهديدات المحيط، فيصبح الفرد في تفاعل يومي مع هذه الظروف التي يمكن أن تؤثر على الناحية الصحية والجسمية، والنفسية للفرد، فرغم التقدم العلمي الحاصل خاصة في الطب والصحة لا يزال الفرد مهدد بالأمراض العضوية الخطيرة والمزمنة، ومن بين هذه الأمراض نجد القصور الكلوي المزمن، الذي يمثل مشكلة صحية عالمية بسبب تأثيره على حياة وصحة العديد من السكان فهو من أخطر الأمراض التي تصيب الكلى وهو عبارة عن انخفاض في المصفيات الكلوية ونقص النفرونات، التي تؤدي إلى قصور تام لوظائف الكلية مما يتطلب العلاج بجهاز تصفية الدم الاصطناعي "Hémodiayse"، أين يصبح المريض الذي كان عبارة عن وحدة جسمية كاملة مستقلة مرتبطة بآلة لا يمتلكها ولا يتحكم فيها وهذه العملية تعتبر الحل المؤقت لمرض القصور الكلوي بالرغم من أنها لا تشفي المريض تماما من المرض، إلا أنها تخفف من آثاره وتسمح للمريض بالحفاظ على حياته وذلك بالتقيد بمدة الغسيل بحيث لا يمكن الإبعاد لأكثر من يومين بين حصة علاجية وأخرى هذا ما يولد لدى المريض إحساس بالتعبية، إضافة إلى الصورة الجسدية التي يكونها عن جسده والذي ينظر إليه بنظرة النقص والعجز نتيجة الإصابة بهذا المرض، فالخضوع لآلة الدياليز يذكر المريض بالفقدان النهائي اعضاء وهذا يؤثر سلبا على نفسيته وعلى علاقاته بالآخرين فهم يتجنبون إقامة علاقات اجتماعية مع المحيطين بهم إن كانت هناك علاقة فهي تكون غير آمنة يشوبها الحذر والشك أو تقتصر على الشكوى من آلام المرض وكونه مرض قاتل ومعجز، حيث يخفف من القدرات الوظيفية للأفراد، حيث يتطور وتتوسع أعراضه ومع الوقت تزداد خطورته وهذا ما يؤكد تقرير منظمة الصحة العالمية الذي يصرح بأن الأمراض المزمنة كأمراض القلب، السكري والقصور الكلوي تتصدر حاليا أهم أسباب الوفاة في العالم.

ومن هذا المنطلق تبرز أهمية البحث بدراسة الموضوع خاص في علم النفس العيادي وهو استثمار الحدود الجسدية ونمط التعلق لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضع لتصفية الدم الاصطناعي وسنحاول من خلال هذه الدراسة التعرف على نوعية استثمار الحدود الجسدية ونمط التعلق عبر المقابلة النصف موجهة واختبار الرورشاخ واستبيان المواقف الوالدية لدى هذه الفئة ولتحقيق هذا الهدف قمنا بتقسيم البحث إلى جانبين نظري وتطبيقي، بالإضافة إلى فصل خاص بالإطار العام للدراسة والذي تم فيه طرح الإشكالية، صياغة الفرضيات، الأهمية، الأهداف، تحديد المفاهيم الأساسية الخاصة بالدراسة.

أما الجانب النظري فيتكون من أربعة فصول، الفصل الأول خصص لاستثمار الحدود الجسدية أين تم لتطرق إلى تعريف الجسد، الجسد في علم النفس، الجسد في المدرسة السيكودينامية، إسهامات بعض العلماء حول استثمار الحدود الجسدية.

أما الفصل الثاني فتطرقنا فيه إلى نمط التعلق: لمحة تاريخية عن التعلق، تعريف التعلق العوامل المؤثرة في عملية التعلق، نظرية التعلق عند جون بولبي J.Bowlby، عند إنيزوورث "Ainsworth.M"، نظرية الانفصال والإنفراد "Mahlor.M"، مراحل التعلق غريزة التعلق عند بولبي "J.Bowlby"، أنماط التعلق عند إنيزوورث "J.Bowlby".

الفصل الثالث حيث تناولنا فيه القصور الكلوي المزمن حيث تم تعريف الكلية، تركيبها، البنية التشريحية للكلية ووظائفها، كما تم التطرق إلى تعريف القصور الكلوي، تشخيص مرض القصور الكلوي المزمن، أنواع وأشكال القصور الكلوي، أسباب والآثار الناجمة عن الإصابة بالقصور الكلوي المزمن، علاجه، بالإضافة إلى تعريف آلة التحال الدموي، كيفية استخدامها، تحضير المصاب لتصفية الدم، المشاكل الإكلينيكية المنجرة عن استخدام آلة التحال الدموي وأخيرا المعاش الجسمي والنفسي لمرضى القصور الكلوي المزمن، خلاصة الفصل.

بالنسبة للفصل الأخير الفصل الاضطرابات السيكوسوماتية، تم التطرق فيه إلى مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية وانتشارها، العوامل والأسباب المؤدية للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية، بالإضافة إلى تصنيفها، النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية، بعض المفاهيم المرتبطة بالسيكوسوماتيك، تشخيص وعلاج الاضطرابات السيكوسوماتية.

أما الجانب التطبيقي للبحث فقد احتوى على فصلين، يتعلق الفصل الأول بمنهجية الدراسة وفيه تطرقنا إلى المنهج، مجموعة البحث، مكان إجراء البحث، أدوات البحث. ويليه الفصل السادس وفيه تم عرض وتحليل ومناقشة النتائج، لنختم الدراسة بخلاصة عامة وتوصيات واقتراحات.

الفصل التمهيدي

الإطار العام للدراسة

1. الإشكالية
2. فرضيات الدراسة
3. أهمية الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. الدراسات السابقة
6. التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة

1. الإشكالية:

ان بنية الانسان تعتبر وحدة متكاملة دقيقة مرتبطة ارتباطا قويا بالنفس فهما متلازمان لان التحكم بالذات يبدأ بالتحكم بالجسد و تفاعل الجانبين يؤدي الى الصحة النفسية و الجسدية ، فالفرد لا يستطيع ان يكون فعالا و متفاعلا مع العالم الخارجي اذ لم تكن لديه صورة متكاملة عن جسده هذا ما أدى الى تنامي اهتمام علم النفس خلال السنوات الأخيرة فيما يخص إشكالية الجسد، الى جعل القرن الواحد والعشرين الذي تحتل فيه سيكولوجية الجسد بشقيه النظري و العيادي - الصادرة في البحوث و الدراسات النفسية ، فقد ساهم اذا كل من علم النفس التحليلي و علم النفس العصبي و الاتجاه السيكوسوماتي في وضع القوانين النفسية الخاصة بالجسد ، محاولين بذلك الغوص في معانيه و كشف دلالاته ، حيث يعتبر فرويد s.freud اول من وضع حجر الأساس في مجال الدراسات النفسية للجسد ، حيث ظهرت اعماله الأولى حول الجسد في وقت مبكر من بداية مشواره العلمي ، ابتداءا بدراسته حول الهستيريا وصولا الى طرح فكرة الجسد الهوامي و ظهور مصطلح الانا الجسدي و من ثم تنوعت الاسهامات النظرية المتعلقة بخصائص الجسد و التي نجدها في اعمال كل من بول شيلدر و ميرولوبونتي ، فرنسواز دولتو ، و جاك لاكان وصولا الى ديديه انزيو و زملائه حيث اختلفت التتظيرات المتعلقة بالجسد فمن الانا الجسدي لسيغموند فرويد الى الصورة الجسدية ليشلدر و الانا الجلدي للانزيو و وصولا الى فكرة الانا الجلد الجماعي ل ركاياس (R.KAES).

و نحن بدورنا وقع اختيارنا على احد المفاهيم النفسية المختلفة المستخدمة و التي تتناول الجسد الا و هو مفهوم استثمار الحدود الجسدية و نمط التعلق حيث نجد ان مفهوم الحدود الجسدية قد نال اهتمام العديد من المختصين في المجال السيكو دينامي فبعد ان كان التحليل النفسي يهتم بالمحتويات النفسية (الهوامات ،

الصراعات ، المواضيع الداخلية) اصبح يعتني بالحاويات النفسية و ذلك من خلال دراسته للأطفال ، الحالات الحدية ، الذهانات ، العائلات الجماعات ، حيث بينت ضرورة الاعتماد على نموذج الغلاف النفسي في فهم التطور النفسي - النفسي - المرضي لمختلف الاضطرابات التي تتعلق بحدود الانا و تعتبر الاهتمامات بدراسة الحدود الجسدية من بين اهم الدراسات التي اثارة انتباه الباحثين ، حيث تعددت الدراسات النظرية و العيادية حول هذا المفهوم ، غير ان هذه الاخيرة تميزت فيما بعد الوقوف على تنبؤ تطور الحالة النفسية ، اختبار الطريقة العلاجية المناسبة .(زيوي عبلة ، 2008، ص82).

ومن الأبحاث التي اهتمت بدراسة ادراك الحدود الجسدية نذكر دراسة م . بيروشون التي اهتمت بادراك الحدود الصورة الجسدية و الحياة الخيالية (1983) عند عينة مختارة في مصلحة الجراحة التجميلية، حيث اشارت في نتائجها الى ان هذه العينة تنقسم الى قسمين قسم تتميز بروتوكولات الرورشاخ بارتفاع الأجوبة حازر حيث تتماشى مع صلابة التنظيم الدفاعي ، مع كف السيرورات الإبداعية و الخيالية ، و ينتج عنها ميل التعبير الهوامي، التعبير الهوامي الى الزوال على حساب استثمار الادراك العالم المحسوس الذي يعيق الحياة الداخلية ، وقسم تتميز بروتوكولات الرورشاخ تتميز بارتفاع أجوبة الاختراق حيث تتماشى هذه الأخيرة مع فشل الجهاز الدفاعي في منع الاجتياح النزوي و بالتالي تدفق السيرورات الأولية و ارتفاع هوامات التهديم مرفقة بالمواضيع السيئة ، لتواصل م. بيروشون بالتساؤل حول الصورة الجسدية حازر ، حيث تقترح فرضية ان تكون هذه الأخيرة في ارتباط مع الميكانيزم الدفاعي الذي يمثل بالتحكم في الحياة الخيالية لتتماشى مع بروتوكول الرورشاخ فقير من حيث الإنتاجية حيث تفسيره من خلال ميكانيزم الانشطار ، الذي

يكون سواءا عاليا يمكنه ان يمنع ظهور الخيال (ارتفاع أجوية حاجز)، او فاشلا يسمح باجتياح السيرورات الأولية (ارتفاع أجوية اختراق)

(M.PERRCHON.1983.P05)

اما شابير فهي تتكلم عن الافراط في استثمار الحدود الجسدية (1987) كميزة للتوظيف النرجسي والحالات الحدية، حيث يهدف هذا الافراط الى الحفاظ على التكيف الكافي مع الواقع، ويظهر من خلال ارتفاع نسبة الأجوية الشكلية التي تترافق مع نسبة كافية من الأجوية الشكلية الإيجابية فالإفراط في استثمار الحاجز بين الداخل والخارج وإبعاد الحياة الخيالية و الهومية يسمح بالحفاظ على الادراك المحض.

تعد الامراض الجسمية من اهم المشكلات التي تواجه المجتمعات الإنسانية ، فقد أدى ظهور الامراض المستعصية على الشفاء بشكل واسع ووبائي الى لفت الانتباه الى العوامل السلوكية و النفسية و الاجتماعية التي تلعب دورا هاما في هذه الأمراض كذا في كيفية مواجهتها ،و يشير تعبير الامراض المزمنة الى أي حالة تتضمن قدرا من الإعاقة التي تحدث نتيجة لتغيرات مرضية ، و التي تتطلب تدريباً و دافعية من جانب المرضى للعناية بأنفسهم ،ومن اكثر الامراض أهمية و خطورة هي تلك الامراض المهددة للحياة و التي يقع القصور الكلوي المزمن على قائمتها فهو يعد من بين اكثر الامراض شيوعا و انتشارا و النسبة تثبت ذلك حيث تقدر نسبة الإصابة " بثلاثة الاف " و النسبة قابلة للارتفاع في الخمس سنوات المقبلة الى 20 الف أي نسبة الإصابة تقدر ب 327 مريض معالج لكل ملين ساكن بالجزائر .

(بريان،2009، ص1).

تشير الاحصائيات ان المرضى الذين يعانون من القصور الكلوي المزمن تقدر نسبتهم بخمسة وأربعون مليون مريض في العالم 4/2 منهم يعالجون بتصفية الدم

الاصطناعية و 3/1 منهم بزرع الكلى وهذه الشريحة تزداد بمعدل ستة الاف حالة جديدة في كل سنة، خاصة عند الافراد المسنين.

(A. BOUDCLIN .2004.P23)

فهو يعد من بين الامراض التي يسجل فيها المريض ضياع وظيفة حيوية «الكلى» ينتج عنها خلل في عدة ميادين ليفسح المجال واسعا بذلك للدخول في حداد لانهائي "

(DOMINKUE CUPA .2002.P10)

وعلى المريض بالقصور الكلوي في هذه الحالة ان يستجيب لقرارات الأطباء المتمثلة في في تبعيته لمراكز استشفائية عامة او خاصة ، خاضا بذلك لعلاج مستديم تتراسه تقنيات متطورة بغية تمديد الحدود الفاصلة بين الحياة و الموت و خصوصية تموضعه اثناء عملية التصفية الدموية التي تجعله في حالة شبه مطابقة لحالة الرضيع الذي ليس له القدرة على قضاء حاجياته معتمدا على نفسه ، فعلى مدار اربع ساعات و هو مستلقي على السرير و بمعدل ثلاث مرات في الأسبوع ، وبناءا على هذه الحالة ترى (D. CUPA) في ابحاثها الالة تقوم بدورها الحامي ، هذا ما جعل المصاب بالقصور الكلوي المزمن يشبه كثيرا الطفل الغير ناضج جسما وفي حاجة دائمة الى سند خارجي .

و لقد اثبتت الدراسات التي أجريت حول هؤلاء المرضى انه بعد المرض تصبح حدودهم الجسدية غير مستقرة ، اذا ان ابرة الة التصفية تخترق حدودهم الجسدية و الجلدية يوما بعد يوم ثلاثة أيام في الأسبوع أي ما يعادل اثنتي عشرة ساعة ، و ذلك ما يؤدي الى ظهور عدة مشاكل على الساحة الصحية سواء الجسدية او النفسية ، فمن الناحية الجسدية نجد المصاب بعد التصفية يصاب بالتعب والاعياء الذي يشد الى عدم قدرته على القيام بأبسط النشاطات كالمشي مثلا اما من الناحية

النفسية فالمرضى يعانون من القلق والاكنتاب بالإضافة الى تجنبهم الاختلاط و الاندماج في المجتمع وحتى داخل اسرهم خجلا من المرض و تهريا من أسئلة الآخرين المستمرة حول مرضهم فهم يبدون عدم استعدادهم في إقامة العلاقات و الاحتكاك مع الآخرين و ان كانت هناك علاقة فإنها تتميز بسرد الشكاوي و المعاناة من المرض و من هذه المنطلق نفترض ان هذه الفئة تتميز بتعلق غير امن وهذا ما نحاول التطرق اليه باعتباره متغير اخر هام في دراستنا فالتعلق بالوالدين لا ينقسم في ان يكون تعلق مستمر طول مرحلة الرشد و يظل يؤثر في السلوك بأشكال لا يمكن حصرها و بذلك يشكل التعلق رابطة وجدانية قوية ثابتة لفترة طويلة نسبيا يكون فيها الآخر كفرد هام و فريد في التعامل المتبادل و هناك رغبة في الحفاظ على القرب منه ، و هنا يؤكد بولبي G. BOWLBY على انه الإهمال الذي يتلقاه الفرد في طفولته المبكرة من والديه و قسوتهما عليه لا يساعده في إقامة تعلق إيجابي بينه وبينهم يؤدي الى غياب التفاعل والدينامية و عدم شعوره بالأمن و الطمأنينة و هو ما يقود ه فيما بعد الى مشكلات متصلة بالعلاقات الاجتماعية مما يؤدي الى سلبيته و انسحابه عن الآخرين . (D.BRUCEOL,2006,P02)

فعلماء علم النفس التحليلي أعطوا أهمية كبيرة للاتصال بين الطفل وأمه، فغياب هذا الأخير يجعل الطفل فاقد للحب والحنان والدفء، وهذا ما اكده بولبي g. BOWLBY عندما تحدث على أهمية عطف الام و حنانها في تطوير شخصية الطفل و سلوكاته مستقبلا. (صولي اروي سارة، 2002، ص 05).

وبهذا نختم اشكاليتنا بالقول انه إذا كان التعلق الوالدي له دور في منح الطفل مبادئ أساسية للوصول الى ما اسماء انزيو بالاندفاع الاندماجي لانا، لتكوين ما يسمى بالانا الجلدي، وإذا كان استثمار الحدود الجسدية مرتبط بمدى صلابة مستويات التثبيات وكثافة التصورات خلال المراحل الطفولية الأولى.

فماذا يتميز استثمار الحدود الجسدية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟

ما هو نمط التعلق السائد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟

ما طبيعة العلاقة بين نوعية استثمار الحدود الجسدية ونمط التعلق لدى مرضى

القصور الكلوي المزمن؟

2. فرضيات الدراسة

3. يتضمن هذا البحث فرضية عامة وثلاث فرضيات جزئية.

1- الفرضية العامة:

توجد علاقة بين هشاشة استثمار الحدود الجسدية ونوعية تعلق غير آمن عند مرضى

القصور الكلوي المزمن.

الفرضيات الجزئية:

7. قد يتميز استثمار الحدود الجسدية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بالهشاشة وهو

ما يظهر في اختبار الرورشاخ بغلبة إجابات الاختراق أكثر من إجابات حاجز 4B

(مؤشر فيشر وكلافلاند).

8. قد يتميز استثمار الحدود الجسدية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بالهشاشة وهو

ما يظهر في اختبار الرورشاخ عبر غلبة إجابات حاجز 4B أكثر من إجابات الاختراق

2P.

9. قد يتميز مرضى القصور الكلوي بنمط تعلق غير آمن وهو ما يظهر في استبيان

المواقف الوالدية بغلبة المواقف السلبية تجاه الوالدين.

3-أهمية الدراسة:

إن مرض القصور الكلوي المزمن من الأمراض التي أصبحت في تزايد مستمر في العالم بصفة وفي الجزائر بصفة خاصة، إذ تجد في ولاية باتنة فقط أكثر من 10 مراكز موزعة على تراب الولاية للتكفل بهذه الفئة من المرضى وبالتالي تعتبر هذه الدراسة مهمة لأنها بالإضافة إلى تعرضها للجوانب الجسدية والعضوية فإنها تهتم أكثر بالجوانب النفسية للمريض بالقصور الكلوي المزمن وكيفية تعايشه مع المرض.

- تساهم هذه الدراسة في تدعيم التراث الأدبي في موضوع القصور الكلوي المزمن من أجل إثارة تساؤلات أخرى حول هذا المرض وإيجاد الحلول المناسبة من قبل المتخصصين كل حسب تخصصه.
- تساعد هذه الدراسة على شد انتباه المتخصصين في علاج مرض القصور الكلوي الزمن إلى أهمية العوامل النفسية وما تلعبه من دور فعال في تبني السلوكيات الصحية التي ترفع من مستوى تحديهم للمرض وتقبلهم للعلاج.
- التخفيف من معاناة مرضى القصور الكلوي المزمن من خلال إيجاد أفضل الأسس النظرية والمهارية للتعامل مع تلك الحالات وإعادة التوازن النفسي للحالة قدر الإمكان.
- تساعد هذه الدراسة في تشجيع العمل الجماعي (طبيب مختص، طبيب عام، أخصائي نفسي، أخصائي تغذية، ممرض) من أجل إنجاح البرامج والحصص العلاجية مع المرضى المزمنين منهم مرضى القصور الكلوي المزمن.
- قد تنتج هذه الدراسة الفرصة للطلاب في ميدان العلوم الإنسانية للبحث في كافة الجوانب النفسية لمرضى القصور الكلوي وأخذ متغيرات أخرى متعلقة بهذه الفئة كمواضيع لدراسة أخرى.
- يمكن أن تساهم هذه الدراسة في توعية المجتمع بضرورة التكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن.

4. أهداف الدراسة:

إن لكل دراسة نظرية أو ميدانية أهداف مسطرة من طرف الباحث تساعد على شق الطريق لتحقيقها وتمنحه توجيهات للسير الحسن في هذا الطريق، وفي نفس السياق فقط سطرنا الأهداف التالية:

التعرف على طبيعة الاستثمار الحدود الجسدية ونمط التعلق الغير امن لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

- التعرف على نوعية استثمار الحدود الجسدية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن اذا كانوا يتميزون بالهشاشة عبر ما يظهره اختبار الرورشاخ وذلك بغلبة إجابات الاختراق (2p) على إجابات الحاجز (4B)، (مؤشر فيشير وكلا فلاند).
- التعرف على استثمار الحدود الجسدية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن اذا كانوا يتميزون بالهشاشة وذلك عبر ما يظهره اختبار الرورشاخ بغلبة إجابات حاجز (4B) أكثر من إجابات الاختراق (2P).
- التعرف على مرضى القصور الكلوي المزمن اذا كانوا يتميزون بنمط تعلق غير امن الذي يظهر في استبيان المواقف الوالدية وذلك بغلبة المواقف السلبية تجاه الوالدين.

5. الدراسات السابقة:

- من خلال اطلعنا على الدراسات السابقة توصلنا إلى أن معظم الدراسات التي تناولناها في دراستنا هذه هي دراسات أجنبية ومحلية وهي تتناول جانب واحد من دراستنا بالنسبة لمتغير نمط التعلق، ودراسات أخرى مطابقة وأخرى مشابهة لدراستنا الحالية بالنسبة لمتغير استثمار الحدود الجسدية والتي سوف ندرجها كآتي:

❖ دراسات سابقة في نمط التعلق:

- ركزت دراسة **Solberg.R (1996)**: على اختلاف وضعية الأسرة ومستوى تعلق الوالدي ومدى تأثيرها على الكفاءة الذاتية للبحث عن مهنة المستقبل لدى عينة من الجنسين من بين طلاب الجامعة بلغ عددهم (220)، حيث اتضح في نتائج هذه الدراسة أن المستوى العالي لتعلق الذكور بأمهاتهم كان بمثابة منبأ ذو دلالة بالنسبة للكفاءة الشخصية في البحث عن المهنة في المستقبل.

10. **تعقيب:** لقد تم إدراج هذه الدراسة ضمن الدراسات السابقة كونها اهتمت بجانب مهم في دراستنا الحالية ألا وهو نمط التعلق، حيث بينت لنا هذه الدراسة وجود تعلق عالي لدى الذكور اتجاه أمهاتهم، إلا أنه كان من الأفضل إدراج النتائج المتحصل عليها بالنسبة للإناث حتى نتمكن من مقارنة نوعية التعلق لديهن.

- **قام (Hemesath 1997)**: بدراسة العلاقة بين نماذج التعلق والإدراك الأسري ونماذج مستوى تعلق الراشدين وخصائص سيمات شخصياتهم التي ضمتها الأدبيات السيكولوجية التي لا يمكن ملاحظتها في الأعراض النفسية المرضية، ومن خلال عينة ضمت (61) مريضاً في مراحل الرعاية الأولية واستخدام معهم نموذج وين Wynne للتعلق والنمو الأسري، وقد وجدت نتائج هذه الدراسة أن هناك اختلافات دالة بين المرضى سواء أصحاب مستويات التعلق الآمن، التعلق المتناقض، وذلك من حيث مستوى فهم النقد الأسري، كما أكدت نتائج هذه الدراسة على العلاقة الإيجابية بين نماذج التعلق والتعبيرات العاطفية

11. **تعقيب:** قمنا بعرض هذه الدراسة كدراسة سابقة لأنها اهتمت بنموذج أو نمط التعلق المعتمد في هذه الدراسة ولقد أفادتنا هذه الدراسة كونها بينت أن هناك اختلافات دالة بين المرضى سواء أصحاب التعلق الآمن أو المتناقض، وذلك من حيث مستوى فهم النقد

الأسري، مما ألفت انتباهنا نحو هو أن مستوى التعلق لدى المرضى بأسرهم في فترة المرض تختلف من فرد إلى آخر.

إلا أن هذه الدراسة قد اهتمت بعدة جوانب في وقت واحد وفي عينة ضمت (61) مريض، ويرأي أن ما هدفت إليه الدراسة في المرتبة الأولى هو معرفة مستويات التعلق لدى المرضى اتجاه أسرهم، وبالرغم أن هذه الدراسة بينت نتائج أخرى فرعية إلا أنه لا يمكن أخذها بعين الاعتبار لكون العينة صغيرة الحجم ولا يمكن للباحث دراسة عدة أشياء في وقت واحد أو دراسة عدة جوانب دراسة واحدة.

• أما دراسة **Bylsmer (1997)**: فقد هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين أنماط التعلق للراشدين وتقدير الذات العام، وتألفت عينة الدراسة من (5071) طالبا جامعيًا متوسط عمرهم 19 سنة وطبق على أفراد العينة ثلاث مقاييس تناولت أنماط التعلق وتقدير الذات العام والفاعلية الذاتية المدركة في مجالات حياتية متنوعة مثل الرياضية والمهارات الاجتماعية، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأفراد ذوو التعلق المتجنب أظهروا تقدير ذات أعلى وفاعلية ذات أعلى مقارنة بالأفراد ذوي التعلق المتناقض والغير منظم.

تعقيب: لقد أدرجنا هذه الدراسة ضمن الدراسات السابقة كونها اهتمت بجانب مهم في دراستنا الحالية ألا وهو نمط التعلق حيث بينت هذه الدراسة أن أصحاب التعلق الآمن والمتجنب لهم تقدير ذات أعلى مقارنة بأصحاب التعلق المتناقض والغير منظم، وحسب رأينا فإن حجم العينة كبير جدا بالنسبة لنوع الدراسة المرادة.

• كما أجرى **Mitchell et al (2004)**: دراسة هدفت إلى التحقق من العلاقة بين أنماط التعلق للراشدين والتوتر النفسي لدى عينة تألفت من (1058) طالبا جامعيًا، تراوحت أعمارهم بين (15-16 سنة)، طبقت عليهم مقياس التعلق للراشدين والاكتئاب والقلق وتقدير الذات، وأشارت نتائج الدراسة أن لدى الأفراد ذوي النظرة السلبية للذات، وذوي

التعلق المتناقض ونمط التعلق المتجنب مستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق مستويات متدنية من تقدير الذات مقارنة بالأفراد ذوي التعلق الآمن والتعلق الغير المنتظم.

• أجرى Mayselless et al (2006):

دراسة هدفت إلى التحقق من العلاقة بين نوعية الرابطة الوالدية المبكرة المدركة والشعور بالوحدة، وبين أنماط التعلق وميول الشخصية الأولية، تألفت عينة الدراسة من (146) فردا من الطلبة الجامعيين في مستوى السنة الأولى، وقد تم تطبيق أدوات الدراسة مقياس الرابطة الوالدية، واستبيانات أنماط التعلق، واستبيانات الخبرات الإكتئابية، ومقياس الشعور بالوحدة في منتصف السنة الجامعية، وحيث أشارت النتائج إلى أن كلا من الرعاية الوالدية والتعلق الآمن قد ارتبط سلبا بشكل دال بالشعور بالوحدة، بينما التعلق المناقص (Ambivalent) ارتبط كل من التعلق المتناقض والنقد الذاتي إيجابيا بالشعور بالوحدة.

12. **تعقيب:** أدرجنا هذه الدراسة ضمن الدراسات السابقة لأنها احتوت على متغير أساسي في دراستنا الحالية ألا وهو نمط التعلق

• وكذلك أجرى أبو غزال وجردات (2009): دراسة كان من بين أهدافها الكشف عن نمط التعلق الأكثر شيوعا، وفيما ذلك إذا كانت هناك فروق في أنماط التعلق تعزى لمتغير النوع الاجتماعي، تكونت عينة الدراسة من (526) طالبا وطالبة من طلبة جامعة اليرموك في الأردن بلغ متوسط أعمارهم (20.75) وحيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن نمط التعلق السائد هو نمط التعلق الآمن ولم تكشف نتائج الدراسة عن فروق بين الجنسين في أنماط التعلق.

• وفي دراسة قامت بها أنونمر منى (2011): هدفت إلى الكشف عن نمط التعلق السائد ومستوى كشف الذات وفقا لمتغيري الجنس والفئة العمرية، تكونت عينة الدراسة من (647) طالبا وطالبة في منطقة الجليل الأعلى تراوحت أعمارهم بين (11-18) سنة، أظهرت نتائج الدراسة ان نمط التعلق السائد هو نمط التعلق الآمن، وتلاه نمط التعلق

التجنبي ثم نمط التعلق القلق، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير جنس الطالب في نمط التعلق الآمن وفي نمط التعلق التجنبي لصالح الإناث، وفي نمط التعلق القلق لصالح الذكور، ووجود فروق تعزى للفئة العمرية في نمط التعلق التجنبي لصالح المرحلة العمرية (15-18) مقابل الفئة العمرية (11-14).

• أجرى ماثيو مساريثا (Mathewa Saritha 1995):

دراسة هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين أنماط التعلق غير الآمن وصعوبات حل المشكلات الاجتماعية لدى عينة تكونت من (100) مراهق جانح، تراوحت أعمارهم بين (13-17) سنة، أظهرت النتائج وجود علاقة موجبة دالة بين أنماط التعلق غير آمنة، والعجز في مهارات حل المشكلات الاجتماعية لدى المراهقين الجانحين.

• أجرى ماتسوكاهيرامورا شيكاي وكيشيدا وهيتمور (Hitamura shikari, Kishida, 2006):

دراسة هدفت إلى الكشف عن أنماط التعلق لدى المراهقين وفقا لمتغيري النوع الاجتماعي، تكونت عينة الدراسة من (3512) مراهقا يابانيا، منهم (1149) ذكور، (2663) إناث بلغ متوسط أعمارهم بين (18-23 سنة) أشارت نتائج الدراسة إلى مستوى التعلق الآمن والقلق لدى الإناث أعلى منه لدى الذكور.

❖ دراسات سابقة في استثمار الحدود الجسدية:

o دراسة بوكير (Bocker 1974):

يرى هذا الباحث أن المريض بالقصور الكلوي المزمن يكون على وعي بالخطر القاتل جراء المرض وأنه مع بداية الدياليز يصادف من جهة أخرى التوافق التام وتصبح الكلية الاصطناعية آلة التناوب ذات مدلول مزدوج كشاهد على جسم منكسر، وكمحل إسقاط التخيلات وتجديد للحياة، وفيما يخص زرع كلية فقبل أن يكون حقيقيا في البداية يكون خيال يسقط عليه المريض جل رغباته في كسب وامتلاك القوة والصحة.

13. **تعقيب:** تم إدراجها لأنها اهتمت بدراسة متغير أساسي في بحثنا وهم مرضى القصور الكلوي المزمن، حيث توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن مرضى القصور الكلوي المزمن يدركون خطورة هذا المرض إضافة إلى طريقة نظرهم لعملية الزرع التي يرون فيها امتلاك القوة والصحة.

• - دراسة باجي نعيمة:

وقد جاء في دراسة الطالبة باجي نعيمة (2008) (دراسة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصدمي)

قامت الباحثة بالدراسة بعنوان التعلق الوالدي وإدراك الحدود الجسدية عند مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضع لعملية غسل الكلى، حيث اعتمدت هذه الباحثة على المنهج العيادي على 21 حالة بالجزائر العاصمة وقد كان التساؤل هل توجد علاقة بين طبيعة التعلق الوالدي وإدراك الحدود الجسدية عند القاصر كلويا؟

حيث خلصت هذه الدراسة إلى أنه ليس هناك علاقة بين التعلق الوالدي وإدراك الحدود الجسدية عند مرضى، القصور الكلوي الخاضعين لعملية غسل الكلى.

14. **تعقيب:** تم اعتماد هذه الدراسة كونها دراسة مطابقة للدراسة الحالية حيث تم الاستفادة من نتائجها، حيث تم التعرف على أنه لا توجد علاقة بين التعلق الوالدي وإدراك الحدود الجسدية عند هذه الفئة.

• - دراسة زيوي عبلة (2008) (دراسة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي):

قامت الباحثة بدراسة بعنوان إدراك الحدود الجسدية والتوظيف النفسي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، حيث اعتمدت الباحثة عن المنهج العيادي وعلى المقابلة نصف موجهة والاختبار الإسقاطي الرورشاخ، من خلال 30 حالة بمستشفى الأمراض الجلدية لمين دباغين، وقد كان التساؤل الأساسي للدراسة هو: هل موضوع التفرح السوماتي يحدد فعلا نوعية إدراك الحدود الجسدية؟

وقد خلصت هذه الدراسة إلى ما يلي: موضوع التقرح السوماتي لا يرتبط بنوعية إدراك الحدود الجسدية بل يتعلق الأمر بدينامية التوظيف النفسي.

15. **تعقيب:** قمنا بعرض هذه الدراسة كدراسة سابقة لأنها اهتمت بمتغير إدراك الحدود الجسدية المعتمدة في هذه دراسة، ولقد أفادتنا هذه الدراسة كونها وضحت أن موضوع التقرح السوماتي متعلق بدينامية التوظيف النفسي.

• أما دراسة الطالبة زناد دليلة (2008) (دراسة لنيل شهادة دكتورا دولة في علم النفس العيادي):

أجرت الباحثة دراسة بعنوان سلوك الملاءمة العلاجية وعلاقته بالمتغيرات النفسية المعرفية والسلوكية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن أو العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم، حيث اعتمدت الباحثة على المنهج العيادي من خلال 30 حالة بالجزائر العاصمة، وقد كان التساؤل الأساسي للدراسة هو: إلى ماذا يعود سلوك عدم الملاءمة؟ أو لماذا هناك البعض من مرضى الخاضعين لتصفية الدم لا يستجيبون للتعليمات الطبية؟

وقد خلصت هذه الدراسة إلى ما يلي:

16. يعود سلوك عدم الملاءمة؟ إلى الإدراك المشوه للمرض لدى مرضى العجز الكلوي المزمن.

17. انخفاض مستوى نوعية الحياة لدى هذه الفئة من المرضى.

18. سلوك عدم الملاءمة يعود إلى خصائص الشخصية وإلى أبعادها.

19. **تعقيب:** أدرجنا هذه الدراسة ضمن الدراسات السابقة كونها اهتمت بجانب مهم في دراستنا الحالية وهو مرضى القصور الكلوي المزمن حيث بينت أن هؤلاء المرضى لديهم مستوى منخفض في نوعية الحياة كما يعود سلوك عدم الملاءمة إلى الخصائص والأبعاد الشخصية وإلى الإدراك المشوه للمرض.

• في دراسة جزائرية قام بها ريان 2008 Rayane:

المختص النفسي والباحث الأمين العام للمنظمة (Société Algérienne de SANDT Néphrologie Dialyse et Transphation) على عينة معتبرة لمرضى القصور الكلوي المزمن وتوصل إلى أن السن والمستوى لهما تأثير كبير في قبول أو رفض التحال الدموي (التصفية)، فالأشخاص ذوي المستوى الثقافي العالي يستخدمون وسائل دفاعية بصفة أحسن، وبالتالي فإن ذوي المستوى الثقافي العالي يتحكمون في مرضهم أكثر من ذوي المستوى الثقافي الضعيف.

تعقيب: قمنا بعرض هذه الدراسة لأنها اهتمت بمتغير القصور الكلوي حيث بينت هذه الدراسة أن هناك اختلافات بين المرضى في تقبل أو رفض العلاج الذي يعود إلى السن والمستوى الثقافي.

-التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

في هذا العنصر سوف نقوم بتحديد مفهوم كل متغير على حدى وذلك من خلال التعاريف الإجرائية لكل من متغير استثمار الحدود الجسدية ونمط التعلق ومتغير القصور الكلوي المزمن.

1- التعريف الاجرائي لاستثمار الحدود الجسدية:

ويقصد به في دراستنا هذه نوعية صورة الجسم (اختراق، حاجز) التي تظهر من خلال نوعية الإنتاج الإسقاطي في اختبار الرورشاخ والتي يعبر عنها بالدرجة المتحصل عليها من اختبار الرورشاخ.

2- التعريف الاجرائي لنمط التعلق:

ويتحدد مفهوم نمط التعلق في البحث من الناحية الإجرائية من خلال ما يقيسه لنا استبيان المواقف الوالدية الذي يسمح لنا بتقييم نوعية التعلق آمن وغير آمن لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

3- التعريف الاجرائي لنقصور الكلوي المزمن:

ونستخرجه من خلال التشخيص والملف الطبي للمريض.

الجانب النظري

الفصل الأول

استثمار الحدود الجسدية

تمهيد

- 1- سيكولوجية الجسد
- 1-1- تعريف الجسد
- 1-2- الجسد في علم النفس
- 2- الجسد في المدرسة السيكو دينامية
- 1-2- الجسد اللبدي والنرجسية.
- 2-2- الصورة الجسدية.
- 2-3- المخطط الجسدي.
- 2-4- إدراك الحدود الجسدية.
- 3- إسهامات بعض العلماء حول استثمار الحدود الجسدية
- 1-3- أعمال سيغموند فرويد S.FREUD
- 2-3- أعمال ديدي أنزيو D.Anzieu
- 3-3- أعمال ف. دولتو F.Dolto
- 3-4- أعمال فيدران Védran

خلاصة الفصل

تمهيد:

لقد تنوعت الدراسات المتعلقة بالجسد، فمن الجسد الفلسفي إلى الجسد العصبي النفسي، للجسد الظاهري، محاولين بذلك المقارنة بين الجسد المادة والجسد النفس، وكان لعلماء النفس حظا وفيرا في هذه الدراسة وبالأخص المدرسة التحليلية، التي ساهمت بالقسط الكبير في هذا المجال، حيث سجلت كلمة الجسد منذ الأعمال الأولى لسيغموند فرويد (Freud) متبوعة بأعمال متعددة لعلماء آخرين نذكر منهم أنزيو، فيدران، دولتو، وآخرون.

وما لوحظ على هذه الأعمال هو الاختلافات في التسميات المتعلقة بالجسد فمن الصورة الجسدية إلى المخطط الجسدي، لأنا الجسدي، لأنا الجلد.

وفي هذه الدراسة سنتناول أحد المفاهيم النفسية التي تتناول الجسد وهو مفهوم استثمار الحدود الجسدية حيث يمثل هذا المفهوم إحدى المواضيع العامة التي أثارت انتباه المختصين في المجال السيكودينامي، فبعد أن كان التحليل النفسي يؤكد على المحتويات النفسية، أدت حالات عيادية جديدة إلى الاهتمام بالحاويات النفسية، يعتبر هذا المفهوم جد هام، حيث يساعد على الوقوف على مختلف الظواهر التي تظهر وراء التوظيفات الحدية النرجسية، الإكتئابية وحتى في فهم سيكولوجية الأطفال والذهانات.

وقبل الخوض في ذلك تعرضنا أولا لمفهوم الجسد ومؤشرات المعرفة الجسدية ويليها عنصر آخر وهو أعمال بعض علماء حول الحدود الجسدية.

1- سيكولوجية الجسد

1-2- تعريف الجسد:

- تعريف الجسد لغويا: وفي لسان العرب نجد العديد من الكلمات التي تشير إلى الجسد منها:

- البدن: والكلمة تدور حول معاني الامتلاء والتقدم في السن، فأطلق على الدرع القصيرة لفظ بدن، وقال ابن سيدة "الدرع القصيرة على قدر الجسد" وقيل هي الدرع عامة وبه فسر ثعلبة قوله تعالى 'اليوم ننجيك ببدنك'

- الجسم: وتعني في لسان العرب أنها تكاد تدور حول العظمة أي الضخامة والامتلاء وبذل الجهد ويبدأ ابن منظور مادته الجسم بأنها جماعة البدن والأعضاء من الناس والإبل والدواب وغيرهم من الأنواع عظيمة الخلق والجسمان جماعة الجسم، والرغم من أن مادة الجسم تكاد ترتبط بالهيئة فإن هناك إشارة إلى البعد.

(سعيد الوكيل، 2004، ص، 233)

التعريف الاصطلاحي للجسد:

ويعرفه ن.سلامي (Sillamy.N) في موسوعة علم النفس على أنه كائن مادي مدرك وشاغل لمكان ما ممتلك لأبعاد وكتلة. (Sillamy.N, 1999, p.160)

- الجسد هو ذلك المجموع من الخلايا التي تأخذ مكانا في الفضاء حيث يلعب المظهر والخصوصيات دورا هاما في الصورة التي نكونها على الجسد والتي يقوم المحيط الخارجي بتعيينه من خلالها. (بلهوشات رفيقة، 2007، ص، 17)

- كما أن الجسد أيضا هو تلك الصورة التصورات التي نكونها عنها، والناجمة عما تبعثنا إليه نظرة الآخر، إضافة لما نشعر به أنه ينبع منه، يخضع الجسد لحقيقتين: داخلية وأخرى خارجية.

وعند الإشارة على الجسد، نعني بذلك جانبان: الجسد الفيزيولوجي أو الجسد العضوي أي مجموع الوظائف الحية هو الجسد الحي أو الميت، جسد ينتظم حسب تناسق معين، مقسم حسب المنظور الطبي إلى أجهزة مختلفة تسمح بالتعرف عليه.

إضافة إلى جسد الهوية والذي نتعرف على أنفسنا ويتعرف علينا من خلاله، ومجموع معالم تقوم بتعريف هذه الهوية، فالجسد هو التصوير الملموس للهوية.

(Dechaud.M.et al, 1994.p.14)

الجسد في علم النفس:

لقد تنوعت الاهتمامات التي حاولت الوقوف عند حقيقة الجسد باختلاف زاوية المعالجة التي ينطلق منها كل باحث وفيما يلي سنحاول ذكر بعض الاتجاهات:

1- الاتجاه البيولوجي والفيزيولوجي: ويتفرع منه علم النفس العصبي، حيث يتمثل مجاله في أبحاث علم كيمياء الدماغ، علوم المورثات، الطب وعلم الأعصاب.

2- الاتجاه السيكي اجتماعي: والذي يجعل من الجسد العنصر الحيوي في ربط العلاقات الأنثروبولوجية الأساسية كالطبيعة، الثقافة، المجتمع والسلطة...إلخ.

3- الاتجاه الشكلي الظاهري: والذي ينطلق من الأسس التي وضعتها المدرسة الجشطالتيّة من حيث الاعتماد على المعرفة الشكلانية المظهرانية للفرد من خلال المظاهر الخارجية من جسده، نفسه، هيئته وسمياته الظاهرة.

4- الاتجاه السيكوندينامي: ويتمثل هذا الاتجاه في علم النفس الوظيفي الذي تمثله المدرسة السيكوندينامية، حيث يعتمد التحليل النفسي في التركيز على الوظيفة النفسية للجسد والجلد، فيقوم هذا الاتجاه بدراسة هذه الوظائف في حالة التوازن والاختلال.

2- الجسد عند المدرسة السيكوندينامية:

إن تناول الجسد حسب وجهة نظر التحليل النفسي، يطرح مباشرة فكرة "الجسد الهوامي" (Corps fantasmatique)، فقد اهتم "س. فرويد" منذ البداية بالجانب الخيالي للجسد بشكل عام وبالجسد الهوامي بشكل خاص.

وحسب المدرسة التحليلية فإن الجسد يستثمر، وبضبط ويعاش أثناء الطفولة وعبر كل مراحل الحياة بواسطة النشاط الهوامي والذي لا يصل بسهولة إلى ساحة الوعي، إذ أن الشعور الذي نملكه عن جسدنا في الحقيقة لا يعد إلا ارسانا ثانويا، بمعنى هو تعديل يحاول أن يظهر تجاربنا الجسدية على شكل سيناريوهات متناسقة ومفهومة، وعليه فالهوامات الأولى تتبع مباشرة من النزوات الجسدية وتكون مدمجة بالإحساسات الفيزيولوجية والوجدانية. (Reinhardt.J.c.1990, p.62)

2-1- الجسد الليبيدي والنرجسية:

- عمل "سيغموند فرويد" على ربط مراحل تطور الشخصية بالاستناد إلى مناطق مختلفة من الجسم الليبيدي (فمية، شرجية، قضيبيية) والتي هي قبل كل شيء مناطق جسدية إذ أن طاقة الليبدو تكون في نهاية موزعة ومستثمرة كليا في الجسد الخاص، لكن قبل ذلك عند المراحل الأولى من حياة الطفل أين لا يهتم إلا بذاته دون العالم الخارجي، حيث تدعى هذه المرحلة ب: "النرجسية الأولية" والموازية لمرحلة الشق الذاتي (L'auto érotisme) التي تكون فيها طاقة الليبدو مركزة حول أجزاء معينة من الجسد بحيث تكون لهذه الأجزاء

معاني شبقية خاصة، إذ يتخذ الفرد من نفسه ذاتها وجسده الخاص موضوع حب، فالجسد هو العنصر الممثل للنجسية، فهو في نفس الوقت أداة للسلوك وسند قوي للهوية والتفرد.

وبهذا فالليبدو يبدأ إذا أولا باستثمار الانا النرجسية الأولية، ليتخذ فيما بعد نحو مواضيع خارجية، فالنرجسية الأولية قبل أي شيء هي كل ما سبق بناء الأنا ككيان نفسي منفرد، إذ يتشكل على غرار الليبدو النرجسي، ليبدو الموضوع ويدعى ب: "النرجسية الثانوية"، والتي تعني بنية مستقرة للفرد يتم من خلالها تكوين الأنا عن طريق عملية التماهي بالآخرين.

فعملية إدماج الجسد في السير النفسي للفرد عند "س. فرويد" تمر عبر مراحل التطور الليبدو، تمهيدا لتكوين ما يسمى فيما بعد بسيرورات الانفرادية (Les processus d'individuation) حيث تكون فيه بعض كمية الليبدو مرتبطة بالجسد الخاص (Le corps personnel) والذي يمكن تسميته في الأخير بالليبدو النرجسي.

2-2- الصور الجسدية (L'image du corps) :

الصور الجسدية هي واحدة من التجارب الأساسية في حياة كل فرد، إذ يعتبر "ب. شيلدر" أول من استعملها سنة 1935 كمصطلح نفسي تحليلي يشير فيه إلى "الصورة الخاصة بالجسد والتي يكونها الإنسان ذهنيا أي الشكل أو الكيفية التي يظهر عليها جسده في اعتقاده". (Schilder.p, 1968, p35)

حيث يرى "ب. شيلدر" أن "صورة الجسد الإنساني هي صورة جسدنا الخاصة والتي نشكلها بداخل ذهننا، أي بمعنى آخر الطريقة التي يظهر لنا جسدنا".

فكل شخص يكون صورة عن شكل جسده المتخيل والمدرّك، وهذه الصورة المتكونة لا تقتصر فقط على ظهور الجسد كما يدركه كل فرد، بل تحتوي على عناصر تصويرية، كذلك أيضا على عناصر متعلقة بالوظائف الجسدية.

وعليه إذن فإن "صورة الجسد"، هي "أي حقيقة نفسية، وهي "جسد" أي حقيقة بدنية مادية، إذ يتعلق الأمر إذن هنا بصورة ذاتية داخلية وليست بصورة اجتماعية.

فأول وظيفة لهذه الصورة الذاتية إذن هي تسهيل التعبير عن الذات، عن الهوية ومن الوحدة (أو هي وحدة الأنا والجسد)، فصورة الجسد هي في نفس الوقت "قضاء حاوي" و"مجال تحويلي"، وما يقصد بالاحتواء هو منع الاجتياح، التجزؤ، الانفجار، التبعثر، ضمان الاحتفاظ، السعة، الحماية الوحدة التناسق والاستمرارية.

فهذا التعبير النفسي للمنظور الذي يكونه الشخص حول جسده يحمل معنى ديناميكي في الصدد تقول أ.سانفلاد" إن الصورة التي أكونها عن جسدي هي تلك التي تعكس إحساسي بذاتي، سواء أ أحاسيس بالسعادة أو ضدها، فهي بالتالي ليست الصورة التي تعكسها المرأة لي، وإنما تلك التي أسقطها في الصورة التي تظهر في المرأة، أي أنها صورة ذهنية ذاتية أنتجها عمل الجهاز النفسي (Sauglade.A.1983.p.104)

2-3- المخطط الجسدي (Le schéma corporelle) :

أقترح هذا المصطلح لأول مرة من طرف ب.بونيه سنة 1893 ليدل على تكوين بنية داخلية مستقرة ومنظمة للعلاقات مع العالم الخارجي. (Sauglade.A.1893.p.105)

ومن ثم اقترح "ف.أورسرق" الاحتفاظ بمصطلح التخطيط الجسدي للواقع الجسدي، في حين مصطلح صورة الجسد نفسه يقصد به الشعور النفسي، لكونه جسد مندمج في السياق النفسي للوعي بالذات. (رشيد بلبسي، 2010 ص48)

التخطيط الجسدي إذن هو تصور الجسد القائم على المعطيات الجسدية والاندماج الدماغي، وهذا التصور الذي يحمله كل فرد عن ذاته يتجاوز هذا البعد ليشمل مجموع المعطيات الادراكية، الفكرية، الخيالية والرمزية حيث يكون فيه تأثير الحياة العاطفية والعلائقية دور رئيسي، وبالتالي يمكننا أن نتكلم في هذه الحالة عن الصورة الجسدية.

فالفرق بين الصورة الجسدية والمخطط الجسدي، هو فرق جد هام، كون هذان المصطلحان لا يبعثان نحو معنى أو مفهوم واحد، فالمخطط الجسدي يبعث نحو المفهوم الحقيقي والواقعي للجسد، بينما تبعث الصورة الجسدية نحو الجسد الخيالي، وبهذه الطريقة لا يمكن أن نعتبر المخطط الجسدي كصورة إذ أنه لا ينتج من عمل نفسي.

2-4- إدراك الحدود الجسدية (Perception des limites du corps) :

ويقصد بتعبير "إدراك الحدود الجسدية" الذي نستخدمه في فهم العمليات النفسية للجسد الطريقة التي يختص بها الفرد جسده ويقوم من خلالها بتجاربه الجسدية، وهذه التجارب لا تكون معرفية فحسب بل تقوم على سباقات أخرى تسعى من خلالها إلى تحقيق الهوية النفسية للجسد.

وعليه يمكن تعريف عملية إدراك الحدود الجسدية على أنها العملية التي نختص بها الفرد في معرفة جسده الخاص، حيث تكون هذه العملية في نس الوقت معرفية، حركية انفعالية في إطار علائقي. (Reinhardt.rc.1990.p.11)

وهذه المعرفة إذ هي بناء تدريجي يسمح للفرد من خلالها ببناء وحدته الجسدية والوصول إلى إدماج جسدي وبالتالي تحقيق الهوية.

فالهوية الجسدية هي كلية متكونة من جانبين غير منفصلين وهما "الجسد الخيالي" و"الجسد الواقعي" ومجموعهما يجعل من الفرد كوحدة جسدية يعبر عنها من خلال:

- الوعي بالجسد: في حد ذاته (مادته، وجوده، استمراره، كليته).

- الوعي بالحدود: بالتمييز بالفاصل بين الداخل والخارج.

(رشيد بلبسعي. 2010. ص51).

3- إسهامات بعض العلماء حول استثمار الحدود الجسدية:

ومن بين المساهمات التحليلية المتعلقة بالحدود الجسدية نذكر منها أعمال كل "من س. فرويد، من خلال مفهوم حواجز الاتصال، وأعمال ب. فيدرن المتعلقة بمفهوم "حدود الأنا بالإضافة إلى الأبحاث، دوينكون" فيما يخص إدراك الجسد في الفضاء والزمان واستمراريته عبرهما فيما سماه بالقضاء الانتقالي.

3-1- أعمال سيغموند فرويد: ' S.Freud '

لقد أشارت أعمال سيغموند فرويد S.Freud إلى وجود بنية حدودية وحاولية للنفس منذ رسائله لزميله "فليس" حيث أخذت تسمية الأنا. فال غاية 1895، استعمل سيغموند فرويد S.Freud لفظ الأنا للإشارة إلى الفرد الواعي بنفسه والقادر على ربط أفكاره على شكل سلسلة متواصلة على خلاف المجموعات النفسية المنشطرة المتكونة من تصورات مؤلمة أو من تصورات متعارضة، حيث أن الأنا لم يكن له معنى محدد من الناحية الميتاسيكولوجية. وحيث تغير ذلك انطلاقا من سنة 1895، منذ رسالة ج (جانفي 1895)، حيث نجد س. فرويد يتكلم عن حد الأنا، ليتدخل من خلال "مشروع علم النفس العلمي" (1895) الأنا

كجهاز مسؤول عن وظيفة نفسية محددة وهي احتواء الإشارة النفسية ومنع المرور الحر لكميات من الاستشارات داخل الجهاز النفسي وهو التعريف الميتاسيكولوجي للأنا، حيث ينسب إليه دور الجهاز الذي يحمل مواصفات موقعية واقتصادية، وتجدر الإشارة إلى الاختلاف بين س. فرويد وزميله فليس منذ 1894، غير أن الحالة "ايماء" أدت بفرويد إلى مراجعة أفكاره سنة 1895 بإستدخال فرضية الغلاف النفسي من خلال تفسير الحلم وكذا من خلال تحريره لمشروع علم النفس العلمي أين قام بتعريف الأنا بصورة دقيقة كجهاز ميتاسيكولوجي له دور، بنية حاوية وحدودية. ويمكن توضيح وظائف غلاف الأنا التي وصفها س. فرويد في المشروع من خلال المميزات التالية، فالأنا مكون من تمايز جزء النفس، فهو مجموعة من النورونات المشحونة بصورة دائمة والتي تصبح ناقلة للمخزنات التي تتطلبها الوظيفة الثانوية ليصبح في "الأنا والهو" (1926) يوافق تمايز جزء من الهو الذي يدخل في اتصال مع الواقع الخارجي. كما أن الأنا هو مقر وظيفة الحكم الذي يسمح بتقادي تحطيم النفس من الداخل، كما يمثل الأنا عامل الكبت الذي يحمي النفس من التحطيم من الخارج.

