الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي1945 قالمة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

الميكانيزمات الدفاعية لدى الراشد المصاب بمرض التصلب اللُّويْحي (SEP) والخاضع لعلاج ("الأنترفيرون"βA1) باستخدام "اختبار تفهم الموضوع" (TAT)

- دراسة عيادية بالمستشفى الجامعي ابن سيناء - عنابة -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:
رقية بوغازي.

إشراف الأستاذ:
د. بَهتان عبد القادر

لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة العلمية	المؤسسة	الصفة
إغمين نذيـــرة	أستاذ محاضر (أ)	جامعة 8 ماي 1945 -قالمة-	رئيسا
بَهتان عبد القادر	أستاذ محاضر (أ)	جامعة 8 ماي 1945 -قالمة-	مشرفا ومؤطرا
مشطر حسيـــن	أستاذ محاضر (أ)	جامعة 8 ماي 1945 -قالمة-	مناقشا

السنة الجامعية: 2019-2020

شكر وتقدير

الحمد لله والشكر لله سبحانه و تعالى على احسانه وتوفيقه وتسهيله لنا وحده لاشريك له الذي سدد خطايانا و ما اسداه لنا من نعم لا تعد ولا تحصى

والشكر موصول الى أستاذي الفاضل المشرف "د. *بهتان عبد القادر*" على كل النصائح والتوجيهات التي لم يبخل بها علينا

كما يسعدني ان أتقدم بجزيل الشكر و العرفان "د. بوركبة منيرة" رئيسة قسم الاعصاب بمستشفى عنابة على مساعداتها لنا في إعداد هذا البحث و كما أتقدم بالشكر الجزيل الي أساتذتي الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة على قبولهم و تفضلهم لتقييم و تثمين هذا العمل في سبيل توجيه النصح و تدارك أي نقص فجزاكم الله كل خير

كما لا أنس أطباء المستشفى الجامعي ابن سيناء بعنابة على مساعدتهم الكبيرة للإتمام هذا البحث

بسم الله الرحم الرحيم

أهدي هذا العمل الى أفراد عائلتي فردا فردا على رأسهم أمي ثم أمي ثم أمي منبع الشجاعة و الصبر و المثابرة و الحنان و الى جمال حياتي و أساس بنائي الى من رآني قلبها قبل أن تراني عيناها الى من غمرتني بالحب و الحنان أمي الحبيبة أطال الله في عمرها و حفظها الله و شفاها لنا و أبقاها تاج فوق رؤوسنا و منبع أملى بالأخص و منارة رؤياي و مشجعة خطاياي في المستقبل و دائما و أبدا

و الى منبع الرجولة و الشهامة الى من جعلني أسمو بين الناس و سخر لي كل الظروف حتى أحيا حياة كريمة و الذي كان يحلم ان يراني أبدو كما أنا عليه اليوم أبي العزيز الغالي حفظه الله لنا

إلى من عشت معهم تحت سقف واحد و شاركوني الحياة حلوها و مرها إخوتي أمير بشرى منار

و صديقات عمري توتو الهام سارة الذين امضينا الخمس سنوات رغم افتراقنا إلا أن الصداقة ستبقى

و الى أفراد أسرتي جميعا على رأسهم كبار العائلتين أجدادي رحمهم الله و من قاسمنا هذا البحث من قريب أو بعيد

*** لبنى***

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
شكر وعرفان	–
فهرس	–
المقدمة العامة	**1**
الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة	
1. الإشكالية	**4**
2. فرضيات الدراسة	**6**
3. أسباب الدراسة	**6**
4. أهداف الدراسة	**6**
5. أهمية الدراسة	**7**
6. تحديد مصطلحات الدراسة	**7**
7. حدود الدراسة	**8**
8. الدراسات السابقة	**8**
9. التعقيب على الدراسات السابقة	**15**
الفصل الأول: الميكانيزمات الدفاعية	
تمهيد	**18**
I. الجهاز النفسي	**19**
1. أقسام الجهاز النفسي	**19**
2. مراحل تطور الجهاز النفسي	**23**
II. ميكانيزمات الدفاع	**24**
1. تعريف الآليات الدفاعية	**24**
2. خصائص الآليات الدفاعية	**25**
3. نماذج من الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها "الأنا" للتصدي للقلق	**29**

4. تصنيف الآليات الدفاعية	33
5. النظريات المفسرة للآليات الدفاعية	36
خلاصة	38
الفصل الثاني: الراشد ومرض التصلب اللويحي	
تمهيد	40
I. البروفيل الطبي	41
1. لمحة تاريخية عن مرض التصلب اللويحي	41
2. التعريف المرضي لمرض التصلب اللويحي	42
3. الآليات الفيزيولوجية المرضية لمرض التصلب اللويحي	43
4. الخصائص المرضية لمرض التصلب اللويحي	45
5. العلامات والأعراض المرضية للراشد المصاب بمرض التصلب اللويحي	45
6. الأشكال الانتكاسية للراشد المصاب بمرض التصلب اللويحي	50
7. الجوانب البيولوجية التي تسهم في التشخيص	51
8. المخطط العلاجي المرضي لمرض التصلب اللوحي	53
II. البروفيل النفسي	60
1. وصف الاضطرابات النفسية للراشد المصاب بمرض التصلب اللويحي	60
خلاصة	62
الفصل الثالث: الدراسة الاستطلاعية	
تمهيد	65
1. الدراسة الاستطلاعية	66
2. منهج الدراسة الاستطلاعية	66
3. عينة الدراسة الاستطلاعية	66
4. الإجراءات المنهجية	67
5. الأدوات المستخدمة	67
6. النتائج المتوصل إليها من الدراسة الاستطلاعية	68
خلاصة	69

الفصل الرابع: الدراسة الأساسية	
1. منهج الدراسة الأساسية	71
2. مجتمع الدراسة الأساسية	71
3. الإجراءات المنهجية	72
4. الأدوات المستخدمة	72
خلاصة	79
الفصل الخامس: تحليل ومناقشة النتائج	
1. تقديم الحالات	81
2. تحليل المحتوى	105
3. النتائج المتوصل إليها	107
الخاتمة العامة	112
قائمة المراجع والمصادر	114
الملاحق	123

فهرس الجداول

جدول رقم (01) يوضح الأعراض المتكررة للتصلب المتعدد	**46**
جدول رقم (02) يوضح توزيع المرض وفقا للأعراض الاولية	**46**
جدول رقم (03) يوضح متابعة وفقا للأعراض الأولية للمرض	**48**
جدول رقم (04) معايير التشخيص الأولية للتصلب اللويحي	**51**
جدول رقم (05) يوضح خصائص مجتمع الدراسة	**72**
جدول رقم (06) يوضح خصائص عينة الدراسة	**72**
جدول رقم (07) يوضح تصنيفات اختبار TAT	**75**
جدول رقم (08) يوضح نتائج الحالة لاستجابات اختبار TAT	**84**
جدول رقم (09) يوضح المكونات الأساسية لبنية الشخصية العصابية	**108**

فهرس المخططات

مخطط رقم (01) يوضح أنواع القلق والميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها الأنا للتصدي له	**33**
مخطط رقم (02) يوضح تصنيف الآليات الدفاعية حسب فرويد	**34**
مخطط رقم (03) يوضح تكوين خوارزمية القرار لعلاج مرض التصلي اللويحي	**55**
مخطط رقم (04) تابع للمخطط رقم (03)	**56**
مخطط رقم (05) يوضح هرم الحاجات لابراهام ماسلو حسب تدرج الحاجات	**76**

فهرس الرسومات

رسم رقم (01) رسم افتراضي للجهاز النفسي "لفرويد"	**22**
رسم رقم (02) رسم "كارسويل" يوضح آفاق التصلب المتعدد في جذع الدماغ والنخاع	**41**
رسم رقم (03) رسم عصبون لشخص مصاب بمرض التصلب وشخص طبيعي	**42**
رسم رقم (04) رسم لطبقة ميلانين سليمة وطبقة تالفة	**44**

قائمة المختصرات

المصطلح	الشرح
ACTH	هو هرمون متعدد اليتيد يفرز أساسا من طرف الخلايا القاعدية للفص الأمامي، والتي تحفز الغد القشرية الكظرية.
LgG	هي بروتينات تساعد على الوقاية من الأجسام الغريبة وتسمى أيضا الأضداد المحيدة .
FS	وهو أحد الهرمونات الجنسية التي تفرزها الغدة النخامية يقوم بتنظيم عمل أعضاء الجهاز التناسلي.
I .B.F	هي متلازمة الأمعاء وهو خلل في وضيفة القلون, وهو اضطراب وظيفي في طريقة عمل المعدة و الأمعاء.
M.B.P	وهو المايلين الأساسي وهو مكون رئيسي في غلاف المايلين ويحفز تكاثر الخلايا التائية.
BLb	يستخدم لإعطاء الأكسجين للأشخاص أو للمرضى أثناء التخدير.
AKP4	هي هدف الجسم المضاد الذاتي للجلوبيولين المناعي في التهاب النخاع الشوكي والعصب البصري المسبب للأمراض في التهاب النخاع والغصب البصري.
NMO	أجسام مضادة يتم تحديدها من (AQP4).
اسيتات GLATIMER	هو دواء يسوق تحت اسم تجاري كوباكسون يستخدم في علاج التصلب المتعدد.
الكورتيكويد	هي حقن تقوم بالتخفيف كم اللم والأعراض الالتهابية في مناطق محدد من الجسم.
كلونازيام	يستخدم كمضاد للاختلال لمنع الصرع ويستخدم في الطب النفسي كدواء مضاد للقلق ومثبت للمزاج لدى المرضى الذين يعانون من الاضطراب (BIPOLAR DISORDE)

بريدنيوزولون	وهو مشتق من هرمون كرتيزول ويستخدم لعلاج مجموعة متنوعة من الحالات الالتهابية وأمراض المناعة الذاتية.
CDA2	هو اسم شامل لمجموعة من الامراض الوراثية النادرة, التي تتميز باضطراب في انتاج كريات الدم الحمراء في نقي العظام لسبب غير معروف.
IFN-bla	الانترفيرون هو بروتين بصنع في جسم الانسان لمحاربة الفيروسات التي تهاجم الجسم يستخدم في علاج عدد من الأمراض لما له من تأثير عتى مناعة الجسم يساعد على ابطاء نوبلت انتكاس المرض.
(MSIS, MFIS)	يستخدم مقياس تأثير الإرهاق ويوضح انعكاس مستويات الإرهاق المحسنة بين مرضى التصلب المتعدد المشاريكين في تجربة العلاج السلوكي الادراكي.
COPM	هو مقياس يستخدم من طرف الممرضين في العلاج الطبيعي (OT) المختصين فيه لتقييم الأداء الوظيفي.
LESالانتكاسة (POUSSES)	هو عبارة عن نوبات تدوم أكثر من 48 ساعة وتظهر فيها أعراض جديدة أو تتفاقم الأعراض السابقة دون أن تكون الحمى او الالتهاب سببا في ذلك.

الميكانيزمات الدفاعية لدى الراشد المصاب بمرض التصلب اللُّويْحي (*SEP*) والخاضع لعلاج "الأنترفيرون"(*βA1*) باستخدام "اختبار تفهم الموضوع" (TAT)

بوغازي رقية (طالبة ماستر عيادي)، جامعة 8 ماي 1945 – قالمة-

ملخص: قمنا بدراسة الميكانيزمات الدفاعية لدى الراشد من خلال دراسة حالة مصابة بمرض التصلب اللويحي وخاضعة لعلاج الأنترفيرون (beta-1a) على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي ابن سيناء بولاية عنابة.

اعتمدنا على المنهج العيادي، حيث قمنا أولا بإجراء المقابلة العيادية مع الحالة قيد الدّراسة، ثم أجرينا عليها اختبار تفهم الموضوع (TAT) أبرزت النتائج أن الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها الراشد المصاب بمرض التصلب اللويحي غير ناضجة، فضلا عن وجود صراعات داخلية تخص العلاقات الأولية، مع تكوين شخصية هشة.

الكلمات المفتاحية: ميكانيزمات دفاعية، راشد، التصلب اللوحي، الأنترفيرون Beta a1.

Les mécanismes de défense chez l'adulte atteint de sclérose en plaque sous traitement au β-A1 par le biais le test du TAT

BOUGHAZI Roukaya ; étudiante en master de psychologie clinique
Université 8 mai 1945 –Guelma-

Résumé : nous avons étudié les mécanismes de défense chez l'adulte à travers une étude de cas d'une femme atteinte de sclérose en plaques et sous traitement par interféron (bêta-1a) au niveau de l'hôpital universitaire Ibn Sina à Annaba.

Nous nous sommes appuyés sur l'approche clinique, où nous avons d'abord mené un entretien clinique avec le cas en question, puis nous avons appliqué le test projectif (TAT)

Les résultats ont montré que les mécanismes défensifs utilisés par un adulte atteint de SEP sont immatures, ainsi que la présence de conflits internes liés aux relations initiales, ainsi la formation d'une personnalité fragile.

Mots clés : *mécanismes de défenses, adulte, sclérose en plaque, Interféron Bêta-A1*

Defense mechanisms of the adult with multiple sclerosis under treatment with β A1 using the TAT test

BOUGHAZI Roukaya ; University 8th May 1945 -Guelma-

Abstract : we studied the defense mechanisms in adults through a case study of a woman with multiple sclerosis and under treatment with interferon (beta-1a) at the Ibn-Sina university hospital in Annaba.

We relied on the clinical approach, where we first conducted a clinical interview with the case in question, then we applied the projective test (TAT).

The results showed that the defensive mechanisms used by an adult with MS are immature, as well as the presence of internal conflicts related to initial relationships, thus the formation of a fragile personality.

Key words: *defense mechanisms, adult, multiple sclerosis, Interferon Beta*

Mecanismos de defensa en adulto con esclerosis múltiple en tratamiento con β A1 mediante la prueba TAT

BOUGHAZI Roukaya; 8 mayo 1945 Universidad -Guelma-

Resumen : estudiamos los mecanismos de defensa en adultos a través de un estudio de caso de una mujer con esclerosis múltiple y en tratamiento con interferón (beta-1a) en el hospital universitario Ibn Sina de Annaba.

Nos apoyamos en el abordaje clínico, donde primero realizamos una entrevista clínica con el caso en cuestión, luego aplicamos la prueba proyectiva (TAT)

Los resultados mostraron que los mecanismos defensivos utilizados por un adulto con EM son inmaduros, así como la presencia de conflictos internos relacionados con las relaciones iniciales, por lo que la formación de una personalidad frágil.

***Palabras clave**: mecanismos de defensa, adulto, esclerosis múltiple, interferón beta.*

مقدمة

تعتبر الحياة الإنسانية جد مهمة وعميقة الدراسة، ويعتبر الانسان كعامل نشط وفعال في سيرورة الحياة، ومن كل جوانبها، حيث يحيط هذا الأخير ويمثل عملية استثمار خارجي لجميع الأشياء المحيطة به، لذلك يكون معرضا إلى نوع من الضغوطات والمشكلات الخارجية الموجودة في العالم الخارجي، فيصبح الفرد يتفاعل مع هذه المثيرات الخارجية المرتبطة به بشكل غير مباشر، فتؤثر فيه ويتأثر بها، وتؤثر عليه، فيصبح بمثابة اطار لهذه المثيرات الخارجية، لكن هذه الأخيرة تستطيع أن تؤثر في صحته الجسمية كانت أو النفسية، وبالتالي قد تؤدي بذلك الفرد إلى إصابته بأمراض جسمية، هذه الأمراض قد تكون مزمنة ونادرة وخطيرة لكن في نفس الوقت يمكن التعايش معها، لكن الخطورة تبقى موجودة.

لذلك فإن الانسان حين يصل إلى سن الرشد، وهي المرحلة التي يتم الانتقال فيها إلى امتلاك الوعي الكافي، تكون جد مرتبطة بالحفاظ على حالة التوازن، لكن الفرد رغم وعيه ونضجه إلا أن الضغوطات والأمراض الجسمية التي تصيبه تفقده العزيمة وأيضا تقديره لذاته ونفسه، لذلك فالفرد وتغير الحالة الصحية له و لتي تتجلى بمجموعة من العلامات والأعراض التي يمكن ملاحظتها بشكل مباشر أو غير مباشرة ، تتوافق مع الاضطرابات العامة أو الموضعية أو الوظيفة أو الآفات، لأسباب داخلية أو خارجية، وتنطوي على تطور تنطوي على تطور مستمر و يكون تطورها مرتبطة للحالة النفسية لكل شخص. (Prerre, 1918, P25).

لذلك من خلال منطلق هذه الفكرة فقد يؤثر الجانب العضوي على الجانب النفسي، فالإصابة بمرض مزمن ونادر كمرض التصلب اللويحي، قد يؤدي في المقابل الإصابة باضطرابات نفسية مصاحبة للمرض كالقلق والاكتئاب، أو العزلة أو النقص، أو الخجل، أو الانسحاب الاجتماعي، أو الإحساس بالنقص، لكن لاحظنا أن التطور الفكري لمفهوم المرض وكيفية التعايش مع فكرة مرض مزمن ونادر وفي نفس الوقت ليس له علاج، أعطى نوع من الرمزية التكيفية، أي مفهوم التكيف مع مجمل الاضطرابات النفسية الناتجة عن الحدث الصدمي، اعتبرت ذات رمز، لكن طبعا تميزت بطابع التفرد الخاص بكل مريض على حدى، لذلك هذا ما تمثلت إليه دراستنا الحالية، بالميكانيزمات الدفاعية، التي تستعملها الأنا للدفاع، أي وظيفتها تعمل على الحفاظ على حالة التوازن والتكيف مع المخلفات النفسية المنتجة من المرض العضوي، لذلك هذا ما سنعرضه في دراستنا الحالية المتضمنة ما يلي:

الجانب النظري يحتوي على ثلاثة فصول

الفصل التمهيدي الذي تضمن الإطار العام للدراسة، ومن خلاله قمنا بعرض إشكالية الدراسة، وفرضيات الدراسة، وأسباب اختيار البحث، وأهدافه وأهميته، وطبعا تحديد مصطلحات الدراسة، وتنتهي بذكر الدراسات السابقة.

الفصل الأول فهو الفصل الخاص باميكانيزمات الدفاعية وتضمن الجهاز النفسي ومكوناته ومراحله وكيفية عمله، ثم التخصص في مفهوم الميكانيزمات الدفاعية وخصائصها وبعض النماذج عنها، وتصنيفاتها المختلفة وختاما موقعها من أهم المدارس المختلفة في علم النفس.

أما الفصل الثاني فصل خاص بالراشد **والتصلب اللويحي وتضمن** لمحة تاريخية عن التصلب اللوحي، ثم تعريف مختصر، وجل الآليات الفيزيولوجية المرضية وللخصائص المرضية والعلامات والأعراض، ثم الاشكال الانتكاسية وختاما بالمعايير الشخصية.

ومن جانب آخر تضمن البروفيل النفسي الخاص للراشد المصاب بالتصلب اللويحي يضم بصفة خاصة مختلف للاضطرابات النفسية التي قد يقع فيها والصدمة النفسية الخاصة به.

الجانب الميداني يضم ثلاثة **فصول**

الفصل الثالث خاص بالدراسة الاستطلاعية يضم أدوات الدراسة الاستطلاعية وطبيعة العينات والمنهج المستخدم وحوصلة النتائج المتوصل إليها.

أما الفصل الرابع الفصل الخاص بالدراسة الأساسية ويضم أدوات الدراسة الأساسية والمنهج المستخدم وعينات الدراسة.

أما الفصل الخامس خاص بعرض ومناقشة النتائج وتحليلها وفقا لفرضيات الدراسة

الجانب النظري

1. الإشكالية

يعتبر الانسان وحدة متكاملة ومترابطة بين ما هو نفسي وعضوي حيث ان هناك بعض المعيقات التي تعترضه تسبب له العجز والإصابة بمختلف الامراض النفسية أو الجسمية.

ويتفق الناس جميعا على ان من حق الانسان ان يعيش حياته في راحة و هدوء نفسي عبر مختلف مراحل العمر لذللك يهتم الناس جميعا بصحتهم النفسية انطلاقا من مسلمة مؤداها ان الاهتمام بالصحة الجسمية وحدها لا يكفي لتحقيق حياة مشبعة بل لابد من ان يصحبها مستوى مناسب من الصحة النفسية السليمة و لعل هذا ما دعى إليه عبد السلام عبد الغفار 1986 الى القول بان حياة يحياها الفرد و هو سقيم لا تقل ضيقا عن حياة يحياها هذا الفرد و هو عليل الجسم بل ان صحة نفسية سليمة قد تساعد او تهون من قسوة المرض العضوي (نبيه ، 2001 ، ص 31) .

ويعتبر المرض المزمن هو المرض الذي يغطي مشاكل صحية مختلفة قد تبدو للوهلة الأولى متباينة، وقد تظهر، بكل مختلف وتظهر في فئات مختلفة (أمراض معدية وغير معدية، اضطرابات عقلية. (منظمة الصحة العالمية، 2003، ص 4). وتتميز الأمراض المزمنة بعد مدتها بمدى تداعياتها على الحياة اليومية ليس فقط للمرضى ولكن أيضا لمن حولهم، هذا الوضع يغير كل شيء، خاصة إذا كان المرض مزمن ونادر، قد يغير كل شيء من الصحة الى نوعية الحياة، والصداقات إلى الحياة الأسرية، والترفيهية إلى الحياة المهنية، المشترك بينهم هو أنهم يؤثرون بشكل منهجي على الأبعاد الاجتماعية والنفسية والاقتصادية لحياة المريض. (منظمة الصحة العالمية، 2005، ص 15)

وفي سياق الامراض المزمنة الشائعة هناك امراض مزمنة ونادرة وتعرف باسم المرض اليتيم أي امراض تصيب نسبة صغيرة من الافراد لذلك يعتب المرض نادرا إذا أصاب شخص واحد من مجموعة محددة من الناس (كمال االميلادي، 2004، ص16)

ومن هذه الأمراض المزمنة أو النادرة أمراض تصيب الجهاز العصبي التي تصيب الشاب الراشد خاصة، هو مرض التصلب اللويحي.(MS) .

يعتبر التصلب اللويحي multiple scléroses يصيب واحدا على وجه التقريب من كل 1600 امريكي يصاب بالتصلب و خو مرض ينجم عن تفسخ انسجة معينة في الدماغ و يمكن ان يسبب هذا التفسخ شلل و أحيانا العمى و الصمم و الاعراض المبكرة لهذا المرض تتضمن الشعور بإخدار و ازدواج الرؤية و تقلص القدم الشديد و قد تظهر الاعراض في سنوات معينة ثم تختفي و يعقب كذلك حدوث تدهور مستمر و الاثار التي يحدثها التصلب المتعدد تنجم عن تفسخ الغشاء المليين myéline Sheth الذي يتكون من المادة الدهنية المحيطة بألياف الخلايا العصبية و تعمل هذه المادة على تسهيل توصيل النبضة العصبية عبر الخلية و يصنف التصلب المتعدد ضمن الاضطرابات المتعلقة بالمناعة الذاتية و يعد كذلك لان جهاز المناعة يفشل في تتميز انسجته الخاصة فيقوم بمقاومة الغشاء الميلين المغلف للخلايا العصبية (شيلي، 2008، ص73)

يعرف مرض التصلب اللويحي أو التصلب المتعدد أيضا على أنه مرض نادر ومزمن في نفس الوقت يصيب الجهاز العصبي المركزي ويؤثر على الدماغ والحبل الشوكي، وحسب منظمة الصحة العالمية، أنه عاطفة منتشرة في الجهاز العصبي المركزي، وتتميز تشريحيا عن طريق لويحات الآفات المنتشرة على طول المحور النخاعي، وسرسريا بواسطة صورة عصبية متعددة الأشكال تتطور بنوبات متتالية تتخللها نوبات أحيانا طويلة الأمد (Blacceu, Bilair,1943, P 1495).

ونظرا لأن هذا المرض يعتبر مرض جد مزمن ونادر في نفس الوقت لا يوجد له حد لحد الآن علاج شاف، قد يسبب معاناة نفسية سلبية خاصة للمريض وعائلته، ومن بين الاضطرابات النفسية الشائعة التي قد يقع فيها الراشد المصاب بالتصلب اللويحي، القلق أو الاكتئاب النفسي.

كما يعرف الاكتئاب على أنه هدم بالضغط يتم تطليقه لتحديد حالة ذهنية وعاطفية من اعتناق وتعاسة ممتدة ناجمة عن ضغوط الحياة، والتي يمكن أن تكون مؤقتة أو دائمة.(Qicharia Sakre, 2009, P18) .

لذلك غالبا ما قد يرتبط الاكتئاب بالتصلب المتعدد بالتهيج والقلق والأرق، ويزيد تواتره عن الحالات العصبية الأخرى أو الأمراض المزمنة الأخرى.(Tedman, Young, 1997, P384) .

وأيضا فيما يخص القلق في التصلب اللويحي قد يرتبط به، لأنه قد يعتبر كرد فعل مفهوم لمرض مزمن . (Montreuil, Pelletier, 2010, P23)

وبالتالي قد يلجأ الانسان الراشد إلى معالجة المواقف التي قد تسبب له القلق والاكتئاب، كرد فعل خاص بهذا الإحباط الحادث، كمواجهة للأشكال والتغلب عليه بطريقة خاصة وفردانية، أي كل شخص وكل فرد وبنية شخصيته طريقة مواجهته، وذلك بالاستعانة بمجموعة من الآليات الدفاعية لمواجهة هذا القلق والاكتئاب.

وتعتبر هذه الأخيرة بمثابة أساليب نفسية آلية التي يستجب بها الأفراد لحماية أنفسهم من القلق أو الادراكات الحسية للخطر أو عوامل الضغط الداخلية أو الخارجية هو آليات دفاعية نفسية (Christce Pher et al, 2004, P 6).

ويتم الكشف على هذه الا خيرة بمجموعة «بيري" (2004) Perry من الاختبارات الاسقاطية، من بينها اختبار تفهم الموضوع، والهدف منه تطبيق هذا الاختبار الكشف عن الأنواع الميكانيزمات الدفاعية التي قد يستخدمها الراشد المصاب بالتصلب اللويحي كإشكال لبحثنا، وللكشف عن هذه الميكانيزمات قمنا بتطبيق اختبار تفهم الموضوع (TAT)، ومن هذا المنطلق يمكننا التطرق إلى التساؤل الرئيسي الذي يقوم عليه بحثنا:

التساؤل الرئيسي:

ماهي الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها الراشد المصاب بمرض بالتصلب اللويحي الخاضع لعلاج "الأنترفيرون "beta 1a ؟"

2. فرضية الدراسة:

- يستخدم الراشد المصاب بمرض التصلب اللويحي والخاضع لعلاج الأنترفيرون beta 1a ميكانيزمات دفاعية متنوعة (ناضجة وغير ناضجة).

3. أسباب اختيار الدراسة:

- التوعية بمخاطر المرض والتعرف عليه بكل جوانبه.
- تسليط الضوء عليه بتعريفه والالمام بالأعراض والمضاعفات الأساسية له.
- ملئ نقطة الفراغ خاصة بتعريف المرض وطبيعته وخاصة ان جل الافراد يجهلونه نظرا لأنه مرض نادر ومزمن.

4. أهداف الدراسة:

- دراسة الجانب اللاشعوري كمبادرة لفهم سيرورة التوظيف النفسي من خلال الكشف عن نوع الميكانيزمات التي يرتكز عليها (لا شعوريا) مريض التصلب اللويحي بهدف التكيف.
- تسليط الضوء على هذه الفئة باعتبارها فئة مهمشة وتحتاج إلى عناية نفسية معمقة.
- توجيه الاهتمام إلى الحياة النفسية لهذه الفئة، نظرا لوجود معاناة نفسية وجسمية لهم، للتكفل الخاص بهم.
- فهم طبيعة الاضطرابات النفسية وأنواعها وكيفية تصدي هذه الفئة من المرض لمثل هذه الاضطرابات.
- الإعلان عن الحالة والمعاناة والدمار النفسي الشديد لهؤلاء المرضى من جهة عدم وجود علاج فعال إلى حد اليوم لهذا المرض.
- تسليط الضوء على هذا المرض باعتباره مرض نادر وغير معروف كثير نظرا لأن جل المرض المصابين به يعيشون حياة طبيعية إلا أن البعض منهم أو معظمهم في حالة جسمية ونفسية يرثى لها ويعانون في صمت.
- رمزية دينامية البنية النفسية مقابل رمزية الجسد.
- رمزية الجانب النفسي مقابل الجانب الجسدي.
- رمزية المرض الجسدي مقابل الاستعداد العضوي.
- رمزية الاستعداد العضوي مقابل رمزية العضو المصاب.

5. أهمية الدراسة:

تكمن أهمية دراسة موضوع الميكانيزمات الدفاعية لدى الراشد المصاب مرض التصلب اللويحي (MS) فيما يلي:

- ❖ الجانب النفسي يلعب دورا كبيرا ومهما في نشوء هذا المرض ويعتبر من أهم مضاعفاته.
- ❖ إن التصلب اللويحي يعتبر من الأمراض الشائعة جدا ومحل اهتمام الكثير من الأطباء المخصصين في المجال.
- ❖ أصبح المرض يهدد جميع الفئات العمرية في كل المجتمعات.
- ❖ لابد من توعية الشريحة المصابة به وكذا إلمامهم بجميع مظاهره والحالات النفسية التي تصاحبه.
- ❖ ونظرا لموضوع أن الميكانيزمات الدفاعية موضوع نادرا خاصة لهذه الفئة من المرض، خاصة وأن في الوطن العربي غير الدراسات الأجنبية لا يوجد دراسات مشابهة لهؤلاء المرض خاصة بالميكانيزمات الدفاعية.
- ❖ ربما التوعية من أجل تحسين عملية التكيف النفسي للمرض التصلب نظرا لخطورة وضعهم النفسي والجسدي.

6. تحديد مصطلحات الدراسة:

الميكانيزمات الدفاعية: هي حيل نفسية لاشعورية يستخدمها الراشد المصاب بالتصلب اللويحي بهدف التكيف للتخفيف من حدة الإحباط والقلق والصراع الذي يهدد امنه النفسي

الرشد: هي الفترة العمرية التي تمتد من نهاية المراهقة وبداية سن الشيخوخة ويصبح الانسان فيها أكثر نضجا ووعيا

الراشد المصاب بالتصلب اللويحي: هو راشد لديه مرض مزمن ونادر مع غياب أسباب لهذا المرض والطرق المتنوعة وشبه النادرة لتشخيصه وعلاجه وهم راشدون شباب تتراوح أعمارهم ما بين 20-40 سنة مصابون بما هو شائع بين المرضى والأطباء " andiqa invisuelle" "ms ".

الأنترفيرون beta 1a: هي عبارة عن ابر تستخدم بهدف التخفيف من أعراض المرض وتؤخذ عن طريق الحقن في أي مكان في الجسم.

7. حدود الدراسة:

✓ **الحدود المكانية:**

تم إجراء الدراسة على مستوى المستشفى الجامعي ابن سينا بولاية عنابة، وأيضا المستوصف أو العيادة الطبية 8 ماي 1945 بعنابة الذي أجريت فيه الدراسة الاستطلاعية.

✓ **الحدود الزمانية:**

تم إجراء الجانب التطبيقي للدراسة في الفترة الممتدة من: 11-12-2019 إلى غاية 15-03-2020.

8. الدراسات السابقة:

1. دراسات خاصة بمرض التصلب اللويحي

1-1- دراسة "كوبي"[1]: (Christophe Coupè, paris, 2010) .

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة الروابط بين الاضطرابات العاطفية والمعرفية، واستراتيجيات النسخ ونوعية الحياة في اللويحات التقدمية والتصلب الجانبي والضموري في بيئة المستشفى تضمنت عينة الدراسة مجموعتين من المرض مرض التصلب اللويحي وALS ، وشملت هذه الدراسة على مجموعة من الأدوات المستخدمة المتمثلة في تحليل المكونات الرئيسية (PCA) من المتغيرات الكمية فـ (PCA) يجعل تمثيلات المستوى وبالتالي يمكن تفسيرها بصريا، مقاييس سريرية لمقاييس الرئة والتوجيه وتركيز الانتباه، والعمل البصري المكاني، الذاكرة والعاطفة وتقسيم أداء وصعوبة تحديد العواطف، القلق، والاكتئاب على العاطفة BN و TASو HADSو.PQUS

وأظهرت نتائج الدراسة غير المتجانسة بوضوح عدم تجانس كبير داخل مجموعات المرض، وبالتالي ترجمة أنه لا يوجد ملف شخصي نفسي محدد في مرض التصلب العصبي المتعدد وفي مرض التصلب الجانبي الضموري بالإضافة إلى ذلك لملاحظة وجود قدر كبير من الوضع بين جميع مرضى التصلب المتعدد التقدمي ومجموعة ALS حول الأبعاد السريرية التي تم تقييمها.

1-2- دراسة "كولونجي" و "سيزيف"[2] : paris (N. Collonges, J De Sézef, 2011).

هدفت الدراسة إلى فهم العمليات العاطفية في مرض التصلب العصبي المتعدد بشكل أفضل وبشكل خاص التعرف على مشاعر الوجه والتجربة العاطفية على مرضى يعانون من التصلب العصبي المتعدد تمت الدراسة على عينة تكونت من 13 مريضا يعانون من التصلب العصبي المتعدد، يحولون مرض التصلب اللويحي (Ms مع متوسط درجة EDSS من 2 إلى 13 مواضع السيطرة المتطابقة في العمر (متوسط العمر 42 سنة والجنس والمستوى الاجتماعي)، استخدم الباحثون مقياس، بيك للاكتئاب، ومقياس هاملتون للقلق، وبطارية تقسيم الوظيفة المعرفية قصيرة. المدى

[1] Étude des liens entre troubles émotionnels et cognitifs, stratégies de « coping » et qualité de vie dans la sclérose en plaques et formes progressive et la sclérose latérale amyotrophique.
[2]Moindre réactivité émotionnelle aux stimuli négatifs dans la sclérose, en plaque résultats préliminaires.

وتقسيم التعرف على الوجه وعاطفة الوجه باستخدام اختبار التعرف على الوجه بينتون، واختبار الوجه Ek.man على التوالي قدموا أيضا 12 صوتا و12 صورة من الأصوات الرقمية العاطفية الدولية (IADS) ، النظام الدولي للصورة العاطفية(IAPS) ، وذلك من أجل دراسة التجربة العاطفية للمرض من خلال تقسيمات التكافؤ الذاتي والتقسيمات الخاصة بهم (الصحوة العاطفية)، وأسفرت النتائج انه لم يتم العثور على عجز في التعرف على عواطف الوجه لدى مرضى التصلب، ولكن يجب مراعاة العدد الصغير ومع ذلك يبدو أن المرضى الذين يعانون من صعوبات في التعرف على مشاعر الوجه لم يوجد فرق كبير بين المجموعتين من حيث التكافؤ العاطفي، ومع ذلك يبدو أن مرضى التصلب العصبي المتعدد بغض النظر عن حالتهم، الغدة الصعترية وملفهم المعرفي لديهم تفاعل عاطفي أقل مع المحفزات السلبية لكل من الأصوات. (0.002=ع والصور 0.005=ع).

من ناحية أخرى لا تختلف تفاعلات الأشخاص الخاضعين للمراقبة، وبالتالي تشير هذه البيانات إلى الاضطراب العاطفي في مرض التصلب العصبي المتعدد وعملية أساسا أقل تفاعلية للمنبهات السلبية والتي يمكن أن يكون لها تأثير حقيقي في الحياة اليومية والعاطفية الخاصة، هذه التغيرات من العواطف تستحق أن تؤيدها مجموعة أكبر.

1-3- دراسة[3]: (محمد جابر تالين النمري أحمد عبانة، 2013) (الأردن).

هدفت الدراسة هي دراسة خصائص مرض التصلب اللويحي في مجموعة المرضى الأردنيين التي تمت مراقبتهم في لجنة دواء أنترفرون ومن ثم مقارنتهم مع لجنة مرض من دول عربية أو شرقية أو وسطية أخرى أو دول غربية، تمثلت عينة الدراسة (101 مريض بالتصلب اللويحي) وأسفرت نتائج هذه الدراسة على أن أعمار المرضى عند بداية المرض 27 مع وجود 70 أنثى و 31 ذكر، وكان أعلى معدل للإصابة في العقد الثالث من العمر، بدأ المرض مبكرا عند 10 مرضى كلهم إناثا قبل 18 سنة كان متوسط طول فترة المرض 33 سنة، إلتهاب العصب البصري، إصابة النخاع الشوكي، إصابة جذع دماغ المصابين بهجمة واحدة 28 مريض، متعدد الهجمات 66 مريض، وكانت النتيجة إذا أن معظم خصائص مرض التصلب في الأردن كانت متشابهة للتقارير الصادرة في معظم الدول العربية والغربية وهناك احتمالية زيادة في معدل الحالات.

1-4- دراسة[4] : (Nicki Ward Abel, 2013) .

كان الهدف من هذه الدراسة بما أن الإرهاق الذي يصيب الأفراد المصابين بالتصلب من الأعراض المعقدة التي يصعب علاجها ليس فقط لأنه يختلف بشدة حسب كل حالة ويختلف إحساس الفرد به حسب كل فرد، لذلك كان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو تطبيق مبادئ إدارة الإرهاق يمكن أن تؤدي إلى التخفيف المحتمل في التأثير الإعاقي للإرهاق لدى الأفراد المصابين بالتصلب المتعدد، وتمثلت عينة الدراسة على حالتين من مرض التصلب اللويحي، وقاموا في التخطيط وتنفيذ هذه الدراسة والبرنامج بالاستعانة بمجموعة من الأدوات مقياس تأثير الإرهاق

[3] (خصائص سلسلة من مرض التصلب العصبي لمرضى التصلب اللويحي).

[4] التدكم الذاتي في الإرهاق عند مرضى(MS) ، في جامعة برمنجهام، (المملكة المتحدة).

المعدل(MFIS) ، مقياس الأداء الوظيفي الكندي(COPM) ، أداة تستخدم من طرف متخصصة في التصلب اللويحي (OT)للاكتشاف التغير في نظرة الشخص لأدائه الوظيفي مع مرور الوقت، كما تستخدم مقياس تأثير التصلب المتعدد (MSIS)لتقييم الشخص، وتعتمد هذه الأداة على المرض وتقوم بالجمع بين وجهة نظر الشخص مع أساليب القياس النفسي المتخصصة، واستخدموا 20 عنصر مادي و 9 عناصر نفسية لقياس تأثير التصلب اللويحي، وأسفرت نتائج هذه الدراسة لدى الحالتين، وجود تحسن في شعور الأفراد بالارهاق، وأدائهم ودرجة رضائهم وعلى الرغم من أن النتائج ليست قوية، إلا أنها توضح وجود اتجاه إيجابي، وليس من المتوقع وجود تحسنات أكبر غير واقعية لطبيعة التصلب المتعدد وعدم القدرة على التخلص النهائي من الإرهاق.

1-5- دراسة Mariem Damak, Sihem Ben nsir, Ema Turki, Imen Bouchhima, Mohamed Imed Miladi,[5] Chokri Ithiri, 2014).

هدفت الدراسة إلى دراسة القلق والاكتئاب في سلسلة من المستشفيات في جنوب تونس، وذلك لرؤية هل توجد هناك روابط وعلاقة بين الأداء العاطفي السريري للمرض تضمنت عينة الدراسة من 100 مريض من مرضى التصلب اللويحي (في متوسط العمر +39، تم تقسيمهم 36 رجلا و64 امرأة)، تم دراسة بياناتهم الوبائية (العمر في وقت الدراسة، الجنس، الحالة المدنية والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والتعليمي..) واستخدموا في هذه الدراسة مجموعة من الأدوات : درجة الاعلاقة التي تم تقييمها بواسطة EDSS (مقياس حالة الإعاقة الموسعة) وهو مقياس تقييم Hundicup الذي تم تكييفه خصيصا للتصلب المتعدد، تم استخدام مقياس HADS لتقييم القلق والأعراض الاكتئابية، وتم اجراء التحليل الاحصائي بSPSS ، وأسفرت النتائج إلى تم العثور على تاريخ من الأمراض المزمنة العامة في 25 مرض، نون من الحساسية في 15 مريضا، قرحته مشاكل الجهاز الهضمي والاثني عشر في 4 مرضى على التوالي، تم العثور على تاريخ الطب النفسي في ومرض الاكتئاب في 4 مرضى، تحويلات هستيرية في 2 مرضى، ذهان النفاس في مريض واحد، انفصام في مريض واحد والاضطرابات ثنائي القطب في مريض واحد، تم العثور على نتائج تحليل القلق في 30 مريضا والاكتئاب في 23 مريضا وبالتالي تواتر القلق والاكتئاب على التوالي 30% و23% من الحالات.

1-6- دراسة[6]: (Sofy, Vantoni, Kwinton, Arnod Koy , Tkouviski Patrik, Virmishe, 2015, paris).

هدفت الدراسة أو بالأحرى كان الهدف الرئيسي للدراسة، من خلال قيام بمسح شامل للأشخاص المصابين بالتصلب اللويحي هو وصف وضعهم الوظيفي، وكانت الأهداف الثانوية منذ متى وكيف تؤثر أعراض التصلب المتعدد في البداية على التوظيف في حد ذاته وماهي الاستراتيجيات التي يستخدمها الأشخاص الذين يعانون من مرض التصلب العصبي المتعدد للتغلب على مشاكلهم الوظيفية، وتمت الدراسة على عينة من المرضى أجريت دراسة استقصائية بتأثير رجعي لجمع البيانات من الأشخاص الذين يعانون من المرض والذين تتراوح أعمارهم ما بين 18 عاما فأكثر وتمثلت الأداة المستخدمة في هذه الدراسة أداة ويب بمساعدة الكمبيوتر وأسفرت النتائج على أن كل مجموعة 941 مستجيبا يعملون في وقت تشخيص التصلب المتعدد أو عملوا لاحقا، متوسط، الوقت مدة التشخيص

[5] Anxiété et dépression dans la sclérose en plaques : a propos de 100 patients tunisiens.
[6] L'effet de la *SEP* sur l'emploi et l'inutilisation, stratégies de maintien dans l'emploi.

10 سنوات، كان للتصلب المتعدد تأثير على التوظيف 74.5% قد توقفوا عن نشاطهم المهني لسبب متعلق بالتصلب المتعدد، كان متوسط الوقت في التشخيص إلى توقف النشاط المهني المرتبط بالتصلب المتعدد، 24 عاما (فاصل الثقة 95% 21.7-26.3 عاما، كان المجيبون على دراية بالأدوات المتاحة لمساعدتهم في الاحتفاظ بالعمل لذلك من خلال هذه الدراسة فإنها تسلط الضوء على أهمية التدخل المبكر من قبل طبيب الطب المهني من أجل تفضيل الاحتفاظ بالوظيفة واستخدام الأدوات المتاحة من قبل جميع العمال المصابين بمرض التصلب العصبي وليس فقط أولئك الذين يتمتعون بمكانة معترف بها كعامل معاق.

1-7- دراسة[7] : (Mélanie Démers Juin, paris, 2016) .

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير الوظائف المعرفية المختلفة لاسيما سرعة معالجة المعلومات والذاكرة والانتباه، عند مرضى التصلب اللويحي، لذلك كان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو فحص التقييم الذاتي لأداء الذاكرة المرتقب والرجعي في مرض التصلب اللويحي مع مراعاة حالة ضعفهم الإدراكي، وشملت عينة الدراسة على متكونة من (30) مريضا يعانون من مرض التصلب العصبي المتعدد فـ 24 مواضيع التحكم مطابقة للعمر والتعليم، واستخدموا في هذه الدراسة مجموعة من الأدوات مقياس حالة الإعاقة الموسعة (EDSS) اختبار البطارية (استبيان الذاكرة المرتقب الرجعي يتكون PRMQ من 16 سؤالا لتقييم تواتر أخطاء الذاكرة اليومية، الاختبارات النفسية العصبية (وظائف تنفيذية لترتيب الصور WAIS ، IIDPAامتاهات WISCTأوجه التشابه-WAIS) Stroop (III، اختبار دوب –(اختبار فرز بطاقة-wisconsin, TMT, WCST ، خريطة حديقة الحيوان)، اللغة (طلاقة لفظية)، العمل (اختبار الإظافة التسلسية السمعية بخطى(PASCAT ، وأسفرت نتائج هذه الدراسة على أنPRMQ ، تم حساب متوسط درجات السؤالين لكل من فئات PRMQ الثمانية، بالإظافة إلى تم استخدام تحليلات التباين لتحديدها إذا كان مرضى التصلب المتعدد يختلفون بشكل كبير عن الأشخاص الخاضعين للمراقبة، كما هو متوقع أبلغ مرضى للتصلب المتعدد عن أخطاء PM بشكل متكرر أكثر من الأشخاص الضابطين، مما يشير إلى أنه عجز PM تم الإبلاغ عنه بشكل متكرر أكثر من عجزRM ، أي أن ميل مرضى التصلب المتعدد للابلاغ عن المزيد من فشل الذاكرة مرتبط عكسيا بمستوى ضعف الادراك لديهم كلما كان المرضى ذوي الإعاقة المعرفية أكثر، انخفضت درجاتهم فيPRMQ ، وفي الواقع لم يلاحظ أ اختلافات كبيرة في الإبلاغ بين مرضى التصلب العصبي المتعدد.

1-8- دراسة[8]:(حسين محمدي، محبوبة عسكري، 2017).

هدفت الدراسة إلى معرفة الأبعاد المعنوية، على أنها عنصرا رئيسيا لصحة الانسان والتي تؤدي إلى ازدياد الرغبة لتعليم الأدوار المعنوية، أن للصحة المعنوية أثرا إيجابيا على الصحة وطول العمر والتحسن من الأمراض الجسمية ولهذا فإن الغرض من هذه الدراسة، دراسة مدى تأثير التعليم الجماعي للصحة المعنوية على الأمل واستراتيجيات المواجهة لدى المصابين بالتصلب اللويحي، وشملت عينة الدراسة، كتجربة سريرية متاحة، وقد تم اختيار المجتمع الإحصائي لهذه الدراسة، أعضاء جمعية دعم مرض التصلب اللويحي في طهران، في بادئ الأمر تم

[7] -Cognition et qualité de vie dans la sclérose en plaques.

[8] طهران دراسة مدى تأثير الصحة المعنوية على الأمل واستراتيجيات المواجهة في المرضى الذين يعانون في التصلب اللويحي.

