

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة فرحات عباس - سطيف -

مذكرة

مقدمة بكلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية
قسم علم النفس و علوم التربية و الأروطوفونيا
لنيل شهادة الماجستير
من طرف: أمنة موقار

الموضوع:

الألم المزمن كمعاش صدمي لدى مرضى آلام أسفل الظهر
المزمنة (مقاربة سيكودينامية)

دراسة عيادية لأربع حالات بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف بورقلة

بتاريخ / /

أمام اللجنة المتكونة من:

أ.د. شرفي محمد الصغير	أستاذ التعليم العالي - جامعة سطيف -	مشرفا ومقررا
د. تغليت صلاح الدين	أستاذ محاضر - جامعة سطيف -	مناقشا
د. لونيس علي	أستاذ محاضر - جامعة سطيف -	رئيسا
د. جبالي نور الدين	أستاذ محاضر - جامعة باتنة -	مناقشا

السنة الجامعية

2011 - 2012

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

(يرفع الله الذين آمنوا منكم والذين أوتوا العلم درجات)

سُورَةُ الْمَجَادِلَةِ (الْعُقُوبَاتِ)

سورة المجادلة، الآية 11

اهداء

كلمة شكر

أقدم بالشكر إلى الله عز وجل الذي وهبني من الصبر والتوفيق ما ساعدني وشجعني على إنجاز هذا العمل العلمي المتواضع ، فالحمد لله والشكر له .

كما أتقدم بشكري و إمتناني إلى من كان لي مرشدا و سندا، إلى الذي لم يبخل عليا بما يحمله في جعبته من معرفة ، شكرا على كل ما قدمه من حسن إشراف و على صبره معي طيلة إنجاز هذا العمل العلمي الذي ما هو إلا ثمرة لحسن تأطير و توجيه من طرف أستاذي الفاضل الأستاذ المشرف : أ.د. شرفي محمد الصغير ، فشكرا على كل ما بذله في سبيل إخراج هذا العمل ، أنا جد ممتنة لإهتمامه و مساندته لي فله مني عميق الشكر و العرفان .

كما لا أنسى أن أتوجه بشكر خاص إلى كل الأشخاص الذين رافقوني طيلة مسيرتي العلمية و أمدوني بالدعم و المساندة خلال إنجازي لهذا البحث ، أشكرهم على الجهود المعتبر و إهتمامهم بدراستنا و على تعبهم معي ، فلهم مني كثير الشكر و الإمتنان .

الطالبة : موقار آمنة

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
.....	ملخص الدراسة
ب - د	مقدمة
	الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية
2	1- الإشكالية
17	2- الفرضيات
17	3- أهمية الدراسة و أهدافها
18	4- التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة
	القسم النظري
	الفصل الثاني: الصدمة النفسية
21	مدخل
22	1- ضبط المصطلحات
22	1-1- تعريف الصدمة النفسية
23	2-1- تعريف "العصاب الصدمي" (Névrose Traumatique)
23	2- نبذة تاريخية
23	2-1- من العصور القديمة إلى حروب منتصف القرن 19
24	2-2- أعمال الطب العقلي في القرن 19
24	3-2- أعمال الطب العقلي في القرن 20
25	3- النماذج النظرية المفسرة لحدوث الصدمة النفسية
25	1-3- وجهة نظر Pierre Janet سنة 1889
27	2-3- الرؤية التحليلية للصدمة
27	3-1-2- وجهة نظر Sigmund Freud سنة 1892
27	3-1-1-2-3- نظرية الهجمة الهستيرية (Pan-Traumatique)

28	..... نظرية الإغواء (Théorie de la Séduction) 2-1-2-3
29	..... S. Freud النموذج الإقتصادي لـ 3-1-2-3
31	..... Sandor Ferenczi وجهة نظر سنة 1916 2-2-3
33	..... Abraham Kardiner وجهة نظر سنة 1941 3-2-3
34	..... Otto Fenichel وجهة نظر سنة 1945 4-2-3
35	..... Anna Freud وجهة نظر سنة 1968 5-2-3
35	..... Jake Lacan وجهة نظر 6-2-3
36	..... (Théorie phénoménologique) النفسية للصدمة الظاهري للنموذج 3-3
36	..... Louis Crocq وجهة نظر سنة 1965 1-3-3
37	..... Claude Barrois وجهة نظر سنة 1988 2-3-3
38	..... المظهر العيادي للصدمة النفسية 4-
38	..... (Le Moi) "الأنا" وظيفة 1-4
39	..... سيرورة حدوث الصدمة النفسية 2-4
43	..... (Nosographie) إشكالية التصنيف الإمراضي 3-4
45	..... الجدول العيادي لتناذر الصدمة النفسية المزمن 4-4
45	..... المعيار السببي معايشة تجربة صدمية نفسية 1-4-4
45	..... إعادة المعايشة المقلقة 2-4-4
47	..... اضطراب الشخصية 3-4-4
47	..... الأعراض غير المميزة 4-4-4
47	..... مفاهيم لها علاقة بالصدمة النفسية 5-
47	..... (Rencontre avec le réel de la mort) الموت مع حقيقة الموت 1-5
48	..... (L'Effroi) الهلع 2-5
48	..... (La Soudaineté) الفجائية 3-5
49	..... (Le temps de latence) زمن الكمون 4-5
49	..... (L'Après - coup) البعدية 5-5