ويواصل س. فرويد S.Freud مشير إلى أن استثمار الأنا ضروري لإشباع هذه الرغبة حيث تسمح باستثمار إدراكات الموضوع المرغوب، كما يؤدي الانتباه إلى احتواء العواطف العنيفة التي تؤدي إلى السيرورات الأولية. ويظهر من خلال هذه الوظيفة أن الأنا في اتصال مع العالم الخارجي والعالم الداخلي في آن واحد وهذا ما يصف بالحد.

(زيوي عبلة، 2010 ص 71)

3-2- أعمال د. أنزيو: D.Anzieu

ولقد انطلق د. أنزيو من عدة معطيات (إيثولوجية، جماعية، استعاطية، جلدية، اجتماعية وتحليلية)

للوصول إلى مفهوم الأنا الجلدي، فكل وظيفة نفسية تستند على وظيفة بيولوجية، ومن هذا فالأنا الجلدي يستند على مختلف وظائف الجلد منها أن الجلد حاوي يحمل اللذة، كما أنه السطح الذي يحقق الحدود مع الخارج، فهو الحاجز الذي يحمي الجسم من الاعتداءات الخارجية، وأخيرا فالجلد يعد وسيلة بدائية في الاتصال مع الموضوع، فهو مكان الآثار التي يتركها هذا الأخير.

ولقد أتى مفهوم الأنا الجلدي كإجابة عن التساؤلات التي طرحت حول اضطرابات حدود الأنا أو اختلال هذه الحدود عند بعض التنظيمات النفسية، ويدخل مفهوم "د. أنزيو" في إطار التشبيه الذي يربط بين الأنا والجلد حيث يتضمن العلاقة بين الأم والطفل، نظرا إلى أن الجلد هو المرجع الأساسي لعدة معطيات حسية.

إن التشبيه الذي أتى به د. أنزيو يحمل جانب دينامي يدخل في إطار حركة تدفقية وفكرية حيث تترك الفرد في مشاركة نشيطة ووهم إبداعي لتجربة مشتركة. حيث يسمح للفرد بالتفكير حول الحدود البين - نفسية والبين - شخصية. (D.Anzieu ,1987.p, 80)

ويفترض "د. أنزيو D.Anzieu" أن حدود هذه الصورة في نفس الوقت الذي يدرك فيه الشخص وحدته، تقوم هي الأخرى على الجلد كسند مادي، حيث يرى أن كل نشاط نفسي يستند على وظيفة بيولوجية، فالجلد هو الآخر له جانبان مادي وهوامي. ولا يقصد بالحدود المانع أو الحاجز، بل الشرط الذي يسمح للجهاز النفسي بإقامة التمييز بين داخله وخارجه، بين ما هو نفسي وغير نفسي، بين ما ينبع منه وما ينبع عن الآخر، أي إقامة حدود وسطح جسدي ومحيط واضح كنظام لحماية التفرد. الحدود تعود إلى نوعية الحركة

الاندماجية، وصورة الجسد موضوعة في التنظيم الهواميواإرصاني وكذلك التصورات الخاصة بالجسم. (D.Anzieu.1995, p.54)

3-3- أعمال فيدران:

في سنة 1926 إستدخل فيدران مفهوم حدود الأنا والذي درس التغيرات الحالات الذهانية، وفي الحالات الذهانية، وحيث اهتم بالحدود بالتفكير حولها كشرط يسمح للجهاز النفسي بوضع تمايزات بداخله وأيضاً بين ما هو نفسي وما هو غير ذلك فالحد لا ينظر إليه كمعيق أو كحاجز، بفضل الموقعية الثانية التي أتى بها س. فرويد S.Freud، حيث تمكن فدران من تكملة نموذج حول حدود الأنا حيث أشار إلى أن هذه الأخيرة في تغيير مستمر فهي توافق استثمارات نزوية متحركة، وقد واصل ب. فدران أبحاثه في استدخال مفهوم الإحساس بالأنا مشيراً إلى أن هذا الأخير يكون موجوداً منذ البداية عند الرضيع فهو يمثل نواة الأنا في حين الإحساس بحدود الأنا يمثل العضو الحدودي للأنا والذي يحدد الأنا النفسي والأنا الجسدي.

وحسب فدران فإن استثمار حدود الأنا هو الذي يسمح يتميز الأنا عن الواقع الخارجي، ويقدم في هذا الإطار مثال الإحساس بالغربة والهالوس.

3-4- أعمال ف. دولتو: F.Dolto:

وتؤكد ف. دولتو على الفرق بين الخارطة الجسدية والصورة الجسدية التي تختلف عنها فالخارطة الجسدية تميز الفرد فهي ممثل للجنس البشري وفي الواقع فهي نفسها بالنسبة لكل حيث يشير إلى تجريد لمعاش جسدي في الواقع أما الصورة الجسدية فهي خاصة بكل فرد على حدٍ حيث ترتبط بقصة حياتنا كما تعتبر الركيزة النرجسية فهي لا شعورية تبنى انطلاقاً من التداخل الدينامي لكل من الصورة القاعدية، الصورة الوظيفية والصورة المتعلقة أين يتم التعبير على الشحنات الغرائزية. (F.Dolto, 1984, p, 73)

خلاصة الفصل:

يلعب الجسد دورا هاما في حياة الإنسان فهي عبارة عن جانب بيولوجي مادي وأيضا جانب نفسي لا شعوري والذي نقصد به الصورة الذهنية التي يكونها الفرد عن جسده، حيث قد تخضع هذه الصورة إلى تغيرات نتيجة لإصابة أو تطورات ترجع إلى مراحل النمو، حيث تختلف هذه الصورة من حيث النوعية بين صورة جسدية جيدة وهشة، وللعوامل الداخلية والخارجية دور في تحديد ذلك ففي حالة إصابة عضوية داخلية أو خارجية أو أي تغير مورفولوجي يؤدي إلى اضطرابات نفسية على مستوى الحدود الجسدية والصورة الجسدية لدى الفرد.

الفصل الثاني

نمط التعلق

تمهيد

1- لمحة تاريخية لنظرية التعلق

2- تعريف التعلق

3- العوامل المؤثرة في عملية التعلق

4- نظرية التعلق

4-1 نظرية التعلق عند "Bowlby.J".

4-2 نظرية التعلق عند "Ainsworth.M".

4-3 نظرية التعلق الانفصالي والنفصال عند "Mahlor.M".

5- مراحل التعلق عند "Bowlby.J".

6- غريزة التعلق عند "Bowlby.J".

7- أنماط التعلق عند "Ainsworth.M".

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر علاقة الطفل بالأم وخاصة في المراحل الاولى محددا حاسما في نمو شخصية الطفل،ويمكن للاضطراب هذه العلاقة أن يكون لها تأثيرا في علاقته مع الآخرين، فالطفل منذ ميلاده وهو في تواصل دائم مع محيطه الخارجي، وأول من يكون كصورة لذلك العالم هما الوالدين أو بديلها ومنه فإن كل ما يقوم به الطفل في كبره يعتبر انطبعا لهما.

1-لمحة تاريخية لنظرية التعلق:

تعد نظرية التعلق كباقي النظريات لها جذورها التاريخية ،ومن بروزها كمصطلح ثم تطورها إلى غاية أن أصبحت نظرية منفردة في علم النفس العيادي، فنكونت أول إشارة تاريخية لدارسة التعلق مصدها الامبراطور الروماني فريدريك الروماني الثاني الذي أمر في القرن الثالث عشر بجمع بعض الأطفال في عمر الرضاعة وإعطائهم عناية جسدية فقط مثل الغذاء والملبس ، ولكن عدم السماح لأي من يتولى رعايتهم بالكلام معهم وكانت غايت هذا الامبراطور المقدس اكتشاف أي لغة سيختار الأطفال مستقبلا ، بالطبع لم يكشف عن نتائج هذه التجربة الرهيبة إلا أحد الرهبان بعدها أن الأطفال لقوا حتفهم مع الأيام فلا طعام أو ملابس يمكن أن يعطي احتياجات الطفل بدون لمسة حنان وعطف واتصال متبادل مع من يرعاه.(www.arabsymet.com)

وانطلاقا من هنا تكونت هذه النظرية وطورت من طرف العالم J.Bowlby منذ عام 1958 فلقد قام سنة (1978): بمحاولة معرفة ظاهرة البصمة أو العلاقة لدى معظم العصافير، وعند بعض الثدييات من 1950 إلى 1951 فلاحظ أن صغارهم يكونون مهيوون بالوراثة لان يكونوا بجوار شخص يقوم بحمايتهم ويراقب ولادتهم ويتابعهم وهي عموما الام ولكن هذه التجربة أثبتت أن هذه الام قد تكون كرتون و الصغير نحو هذه الحالة لا يستطيع الجلوس أمام أمه دائما ومراقبة تحركاتها ولكنها عندما لا تتاديه يحدث بذلك الكثير من الضجيج هذا المصطلح الضجيج له علاقة بقلق فراق الام ، ثم يهدأ بمجرد وجود اتصال مع الأم أو الأم البديلة . (J.Bowlby,1958.P.620)

فأول الأبحاث عن التعلق كانت بدايتها من الحيوانات حيث استطاع Zazzo(1974) أن: يسيطر من جديد الجانب التاريخي في البحث الذي أجراه خلال الفترة الممتدة من 1972 إلى 1974، حيث أن نظرية التعلق أشارت إلى التقارب بين أعمال الايتيولوجيين وكذا التحليليين، وكلا التوجيهين سبقه الإشارة إلى الاثار الدراسية لغياب

العلاقة التي تربط بالراشد في حالة ما إذا كان هذا الراشد مفضلاً أو صاحب امتياز والأمر هذا يخص صغير الإنسان بشكل أكثر حساسية وأكثر تحديداً.

(Netthine.S.annee, P ,65)

ونقول هنا إذا بأن الصغير سواء كان من الثدييات أو من الطيور فهو في البحث المستمر عن الراشد، لشعوره بالاستياء والضيق والوحدة بشكل كبير عندما يجد نفسه بعيداً أو غير محمياً من طرف شخص راشد فالحماية تلعب دوراً هاماً في راحة الطفل والراشد هو من يؤمنها له، ويعطيه نموذجاً عن هويته وصنفه ويساعده على الاندماج.

كما أن Harlow (1974) وانطلاقاً من تجارب منجزة في المختبر مع القردة توصل إلى أن صغير القردة يبحث عن التواصل والتقارب مع الراشد والدليل التجربة الشهيرة التي أجريت على القردة حيث قام العالم بوضع القردة الصغار أمام نوعين من الأمهات، كانت الأولى مصنوعة من أسلاك معدنية والثانية مغطاة بقماش ناعم يشبه وبر القردة وكان لكل منها زجاجة حليب في صدرها، بحيث يتمكن القردة الصغار تناول الحليب منها، وكانت النتيجة في نهاية التجربة أن كل القردة مالت إلى الأم المغطاة بالقماش. (Frank.cp.etal, 1974.p.207)

ونستطيع القول أن العلاقة بين الصغير والراشد علاقة لا يستطيع الصغير الاستغناء عنها فهو بحاجة لها بمدى حاجته إلى الطعام والحرارة والحنان اللذان يجدها عند الراشد يشعرانه بالحماية ويساعده على النمو أحسن والقدرة على التكيف مع العالم أكثر.

ولم تتوقف الدراسات فيما يخص هذا المجال لدى الايتيولوجيين وإنما لفتت انتباه التحليليين أمثال Spitz الذي لاحظ السلوك الإنساني ومدى ظهور الاضطرابات فيه عند حدوث أي خلل على مستوى العلاقة بين الطفل والراشد.

ويشير Spitz.R (1986): {إلى أن الطفل الذي انفصل بشكل مفاجئ عن أمه ليصبح في الحضانة، وفي ملجأ للأيتام فإنه من المهم جدا تحديد أن هذا الطفل لم يكن لديه الفرصة المناسبة لتشكيل واستثمار علاقة جديدة ومتميزة مع الراشد، بالرغم من أنه اعتنى به بشكل تام فهو يظهر بشكل سريع نوع من الاكتئاب، ولا يمكن إزالته إلا بالرجوع إلى الأم} (Swasam.G.1986.P.105)

وحسب Spitz.R دائما فإن الطفل الذي يخصص بالعناية الأمومية والتموين العاطفي الحيوي والذي يستوجب من المفروض أن يستفيد منه الطفل التبادل الداخلي مع الأم، وفقدان الشخص المساند للطفل يظهر لديه اضطرابات في سلوكه مثل البكاء الذي يزيد كلما غاب ذلك الشخص ثم يسبب لديه اضطرابات في المزاج التي تؤثر بدورها على نموه الحركي الجسدي بسبب اضطرابات النمو والحساسية الزائد من الأمراض.

كما Spitz.R هناك علاقة الأم/الطفل التي أتى بها فرويد واعتبرها القاعدة الأساسية لسلامة راحة الطفل ومن هنا فإن مصطلح التعلق attachment ليس مرتبط بتلبية الحاجة الفيزيولوجية فقط وإنما هي علاقة يبينها الفرد من صغره مع الآخرين أي أنها الحاجة الأصلية أي الميل الأصلي والدائم للبحث عن العلاقة بالآخرين.

1-تعريف التعلق:

من المظاهر السائدة عند الأطفال رغبتهم الشديدة في أن يكونوا قريبين إلى حد الالتصاق من أفراد آخرين لهم مكانة معينة لديهم، ويسمى هذا النمط السلوكي "التعلق"، حيث يكاد يكون هناك اتفاق بين العاملين في ميادين النمو النفسي على تعريف التعلق على "انه ارتباط انفعالي عاطفي بين شخص وآخر أو بين الناس و بعضهم البعض و ذلك تحت ظروف التواجد في اطار مكاني واحد، ويتدعم هذا الارتباط عبر الزمن " ويعرفه شيفر Shaffer: بانه علاقة عاطفية قوية بين شخصين تتميز بالتبادل العاطفي و الرغبة في المحافظة على القرب بينهما ويكون التعلق الرئيس للطفل بأمه الا انه قد يتشكل

تعلق بأفراد آخرين ممن يتفاعلون معه بشكل منتظم كالأب أو احد الجدين أو بعض الأقارب . (مجلة الدراسات و البحوث الاجتماعية، 2015، ص ص66-80).

ومصطلح التعلق attachment يعود إلى مفاهيم مختلفة باختلاف الأشخاص ارتباط، حب، عاطفة، دفيء إنساني وكذلك الإخلاص والوفاء ويستخدم مفهوم التعلق أو الارتباط في مجال الصحة النفسية حسب BRUCE.P. يشير على أنه القدرة على بناء علاقات مع الآخرين، ولقد تعددت تعريف التعلق حسب عدة اتجاهات وسنقدم فيما يلي مجموعة من التعاريف أكثر إيضاحاً لمفهوم التعلق فنبدأ أولاً بالتعريف اللغوي:

- مفهوم التعلق لغة:

أصل التعلق في اللغة من مادة علق . وعلوقا وعلاقة فلانا أو علق به وهواه وعلق إليه قلبه.

(معلوف، 1966، ص526)

-كذلك هناك تعريف آخر: تعلق تعلقا

1.بالشيء...تمسك أو استمسك به شديدا.

2.الشوك بالثوب أو الصيد بالحبالة: بمعنى علق.

3.فلانا وبه. مال قلبه إليه. هواه وأحبه.

4.فيما يتعلق به. فيما يختص به في صددته وبشأنه.

(معجم مجاني الطلاب. 1992. ص658.659)

تعريف معجم مصطلحات الطب النفسي:

ويخدم هذا المصطلح على وجه الخصوص الوصف التعلق والارتباط النفسي بين الطفل ووالديه خصوصاً الأم وما يرتبط بذلك من اضطرابات وقلق عند انفصاله عنها.

تعريف التعلق اصطلاحاً:

عرفه شيد لنجر: "ارتباط مشاعر الطفل بالأم أو ببديلة الأم ويعد أول ارتباطه الحقيقي بشخص ويمثل حالة تطور سوية في نمو الطفل. (شيد لنجر، 1970/ص 340)

يعرفه شفير (Shaffer): لأنه علاقة عاطفية قوية بين شخصين تتميز بالتبادل العاطفي والرغبة في المحافظة على القرب بينها، ويكون التعلق الرئيسي للطفل بأمه إلا لأنه قد يتشكل تعلق بأفراد آخرين مما يتفاعلون معه بشكل منتظم كالأب أو أحد الجدين أو بعض الأقارب. (مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، ص 60-82)

تعريف التعلق في مجال الصحة النفسية حسب Bruce.p. حيث يشير الى القدر على تكوين العلاقات مع الآخرين << (Bruce.p.2006.p.05).

"القدرة على تكوين العلاقات مع الآخرين" (Bruce .p.2006.p.05)

تعريف اينزورث.Ainsworth.M:

عرفه على انه رابطة وجدانية مستمرة لفترة طويلة نسبياً يكون فيها الشريك كفرد هام وفريد في التعامل المتبادل وهناك رغبة في الحفاظ على القرب من الآخر.

(Ainsworth .M.1972.P.19)

تعريف أليانر Eleaner .w.al :

>> هو الميل الثابت لدى الفرد في من الجهود الحقيقية في البحث عن الامن من خلال القرب من واحد أو من عدد قليل من الافراد الذين يمدونه دوما بميزة من الامن و السلامة << (Eleaner.wetal.2006.p.p105)

تعريف روس Ross.A. (1991):

دراسة وجدانية دائمة نسبيا يكونها الإنسان أو الحيوان بينه وبين فرد محدد هذه الرابطة تربطهم معا بشكل ثابت بقوة. (Ross.A.1991.p.100)

تعريف J.Bowlby:

فيعرفه بأنه رابطة انفعالية قوية يشكلها الطفل مع المقدم الرعاية الأساسي، وتصبح فيما بعد أساسا لعلاقات الحب المستقبلية.

(مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، 2015، ص 66-80)

تعريف J.Bowlby:

أول نظام يظهر في النمو ويعطي الشعور بالأمن والطمأنينة ليكون أساسا في الاستكشاف الذي يعد نظاما لاحقا وظيفته بناء الإحساس بالكفاءة في التفاعل مع البيئة.

(Hagan, 1988.p.106)

نلاحظ من خلال التعاريف السابقة لمختلف السيكلوجيين أنهم متقاربون في تعاريفهم للتعلق وبالتالي فهم يقرون على أن التعلق ارتباط عاطفي بين الطفل والمقدم الرعاية الأساسي له يظهر في المحافظة على القرب وهو ضروري لتطور النمو السوي عند الطفل وهو أساس علاقات الحب فيما بعد. (Sadock.J.et.AL, 2005, p25)

التعلق ليس موجه فقط نحو الأم البيولوجية بل يفترض وجود شخص معني يكون أكثر ثبات حين يتعرف عليه الطفل على غرار الاستجابات الایحائية من طرف مقدم الرعاية لاحتياجات الطفل.

-مقدم الرعاية الأساسي يعتبر قاعدة للأمان ولكن ينبغي التعلق بالأم في الترتيب الأول فهو الخيط الأساسي لكل أنماط التعلق.

3- العوامل المؤثرة في التعلق:

هناك عدة عوامل يمكن لها أن تؤثر تأثيرا واضحا على نشأة وتطور قدرات التعلق حسب Jetal.A (1998): فعندما تختل علاقات التفاعل واستماع بين الطفل والقائمين على شؤون تنشئته ورعايته، وتعليمه يتعذر بناء خبرات تعليلية، وقد يحدث الخل في هذه الخبرات نتيجة لمشكلات أولية إما لدى الطفل أو لدى القائمين على شؤون تنشئته ورعايته أو في البيئة، وفي مدى التناسق أو التطابق بين شخصية الطفل وشخصيات القائمين على شؤون تنشئته ورعايته وتعلمه. (Jetal.A.1998.p.287)

شخصية الطفل L'ennfant:

وحسب SAdock.j.et. Al (2005): "تؤثر شخصية الطفل وخصائصه المزاجية بصورة كبيرة على التعلق بالطفل الذي يصعب تهدئته أو سريع الغضب، غير حساس أو غير متجاوب مقارنة بالطفل الهادئ الذي يسهل ترضيته وتهديته أكثر عرضة بطبيعة الحال لمواجهة صعوبات في نمو التعلق الآمن مع الآخرين كما أن قدرة الطفل على الاشتراك في تفاعل نشط أو إيجابي مع الأم ربما تعاق أو تختل نتيجة الولادة قبل الأوان وما يرتبط به من نقص في الوزن عند الولادة أو الخلل الخلقي، أو المرض".

أ. مقدموا الرعاية للطفل:

وحسب Sadock.J.et.al دائما يمكن أن تعيق سلوكيات مقدموا الرعاية للطفل أو ارتباطه بالآخرين فالآباء الناقدون والرافضون، المتسلطون، والسليبيون ينجبون أطفالا يتجنبون التواد الانفعالي مع الآخرين بل قد يعزلون أنفسهم عن الخبرات الاجتماعية المختلفة وينسحبون من كافة مواقف التفاعل الاجتماعي في المراحل العمرية التالية، وربما لا تتجاوب الأم مع طفلها نتيجة لمعانتها من الاكتئاب، تعاطي المخدرات، والعنف الأسري، وغير ذاك من العوامل التي تؤثر بالسلب على الاتساق في معاملة طفلها وقدرتها على رعايته".

(Sadock.J.et.AL, 2005, p28)

ب. البيئة L'environnement:

يرى Cassidy.J: "إن الخوف هو العائق الرئيسي للتعلق مع الآخرين فإن عاش الطفل في بيئة مكدره انفعاليا كانت له نتيجة الألم والتهديد العام واضطراب البيئة وعدم اتساقها، يمكن أن يواجهوا صعوبات بالغة في الاشتراك حتى في علاقات التفاعل الودية مع مقدمي الرعاية لهم، والأطفال الذين يعيشون في بيئة منزلية يشيع فيها العدوان الأسري، بيئة مناطق الحروب والنزاعات المسلحة أكثر عرضة لمشكلات التعلق مع الآخرين"

(Cassidy.J.1996.P.121).

التطابق وعدم التطابق:

من المهم لنشأة وتطور علاقة التعلق الآمن للأطفال يجب أن يكون هناك حد أدنى من التطابق و التناسق بين قدرات الطفل وتكوينه المزاجي و قدرات الأم وتكوينها المزاجي على وجه الخصوص، فحسب Neal.J.et al "هناك من الآباء من يكونون على ما يرام حالة تعاملهم مع أطفال هادئون مطاعون، يسهل ترضيتهم فهم بينما ينزعجون ويتساءلون ويتضايقون ويشعرون بالعجز إذا تعاملوا مع أطفال سريعى الغضب و مضطربوا المزاج، كما

أن عملية الانتباه الى قراءة كل من الآخر (الطفل، الأم) والتجاوب المناسب كل منهما اتجاه الآخر أمر مهم لتعزيز خبرات التعلق التي تؤدي إلى صيغ التعلق السوي أو الصحي. في بعض الأحيان قد يكون أسلوب التواصل والاستجابة التي اعتادت عليها الأم في التعامل مع طفلها في الأسرة غير مناسب أو غير متطابق مع طفل آخر في الأسرة نفسها والإحباط المتبادل للتناظر النفسي يعيق بطبيعة الحال التعلق بين الطفل الأم".

(Neal.J.et al ,2001,p.53)

4-نظرية التعلق:

هناك نظريات كثيرة مفسرة لظاهرة التعلق ولكننا في موضوعنا هذا سنعرض ثلاث نظريات وهي: نظرية التعلق لـ J. Bowlby، ونظرية التعلق لـ M. Ainsworth ونظرية التعلق لـ M. Mahher لأنها تعد من أكثر النظريات ذات دلالة في تفسير التعلق من وجه نظرنا.

4-1- نظرية التعلق لـ J. Bowlby:

حسب Guedeny.G.et A. : {ولد J. Bowlby عام 1907 درس الطب لمدة سنة في معهد "Norfolk" والذي كان يديره J. Alfoud ويعتبر من المشاركين في الحرب العالمية الأولى، كانت الخبرة في التحليل النفسي ومنه لاحظ وجود علاقة بين اضطراب السلوك وتاريخ الطفل}. (Guedeny,2003,p.06)

يعد J. Bowlby من الأوائل الذين بحثوا في طبيعة التعلق، وهو يوضح أن التعلق يمثل التوازن بين رغبة الطفل في اللعب واكتشاف البيئة المحيطة، وفي نفس الوقت الحاجة إلى الشعور بالأمان والاطمئنان. فلقد انطلق J. Bowlby 1929: {في تحليل حالة "Riviere" الذي كان يعاني من اضطرابات سلوكية بسبب سوء العلاقة مع والدته دام هذا التحليل لمدة 7 سنوات ولن الدراسة لم تكن معمقة.

عام 1946 عمل Bowlby.J في عيادة Tauistock أين التقى بـ James-hobertson وقام بإجراء ملاحظات حول نتائج الفراق في الوسط الاستشفائي فقام على إثرها Robertsony بوصف المراحل الثلاثة الناتجة عن الفراق عند الطفل الشاب وهي: Protestation، الانفصال Détachemet وفقدان الأمل: Désespoir

عام 1984: طلبت المنظمة العالمية للصحة (DMS) إنجاز تقرير حول الأطفال بدون مأوى انتهز Bowlby.J الفرصة ليدرج في تقريره حول العناية والأمومة والصحة العقلية (Maternal care and mentale health) فكرته حول التخلي ودوره في المساعدة على تصحيح الانفعالات الناتجة عن الرعاية الأمومية والتي تعطي نوع من العلاقات الخاصة، كغياب التركيز والذكاء، عدم تقبل الآخر، السرقة بدون هدف، غياب ردود الأفعال الانفعالية". (باجي نعيمة، 2008، ص ص 39-40)

وما توصل إليه Bowlby.J " بولبي في أبحاثه هذه أن الطفل موجه ذاتيا نحو الراشدين من حوله وبالتالي يبحث عن التقرب منهم هذا الهدف يتحقق بمساعدة أساليب مختلفة من السلوك، البكاء والصراخ، الابتسامة، التمسك بالأشياء، لتتبع الآخرين، هذه الأساليب تنظم وتتغير بتغير سن الطفل، في الصغر يكون الطفل لا يستطيع أن يركز على مكان تواجد أمه مباشرة إنما يبكي حتى تأتيه ولكن بعد مرور الوقت يصبح يعرف مكانها فيصرخ مثلا بشكل مزعج في المكان الذي تتواجد فيه.

إن التعلق لا يصير فقط حين يكون تباعد أو انقطاع في العلاقة بين الأم والطفل، الحالة الداخلية للطفل أيضا تلعب دورا هاما (الجوع، الألم، البرد... إلخ)، وبالتالي فإن التعلق يلعب دور الحماية، بالنسبة للطفل فهي تمنح له إمكانية البحث عن الأمن بالقرب من الراشد، فهناك من الأطفال من يبحث عن الحماية لدى والديه إلا أنهم في الأصل سبب عنائه وشقائه، فالطفل لا يشكل رابطة تعلق فقط مع الأم إنما من كل من عامله جيدا، أو كل من كان محيط به في غيابها، مثلا في حالة الأم العاملة نجد أن الطفل ينتقل من دور

حضانة الأم إلى الأقارب وبين المربيّات، فهو هنا يشكل رابطة تعلق مع أولئك الأشخاص الذين نلتقي بهم وهذا لا يعني أن الطفل لا يفرق بين الأشخاص، وإنما عندما يكون في وقت الشدة فإنه لا يتجاوب إلا مع الشخص الذي كونه رابطة تعلق.

4-2- نظرية التعلق لـ "Ainsworth .M. :

قامت العاملة Ainsworth. M بدراسات عديدة لمختلف الأجناس في مختلف مناطق العالم وقدمت نظرية بعنوان {تعليقات ما بعد الرضاعة}، حيث قامت العاملة بـ " تحديد الفرق بين التعلق ومحركات التعلق فالمصطلح أو المفهوم الأول يعني الميل الثابت للبحث عن التقرب من الآخرين، أما الثاني فيشرح الوسائل أو الطرق المستعملة من طرف الطفل من أجل إرضاء هذا الميل وعلى عكس التعلق الذي يكون ثابت ومستمر فإن محركات التعلق تكون متغيرة وقابلة للتغير تبعا لمميزات الطفل الخصوصية"

(Charhotte, M, 200 p62- 63)

والمقياس الذي قامت عليه دراسات Ainsworth. M "أنيساويرث" هو {موقف الغريب "Situation étrangère حيث لوحظ أن الطفل داخل المختبر في حضور الأم واللعب بارتياح على التراب وسلوكيات الطفل كانت تحفظ وتحلل من خلال العديد من المواقف، انطلاقا من تدخل شخص غريب يريد التواصل مع الطفل، ومغادرة الأم يعني بقاء الطفل وحده مع الغريب، عودة الأم ثم مغادرة كليهما وبقاء الطفل وحده في الغرفة عودة الغريب ثم تلبية عودة الأم}

(Ainsworth. M, p, 64)

إن تمركزت أعمال Ainsworth. M حول أنماط التعلق فهي تدعمت نظريتها بأعمال Bowlby وأكملت ما قام به عن طريق الدراسات المختلفة التي قامت للوصول إلى بناء هذه الأنماط.

4-3- نظرية الانفصال والانفصال لـ "Mahher.M." :

افترضت Mahher.M. حسب Sadock.B,et al {نظرية الوصف كيف يكتسب الطفل الصغير الإحساس بمعرفة الانفصال عن الأم و نظريتها الخاصة بالانفصال الفردي أسست على ملاحظات تفاعلات الأطفال مع أمهاتهم، حيث وجدت أن خبرة الانفصال يحدث عندما يتقدم الطفل نحو التفاضل بفعل النضج الجسدي والنمو النفسي، و أنه جسر يمر به كل طفل بفعل عمليات النضج}. (Sadock.B,et al,2004,p 29)

5-مراحل التعلق:

ويتطور التعلق وفق مراحل نمو الطفل والتي نشير إليها فيما يلي حسب "Bowlby.J" بولبي (1988):

المرحلة الأولى: من الميلاد إلى 3 أشهر:

وتتميز هذه المرحلة حسب "ستارن" Stern بـ "سلوك تعلق يكون حاضرا منذ الولادة يعتبر التعلق بالراشد كهدف يستطيع من خلاله خلق نوع من القربية (Proximité) مثيرا بذلك نظام الاهتمام (desysteme-caregiving)، هذا السلوك يوجهه الطفل نحو الراشد وخاصة الأم والتي تجيب على مطالبة بالتساوي مع كل الأشخاص من المحيطين به والمقربين منه.

هذه المرحلة لا تحدد لنا بوضوح شكل التعلق عند الطفل إذا كان هناك عبارة عن سلوكيات يصدرها ويثير من خلالها استجابات سلوكية أمومية صنفها بولبي "Bowlby.J" حسب ثلاث درجات:

- سلوكات منفردة: **Les comportements aversifs** كالبكاء والصراخ والتي الاهتمام بالرضيع.

- سلوكات إشارتية: **Les comportements signalisation**: كالثرثرة والابتسامة والمناغاة والتي تجلب الاهتمام نحو الطفل من خلالها يتم خلق نوع من التعلق عن طريق الكلام ويعتبره Staren.D. كنوع من نظام البين ذاتية الضرورية للقدرة على الاتصال بين الأشخاص.

- سلوكات نشطة: قليل جدا في هذا العمر مثلا كالقدرة على الاتجاه نحو الأشخاص والالتحام أو الالتصاق بهم. (نعيمة باجي، 2008، ص 42)

المرحلة الثانية: بين 03 و 06 أشهر (مرحلة التوجه وإشارات موجهة نحو واحد أو مجموعة من الأفراد):

ويبدأ الطفل يراقب نظام سلوكه ويفرق بين الأشخاص من الذين ينتمون لعائلته والغرباء، ويبدأ شيئا فشيئا رسم صورة الفرد من العائلة (شخص ينتمي إلى العائلة) يتوجه إليه الطفل في حالة شعوره بالضيق والشدة.

- بالنسبة للسلوكات المنفردة:

صراخ الأطفال خاصة مع الأشخاص الذين ينتمون لعائلته ويحتوونه، سلوك المناغاة في هذه المرحلة يزداد وضوحا وتميزا، فالطفل في هذه المرحلة يناغي الصورة التي تعلق بها وينسج بذلك حوار رائع تنقص حدثه بمجرد وجود شخص غريب أو أشياء غير محببة.

- بالنسبة للسلوكيات النشطة:

يحتفظ الطفل في هذه المرحلة بنظرة اتجاه صورة ويشكل الشخص الذي تعلق به أكثر من صورة شكل غريب ويوجه نحوه نظرة ويكون بذلك دلالة نوعية إجابات الوالدين واختلاف نظام اهتماماتهم بداية تشكل نموذج داخلي فعال. (Modèle Interne Opérant, MOI)

المرحلة الثالثة: بين 06 و 09 أشهر إلى بداية السن الثالثة (مرحلة المحافظة على القرابة مع صورة تتميز بالإشارات والتحريك):

في هذه المرحلة تسجل تغيرات مهمة في القدرة الحركية والمعرفية والاتصالية للطفل إذ تطوره الحركي يعطيه دورا نشيطا في تسيير أحسن للبعد مع المشكل المتعلق به، فالطفل يكتسب مراقبة من يراعه يستطيع التعلق به وإتباعه، البحث عن أمه بصفة نشطة.

ويمكن تسجيل أربعة مظاهر أساسية في هذه المرحلة:

• المقارنة الفارقة مع شكل أو صورة التعلق:

وفي حالة (Retrouvailles) الاستيراد أو الضيق يتجه الطفل نحو أمه بدون تردد إذا كانت موجودة.

وأیضا سلوك المناغة يختلف فالطفل يتتبع الصورة المتعلق بها خاصة إذا ابتعدت عنه.

• تشكيل نظام آمن انطلاقا من الشهر السادس، قدرات الاكتشاف يجلب الطفل نحو الإبعاد عن صورة الشخص المتعلق به بحيث يستطيع هذا البعد الذي يعود إليه كلما احتاج إلى الأمان.

نوع الاستكشاف على علاقة بالتعلق وعلى علاقة بظاهرة الأمن والأمان بما فيها ظهور الخوف من الغريب وقلق الفراق.

يتضح هذا النظام الأمني الذي شكله الطفل في تأجيل نشاطاته عند احتكاكاته بالغرباء، بحيث يتجه نحو الشخص المتعلق به ويستعمل سلوكات خاصة بالبكاء والصراخ، وبعد مدة زمنية إذا أصدر هذا الغريب أفعال إيجابية، اتجه الطفل نحوه ولكن بنوع من الحذر وفي حالة القلق أو إصدار أي سلوكات غريبة يتجه نحو الشخص المتعلق به والذي يعتبر في هذه الحالة كملجأ آمن Haver de sécurité.

• **تغييرات على مستوى النظام الداخلي الفعال: (Modele Interne M.I.O: Opérant)**

تغييرات هذا النموذج على علاقة بالتغييرات المعرفية لهذه المرحلة من تطور القدرة على الاتصال التي تسمح بتطور السلوكات الصادرة التي تمكن الطفل من تقبل سلوكه وتوجيهه نحو هدف محدد مع الأخذ بعين الاعتبار الإشارات والمقاصد (l'intention) المكتسبة من الأولياء فالطفل يستطيع اختيار الأفعال التي توصله إلى ما يريده وكذلك الاتصال مع الصورة المتعلق بها.

فالقدرة على التعامل العقلي مع التصورات التي أستخدمها على علاقة بالنموذج الداخلي (MOI)، ففي هذه المرحلة الطفل له تمثيلات داخلية للأهداف الموجودة (مثلا يريد الاحتكاك مع صورة الشخص المتعلق به)، ويعمل بذلك على إرضان نمذجة سلوكه من أجل الوصول إلى هذا الهدف الذي يراه الراشد من منظور آخر.

• بفضل هذه المكتسبات يستطيع الطفل تجاوز حاجاته إلى الاقتراب مع الشكل المتعلق به ويلجأ إليه فقط أثناء الخطر أو الذعر، ويصدر سلوكات استثنائية في هذه الحالة من أجل لفت الانتباه وفي هذا السن يتقبل بصعوبة فائقة أن يذهب الشخص المتعلق به إلى إجراء مكالمات هاتفية أو الانعزال لقراءة كتاب مثلا. يتصرف الطفل بذلك وفق استراتيجيتين مقبولتين:

-استراتيجية الكف ينتج عنها تعلق من نوع لا آمن - اجتناب - Insècure - évitant.

-استراتيجيات من نوع إفراط في النشاط وينتج عنها تعلق من نوع الغير آمن المتناقض Isècure - ambivalent.

المرحلة الرابعة: مرحلة تطور رابط التعلق بين 5-2-3 و 5-4 سنوات:

تطور القدرات المعرفية واللغوية والتي لها علاقة بتغيير السلوك، فالطفل في هذه السن أقل حاجة إلى التقارب أو جلب المهتم به، فتطور اللغة يسمح له بالاحتكاك لغويا مع صورة الشخص المتعلق به مع أفعاله وأهدافه فنمو القدرات المعرفية تسمح للطفل ب:

- بناء التصورات وتمثيلات عقلية حول الفراق والذي يصبح متسامح معه بشكل كبير.
- خلق هدف مشترك.
- احترام سلوكه وتقبله والاهتمام به عن طريق معرفة حالته الانفعالية وقدراته على إبداء رأيه في الآخر.
- قدرته على تنظيم استراتيجيات منطقية للوصول وتحقيق هدف معين.
- قدرة الطفل ووالديه على احتواء وجهة نظره حول الآخر.
- الطفل له رابط آمن فهو بذلك يبني نموذج داخلي فعال لتمثيلات إيجابية حول الآخر.

- يملك الثقة بقدراته العلائقية والتي تعطي له قدرات أخرى على المجابهة في حالة الخلاف والاختلاف (En cas de désaccord) بينما الأطفال الذين لا يشعرون بالأمن والثقة لهم تمثيلات سلبية حول أنفسهم وحول الآخرين.
- لهم القليل من الثقة العلائقية والتي تدمهم بقليل من إمكانية مواجهة الصراعات.
- ينكرون نظام تعلقهم محاولين قهره أو يهابون ضد هذا النظام وبالتالي الدخول في صراعات وغضب يصعب تهدئته.

التعلق بين 4 و 12 سنة:

لم يهتم الباحثين حول التعلق في هذه الفترة وذلك بسبب أن الطفل يطور استثمارات خارج إطار العائلة، بالتحديد في الميدان المدرسي الاجتماعي وهما عالمان يغيران تعلق الطفل، هذان العالمان عقدا دراسة التعلق خلال هذه السنوات.

(Danis, A, année, p, 60-65)

ولقد أشار "لايدون" أن هناك مصدرين للاستمرارية أنماط التعلق عبر الزمن:

- المصدر الأول: إن الاتجاهات والمشاعر الخاصة بالتعلق والتي تستمر على مراحل نمائية متأخرة ليست نتيجة للنماذج العامل الداخلي المتشكلة في مرحلة الطفولة فحسب، بل إن هذه النماذج تدوم وتستمر عند مواجهتها لمواقف وخبرات تتسجم مع النماذج العاملة التي تشكلت مبكرا.

- المصدر الثاني: فهو الطريقة التي تصبح من خلالها بنية أو تركيب الشخصية مثبتة ذاتيا (Self-confirmation) من خلال آليات التمثل مثل هذه الآليات تعمل على تقييد الخبرات من أجل أن يتم تمثيلها بناء على اعتقادات جاهزة، فهذه الآليات تطابق الخبرات

مع التراكيب المعرفية الجاهزة والمتميزة بعدم مرونتها في التعامل مع معلومات جديدة. (أبو غزالة وجردات، 2009، ص47)

6- غريزة التعلق لـ "Bowlby.J."

لقد حاول "Bowlby.J." بولبي معرفة التعلق وغرائزه فبدأ بالحيوانات وقام بدراسة ظاهرة البصمة أو العلامة عند معظم العصافير وعند بغض الثدييات. وقام بوضع فرضية عام 1958 حول غريزة التعلق مستقلة عن الغريزة الفموية وهي غريزة أولية وليست حسية، وقد ميز بين 5 متغيرات، الضم، المص، الصحة، والابتسامة.

وفي عام 1958 قام (Harlow) بنشر نتائج أبحاثه على القردة وميولاتهم إلى أمهاتهم فسمحت هذه التجربة بوضع معايير تعلق الصغير بأمه وترتيبها فوجدوا أن هناك ثلاث معايير أساسية مرتبة كما يلي:

- الجلد "La peau"
- الإرضاع "L'allaitement"
- الحرارة الفيزيائية "La chaleur physique"

7- أنماط التعلق لـ "Ainsworth.M."

وحسب هذه العالمة {وبعد ملاحظتها للأطفال في محيطهم الطبيعي وقد حاولت من خلال ذلك التحليل على تقوية وتقدير محاسن التعلق للرضيع ذو السنة الأولى من عمره مع صورة التعلق والتي تمثل بطبيعة الحال الأم. (Ainsworth.M,1972,p14)}

ابتداء من طبيعة الملاحظة والمتمثلة عموماً في 20 دقيقة حيث ينفصل فيها الطفل عن أمه، حيث تمس هذه الملاحظة مباشرة الانفصال ثم الالتقاء، هذه الوضعيات جعلت الباحثة تصنف ثلاث وضعيات وتحت إطار ثلاث أنماط سمتها بأنماط التعلق:

أ. التعلق الآمن: L'attachement Sécurisant :

وهو الأكثر شيوعاً بين الأطفال، فالطفل يحتاج ليتعرف على الانفصال ويستقبل بكل سرور رجوع الأم بعد غيابها فحسب "Belsky.J." { فالطفل يكون مع أمه شكل تعلق آمن عندما تكون الأم جاهزة و متوفرة، وكذا متفهمة لحاجاته، أما عن سلوكيات الطفل في هذه الوضعية بالمقارنة مع سلوكيات أمه فهو يبحث عن التقرب منها وذلك من خلال التواصل الفيزيائي، ويستطيع أن يختبر تفاعله معها عن بعد إذا لم يبحث عن التواصل المباشر كما يستطيع كذلك أن يهدأ بسرعة عند حضورها وبالتالي فالصغير يعتبر أمه قاعدة آمن توفر له الحماية...

(Belsky.J,1990 ,p,22)

ب. التعلق الغير آمن: L'attachement Insécurisant :

ينجم نمط هذا التعلق عن عدم كفاءة وعدم الجاهزية صورة التعلق (الأم) وكذا عدم التفهم لحاجات الطفل، التعلق الغير آمن يأخذ عدة أشكال حسب Brazlton.T.B. (1978):

■ **التعلق المتناقض Ambivalent:** الطفل يظهر توتراً وتضائيقاً نتيجة الانفصال لكنه يخلط بين التواصل والرفض عندما يجد أمه، هذا النمط يحدث نتيجة ردود الأفعال الأم المشوشة والغير واضحة فبعض الوقت وبشكل يائس يبحث عن التقرب من أمه التي لا يضمن جاهزيتها لحمايته، هنا نفهم لماذا يتصرف الطفل بارتباك وعدم توازن عند الانفصال ولكن الشيء الأكثر لفتاً للانتباه هو أن الطفل عند عودة الأم يصبح عليه من الصعب جدا

تهدئته لأنه يخاف من مفارقة أمه من أجل استكشاف المحيط الذي يعيش فيه و بالتالي هؤلاء الأطفال لا يتوصلون إلى الاستقلالية.

■ **التعلق المتجنب Evitant:** ويتحدد انطلاقاً من سلوكيات الطفل المتجنبة عند عثوره على أمه بالإضافة إلى هذه السلوكيات، نجد أن التصرفات التي تتبناها صورة التعلق (الأم) تأخذ طابع الرفض، فهي تمهل حالات لطفلها أو إذا أجابت تجيب مع نوع اللامبالاة، والأطفال بدورهم يعالجون الأمر بالتوجه إلى إنكار وجود حاجاتهم الخاصة وكذا تجنب أي تفاعل هذه الصورة الغير ملبية وهم يحسون بشكل قهري وتعسفي وسريع لاكتسابهم الاستقلالية. (Brazlton-T-B, 1978, p 15-17)

التعلق الغير منتظم Désorienté ou Désorganisé: أما عن هذا النمط وانطلاقاً من أعمال ودراسات Main.M. (1981) {أضافت نوعاً ثالثاً كان ذلك بالتعاون مع العديد من الباحثين وقد نتج عن هذه الدراسة أن الأطفال الذين لا يتأثرون بشكل تعبيرى وتوقعى وضعية الغريب Situation étrangère أي أثناء تواجد غريب أو أي مصدر للقلق الأطفال هذه الفئة يتبنون بشكل دوري سلوكيات غير موجهة وهذه الأخيرة تعود إلى أنهم ضحايا للتهميش أو العنف فهم إذ يتصرفون بشيء من التجنب فيأخذون النمط المتجنب من التعلق كقاعدة أحياناً يعتمدون على التناقض في التعامل مع الأم عند الانفصال أو من كل هذا فهم أي أن الأطفال يظهرون إفراطاً في اليقظة بالموازات مع العنف الذي يستقبلونه، وهم غير قادرين على التفاعل... (Lebovici,1981,p.62)

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل يمكن القول أن التعلق حاجة أساسية تمكن الطفل من النمو نمواً سويًا من النواحي البيولوجية والعاطفية والاجتماعية، عدم تمكن الأم من ممارسة سلوك الأمومة وعدم الإشباع لهذه الحاجة (التعلق) يظهر آثاره السلبية في المراحل اللاحقة ولهذا تؤكد على أهمية السنوات الأولى في حياة الفرد وبالذات صيغة السلوك المؤدي إلى التقارب بين الأم والصغير، وبالتالي تعلق الطفل بوالديه مرتبط بمعاملة والديه له وصورة التعلق التي بناها الطفل "La figure D'attachement" سواء كان الأب أو الأم، فالشخص يقوم دائماً بما تعلمه لا غير وعليه فالتصرفات الغير آمنة عند الأم تكون مرتبطة بإجابات أقل إحساساً وبالتالي تعلق غير آمن عند الطفل.

الفصل الثالث

القصور الكلوي المزمن

تمهيد:

1- الكليتان:

1-1- تعريف الكلية-موقعها وقياساتها

1-2- تركيب الكلية

1-3- البنية التشريحية للكلية

1-4- وظائف الكلية.

2- القصور الكلوي:

1-5- تعريف القصور الكلوي.

1-6- تشخيص مرض القصور الكلوي المزمن.

1-7- أنواع وأشكال القصور الكلوي المزمن.

1-8- أسباب الإصابة بالقصور الكلوي المزمن.

1-9- الآثار النجمة عن الغصابة بالقصور الكلوي المزمن.

1-10- علاج القصور الكلوي المزمن

3- آلة التحال الدموي:

1-11- لمحة تاريخية عن آلة التحال الدموي.

1-12- تعريف آلة التحال الدموي.

1-13- كيفية استخدام آلة التحال الدموي.

1-14- تحضير المصاب للتصفية الدموية.

1-15- المشاكل الإكلينيكية المنجزة عن استخدام آلة التحال الدموي.

1-16- المعاش الجسمي والنفسي للمريض بالقصور الكلوي المزمن.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعد القصور الكلوي المزمن من الامراض المنتشرة في العالم وهو مرض شاق يؤثر على صحة المريض وحياته النفسية والاجتماعية فهو كغيره من الأمراض المزمنة التي تؤثر في جميع نواحي الحياة.

إن نسبة الإصابة بهذا المرض في تزايد مستمر وقدرت ب 50 إلى 60 شخص في كل مليون شخص، في الجزائر وتشير الإحصائيات إلى تسجيل 3500 حالة جديدة كل سنة و مليون و 500 حالة مصابة تقوم منها 1300 حالة بالتصفية هذه العملية التي تعد معاناة حقيقية يعيشها المريض باستمرار، إذ أن عجز الكلية و قصورها يؤدي إلى تراكم السموم والفضلات في الجسم و يعرض المريض إلى خطر الموت بسبب فقدانه لوظيفة حيوية، هو الأمر الذي يعيش حالة الحداد « deuil » لأنه حتى هذا العلاج المتمثل في التصفية هو علاج لا يشف وهو يساعد على التعايش مع المرض و يذكر بالفقدان النهائي للكلية.

1- الكليتان: وهما عضوان بالغاً الأهمية في جسم الإنسان ويمكن وصفهما بما يلي:

1-1- تعريف الكلية: موقعها وقياسها:

عبارة عن زوج (كليتان اليمنى ويسرى) توجدان في كيسيّن ليفيين وهما محاطتان بمقدار من الدهن ومغلفتان بالظهر من خلال ارتباط وثيق بواسطة نسيج رابط، وللكلية غشاءان أحدهما خارجي مكون من الدهون الوقائية للكلية من الصدمات الخارجية والثاني داخلي مكون من النسيج الليفي كما يتكون جسم الكلية من طبقتين تدعى الخارجية منها قشرة الكلية، أما الداخلية فتسمى بنخاع الكلية والشريان الكلوي يتفرع داخل القشرة إلى فروع كثيرة جداً تكون حزماً تسمى حزم الكلية (glomérules) ولكل حزمة شريان للاستيراد آخر للتصدير وكل حزمة محاطة بقمع تمتد قناة بولية (أمين رويحبة، 1972، ص 97)

تقع الكليتان تحت الحجاب الحاجز إلى جانب العمود الفقري، ونلاحظ أن الكلية اليمنى أخفض بقليل من الكلية اليسرى لوجود الكبد، والكلية تشبه حبة الفاصولياء، إذ أن سطحها الخارجي محدب والسطح الداخلي مقعر ويعرف بالسرة التي يدخل إليها الشريان الكلوي الذي يحمل الدم المؤكسد لتغذية الكلية والذي يتفرع منه الأورطي (ortique) ويخرج منها الوريد الكلوي الذي يجمع الدم غير المؤكسد من الكلية يصب في الوريد الأجوف السفلي، كما يخرج منها الحالب، ويوجد أعلى كل كلية غدة وهي الغدة الكظرية (La surrémal).

(زهير الكرمي، 1988، ص 75)

. القياسات المتوسطة للكلية: تختلف قياسات الكلية ولكن في المتوسط هي كما يلي:

- الطول من 7 إلى 15 سم.

- العرض من 7 إلى 8 سم.

- السمك من 120 غ على 200 غ عند الشخص البالغ.

(سليمان إبراهيم أبو دقة، 2007، ص8)

1-2- تركيب الكلية: تتكون الكلية من طبقة خارجية تسمى القشرة "cortex"

وطبقة ملساء تدعى اللب (médullaire)

. **الطبقة الخارجية:** وهي اللحاء ذو لون الرمادي والمظهر الحبيبي

. **الطبقة الداخلية:** عبارة عن لب لونه لأحمر يتكون من مجموعة من الأهرامات الصغيرة

تتجه قاعدتها نحو المحيط وتدعى (Les pyramides de Malpigi) والتي يخرج منها

البول لينزل في حوض الكلية وهو الفراغ الذي يتصل بقناة البول (الحالب).

- **الوحدة الكلوية:** والتي تتكون من:

❖ **أهرامات Malpigi:** وهي وحدات للترشيح تدعى النيفورونات Néphrons (الأنابيب

البولية) ويصل عددها في الكلية الواحدة إلى مليون أو مليون ونصف نفرون، وتجري في

النيفرونات عملية تشكل البول، أما الكبيبة الكلوية (glomérulls) والتي تتمثل وظيفتها في

تصفية الدم فتتكون من مجموعة الأوعية الدموية ومحفظة بومان التي تحيط بها وهي تتألف

من صفيحتين داخلية وخارجية إلى قناة النفرون البولية ونلاحظ في هذه القناة الأجزاء التالية:

- **الأنبوب البولي (Tube urimaire):** وهو مقسم بدوره إلى عدة وحدات

- **عروة هنلي (Anse D-Henlé):** ويتم فيها امتصاص وإفراز الأملاح المختلفة

مثل الصوديوم حسب حاجة الجسم.

- **الأنبوب الملتوي القريب Tube contourne proximal:** يمتص بعض المواد

صغيرة الحجم كالكلوكوز، البروتينات التي ترشح من خلال محفظة بومان، ويفرز بعض

المواد مثل كلوريدات الهيدروجين والبيكاربونات حسب حاجة الجسم.

- الأنبوب الملتوي البعيد tube contourne distal: وله دور هام في امتصاص وإفراز البوتاسيوم تحت تأثير هرمون الألدوستيرون في الأنابيب الجامعة (عبد الكريم فريحات، 2000، ص64)
- الأنابيب الجامعة tunes collecteurs: لها دور ترشيح الدم من خلال النيفرونات ودورها الأساسي هو امتصاص الماء من البول تحت تأثير الهرمون المضاد الذي تفرزه الغدة النخامية. (مهدي علي، 1992، ص39)

1-3- البنية التشريحية للكلية:

تحاط الكلية من الخارج بمحفظة وهي غشاء ليفي رقيق ولو أخذنا مقطعاً طويلاً فسنلاحظ ما يلي:

- **القشرة:** طبقة بها عدد كبير من الأجسام malpigi وهي أجسام كروية الشكل، مزدوجة الجدران محاطة بشبكة من الشعيرات الدموية التي تتفرع من الشريان الكلوي وبعد ذلك لتتجمع لتشكل فروعاً تخرج من جسم malpigi ثم تتفرع إلى شعيرات دموية تلتف حول الجزء العلوي من الأنبوبة البولية التي تخرج بدورها من جسم malpigi وهكذا تسير الأنابيب البولية متعرجة في القشرة ولكنها تستقيم في النخاع وتتجمع في مجموعات مهيمنة الشكل.

