

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بو ضياف بالمسيلة



كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس

التوظيف النفسي لدى المتبرع بنخاع العظم

(دراسة حالة بالمركز الجامعي الاستشفائي بالبلدية فرانس فانون)

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه أكاديمية (ل. م. د) في علم النفس
تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة الدكتورة:

مخلوف سعاد

إعداد الطالبة:

• بن زيدان كنزة

السنة الجامعية: 2021/2020



" 2 أمة شكر "

نحمد الله عز وجل الذي وفقنا في إنجاز هذا العمل المتواضع، والسلام
على أشرف المرسلين، سيدنا محمد وآله وصحبه أجمعين.

يسعدنا أن نتقدم في هذا المقام بالشكر الجزيل لأستاذة الدكتور "مخلوفه
سعاد" على إشرافها على هذا العمل.

كما نتقدم بالشكر إلى كل الأساتذة الذين قدموا لنا الدعم سواء النفسي أو
العلمي.

كما لا يفوتنا أن نشكر أفراد العينة على الثقة والتعاون ونتمنى لهم دوام
الصحة والعافية.

ولا ننسى أن نشكر كل من مد لنا يد العون في إنجاز هذا العمل مما كانه
مساعده بسيطة، وكل من التمس لنا العذر على الأخطاء والمفويات أو النقائص
التي وردت دون قصد منا، فالشموح أمر صعب والكمال لله وحده.

" شكر "

"إله داء"

لحمد لله الذي وفقنا لإنجاز هذا العمل المتواضع الذي أهدى به إلى:

- الوالدين الكريمين أطال الله في عمرهما.
- إلى سدي في الحياة: زوجي، وإخوتي وكل أبنائهم.
- إلى عائلة زوجي (عائلتي الثانية).
- إلى من أحبهم في الله صديقاتي.
- إلى كل طلبة علم النفس بجامعة الشافعية ومسيحة.
- إلى كل أساتذتي.

"كنزة"

ملخص الدراسة

تناولنا في هذه الدراسة موضوع "التوظيف النفسي لدى المتبرع بنخاع العظم"، ولدراسته اخترنا حالة قام بإجراء عملية التبرع لأخيه، وكان ذلك في المركز الاستشفائي الجامعي بالبيدة فرانس فانون، على مستوى مصلحة أمراض الدم، واستندنا في هذا الموضوع على المنهج العيادي، وعلى هذا الأساس تم استخدام الأدوات التالية: الملاحظة العيادية، المقابلة العيادية النصف موجهة، والاختبار الإسقاطي "رورشاخ"، وقد تم الانطلاق من التساؤل التالي:

- ماهي خصوصية التوظيف النفسي لدى المتبرع بنخاع العظم؟

وبناء على ذلك تم صياغة الفرضية التالية:

- يبدي المتبرع بنخاع العظم توظيفا نفسيا متنوعا.

وبعد تحليل معطيات هذا الموضوع بناء على الاتجاه السيكودينامي، توصلنا إلى

النتائج التالية:

عملية التبرع بنخاع العظم تؤثر على المتبرع كما تؤثر على المتلقي، حيث تبين أن

المفحوص لديه أعراض اكتئابية، وقلق، لكنه يحاول السيطرة عليه بتوظيف سيرورة الجلد

على المستوى النفسي من خلال المشاركة الاجتماعية، مساعدة الآخرين، اللجوء إلى الجانب

الإيماني.

وفي الأخير تم تقديم مجموعة من الاقتراحات أهمها:

✓ فتح آفاق أمام الباحثين والممارسين العياديين مستقبلا، ومن أهمها الاهتمام بفئة

المتبرعين بنخاع العظم والتكفل بهم نفسيا.

الكلمات المفتاحية: التوظيف النفسي - التبرع - نخاع العظم.

Résumé de l'étude

*Dans cette étude, nous avons abordé le thème du –
Fonctionnement psychologique du donneur de moelle osseuse-*

, et pour étudier le cas dont il a effectué le don de son frère, et c'était au centre hospitalier universitaire de Blida Frans Fanon ;au niveau du département d'hématologie, et sur la base de ce sujet sur le programme clinique, et sur cette base les utiles suivants : l'observation clinique, l'entretien clinique , et le teste projeté Rorschach ,et on a commencé à partir de la quetion suivante :

- Quelle est la spécificité de fonctionnement psychologique d'un donneur de moelle osseuse ?*

En conséquence, l'hypothèse suivante a été formulée :

- Le personnel psychologique du donneur de la moelle osseuse est dépressif.*

Après avoir analysé les données de ce sujet sur la base de la tendance psychodynamique, nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

Le don de moelle osseuse affecte le donneur ainsi que le receveur, où il s'avère que le testeur a des symptôme de dépression et d'anxiété, mais tente de le controler en utilisant le processus de la résilience sur le plan psychologique par la participation sociale, le soutien aux l'autres, et le recours à l'aspect foi.

En fin de compte, une série de propositions ont été soumises, dont la plus importante était la suivante :

Ouvrir des perspectives pour les futurs chercheurs et praticiens cliniques, dont le plus important est de prendre soin de la fente donneur de moelle osseuse et de prendre soin d'eux psychologiquement.

Mots clés : fonctionnement psychologique- Donneur- Moelle osseuse.

Summary of the study

In the study, we addressed the topic of « psychological recruitment of the bone marrow donor », and to study the case of which performed the donation of his brother, and this was at the University hospital centre in Blida « Frans Fanon », at the level of the department of the hematology, and based on this topic on the clinical curriculum, and on this basis the following tools were used : clinical observation, half-oriented clinical interview, and the projected test « Rorschach », and started from the following question :

- What is the specificity of the psycholoactive staffing of a bone marrow donor ?*

Accordingly, the following hypothesis was formulated :

- The psychological staffing of the bone marrow donor is depressive.*

After analysing the data of this topic based on the psychodynamic trend, we came to the following conclusions :

Bone marrow donation affects the donor as well as the recipient, where it turns out that the tester has symptoms of depression and anxiety, but tries to control it by employing the skin process on a psychological level through social participation, supporting others, and resorting to the fait.

In the end, a series of proposals were submitted, the most important of which were :

Opening up prospects for future researchers and clinical practitioners, the most important of which is to

take care of the bone marrow donor slot and take care of them psychologically.

Keywords : *psychological recruitment- donor – bone marrow.*

فهرس المحتويات

الصفحة	العناصر
--	كلمة شكر
--	إهداء
--	ملخص الدراسة
--	فهرس المحتويات
--	فهرس الجداول
--	فهرس الأشكال
أب	مقدمة

الفصل الأول: مدخل عام للدراسة

15	إشكالية الدراسة
19	أهمية الدراسة
20	تساؤلات الدراسة
20	فرضيات الدراسة
21	التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة

الفصل الثاني: التوظيف النفسي

23	تمهيد
23	تعريف الجهاز النفسي

24	ما وراء علم النفس
29	نظرية النزوات
35	نظرية الكبت
35	نظرية القلق
38	العلاقة بالموضوع
40	مراحل النمو النفسي الجنسي
42	البنية النفسية
49	الميكانيزمات الدفاعية
58	مبادئ التوظيف النفسي
60	أساليب التوظيف النفسي
62	خلاصة

الفصل الثالث: سرطان الدم

64	تمهيد
64	تعريف سرطان الدم
66	أنواع سرطان الدم
67	طرق تشخيص سرطان الدم
71	أسباب سرطان الدم

77	علاج سرطان الدم
81	إجراءات عملية زرع نخاع العظمي
85	خطورة عملية الزرع
87	خلاصة

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

89	تمهيد
89	المنهج المستخدم في الدراسة
90	الحالات
91	أدوات الدراسة
107	حدود الدراسة (المكانية والزمانية)

الفصل الخامس: عرض وتحليل نتائج الدراسة

109	عرض وتحليل المقابلات مع الحالة
127	التحليل الكيفي للحالة
131	عرض بروتوكول رورشاخ للحالة
138	خلاصة الحالة
139	مناقشة وتفسير النتائج
141	خلاصة عامة

145	قائمة المراجع
153	قائمة الملاحق

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	يبين المكونات الميتاسيكولوجية الأساسية للبنية الشخصية	47
2	بطاقات رورشاخ ومضامينها	101
3	ملخص لتواريخ المقابلات مع الحالة	109
4	البيانات العامة حول الحالة	109
5	بروتوكول رورشاخ للحالة	131

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
1	مخطط يوضح وجهات النظر الثلاثة لما وراء علم النفس	29
2	رسم تخطيطي يوضح شكل الخلية السرطانية	67
3	يوضح بعض أعراض سرطان الدم	69
4	رسم تخطيطي يوضح عملية زرع نخاع العظمي	85

مقدمة

حاليا يشهد داء السرطان تطورا كبيرا في أبحاه من النواحي النفسية بسبب خطورته، إذ يعتبر الداء الثاني المؤدي إلى الموت بعد الإيدز، يمتد هذا المرض إلى الأجزاء الداخلية، فهو يعرف حسب منظمة الصحة العالمية (2006) " على أنه النمو الفوضوي المستمر للخلايا غير العادية داخل الجسم، وتكاثر خلايا خبيثة لا تخضع للقوانين الفيزيولوجية، التي تتحكم في الانقسام الخلوي لتتمرد على أجهزة المراقبة في الجسم، فهي كتلة من نسيج يستمر في النمو وقد يكون موضعي أو غير موضعي، حيث تتميز هذه الخلايا السرطانية بقدرتها على التغلغل في الأنسجة، مكونة بذلك مستعمرات سرطانية.

(فاسي، 2011، ص10)

فالسرطان يدخل المصاب في صراع دائم مع الحياة والموت فيسلبه الإحساس بطعم الحياة ولذتها، ويؤثر حتى على المقربين منه.

تتم تسمية أغلب أنواع السرطان حسب العضو المصاب أو أنواع الخلايا موضع النشوء ومع انتقال الورم وانبثاقه إلى مواضع أخرى واستقراره بها، ويعتبر سرطان الدم أحدها.

إن سرطان الدم يحتاج في بعض أنواعه إلى زرع نخاع عظمي سليم يؤخذ من أحد أفراد أسرة المريض كأسلوب علاجي، قد يؤثر هذا على المتبرع به، إن هذه الأسباب وغيرها دفعت بنا لاختيار موضوع التوظيف النفسي لدى المتبرع بنخاع العظم، فحسب رأينا تستدعي القيام بدراسة.

ويعرف التوظيف النفسي بأنه سيرورة دينامية تخضع لمبادئ وأساليب أساسية لسير الجهاز النفسي والتي تعمل على حماية الأنا مما يهدد أمنه واستقراره ويسبب له الألم والتي تتطلب الانسجام والتوازن النفسي الداخلي للجهاز النفسي.

وقد قسمت الدراسة إلى خمسة فصول:

الفصل الأول: عبارة عن مدخل عام للدراسة، فيه عرض لمشكلة الدراسة، فرضية البحث، المفاهيم الإجرائية.

الفصل الثاني: خصص للتوظيف النفسي، فيه تحديد بعض المفاهيم في النظرية السيكودينامية.

الفصل الثالث: خصص لسرطان الدم.

الجانب التطبيقي: كذلك شمل فصلين:

الفصل الرابع: خصص لمنهجية الدراسة وأدواتها.

الفصل الخامس: خصص لدراسة الحالة وانهيائه بعرض ومناقشة النتائج.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأبعادها

إشكالية الدراسة:

تقوم نظرية التحليل النفسي على عدة تصورات من أهمها التوظيف النفسي الذي يعتبر سيرورة ديناميكية تخضع لمبادئ أساسية في الجهاز النفسي التي تضمن الانسجام والتوازن الداخلي للمكونات، آخذة بعين الاعتبار الواقع النفسي الداخلي بتفاعلاته مع الواقع الخارجي الاجتماعي الذي يضمه.

ويتضح الجهاز النفسي أكثر عند التطرق إلى المبادئ الأساسية والقوانين التي تشير إلى الواقع النفسي الداخلي للفرد حسب ثلاث وجهات نظر أساسية: وجهة نظر موقعية، وجهة نظر دينامية ووجهة نظر اقتصادية.

لقد أشارت العديد من الدراسات بشكل واضح إلى وجود علاقة بين العوامل النفسية وتعرض الفرد للإصابة بأمراض خطيرة مختلفة، ويعتبر السرطان أحدها، هذا الأخير الذي أصبح هاجسا يهدد حياة الأفراد، نظرا للأرقام المرعبة التي تسجلها منظمة الصحة العالمية سنويا، فوفقا لأحدث إحصائياتها فإن السرطان يتسبب بحوالي 7.9 مليون حالة وفاة حول العالم سنويا، وحوالي 70% من هذه الوفيات، أي 5.5 مليون تحدث في العالم النامي حاليا، وإن لم يتخذ أي إجراء فإن حالات الوفاة بهذا المرض مرجحة للزيادة لتصل إلى 8.9 مليون وفاة عام 2023. (مؤسسة الحسين للسرطان، 2015)

ولا تشذ الجزائر عن هذه القاعدة، فقد قدر عدد الحالات حسب مركز بيار و ماري كوري *pierre et marri curie* المتخصص بمستشفى باشا الجامعي بالجزائر 30000 حالة جديدة سنويا، تكون 80% منها في مراحل متقدمة، مما يضعف احتمالات نجاح العلاج وبالتالي يقلل من فرص الشفاء. (رحاحلية، 2010، ص17)

كلمة سرطان تشير إلى داء خطير فشل الأطباء في معرفة أسبابه وتفسيره، وهو على عدة أنواع، حيث تتم تسمية أغلب أنواع السرطانات حسب العضو المصاب أو الخلايا موضع النشوء...

أحد هذه الأنواع الأكثر انتشارا سرطان الدم، حيث يتم تشخيص أكثر من 250 ألف شخص باللويميا في العالم سنويا، ما يشكل حوالي 2.5 % من إجمالي أنواع السرطانات. (web teb ; 2020)

إن سرطان الدم لا يقل خطورة عن باقي الأنواع، فقد أجمع الأطباء على أنه أحد أخطر السرطانات التي يمكن أن تصيب الإنسان في أي مرحلة من مراحل حياته، والسبب في ذلك أن لهذا المرض القدرة على إضعاف الجسم بأكمله، فالخلايا السرطانية تتمركز في نخاع العظمي الذي يقوم بصناعة كريات الدم البيضاء المسؤولة عن تقوية مناعة الجسم من الأمراض ويصدر خلايا الدم الضارة التي تنتشر في الدم ويصعب السيطرة عليها في المراحل المتقدمة من المرض.

ولا يخف على أحد الانعكاسات التي تحدث للفرد نتيجة إصابته بالمرض، حيث لا تقتصر معاناة المريض بالسرطان على الآلام المزمنة الناتجة عن المرض في حد ذاته بل قد تتجم عن العلاج وما يرتبط به من تغيرات يوجبها المرض على أسلوب الحياة، أو الآثار الجانبية الناتجة عن العلاجات المختلفة على مستوى صورة الجسد والذات... الخ.

بل وتتعدى المعاناة حتى المقربين من المريض، كما هو الحال في سرطان الدم، الذي يستوجب في بعض الأحيان إجراء عملية زرع للنخاع العظمي للمريض، يتبرع له بها أحد أفراد عائلته مما يستدعي معاشا نفسيا خاصا لكليهما، يستوجب ذلك عناية واهتمام خاصين سواء بالمريض أو المقربين منه.

إن عملية زرع النخاع العظمي وما ينتج عنها من انعكاسات على المتبرع لا تقل خطورة عن تلك التي تحدث للمريض في حد ذاته، سواء من الناحية النفسية أو العضوية، إذ تضع المتبرع في حالة خوف وهلع من العملية خصوصا إذا لم يتم توضيح وشرح وتمهيد مسبق لها من طرف مختص، طبييا كان أو أخصائيا في علم النفس العيادي، وللأسف هذا ما لا يتوفر في مستشفياتنا، وقد صرح الحالة بذلك أثناء قيامنا بالمقابلات العيادية معه.

إن عدم توعية المتبرع يعرضه لصدمة عند اختياره من بين إخوته للقيام بالتبرع، لأنه بصدد مواجهة حدث مجهول بالنسبة له، كما ذكر لنا أثناء الدراسة التطبيقية أن العديد من المرشحين للتبرع هربوا قبل إجرائهم للعملية خوفا والبعض الآخر طلبوا مبالغ مالية

ضخمة من الأهل مقابل التبرع، من جهة أخرى قد تجتاح البعض الآخر مشاعر الذنب أو الاكتئاب في حالة وفاة المتبرع له، حيث ينتابه إحساس بالعجز وعدم القدرة على مساعدة أخيه.

ناهيك عن الآلام الناتجة عن العلاج كالألم الفضيع الذي تحدثها الإبرة المساعدة على خروج خلايا نخاع إلى الدم يستعملها المتبرع لمدة شهر إذ يشترط عليه ألا يتناول أي نوع من المسكنات، بالإضافة إلى بعض الآثار الجانبية الأخرى كالصداع آلام الظهر... الخ. وعليه تسعى الدراسة الحالية إلى تسليط الضوء على متغير قد تم إهماله -حسب اعتقادنا- سواء في البحث الأكاديمي أو في الممارسة، من خلال دراسة موضوع " التوظيف النفسي لدى المتبرع بنخاع العظم"، حيث أننا بعد العودة للتراث النظري للموضوع والبحث فيه وجدنا أن الدراسات فيه نادرة -حسب اطلاعنا-، كما أن أغلب الدراسات التي وجدناها تعرضت لدراسة التوظيف النفسي لدى عينات تعاني أمراض أو اضطرابات سواء نفسية كانت أو جسدية، فنجد دراسة "بو خليفة محمود" 2007 تطرقت لدراسة التوظيف النفسي لدى الراشدين ذوي معاناة نفسية، في حين تناولت "جعدوني زهراء" (2011) موضوع التوظيف النفسي للمعتدي الجنسي (2011)، استعملت فيها المنهج العيادي من خلال دراسة الحالة بالمقابلة العيادية النصف موجهة والتقنية الإسقاطية (اختبار رورشاخ و TAT) على عينة مكونة من سبعة حالات، وقد تمثلت نتائجها في تصور الحركة الغريزية، بحيث ترتبط صعوبة تصور الغريزة بعجز في الرمزية وفي العقلنة، فلا يستطيع الشخص عقلنة الاستثارة

الغريزية فيأخذ المدرك الحسي الخارجي مكان التصور الداخلي ويحدث ذلك تناقضا يعيشه ويحسه الشخص، كما أن غياب الموضوع يحدث اضطرابا في العلاقة بالآخر والتي تكون مرضية أو نرجسية ولكنها سلبية، بحيث تظهر المواضيع الداخلية هشة البناء أو غائبة تماما أو مدمرة، لذا لا يمكننا الحديث عن استثمار الموضوع كدعامة للتقمص بل مجرد ساند للتكيف، وهذا ما يترجم التكيف الاجتماعي لدى المعتدي الجنسي في معظم علاقاته أو يدعم أحيانا إسقاطا حادا للغرائز العدوانية، الاضطراب الذي تحدثه الاستثارة الداخلية والخارجية يهاجم الغلاف النرجسي الهش والغلاف الجسدي الذي يهدد بدوره بالانفجار أو بالخلط مع الآخر خاصة أمام اللاتمايز مع الآخر وهشاشة الحدود.

ولعل من بين أسباب اختيارنا لهذا الموضوع هذه الملاحظة وغيرها، والتي من رأينا تستدعي إجراء دراسة.

فحسب اعتقادنا أن لهذه الدراسة أهمية على الصعيدين النظري والتطبيقي، كما يلي:

- تسليط الضوء على موضوع جديد وهو نوع التوظيف النفسي لدى المتبرع بنخاع العظم.
- تناولها لمشكلة من مشكلات العصر "سرطان الدم"، ولفت الانتباه على انعكاساته الخطيرة ليس على المصابين فحسب بل على المقربين أيضا، والذين يعتبرون لب هذه الدراسة.

• أهمية المتغيرات الرئيسية في الدراسة التي تتدرج ضمن اهتمامات علم النفس العيادي، كما أنها تفتح المجال أمام الباحثين في هذا التخصص لمواصلة بحثهم من خلال طرح تساؤلات وأبعاد جديدة.

• مساعدة الحالات من خلال التفريغ الانفعالي.

ولنا جملة من الأهداف نسعى لتحقيقها، من بينها:

- معرفة نوع التوظيف النفسي لدى المتبرع بنخاع العظم.

- تحديد نوع البنية لدى المتبرع بنخاع العظم.

- التقرب من المريض ومعايشته.

وعلى هذا الأساس قمنا بصياغة التساؤل الآتي:

• ما هي خصوصية التوظيف النفسي لدى المتبرع بنخاع العظم؟

❖ الفرض العام للدراسة:

ييدي المتبرع بنخاع العظم توظيفاً نفسياً متنوعاً.

❖ التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

✓ التوظيف النفسي:

نقصد به في هذه الدراسة الطريقة التي يتعامل بها الجهاز النفسي مع الإثارات الداخلية أو الخارجية، ويمكن التعرف عليه من خلال ترجمة وتفسير وتحليل استجابات المفحوص على اختبار بقع الحبر لـ"رورشاخ".

✓ المتبرع بنخاع العظم:

نقصد به في هذه الدراسة أخ أو أخت المصاب بسرطان الدم وقد تبرع له بنخاع العظم.

❖ الكلمات المفتاحية:

التوظيف النفسي - المتبرع - نخاع العظم.

الفصل الثاني

التوظيف النفسي

تمهيد:

يعرف التوظيف النفسي بأنه سيرورة دينامية تخضع لمبادئ وأساليب سياسية لسير الجهاز النفسي، والتي تعمل على حماية الأنا مما يهدد أمنه واستقراره ومما يسبب له الألم والتي تتطلب الانسجام والتوازن النفسي الداخلي للجهاز النفسي.

إن دراسة التوظيف النفسي ضمن النظرية السيكودينامية يقودنا بصورة تلقائية إلى الرجوع للنظرية الفرويدية، رغم أن تعميم هذه المفاهيم القاعدية قد يؤدي إلى التوسيع أو الحد منها، غير أنها تضمن صرامتها في حالة ما إذا تم نقلها بصورة دقيقة.

ولفهم التوظيف النفسي أكثر لابد من التطرق لبعض المفاهيم الأساسية والأخرى ذات العلاقة بهذا المتغير والتي تساعدنا على الإلمام التام لمعنى التوظيف النفسي، نذكر منها ما يلي:

1-تعريف الجهاز النفسي

نموذج نظري تخيله سيجموند فرويد لشرح وفهم كيفية سير الحياة العقلية.

وضع فرويد نظريتين للجهاز النفسي، الأولى: وضعت عام 1900، تصور الجهاز النفسي على نموذج الفعل المنعكس، مع نهاية حساسية القيادة، التصورات (الجانب الحسي)، تترك انطباعات في أنفسنا وكثير منها لا يكاد يصبح واعيا، (هذا النظام اللاواعي ليس فقط مقر الذكريات المنسية، لكن بعض النزوات الفطرية ورغبات معينة.

في النهاية الحركية، النظام اللاواعي وما قبل الوعي منفصلان بواسطة الرقابة، والتي تنظم بين النظامين.

-النظرية الثانية للجهاز النفسي، التي تم الكشف عنها في عام 1923 فصح بعض نقاط الضعف في النظرية الأولى، إنها تميز في الشخصية ثلاث حالات، (1) الأنا: له علاقة مع التصورات، يعمل على تنظيم عمليات الواقع، (2) الهو: يضم نزواتنا البدائية، التي ترغب الأنا في الخضوع لها، (3) الأنا الأعلى: وهو ما يعبر عن الأخلاق، الهو يخضع لمبدأ اللذة والأنا لمبدأ الواقع. (sillamy, p26)

2. ما وراء علم النفس:

هو عبارة عن افتراضات وضعها فرويد لفهم الجهاز تحتوي على 3 وجهات نظر:

أ) وجهة النظر الموقعية : تعتبر وجهة النظر الموقعية وصفا لأركان الجهاز النفسي فهي تتداخل في أدائها لوظائفها، وتحكمها مبادئ وعمليات مختلفة وفي هذا الصدد يوجد موقعتين، الأولى تضم:

- الشعور: يقع على سطح الجهاز النفسي، فهو يسجل المعلومات التي تصل إلى أعضاء الحس من العالم الخارجي، ويدرك حالات التوتر النزوي، وتفرغ الإثارة على شكل صفات سارة أو مزعجة، وتمتاز حالة الشعور بأنها تستمر لفترة قصيرة جدا، فالفكرة التي

تكون شعورية لا تظل كذلك في اللحظة التالية وهي تستطيع الظهور مرة ثانية في الشعور بسهولة إذا توفرت شروط معينة.

- ما قبل الشعور: يعمل كوسيط بين الشعور واللاشعور وهو يحتوي محتويات غير حاضرة في الوعي ويتم استدعاؤها بقليل من الجهد. (خشخوش، 2009، ص9)
- اللاشعور: يحوي اللاشعور الدوافع الغريزية البدائية الجنسية والعدوانية التي غالبا ما تكبت في مجتمعاتنا المتحضرة تحت تأثير المعايير الخلقية والدينية والاجتماعية التي ينشأ فيها الفرد، وتنزع الدوافع والرغبات المكبوتة في اللا شعور إلى الإشباع وإلى الظهور في الشعور، وهي كثيرا ما تلجأ في سبيل ذلك إلى طرق شاذة ملتوية كما يشاهد مثلا في الأمراض العصابية.