اختيار 100 شخص من أعضاء جمعية دعم مرض التصلب تم اختيار 30 شخصا من بينهم بصورة عشوائية ومن بعد ذلك تم تقسيمهم إلى مجموعتين 15 للاختبار و15 للمراقبة وقد عقد أخصائي علم النفسي السريري دورة تعليم الصحة المعنوية بصورة جماعية وفي 8 جلسات كل جلسة تستغرق 90 دقيقة وذلك باستخدام مجموعة من الأدوات كاستبيان ميلر للأمل(MHS) ، واستبيان استراتيجيات لازاروس وفولكمان، والاختبار البعدي باستخدام تحليل التباين المشترك وأسفرت النتائج على أنه يمكن ازدياد مستوى الأمل وتعزيز لستراتيجيات المواجهة الفعالة (المتمحور على الأسئلة) عن طريق تعليم الصحة المعنوية، أي أنه يمكن ازدياد مستوى الأمل وتعزيز استراتيجيات المواجهة الفعالة عن طريق تعليم الصحة المعنوية.

1-9- دراسة[9]: (د. شريفي هناء، دبرزوان حسيبة، بولكويرات صليحة، الجزائر، 2018).

هدفت هذه الدراسة إلى إظهار مدى فاعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من استجابة القلق والاكتئاب لدى المصابين بالتصلب اللويحي، وتكونت عينة الدراسة من حالتين (20-40 سنة) تم اختيارهم بطريقة قصدية، وكان المنهج المستخدم في هذه الدراسة المنهج الشبه التجريبي، واعتمدوا على مجموعة من الأدوات التي تم استخدامها، المقابلة النصف موجهة، ومجموعة من الاختبارات النفسية، مقياس بيك للاكتئاب(Beck) ، مقياس، القلق لسيلبرجر(Spielberger) ، وأيضا استخدموا مجموعة من التقنيات العلاجية، وذلك للاستمرار العملية العلاجية وتعزيز استقلالية العميل. (تقنية الاسترخاء العضلي، تقنية الواجب المنزلي، تقنية ضبط الذات، تقنية تأكيد الذات، تقنية النمذجة).

وأسفرت النتائج على وجود فروق في القياس القبلي والبعدي في درجة أعراض القلق وأعراض الاكتئاب لدى كلا الحالتين حيث تم تعليم المفحوصتين التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية، والمتمثلة في تقنية الاسترخاء، وتأكيد الذات، ضبط الذات وتقنية النمذجة والتي ساعدت المفحوصتين على التحكم بانفعالاتهم وتغيير الأفكار السلبية إلى أفكار إيجابية بالإضافة إلى تعلم سلوكات جديدة تسهل عليهم التكيف.

1-10- دراسة[10] دليلة زناد، أمينة خرايفية، جامعة الجزائر 2 "أبو القاسم سعد الله"،

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة نوعية الحياة التي يعاني منها مرضى التصلب المتعدد ومجالاتها وأيضا التعرف على المعاش السيكولوجي لمرضى التصلب المتعدد وأبعاد نوعية الحياة لهذه الفئة من المرضى، وقامت هذه الدراسة على عينة من المرضى المصابين بالتصلب اللويحي بالجزائر العاصمة.

واستخدموا في هذه الدراسة مجموعة من الأدوات منها المقابلة العيادية، وسلم تقدير نوعية الحياة، والمعالجة الإحصائية قاموا باستخدام تقنيات إحصائية، الهدف منها هو التوصل إلى مؤشرات كمية تساعد في التحليل والتفسير وقد تم اختيار برنامج SPSS في نسخته 180، وتوصلت الدراسة إلى أن نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالتصلب المتعدد متدهورة حيث أن المتوسط الحسابي يقدر بـ م=13.15 وانحرافها المعياري ع=9.48 وأن

[9] فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من استجابة القلق والاكتئاب لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي
[10] نوعية حياة المرضى المصابين بالتصلب المتعدد.

أفراد العينة يمثلون درجات منخفضة في معظم أبعاد نوعية الحياة خاصة فيما يخص بعد الألم الجسمية والعلاقات مع الآخرين والصحة النفسية والجسمية، وأيضا وجود اختلاف نوعية حياة للمرضى المصابين بالتصلب المتعدد باختلاف الجنس، حيث أن نوعية الحياة لدى الإناث متدهورة فقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لها م=13.13 بانحراف معياري ع=10.12، بينما نوعية الحياة لدى الذكور متدهورة فقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي لها م=13.18 بانحراف معياري ع=8.36.

11-1- دراسة "داودي" (Najla Halouani, Najeh Smaoui, Sahar Ellouze, Mariem Dammak, Sawsan[11] : Daoudi, Jihen Aloulou et Othman Amami, 2019).

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم انتشار الخلل الوظيفي الجنسي لدى مرضى التصلب العصبي المتعدد (Sep) وتحديد العوامل التي يمكن أن تساعد في حدوث هذه الاضطرابات وشملت عينة الدراسة 42 مريضMS ، واستخدمت في هذه الدراسة مجموعة من الأدوات مصطرة كالآتي: مقياس حالة الإعاقة الموسعة (EDSS) لدراسة شدة الإعاقة ومقياس روزنبرغ RSE لتقييم تقدير الوظيفة الجنسية للذكور من خلال المؤشر الدولي للانتصاب IIEF-EF وظيفة الأفيتينين بواسطة مؤشر الوصلات النسية فيرمي (FSFI)K وأسفرت نتائج الدراسة على انتشار الاختلالات الجنسية لذى مرشى التصلب المتعدد 6.7% ولوحظ انخفاض احترام الذات في 59.1% من النساء و55% من الرجال، كان يرتبط الخلل الجنسي إحصائيا بدرجات أعلى من EDSS مع مد أطول للمرض، في وجود اضطرابات المصرة الوعائية وكذلك في ضعف احترام الذات A تسلط النتائج الضوء على الأصل متعدد العوامل للاضطرابات الجنسية لدى المرضى الذين يعانون من مرض التصلب العصبي االمتعدد وتبين أن اتباع نهج متعدد الوسائط جيد وضروري.

2. الدراسات الخاصة بالآليات الدفاعية.

2-1- دراسة[12]: (أميرة جابر هاشم، باقر عبد الهادي عبد الرسول جامعة الكوفة العلاق، 2004).

هدفت الدراسة إلى الكشف على مستوى استخدام آليات الدفاع النفسي، وأنواعه التي يستخدمها طلبة جامعة الكوفة، ودرجة الاختلاف بينهم في أنواع آليات الدفاع المستخدمة والتي تعزي لمتغيري الجنس والتخصص الأكاديمي، وتم اختيار عينة بلغت (190) طالبا وطالبة بصورة عشوائية (95) طالبا وطالبة من كليات التخصص العلمي الصيدلية والهندسة و (95) طالبا وطالبة من كليات العلوم الإنسانية اللغة والإدارة والاقتصاد) موزعين بالتساوي بين الذكور والاناث، ولتحقيق أهداف الدراسة تم بناء مقياس للتعرف إلى أهم آليات الدفاع النفسي المستخدمة تم تصنيف هذه الآليات في البحث الحالي، وبعد توافر الخصائص السيكومترية للمقياس تم تطليقه على العينة المختارة وأسفرت النتائج أن الطلبة استعملوا آليات الدفاع العصابية حصلت على الترتيب الأول بين آليات الدفاع المستخدمة تليها آليات الدفاع الناضجة، وأخيرا جاءت آليات الدفاع غير الناضجة.

2-2- دراسة[13]: (Wistaysi Kalahane, Hénry Chaprone, 2018) .

[11] Dysfonctions sescieulles et estime de soi dans la sclérose en plaquesm étude tunisienne.

[12] آليات الدفاع النفسي لدى طلبة جامعة الكوفة.

[13] دراسة تجريبية، الآثار السريرية والتدخلات العلاجية على آليات الدفاع في آليات الدفاع والتأقلم.

هدفت الدراسة إلى تقييم الدراسات التجريبية للعلاقات بين آليات الدفاع والعمر والجنس وأحداث الحياة والبيئة وخصائص الشخصية الأخرى والصحة البدنية والاضطرابات النفسية، تم تقديمها على عينة من السكان العاديين، آليات الدفاع والعمر والجنس لا يظهر DSQ أي اختلاف في أسلوب الدفاع خسب الجنس في السكان العاديين ومع ذلك يتناقض استخدام الأنياب غير الناضجة مع تقدم العمر في عينة غير سريرية في الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين 12 و75 عاما.(Wndrews et al 1993)

في المقابل هولي وآخرون (1999) باستخدام DSQ أيضا الموجودة في عينة غير سريرسية بشكل أساسي أن الرجال كان لديهم قدر أكبر من التفكك والعزلة والتوريخ وعشرات العدوان السلبي أعلى من النساء بينما كانت لدى النساء درجات أعلى من الإيثار والجسدنة، أبلغت Bullitt and Farber 2002 أيضا في الاختلافات بين الجنس فيDSQ ، بتراغليا وآخرون 2009، لاحظ أن الرجال والنساء يستخدمون آليات معينة بشكل أو بآخر مما يشير إلى أن الجنس يعتمدان على منظمات دفاعية مختلفة في مواجهة حالات الصراع، من ناحية أخرى لم يلاحظوا أي فرق فيما يتعلق بنضج الدفاعات من خلال تقييم الأنيون الدفاعي.

أظهرت المقارنة بين ثلاث فئات عمرية (17-23 سنة، 40-47 سنة، 63-70 سنة) أن المجموعة الأصغر سنا استخدمت دفاعات أقل نضجا بكثير ودفاعات أكثر نضجا من المجموعتين الآخرين الذين كانوا لا يمكن تميزها عن بعضها البعض، من ناحية أخرى، فإن استخدام وسائل المواجهة الفعالية لم يفرق بين المجموعات الثلاث 2003) Whitty).

أظهرت المقارنة بين مجموعة من الشباب تبلغ أعمارهم 20 عاما ومجموعة من الأشخاص الذين يبلغ عمرهم 70 عاما في المتوسط ثباتا في آليات التكيف أثناء الحياة، حيث أدت الدفاعات غير الكافية إلى انخفاض العمر (SACEALAT al 2000).

9. التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال ما تطرقنا إليه في الدراسات السابقة اتضح أنه يوجد خلاف وتفاوتات الدراسة السابقة مع دراستنا الحالية، وخاصة وأن دراستنا اعتمدت بشكل أعمق على الجانب النفسي، واختبارات اسقاطية لكن لا تخلو أيضا من نقاط التشابه فهناك دراسات كان الاختلاف في الأهداف واضح هدفت إلى معرفة أو دراسة الرابط بين الإضطرابات العاطفة والمعرفية، واستراتيجيات النسخ ونوعية الحياة لدى مرض التصلب اللويحي التقدمي والجانب والضموري في بيئة المستشفى (Christphe Coupe, 2010)

بينما دراسة أخرى هدفت في نفس السياق إلى فهم العمليات العاطفية لدى المرضى (N.Collongues, J dézef, 2011)ودراسة (حسين محمدي ومحبوبة عسكرية، 2017) التي هدفت إلى معرفة الأبعاد المعنوية لأنها عنصرا أساسيا للصحة الإنسان، وبالتالي منها اختلف أهداف الدراسات إلى أنها تشترك في موضوع دراستنا وهي دراسة الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها المرضى. ودراسة.(Wistaysi Kalahane, Hénry, Chaprane, 2018)

تهدف إلى تقييم الدراسات التجريبية للعلاقات بين آليات الدفاع والعمر والجنس وأحداث الحياة والبيئية وخصائص الشخصية الأخرى والصحة البدنية والاضطرابات النفسية ودراسة (أميرة جابر هاشم، باقي عبد الهادي

عبد الرسول 2004) التي هدفت إلى الكشف على مستوى استخدام آليات الدفاع النفسي، وأنواعه التي يستخدمها طلبة جامعة الكوفة، ووأما فيما يخص عينات الدراسات السابقة التي ذكرناها سابقا في دراستنا فتختلف عيناتها مع دراستنا الحالية فشمل الاختلاف أنها تطرقت واستخدمت إذا صح القول الفئات العمرية المختلفة ومختلفة ومختلف الجنسين كدراسة (N Collongues, J Séze, 2011) من مرض التصلب اللويحي، ودراسة (Sofy Vantomi, Kwinton, Anod Koy 2015)التي شملت على عينة مختلطة ذكور وإناث أكبر من 18 عاما ودراسة (محمد جابر تالين النمري أحمد عبابنة 2013) التي شملت على عينة مكونة من 101 ذكور وإناث، أما فيما يخص الفئات العمرية فتختلف مع دراستنا الحالية أن هناك دراسات غير محددة الفئة العمرة كدراسة (Mélanie Déners, 2016) التي تكونت من 30 مريضا يعانون من مرض التصلب اللويحي وأيضا دراسة (Najla Halouni, Najeh Smaoui, 2019) التي شملت 42 عينة من مرضى التصلب دون تحديد العمر، فيما يخص نقاط تشابه عينة الدراسات السابقة مع عينة دراستنا الحالية هناك دراسات محددة فئة الراشدين من مرضى التصلب اللويحي كدراسة (MARIAM Damak ? Sihem Ben Nsir, Ema Turki, 2014)ضمت عينة متوسط العمر 39 سنة، ودراسة (شريفي هناء، دبروزوان حسيبة، 2018) التي اشتملت على عينات عمر العينات (20-40سنة) ونلاحظ أن اختيار العينات في الدراسات السابقة الذكر كان عشوائيا شمل المتمدرسين وغير المتمدرسين ومن مختلف الطبقات الاجتماعية، وأيضا الماكثين في المستشفى وخارج المستشفى، وفيما يخص الأدوات المستخدمة فكل دراسة استخدمت الأدوات التي كانت ملائمة ومستهدفة لموضوع دراستها، كاستبيان (ميلر) للأمل، مقياس بيك للاكتئاب (Bék) مقياس القلق(Spiel berger) ، استبيانات استراتيجية لازاروس، فولكمان، أداة ويب للكمبيوتر مقياس التكيف(PQUS) ، وبطارية تقييم الوظيفة المعرفية قصيرة(MS(B, coogsep) ، وتقييم التعرف على الوجه(Ek man) ، اختبار التعرف أيضا على الوجه بينتون ومقياس للتعرف على أهم آليات الدفاع النفسي المستخدمة، لدلك كل الدراسات اختلف مع دراستنا الحالية بحيث أن كل الدراسات اعتمدت على اختبارات خاصة بهدف معين لدراستها، ودراستنا هي الأخرى اعتمدت على اختبار اسقاطي ملائم لهدف الدراسة، وأضحت نتائج الدراسات التي تناولناها سابقا خاصة التي شملت اختبارات نفسية واشتملت على الميكانيزمات الدفاعية كدراسة أمير جابر هاشم، باقي عبد الهادي، عبد الرسول، (2004) أظهرت وجود آليات دفاعية عصابية ناضجة وغير ناضجة، ودراسة(Wistaysi, Kalance, Hénry Chaprone) ، أظهرت أن المجموعة الأصغر سنا استخدمت دفاعات أقل نضجا بكثير ودفاعات أكثر نضجا من المجموعتين (الأكبر سنا).

ولذلك وعليه أنه ما يميز دراستنا الحالية عن الدراسات المذكورة هو أن دراستنا اعتمدنا على فئة عمرية مهمة جدا في مراحل النمو وهي فئة الراشدين وأيضا التقنيات المستخدمة تقنيات إسقاطيه جد مهمة، كتقنية اختبار تفهم الموضوع الذي هو اختبار اسقاطي مهم، وكذلك الفئة من مرض التصلب اللويحي، والمعاناة النفسية التي يعيشها لتسليط الضوء على هؤلاء المرضى كحالات خاصة يجب احتواءهم والتعرف على خباياهم ومعاناتهم النفسية المخفية والمكبوتة، وأيضا التعمق في البروفيل النفسي الخاص بهذه الفئة من المرضى من خلال تفكيك بنية وديناميةالشخصية للوصول الى الاستراتيجيات التكيفية والاطلاع على خفايا اللاشعور الشخصي.

الفصل الأول: الميكانيزمات الدفاعية

تمهيد

I. الجهاز النفسي

1. أقسام الجهاز النفسي

2. مراحل تطور الجهاز النفسي

II. ميكانيزمات الدفاع

1. تعريف الآليات الدفاعية

2. خصائص الآليات الدفاعية

3. نماذج من الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها "الأنا" للتصدي للقلق

4. تصنيف الآليات الدفاعية

5. النظريات المفسرة للآليات الدفاعية

خلاصة

تمهيد:

إن طبيعة الانسان في بعض الأحيان توقعه في عجز عن مواجهة مشكلاته وصعوبة في حلها، سواء كانت نابعة منه أواخر العالم الخارجي، فيما يواجه ذلك العجز أو تلك المشكلات بنوع من عدم التقبل مما يدفع بالفرد إلى الولوج إلى أساليب تساعده في التكيف وذلك بقصد التخفيف من حدة التوتر والإحباط، وهذه الأساليب قد تختلف حسب كل فرد وتسطر تحت عنوان الحيل الدفاعية أو الميكانيزمات الدفاعية التي تحصل على نوع من إخفاء الواقع.

ولذلك سنطرق في هذا الفصل إلى التعرف على الميكانيزمات الدفاعية ولكن قبل ذلك سنتطرق إلى الجهاز النفسي ككل ومكوناته وكيفية عمله، وفي الأخير نتطرق إلى الميكانيزمات الدفاعية التي تستخدمها الأنا، وهناك نماذج عدة جلها تهدف إلى الوصول إلى الراحة النفسية.

I. الجهاز النفسي:

فرض فرويد أن كل سلوك مزود بطاقة فيزيقية فإنه طبقا لرأيه يكون النشاط العقلي عملية ديناميكية تتضمن تفاعلات وتغيرات داخلية مستمرة للطاقة النفسية psychique énergie تلك الطاقة التي لا يمكن ملاحظتها وليست لها علاقة فيزيقية معروفة حيث اعتبر فرويد أول من اعترف بوجود جهاز نفسي من خلال تقسيمه لنظرية في التحليل النفسي النظرية الموقعية الأولى والثانية وهذا ما سنستعرضه:

1- أقسام الجهاز النفسي:

1-1- النظرية الموقعية الأولى:

- ✓ **الشعور:**

إن تقسيم الحياة النفسية إلى ما هو شعوري، وما هو لا شعوري، هو الفرض الأساسي الذي يقوم عليه التحليل النفسي، وهذا التقسيم وحده هو الذي يجعل من الممكن التحليل النفسي أن يفهم العمليات المرضية في الحياة العقلية.

ولفظ " شعوري" من جهة أولى إنما هو لفظ وصفي بحث يعتمد على إدراك حسي ذي طابع مباشر ويقيني جدا، وتبين الخبرة، من جهة ثانية، أن العنصر النفسي كالفكرة مثلا لا يكون شعوريا دائما، بل تمتاز حالة الشعور، على العلم بأنها تستمر لفترة قصيرة جدا.

فالفكرة التي تكون شعورية الآن لا تظل شعورية في اللحظة التالية، مع أنها تستطيع أن تصبح شعورية مرة ثانية تحت شروط معينة من السهل توفرها، أما عن الحالة الفكرة في الفترة الواقعة بين هاتين الحالتين فلسنا نعرف شيئا ونستطيع أن نقول أن الفكرة كانت كامنة. ونعني بذلك أنها تستطيع أن تصبح شعورية في أي وقت. **(نجاتي، 1982، ص 26-25)**

- ✓ **ما قبل الشعور: the pre-consciousness**

يقع في مكان متوسط بين الشعور واللاشعور، وهو يسمى أحيانا بالذاكرة المتوافرة avalable memory ويشير إلى ذلك الجمع من الأفكار والمشاعر والذكريات التي ليست شعورية في هذه اللحظة ولكن يمكن عادة تذكرها بسهولة أو استرجاعها إلى منطقة الإدراك إما بشكل تلقائي أو بأقل جهد ممكن وفي كتابات فرويد المبكرة إلى قبل أن يطور مفاهيم الهو و الأنا الأعلى كان قد قسم العقل إلى منطقتين هما الشعور واللاشعور وكان ما قبل الشعور في رأيه جزءا من اللاشعور وكان هو الأقرب إلى عقبة الشعور ولكنه في عملية تطوير أفكاره فيما بعد أجرى بعض التعديلات حول مفهوم اللاشعور ، ولكنه لم يتخيل أبدا عن مفهوم من قبل الشعور واعتبره جسرا يعمل على تغطية الهوة الواقعة بين منطقتي الشعور واللاشعور، فمثلا تحت تأشير تكتيكات علاجية معينة قد تطفو المادة اللاشعورية إلى منطقة ما قبل الشعور، ومن هناك تصبح شعورية. **(جلال، 2017، ص 26)**

✓ **اللاشعور: the unconsciousness**

يعد اكتشاف فرويد للاشعور أول مرحلة ثورية في مجال الصحة العامة والصحة العقلية في بداية القرن العشرين، ويعتبر اللاشعور أساس النظرية التحليلية، التي تشير إلى مسؤولية المواد اللاشعورية عن العديد من أفعالنا ومشاعرنا وأفكارنا الشعورية وتؤثر على علاقاتنا مع الآخرين دون أن ندرك ذلك.

ويرى فرويد أن " اللاشعور" هو الطبقة الرئيسية الأعمق من العقل البشري وأنه يحتوي على الدوافع الغريزية البدائية والعدوانية التي كتبت تحت تأثير المعايير الاجتماعية والأخلاقية التي ينشأ فيها الفرد، وذلك بالإضافة إلى العواطف والذكريات الشديدة التهديد للعقل الشعوري لذلك تم كبتها في العقل اللاشعوري.

ويرى فرويد أن العقل لا يهمل الأشياء التي ينساها وإنما يرسلها إلى منطقة اللاشعور، وأن نسيان معظم هذه الأشياء لا يتم بشكل سلبي وإنما يتم إخراجها بشكل مقصود من منطقة الشعور، لأنها تثير الاضطراب أو ترسل إلى منطقة الشعور عن طريق الكبت، ولكن هذه المواد المراقبة قد تنطلق مرة أخرى إلى منطقة الشعور عند تسترخي الضوابط السيكولوجية، أما خلال ساعات هنا الطبيعية فإن محتويات اللاشعور تحفظ بإحكام من التسرب إلى منطقة الشعور. **(جلال، 2017، ص27)**

و كان فرويد اول من استعمل الفاظ اللاشعور و الشعور و ما قبل الشعور بمعنيين احدهما وصفي و الاخر طوبوغرافي اما المعنى النفسي فيدل على كيفية العملية النفسية من حيث شعورنا بها او عدم شعورنا بها اما المعنى الطوبوغرافي فيتضمن وجود اقسام مختلفة في الجهاز النفسي تكون مركزا للعمليات النفسية المختلفة و اتضح لفرويد فيما بعد ان اراء ه السابقة في الجهاز النفسي غير دقيقة و انها في حاجة الي تعديل لذلك انتهى فرويد الي ضرورة تعديل ارائه السابقة في تركيب الجهاز النفسي لان فكرة الاشعور كانت كانت فكرة غامضة و غير واضحة و لم تجد أحدا من الذين قالوا باللاشعور من قبل فرويد قد نسب اليه ذلك الدور الدينامي الهام الذي نجده في مذهب فرويد و أوضحت نيجة هذه النظرية ان الاعراض الهستيرية تزول اذا ما استطاع المريض تذكر هذه الذكريات اثناء العلاج و كان الراي السائد بين المفكرين في ذالك الوقت هو ان العقل لابد ان يكون شعوريا وان القول بوجود عقل لاشعوري انما هو قول متناقض ولا يقبله المنطق لدللك دفع فرويد للرد على هذه الانتقادات و جاء بالنظرة الموقعية الثانية في كتاب الانا و الهو **(سيغموند 1982، ص13)**

1-2- الموقعية الثانية:

الهو: هو النظام الأصلي الموروث من الشخصية والموجودة منذ الولادة والذي منه ينشأ فيما بعد النظامان الأخران وهو يحتوي الغرائز في رأي فرويد تمدنا بالطاقة اللازمة لعمل الشخصية بأكملها، فهي تمد النظامين الآخرين، الأنا و الأنا الأعلى بالطاقة اللازمة لعملياتهما كما يحتوي " الهو" أيضا على العمليات المكبوتة التي فصلتها المقاومة عن "الأنا" أي عن الشعور ففي " الهو" إذن جزء مكتسب والمبدأ الذي يحدد عمل " الهو" هو المبدأ اللذة وتجنب الألم إذ أن الهو يهتم فقط بإشباع الحاجات البيولوجية الأساسية وتجنب الألم وهو لا يراعي المنطق أو الأخلاق أو الواقع وهو

لا شعوري كلية ويمكن أن نتصور نظام " هو" بتصورنا لسلوك الطفل الصغير الذي يهتم فقط بإشباع حاجاته البيولوجية الأساسية دون إدراك للطرق الملائمة اجتماعيا للإشباع حاجاته. **(أحمد، 2002، ص85)**

✓ **الأنا:**

وهي المكون الثاني في الشخصية ويبدأ تكونها عند شعور تقريبا من عصر الطفل، والانا تتطور عن الهو وتنبثق منها لتساعدها على اكتساب معالمها النهائية، وتتكون الأنا من مجموعة الخبرات التي تقودنا إلى التفرقة بين الذات واللاذات، ويصفه خاصة الخبرات التي يتعرض لها جسم الفرد، فسرعان ما يتعلم الطفل أن لمسه لجسمه يولد الإحساس لديه بأنه يلمس. الأمر الذي يحدث مع الأشياء الأخرى عند ما تلمسه، هكذا يكون الجسم مصدر للكفاية الفيزيقية (والألم الذي لا يمكن أن ينسى).

والأنا معني بمثابة الجزء الذي يمثل واجهة الهو أو يمثل الطبقة اللحائية منها وعلى عكس الهو فالانا تسع للشعور وما قبل الشعور واللاشعور، والأنا عقلانية ومنطقية تقوم بخطط واقعية من تصميمها للاشباع حاجات الهو، ولذلك فإنه على الرغم من الأنا ترغب في الحصول على اللذة إلا أنها تؤجل الإشباع لكي تحافظ على مبدأ الواقعية reality principale وتؤجل إنهاء التوتر الحاد لعين إيجاد حل مناسب وهذا يجعل من الممكن تجنب الأخطاء، فطريقة التفسير التي تقوم على المنطق. وتأجيل اللذة إلى ما هو أفضل منها وحل المشكلات وضبط النفس ويعرفها فرويد بالعمليات الثانوية seconda y processus (عبد الرحمان، 1998، ص39)

والعلاقة الأنا وهو قوية ومعقدة، فهي قد تخضع أو تحاول شحن الطرق أن تبقي على وفاق مع الهو أو أن تخفض اندفاعات وأخطاء الهو وأن تسلك بنفس الطريقة التي يسلك بها سياسي مخضرم وغير أمين يرى الحقيقة ويعرفها ولكنه يفضل التغاضي للمحافظة على الصالح العام. ويشبها فرويد تشبيه آخر في علاقتها با لهو. فيقول " الأنا في علاقتها بالهو تشبيه رجل على قاهر حصان يمكنه أن يتحكم في قوة الحصان التي، تفوق قوته هو ومع الفرق في التشبيه، فبينما يفعل الرجل هذا بقوته تسعين الأنا بقوة مستعارة هي قوة التبصر بالواقع. (عبد الرحمان، 1998، ص30)

✓ **الأنا الأعلى:**

إن مفهوم الأنا الأعلى الذي استخلصه فرويد (1923) أثناء تركيز الثنائية الثانية، عرض على أنه بشكل جانبا من الأنا الأعلى يتوافق مع القوى القمعية، التي واجهها الفرد خلال نموه، وهو يعارض المكافأة غير المشروطة للدوافع الغريزية، لكن الطابع الرئيسي لهذه القوى القمعية، التي كانت في البداية خارج الفرد، إنها تستبطن فلا تعود تعتبر كفرائض خارجية ولكن يشعر بها كأنها سبب داخلي " فالأنا قبل أن يرضي الدوافع الغريزية، يجد نفسه مجبرا على الأخذ بعين الاعتبار بين فقط الأخطار الخارجية، ولكن أيضا متطلبات الأنا الأعلى، ويصبح له، أسباب أكثر للتخلي عن إرضاء معين، (فرويد 1939) .

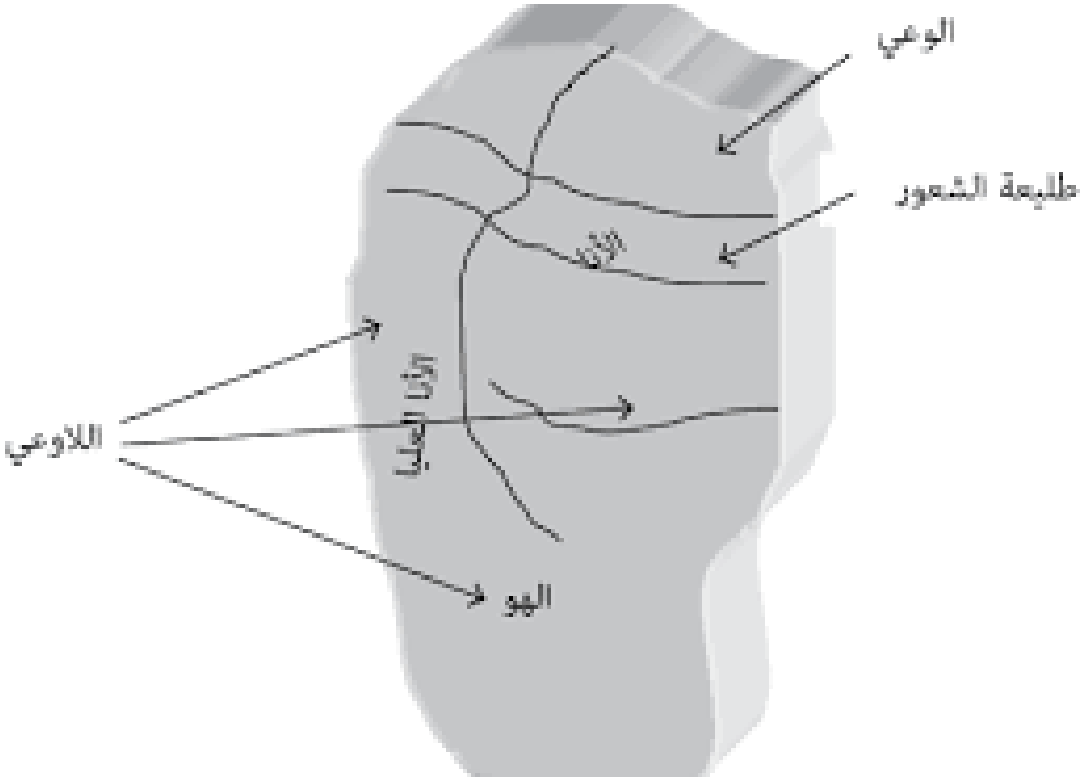
فالأنا الأعلى المستبطن يعمل كركن مستقل عن الوسط الخارجي، وبهذا الوضع يكون في موقع خلق أزمات جديدة داخل النفسية إما بمعارضته للمكافآت الغريزية المنبثقة من الهو، وإما بتناقضه مع الدفاعات التي يستخدمها الأنا ضد الدوافع الغريزية.

يمكن أن نرى في الأنا الأعلى خلف ويمثل الأهل الذين فرضوا على الأنا خلال سنواته الأولى نظراتهم الخاصة، فالأنا الأعلى يمكنه أن يستمر بممارسة هذه الرقابة نفسها بفرض الوصاية على الأنا وبممارسة الضغط المستمر عليه.

لقد قيل بأنا الأنا الأعلى هو وريث المأزم الأوديبي، للشخص الثالث الذي يمثل العائق، والحكم والصنع الذي يقف بين رغبة الفرد وموضوع رغبته.

من المأزم مع الأنا في كل أشكال الانفعالات التي ترتبط بالضمير الأخلاقي، وخاصة بالذنب (لغاشي 1955) (نوف، 1980، ص89-88)

وفيما يلي رسم افتراضي يوضح مكونات الجهاز النفسي بشكل توضيحي فقط:



الشكل رقم رسم افتراضي للجهاز النفسي

2- مراحل تطور الجهاز النفسي:

2-1- المرحلة الفمية: (oral)

إن اعتماد الطفل على الأهل لا يقتصر على الناحية البيولوجية، إذ بينما يمص الرضيع أمه من أجل الغذاء (الحليب)، يكتشف أن هذا النشاط البيولوجي أساسا موضع لذة أيضا، ويصبح فم الرضيع منطقة غلمية (شهوية)، zone erratique يمكن للطفل أن يعبد تفعيلها لا حقا بمص إبهامه ، وبعد ذلك بالتقبيل، إن الرضاعة تشكل لبي فقط وظيفة ولكن أداة بذاتها، وإشباعات للنزوات اللبيدية إنها أيضا المرحلة الزجسية، وتكون النزوات الجنسية مركزة على الأشياء الخارجية، وتكون الآليات المستعملة أثناء هذه المرحلة هي الإجتياف interjection والإسقاط projection ، والنفي négation ذو هكذا تتخذ العلاقة مع الأم بعدا جديدا ليبيديا، حيث تولد الجنسية نوع من الدوافع الذي لا يكون منفصلا في البداية عن الغريزة البيولوجية، لكنه ينفصل عنها لا حقا ويحرر لنفسه استقلالا معينا.

ويدعو فرويد هذه المرحلة باسم المرحلة الفصيةoral، وهي أول تفتح الجنسية، وتترافق مع الدافع إلى إدماج incorporation الموضوعات وإدخالها داخل الجسد. (عباس، 2005، ص106-107)

2-2- المرحلة الشرجية anal stage

يصبح الشرج منطقة غليمة، حيث تجد الطفل أداة في الإفراغ متصلة مع رغبة بالاحتباس والسيطرة ، التي جانب اللذة التي يستمدها الطفل من الإخراج والتخزين فإنه يتعلم شكلا جديدا من التسيد على أمنيات الآخرين واللاعب بها عبر" منح" الغائط أو الاحتفاظ له، فالطفل في هذه المرحلة يتعاطى مع موضوع الدافع الغريزي كمثير للمنطقة الشهوية كجزء من جسده، وكوسيلة اتصال مع الآخر الثقافي والوجداني، مما دفع فرويد إلى المطابقة رمزيا بين الدافع الغريزي ، والهدية والنقود حيث تتميز هذه المرحلة بالثنائية الوجدانية والسادية، إن العلاقات المتزامنة مع الغير تتضمن التجاذب الوجداني ambivalence والثنائية الجنسية والسادية والمازوشية. (عباس، 2005، ص107)

2-3- المرحلة القضيبية: phallic stage

وتبدأ في سن الثالثة وتستمر حتى سن الخامسة أو السادسة، وهي تعد أكثر مراحل التطور الجنسي أهمية، وفيما يتحول التركيز إلى الأعضاء التناسلية، فالطفل في المرحلة الشرجية يمارس أنشطة تكسبه مكانا متميزا في العالم المحيط به حيث يطور بسرعة القدرة على المشي والكلام والتفكير والتحكم في العضلات العاصرة. كما يحدث لديه زيادة في القدرات الحركية والإدراكية وفي مهارات التعامل مع الأشخاص وانتقال الطفل من المرحلة فثية التي تسود فيها السلبية والتلقي إلى المرحلة الشرجية التي يسود فيها النشاط والفاعلية، يعد المسرح للاستقبال المرحلة التالية للتطور، النفسي الجنسي وهي المرحلة القضيبية لأتى يصبح خلالها النشاط الجنسي أكثر كثافة، ويكون تركيز الاهتمام فيها على الأعضاء التناسلية وتعود أهمية هذه المرحلة إلى أنها تشهد ظهور عقدة أو ديب complexe cedepus أعظم محددات التوافق الجنسي في المستقبل في رأي فرويد.

ويرى فرويد أن الرجال الراشدون الذين يحدث أهم تثبيت على المرحلة القضيبية يكون سلوكهم طائشا ومتهورا ومتسما بالتبجح والإهمال.

أما النساء الراشدات اللاتي يحدث أهم تثبيت على المرحلة القضيبية، إن سلوكهن يتسم باعزاء الرجال ويرى فرويد أن المشكلات الأوديبية غير المحلولة، هي المصدر الرئيسي للأنماط العصابية في مرحلة الرشد وبخاصة تلك التي تتعلق بالعجز الجنسي، والبرود الجنسي.

2-4- فترة الكمون:

وتبدأ في سن السادسة وتستمر حتى الثانية عشرة (أي عند بدء مرحلة المراهقة المبكرة)، فمع انقضاء الضغوط المصاحبة للمرحلتين الفصية والشرجية، من التطور الجنسي، وحل عقدة أوديب، يستطيع الطفل أن يستمتع بفترة مريحة نسبيا.

ويمكن النظر إلى فترة الكمون بكونها الفصية الأخيرة فالمراحل الفصية، والشرجية، والقضيبة تعرف بعضها مع بعض باسم المرحلة قبل التناسلية التي تتسم بخاصة تعرف باسم التوجه النرجسي narcisses tic orientation أو الانشغال الداخلي أو الانشغال الذي يركز على الذات وخلال سنوات الطفولة المسيرة يحدث تحول نحو الخارج لعمل علاقات مع الآخر، وقد نظر فرويد إلى الحافز الجنسي في فترة الكمون يكونه يعود جزئيا إلى التغيرات الفيزيولوجية في جسد الطفل وظهور " الأنا " والأنا الأعلى، في شخصيته.

2-5- المرحلة التناسلية the genital stage

وتبدأ من سن الثانية عشرة وتستمر عشر الوفاة، ولأن المراهق الصغير في هذه المرحلة يواجه مهمة حياتية حاسمة تتمثل في إقامة قنوات اجتماعية يتم من خلالها التعبير عن حاجاته الغريزي وضبطها، فإن النرجسية التي كانت تميز الفترة قبل التناسلية (الفصية والشرجية) تتحول إلى الإيشارية، وإدراك عال للذات والواقع والخضوع لمبدأ الواقع في مرحلة المراهقة وبذلك يتحول الشخص من طالب اللذة النرجسية والخفلية إلى راشد يستهدف الواقع ويتمثل المجتمع.**(إسماعيل، 2014، ص50-51،)**

II. ميكانيزمات الدفاع:

1- تعريف الآليات الدفاعية:

إن مصطلح الآليات النفسية أو الأسلوب الدفاعي هو أقدم ممثل لوجهة النظر الدينامية في النظرية التحليلية النفسية لدراسة فرويد عن نفاس الدفاع مفهوم الدفاع، في علم النفس العصابي يتجلى كتصور نوعي، يرتبط بالضيق الحصر etrout من التنظير في الظواهر العصابية وفي رسالةwilhem fliess بتاريخ 21 ماي 1894، كما أن فرويد أدخل مفهوم الضيق في الظاهرة الدفاعية وعلم النفس الجنسي psychqsescuqlite في ملخص الدراسة بين أنه ضد الجنسي، أي أن الدفاع كمقاومة (الدفاع ضد الرغبة المرفوضة)، وقال علماء آخرون أن الآليات النفسية الأخرى ليس لها قيمة، ولكن بعد عامين في 1896 بين فرويد دور الآليات النفسية الدفاعية في التحويل الهستيري

والاستبدال والوسواس مثل العزل، التكوين العلمي، والبران ويك (واعتبرت ملاحظة جديدة في علم النفس العصابي والدفاع). (بن عبد الرحمن، 2011، ص 348)

- وتعرفها أنا فرويد: على أنه " نشاط يختص به الأنا لحماية الموضوع ضد الحاجات النزوية الكبرى"(Bergeret.1997.p84).

- **ويعرفها أحمد عزت رابح (1968):**

أنها وسائل لخفض التوتر والتوترات المصاحبة للأزمات النفسية على اختلاف أنواعها ومصادرها، فهي تهون من وطأة العقبات المادية والمعنوية التي تعترض الفرد، كما تقيه من معرفة عيوبه ونقائصه ونياته الدفينة الذميمة، والرجيمة فتقبه من مشاعر النقص والذنب ومن استصغار نفسه واتهامها وتبقى له على احترامه لنفسه وبعبارة أخرى فهي ذرائع تقي الفرد من الآلام التي تأتيه من جسمه ومن نفسه ومن الناس، ومن ثم فهي تعينه على تحمل أعباءه أعباء الحياة وصدماتها وتهبه شيئا من الراحة والهدوء ولو بصورة وقتية وهمية ، وهي تشترك بصيغها في عنصر واحد هو إخفاء الصراع أو الهروب منه بدلا من مواجهته، وفي عبارة واحدة نقول أن وظيفة هذه الحيل تكمن في:

وقاية الأنا وحمايته مما يحتمل أن يختل توازنه، فكأنما شبيهة من بعض الوجوه بتلك العمليات العصبية الحركية التي يقوم بها الجسم على الفور وبصورة آلية متى أوشك اتزانه على أن يختل فيسقط (راجح، 1968، ص483).

2- خصائص الآليات الدفاعية:

- ❖ وهي حيل لا شعورية، أي تعمل بطريقة آلية لا تسبقها روية أو تفكير كما لا يمكن ضبطها بالإرادة.
- ❖ كما أن أغلبها فطري لا يكتسبه الفرد عن طريق الخبرة والتعليم، كالكبت والتقمص وأحلام اليقظة أما التبرير والإسقاط والتكوين العكسي ضمن الحيل التي يمكن أن يكتسبها الفرد في طفولته عن طريق الملاحظة ومحاكاة من حوله.
- ❖ الحيل الدفاعية ليست حيلا شاذة فكل الناس يصطنعونها بقدر قليل أو كبير، كبارهم وصغارهم وإن كانت توجد بارزة مشتطة عند المصابين بأمراض نفسية وأمراض عقلية والواقع أنها تؤلف شعارا هاما من أعراض هذه الأمراض، كما أنها تبدو في الحالات الشدة والتأزم بشكل واضح أدى الأسوياء من الراشدين و الأطفال غير أنها تصبح ضارة أو شاذة متى أفرط الشخص في الإلتجاء إليها كلما صدمة أمر أو موقف آزم بدل أن يواجهه في جرأة وصراحة ويعمل على حله بطريقة واقعية مباشرة، إن أعمت الفرد عن رؤية عيوبه ومشاكله الحقيقية أو أخفتها عنه إخفاء تاما موصولا، أو أن أثرت في تقدير الفرد لنفسه وفي صلاته بالآخرين تأثيرا ضارا. (راجح، 1968، ص484)

➢ **كيفية عمل الميكانيزمات الدفاعية:**

وللتحدث على كيفية عمل الميكانيزمات الدفاعية نتطرق إلى أهم المفاهيم الأساسية التي تدخل ضمن إطار عملها والتي سنتطرق إلى تعريفها بشكل مختصر فيما يلي:

الصراع:

- **تعريف:** يعرف على أنه النزاع القائم بين رغبات الفرد، ودوافعه وغرائزه الأساسية وبين مبادئه ومثله الشخصية، الخلقية والاجتماعية هي حالة يختبرها الفرد عندما لا يستطيع تحقيق رغبته متعارضين.

ويقول لبلانش وبون تاليس (1997)، بأننا نتحدث عن الصراع في التحليل النفسي حين تتجابه عند شخص ما متطلبات داخلية متعارضة، وقد يكون الصراع صريحا أو كامنا حيث يمكن أن يظهر بشكل ملتو في الصراع الصريح أو يتجلى خصوصا في تكوين الأعراض، وفي اضطرابات السلوك والطبع... ويعتبر التحليل النفسي أن الصراع هو من شروط تكون الانسان وذلك من منظورات متعددة.

صراع بين الرغبة والدفاع، صراع بين الأنظمة أو الأركان صراع بين النزوات والصراع الأوديبي. **(لابلانش و تاليس، 1997، ص304)**

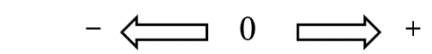
فلقد تمر على الإنسان في حياته العديد من المواقف الحياتية، وعليه أن يتعامل معها حسب مقتضيات الظروف المحيطة به، ومنها المواقف الصعبة للإشباع حاجته أو دوافعه الاجتماعية أو الذاتية، هكذا يقع الإنسان في الصراع النفسي. **(المطيري، 2005، ص116)**

- **أنواع الصراع:**

يعتبر الصراع بين دافعين مضادين من أهم مصادر الإحباط، ومن أجل فروج الفرد من هذا المأزق أي عندما يحدث الصراع، بين هذين الدافعين من أجل شعوره بالطمأنينة على الآخر مما يؤدي إلى تطلب أحد الدافعين وهذا نتيجة اختيار الشخص دوافع أو تفضيله لدافع على الآخر.

➢ **العالم الجشطالشي لفين Lewin وتقسيم الصراع:**

- **صراع الإقبال: The approach . Approach conflict**



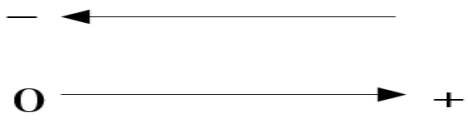
في الرسم الذي أعلاه وحسب Le Wun (1936) أن الشكل البيضاوي هو عبارة عن العالم النفسي للشخص نفسه والسهمين يرمزان إلى دوافع الشخص، أما علامة (+) فتمثل الهدف الإيجابي للشخص، أي الهدف الذي يستدعي انتباه الشخص إليه.

صراع الشخص بين نفسه هذا ما يسمى بصراع الضئيل هنا هو الذي جعله تحت هذا الصراع ولكنه يوصف على أساس أنه غير حاد.

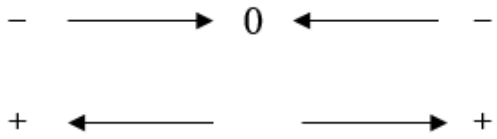
- **صراع الإحجام The Avoidance-Avoidance conflict :**

هنا الشخص واقع في صراع بين شيئين غير راض عنهما، كالشخص الذي يكره عمله ولكن يعرف أنه إذا خرج منه فلن يجد عملا آخر فإذن بدون مدخول شهري وبعمل يكرهه يمثلان بالنسبة إليه علامة ناقص (-)، ولكن علامة ناقص التي تمثل العمل أحسن بالنسبة إليه علامة ناقص التي تمثل البطالة، لأن علامة ناقص التي تمثل العمل تضمن له راتبا شهريا مما يجعله يكون في مأمن أحسن ولكن يبقى محبطا وغير سعيد وهذا ما يؤدي به في كثير من الحالات إلى اللجوء إلى أحلام اليقضة للتعبير عن مغادرته للعمل.

