



جامعة وهران 2 محمد بن أحمد  
كلية العلوم الاجتماعية

### أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه في العلوم  
تخصص: علم النفس العيادي

# المساندة النفسية للمصاب بمرض اللوكيميا (مرحلة ما قبل انتشار المرض) من خلال تقييم للميكانيزمات الدفاعية

مقدمة و مناقشة علنا من طرف

السيد: ديون محمد

الاسم و اللقب	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
رحاوي كحلولة سعاد	أستاذة التعليم العالي	جامعة وهران 2	رئيسة
كبداني خديجة	أستاذة التعليم العالي	جامعة وهران 2	مشرفة و مقررة
ملال خديجة	أستاذة محاضرة -أ-	جامعة وهران 2	مناقشة
بزراوي نور الهدى	أستاذة محاضرة -أ-	جامعة تلمسان	مناقشة
كروم موفق	أستاذ محاضر -أ-	المركز الجامعي لعين تموشنت	مناقشة
عثماني نعيمة	أستاذة محاضرة -أ-	جامعة سعيدة	مناقشة

السنة الجامعية: 2020-2021



جامعة وهران 2 محمد بن أحمد

كلية العلوم الاجتماعية

أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه في العلوم

تخصص: علم النفس العيادي

# المساندة النفسية للمصاب بمرض اللوكيميا (مرحلة ما قبل انتشار المرض) من خلال تقييم للميكانيزمات الدفاعية

مقدمة و مناقشة علنا من طرف

السيد: ديون محمد

الاسم و اللقب	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
رحاوي كحلولة سعاد	أستاذة التعليم العالي	جامعة وهران 2	رئيسة
كبداني خديجة	أستاذة التعليم العالي	جامعة وهران 2	مشرفة و مقررة
ملال خديجة	أستاذة محاضرة -أ-	جامعة وهران 2	مناقشة
بزراوي نور الهدى	أستاذة محاضرة -أ-	جامعة تلمسان	مناقشة
كروم موفق	أستاذ محاضر -أ-	المركز الجامعي لعين تموشنت	مناقشة
عثماني نعيمة	أستاذة محاضرة -أ-	جامعة سعيدة	مناقشة

السنة الجامعية: 2020-2021

## الفهرس

أ.....	الفهرس
ه.....	قائمة الجداول
و.....	الإهداء
ز.....	كلمة شكر
ح.....	ملخص البحث
1.....	مقدمة

### الفصل الأول: مدخل الدراسة

4.....	1- إشكالية الدراسة
4.....	2- فرضيات الدراسة
5.....	3- أسباب اختيار الموضوع
5.....	4- أهداف الدراسة
5.....	5- أهمية الدراسة
5.....	6- التعاريف الإجرائية
6.....	7- صعوبات الدراسة
6.....	8- الدراسات السابقة

### الفصل الثاني: الميكانيزمات الدفاعية

10.....	تمهيد
10.....	1- نبذة تاريخية
12.....	2- تعريف الميكانيزمات الدفاعية
14.....	3- تعداد الميكانيزمات الدفاعية
16.....	4- مصدر الميكانيزمات الدفاعية
18.....	5- مصير الميكانيزمات الدفاعية
21.....	6- تجميع و تصنيف الميكانيزمات الدفاعية
26.....	7- أهم التساؤلات في نظرية الميكانيزمات الدفاعية

33.....خلاصة

### الفصل الثالث: المساندة النفسية

- 35.....تمهيد
- 35.....1-نبذة تاريخية.
- 38.....2-تعريف المساندة النفسية.
- 39.....3-الأساسات النفسية التحليلية للعلاج النفسي المساند.
- 41.....4-ممارسة العلاج النفسي المساند.
- 45.....5-المساندة النفسية و تاريخ الحالة.
- 46.....6- عناصر الاتصال في سيرورة المقابلة.
- 47.....7-مجال تسهيل عملية الاتصال.
- 47.....8-الأسئلة المهنية.
- 48.....9-خصائص العلاقة معالج/عميل.
- 49.....10-خصائص العميل.
- 49.....11-إطار العلاج النفسي المساند.
- 51.....12-المربع الاستراتيجي للعلاج النفسي المساند.
- 55.....13-ظروف تقديم علاج نفسي مساند.
- 56.....14- أهداف العلاج المشتركة.
- 57.....خلاصة

### الفصل الرابع: اللوكيميا

- 59.....تمهيد
- 59.....1-مكونات الدم.
- 63.....2-تعريف اللوكيميا.
- 64.....3-أنواع سرطان الدم (اللوكيميا).
- 65.....4-أعراض سرطان الدم.
- 66.....5-العوامل المساهمة في ظهور سرطان الدم.
- 67.....6-كيفية تشخيص سرطان الدم.

- 68.....7- كيفية علاج سرطان الدم اللمفاوي الحاد.
- 69.....8- المتابعة ما بعد العلاجية.
- 70.....9- سيكولوجية مرض السرطان.
- 73.....خلاصة.

### الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للجانب التطبيقي

- 75.....1- مجتمع الدراسة
- 75.....2- عينة الدراسة
- 75.....3- ميدان و مدة الدراسة
- 75.....4- المقابلة العيادية
- 76.....5- الملاحظة العيادية
- 76.....6- تاريخ الحالة
- 76.....7- الاختبار النفسي
- 84.....8- تقنيات المساندة النفسية المستعملة في الدراسة

### الفصل السادس : دراسة الحالة عرض و تحليل النتائج

- 88.....تقديم الحالة
- 88.....1- البيانات الأولية
- 88.....2- وصف الحالة
- 89.....3- تاريخ الحالة
- 89.....4- تاريخ المرض
- 90.....5- العلاج
- 90.....6- برنامج الحصص
- 7- التسجيل الصوتي للمقاطع، مرحلة ما قبل استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية.
- 92.....
- 8- التسجيل الصوتي للمقاطع، مرحلة ما بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية.
- 98.....
- 9- حساب مختلف النسب الخاصة بالميكانيزمات الدفاعية للمرحلة الأولى..... 105..
- 10- حساب مختلف النسب الخاصة بالميكانيزمات الدفاعية للمرحلة الثانية..... 110

11-مقارنة نتائج اختبار DMRS قبل و بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية.....	112
12-ملخص لمقارنة كمية لتوظيف الميكانيزمات الدفاعية خلال المرحلتين. ....	120
13-ملخص لمقارنة نوعية لتوظيف الميكانيزمات الدفاعية خلال المرحلتين. ....	122
<b>الفصل السابع: مناقشة النتائج</b>	
1- مناقشة الفرضية الأولى.....	131
2- مناقشة الفرضية الثانية.....	133
خاتمة.....	136
التوصيات.....	136
المراجع.....	138
الملاحق.....	143

قائمة الجداول

رقم الصفحة	العنوان	رقم الجدول
18	النماذج الأولية لبعض الميكانيزمات الدفاعية حسب RenéSpitz	جدول رقم 01
81	المستويات الدفاعية و الميكانيزمات الدفاعية المنتمة إليها	جدول رقم 02
84	بعض الخصائص السيكومترية لاختبار DMRS	جدول رقم 03
94	تنظيم برنامج الحصص	جدول رقم 04
95	التسجيل الصوتي للمقاطع مرحلة ما قبل استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية	جدول رقم 05
102	مرحلة ما بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية	جدول رقم 06
109	نسب الدفاع الشخصي للمرحلة الأولى	جدول رقم 07
113	نسب الدفاع الشخصي للمرحلة الثانية	جدول رقم 08

## الإهداء

أهدي هذا العمل البسيط إلى روح أبي رحمه الله، إلى والدتي عفاها الله

إلى زوجتي العزيزة

إلى أبنائي المحبوبين... ياسين، عبير وزينب

إلى الإخوة والأخوات

إلى كل الأصدقاء

وكل من يعرف محمد

محمد



## كلمة شكر

كل شكري و امتناني إلى الأستاذة المشرفة البروفيسور كبداني خديجة، على قبول

إشرافها على هذا العمل.

كما أشكر كل أعضاء لجنة المناقشة لقبول مناقشة هذا العمل.

أجدد شكري و امتناني لزوجتي التي كان لها الدور الفعال في تشجيعي، لإكمال هذا

العمل.

وكل من أعانني ولو بالكلمة الطيبة.

## ملخص البحث:

تتعلق هذه الدراسة بالقيام بتقديم مساندة نفسية للمصاب بمرض اللوكيميا، بواسطة استعمال مجموعة من التقنيات الخاصة بها. و بواسطة تقييم للميكانيزمات الدفاعية. انطلق الباحث من الإشكالية التالية: هل تتغير الوظيفة الدفاعية للمصاب بمرض اللوكيميا (مرحلة ما قبل انتشار المرض)، بعد تلقيه لخصص من المساندة النفسية؟ كما هناك بعض التساؤلات التي سنحاول الإجابة عنها خلال الدراسة و هي:

- ما هي المستويات الدفاعية (حسب سلم DMRS) التي يحدث فيها التغير أكثر؟

- هل يكون التغير في الوظيفة الدفاعية كمي أو نوعي أو معا؟

اعتمد الباحث على المنهج العيادي بما فيه من مقابلة و ملاحظة من خلال دراسة الحالة. حيث تم اختيار حالة واحدة بطريقة قصدية، من مصلحة أمراض الدم بمستشفى تلمسان، و هو شاب يبلغ من العمر 35 سنة، مصاب باللوكيميا مند 5 أشهر فقط. و لبلورة هذه الدراسة استعمل الباحث سلم تقييم الميكانيزمات الدفاعية (DMRS)، و هو سلم يقيم 27 ميكانيزم دفاعي تقييما كمي و نوعيا، و هو يعتمد على التسجيل الصوتي للمقابلة. بالإضافة إلى مجموعة من التقنيات الخاصة بالمساندة النفسية ( حددها الباحث في تسع تقنيات)، و هي الأكثر استعمالا سواء في الممارسة النفسية، أو في الجانب النظري. يكمن الهدف الأساسي من الدراسة في مدى مساهمة تقييم الميكانيزمات الدفاعية في تغير الوظيفة الدفاعية، و استفادة الحالة أكثر و بفعالية من المساندة النفسية المقدمة. أما أهميتها فمن خلال سعي الباحث لتفعيل و تقييم، مدى فعالية استعمال الميكانيزمات الدفاعية في المساندة النفسية.

إن الإجابة على إشكالية هذا البحث كانت ايجابية و لو نسبيا، حيث لاحظنا تغير الوظيفة الدفاعية بعد استعمال الباحث لمجموعة من التقنيات الخاصة بالمساندة النفسية.

كما ظهر من خلال النتائج أن تغير الوظيفة الدفاعية كان أكثر في المستويات (7، 6، 3، 1)، و هي المستويات المحددة حسب سلم (DMRS). حيث سجل فيها الباحث وجود بعض الميكانيزمات الدفاعية خلال المرحلة الأولى و الثانية، أي قبل استعمال تقنيات المساندة النفسية و بعدها. أما في المستويات (5، 4، 2) فلم يسجل الباحث وجود الميكانيزمات الدفاعية في المرحلة الثانية، بالرغم من تسجيل بعضها في المرحلة الأولى. أما من حيث التغير الكمي و النوعي، فلم يجد الباحث علاقة واضحة بينهما، من خلال النسب المتحصل عليها، فمرة كانت تنخفض و مرة ترتفع و أخرى تبقى مستقرة. من أهم التوصيات تحديد الاتجاه أو المدرسة النفسية، الذي من خلاله سيعالج الباحث هذا الموضوع. هناك الكثير من الدراسات الحديثة، التي اعتمدت الدمج بين الميكانيزمات الدفاعية و استراتيجيات المواجهة، فهذا الدمج يسهل دراسة هذا الموضوع، كما يبعد الباحث عن المفاهيم الميتاسيكولوجية المعقدة، و التي تزيد من صعوبة القيام بدراسة عيادية للحالات، و تفسير نتائجها.

## مقدمة:

لقد انتشر مرض السرطان في هذا العصر الحديث، بشكل أصبح يهدد الصحة العمومية. و بات يمثل هاجسا للإنسان في كل زمان و مكان. سواء اجتمعت عنده عوامله أو لم تجتمع. فمجرد سماع هذه الكلمة ينقبض الإنسان، يهلع و يشتمئز منها. إن مرض السرطان ليس مجرد كتلة ورم خبيث، أو مجموعة خلايا غير طبيعية سريعة الانتشار، تنخر كامل الجسم. بل إنه تجربة ذات خصوصية، يمر بها المصاب و لا يعرفها تمام المعرفة إلا من ابتلاه الله بها.

نجد من بين الأنواع المتعددة من السرطانات، اللوكيميا أو سرطان الدم. و هو يمثل 10% من السرطانات في الجزائر. كما تمثل اللوكيميا الحادة 18% من أمراض الدم في الجزائر، حسب التقرير المقدم في المؤتمر الوطني 12 لأمراض الدم، بنزل الأوراسي، من 1-3 أكتوبر 2015، الجزائر العاصمة (R.M. Hamladji, 2015).

إذن، تتعلق هذه الدراسة بمحاولة تقديم مساندة نفسية للمصاب بمرض اللوكيميا، بواسطة استعمال مجموعة من التقنيات الخاصة بها. و بالقيام بتقييم للميكانيزمات الدفاعية، و مدى مساهمة هذا في تغير الوظيفة الدفاعية، و استفادة الحالة أكثر من المساندة النفسية المقدمة. اعتمد الباحث في هذه الدراسة على قاعدة نفسية تحليلية، في التعامل مع موضوع الميكانيزمات الدفاعية. ابتداء من آراء فرويد ثم بعض الباحثين الذين جاؤوا بعده، و قدموا بعض التحليلات الخاصة بهذا الموضوع و المرتبطة بمدرسة التحليل النفسي.

قسم الباحث هذه الدراسة إلى سبعة فصول:

**الفصل الأول:** و هو الفصل التمهيدي، تضمن إشكالية الدراسة ، فرضياتها، أسباب اختيار الموضوع، أهدافه، أهميته، التعاريف الإجرائية، صعوباته و الدراسات السابقة.

**الفصل الثاني:** خصص لدراسة الميكانيزمات الدفاعية، حيث قدم الباحث نبذة مختصرة حول تاريخ دراسة هذا الموضوع، مختلف تعاريفها، تعدادها، مصدرها، مصيرها، تجميعها و تصنيفها، ثم أهم التساؤلات في نظرية الميكانيزمات الدفاعية.

الفصل الثالث: احتوى على موضوع المساندة النفسية؛ نبذة تاريخية، تعريف المساندة النفسية، الأساسات النفسية التحليلية لها، ممارستها، علاقتها بتاريخ الحالة، عناصر الاتصال في سيرورة المقابلة، الأسئلة المهنية، خصائص العلاقة معالج/عميل، خصائص العميل، إطار العلاج النفسي المساند، المربع الاستراتيجي للمساندة النفسية، ظروف تقديمها و أهدافها.

الفصل الرابع: تضمن موضوع اللوكيميا؛ ابتداء من مكونات الدم، تعريف اللوكيميا، أنواعها، أعراضها، العوامل المساهمة في ظهورها، تشخيصها، علاجها، المتابعة ما بعد العلاجية ثم سيكولوجية مرض السرطان.

الفصل الخامس: اهتم بالإجراءات المنهجية للجانب التطبيقي؛ مجتمع الدراسة، عينة الدراسة، ميدان و مدة الدراسة، المقابلة و الملاحظة العيادية، تاريخ الحالة، الاختبار النفسي، سلم تقييم الميكانيزمات الدفاعية، تقنيات المساندة النفسية المستعملة في الدراسة.

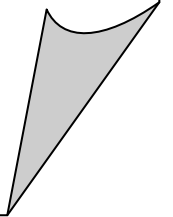
الفصل السادس: خاص بدراسة الحالة عرض و تحليل نتائجها.

الفصل السابع: ضم مناقشة النتائج على ضوء فرضيات الدراسة.

في الأخير خاتمة البحث و بعض التوصيات المتعلقة بالموضوع. ثم قائمة المراجع. أما الملاحق فقد ذكر الباحث في الملحق الثاني، الخاص بدليل الاختبار المستعمل في البحث، الميكانيزمات الدفاعية المستعملة فقط من طرف الحالة، خلال المقابلات و هي 15.

# الفصل الأول: مدخل الدراسة

- 1- إشكالية الدراسة.
- 2- فرضيات الدراسة.
- 3- أسباب الدراسة.
- 4- أهداف الدراسة.
- 5- أهمية الدراسة.
- 6- تعاريف الدراسة.
- 7- صعوبات الدراسة.
- 8- الدراسات السابقة.



## تمهيد:

و يخص هذا الفصل إشكالية الدراسة، الفرضيات، أسباب اختيار الموضوع، أهدافه، أهميته، التعاريف الإجرائية للدراسة، صعوباته و بعض الدراسات السابقة.

## 1- إشكالية الدراسة:

انتقل البحث في مجال الميكانيزمات الدفاعية من الميدان النفس مرضي إلى ميدان العلاج النفسي. أدخل هذا المصطلح في علم النفس سنة 1894 من طرف فرويد، حيث كان من الأوائل الذين استخدموا هذا المصطلح. و فسره على أنه نتيجة لدفاعات الأنا ضد كل شكل من الصراعات النفسية. كما اهتم جون بيرجوري بهذا المصطلح و علاقته ببنية الشخصية (حيث استخدم 23 ميكانيزم دفاعي سنة 1974).

إذن، موضوع بحثنا هو الميكانيزمات الدفاعية التي تعتبر سيرورة من سيرورات الأنا، تحت ضغط الأنا الأعلى و الواقع الخارجي و الذي يحمي الإنسان من كل ضغط و قلق. كما يسمح بالاحتفاظ بالتوازن الانفعالي. لكن إذا ما استخدمت هذه الميكانيزمات بصفة مبالغة قد تنتج عنها اضطرابات نفسية خطيرة. هذا الموضوع الذي سنربطه بالمساندة النفسية عند المصاب بمرض اللوكيميا (مرحلة ما قبل انتشار المرض).

تمت صياغة إشكالية الدراسة على الشكل التالي:

هل تتغير الوظيفة الدفاعية للمصاب بمرض اللوكيميا (مرحلة ما قبل انتشار

المرض)، بعد تلقيه لحصص من المساندة النفسية؟

كما حددنا بعض التساؤلات الفرعية:

- ما هي المستويات الدفاعية (حسب سلم DMRS) التي يحدث فيها التغير أكثر؟

- هل يكون التغير في الوظيفة الدفاعية كمي أو نوعي أو معا؟

## 2- فرضيات الدراسة:

- تتغير الوظيفة الدفاعية للمصاب بمرض اللوكيميا (مرحلة ما قبل انتشار المرض)، في

بعض المستويات المحددة في سلم (DMRS).

- يكون التغير في الوظيفة الدفاعية كمي و نوعيا.

**3- أسباب اختيار الموضوع:**

- الاهتمام الشخصي للباحث بهذا الموضوع، الذي يعتبر حديث نسبيا في مجال البحث العلمي في علم النفس.
- محاولة من طرف الباحث لفهم الوظيفة الدفاعية لهؤلاء المرضى، و كيف يمكنه مساندتهم نفسيا.

**4- أهداف الدراسة:**

- إثراء حقل البحث العلمي في مجال الميكانيزمات الدفاعية /العلاج النفسي.
- الحاجة الملحة لهذه الفئة من المرضى للمساندة النفسية، بسبب شدة المعاناة النفسية التي تعيشها.

**5- أهمية الدراسة:**

- تكمن أهمية هذه الدراسة في تسليط الضوء على موضوع الميكانيزمات الدفاعية، الحديث نسبيا. و الذي تم تحديث رؤية الباحثين له حاليا. خاصة فيما يخص علاقته بالعلاج النفسي، لاسيما المساندة النفسية كجانب منه. هذا إلى جانب، محاولة من الباحث لتفعيل و تقييم، مدى فعالية استعمال الميكانيزمات الدفاعية في المساندة النفسية. و هذا لإعطاء بعد و عمق أوسع لموضوع الدفاعات النفسية.

**6- التعاريف الإجرائية:**

- الميكانيزمات الدفاعية: هي كل الطرق اللاشعورية التي يستعملها الأنا، لتخفيف الضغط أو الصراع النفسي عند الشخص.
- المساندة النفسية: هي إظهار الفهم و تفهم لحالة العميل النفسية، من خلال التعاطف الوجداني و مجموعة من التقنيات، التي تجعله يتكلم عن مشكلته و يناقشها مع النفساني، ليتوصلا في الأخير إلى حل مشترك.

## 7- صعوبات الدراسة:

إن أول صعوبة في هذه الدراسة كانت امتياز موضوع الميكانيزمات الدفاعية بشدة التعقيد، و صعوبة القيام بإسقاط ما هو موجود نظرياً، في الميدان التطبيقي. بالإضافة إلى رفض غالبية الحالات العمل و المشاركة في الدراسة، خاصة بسبب حالة التعب و الإرهاق المستمر الذي يعانون منه، جراء العلاج الكيميائي، و أحيانا تدهور الحالة النفسية بسبب فشل العلاجات السابقة. هذا بالإضافة لعدم وجود إجماع بين الباحثين، حول تحديد مفهوم المساندة النفسية و كل التقنيات المتعلقة بها.

## 8- الدراسات السابقة:

لم يجد الباحث دراسات متعلقة مباشرة بهذه الدراسة، بل فقط سيذكر بعض الدراسات القريبة من هذا الموضوع، أو التي تتصل به جزئياً في أحد جوانبه.

\* دراسة لـ L. Poenaru و آخرون:

(Évolution des mécanismes de défense au cours d'un traitement bref psychanalytique, une étude de cas)

الهدف الأساسي لهذه الدراسة كان فحص ثبات أو عدم ثبات، الميكانيزمات الدفاعية خلال علاج نفسي تحليلي مختصر (خمس حصص)، لحالة واحدة و هي امرأة في حالة أزمة، بعدما تم طردها من القسم الذي كانت تحضر فيه، دراسات ما بعد التدرج بسويسرا. فمن خلال دراسة الميكانيزمات الدفاعية المستعملة، و تمظهراتها باستعمال سلم تقييم الميكانيزمات الدفاعية (DMRS). نتيجة الدفاع الشامل في نهاية العلاج، قد ارتفعت بالنسبة لما كانت عليه قبل العلاج، و كذلك في المستوى النرجسي. و هذا راجع لفترة انتكاسية مؤقتة مرت بها الحالة. (L. Poenaru et autres, 2011, p503)

\* دراسة Martin Drapeau و آخرون:

(A Study of Stability and Change in Defense Mechanisms During a Brief Psychodynamic Investigation)

هدفت الدراسة إلى قياس مدى ثبات الوظيفة الدفاعية، خلال أربع حصص من العلاج النفسي التحليلي المختصر. 61 حالة من طلبة الطب العقلي بجامعة لوزان بسويسرا، و هذا باستعمال اختبار DMRS. إن الوظيفة الدفاعية الشاملة و المستوى الوسواسي، قد ارتفعا بنسبة



ذات دلالة. إضافة إلى ارتفاع دال لميكانيزم التعقيل. انخفاض عدد الدفاعات المستعملة في المستوى النرجسي، و انخفاض ميكانيزمي الاحتقار و المثالية. أما ميكانيزمات مستوى النضج فقد ارتفعت ثم انخفضت خلال التدخل العلاجي. (Martin Drapeau, 2003, p496)

\* دراسة فراح لطفي كشانيا و آخرون:

(Defense Styles, Defense Mechanisms and Post-Traumatic Growth in Patients Suffering From Cancer)

كان هدف الدراسة هو البحث عن العلاقة بين تطور الصدمة النفسية و الأنماط الدفاعية، عند المصابين بالسرطان. تم اختيار 95 حالة مصابين بالسرطان. تم تقديم اختبار تطور الصدمة النفسية، و اختبار الأنماط الدفاعية (DSQ-40). كما تم تحليل المعطيات باستعمال معامل الارتباط بيرسون. أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة، بين تطور الصدمة و الأنماط الدفاعية الناضجة. و عدم وجود علاقة بين تطور الصدمة و الأنماط الدفاعية العصابية و غير الناضجة. كما بينت النتائج بأن ميكانيزمات الفكاهة و الإلغاء، كانت لها علاقة مباشرة مع تطور الصدمة، أما الإسقاط فله علاقة غير مباشرة. إن الأنماط الدفاعية و الميكانيزمات الدفاعية، في الصدمة النفسية، لها مساهمة ذات دلالة، و يمكن للميكانيزمات الدفاعية أن تسمح لنا بتوقع مستوى و مدى تكيف الشخص. (Farah Lotfi Kashania, 2014, p230)

\* دراسة Jean-Nicolas Despland و آخرون:

(Contribution of Patient Defense Mechanisms and Therapist Interventions to the Development of Early Therapeutic Alliance in a Brief Psychodynamic Investigation)

هدفت الدراسة إلى فحص كيف تعمل الميكانيزمات الدفاعية و التقنيات النفسية العلاجية، على التأثير على تكوين التحالف. تم تقييم العلاقة بين الميكانيزمات الدفاعية، تدخلات المعالج و تطور التحالف، في عينة من 21 عميل (تخص اضطرابات القلق، الاضطرابات الاكتئابية و اضطرابات الشخصية)، باستعمال العلاج النفسي التحليلي المختصر، و سلم تقييم الميكانيزمات الدفاعية. حيث ظهر التحالف العلاجي بسرعة. إن تكيف التدخل العلاجي، لمستوى الوظيفة الدفاعية للعميل، يعتبر كعامل مهم لتطور التحالف لاحقاً. وجدت الدراسة بأن مستوى الوظيفة الدفاعية، كان أقل دلالة بالنسبة للتحالف. تم تحديد مستوى التحالف عند كل مقابلة، باستعمال اختبار The Helping Alliance Questionnaire, HAQ-1. حيث

قدمت في الأخير ثلاث أنماط من التحالف. النمط 1: تحالف عال و مستقر (07 حالات). النمط 2: استمرار في تحسن التحالف خلال الحمص العلاجية (10 حالات). النمط 3: تحالف منخفض و مستقر (04 حالات). تم بعد ذلك دراسة مساهمة الميكانيزمات الدفاعية، و تدخلات المعالجين في كل نمط، باستعمال سلم (DMRS). و اختبار (PIRS) The Psychodynamic Intervention Rating Scale، يتضمن 09 أشكال من التدخل مقسمة على ثلاثة فئات: التفسير، المساندة و توضيح العلاج. و من بين النتائج أن المستوى الشامل لدفاع الحالات، لم يجعل تحالفهم مختلفا. كما أن الحالات التي كان الدفاع الشامل عندها منخفضا، يمكنهم تطوير تحالف جيد. كما أن تنظيم الشخصية الفقير كان مرتبطا بصعوبة تكوين تحالف ايجابي. إن مستوى الوظيفة الدفاعية كان أقل دلالة فيما يخص تكوين التحالف، بالنسبة لكيفية اختيار نوع التدخل من طرف المعالج.

(Jean-Nicolas Despland, 2001, p155)

\* دراسة I. Varescon و A. Ribadier :

(Étude des styles défensifs, des défenses et des stratégies de coping au sein d'une population alcoolodépendante)

حيث هدفت إلى دراسة الوظيفة الدفاعية عند الأشخاص المدمنين على الخمر، من خلال تعبيرات دفاعاتهم و استراتيجيات المواجهة. 80 حالة يعالجون من هذا الإدمان، شاركوا و قاموا بملاً استمارات خاصة بالمعلومات الاجتماعية و الديموغرافية، و حول مسار إدمانهم. تم تقييم هذه الاستراتيجيات بواسطة اختبار Brief Cope، أما الميكانيزمات الدفاعية فباستعمال

.Defense Style Questionnaire-40

استعملت الحالات استراتيجيات التوبيخ، استعمال المواد، التقبل و الفكاهة بأقل درجة. كما فضلت الحالات النمط الدفاعي الناضج، و ميكانيزم الحذف و الاستباق. أما الإسقاط و التفكك فكان استعمالهما أقل. كما تم تسجيل ارتباطات ذات دلالة بين هذه السياقات. اهتمت هذه الدراسة أساسا بالوظيفة الدفاعية للمدمنين على الخمر، بالاعتماد على مقارنة تكاملية، و هذا من أجل تفعيل تكفل نفسي يتلاءم مع هذه الفئة. حيث تتقارب هذه الدراسة فيما يخص هذه النقطة الأخيرة، مع ما يطمح إليه الباحث في رسالته.

# الفصل الثاني: الميكانيزمات الدفاعية

تمهيد.

- 1- نبذة تاريخية.
  - 2- تعريف الميكانيزمات الدفاعية.
  - 3- تعداد الميكانيزمات الدفاعية.
  - 4- مصدر الميكانيزمات الدفاعية.
  - 5- مصير الميكانيزمات الدفاعية.
  - 6- تجميع و تصنيف الميكانيزمات الدفاعية.
  - 7- أهم التساؤلات في نظرية الميكانيزمات الدفاعية.
- خلاصة.

## تمهيد:

سيحاول الباحث في هذا الفصل الإمام بأهم جوانب موضوع الميكانيزمات الدفاعية، و أهم الباحثين الذين تناولوا هذا الموضوع مع نوع من التركيز و التعمق.

## 1- نبذة تاريخية:

يرجع مصطلح الميكانيزمات الدفاعية إلى التحليل النفسي و علم النفس المرضي. بالرغم من أن كلمة ميكانيزم أو آلية هي مأخوذة من العلوم التجريبية و الطبية. استعمل فرويد مصطلح الدفاع لأول مرة سنة 1894 في مقال له، بعنوان "العصابات النفسية للدفاعات" (Les psychonévroses de défense)، حيث كان يربط بين هذه الميكانيزمات و السمات النفس مرضية. كما أراد فرويد من خلال هذا المقال تقديم نظرية نفسية للهستيريا المكتسبة، الرهاب، الوسواس و بعض الذهانات الهلوسية. (Serban Ionescu et autres, 2003, p11)

حسب فرويد يعتبر الدفاع العنصر الأساسي للميكانيزم النفسي لهذه العصابات. حيث ذكر هذا في مقال آخر سنة 1896

(Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense).

و تكون على أنماط دفاعية خاصة:

أ. تحويل انفعال في الهستيريا.

ب. إزاحة انفعال في عصاب الوسواس.

ج. إنكار التمثلات و الانفعالات أو الإسقاط في الذهان.

استعمل فرويد لاحقاً في مقالاته مصطلح الدفاع و الكبت، على أساس أنهما مصطلح واحد. لكنه في سنة 1900 في كتابه "تفسير الأحلام" استعمل هذين المصطلحين بطريقة جد نادرة، إلى غاية سنة 1926، حيث اعتبر فرويد الكبت (كنموذج أولي لعمليات دفاعية أخرى). (Serban Ionescu et autres, 2003, p11)

في كتابه "الكف عرض و قلق"، عاد فرويد إلى مصطلح الدفاع و بيّن بأنه لا يستعمل إلا للدلالة و بطريقة عامة، على كل العمليات التي يستعملها الأنا في الصراعات التي يمكن أن تؤدي إلى العصاب. أما الكبت فيعني نمط جد محدد من الدفاع.

(Serban Ionescu et autres, 2003, p12)

حسب دراسة Buckley سنة 1995، تطرق فرويد لعشرة ميكانيزمات دفاعية:

- النكوص: سنة 1900 في كتاب تفسير الأحلام، كما له علاقة مع مصطلح التثبيت المذكور في كتاب مقدمة في التحليل النفسي سنة 1916.
- الإغلاء و التكوين العكسي: سنة 1905 في كتاب ثلاث محاولات في نظرية الجنس.
- الإسقاط: سنة 1911 في كتاب الرئيس شريبر.
- الانقلاب على الذات و التحويل العكسي في كتاب النزوات و مصير النزوات سنة 1915.

- الاستدخال أو التقمص: سنة 1917 في كتاب الحزن و المنحوليا.

- الإلغاء العكسي و العزل: سنة 1926 في كتاب الكف عرض و قلق.

في سنة 1936 نشرت آنا فرويد أول كتاب عن الميكانيزمات الدفاعية، بالاعتماد على مساهمات والدها، حيث قدمت إسهاماتها الشخصية النظرية و العناصر الأساسية لما أصبح يسمى لاحقاً بتحليل الدفاع.

وصفت آنا أهداف و أنماط الدفاعات إلى جانب جرد مجموعة من الدفاعات تنظيمها و استعمالها التناوبي ضد التهديدات الداخلية و الخارجية.

(Serban Ionescu et autres, 2003, p12)

مساهمة أخرى في تطوير نظرية الميكانيزمات الدفاعية هي تلك الخاصة بـ: Mélanie Klein، حيث وصفت مجموعة من الدفاعات المبكرة و التي تعتبر البعض منها (كدفاعات مشوهة للصورة)، من بينها الانشطار (clivage) و هو الدفاع الأكثر بدائية ضد القلق، المثالية و التقمص الإسقاطي.

إن ما يميز مساهمة كلاين هو التأكيد على وجود أنا قادر على إنشاء علاقات موضوعية بدائية استهامية أو واقعية و هذا منذ الولادة. ساهم كل من Fairbairn و Kernberg في نظرية

كلاين، حيث أعطى هذا الأخير أهمية للانشطار خاصة عند الحالات الحدودية كما ذكر ميكانيزمات أخرى (المثالية البدائية، الإنكار البدائي، القدرة المطلقة، الاحتقار و التقمص الاسقاطي). (Serban Ionescu et autres, 2003, p13)

## 2- تعريف الميكانيزمات الدفاعية:

هي مختلف أنواع العمليات التي تتضمن الدفاع. و نعني به، تلك العمليات التي تهدف إلى تخفيض أو حذف أي تغير يمكن أن يشكل خطرا على الاندماج و الاستقرار البيونفسي للشخص. كما يؤكد الباحثين على أن الدفاع يأخذ غالبا شكلا قهريا، و يكون لاشعوريا على الأقل جزئيا. (Laplanche et Pontalis, 1967, p155)

كما افترض فرويد أن الجهاز النفسي يستعمل طرق دفاعية، في مرحلة لم يتم فيها بشكل محدد الفصل بين الأنا و الهو، تختلف عن الطرق الدفاعية التي يستعملها بعد هذا الفصل. (عبد المنعم الحفني، 2005، ص53)

هي سيرورات نفسية متعلقة بالأنا، تحافظ على أحسن الظروف النفسية، تساعد الشخص على تجنب و مواجهة القلق و كل اضطراب نفسي. و هي تعمل من خلال الصراعات النفسية. في حالة استعمالها بصفة متكررة، أو في غير محلها قد تؤدي إلى اضطراب نفسي. (Alain De Mijolla, 2005, p376)

هو الوسيلة أو الوسائل التي يتخذها الأنا لاشعوريا لتجنب التعبير المباشر، عن النزعات و الوجدانات التي تهدد اتزانه و كأن ميكانيزم الدفاع يعبر عن دافع لاشعوري ، و يهدف لتخفيف القلق أو الدفاع ضد خطر ما. (فرج عبد القادر طه و آخرون، ص448)

هي آلية نفسية لاشعورية يستعملها الشخص لحفض القلق، الناجم عن نزاعات داخلية بين المقتضيات الغريزية، و القوانين الأخلاقية و الاجتماعية. (نوربير سيلامي ترجمة وجيه أسعد، 2001، ص296)

Widlöcher: هي مختلف أشكال العمليات التي تتضمن الدفاع، يعني الأشكال الإكلينيكية لهذه العمليات الدفاعية. يكون هدفها هو تخفيض صراع نفسي يجعله عنصر من عناصر الصراع خارج مجال الوعي. بالنسبة لهذا الباحث لا يمكن فصل الدفاع عن الصراع النفسي، فالميكانيزمات الدفاعية يجب أن تدرس داخل الصراعات النفسية. (Serban Ionescu et autres, 2003, p23)

Braconnier: هي كل الوسائل التي يستعملها الأنا للتحكم، مراقبة أو صرف المخاطر الداخلية و الخارجية. (Serban Ionescu et autres, 2003, p24)

Wallerstein: هي عبارة عن تجريد نظري يستعمل لوصف نمط من العمل، من الوظيفة العقلية. و هو يقارن هذا المصطلح مع الاستيعاب أو المحافظة عند بياجى، و هي صيغ مجردة مناسبة لتفسير السلوك غير المفهوم. فالميكانيزم الدفاعي ليس شعوريا، هذا ما يعني:

- أن الشخص ليس واعيا بالسلوك الذي يتمظهر من خلاله هذا الدفاع.
- أن الشخص ليس واعيا بأن هذا السلوك له هدف دفاعي.
- أن الشخص ليس واعيا بالنزوة أو الانفعال الذي حرك هذا الدفاع.

فإذا أصبح هذا الدفاع شعوريا فإن هذه العناصر الثلاث هي في الحقيقة، التي أصبحت شعورية، و ليست الميكانيزمات الدفاعية. فعند الوصول إلى الهدف الدفاعي تصبح النزوة أو الانفعال شعوريان، ينتهي الدفاع و تصبح وظيفته المتخفية غير موجودة. إذن فحسب هذا الباحث يجب التفريق بين التظاهرات السلوكية للدفاع و الميكانيزمات الدفاعية. التي تشمل السلوكات، الانفعالات و الأفكار التي تكون كأهداف دفاعية شعورية أو لاشعورية.

Drake: يعتبر الدفاعات كمفهوم استعاري لوصف مختلف الأنماط المعرفية، و طرق التصرف مع الواقع الداخلي و الخارجي. إن صعوبة هذا التعريف توضح مدى صعوبة تعريف الميكانيزمات الدفاعية و التعرف عليها. بل هناك من يذهب إلى مستوى آخر من الصعوبات هو موضوع المشتقات الشعورية للميكانيزمات الدفاعية. (Serban Ionescu et autres, 2003, p25)

Vaillant: عرف الميكانيزمات الدفاعية على أنها، أنماط عاطفية و معرفية جد معقدة، يستعملها المخ لتغيير الواقع الصراعى الداخلي و الخارجي.

(Henri Chabrol et Stacey Callahan, 2013, p09)

John Christopher Perry: هي ميكانيزم نفسي يضمن الوساطة بين الرغبات، الحاجات، الانفعالات و النزوات الفردية من جهة، و الممنوعات الداخلية و الواقع الخارجي من جهة أخرى. (J.C. Perry et autres, 2009, p09)

Phebe Cramer: يعتبر الميكانيزمات الدفاعية على أنها بنيات نظرية مجردة تصف طريقة عمل العقل و هي لاشعورية. كما تحمي الشخص من فقدان الذات أو الانسجام الذاتي القلق و الانفعالات السلبية. (Phebe Cramer, 1991, p03)

Plutchik: هو سيرورة لاشعورية تهدف إلى إخفاء، تجنب أو تغيير التهديدات، الصراعات أو مختلف المخاطر. (Serban Ionescu et autres, 2003, p26)

DSM V: هي ميكانيزمات تتوسط استجابات الفرد و مختلف الصراعات الانفعالية، و العوامل الخارجية المسببة للتوتر، هناك ميكانيزمات غير متكيفة و بدرجات مختلفة مثل (الإسقاط، الانشطار و المرور إلى الفعل) و أخرى ممكن أن تكون غير متكيفة أو متكيفة حسب درجة خطورتها، المرونة و الإطار الذي ظهرت فيه مثل (الحذف و الإنكار). (DSM V, 2013, p819)

كما يعرف الدفاع في أصله العسكري، على أنه كل فعل يهدف إلى الحماية ضد العدو، بواسطة التجند النشط. و في نظرية التحليل النفسي، يعني مواجهة كل مطلب نزوي. أو هو كل التقنيات التي يستعملها الأنا في صراعاته. (Paul-Laurent Assoun , 2002, p29)

### 3- تعداد الميكانيزمات الدفاعية:

لا يوجد اتفاق بين الباحثين حول عدد الميكانيزمات الدفاعية. حسب Vaillant هناك العديد من الميكانيزمات الدفاعية أكثر مما نتخيله أو نلفظه. (Serban Ionescu et autres, 2003, p28)

قدمت آنا فرويد في كتابها "الأنا و الميكانيزمات الدفاعية" عشرة ميكانيزمات. في الدليل التشخيصي DSM III، و في الاجتماع الذي كان Vaillant عضوا فيه، و الخاص بالجمعية الأمريكية للطب العقلي، حيث لاحظ عدم وجود اتفاق بين الأعضاء (محللين نفسانيين و أطباء عقليين)، حيث تم في الأخير طباعة الدليل بدون لائحة للميكانيزمات الدفاعية. أما النسخة المراجعة DSM III-R تضمنت معجم من 18 ميكانيزم. في النسخة الرابعة ذهب الباحثون إلى أبعد من ذلك نحو إعداد سلم للوظيفة الدفاعية، ليصبح في القائمة 31 ميكانيزم. هذا بالرغم من أن DSM-IV يعتبر الميكانيزمات الدفاعية، و استراتيجيات المواجهة مترادفين. (Serban Ionescu et autres, 2003, p34)



قدم Vaillant لائحته الخاصة من 18 ميكانيزم، حسب رأيه هي تشكل كل الشخصية بنفس الطريقة التي تتشكل بها ألوان قوس قزح، إنه الاندماج و الاختلاط بين الدفاعات الذي يسمح بفهم السلوك.

بالنسبة للباحث Plutchik، فقد طلب من أطباء عقليين خبراء مقارنة لائحة من 16 ميكانيزم، كل واحد و درجة تشابهه مع آخر، حيث قدموا مخطط دائري، يحدد محيط الدائرة درجة التقارب بين الميكانيزمات، بالإضافة إلى الدفاعات المتضادة.

(Serban Ionescu et autres, 2003, p35)

بالاعتماد على هذه النتائج، اقترح الباحث قائمة من 8 دفاعات أطلق عليها الدفاعات القاعدية: الكبت، الإزاحة، التكوين العكسي، التعويض، الإنكار، الإسقاط، النكوص و التبرير. تعتمد مقارنة هذا الباحث على النظرية النفسية التطورية، حيث تربط دفاعات الأنا، استراتيجيات المواجهة و اضطرابات الشخصية مع الانفعالات القاعدية.

(Serban Ionescu et autres, 2003, p35)

أكد Widlöcher في كتاباته بأن كل سلوكياتنا يمكن اعتبارها ميكانيزمات دفاعية.

(Serban Ionescu et autres, 2003, p36)

إن الوصف المفصل للميكانيزمات الدفاعية لا يهدف إلى تشيئها بل إلى تسهيل فهم العناصر التي تتفاعل فيما بينها، لتضمن الانسجام و الاستقرار النفسي و البيولوجي للشخص. يركز Phebe Cramer في كتابه (تطور الميكانيزمات الدفاعية)، على ثلاثة دفاعات فقط و هي: الإنكار، الإسقاط و التقمص. على اعتبار الإسقاط هو من يسمح للفرد بالتفريق بين العالم الداخلي و الخارجي، الذات و الآخر، و لإطلاق الأحكام على الأشياء: المتعة، الألم، حسن، سيء، مقبول، غير مقبول. (Phebe Cramer, 1991, p62)

أما الإنكار فهو عدم اعتراف الشخص بالتشوه الإدراكي للعالم الخارجي، حيث يهدف إلى عدم توجيه الانتباه إلى المثير الخارجي، كما يسبب التعرف عليه الألم أو الاضطراب النفسي.

(Phebe Cramer, 1991, p36-37)

أما التقمص و الذي يعتبر الأقل تعقيدا من السابقين، فكما يتعلق الإسقاط بالتفريق بين الذات و الآخر، فإن التقمص يتعلق بالقدرة على التفريق و التغيير داخل الذات. فوجود بنيات

ذاتية جديدة- بما فيها الأنا الأعلى و الذات المثالية- يطور جانبا منسجما من سيرورة التقمص. و خلافا للإنكار و الإسقاط، يستمر التقمص بالتطور خلال المراهقة.

(Phebe Cramer, 1991, p84)

#### 4- مصدر الميكانيزمات الدفاعية:

تعود الميكانيزمات الدفاعية إلى مراحل مبكرة من الطفولة، حيث لا تكون قد أخذت شكل دفاعات بمعنى الكلمة. فحسب Sandler يعتبر هذا شرطا ضروريا لظهور الدفاعات لاحقا. فهي ممكن أن تكون على شكل سلوكيات حركية تكون كنموذج أولي للدفاعات. بالنسبة ل Spitz فإن هذه النماذج الأولية هي وظائف نفسية ترجع إلى مراحل الطفولة الأولى، و التي تضمن في بادئ الأمر التكيف للطفل. تمثل هذه النماذج كذلك وظائف جسدية فطرية، كما تشكل خصائص و طرق الوظيفة النفسية الموجودة منذ الولادة.

(Serban Ionescu et autres, 2003, p54)

لقد فحص Hartmann بعض النماذج الأولية الفيزيولوجية المبكرة، للدفاعات النفسية اللاحقة كما فعل Greenacre سنة 1958، حيث تكلم عن النواة الفيزيائية و حصر دراسة هذه النماذج في وظائف فيزيولوجية تعمل كدفاعات عند الطفل حديث الولادة. لم يهتم Spitz مثلا بميكانيزم الإزاحة فهو لا يعتبره كذلك، بل يمثل له طريقة أساسية لوظيفة اللاشعور، و هو نفس الأمر بالنسبة للتكوين العكسي، التسامي و التبرير. بالنسبة له هذه الميكانيزمات الثلاث ليست لها نماذج أولية جسدية، فهي تنتمي إلى مجموعة من "الأدوات النفسية"، التي تتطور في مستوى من التعقد العالي و هي تعتمد على وسائل مُشكَّلة سابقا.