وذهب فرويد في كتاباته الأولى إلى أن كبت هذه الدوافع الغريزية الموجودة في اللاشعور يتم على يد "الرقيب" وهو القوة النفسية التي وضعها فرويد كحارس للممرين بين اللاشعور وما قبل الشعور من جهة، وبين ما قبل الشعور والشعور من جهة أخرى، وتتخلص مهمة هذا الرقيب في منع ظهور الدوافع الغريزية اللاشعورية في الشعور، ويظهر عمل الرقيب أثناء التحليل في صورة "مقاومة" تمنع من ظهور العمليات النفسية المكبوتة. (فرويد، 1982، ص15)

الموقعية الثانية تضم:

- **الهو:** لقد استعمل فرويد لفظ الهو الذي نقله عن نشيه وغروداك لوصف أقدم جزء في الجهاز النفسي وأهمها وذلك في السنوات 1920-1923، ويتضمن الهو كل ما يأتي به الفرد منذ ولادته كما يشمل على ما كان محددًا من قبل النزوات في التعبير النفسي، ولقد استعمل فرويد مميزات اللاشعور لوصف الهو بحيث لا يتميز هذا الأخير بأي نظام، كما يهدف لإشباع الحاجات النزوية اتباعاً لمبدأ اللذة، نظراً لتجاهله للمنطق، الزمن، الاعتبارات القيمة خاضعاً بذلك إلى السياقات الأولية.
- **الأنا:** ويشير فرويد أن الأصل يكمن في الهو وأن الأنا قد تطور انطلاقاً من الهو تحت تأثير العالم الخارجي. وبذلك يعتبر الأنا جزءاً من الهو طراً عليه تطوراً خاصاً من خلال تمايز الطبقة الخارجية التي تحتوي على الأعضاء الحسية المستقبلية حيث يقوم هذا التنظيم بعمل الوسيط بين المتطلبات النزوية للهو، متطلبات الأنا الأعلى ومعوقات العالم الخارجي وذلك بهدف الحفاظ على الذات، فالإدراك يسمح للأنا بتطوير سياقات الهو إلى مستوى دينامي هذا الأخير أكثر تطوراً ربما بسبب تحويل الطاقة الحرة إلى طاقة مرتبطة، كما يقوم الأنا بالتحكم في المتطلبات النزوية، ولقد اعتبر فرويد في البداية أن التحكم في المتطلبات النزوية وذلك بالتقرير ما إذا يمكن إشباع هذه المتطلبات أو تأجيلها إلى وقت ملائم، ويتحقق كل ذلك من خلال مراقبة مختلف الحركات النزوية ولقد اعتبر فرويد في البداية الأنا كعامل دفاعي مرتبط بالرقابة، حيث يلعب دور المعدل

والمثبط(1900)، مضيفا فيما بعد (1900-1915) أن الأنا جهاز يعمل ضد تحقيق الرغبة، ولقد تطورت نظرية فرويد في ضواحي 1914-1915 من خلال أعماله حول النرجسية والتقمصات، مشيرا إلى أن الأنا جهاز يتكون تدريجيا ليصبح وحدة يمكنها أن تمثل موضوع الرغبة مثل المواضيع الخارجية، كما أن التقمصات تلعب دورا هاما في تكوين الأنا فالأنا هو جهاز أساسي لفهم الصراع العصابي، الصراع الضمننفي، بين الأجهزة والأنظمة ينحدر من استدخال العلاقات مع المواضيع الخارجية وبالتالي المواضيع البدائية.

- **الأنا الأعلى:** لقد استخدم فرويد الأنا الأعلى انطلاقا من سنة 1915 من خلال دراساته حول الاتهام الذاتي الميناخولي، ليعتبره سنة 1923 كجهاز منفصل عن الأنا، وورث عقدة أوديب، حيث ينتج عن استدخال المتطلبات الوالدية ويستدخل بالتالي المحرمات، وفي هذا الإطار يؤكد فرويد على أن الطفل لا يتقمص الصورة الوالدية بل الأنا الأعلى للوالدين، إن مصدر الأنا الأعلى يقترب من مصدر الأنا حيث ينحدر من الهون ويكون مبنى حسب السيرورات التقمصية التي تهدف إلى استلام الهو لموضوع الرغبة، ويكون هذا الموضوع متواجد في الأنا الأعلى، مما يجعل الأنا الأعلى يحتفظ بطاقة الهو المستمرة في هذا التصور، ويمكن الإشارة إلى أن الأنا الأعلى يقوم بثلاث وظائف أساسية: وظيفة الملاحظة الذاتية، ووظيفة الوعي الأخلاقي والرقابة، ووظيفة الامتثال والتي يشار إليها تحت تسمية مثال الأنا، حيث يكمن الفرق بينهما في الشعور بالذنب

بالنسبة للأنا الأعلى والشعور بالنقص بالنسبة لمثال الأنا، أما الأنا المثالي، فهو تكوين بدائي يوافق مثال النرجسية الأولية. (نفس المرجع، ص 27-28)

ب) وجهة النظر الاقتصادية:

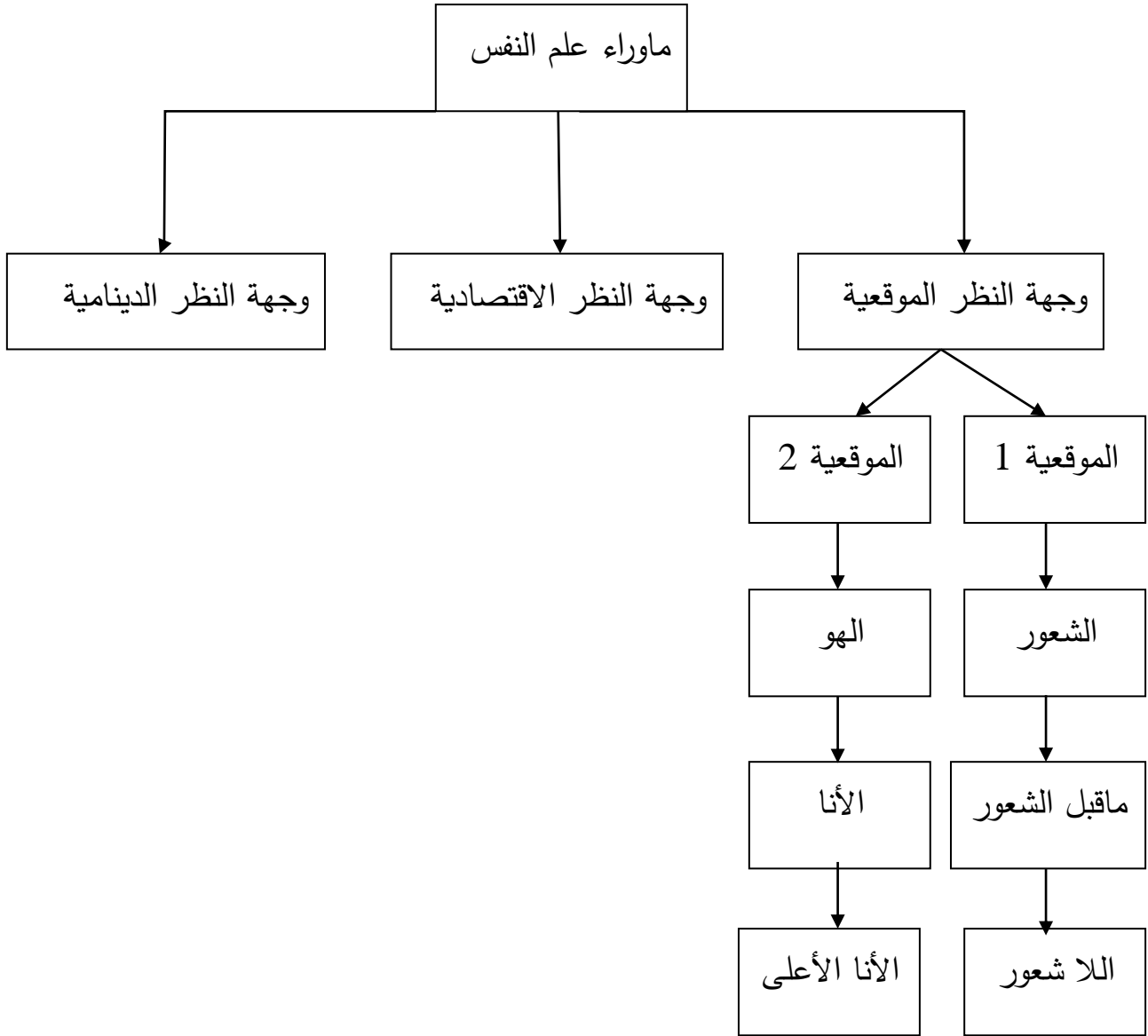
تفترض هذه الواجهة وجود كمية من الطاقة تكون السير النفسي، وأعطى فرويد سنة 1905 لهذه الطاقة اسم "الطاقة النزوية". الأنا يساعدنا على التكيف وتطبيق القواعد، ويجعلنا الأنا نتخذ القرارات التي لا يجب أن نتخذها، الهو يتمثل في النزوة أو الرغبة، والأنا الأعلى يمثل القانون.

يكون الفرد في حالة عدم اتزان لأنه منحصر بين الفضاءات الثلاثة ويحاول دوما واحدا منهم التغلب على الآخرين.

ت) وجهة النظر الدينامية:

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

(حلوان، 2008، ص 21)



الشكل رقم (1) مخطط يمثل وجهات النظر الثلاثة لما وراء علم النفس

3. نظرية النزوات (الغرائز):

الغريزة: الأصح ترجمة هذا المفهوم بالدافع الغريزي، لولا أن الشائع في الفرنسية

والانجليزية ترجمته بالغريزة، لذلك يجب التنبيه إلى أن فرويد يستخدم مفهوم الغريزة هذا

بمعنى خاص، فهو لا يدل على ميل بيولوجي مجاله الجسم، بل على هذا الميل البيولوجي

من حيث هو موضوع خبرة نفسية، فالغرائز هي الممثل النفسي للمنبهات التي تصدر عن الكائن العضوي وتتغلغل في النفس وهي في الآن ذاته مقياس للمطالب التي تفرضها على الطاقة النفسية صلة النفس بالبدن.

ويتناول فرويد الغرائز من وجهات نظر ثلاث: أن لكل غريزة مصدر يمدّها بالطاقة الضرورية وأن لها موضوعا تتجه إليه لغرض الإشباع وهدفا يحقق لها هذا الإشباع.

(فرويد، 2000، ص135)

رأى فرويد أن جميع الظواهر النفسية سواء كانت شعورية أو لا شعورية، وسواء كانت سوية أو مرضية إنما تصدر عن قوى دينامية أساسية تنبعث عن التركيب الفيزيولوجي والكيميائي للكائن الحي، وتسمى هذه القوى بالغرائز، وهي الطاقة التي تصدر عنها جميع ظواهر الحياة.

وقد حاول فرويد في أول الأمر أن يفسر جميع الظواهر النفسية بافتراض وجود مجموعتين أساسيتين من الغرائز، المجموعة الأولى هي: "الغرائز الجنسية" التي تصدر عن طاقة خاصة تسمى "الليبيدو"، وهي تهدف دائما إلى اللذة والإشباع، والمجموعة الثانية هي: "غرائز الأنا" ومهمتها العمل على حفظ الذات وذلك بمراعاة العالم الخارجي ومقتضيات الواقع

من جهة، وبكبت الدوافع الجنسية التي تتعارض مع مقتضيات الواقع أو مع وظائف غرائز الأنا من جهة أخرى.

وتعمل الغرائز وفقاً لمبدأ اللذة، فليس الدافع الغريزي في الواقع إلا نتاجاً عن حالة من التوتر ينتج عنها الإحساس بالألم، وبهذا الدافع الغريزي إلى خفض هذا التوتر أو إزالته، وحينما ينخفض هذا التوتر أو يزول يحدث الشعور باللذة، واتخذ فرويد من مبدأ اللذة أساساً يفسر به الظواهر النفسية المختلفة كما يفسر به الأعراض العصابية، فليست الأعراض في نهاية الأمر إلا محاولات بديلة أو حلول توفيقية تهدف إلى التخلص من التوتر وتجنب الألم.

ولقد وجد فرويد فيما بعد كثيراً من الصعوبات في تفسير بعض الظواهر النفسية على ضوء نظريته السابقة في الغرائز، فلم يكن من السهل الملائمة بين نظريته السابقة في الغرائز وبين ظاهرة النرجسية، والنرجسية ظاهرة تعبر عن حب الفرد لنفسه وعشقه لذاته، وتدل هذه الظاهرة على أن الغريزة الجنسية لا تتعلق فقط بالأهداف الجنسية الخارجية وإنما تتعلق أيضاً بالذات وتتخذها هدفاً لها، ولقد دفع ذلك فرويد للقول بأن لبيبدو الطفل أي (طاقته الجنسية) يكون متعلقاً في أول الأمر بذات الطفل نفسه، وأن جميع اللذات التي يشعر بها الطفل إنما تصدر في أول الأمر عن بدنه الخاص، وتبدو له الأشياء الخارجية التي قد تسبب له شيئاً من اللذة كثندي الأم مثلاً كأنها جزء لا يتجزأ من بدنه وليست شيئاً منفصلاً عنه، ثم تبدأ الموضوعات الخارجية تتميز في نظر الطفل شيئاً فشيئاً، ثم يأخذ جزء

من طاقته الجنسية يتجه نحو هذه الموضوعات، وقد يستمر "حب الذات" جنبا إلى جنب مع "حب الموضوع"، وقد تترد الطاقة الجنسية المتجهة نحو الخارج فتتجه مرة أخرى إلى الذات كما يحدث في الكثير من الحالات المرضية.

ومن بين الحالات النرجسية التي كانت لها أهمية خاصة حالات الهجاس (توهم المرض) وهي الحالات التي يتوهم فيها بعض العصابين أنهم مصابين بأمراض بدنية دون أن تكون هناك أمراض حقيقية في البدن، وفي حالات الهجاس يتركز اهتمام المريض في اعضاء بدنه، ويفسر فرويد ذلك على أساس التغير الذي يحدث في توزيع كمية الليبيدو عند هؤلاء المرضى، فالليبيدو عند هؤلاء المرضى قد ارتد عن أهدافه الخارجية الطبيعية واتجه نحو اعضاء البدن، ولما كانت الطاقة الجنسية يمكن أن تتعلق بالذات وبأعضاء البدن ووظائفه، فإن معنى ذلك أن غرائز الأنا يمكن أن تنتسب بالطاقة الجنسية، ويستنتج فرويد من ذلك أن التقابل الموجود بين الغرائز الجنسية وغرائز الأنا وهو التقابل الذي سبق أن قال به لم يعد بعد صحيحا، وهكذا تبين لفرويد في آخر الأمر أنه لابد من تعديل نظريته في الغرائز.

وإلى جانب ذلك فقد رأى فرويد أيضا أن مبدأ اللذة لم يكن كافيا لتفسير بعض الظواهر النفسية، فقد شاهد مثلا أن المرضى يظهرون ميلا شديدا إلى تكرار بعض خبراتهم المؤلمة السابقة، وهم يفعلون ذلك تحت تأثير دافع غريزي أسماه "إجبار التكرار"، وقد اعتبره

فرويد دافعا غريزيا أكثر بدائية وفطرية من مبدأ اللذة، كما رأى فيه أيضا مبدأ يتناقض مع مبدأ اللذة لأن المريض لا يحصل على أية لذة من وراء تكرار الخبرات المؤلمة القديمة.

ورأى فرويد أيضا أثناء الحرب العالمية الثانية ظاهرة جديدة أيدت رأيه في مبدأ "إجبار التكرار"، فقد رأى في عصاب الصدمة ظاهرة أخرى تعارض مبدأ اللذة، فقد لوحظ أن الجنود الذين تعرضوا لصددمات شديدة أثناء القتال يقومون دائما بتكرار هذه الخبرات المؤلمة في أحلامهم، وكان فرويد يعتبر الأحلام وسائل لإشباع الدوافع المكبوتة، وكل إشباع يؤدي إلى اللذة، ولكن أية لذة يمكن أن تحدث من تكرار الخبرات المؤلمة التي تظهر في أحلام الجنود المصابين بعصاب الصدمة، وقد فرويد أمام هذه الحقائق وغيرها من الحقائق الأخرى المشابهة التي ناقشها في كتابه "ما فوق مبدأ اللذة" إلى القول بوجود ميل غريزي إلى الرجوع إلى الحالة السابقة، فلا بد إذن أن نفترض وجود "غريزة الموت" تدفع الكائن الحي إلى الرجوع إلى الحالة الغير عضوية السابقة للحياة، وتهدف غريزة الموت إلى الهدم وإنهاء الحياة، وإذا اتجهت هذه الغريزة إلى الخارج بدت في صورة رغبة في العدوان والتدمير، وقد وجد فرويد في غريزة الموت فرضا نافعا استطاع أن يفسر به كثيرا من الظواهر النفسية المقعدة التي كانت تحيره من قبل كالسادية والمازوشية مثلا.

وفي مقابل غريزة الموت قال فرويد بمجموعة أخرى من الغرائز سماها "إيروس"، أي غرائز الحب والحياة، وهي تشمل كل من الغرائز الجنسية وغرائز الأنا، وهي الغرائز التي كان يظن أنها متقابلة ومتعارضة في أول الأمر.

ويهدف إيروس دائما إلى تأليف الذرات وإلى تكوين وحدات أكبر والعمل على بقائها، أي أنها تهدف دائما إلى استمرار الحياة، وتهدف غريزة الموت إلى تفتيت الذرات وتفكيك الارتباطات، أي أنها تهدف إلى هدم الأشياء وإنهاء الحياة وتصبح الحياة نفسها صراعا وحلا بين هذين الاتجاهين. (فرويد، 1982، ص 19-20)

من خلال ما سبق يتضح أن فرويد قد أسس نظريتان للنزوات :

- النظرية الأولى: تحدث فيها عن نزوات الأنا والتي تدل على نمط نوعي من النزوات التي تضع طاقتها في خدمة الأنا خلال الصراع الدفاعي، وهي تدرج ضمن نزوات حفظ الذات التي تتعارض مع النزوات الجنسية.

ويقصد فرويد بنزوات حفظ الذات مجمل الحاجات المرتبطة بالوظائف الجسدية الضرورية لحفظ الذات، ويشكل الجوع نموذجا الأول.

وفي المقابل هناك نزوات جنسية، وهي اندفاع داخلية يراها التحليل النفسي فاعلة

في مجال النشاطات الجنسية بالمعنى الشائع للكلمة. (نفس المرجع، ص540)

- النظرية الثانية: في هذه النظرية تحدث فرويد عن نزوات الأيروس أو نزوة الحياة، ونزوة التهديم أو نزوة الموت، هدف نزوة الحياة الربط بينما هدف نزوة الموت التهديم.

(مرجع سابق، ص35)

4. نظرية الكبت:

بالمعنى الحرفي: إنه عملية يرمي الشخص من خلالها إلى أن يدفع عنه التصورات (من أفكار، أو صور، أو ذكريات) المرتبطة بالنزوة إلى اللاوعي أو أن يبقيها فيه. ويحدث الكبت في الحالات التي يهدد فيها إشباع إحدى النزوات القادرة على حمل المتعة للشخص بحد ذاتها بالتسبب بالانزعاج تجاه مطالب أخرى. (مرجع سابق، ص416)

5. نظرية القلق:

يعتبر القلق من الأركان الأساسية في نظرية التحليل النفسي وهو يؤدي دورا مهما في نمو الشخصية، مثلما يؤديه في عمل دينامياتها، وهو فوق ذلك له مغزى مركزي في نظرية فرويد في العصابات والذهانات، وفي علاج هذه الحالات المرضية، وللقلق دور في

عمل الشخصية السوية حيث يعتبر هذا الأخير تجربة انفعالية مؤلمة تتولد عن الإثارات في الأعضاء الباطنية للبدن، وتتجم هذه الإثارات عن تنبيه خارجي أو باطني ويهيمن عليها الجهاز العصبي.

ويختلف القلق عن سائر الحالات المؤلمة مثل التوتر والألم والحزن، لكنه مرادف لكلمة الخوف، حيث أثر فرويد كلمة القلق على كلمة الخوف لأننا قد جرينا على أن الخوف بمعنى أننا نخاف من شيء ما مائل في العالم الخارجي، وقد بين فرويد أن الإنسان يخاف من مخاطر باطنية كما يخاف من مخاطر خارجية، وعلى ذلك فرق فرويد بين ثلاثة أنماط من القلق وهي:

1. القلق الواقعي:

هو تجربة انفعالية مؤلمة، تنجم عن إدراك لخطر قائم في العالم الخارجي، والخطر هو ملابسة ما من بيئة تهدد بإيذاء الشخص وهذا ما قد يكون مكتسبا أو فطريا، ويكون تعلم المخاوف في الطفولة والصبا، حيث يكون كيان الإنسان العضوي لم ينضج بعد، بحيث يمنع ذلك من مواجهة الأخطار، ذلك لأن الأنا لم يصل لنقطة مكافحة تلك المنبهات المثيرة، وتسمى الخبرات التي تزيد قوة القلق عند الشخص بخبرات الصدمة الانفعالية.

(هال، 1970، ص74-75)

2. القلق العصابي:

يشير القلق العصابي إدراك بخطر آت من الغرائز، وهو خوف مما قد يحدث إذا فشلت شحنات الأنا المضادة في منع الشحنات الغريزية الموضوعية من التصريف في فعل اندفاعي، ويمكن أن يظهر هذا القلق في صور ثلاثة هي: نمط منطلق من الخوف يكوم مهياً للارتباط بملابسة من ملابسات البيئة المتوائمة معه، وثمة صورة أخرى من صور القلق العصابي وهي الخوف العميق الذي ليس له تبرير عقلي يسمى أيضاً الخوف المرضي وهو أن شدة الخوف لا تتناسب أي تتناسب مع الخطر المائل بالفعل في الموضوع الذي يخافه الشخص وتلاحظ الصورة الثالثة من القلق العصابي إرجاع الفزع أو القربية من الفزع، وهو صورة متطرفة لرد الفعل الذي يحدث في صورة أفل عنفا.

والقلق العصابي مؤسس على القلق الواقعي، بمعنى أن الإنسان يربط بين حاجة غريزية وبين خطر خارجي قبل أن يتعلم الخوف من غرائزه. (نفس المرجع، ص 76-80).

3. القلق الأخلاقي:

هو القلق الذي يمارس في صورة الإحساسات بالذنب أو الخجل في الأنا، ويشير إدراك لخطر آت من الضمير، فالضمير من حيث الباطن هو العميل للسلطة الأبوية يهدد

بعقاب الشخص لإتيان أو التفكير في فعل من شأنه أن يشتمت من أهداف الأنا المثالي المتصفة بالكمال.

وللقلق الأخلاقي روابط وثيقة بالقلق العصابي طالما كان الأعداء الرئيسيون للأنا الأعلى هم الاختيارات الموضوعية البدائية للهو، وفي كل من القلق العصابي والقلق الأخلاقي لا يكمن الخطر في العالم الخارجي ولا يخاف الشخص من أذى بدني أو حرمان بدني. (نفس المرجع، ص76-80)

6.العلاقة بالموضوع:

قبل التطرق إلى معنى علاقة الموضوع يجدر بنا التعرف على الموضوع.

• الموضوع: تطرح فكرة الموضوع في التحليل النفسي من ثلاث جوانب رئيسية:

- باعتباره متلازماً مع النزوة: من خلاله تحاول النزوة الوصول إلى هدفها أي إلى نمط معين من الإشباع، وقد تكون هنا بصدد شخص كامل أو موضوع جزئي، كما قد تكون بصدد موضوع واقعي أو موضوع هوامي.

- باعتباره متلازما مع الحب: (أو مع الحقد): تقوم العلاقة موضوع البحث عندها ما بين شخص كلي أو ركن الأنا، وبين موضوع مستهدف هو ذاته أيضا باعتباره كليا (شخص، كيان، مثل أعلى أو خلافه). وأما الصفة المقابلة لذلك فهي "غيري".

وأما المعنى التقليدي الذي تبناه علم النفس وفلسفة المعرفة فيطرح كمتلازم مع الشخص الذي يدرك ويعرف أنه ما يبدو متصفا بخصائص ثابتة ومستمرة تتمتع بحق اعتراف الحق العام بها من قبل جميع الأشخاص، وبصرف النظر عن الرغبات والآراء الفردية. أما الصفة المقابلة لذلك فهي "موضوعي". (لابلانشر وبونتاليس، 1987، ص 496)

• **العلاقة بالموضوع:** يشيع هذا المفهوم كثيرا في التحليل النفسي المعاصر للدلالة على أسلوب علاقة الشخص مع عالمه، هذه العلاقة هي نتيجة معقدة وكلية لشخص ما من أشكال تنظيم الشخصية، ولمقاربة متفاوتة في درجة هوماتها للموضوعات ولشكل ما من الأشكال الدفاع المفضلة.

يجري الحديث عن علاقات الموضوع لشخص معين، وكذلك عن أنماط من علاقات الموضوع تحيلنا إما للحظات تطويرية (من مثل: علاقة الموضوع الفمية)، أو إلى علم النفس المرضي (من مثل: علاقة الموضوع السوداوية). (نفس المرجع، ص 375).

8. مراحل النمو النفسي الجنسي:

لقد استوحى فرويد نظريته التي تعطي أهمية بالغة للجانب الجنسي من حياة الفرد، وكذلك من توغل المشكلات وارتداد جذورها إلى مرحلة الطفولة المبكرة التي يعطيها فرويد الأهمية الكبرى في تشكيل شخصية الفرد. وتقوم نظريته على أن الطلقة الجنسية الحيوية أو ما يسمى الليبيدو، تدفع الفرد حول اللذة، ويسير الإنسان نحو النضج الجنسي والنفسي، لكن إذا قابلته معيقات قوية فإن نموه قد يثبت أو يجمد عند مرحلة معينة من مراحل النمو، ويظهر هذا الجمود في شكل أعراض مرضية، وأول مرحلة من مراحل النمو النفسي الجنسي هي ما يسميه فرويد بالمرحلة الفمية: حيث يتم فيها الإشباع الجنسي باللذة عن طريق الفم، يلي ذلك المرحلة الشرجية: فيستشعر الطفل اللذة عن طريق عملية الإخراج والاحتفاظ بالبراز، وتدور اهتمامات الطفل حول ذاته فيمتاز بالانرجسية أو حب الذات، حيث يستمد لذته من جسمه، وفي آخر هذه المرحلة يتحول الاهتمام إلى القضيب أو البظر عند الفتاة، وتعرف هذه المرحلة بالمرحلة القضيبية، ثم يتحول الاهتمام نحو الوالدين، وتبدأ المرحلة الأوديبية، وتمتد من 3 إلى 7 سنوات، حيث يهتم الطفل جنسيا بالوالد المخالف لجنسه، فتتعلق البنت بأبيها وتحبه وتغير من أمها، بينما يتعلق الابن بأمه ويغير من الأب ويعتبره

منافسا قويا له. (فايد، 2008، ص137)

في هذه المرحلة تتشكل من كل عقدة أوديب وعقدة الخشاء، فهناك علاقة وثيقة بين العقدين تبرز الجمع بينهما، حيث تشير عقدة تعلق الطفل بالوالد من الجنس الآخر تعلقا يتناوله الكبت بسبب الصراع الذي ينشأ من اصطدام هذا التعلق بمشاعر الحب والكره التي يشعر بها الطفل اتجاه والده من نفس الجنس، وهو ما يسمى بعقدة أوديب الإيجابية، أما عقدة أوديب السلبية، فتتكون حين لحل التعلق السبقي محل مشاعر العدوان التي يستشعرها الطفل حيال الوالد من نفس الجنس، ومثال ما نراه عند الصدى من سلبية لا شعورية مصدرها الجنسية المثلية وموضوعها شخص الأب، أما عقدة الخشاء، فتدل على الخوف اللاشعوري من فقدان الأعضاء التناسلية أو ما يقابلها من أعضاء، عقابا على إتيان الفرد بعض الأفعال الجنسية المحرمة أو شعورها ببعض الدوافع الجنسية اتجاه موضوع محرم. (فرويد، 2000، ص132)

ويلى ذلك طور من أطوار النمو النفسي الجنسي أطلق عليه فرويد اسم طور الكمون: حيث تمتاز الحياة بالهدوء النسبي وتبدأ من سن الثامنة حتى مطلع المراهقة، لا بد أن ينجح الفرد في حل عقدة أوديب حلا سليما وإلا تعرض لمشكلات نفسية في مرحلتي المراهقة أو الرشد. (مرجع سابق، ص154)

9. البنية النفسية

تعرف البنية في علم النفس المرضي "بأنها تنظيم ثابت ونهائي لمكونات ميتاسيكولوجية أساسية سواء كانت الحالة مرضية أو سوية".