- **النخاع:** عبارة عن طبقة واسعة توجد بها أهرامات malpigi وهي تجمعات الأنابيب البولية حيث تتفتح هذه الأنابيب في قمم الأهرامات.

- **حوض الكلية:** عبارة عن تجويف يوجد داخل الكلية سطحه مقعر ويعتبر جزء من الحالب وتصب فيه الأنابيب البولية.

- **الحالبان:** عبارة عن قناتين ضيقتين نسيجهما ليفي يبلغ طول كل منها حوالي 25 سم ويخرج كل حالب من سرة الكلية تمتد إلى الأسفل حتى يبلغ ويصل إلى المثانة ويفتح

فيها بفتحة ضيقة مائلة تسمح للبول بالمدور إلى المثانة وتمنعه من الرجوع إلى الحالب عند امتلاء المثانة.

-**المثانة:** عبارة عن كيس غشائي بيضوي الشكل مبطن من الداخل بغشاء مخاطي يفتح فيه الحالبان بفتحتين مستقلتين ويضيق الجزء السفلي من المثانة ويسمى عنق ويحاط بعضلة عاصرة دائرية لا تفتح إلا عند البول أو التبول.

-**قناة مجرى البول:** وهي قناة تتصل بالمثانة وتفتح إلى خارج الجسم بفتحة مستقلة في حالة الأنثى وبفتحة مشتركة مع القناة القاذفة في حالة الذكر.

(زهير الكرمي، 1988، ص ص 77، 76)

4-1- وظائف الكلية:

تقوم الكلية بتصفية الجسم من السموم الناتجة عن رواسب الاستقلاب، وهذه السموم والرواسب يجمعها الدم من كل خلية ويأتي بها إلى الكلية لتقوم بتصفيتها، والدم الذي يجتاز كل كلية في الدقيقة الواحدة يبلغ لتر واحدا وهذا يعني كمية الدم التي تصب في الكلية تبلغ من 1500 إلى 1700 لتر في اليوم، والكلية لاتصف البول كما هو في حالته النهائية بل تصفي أجزائه على انفراد ثم تقوم بمزج هذه الأجزاء بعضها ببعض، ويمكن إيجاز عمل الكلية فيما يلي:

❖ **إنتاج وطرح البول:** وهي عملية تخلص الجسم من نواتج الاستقلاب الضارة والأملاح الزائدة في الجسم من خلال تصفية الدم وطرحها مع المواد السامة والعقاقير التي تدخل الجسم، وكذا طرح كمية الماء الزائد في البول وبذلك يتم الحفاظ على حجم ثابت للدم في الجسم وتتم عملية إنتاج وطرح البول بثلاث مراحل هي:

✓ **الترشيح:** يقوم القلب بدفع الدم تحت ضغط معين من انقباض وانبساط، ونظرا لاختلاف السمك بين الشريان الوارد والشعيرات الدموية الكبيبية فإنه يتكون ضغط عال قد يصل إلى 70 مم زئبقي وينتج عن ترشح الجزء السائل من الدم الخارج الشعيرات لينفذ إلى تجويف محفظة بومان ويسمى بالرشح، ويحتوي هذا الأخير على ماء البلازما ومكوناتها غير البروتينية، ويكون بمعدل 125 سم/الدقيقة أي ما يعادل 20 لترا يوميا، أما الكريات الحمراء والبيضاء والصفائح الدموية والبروتينات وكل المواد المرتبطة بها مثل الأحماض الدهنية وبعض الأدوية فلا يمكنها النفاذ من خلال جدار محفظة بومان وهذا لكبر حجمها. (محمد علي البار، 1992، ص 38)

✓ **إعادة الامتصاص:** عندما يمر السائل الراشح عبر الأنابيب البولية يحدث فيها امتصاص الماء خاصة في عروة هنلي، ولولا ذلك لتعرض الجسم إلى نقص شديد في الماء وبالتالي تعرض الفرد إلى الجفاف، ولكن بعملية إعادة الامتصاص يحافظ الجسم على نسبة ماء ثابتة، ويكون الامتصاص نتيجة القوة الأسموزية، كما يجري امتصاص انتقائي للمواد منها الأملاح المعدنية، الأحماض الدهنية، الغليسيرين، الهرمونات، الفيتامينات، السكريات، وامتصاصها يحتاج على طاقة لأنها تعمل نقل نشط، ثم تعاد أخيرا إلى الدورة الدموية في الجسم. (محمد علي البار، 1992، ص 39)

✓ **الإفراز:** بالإضافة على الامتصاص الماء والمواد اللازمة فإن جدران الأنابيب الملتوية والبعيدة القادرة على استخلاص بعض المواد العضوية الغريبة أو بعض مخلفات التمثيل الغذائي كمادة الكرياتين أو بعض السموم أو العقاقير الأخرى من الدم، وتضاف هذه المواد إلى البول الذي يتجمع في حوض الكلية ومنه ينتقل عبر الحالب إلى المثانة حيث يتجمع البول هناك حتى يتخلص منه.

(محمد علي بار، 1992، ص 39)

❖ **وظائف هرمونية:** تعتبر الكلية من الغدد الصماء الموجودة بالجسم لأنها تقوم بإفراز بعض الهرمونات وتصيبها مباشرة في الدم مثل هرمون الرنين (Rénine) الذي يفرز على مستوى الكبيبة الكلوية، ويقوم هذا الهرمون بالعديد من الوظائف من بينها انقباض الأوعية الدموية مما يسبب رفع الضغط الشرياني، تحريض قشرة الكظر على إفراز هرمون الألدوستيرون (Aldosterone) كما تفرز الكلى هرمون البروستاغلاندين (Prostaglandine) الذي يلعب دوراً أساسياً في جريان الدم في النيفرونات، وكذلك تقوم الكلية بإفراز بعض المواد التي تساعد في تنشيط امتصاص الكالسيوم في الأمعاء، وتحافظ على ثبات الضغط الأسموزي وتوازن الحموضة داخل الجسم، كما تفرز خمائر معينة تعمل على إبطال مفعول بعض العناصر المنشطة، كإبطال مفعول الهيستامين بخميرة الهيستاميناز.

(محمد علي البار، 1992، ص 40)

2- القصور الكلوي: "L'insuffisance rénale"

يعتبر مرض القصور الكلوي من الأمراض الشائعة المنتشرة والتي تستحوذ على اهتمامات الصحة العمومية نظراً لما يخلفه هذا المرض من أضرار صحية نفسية اجتماعية واقتصادية.

2-1- تعريف القصور الكلوي: ويعرف القصور الكلوي بانخفاض قدرة الكليتين على ضمان تصفية وطرح الفضلات من الدم ومراقبة توازن الجسم من الماء والأملاح وتعديل الضغط الدموي.

(آمال بورقية، 2000، ص 6)

فالقصور الكلوي حاداً كان أم مزمناً ليس مرضاً في حد ذاته بل ناتج عن أمراض تصيب الكلى والتي تتميز بانخفاض في عدد النيفرونات، هذه الوحدات الوظيفية المهمة التي يتم فيها تصفية الدم وإنتاج البول.

(محمد الصادق صبور، 1989، ص 80)

2-2- تشخيص مدى مرض القصور الكلوي:

يتم تشخيص هذا المرض من خلال الفحوصات السريرية والفحوصات المخبرية وتتمثل فيما يلي:

✓ الفحوصات الإكلينيكية: وتتمثل فيما يلي:

-البحث عن وجود بعض الأعراض كشحوب الجلد ونزيف في الأغشية المخاطية كالأنف والبلعوم والفم.

-فحص القلب والرئتين لأجل مراقبة ضغط الدم.

-فحص شامل لبحث مدى إصابة أحشاء أخرى لمعرفة ما إذا كان التهاب الكلية ناتج عن التهاب عام.

✓ الفحوصات البيولوجية: وتتمثل في فحص نسب بعض المواد المتواجدة في الجسم ونذكر منها:

-نسبة البولياني تتجاوز 1 غ/ل والتي قد ترتفع بصورة كبيرة مع غذاء غني بالبروتين مع أن الكلى مازالت محتفظة بخمسين من المائة من وظائفها.

-فحص نسبة الكرياتين في البلازما، حيث أن الكلية السليمة تصفي الجسم من هذه المادة بمقدار 100 مل/الدقيقة والنسبة العادية لهذه المادة في الدم هي 1 مغ لكل 100 مل/الدقيقة قبل أن يتضاعف الكرياتين في الدم على 2 مغ/مل من الدم. (محمد علي بار، 1992، ص44)

-فحص البول ونقص البوتاسيوم.

-اضطرابات في توازن PH (منخفض).

-اضطرابات في توازن الفوسفور والكالسيوم (بالزيادة).

(رياض جودن، 2001، ص166)

2-3- أنواع وأشكال القصور الكلوي:

ويعرف القصور الكلوي على أنه حدوث قصور في عمل الكلى (الإفراز والإطراح وإعادة الامتصاص) بصفة مؤقتة أو نهائية مما يؤدي إلى اختلال عام في الجسم وظهور الأعراض المتعلقة بعدم قدرة الكلية على أن نتلعب دورها كما يجب كغدة وليست كمصفاة، والقصور الكلوي يمكن أن يكون عضويا (Lésionnelle) ناتجا عن خلل عضوي أو تشريحي على مستوى الجهاز البولي وبالتحديد في الكلية (Atteinte rénale) وتكون الإصابة في غالب الأحيان عامة وشاملة وتكون مختلف وظائف الكلية مضطربة بدرجات متفاوتة مثلا، درجة عزل الفضلات اللازوتية (Azotés)، التوازن المائي والجزئيات ودورها في بناء التوازن المائي والجزئيات ودورها في بناء (érythropoïéses) والتوازن الحيوي. ويتميز القصور الكلوي والعضوي بالحذف المفاجئ لوظائف الكلية الإفرازية (عدم إفراز البول) وتكون الكلية عاجزة عن التحكم الثابت في الوسط الداخلي الخاضع للتأثير الثلاثي وهو عملية الأيض الوسطي (Métalsolisme)، افرازات الكلية الخارجية والعوامل الداخلية.

. يمكن للقصور الكلوي العضوي الحاد أن يتلاشى وتعود الكلية إلى طبيعتها إذا ما تم العلاج الفوري وتم حذف مسببات هذا العجز المفاجئ، فمثلا في حالة الإصابة بمرض الكلية المتعلق بالنسيج والأنابيب الذي يمكن أن يزول بعد العلاج وتعود الكلية إلى حالتها الطبيعية.

- أما القصور الكلوي العضوي المزمن فهو يتميز بنقصان في المد الدموي للكلية وترشيح الفروميريل (Filtration glomérulaire) ويشير هذا الاضطراب إلى إصابة

وظائف الأنابيب وكذلك عجز وظائف الأيض في الكلية، والتطور نحو القصور الكلوي المزمن النهائي يكون بالتدريج وباستمرار وباسترجاع الوظيفة الكلوية نادرا جدا.

وقد يكون القصور الكلوي وظيفيا (Fonctionnel) لا يعود إلى خلل عضوي تشريحي في الكلية وإنما يعود إلى عجز وظيفي في الكليتين بسبب وجود اضطراب في عضو آخر كالقلب مثلا، أو جفاف الخلايا، والقصور الكلوي الوظيفي يمكن أن يكون:

■ **قصور كلوي حاد:** ويعرف هذا القصور (I.R.A) على أنه التوقف المفاجئ والمؤقت (من بضع ساعات إلى أيام) للوظيفة الإطراحية للكلية مع انخفاض شديد أو توقف كلي للتصفية الكبيبية، ويكون نقص إفراز البول في نصف الحالات.

ويظهر هذا القصور بسرعة نتيجة أسباب قد لا تكون للكلية علاقة بها وهي أسباب متعددة منها النزيف الداخلي أو الخارجي الحاد (Hémorragie intérieure ou extérieure, bigue) أو فشل في عضلة القلب (défaillance cardiaque) جفاف شديد (Hydratation intense) إسهال مستمر (Diarrhée persistante) تقيئ كثير (Vomissement) تسمم (intoxication)، انسداد مجرى البول بسبب وجود حصاة أو ورم أو تضخم البروستات.

➤ **أعراض القصور الكلوي الحاد:** تكون هضمية مثل القيئ، الإغماء، تنفسية مثل صعوبة التنفس، قلبية وعائية مثل ارتفاع ضغط الدم الشريان، عصبية مثل الصدمات التشنجية. (أمال بورقبة، 2000، 8-10)

■ **القصور الكلوي المزمن:** يعرف القصور الكلوي المزمن (I.R.C) على أنه خلل مزمن لوظائف الكلية والذي يظهر من خلال التوقف التام لإفراز البول أو نقص كمية البول المفزة في وقت محدد.

الناحية الفيزيولوجية: فإن هذا المرض هو عبارة عن إصابة للوحدات الوظيفية في الكلية وبالتالي يؤدي إلى نقص في القدرة على التحكم في تركيز الأملاح في البول وهناك عدة أنواع من القصور الكلوي المزمن نذكر منها:

-التهاب مزمن يرفقه ضغط دموي مرتفع.

-التهاب مزمن لا يرفقه ضغط دموي مرتفع وفيه تبرز مجموعة من الأعراض الكلوية يرافقها استسقاء في الجسم، أي خروج سوائل من الأوعية الدموية.

-التهاب الأنسجة البينية المزمن(الكبيبية): وينتمي إليه التهاب الكلية المزمن وحوضها الذي ينتج عن التعفن أو ركود المواد المفرزة في القنوات.

-**التهاب كبيبات الكلى:** وهو مجموعة من الالتهابات الكلوية تتسم بإصابة انتقائية للكبيبات مما يؤدي إلى اختلال في الجهاز المناعي فتتكون مولدات الأجسام المضادة ونتيجة لذلك يقوم الجسم بتكوين مضادات الأجسام ليتسرب الناتج في أغشية الكبيبات.

-**الأمراض الوعائية في الكلية:** حيث يمكن أن يسبب ارتفاع بريك في ضغط الدم الشرياني في حدوث إصابات في الأوعية الشعرية، وتجدر الإشارة إلى أن ارتفاع الضغط الشرياني يعد أحد مسببات القصور الكلوي المزمن وكثيرا ما يكون هو في حد ذاته أحد آثار هذا المرض.

-**التهاب حوض الكلية المزمن:** ويحدث عادة نتيجة ارتفاع البول إلى الحالب نتيجة عيب خلقي يمكن علاجه جراحيا إذا تم حبس البول عدة مرات لمدة طويلة يؤدي ذلك إلى تكرار الالتهابية الميكروبية التي بدورها تقوم بتحطيم نسيج حوض الكلية ونخاعها وينتهي الأمر بالفشل الكلوي. (أمال بورقبة، 2000، ص10)

- أعراض القصور الكلوي المزمن: تضطرب بسبب القصور الكلوي المزمن معظم أجهزة الجسم الداخلية وينتج عن هذا الاضطراب مجموعة الأعراض فهي كالتالي:

✓ أعراض قلبية وعائية ارتفاع ضغط الدم الشرياني.

✓ قصور قلبي يساري أو كلوي نتيجة ارتفاع ضغط الدم.

✓ اضطرابات نبضات القلب، ضيق التنفس عند كل مجهود.

- أعراض هضمية: فقدان الشهية، حرق معدية وآلام هضمية، غثيان، تقيء، انتفاخ، إسهال مصحوب بدم.

- أعراض دورية: فقدان الدم، اضطرابات تخثر الدم، نقص المناعة، هبوط الرغبة الجنسية، اضطراب العادة الشهرية عند الإناث.

- أعراض بولية: شحوب البول وقلة كميته وتركيزه.

✓ عدم استقرار PH، كثرة التبول أثناء الليل.

- أعراض عصبية: حوادث وعائية دماغية خاصة في حالة ارتفاع الضغط الدموي، حوادث عصبية نفسية لها علاقة بالتسمم الدوائي، رعشة الأطراف، تشنجات عضلية، اضطراب الوعي يظهر في المراحل الأخيرة من المرض وتتجلى في هذيان وفقدان الوعي ونوبات تشنج وصدع.

- أعراض عظمية: هشاشة العظام عند الراشد وكساح عند الأطفال، التهاب ألياف العظام، إضافة إلى هذه الأعراض يمكن أيضا ظهور ما يلي:

✓ هزال، انخفاض درجة حرارة الجسم العادية.

(محمد عي هاشم، 1989، ص78)

2-4- أسباب الإصابة بالقصور الكلوي المزمن:

تتعدد أسباب الإصابة بالقصور الكلوي المزمن ولكننا يمكن أن نصنفها حسب نوعها إلى أسباب تكوينية أخرى مكتسبة:

الأسباب التكوينية: وتتمثل فيما يلي:

-تشوه الكلى أو المجاري البولية، مرض وراثي في الكلية.

-كلية متعددة الأكياس، التهاب المصفيات المزمن (متلازمة البورت).

-اضطراب الأيض كداء النقرس وهو أحد الاضطرابات التي تمس الأيض حيث يتراكم حمض البوليك الناتج عن التمثيل الغذائي للبروتينات التي وجب أن يتخلص منها الجسم بإخراجها بواسطة الكليتين، فإذا أنتج الجسم كميات تفوق قدرة الكليتين على معالجتها يختل التوازن وقد يؤدي ذلك إلى القصور الكلوي.

(Bernard, Béranger, 1989, p 19) انسداد المجاري البولية

لعدة أسباب منها وجود حصيات أو تضخم في البروستات أو وجود ضيق في مجرى البول ولا يعرف السبب الحقيقي لتكون الحصى ولكن هناك من الأشخاص ممن لديهم الاستعداد لتبلور المواد مثل أكسالات البوتاسيوم وحامض البوليك فتتكون النواة الحصوية ثم يزداد الترسيب على هذه النواة.

الأسباب المكتسبة: وتتمثل فيما يلي:

-التهاب كبيبات الكلى المزمن: وهي إصابة الكلى على مستوى الكبيبات واضطراب وظيفتها في تصفية الدم، ويبقى سبب هذا الالتهاب غير معروف، إلا أن الإصابة الجسم بالميكروبات يؤدي إلى اختلال في الجهاز المناعي للجسم لتتكون مولدات الأجسام المضادة

ومنه يقوم الجسم بتكوين مضادات الأجسام ليتسرب الناتج في أغشية الكبيبات الكلوية.
(Aline et all, 1994, p20)

-**التهاب حوض الكلية المزمن:** وهو أحد الأسباب في الإصابة بالمرض وبدأ عادة في مرحلة الطفولة المبكرة، أين يظهر عيب خلقي في الحالب مما يؤدي إلى ارتجاع البول من المثانة إلى الحالب.

-**الضغط الدموي المرتفع ومرض السكري:** يؤدي ارتفاع ضغط الدم أو مرض السكري لدى بعض المرضى إلى الإصابة بالعجز الكلوي لأن إصابة الفرد بارتفاع ضغط الدم أو السكري يؤدي مع مرور الوقت إلى ضيق الشرايين المغذية للكلية وبالتالي حصل ضمور في منطقة القشرة (contexrénal) وهو ما يؤدي إلى العجز الكلوي.

-**الاستخدام المفرط لبعض الأدوية:** إن الإفراط في استخدام الأدوية وخاصة المسكنات ومضادات الالتهاب لفترة طويلة وبجرعات كبيرة من أهم الأسباب المؤدية للقصور الكلوي حيث أنها تصيب نخاع الكلية وحوضها وتؤدي إلى تلفها ومن بين هذه الأدوية نذكر:

- ✓ الأدوية المسكنة مثل البراسيتامول والأسبرين.
- ✓ أدوية الروماتيزم مثل الفينوبروفين و الأندوميتاسيون.
- ✓ بعض المضادات الحيوية وأهمها مشتقات الأمينوجليكوزيد.
- ✓ الصابغات المستعملة في الأشعة.
- ✓ الأدوية المستخدمة في علاج السرطان.
- ✓ الأدوية المستخدمة في التخدير. (محمد علي البار، 1992، ص49)

2-5- الآثار الناجمة عن الإصابة بالقصور الكلوي المزمن واحتياجات المريض:

للإصابة بهذا المرض آثار نفسية واجتماعية واقتصادية تعوق أداء المريض لوظائف في حياته اليومية.

■ الآثار النفسية المتعلقة بالفرد المصاب: يعيش المصاب بالقصور الكلوي المزمن حالة نفسية صعبة ناتجة عن اضطرابه إلى ملازمة آلة التصفية التي تعوض عضوا من أعضاء جسمه الذي فقد فاعليته، وهو بذلك يواجه قلقا كبيرا وصعوبات في التكيف الذي ينتج من الإحباطات التي يعاني منها جسمه في صورة ذاته التي أتلقت.

(اقبال إبراهيم مخلوف، 2005، ص، 57)

■ الآثار النفسية وسوء التوافق مع المجتمع: يعاني مريض القصور الكلوي المزمن من سوء التكيف مع البيئة الاجتماعية فيلجأ ذلك إلى العزلة وعدم الرغبة في مشاركة الآخرين، وسوء التكيف هذا ناتج من الصعوبات والمشاكل التي يعانيها المريض مع مجتمعه والتي نذكر منها:

✓ عدم القدرة عن العمل: مريض القصور الكلوي لا يستطيع العمل في مهنة تتطلب جهدا كبيرا مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى بقائه بدون عمل.

✓ العزلة: نظرا لأن المريض لا يتقاسم نفس الاهتمامات مع الآخرين نتيجة انشغاله الدائم بوضعه الصحي، كما أنه يشعر أن المجتمع ينظر إليه على أنه شخص عاجز يشكل عيبا عليه، وفي غياب الحل الأمثل وعدم القدرة على تحقيق التكيف مع الوضع يفضل المريض العزلة.

(عادل حلواني، 2000، ص 57-59)

الحساسية: غالبا ما يكون المريض شديد الحساسية مما يتسبب في نزاعات مع الأفراد والأسرة والمحيط.

(أحمد عبد الخالق، 2008، ص 107)

✓ **الآثار الصحية:** إن المرضى بأمراض الكلى يفقدون الكثير من قدراتهم الجسمية والقدرة الجنسية أو إحداهما. حيث لوحظ أن المريض بالقصور الكلوي المزمن والذي يخضع لعملية التصفية تنقص قدرته الجنسية تدريجيا وهذا ما يؤثر على حياته الجنسية إن كان متزوجا. (عبد المنعم حنفي، 1992، ص 111)

✓ **احتياجات المريض:** يحتاج المريض بالقصور الكلوي إلى رعاية نفسية ومتابعة طبية اهتمام خاص بغذائه.

✓ **احتياجات بيولوجية وطبية:** وتتمثل في دليل خاص بالغذاء يحتوي على توضيحات تمكن مرض القصور الكلوي المزمن من الحفاظ على سلوك غذائي صحي يمنع المضاعفات، كما تتمثل أيضا في الأدوية وآلات التصفية.

✓ **الاحتياجات النفسية:** إن الاهتمام بالعوامل النفسية عند المصاب بالقصور الكلوي من شأنه أن يخلص المريض من الشعور بالقلق والإحباط الناتجان عن عدم الشعور بالأمن والخوف من الموت، لذلك نجد مريض القصور الكلوي بحاجة إلى الرعاية النفسية التي تمكنه من التكيف مع مرضه. (عادل حلواني وآخرون، 2000، ص 60)

2-6- علاج مرض القصور الكلوي المزمن:

لا يوجد علاج نهائي لمرض القصور الكلوي لذلك نجد كل الجهود منصبة لتحقيق هدفين هما:

✓ **إبطاء تطور المرض وتمكين المريض من تفادي الخضوع لعملية التصفية** لمدة أطول.

✓ **علاج آثار وانعكاسات القصور الكلوي المزمن في مرحلة النهائية بالاعتماد على برنامج مكثف يشمل على ما يلي:**

-**الحمية:** تقدم للمريض مجموعة من الإرشادات والتوجيهات المتعلقة بالنظام الجديد الذي سوف يتبناه لأن هذا المرض يؤثر على مختلف الأجهزة، كما أن عملية تصفية الدم لا تكون فعالة إلا بإتباع حمية مدروسة وخاضعة لشروط صحية وهي كما يلي:

- **التقليل من المواد البروتينية (protide)** ويمكن فقط أخذ كمية تقدر ب 0.8 غ يوميا من أجل التقليل من كمية الفوسفور، اليوري والكالسيوم.
- **الإنقاص من المواد الغذائية** التي تحتوي على كميات معتبرة من البوتاسيوم مثل الفواكه والشوكولاتة.
- **أخذ كميات من الماء والصوديوم** تتناسب مع نوع القصور الكلوي وأسبابه ومرحلته فمثلا: **الإنقاص** في حالة تناذر (néphrotique) وعندما يكون المريض مازال محتفظا بمنعكس التبول. (كريستون وطومسون، ص ص 133، 112).

-**الأدوية:** يتناول المريض بالقصور الكلوي مجموعة من الأدوية لتصحيح بعض الاضطرابات والانعكاسات الناتجة عن المرض وكدعم للعلاج الأساسي تصفية الدم والتي من بينها:

- **أدوية (calcium أو renégat)** في المراحل الأولى من المرض إضافة إلى فيتامين D لتعويض نقص الكالسيوم وزيادة الفوسفور.
- **أدوية خافضة للضغط الدموي (Les hypotenseurs)** من أجل خفض زيادة اليوري يبحث الطبيب عن التجاوزات التي يقوم بها المريض.

3- آلة التحال الدموي يمودياليز (L'hémodialyse):

3-1-لمحة تاريخية عن الهيمودياليز:

إن الفضل في وضع جهاز التحال الدموي يعود إلى الأستاذ J-ABEL (1857-1938) ففي عام 1913 قام AHEL مع كل من Bturer, L.G. Ronter في بالتيمور بتصفية الدم خارج الجسم باستعمال دارة من الأنابيب موصلة بمضخة، استعملت أولاً على الحيوان (الأرنب)، حيث يجري دم الأرنب داخل هذه الأنابيب واستعملت الحلقات (Girudinisation) كي لا يحدث تخثر الدم. بعدما جاء نوع آخر للآلة لكنه لو يلق التقدير الكافي الذي حصل اليوم الأول واعتبر أسوء من نزع علاجي يتميز أساساً بغشاء نفوذ وقلة فعاليته في استعمال الحلقات ضد تخثر الدم.

وفي عام 1930 - 1940 كان هناك اكتشاف سمح إلى النظر لأدوية تستطيع تجنب تخثر الدم حتى لو كانت بكميات قليلة وفي أواخر الخمسينات وبمجهودات التكنولوجيا فضل اللجوء إلى الكلية الاصطناعية في حالة القصور الكلوي المزمن كانت الصعوبة الرئيسية حين ذلك في اتصال الدم مع أنابيب الآلة فقد ساعد الأمريكيان (Cimino, Berxa) من جامعة نيويورك في إيجاد الحل لهذا المشكل بتحقيق (Festule) جراحة بين الوريد و الشريان (في غالب الأحيان يكون ذلك على مستوى اليد الأمامية).

(إدوارد بيطار، 1962، ص16، 86)

3-2- تعريف آلة التحال (الدياليز):

هي طريقة تطهير وتنقية أو تحليل كيميائي مبني على خاصية أن بعض الأجسام تنفذ بسهولة أكثر من الأخرى، أما الدياليز من الناحية العلاجية فقد استخدمت كطريقة لتنقية الكلى العاجزة على التخلص من الفضلات حيث تدمج محاليل صناعية تمر من خلال الغشاء كما تعرف على أنها تصفية للدم عن طريق تبادل بين المريض ومحلول ذات تركيب

الكتروليتيك مشابه للبلازما العادي بواسطة غشاء نصف نفوذ وهذه التصفية تسمح بتقية الدم من الفضلات وتسمى "التصفية الدورية" وهذه التبادلات تحدث بفعل الضغط الحلوي وما يفوق التصفية. (Beranard, D.ultra,filtration/Difusionpassiru, 1983,p15)

تعريف عملية التصفية: Hémodialyse :

هي كلمة تتكون من جزئين (hémo) وتعني الدم و (dialyse) وتعني التصفية وهي تقنية تستخدم من أجل اعلاج مرضى القصور الكلوي الذين وصلوا إلى المرحلة النهائية وفيها يعمل جهاز التصفية وفق نظام توازن الأملاح في الدم والمواد الذائبة في الماء ويعيدها إلى مستواها الطبيعي، وهذا الجهاز مزود بآلية تسمح بالترشيح وخروج الماء من الدم (محمد الصبور، 1994، ص89).

3-3- كيفية استخدام آلة التحال (الدياليز):

تغرس إبرتان في وريد ساعد المريض فشل رباط شرياني ووريدي بحيث يكون الجهاز متصل بالوريد من جهة وبالشريان من جهة أخرى، وبهذا فالكلية الاصطناعية أي جهاز تصفية الدم يكون موجود في دائرة غير متقطعة يعبر منها الدم خارج الجسم تكون بدايتها عرق شرياني يخرج من الدم ونهايتها عرق آخر مع العلم أن خلال هذه العملية يجب أن تضاف مادة الهيبارنين (Herpanine) التي تعمل على منع تخثر الدم داخل الأنابيب ولكي لا تفتح الأوعية الدموية في كل مرة يقوم فيها المريض بتصفية الدم توضع له قطعة شريانية اصطناعية مصنوعة من مادة Silastiseffon لكي تسهل عليهم عملية التصفية.

3-4- تحضير المصاب للتصفية الدموية:

متابعة العاجز كلويا يجب أن يكون محضر منذ الوهلة الأولى تبعا لمخطط متناسق ومنسجم، لذلك وجب تحضير المريض بالدرجة الأولى نفسيا حيث لابد من اللجوء إلى المقابلة السيكولوجية حيث نوضح له فعالية العلاج بصفة متواصلة ومنتظمة حيث يجب

عليه تناول الأدوية بطريقة جيدة وفق تعليمات الطبيب، وأيضا إتباع الطبيب، وأيضا إتباع حمية كعدم شرب الماء بكثرة، كما يحتاج محيط المريض إلى المقابلة السيكلوجية حيث يتم تشجيعهم للوقوف بجانب المريض ومحاولة إعطاء كلية جديدة تمكنه من التخلص من جهاز التنقية الدموية حيث أن زرع الكلية يعتبر العلاج الأنجع لأنه يسمح بالاستقلالية التامة للمريض. (Ham burger, 1988, p56)

3-5- المشاكل الإكلينيكية التي تنجر عن استعمال الهيموداياليز:

تكون حصص التنقية مرتين أو ثلاث مرات في الأسبوع ما بين (3-4 ساعات) في اليوم هذا ما يجعل ظهور تعقيدات فيزيولوجية ونفسية خلال القيام بتنقية الدم عن طريق الدياليز.

-المشاكل الفيزيولوجية:

• مشاكل القلب – وعائية (ThonblesCardior .Vaxulaier):

مثل ظهور رواسب ليبيدية في الشرايين المغذية للقلب وكذلك التهابات على المستوى الداخلي والخارجي للقلب (Jungers, 1978, p 72, 71)

• سقوط الضغط:

إذا كان سقوط الضغط مباشرة بعد (le branchement) فالسبب الوحيد لهذه الحادثة هو أن ضغط الدم يكون ضعيفا جدا، وهذه العملية تحدث إذا كان الوزن قبل عملية التنقية نازلا، وأحيانا الضغط الشرياني ينزل بعد نهاية التنقية وظهور أعراضه يعود إلى فقدان الوزن المفرط أثناء حصة التنقية نتيجة عوامل معقدة وأن الجسم قد يكون في الضغط الشرياني بقيمة عادية في اللحظات الأولى وعلاج سقوط الضغط هذا يكون بتقدير أنوية من (le surin physiologique)

• مشاكل دموية: **trouble hématologique** :

مثل فقر الدم إصابة الكريات البيضاء والصفائح الدموية.

• مشاكل عصبية: **trouble neurologique** :

كالنزيف السحائي والدماغي، اضطرابات في الذاكرة إضافة إلى حدوث الصم في بعض الأحيان بسبب إصابة العصب القحفي الثامن وهذا بفعل الأدوية التي تستغرق في البلازما في الأنسجة نظرا لضعف عملية التصفية.

✓ مشاكل هرمونية:

نجد ارتفاعا في نسبة جريان الأنسولين والغلوكاغون مما يسبب اضطرابات خاصة بهذا المستوى وانخفاض نسبة الهرمون التناسلي ونقص في كمية السائل المنوي وضعف في نشاطات الحيوانات المنوية عند الرجل يكون الإخصاب عنده ممكن جد، أما عند المرأة فنلاحظ غياب الدورة الشهرية في المراحل الأولى من الإصابة بالمرض لكنها تظهر في الشهور الأولى من بداية التحال الدموي بعض التعقيدات النزيفية.

• مشاكل نفسية:

نلاحظ أن المصابين بالقصور الكلوي المزمن والمعالجين بالدياليز أنهم يعانون من بعض الاضطرابات النفسية ومن بينها نجد القلق الذي يعود إلى التخوف الشديد من الحوادث أثناء تصفية الدم ومن جهة أخرى القلق لعدم استقلاليتهم وتبعيتهم لآلة الشيء الذي يهدد حياتهم، كما نلاحظ أيضا الاستجابة الاكتئابية والتي تكون خاصة في المراحل الأولى من الإصابة بالمرض، أين تأخذ الشكل الحزن واليأس وكذا الكآبة والإنكار السوداوية مع وجود ما يعرف بارتكاس الحدادي (Réaction du deuil) والتي تظهر خاصة خلال الحصص الأولى من التصفية إذ يدخل المريض في حداد من أجل صحته وفقدانه لحريته.

(Haynal, A 1948, p 156)

كما تظهر هذه الاستجابة الاكتئابية على شكل عدوان موجه نحو المحيط بالاحتمية والتخلي عن الأدوية كما ترجع حالات القلق والاكتئاب إلى العقبات والمشاكل التي تفرضها حصص التصفية مثل التبعية التامة للآلة، وأيضاً ما تخلفه عملية التصفية على الجسم من تشوهات، وصعوبة مما يجعل المريض يتقبلها بصعوبة أمام أعين الآخرين، مثل قصر أو ضعف في القدرة الجسمية وهشاشة في العظام مما يمنعه من أي رد فعل عدواني قد يتعرض إليه. بالإضافة إلى ما يخلفه القصور من إحساس بالذنب، حيث يرى المريض أن مرضه عقاب له من خطأ ارتكبه في حياته فيستسلم للإحساسات بالذنب لأنه يجب أن يجد تفسير لهذا القصور الذي حل بجسده ولا يجد إلا أنه عقاب.

3-6- المعاش الجسدي والنفسي للمريض بالقصور الكلوي المزمن:

إن دخول آلة التصفية في حياة مريض القصور الكلوي المزمن سيغير تقريباً وإن لم نقل كلياً حياتهم نظراً للاحتكاك الدائم بها ولقائها ثلاث مرات في الأسبوع ولمدة أربع ساعات تقريباً في كل حصة.

المريض يمر بمراحل قبل أن يتمكن من التكيف مع آلة التصفية وحددت بثلاث مراحل:

4- المرحلة الأولى:

وتشتمل تشخيص المرض وتحديد درجته وما تستلزمه من فحوص طبية وتحديد ضرورة الخضوع لآلة التحال الدموية.

5- المرحلة الثانية:

أين يخضع المريض لحصص التصفية أي بداية التبعية لآلة التصفية وفقدان الاستقلالية وتتميز هذه المرحلة بوجود القلق والخوف من تعطيل الآلة.

✓ المرحلة الثالثة:

وتمثل مرحلة التكيف والاندماج مع الآلة فهي تعتبر مرحلة إيجابية في حياة هؤلاء المرضى وقد سماها "أبرهام أبرام" بمرحلة المقاومة من أجل حالة عادية أو مسألة "أحيا خير من الموت"

La lutte pour l'état normal ou le problème de vivre plutôt que de mourir

لأن في هذه المرحلة قد تعود هؤلاء المرضى على روتين العلاج والأغلبية على مستوى تكيفي معقول (Haymal, p156)

لكن هذا التكيف لا يكون مطلقا وإنما نسبيا لوجود شروط معينة يجب على المريض إتباعها:

الحمية الغذائية: وتعتبر شرط أساسي لمرضى القصور الكلوي المزمن في العلاج لأنها جزء من الدواء ودليل على التكيف مع التصفية بشكل عام، كعنصر الفواكه والشوكولاتة الجافة. (Demains des hôpitaux)

● **التعبئة:** إن المصابين بالقصور الكلوي المزمن يشعرون بالتعبئة المطلقة لآلة التصفية فالاستقلالية تصبح مفقودة لحياتهم وحريتهم مقيدة هذا إضافة إلى وجود تعبئة الأهل. (Revue de médecin 1985, p25)

● **استمرارية قلق الموت:** تبدأ فكرة الموت تهدد حياة المصاب بمجرد مواجهته لآلة تصفية الدم، في نظره حياته مهددة بدون عملية التصفية أي يصبح ميتا لذلك نجد هؤلاء المرضى في صراع دائم مع قلق الموت ويظهر ذلك من خلال تفقدتهم المستمر للآلة خلال التصفية خوفا من توقفها المفاجئ.

ظهور الإرهاق بعد عملية التصفية: يشعر المصاب بعد نهاية التصفية دائما بالتعب والذي يسمى باختلال التصفية وقد يشتد التعب والإرهاق إلى حد عدم قدرة المريض على القيام بأبسط النشاطات كالمشي مثلا. (Revue de médecin 1985, p54)

• الاضطرابات الجنسية: نجد هذه الاضطرابات عند أغلبية المصابين ولكن بدرجات متفاوتة وتختلف بين الرجل والمرأة، فعند الرجل نجد الإخفاق بالنشاط الجنسي (القيام به)، مما يؤدي إل تجنب العلاقات الجنسية لأنها تؤدي به إلى الشعور بالإحباط المتمثل في عدم فعالية هذا الجسم، أما المرأة فإنها تفقد وظيفة أساسية لها وهي الإنجاب بالإضافة إلى البرود الجنسي الذي يسجل عند معظمهم.

الحياة الاجتماعية المهنية: هنا يظهر على شكل رفض الحياة العملية كما قد يصل المريض إلى الإهمال التام لعمله، نتيجة قصوره الدائم إضافة إلى التعب الجسدي الذي تسببه الآلة وإلى الوقت الذي لا يصبح ملكا له وأما حياتهم الاجتماعية فتتسم بالانسحاب من المجتمع وبالتالي فقد علاقاتهم الاجتماعية وهذا راجع إلى المريض نفسه لأنه يشعر أنه غير مفهوم من طرف الآخرين، وحتى لا يصبح موضوع الشفقة ورحمة من طرف المحيطين به لذا نجده يختار منفذ العزلة والانسحاب. (Revue de médecin 1985, p54) .

من خلال ما ذكرناه ويتعدد الاضطرابات الناشئة عن وضعية التصفية الدموية بالهيموديايز الفيزيولوجية والنفسية نلاحظ أن لها تأثيرا سلبيا بالغاً على الحياة اليومية للمريض.

خلاصة الفصل:

إن الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن كثيرا ما يكون نتيجة لأمراض أخرى كالإصابة بمرض السكري، أو ارتفاع الضغط الدموي، فكثير من المرضى لا يدركون مضاعفات هذه الأمراض المذكورة والتي قد تسبب لهم أمراض أخرى أهمها مرض القصور الكلوي المزمن، كما قد يأتي هذا المرض نتيجة اختلالات في الكلية أو أمراض المسالك البولية.

لهذا فإن الفحوصات المبكرة والدورية مهمة في الكشف عن بداية المرض قبل تطوره لأن تلقي العلاج في بداية ظهور المرض قد يفيد كثيرا في علاجه وتجنب أزماته.

والعلاج بآلة التحال الدموي أو ما ندعوه بالكلية الاصطناعية تعبر عن تسمية خاطئة لأنها ليست كالكلية الطبيعية لا تميز بين المركبات ولا تنتج أي مستقبلات، وحديثا التسمية الجديدة للكية الاصطناعية هي التحال الدموي خارج البدن ' Extra corporal ' 'hémodialyse' ويبدو أن هذه التسمية هي الأكثر ملائمة.

الفصل الرابع

الاضطرابات السيکوسوماتية

تمهيد

- 1 مفهوم الاضطرابات السيکوسوماتية.
- 2 انتشار الاضطرابات السيکوسوماتية.
- 3 العوامل والأسباب المؤدية للإصابة بالاضطرابات السيکوسوماتية.
- 4 تصنيف الاضطرابات السيکوسوماتية
- 5 النظريات المفسرة للاضطرابات السيکوسوماتية.
- 6 بعض المفاهيم المرتبطة بالسيکوسوماتيك.
- 7 تشخيص الاضطرابات السيکوسوماتية.
- 8 علاج الاضطرابات السيکوسوماتية.

خلاصة.

تمهيد:

الإنسان وحدة نفسية وجسمية، ولجميع أنواع السلوك ناحية بدنية وناحية نفسية لا يمكن الفصل بينهما. حيث يقوم الجهاز العصبي بتنظيم الحياة الجسمانية والانفعالية، وهذا يعني التحكم في إفرازات الغدد الصماء... فكل حركة وسكنة في الجسد تعتمد كلياً على الجهاز العصبي فهو القائد المسؤول عن السلوك وجميع ردود الأفعال الفسيولوجية والاستجابات السوية والمرضية... حيث تبين أن مسار أي مرض يتأثر بالحالة الانفعالية للفرد.

وباعتبار موضوع الدراسة الحالية يتناول بالبحث والدراسة طبيعة العلاقة الموجودة بين استثمار الحدود الجسدية ونمط التعلق عند المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن وسنتناول في هذا الفصل موضوع الاضطرابات السيكوسوماتية.

1. مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية:

1.1 لغة: يعود الأصل اللغوي لكلمة "سيكوسوماتيك" إلى اللغة اليونانية، ويشار إليها بكلمة مكونة من مقطعين كما يلي: "psche" وتعني النفس و "soma" وتعني الجسد أو الجسم. وفي اللغة العربية تعني علم النفسجسدي أو علم النفسجسمي.

وحسب فاخر عاقل في معجم علم النفس في الاضطرابات الجسدية الناجمة عن المصاعب الانفعالية وتهتاج بسببها.

-وفي القاموس العلمي الصغير تعني الاضطرابات العضوية ذات المصدر النفسي.

(larrousse de la médecine, 2003 :p760)

وحسب نوباغم سيلامي فإن مصطلح "سيكوسوماتيك" يعني طب شامل يهتم بالروح والجسد معا.

(Sillamy.N, 2003 :p215)

-أما في اللغة الإنجليزية فيترجم هذا المصطلح إلى "psychsomatic". وتعرفها الانسكويبيديا البريطانية بأنها الاستجابات الجسمية للضغوط الانفعالية والتي تأخذ شكل اضطراب جسمي.

-أما قاموس علم النفس فيعرفها بأنها الظاهرة النفسية الاسوية-المرضية والظروف الجسمية أو البدنية.

ومن خلال استعراض التعاريف اللغوية لمصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية نجد أنه يتم تداوله من خلال معنيان:

-أحدهما ينظر إلى الإنسان ككل على أساس أنه نظام ديناميكي معقد وفي حالة عدم اتزان ويستجيب للمتغيرات في بيئته وللتغيرات في نطاق نفسه إذا اعتري الخلل أي من وظائفه اعتري الوظائف الأخرى.

-أما المعنى الثاني فيركز على تلك المظاهر الخاصة للوظيفة النفسوبولوجية والتي تؤدي فيها الأحداث الخارجية والداخلية إلى استشارة عمليات استجابية للمخ تبعث على نشاط جهاز الغدد الصماء، وبذلك تتغير وظيفة العضو المستهدف أو النظم الحركية. فتحدث اضطرابات حشوية وهي التي يطلق عليها الاضطرابات السيكوسوماتية. وهي تختلف عن الاضطرابات السوماتوسيكولوجية. والتي هي عبارة عن تغيرات انفعالية كالقلق والاكتئاب تحدث نتيجة حالة جسمية. (حسن مصطفى عبد المعطي، 2003: ص18)

2.1 اصطلاحاً: ويشير التطور التاريخي لمفهوم "سيكوسوماتيك" إلى أن استخدامه علمياً يرجع من الناحية التاريخية إلى هينروث (1818) مؤكداً في استخدامه استقلالية الكلمتين نفس وجسد. ثم عاد فيليكسدوتس لاستخدامه في عام 1922 لاغياً الاستقلالية. ومتكلماً عن النفس جسدي معاً عوضاً عن النفسي والجسدي.

وفي فرنسا ادخل ديلي (J.Dlay) 1946 هذا المصطلح إذ عرفه بأنه "حركة طبية فكرية تهدف إلى تجاوز طب الأعضاء إلى نظرة كلية شاملة للجسم، أي التركيز على الجسد والنفس معاً". (محمد محمود بني يونس، 2002: ص466).

وفيما يلي نعرض أهم التعاريف لعلماء النفس والطب النفسي لمفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية وذلك بتصنيف هذه التعاريف إلى ثلاثة مجموعات:

مج1: الأمراض السيكوسوماتية كحالة جسمية مرضية لها خصائص سيكولوجية:

ويرى كل من دافيزون ونيل أن الأمراض السيكوسوماتية توصف باعتبارها أعراض جسمية تنشأ عن عوامل انفعالية، وتتضمن جهازاً عضوياً واحداً من الأجهزة التي تكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل أو اللاإرادي.

(حسن مصطفى عبد المعطي، 2003: ص31)

ويركز هذا التعريف على نقطتين أساسيتين: الأولى أن المرض السيكوسوماتي مرض حقيقي يتضمن تلفاً في الجسم، ولكن ناشئ عن عوامل انفعالية. والثانية أنها تتميز عن ردود الفعل الهستيرية التي لا تتضمن أب تلف عضوي فعلي للجسم، فهي اختلال وظيفي في الجهاز العصبي الإرادي. وبذلك فهي عكس الأمراض السيكوسوماتية تماماً.

ويعرف كارل هاس Hass المرض السيكوسوماتي بأنه مرض جسدي يمكن أن يكون له جذور سيكولوجية، فالكائن البشري عبارة عن وحدة متكاملة يعمل فيها الجسم والنفس معاً في نظام متكامل. وغالباً ما تنشأ عن التفاعل بين المتغيرات الجسمية والانفعالية وتتأثر بمواقف الحياة وضغوطها.

ويرى (Dongier) أن الأمراض السيكوسوماتية تطلق على مجموعة من الأمراض كارتفاع الضغط الشرياني، والقرحة المعدية والربو الشعبي... الخ. وهذه الأمراض تلعب العوامل النفسية دوراً ريادياً في ظهورها. ففي هذه الحالة يفترض وجود علاقة دقيقة بين السبب والنتيجة، بين الحالة العقلية والاختلال العضوي. ويتعلق الأمر بالأمراض التي يلعب فيها الضغط دوراً أساسياً... كذلك يمكن للحوادث الضاغطة قصيرة الأمد أو منقطعة أن تمارس نشاطاً مستمر بواسطة عمليات عقلية على مستوى النظام العصبي والغدد الصماء، مما يؤدي إلى تغيرات في الحالة الوظيفية للأعضاء. (Dongier.M, 1976: p224)

ويعرفها حسن عبد المعطي بأنها مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالأعراض الجسمية التي تحدثها عوامل انفعالية وتتضمن جهازا عضويا واحدا يكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل، وبذلك تكون التغيرات الفسيولوجية المتضمنة هي التي تكون في العادة مصحوبة بمحاولات انفعالية معينة وتكون هذه التغيرات أكثر إصرارا وحدة، ويطول بقاؤها ويمكن أن يكون الفرد غير واع شعوريا بهذه الحالة الانفعالية.

-أما السيد أبو النيل فيعرفها على أنها اضطرابات جسمية مألوفة للأطباء والتي يحدث فيها تلف في جزء من أجزاء الجسم أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظرا لاضطراب حياة المريض، والتي لا يفلح العلاج الجسدي الطويل وحده في شفاؤها شفاء تاما لاستمرار الاضطراب الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسدي. (السيد أبو النيل، 1994: ص160)

هذه المجموعة من التعاريف ركزت على أعراض وخصائص الاضطراب، وتؤكد على المظاهر الخاصة للوظيفة النفسوبولوجية ككل. والتي تؤدي فيها الأحداث الخارجية إلى استشارة عمليات استجابية للمخ تؤدي إلى حدوث تغيرات في الوظيفة العضوية أو تلف في أحد الأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي المستقل. وبذلك تنظر إلى الأمراض السيكوسوماتية كمظاهر أو كعمليات ناتجة عن تفاعلات معقدة بين المخ وبقية الجسم.

مج2: الأمراض السيكوسوماتية كنتاج للاضطراب سيكولوجي اجتماعي:

تركز هذه المجموعة من التعريفات على أن هذه الأمراض تحدث نتيجة لضغط انفعالي مستمر، أو نتيجة لاستمرار مشكلات الحياة اليومية التي يعيشها الإنسان المعاصر.

وهذا -الضغط - متوقف على "الأسلوب" الذي يستجيب به الفرد لشدائد الحياة، بغض النظر عن إدراكه له بصورة موضوعية أو غير موضوعية... فإذا لم يتم إخراج وتصريف التوترات والانفعالات التي يتطلبها الموقف فإن هذه التوترات تعمل في الداخل وتعطل

الوظائف السوية لبعض الأعضاء، ويلعب الخوف بأنواعه، والقلق الغضب والكبت دورا أساسيا في التأثير على الأجهزة العضوية. (عطوف ياسين، 1981: ص139)

ويذهب أصحاب التحليل النفسي إلى أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي تعبير خاص عن أسلوب الحياة لدى الفرد والطرق المستخدمة من طرفه في مواجهة القلق والنزاعات النفسية المكبوتة وهذا حسب أتو فوجل. (فيصل خير الزراد، 2000: ص21)

ويشير فرانز ألكسندر "Alexander" إلى عدم وجود تميز منطقي بين النفس والجسم أو النفسي والجسمي، حيث يفترض أن المزاج ينتج عن تعقد فسيولوجي عصبي وهو يختلف من جسم لآخر في درجة التعقد وليس في النوع، ويركز على مبدأ الصراع وخاصة الصراع اللاوعي الذي ينعكس على أعضاء معينة، فالغضب والخوف ينعكسان غالبا على صعيد القلب والأوعية الدموية. في حين مشاعر التبعية والحاجة للحماية تنعكس غالبا على صعيد الجهاز الهضمي. (محمد أحمد النابلسي، 1988: ص46)

ويعرف بيار مارتى "Marty" هذه الاضطرابات في ظل معادلة التوازن بين غريزتي الحياة والموت تؤدي إلى اختلال التوازن واعتلال الصحة الجسدية وهيمنة غريزة الحياة يتبعها التوازن والصحة. ويرى أنها طريقة لرد فعل ناتجة عن البيئة العامة والخاصة للشخص وميكانيزمات الدفاع الخاصة لهذا الأخير. وهي في حد ذاتها ردة فعل يمكن اعتبارها كنظام أولي للدفاع، ويجب أيضا الأخذ باعتبار الدفعات الثانوية التي تضاف لهذا النظام على سبيل المثال البعد عن المحيط الذي يثير انفعال المريض. (Pewzner.E,2000: p141)

أما ستازي "Anastasi" فتري أن تعبير سيكوسوماتي ينطبق بشكل نموذجي على تلك الأمراض الجسمية التي تؤدي فيها الضغوط الانفعالية إلى حالة مرضية ملموسة... ويستخدم هذا المصطلح بمعنى أوسع لتوضيح أثر العوامل السيكولوجية على الوظائف

الفسولوجية. مؤكدة وجود تغيرات فسيولوجية مؤقتة وقابلة لأن تعكس ما يصاحب القلق وغيره من الحالات الانفعالية.

ويرى كل من أيزنك "Eysenck"، وأرنولد "Arnold" وميلي "Meili" أن مصطلح سيكوسوماتي يستخدم بمعاني مختلفة... والاستخدام الأكثر انتشارا هو للدلالة على عدد من الأمراض التي لها صفات مميزة، ويتعميم أكثر: فإنه ينظر إلى المرض باعتباره علاقة بين الفرد وبيئته ويعتبر كلاهما تكاملا للظواهر الجسمية والنفسية... وهناك اتفاق على أن من الصفات المميزة للأمراض السيكوسوماتية: أنها اضطرابات في أعضاء الجسم مع تلف فيها وتلعب الاضطرابات الانفعالية جزءا أساسيا في التعجيل ببداية حدوث الأعراض وعودتها أو تفاقمها. كما تميل إلى أن تكون مرتبطة باضطرابات مماثلة لدى الفرد في فترات مختلفة من حياته أو الأسرة الواحدة.

ويشير ليدز "Lids" إلى أن الطب في تشخيصه لبعض الأمراض قد تحول من البحث عن سبب وحيد للمرض إلى اعتبار وجود عوامل متعددة يمكن أن تقلب الاتزان الحيوي لدفاعات الكائن الحي - فقد وجد مجال أكبر للمحددات الانفعالية بالنسبة لما نسميه بالأمراض السيكوسوماتية، وأصبح من الواضح أن العوامل الشخصية يمكن أن تؤثر في بداية حدوث هذه الأمراض واستمرارها، أن تضعف من المقاومة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من خلال تعزيز الإهمال اللاشعوري أو إبدائه.

مج3: التعريفات التي تجمع بين الأسباب والنتائج:

هذا الاتجاه يسمى بالاتجاه التكاملي ويركز بالتفصيل على كل من الأسباب والنتائج معا. ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن مصطلح سيكوسوماتي أصبح يلقي اهتماما واستخداما واسعا في المجال العلمي لأنه يجسد الاتجاه الثنائي (الجسم والنفس)، ومما يساعد على انتشاره هو الحاجة لمفهوم يمكن أن يصف تأثير الانفعالات وعدم توافق الشخصية على

حدوث اختلال وظيفي ومرض جسمي فسيولوجي ولهذا فإن كلمة سيكوسوماتي ملأت فراغا، وانتشرت بسرعة وأصبح من الصعب محوها أو الرجوع عنها.