(Serban Ionescu et autres, 2003, p56)

## جدول رقم 01: النماذج الأولية لبعض الميكانيزمات الدفاعية حسب René Spitz

النموذج الأولي	الميكانيزمات الدفاعية
الحواجز الدفاعية في الطفولة، الحماية ضد المثيرات	الكبت
النوم	النكوص
تجارب الانفصال: الولادة، تقلبات العلاقة أم/طفل، الانتقال من إدراك منتشر، لا متميز عن انفصال، إلى تحديد العناصر الأساسية	العزل
الحلم	الإلغاء العكسي
التناقض الوجداني الأولي و هو نموذج أولي للتناقض الوجداني النفسي، و هي ظاهرة لها علاقة مع اللاتمايز في كل جوانب الشخصية للمولود الجديد، و هي تتمظهر على شكل سلوك غير منتظم في السنة الأولى من عمر الطفل	الانقلاب العكسي يسميه Spitz التحول العكسي
سببه هو التمايز غير المكتمل للنزوات و خاصة بين "أنا" و "لست أنا" « non je » / « je »	الانقلاب على الذات
التحشؤ و التقيؤ في الشهر الثالث	الإسقاط
الأكل	الاستدخال
إغلاق الجفون	الإنكار

يبين هذا الجدول بعض الميكانيزمات الدفاعية و ما يعادها من نماذج أولية سابقة، حيث تعتبر الدفاعات امتدادا لها، و هذا حسب رأي Spitz.

تتلقى هذه النماذج تأثيرا من المحيط خاصة من العلاقة أم/طفل. حسب Spitz فإن طبيعة هذه العلاقة و تقلباتها و مصيرها يحدد اختيار مجموعة خاصة من الميكانيزمات الدفاعية يعدها الطفل، و على أساسها يشكل بنيته المزاجية الفردية. فهو يؤكد على أن هذه العلاقات هي من تؤدي بالطفل إلى استعمال بعض النماذج كدفاعات، بصفة تفضيلية بالنسبة لأخرى. كما تحدث عن بعض المواقف ذات الطبيعة المرضية، فبعد بضعة أشهر من الولادة تحمي الأم طفلها

من كل المثيرات، فإذا فشلت في دورها، حيث تقوم برفع حدة المثيرات و تفعيل النماذج الأولية للميكانيزمات الدفاعية، أو حتى تفعيل هذه الأخيرة لتظهر مبكرا. هذا ما يؤدي إلى تكوين أنا مشوه أو ما سماه Spitz التطور غير المتماثل للأنا.

(Serban Ionescu et autres, 2003, p57)

إن السؤال المطروح هنا كيف يتم الانتقال من النماذج الأولية إلى الميكانيزمات الدفاعية. على افتراض استدخال الأداة البيولوجية على شكل عملية التفكير. فالانتقال من الاستجابة الحركية إلى بنية معرفية مستدخلة يؤكد كل من Slap و Lichtenberg، بأن الإدخال و الإخراج تشكل عند الرضيع أفعالا حركية مهمة، و ظهور البنيات المعرفية المشتقة من هذه النشاطات الحركية يتطلب وجود حدود بين ما هو أنا و غير أنا. فالتفريق بين التمثل و الواقع، و التعرف و تحديد المواضيع الموجودة في المحيط، هي متطلبات تطور الاستدخال و الإسقاط كدفاعات. يعتقد كل من Lachmann و Stolarow بأن لكل ميكانيزم دفاعي سلسلة تطورية خاصة. و كل دفاع يمثل وصول سلسلة من الجهود التطورية إلى هذه المرحلة. حسب Lichtenberg إلى غاية وصول الطفل المستوى الرمزي، من الضروري الحديث عن الإجراءات الدفاعية البيوعصبية، الفيزيولوجية و السلوكية و اعتبار الميكانيزمات الدفاعية، كمكونات لنمو الطفل نحو عالم نفسي رمزي-تمثلي. (Serban Ionescu et autres, 2003, p57)

### 5- مصير الميكانيزمات الدفاعية:

بالرغم من العراقيل المنهجية فقد أخذت المقاربة التطورية للميكانيزمات الدفاعية أهمية بالغة. بدأت فكرة تحول الدفاعات مع عمر الفرد سنة 1915، في مقال لفرويد بعنوان: "النزوات و مصير النزوات"، حيث أكد بأن مصير النزوات يعتمد على أنماط الدفاعات ضد النزوات. حيث أعطى أربع احتمالات:

أ. الانقلاب إلى العكس: يتضمن سيرورة انقلاب النزوة من الفاعلية إلى عدم

الفاعلية، ثم التحول في المحتوى.

ب. الانقلاب على نفس الشخص (أو على الأنا).

ج. الكبت.

د. التسامي.

بالنسبة لفرويد يعتمد الاحتمالين الأولين على التنظيم النرجسي للأنثى، فالمرحلة النرجسية هي بداية تطور الأنثى. إن هذين الاحتمالين يتعلقان بمحاولات دفاعية حيث خلال مراحل متقدمة من تطور الأنثى، يتم تحقيقها بوسائل أخرى. حسب فرويد تنتقل الدفاعات من مرحلة أساسية أقل تنظيماً إلى مرحلة لاحقة أكثر تنظيماً. (Serban Ionescu et autres, 2003, p52)

إن هذه الأفكار راجعتها أنا فرويد لاحقاً في كتابها حول الميكانيزمات الدفاعية، ثم في مناقشتها مع Sandler في كتاب (تحليل الدفاعات)، نلخصها فيما يلي:

أ- إن التسلسل الزمني لظهور الميكانيزمات الدفاعية من الصعب إعداده. فقد اهتمت أنا فرويد بالدفاعات البدائية و المتطورة. و أكدت بأنه لا يمكن التقدم في هذا الأمر، إلا إذا تقدمت معارفنا في مجال تطور الأنثى. هذا ما كانت تطمح إليه أنا فرويد لكنها توفيت قبل تحقيق هذه الرغبة و الفضول العلمي.

ب- لا تظهر الميكانيزمات الدفاعية إلا بوجود شروط معينة: لكي يستعمل الطفل الكبت يجب أن يكمل مرحلة التفريق بين الأنثى و الهوى. و لكي يعمل هذا الكبت بطريقة وظيفية صحيحة، فهو يحتاج إلى بنية للشخصية:

- يتطلب التقمص إنهاء مرحلة الاندماج، بالنسبة لآنا إذا كان الشخص و الموضوع يشكلان شيئاً واحداً، فلماذا نتقمص إذا.

- التسامي يتطلب وجود قيم الأنثى الأعلى.

- النكوص و الاتجاه ضد الذات يعتبر مستقل عن مرحلة النمو و يمكنه أن يشكل الميكانيزمات الدفاعية الأكثر بدائية. (Anna Freud, 2001, p31)

ج- يكون وجود الميكانيزمات الدفاعية عادياً في سن معين، و خطيراً أو مرضياً قبل ذلك أو بعده. فالكبت يظهر أثناء الفترة الأوديبية. و لا نكبت لاحقاً إلا في الحالات غير العادية.

- المخيلة هي ميكانيزم عادي في الطفولة، حيث إذا ظهر لاحقاً كهذيان فهو يعبر عن حالة ذهان.

- التعتيل (intellectualisation) الذي يميز المراهقة و هو عادي في هذه المرحلة. لكننا نقلق عندما يتأمل طفل ذو 8 سنوات العالم كله، على مكانته فيه و يتساءل بطريقة لا تتلاءم مع سنه على سبب وجوده.

د- يمكن للدفاع أن يتطور خلال عمر الشخص، لكن في بعض الحالات هناك تسلسل تطوري خاص: فنجد مثلا مستويات للإنكار، حيث ينكر الطفل الواقع بالقيام بفعل ما، ليغير واقع خارجي مؤلم. أما إنكار الانفعال من خلال تقبل الواقع لكن ينكر الشخص الانفعال الذي يرتبط به. أما الإنكار التخيلي، فيكون في حالة إبدال الواقع المؤلم بمخيلة مريحة. (Serban Ionescu et autres, 2003, p53-54)

لقد قدم Cramer بعض الأفكار الخاصة بتطور الميكانيزمات الدفاعية كالتالي:  
 - إن مصدر كل ميكانيزم يتمثل في استجابة فطرية خاصة على شكل منعكس.  
 - في الكثير من الحالات، يمكننا التعرف على هذا النموذج الأولي الفيزيولوجي.  
 - هناك استجابات حركية إرادية مشتقة من منعكسات فطرية، تمثل نماذج أولية للميكانيزمات الدفاعية.

- تمتلك مختلف الدفاعات نماذج أولية حركية مختلفة.  
 - إن استدخال و تحول هذه النماذج الحركية إلى بنية معرفية هو العنصر الأساسي في السلسلة التطورية، الذي يمثل ظهور الميكانيزم الدفاعي لاحقا.  
 - يمكن بعد ذلك أن يتطور الدفاع، و يعتمد استعماله على قوة الدفاعات الأخرى المتوفرة، مزاج الشخص و درجة الضغط الذي يعيشه. (Phebe Cramer, 1991, p23-26)

نلاحظ هنا أن Cramer يقترب في مقارنته من بعض أفكار Spitz فيما يخص النماذج الأولية للميكانيزمات الدفاعية. فالطفل يستعمل الدفاعات لمدة معينة ثم تفقد أهميتها، سواء تختفي كليا أو تبقى خامدة. لاحقا من الممكن أن تستبدل بميكانيزم آخر. عموما، تبقى الميكانيزمات الدفاعية بعد ظهورها على شكلها الأصلي طيلة حياة الشخص. بالرغم من أنه يمكن أن تتحكم فيها أو تغطيها الميكانيزمات التي تظهر لاحقا.  
 (Serban Ionescu et autres, 2003, p62)

يستعمل الدفاع على شكله الأساسي مدة من الزمن، ثم ممكن أن يتغير. لكن مع بقاءه كفرع من نفس الدفاع، أو يتحول إلى دفاع مختلف تماما، حيث يمكن أن يتلقى تغيرا في وظيفته، مع بقاء نفس الشكل المعرفي من التفكير، لكنه ينفصل عن أصله الصراعى. و يمكن أن يستعمل في هذه الظروف الجديدة في إطار نشاط فكري خال من أي صراع. فبغض النظر عن المرحلة التي يمارس فيها الدفاع وظيفته، يتمكن و بفضل نضجه، من القيام بوظائف أخرى، ليصبح ميكانيزم للتحكم المعرفي أو يشكل سمة عامة من الطبع، و هذا حسب رأي Cramer. (Serban Ionescu et autres, 2003, p62)

### 6- تجميع و تصنيف الميكانيزمات الدفاعية:

هذا ما اتجه إليه كل من M. Bond و G. Vaillant و الكثير من الباحثين. حيث اعتبرا بأن تجميع الميكانيزمات الدفاعية- مع أنه إجراء تقريبي- إلى ما يسمى بالأنماط الدفاعية يكون أكثر عمليا من التعرف عليها بصفة فردية. (J.C. Perry, 2009, p11)

تسمح هذه الأنماط بالتعرف على أشكال مراحل تطور الشخص و معلومات حول وظيفة الأنا. حسب Vaillant فإن مشكل دراسة الميكانيزمات الدفاعية، هو خطر دراستها فرديا، في إطار وظيفة نفسية شاملة للشخص. (J.C. Perry, 2009, p12)

إن الهدف من تصنيف الميكانيزمات الدفاعية هو ثنائي القطب: من جهة، هو إيجاد الأنماط الدفاعية، و من جهة أخرى، وضع لغة مشتركة بين الباحثين، الذين اتفقوا أغلبهم على هذه الفكرة، مع وجود بعض الاختلافات في التصنيف. كما ذهبوا إلى تبني مخطط مشترك يبدأ من الأنماط الدفاعية الأكثر نضجا و تكيفا، إلى تلك غير الناضجة و غير المتكيفة. ذكرت آنا فرويد أربعة نقاط خاصة بمسألة نضج الميكانيزمات الدفاعية و هي:

- أ. تعقد إمكانية إيجاد تسلسل زمني لها.
- ب. ضرورة وجود شروط مسبقة لظهورها.
- ج. ظهور بعض الميكانيزمات في عمر معين يكون عادي، أما في غير ذلك فقد يكون خطيرا أو مرضيا.
- د. إمكانية تطور الميكانيزمات خلال الحياة، يعطي تسلسلا تطوريا فريدا.

(J.C. Perry, 2009, p13)

قام M. Bond في دراسته باستعمال استبيان DSQ للميكانيزمات الدفاعية. و بالتحليل العاملي لإجابات الأشخاص على البنود، حيث وجدها أكثر عملية من الإجابة على كل سؤال منفردا عن الأسئلة الأخرى. و من هنا استخرج أربعة عوامل، يتعلق كل واحد منها بنمط دفاعي خاص:

- العامل 1: يتضمن ست دفاعات (الانسحاب، الكف، النكوص، المرور إلى الفعل، الاعتداء غير الفعال و الإسقاط). يمكن ملاحظة هذه الميكانيزمات حتى في الوظيفة النفسية العادية، تكون السمة المشتركة بينهم هي عدم القدرة على التفاوض مع النزوات بتحقيق سلوك ايجابي.

- العامل 2: يتضمن أربع دفاعات (الانشطار، المثالية البدائية، القدرة المطلقة و الاحتقار). و هو نمط دفاعي موجه نحو التمثل و ليس الفعل (تشوه الصورة). تؤدي هذه الميكانيزمات إلى فصل صورة الذات و الآخرين، إلى صورة حسنة و أخرى سيئة. يستعمل هذا النمط الدفاعي في الوضعيات الضاغطة، كما يتعلق بالشخصيات النرجسية و ذات التنظيم الحدودي.

- العامل 3: التكوين العكسي و شبه الإيثار (التضحية بالذات).

- العامل 4: يتضمن الفكاهة، القمع و التسامي. و هي ميكانيزمات تساهم في التحكم في الصراع و تمثل النمط التكييفي. (J.C. Perry, 2009, p14)

كما استعمل الباحثين السابقين، معاملات ارتباط بين الأنماط الدفاعية و معايير نضج الأنا باستخدام اختبار Loevinger، بهدف وضع تصنيف و رؤية تطويرية، ابتداء من السلوك غير المتكيف إلى تشوه الصورة ثم التضحية بالذات للوصول إلى النمط التكييفي.

في دراسة أخرى قام بها Andrews و آخرين سنة 1993، حيث استخرجوا ثلاث عوامل مرتبطة بثلاث أنماط معرفية: النمط الناضج، النمط العصبي و النمط غير الناضج. و هي تتضمن تقريبا نفس الميكانيزمات بالنسبة لدراسة Bond. (J.C. Perry, 2009, p14)

وضع Vaillant تصنيفا بأربع مستويات به 18 ميكانيزم، و اقترح بعض العناصر التي تسمح بالتفريق بين مختلف الميكانيزمات، سواء من ناحية مصدر الصراع أو التعبير عن الاندفاعية:

- الدفاعات الذهانية: تتضمن الإسقاط الذهاني، الإنكار الذهاني و الإسقاط.



- الدفاعات غير الناضجة: المرور إلى الفعل، الاستجابات غير الفعالة، المخيلة شبه الفصامية، توهم المرض، العدائية و التفكك.

- الدفاعات العصائية: الكبت، الإزاحة، التكوين العكسي و التعقيل.

- الدفاعات الناضجة: الإيثار، التسامي، الفكاهة، الاستباق و القمع.

إن هذا التصنيف هو قريب من سلم الوظيفة الدفاعية الموجود في ملاحق الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-IV، و هو مستوحى بدوره من أعمال الباحث John Christopher Perry، و هو سلم تقييم الميكانيزمات الدفاعية (DMRS)، و يتضمن سبع مستويات من الوظيفة الدفاعية: يبدأ من المستوى الناضج، إلى مستوى الفعل، و سيتبنى الباحث هذا النموذج في الجانب التطبيقي من هذه الدراسة:

1- المستوى الناضج (mature) : أو المستوى التكيفي الأعلى. و هو المستوى

(7)، حيث يكون التكيف جيدا مع عوامل الضغط، يمتاز باستعمال تفضيلي لدفاعات

(الاستباق، القدرة على الرجوع إلى الآخر أو الانتساب، الإيثار، الفكاهة، تأكيد

الذات، الاستبطان، التسامي و القمع).

2- الوسواسي (obsessionnel) : و هو المستوى (6)، تكوين نوع من التسوية

تسمح بجعل الأفكار، الأحاسيس، الذكريات و الرغبات خارج مجال الوعي. و التي تمثل

تهديدا محتملا. و هو يتميز بالاستعمال المتكرر للتعقيل (intellectualisation)، عزل

الانفعال و الإلغاء الرجعي.

3- العصابي (névrotique) : و هو المستوى (5)، و هذا بهدف ضبط تقدير

الذات و هو يظهر من خلال استعمال الكبت، التفكك، التكوين العكسي و الإزاحة.

4- النرجسي (narcissique) : و هو المستوى (4)، الحفاظ على عوامل الضغط

و النزوات خارج مجال الوعي سواء كانت على علاقة بالأحداث الخارجية أم لا. و يصل

إليه عندما يكون الاحتقار، المثالية و القدرة المطلقة ضروريين لجعل المحتويات غير المقبولة

و المسببة للألم النفسي، خارج مجال الوعي.

5- مستوى النفي (désaveu) : و هو المستوى (3) و يتضمن الإنكار، الإسقاط

و التبرير (rationalisation).

- 6- المستوى الحدودي (borderline): و هو المستوى (2) و يتضمن انشطار الذات، الموضوع و التقمص الاسقاطي.
- 7- مستوى الفعل (action): و هو المستوى (1) و يتضمن المرور إلى الفعل، الاعتداء غير الفعال و توهم المرض. (J.C. Perry, 2009, p16)
- إن هذا التصنيف يتضمن ميكانيزمات دفاعية و مستويات وظيفية نفسية هي من أعمال G. Vaillant، و ميكانيزمات مرتبطة بالعلاقة بالموضوع (الانشطار و التقمص الاسقاطي)، و التي تناولتها Mélanie Klein و طورها بعدها Otto Kernberg، و كانت ثمرة عمل John Christopher Perry، امتدادا لأعمال هؤلاء الباحثين. إن الخاصية المشتركة بين هذه التصنيفات، هي محاولة وضع تدرج بين مختلف الأنماط الدفاعية من حيث درجة نضجها، و هذا على أساس فرضية العلاقة بين درجة النضج للأنا، الميكانيزمات الدفاعية و قابلية الميل للنزعة النفس مرضية. (J.C. Perry, 2009, p17)
- ذكر Verwoerd ثلاثة أقسام من الميكانيزمات الدفاعية و هذا حسب الطريقة التي تتفاوض بها مع التهديدات:
- 1- القسم الأول: يتميز بالانسحاب أمام التهديد مثل النكوص في حالة توهم المرض.
  - 2- القسم الثاني: يجمع ميكانيزمات تعمل على إلغاء التهديد من مجال الوعي مثل الإنكار، القمع، التبرير، الإسقاط و الاستدخال.
  - 3- القسم الثالث: يتكون من ميكانيزمات السيطرة و التحكم في التهديدات مثل: التعقيل، العزل، الرجوع إلى السلوكيات المضادة للرهاب و التسامي.
- يعتبر الباحثين Ihilevich و Gleser من بين أشهر الباحثين في مجال الميكانيزمات الدفاعية، حيث قدما بدورهما تصنيفا على أساس خمسة أنماط دفاعية عامة:
- 1- الاتجاه ضد الموضوع: حيث تسري الصراعات الداخلية و التهديدات الخارجية بواسطة هجمات شديدة و غير ملائمة، موجهة ضد المصدر الواقعي أو المشتبه من الخطر. هذا ما يجعل الشخص ينتقل من تجربة الإحساس بالتهديد إلى أن يكون هو

المهتد. هذا ما يشكل نوعا من توهم السلطة و القدرة على المساندة و هذا لأجل راحة الشخص. نجد في هذا النمط ميكانيزم تقمص المعتدي و الإزاحة.

2- الإسقاط: و يتميز هذا النمط بتبرير التعبير عن المعارضة أو الرفض بإسناد رغبات أو خصائص سلبية إلى الآخرين، انطلاقا من حجج مشوهة. هذا النوع من الإسناد يخفض من قلق الشخص، فيما يخص خصائصه غير المرغوبة، و يحدث نوعا من التحكم في هذه الخصائص و بالتالي تحسين تقدير الذات.

3- اللعب على المبادئ: بتبني مبادئ عامة، فإن الميكانيزمات في هذا النمط تتخذ نوعا من سلوكات التفاهة و المخالطة، و هذا لإخفاء صراع داخلي أو تهديد خارجي، و إبعاد الدلالة الانفعالية للصراعات أو التهديدات إلى خارج مجال الوعي. و بإحداث فهم توهمي تعطي هذه الدفاعات للشخص الإحساس بالسيطرة و التحرر الانفعالي بالنسبة للتهديد المدرك، تخفض القلق و ترفع من تقدير الذات. نجد في هذا النمط دفاعات التعقيل، التبرير و العزل.

4- الاتجاه ضد الذات: أمام الصراعات و التهديدات توجه الاستجابات الدفاعية انتقادات شديدة ضد الذات، الغضب و المعارضة. إن هذا النوع من الاستجابات تعمل كنوع من (ممتص الصدمات)، تخفض من الأثر النفسي للصراعات و التهديدات. إن استباق و توقع الخطر يعطي نوعا من توهم التحكم، في نتائج محتملة غير مرغوب فيها، هذا ما يخفض أثر التهديدات المدركة.

5- الانقلاب: تعمل الاستجابات الدفاعية لهذا النمط على خفض الصراع الداخلي أو التهديد الخارجي، و هذا بتصغير أهميتها أو إزاحتها كليا عن مجال الوعي. يستجيب الشخص بطريقة إيجابية أو حيادية على إثر حدث محبط، بسبب استجابة سلبية. إن حجب الواقع المؤلم يشكل وهما من السيطرة على الصراعات و التهديدات، هذا ما يخفض من القلق الشعوري و يرفع من إحساس الشخص بالراحة. نجد في هذا النمط ميكانيزمات النفي، الإنكار، التكوين العكسي و الكبت. (Ihilevich. D and Gleser G.C, 1991, p185)

## 7- أهم التساؤلات في نظرية الميكانيزمات الدفاعية:

\* هل يوجد فرق بين مصطلح الميكانيزمات الدفاعية و مصطلحات أخرى عندما نتكلم عن الدفاع؟

أستعمل هذا المصطلح في بادئ الأمر من طرف فرويد للدلالة على الظواهر النفسية التي لها تنظيمات يمكن ملاحظتها و تحليلها علميا. (Serban Ionescu et autres, 2003, p14)

كان هذا المصطلح موجودا سنة 1893 في "المحاضرة الافتتاحية"، حيث قدم كل من بروير و فرويد موضوع "الميكانيزم النفسي للظواهر المستيرية". بعد ذلك و عندما أخذ هذا المصطلح شكله النهائي (نسبيا)، ربط كل من بروير و فرويد سنة 1895، بين مختلف السياقات التي يلتزم بها الأنا، للتخلص من عدم مطابقته لتمثل ما، و مختلف الأمراض العصابية.

ظهر مصطلح ميكانيزم المرتبط بالتحول المستيري سنة بعد ذلك في مقال "ملاحظات جديدة حول العصابات النفسية للدفاع".

إن مصطلح ميكانيزم و هو مأخوذ من العلوم الطبيعية التجريبية و الطبية، يؤدي إلى نظرة ميكانيكية للدفاع الأنا، و هو يشبه طريقة عمل آلة ما. ففي مناقشات أنا فرويد و ساندلير، حيث تكلمنا عنها باعتبارها (نوع من الآلة العقلية)، حيث يسيطر الطابع اللاشعوري الآلي. إن هذه النظرة للدفاعات يمكن قبولها بصعوبة، و هذا بسبب تنوع الميكانيزمات الدفاعية.

(Serban Ionescu et autres, 2003, p15)

هناك جانب آخر يتعلق بعلاقة الميكانيزمات الدفاعية بالإجراءات الدفاعية (Mesures et manœuvres défensives)، حيث استعملتها أنا كمترادفين، و من خلال المناقشات مع ساندلير الذي وضع الخط الفاصل بينهما:

- تتكون الإجراءات الدفاعية من مختلف أشكال النشاطات و التي يمكن أن تكون طريقة للتعبير عن الكثير من الأمور، و التي يمكن أن تستعمل لأهداف دفاعية في بعض الظروف.
- أما الميكانيزمات الدفاعية، فهي أدوات مطورة لحماية الأنا و تستعمل خصيصا لهذا الغرض، سواء في حالة السواء أو الشذوذ. يركز الباحثين هنا على عنصرين مهمين:

- الأول يتعلق بخصوصية الميكانيزمات الدفاعية، فهي أدوات للدفاع عن الأنا و لتوضيح الأمر، تستعمل أنا مجازا لغويا يتعلق بالأسلحة (مثل بندقية أو رمح)، مقابل أدوات أخرى مثل: المقلاة، فهي ليست بسلاح بمعنى الكلمة، و لكن يمكن استعمالها كذلك في بعض الأحيان. فمطابقة هذا المجاز، على هذا الموضوع، يمكننا التأكيد على أنه إذا كان الكبت و الإسقاط ميكانيزمات دفاعية فإن نشاطات أخرى مثل التهكم أو التمثيل، لا تمثل ميكانيزمات حقيقية، لكن يمكن أن نستعملها كإجراءات دفاعية. (Serban Ionescu et autres, 2003, p16)

- الثاني يتعلق بعلاقة هذه الميكانيزمات و الإجراءات الدفاعية بالمرض. بالنسبة لآنا فإن مصطلح إجراء يتعلق بكل ما له وظيفة دفاعية و خاص بشخص معين. لكنها تؤكد بأنه لا يوجد مرض يتعلق بإجراءات دفاعية. في الأخير، هناك اتفاق بين الباحثين على أن العلاقة بين المرض و الدفاع تمثل معيارا تفريقيا بين الميكانيزمات و الإجراءات الدفاعية. كما يستعمل الباحثين في مناقشتهما مصطلحا آخر هو أنماط أو أشكال الدفاع الخاصة، و هي مختلف الأشكال التي يتمظهر بها الدفاع، فحسب آنا يمكن التفریق بين العصابات حسب النماذج الخاصة من الدفاعات المستعملة، هذا إلى جانب، استعمالها لمصطلح الطرق الدفاعية، و هي مجموع المراحل المنطقية المتبعة و المستعملة للوصول إلى هدف معين. كما تعرض ساندير في كتابه "تحليل الدفاعات" إلى الميكانيزمات الدفاعية كسيرورة حيث يقول: "يمكن أن تكون الدفاعات مبنية و مبلورة بطريقة تسمح لها بالعمل ذاتيا". حيث باعتبار أن الميكانيزمات الدفاعية سيرورات يحدثها التهديد، ليتدخل الأنا لاحقا. كما وافقته آنا فرويد في الرأي، و اعتبرت الدفاع (كجزء مهم من السيرورة، و ليس كبنية متحجرة).

(Serban Ionescu et autres, 2003, p17)

أما مصطلح استراتيجيات المواجهة (coping) فكان أول من تناوله هو Lazarus.R.S سنة 1966 في كتابه (الضغط النفسي و سيرورات المواجهة). و هو يعتبره مجموع الجهود المعرفية و السلوكية الموجهة للتحكم، خفض أو تقبل المتطلبات الداخلية و الخارجية التي تهدد أو تتجاوز قدرات الشخص. (Henri Chabrol et stacey Callahan, 2013, p03)

هناك عدة أنواع من المواجهة: الاستراتيجيات المركزة على الانفعال، على المشكل. الاستراتيجيات التجنبية و اليقظة. أما مواجهة المشاكل فتتخذ شكل: الحل العقلاني بما فيه جمع

المعلومات، البحث عن المساندة الاجتماعية، إعادة ترتيب ايجابي للأمر، تجنب، تسرب، قمع معرفي (الابتعاد أو تصغير التهديدات)، الرجوع إلى التفكير السحري، اتهام الذات، التعبير أو قمع المشاعر، المصارعة أو قبول المواجهة و التحكم في الذات.

(Serban Ionescu et autres, 2003, p104)

حسب الباحث N. Hann فإن الميكانيزمات الدفاعية تمتاز بالصلابة، لإرادية، مغيرة أو مشوهة للواقع. أما استراتيجيات المواجهة فهي مرنة، إرادية و مرتبطة بالواقع. إن الحدود بين تعريف الميكانيزمات الدفاعية و استراتيجيات المواجهة رغم جهود الباحثين، تبقى غامضة. فنظريا يبدو بأن لهم نفس الوظيفة تقريبا، لكن ميكانيزماهم الوظيفية من المرجح أنها مختلفة.

(J.C. Perry, 2009, p10)

### \* ضد ماذا يدافع الأنا؟

حسب آنا فرويد هناك هدفين: نزوات الهو و الانفعالات المرتبطة بها. حيث تحاول هذه النزوات الولوج إلى الشعور لتحقيق الرضا و اللذة، و هذا بإرسال بعض مشتقاتها إلى الشعور، من هنا يظهر الصراع بين الأنا من جهة، و النزوات و مشتقاتها من جهة أخرى. أما الهدف الثاني هو الانفعالات المرتبطة بالنزوات مثل الحب، الشوق، الغيرة، قهر النفس، الألم و الحزن. حين تخضع لكل الإجراءات التي يتخذها الأنا للتحكم فيها و بالتالي تتعرض للتغيير.

(Serban Ionescu et autres, 2003, p17)

في مناقشاته مع آنا فرويد أكد ساندير بأن الدفاع يكون ضد الانفعالات بحيث إذا لم يتعلق الأمر بانفعالات مزعجة، فإننا لا نستعمل الدفاع. هذا إلى جانب وظيفة الدفاع، بين المحتوى الفكري الذي تم تغييره و الانفعال الذي نتجنبه أو نخفض من أثره.

(Serban Ionescu et autres, 2003, p18)

حسب Vaillant هناك خمسة مواضع يستعمل فيها الأنا الدفاع و هي:

- 1- للحفاظ على الانفعالات في حدود محتملة، خلال أزمات الحياة المفاجئة.
- 2- لاسترجاع التوازن الانفعالي، بتصريف التغيرات البيولوجية المفاجئة (كالبلوغ)، أو جعلها في المقام الثاني من حيث الأهمية.
- 3- للحصول على وقت إضافي فيما يخص التغيرات المهمة في صورة الذات (مثل القيام بعملية جراحية أو ترقية غير متوقعة أو سرطان اللوكيميا في مثل دراستنا هذه).

4- التعامل مع الصراعات العالقة مع الآخرين.

5- لإنقاذ الصراعات الكبرى من الشعور (في الحرب مثلا).

### \* لأي سبب يستعمل الأنا الدفاع؟

بالنسبة لآنا فرويد و في حالة الدفاعات التي يكون هدفها النزوات هناك أربعة أسباب:

1- الخوف من الأنا الأعلى: الذي يتعارض مع إمكانية تحول النزوة إلى مستوى

الشعور و الحصول على اللذة، حيث يضع الأنا الميكانيزمات الدفاعية في حالة استعداد

و يدخل في صراع مع النزوات. و نجد هذا في حالات العصاب عند الراشدين.

2- الخوف الواقعي: عند الطفل الذي يعتبر النزوة كخطر، و هذا بسبب الوالدين أو

المربين الذين يمنعونه من تحقيق لذتها. و هذا ما يلاحظ في عصاب الأطفال. إن هذين

السببين يشتركان في كون الأنا أثناء الدفاع يستجيب لمبدأ الواقع. فالبرغم من تعارض

الأنا الأعلى أو العالم الخارجي، تحقق النزوة لذتها، بعدها يكون إحساس بالذنب و

الانزعاج، الذي يحاول الأنا تجنبه.

3- الخوف من تفاقم شدة النزوات: و هو موجود عند بعض الأطفال، و يظهر

لاحقا في بعض فترات التغير الفيزيولوجي كالبلوغ و سن اليأس أو في بداية الذهان.

4- و هو موجود عند الراشدين و ينبع من الحاجة إلى تركيب و بلورة الأنا. و هو

مرتبط بكون الأنا عند الراشد يتطلب انسجاما بين نزعاته المتعارضة كالفاعلية و عدم

الفاعلية. (Anna Freud, 2001, p56)

فأسباب الدفاعات ضد الانفعالات هي ناتجة حسب آنا من الصراعات بين الأنا

و النزوات. فعندما يتجه نحوها يحاول أيضا الدفاع ضد الانفعالات المصاحبة لها. فهو يقرر

اتجاهه نحو الانفعال حسب مبدأ اللذة، فيتقبل بحماسة الانفعال اللطيف، و يدافع ضد

الانفعال المؤلم. (Serban Ionescu et autres, 2003, p19)

### \* ما هو الدفاع الناجح؟

ذكرت آنا فرويد أربعة عناصر تتعلق بالدفاع الناجح:

- 1- إن اعتبار نجاح الدفاع يكون بالنظر إلى الأنا، و ليس العالم الخارجي و التكيف. و هي تقصد هنا مراجعة الأنا كبنية و محتوى، باعتباره هو المرجع الأول و الأساسي للحكم على الدفاع إن كان ناجحا أم لا.
- 2- ترتبط معايير النجاح بالأهداف التالية: منع النزوة غير المقبولة من الولوج إلى مجال الشعور، إبعاد القلق المرتبط بالنزوة، و الهروب من كل أشكال الألم النفسي.
- 3- في الكبت كحالة خاصة، يكون النجاح فعالا، إذا اختفى الكبت من مجال الشعور.
- 4- إن الدفاع الناجح يكون دائما أمرا خطيرا، فهو يقلص بشدة مجال الشعور و كفاءة الأنا، كما يقوم بتشويه الواقع. فيمكن أن تكون له عواقب وخيمة على صحة الشخص و تطوره لاحقا.
- إذن فالنجاح يرجع إلى طبيعة الأنا و مدى ولوج النزوات أو الدفاعات لمجال الشعور. أما بالنسبة لفشل الدفاعات فيرى سانديليز بأن تشكل الأعراض يكون كإجراء أخير عندما تفشل الدفاعات، حيث تأخذ الأعراض وظيفة الدفاعات، بالرغم من الألم الذي تسببه للشخص.
- (Serban Ionescu et autres, 2003, p19)
- أما Fenichel فقد قدم إجابة نموذجية على هذا السؤال:
- الدفاعات الناجحة: و هو يجمعها تحت تسمية (التسامي)، هي التي لا تحصر شحنات النزوات، فهناك تغير في موضوع النزوة أو الهدف، فتوجه إلى هدف غير جنسي. و تدخل هنا دفاعات مثل الانتقال من حالة عدم الفاعلية إلى الفاعلية و النشاط الايجابي.
- الدفاعات الفاشلة: و هي مسببة للمرض. لأن الأنا يستعملها بطريقة متكررة و مستمرة، و هذا لحماية فجوة النزوة المبعدة، أو المحولة عن مجال الشعور، فيكون هدفها إذن حجز النزوة. و هي تتطلب الكثير من الجهد و الطاقة. إن هذه الدفاعات تتداخل مع الوظائف الأخرى للأنا، مما قد يتسبب في إحداث توقف جزئي لبعض وظائفه. و يعطي هذا الباحث مثلا عن الإغماء كوظيفة دفاعية، الذي يصحبه توقف كامل لكل وظائف الأنا.
- (Serban Ionescu et autres, 2003, p20)



## \* ما هو الدفاع المتكيف؟

يرى Vaillant بأن بعض الدفاعات يمكن أن تكون متكيفة. حيث تسهل التوازن النفسي و تكيف الشخص مع محيطه. و هي تتميز بخمسة خصائص:

1- تهدف إلى العمل على الانفعالات و ليس فقط إخفاؤها أو تخديرها، و بالتالي خفض الألم. هذا ما يفسر كون ميكانيزمات الاستباق أو القمع متكيفة بالنسبة مثلا لميكانيزمات التكوين العكسي، المرور إلى الفعل و الإنكار الذهاني.

2- تأخذ الدفاعات المتكيفة بعدا زمنيا: فهي موجهة أكثر إلى المدى البعيد فالاستباق أعلى من المرور إلى الفعل، فهو يعني و لو مجازيا (أن تدفع الآن لتسافر لاحقا)، أو (تزرع الآن لتحصد لاحقا).

3- ليكون الدفاع متكيفا يجب أن يكون ذو خصوصية لأقصى درجة: مثال: المفتاح الذي يتناسب بدقة مع قفل الباب، بالمقارنة مع ناقوس الدق على الباب، ففكرة الخصوصية هنا، تكمن في كون ميكانيزمات أكثر فاعلية من أخرى في وجود تهديدات خاصة.

4- إن الدفاعات المتكيفة تقوم بصرف الانفعالات بدلا من حصرها. فالانفعالات المحصورة يمكن أن تصبح خطيرة.

5- تجعل الدفاعات المتكيفة صاحبها سعيدا و جذابا. عكس استعمال الدفاعات غير المتكيفة، فإنه يؤدي إلى رفض صاحبها، الذي يعتبر مهيجا و منفرا. و هنا يربط Vaillant بين الأنا و ما يعتبره (الحليف الأكبر) و هم الأشخاص الآخرين.

(Serban Ionescu et autres, 2003, p21)

## \* هل توجد دفاعات عادية و أخرى مرضية؟

ترجع أهمية هذا السؤال إلى اكتشاف فرويد لأولى الميكانيزمات الدفاعية عند المرضى، إضافة إلى أهميتها في العمل الإكلينيكي، كما أن ابنته آنا و خلال مناقشاتها مع ساندلير، اعتبرت العلاقة بين الميكانيزمات الدفاعية و المرض جد متينة كما أن Marjorie Spince الذي شارك الباحثين في مناقشاتها أكد على الحاجة إلى التفريق بين الدفاعات المسببة للمرض و تلك التي لا تفضي إلى المرض.

اتخذ Vaillant موقفا واضحا بدون غموض، فاعتبر وجود الدفاعات ليس دليلا على المرض. فالبرغم من اعتبارها غير منظمة، غير منطقية أو خاطئة من طرف الملاحظين الخارجيين، فهي تشكل دفاعا متكيفا، إن نفس الميكانيزم يمكن ظهوره عند الشخص العادي و المريض.

إن السن، الجنس و الإطار الذي تظهر فيه الدفاعات لهم أهمية قصوى في الإجابة على هذا السؤال. فعكس الراشدين، يستطيع الأطفال تشويه الواقع الداخلي و الخارجي بدون عواقب وخيمة. أما الاستعمال المعتدل للمخيلة و الاعتداء غير الفعال، يعتبر مهما للتفاوض حول بعض الصراعات في المراهقة. (Serban Ionescu et autres, 2003, p22)

يمكن للميكانيزمات الدفاعية أن تكون لها وظائف ايجابية أو سلبية أو ما يسمى "الوظيفة المضاعفة" حيث تناول العديد من الباحثين هذا الموضوع (Lampl de Groot 1957, Bibring et coll 1961, Valenstein 1967, Wallerstein 1967, Lazarus 1983, Roth et Cohen 1986)

كما أضاف Van der Leeuw 1971، بأن الميكانيزمات الدفاعية تعرقل تطور الأنا، في نفس الوقت الذي تعمل على تطويره، فوجود ميكانيزم واحد يعني وجود عصاب، و في نفس الوقت يعني أنه مهم للوظيفة النفسية للشخص. فالإنكار يشوه الإدراك، لكنه يحمي الأنا من الاضطرابات. (Serban Ionescu et autres, 2003, p23)

فرق Brenner بين الدفاعات المرضية (pathologique) و المسببة للمرض (pathogène). فذكر بأن فرويد اعتبر الكبت كدفاع مسبب للمرض، يعني كشرط مبدئي ضروري لظهور المرض، لكنه لا يؤدي بالضرورة إلى المرض. أما الدفاعات المرضية فيمكن معرفتها من خلال صلابتها، شدتها و مدى تعميمها (استعمالها في العلاقات مع عدة أشخاص و في مختلف الوضعيات).

كما ذهب Bergeret في نفس الاتجاه ليؤكد على أن الشخص لا يكون مريضا لأن له دفاعات، بل أن الدفاعات التي يستعملها غالبا هي غير فعالة، شديدة الصلابة و غير متكيفة مع الواقع الداخلي و الخارجي، أو هي من نفس النوع. حيث تكون الوظيفة العقلية هنا مضطربة في مرونتها، انسجامها و تكيفها. تكون الميكانيزمات الدفاعية غير مناسبة، إذا كانت بعيدة على مستوى تطور الفرد أو غير متلائمة مع الوضعية التي يوجد فيها، و هي تعمل على

تشويه إدراك الواقع و اضطراب الوظائف الأخرى للأنما، لتظهر في الأخير على الجدول الإكلينيكي النفس مرضي. (Serban Ionescu et autres, 2003, p23)

### خلاصة:

لقد حاول الباحث في هذا الفصل تناول أهم عناصر موضوع الميكانيزمات الدفاعية، قدر المستطاع. فالموضوع جد معقد و كل جزء فيه يحتاج إلى إسهابات طويلة، لا يمكن التطرق إليها بالتفصيل في هذه الدراسة البسيطة. إن هذا الموضوع و بالرغم من تعقده، و صعوبة استغلال الميكانيزمات الدفاعية في الممارسة العيادية النفسية، إلا أنه يبقى جد مهم للكشف عن الكثير من الجوانب سواء العادية، المرضية و حتى في العلاج النفسي.

# الفصل الثالث: المساندة النفسية

تمهيد.

- 1- نبذة تاريخية.
- 2- تعريف المساندة النفسية.
- 3- الأساسات النفسية التحليلية للعلاج النفسي المساند.
- 4- ممارسة العلاج النفسي المساند.
- 5- المساندة النفسية و تاريخ الحالة.
- 6- عناصر الاتصال في سيرورة المقابلة.
- 7- مجال تسهيل عملية الاتصال.
- 8- الأسئلة المهنية.
- 9- خصائص العلاقة معالج/عميل.
- 10- خصائص العميل.
- 11- إطار العلاج النفسي المساند.
- 12- المربع الاستراتيجي للعلاج النفسي المساند.
- 13- ظروف تقديم علاج نفسي مساند.
- 14- أهداف العلاج المشتركة.

خلاصة.

## تمهيد:

سنحاول في هذا الفصل التطرق إلى موضوع المساندة النفسية، بذكر أهم الأفكار التي تناولت هذا الموضوع محاولين إعطاء نظرة شمولية للقارئ.

## 1- نبذة تاريخية:

ظهر مصطلح العلاج النفسي المساند بعد الحرب العالمية الثانية في نفس الوقت الذي كان فيه العلاج النفسي التحليلي ينتشر. يصف Robert Knight العلاج النفسي المساند على أساس إجراء يكون فيه المعالج مواجهًا، نشيطًا و مشجعًا للشخص العميل لتطوير قدراته للاندماج، التكيف و تقييم الواقع. إن الهدف العلاجي هو مساعدة العميل على التحكم في الأنا و في نزواته الغريزية.

يستعمل المعالج مصطلح عمليات الأنا بدل محتويات الهو فهو يهدف إلى تدعيم و تحسين هذه العمليات. و من هذا المنظور، فإن الدفاعات النفسية العصائية و الأعراض يتم التعامل معها مباشرة، حيث إن عمليات الأنا تحمي الشخص من حالة من فقدان التنظيم الذهاني، فمن الضروري الحفاظ، تدعيم و تحسين الوظائف الدفاعية و التكيفية للأنا. إن الأشخاص الذين نعالجهم بهذه الطريقة - و هم في الغالب حدوديون- يحتاجون إلى إيجاد دلائل من المساندة النفسية خاصة من الاهتمام الإنساني الأصيل، و ليس فقط اهتمام و فضول مهني منعزل. (Edouard De Perrot, 2006, p15)

هذا بالإضافة إلى تحسين القدرة على حل المشاكل، و الوصول إلى أقصى درجة من الاستقلالية خاصة في مجال الأمراض العقلية، بعد العلاج الدوائي طبعًا. (Martin Weyeneth et autres, 2004, p80)

سنة 1946، قام كل من Franz Alexander et Thomas French بتأسيس شكل من العلاج النفسي على أساس معارف و مبادئ نفسية تحليلية حيث فرقا بين نوعين من العلاج النفسي: العلاج النفسي المساند و هو يستعمل أساسًا لإعطاء دعم لأننا العميل، بدون محاولة إدخال تغييرات في هذا الأخير. ثم العلاج النفسي بإثارة حالة الوعي

(Psychothérapie de prise de conscience) و هو يهدف إلى تحقيق تغيير دائم في الأنا و هذا بتطوير قدرة العميل على الوعي بصعوباته. و رفع قدرة الأنا على التحكم في التجارب الانفعالية خاصة في وضعية التحويل. يستعمل النوع الأول مع عملاء ذوي توازن نفسي نسبي و الذين يعانون بصفة حادة من حالة مؤقتة متعلقة بالفاعلية الوظيفية للأنا. بالإضافة إلى الضغوط الخارجية الصعبة. كذلك مع عملاء لهم أنا مضطرب بصفة مزمنة. أما النوع الثاني، فيستعمل مع عملاء يحتاجون إلى تحسين القدرة الاندماجية للأنا و هذا باستبدال الميكانيزمات العصائية القاسية التي تظهر بصفة حادة أو مزمنة، بسلوك مرن و متكيف.

(Edouard De Perrot, 2006, p17)

حسب David.S Werman فإنه بالرغم من أن غالبية العملاء الذين يزورون العيادات النفسية و مراكز الصحة العقلية هم يعالجون بالعلاج النفسي المساند إلا أن هناك دراسات قليلة تناولت هذا الموضوع. يذكر هذا المؤلف بأن العملاء يتم توجيههم إلى أطباء قلبي الخبرة، هذا ما يؤدي إلى سوء استعمال و فهم نظرية التحليل النفسي و سوء تكييفها في الممارسة النفسية.

(Edouard De Perrot, 2006, p17)

سنة 1992، وصف Lawrence Rockland ما سماه العلاج النفسي المساند ذو الاتجاه النفسي الدينامي (POST) و الذي خصصه للحالات الحدودية. و هو قائم على الفهم النفسي الدينامي، بالجلوس وجها لوجه مرة أو مرتين في الأسبوع و يهدف إلى تدعيم وظائف الأنا. و هو يوصي بعدم كشف التظاهرات المعتدلة للتحويل الايجابي، و التفكيك السريع لحركات التحويل السلبي، المثالية المبالغ فيها و التحويل الايجابي ذو الطابع الشبقي.