- **صراع الإقبال والإحجام The Approach-Avoidance conflict**



يكون الشخص هنا في موقفين في وقت واحد، موقف ايجابي وموقف سلبي كالولد الذي يريد أن يسافر مع مجموعة من أصدقائه لقضاء يوم في التنزه وهذا يراه شيء جميل(+) ولكن خوفه من ضياع وقت المذاكرة (-) يسبب له قلق . هنا نرى الولدين موقفين يريد ولا يريد، وهذا ما يسمى بالموقف المتردد أو المتذبذب، وهذا شائع بين عامة الناس، فهناك للقيم الايجابية والسلبية، والسبب في ذلك اصطدام المثل والمعايير التي يؤمن بها الإنسان ، هذا مما يؤدي بالشخص إلى أنه يرى كثيرا من الوضعيات على أساس أنها ايجابية وسلبية، وبمعنى آخر تردد أو تذبذب، أي أن



الشخص يحسن الإيجاب والسلب لشيء واحد.

- **7.4.1.4The double Approach – Avoidance conflict ازدواجية صراع الإقبال والإحجام**

كثيرا ما يقع في حياتنا اليومية صراعات لها تركيبة ازدواجية كصراع الإقبال والإحجام، كالشخص الذي هو في صراع بين أكل نوعين من المرطبات في نفس الوقت له رغبة أو محاولة للإنقاص وزنه، فإذن المرطبات هنا تمثل علامة (+) بالنسبة للشخص وفي نفس الوقت تمثل لديه علامة (-) أو الشاب الذي نفترض أنه يحب فتاتين، الأولى، جذابة بالنسبة إليه (+) ولكنه والده لا يقبلها كزوجة للابنة (-)، أما بسبب النسبة لبنت الثانية والده راضي عنها (+) ولكن الشباب يراها أنها مملة (-) ولا يراها زوجة له، فإذن هذا الشاب واقع في ازدواجية صراع الإقبال والإحجام وفي

نفس الوقت تحت ضغط كبير، إذن هذا الشاب هو في مأزق يصعب الخروج منه وهنا لا يستطيع تحمل هذا الصراع فيزداد تخوفه ويتحول هذا التخوف إلى قلق وهذا القلق يسيطر على سلوكه وعلى شخصية بصفة عامة يعود نشأة الصراعات إلى الخوف القوي من عدم النجاح في الحياة وما دام الإنسان يعيش فإن حياته لا تخلو من الصراعات.(عبيدي، 2003، ص97)

وبما أن الصراع هو العمل المتزامن للدوافع أو الرغبات المتعارضة أو المتبادلة، وينتج عن وجود حاجتين لا يمكن إشباعها في وقت واحد، ويؤدي إلى التوتر الإنفعالي والقلق واضطراب الشخصية.

ويعتبر أهم الأسباب النفسية المسؤولة عن المرض النفسي فالشخصية التي يهددها القلق وتكون فريسة للمرض النفسي. (علي، 2010، ص46-47).

القلق:

ونظرا لأن فرويد اعتبر أن القلق من المفاهيم الرئيسية في نظرته عن التحليل النفسي، فإننا سنسير إلى أنواع القلق فيما يأتي بشيء من الإيجاز.

- **أنواع القلق:**

بناء على المصدر الذي يسبب التهديد للأنا، حددت نظرية الحليل النفسي ثلاثة أنواع للقلق هي:

- **القلق الواقعي: realistic ansciety**

وهو عبارة عن مخاوف تأتي من الأخطار الموجودة في البيئة الخارجية مثل وجود حيوانات خطيرة في البيئة المحيطة ويتراوح مستوى هذا القلق من كونه عاديا ومناسبا وقد يصل إلى درجة التهديد الفعلى، وبصفة عامة إن هذا النوع من القلق يساعد في المحافظة على الذات.

- **القلق العصابي: neurostic Ansciety**

وينتج من عوامل نفسية داخلية ناشئة عن الخوف من أن يفقد "الأنا" السيطرة على الحوافز الداخلية الغريزية الهائجة وبخاصة ذات الطبيعة الجنسية أو العدوانية منها و بالتالي يقوم الشخص بعمل رهيب تكون له نتائج سلبية قاسية يعاقب عليها، يخبر هذا النوع من القلق في البداية بكونه قلقا واقعيا، لأن العقاب ينبع في الأصل من مصدر خارجي، لذلك فإن ميكانيزمات الدفاع تنشط بكبح جماح دوافع الهو وتصعد إلى سماح الشعور في شكل خوف عام من شيء مجهولة مرتقب حدوثه ، وهذا النوع من القلق أكثر صعوبة في التصدي لأن "الهو" لا شعوري بالكامل. (نجاتي، 1989، ص14-15).

- **القلق الأخلاقي: moral Ansciety**

عندما يكون الأنا مهددا بتوقيع عقاب عليه من " الأنا الأعلى"، فإن الاستجابة الانفعالية الناشئة في ذلك تسمى القلق الأخلاقي، وهو يحدث أينما حاول " الهو" التعبير عن الأفعال أو الأفكار غير أخلاقية، وستجيب "الأنا

الأعلى" لذلك بمشاعر الخجل أو الذنب أو إدانة الذات، إن القلق الأخلاقي ينبع من خوف موضوعي. (نجاتي، 1989، ص150-162)

ينتهي فرويد من هذه الملاحظات والدراسات المختلفة إلى أن القلق ينشأ عن كبت الرغبة الجنسية أو إحباطها ومنعها من الإشباع، وحينما تصنع الرغبة الجنسية من الإشباع تتحول الطاقة الجنسية (اليبيدو) إلى قلق.

ويتم هذا التحول بطريقة فسيولوجية بحتة فالقلق على هذا الرأي إنما هو نتيجة عملية فسيولوجية وتبعا لنظرية فرويد فالقلق لا يحدث العصاب وإنما العصاب يحدث أولا، ويساعد العصاب على كبت الرغبة الجنسية وحينما تكبت الرغبة الجنسية تتحول الطاقة الجنسية مباشرة وبطريقة فسيولوجية إلى القلق. (نجاتي، 1989، ص20)

- **كيفية الدفاع:**

إن الوظائف السيكوديناميكية الرئيسية للقلق هي مساعدة الشخص على تجنب التعرف الشعوري على الدوافع الغريزية غير المقبولة، والسماح بإشباعها بطرق وأوقات مناسبة، وقد بين فرويد أن "الأنا" يميل إلى رفض الأسباب (الداخلية، الخارجية) للقلق أو تعريفها، لأن الإعتراف بها سيزيد (بشكل لا يحتمل) من حدة هذا القلق، لذلك فإننا نتعامل مع الأخطار التي تهددنا من خلال ما أطلق عليه "فرويد" ميكانيزمات الدفاع defense mechanisms واعتبرها محاولة لا شعورية للتوافق مع ظروف مؤلمة مثل القلق، أو الإحباط أو الذنب ، كما أنها تعمل للمحافظة على تقدير الذات والتقليل من مشاعر الحرمان أو الخوف أو الذنب.

ويرى فرويد أننا جميعا نستخدم ميكانيزمات الدفاع باستمرار لأننا إذا لم نفعل ذلك منها بالعجز النفسي، لأن الحقائق التي تخفيها هذه (هي الحقائق المتعلقة برغبات الهو، وإدانات الأنا الأعلى، والصدمات الشديدة في مرحلة الطفولة) قد تسبب قلقا لا يحتمل إذا تسربت بشكل مستمر إلى منطقة الشعور ومع ذلك نصرح فرويد بعدم المبالغة في استخدام هذه الميكانيزمات حتى لا يقل ارتباطنا بالواقع. (سيغموند، 2000، ص63)

3- نماذج من الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها "الأنا" للتصدي للقلق:

يجب ملاحظة أن الناس نادرا ما يعتمدون على ميكانيزم دفاعي واحد للدفاع عن أنفسهم ضد القلق وبشكل نمطي يوظف الناس عدة ميكانيزمات دفاعية لحل الصراع وبالتالي يتخلصوا لهن القلق وسنستعرض فيما يأتي بعض ميكانيزمات الدفاع الرئيسية:

3-1- الكبت: (repression)

ويعتبره "فرويد" حجر الزاوية الذي يرتكز عليه البناء الكلي للتحليل النفسي، وذلك لكونه من أهم الميكانيزمات الدفاعية والأساس للعديد من الدفاعات الأخرى للأنا فمن خلال الكبت يحشد "الأنا" طاقاته ليجد الأفكار والمشاعر والخبرات المؤامة على الابتعاد من مجال إدراك الشخص وافترض فرويد أن معظم الأحداث مؤامة التي وقعت في السنوات 5 الأولى قد تم كبتها بعيدا عن مجال الشعور وقد وضع فرويد تركيزا شديد على عملية الكبت واعتبر أنها بكونها شحنة نفسية مضادة anticathesis صادرة عن الأنا، وفي هذا الصدد مزويد ميز بين نوعين من الكبت هما:

- ✓ حفظ الأفكار أو الرغبات الغريزية التي لم تكن أبدا لا شعورية

- ✓ إجبار الأفكار التي كانت في الأصل لا شعورية على الدخول إلى "الهو" اللاشعوري بواسطة عملية الكبت. (سيغموند ، 1989، ص46)

3-2- الإسقاط: (projection)

وهو يأتي بالمرتبة التالية من حيث الأهمية النظرية بعد الكبت ويتضمن العملية التي بواسطتها يقوم الشخص بنسب للرغبات والدوافع والسلوكيات غير المقبولة والتي يمكن أن تسب له القلق، إلى أشخاص آخرين أو إلى البيئة بدلا من أن ينسبها إلى نفسه، فمثلا قد يذكر الشخص أن لديه رغبات جنسية غير عادية وينسب مثل هذه الرغبات إلى الأشخاص الأخرين. بدلا من أن يتقبل الحقيقة التي مفادها أنه هو الذي لديه بالفعل هذه الدوافع، والرجل الذي يعلن أن العالم مليء بالغشاشين الذين لا يمكن الوثوق بهم، قد يكون (بشكل لا شعوري) هو نفسه غشاشا ولا يمكن الوثوق به. والمدرس الذي يعتقد أن مالا به أغبياء قد يكون في الحقيقة هو نفسه غير كفؤ.

3-3- التبرير: (rationalisation)

ويعد شكلا خاصا من أشكال الإسقاط، حيث يقوم بعض الأشخاص من خلال استخدامه بوضع "أسباب" أو مبررات معقولة أو مقبولة بشكل اجتماعي لتفسير سلوكيات أو آراء أو معتقدات معينة لديهم غير مقبولة اجتماعيا أو غير عقلانية، وبذلك يشير التبرير إلى محاولة "الأنا" للتصور للإحباط أو القلق من خلال تشويه الحقيقة أو تحريفها أو إساءة تفسير السلوك غير العقلاني لكي يجعله يظهر بكونه عقلانيا وبذلك يبرره لنفسه وللآخرين (المليجي، 2001، ص79-80)

3-4- التثبيت: (fixatoin)

عند ما يتطور الشخص نفسيا فإن يتخلص من أنماط السلوك القديمة ويكتسب أنماط جديدة تكون مناسبة بشكل أكبر لعملية التطور، ولكن إذا كان اتخاذ الخطوة التالية مهددا فإنه يفضل البقاء في مرحلته التطورية الحالية و "هناي" قال أنه ثبت في تلك المرحلة، فمثلا للطفل أو خوف الطفل من الانفصال عن أمه قد يحدث له تثبيت عليها ويجعله لا يريد الانفصال عنها على الإطلاق ويشعر بالقلق عندما تبتعد عنها (لا يعرف ذلك باسم قلق الانفصال separatoin ansciety

3-5- النكوص: (regression)

ويتضمن الرجوع إلى أنماط سلوكية طفلية، وذلك لتخفيف القلق عند العودة من مرحلة سابقة من الحياة كانت أكثر أمنا ومتعة، وأشكال النكوص التي يمكن ملاحظتها في سلوك الراشدين تتضمن سرعة الانفعال والتبوير، والكلام الطفلى، وتدمير الممتلكات والتمرد على السلطة، والقيادة بسرعة وتهور وإهمال والواقع، أن الأشخاص الذين يواجهون تحديات أو ضغوط شديدة قد يحاولون التثبيت بسلوكيات غير ناضجة.

3-6- الإزاحة: (displacement)

بسبب مطالب كل من الأنا الأعلى والمجتمع، مع عدم إمكانية الوصول إلى موضوع غريزي معين، قد توجه طاقة هذا الموضوع إلى اتجاه بديل عندما لا يكون من الممكن إشباع هذه الغريزة، ونتيجة لذلك تظهر عملية تسمى "الإزاحة" وقد أشار "فرويد" إلى أن التطور النفسي يستمر من خلال سلسلة من إزاحة الطاقة energy displacement وتغير الموضوع object substitution ولكن الطاقة هي التي يتم إزاحتها وليس الموضوع نفسه.
وقد لاحظ " فرويد" أن مخاوفنا غير العقلانية أو مخاوفنا المرضية مجرد رمز للإزاحات.

3-7- الإنكار: (dénia)

ويلعب دورا مشابها لدور الكبت ولكنه بصفة عامة يعمل على مستويين الشعوري وقبل الشعوري، وعندما نستخدم الإنكار فإننا ببساطة نرفض وجود حقيقة معينة ونحن في ذلك لم نفعل أكثر من مجرد قول أننا لا نتذكر (كما هو الحال عند استخدام ميكانيزم الكبت) إننا نصر على أن شيئا ما حقيقي، بالرغم م كل الأدلة التي تثبت العكس.

3-8- التكوين العكسي: (reaction formation)

وهو من أكثر الميكانيزمات التي وصفها "فرويد" إشارة للاهتمام وفيه يحاول تجنب فكرة أو دافع مهدد. من خلال التعبير عن الدافع المعاكس تماما للدافع غير المقبول لذلك يعرف هذا الميكانيزم الدفاعي باسم التكوين العكسي، والذي يتم من خلال تطوير اتجاهات وسلوكيات شعورية معاكسة أو مضادة للرغبات المزعجة وذلك لحماية الشخص من مواجهة القلق الذي سينتج إذا تعرف على هذه الرغبات في نفسه.

3-9- الإستدماج: (introjection)

ويتم من خلاله استدماج قيم الآخرين ومعاييرهم فمثلا في معسكرات الاعتقال تعامل بعض المساجين مع القلق الغامر الذي اغتابهم بقبول قيم العدو من خلال "التوحد مع المعتدى".

3-10-التوحد أو التقمص: (identification)

على الرغم من أن التوحد أو التقمص يعد جزءا من عملية التطور التي يتعلم من خلالها الطفل سلوكيات دور النوع، فإنه يمكن أن يكون له أيضا دورا دفاعيا فهذا الميكانيزم يعزز جدارة الذات ويحمى من الإحساس بالفشل، لذلك فإن الأشخاص الذين يشعرون أساسا بالنقص قد يتوحد مع أسباب أو منظمات أو أشخاص ناجحين، على أمل أنه يتم إدراكهم بكونهم بديرين بالاهتمام وذوي شأن.

3-11-التعويض: (compensation)

ويهدف إلى تغطية العجز أو تطوير سمات إيجابية لتغطيته وبناء على ذلك فإن الأطفال الذين لا يحصلون على اهتمام وإعتراف إيجابي، يطورون سلوكيات، يهدفون من ممارستها إلى الحصول على اهتمام حتى ولو كان سلبيا (على الأقل) والأشخاص الذين يشعرون بالعجز الفكري قد يوجهون درجة مبالغ فيها من الطاقة لبناء أجساهم. (زهران، 2005، ص40.

3-12- المعالجة الفكرية: (intellectualization)

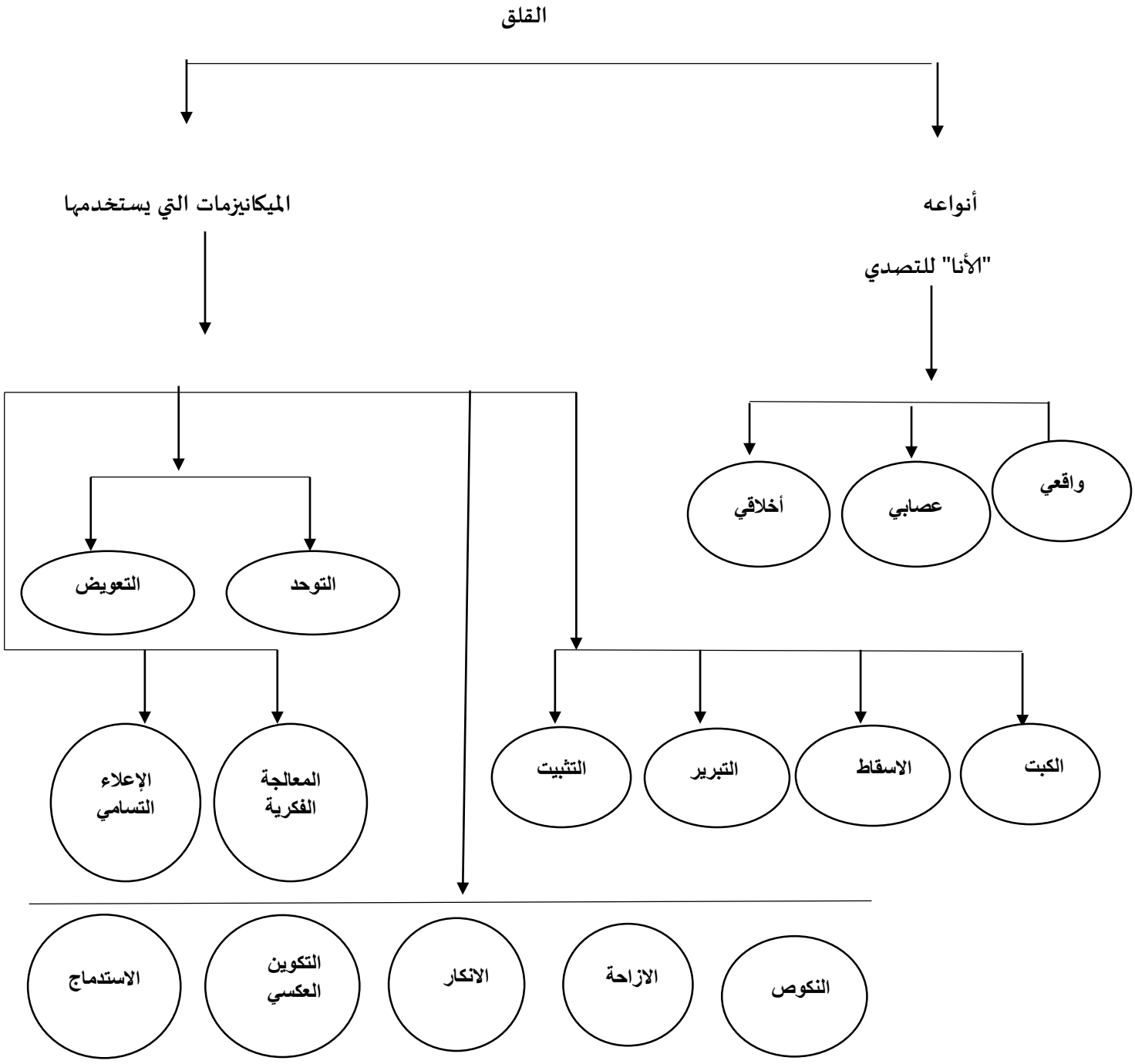
وهنا يتم إبعاد المواضيع العاطفية والانفعالية من الفكرة المهددة، فمن خلال فحص الفكرة بطريقة فكرية وغير عاطفية وبشكل صارم، يمكن إحضار بعض الأفكار إلى الشعور أو السماح للفكرة موضع الفحص بالبقاء فيه دون قلق.

3-13- الإعلاء أو التسامي: (sublimation)

ويرى "فرويد" أن الميكانيزم الوحيد الناجح بشكل حقيقي، فهو على العكس الكبت، كلما زاد استخدامها له، زادت انتاجيتها، فعن طريقة يمكن للشخص تحويل انتباهه عن الدوافع اللاشعورية المهددة بشكل متكيف بحيث يمكن التعبير عنها من خلال أفكار أو سلوكيات أو أفعال يوافق عليها اجتماعيا.

والإعلاء هو الاستراتيجية الصحية الوحيدة ضد الدوافع غير المرغوب فيها لأنه يسمح للأنا بتغيير هدف أو موضوع الدوافع دون منع التعبير عنها

وفيما يلي سنوضع مخطط يوضح أنواع القلق، والميكانيزمات الدفاعية التي تستخدمها الأنا للتصدي له وذلك للتوضيح والإختصار. (علي، 2014، ص69-73)



مخطط رقم (01) يوضح أنواع القلق، والميكانيزمات الدفاعية التي تستخدمها "الأنا" للتصدي له.

وكملخص توضيحي يوضح المخطط أعلاه الانواع الشائعة للميكانيزمات الدفاعية وللتعمق في البنية النفسية نرمز لطبعة القلق وبالتالي للإلمام بديناميات الاشعور ككل.

4- تصنيف الآليات الدفاعية:

تشمل الحيل الدفاعية على عشرة حيل دفاعية ثابتة: الكبت والنكوص، التكوين العكسي، العزل، والإلغاء الرجعي، الإسقاط والارتداد على الذات والانقلاب إلى الضد والتسامي والتعويض.

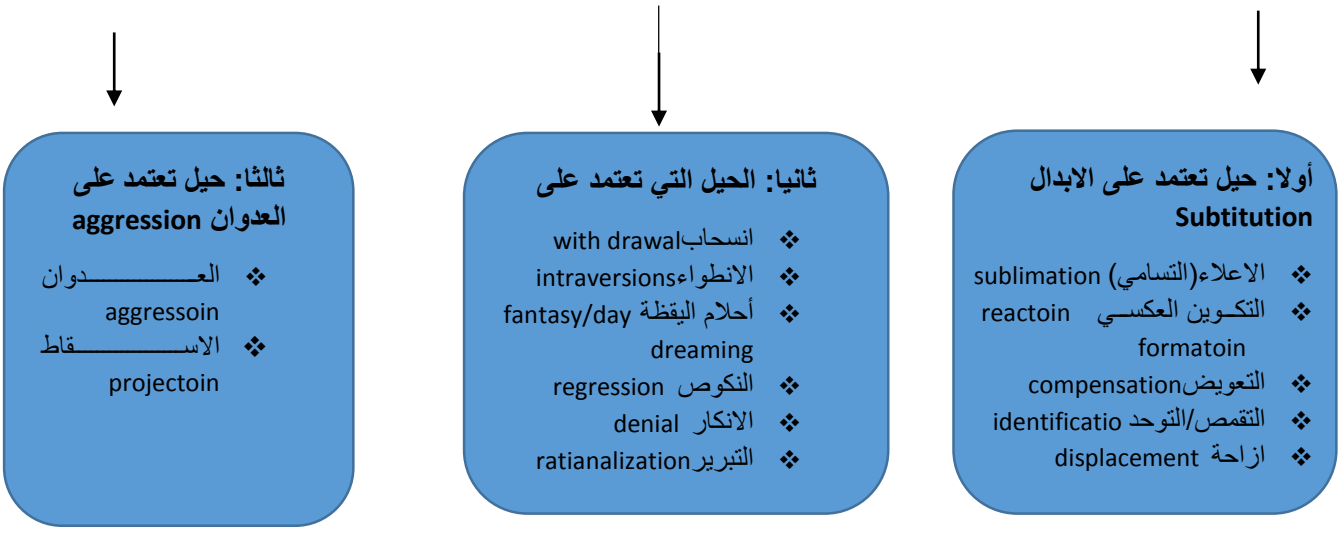
وهناك تصنيفات للحيل الدفاعية بحسب الظروف التي تستدعيها وهي:

- ❖ حيل دفاعية تنشأ عن الشعور بالذنب
- ❖ حيل دفاعية تنشأ عن العالم الخارجي
- ❖ حيل دفاعية تنشأ عن قوة الغرائز
- ❖ حيل دفاعية تنشأ عن قوة الصراع بين الغرائز

ويتضح أن هناك ارتباط بين الحيل الدفاعية والاضرابات العصابية خاصة: فالكبت يرتبط بالهيستيريا، والعزل، والإلغاء الرجعي مرتبطين بعصاب الوسواس، والإسقاط يرتبط بالهذاء. **(بطرس، 2008، ص156)**

❖ **تصنيف فرويد:**

الكبت repression : هو الميكانيزم الرئيسي للأنا وأساس كل الحيل الأخرى



مخطط رقم (02) يوضح تصنيف الآليات الادفاعية حسب فرويد. (بطرس، 2008، ص157)

❖ **تصنيف أنا فرويد للميكانيزمات الدفاعية:**

تضم قائمة الدفاعات النفسية عدد كبير من الآليات الدفاعية، إلا أنه ليس هناك جسم أو دليل علمي على عدد محدود من هذه الدفاعات، إلا أن العلماء قاموا بالعديد من المحاولات لتقسيم هذه الدفاعات النفسية فطورت نظريات مختلفة قامت يعدد من التقسيمات، ففي سنة 1936، عددت أنا فرويد الآليات الدفاعية التي ظهرت في أعمال أبيها سيجموند فرويد، لقد درس كلا من أنا فرويد وأبيها الدفاعات النفسية إلا أن آنا فرويد قضت المزيد من الوقت والأبحاث على 5 آليات دفاعية وهم الكبح، النكوص، الإسقاط، التكوين العكسي، والتسامي (العلية)، واعتبرت أن كل الآليات الدفاعية هي عبارة عن استجابة للتوتر، وكيفية تعامل العقل الواعي واللاواعي مع هذا الضغط في المواقف الاجتماعية.

(زهران، 2004، ص52)

الكبح: حيث يتم إخفاء المشاعر ونقلها من الشعور أو العقل الواعي إلى اللاواعي لأن هذه المشاعر غير مقبولة اجتماعيا.

النكوص: وهو العودة إلى مراحل متقدمة من النمو النفسي أو البدني حيث تكون المسؤوليات أقل والشعور بالأمان أكثر.

الإسقاط: وفيه يتم نسب المشاعر غير المقبولة إلى الغير، وبالتالي لا يمكنه مواجهتها لأنها بصورة لا شعورية أصبحت منسوبة إلى غيرة.

التكوين العكسي: وهو التصرف بعكس ما يمليه. عليه عقله اللاواعي بشكل مبالغ فيه وبصورة مفرطة.

التسامي: وتعد واحدة من أكثر الآليات المقبولة حيث يتم فيها التعبير عن الغضب أو التوتر بصورة مقبولة اجتماعيا.
(زهران، 2004، ص53)

❖ **تصنيف جورج فايلانت**

قدم الطبيب النفسي فايلانت تقسيم الأربع مستويات للدفاعات النفسية:

المستوى الأول: المرضي (ويتمثل الإنكار الذهاني والإسقاط التضليلي)

المستوى الثاني: غير الناضج (ويشمل الخيال والإسقاط والعدوان السلبي والتنفيت)

المستوى الثالث: العصابي (ويشمل التكوين العكسي والإزاحة والنكوص)

المستوى الرابع: الناضج (ويشمل التسامي والقمع، الكبح أو الكبت، والإيثار والحدس (ايليفتش وجليسر، ص20)

وكما صنفت ميلاني كلاين مجموعة من الميكانيزمات الدفاعية:

يرجع هذا الاتجاه في التحليل إلى آلية الدفاع القديمة في تقسيم الأدوات في إحدى مراحل هذه الطريقة فإن الشخص يركز جل اهتمامه على أحد الجوانب فقط، وفيما يتعلق بعملية التقسيم فإن الشخص يقسم ذاته أو ما يسمى بالأنا، فإن جزاء من الذات يتم فصله وإلغاؤه كما لو كان لا يمت لشخصيته بصلة. وعادة ما ينكر الناس وجود أية رغبة في الاعتداء أو العدوانية في داخلهم، في عملية تقسيم الأنا Ego ركزت كلا على الإسقاط: فإن الإنسان يستمد قدرا من المساعدة من عملية الإسقاط، حيث لا يعتمد أن به ميولا عدوانية، بل يعتقد أنه لا يسبب أذى للآخرين ومن ثم يختار شخص آخر يسقط عليه تلك العدوانية.

وفي هذه الحالة فإن الشخصية التي يعكس عليها داخله عادة ما تبدوا مشوهة، وتفقد جزءا من شخصيتها.

وتسمى عملية فقدان الهوية وخلعها على شخص آخر عملية بالتقمص الإسقاطي وتتم هذه العملية بهدف دفاعي ضد العدوان.

ووجدت ميلاني أن التدمير الذاتي يحدث أدى المرض المصابين بعقدة القلق الناتج عن الاضطهاد. يقيم المريض في هذه الحالة آلية دفاعية تؤدي إلى إصابته بانفصام في الشخصية. **(وود، روبنسون، 2003، ص100-101)**

5- النظريات المفسرة للآليات الدفاعية:

5-1- موقع الميكانيزمات الدفاعية من نظرية التحليل النفسي:

إن الوظائف السيكودينامية الرئيسية للقلق هي مساعدة الشخص على تجنب التعرف الشعوري على الدوافع الغريزية غير الممقبولة، والسماح بإشباعها بطرق وأوقات مناسبة، وقد بين فرويد أن "الأنا" يميل إلى رفض الأسباب (الداخلية والخارجية) للقلق أو تعريفها، لأن الاعتراف بها سيزيد (بشكل لا يحتمل) من حدة هذا القلق ، لذلك فإننا نتعامل مع الأخطار التي تهددنا من خلال ما أطلق عليه فرويد ميكانيزمات الدفاع واعتبرها محاولة لا شعورية للتوافق مع ظروف مؤامة مثل القلق، أو الإحباط، أو الذنب، كما أنها تعمل للمحافظة على تقدير الذات، والتقليل من مشاعر الحرمان أو الخوف أو الذنب. **(عباس، 2014، ص58)**

ويشير فرويد إلى أن الأنا بمنزلة النظام الدفاعي أدى الفرد، فقد أوضح أن على الأنا الدفاع عن نفسها ضد المخاطر الخارجية الآتية من الهو، أي المثبقة من الدوافع الغريزية، وأن الآليات الدفاعية وحدها هي التي يمكن أن تمنع أو تعزل أو تغير هذه الدوافع، فعندما يرافق الخطر بروز رغبة معينة ويثير القلق فعلى الأنا أن تظهر دفاعاتها الموجهة بنفس الوقت ضد الدوافع والمؤثرات. **(هاشم، 2004، ص130)**

ووفقا المدرسة التحليل النفسي أن التعامل الآليات الدفاعية بصورة مستمرة أكثر من المعتاد يضعف الأنا، وهي تتضمن أيضا تزييفا لأحوال حقيقية، ومن المفترض أنها تتم لا شعوريا. **(هاشم، 2004، ص131)**

2-5- النظرية السلوكية:

أصحاب هذه النظرية لا يشيرون إلى اللاشعور، فهم يرفضون هذا المفهوم رفضا تاما، وقد يفسرون يحدث أثناء الآليات الدفاعية بناء على نظريات التعلم، ويقدمون السلوك الذي يسلكه الفرد عند استعماله لحيلة دفاعية في صورة السلوك الذي اكتسبه الفرد وفقا للقواعد التي استخلصوها من دراساتهم في عملية التعلم نمط معقد من الاستجابات بما في ذلك الأعراض العصابية كالمخاوف المرضية والشلل الهستيري والميكانيزمات الدفاعية المرتبطة بهذه الاضطرابات، فمصدر مثل هذه الاستجابات هو الحافز الانفعالي للخوف الذي يخفض عن طريق العرض العصابي أو النشاط الدفاعي وإن أي خاصية من خصائص الشخصية كدوافع الكبت (الميكانيزمات الدفاعية) يمكن تعلمها وفقا لمجموعة قوانين التعلم الارتباطي عن طريق التدعيم وقد قدم العالمان (دولارد وميلر) أمثله توضيحية لتطبيق المبادئ التي تبناها في تعلم الأعراض المرضية كالمخاوف والإدمان الكحولي. والميكانيزمات الدفاعية كنكوص والتبرير والإسقاط. **(هاشم، 2004، ص131-132)**

3-5- النظرية المعرفية:

يرى أصحاب هذا المنظور أن الآليات الدفاعية ناجمة عن عمليات عقلية معرفية شعورية لمواجهة المواقف فقد قدم هان عام 1961 نموذجا بديلا للآليات الدفاعية الكلاسيكية (التحليلية) وأطلق عليها الآليات التعامل مع الأحداث وقد وضع مقارنة بين وجهة نظر التحليل النفسي ووجهة نظر علم النفس المعرفي، إذ يرى أن السلوك لو نظرنا إليه من خلال آليات الدفاع، فهو يختلف على السلوك لو نظرنا إليه من خلال آليات التعامل، فالنظرة المعرفية لآليات الدفاعية عموما هي أن الآليات الدفاعية عمليات شعورية تقع ضمن الوعي العام للشخص. **(هاشم، 2004، ص132)**

بالتالي ما ذكر في الفصل هو تعريف بمكونات الجهاز النفسي ككل وتكمن اهداف دراستنا لهذا الفصل مقارنتا بالدراسات الأخرى معرفة الاليات الدفاعية وايض التعمق أكثر في البنية وديناميةالشخصية

خلاصة الفصل:

يتكون الجهاز النفسي في أنظمة تتميز باختلافها عن بعضها البعض في جميع الخصائص إلا أنها ترتبط ارتباطا تاما ورمزيا ببعضها البعض، لذلك نستنتج أن جميع المصطلحات لها دلالات عملية وظائف وميكانيزمات والديناميات مكونة في مجمل الشخصية ككل، وهي جميعها في مرحلة نشطة أي في مرحلة تفاعل طوال الحياة وهذه الأخيرة لها دور فعال في الضبط والدفاع عن غرائز الجسم وكما هي معروفة بالميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها الناس والأفراد الأصحاء منهم والمرضى و سنتطرق في الفصل الموالي الى التعريف بمرض التصلب اللويحي وفي بادئ الامر سوف نتطرق الى لمحة تاريخية من ثم التعريف المرضي للتصلب و الآليات الفيزيولوجية المرضية و بعض الخصائص المرضية و العلامات و الاعراض و بمختلف الشكال الانتكاسية و بعد ذلك معايير التشخيص و ختاما بالعلاجات .

الفصل الثاني: الراشد ومرض التصلب اللويحي

تمهيد

I. البروفيل الطبي

1. لمحة تاريخية عن مرض التصلب اللويحي
2. التعريف المرضي لمرض التصلب اللويحي
3. الآليات الفيزيولوجية المرضية لمرض التصلب اللويحي
4. الخصائص المرضية لمرض التصلب اللويحي
5. العلامات والأعراض المرضية للراشد المصاب بمرض التصلب اللويحي
6. الأشكال الانتكاسية للراشد المصاب بمرض التصلب اللويحي
7. الجوانب البيولوجية التي تسهم في التشخيص
8. المخطط العلاجي المرضي لمرض التصلب اللوحي

II. البروفيل النفسي

1. وصف الاضطرابات النفسية للراشد المصاب بمرض التصلب

تمهيد

لقد تطرقنا في الفصل السابق لمكونات الجهاز النفسي، والآليات الدفاعية التي قد يستخدمها المرضى، وأيضا تبين لنا وبشكل كبير أن هناك علاقة بين مفهوم هذه الآليات ونشوء الاضطرابات النفسية جراء التشخيص لبعض الأمراض المزمنة أو الخطيبة من أهمها مرض التصلب اللويحي.

فالتصلب اللويحي هو مفهوم وواقع غامض بالنسبة لكل الأفراد وذلك راجع لأن أول خبر يسمعه المريض أن المرض ليس له علاج شاف، وأن العلاج المتوفر هو فقط يخفف من الأعراض، ولا يؤدي إلى الشفاء النهائي، ورغم الاكتشافات العلمية العلاجية إلا أن تسليط على الأهمية النفسية أو الآثار النفسية التي يسببها المرض جد وخيمة، لذلك لا يمكن إنكار الحدث الصدمي أو الخبرة الصدمية التي تخص إعلان تشخيص الإصابة، وفي هذا الفصل سوف نحاول التطرق إلى كل ما يتعلق بالمفهوم المرضي والأليات المرضية والأشكال والأعراض وطرق العلاج والمعاناة النفسية للراشد والصدمة النفسية الخاصة بالمرض.

I. البروفيل الطبي:

1. لمحة تاريخية عن التصلب اللويحي:

رسم يوضح: رسم كارسويل والذي يوضح آفاق التصلب المتعدد في جذع الدماغ والنخاع الشوكي.

- **تاريخ الاكتشاف**: وصف أستاذ علم الأمراض البريطاني روبرت كارسويل (1793-1857) وأستاذ علم التشريح وعلم الأمراض الفرنسي جان كروفيه (1791-1873) العديد من التفاصيل والأعراض السريرية المتعلقة برض التصلب المتعدد، لكنهما لم يصرفاه كمرض منفصل بحذ ذاته.

قام العالم كارسويل بوصف الإصابات "بآفة ملحوظة في الحبل الشوكي مع ضمور" (Coles, 2002, p12) وأشار الطبيب السويسري إدوارد فونرند فلايش (1836-1908) في عام 1863 أن الآفات المصاحبة للالتهابات تنتشر حول الأوعية الدموية.

كان طبيب الأمراض العصبية الفرنسي جون مارتن شاركو (1825-1893) أل شخص قام بتعريف واكتشاف التصلب المتعدد كمرض متميز وكان ذلك في عام 1868.

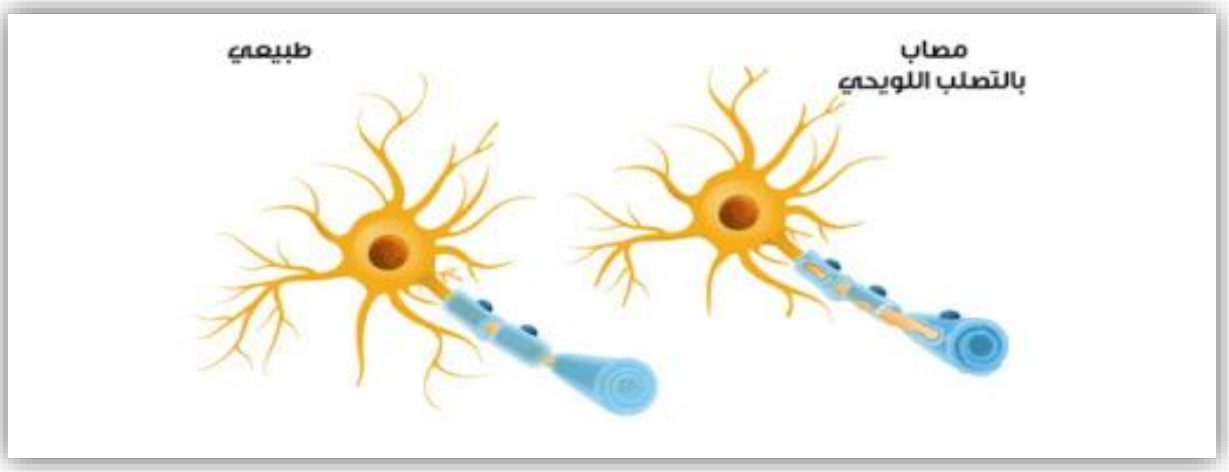
وذلك بالاستعانة بالتقارير والمعلومات السابقة واخلافه إلى ملاحظات السريرية والمرضية ولقد لقب شاركو بـ Sclérose en plaques

وكان شاركو أول من حاول وضع معايير لتشخيص مرض التصلب المتعدد، ما يعرف الآن باسم "ثالوث شاركو"، والتي تتضمن رأرأة ورجفان قصدي وكلام تلغرافي، وكما لاحظ شاركو بأن مرضاه كانوا يعانون من تغيرات في الادراك والمعرفة، حيث قام بوصف مرضاه بأنهم يعانون من ضعف ملحوظ في الذاكرة واستيعاب بمليء للأفكار والمعلومات (Zarzeczrny. Picarda, Pullman, 2013, p6)

وكان يعتمد على ثالوث شاركوا والملاحظات السريرية لتشخيص المرض حتى قام شوماخر بأول محاولة لتوحيد معايير لتشخيص المرض وكان ذلك في عام 1965.

وتضمنت التالي: أعراض سريرية لمشكلة ما في الجهاز العصبي وأدلة على مشاركة المادة البيضاء وغيرها، وتم حاليا إدراجه في معايير ماكدونالد ومعايير بوسير في عام 2010 ويتم حاليا الاستعانة بها للتشخيص.

وبدأ ظهور علاجات فعالة من خلال نظريات القرن 20. (Dument, 2004, p 104).



2. التعريف المرضي للتصلب اللويحي:

يعتبر العلماء التصلب اللويحي بأنه مرض مزمن يصيب الجهاز العصبي (الدماغ والنخاع الشوكي) يغلب عليه أنه ذاتي المناعة، حيث يقوم جهاز المناعة في جسم الانسان بإفراز أجسام مضادة، والتي تقوم بمهاجمة الغشاء الميالين، مما يؤدي الى تدميره وبالتالي يؤثر على النقل العصبي وقد يؤثر على المحور العصبي، ولكن حتى الآن لم يتم معرفة هذه الأجسام المناعية.

- **تعرفها الجمعيات الأوروبية:**

يعد مرض التصلب المتعدد (MS) أحد أمراض الجهاز العصبي، ويعني ذلك أنه يؤثر على الأعصاب لديك، والأطباء المتخصصون الذين يقومون برعاية مرضى التصلب المتعدد يطلق عليهم أطباء الأعصاب.

لا ينتقل مرض التصلب المتعدد من شخص لأخر، بل تحدث الإصابة عندما يكون هناك قصور في الأداء الوظيفي للجهاز المناعي، يعمل الجهاز المناعي على حمايتك من الاصابة بالعدوى ومقاومتها، وفي مرض التصلب المتعدد يهاجم جهازك المناعي الأعصاب عن طريق الخطأ.

هذه الأعصاب تتحكم في الكثير من الأعضاء المختلفة في الجسم وآلية عملها، لهذا السبب إذا كنت مصاب بأمراض التصلب المتعدد فقد تظهر أعراضه في عدة أعضاء من جسمك وقد يؤثر على الكثير من

الوظائف التي يؤديها جسمك، لعل هذا هو السبب في كون مرض التصلب المتعدد يتخذ أنماط مختلفة من شخص لأخر. (Road, 2016, p08).

- **تعرفه بعض الدراسات العلمية الأجنبية:**

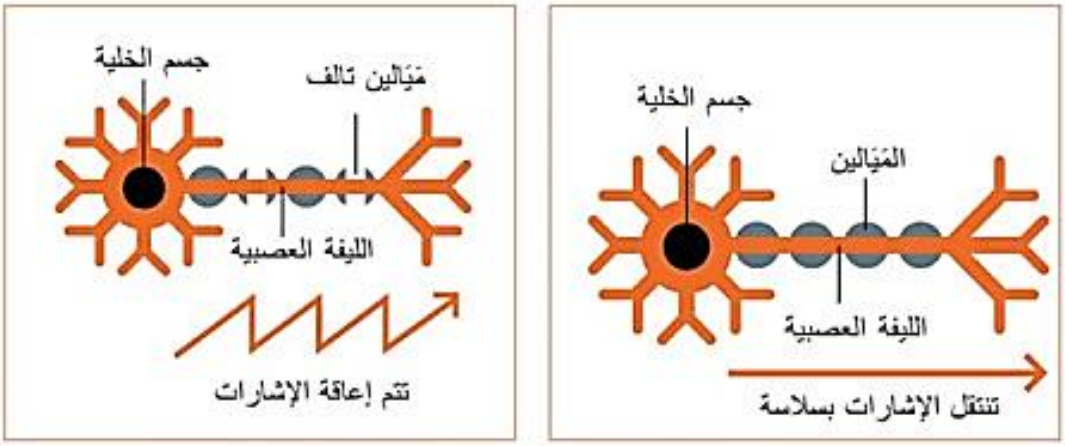
هو **مرض مناعي:** هو مرض المناعة الذاتية في الجهاز العصبي المركزي، يهاجم غمد المايلين التي تسبب لويحات، تجعل من الصعب نقل نبضات الأعصاب في المناطق الدماغية والعمود الفقري المصاب. (Demers, 2016, p10)

ومن الناحية العلمية المرضية يعرف على أنه تغير انتقال العدوى الذي ينتج عنه، يفسر ظهور الأعراض التي وصفها المرضى، تختلف أطراف الأصابع وتعطي اللوحات ويتطور المرض بشكل كبير من فرد للأخر.

النسبة المئوية للحالات هي الشكل الدوري (المنقول المتنحي) والذي يعتبر بطيئا بسبب ظهور الأعراض العصبية أو الوضوح، قد تكون دقة الشكل الدوري بواسطة متلازمة سريرية معزولة، أو حلقة واحدة من الأمراض العصبية التي تشير إلى وجود مرض التصلب المتعدد وفي حوالي 50 بالمئة من هؤلاء المرضى، تصبح الحالة مزمنة ويصبح الشكل الدوري ثانويا. (Demers, 2016, p12)

- تبين لنا هذه التعاريف أن التصلب اللويحي هو عبارة عن مرض مزمن ونادر، يولده جسم الانسان لأسباب غير معروفة ومجهولة، قد تكون أسبابه عينيا أو وراثية أو بيئية، وقد قدمت هذه التعريف جانبا مهما ومبهما في نفس الوقت، يوضح لنا المرض وكيفية تدميره لمادة المايلين الموجودة في العصبون ما بعد المشبكي بشكل واضح وبطيء، وحتى يتضح لنا المفهوم أكثر لا بد أن نتطرق إلى كيفية تشكيلة أي الآليات الفيزيولوجية المرضية، وهذا ما سوف نتطرق له فيما يلي:

3. الآليات الفيزيولوجية المرضية لمرض التصلب اللويحي:



طبقة المَيالين سليمة وطبيعية. تنتقل الإشارات بسلاسة طبقة المَيالين تالفة. تتم إعاقة الإشارات

دون لانغدون (Dawn Landon)، قسم الأمراض العصبية والنفسية زويال هول واي، جامعة لندن، المملكة المتحدة، يعد جان مارتن شاركوت(1825-1893) (Jean-Martin Charlot) أول طبيب أمراض عصبية يكون أفكارا واضحة عن الخصائص الاكلينيكية والباتولوجية للتصلب المتعدد، بما في ذلك عن وجه الخصوص تحدث عن الأعراض الادراكية، هناك ضعف شديد بالذاكرة، وبطء في تكوين الأفكار، مع تبلد بالقوى العقلانية والعاطفية بشكل عام، لكن على مدى السنوات المئة التالية ظل الالمام محدودا بالمشاكل الإدراكية في هذا المرض، ومحاولات محدودة لتحديدها أو معالجتها. (مسمير أوسيلي، 2013، ص4)

يفسر إزالة الميالين (تعطيل غشاء الميالين) من المحاور، من خلال تورط الخلايا التائية في الجهاز المناعي، ومن هنا جاءت تسمية المناعة الذاتية.