وبذلك يرى ريس "Ress" أن كلمة سيكوسوماتي تستخدم بمعنيين: الأول يشير إلى أن كل مرض يكون له عادة أشكاله السيكلوجية الاجتماعية وينطبق هذا المعنى على كل الأمراض، وذلك بالطبع اقتراب من عمل جميع الأطباء... والمعنى الثاني يستخدم مصطلح سيكوسوماتي بمعنى أكثر تحديدا ليعني بعض الأمراض التي يكون من المحتمل أن تلعب العوامل السيكلوجية الاجتماعية دورا واضحا في إحداثها جنبا على جنب مع العوامل الجسمية. وهذا المعنى الذي يعبر عن نوع من الأمراض التي لها مميزات معينة أحدها وجود عوامل نفسية مع قابلية في بنية الجسم للإصابة بهذه الأمراض.

ويذهب دانييل لاجاش إلى أن السيكوسوماتيك هو كل الحيل الانفعالية والحيل الفيسولوجية المتضمنة في العمليات المرضية للفرد، بتركيز الاهتمام على تأثير كل من العاملين (الانفعالي والبدني) في الآخر وعلى الفرد باعتباره كلا، وفي نفس السياق يذهب ستافورد كلارك في توضيحه لمفهوم السيكوسوماتيك بقوله: إن اختلاف الأمراض في الجسم ليس حقيقة كما يبدو، فكلا من مرض الذبحة الخانقة والصداع النصفي على سبيل المثال يعتمدان في ظهورهما على تغيرات في تدفق الدم في الشرايين لإمداد القلب وأجزاء معينة من المخ، وزيادة على ذلك فإن هذه الشكاوي تظهر بمساعدة الجهاز العصبي اللاإرادي، لكن العامل الذي تشترك فيه هو الجزء الأكبر الذي يلعبه الضغط الانفعالي باستمرار.

أما برنارد ريس (Bernard.R) فيشير إلى دور البيئة في تعريفه للاضطرابات السيكوسوماتية بأنها: الاضطرابات التي تحدث في وظائف جسم الكائن الحي بسبب عوامل بيئية تسبب القلق والصراع والتوترات، ويشير إلى وجود (آليات فيسوعصبية كيميائية) تترجم الشدة الخارجية إلى عرض عضوي، ولابد من الاهتمام بما أسماه بالحلقة المفقودة بين المكونات الجسمية و النفسية للمرض السيكوسوماتي، وهو ما يتفق مع تعريف الجمعية

الأمريكية للطب النفسي (1968) بأن الاضطرابات السيكوسوماتية هي مجموعة الاضطرابات العضوية التي تتميز بأعراض ترجع أسبابها إلى عوامل نفسية انفعالية تقع تحت إشراف الجهاز العصبي اللاإرادي. (حامد زهران، 1997: ص468)

أما استتهورت و دراجرانت فيشيران إلى أن " المرض السيكوسوماتي يظهر عندما يتعرض الفرد لمواقف مضطرب أو ضاغط فيستجيب على مستوى الفسيولوجي، حيث ينشط الضغط الانفعالي الجهاز العصبي المستقل (اللاإرادي) مسببا تناوبا في الوظائف كزيادة الإفرازات، زيادة التنفس... الخ، والتي إذا كانت حادة، فإنها يمكن أن تؤدي إلى تغيرات في بناء الجسم مثل قرحة المعدة، الربو الشعبي... الخ. ويمكن أن يكون الفرد واع بما يصاحب الاستجابة النفسية أو يكون غير واع بها... وبذلك تتميز الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها رد فعل فسيولوجي جسمي ضخم ناتج عن اضطراب سيكولوجي.

ومن خلال استعراض هذه المجموعات الثلاث من التعريفات للاضطرابات السيكوسوماتية نلاحظ أن المجموعة الأولى ركزت على أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية دون أن تذكر أسبابها بالتفصيل... والمجموعة الثانية ركزت على أسباب حدوث هذه الاضطرابات دون أن تركز على أعراضها... في حين ركزت المجموعة الثالثة على كل الأسباب والأعراض.

2. انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية:

يرى بعض الباحثين أن خطورة الأمراض السيكوسوماتية تظهر من خلال سرعة انتشارها حيث تبين أن حوالي (40%-60%) من المرضى الذين يترددون على الأطباء يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية، وهي أكثر انتشارا في الحضارات المعقدة المتميزة بشيوع الصراع والتنافس والقلق والخوف كما أنها أكثر حدوثا في الطبقة المتوسطة أين يكن التأثير بالحياة الاجتماعية واضحا، وتشيع لدى الإناث أكثر من الذكور. ونسبة كبيرة من

حالات التغيب عن العمل ترجع إلى شكاوى سيكوسوماتية بنسبة (70%-75%) كما أن الدراسات تشير أن نسبة الاضطرابات السيكوسوماتية في المجال العسكري تتراوح (80% - 85%) والأعراض الأكثر شيوعا هي تلك التي تتعلق بالجهاز الدوري والجهاز الهضمي.

(حسن مصطفى عبد المعطي، 2003: ص15)

والاضطرابات السيكوسوماتية هي في الواقع منتشرة بكل المجتمعات الإنسانية، إلا أن نسبة انتشارها قد اختلفت من مجتمع لآخر تبعا لظروف كل مجتمع، ولو ألقينا نظرة على أوضاع المجتمعات العربية نجد أن الأمر قد لا يختلف كثيرا خاصة إذا ما عرفنا أن كافة البلاد العربية قد تعرضت في الخمس العقود الماضية، ومازالت تتعرض في الوقت الحاضر لنفس الهموم والأزمات والضغوط السياسية والاقتصادية والاجتماعية والتغيرات البيئية. ففي الدراسات التي أجراها أبو النيل في مصر عن الأمراض السيكوسوماتية أشار فيها إلى أن بعض كبار الأطباء في مدينة القاهرة يقدرون نسبة انتشار هذه الاضطرابات بنسبة 50% من بين مرضاهم، وهي في التقدير الإحصائي في أوروبا وأمريكا لا تقل عن هذا الرقم إن لم تتجاوزه.

(السيد أبو النيل ومصطفى زيور، 1984: ص25)

ويورد فيصل محمد خير الزراد مجموعة من المعطيات المتضمنة نسبة انتشار هذه

الاضطرابات حسب ما يلي:

- النسبة المئوية لتكرار الأعراض السيكوسوماتية لدى الذكور والإناث.
- النسبة المئوية لذوي الاضطرابات السيكوسوماتية المتعلقة بالبيئة الاجتماعية.
- نسبة انتشار القرح في بعض الدول وبعض المستشفيات في العالم.

ونقتصر على عرض الجدول الذي يبين توزيع الاضطرابات السيكوسوماتية حسب

النسبة المئوية كما توصلت إليه نتائج الدراسة التي أجراها بيار مارتى على عينة مكونة من

(323) مريضا سيكوسوماتيا، حيث بلغت نسبة النساء في العينة 80% في مستشفى السيكوسوماتيك في باريس. انظر الجدول التالي:

جدول رقم (01) يمثل النسبة المئوية لانتشار الاضطرابات السيكوسوماتية المصدر. (فيصل محمد خيرالزراة، 2000: ص72)

الاضطرابات	النسبة المئوية
ربو شعبي	7.4%
سرطان الثدي	7.4%
آلام العمود الفقري	5%
تقرح الأمعاء	4.3%
صداع	3.7%
شقيقة	3.4%
ضغط الدم	3.4%
مرض السكري	3.4%
داء الصدف	3.1%
اضطرابات النوم	1.2%

3. العوامل والأسباب المؤدية للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية:

ترجع نشأة الأمراض السيكوسوماتية إلى عوامل نفسية في الأصل، بينما تتخذ أشكال وأعراض جسدية. ويمكن تلخيص أهم العوامل المؤدية إلى الإصابة بهذه الاضطرابات في النقاط التالية:

1.3 عوامل متعلقة بالوراثة: حيث توجد هناك إصابات منتشرة بين أفراد العائلة مما أدى ببعض الباحثين إلى نسبتها إلى الوراثة، وهذا التفسير لا يعني حتمية هذا العامل بل ضرورة وجود عوامل أخرى (خارجية وداخلية) تعزز الحساسية الوراثية.

(بدره معتصم ميمون، 2005: ص121)

ولا يقصد هنا العوامل المتعلقة بالوراثة مباشرة مثل الهيموفيليا والأنيميا أو الخلل في الكروموزومات بل يقصد عوامل الاستعداد الوراثي "Dispositionèpr" وأثر العوامل المؤثرة على نمو الجنين والظروف المحيطة بالحمل والولادة.

ويرى سونتاج "L.Sontage" وليستر "W.Lister" أن حياة الجنين داخل الرحم تتأثر بالحياة الانفعالية للأم وبالحالة الجسمية والبيئة الداخلية والخارجية، فأى اضطراب للأم ينعكس على الطفل وما يحدث أثناء الحمل غالبا ما يلزم الطفل بعد الولادة، وتعتبر هذه العوامل بمثابة المهيئ للإصابة العضوية ولكن لا تعمل لوحدها في إنتاج هذه الاضطرابات. (السيد أبو النيل، 1994: ص21)

ويعتمد تأثير الاضطراب السيكوسوماتي في عضو معين على الضعف التكويني المحتمل لهذا العضو، والتاريخ المرضي للفرد، والقيمة الرمزية التي يعطيها المريض للعضو المصاب، والعوامل الوراثية واستعداد الفرد للإصابة بهذا الاضطراب.

وترجع الأعراض المصاحبة لها إلى المبالغة في الوظائف الفيزيولوجية للانفعال وانعدام التوازن الهرموني لدى الأفراد المصابين. (محمد قاسم عبد الله، 2001: ص332)

وهذه العوامل تعتبر عادة بمثابة سبب مهيج للاضطرابات العضوية، ولكنها لا تعمل لوحدها في إنتاجها.

2.3 اضطراب علاقة الطفل بالوالدين:

خاصة في عملية الغذاء والتدريب على الإخراج ونقص الأمن وفقدان الحب، والخوف من الانفصال عن الأم والحرمان العاطفي والحاجة إلى القبول واضطراب المناخ الانفعالي في المنزل، وقسوة الأبوين. وهذه الأمور تؤثر على نمو ونضج الطفل نفسيا وانفعاليا واجتماعيا مما ينعكس مباشرة على صحته بالرغم من توفر الإمكانيات المادية والغذاء الكافي للطفل. (حامد زهران، 1997: ص470)

ويعتبر العديد من الباحثين أن علاقة الوالدين بالطفل هي الأكثر أهمية في حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية. ففي بحث أجراه بورسيلوميتز على مرضى الربو وجدوا أنه يرتبط بصرامة الأم. مما سبب صراعات خطيرة بين الأم والطفل خاصة في فترة التدريب على ضبط الإخراج، مع حدوث تعارض بين رغبات الطفل والأم.

(حسن مصطفى عبد المعطي، 2003: ص72)

أما الدراسة التي أجراها "Argles, Paul" (1983) عن تأثير التهديد بالانفصال داخل العائلة، وما ينتج عن ذلك التهديد، يؤدي إلى ظهور بعض أنواع السلوك غير السوي لدى الأبناء مثل: القلق والاضطرابات السيكوسوماتية... مما جعل المعالجون النفسانيون ينظرون إلى تلك الأعراض على أنها استجابات "ردود أفعال" للتهديد بالانفصال داخل عائلة المريض. (زينب محمود شقير، 2002: ص18)

العوامل الانفعالية:

التي يتعرض لها الفرد في حياته كالصراع الانفعالي بين الاعتماد على الآخر وبين الاستقلال، وقمع الغضب وعدم القدرة على التعبير عن المشاعر والرغبات والحد الشديد، والعدوان المكبوت وعدم القدرة على تحقيق الذات والضغط الانفعالي المستمر، والإحباطات المتراكمة التي تنتج عنها ضغوط نفسية شديدة تؤدي إلى اليأس والانهيار، والانفعالات طويلة المدى ترجع إلى عوامل داخلية أكثر من رجوعها إلى عوامل موضوعية خارجية، فالفرد مهما اعترضته من مشكلات يجب أن يكون تأثره بها وقتيا وأن يخلص نفسه من أثرها بمجرد انتهاء الأزمة. وهناك حالات يعاني فيها الفرد من خوف غامض أي الخوف من المجهول أو من لاشيء دون أن يعرف له سبب ويرجع إلى ذلك إلى حالة الحصر التي يعاني منها الفرد أصلا وقد يعاني الفرد من الشعور بالخنق والقنوط أو الشعور بالعداوة، وقد ينتج مثل هذه الانفعالات من عمليات ديناميكية داخل الفرد دون أن يكون مدركا بها. فالانفعالات الدائمة المستمرة الطويلة تؤدي إلى ظهور الأعراض السيكوسوماتية.

ويشير زيور 1984 إلى ما يؤدي إليه كف التعبير عن الانفعال من اضطرابات عضوية فيقول: قد دلت التجارب الاكلينيكية في ميدان الطب النفسي على أنه إذا ما قامت في سبيل التنفيس عن الانفعال عوائق صادرة من البيئة أو من عقائد الإنسان وأوهامه فإن نضالا يقوم في النفس لا يلبث أن يقف منه صاحبه موقف النعامة من الخطر الذي يهددها عندما تضع رأسها بين قوامها فلا تراه، وبعبارة أخرى فإن في طبيعة الإنسان ميلا إلى التخلص من ألم النضال النفسي بأن يمنع موضوعه من الظهور في حيز الشعور ولكن النضال المستبعد من حيز الشعور يخلق حالة دائمة من التوتر قد تكون سببا في اضطرابات دائمة في الوظائف العضوية.

العوامل الاجتماعية الصعبة:

كتعرض الفرد لمواقف عنيفة، ووقوع الكوارث الجسمية والمفاجئة التي لم يتهيأ لها الفرد. مما يؤدي إلى استنفاد طاقة الفرد وعدم قدرته على التحمل.

حيث يرى جيمس هالداي أن المجتمع المريض يظهر بوضوح أعراض تفككه في شكل أمراض واضطرابات لدى أفراد. كما أن التغير الاجتماعي السريع يؤدي إلى زيادة هذه الأمراض (محمد حمدي الحجار، 1998: صص 95.96)

ويؤكد كل من كاسل "L.Kasl" وكوب "Kobb" ومالك كين "MC.Kean" وأرثو "Arthur" على أن الحوادث اليومية من بطالة وخسارة وفراق، وموت شخص عزيز تؤدي كلها إلى الاجهاد النفسي الذي بتراكمه لفترة طويلة نتيجة هذه المواقف يترك آثار سيئة في جسم الإنسان. (فيصل خير الزراد، 2000: ص 70)

حسب نوريس "R.Norris" وجينيس "MC.Ginns" أن تأثيرات البيئة الاجتماعية تلعب دورا مهما في ترسيب الأعراض السيكوسوماتية. ورغم أن هذه العوامل تم استخلاصها من مجموعة دراسات إلا أنها لم توضح آليات تأثير كل عامل من العوامل السابقة في وظيفة الأعضاء مما يؤدي إلى اضطرابها، كما أنها توضح الدرجة التي يمكن أن تشكل عتبة لهذا التأثير، إضافة إلى أنها لم توضح كذلك درجة الفروق الفردية بين الأفراد في هذا المجال.

4. تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية:

ونعتمد هنا التصنيف الذي وضعه فيصل محمد خير الزراد حيث قام بحصر جميع الاضطرابات الواردة في خمسة عشر مرجعا مختصا في مجال هذه الاضطرابات والطب السيكوسوماتي، وأيضا تصنيف بيارمارتي أو ما يعرف بتصنيف المدرسة الباريسية والذي يعمل به منذ 1978. حيث يعتمد هذا التصنيف على الترميز، وقدم هذا التصنيف بعد دراسة قام بيار مارتي على (323) مريضا يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية ويتصف

هذا التصنيف بالشمولية والتفصيل والتفكير الدينامي الذي يأخذ بعين الاعتبار تطورات الفرد وماضيه وقدراته على التكيف وحالته المرضية. كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (02) يوضح تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتي:

الاضطرابات	الجهاز
- القرحة المعدية. - قرحة الاثنا عشر. - التهاب المعدة المزمن. - التهاب القولون. - الإمساك المزمن. - الإسهال المزمن. - فقدان الشهية العصبي. - الشرهية في تناول الطعام. - عسر الهضم. - آلام انتفاخ البطن والتجشؤ (أو الفواق) - السمنة المفرطة. - التهاب القرحة الشرجية. - التهاب البنكرياس. - التهاب الزائدة الدودية. - اضطرابات الكبد والحويلة الصفراء.	1- جهاز الهضم

2- اضطرابات جهاز التنفس	- الربو الشعبي (العصبي). - الإصابة بالنزلات البردية. - حمى القش. - التدرن الرئوي (السل). - الحساسية الأنفية (للروائح).
3- اضطرابات جهاز القلب والدوران	- الخفقان أو لغط القلب الوظيفي. - الإصابة بانسداد الشرايين التاجية والأوعية الدموية - عصاب القلب. - الذبحة الصدرية، ضغط الدم الجوهري. - انخفاض ضغط الدم، ارتفاع ضغط الدم.
4- الاضطرابات الجلدية	- الشرى (الاراكازيا) - حب الشباب، الكزيماء، تساقط الشعر. - فرط التعرق، مرض الصدفية.
5- الاضطرابات الجنسية	- العنة الجنسية أو البرودة الجنسية لدى الرجل والبرودة الجنسي لدى المرأة. - القذف المبكر (للحيوان المنوي) - القذف المتأخر، عسر الجماع. - اضطرابات الحيض، العقم (أنثوي، ذكري). - الإجهاض المتكرر، آلام الحوض، الحمل الكاذب.
6- اضطرابات الجهاز العضلي والهيكلية	- آلام الظهر (اللمباغو)، التهاب مفاصل تشبه الروماتيزمي.

	-داء الرجز (فقدان التناسق العضلي). -ضمور العضلات. -العض على النواجز.
7- اضطرابات الإخراج	-التبول اللاإرادي. -كثرة مرات التبول. -احتباس البول.
8- اضطرابات الغدد والهرمونات	-مرض السكري. -سكر الدم. -ازدياد سكر الدم. -نقصان سكر الدم. -التسمم الدرقي.
9- اضطرابات الجهاز العصبي	-الصداع، الصداع النفسي. -الخلجات أو الأزمات العصبية. -إحساس الأطراف الكاذب.
10- اضطرابات سيكوسوماتية أخرى.	-الإحساس بالألم. -اضطراب الحمل، اضطراب الولادة، اضطراب النوم. -السرطان (الثدي، الجهاز التناسلي) -نزيف الأذن الوسطى. -اضطرابات النطق والكلام الناتجة عن العوامل النفسية والحرمان البيئي الأسري.

المصدر (فيصل خير الزراد، 2000: ص ص 58-61)

5. النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية:

1.5 النظريات الفسيولوجية:

تشير النظريات الفسيولوجية إلى أن الاضطرابات السيكوسوماتية ترجع إلى الضعف النوعي أو النشاط الزائد للأجهزة العضوية للفرد عند الاستجابة للضغط وتشمل:

1. **نظرية الضعف الجسدي:** وتشير هذه النظرية إلى أن العوامل الوراثية والأمراض الجسمية المبكرة في حياة الفرد، ونوعية الغذاء الذي يتناوله الإنسان كل ذلك يؤدي إلى اضطراب وظيفة عضو معين من أعضاء الجسم ويصبح هذا العضو ضعيفا وأكثر هشاشة عند تعرضه للضغط، وتبعاً لنظرية الضعف الجسدي فإن العلاقة بين الضغط واضطراب سيكوفسيولوجي معين تكمن في ضعف عضو جسدي معين. فالاضطراب يستهدف العضو الضعيف. فالجسم الإنساني الذي يوجد فيه جهاز تنفسي ضعيف لأسباب وراثية مثلاً: من الممكن أن يبطئ الفرد الإصابة بالربو أو جهاز هضمي ضعيف يعرض الفرد للإصابة بالقرح.

(زينب محمود سقير، 2002: ص32)

2. **نظرية الاستجابة النوعية:** تشير هذه النظرية ومن خلال العديد من الدراسات إلى أن هناك اختلافاً في الطرق التي يستجيب بها الأفراد عند تعرضهم للضغوط ومن الممكن أن تكون أسباب هذا الاختلاف محددات وراثية - وبعض الأفراد تكون لديهم نماذج آلية خاصة بالاستجابة للضغوط - فمعدل دقات القلب لفرد ما قد يزداد إذا ما تعرض هذا الفرد للضغط الانفعالي بينما يستجيب فرد آخر بزيادة معدل التنفس دون أي تغيرات تذكر في دقات القلب. وتبعاً لنظرية الاستجابة النوعية فإن الأفراد يستجيبون للضغوط كل على طريقته الخاصة ويصبح عضو الجسم الأكثر استجابة هو العضو المسؤول عن التحكم في أي اضطراب سيكوسوماتي لاحق. كمثال: بعض الأفراد الذين يستجيبون للضغط بزيادة في

ضغط الدم ويصبحون أكثر عرضة للإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم. كما يتأثر أيضا نوع الاضطراب السيكوسوماتي بنوع الجنس، مثلما لوحظ انتشار الصداع النصفي وفقدان الشهية بين الإناث أكثر منها عند الذكور. (زينب محمود شقير، 2002: ص 34)

3. نظرية الاقتران الشرطي:

أكد يافلوف على أن العديد من الأمراض مصدرها اختلاف في العمليات العصبية خصوصا "أمراض البدن"، وفي الوقت نفسه أعطى أهمية لاتجاهات المريض النفسية وآرائه وتأثيرها على مسار المريض وإمكانية علاجه. أي أن الآثار الانفعالية تعتبر من أقوى العوامل في أحداث التغيرات البدنية وأعطى اللحاء دورا في كيفية تنظيم وتنشيط الميكانيزمات الهرمونية، فعن طريق اللحاء تجد الأبحاث الخارجية طريقها لكي تعبر عن نفسها في العمليات الداخلية ذات الأهمية الحيوية فلا شك في أن التغيرات الإيقاعية التي تحدث في الكلى والقناة المهيئة، والمراكز العصبية متصلة بالأحداث في البيئة الخارجية وكذلك الإشارات الداخلية المساعدة في الجهاز العصبي غالبا ما تؤثر أيضا في عمليات التمثيل الغذائي والاستشارة العصبية وهذا التأثير إذا استمر لفترات طويلة أو قصيرة يؤدي إلى اختلال وظيفي.

وترى نظرية الاقتران الشرطي المرض السيكوسوماتي بشكل عام على أنه استجابة تدعمت مع الوقت نتيجة مجموعة من الأفعال المنعكسة المتكررة. ويشير بافلوف إلى أن التآزر بين النظم العصبية يؤدي إلى التوازن بين عمليات النشاط العصبي (الاثارة والكف) ويعني ذلك التآزر بين وظائف الجهاز العصبي السمبثاوي "الإثارة" ووظائف الجهاز العصبي البارسمبثاوي "أكلف". وهذه الوظائف هي التي تشرف على عمل الأحشاء الداخلية مقر الاضطرابات السيكوسوماتية، فإذا اضطرب هذا التوازن أصيب الإنسان بالاضطراب السيكوسوماتي. (فيصل خير الزراد، 2000: ص ص 95، 96)

ويؤكد ذلك ما أثارته النظرية من إمكانية تغير الاستجابة الجسمية كقرحة المعدة، والصداع النصفي، ارتفاع ضغط الدم بعمليات اشتراطية بطرق تجريبية.

وقد ابتكر بعض العلماء السلوكية فكرة جديدة في تفسير الأمراض السيكوسوماتية وهي نظرية التعلم الذاتي ولكن التعلم الذاتي أو الميكانيكي ليس هو السبب الوحيد للإصابة بالأمراض السيكوسوماتية، فقد ترجع الأمراض إلى أسباب وراثية أو إلى استعدادات أو تهيو وما إلى ذلك.

2.5 نظرية التهيو المرضي-الضغط:منحنى تكاملي:

تشير نظرية التهيو المرضي-الضغط إلى أن الاضطرابات السيكوسوماتية لا تمثل نتاجا للتأثير والقابلية البيولوجية للتعرض للاضطرابات، ونتاجا لأثر الضغوط البيئية فحسب ولكنها تحدث نتاجا للكيفية التي يدرك بها الأفراد تلك الضغوط وكيفية التكيف معها. وهذه النظرية تتعامل مع الضغط النفسي الاجتماعي فضلا عن الضغط البيولوجي الفيزيقي. إن بعض الأفراد لديهم نزعة قبلية (تهيو مرضي) لتطور اضطرابات بيولوجية معينة مثل ارتفاع ضغط الدم، القرح والصداع التوترى، ومن خلال معطيات هذه النزعة القبلية ووجود الضغوط المناسبة في البيئة، فغن الفرد يتفاعل مع مختلف الدفاعات الفسيولوجية والنفسية وعلى أية حال فإن الضغط الفسيولوجي هو في أغلب الاحتمالات يحدث ليس مجرد إدراك الفرد الضغوط البيئية كمهددات فعلية للصحة الجسمية أو النفسية ولكن أيضا عندما يشعر بأنه غير قادر على التكيف بشكل مناسب معها إن الضغط الفسيولوجي من الممكن أن يظهر بأساليب مختلفة. على سبيل المثال من خلال التوتر العضلي، ارتفاع معدل ضربات القلب، الاستجابة الجليدية وإفراز الهرمونات من الغدد الأدرينالية. لو أصبحت هذه الاستجابات مزمنة جدا أو شديدة فإنها من الممكن أن تكون مقدمات للمرض الجسمي أو تقاوم لمرض موجود بالفعل وجدير بالإشارة إلى أن هذه النظريات لا تتنبأ فقط بالاضطرابات

السيكوسوماتية المعينة الذي سيتطور لدى فرد معين، ولكنها تشير بدلا من ذلك الى الفروق الهائلة الموجودة في قابلية الأشخاص للتعرض للاضطرابات السيكوسوماتية.

ومن هذه النظريات نظرية كانون Cannon الذي توصل إلى أدلة علمية تثبت أن تعرض الإنسان للمواقف الانفعالية كالخوف، الألم، الغضب...الخ. ومن شأنها أن تؤدي إلى إطلاق جسده لكميات من الأدرينالين، مما يؤدي إلى إحداث المظاهر العصبية-النياتية كارتفاع ضغط الدم، تسارع نبض القلب، الشحوب...الخ.: ما أن هذه التغيرات قابلة للاستمرار لإحداث اضطرابات وظيفية قابلة للتحويل إلى أمراض وإصابات عضوية غير قابلة للتراجع. وذلك في حال عدم تفريغ طاقة الانفعالات في فعل أو أفعال تواجه الآثار المتسببة بإحداث الانفعالات. (بيار مارتى، جان بنجمان ستورا، 1992: ص21)

وبهذا يكون كانون قد اقترب كثيرا من مفهوم "تناذر التكيف" الذي نادى به هانز سيللي (Hanse Selye) الذي وضع نظريته من خلال تجاربه المتنوعة على الإنسان والحيوان وقد بين أن التعرض المستمر للضغط النفسي يحدث اضطرابا في الجهاز الهرموني من خلال الاستشارة الزائدة للجهاز العصبي المستقل وأن هذه الاضطرابات الهرمونية هي السؤولة عن الأمراض النفسجسمية، الناتجة عن التعرض للتوتر والضغط النفسي للراشدين.

(بيار مارتى، جانبنجمان ستورا، 1992: ص26)

3.5 النظريات السيكلوجية (النفسية):

ويحاول هذا الاتجاه تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية بإرجاعها إلى عوامل انفعالية تتم في اللاشعور والسمات الشخصية والقيم المعرفية وطرق التكيف مع الضغوط ومنها:

1. نظرية التحليل النفسي: اعتبر فرويد رأيه حول الهستيريا بمثابة قفزة نوعية من الفكر إلى الجسد، رغم أنه ظل بعيد عن الاضطرابات السيكوسوماتية بسبب إصراره على الابتعاد عن كل ما يتجاوز الجهاز النفسي. لكن تلاميذه وأيضا أتباعه قاموا بتطبيق المبادئ

التحليلية في ميدان النفسوجسدي. حيث اعتبر فرانز ألكسندر Franz Alexander (1950) وهو أستاذ الطب الباطني في جامعة فيينا ومن أكثر المهتمين بالتحليل النفسي. أنه لا يمكن للطب الباطني أن يتطور الا بدمج الإسهامات الجديدة التي جاء بها علم النفس في الحقل الطبي. وأطلق عليه اسم تحليل بيولوجي "Bioanalysis".

(Doucet.C,2000: p41)

وحسب ألكسندر توجد ثلاثة عوامل مسؤولة عنه وحسبه أن الاضطراب السيكوسوماتي ناتج عن صدام سايكودينامي للحالات الانفعالية المصاحبة للسيرورات النفسية، ويؤكد أن توجد ثلاثة عوامل رئيسية مسؤولة عن الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية وهي: قابلية العضو للعطب نتيجة هشاشته والبنية النفسية للصراعات وآليات الدفاع وأخيرا الظروف الحالية المثيرة للانفعال. (محمد محمود نبي يونس، 2008: ص482)

أما المدرسة السيكوسوماتية الحديثة بباريس بريادة بيار مارتي "P.Marty" وسامي على "Sami Ali" والتي تأثرت بنظرية التحليل النفسي التي سهلت لها السبيل في دراسة العصابات والاضطرابات المعبر عنها جسديا، ويعتبر مارتي الإنسان وحدة حية لها تميزها وفرديتها عن باقي الوحدات الأخرى (البشر). فهو يولد مجهز بالآليات الدفاعية-الجسدية والنفسية يتم من خلال علاقة الطفل بالأم. (محمد أحمد النابلسي، 1988: ص53)

أما سامي علي فيرى أن الإسقاط وسيلة لتعويض اختلال تنظيم الجهاز النفسي وضعف "الأنا"، وأن تجسيد الحالات النفسية عن طريق أمراض نفسية-جسدية يتم عن طريق النقص في قدرة المريض على الإسقاط. هذا النقص نابع أصلا عن عدم استيعاب المريض للمفهوم بشكل جيد. (بيار مارتي، جان بنجمان ستورا، 1992: ص51)

2. نظرية خصائص الشخصية:

حاول العلماء منذ القديم تحديد أنماط خاصة بكل مرض، ووضعوا النظريات الدينامية- نفسية حاولوا أن يربطوا اختيار الأعراض symptomchoice ليس فقط بطبيعة الصداع ولكن أيضا بنوع الشخصية.

قدم فيردمان و روزينمان (Friedman and Rosenman) نموذجين من نماذج الشخصية والتي ترتبط بالاضطرابات السيكوسوماتية نمط (A) ويتسم الأفراد في هذا النمط بأنهم عدائيون يتكلمون ويمشون ويأكلون بسرعة وغير صبورين وقلقون ويكملون جمل الآخرين و يقيسون أدائهم بمستويات صارمة فهم يضعون أنفسهم تحت ضغط يؤثر على أجهزة القلب والأوعية الدموية لديهم.

أما النمط (B) فهم أكثر هدوءا وصبرا. وفي دراسة عن الصلة بين أمراض القلب والعداء وبمحاولة اكتشاف سبب أشخاص المجموعة (A) والذي يجعلهم عرضة للإصابة بأمراض القلب فإن الباحثين وجدوا أن أشخاص النمط (A) لديهم استجابة فسيولوجية عالية وعند تعرضهم للضغوط فإن أجسامهم تستجيب بمستويات عالية من جانب نشاط الجهاز العصبي والتي بدورها تضعف القلب وهذه النتائج أدت إلى تطور العلاج النفسي الذي يهدف على تعليم أشخاص النمط (A) كيف يتعاملون مع الضغوط بفاعلية أكبر.

(Doucet.C,2000: p44-45)

3. النظرية السلوكية: ويذهب أصحاب النزعة السلوكية إلى القول لماذا نهتم بالمفاهيم الغامضة والغير قابلة للقياس التجريبي للتحقق من صدقها أو بطلانها؟ وهذا راجع إلى عدم القدرة على إخضاع الفروض التحليلية إلى محك تجريبي حيث اعتمد علماء المدرسة السلوكية في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية بالأعراض نفسها والعوامل الموقفية المتضمنة في الموقف أو البيئة بدلا من الفروض الغيبية والمفاهيم الغامضة، واستخدموا

مفاهيم ومبادئ محددة قابلة للملاحظة والقياس والتجريب مثل مبدأ نظرية التعلم.

(عبد الرحمن عيسوي، 1994: ص190)

ويرى بعض السلوكيين أن الاضطرابات السيكوسوماتية ما هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليخفف بها من قلقه وتوتراته ويجد من خلالها حلاً لصراعاته. كما أن الاضطرابات هي نتيجة لتطور عملية تعلم فاشلة تمت عن طريق الاشتراط.

(عبد الرحمن العيسوي، 1994: ص190)

4. النظرية المعرفية: قام جراهام "Graham" وتلاميذه بمجموعة من الدراسات حول عينات من مرض السيكوسوماتيك، بهدف معرفة أثر العمليات المعرفية والعقلية على العمليات الفسيولوجية، وتبين له وجود عنصرين هامين في هذه الاضطرابات هما: ما يشعر به الفرد من سعادة أو حزن، وما يرغب الفرد في معرفته في ضوء خبراته وأفكاره أو مدركاته السابقة. مثلاً مريض الحساسية الجلدية يشعر أنه مهزوم ولا يقدر على عمل شيء ومريض القولون يشعر أنه مصاب بأذى ويريد التخلص من المسؤولية، ومريض الصداع النصفي يشعر أنه اضطر إلى إنجاز عمل ما ويريد أن يستريح ومريض ضغط الدم المرتفع يشعر بالتهديد.

(فيصل خير الزراد، 2000: ص100)

5. نظرية الضغوط النفسية الاجتماعية:

ويرى جورج انجل (George Engel) في النظرية النفسية الاجتماعية للضغوط فالجسد الإنساني يكافح باستمرار لكي يصل إلى الاتزان البدني في الوظائف فأحداث الحياة التي تقلب حالة توازن الجسم رأساً على عقب والكثير من التغيرات في الحياة تحدد قدرة الجسم على إعادة التوافق والنتيجة هي الضغوط، ألا وهي رد الفعل السيكولوجي والفسيولوجي لكم هائل من المطالب التي تتادي بإعادة التوافق.

(فيصل خير الزراد، 2000: ص100)

4.5 نظرية متعددة العوامل:

أصبح معروفاً أن معظم الأمراض لها أكثر من سبب وتتعدد العوامل في إحداثها، ويرى سامي عبد القوي أن النظرية المفسرة للأمراض السيكوسوماتية تتطلب تكاملاً بين العديد من النظريات، إذ أنه لا توجد نظرية واحدة يمكنها أن تعطينا تفسيراً واضحاً وشاملاً للاضطرابات السيكوسوماتية. فهي إذا تناولت بعداً في علاقته بالمرض السيكوسوماتي وأغفلت أبعاداً أخرى لا نستطيع استبعادها في تفسير هذا الاضطراب.

كما يرى أن تفسير الأعراض والاضطرابات السيكوسوماتية لا يمكن أن يقتصر على النواحي الفسيولوجية أو الوراثية فقط ولا على النواحي الانفعالية فقط، يجب أن تشمل عملية تفسير المرض السيكوسوماتي العديد من المتغيرات لأن العلاقة بين الواقع الخارجي (البيئة والعوامل الاجتماعية) والواقع الداخلي (النفسي والبيولوجي) ليست علاقة استاتيكية بل هي علاقة ديناميكية يحدث فيها التفاعل والحركة بالقدر الذي يستطيع فيه فصل أي عامل من العوامل الأخرى.

1.6 بعض المفاهيم المرتبطة بالسيكوسوماتيك:

2.6 النقلة السيكوسوماتية "Psycosmatic Shift":

وتطلق على الحالات التي ينتقل فيها الإحساس بالاضطراب أو بالألم من عضو لآخر ويعبر عنه المريض دون فهم سببه أو الحصول على تفسير له، وفي هذه الحالات نجد المريض يشكو من اضطراب في معدته تارةً ومن اضطراب القولون تارةً أخرى، أو من الحكة في الجلد أو من الصداع وكان العامل النفسي قد أثر في أكثر من موضع في الجسم أو أثر في أكثر من عضو واحد، ويعبر المريض عنه دون فهم سببه أو العثور على تفسير له. ونجد أنه تردد على كافة التخصصات الطبية. والصورة لهذه الحالات أن الحالة النفسية تؤدي إلى اضطراب عضوي وهذا الأخير يزيد من حدة العامل النفسي أو يترتب عنه

اضطرابات نفسية أخرى ويكون ذلك على شكل حلقة. وسميت مثل هذه الحالات النقلة العصبية السيكوسوماتية. وفي هذا الصدد يشير كل من ليچ و وريتماك أن هناك حالات سيكوسوماتية يمكن أن تطلق عليها حالات متعددة الاضطرابات السيكوسوماتية، ويلعب عامل الشخصية والاستعداد وتوهم المريض وصورة الجسم دورا هاما في ذلك. (فيصل محمد خير الزراد، 2000: ص21)

3.6 الاقتصاد السيكوسوماتي:

عرف المعهد السيكوسوماتي بباريس فكرة الاقتصاد النفسي الجسدي والتي تحدد - خلال فترة الوجود - نوعية الأداء السوماتي، حيث تشترك الدفعات في حفظ التوازن السيكوسوماتي. ولكن خلال السنوات الاولى من الحياة الدفعات الذاتية للوضع تكون هشة، وهذا ما يتطلب توفير الحماية لهم من خلال العلاقة الامومية وحسب "Kriesler" فإن التفاعلات المناسبة للتوازن السيكوسوماتي تتميز بالمرونة والاستقرار والثبات، وهذه الشروط لا تأخذ معناها الا من خلال دراسة الكلينية محددة. (Deaping, 2002: p39)

ويعني عند مارتي "Marty" مجموعة التنظيمات المعقدة التي تعمل دائما على حفظ توازن الفرد مع عالمه الداخلي ومع معطيات العالم الخارجي، ويتحدد ذلك من خلال التعرف على التغيرات التي قد تحدث على مستوى نفسي-جسمي، فهي تسمح بتوضيح الإطار العام الذي يندرج فيه الاضطراب والتنظيم العام. (Debary.R, 1994: p45)

4.6 الحالة السيكوسوماتية "Psycosmatic state":

أشار كل من ماكسويل مالتز "M.Maltz" وروك "F.L.Rook" الى أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي التي تصيب بعض وظائف الجسم أو بعض الأجزاء منه، وتكون من الحدة والإصرار بحيث تقاوم عمليات العلاج الطبية والنفسية. وتصبح أعراض هذه الأمراض

بمثابة سمة في شخصية الفرد وتدوم الفترة أطول حتى مع تحسن ظروف المريض. ونظرا لذلك تسمى هذه الحالات بالحالة السيكوسوماتية.

(فيصل محمد خير الزراد، 2000: ص22)

5.6 الاضطراب السيكوسوماتي "Somatisation Disorder":

ويتصف المريض المصاب بهذا الاضطراب بالشكوى من أعراض عضوية وظيفية متعددة مبهمه وغامضة تشمل أي جزء من أجزاء البدن إلا أن الشكاوى الشائعة هي: الصداع، الغثيان، التعب... الخ. وعادة ما يظهر هذا الاضطراب في سن المراهقة أو بعد سن الرشد وللنساء نصيب به أكثر من الرجال.

(محمد حمدي الحجار، 1998: ص ص 103-104)

7-تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية:

إن تشخيص الاضطرابات ليس بالأمر الهين لأنه يحتاج إلى الإلهام لكل الجوانب ولكن التشخيص الدقيق يتوقف على الأدوات المستخدمة في ذلك منها خاصة الاختبارات النفسية لتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية كونها تقدم معطيات موضوعية حول الحالة منها:

* الاختبارات الاسقاطية:

مثل اختبار بقع الحبر لرورشاخ حيث يساعد في تحديد ما إذا كان نمط الشخصية أقرب للعصاب أو للذهان، كما يقيس درجة الضبط العاطفي، ومعرفة الطاقات التي لم تستخدم في العمل أو المجتمع، كما يوضح الدوافع الفريزية المكبوتة. التي منعت فوجدت مخرجا في شكل اضطراب الوظائف الجسمية، وقد استخدم هارور الرورشاخ هذا الاختبار في دراسة تغيرات الشخصية المصاحبة للإصابة المخية في الحالات السيكوسوماتية، وطبقه

كمبل "Kempel" على مرض الروماتيزم وارتفاع ضغط الدم ولاحظ ارتباط شخصيات معنية بأعراض معنية، فمرضى الضغط يطمحون إلى القوة، ويوجد لديهم صراع بين العدوان والحاجات الاعتمادية. أما روس "Ross.P" فقد طبق هذا الاختبار على مرض الصداع النصفي. (فيصل خير الزراد، 2000: ص ص 112-113)

* قائمة كورنل لتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية:

ووضعها كل من وايدر "Weider.A" و وولف "Wolef.G" و آرثر "Arthur" وتحتوي القائمة على (101) سؤال مقسمة إلى:

- السؤال رقم 1 سؤال تمهيدي (هل سبق أن انتابك الصداع؟).
- الأسئلة من (2-19) أسئلة حول عدم التوافق ومشاعر الخوف.
- الأسئلة من (20-26) استجابات باثولوجية وخاصة بالاكنتاب.
- الأسئلة من (27-33) استجابات عصبية وقلق.
- الأسئلة من (34-38) أعراض سيكوسوماتية.
- الأسئلة من (39-46) استجابات الذعر الباثولوجية.
- الأسئلة من (47-61) أعراض سيكوسوماتية أخرى.
- الأسئلة من (62-68) الوهن وتوهم المرض.
- الأسئلة من (69-79) أعراض سيكوسوماتية خاصة بالمعدة والأمعاء.
- الأسئلة من (80-85) الشك والحساسية المفرطة.
- الأسئلة من (86-101) أعراض السيكوبايطة.

والإجابة (بنعم) في المقياس تعطي درجة الإجابة (لا) لا تعطي أي درجة وقد قام محمود الزياي بنقل هذا الاختبار إلى اللغة العربية وتحليل فقراته وقلص الاختبار إلى (82) فقرة مع حساب صدق وثبات الاختبار. (فيصل خير الزراد، 2000: ص116)

* اختبار جينكيز-آلوني: ويهدف هذا الاختبار إلى تحديد مدى تطابق تصرفات المفحوصين مع النمط السلوكي (A) الذي يجعله عرضة للإصابة بالذبحة القلبية، مما يقتضي اتخاذ الخطوات الوقائية، ويتألف من (4) فقرات (أبعاد) هي:

1. الميل الاكتئابية.

2. القلق والإرهاق النفسيين.

3. الميل العصابية.

4. الإصابات الجسدية.

* اختبار رسم الزمن في السيكوسوماتيك:

ترجع فكرة رسم الزمن إلى اليزابيث موسون وترى أن رسم المفحوص الذي يعكس الزمن، هو رسم يستطيع إعطاءنا أفكار توجيهية من الدرجة الأولى للفحص السياكاتري. ويتم تحليله وفق مبادئ تحليل الاختبارات المرسومة ويتطلب استخدام هذا الاختبار تعرف الفاحص على مبادئ الاقتصاد السيكوسوماتي.

(محمد محمود بني يونس، 2008: ص499)

2.7 التشخيص الفارقي للاضطرابات السيكوسوماتية:

* لتشخيص هذه الاضطرابات ينبغي التفرقة بين أعراضها وأعراض الاضطرابات الأخرى التي ربما تتشابه معها في جوانب جسمية ونفسية ولتجنب هذا التداخل بين هذه الاضطرابات ينبغي التمييز بينها في التشخيص.

* الفرق بين الاضطراب السيكوسوماتي والهستيريا:

ونجد أن الاضطرابات النفسجسمية عن اضطراب التغير (التحول)، ويجب أن تشير إلى نقطتين مهمتين الأولى وهي أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي مرض حقيقي يسبب تلفا في الجسم ومثل هذه الاضطرابات ناتجة عن عوامل انفعالية لا تعني أن الألم وهمي فقد يموت الأفراد لمجرد وجود عوامل نفسية نتج عنها ارتفاع ضغط الدم أو القرحة، كما يموتون نتيجة لأمراض متشابهة ناتجة عن عدوى أو إصابة بدنية. الثانية: أن اضطرابات التغير " التحول " لا تتضمن تلفا عضويا ولكنها تؤثر عامة على وظائف الأجهزة العضلية الإرادية (الحركية والحسية). ويرتبط أي عرض منها بصراعات ومكاسب ثانوية من وراء هذه الأعراض.

وقد حدد حسن مصطفى عبد المعطي مجموعة من الفروق التشخيصية بينهما في الجدول التالي:

جدول رقم (03) يوضح الفرق بين الاضطرابات السيكوسوماتية والهستيريا التحويلية.

الهستيريا التحويلية	الاضطرابات السيكوسوماتية
- تصيب الأعضاء التي يشرف عليها الجهاز العصبي المركزي.	- تصيب الأعراض التي يشرف عليها الجهاز العصبي اللاإرادي.
- الأعراض الجسمية عبارة عن تعبيرات رمزية وعن دوافع مكبوتة وصراعات لاشعورية.	- الأعراض الجسمية نتاج مباشر لصدمة نفسية أو انفعالات مزمنة أو ضغط نفسي يخلو من الدلالة الرمزية والاضطراب العضوي وظيفيا وبنوييا وقد يصاب أكثر من عضو.
- يمكن أن يحدث المرض الجسدي الهستيريا فجأة.	- المرض السيكوسوماتي لا يحدث فجأة إنما يحدث تدريجيا وعلى مراحل بسبب تراكم عوامل مختلفة.
- العلاج النفسي يكون كافيا ويلعب الإيحاء دورا هاما ويكون الشفاء سهلا.	- المزوجة بين العلاج الطبي والعلاج النفسي (العلاج التكاملية) والشفاء يكون صعبا ويتطلب وقتا.
- لا يكثرث المريض باضطرابه، بل عنصر المنفعة الذي يتوخاه واضح.	- يكثرث بمرضه كثيرا، وعنصر المنفعة فيه غير موجود أو خفي في حال وجوده.

(حسن مصطفى عبد المعطي، 2003: ص30)

*** الفرق بين الاضطرابات السيكوسوماتية والعصاب:**

وملخصه في الجدول التالي:

جدول رقم (04) يوضح الفرق بين العصاب والاضطرابات السيكوسوماتية.

العصاب	الاضطراب السيكوسوماتي
- تسيطر على شخصية المريض وسلوكاته	- سيطرة الاضطراب العضوي النفسي وغالبا
- حالة القلق والاكتئاب أو الوسواس أي أن الحالة النفسية تكون مضطربة.	- تختفي الأعراض النفسية بعد إصابة العضو.
- عبارة عن اضطراب وظيفي.	- اضطراب عضوي وظيفي محدد.
- ليس له علاقة بالاضطراب العضوي	- له علاقة بالأعصاب والأعضاء
والعصبي (الجسم سليم غالبا).	والهرمونات.
- له أسباب نفسية كلية وليس له دلالات رمزية.	- سلوك الفرد يبقى عاديا لحد ما.
- العلاج النفسي يكون كافيا لتحقيق الشفاء	- قد يصاحب السبب النفسي أسباب عضوية
	مهياة لها دلالات رمزية.
	- المزوجة بين العلاج الطبي والعلاج النفسي
	بحيث تتحسن بعض الحالات وأخرى تشفى بصعوبة.

المصدر (فيصل خير الزراد، 2000: ص104)

*** الاضطرابات السيكوسوماتية والتمازج "Malingering":**

الفرد المتمازج يتظاهر بأنه مريض وذلك لتجنب موقف غير سار من المواقف الصعبة، حيث نموذجاً يشار به إلى اضطراب في السلوك أو يدل على العصاب النفسي الضمني، أما في الاضطراب السيكوسوماتي فإن المعاناة تكون حقيقة ويشعر الفرد بألم واضطراب فعلي واختلال وظيفي في العضو المصاب.

(حسن مصطفى عبد المعطي، 2003: ص321)

*** الاضطرابات السيكوسوماتية واضطراب التجسيد أو التبدن "Somatisation":**

فاضطراب التبدن يتميز بوجود تاريخ لأشكال من الاضطرابات البدنية المتعددة التي تبدأ قبل سن الثلاثين وتستمر لعدة سنوات وينتج عنه البحث عن العلاج أو حدوث قصور في مجالات الأداء الاجتماعي والوظيفي... وتشتمل الأعراض ألم الرأس أو البطن أو الصدر أو المستقيم أو أثناء التبول أو خلال الدورة الشهرية، وقد تشتمل أعراضاً معوية كانتفاخ البطن، الغثيان، التقيؤ... دون وجود علامات عضوية أو أعراض فيزيولوجية محددة المعالم، وهي أعراض لا تنتج عن قصد أو إدعاء لكنها ترتبط إلى حد كبير بالقلق أو الاكتئاب وبذلك تختلف أعراض التبدن عن الاضطرابات السيكوسوماتية لأن الأخيرة قد تصيب جهازاً عضوياً محدداً من أعضاء الجسم ويظهر الخلل بصورة إكلينيكية واضحة المعالم. (حسن مصطفى عبد المعطي، 2003: ص 32)

*** الاضطرابات السيكوسوماتية وتوهم المريض "Hypocondraisis":**

وهي حالة يبدي فيها الفرد انشغالا زائداً أو مستمرا بوظائف البدن أو خوف مرضي من الإصابة بمرض عضوي، في حين تكون وظائف البدن في حدود السواء أو العادية. فنجد المريض يشتكي من أعراض واسعة الطيف وشكاوى بدنية كثيرة، إلا أن الطابع الغالب عليها هي الشكاوى الحسنية. البطنية والصدر والرأس والرقبة، وهذه الأوهام غالباً ما تكون عصابية، حيث يتميز المريض بالاهتمام المفرط بالذات والمصرة في حاجات الارتباط بالغير. في حين نجد أن الإصابة في الأمراض السيكوسوماتية تكون فعلية في شكل خلل فعلي في أنسجة أو خلايا العضو. (محمد حمدي الحجار، 1998: ص ص 106-107)

*** الاضطرابات السيكوسوماتية والعصاب والمرض العضوي:**

ويفرق عبد المنعم المليجي بين العصاب والاضطرابات السيكوسوماتية والمرض العضوي البحث، حيث أشار أن الأعراض في الاضطرابات الثلاثة تظهر خلل في الوظائف

الجسمية إلا أن الاضطرابات العضوية ناتجة عن أثر بيئي خارجي مادي ومعروف.
(السيد أبو النيل، 1994: ص 201)

8. علاج الاضطرابات السيكوسوماتية:

وهنا يتم التركيز على سبب المرض من خلال تناول النواحي الانفعالية، وأيضاً على العمل على حل الصراعات النفسية وجوانب الكبت، ومواجهة الضغوط الحياتية والتخفيف من القلق بصورة واقعية، والعمل على إعادة ثقة المريض بنفسه حيث يفضل تعديل أسلوب ونمط حياة المرضى والتقنيات العلاج النفسي الأكثر استخداماً نجد:

1.1.8 العلاج النفسي:

2.1.8 العلاج السيكودينامي:

ويسعى العلاج التحليلي إلى تحويل الاتجاهات اللاشعورية المزمّنة في حياة الفرد إلى اتجاهات شعورية ومن ثمة التغلب عليها وذلك بعدة تقنيات أهمها: الطرح وال طرح المضاد، التداعي الحر، التغلب على المقاومة، التنفيس الانفعالي، تفسير الأحلام... الخ وعليه فالعلاج التحليلي يساعد على التعمق في أغوار الشخصية والكشف عما بها من صراعات وعقد دوافع مكبوتة لاشعورية.

(زينب محمود شقير، 2002: ص 37)

العلاج المعرفي السلوكي:

يساعد المريض على تغيير كيف يفكر (معرفي) وكيف يعمل (سلوكي) هذا التغيير يمكن أن يساعده على الشعور بشكل أفضل. من خلال التركيز على المشاكل والصعوبات الآتية. عوضاً عن التركيز حول أسباب المشكلة وأعراضها في الماضي من خلال تحسين حالة الفرد الذهنية وهذا باستخدام تقنيات التحصين المنظم، وضبط توجيه الذات والنمذجة والتدعيم ويستخدم التدريب على الاسترخاء في علاج مجموعة متنوعة من الاضطرابات

السيكوسوماتي: كالصداع النصفي وأزمات الربو، وضغط الدم...الخ.

(حسن مصطفى عبد المعطي، 2003: ص111)

1.8 التغذية الراجعة البيولوجية:

ويطلق عليه أحيانا الاسترخاء البيولوجي وتعني: تدريب الفرد على التحكم في بعض الوظائف الجسمية اللاإرادية مثل التوتر العضلي وضغط الدم وإنتاج موجات ألفا في الدماغ...الخ، من خلال استخدام الأجهزة الإلكترونية مثل: جهاز التخطيط الكهربائي للدماغ، وجهاز الرسم الكهربائي لوظائف القلب...الخ ويتعامل المريض بنفسه مع الجهاز ويطور قدراته الذاتية في التحكم في جهازه العصبي المستقل من خلال مراقبته لتغير العمليات الفيزيولوجية عن طريق التأثير الفكري على الجسم مع الممارسة تدريجيا يصبح الفرد قادرا على الإدراك والوعي بآثار الضغط وتخفيفها على أساس الفكر.

(بدره معتصم ميموني، 2003: ص158)

خلاصة الفصل:

وبناء على ما سبق يمكن القول بأن العلاج للاضطرابات السيكوسوماتية لا بد من العلاج الطبي لعلاج الاضطراب العضوي، والعلاج النفسي لحل الصراعات والمشاكل الوجودية التي يعاني منها المريض، الهدف من العلاج هو علاج المريض ككل نفس وجسد لكيلا تعاود الأعراض الظهور في شكل اضطرابات أخرى، لان الأبحاث القديمة والحديثة تؤكد على الانفعالات لا تؤثر فقط على الوظائف الجسدية ولكنها أيضا تسبب أمراضا نفسية وجسدية وتراكم الضغوط الانفعالية وعدم انطلاقها في شكل سلوك خارجي يتسبب في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.