(Edouard De Perrot, 2006, p17)

كما يوصي هذا الباحث بتقييم الدفاعات من ناحية التكيف. كما يهتم بالتحالف العلاجي، و يشجع على النكوص و ما ينجم عنه، التداعي الحر، التركيز على الحلم و إخفاء هوية المعالج. اقترح Martin weyeneth التوجه الانتقائي في المساندة النفسية. فهو يفرق بدقة بين الآثار غير الخصوصية للمساندة الموجودة في كل العلاجات النفسية، و بين الآثار الخصوصية للمساندة النفسية و التي يربطها باستراتيجيات و تقنيات هذه الأخيرة. كما يتحدث عن علاقتها بالتحالف العلاجي و العلاقة النفسية العلاجية و العلاج النفسي الدوائي. فبالنسبة له ترجع أهمية الانتقاء إلى الحصول على أداة مرنة خاصة بكل عميل ليخرج في الأخير باتجاه يحمل

ثلاثة أبعاد مختلفة لكنها مرتبطة ببعضها البعض: بعد تقني يجمع تدخلات من مصادر مختلفة يقدم مساندة لبعض مظاهر الوظيفة النفسية للعميل. ثم البعد الاستراتيجي الموجه نحو أهداف، حيث تصبح المساندة كهدف تسعى الوصول إليه حسب التغير الذي نريد حصوله. ثم البعد العلائقي المرتبط بالعوامل المشتركة الخاصة بالاتجاهات و التقنيات غير الخصوصية و التي لها آثار من المساندة النفسية على العلاقة و التحالف العلاجي. (Edouard De Perrot, 2006, p18)

خصص Pierre Bernard Schneider فصلا في كتابه

« Propédeutique d'une psychothérapie »، خاصا بالمساندة النفسية: حيث يصفه على أساس شكل من العلاج الوسيط بين العلاج المساند و العلاج التحليلي: في العلاج المساند يركز المعالج على شخصية العميل في مختلف مظاهرها الدفاعية حتى يستطيع تحمل الصراعات، التي لا يتناول إلا الجانب الشعوري منها و بين الشخصي. أما في العلاج النفسي المساند، على العكس، يقوم المعالج بتقديم المساندة باعتبار الوضعية الصراعية بين الشخصية و النفسية الداخلية، في مظاهرها الشعورية و اللاشعورية. (Edouard De Perrot, 2006, p24)

حسب هذا المؤلف يكمن الفرق بين العلاج التحليلي و المساند في التحويل و ما إن كان قد تم تحليله أم لا. فالعلاج النفسي المساند يتجنب تحليل التحويل كتكرار لوضعية طفولية في العلاقة النفسية العلاجية، هذا حتى لا يتطور إلى نوع من عصاب التحويل. (Edouard De Perrot, 2006, p22)

العلاج النفسي المساند هي طريقة علاج بدون فعل، فهي تستبدله بالاتصال المباشر المرتبط بنشاط التمثل الذي يغطي الحياة الانفعالية، خاصة الجانب اللاشعوري منها، بطريقة تجعل العميل يحل الصراعات بنفسه. و هو يتضمن سيرورة، أي مجموعة مرتبطة من المقابلات ذات الوتيرة الخاصة، تسمح بالتركيز على الهدف العلاجي و الوصول إليه بواسطة عمل تساندي. كما يتطلب إطار رسمي زماني مكاني و إجرائي، و علاقة بين شخصية ذاتية ذات طابع لفظي كلامي و هي تسمى العلاقة العلاجية. (Edouard De Perrot, 2006, p25-26)

## 2- تعريف المساندة النفسية:

هي علاج نفسي قصير المدة، موجه لمساعدة شخص يمر بفترة أزمة. تعريف Daniel Widlöcher: هي مجموعة من التقنيات تتضمن خليط متنوع، من عناصر الدعم و العناصر التفسيرية.

تعريف L. Wolberg: هناك نوعين من العلاج، الأول يهدف إلى حذف الأعراض بتدعيم الدفاعات الناضجة، و هو يتجه نحو خفض الصراعات اللاشعورية و الدفاعات البدائية. أما الثاني، فيهدف إلى تغيير علاجي للبنية و تطور الشخص و هذا بتحليل الدفاعات، فهم الصراعات اللاشعورية و تنظيم الشخصية. (Edouard De Perrot, 2006, p13)

تعريف Peter Sifneos حيث أطلق عليه العلاج النفسي (المهدئ)، فهو علاج قصير المدة يهدف إلى خفض القلق عند شخص يعاني من أزمة أو صعوبات انفعالية طويلة الأمد. و هذا عكس العلاج النفسي الدينامي الذي يعمد إلى خلق حالة قلق، تهدف و بالاعتماد على حالة الوعي، إلى إيجاد حل لمشكل ما. (Edouard De Perrot, 2006, p14)

تهدف المساندة النفسية إلى الحفاظ أو تحسين تقدير الذات، وظائف الأنا و السلوكات التكيفية. (Arnold Winston and all, 2004, p04).

هناك ثلاثة عناصر في العملية: الفهم، المرافقة و الإسناد. و هي تتجه كلها إلى اتجاه إنساني يتمثل في تخفيف المعاناة. هناك محورين أساسيين خاصين بالمجموعات العلاجية النفسية:

- المحور الأول يتعلق بمستوى الاضطراب النفسي. حيث نجد أعراض و سلوكات من الانطواء، عدم النشاط، صعوبات في التفكير، ادراكات خارجة عن الواقع. و نجد في هذه المجموعة المصابين بالفصام، الاضطرابات المزاجية الخطيرة، اضطرابات الشخصية. ثم نجد أشخاص تكون عندهم عملية التكيف، طريقة التفكير، الانفعالات مصدر المشاكل بالرغم من أنها قد تسمح لهم بتجاوز بعض الصعوبات. (Laurent Schmitt, 2012, p03)

- المحور الثاني يتعلق بالدرجات الموجودة بين المساندة النفسية و العلاجات النفسية الباحثة عن الاستبطان، تحليل الصراعات اللاشعورية و فهم التحويل، و هي العلاجات النفسية الاستكشافية (des psychothérapies Découvrantes) مثل العلاج النفسي التحليلي. و هي



تتم أكثر بالاشعور، إشكاليات بداية الطفولة أو ما قبل التناسلية، الأشكال السلبية التي تظهر في المقاومة، الإنكار و كل ما لا يقال أثناء المقابلة. أما العلاج النفسي المساند فهو ينتمي إلى مجموعة العلاجات النفسية الاحتوائية (les psychothérapies Recouvrantes) و هي تهدف إلى تخفيض القلق، الصراعات و بعض الأعراض. يتعلق العلاج النفسي المساند بأشخاص يحتاجون إلى حلول فورية، إلى إعادة طمأننتهم و إلى من يصغي إليهم. (Laurent Schmitt, 2012, p04)

### 3- الأساسات النفسية التحليلية للعلاج النفسي المساند:

كما يظهر في الكثير من التعريفات حيث تحدد هذا العلاج في زمن معين، هذا ما يساهم في تخفيض هدفه العلاجي، و هو الأمر الذي لا يتماشى مع طموحات العميل في تجاوز صعوباته، و بدون محاولة تنظيم توازنه الطبيعي الذي يحدده جهازه الدفاعي، الذي يكون مضطرباً مؤقتاً و نحاول إعادة توازنه و تدعيمه. هذا بالرغم من وجود أفكار أخرى تؤكد على أن وجود مرافقة نفسية طويلة المدى يمكن أن يمثل وسيلة ضرورية فعالة و اقتصادية نسبياً (بالمفهوم المالي و الإجرائي) للوقاية من أي تدهور خطير، خاصة عند أشخاص لا يمتلكون مصادر كافية، لمساعدة أنفسهم و محاولة تغيير تنظيمهم الداخلي. (Edouard De Perrot, 2006, p61)

يتعلق العلاج النفسي المساند أكثر بالواقع و يطبق لمساعدة العميل على إعادة بناء دفاعاته المُدْمَرَة. في العلاج النفسي التحليلي، كما أكد فرويد على المعالج أن يكون قريباً من أنا العميل أن يستفسر عنه، و يترك له المجال لقول كل ما يخطر على باله، و هذا لمساعدته لإيجاد المصادر و المعنى لهذا الأمر. أما في العلاج النفسي المساند، فعلى المعالج أن يكون له أنا يستعمله كوسيط و كمساعد، خلال الفترة التي يساعد فيها العميل على استرجاع قدراته الوظيفية، و هذا بإعادة تركيب دفاعاته التي انهارت. (Edouard De Perrot, 2006, p62)

إن إطالة العلاقة العلاجية يشكل علاقة خاصة، يجب الحفاظ عليها لكن فقط في إطار علاجي لتحافظ على فعاليتها و لو نسبياً، و إلا فإنها تصبح عقيمة. إن كل علاج مطول قد يتضمن خطر تطوير عصاب التحويل كنتيجة لاستقبال المعالج و إصغائه لهذا العميل بدون إطلاق أحكام عليه. إن عصاب التحويل هو مصطلح إجرائي ليست له قيمة مستقلة أو مطلقة. إذا اعتبر أنه الهدف المبتغى من العلاج، حيث يصبح وسيلة مهمة لتحديث

الاستهجمات التي يمكن للمعالج تفسيرها. نذكر في هذا المقام و حسب الباحث Ralph.R. Greenson التفسير يعني: " أن تجعل الدلالة، المصدر، التاريخ و الشكل أو السبب اللاشعوري لظاهرة نفسية ما، شعوريا". هذا إلى غاية أن يصبح العميل قادرا على حل عصابه الطفولي الذي كان أساس المشكل. من الضروري فهم الاستجابات العاطفية للعميل حتى تتمكن من التدخل في الاتجاه الذي اتخذته هذه الاستجابات، حتى لا تنتظم على شكل عصاب تحويل. (Edouard De Perrot, 2006, p63)

إن استعمال التحويل و ليس فقط وجوده، هو العامل الذي يسمح بالتفريق بين العلاج النفسي المساند و العلاج النفسي التحليلي. إن التحويل هو من خصائص الجهاز النفسي، فهو تحويل للأشياء، للممتلكات، للكينونات أو الأشخاص. من هنا ينبع استعماله كسيرورة منتشرة يطور بها الشخص وظيفة عاطفية عند أول علاقاته، ثم يظهرها لاحقا في العلاقات الأخرى بالموضوع. (Edouard De Perrot, 2006, p64)

أكد فرويد بأن هذه الحركة هي عادية و أن اضطراب مجراها هو الذي يكون له بعد مرضي. إن كشف حركات التحويل، ملاحظتهم و فهم تلفظاتهم يؤدي بنا إلى اختيار الطريقة التي تسمح للعلاقة هذه بالبداية في السيرورة العلاجية النفسية. (Edouard De Perrot, 2006, p65)

إن العلاقة العلاجية النفسية تركز على مقابلة خاصة بين النفساني و العميل. حيث إن مختلف تنظيمات الشخصية يمكن أن تؤثر عليها أو تشوشها و تشكلها على عدة أشكال، بالاعتماد على طرق يمكن تجميعها على عدة فئات تتميز بطابعها البنائي و هي تمثل موضوع علم تصنيف الأمراض، فإتقانه أمر ضروري لكنه غير كاف.

نشير هنا إلى أهمية الفرق بين الاستماع و الإصغاء في المقابلة النفسية. فالأول هو عملية حسية تتضمن بعث صوت و استقبال صوت. أما الثاني فلا يبقى فقط على مستوى الوظيفة السمعية بل الانتباه ليس فقط لما يريد العميل قوله، بل حتى ما لا يريد قوله. لأنه يرفضه أو يخجل به أو يريد أن يفهمه بدون أن يتلفظ به، أو حتى ما لا يستطيع قوله لأنه يجمله. (Edouard De Perrot, 2006, p66)

تتطلب العلاقة العلاجية إصغاء جيدا باستعمال ميكانيزمات نفسية خاصة (الاستبطان و التقمص) ليتمكن الفاحص من وضع علاقة ذاتية مع العميل، تسمح بالكشف عن كل خلل

في شخصية العميل و هذا بتفعيل المشاعر و الانفعالات و التعرف عليهم و هذا بتقمص العميل لفهم صحة هذا، من أين مصدره؟ و ماذا يعني؟ في الأخير، و بإزالة التمرکز بالنسبة للعميل و سلوكاته من أجل البدء في إيجاد طريقة لعلاج ما يعاني منه.

(Edouard De Perrot, 2006, p66)

إن هذه الطريقة في إظهار السيرورة التي تتبع إطارا زمنيا معينا تتضمن مراحل ترتكز على كل ما تم اكتشافه و التطرق إليه سواء بطريقة دائرية أو حلزونية. إن التحويل بمفهوم ما يظهره العميل و يكتشفه حول نفسه في العلاقة العلاجية مع الفاحص تتطور حركاته خلال المقابلات اللاحقة و المنتظمة لتشكل لنا ما يسمى بالإطار، و الذي يتحدد بموعد المقابلة، زمنها، مكانها، و كذلك شكل النشاطات التي نطبقها و هذا على أساس تبادلات لفظية مرتكزة على موضوع أو مواضيع معينة. إن هذه الإجراءات هي ضرورة للعمل العلاجي النفسي بين الفاحص و المفحوص اللذان يبحثان سويا عن فهم ظروف و عوامل هذه المعاناة للتمكن من تخفيفها أو إيجاد حل نهائي لها. هذا ما سماه Edward Bibring تحالف العمل و سماه Ralph Greenson التحالف العلاجي. و هو يعني استكشاف معاناة العميل و دراسة ظروف ظهورها الداخلية و الخارجية، الجسدية و النفسية، النابعة من حادث أو حدث ما، شخصية أو عشوائية. ثم تبني نشاط معين لمساندة العميل، مع التأكيد على أن العرض الظاهر لا يكون الهدف العلاجي ذو الأولوية. (Edouard De Perrot, 2006, p68)

#### 4- ممارسة العلاج النفسي المساند:

إن التحدث عن هذا العلاج يتعلق أساسا بالهدف المرجو منه و هو تحسن الوظيفة النفسية الاجتماعية و المهنية للعميل، انطلاقا من دعم تقدير الذات و فهم جيد للواقع لتجنب تدهور الحالة. كما يتميز بالوسائل التي يتضمنها كطمأنة العميل، التشجيع و الإرشاد.

(Edouard De Perrot, 2006, p121)

يبدأ العميل غالبا بوصف ما يعيشه من معاناة و آلام نفسية، غضب، خوف، خيبة أمل. يقوم المعالج بالعمل على هذا النظام المعقد حيث يقيم قوة و ضعف أنا العميل، يحلل الأعراض، يتعرف على الديناميكيات التي تدخل في العملية و من هنا يحدد طريقة التدخل العلاجي. حيث

يملك الكثير من الوسائل، الإطار، المكان، الزمان و المحادثة اللفظية كوسيلة للتبادل و بالتنظيم غير المتجانس عميل/معالج. (Edouard De Perrot, 2006, p123)

يقوم العميل بالتحدث عن مشكلته أو مشاكله بدأً بالحالي منها، حيث يظهر حديث متعدد المحتوى ينتظم على أشكال عدة، تظهر عدة انفعالات و مشاعر غالبا ما تكون متناقضة. إن المعالج النفسي الذي يلتزم بعلاج نفسي مساند وحب عليه إدراك المحتويات اللاشعورية لعميله بنفس القدر كما في العلاج النفسي التحليلي مع العمل على تفسيرها له. عليه أن يهتم بما يعتبره عميله ذو أهمية فيما يخص مصدر معاناته، إلى أي درجة يتحملها، و أي مساعدة يحتاجها لتجاوز هذه المعاناة. (Edouard De Perrot, 2006, p124)

سنة 1998، أنجزت دراسة في الو.م.أ حول استعمال الممارسات النفسية العلاجية وجدت: 01% من الأشخاص يستعملون التحليل النفسي، 06% العلاج المعرفي السلوكي، 19% يستعملون العلاجات النفسية ذات التوجه الدينامي أو الاستبطان و 36% تلقوا علاجاً نفسياً مسانداً. من هنا يظهر أن هذا العلاج هو ضحية مشكل ما. كثيرا ما يكون عرضة لمعالجين أقل خبرة، أمام حالات معقدة حيث تصبح ضحية عدم تقدير و هذا ما يعود بالفائدة على باقي العلاجات الأكثر تنظيماً، حيث نجد المعالجين يجتمعون من خلال معاهد التكوين أو مجموعات عمل تمثل نموذج نظري معين، هذا ما لا نجده في العلاج النفسي المساند، حيث لا توجد نواة تفكير. (Laurent Schmitt, 2012, p08-09)

غالبا ما يتميز التدخل اللفظي للمعالج بمصطلح التفسير. فمن وجهة النظر النفسية الدينامية، يعني:

#### 4-1- التفسير:

العمل الذي يقدمه المعالج النفسي للانتقال من المعنى الظاهر إلى المعنى الباطن مروراً بتداعيات العميل و بما يسمى (الانتباه العائم).

بالإضافة إلى عمل الفهم الذي يضاعف من قيمة إصغاء المعالج لحديث العميل، و هو يهدف إلى إعادة الرابطة بين التمثلات و العواطف الذي قام الكبت بتفكيكه. إن عملية اتصال المعالج بعميله هي التي تنتج ما يسمى بالعمل الداخلي و تكون غالبا بطريقة جمع القطع المتناثرة و الصادمة، لكن باستعمال مصطلحات يمكن للعميل فهمها. و هي تمثل أداة تستعمل في

العلاج النفسي التحليلي من طرف James Strachey و اعتبرها فعالة حيث تعمل على تحقيق حالة من الوعي خلال مرحلتين: الأولى تسمح بالتعرف على حالة أو مشكل ذو طابع لاشعوري، و الثانية بأن هذا المشكل قد تم إسقاطه على المعالج.

في الواقع، تأخذ التدخلات اللفظية للمعالج النفسي أشكالاً متعددة: تعاليق، توضيحات، مواجهات، تساؤلات، طمأنة العميل و تشجيعه، و أحيانا تقديم معلومات و تفسيرات. و هذا لا يكون إلا إذا تأكد بأن الظروف مواتية و أن العميل بإمكانه استيعاب كل هذا، و يمكن للمعالج تقديم تفسير يكون دقيقاً و صريحاً، و هذا بهدف تعزيز تحقيق حالة الوعي عنده.

(Edouard De Perrot, 2006, p125)

#### 4-2- التعليق:

يكون بعد تقديم المعالج لإضافات حول حديث العميل، مظهرها لاهتمامه و إصغائه له، سواء بالتذكير بعنصر سبق و أن ذكره (إعادة الصياغة)، أو باقتراح تدقيق حول تعبير غير واضح. إن التعليق يعبر عن الفهم الواقعي للعميل. (Edouard De Perrot, 2006, p126)

#### 4-3- التوضيح:

و هو تبيان حقيقة أي وضعية لم يفهمها العميل، بالاستعانة بمجموعة أسئلة. هنا يجب التفريق بين الأسئلة المغلقة، التي توجه الحديث إلى مواضيع معينة، و منع التداعي الحر، أما الأسئلة المفتوحة فهي تشجع على هذا الأخير. يمكننا تكرار آخر ما قاله العميل، هذا ما يدفعه إلى استئناف الحديث نحو تعمق أكثر بدون تغيير مساره. (Edouard De Perrot, 2006, p127)

#### 4-4- المواجهة:

و استعمالها يعتبر أمراً حساساً، بما أنها تضع العميل أو جزء منه وجها لوجه مع نفسه. و هي تتطلب تحالفاً مؤسساً سابقاً و ذو قوة تسمح باحتواء كل استجابات الرفض أو الهروب من طرف العميل، الذي يحاول الدفاع عن نفسه بالهجوم على إطار العمل. إن الهدف ليس زعزعتة أو إثارتة بل لإعادة إيجاد توازنه و هذا بمراجعة كل ما هو غير مقبول. بمحاولة تمالك نفسه و إسقاط هذا على العالم الخارجي، بإتباع طريقة عقيمة لكنها غير محايدة حسب كمية الطاقة التي استهلكها. (Edouard De Perrot, 2006, p127)

## 4-5- التناؤل:

و هي مجموعة أسئلة تهدف إلى تحديد كل عنصر مهم بقي لغزا غامضا بطريقة تجعل العميل يطرح أسئلة على نفسه تخص مجموعة من التعميمات المبالغ فيها و غير المفيدة. يمكن أن تكون كذلك الشكل الذي نعطيه لتفسير ما بهدف فرضه على العميل، و هذا ليتمكن من معانيته قبل إسناده لنفسه، هذا ما يعزز إعادة التحالف بدون أن يكون هناك إحساس بأن شخصا غريبا يغزو عالمه الخاص، باستعمال حركات حميمة ذات قوة قصيرة المدى.

(Edouard De Perrot, 2006, p128)

## 4-6- إعادة طمأنة العميل:

و هي أيضا عنصر حساس. يجب استعماله مع الكثير من الحرص الحذر و الاعتدال. فاستعمالها بطريقة جامدة يعطي للعميل إحساسا بالإهانة و الضعف. إن تقديم الطمأنة في ظروفها المناسبة، يساهم في تهدئة المعالج أكثر من الشخص الذي يطلبها. على المعالج أن يحلل بدقة تحويله المضاد، هذا للاحتفاظ بأي استجابة قد يصدرها، و لا يستعملها إلا كأداة لإدراك الحركات التحويلية للعميل لفهم تنظيمه. فالطمأنة تعتبر عنصرا مهما نحتفظ به، و كجملة سحرية نطلقها تعبر عن مصير ما. فيمكن هنا للمعالج أن يقدم نوع من إجراء إلزام بأمر ما، ليكون محايدا عن المعنى المخيف الذي يمكن للعميل تقديمه أو فهمه، كما يمكن أيضا أن نجعل هذا الأمر ذو طابع نسبي لنخفف من حدته أو طبيعته الكارثية التي يكون العميل يبحث عنها.

(Edouard De Perrot, 2006, p129)

## 4-7- التشجيع:

و هو يتضمن فكرة محافظة المعالج على أمل مساعدة العميل للخروج من هذه الأزمة و مقاومة معاناته، فهو إجراء يعمل مباشرة على نزعة و ميل العميل إلى الرجوع للآخرين لتجاوز معاناته، و يهدف إلى الحماية من عدم تكريسه و استثماره للعلاج أكثر من مقاومته لصعوبات

الحياة. (Edouard De Perrot, 2006, p129)

## 4-8- الشرح:

و يمكن أن يأخذ عدة مظاهر غير مفهومة، نجدها في تظاهرات مختلف الاضطرابات. إن التعبير الذي نسمعه كنفسانيين: هذا الأمر غير عادي!!، يعتبر مقلقا للعميل مما يدفع المعالج أحيانا إلى تقديم كلمات لإراحته و تعزيزه. فهو في الواقع يعبر عن الواقع الواجب سماعه

و استغلال ما ينجر عنه، سواء مباشرة بمساعدته أو ضمينا بدون أن يشعر، هذا ليتضح للمعالج سبب تكلمه عن هذا المشكل أو ذاك، أي أين وجب التدخل؟  
(Edouard De Perrot, 2006, p131)

إن كل هذه الإجراءات تعتبر كسند للعميل انطلاقا من فهم تنظيمه النفسي الداخلي اللاشعوري، و محاولة توضيحه له بهدف محاولة تغييره. إن كل علاقة علاجية تركز أيضا و بصفة ضرورية و أساسية على مبدأ الثقة المتبادلة. (Edouard De Perrot, 2006, p133)

## 5- المساندة النفسية و تاريخ الحالة:

هناك عنصر مهم يتعلق بالمسار الذي نتبعه للمرور من المعلومات التي عرضها العميل إلى تقييم تنظيمه النفسي، مظاهر القوة و الضعف. و يعتبر هذا رهان المقابلة. لمعرفة مدى إمكانية استجابة هذا العلاج لطلب العميل سواء الضمني أو الظاهر. يكون العميل في حالة صراع بين محتويات لاشعورية أكثر قوة منه، تفرض عليه أفكار، أحاسيس و حتى سلوكيات، و الحواجز التي يحاول اجتيازها بدون جدوى لأن هناك جزءا من شخصيته يرفضها، فنجدده يظهر نوعا من الخجل، الإحساس بالذنب، القلق و شكل من المعارضة التي تنقلب عليه شخصيا.  
(Edouard De Perrot, 2006, p135)

يصغي المعالج للعميل في أول مقابلة و هو يتحدث بتلقائية عن مشكلته التي جاء من أجلها، بدون تدخل بإصغاء متأن. ينتظر بعدها العميل أن يقدم المعالج رأيه حول كل ما قاله له. غالبا لا يمكن سؤال العميل مباشرة على المعاناة أو المشكل الذي جاء من أجله. بل على المعالج أن يجعل هذا ضمينا خلال الحديث لكي يصل إلى الميدان الذي يتعلق بالمشكل. كما يجب على المعالج أن يدرك جيدا تنظيم العميل، قيمته، وظيفته، الجوانب المحفوظة و الأخرى الفارغة، أي ماهية أنا العميل. إن بناء الأنا يرتكز على عدة عناصر، منها التطور الليبيدي و هو من أهمها، إلى جانب التعلم بواسطة التقمص. فالأنا يربط نفسيا الانتاجات النزوية التي تنتمي للسيرورة الأولية، ثم تخرج الشحنات عبر مبدأ اللذة، و هذا عن طريق الكف لكي تجعلهم مطابقين للسيرورة الثانوية، التي تخضع لمبدأ الواقع. كما يساهم في تركيب مجموعة وظيفية متناسقة و مترابطة فيما بينها عبر سلاسل ارتباطية. (Edouard De Perrot, 2006, p136)

إن هذا التنظيم هو الذي يسمح بفهم كلام العميل، حيث نجد فيه بعض الخصوصيات: المنطق، تسارع الكلام، الإضمار، الانقطاع، الكلام غير المعقول، و هي مؤشرات تشير إلى الحركات الأساسية حيث لم يستطع الأنا التخلص من مصادرها اللاشعورية.

(Edouard De Perrot, 2006, p136)

هناك مصطلح آخر مهم في العملية العلاجية و هو الدعم أو الإسناد l'étayage. فبمعرفة الأسباب نستطيع الاختيار بين التحليل و الإسناد. و هما طريقتين مختلفتين تعتمدان على قواعد محددة. لكن تطبيقهما نادرا ما يكون خالصا و حصريا، حيث يمكن أن تتداخل عناصر هذا مع عناصر الآخر و لو بصفة مؤقتة. و هو يتضمن معنيين أساسيين:

- الأول يتعلق بالعلاقة التي تجمع النزوات الجنسية بالنزوات المحافظة الذاتية قبل أن تستقل الأولى عن الثانية (في أول الأمر على نمط شبقي ذاتي قبل أن يتطور إلى النمط الموضوعي و هذا بعد إيجاد الموضوع)، التي تستقبل المصدر، الاتجاه و الموضوع.

- ثم واحد من نوعين من اختيار الموضوع، بالتعارض مع الاختيار النرجسي. حيث إن اختيار الموضوع بالإسناد يتطلب الدعم الذي تقدمه النزوات الجنسية لنزوات المحافظة على الذات و اختيار موضوع الحب، حيث يتمثل نموذج الأولي في الموضوع المتعلق بالإطعام، حماية و رعاية الطفل. (Edouard De Perrot, 2006, p140)

## 6- عناصر الاتصال في سيرورة المقابلة:

إن فن الاتصال يجمع بين عناصر تقنية و أخرى علائقية. و هو يعتمد على مبادئ بسيطة: إلى ماذا نصغي؟ كيف نطرح الأسئلة؟ ماذا نستخرج في تفاعلنا مع العميل؟ إن هذا التفاعل يؤدي إلى تكييف الاتصال بين المعالج و العميل، و هذا للبدء في سيرورة التحالف حتى لا يحس العميل بأنه محل استماع فقط بل إصغاء.

إن الجمل الأولى في المقابلة ليست حيادية مثلا: في ماذا يمكنني مساعدتك؟ حيث تعطي هذه الجملة للعميل سكينه و إحساسا باهتمام أكثر من السؤال: ما هي مشكلتك، ماذا تعاني؟ بعد تحديد إشكالية العميل يمكننا المرور إلى البحث عن مساره من خلال وقت فراغه، شبكته

الاجتماعية و العائلية. (Laurent Schmitt, 2012, p31)



## 7- مجال تسهيل عملية الاتصال:

و يتعلق الأمر أولاً بالاستقبال. حيث يتطلب الأمر أن يكون مريحاً، بشوشاً. حيث من أهم الأسئلة التي يطرحها العميل تتعلق بالاهتمام، القبول و قدرة المعالج على الإصغاء. و حتى يكون الاهتمام به كافياً لا يجب أن تقل المقابلة عن 25د. و هي تختلف حسب كونها مقابلة أولية أو مقابلة متابعة نفسية. إن استعمال الهاتف أثناء المقابلة أو الكمبيوتر أو الإكثار من تسجيل النقاط، يعتبر عنصراً مؤثراً على السير الحسن للمقابلة، و كسب ثقة العميل. من الضروري أن يكون جسد العميل على مرأى المعالج و هذا ليلاحظ جميع التصرفات و السلوكات و الحركات التي يقوم بها العميل. (Laurent Schmitt, 2012, p27)

يمكن أن تتناقض بعض الحركات مع ما قاله العميل. إن الإصغاء في العلاج النفسي المساند يهدف إلى الرجوع إلى كل ما تسبب في (جرح الشخص)، فهم ثغراته و التفكير في كل ما قد يسانده. فبعيدا عن الاحترام المطلوب للإصغاء للعميل، يجب كسر حاجز (الاحترام) و هذا بهدف التعمق في حسن الإصغاء للعميل. كما يمكن تخيل سيناريوهات سرية، صدمات مكبوتة أو أمور متعلقة بالخرافة. فعدم التعرف على الجوانب المظلمة و اللامنطقية للعميل قد يؤدي إلى البقاء في مستوى معين من دفاعاته. (Laurent Schmitt, 2012, p28)

## 8- الأسئلة المهنية:

و يتعلق السؤال الأول بسبب أو أسباب الاستشارة النفسية. ما هو الأمر الصعب بالنسبة لك حالياً؟ ثم تأتي الأسئلة التقنية و لها محورين: فمن جهة نبحت إن كانت المعاناة متعلقة بحالة قلق أو اكتئاب أو هذيان، ثم السوابق المرضية، محاولات الانتحار. أما المحور الثاني فيهدف إلى معرفة ميكانيزمات التكيف و أنظمة الدفاع عند الشخص. يجب الحذر أثناء المقابلات من التفاعلات البصرية و الجسدية، فأغلب العملاء لا يرغبون في النظر إليهم بطريقة مطولة، لأن هذا لا يريحهم، فنكتفي فقط ببعض النظرات الخفيفة نحو الوجه أو العينين، متبوعة بمسح شامل. و هذا يعطي للتفاعل البصري بعض الطمأنينة. كما يجب على المعالج أن يتسم بالهدوء و حسن الإصغاء و الاستقبال. فالعميل يعتبر جد حساس لكثافة الإصغاء أثناء المقابلة.

هناك ثلاث أنواع من الأسئلة: المفتوحة، نصف الموجهة و الموجهة. فالأسئلة المفتوحة تمثل بداية و نهاية المقابلة. و هي ترك كامل الحرية للعميل لوصف معاناته. أما الأسئلة نصف الموجهة فهي تأخذنا إلى ميدان خاص و مفتوح نسبيا. مثلا: هل مررت سابقا على فترات صعبة؟ أما الأسئلة الموجهة فهي تتعلق بالحصول على معلومات دقيقة حول العناصر الضرورية لمتابعة العلاج النفسي. مثلا: هل كانت لك سابقا أفكار إيذاء الذات أو أفكار سوداء؟ هل احتجت سابقا إلى تعاطي المخدرات؟ هل مرت عليك سابقا فترات أحسست فيها بالغرابة و اللاواقعية؟ (Laurent Schmitt, 2012, p32)

إن التعليق على شكل أسئلة حول معاش العميل و كل ما قاله عن حياته. مثلا: ألم يجعلك هذا قلقا؟ ألم تكن هذه الوضعية لتجعلك حزينا؟ ألم يحدث أمر ما شوش استقرارك النفسي؟ إن هذه الأسئلة لها بعدين: الأول، يظهر مدى اهتمام المعالج بحديث العميل، و الثاني، يهدف إلى إظهار الانفعالات غير المعبر عنها أو المخفية، فتحويل الوضعيات إلى انفعالات أو مشاعر يسمح ببناء سيروية تفكير ايجابي و صحيح. (Laurent Schmitt, 2012, p33)

## 9- خصائص العلاقة معالج/عميل:

غالبا ما يكون طلب الفحص من طرف المعني بالأمر. و أحيانا يكون من أطراف أخرى. يستقبل المعالج العميل فيقدم نفسه، و يجعله في راحة تامة. يجلس العميل وجها لوجه بالنسبة للمعالج الذي يسجل معلومات حول الحالة. يبدأ العميل غالبا بسبب طلبه للفحص. حيث يمكن للفاحص أن يتدخل ليحدد بدقة المشكل أو المشاكل التي جاء من أجلها هذا الشخص، كما يمكن التدخل لطرح الأسئلة و توضيح كل ما بدا له فيه لبس. على الفاحص أن يصغي جيدا للمفحوص و أن يفهم جيدا ما يقوله. (Edouard De Perrot, 2006, p47-51)

تتضمن المساندة استمرارا زمنيا. و هي تنبع من الرغبة في المساعدة، اهتمام بالآخر، من الرؤية الايجابية و الثقة تجاه الآخر. نجد في هذه العلاقة: الإصغاء، الفهم، التعاطف الوجداني و غياب إطلاق الأحكام. إن الالتزام في هذه العلاقة لا يستدعي أن يصبح المعالج صديقا، فيجب أن يكون له وعي واضح بطبيعة و حدود هذه العلاقة. تستمر الاستشارات وقتا معينا و يمكن أن تكون في أي وقت يريد العميل، ما عدا حالات الأزمات.

تدخل في هذه العلاقة عدة عوامل مشتركة تعبر عن حسن العلاقة و هي الإصغاء المتفهم، الحياد بواسطة غياب إطلاق الأحكام، إمكانية التعبير عن الانفعالات، التعاطف الوجداني وإمكانية تقديم اقتراحات و نصائح. يمكن للعميل أن يقدم طلبات شاملة أو عامة: حيث يتمنى أن يحصل على كل شيء و هذه ما تسمى بالعلاقة الاتكالية، حيث تكون للعميل انتظارات كثيرة و لا يكون بالإمكان بالنسبة للمعالج أن يستجيب لها كلها لضيق الوقت خاصة. (Laurent Schmitt, 2012, p02)

### 10- خصائص العميل:

يملك المفحوص قوة أنا كافية للتعبير عن مشاعره و الملاحظة الذاتية لكل ما يعيشه. إن دمج هذين العنصرين يسمح للفاحص ليس فقط بالإصغاء لما يقوله المفحوص و فهمه، بل بتوضيح و إعادة تركيب كل ما قاله حول مشاعره و طريقة وظيفته النفسية. يملك المفحوص فضاءا نفسيا كافيا حتى يتسنى له تحقيق العمل النفسي العلاجي بمساعدة الفاحص. (Edouard De Perrot, 2006, p55)

يقوم هنا الجهاز النفسي بوظيفتين أساسيتين: تحقيق حالة من الوعي الذاتي بواسطة إدراكات داخلية و خارجية يعبر عنها الشخص، و هي تعتبر عملية فورية. ثم تسجيل هذا الأمر في الذاكرة و تنظيمه. (Edouard De Perrot, 2006, p53)

### 11- إطار العلاج النفسي المساند:

لكل علاج نفسي إطار و سيرورة خاصة. و هما عنصران مختلفان لكن يتشاركان في نجاح العملية. يمكن تشبيه هذين العنصرين بمباراة الملاكمة، حيث نجد ميدان الحلبة و ما فيه، أما الضربات الإستراتيجية و الأخذ بعين الاعتبار تعب المنافس هم ينتمون إلى عنصر السيرورة. إذن فالإطار هو مجموعة الأدوات المستعملة، أما السيرورة فهي طريقة تنظيم و تركيب هذه الأدوات. يتضمن إطار المحيط الذي يسري فيه العلاج النفسي، المكان، المواعيد و زمنها. أما السيرورة فتتضمن الأبعاد التقنية، طلب الاستشارة، التحالف العلاجي، استخراج الميكانيزمات الدفاعية و كل مظاهر الدعم و المساندة. (Laurent Schmitt, 2012, p11)

إن عدد المقابلات الضرورية في العلاج النفسي المساند تختلف حسب عنصرين: فعندما يتعلق الأمر بوضعية حادة و حرجة كموت أو حادث، تعتبر 4 إلى 8 مقابلات كافية تسمح بتطور و استرجاع العميل، المقابلتين الأوليتين خاصتين بفهم المشكل و استخراج بعض الميكانيزمات، أما المقابلات اللاحقة فتسمح بالتوضيح، العودة إلى الماضي و تداعي الأفكار. كما هناك حالات تكون فيها المقابلات متباعدة لكنها منتظمة، حيث و بالتبادل، التذكر و تشجيع العميل و لو بصفة متباعدة إلا أن هذا يعطيه إحساسا بالاستمرارية و الدعم.

(Laurent Schmitt, 2012, p13)

إن تعليق لافتة خاصة (إيقاف تشغيل الهاتف النقال، ممنوع التدخين) هو أمر مهم و ضروري. و هو خاص بالطرفين المعالج و العميل، الذي له الحق باستعمال هاتف في حالة الضرورة القصوى، لكن مع إعلام المعالج مسبقا بهذا. ديكور المكتب يجب أن يعكس شخصية المعالج و يكون في راحة العميل. مع تجنب تقديم معلومات كثيرة حول حياته الخاصة: الصور العائلية، الذكريات الشخصية. فقد تمثل أدوات إسقاطية للعميل. يمكن أن نستعمل أريكة، كراسي و طاولة صغيرة. هناك أمور أخرى قد تساهم في عملية المساندة النفسية كحاملة المعاطف، المناديل الورقية، حلويات أو حتى تقديم بعض القهوة أو الشاي. مع تجنب الساعات الحائطية لكي لا تشتت الانتباه. كذلك من الضروري أن تكون الإنارة خفيفة و درجة الحرارة معتدلة. فلا ينصح بإجراء مقابلات في فترات الحرارة المرتفعة جدا أو المنخفضة جدا. إن كل هذه العناصر تساهم في دعم و راحة العميل.

زمن المقابلات:

أغلبها تدوم نصف ساعة إلا أن المقابلة الأولى تكون طويلة تصل إلى 45د، و لا يجب أن تقل عن 15د. التباعد بين المقابلات يمكن أن يكون مختلفا، كما يمكن أن يناقشه المعالج مع عميله. (Laurent Schmitt, 2012, p16)

إن الجمل الأولى تعد مهمة. بعض العملاء يبدأون المقابلات و هم واقفون. كما أن الجمل الانتقالية تعد أيضا مهمة في بداية كل مقابلة لاحقا. كالتطرق للموضوع السابق ليظهر للعميل بأن هناك اهتمام و تتبع لما قاله سابقا. كما يمكن أن نسأل العميل عن حالته النفسية بالنسبة للمقابلة السابقة. (Laurent Schmitt, 2012, p17)

## 12- المربع الاستراتيجي للعلاج النفسي المساند:

و يمثل هذا الأركان الأساسية، و له أربعة جوانب إجبارية في تناول العلاج النفسي المساند. نجد منها صعوبة تفكير كل شخص في مشكلته، و هذا هو أساس التحالف العلاجي. حيث إن معاناة الشخص تكشف عن جروح و عن فراغات و علاقته تعتبر دائرية: فنحن نعاني لأننا ضعفاء، و هذا الضعف يظهر من خلال المعاناة. و هذا هو الركن الثاني للمربع. يشبه عمل المعالج هنا عمل حربي الماس فهو يواجه قطعة خام، عليه أن يفهم بنية الشخص، محاور القوة و الضعف، و هذا لاستخراج أحسن الجوانب و هذا هو الركن الثالث. في الأخير نحدد أهداف علاجية واقعية تصبو إلى دعم و مساندة العميل، و ليس إلى تغييرات جذرية لأنها أحيانا تكون فرضية. (Laurent Schmitt, 2012, p19)

إن السؤال المطروح هنا هو هل تنتمي هذه الأركان إلى الإطار أو إلى السيورة؟ في المنطق العلاجي، تظهر تدريجيا خلال الفحص و يجب علينا أن نجعلها مع السيورة. إن هذه المقاربة تعد إستراتيجية مهمة، حيث توضع القطع في أماكنها لتساهم في بناء السيورة العلاجية. فيمكن اعتبارها كإطار ثانوي يوجه العناصر المفتاحية للمساندة النفسية. (Laurent Schmitt, 2012, p20)

## 12-1- بناء التحالف:

إنه من الصعب أن يتكلم و يفكر الشخص في نفسه. هناك أشخاص من يتكلمون كثيرا بدون أي فترات سكوت، ليتسنى لهم التفكير في أنفسهم. و آخرون تجمدهم انفعالاتهم أو حزنهم، حيث يجدون صعوبة في الحديث. و آخرون لا يدركون إطار الحديث مع أصدقائهم. كما هناك آخرون يجدون صعوبة في منح ثقتهم. حيث يخفون أو يزيلون عدة نقاط في حديثهم، و يكتمون أسراراً مؤلمة. فحسب Andreoli فإن أساس العلاج النفسي هو نوعية العلاقة التي نبنيها مع العميل. هذا ما يجعلنا نتجنب الأسئلة الآلية عن الأعراض، أسبابها و سوابقها، و هذا لتكون العلاقة مع العميل محترمة، منطقية و إنسانية. (Laurent Schmitt, 2012, p21)

إن التعاطف الوجداني يؤدي إلى السؤال: ألم يكن صعبا على العميل التحدث معي، و التطرق لبعض المواضيع؟ ألسنت بعيدا عنه و مقلقا له؟

من المعروف أنه لبناء تحالف صحيح يجب أن تكون مدة المقابلة أكثر من 20د، حسب Gunderson et Gabbard، هناك ثلاث مراحل للتحالف:

### 1-1-12 التحالف التعاقدى:

حيث يجمع كل من المعالج و العميل. يتطلب عدة مقابلات لتطوير وضعية ما. و كذلك قبول العلاج على شكل عدة مقابلات. هذا العقد يتطلب الإشارة إلى ضرورة وجود عدة مقابلات و مناقشة الفترات الزمنية و الحصص الضائعة.

### 2-1-12 التحالف العلائقي:

يتضمن الاحترام المتبادل، إلتزام المعالج و المشاركة الانفعالية. يسأل العميل عن طبيعة العلاقة: هل هي فقط مجرد تقنية مهنية، أم هي تمثل مشكلة ما؟ نجد في هذا البعد العلائقي مظاهر من التعاطف الوجداني و الرأفة. يتضمن التعاطف مظاهر من التقمص مرتبطة بوضعية مشتركة بين المعالج و العميل. على المعالج أن يتفهم كل إزعاج أو تشويش قد يصدر من العميل. يتطلب التحالف العلائقي من المعالج التفكير في معاشته لتعاطفه الوجداني و رأفته، و هي تمثل أبعادا للتحويل تؤدي إلى تكيف في الفضاء العلائقي.

### 3-1-12 تحالف العمل:

و هو درجة التوافق بين العميل و المعالج على أهداف و مواضيع معينة. فتحالف العميل الحسن هو الذي نجد فيه تفاوضا حول مجموع الأهداف و المواضيع. إن تحسن هذا التحالف يجب أن يؤدي بالمعالج إلى السؤال أحيانا على العناصر التي يريد العميل تحسينها، نقاط عدم التوافق، أو حتى عناصر سلبية تتدخل في هذه العلاقة.

### 2-12- التعرف على الثغرات و التصدعات:

إن بعد الاستناد و المساندة في العلاج النفسي يتطلب الكشف عن مختلف الثغرات عند الشخص:

### 1-2-12 الثغرات الصدمية:

و هي تنبع من مختلف حوادث الحياة التي من الممكن أن تشوش التنظيم النفسي للشخص. مثل التحرشات و الاعتداءات الجنسية في الطفولة و التي تعطي نتائج مدمرة لفسية الشخص،

العنف الجسدي أو اللفظي. إن قائمة الحوادث هنا طويلة جدا، لكن القاعدة الأساسية هنا، هي تجاوز عملية الاستخفاف أو الكبت محاولة لنسيانها.

إن طرح السؤال مباشرة حول إمكانية وجود حوادث صادمة، قد يدفع العميل بالجواب سلبيا، لكن بتكرار المعالج و عودته لهذا الأمر قد يدفع العميل بالبوح بهذه الأسرار المكبوتة لتطفو على السطح.

### 12-2-2 الجروح النرجسية و قلة تقدير الذات:

و هي منتشرة بكثرة. فالنرجسية الأولية تساهم في الحفاظ على وحدة الشخص، فهي إذن نرجسية بانية للهوية. و اضطرابها يعني وجود قلق التفكك، توهم المرض، و إحساس بوجود أمراض مدمرة للانسجام النفسي للشخص. أما النرجسية الثانوية فهي تساهم في الصورة التي نعطيها لأنفسنا و للآخرين. فهي نرجسية اجتماعية و علائقية. تتميز اضطرابات النرجسية بالقيمة المنخفضة لتقدير الذات، الحاجة إلى أن يكون شخصا لامعا و التمايز مع الآخرين. الإحساس بالنقص و الدونية بالإضافة إلى بعض السلوكات المازوشية.

### 12-2-3 ثغرات الهوية:

و هي تشترك في الكثير من الأبعاد مع المظاهر النرجسية. فيمكن أن تتعلق بهوية الشخص و تظهر على شكل صعوبة في تقدير الذات أو تحقيق الذات. في هذه الحالة، لا يكون من الممكن معرفة ماذا نريد واقعا، أو الدفاع عن رأي أو فكرة ما أو الحفاظ على استقرار إجاباتنا أو استجاباتنا. كما يمكن أن تكون هذه الصعوبات في الهوية في الجانب الجنسي و تسبب معاناة نفسية، عندما يتم الكشف عن مظاهر من الجنسية المثلية و تعتبر خطيرة و مهددة. إذن فوجود هذا التفاوض الثنائي الجنسية يمكن أن يشكل مشكلا، حيث يكون التقبل صعبا و بالتالي موضوعا لمجموعة العمليات الدفاعية غير المرنة.