50	..... 6-5 فقدان الموضوع (La Perte d'objet)
50	..... 7-5 مفهوم الزمن
51	..... 8-5 الآليات الدفاعية
53	..... ملخص الفصل

الفصل الثالث: الألم

55	..... مدخل
56	..... 1- الألم
56	..... 1-1 تعريفه
57	..... 2-1 فيزيولوجيته
59	..... 3-1 الأسس العصبية الكيميائية للألم وكبحه
60	..... 4-1 تصنيفاته
65	..... 5-1 تقييمه
70	..... 6-1 علاجه
75	..... 2- آلام الظهر (Rachialgie)
75	..... 1-1 تركيب الظهر
77	..... 2-2 تعريف آلام الظهر
79	..... 3-2 الفيزيولوجية الإراضية لآلام أسفل الظهر (La physiopathologie)
79	..... 4-2 الفحص العيادي (L'examen clinique)
81	..... 5-2 عوامل الإختطار وعوامل التنبؤ بالإزمان
84	..... 6-2 الكفالة العلاجية
85	..... ملخص الفصل

الفصل الرابع: المظهر النفسي للألم

87	..... مدخل
88	..... 1- نظرية التحليل النفسي للألم (La théorie psychanalytique de la douleur)
88	..... 1-1 وجهة نظر S. Freud
92	..... 2-1 وجهة نظر J.D. Nasio

98	..... A. Gauvain-piquard نظر 3-1-وجهة
100	..... (L'aspect traumatique de la douleur) الألم المظهر الصدمي 2-
100	..... 1-2-المظهر الصدمي للألم على مستوى الجهاز النفسي
107	..... 2-2-المظهر الصدمي للألم على مستوى اللغة
108	..... 2-3-المظهر الصدمي للألم على مستوى البعد الفضائي الزماني
109	..... 2-4-المظهر الصدمي للألم على مستوى الشخصية
111	..... 3-الألم المزمن و الإضطرابات النفسية
113	..... 3-1-الألم المزمن و إضطراب الإكتئاب
115	..... 3-2-الألم المزمن و إضطرابات القلق
116	..... 3-3-الألم المزمن و إضطرابات النوم
116	..... 3-4-الألم المزمن و الإضطرابات المرتبطة بالمواد النفسية
118	..... ملخص الفصل

القسم الميداني

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية

121	..... مدخل
122	..... 1- منهج الدراسة
123	..... 2- ميدان الدراسة
124	..... 3- مجموعة البحث
126	..... 4- أدوات الدراسة
140	..... 5- إجراءات الدراسة الميدانية
150	..... ملخص الفصل

الفصل السادس: عرض الحالات العيادية

152	..... 1- منهجية عرض الحالات العيادية
153	..... 2- الحالات العيادية
153	..... 2-1- عرض حالة المفحوص "حميد"
184	..... 2-2- عرض حالة المفحوصة "ياسمين"

214 3-2- عرض حالة المفحوصة "كاميليا"

240 4-2- عرض حالة المفحوص "يوسف"

270 ملخص الفصل

الفصل السابع: مناقشة و تفسير النتائج

272 1- مناقشة و تفسير النتائج

272 1-1- تفسير الفرضية العملية الأولى

285 1-2- تفسير الفرضية العملية الثانية

289 2- خلاصة عامة

290 خاتمة

296 قائمة المراجع

..... الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
131	ترتيب تقديم اللوحات في إختبار تفهم الموضوع بدلالة جنس وسن المفحوص.	01
145	يوضح نتائج إختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين الطرفيتين.	02
146	يوضح نتائج الاختبار بين مجموعتين باستخدام معامل الارتباط سييرمان وتعديله بمعادلة سييرمان براون.	03

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
41	إختراق الصورة الصدمية إلى داخل الجهاز النفسي.	01
42	حدوث تناذر التكرار نتيجة إختراق الصورة الصدمية إلى داخل الجهاز النفسي.	02
71	تصنيف لمختلف الأدوية المقاومة للألم حسب المنظمة العالمية للصحة.	03
84	مستويات التكفل بالألم الظهر و علاجها.	04
97	الألم الناتج عن إصابة الغلاف الواقي لـ "الأنا" نتيجة الفيض الضخم في الطاقة الذي يصيب الخلايا العصبية للذاكرة، فـ "الأنا" هنا ممثل في شكل مبسط للحويصلة الحية (Vésicule vivante).	05

ملخص الدراسة:

تناولت هذه الدراسة موضوع الألم المزمن كمعاش صدمي لدى مرضى آلام أسفل الظهر المزمنة في شكل دراسة عيادية لأربع حالات بالمؤسسة الإستشفائية العمومية محمد بوضياف لولاية ورقلة و قد تم اختيار أفراد مجموعة البحث بطريقة قصدية نظرا لضرورة توفر شروط معينة تخدم دراستنا و لتحقيق الدراسة تمت الاستعانة بمجموعة من التقنيات العيادية و التي تمثلت في: المقابلة العيادية نصف الموجهة حيث عملنا على تصميم دليل مقابلة يهدف إلى إستقصاء معاشة المريض لآلامه المزمنة، بالإضافة إلى إختبار تفهم الموضوع TAT الموجه للكشف عن التوظيف النفسي، و لقياس شدة الألم إستعملنا كل من سلم EVA و مقياس QDSA، بعد التحقق من خصائصه السيكمترية (الصدق و الثبات)، و ذلك عقب ترجمته من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية فوجدنا أنه يتميز بدرجة عالية من الصدق و الثبات، و عند تحليل المعطيات المتحصل عليها و تفسيرها توصلت الدراسة إلى نتائج تؤكد الفرضيات المقترحة و التي تقول بأن الألم المزمن يعد كمعاش صدمي لدى مرضى آلام أسفل الظهر المزمنة، و ذلك من خلال نتائج المقابلة العيادية التي كشفت عن تميز معاش المرضى لآلامهم بمؤشرات عيادية لحالة الصدمة النفسية، كما وجهتنا نتائج الإختبار الإسقاطي إلى إتصاف التوظيف النفسي لأفراد مجموعة البحث بالهشاشة النفسية و بهذا تكون فرضيات الدراسة محققة لنصل في النهاية إلى القول بأن الألم المزمن هو بمثابة خبرة صدمية بالنظر إلى إرتكاساته النفسية التي من شأنها أن تتسبب في حالة الإضطراب النفسي.

الكلمات المفتاحية: الألم المزمن، المعاش الصدمي، آلام أسفل الظهر المزمنة.

Résumé:

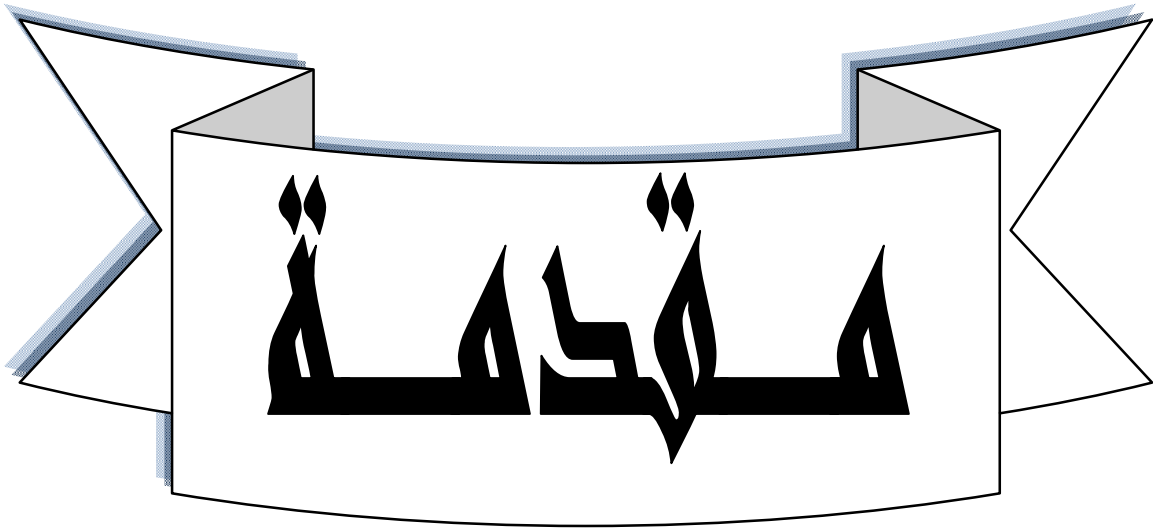
Le thème de notre étude concerne la douleur chronique en tant que vécue traumatique chez les lombalgiques chroniques. Notre échantillon a comporté quatre cas cliniques de l'établissement de santé publique Boudiaf Mohamed à Ouargla. Pour les fins d'étude notre échantillon est délibérément intentionnel. Pour collecter les données des outils de recherche furent utilisés à savoir : l'entretien clinique semi-directive ; un guide d'entretien fut conçu pour ressortir le vécu de la douleur chronique ; le TAT pour explorer l'investissement psychologique. Afin d'évaluer l'intensité de la douleur nous avons utilisé l'EVA et le QDSA traduit du français vers l'arabe après avoir vérifié ses caractéristiques psychométriques (validité ;reliabilité). Après analyse et interprétation des résultats nous pouvons confirmer l'hypothèse principale qui stipule que la douleur chronique chez le malade présentant une lombalgie chronique est vécue selon un mode traumatique ; des indicateurs cliniques surgissent de l'entretien clinique et confirment l'état de traumatisme psychique. Les résultats du TAT montrent l'investissement psychologique caractérisé par une fragilité psychique. L'hypothèse confirmant que la douleur chronique est vécue comme une expérience traumatique vue ses réactions psychologiques qui peuvent causer des troubles psychologiques.

Les mots clé : Douleur chronique, Vécue traumatique, Lombalgie chronique.