وهكذا يتعرض الميالين للهجوم من قبل الجهاز المناعي (اللمفاويات التائية) والذي يولد تفاعلا التهابيا يتكون من الخلايا اللمفاوية والبلاعم. (Noseworthy et al, Wingerchuk et al, 2000-2001, p22)

إزالة المايلين أو فقدان غمد الميالين جزئي بشكل عام، وهناك الحفاظ النسبي على المحور العصبي، كما يتم تكاثر انتشار الخلايا النجمية. (Lezak, 2004, Wethytal, 2000, p26)

إزالة الميالين هذه هي التي تجعل انتقال النبضات العصبية أكثر صعوبة، وبالتالي ينتج عن إزالة المايلين هذه لويحات يمكن أن تكون نشطة، سيكون وجود البلاعم هو صفة الآفات النشطة حيث توجد عملية التهابية، توجد بشكل رئيسي في المناطق المحيطة بالإبطين، العصب البصري، جذع الدماغ، المخيخ، النخاع الشوكي. (Eorthy et al, 2000, Chuk et al, 2000 Chuk et al 2001, p 44)

على الرغم من أن مرض التصلب المتعدد منذ فترة طويلة، يعتبر مرضا فقط يؤثر على المادة البيضاء في الجهاز العصبي المركزي، إلا أن المزيد من الدراسات توثق تأثير المرض على المادة الرمادية حاسما بشكل

خاص للنقص المعرفي، الذي لا يمكن لضعف المادة البيضاء وحده تفسيره، هناك عامل حاسم آخر متأصل في الفيزيولوجيا المرضية لهذا المرض، يساعد على شرح مغفلات الذبائح التالية في الواقع، فإن الالتهاب أو الوذمة الناتجة عن العملية يختفي تدريجيا لانفتاح المجال لقنوات الصوديوم وإعادة التنقية، ومع ذلك يمكن أن تؤدي مزمنة المرض أيضا إلى فقدان محور عصبي لا رجعة فيه، وبالتالي الأعراض التي لا تهدأ. (Ceruts et Barkhof, 2008, p67).

4- الخصائص المرضية لمرض التصلب اللويحي:

4-1- النموذج الشائع:

10% من الحالات يتم ملاحظتها من خلال التراكم البطيء للأعراض أو التعديلات دون ملاحظة التوهجات المحددة بوضوح.

4-2- النموذج الأنذر:

5% في الحالات هو الشكل التدريجي المتكرر، ويتميز بتفاقم مستمر يمكن أن تحدث فيه الانتكاسات وقد يتبعها أو لا يتبعها مخلفات.

- هذا هو أكثر الأمراض العصبية شيوعا عند البالغين حتى الآن، يعتقد أن ما يقارب 100000 كندي يتأثرون بمعدل إصابة يقدر بحوالي 1000 حالة جديدة كل عام، يختلف معدل الانتشار بين حالة، أن لكل 500 شخص وحالة واحدة لكل 1000 شخص، حسب المنطقة، كندا هي واحدة من البلدان التي يكون فيها هذا المرض أكثر شيوعا، تم توثيق بشكل جيد أن مرض التصلب العصبي المتعدد مدرج بشكل أكبر في بلدان أبعد من أنه يمكن التعرف عليه عند الأطفال أو كبار السن، إلا أنه يتم تشخيص مرض التصلب العصبي المتعدد عادة بين السن 15 و40 سنة، ومن المعروف أيضا أن هذا المرض يصيب النساء أكثر من الرجال، بنسبه 35٪ أي أن أسباب المرض غير واضحة، وأن العوامل المساهمة لم يتم العثور عليها لتكون حصرية لبداية المرض. (Chuk. Lucchinetti, et Noseworthy, 2001, p 76-77).

5- العلامات والأعراض المرضية للراشد المصاب بمرض التصلب اللويحي:

5-1 الأعراض المرضية للراشد المصاب بمرض التصلب اللويحي:

- في الفئات الرئيسية يبلغ متوسط عمر ظهور الأعراض 30 عاما من نسبة الجنس تبلغ 1.3، تشمل الأعراض الأكثر شيوعا العلامات الحسية (تنمل، ألم، تنميل، ضعف الحركة، اضطرابات بصرية، اضطرابات التنسيق أو اضطرابات التوازن أو الأدوار. (Leray, Coustans, 2013, p20)

- بعضها نموذج لتشخيص مرض التصلب العصبي المتعدد (علامة طب العيون النووي) المتلازمات التي توحي بالوهج الأول، هي إلتهاب الأعصاب البصري والتلف في جذع الدماغ، انخفاض الحساسية، ألم الاعتلال

العصبي، اضطرابات حويصلة مع حالات طارئة أو نوبات استبقاء، اضطرابات جنسية، تغيرات في الفكاهة أو نوبات اكتئابية، الحرارة الاضطرابات المعرفية أو غيرها من المظاهر النادرة. (Lublin, Reingold, Cochen, et al, 2013-2014, p 60)

- وقد تم تحديد عدد من العوامل النذير السلبية لدورة سريعة في العرض أو تحويل مرضى التصلب العصبي المتعدد محددة من متلازمة معزولة سريريا، هذه العوامل هي في الأساس عمر ظهور المرض الذي يتجاوز 40 عاما، والجنس الذكري، والاصل العرقي (أسيوي أو أمريكي من أصل افريقي).

والعرض السريري الأولي مع الحركية، وعلامات المخيخ، واضطرابات أو بشكل أكثر عموما هجوم متعدد.

وفي الجدول أدناه جدول يوضح بعض الأعراض المتكررة للمرض. (Barkhof, Filippin, Miller, Scheltens, 1997, p 78)

جدول يوضح بعض الأعراض المتكررة.

أعراض قليلة	أعراض غير محددة متكررة	أعراض شائعة
– **نادرة ضعف الادراك المعرفي**	– ديبلوبيا الدوار	– التهاب العصب البصري
– **شلل الوجبي**	– مثلث التوائم العصبي	– عجز حركي
– **اضطرابات البلع**	– تململ الساق	– تنمل
– **الصمم**	– الصداع	– ترنح
– **خلل التوتر العصبي**		– اضطرابات بولية.

جدول يوضح توزيع المرض وفقا للعراض الأولية لظهور المرض (الحاد أو التدريجي). (Cottrell, et al, 1999, p38-39)

	بداية المرض	
	عن طريق الدفع	**التقدم**
هرمي	%32	%54
الدماغ	%16	%23
الجذعية	%24	%7
الحساسية	%48	%32
البصرية	%26	%17

❖ **مرحلة الرشد:**

- بما أن مرض التصلب اللويحي يعتبر مرض نادر ومزمن خاصة فيما يخص الأعراض المرضية التي قد تصيب الراشد، أي الاصابات في مرحلة الرشد تختلف، وتعد أكبر خطورة من المرحلة العمرية السابقة، وهذا من

الناحية الطبية ولهذا سوف نتطرق إلى مفهوم شامل إلى هذه المرحلة والخصائص التي تشملها، نظرا لأهميتها في مجال المرضى الراشدين.

- إن دراسة الراشدين (نساء ورجال) يعتبر أمرا مهما، وعندما يتكلم بعض علماء النفس عن الراشدين فهم ينظرون الراشدين متشابهون في كل المجتمعات، وفي جميع الطبقات الاجتماعية ولهذا تبقى سيكولوجية الراشد شيء منفردا، من ضمن ذلك النضج الفيسيولوجي، ودور النشاط الجنسي والعاطفي، من أجل تحقيق حالة الرشد بالنسبة للراشد نفسه وكذلك بالنسبة لمحيطه.

وللتعرف على خصائص هذه المرحلة، يجب علينا التطرق إلى خصائص كل مرحلة، وأزماتها وتنقسم حسب التقسيمات العلمية كالاتي:

- **المرحلة الأولى: من الرشد (25-40 سنة) الراشدون الشباب.**

تبدأ فترة الرشد بالانتهاء من الدراسة والدخول إلى ميدان العمل، وقد يحصل ذلك قبل سن الخامسة والعشرين، ما عدا المهن التي تتطلب إعدادا طويلا، وفي دراسات حديثة لعالم النفس الاجتماعي ليفسون (Livson) يبين أن الفترة الممتدة من سن الخامسة والعشرين إلى السن الأربعين، هي فترة تحقيق "الحلم" بالنسبة للكثيرين، بعبارة أخرى أن المهمة الرئيسية للشخص في هذه المرحلة هي توجيه نشاطه في اتجاه تحقيق رؤيته لنفسه وأحلامه، في أن يكون طبيبا أو مهندسا، أي في مرحلة النضج تصبح أكثر ثقة في نفسك وأقل ترددا في التعبير عن مشاعره وأقل اعتمادا على الآخرين. **(سليم، 2002، ص447-451)**

- **المرحلة الثانية: الراشدون المتوسطون والكبار:(40-70 سنة):**

يعتقد "ريكسون" أن أزمة النمو الرئيسية في هذا السن، تتمثل في خاصيتين الامتداد الاجتماعي والتقوقع على النفس، فإن كان النضج سليما في هذه المرحلة، فإن الشخص يجد نفسه يتجاوز الامتداد البيولوجي الخاص كالتكاثر وحضانة الأطفال إلى الامتداد بمعناها النفسي والاجتماعي.

- لذلك من الناحية النفسية تتزايد المشكلات النفسية خصوصا فيما يتعلق بأعراض القلق. (سليم، 2002، ص452-453)

- وملخص مرحلة الرشد أنها تشكل وحدة نفسية وفيسيولوجية متكاملة، وهذا من تحليل لخصائص لسن الراشد أنها أكثر تعقيدا وأهمية، وفي ضوء ذلك ادرجت خاصة وفي إطار خاص بالنسبة لمرضى التصلب اللويحي، وللتوضيح أكثر سوف نتطرق إلى جدول أدناه يبين لنا الأعراض الأولية لمرضى التصلب اللويحي حسب متوسط العمر.

جدول (3) يوضح متابعة وفقا للأعراض الأولية (التوزيع، النسبة المئوية، متوسط العمر). (Sèze, Bouvero, 2007, p44)

الأفراد	التوزيع (رجال/ نساء)	متوسط العمر	الأعراض الأولية	التحويلات التدريجية%
قداما المحاربين	100%/0	25 سنة	• التهاب البصر العصبي • الحساسية	-
فرنسا	60/40% 36%/64%	31.3+10.1 سنة	• التهاب العصب البصري • جذع الدماغ • الأعراض المتنوعة	**%82 / %18**
السويد	60/40%	-		-
لندن	66/40%	30.5+03 سنة	• التهاب العصب البصري • الدرقية • الدوار الحاد • الحساسية	**83% / 17%** **66% / 34%**

2-5- العلامات المرضية لصالح الراشد المصاب بمرض التصلب اللويحي:

أ- العلامات النموذجية لالتهاب النخاع الشوكي:

- من بين تصميمات أول حدث سريري للإزالة المايلين يدعى SCI، تمت العثور على إصابة النخاع الشوكي في 30 -25 ٪ من الحالات، وجود الأعراض الحسية الأولية، وغياب تورط العضلة العاصرة الحادة.

- في صالح PAD في سياق مرض التصلب العصبي المتعدد علاقة Lhermitte هي واحده من العلامات السريرية للالتهاب النخاع الموحي من مرض التصلب العصبي المتعدد، حتى لو لم تكن خاصة بهذا المرض. (Sèze, Zephir, 2006, p33)

- غالبا ما يكون هناك ضعف حسي غير مكتمل في المرحلة الأولى من التهاب النخاع الشوكي وغالبا ما يظهر المريض مصابا بالتهاب موضعي واختلال وظيفي، بعض المرضى قد يصابون بمتلازمة انحطاط اليد. (نفس المرجع، 2006، ص 33)

- في حالة العجز الحركي غالبا ما يكون ذلك غير مكتمل من جانب واحد أو غير متماثل ومتوافق، فإن اضطراب الحويصلات الفوسفاتية شائعة جدا خلال مرض التصلب العصبي المتعدد، وتؤثر على ما بين 60 الى 70 ٪ من المرضى (15 إلى 20) عاما من التطور ولكنها نادرة وتكون مبدئية في عزلة (5 إلى 10٪) من الحالات.

- وهي تتجلى في الحاح البول وعسر البول، نادرا ما يتم ملاحظة احتباس البول الحاد بصرف النظر على الامساك المتكرر، فإن الاضطرابات المعوية نادرة، نادرا ما يتم وصف حلقات سلس البول، في حالة فرط الأضلاع التي توحي وجود آفات التهابية في التصوير بالرنين المغناطيسي الأولي للدهان.

- في حالة التصوير بالرنين المغناطيسي الأولي للمخ يعاني، 20 إلى 30٪ من المرضى من هذا التشخيص بعد فترة المتابعة، حتى هذا الخطر يمكن اعتباره منخفضا، فهو أعلى من خطر مرضى الـ MAT المصابين بالرنين المغناطيسي العادي27٪.(Abrams, Cardozo, 2002, p44)

- يتم تفصيل العوامل التنبئية الأخرى لمراض التصلب العصبي المتعدد يعد الفصل IBS، في الفصل يجب أن نتذكر أن MATنادرا ما يتم العثور عليه أثناء التصلب العصبي المتعدد، ويجب التخلص من التشخيص التعريفي لنوع NMOمرض النظام. غالبا ما تكون الآفات النخاعية المرئية حالة التصوير بالرنين المغناطيسي في مرض التصلب العصبي المتعدد بؤريا، مع امتداد محوري محدود على المستوى الجانبي/ أو الخلفي ونادرا ما تكون النخاع المركزي.

- في سلسلة من 114 خريطة، أصيب17٪ فقط من المرضى الذين ثم تشخيص اصابتهم بالتصلب أثناء المتابعة بإصابات في النخاع الشوكي، امتدت لأكثر من مقطعين فقريين في هذه الدراسة، بالاتفاق مع الأدبيات يشير وجود أكثر من واحد داخل حبيبي خلالIBS إلى تشخيص مرض التصلب العصبي المتعدد.

- يمكن توسيع الحبل الشوكي بالنسبة للآفة والمشاركة تتعلق بشكل رئيسي بمنطقه عنق الرحم.
(Wingerchuk, Lemon, 2006, p 31-32)

ب-العلامات غير النموذجية للراشد المصاب بتصلب اللويحي غير النمطية:

- ❖ يجب البحث عن العوامل المختلفة التي قد تكون متورط.
- ❖ يجب استحضار اعتلال النخاع الشوكي من أصل الأوعية الدموية، ويجب البحث عن ظهور مفاجئ وسينجم عن ظهور أعراض أو تدريجي سريع في أقل من4 ساعات.
- ❖ وجود اضطرابات هو حلقة دقيقة هي جزء غير نمطية ويجب أن تجعل البحث عن سبب غير شائع أمراض التصلب العصبي المتعدد، وفي الختام اصابة شوكي. (Lottman, JonGen, Rosier, 1998, p28)

- وخلاصة العلامات والأعراض تتلخص في النقاط التالية:

- **علامات وأعراض سريرية عصبية:**
  - ❖ اضطرابات العين (التهاب العصب البصري).
  - ❖ ضعف حسي شخصي.
  - ❖ ضعف معوي.
  - ❖ الإعاقة بين الانتكاسات (لمدة 6 أشهر).
  - ❖ العجز العصبي. (Serge Tribolet, 1997, p261-262)

6- الأشكال الإنتكاسية لمرض التصلب اللويحي:

يتم تشخيص معظم المصابين بمرض التصلب اللويحي لأول مرة، بمرض تصلب العصبي المتعدد الدوري بعد 10 إلى 20 عاما، يصاب حوالي نصف الأشخاص المصابين بالتصلب المتعدد الدوري بشكل متقدم من التصلب المتعدد، وفيما يلي بعض أنواع (MS) المختلفة:

6-1- مرض التصلب اللويحي المتعدد الحلقي: (*SP Cyclique Pousses-Remisson*)

- يتميز بانتكاسات محددة بوضوح تليها انتكاسة كاملة أو جزئية، وهو الشكل الاكثر شيوعا (85 لكل 100) من المرضى، في وقت التشخيص.

6 -2- مرض التصلب العصبي المتعدد الثانوي التدريجي:(SP Progressive Secondaire)

يرى حوالي نصف الأشخاص الذين يصابون أولا بشكل دوري أن حالتهم تزداد سوءا (في غضون عشر سنوات من التشخيص) ويخاطرون بفقدان القدرة التدريجي وهو ما يحدث بسرعة أو أقل، وفقا للأشخاص عادة ما يكون هناك عدد قليل من الفاشيات في هذه المرحلة من المرض، على الرغم من ظهور فاشيات عريضة وطفيفة وهضبة في بعض الأحيان.

6-3- مرض التصلب اللويحي المتعدد التقدمي الأولي: (SP Progressive Primaire)

أقل شيوعا (10 إلى 15 في المائة من المرضى، في وقت التشخيص)، يتميز على الفور بتدهور مستمر تقريبا، دون انتكاس واضح.

6-4- التصلب المتعدد المتكرر النادر (نادر نسبيا): (SP Progressive Récurrente)

يتميز هذا الشكل من التصلب المتعدد بتفاقم مستمر للمرض. (Groet Zinger, 2012, p 7-10) .

✓ **معايير التشخيص الأولي التدريجي للتصلب اللويحي المتعدد:**

<table>
<tr><td colspan="4">المعايير السريرية للمرض</td></tr>
<tr><td colspan="4">وجود تفاقم المرض على مدار عام بأثر رجعي أو جزئي من المتابعة</td></tr>
<tr><td colspan="4">المعايير الظاهرة</td></tr>
<tr><td>آفة في منطقة مميزة واحدة: 1T2< على الأقل من مرضى التصليب اللويحي العصبي تقشر الفك السفلي)</td><td>مظاهر الانتشار.
المكان على مستوى الدماغ</td><td rowspan="4">وجود معياريين بين هؤلاء الثلاثة.</td></tr>
<tr><td>آفات الحبل الشوكي2T2<</td><td>مظاهر الانتشار المكاني على مستوى النخاع</td></tr>
<tr><td colspan="2">ملاحظة: إذا كان المريض يعاني من النخاع العظمي أو أعراض جذع المخ فإن الأعراض لا تؤخذ بعين الاعتبار.</td></tr>
<tr><td>وجود زيادة في مؤشر LGgأو العصابات قليلة نسبية</td><td>مظاهر من التوليف داخل الغلوبولين المناعي.</td></tr>
</table>

7- الجوانب البيولوجية التي تسهم في التشخيص:

- العلامات البيولوجية للتشخيص الإيجابي لمرضى التصلب العصبي المتعدد تتضمن الفيزيولوجيا المرضية لمرضى التصلب العصبي المتعدد تجنيد وتنشيط أنواع عديدة من المتعة الخلوية في الأطراف وفي الجهاز العصبي المركزي، بما في ذلك الوصمات البيولوجية (الخلوية والجزيئية) يمكن اكتشافها أساسا في السائل النخاعي، ومقارنتها مع نشاط التصوير بالرنين المغناطيسي.

7-1- التشخيص للأشكال المتأخرة من التصلب اللوحي عند الراشدين:

- إن التقلب الذي يميز السكان المعاصرين والبلدان المتقدمة، له أيضا تأثير على مرضى التصلب العصبي المتعدد، هناك جانبا مميزان يجب مراعاتهما:

✓ المرضى الذين يصيبهم التصلب العصبي في سن متقدمة (أواخر التصلب المتعدد)

✓ والمرضى الذين يصيبهم التصلب المتعدد العادي ولكن لديهم (تصلب عصبي قديم)

7-2- أواخر (MS): (Late Sclerosis)

وقد تم تعريفها من قبل معظم المؤلفين على أنها مرض التصلب العصبي المتعدد بداية من سن 50 سنة، ويعتقد أنها تمثل حوالي 5٪ من مرض التصلب العصبي المتعدد (13٪ الى 12٪) حسب الدراسة، أهم ما وجد في الدراسات الرئيسية هو تكرار الأشكال التقدمية الأولية حوالي 50%، وهيمنة الذكور النسبة مقارنة مع مرض التصلب العصبي المتعدد المعتاد F/M نسبة قريبة من 2=1. (Debouverie, et al, 2007, p60)، نحو إعاقة عالية أسرع (يعني تأخير ED.SS6 لمدة 16 عاما في مجموعة كولومبيا البريطانية عام 50 عاما)، وهو ما يرتبط بتواتر الشكل التدريجي للمرض أكثر في العمر أو الجنس الذكري. (Debouverie, et al, 2007, p60)

- على الرغم من تواتر الأشكال التقدمية للإشارة إلى أنه تم الإبلاغ عن حالات الأشكال التقدمية الضعيفة، وهي متكررة بشكل رئيسي، يبدو أن الأشكال التي تعاني من إصابات في الحبل الشوكي هي الغالبة، بمشاركة أولية من الأعصاب البصرية، بمشاركة الأعصاب البصرية النادرة.
- ويهتم الفصل بهؤلاء المرضى، حتى لو سمحت بعض الأتراب على المدى الطويل بفهمه

يمكن فهم تطور الإعاقة على المدى الطويل في هؤلاء الأشخاص الراشدين من ناحيه، بواسطة EDSS لا رجعية فيه، ومن ناحية اخرى من خلال تقسيم تطور نحو شكل تقدمي (Skoag et all)، تم الابلاغ عنه من مرضى جماعة غوتنبرغ في السويد 70 سنة، تم تقديم نصف المرضى الذين يعانون من التصلب العصبي المتعدد وفقا (لمعايير ماكدونالدز 4 انتكاسات متكرره و4 تقدمية أولية مع توليف LgG داخل القراب وآفات التهابية توحي بمرض التصلب العصبي المتعدد، قدم أربعة مرضى المعايير التشخيصية للالتهابات العصب البصري، وضموا بيانات الأدبيات التي تصف حالات NMO مع الأجسام المضادة لـ AQP4 لكبار السن (Confaweux, Vukisic, 2003, p63) بعد 70 عاما على الأرجح من التغيير الزائد الأنماط الظاهرة NMO

مقارنة بمرضى التصلب العصبي المتعدد، مقارنة بالأصغر تبدوا الكائنات الحية المعدلة للموضوع الأكبر سنا هائلة، مع تكهن بالتدهور بشكل أسرع من الأشخاص الأصغر سنا، مما يجعل من الممكن تبرير العلاجات العدوانية على الرغم من العمر، تتكرر الجوانب الواسعة جدا في هؤلاء المرضى.

وتلف العصب البصري الأكثر ندرة مع وجود تشوهات في التصوير بالرنين المغناطيسي الدماغي النموذجي. (Krumbholz. Hofstadt, 2015, p 63)

3-7- التصلب اللويحي والجنس: (Sclérose et Sexe)

أمراض المناعة الذاتية هي في الأساسي من اختصاص المرأة، أظهرت الدراسات الحديثة أن حوالي 5٪ من سكان الدول المتقدمة يعانون من أمراض المناعة الذاتية منهم78٪ من النساء.

- التصلب المتعدد ليس استثناء هذه القاعدة، لكن التفاوتات الجنسية لا تتعلق فقط بوقوع المرض في الواقع، تختلف الشدة السريرية أيضا اعتمادا علىsexe، تنتج هذه الاختلافات عن تفاعلات هرمونية، ولكن أيضا بيئية وجينية مع جهاز المناعة.
- التفاوتات الجنسية في حدوث التصلب المتعدد منذ التقرير الأول الذي يعود إلى سنوات:
- 1940 الجمعية الوطنية للتصلب المتعدد تصف نسبة 1,1% من الجنس، تغيرت الأشياء باستمرار مع تدهور السريع لهذه النسبة إلى الحرمان من النساء، وهكذا نجد 1.2٪ من 1980. ,1980 ,COMFAVREUX, Vukusic) p62)
- تم تأكيد هذه البيانات في عام 2006 في دراسة تعاونية كندية أجريت على مدى 50 عاما (من 1931 إلى 1980) وموضوعية زيادة في الإصابة بالمرض لدى نساء.
- ولكن يؤثر بشكل رئيسي على المرضى الذين يعانون من شكل من أشكال المرض، في فرنسا أحدث تقرير للبيانات الوبائية من 2000 الى 2007، لا تزال هذه الزيادة الكبيرة في عدد النساء غير مفهومة جيدا، ولكن سرعة التغيرات التي حدثت في العقود الأخيرة ربما تنطوي إلى حد كبير على قضايا بيئية. ,Gijtten, al, 2006) Debouverie et al 2007, 2007, p62)

8- المخطط العلاجي المرضي للتصلب اللويحي:

- يمكن تقسيم علاج التصلب المتعدد إلى فئتين، والتسجيل الطولي للعواقب الوظيفية للتصلب المتعدد الضروري للقرارات العلاجية أن EDSS هو مقياس التقييم العصبي الأكثر استخداما في الـ MS، تمت الموافقة على الخيارات العلاجية للاستخدام في الولايات المتحدة، يتم وصف كل هذه العلاجات في الغالب المرضى الذين يعانون من شكل العلاجات الخلفية لنماذج الانتكاس، تسمى "بيتاسيرون" في هذا البلد و"بيتافيرون" في أوروبا أشكال الانتكاس الموثوق بها في تجارب المرحلة الثالثة، شهد المرضى الذين تلقوا العلاج (IFN-Bib) التدريجي و(IFN-Bla)، تحسن بنسبة 30٪ تقريبا وأقل توهجا بشكل ملحوظ، وعدد الآفات الجديدة أقل مقارنة مع

التصوير برنين المغناطيس مع المرضى الذين تلقوا العلاج الوهمي (IFN-BLb) والصداع النصفي، كما أخرت IFN-BLa بشكل مقنع التدهور التدريجي للعائق، بالاضافة إلى ذلك تثبت أن IFN-BLa يؤخر تطور مرضى التصلب اللويحي الذين يعانون من الحلقة الأولى في إزالة الميالين، ولديهم علامات في التصوير بالرنين المغناطيسي، تشير إلى وجود مرض تحت الإكلينيكي موجود مسبقا. (Zhao, et al, 2000, p2457)

يمكن أن يحدث II-Bib و II.FNBA من خلال التنظيم السفليD للتعبير عن الجزيئات على سطح الخلايا المتضدية، التي تقدم 2 من المتضدات المؤيدة للالتهابات و3 من التعبير عن القوالب البطانية البروتينات المعدنية الوعائية والمصفوفة التي تتباين في HIN.

1-8- أنظمة تقييم التصلب اللويحي: (مقياس حالة الاعاقة الموسعة)

(FS) فحص النيكولوجي=00

غياب الإعاقة=1.0

العلامات في FS (أي المستوى 1)=1.5

أكثر من مستوى الإعاقة الحد الأدنى في FS =2.0

عائق صغير في FS=2.5

إعاقة معتدلة في FS=3.0

الإعاقة المعتدلة تماما ولكن مع اعاقة معتدلة=3.5

متر 2500 مريض قادر على التخطي دون مساعدة أو الراحة=4.0

متر 2300 المريض صالح للسفر دون مساعدة أو الراحة=4.5

المريض صالح للمشي=5.0

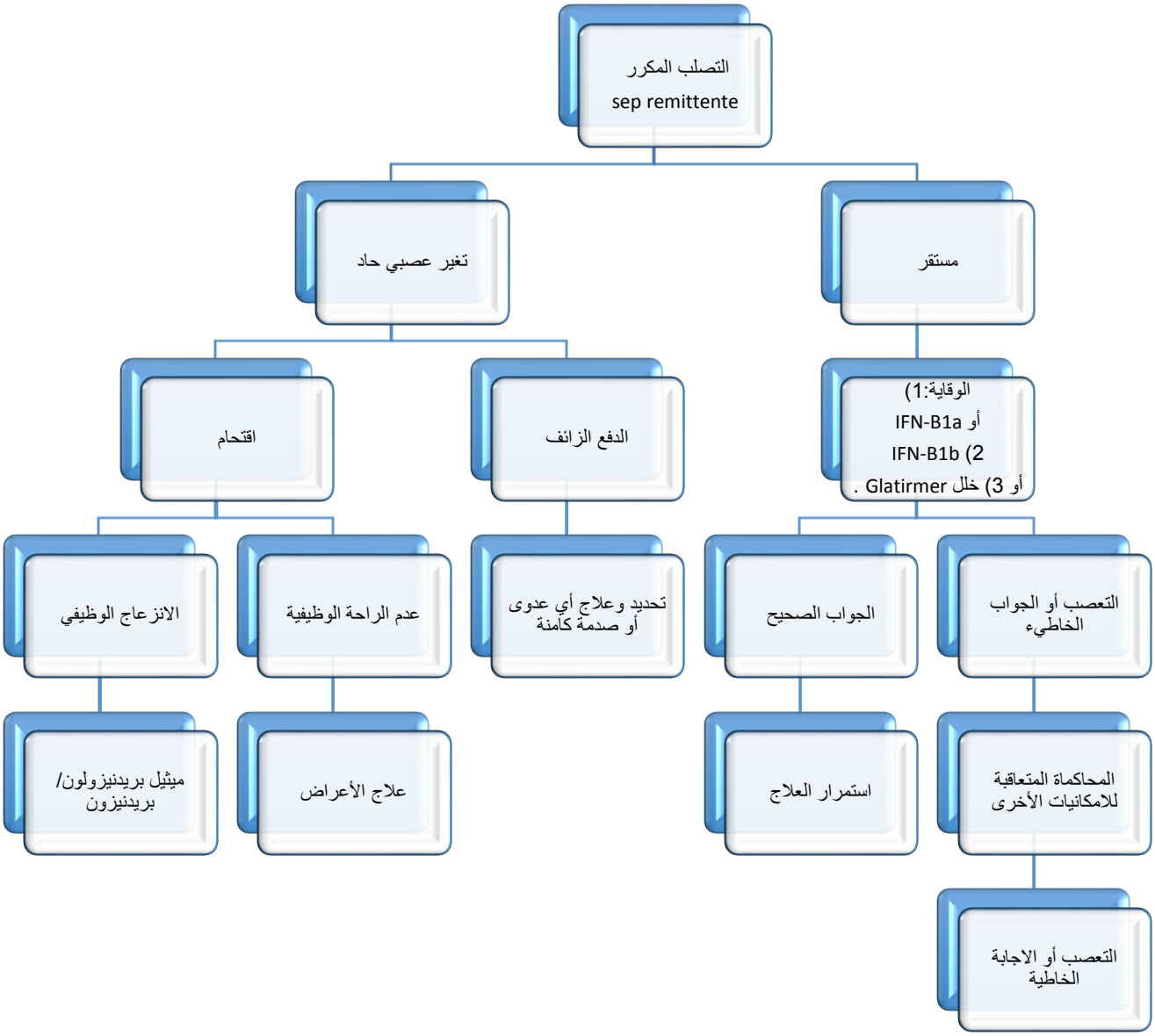
متر 100 المريض صالح للمشي=6.0

يحتاج المريض إلى المساعدة في جانب واحد أنظمة وظيفية=7.0 (Rudick, 1999, p90)

- ✓ الاتجاه البطيء في الخلايا الليمفاوية والبلاعم المنشطة في الجهاز العصبي المركزي، يمكن أن يعمل أسيتاتا. (Glatiramer)، وهو اصطناعي مصمم ليبدو مثل MBP، من خلال تحفيز الخلايا اللمفاويةT المكبسة التي تكون محددة للمتضدة نتيجة المحددات الشائعة المتضدية BLb ملايين وحدة دولية(Mu1)، تدار عن طريق الحقن تحت الجلد مرة واحدة في اليوم إن IFN B1b و-IFN bLa وخزات Glatiramer جيدة التحمل بشكل عام، والتفاعلات الدمامية في موقع الحقن شائعه مع IFN-BLb وخزات Glatiramer ،غالبا ما تحدث الأعراض المؤقتة الشبيهة بالانفلونزا في بداية علاج.

- ✓ عادة ما يتم حلها في غضون بضعة أشهر، ويمكن علاجها بالايبوبروفين أو الباراسيتامول او غيرها من مسكنات الألم حوالي 15٪ يعاني 100٪ من الأشخاص الذين يتلقون "أسيتات جلاتيرامر" من نوبة أو أكثر من احمرار الجلد وضيق الصدر وضيق التنفس وخفقان القلب والقلق بعد الحقن، هذا غير قابل للتنبؤ به، ويحد من نفسه، ويستمر عادة أقل من ساعة، حوالي 40% 100٪ من الأشخاص الذين يتلقون IFN B1b و5 الى 25٪ من أولئك الذين يتلقون IFN-BLa يطورون أجسام المضادة معادلة في غضون 12 شهر في بدأ العلاج، تشير الدلائل مع الفعالية السريرية، ولكن هذه العلاقة ليست واضحة في جميع المرضى، لم يتم تحديد الفائدة السريرية للاختبارات المتاحة، للكشف عن هذه الأجسام المضادة المعادلة بشكل جيد حتى الآن في الولايات المتحدة، حوالي 90 % يتلقى 100 من المرضى الذين عولجوا من التصلب المتعدد الانتكاسي واحد من الانترفيرون. **(European Stady Group, 1998, p2461)**

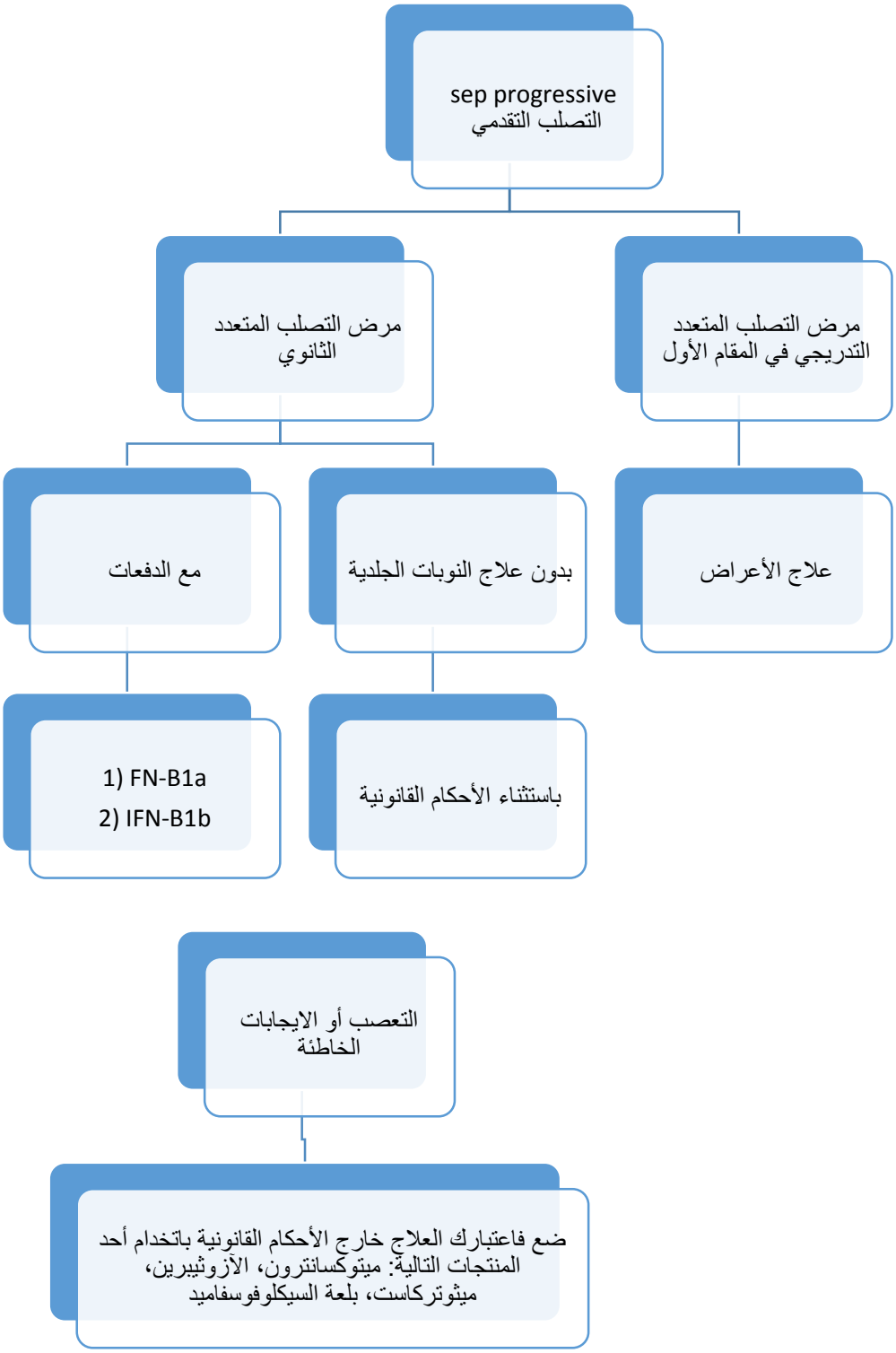
مخطط رقم (03) يوضح تكوين خوارزمية القرار لعلاج مرضى التصلب المتعدد



المخطط يوضح القرار المتخذ لعلاج مرض التصلب العصبي المتعدد. (The cewims study groups, 1999, p53)

ربما ايقاف هذا العلاج في المرضى الذين يعانون من داء الجفاف، أكثر من 6 أشهر من غير المعروف ما إذا كان المرضى الذين لم يستجيبوا جيدا لأحد هذه العلاجات بشكل أفضل من الآخر، لذلك من المعقول تجربة عامل ثان (الأشكال التقدمية).

مخطط رقم (04) تابع للمخطط السابق يوضح التشخيص للأشكال المتقدمة.



2-8- العلاجات الخلفية للأشكال التقدمية والثانوية: (Traitement de fond des formes secondairement progressives)

هذه العلاجات IFN-BLb betaferom mitoscantrone يقللان من عدد الانتكاسات السنوية، والنشاط في التصوير بالرنين المغناطيسي، ويؤخر ظهور تقدم الاعاقة في المرضى الذين يعانون من SP.MS تم تقديم طلبات النشاط المرخص به لتفويض هذه الأدوية في الولايات المتحدة في هذا المؤشر السريري، تمت الموافقة على IFN-B1b حاليا لعلاج S.PMS المحتمل في كندا وأوروبا (Oksenberg, Hauser, 1998, p96)

9- يتم اعطاءه تحت الجلد كل يوم 12 مم، يتم اعطاءه عن طريق الحقن الوريدي كل ثلاثة أشهر، وقد يكون بمثابة جهاز مناعي يوجد كبت الخلايا الليمفاوية ومحسن وظيفة كبت الخلايا الليمفاوية.

10- يمكن أن يسبب "ميتوكسانترون" غثيان خفيف وثعلبة معتدلة، نقص الكريات البيض، نقص الصفيحات وعسر الطمث الذي لا رجعة فيه.

11- العلاج فقط في putients التي لديها جزء طرد العادي، يوصى باستخدام مخطط صدى القلب المنتظم إذا تجاوزت الجرعات التراكمية من الميتوكساترون 100٪ مم. (Confovreaux, et al, 1998, p50)

3-8- علاجات أخرى: [14]

تستخدم الأدوية الأخرى في بعض الأحيان في أشكال الترحيل والتقدم التدريجي الثاني ولكنها لم تحصل على إذن من هذا الدواء بجرعة من 2 إلى 3 مجم٪ من وزن الجسم، يتم تناوله يوميا عن طريق الفم، يقلل هذا العامل بشكل معتدل من معدل الانتكاسات السنوية في المرضى الذين يعانون من SPMS، تأثير على تقدم الإعاقة أقل اقناعا، حيث يتم اعطاء الميثوتريوت بجرعة 7.5 ملغ عن طريق الفم إلى أحد المرضى الذين لديهم SPMS، وهذا العامل يقلل بشكل معتدل من نشاط العظام في الأسبوع، عندما تدار لمدة 2 سنه كحد اقصى في فائدة عملية miportant من الميتوتريكسيت هو بساطة تناول أمراض الفم التي تقييمها بواسطة التصوير بالرنين المغناطيسي واختبارات المهارات اليدوية القياسية، يقلل من تطور الإعاقة لدى مرضى SPMS، ومع ذلك لم يتم اثبات هذه الملاحظات بشكل مقنع في محاكمة مضبوطة بالغفل الوريدي (إل جي IV) بجرعة 0.15 ، 0.20 2 من وزن الجسم، تدار مرة واحدة في الشهر لمدة أقصاها سنوات، قد قللت بشكل مقنع من معدل الانتكاسات السنوية.

- لم يتم تقييم الآثار على الإعاقة ونشاط التصوير بالرنين المغناطيسي عند تناول جرعات أعلى، فإن 1 جم / 5 جم من وزن الجسم يوميا لمدة يومين كل 6 أشهر يقلل بشكل ملحوظ من ظهور آفات جديدة في التصوير بالرنين مغناطيسي، أو ربما يكون استخدام هذا العلاج محدودا بسبب التهاب القولون المرتفع، أسئلة حول الجرعة المثالية وتأثير العلاج طويل الأمد على الإعاقة يعطي في جرعات عالية كل شهرين، ويؤدي عدم اليقين إلى حد ما إلى تأخير ظهور الإعاقة التدريجية. (Fazikas et al, 1997, p67)

[14] D'autres médicaments parfois utilisés les formes rémittentes et secondairement progressive, mais ils n'ayant pas reçu l'autorisation dans cette médicament

4-8- العلاجات الأساسية للأشكال التقدمية البدائية:

يوصف-CDA-2 بشكل شائع، كالعلاجات الأساسية للأشكال التقدمية البدائية، لأنه لا يوجد حتى الآن علاج معتمد في PPMS، نتائج الاختبارات في cœurs من IFN-BI، خلل glatiramer هي المتوقعة والعلاج بالكورتيكوستيرويد.

5-8: علاج الانتكاسات: (Traitement des poussies)

- يقلل العلاج بالكورتيكوستيرويد من شدة ومدة هجمات التصلب المتعدد، على الرغم من أن (ميثيل بريدنيزولون) MEP.DN يوصف بشكل شائع، لا يوجد اجماع على الجرعة المثلى أو على طريق الإعطاء، يمكن علاج التدهور السريري الذي يؤثر على الحياة اليومية باستخدام 1000 ملغ، تدار عن طريق الوريد لمدة 3 أيام، ثم بريدينزون عن طريق الفم، 60 ملغ يوم لمدة 5 أيام، ثم انخفاض تدريجي قدره 10 ملغ يوم، يتم تطبيق نهج مماثل على العلاج من نوبة أمراض أخرى غير مميزة للمرض أثناء النوبة الشديدة التي تهدد سلامة المريض، يمكن أن يتم العلاج بشكل عام في العيادة الخارجية: العلاج عندما يكون هناك اضطرابا حركي أو انخفاض في المهارة اليدوية التي تعوق أنشطة الآثار الجانبية الشائعة للعلاج بالكورتيكوستيرويد القصير هي احتباس السوائل وفقدان البوتاسيوم وزيادة الوزن واضطرابات المعدة، حب الشباب والاستقرار العاطفي، يتم أخذ احتباس السوائل والصوديوم في الخميرة عن طريق اتباع نظام غذائي منخفض الصوديوم والبوتاسيوم، وتجنب تناول الكريات في الدم في المرضى الذين يعانون من أمراض القلب أو الذين يحتاجون إلى علاج مدر للبول، ينصح بتكملة البوتاسيوم عن طريق الفم.

- لم يتحسن العلاج بالكورتيكوستيرويد عندما يكون المريض يعاني من تفاقم الأوعية الدموية. (Genain et al, 1999, p161)

6-8: أنواع أخرى من العلاجات المقدمة: (autres types traitement proposés)

- لم تثبت قيمة بعض المستندات العلاجية، هي الفيتامينات أو ميت الكالسيوم، أصباغ النحل، يجعل المرضى يخضعون للثروات المكلفة أو الجزئية من قبل الممارسين المدرسين تدريب جيدا، التصلب العصبي المتعدد، لم يتم تأكيد هذه التقارير ولا ينصح بالعلاج باستخدام دواء أو مضادات حيوية.

7-8- العلاجات الأعراض: (Traitement symptomatiques)

- في الولايات المتحدة الامريكية، علاجات الأعراض التشنج مع الصلابة، يمكن أن يكون الانثناء والتشنجات المؤلمة، يمكن أن يحدث التفاقم الحاد للتشنج مع العدوى المتداخلة (في كثير من الأحيان في المسالك البولية) والامساك المستمر، وتقرحات الضغط.

- ويمكن أن يؤدي العلاج باستخدام IFN-B إلى تفاقم التشنج من خلال آلية غير مفهومة جيدا، ويجب مراعاة هذه العوامل المشددة المحتملة ومعالجتها على وجه التحديد، جميع الأدوية المضادة للتشنج لها فعالية محدودة، ويمكن أن تسبب تفاقم الأعراض لدى المرضى الذين يعتمدون على القدرة على الوقوف والتحرك بكفاءة، هو الدواء الأكثر فعالية في
- الوقت الحاضر في الحالات المتمردة، يمكن أن يكون اعطائه عن طريق الفم بجرعات أعلى يعتبر فعالا بشكل خاص ضد تقلصات ليلية مؤلمة، ولكن استخدامها في النهار غالبا ما يكون محدودا بالنعاس المفرط، جرعة واحده في وقت النوم قد تكون مفيدة للمرضى الذين لا يستجيبون خلاف ذلك، يمكن أن يتسبب في عجز حركي غير مقبول، وعادة ما يكون استخدامه محجوزا للمرضى غير المنتقلين. (Nosworthy et al, 1999, p659)
- يمكن تقديم علاج الكورتيكويد في حالات استثنائية معينة، حيث فشلت عوامل أخرى ولكن ناذرا ما تستمر فوائده لأكثر من 243 أسبوعا قد يستجيب المانحون.