### 12-2-4- الثغرات ما بين الأشخاص:

و هي تظهر من خلال طبيعة علاقاتنا مع الآخرين. بعضها تكون بعيدة لا تسمح بالحميمية، الفكاهة و العطف. و أخرى تكون قاسية، فكل انتقال للأدوار يكون صعبا، و كل خيبة أمل أو صراع قد يؤدي إلى الانفصال أو الرفض. نجد في بعض العلاقات في بدايتها مثالية قوية ثم بعدها خيبة أمل. فتمتاز هذه العلاقات بالكثير من التناقضات. كما نجد من خصائص

هذه الثغرات تكرر اختيارات سيئة في العلاقات الجديدة، و يمكن أن يتعلق الأمر هنا بعناصر من النكوص أو أشكال من الشخصية الخاضعة أو اللامبالية، أو إعادة لنماذج مازوشية أو مجموعة سلوكيات طفلية. (Laurent Schmitt, 2012, P23)

### 12-2-5- الثغرات الادمانية:

من خلال استعمال مواد مخدرة كحل للصعوبات الداخلية للشخص. فنجد في حالات خطيرة الأعراض ظاهرة، و في حالات أخرى تكون مخفية أو توضع بعيدا عن هذه العلاقة. لكن هذه الثغرات الادمانية يكمن خطرهما في الانقطاع و عدم انتظام السيرورة العلاجية. فكل ما يقال تحت تأثير مادة مخدرة يمكن أن يؤثر على الفهم العام لشخصية العميل.

### 12-3- بنية الشخص:

من خلال تحديد عدة خصائص لبنية الشخصية. تحديد نقاط القوة و الضعف عند الشخص من خلال التاريخ الشخصي، تاريخ العائلة و العلاقات مع الآخرين.

### 12-4- المستوى التحليلي:

و يتضمن كذلك العلاقة مع الواقع، التي تعني الطريقة التي يدرك بها الشخص العالم الخارجي و إطلاق الأحكام. أفكار هديانية، هلوسات، اضطرابات في الإدراك الجسدي و هي أيضا اضطرابات خاصة بالعلاقة بالواقع. تشكل العلاقات بالموضوع في حجمها و استقرارها مظهرها أساسيا: الاستقلال عن الآخرين، الإحساس بالعظمة و العلو، الخجل، هذا ما قد يعطي أنماطا علائقية مضطربة، المستوى الانفعالي، التحكم في النزوات هي أيضا مظاهر يمكن تقييمها. الوعي، الأخلاق و كل الأفكار التي تفسر مثل فكرة الخداع. (Laurent Schmitt, 2012, p24)

### 12-5- التقييم البنائي:

و يتضمن أربع جوانب رئيسية:

### 12-5-1- المقاربة الجينية:

و هي تهتم بظروف تطور الشخص، وجود الصدمات، مشاكل التطور، المخاوف الطفولية، و هي بالتالي متعلقة بسيرورة الارتباط و الانفصال، كما تتأثر بمرض الأولياء، و التي يكون لها تأثير أكيد على التطور النفسي للشخص. (Laurent Schmitt, 2012, p25)



## 12-5-2- المقاربة الدينامية:

و هي تهتم بالعلاقات مع الأولياء، تطور الجنس، الصراعات مع الآخرين، الصراعات مع الذات (بين طموحاته و رغباته) و ما هو عليه واقعياً. إن هذا البعد الدينامي يمكن تقييمه بطرح سؤالين مهمين في مجال صورة الذات أو التفاعلات بين الأشخاص: ماذا تنتظر من الآخرين؟ و ماذا تظن أن ينتظر الآخريين منك (زوج، رفيق أو ولي)؟ ماذا حلمت أن تكون؟ ماذا كنت تريد أن تصبح؟

## 12-5-3- المقاربة المعرفية:

و هي تهدف إلى اكتشاف مجموعة من الأفكار المضطربة وظيفياً. و هي تعتمد على ميكانيزمات معرفية. و هي ممكن أن تكون مشاعر إهمال، الإحساس بالنبذ أو الدونية. أما هذه الميكانيزمات فهي متعددة: التركيز على التفاصيل، تفكير متصلب، القيام باستدلال عشوائي ابتداءً من نقطة ما للوصول إلى استنتاج ما.

## 12-5-4- المقاربة الفئوية:

و هي تتعلق بمجموعة اضطرابات الشخصية. المجموعة -أ- (شبه الزورانية، شبه الفصامية و الفصاموية)، المجموعة -ب- (الحدية، المضادة للمجتمع، النرجسية و شبه الهستيرية)، المجموعة -ج- (الشخصية المتجنبة، الاتكالية و الوسواسية). إن هذه الأبعاد تعطي تمثلاً واضحاً لبنية الشخص.

## 13- ظروف تقديم علاج نفسي مساند:

و هي الوضعيات التي لا تكون دائماً مأخوذة بعين الاعتبار في المحتوى الكلاسيكي للعلاج النفسي و هي:

- الأزمة: و هي نموذج أولي للوضعيات الحادة. حيث تفوق الأزمة قدرة الشخص على العلاج الموضوعي أو المنطقي. حيث تظهر بعض الأعراض التي تتسبب في خلل في تنظيم سلوكيات، أفكار و انفعالات الشخص. مصادر هذه الأزمة هي متعددة: صدمة نفسية، وفاة، صراع، انفصال.

- الاضطرابات النفسية العميقة: كالأعراض الاكتئابية الخطيرة، نوبات القلق الحادة جدا، الفترات الذهانية مع وجود هوس و هذيانا التي تجعل التفكير غير سويا. إن الشخص المكتئب يقوم باجتار مستمر لمجموعة من أفكار احتقار الذات، عدم النفع و الموت. تتجه هذه الأفكار نحو وجهة واحدة و تمنعه من رؤية باقي الاحتمالات أو الأوجه الممكنة. إن الشخص القلق لا يمكنه انجاز خطة عمل و يستبق الأمور دائما بطريقة سلبية. أما الشخص الذي تغزوه الهذيانا و الهلوس، يقوم بتفسير مفرط لاتجاهات الآخرين، و تجعل التفكير في مستوى واحد خاص بالإحساس بالتهديد و المعارضة.

- عدم القدرة على تحقيق عمل فكري: و يمكن أن تكون مؤقتة أو شاملة، كالأشخاص الذين لا يمكنهم التعبير عن انفعالهم.

- طلب مساندة مركزة: بعض الأشخاص الذين سبق و أن استفادوا من علاجات نفسية ما، يأتون بطلب محدد في وضعية معينة. فهم لا يريدون الالتزام ببرنامج علاجي طويل الأمد، مثل حالات تشخيص السرطان، موت شخص قريب أو حادث ما. (Laurent Schmitt, 2012, p08)

#### 14- أهداف العلاج المشتركة:

و هي أهداف متعددة حسب الوضعية التي أمامنا: وضعية حادة، حالة تدهور، أزمة أو وضعية مزمنة. كما هناك حالة أخرى تتعلق أهدافها بالمحافظة و الاستمرارية. فهي شكل آخر من المساندة لكنها متحللة و أقل دقة. تركز هنا على أهداف ذات مدى قصير و يمكن أن تكون سلوكية معرفية، انفعالية أو متعلقة بالاستقلالية.

حيث تعمل الأهداف السلوكية على خفض النزعة الانتحارية، وقف سلوكات إيذاء الذات، عنف أو سلوكات عنيفة. كما يكون تحليلها مشتركا مع العميل. إن أصل هذا السلوك أو ذاك يتطلب البحث بكل دقة عن الوضعيات التي تؤدي إلى أفكار الموت أو إيذاء الذات. إن المساندة النفسية يمكن أن تساعد على استرجاع قدرة التفكير، فآزمات القلق و الاكتئاب تؤثر على قدرات الشخص. إمكانية التموضع مكان شخص آخر لا يمكن تصورها، و الإصغاء لآراء الآخرين و تقييمها هي اتجاهات مؤقتة. يكون هنا المعالج كمحرك وسيط (الأنا الوسيط) و هذا ما يسمح بإعادة تنشيط سيرورة التفكير.

إن الأهداف الانفعالية توضع من خلال أعراض القلق، الحزن و عدم استقرار الانفعالات، والعمل على هذه الأعراض يتطلب الرجوع إلى مظاهر الشدة النفسية الإحساس بالإهمال والدونية. إن هذه المظاهر الانفعالية هي شديدة، مستمرة و مدمرة، يمكن أن يتطلب الأمر مساعدة دوائية. إن هذا الطابع المدمر يتمثل في أفكار انتحارية، استهلاك شديد للمواد المخدرة وكذلك نوبات بكاء مستمرة، حيث يمكنها أن تؤثر على التفكير. إن المساندة تمر عبر معالجة هذه العناصر و كذلك بتدخل طبيب لوصف الأدوية النفسية. (Laurent Schmitt, 2012, p26)

### خلاصة:

كثيرا ما يستعمل العلاج النفسي المساند من طرف المختصين. لكنه لم يتلقى التطوير و الشرح اللازمين، و هذا لأنه اعتبر كثيفة متبقية من العلاجات النفسية ذات البنية الواضحة كالعلاج النفسي التحليلي، العلاجات المعرفية و السلوكية، العلاجات ما بين الأشخاص. فهذا العلاج يُرى على أنه علاج خاص بالمبتدئين أو كعلاج نفسي تخفيفي. حيث عندما لا تجلب العلاجات النفسية الكلاسيكية نتيجة ما أو لا يمكن تطبيقها، في هذه الحالة نعتبرها كاتجاه علائقي غير نوعي، كعلاقة إنسانية تلقائية ذات اتجاه ايجابي. كما يمكن في حالات أخرى أن يستعمل المعالج شكلا مختصرا من تقنياته لأن العميل لا يحترم الإطار العلاجي و ما يقوله له المعالج. في كلتا الحالتين يبقى العلاج النفسي المساند غير واضح، و هذا بسبب غياب إطار مفاهيمي واضح و محدد البنية.

## الفصل الرابع: اللوكيميا

تمهيد.

- 1- مكونات الدم.
- 2- تعريف اللوكيميا.
- 3- أنواع سرطان الدم (اللوكيميا).
- 4- أعراض سرطان الدم.
- 5- العوامل المساهمة في ظهور سرطان الدم
- 6- كيفية تشخيص سرطان الدم
- 7- كيفية علاج سرطان الدم اللمفاوي الحاد.
- 8- المتابعة ما بعد العلاجية.
- 9- سيكولوجية مرض السرطان.

## تمهيد:

يعتبر السرطان من أكثر الأمراض المنتشرة حالياً في كافة أنحاء العالم، والتي تشكل خطراً على حياة الكثيرين وذلك لأن أغلبها غير قابل للعلاج أو قد يكون خبيثاً؛ وبالتالي نظن أننا قد عالجنا المرض ثم تعود لتظهر الأعراض من جديد ولكن في أعضاء أخرى، فلمرض السرطان أشكال متعددة وبالتالي فنحن نحتاج إلى أساليب خاصة وطرق محددة لكل نوع منها.

كما ويشكل الدم الأداة الأكثر فاعلية في عمليات نقل الغذاء والأكسجين إلى كافة خلايا الجسم، كما وأنه من أكثر الأشياء في جسم الإنسان المعرضة للإصابة بالكثير من الأمراض منها ما هو وراثي كفقر الدم المنجلي و بطفة نخثر الدم.

ويعتبر سرطان الدم " اللوكيميا " أحد أنواع السرطان التي تحتاج إلى أساليب خاصة في العلاج، وحتى في هذه الطرق الخاصة في علاج سرطان الدم، فإننا أيضاً نحتاج إلى التمييز بين أنواعه والتي كل منها يحتاج أسلوباً محدداً في العلاج، والذي من الممكن أن ينجح ومن الممكن ألا ينجح، أو أن يكون أساساً غير قابل للعلاج (قاتل)، ولكن بشكل عام فإنه أساساً للتمكن من علاج أي مرض يجب أن يتم اكتشافه بسرعة، وأن تتم معرفة أعراضه والمضاعفات التي يسببها، و أما سرطان الدم فإنه مرض آخذ بالتطور ولذلك يجب تطوير أساليب علاج لوقف حالات الموت الكثيرة التي يسببها.

**1-مكونات الدم:**

يتكون من خلايا الدم الحمراء وخلايا الدم البيضاء والبلازما والصفائح الدموية وهو نسيج ضام، وهو ضروري جداً لكثير من الكائنات الحية ، وذلك لوظيفته الهامة وهي نقل المواد (الغذاء والأكسجين ) و الفيتامينات والفضلات (ثاني أكسيد الكربون ) و الهرمونات وغيرها إلى جميع أنسجة وخلايا الجسم ودرجة حرارته الطبيعية هي 37 درجة مئوية.

يشكل الدم 08% من كتلة الجسم . فإذا كانت كتلة شخص ما 60 كغم مثلاً ، فإن 4.8 كغم منها دم (أي نحو 5 لتر). (Sherwood, 2006, p315). ويتكون أساساً من:

## 1-1- البلازما:

هي مادة سائلة شفافة تميل إلى الاصفرار ولها دور مهم في نقل الماء والأملاح، وأيضا المواد الغذائية مثل السكريات والفيتامينات و الهرمونات وغيرها ويوجد بنسبة 54% من الدم وتتركب من 90% ماء ( للماء دور كبير حيث يحافظ على درجة حرارة الجسم 37 درجة مئوية)، و 10% مواد أخرى ذائبة مثل (02% أيونات الأملاح المعدنية 07% البروتينات، الكربوهيدرات، الدهون الفيتامينات و 01% أجسام مضادة ، هرمونات و غازات مذابة .  
(S Silbernagl, A. Despopoulos, 2002, p92) .

## 1-2- كريات الدم الحمراء:

هي خلايا قرصية الشكل مقعرة الوجهين، وظيفتها نقل الغازات و سطحها مقعر كي تزيد من مساحة تبادل الغازات، وتمتاز بغشاء خلوي مرن يمكنها من المرور حتى في أضيق الشعيرات الدموية .تنشأ من النخاع الأحمر في العظام الكبيرة وتتجدد كل 120 يوم وتتكسر في الكبد والطحال وتذهب إلى العصارة الصفراوية لتشارك في محتوياتها، لونها أحمر لوجود مادة الهيموجلوبين وتتكون مادة الهيموجلوبين من بروتين وحديد، عددها تقريبا لدى الرجل البالغ 4-5 مليون وعند المرأة 4,5-4 مليون، ومهمتها تقتصر على حمل غاز الأكسجين من الرئتين واستبداله بغاز ثاني أكسيد الكربون. بناء كريات الدم الحمراء تتحكم به الكليتان عن طريق هرمون يدعى بالإريثروبويتين، ويعتمد إفراز هذا الهرمون على الضغط الجزئي للأكسجين في الدم . في الارتفاعات العالية يكون الضغط الجزئي للأكسجين منخفضا لذا ينشط إفراز هرمون الإريثروبويتين مما يرفع تركيز كريات الدم الحمراء لدى سكان المناطق الجبلية . خلية الدم الحمراء غير الناضجة تحتوي على النواة و الميتوكوندريا و أجسام غولجي و الرايبوسومات وتنمو هذه الخلايا وتنقسم انقسامًا متساويًا حتى تعطي خلية الدم الحمراء الناضجة بعد أن تفقد النواة و العضيات الأخرى كي تجعل أكبر مساحة ممكنة لصبغة الهيموجلوبين.

## 1-3- كريات الدم البيضاء:

كريات الدم البيضاء هي الخلايا التي تقوم بتوفير الحماية للجسم من الأمراض وعددها أقل من خلايا الدم الحمراء إذ أنه بين سبعمائة وأربعة عشر كرية حمراء نجد كرية بيضاء واحدة كما أنها متفاوتة الأحجام والأشكال وبها نواة واحدة كما أنها أكبر من خلايا الدم الحمراء. يتراوح

عددها بين (5000-10000) خلية في المليمتر مكعب. وتعتبر إحدى أهم وسائل الدفاع عن الأنتيجينات (مولدات الضد) في الجسم ويزداد عددها عند الإصابة بالأمراض (Sherwood, 2006, p326).

هناك 5 أنواع من خلايا الدم البيضاء هي: الحمضية والقاعدية والمتعادلة و الليمفية والوحيدة وتم تقسيمها حسب مظهر السيتوبلازم وشكل النواة إلى مجموعتين:

أ - الخلايا المحببة: وتكون كبيرة والسيتوبلازم محب ونواتها تتكون من عدة فصوص، وتختلف هذه الخلايا في تقبلها للصبغات وتشمل المتعادلة والحمضية والقاعدية.

ب - الخلايا غير المحببة: مظهر السيتوبلازم غير محب وأنويتها غير مقسمة إلى فصوص، وتشمل الليمفية والوحيدة.

### 1-4- الصفائح الدموية:

أجسام سيتوبلازمية توجد في الدم وتتكسر عند ملامستها للهواء لتجلط الدم، حتى لا يتسبب النزيف بضرر، ليس لها شكل محدد، لا تنزلق انزلاقاً طبيعياً في الدم مادامت سرعة الدم ثابتة لا تتغير، وتوجد في الشخص الطبيعي بنسبة ربع مليون لكل مم<sup>3</sup>، فدورها الأساسي هو تحويل المادة البروتينية السائلة الموجودة في الدم وهي الفيبرونجين إلى مادة صلبة تسمى الفيبرين وهي خيوط متصلبة تتجمع حول السطح الجلدي لتمنع خروج الدم من الجلد. وهناك أيضاً تساؤل: لماذا لا يتجلط الدم داخل الأوعية الدموية؟ الإجابة: لأن الدم يسري بصورة طبيعية وأيضاً مادة الهيبارين التي يفرزها الكبد والتي توقف عمل الصفائح الدموية وللعلم فإن الصفائح الدموية تتكسر من الكبد والطحال كل 10 أيام لتتجدد باستمرار ويمكن القول بأنها أجسام غير خلوية لأنها تتكسر باستمرار. (Sherwood, 2006, p321).

### 1-5- الجهاز اللمفي:

هو شبكة من الأوعية الدقيقة التي تشبه الأوعية الدموية. يقوم الجهاز اللمفي بإعادة السوائل من أنسجة الجسم إلى مجرى الدم. وهذه العملية ضرورية لأن ضغط السوائل في الجسم يجعل الماء والبروتينات وغيرها من المواد تتسرب باستمرار خارج الأوعية الدموية الدقيقة المسماة بالشعيرات. ويقوم هذا السائل الراشح بغمر وتغذية أنسجة الجسم. وإذا لم يجد طريقه إلى الدم، فإن الأنسجة تنتفخ وتتورم؛ ولذا فإن معظم السائل الزائد يرشح إلى داخل الشعيرات الدموية التي

يكون ضغط السائل فيها منخفضا، ويعود الباقي عن طريق الجهاز اللمفي، ويسمى اللمف. ويعتبر بعض العلماء الجهاز اللمفي جزءا من الجهاز الدوري، لأن اللمف يأتي من الدم ويعود إليه.

ويعد الجهاز اللمفي أي أجهزة دفاع الجسم ضد العدوى، حيث يقوم برشح الجسيمات الصغيرة والبكتيريا التي تدخل الجسم بوساطة كتل صغيرة من الأنسجة توجد على طول الأوعية اللمفاوية، وتشبه حبة الفاصوليا في الشكل، وتسمى العقد اللمفاوية ويتكون أساسا من:

### 1-5-1- اللمف:

يشبه إلى حد كبير من حيث التركيب الكيميائي البلازما، وهو الجزء السائل في الدم. ولكنه لا يحتوي إلا على حوالي نصف كمية البروتين الموجودة في البلازما، لأن جزيئات البروتين الكبيرة لا تستطيع أن تنفذ من جدران الأوعية الدموية بنفس السهولة التي تنفذ بها بعض المواد الأخرى. واللمف سائل شفاف (Sherwood, 2006, p345).

### 1-5-2 العقد اللمفاوية:

توجد في أماكن كثيرة على امتداد الأوعية اللمفاوية. وهي تشبه التوتوات، كما أنها تشبه العقد في خيوط الأوعية اللمفاوية. وتتجمع هذه العقد في أماكن معينة خصوصا في العنق والإبطين وفوق الأربية (الثنية بين أعلى مقدم الفخذ وأسفل البطن) وبقرب الأعضاء المختلفة والأوعية الدموية الكبيرة. وتحتوي العقد اللمفاوية على خلايا ضخمة تسمى البلاعم، تمتص المواد الضارة والأنسجة الميتة (S. Silbernagl, A. Despopoulos, 2002, p98).

### 1-5-3 اللمفاويات:

هي نوع من كريات الدم البيضاء تنتج في العقد اللمفاوية وتدافع عن الجسم ضد العدوى. فعندما تمر في العقدة اللمفاوية خلايا غير طبيعية أو مواد غريبة عن الجسم، تنتج اللمفاويات مواد تسمى الأجسام المضادة، تقوم بتدمير المواد الغريبة أو الشاذة أو تجعلها غير ضارة. وتوجد أعداد كبيرة من اللمفاويات في العقد اللمفاوية، وفي اللمف نفسه، بل يفوق عددها عدد كل الأنواع الأخرى من الخلايا في اللمف.



### 1-5-4 النسيج اللمفاوي:

يشبه نسيج العُقد اللمفاوية، ويوجد في بعض أجزاء الجسم التي لا تعتبر من الناحية العامة جزءا من الجهاز اللمفاوي، مثل اللوزتين والطحال . ويحتوي النسيج اللمفاوي على اللمفاويات، وينتجها، ويساعد في الدفاع عن الجسم ضد العدوى.

### 2- تعريف اللوكيميا:

يعرف سرطان الدم باسم (اللوكميما) وتعني هذه الكلمة الدم الأبيض و يسمى ابيضاض الدم، وقد أطلق الأطباء هذا الاسم لأن دم المصابين يبدو باهتا نتيجة فقر الدم الذي يصيب هؤلاء المرضى بدرجات متفاوتة حيث يقل عدد الكريات الحمراء نسبيا في الدم الساري، على حين يزداد عدد الكريات البيضاء، فنجدها وقد قفزت من سبعة آلاف في المليتر المكعب الواحد إلى مائة ألف، وأحيانا خمسمائة ألف كرية بيضاء في المليتر المكعب. وتزدحم الأنسجة المكونة للدم في مريض سرطان الدم بكريات الدم البيضاء حديثة العهد وكثيرة التوالد. ويختل الإنتاج الطبيعي للكريات الحمراء مما يسبب فقر الدم . كما تتداخل عملية إنتاج الكريات البيضاء في تكوين الصفائح الدموية اللازمة لتجلط الدم . لذلك يصاب مرضى (اللوكميما) بالاستعداد للنزيف.

(R. Mertelsmann, M. Engelhardt, D. P. Berger , 2011, p413)

ويوجد صنفان أساسيان من كريات الدم البيضاء (الخلية الليمفاوية والخلية النخاعية) وتتكون أغلب هذه الخلايا في الغدد الليمفاوية وفي الطحال . غير أنهما يتكونان أيضا في نخاع العظام . وعليه يوجد صنفان من هذا السرطان حسب نوع الخلية الغالبة المتكاثرة . في النوع الليمفاوي قد يكون تضخم الغدد الليمفاوية أول إشارة للإصابة بالمرض.

أما في النوع النخاعي فيتميز بتضخم في الطحال . كما أن النزيف قد يكون أحيانا أول علامة إذا ما ظهر عقب خلع ضرس أو عملية جراحية صغيرة لا تستدعي كل هذا النزيف المزعج، أو قد ينزل من الأنف أو اللثة بدون أي سبب، ثم يظهر فقر الدم والتعب والإنهاك والضعف العام والشحوب.

حسب ما جاء في المؤتمر الوطني الثاني عشر لأمراض الدم، تمثل اللوكيميا 10% من أنواع السرطانات في الجزائر. أما اللوكيميا الحادة تمثل 18% من أمراض الدم الخطيرة. بنسبة 0.35

في المئة ألف بالنسبة للوكيميا اللمفاوية الحادة، و 0.91 في المئة ألف بالنسبة للوكيميا النخاعية الحادة. (M.A Bekadja et autres, 2012, p06)

### 3- أنواع سرطان الدم (اللويميا):

يصنف الأطباء سرطان الدم وفق طريقتين هما:

⊙ حسب وتيرة التقدم: يعتمد هذا التصنيف على وتيرة تقدم المرض.

أ - سرطان الدم الحاد: في ابيضاض الدم الحاد، خلايا الدم الشاذة هي خلايا دم بدائية غير متطورة (أرومة- blaste) هذه الخلايا غير قادرة على القيام بوظيفتها، وهي تميل إلى الانقسام بوتيرة سريعة، لذا فإن المرض يتفاقم بسرعة. يتطلب ابيضاض الدم الحاد معالجة قوية و مشددة، يتوجب البدء بها على الفور (Michel Arock et autres, 2008, p141).

ب - سرطان الدم المزمن: ينشأ هذا النوع من سرطان الدم في خلايا الدم البالغة (المتطورة). هذه الخلايا تنقسم وتتكاثر، أو تتراكم ببطء أكثر ولها قدرة اعتيادية على العمل، طوال فترة زمن معينة. في بعض أصناف ابيضاض الدم المزمن لا تظهر أعراض معينة ويمكن أن يظل المرض خفيا وغير مشخص لبضع سنوات (Michel Arock et autres, 2008, p133).

⊙ حسب نوع الخلايا المصابة: يعتمد التصنيف الثاني على نوع خلايا الدم المصابة.

أ - ابيضاض الدم اللمفاوي: يهاجم هذا النوع من ابيضاض الدم الخلايا الليمفاوية، المسؤولة عن إنتاج النسيج اللمفي. يشكل هذا النسيج المركب المركزي في الجهاز المناعي وهو موجود في العديد من أجهزة الجسم، التي تشمل أجهزة الغدد / العقد اللمفاوية، الطحال واللوزتين.

ب - ابيضاض الدم النقوي: يهاجم هذا النوع الخلايا النخاعية الموجودة في النخاع الشوكي. هذه الخلايا تشمل الخلايا التي يفترض أن تتطور مستقبلا إلى خلايا دم حمراء، خلايا دم بيضاء والخلايا المسؤولة عن إنتاج صفيحات الدم.

⊙ الأنواع الرئيسية:

أنواع ابيضاض الدم (اللويميا) الرئيسية هي:

أ- ابيضاض الدم النقوي (النخاعي) الحاد (Leucémie aigue myéloblastique) :

هو أكثر أنواع ابيضاض الدم انتشارا. يظهر المرض عند الأطفال وعند الكبار.

ب - ابيضاض الدم اللمفاوي الحاد (**Leucémie aigue lymphoblastique**) : و هو النوع الأكثر انتشارا عند الأطفال. وهو مسؤول عن 75% من حالات الإصابة بسرطان الدم عند الأطفال (Jean-François Morère et autres, 2011, p737).

ج - ابيضاض الدم اللمفاوي المزمن (**Leucémie lymphoïde chronique**) هذا النوع منتشر جدا ويظهر لدى البالغين أساسا. وهو لا يظهر لدى الأطفال تقريبا.

د - ابيضاض الدم النقوي (النخاعي) المزمن (**Leucémie myéloïde chronique**): يظهر هذا النوع من ابيضاض الدم بالأساس عند البالغين. ويعزى ظهوره إلى خلل في الصبغي (الكروموزوم) المسمى بصبغي فيلادلفيا، المسؤول عن إحداث طفرة (Mutation) وراثية في الجين (BCR ABL) الذي ينتج بروتينا غير سليم يسمى تيروسين كيناز (Tyrosine kinase) ويعتقد العلماء والأطباء بأنه هو الذي يمكن خلايا الابيضاض (سرطان الدم) من النمو والتكاثر. و قد يعاني المصاب بهذا النوع من سرطان الدم من ظهور أعراض قليلة، إن ظهرت أصلا، على امتداد فترة قد تطول أشهر أو حتى سنوات، قبل بداية المرحلة التي تنمو فيها خلايا المرض وتتكاثر بسرعة فائقة. كما توجد أنواع أخرى مختلفة حسب التصنيف الجديد لمنظمة الصحة العالمية. (Atul B. Mehta, A. Victor Hoffbrand, 2003, p 93)

#### 4- أعراض سرطان الدم:

الخطوة الأساسية و الأهم لعلاج أي مرض هي معرفة أعراضه للتمكن من التعرف عليه عند وجوده، ولدى سرطان الدم الكثير من الأعراض التي يمكن ملاحظتها على المصابين به، ومن أهمها:

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

- الحمى مع الالتهاب الفيروسي أو الجرثومي بسبب نقص الكريات البيضاء السليمة و الفعالة، وحتى لو كان عدد الكريات البيضاء مرتفعا فإنها كريات مريضة غير قادرة على القيام بوظيفتها الدفاعية.

- ظهور بقع حمراء على الجسم تشبه رأس الدبوس، الكدمات وسهولة النزف بسبب نقص الصفائح.

- الآلام العظمية التي تتطور عند ثلث الأطفال المصابين بالاييضاض.

- ضخامة الكبد والطحال مما يؤدي لبروز البطن.

- ضخامة العقد اللمفاوية في الرقبة وتحت الإبط وأحيانا داخل الصدر (تكشف بصورة الصدر الشعاعية).

- ضخامة غدة التيموس وهي موجودة في الصدر وقد تضغط على الرغاني مسببة حدوث السعال وضيق التنفس وأحيانا الاختناق.

- الصداع ، القيء و الاختلاج وذلك في حالات انتشار الايضاض إلى الجملة العصبية المركزية.

- ضخامة اللثة مع الألم والنزف منها في حالة الايضاض النقوي الحاد، وقد يمتد انتشار خلايا الايضاض إلى الجلد بظهور بقع داكنة تشبه الطفح.  
(الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، 2013، ص14)

### 5- العوامل المساهمة في ظهور سرطان الدم:

لم يصل العلماء والأطباء إلى أسباب مؤكدة للإصابة بسرطان الدم، فهو تغير مفاجئ لخلايا الدم، مما يؤدي إلى تكاثر لا يمكن توقيفه، ولكن وجد الأطباء أن هناك عدة عوامل، قد تزيد من خطورة الإصابة بسرطان الدم وهي:

- الوراثة، وتلعب دورا كبيرا في الإصابة بسرطان الدم؛ حيث تنتقل الجينات من الوالدين إلى الأبناء، كما أن متلازمة داون ، تزيد من نسبة الإصابة بسرطان الدم.

- التعرض لمواد كيميائية، وكذلك الإشعاعية المستخدمة في علاج أنواع أخرى من السرطانات، كسرطان الثدي وسرطان الرئة.

- التعرض لانفجار نووي، وإشعاع ذري كما حدث في اليابان، يعرض الناس إلى الإصابة بسرطان الدم بنسبة عالية؛ نتيجة تأثر خلايا الدم بتلك الأشعة النووية والذرية.

- التدخين؛ حيث يوتر التبغ والمواد المكونة للسجائر في خلايا الدم، ويقللان من قدرتها على النمو وأداء وظيفتها؛ مما يسبب خللا فيها وظهور خصائص سرطانية.

- إزالة ورم سرطاني باستخدام الليزر؛ مما يعمل على انتشار السرطان في المناطق المجاورة له؛ وإصابة الدم بالسرطان، ويحدث ذلك نتيجة التشخيص الخطأ للورم، وعدم الشك في كونه وربما خبيثاً. (الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، 2013، ص10)

## 6- كيفية تشخيص سرطان الدم:

قد يقوم الطبيب ببعض الإجراءات التالية لتشخيص سرطان الدم:

- فحوصات الدم: من بين فحوصات الدم التي تجرى في أغلب الأوقات هو فحص تعداد الدم الكامل (un bilan complet) وفحص وظائف الكلى، الكبد وفحص تحديد مستوى حامض اليوريك. كما أن فحص مسحة الدم تحت المجهر ضروري للبحث عن أي خلايا سرطانية.

- يتم الكشف عن سرطان الدم عن طريق إجراء تحليل صورة الدم الكاملة، فإذا لاحظ الطبيب أي تغيرات غير طبيعية في نتيجة التحليل، كزيادة عدد كرات الدم البيضاء بصورة كبيرة، يتم إجراء فحوصات أخرى.

- يتم سحب عينة من النخاع العظمي، ويتم دراستها وفحصها لكشف أي خلايا سرطانية قد توجد بها.

- يتم إجراء الكشف البدني؛ لمعرفة إذا كانت هناك تورمات في الغدد الليمفاوية أم لا .

- البزل القطني للبحث عن خلايا سرطانية في السائل النخاعي وهو السائل الذي يملأ الفراغات داخل وحول الدماغ والحبل الشوكي.

- فحص الوراثة الخلوية (analyse cytogénétique) حيث تفحص الكروموزومات في الخلايا من عينات الدم أو نخاع العظم أو الغدد الليمفاوية لتحديد ما إذا كانت هناك أي مشاكل وراثية محددة. على سبيل المثال فإن الأشخاص الذين يعانون من سرطان الدم النقوي المزمن لديهم كروموزوم شاذ يسمى كروموزوم فيلادلفيا، الذي تكلمنا عنه سابقاً.

(Atul B. Mehta, A. Victor Hoffbrand, 2003, p 107)

- التشخيص الجزيئي ( فحوصات PCR و FISH) يتمكن فحص تفاعل البلمرة المتسلسل (PCR) من الكشف عن آثار الخلايا السرطانية في الجسم، بينما يعمل فحص تهجين الإشعاع

الموضعي (FISH) بالكشف عن أي عيوب في الكروموزومات في الحمض النووي للخلية.  
(الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، 2013، ص14-17)

## 7- كيفية علاج سرطان الدم الليمفاوي الحاد:

نظرا لتوفر أدوية كيميائية لها فعالية جيدة على الخلايا السرطانية دون أن تؤثر كثيرا على الخلايا الطبيعية، يختلف علاج هذا المرض عن علاج سرطان الدم النخاعي الحاد، فتستخدم في علاج هذا المرض عقاقير تؤدي إلى الوصول إلى اختفاء المرض دون أن تزداد حدة أعراض فشل النخاع العظمي. ولكن عند الاكتفاء يمثل هذه الأدوية التي لا تؤثر على الخلايا الطبيعية، سرعان ما يعود المرض خلال فترة قصيرة ولذلك تضاف أدوية من النوع المستخدم في علاج سرطان الدم النخاعي الحاد، ولذلك تحصل بعض أعراض فشل النخاع العظمي نتيجة انخفاض الخلايا الطبيعية، وإن كان هذا الانخفاض وهذه الأعراض أقل شدة مما يحصل في سرطان الدم النخاعي الحاد، عموما يكون علاج سرطان الدم الليمفاوي الحاد حسب بروتوكولات مدروسة تهدف أساسا إلى:

1- العلاج المكثف.

2- وقاية الجهاز العصبي المركزي.

3- التركيز المبكر، أو إعادة العلاج المكثف.

4- الحفاظ على نتائج العلاج.

في بعض مراحل هذا العلاج تضعف قدرة النخاع العظمي على إنتاج الخلايا الطبيعية ولكن يمكن تقليل جرعة بعض الأدوية أو تأجيل بعض مراحل العلاج التفصيلية حتى تترك فرصة للنخاع العظمي كي يستعيد عافيته ثم نبدأ العلاج مرة أخرى. عموما يكون ضعف إنتاج الخلايا الطبيعية أقل مما يحدث أثناء علاج سرطان الدم النخاعي الحاد، ولكن يمكن أن تحصل نفس المضاعفات ولو بدرجة أقل، وتوجد عندئذ حاجة للمضادات الحيوية وحاجة لنقل الدم والصفائح الدموية مثلما يحدث في حالات السرطان النخاعي الحاد.

(أكرم الهلالي، 2014، ص50)

وهناك فرقان هامان آخران بين سرطان الدم النخاعي الحاد وسرطان الدم الليمفاوي الحاد، الأول هو أن المرض الأخير يكمن أحيانا في أماكن معينة لا يمكن للعقاقير التي تعطى عن طريق

الوريد أن تصل إليها لتقضي على المرض وأماكن الاختفاء هذه هي الجهاز العصبي المركزي و الخصيتان. ولذلك لا بد من إعطاء علاج وقائي للقضاء على المرض في هذه الأماكن وإلا يعود المرض ابتداءً من هذه الأماكن.

الفارق الثاني هو أن ما يسمى بالعلاج الحافظ الذي هو عبارة عن عقاقير كيماوية تعطى عن طريق الفم يوميًا أو أسبوعيًا (وأحيانًا عقاقير شهرية أو متباعدة عن طريق الوريد أو في منطقة النخاع الشوكي). هذا العلاج الحافظ قد أدى إلى تراجع عودة المرض بعد اختفائه، بينما جميع الدراسات التي أجريت باستخدام العلاج الحافظ في سرطان الدم النخاعي الحاد لم تؤدي إلى أية فائدة إضافية.

بالنسبة لزراعة النخاع العظمي في حالات سرطان الدم الليمفاوي الحاد، فتستخدم هذه الوسيلة العلاجية في حالات محدودة جدًا عند الأطفال لأن النتائج التي يمكن أن تحصل عليها بدون زراعة جيدة مقارنة بسرطان الدم النخاعي الحاد. (نيكولاس جيمس، 2013، ص63)

#### 8- المتابعة ما بعد العلاجية:

السنة الأولى:

- تحاليل كل 15 يوم في 3 أشهر الأولى ثم كل شهر.

- استشارة كل 3 أشهر.

من سنة إلى 3 سنوات:

- تحاليل كل شهرين.

- استشارة كل 4 أشهر.

من 3 إلى 5 سنوات:

- استشارة كل 6 أشهر.

- فحص كل 3 أشهر.

بعد 5 سنوات:

- استشارة سنوية و متابعة من طرف الطبيب المعالج.

- تحاليل مرة إلى مرتين في السنة. (Magda Alexix et autres, 2015)

## 9- سيكولوجية مرض السرطان:

تطور علاج السرطان في الثلاثين سنة الأخيرة، ما سمح بإطالة عمر المصابين. لكن بقي لهذا المرض العديد من العواقب النفسية، المعرفية، الانفعالية منها و السلوكية، سواء بالنسبة للمريض أو محيطه العائلي. تكون الاستجابات المختلفة للمريض طيلة مراحل المرض: الأعراض الأولى، العلاجات، فشل العلاج، المرحلة ما قبل النهائية و النهائية، مرحلة تناقص أعراض المرض ثم الشفاء.

قسّم Eisenberg المرض إلى ثلاثة مظاهر:

- المرض (disease) بأبعاده البيولوجية، و يتعلق بالخلل الوظيفي للأعضاء و الأجهزة الفيزيولوجية، أي المرض من وجهة نظر بيوطبية، و هو ما يسمى "الإصابة بالمرض" « Avoir une maladie » .

- المرض (illness) و يتعلق بالتجربة المعاشة و هي كل الاستجابات الثقافية، الشخصية و بين الشخصية للمرض، و التجربة الإنسانية للمرض، و هذا ما يسمى "أنا مريض" « On est malade » .

- المرض (sickness) و يتعلق بالجانب الاجتماعي للمرض، أي المسار الذي يتخذه الشخص عندما يكون مصابا بمرض ما، بالإضافة إلى سيرورة التنشئة الاجتماعية، و هذا ما يسمى "أنا بصفتي مريضا" « On est un malade » .

(Gustave-Nicolas Fisher et Cyril Tarquinio, 2014, p138)

إن رفع نسبة بقاء المريض في الحياة، انخفاض عدد و مدة الاستشفاء، يعطي لعائلته نفسا و طاقة من أجل الرعاية اليومية له. كما أن مساهمة الأقارب في العلاجات المقدمة، تساعد و تسهل عملية الانخراط المرن للمريض في العلاج و استمراره، لأن هذا له دور مهم في مساندة المصاب.

من الضروري الأخذ بعين الاعتبار الخصائص النفسية، عند التحدث عن الثنائية مريض/قريب و هي تتمثل في:

- القابلية للتكيف: القدرة على تكيف الأدوار، و تنظيم الوظائف حسب الطلب.

- الاتصال: القدرة على تطوير نوع من الاتصال المفتوح حول المرض و عواقبه.



- المعاملة بالمثل: قدرة كل واحد على مساندة الآخر، و الإحساس بأنه مساند من طرف الآخر.

- الاندماج: القدرة على خلق و الحفاظ على الروابط الانفعالية و العاطفية الكافية. إن الأزواج الذين يتواصلون حول موضوع المرض، يتكيفون جيدا مع تغير الأدوار الذي يفرضه المرض. هذا بالإضافة إلى أن قدرة كل واحد منهما، تؤثر على تكيف الآخر. إن آثار مرض السرطان عديدة. فالمواجهة المباشرة أو غير المباشرة للتأثيرات الجانبية للعلاج، استباق الألم، عدم اليقين إن كان العلاج سيفيده أم لا، البحث عن معنى المرض لماذا هو بالذات؟ لماذا في هذه الفترة؟ الإحساس بالفشل، الوصمة الاجتماعية، و كل المشاكل العملية. التهديد بفقدان المريض، الخوف و القلق من الموت، الإحساس بالعجز و الذنب.

(Laurent Zelek, 2010, p237)

إن مساندة المصاب بالسرطان تنقسم إلى: مساندة متعلقة بالمعلومات، مساندة نفسية و مساندة عملية. و بالموازاة مع هذا، و بتحليل مجموعة من المقابلات، توصلت دراسة إلى أن هذا الأمر يتطلب وجود 63 مهارة، مقسمة إلى تسعة فئات: ملاحظة كل تغيير، تفسير هذا التغيير، أخذ قرارات، القيام بكل فعل ضروري، تكيف عملية التكفل، التقييم، البحث و استعمال مختلف المصادر، التحكم الجسدي في المريض، مشاركة المريض في العلاج، التفاعل مع المتدخلين الطبيين. (Laurent Zelek, 2010, p239)

يمر الاعتراف بالمرض بستة مراحل ذكرتها Elisabeth Kübler-Ross و هي:

- 1- مرحلة الصدمة: حيث يكون المصاب في حالة ذهول بعد سماع التشخيص.
- 2- الإنكار: يرفض و يكبت واقع غير مقبول و مهدد لتوازنه النفسي.
- 3- المعارضة: يمر المريض بحالة من الغضب، العدائية و الإحساس بالذنب.
- 4- المساومة: يحاول المريض التفاوض فيما يخص الصعوبات وكل ما يجب القيام به لاحقا.
- 5- المواءمة: يصبح المريض على وعي كامل بكل ما يجب عليه تحمله و تقبله.

6- مرحلة تقبل المرض: حيث يتقبل مرضه و يدبجه في حياته اليومية. حيث يكون نوعا من الاتزان الانفعالي، و يشكّل صورة ذات جديدة في إطار تقبل المرض.

ممكن أن تكون هذه المراحل مختلطة و مشوشة بالنسبة للمريض. و لا نجدها بالضرورة عند كل المرضى. يكون الانتقال من مرحلة إلى أخرى سريعا حسب المصاب، مع احتمال وجود انسداد في مرحلة ما. (Olivier Bouché et Bernard Ulrich, 2013, p22)

إن السرطان و كل العلاجات الخاصة به يعتبر كعنصر مهدد لصورة الجسم، ففي اللوكيميا و بالرغم من أن التأثيرات الجانبية قد تبدو أقل من أنواع أخرى من السرطانات، إلا أنه توجد بعض العواقب النفسية و الاجتماعية لها: القلق، أعراض اكتئابية، انخفاض تقدير الذات، إحساس بفقدان التحكم في الجسم. هذا إلى جانب سقوط الشعر، القيء و الغثيان المستمر، آلام المفاصل، شحوب الجلد و الوجه خاصة و فقدان الوزن. إن صورة الجسم هي نتيجة نشاط نفسي، تجاه مجموعة من المحددات البيولوجية (الجسم الحقيقي)، أو الاجتماعية (إدراك الجسم من طرف الآخرين). و لها وظيفة وقائية، توازنية و بالتالي تكيفية. كما أنها تطورية، غير فطرية، و تتغير حسب الأعمار. و هي من أهم مكونات الهوية عند الشخص. أما في حالة السرطان فإن صورة الجسم تضطرب حتميا و لو نسبيا.

تتعلق التغيرات الجسمية عند المصاب بالسرطان، بمجموعة من المعايير: العجز الذي تحدثه، البعد الرمزي للعضو المصاب، التقدير الخاص بمسؤولية المريض في إصابته بهذا المرض، بالإضافة إلى الأثر الأساسي للمرض. (Patrick Ben Soussan et Éric Dudoit, 2009, p98-99)

اقترح Jean-Louis Pedinielli مصطلح "عمل المرض"، « le travail de la maladie » و هو ناتج عن العمل النفسي التحليلي و كلام المرضى المصابين بأمراض مزمنة. يمكن تعريفه على أنه مجموعة من العمليات النفسية، التي تحقق نوع من الإعداد للحدث (غير السار)، المتمثل في المرض بالنسبة للجهاز النفسي. إن هذه الإجراءات تؤمّن تحول الإصابة من العضوية إلى الإصابة النرجسية مع الألم النفسي، و هذا للسماح بإنشاء نوع من إعادة الاستثمار الليبيدي. (Patrick Ben Soussan et Éric Dudoit, 2009, p138)

إن الميكانيزمات الدفاعية في إطار المرض، لها دور مهم بالنسبة للمصاب لمواجهة تهديد هذا المرض. كما تسمح كذلك له بإيجاد نمط آخر من العلاقة بالذات و العالم.

(Gustave-Nicolas Fisher et Cyril Tarquinio, 2014, p51)

حاجة المصاب بالسرطان إلى المعلومات:

إن تطور القيم الاجتماعية و الثقافية أدى إلى تغير في العلاقة معالج/مصاب. مع طلب ملح و مستمر من طرف المصاب من أجل أحسن المعلومات خاصة بمرضه و علاجه. و مرافقة جيدة لأحسن تسيير حياته أثناء و بعد المرض، إلى جانب المساندة النفسية و الاجتماعية.