Abstract:

The theme of our study concerns the chronic pain experienced as a traumatic state among backache patients. Our sample consisted in four clinical cases from public health hospital Mohamed Boudiaf in Ouargla city. For the purpose of study our sample is deliberately intended. To collect data many tools were used namely: semi-structured clinical interview, an interview guide was designed to highlight the experience of chronic pain, the TAT to explore the psychological investment. To assess the pain intensity we used the EVA and QDSA translated from French to Arabic after checking psychometric properties (validity reliability). After analysis and interpretation of results we can confirm the main hypothesis which states that chronic pain in the patient presenting a chronic low back pain is experienced as trauma. Clinical indicators arise and confirm the status of psychological trauma. TAT results showing the psychological investment is characterized by a mental fragility. Confirming the main hypothesis that chronic pain is experienced as a traumatic experience and such psychological reactions can cause psychological disorders.

Keys words : Chronic pain, Traumatic state, Backache.



مقدمة:

يعد الألم المفاجئ المؤشر الذي غالبا ما يظهر في المستوى الأول و في واجهة الشكاوى الطبية التي يتقدم بها الأشخاص أثناء وصفهم لمرضهم، فهو تجربة للامعنى يصيب الشخص بجروح تصل إلى أعماق وجوده و يقوده نحو العدم أين يجد نفسه مرغما على معاشة مجموعة من الإحساسات المعذبة و المميته و التي لا يمكنه الهروب منها، لأن الألم يصبح راسخا و مسجلا في الجسد المتألم المهدد بالزوال. (Faure, Romero, 2003, p.2)

و الألم هو عبارة عن الحدث الضاغط الذي يعمل على إيقاف السير السوي لوجود الفرد كما يغير نظرتة للأشياء فيصبح غير قادرا على التعامل معها كما من قبل، و هو بمثابة تهديد لكيان الشخص و لوجوده، حيث تؤثر حالة الإختلال الداخلي الناتجة عن الألم على الشخصية بمختلف خطوط قوتها وخطوط ضعفها هذه الأخيرة التي تعد هي الأخرى مسؤولة عن هذا الإختلال و مشتركة في حدوثه، فالألم يؤدي في النهاية إلى الكشف عن الهشاشة التي كانت مخفية قبل حدوثه. (Ostermann, Queneau, p.50)

و يعد التوجه التحليلي أحد أهم التوجهات النظرية النفسية التي عنيت بدراسة موضوع الألم بعيدا عن أصوله الطبية، حيث كرس العديد من المحللين النفسيين أعمالهم و ممارساتهم العيادية لفهم أحسن لخبرة الألم بالنظر لما تخلفه وراءها من آثار تمتد لتصل إلى أعماق الحياة النفسية.

إذا يركز التحليليين النفسيين في دراستهم للألم على المظهر الذاتي لهذه الخبرة أكثر من تركيزهم على الألم في حد ذاته، بل يولون أهمية لما يمكن أن يتسبب فيه الألم من تغيرات وكذا طريقة التعبير عنه ومختلف الظواهر التي ترافقه ليكون الإهتمام بالألم في هذه الحالة شيء ثانوي، حيث تهتم هذه النظرية بتوضيح المظاهر المرتبطة بما يمكن أن يحدثه الألم من تأثير على الإقتصاد النفسي، وإنطلاقا من هذا التناول يتضح لنا أن الألم يمتلك آثارا نفسية مميزة وذات خصوصية يحاول الفرد إما تحملها أو مقاومتها. (Pedinielli, Rouan, 1997, p.96)

في هذا السياق قام S. Freud و هو أحد رواد التوجه التحليلي بوضع نظرية خاصة به حول الألم (1895-1926) أين تناوله كخبرة جسدية نفسية، حيث يعرفه قائلا: « هو حدوث إختراق (Effraction) على مستوى الحياة النفسية نتيجة إرتفاع في التوتر » أو هو: « ظاهرة تمزق في حواجز الحماية بسبب إختراقها من طرف الفيض الكبير في الطاقة »، و مع نهاية القرن الـ 19 قام Freud بالإشارة إلى المظهر الصدمي للألم نظرا لإحداثه لفجوة في الدفاعات النفسية (مثلما هو الأمر في حالة الصدمة)، فهو بمثابة النزيف النفسي الذي يستهلك القدرات التكيفية للشخص المتألم، فالألم سواء كان

حادا أو مزمنًا سيتسبب في صعق (Sidération) و تحطيم نظام التفكير و الإتصال المعتاد لدى الشخص. (Defontaine-Catteau, 2007, p.81)

إذا بالإستناد إلى المنطلقات الأولى لنظرية التحليل النفسي (و هو الإطار النظري للبحث) في تناولها لظاهرة الألم كتجربة عنيفة تحمل في مضمونها مفهوم الخبرة الصدمية، جاءت هذه الدراسة المقدمة أمامكم التي تهدف إلى إبراز حقيقة الإرتباط ما بين المعاناة الجسدية و المعاناة النفسية كمحاولة لإستقصاء مدى تحقق هذه الأفكار في ميدان الممارسة العيادية، حيث نسلط الضوء على موضوع الألم المزمن لتنتسأل حول إمكانية إعتبره كخبرة صدمية و ذلك من خلال إختيارنا لموضوع دراستنا و الذي جاء بعنوان: الألم المزمن كمعاش صدمي لدى مرضى آلام أسفل الظهر المزمنة (مقاربة سيكودينامية) في دراسة لأربع حالات عيادية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف بمدينة ورقلة.