الجانِب التطبيقِي

الفصل الخامس

منهجية البحث

-تمهيد:

- 1- تعريف المنهج.
- 2- مجموعة البحث.
- 3- مكان إجراء البحث.
- 3-1- معايير انتقاء مجموعة البحث.
- 3-2- خصائص مجموعة البحث.
- 4- أدوات البحث.
- 4-1- المقابلة العيادية- نصف موجهة.
- 4-2- الاختبار الإسقاطي الرورشاخ.
- 4-2-1- اختبار الإسقاطي اغلرورشاخ.
- 4-2-2- وصف مادة اختبار الرورشاخ.
- 4-2-3- المحتوى الظاهر للوحات.
- 4-2-4- المحتوى الكامن للوحات.
- 4-2-5- عرض الإشكاليات حسب كل لوحة.
- تطبيق اختبار الرورشاخ.
- تنقيط الرورشاخ.
- كيفية تحليل النتائج.
- طريقة وخطوات تحليل بروتوكولات الرورشاخ.
- التنقيط.
- التحليل الكمي.
- التحليل الكيفي.
- خلاصة الفصل

- تمهيد:

يعتبر الجانب التطبيقي جانبا هاما وأساسي في البحوث العلمية إذ أنه الوسيلة الوحيدة التي تمكن الباحث التأكد من المعلومات النظرية اختبار تأثير المتغيرات المختلفة على الحالة المدروسة وفيه يتم اختبار الفرضيات المقترحة وبالتالي قبولها أو رفضها، الإجابة على التساؤلات المطروحة في بداية البحث، كما يعد الجانب التطبيقي همزة وصل بين الجانب النظري والميداني، حيث تطرقنا في هذا الفصل إلى المنهج الذي اعتمدنا عليه في الدراسة، مكان البحث، معايير انتقاء مجموعة البحث وخصائصها، بالإضافة إلى التقنية المستعملة في الدراسة.

1- تعريف المنهج:

إن البحث العلمي يمثل قدرة الباحث على حويل تاريخه العلمي والشخصي له بناءا على منهج صحيح ومناسب لنوعية المسار وكيفية القيام بالبحث وعليه لا يتم البحث دون منهج صحيح هذا المسار ويضمن الوصول إلى نتائج واقعية وذات مصداقية.

فالمنهج بصفة عامة هو الطريق الذي يسلكه الباحث للوصول إلى نتائج معينة، ويختلف هذا المنهج باختلاف مسار كل باحث ونظرته وكذا باختلاف طرق البحث، ونحن في هذا البحث وكون انشغالاتنا تتعلق بدراسة استثمار الحدود الجسدية ونمط التعلق لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، فمن الملائم الاعتماد على المنهج العيادي.

ويعرفه "D.logache" في كتابه سنة:1997: على أنه المنهج الذي يدرس السلوك في إطاره الحقيقي ويكشف بكل أمانة ممكنة عن طرق التعايش لكائن بشري محسوس وكامل ضمن وضعية ما (L'homme en situation)، مع العمل على إقامة العلاقات بينهم من حيث المعنى والبنية والتكوين والكشف عن الصراعات التي تحركها".

(R.Perron, 1997, p 38)

كما يعرفه أيضا أنه " تناول السيرة في منظورها الخاص وكذلك التعرف على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك إعطاء معنى لها للتعرف على بنيتها وتكوينها، حيث يكشف على الصراعات التي تنشأ ومحاولة الفرد حلها".

(In Bernard, 1982, p.25)

يمتاز المنهج العيادي بصفة منهجية وهي مراقبة السلوك من زاوية خاصة والكشف عن تصرفات ومواقف الكائن الإنساني معين اتجاه مشكلة معينة، ثم البحث عن معنى الموقف وأساسه ومنشأه وإظهار الصراع.

(فيصل عباس، 1999، ص25)

ويهدف هذا المنهج إلى التعرف على التوظيف النفسي للفرد من أجل الوصول إلى درجة فهمه للحوادث النفسية التي تمر عليه، حيث يهتم بتاريخ الفرد وخاصة في النظرة السيكو دينامية التي تقول أن حالة الفرد الآن هي نتائج الحالة التاريخية.

ويعتمد هذا المنهج على دراسة الحالة، حيث يؤكد العالم "جوليان روتيز" بأن منهج دراسة الحالة في المجال الذي يتيح للأخصائي جمع أكبر أدق من المعلومات، حتى يتمكن من إصدار حكم قيم نحو المريض والمتضمن طبيعة المشكلة وظروفها ومشاعر صاحبها اتجاهاته ورغباته المؤلمة التعرض لها. (الخالدي، 2006، ص78)

ويحصل المختص النفسي من خلال المنهج العيادي على مقاييس تسلم المنهج، وفي دراستنا اعتمدنا على الاختبار الإسقاطي المتمثل في اختبار الرورشاخ والذي هو من التقنيات المستعملة في المنهج العيادي، ولهذا تكمن أهمية رجوعنا إليه في كون أن البنية الشخصية لا تكشف عن حقيقتها، إلا في نسبة توفر أكبر قدر ممكن من إمكانية التعبير، فاستخدامنا للمنهج العيادي كان قائما على أساس التقنيات الإسقاطية، فاتصالنا المباشر مع المفحوصين وطبيعة الموضوع ونوعية المعلومات المرغوب جمعها يفرض علينا توفير أكبر قدر من المرونة بهدف احتواء جميع الإجابات والسلوكيات الصادرة من المفحوصين والتجاوب مع الظروف التي تفرضها الإصابة بالقصور الكلوي المزمن، فالمنهج العيادي لا يتوقف فقط على معرفة خصوصيات الإصابة التي يعاني منها المرضى وإنما يهدف إلى محاولة فهم نظامهم النفسي العام، لأنه بالاعتماد على المنهج العيادي سيسمح لنا ذلك بدراسة كل مصاب على حدى والتعرف على خصوصيته، إذن فالمنهج العيادي سيمكننا من الإحاطة بـ:

- الإنتاج الإسقاطي لكل مصاب من مجموعة بحثنا.
- نوعية استثمار الحدود الجسدية ونمط التعلق الخاصة بكل فرد من أفراد مجموعة بحثنا.

ومن هذا المنطلق يمكننا القول إن المنهج العيادي هو المنهج المناسب لهذه الدراسة، لأنه يمكننا من التحقق من فرضيات الدراسة وبالتالي الوصول إلى هدف البحث ألا وهو معرفة نوعية استثمار الحدود الجسدية ونمط التعلق لدى مرضى القصور الكلوي المزمن ودراسة هذا الأخير يتطلب بحث دقيق في أعماق مكونات الشخصية المصابة بالقصور الكلوي المزمن ولذلك ارتأينا استعمال المنهج العيادي.

2- مجموعة البحث:

في دراستنا هذه تتكون مجموعة بحثنا من حالتين مصابتين بالقصور الكلوي المزمن حيث تم اختيار حسب معايير خاصة تتلاءم مع إشكالية وفرضيات بحثنا.

3- مكان إجراء البحث:

لقد تم إجراء هذا البحث في مستشفى الزهراوي بالمسيلة الواقع وسط المدينة والذي يحتوي على عدة مصالح ولكن ما يهمنا في دراستنا هذه هو مصلحة قسم أمراض الكلى وتصفية الدم، حيث تم فتح هذه المصلحة سنة (1997) بقدرة استيعاب تبلغ (14) سرير وأمام كل سرير آلة تصفية الدم، وفي نفس المصلحة نجد غرفتين الأولى للمرضين والثانية لحفظ الأدوية والآلات وغرفة خاصة بالاستعمالات، أما خارج القاعة نجد الاستقبال والانتظار، ومكتب الفحص ومكتب المراقب الطبي ومكتب الطبيب رئيس المصلحة.

ويعمل بالمصلحة (12) ممرض و(04) أطباء و(4) تقنيين للإصلاح وصيانة الآلات، ويقدر عدد المرضى الذين يعالجون بجهاز تصفية الدم بعدد (82) مريضا وتدوم مدة كل حصة من ثلاث إلى أربع ساعات وهؤلاء المرضى موزعين على (2) فوجين.

- فوج (أ): من الساعة صباحا إلى غاية الحادية عشرة وتدوم فترة التصفية أربع ساعات.

- فوج (ب): من الحادية عشرة إلى الثالثة ونصف مساء مدة أربع ساعات.

3-1- معايير انتقاء مجموعة البحث:

1. يكون المبحوث راشداً.
2. أن يكون المبحوث مصاب بالقصور الكلوي المزمن.
3. أن يكون خاضع لتصفية الدم-الدياليز-
4. أن لا يعاني المبحوث من أي مرض عضوي أو تشوه جسمي يؤثر صورته الجسمية.

3-2- خصائص مجموعة البحث:

الحالة	الجنس	السن	المستوى التعليمي	مدة الإصابة	عدد الحصص	مدة التصفية	الحالة المدنية
نسرين	أنثى	27 سنة	جامعية	3.5 سنوات	(3) في الأسبوع	4 ساعات	عزباء
نورة	أنثى	47 سنة	3 ابتدائي	11 سنة	(3) في الأسبوع	3 ساعات	متزوجة

❖ جدول رقم 1 يوضح خصائص مجموعة البحث.

التعليق على الجدول: نلاحظ من خلال الجدول أن مجموعة البحث هي من جنس الإناث مع الإشارة أننا لم نأخذ متغير الجنس بعين الاعتبار، أما فيما يخص المستوى التعليمي فحالة واحدة فقط لديها مستوى جامعي أما الحالة الثانية فلم تتجاوز المستوى الابتدائي، حيث نجد أن الحالتين المصابتين بهذا المرض منذ فترة قصيرة بالنسبة للحالة الأولى أما الحالة الثانية فهي مصابة بهذا المرض منذ 11 سنة.

4- أدوات البحث:

تعتبر دراسة الحالة ركيزة أساسية في المنهج العيادي وهي تعتمد على مجموعة من التقنيات ونحن بدورنا وقع اختيارنا على تقنيتين هما:

4-1-المقابلة العيادية النصف موجهة: تعتبر المقابلة من الأدوات الرئيسية في جمع البيانات في دراسة الأفراد والجماعات الإنسانية، وهي من أكثر الوسائل أكثر الوسائل الأكثر شيوعا وفعالية في الحصول على البيانات الضرورية وعادة ما تبدو الحالة والمقابلة العيادية بالنسبة للشخص العادي مسألة بسيطة للغاية ولكنها في الواقع بعيدة عن هذا، إذ أن طريقة المقابلة مسألة فنية ترى إلى كل شيء أكثر من مجرد الاقتراب من عدد الأفراد.

(محمد حسن غانم، 2004، ص 96)

- هي علاقة دينامية حيث يلعب فيها الحدس الإكلينيكي دورا وهي تتكون في أبسط صورها من مجموعة الأسئلة أو البنود التي يقوم الباحث بطرحها على الشخص موضوع البحث ثم يقوم بعد ذلك بتسجيل البيانات.

(سامي ملحم، 2000، ص 25)

وكان دليل مقابلتنا كآتي:

-البيانات الشخصية.

-المحور الأول: وتعلق بالحالة الصحية.

-الهدف من هذا المحور هو معرفة ما إذا كان المرض ناتج عن الإصابة بمرض

السكري أو ارتفاع ضغط الدم.

-المحور الثاني: ويعالج ردود الفعل اتجاه الإصابة بالقصور الكلوي المزمن.

-الهدف من المحور: معرفة ردود الفعل التي أبدتها المفحوص اتجاه إصابته

بالمريض.

-المحور الثالث: ويخص إدراك الحدود الجسدية للمريض بعد إصابته بالمرض.

-الهدف من هذا المحور: هو معرفة إدراك هؤلاء المرضى لمخططهم الجسدي

قبل بوع الإصابة والفرق بين قبل وبعد وأثر المرض عليه.

-المحور الرابع: وناقشنا فيه النشاطات الممارسة بعد الإصابة.

-الهدف من وضع هذا المحور: معرفة النشاطات الممارسة التي نقوم بها

المفحوص ودور المرض في تغيير نشاطاته.

-المحور الخامس: ويتعلق بالجانب العلائقي للمريض ونظرته لنفسه.

-الهدف من هذا المحور: هو معرفة ما إذا كان تلقي المفحوص دعما من عائلته

التي تلعب دورا هاما في تحسين حالته النفسية والتعرف أيضا على طموحاته ومشاريعه

المستقبلية والتغيير الذي طرأ بعد الإصابة بالمرض.

4-2-الاختبار الاسقاطي الرورشاخ:

4-2-1-اختبار الرورشاخ:

هو اختبار للشخصية صممه السيكرتي السويسري هرمان رورشاخ " Hermann

Rorschach" سنة 1920، يتكون الاختبار من عشرة لوحات على كل منها "بقع حبر" مختلفة

الأشكال، والألوان كما تشتمل هذه اللوحات على فراغات بيضاء أيضا.

وتفسير اختبار الرورشاخ هو تفسير ديناميكي، يحاول أن يبين العلاقات المتبادلة

والمختلفة للعمليات التي تدور بداخل الشخصية، وبالتالي فإن إدراك المفحوص ليقع الحبر

يعكس ديناميكية شخصيته، بحيث تتمثل معالم هذه الديناميكية في: القدرات المعرفية العقلية،

الإبداعية والتحليل وطريقة مراجعته للمواقف والمشاكل التي يواجهها. كذلك الديناميكية

الانفعالية، من قلق، انقباض، ميولات جنسية واتجاهاته نحو ذاته ونحو الآخرين، إضافة لقوة

الأنا في مواجهة الواقع، وأنواع الصراع وما يلجئ إليه المفحوص من ميكانيزمات دفاعية للتعامل مع الصراع.

- تتمثل خصوصية هذا الاختبار في كونه فضاء للتفاعل والتداخل بين الواقع والخيال المدرك والهوام، بحيث تواجد هاذين القطبين في مختلف المراحل التمرير وقليل البيانات فالتوازن يتجلى من خلال القدرة على بناء إجابة تأخذ بعين الاعتبار الواقع والخيال أما الاختلال فيترجم إما بانعدام أو طغيان الخيال أو بفشل الإدراك. (Chabert.c.1983, p.182)

4-2-2- وصف مادة اختبار الرورشاخ:

يتألف الاختبار من عشرة صور، تتكون كل صورة من أشكال متماثلة على نحو بعدين حين نلقى نقطة حب كبيرة على ورقة بيضاء ثم نطوي الورقة ونضغط عليها قليلا فتخرج أشكالا مختلفة متماثلة، وعلى الرغم من أن بطاقات الرورشاخ منها هذه الصور العشر لأنها تعطي أكبر قدر ممكن من الاستجابات المختلفة لدى أشخاص مختلفين.

(سي موسى، 2007، ص.81)

4-2-3- المحتوى الظاهر للوحات:

إن اللوحات الأولى، الرابعة، الخامسة والتاسعة تظهر على أنها لوحات متماسكة تسهل تناول إدراكي شامل ومحدد، تسهل هذه اللوحات إسقاط الصور التي تدل على تصور الذات في علاقة مباشرة مع مفهوم الهوية، أما اللوحات الثانية، الثالثة والسابعة فهي مكونة وفق شكل ثنائي الجوانب، وهي مرتبطة بالتصورات العلائقية.

- البعد الجسمي والخصائص اللونية:

إن اللوحات الأولى، الرابعة، الخامسة، السادسة لوحات سوداء، جد حساسة تبعث إلى الغموض وهي تعتبر مقلقة وباعثة للكآبة، أما اللوحات الثانية والثالثة تطلق عليها تسمية

اللوحات الحمراء، تظهر فيها الثنائية واللون الأحمر معا، ما يقود إلى تحريض عبور الحركات النزوية المستدخلة أولا في نشاطات جنسية عدوانية.

اللوحات الفاتحة الثامنة، التاسعة والعاشر تستلزم عمليات نكوصية، مرتبطة بألوان اللوحة والاسترخاء التدريجي أثناء التمرير، أما اللوحة السابعة فهي منفردة يميزها اللون الرمادي وانفتاحها على مساحة بيضاء واسعة. (Chabert, 1998, p48-50)

4-2-4- المحتوى الكامن للوحات:

أما فيما يخص المحتوى الكامن للوحات فهو يمكن الأخصائي النفسي في تكوين فكرة واضحة على طبيعة السير النفسي للمفحوص.

ما يميز اختبار الرورشاخ بخصائص موضوعية من حيث الشكل واللون إلا أنها في نفس الوقت متهمة، غير مكتملو وغامضة وهذا بشكل متفاوت حسب اللوحات، هذه الخصائص تكمن من وضع افتراضات من شأن الدلالة الرمزية لهذه اللوحات فيتمركز الإنتاج الإسقاطي الذي يقدمه المفحوص حول مضامين خاصة تعكس انشغالاته، صراعاته ورغباته حيث هناك تكرار لمضامين تعود بصفة منتظمة في بعض اللوحات دون غيرها جعل المختصين يتساءلون حول الاستثمارات الهوائية الرمزية لمادة اختبار الرورشاخ فنخلص هؤلاء إلى عدم اختبار الرورشاخ كمادة محايدة بل هو موضوع مرتبط بالواقع، رغم أنه غامض على مستوى الإدراك يتميز بخصائص تسهل وتستثير عمل التداعيات وفق رمزية معينة.

وفي السياق، تحدث عدد من الباحثين أمثال مينكوفيسكا، أنزيووتروبنبرغ عن دلالة اللوحات أي تفسيرات رمزية للوحات، الشيء الذي يمكننا من الانتقال في تحليل الإجابات من المستوى الواقعي الإدراكي إلى مستوى التحليل الرمزي، فحسب تروبنبرغ يتم تحليل بروتوكولات الرورشاخ وفق محتوى الظاهر الكامن للوحات من خلال السياقات النفسية وعمل الإحصاء. (Chabert.c.1983, p 140)

الصورة الجسدية:

يعرف اختبار الرورشاخ كأحد الاختبارات المثيرة لصورة الجسد وحدوده، وهذا من خلال مادته أي التنظيم المكاني للوحات، فاختبار الرورشاخ حسب "شابير" "Chabert.c" يظهر المثير على أنه موحد أو مبعثر، ثابت أو غير ثابت، محدد أو غامض ممتد أو مجتمع وخاصة مبني ولكن غير تام، كلي وفي نفس الوقت غير كامل، ممتلئ ومجوف، فيقوم الفرد إذا بتنظيم هذا المثير حسب جسده فيسقط عليه جسده الخاص.

(Chabert.c.1983, p141, 142)

وعليه فيما يخص اللوحات المثيرة لإشكالية الجسد، نجد أن اللوحات ذات البقع المتماسكة تسمح بشكل غير مباشر بإسقاط الجسد في حين تسمح اللوحات الأخرى بظهور قلق الانقسام واختيار قدرات التوحيد لدى الفرد وكونها لا تتوقف على مواقف ثابتة. وتمتحن صورة الجسد من خلال اللوحات غير المتماسكة ذات الهيئة الثنائية وهي اللوحة الثانية والثالثة والسابعة.

- الهوية واستثمار صورة الذات:

ان الشعور بالهوية مرتبط ببناء صورة الجسد، هذه الصورة مشحونة بمعاني مختلفة فهي تركز حولها استثمار الذات الآخر وبالتالي تعكس معنى علائقي وجداني مع المحيط أي أن هذا يعني التمييز بين الفرد والموضوع من جهة والاعتراف بالانتماء الى العالم البشري من جهة أخرى سبلورة الهوية نقصد بها الوصول الى التميز والتفرد هذا الأخير يظهر من خلال اختبار الروشاخ ومن خلال التميز والفصل بين المحتويات الإنسانية والحيوانية والنباتية.

(بلهوشات رفيقة, 2007, ص112)

- التحديد الجنسي ونماذج التقمصنات الجنسية:

تتضمن لوحات الروشاخ الموحية للرمزية الجنسية المفهوم الأساسي للازدواجية الجنسية النفسية من خلال احتواء اللوحات على عناصر ترجع للجنسين، غير أن هيمنة بعض العناصر

في لوحات معينة يجعل من هذه الأخير لوحات أما أنثوية أكثر كاللوحات الثانية، السابعة، التاسعة نظرا لتمييزها بخاصية الفراغ أو لوحات ذكرية لما تحمله من رمزية قضيبية كالوحدات الثانية، السادسة واللوحتان الثانية و الثالثة تستدعيان آليات تقمص لنماذج جنسية تترجم بتصورات خاصة بمواقف نشطة أو سلبية تعبر عن الاختيارات في مجال الأدوار الجنسية. (Chabert.c.1983.p59)

- تصور العلاقات:

ان خصائص بعض اللوحات المتميزة بإيحائها لصور إنسانية أو حيوانية تبعث للعلاقات إضافة لكونها ذات هيئة ثنائية تجعل هذه لأخيرة لوحات تستثير تداعيات علائقية، ترتبط بالصور الذاتية الوالدية وبأنماط العلاقات مع هذه الصور ومواضيع الحب والكراهة. (بلهوشات رفيقة, 2007, ص.132)

ونجد اللوحات الثانية والثالثة والسابعة، أكثر اثارة للتداعيات العلائقية إضافة الى اللوحات الملونة الثامنة والعاشرة والتي يمكن ربما الاستشارات التروية المثارة فيها بالتجارب العلائقية المبكر مع المحيط. (Chabert.c.1983.p59)

4-2-5- عرض الإشكاليات حسب كل لوحة:

تبعث هذه اللوحة بقوة إلى الصورة الجسدية كما تكشف عن هشاشتها فبلورة الصورة الجسدية تظهر في هذه اللوحة من خلال القدرة على إعطاء إجابة موحدة ومركبة سواء كان محتواها إنسانيا أم لا، فالقدرة على إعطاء إجابة ميتذلة (خفاش، فراشة) في هذه اللوحة يمكن اعتباره دليلا على إدماج جيد للوحدة الجسدية ككل. على المستوى الرمزي يمكن لهذه اللوحة أن تبعث

على النرجسية وتصور الذات أو إلى العلاقات الموضوعية كالعلاقة بالصورة الأمومية.

- اللوحة الثانية:

يمكن أن تبعث إلى تصورات قديمة يدرك الفراغ الأبيض على أنه داخلي ونقص في الجسد هذه اللوحة أيضا إلى قلق الخواء.

(RauchedeTraubenberg.N.1981.pp, 192,193)

- اللوحة الثالثة:

تتمحور هذه اللوحة أولا على تصور الجسد البشري ككل، كما تبعث هذه اللوحة نحو سياقات التقمصات الجنسية حيث تحمل رمزية جنسية ثنائية، كما تشير هذه تداعيات علائقية ذات الاستثمارات النزوية اللييدية والعدوانية.

- اللوحة الرابعة:

تبعث هذه اللوحة نحو السلطة، نظرا لكثافتها وخصائصها الحسية، كما قد تثير تصورات قضية قوية، كما تبعث هذه اللوحة نحو وضعيات بالنسبة للعلاقات التقمصية في قوتها أيضا صورا للعظمة والقوة، تظهر من خلال إجابات من نوع: عملاق، وحش، غول، لا تكون هذه الصور ذات قيمة إيجابية إلا إذا كانت تعبر عن اندماج جيد لبناء جسدي محدد.

(Rauche de Traubenberg.N.1981.pp, 192,193)

- اللوحة الخامسة:

تبعث هذه اللوحة نحو تصورات الذات، إشكالية الهوية وليس فقط نحو صورة الجسد، كما تحمل هذه اللوحة أيضا حساسية اتجاه ما يعود للهشاشة النرجسية.

- اللوحة السادسة:

بالرغم من أن هذه اللوحة متماسكة وذات بنية متناظرة إلا أنها لا ترجع مباشرة لصورة الجسد حيث يغلب على هذه الصورة الرمزية الجنسية، فمثلا إجابة زهرة في الجزء السفلي يعني العضو الجنسي للمرأة. (Lbid, 1981, pp192, 193)

- اللوحة السابعة:

تبعث هذه اللوحة نحو الرمزية الأمومية، حيث تظهر هذه الأخيرة أنماط العلاقة مع الصورة الأمومية من الأكثر بدائية إلى الأكثر تطورا، كما تبعث هذه اللوحة أيضا نحو إبراز العلاقات المبكرة على مستوى التقمصات.

- اللوحات اللونية:

- اللوحة الثامنة:

يمكن لهذه اللوحة أن تستثير استجابات عضوية أو من نوع الأحشاء أو العظام أو تداعيات جزئية، كما أنها لوحة تبعث إلى نوعية الاتصال مع العالم الخارجي.

- اللوحة التاسعة:

تبعث غالبا نحو تداعيات تثير ظهور ما بداخل الجسم، اضطراب الحدود بالخلط بين الداخل والشفافية الغلاف الجسدي، كما تحمل هذه اللوحة أيضا الرمزية الأمومية حيث تسهل الرجوع إلى العلاقات المبكرة. (Rauche de Traubenberg, N .pp, 196,197)

- اللوحة العاشرة:

هذه اللوحة تمتاز بالتبعثر في شكلها يجعلها تمتحن مدى قدرة الفرد على توحيد الصورة الجسدية، فهي تستدعي إمكانات التركيب والتنظيم كما تختبر قدرات الفرد على التوحيد خاصة توحيد الجسدية لذلك يمكن اعتبار اللوحة (X) تبعث على الفردانية والانفصال.

(بلهوشات رفيقة، 2000، ص 11)

- تطبيق اختبار الرورشاخ:

يتم تطبيق اختبار الرورشاخ على مراحل، تعتبر أولها مرحلة التطبيق، وتتمثل في تطبيق لوحات الاختبار للمفحوص واحدة تلو الأخرى حتى آخر لوحة، ويقوم الفاحص بتدوين كل إجابات المفحوص، وملاحظة كل سلوك صادر عنه مع تسجيل زمن الرجوع الخاص بكل لوحة، والمدة الإجمالية المستغرقة فيها.

وبعدها تأتي مرحلة التحقيق التي يعيد فيها الفاحص من خلالها تقديم كل اللوحات الواحدة تلو الأخرى، أو بعضها فقط الذي يحتاج فيها إلى توضيحات معينة، بهدف تحديد العناصر ذات الأهمية في التقيط وتحليل البروتوكول، حيث يساعد التحقيق على حصر الدينامية النفسية للشخصية التي دفعت الفرد إلى إعطاء تلك الإجابات.

أما المرحلة الثالثة في التطبيق فهي اختبار الحدود، التي ينتقل إليها الفاحص في حالة انعدام أو نقص نمط معين من الإجابات في البروتوكول، كقلة الإجابات الشائعة أو انعدام التصورات البشرية أو انعدام نمط معين من طرق تناول، أو حتى غياب الاستجابات اللونية في اللوحات (X. IX. VII).

(Chabert, 1983, p38)

وأخيرا ينتقل الفاحص إلى اختبار الاختيارات، وهو جزء من التطبيق يأتي بعد التحقيق، يقترح الفاحص من خلاله على المفحوص أن يختار من بين العشر لوحات اللوحات اللتان أعجب بهما أكثر من الأخريات ثم اللوحات اللتان لم تعجبه مطلقا، أي التي كرههما أكثر من الأخريات. (Chabert, 1983, p36)

ونشير إلى أن تطبيق اختبار الرورشاخ يعتبر عملية متواصلة منذ بداية التطبيق إلى نهايته، فالفاحص منشغل طوال الوقت التطبيق بتدوين إجابات المفحوص، وملاحظة سلوكاته أثناء الفحص، وكذا تدوين زمن الاختبار (زمن الرجوع، الزمن المستغرق في كل لوحة، الزمن المستغرق في كل اختبار).

➤تعليمية المرحلة الأولى: (التمرير العفوي)

أحدث عل التعليمية الأصلية للرورشاخ "ما يمكن أن يكون هذا" العديد من التعليمات من بينها تذكر تعليمية أنزيو وهي "المطلوب منك أن تقول ما الذي يمكن رؤيته من هذه البقع"، إضافة إلى التعليمية الموضوعة من قبل شاير المتمثلة في "سوف أقدم لك عشر لوحات عليك أن تقول لي فيما تجعلك تفكر وما الذي يمكن أن تتخيله انطلاقا من هذه اللوحات" (Chabert.c. 1983, p28)

➤تعليمية المرحلة الثانية: (التحقيق)

مع بداية مرحلة التحقيق الهادفة للحصول على توضيحات أدق حول إجابة المفحوص، يقوم الفاحص بإلقاء التعليمية التالية "سنأخذ اللوحات من جديد وحاول أن تقول لي ما دفعك للتفكير فيما قدمته من إجابات وعلى ماذا اعتمدت في إعطاء إجابتك وإذا راودتك أفكار أخرى يمكن الإدلاء بها"

هذه التعليمات هي الأخرى تم صياغتها الدارجة وكان إلقاؤها كالتالي " ضك نعاودو نرفدو الصور، وتوريلي وين شفت واش قتلي، أواش خلاك تشوف واش قتلي اللون ولا الشكل ولا حاجة واحدة أخرى، وإذا عندك إضافات أخرى تقدر تقولها". (Chabert.c, 1983, p.35)

➤تعليمات التحقيق حول الحدود: (اختبار الحدود)

فينتقل إليها الفاحص عندما ينعدم أو ينقص نمط معين من الإجابات في البروتوكول، كتلة الإجابات الشائعة أو انعدام التصورات البشرية، أو إعدام نمط معين من طرق التناول، أو حتى غياب الاستجابات اللونية في اللوحات X. IX. VII.

(Chabert.c, 1983, p.89)

➤تعليمات اختبار الاختيارات:

وهو جزء من التطبيق يأتي بعد التحقيق، يقترح الفاحص من خلاله على المفحوص من أن يختار من بين العشر لوحات اللوحات اللتان أعجب بهما أكثر من الأخرى، ثم اللوحات اللتان لم تعجبه على الإطلاق، أي اللوحات اللتان يكرههما أكثر من اللوحات الأخرى.

(Chabert.c, 1983, p.89)

4-2-7- التنقيط:

التنقيط الكمي للورشاخ: - المخطط النفسي:

كل إجابة على لوحات الورشاخ يجب أن تقيم حسب ثلاثة معايير تصنيف رئيسية وذلك على أساس الأسئلة التالية:

- ما هو نمط إدراك البقعة؟ هل أدركت كلها أم جزء منها؟

- ما هو المحدد الذي أثار إجابة؟ الشكل، اللون، الحركة؟

- ما هو محتوى الإجابة؟ إنساني، حيواني، تشريحي، جغرافي...؟ هل هي إجابة شائعة أم أصلية؟
(C.Beizman, 1982, p 32)

وفي هذه المرحلة يقوم الفاحص بترجمة استجابات المفحوص إلى رموز ووضع كل ما يقوله هذا الأخير في صورة مختصرة متفق عليها، ولم تدخل تعديلات كبيرة على الرموز التي وضعها هارمان الرورشاخ بنفسه ومعظم هذه الرموز تشكل الحروف الأول أو مجموعة من الأحرف الأولى من الكلمة التي تضاف نمط الاستجابة التي تمثل مكون من مكونات الاختبار.

➤ التقييم الكيفي:

بعد الانتهاء من تقييم الاستجابات يقوم المصحح بجمع عدد من الإجابات المتعلقة بكل معيار ثم يعد مختلف النسب المئوية وينشأ مجموعة العلاقات مختصرة في صيغة خاصة للمفحوص التي نجد منها نمط الإدراك، نمط الرجوع الداخلي، النسب المئوية للإجابات الحيوانية، كل هذه التقييمات العددية والتي تضاف لإليها مجموعة معايير دالة غير رقمية (الصدمة، الرفض، المثابرة، الملاحظات الوصفية) تكتب على جدول من خلاله يقوم الفاحص بتكوين المخطط النفسي
(C.Beizman, 1982, p 74)

كيفية تحليل النتائج:

➤ طريقة وخطوات تحليل بروتوكولات الرورشاخ:

كما هو معمول به، قمنا في البداية بقراءة أولية شاملة للبروتوكول لمعرفة ما إذا كان يغلب عليه الكف أو المواظبة والتكرار، وما إذا كانت الاستجابات قليلة أو كثيرة ومتنوعة، أو هناك تركيز على نوع واحد منها لتكوين صورة عامة عن البروتوكول، لنتطرق بعدها إلى التحليل المفصل.

- التتقيط:

نقطنا البروتوكولات معتمدين على دليل تتقيط اختبار الرورشاخ لبينز مان Beizman (1966). قمنا بتحديد موقع الاستجابات، إذا ما كانت شاملة (G)، أو جزئية (D)، أو جزئية صغيرة (Dd)، أو كانت تتعلق بفراغات اللوحة (Ddl)، ثم تعيين محدد للإجابة، أي إذا ما كان شكلي (F)، أو لوني (C)، أو حركي (K)، أو تضليلي (E)، أو من نوع لاستجابات الفاتحة القائمة (clob). في تطرقنا الى محتوى الاستجابات اذا ما كان انساني (H) أو حيواني (A) أو تشريحي (Anat.) أو نباتي (Bot)، وما الى ذلك من المحتويات الأخرى كما وضعنا بعض الملاحظات الإضافية كالرفض و الاختيارات .

- التحليل الكمي:

تم القيام بجملة من الحسابات قصد تحديد النسب المئوية للأهم العناصر الاختيار، كالنسب المئوية لطرق التناول والمحددات والمحتويات كما قمنا ببعض المعاملات البسيطة كنمط الصدري الداخلي، تكمن العمليات الحسابية من معرفة نسبة بعض عناصر السيكو غراف وبالتالي معرفة مدى التوازن في استعمال طرق التناول الشامل الجزئية والاستجابات الشكلية، والشكلية الإيجابية، والحركية واللونية، وكذلك نسب المحتويات الحيوانية والإنسانية والتشريحية.

واعتمدنا في دراسة نسب طرق التناول والمحددات والمحتويات على قوانين موضوعة خصيصا للتحليل الكمي، وهي غالبا عبارة عن قسمة قيمة العنصر على العدد الإجمالي للإجابات ضرب مائة، نتوصل في الأخير الى معرفة نسبة مختلف أنماط طرق التناول والمحددات بأنواعها، والمحتويات فمن التحليل الكمي تعرضنا الى النقاط التالية:

- الوقت والإنتاجية: ويهدف هذا العنصر الى التعرف على المدة التي استغرقتها المبحوث في الاختبار ومقارنتها بالإنتاجية، وكذا وزن الكف والصدمات في البروتوكول، إضافة الى الملاحظات التناظر واستجابات الرفض والمبتذلة.

- طرق التناول: ويهدف هذا العنصر الى معرفة مدى توفر البروتوكول على طرق تناول متنوعة، أو إذا كان هناك اقتصار على نمط واحد منها فقط، ذلك أن الاقتصار على نمط واحد قد يقلل من النوعية الجيدة للبروتوكول.

- المحددات: وهنا نلاحظ مدى توفر المحددات الشكلية والحركية والحسية في حدود المعيار، أم هناك اقتصار على نمط واحد فقط، إضافة الى التركيز على نوعية هذه المحددات.

- المحتويات: نلاحظ من خلالها مدى توفر محتويات بشرية وحيوانية وتعاين أيضا نوعية هذه المحتويات إذا كانت سليمة أو مشوهة أو ارتباطها بأكثر من محتوى.

وحديثنا عن النقاط السالفة الذكر المقص منها هو أخذ صورة واضحة عن أداء المفحوصين، لأن تحقيق قدر من التوازن في عناصر الاختبار هو بمثابة مؤشر عن الهوية المتماسكة في مجابهة الصرعات وقدرته أيضا على احتواء القلق والتهديد.

ب -التحليل الكيفي:

-السياقات المعرفية:

ومن خلالها نتعرف على نوعية العمليات الفكرية وذلك بالرجوع الى نوعية الإجابات الشاملة البسيطة التركيبية ثم نوعية الإجابات الجزئية، واجابات الفراغ الأبيض (Ddl)، وكذلك دراسة المحددات الشكلية والحركية، ونسبة الإجابات الشكلية الإيجابية.

- الديناميكية الصراعية: وهنا يتم دراسة نمط الصدى الداخلي وذلك بتناول الاستجابات الحركية بأنواعها المختلفة (الحركية الكبيرة، الحركية الحيوانية، الحركية الجزئية) والاستجابات الحسية بأنواعها أيضا (اللونية الخالصة اللونية الشكلية والشكلية اللونية) وأيضا معرفة نسبة الإجابات اللونية. (Beizman.c.1966.p90)

❖ جزء من التحليل الروروشاخ مؤشر حاجز اختراق لتحديد نوعية الحدود الجسدية:

في إطار الأبحاث أقيمت حول الصورة الجسدية والشخصية قام الباحثان الأمريكيان فيشر وكلايفلوند (Ficher et Chevelanf) بعزل متغيرين يتم استخراجهما انطلاقاً من اختبار الروروشاخ هما متغير حاجز واختراق.

في مجال التطبيق السيكوسوماتي لاحظ الباحثان ما يلي:

- المصابين بأعراض تمس الأعضاء الخارجية من الجسم تكون لهم تصورات خاصة بالحدود أين يمثل الجسم حاجز حماية.

- أما الأفراد المصابين بأعراض تمس الأعضاء الداخلية فتكون تصوراتهم متعلقة بجسم سهل الاختراق وخالي من حاجز الحماية.

كما أشار الباحثان إلى أن التصورات تكون موجودة قبل ظهور الأعراض.

- شبكة تحليل المؤشر حاجز اختراق:

نحاول تنقيط هذين المتغيرين انطلاقاً من بروتوكولات الروروشاخ مع الأخذ بعين الاعتبار المعيار B4/2P بالنسبة للحالات العادية واعتماداً على التنقيط الذي اقترح من طرف Masling:

أ- المتغير حاجز: متغير حاجز يأخذ ثمانية فئات من المحتويات وفئة واحدة متنوعة، وهذه الفئات هي:

1- ملابس معروف بوضوح أو متعارف عليها بوضوح: مثلاً رجل بملابس النوم، طقم مطبخ، تاج، طوق.

2- حيوانات لديهم جلد محدد مثلاً سنجاب، تمساح...

- 3- فتحة واضحة المعالم ومحددة بصرامة مثلاً: بئر، منجم، بركان...
 - 4- محتويات حيوانية غير معتادة: ضرع، ثدي، قطة منتفخة...
 - 5- مساحات أو سطوح تستعمل للحماية مثل: مضلة، درع.
 - 6- مواضيع محمية أو مصفحة (Blindés)، ترسانة حربية...
 - 7- مواضيع مغطاة أو مخفية مثل حطبة، مغطاة بالطحلب، رجل مغطى بغطاء...
 - 8- أشكال محتويات غير مألوفة: مزمار، القرية (Cornemuse)...
- متنوعة: صندوق، ملعقة، قفة، tuyau.
- ب-المتغير اختراق: متغير اختراق يأخذ سبعة فئات من المحتويات وفئة واحدة متنوعة:
 - 9- فم مفتوح مثل كلب يأكل، شخص يتشاءب...
 - 10- مواضيع تقتحم أو تخترق مثل جهاز الأشعة، أجهزة تسمح بإلقاء نظرة من داخل الجسم.
 - 11- حاجز جسدي مكسر أو مجزأ مثل دودة مسحوقة، شخص ينزف، (مجروح).
 - 12- فتحة أرضية دون حدود واضحة بئر دون عمق (قعر) ينبوع بلا مجرى.
 - 13- جميع الفتحات: نافذة، فتحة جسدية...
 - 14- مواضيع غير متماسكة وبال حدود ملموسة: لحية شبح، طيف...
 - 15- مواضيع شفافة، نافذة...
- متنوعة مثلاً: لعبة ورق (Puzzle) مبعثرة، لباس شتوي ريشي ممزق Vest de fourrure déformée...

ينتج ثلاث أنماط من خلال العلاقة بين المتغيرين P و B وذلك حسب ما تراه (N.R.de Truabenberg 1983) وهي:

الحالة الأولى: حيث توافق المعايير العادية لفيشروكلافلاند (2P/4B). وهي تشير إلى إدراك مناسب للحدود، حيث تتميز بليوننة تسمح بالتعامل مع العالم الخارجي والعالم الداخلي، كونها حاوية للعناصر النفسية.

الحالة الثانية: تشير إلى إفراط في استثمار B، وبالتالي إفراط في استثمار الصورة الجسدية مما يدل على صلابة التنظيم الدفاعي والذي يحدث كف للسيرورات الإبداعية، ومن هنا يحصل إلغاء التعبير الهوامي على حساب استثمار الإدراك، مما يشير إلى فشل ما قبل الشعور في القيام بوظيفته.

الحالة الثالثة: وتوافق ارتفاع عدد الأجوبة P والتي تشير إلى فشل الجهاز الدفاعي الناتج عن الاحتياج النزوي أو احتياج السيرورات الأولية.

(باجي نعيمة، 2008، ص 86-87)

❖ سلم المواقف الوالدية لتحديد نوعية التعلق الوالدي عند كل البحوث:

❖ كيفية تطبيق الاستبيان: يتم تقديم الاستبيان للمبحوث بالطريقة التالية:

(لديك استبيان المواقف الوالدية أي كيفية تعامل والديك معك عند ماكنت طفلا صغيرا إلى غاية 10 سنوات، قم بقراءته ثم بملئه وفق التعليمات المنصوص عليها).

- إذا كان المبحوث يتميز بمستوى دراسي معين يملأ الاستبيان وفي حالة عدم الفهم أو غموض ما نتدخل من أجل توضيح أكثر.

- يتم تسجيل كل التعليقات بما فيها لإيماءات والانفعالات السلوكية المقدمة من طرف المبحوث.

- لإجابة على الاستبيان تكون خلال حصة واحدة.

❖ تحليل استبيان المواقف الوالدية:

❖ التحليل الكمي: يكون التحليل الكمي بإتباع الخطوات التالية:

- وضع الجدول يحتوي على ثلاث أعمدة.
- في العمود الأول نضع اسم المخطط، في العمود أو الخان الثانية نكتب كلمة (أم)، PL في العمود الثالث فنكتب كلمة (أب).
- نملاً العمود الأول بأسماء المخططات واحدة تحت الآخر ونكتفي بوضع حرفين فقط وإن دعت الحاجة لذلك.
- بذلك يصبح جدولنا يحتوي على ثلاث خانات عموديا و 17 خانة أفقيا تحتوي على بنود المخطط من 1 إلى 17، فيصبح بذلك لدينا هذا الجدول:

أب	أم	اسم المخطط
		1- الحاجة إلى العاطفة (Ed) (Carence affective)
		2- الرفض (ab) (Abandon)
		3- الشك والحذر (ma) (Méfiance)
		4- التسامح (Vn) (Vulnérabilité)
		5- التبعية (Dépendance et incompetence)
		6- النقص والعاهة (imperfection)
		7- الفشل (échec)
		8- الانقياد (Asuujetissement)
		9- التضحية بالنفس (Sacrifice de soi)
		10- مقتطيات عالية (Exigences élevées)
		11- كل حقوقي (Tout m'est du)
		12- غياب الرقابة (Manque d'autocontrôle)

13-	علاقات إلتحامية	(Relation Fusionnelle)		
14-	عدم التسامح مع الأخطاء	(Unlénérabilité aux erreurs)		
15-	رقابة غريزية	(Contrôle émotionnel a outrance)		
16-	الصرامة	(Sévérité)		
17-	البحث عن معايير اجتماعية	(Recherche d'approbation social)		
	المجموع			

❖ بعد الانتهاء من ملأ الجدول يكون التحليل بإتباع الخطوات التالية:

- وضع جدول يحتوي على ثلاثة أعمدة.
- نضع اسم المخطط في العمود الأول للجدول، وفي الخانة نكتب كلمة (أم)، أما في العمود الثالث نكتب كلمة (أب).
- نملأ العمود الأول بأسماء المخططات واحد تحت الآخر ونكتفي بوضع حرفين فقط إن دعت الضرورة لذلك.
- بذلك صبح جدولنا يحتوي على ثلاث خانات عموديا و17 خانة أفقيا على بنود المخطط من 1 إلى 17.
- يكون تصحيح الاستبيان بحساب عدد الإجابات 5 و6 بالنسبة للأسئلة من 1 إلى 5 وذلك لكل من الأب والأم، أما بقية الأسئلة فنحسب فسها عدد الإجابات 1 و2 بالنسبة لكل من الأب والأم دائما.

بعد الانتهاء نقوم بحساب مجموع العلامات المحصل عليها لكل من الأب والأم.

- 1- في حالة وجود مجموع العلامات الخاصة بالأم أقل من مجموع العلامات الخاصة بالأب فإننا نقول إن المبحوث صاحب الاستبيان له تعلق والدي آمن.

- 2- في حالة وجود مجموع العلامات الخاصة بالأم مساوي بمجموع العلامات الخاصة بالأب فإننا نقول إن المبحوث صاحب الاستييان له تعلق مضطرب وهو عموما غير آمن.
- 3- في حالة وجود مجموع العلامات الخاصة بالأم أكبر من مجموع العلامات الخاصة بالأب فإننا نقول أن المبحوث له تعلق والدي غير آمن.

خلاصة الفصل:

تم الاعتماد في هذا البحث على المنهج العيادي الذي يقوم على الدراسة الحالات الفردية، حيث تم مقابلة المفحوصين في مستشفى الزهراوي بالمسيلة. بالضبط في مصلحة تصفية الدم، أين تم تطبيق معهم المقابلة العيادية نصف موجهة والاختبار لإسقاطي الرورشاخ على الحالتين المصابتين بالقصور الكلوي المزمن وبعد ما تم الحصول على بروتوكولات الرورشاخ للحالتين ولإطلاع عليه، سيتم في الفصل الموالي عرض النتائج المتحصل عليها من التطبيق المقابلة العيادية والاختبار الرورشاخ ومن ثم تحليلها م مناقشتها للوصول الى نتيجة علمية تؤكد تحقق الفرضيات من عدمه.

الفصل السادس

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

1- عرض وتحليل النتائج

2- مناقشة النتائج المقابلة واختبار الرور شاخ واستبيان المواقف
الوالدية للحالتين.

3- استنتاج عام

1- عرض وتحليل الحالات

1-1- الحالة الأولى "نسرين":

1-2- تقديم الحالة (البيانات الشخصية):

1-3- عرض وتحليل المقابلة:

نسرين تبلغ من العمر 27 سنة، عذباء، متحصلة على شهادة الليسانس أدب عربي، مصابة بمرض القصور الكلوي المزمن منذ 3.5 سنوات.

تم إجراء المقابلة العيادية في مستشفى الزهراوي بالمسيلة وبالضبط في مصلحة تصفية الدم، وأول ما شعرنا به تقديم أنفسنا كطلبة علم النفس العيادي، وأنا بصدد تحضير مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر. أين طلبنا الإذن بإجراء المقابلة معها ووافقت دون تردد في تزويدنا بالمعلومات اللازمة.

وأول ما بدأنا به هو الحديث عن الجانب الصحي للحالة حيث تبين لنا أنها لا تعاني من أي أمراض أخرى غير القصور الكلوي المزمن الذي أصيبت به منذ أن بدأت وظائف الكلى تتوقف فكان لزاما عليها التصفية بالدياليز وكان ذلك منذ 3 سنوات كاملة،" درت التحاليل وقالولي لازم ديري الدياليز ودرت وقتها زوج حصص في الأسبوع " وهنا عرفت الحالة نسرين " ضرورة الخضوع لحصص التصفية بالدياليز، ومع العلم أنه لا يوجد أحد في العائلة "الحالة" مصاب بمرض القصور الكلوي "ما كاش في لافامي نتاعنا عندو هذا المرض غير أنا الأولى محسوب أنا دشنتهم أنا الأولى" وهذا يثبت أن أسباب المرض لا تعود لأسباب وراثية، وفيما يخص ردود الفعل المفحوصة اتجاه الإصابة فردة فعلها كانت على حد قولها عادية " أول ما عرفت تقبلت ما حسيت بحتى حاجة في تلك اللحظة وقاومت على عكس أهلي حتى الألم ما تألمتش" ونلاحظ هنا في استجابة المفحوصة تصفها أن ردت فعلها عادية جدا اتجاه هذا المرض ونلاحظ هنا الصدمة الأولية ناتجة عن تشخيص المرض ولكن أثناء طرحنا لهذا

السؤال ترددت قبل الإجابة عليه وكانت تقوم بإيماءات برأسها وكأنها نوعا ما بدأت تتقبله ربما هذا راجع إلى تكيفها مع المرض لأن فترة علاجها تجاوزت ثلاثة سنوات أو يمكن إرجاعها لعدم تقبلها للدياليز وهي تنفي ذلك، أو يرجع ذلك لعدم معرفتها وخبرتها بالدياليز " أول مرة مرة ماحبيتهاش رفضت حاجة في ذراعي تقييري-تحدث صوتا-" "ماكنتش حابة نشوفو لخاطر هو بمثابة إنقاص سريع وخلاص" ومن خلال كلام المفحوصة نلاحظ أن الدياليز أثر نوعا ما على حالتها النفسية " نحس روعي مقيدة" بصح لجوئي إلى الله وتمسكي بالدعاء ...

أما عن فكرة إصابتها بمرض القصور الكلوي المزمن وعلى حد تعبيرها" بديت نتقلق بعد فترة لخاطر حسيت روعي تبدلت لخاطر دارنا بداو يتقلقو عليا وحسيت روعي تعطلت على الحياة الطبيعية" بصح الحاجة الوحيدة لي درتها هي لجوئي إلى الله وتمسكي بالدعاء وقوات علاقتي بري سبحانوا-ونلاحظ من كلامها لجأت إلى سند ديني يقوي من عزميتها ويعينها على تقبل مرضها وهو إيمانها بالله سبحانه وتعالى أي لا تسبب لها الألم النفسي ولا الألم الجسدي في حالة التصفية.

أما فيما يخص نظرتها لجسمها فتقول مفحوصتنا أن جسمها تغير حتى ملامح وجهها تغيرت وذلك بقولها عند طرحنا للسؤال " جسمي تغير لخاطر في البداية كنت سميئة ومن بعد وليت نحيفة ومن بعد اسوداد البشرة لخاطر الدم ما هوش نقي" وهنا أظهرت صورة جسم مضطرب نوعا ما بعد خضوعها لعملية التصفية وأيضا بعد وضعها للناصورة "La fistule" وهنا أيضا نلاحظ رفض تغيير واضح "كنت مضطرة ...باش ننقض روعي ماكش عندي وقت باش نفكر" أول مرة ماحبيتهاش نرفض حاجة تقييري في ذراعي " ونلاحظ أن ذراع المفحوصة غير طبيعية ولا تشبه الذراع الأخرى "ظهور انتفاخ غير طبيعي وغير عادي بسبب الناصورة "la fistule" وحسبها كانت تشكل إزعاج في البداية حسبها لكن الأمر عادي بالنسبة لها ولا تهمها نظرة الناس لها ولا تساؤلاتهم حولها ولكن المفحوصة أظهرت مشاعر الخوف اتجاه الناصورة "la fistule" بقولها "كي يرتفع الضغط نحس بيها ونحافظ عليها خاصة أثناء النوم"

وتتجنب حمل الأشياء الثقيلة خوفا من تعطلها وما نلاحظه هنا وهو غياب الأمان والخوف الدائم.

ومن خلال حديثنا معها حول جسمها نلاحظ أن الحدود الجسدية لمفوصتنا تغيرت ويرجع ذلك إلى وضع الناصورة "la fistule" تحت الجلد "حسيت روعي تبدلت" أي تغير في الحدود الجسدية ومن الناحية النفسية فهي عادية "حاليا" وعلى حد تعبيرها "جائتي فترة نقول فيها بلي هذي ماشي ماشي معيشة أفكار سلبية جائتي في وسط المرض بصح تغلبت عليها... يعني شفاء نفسي" وتبدي مفوصتنا عناية جيدة بهندامها وشكلها، أما من الناحية الصحية فهي مواظبة على الحمية "ناكل غير شوية شوية" وفيما يخص ما تمثله آلة الدياليز في حياة المفوصة فكانت استجابتها "هي متنفس بلي يروح الضغط على جسمي" ومن هنا نلاحظ أنها تعطي لآلة الدياليز مكانة كبيرة في حياتها فهي ترمي كل ثقلها على الدياليز، تعطيها فرصة أخرى وتمديد حياتها أو هي الفاصل بين الموت والحياة.

وعن سؤالنا كيف تتخيل حياتها بدون آلة الدياليز استجابة بابتسامة عريضة وعلى حد قولها "بدونها لا أستطيع العيش من دونها" وقولها "أكيد تخطيني نموت" رانا عايشين غير بيها".

. وفيما يتعلق بالمحور الذي نعالج ونناقش فيه النشاطات الممارسة قبل وبعد الإصابة فهناك فرق قبل وبعد الإصابة "كاين فرق ماعدتش كيما بكري مانقدرش ندير حوايجكاين فرق..." ويعود اسبب إلى ما حل بها من تغير في جسمها تعب وأعياء وأيضا إلى "la fistule" وأيضا يرجع الفرق كذلك إلى العياء والتعب الذي ينتج عن التصفية وهذا يمنع مفوصتنا من متابعة حياتها بشكل طبيعي "أحيانا الإرهاق والأغلبية مليحة..." "بصح نخرج عيانة وتعبانة" ونلاحظ أن الإصابة بهذا المرض يعرقل ويعيق ممارسة المفوصة حياتها بشكل طبيعي وعادي ويسبب مشكل في عمل بعض الأشياء "نحس روعي بلي عاجزة..." "ونحس روعي بلي مقيدة ومنقدرش نصبر بصح ضرك راني ملية لخاطر شغلت روعي بالشيخة وقراءة القرآن"

ونلاحظ أن الإصابة بهذا المرض أثر على مفاصفتنا من حيث "التواصل فحسبها" ما نقدرش نساقر بلاصة بعيدة و نقعد فترة طويلة صعب علي ... مثلا الخدمة لازم تكون قريبة لخطر مانقدرش نبعد ... "ولكن ما لا حظناه من حديثنا معها أنها بدأت نشغل نفسها بالقران و تدريسه للصغار وتنشر مقالات ... ورغم تأثير المرض عليها وعن الجانب العلائقي فمفاصفتنا تربطها علاقة جيدة جدا مع عائلتها على حد تعبيرها "أنا البنت الكبرى...." وعائلتها تمثل لها سند قوي وتمنحها كل الدعم "دارنا دائما نستناهم حتى يقولولي كولي هادي ديري هادي" وتكمل نسرین الحديث بأنه في البداية كنت مع خويا يوميا بصح ضرك نقل نتاع المستشفى ومازال خويا يتلقاني " قبل التصفية وبعد التصفية أخ المفحوصة هو الذي يقوم بمرافقتها واعادتها لمتابعة حصص الدياليز وهذه العلاقة تغيرت وأصبح هناك اهتمام أكثر بالحالة ويرجع هذا الاهتمام الى خوف الاسرة على صحة الحالة ومحاولة تقديم الدعم لها وتوفير الراحة لها" نحس بالسعادة.... " ونقول بلي دائما راني في بالهم ونفرح " والحالة "نسرین " نجد أن هذا الاهتمام يشعرها بالفرح والسعادة.