تزداد هذه الاحتياجات بسبب عدم التأكد من مآل المرض، و أثره على المريض و عائلته. يرجع رضا المصابين بالسرطان بعملية التكفل، المرتبطة بالاستجابة لهذه الحاجة. تسهل المعلومات عملية تشكيل علاقة ثقة، إلى جانب المراقبة العلاجية. كما أن غياب المعلومات يلعب دورا مهما في الصعوبات الخاصة بالتكيف النفسي المرتبط بإعلان و تقديم التشخيص و العلاجات.

إن نوع و مستوى المعلومات يتطور حسب مراحل التكفل و تقبل المرض. الحاجة إلى أن تكون له معلومات، ليس له علاقة بالضرورة مع القرارات العلاجية. بعض المرضى يحتاجون إلى معلومات حول أسباب اختيار العلاجات، أكثر من المشاركة في القرار العلاجي.

(Marie-Frédérique Bacqué , 2008, p78)

إنه ليس من الضروري فقط الإصغاء لما يقوله العميل، بل إلى الطريقة التي يتحدث بها، و ما هي الانفعالات التي تفسر اختياره، لهذه الكلمات أو التعابير الجسدية.

(Patrick Ben Soussan, 2004, p235)

### خلاصة:

إنه و بالرغم من إصابة و تشابه مجموعة أشخاص بمرض اللوكيميا، إلا أن عواقبه النفسية على شخصية المصاب تبقى خاصة بكل حالة، بالرجوع إلى خصائصها النفسية، الاجتماعية، الاقتصادية الثقافية، إضافة إلى البيولوجية منها المتعلقة بنسبة استجابة المريض للبروتوكولات العلاجية، و مآل المرض لاحقا.

# الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للجانب التطبيقي

تمهيد.

- 1- مجتمع الدراسة.
- 2- عينة الدراسة.
- 3- ميدان و مدة الدراسة.
- 4- المقابلة العيادية.
- 5- الملاحظة العيادية.
- 6- تاريخ الحالة.
- 7- الاختبار النفسي.
- 8- تقنيات المساندة النفسية المستعملة في الدراسة.

**تمهيد:**

و هو الفصل الخاص بكل الإجراءات و الأدوات المنهجية، التي اتبعها الباحث لبلورة الجانب التطبيقي من هذه الدراسة.

**1- مجتمع الدراسة:**

و هي الحالات المصابة بمرض اللوكيميا (مرحلة ما قبل انتشار المرض)، و هي الحالات التي لا يزال أمل علاجها قائما، و لم ينتشر المرض في جميع الأعضاء، أي لا توجد مضاعفات خطيرة، تجعل من العلاج الكيماوي أمرا غير ذي أهمية.

**2- عينة الدراسة:**

و هي حالة واحدة لشاب 35 سنة، مصاب بمرض اللوكيميا. تم اختيارها بطريقة قصدية، هذا لأن الحالة تم اكتشاف المرض عندها منذ خمسة أشهر فقط. فكان هذا الشاب لا يزال في بداية العلاج، متحمسا و محافظا على قواه النفسية و الجسدية نسبيا. عكس الحالات الأخرى -معظمهم أكبر سنا-، تلقوا عدة علاجات كانت فاشلة، و بالتالي حالتهم النفسية و الجسدية كانت متدهورة، ما أدى إلى رفضهم المشاركة في هذه الدراسة، أو الاستمرار في حضور الحصص.

**3- ميدان و مدة الدراسة:**

تمت المقابلات العيادية في مصلحة أمراض الدم، بالمستشفى الجامعي لتلمسان. أما مجال المقابلات كان خلال شهر و نصف من 2016/04/11 إلى 2016/05/26. و هذا راجع إلى خصوصية متعلقة بطبيعة المرض و العلاج و آثاره الجانبية. مع العلم أن الباحث قد قام بإلغاء حصتين، بسبب حالة العياء و بداية ظهور الآثار الجانبية للعلاج الكيماوي.

**4- المقابلة العيادية:**

هي علاقة لفظية حيث يتقابل فيها النفساني مع العميل، فينقل الواحد منهما معلومات خاصة للآخر حول موضوع أو موضوعات معينة. فهي نقاش موجه و هو إجراء اتصالي يستعمل سيرورة اتصالية لفظية للحصول على معلومات على علاقة بأهداف محددة.

(Omar Aktouf, 1987, p87)

حسب Grawitz و Pinto تكون المقابلات حسب معيارين: هناك درجة من الحرية و التعمق في النقاش أو الدقة في المعلومات المبحوث عنها. تعتمد دراستنا هذه على المقابلة الموجهة و نصف الموجهة لجمع أكبر قدر من المعلومات مع أقل درجة من تحديد النقاش حتى يكون المفحوص أكثر راحة.

### 5- الملاحظة العيادية:

تعتبر الملاحظة سلوك من الفحص الدقيق لظاهرة معينة. (Maurice Angers, 1997, p05) تسمح لنا الملاحظة بتحديد الخصائص السلوكية للمفحوص و دراسة شخصيته. نعتمد في دراستنا هذه على الملاحظة المباشرة أثناء المقابلات.

### 6- تاريخ الحالة:

تهدف إلى جمع معلومات حول ماضي المفحوص، و محاولة فهم طبيعة هذه المعلومات، و توضيح العلاقة بين مختلف الأجزاء، لإيجاد الروابط الصحيحة التي نعمل عليها و من خلالها مع العميل. و هذا لإظهار أهمية عمق معاشه النفسي الذاتي الداخلي.

(Maurice Angers, 1997, p141)

### 7- الاختبار النفسي:

هو أداة قياس نوعي تسمح بوصف سلوك الشخص في وضعية محددة. بالرجوع إلى سلوك مجموعة ضابطة محددة لأهداف خاصة بالدراسة. يتم وضع هؤلاء الأشخاص في نفس الوضعية. يتعلق الأمر بتحديد الخصائص النفسية أو التربوية التي نريد قياسها و بدقة.

(J.A Rondal, 1997, p40)

أما الاختبار النفسي الذي استعمله الباحث في هذه الدراسة، فهو سلم تقييم الميكانيزمات الدفاعية (DMRS).

### 7-1- سلم تقييم الميكانيزمات الدفاعية Defense mechanism rating scale

(DMRS):

و هو يعتبر من أهم الاختبارات المستعملة في التقييم النوعي و الكمي للميكانيزمات الدفاعية. قام بتطويره John Christopher Perry، و هو طبيب عقلي أمريكي تكوّن عند الرائد في أبحاث الميكانيزمات الدفاعية George Vaillant.

كانت أول نسخة سنة 1981، ثم قام بتعديله بالاعتماد على عدة دراسات. أما النسخة الحديثة فهي الخامسة سنة 1990، و هذا بالتعاون مع باحثين متخصصين في مجال الميكانيزمات الدفاعية، و هي عبارة عن إحدى اللجان التي أعدت DSM-IV و هم:

George Vaillant, Michael Bond, Steven H. Cooper, Marianne E. Kardos.  
(Hentschel et al, 1993, p122)

اعتمد المؤلف في تقديم تعريفات و وظائف الميكانيزمات الدفاعية على إجماع هؤلاء الباحثين. و كانت أول ترجمة فرنسية من طرف M. Bader، بدعم من الصندوق السويسري للبحث العلمي سنة 1992. (J. Christopher Perry, 2009, p26)

### 7-1-1- وصف الأداة:

يصف هذا الاختبار 27 ميكانيزم دفاعي في نسخته الأخيرة، و هي: المرور إلى الفعل، العدائية غير الفعالة، توهم المرض، الانشطار، التقمص الإسقاطي، الإنكار العصابي، الإسقاط، التبرير (rationalisation)، الحلم التوحدي، الاحتقار، المثالية، القدرة المطلقة، الكبت، التفكك، التكوين العكسي، الإزاحة، العزل، التعقيل (intellectualisation)، الإلغاء، القدرة على الرجوع إلى الآخر، الإيثار، الاستباق، تحقيق الذات، الفكاهة، الاستبطان، الاستعلاء، التمتع.

اعتمد عليها الباحث في هذه الدراسة. بعدما كان العدد في نسخ سابقة 22. يتضمن دليل الاختبار تعريف خاص بكل ميكانيزم، وظيفته، التشخيص الفارقي لتمييز الدفاعات المتشابهة. بالإضافة إلى سلم تقييمي نوعي من 0 إلى 2 (حيث تنفرع القيمة 1 و 2 إلى: 1a, 1b, 2a, 2b). إذن، يعطينا هذا الاختبار تقييمين:

التقييم الكمي: و يعتمد على تحليل التسجيل الصوتي، و هو يسمح باستخراج عدد تكرارات كل دفاع. (J. Christopher Perry, 2009, p27)

حيث يسمح بإعداد بروفييل دفاعي حسب الدفاعات المستخرجة، قسمها المؤلف على أساس سبعة مستويات، من الأكثر نضجا إلى الأقل نضجا. تم تجميع الدفاعات ذات الأهداف المشتركة، في مستوى واحد من المستويات السبعة. موضحة في الجدول التالي:

## جدول رقم 02: المستويات الدفاعية و الميكانيزمات الدفاعية المنتمية إليها

المستويات	الميكانيزمات التي تنتمي إليها
7 النضج	الإيثار، الاستباق، الفكاهة، تحقيق الذات، الاستبطان، الإعلاء و القمع
6 الوسواسي	العزل، التعقيل (intellectualisation)، الإلغاء
5 العصابي	الكبت، التفكك، التكوين العكسي، الإزاحة
4 النرجسي	القدرة الكلية، المثالية و الاحتقار
3 الإنكار	النفسي العصابي، الإسقاط و التبرير (rationalisation)
2 الحدودي	انشطار الذات و الموضوع، التقمص الاسقاطي
1 الفعل	المرور إلى الفعل، العدائية غير الفعالة و توهم المرض

(Raymond A. Levy and I J. Stuart Ablon, 2009, p125)

التقييم النوعي: و نجد في الدليل على شكل أمثلة، على أساسها نؤكد وجود، احتمالية وجود أو عدم وجود دفاع ما، و هذا بواسطة تقديم وصف لدرجات تظهر هذا الدفاع، يطلع عليها الباحث ثم يحدد أي درجة تناسب مع الحالة التي يدرسها، و هذا بالأخذ بعين الاعتبار وظيفة هذا الدفاع و الإطار الذي يتعلق به.

من أهم ميزات هذا الاختبار أيضا. يعطينا مجموعة من النسب المهمة جدا في عملية التقييم

و هي:

⊙ نسبة الدفاع الشخصي:

و هي بقسمة عدد تكرارات كل ميكانيزم دفاعي على المجموع الكلي للدفاعات، حيث نحصل على النسبة المئوية لكل دفاع مهما كان المستوى الذي ينتمي إليه. إذ تسمح لنا بتصنيف الدفاعات من الأكثر استعمالا إلى الأقل استعمالا من طرف الحالة.



⊙ نسبة البروفيل الدفاعي:

و نحصل عليها بعد جمع كل تكرارات الدفاعات في المستوى الواحد و قسمتها على المجموع الكلي للتكرارات، حيث نحصل على النسبة المئوية لكل مستوى دفاعي. حيث تسمح لنا بتحديد المستوى الذي تنتمي إليه الحالة التي ندرسها.

⊙ نسبة الدفاع الشامل:

و نحصل عليها بضرب عدد تكرارات كل دفاع في كل مستوى، في القيمة التي تمثله، ثم نجمع قيم كل المستويات و نقسمها على العدد الكلي لتكرارات الدفاعات. و هي ليست نسبة مئوية بل تبدأ بالقيمة 1 (و هو أخفض مستوى)، إلى القيمة 7 (و هو أعلى مستوى دفاعي). (J. Christopher Perry, 2009, p59)

يعتمد هذا الاختبار أساسا على الخبرة الميدانية للباحث، التدريب على استخراج الدفاعات المستعملة من طرف الحالة، من خلال الكلام أو التسجيل الصوتي، تحديد وظيفته بالنسبة للحالة و الإطار الذي ينتمي إليه. تسجيل المقابلات و الملاحظات، ثم القيام بتقييم الدفاعات بالاعتماد أساسا على دليل الاختبار. و قد تم تسجيل المقابلات صوتيا بموافقة الحالة على ذلك. حيث لم يبدي أي اعتراض أو تردد.

**7-1-2- الخصائص السيكومترية لاختبار DMRS:**

في كل بروتوكول دراسة خاص باستعمال هذا الاختبار، من الضروري تقييم على الأقل 20% من المقابلات و هذا للحفاظ على أحسن مصداقية. في هذه الدراسة حدد الباحث أربعة مقابلات لكل مرحلة، حيث قام بتسجيل و بتقييم مقابلتين منها، أي 50%.

إن مقابلة واحدة بمدة 45د تسمح باستخراج من 20 إلى 60 دفاع. و هذا يعتمد على خصائص العميل، مجرى السيرورة و نشاط الفاحص أو المعالج. يمكن في بعض المقابلات أن يصل إلى عدد أكبر، و هذا بسبب النكوص الذي ينتجه هذا الإطار و أيضا الدينامية التحويلية و التحويلية المضادة الشديدة. (J. Christopher Perry, 2009, p29)

إن بعض الملاحظات الموضوعية حول علاجات نفسية طويلة المدى، حول أشخاص يعانون من اضطرابات شخصية أو عقلية من الصعب علاجها، أظهرت بأن البروفيل الدفاعي بقي

ثابتا. كما بينت دراسات أخرى بأن الإطار الزمني للعلاج النفسي و نوع العميل يلعبان دورا مهما في ثبات الدفاعات. (J. Christopher Perry, 2009, p29)

إن الدراسة التجريبية للدفاعات هي ممكنة باستعمال هذه الأداة، فالخصائص السيكومترية هي جيدة. كما هناك ملاحظات حولها بخصوص المصدقية النفسية التحليلية:

أ- على أساس مقابلات عيادية أو حصص نفسية علاجية مسجلة أو مكتوبة، من الممكن استخراج الدفاعات المعرفة و المحددة في الدليل.

ب- من الممكن إحصاء هذه الدفاعات: ممكن وصف و حساب بروفيل للوظيفة الدفاعية.

ج- أغلبية الأشخاص يمتلكون دفاعات ناضجة و أخرى عصائية و هذا بغض النظر عن تنظيم شخصياتهم.

د- إن عدد الدفاعات المستخرجة ممكن أن يرتبط بدينامية المقابلة.

هـ- يرتبط البروفايل الدفاعي للشخص بتنظيم شخصيته فالتعبير عن بعض الدفاعات في فترة زمنية معينة، يعتمد على عوامل محيطية مرتبطة بالعمل و مجرى السيرورة.

و- إن دراسة الدفاعات من منظور نفسي مرضي يتطلب مراجعة نوع المقابلة الذي يسمح لنا بأحسن تقييم.

ي- إن استعمال DMRS لدراسة السيرورة النفسية العلاجية هو أمر ممكن.

(J. Christopher Perry, 2009, p30)

كما توجد العديد من الدراسات التي أكدت على مصداقية هذه الأداة.

مثل: Guldberg et al, 1993. Perry 2001, Perry et all 1993, Skodol and Perry

1993 (Martin Drapeau and all, 2003, p498).

حسب دراسة (Perry and Ianni, 1998) فإن فاعلية الأداة بالاعتماد على إجماع ما بين

المصححين بنسبة من 0,37 إلى 0,79 و بمتوسط 0,57. إن فاعلية المستويات السبعة هي جيدة بمتوسط قدره 0,74. أما فاعلية نسبة الدفاع الشامل فهي عند القيمة 0,89.

(Phebe Cramer, 2006, p330)

كما تدعم هذا الاختبار بصدق المحكمين، حيث نجد في دليله تعريفات كل الميكانيزمات الدفاعية بكل دقة و وضوح، حيث حاول المؤلف و مساعدوه تجنب التعريفات الميتاسيكولوجية،

أو النفسية التحليلية المعقدة، فكان تقديمها بطريقة بسيطة. هذا ما جعل المحكمين يصلون إلى نفس النتائج، انطلاقاً من نفس المعطيات. (J. Christopher Perry, 2009, p27)

في دراسة أخرى (bond, 1992) كانت نسبة فاعلية الأداة بين 0.40 و 0.80 و بمتوسط 0.41، و هذه القيم تخص نسبة الدفاع الشخصي. (Phebe Cramer, 2006, p331)

### جدول رقم 03: بعض الخصائص السيكومترية لاختبار DMRS

(Charlotte Sultanian et autres, 2005, p794)

التقييم	معايير التقييم
DMRS	الأداة
1990	السنة
John Christopher Perry	المؤلفين
/	استجواب ذاتي
-	السرعة
/	عدد البنود
+	المصادقية
+	الوضوح
+	التقاطع
+	البنية
+	القابلية لإعادة الانجاز
6 أشهر	الثبات الزمني
27	عدد الميكانيزمات المختبرة
فرنسية	الترجمة

## 7-1-3- الترميز الكمي:

إن سيرورة التعرف على الدفاعات يمكن تقسيمها إلى مرحلتين: في الأولى، حيث يمكن للمقيم أن يلاحظ أمرا غير اعتيادي في مقاطع المقابلة، فيجب عليه أن يقرر إن كان يوجد دفاع في هذا المقطع، و يحدد في أي موضع من النص بدأ بالتمظهر و أين انتهى. أما في المرحلة الثانية، يقوم المقيم بفحص كل الدفاعات في المقطع. فالاختيار النهائي في تقييم أي دفاع يعتمد على وظيفته بالنسبة للشخص. (J. Christopher Perry, 2009, p53)

## 7-1-4- التعرف على الدفاعات من خلال التسجيل الصوتي:

إن ظهور الدفاعات يكون غالبا عند وجود حدث غير متوقع أو عند انقطاع في حديث الشخص. هذا ما يؤدي إلى تغير في المقابلة. هذه التغيرات تكون على المستويات المعرفية، اللفظية، العاطفية و السلوكية التالية:

- ظهور/وجود إحساس غير متوقع.
- تغير مفاجئ في نبرة الصوت.
- ظهور إحساس مغاير لما يجب عليه أن يكون.
- غياب إحساس كان من المنتظر ظهوره.
- ظهور إحساس لم يكن من الضروري التحدث عنه مباشرة أو بتفصيل.
- تغير كبير في حديث الشخص.
- التعبير عن فكرة يبدو أنها غير منطقية.
- تناقض بين فكرة أو عدة أفكار.
- تعليق لم يكن متوقع أثناء المقابلة.
- سلوك لفظي مفاجئ، بصوت عال و غير متوقع.
- تغير غير متوقع في المواضيع التي يتناولها الشخص.
- حديث يهدف إلى تجنب موضوع ما.
- التطرق إلى موضوع معين بطريقة مفعمة بالانفعالات.
- استجابات صادمة مع عدم وجود داعٍ لذلك.
- وصف غير واقعي للذات أو للآخرين.

- خلط في الحديث، تفسير يهدف إلى تشويه أو تمويه الواقع.

### 7-1-5 بعض العناصر الخصوصية في تقييم الميكانيزمات الدفاعية:

#### 7-1-5-1 الدفاعات المتراكبة:

إذا كان دفاع ما يعكس الجانب الأكبر من العملية الدفاعية فمن الممكن أن تكون بعض عناصر الأداة ليست لها علاقة بالدفاعات المستخرجة. فعلى المقيّم أن يحدد إن كان هناك دفاع آخر متراكب.

#### 7-1-5-2 دفاعات تقييم في دفاعات أخرى:

أحيانا نجد هناك دفاع يظهر في مقطع ما مع دفاع آخر. حيث يظهر الثاني في مقطع مختصر و يهدف إلى تحييد تهديد ما أو خيبة أمل مثلا.

#### 7-1-5-3 غموض في الأداة:

أحيانا لا يكون أمام المقيّم المعلومات الكافية لتقييم دفاع ما، و يكون مقتنعا بأن هناك عملية دفاعية أكيدة. حيث يشك في وجود دفاعين أو ثلاثة، بدون أن يستطيع تحديد أي دفاع يقوم بتقييمه. في هذه الحالة، لا يقوم المقيّم بحذف أي دفاع، إذا كان هناك دفاع أكيد في المقابلة، فإنه يفترض بأنه يظهر بوضوح في فترة أخرى من المقابلة.

(J. Christopher Perry, 2009, p56)

#### 7-1-5-4 الجانب الزمني:

في كل مقابلة يذكر كل شخص مجموعة من الأحداث المرتبطة بلحظات مختلفة من حياته. يمكن تقييم الدفاعات بطريقة مختلفة حسب الفترة التي استعملت فيها. ميدانيا، يكون هذا الأمر صعب (نسبيا)، و هذا لأن المعلومات المرتبطة بدفاع ما لا تسمح بتحديد العناصر التالية:

- إن كان الدفاع قد استعمل في الماضي فقط.
- إذا استعمل الدفاع سابقا، و لا يزال يستعمل حاليا بصيغة أخرى، إذا كان الشخص حاليا في نفس الوضعية هل يستعمل نفس الدفاع؟
- إذا كان الدفاع يستعمل حاليا حول حدث سابق، بدون أن يكون الأمر كذلك (يعني أن الحدث لا يوجد في ماضي هذا الشخص).

فالمقيّم يجب عليه أن يقيم كل دفاع بدون البحث عما إذا كان قد استعمل في الماضي أو فقط في الحاضر، و هذا ما ذهب إليه الباحث في هذه الدراسة.  
 نجد هذه الطريقة في الدراسات الطولية، حيث تكون هناك مقابلات على مدار سنوات،  
 وكذا الدراسات التتبعية، لتسجيل أي تغيير في أي مرحلة عمرية.  
 (J. Christopher Perry, 2009, p57)

### 8- تقنيات المساندة النفسية المستعملة في الدراسة:

لقد اطلع الباحث على بعض التقنيات المستعملة عموماً في المساندة النفسية، فالبرغم من وجود اختلافات بين الباحثين حولها إلا أننا ارتأينا استعمال البعض منها. حيث بالنظر إلى خبرتنا الميدانية كنفساني عيادي، نستعمل هذه التقنيات في مقابلاتنا و لاحظنا أنها ذات فعالية عند الكثير من الحالات.

و هي و إن تبدو أنها تقنيات بسيطة، تتطلب نوع من الحذر في استعمالها، حسب خصائص الحالة التي أمامنا و أسباب و ظروف فحصها.

### 8-1- السؤال المفتوح و المغلق:

و هو سؤال يسمح لنا بالحصول على جواب مفصل. خصوصاً في المقابلات العلاجية. كما تسمح للعميل بالتعبير عن وجهة نظره، و تحسيسه بالمسؤولية في المقابلة مع مساعدته على اكتشاف نفسه في نفس الوقت، انفعالاته، اتجاهاته، سلوكياته، قيمه، بدون أن يكون متأثراً بنظرة المعالج. أما السؤال المغلق فهو يتطلب فقط إعطاء إجابة بنعم أو لا، أو تقديم معلومة إجرائية (مثال: كم كانت الساعة؟). (Antoine Bioy, Anne Maquet, 2003, p61)

### 8-2- إعادة الصياغة:

بإعادة إرسال حديث الشخص له، باستعمال كلمات أخرى مع الحفاظ على الدقة و الشمولية في الحديث. فهي تعتبر أول مرحلة من الإصغاء، لأنها تسمح بالتأكد من حسن فهمنا لما قاله العميل. و هي لا تتضمن أي تفسير أو حكم أو إضافات أخرى لما قاله سابقاً. إن إعادة الصياغة لها تأثير إيجابي على الشخص، الذي يحس بأنه تحت محل الإصغاء و الفهم الكلي. فيدرك بأنه قادر على التعبير عما يحس بكل عمق، بأن يتقبل نفسه كما هو. عندما يسمع العميل ما نعيد قوله له، يكون غالباً متأثراً بالتكلم عنه بكل انتباه، هذا ما قد لا يجده في

محيطه. كما تسمح هذه التقنية كذلك بالتركيز على المقابلة، حيث يمكن أن تأخذ اتجاهات متعددة. (Antoine Bioy, Anne Maquet, 2003, p63)

### 8-3- الصدى:

و هي بإعادة الكلمات الأخيرة التي ذكرها العميل في حديثه، مثل الصدى الذي يعكس الصوت. و هي تهدف إلى مساعدة العميل على مواصلة حديثه، أو التفصيل فيما يقوله حالياً. (Antoine Bioy, Anne Maquet, 2003, p67)

### 8-4- التوضيح:

أي جعل حديث العميل و ما قاله أكثر وضوحاً. حيث و حسب الباحث Charles Berner، تكون الكثير من المشاكل مرتبطة بنمط اتصالي غير وظيفي. حيث يعبر العميل بطريقة غير مباشرة، أي حسب رغبته في كونه محبوباً و يتلقى الاهتمام اللازم من الطرف الآخر، حيث يتعد عن نفسه و عن الآخرين بطريقة لاشعورية، إذا كان في وضعية جامدة و فاقدة للاهتمام و حسن الإصغاء. كما تسمح هذه التقنية برفع القدرة على تحليل العميل. بإيصاله إلى نوع من الاتصال الأصيل، المباشر، الجسدي الانفعالي و العقلي في نفس الوقت. (Antoine Bioy, Anne Maquet, 2003, p69)

### 8-5- التركيز:

و هي بتركيز التبادل حول استكشاف مشكل ما. و هذا باستخراج العناصر الماضية و السابقة المرتبطة بالمشكل، لفهم العلاقات بينها. فيستطيع العميل الوصول إلى انفعال عميق، و إيجاد الأصل الحقيقي لاضطراب أو انفعال ما. (Antoine Bioy, Anne Maquet, 2003, p70)

### 8-6- المواجهة:

مواجهة العميل لبعض العناصر السلوكية أو من خلال حديثه، و التي لم يدركها بنفسه. فهي تسمح بجعل العميل يكتشف درجة مساهمته في وضعية ما، أو يدرك بأنه يعبر عن أحاسيس متناقضة أو فيها نوع من الإنكار. (Antoine Bioy, Anne Maquet, 2003, p71)

### 8-7- النص:

بالرغم من أنه متداول بين البشر في علاقاتهم عموماً، إلا أنه يستعمل في إطار خاص في العلاج النفسي، لينتقل من مجرد علاقة إنسانية إلى تقنية خاصة. و يتعلق الأمر باتخاذ المعالج

لموقف معين مع العميل. مع احترام العميل و تقديم النصائح في حدود معينة، و استغلال اللحظة المناسبة لذلك.

### 8-8- التشجيع:

و يكون بطريقتين: سواء مرافقة معمقة للعمل النفسي للعميل لكي يذهب إلى أقصى حد، أو مساعدة ايجابية لاسترجاع نرجسيته و هذا بالتركيز على القطب الانفعالي للمساندة.

### 8-9- التنفيس:

بتذكر حدث مزعج يسبب شحنة انفعالية تسمى تأثير التنفيس و هو ضروري في العملية العلاجية. ممكن أن يظهر تلقائيا في الحديث، أو بواسطة تساؤلات العميل. يجب أن تكون شدتها جزئية كي لا تخرج المقابلة عن نطاقها. كما يمكن طرح بعض الأسئلة حول هذه المعاناة.

(Belincioni V, Barbier.I S, 2004, p321)



# الفصل السادس: دراسة الحالة عرض و تحليل

## النتائج

### تقديم الحالة.

- 1-البيانات الأولية.
- 2-وصف الحالة.
- 3-تاريخ الحالة.
- 4-تاريخ المرض.
- 5-العلاج.
- 6-برنامج الحصص.
- 7-التسجيل الصوتي للمقاطع، مرحلة ما قبل استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية.
- 8-التسجيل الصوتي للمقاطع، مرحلة ما بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية.
- 9-حساب مختلف النسب الخاصة بالميكانيزمات الدفاعية للمرحلة الأولى.
- 10- حساب مختلف النسب الخاصة بالميكانيزمات الدفاعية للمرحلة الثانية.
- 11- مقارنة نتائج اختبار DMRS قبل و بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية.
- 12- ملخص لمقارنة كمية لتوظيف الميكانيزمات الدفاعية خلال المرحلتين.
- 13- ملخص لمقارنة نوعية لتوظيف الميكانيزمات الدفاعية خلال المرحلتين.

## تقديم الحالة:

## 1- البيانات الأولية:

الاسم: عبد الحق.

اللقب: ح.

الجنس: ذكر.

السن: 35 سنة.

الإقامة: دائرة سدراتة، ولاية سوق أهراس.

الترتيب العائلي: الخامس (و هو توأم مع أخته)، من أصل ثمانية إخوة (04 ذكور) و (04 إناث).

الحالة المدنية: متزوج.

عدد الأولاد: طفل واحد.

المستوى الدراسي: التاسعة أساسي.

الحالة الاجتماعية: عامل في طلاء المنازل.

السوابق المرضية العائلية: الوالدين و هما أحياء، لا يشكوان من أي مرض مزمن. أما مرض اللوكيميا فهناك ابنة خالته مصابة به.

نوع المرض: اللوكيميا اللمفاوية الحادة (Leucémie aigue lymphoblastique T).

تاريخ و مكان الدراسة: مصلحة أمراض الدم بالمستشفى الجامعي بتلمسان. من 2016/04/11 إلى 2016/05/26.

## 2- وصف الحالة:

كان أول اتصال مع عبد الحق بكل سهولة و يسر حيث، بعد التنسيق مع النفسانية العيادية للمصلحة تم توجيهي إلى هذه الحالة، حيث كان له بعض الأيام منذ دخوله إلى المصلحة (2016/03/28). بعد تبادل التحية قدمت نفسي له ثم سألته عن حالته حاليا و للاطمئنان عليه، و البدء في تحقيق نوع من الثقة مع الحالة. ثم ذكرت له صفة وجودي في هذه المصلحة، أي بأني طالب أحضر شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، و أنا بصدد تحضير هذه الرسالة المتعلقة بمرض اللوكيميا. سألته إن كان يرغب و يستطيع المشاركة فقبل بدون تردد، بل كان متحمسا للأمر.

عبد الحق شاب يبلغ من العمر 35 سنة. لطيف المعاملة، محترم، يتحدث مع جميع المرضى بجانبه. هيئته العامة عادية و مقبولة، متوسط القامة، أسمر البشرة، نحيف الجسم، لباس بسيط و نظيف، كما يقوم بالعناية بالنظافة الجسدية و نظافة كل ما يتعلق به داخل المصلحة.

يتكلم عبد الحق عن حياته بكل عفوية. كما يمتاز بالتفاؤل، المصحوب أحيانا بنوع من القلق خاصة فيما يتعلق بمرضه ومستقبله. ظهر هذا خلال مختلف المقابلات.

علاقات عبد الحق مع عائلته هي جد حسنة سواء الزوجة، الوالدين أو الإخوة. و هي نفسها مع باقي محيطه الاجتماعي من أصدقاء جيران، زبناء و غيرهم. كما أن علاقاته مع المرضى و الموظفين داخل المصلحة هي جيدة، فهو محبوب من طرف الجميع.

### 3- تاريخ الحالة:

كانت ولادة الحالة عادية. نشأ في طفولة عادية حسب تصريحاته. ثم مرت مرحلة التمدرس، حيث كان مستواه متوسطا إلى غاية السنة التاسعة أساسي حين تخلى عن الدراسة بسبب الظروف المادية للأسرة آنذاك. ليبدأ في أعمال بسيطة (بيع المأكولات في الشواطئ ثم إنشاء قاعة ألعاب). إلى غاية اختيار الطلاء كمهنة منذ 1999 إلى غاية 2011، ليقرر البدء في إجراءات ملف (أونساج)، ثم يقرر في الأخير التحلي عن الأمر بعد معاناة من البيروقراطية. ليستمر في مهنة الطلاء. لتأتي فترة اكتشاف مرض اللوكيميا.

### 4- تاريخ المرض:

منذ خمسة أشهر قبل دخوله المستشفى بدأت أعراض المرض بالظهور، حيث كان يحس بتعب شديد غير عادي و حرارة مرتفعة باستمرار (كانت تصل إلى غاية  $40.5^{\circ}$ )، و هذا خاصة أثناء العمل. زار طبيب عام قال له بأنه مجرد ارتفاع حرارة عابر يحتاج بعض الأدوية. ثم زار طبيين آخرين شخصا الحالة بأنها مرض في اللوزتين و هما سبب ارتفاع درجة الحرارة. لكن الأعراض استمرت هذا ما جعل عبد الحق يقلق من حالته الصحية، فطلب إجراء تحاليل بعد كثرة الشكوك، فتوضح بأن له انخفاضاً في الكريات البيضاء و الحمراء. كان هذا في مستشفى سوق أهراس. ثم اقترح عليه أخوه الساكن بتلمسان و هو عسكري، أن ينتقل عنده إلى تلمسان ليعالج في المستشفى الجامعي، ليتسنى له مساعدته في هذه المرحلة. و كذلك ليخفي الخبر عن والديه و بعض إخوته و لو مؤقتاً، إلى غاية استقرار حالته كما صرح في المقابلة. و هذا خوفاً من وقع الخبر على الوالدين خاصة.

لم يتأكد عبد الحق من تشخيص حالته كسرطان إلا بعد أربعة أو خمسة أيام من استشفائه، كما صرح و هذا من طرف الطيبية المختصة التي تعالجه. حيث نقلت له الخبر بعد عدة استفسارات من طرفه، و تكرار اجتناب الأمر من طرفها. و هذا لعدم وجود بروتوكول تبليغ واضح، كما هو معمول به في الكثير من البلدان.

بعد 39 يوم من الاستشفاء داخل مصلحة أمراض الدم، خرج عبد الحق من المستشفى و بقي أربعة أيام. ثم رجع لمدة يومين بسبب ارتفاع درجة الحرارة. كانت نسبة الاستجابة للعلاج 06% ثم انخفضت إلى 04% بعد علاج استدراكي لمدة أربعة أيام. ثم رجع إلى المصلحة لمدة ثلاث أيام ثم خرج لمدة 15 يوم، ثم الرجوع لمرتين بنفس المدة.

### 5- العلاج:

يستعمل في العلاج ما يسمى بروتوكول غرال 2005 الخاص بالراشدين،

(Protocole de GRAALL 2005 pour jeune). يمر العلاج عبر ثلاث مراحل:

- 1- La préphase (corticoïdes pendant 07 jours).
- 2- L'induction pendant 01 moi.
- 3- L'évaluation.

### 6- برنامج الحمص:

كان مجموع الحمص 11 حصة: حيث خصص الباحث ثلاث حصص الأولى للتعرف على الحالة و جمع المعلومات الأولية، و وضع نوع من العلاقة العلاجية و الثقة بين الباحث و الحالة. و كانت مدتها ساعة واحدة لكل حصة، بمعدل مقابلة واحدة في الأسبوع. أما الثمانية حصص الباقية فخصص الباحث الأربعة الأولى منها لمرحلة ما قبل استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية، ثم الأربعة المتبقية لمرحلة ما بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية، بمعدل مقابلتين في الأسبوع. حيث كان مجموع الحمص خلال المرحلتين متساوي ليتسنى للباحث مقارنة النتائج لاحقاً. و كانت مدتها نصف ساعة، و هذا بسبب الظروف الصحية للحالة، خاصة بعد حوالي شهر من العلاج أين يبدأ الإحساس بالتعب شديداً و التقيؤ المستمر، آلام في المفاصل. إلى جانب، تميز المصابين بمرض اللوكيميا بحساسية شديدة من دخول أي ميكروب أو جرثومة، ناتجة عن أمراض أخرى مثل الزكام، فقد يؤدي هذا إلى مضاعفات خطيرة. خاصة وأن الباحث كان يضطر إلى التنقل مع الحالة (و هو حامل لكيس المصل الذي يحتوي على الدواء)، إلى جهة أخرى من المصلحة، و هي قاعة علاج خاصة للاستشفاء النهاري (l'hôpital de jour)، و هي

مجهزة بمكتب أين جرت المقابلات. هذا لأن المكاتب كانت مغلقة بسبب الأشغال. بالإضافة إلى التسجيلات الصوتية، حيث قام الباحث بالتسجيل في المقابلة الأولى و الأخيرة من كل مرحلة، لمدة 30د فقط و هذا راجع إلى الظروف الصحية المذكورة آنفا، و التي كانت أيضا سببا في تأجيل المقابلة، حيث اشتدت الآلام على الحالة و لم يكن بمقدوره الكلام. لنوضح و نلخص الكل في الجدول التالي:

#### الجدول رقم 04: تنظيم برنامج الحصص

المراحل	الحصص	التاريخ	التسجيلات الصوتية
مقابلات جمع المعلومات الأولية	الحصة 1	2016/04/11	بدون تسجيل
	الحصة 2	2016/04/17	بدون تسجيل
	الحصة 3	2016/04/24	بدون تسجيل
مقابلات المرحلة الأولى	الحصة 4	2016/05/02	تسجيل صوتي لمدة 30 د
	الحصة 5	2016/05/05	بدون تسجيل
	الحصة 6	2016/05/08	بدون تسجيل
	الحصة 7	2016/05/12	تسجيل صوتي لمدة 30 د
مقابلات المرحلة الثانية	الحصة 8	2016/05/15	تسجيل صوتي لمدة 30 د
	الحصة 9	2016/05/19	بدون تسجيل
	الحصة 10	2016/05/22	بدون تسجيل
	الحصة 11	2016/05/26	تسجيل صوتي لمدة 30 د

الحصص الثلاث الأولى خصصت لجمع المعلومات الأولية و الاطلاع على تاريخ الحالة، تاريخ المرض. بناء نوع من الثقة و العلاقة العلاجية مع الحالة، حيث كان الاتصال سهلا و بكل عفوية، لمدة ساعة لكل مقابلة، هذا لأنه كان في الأيام الأولى من العلاج و لم تكن الأعراض الجانبية للأدوية قد بدأت بعد. عكس الحصص المتبقية 30د لكل مقابلة.

أما مقابلات المرحلة الأولى، فقام الباحث بتسجيل صوتي في الحصة الأولى و الرابعة، ليتسنى له استخراج الميكانيزمات الدفاعية المستعملة، و لم تكن للباحث تدخلات تحمل شكل المساندة النفسية. أما الحصتين

الباقيتين فكانتا بدون تسجيل، لكن ساهمتا و ساعدتا الباحث في جمع بعض الملاحظات العامة منها، تخص معاشة المرض و ما ينجر عن ذلك من آثار نفسية. و أخرى خاصة تخص الميكانيزمات الدفاعية فقد حاول الباحث بدل أقصى جهد لمراجعتها تكرارا، و وضع عدة مقارنات من خلال كلام الحالة في المقابلات و هذا محاولة لضبطها من خلال وظائفها.

أما مقابلات المرحلة الثانية فقد قام الباحث أيضا بتسجيلين صوتيين في الحصة الأولى و الرابعة، لاستخراج الميكانيزمات الدفاعية و هذا باستعمال بعض تقنيات المساندة النفسية، ليتمكن الباحث لاحقا من القيام بمقارنة نتائج المرحلتين، أي الوظيفة الدفاعية قبل و بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية.