و لنقدم الدراسة في شكلها الكامل قسمت إلى قسمين أساسيين: القسم النظري و القسم الميداني، حيث تفتتح هذه الأقسام **بالفصل الأول** و المؤلف من مقدمة تمهد لموضوع الدراسة يليها عرض للإشكالية و الفرضيات المقترحة، لتتطرق بعدها لأهمية الدراسة و أهدافها، بالإضافة إلى تحديد التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة.

لننتقل مباشرة إلى: **القسم النظري** و يتكون من ثلاث فصول تضمنت ما يلي:

الفصل الثاني: تناولنا فيه مفهوم الصدمة النفسية من وجهة نظر تحليلية نفسية معمقة و ذلك بداية بضبط بعض المصطلحات ثم سرد نبذة تاريخية لتطور الصدمة النفسية كمصطلح و كمفهوم، يليه عرض مفصل حول أهم النماذج النظرية التحليلية التي عنيت بالدراسة النظرية للصدمة النفسية بعدها تكلمنا عن إشكالية التصنيف الأمراضي، أعقبه إدراجنا للجدول العيادي لما يعرف بتناذر الصدمة النفسية، و في الأخير قدمنا تعريفاً لأهم المصطلحات التي ترتبط بمفهوم الصدمة النفسية.

الفصل الثالث: و تطرقنا فيه إلى تعريف الألم من وجهة نظر طبية مع توضيح فيزيولوجيته العصبية بعدها ننتقل إلى تصنيفاته الشائعة و التي تختلف باختلاف الإتجاهات الطبية، مع عملنا على تناول الخطوات المتبعة في تقييم الألم، ثم التكلّم عن العلاجات المتبعة من علاجات طبية و نفسية، بعدها حاولنا تناول أحد أنواع الألم من خلال تركيزنا على مرض آلام أسفل الظهر المزمنة و ذلك بتعريفه و إظهار فيزيولوجيته الأمراضية، ثم كيفية الوصول إلى تشخيصه، مع ذكر لأهم عوامل الإختطار و الإزمان، لنهني هذا الفصل بتقديم مخطط مبسط يوضح الكفالة العلاجية لمرضى آلام أسفل الظهر المزمنة.

الفصل الرابع: و يعد هذا الفصل بمثابة نقطة الالتقاء ما بين الفصلين السابقين أين تحدثنا بشكل معمق عن النظرية التحليلية للألم من خلال تقديم عرض لأفكار أهم روادها، بعدها ركزنا على المظهر الصدمي للألم، لنختم هذا الفصل بالتطرق إلى العلاقة ما بين الألم المزمن و ظهور بعض الإضطرابات النفسية.

أما **القسم الميداني** فتضمن ثلاث فصول كانت كما يلي:

الفصل الخامس: و هو فصل خاص بالإجراءات المنهجية حيث تناولنا فيه منهج البحث، ميدانه و وصف لمجموعة البحث و أدواته، بالإضافة إلى توضيح إجراءات كل من الدراسة الإستطلاعية و الدراسة الأساسية.

الفصل السادس: و شمل عرض مفصل للحالات العيادية المدروسة، حيث قدمنا النتائج المتوصل إليها في كل من سلالم قياس الألم و إختبار تفهم الموضوع مع عرض مفصل لمجريات المقابلات العيادية مع الحالات.

الفصل السابع: و هو الفصل الأخير و خصص لمناقشة و تفسير نتائج البحث من حيث قبول فروضه أو رفضها مع تفسيرها بالإستناد إلى ما توفر من تراث سيكولوجي في الموضوع المدروس، و أنهينا البحث بخلاصة عامة

و تنتهي دراستنا هذه بخاتمة تم من خلالها تقديم بعض الإقتراحات و التوصيات.

الفصل الأول

الإطار العام للإشكالية

الإشكالية

الفرضيات

أهمية الدراسة و أهدافها

التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة

1. الإشكالية:

يعد كل من الجسم والنفس وجهان لنفس الهوية وذلك بعيدا عن الثنائية الديكارتية التي تميل إلى الفصل ما بين الجسم والنفس، وما بين المادي والروحي و وضعهما في علاقة هرمية أين يقدم أحدهما على الآخر. (Celetin-Lhopiteau, Thibault-Wanquet, 2006, p.3)

فإذا ما كنا نصبوا إلى فهم أحسن للمقصود بالعلاقة والإرتباط ما بين الجسم والنفس يتوجب علينا العمل على محاولة فهم طريقة توظيف هذه الوحدة "جسم - نفس"، وأن لا نكتفي بوصفها، ففهمنا لتوظيفها سيسمح لنا بفهم أحسن لعدد كبير من النقاط الغامضة.