وفي هذا الصدد يقول فرويد في المؤتمرات الأخيرة عام 1932: "إذا سقط بلور من الكريستال فإنه لا يتكسر في أي حال من الأحوال، وإنما حسب الضعف والقوة التي حدثت عند تكوينه، وهي خاصة بكل جسم، وهاته الخطوط تبقى خفية حتى ينكسر أو يوضع تحت جهاز خاص، وبالنسبة للبنية فإنها تسلك نفس المدرج". (ميسوم، 2014، ص35)

■ تكوين بنية الشخصية:

يتطرق "ج. بارجوري" في (بدره ميموني معنصم، 2005، ص57) إلى مراحل تكوين البنية ويشرحها كالتالي:

- **المرحلة الأولى:** تبدأ من الولادة ويكون الأنا في حالة لا تمايز نفسي جسدي، ولكن سرعان ما يبدأ في التمايز تدريجياً مع خروجه من الهو، وهذا تحت تأثير النضج، والعناية، والعلاقة مع الأم، وهنا إذا كانت الظروف الداخلية والخارجية مضطربة، فسيحدث تسجيل خطوط ضعف في هذه الفترة ونقطة تثبيت كما يقول فرويد.

- المرحلة الثانية: يتطور الليبيدو ويتقدم في سيرورته، وتتطور العلاقات بالموضوع مع تنظيم الدوافع الجزئية، وأنا يتطور ويستعين بالآليات الدفاعية، وذلك حسب المحيط الخارجي وأخطاره، وأخطار داخلية ناجمة عن النزوات مما يسمح بتكوين تدريجي للشخصية، وهنا يتطور الليبيدو ويتقدم تبعاً لـ:

✓ العلاقات مع الوالدين، وخصوصاً الأم ثم العلاقات مع أفراد المحيط.

✓ تسقط كل التجارب النفسية على شكل صراعات وصددمات وتقمصات إيجابية.

✓ تبدأ ميكانيزمات الدفاع تنتظم بطريقة تفاعلية.

✓ تنتظم تدريجياً نفسية الفرد، وتصنف حسب العناصر الأولية، فنتج منظمة داخلية

ذات خطوط انشطار وتلاحم، والتي تكون غير قابلة للتغيير فيما بعد.

- المرحلة الثالثة: مع نهاية البلوغ تكون البنية ثابتة ولا تتغير في توجهها الأساسي، ما دام

صاحبها لم يتعرض إلى صدمات نفسية هامة (إحباط أساسي، أو صراعات قوية... الخ)،

فيبقى ذا بنية عصابية أو ذهانية سوية، ولكن يمكن لأي حدث أن يحدث شرخاً في البنية،

وذلك حسب خطوط القوة والضعف الموجودة فيها.

فالبنية العصابية يتمركز الصراع فيها ما بين الأنا والنزوات، أما البنية الذهانية فيقتصر ثباتها

على سيطرة الإنكار على جزء من الواقع مع سيطرت الدفاعات القديمة، وتوجد ما بين هاتين

البنيتين ما يعرف بالانتظيمات الحديدية أو البينية، وتضم الأمراض السيكوسوماتية والسيكوباتية

والانحرافات.

وتظهر هذه الحالات كمنظمة هشة أي تنظيمات قابلة للتغيير، وليس كبنية ثابتة لأنها ممكن أن تتطور لمسار الذهان.

▪ **مكونات بنية الشخصية:** (معتصم، 2005، ص58)

وفقا لما أشارت إليه بدره ميموني معتصم فإن بنية الشخصية تتحدد مكوناتها الميتاسايكولوجية الأساسية بخمسة أبعاد، ويكون التشخيص على أساس هذه المكونات:

1- مستوى نكوص الليبدو والأنا (التثبيت):

- **البنية الذهانية:** النكوص لا يتعدى المرحلة الشرجية الأولى، والأنا ينكص إلى مرحلة اللا تمايز أو تمايز بدائي مما يجعله ضعيفا، فهو لا يلعب دور الوسيط، فيقع تحت سيطرة الهو.

- **البنية العصابية:** يرجع نكوص الليبدو إلى الفترة الثانية من المرحلة الشرجية، مثل ما هو في (العصاب الاستحوادي)، وإلى المرحلة الأوديبية أو القضيبية، الأنا تمايز كلية مع تمايز الموضوع.

- **التنظيم البيني:** يرجع النكوص أو التثبيت إلى مرحلة ما بين الشرجية الأولى والثانية، وقضيبية الأوديب لم تلعب دورها التنظيمي، الأنا تمايز لكن ما زال اتكاليا، وتلعب الصدمة دورها من حيث تهديدها للكيان النرجسي، مما يؤدي إلى تبعية اتكالية للموضوع.

2- نوع القلق:

- البنية الذهانية: هو قلق التجزؤ والتفكك واليأس والتلاشي والموت لأن الأنا تفكك وانشطر بعد ما كانت وحدة الأنا متماسكة.

- البنية العصابية: مهما كان نوع العصاب، فإن قلق الخصاء (castration) هو المسيطر على هذه البنية، أو قلق الإثم والخطأ ويعاض في الحاضر، وهو مركز على ماضي شهواني (Erotisé).

- التنظيم البيئي: هو قلق ضياع الموضوع (الأم) والانهيال.

3- العلاقة بالموضوع:

- البنية الذهانية: نجد العلاقة نرجسية كاملة، لأنها مدمجة في نرجسية الأم، وتؤدي إلى التوحد (autisme)، والانطواء والتخلي عن الموضوع، وتوظيف الواقع مع تكوين واقع جديد من خلال الهذيان والهلاوس، فهي إذن علاقة أحادية حيث يعتقد أنه وأمه شخص واحد.

- البنية العصابية: علاقة ثلاثية تناسلية: "طفل - أم - أب".

- التنظيم البيئي: علاقة ثنائية اتكالية: "طفل - أم" وليست اندماجية.

4- طبيعة الصراع:

- البنية الذهانية: الصراع بين الهو والواقع، ولا يكون بين الأنا والواقع، لأن أنا الذهاني غير موجود أو بدائي، ولا يقوى على دور الوسيط بين الواقع والهو الذي يفرض سيطرته.

- البنية العصابية: يكون الصراع الجنسي بين الأنا والدوافع "رغبات ونزوات"، مما يؤدي إلى الشعور بالذنب وقلق الإخفاء.

- التنظيم البيئي: يكون الصراع بين مثال الأنا والهو، والذي لم يبلغ المستوى التناسلي، أما الأوديب لم يلعب دوره المنظم، ويبقى ذو طابع نرجسي مع قلق فقدان الموضوع والتهديد بالانهيار.

5- الآليات الدفاعية:

- البنية الذهانية: النفي (deni)، أو تجاهل الواقع مع ازدواج الأنا.

- البنية العصابية: هنا الآليات الدفاعية متطورة أهمها: الكبت والتحويل.

- التنظيم البيئي: ازدواج الصورة الهوامية (dédoulement des imagos)، مع تقسيم الحقل العلائقي إلى جزئين:

✓ الأول: تقدير وفهم صحيح للواقع، ويعني ذلك تكيف صحيح.

✓ الثاني: تقدير مثالي مرتفع: وفي نفس الوقت نفي للواقع.

فازدواج الصورة الهوامية لا يعني تجزؤً للواقع، بل هو نوع من الدفاع ضد تهديد التجزؤ، وفي هذا الشأن يقول "فرويد" (في النفس المرجع السابق، ص60): "لكي لا يتجزأ الأنا فإنه يعوج ويتشوه دون أن ينكسر، والجدول التالي يشرح المكونات الأساسية لبنية الشخصية :

نوع البنية	البعد المسيطر على التنظيم	طبيعة الصراع	نوع القلق	م الدفاع الأساسية	العلاقة بالموضوع	مستوى النكوص والتثبيت للأنا
العصابية	الأنا الأعلى	الأنا الأعلى مع الهو	الخصاء	الكبت والعزل والتكوين العكسي	تناسلية	المرحلة الأوديبية
الذهانية	الهو	الهو مع الواقع	الموت	نفي الواقع، ازدواج الأنا	التحامية أو اندماجية	المرحلة الفمية
الحدية	مثال الأنا	مثال الأنا مع الهو والواقع	فقدان الموضوع	ازدواج الهوامية والانشطار	اتكالية	المرحلة الشرجية

الجدول رقم 1: يبين المكونات الميتاسيكولوجية الأساسية للبنية الشخصية.

حسب بارجوري بنيتين نفسييتين ثابتتين أو أصليتين فقط: البنية العصابية والبنية الذهانية.

لكن لا يرجع بارجوري كل المظاهر المرضية أو الاضطرابات النفسية هته البنيتين فقط، ولكن توجد بين البنية الذهانية والبنية العصابية، حالات اكلينيكية تحتل وسطهما، وهي غير منظمة بطريقة جيدة لذلك لا تحمل اسم بنية وتدعى بالحالة البينية أو الحدية.

حيث أنه يقتصر استخدام مصطلح البنية الذهانية على الأمراض العقلية سواء كانت

وظيفية المنشأ وهو اضطراب الليبيدية وإدراك الواقع، وما الهذات والهلاوس إلا محاولة

ترميمية لاستعادة الصلة بالموضوع والذهان يندلع عندما لا تستطيع الأنا تسوية الصراع الدينامي ونقيضها والواقع.

أما البنية العصابية فيرى التحليل النفسي أنما العصاب إنما هو اضطرابات وظيفية أو هو علة نفسية المنشأ، لا يوجد معها اضطراب جوهري في إدراك الفرد للواقع كما نرى في الذهان، ويزيد على ذلك أن في أعراض العصاب تعبيراً رمزياً عن صراع نفسي، يستمد أصوله من التاريخ الطفلي للفرد، ويمثل التسوية ما بين الرغبة والدفاع، فالعرض والحالة إشباع بديل للرغبة وحل توفيق.

أما بالنسبة للحالة الحدية فيستخدم هذا المصطلح للدلالة على بعض الإصابات النفسية المرضية التي تقع على الحدود بين العصاب والذهان، منها عصابات الطبع الخطيرة، ويعتقد عموماً على المستوى النظري أن الأعراض العصابية تقوم في هذه الحالة بوظيفة دفاعية ضد انفجار الذهان. (عبه، 2012، ص 27-28)

10. الميكانيزمات الدفاعية:

▪ الدفاع:

إنه مجمل العمليات الهادفة إلى اختزال وإزالة كل تعديل من شأنه أن يعرض تكامل وثبات الفرد الإحيائي النفساني للخطر، وبالقدر الذي يطرح فيه الأنا باعتبار الركن الذي

يجسد هذا الثبات ويسعى للحفاظ عليه، يمكن اعتباره في آن معا اللاعب والرهان في هذه العمليات.

ينصب الدفاع بشكل عام على الآثار الداخلية (النزوة)، وبشكل أكثر انتقائية على تلك التصورات (من ذكريات وهومات) التي ترتبط بها النزوة، وعلى تلك الوضعية القادرة على إطلاق هذه الإثارة إلى الحد الذي تتعارض فيه مع هذا التوازن، وتشكل نتيجة لذلك انزعاجا للأنا.

كما يمكن للانفعالات المزعجة التي تشكل الإشارة للدفاع أو تحركه، أن تصبح بدورها موضوعا له.

تتخصص العملية الدفاعية إلى أوليات دفاع تتكامل في الأنا لمقادير متفاوتة، ونظرا لتأثر الدفاع ودمغه بالثروة التي يهدف إلى مقاومتها في نهاية المطاف فإنه يتخذ غالبا منحى اضطراريا ويعمل لجوئيا بشكل لا واعي. (لابلانوش وبونتاليس، 1987، ص244)

■ الميكانيزمات الدفاعية:

لآليات الدفاع أنماط مختلفة من العمليات التي يمكن للدفاع أن يتخصص فيها، حيث هناك إجماع بأنها تستخدم من قبل الأنا. (لابلانوش وبونتاليس، 1987، ص132)

إذ تستعمل هذه الأخيرة بشكل لا شعوري سواء من قبل السوي واللاسوي، أما الاختلاف يمكن في أن السوي يوميا بشكل متنوع وملائم مع الموقف من أجل التكيف مع متطلبات

الحياة الاجتماعية وللتغلب على القلق، فيقوم الأنا بتطوير الميكانيزمات الدفاعية، من خصائصها: أنها تظهر على المستوى اللاشعوري، تتكرر وتشوه القلق لجعله أقل إرهاقا، سيطرتها والتعمق فيها يعيق النمو النفسي، على خلاف المريض الذي يستعملها بأحد الأشكال التالية: متصلب، غير مجدي، غير متكيف مع الموقف أو يستخدم ميكانيزم واحد فقط مع مواقف مختلفة حيث هنا نجد لديه فقر في الميكانيزمات الدفاعية.

ولعل من أبرز الميكانيزمات الدفاعية الكبت بصورة مختلفة، إذ له موضوع هام في التحليل النفسي، يشار له بأنه منع ظهور الرغبات والغرائز والمشاعر تحت بند الكبت الوجدانيات"، وهناك نوع من الكبت يسمى القمع أو الضبط، أي منع إرادي متمثل، أي يضبط الإنسان رغباته وغرائزه وأفكاره وتكون العملية شعورية ضابطة يتم تفرغها في الأحلام.

• الكبت:

يتمثل في سحب شحنات الانفعال الناتج عن الرغبات والأفكار والغرائز من الخارج (الواقع) إلى الداخل (النفوس).

ومن أجل فهم الكبت علينا فهم الطفولة المبكرة التي تبدأ بالموقف الأوديبوي ويقسم إلى قسمين: كبت أولي يتم فيه كبت النزعات والذكريات الطفلية المبكرة مثل مشاعر الاشتهاة نحو الأم وهو كبت أساسي.

وكتب ثانوي وهو امتداد للكبت الأولي، ويتجلى في المثيرات التي نتلقاها من العالم الخارجي ويبدو كل ما من شأنه أن يحرك الرغبات والذكريات المكبوتة أوليا.

(وهبي، أبو شهدة، 1997، ص50-52)

يعتبر *jacquet* أن الميكانيزمات الدفاعية كعمليات وسيرورات لا نفسية لا واعية تسلط الضوء على تقليص وإلغاء الآثار غير المرغوب فيها، والحقيقة المؤلمة والتخيلات التي تدور حول المرض، سواء كانت حقيقة أو داخلية أو خارجية، تعطي تظاهرات مرضية سلوكية أو فكرية قد تكون واعية أو غير واعية لدى مريض السرطان.

من أول ميكانيزمات الدفاع التي يستخدمها مريض السرطان اتجاه مرضه، نجد:

• الرفض:

والهدف من هذا الميكانيزم هو محاولة الشخص حماية نفسه من حقيقة أو واقعة مؤلمة، وذلك برفضه لا شعوريا التعرف على العناصر المثيرة للقلق.

يشير إليه عبد الفتاح الدويدار بأنه رد فعل شائع في المواقف الضاغطة والمجهددة ولكنه يؤدي إلى تشويه الواقع، ولهذا فإن استخدام هذه الآلية بطريقة اعتيادية يعد مظهرا من مظاهر لسوء التكيف بشكل بوجه عام، ومن أشكال الرفض ما نجده في حالات فقدان الذاكرة، عندما يتعرض الشخص إلى مشاكل كثيرة وخبرات مؤلمة إلى درجة تصبح الحياة لا تطاق، فإن أحد الحلول التي يتبناها هي رفض ذاته.

ففي حالة مريض السرطان نجد أن الشخص يلجأ إليه كآلية أولية، فهو يرفض مرضه ولا يستطيع استيعابه ولا يستطيع الحقل المعرفي لديه تقبل هذه الخبرة، فهو يحمي نفسه من حقيقة مؤلمة مع رفض الواقع، أما التظاهرات التي تظهر على المريض فإنه يعيش مع الأعراض كما لم توجد رغم الألم، فهو ملازم بعد الإعلان عن المرض مباشرة، وهذا ما أشار إليه *Panauf.M*.

• التجنب:

يظهر هذا الميكانيزم الدفاعي من أجل إخفاء هذه الحقيقة الصعبة، وعدم التفكير في الوضعيات التي تمت بالصلة إلى تذكر المرض، مثل: عدم التعامل أو الاتصال بأي شخص أو مكان يذكره بالمرض ويعتبر هذا أكثر وعياً من الرفض ولكنه في الحقيقة غير واقعي وغير عقلائي.

إن الهدف المشترك بينه وبين الرفض هو إخفاء الحقيقة المؤلمة الصعبة ومواجهتها بعدم التحدث عنها، أما من مظهرها فإن الشخص يرتب كل أموره كي لا يلقي من يذكره بالمرض.

• الإسقاط:

بالمعنى التحليلي البحث يدل على العملية التي ينبذ فيها الشخص من ذاته بعض الصفات، المشاعر والرغبات وحتى بعض الموضوعات التي يشعر بها أو

يرفضها في نفسه كي يوضعها في الآخر سواء كان هذا الآخر شخصا أم شيئا، فنحن هنا بصدد دفاع في أصل أثري جدا، وهذا ما نجده عند مريض السرطان حيث يسقط غضبه على المحيط، والمجتمع والوراثة... الخ، كأن يقول مثلا: "لو لم أعمل في هذا المكان الوسخ لما تعرضت لهذا المرض".

ويسمى هذا الميكانيزم أيضا "الإسقاط العدواني"، في بعض الأحيان يصبح الطبيب هو المتهم الأول بهذا الوضع، فهو السبب في تطور المرض فينشأ رد الفعل العدواني، هذا النوع من التمرد والعصيان من أجل المصارعة ضد المرض، هذه الأخيرة التي تظهر استعدادا لمكافحة المرض بطريقة إرادية ذات خطوة مستقبلية، فهذه الوضعية تدل على نوع من الاندماج والتأقلم مع المرض، حيث تتطور لدى المريض طاقة مدهشة تدل على الضعف وعدم تحمل المرض أو عاطفة سلبية.

• العزل:

وهو فصل الجانبيين المعرفي والوجداني للدفاع عن بعضهما، لدرجة تجعل الفرد يعتبر الفكر مستقلا عن السلوك أو الممارسة... الخ.

لا يعي الشخص في عملية العزل الدلالة والأهمية الانفعالية لأفعاله، بل قد يعزل الفرد من الجوانب التي تحمل تهديدا لشخصيته، حتى تبدو له كأنها توجد في مكان آخر

خارج نطاق شخصيته، إذا لم يستطع الأنا تسوية المتصارعة للهو والانا الأعلى فقد يلجأ للعزل بينهما، وبشكل يؤدي إلى خلق شخصين منفصلين أو أكثر.

ف نجد مريض السرطان يستعمل هذه الآليات الدفاعية، حيث يعزل العاطفة عن الفكر فيتحدث عن مرضه أو داء السرطان بطريقة تلقائية، حيث لا يوجد فيها أي نوع من الاضطراب أو التوتر، وعادة لا يظهر أي انفعال، هدفه هو مسح الأحداث الانفعالية من الانقلاب في الأزمة.

فالعزل هو كوسيلة تغطية تتطلب طاقة عالية، من أجل ذلك نجد المريض في بعض الأحيان يلجأ إلى مساعدة غيره من المرضى ويوجههم إلى ضرورة المكافحة.

• التبرير:

هو اختراع الشخص لأسباب تبدو منطقية ومقبولة اجتماعيا، ولكنها ليست أسبابا حقيقية.

ففي وضعية مريض السرطان، يجد المريض سببا عقليا لماذا تخلى عن شيء معين فقدته إثر هذا المرض، فمثلا: فقدانه للعمل أو عدم قدرته على العمل، كأن يقول: إن هذا العمل لا أحبه. هدف هذا الميكانيزم هو إيجاد الحل المقبول اجتماعيا ونفسيا للمريض اتجاه المرض.

في بعض الأحيان نجد لديهم ذاكرة خيالية أو تفكير خيالي، كأن يقول المريض في الأسبوع القادم أرجع إلى عملي سأتزوج مرة أخرى، أين توضع أشياء خيالية في أمور واقعية مثل: مزج العمل كوضعية عادية يومية بأخرى تتعلق برغبات لا واقعية أو غير محققة مع مزجها بأسلوب قريب جدا من الصحة.

• النكوص:

هو التراجع في وجه الضغوط النفسية إلى مرحلة سابقة من النمو فعندما يعجز الراشد عن إيجاد طريقة ملائمة للسلوك والتصرف المقبول، فإنه ينفجر بنوبة من الغضب.

وهناك عدة أنواع من النكوص أحدها ما يوجد في الحقل السوكوسوماتي هو النكوص المتعلق بالارتداد إلى الجانب الجسدي، ففي وضعية مريض السرطان نجد أغلب أوقاته ينكص إلى مرضه ويصبح حبيس لمعاناته خاضعا لا يعيش إلا فيها.

• التعويض:

يظهر المريض تسوية أو موازنة بين مظاهر القلق التي تتعلق بسلوك معين، فقد عرف مثلا نابليون بونابرت طموحه الزائد للجد والقوة تعويضا عن مشاعر النقص الناتجة عن بنيته الجسمية.

ففي حالة مريض السرطان نجد المريض يتخذ أمام وضعيات التحول وفقدان الشعر، وكل الأعراض وكل الخسائر، من عمل أو زوجة التي ربما قد تغادر، ويعوض كل هذه الأشياء بالشراهة في الأكل، فالإحساس بالحرمان العاطفي يؤدي بالمريض إلى القيام بسلوكات تعويضية، فالمريض كأنه يأكل انفعالاته، إذا عاش ذكريات سارة فهو من خلال ذلك الأكل يتذكر تلك الحادثة، أو عاش ذكري مؤلمة فيمحوها من خلال الأكل.

• التكوين العكسي:

تتمثل هذه الآلية في إخفاء الدوافع اللاشعورية عن طريق التصرف بطريقة معاكسة. إن مرض السرطان هو خبرة صعبة معاشة، فيبين الميل إلى ترك تلك الحياة وفقدانهم الثقة وعدم الشجاعة والوقوع في الاكتئاب، نجد المريض في هذه الوضعية يستعين بآلية التكوين العكسي، فهو دائماً يظهر دوره الفعال في الأسرة مع السيطرة الكلية عليها، ولكن في الداخل فهو مجروح وغير متكيف مع هذه الوضعية، فنجد الفرد لديه إنقاص من قيمة الذات بطريقة مباشرة وسهلة ولكن عن طريق التكوين العكسي نجده يحقق تأمين ذاتي يخترع لنفسه بعض السمات ليست لديه.

(فاسي، 2012، ص46-52)

• التسامي:

يجب التمييز بادئ ذي بدئ بين التسامي والكبت، ففي الكبت يستبعد الأنا الدافع الغرائزي عن الشعور استبعادا تاما مستعينا بحيلة أو أكثر من حيل الدفاع، بينما في التسامي يتقبل الأنا الدافع الغرائزي ولكنه يحول طاقته من موضوعه الأصلي إلى موضوع بديل ذي قيمة ثقافية واجتماعية، وتتصب هذه العملية أولا وبالذات -إذا لم توجد في الشخص أعراض عصابية أو انحرافات جنسية- على الدوافع الجنسية المميزة لمراحل النمو المبكرة السابقة على المرحلة التناسلية، يقول فرويد: إن المنبهات القوية الصادرة عن المصادر الجنسية المختلفة تتصرف وتستخدم في ميادين أخرى بحيث تؤدي الميول التي كانت خطرة في البداية إلى زيادة القدرات والنشاط النفسي زيادة ملحوظة، تلك إحدى مصادر الانتاج الفني، وإن تحليل شخصية الأفراد ذوي المواهب الفنية ليدلنا على العلاقات المتغيرة القائمة بين الخلق الفني والانحراف والعصاب، بقدر ما كان التسامي كاملا أم ناقصا.. وإن الجانب الأكبر لما نسميه بـ" الطبع" مركب من مادة المنبهات الجنسية ومؤلف من ميول تثبتت منذ الطفولة أو اكتسبت عن طريق التسامي أبنية الغاية منها كبت الاتجاهات المنحرفة التي استحال استخدامها. (فرويد، 2000، ص132)

10. مبادئ التوظيف النفسي:

من المبادئ الأساسية للتوظيف النفسي التي تدير الحياة النفسية مبدأ الثبات، مبدأ اللذة، مبدأ الواقع ومبدأ اضطراب التكرار وهي ما سنتناولها كالتالي:

أ) مبدأ الثبات:

يشكل مبدأ الثبات أساس النظرية الاقتصادية الفرويدية حيث أن وصفه لميل الجهاز النفسي للحفاظ على كمية الإثارة التي يحتويها في أدنى مستوى ممكن، أو على الأقل المحافظة على ثباتها ما أمكن، يكون ذلك عن طريق تصريف الطاقة الحاضرة فعليا من ناحية ومن خلال تجنب ما يمكن أن يزيد كمية الإثارة والدفاع والدفاع ضد هذه الزيادة من ناحية ثانية.