### 7- التسجيل الصوتي للمقاطع (م1):

جدول رقم 05: مرحلة ما قبل استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية

رمز التقييم النوعي	الميكانيزم الدفاعي المستعمل	محتوى المقطع	رقم المقطع
		م: أنت إسأل و أنا أجيب	1
		ف: المجال مفتوح لك في الحديث	2
1-b	تحقيق الذات	م:...أنا كنت صغير رانا نقراو و كي تلحق فاكونس رانا نخدمو، ككل خطرة واش رانا نخدمو ...ثم درت قاعة ألعاب و خدمت لي كتبها ربي ...و من بعد رحت لذراير و بقيت خدام في الصبيغة من 1999 يعني هادي 12 سنة ...الحاجة لمليحة لي درتها دروك كي درت الدار	3
1-b	تحقيق الذات		
1-b	تحقيق الذات		
2-a	تحقيق الذات		

		ف: ... كي اكتشفت المرض هل بحث عن أسبابه؟ هل سألت الأطباء؟	4
2-b	القمع	م: صاي مريض ري يجيب شفا نداوي و نرتاح و من بعد ري يديرها طريق... أنا قلت ربما المواد الكيمائية نتاع صبيغة	5
1-a	التعقيل (intellectualisation)	ف: هل سألت الأطباء؟	6
		م: لا مسقسيتهمش	7
1-a	التبرير (rationalisation)	م: ... بصح أنا كي لقتو بكثرة هكا غيرت فكرة نتاعي لو لقيت الحالة نتاعي غير أنا ممكن نقول من الخدمة لكن لقتو منتشر عندي بنت خالتي صغيرة دارت تحاليل لقات عندها ميكروب في الدم يعني قاعد يكثر و يزيد ما علا بليش مشكلتو.	8
1-c	إزاحة	و نعرف ناس بزاف كانوا لاباس عليهم و مرضوا هكا	
1-a	التبرير (rationalisation)	ف: ... واش يقول عبد الحق على حالته النفسية الآن بالمرض هذا؟ هل	9

		تبدلت عن السابق	
1-a	استبطان	م: و الله أنا من بكري هكا كبرت كالم، حد روحي كي عشت عشت وحددي بزاف	10
1-d	تكوين عكسي	م: ...حنا بكري كي نعودو نسمعو واحد كونسار سلام عليكم راح يموت دوك انا حاجة نتفاءل بها كاين غيري موش غير انا خرجوا لاباس عليهم راهم يداويو نورمال و حتى لو جات حاجة من عند ربي مرحبا بيها واش رايح دير	11
1-d	تكوين عكسي	م: ...درك أنام ازلت صغير و مادايبي نزيد 35 سنة مازال درت الدار و عندي ولد مازال نتمتع بالحياة مادايبي نزيد دراري نزيد لولاد و إلا كاين حاجة من عند ربي مرحبا بيها واش رايح دير واحد ما يفقدش أمل	12
1-d	مثالية	م: ...أنا في دارنا ماكانش لي ما يشنينيش، فامبلا ماكاش لي ما يشنينيش	13



		صحاي ماكانش لي ما يشتينيش أقسم بالله العلي العظيم التيليفون نديرو renvoyé و إلا النهار قاع و هو ما يعيطو نقصر نضحك نلعب	
1-a	إيثار	م: ... الحمد لله نعاون ناس في عراس نوقف معاهم بالجهد لي نقدر بالشي لي عندي و الله ما نبخل واحد إلا إذا ماكانش	14
2-a	إعلاء	م: ... أنا عندي أمل في ربي إن شاء الله نرتاح	15
1-a	التعقيل (intellectualisation)	م: ... حسب الطيبة الجسم نتاعي قاعد يستحيب مليح للدواء بالنسبة لناس آخرين يداويو معاي و شافت تحاليل و قالت بأنها مليحة	16
2-a	إزاحة	م: ... مثلا لي معاي قاعد يمشيلو لمرض كيما دوك عندو infection ديما المورال نتاعو زيرو سما يشوف في روجو سابي هذا، و هو عندو 5 سنين من العلاج	17

		و الضغظ يهبطلو إلى الصفير سما راه فاقد الأمل	
		ف: ... واش هي الحاجة اللي راها ديرونجيك بزاف هنا؟	18
1-d	عدائية غير فعالة	م: لعوج (يعني سوء المعاملة و الخدمة) واحد ليلة جهلتي فرملية (ممرضة) جات نحات دم و ما قالتش حتى سلام عليكم... كي سقسيتها علاش هذا الدم قاتلي سقسي الطبية (يقولها بنوع من الانزعاج و الامتعاض و الغضب)	19
2-d	تقمص إسقاطي	م: ...واحد لمرة قالت لحوي كي سقساها هاك التحاليل و روح سقسي الطبية	20
1-a	فكاهة	م: و مرة جات لي تسربي الماكلة و كان عندي الطبسي قتلها رايع نغسلو قاتلي و كيفاش قتلكم وجدوا طباسا يا بابا و يهربولي لخيوط (يقولها مبتسما)	21
1-d	عدائية غير فعالة	غير ربي دربتها	

**FICHE D'ÉVALUATION DES MÉCANISMES DE DÉFENSE**

C. Perry, M.P.H., M.D.

© Version française : J.-N. Despland, 2002

SOURCE D'INFORMATION : entretien exploratoire

Sujet : Abdelhak.H No de la séance : Extraits entretiens Juge : Diboun Mohammed

Date : 02 et 12 Mai 2016

بطاقة تقييم الميكانيزمات الدفاعية للمرحلة الأولى

Niveau défensif	Intitulé des défenses	Nbre de défense mise en évidence	Pondérateur	Total
<b>7. DE MATURITÉ</b>				
	Altruisme	01		
	Humour	01		
	Affirmation de soi	04		
	Introspection	01		
	Sublimation	01		
	Répression	01		
	<b>Sub total :</b>	<b>09</b>	×7=	63
<b>6. OBSESSIONNELLES</b>				
	Intellectualisation	02		
	<b>Sub total :</b>	<b>02</b>	×6=	12
<b>5. AUTRES NÉVROTQUES</b>				
	Formation réactionnelle	02		
	Déplacement	02		
	<b>Sub total :</b>	<b>04</b>	×5=	20
<b>4. NARCISSIQUES</b>				
	Idéalisation	01		
	<b>Sub total :</b>	<b>01</b>	×4=	04
<b>3. DÉSAVEU</b>				
	Rationalisation	02		
	<b>Sub total :</b>	<b>02</b>	×3=	06
<b>2. BORDERLINE</b>				
	Identification projective	01		
	<b>Sub total :</b>	<b>01</b>	×2=	02

<b>1. PAR L'AGIR</b>				
	Agressivité passive	02		
	<b>Sub total :</b>	<b>02</b>	×1=	02
		<b>21</b>		<b>109</b>

مجموع تكرارات الميكانيزمات الدفاعية = 21

القيمة المعيارية للميكانيزمات الدفاعية = 109

نسبة الدفاع الشامل = 5,19

8- التسجيل الصوتي للمقاطع (م2):

جدول رقم 06: مرحلة ما بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية

رمز التقييم النوعي	الميكانيزم الدفاعي المستعمل	التقنية العلاجية المستعملة	محتوى المقطع	رقم المقطع
1-b	عدائية غير فعالة	التنفيس	م...واحد لمرة في الولاية كانت عندي ورقة مشيت هوما يخرجو على الخمسة دخلت للمكتب قاتلي صابني رانا خارجين راها 16:30 قتلها راها 16:05 مازال لحال سقسيت واحد قدامها قال لي كيما قتلم هداك هو، أنا قلقت و هي مافيها والو تخرجها بالميكرو و تعطيها لي...	1
		إعادة الصياغة	ف: يعني أنك غضبت من السلوك	2

			نتاع الخدامة هدي، لأنها بغات تخرج بلا ما تلي لك هدي الخدمة و هي من حقك و كان مازال الوقت لانتهاء العمل...	
2-c	التبرير (rationalisation)		م: كنت باغي ندير لونساج بصح بسباب هدوا لوراعي و البيروقراطية حبست الإجراءات	3
		الصدى	ف: حبست الإجراءات	4
		التوضيح	ف:... يعني أنت بديت في الملف هدا نتاع لونساج و قمت بعده إجراءات لكنك بسبب البيروقراطية حبست في الأخير كل شي	5
		سؤال مغلق	ف:... كنت تقرا لاباس	6
			م: نعم كنت نقرا مليح ثم حبست	7
		سؤال مغلق	ف: ندمت كي حبست	8
			م: نعم ندمت	9

			ف: الوالدين هل هما مرضى	10
			م: لا ما عندهومش مرض مزمن فقط بعض الأمور المتعلقة بكبر السن	11
		مواجهة	ف: في العائلة هل كاين لي مريض بالمريض هدا (اللوكميا)	12
			م: لا مكانش	13
		مواجهة	ف: هل سقسيت على المرض هدا	14
1-a	التعقيل (intellectualisation)		م: ما سقسيتش بصح يظهر لي ماهوش وراثي	15
		مواجهة	ف: ما سقسيتش الأطباء على هذا الموضوع مارا كاش مهتم بالأمر	16
2-a 1-a	القمع التبرير (rationalisation)		م: ... مانيش حاب نديرهم في راسي أنا باغي ندير برنامج لروحي، سبيطار يقلق تقرا مصحف، تقرا كتاب، تستعمل ويفي نحكي مع هدا و هدا...	17

		مواجهة	ف: شكون خبيرك بالمرض	18
1-a	إلغاء		م: الطيبة. و لكن كانت كل مرة تايفيتيني (يعني تتجنيني) أنا نسقسبها واش عندي و لكن دبر عذر و تمشي، بصح كنت كل مرة نسقسبها حتى قاتلي بعد 4 أو 5 أيام من الاستشفاء بأننا لقينا خلايا مشي مليحة في الدم نتاعك يعني كونسار و راح نعطوك دواء و تبرأ إن شاء الله	19
2-b	القمع		م: ... أنا ضحكت و قتلها مرحبا بري، و الله نورمال تشوف أمراض أخرى تحير، و لو كان حتى منرتاحش مرحبا بري ابتلاء من عند ربي	20
2-a	الإعلاء		ف: ... مازال عندك كوراج يا عبد الحق مازال كاين	21
		التشجيع و النصح		

			أنت انسان صريح و متفائل كامل كيما هاك و حافظ على القدرات الايجابية اللي عند و دك تنجح	
			م: و الله كاين مازال الحمد لله	22
		سؤال مفتوح مواجهة و تركيز	ف:...بصراحة هل أنت خايف من المرض و من المستقبل واش كاين من بعد	23
1-a 2-a 1-c	استيطان إعلاء العزل		م:...الخوف كاين شوي و لكن الحمد لله أنا متيقن بأن ربي رايح يشفيني إن شاء الله و لي جا من عند ربي مرحبا بيه واش رايح دير	24
1-a 1-a	استيطان التبرير (rationalisation)		م:...شوف في الحقيقة المرض هذا صعب المناعة ناقصة و حتى من بعد كي تخرج... ولهذا حاب ندير برنامج لي أنا	25



2-f	التعقيل (intellectualisation)		م: ...يعني لازم دائما تتجنب العاشي، القهوة التجمعات على الهواء لاقرب (الزكام) المرض لو كان تمرض طول باش تبرا ماكانش مناعة	26
			ف: و الخدمة تبقى تخدم فيها	27
2-a	تحقيق الذات		م: كي نخرج ربما الصبيغة نجسها و ندير مواد غذائية هي أقل خطر شوية من صبيغة	28

**FICHE D'ÉVALUATION DES MÉCANISMES DE DÉFENSE**

C. Perry, M.P.H., M.D.

© Version française : J.-N. Despland, 2002

SOURCE D'INFORMATION : entretien exploratoire

Sujet : Abdelhak.H No de la séance : Extraits entretiens Juge : Diboun Mohammed

Date : 15 et 26 Mai 2016

بطاقة تقييم الميكانيزمات الدفاعية للمرحلة الثانية

Niveau défensif	Intitulé des défenses	Nbre de défense mise en évidence	Pondérateur	Total
<b>7. DE MATURITÉ</b>				
	Affirmation de soi	01		
	Introspection	02		
	Sublimation	02		
	Répression	02		
	<b>Sub total :</b>	<b>07</b>	×7=	49
<b>6. OBSESSIONNELLES</b>				
	Intellectualisation	02		
	Isolation	01		
	Annulation	01		
	<b>Sub total :</b>	<b>04</b>	×6=	24
<b>5. AUTRES NÉVROTIQUES</b>				
	<b>Sub total :</b>		×5=	
<b>4. NARCISSIQUES</b>				
	<b>Sub total :</b>		×4=	
<b>3. DÉSAVEU</b>				
	Rationalisation	03		
	<b>Sub total :</b>	<b>03</b>	×3=	09
<b>2. BORDERLINE</b>				
	<b>Sub total :</b>		×2=	
<b>1. PAR L'AGIR</b>				
	Agressivité passive	01		
	<b>Sub total :</b>	<b>01</b>	×1=	01
		<b>15</b>		<b>83</b>

مجموع تكرارات الميكانيزمات الدفاعية = 15

القيمة المعيارية للميكانيزمات الدفاعية = 83

نسبة الدفاع الشامل = 5,53

9- حساب مختلف النسب الخاصة بالميكانيزمات الدفاعية للمرحلة الأولى:

9-1- نسبة الدفاع الشخصي:

جدول رقم 07: نسب الدفاع الشخصي للمرحلة الأولى

الميكانيزمات الدفاعية	عدد التكرارات	نسبة الدفاع الشخصي
تحقيق الذات	04	19.04%
التعقيل (intellectualisation)	01	09.52%
التبرير (rationalisation)	02	09.52%
القمع	02	04.76%
الاستبطان	02	04.76%
الإعلاء	01	04.76%
التكوين العكسي	02	09.52%
المثالية	01	04.76%
العداية غير الفعالة	01	09.52%
الإزاحة	01	09.52%
الفكاهة	02	04.76%
التقمص الاسقاطي	01	04.76%
الإيثار	01	04.76%
<b>عدد الدفاعات = 13</b>	<b>العدد الكلي للتكرارات = 21</b>	<b>100%</b>

تحتسب نسبة الدفاع الشخصي من العدد الكلي للتكرارات.

مثال: تحقيق الذات: عدد التكرارات = 04

العدد الكلي للتكرارات = 21

$$\text{نسبة الدفاع الشخصي} = \frac{04}{21} \times 100$$

$$= 19.04\%$$

**9-2- نسبة البروفيل الدفاعي:**

و تحسب بجمع تكرارات الدفاعات في كل مستوى و قسمتها على العدد الكلي للتكرارات الكل ضرب  
مئة.

↪ المستوى 7 (النضج): (الإيثار+الفكاهة+تحقيق الذات+الاستبطان+الإعلاء+القمع)

$$: (01+01+01+04+01+01)$$

$$\text{المجموع} = 09$$

$$= 100 \times \frac{09}{21}$$

$$= 42.85\%$$

↪ المستوى 6 (الوسواسي): (التعقيل)

$$: (02)$$

$$= 100 \times \frac{02}{21}$$

$$= 9.52\%$$

↪ المستوى 5 (العصابي): (التكوين العكسي+الإزاحة)

$$: (02+02)$$

$$\text{المجموع} = 04$$

$$= 100 \times \frac{04}{21}$$

$$= 19.04\%$$

↪ المستوى 4 (الترجسي): المثالية

$$: 01$$

$$= 100 \times \frac{01}{21}$$

$$= 4.76\%$$

⇒ المستوى 3 (الإنكار): التبرير

02 :

$$100 \times \frac{02}{21} =$$

$$\boxed{09.52\% =}$$

⇒ المستوى 2 (الحدودي): 01

$$100 \times \frac{01}{21} =$$

$$\boxed{04.76\% =}$$

⇒ المستوى 1 (الفعل): العدائية غير الفعالة

02 :

$$100 \times \frac{02}{21} =$$

$$\boxed{09.52\% =}$$

**9-3- نسبة الدفاع الشامل:**

و تحسب بداية بضرب قيمة كل مستوى في عدد تكرارات كل دفاع ثم جمعها في كل مستوى. بعد جمع مجاميع كل المستويات، نتحصل على قيمة معيارية نقوم بقسمتها على العدد الكلي للتكرارات، لنحصل على نسبة الدفاع الشامل. تكون هذه النسبة من 1 (أدنى نسبة دفاع شامل)، إلى 7 و هي (أعلى نسبة دفاع شامل).

⇒ المستوى 7 (النضج): قيمته 7

$$[(07 \times 01) + (07 \times 01) + (07 \times 01) + (07 \times 04) + (07 \times 01) + (07 \times 01)] :$$

$$\text{المجموع} = 63$$

⇒ المستوى 6 (الوسواسي): قيمته 6

$$:(06 \times 02)$$

$$\text{المجموع} = 12$$

⇒ المستوى 5 (العصابي): قيمته 5

$$:(05 \times 02) + (05 \times 02)$$

$$\text{المجموع} = 20$$

⇒ المستوى 4 (الرجسي): قيمته 4

: (04×01)

المجموع = 04

⇒ المستوى 3 (الإنكار): قيمته 3

: (03×02)

المجموع = 06

⇒ المستوى 2 (الحدودي): قيمته 2

= (02×01)

المجموع = 02

⇒ المستوى 1 (الفعل): قيمته 1

: (01×02)

المجموع = 02

المجموع الكلي = 02+02+06+04+20+12+63 =

**109 =**

109 تمثل القيمة المعيارية للميكانيزمات الدفاعية .

21 هو العدد الكلي لتكرارات الميكانيزمات الدفاعية.

نسبة الدفاع الشامل =  $\frac{\text{القيمة المعيارية}}{\text{عدد التكرارات}} \#$

$$\frac{109}{21} =$$

**نسبة الدفاع الشامل = 5.19**

**9-4- تعليق:**

إن نسبة التوظيف الشامل للدفاعات 5.19، تعتبر مرتفعة نسبياً و هذا بالنظر إلى نسبة الدفاعات الناضجة المستعملة من طرف الحالة من المستوى السابع، بالنسبة إلى المستويات الأخرى العصبية و غير الناضجة، حيث أخذت الدفاعات الناضجة أساساً المجال الأوفر، هذا ما جعل نسبة الدفاع الشامل ترتفع. و إذا ما قارناها مع مختلف المستويات، ففي المستويين السابع و السادس كانت نسبة التوظيف الدفاعي

مرتفعة، بالنسبة لباقي المستويات (الخامس، الرابع، الثالث، الثاني و الأول) حيث كانت هذه النسبة منخفضة جدا.

**10- حساب مختلف النسب الخاصة بالميكانيزمات الدفاعية للمرحلة الثانية:**

**10-1- نسبة الدفاع الشخصي:**

**جدول رقم 08: نسب الدفاع الشخصي للمرحلة الثانية**

الميكانيزمات الدفاعية	عدد التكرارات	نسبة الدفاع الشخصي
العدائية غير الفعالة	01	%06.66
التبرير (rationalisation)	03	%20
التعقيل (intellectualisation)	02	%13.33
القمع	02	%13.33
الاستبطان	02	%13.33
الإعلاء	02	%13.33
العزل	01	%06.66
تحقيق الذات	01	%06.66
الإلغاء	01	%06.66
<b>عدد الدفاعات = 09</b>	<b>العدد الكلي للتكرارات = 15</b>	<b>%100</b>

تحسب نسبة الدفاع الشخصي من العدد الكلي للتكرارات.

مثال: العدائية غير الفعالة: عدد التكرارات = 01

العدد الكلي للتكرارات = 15

نسبة الدفاع الشخصي =  $100 \times \frac{01}{15}$

15

= %06.66

## 10-2- نسبة البروفيل الدفاعي:

و تحسب بجمع تكرارات الدفاعات في كل مستوى و قسمتها على العدد الكلي للتكرارات الكل ضرب  
مئة.

⇒ المستوى 7 (النضج): (تحقيق الذات+الاستبطان+الإعلاء+القمع)  
(02+02+02+01) :

$$\text{المجموع} = 07$$

$$100 \times \frac{07}{15} =$$

$$\boxed{= 46.66\%}$$

⇒ المستوى 6 (الوسواسي): (العزل،التعقيل و الإلغاء)  
(01+02+01) :

$$100 \times \frac{04}{15} =$$

$$\boxed{= 26.66\%}$$

⇒ المستوى 5 (العصابي): لا يوجد

⇒ المستوى 4 (الترجسي): لا يوجد

⇒ المستوى 3 (الإنكار): التبرير

(03) :

$$100 \times \frac{02}{15} =$$

$$\boxed{= 20\%}$$

⇒ المستوى 2 (الحدودي): لا يوجد

⇒ المستوى 1 (الفعل): العدائية غير الفعالة

(01) :

$$100 \times \frac{01}{15} =$$

$$\boxed{= 06.66\%}$$



## 10-3- نسبة الدفاع الشامل:

و تحسب بداية بضرب قيمة كل مستوى في عدد تكرارات كل دفاع ثم جمعها في كل مستوى. بعد جمع مجاميع كل المستويات، نتحصل على قيمة معيارية نقوم بقسمتها على العدد الكلي للتكرارات، لنحصل على نسبة الدفاع الشامل. تكون هذه النسبة من 1 (أدنى نسبة دفاع شامل)، إلى 7 و هي (أعلى نسبة دفاع شامل).

⇒ المستوى 7 (النضج): قيمته 7

$$[(07 \times 02) + (07 \times 02) + (07 \times 02) + (07 \times 01)] :$$

$$(14 + 14 + 14 + 7) :$$

$$\text{المجموع} = 49$$

⇒ المستوى 6 (الوسواسي): قيمته 6

$$(06 \times 01) + (6 \times 2) + (6 \times 1) :$$

$$(6 + 12 + 6) :$$

$$\text{المجموع} = 24$$

⇒ المستوى 5 (العصابي): لا يوجد

⇒ المستوى 4 (النرجسي): لا يوجد

⇒ المستوى 3 (الإنكار): قيمته 3

$$(03 \times 03) :$$

$$\text{المجموع} = 09$$

⇒ المستوى 2 (الحدودي): لا يوجد

⇒ المستوى 1 (الفعل): قيمته 1

$$(01 \times 01) :$$

$$\text{المجموع} = 01$$

$$\text{المجموع الكلي} = 01 + 09 + 24 + 49$$

$$= 83$$

83 تمثل القيمة المعيارية للميكانيزمات الدفاعية.  
15 هو العدد الكلي لتكرارات الميكانيزمات الدفاعية.

$$\text{نسبة الدفاع الشامل} = \frac{\text{القيمة المعيارية}}{\text{عدد التكرارات}} = \frac{83}{15} =$$

$$\boxed{\text{نسبة الدفاع الشامل} = 5.53}$$

10 4 تعليق:

نلاحظ أنه في المرحلة الثانية ، قد ارتفعت نسبة الدفاع الشامل. و هذا راجع أساسا إلى ارتفاع نسبة البروفيل الدفاعي في المستوى السابع (و كانت له مساهمة كبيرة في رفع هذه النسبة)، السادس و الثالث. حيث كانت الدفاعات في المستويين الأخيرين متعلقة بالمرض ، و ما يحيط بالخالق من قلق و خوف مما ينتظره في المستقبل، و على كل المستويات الشخصية الصحية، العائلية و الاجتماعية.

11 -مقارنة نتائج اختبار DMRS قبل و بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية:

11 4 على مستوى المجموع الخام و القيم المعيارية و نسب الدفاع الشامل للدفاعات المستعملة:

مرحلة ما بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية	مرحلة ما قبل استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية	
09	13	عدد الدفاعات المستعملة
15	21	مجموع التكرارات للدفاعات المستعملة
69	109	القيمة المعيارية للدفاعات المستعملة
5,53	5,19	نسبة الدفاع الشامل

## 11-2- على مستوى نسب الدفاع الشخصي:

مرحلة ما بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية			مرحلة ما قبل استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية		
نسبة الدفاع الشخصي:	التقييم النوعي	الميكانيزمات الدفاعية	نسبة الدفاع الشخصي:	التقييم النوعي	الميكانيزمات الدفاعية
06.66%	2-a	تحقيق الذات	19.04%	1-b	تحقيق الذات
13.33%	2-f	التعقيل (intellectualisation)	09.52%	1-a	التعقيل (intellectualisation)
20%	2-c	التبرير (rationalisation)	09.52%	1-a	التبرير (rationalisation)
13.33%	2-a/2-b	القمع	04.76%	2-b	القمع
13.33%	1-c	الاستبطان	04.76%	1-a	الاستبطان
13.33%	2-a/2-a	الإعلاء	04.76%	2-a	الإعلاء
06.66%	1-b	العداوية غير الفعالة	09.52%	1-d	العداوية غير الفعالة
06.66%	1-a	الإلغاء	09.52%	1-c/2-a	الإزاحة
06.66%	1-c	العزل	09.52%	1-d	التكوين العكسي
			04.76%	1-d	المثالية
			04.76%	2-b	الفكاهة
			04.76%	2-d	التقمص الإسقاطي
			04.76%	1-a	الإيثار

ملاحظة: يحدد الخط بالبنط العريض في الجدول الميكانيزمات الدفاعية المشتركة للحالة خلال المرحلتين.

## 11-3- على مستوى نسب البروفيل الدفاعي:

مرحلة ما بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية		المستويات الدفاعية	مرحلة ما قبل استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية	
نسب البروفيل الدفاعي	الدفاعات المستعملة في كل مستوى		نسب البروفيل الدفاعي	الدفاعات المستعملة في كل مستوى
46.66%	تحقيق الذات، الاستبطان، الإعلاء، القمع	المستوى 7 (النضج)	الإيثار، الفكاهة، تحقيق الذات، الاستبطان، الإعلاء، القمع	42.85%
26.66%	العزل، التعقيل، الإلغاء	المستوى 6 (الوسواسي)	التعقيل (intellectualisation)	09.52%
لا يوجد	لا يوجد	المستوى 5 (العصابي)	التكوين العكسي، الإزاحة	19.04%
لا يوجد	لا يوجد	المستوى 4 (الترجسي)	المثالية	04.76%
20%	التبرير	المستوى 3 (الإنكار)	التبرير (rationalisation)	09.52%
لا يوجد	لا يوجد	المستوى 2 (الحدودي)	التقمص الاسقاطي	04.76%
06.66%	العدائية غير الفعالة	المستوى 1 (الفعل)	العدائية غير الفعالة	09.52%

## 11-4- التعليق و التحليل:

نلاحظ في الجدول الأول، انخفاض عدد الميكانيزمات الدفاعية المستعملة من 13 إلى 09 ميكانيزمات دفاعية، و بالتالي تكراراتها من 21 إلى 15. بالنسبة للمرحلتين ما قبل و بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية. أما في نسبة الدفاع نجد تفسير تغير هذه النسب بالرجوع إلى تفاصيل كل ميكانيزم دفاعي في كل مستوى من المستويات الدفاعية.

حيث نجد أن نسبة البروفيل الدفاعي في المستوى السابع قد ارتفعت من 42.85% إلى 46.66%، يمثل هذا المستوى الوظيفة الدفاعية المثلى من تكيف الشخص مع العوامل الداخلية و الخارجية للضغط. تساهم الميكانيزمات الدفاعية المستعملة في هذا المستوى في رفع الإحساس بالرضا، كما تسمح بالإدراك الشعوري للأفكار، الأحاسيس و كل عواقبها. يعالج تحقيق الذات الصراعات الانفعالية الداخلية و الخارجية بالتعبير مباشرة عن المشاعر و الرغبات، لخفض القلق و الشدة الناتجة عن العراقيل التي تسببها القوى الداخلية و الخارجية التي تمنع الشخص من التعبير. إن انخفاض تحقيق الذات في هذه الحالة راجع إلى إحساس الحالة بالرضا عما حققه في حياته الشخصية و العائلية، و هذا ما لاحظته الباحثة خلال سيرورة المقابلات مع الحالة. و بالتالي انخفضت نسبة الدفاع الشخصي بدورها من 19.04% إلى 06.66%. أما من حيث التقييم النوعي: فتغير تحقيق الذات من التقييم 1-b (في المرحلة الأولى أي ما قبل استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية) إلى 2-a (أي ما بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية)؛ حيث في هذا المستوى من تحقيق الذات المحتمل ذكرت الحالة عدة أمثلة كانت الاستجابة فيها للعوامل الخارجية من الضغط بواسطة محاولة تحقيق الذات، لكن هذه الأمثلة ليست لها إلا دلالة صغيرة فيما يخص الإحساس بالرضا الوجداني. (الأمثلة ذكرت من طرف الحالة في المقطع رقم 03 من المرحلة الأولى). أما في المرحلة الثانية، حيث كان التقييم 2-a، وصفت الحالة مثالين أو أكثر ذوي دلالة من الناحية العاطفية، توضح صراع عاطفي أو ضغط خارجي مهم. حتى و إن لم تصل الحالة إلى أهداف تحقيق الذات الكاملة، فهو لم يظهر أي علامة من الخجل أو الإحساس بالذنب. (أنظر المقطع رقم 28 من المرحلة الثانية).

أما الدفاعات الأخرى (القمع، الاستبطان، الإعلاء، الفكاهة و الإيثار) ارتفعت نسبة الدفاع الشخصي، من 04.76% إلى 13.33%، ما عدا الدفاعين الأخيرين الذين لم يسجل الباحث وجودهما في مرحلة ما بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية. فارتفع نسبة القمع مرده إلى رغبة الحالة

في جعل فكرة مرضه و الإحساس المصاحب لها، خارج مجال الشعور، و يعكس هذا حالة القلق الضمني غير المصرح به الذي تعيشه الحالة، و الذي لاحظته الباحث خلال المقابلات العيادية. أما التقييم النوعي: فانتقل القمع من مستوى  $2-b$  إلى  $2-a/2-b$  معا في المرحلة الثانية. حيث في  $2-b$  تذكر الحالة فترة انفعالية مهمة، لم يكن بمقدوره خلالها التعبير عن الأحاسيس القوية، و هذا بسبب عراقيل خارجية. فتحمل هذا الضغط ليعبر عن أحاسيسه لاحقا. (أنظر المقطع رقم 05 في المرحلة الأولى). أما في المرحلة الثانية،  $2-a$  ذكرت الحالة فترة انفعالية ضاغطة استطاع من خلالها تأجيل اعتبار الأحاسيس، مع إعطاء مبرر منطقي، ثم عاد إلى عامل الضغط و حاول شعوريا علاجه. (أنظر المقطع رقم 17 من المرحلة الثانية). أما ظهور المستوى  $2-b$  في المرحلة الثانية في المقطع رقم 20، فهو يعبر عن فترة انفعالية مهمة لم يستطع الحالة التعبير عن أحاسيسه عند ظهورها (أي عندما أخبرته الطبيبة بأنهم اكتشفوا وجود حالة سرطان دم عنده)، فقد استطاع تحمل هذا الأمر ليعبر عنه لاحقا، و هذا ما لاحظته الباحث خلال المقابلات.

يسمح الاستبطان للحالة بالتكيف الحسن مع متطلبات الواقع الخارجي (محيطه الاجتماعي). فهو لا يغير حقيقة الحالة بل يساعدها على إيجاد أحسن تكيف للحالة النفسية الداخلية (بما فيها معاشته لمرض اللوكيميا) مع الواقع الخارجي (محيطه الاجتماعي). فهذا الميكانيزم يسمح للحالة بالتقدم و التكيف الحسن لمواجهة عوامل الضغط، على رأسها المرض الذي يعاني منه. و هذا ما صرح به مرارا خلال المقابلات. أما التقييم النوعي: فقد تغير من المستوى في المرحلة الأولى  $1-a$ ؛ و هو يعبر عن ملاحظات قدمها الحالة حول طريقة إدراك سلوكياته من طرف الآخرين. و هو لا يبذل مجهود كبير لفهم مساهمة الحالة العاطفية في هذا (أنظر المقطع رقم 10 من المرحلة الأولى). إلى  $1-c$  في المرحلة الثانية، حيث بعد تعليق من الفاحص حول صراع مهم عند الحالة (يخص مرضه)، أصبح يميل إلى وصف الجوانب المهمة في نفسه و على حقيقتها (أنظر المقطع رقم 24 من المرحلة الثانية).

أما الإعلاء فقد قامت الحالة بتصريف الأفكار و الأحاسيس السلبية نحو تعبير مقبول اجتماعيا (إن شاء الله نرتاح، عندي أمل في ربي، أنا متيقن بأن ربي يشفيني)، هذه ما يكسبه اعترافا و مكافأة اجتماعية تزيد من دعمه نفسيا، لمواجهة القلق المرتبط بمرضه. بالإضافة إلى هذا، ظهر من خلال المقابلات بأن الحالة متشعبة بهذه الثقافة منذ الصغر. أما التقييم النوعي: فحافظ على نفس المستوى  $2-a$  في المرحلتين، إذ قدم بعض التداعيات المرتبطة بصراعات و وضعيات ضاغطة، ثم عبر عن إحساس له علاقة مع الموضوع الأساسي و هو مرضه. (أنظر المقطع رقم 20 في المرحلة الأولى، و المقطع رقم 24 في المرحلة الثانية).

نسبة الفكاهة ميكانيزم كانت منخفضة 04.76% في المرحلة الأولى و غير موجودة في المرحلة الثانية، و هي تعبر عن مستوى مقبول من النضج للحالة. فهي تسمح فقط بالتعبير عن جزء من الأحاسيس المرتبطة بالصراعات و عوامل الضغط النفسي. كذلك الأمر بالنسبة لميكانيزم الإيثار 04.76%، الذي يحقق الحاجة إلى الارتباط و العلاقات الاجتماعية، بالاستجابة للصراعات بواسطة مساعدة الآخرين. و هو أيضا لم يسجل الباحث وجوده في المرحلة الثانية. هذا لأن كلتا هذين الميكانيزمين استعملتهما الحالة بطريقة معتدلة، و ثانوية كما لاحظ الباحث ذلك خلال المقابلات، فالحالة لا يمتاز بالفكاهة المفرطة، إلا حسب ما تتطلبه الوضعية الصراعية. و لا بالإيثار المفرط إلا حسب القدرة كما جاء في المقابلات. التقييم النوعي: 2-b قدم الحالة تعليق فكاهي لتغيير جو المقابلة. هذا التعليق لا يعيق سير المقابلة بل يسهل تواصلها. هذا في المرحلة الأولى (أنظر المقطع رقم 21). أما في المرحلة الثانية فلم يسجل الباحث وجودا للفكاهة ميكانيزم دفاعي. أما الإيثار 1-a فقد ذكر الحالة مثلا لمساعدته الآخرين، حيث لا يوجد علاقة بين الصراعات أو التجارب المعاشة. ومن الواضح فيها أن الحالة كان له إحساس بالرضا عند مساعدته للآخرين (أنظر المقطع رقم 14 من المرحلة الأولى).

عموما، و بالرغم من انخفاض نسبة البروفيل الدفاعي في المستوى 7، لم يؤثر على مظهر النضج عند الحالة الذي يعبر عنه هذا المستوى.

في المستوى السادس ارتفعت نسبة البروفيل الدفاعي من 09.52% إلى 26.66%. إن الوظيفة الدفاعية في هذا المستوى لها دور، يكمن في جعل الأفكار، الأحاسيس، الذكريات و الرغبات التي تشكل تهديدا محتملا، خارج مجال الشعور.

في المرحلة الأولى سجل الباحث وجود ميكانيزم واحد هو التعقيل. بنسبة دفاع شخصي 09.52% ليرتفع في المرحلة الثانية إلى 13.33%، و التي سجل فيها الباحث وجود ثلاث ميكانيزمات دفاعية. هدفها العام هو جعل الوضعية الضاغطة خارج مجال الشعور وتمثل في هذه الحالة في مرض اللوكيميا، حيث يستحوذ على الحالة نوع من القلق الضمني متعلق بمرضه. هذا ما لاحظته الباحث خلال المقابلات.

التقييم النوعي لميكانيزم التعقيل: حيث و يربطه بحالة القلق هذه نجد تغييره في المرحلة الثانية في مستوى 2-f أي كان الحالة يصف تجربة ما باستعمال نوع من التجريد و التعميم، بدلا من التكلم مباشرة عن أحاسيسه (أنظر المقطع رقم 15 و 26 من المرحلة الثانية). و هذا بعدما كان التقييم النوعي في المرحلة

الأولى 1-a حيث يجيب الحالة على الأسئلة بجواب غير شخصي (أنظر المقطع رقم 05 و 16 في المرحلة الأولى).

العزل ظهر فقط في المرحلة الثانية بنسبة دفاع شخصي 06.66% و هي منخفضة نسبيا. التقييم النوعي: 1-c حيث وصف الحالة تجربة بطريقة لا تتضمن أحاسيس قوية كان ينتظرها الباحث، ثم بعد ذلك يظهر في المقابلة هذا الإحساس بالقلق (أنظر المقطع 24 من المرحلة الثانية).

الإلغاء، سجل وجوده الباحث فقط في المرحلة الثانية بنسبة دفاع شخصي 06.66%. التقييم النوعي: 1-a حيث يؤكد الحالة على موضوع ما ثم يليه بعد ذلك (المقطع 19 من المرحلة الثانية)، عندما عبر عن حالة الخوف من المرض ثم قام بإلغاء هذا الإحساس.

إن الميكانيزمات الدفاعية التي سجلها الباحث في هذا المستوى، تعبر عن محاولة الشخص لجعل فكرة مرضه خارج مجال الشعور مع وجود إحساس بالقلق الضمني. لتصبح ثلاث ميكانيزمات في المرحلة الثانية. في المستوى الخامس كانت نسبة البروفيل الدفاعي 19.04%، و التي سجل وجودها الباحث فقط في المرحلة الأولى، بدفاعين هما التكوين العكسي و الإزاحة.

التكوين العكسي بنسبة دفاع شخصي 09.52% و هي منخفضة نسبيا. التقييم النوعي: 1-d حيث قام الحالة بوصف وضعية ما بكل حماسة و هي في الحقيقة وضعية مهددة و مخيفة، حيث لم يكن هناك اعتراف بهذا الإحساس الذي نلاحظه في العادة أمام مثل هذه الوضعيات (مرض اللوكيميا). (أنظر المقطع 11 و 12 من المرحلة الأولى).

الإزاحة بنسبة دفاع شخصي 09.52%. التقييم النوعي: هناك مستويين؛ 1-c حيث يظهر الحالة مهتما أكثر مع وجود إحساس ايجابي تجاه شخص آخر، ليس له معه علاقة متينة لكن تربطهما بعض العناصر (المرض). (أنظر المقطع 08 من المرحلة الأولى). أما المستوى 2-a حيث قدم استجابة سلبية حول شخص آخر ليقوم بإزاحة هذا عن مجال الشعور، نحو موضوع آخر.

المستوى الرابع بنسبة بروفيل دفاعي 4.76% و هي نفسها نسبة الدفاع الشخصي وهما منخفضتان. تتميز ميكانيزمات هذا المستوى باضطرابات صغرى لصورة الذات، الجسم و الآخرين و هذا بهدف ضبط تقدير الذات. سجل هنا الباحث فقط وجود ميكانيزم المثالية بنفس النسبة السابقة، في المرحلة الأولى فقط. التقييم النوعي: 1-d و هو يعبر عن وصف الحالة لكل الأشخاص المهمين بالنسبة له. لكن لاحظ



الباحث بأن هذا الدفاع يبقى ثانوي بالنسبة للحالة من حيث وظيفته الدفاعية، فهو غير موجود كذلك في المرحلة الثانية. (أنظر المقطع رقم 13 من المرحلة الأولى).

المستوى الثالث بنسبة بروفيل دفاعي 09.52% وهو يتضمن دفاع واحد في كلا المرحلتين. تتميز دفاعاته بجعل عوامل الضغط، النزوات، الأفكار و الإحساس بالذنب، سواء المزعجة أو غير المقبولة خارج مجال الشعور. إن كانت تعود لأسباب خارجية أم لا.

التبرير بنسبة دفاع شخصي 09.52% في المرحلة الأولى لترتفع إلى 20% في المرحلة الثانية وهي نسبة مرتفعة. و يعود هذا الارتفاع إلى كون استعمال هذا الدفاع كان حول مرض الحالة الذي يشكل له نوعا من القلق الضمني غير المصرح به. التقييم النوعي: 1-a في المرحلة الأولى و هي تعبر عن تفسير يقدمه الحالة بطريقة و كأنه يريد إخفاء دافع آخر حقيقي غير مقبول (أنظر المقطع رقم 08 في المرحلة الأولى). أما في المرحلة الثانية تلازم كل من 2-c و 1-a حيث يمثل 2-c قدرة الحالة على مواجهة كل المصاعب بدون خوف أو حجل. (أنظر المقطع 03 و 17 و 25 من المرحلة الثانية).

المستوى الثاني بنسبة بروفيل دفاعي 04.76% و هي كذلك منخفضة. يخص هذا المستوى الاضطرابات الكبرى لصورة الذات و الآخرين. سجل الباحث في هذا المستوى دفاع واحد و هو التقمص الاسقاطي بنسبة دفاع شخصي 04.76% و هي مثل سابقتها نسبة منخفضة، في المرحلة الأولى، أما في الثانية فهو غير موجود.

التقييم النوعي: 2-d و هي تعبر عن أن الحالة قام بوصف علاقة بين شخصية، يسند من خلالها أحاسيسه الشخصية إلى شخص آخر، و هو متأكد بأن الآخر يحس نفس الإحساس مثله، ثم يقوم برد فعل. (انظر المقطع 20 من المرحلة الأولى).

المستوى الأول بنسبة بروفيل دفاعي 09.52% في المرحلة الأولى، لتخفف إلى 06.66% في المرحلة الثانية. و كذلك الأمر بالنسبة لنسبة الدفاع الشخصي لميكانيزم العدائية غير الفعالة. التقييم النوعي: 1-d و هي تعبر عن أن الحالة يصف مثال له تبعات غير مقبولة من طرفه، و هذا الموضوع يكون حساسا إذا كان الشخص في حالة غضب تجاه شخص آخر (أنظر المقطع 19 و 21 من المرحلة الأولى). لتتغير إلى 1-b في المرحلة الثانية (أنظر المقطع رقم 01 من المرحلة الثانية)، و هي تعبر عن فرصة لم يطلب فيها المساعدة من الآخرين، فهو يفضل الشكوى من مساوئ الآخرين، لأن هذا يجلب له المساعدة الضرورية.

و هذا ما يشير إلى تحسن الوظيفة الدفاعية للحالة من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثانية، من الناحية الكمية و النوعية لميكانيزم العدائية غير الفعالة.

## 12- ملخص لمقارنة كمية لتوظيف الميكانيزمات الدفاعية خلال المرحلتين:

مرحلة ما بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية			مرحلة ما قبل استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية		
عدد الدفاعات المستعملة في كل مستوى	تعين الدفاعات	النسبة المئوية/بالرجوع إلى العدد الكلي للدفاعات	المستويات الدفاعية	عدد الدفاعات المستعملة في كل مستوى	النسبة المئوية/بالرجوع إلى العدد الكلي للدفاعات
04	تحقيق الذات، الاستيطان، الإعلاء، القمع	%44.44	المستوى 7 (النضج)	06	الإيثار، الفكاهة، تحقيق الذات، الاستيطان، الإعلاء، القمع
03	العزل، التعقيل، الإلغاء	%33.33	المستوى 6 (الوسواسي)	01	التعقيل (intellectualisation)
00	لا يوجد	%00	المستوى 5 (العصابي)	02	التكوين العكسي، الإزاحة
00	لا يوجد	%00	المستوى 4 (الترجسي)	01	المثالية
01	التبرير	%11.11	المستوى 3 (الإنكار)	01	التبرير (rationalisation)
00	لا يوجد	%00	المستوى 2 (الحدودي)	01	التقمص الإسقاطي
01	العدائية غير الفعالة	%11.11	المستوى 1 (الفعل)	01	العدائية غير الفعالة
<b>09 = ∑</b>				<b>13 = ∑</b>	

## 12-1- تعليق و تحليل:

نلاحظ في الجدول انخفاض عدد الدفاعات من 06 في المرحلة الأولى إلى 04 في المرحلة الثانية. إنه بالرغم من هذا الانخفاض إلا أن الحالة حافظ على أقصى مستوى من النضج، فالدفاعين اللذان لم يستعملهما (الإيثار و الفكاهة)، لاحظ الباحث من خلال المقابلات بأنه قد استعملهما بصفة ثانوية، و لم تكن لهما وظيفة دفاعية أساسية، عكس الدفاعات الأخرى من نفس المستوى. نستطيع أن نقول بأن التقنيات العلاجية للمساندة النفسية قد ساهمت نوعا ما، في الحفاظ على أحسن مستوى من النضج في توظيف الميكانيزمات الدفاعية عند الحالة.

أما في المستوى السادس فارتفع عدد الدفاعات من 01 في المرحلة الأولى إلى 03 في المرحلة الثانية. و هي دفاعات تجعل توظيفها يهدف إلى جعل الأفكار و الأحاسيس، التي ممكن أن تسبب تهديدا، خارج مجال الشعور. كما نلاحظ بأن كل هذه الدفاعات كانت تدور حول مرض اللوكيميا عند الحالة. و هي تتمظهر بنوع من القلق لاحظه الباحث خلال المقابلات.

ابتداء من المستوى الخامس نلاحظ في الجدول استقرار أو عدم وجود لتوظيف الدفاعات، من المرحلة الأولى إلى الثانية. فيمكن القول بأن الحالة مع محافظته على أحسن مستوى من النضج، كان استعماله للدفاعات الأقل نضجا منخفضا، في المستويات الخمس الأخيرة، فكلما اتجهنا إلى المستوى 1 زاد اتجاه الدفاعات إلى عدم النضج. و هذا ما نلاحظه خلال الجدول فالحالة لم يستعمل هذه الدفاعات بصفة مفرطة.

من هنا يمكننا القول بأن التقنيات العلاجية للمساندة النفسية قد ساهمت، في الحفاظ على أقصى درجة من النضج في الوظيفة الدفاعية (على المستوى 7). أما في المستوى 6 زادت دفاعات الحالة من حيث الكم و النوع، و قد عبرت عن نوع من القلق الذي بدأ يعيشه و هو مرتبط بمرض اللوكيميا و ما ينتظره في المستقبل. أما باقي المستويات فكان التوظيف الدفاعي فيها منخفضا أو مستقرا، هذا لأن الحالة لا يزال يحافظ على مستوى أحسن من النضج، و هذا بالمقارنة بين المرحلة الأولى و الثانية.

13- ملخص لمقارنة نوعية لتوظيف الميكانيزمات الدفاعية خلال المرحلتين:

مرحلة ما بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية			مرحلة ما قبل استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية			المستويات
التقييم النوعي	رمز التقييم النوعي	الميكانيزمات الدفاعية	التقييم النوعي	رمز التقييم النوعي	الميكانيزمات الدفاعية	
وصفت الحالة مثالين أو أكثر ذوي دلالة من الناحية العاطفية، توضح صراع عاطفي أو ضغط خارجي مهم. حتى وإن لم تصل الحالة إلى أهداف تحقيق الذات الكاملة، فهو لم يظهر أي علامة من الخجل أو الإحساس بالذنب	2-a	تحقيق الذات	ذكرت الحالة عدة أمثلة كانت الاستجابة فيها للعوامل الخارجية من الضغط بواسطة محاولة تحقيق الذات، لكن هذه الأمثلة ليست لها إلا دلالة صغيرة فيما يخص الإحساس بالرضا الوجداني	1-b	تحقيق الذات	المستوى السابع
2-a ذكرت الحالة فترة انفعالية ضاغطة استطاع من خلالها تأجيل اعتبار	2-a/2-b	القمع	تذكر الحالة فترة انفعالية مهمة، لم يكن بمقدوره خلالها التعبير عن الأحاسيس القوية، و هذا	2-b	القمع	

<p>الأحاسيس، مع إعطاء مبرر منطقي، ثم عاد إلى عامل الضغط و حاول شعوريا <u>علاجه</u></p>			<p>بسبب عراقيل خارجية. فتحمل هذا الضغط ليعبر عن أحاسيسه لاحقا</p>			
<p>بعد تعليق من الفاحص حول صراع مهم عند الحالة (يخص مرضه)، أصبح <u>يميل إلى وصف الجوانب المهمة في نفسه و على حقيقتها</u></p>	1-c	الاستبطان	<p>و هو يعبر عن ملاحظات قدمها الحالة حول طريقة إدراك سلوكياته من طرف الآخرين. و هو لا يبدل مجهود كبير لفهم مساهمة الحالة العاطفية في هذا</p>	1-a	الاستبطان	
<p>إذ قدم بعض التدايعات المرتبطة بصراعات و وضعيات ضاغطة، ثم <u>عبر عن إحساس له علاقة مع الموضوع الأساسي و هو مرضه</u></p>	2-a/2-a	الإعلاء	<p>إذ قدم بعض التدايعات المرتبطة بصراعات و وضعيات ضاغطة، ثم عبر عن إحساس له علاقة مع الموضوع الأساسي و هو مرضه</p>	2-a	الإعلاء	
			<p>تعليق فكاهي لتغيير جو المقابلة. هذا التعليق لا يعيق سير المقابلة بل يسهل تواصلها</p>	2-b	الفكاهة	

			ذكر الحالة مثالا لمساعدته الآخرين، حيث لا يوجد علاقة بين الصراعات أو التجارب المعاشة. ومن الواضح فيها أن الحالة كان له إحساس بالرضا عند مساعدته للآخرين.	1-a	الإيثار	
2-f يصف تجربة ما باستعمال نوع من التجريد و التعميم، بدلا من التكلم مباشرة عن أحاسيسه	2-f	التعقيل (intellectualisation)	يجيب الحالة على الأسئلة بجواب غير شخصي	1-a	التعقيل (intellectualisation)	المستوى السادس
وصف الحالة تجربة بطريقة لا تتضمن أحاسيس قوية كان ينتظرها الباحث، ثم بعد ذلك يظهر في المقابلة هذا الإحساس بالقلق	1-c	العزل				
يؤكد الحالة على موضوع ما	1-a	الإلغاء				

<p>ثم يلغيه بعد ذلك، عندما عبر عن حالة الخوف من المرض ثم قام بإلغاء هذا الإحساس.</p>						
			<p>قام الحالة بوصف وضعية ما بكل حماسة و هي في الحقيقة وضعية مهددة و مخيفة، حيث لم يكن هناك اعتراف بهذا الإحساس الذي نلاحظه في العادة أمام مثل هذه الوضعيات (مرض اللوكيميا).</p>	<p>1-d</p>	<p>التكوين العكسي</p>	<p>المستوى الخامس</p>
			<p>1-c حيث يظهر الحالة مهتما أكثر مع وجود إحساس ايجابي تجاه شخص آخر، ليس له معه علاقة متينة لكن تربطهما بعض العناصر (المرض).</p>	<p>1-c/2-a</p>	<p>الإزاحة</p>	

			2-a حيث قدم استجابة سلبية حول شخص آخر ليقوم بإزاحة هذا الشعور عن مجال الشعور، نحو موضوع آخر.			
			و هو يعبر عن وصف الحالة لكل الأشخاص المهمين بالنسبة له. لكن لاحظ الباحث بأن هذا الدفاع يبقى ثانوي بالنسبة للحالة من حيث وظيفته الدفاعية	1-d	المثالية	المستوى الرابع
2-c قدرة الحالة على مواجهة كل المصاعب بدون خوف أو حجل.	2-c	التبرير (rationalisation)	و هي تعبر عن تفسير يقدمه الحالة بطريقة و كأنه يريد إخفاء دافع آخر حقيقي غير مقبول	1-a	التبرير (rationalisation)	المستوى الثالث



	<p>و هي تعبر عن أن الحالة قام بوصف علاقة بين شخصية، يسند من خلالها أحاسيسه الشخصية إلى شخص آخر، و هو متأكد بأن الآخر يحس نفس الإحساس مثله، ثم يقوم برد فعل</p>	2-d	التقمص الاسقاطي	المستوى الثاني		
<p>و هي تعبر عن فرصة لم يطلب فيها المساعدة من الآخرين، فهو يفضل الشكوى من مساوئ الآخرين، لأن هذا يجلب له المساعدة الضرورية</p>	1-b	العدائية غير الفعالة	<p>و هي تعبر عن أن الحالة يصف مثال له تبعات غير مقبولة من طرفه، و هذا الموضوع يكون حساسا إذا كان الشخص في حالة غضب تجاه شخص آخر</p>	1-d	العدائية غير الفعالة	المستوى الأول

## 13-1- تعليق و تحليل:

فيما يخص دفاعات المستوى السابع و هي التي تعبر عن النضج، نلاحظ من خلال الجدول بأن التقييم النوعي قد تغير و لو نسبيا من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثانية، أي بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية، و هي العبارات التي قام الباحث بتسطيرها لتوضيح مواضع التغيير (تحقيق الذات، القمع، الاستبطان و الإغلاء). أما الفكاهة و الإيثار فلم يسجل وجودها الباحث في المرحلة الثانية. و لهذا كانت التقنيات العلاجية ناجحة نوعا ما في المحافظة على هذا المستوى من النضج عند الحالة.