أما فيما تعلق بالمحور الخاص بالحياة المستقبلية لنسرین نجد أن لديها نظرة تشاؤمية اتجاه الحياة المستقبلية لنسرین نجد أن لديها نظرة تشاؤمية اتجاه الحياة و المستقبل وهنا بالضبط نلاحظ من خلال قولها "المستقبل في البداية غامض ونخاف منه بصح ضرك مستقبلي دائما قريب ما نفكرش في البعيد ما نفكرش في نفسي عام عامين بعد مرضي "وهنا كانت تبتسم ابتسامة حزينة" و تقولي زعما نقدر نحقق ما شكيتش " وكأنها تقولي الوقت لا يسمح لي وهذا واضح في قولها العبارة السالفة الذكر و ما لاحظنا من خلال حديثنا معها أنها تخاف من عدم قدرتها على تحقيق ما تريد بسبب مرضها و أيضا ما لاحظناه هو شعور مختلط وممزوج في أن واحد بالتفاؤل و التشاؤم وهناك خوف واضح في عدم قدرتها على تحقيق مبتغاها لكنها أيضا في نفس الوقت لها عزيمة وإصرار وأمل في تحقيق مشاريعها لكنها تخاف كما قالت من

عدم قدرتها بسبب المرض ,كما أن مفحوصتنا أثناء المقابلة طلبت مني ورقة لكتابة مشاريعها المستقبلية حيث رتبها حسب أولويتها وأهميتها بالنسبة لها .

1-4- عرض بروتوكول الرورشاخ للحالة الأولى "نسرين":

الجدول رقم 1 : يمثل استجابات المبحوثة " نسرين "

4	فترة الكمون	مرحلة التمرير texte	مرحلة التحقيق Enquete	Cotation
	" 9/S	حيرة صورة دقيقة تبان ذرة تشبه فراشة	تشبه تقوليها الي [يشوفها بالمجهر . إخترق 2B] تشبه ذرة ماء [D8] تشبه للفراشة تبالي فراشة قاتمة ماتباليش كحلة الجانبين العلوي أزرق والاخضر فاتح، يغلب عليها الأخضر القاتم سماوي، أخضر فاتح. حاجة دقيقة هذي الصورة	GF+obj DF+EA Ban Ne
	" 20/S	(تعجب وتردد) خريطة استراليا وأمريكا الجنوبية لاصقين في بعضاهم. وسط قبة جامع (الفراغ الأبيض) 41 د	الوسط الفراغ الأبيض [قبة مسجد . حاجز 2p] [Db15] الجزء الأحمر العلوي تشبه الرئتين [D2] إجابة إضافية [DCF - Anat]	GF- GEO - Db1 F+Arch
	" 9/S	(دهشة، تتكلم كلام غير واضح) وسط وردة أسفل نخاع شوكي وجهين صادين لبعضاهم 44 د	الوسط الأحمر كرفاطة [D3] . إجابة إضافية. تشبه في الجانبين رجل حيوان من القوارض [D5] زوج وجوه صادين لبعضاهم [D6] نخاع شوكي [D7]	DF+ Bot DF+HAn at DF+Hdk p
	"	(تبتسم...)	حيوان غريب من فوق، نشوف حاجة	DF-obj

GF+(A)k p	الاعلى مفرقات في رأس العام [D3] حيوان [عندوقرون . إختراق 2B ويدقق بعينيه بصح شكلو ماشي مليح	من فوق ألعاب نارية حيرة تبان في نفس الوقت حيوان هكذا وماهوش طبيعي 32 د	"15/S	
D/DF+A Kp kan GF+A ban	هاذي نشوف فيها زوج طيور جنحيهم(الجزء الجانبي) كبار ملتصقين بالجسد شايفين في بعضاهم [D4] تشبه للفرخ الطاووس في الجزء العلوي الرأس والرجلين ماشي ملتصقين من [D6]	هذا تبان زوج حيوانات وزوج طيور صادين لبعضاهم فراشة 8 د	" "3/S	
D/D F- (A) kp kan D/DF+ KH	زوج كائنات غريبة عندهم جنحين ملتصقين الرأس وكلها كائن غريب [D8] المنتصف زوج أشخاص يلتصقوا في بعضاهم وينظرو بدهشة [D1]. إجابة إضافية .	هذا نشوف فيها زوج كائنات غريبة صادين لبعضاهم شيني هذا 30 د	" "22/S	
D/DF+ CH obj	الأعلى تشبه صورة بنات تشبه الرسوم نتاع العجوز شعرها أبيض [D2] الاعلى تاج [D5] الأسفل كرعين ملضوضين بالسيقان ويراعيو لبعضاهم بنفس الاهتمام [D4] إجابة إضافية [DF - kpAd]	كلي راني نشوف فيها زوج عباد صادين لبعضاهم وفوقهم تيجان شكون راه لاصق فيها أسدي شكون هذا 18 د	" "3/S	
D/DF+ H/Bot Akan Ba	قمة شجرة (الجاناب العلوي) [D4]. الأسفل عمود [Dd23] في المنتصف الجانيين [قندوس -	(تنتهد) حيرة ثاني نشوف فيها زوج بنات	" "12/S	

	لاصقين وكأنها شجرة فيها نبت تسلقهم زوج ماشي فاهمتهم تشبه سنجاب طالعين في الشجرة 50 د	حاجز 2p [طالع شجرة صنوبر [D1] الأسفل ما فهمتهاش	
D/DF+kp Hd D/DF- KH/bot	1 "S"2/ (تنتهد، تبتم وتأمل كثيرا في اللوحة) حيرة ثاني نشوف فيهم رسوم يتفرجو في بعضاهم الوجه الفوق مبتسمين تحت زوج أشخاص يتفرجو مساميههم زوج تفاحات قدامهم 25 د	زوج وجوه صادين لبعضاهم مبتسمين [D3] الأسفل زوج تفاحات [D4] الوسط ماشي عباد طبيعيين [D11] الجانبيين الأخضر ماكاش تفسير الوسط تبان كيما نتاع [الرومان في الحرب . حاجز 2p [DBL8] إجابة إضافية	
DF+kanA DF- kanA DCF- kan A/BOT DCF- kan A/BOT	5 /S (تبدو عليها علامات الفرع عند رؤية اللوحة) نشوف فيها حوايجزاف كلي عصافير طايرة وفي نفس الوقت نشوف زوج كائنات غريبة في نفس الاتجاه صادين لبعضاهم الجزء الازرق وكأنها زوج عباد صادين لبعضاهم متقلبين وهذا أكل بحالة لاصقين في زوج عباد وجوه مبتسمين ودابر بيهم كلي طيورة هكذا وكل الازرق الحاشية ووجوه صادين والاحضر التحتاني يبانو كأنهم طيورة والتحت إيشاشرة صغار الاحضر هاز في يديه حوايج مايبانوا نباتات	الجزء الأخضر طفل مقلوب وهاز كلي ماعنديش وصف [D7] الجزء الأحمر (اللون الوردي) أشخاص يضحكوا [D9*2a6*2] الازرق وسط زوج رجال متقلبين شادينهم من فامهم حتى بيناتهم جوهرة [D1] عصافير طيورة مختلفة (الأصفر) [D2] الازرق وجهين قابضين زوج وجوه يخزروا في الفوق وشادين حاجة في أنيوفهم [D1] وكانهم شادين نوع [خروج القوقعة خروج قرون الاستشعار (الخلزون) - حاجز 2p] الأعلى زوج يراعولهم وينتهي في عمود معلم - مقام الشهيد [D8] وحاجة ماقلتهاش الورقة بيضاء	

		الصورة الأخيرة فيها الوجوه بزاف 33.5 د		
--	--	---	--	--

جدول رقم 2 : يمثل اختبار الاختيارات لحالة "تسرين":

اختبار الاختبارات	اللوحات	التفسير
الاختبار الإيجابي (+)	(V) : PL (III) : PL	عجبتني لخطر حسيته زوج فرخ الطاووس صادين لبعضاهم متماغمين. كرفاطة تقرب للون الزهري وأنا أحبه، ما فهمناشسامبل وجاء فيها البياض سامبل Simple خفيفة.
الاختبار السلبي (-)	(IV) : PL PL : (II)	وحش وفيها شوية لكحل، جاني ذابل وحزين ما عجبنيش عاجبتني قبة الجامع (الوسط الفراغ الأبيض) ما عجبوني لخطر جاوني فيها زوج كلاب وجور دروبيها. قبة جامع غاضتني الحال وما قلنتش جرو صغير

الجدول رقم 3: المخطط النفسي (Psycogramme) لحالة "نسرين":

الانتاجية	طريقة التناول	المحددات	المحتويات
R= 19	G = 3	F = 19	A=10 /
T.total=	G% =%15	F% = %100	(A) = 1
Tps/R=	D = 9	F+ = 12	A% = %52 /
زمن الكمون	D%= %47	F+ % = %63	(A)%=%5
الكلي	D/D = 6	F- = 7	H = 2 /
	D/D % = %31	F- % = 36	(H) % = 31
	DZ = 1	cF = 2	H % = % 10
	DZ % = %5	cF % = %15	Hd=2
	DbL= 1	c' = 1	Hd%=%10
	DbL % = %5	c' % = %5	KH=2
		c = 2	KH%=%10
		c % = %10	K=2
		Hkp = 6	Geo=1
		Hkp % =	Geo%=%5
		%31	Ban=3
R.comp=		kan = 9	Ban%=%15
3		kan % =	Anat=1
TRI=		%47	Anat%=%5
K2/2C		kp = 4	obj=3
F.C		kp % = % 21	obj%=%15
2K/1E		E = 1	Arch=1
RC%=		E % = %5	Arch%=%5
31%			Bot=5
			Bot%=%26

إجابة حاجز 5B=4B(Barrière)

- إجابة اختراق (Pènètration) $2p=2p$

- مواظبة: وجهين صادين لبعضاهم في اللوحات III، IV، V، VI، VII، X.

- تعاليق: تردد، نقد، الموضوع، وصف.

- تتابع: غير منسجم.

2- التحليل الكمي للبروتوكول الخاص "تسرين":

2-1- الإنتاجية: جاءت إنتاجية قريبة من المتوسط حيث كان العدد الكلي للإجابات

$R=19$ وهي في العادي تتراوح بين (20 و 30)، دون رفض لأي لوحة مع وجود $Ban=3$ إجابات مبتذلة و $R.comph=3$ إجابات إضافية.

2-2- طريقة التناول: كان تناول الشامل للمبحوثة ضعيف حيث قدرت نسبته $G\%=3\%=15$ مقارنة مع المعدل العادي الذي يكون بين (20 و 30).

أما بالنسبة للأجوبة الجزئية الكبيرة فقد بلغت $D\%=9\%=47$ حيث جاء هذا التناول ضعيف مقارنة مع العادي وحيث تتراوح النسبة بين (60 و 70)، مع وجود إجابة في الفراغ الأبيض $DbL\%=5$.

2-3- المحددات: ورد المحدد الشكلي $F\%$ مرتفع حيث قدرت نسبة $F\%=19\%=100$ حيث جاء هذا المحدد الشكلي مرتفع عن المعدل العادي الذي يتراوح بين (60 و 65).

- أما الإجابات الشكلية السالبة فبلغت $F\%=7\%=36$ وهي ضعيفة جدا عن المعدل الذي ينحصر بين (70-80).

- وجود إجابات حركية حيوانية قدرت بـ $kan=9$ وإجابات حركية إنسانية بنسبة $k=2$.

- بالإضافة إلى وجود إجابات لونية $RC\%=31\%$.

2-4-دراسة المحتويات: نجد هيمنة المحتوى الحيواني حيث بلغت نسبة 52% = 10% A وهذه النسبة قريبة من المتوسط (35-60).

. أما المحتويات الإنسانية فهي شبه منعدمة حيث قدرت 10% = 2% H، ما المحتويات الجزئية الإنسانية 10% = 2% d، وهذه النسبة ضعيفة مقارنة بالمعدل (15 إلى 20).

. الأجوبة المبتذلة فبلغت 15% = 3% Ban وهي مرتفعة عن المعيار العادي الذي يتراوح بين (5 و 7)، الأجوبة التشريرية فهي 1% = Amat وفي العادي تتراوح بين (1 و 2) وبالنسبة للمحتويات الأخرى جاءت نسبة متفاوتة حيث نجد 5% = Bot، 3% = obj، 1% = Arhc، 1% = Géo

3- التحليل الكيفي للبروتوكول الخاص "تسرين":

3-1-الانطباع العام حول البروتوكول:

. تبدو إنتاجية المفحوصة مقبولة من ناحية الكم حيث وصلت إجابات إلى: 19% = LP، استجابات الرفض فهي معدومة ما يدل على قدرة مفحوصتنا قدرتها على استثمار الواقع الاسقاطي والتفاعل مع لوحات الاختبار.

وهذه الإنتاجية قريبة من المتوسط لأن الإجابات في البروتوكول العادي تكون بين (20 و 30) عند الأشخاص الذين يتميزون بمستوى معرفي متوسط.

. كما نجد بالإضافة إلى العدد الإجمالي للبروتوكول 3% = R.comph إجابات إضافية في اللوحات VI، VII، VI، حيث تمثلت الإجابات الإضافية في اللوحة VI: "المنتصف زوج أشخاص بلتصقوا في بعضاهم وينظرو بدهشة" أما اللوحة VII: "يراعيو لبعضاهم بنفس الاهتمام" واللوحة XI "الوسط تبان كيما نتاع الرومان في الحرب" وهنا حاولت مفحوصتنا تدارك الوضع في التحقيق بإعطاء إجابات إضافية.

ما يلاحظ على هذا البروتوكول أيضا هو حساسية المبحوثة اتجاه الفراغات البيضاء ومثال ذلك في اللوحة II " الفراغ الأبيض قبة مسجد" وإدراكها للفراغ الأبيض يعبر عن نوع من الانزلاق في استخدام الأبيض وهذا يدفعنا من التساؤل حول نوع الحدود الجسدية لدى مبحوستنا حيث ارتبط هذا الإدراك بمحدد شكلي سلبي وهذا راجع إلى عدم التكيف مع العالم الواقعي وما يشير إلى ذلك هو المحدد الشكلي السلبي.

إضافة إلى ظهور إجابة تضليلية في اللوحة I "... الأخضر الفاتح يغلب عليها الأخضر القاتم..."

- شبه غياب للأجوبة الإنسانية ما يدل على اضطراب في إدراك الصورة الإنسانية.

- ارتفاع الأجوبة الشكلية يدل على وجود دفاع قوي يرمي إلى الرغبة في الاحتواء واستثمار الحدود الجسدية.

- وجود إجابات مبتذلة دليل على تكيف اجتماعي قاعدي جيد لدى مبحوستنا.

2-3- السياقات المعرفية :

3-2-1- طريقة التناول: وفيما يخص طريقة تناول مبحوستنا كان شاملا في بداية البروتوكول لكنها انتقلت الى التناول الجزائي الذي جاء مرتفع مقارنة مع التناول الشامل حيث أدركت مواضيع العالم الخارجي من خلال التناول الجزئي وهذا التناول يدل على تجنب المبحوثة لأي جهد عقلي مفصل قد يكشف عن الصراع حيث نجد أن ظهور إجابة الشاملة في اللوحة (i) يبرز الغموض لأولي وإحساس بالخوف والاضطهاد ومحاولة التحكم فيه بالإجابة البسيطة المألوفة $Bon GF^+$.

- كما أن هذا التناول كان مرفوقا باستثمار المبحوثة للواقع الخارجي في شكلياته حيث نجد $F^+ = 100\%$ و $F = 63\%$ وهذه النسبة تدل على استعداد الكامن للمبحوثة على اندماجها

وتمسكها بالعالم الملموس و قدرتها على استدخال العواطف الخارجية، كما يدل أيضا وجود الإجابات اللونية على قدرة المبحوثة عن التعبير عن وجدانياتها.

- وبالنسبة لغالبية الإجابات الحيوانية على الإجابات لإنسانية هي دليل على عدم التكيف الاجتماعي، ضد ما تثيره لوحات الاختبار حيث بلغت نسبة الاجابات الحيوانية 52% أما الحركات الحيوانية Kan وجودها يدل على لجوء المبحوثة إلى طرق دفاعية ضد لوحات الرورشاخ كما تدل على صعوبة إعطاء صورة إنسانية وتعويضها بصورة حيوانية أما الإجابات الإنسانية H=10% مع وجود إجابات جزئية حركية هذا مؤشر على عدم قدرة المبحوثة على إعطاء صورة إنسانية كاملة وهذا يبعث على هشاشة الصور الإنسانية، ثم تليها المحتويات الأخر بنسب متفاوتة وغير متكافئة ويشير هذا إلى الصعوبة في التقمص واستثمار الحدود الجسدية وهشاشة الصورة الجسدية وفقر في تصوراتها.

3-2-2- الدينامية الصراعية:

إن التكافئ بين الحركات الإنسانية والإجابات اللونية في نمط الصدى الحميم (T.R.I) يؤكد بعض التحفظ الذي يبرز على المستوى الشكلي والإدراكي، والذي يخدم طابع الشك والتردد.

ونجد في هذا البروتوكول أن نوعية الحركات الإنسانية لا تفي بالغرض خاصة في اللوحة III حيث لم تستطع مفحوصتنا إعطاء شكل إنساني كامل ومعرف بل كانت إجابتها على شكل "...أسفل نخاع شوكة... وجهين صادين لبعضاهم" وهذا الإدراك يدل على أن مفحوصتنا لديها إشكالية في التقمص وهذا يدل أيضا على غموض التقمص الذي يهدف إلى تجنب الحركات النزوية.

- أما الإجابات اللونية فهي محررة ولكن بشكل محتشم تحت غطاء الرقابة الشكلية وذلك لعزل العواطف عن التصورات النزوية حيث نجد في اللوحة II أن هناك تسمية اللون الأحمر

وتوظيفه العدواني "...الجزء الأحمر تشبه الرئتين" كما نجد في اللوحات اللونية VIII و VI إجابات لونية منعدمة أما في البطاقة X نجد إجابات لونية لكنها متبوعة بالرقابة الشكلية السلبية وكل ذلك من أجل إبعاد وعزل العواطف وإقصائها.

. قلة التصورات الإنسانية مؤشر على سيطرة الجانب الواقعي غياب الحركات النزوية.

. أما نسبة الإجابات في اللوحات اللونية فهي تقدر بـ $RC\% = 31$ وهي مرتفعة حيث توحى بنوع من المرونة الهستيرية بفعل الاستثارة الكبيرة للون والتي تكشف معالجة مضمون الاستجابات اللونية من عدم قدرة مبحثتنا على معالجة الإشكالات العميقة إذا أخذنا بعين الاعتبار الصياغة التكميلية فهي تميل عدم التكافؤ ($2K/1E$) وغلبة التصورات الحركية على الانطباعات الحسية دلالة على عدم الحساسية اتجاه الاستشارات اللونية.

وجود الجانب الحركي بنوعية إنسانية وحيوانية الحركات الكبرى والصغرى

فيما يخص الإجابات الحسية نجد إجابتين حسييتين يغلب عليهما المحدد اللوني $CF=2$ مما يوحي بوجود حركات نزوية وتمسك مبحثتنا بالواقع ودفاعها المستمر ضد النزوات حيث يدل السجل العاطفي على وجود عالم داخلي نزوي.

أما ما بخصوص المحتويات فقد تنوعت بين الإجابات الحيوانية وغلبتها في البروتوكول حيث تقدر $A\% = 52\%$ ، وقلة الإجابات الإنسانية $H\% = 31$ مقارنة بالإجابات الحيوانية وهي تعتبر كمؤشر على عدم قدرة المبحوثة على التقمص الجيد للصورة الإنسانية وكذلك عدم الإدراك الجيد للمواضيع، كما يدل غلبة الإجابات الحيوانية وسيطرتها على الانشغالات المتعلقة بالصورة الجسدية، أما باقي المحتويات تأتي بصورة غير متكافئة حيث نجد: $Bot=5$ ونباتية ثم تليها إجابة أشياء $obj=3$ ، $Géo=1$ ، $Arch=1$ ، $Amot=1$ مما يدل على تنوع محتوى البروتوكول.

الاستنتاج الخاص بالحالة "نسرين":

من خلال النتائج المتوصل إليها نقول أنمبحوثتنا لديها صعوبة في تصور الذات والتكيف كما نجد هشاشة على مستوى الصورة الجسدية وعدم تقبلها لجسدها الجديد بعد الإصابة وهذه الإجابات تنطبق مع المؤشرات الدالة على هشاشة الصورة الجسدية حيث نجد غلبة الإجابات الحيوانية أكثر من الإجابات الإنسانية وهذا يدل على الإزاحة على الحيوان.

- ضعف في الإجابات الإنسانية فهي معوضة بإجابات حيوانية $A\% = 52\%$ ونباتية جغرافية عمرانية...

- ضالة الإنتاج حيث كان عدد الإجابات أقل من المعيار العادي $R=19$ ، $(20-30)$.

- صعوبة في التماهي بصورة إنسانية حية مجنسة وإعطاء صورة جسد كاملة.

- ارتفاع الأجوبة الشكلية دليل على الرقابة والرغبة في التخلص من الاختبار.

- وجود صور هجينة H/Bot ، KA/Bot ، H/obj ، كل هذه المؤشرات تدل على هشاشة الصورة الجسدية واستثمارها وتجدر الإشارة أنه حتى بعد تحليل المقابلة هناك تطابق بين الرورشاخ والمقابلة نصف موجهة حيث أن كلاهما أثبتا أن الصورة الجسدية لدى "نسرين" هشة وتغير بعد الدياليز "نقصت في صحتي والبشرة ولات مسودة " حيث نجد أن الصورة الجسدية عند مبحوثتنا غير مكتملة وتصور ذات يوحى بالهشاشة من خلال الاستناد على التحليل الكلي للبروتوكول، والتقمصات جاءت مسقطة على مواضيع حيوانية، نباتية، جغرافية، عمرانية، تشريحية.

- محتوى التداعي جاء فقير من حيث تنوع الإنتاجية حيث اشتمل على المحتوى الحيواني وهذا يشير من خلال الرورشاخ إلى أن استثمار الحدود الجسدية لدى مبحوثتنا يتميز بالهشاشة.

كما نجد في هذا البروتوكول أن مبحثتنا أعطت إجابات من نوع حاجز في اللوحات VII: "فوقهم تيجان..." وفي اللوحة II: "قبة جامع..."، وفي اللوحة VIII: "تشبه سنجاب"، أما اللوحة X فكانت إجابتها "خروج قوقعة".

وإجابة واحد من نوع اختراق في اللوحة I: "يشوفها بالمجهر".

وانطلاقاً مما سبق نستنتج من المقابلة العيادية نصف موجهة والاختبار الإسقاطي الرورشاخ أن الحالة "نسرين" لديها صورة جسدية تتميز بالهشاشة في استثمار الحدود الجسدية والصورة الإنسانية.

وعليه فإننا ندرج فرضية حول تصنيف مبحثتنا إلى نوع حاجز وذلك لغلبة الإجابات من نوع حاجز لدى مبحثتنا، وبالتالي عدم تحقق الفرضية القائلة إن استثمار الحدود الجسدية لدى هذه الفئة يتميز بغلبة إجابات الاختراق.

تحليل استبيان المواقف الوالدية:

التحليل الكمي :

الجدول رقم 4: يمثل استبيان المواقف الوالدية

اسم المخطط	اب	ام
1- الحاجة إلى العاطفة (Ed) (Carence affective)	3	3
2- الرفض (ab) (Abandon)	1	1
3- الشك والحذر (ma) (Méfiance)	3	5
4- التسامح (Vn) (Vulnérabilité)	1	1
5- التبعية (Dépendance et incompétence)	1	1
6- النقص والعاهة (imperfection)	1	1
7- الفشل (échec)	1	2
8- الانقياد (Asuujetissement)	3	5

3	3	9- التضحية بالنفس (Sacrifice de soi)
1	1	10- مقتطيات عالية (Exigences élevées)
3	3	11- كل حقوقي (Tout m'est du)
4	3	12- غياب الرقابة (Manque d'autocontrôle)
3	4	13- علاقات إلتحامية (Relation Fusionnelle)
1	1	14- عدم التسامح مع الأخطاء (Unlénérabilité aux erreurs)
2	3	15- رقابة غريزية (Contrôle émotionnel a outrance)
3	3	16- الصرامة (Sévérité)
3	3	17- البحث عن معايير اجتماعية (Recherche d'approbation social)
47	38	المجموع

التحليل الكيفي:

ان النتائج الكمية تشير الى ميل مبحوثتنا نحو أمها، حيث كانت مبحوثتنا خلال تطبيق هذا الاختبار كثيرة السؤال والحيرة وهذا يدل على الحاجة الى ملا الفراغ العاطفي وذلك للابتعاد مبحوثتنا عن والدها فحسبها ليست قريبة منه كثيرا بعكس أمها فهي قريبة منها ولكنها لا تظهر مشاعرها تجاهها، ومن خلال النتائج الكمية توصلنا الى ان مبحوثتنا لديها نمط تعلق والدي غير امن.

الجدول رقم 5 : يمثل الاجابات المتحصل عليها في استبيان المواقف الوالدية

رقم المخطط	الإجابات بالنسبة للاب	الإجابات بالنسبة للام
من 1 الى 5	جاءت إجابات المبحوثة بين صحيح أكثر مما هو خاطئ وصحيح في المتوسط	كل اجاباتها جاءت صحيحة أكثر مما هو خاطئ
من 6 الى 9	كل اجاباتها جاءت خاطئة تماما	تراوحت اجاباتها بين خاطئة تماما وصحيحة في المتوسط
من 9 الى 13	كل اجاباتها خاطئة تماما	اغلب اجاباتها خاطئة
من 14 الى 17	تراوحت اجاباتها بين صحيح في المتوسط وصحيح أكثر مما هو خاطئ وصحيح عامة	جاءت اجاباتها بين صحيح

وخطئ تماماً	عامة صحيح أكثر مما هو خاطئ خاطئ تماماً	
من 18 الى 20	كانت اجابتها خاطئة تماماً وصحيح أكثر مما هو خاطئ	كانت اجابتها أيضاً بين خاطئ تماماً وصحيح أكثر مما هو خاطئ وصحيح عامة
من 21 الى 24	معظم اجاباتها كانت خاطئة تماماً	نفس الإجابة
من 25 الى 28	اغلب اجاباتها خاطئة تماماً	نفس الإجابات
من 29 الى 32	كانت كل اجاباتها خاطئة تماماً	نفس الإجابات
من 33 الى 36	انحصرت اجابتها بين خاطئة تماماً وصحيح أكثر مما هو خاطئ	نفس الإجابات
من 37 الى 43	جاءت إجابات المبحوثة بين خاطئة تماماً صحيح أكثر مما هو خاطئ وصحيح في المتوسط	نفس الإجابة مع إجابة واحدة فقط خاطئ عموماً
من 44 الى 47	تراوحت بين خاطئ تماماً وصحيح أكثر مما هو خاطئ وصحيح في المتوسط	كانت نفس الإجابة مع إجابة واحدة صحيح في المتوسط
من 48 الى 51	معظم اجاباتها جاءت بين خاطئ تماماً وصحيح أكثر مما هو خاطئ وصحيح في المتوسط	تراوحت اجابتها بين صحيح أكثر مما هو خاطئ وخاطئ تماماً
من 52 الى 55	تراوحت اجابتها بين صحيح أكثر مما هو خاطئ وخاطئ تماماً وصحيح في المتوسط	كانت اجابتها خاطئة تماماً وصحيح أكثر مما هو خاطئ
من 56 الى 59	معظمها خاطئة تماماً باستثناء إجابة واحدة صحيح أكثر مما هو خاطئ	نفس الإجابة مع إجابة واحدة صحيح في المتوسط
من 60 الى 64	تراوحت اجابتها من خاطئة تماماً وصحيح أكثر مما هو خاطئ وصحيح في المتوسط	معظم اجاباتها كانت خاطئة عموماً وخاطئة تماماً وصحيح في المتوسط
من 65 الى 68	كل اجاباتها خاطئة تماماً	نفس الإجابات
من 69 الى 72	كل اجاباتها صحيح أكثر مما هو خاطئ	نفس الإجابات مع اجابتين صحيح في المتوسط

يمثل هذا الجدول الإجابات التي تحصلنا عليها من خلال تطبيق استبيان التعلق الوالدي لمبحوثتنا " نسرين " .

من خلال التحليليين الكمي والكيفي لسلم المواقف الوالدية الخاصة بالمبحوثة "نسرین" اتضح لنا لديها نمط تعلق والدي غير امن .

الحالة الثانية "نورة":

تقديم الحالة:

عرض وتحليل المقابلة:

عرض وتحليل مقابلة الحالة الثانية "نورة":

تقديم الحالة (البيانات الشخصية):

نورة امرأة متزوجة تبلغ من العمر 47 سنة، مستوى ابتدائي، مصابة بمرض القصور الكلوي منذ 11 سنة.

تم اجراء هذه المقابلة في مستشفى الزهراوي بالمسيلة في مصلحة تصفية الدم، حيث كان أول ما بدأناه تقديم أنفسنا كطلبة في علم النفس العيادي، وأنا بصدد إعداد مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر، أين قمنا بطلب الإذن بإجراء المقابلة معها فوافقت دون تردد في اجراء المقابلة وأجابت عن كل الأسئلة الموجهة إليها.

وكان أول حديثنا عن الجانب الصحي للحالة حيث تبين لنا أن "نورة" لم تكن تشكو من أي مرض آخر وعلى حد قولها "لألا كنت لاباس عليا نخدم وننسج الصوف ... " ومن كلامها نرى أن مفحوصتنا كانت بصحة جيدة قبل اصابتها بمرض القصور الكلوي المزمن، وتضيف مفحوصتنا أنه ليس لديها أي سوابق مرضية "ماكنت نشكي حتى من حاجة" وعن اصابتها بالقصور الكلوي المزمن تقول مفحوصتنا أن سبب إصابتها يعود إلى ارتفاع مفاجئ حسبها في ضغط دمها وهذا الارتفاع المفاجئ أحدث ضرر في كليتيها ما أدى إلى توقفها نهائيا عن العمل " واحد النهار طلعتي لاتونسو "tension" حتى 18/12 ... شهر وأنا ناكل في الدواء

مادارلي والو ... روجت لأخصائي معدة قالي كلاك حبسوا ... "وهنا أدركت مفحوصتنا حالتها المرضية وهذا أثر في نفسياتها كثيرا لكنها ومع ذلك تأكد أنها " ماحسيت والو ... بصح ماحبيتش و قلت داري وحدها وولادي صغار و ثاني خفت نعود نموت... " وكانت ردة فعل مفحوصتنا اتجاه اصابتها بالمرض على حد قولها " عادية " وهذا مؤشر دال على صدمتها عند سماعها للخبر ورفضها له لأنه كان في اعتقادها أن علاج هذا المرض ليس بالدائم " كي دارولي الكاتي "catie" في رقبتي أنا قلت غير يوم ماشي كل يوم... " وكما نلاحظ ظهور علامات الصدمة وقلق الموت لديها لأن هذا المرض كان مجهول بالنسبة اليها ولا تعرف عنه شيء " مانيش سامعة بهذا المرض حتى فهمني الطبيب ... " وادراك مفحوصتنا لوضعيتها الصعبة جعلها تعاني آلام نفسية وتغيير في حياتها " ... بعد شهر رجعت وحسيت روحي غير وحدي وشفت حياتي تعكست ... " مايدل على أن هذا المرض أثر على حياتها النفسية وعدم تكيفها مع حالتها المرضية، لكنها ترى مع ذلك أن الخضوع للآلة هو الخيار الوحيد المتبقي أمامها " ... عندي هادي الآلة أحسن... " فهي مضطرة إلى متابعة العلاج كونها لا تملك الخيار في التخلي عنه فالزرع بالنسبة إليها " ... ملف مغلق سكرت عليه... ماكاش اللي يتبرعك... " وتعبير مفحوصتنا هذا يحمل الكثير من دلالات الاحباط والأسف وكذلك الحزن والصدمة لبقائها رهينة لآلة الدياليز فأملها الوحيد في الشفاء بات مستحيلا لعدم وجود متبرع ينقذها من مرضها كما ترى مفحوصتنا تتمسك بالحياة وتفضل الحياة رغم صعوبتها وعدم تكيفها مع المرض إلا أنها تفضل آلة الدياليز على أن تفقد حياتها وهذا خير دليل على أن مفحوصتنا قد أدمجت آلة الدياليز داخل جسدها واستوعبت أمية العلاج في مساعدت جسمها على التخلص من السوائل وتنظيفه حيث تمثل آلة الدياليز بالنسبة لها " تبان كلوتي هي راهي نصف مني " وكانت اجابتها في التخلي عن الدياليز " ... مانقدرش خاصة حاليا نخلي الدياليز " مفحوصتنا لا ترغب في التخلي عن هذا العلاج فهي جزأ منها.

أما في يخص نظرة مفحوصتنا لجسمها فترى أن جسمها تغير "... منت خشينة سمينة
 بصح ضرك نقصت شوية... وزادني المرض" وهنا أظهرت صورة جسم مضطرب نوعا ما بعد
 قيامها بعملية الدياليز فحسبها الاصابة بهذا المرض يخلق آثاره على الجسم وخاصة في الذراع
 الذي وضعت في الناصورة "La fustule" تصبح غير طبيعية حيث تظهر انتفاخات وكذلك
 بروز "...حبة كبيرة..." وتجيبنا عن سؤالنا بعد وضع الناصورة "حسيت روحي بلي تكسرت...
 لخاطر تخرج حبة كبيرة..." فوضعها لها لأول مرة كان يشكل لها مشكلة وتسبب ازعاج لها
 حيث نلاحظ أن الحدود الجسمية لمفحوصتنا تغيرت وهذا التغير أثر في نفسياتها كثيرا.

ونجد مفحوصتنا لا تبدي اهتمام بهندامها وشكلها، ومن الناحية النفسية فهي تبدو حزينة
 ومتعبة، أما من الناحية الصحية فمفحوصتنا حريصة فيما يخص صحتها فهي تتبع السلوكيات
 الصحية وكذا تعليمات الأطباء "... راني عارفة لخاطر الطبيب ورالي".

أما عن المحور الذي نناقش في النشاطات الممارسة من قبل وبعد الاصابة نجد أن
 مفحوصتنا لم يمنعها مرضها من القيام بالأعمال التي تعودت على القيام بها "ماتبدل والو
 قبل وضرك كيفك"

وكما نلاحظ أن هذا المرض أثر على "نورة" من ناحية جسمها وكذلك التفكير الدائم
 بأولادها فمفحوصتنا تعاني من قلق الموت وترك أولادها.

وعن الجانب العلائقي نجد أن "نورة" تربطها علاقة جيدة مع كل المحيطين بها حيث نجد
 المفحوصة هو الذي يقوم بمرافقتها إلى المستشفى كما تقول أن اهتمام العائلة بها يجعلها "إيه
 نفرح بزاف ونقول الحمد لله" فدعم العائلة لها هو بمثابة سند قوي ينسبها آلامها.

وعن الحياة المستقبلية فمفحوصتنا تطمح في تزويج ابنها البكر هذا هو كمستقبلها ورغم
 بساطتها إلا أنها تخاف من عدم تحقيقه بسبب مرضها واصابتها.

2- عرض بروتوكول الخاص بالحالة الثانية "تورة":

الجدول رقم 6: يمثل استجابات المبحوثة " تورة "

Cotation	Enquête	Texte	PI
DF ⁺ Ad	- الجزء العلوي الجانبي [D8]^{^v} - الوسط شجرة [D4] [إضافية]	4,27 ما فهمتش جوينحات ما فهمتش مرة ما تشبه حتى حاجة	
DF ⁻ Bot	- الجزء العلوي كلوة نتاع حيوان	49	
D/DF ⁻ Kan A	- سبع شاد في سبع لاصقين في بعضاهم والأحمر حاصل فيهم [D6]	11.74 - وريلي غير لملاح؟ - تتوجه بطلب للباحثة. - كي شغل روانب شادين في يدين بعضاهم.	
R.coulour N.C	- الجزء الأحمر العلوي حاجة	33.47	
صدمة لون أحمر	- حصلت وحدها [D2]		
DF ⁻ Ad	- رأس وعيل الجزء العلوي	24.34	
DF ⁺ Ad	- رأس وعيل الجزء العلوي الجانبي	- أكل وعيلات - الجزء السفلي حوتات	
صدمة لون أحمر	- رأس حوتة الجزء السفلي [D5]	47.32 ما هوش باين مليح	
DF ⁺ Ad	- مانحيش اللون الأحمر		
صدمة لون أحمر	- ماهيش واضحة مليح		
DF ⁺ obj	- الجزء السفلي بوجي شمعة	10.35	
D/DF ⁻ Kan	- [D1]	كلي دايرين فيه شمعة	
A/obj	- الجزء العلوي الجانبي حمامات	حمامات راكبين حاجة	
	- [D7]	1.08 د	
	- راجل طالق جناحيه وذريعه .		
	- إجابة إضافية. وصدرو وكرشو		

	راسو [Dd Moitie supérieure] - جنبيه [Dd F⁻K(H)] - ذرعيه - صدروا - كرشوا - مشاكل في الراس تخبط		
GF⁺Ka n A Ban	- فرططو عند جنحين طاير - وناشر جنبيه - هذا شكلو غير معرف عجبي - خلاص	1.15 - هذا ماسي كي فرططو طاير 25.64	
DF⁻ obj DdF⁺H d	- الوسط قطار [D5] - الجزء العلوي رأس رجل - [Dd7] - Avec Dd26 (Mostach)	13.63 - ماسي كالقطار - يشبه رأس راجل عند شلاغم 58.63	I
DZF⁻ Bot	- هاذي كلها وردة حاصلة في وردة [D9] - الجزء السفلي ما فهمتوش عندها حل - بضح ما فهمتوش. - بيان راس راجل (إجابة إضافية) - عندو مسطاش [D6]DF⁻Hd	1.12 هذا ما عندها حتى حل - وردة حاصلة في وردة ما عندها حتى حل. كل البطاقة حاصلة هاذي في هاذي 41.62	II
D/DFc⁺ kan /Ban Bot D/DFc⁺ kan A/Bot Ban	- أسد أحمر [D1] - الجزء الأخضر حشيش الجزء العلوي [D8] - راهوكي شغل راهو خارج منها ورايح ياكل. - دلالات عدوانية	4.41 ماسين كالفيران. الجزئين الجانين فيران حاصلين في الوردات الأخضر أسد يمشي للخضورا هذا مليح. 34.51	III
DcF⁻ Bot	- الجزء الأخضر وردة [D12] - [إضافية] - ورق نتاع شجرة حاصل في	3.35 هذا ما نعرفش هاذي تبان وردة	IV

	بعضاه. [D11] DF ⁻ Bot-	34.51	
DcF ⁺ Bo t N.C	- راهو حاصلين فيها أكل [D1] - الجزء الأخضر ماهوش داخل فيها.	10.03 شجرة طالقا الأعراف الجزء الأزرق هاذي هائلة. 49.72	

جدول رقم 7 : يمثل اختبار الاختيارات للحالة "نورة":

التفسير	اللوحات	اختبار الاختبارات
عجبوني الألوان الي فيها عجبوني الوردات والرسمه مليحة شغل وردة وفتحت	PL : VIII PL : X	الاختبار الإيجابي(+)
ما فهمت الشباح كيفاه ما فهمت الش وردة والألوان لخاطر العين ما تمشيش للحاجة مافيهاش وردة وألوان. كيف كيف هادي ثاني أنا نحوس على التزريقط.	PL : I PL : VII	الاختبار السلبي(-)

الجدول رقم 8 : يمثل المخطط النفسي (Psycogramme) لحالة "نورة"

الانتاجية	طريقة التناول	المحددات	المحتويات
R=13	G=1	F%=92	A=4
R.comple=5	G%=%7	F ⁺ =6	A%=%30
Tps/R=	D=6	F ⁺ %=%46	Ad=2
T.total	D%=%46	F ⁻ =6	Ad%=%15
R.comp=5	Dd=1	F ⁻ %=%46	HZ=0
TRI=Ko/oc	Dd%=%7	Fc=1	H%=%7
F.C=K4/0 ^E	D/D=3	Fc%=%7	Hd=1
RC%=%30	D/D%=%23	cF=2	Obj=3
Ban=2	DZ=1	cF%=%15	Bot=4
	DZ%=%7	Kan=3	
		Kan=2	
		E=0	

-إجابة حاجز 1B=4B(Barrière)

-إجابة اختراق 0P=2P(Pènètration)

-الصدّات: في اللوحة II، III.

-المواظبة: حاصل، كل البطاقات، ومسّاش "Mostache"

-التعليق: تردد، إيماءات، طلب موجه للباحثة، إنكار، وصف، نقد الموضوع.

-التتابع غير منسجم.

- التحليل الكمي لبروتوكول الخاص بحالة "تورة":
 - الإنتاجية: تطلعنا القطرة الأولى للبروتوكول على أن إنتاجية المبحوثة جاءت ضعيفة جدا حيث كان العدد الكلي للإجابات $R=13$ وهي في العادة تكون بين (20 إلى 30)، دون رفض لأي لوحة، مع وجود إجابتين مبتذلتين وخمسة إجابات إضافية.
 - طريقة التناول: كان التناول الشامل للمبحوثة شبه منعدم حيث بلغت نسبة $G\%=1\%$ وهي ضعيفة جدا مقارنة مع المعيار الذي يتراوح بين (20 إلى 30)، وبالنسبة للأجوبة الجزئية الكبيرة فقد قدرت ب $D\%=46$ وهذا التناول جاء ضعيف مقارنة مع المعدل العادي الذي يتراوح بين (60 و 70)، دون وجود إجابات في الفراغ الأبيض Dbl ، إضافة إلى الأجوبة الجزئية الصغيرة والتي قدرت ب $Dd\%=7$
 - المحددات: ورد المحدد الشكلي $F\%$ مرتفع جدا حيث قدر ب $F\%=92\%$ حيث جاء هذا المحدد الشكلي مرتفع عن العادي الذي يتراوح بين (60 و 65)
 - أما الإجابات الشكلية الموجبة $F^+\%=6\%$ حيث جاءت ضعيفة مقارنة بالمعدل العادي الذي يتراوح أو ينحصر بين (70 إلى 80)
 - وبالنسبة على الإجابات الشكلية السالبة فقد بلغت $F^-\%=6\%$ وقدرت ورتت ضعيفة جدا عن المعيار العادي الذي ينحصر بين (70 إلى 80).
 - بالإضافة إلى وجود إجابات حركية حيوانية قدرت ب $kan=3$ ، مع عدم وجود حركات إنسانية $k=0$ ، أما بالنسبة للإجابات الكونية فهي $Rc\%=30\%$
- دراسة المحتويات:
 - ونجد غلبة المحتوى الحيواني والذي قدرت نسبته ب $A\%=30\%$ وهذه النسبة ضعيفة جدا مقارنة مع النسبة العادية والتي تتراوح بين (35 إلى 60).

أما المحتويات الحيوانية الجزئية الصغيرة فقد بلغت $Ad\%=15\%$.

وبالنسبة للمحتويات الإنسانية فهي ضعيفة حيث نجد $H\%=07$ ، وهذه النسبة ضعيفة جدا مقارنة بالمعدل العادي (15 إلى 20).

- الأجوبة المبتذلة فقدرت بـ إجابتين $Ban=2\%=15$ وهي مرتفعة جدا عن المعيار العادي الذي يكون بين (5 و 7)، كما نجد الأجوبة النباتية $Bot=4$ وإجابة أشياء $obj=3$ حيث هذه المحتويات جاءت بنسب متفاوتة.

- التحليل الكيفي للبروتوكول الخاص بحالة "تورة":

- الانطباع العام للبروتوكول:

- تميل الإنتاجية العامة لبروتوكول المبحوثة نحو الكف والإختصار حيث قدمت مبحوثتنا عددا محدودا من الإجابات قد بـ $R=13$.

- فقر إجابات المبحوثة فالتأمل نحو كمية الإجابات المقدمة من طرفها تكشف نحو بساطتها وعدم ثراءها نظرا إلى رغبة المبحوثة في التخلص السريع من الأداة.

- من حيث اللغة المستخدمة في البروتوكول المبحوثة نجد المواظبة على محتوى "حاصلة" في اللوحات II, VII, VIII, IX, X مثلا نجد في اللوحة II "... الأحمر حاصل فيهم..."، واللوحة VII "وردة حاصلة في وردة ما عندها حتى حل".... وهذا مؤشر على انسداد في قدراتها في تسيير العلاقات مع الآخرين، إضافة إلى استعانتها بالتحفظات الكلامية مثل "كي شغل ماسي يشبه، في بعض البطاقات..."

أيضا المواظبة على محتوى "مسطاش" في اللوحتين VI و VII حيث نجد في اللوحة VI: "يشبه راس راجل عندو شلاغم..." واللوحة VII: "بيان راس راجل عندو مسطاش" ومحتوى

مسطاش من الخصائص الأبوية الرجولية الذكورية ومحاولة استرجاع الأب المفقود المثالي رمزية ذكورية الأب أو الزوج علاقة أبوية بدلا من الأم.

- كما نجد الإجابات الإضافية التي قدرت بـ $R.comple=5$ إجابات إضافية في اللوحات حيث نجد إجابتين في اللوحة رقم I: "...الوسط شجرة (DF-Bot)، الجزء العلوي كلوة نتاع حيوان (DF-Amat)، وإجابة إضافية واحدة في اللوحة رقم IV: " راجل طالق جناحيه وذريعه" وأيضا في اللوحة VII: "... يبان راس راجل عندو مسطاش"، في اللوحة ما قبل الأخيرة IX "ورق نتاع شجرة حاصل في بعضاه" وهذا مؤشر على تدارك مبحثتنا الوضع في التحقيق وذلك بإعطاء إجابات إضافية وما يلاحظ أيضا في هذا البروتوكول هو صدمة تجاه اللون الأحمر في اللوحتين II و III حيث كانت إجابتهما في اللوحة II: "... الجزء الأحمر العلوي حاجة حاصلة وحدها" واللوحة III: "مانحبش اللون الاحمر" حيث نلاحظ أنها تصرح بعدم حبها للون الأحمر وهذا مؤشر على الصدمة فقد تعرفت عليه ولكنها لم تستطع ربطه بمدرك واضح.

- غياب الحركات الإنسانية يترجم صعوبة تقبل صورة الذات بعالمها الداخلي وأيضا صعوبة استثمار الصورة الجسدية.

- أيضا يشير غياب الحركات الإنسانية على اضطراب في إدراك الصورة الإنسانية

- ارتفاع الأجوبة الشكلية دليل على وجود دفاع قوي يرمي إلى الرغبة في احتواء واستثمار

- وجود الإجابات المبتذلة دليل على التكيف اجتماعي قاعدي جيد لدى مبحثتنا.

- السياقات المعرفية:

- طريقة التناول: وفيما يخص طريقة التناول لمبحثتنا كان تتاولا جزئيا في بداية البروتوكول

ثم يليها طريقة التناول الشامل في لوحة واحدة فقط وهي اللوحة الخامسة (V) أين أعطت

المبحوثة إجابة شاملة لمحتوى حيواني حركي لمحدد شكلي ايجابي مبتذل " GF+kan

Ban " هذا ماسي كي فرططو طاير" لتعود مبحثنا مرة أخرى إلى التناول الجزئي الذي جاء مرتفع مقارنة مع التناول الشامل وهذا مؤشر على ابتعاد المبحوثة عن أي جهد عقلي مفصل قد يكشف عن الصراع.

- كما نجد أن هذا التناول لإجابات الجزئية الكبيرة (D) وإن بدت ظاهريا متنوعة بين التناول الوصفي لمقاطع البقعة للتحكم فيها بذكر كل مكوناتها (DF+) ومحاولة فسخ المجال أيضا للجانب الاسقاطي (DF-) والذي يهدف إلى إقامة الحدود للاحتفاظ بالعالم الداخلي الذاتي.

بالنسبة للإجابات الجزئية الصغيرة (Dd) فهي تأكيد على التمسك الدقيق والناجح أحيانا في ضبط حدود الحماية للاحتفاظ بالصلابة وهي متعلقة بإحياء صراعات والهشاشة.

- كما نلاحظ أن هذا التناول كان مرفوقا باستثمار المبحوثة للواقع الخارجي في شكلياته حيث $F\%=92$ وتدخل المحدد الشكلي يعزز الميل العام إلى استثمار الحدود الإدراكية من أجل الاحتفاظ بالعالم الداخلي الهوامي وعزلة عن العالم الخارجي وارتفاعه (F%) دليل على ازدياد الحواجز الإدراكية، وجود الإجابات اللونية يدل على تعبير مبحثنا على وجداناتها وعواطفها.

الدينامية الصراعية :

- نلاحظ كبتا للصراعات من خلال غياب الحركات الإنسانية والاستجابات اللونية حيث يشهد هذا الانغلاق في نمط صدى الحميم (Ko/co) على الكف القوي للتصورات والعواطف على السواء، ولو أن هناك بروز محتشم للتصورات على مستوى الصيغة الثانوية (4R/oE) بجعل قدرات تطوير الجانب الفكري محتملة، حيث تتدخل الحركات الحيوانية للإبدال وإسقاط حركات الفاعلية والاستكانة البارزتين في اللوحتين II و IV على صورة حيوانية وأشياء أمام

غياب الحركات الإنسانية المبعدة في اللوحة III وإسقاطها على صورة حيوانية والذي يدل على التحفظ الضمني لتتقمص صورة إنسانية وإلى تجنب الحركات التروية.

- وبالنسبة لاستجابات اللونية فهي محررة بشكل محتشم في اللوحتين III و II حيث اكتفت بمحوتتنا بتسمية اللون الأحمر في كلتا البطاقتين ونقده في اللوحة III: "مانحش اللون الاحمر" وتسمية اللون الأحمر مؤشر على الصدمة وعلى العدوانية كما نجد في اللوحات اللونية VIII و X إجابات لونية لكنها متبوعة بالرقابة الشكلية السلبية بالنسبة للبطاقة X وإيجابية بالنسبة للبطاقة رقم VIII أما البطاقة التاسعة (IX) أعطت المبحوثة إجابة لونية في التحقيق وهذا مؤشر على عزل العواطف وإقصائها ، انعدام الحركات الإنسانية دليل على صعوبة تقمص الصورة الإنسانية وهشاشتها وسيطرة الجانب الواقعي.

بالنسبة للإجابات في اللوحات اللونية فقد قدرت بـ $Rc\% = 30\%$ وهي مرتفعة حيث توحى بنوع من المرونة الهستيرية بفعل الاستشارة الكبيرة للألوان وهي تشير إلى عدم قدرة مبحوثتنا على معالجة الإشكاليات العميقة.

فيما يخص الجانب الحركي الحيواني الكبرى والصغرى نجد $kan=4, kan=2$ أما الإجابات الحسية نجد إجابتين حسيتين يغلب عليهما المحدد اللوني حيث $cF=2$ وهذا يشير إلى وجود حركات نزوية وتمسك مبحوثتنا بالواقع ودفاعها المستمر ضد النزوات وهذا مؤشر هام على وجود عالم داخلي نزوي.

وفيما يتعلق بالمحتويات فنجدتها تنوعت بين الإجابات الحيوانية وسيطرتها في البروتوكول والتي قدرت بـ $A\% = 30\%$ وانعدام الإجابات الإنسانية وهذا دليل و مؤشر كافي على فقر في تصورات مبحوثتنا وعدم قدرتها على التكيف الاجتماعي وأيضا عدم قدرتها على التقمص الجيد للصورة الإنسانية وعدم الإدراك الجيد للمواضيع ويدل غلبة الإجابات الحيوانية على الانشغالات المتعلقة بالصورة الإنسانية الجسدية، أما الحركات الحيوانية فقد بلغت $kan=4, kan=2$

ووجودها مؤشر هام يدل على لجوء مبحثتنا إلى طرق دفاعية ضد ما تشير لوحات الاختبار وهي دليل أيضا على صعوبة إعطاء صورة إنسانية وتعويضها بصورة حيوانية.

أما الإجابات الإنسانية فهي منعدمة حيث نجد $H=0$ ، مع وجود إجابة جزئية إنسانية واحدة في اللوحة VI: "الجزء العلوي رأس راجل" $[DdF^+Hd]$ وهذا دليل على عدم قدرة المبحوثة على إعطاء صورة إنسانية كاملة وهذا يبعث على هشاشة الصورة الجسدية وقرر في تصورات مبحثتنا، ثم تليها المحتويات الأخرى بنسب متفاوتة حيث نجد الإجابات النباتية $Bot=5$ ، لتليها الإجابات الأشياء $obj=3$ وهذا يشير إلى صعوبة في تقمص واستثمار الحدود الجسدية وهشاشة الصورة الجسدية.