- **8-8: العلاج غير الجراحي: Parascystic Tymptims**

- قد يكون من الصعب التمييز بين خلل التخدير الناتج عن مرض التصلب العصبي المتعدد من الاعتلال الاشعاعي، أو مرض القرص القطني العلاج غير الجراحي له ما يبرره في حالات Parascystic Tymptims، يستجيبون للكاربومازيين فقط في جرعات مقسمة، على الرغم من عدم وجود علاج رعاشي مرضي، هناك تحسن طفيف في بعض الأحيان مع كلونازيام وسيلة الأعراض ضرورية، لكن التجربة العامة لهذه التقنية كانت مخيبة للآمال، نظرا لأن الأعراض المحددة لخلل وظيفة المثانة غير مفهومة إلى جانب النتائج الفيزيولوجية.(Johnson et al, 1998, p701)

- **9-8: خلاصة العلاجات العامة: (Traitement genirale)**

- يتألف استخدام العلاج من ميثيل بريدنيوزولون عن طريق الوريد كما هو الحال بالنسبة لمشاكل التصلب المتعدد، أظهرت الدراسات غير المنضبطة فائدة من ACTH والبلازما، يظهر على بعض المرضى علامات الانتكاس بعد فترة وجيزة من انتهاء العلاج، وقد يستفيدون من استئناف العلاج، يعكس التكهن شدة المرض الحاد الكامن، يرتبط التهاب الدماغ والنخاع نسبة وفايات تتراوح بين 5 و20٪ ومعظم الناجين لديهم عراقيل عصبية محددة، قد يعاني الأطفال الذين يعانون من الشفاء من النوبات، بالاضافة إلى الإعاقات السلوكية والتعليمية المستمرة. (The multiple sclerosis group, 1998, p43)

II. البروفيل النفسي:

يكمن دور الأخصائي النفساني في المراحل المختلفة من المرض، يقومون بإحالة المريض تعد صدمة الاعلان التشخيصية عنصرا أساسيا، ويتطلب عدة استشارات، ويمكن أن يكون استئناف الحوار مفيدا أيضا في اللحظات الحرجة من المرض، مثل ظهور العجز أو الإعاقة أو الانتكاسات أو الأزمات الأسرية أو فقدان الروابط الاجتماعية أثناء العلاج، فإن علماء النفس في الشبكة لديهم مهمة للوقاية، ودعم حالات الأزمات، ومحاولة للتشخيص من المعاناة النفسية للمرضى، ومما سبق تقديمه خلاصة أن المرضى يعانون من اضطرابات نفسية عميقة، سواء في ردة الفعل الأولي للمرض أو التعايش معه، لذلك سوف نتطرق في هذا الجزء المصغر على البروفيل النفسي لهؤلاء المرضى، وسوف نبدأ بالصدمة النفسية مختتمينها بمختلف الاضطرابات التي يقع فيها المرضى.

1- وصف الاضطرابات النفسية:

راميلي لونغ(2009): أن الاضطرابات النفسية التي يعاني منها المرضى، والتي يتم التقليل من شأنها هي في الواقع متكررة ومبكرة ومتعدد الأشكال، تأثيرها على جودة الحياة، المجال المهني، الأداة العاطفي والاجتماعي هو أمر رئيسي، وبالتالي الحاجة إلى تقييمها وإدارتها بشكل منهجي، تعتبر عوامل خطر لتفاقم المرض، وهي متشابكة مع الاضطرابات غير المرئية الأخرى، الصعوبات المعرفية، التعب، الألم، الخلل الجنسي أنها تنطوي على كل من تلف الدماغ، وردود الفعل النفسية للأمراض المزمنة، عدم اليقين المحيط بطبيعة وشدة الأعراض، والحاجة إلى جهود كيفية متكررة للتعامل مع عدم القدرة على التنبؤ بالمرض.

1-1- القلق والاكتئاب:

يشمل مرض التصلب العصبي المتعدد النفسي التغيرات التدريجية الدائمة في المرض ومتلازمة القلق المزمن، والعزلة العاطفية والاجتماعية والتاريخ النفسي، القلق الشائع انتشاره من 25 الى 40٪ أي حوالي ثلاث مرات أكثر من عام السكان. Giordano A, p43 ظهوره في وقت مبكر مع ذروة حول الاعلان عن المرض. (Gramella, lyaresi, 2004, p60)

يتعلق الأمر بالضغط الناجم عن عدم القدرة على التنبؤ بالأعراض، والصعوبات في التكيف مع المرض، تصور المواقف ورد الفعل العاطفي أثناء تفاقم المرض، يتفاقم القلق بشكل منطقي خلال الانتكاسات، وكلما زاد من رفض القيود التي جسدها كما هو الحال مع الاكتئاب فإن علاماته ليست محددة، لا يرتبط بالعمر أو الحالة المهنية أو الإعاقة المعرفية أو عمر المرض، الجنس من ناحية أخرى هو عامل خطر مع غلبة النساء. (leray, Morrissey, 2007, p43)

فرط التعبير العاطفي هو اضطراب في التحكم العاطفي، يرتبط بالاختلال المعرفي ولكن ليس بالاكتئاب أو الإعاقة الوظيفية، سيكون انتشاره 30٪، ويمكن ملاحظته من بداية المرض، وحسب العلامات على جداول DSM-IV "الاكتئاب معتدل بشكل عام، الاستنكار الذاتي، الفشل في مسؤولياتك أن تكون عبئا، حزن، غضب.."

- ❖ الاكتئاب في مرض التصلب العصبي المتعدد يرتبط بالإعاقة الوظيفية، بينما يكون أكثر تكرارا من الأشكال التقدمية بشكل ثانوي على كسر ما يحدث لعامة الناس.
- ❖ الاكتئاب لا يرتبط بالجنس، من حيث المسببات فهي نفسية اجتماعية (الاكتئاب التفاعلي) أو مرتبطة بالعوامل المستثارة من إدراك عدم القدرة على التنبؤ والدعم والدور الاجتماعي.
- ❖ العوامل المسببة للاكتئاب الرئيسية هي الإجهاد، حيث 76٪ من المرضى المتعبين درجات اكتئابهم عالية.
- ❖ تتمثل عوامل الحماية (Castel-Lacanal, Gemé, 2015) على الاتصال الاجتماعي مع الأشخاص الذين يحتاجون إلى صحة جيدة، وربما تسمح بتعديل عاطفي أفضل.

2-1- الصدمة النفسية:

إن ردود الفعل على حدوث مرض مزمن وغير قابل للشفاء مثل مرض التصلب العصبي المتعدد، له تأثير صادم حقيقي على المريض، إنها تشير إلى الانتقال إلى حياة أخرى تتميز بعدم اليقين وعدم الاستقرار وعدم القدرة على التنبؤ، وتحيط بها حدود وتتخللها خسائر متتالية: التقصف العاطفي، إفقار العلاقة، التعديلات المهنية، القيود الزوجية، تخفيض قيمة العملة الاجتماعية، الأفق الجديد يهدد خطر تدهور السلامة الجسمية والعقلية، يفضي ضغطا ضارا يؤثر سلبا على الإدراك الشخصي للحالة الجسمية والعقلية.

يعيش المرضى تحت الخوف من الدفعة التالية (انتكاسة) باستمرار دائم، يواجهون حتمية تراجع وظائفهم بسبب طبيعته العشوائية والمتطورة، يزيد هذا المرض من الشعور بالعجز، ويقوي القلق ويقوي الاليات النفسية التراجعية بمرور الوقت، تؤدي التغيرات العميقة والمعقدة التي يسببها مرض التصلب العصبي المتعدد إلى إضعاف نفسية المرضى، في مواجهة جهود التكيف المتكررة، يتداخل هذا الضعف مع قدرة الشخص على فهم وتفاعل ووضع وسائل فعالة لمكافحة عواقب اضطراب نقصهن وفي المرحلة المؤيدة للموارد في حياته اليومية، فإنه يعزز تفاقم اضطرابات القلق وزيادة الشكاوي الجسمية .(Nortvedt, Rise, 2007, p44)

لذلك تعتبر الصدمة النفسية بؤرة انفجار الاضطراب النفسي تكمن الاثار المترتبة عنها في انها ترسخ في بنية الشخصية في بنائها ودفاعاتها.

وفي الختام، فإن الاضطرابات النفسية المرتبطة بالتصلب المتعدد ونتائجها السلوكية تزعزع استقرار المرضى مثل أقاربهم وأخصائي الرعاية الصحية، تقسيمهم المنهجي ضروري للتأهيل العاطفي المرتبط بالتصلب المتعدد، بالإضافة إلى الإعاقة الإدراكية والاجتماعية والحركية، تسمح رعايتهم في إطار متعدد التخصصات بقبول أسهل لمقترحات الرعاية، بالإضافة إلى تحسن ملحوظ في نوعية حياة أحبائهم.

ويكمن السبب والهدف الرئيسي التي يمز الفصل أعلاه عن جل الدراسات السابقة الالمام بالدراسات الطبية الدقيقة الخاصة بالمرض

خلاصة الفصل:

قمنا في هذا الفصل بتعريفي بمرض التصلب اللويحي المزمن الذي جاء منذ القدم، لكنه أخذ في الازدياد والتطور الرهيب، وطبعا غياب الأسباب المباشرة والخفية له، وذلك بعد استعراض أهم المراحل التطورية التاريخية له، والاكتشافات العلمية والطبية، اضافة إلى التعرف على أهم الاشكال والعلامات المرضية، وأيضا المراحل التشخيصية لفئة الراشدين خاصة، بالإضافة إلى ذلك تطرقنا إلى الجانب النفسي لهؤلاء المرضى، بداية ببعض أهم الاضطرابات النفسية التي غالبا ما يرتبط بهذا المرض، وأخيرا تطرقنا إلى الصدمة النفسية لتلقي المرض و فيم يخص الفصل الموالي سوف نعرض الخطوات المنهجية للدراسة الاستطلاعية مضحين فيها أهدافها و خطواتها المنهجية .

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث: الدراسة الاستطلاعية

تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية
2. منهج الدراسة الاستطلاعية
3. عينة الدراسة الاستطلاعية
4. الإجراءات المنهجية
5. الأدوات المستخدمة
6. النتائج المتوصل إليها من الدراسة الاستطلاعية

خلاصة

تمهيد:

في هذا الجزء حاولنا أن نعرض مختلف الخطوات المنهجية التي اعتمدناها في دراستنا وقبل ذلك، نتطرق إلى خطوة هامة تسمح لنا بتحديد جل القواعد القائمة عليها دراستنا، سواء من عينة البحث، أو بناء الإشكالية في حد ذاتها أو صياغة الفرضيات، فهي تسمح ببناء إطار ملم ومنهجي صحيح وقائم على ضوابط علمية دقيقة.

1- الدراسة الاستطلاعية:

يختص البحث الاستطلاعي بالمشكلة العامة تقريبا، وهي التي تتعلق بالبحث عن المتغيرات التي قد تكون لها علاقة أو ارتباط بمتغير معين، وتفيد البحوث الاستطلاعية كثيرا في المراحل الأولى من الدراسة العلمية لمشكلة معينة، حيث تكون بعض المتغيرات التي قد تكون هامة بالنسبة للمشكلة، مجهولة نسبيا للسيكولوجي، مثال ذلك، يلجأ الباحث على هذا النوع من البحوث للتعرف على المتغيرات المتعلقة بالآراء التي يتخذها الناس بالنسبة لموضوع معين. (المليجي، 2001، ص20)

لذلك من هذا المنطلق هدفت دراستنا الاستطلاعية إلى:

- ✓ التأكد من وجود العينة.
- ✓ التعرف على عينة الدراسة بشكل دقيق والاحتكاك بهم.
- ✓ الضبط الدقيق للإشكالية الدراسة وفرضياتها.
- ✓ الملاحظة المباشرة لضبط الحالة النفسية للأفراد عينة الدراسة
- ✓ للتأكد والضبط العام لإشكالية بحثنا من خلال التأكد من وجودها في أفراد العينة.

2- المنهج المتبع:

تم اتباع المنهج الاكلينيكي في الدراسة الاستطلاعية لأنه المنهج المناسب لفهم شخصية فرد معين وهو المنهج الذي يستطيع أن يكشف ديناميات الشخصية للعميل، وتحديد طبيعة الاضطراب الذي يعانيه، من صراعات نفسية وحيل دفاعية لاشعورية وقوة الأنا وضعفه والطرق التي يستعملها العميل في التوافق. (فاسي ، 2010، ص114).

3- عينة الدراسة الاستطلاعية:

لقد استهدفت الدراسة الراشدين الذين يعانون من مرض التصلب اللويحي، وهو مرض مناعي مزمن يؤدي إلى العجز أو الشلل الحركي في معظم الأحيان، كما استهدفنا الفئة العمرية ما بين 30-40 سنة، وهي تعد مرحلة جد هامة لمراحل النمو، حيث يتمتع الشخص في مرحلة الرشد بالوعي الكامل والتام بحالته ومرضه مسؤوليته الشخصية، مما يترتب عن هذا الوعي آثار نفسية جد وخيمة على نفسيته.

التقينا في دراسة 6 مرضى مصابين بمرض التصلب اللويحي، عدد النساء منهم 4 نساء و2 رجال، متوسط عمرهم 20-40،سنة والذين كانوا ملتحقين بالمستشفى الجامعي ابن سينا بعنابة، 3 حالات متواجدة في المشفى و3 كانوا يخضعون للدواء الدوري، وهذا غير الحالات المتابعة من قبل المشفى، طبعا حين تنقلنا وجدنا أن جميع الحالات الموجودة في حالة يرثى لها ويعجز اللسان والقلم أن يتحدث ويصف الحالة المزرية للمرضى، وتحت اشراف ومقابلتنا مع الطبيبة المسؤولة (مختصة وطبيبة الأعصاب بوركبة منيرة، وتحت اشراف عام للبروفيسورة توبال) أكدت لنا أن العدد المتابع من طرف القسم (قسم الاعصاب) قدر بحوالي 600 حالة متابعة من جميع الولايات تقريبا (عنابة،

قالمة، ميلة، سوق أهراس.. الخ)، وأكدت لنا الطبيبة أن الحالات في تزايد مع غياب وجهل السبب الرئيسي للمرض لكن الأبحاث الخاصة في تطور وتقدم كل يوم.

بالإضافة إلى وجود عينتين التقينا بهما في المستوصف التابع للمستشفى بولاية عنابة (8 ماي 1945) من جنسين مختلفين (حالة ذكر والأخرى أنثى)، حيث تمت المقابلة مه هاتين العينتين بحضور الطبيبة المسؤولة ومشرف طبي خاص بكيفية استعمال الدواء.

4- إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

بدأت الدراسة الاستطلاعية بتاريخ 22-11-2019 تنقلنا من المستشفى الجامعي ابن سينا إلى عيادة صغيرة متواجدة بعنابة (8 ماي 1945) لأن الطبيبة كانت تقيم المعاينات الدورية للمرضى لذلك تنقلنا للتعرف أكثر على المرضى، تم الالتقاء بالمرضى الراشدين القاطنين بولاية عنابة وولايات أخرى، التقينا بهم أثناء زيارتنا للطبيبة، من خلال هذه المواعيد مع المرضى قمنا باجراء **مقابلات مع الراشدين** وفي أغلب الأحيان أو معظمها **حتى الأقارب**، وقدمنا لهم تفسير المقابلة، أي قمنا بتفسير وشرح مفسر لهم كعينة مشاركة في دراستنا.

5- الأدوات المستخدمة:

استخدمنا في هذه الدراسة الاستطلاعية مجموعة من الأدوات:

5-1- الملاحظة المباشرة:

هي الملاحظة التي تكون بالقرب من العينة المراد بحثها، وتتم حين يقوم الباحث بملاحظة سلوك معين من خلال اتصاله مباشرة بالأشخاص أو الأشياء التي يدرسها. (شرف الدين، 2013، ص 3)

وركزنا في شبكة الملاحظة على المظهر العام والسلوك والكلام والتفكير والعاطفة والمزاج والتفاعل والادراك والوعي والانتباه والتركيز والدافعية للعلاج.

5-2- المقابلة الاكلينيكية النصف موجهة:

تعتبر المقابلة إلى حد كبير استبيانا شفويا، فبدلا من كتابة الإجابات فإن المستجوب يعطي معلوماته شفويا في علاقة مواجهية.

فالقائم بالمقابلة يمكن أن يشرح الغرض من الدراسة ويمكن أن يشرح بوضوح أكثر المعلومات المحددة التي يريدها. (بدر، 1994، ص 229)

كان الهدف منها هو الفهم الدقيق لعينة الدراسة وقمنا في دراستنا الاستطلاعية بوضع دليل المقابلة وفقا لطبيعة الإصابة وسن المفحوص والحالة الجسمية والنفسية به، فهدف المقابلة كان هدف مقصود وبحثي، يهدف للتعرف على المعاش النفسي للمرضى، وركزنا على عدة جوانب مسطرة فيما يلي:

- ✓ **من الناحية الجسمية:** وشملت بداية ظهور الأعراض المرضية إلى التكفل الدوائي وكيفية الانتقال ى هذه المرحلة
- ✓ **من الناحية النفسية والاجتماعية والعلائقية:** وكانت هناك علاقة ارتباطية بين جميع النواحي، حيث يلعب كل جانب دور تكاملي مكمل للدور الآخر فيما يخص المعاش النفسي للمريض.

6- النتائج المتوصل إليها:

في إطار مقابلتنا مع الحالات وملاحظتنا التي استخرجنا استطعنا الخروج بمجموعة من الاستنتاجات والاشكاليات لدى أغلب المرضى، والتي تلخص في طبيعة **المعاناة** سواء في المرض أو **التكيف النفسي** للمريض، ولاحظنا أيضا أنه **يوجد فروق** تكمن في طبيعة المريض وكيفية استجابته للمرض والتكيف معه مقارنة بمريض آخر، وعلى العموم تتلخص المشكلات كلها في القلق والاكتئاب وأحيانا الكبت والتقبل اللاشعوري، **الخوف، الصمت، الحيرة والاجابات المختصرة نظرا لعدم قدرتهم على وصف حالتهم الآنية**، وأحيانا البكاء، رغم أنه يمكن ملاحظة **ملامح الحزن والألم** دون أن يتحدثوا حتى، وأيضا يمكن ملاحظة وجود شيء هام ينبغي الإشارة إليه وهو نقص الوعي التام من قبل الأقارب سواء الأقارب ذوي المستوى الدراسي العالي أو دون مستوى الدراسة، حيث أن البعض منهم لم يقبل التحدث حتى، نظرا لأنهم لا يريدون معرفة أي أحد بمرض ابنهم أو ابنتهم، كأنه شيء مخزي أو سري أو فضيحة الإعلان عنه، والبعض الآخر يتحدثون نيابة عن أبنائهم المرضى، مما قد يسبب تأثيرات نفسية وخيمة على المرضى، لذلك تعتبر نقطة جد حساسة خاصة للمريض، في المقابل وجدنا **قلة قليلة جدا من الأولياء الواعون** بوضعية أبنائهم أو أقربائهم المصابون، حيث أنهم يقدمون لهم مختلف الدعائم النفسية والمادية. و فيما يخص نتائج شبكة الملاحظة المظهر عادي اما السلوك فهو بين الهادئ و المتزن و الكلام منه ما هو متسلسل و منطقي و التفكير ناضج و سطحي اما العاطفة او الوجدان ما بين العاطفي والعاطفي جدا و الحساس و المزاج دائم التقلب و القلق و التفاعل او التواصل بين المتفاعل و الغير متفاعل و الغير متعاون اما الادراك و الوعي بين من هو مدرك للأخصائي وواعي للمكان ام الانتباه والتركيز فتعتبر نقطة حساسة لاحظناها في معظم المرضى حيث ان تركيزهم و انتباههم سيئ اما دافعية العلاج منهم من لدية دافعية مرتفعة و منهم من هو مستسلم و درجة دافعيته منخفض.

ما يمكن استخلاصه بشكل عام من سياق المقابلات والملاحظات أن المرضى يجدون صعوبة كبيرة في تقبل المرض والتكيف معه ومع الظروف المحيطة بهم، وأن معظمهم يقوم بمجهودات لتجنب الألم الناجم عن المرض باعتباره خبرة صادمة ومؤلمة في نفس الوقت، وصعوبة التكيف معها يعد ردا فعليا حقيقيا وثابتا، والظروف غير ملائمة في بعض الأحيان. لذلك منهم من استخدموا استراتيجيات دفاعية كالكبت والانكار وإزاحة ومنهم من يعانون من صراعات ظهرت في صعوبة التكيف.

خلاصة

تطرقنا في هذا الفصل الي الدراسة الاستطلاعية ضبطنا فيها منهج الدراسة و عينة الدراسة و الأدوات المستخدمة المتمثلة في المقابلة الاكلينيكية و الملاحظة العيادية و توصلنا الي ان عينة الدراسة الاستطلاعية يعانون من عدة اضطرابات نفسية تختلف من شخص لآخر و صعوبات في التكيف النفسي فمنهم من يجد صعوبة كبيرة في تقبل المرض و التكيف معه و مع العلاج و مع الظروف المحيطة بهم و اخرون يقومون بمجهودات الألم النفسي الناجم عن المرض باعتباره خبرة صدمية مؤلمة و من هذا الأساس سوف نتطرق في الفصل الموالي الي الدراسة الأساسية و الأدوات التي استخدمناها للوصول بشكل دقيق للاستراتيجيات التكيفية اللاشعورية التي يستخدمها المرضى بهدف التكيف

الفصل الرابع: الدراسة الأساسية

تمهيد

1. منهج الدراسة الأساسية
2. مجتمع الدراسة الأساسية
3. الإجراءات المنهجية
4. الأدوات المستخدمة

خلاصة

1- منهج الدراسة:

تمهيدا في هذا الفصل وللضبط الدقيق لأهداف الدراسة سوف نعرض مختلف الخطوات المنهجية التي اعتمدناها في دراستنا الأساسية من حيث المنهج او عينة الدراسة الأساسية وخصائصها والتعريف بالأدوات المستخدمة بهدف الوصول لأهداف الدراسة

- **المنهج العيادي:**

المنهج العيادي هو دراسة إكلينيكية تستند إلى المقابلات وتستعين بالاختبارات للوصول إلى غايات يحددها هذا المنهج.

وقصد بالعبارة 'المنهج عيادي جملة التقنيات المستخدمة في إطار مهنة المختصين العياديين والأسلوب الموجه نحو الفرد في فردانيته، فالأسلوب العيادي، يرتكز على الملاحظة العيادية لجمع المعلومات التي تسمح للمختص تحديد وفهم وضعية المريض ومعاناته وأعراضه ومن ثم اقتراح التشخيص والتقسيم ونوع الكفالة العلاجية التي تتوافق مع الحالة. (بدوي، 2008، ص20)

ويعرفه خالد عبد الرزاق الجار: هو منهج يعتمد على التشابه، فنحن جميعا متفقون في الكيف ونختلف في الكم فقط، فالمشاعر هي هي، والاختلاف يكمن في المقدار فقط، فالمنهج الإكلينيكي هو الدراسة العميقة لحالة فردية (في بيئتها) يعني في ضوء المجتمع الذي تنتمي إليه، وهي ليست حالة معلقة بين السماء والأرض، بل هي منتمية للكل الذي تتصل به، وواحد من أهم أهداف المنهج الإكلينيكي هو تحديد طرق العلاج، (النجار، 2007، ص16-17).

ومن هذا المفهوم تطرقنا للمنهج العيادي القائم علي دراسة الحالة لأنه المنهج المناسب لطبيعة دراستنا حيث انه يقوم بالوصف الدقيق و الدراسة المعمقة للفرد كفرد قائم بذاته أي فردانيته كحالة متفردة و خاصة و لأنه يسمح بدراسة سمات الشخصية دينامية البنية النفسية للراشد المصاب بالتصلب اللويحي و بالتالي استخراج مختلف الاستراتيجيات اللاشعورية التي يستخدمها هذا الأخير.

2- مجتمع الدراسة:

يشمل مجتمع الدراسة الحالية على مرض التصلب اللويحي المتابعين من طرف قسم الأعصاب التابع للمستشفى الجامعي ابن سينا بعنابة.

-التعريف بالمستشفى الجامعي ابن سينا:

هو مؤسسة استشفائية جامعية بولاية عنابة ذات طابع إداري تتمتع بالاستقلالية المالية، تم افتتاحها عام 1980 وكان ثاني مؤسسة استشفائية بولاية عنابة بعد مشفى ابن رشد وفي عام 1986 أصبحت مؤسسة استشفائية جامعية تتكون من عدة أقسام وفروع.

- **خصائص مجتمع الدراسة:**

	المصابون بمرض التصلب اللويحي			
	ذكر		أنثى	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
من 20 إلى 30 سنة	2	100%	3	75%
من 31 إلى 40 سنة	0	-	1	25%
المجموع	2	100%	4	100%

جدول يوضح خصائص مجتمع الدراسة

ملاحظة: يوضح الجدول أن أفراد مجتمع الدراسة مهما اختلفوا في جوانب إلا أن هناك بعض النقاط المشتركة فيما بينهم.

- **عينة الدراسة:**

بما أن دراستنا اعتمدت على المنهج العيادي من خلال دراسة حالات تمثل عينة من مرض التصلب اللويحي، التابعين للمستشفى الجامعي ابن سينا بولاية عنابة فإن عينة دراستنا تضمنت **حالة** كالتالي:

الحالات	الجنس	السن	المهنة	بداية المرض	بداية العلاج	مدة العلاج
الحالة (1) ن	أنثى	35سنة	ماكثة في البيت	2009	2018	سنة

جدول يوضح خصائص عينة الدراسة

ملاحظة:

من خلال الجدول يتضح أن الحالات الأساسية لعينة الدراسة الأساسية تختلف من حيث العمل، الجنس وحتى بداية المرض وبداية العلاج ومدته.

3- إجراءات الدراسة:

قمنا في البداية بتوضيح بعض النقاط وسواء مع المرض وأهاليهم، وأيضا توضيح وشرح مفصل لهدف وطبيعة الدراسة ونوعها وأخذ الإذن بالسماح بإجراءات المقابلات والاختبارات على المرضى، طبعا وهذا كله ضمن إجراء سري وخاص، وفي نهاية الاتفاقات أو الشروط الخاصة بكل مريض، أن كل ما يحصل في المقابلات والنتائج المتوصل إليها، تدخل ضمن مجال علمي وبحثي فقط لا أكثر ولا أقل، والخطوة التالية قمنا بإجراء مقابلات إكلينيكية و عددها 3 مقابلات و المقابلتين الأخيرتين قمنا بتطبيق اختبار تفهم الموضوع للراشدين على حصتين و استطعنا

التوصل لمجموعة من النقاط الهامة حول كل مريض وكيفية بناءه الشخصي من أجل الوصول إلى الهدف الأساسي للدراسة.

4- أدوات الدراسة:

باعتبار أدوات البحث ذات أهمية كبيرة في جمع المعلومات حول موضوع الدراسة، فهي تعتبر بمثابة المفاتيح التي يلجأ لها الباحث لتحقيق الأهداف المرجوة من دراسته وتخدمها والمتمثلة في:

- ✓ الملاحظة العيادية
- ✓ المقابلة العيادية النصف موجهة
- ✓ اختبار تفهم الموضوع للراشدين (TAT)

4-1- الملاحظة العيادية:

نستطيع أن نعرف أسلوب الملاحظة في البحث العلمي بأنها المشاهدة والمراقبة الدقيقة لسلوك أو ظاهرة معينة، وتسجيل الملاحظات أولا بأول. كذلك الاستعانة بأساليب الدراسة المناسبة لطبيعة ذلك السلوك أو تلك الظاهرة بغية تحقيق أفضل النتائج والحصول على أدق المعلومات، فهي أداة لجمع البيانات والمعلومات. **(ريحي ، غنيم، 2008، ص 65)**

ركزنا في شبكة الملاحظة على المظهر العام اظهرت الحالة انها علية ونظيفة أما فيما يخص السلوك فكان هادئ ومتزن ويتف حسن وهدوء في المعاملة وكلامها جد منطقي ومتسلسل والتفكير ناضج ومنطقي وفيما يخص العاطفة والوجدان فهي حساسة وعاطفية والمزاج متقلب ودوري بين الضحك والبكاء والتفاعل متعاونة جدا والادراك والوعي واعية للمكان والزمان ومدركة للأخصائي وفيما يخص الانتباه والتركيز اصفه بالمتوسط والذاكرة لا بأس بها ودافعيتها للعلاج متوسطة.

4-2- المقابلة العيادية النصف موجهة:

المقابلة النصف موجهة هي عبارة عن علاقة بين المفحوص والأخصائي النفسي للحصول على المعلومات، يطلق عليها أنها مقابلات مرنو، إذ أن ما يوضح من قيود على استجابات المفحوصين قليل. فإذا وجهت أسئلة سبق تخطيطها، فإن هذه الأسئلة تعدل، بحيث تناسب الموقف وتناسب المفحوصين، ويشجع المفحوصين أحيانا على التعبير على أفكارهم، يتم الحصول على المعلومات بطريقة عارضة، بحيث لا يكون المفحوصين واعين بأنهم في مقابلة شخصية. **(دويدار، 1999، ص202).**

نستنتج من خلال مقابلاتنا مع الحالة أوضحت الحالة استجابة جيدة حيث انها كانت متعاونة معنا أي انها كانت انبساطية الطابع لذلك استطعنا الالمام بجميع المعلومات الخاصة بها والمتعلقة بمحاور المقابلة النصف موجهة من المحور المتعلق الامراض العضوية والصدمة وخاصة محور الاضطرابات النفسية ومحور العلاقات الشخصية والاجتماعية وختام الاهتمامات المستقبلية.

3-4- اختبار تفهم الموضوع (TAT)

- **لمحة تاريخية عن الاختبار:**

اخترع من طرف موراي عام 1935 (و.م.أ) لدراسة ديناميكية الشخصية انطلاقا من الدوافع والصراعات التحتية لها، التوضيحات النظرية تهدف إلى تحليل القصص لتبيان البطل وتفاعلاته مع المحيط، وتفسيرها (تسلسل) بحاجات أساسية التي يبحث عنها البطل الإكلينيكية، في عام 1954 مجموعة من الباحثين الفرنسيين DLAGACHE VET SHENTOUT –DE BRY F.BROULET جد دوافع استعمال وتفسيرات اختبار تفهم الموضوع المبادرة جعلتهم يتفحصون. ويقدرون هذه التجربة الإسقاطية حسب آفاق التحليل النفسي، هذا التقارب سمح ببروز عمل ميكانيزمات دفاع الأنا الموجودة في شكل قصة الرهانات الأودبية داخل المضمون، في هذا الآفاق وتبين تطابقها مع التنظيم النفسي ومع الأنظمة المختارة الجارية في الحياة الداخلية والعلائقية. (معاليم، 2002، ص1-2)

- **التعريف باختبار تفهم الموضوع:**

يتكون هذا الاختبار من 30 صورة عشرة منها للذكور، وعشر للإناث، والباقي تصلح للأطفال والكبار من كل جس. وتحتوي كل منها على شخصي يمكن أن يتقمصه المفحوص ويطالب منه أن يروي قصة تدور حول هذه الصورة ثم يقوم الأخصائي بتسجيل ما يدلي به الشخص، ولما كانت الصور من النوع الغامض الذي يحمل كثيرا من التفسيرات.

ويمكن أن يثير كثيرا من الأفكار، فإن القصص التي يرويها الفرد غالبا ما تكشف عن حياته ورغباته مما يلقي الضوء على شخصيته. (عويضة، 1996، ص35-38)

- **مسلمات اختبار تفهم الموضوع TAT :**

يقدم "لندزي" عدة مسلمات يرى أن اختبار تفهم الموضوع يقوم على:

- ❖ إذا قدم للفرد موقف منبه يسمح باستجابات مختلفة، فإن الاستجابات المعينة التي تصدر عنه تعكس أنماطه الاستجابية المميزة ونزعاته الاستجابية
- ❖ إذا كانت الاستجابات الممكنة غير محدودة نسبيا لغموض المثير، فإن نزاعاته الاستجابية سوف يكشف عنها مدى أوسع مما يكشف عنه في حالة تحديد الاستجابة الممكنة.
- ❖ إذا تحرر موقف استجابة من قيود الواقع المألوفة، فإنه يمكن استثارة النزاعات الاستجابية التي يتردد في الإعتراف بها والتي قد يكون واعيا بها.
- ❖ الاستجابات المعينة الممكنة لا تحدد فقط بالدوافع والخصائص الثابتة نسبيا، ولكنها تتحدد أيضا بعمليات وسيطية مثل دفاعات الفرد وطرازه المعرفي.

تتحدد الاستجابات الممكنة بالحالات الانفعالية الوقتية مثل الحزن والإحباط والصيف، عوامل الأداة مثل الذكاء العام والسهولة اللفظية عوامل الضبة مثل اللون والحجم والمضمون والتضليل، الأنماط الاستجابيةrespanse test مثل السرعة والدقة والانصياع. (غانم، 2007، ص209).

- **مادة الإختبار T.A.T:**

يتكون اختبار تفهم الموضوع من 31 بطاقة طبعت على كل منها ماعدا (بطاقة واحدة)، صورة على ورق أبيض مقوى وترتكز البطاقة واحدة بيضاء خالية من الصور، حيث رقم فقط وذلك في البطاقات التي يمكن استخدامها من الجنسين ومع كل الصغار (تحت س 14) والراشدين (فوق سن 14) وعدد هذه البطاقات 11 بما فيها البطاقة البيضاء رقم 16 يتبعه الحرف b للأولاد تحت سن 14، رقم يتبعه 01 للبنات تحت سن 14، رقم يتبعه حرف m للذكور فوق سن14، رقم يتبعه الحرفان F للإناث فوق سن 14، رقم يتبعه الحرفان MF للذكور والإناث فوق سن 14، رقم يتبعه الحرفان BM للأولاد. والراشدين الذكور، رقم يتبعه الحرفان GF للبنات والإناث الراشدات. (الأنصاري، 2000، ص204)

أما التصنيفات الجديدة حسب SHENTOUB vلا تستعمل ثلاثة عشر للرجال وثلاثة عشر بطاقة للنساء و13 للبون، 13 بنات موضحة في الجدول التالي:

الصنف	البطاقات المنتقاة															مجموع
رجال	1	2	3BM	4	5	6BM	7BM	8BM	9GF	10	11	12GB	13B	13MF	19	16	13
نساء	1	2	3BM	4	5	6GF	7GF	9GF	8BM	10	11	12BG	13B	13MF	19	16	13
بنون	1	2	3BM	4	5	6BM	7BM	8BM	9GF	10	11	12BG	13B	13MF	19	16	14
بنات	1	2	3BM	4	5	6GF	7GF	9GF	8BM	10	11	12BG	13B	13MF	19	16	14

(سي موسى ، بن خليفة ، 2010، ص. 169)

- **قيمة تفهم الموضوع TAT:**

- ❖ القدرة على كشف الخبايا اللاشعورية ومعرفة أن الفحوص راغب أو غير راغب في أداء الاختبار.
- ❖ إحضار المواد المكبوتة من اللاوعي، فهو يعتبر من الأدوات القيمة غير متحيزة ثقافيا خلافا للاستبيانات الموضوعية.
- ❖ فكرة اختبار تفهم الموضوع مستمدة من دماغ الطفل. (Crray ,1999, p28)
- ❖ وصف ديناميات البنية النفسية للفرد والمكانيزمات التي يعتمدها لتحقيق تكيفه الشخصي الاجتماعي فاختبار تفهم الموضوع يغلب عليه طابع المضمون أو المحتوى. (كفافي، النيال، 2009، ص313)

6-2-5-2 طريقة وخطوات تحليل تفهم الموضوع TAT:

يوجد العديد من الطرق: طريقة باك، شنتوب ولكن دراستنا سنركز على طريقة موراي باعتبارها طريقة مفصلة أكثر

***تحليل الاختبار:**

- **طريقة موراي**: تتعدد الطرق لتحليل قصص هذا الاختبار وتفسيرها، ومن أهمها الطريقة التي قدمها "موراي" لتصحح الاختبار بتحليل محتوى كل قصة إلى الجوانب الثلاثة الآتية:

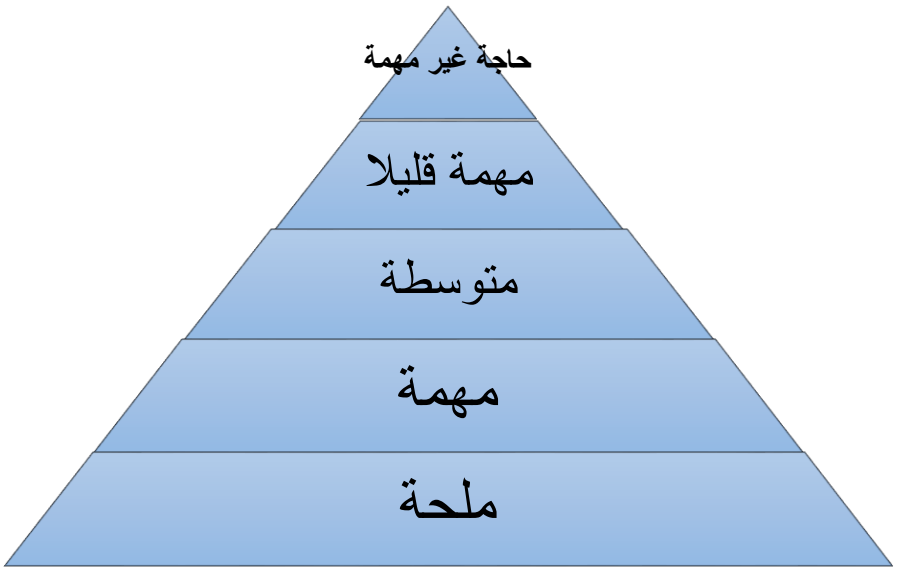
1-البطل الرئيسي :

هو الشخص الذي يتقمص الفرد شخصيته في القصص، وهو يشبه شخصية المفحوص إلى حد بعيد، حيث يتقمص المفحوص عادة أبطالا من جنسه ذاته وعصره، ويسهل عادة تمييز البطل ويهتم القائم بالتفسير عادة بخصائص البطل وصفاته: القيادة أو العزلة أو الاجرام أو الضعف ....

2-الحاجات الرئيسية للبطل :

يبحث المفسر عن الدوافع المحركة للبطل، وبخاصة ميوله، ومشاعره وأفكاره، وأفعاله ومدى انحرافه، يضع "موراي" قائمة من الحاجات التي تقدر على أساس مقياس متدرج من 1-5، ومن أهم هذه الحاجات تجنب الأذى، والبحث عن الكمال، والانجاز والاعتداء والسيطرة والعدوان موجه نحو الذات، والاستنجاد، والشفقة والسلبية والجنس والاستقلال.

هرم الحاجات "لابراهام ماسلو" حسب تدرج الحاجات.



- ✓ هرم يوضح الحاجات لابراهام ماسلو حسب لتدرج من 01 إلى 05، حيث يبدأ تدرج الحاجات من قاعدة الهرم وهي الحاجة الأولى التي تعتبر الحاجة الملحة، صعودا إلى رأس الهرم وهي الحاجة الخامسة غير المهمة كما هو موضح في الهرم أعلاه.

3-الضغوط البيئية التي يتعرض لها البطل :

تدرس المواقف التي يوجد فيها البطل، والضغوط التي تصدر عن البيئة، والعلاقات بينه وغيره من الناس، وهل هذه الضغوط حقيقية أو متخيلة أو متوقعة وقد عدد "موراي" ما يقرب من ثلاثين من هذه الضغوط البيئية أهمها:

النزاعات الاجتماعية، والاعتداء، والسيطرة والعطف، والنبذ، والحرمان والفقد، والأخطار المادية، والجروح المادية...، وتقدر شدة كل منها وتواتره ودلالته على مقياس متدرج من 1-5 (عبد الخالق، 1996، ص361).

- **الدلالات الإكلينيكية للاختبار:**

يستدل من قصص اختبار تفهم الموضوع مؤشرات شخصية لدى الفئات الآتية:

الفصام: تتميز قصص الفصاميين بالغرابة والشذوذ، وانخفاض الأصالة، وظهور التوهم في القصص، وضعف العلاقة بين الصورة والقصة، وانهيار البنيان العقلاني أو الوجداني للقصة، وتفكك المعني ومستوى مرتفع من الرمزية.

الاكتئاب: البطء في رواية القصة، والتوقف، إشارات إلى مشاعر الذنب، والحط من قدرة الذات، والشعور بالندم ومغامرات تنتهي بالفشل، وموضوعات تشير إلى اليأس، والموت مرغوب وفقدان موضوعات الحب الحتمي.

ذهان الهوسى: السرعة في رواية القصة والانفعالية الزائدة.

البارانويا: التهرب والحذر والشك في الغرض من الاختبار، وإنكار تعبير القصة عنه، وإنكار العدوان.

الوسواس القهري: استخدام الألفاظ المتزمنة والشك وتقدير مشاعر الآخرين ورفض التنبؤ بالنتيجة أو النهاية، وجذب الخيال.

القلق: تكرار موضوعات الخوف، وتوقف أو حبسه، ومواقف مسرحية عنيفة، وارتفاع نسبة الأفعال إلى الصفات في القصص، عدم حسم المواقف المتخيلة. (عبد الخالق، 1996، ص362).

- **العلامات الدالة على الصحة النفسية:**

كما تشير بعض المؤشرات إلى تشخيص عدم السواء عن طريق اختبار تفهم الموضوع لدى فئات إكلينيكية محددة، فإن الاختبار يمكن أن يكشف أيضا عن علامات على الصحة النفسية من أهمها:

1-علامات الشكل والبناء :

تمثيل المواقف والشخصيات تمثيلا حسنا، مع تميز القصة بالطول والتناسق الانفعالي، ويغلب أن تكون القصص واقعية فيها عنصر الطرافة، تتسم بالحيوية والنشاط، وتستغرق القصة فترة زمنية طويلة.

2-علامات المحتوى :

أ-بطل كفء: يتسم بالمبادرة والحماسة والنشاط والشجاعة وتقبل التحدي والقيام بالواجب، ويصدر عنه عدوان له ما يسوغه، وإنجاز واقعي للعمل أو حل للمشكلة، ونصر نهائي أو هزيمة مفجعة.

ب-بطل اجتماعي: علاقات شخصية قوية دائمة، ولاء، حب، وزواج بوصفه هدفا، ومشاركة في العمل الجمعي، وقيادة مسؤولة، وعمل إنساني، وإنقاذ أو عمل بطولي شجاع.

ج-بيئة اجتماعية ودودة ومحسنة: كما يتجسد في نماذج الأب أو الأم، والبطل محسن ومتعاون، وصديق يكن الولاء.

د-بناء خلقي: وغير الأميين يجد العقاب من المجتمع، ويشعر بالذنب أو الندم، وتناسب العقاب مع الجريمة، ومحاولة البطل الإصلاح وتقويم الخلق. (عبد الخالق، 1996، ص362).

- **طريقة التطبيق :**

على كل فئة من تلك الفئات أن تجتاز 20 لوحة في حصتين، كما كان يفعل موراي، بمعدل عشر لوحات في كل حصة.

خلاصة:

من خلال ما تطرقنا اليه في هذا الفصل من منهج الدراسة الأساسية وعينة والأدوات الأساسية المستخدمة التي تعتبر هي جوهر دراستنا خاصة وأننا تطرقنا الي اختبار تفهم الموضوع والذي يعتبر الأداة الرئيسية في دراستنا باعتباره اختبار اسقاطي ويكشف عن البنية النفسية وبالتالي الكشف عن مختلف الصراعات والاستراتيجيات الدفاعية وهذا ما سنحاول التطرق اليه في الفصل الموالي ف تحليل الاختبار ومناقشة النتائج.

الفصل الخامس: تحليل ومناقشة النتائج

1. تقديم الحالات
2. التحليل
3. مناقشة النتائج

تقديم الحالة: (ن)

الاسم: (ن)

الجنس: أنثى

السن:

المستوى الدراسي: السنة الثانية من التعليم المتوسط

الحالة الاجتماعية: مطلقة

عدد الأولاد: طفل واحد

تاريخ بداية المرض: 2009

الظروف المعيشية للحالة (ن):

(ن) امرأة مطلقة تعيش وحدها هي وابنها البالغ من العمر 3 سنوات، كانت (ن) تعيش مع عائلتها المتكونة من 4 ذكور وهي الطفلة الوحيدة للعائلة كانت مدللة إلى درجة أنه لا يرفض لها طلب، عائلتها عائلة ميسورة الحال والوالدين كانوا غير متفاهمين أي كانت مشاكل وخصام داخل العائلة أما بلغت الحالة (ن) من 17 سنة قررت عدم إكمال الدراسة والالتحاق بمركز التكوين المهني لتعلم حرفة كانت تحبها، لكنها لاقت الرفض القاطع من العائلة خاصة الإخوة لكنها عارضتهم، لأن الإخوة الذكور كانوا جد متشددين، مع مرور وقت أكملت الحالة التكوين وفتحت محل حلاقة نساء في البيت العائلي، وأصبحت قادرة على تحمل المسؤولية المادية.

بعد مرور عدد من السنين تقدم شخص لخطبتها شخص (وقت وجيز) حدث الطلاق لأنه لم يكن هناك تفاهم مع الزوج وأهل الزوج، أنجبت طفلها لكنها لم تعد للبيت العائلي بل اتخذت بيت خاص بها هي وابنها، ولم تتلقى أي دعم عائلي غير دعم أمها في تربية طفلها وهي مريضة ولأن الحالة تعرضت للانتكاسة في الولادة القيصرية أدى إلى شلل سفلي الارجل لذلك اعتبرت تلك الهجمة الألى لبداية المرض، والحالة كانت في تلك الفترة أي فترة الولادة تواجه مشاكل من أهل الزوج "فترة الطلاق" وتخلي الزوج عنها، أدى إلى تدهور كبير سواء من الناحية الجسمية والنفسية للمريضة.

ملخص المقابلة مع الحالة (ن):

تمت المقابلة مع الحالة في ظروف جيدة طبيعية وهذا راجع إلى أن الحالة كانت من النوع المبادر الذي يحب الكلام وفضولي ويحب معرفة أشياء لم تكن تعرفها، وكانت متجاوبة معنا، لأنها قامت بالإجابة على الأسئلة المطروحة في المقابلات المقابلة الأولية (تمهيدية) هدفها كان التعرف أما المقابلة الثانية كانت أكثر دقة هدفها جمع المعلومات

المهمة عن الحالة، أما المقابلات الأخيرة قمنا بتطبيق الاختبار على حصتين، ومن خلال المقابلات لم نجد أي صعوبة، لأنها كانت انبساطية الطابع مع الجميع.