أما في المستوى السادس من خلال دفاع التعقيل (في المرحلة الأولى)، ثم التعقيل العزل و الإلغاء (في المرحلة الثانية)، مع عدم تسجيل الدفاعين الأخيرين في المرحلة الأولى. فهذه الدفاعات كانت قوية نوعا ما لكون موضوعاتها تتعلق بمرض اللوكيميا عند الحالة و ما يصاحبه من قلق. أما في هذا المستوى كانت مساهمة التقنيات العلاجية في تغير بسيط في نوع ميكانيزم التعقيل في المرحلة الثانية.

كذلك الأمر تقريبا في المستوى السادس مع دفاعي التكوين العكسي و الإزاحة في المرحلة الأولى فقط، حيث كانت مواضعهما تدور حول مرض اللوكيميا مع وجود نوع من القلق و الخوف من المستقبل غير الظاهر.

في المستوى الرابع نجد دفاع المثالية في المرحلة الأولى فقط حيث لم تكن وظيفته الدفاعية قوية و أساسية بالنسبة للحالة.

في المستوى الثالث كان هناك تحسن نوعا ما في نوع دفاع التبرير بعد استعمال التقنيات العلاجية في المرحلة الثانية. فالبرغم من أنه من الناحية الكمية كان ارتفاع في هذا المستوى في المرحلة الثانية، إلا أنه نوعيا كان هناك تحسن في المرحلة الثانية.

في المستوى الثاني بدفاع التقمص الاسقاطي الذي سجله الباحث في المرحلة الأولى فقط، و لم تكن له وظيفة دفاعية قوية.

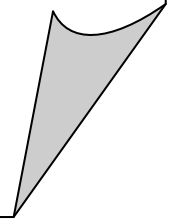
المستوى 1 بدفاع العدائية غير الفعالة حيث لم يكن التغير النوعي قويا، فالباحث لاحظ من خلال المقابلات بأن الحالة لا يميل أصلا إلى العدائية بكل مستوياتها، بل يستعمل العدائية غير الفعالة كدفاع ثانوي و هو لا يؤثر على نفسيته بقوة و لا على علاقاته بالآخرين.

# الفصل السابع: مناقشة النتائج

تمهيد.

1- مناقشة الفرضية الأولى.

2- مناقشة الفرضية الثانية.



## تمهيد:

سيحاول الباحث في هذا الفصل مناقشة فرضيات الدراسة بالرجوع إلى النتائج المحصلة. توصل الباحث في هذه المرحلة الأخيرة من الدراسة إلى مجموعة من النتائج، التي هي حوصلة لدراسة الحالة التي قام بها، و مجموع التقنيات العلاجية الخاصة بالمساندة النفسية التي استعملها. و نتائج الدراسة تستدعي تساؤلات مختلفة و هامة من بينها:

- إلى أي مدى تؤيد النتائج الفروض الأساسية؟ و إلى أي مدى تتسق هذه النتائج مع الإطار الأشمل لنتائج مختلف البحوث السابقة؟

- ما هي التساؤلات التي نتجت عن هذه الدراسة؟

قبل مناقشة الفرضيات، يجب الرجوع إلى الإطار النظري للبحث، حيث انطلق الباحث من فكرة أن القيام بتقديم مساندة نفسية للمصاب بمرض اللوكيميا، بواسطة استعمال مجموعة من التقنيات الخاصة بها. و بالقيام بتقييم للميكانيزمات الدفاعية، يساهم هذا في تغيير الوظيفة الدفاعية، و استفادة الحالة أكثر من المساندة النفسية المقدمة، للمصاب بمرض اللوكيميا. بالرغم من أنه في معظم البحوث كانت هذه المساهمة هي نسبية. فكان التساؤل الأساسي للباحث هو: هل تتغير الوظيفة الدفاعية للمصاب بمرض اللوكيميا (مرحلة ما قبل انتشار المرض)، بعد تلقيه لخصص من المساندة النفسية؟

و استعمل الباحث سلم تقييم الميكانيزمات الدفاعية (DMRS). و مجموعة من التقنيات الخاصة بالمساندة النفسية.

**1- مناقشة الفرضية الأولى:**

تغير الوظيفة الدفاعية للمصاب بمرض اللوكيميا (مرحلة ما قبل انتشار المرض)، في بعض المستويات المحددة في سلم (DMRS).

تحققت هذه الفرضية عند الحالة فيما يخص المستوى 7، و هو مستوى الميكانيزمات الدفاعية الناضجة حسب سلم (DMRS). فبعدها كانت نسبة البروفيل الدفاعي 42.85% في المرحلة الأولى، ارتفعت إلى 46.66% في المرحلة الثانية. و باعتبار أن هذا المستوى يدل على الإدراك الشعوري، لكل ما هو داخلي أو خارجي، فإن هذا الارتفاع دل على تحقق هذه الفرضية، و

بالتالي تغير الوظيفة الدفاعية - فيما يخص الميكانيزمات الناضجة - بعد استعمال تقنيات المساندة النفسية.

أما في المستوى 6 (الوسواسي)، فكذلك ارتفعت هذه النسبة من 9.52% في المرحلة الأولى، إلى 26.66% في المرحلة الثانية. و على أساس أن هذا المستوى يعبر عن جعل كل الأفكار و الأحاسيس خارج مجال الوعي، فإن هذا الارتفاع -الذي كان كبيرا نسبيا- دل على تحقق هذه الفرضية بعد استعمال تقنيات المساندة النفسية.

كذلك في المستوى 3 (الإنكار)، حيث ارتفعت النسبة من 9.52% إلى 20%. كان في هذا المستوى فقط دفاع (التبرير). اعتمد هنا الباحث طريقة لمناقشة هذه النتائج، تكمن في استغلال وظيفة هذه الدفاعات، فالتبرير تعبر عن إخفاء الدوافع الحقيقية لكل سلوك، حيث تحققت هذه الفرضية هنا بتغير الوظيفة الدفاعية بعد استعمال تقنيات المساندة النفسية، فدفاع التبرير كان مرتبط في معظمه، في المرحلة الثانية، بمرض الحالة الذي يخفي الدوافع الحقيقية تجاه خوفه من هذا المرض و مستقبله.

أما في المستوى 1 (الفعل)، حيث انخفضت النسبة من 9.52% إلى 6.66%، تحققت الفرضية، بتغير الوظيفة الدفاعية، فيما يخص انخفاض العدائية غير الفعالة بعد استعمال تقنيات المساندة النفسية. إن هذه التغيرات في هذه المستويات دل على تحقق الفرضية الأولى في المستويات: (1، 3، 6، 7).

أما في المستويات المتبقية (5، 4 و 2) حيث لم نسجل وجودا للدفاعات في المرحلة الثانية. و بالرجوع إلى وظائف هذه الدفاعات المسجلة في المرحلة الأولى: ففي المستوى 5 حيث التكوين العكسي يعبر عن تجنب الإحساس بالذنب باستبدال المشاعر الأصلية بأخرى مغايرة لها، كما أن هذا يعطي الشخص إحساسا بأنه أفضل فكريا من الآخر. أما الإزاحة فتعبر عن توجيه الأفكار و المشاعر بطريقة مشوهة إلى هدف أقل صراعا و تهديدا يسمح بالتعبير أكثر عن الانفعال و الرضا. و بالرجوع إلى المقاطع الصوتية المتعلقة بهذه الدفاعات في المرحلة الأولى نلاحظ بأنها مرتبطة مباشرة بمرض و مستقبل الحالة، الذي يبدو متكيفا معه بالرغم من وجود نوع من القلق الداخلي المخفي. أما المستوى 4 حيث المثالية التي تعبر عن مصدر للحماية و الرضا ضد مشاعر العجز، التفاهة، الحقارة و عدم الكفاءة. فالحالة و حسب ملاحظات

الباحث خلال المقابلات، لا يحتاج إلى إظهار مثاليته و لا يحتاج إلى الاستعمال المفرط لهذا الدفاع. أما المستوى 2 فكان ارتباط التقمص الاسقاطي، بالرجوع إلى المقاطع الصوتية، بمرض الحالة و هو يعبر عن أن أفعال الشخص مبررة ضد أي شخص آخر، حتى وإن كان التهديد خيالياً أو صحيح جزئياً.

إن تغير الوظيفة الدفاعية في الثلاث مستويات هذه (العصابي، النرجسي و الحدودي)، يعبر عن حفاظ الشخص على حالته النفسية و العقلية المستقرة، بالتطابق مع نتيجة مستوى النضج التي كانت مرتفعة.

كما أن نسبة الدفاع الشامل ارتفعت من 5.19 إلى 5.53، و هو ارتفاع ناتج عن حفاظ الحالة على وظيفة نفسية، تمتاز بالقوة و الاتزان و الثبات، ظهر من خلال ارتفاع استعمال الميكانيزمات الدفاعية الناضجة، المسجل في المرحلة الثانية، أي بعد استعمال تقنيات المساندة النفسية من طرف الباحث، و بالتالي تغير الوظيفة الدفاعية في شموليتها.

## 2- مناقشة الفرضية الثانية:

يكون التغير في الوظيفة الدفاعية كميًا و نوعيًا.

سيحاول الباحث مناقشة هذه الفرضية جزئياً من خلال، الميكانيزمات الدفاعية المشتركة في المرحلتين، و مقارنة نسب الدفاع الشخصي و تكراراتها.

نسبة الدفاع الشخصي في ميكانيزم تحقيق الذات 19.04% في المرحلة الأولى ثم 06.66% في المرحلة الثانية. أما عدد التكرارات فانخفض من 04 إلى 01. أما من حيث التقييم النوعي فانتقل من 1-b (مع العلم بأن الرقم 1 يمثل احتمالية استعمال هذا الميكانيزم)، إلى 2-a (مع العلم بأن الرقم 2 يمثل الاستعمال الواضح لهذا الميكانيزم)، هذا ما يعني أن نوعية هذا الميكانيزم قد تغيرت من المرحلة الأولى إلى الثانية. و هذا بالموازاة مع الانخفاض الكمي الملاحظ لهذا الميكانيزم.

نسبة الدفاع الشخصي في ميكانيزم القمع 04.76% في المرحلة الأولى إلى 13.33% في المرحلة الثانية. أما عدد التكرارات فلم يتغير 02 في المرحلتين. أما التقييم النوعي فكان تغيره طفيفاً من خلال محاولة الحالة علاج عامل الضغط بطريقة شعورية، من 2-b إلى 2-a.

نسبة الدفاع الشخصي في ميكانيزم الاستبطان 04.76% إلى 13.33%. أما عدد التكرارات فلم يتغير 02. أما التقييم النوعي فمن 1-a إلى 1-c و هو في نفس مستوى الاحتمال، إلا أننا لاحظنا تغيرا نوعيا حيث أصبحت الحالة تميل إلى وصف الجوانب المهمة عندها و على حقيقتها (و هذا ما يتعلق بمرضه)، بعدما قدم ملاحظات حول طريقة إدراك سلوكاته من طرف الآخرين.

نسبة الدفاع الشخصي في ميكانيزم الإغلاء 04.76% إلى 13.33%. أما عدد التكرارات فانتقل من 01 إلى 02. من حيث التقييم النوعي بقي هذا الميكانيزم في نفس المستوى 2-a، إذ قدم بعض التدايعات المرتبطة بصراعات و وضعيات ضاغطة، ثم عبر عن إحساس له علاقة مع الموضوع الأساسي و هو مرضه. فنلاحظ هنا أن التقييم الكمي ارتفع إلا أن التقييم النوعي بقي في نفس المستوى.

نسبة الدفاع الشخصي في ميكانيزم التعقيل (intellectualisation) 09.52% إلى 13.33%. أما عدد التكرارات من 01 إلى 02. أما التقييم النوعي فانتقل من 1-a أي احتمال وجود هذا الميكانيزم إلى 2-f و هو الوجود الأكيد لهذا الميكانيزم. حيث وصفت الحالة تجربة ما بنوع من التجريد و التعميم بدلا عن التكلم مباشرة عن أحاسيسها.

نسبة الدفاع الشخصي في ميكانيزم التبرير (rationalisation) 09.52% إلى 20%. أما عدد التكرارات من 02 إلى 03. من حيث التقييم النوعي انتقل من 1-a إلى 2-c و هو يعبر في المرحلة الثانية عن قدرة الحالة على مواجهة كل المصاعب بدون خوف أو خجل.

نسبة الدفاع الشخصي في ميكانيزم العدائية غير الفعالة انخفضت من 09.52% إلى 06.66%. أما عدد التكرارات فبقي 01. من حيث التقييم النوعي و على أساس أنه بقي في مستوى واحد و هو احتمال وجود هذا الميكانيزم، حيث بقيت العدائية غير الفعالة في مستوى منخفض، فهو فضل الشكوى من مساوئ الآخرين لجلب المساعدة الضرورية له، و هذا لامتياز الحالة بالهدوء و الرزانة في معاملة الآخرين، و هو ما لاحظته الباحثة خلال المقابلات.

من خلال هذه المناقشة الجزئية تبين أن هذه الفرضية قد تحققت بكل وضوح، هذا ما ظهر جليا خلال ما قدمه الباحث من تحليل و مناقشة سابقا. كما قد لاحظته من خلال المقابلات مع الحالة، بالانتقال من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثانية.



إن الإجابة على إشكالية هذه الدراسة كانت ايجابية و لو نسبيا، حيث لاحظنا تغير الوظيفة الدفاعية بعد استعمال الباحث لمجموعة من التقنيات الخاصة بالمساندة النفسية.

كما أن أكثر التغير في المرحلتين كان في المستويات (7، 6، 3، 1): حيث عبر هذا عن حفاظ الحالة من جهة، على نوع من التوازن النفسي من خلال الميكانيزمات الدفاعية الناضجة، و على تأثره بمرض اللوكيميا و انشغاله به و بمستقبله لاحقا، و هذا ما تعبر عنه الميكانيزمات الدفاعية، للمستويات المتبقية (6، 3، 1).

لقد سجل الباحث من خلال نتائج الدراسة وجود تغيرات كمية و نوعية، في الوظيفة الدفاعية للحالة، و هذا سواء بارتفاعها أو انخفاضها أو بقائها في مستوى ثابت.

## خاتمة:

لم يكن موضوع الميكانيزمات الدفاعية بالأمر الهين في معالجته و التعامل معه، خاصة يربطه بموضوع المساندة النفسية و مرض اللوكيميا. فعدم وجود إجماع بين الباحثين، و كثرة الآراء و المناقشات خاصة حول موضوعي الميكانيزمات الدفاعية و المساندة النفسية، اللذان يحملان أبعادا نفسية تحليلية ذات منظورات متعددة. من هنا بدأت صعوبة معالجة هذه الدراسة، لكن بالرغم من هذا فقد حاول الباحث بلورته انطلاقا من الإشكالية و الفرضيات المحددة، ليتحصل في الأخير على مجموعة من النتائج، قام الباحث بتحليلها و مناقشتها.

بعد دراسة الحالة، و هي حالة واحدة في هذه الدراسة، ظهر من خلال النتائج أن تغير الوظيفة الدفاعية كان أكثر في المستويات (7، 6، 3، 1)، و هي المستويات المحددة حسب سلم (DMRS). حيث سجل فيها الباحث وجود بعض الميكانيزمات الدفاعية خلال المرحلة الأولى و الثانية، أي قبل استعمال تقنيات المساندة النفسية و بعدها. أما في المستويات (5، 4، 2) فلم يسجل الباحث وجود الميكانيزمات الدفاعية في المرحلة الثانية، بالرغم من تسجيل بعضها في المرحلة الأولى.

أما من حيث التغير الكمي و النوعي، فقد ظهر بوضوح خاصة في نتائج تطبيق سلم تقييم الميكانيزمات الدفاعية، و ما تبعه من تحليل و مناقشة للنتائج.

## التوصيات:

إن هذا الموضوع و بالرغم من تعقده، يمكن دراسته من عدة نواحي من خلال التحديد الدقيق للإشكالية و فرضيات الدراسة، و كل الإجراءات المنهجية الميدانية. و لهذا سيقدم الباحث بعض التوصيات لعلها تفيد من هو مهتم بهذا الموضوع، و يرغب في دراسته:

- تحديد الاتجاه أو المدرسة النفسية، الذي من خلاله سيعالج الباحث هذا الموضوع.
- و من الأفضل أن يحدد من يرغب في دراسة موضوع الميكانيزمات الدفاعية، باحثا واحدا من الباحثين المعروفين بدراسة هذا الموضوع، و يتبنى منهجه و هذا لأن كل باحث له وجهة نظر خاصة به، بل هناك من أنجز بنفسه اختبارات نفسية يعتمد عليها في مجمل بحثه.

- كذلك فإن إضافة الطرق الإحصائية تعتبر مهمة، و هذا حسب اهتمام كل باحث. خاصة فيما يتعلق بدراسة معاملات الارتباط. فهي جد مهمة لفهم علاقة بعض الأجزاء أو المتغيرات فيما بينها (الميكانيزمات الدفاعية)، و بطريقة علمية دقيقة.
- هناك الكثير من الدراسات الحديثة، التي اعتمدت الدمج بين الميكانيزمات الدفاعية و استراتيجيات المواجهة، فهذا الدمج يسهل دراسة هذا الموضوع، كما يبعد الباحث عن المفاهيم الميتاسيكولوجية المعقدة، و التي تزيد من صعوبة القيام بدراسة عيادية للحالات، و تفسير نتائجها.

## المراجع:

### I- باللغة العربية:

- 1- أكرم الهلالي (2014)، سرطان الدم، الطبعة الثانية.
- 2- الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان (2013)، كل ما تريد أن تعرفه عن سرطان الدم، الطبعة الأولى.
- 3- عبد المنعم الحفني (2005)، المعجم الموسوعي للتحليل النفسي، المجلد 1، بيروت، دار نوبيليس.
- 4- فرج عبد القادر طه و آخرون، معجم علم النفس و التحليل النفسي، بيروت، دار النهضة العربية.
- 5- نوربير سيلامي (2001)، المعجم الموسوعي في علم النفس، ترجمة وجيه أسعد ، المجلد 1، دمشق، منشورات وزارة الثقافة.
- 6- نيكولاس جيمس (2013)، مقدمة قصيرة جدا السرطان، ترجمة أسامة فاروق حسن الطبعة الأولى، مصر، هنداوي.

### II- باللغة الفرنسية:

- 7- Anna Freud (2001), le moi et les mécanismes de défense, Paris, PUF.
- 8- Antoine BIOY, Anne MAQUET (2003), se former à la relation d'aide concepts méthodes applications, Dunod, Paris.
- 9- Atul B. Mehta, A. Victor Hoffbrand (2003), hématologie, Bruxelles, De Boeck.
- 10- Charlotte Sultanian et autres(2005), L'évaluation normalisée et clinique des mécanismes de défense : revue critique de 6 outils quantitatifs, La Revue canadienne de psychiatrie, vol 50, no 12.

- 11- Edouard De Perrot (2006), *thérapie de soutien perspective psychanalytique*, Paris, De Boeck.
- 12- Gustave-Nicolas Fisher et Cyril Tarquinio (2014), *les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*, Paris, Dunod.
- 13- Henri Chabrol et Stacey Callahan (2013), *mécanismes de défense et coping*, Paris, Dunod.
- 14- J. A. Rondal (1997), *l'évaluation du langage*, Paris, Mardaga.
- 15- Jean-François Morère, Françoise Mornex, Denis Soulières (2011), *thérapeutique du cancer*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Springer.
- 16- John Christopher Perry (2009), *mécanismes de défense principes et échelles d'évaluation*, Paris, Elsevier Masson.
- 17- L.Poenaru et autres(2011), *Annales Médico-Psychologiques*, 169, Elsevier, p503–509.
- 18- Laplanche.J et Pontalis.J.B (1967), *vocabulaire de psychanalyse*, Paris, PUF.
- 19- Laurent schmitt (2012), *psychothérapie de soutien*, Paris, Elsevier Masson.
- 20- Laurent Zelek (2010), *aider à vivre après un cancer*, Paris, Springer.
- 21- M.A Bekadja et autres (2012), *étude épidémiologique nationale des leucémies aiguës lymphoïdes et myéloïdes en Algérie sur une période de 5 ans (2006-2010)*, revue Algérienne d'hématologie n° 6-7.
- 22- Magda Alexis et autres (2015), *Référentiel de prise en charge des cancers*, OncoCentre, Réseau de cancérologie de la Région Centre, France, consulté le 04/05/2018 sur le lien : [http://www.oncocentre.org/dcc/ref\\_hemato.htm](http://www.oncocentre.org/dcc/ref_hemato.htm)
- 23- Marie-Frédérique Bacqué (2008), *les vérités du cancer*, Paris, Springer.

- 24- Martin Weyeneth (2004), la psychothérapie de soutien un pas vers l'éclectisme, psychothérapies, 24 (2), 73-86.
- 25- Maurice Angers (1997), initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, Alger, Casbah université.
- 26- Michel Arock et autres (2008), Autoformation et aide au diagnostic en hématologie avec le logiciel ADH, Paris, Springer.
- 27- N. Sillamy (2003), dictionnaire de psychologie, BORDAS, Paris.
- 28- Olivier Bouché et Bernard Ulrich (2013), les annonces en cancérologie, Paris, Springer.
- 29- Omar Aktouf (1987), méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations, Canada, presse de l'université du Québec.
- 30- Patrick Ben Soussan (2004), Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte, Paris, ERES.
- 31- Patrick Ben Soussan Éric Dudoit (2009), les souffrances psychologiques des malades du cancer, Paris, Springer.
- 32- Paul-Laurent Assoun (2002), le vocabulaire de Freud, Paris, Ellipses.
- 33- R. Mertelsmann, M. Engelhardt, D. P. Berger (2011), précis d'hématologie et d'oncologie, Paris, Springer.
- 34- R.M. Hamladji (2015), rapport plan cancer présenté au XIIème congrès national d'hématologie, Hôtel Aurassi 1-3 Octobre 2015, Alger.
- 35- Ribadier et I. Varescon (2016), Étude des styles défensifs, des défenses et des stratégies de coping au sein d'une population alcoolodépendante, Paris, Encéphale 911.

- 36- S. Silbernagl, A. Despopoulos (2002), atlas de poche de physiologie, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Flammarion.
- 37- Serban Ionescu et autres (2003), les mécanismes de défense théorie et clinique, Paris, Nathan.
- 38- Sherwood (2006), physiologie humaine, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, De Boeck.

### III باللغة الانجليزية:

- 39- Alain De Mijolla (2005), international dictionary of psychoanalysis, USA, Thomson Gale.
- 40- Arnold Winston and all (2004), introduction to supportive psychotherapy, USA, core competencies.
- 41- Farah Lotfi Kashania (2014), Procedia - Social and Behavioral Sciences, 159, Elsevier, p228 – 231.
- 42- Ihilevich. D and Gleser G.C (1991), defences in psychotherapy the clinical application of the defence mechanisms inventory, Odessa FL, psychological assessment ressources.
- 43- Jean-Nicolas Despland (2001), The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10, p155– 164.
- 44- Martin Drapeau et autres (2003), The Journal of Nervous and Mental Disease Volume 191, Number 8, Lippincott Williams & Wilkins.
- 45- Phebe Cramer (1991), the development of defence mechanisms theory research and assesment, New York, Springer-Verlag.
- 46- Raymond A. Levy I J. Stuart Ablon (2009), Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy, New York, USA, Humana Press.

47- U. Hentschel et al. (1993), *The Concept of Defense Mechanisms in Contemporary Psychology*, Springer-Verlag, New York.



# الملاحق

الملحق رقم 01: بطاقة تقييم الميكانيزمات الدفاعية لسلم DMRS

## FICHE D'ÉVALUATION DES MÉCANISMES DE DÉFENSE

C. Perry, .P.H, M.D

© Version française : J.-N. Despland, 2002 SOURCE D'INFORMATION:

1 = séance psychothérapie ; 2 = entretien exploratoire ; 3 = vignette relationnelle

Sujet: No de la séance : Extrait entretien 1 Juge: Date :

Niveau défensif	Intitulé des défenses	Nbre de défense mise en	Pondérateur	Total
<b>7. DE MATURITÉ</b>				
	Affiliation	.....		
	Altruisme	.....		
	Anticipation	.....		
	Humour	.....		
	Affirmation de soi	.....		
	Introspection	.....		
	Sublimation	.....		
	Répression	.....		
	<b>Sub</b>	.....	×7=	.....
<b>6. OBSESSIONNELLE</b>				
	Isolation	.....		
	Intellectualisation	.....		
	Annulation rétroactive	.....		
	<b>Sub</b>	.....	×6=	.....
<b>5. AUTRES NÉVROTIQUES</b>				
	Refoulement	.....		
	Dissociation	.....		
	Formation réactionnelle	.....		
	Déplacement	.....		
	<b>Sub</b>	.....	×5=	.....
<b>4. NARCISSIQUES</b>				
	Omnipotence	.....		
	Idéalisation de l'objet	.....		
	Idéalisation de soi	.....		
	Dévalorisation de soi	.....		
	Dévalorisation de l'objet	.....		
	<b>Sub</b>	.....	×4=	.....

<b>3. DÉSARTEU</b>				
	Déni névrotique	.....		
	Projection	.....		
	Rationalisation	.....		
<b>AUTRE</b>	<b>Sub</b>	.....	×3=	.....
<b>Fantasmatisation autistique</b>		.....	×3=	.....
<b>2. BORDERLINE</b>				
	Clivage des représentations d'objet	.....		
	Clivage des représentations de soi	.....		
	Identification projective	.....		
	<b>Sub</b>	.....	×2=	.....
<b>1. PAR L'AGIR</b>				
	Passage à l'acte	.....		
	Agressivité passive	.....		
	Hypocondrie	.....		
	<b>Sub</b>	.....	×1=	.....

الملحق رقم 02: دليل سلم تقييم الميكانيزمات الدفاعية

## Les mécanismes de défense

### AGRESSION PASSIVE

#### (RETOURNEMENT CONTRE SOI-MÊME)

##### Définition :

L'individu réagit à des conflits affectifs, ou bien à des causes de stress internes ou externes en exprimant indirectement et sans conviction une agressivité envers les autres. Une façade de conciliation apparente masque une résistance cachée aux autres.

L'agression passive se caractérise par la décharge de sentiments hostiles ou vindicatifs d'une manière indirecte, voilée, sans assurance, à l'encontre d'autrui. L'agression passive se développe souvent en réaction à des exigences fortes d'action indépendante ou de performance de la part du

sujet ou lorsqu'on a déçu les désirs du sujet ou son sentiment d'avoir droit à une prise en charge, que le sujet ait exprimé ce souhait ou pas. Le terme englobe la notion de «retournement contre soi-même».

**Fonction :**

La personne qui utilise l'agression passive s'attend à être punie, frustrée ou éconduite si elle exprime des besoins ou des sentiments directement envers quelqu'un en position de pouvoir ou d'autorité sur elle. Le sujet se sent impuissant et plein de ressentiment. Cette attente est plus particulièrement prononcée dans les relations hiérarchiques. Le ressentiment s'exprime par une prise de position passive: le sujet a droit précisément aux choses qu'il ne revendique pas ouvertement, ou prétend à une exonération particulière. Il tire aussi un certain plaisir du malaise que son comportement d'agression passive provoque chez les autres.

L'expression passive de la colère par des attitudes de procrastination systématique et injustifiée et des oublis devient vite un moyen d'exprimer les sentiments suivants:

- la conviction que le sujet a le droit de rester passif en attendant que ses besoins soient satisfaits;
- le besoin d'apparaître bien intentionné, évitant ainsi les représailles contre l'expression directe d'affects, besoins et ressentiment;
- le besoin d'exprimer le ressentiment éprouvé envers ceux qui formulent des exigences, par une attitude non conciliante cachée qui énerve les autres, et obtenir une certaine satisfaction ou vengeance, même si cela implique de se faire souffrir soi-même.

Dans les cas extrêmes, le ressentiment n'est pas simplement exprimé de façon indirecte à l'encontre de l'autre, mais en fait il est retourné contre le soi, en une manière d'atteindre l'autre.

**Diagnostic différentiel :**

***Hypocondrie :***

Dans l'hypocondrie, la demande d'aide est formulée ouvertement tandis que le reproche adressé par le sujet à l'autre est masqué par le rejet de l'aide. En revanche, dans l'agression passive, la demande d'aide, d'attention ou le souhait d'exprimer des sentiments sont présents mais non-dits ou dits trop tard, alors que le ressentiment s'exprime par des inepties, de l'inaction, etc. qui sont autant de moyens d'embêter les autres.

***Comportement autodestructeur ou dangereux :***

Il ne doit pas être assimilé à l'agression passive. Il s'agit de passage à l'acte lorsque la fonction première est l'expression impulsive et à courte vue de la colère, dépendance, etc., que le sujet se doit de régler sans le moindre retard. Il s'agit d'agression passive quand le comportement dangereux du sujet (sans conséquences graves) est clairement destiné à mettre mal à l'aise ou atteindre quelqu'un dont il attend quelque chose.

***Déplacement :***

Dans le déplacement, le sujet peut exprimer de l'hostilité mais choisir la mauvaise cible ou réagir à la mauvaise provocation. Le sujet ne se crée pas d'ennuis immédiats, et n'agit pas passivement, en général.

**Cotation :**

0: Aucun signe d'agression passive.

1: Utilisation probable d'agression passive:

a. Le sujet décrit au moins deux occasions où il a été en retard, a dépassé les échéances ou a procrastiné.

b. Le sujet décrit une occasion où il n'a pas demandé l'aide nécessaire aux autres ; il préfère se plaindre ensuite de la défaillance des autres pour lui apporter l'aide nécessaire.

c. Le sujet apparaît aimable et ouvert, amical même, mais semble éviter toute coopération ; dès qu'on lui demande de participer, il refuse de faire sa part ou de rendre service.

d. Le sujet décrit au moins deux exemples de choix faits par lui, qui lui garantissent les suites les moins souhaitables pour lui-même. Cela peut être particulièrement sensible quand le sujet est peut-être en colère après quelqu'un, comme peuvent l'illustrer les exemples suivants :

– tendance à jouer le rôle de martyr ;

– le sujet n'élève pas le ton quand ses intérêts sont en jeu ;

– le sujet réagit aux demandes ou exigences des autres en faisant le clown ou par des attitudes loufoques ou auto-dévalorisantes.

2: Utilisation évidente de l'agression passive. Les exemples abondent et peuvent même devenir exaspérants. Le sujet est dans ce cas perçu comme ayant un compte à régler, un contentieux personnel.

a. Le sujet fait la preuve d'une forte tendance à reporter les choses, ou d'un refus obstiné de faire ce qu'on attend de lui ; la règle est d'attendre la dernière minute pour faire les choses.

b. Le sujet énerve les autres de façon active en ne s'exprimant pas et en ne demandant pas d'aide, les matériaux ou les moyens nécessaires pour accomplir quelque chose, sauf quand c'est trop tard. Le sujet rend toujours les autres responsables de ses propres échecs.

c. Le sujet retourne sa colère contre lui-même, mais pour s'en prendre à quelqu'un à qui il en veut. Dans ces cas là, ses actions sont contraires à ses intérêts propres et peuvent même être autodestructrices. Souvent, sa colère a des suites défavorables, lorsque (par exemple):

- il ou elle se martyrise inutilement;
- il ou elle met en scène innocemment un échec majeur pour montrer à quel point il s'en veut de sa défaillance;
- il ou elle est insouciant(e) au point de provoquer des conséquences autodestructrices en faisant fi des recommandations d'usage, comme par exemple ne pas prendre son insuline, ou ses hypotenseurs, son lithium, etc., ce qui entraîne des conséquences délétères.

### **IDENTIFICATION PROJECTIVE**

#### **Définition :**

Dans l'identification projective, le sujet éprouve un affect ou une pulsion qu'il trouve inacceptable et qu'il attribue à quelqu'un d'autre, comme si cette personne en était réellement à l'origine. Toutefois, à la différence de la projection simple, il ne désavoue pas totalement ce qui est projeté mais reste conscient de ses affects ou pulsions, qu'il attribue à tort à autrui comme des réactions justifiées. À partir de là, le sujet finira par admettre son affect ou sa pulsion, mais comme une réaction aux mêmes sentiments et pulsions chez autrui. Il oublie le fait que c'est lui-même qui est à l'origine des intentions projetées.

Ce mécanisme de défense est plus clairement décelable au cours d'échanges prolongés pendant lesquels le sujet commence par protéger ses sentiments mais vit ensuite ses sentiments initiaux comme des réactions à autrui. Paradoxalement, il n'est pas rare qu'il induise

véritablement chez autrui les sentiments qu'il a cru y déceler. Il est alors difficile d'établir la chronologie exacte du «qui a fait quoi à qui». Ce processus est plus étendu que la projection simple, qui comprend le déni suivi de l'attribution externe d'une pulsion. L'identification projective implique l'attribution d'une image de sorte que tout l'objet est vu sous un jour déformant et que le sujet y réagit d'une manière également faussée.

**Fonction :**

L'identification projective est le mécanisme de défense des personnes traumatisées qui se sentent irrationnellement responsables de leur traumatisme. Ce mécanisme de défense est mis en jeu lorsque des événements interpersonnels à valeur d'indice réveillent des souvenirs de situations ou d'échanges traumatisants et leurs suites. L'individu perçoit l'autre comme une menace et en retire une impression d'impuissance. Le sujet répond à cette menace imaginaire (ou partiellement vraie) en attaquant et en croyant que ses propres actes sont justifiés, bien qu'ayant lui-même provoqué l'autre. Le sentiment de culpabilité résultant de ses intentions agressives envers autrui ressort et est géré par une identification à l'autre, renforcée par la croyance que la menace/attaque sur le soi est méritée. Paradoxalement, le sujet induit souvent chez les autres le sentiment de culpabilité et d'impuissance qu'il ressent, ce qui peut faire reculer les autres.

**Diagnostic différentiel :**

***Projection :***

Dans la projection, le sujet s'en tient à une image rigide de ce qui est nié et attribué à tort au monde extérieur. Dans l'identification projective, au

contraire, le tableau est plus changeant dans la mesure où c'est toute une image, et non une simple pulsion, qui est attribuée à tort. La réaction du sujet à l'image qu'il vit en autrui est plus complexe, dans la mesure où il se considère en partie comme fautif. Dans l'identification projective, le sujet se voit donc comme une victime légitime tandis que dans la projection simple le sujet se voit plutôt comme victime d'une injustice.

***Passage à l'acte :***

Dans l'identification projective, l'affect originel est la colère et la peur des représailles, ce qui fait que le comportement du sujet peut être relativement déconcertant. La tension croissante, la marée montante de colère et le volume croissant de réflexions accusatrices sont imbues d'agressivité, mais bien qu'ils soient hautement provocateurs, ils se limitent à des mots lourds de charge affective. Si le sujet menace ou s'engage dans des actes agressifs envers l'autre personne (jet d'objets, coups, injures et menaces, etc.), cela signifie qu'il est passé à l'acte. L'identification projective ne précède le passage à l'acte que dans les cas où le mauvais comportement du sujet est ce que le sujet croit que l'autre était en train de lui faire en premier, et qui l'a amené à passer à l'acte (par exemple: «J'étais obligée de le frapper; il me tuait par ses menaces de me quitter, le sadique ! »).

**Cotation :**

0: Aucun exemple indiquant la présence d'identification projective.

1: L'usage probable de l'identification projective est évident au cours de l'entretien:



- a. À une ou deux reprises, le sujet suggère que l'interlocuteur et les autres sont en colère ou vindicatifs à son égard; plus tard, le sujet déclare ressentir la même chose envers lui-même, et se sentir une mauvaise personne.
- b. Une ou deux fois, le sujet admet craindre les réactions de l'interlocuteur (ou d'autrui), «si seulement ils savaient ce qu'il voulait dire!»: plus tard, il révèle ce qu'il voulait dire sur le point en question, avec une certaine colère et du ressentiment. Il peut également y avoir des preuves de l'existence d'un sentiment de culpabilité.
- c. Comme le thème qui se présente concerne un sentiment particulier, un souhait ou un désir, le sujet se rétracte légèrement, s'exprime difficilement et devient de plus en plus silencieux. Après quoi, il décrit sa croyance selon laquelle l'interlocuteur (ou les autres) lui en voudrai(en)t d'exprimer cela, alors qu'en fait il se met un peu en colère et finit par parler sur le thème.
- d. Le sujet décrit une interaction dans laquelle on ne sait pas clairement qui a fait quoi à qui et qui a ressenti quoi. Le sujet a authentiquement du mal à distinguer entre ses sentiments propres et ceux de l'autre personne, et il n'est pas simplement en train d'utiliser cette difficulté de distinction pour essayer de justifier rationnellement son comportement.

2: Usage évident de l'identification projective:

- a. Le sujet reproche à l'investigateur d'éprouver des sentiments négatifs comme de la colère à son égard, en raison de ses propres colères ou auto-reproches. Quoiqu'il dise, l'interlocuteur ne peut parvenir à remettre le sujet en ligne. Plus les choses s'embrouillent, plus la colère du sujet augmente (par exemple: «Je sais que vous pensez que je suis stupide, votre question était puérile... Bien sûr que je suis en colère!...»). L'attitude querelleuse

du sujet peut se diluer en affirmations reflétant des sentiments de culpabilité par rapport à sa propre colère, qui a embrouillé les choses (par exemple: «Mais c'est tout moi, je suppose, tout est de ma faute, pas vrai?» dit-il ironiquement).

b. Le sujet semble très contrarié et vexé quand il proteste contre le mauvais comportement des autres à son égard, mais l'observateur a du mal à comprendre pourquoi, dans la mesure où le comportement reproché semble sans importance, insignifiant, ou tout simplement mal interprété par le sujet. Si l'interlocuteur en fait la remarque, le sujet se fâche, se met en colère et accuse.

c. Le sujet relate ses accès de rage, pendant lesquels tout ce que l'objet de cette rage (une personne) peut faire alimente encore plus sa colère. Cela est paradoxalement vrai, même si l'autre personne essaie de se rattraper, s'excuse et tente d'apaiser les sentiments heurtés du sujet. Le sujet pourra se considérer comme une mauvaise personne pour s'être laissé emporter, qu'il se sente justifié ou pas.

d. Le sujet décrit une relation interpersonnelle dans laquelle il attribue ses propres sentiments à quelqu'un d'autre, persuadé que l'autre ressent la même chose que lui, puis il agit en conséquence. Exemple:

«J'étais dépendant d'elle, puis elle de moi, et je m'en occupais, de sorte que nous nous traitions l'un l'autre comme des enfants».

## **RATIONALISATION**

### **Définition :**

Le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en dissimulant les motivations réelles de ses propres

pensées, actes ou sentiments derrière des explications rassurantes ou complaisantes, mais erronées.

**Fonction :**

La rationalisation consiste à substituer une raison plausible à un acte donné, une impulsion de la part du sujet, alors qu'une motivation plus égoïste ou plus difficile à admettre est évidente à l'observateur externe. Tandis que la motivation sous-jacente dissimulée peut être égoïste, elle peut aussi impliquer des sentiments d'amour ou d'attention qui peuvent gêner le sujet. On pense que le sujet est inconscient ou à peine conscient de sa vraie motivation sous-jacente; il ou elle ne voit que la raison substituée, socialement plus acceptable, de l'acte. Les raisons invoquées par le sujet n'ont en général rien à voir avec une gratification personnelle, et déguisent ainsi sa véritable impulsion ou motivation, bien qu'un affect quelconque puisse être quand même perceptible.

**Diagnostic différentiel :**

***Mensonge :***

C'est le cousin germain de la rationalisation, et il peut être difficile de les distinguer. Il existe probablement un continuum entre les deux dans les cas les plus prototypiques. Mentir est un acte conscient. La rationalisation est accompagnée d'indications montrant que le sujet est temporairement inconscient de la motivation déguisée et du conflit qui la recouvre. En cas de mensonge, le conflit est généralement évident à toutes les parties concernées, car il s'agit d'un conflit aux normes socialement acceptables (règles morales qui interdisent de tricher, de voler, de ne pas faire son devoir, etc.). Un individu utilisera la rationalisation pour se cacher la motivation à lui-même, alors qu'un

individu qui ment le fait avant tout pour cacher quelque chose à autrui. Rationaliser, c'est se « mentir à soi-même ».

***Intellectualisation :***

C'est un mécanisme obsessionnel de défense, cousin germain de la rationalisation. L'intellectualisation ne déforme pas la réalité d'une situation ni les motivations dans un vécu, mais elle en fait des abstractions et en détache la réalité ressentie par opposition. La rationalisation fait appel à des excuses et à des explications apparemment plausibles afin d'écarter des faits ou des motivations sources de conflit pour le sujet. L'intellectualisation diminue la capacité de l'observateur à partager le vécu du sujet, alors que la rationalisation met l'observateur sur une fausse piste par rapport au vécu réel du sujet.

***Projection :***

Elle aide le sujet à éviter de prendre conscience de ses propres actes et motivations, et va souvent de pair avec la rationalisation. Toutefois, la projection comporte l'étape supplémentaire d'attribution à tort des motivations en question à autrui. La rationalisation n'a pour but que de donner des raisons correctes mais fausses et de se les désavouer en soi-même.

***Cotation :***

O: Aucune preuve de l'usage de la rationalisation trouvée au cours de l'entretien.

1: Usage probable de la rationalisation:

a. À une ou deux reprises, le sujet paraît donner plus d'explications à ses actes qu'il ne semble nécessaire. Comme s'il cherchait à se couvrir pour se prémunir contre toute critique.

b. À une ou deux reprises, confrontées à quelque faute, mauvaise action ou échec éventuels, le sujet fuit la responsabilité de ses actes en faisant référence à des raisons extérieures plausibles. Mais les motivations personnelles sont exclues.

c. À une ou deux reprises, le sujet se perd en explications sur les motifs à l'origine d'un acte donné, comme s'il cherchait à dissimuler une motivation personnelle plus ordinaire, telle que la cupidité, la rancune, la luxure ou toute autre motivation qu'il trouve inacceptable.

2: Usage certain de la rationalisation:

a. En au moins trois occasions, le sujet omet de faire référence à ses motivations personnelles en décrivant un de ses actes; il y substitue des raisons d'ordre général qui sont «pures» et loin de tout bénéfice ou compensation personnels.

b. Une qualité de manipulateur, de roublardise apparaît clairement dans la description que fait le sujet de ses raisons pour agir, d'une manière générale.

c. Les mauvaises actions, échecs ou fautes sont débattus sans angoisse apparente ni honte de la part du sujet. Il parle de raisons «impérieuses» qui, selon lui, l'ont forcé à faire ce qui est en cause, quoi que ce soit. Dans la plupart des cas, il y a évitement de ses propres fautes.

d. En au moins trois occasions, le sujet désavoue toute responsabilité pour des pulsions ou des actes antisociaux, en référence aux fautes et provocations d'autrui (par exemple: «Ce ne sera pas de ma faute si je le cogne, s'il me traite de menteur une fois de plus!»).

## IDÉALISATION

### **Définition :**

Le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en s'attribuant – ou en attribuant à autrui – des qualités exagérées.

### **Fonction :**

Dans l'idéalisation, le sujet évoque des relations réelles ou prétendues avec les autres (y compris avec les institutions, les systèmes de croyance, etc.) quand ils sont puissants, importants, etc. Il s'agit d'une source de gratification et de protection contre les sentiments d'impuissance, d'insignifiance, de nullité, etc. Ce mécanisme de défense produit une sorte d'alchimie de valeurs. Le sujet voit certains autres trop bons et exagérément puissants et bien qu'il soit à même de reconnaître les aspects factuels des défauts ou travers de la personne idéalisée, il écarte le caractère significatif de ces derniers et préservant ainsi une image parfaite de la personne ou de l'objet.

### **Diagnostic différentiel :**

#### ***Clivage :***

Dans le clivage, le sujet est incapable de reconnaître la réalité d'un objet si celle-ci contredit l'image positive qu'il s'en fait. Dans l'idéalisation, les faits négatifs ne sont pas niés, mais leur importance ou leur significativité est minimisée pour ne pas interférer avec l'entretien des bons sentiments pour l'objet.

#### **Cotation :**

0: Aucun cas d'utilisation de l'idéalisation par le sujet n'est présent.

1: Usage probable de l'idéalisation:

- a. À une ou deux reprises, le sujet semble tirer quelque gratification de la description d'exploits, de déclarations et de succès de quelqu'un avec lequel existe une relation (par exemple: ami, thérapeute).
- b. À une occasion, confronté à certains problèmes, le sujet s'associe à des personnages de pouvoir ou importants, en formulant des affirmations comme: «Il fait ce qu'il veut... Personne ne peut l'en empêcher».
- c. Devant des difficultés, le sujet explique comment une relation haut placée peut l'aider à s'en sortir (par exemple: «Je connais quelqu'un au cabinet du Ministre, qui peut m'aider»).
- d. Le sujet décrit au superlatif tous les gens qui sont importants pour lui. Quiconque compte un tant soit peu pour le sujet est forcément au-dessus de la moyenne (par exemple: «Mon médecin est un grand de la médecine... ma seconde épouse était éclatante de beauté!»).

2: Usage certain de l'idéalisation:

- a. À au moins trois reprises, le sujet se réfère souvent, et en termes dithyrambiques, à un personnage important alors qu'il est évident que la relation prétendue n'existe pas ou est grossièrement exagérée.
- b. Devant les difficultés qu'il rencontre, le sujet nie les problèmes et s'associe fièrement à un personnage important qui peut tout arranger. Il est peu probable que le personnage important soit activement disposé à faire quoi que ce soit pour résoudre les problèmes actuels du sujet.
- c. Le sujet parle spontanément et sans arrêt d'une personnalité admirée de tous, et qu'il décrit comme étant un de ses amis intimes, alors qu'il n'a aucune relation réelle avec ce personnage.

d. Le sujet nourrit des attentes totalement irréalistes de faveurs de la part d'une personne importante ou de pouvoir, et s'accroche obstinément à cette croyance si on la met en cause.