ب) مبدأ اللذة:

ويقول لابلاش وبونتاليس يهدف مجمل النشاط النفسي إلى تجنب الانزعاج والحصول على اللذة وعلى اعتبار أن الانزعاج مرتبط بزيادة كميات الإثارة وأن اللذة ترتبط بتخفيض هذه الكميات فإن مبدأ اللذة هي مبدأ اقتصادي.

إن مبدأ اللذة مترتب على مبدأ الثبات ويلزمه بحيث يشير مبدأ الثبات إلى "ميل العضوية إلى تخفيض التوترات بإرجاعها إلى أدنى مستوى ممكن أو على الأقل إلى أكبر ثبات ممكن".

ت) مبدأ الواقع:

يسيطر على عمليات الأنا فهو ينمو باطراد تدريجيا وتزداد سيطرته مع تطور الحياة النفسية من اللاشعور إلى الشعور.

حسب فرويد إنه أحد المبدئين الذين يحكمان النشاط النفسي الوظيفي وهو الذي يكون ثنائيا مع مبدأ اللذة فمقدار ما ينجح في فرض ذاته في مبدأ منظم لا يعود البحث عن الإشباع يتم من خلال أقصر الطرق قبل أن يسلك الثقافات ويؤجل الحصول على نتيجته تبعا للشروط التي يفرضها العالم الخارجي.

حيث يتم ذلك من خلال مقاومة إشباع الرغبة فيقول بيرون في هذا الصدد هناك ثلاثة مصادر لمقاومة الرغبة وتحقيق مبدأ الواقع وهي:

- الشيء المرغوف فيه غير موجود.
- الإشباع مستحيل مع قصور جسم المعني (الطفل لا يستطيع إشباع رغبته المحرمة تجاه أمه لأن عضوه صغير جدا).
- هذا ممنوع على سبيل المثال (أريد أن أمنح نفسي متعة الجنس المثلي لكن أمنع نفسي لأنه سيء).

من وجهة نظر اقتصادية إن مبدأ الواقع مع تحويل الطاقة الحرة إلى طاقة مرتبطة

ومن وجهة النظر الموقعية فهو يخص نظام ما قبل الشعور - الشعور.

(بن بردي، 2013، ص20)

أما من وجهة نظر دينامية فإن التحليل النفسي يحاول إقامة تدخل مبدأ الواقع على نمط معين من الطاقة النزوية التي تخدم أغراض الأنا فهو مبدأ منظم للنشاط النفسثانويا كتعديل لمبدأ اللذة الذي يسود وحده في البداية ويتوافق قيامه مع سلسلة كاملة من التكيفات التي يتعين على الجهاز النفسي المرور بها.

مثل نمو الوظائف الشعورية كالانتباه هو الحكم على الأمور، الذاكرة وإحلال فعل يرمي إلى تعديل ملائم للواقع محل تفريغ الحركة وولادة الفكر الذي يعرف باعتباره نشاط اختباري، حيث تراح كميات صغيرة من التوظيف وهو ما يفترض تحولا للطاقة الحرة التي

تنزع إلى السريان من تصور لآخر بدون عائق إلى طاقة مربوطة.

(نفس المرجع، 2011، ص22)

11. أساليب التوظيف النفسي:

1- العمليات الأولية:

تميز العمليات الأولية النشاط العقلي اللاشعوري لذلك فهي تتصف بخصائصه من حيث أنها غير خاضعة لقوانين المنطق، وبما أنها تنشط على مستوى الهو فهي خاضعة

لمبدأ اللذة فهدفها الوحيد هو التحقيق الحالي للنزوات والرغبات، ومن ناحية اقتصادية فالطاقة النفسية في العمليات الأولية، تسيل بحرية تامة حيث تنتقل بدون أي عقبات من تصور لآخر، وذلك تبعاً لـ:

- **التكثيف:** وهو تكوين وحدات من عناصر لا يمكن اجتماعها معا ويقول سيجموند فرويد في هذا الصدد: "التكثيف عبارة عن ميل وحدات جديدة من عناصر هي بالضرورة منفصلة عن بعضها البعض في أفكارنا عند اليقظة".
- **النقل:** "هي السهولة التي تنتقل بها الطاقات النفسية من عنصر لآخر".

2- العمليات الثانوية:

تميز العمليات الثانوية نظام ما قبل الشعور - الشعور: "وهي تتشكل بالتدرج خلال الحياة، وتكون الطاقة على مستواها مربوطة في البدء قبل أن تسيل بشكل خاضع للضبط ويتم التوظيف في التصورات بشكل أكثر استقراراً بينما يؤجل الإشباع وهو ما يسمح بقيام التجارب الذهنية التي تخضع لاختبار مسالك الإشباع الممكنة، وهي خاضعة لمبدأ الواقع، إذ تسعى لتحقيق الرغبات تماشياً مع الواقع الخارجي ويمكننا إطلاق صفة العمليات الثانوية على وظائف "الفكر المتيقظ، الانتباه، الحكم، أعمال الفكر والفعل المنضبط".

ونستنتج أن العمليات الأولية تسعى إلى التحقيق الآتي للرغبة متجنباً أي ألم، أما العمليات الثانوية فهي تسمح بتحقيق الرغبات وفق ما هو مقبول اجتماعياً، وبذلك تكون

العمليات الأولية والثانوية متعارضة نظرا لتعارض مبدأ الواقع ومبدأ اللذة، وهذين الآخرين من المبادئ التي تسيطر الحياة النفسية. (مرجع سابق، ص 13-14)

خلاصة

يعتبر فرويد أول من دعا إلى الاعتراف بوجود جهاز نفسي وأول من أدخل مفهوم اللاشعور في ميدان علم النفس وهذا من خلال نظريته الموقعية الأولى والثانية، ولقد افترض وجود قوتين متعارضتين في الحياة العقلية من حيث كونهما تكونان صراعا مستمرا بين الغرائز اللاشعورية من جهة والواقع الاجتماعي من جهة أخرى، ويعتبر عمل الجهاز النفسي ديناميا، يعمل على تحقيق وحفظ التوازن الداخلي بينهما وبالتالي فهدفه هو التوازن والتكيف، كما أن هذا الجهاز محكوم بمبادئ وقوانين وأساليب يسير وفقها.

الفصل الثالث

سـرطان الدم

تمهيد:

يضم هذا الفصل مرض سرطان الدم، وهو السرطان الذي يبدأ في النسيج المكون للدم، فكل عام يتم تشخيص عشرات الألوف من البالغين والأطفال بأنهم مصابون بهذا المرض.

إن الإلمام بالرعاية الطبية الخاصة بسرطان الدم يمكن من المساعدة على القيام بدور فعال في اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الطبية، ومن خلال هذا سيتم الاطلاع على مفهوم السرطان بصفة عامة وسرطان الدم بصفة خاصة، وبعض الأبعاد المرتبطة به كالتشخيص وسبل العلاج.

أولاً- سرطان الدم:

1. تعريف سرطان الدم:

السرطان مصطلح يطلق على جميع أنماط الأورام الخبيثة التي تتطور بشكل سريع، وتنتشر إلى باقي أعضاء الجسم. (GroupeHopitauxAcibadem, 2015)

وفي تعريف أكثر وضوحاً للمصطلح ما وضعته منظمة الصحة العالمية، حيث تحدده كاصطلاح عام لمجموعة من الأورام الخبيثة، ومن السمات التي تطبع السرطان، التولد السريع لخلايا شاذة يمكنها النمو خارج حدودها المعروفة واقتحام أجزاء الجسم

المتلاصقة والانتشار إلى أعضاء أخرى، ويطلق على تلك الظاهرة باسم "النَّقيلة"، وتمثل النفاثل أهم أسباب الوفاة من جراء السرطان. (منظمة الصحة العالمية، 2015)

تتم تسمية أغلب أنواع السرطانات حسب العضو المصاب وأنواع الخلايا موضع النشوء، وهو على عدة أنواع، وستختص دراستنا على أحدها وهو سرطان الدم.

فما هو سرطان الدم؟

هو عبارة عن مرض خطير يصيب الخلايا المكونة للدم والموجودة في النخاع العظمي وهو بحد ذاته ليس عبارة عن مرض واحد، بل أنواع مختلفة يمكن تقسيمها إلى أربعة أقسام رئيسية تختلف في وسائل علاجها، وأيضاً بمقدار استجابتها للعلاج، إلى جانب ذلك هناك الأورام اللمفاوية، التي يمكن اعتبارها أيضاً سرطانات مرتبطة بالدم، حيث أن الخلايا اللمفاوية والعقد اللمفاوية تمثل وحدة واحدة من خلايا الدم والنخاع العظمي.

كما يعرف هذا الدم أيضاً باللوكميا أو ابيضاض الدم أو باللغة الفرنسية " *la*

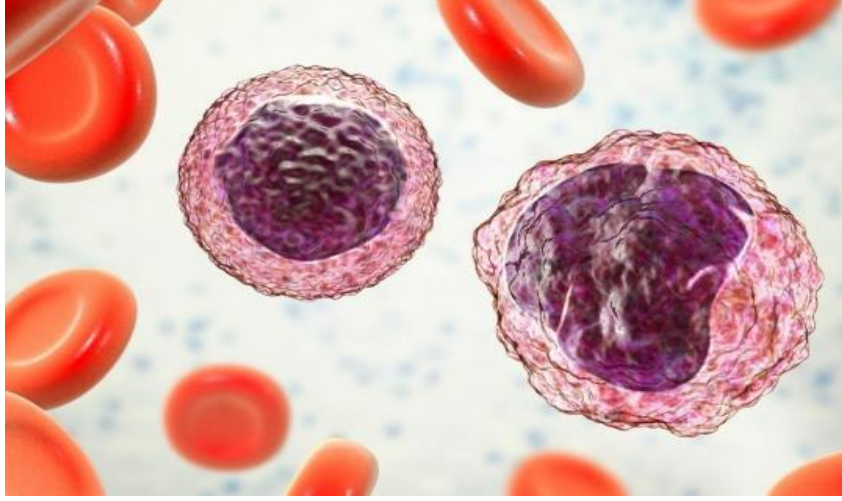
leucémie ". (الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان ، العقيل، 2013)

ولمزيد من التوضيح من الأفضل تعريف النخاع العظمي فهو النسيج الإسفنجي اللين والمسمى بالنخاع الأحمر، والمتواجد داخل جزء العظام المعروف بالعظم الإسفنجي، والتي تتمثل وظيفته الأساسية في إنتاج خلايا الدم، ويتكون من شبكة متكاملة من الأوعية الدموية والأنسجة المحاطة بالدهون وخلايا المنشأ التي تتحول لكريات الدم المختلفة في

مراحل نضجها النهائية، إذ تنقسم لتكون خلايا منشأ جديدة، أو تنمو وتكبر بعملية تناسقية طبيعية محسوبة لتكون خلايا الدم من كريات الدم الحمراء (التي تحمل الأوكسجين وبعض المواد الحيوية إلى كافة خلايا الجسم) وكريات الدم البيضاء (التي تدافع عن الجسم ضد الأجسام الغريبة وتكافح العدوى)، أو الصفائح الدموية (التي تتجلط لمنع نزف الدم عند الجروح أو القطوع)، ويتواجد النخاع العظمي في كل العظام تقريبا عند الأطفال الرضع بينما وقبيل سن البلوغ يتواجد غالبا في العظام المسطحة، مثل عظام الجمجمة وعظم الأكتاف والضلوع وعظام الحوض والمؤخرة. (جمعية آدم لسرطان الطفولة، ص 1)

من الحقائق المعروفة جيدا أن كريات الدم البيضاء تشكل خطا دفاعيا هاما في الجسم ضد العناصر الغريبة، ويتحكم النخاع العظمي في عدد ونوعية كريات الدم البيضاء المتكونة، ويصاب الإنسان بسرطان الدم، ويصاب الإنسان بسرطان الدم عندما يختل ذلك التحكم، فعندما يزداد إنتاج كريات الدم البيضاء عن المعدل الطبيعي، فإن خلايا الدم الأخرى التي ينتجها نخاع العظم (كريات الدم الحمراء، الصفائح الدموية، كريات الدم البيضاء العادية)، سوف لن تنتج بالشكل الصحيح، وإذا لم تتم معالجة سرطان الدم (أو ابيضاض الدم) مبكرا، فإن هذه الخلايا السرطانية تدخل إلى مجرى الدم، ومن ثم تغزو كثيرا من أجهزة الجسم وأعضائه مثل (الغدد اللمفاوية والطحال والكبد والجهاز العصبي المركزي).

(المركز العربي للدراسات الجينية)



الشكل رقم (2) رسم تخطيطي يوضح شكل خلية سرطانية

ويصنف سرطان الدم إلى أربعة أصناف رئيسية:

1. سرطان الدم النخاعي الحاد:

هو أكثر أنواع سرطان الدم انتشارا، يظهر هذا المرض عند الأولاد وعند الكبار،

ويسمى أيضا "ابيضاض الدم الحاد الغير لمفاوي".

2. هو النوع الأكثر انتشارا عند الأطفال الصغار، وهو المسؤول عن 75 % من حالات

الإصابة بسرطان الدم عند الأطفال.

3. سرطان الدم النخاعي المزمن:

يظهر هذا النوع من سرطان الدم بالأساس عند البالغين، ويعزى ظهوره إلى خلل في

الصبغي المسمى بصبغي "فيلاذلفيا"، المسؤول عن إحداث طفرة، هذا الجين ينتج بروتينا

غير سليم يسمى "تيروزينكيناز"، ويعتقد العلماء والأطباء بأنه هو الذي يمكن خلايا

الابيضاض (سرطان الدم) من النشوء والتكاثر، وقد يعاني المصاب بهذا النوع من سرطان الدم من ظهور أعراض قليلة، إن ظهرت أصلا، على امتداد فترة قد تطول أشهر وحتى سنوات، قبل بداية المرحلة التي تنمو فيها خلايا المرض وتتكاثر بسرعة فائقة.

4. سرطان الدم اللمفاوي المزمن:

على الرغم من أن هذا النوع منتشر جدا ويظهر لدى البالغين أساسا، إلا أن المصاب به يمكنه التمتع بشعور جيد طول عدة سنوات دون الحاجة إلى أي علاج، وهو لا يظهر لدى الأطفال تقريبا. (العوض، 2017)

3- طرق تشخيص سرطان الدم:

يتم التعرف أو تشخيص سرطان الدم بالطرق التالية:

- عمل تحليل دم خاصة لفحص خلايا الدم البيضاء.
- أخذ عينة من النخاع العظمي.
- أخذ عينة من السائل الدماغي الشوكي عن طريق إبرة بين الفقرات الظهرية.

(كرسوع، 2012، ص40)

أو بملاحظة عرض أو أكثر من الأعراض التالية:

- التعب والشحوب، حيث يشكو المريض من التعب الشديد ويبدو شاحبا بسبب فقر الدم.

- الحمى من الالتهاب الفيروسي أو الجرثومي بسبب نقص الكريات الدم البيضاء، وحتى ولو كان عددها كبيرا فإنها كريات مريضة غير قادرة على القيام بوظيفتها الدفاعية.
- الفرغزيات (بقع حمراء على الجسم تشبه رأس الدبوس) والكدمات وسهولة النزف بسبب قلة الصفيحات.
- الآلام العظمية التي تتطور عند ثلث الأطفال المصابين بابيضاض الدم.
- ضخامة الكبد أو الطحال مما يؤدي إلى تبارز البطن .
- ضخامة العقد اللمفاوية في الرقبة وتحت الإبط وفي المنطقة المعنوية وأحيانا داخل الصدر (تكشف بصورة الصدر الإشعاعية).
- ضخامة الغدة التيموسية الموجودة في الصدر وقد تضغط على الرغامى مسببة السعال وضيق التنفس وأحيانا الاختناق.
- الصداع، الإقياء، الاختلاج وذلك في حالات انتشار الابيضاض إلى الجملة العصبية المركزية.
- ضخامة اللثة مع الألم والنزف منها في حالة الابيضاض النقوي الحاد، وقد يؤدي انتشار خلايا الابيضاض إلى الجلد لظهور بقع داكنة تشبه الطفح. (العوض، 2017، ص12)



الشكل رقم (3) يوضح بعض اعراض سرطان الدم

ملاحظة:

إن الأعراض سابقة الذكر ليست بالضرورة أعراض لسرطان الدم، لذا على الشخص التأكد من طرف الطبيب العام أو المختص.

إن الإصابة بالسرطان عامة وسرطان الدم خاصة تبقى لحد الآن مجهولة السبب، فلماذا تصعب دراسة السرطان؟

هناك عدة عوامل تجعل من دراسة السرطان عملية صعبة، فبعض السرطانات يرتبط حدوثها بنوع معين من الكائنات، فالقثران مثلا تصاب بنسبة أكبر من القرده، وحتى السرطان الذي يصيب أكثر من نوع، فإنه قد يصيب أكثر منها بطريقة مختلفة، فسرطان الثدي مثلا عند الكلاب يختلف عنه عند الإنسان، وبالتالي يصبح من الصعب استخدام

الحيوان للتجارب كنموذج لفهم العوامل التي تؤثر في تطور بعض السرطانات ومساها عند الإنسان. (تايلور، 2008، ص 162)

بالرغم من أن أسباب السرطان تبقى مجهولة، إلا أنه يمكن الإشارة إلى بعض العوامل التي تشكل خطرا في احتمال الإصابة بهذا المرض.

4-أسباب سرطان الدم: (قويدر، 2008، ص 29-30)

✓ أسباب وراثية:

لوحظ وجود عائلات يظهر السرطان في أفرادها بكثرة غير طبيعية، كما لوحظ وجود عائلات يتوضع السرطان في أفرادها في مكان واحد سلالة بعد سلالة، وقد شوهد لدى التوائم ظهور السرطان على نفس العضو لدى التوأمن وبنفس السن، رغم ذلك يجب ألا ننفي عوامل الصدفة وعوامل عديدة كمنط الحياة وعادات المعيشة ذاتها لدى التوأمن.

✓ التعرض للإشعاع:

من التجربة الأليمة للقنبلتين الذريتين اللتين استخدمهما الأمريكان أثناء الحرب العالمية الثانية لقصف مدينتي هيروشيما والناكازاكي، ومن آثار حادث المفاعل تشرنوبل الروسي ومؤخرا من التقارير عن اليورانيوم المنضب الذي استخدمه الأمريكان في البلقان والعراق، تم التأكد من أن الإشعاع يسبب أورام الدم خلال السنوات التي تلت التعرض لذلك الإشعاع. كذلك كانت الجرعات التي يتعرض لها أطباء وفنيي الأشعة في أول القرن

العشرين للإشعاع أكبر بكثير من الجرعات التي يتعرض لها هؤلاء العاملين أكثر من غيرهم، كذلك صدرت دراسات تفيد بأن أخطار نشوء أورام الدم تزيد عند الأطفال الذين تعرضت أمهاتهم أثناء الحمل بهم للإشعاع أو الذين ولدوا لآباء عاملين في المفاعلات النووية أو بالقرب منها.

✓ العلاج الإشعاعي الكيماوي:

بعد استخدام العلاج الإشعاعي في عشرات الآلاف من المرضى خلال القرن العشرين، ثبت علمياً بالملاحظات ثم بالدراسات أن العلاج الإشعاعي وكذلك الكيماوي يسبب بنفسه في بعض حالات أو الكيماوي لأجله، وقد كان الأطباء في السابق يستخدمون العلاج الإشعاعي لعلاج بعض الأمراض الغير خبيثة مثل التهاب فقرات الظهر ولا تزال بعض العقاقير الكيماوية تستخدم في أمراض مستعصية غير خبيثة لأن لها تأثير على الجهاز النخاعي في الجسم لذلك توقف الأطباء عن استخدام العلاج الإشعاعي. وعلى كل حال يجب معرفة أن الخطر من ظهور أورام الدم هذه هو خطر ضئيل لكن موجود، ولكن في كل الأحوال التي يستخدم فيها العلاج الكيماوي أو الإشعاعي اليوم تكون فوائد استخدام هذين النوعين من العلاج أعظم من الأضرار المحتملة على مدى بعيد. بالرغم من هذا تجرى دائماً الدراسات العلمية لاستكشاف أي العقاقير الكيماوية مثلاً أقل خطراً من غيرها في التسبب في نشوء أورام الدم وكذلك تجرى الدراسات لاستكشاف أي التقنيات والوسائل تقلل من خطر العلاج الإشعاعي في هذا الخصوص.

✓ المواد الكيماوية

ومن الأسباب التي توجد بعض أمراض الدم ومنها بعض حالات أمراض الدم المستعصية التعرض المتكرر للمواد الكيماوية أثناء العمل مثل مادة البنزين التي هي مادة غير البنزين الذي يستعمل كوقود للسيارات يحتوي أيضا على هذه المادة، وهذه الأخيرة تستخدم كمادة مذيبة في صناعات الدهانات والصبغة والادوية... الخ.

✓ الفيروسات

هناك فيروسات تسبب أوراما مثل فيروس التهاب الكبد الوبائي من نوع "ب" أو فيروس *EBN* الذي يسبب البلعوم الأنفي، وقد وجد أن لهذا الفيروس علاقة وثيقة بالأورام اللمفاوية من نوع *BURKITT* الذي يظهر في مناطق في إفريقيا، وكذلك الأورام اللمفاوية التي تظهر بعد زراعة الأعضاء أو عند مرضى الإيدز، وهذه الحالات كلها فيها اختلال مناعي في الخلايا اللمفاوية من نوع "ت"، وأحيانا تختفي هذه الأورام بعد تخفيض جرعة الأدوية المثبطة للمناعة في حالة ما بعد زراعة الأعضاء. كذلك هناك فيروس يختصر اسمه ب *HTLV-1* يسبب مرضا خبيثا يختصر اسمه *ATLL* وهذا الفيروس انتشر وجوده في مناطق غرب إفريقيا ومنطقة بحر الكاريبي وبعض مناطق اليابان، بالرغم من معرفتنا لهذه العوامل التي قد تسبب أورام الدم الخبيثة فإن الغالبية العظمى من حالات أمراض الدم الخبيثة لا تجد تفسيراً في هذه العوامل أو غيرها، وكما ذكرنا سابقا المرضى أو (ذويهم)

يريدون في العادة معرفة لماذا أصيبوا هم بالمرض وليس لمعرفة ماذا يصيب الناس بالمرض، وهذا ما يصعب على الأطباء الإجابة عليه.

✓ السرطان والعوامل النفسية:

من أجل دراسة أثر العوامل الانفعالية الحادة على السرطان قام بعض العلماء بإحداث مرض السرطان لدى مجموعتين من الفئران، المجموعة الأولى مصابة بأعراض عصابية وعانت من مواقف الشدة والإجهاد والتعرض للغرق، أو لصدمة كهربائية أو مثيرات حادة، في حين دخلت المجموعة الثانية من الفئران من هذه المواقف الانفعالية، وبعد مرور فترة من الزمن، ويفضل الفحوص الدقيقة، تبين أن نمو السرطان كان أسرع لدى المجموعة الأولى من الفئران والفروق واضحة، ويرى باحثون آخرون أن الانفعالات الحادة لا تساهم فقط في معدل نمو السرطان بل أيضا تهيج لظهور السرطان، ويعتبر السيكوسوماتية لمرض السرطان *The psychomatic aspects of cancer wachington ;D.C. Peabody. (1956)Press* إلى علاقة العوامل بمرض السرطان ولقد لخص هذه العلاقة في النقاط التالية:

➤ يمكن أن تعجل الصدمات النفسية بظهور مرض السرطان دون أن تكون هي السبب الأول في المرض.

➤ إن اضطراب الوظائف الغدية الهرمونية تثيرها الضغوط الانفعالية، وخاصة تلك

الضغوط المتعلقة بمشكلات الطفولة

➤ إن علاج السرطان يجب أن يجمع بين الجراحة، وعلاج الغدد بالإضافة إلى العلاج

النفسي والتوجيه والإرشاد والخدمة الاجتماعية.

كما أن هناك العديد من الدراسات التي تناولت موضوع "بروفيل الشخصية المصابة

بالسرطان"، أو "سمات الشخصية المصابة بالسرطان". من بينها دراسة "لاشمان" التي بينت

أن مرضى السرطان لهم اتجاهات انفعالية تتسم باليأس والقنوط والشعور بعدم الجدوى في

الحياة.

ووجدت دراسات أخرى أن المصابين بمرض السرطان يتسمون بالقلق، وخاصة قلق

الموت والاكتئاب والعجز وانخفاض الدافع ونقص المهارة وقلة بذل الجهد، والتسرع واستعجال

الأمر، وضعف الشخصية والاستسلام للهزيمة واعتبارها أمر حتمي، إضافة إلى الجمود

والعجز والاضطراب في العلاقات العائلية.

وتشير بحوث أخرى إلى أن هناك 60% من المكتئبين في مستشفيات الأمراض

العقلية يموتون بالسرطان، وأن نسبة الإصابة بسرطان الثدي تكون بين النساء المريضات

نفسياً.

ومن أهم ما كتب في علاقة السرطان بالشخصية، فصل كتبه السيكلوجي الانجليزي "ه.ج.يزنك" عام 1996، بعنوان "الشخصية والسرطان" راجع فيه مجموعة من الدراسات، تبين منها وجود علاقة قوية بين الإصابة بالسرطان وسمات الشخصية، وناقش إمكانية احتمال أن تكون العلاقة سببية أو ارتباطية، ولاحظ ولاحظ "أيزنك" نتائج الدراسات التي قام بتحليلها موضحا مجموعة من النقاط كما يلي:

➤ تؤثر استراتيجيات التعايش وسمات الشخصية على جهاز المناعة إذا ما تعرض الفرد لأحداث شديدة.

➤ تؤثر الانفعالات الشديدة والضغط على جهاز المناعة، مما يزيد من احتمال الإصابة بالأمراض الفيزيولوجية .

➤ ترتبط كل من الاضطرابات الانفعالية الشديدة والاضطرابات العقلية إيجابا باضطراب جهاز المناعة.

➤ الخبرات السلوكية التي تشمل الضغوط باحتمال إصابة الفرد باضطراب في جهاز المناعة.

➤ تؤثر الخبرات التي تشتمل على الأحداث الضاغطة على الجهاز العصبي المركزي، وهي تؤثر على بدورها على جهاز المناعة عند الإنسان.