تمحورت أسئلة المقابلة مع العميلة على تقبلها لمرضها وخاصة أن حالتها النفسية والاجتماعية والعائلية كانت جد مزرية وغير مشجعة، وأيضا استجابتها للمرض وحالتها النفسية بعد وقبل الآن الحالة في القديم أي قبل الزواج كانت تحب الخروج والعمل والسفر كثيرا لذلك أصبحت تخفي ذلك الصراع الداخلي، وعدم تعايشها مع المرض أثر حياتها اليومية لذلك أخفت الصراع القائم باعتمامها المفرط بابنها وفي خضم هذه الظروف وفقدانها للدعم النفسي والعائلي وأيضا الجسدي، أثر عليها سلبا، من اصابتها بالمرض وكونها وحيدة لا تملك أي شيء من عاطفة أو مادة أو جسد سليم، سبب احباط للعميلة وبقيت كخبرة صدمية مؤلمة تخص جميع الجوانب، إلا أنه وبفضل قوة إرادتها ومن أجل ابنها الذي يعتبر نقطة انفجار الحافز للوقوف والاستمرارية من جديد والتحلي بالصلابة النفسية ومقاومة الصراع النفسي و العجز الجسدي .

تحليل المقابلة مع الحالة (ن):

من خلال مقابلاتنا مع العميلة تبين لنا أن اجاباتها تتميز بنوع من الصراحة ربما ويظهر هذا جليا في الأسئلة المتعلقة بنوعية العلاقة التي تربطها مع أفراد العائلة خاصة الأم والأب. وهذا حسب قواها "أنا قريبا خلاص لماما، بصح بابا منكذبش عليك منحسوش بابا عمرو محسسني بلي أني بنتو، خاصة كي كبرت بلاك في الصغر شوي كان يدللني، ويحن عليا بصح كي كبرت نحسو مكانش خلاه، ماما هي الحنينة عليا" وهذا راجع إلى حاجاتها للحنان الأبوي والحاجة للأمان من طرف الوالد الذي لم يلعب الدور الأبوي في حياتها.

أما فيما يخص العلاقة مع والدتها " ماما طيبة هي الدنيا تاعي حتى نغلط عمرها متخلات عليا" غير هي هزتني وتهلا فيا وفي لدي" أما فيما يخص علاقتها مع إخوتها الذكور، فتميزت بالسطحية علاقتي مع خواتاتي نورمال كي كبرت معدوش يدخلو فيا، قبل صح يدربوني وميخلونيش نلبس ولا نخرج، بصح كي كبرت ووليت نعول على روحي وكي شافوني بلي قادرة على روحي ولات علاقتي بيهم نورمال ميحوسوش عليا". أما فيما يخص علاقتها مع أصدقائها على حسب قولها " معنديش أصدقاء قراب ليا" " ماما هي صحبتي" وأيضا مع باقي أفراد الأسرة صرحت بقصة حدثت لها وهي صغيرة في سن 6 سنوات تقريبا أنها تعرضت للاغتصاب من قبل خالها " مكونتش نعرف بلي أداك لصرالي اغتصاب حتى كبرت وهدرولي بنات عمومي بلي صراتلهم نفس الحاجة" أي أنهم تعرضوا للاغتصاب داخل البيت من طرف الخال الصغير والكبير ولم يصرح أي أحد بهذه الحادثة إلى حد الآن " كل تعرضنا لهذه الحادثة بصح واحدة مقدرت تهدر" شوغل حطيناها حاجة نورمال" علاقتي بخالي الصغير والكبير "عادية يجيو عنا هوما و ولادهم نورمال" بعد هذه الحادثة وليت نحس بلي خواتاتي دراري حابين يغتصبوني " بلاك حسيت برك"

مرورا بالحياة الخاصة لها صرحت الحالة أنها فقدت الثقة في جميع الناس لأنها تعرضت للخيانة من شخص كانت تحبه ودامت علاقتها به مدة 13 سنة إلا أن هذا الأخير وعدها بالزواج، ثم في نهاية المطاف تخلى عنها فجأة

وسافر إلى فرنسا على حسب قولها " الرجال مكانش في الدنيا أذي" " كل غدارين من كل شيء عشتو وتمنيتو في هذا الانسان عطيتو كل شيء وتخلا عليا وخلاني وحدي"

في هذه الحالة عوضت الصورة الأبوية في شخص كانت تحبه لكنها لم تجد الحنان والحب الكافي بل وجدت العكس لذلك أصيبت بإحباط على حسب قولها " بلاك أنا كنت نحوس على واحد يحسسني بالأمان، ويحسسني بلي عندي راجل يحكم فيا" " بلاك محبتوش أصلا" «حبيت راجل في حياتي برك"

و بعد تلك العلاقة المحرمة و التي تعد الصدمة الثانية بعد الاغتصاب التي تعرضت له صرحت الحالة ، أن مخلفات هذه العلاقة الغير شرعية " اجهاض متكرر 5 مرات" ك لمرة كنت نموت و يزورني الموت" من هذا الشخص ثم تخلى عنها نهائيا وسافر إلى فرنسا ولم يعد و هو واحد كذاب، و بعد الخدلان التي تعرضت له أصيبت باكتئاب حاد يجيني وقت كي نخمم في حياتي منحب نشوف حتى واحد لدرجة اني حاولت الانتحار بصح نجراش نحاول برك و أيضا أصبحت تمارس العلاقات الغير شرعية حيث انها تعرفت على اعداد كبيرة من الرجال لم تتزوج ولم تفكر في الزواج على حسب قولها" نحيت الزواج خلاه من بالي" " بصح وصلت لعمر كبير جاني الشخص هذا قبلت فورا وخبيت كل شيء عليه" بصح كي قرب موعد الزواج مقدرتش نخبي كثر صارحتو قتلو منيش بنت وهو قبل بيا" في فترة وجيزة 3 أشهر أصبحت زوجة هذا الشخص، بعد الزواج والدخول لبيت الزوجية تغير كل شيء، " في البداية كان شخص متفتح حنون" " كأنني لم أتعرف عليه مطلقا" وبعدها إنجابها لطفلها، أصبحت بشلل سفلي فجأة ةلم تتقبل هذا الوضع لم تجد السند الذي يحفزها للوقوف والدفاع من جديد، غير أمها طبعا، وذكرت أنها حاولت الانتحار مرتين بشرب جرعة زائدة من الحبوب مرة أخرى و لما دخلت للمستشفى ومع التحاليل تبين أن السبب الرئيسي للشلل هو التصلب اللوحي أي أنها أصيبت بصدمة نفسية ولم تتقبل حالتها إطلاقا " لمرا لولة متقبلتش وخفت" " قلت وش هو المرض أدا مزمن منرتاحش منو" لكن بعد فترة ومع مرور الوقت تعايشت الحالة مع مرضها و بالتواصل مع المرضى ومعرفة حالات متقدمة خفت تلك الصدمة والخوف الذي تعرضت له في البداية كي شفت حالات أكثر مني قلقت الحمد لله" بعد فترة من الوقت أصبحت خاضعة لجرعة الأنتروفيرون ولاقت صعوبة كبيرة في التأقلم مع أخذ هذه الجرعات خاصة وأنها كانت بحاجة ماسة للدعم النفسي والمادي والعائلي بالاخص ، لكن من خلال مقابلاتنا تميزت الحالة بتقمص شخصية المرأة القوية التي رغم الظروف التي عاشتها ورغم معاناتها النفسية الشديدة، وصدمات الماضي استطاعت إزاحة تلك المعاناة وإعطاء صورة مثالية للمرأة أو الأم التي تتحدى الصعوبات من أجل ابنها رغم ألمها الجسدي وخاصة النفسي.

تطبيق وتفسير وتحليل اختبار تفهم الموضوع TAT مع الحالة الأولى (ن):

في تطبيق اختبار تفهم الموضوع يتم احتسابا زمن الرجع وزمن الاستجابة لذلك الجدول الآتي يوضح زمن الرجع وزمن الاستجابة للحالة "ن"

البطاقة	زمن الرجع	زمن الاستجابة
1	31 ثانية	8:51 ثانية
2	6.50 ثانية	01.7 دقيقة
GF3	2.32 ثانية	53:47 ثانية
4	3.22 ثانية	53:96 ثانية
5	10.76 ثانية	01:32 دقيقة
GF6	4.20 ثانية	01:29 دقيقة
GF7	4.4 ثانية	01:16 دقيقة
GF8	2.42 ثانية	01:04 دقيقة
GF9	6.05 ثانية	01:45 دقيقة
10	5.12 ثانية	01:12 دقيقة
11	0:28 ثانية	01:00 دقيقة
F12	0:18 ثانية	03.08 دقيقة
MF13	5.03 ثانية	01:53 دقيقة
14	4 ثواني	01:52 دقيقة
15	8 ثواني	01:42 دقيقة
16	22 ثانية	02:21 دقيقة
GF17	5 ثواني	02:21 دقيقة
GF18	2 ثواني	03:05 دقيقة
19	4 ثواني	01:53 دقيقة
20	5 ثواني	03:27 دقيقة

تحليل اختبار تفهم الموضوع:

البطاقة 01: وش هي أدي شغل واحد قاعد يخمم في حاجة وقالق، وحب حاجة وحاجة يركز فيها حاب يفهم الحاجة أدي، وحاب يفهمها باين تعبان وعندو مشاكل تا انسان حاجة يركز فيها ومش عارف ولا بالاك حاب يفهمها الحاجة أدي حاسيتو حاب يركز في الحاجة يمشي ادي ومش قادر شوغل حاب يمشي الكمان ادا كفاه يمشي و مش عارف.

1- **البطل:** هي البطلة لأنها عبرت عن حالة القلق التي تعاني منها، والتعب، المشاكل خاصة تظهر في تكرار العبارات وأيضا يظهر العجز والوجدان الاكتئابي " باين تعبان، حب يركز، مش قادر"

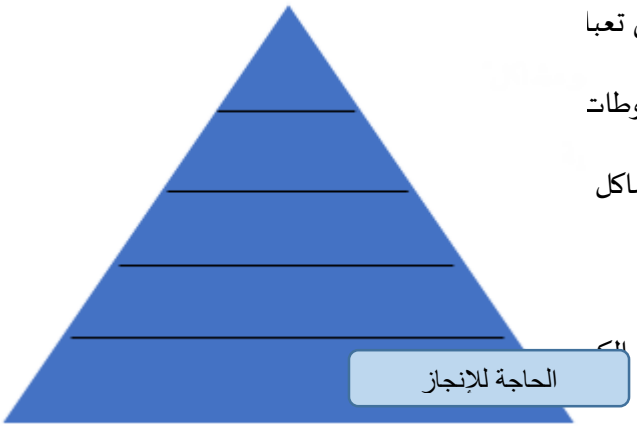
2- **الحاجات الأساسية:**

أظهرت الحاجة الأساسية حاجات للإنجاز المادي الخاص بالعمل، لكن الصدمات التي مرت بها وعدم قدرتها على تسير حياتها " السير نحو المجهول" هي التي ولدت إحساسها بالعجز

3- **لحاجات الثانوية:** الحاجة للأمن والاستقرار النفسي " باين تعبا

4- **الضغوطات:** تعاني من ضغوطات داخلية مصاحبة لضغوطات

5- **نهاية القصة:** البطلة لاقت صعوبة في مواجهة القلق والمشاكل التي تعاني منها لأنها أرادت أن تسقط مشاعرها وصراعاتها الداخلية بصورة غير مباشرة عن طريق استخدام ميكانيزم الك



6- **موضوع القصة:**

يتمحور موضوع القصة في الحاجة الملحة للإنجاز لكن البيئة الخارجية والداخلية تسبب العجز أي البيئة غير محفزة ومشجعة للبطلة.

7- **الاهتمامات والمشاعر:**

- ✓ مشاعر القلق
- ✓ اهتمامات للإنجاز والنجاح في المستقبل

8- **التحليل الشكلي:**

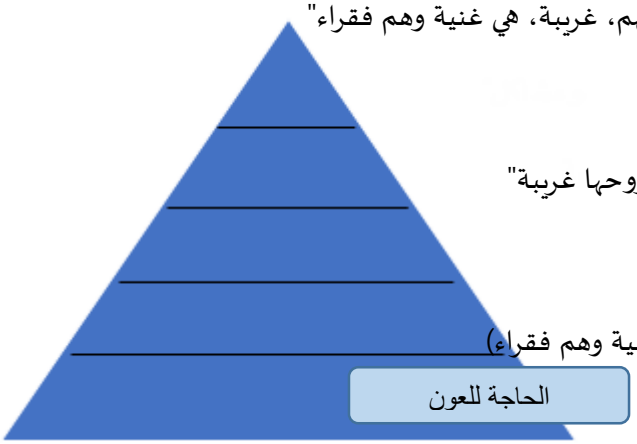
أدركت المفحوصة الصورة ككل ثم أدركت بعض الأجزاء، أما من الناحية اللغوية، اللغة جد فقيرة ل مفردات وهذا ما يعبر عن المستوى التعليمي للبطلة، وأيضا توضح البطاقة أن المفحوصة تحاول تجنب قلق الخصاء وعدم كفاية الاستثمار الذاتي " حاب حاجة، حاب يركز فيها، مش عارف مش قادر" لذلك توضح صراع يخص عقدة الخصاء ومحاولة تجنب القلق باستخدام جزئي للإسقاط وميكانيزم الكبت بشكل رئيسي.

البطاقة 02:

أدي مرا في مزرعة وراها ناس قاعدة تخدم تحسها هذه الانسانة مش الجو تاحها تخمامها مش كي تاحهم قاعدة تخزر وتشوف تحس في روحها غريبة بيناتهم نحسها هي غنية وهم فقراء

1- **البطل:**

هي البطلة لأنها أسقطت مشاعر العزلة والاحساس بالوحدة، والمحيط الغير مشجع والذي لا يرضيها سواءا من الناحية النفسية أو المادية على حسب قواها " تخمامها مش زي تاحهم، غريبة، هي غنية وهم فقراء"



2- **الحاجات الأساسية:**

الحاجة للعون ويظاهر ذلك في الانتماء الغير مرغوب فيه " تحس في روحها غريبة"

3- **الحاجات الثانوية:**

الحاجة للأمن سواء كان مادي أو نفسي (نحسها غريبة بيناتهم هي غنية وهم فقراء)

4- **الضغوطات:**

تعاني الحالة من ضغط العطف وضغوطات داخل المحيط من ما يجعلها غير راضية ومحبطة نفسيا

5- **نهاية القصة:**

نهاية مبهمة وغير واضحة وغير كاملة وكنوع من التقمص اعتبرت نفسها كغريبة في نهاية القصة لرغبتها في أن تكون غنية وعدم رغبتها في العيش في الوسط التي تعيش فيه.

6- **موضوع القصة:** يتمحور موضوع القصة في الحاجة الملحة للعون سواء مادي أو معنوي للإحساس بالأمن النفسي، لكن البيئة التي تعيش فيها البطلة ترغبها على احساسها بالعزلة ولا يرضيها نفسيا

7- **الاهتمامات والمشاعر:**

- إحساس العزلة - إحساس النبذ - إحساس الوحدة
- اهتمامات وجدانية - الرغبة في الانتماء

8- **التحليل الشكلي:**

إدراك بعض الأجزاء فقط وأكثرها وضوحا، اللغة فقرة المفردات والمعاني والمضمون، تعبر عن الحاجة المادية وللعون المادي، وأيضا توضح البطاقة الصراع الأوديبي للبطلة الذي يوضح في النرجسة، وبما أن الصراع الأوديبي لم يحل " عقدة أوديب لم تحل"ـ يظهر ذلك في استغناء البطلة عن مواضيع الحب وإظهار نرجسية مكثفة، استخدمت ميكانيزمات دفاعية لتجنب الصراع الأوديبي كالتقمص بشكل كلي ونوع من الاسقاط الجزئي.

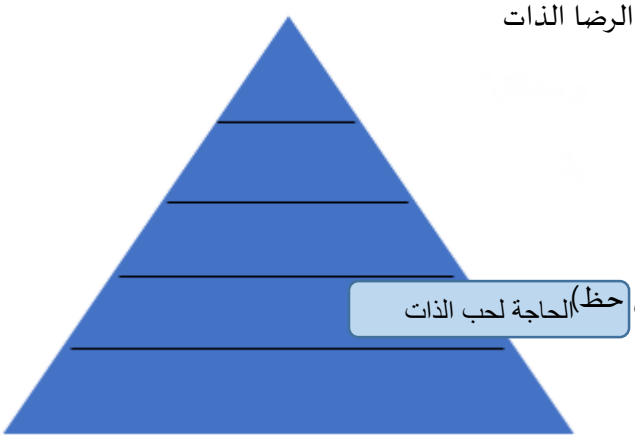
البطاقة 03:

هذه انسانة حزينة باينة مقيوسا في حياتها بزاف وتبكي حزينة وهذه هي باينة مقيوسا في حياتها بزاف وتبكي حزينة وهذه هي باينة ظروف وتجارب باينة صراتلها حاجة في دارهم باينة طفلة مليحة لكن معندهاش حظ

1- البطل:

هي البطلة لأنها أسقطت مشاعر الحزن والاكتئاب الشديد على نفسها بسبب الصراع الداخلي الذي تعاني منه سواء كان متعلق بتجارب خارجية أو صدمة طفولية مما أظهر عدم الرضا الذات

2- الحاجة الأساسية:



الحاجة لحب الذات

3- الحاجات الثانوية:

الحاجة التي تجنب اللوم (باينة طفلة مليحة، باينة معندهاش

4- الضغوطات:

ضغط السيطرة خاصة داخل العائلة

5- نهاية القصة:

نهاية حزينة تعبر عن الإحباط من الظروف المعاشة سواء في الوسط العائلي أو الاجتماعي واستخدامها مكانيزم التبرير للتخفيف من الإحباط (معندهاش حظ)

6- موضوع القصة:

يتمحور موضوع القصة كخضوع البطلة للظروف المحيطة بها رغما عنها لكنها لم تصرح دلالة على استخدام ميكانيزم الكبت، البطلة شخصية ايحائة ورافضة للسيطرة الأبوية تحمل تقدير ذات لنفسها وتبحث عن الاحتواء والدعم النفسي والنهاية كانت حزينة وتعبر عن الاستسلام للقضاء والقدر.

7- الاهتمامات والمشاعر:

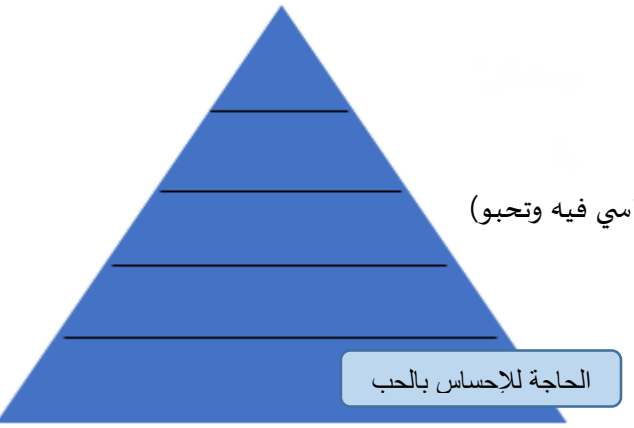
- ✓ إحساس بالحزن والإحباط
- ✓ نظرة مستقبلية ايحائية
- ✓ ماضي حزين
- ✓ الرغبة في الحب والسعادة

8- التحليل الشكلي:

الادراك الجزئي لصورة وعدم انتباهها لتفاصيل الصغيرة، لغة فقيرة للمعنى والمفردات اللغوية، وركزت على حالة الاكتئاب النفسي والاحساس الوجداني لمعنى الصورة و توضح البطاقة الصراع النزوي بين الانا و الانا الأعلى الذيخص قضية الاغتصاب و لتجنب القلق و الناجم عن هذا الصراع استخدمت ميكانيزم التبرير كلي و أساسي للتخفيف من القلق و الإحباط اما الميكانيزنات التي استخدمتها بشكل ثانوي استخدمت التقمص الكلي على البطاقة و بشكل ادق توضح أيضا التثبيت في مرحلة الطفولة و الذي يخص التحالفات داخل الاسرة .

البطاقة04 :

هدوما راجل ومرا بايينن يحبو بعضاهم ممكن هو راجل هارب من الناس وهي باينة تواسي فيه وتحبو، باين في عينيه بلي حاب ينتقم وهو باين بلي يحب الانسانة هذي



1- **البطل:** رجل وامرأة

2- **الحاجات الأساسية:**

- الحاجة الأساسية للإحساس بالحب (باينين يحبو بعضاهم هي تواسي فيه وتحبو)
- الحاجة للانتماء (هو باين بلي يحب هذه الانسانة)
- الحاجة للانتماء
- الحاجة للإحساس بالحب

3- **الحاجات الثانوية:**

- الحاجة للإحساسية لذلك بها أنها تعاني من حرمان عاطفي (باين بلي يحبو بعضاهم)
- الحاجة للأمن (باين في عينيه بلي حاب ينتقم وباين يحب الانسانة هذه)

4- **الضغوطات والعوامل البيئية:**

ضغط العطف، الانسان يحبها لكن الظروف التي هو فيها ترغمه على معاملته السيئة لها وازدواجية المشاعر (باين بلي يحب الانسانة هذه باين في عينيه بلي حاب ينتقم)

5- **نهاية القصة:**

ظهرت نهاية القصة التناقص الوجداني أو التضاد الوجداني يبين الحب والانتقام راجع لظروف البطل والحرمان العاطفي للبطلة.

6- **موضوع القصة:**

يتمحور موضوع القصة حول علاقة حب بين رجل وامرأة لكن الظروف العلاقة مهمة يتخللها الكثير من التضاد الوجداني

7- **الاهتمامات والمشاعر:**

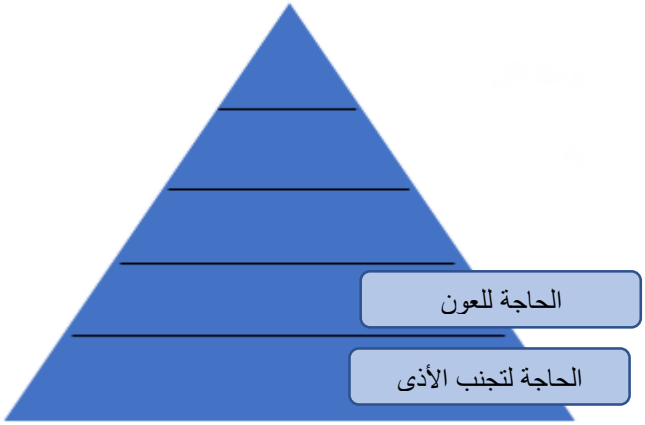
- ✓ إحساس بالحرمان
- ✓ الإحساس بالحب والاهتمام
- ✓ الإحساس بالاحتواء العاطفي والعائلي
- ✓ التجاذب العاطفي المليء بالحب

8- **التحليل الشكلي:**

يتضح ان المفحوصة سردت قصة عاطفية وأدركت كل التفاصيل الخاصة بجانب الحس والعاطفة وبينت من خلال القصة ضرورة وجود رابطة الحب من أجل احتواء العلاقة كما أوضحت وجود صراع عاطفي (حب، انتقام) بين الطرفين، هذا الصراع يخص صراع صورة الأب وللتخفيف من القلق الخاص بالصراع استخدمت ميكانيزم الاسقاط الجزئي، الكبت بصفة أساسية.

البطاقة 05:

هذه مرا قاعدة طول تشوف وش كاين بلاك طل على راجلها ولا ولدها قاعد يخدم، باينة مرا عندها شخصية قوية بلاك ظل على ولدها خايفة عليه، امرأة مطلقة ربما مستحفضة على ولدها خايفة عليه خايفة على دارها.



1- **البطل:** المرأة القوية

2- **الحاجات الأساسية:**

- الحاجة لتجنب الأذى (خايفة على ولدها وعلى دارها)
- الحاجة للعون (راجلها قاعد يخدم)

3- **الحاجات الثانوية:**

الحاجة للأمن (دور الأم الحقيقية الخائفة على ولدها)

4- **الضغوطات:**

ضغط العطف، وضغط النبذ، وعدم الاهتمام وضغط نقص التأسيس الأسري

5- **نهاية القصة:**

أوضحت نهاية القصة نوع من الدور الامومي الحقيقي للام التي تواجه كل الظروف من اجل ابناءها

6- **موضوع القصة:**

قصة لإمرأة مطلقة تعاني من خوف من فقدان الحب أو فقدان الموضوع أي أنه اسقاط للصورة على الحالة التي عاشتها

7- **الاهتمامات والمشاعر:**

- ✓ الحاجة للعون والحب
- ✓ التحلي بالقوة والحاجة للشجاعة للمواجهة
- ✓ الشعور بالنبذ واحتواء خارجي أو داخلي
- ✓ حياة آمنة وإيجابية

8- **التحليل الشكلي:**

اتضح أن المفحوصة سردت الوضعية التي تعيشها بإسقاط جميع أفراد الأسرة الخاصة بها على الصورة دون وجود لأي من الشخصيات، الموجود في الصورة دلالة على الصراع التي تعيشه في واقعها

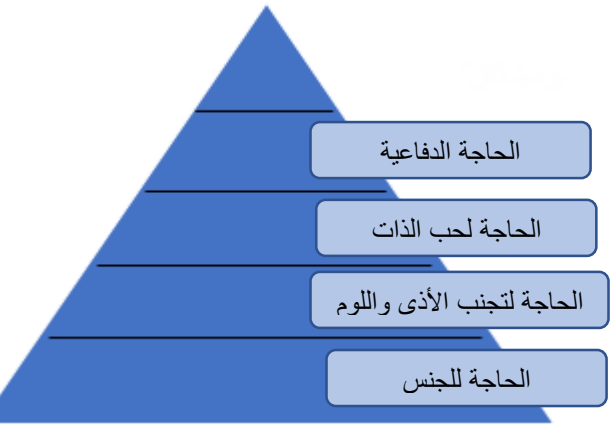
وتوضح البطاقة صراع أمومي بين قوة الأم وضعف ابنها ويتضح الصراع في الشخصية القوية للأم وخوفها على ابنها لذلك للتخفيف من القلق والخوف قامت بالإسقاط الكلي على البطاقة وبذلك استخدمت الإسقاط كميكانيزم أساسي لبروز الصراع.

البطاقة 06:

هذه امرأة جميلة وباينة لعوب هذا راجل يحرشها ويبعثها على الرجال هي باينة مغلوب على أمرها باينة طاحت في هذه الظروف بسيف عليها، باينة دارهم ظروفهم ماشي مليحة، باين الانسان أدا مسيطر عيلها

1- **البطل:** امرأة ورجل

2- **الحاجات الأساسية:**



- الحاجة للجنس ويتضح في ذلك (امرأة جميلة وباينة لعوب)
- الحاجة لحب الذات (باينة مغلوب على أمرها)
- الحاجة لتجنب الأذى واللوم (باينة دارهم ظروفهم مش مليحة)
- الحاجة للدفاعية (مغلوب على أمرها)

3- **الحاجات الثانوية:**

الحاجة للإحساسية (هذا الراجل يحرشها ويبعثلها على الرجال)

4- **الضغوطات:**

- ضغط نقص التأيد الأسري، نظرا لأن الظروف التي تعانيها صعبة (باينة دارهم مش ملاح)
- ضغط الدوينة (الانسان أدا مسيطر عليها) ويرغمها على فعل الجنس

5- **نهاية القصة:**

استخدمت في نهاية القصة موضوع الخضوع للعزيزة الجنسية وآلية التبرير للفعل التي تقوم به " باينة دارهم ظروفهم مش ملا، باينة الانسان أدا مسيطر عليها"

6- **موضوع القصة :**

امرأة جميلة أخضعتها الظروف السيئة للدخول في عالم الدعارة أو الجنس، والرجل الذي وثقت به، قام باستغلالها وادخالها في هذا العالم اجباري عنها

7- **الاهتمامات والمشاعر:**

- الحاجة للرغبة الجنسية
- الخوف والاحساس بالذنب والندم

8- **التحليل الشكلي:**

يتضح من خلال البطاقة أن العملية خطابها كان فقير المفردات لكن غني بالمعاني المهمة والخاصة بها حيث أوضحت البطاقة عن العلاقة التي تربط المرأة والرجل، والعلاقة الطبيعية والحقيقية، خاصة الحاجة للرغبة الجنسية كان جد واضح وموجه لعلاقة جنسية محرمة، لذلك يتضح الصراع في صراع جنسي بين الرغبة والمنع، ولتجنب الصراع قامت بإسقاط جزئي مصاحب لألية دفاعية أساسية وهي الية التبرير.

البطاقة 07:

هذه الطفلة باينة فيها مشاكسة أمها تعقل فيها هك مشي هك، وأنت لازم تقراي وأنت مزلتي صغيرة، هذه الطفلة مشاكسة وخجولة في نفس الوقت، بلاك عندها مشاكل البرا ولا في الدار بلاك والديها مكانوش متفاهمين، بلاك هي أمها تنصتها متسمعش ليها.

1- البطل:

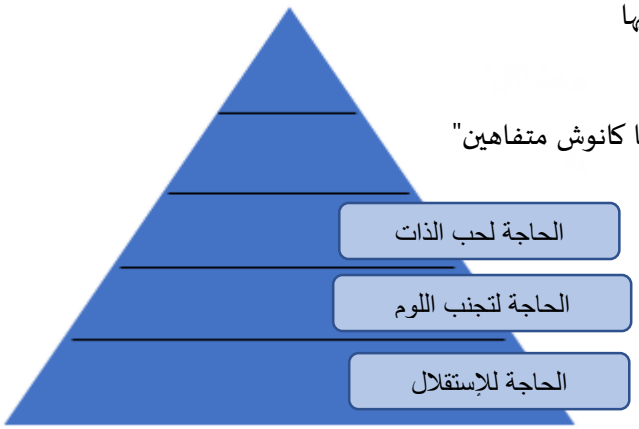
الطفلة الصغيرة

2- الحاجات الأساسية

-الحاجة للاستقلال (رفض السلطة) مشاكسة ومتسمعش لأمها تعقل فيها

-الحاجة لحب الذات " مشاكسة أمها تعقل فيها"

-الحاجة لتجنب اللوم " بلاك عندها مشاكل البرا ولا في الدار، والديها ما كانوش متفاهين"



3- الحاجات الثانوية:

الحاجة للأمن

4- الضغوطات:

ضغط نقص التأيد الأسري (التنافر الأسري)

" والديها ما كانوش متفاهمين"

5- نهاية القصة:

يتضح من نهاية القصة أن الطفلة أظهرت نوع من الندم الذي يسببه المحيط الأسري يحفز الطابع المتمرد والعنيد، لذلك استخدمت ميكانيزم التقمص، تقمصت فيه نفسها وهي صغيرة وما عاشته من مشاكل عائلية وعلاقية داخل الوسط الأسري، وأيضا نوع من الاسقاط الجزئي

6- موضوع القصة:

طفلة صغيرة مشاكسة لكنها في نفس الوقت خجولة، كانت تعاني من مشاكل عائلية بين الأم والأب مما أثر على تكوين الشخصية الهشة للطفلة الصغيرة.

7- الاهتمامات والمشاعر:

-مشاعر الندم والذنب

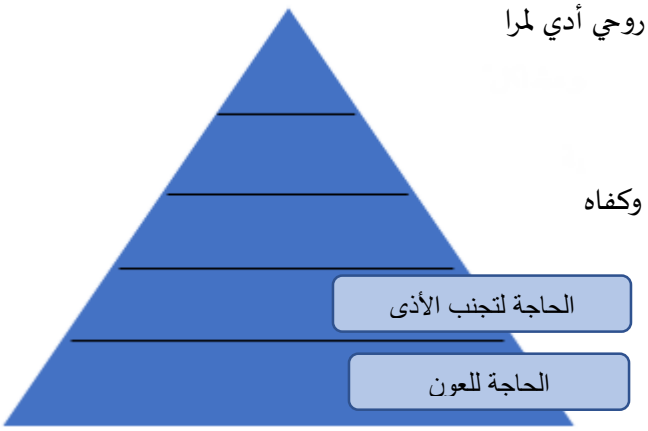
-الخوف والحيرة.

8- التحليل الشكلي:

يتضح من خلال تحليل البطاقة أن الحالة تقمص الشخصية وعبرت عنها بشكل صريح ومن الجوانب الخاصة بها غياب للمعنى والتفاصيل الموجودة داخل الصورة الكلي لكن اللغة كانت ثرية مما يوضح المستوى العقلي والفكري لها، ووضحت البطاقة أيضا صراع علائقي مع الموضوع الأولي "الأم" والنهاية كانت مغلقة مما يوضح على أن الصراع لم يحل أما الميكانيزمات الأساسية المستخدمة، التقمص الوجداني الكلي للبطاقة، والاسقاط الجزئي.

البطاقة 08:

هذه مرا كيما حالتي أنا نقعد ونخمم وأنا كيفاه كنت وكفاه راني نعيش وكيفاه راح تكون الدنيا أدي، كيما أنا بعد كي نقعد نخمم في روحي في حياتي، ونقول كيما جات تجي، نشوف في روحي أدي لمرا



1- **البطل:** المرأة

2- **الحاجات الأساسية:**

- الحاجة للعون " أنا كي نقعد ونخمم في روحي كفاه كنت وكفاه راني نعيش، وكفاه راح تكون الدنيا"
- الحاجة لتجنب الأذى " نقول كيما جات تجي"
- الحاجة للعون
- الحاجة لتجنب الأذى

3- **الحاجات الثانوية:**

- الحاجة للتسلية واللامبالاة " كي نقعد نخمم في روحي ونخمم في حياتي، ونقول كيما جات تجي"
- الحاجة للأمن " كيفاه راني نعيش وكيفاه راح تكون الدنيا"

4- **الضغوطات:**

- ضغط العطف: "كيفاه راني نعيش وكيفاه راح تكون حياتي"
- ضغط نقص التأسيس الأسري: "نخمم في روحي ونخمم في حياتي"

5- **نهاية القصة:**

اتضحت نهاية القصة نرجسية واضحة بوجود ضمير أنا وأوضحت فقدان وعجز من جميع الجوانب، وواجهت هذا العجز بالتقبل الصريح، استخدمت ميكانيزم التكوين العكس للتخلص لتجنب حالة القلق والخوف.

6- **موضوع القصة:**

امرأة تعاني من فقدان جسدي ومادي، معاناة جسدية، وخوف من العجز والمرض سواء مرض جسدي أو نفسي وأيضا انعدام السند يحفز التفكير السلبي للعملية

7- **الاهتمامات والمشاعر:**

- مشاعر الخوف
- مشاعر العجز
- تفكير سلبي مرسخ نظر البيئة المحفزة

8- **التحليل الشكلي:**

يتضح من خلال الصورة إدراك جزئي ولغة محدودة المعنى ومباشرة، لغة غير ثرية تعبر عن الصورة، لكنها كانت دقيقة الوصف للمرأة مما يدل على البعد الفكري الذي تتصف به الجميلة، ويتضح من البطاقة صراع يمثل قلق الخصاء والعدوانية اتجاه الصورة الأبوية، حيث استخدمت التقمص الكلي للبطاقة، وللتخلص من القلق والخوف الناجم عن الصراع استخدمت ميكانيزم أساسي والتكوين العكسي للحفاظ على نوع من التوازن النفسي.

البطاقة 09:

هذه القاعدة تجري في بلاصة شغل بلاك خوها ولا بويها صراتلو حاجة وعندها وحدة تغير منها حبة تعرف على واه قاعدة تجري بصح باينة قاعدة تجري وحابتها تعرف وين رايحة، باباها تاح واريحتلو تجريلو، ممكن حابة تسرقلها خطيبها ممكن تغير منها بزاف على خاطر هي طفلة مليحة

1- **البطل:** الامرأتان (المرا لي تجري، وحدة تغير منها)

2- **الحاجات الأساسية:**

- الحاجة للعدوان (الاستجابات الانفعالية والتعبير اللغوي لأن هناك منافسة شديدة) " حبت تسرقلها خطيبها"
- الحاجة للعدوان

3- **الحاجات الثانوية:**

- الحاجة للأمن: " خوها ولا بيها صراتلو حاجة"
- الحاجة للملكية: " ممكن حاجة تسرقلها خطيبها ممكن تغير منها بزاف"

4- **الضغوطات التي تعاني منها:**

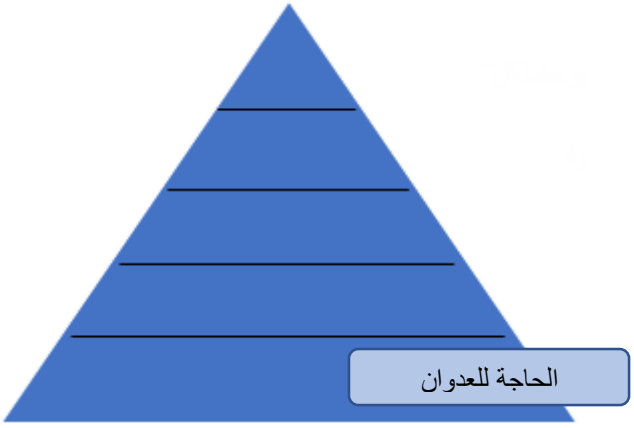
ضغط نقص التأيد الأسري "خوها وبوها صراتلو حاجة وعندها وحدة تغير منها"

5- **نهاية القصة:**

يتضح من نهاية القصة نهاية توحي إلى الخوف من فقدان الموضوع الرئيسي (الأب)، حرمان عاطفي ازاحته للموضوع ثانوي (الزوج) أي حاجتها للحب، ونرجسية واضحة في حب الذات

6- **موضوع القصة:**

امرأة تعيش في أسرة تجتاحها العديد من المشاكل، ومعاناتها من حرمان عاطفي، حاجتها للحب الأبوي التي ازاحته إلى الزوج وخوفها من فقدانه وتخليه عنها



7- **الاهتمامات والمشاعر:**

- الخوف
- حرمان عاطفي
- حاجة الحب
- الاحتواء النفسي والعاطفي للزوج
- المنافسة والغيرة.

8- **التحليل الشكلي:**

إدراك للصورة بشكل كامل، ولغة ثرية للمعنى، أوضحت قصة خيالية لما عاشته من حرمان في الماضي وخوفها من المستقبل، ويوضح البطاقة صراع أبوي مع الموضوع الأولي يترجم صراع نفسي داخلي، ولأن الصراع لم يحل مما يسبب خلل في التمثيل والتناقل بين مراحل النمو وتكوين علاقات جديدة، ولتجنب الصراع أوضحت عدوانية ونرجسية واضحة وتوضح أيضا ميكانيزم إسقاط بشكل جزئي واستخدام ميكانيزم الإزاحة بشكل كلي وأساسي واضح.

البطاقة 10:

هذه قصة حب بين امرأة وزوجها، تزوجو كبرو ولادهم، شوغل هي مرضت تخلاو عليها كل، بقا معاها غير رجلها قلهم نورمال نموت أنا وياها قابل بيها

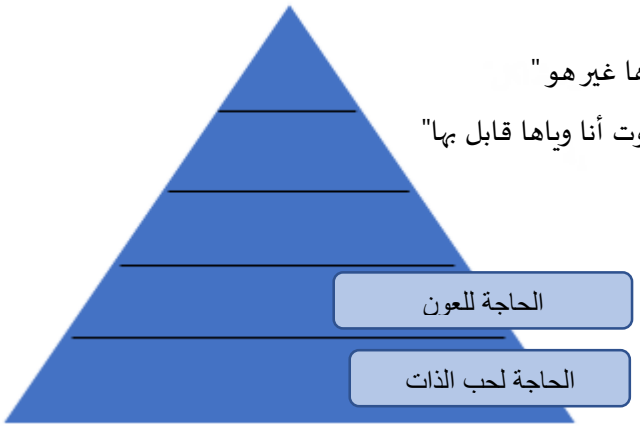
1- **البطل :** المرأة وزوجها

2- **الحاجات الأساسية:**

- الحاجة لحب الذات "هي مرضت وتخلاو عليها كل بقا معاها غير هو "
- الحاجة للعون " بقا معاها غير هو بصح قالهم نورمال نموت أنا وياها قابل بها"

3- **الحاجات الثانوية:**

- الحاجة للاحساسية (امرأة وزوجها تزوجو وكبرو ولادهم)
- الحاجة للسلبية واللامبالاة (مرضها معدى)
- الحاجة للأمن (هي مرضت تخلاو عليها كل)



4- **الضغوطات التي تعاني منها:**

تعاني من ضغط النبذ وضغط نقص التأيد الأسري لعدم وجود الدعم والرعاية من فقدانهم

5- **نهاية القصة:**

توضح في نهاية القصة أنها نهاية تعيسة تتخللها عدم تقبل المرض " مرض معدي" وأن العملية استخدمت الفكرة المهددة للمرضى التوحد معه على أنه مرض معدي لذلك استخدمت ميكانيزم الاندماج للتخلص من الخوف والقلق الناجم على المرض.

6- **موضوع القصة:**

هو نوع من التشوه والتمثيل الخاص بفكرة العائلة الحقيقية أو المراد تحقيقها.

امرأة وزوجها وأولادها وعند مرض الزوجة تخلى لزوج عنها أي أنها احتجت للعون المعنوي من قبل الزوج لذلك حاجاتها الأساسية هي الاحتواء طرف الموضوع لموضوع الحب هو الزوج إضافة، إلى تشوه صورة الذات لديها.

7- **الاهتمامات والمشاعر:**

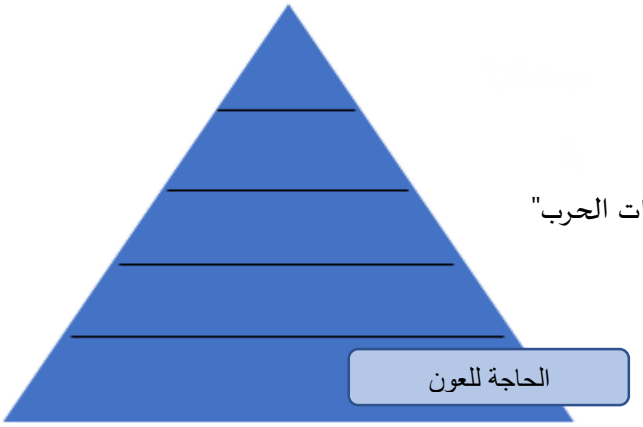
- مشاعر العجز
- مشاعر النقص
- حاجة الاحتواء (المعنوي)
- تشوه صورة الذات

8- **التحليل الشكلي:**

التعبير كان مليء بالمعاني، المضمون جد وفير بالمعاني والأسلوب جد قصصي مما يعبر عن المستوى تأملي للعملية وقدرتها على سدر قصصي، معبرة وذات معنى عميق. أيضا أوضحت البطاقة وجود صراع أوديبي يخص صراعات و هوامات أثرية تحتية مرتبطة بالعلاقات الزوجية وأيضا عدم وضوح عناصر الموضوع الأولى "الزوج" وللتخلص من القلق والخوف الناجم عن ذلك وعدم العجز الجسدي استخدمت ميكانيزم الاستدماج والتوحد.

البطاقة 11:

قصة مخلوقات كانت عايشة في سلام في بحيرة في غابة جميلة كانت الحيوانات تعيش في سلام ووئام حتى جات الحرب، وعم الخراب وما قتل وأصبح الخراب في كل مكان



1- **البطل:** المخلوقات

2- **الحاجات الأساسية:**

-الحاجة للعون: "قصة مخلوقات تعيش في سلام ووئام حتى جات الحرب"

3- **الحاجات الثانوية:**

-الحاجة السلبية واللامبالاة "عم الخراب في كل مكان"

4- **الضغوطات:**

ضغط العدوان "جات الحرب، قتل ما قتل"

5- **نهاية القصة:**

نهاية مأساوية وأوضحت البطلة استسلام للظروف المحيطة باستخدام ميكانيزم التعميم السلبي على كل الأشياء المحيطة بها، وتوضح أيضا نوع من الكبت الكلي " جات الحرب، وعم الخراب" ولم تصرح بفكرة واضحة لمعنى الحرب والخراب

6- **موضوع القصة:**

قصة أفراد مختلفين عن بعضهم لكن يعيشون في سلام، فجأة أحد الأفراد هذه العائلة تعرضت لصدمة نفسية وجسدية عميقة، أدى إلى تغير حياتها بشكل كلي.

7- **الاهتمامات والمشاعر:**

- مشاعر العجز
- تأنيب الضمير
- صدمات وأزمات نفسية

8- **التحليل الشكلي:**

أدركت بعض التفاصيل، أسلوب متوسط المستوى لغة نوع ما فقيرة للمعنى لأنها لم تصرح بالصراع المكبوت التي كانت تعيشه لذلك أسقطت مشاعر الندم والخوف والحزن بشكل جزئي على البطاقة، واستخدمت التعميم كميكانيزم رئيسي لتجنب الصراع الداخلي بين الأنا والأنا الأعلى.

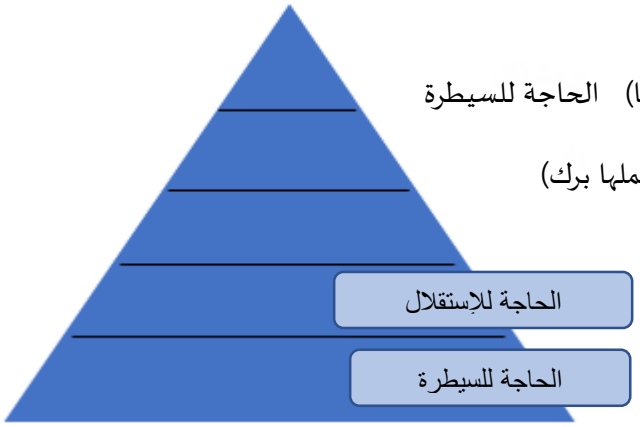
البطاقة 12:

هذي باينة عجوز شمطاء قاعدة تحرش في الطفلة هي قاعدة تخزر والطفلة تشوف في حاجة مشي عجبتها، والعزوز قاعدة وراها وتحرش فيها باينة فيها عزوزة واعرة والطفلة خايفة شافت ناس يتفاهمو عليها المرا قاعدة تفكر في حاجة تعملها برك.