## **FORMATION RÉACTIONNELLE**

### **Définition :**

Le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en substituant à un comportement, à des pensées ou à des sentiments personnels inacceptables d'autres qui leur sont diamétralement opposés.

### **Fonction :**

Dans la formation réactionnelle, un affect ou une pulsion originale est jugée inacceptable par le sujet et une substitution inconsciente s'effectue. Des sentiments, des pulsions et des comportements d'une couleur affective opposée sont substitués aux originaux. L'observateur ne décèle pas l'altération en soi, mais seulement son résultat. En supplantant les sentiments originaux inacceptables par leur contraire, le sujet évite les sentiments de culpabilité. Qui plus est, la substitution peut alimenter un souhait de se sentir moralement supérieur.

Il est raisonnable de supposer qu'il y a formation réactionnelle quand un sujet réagit à un événement par une émotion à l'opposé des sentiments normalement évoqués chez les autres. Le plus clair exemple en est quand attention et préoccupation remplacent la colère ou la crainte vis-à-vis de ceux qui agissent contre le sujet. Ou bien quand la rudesse et le dénigrement remplacent le soin et l'intérêt jugés, eux, inacceptables.



## **Diagnostic différentiel :**

### ***Annulation :***

Diffère de la formation réactionnelle en ce que l'observateur perçoit les affects opposés ou les pulsions, en alternance, sans formation de compromis. Dans la formation réactionnelle, l'affect substitué est clairement présent, alors que l'original doit être inféré.

### **Cotation :**

0: Aucun exemple de formation réactionnelle ne ressort de l'entre- tien.

1: Usage probable de formation réactionnelle:

a. Une ou deux fois au cours de l'interview, le sujet décrit une réaction personnelle à une situation, à l'opposé de celle que l'on pourrait attendre (par exemple: «Je me suis réellement inquiété pour lui, après qu'il ait pu me faire subir une telle chose»).

b. Une ou deux fois dans la discussion, le sujet minimise ses propres sentiments lorsqu'il y a désaccord avec l'interlocuteur sur sa façon d'interpréter ou de voir les choses. Le sujet paraît se soumettre à l'interlocuteur et revenir sur ses propres sentiments.

c. Une ou deux des relations intimes du sujet semblent l'amener à donner plus qu'il ne reçoit, bien que le sujet ne reconnaisse pas cette réalité ou pense recevoir beaucoup en donnant beaucoup.

d. Le sujet décrit avec beaucoup d'enthousiasme une activité ou un événement qui d'habitude l'effraie. L'enthousiasme est exagéré (contra-phobique) et il ne reconnaît pas les attitudes d'effroi qui se manifestent habituellement.

e. Le sujet est très coopératif et agréable avec l'observateur, montrant peu d'hésitation, même face à des questions intimes ou anxiogènes pour lesquelles un degré d'hésitation, de gêne ou de résistance serait acceptable.

2: Usage évident de la formation réactionnelle:

a. Le sujet ne se met jamais en colère, n'est que plus agréable et amical envers ceux qui devraient plutôt le frustrer, le mettre en colère ou l'énerver.

b. Le sujet ne dit jamais de mal de personne, alors que l'on s'attendrait au moins à quelques réactions négatives.

c. Le sujet paraît «coincé» sur certaines questions, par exemple l'auto-affirmation quand il est en colère ou énervé, car il est invariablement trop compréhensif, indulgent ou inquiet pour les autres.

d. Le sujet s'interdit des choses qu'il désire réellement (par exemple: une relation d'amour ou d'amitié) en y substituant des sentiments d'aversion. Cela le maintient éloigné de quelques objets ou actes importants et désirés (par exemple: «Je hais les filles; elles sont trop sentimentales»). Il doit ressortir de l'entretien que le sujet en fait désire ce qu'il rejette.

e. Le sujet s'investit trop dans une relation sans gratification ou même pénible, voire répond à chaque demande ou insulte en s'engageant encore plus, en faisant encore plus d'efforts pour plaire, etc.

f. Le sujet dit «oui» à presque tout ce que fait remarquer l'interrogateur, alors que l'on pourrait s'attendre à un désaccord ou une discussion.

## DÉPLACEMENT

### **Définition :**

Le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en généralisant ou en déplaçant un sentiment ou une réponse d'un objet vers un autre, habituellement moins menaçant. La personne qui a recours au déplacement peut être ou non consciente que l'affect ou la pulsion exprimée envers l'objet déplacé était destiné à quelqu'un d'autre.

### **Fonction :**

Le déplacement permet d'exprimer un affect, une pulsion envers une personne ou un autre objet semblable à celui qui a initialement suscité l'affect ou la pulsion. L'affect et/ou la pulsion sont exprimés pleinement et reconnus mais sont faussement redirigés vers une cible moins conflictuelle. Le déplacement autorise plus d'expression de l'affect et de gratification, même si l'objet de la pulsion est différent des autres mécanismes de défense névrotiques.

### **Diagnostic différentiel :**

#### ***Dissociation :***

La dissociation implique un changement de la conscience du sujet ou du fonctionnement caractéristique de sa personnalité, mais la cible n'est pas nécessairement altérée. Dans le déplacement, la personnalité caractéristique de l'individu n'est pas altérée, alors que l'objet de l'affect ou de la pulsion est changé.

#### ***Agression passive :***

Elle témoigne de l'hostilité envers ceux qui provoquent de la frustration ou de la déception chez le sujet, mais implique généralement un

comportement passif et indirect. Le déplacement implique l'expression directe et active de l'affect ou de la pulsion mais la cible a changé.

***Projection :***

La projection implique le déni et la fausse attribution de ses propres souhaits ou affects à un autre, qui devient l'objet de la pulsion. Dans le déplacement, l'affect ou la pulsion n'est pas nié.

**Cotation :**

O: Aucune preuve de l'usage du déplacement.

1: Usage probable du déplacement:

a. À un moment de l'entretien, le sujet commente des sentiments ou des actes envers un objet relativement insignifiant pour lui, les sentiments et les actes ressemblant étrangement à ceux que le sujet a montrés à d'autres moments de l'entretien envers quelqu'un de plus important à ses yeux.

b. Le sujet révèle des sentiments de colère envers les mauvaises actions d'autrui, mais pas celles qui le touchent particulièrement (par exemple: «On devrait enfermer tous ces poivrots, ça les dessoulerait»). À d'autres moments de l'entretien, il devient clair que le sujet est sans doute en colère à propos de quelque mauvaise action commise à son encontre par une personne importante à ses yeux (par exemple: «Oui, mon mari a encore dépensé l'argent du loyer en buvant, cette semaine»).

c. Le sujet paraît assez préoccupé, avec des sentiments positifs envers une personne ou un objet qui n'a que peu à voir avec le sujet mais qui a des points de ressemblance avec quelqu'un de bien connu et bien aimé par lui. Le sujet peut se sentir quelque peu troublé par la « cause » de l'importance de ces sentiments positifs.

d. Quelqu'un se met en colère après le sujet qui, à son tour, se fâche après quelqu'un d'autre (par exemple: le patron crie après le sujet, lequel se querelle avec son conjoint par la suite).

Exemple: «Ouais, mauvaise journée au boulot. J'ai engueulé ma femme pour n'importe quelle raison quand je suis rentré.»

2: Usage évident du déplacement:

a. Le sujet «a un métro de retard» dans une réaction importante à quelqu'un parce que tout son affect est mal dirigé vers une autre personne ou un autre problème. Par exemple: après une violente et longue diatribe contre un collègue dont il pense qu'il n'est pas assez coopératif, malgré la preuve du contraire, le sujet passe sur le refus récent d'un parent d'accorder un prêt pourtant très nécessaire, disant: «Oui, dommage que Papa n'ait pas pu nous aider» sans aucune colère à propos de cette déception.

b. Le sujet est préoccupé par le fait que de « petits » ennuis le contrarient autant. Il est généralement très pointilleux sur des choses relativement insignifiantes, ou bien a des phobies qui peuvent se comprendre dynamiquement.

c. Le sujet formule au moins trois commentaires sur l'observateur, dans lesquels le sentiment ou le concept exprimé paraît déplacé car s'appliquant à quelqu'un dans la vie du sujet et décrit à un autre moment de l'entretien. (Ne pas inclure si le sujet utilise le clivage pour d'autres personnes que l'interrogateur.)

d. À trois reprises au moins, en parlant d'un événement à forte charge affective, le sujet exprime plus de sentiments à propos de détails sans importance que sur le point crucial ou l'effet principal de l'événement.

## ISOLATION

### **Définition :**

Le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes et externes en étant incapable d'éprouver simultanément les éléments cognitifs et affectifs d'une expérience en raison d'un refoulement de ses affects. Dans le mécanisme de défense de l'isolation, le sujet perd la notion des sentiments associés à une idée donnée (par exemple: un événement traumatisant) tout en restant conscient des éléments cognitifs (détails descriptifs). Seul l'affect est perdu ou écarté alors que la représentation reste consciente. Il s'agit de l'inverse du refoulement, où l'affect est préservé mais la représentation est écartée et non reconnue.

Parfois, l'affect peut être momentanément détaché de la représentation associée. Il est par la suite ressenti sans association à l'expérience et l'idée originales. Il y a plutôt un intervalle neutre d'intervention entre la connaissance de la représentation et le vécu des affects associés.

### **Fonction :**

Les individus qui se sentent menacés ou angoissés par leur vécu émotionnel peuvent toujours faire face confortablement aux idées et aux événements apparentés tandis que leurs affects associés sont maintenus hors du conscient. Les affects isolés sont très souvent accompagnés d'angoisse, de honte ou de culpabilité qui émergeraient s'ils étaient directement ressentis. Le prix à payer pour éviter l'angoisse, la honte ou la culpabilité associée est que le sujet se prive de sentiments qui lui donneraient des informations importantes sur lui-même et qui pourraient faciliter certains choix.

## **Diagnostic différentiel :**

### ***Intellectualisation :***

L'intellectualisation et l'isolation servent toutes deux à minimiser la conscience de l'affect tout en préservant la conscience des idées. Ces deux mécanismes de défense sont souvent concomitants, ce qui complique un peu plus leur différenciation. L'intellectualisation aide le sujet à se distancer de ses propres sentiments en recourant à des généralisations, à des principes généraux, à ce qui est vrai pour d'autres individus plutôt qu'à sa propre expérience. En se polarisant sur des généralisations, le sujet se distance de ses sentiments réels. L'isolation ne nécessite pas que le sujet recoure à des généralisations sur lui ou sur les autres plutôt qu'à sa propre expérience.

### **Cotation :**

O: Aucune preuve d'isolation de l'affect.

1: Usage probable de l'isolation de l'affect:

a. À une ou deux reprises, le sujet décrit une expérience personnelle significative mais sans aucune marque ou mention de sentiments, soit autour de l'événement original, soit rémanents. Pour fixer les idées, l'événement devrait être de magnitude moyenne ou supérieure, comme la mort d'un être cher, la non-atteinte d'un objectif important, un abandon, une déception d'intensité moyenne, etc.

b. Parlant d'un traumatisme personnel, le sujet décrit l'événement dans le détail, mais omet de dire à quel point il a été affecté. L'expression du visage, le ton de la voix et autres indices indirects n'expriment pas beaucoup d'affect.

c. Le sujet décrit une expérience que l'investigateur s'attendrait à trouver chargée d'affect, alors que le sujet n'exprime aucune émotion à ce propos. Plus tard au cours de l'entretien, l'affect se fait jour, même hors contexte et sans lien avec la discussion de l'événement décrit plus tôt (par exemple: après avoir parlé d'une déception professionnelle avec très peu de sentiments, le sujet déclarera plus tard: «Je me sens triste tout d'un coup. Je me demande bien pourquoi»). Le sentiment est sous-jacent.

2: Isolation de l'affect évidente:

a. Le sujet se montre doué pour décrire en détail des événements de sa vie, mais médiocre dans la description de tout affect s'y rapportant. C'est comme s'il fonctionnait comme un tiers, un reporter omniscient qui décrit sa propre vie sans la moindre réaction personnelle.

b. Les traumatismes personnels sont relatés sans aucune référence à des réactions émotionnelles personnelles. De plus, le sujet prétend même qu'il ne les a jamais vraiment ressenties (par exemple: «Après l'accident de voiture, je ne me suis même pas inquiété, je me suis repris et suis reparti travailler»).

c. Le sujet décrit de nombreux événements malheureux sans montrer le moindre sentiment. Il peut décrire ses sentiments prédominants, mais il sont sans rapport avec les événements décrits au cours de l'entretien. Le lien entre la description d'événements et des émotions qui s'y rattachent n'est pas fait par le sujet (par exemple: «La vie me semble fastidieuse et déprimante, et je ne sais pas pourquoi»).

d. Le sujet s'exprime comme s'il était complètement détaché émotionnellement de ce qu'il dit de lui-même ou de son vécu.



## INTELLECTUALISATION

### **Définition**

Le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes par un usage excessif de la pensée abstraite, pour éviter de ressentir des sentiments dérangeants.

### **Fonction :**

L'intellectualisation est un mécanisme de défense contre les affects ou pulsions dont la représentation reste consciente et s'exprime par une généralisation, détachant ou distançant ainsi le sujet de l'affect ou de la pulsion. La qualité émotionnelle est perdue, ainsi que le caractère impérieux de la pulsion. Les éléments cognitifs restent conscients, mais en termes impersonnels ou sous forme de généralisations. Le sujet se réfère souvent à son vécu en termes très généraux ou à la seconde ou troisième personne.

Il n'est pas nécessaire d'être intelligent pour faire appel à l'intellectualisation. Il ne s'agit que d'une stratégie cognitive destinée à minimiser l'importance ressentie des problèmes rencontrés au cours d'une vie affective. Comme tous les autres mécanismes de défense, on peut parfois l'observer en cas de retard mental ou chez les victimes de syndromes cérébraux organiques.

### **Diagnostic différentiel :**

#### ***Isolation :***

Elle est présente chez les individus qui utilisent l'intellectualisation plus souvent que le voudrait le hasard, compliquant ainsi la distinction entre

ces deux mécanismes de défense. Les deux mécanismes éloignent le sujet de ses propres sentiments. L'isolation y parvient directement en détachant et en compartimentant les sentiments du sujet, taisant leur vécu direct tout en laissant le sujet à même de décrire les détails matériels de son vécu. L'intellectualisation y parvient indirectement, le sujet traduisant d'abord son vécu en généralités (par exemple: généralisations abstraites, narration à la troisième personne) qui le distancient du vécu immédiat des sentiments.

***Rationalisation :***

C'est un désaveu apparenté à l'intellectualisation. Cette dernière ne déforme pas les faits d'une situation ou les motivations d'un vécu, mais les rend abstraits et en détache la dimension ressentie. La rationalisation, au contraire, fait appel à des excuses et des raisons plausibles pour masquer les faits et les motivations que le sujet entend cacher. L'intellectualisation diminue la capacité de l'auditeur à s'identifier au vécu du sujet, alors que la rationalisation le met sur une autre piste que celle du vécu actuel du patient.

***Projection :***

Elle s'exprime souvent par le recours à des affirmations d'ordre général qui peuvent la faire confondre avec l'intellectualisation.

Cependant, quand la projection est démontrée par l'expression de généralités (par exemple: «Tout le monde voudrait tout avoir pour rien ces temps-ci»), l'objet de la projection est toujours: une motivation, une impulsion, un sentiment ou un vécu que le sujet désavoue.

Dans l'intellectualisation en revanche, le sujet ne désavoue pas sa motivation ou son vécu, mais préserve les faits. La généralisation sert à taire la dimension ressentie de son vécu.

**Cotation :**

O: Aucune preuve d'intellectualisation au cours de l'entretien.

1: Utilisation probable de l'intellectualisation au cours de l'entretien:

a. Le sujet répond à quelques questions – mais pas en majorité – spécifiques sur ses sentiments ou réactions personnelles en rapport avec des événements de sa vie par des affirmations impersonnelles; les déclarations de sentiments personnels sont évités ou éludés (par exemple: «Suis-je heureux? Oh, je ne crois pas que le bonheur existe vraiment»).

b. À deux ou trois reprises, le sujet utilise la troisième personne pour répondre aux questions de l'interrogateur (par exemple: «Oh, ça ne rend pas vraiment heureux...» ou... «Je crois que la plupart des gens feraient de même dans ce cas»).

c. Le sujet pose à l'interrogateur un certain nombre de questions qui relèvent plus de questions de type scolaire que d'un entretien. Par exemple: «Pouvez-vous m'expliquer comment le *Tofranil* agit sur mon système nerveux?» ou «Croyez-vous que la plupart des gens sont angoissés aussi?»

2: Exemples évidents d'intellectualisation au cours de l'entretien:

a. Le sujet n'est pas facile à interroger car il répond à la plupart des questions par des déclarations d'ordre général, évitant ainsi de répondre aux questions sur les sentiments et les réactions personnels.

- b. Dans de nombreux cas, les réponses du sujet prennent la forme de preuves mathématiques mettant à rude épreuve la patience de l'observateur.
- c. Le sujet est incapable de parler de ses propres sentiments sans recourir à la troisième personne.
- d. Le sujet est difficile à interroger car il pose de nombreuses questions «scientifiques» à l'observateur et semble préférer la discussion à l'entretien.
- e. La plupart des descriptions que fait le sujet de ses sentiments sont dévitalisées, car il les décrit de manière très générale (par exemple: «Ma tristesse était le produit inévitable des attentes extrêmes de mes parents et d'autres expériences parentales vécues pendant ma croissance»).
- f. Dans la plupart des cas où le sujet décrit une expérience vécue, il a recours à des abstractions, des généralisations ou à la troisième personne, au lieu de discuter directement de ses sentiments.

## ANNULATION

### **Définition :**

Le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en adoptant un comportement destiné à corriger symboliquement ou nier des pensées, des sentiments ou des actions antérieures.

### **Fonction :**

Dans ce mécanisme de défense, le sujet exprime un affect, une pulsion ou commet une action qui reflète des sentiments de culpabilité ou de l'angoisse. Puis il minimise sa détresse en exprimant un affect, une pulsion ou une action contraire, L'acte réparateur exempte le sujet de la

souffrance du conflit. Dans la conversation, ses déclarations sont immédiatement suivies de précisions dont la signification est à l'opposé de l'affirmation initiale. Pour l'observateur, cette association d'une déclaration et de son contraire rend difficile l'identification du sentiment ou de l'intention première du sujet.

De mauvaises actions peuvent être suivies de réparations à l'égard de l'objet de l'action. Le sujet semble obligé d'effacer ou d'annuler son action première.

### **Diagnostic différentiel :**

#### ***Clivage :***

Clivage et annulation impliquent tous deux des conflits se rapportant à des vécus contraires ou opposés. Dans le clivage, un vécu par le soi ou par autrui ne peut pas s'accommoder d'expériences dont la charge affective est à l'opposé (par exemple: bien et mal, puissance et faiblesse, etc.). Les deux sont en général séparés dans le vécu du sujet et il est rare que des déclarations se rapportant à des expériences ou significations soient voisines dans le temps. Dans l'annulation, le sujet fait une déclaration sur un objet puis très rapidement le qualifie comme pour éviter les critiques sur sa déclaration initiale (par exemple: «Ma femme est vraiment épouvantable. Attention, elle est pleine de bonnes intentions»). Le sujet peut garder conscience de la contradiction apparente ou de la dissonance cognitive.

#### ***Formation réactionnelle :***

Elle diffère de l'annulation car seul l'affect substitué est clairement mis en évidence, alors que l'affect original doit être inféré. Dans

l'annulation, le sujet exprime en général des affects ou des pulsions opposées en alternance, sans formation de compromis.

**Cotation :**

O: Aucune preuve d'annulation dans les actes ou déclarations du sujet.

1: Usage probable de l'annulation:

a. Le sujet formule deux ou trois affirmations comme: «Parfois mon conjoint me rend fou (folle); non, ce n'est pas vrai, pas vraiment fou».

Le sujet affirme quelque chose puis le contredit immédiatement.

b. Le sujet décrit une soi-disant mauvaise action personnelle. Rapidement suivie par la description d'une action réparatrice effectuée dans la foulée. Il n'est pas fait référence à une notion de culpabilité ou de responsabilité avant cette description de l'acte réparateur.

c. À une ou deux reprises, le sujet ne laisse pas une longue déclaration sur ses sentiments rester sans qualification. Toutefois, ces qualifications tendent à ternir la pureté de ses sentiments plutôt que de les clarifier, rendant ainsi difficile la compréhension de ce qu'il ressent vraiment.

2: Usage certain de l'annulation:

a. À trois reprises ou plus, le sujet fait de longues déclarations sur ses sentiments, pulsions, croyances et actes, mais se contredit immédiatement après.

b. Le sujet précède trois ou plus des ses propres déclarations par « je me trompe sûrement, mais... » ou une affirmation semblable, comme pour annuler le poids de ce qu'il est sur le point de dire. Il désavoue ainsi ce qu'il entend formuler avant même de l'avoir dit !

c. Si l'interrogateur essaie de clarifier une affirmation du sujet, celui-ci répond généralement: «oh, pas vraiment» ou «pas exactement»

suivi par une qualification qui ne clarifie rien pour l'observateur. Le sujet paraît plutôt embarrassé pour s'engager par une affirmation quelconque.

d. À deux reprises au moins, le sujet décrit spontanément des actes réparateurs pour ses mauvaises actions telles qu'il les perçoit (par exemple: «Après avoir perdu aux courses, j'ai acheté des fleurs pour ma femme»).

e. Le sujet raconte avoir accompli deux ou plusieurs actes de réparation à la suite d'un acte qui lui avait laissé un sentiment de culpabilité.

## **ALTRUISME**

### **Définition :**

L'individu répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en s'attachant à répondre aux besoins des autres, en partie comme moyen de satisfaire ses propres besoins. En faisant preuve d'altruisme, le sujet reçoit une gratification partielle, soit sous forme de bénéfice secondaire, soit directement de par la réponse d'autrui. Le sujet a généralement conscience, dans une certaine mesure, que ses propres besoins ou sentiments sous-tendent ses actes altruistes. Il peut exister également une récompense directe ou une raison d'intérêt personnel caché derrière les actes altruistes.

Pour noter la présence de l'altruisme, il est nécessaire de trouver une relation directe, fonctionnelle démontrable entre les sentiments du sujet et la réponse altruiste.

### **Fonction :**

L'altruisme satisfait les besoins d'attachement et de relations sociales tout en répondant aux conflits affectifs en aidant autrui. Dans bien des cas, le

conflit tourne autour d'une détresse liée à des exemples passés de situations stressantes, dans lesquelles le sujet n'a pas trouvé toute l'aide nécessaire. L'altruisme canalise des affects, comme la colère, ou des expériences vécues, comme l'impuissance, vers des réactions socialement utiles qui renforcent aussi le sentiment de pouvoir maîtriser le passé.

**Diagnostic différentiel :**

***Projection et passage à l'acte :***

La projection et le passage à l'acte d'un fanatique, par exemple, sont différents de l'altruisme dans la mesure où ce dernier apporte une aide réelle à autrui, pas seulement une aide imaginaire.

***Formation réactionnelle :***

Elle diffère de l'altruisme en ce que celui-ci procure quelque gratification au sujet, alors que la formation réactionnelle sacrifie la gratification au profit de la protection du sujet contre la prise de conscience de sentiments ou pulsions conflictuels.

***Sublimation :***

Elle diffère de l'altruisme en ce que ce dernier implique des actions assez directes en faveur d'autrui, alors que la sublimation directe n'a pas d'effet direct tout en faisant profiter autrui des réalisations ou des créations artistiques du sujet.

***Capacité de recours à autrui :***

Contrairement à l'altruisme, elle n'implique pas que le sujet donne quoi que ce soit à autrui en échange de sa capacité à faire face à ses conflits intérieurs.



**Cotation :**

0: Aucun exemple d'altruisme en réponse aux conflits affectifs ou situations stressantes.

1: Utilisation probable de l'altruisme:

a. Le sujet décrit deux ou plusieurs exemples où il a aidé autrui. Toutefois, la relation avec les conflits ou les expériences vécues lors desquels le sujet a eu besoin d'aide n'est pas évidente mais plausible. Il est clair que d'aider les autres lui donne un certain plaisir.

b. Le sujet raconte comment il a pris une décision importante (choix de carrière, etc.), fondée sur son envie d'aider les autres et sur sa conviction apparente qu'autrui pourrait en bénéficier. Bien que la relation avec un conflit intérieur et des expériences passées ne soit pas parfaitement évidente, il est clair que le sujet tire quelque satisfaction de son choix.

2: Utilisation évidente de l'altruisme:

a. Le sujet décrit un ou plusieurs exemples d'aide à autrui dans lesquels on peut discerner particulièrement que l'action d'aider était motivée par une signification personnelle liée à un conflit, une difficulté ou un vécu du sujet. Il est clair que le sujet retire un sentiment de gratification personnelle ou de maîtrise au-delà de toute récompense manifeste (par exemple: «Ça m'a fait du bien d'aider quelqu'un qui se trouvait dans la position que j'avais moi-même trouvée si difficile»).

b. Le sujet raconte avoir pris au moins *trois* décisions de vie fondées sur son désir d'aider les autres. Aider autrui est clairement une facette importante de nombre de ses actions.

## **AUTO-AFFIRMATION OU AFFIRMATION DE SOI**

### **Définition :**

L'individu réagit aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress en exprimant directement ses pensées et sentiments de manière à atteindre ses objectifs. L'auto-affirmation n'est ni coercitive, ni indirecte, ni manipulatrice. Le but ou le rôle d'un comportement d'auto-affirmation est généralement clair pour toutes les parties intéressées.

### **Fonction :**

L'auto-affirmation traite les conflits émotionnels par l'expression directe de ses propres sentiments ou souhaits, soulageant ainsi l'angoisse ou la détresse présente à chaque fois que des forces contraires internes ou externes empêchent l'expression. L'auto-affirmation ne doit pas son efficacité en tant que mécanisme de défense ou réponse d'adaptation au fait que le sujet obtienne satisfaction dans la réalité. Son utilité est plus affective, car elle lui permet de fonctionner:

- sans l'angoisse ou la tension qui accompagnent généralement tous les sentiments ou souhaits non exprimés;
- et sans qu'il y ait un sentiment de honte ou de culpabilité de ne pas se défendre dans des situations de conflit affectif.

Les conséquences affectives sont pires quand l'auto-affirmation est bloquée par des interdits intérieurs, plus que par les facteurs externes seulement, par exemple une personne à l'autorité despotique.

### **Diagnostic différentiel :**

#### ***Agression passive :***

Elle diffère de l'auto-affirmation en ce que la première est l'expression indirecte de besoins ou de sentiments, qui souvent occulte ce que

l'individu essaye de faire passer, et peut être vécue comme coercitive, manipulatrice et hostile.

***Passage à l'acte :***

Il exprime un souhait très directement, mais d'une manière agressive qui souvent heurte et blesse autrui. Comme le conflit intérieur lié aux souhaits se trouve temporairement contourné, l'individu vit ensuite une détresse augmentée. De plus, le passage à l'acte entraîne souvent des séquelles en forme de sanction, alors que l'auto-affirmation sera plus susceptible de provoquer la coopération d'autrui.

***Déplacement :***

Il peut parfois se confondre avec l'auto-affirmation, lorsque l'individu exprime de l'énervement ou d'autres sentiments envers autrui ; toutefois, avec le déplacement, la substitution de l'objet déplacé pour le véritable objet de ses sentiments n'entraîne qu'une diminution partielle de la tension affective, du conflit ou des facteurs de stress. Par conséquent, le résultat du déplacement sera moins satisfaisant, car l'individu passe à côté de ce qui est réellement désiré.

***Cotation :***

0: Aucun exemple d'auto-affirmation dans les situations de conflit affectif.

1: Auto-affirmation probable:

a. Le sujet décrit deux ou plusieurs tableaux douloureux significatifs, dans lesquels l'élément important était l'expression directe et non manipulatrice de ses souhaits ou de ses sentiments en rapport avec la situation. Cependant, il est difficile de déterminer si les situations évoquées

correspondent à des conflits émotionnels significatifs ou à des facteurs de stress externes.

b. Le sujet décrit de nombreux exemples où il a répondu aux conflits ou facteurs de stress externes par l'auto-affirmation, mais ces exemples n'ont qu'une signification mineure pour son bien-être affectif.

c. Les exemples d'auto-affirmation donnés par le sujet s'accompagnent de sentiments de honte ou de culpabilité, faisant suggérer un conflit résiduel qui restreint le registre et la souplesse de l'auto-affirmation.

2. Utilisation évidente de l'auto-affirmation:

a. Le sujet décrit deux ou plusieurs tableaux significatifs sur le plan affectif qui démontrent clairement un conflit affectif ou un stress externe important. La réaction auto-affirmative du sujet contribue pour beaucoup aux conséquences affectives des tableaux décrits. Même si les objectifs de l'auto-affirmation ne sont pas atteints, le sujet ne montre aucun signe de honte ou de culpabilité par son comportement.

b. Le sujet décrit un seul tableau dont l'importance pour son bien-être affectif est évidente (conflit central ou facteur de stress externe de grande importance). Tous les traits d'auto-affirmation du paragraphe 2a ci-dessus sont présents.

## **HUMOUR**

### **Définition :**

Le sujet réagit aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en faisant ressortir les aspects amusants ou ironiques du conflit ou des facteurs de stress. L'humour tend à relâcher la tension provoquée par le conflit d'une manière qui permet à tout le monde d'en bénéficier, au lieu

de n'y impliquer qu'une seule personne comme c'est le cas des commentaires moqueurs ou cinglants. Il y a d'autre part souvent une part d'autocritique ou de vérité dans l'humour.

**Fonction :**

L'humour permet d'exprimer une part des affects et des souhaits liés au conflit ou au facteur de stress. À chaque fois que le conflit ou facteur de stress bloque l'expression complète des affects ou la satisfaction des souhaits, l'humour permet d'en exprimer symboliquement une partie, ainsi que l'origine du conflit. La frustration émanant du conflit est temporairement soulagée d'une manière qui fait rire ou sourire à la fois le sujet et autrui. Cela est particulièrement évident dans les interactions propres à notre condition humaine, où certains facteurs de stress sont inévitables.

**Diagnostic différentiel :**

***Dépréciation :***

Elle diffère de l'humour par le fait qu'elle porte atteinte à l'image de l'objet en ternissant l'image de sa cible par le sarcasme, l'ironie cinglante ou les remarques désobligeantes. Si la dépréciation peut être drôle, c'est aux dépens de quelqu'un, et elle suscite la rancune de la victime désignée. C'est également vrai lorsque le sujet se déprécie lui-même, même en faisant le pitre ou avec drôlerie ; son amour propre s'en trouve encore plus altéré.

***Agression passive :***

Elle diffère de l'humour en ce qu'elle peut utiliser la pitrerie ou des tentatives de faire rire, mais d'une manière rabaissante qui bloque la gestion des conflits ou facteurs de stress, ou encore distrait le sujet et autrui de la tâche à accomplir.

**Blague :**

L'humour comme mécanisme de défense s'apparente à la plaisanterie classique ou à la relation d'histoires drôles (blagues) mais à ceci près qu'il a pour but de soulager un stress saillant ou un conflit affectif qui vient d'être déclenché. Les blagues dont le but est d'amuser et de passer du bon temps ne sont liées à aucun conflit ou stress immédiats. Cette différence est reconnaissable lorsque l'on remarque que la capacité de raconter une blague ne signifie pas en soi que le conteur utilise l'humour comme mécanisme de défense. On se gardera de noter un sujet comme utilisant l'humour sous prétexte qu'il a fait une remarque drôle ou dit une blague. C'est le but recherché qui fait de l'humour un mécanisme de défense.

**Cotation :**

0: Aucune preuve de l'utilisation de l'humour comme mécanisme de défense.

1: Utilisation probable de l'humour comme mécanisme de défense:

a. Le sujet fait deux ou plusieurs remarques drôles pendant l'entretien, mais sans lien évident avec le conflit affectif ou les aspects stressants de la situation, et sans obstruction de la conduite de l'entretien.

b. Le sujet raconte une blague pendant l'entretien, bien que le rapport avec un conflit ou facteur de stress particulier ne soit pas évident. Par exemple, le sujet qui dit: «Ça me rappelle une histoire...». L'histoire drôle n'ajoute ni ne retire rien au déroulement de l'entretien.

2: Il est clair que le sujet utilise l'humour comme mécanisme de défense:

- a. Le sujet décrit un conflit ou un événement émotionnellement significatif au cours duquel les remarques drôles ont influencé sa capacité à faire face. Le rapport entre le conflit ou les facteurs de stress et les plaisanteries est évident. Par exemple, faire preuve d'humour noir avant d'aller au combat ou de participer à un concours difficile, ou encore faire des commentaires humoristiques sur la possibilité de mener une vie différente après avoir souffert une perte personnelle importante.
- b. À au moins deux moments stressants de l'entretien, le sujet détend l'atmosphère en faisant une remarque humoristique sur le thème du moment. Les commentaires ne dévient pas l'entretien (contrairement à l'agression passive) mais facilitent sa poursuite.
- c. Le sujet formule des commentaires humoristiques sur lui-même ou autrui tout au long de l'entretien, d'une manière qui le rend facile à interroger car la tension qui entoure l'évocation de sujets stressants est constamment diminuée. Les remarques ne bloquent pas le déroulement de l'entretien, et ne constituent pas non plus des dépréciations primaires.

## **INTROSPECTION**

### **Définition :**

Le sujet réagit aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en s'interrogeant sur ses propres pensées, sentiments, motivations ou comportements. Il est capable de se voir lui-même comme il est vu par autrui dans ses relations interpersonnelles et se trouve donc mieux à même de comprendre les réactions d'autrui à son égard. Ce mécanisme de défense n'est pas équivalent à faire simplement des observations sur soi ou parler de soi.

**Fonction :**

Ce mécanisme de défense permet au sujet de s'adapter au mieux aux exigences de la réalité extérieure, en se fondant sur une vue plus précise de ses propres affects, désirs, pulsions et comportements. Alors que l'introspection ne change pas à proprement parler la personne, elle annonce ou précède la recherche d'une meilleure adaptation des états intérieurs à la réalité extérieure. Ce mécanisme de défense permet à l'individu de progresser et de mieux s'adapter à mesure qu'il affronte les facteurs de stress.

**Diagnostic différentiel :*****Rêverie autistique :***

Elle diffère de l'introspection en ce qu'elle repose sur une base irréaliste qui ne comprend aucune tentative de mieux s'adapter aux problèmes objectifs, etc. L'introspection, en revanche, met le sujet en meilleur accord avec lui-même et l'environnement et peut entraîner une meilleure intégration des aspirations et caractéristiques personnelles aux réalités extérieures.

***Rationalisation :***

Elle diffère de l'introspection en ce que cette dernière implique une tentative de mise à jour et d'exploration des sentiments et des actes, et non pas leur déguisement.

***Dépréciation :***

Elle diffère de l'introspection en ce que sa fonction première est de rehausser certains aspects de l'amour propre (comme par exemple en suscitant la sympathie) en ternissant certains aspects du soi, au lieu de promouvoir une prise de conscience personnelle plus précise.



### ***Omnipotence et déni hypomaniaque :***

Ils diffèrent de l'introspection par la nature optimiste ou béate qui accompagne la très belle image de soi-même. L'individu semble intéressé avant tout par le sentiment agréable qui accompagne la découverte de nouveaux sujets de conversation dans sa vie psychologique. Si l'intellectualisation est également présente, le sujet peut faire usage de nombreux termes abstraits pour se décrire, ou broder ses auto-portraits de « psycho-jargon » dénué de toute auto-description exacte et significative.

### **Cotation :**

O: Pas d'introspection.

1: Introspection probable:

a. Le sujet fait deux ou plusieurs remarques sur la façon dont ses actions pourraient être perçues par autrui. Toutefois, il ne fait pas trop d'efforts pour en comprendre les implications affectives.

2: Introspection évidente:

a. Le sujet fait deux ou plusieurs remarques introspectives dont il va spontanément essayer de comprendre la portée affective ou les implications interpersonnelles. Il n'a pas besoin d'être encouragé.

b. Le sujet décrit un épisode affectivement important puis spontanément s'étend sur les implications de ses propres réactions et comportements. Il accepte l'idée d'élaborer une vision plus complète et plus exacte de lui-même et par là même encourage les questions de l'investigateur qui vont dans le même sens.

c. À la suite d'un commentaire de l'interlocuteur au sujet d'un conflit affectif important chez le sujet, celui-ci devient plus enclin à décrire les

aspects de lui-même les plus pertinents. L'introspection devient très naturelle et conduit à une meilleure compréhension de soi-même.

## **SUBLIMATION**

### **Définition :**

L'individu réagit aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en canalisant plutôt qu'en inhibant des sentiments ou pulsions potentiellement déplacés en un comportement socialement acceptable. On ne notera la présence de ce mécanisme de défense que si une relation très forte peut être démontrée entre les sentiments et le schéma de réponse. Les exemples les plus classiques de l'utilisation de la sublimation sont le sport et les compétitions destinés à canaliser les pulsions de colère, ou la création artistique qui exprime les sentiments conflictuels.

### **Fonction :**

La sublimation permet d'exprimer des souhaits, des pulsions ou affects que le sujet inhibe volontairement à cause de leurs répercussions sociales potentiellement négatives. Il les canalise plutôt vers une expression socialement acceptable. Les buts et les objets initiaux des désirs et des affects sont souvent considérablement modifiés, résultant en une activité créatrice. Par exemple, une compétitivité avec agressivité se trouvera canalisée en compétitions sportives ou en travail, de même que les pulsions sexuelles peuvent s'exprimer au travers de la chorégraphie ou de créations artistiques. La sublimation permet ainsi aux pulsions initiales de s'exprimer et l'activité créatrice résultant de cette sublimation peut aussi susciter la reconnaissance sociale et être récompensée.

### **Diagnostic différentiel :**

#### ***Déplacement :***

Il implique le remplacement, par un objet moins conflictuel mais semblable, de l'expression de sentiments ou pulsions initialement destinés à un objet conflictuel. Tandis que le sujet éprouve quelque satisfaction à s'exprimer, il peut y avoir des conséquences négatives. Cela peut se produire parce que la pulsion est toujours socialement inacceptable, ou bien parce que l'autre trouve l'expression du sujet inadéquate.

#### ***Altruisme :***

Il recoupe la sublimation en canalisant les affects, pulsions et souhaits en une activité socialement acceptable. Il en diffère en ce que l'activité implique précisément d'aider les autres pour des problèmes ressemblant aux aspects conflictuels du passé de l'individu.

Le sujet maîtrise symboliquement sa propre expérience passée en aidant les autres à résoudre leurs problèmes du moment.

#### **Cotation :**

**0:** Aucun exemple évident de sublimation. Noter que la sublimation ne sera pas cotée comme présente simplement parce quelqu'un est artiste ou sportif, à moins d'avoir la preuve d'un lien fort entre l'activité et le conflit affectif.

**1:** La sublimation est probable:

a. Deux ou plusieurs exemples présents au cours des deux dernières années et qui semblent relever d'activités sublimatoires classiques, mais le lien entre pulsion et mécanisme de défense n'est pas évident, bien que probable. Par exemple, le sujet peut parler du plaisir de gagner dans une

discipline sportive dont la pratique est intrinsèquement agréable mais il n'y a pas de lien évident avec une pulsion conflictuelle.

2: La sublimation est évidente:

a. À trois reprises ou plus au cours de l'entretien, le sujet fait librement des associations en parlant de conflits ou de situations stressantes, puis en décrivant des activités qui servent à extérioriser des sentiments ou des pulsions en rapport avec les thèmes initiaux.

b. Il existe un ou plusieurs épisodes importants de conflit affectif, pour lesquels le sujet décrit une activité de création comme étant un moyen majeur d'adaptation au conflit. L'exemple doit être sans ambiguïté et la pulsion initiale ou l'affect doit être transformé en cette nouvelle activité, pas seulement déplacé vers une cible moins conflictuelle.

Par exemple, un sujet décrit un échec cuisant lors d'une tentative d'atteindre un but, mais raconte comment il a ensuite passé beaucoup de temps à jouer au tennis et tiré une certaine satisfaction à battre ses partenaires habituels plus souvent.

c. À mesure que le sujet décrit sa vie, il apparaît qu'il reste très peu de zones conflictuelles et très peu ou pas de zone d'inhibition. Il existe un certain nombre d'activités intéressantes et créatives. La sublimation apparaît comme un trait général du style avec lequel le sujet fait face aux situations difficiles.

## **RÉPRESSION**

### **Définition :**

Le sujet réagit aux conflits affectifs ou aux facteurs de stress internes ou externes en évitant délibérément de penser aux problèmes, souhaits, sentiments ou expériences gênants, et ce, temporairement. Il peut par

exemple chasser de son esprit certaines choses jusqu'au moment choisi pour les régler: c'est un report, pas de l'atermoiement. La répression peut également revenir à ne pas penser à quelque chose à un moment donné pour ne pas être empêché de s'engager dans une activité plus importante (par exemple: ne pas s'étendre sur les problèmes annexes pour traiter un problème pressant particulier). Le sujet a rapidement accès au matériel maintenu à l'écart de son attention consciente, puisqu'il n'a pas été oublié.

**Fonction :**

La répression maintient à la fois l'idée et l'affect associés à un facteur de stress hors de la conscience pendant que l'on s'occupe d'autre chose; toutefois, le matériel réprimé peut être volontairement rappelé à la pleine conscience. Les sentiments stressants sont reconnus mais leur prise en charge est retardée jusqu'à ce que le sujet se sente prêt ou que le moment soit plus propice. L'angoisse névrotique est minimisée, puisque le matériel n'est pas réprimé, bien que l'angoisse d'anticipation puisse être présente tant que le facteur de stress n'a pas été géré.

**Diagnostic différentiel :**

***Refoulement :***

Il diffère de la répression en créant une perte de conscience de la représentation liée aux facteurs de stress, à l'affect, etc. La représentation réprimée resurgit ensuite involontairement à la conscience sous forme de lapsus linguae, d'incapacité à décrire une expérience vécue, etc. En revanche, le sujet présente une plus grande aptitude à chasser de son esprit certaines pensées et à les reprendre dans un deuxième temps.#

Le terme anglais désignant le refoulement est «*repression*». Le terme anglais désignant la répression est «*suppression*».

**Cotation :**

0: Aucun exemple de répression pour répondre aux conflits affectifs.

1: Utilisation probable de la répression:

a. Le sujet décrit deux ou plusieurs incidents l'ayant bouleversé mais où des facteurs extérieurs ont empêché la décharge émotionnelle sur le moment, bien que celle-ci se soit produite peu après. Les exemples ne doivent pas être insignifiants, mais il n'est pas nécessaire qu'ils aient une signification essentielle pour le sujet pour être retenus.

b. Le sujet décrit deux ou plusieurs réactions personnelles à des événements stressants hors de son contrôle, par des déclarations comme «Que pouvais-je faire d'autre, je ne pouvais qu'accepter la mauvaise nouvelle et continuer», ou bien «bien sûr que j'étais bouleversé, mais je savais qu'en attendant ça s'arrangerait».

c. Le sujet décrit un épisode où il a «encaissé tous les coups» dans une situation stressante. Il n'a rien dit ni fait qui puisse aggraver la situation, mais s'est plutôt rassuré.

2: Répression évidente:

a. Le sujet décrit un épisode émotionnellement stressant, au cours duquel il a dû reporter la prise en compte des sentiments suscités pour s'occuper d'autre chose de prioritaire. La raison donnée semble cohérente. Plus tard, il est revenu sur le facteur de stress et a fait l'effort conscient de le traiter. Il est clair que le sujet ne cherchait pas seulement à éviter les sentiments, mais qu'il se préparait à les affronter à un meilleur moment.

b. Le sujet décrit un épisode émotionnellement pesant au cours duquel il n'a pas été capable d'exprimer ses sentiments forts au moment où ils se sont manifestés, en raison d'une contrainte extérieure (par exemple: critiqué par son patron en public). Il a su tolérer le stress sur le moment, sachant qu'il exprimerait ses sentiments plus tard, quand le moment viendrait.

c. Le sujet donne au moins trois exemples «d'encaissement des coups» lors d'un conflit. Il ne se laisse pas dépasser mais reconnaît le stress quand il arrive. Il émerge de la crise relativement indemne.

"المساندة النفسية للمصاب بمرض اللوكيميا (مرحلة ما قبل انتشار المرض) من خلال  
تقييم للميكانيزمات الدفاعية"

ملخص:

تتعلق هذه الدراسة بمحاولة تقديم مساندة نفسية لشاب مصاب بمرض اللوكيميا من خلال تقييم للميكانيزمات الدفاعية، عبر مرحلتين: مرحلة ما قبل استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية، و مرحلة ما بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية. الكلمات المفتاحية: الميكانيزمات الدفاعية، المساندة النفسية، اللوكيميا.

**« Le soutien psychologique du malade atteint de leucémie, par une évaluation des mécanismes de défense »**

**Résumé :**

Cette recherche, vise à présenter un certain soutien psychologique à un jeune atteint de leucémie, par le biais d'une évaluation des mécanismes de défense, passant par deux étapes : la 1<sup>ère</sup> est celle avant l'utilisation des techniques thérapeutiques de soutien psychologique, et la 2<sup>ème</sup> celle après l'utilisation des techniques thérapeutiques de soutien psychologique.

*Mots clé :* mécanismes de défense, soutien psychologique, leucémie.

**« The psychological support for leukemia ill, by a defense mechanisms evaluation »**

**Summary :**

This research aim for presenting a psychological support for a young have leukymia, by evaluating defense mechanism in two steps ; one before using therapeutic technics of psychological support, and the other after using therapeutic technics of psychological support.

*Key words :* defense mechanisms, psychological support, leukemia.