➤ تتأثر الهرمونات بالتغيرات التي تحدث في الجهاز العصبي المركزي، مما يؤثر على جهاز المناعة.

➤ تؤثر التغيرات الكيميائية الحيوية التي تتوسط الأحداث والتغيرات في الجهاز العصبي المركزي على جهاز المناعة.

➤ يزيد العلاج النفسي والاسترخاء والتنويم المغناطيسي من قدرة الجهاز المناعي.

(معمرية، 2007، ص134)

5- علاج سرطان الدم:

يتوقف علاج سرطان الدم على عوامل أساسية هي: العمر، الوضع الصحي، ونوع السرطان، ما هي درجة انتشاره إلى الأعضاء الأخرى من الجسم.

ترتكز الدراسة الحالية على العلاج عن طريق زراعة خلايا نخاع العظمي.

أ) علاج سرطان الدم بزراعة نخاع العظمي:

للتغلب على أعراض العلاج الكيميائي والإشعاعي فإنه يتم زراعة خلايا مأخوذة من نخاع العظم من متطوعين إلى دم مريض لتعوضه النقص الشديد في عدد الخلايا المناعية المصاحب للعلاج الكيميائي أو الإشعاعي. والمصطلح العلمي الدقيق لزراعة نخاع العظم المستخدم حالياً في الأوساط العلمية هو "زراعة الخلايا الدموية الناشئة" ذو القدرة على التمييز إلى الخلايا المناعية المتنوعة، ليس فقط من نخاع العظم بل من الدم. ونخاع العظم هو

المادة اسفنجية داخل العظم حيث يمثل المكان الرئيسي للخلايا الدموية الناشئة. فنخاع العظم هو مجموعة من الخلايا الدموية الموجودة بين العظام ولها القدرة على التكاثر والنمو لإعطاء خلايا مناعية متنوعة جديدة، والتي تعتبر هي الخلايا الناشئة التي تعطي ثلاثة أنواع من خلايا الدم وهي كرات الدم الحمراء (المسؤولة عن الأكسجين) وكرات الدم البيضاء (التي تحمي الجسم من الميكروبات)، والصفائح الدموية (المسؤولة عن تجلط الدم لوقف النزيف)، وكما ذكرنا سابقا أن الجرعات العالية من العلاج الكيماوي أو الإشعاعي مع أنه مفيد لقتل الخلايا الورمية، فإنه يحطم أيضا جزءا كبيرا من الخلايا السليمة وخاصة الخلايا الناشئة في نخاع العظم. ولذلك فإن زراعة النخاع للمريض ينقذه وبدرجة كبيرة من التأثير الضار للعلاج الكيماوي أو الإشعاعي، وخلايا نخاع العظم الناشئة هذه قد تأتي من شخص متطوع ويسمى هذا النوع "الزرع المتباين"، نظرا لتباين أنسجة المعطي والمستقبل (المريض)، وعادة ما يكون المتطوع من أفراد عائلة المريض لتزايد فرص التشابه بين الخلايا المنقولة وخلايا جسم المريض حتى لا يتم رفض كلي. والنوع الآخر لزراعة النخاع يسمى "الزرع الذاتي"، وهو استخدام نخاع عظم المريض نفسه وذلك بجمعها من نخاعه قبل أن يتم علاجه كيميائيا أو إشعاعيا. (سالم، ص3)

(ب) زراعة الخلايا الجذعية أو نخاع العظمي من متبرع:

يتم ضمن هذا من العلاج الحصول على الخلايا الجذعية، أو نخاع العظمي من شخص آخر (متبرع)، ويطلق على هذه العملية اسم الزراعة من مصدر غريب، بينما يوجد نوع آخر من الزراعة يطلق عليها الزراعة الذاتية أي من جسم المريض ذاته.

يرتكز بحثنا على النوع الأول من الزراعة (الزراعة من مصدر غريب)، حيث تستخدم زراعة الخلايا الجذعية أو نخاع العظمي من متبرع، كعلاج لأنواع معينة من اللوكيميا، يمكن القيام بالزرع في المراحل المتقدمة من المرض عندما يكون المرض في تراجع، أو في الحالات التي يعاود فيها المرض بعد الانتهاء من العلاج.

هناك عوامل مختلفة تؤثر على اختيار العلاج، ومنها:

❖ وجود متبرع مناسب.

❖ السن، هناك قيود تتعلق بإجراء الزرع للمرضى الكبار في السن لا تطبق على صغار

السن جدا، وتفرض التوجيهات قيودا على عملية الزرع من متبرع حتى سن تراوح بين

45-50 عاما، نظرا لأن خطر الإصابة بمرض العضو المزروع ضد الجسم المستوعب

يزداد مع التقدم في السن، غير أن هذا التقييد مرن ويتم بسبب الشرطين التاليين:

• الحالة الصحية العامة للمريض.

• خطر معاودة المرض.

تتطلب عملية الزرع جهدا كبيرا، سواء من الناحية الجسمانية أو من الناحية النفسية، وقد يمكث المريض في المستشفى مدة 4-6 أسابيع، وبل لمدة أطول، يقضي خلالها معظم وقته في لوحدع في غرفة خاصة، كما قد يسوء شعور المريض في كثير من الأحيان خلال هذه الفترة.

(ج) إيجاد متبرع للزراعة:

تتم ملاءمة نخاع العظمي أو الخلايا الجذعية بواسطة فحوصات الدم، وبعد أن يتحدد نوع النخاع العظمي لدى المريض يصبح بالإمكان فحص مدى ملاءمة النخاع العظمي أو الخلايا الجذعية لدى المتبرعين المفترضين مع جسم المريض، ويعتبر الإخوة والأخوات أكثر الناس احتمالا لحمل النخاع العظمي الملائم، ولذلك يتم فحصهم أولا، وغالبا ما يكون الوالدان والإخوة غير الأشقاء غير مناسبين. في حال تعذر على المريض الحصول على نخاع عظمي من الأقارب فإن بوسع الطبيب مراجعة قائمة المتبرعين المتطوعين الموجودة في بنك الدم، ومع ذلك فإنه يجب التذكر دائما أن إيجاد نخاع عظمي ملائم يعتبر عملية صعبة وطويلة جدا. (شاحال، حلاج، 2001، ص7)

6) إجراءات عملية الزرع:

• الزرع:

عند الزرع يقوم الممرض بنقل الخلايا الجذعية إلى المريض من خلال حقنها بالأنبوب الوريدي تحت إشراف الطبيب. هذا الإجراء شبيه بإجراء نقل الدم. خلال الزرع، يقوم الممرض بمراقبة ضغط الدم وسرعة التنفس والحرارة ونبض القلب، عادة ما يستغرق الزرع بين العشر دقائق والثلاث ساعات اعتمادا على كمية الخلايا، أحيانا تقسم كمية الخلايا على جلستين أو أكثر.

• عملية جمع الخلايا الجذعية: هناك طريقتين لجمع الخلايا الجذعية من المتبرع

وذلك بالاعتماد على قرار الطبيب:

1- جمع الخلايا الجذعية الهامشية:

تتم هذه العملية في بنك الدم، ينتقل الدم من خلال الأنبوب الوريدي من جسم المتبرع إلى آلة تقوم باختيار الخلايا الجذعية إعادة الدم إلى جسم المتبرع. يستغرق هذا الإجراء ما يقارب الثلاث ساعات لكل جلسة. قد يكون من الضروري تكرار هذه الجلسات عدة مرات من أجل جمع عدد كاف من الخلايا الجذعية. في حال كانت أوردة المتبرع ضيقة، قد يتم إدخال المتبرع إلى المركز الطبي لتخديره موضعيا ووضع أنبوب وريدي داخل وريد عريض (عادة ما يكون في منطقة الفخذ) وذلك قبل البدء بجمع الخلايا، قد يشعر

المتبرع بالألم عند موقع إدخال الأنبوب الوريدي. بعد إزالة الأنبوب، يقوم الطبيب بالضغط على مكان إدخاله ويضع ضاغطا للتخفيف من خطر النزيف، يجب على المتبرع الاستراحة في السرير لمدة ساعتين على الأقل.

2- قطف نقي العظام:

يتم هذا الإجراء في غرفة العمليات تحت تخدير عام حيث يجمع نقي العظام من عظم ورك المتبرع بواسطة إبرة. في حال شعور المتبرع بالألم في مكان الإجراء، يقوم الممرض بإعطائه المسكنات اللازمة. عادة يتمكن المتبرع من العودة إلى المنزل في اليوم التالي من الإجراء. (المركز الطبي في الجامعة الأمريكية في بيروت، ص 22)

• التحاليل الأولية:

قبل فترة اسبوعين إلى أربعة أسابيع من موعد الزرع تجرى للمريض تحاليل وفحوصات مخبرية شاملة لكل الجسم وبصفة خاصة فحوصات القلب والرئة والكلى والكبد، بالإضافة إلى الأسنان والفم، ويتم ترتيب خطة الزرع بناء على نتائج هذه التحاليل، إضافة إلى تاريخ المرض ودورات العلاج المتلقاة وبطبيعة الحال تستمر الفحوصات والتحاليل الشاملة والمختلفة في تحاليل الدم وصور الإشعاعات واستكشاف النخاع الشوكي وغيرها، طوال فترة العلاج، ومن البديهي أن يتم عزل المريض في بيئة محمية مجهزة بحجرة خاصة، مع اتخاذ كافة الاحتياطات اللازمة لعزله عن المحيط الخارجي خصوصا احتياطات منع

العدوى، فمثلا: يرتدي الأهل والفريق الطبي الأقنعة عند دخول غرفة المريض، ويقومون بتعقيم أيديهم دائما، ويمنع جلب الفواكه الطازجة والأزهار وما إلى ذلك، وتمنع زيارات الغريباء وخصوصا المصابين بأمراض معدية كالإنفلونزا.

• زراعة أداة القسطرة:

من الضروري قبل البدء في عملية الزرع إجراء جراحة لتركيب أداة القسطرة، بوريد رئيسي وعادة بمنطقة الصدر، الحاجة لاستخدامه في حقن الأدوية المختلفة والمضادات الحيوية والمركبات المساندة، إضافة إلى عملية الزرع نفسها، ولسحب عينات التحاليل طوال مدة المعالجة، وعادة تبقى أداة القسطرة مزروعة بموضعها لعدة أشهر، ويتم تعليم الأهل كيفية العناية بها عقب مغادرة المصحّة، وتعقيمها تجنباً لنشوء الالتهابات أو العدوى خلالها.

• عملية التهيئة:

يخضع المريض لعملية تهيئة مكثفة استعدادا للزرع، وتتوخى عمليات التهيئة هدفين، إحباط جهاز المناعة لتخفيض فرص حدوث الرفض للخلايا المزروعة والمعالجة المكثفة للقضاء على أية خلايا ورمية متبقية لتقليل فرص عودة الورم لاحقا، وفي الوقت ذاته تدمير عملية التهيئة خلايا نخاع السليمة مما يترك مساحة للخلايا المزروعة لتحتل أماكنها الخاصة واللازمة لها لتستكين وتنمو.

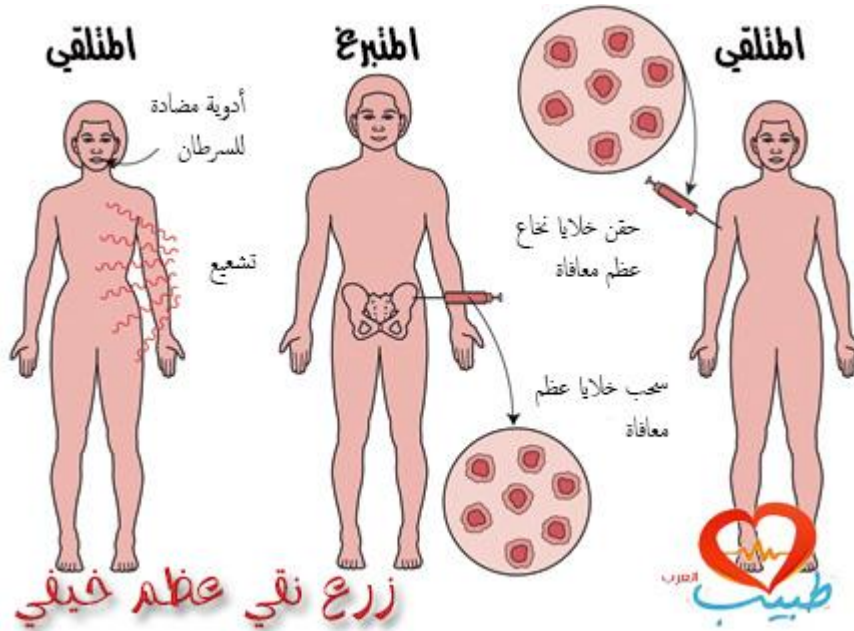
وتتم عمليات التهيئة باستخدام جرعات عالية من عقاقير العلاج الكيماوي، إضافة إلى استخدام العلاج الإشعاعي لكامل الجسم أو بدونه، وثمة عدة خطط علاجية قياسية متبعة في عمليات التهيئة، تتغير تبعا لأنواع الأورام وأنواع الزرع، وبصفة عامة يتم استخدام نظامي المعالجة، إما باستخدام عقارين كيماويين، وإما باستخدام عقار واحد مع إشعاع كامل الجسم، ولا يعد استخدام العلاج الإشعاعي لكامل الجسم أساسيا لكل الحالات، ويتم بجرعات مختلفة حسب الحالة وبوتيرة تتغير من مخطط علاجي لآخر، ويتم غالبا في جلستي معالجة يوميا أو لعدة أيام وجرعات صغيرة للتقليل من خطر المضاعفات والتأثيرات الجانبية. (جمعية، آدم، 2016)

• مرحلة الزراعة:

بعد تجميع خلايا نخاع العظمي من المتبرع بإحدى الطرق المذكورة سابقا، يتم حقنها للمريض عن طريق القسطرة الوريدية المركزية لتصل إلى نخاع العظم، وتقوم بإنتاج خلايا جديدة سليمة خلال 14 إلى 28 يوم، خلال هذه الفترة يمر المريض بفترة انعدام الخلايا يكون خلالها أكثر عرضة للعدوى وبحاجة لنقل الدم والصفائح، وقد يمر بحالة إعياء شديد ناجمة عن العلاجات الكيماوية.

• مرحلة ما بعد الزراعة:

تنقسم فترة المتابعة إلى متابعة قصيرة الأمد، خلال أول 100 يوم من الزراعة، ومتابعة طويلة الأمد قد تمتد إلى سنتين يتم متابعة المريض من خلال الفحص السريري والفحوصات المخبرية ومراقبة المضاعفات التي يمكن أن تحدث مثل داء مهاجمة خلايا المتبرع لجسم المضيف بنوعيه الحاد والمزمن. (الزيود، 2015، ص43)



الشكل رقم (4): رسم تخطيطي يوضح عملية زرع نخاع العظم

(7) عملية زرع النخاع العظمي:

يتم التبرع بالنخاع تحت التخدير العام أو الموضعي حتى لا يعاني المانح من أي

ألم أثناء إجراء سحب للخلايا.

الانزعاج والآثار الجانبية تختلف من شخص لآخر، معظم الجهات المانحة للنخاع تجر بعض الآثار الجانبية بعد التبرع، الآثار الجانبية الشائعة للتبرع بالنخاع تشمل:

➤ الألم في الظهر أو الورك.

➤ إعياء.

➤ ألم عضلي.

➤ صداع في الرأس.

➤ كدمة في موقع الشق.

قال بعض المانحين إن التجربة كانت أكثر إيلاما مما توقعوا، وقال الآخرون أنها كانت أقل إيلاما. بعض المانحين يصفون الألم بأنه مشابه للسقوط على عظام الورك أو على الأرداف. ويقول آخرون إنه يشبه كثيرا العضلات المتوترة في الظهر. قد يستمر الألم من بضعة أيام إلى عدة أسابيع.

إن الجميع يريد أن يضمن سلامة الجهات المانحة، ولكن لا يوجد أي إجراء طبي خال من المخاطر. يشعر معظم المانحين بالشفاء التام في غضون بضعة أسابيع. وتعاني نسبة صغيرة (2.4%) من الجهات المانحة من تعقيد خطير بسبب التخدير أو تلف العظام أو الأعصاب أو العضلات في منطقة الورك.

يشبه خطر التخدير خلال التبرع نفس خطر التخدير خلال العمليات الجراحية الأخرى. الآثار الجانبية الشائعة للتخدير العام: التهاب الحلق (الذي يسببه أنبوب التنفس) أو الغثيان أو القيء المعتدل. (مجلتك، 2018)

خلاصة:

تطرقنا من خلال هذا الفصل إلى سرطان الدم والذي هو عبارة عن مرض خطير يصيب الخلايا المكونة للدم والموجودة في النخاع العظمي، وهو على أنواع عدة النخاعي الحاد والمزمن، واللمفاوي الحاد والمزمن، كما تتعدد أسبابه، نجد من بينها العوامل النفسية، الفيروسات، الإشعاع الكيميائي... الخ، يتم تشخيصه عن طريق ملاحظة مجموعة من الأعراض كالتعب والشحوب، الصداع والقيء، الخمول، الحمى، تضخم اللثة... الخ من بين أساليب علاج هذا النوع من السرطان هو زرع النخاع العظمي من متبرع، وذلك بحقن خلايا نخاعية من متبرع سليم في وريد المريض لتنتج بعد ذلك خلايا نخاعية جديدة وسليمة.

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل وصفا دقيقا للمنهج المتبع في الدراسة، ومواصفات الدراسة الأساسية، من حيث حجم وخصائص عينة البحث، والأدوات المستخدمة لجمع البيانات، وإجراءات تطبيق أدوات البحث على الحالات، بالإضافة إلى حدود البحث (مكان وزمان إجراء الدراسة).

أولاً: المنهج المستخدم في الدراسة:

إن اتباع الأساليب والطرق العلمية الدقيقة ضمن منهجية معينة، يعد من أساسيات البحوث العلمية الجيدة والموضوعية "والمنهج العلمي يعد أسلوباً للتفكير والعمل، يعتمد عليه الباحث لتنظيم أفكاره، وتحليلها، وعرضها، وذلك بغرض الوصول إلى نتائج وحقائق معقولة حول الظاهرة موضوع الدراسة". (ميسوم، 2013، ص127)

طبيعة موضوع هذه البحث وتساؤلاته حددت وفرضت علينا استخدام المنهج العيادي، الذي يعتبر حسب ما حدده perron "بأنه الطريقة التي تسمح لنا بمعرفة السير النفسي، بهدف تكوين بنية واضحة عن الحوادث النفسية التي تصدر عن الفرد".

(فاسي، 2011، ص101)

والمنهج العيادي يقوم أساسا على تقنية دراسة الحالة، والتي تعتبر من أهم طرق البحث المعمقة في العوامل الفردية الاجتماعية، سواء كان تعمقها فردي، أسري، اجتماعي.

كما تعتبر الإطار الذي تنظم وتقيم فيه كل المعلومات، والنتائج المتحصل عليها حول الحالة، وذلك عن طريق الملاحظة، المقابلة، التاريخ الاجتماعي، السيرة الشخصية، الاختبارات النفسية، والفحوص الطبية وغيرها من الأدوات. (ميسوم، 2013، ص128)

فسنحاول من خلال هذا المنهج الكشف عن التوظيف النفسي لدى الشخص الذي يتبرع بنخاعه العظمي لمريض سرطان الدم، والذي يكون أخوه أو أخته، وذلك من خلال الدراسة العيادية لأربع حالات قاموا بعملية التبرع بنخاع العظم، عن طريق الفحص الدقيق والشامل، والبحث المعمق في شخصية هاته الحالات.

ونعتمد في هذه الدراسة على مجموعة من الأدوات العيادية مثل: المقابلة، الملاحظة، والاختبار النفسي المتمثل في "رورشاخ".

ثانيا: الحالات:

أخذا بمسئمة في علم النفس الإكلينيكي قائلها " دانيال لاغاش"، مفادها: "كل حالة تختلف عن الأخرى، أي لا بد من دراسة كل حالة على حدى، مما يستتبع أن الغرض من

البحث العيادي ليس تعميم النتائج، بل دراسة كل حالة دراسة معمقة بالأخذ بعين الاعتبار فردية كل حالة.

كان من المقرر أن يضم بحثنا خمس حالات أو أكثر قصد التنويع وإثراء البحث، لكن ما واجهناه هو ندرة العينة، فبعد زيارة العديد من المستشفيات بكل من الجزائر العاصمة، وهران، البليدة والشلف، تبين أن الحالات نادرة، وما زاد الأمر صعوبة انتشار الوباء في البلاد، وعدد الحالات التي تحصلنا عليها محدود جدا جاء بعد ربط اتصالات مع ممرضين وأطباء لهم تعامل مسبق معهم، إلا أن معظمهم رفضوا التعاون معنا بسبب وفاة المتلقين، لهذا الغرض تكونت عينة دراستنا من حالة قد قام بعليّة تبرع ناجحة، تم اختيارها حسب الخصائص التالية:

1. قام بعملية التبرع بنخاع العظم.

2. حسب مدة إقامته في المستشفى، حتى يتسنى لنا إجراء عدة مقابلات معه.

ثالثا: أدوات الدراسة:

(1) الملاحظة العيادية:

تعتبر الملاحظة العيادية من أهم وسائل جمع البيانات والمعلومات، وقد استخدمت

على عينة الدراسة الحالية أثناء إجراء المقابلات والاختبار النفسي رورشاخ.

وذلك بملاحظة الحالة من الخارج كتغيرات الوجه، ونبرات الصوت، حركات الجسم ومقارنتها بالموقف الذي تكون عليه أثناء الإجابة عن سؤال ما... الخ، وقد ساعدتنا الملاحظة العيادية كثيرا في جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الحالات، إذ لمسنا من خلالها مواقف تأثر، موقف قلق، مواقف فرح وغيرها من المواقف التي تبديها الحالات، والتي سيتم التفصيل فيها في الفصل اللاحق.

(2) المقابلة العيادية:

استخدمنا في هذه الدراسة المقابلة العيادية كأداة أساسية للتقرب من المفحوصة وجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات التي تساعدنا في فهم مشكلتها، فالمقابلة العيادية كما يراها: "تشيلو" أنها تستلزم حضور الفاحص والمفحوص، ويمكن أن تدخل هذه التقنية في إطار مساعدة، لما تتميز به من حيث تركيزها على الشخص في فرديته وحدته".

(فاسي، 2011، ص158)

وقد كانت المقابلة النصف موجهة لإتاحة الفرصة لمفحوص في حرية الكلام، مما يساعدها على الاسترسال في الحديث والتنفيس وبالتالي يمكنه من الاستفادة من المقابلة.

إذ تعرف المقابلة العيادية نصف الموجهة بأنها مقابلة ذات إجابات مفتوحة، يلتزم فيها الباحث بطرح الأسئلة والاستماع إلى الحالة التي تكون لها الحرية في الإجابة في حدود التقيد بإطار السؤال. (زايدي، 2014، ص149)

ولقد اعتمدت الدراسة الحالية على المقابلة العيادية النصف موجهة، التي ارتكزت على مجموعة من الأسئلة تلم بالقدر الكافي من المعلومات عن الحالة، وذلك فيما يخص ظروف الحياة السابقة للعملية، أثناء العملية، كيفية التعايش مع الوضع الجديد، وموقف الحالة من عملية التبرع، مع مراعاة المرونة اللازمة في تسيير حصص المقابلة والتي تتميز بها المقابلة نصف الموجهة، وفقا لدليل المقابلة الآتي:

دليل المقابلة النصف موجهة:

- تاريخ إجراء المقابلة: .../.../.....

- زمن المقابلة:

أولاً: محور البيانات الشخصية

الاسم:	السن:
الجنس:	المستوى التعليمي:
الحالة الاجتماعية:	المهنة:
تاريخ الميلاد:	الولاية:

ثانياً: محور تاريخ الحالة المرضي والعائلي

- 1- الحديث عن المشكلة كما تعبر عنها الحالة (متى حدثت، معاشها، انعكاساتها).
- 2- لديك معلومات عن هذه المشكلة من قبل (من خلال المطالعة، أو من خلال الاستفسارات والتساؤلات مع الآخرين والمختصين).
- 3- هل سبب عملية التبرع مشاكل صحية.
- 4- هل سببت عملية التبرع مشاكل في حياتك؟ (التوقف عن الدراسة أو عن العمل عدم القدرة على العلاج، مشاكل في الأسرة، في العلاقات الزوجية أو الجنسية أو الاجتماعية).
- 5- كيف كانت ردة فعل من حولك (عائلتك، أصدقائك، معارفك حول المشكلة، التركيز على الدعم والمساندة).
- 6- هل تعاني من أمراض عضوية أخرى.

ثالثا: محور التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة

1- هل عانيت من أمراض نفسية قبل هذه المشكلة وعالجتها؟ وماهي هذه أعراض هذه

المشكلة؟

2- هل تعرضت لأمراض نفسية بعد هذه العملية؟ وهل تتلقى العلاج حاليا؟

3- هل ذهبت إلى أخصائي نفسي من أجل طلب العلاج أو المساعدة قبل أو أثناء

العملية؟

4- هل دخلت المستشفى؟ وماهي المدة؟

5- هل تناولت سابقا أدوية نفسية؟ نعم ()، لا ()، وماهي؟

6- هل تحسنت؟ نعم ()، لا ()، ولماذا؟

رابعا: محور نظرة الحالة للذات والمستقبل

1- كيف هي نظرتك لنفسك؟

2- كيف تتصور نظرة الآخرين لك؟

3- ماهي نظرتك المستقبلية لحياتك؟

4- ما هي طموحاتك وأمنياتك؟

3) اختبار "رورشاخ":

• الاختبارات الإسقاطية:

هي عبارة عن موقف مثير على شكل جمل أو صور تتميز بأعلى درجة من الغموض يتعرض له المفحوص فيستجيب استجابة نستطيع من خلالها اكتشاف جوانب من الشخصية تتمثل في: أفكاره، دوافعه، رغباته، وجدانياته، إحباطاته، وهكذا يصبح الموقف المثير في الاختبار الإسقاطي هو عبارة عن ستار يسقط عليه المفحوص حياته الداخلية وعلى رأس الاختبارات الإسقاطية "اختبار رورشاخ".