ما يهمنا هنا من خلال إتباعنا لمسار عيادي ونظري في نفس الوقت هو التوصل إلى فهم كيفية تمكن هذه الوحدة الأساسية "جسم- نفس" من إكتساب خصائص وتوظيفات مميزة، وما هي النتائج التي سنخلص إليها في نهاية المطاف.

و بإستنادنا إلى نظرية التحليل النفسي التي تعد المرجعية الأساسية في بحثنا هذا، وإنتلاقا من الممارسات العيادية و الأعمال العلمية لعدد كبير من المحللين النفسيين السابقين سنحاول الوصول إلى تقديم توضيح لكيفية عمل هذه الوحدة "جسم- نفس"، وليس بالضرورة الوصول إلى حل نهائي لهذا السؤال.

وفي هذا الإطار ننطلق من رأي S. Freud الذي يؤكد على أن ولادة وتشكل الحياة النفسية يتم إنتلاقا من التجارب الجسدية المولدة للإشباع والتي يعيشها الطفل من خلال مختلف الخبرات الحسية التي يمر بها، كما تؤكد النظرية الفرويدية هنا على إستناد "النزوة الجنسية" أثناء تطورها على "نزوة حفظ الذات". (Broyer, Dument, 2002, p.7)

و"الأنا" (Le moi) كما وصفه Freud سنة 1923: « هو إسقاط (Projection) للسطح الجسدي » ويحدث هذا الإسقاط نظرا لوجود مسافة فاصلة بينهما (بين "الأنا" و "السطح الجسدي") والتي تسمح بتشكيل نظام "مضاد- الإثارة" الذي يطلق عليه Freud تسمية نظام "صاد- الإثارة" (Pare- Excitation).

و لقد كان لـ S. Freud الأسبقية على الباحث D. Anzieu وذلك عندما تكلم عن وظيفة "الجلد" (La peau) كصاد- للإثارة، حيث يكون له دور في الدفاعات النفسية الداخلية لحفظ الذات (نزوة حفظ الذات)، ففي الواقع نجد أن السطح الخارجي الحسي للجسم له القدرة على توليد إحساسات خاصة تعد كإثارات جنسية، فإذا ما كانت هذه الأخيرة غير متوقعة (منتظرة) أو غير مفهومة، أو في حالة ما لم يتم إستقبالها من طرف الجهاز النفسي ستكون بمثابة إختراق لخطر خارجي يمكن أن يتسبب في إختلال التوازن الداخلي وهو ما يكشف عن هشاشة هذا السطح، فكل ميكانيزمات الحماية ستنشط للوصول بأسرع وقت ممكن إلى حالة الإتران الحيوي "جسم – أنا" (Corps- moi)، بمعنى الوصول إلى الوحدة ما بين أجزاء "الأنا" والثبات و الإتران الداخلي.

إن "السطح" و"الجلد" بإعتبارهما كإمتداد نفسي يقومان بدور الملتقط والرابط ما بين العضوية والعالم الخارجي، فمبدأ اللذة يترك المجال أمام مبدأ الواقع. (Le Goff, 2009, p.179)

ف "الأنا الجسدي" يتطور وينمو من خلال إستدخاله للإحساسات النابعة من الجسم وبالأخص الإحساسات الآتية من "السطح"، وعلى هذا الأساس قام Anzieu بتطوير فرضية "الأنا – جلد" (Le moi-peau) سنة 1974، ف "الأنا" هو عبارة عن عقلنة (Mentalisation) لـ "الأنا الجسدي" لسطح الجسم حيث يقول: « من خلال "الأنا- جلد" نقوم بتحديد شكل معين من "الأنا" والذي ينتج عن قيام "أنا" الطفل أثناء

المراحل المبكرة للنمو بتمثيل نفسه كـ "أنا" من خلال التجارب التي يختبرها سطح الجسم «، كما يذكرنا Anzieu قائلا: «أن الجسم هو ذلك الكيان الذي تستند عليه كل الوظائف النفسية، فـ "الأنا - جلد" يستند على وظائف الجلد (الإحتواء، حاجز حماية، وسيلة تبادل) وإنطلاقاً من التفاعلات ما بين الأم وطفلها و توفيرها للرعاية التي تشعره باللذة يتكون لدينا "الأنا- جلد"». (Broyer, Dument, 2002, p.147) و "الأنا- جلد" كما وصفه Anzieu هو عبارة عن حقيقة ذات طابع هوامي تستدخل مختلف طبقات "الأنا"، كما يضيف قائلاً أنه من خلال الخبرات الجسدية، التعبيرات الحسية، وبواسطة الأحلام واللغة، وكل التمثيلات الخيالية يعمل الهوام على إنشاء رابط بين النفس والجسم، فـ "الأنا جلد" هو مصطلح يتضمن مفهوم ربط سطح الجسم وحدود "الأنا" مع الغرائز ما قبل الشعورية واللاشعورية حيث يشكل ممراً من الخارج نحو الداخل، كما يفتح الطريق لهشاشة الآليات الدفاعية ما يسمح بحدوث إنتهاك خارجي يؤدي إلى إبراز عيوب في "الأنا" كالشعور بقلق فقدان. (Le Goff, 2009, p.178)