كما نجد أيضا في هذا البروتوكول المواظبة على المحتويين المحتوي "مسطاش" في اللوحتين VI و VII حيث نجد في اللوحة VI: "يشبه رأس راجل عندو شلاغم" واللوحة VII: "بيان راجل عندو مسطاش" ومحتوي مسطاش يعد من الخصائص الذكورية ونجد هنا محاولة مبحثتنا لاسترجاع الأب المفقود المثالي رمزية ذكورية الأب أو الزوج أيضا نجد محتوى "حاصلة" في اللوحات II, VII, VIII, IX, X حيث تدل هذه المواظبة على انسداد في قدرة مبحثتنا على تسيير علاقاتها مع الآخرين، بالإضافة إلى ظهور التحفظات الكلامية والتكرار في البروتوكول من خلال "كي شغل ماسي" يشبه في بعض لوحات الاختبار

وبالنسبة للاختبار لاختيار فنجد مبحثتنا.

- الاستنتاج الخاص بحالة "تورة":

من خلال النتائج المتوصل إليها نقول أن مبحثتنا لديها صورة جسد غير مكتملة وأيضا صعوبة في تقمص صورة إنسانية كاملة والتكيف وهشاشة في الصورة الجسدية، كما أن الإصابة بهذا المرض غير من صورة جسدها وبالتالي نجد مبحثتنا ترفض هذا التغير وهذه

الإجابة تتفق مع المؤشرات الدالة على هشاشة الصورة الجسدية وهذا ظاهر في بروتوكول مبحثتنا وذلك بغلبة الإجابات الحيوانية في ظل غياب الإجابات الإنسانية

- انعدام الإجابات الإنسانية حيث اقتصرت على المحتويات الحيوانية $A=30\%$ والأشياء وكذلك المحتويات النباتية.

- إنتاجية مبحثتنا كانت ضعيفة جدا حيث وصل عدد إجابات البروتوكول على $R=13$ وهي أقل بكثير عن المعدل الذي يتراوح بين (20% 30%).

- ارتفاع لأجوبة الشكلية $F\%$ يعتبر التشكيل المفرط للإدراكات فعالية الرقابة الناجحة وتأكيد على الاعتماد على الواقع الخارجي كدفاع ضد بروز العالم الداخلي لتخدم الطابع الهجاسي.

وجود إجابة صورة هجينة A/Bot مؤشر على هشاشة الصورة الجسدية وصعوبة في استثمارها كما نلاحظ انه بعد تحليل المقابلة نصف موجهة ونجد تطابق بين الاختبار الاسقاطي الرورشاخ والمقابلة نصف موجهة حيث نجد أن كلاهما أثبتا أن الصورة الجسدية لدى مبحثتنا "نورة" هشة حيث يعود السبب لإصابة والخضوع لآلة الدياليز حيث تقول مبحثتنا "... كنت خشينة بصح ضرك نقصت شوية... وزاد المرض"، وتضيف "حسيت روحي بلي تكسرت" وهذا يدل على ان الصورة الجسدية "نورة" غير مكتملة وتصور ذات يوحى بالهشاشة وذلك بالرجوع إلى التحليل الكمي لبروتوكول مبحثتنا، إضافة إلى التقمصات كانت مزاحة على مواضيع حيوانية، نباتية و أشياء.

- ضالة الإنتاج ومحتوى التداعي فقير وغير متنوع حيث اقتصر على المحتوى الحيواني ويشير من خلال الاختبار الاسقاطي الرورشاخ إلى أن استثمار الحدود الجسدية لدى مبحثتنا يتميز بالهشاشة.

وبناء على ما سبق نستنتج من المقابلة العيادية نصف موجهة واختبار الرورشاخ أن مبحثتنا "نورة" لديها صورة جسد تتميز بالهشاشة في استثمار الحدود الجسدية.

ومنه ندرج فرضيتنا حول تصنيف مبحثتنا إلى نوع حاجز وذلك لغياب الإجابات من نوع اختراق، وبالتالي عدم تحقق الفرضية القائلة أن استثمار الحدود الجسدية عند مرض القصور الكلوي المزمن يتميز بغلبة إجابات اختراق.

تحليل استبيان المواقف الوالدية :

التحليل الكمي :

في الجدول التالي سنعرض إجابات مبحثتنا في الجدول الآتي:

الجدول رقم 9 : يمثل إجابات المبحوثة " نورة " في سلم المواقف الوالدية

اسم المخطط	اب	ام
1- الحاجة إلى العاطفة (Ed) (Carence affective)	1	4
2- الرفض ((ab) Abandon)	2	1
3- الشك والحذر (ma) (Méfiance)	1	3
4- التسامح (Vn) (Vulnérabilité)	3	4
5- التبعية (Dépendance et incompétence)	1	3
6- النقص والعاهة (imperfection)	1	1
7- الفشل (échec)	1	3
8- الانقياد (Asuujetissement)	1	5
9- التضحية بالنفس (Sacrifice de soi)	5	4
10- مقتطيات عالية (Exigences élevées)	4	4
11- كل حقوقي (Tout m'est du)	1	3
12- غياب الرقابة (Manque d'autocontrôle)	1	4
13- علاقات إلتحامية (Relation Fusionnelle)	2	3
14- عدم التسامح مع الأخطاء (Unlenérabilité aux erreurs)	3	3
15- رقابة غريزية (Contrôle émotionnel a outrance)	4	3
16- الصرامة (Sévérité)	1	3

1	1	17- البحث عن معايير اجتماعية (Recherche d'approbation social)
41	33	18- المجموع

التحليل الكيفي:

تشير النتائج الكمية الى أن مبحوثتنا لها ميل تجاه أمها، واثناء تطبيقنا للاختبار كانت مبحوثتنا كثيرة الابتسامة وكانت طول فترة تطبيق سلم المواقف الوالدية تردد كلمة "هاكي تعرفي عباد بكري" وتقصد بذلك والديها وهذا يدل على ان مبحوثتنا "نورة" لم تكن تربطها علاقة جيدة بوالديها، اما كثرة ابتسامتها خلال تطبيق الاستبيان فهو مؤشر على دفاعات هوسية لجأت اليها مبحوثتنا لتجنب الحديث عن العلاقة.

يمثل هذا الجدول الاجابات التي تحصلنا عليها من خلال تطبيق سلم المواقف الوالدية .

الجدول رقم 10: يمثل الاجابات المتحصل عليها من استبيان المواقف الوالدية

رقم المخطط	الإجابات بالنسبة للاب	الإجابات بالنسبة للام
من 1 الى 5	انحصرت إجابات المبحوثة بين خاطئ تماماً وخاطئ عموماً	كانت اجابتها بين خاطئ تماماً وصحيح أكثر مما هو خاطئ وصحيح في المتوسط وخاطئ عموماً
من 6 الى 9	تراوحت اجاباتها بين خاطئ تماماً وخاطئ عموماً وصحيح أكثر مما هو خاطئ	نفس الإجابة
من 10 الى 13	جاءت اجابتها بين خاطئ عموماً وخاطئ تماماً	كل اجاباتها خاطئ تماماً
من 14 الى 17	كانت اجابتها صحيح أكثر مما هو خاطئ وخاطئ تماماً وصحيح عامة	اجابتها كانت صحيح أكثر مما هو خاطئ وخاطئ تماماً

من 18 الى 20	معظم اجاباتها خاطئ تماما	صحيح في المتوسط وخاطئ تماما
من 21 الى 24	كل اجاباتها خاطئ تماما	نفس الإجابة مع إجابة واحدة صحيح أكثر مما هو خاطئ
من 25 الى 28	كانت اجابتها خاطئة تماما	نفس الإجابة
من 29 الى 32	جاءت اجابتها بين خاطئ تماما وصحيح أكثر مما هو خاطئ	نفس الإجابة مع إجابة واحدة صحيح عامة
من 33 الى 36	كانت اجابتها صحيح عامة وخاطئ تماما	تنوعت اجابتها بين صحيح أكثر مما هو خاطئ وخاطئ عموما
من 37 الى 43	تنوعت اجابتها بين صحيح في المتوسط وصحيح عامة وخاطئ عموما وخاطئ تماما	نفس الإجابة
من 44 الى 47	جاءت اجابتها بين صحيح عامة وخاطئ عموما وخاطئ تماما	تراوحت اجابتها بين صحيح عامة وصحيح أكثر مما هو خاطئ وخاطئ تماما
من 48 الى 51	اجاباتها انحصرت بين خاطئ تماما وخاطئ وصحيح في المتوسط	معظم اجاباتها كانت بين صحيح في المتوسط صحيح أكثر مما هو خاطئ وخاطئ تماما
من 52 الى 55	معظم اجاباتها كانت خاطئة تماما وخاطئة عموما	جاءت اجابتها صحيح أكثر مما هو خاطئ صحيح في المتوسط
من 56 الى 59	اغلب اجاباتها خاطئة تماما وصحيح أكثر مما هو خاطئ	نفس الإجابة
من 60 الى 64	كانت اجاباتها خاطئة تماما وصحيح في المتوسط	خاطئ تماما وصحيح أكثر مما هو خاطئ
من 65 الى 68	جاءت اجابتها خاطئة تماما وصحيح في المتوسط	صحيح أكثر مما هو خاطئ وخاطئ تماما
من 69 الى 72	معظم اجاباتها خاطئة تماما	نفس الإجابة

من خلال التحليلين الكمي و الكيفي لسلم المواقف الوالدية الخاصة بالمبحوثة "نورة"

تبين ان لديها نمط تعلق والدي غير امن .

مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات:

مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

والتي مفادها انه قد يتميز استثمار الحدود الجسدية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بالهشاشة وهو ما يظهر اختبار الرورشاخ عبر إجابات الاختراق (2P) أكثر من إجابات الحاجز (4B)، حيث دلت النتائج الفرضية الأولى من خلال المقابلة نصف موجهة واختبار الرور شاخ انها لم تتحقق بسبب غلبة إجابات الحاجز (4B) أكثر من إجابات الاختراق (2P)، (مؤشر فيشير وكلا فلاند).

ومنه اثبت عدم صحة هذه الفرضية الجزئية الأولى بمؤشر غير دال على غلبة إجابات الاختراق (2P) للحالتين (نسرین ونورة).

مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

و التي مفادها انه قد يتميز استثمار الحدود الجسدية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بالهشاشة و ذلك عبر ما يظهر ه اختبار الرورشاخ بغلبة إجابات حاجز (4B) اكثر من إجابات الاختراق (2P) و من خلال النتائج العمل الميداني تبين لنا ان الحالتين التي أجريت معهما المقابلة نصف موجهة و الاختبار الاسقاطي الرورشاخ كشفت عن غلبة إجابات حاجز (4B) اكثر من إجابات الاختراق (2P)، ومنه اثبت صحة هذه الفرضية الجزئية الثانية بغلبة مؤشر حاجز عند الحالتين ، حيث قدر عند الحالة الأولى " نسرین " (5B)، و اما الحالة الثانية " نورة " نجد احبة حاجز قدرت بنسبة (1B) .

مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

و التي مفادها ان مرضى القصور الكلوي المزمن يتميزون بنمط تعلق غير امن ،و من خلال الأدوات المعتمدة في هذه الدراسة في جمع البيانات تم التوصل سواء من

المقابلة نصف موجهة او استبيان المواقف الوالدية ان كلتا الحالتين سواء ا الحالة "نسرين " لديها تعلق والدي غير امن فالأب بعيد و لكنه حنون على عكس الام صارمة و لكنها قريبة منها و هذا ما ظهر عبر المقابلة نصف موجهة و ما أكده استبيان المواقف الوالدية، اما الحالة الثانية "نورة " فليديها تعلق والدي غير امن فحسبها لا تربطها علاقة جيدة بوالديها و هو ما ظهر في استبيان المواقف الوالدية و المقابلة نصف موجهة .

مناقشة نتائج الفرضية العامة:

والتي مفادها انه توجد علاقة بين هشاشة استثمار الحدود الجسدية ونمط التعلق لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، ومن خلال النتائج المتحصل عليها من الجانب الميداني والذي اعتمدنا فيه على المقابلة نصف موجهة والاختبار الاسقاطي الرور شاخ واستبيان المواقف الوالدية، دلت نتائج الفرضية العامة على عدم تحققها بسبب عدم وجود علاقة بين استثمار الحدود الجسدية ونمط التعلق لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

مناقشة عامة للنتائج في ضوء الفرضيات:

بعد عرض النتائج المتحصل و تحليلها كميًا و كيفيًا سواءا تعلق الامر بكل حالة على حدى او الحالتين معا ثم قمنا بتفسيرها ابراز مدى تطابقها مع الفرضيات التي انطلقنا منها وهي قد يتميز استثمار الحدود الجسدية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بالهشاشة من خلال ما يظهره اختبار الرور شاخ بغلبة إجابات حازر و نمط تعلق غير امن ، حيث ان كلتا الحالتين يتميزان بهشاشة في استثمار الحدود الجسدية و بغلبة إجابات من نوع حازر (4B) و نمط تعلق غير امن و ذلك بعد تطابق النتائج المتحصل عليها سواءا من المقابلة نصف موجهة او من الاختبار الاسقاطي الرورشاخ و استبيان المواقف الوالدية مع مؤشرات الصورة الجسدية الهشة و هذه المؤشرات التي تم التطرق اليها في فصل التحليل و مناقشة النتائج و التي سوف نعرض بعضها كتذكير:

ضالة الإنتاج ($R=13, R=19$) بالنسبة للحالة الأولى والثانية وهو في الحالتين اقل من المعدل المتوسط.

ارتفاع نسبة الإجابات الشاملة في بروتوكول الحالة "نسرین" $G\%=15\%$ ، وانخفاضه في بروتوكول "نورة" $G\%=7\%$ مقارنة مع المعدل العادي الذي يتراوح بين (20 الى 30).

صعوبة إعطاء صورة إنسانية كاملة او إعطائها بصورة جزئية، الاذاحة على الحيوان ويظهر ذلك من خلال ارتفاع نسبة الإجابات الحيوانية حيث قدرت $A\%=52\%$ بالنسبة للحالة الاولى "نسرین" و $a\%=30\%$ بالنسبة للحالة الثانية "نورة" مقارنة بالمعدل المتوسط.

إضافة الى نتائج المقابلة نصف موجهة و التي تشير الى وجود صورة جسم هش و عدم تقبل التغير الجسمي نتيجة الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن ومن حيث علاقة المبحوثتين بوالديهما نجد تعلق والدي غير امن بالنسبة للحالة "نسرین" نجد لديها تعلق والدي غير امن و مضطرب فألاب حنون ولكنه بعيد اما أمها فهي قريبة منها و لكنها صارمة في تعاملها معها، اما الحالة "نورة" فليدتها تعلق والدي غير امن و علاقتها غير جيدة مع والديها وتتجنب الحديث عن هذه العلاقة، ومن خلال المقابلة نصف الموجهة و استبيان المواقف الوالدية نجد تطابق بينهما من حيث المواقف الوالدية السلبية تجاه الوالدين و هو ما ظهر عبر تطبيق سلم المواقف الوالدية .

وهذه النتيجة المتحصل عليها تنطبق مع الدراسات التي قام بها كل من شيلدر ودولتو، حيث ترى ف. دولتو بان الإصابة بأمراض جسدية او جروح حادة او إصابات جسدية متبوعة بخلل وظيفي يمكن ان تبعث على هشاشة الصورة الجسدية حيث يتميز جسد المصاب بانسحاب في الحدود الجسدية العضوية.

اما شيلدر فيرى ان كل تغير عضوي إصابة، نقص في التكوين العضوي حتى لو كان هذا النقص غير ظاهرة كالأمراض الداخلية قد يحدث تغيرات في الصورة الجسدية فكل ما يغير

من الوحدة البيولوجية ينعكس على الصورة الجسدية وعليه فان صورة الجسد يمكن ان يمسه تحولات او تتأثر بتاريخ الفرد، ان التغيرات الجسدية تبعث على نحو عدم التطابق بين الصورة الجسدية وصورة الجسد المصور فهي تمس حتما الجانب الادراكي. (بلهوشات رفيقة، 2007، ص140).

وعليه كخاتمة يمكن القول بان الفرضيات التي انطلقنا منها قد تحققت جزئيا، الا انه لا يمكن تعميم نتائجها على الجميع الا إذا تم تطبيقها على عدد كبير من المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن عندها يمكننا الوصول الى نفس النتيجة للتعميم.

3- الاستنتاج العام:

من خلال الإجراءات المنهجية المتبعة و الدراسة الأساسية و المنهج المتبع و انتقاء مجموعة البحث التي تم التطبيق عليها المقابلة نصف موجهة و الاختبار الاسقاطي الرورشاخ و استبيان المواقف الوالدية و جمع كل البيانات والتحليل السابقة التي قمنا بعرضها في فصل عرض و تحليل و مناقشة النتائج حيث تم التوصل الى ان الحالتين لديهما حدود جسدية هشة و هو ما ظهر في اختبار الرورشاخ عبر غلبة إجابات حاجز 4B اكثر من إجابات الاختراق. 2P نتيجة الإصابة للقصور الكلوي المزمن وحيث ظهر من المقابلة ان الحالتين لديهن فترة طويلة من الإصابة و قد تكيفتا مع المرض الا ان هذا لم يمنع ان تتأثر صورتهم الجسدية وحدودهم الجسمية ، و نمط تعلق غير امن وهو ماظهر في استبيان المواقف الوالدية بغلبة المواقف السلبية تجاه الوالدين.

و هذا مايبثت صحة الفرضيات و تحققها أي ان الفرضيات التي مفادها ان انه قد تتميز استثمار الحدود الجسدية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الهشاشة وهو ماظهر في اختبار الرورشاخ عبر غلبة إجابات حاجز 4B اكثر من إجابات الاختراق 2P، و ان مرضى القصور الكلوي المزمن يتميزون بنمط تعلق غير امن و هو ما يظهر في استبيان المواقف الوالدية و غلبة المواقف السلبية تجاه الوالدين قد تحققت ، و هذا ما ظهر عبر الإجابة على محاور المقابلة نصف موجهة و الذي أكدته ودعمه اختبار الاسقاطي الرورشاخ و استبيان المواقف الوالدية .

خاتمة

خاتمة :

بناءً على ما سبق نستنتج ان الإصابة بمرض جسدي وخاصة إذا تعلق الأمر بمرض عضو هام في الجسد وكان هذا المرض المزمن يؤدي الى تدهور حلة الفرد من الناحية الجسمية و النفسية فبعد تطور الطب و تراكم الاحداث في مجال الصحة اصبح من المستحيل الفصل بين الجانب الجسدي و الجانب السيكو لوجي ، فالإنسان حدة جسمية نفسية لا يمكن الفصل جانب عن الاخر ، و عصرنا الحالي طهرت امراض عضوية مختلفة تحمل بعد نفسي و من بينها القصور الكلوي المزمن الذي يبقى فيه المريض طوال حياته تابا الالة التحال الدموي و الامل في شفائه قليل لان عملية الزرع الكلوي ليست في متناول كل مريض ، فالشخص المصاب يحس انه ناقص و مهدد ما يؤدي الى تغير في ردود افعاله و استجابته النفسية تجاه صورته الجسدية و علاقته مع المحيطين به ، و في اطار هذه العلاقة التفاعلية التبادلية بين ما هو نفسي وما هو بدني ، تندرج الدراسة الحالية التي هدفت الى التعرف على طبيعة العلاقة بين استثمار الحدود الجسدية و نمط التعلق لدى مرضى القصور الكلوي المزمن ، حيث اعتمدنا على المنهج العيادي و على المقابلة نصف موجهة للحالتين و الاختبار الاسقاطي الرورشاخ و استبيان المواقف الوالدية بعد الاعتماد على هذه الأدوات لجمع البيانات قمنا بتحليل و مناقشة النتائج كل حالة على حدى و الحاليتين معا و كانت النتائج المتحصل عليها هي صحة الفرضية المطروحة أي ان مرضى القصور الكلوي المزمن الذين كانوا ا مجموعو بحثنا يعانون من الهشاشة في استثمار الحدود الجسدية و هو ما ظهر في اختبار الرورشاخ عبر غلبة إجابات حاجز 2B اكثر من إجابات الاختراق 2P، و يتميزون بنمط تعلق غير امن .

لكن رغم صحة الفرضيات بحثنا جزئيا، الا انه تبقى غير قابلة للتعميم بسبب خصوصية الحاليتين، وأيضا الامكانية تغير الظروف المحيطة بالدراسة، فالجانب النفسي

للقاصر كلويا يتأثر بالعوامل الخارجية التي كثيرا ما تساعد على التكيف السريع مع المرض،
او قد تزيد من حدته.

وفي الأخير نقول ان ما توصلنا اليه في بحثنا هذا ما هو الا محاولة بسيطة منا،
فهذه الدراسة تتضمن حتما نقائص وعدة أمور لم نتطرق اليها تحتاج الى مواصلة دراستها
وذلك من خلال بحوث أخرى.

الاقتراحات والتوصيات:

استنادا إلى النتائج المحققة في هذه الدراسة نعرض جملة من الاقتراحات والتوصيات التي وجدناها ضرورية بعد اجرائنا للبحث الميداني:

- تشجيع البحث العلمي في مجال الأبعاد النفسية للأمراض النفسية.
- تدعيم المراكز الطبية والمستشفيات والأخصائيين نفسانيين من أجل التكفل بمرضى القصور الكلوي المزمن.
- ضرورة العمل الجماعي (طبيب مختص، طبيب عام، أخصائي نفسي، أخصائي تغذية، ممرض) من أجل إنجاح البرامج العلاجية مع المرضى المزمنين ومنهم مرضى القصور الكلوي المزمن.
- ضرورة إدماج المريض منذ البداية في الخطة العلاجية ومشاركته فيها.
- ضرورة إعلام المريض لكل خصوصيات مرضه وتوعيته بضرورة الوقاية.
- عزل المرضى المتقدمين في العلاج بالهيموداياليز عن المرضى الجدد من أجل إعطائهم توضيحات أكثر عن المرض وأيضا تجنبهم الخوف والقلق.
- احترام توقيت التصفية وعدم الإنقاص من الوقت اللازم لإجراء حصة تصفية واحدة هذا الاحترام لو يؤخذ بعين الاعتبار فإنه يؤدي إلى احترام المريض أكثر لجسده واعتباره شيء مقدس، وما لوحظ خلال إجرائنا للدراسة الميدانية أن الكثير من المرضى يشكون عندما لا تحترم مواعيدهم وكذلك عند الإنقاص من وقت حصة الغسيل. هذا العمل التعسفي يجعل المريض يشعر بالنقص واللامباليات وربما يدفعه إلى مغادرة المستشفى دون إجراء التصفية

وتبعية هذا التصرف تجعل المريض يعود إلى المستشفى في الحالة الاستعجالية كما يؤدي إهمال المسؤولين وسوء تسيير مصلحة التصفية إلى فقدان وموت المريض.

• صيانة وتفقد وإصلاح دوري للكلية الاصطناعية تفاديا لانتقال مرض التهاب الكبد الفيروسي والذي التمسناه من خلال العمل الميداني حيث صادفتنا حالات تعاني من هذا المرض داخل مصلحة التصفية.

• خلق جو هادئ للمريض خاصة أثناء عملية تصفية الدم.

• تنظيم دورات تكوينية لممتنئين الصحة حول العوامل النفسية ومالها من تأثير على المرضى المزمنين.

• توعية أسرة المريض بأهمية المساندة الأسرية له والتي تساعد في التكيف مع المواقف المقلقة خاصة المتعلقة بغسل الكلى المستمر.

• توعية الناس بضرورة الوقاية من المرض بإجراء التحاليل الطبية الدورية.

• إنشاء جمعيات خيرية إنسانية لمساعدة المرضى ماديا.

صعوبات البحث:

إن أي بحث علمي لا يخلو من صعوبات تواجه الطالب وهذه الصعوبات تصبح بمثابة تحدي للطالب يجب تجاوزها أو على الأقل التخفيف من تأثيرها على نتائج البحث من أجل الوصول إلى مبتغاه، ومن بين الصعوبات التي واجهتنا خلال إجراء بحثنا نذكر:

• نقص المراجع باللغة العربية الخاصة بالقصور الكلوي المزمن.

• نقص المذكرات التي تناولت موضوع استثمار الحدود الجسدية عند مرضى القصور الكلوي المزمن.

- في الجانب التطبيقي واجهتنا بعض الصعوبات فب تطبيق الاختبار خاصة على المرضى في فترة تصفية الدم.
- غياب التأطير في المستشفى من طرف المختص النفسي سواءا باللوازم أو التوجيهات.
- عدم تواجد مكان خاص من أجل اجراء الاختبار لكل مفحوص بمفرده، وتواجد المرضى مع بعض يصعب علينا اجراء المقابلة العيادية وكذا تطبيق الاختبار حيث شكل ذلك عائقا أمام حرية المفحوص أثناء الإجابة.
- - قصر المدة التي منحت لنا لإجراء الجانب التطبيقي نظرا للاكتظاظ المستشفى بالمتريبيين - مما يستوجب منحهم كذلك الفرصة أيضا - وهذا يؤثر سلبا على راحة المريض.



قائمة المصادر والمراجع

قائمة المراجع باللغة العربية:

1. أمال بورقبة (2000)، الكلى من وظيفة الى امل في الحياة، دار النساء، ط، بيروت لبنان.
2. أمين رويحة (1972)، أمراض الجهاز البولي الكلى المثانة، البروستات، دار القلم، بيروت
3. إقبال إبراهيم مخلوف (2005)، الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين، (ب ط)، دار المعرفة الجامعية، مصر.
4. إدوارد البيطار (1962)، أمراض الكلى أسبابها وطرق الوقاية منها وعلاجها، دار الشرق، لبنان.
5. إدوارد بيطار (1962)، أعراض الكلية وإستقلابات والشوارد الماء، دار اليقظة العربية، دمشق سوريا.
6. اديب محمد الخالدي (2006)، علم النفس الاكلينيكي المرضي الفحص والعلاج، ط1، وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
7. بيار ماتي، جان بن جمان ستورا، (1992)، مبادئ السيکوسوماتيك وتصنيفاته، ط1، ترجمة محمد أحمد النابلسي، مؤسسة الرسالة، بيروت لبنان.
8. كريستون طمسون معالجة أمراض الباطنية، ترجمة طليح بورو وآخرون، مطبعة الجد السعودية.
9. السيد أبو النيل مصطفى زيور (1994)، الأمراض السيکوسوماتية، الأمراض الجسمية نفسية المنشأ، ط1، مكتبة الخانجي، القاهرة، مصر.
10. حسن عبد المعطي (2003)، الأمراض السيکوسوماتية، ط1، مكتبة دار الشروق القاهرة.

11. حامد عبد السلام زهران (1997)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، عالم الكتب، مصر.
12. رياض جودت (2001)، الجراحة البولية الجراحة التناسلية عند الذكور، مطبعة جامعة حلب، سوريا.
13. زهير الكرمي (1988)، الأطلس العلمي، فيزيولوجيا الإنسان، دار الكتاب اللبناني، بيروت.
14. زينب محمود شقير (2002)، الأمراض السيكوسوماتية والنفس الجسمية، ط1، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
15. سامي ملحم (2000)، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، جامعة حلوان، قسم علم النفس المصرية للطباعة، ط1، عمان، الأردن.
16. سي موسى عبد الرحمان ورضوان زقار، (2002)، الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق نظرة الاختبارات الإسقاطية جمعية علم النفس الجزائر العاصمة، الجزائر.
17. سي موسى محمود بن خليفة (2008)، علم النفس المرضي التحليلي والإسقاطي الأنظمة النفسية ومظاهرها في الاختبارات الإسقاطي ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
18. عبد الكريم فريحات (2000)، تشريح جسم الإنسان، دار الشروق، الأردن.
19. عبد المنعم حنفي (1992)، الموسوعة النفسية الجنسية، ط1، مكتبة مدبولي، سوريا.
20. عبد الرحمان العيساوي (1994)، الأمراض السيكوسوماتية، دار النهضة العربية، بيروت.
21. عطوف ياسين (1981)، علم النفس الإكلينيكي، ط1، دار المعلم للملايين، بيروت.
22. فيصل محمد خير الزراد (2000)، الأمراض النفسية الجسدية، ط1، دار النفائس، بيروت لبنان.

23. محمد أحمد النابلسي (1988)، مبادئ السيکوسوماتيك وتصنيفاته، مؤسسة الرسالة، دار الهدى، الجزائر.
24. محمد قاسم عبد الله (2001)، مدخل إلى الصحة النفسية، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
25. محمد محمود بن يونس (2008)، الأسس الفيزيولوجية للسلوك، ط1، دار الشروق، عمان، الأردن.
26. محمد حمدي الحجار (1998)، مدخل إلى علم النفس المرضي، ط1، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
27. محمد صادق صبور (1989)، أمراض الكلى أسبابها وطرق الوقاية منها وعلاجها، دار الشروق، بيروت، لبنان.
28. محمد علي هاشم وآخرون (1989)، أمراض الكلى، كتاب أمراض الكلية الموحد، (ج 5)، دمشق، سوريا.
29. محمد علي البار (1992)، الفشل الكلوي أسبابه وطريقة الوقاية منه علاجه، دار القلم، بيروت، لبنان.
30. محمد صبور (1989)، أمراض الكلى وزرع الأعضاء، ط1، دار القلم، بيروت، لبنان.
- 31. مجالات مقالات باللغة العربية:**
32. مقال مدوري يمينة "إشكالية التعلق لدى الطفل" جمعية 20 أوت 1955 سكيكدة الجزائر نشرت في 2015/12/1.
33. مجلة دراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الشهيد حمة لخضر، الوادي العدد 14/13 ديسمبر 2015 ص ص 66 - 80.

34. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 10، العدد 3، 2014، 351، 368، أنماط التعلق وحل المشكلات الاجتماعية لدى الطلبة المراهقين وفقا لمتغيري النوع الاجتماعي والفئة العمرية 2014/7/8.
35. مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي جامعة عين الشمس، العدد، 37 يناير، 2014، قسم الصحة النفسية، كلية التربية (ما وراء الانفعال الوالدي ونمط التعلق الوالدي لدى الأطفال).
36. مجلة كلية التربية قسم علم النفس أنماط التعلق وعلاقتها بالرضى عن الحياة وأساليب التعامل مع الضغوط النفسية، العدد 2009، جامعة أم القرى.
37. المجلة الأردنية قسم علم النفس كلية الدراسات العليا العلاقة بين أنماط التعلق الراشدين بأزواجهم والتكيف الزواجي، العدد حزيران 2004.
38. مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية، جامعة الحاج لخضر، بسكرة، "الاختبارات الاسقاطية"، العدد، 2015.
39. أبو غزالة معاوية (2007)، نظريات التطور الإنساني وتطبيقاتها التربوية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
40. عادل حلواني وآخرون (2000)، نفسية المصابين بالقصور الكلوي، المجلة السعودية لأمراض الكلى، العدد 2، السعودية.
41. أحمد عبد الخالق (2008)، الرضى عن الحياة في المجتمع الكويتي مجلة الدراسات النفسية، مجلد 18 العدد الأول، بيروت، لبنان.

الرسائل الجامعية:

- باجي نعيمة (2008)، التعلق الوالدي وإدراك الحدود الجسدية عند مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين لعملية غسل الكلى، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس الصدمين، جامعة الجزائر.

- زيوي عبلة (2009)، إدراك الحدود الجسدية والتوظيف النفسي، لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
- رشيد بلبسعي (2009)، اختيار نمط اللباس، الأغلفة النفسية، الجسدية، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

- Alin et al (1997), l'insuffisance rénale de l'adulte, Paris, 2^{ème} Edition.
- Ainsworth. M. et al (1972) l'attachement de l'enfant à sa mère, in la recherche psychiatrique, Paris.
- Belsky. J (1990), are synchronous interaction with their infant, the rough guide. Bernard. O. (1983), guide de la thérapie néphrologique, édition Masson; Paris.
- Beizmann. C : (1996) livre de consultation des femmes dans le Rorschach, Paris, l'édition, du centre de psychologie appliquée.
- Perron (K), (1997); les problèmes de la preuve de la démarche psychologie, dit clinique psychologie Française, N 24.
- Chabert (C), (1973) le Rorschach en clinique adulte interprétation psychanalytique 2^{ed} Dunod, Paris.
- Chabert ©, (1998), psychoanalyse et méthode projectives, Dunod; Paris. Cupa. O., (2002), psychologie en néphrologie, Paris, EDK.
- Cupa. O., (2002), peut-on vivre libre et heureux en hémodialyse, in dialogue, n=85, actualités internationales, Paris, pp 1-2.
- Bernard bergert, l'insuffisance rénale, Maloine, Paris, 4^{ème} édition. Cassidy. J., (1999), attachment theory and evidence, Rutter Mondhay. D., ed., Excerpted. Backwell.
- Charlotte, Marion (2003), l'indispensable de psychologie, Studyrain. Dolto. F. (1984) l'image inconsciente du corps, Paris, Seuil.
- Eleanor, W., et Keston (2006), l'attachement 109, for attorneys, implication internationale, vol 51, UK.

- Guedeney , N,et A, (2003) , l'attachement concepte et application ,Masson édition.
- Haynal ,A,et passini , w (1984) , aberge de médecin psychosomatique , édition massion , paris .
- Haynal, Aet passin .
- Ham ,burger ,(1981),le norisson , la mere et la psychanalyste , paris ;contuvion.
- Neal ..Frick.D.(2001), the effect of parmtng styles and child hood attachement , pattems on intimote relatinstips , formai of, intemationnal psychology.
- Ross .T. (1991) ,child and adolescence psychiatrie .Compréhension texte book.
- Ssadock ,B,MD et Sadock,V ,MD, et al (2005),comprehensive tickets books of psyvhiatry.seven édition, chimical psychiatry.
- Sillammy .N. (1999), dictionnarie de psychologie , la rousse ,paris . Sanglade , A,(1983) .image du corp et image de soi au roschah , in techniques projectives II.
- Anzieu ,D,et al ,(1987), les enveloppes psychniques , paris , dunodi .
- Revue de médecin (1985), revue algérienne de néphrologie , n 1 alger . Maurice dongier (1976), nevross et trouble psychosomatique , édition 6, desert et mardaya editeur , bruxelles .
- Evelyne penzmer ,(2000) introduction a la psychopathologie de l'adulte , > édition 2 , armopnd colin , paris .
- Norbert sillamy , (2003) dictionnaire de psychologie , la rousse vue , paris .
- Maurice deaping (2002) , psychopathologie de l'enfants et de la adolesent, armond colin NVEF ; paris .
- Debary .R, abord (1994) , psychosomatique de troubles somatiques , française de psychoanalyse , n 29.
- Carolin doucet (2000), la psychosomatique theatrie et clinique , armond colin ; paris .

الملاحق

مقابلة الحالة "نسرین"

❖ صباح الخير نسرین انا طالبة في علم النفس العيادي، بصدد تحضير مذكرة تخرج

لنيل شهادة الماستر تقدری تعاونیني في إعطائي بعض المعلومات حول مرضك

❖ راني موافقة تقدری تبداي.

- الباحثة: أحکيلي كيفاش كنتي قبل المرض؟

- الحالة: كنت لاباس عليا بصحتي وكنت أنا نقوم بجدتي المريضة وأخدمها ما عندي

حتى مرض.

- الباحثة: قوليلي نسرین کشما كان عندك تشکي منو أقصد مرض آخر؟

- الحالة: قتلك الحمد لله ماكان عندي حتى مرض ما نشکي من واولو.

- الباحثة: وفي العائلة الكبيرة کشما عندکم واحد أو شخص مريض بهذا المرض؟

- الحالة: في العائلة ما عنديش لي مريض کيما أنا في لافامي کاین غير أنا الحالة

الأولى.

- الباحثة: نسرین خبريني على المرض نتاعك وکتاه مرضتي؟

- الحالة: شوفي كنت لاباس عليا وحد النهار مرضت بالحمى حکمتني الحمة کي رحت

للطبيبة قاتلي هذا غير غريب- برد- ومن بعد کي رحت للدار زادت الحمة قوات

زاد الحال عليا ومن بعد درت التحاليل لخطر خويا فرملي وبعد فترة ظهرت عندي

بقع زرقاء في جسمي- تشير إلى ساقیها ورجليها- بصح خويا کي شاف هادوك

الطبيب عرف بلي راني مريضة بالكلى بصبح ماقاليش ودخلت للسيطار مدة 11 يوم

للزهراري درت التحاليل وقالولي ديري ديايز درت (2) زوج حصص في الأسبوع.

- الباحثة: كيفاه عرفتي بلي راكي مريضة؟ وشكون الي خبرك؟
- الحالة: في آخر لحظة رحت لواحد اختصاصي ثم عرفت والطبيبة قالت لخويا تحب تعرف أكثر روح شوف طبيب آخر.

- الباحثة: واش حسيتي وقت الي عرفتي فيه بلي راكي مريضة؟
- الحالة: وقت أول مرة عرفت تقبلي ما حسيت بحتى حاجة في تلك اللحظة قاومت على عكس أهلي وخاصة والدي وتأثر بزاف وبكى لخاطر هو شخص حساس صدقيني حتى الألم ما تألمتش كي دارولي لي الكارتي.

- الباحثة: واش هو شعورك كي عرفتي أن آلة الدياليز هي الحل ولا الزرع؟
- الحالة: بديت نتقلق بعد فترة لخاطر حسيت روجي تبدلت ودارنا ولاو يتقلقو عليا بزاف وحسيت روجي تعطلت على الحياة الطبيعية.

- الباحثة: وبالنسبة للزرع؟
- الحالة: -تبتسم- إيه بصح !!!
- الباحثة: أحكي لي نسرین كيفاه تشوفي روحك بهذا المرض ؟
- الحالة: كيما قتلك صح تقبلت المرض وكان نعدي عادي بصبح حسيت بلي تبدلت.
- الباحثة: خبريني كيفاه كنتي تشوفي روحك قبل المرض ؟
- الحالة: كنت لاباس عليا ندير كل شيء ماشي كيما ضرك ما نقدر ندير والوا.

- الباحثة: أحكي لي كي درتي لفيستول "La fistule" واش حسيتي واش راكي تشوفي في روحك بعد وضع الفيستول؟
- الحالة: كنت مضطرة وما كنتش نحب نشوفو لخاطر هو بمثابة إنقاص سريع وللاارتفاع بنسبة الكرياتين في الجسم -درت الكارتي فترة 28 يوم فقط لخاطر يدير الحمة والقيء يضر- أول مرة ما حبيتهاش نرفض حاجة تفييري في ذراعي كي يرتفع الضغط نحس بيه ديما نحافظ عليه خاصة أثناء النوم.
- الباحثة: كي جاك هذا المرض حسيتي بلي جسمك تبدل بسبب هذا المرض؟
- الحالة: جسمي تغير لخاطر في البداية كنت سمينة ومن بعد نقصت والبشرة تولي سودة لخاطر ماهوش نقي.
- الباحثة: أحكي لي نسرین تقدري تكلمي حياتك بدون آلة الدياليز؟
- الحالة: -تبتسم- أكيد ما نقدرش لخاطر كلاي حبسوا بصح أحس أنه في يوم من الأيام سأتخلص من آلة الدياليز سواء بزوالها أو بزوالي. جاتني فترة تقول بلي هادي ماشي عيشة أفكار سلبية - تخمام-بصح تغلبت على الحالة السلبية وهاذي جاتني في وسط المرض -شفاء نفسي-.
- الباحثة: أحكي لي نسرین حسيتي بلي شكل جسمك تغير بعد الإصابة؟
- الحالة: في البداية نحس بلي هذا المرض خلاني عاجزة خاصة كي نشوف الآخرين ونقول بلي الناس بصحتهم وأنا غير...
- الباحثة: نسرین تمتلك آلة الدياليز؟

- الحالة: -تبتسم نسرین تنظر للآلة وتتكلم وتقول لي هي متنفس ليا لخاطر يروح الضغط على جسمي هي شفائي في هذه الحظة.
- الباحثة: كي عرفتي بلي آلة الدياليز هي الحل؟
- الحالة: كنت مضطرو على آلة الدياليز باش ننقض روعي لخاطر ماكانش عندي وقت باش نفكر للارتفاع نسبة الكرياتين في جسمي بصح الحاجة الوحيدة الي درتها هو لجوء إلى الله وتمسكي بالدعاء قوات علاقتي بربي سبحانهوا.
- الباحثة: خبريني واش هي الأعمال الي ديرها يوميا؟
- الحالة: مثلا نوض صباح هاكي تعرفي نعيشوا الروتين اليومي نوض نصلي ومن بعد نروح نهرج ماما ونسلم على راسها ومن بعد شغل خفيف كيما بلاصتي نظفها كل مرة ندير حاجة مثلا الخياطة نطبخ الغداء الفترة الصباحية نحفظ المصحف نشوف الشروق وننشر مقالات ولا نروح للجامع نقرا ونقري الصغار ونتواصل مع أصدقائي على الفايسبوك ونشوف كاش جديد.
- الباحثة: أحكي لي تحسي بلي كاين فرق بين قبل وبعد المرض كي ديري الشغل؟
- الحالة: ماشي كيفكيف ضرك مانديرش الشغل بزاف حاجة خفيفة
- الباحثة: بعد قيامك بالتصفية كيفاه تحسي؟
- الحالة: أحيانا الإرهاق والأغلبية مليحة.
- الباحثة: أحكي لي تحسي روحك مقيدة لخاطر لازم تجي وديري الدياليز وتخدمي غير حاجة خفيفة؟ واش تحسي اتجاه هذا الأمر؟

- الحالة: في البداية كان يشكل لي مشكل ونحس روجي بلي راني مقيدة وما نقدرش
نصبر بصح ذرك راني نحس روجي مليحة لخاطر نشغل روجي ونقرا القرآن ونشايف
مليح.

- الباحثة: كيفاه أثر هذا المرض على حياتك؟

- الحالة: أثر عليا بزاف من ناحية التواصل ما نقدرش نساافر لبلاصة بعيدة ونقعد فترة
طويلة صعب عليا حوايج على عكس في الدار يعتنيو بيا مثل الخدمة لازم تكون
قريبة ما نقدرش نبعد.

- الباحثة: خبريني نسرین شكون لي يجي معال للسبيطار؟

- الحالة: في البداية كنت مع خويا يوميا بصح ضرك النقل نتاع المستشفى وهكذا
ديما يستتاني في نص الطريق.

- الباحثة: من يشتري لك الدواء؟

- الحالة: أخي ولا ساعات اخوتي من فترة إلى فترة 3 أشهر.

- الباحثة: أحكي لي شوي كيفاه يعاملوك داركم يعني عائلتك قبل وبعد الإصابة؟

- الحالة: ماما ما تبينش بصح ساعة ساعة تزلق قدامي وما تبينش ولا الناس يحكولي
بلي ماماك قالت هكدا وهكدا بصح نحس بالسعادة.

- الباحثة: أحكي لي شوي كيفاه العائلة تساعدك في الحفاظ على نظام غذائي محدد؟

- الحالة: دارنا دائما يحافظو عليا ما تاكليش هذي مادريش هذي ضرك ديمنا نستناهم
حتى يقولولي كولي.

- الباحثة: خبريني عن شعورك كي تشوفي كل العائلة مهتمة بيك؟
- الحالة: دائما نقول بلي راني في بالهم وهذا الاهتمام يفرحني بزاف.
- الباحثة: أحكي لي كيفاه تشوفي مستقبلك؟
- الحالة: في البداية كان غامض ونخاف منو بصح ضرك مستقبلي دائما قريب ما نفكرش في البعيد مانفكرش في نفسي بزاف عام ولا عامين خاصة بعد مرضي.
- الباحثة: أمانيك ومشاريعك في المستقبل؟
- الحالة: نسرین تنهض من فراشها وتبتسم وتقول زعما نقدر نحققهم هاتي نكتبهملك على ورقة أعطيتها الورقة وكتبتهم بالترتيب وكان أول مشروع لها هو إتمام حفظ القرآن، أستاذة حلويات وفتح ورشة من أجل تدريس اليتامى والأرامل تكتب كتاب بعنوان-ابتهالات إيمانية-دراسة العلوم الإسلامية-عطلة أكاديمية-شوفي كي تغير الوقت أعطيتهم أهمية ورتبتهم حسب الأولوية وأيضا الرجوع إلى الدراسة لإكمال شهادة الماستر تخصص أدب عربي-
- الباحثة: أحكي لي على علاقتك مع والديك سابقا وحاليا؟
- الحالة: بكري كانت علاقة جيدة بصح ضرك زاد الاهتمام أكثر خاصة والدي وأمي وإخوتي وخويا أصبح قرسب مني بزاف كي مرضت الي نحوس عليها يجيبهالي بلاما نقولو تقولييه يحس بيا.
- الباحثة: تأثير المرض على هذه العلاقة خبريني عليه؟
- الحالة: كيما قتلك زاد الاهتمام بزاف ولاو يتقلقوا عليا بزاف يخافوا عليا.

- الباحثة: أحكي لي شكون الي متعلقة بيه بزاف في عائلتك؟

الحالة: ماما وحدة قريبة لي

مقابلة الحالة "نورة" :

• صباح الخير نورة أنا طالبة في علم النفس العيادي، بصدد تحضير مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر، نورة أنا راح نطرح بعض لأسئلة حول مرضك ماكان حتى مشكل قوليلي واش تسحقي.

-الباحثة: احكي لي كيفاش كنت قبل المرض؟ وكشما كان عندك مرض آخر تعاني منو؟.

-الحالة: لالا كنت لاباس علي نخدم ونحصد ونحي وننسج الصوف ندير كل شئ لاباس عليا وماكنت نشكي حتى من حاجة.لاباس علي.

-الباحثة: احكي لي كيفاش بذاك المرض؟

-الحالة: واحد النهار طلعتي لاتونسيو "tension" كي روحت قستها لقيتها 18/12 طلعتي بزاف وليت رحت لطيبية و قاتلي راكي مليحة قعدت عام وأنا نداوي عندها حسيتها معدة ومن بعد زاد الحال عليا وقلت هاذي غير معدة لخاطر كنت نتقي و كانت تحكمني الدوخة ومن بعد روحت لطبيب واحد آخر قالي فم المعدة محلول شهر وأنا ناكل في الدواء مادارلي والو بصح كي رحت اختصاصي معدة قالي هاذي ماشي معدة قالي كلاك حبسوا وقالي شكون قريب ليك بزاف من لافامي تاعك باش يديرلك التعيار "عاجل" لخاطر كلاك حبسوا ولازم تدخلي للسبيطار والسبعة نتاع العشية دخلت للسبيطار وقعدت فيه ثلاث أيام ثم دارولي الكاتي في رقبتي أنا قلت غير يوم ماشي كل يوم حتى نبدا وبعد شهر رجعت وحسيت روعي غير وحدي وشفيت حياتي تعكست.

-الباحثة: وقت اللي عرفتني بلي كلاك حبسوا واش حسيتي؟

-الحالة: ماحسيت والو كيما قتلك غير يوم ونبرا عادي بصح الضربة الاولى ماحبيتش قلت داري وحدها وولادي صغار و ثاني خفت نعود نموت لخاطر مانيش سامعة بهذا المرض حتى فهمني الطبيب ومن بعد اقتتعت.

-الباحثة: واش هو شعورك كي عرفتي بلي آلة الدياليز هي الحل ولا الزرع؟

-الحالة: شوفي الكلوة ماكاش اللي يتبرعلك خاوتي كلهم متزوجين وأمي ماتت وأنا خفت على أولادي ماحبيتش نفلهم أعطوني غاضتني الطفلة ماتقدرش تفلهم لخاطر طفلة هافي تعرفي كيفاه والزرع بالنسبة لي ملف مغلق سكرت عليه.

-الباحثة: خالتي نورة بالنسبة آلة الدياليز؟

-الحالة: ان شاء الله ربي يطول في العمر وخلص هادي الآلة أحسن.

-الباحثة: وكيفاه تشوفي الزرع؟

-الحالة: مانخبش عليك نفرح كي نسمع بالزرع بزاف بصح الله غالب يا بنتي.

-الباحثة: احكي لي خالتي نورة كيفاه تشوفي روحك بهذا المرض؟

-الحالة: ماتبدل والو نسيت بلي راني مريضة فالأول خلعت بصح ضرك خلاص.

-الباحثة: وقبل المرض كيفاه كنتي خالتي نورة؟

-الحالة: ماتبدل والو كنت خشينة "سمينة" بصح ضرك نقصت شوية لخاطر نقوم بداري و أولادي وزيد المرض.

-الباحثة: احكي لي كي درتي الفيستول واش حسيتي؟

-الحالة: حسيت بلي روحي تكسرت بصح بعد عام وعامين و4 سنوات و 6 سنوات ولات ماتقلقيش ومانحشمش بيها لخاطر تخرج حبة كبيرة بصح هكذا ونروح بيها للعرس.

-الحالة: كي جاك هذا المرض حسيتي بلي جسمك تبدل؟

-الحالة: مانقول والو نقول برك ربي كل واحد واش كتبلوا وحاجة ماتبدلت وغير هادي اللي مانقولهاش ونروح للاعراس ونشط بزاف.

-الباحثة: احكي لي تقديري حياتك بلا آلة الدياليز؟

-الحالة: مانقدرش خاصة حاليا نخلي آلة الدياليز.

-الباحثة: واش تمتلك آلة الدياليز؟

-الحالة: تبان كي كلوتي هي راهي نصف مني.

-الباحثة: واش هي الاعمال الي تديرها يوميا؟

-الحالة: ندير كل الشغل.

-الباحثة: احكي لي تحسي بلي كاين فرق بين قبل وبعد المرض كي تدير الشغل؟

-الحالة: ماتبدل والو قبل وضرك كيفكيف.

-الباحثة: بعدما تدير التصفية تحسي بالتعب شوية؟

-الحالة: احيانا ساعات ساعات.

-الباحثة: احكي لي تحسي بلي آلة الدياليز مقيدتك لخاطر لازم تصفي؟

-الحالة: لالا عادي مانيش متقلقة خاصة في المرة الاولى.

-الباحثة: خالتي نورة احكي لي كيفاه أثر هذا المرض على حياتك؟

-الحالة: أثر عليا من ناحية جسمي نهار الاول فقط وضرك نخم على أولادي تعرفي شهر

كامل وانا نخم على أولادي ونقول كي نموت كيفاه ندير حتى لاصباء و الفرامل

ي قولولي التحاليل راهم لابس عليهم واش بيك حتى قتلهم واش الي بيا ومن بعد جاتني

لاخصائية في الشهر الاول وبفضلها راني لابس علي.

-الباحثة: شكون يجي معاك للسييطار؟

-الحالة: في الاول كان راجلي يجي معايا وضرك راني نجي وحدي في نقل نتاع السييطار.

-الباحثة: من يشتري لك الدواء؟

-الحالة: أنا اللي نروح نشري الدواء وحدي كي نعود مروحة من السبيطار.

-الباحثة: احكي لي شوية كيفاه يعاملوك عائلتك وأولادك بعدما مرضتي؟

-الحالة: يعاملوني مليح ويخافوا عليا ويقلولي نتي ماتاخذيش الراي لازم تخافي على روحك وتسايسي روحك بصرح قبل مانمرض كانت عادي.

-الباحثة: خبريني العائلة تعاونك في الحفاظ على نظام غذائي محدد؟

-الحالة: دايمًا يقلولي مادريش هادي وماتاكلش هادي نفلهم راني عارفة لخاطر الطبيب ورالي.

-الباحثة: واش تحسي واش هو شعورك كي تشوفي العائلة مهتمة بيبك؟

-الحالة: ايه نفرح بزاف ونقول الحمد لله.

-الباحثة: كيفاه تشوفي مستقبلك؟

-الحالة: عايشة كيما يحب ربي؟

-الباحثة: واش هي أمنيتك اللي حابة ديرها في المستقبل؟

-الحالة: نتمنى يلحقني ربي ونجيب عروسة لوليدي ونجي نصفي.

-الباحثة: احكي لي على علاقتك مع والديك مع زوجك مع أولادك؟

-الحالة: شوفي علاقتي مع عائلتي بزاف مليحة ومع زوجي بزاف بزاف مليحة مايحبش علي نهار اللي مرضت فيه بكى علي وهو قايم بي بزاف.

-الباحثة: شكون اللي قريب ليك بزاف؟

-الحالة : شوفي اللي قريب ليا بزاف هما سلفاتي وبناتي واختي.

-الباحثة: تأثير هذا المرض على علاقتك مع زوجك وأقربائك؟

-الحالة: عادي ماتبدل والو بصح خاوتي يجوني ويحبرو فيا بزاف.

ملحق رقم / استبيان المواقف الوالدية ترجمة زيوي عبلة طالبة بقسم الماجستير

التعليمة :- تجد فيما يلي مجموعة من الاقتراحات التي يمكنها أن تصف موقف والدك عندما كنت طفلا صغيرا ، وضح إلى أي حد أنت موافق أم لا مع هذه الاقتراحات بالرجوع إلى سلم التنقيط أسفله، إذا كان هناك شخص آخر له مكانة بديل للأم أو بديل للأب فأكمل السلم حسب هذا الشخص، أما في حالة غياب الأم أو الأب أترك الخانة فارغة.

سلم التنقيط:-

1- خاطئ تماما	3- صحيح أكثر مما هو خاطئ	5- صحيح عامة
2- خاطئ عموما	4- صحيح في المتوسط	6- يصفه أو يصفها بصورة تامة

أم	أب	
3	3	1- يحبني ويعاملني كشخص هام.
3	3	2- يخصص لي الوقت والانتباه.
3	4	3- ينصحيني عندما أحتاج لذلك.
3	3	4- ينصت إلي يفهمني ويشاركني مشاعري.
3	4	5- كان حنوناً وودياً جسدياً (مثل يحضنني).
1	1	6- توفي أو غادر المنزل العائلي عندما كنت طفلاً صغيراً.
1	1	7- كان مبالغاً ذو مزاج متقلب أو مدمن.
1	1	8- كان يفضل أختي أو أخي علي.
4	1	9- كان منطوي أو يتركني لوحدي لمدة طويلة.
1	1	10- كان يكذب علي، يخدعني أو يخونني.
1	1	11- يتعدى على جسدياً، عاطفياً أو جنسياً.
1	1	12- يستعملني لكي يشبع حاجاته الخاصة.
1	1	13- يبدو أنه يتمتع عندما يجرح الآخرين.
5	4	14- يخشى بإفراط أن اجرح نفسي.
5	3	15- يخشى بإفراط أن أصبح مريضاً.
1	1	16- كان شخصاً خائفاً أو قوياً.
3	5	17- كان يفرط في حمايتي.
1	1	18- كان يشك في مصداقية قراراتي أو أحكامي.
5	3	19- كان له ميل كبير للقيام بالأشياء في مكاني.
3	3	20- يعاملني وكأنني أصغر من سني.