• التعريف باختبار رورشاخ:

استخدم فرويد الإسقاط (*projection*) في مواضيع ليشير إلى أحد ميكانيزمات الأنا الدفاعية، حيث تعزى كمن خلاله الرغبات اللاشعورية وما يرتبط بها من قلق إلى موضوعات أو مصادر خارجية بدلاً من ربطها بأسبابها الحقيقية، وذلك في محاولة من الأنا لضبط القلق المرتبط بتلك الرغبات عند فشله في السيطرة عليها بطرق أكثر سواء .

واعتماداً على هذا المفهوم بدأ علماء التحليل النفسي باستخدام مفهوم الإسقاط في القياس للإشارة إلى الوسائل الغير مباشرة أو الغامضة التي يمكن استخدامها لكشف رغبات ومشكلات الفرد وسماته الشخصية في علاقتها الديناميكية دون أن يلتفت إلى ذلك كنتيجة لتحرر الخبرات اللاشعورية من رقابة الأنا.

يقوم اختبار رورشاخ على أساس افتراض العلاقة بين الإدراك والشخصية حيث يعكس إدراك الفرد لبقع الحبر طبيعة وظائفه السيكولوجية، وذلك من خلال استثارة البقع بغموضها لاستجابات مرتبطة بحاجات الفرد وخبراته السابقة وأساليبه المعتادة للاستجابة للمثيرات المختلفة، ذلك أن البقع ليست موضوعات مقننة اجتماعيا تستوجب استجابات محددة أو مقبولة ثقافيا. (حماد، 2008، ص3)

حسب schaffer: "الرورشاخ" اختبار يكشف الخيال الشخصي ويوقد السيرورا الإبداعية للشخص، عن طريق مسح عام لمختلف المستويات لوظائف الجهاز النفسي، بهذا يبعث نحو صراعات الطفولة ويستتجد بوظائف دفاع الأنا". (معالم، 2002، ص3)

(2) وصف الاختبار:

هو الاختبار المعتمد في هذه الدراسة، سمي نسبة لمخترعه "هيرمان رورشاخ"، وهو يتمثل في 10 لوحات من الحبر مبهمة الشكل، تقدم للمفحوص بالترتيب ويطلب منه أن يعبر عما يظهر في الصورة، حيث يمر الاختبار بثلاث مراحل:

1. التمرير التلقائي للوحات العشر.

2. التحقيق.

3. التحقيق الحدي.

أما من الناحية التحليلية فالاختبار يمر بمرحلتين:

(1) مرحلة التحليل الشكلي، يتم فيها تحليل:

• العمليات العقلية.

• العوامل العلائقية الاجتماعية.

• الدينامية الانفعالية.

(2) مرحلة التحليل الديناميكي، ويتم على المحاور التالية:

• التعبير النزوية.

• نوع القلق.

• الميكانيزمات الدفاعية.

• معرفة طبيعة الإشكاليات التالية: الهوية، الهوية الجنسية، علاقة الموضوع، الجانب

النرجسي. (معالم، 2002، ص 1-3)

3) جوانب الشخصية التي يكشفها اختبار "رورشاخ":

يساعد تكتيك "رورشاخ" على تحديد طبيعة ومستوى بعض الجوانب الشخصية للمفحوص، وتشمل الجوانب المعرفية والعقلية، والجوانب الوجدانية والانفعالية، وفاعلية الأنا، وفيما يلي تفصيل في ذلك:

■ الجوانب المعرفية والعقلية:

- مستوى القدرة العقلية وفعاليتها (هل هي عالية، متوسطة، أم ضعيفة، أم متذبذبة).
- نمط (أسلوب) المعالجة (هل هو منطقي أم غير منطقي، منهجي أم غير منهجي، استدلال أم غير استقرائي).
- قوة الملاحظة (هل يميل المفحوص إلى ملاحظة العموميات أم ملاحظة الجزئيات، هل يركز على الجزئيات الصغيرة وغير المألوفة أم أنه يركز على الجزئيات الشائع اختيارها).
- أصالة التفكير (هل هو قادر، هل هو ابتكاري، هل هو خيالي أم واقعي).
- الانتاجية (هل هو منتج أم لا، هل إنتاجه ثري، هل ينتج بسهولة).
- مدى اتساع الاهتمامات (هل اهتماماته متسعة، أم ضيقة، هل هي ثرية أم سطحية، هل هي في مجال واحد أم في عدة مجالات، هل له اهتمامات خاصة تعكس تحيز انفعالي).

■ الجوانب الوجدانية والانفعالية:

- النعمة الانفعالية العامة (هل تتسم ردود أفعال المفحوص الانفعالية بالتلقائية، الاكتئابية، القلق، الانسحابية، العدوانية...).
- المشاعر نحو الذات (هل هي إيجابية أم سلبية).
- التجاوب مع الناس (هل هو إيجابي أم سلبي وانسحابي في علاقاته الاجتماعية).
- الاستجابة للضغوط الانفعالية (هل يتسم المفحوص بالواجهة أم أنه سريع الانهيار في مواجهة المواقف الضاغطة).
- ضبط النزعات الانفعالية (ما مدى قدرة المفحوص على ضبط نزعاته ودوافعه، وما مدى قدرته على تأجيل الإشباع).

■ جوانب فاعلية الأنا:

- قوة الأنا (ما مدى قدرة الفرد على اختبار الواقع، وما مدى وضوح مدركاته، وما مدى تقديره لذاته وثقته بها).
- مجالات الصراع (ما طبيعة وما جوانب الصراعات التي يعاني منها الفرد؟ هل هي صراعات جنسية، صراعات مرتبطة بالسلطة، أم بالاعتمادية والتوكل السلبي، أم بمفهوم وتأكيد الذات... الخ).
- الدفاعات (ما الدفاعات التي ينتهجها المفحوص؟ كبت، قمع، إنكار... الخ).



(كلويفر، ديفيدسون، 2003، ص5)

4) المعنى الرمزي للبطاقات:

يتكون الرورشاخ من 10 بطاقات، تتميز هذه البطاقات من الأولى إلى الثامنة بلون أبيض وأسود *achromatiques*، في حين البطاقات من الثامنة إلى العاشرة متعددة الألوان، الرورشاخ يتكون فقط من بقع متطابقة وكل بقعة لها معنى رمزي:

المضامين الكامنة	اللوحات
<p>البطاقة الأولى: تضع هذه البطاقة المفحوص أمام اختبار وهو إحياء تجربة أو اتصال مع موضوع مجهول، هذه اللوحة تسمح باستحضار صور لعلاقات مبكرة مع أول موضوع، وعلى المستوى الرمزي تبعث هذه اللوحة إلى النرجسية من خلال الصورة الجسدية وتصور الذات أو العلاقات الموضوعية كالعلاقة الأمومية.</p>	
<p>البطاقة الثانية: تستثير هذه اللوحة الجانب العلائقي أو التصورات العلائقية، يجعل إمكانية التوحيد وخاصة التحديد بين الداخلي والخارج، حيث يمكن أن تبعث هذه اللوحة إلى تصورات قديمة، وتبعث هذه اللوحة إلى قلق الخساء وهي لوحة معروفة بجانبها الجنسي (بطاقة جنسية التي تعبر عن قلق الخساء في نموذج علائقي ما قبل أوديبى).</p>	
<p>البطاقة الثالثة: تتمحور هذه اللوحة في تصور الجسد البشري، كما تبعث نحو سياقات التقمصات الجنسية وهي تحمل رمزية جنسية ثنائية، وتشير أيضا لتداعيات علائقية ذات استثمارات نزوية لبييدية وعدوانية، إضافة إلى التركيز على اللون الأحمر في الوسط يمكن أن يشكل مرجع داخل الجهد.</p>	

<p>البطاقة الرابعة: تبعث هذه الصورة إلى السلطة، تمثل القوة النسبية للأب، هذه الصورة لها قانون، هي بطاقة مرجعية للتمص بالنسبة للذكور أثناء اختيار الموضوع الليبيدي.</p>	
<p>البطاقة الخامسة: لوحة التكيف مع الواقع، تعبر عن الإحساس بالتكامل وتوضح مفهوم الذات، إشكالية الهوية، بحيث تدل الاستجابات السيئة في هذه الصورة عن تصور مجزأ وغير مدمج لصورة الجسد، تحمل أيضا حساسية اتجاه ما يعود للهشاشة النرجسية فتعد حاملة للتصورات المرتبطة بالهوية النرجسية.</p>	
<p>البطاقة السادسة: اللوحة ذات بنية متناظرة، تغلب عليها الرمزية الجنسية هذا من خلال البعد القطبي في الجزء العلوي الأوسط (قلم، سيف)، أو من خلال الجزء السفلي (زهرة، عضو جنسي لمرأة)، وتمكن كذلك من إسقاط محتويات متعرضة للخصاء.</p>	
<p>البطاقة السابعة: بطاقة الأمومة تعبر على الحرمان، الفراغ، ولا أمن بالنسبة لعلاقة أم - طفل.</p>	
<p>البطاقة الثامنة: يمكن لهذه اللوحة أن تستثير استجابات عضوية كالأحشاء أو العظام، أو تداعيات جزئية، كما أنها لوحة تبعث إلى نوعية الاتصال مع العالم الخارجي.</p>	

<p>البطاقة التاسعة: تبعث هذه اللوحة للنكوص والرمزية الأمومية ما قبل التناسلية، فهي تبعث غالباً إلى تداعيات تثير ظهور ما بداخل الجسم، إن الانطباع الذي تولده هذه اللوحة يدل على نمط المعيشة العلائقي مع المحيط، سواء من خلال حركة التداعيات الإيجابية أو الهوامات التمهدية أو الإضطهادية.</p>	
<p>البطاقة العاشرة: تتميز الوحة بالتعثر في شكلها، هذا ما يجعلها تمتحن مدى قدرة الفرد على توحيد الصورة الجسدية، فهي تستدعي إمكانية التركيب والتنظيم، كما تختبر قدرات الفرد على التوحيد خاصة توحيد الجسد.</p>	

الجدول رقم (2) يمثل بطاقات ورشاش ومضامينها

(5) تطبيق الإختبار: (معالم، 2002، ص7)

أ- التعليمات:

توضع البطاقات بنظام الترقيم الموجود عليها أي من واحد إلى عشرة، وتكون الصور مخبأة قبل تقديم البطاقات، نفسر للمفحوص أهداف الاختبار كما نشجع الشخص بالقول له أنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، كل الإجابات مقبولة ولا توجد إجابة ممنوعة، كما نؤكد على سرية الاختبار، لتجنب تسرع المفحوص للإجابة والدخول في تنافس مع الوقت نوضح لهم أن الوقت غير محسوب عليهم والتركيز ضروري.

ب- إجراءات التطبيق:

- لكل لوحة موزعة نأخذ توقيت الكمون (استعمال اللوحة قبل الاستجابة) ثم وقت الاستجابة (الحوار)؟
- نسجل الاتجاه الذي أخذت فيه البطاقة في وقت الاستجابة.
- نسجل كل استجابات المفحوص مع كل التعليقات، كل الحركات، كل التأوهات....
- نقدم له البطاقات الواحدة تلو الأخرى في الاتجاه السليم، بالقول لهم أنه بإمكانهم رؤيتها في جميع الاتجاهات، عند تقديم البطاقة الأولى نطرح سؤال افتتاحي وهو: ماذا تحت فيك هذه الصورة؟ أو ماذا يمثل هذا عندك؟ ثم الفاحص يلاحظ الصمت، ويبدء في أخذ الوقت لرد الفعل ووقت الإجابة، نسجل أيضا اتجاه مسك البطاقة وكل ردود الأفعال التابعة للإجابات (تعليقات، حركات، أزمت...الخ).
- قبل الجرد يجب القيام بقراءة دقيقة للإجابات، خلال تقديم الاختبار يجب الأخذ بعين الاعتبار العناصر النوعية: التعبير الشفوي، الأحاسيس، المواقف، الانتقادات، الملاحظات حول التشابه، يجب تقييم جميع الإجابات، في بعض الأحيان تغير العوامل المحدودة.
- وقت رد الفعل: هو بين مسك البطاقة والكلمة الأولى للمفحوص.
- وقت الإجابة: هو الوقت المستغرق خلال كل إجابة، أي زمن التكلم الذي يكون عادة ما بين 45 إلى 60 ثانية.

- وقت الكمون: هو الوقت الخاص بالتركيز أثناء استعمال البطاقة قبل الإجابة، الوقت المتوسط يكون أقل من 20 ثانية.

- الوقت الكلي: هو الوقت المستغرق من أخذ البطاقة حتى الانتهاء منها عموماً معدل هذه العملية من 20 إلى 30 دقيقة لكل بروتوكول، إذا زاد الوقت هذا يعني أنه هناك اضطراب منع التعبير، والحث حول الانفعالات العاطفية.

ج) التحقيق:

في نهاية الاختبار نتطرق إلى تحقيق بهدف تحديد على أي عامل ترتكز الاستجابة بالنسبة للشكل، اللون والتموقع الذي يبين وضعية الصورة، بطرح التساؤل الآتي: كيف عرفت ذلك؟ (الشكل، اللون...)، هذه المرحلة تسمح بالحصول على معلومات دقيقة وإجابات جديدة التي لا بد من تسجيلها، ونطلب من العميل ما هي البطاقات التي فضلها والتي اشمئز منها وفي الحالتين نطرح سؤال لماذا؟ ونسجل إجابته، وهذا التحقيق يسمح بالتفريق بين الإجابات العفوية التي تكون أساس للفرز الرمزي والاستجابات الإضافية، إعادة التحضير فيها أي تجديد الإجابات أو إضافة عناصر للإجابات، معطية أو معلومة جديدة لا تأخذ كاستجابة وإنما تحلل من بين الاستجابات المتحصل عليها.

في نهاية الجواب عن البطاقة العاشرة نشرع في فرز المعطيات بالتعديد وإحصاء رموز الاستجابات من خلال الأربعة أصناف الضرورية وهي: المكان، المضمون، والشائعات لفرز وتحليل الاختبار وهو البسيكوغرام.

رابعاً: كيفية تطبيق أدوات الدراسة على الحالات

في البداية استعملنا أداة المقابلة وكانت نصف موجهة، والغرض منها جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن كل حالة، وكذا التقرب منها وتهيئتها لتطبيق اختبار رورشاخ، وقد كانت المقابلات بالدارجة، بهدف مخاطبة الحالة بلغتها حتى يتسنى لها فهم الأسئلة بشكل جيد وكذا التكيف مع الوضع، وبالطبع كان استعمال أداة الملاحظة العيادية أثناء المقابلة وأثناء تطبيق الاختبار.

• التمهيد للمقابلة مع كل حالة، وفي بداية كل مقابلة نقوم بالتعريف بأنفسنا كما يلي: "أنا بسيكولوج، وراني نقرى على اللي متبرعين بالنخاع العظمي، إذا تقبل تعاوني (تعاونيني)، في نفس الوقت أنا نعاونك، إذا حبيت تحكي أنا نسمعك، رايحين نتلاقواهاذو ... أيام مع بعض لمدة 45 ل 60 دقيقة، نسألك أسئلة وأنت تجاوبني (تجاوبيني)، وماتخافش (متخافيش) هاذ الهدرة اللي تقوليها (تقوليها لي) ما رايحاش تخرج، وما رايحش يذكر الاسم نتاعك، لأنو فقط رايحة نستعملها لغرض البحث العلمي.

بعد الانتهاء من طرح الأسئلة على الحالة والإنصات لأجوبتها وتدوينها (بعد أخذ الإذن منها للتدوين)، نعلمها أن المرة القادمة سنطبق عليها اختبار نفسي.

• التمهيد للاختبار وتطبيقه:

بعد إلقاء التحية على المفحوص وسؤاله عن أحواله، نبدأ بتعليمة الاختبار قائلة:
 "اليوم راح نطبقو عليك هذاك الاختبار اللي قلناك عليه المرة للي فاتت، راح نعطوك 10 ورق تشوفهم بالوحدة وتقولي كل واحدة لمن تشبه، تعطيناهلنا ونزيدوك الثانية وهكذا ...، وخذ راحتك مع كل ورقة وتقدر تحكمها من كامل الاتجاهات، وماكانتش إجابة صحيحة وإجابة غالطة، كل واحد كيفاه يشوفها".

تليها مرحلة التحقيق حيث يقوم الفاحص بإعادة تمرير اللوحات العشر على المفحوص وسؤاله: "واش اللي خلاك تشوف هكذا؟، ووين شفتها؟" مع تدوين كل استجابات، إيماءات وحركات المفحوص، وكذا تسجيل زمن الرجوع والزمن الكلي.

خامسا: حدود الدراسة

-الحدود المكانية: بما أن موضوع دراستنا "التوظيف النفسي لدى المتبرع بنخاع العظم" تحتم إجراء الدراسة على عينة متواجدة في المستشفى الجامعي بالبلدية فرانس فانون.

-الحدود الزمانية: تم إجراء المقابلات من 2020/01/17 إلى 2020/02/03.

الفصل الخامس

عرض وتحليل النتائج

1- عرض وتحليل المقابلات مع الحالة:

- عرض المقابلات مع الحالة:

تم أخذ موعد مع الحالة وتم استقباله في مستشفى الجامعي بالبلدية فرانس فانون،/ وتم تحديد معه مواعيد المقابلات التي كان عددها أربعة، كما هو موضح في الجدول التالي:

الهدف من المقابلة	مكان المقابلة	المدة	تاريخ المقابلة
التعارف، كسب الثقة، جمع البيانات الأولية عن الحالة وشرح طبيعة الدراسة.	المركز	40 د	2020/01/17
معرفة التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة	الاستشفائي الجامعي	45 د	2020/01/18
التعرف على المشكل ومخلفاته والمعاش النفسي والنظرة المستقبلية وتحضيره لتطبيق اختبار رورشاخ.	بالبلدية فرانس فانون	50 د	2020/02/03
تطبيق اختبار رورشاخ.		30د	2020/02/04

جدول رقم(3) ملخص لتواريخ المقابلات مع الحالة

بعد القيام بتحديد مواعيد المقابلات مع الحالة، تم جمع البيانات العامة حول

المبحوث والتي يتم عرضها في الجدول التالي:

الاسم: محمد	السن: 29
الجنس: ذكر	المستوى التعليمي: جامعي
الحالة الاجتماعية: أعزب	السكن: الجلفة
تاريخ الميلاد: 1991	المهنة: عامل حر

جدول رقم (4) البيانات العامة حول الحالة

أولاً: فحص الهيئة العقلية:

- **الهيئة والسلوك العام:** المبحوث ذو مظهر خارجي أنيق ونظيف، ذو بنية مرفولوجية قوية، طويل القامة، أسمر البشرة، مؤدب، ذو اتصال لفظي جيد، حيث تجاوب معنا بشكل كبير أثناء المقابلات، بشوش، يتصف بروح الدعابة.
- **النشاط العقلي:** لدى المبحوث لغة مفهومة وواضحة ومصطلحات باللغة العربية والفرنسية أحياناً، ويستعمل مصطلحات علمية، هذا ما يعكس مستواه التعليمي، يتحدث عن تجربته بكل طلاقة وفخر، لديه القدرة على التعبير اللفظي والعاطفي، ذاكرته سليمة حيث يتحدث على أمور حدثت في ماضيه مع ذكر تواريخها.
- **المزاج والعاطفة:** المبحوث ذو وجه بشوش، يحب المزاح، يتحكم في عواطفه.
- **محتوى التفكير:** تفكير سليم، لا يتسرع في الإجابة، ومتأثر جداً بالحادثة التي مر بها مع أخيه.
- **اللغة والاتصال:** لقد كان الاتصال بالحالة سهلاً بفضل لغته السليمة، ومفرداته الواضحة السليمة.

ثانياً: التاريخ النفسي والاجتماعي:

- يبلغ محمد من العمر (29 سنة) أعزب من ولاية الجلفة، لديه (8 إخوة) (4 ذكور و4 بنات) من نفس الأب والأم، من عائلة محدودة الدخل، لديه مستوى ماستر جامعي تخصص

علمي، لم يجد عملا في مجال تخصصه فاتجه إلى الأعمال الحرة، كان يعاني من مشكلة السكن، حيث غير مكان إقامته عدة مرات، ترتيبه الثالث في العائلة.

قام محمد بعملية التبرع بنخاع العظم لأخيه الأصغر عام 2012، الذي عانى من مرض سرطان الدم، ومحمد كان يرافقه بالمستشفى بالبلدية، قبل عملية التبرع في نفس الوقت كان يزاول دراسته في جامعة الجلفة، ويعمل أيضا مع أبيه ليعيل عائلته، الأمر الذي سبب له ضغطا كبيرا " ومع أنا اللي نقرى في الجامعة وفي نفس الوقت نخدم مع الشيخ على العايلة وزاد مرض الطفل يسمى ما لقيت وين نصد"، "بداو الطبة تع البلدية في التحاليل، اطلع هبط وزيد شرطو متبرعين باه ما يفرغش البنك من الدم ..."، " ولك أن تتخيلي، لازم تدبر ناس وتديهم التحاليل وتديهم للبلدية وتجيهم والمصاريف كلها على عاتقك، يكثر خيرهم وقفو معانا ناس ربي يكثر خيرهم قد من السما للرض"

بقي محمد في المستشفى مع عائلته على هته الحالة طيلة شهر رمضان، وكان هو الأكثر تكفلا بأخيه إلى أن جاء العيد، أصر أخوه المريض على مغادرة المستشفى والذهاب للبيت يومي العيد الأمر الذي جعل الأب يمضي على ورقة الخروج من المستشفى التي تخلي الأطباء مسؤولية المريض إن ساءت حالته، ولسوء الحظ في يومي العيد تعب أخ محمد كثيرا مما استدعى دخوله المستشفى وأدخل إلى مستشفى الجلفة، بعدها بيومين نقل إلى مستشفى البلدية، لكن الأطباء لم يهتمو به "يخي سنيينا عليه لوكان تصرى حاجة هم

خاطبهم المسؤولية نتاعو، المهم فوتنا عيد مر، الرعاف، الدم... دخلناه للسبيطار تع الجلفة، بعد نهارين طلعاها لبليدة جابو بيه نهار كامل ما يشوفوش فينا والطفل ملاح عند الباب".

كثرت المصاريف على العائلة وأصبحت الحالة المادية حرجة مما أثر نفسيا على محمد بحكم هو من كان يعيل أباه في مصروف البيت.

استمرت رحلة العلاج (إجراء تحاليل وأشعة... الخ)، ليتأكد الأطباء من إصابة أخ محمد بسرطان الدم وأخبروا محمد بذلك، مما أثر على جدا عليه لكنه أخفى مشاعره خوفا على أخيه الصغير وعائلته " تأكدو بللي عندو سرطان الدم، جبدوني على جهة وقالوهالي، بدون ما نزكي نفسي بصح أنا أكثر إنسان شاد روجو عند المواقف في دارنا أكثر من يما وبابا، يعني غاضتني بزاف مي ما بينتش قدامو، كانت ساعات نخرج برا نبكي شوي ونعاود نغسل وندخل نضحك نورمال".

التأثر البالغ لمحمد جعله يحكي عن مرض أخيه بالتفصيل الممل.

ويضيف محمد عن تجربته في عملية الزرع قائلا: "بعثونا للسبيطار مصطفى باشا وتبدأ رحلة أخرى من المعاناة، بقينا نديرو في التحاليل ونروحو للدار كل سمانة، واحد النهار عطاولنا رونديفو قالي لازم تجيب خاوتك وخواتاتك كاملين نشوفو شكون يطيح عليه، بعد التحاليل بنهارات عيطولي في التليفون نهارها كنت نقرى في الجامعة قالولي أنا الوحيد اللي طحت معاه كيف كيف، خاوتي الكل ريفيزي".

"نهار عيطولي معرفتش واش ندير خوف من التبرع مع فرحة تع أخي اللي لقاو واحد يتبرعلو، مجموعة من الأحاسيس متداخلة، ديجا راني نحكيك راه غايضني الحال دمعة رايحة تطيح، شعور رهيب مع أسي وأسف وندم".

المقابلة الأولى: دامت حوالي 40 دقيقة

بعد تقديم الفاحصة لنفسها والهدف من إجراء المقابلات وموافقة الحالة، كانت

المقابلات كالتالي:

- الفاحصة: في محاولة لجمع البيانات الأولية للحالة (الاسم، السن، المهنة، الولاية

-المفحوص:محمد من ولاية الجلفة... عمري 29 سنة ... عندي ماستر *electronique*

.de puissance et qualité d'energie

- المفحوص: معليش نسقسيك؟

- الفاحصة: طبعا.

- المفحوص: الأطروحة اللي تخدمي عليها واش هو عنوانها؟

- الفاحصة: التوظيف النفسي للمتبرع بنخاع العظم.

- المفحوص: في دزاير ما تاكلش قع مع احتراماتي للكل، لأنني عشت التجربة ، اسمحيلي

حكيت بالعاطفة.

- الفاحصة: كيفاش زعما ما تاكلش؟
- المفحوص: شغل مكاش متابعة نفسية للمتبرع، وزيد كاين بزاف اللي يهربو يخافو ما يتبرعوش.
- الفاحصة: مكاش بسيكولوج ثمة؟
- المفحوص: كاين مي قع ما يقيمكش ولا يسقسيك.
- الفاحصة: ...خوك اللي داير العملية صغير عليك أو كبير؟
- المفحوص: صغير، بدأت الحكاية في ماي 2012، خويا زايد في 1996، المهم السبب الرئيسي كلا سوندويتش في السوق، من بعد صرالو تسمم بداتو الأعراض القيء حاشاك.
- الفاحصة: ايه يعزك الله (مع كل مرة تدعم الحالة بعبارة تحفيزية لتظهر إنصاتها له، وليواصل الحالة كلامه، مثلا: فهمتك يعني انت كذا وكذا؟ هكذا تقصد؟ قلت لي كذا...؟ الخ).
- المفحوص: بعدها بنهارات زاد عليه الحال وبدا يعرف الدم ما يحبسش قع، أيا ديتو لواحد الطبيب صديق العائلة، أعطاني ورقة وقال لي لازم يدخل للسبيطار، أيا دخلناه لسبيطار وحد السمانة من بعد بعثونا لبليدة، وهنا بدأت المعاناة تع الصح.
- الفاحصة: احكيلي كيفاه؟

- المفحوص: المهم واش نحكيك وواش نخليك (تتهيدة)، أسوء عامين في حياة العائلة الكريمة 2012/2013، المهم رمضان تع 2012 نصو راح تقصير، مع الصيام والسخانة والسفر والطريق شينة، ومع أنا اللي نقرى في الجامعة وفي نفس الوقت نخدم مع الشيخ على العايلة وزاد المرض تع الطفل ما لقيت وين نصد،

المهم بداو الأطباء تع البلدية في التحاليل، اطلع اهبط، وزيد شرطو علينا نجبولهم متبرعين باش ما يفرغش بنك الدم.