وبهذا يصبح الجسم كمكان وسيط ما بين الداخل والخارج، ويحدث ذلك حسب سيرورة يتم من خلالها بناء للحدود، فحسب Anzieu تعود أصول هذه السيرورة إلى نشاطات التبادل والرعاية الجسدية ما بين الأم والطفل والتي تسمح له بتفريق السطح الذي يحمل وجه داخلي و وجه خارجي، بمعنى أنها تسمح له بالتمييز ما بين الخارج والداخل. (Broyer, Dument, 2002, p.147)

إذا إنطلاقاً من ما سبق قوله كيف سيكون تقييمنا للأضرار التي تصيب الجسم ؟ وما مدى إنعكاسها على الإتران النفسي للفرد ؟

إن العرض الجسدي (Symptôme) يشير إلى حدوث إختراق على مستوى "الأنا جلد"، فمفهوم المحتوى (Contenant) الذي عرفه Anzieu يضع "الأنا جلد" في واجهة مختلف المحتويات النفسية وهي محتويات يتم توضيحها من طرف الهوام، فالحركات جسم نفس ونفس جسم، والعلاقات المتبادلة ما بينهما تحركها وتقودها النزوات أي الحركات النزوية المتعلقة بالروابط المتبادلة، وهي أوسع من تلك التي حددها S. Freud وأطلق عليها مفهوم "الإسناد الجسدي" (Etayage corporel)، فإستناد "الأنا" على "الجلد" كما بينه Anzieu هو عبارة عن مقر غريزي يؤثر على مختلف وظائف الجلد، كما يقوم بدعم وتنظيم التبادلات مع "الهو" و "الأنا الأعلى" والعالم الخارجي، كما يواصل Anzieu كلامه قائلاً أن "الأنا- جلد" و "الأغلفة النفسية" (Enveloppes psychiques) تقوم بتموضع (Localisent) الإثارات النزوية حسب فضاء خيالي محدد، فإذا ما كان السطح مجهزاً بدرع متماسك لإخفاء أماكن الضعف في "الأنا" سيتمكن "الأنا- جلد" من كف أي إحساس بالإثارة الموجبة وبالتالي سيكبح مبدأ اللذة، أما إذا ما حدث العكس وقامت الأغلفة النفسية بإستقبال الإثارة كإختراق سيصبح التوازن الحيوي الداخلي مهدداً. (Le Goff, 2009, p.180)

ومن بين التجارب الجسدية المعبرة بشكل نموذجي عن القدرة الجسدية على التأثير في الحياة النفسية نتناول ظاهرة الألم كخبرة جسدية نفسية، حيث نركز على الوضعيات التي يترافق فيها الألم بعدة إضطرابات على مستوى الحياة النفسية، فالمرور من الجسد إلى النفس من شأنه أن يتسبب في تفعيل وتنشيط السيرورات النفسية ويأخذ الجهاز النفسي نحو توظيف نفسي خاص، دون أن ننسى أن الألم هو ظاهرة ذاتية بمعنى أن كل شخص يعيشها بطريقة الخاصة، وبذلك تختلف تأثيراته من شخص لآخر وهذا ما يقودنا إلى التفكير في أن كل من الإصابة الجسدية ومعاش وشدة الألم سوف تدرك من طرف

الأفراد بصفة مختلفة على إختلافهم وإختلاف تاريخهم الشخصي الجسدي النفسي وكذا الظروف التي كانت مرافقة لظهور هذا الألم.

إذا كيف يمكننا تناول ظاهرة الألم من الجانب النظري وكذا من الجانب العيادي ؟ وما هي المظاهر النفسية الناتجة عن معاشة الفرد لخبرة الألم ؟

إن محاولة مقاربة وتناول موضوع الألم ستضعنا أمام نوع من التباعد بين ما يمكن ملاحظته خلال العمل العيادي وما يمكن إكتشافه حول هذه الظاهرة من خلال قراءتنا للأدبيات والكتابات المكرسة لموضوع الألم، حيث تشير A. Gauvain-piquard قائلة أن الحوار والنقاش القائم حول موضوع الألم يختلف عن حقيقة الظاهرة في حد ذاتها، وأن هذا التفاوت دفع منذ زمن بعيد إلى حدوث نوع من الإرتباك الشيء الذي منع من إمكانية وضع مقاربة عيادية للألم، فهذا الإرتباك أدى بطريقة ما إلى نوع من التداخل والخلط في المفاهيم النفسية المرضية التي مزجت ما بين مفهوم الألم والمعاناة، إن دراسة موضوع الألم تعد أكثر تعقيدا من المصطلح في حد ذاته، وذلك نظرا لما تحمله خبرة الألم من تجارب نفسية جد متنوعة. (Broyer, Dument, 2002, p.113)

ففي طرحنا هذا حول الألم المزمن كخبرة جسدية نفسية سنركز على المنطلقات الأساسية لنظرية التحليل النفسي في معالجتها لهذه الظاهرة علما أن الألم لم يعرف كأحد المفاهيم التحليلية النفسية، حتى أنه من الممكن أن يبدو غريبا بعض الشيء عن هذا التناول النظري.