1- البطل:

العجوز الشمطاء والطفلة

2- الحاجات الأساسية:



-الحاجة إلى السيطرة (مش عاجبتها والعزوز قاعدة وراها وتحرش فيها) الحاجة للسيطرة

-الحاجة إلى الاستقلال: (شافت ناس يتفاهمو عليها، تفكر في حاجة تعملها برك)

3- الحاجات الثانوية:

الحاجة للامن تفكر في حاجة تعملها برك

4- الضغوطات:

ضغط السيطرة: (الحاجة مش عاجبتها، العزوز رواها تحرش فيها)

5- نهاية القصة:

واضحة بتصريح لنوع من الكبت (تفكر في حاجة تعملها برك)

6- الموضوع: طفلة تريد فرض شخصيتها على العالم الخارجي لكن عجوز شمطاء تحاول منعها وتقف في طريقها

7- الاهتمامات والمشاعر:

- الكبت
- البغض
- اهتمام مستقبلي (تحقيق طموحات شخصية)

8- التحليل الشكلي:

أدركت الصورة بشكل عميق بالمعاني والمضمون قصصي وتعدد أفكار الأبطال وغايتهم، وتوحي هذه البطاقة على نوعية العلاقة مع الموضوع الأولي بنت = أم، امرأة = أم، وبالتالي توضح البطاقة صراع مكبوت يتمثل في صراع السلطة واحساسها بالخوف والقلق الناجم عن الصراع استخدمت ميكانيزم الكبت الكلي على البطاقة ومحاولتها للبحث عن الحل للصراع، " تفكر في حاجة تعملها برك"

البطاقة 13:

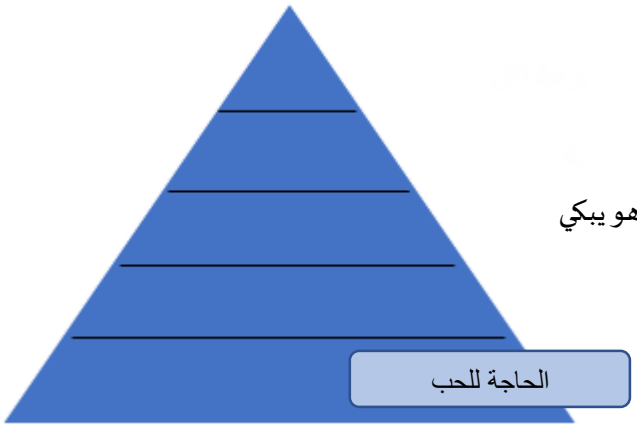
هذا الرجل باين يحب مرتو ومتعلق بيها قصة حب بيناتهم وهي ماتت وهو تخلع عليها وهو يبكي وكي يروح لدار قاها ميتة بلاك دخلو وحايد للدار وقتلوها وسرقوا الحوايج من الدار وهو شغل يبكي عليها ومتحصر كي عاد مهوش معاها.

1- البطل:

رجل وإمرأته (زوج وزوجته)

2- الحاجات الأساسية:

-الحاجة للحب: أي البطلة احتاجت للحب والعون من طرف موضوع الحب وهو الزوج (راجل باين يجب مرتو ومتعلق بيها)



3- الحاجات الثانوية:

- الحاجة للامن
- الحاجة إلى العون المادي والاجتماعي (دخلو لدار وقتلوها وهو يبكي
- عليها ومتحصر كي عاد مهوش معاها)

4- نهاية القصة:

رجل وزوجته تعتبر نهاية القصة نهاية حزينة

5- موضوع القصة:

رجل وزوجته متعبان (روح لدار قاها ميتة) أحس يتأنيب الضمير لأنه لم يكن بجانبها وقت قامو بقتلها،

6- الضغوطات:

ضغط نقص التأيد الأسري

7- الاهتمامات والمشاعر:

- اهتمام بتحصر الزوج
- اهتمام بالموت والقتل (عجز)
- مشاعر الحب
- مشاعر الندم تأنيب الضمير

8- التحليل الشكلي:

يوضح في القصة سردها بطريقة واضحة ومعبرة عن العلاقة التي تربط بينهما وحاجتها للحب مع غياب السند والأمن المادي خاصة من طرف الزوج لأنه هو موضوع الحب والأمن الذي يحميها من أي ضرر نفسي أو مادي، لذلك وضحت البطاقة عن الصراع وجداني عميق "قلق الانفصال عن الموضوع الزوج" وللتخفيف من حدة الإحباط الناجم عن الصراع استخدمت ميكانيزم الاسقاط الكلي على البطاقة.

البطاقة 14:

رجل قاعد يحلم هذا تحسسو انسان عايش في الظلمة يعني انسان مكتئب وحاب يطلع للنور لدرجة ولا يحلم، قاعد، قاعد يحلم في روحو في البيت ظلمة ويطل من شباك أبيض، حاب يخرج من للنور كيشغول انسان مغموم يحب يتحرر من القيود الموجود في حياتو

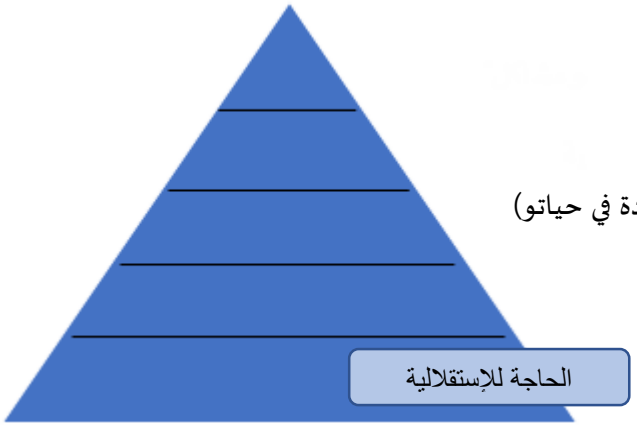
1- البطل:

الرجل الذي يعيش في الظلام

2- الحاجات الأساسية:

الحاجة للاستقلالية من القيود والتحرر (يحب يتحرر من القيود الموجودة في حياتو)

3- الحاجات الثانوية:



الحاجة للأمن والخروج للنور-الحاجة إلى العدوان المادي والاجتماعي

(دخلو لدار وقتلوها وهو يبكي عليها ومتحصر كي عاد مهوش معاها)

4- نهاية القصة:

نهاية مليئة بالأمل والطموح والتمنيات للخروج من الاكتئاب واستخدامها لميكانيزم الاسقاط الكلي.

5- الضغوطات:

ضغوطات داخلية خاصة بالعائلة أي يحس نفسه أنه مكتئب داخله وعلى أمل الخروج إلى النور

6- الموضوع:

انسان مكتئب ويريد التحرر من جميع القيود للحصول على نوع من التكيف

7- الاهتمامات والمشاعر:

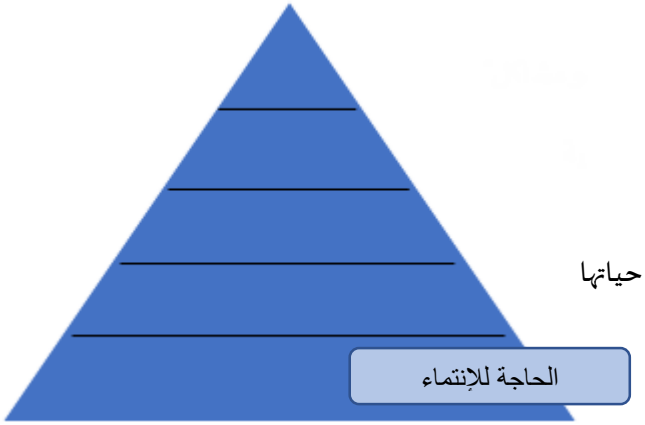
- اهتمام مستقبل زاهر وأمل، اكتئاب
- استقلالية نفسية واجتماعية، إحساس بالنقص

8- التحليل الشكلي:

إدراك الصورة بشكل جيد ولغة ثرية والشعور بالنقص والعجز وانعدام السند المادي والمعنوي والعائلي وأوضحت البطاقة أيضا صراع التمثيلات الوجدانية لمقاومة الإكتئاب الذي يحي قلق الانفصال عن فقدان الموضوع، واستخدام الاسقاط الكلي كميكانيزم الأساسي في البطاقة

البطاقة 15:

أدي طفلة عايشة بين القبور وخايفة وحزينة على كاش انسان ماتلها وقاعدة كيشغول تتأقلم مع انسان ماتلها ولا ناس بزاف ماتولها في حياتها لدرجة أنها اكتئبت وقررت أنها تعيش تلبس الماسك وتعيش بين القبور قررت تعيش تعيسة



1- البطل:

الطفلة التي تعيش بين القبور

2- الحاجات الأساسية:

الحاجة للانتماء: إلى أشخاص فقدتهم وتحاول التكيف دون وجودهم في حياتها

3- الحاجات الثانوية:

الحاجة للسلبية واللامبالاة (اكتئبت وقرت تعيش تعيسة)

-الحاجة إلى العدوان المادي والاجتماعي (دخلو لدار وقتلوها وهو يبكي

عليها ومتحصر كي عاد مهوش معاها)

4- نهاية القصة:

شخصية اكتئابية، عدم القدرة على التكيف والتوافق النفسي والاجتماعي

5- الضغوطات:

ضغط السند: البطلة تعيش على ذكريات مؤلمة "اجهاضات" وانعدام السند الذي يحميها

6- موضوع القصة:

طفلة تعيش حالة اكتئاب حادة نتيجة صدمات عاشتها في الماضي ومازالت تعيش الذكريات بنوع من التعاسة ولا تستطيع التخلص من تلك الذكريات

7- الاهتمامات والمشاعر:

-اهتمامات بأشخاص ماتوا "اجهاضات"

-مشاعر اكتئاب، شعور بالذنب

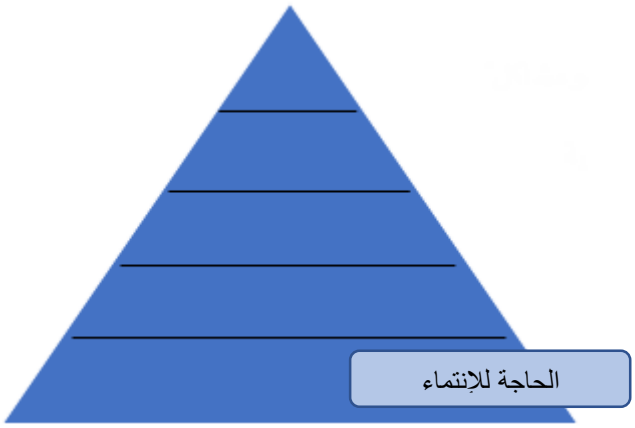
8- التحليل الشكلي:

تتميز قصة الحالة بطولها وطول المفردات الدالة على الصورة دلالة على ادراكها الجيد، وأيضا توضح الصورة صراع بين الأنا والأنا الأعلى وبذلك استخدامها لميكانيزم الإعلاء والتسامي للتخفيف من حدة تلك الفكرة المهددة اجتماعيا، واستخدامها اسقاط لتلك الخبرة الصدمية التي تحيي تمثيل للصراع الأصلي بين الهو والأنا الأعلى.

البطاقة 16:

الدار لي ديما بيها، ضحك نشوف هذه الرسمة ديما نشوفها في بالي، نشوف في طبيعة خضرا وحبل وكاين كي شغل شجرا ونهر بحداه دار صغيرة وقنطرة نعقب من بلاصا لبلاصا، كاين شجرة فيها تفاح وأزهار وعصافير وطبيعة خضرا.

كاين دار صغيرة فيها شباك وباب والدار أديكا شوغل تالقرمود



1- **البطل:** البيت الحلم

2- **الحاجات الأساسية:**

الحاجة للانتماء إلى بيت طبيعي وحقيقي واحساس بالدفئ العائلي

3- **الحاجات الثانوية:**

الحاجة للأمن والعون والمساندة

4- **نهاية القصة:**

نهاية مفتوحة وبساطة التعبير بساطة الحلم، ووجود نوع من الكبت، فهي لا تكمل نهاية القصة

5- **الضغوطات:**

نقص التأييد الأسري.

6- **الموضوع:**

منزل مليء بالحب والألوان والسعادة رغم صغر هذه المنزل إلى أن أفراده يعيشون في سعادة

7- **الاهتمامات والمشاعر:**

- اهتمامات تخص العلاقة العائلية بين أفراد الأسرة
- اهتمامات تخص فكرة تكوين أسرة وبيت حقيقي مليء بالحب
- مشاعر الأمل

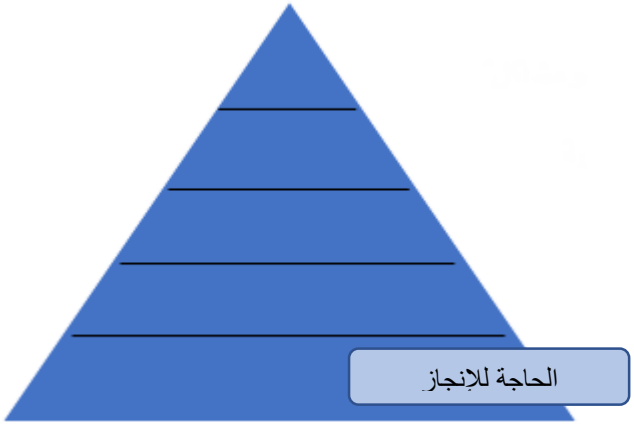
8- **التحليل الشكلي:**

حيث أسقطت فيها المفحوصة مكبوتاتها ومشاعرها الداخلية بتمنيها بيت وأسرة تغمرها السعادة، وطول الوقت المخصص في سرد القصة دلالة على وسع الإيحاء للمفحوصة.

وتوضح البطاقة صراع علائقي مع موضوع الحب وهو الزوج، ودلالة ذلك الطاقة الجنسية التي لم تستثمر بشكل صحيح، مع تبيان قدرة المفحوصة على عبور في مرحلة ولتجنب الصراع ترجم باستخدام نوع من الاسقاط الجزئي ونوع من الكبت الكلي الذي يوضح في عدم قدرتها على تحقيق علاقة أسرية ناجحة، مقابل عدم قدرتها على استثمار الطاقة بشكل صحيح.

البطاقة 17:

أدي نحسها طاحون وكاين خداما قاعدين يخدموا لتحت وكاين خداما يخدموا في طاحونة تا واحد شايب وهو مريض راقد في الدار، ونبتو هي لواقفة على الخدامة وتراقب فيهم وباينة هذه الطفلة انسانة شجاعة ومتحملة مسؤولية على الأمانة لي عطاها لها باباها وكاين واحد، الراجل هو المسؤول على الخدامة نحسبو قاسي معاهم يعاملهم معاملة سيئة



1- البطل:

الطفلة المسؤولة عن الطاحونة

2- الحاجات الأساسية:

الحاجة للانجاز وتحمل المسؤولية وللوصول إلى الربح المادي

3- الحاجات الثانوية:

الحاجة للأمن

4- نهاية القصة:

نهاية مترابطة مع موضوع بداية القصة، أفكار مختلفة توحي على رمزية السلطة وأيضا نوع من الكبت

5- موضوع القصة:

رجل مريض، ابنته هي التي تعينه، هي مسؤولة لكنها تعاني من المسؤولية (عدم القدرة على تحمل المسؤولية)

6- الضغوطات:

-السيطرة والمسؤولية تقيد الإنجاز والتقدم

-الحرمان العاطفي من قبل الموضوع أدى إلى عدم الوصول للانجاز والتقدم في الحياة "مسؤول"

7- الاهتمامات والمشاعر:

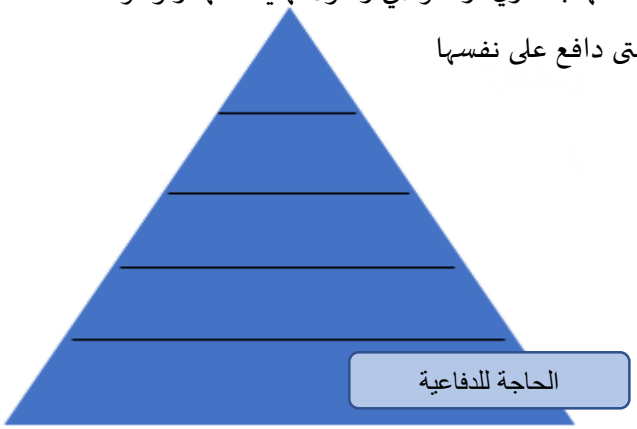
- الإنجاز والتطور
- شجاعة وقوة شخصية
- المسؤولية

8- التحليل الشكلي:

ادراك جزئي، مضمون غير واضح نوع ما سرد قصة غير منتظمة الأفكار، أي متعددة الأفكار وتوضح البطاقة أيضا صراع مرتبط بالقساوة والمسؤولية وسوء العلاقة بالمسؤولية أي أنها استخدمت ميكانيزم التحويل من الموضوع المسؤولية الأولية "الأب المسؤول" إلى موضوع الحب "السند".

البطاقة 18:

هذ وما امرأتان نحسهم داريرفي الوهلة الأولى لما شفتهم حسيتهم درايرو وحدة فيهم مريضة باينة كانت صراعات كثيرة بيناتهم، من بعد وحدة فيهم مرضت قالولها الأطباء مابقلكش بزاف وتموتي ولوخرا تالمون والفت بيها ديما يتعاركو شوغل غاضتها هي ولات تبكي عليها وفي نفس الوقت حاكمتها بالقاوي و تفرصي وتقول تهنيت منها ولوخرا ما عندهاش حتى القوة باه تقاوم مستسلمة وخاضعة مش قادرة حتى دافع على نفسها



1- البطل:

الامرأتان الدراير

2- **الحاجات الأساسية:**

- الحاجة الدفاعية: ضد الأشخاص الذين يسبون
- تهديد للمفحوصة، والأنا المرض والدفاع ضد العجز

3- الحاجات الثانوية:

الحاجة للملكية وامتلاك أشخاص في العالم الخارجي لتقديم المساعدة والمساندة والعون

4- نهاية القصة:

نهاية معبرة دالة على الاستسلام واسقاط للحالة التي تعيشها وفقدان الأمل واليأس لكن في نفس الوقت استخدمت التكوين العكسي للتأقلم مع حالة المنافسة التي تعيشها (التحويل)

5- موضوع القصة:

امرأتان يتنافسان على رجل واحد، واحدة مريضة وفقدت قوتها لا تستطيع المنافسة والأخرى تكرهها وتكيد بها، الأخرى مستسلمة لأنها لا تستطيع الدفاع عن نفسها.

6- الضغوطات:

ضغوطات تخص البيئة الخارجية والمثيرات التي تسبب خوف وقلق فقدان موضوع الحب والسند

7- الاهتمامات والمشاعر:

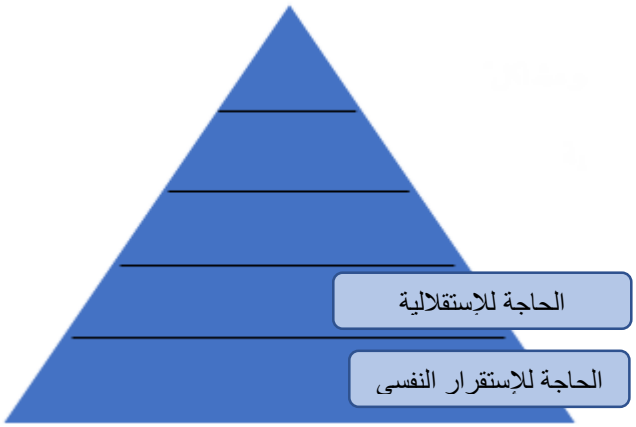
- شعور بالعجز
- التخلص من العجز
- الرغبة في السيطرة

8- التحليل الشكلي:

إدراك واضح ومفهوم وجد قصصي لأنه يعبر عن الحالة النفسية السلبية التي تعيشها واتضح أيضا نوع الصراع التضاد الوجداني التي تعانيه (حب، كره) موت=حياة، عجز)، واستخدمت ميكانيزم أساسي التكوين العكسي وميكانيزم ثانوي والكبت والاسقاط الجزئي في البطاقة.

البطاقة 19: (البيت السعيد)

هذا بيت في الثلج كاينين ناس عايشة فيه امرأة وزوجها وأولادها جو شتوي ناس طيبين مسالمين عايشين حياة طبيعية، أولاد حياة أسرية عادية مشاكل تا كل العائلات، الأب يخدم ويروح، الأم تربي الأولاد، الأولاد يقراو ويروحو، مشاكل في المصاريف والأولاد والحياة الطبيعية.



1- البطل:

البيت السعيد (امرأة وزوجها)

2- الحاجات الأساسية:

- حاجتها للاستقرار النفسي والعائلي والمادي والمعنوي
- الحاجة للاستقلالية

3- الحاجات الثانوية:

الحاجة للأمن

4- الضغوطات:

ضغط البيئة الداخلية والخارجية، البيئة غير مساعدة على بناء البيت السعيد

5- نهاية القصة:

نوع من الواقعية والحقيقة المتداولة والطبيعة لتأسيس أي بيت مع نوع في الكبت وحقيقة مخفية وراء الفكرة السعيدة لتأسيس بيت، مع التقمص الكلي للحلم

6- موضوع القصة:

زوجان وأولاد وبيت سعيد، كل من الزوجان والأولاد كل فرد من العائلة ووظيفته، الرجل يعمل، امرأة تربي الأولاد ومشاكل بيت وبساطة المعيشة.

7- الاهتمامات والمشاعر:

- اهتمام تكوين عائلة سعيدة
- مشاعر الحب والطمأنينة

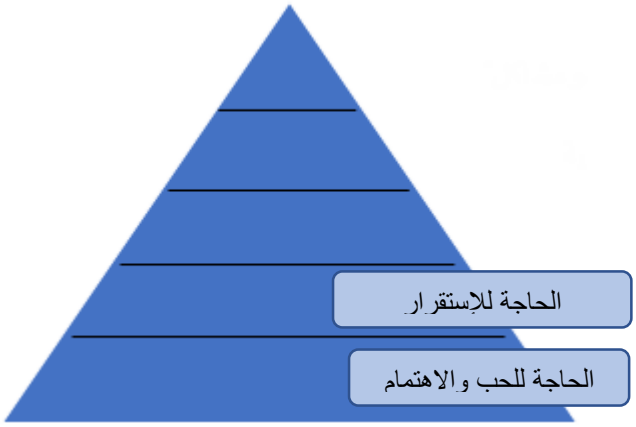
8- التحليل الشكلي:

أدركت المفحوصة البطاقة بشكل جزئي وعميق بالمعنى والمضمون والأفكار متسللة ومنتظمة تعبر عن الحلم المثالي لتأسيس العائلة المثالية (عادية)

وتوضح البطاقة أيضا الصراع الداخلي للعملية وخارجي يخص المحيط الذي له تمثيل الحياة وبناء الشخصية الخاصة بها، لذلك استخدمت بشكل أساسي ميكانيزم تقمص الحلم، وكبت مشاعر التي تخص الحلم، نتج عنه حدوث الانشطار بين الموضوع السيء والجيد.

البطاقة 20: (الرجل لي قرر يعاود حياتو)

هذا راجل قاعد يدور في الغابة وقاعد يفكر في حياتو ممكن فقدد ناس عزاز عليه، قاعد يحاول أنو يسترجعهم مهوش عاررف كيفاه يدير (صمت) برك ممكن متعارك مع زوجتو مش عارف كيفاه يرجعها للدار، ناس كل تلوم فيه يقولو مرتك عاقلة ناس ملاح، بصح هو إنسان أناني يخمم غير في روحو يشرب، يقمر، ميصرفش على زوجتو مهوش مهتم بأولادو درك ندم يراجع في روحو ندم وقرر يعاود يخمم ويرتب حياتو من الأول وجديد قرر أنو ينعزل و يخمم كفاه يعاود حياتو



1- البطل:

الرجل (الزوج)

2- الحاجات الأساسية:

-الحاجة للعون والحب والاهتمام الحاجة للاستقرار

-الحاجة للاستقرار الحاجة للحب والاهتمام

3- الحاجات الثانوية:

-الحاجة للملكية "ندم يراجع في روحو ندم وقرر يعاود حياتو"

-الحاجة للأمن

4- الضغوطات:

ضغط النبذ من طرف الزوج وعدم الاهتمام "هو أنسان أناني"

5- نهاية القصة:

نهاية تعتبر رمز للأمل وبناء حياة كما هي ممثلة في اللاشعور أي تعتبر نهاية سعيدة ومتفائلة، وكنوع من الإنكار للواقع الخاص بالبطلة استخدمت الاسقاط الكلي على البطاقة

6- موضوع القصة:

الزوج الذي قرر إعادة بناء حياته وضحت موضوع القصة حاجة العميلة للزوج والسند واحساسها بالأمن لكن الواقع غير ذلك " درك ندم ، يراجع في روحو، ندم"

7- الاهتمامات والمشاعر:

-مشاعر اللوم، تجنب الآمال

-مشاعر الحزن

-العون والحب، والأمن

8- التحليل الشكلي:

إدراك كلي للصورة بجميع تفاصيلها، لغة وأسلوب جد ثري كمؤشر للمستوى العقلي للعميلة وكرمز لاستخدام ميكانيومات كالإنكار للواقع الخاص بها، واسقاط كلي على البطاقة والصراعات الداخلية المكبوتة مقابل الواقع الحقيقي.

2- تحليل المحتوى:

✓ **البطل الرئيسي:**

أظهرت القصص تقمص المفحوصة الكلي للبطاقات وأيضا إسقاط كلي وجزئي في بعض الأحيان لا مشاعر والضغوطات والمكبوتات التي عاشتها ويظهر التقمص الكلي في البطاقات (البطاقة 7، البطاقة 8، 19،15) أما فيما يخص الاسقاط فكان في جميع اللوحات (01، 3، 4، 5، 6، 7، 10، 11، 13، 14، 15،20) لكن الاختلاف هو استخدام اسقاط كلي وجزئي، كان في البطاقات (02، 04، 8، 9، 12، 16، 17، 18، 19)

✓ **الحاجات الرئيسية للبطل:**

تمثلت الحاجات البارزة للبطلة في الأمن والاستقرار النفسي وحاجاتها الملحة للعون سواء كان العون المادي والمعنوي، لكن بصفة رئيسية تتلخص في موضوع الحب، والعون من طرف الزوج، وحاجتها لحب الذات المتعلق الحالة الجسدية والبيئية التي تعيشها والتي مرت بها، والاحساس بالحب، من طرف موضوع الحب، وحاجتها لتجنب الأذى (نفسي أو جسد) وأيضا للدفاعية ضد الأشخاص الذين يسببون القلق والخوف، الحاجة الملحة للجنس الذي لعب دور كبير في الشعور بالذنب وحاجاتها للاستقلال والتحرر من الضغوط ورفض السلطة، كذلك الحاجة للعدوان ويعبر العجز الجسدي على الدفاع ، كذلك السيطرة على الأمور التي عجزت عن تسييرها، والانتماء إلى وسط كانت ترغب في العيش فيه ظروف هي بالنسبة لها تمثل صورة الحياة البسيطة والعادية، أما حاجاتها للإنجاز فتلخص ضمن العجز الجسدي المتعلق بالمرض.

✓ **نهاية القصص:**

معظم النهاية غامضة، لم تصرح المفحوصة بنهايتها ولكن في بعض البطاقات أعتبرت النهايات حزينة يتخللها نوع من الأمل والأمنيات التي ترجو المفحوصة تحقيقها في أرض الواقع لذلك استخدمت عدة ميكانيزمات دفاعية للتخفيف من حدة ذلك القلق (تقمص، اسقاط، كبت، انكار)

✓ **تحليل موضوعات القصص:**

موضوعات القصص اعتبرت نوع من الاسقاط والتقمص والكبت ويتخللها نوع من الصراعات المختلفة

وأوضحت أيضا مواضيع القص، الحاجة الملحة للإنجاز والعون، والمحور الرئيسي في خضوعها للظروف المحيطة بالرغم عنها، ورفضها للسلطة وأيضا حول العلاقة بين الرجل والمرأة، وبين الزوج والزوجة، والعلاقة بين موضوع الحب الأولي (الأب) وعلاقته مع تمثيل المرحلة الانتقالية مع الموضوع الثانوي (الزوج)

✓ **الاهتمامات ومشاعر البطل:**

اهتمامات متعلقة بالعجز إذ نجم عنه احباط واكتئاب شديد، واهتمامات متعلقة بالنجاح والإنجاز، العزلة، النبذ والوحدة كل الاهتمامات والمشاعر تتخلص بصفة خاصة في اهتمامات وجدانية.

✓ **التحليل الدينامي:**

من خلال تحليلاتنا للقصص على المستوى الشكلي نستنتج أن إدراك المفحوصة للبطاقات كان إدراك جيد نوعا ما ولكن اللغة كانت جد ثرية، مع وجود لمضمون قصصي وعميق بالأخص، مما يدل على المستوى العقلي للمفحوصة، وأوضحت التحليل نوع من الصراعات المكبوتة كصراع قلق الخصاء (بطاقة01) والصراع الأوديبي (البطاقة 02) وصراع نزوي (بطاقة 03) وصراع مختلف يخص صورة الأب (بطاقة 04)، صراع علائقي مع الموضوع الأم (بطاقة 07) وصراع بمثل قلق الخصاء والعدوانية اتجاه الصورة الأبوية (بطاقة 08) وصراع أبوي يخص الموضوع الأولي (بطاقة 09) صراع داخلي بين الأنا والأنا الأعلى (بطاقة 11) صراع أوديبي يخص صراعات وهوامات أثرية تحتية مرتبطة بالعلاقات الزوجية (بطاقة 10) صراع السلطة (بطاقة 12) وكذلك صراع وجداني عميق يمثل قلق الانفصال عن الموضوع (بطاقة 13) وصراع التمثيلات الوجدانية لمقاومة الإكتئاب الذي يحي قلق الانفصال (بطاقة 14) وصراع في الأنا والأنا الأعلى (بطاقة 15) صراع علائقي يخص موضوع الحب (بطاقة 16) وصراع مرتبط بالقساوة والمسؤولية وسوء العلاقة بالمسؤولية (بطاقة 17) وصراع التضاد الوجداني (البطاقة 18) صراع بين الداخل والخارج (البيئة) (البطاقة 19) وصراع الداخلي والواقع الحقيقي (بطاقة 20)

واستخدامها لتجنب القلق والإحباط الناجم عن مختلف هذه الصراعات الداخلية والخارجية ميكانيزمات مختلفة (الإسقاط والكبت (البطاقة01) ، التقمص والإسقاط (البطاقة 02)، التقمص والإسقاط التبرير في البطاقة 03، الإسقاط والكبت في البطاقة 04، الإسقاط في البطاقة 05، الإسقاط والتبرير البطاقة06، والتقمص والإسقاط في البطاقة 07، التكوين العكسي من البطاقة 08، والإسقاط في البطاقة 09، التوحد والإسدماج في البطاقة 10، الإسقاط والتعميم فب البطاقة 11، الكبت في البطاقة 12، الإسقاط في البطاقة 13، أيضا في البطاقة 14، وميكانيزم الإعلاء والتسامي في البطاقة 15، الإسقاط في البطاقة 16، والتحويل في البطاقة 17، والتكوين العلمي والكبت والإسقاط في البطاقة 18، والتقمص في البطاقة 19، الإسقاط والكبت في البطاقة 20، وجل هذه الميكانيزمات استخدمناها ضد القلق والإكتئاب إما كانت من ظروف سيئة لخصت فيها قوة شخصيتها وكيفية تعاملها مع تسير حياتها في المسار الصحيح، أما تحدثها عن نفسها في بعض البطاقات دلالة على نرجسيتها.

✓ **الربط بين المقابلة وتحليل الإختبار (TAT):**

الحالة "ن" رغم ظروفها والصدمات النفسية التي تعرضت لها منذ طفولتها من حرمان واغتصاب، وخذلان، إلا أنها مازالت مقاومة ولها اهتمامات كبيرة للإنجاز من أجل ابنها الذي عوضها على ما عاشته أو ربما لازالت تعيشه خاصة في عجزها ومرضها، سوء البيئة التي عاشت ومازالت تعيش فيها ولا تستطيع قطع روابطها الخاضعين لعلاج الأنتروفيرون .

3- النتائج المتوصل إليها:

-طيف الميكانيزمات التي يستخدمها الراشد المصاب بالتصلب اللوحي ضد القلق والإكتئاب (متنوعة) تتمثل في: الإسقاط والتقمص وخاصة الكبت في معظم اللوحات أو الميكانيزمات الثانوية كالتبرير والإزاحة، والتكوين العكسي، والتعميم والإنكار، الاستدماج، الإعلاء والتسامي استخدمت في بعض البطاقات، وأيضا يعاني مريض التصلب اللوحي من صراعات كثيرة ومتنوعة تخص البنية النفسية له وكيفية تجنبه لهذه الصراعات والتأقلم معها يوضح في استخدماته المتنوعة لميكانيزمات الدفاعية، وتتجلى الصراعات المتراكمة في مراحل النمو النفسي للراشدين المصابين بالتصلب اللوحي في: صراع قلق الخصاء، صراع أوديني، صراع جنسي، صراع يخص صورة الأب، صراع أمومي، صراع نزوي، صراع علائقي مع الموضوع "الأم"، صراع يمثل قلق الخصاء اتجاه الصورة الأبوية، صراع يخص، الموضوع الأولي، صراع أوديبي ينص صراعات وهوامات أثرية، تحتية مرتبطة بالعلاقات الزوجية، صراع السلطة، صراع وجداني يخص قلق الانفصال عن الموضوع، صراع التمثيلات الوجدانية المقاومة الإكتئاب الذي يحي قلق الانفصال، وصراع الأنا والأنا الأعلى، صراع علائقي يخص موضوع الحب، وصراع مرتبط بالقساوة والمسؤولية وسوء العلاقة بالمسؤولية، صراع التضاد الوجداني، صراع بين الداخل والخارجة (البيئة والظروف البيئية) صراع الداخلي والواقع الحقيقي.

وبما أن الصراعات النفسية والميكانيزمات الدفاعية تدخل ضمن بنية الشخصية فنلاحظ من خلال نتائج التحليل أن الشخصية أو نمط الشخصية التي تتمتع بها العميلة أنها شخصية عصابية هستيرية تحويلية وتتلخص بشكل دقيق في المؤشرات التالية:

عصابية = عدم الثبات الإنفعالي

هستيرية= قابلة الإيحاء، إعطاء أهمية للآخرين، التأثر بالمحيط، الاهتمام بالجسد، أداء التمثيلي

تحويلية= تخص رمزية العضو المصاب المتعلق بالعلاقات الجنسية المحرمة (شلل المنطقة السفلية)

البنية العصابية قلق الخصاء هو المسيطر قلق الاثم و الخطا و يعاش في الحاضر وهو مركز على ماضي شهواني

العلاقة بالموضوع طفل أم أب

طبيعة الصراع البنية العصابية يكون الصراع صراع جنسي بين الانا الأعلى و الدوافع و رغبات و نزوات مما يؤدي الي الشعور بالذنب و قلق الخصاء.

الاليات المستخدمة:

كبت، تحويل

البعد المسيطر على التنظيم:

الانا الأعلى

طبيعة الصراع الانا:

الأعلى والهو

طبيعة القلق:

قلق الخصاء

الميكانيزمات الدفاعية:

الكبت، العزل، التكوين العكسي

العلاقة بالموضوع:

تناسلي

مستوى نكوص الليبيدو و الانا :

المرحلة الاوديبية

نوع البنية	البعد المسيطر على التنظيم	طبيعة الصراع	طبيعة القلق	ميكانيزمات الدفاع الأساسية	العلاقة بالوضوع	مستوى نكوص الليبيدو والانا
البنية العصابية	الانا الأعلى	الانا الأعلى مع الهو	قلق الخصاء	الكبت والعزل والتكوين العكسي	تناسلية	في المرحلة الاوديبية

جدول يوضح المكونات الأساسية لبنية الشخصية العصابية

نستنتج من خلال بنية الشخصية العصابية وفيما يخص طبيعة الصراع الأساسي الذي يظهر في صراع الانا والانا الأعلى و لكن الصورة الواضحة التي توحي بهوامات تحتية موضحة للصراع الأصلي الذي هو بين الهو الانا الأعلى أي إعطاء صورة فقط تدل على الصراع الأصلي المرتبط بهوامات تحتية مرتبطة بمراحل النمو النفسي التي تبين النكوص و التثبيت الحاصل في المرحلة الاوديبية

وطبيعة القلق الذي يسبب تهديد قلق الخصاء أدى ال قيام الطفلة بكبت عقدة اوديب وبعد تحليل الحالة استنتجنا انها عقدة اوديب الكاملة complete oedipus complex التي تعني ان يحب الطفل امه أحيانا ويشعر بالتناقض الوجداني تجاه ابيه مم يؤدي عادة بالطفل الى تقمص شخصية الاب والعكس بالنسبة للبنت

وعقدة اوديب الكاملة انما ترجع الي وجود الثنائية الجنسية في طبيعة كل طفل وتتوقف الصورة النهائية التي تتخذها عقدة اوديب على مقدار عناصر الذكورة والانوثة الموجودة بالفطرة في طبيعة كل فرد وعلى التجارب والخبرات الشخصية التي يتعرض لها الفرد في مرحلة الطفولة

و في سياق تفكيك لبنية الشخصية اردنا تحليل لفكرة الإخلاص للسر المسكوت عليه داخل العائلة حيث أن فكرة الإخلاص داخل العائلة تعطى رمزية لفكرة السر المسكوت عليه ما بين الأجيال اشرنا لهذه الفكرة من خلال استنتاجاتنا و تحليلنا و دراستنا للتنظيم النفسي للحالة يخص قضية الاغتصاب الذي هو السر المسكوت عله و لم يباح داخل العائلة و هذا السر اصبح بمثابة شبح الماضي الموجود داخل اللاشعور و صراع الحاضر و المستقبل حيث اثر على التنظيم النفسي الخاص بكل فرد من العائلة لذلك مع التناقل في مراحل النمو أصبحت الفكرة او شبح الفكرة الاغتصاب فكرة مرضية تعبر عن صراعات و بداية صراعات جنسية لأنه تم احداث خلل في التنظيم النفسي الخاص بمراحل النمو النفسي السليم لكل فرد من تللك العائلة في فترة الطفولة اذ الاشكال يخص العائلة في حد ذاتها و بقاء الاشكال الخاص بالأسرة في حد ذاتها في بناء اللغة او العلاقة الثلاثية او العلاقات و التواصل و التحالفات داخل العائلة و حدوث أزمات نفسية أدت الي صراعات كبتت لذلك المرور من مرحلة الي مرحلة و تكوين علاقات جديدة في فضاء انتقالي جديد وجدت الحالة صعوبة كبيرة لان فكرة تكوين اسرة و تنظيم الاقتصاد النفسي يو جد فيه خلل لان الاشكال الأصلي لم يحل بعد فهو يخص اشكال مرضي بالعائلة ككل.

وفي سياق فكرة ازدواجية العلاقة بين النفس والجسم فنجد ان تكوين الشخصية الهشة للحالة مقابل رمزية العضو الهش الذي يعتبر العامل المفجر لظهور الاضطراب العضوي (التصلب اللويحي).

و مؤشرات استخدام نفس الميكانيزمات المتكررة في البطاقات قد تكون دلالة على هشاشة في استخدام تلك الميكانيزمات و استثمار للطاقة في ذاللك الميكانيزم أدى الي هشاشة سببها الصدمات او خبرات في مراحل النمو .

3- مناقشة النتائج

من خلال ما تم عرضه للحالة المدروسة من خلال تحليل المقابلات ونتائج اختبار تفهم الموضوع يمكننا استخلاص أن ما افترضناه من خلال الفرضية العامة للدراسة والتي مفادها " **يستخدم الراشد المصاب بمرض التصلب اللويحي والخاضع لعلاج الأنترفيرون beta 1a آليات دفاعية معينة** "،قد تحققت من خلال الحالة المدروسة حيث ظهرت لدى الحالة من خلال المقابلة العيادية نوع من الرغبة في الإفصاح عما يجول بداخلها وهذه عبارة عن رغبة في نقل للصراعات اللاشعورية إلى ساحة الشعور و كانت لديها توقفات كلامية كثيرة و تعبيرات جسدية من أجل تجنب الصراع و جلب عاطفة الحالة ، فمجمل العمليات الهادفة إلى اختزال و إزالة كل تعديل من شأنه أن يعرض تكامل و ثبات الفرد للخطر بالقدر الذي يطرح فيه الأنا، باعتباره الركن الذي يجسد هذا الثبات و يسعى للحفاظ عليه. فينصب الدفاع بشكل عام على الإثارة الداخلية (النزوة) و يشكل أكثر انتقائية على تلك التصورات (من ذكريات و هوامات) التي ترتبط بها النزوة و على تلك الوضعية القادرة على إطلاق هذه الإثارة إلى الحد الذي تتعارض فيه مع هذا التوازن، و تشكل نتيجة لذلك إزعاجا للأنا. كما يمكن للانفعالات المزعجة التي تشكل الإشارة للدفاع أو تحركه أن تصبح بدورها موضوعا لها.

أما نتائج اختبار تفهم الموضوع فقد توصلنا إلى أن الحالة كان لها إدراك جيد نوعا ما ولكن اللغة كانت جد ثرية، مع وجود لمضمون قصصي وعميق بالأخص، مما يدل على المستوى العقلي للمفحوصة، وعليه نجد نتائج الحالة تتفق مع نتائج **دراسة Mélanie Démers (2016)**، والتي هدفت إلى التعرف على مدى تأثير الوظائف المعرفية المختلفة لا سيما سرعة معالجة المعلومات والانتباه، وتوصلت إلى أن المرضى يختلفون في الوظائف الإدراكية. وأوضح التحليل نوع من الصراعات المكبوتة كصراع قلق الخصاء (بطاقة01) والصراع الأوديبي (البطاقة 02) وصراع نزوي (بطاقة 03) وصراع مختلف يخص صورة الأب (بطاقة 04)، صراع علائقي مع الموضوع الأم (بطاقة 07) وصراع بمثل قلق الخصاء والعدوانية اتجاه الصورة الأبوية (بطاقة 08) وصراع أبوي يخص الموضوع الأولي (بطاقة 09) صراع داخلي بين الأنا والأنا الأعلى (بطاقة 11) صراع أوديبي يخص صراعات و هوامات أثرية تحتية مرتبطة بالعلاقات الزوجية (بطاقة 10) صراع السلطة (بطاقة 12) وكذلك صراع وجداني عميق يمثل قلق الانفصال عن الموضوع (بطاقة 13) وصراع التمثيلات الوجدانية لمقاومة الاكتئاب الذي يحي قلق الانفصال (بطاقة 14) وصراع في الأنا والأنا الأعلى (بطاقة 15) صراع علائقي يخص موضوع الحب (بطاقة 16) وصراع مرتبط بالقساوة والمسؤولية وسوء العلاقة بالمسؤولية (بطاقة 17) وصراع التضاد الوجداني (البطاقة 18) صراع بين الداخل والخارج (البيئة) (البطاقة 19) وصراع الداخلي والواقع الحقيقي (بطاقة 20).

واستخدامها لتجنب القلق والإحباط الناجم عن مختلف هذه الصراعات الداخلية والخارجية ميكانيزمات مختلفة (الإسقاط والكبت (البطاقة01)، التقمص والإسقاط (البطاقة 02)، التقمص والإسقاط التبرير في البطاقة 03، الإسقاط والكبت في البطاقة 04، الإسقاط في البطاقة 05، الإسقاط والتبرير البطاقة06، والتقمص والإسقاط في البطاقة 07، التكوين العكسي من البطاقة 08، والإسقاط في البطاقة 09، التوحد والإستدماج في البطاقة 10، الإسقاط والتعميم في البطاقة 11، الكبت في البطاقة 12، الإسقاط في البطاقة 13، أيضا في البطاقة 14، وميكانيزم الإعلاء والتسامي في البطاقة 15، الإسقاط في البطاقة 16، والتحويل في البطاقة 17، والتكوين العلمي والكبت

والإسقاط في البطاقة 18، والتقمص في البطاقة 19، الإسقاط والكبت في البطاقة 20، وجل هذه الميكانيزمات استخدمناها ضد القلق والاكتئاب إما كانت من ظروف سيئة لخصت فيها قوة شخصيتها وكيفية تعاملها مع تسير حياتها في المسار الصحيح، أما تحدثها عن نفسها في بعض البطاقات دلالة على نرجسيتها، وعليه نجد نتائج هاته الحالة جاءت تتفق مع نتائج **الدراسة السابقة لأميرة جابر هاشم وباقر عبد الهادي عبد الرسول (2004)**، التي تناولت استخدام الآليات الدفاعية وأنواعها المختلفة والتي أسفرت نتائجها على استخدام آليات دفاعية عصابية حصلت على الترتيب الأول، وتليها آليات ناضجة، ختاما بآليات غير ناضجة.

فالميكانيزمات التي يستخدمها الراشد المصاب بالتصلب اللوحي ضد القلق والاكتئاب (متنوعة) تتمثل في: الإسقاط والتقمص وخاصة الكبت في معظم اللوحات أو الميكانيزمات الثانوية كالتبرير والإزاحة، والتكوين العكسي، والتعميم والإنكار، الاستدماج، الإعلاء والتسامي استخدمت في بعض البطاقات، وأيضا يعاني مريض التصلب اللوحي من صراعات كثيرة ومتنوعة تخص البنية النفسية له وكيفية تحنبه لهذه الصراعات والتأقلم معها يوضح في استخدامته المتنوعة لميكانيزمات الدفاعية، وتتجلى الصراعات المتراكمة في مراحل النمو النفسي للراشدين المصابين بالتصلب اللوحي في: صراع قلق الخصاء، صراع أوديني، صراع جنسي، صراع يخص صورة الأب، صراع أمومي، صراع نزوي، صراع علائقي مع الموضوع "الأم"، صراع يمثل قلق الخصاء اتجاه الصورة الأبوية، صراع يخص، الموضوع الأولي، صراع أوديبي ينص صراعات وهوامات أثرية، تحتية مرتبطة بالعلاقات الزوجية، صراع السلطة، صراع وجداني يخص قلق الانفصال عن الموضوع، صراع التمثيلات الوجدانية المقاومة الاكتئاب الذي يحي قلق الانفصال، وصراع الأنا والأنا الأعلى، صراع علائقي يخص موضوع الحب، وصراع مرتبط بالقساوة والمسؤولية وسوء العلاقة بالمسؤولية، صراع التضاد الوجداني، صراع بين الداخل والخارجة (البيئة والظروف البيئية) صراع الداخلي والواقع الحقيقي.

وبما أن الصراعات النفسية والميكانيزمات الدفاعية تدخل ضمن بنية الشخصية فنلاحظ من خلال نتائج التحليل أن الشخصية أو نمط الشخصية التي تتمتع بها العميلة أنها شخصية عصابية هستيرية تحويلية وتتلخص بشكل دقيق في المؤشرات التالية:

عصابية = عدم الثبات الانفعالي.

هستيرية= قابلة الإيحاء، إعطاء أهمية للآخرين، التأثر بالمحيط، الاهتمام بالجسد، أداء التمثيلي.