3	1	21- ينتقدني كثيراً.
1	1	22- كان موقفه يجعلني أحس بأنني مرفوض، غير محبوب.
1	1	23- يعاملني وكأنني شخص سيئ غير مقبول.
1	1	24- يجعلني أخجل من مظاهري الهامة.
1	1	25- لم يقدّم أبداً بتعليمي النظام الضروري للنجاح في المدرسة.
1	1	26- يعاملني وكأنني غبي وبدون موهبة.
1	1	27- لم يكن يتمنى أن أنجح في حياتي.
1	1	28- ينتظر أن أفلح.
1	1	29- يعتبر أرائي أو رغباتي بدون أهمية.
5	3	30- يقوم بما يرغبه بدون الأخذ بعين الاعتبار حاجاتي.
1	1	31- يسير حياتي بدون الأخذ بعين الاعتبار برأيي.
1	1	32- كل شيء يجب أن يتم على طريقته.
3	5	33- يضحى بحاجياته لفائدة العائلة.
1	1	34- كان غير قادر على القيام بعدة مسؤوليات يومية.
1	1	35- كان جد حزين ويتكل على للتدعيم والتفهم.
2	1	36- يعتبرني كشخص قوي يمكنني أن أتكفل بالآخرين.
5	4	37- كان لابد أن ينجح في كل ما يقوم به.
3	3	38- ينتظر مني أن أقدم أقصى ما لدي.
4	4	39- كان كمالي في عدة ميادين.
3	1	40- لم يكن في الواقع أبداً راض عما أقوم به.
3	3	41- كان مضبوط، كانت له أفكار محدّدة حول ما هو جيد وما هو سيئ.
1	1	42- يصبح قليل الصبر عندما لا تحصل الأمور بصورة مناسبة أو بأقل سرعة.
5	5	43- يعطي أهي للعمل أكثر من المتعة والراحة.
5	5	44- يدلّني أو كان متسامحاً معي كثيراً.
3	2	45- كان يشعرني بأنني خاص أفضل من أغلبية الأشخاص الآخرين.
1	1	46- كان ينتظر الكثير من الآخرين وخاصة يفكر في فوائده.
3	1	47- لا يعلمني واجباتي اتجاه الآخرين.
4	1	48- يقدم لي القليل من النظام أو المراجع.
3	2	49- يفرض علي القليل من الأنظمة أو يقدم لي القليل من المسؤوليات.
3	4	50- يتسامح اتجاه غضبي الكبير أو فلتات تحكيمي.
1	1	51- كان قليل التربية.
3	2	52- كنا جد متقاربين إلى درجة تفاهشنا التام.
4	1	53- لم أكن أشعر بأن هويتي مختلفة عنه.
1	1	54- أثناء طفولتي كنت مختلق من قوة شخصيته.

4	1	55- إذا تفارقنا أضن لأحسنا بالجرح.
3	3	56- كان جد منهمك بالمشاكل المالية للعائلة.
1	1	57- كان يشعرني بأنه إذا قمت بأدنى خطأ سوف تحدث كارثة.
1	1	58- كانت له نظرة سلبية اتجاه الأشياء وكان ينتظر دائما الأسوأ.
1	1	59- كان يؤكد على الجوانب السلبية في الحياة أو على الأشياء التي تميل للسوء.
1	1	60- كان يحتاج إلى التحكم في كل شيء.
3	4	61- كانت له صعوبات في التعبير عن العاطفة أو الإحساس.
1	1	62- كان مرتب ومنظم لا يحب التغييرات أو المفاجآت.
1	1	63- يعبر نادرا عن الغضب.
3	4	64- كان سري يتكلم نادرا عن مشاعره.
3	1	65- ينتقدي بحدة أو يغضب عندما أقوم بفعل ما.
3	4	66- يعاقبني عندما أقوم بفعل سيئ.
1	1	67- يشتمني مثل غبي أبله عندما أقوم بالأخطاء.
1	1	68- يؤنب الآخرين عندما تحدث الأشياء بسوء.
1	1	69- كان يهتم بالمرتبة الاجتماعية والمظاهر.
1	1	70- يؤكد على أهمية النجاح والتنافس.
1	1	71- يقلق من تأثير سلوكي على نظر الآخرين اتجاهه.
1	1	72- يبدو يحبني لأكثر أو ينتبه إلي أكثر عندما انجح.

*young parenting inventory (j. young)***Questionnaire des attitudes parentales**

Nom :

date :

Consigne : vous trouverez ci- après un ensemble de proposition qui peuvent décrire l'attitude de vos parents lorsqu vous étiez enfant. Indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec ces affirmations en vous référant à l' échelle de cotation ci-dessous ; si une autre personne agissait en tant que substitut maternel ou paternel ; complétez l'échelle en fonction de cette personne . dans le cas de l'absence du père ou de la mère laissez la colonne vide.

Echelle de cotation :-**1- complètement faux ; 2- faux dans l'ensemble ; 3- plutôt vrai que faux****4- moyennement vrai ; 5- vrai dans l'ensemble ; 6- la ou le décrit parfaitement.**

Mère père

1. m'aimait et me traitait comme quelqu'un d'important.		
2. me consacrait du temps et de l'attention		
3. me conseillait quand j'en avais besoin		
4. m'écoutait, me comprenait et partageait des sentiments avec moi		
5. était chaleureux(se) et physiquement affectueux(se) (par exemple : me prenait dans ses bras...).		
6. est décédé(e) ou a quitté le domicile familial quand j'étais enfant.		
7. était imprévisible, d'humeur changeante ou alcoolique.		
8. avait une préférence pour ma (mes)sœurs ou mon (mes) frères.		
9. était renfermé (e) ou me laissait seul (e) pendant de longue périodes.		
10. me mentait, me trompait ou me trahissait.		
11. abusait de moi psychologiquement, émotionnellement, ou sexuellement.		
12. m'utilisait pour satisfaire ses propres besoins.		
13. semblait prendre plaisir à blesser les gens.		
14. craignait exagérément que je me blesse.		
15. craignait exagérément que je devienne malade		
16. était une personne craintive ou phobique.		
17. me surprotégeait.		
18. mettait en doute la fiabilité de mes décisions ou de mon jugement .		
19. avait trop tendance à faire les choses à ma place.		

20. me traitait comme si j'étais plus jeune que mon age.		
21. me critiquait beaucoup.		
22. son attitude me donnait le sentiment d'être rejeté (e), pas aimé (e).		
23. me traitait comme si j'étais quelqu'un de mauvais , inacceptable.		
24. me rendait honteux (se) d'aspects importants de moi-même.		
25. ne m'a jamais appris la discipline nécessaire pour réussir à l'école.		
26. me traitait comme si j'étais stupide et sans talent.		
27. ne souhaitait pas que je réussisse dans la vie.		
28. s'attendait à ce que j'échoue.		
29. me considérait comme si mes opinions ou désirs n'avaient pas d'importance.		
30. faisait ce quelle (il) voulait sans tenir compte de mes besoins.		
31. dirigeait ma vie sans tenir compte de mon avis.		
32. tout devait être fait à sa manière.		
33. sacrifiait ses propre besoins dans l'intérêt de la famille.		
34. était incapable d'assumer plusieurs responsabilités quotidiennes, j'ais donc du en assumer plus qu'il se doit.		
35. était très malheureux (se) et comptait sur moi pour un soutien et la compréhension.		
36. me considérait comme quelqu'un de fort pouvant prendre en charge les autres.		
37. devais réussir dans tout ce qu'il (ou elle) faisait.		
38. s'attendait à ce que je donne toujours le maximum de moi-même.		
39. était perfectionniste dans plusieurs domaines.		
40. n'était jamais réellement satisfait (e) par ce que je faisais.		
41. était strict (e), avait des idées arrêtées sur ce que était bien et mal		
42. devenait impatient(e) si les chose n'étaient pas faites convenablement ou assez rapidement.		
43. accordait plus d'importance au travail qu'au plaisir ou à la détente.		
44.me gâtait ou était trop tolérant(e).		
45. me faisait sentir que j'étais spécial(e),meilleur(e) que la plupart des autres personnes.		
46.attendait beaucoup des autres, tenait surtout compte de ses intérêts.		
47. ne m'apprenait pas mes obligations envers les autres personnes.		
48. me donnait très peu de discipline ou de repères.		
49. m'imposait peu de règles ou me donnait peu de responsabilité.		
50. tolérait mes fortes colères ou mes pertes de contrôles.		
51. était peu discipliné(e) .		
52. nous étions tellement proches que nous nous comprenions presque parfaitement..		
53. je n' avais pas l' impression d'avoir une identité différente de la sienne.		
54. durant mon enfance j'étais étouffé (e) par sa forte personnalité.		

55. si nous nous étions séparé(e)s l'un de l'autre, je pense que nous en aurions été blessé(e)s.		
56. était très préoccupé(e) par les problèmes financiers de la famille.		
57. me faisait sentir que si je faisais la moindre erreur, quelque chose de catastrophique aurait pu se produire.		
58. avait une vision pessimiste des chose, s'attendait souvent au pire.		
59. mettait l'accent sur les aspects négatifs de la vie ou sur les choses qui tournaient mal.		
60. avait besoin de tout contrôler.		
61. avait des difficultés à exprimer de l'affection ou de la vulnérabilité.		
62. était structuré (e) et organisé(e) ; n'aimait pas le changement ou les imprévus.		
63. exprimait rarement de la colère.		
64. était secret(e) ; parlait rarement de ses sentiments.		
65. me critiquait sévèrement de ses sentiments.		
66. me punissait quand je faisais quelque chose de mal.		
67.m'injuriait (comme « stupide », « idiot (e) ») quand je faisais des erreurs.		
68. blâmait les gens quand les choses allaient mal.		
69. était soucieux (e) du statu social et de l'apparence.		
70. mettait l'accent sur l'importance du succès et la compétition.		
71. s'inquiétait de l'impact de ma conduite sur le regard que les autre pouvaient lui porter.		
72. semblait m'aimer plus ou me portait plus d'attention lorsque je réussissais.		

(M. Bouvard , 2002, p. 268-270).

5. 6 *ed
6. 6
7. 3
8. 5
9. 2 *ab

First, let's score items 1 through 5. These items represent the origins of the Emotional Deprivation schema, since the two-letter code next to item 5 is ed. Remember that, for this schema only, we look for scores of 1 or 2. The patient has ratings of either 1 or 2 on three of the items: items 1, 3 and 4. Thus, the patient scores 3 for *Mother* for the *Emotional Deprivation* schema.

Now let's score items 6 through 9. These items represent the origins of the Abandonment schema, since the code next to item 9 is ab. For this schema, and for all the others on the YPI except Emotional Deprivation, we look for high scores of 5 or 6. The patient has ratings of 5 or 6 on two of the items: items 6 and 8. Thus, the patient scores 2 for *Mother* for the *Abandonment* schema.

Continue following this process for the Mother and Father for each of the 17 schemas, until the scoring sheet is complete.

Interpreting the Scores

Until we have dependable norms for the YPI, we simply look at how many high scores the patient has for each parent for each schema. In clinical use, we usually discuss one parent at a time. First, we will usually review scores for the mother, and discuss with the patient which schemas the mother may have had a role in creating, based on how many high scores the mother was given for each schema. We then go through the same process with the father.

In general, a schema is likely to be more severe for a patient when there are several high scores, and when both parents are rated high on that schema. However, we should note that, in some cases, even one high score from one parent may be the primary origin of a severe schema. The therapist should also be aware that, with some patients, the origins of a particular schema may not appear on the YPI. The YPI contains the most common origins of each schema based on our clinical experience, not all possible origins.

ملحق رقم 3: طريقة تصحيح استبيان المواقف الوالدية (متحصل عليه عبر الإنترنت).

Home

Schema Theory
Inventories

Slide Shows

Bibliography

Training

Centers

Cognitive Therapy

Contact Us

Online Orders

Young Parenting Inventory: Informal Clinical Scoring Instructions

Setting Up a Scoring Sheet

To score the Young Parenting Inventory, first make a scoring sheet with 3 vertical columns. At the top of the first column, write the heading "Name of Schema". Under this heading, copy the names of the schemas from the Early Maladaptive Schemas listing, along with the two-letter codes in parentheses next to each schema. (The schemas are numbered in red from 1 to 18 along the left-hand margin.) For example, the first schema is Emotional Deprivation, and the two-letter code is ED.

Omit the fifth schema from your scoring sheet, Social Isolation/Alienation, since this schema is not measured by the YPI. (The origin of Social Isolation is usually in the peer group rather than in parenting.)

At the top of the second column, write the heading "Mother"; at the top of the third column, write the heading "Father." You will compute the score for each schema separately for the Mother and the Father, and write the score in the corresponding column.

Matching Items To Schemas

To match the items on the YPI with the names of the schemas, look for the asterisks and two-letter codes throughout the inventory. These codes match up to the two-letter codes on the listing of Early Maladaptive Schemas mentioned above. For example, "ed" refers to the Emotional Deprivation schema. All the items above the two-letter code correspond to that schema (until you reach the next code). For example, items 6 through 9 refer to the Abandonment schema (ab).

Computing Scores

For clinical use, we do not compute a mean or average. Instead, we count up the number of high scores for each schema for each parent, and record them on the scoring sheet.

Each item on the YPI is scored on a rating scale from "1" to "6." The first schema on the YPI, Emotional Deprivation, is scored backward: that is, low scores of 1 or 2 indicate high ratings. All of the other schemas are scored normally: that is, high scores of "5" or "6" indicate high ratings.

Let's imagine a sample YPI that's already been filled out. The patient's scores under the "Mother" column for the first nine items are:

MOTHER

1. 2
2. 3
3. 2
4. 1

in this section

YSQ Scoring

YSQ Long Form: Scoring
Grid

YPI Scoring

YRAI Scoring

YCI Scoring

ملحق رقم 1 / استبيان المواقف الوالدية ترجمة زيوي عبلة طالبة بقسم الماجستير

التعليمة :- تجد فيما يلي مجموعة من الاقتراحات التي يمكنها أن تصف موقف والديك عندما كنت طفلا صغيرا ، وضح إلى أي حد أنت موافق أم لا مع هذه الاقتراحات بالرجوع إلى سلم التنقيط أسفله، إذا كان هناك شخص آخر له مكانة بديل للأم أو بديل للأب فأكمل السلم حسب هذا الشخص، أما في حالة غياب الأم أو الأب أترك الخانة فارغة.

سلم التنقيط:-

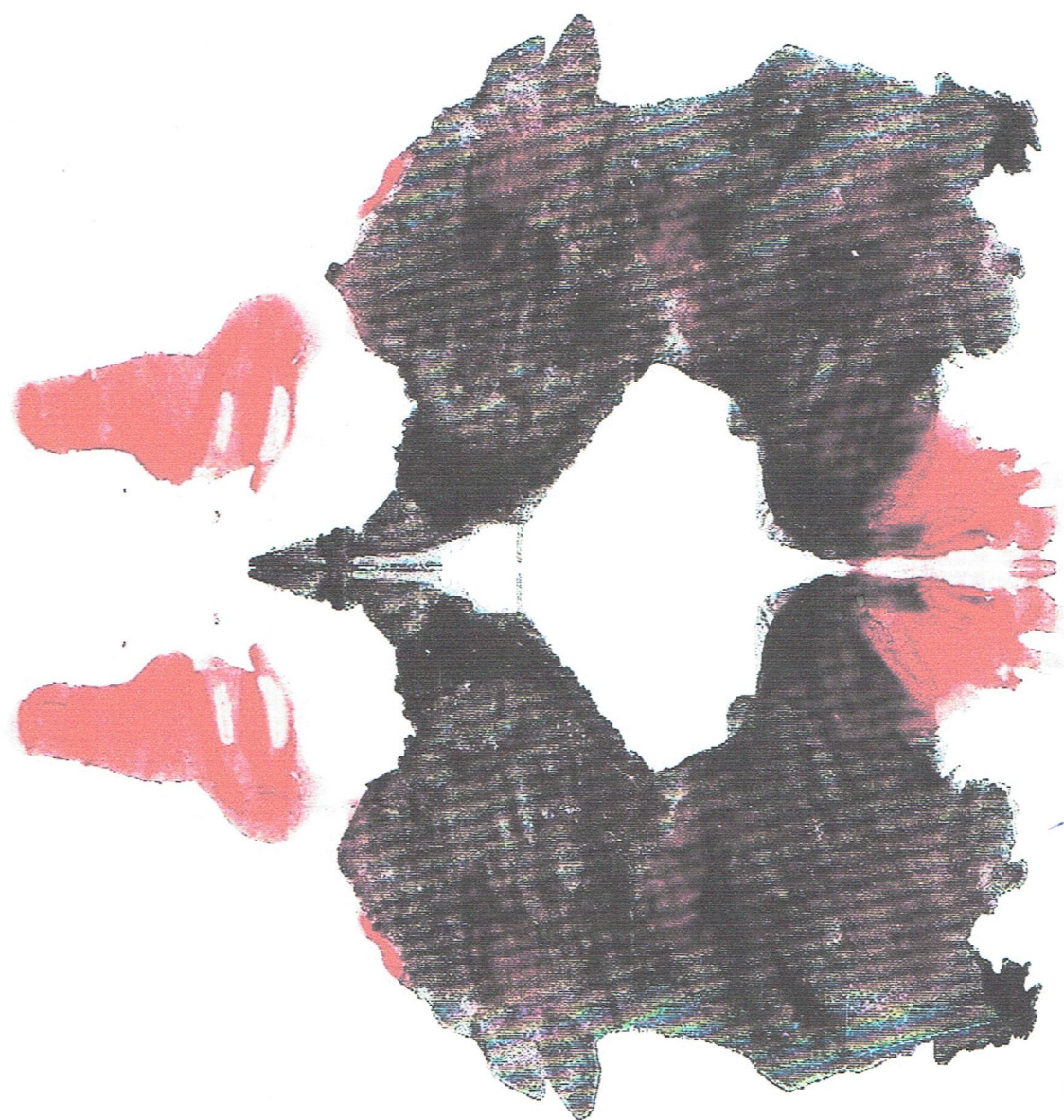
1- خاطئ تماما	3- صحيح أكثر مما هو خاطئ	5- صحيح عامة
2- خاطئ عموما	4- صحيح في المتوسط	6- يصفه أو يصفها بصورة تامة

أم	أب	
4	1	1- يحبني ويعاملني كشخص هام.
2	2	2- يخصص لي الوقت والانتباه.
3	1	3- ينصحنني عندما أحتاج لذلك.
3	1	4- ينصت إلي يفهمني ويشاركني مشاعري.
1	1	5- كان حنوناً ووددي جسدياً (مثل يحضنني).
3	3	6- توفي أو غادر المنزل العائلي عندما كنت طفلاً صغيراً.
2	1	7- كان مبالغت ذو مزاج متقلب أو مدمن.
1	1	8- كان يفضل أختي أو أخي علي.
1	2	9- كان منطوي أو يتركني لوحدي لمدة طويلة.
1	1	10- كان يكذب علي، يخدعني أو يخونني.
1	1	11- يتعدى على جسدياً، عاطفياً أو جنسياً.
1	1	12- يستعملني لكي يشبع حاجاته الخاصة.
1	1	13- يبدو أنه يتمتع عندما يجرح الآخرين.
3	3	14- يخشى بإفراط أن اجرح نفسي.
3	3	15- يخشى بإفراط أن أصبح مريضاً.
1	1	16- كان شخصاً خوافاً أو فوبياً.
3	5	17- كان يفرط في حمايتي.
4	1	18- كان يشك في مصداقية قراراتي أو أحكامي.
1	1	19- كان له ميل كبير للقيام بالأشياء في مكاني.
1	1	20- يعاملني وكأنني أصغر من سني.

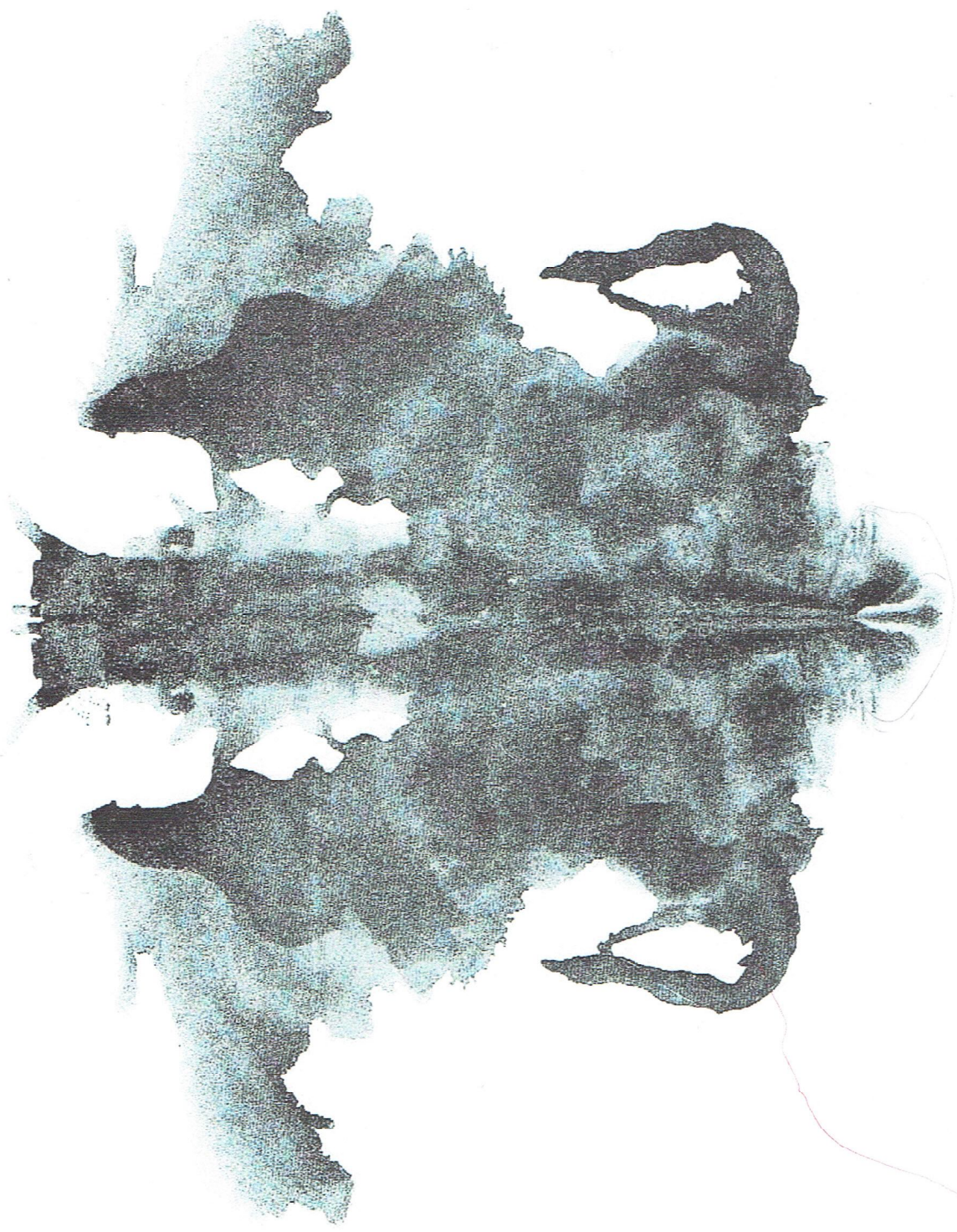
1	1	21- ينتقدني كثيراً.
1	1	22- كان موقفه يجعلني أحس بأنني مرفوض، غير محبوب.
1	1	23- يعاملني وكأنني شخص سيئ غير مقبول.
1	1	24- يجعلني أخجل من مظاهري الهامة.
1	1	25- لم يقم أبداً بتعليمي النظام الضروري للنجاح في المدرسة.
1	1	26- يعاملني وكأنني غبي وبدون موهبة.
1	1	27- لم يكن يتمنى أن أنجح في حياتي.
1	1	28- ينتظر أن أفسل.
1	1	29- يعتبر آرائي أو رغباتي بدون أهمية.
1	1	30- يقوم بما يرغبه بدون الأخذ بعين الاعتبار حاجاتي.
1	1	31- يسير حياتي بدون الأخذ بعين الاعتبار برأيي.
1	1	32- كل شيء يجب أن يتم على طريقته.
3	3	33- يضحي بحاجياته لفائدة العائلة.
1	1	34- كان غير قادر على القيام بعدة مسؤوليات يومية.
3	1	35- كان جد حزين ويتكل على للتدعيم والتفهم.
3	3	36- يعتبرني كشخص قوي يمكنني أن أتكفل بالآخرين.
1	1	37- كان لابد أن ينجح في كل ما يقوم به.
1	1	38- ينتظر مني أن أقدم أقصى ما لدي.
3	3	39- كان كمالي في عدة ميادين.
2	1	40- لم يكن في الواقع أبداً راض عما أقوم به.
3	4	41- كان مضبوط، كانت له أفكار محدّدة حول ما هو جيد وما هو سيئ.
3	1	42- يصبح قليل الصبر عندما لا تحصل الأمور بصورة مناسبة أو بأقل سرعة.
3	3	43- يعطي أهمي للعمل أكثر من المتعة والراحة.
4	3	44- يدلّني أو كان متسامحاً معي كثيراً.
3	3	45- كان يشعرني بأنني خاص أفضل من أغلبية الأشخاص الآخرين.
1	1	46- كان ينتظر الكثير من الآخرين وخاصة يفكر في فوائده.
1	1	47- لا يعلمني واجباتي اتجاه الآخرين.
3	1	48- يقدم لي القليل من النظام أو المراجع.
3	3	49- يفرض علي القليل من الأنظمة أو يقدم لي القليل من المسؤوليات.
1	1	50- يتسامح اتجاه غضبي الكبير أو فلتات تحكمي.
3	4	51- كان قليل التربية.
1	3	52- كنا جد متقاربين إلى درجة تفاهمنا التام.
1	1	53- لم أكن أشعر بأن هويتي مختلفة عنه.
1	1	54- أثناء طفولتي كنت مخنق من قوة شخصيته.

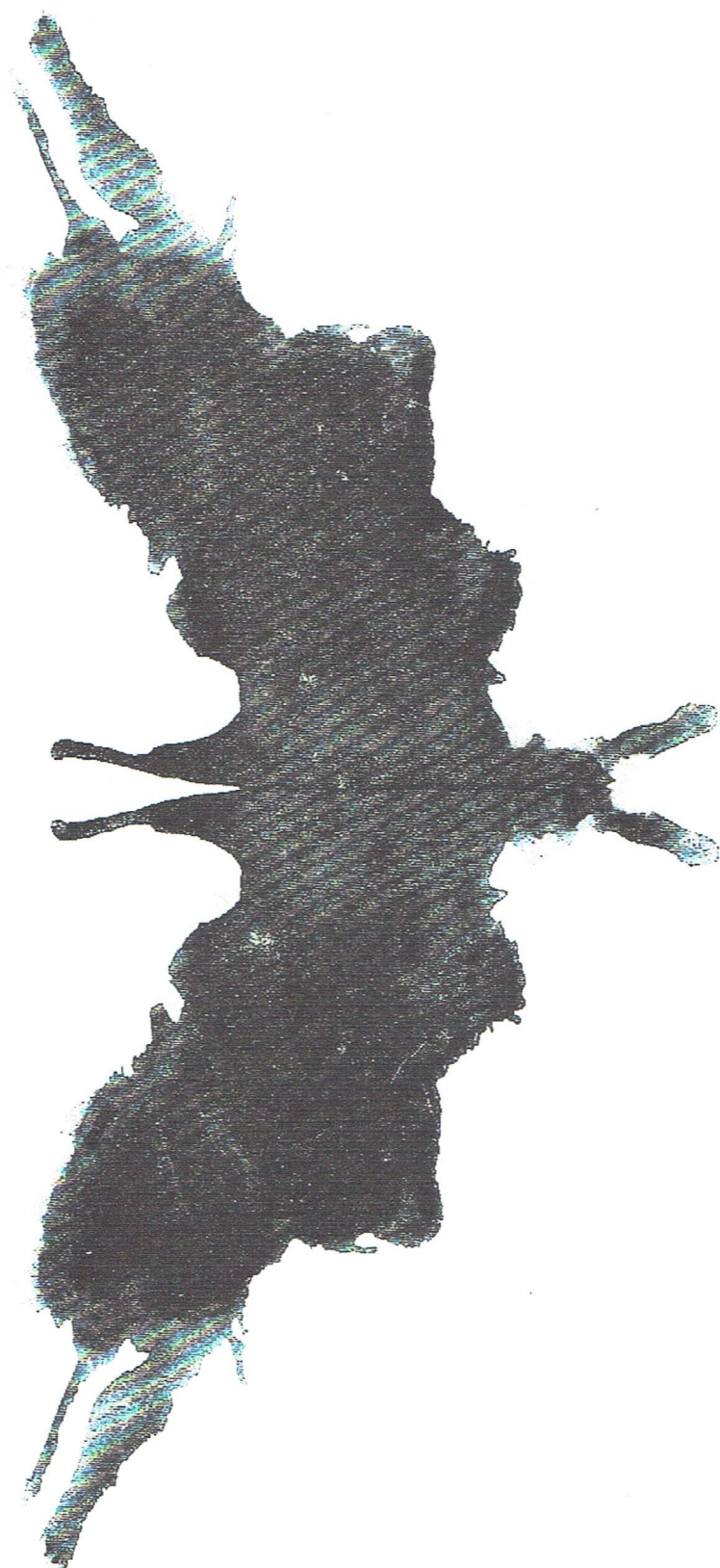
3	4	55- إذا تفارقنا أضن لأحسنا بالجرح.
4	3	56- كان جد منهمك بالمشاكل المالية للعائلة.
1	1	57- كان يشعرني بأنه إذا قمت بأدنى خطأ سوف تحدث كارثة.
1	1	58- كانت له نظرة سلبية اتجاه الأشياء وكان ينتظر دائما الأسوأ.
1	1	59- كان يؤكد على الجوانب السلبية في الحياة أو على الأشياء التي تميل للسوء.
2	1	60- كان يحتاج إلى التحكم في كل شيء.
4	4	61- كانت له صعوبات في التعبير عن العاطفة أو الإحساس.
1	1	62- كان مرتب ومنظم لا يحب التغييرات أو المفاجآت.
4	3	63- يعبر نادرا عن الغضب.
2	3	64- كان سري يتكلم نادرا عن مشاعره.
1	1	65- ينتقدي بحدّة أو يغضب عندما أقوم بفعل ما.
1	1	66- يعاقبني عندما أقوم بفعل سيئ.
1	1	67- يشتمني مثل غبي أبله عندما أقوم بالأخطاء.
1	1	68- يؤنب الآخرين عندما تحدث الأشياء بسوء.
3	3	69- كان يهتم بالمرتبة الاجتماعية والمظاهر.
3	3	70- يؤكد على أهمية النجاح والتنافس.
4	3	71- يقلق من تأثير سلوكي على نظر الآخرين اتجاهه.
4	3	72- يبدو يحبني لأكثر أو ينتبه إلي أكثر عندما انجح.

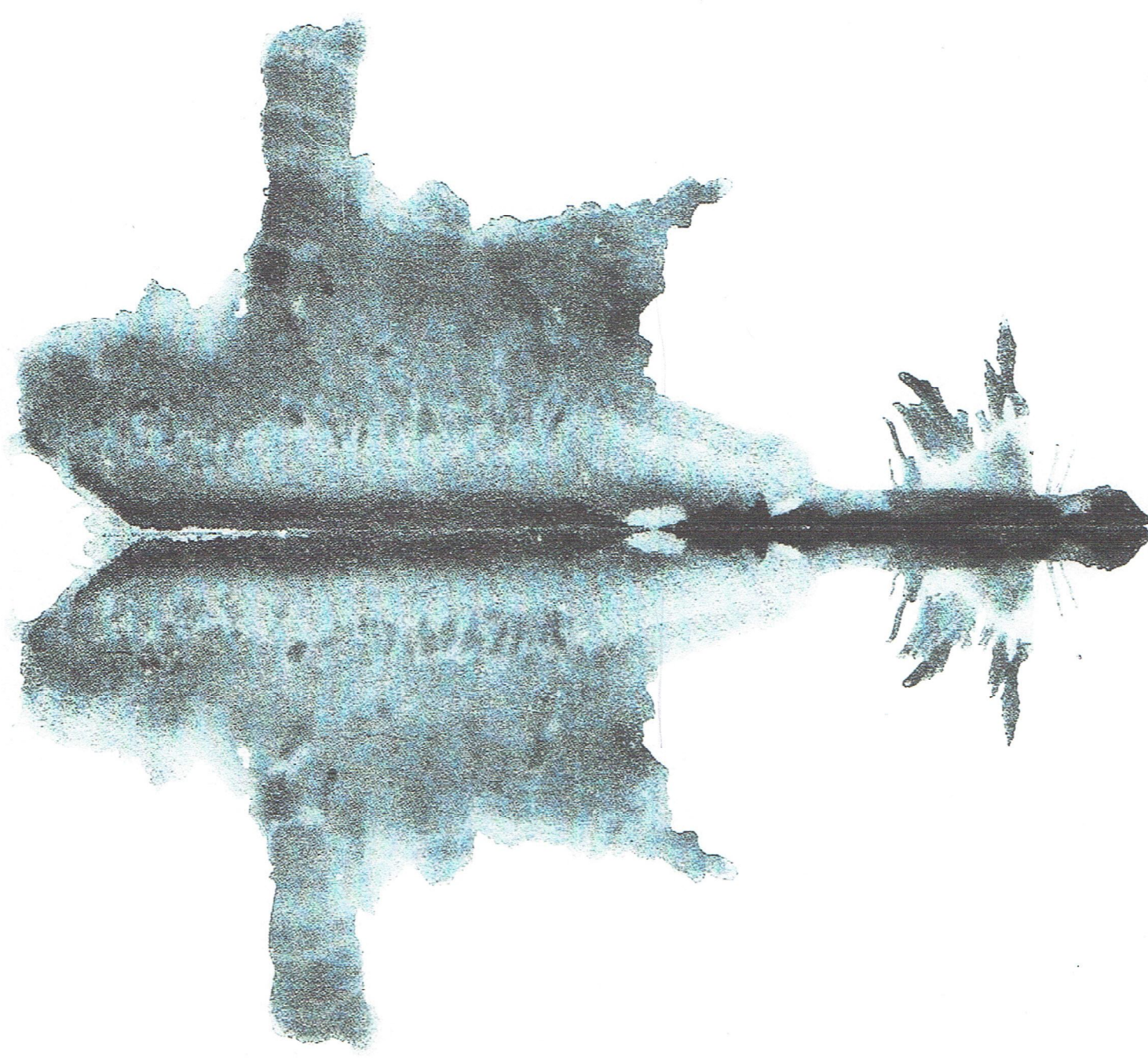




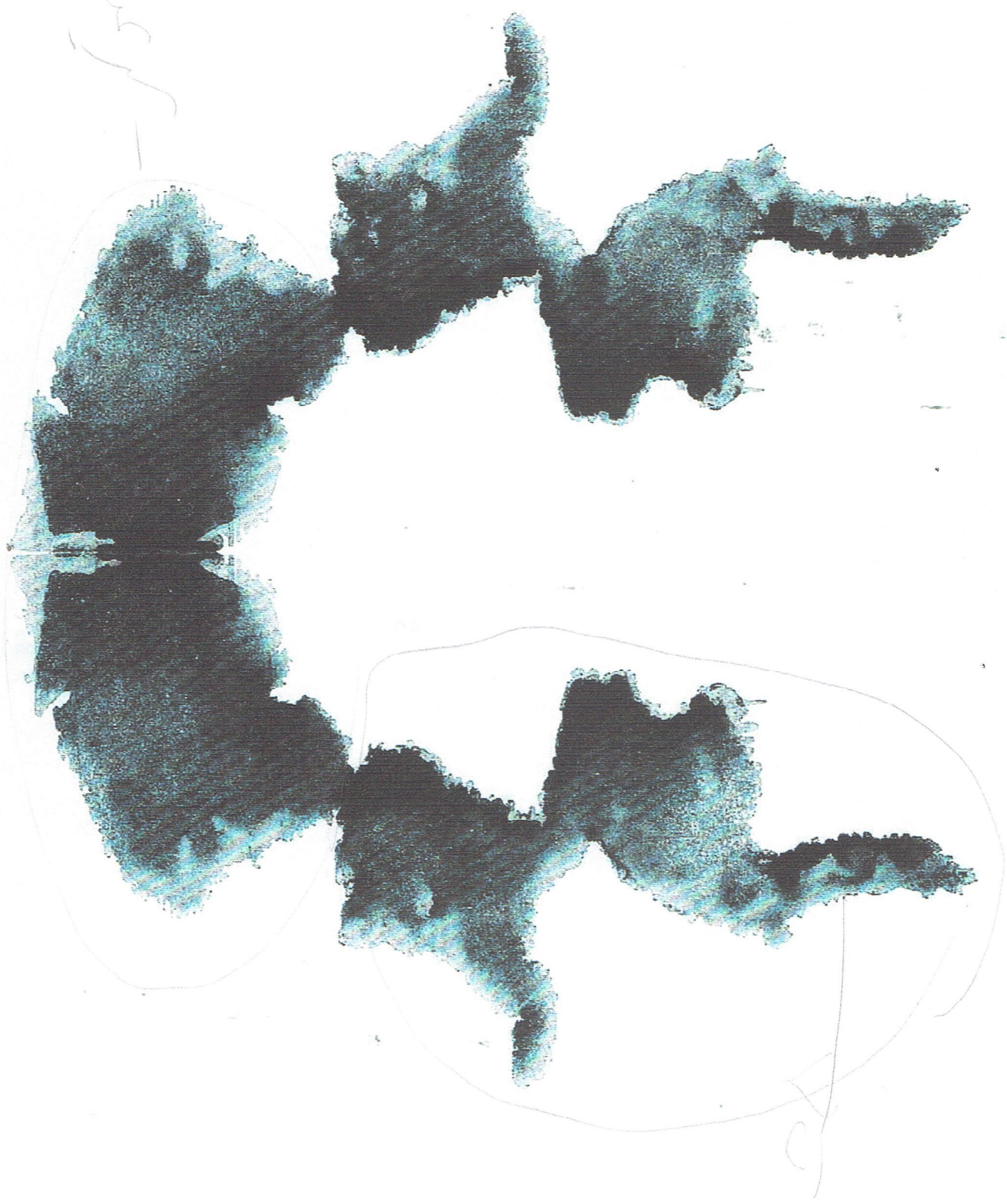


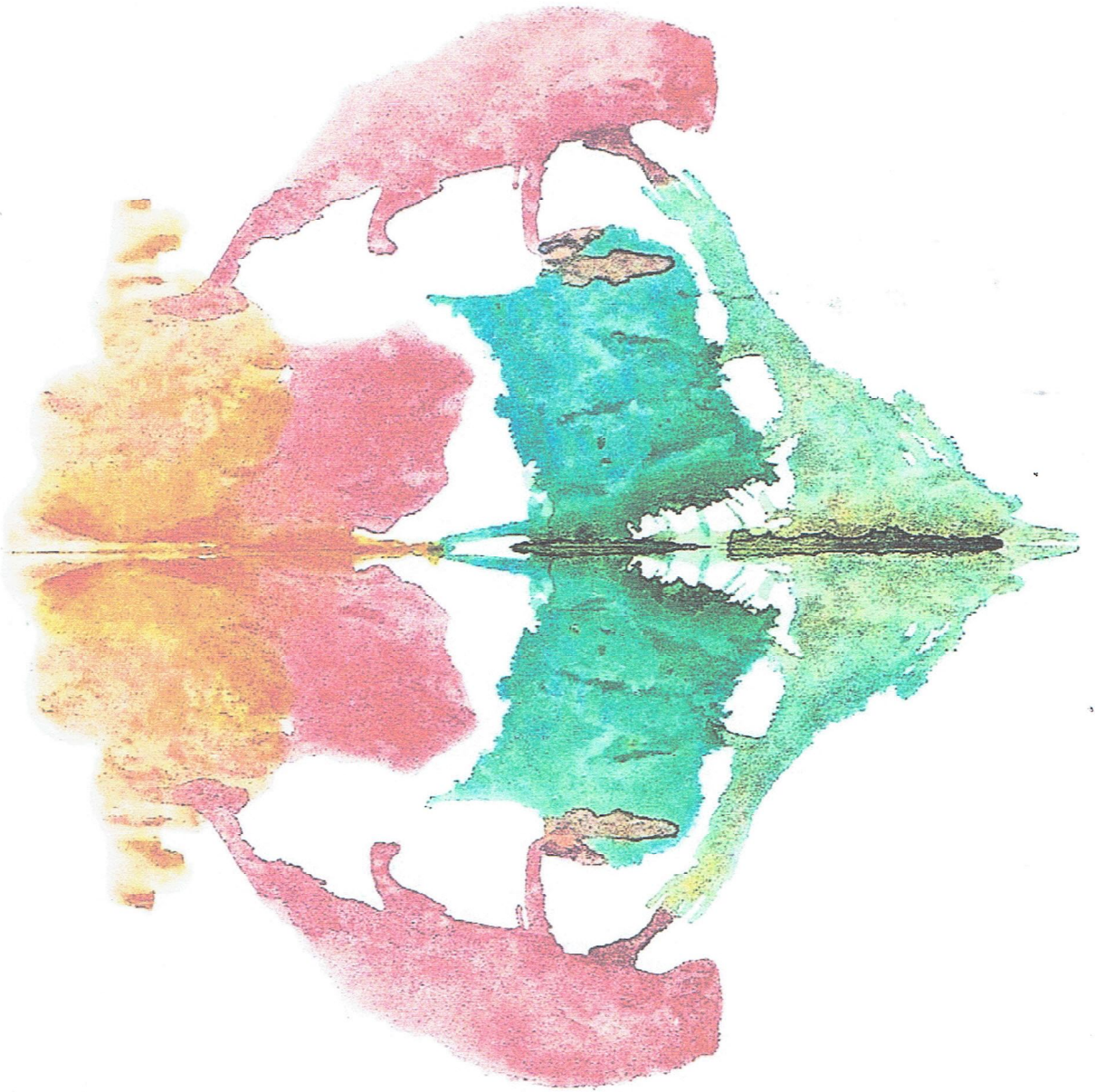




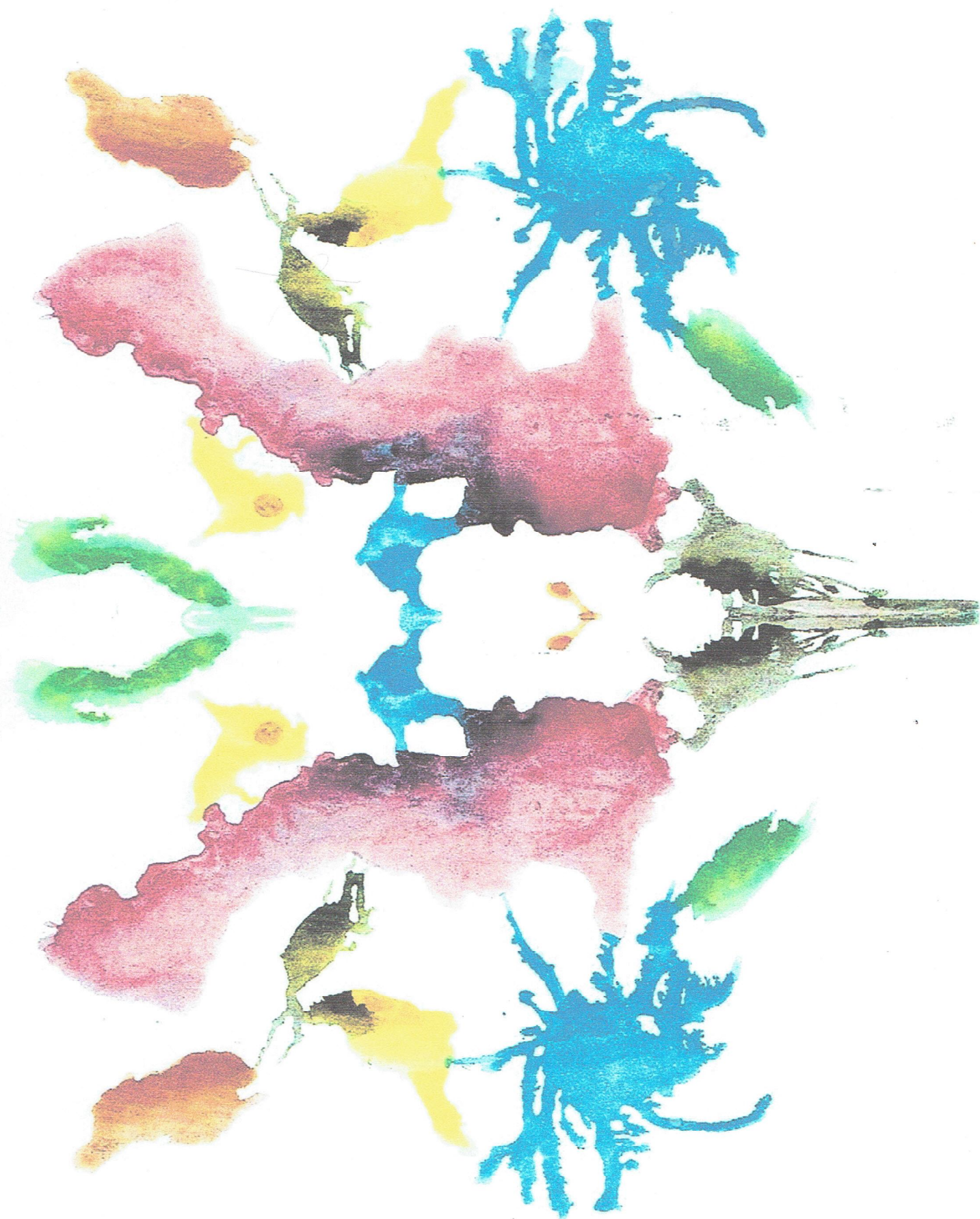


Busch









دعاء

شكر وتقدير

اهداء

أ

مقدمة

الفصل التمهيدي الإطار العام للدراسة

5	الإشكالية.....
10	فرضيات الدراسة.....
11	أهمية الدراسة
12	أهداف الدراسة
12	الدراسات السابقة.....
19	التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة.....

الفصل الاول : استثمار الحدود الجسدية

21	تمهيد.....
22	1- سيكولوجية الجسد.....
22	1-1-تعريف الجسد.....
23	1-2-الجسد في علم النفس.....
24	2- الجسد في المدرسة السيكو دينامية.....
24	2-1-الجسد اللبدي والنرجسية.....
25	2-2-الصورة الجسدية.....
26	2-3-المخطط الجسدي.....
27	2-4-إدراك الحدود الجسدية.....

28	3- إسهامات بعض العلماء حول استثمار الحدود الجسدية
30	3-1- أعمال سيغموند فرويد S.FREUD.....
30	3-2- أعمال ديدي أنزيو D.Anzieu.....
31	3-3- أعمال فيدران.....
31	3-4- أعمال ف. دولتو F Védran.Dolto.....
32	خلاصة الفصل

الفصل الثاني: نمط التعلق

34	تمهيد
35	1- لمحة تاريخية لنظرية التعلق.....
37	2- تعريف التعلق
41	3- العوامل المؤثرة في عملية التعلق.....
43	4- نظرية التعلق
43	4-1- نظرية التعلق عند "Bowlby.J".....
45	4-2- نظرية التعلق عند "Ainsworth.M".....
46	4-3- نظرية التعلق الانفصال والإنفراد عند "Mahlor.M".....
46	5- مراحل التعلق عند "Bowlby.J".....
52	6- غريزة التعلق عند "Bowlby.J".....
52	7- أنماط التعلق عند "Ainsworth.M".....
55	خلاصة الفصل

الفصل الثالث : القصور الكلوي المزمن

57	تمهيد:.....
58	1- الكلبيتان:.....

58	1-1- تعريف الكلية-موقعها وقياساتها.....
59	1-2- تركيب الكلية.....
60	1-3- البنية التشريحية للكلية.....
61	1-4- وظائف الكلية.....
63	2- القصور الكلوي.....
63	2-1- تعريف القصور الكلوي.....
64	2-2- تشخيص مرض القصور الكلوي المزمن.....
65	2-3- أنواع وأشكال القصور الكلوي المزمن.....
69	2-4- أسباب الإصابة بالقصور الكلوي المزمن.....
71	2-5- الآثار النجمة عن الغصابة بالقصور الكلوي المزمن.....
72	2-6- علاج القصور الكلوي المزمن.....
74	3- آلة التحال الدموي:.....
74	1-1- لمحة تاريخية عن آلة التخال الدموي.....
74	1-2- تعريف آلة التحال الدموي.....
75	1-3- كيفية استخدام آلة التحال الدموي.....
75	1-4- تحضير المصاب للتصفية الدموية.....
76	1-5- المشاكل الإكلينيكية المنجزة عن استخدام آلة التحال الدموي.....
78	1-6- المعاش الجسمي والنفسي للمريض بالقصور الكلوي المزمن.....
81	خلاصة الفصل.....

الفصل الرابع : الاضطرابات السيكوسوماتية

83	تمهيد.....
84	1- مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية.....

91	2- انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية.....
94	3- العوامل والأسباب المؤدية للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية.....
97	4- تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية.....
101	5- النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية.....
108	6- بعض المفاهيم المرتبطة بالسيكوسوماتيك.....
110	7- تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية.....
117	8- علاج الاضطرابات السيكوسوماتية.....
119	خلاصة.....

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس : منهجية البحث

122	تمهيد:.....
123	1- تعريف المنهج.....
125	2- مجموعة البحث.....
125	3- مكان إجراء البحث.....
126	3-1- معايير انتقاء مجموعة البحث.....
126	3-2- خصائص مجموعة البحث.....
127	4- أدوات البحث.....
127	4-1- المقابلة العيادية- نصف موجهة.....
128	4-2- الاختبار الإسقاطي الرورشاخ.....
128	4-2-1- اختبار الإسقاطي الرورشاخ.....
129	4-2-2- وصف مادة اختبار الرورشاخ.....
129	4-2-3- المحتوى الظاهر للوحات.....

130	4-2-4-المحتوى الكامن للوحات
132	4-2-5-عرض الإشكاليات حسب كل لوحة
135	تطبيق اختبار الرورشاخ
137	تنقيط الرورشاخ
138	كيفية تحليل النتائج
138	طريقة وخطوات تحليل بروتوكولات الرورشاخ
139	التنقيط
139	التحليل الكمي
140	التحليل الكيفي
147	خلاصة الفصل

الفصل السادس : عرض وتحليل ومناقشة النتائج

149	1-عرض وتحليل النتائج
184	2-مناقشة النتائج المقابلة واختبار الرورشاخ واستبيان المواقف الوالدية للحالتين
187	3-استنتاج عام
189	الخاتمة
191	الاقتراحات والتوصيات
192	الصعوبات
	قائمة المراجع
	الملاحق
	الملخص

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية الى التعرف على نوعية استثمار الحدود الجسدية ونمط التعلق لدى المرضى القصور الكلوي المزمن، ولتحقيق هذا الهدف تم اختيار مجموعة البحث بطريقة قصدية تكونت من حالتين (نسرين، نورة) حيث طبقنا المنهج العيادي المتضمن تقنية دراسة الحالة وتطبيق أداة المقابلة نصف موجهة واختبار الرورشاخ واستبيان المواقف الوالدية وذلك بهدف التحقق من الفرضيات التالية:

- توجد علاقة بين طبيعة استثمار الحدود الجسدية ونمط التعلق لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
- قد يتميز استثمار الحدود الجسدية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بالهشاشة وهوما يظهر في اختبار الرورشاخ بغلبة إجابات الاختراق p2 أكثر من إجابات حاجز 4B (مؤشر فيشير وكلا فلاند).
- قد يتميز استثمار الحدود الجسدية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بالهشاشة وهو ما ظهر في اختبار الرورشاخ عبر غلبة إجابات حاجز 4B أكثر من إجابات الاختراق P2.
- قد يتميز مرضى القصور الكلوي المزمن بنمط تعلق غير امن وهو ما ظهر في استبيان المواقف الوالدية وغلبة المواقف السلبية تجاه الوالدين.
- وقد اسفرت الدراسة على النتائج التالية:

لا توجد علاقة بين طبيعة الاستثمار الحدود الجسدية ونمط التعلق الغير الامن لدى مرضى القصور الكلوي المزمن .

لا يتميز استثمار الحدود الجسدية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بالهشاشة وهو ما يظهر في اختبار الرورشاخ عبر غلبة إجابات الاختراق 2P أكثر من إجابات حاجز 4B (مؤشر فيشير وكلافلاند).

يتميز استثمار الحدود الجسدية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بالهشاشة وهو ما ظهر في اختبار الرورشاخ عبر غلبة إجابات حاجز 4B أكثر من إجابات الاختراق 2P.

يتميز مرضى القصور الكلوي المزمن بنمط تعلق غير آمن وهو ما ظهر في استبيان المواقف الوالدية وغلبة المواقف السلبية تجاه الوالدين.

الكلمات المفتاحية: استثمار الحدود الجسدية - نمط التعلق - مرضى القصور الكلوي المزمن.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