ولك أن تتخلي، لازم تدبر ناس وتيلهم التحاليل وتديهم للبلدية وتجيهم والمصاريف كلها على عاتقك، يكثر خيرهم وقفو معانا ناس يكثر خيرهم قد من السما للأرض، خاصة واحد سطايفي تخيلي يجيب ناس من السطيف يديهم للبلدية ينحيو الدم ويعاود يرجعهم لسطيف.

نرجعك للبلدية، جينا رمضان كامل كل نهارين ثلث أيام نطلعو للبلدية، أيا قبل العيد بواحد النهارين، بالضبط ليلة 27 من رمضان، الشيخ مع الطفل في البلدية قالو لازم يدخل للسبيطار، أيا بدى الطفل يبكي قال للشيخ والو منقعدش نروح نعيد في الدار، أيا الشيخ ما حبش يخليه قالولو الأطباء لازم تسني عليه، يخي سنينا عليه لوكان تصرى حاجة هما خاطيهم المسؤولية تاعو، المهم فوتنا عيد مر، الرعاف، الدم...، دخلناه لسبيطار في البلاصة للي نسكن فيها، يخي بعد نهارين طلعاها لبلدية جابو نهار كامل مش يشوفو فينا

والطفل ملاح عند الباب متكسل، وهم ما علابالهمش نورمال، السيد راح يموت وهم ما همش يشوفو فينا.

- الفاحصة: الطبة ما داوهاش فيكم هكا المقصود؟

- المفحوص: إيه، المهم بعدها العشية بالسيف فرغت الشمبرة وقالو لنا ديرو واحد التعيارات وراديو، المهم دراهم كبار راحو.

الشيخ يخدم في التجارة يجيب السلعة بالكريدي من عند الناس ويبيعها ويخسرها على وليدو.

باع الطوموبيل، خسر في التجارة يما في الدار تبكي بالحرقة على وليدها للي مريض ووليدها لآخر اللي مخلي قرابتو ويسوفري مع خوه.

المهم دخلناه للسبيطار، إيه ومع للي بابا مكانش كاينة عندو السكنة ساكن غي عند خوه والضيق والمشاكل تع النساء، دار عمي فيها عمي وولادو وبابا وولادو وجداتي وعمتي مش متزوجة وزاد عمي الصغير تزوج قع ساكنين في 4 بيوت وكوزينة، المهم مسكينة تبكي هي وولادها، من جهة، تبكي السكنة مكاش، من جهة تبكي مشاكل تع الكناين وعجوزتها، ومع اللي عندي 7 عماتي الله يبارك يتلايمو وراكي عارفة الباقي.

المهم نرجعو للسبيطار.

- الفاحصة: إيه، بصر قبل ما نرجعو للسبيطار برك انتوما شحال خاوة، وانت واش هو ترتيبك بيناتهم؟

- المفحوص: الثالث، قبلي بنت وولد، وأنا وخويا أقل مني وخويا المريض، و3 بنات، وولد مازوزي يقري الثانية ابتدائي.

سبحان الله خويا الصغير زاد نهار للي دار فيه خويا لآخر المريض العملية، سميناه على واحد مريض كان معانا في السبيطار ربي يرحمو.

- الفاحصة: ربي يرحمو، يعني خوك كي راح للبليدة قالولو واش عندك مرض؟

- المفحوص: راني جايبك في الحكاية، دخلنا للسبيطاروبدات رحلة المعاناة، التحاليل والأشعة، واتخيلي واحد يتقبلو العظم تع ظهرو والعظم وين تحكم السننورة تع السروال بالابرة الخشينة وهو حي بدون مخدر، باش يخرجولو نخاع العظم يعيروه، يعيط ويبكي بالصوت العالي، (تأثر) صعييبة بزاف، المهم هذو أسوء شهرين في حياتي من العيد الصغير للعيد الكبير في السبيطار ما رحناش للدار، بعدها بواحد 15 يوم تأكدو الأطباء أنو عندو سرطان الدم، جبدوني على جهة وقالوهالي، وبدأت رحلة العلاج الكيميائي.

- الفاحصة: كيفاه تلقيت الخبر؟

- المفحوص: بدون منزكي نفسي بصر أنا أكثر إنسان شاد روحو عند المواقف في دارنا أكثر من بابا ويماء، يعني غاضتني بزاف مي مبينتش قدامو، كانت ساعات نخرج برا نبكي

شوية ونعاود نغسل وندخل عندو نضحك نورمال، ومع اللي الناس في الوقت اللي كنا واحد معاه بنتو، يعني كيما يقلك كنت أنا الراجل تع السبيطار في هذاك الوقت، اللي تخصو حاجة يجيني، وفي نفس الوقت كنت لاتي بخويا نغسلو، ونسيق ونوكل وكلشي، وهو ربي عطاء واحد الكوراج، الله يبارك يضحك ويقول أنا في حكم ربي وانت اسمحلي، نقولو: متحكيش كيما هكا.

واتخيلي كانو ناس كل يوم يموتو وكاين اللي شهدتلهم ماتو في يدي وكاين للي رفدتهم.

- الفاحصة: واش كان شعورك؟

- المفحوص: ديجا راني نحكيلو غايضني الحال دمعة رايحة تطيح، شعور رهيب، حزن مع أسى مع أسف.

- الفاحصة: هي صح صعبة مي فانت.

- المفحوص: بصح ما نتمنى حتى واحد يعيشها صعبة بصح، على بالك عالم آخر اكتشفو في ذيك المرحلة، ناس تبكي، ناس تتألم، ناس تعاني، صمت، ناس مقهورة ناس في حالة يرثى لها وكل واحد في همو، والمشكل أغلب الناس الي تعاني زوالية، في تلك الفترة العلاج كل 6 ساعات.

- الفاحصة: إيه العلاج الكيميائي؟

- المفحوص: لا، هناك مرة في السمانة.

- الفاحصة: مالا واش؟

- المفحوص: يفقد المناعة تماما بعدها يعطولو مضادات حيوية كل ست ساعات تعويضا عن المناعة المفقودة.

وشعرو يطيح كامل لأنو الكيمياء يطاكي الخلايا تع الشعر، معليش نحيسو هنا وغدوة ان شاء الله نكملو؟

- الفاحصة: طبعا أكيد

المقابلة الثانية: دامت حوالي 45 دقيقة

بعد إلقاء التحية.

- المفحوص: وين وصلنا المرة اللي فاتت؟

- الفاحصة: قلت لي بلي خوك كان يدير الكيمياء.

- المفحوص: إيه، واحد الألم ما يعلم غير ربي سبحانو، كاين خطرات يبكي، وخطرات

الحمى توصل حتى ل 43 درجة، اطلع يا نهار ولا نطلع ليك، والمشكل الدوا ما يفيدش،

نولي نحيلو القش تاعو ونحطو في بسينة ونكب عليه الما مع لاقلاص، أيا وفوتنا وحد

الشهر كيما هاك ويكثر خيرها الفرملية كانت تبات سهرانة معانا للصباح بلا رقاد، حتى وضعيتهم شريتلهم دومينو ولينا نلعبو مع بعض باش نحي عليهم وينساو المرض (ضحك).

المهم واحد النهار دارولو تع الكيمياء، أيا طلعتلو الحمى 44 والدوا والو ما خدمش، جبديني الطبيب على جهة وقالي احنا سي بون ما نقدر نديرولو والو، خلاص خوك راه في حكم ربي ادعولو وخلاص وقولها لوالديك باه يجو يودعوه، على بالك في هذيك اللحظة حسيت روحي (سكوت وتأثر) واش نقلك (سكوت)، بكيت بكا مش نورمال وعيظت للدار قلت لهم ارواحو شوفوه وادعولو، جاو ليا في هذاك الليل، واش نقلك، يما مسكينة تبكي، أيا جاو شافوه وودعوه، وعمي قال إذا كاش حاجة عيظلي ليا أنا منقول لحتى واحد، على بالك واحد الضغط نفسي رهيب عشتو في ذيك الفترة.

المهم فاتو نهارات صعاب بزاف، أيا بدا خويا يريح شوية بقدره ربي سبحانو، وكان واحد في الشمبرة اللي لاصقة فينا هو أكثر شخص قعد معانا، شهر ونص، الوحيد تع أمو وأبوه من حجوط وحد الليلة خلاص تغلقو الرئتين تاو فالليل كامل وهو يعاني حتى للخمسة تع الصباح الدايم ربي، مكتوب ربي سبحانو، بينو وبين خويا حيط تع 10 سنتيمتر، يماه مسكينة اتحرقت عليه وأنا باش خويا ما يسمعش درت قرآن في لا تيلي وزدت الصوت، كانت من أبشع الليالي هذيك.

أيا قرب العيد الكبير خرجونا رحنا للدار حطيناه في شمبرة وحدو كلشي معقم أنا الوحيد للي ندخل عندو بلبسة سبسيال والزيارة ممنوعة،

المهم بقينا واحد السمانة في الدار حتى لديسمبر، أيا وبعدها بعثونا للسبيطار تع مصطفى باشا، وتبدأ رحلة أخرى من المعاناة، بقينا نديرو تعيارات ونروحو للدار كل سمانة، واحد النهار عطاولنا رونديفو قالي لازم تجيب خاوتك وخواتاتك كامل نشوفو شكون يطيح عليه، أيا نهارها نهار طويل، كي ديتهم بينا التعب تع الطريق وقلة النوم اللي يتوشوه بالابرة باش ينحولو عينة تع دم يدوخ، دخنا كامل تغاشينا وبدات الفرملية مسكينة تبكي حسبنا متنا، أيا العشية لباس، كاين واحد خويا هبطلو السكر طول دارولو السيروم، في هذاك الوقت خويا راه اوسبيتاليزي.

المهم نهارات جبنا الطفل للدار وعيطولي في التيليفون نهارها نقرى في الجامعة قالولي أنا الوحيد اللي طحت معاه كيف كيف خاوتي الكل ريفيزي.

المهم السمانة للي بعدها طلعلنا الطفل لداير وكى وصلنا نحاولو القش القشتاعو، ولبسولو القش تاعهم معقم، وتخيلي الشعور تع بابا كي جبتلو القش تاعو في الصاشي بش يديه للدار بدا يبكي وقالي سي بون هذي اللخرة، وكى وصلت القش تاعو ليما تخيلي شعورها.

بقينا في السبيطار شهر وهو يعالج وأنا كل عشية نروح للسبيطار يديرولي لبرة في الكتف تساعد على خروج خلايا النخاع إلى الدم مدة، الشهر وهوما قالولي نحكموك عندنا قتلهم والو نقعد عند صحابي في لاسيتي، بسكو في القرية كنت هاك وهاك، صحابي يكثر خيرهم واقفين معايا وفي الامتحانات نحضر واللي منقدرش نحضرو نفوتو راطراباج.

يشدوهم عندهم على جال كي يكون متبرع وحيد يخافو يهربلهم، قالتهاالي الطبيبة وحدة شرطت في باباها 20 مليون باش تمد لاختها.

حتى جا النهار اللي نحي فيه الدم، نهارها جات الفرملية للي كانت واقفة معنا في البليدة، وصلت زمان ال 11 تع الصباح، وقبلها عيطتلي الطبيبة قتلها راني فالجلفة بدات تعيط علاش هربت؟ من بعد قتلها راني نتمسخر راني مع سير كيلاسيو، المهم وصلت ركبولي وحد الابرة كيما تع الستيلو للي فيها الحبر في لا دروات (اليمين) والاخرى في لاقوش (اليسرى)، دم تاغي كامل خرج صفاتو المشينة ورجع في لاقوش ساعتين وأنا مبرونشي.

وقبلها راني فتك في الحديث، الشهر للي كنت ندير فيه الابرة تع الكتف السطر عظيم في ظهري وركايبي كي قلت للطبيبة قالتلي ما تدير حتى دوا اتحمل السطر، اتحملتو لمدة الشهر نرقد غير على المعدة تاغي ما نقرش نرقد على ظهري، سطر عظيم جدا.

أيا من قوة المورال الحمد لله الطبيبة قالتلي نحتاجو مليون و700 ألف خلية في الميلتر مكعب وأنا مديتلهم زوج ملايين و400 ألف خلية الحمد لله.

زرعوهملو عن طريق واحد لاباراي برونشواوهالو تحت الجلد في صدور، رحت للدار أنا الغدوة من ذاك وفي هاذ الوقت ماما كانت أونسانت، رحت للدار بلا ما قتلهم نحييت وراني جاي، كي وصلت مع المغرب لقيت ماما سلكت ودخلت واحدة الفرحة ما نوصفلكش.

وحد السمانة وعاودت طلعت لذراير، طليت على خويا لقيتو لابس بقيت معاه واحد السمانة وقالولي يقدر يخرج بصر لازم تعسوه مليح كيما المرة للي فاتت، كلش معقم. بقينا نطلعو لذراير كل سمانة وبعدها كل 10 أيام وبعدها كل 15 يوم وبعدها كل شهر وبعدها كل شهرين وضرك راه كل ستة أشهر والحمد لله، يمشي بالبينييلين كل حياتو، وهذه هي حكايتنا.

- الفاحصة: واش كان إحساسك كي قالولك أنت الوحيد للي تقدر تمدلو؟

- المفحوص: نهار عيطولي ما عرفتش واش ندير، خوف من التبرع مع فرحة تع اللي لقاو واحد يتبرعلو، مجموعة من الأحاسيس المتداخلة، أو بالأحرى مشاعر لأن الإحساس مادي والشعور معنوي.

- الفاحصة: بقي نفس الإحساس ولا تبدل؟

- المفحوص: أواه كي رحت لذراير وبقيت في لاسيتي كنت فرحان، مع الجماعة وقفو معايا ما خلاونيش قع نتأثر نفسيا، بالعكس أحسن فترة كي كنت في قاعد في لاسيتي.

- الفاحصة: بعدت على جو المستشفى أيضا، وضرك واش تحس؟

- المفحوص: الحمد لله، نحس بالفخر والاعتزاز والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته (ضحك)، حسبت روجي نكتب في وصية.

المقابلة الثالثة: دامت حوالي 50 دقيقة

- الفاحصة: اليوم معلش نروحو للطفولة تاعك نحكو عليها شوية؟
- المفحوص: (ضحك) فكرتيني في الطفولة، غير مستقرة تماما، من مدرسة لمدرسة، من سكن لسكن.
- الفاحصة: احكي لي أنا في الاستماع؟
- المفحوص: أنا ثاني الأحفاد من جهة الأبناء، زدت في عائلة كبيرة من أم ابنة خال للأب، وبلا ما نقلك الناس قع كانت زوالية في هذاك الوقت، وبحكم أننا عايشين مع العائلة كان الجد هو الأب كنا نعطولو بابا، وبابا نعطولو باسمو نحسبوه خونا (ضحك).
- عشنا تحت حق الفيتو تع صاحبة السعادة الملكة جدتي اللي كانت حنينة علينا بزاف، ومع عماتي زوج كانوا بلا زواج تربينا على الحب والكرم، والرحمة وحب الغير والإيثار ومساعدة الناس واحترام الصغير وتوقير الكبير.
- كي وصلت 4 سنوات دخلوني للمدرسة القرآنية مع أولاد الجيران، كان الشيخ صارم جدا، ويا ويلك إذا ما تحضرش بعد العصر، من العصر إلى المغرب.
- أيا كي وليت 5 سنوات دخلت للمدرسة التحضيرية بعيدة بزاف، بحكم عمي خدام في المحكمة دخلني المدرسة للي مسامي المحكمة يديني معاه الصباح ويجيبني العشية، وكانت تقريني طاطا(س) الله يذكرها بالخير وكانو زملائي كامل لباس عليهم، اللي باباه

عسكري واللي معلم واللي إيميقري في فرنسا وأنا الوحيد الزوالي فيهم، نشفى كانو كامل يجيبو اللجة وأنا ماما تحط ليمورسو مطلوع مشوط فوق النار فيه شوية سكر (ضحك).

كانو هوما بدلنا المطلوع المشوط بالفرماج والقاطو اللي يجيبوه (ضحك)، المهم نهار اللي ما يكونش عمي لاهي كنت نروح للدار مع بنت الجيران.

قرية وكنت الحمد لله ديما المرتبة الأولى وكان ابن المعلمة يقري معانا وديما تقولو شوف محمد معدنو والو يقري خير منك.

بابا كل مرة وين يخدم، المهم يجيب المصروف (وفي أغلب الأحيان جدي هو اللي يصرف علينا)، المهم وصلت للسنة الثالثة بدت نروح مع بابا للسوق بنهار الخميس، وهو يشري كاش حاجة ويبيعهها وأنا كنت نبيع الصاشيات ونجيب الفرنك ولا 15 مية فايدة.

- الفاحصة: علاقتك مع والديك كيفاه كانت؟

- المفحوص: شوفي، أختي الكبيرة مع خويا ديما هوما اللي يلبسو مريح ويرقدو عند جدتي وأنا نرقد عند ماما هي اللي كانت توكلني وتلبسني وكانت علاقتي بيها هائلة، أما بابا بيه الزلط يجي تعبان مع العشية يعطينا قتلة ويرقد (ضحك).

كنت ديما نتضارب مع خويا نتيجة المعاملة الخاصة اللي يتلقاها أنا والو، أيا نبدي نديرلهم في المشاكل (ضحك) إيبويه الصغر.

نشفي واحد النهار كنت رايج عند بابا في السوق، أيا عند باب السوق طرقت قنبلة، الناس تتطاير في السما والدم والدنيا تقلبت رجعت نجري من باب السوق للدار واحد ال 4 كيلو متر، بابا من السوق يجري حسبني تمت وصلت للدار معمر دم، نشفاها مليح.

- الفاحصة: شحال كان عمرك وقتها؟

- المفحوص: 6 أو 7 سنوات، أيا كي طلعت للرابعة ابتدائي قرية الفصل الأول والثاني، الفصل الثالث انتقلنا من السكن إلى منطقة أخرى، لقيت عالم آخر تماما، بصح في العقلية والناحية الاجتماعية أسوء، أولاد صغار يسبو الدين ويقولو كلام فاحش والفسارة، يعني انزعجت بزاف لأن الوسط اللي كنت فيه ناس كامل يراقبو ولادهم ويعسوهم، والوسط اللي جيت ليه واحد ما يسقسي على ولدو، المهم نقصت شوي فالقرية، كملنا العام وعاودنا انتقلنا لسكنة أخرى وتحولت لمدرسة أخرى هذي المرة لباس شوية ناس عاقلين ومتربيين.

نشفي واحد المرة جا بابا من الخدمة لقانا متضاربين أنا وخويا غلق علينا في المرحاض من المغرب حتى لل 2 تع الليل فتحلتنا ماما جعدة عليه (ضحك).

المقابلة الرابعة: دامت حوالي 30 دقيقة

تطبيق اختبار "رورشاخ".

ثالثا: التحليل الكيفي للحالة:

كشفت قصة حياة الحالة محمد المفصلة أنه كان الابن الثالث ضمن أسرة تتكون ماعدا الأم والأب من ثمانية أولاد: أربعة ذكور وأربع إناث، حيث قضى طفولته الأولى في بيئة قروية محافظة ومتواضعة، مع أسرته تلك التي تعاني الفقر، انعكس عليه في شكل حرمان من الحاجات الضرورية له كاللعب والتوجه بدل ذلك للحياة المهنية، إذ يقول: "وصلت السنة الثالثة بديت نروح مع بابا بنهار الخميس للسوق وهو يشري كاش حاجة ويبيعها وأنا كنت نبيع الصاشيات ونجيب الفرنك ولا خماسطاعش مية فايده".

بالإضافة إلى الحرمان من العاطفة الأبوية وأيضا للضرب والتعنيف من طرف الأب والتفرقة بين الأولاد: "أختي الكبيرة وخويا الكبير كانوا هوما للي يلبسو مlich ويأكلو مlich ويرقدو عند جدتي وأنا نرقد عند ماما وكانت علاقتي بيها هايلة، أما بابا بيه الزلط ديما يجي تعبان العشية يعطينا قتلة ويرقد"، "كنت ديما نتضارب مع خويا نتيجة المعاملة الخاصة اللي يتلقاها وأنا والو، أيا نبدى نديرلهم في المشاكل"، "نشفي واحد المرة جا بابا من الخدمة لقانا متضاربين أنا وخويا غلق علينا الباب في التواليت من المغرب حتى لد 12 تع الليل ففتحنا ماما جعدة عليه".

ولقد لفت انتباهي ومحمد يحدثني عن ذلك كله إلى الطريقة التي يفرض نفسه بها على زملائه وتفوقه في دراسته التي عوض بها نقصه للحاجات الضرورية نتيجة نشأته في بيئة قاسية "زدت في عايلة كبيرة وبلا ما نقلك ناس بكري كانوا زوالية في هذاك الوقت"، "بابا كل

مرة وين يخدم، المهم يجيب المصروف (وفي أغلب الأحيان جدي هو اللي يصرف علينا)، وبالرغم من ذلك فقد تمكن من مواجهة تلك العوامل الضاغطة، ووجد منذ صغره طريقة لتعويض النقص، حيث استثمر نقاط قوته ليغطي بها نقاط ضعفه، وتجسدت قوته تلك في تفوقه في دراسته " أنا كي وليت خمس سنوات دخلت للمدرسة التحضيرية بعيدة بزاف على دارنا بحكم عمي خدام في المحكمة دخلني المدرسة للي مسامي المحكمة يديني معاه الصباح ويجيبني العشية، وكانوا زملائي كامل بخير عليهم للي باباه عسكري واللي معلم وللي ايمقري في فرنسا وأنا الوحيد الزوالي فيهم، نشفى كانوا كامل يجيبو اللمجة وأنا ماما تحطلي مورصو تع مطلوع المشوط فوق النار فيه شوية سكر، كانوا هوما يحبوه ويقولولي بدلنا المشوط بالقاطو اللي يجيبوه هوما"، "قريت وكنت الحمد لله المرتبة الأولى وكان ابن المعلمة يقري معانا وديما تقولو شوف محمد معندو والو يقري خير منك".

تربي الحالة في صغره بأسلوب متدين، وفي جو تسوده القيم والمبادئ الأخلاقية "تربينا على الكرم والحب، والرحمة وحب الغير والإيثار ومساعدة الناس واحترام الصغير وتوقير الكبير، وكى وصلت أربع سنوات دخلوني للمدرسة القرآنية مع أولاد الجيران"، وقد مكنه هذا الأسلوب من تعلم الاعتماد على نفسه وتحدي الصعاب، كما سمح له باستدماج محتويات ثقافة بيئته، إلا أنه من جهة أخرى لم يكن يستجيب لاحتياجاته كطفل وخصوصا تلك المتعلقة باللعب.

أجرى محمد عملية تبرع، تبرع فيها لأخيه المصاب بسرطان الدم منذ حوالي 7 سنوات، من بين الملاحظات التي استطعنا أن نستشفها عن الحالة أيضا أن له القدرة على التعبير اللغوي والانفعالي، حيث يجيد فن الحديث ويحسن إيصال أفكاره، سريع الاستجابة، إجاباته موسعة وإنتاجية أفكاره ثرية وغزيرة، قدراته العقلية تشير إلى وجود ذاكرة قوية، حيث يحكي عن تجربته وأحداث طفولته بطريقة جد مفصلة وأحيانا يذكر تواريخها، حملت أفكاره التقدير العالي للذات، انتباهه يعكس الرغبة في التواصل مع الآخرين، مع قدرة جيدة على الفهم.

إن تجربة مرض الأخ كانت قاسية على محمد وسببت له انعكاسات نفسية كبيرة، منها الاحباط، الاكتئاب والقلق، كون محمد كان ملازم لأخيه منذ بداية ظهور الأعراض إلى غاية شفائه وخروجه من المشفى، والدليل على ذلك أنه يذكر كل تفاصيل مرض أخيه مع ذكر التواريخ، كما أنه وصف مرحلة مرض أخيه بالرهيب، أيضا نلاحظ تكرار كلمة معاناة أثناء الحديث عن رحلة العلاج.

نرى أيضا تعرض الحالة لصدمة أثناء إخباره أنه المتبرع الوحيد حيث قال: "نهار عيطولي ما عرفتش واش ندير خوف من التبرع، مع الفرحة تع خويا اللي لقاو واحد يتبرعلو، مجموعة من الأحاسيس المتداخلة"، وذلك لنقص معلوماته حول العملية التي سيخضع لها، نظرا لعدم التوعية وعدم التمهيدي له من قبل المختصين، حيث تأثر كثيرا بعدم وجود تهيئة نفسية جيدة من طرف الأطباء والأخصائيين النفسانيين لمثل هته العلاجات، وللتخفيف من

وقع الصدمة اعتمد على إلقاء اللوم دائما على الآخر "في دواير ما تاكش قع مع احتراماتي للكل، لأنني عشت التجربة اسمحيلي حكيت بالعاطفة، " شغل مكاش متابعة نفسية للمتبرع، وزيد كاين بزاف للي يهربو يخافو ما يتبرعوش.

للهرب من القلق والواقع المعاش كان المفحوص يقوم بتصريف الطاقة والتوترات النفسية في العمل والدراسة التي لم يتركها وهو في قمة انشغاله بأخيه.

اعتمد المفحوص على موارده الذاتية بشكل كبير في خلق توازن جديد لجهازه النفسي، وتنوعت الطرق التي وظفها لتخفيف القلق والاكتئاب، فغالبا ما كان يلجأ إلى العلاقات الاجتماعية، والغيرية، روح الدعابة "كثير خيرهم وقفو معنا ناس...صحابي يكثر خيرهم وقفو معايا"، "أواه كي كنت في دواير وبقيت في لاسيتي كنت فرحان مع الجماعة وقفو معايا ما خلاونيش قع نتأثر نفسيا، بالعكس أحسن فترة هي كي كنت قاعد في لاسيتي".