تحويلية= تخص رمزية العضو المصاب المتعلق بالعلاقات الجنسية المحرمة (شلل المنطقة السفلية)

البنية العصابية قلق الخصاء هو المسيطر قلق الاثم والخطأ ويعاش في الحاضر وهو مركز على ماضي شهواني

العلاقة بالموضوع طفل أم أب.

وتكلم C. Brisset عن كبت متدرج للعواطف، ولذلك يمكن القول بأن الانتقال من العرض الهستيري إلى المرض النفس-جسدي يصدر عبر تسجيل أو غرس تدريجي للأعراض داخل الجسد عند الطفل، يمكن وجود حركة

عكسية تضمن الانتقال للترميز وفتح مجال للكبت كي يحصل، لتسليط إضاءة في ما يخص الخلل في الذي يصيب النشاط الهوامي من انقطاعات وفقر ، واهتم العلماء بدراسة مميزات العلاقة المبكرة أم-طفل. **(معاليم، 2008، ص 135)**

طبيعة الصراع البنية العصابية يكون الصراع صراع جنسي بين الانا الأعلى والدوافع ورغبات ونزوات مما يؤدي الي الشعور بالذنب وقلق الخصاء.

وهذا ما جاء يتفق مع نتائج **دراسة Wistaysi Kalahane , Hénry Chaprone 2018**، والتي مفادها تقييم الداسات التجريبية للعلاقات بين آليات الدفاع والعمر والجنس وأحداث الحياة والبيئة وخصائص الشخصية والاضطرابات النفسية، والتي أظهرت اختلاف في أسلوب الدفاع حسب الجنس حيث تتراوح أعمارهم ما بين (12-75 سنة)، ولوحظ أن الرجال والنساء يستخدمون آليات معينة بشكل أو بآخر مما يشير إلى أن الجنسين يعتمدان على منظمات دفاعية مختلفة في مواجهة حالات الصراع، وهذا ما وصلت إليه نتائج دراسة الحالة (ن) من جنس أنثى بعمر 35 سنة حيث كان استخدامها للميكانيزمات الدفاعية مرن في أغلب البطاقات وصلب في بعض البطاقات، وأيضا وضوح جل الاضطرابات النفسية التي تسيطر على الصراعات المتنوعة.

وبالتالي تحققت فرضية الدراسة العامة مع الحالة أين دلت نتائج اختبار تفهم الموضوع على أن الراشد المصاب بمرض التصلب اللويحي والخاضع لعلاج الأنترفيرون beta 1a يستخدم آليات دفاعية معينة ومختلفة فنجد ميكانزم الكبت و الاسقاط و التقمص في جميع اللوحات تقريبا، و أما باقي الميكانيزمات فتميزت هي الاخرى بالتنوع نوعا ما، لكن ليس في جميع اللوحات إنما في بعضها، لذا تحققت الفرضية الرئيسية، و من خلال الحالة و تحليلنا للبنية النفسية الخاصة بها، وجدنا أن الحالة تعيش في حالة صراع نفسي و ضغوطات بسبب المرض و أيضا ضغوطات خارجية، و لكن في نفس الوقت تستخدم دفاعات نفسية لاشعورية لاكتسابها نوع من المرونة النفسية في تنويع استعمال الميكانيزات الدفاعية التي يلجأ إليها ألانا و المتمثلة خاصة في الكبت، إنكار ، إسقاط، تقمص، تعميم، تكوين عكسي، و ذللك لتفادي إحياءها للصراع الأولى الذي يخص مراحل النمو و ربطه بصراع المرض العضوي أو ما يعطي رمزية للعضو المصاب.

فحسب Hoppe Gadine، هكذا الانفصال بين الجسد الذاتي وجسد الموضوع تكون فيه الأم غائبة، لهذا لم يدمج الجسد في شبكة علائقية-عاطفية ويبقى متعلق بالعالم الخارجي بدون تكيف معه، مراقبا من طرف الهوامات كليا، الانفصال والاجتماع مع الأم لا يمكن أن يتم على المستوى الرمزي ولكن يظهر على مستوى الكيان بواسطة العرض الجسدي، يعتبر المرض كاستدخال الموضوع المقترن بالكراهية، والذي يستلزم تدمير الجسد ذاته حسب Mitscherlich(**معاليم، 2008، ص 136)**

4. الاستنتاج العام:

حاولنا في هذه الدراسة التعرف على الميكانيزمات الدفاعية لدى الراشد المصاب بمرض التصلب اللويحي و الخاضع لعلاج الانترفيرون beta 1a، و أيضا الكشف عن أهم الصراعات النفسية من خلال تفكيكنا لبنية الشخصية لذللك قمنا بطرح تساؤلات للدارسة، و للإجابة عنها قمنا بوضع فرضيات و اعتمدنا على أداتين للتوصل إلى النتائج و هما المقابلة العيادية النصف موجهة و اختبار تفهم الموضوع (TAT).

وقد أظهرت نتائج الدراسة تحقق الفرضية العامة بشكل كلي وأيضا ظهور مؤشرات الهشاشة من خلال استخدام نفس الميكانيزمات الدفاعية في بعض البطاقات، وربط هذه الهشاشة بمراحل النمو الخاصة والتكوين النفسي الخاص بالحالة.

أما فيما يخص الفرضية الثانوية والتي وجب وضعها لربط وإتمام فهم التنظيم النفسي وتكوين الهوية الهشة وجب إخراج الصراعات النفسية التي كانت حاضرة فيها على رأس الصراع الأصلي، الذي مثل بالصراع الجنسي وتمثل ظهوره بهوامات تحتية موضحة له وكانت ظاهرة في البطاقات.

وإذن تمثيل هذا الصراع يبين التثبيت في مراحل النمو والخلل الذي مس التنظيم النفسي الخاص بالنمو المرضي للحالة، لذلك بعد تحليلنا للمعطيات المتحصل عليها توصلنا إلى نتائج أجابت عن تساؤلاتنا ومكنتنا بذللك من التحقق من صدق فرضياتنا.

الميكانيزمات التي يستخدمها الراشد المصاب بمرض التصلب اللوحي الخاضع لعلاج الانترفرونbeta1 1a ضد الإكتئاب والقلق متنوعة (ناضجة وغير ناضجة).

من خلال تحليلنا للحالة لوحظ أنها استخدمت ميكانيزمات متنوعة(ناضجة وغير ناضجة) أهمها (إسقاط، تقمص، كبت، تكوين عكسي، إنكار، تحويل، تعميم، إزاحة).

يعاني الراشد المصاب بمرض التصلب اللوحي و الخاضع لعلاج الانترفرون béta 1a من صراعات داخلية. من خلال تحليلنا للبروفيل النفسي للحالة والبنية الديناميكية للشخصية واستخراج الصراعات الداخلية التي تعاني منها تبين أنها تعاني من صراعات متنوعة أهمها: (صراع جنسي، صراع يخص قلق الانفصال عن الموضوع، صراع التضاد الوجداني، صراع أوديبي).

خاتمة

بما أن التصلب اللوحي يعتبر من الأمراض المزمنة والنادرة والتي إلى حد الآن لا يوجد لها علاج شاف، وأنه يعتبر من أبرز الأمراض انتشارا في الوقت الحالي مع غياب كلي ومبهم لأسبابه، لذلك له آثار نفسية عميقة وخاصة الجسدية منها، والتي تؤثر على جميع أعضاء الجسم. خاصة وظيفة على عضو مسببا التهابات في الجهاز العصبي والعمود الفقري الذي يسبب شلل وتوقف وظيفة أي عضو في الجسم، ووجود هذه المضاعفات لها أثر سلبي على المريض خاصة وأسرته بالأخص إذا كان المريض صغير السن، أي قدراته على التكيف النفسي مخالفة ومحدودة مقارنة بالراشد، الذي هو الأخير مقترن بمدى قوة شخصيته والخاص في هذه الفكرة جانب الدعم النفسي الذي يحفز ويدعم كيفية التكيف.

ومن منطلق هذه الفكرة السابقة تناولنا دراستنا المتعلقة بالآليات الدفاعية للراشد المصاب بالتصلب اللوحي، ومن خلال دراسة عبادية لحالة توصلنا إلى أن تكوين الشخصية الهشة والبنية الديناميكية النفسية له دور فعال في كيفية استخدام للميكانيزمات الدفاعية، أي الصراعات النفسية، والخبرات الصدمة لها دور فعال في تكوين الهوية الهشة التي تساعد في ظهور المرض الجسد ورمزية البنية الديناميكية النفسية لها دور مقابل رمزية الجسد، والربط يرجع لمراحل وخبرات وأزمات نفسية سابقة ولأن مريض التصلب يستخدم ميكانيزمات متنوعة بهدف التكيف و كنوع من الصلابة النفسية التي تدخل ضمن بنية الشخصية.

إنّ الدّفاعات اللاشعورية في حالة الإصابة بالمرض سيما التصلب اللويحي قادتنا إلى التفكير في سياقاتها في حالات الأمراض المختلفة. ماهي الدّفاعات الأساسية حينها؟

قائمة المصادر

والمراجع

أحمد التميمي، أم كلثوم، سيدي محمد، د. نهى الخواجة. (2016). ***مرض التصلب اللويحي، وحدة الأعصاب بالمدينة الطبية***، جامعة الملك سعود، المدينة الطبية الجامعية، 2016، إنجلترا

أحمد عزت راجح. (1968). ***أصول علم النفس***، دار الكاتب العربي للطباعة والنشر، ط7، القاهرة، الإسكندرية،

أحمد محمد عبد الخالق. (1996). ***قياس الشخصية***، قسم علم النفس، لجنة التأليف والتعريب للنشر، ط1

أميرة جابر هاشم، باقي عبد الهادي عبد الرسول. (2004). ***آليات الدفاع النفسي لدى جامعة الكوفة***، قسم العلوم التروية والنفسية والتربية للبنات، جامعة كوفة العراق،

بدر محمد الأنصاري. (1994). ***قياس الشخصية***، دار الكتاب الحديث، القاهرة.

بطرس حافظ بطرس. (2008). ***التكيف والصحة النفسية للطفل***، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1، عمان-الأردن.

حامد عبد السلام زهران. (2004). ***الصحة النفسية والعلاج النفسي***، الشركة الدولية للطباعة والنشر، ط4، بيروت-لبنان.

حامد عبد السلام زهران. (2005). ***الصحة النفسية والعلاج النفسي***، علام الكتب للنشر والتوزيع، ط4، الإسكندرية-القاهرة.

حلمي المليجي. (2001). ***علم النفس الشخصية***، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.

حلمي المليجي. (2001). ***مناهج البحث في علم النفس***، دار النهضة العربية، ط1، بيروت-لبنان.

خالد عبد الرزاق النجار. (2007). ***حقيبة تدريبة أكاديمية دراسة حالة***، مركز التنمية الاسرية، ديبلوم الارشاد الاسري، جامعة الملك فيصل.

سي موسى عبد الرحمان، بن خليفة محمود. (2010). ***علم النفس المرضي التحليلي والإسقاطي***، دار المطبوعات الجامعية، ط2، الجزائر.

شيلي تايلور. (2008). ***علم النفس الصحي***، طبع بدعم من جامعة عمان الأهلية-الأردن، ط1

طارق كمال، عبد المنعم الميلادي. (2012). ***الأمراض والصحة النفسي (الوقاية والعلاج)***. مؤسسة شباب الجامعة للنشر والتوزيع، الإسكندرية،2012.

عامر قنديلجي. (2007). ***البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات التقليدية والإلكترونية***، دار اليزوري العلمية للنشر والتوزيع، ط1، عمان-الأردن.

عبد الرحمان بدوي. (2008). ***مناهج البحث العلمي***، دار المعرفة الجامعية، ط2، بيروت.

عبد الفتاح محمد دويدار. (1999). ***مناهج البحث في علم النفس***، دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع، ط2، الإسكندرية.

علاء الدين كفافي، مايس أحمد النيال وآخرون. (2009). ***مقدمة في علم النفس***، دار المعرفة الجامعة الأزا ريطة.

فاسي أمال. (2010). الاكتئاب الأساسي لدى مريض السرطان كنشاط عقلي متميز، ***مذكرة ماجستيرفي علم النفس العيادي***، تخصص نفس-جسدي، قسم علم النفس وعلوم التربية الأرطوفونية، جامعة منتوري قسنطينة.

فيصل عباس. (2005). ***العلاج النفسي والطريقة الفرويدية***، دار المنهل للطباعة والنشر، ط1، بيروت.

فيكتور سمير نوف. (1980). ***التحليل النفسي للولد***، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، ط3، بيروت.

كامل محمد محمد عويضة. (1996). ***بين الشخصية والفكر***، دار الكتب العلمية، ط1، بيروت-لبنان.

لابلانش جان وبنطاليس. (1985). ***معجم المصطلحات النفسي***، المؤسسة الجامعية للنشر والتوزيع، ط1، بيروت.

مبروكة عمر محيري. (2008). ***الدليل الشامل في البحث العلمي***، الناشر مجموعة النيل العربية، ط1.

محمد السيد عبد الرحمان. (1989). ***نظريات شخصية***، دار أبناء للطباعة والنشر، كلية التربية، جامعة الزقازيق. القاهرة.

محمد حسن غانم. (2007). ***القياس النفسي للشخصية***، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع. الإسكندرية.

محمد عبيدي. (2003). ***علم النفس العام***، دار بوحالة للطبع، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر..

محمد عثمان نجاتي(1989). ***سيغموند فرويد، الكف والعرض والقلق***، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط4.

محمد عثمان نجاتي. (2000). ***سيغموند فرويد، الموجز في التحليل النفسي***، مهرجان القراءة للجميع.

محمد فؤاد جلال. (2018). ***مبادئ التحليل النفسي***، مؤسسة هنداوي للنشر والتوزيع. المملكة المتحدة.

مدثر سليم أحمد. (2002). ***الصحة النفسية***، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية-مصر.

معالم صالح. (2010). ***بعض الاختبارات في علم النفس الروشاخ والرسم عند الطفل***، دار الطبع ديوان المطبوعات الجزائرية، الجزائر.

معصومة سهيل المطري. (د:ت). ***الصحة النفسية، مفهومها وإضراباتها***، مكتبة الفلاح وحنين للنشر والتوزيع، ط1، عمان-الأردن

نبيل إبراهيم إسماعيل. (2001). ***الصحة النفسية السليمة***، ايتراك للنشر والتوزيع، ط1، مصر الجديدة.

Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerebroek P, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. Report from the standardisation subcommittee of the ICS. Neurourol Urodyn 2002;21:167-78.

Barkhof F, Filippi M, Miller DH, Scheltens P, Campi A, Polman CH, et al. Comparison of MRI criteria at first presentation to predict conversion to clinically definite multiple sclerosis. Brain 1997;120:2059-69.

Bergeret. J psychologies pathlogique, paris, Masson 3eme Edition, 1979.

Castel-Lacanal E, Gamé X, Clanet M, et al. Uri¬nary complications and risk factors in symptomatic multiple sclerosis patients. Study of a cohort of 328 patients. Neurourol Urodyn 2015 ; 34(1):32-6.

Christopher perry j et al « Echelés dévaluation des mécanismes de défense « Paris masson 2004.

Coles A (April) 2002 ù multiple scleroses, lancet compston A, 359 (9313): 1221-31.

Confavreaux et al rote of pregnany – related. relapse in multiple sclerosi n engl med 339 : 285,1998

Cottrell DA, et al. The natural history of multiple sclerosis: a geographically based study. Brain 1999; 122:625-39.

Creurts JJ, G, et Barkhof (2008) grey matter, pathology in multiple sclerosis, the lancet neurology, 7,841- 851.

De Sèze J, Debouverie M, Zephir H, et al. Acute fulminant demyelinating disease. Arch Neurol 2007; 10:1426-32.

De Seze J, Zephir H, Hautecoeur P, Mackowiak A, Cabaret M, Vermersch P Pathologic laughing and intractable hiccups can occur early in multiple sclerosis. Neurology 2006;67(9):1684-6.

Debouverie M, et al. Increasing incidence of multiple sclerosis among women in Lorraine, Eastern France. Mult Scler 2007; 13(8):962-7.

Dyment DA. Ebers GC, Sadovnicle AD (2004) crenetices of multiple Sclerosis, lancet neural (92): 104-10.

Edgware Road, 2016, MS, society, Heath et care information you can trust, multiple sclerosis society, 1139257/ Sco4, 1990.

European Study Groupeon Interferom B-IB in secendry progressive ns –plocebo controlled multicentre randanise trial of interferom B-1b in treatment of progressive multiple sclerosés lancet 352:1491: 1998.

Fazekas F et al: Randanized placebo controlled – trial of monthly intravenous immu noglobin therapy in relapsing remitting multiple dclerosis lancet 349: 589: 1997.

Genain et al identification of autoantibodies associated with myelin damage in multiple scleroses mat med 5: 2, 1999.

Geurts, JJ, G, et, Barkhof (2008) Grey matter pathology in Multiple sclerosis the lancet Neurology 7, 841-851.

Gray jennifer, (1999) a study of the thematic apperoption test with japanesse subject.

Grytten N, et al. A 50-year follow-up of the incidence of multiple sclerosis in Hordaland County. Norway. Neurology 2006;66(2):182-6.

Hassan-Smith G, et al. High sensitivity and specificity of elevated cerebrospinal fluid kappa free light chains in suspected multiple sclerosis. J Neuroimmunol 2014;276(1-2):175-9.

inkelman, D.M, lucchinetti C.F. et Nose worthy, J.H. (2001). Multiple sclerosis current pathonphysiological concept. Laboratory. Instigation, 81 (3), 263-81. Doi 0023-6837/01/8103/263S 03.00/

Jacobs LD, Beck RW, Simon JH, Kinkel RP, Brown- scheidle CM, Murray TJ, et al. Intramuscular interferon beta-1a therapy initiated during a first demyelinating event in multiple sclerosis. CHAMPS Study Group. N Engl J Med 2000;343(13):898-904.

Koldewijn EL, Hommes OR, Lemmens WA, Debruyne FM, van Kerrebroeck PE. Relationship be-

tween lower urinary tract abnormalities and disease-related parame¬ters in multiple sclerosis. J Urol 1995 ; 154:169-73.

Korostil M, Feinstein A. Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients. Mult Scler 2007; 13:67-72.

Krumbholz M, Hofstadt-van Oy U, Angstwurm K, Kleiter I, Jarius S, Paul F, Aktas O, Buchholz G, Kern P, Straube A, Kümpfel T. Very late-onset neuromye¬litis optica spectrum disorder beyond the age of 75. J Neurol 2015;262(5):1379-84.

Krupp LB, Banwell B, Tenembaum S. for the International Pediatric MS Group. Consensus definitions proposed for pediatric multiple sclerosis and related disorders. Neurology 2007;68:S7-12.

Leray E, Coustans M, Le Page E, Yaouanq J, Oger J, Edan G. Clinically definite benign multiple sclerosis', an unwarranted conceptual hodgepodge: evidence from a 30-year observational study. Mult Scler. 2013;19(4):458-65.

Leray E, Morrissey SP, Yaouanq J, et al. Long-term survival of patients with multiple sclerosis in West France. Mult Scler 2007;13:865-74.

Lezak. M,D. Howisson, B.D, Bigler D. et Tanel D. Neuropsychological, Assessment 5 th ed, New-york : oxford university press 2012.

Lottman PE, Jongen PJ, Rosier PF, Meuleman EJ. Sexual dysfunction in men with multiple sclerosis-a comprehensive pilot-study into etiology. Int J Impot Res 1998;10(4):233-7.

Lublin FD, Reingold SC, Cohen JA, Cutter GR, Sorensen PS, Thompson AJ, Wolinsky JS, et al. Defi¬ning the clinical course of multiple sclerosis: the 2013 revisions. Neurology 2014;83(3):278-86.

Lucchinetti C, Brück W, Parisi J, Scheithauer B, Rodriguez M, Lassmann H. Heterogeneity of multiple sclerosis lesions : implications for the pathogenesis of demyelination. Ann Neurol 2000;47(6):707-17.

Mantreuil M. pelletierj troubles thymique et ematiannels in= defer ar Brachet B pelletier eds. Neurapsychalagie . de la Sclerase en plaque Issy- les Moulinneausc = Elsevier – Massan 2010.

McDonald WI, Compston A, Edan G, Goodkin D, Hartung HP, Lublin FD, et al. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International Panel on the diagnosis of multiple sclerosis. Ann Neurol 2001 ; 50(1) :121-7.

Medical RA goodki DE (eds: ùultiple sclorasis, therapeutics London Martin dunitz 1999)

Miller D, Barkhof F, Montalban X, Thompson A, Filippi M. Clinically isolated syndromes suggestive of multiple sclerosis, part I: natural history, pathogenesis, diagnosis, and prognosis. Lancet Neurol 2005;4: 281-8.

Montreuil M, Pelletier J. Troubles thymiques et émo-tionnels. In : Defer G, Brochet B, Pelletier J, editors. Neuropsychologie de la sclérose en plaques. Issy-les- Moulineaux: Elsevier Masson; 2010. p. 25-46.

Nortvedt MW, Riise T, Frugârd J, Mohn J, Bakke A, Skâr AB, Nyland H, Glad SB, Myhr KM. Preva¬lence of bladder, bowel and sexual problems among multiple sclerosis patients two to five years after diagnosis. Mult Scler 2007;13(1):106-12.

Nosewartly JH et: al medical progress: multiple scholar N engl J med 343: 938: 2000.

Noseworthy J, H, Lucchinetti c, Bodriguez M et, Weinshenker, B. G (2000). Multiple sclerosis, the New England journal of Medicine. 343 (13). 938-952.

Oksenberg JR Hauser Sl: The molecular pathogenesis of multiple sclerosis in molecular neurology, J B martin (ed) new York scientific American medicine, 1998.

Prisns study group: randomised double blind placebo – controlled study of interform B. sain relapsing remitting multiple scheroses lacent 352: 1498:1998

Pullman D. Zorzeczny A, Picard A (2013) Media politics and science policy: Ms and evidence form the ccsvi. Tranches BMC Med ethics 14: 6, PMC 3575396, PMID 23402260.

Qiclaria,sabre ;la depresion rikardaqinas prraya corpyright ;2009 ricarda vivas tarffard publishing (msa.ecanada)

Ruet A, Deloire MSA, Ouallet J-C, Molinier S, Brochet B. Predictive factors for multiple sclerosis in patients with clinically isolated spinal cord syndrome. Mult Scler 2011;17(3):312-8.

Sergé tribolet, 1997, le guide des premières ordonnances, Edition de santé, etdition joestte lyon, paris.

Stive O, Zamvil S: pathogenesis diagmosie and treatment of acute dissemated émcephahamyelities(ADEM) cur cepin neural(2=395.4999.)

The ce wims stady group: evidence of interfercen B-1a dose response in relapcing – remit ting MS neurologie 53: 679: 1999.

The multiple sclérosés génétic group, linkage The MHC To familial multiple Scle-rosis suggests gen-tic heterogeneity hum mol gen 7:8 1998.

Wingerchuk DM, DM, Lennon VA, Pittock SJ, Lucchinetti CF, Weinshenker BG. Revised diagnostic criteria for neuromyelitis optica. Neurology 2006;66:1485-9. www.chrtl.fr

Zhace Gj Et Al= effect of interferam beta -1b in Ms= Assessment of annual accumulation of PD/T2 activity an MRI. UBC MS/MR analysis group and the Ms stury groupe neuralagy 54= 200.2000.

الملاحـــــــــق

ملحق _____

رقم 01: شبكة الملاحظة:

المظهر: عادي ☐ عملي ☐ أشعث ☐ أنيق ☐ مبالغ الأناقة ☐ نظيف ☐ متسخ ☐

الوصف: .....

السلوك: عادي ☐ مسالم ☐ مضطرب ☐ طفولي ☐ مبالغ فيه ☐ هادئ ☐ متزن ☐ غير متزن ☐

الوصف: .....

كلام الحالة: مترابط ☐ غير مترابط ☐ منطقي ☐ متسلسل ☐ مفهوم ☐ غير مفهوم ☐

الوصف: .....

التفكير: منطقي ☐ ناضج ☐ سطحي ☐ قابل للتغير والمناقشة ☐ غير قابل للتغير والمناقشة ☐

الوصف: .....

العاطفة/ الوجدان: حساس جدا ☐ غير حساس ☐ عاطفي جدا ☐ عاطفي ☐ غير عاطفي ☐

الوصف: .....

المزاج: طبيعي ☐ قلق ☐ حزين ☐ فرح ☐ فرح جدا ☐ متقلب ملل ☐

الوصف: .....

التعاون/ التفاعل: متعاون ☐ غير متعاون ☐ متفاعل ☐ غير متفاعل ☐

الوصف: .....

الإدراك والوعي: غير واعي ☐ واعي لملكان ☐ واعي للزمان ☐ مدرك للأخصائي ☐

الوصف: .....

الانتباه: تركيز وانتباه سيئ ☐ تركيز وانتباه جيد ☐ تركيز وانتباه عالي جدا ☐

الوصف: .....

الذاكرة: نشطة ☐ لا بأس بها ☐ سيئة ☐

الوصف: .....

ملحق _____

الدافعية للإنجاز: مرتفعة ☐ متوسطة ☐ منخفضة ☐ لا يوجد ☐

الوصف: .....

رقم 02: دليل المقابلة النصف موجهة.

1. المقابلة مع الحالة: (ن)

-البيانات الشخصية:

الاسم: ن

العمر: 35 سنة

-المستوى الدراسي: السنة الثانية من التعليم المتوسط

-صباح الخير

-كيف أحوالك؟

-شوي مريضة ليوم برك

-معليش نهدر معاك شوي؟

-ايه تفضلي نورمال

-الصدمة النفسية: (الاضطرابات العضوية)

-منذ متى وأنت تعالجين من المرض؟

-أول موجة صراتلي من 2009

-كيف كانت ردة فعلك الأولى؟

في المرة الأولى متقبلتش خلاه قلت أدا المرض مزمن وكيفاه راح نرتاح؟ منو، من بعد مع المشاركة مع المرض نصبرو بعضانا ونحكيو هل حاولت وليت أنا نصبر في الناس.

-هل تغيرت حياتك بعد إصابتك بالمرض؟

-تغيرت بزاف، وليت نقلق ياسر شوغل نخمم طول بلي راح نعجز ونقعد في كرسي

-هل تفكرين في حياتك؟

-نخمم طول، مكثر نخمم في ولدي

-محور الاضطرابات النفسية: القلق والاكتئاب:

ما طبيعة انفعالك؟

-ننفعل ياسر، يجيني اكتئاب وقلق منحب حتلا واحد يهدر معايا.

-كيف كانت استجاباتك للمرض؟

-صدمة كبيرة ومتقبلتش خلاه خوفت خلاه خاصة أنها دارتلي بوسي الأولى في 2009 ومن بعد في 2012 ثاني شلل في الأرجل.

ورتحت فيهم نورمال بعد شهر، وبعد 2016 ثاني حبست رجلي مرة ثالثة، قولت نورمال كيما رتحت وحدي في اللولة نرتاح حتى في هذه، في هذاك الوقت كنت حامل، وراح نولد.

-هل تشعرين بالوحدة؟

بزاف ملقيتش حتى دعم من نهار زدت بورتون أني كنت مدلة

-كيف هي حياتك الآن؟

حياتي مروية طول عمري مروية وكي زدت مرضت زدت دمرت حسيت روحي خسرت كلش لدرجة أنني حاولت الانتحار بصح مجربتش نآذي نفسي بحاجة نخاف بصح على ولدي وحدو مسكين.

-هل هناك من ساعدك على فهم مرضك؟

لا الطبيبة في الأول مفهمتنيش خلاه شوغل مرض عادي أنا كنت حطا بلي تعطيني الدواء نرتاح، بصح كي روحت للدار وحوست في الأنترنت عرفت بلي مرض مزمن ونادر ومعندوش علاج، وبديت بالشوية نستقبل فيه مع المشاركة مع المرض وكان ديما في عينيا ولدي.

- محور العلاقات الشخصية والاجتماعية:

-هل تلقيت الدعم الكلفي؟

-لا ملقيتش حتى واحد.

-هل كان لديك دعم معنوي كاف؟

-لا الانسان لي حبيتو خدعني وتيشني بعدها عاشرني 13 سنة كزوجة وغطت معاه وأجهضت 5 مرات

-كيف كانت طبيعة علاقتك معه؟

يوعدني وما يفيش يروح ديما لفرسا ويخليني يقولي نديك نديك، من بعد خلاني وحدي.

-هل تشعرين بأنك وحيدة؟

خلاه حتى يعني صحاباتي معنديش، معنديش صحبتي قريبة ليا خلاه، نحسهم علاما يتقربو ليا كي شافوني عندي الصوارد باه كي نخرجو نسهرو نخلص عليهم.

-محور العلاقات داخل الأسرة:

-ماهي العلاقة داخل أسرتك ما طبيعتها؟

-عادية نورمال

-طبيعة علاقة مع والديك هل هناك نوع من الحوار؟

-مع بابا لا نحسو كاين ومش كاين

-يعني تقدري تقولو علاقة سطحية خلاه شوغل مكانش في حياتي

-هل لديك أحد من أفراد العائلة مقرب لك جدا؟

-ماما هي حياتي وصاحبتي، هي لي هزتني جامي تخلات عليا، حتى ونغلط

-ومع باقي أفراد الأسرة هل هناك أحد مقرب لك؟

-لا خلاه، حتى نقولك حاجا

-تفضلي أحكي

صراتلي حاجة في الدار منعرف تجيك نورمال ولا لا تعرضت للاغتصاب من طرف خالي.

-هل أثرت فيك هذه الحادثة؟

بقيت متفكرتها لدرك مكونتش نعرف بلي اغتصاب كنت صغيرة وحتى كي كبرت بنات عمومي كل صراتلهم كيفي ومش من خالي برك حتى الصغير

-كيف هي رؤيةك الآن لخالك؟

-نورمال منشتيهش يجي عنا برك، بصح هو درك يجي عادي كلي ماصرا والوا.

-وماهي طبيعة العلاقة بين اخوتك وخالك؟

-هما في 2 أشرار خالي معا هاداك كي يجي لدارنا يحرش خواتي عليا متخلوهاش تلبس، هي تخرج تروح تشوف رجال، يحرش خواتاتي عليا.

- محور الاهتمامات المستقبلية:

خايفة على ولدي برك خايفة نعجز ومنقدرش نقيم بيه

-كيف ترى المستقبل؟

نشوف روحي ديما راح نعجز، الخوف أدا ديما فيا

-كيف ترى نفسك فيه

تجيني أفكار مش مليحة خلاه في راسي

-هل تظن أن المستقبل مشجع؟

غير مشجع خلاه.

-هل لديك طموحات مستقبلية تريد تحقيقها

-بيت ويقعد ولدي معايا برك

-هل ترى أن هناك عائق في طريق طموحاتك؟

-زوجي هو العائق.

رقم 03: لوحات اختبار تفهم الموضوع (TAT) والمتكون من 20 لوحة

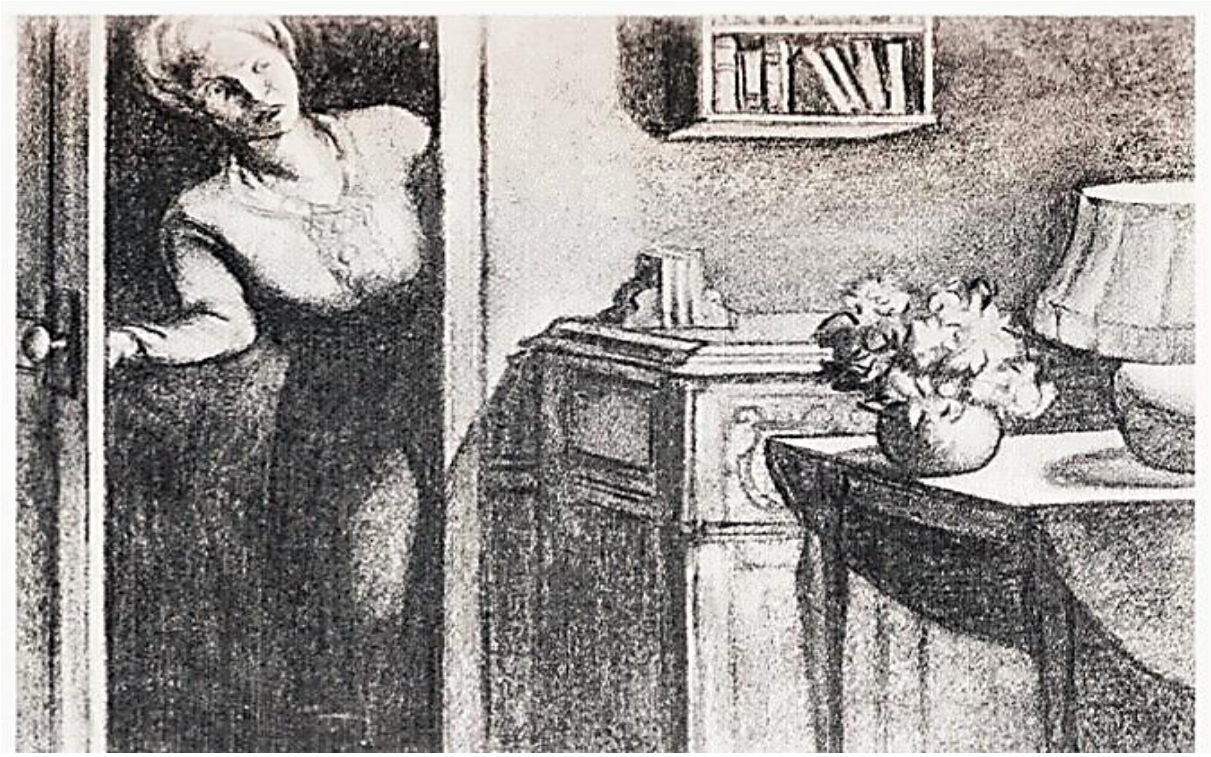
البطاقة رقم: 01

البطاقة رقم: 02

البطاقة رقم: 03

البطاقة رقم: 04

البطاقة رقم: 05



البطاقة رقم: 06

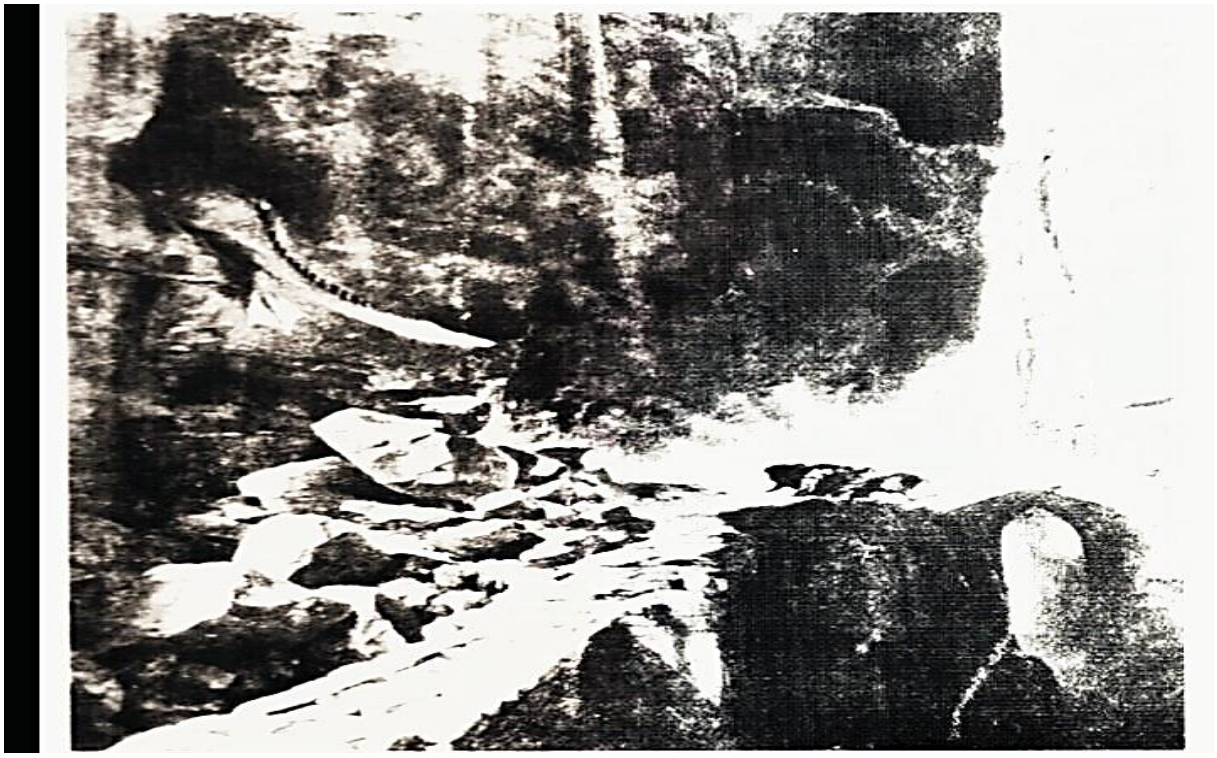
البطاقة رقم: 07

البطاقة رقم: 08

البطاقة رقم: 09

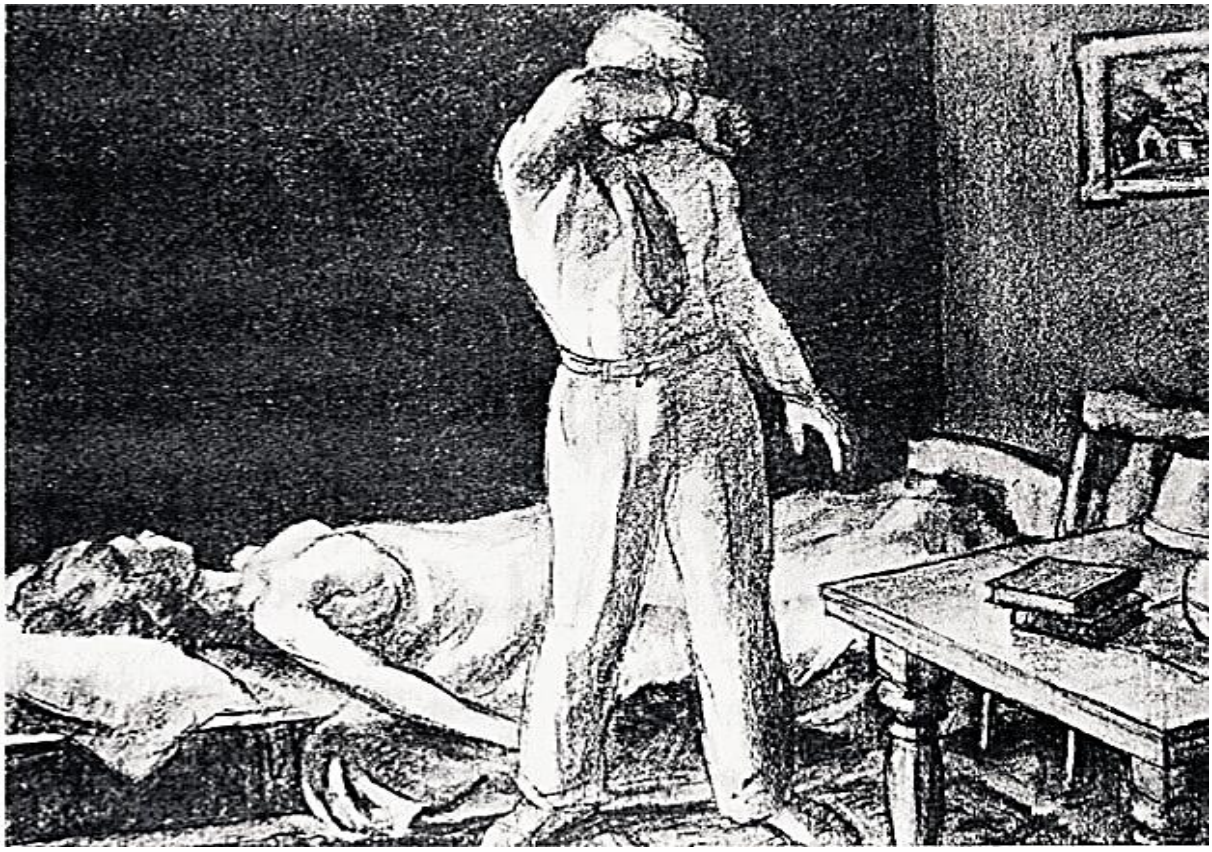
البطاقة رقم: 10

البطاقة رقم: 11



البطاقة رقم: 12

البطاقة رقم: 13

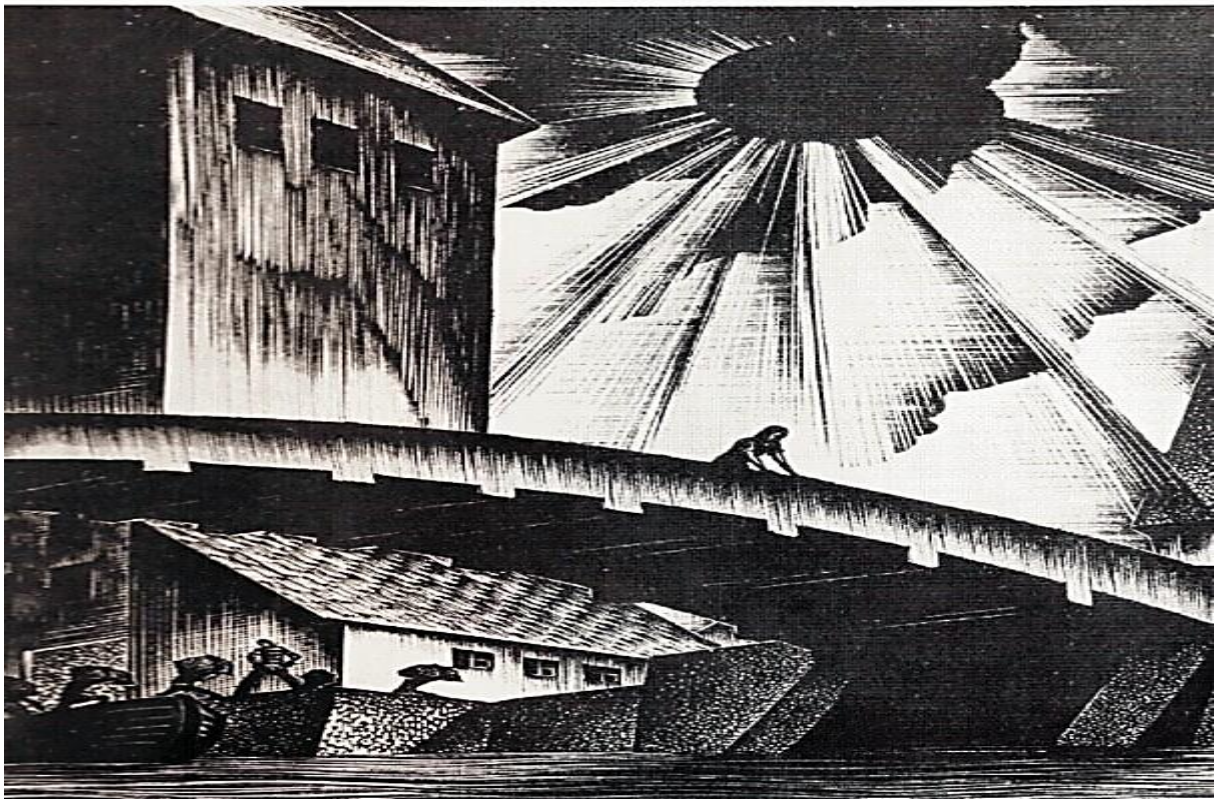


البطاقة رقم: 14

البطاقة رقم: 15

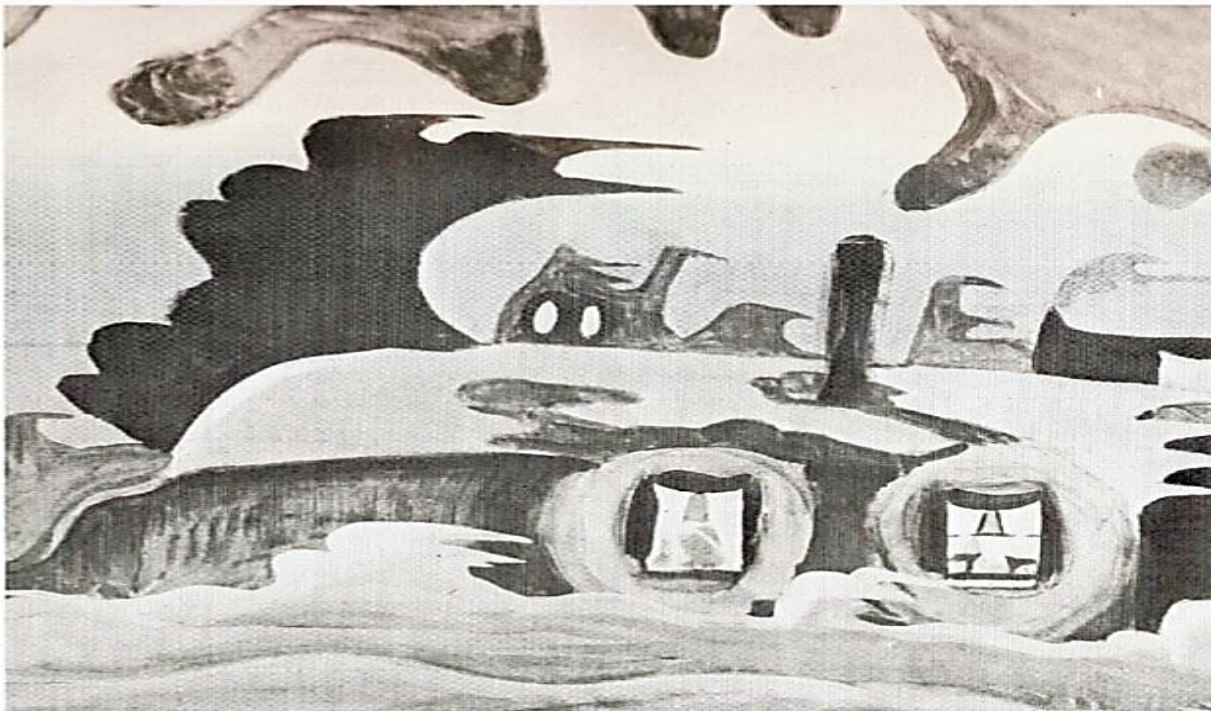
البطاقة رقم: 16

البطاقة رقم: 17



البطاقة رقم: 18

البطاقة رقم: 19



البطاقة رقم: 20