من خلال المقابلات تبين أن المفحوص يستخدم لتخفيف الأعراض الاكتئاب بشكل أكبر المشاركة الاجتماعية (الأصدقاء، بعض المرضى) بنسبة كبيرة حيث يركز المفحوص على تحويل ومشاركة القلق والاندماج في مساعدة الآخر كالإعتناء بأخيه وبالعديد من المرضى في المستشفى الذي كان يمكث فيه أخيه "كنت بمثابة الأب الروحي..."، "كيما يقلك كنت أنا الراجل تع السبيطار في هذاك الوقت، التي تخصو حاجة يجيني، وفي نفس الوقت كنت لاتي بخويا نغسلو، ونسيق ونوكل وكلشي".

05	هذا حيوان طائر هذا ظهور	الشكل	D	F+	A
06	هذي سفينة وانعكاسها في الماء	الشكل	G	F-	Obj
07	هذو زوج قرودة في وضعية متقابلين وفي الوضعية العكسية نهر	الشكل	G	F+	A
		الشكل	DbL	F-	Pays
08	هذي زوج حيوانات قوارض متقابلين	الشكل	D	F+	A
09	هذي ما بانتي حتى شكل			Frag	
10	هذي تبان حرب في لعبة الكترونية	اللون والشكل	G	F-	Abst

كرهتهم كاملين، ما عجبونيش.

الجدول رقم (5): بروتوكول رورشاخ للحالة

ثانيا: البسيكوغرام:

<i>Poduction</i>	<i>Appréhention</i>	<i>Déterminants</i>	<i>Contenus</i>
R= 12 TPS TOTALE= 12 MIN	NBR% G= 50% D= 41.66% DBL= 1	F+= 75% F-= % F= K=0 FC= 3 C= 0 TRI= 0 RC= 25%	H= 75% BAN=25% IA= 30% Incertitude interne= 8.33%

ثالثاً: التحليل الكيفي لرورشاخ:

أنماط التناول اقتصر على:

❖ الإجابات الكلية:

- (G= 50%) وهي مرتفعة بالنسبة مقارنة بالمتوسط الذي قدر بـ: (20-30%).
- الإجابات الجزئية الكبيرة نسبتها أقل من العادي فقد بلغت (41.66%) مقارنة بالمتوسط الذي قدر بـ (60-68%).

❖ المحددات:

- بلغ المحدد الشكلي (F= 66.66%) اختلفت بين الموجبة والسالبة، قدرت الموجبة بنسبة (F+=75%) ، حيث يتراوح المتوسط بين (70-80%).
- سجلنا استجابتين إنسانيتين في اللوحة 2.

❖ المحتويات:

- سيطرت المحتويات الحيوانية على استجابات المفحوص، فقد بلغت نسبتها (A=50%) وهي نسبة مرتفعة عن المتوسط المقدر بـ 35%.
- أما المحتوى البشري فقد ورد بنسبة قليلة H=16%.
- رفض البطاقة التاسعة.

دامت مدة اجتياز الاختبار حوالي 12 دقيقة، وقد أثار حالة من القلق لدى المفحوص ترجمها سلوكه من خلال استجاباته المختصرة والموجزة، والتردد الذي ظهر في

استجاباته لبعض الصور، كالصورة الثانية "زوج كحالش تع إفريقيا يشطحو على أنغام السمبا...ضحك...نتمسخر برك".

البروتوكول محدد للغاية مليء بالتردد والشك والحذر، بحيث لم يتجاوز عدد الإجابات 12 إستجابة، رفض المستمر للوحات بحيث قال "كرهتهم كامل"، وضعف الانتاجية وغياب المشاركة الذاتية ووقت الكمون يشير إلى أهمية الميكانيزمات التي تعمل على المقاومة ضد المشاركة الإسقاطية، وحدة مظاهر القلق السلوكية.

كما تدل الإنتاجية المنخفضة أيضا على وجود كف أو تثبيط، دعمه زمن الاستجابة القصير حيث تمكن المفحوص من إعطاء استجابات في وقت قصير جدا يدل على المراقبة، مما يشير إلى وجود رقابة شديدة.

❖ تحليل سيرورات التفكير:

نلاحظ عدم توازن بين المقاربة الكلية والجزئية، فبالنسبة للاستجابات الكلية قدرت بـ (50%) وهي نسبة تفوق السوية ونلاحظ ظهور نوعين من الاستجابة (*G simple*) التي تعبر على اتجاه دفاعي من طرف المفحوص بهدف عدم الغوص في شخصيته، ومنع ظهور العاطفة، خاصة عند اقترانها بمقررات شكلية جيدة (F^+) وبمضامين جيدة (A ; $Apst$; $Anat$)، وهذا ما لاحظناه وما صرح به في المقابلات قوله:

"بلا منزكي نفسي بصح أنا أكثر إنسان شاد روجو عند المواقف في دارنا أكثر من
يما وبابا... يعني غاضتني بزاف مي ما بيننش قدامو".

ارتباط المقاربة الشكلية بالمقاربة الاجمالية يعبر عن استغلال المفحوص للواقع
الموضوعي لأهداف نرجسية، إذ أن التقيد بكل ما هو شكلي يشير إلى مجهود كبير لانبثاق
هوية تجمع ميزة التناظر والسلوك المتكيف لمواجهة الاختلاف عن الآخر. ويظهر الانشطار
بين التكيف العالي والانشغال النرجسي أين تظهر الحدود الهشة والغلاف النفسي المهدد
بالانفجار يدعم هذا ظهور (*GImpressionniste*) في البطاقة رقم (8).

كما يرى ديفارج من خلال (فاسي، 2011، ص205)، أن هذه الاستجابات دليل
على الكبت، أي أن المفحوص يكتفي بالعموميات وينحصر بين الشموليات، أي أنه يخشى
الدخول في التفاصيل والمشكلات.

ظهرت الاستجابات الشكلية الجزئية بنسبة أقل من العادية هذا ما يعكس التباعد بين
النزعات المتعارضة، الاستجابات الجزئية اقترنت بالمحدد الشكلي الموجب أو الجيد، مما
يشير إلى المراقبة المتكيفة المستعملة لأغراض دفاعية تعمل على قمع السيرورات
الإسقاطية.

أظهر البروتوكول نسبة $F=66.66\%$ من الاستجابات الشكلية وهي في حدود
النسبة العادية، ونفس الشيء بالنسبة للمحددات الشكلية الموجبة ويدل على اتصال جيد

بالواقع وتكيف اجتماعي، وضبط جيد على إدراك معين وتوازن، إن سيطرة المراقبة الشكلية على البروتوكول تعبر عن اختناق الحياة العاطفية مع نقص في الاتصال التلقائي بالمحيط الخارجي ونزعة الشلل واللاحركية ونزعات اكتئابية.

كما بلغت نسبة الأشكال الموجبة ($F^+=75\%$)، إن هذا الارتفاع في الإجابات الشكلية الديناميكية تدل على صعوبة تحمل أو عيش تجربة عاطفية، فالشكل الإيجابي يشهد على صراع بين الرغبة والتحكم والوضوح في المحيط والتمسك بالمحدد الشكلي يفسر الرغبة في التحكم في البعد الإسقاطي للبعق وعدم فسح المجال للعالم الهوامي والنزوي تحت تأثير الرقابة الشديدة.

كما أن ارتفاع نسبة $F^+\%$ مقارنة بنسبة الاستجابات الكلية مرتفع أيضا دلالة على أن الذكاء نظري لدى المفحوص، كما أن التتابع مفكك ومرتبط مع أسلوب معالجة ثري، ويدل كل هذا على ذكاء فوق المتوسط لدى المفحوص.

بالنسبة للإجابات الخلفية الظاهرة في البروتوكول ما هي إلا دلالة على وجود كبت عاطفي.

حمل البروتوكول باستجابتين إنسانيتين اقترنت احدهما بالحركة لتشير إلى قابلية المفحوص التعرف على هويته الذاتية، نسبة المقاربة الانسانية تظهر دافعة ومحركة لقدرات

البناء وإنتاج الصور والأشخاص، بحيث يبحث عن صور تقمصية، بمعنى أن السيرورات الفكرية موجودة داخل جاذبة نحو المركز (اقتران الاجابات الإنسانية بالحركة) لكن الميزة العامة لهذه الاستجابات (زوج كحالش تع إفريقيا يشطحو على أنغام السمبا، زوج عباد متقابلين) تسمح بتجنب التعارض بين الرغبة والدفاع وهذا بعكس الازدواجية، وجود الحركة هنا يؤكد الميزة التماثلية للتصورات الإنسانية أين يكون الأول ازدواج للثاني.

أما رفضه للبطاقة 9 التي تشير إلى القلق من نزوة الموت، حيث أثار ذلك قلق لدى المفحوص وكان الإنكار والرفض سبيل الوحيد استعمله المفحوص كميكانيزم دفاعي لإزالته والتخلص من تذكر النرجسي الذي يعاني منه.

❖ الدينامية الصراعية:

الصدى الحميمي لدى الحالة $k < c$ مكتئب، حيث تكاد تنعدم المحددات اللونية وظهر حركة قليلة جدا، دليل على انسحاب اجتماعي وعزلة، ويؤكد ذلك قمع الحالة للحركات التصورية والعاطفية وسيطرة الجانب الواقعي على الإسقاطي، أما فيما يخص الحركة $k=1$ دلالة على وجود كف وميكانيزم الإنكار، رفض اللوحة التاسعة مؤشر على قلق من نزوة الموت، حيث أثار ذلك قلق لدى المفحوص وكان الرفض والإنكار سبيلا وحيدا للتخلص منه.

إن سيطرة المحتوى الحيواني وقلة الاستجابات البشرية يمكن أن تطرح إشكالية نرجسية، ولهذا يمكن القول أن هناك هشاشة في نرجسية، وقلق واكتئاب.

كما قد تشير قلة الاستجابات الانسانية إلى غياب كامل لصورة الجسد أو وجود قلق الانشطار أو انشغالات مرضية.

❖ خلاصة الحالة

أهم ما لوحظ في المقابلات وكذا اختبار "رورشاخ" هو صعوبة المفحوص في التعبير واللجوء إلى الهوامات أمام مادة الاختبار، حيث قدرت الانتاجية بـ 12 وهي قيمة أقل من المعيار العادي، فנסجل بالتالي ميلا عام للاختصار، الوضعية الإسقاطية ظهرت مقلقة ومثيرة للوجدانات القوية للحالة، التعليقات السلبية الكثيرة المتعلقة بمادة الاختبار أو الوضعية تشهد بقوة على لا أمن المفحوص الداخلي أمام مادة الاختبار وصعوبة التعامل مع إثارة المادة قادت المفحوص نحو رفض كل اللوحات وتقليبها، ورفض البطاقة التاسعة، وعليه لجأ المفحوص للكف عموما للتحكم في الوضعية حيث أنها مثلت مصدر ضيق وقلق.

إن تجربة زرع النخاع العظمي التي عاشها المفحوص بالإضافة إلى مرض أخيه أحدث انعكاسات نفسية كبرى عليه، فصدمة مرض أخيه ضف إلى ذلك صدمته بأنه هو الوحيد الذي يستطيع التبرع له، مما سبب له تعارض بين الرغبة والدفاع (خوف من عملية التبرع وفرحة بإيجاد علاج لأخيه)، أدى إلى بعض الاستجابات المرضية نذكر منها:

"هشاشة في النرجسي، قلق، اكتئاب"، الاستعانة بآليات (الرفض، الإنكار، الكبت)، وهذا ما أثبتته نتائج اختبار "رورشاخ" إذ شملت الإجابات قلة الإنتاجية مع سيطرة المحتوى الحيواني، قلة الاستجابات الإنسانية.

بالمقابل يبدي المفحوص توظيف الجلد على المستوى النفسي سواء في التخفيف من أعراض الاكتئاب والقلق بالاعتماد على المشاركة الاجتماعية واللجوء إلى توظيف جيد للجانب الروحاني، وهذا راجع إلى المجتمع المحلي الذي يتمسك بالجانب الإيماني، والذي ساهم بشكل كبير في تقبل الواقع.

❖ مناقشة وتفسير النتائج

إن الدراسات السابقة حول موضوع الدراسة الحالية غير موجودة -حسب اطلاع الباحثة- حيث لم نجد ولا دراسة تناولت عينة المتبرعين بالنخاع العظمي.

لذا سنحاول تفسير ومناقشة نتائج هذه الدراسة في ضوء أدبيات البحث والتراث العلمي المتعلق بالموضوع، بهدف شرح وتوضيح التوافق والاختلاف والتمكن من حديد مكانة الدراسة الحالية بينها.

وعليه فإن ما تم التوصل إليه من نتائج من خلال تحليلنا للمقابلات وتحليل نتائج اختبار "رورشاخ"، تحقق الفرضية التي مفادها: "بيدي المتبرع بنخاع العظم توظيفا نفسيا متنوعا"، فقد أكدت المقابلات ونتائج الاختبار على ظهور نزعات اكتئابية، يشير إلى ذلك

انعدام الاستجابات اللونية وقلة الاستجابات الحركية في التي تعد شبه منعدمة في اختبار "رورشاخ" بالإضافة إلى استجابة الخلفية التي تعد مؤشرا هاما على وجود أعراض اكتئابية.

بالعودة إلى طفولة المفحوص نرى أنه عاش نقصا عاطفيا مرتبط بالحرمان من الحاجات الضرورية كاللعب والتوجه إلى الحياة العملية بدل ذلك، بالإضافة إلى الحرمان من العاطفة الأبوي والتعرض للضرب من طرف الأب.

بالرغم من نشأة الحالة في بيئة قاسية أين عانى في صغره من عدة صعوبات تمثلت في نقص الحاجات الضرورية، إلا أنه تمكن من مواجهة تلك العوامل الضاغطة ووجد منذ صغره طريقة لتعويض النقص، وتجسدت قوته في تفوقه في دراسته.

تربية الطفل في بيئة متدينة ومحافظه ومتواضعة مكنته من تعلم الاعتماد على النفس ومواجهة الضغوط، واستدخال محتويات ثقافة بيئته.

إن الانعكاسات النفسية لعملية التبرع بالنخاع العظمي لا تطرأ فقط على المريض (المتلقي)، فهي لا تقل أهمية عند المتبرع الذي يجد نفسه بين موقفين، الموقف الأول مناقض للثاني، الأول هو فرحته بشفاء أخيه، والثاني خوفه من العملية وانعكاساتها على صحته، إذ يطرح ذلك لديه تساؤلات لو أصاب أنا في المستقبل من سيتبرع لي؟ وهل ستؤثر عملية التبرع هذه مخاطر على صحتي؟ هذا ما يعرض الفرد المتبرع لحالة من الصدمة، نظرا لعدم شرح العملية والتمهيد لها من طرف المختصين كما يعرضه لاكتئاب، ، حيث ذكر

المفحوص خلال المقابلات عزوف الكثير من المتبرعين عن عملية التبرع، والبعض الآخر يطلبون من الأهل مبلغ مالي مقابل القيام بالعملية، وفي حالات أخرى صادفناها أثناء بحثنا عن العينة والتي تعد واحدة من الصعوبات التي تلقيناها أثناء إجراء الدراسة الحالية، رفض المتبرع التحدث عن عملية التبرع ككل سواء مع الأخصائي النفسي أو مع أي أحد آخر وينطوي وينعزل، وخصوصا إذا توفى المتلقي سواء قبل عملية التبرع أو بعدها، يعتبر هذا عرض من أعراض الاكتئاب، وقد يرجع إلى مشاعر الذنب التي قد تجتاح المتبرع نتيجة إحساسه بالعجز عن مساعدة المريض، أو نتيجة الندم لرفضه للتبرع، فيعتبر نفسه المسؤول عن الوفاة.

بمقابل ذلك نجد في الدراسة الحالية أن المفحوص يحاول السيطرة على والتخفيف من أعراض القلق والاكتئاب، وهو ما يسمى بتوظيف الجلد على المستوى النفسي، وذلك بالاعتماد على المشاركة الاجتماعية ومساعدة الآخرين، واللجوء إلى توظيف جيد للجانب الروحاني، وهذا راجع إلى المجتمع المحلي الذي يتمسك بالجانب الإيماني، والذي ساهم بشكل كبير في تقبل الواقع.

كما نلاحظ أيضا من خلال بروتوكول رورشاخ للحالة، تسجيل استجابات تكيفية تمثلت في الاستجابات الشكلية التي وردت في حدود النسبة العادية، ونفس الشيء بالنسبة للمحددات الشكلية الموجبة، التي تدل على اتصال جيد بالواقع وتكيف اجتماعي مع الوضعيات، يدعم ذلك تسجيل استجابة شائعة في اللوحة الأولى.

في الأخير يمكننا القول أن المفحوص رجل ناضج قادر على التكيف الاجتماعي وربط علاقات اجتماعية مناسبة بالرغم من وجود بعض علامات القلق والاكتئاب.

خلاصة عامة

خلاصة عامة:

اعتبارا لما تشكله عملية التبرع من صدمة وتهديدات على المتبرع الجسدية وحياته النفسية، كونها تعد اختراقا قويا للجسد العضوي مخلفة آثارا تألمية من جهة، واختراقا للجهاز النفسي من جهة أخرى، تساءلنا في هذا البحث عن طبيعة التوظيف النفسي لدى المتبرع بنخاع العظم.

كإجابة على هذا التساؤل افترضنا أن المتبرع بالنخاع العظمي يبدي توظيفا نفسيا متنوعا، ولإختبار هذه الفرضية استخدمنا الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية والاختبار الإسقاطي "رورشاخ".

بعد تحليلنا للمعطيات المتحصل عليها، توصلنا إلى نتائج أجابت عن تساؤلنا ومكنتنا من التحقق من صدق الفرضية حيث أكدت أن عملية التبرع بنخاع العظم تؤثر على المتبرع كما تؤثر على المتلقي، حيث تبين أن بروتوكول رورشاخ للحالة وكذا المقابلات يظهران أعراضا اكتئابية، وقلق، لكنه يحاول السيطرة عليه بالتوظيف سيرورة الجلد على المستوى النفسي من خلال المشاركة الاجتماعية، مساعدة الآخرين، اللجوء إلى الجانب الإيماني، كما نضيف أن الإعلان عن مرض أخ المتبرع وكذا إعلان الحالة على أنه هو المتبرع الوحيد الذي يستطيع التبرع له سبب صدمة لديه.

وفي الأخير يجب أن ننبه إلى أن هذه الدراسة ونتائجها تعد مباراة من أجل فتح المجال لدراسات أخرى في إطار علم النفس العيادي في جامعاتنا.

وعلى هذا الأساس حبذنا أن ننهي خاتمة بحثنا ببعض التوصيات والاقتراحات

التالية:

- ✓ إجراء دراسات تربط عينة الدراسة الحالية (المتبرع بنخاع العظم) مع متغيرات أخرى.
- ✓ إجراء دراسات تتعلق بالجانب النفسي والتكفل النفسي والاجتماعي بفئة المتبرعين سواء بنخاع العظم أو التبرع بالكلية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

الكتب والمذكرات:

- بن بردي، مليكة. (2011). التوظيف النفسي لدى المراهقة المغتصبة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصدمي، جامعة الجزائر 2.
- حماد، ابراهيم مصطفى. (2008). مساق الاختبارات النفسية اختبار رورشاخ الاسقاطي، الجامعة الاسلامية: غزة.
- حلوان، زوينة. (2008). التوظيف النفسي لدى الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحار بابتلاع مواد محرقة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصدمي، جامعة الجزائر.
- خشخوش، صالح. (2009). التوظيف النفسي لدى المراهقين الجانحين، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصدمي، جامعة الجزائر 2.
- الزيود، رائد. (2015). زراعة نخاع العظم لأمراض نقص المناعة الأولي: الدواعي والنتائج، المجلة الصحية المغربية، العدد 12.
- زيوي، عبلة. (2009). إدراك الحدود الجسدية والتوظيف النفسي، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
- سيغmond، فرويد. (2000). الموجز في التحليل النفسي، ترجمة القفاش، عبد السلام مكتبة الأسرة.

- سيغموند، فرويد. (1982). الأنا والهو، ترجمة، محمد عثمان نجاتي، دار الشروق، بيروت، الطبعة الرابعة.
- عبة، ليليا. (2012). دراسة البروفيل السيكولوجي لدى المنتحر عن طريق تقنية التشريح النفسي، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصدمي، جامعة الجزائر 2.
- فاسي، آمال. (2012). الاكتئاب الأساسي لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي.
- فايد، حسين. (2008). العلاج النفسي أصوله، تطبيقاته، وأخلاقياته، ط1، مؤسسة طبية للنشر: القاهرة.
- معتصم ميموني، بدره. (2005). الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ديوان المطبوعات الجزائرية: الجزائر.
- ميسوم، ليلي. (2013). الاضطراب النفسي ما بين علم النفس المرضي والمنظور الثقافي الشعبي، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي.
- المركز لطبي للجامعة الأمريكية ببيروت (AUBMC)، التبرع بنقي العظام.
- لابلاش، جان، بونتاليس. (1987). معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفى حجازي، ط2، المؤسسة الجامعية للنشر والتوزيع.

- هال، كلفن. (1970). أصول علم النفس الفرويدي، ترجمة محمد فتحي الشنيطي، دار النهضة العربية: بيروت.
- وهبي، كمال، أبو شهدة، وهبي. (1997). مقدمة في التحليل النفسي، ط1، دار الفكر العربي: بيروت.
- *Nobert Sillamy, dictionnaire de psychologie, Larousse. Paris.*
- العوض، محمد نور. (2017). سرطان الدم وكيفية علاجه، المركز الوطني للمتميزين، سورية.
- كرسوع، مريم عيسى. (2012). مرض السرطان في قطاع غزة، مذكرة مكملة للحضور على درجة الماجستير في الجغرافيا، الجامعة الإسلامية، غزة: فلسطين.
- تايلور، تشيلي. (2008). علم النفس الصحي، ط1، جامعة عمان الأهلية: الأردن.
- معمريّة، بشير. (2007). العوامل النفسية في مرض السرطان، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
- قويدر، دلال. (2008). الخوف من السرطان وعلاقته بالصدمة النفسية، دراسة ميدانية لنيل درجة الإجازة في الإرشاد النفسي، جامعة دمشق: سورية.
- شاحال، حلاج. (2001). زراعة الخلايا الجذعية والنخاع العظمي، جمعية مكافحة السرطان في إسرائيل.

- رحاحلية، سمية. (2011). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي،مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، تخصص: علم النفس الصحة،غير منشورة، جامعة الحاج لخضر باتنة: الجزائر.
- سالم، محمد لبيب، علاج الأورام بزراعة بنخاع العظم، مركز التميز لأبحاث السرطان، جامعة طانطا: مصر.
- كلويفر برونو، ديفيدسون هيلين. (2003)، تكنيك رورشاخ، ترجمة حسين عبد الفتاح، منشورات جامعة أم القرى بمكة المكرمة.

- *Groupe HopitauxAcidem. (2015). Conseils pratiques*

المواقع الإلكترونية

- جمعية آدم لسرطان الطفولة. (2016). عمليات زرع نقي النخاع العظمي، تم السحب من الموقع:

www.adamcs.org.

- مجلتك. (2018). خطورة عملية زرع النخاع العظمي على المريض والمتبرع، تم السحب من الموقع:

www.magltk.com.

- مؤسسة الحسين للسرطان. (2001). إحصائيات عالمية حول السرطان، تم السحب من الموقع:

www.khcc.jo/ar/section.

- منظمة الصحة العالمية. (2015). السرطان، تم السحب من الموقع:

www.who.int/mediacentre/fact/fs_297/ar

- واب طب. (2020). احصائيات سرطان الدم في العالم، تم السحب من الموقع:

Articles .[https : //www.webteb.com](https://www.webteb.com).

قائمة الملاحق

الملحق رقم (1): دليل المقابلة

دليل المقابلة النصف موجهة

- تاريخ إجراء المقابلة: .../.../.....

- زمن المقابلة:

أولاً: محور البيانات الشخصية

الاسم:	السن:
الجنس:	المستوى التعليمي:
الحالة الاجتماعية:	المهنة:
تاريخ الميلاد:	الولاية:

ثانياً: محور تاريخ الحالة المرضي والعائلي

- 1- الحديث عن المشكلة كما تعبر عنها الحالة (متى حدثت، معاشها، انعكاساتها).
- 2- لديك معلومات عن هذه المشكلة من قبل (من خلال المطالعة، أو من خلال الاستفسارات والتساؤلات مع الآخرين والمختصين).
- 3- هل سبب عملية التبرع مشاكل صحية.
- 4- هل سببت عملية التبرع مشاكل في حياتك؟ (التوقف عن الدراسة أو عن العمل عدم القدرة على العلاج، مشاكل في الأسرة، في العلاقات الزوجية أو الجنسية أو الاجتماعية).
- 5- كيف كانت ردة فعل من حولك (عائلتك، أصدقائك، معارفك حول المشكلة، التركيز على الدعم والمساندة).

6- هل تعاني من أمراض عضوية أخرى.

ثالثا: محور التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة

1- هل عانيت من أمراض نفسية قبل هذه المشكلة وعالجتها؟ وماهي هذه أعراض هذه المشكلة؟

2- هل تعرضت لأمراض نفسية بعد هذه العملية؟ وهل تتلقى العلاج حاليا؟

3- هل ذهبت إلى أخصائي نفسي من أجل طلب العلاج أو المساعدة قبل أو أثناء العملية؟

4- هل دخلت المستشفى؟ وماهي المدة؟

5- هل تناولت سابقا أدوية نفسية؟ نعم ()، لا ()، وماهي؟

6- هل تحسنت؟ نعم ()، لا ()، ولماذا؟

رابعا: محور نظرة الحالة للذات والمستقبل



1- كيف هي نظرتك لنفسك؟

2- كيف تتصور نظرة الآخرين لك؟



3- ماهي نظرتك المستقبلية لحياتك؟



4- ما هي طموحاتك وأمنياتك؟

الملحق رقم (2): اختبار رورشاخ

		<p>اللوحة الاولى</p>
		<p>اللوحة الثانية</p>

		<p>اللوحة الثالثة</p>
		<p>اللوحة الرابعة</p>

		<p>اللوحة الخامسة</p>
		<p>اللوحة السادسة</p>

		<p>اللوحة السابعة</p>
		<p>اللوحة الثامنة</p>

	<p>اللوحة التاسعة</p>
	<p>اللوحة العاشرة</p>