فحسب نظرية التحليل النفسي أخذت دراسة الألم منحى مختلف واتخذت مسلكا جديدا أين لم يعد ينظر إلى العرض - مهما كان - على أنه مجرد مؤشر بسيط، فكذلك هو الأمر بالنسبة للألم الذي لم يعد ينظر إليه على أنه مجرد عرض يتم تناوله بمعزل عن الجوانب الأخرى، وأنه دليل على وجود خلل أو إصابة في البنية العضوية التحتية، وإنما أصبح ينظر إليه كعنصر وجداني مشحون وغني بالتصورات يشغل مكانه في الموقعية النفسية ويلعب دور مهم له معنى، إذا القيام بالتحليل النفسي للألم (Psychanalyse de la douleur) يعني العمل على إظهار المكانة التي يشغلها الألم العضوي في الحياة اللاشعورية للشخص أكثر منه في الحياة الشعورية وكذلك التعرف على مصيره بمعنى ما يمكن أن يولده الألم في التطور النفسي للشخص. (Ferragut, 1995, p.147)

ففي سنة 1914 وفي نص له بعنوان مدخل إلى النرجسية تكلم Freud عن المعاناة النفسية كما قام بدراسة الألم مشيرا بذلك إلى ما يعرف بالإستثمار السلبي (Investissement négatif) الذي يحدث عند معاشة الجسم لحالة إنزعاج وعدم راحة، حيث يقول أن هذا الإستثمار يمكن إعتبره كشكل من أشكال النرجسية (Forme de narcissisme)، كما ذهب Freud إلى حد تعريف كل من "المرض" و"توهم المرض" (Hypocondrie) كوضعيتين لـ "الأنا"، فحسب رأيه "المرض" هو الذي يصنع "الأنا" وفي نص آخر له بعنوان "الأنا و الهو" أكد على أن الألم الجسدي يعد شرطا أساسيا يتوجب توفره لتكون واعيين بـ "الأنا"، كما قال أن المعاناة تلعب دورا هاما فهي بمثابة سيرورة نستطيع من خلالها الوصول إلى التعرف على أعضائنا وإحساساتنا، فمن خلال المعاناة الناتجة عن المرض يكون بإمكاننا فهم النموذج العام الذي يوصلنا إلى تكوين فكرة حول جسمنا، وهنا يؤكد Freud على وجود إرتباط ما بين النرجسية والمعاناة وكذلك ما بين "الأنا" و "عدم اللذة الجسدية" (Déplaisir physique) وذلك في القرن العشرين عندما بدأ فجأة في التفكير في وضع نظرية عامة للجسم الذي يعيش في معاناة حيث يؤكد على أهمية الألم في التطور الجسدي قائلا: « أن الألم هو الذي يخلق العضو كعضو ». (Mavrikakis, 2005, p.67-68)

أما L. kreisler (1991) فيقول أن الألم يعد التجربة الأولى للمعاناة وهو أحد مؤشرات غريزة حفظ الذات، كما أنه يعبر عن عرض (Symptôme) يأتي لينذر بحدوث خطر جسدي خارجي وداخلي مثلما هو الحال بالنسبة للقلق في حالة الخطر النفسي، فالألم يتدخل في بناء الشخصية، حيث يعاني الشخص في هذه الحالة (الألم) من تهديد لكليته الجسدية نظرا لجهله بما يمكن أن تحمله له هذه التجربة (تجربة الألم)، كما لا تكون لديه القدرة على الدخول نفسيا في مواجهة مع المرض إلا من خلال تجربته الحسية بمعنى ما يصله من إحساسات. (Broyer, Dument, 2002, p.120)

إذا فالألم عبارة عن عرض معقد حيث يلتقي ويتداخل كل من الجسم والنفس فالمرضى يشكو من الإصابات الجسدية التي تظهر في المستوى الأول، إلا أن الأمر لا يقتصر على ذلك فقط فهذه الإصابات عادة ما تكون مرفقة بمظاهر نفسية وحتى نفسية مرضية تكون أحيانا مصدرا للإلتباس، فعلى المستوى الطبي نجد أن الفريق المعالج أصبح في الوقت الحالي مجهزا بشكل أحسن لمعالجة الآلام الجسدية إلا أنه من الممكن أن يفاجأ بالمعاناة النفسية المصاحبة لهذه الآلام. (Faure, Hanquet, 2008, p.1)

حيث يبدو لنا أنه من الطبيعي أن إحساس الشخص بالألم سرعان ما يتم إستثماره بشكل قوي، ولا يتم هذا الإستثمار حسب إختيار نفسي (Choix psychique) وإنما يتم نظرا لعدم قدرتنا على التخفيف من أثره إلا أن هذا النوع من الزيادة في الإستثمار الذي فرضته طبيعة الآلام الحادة أو الشديدة سوف يتناقص شيء فشيء لكنه سيبقى حاضرا ومستمر خاصة إذا ما إستمر وجود السبب المحفز لحدوث الألم. (Broyer, Dument, 2002, p.156)

فالألم المزمن المستعصي (الذي لا يستجيب للعلاج) من شأنه أن يوقظ فينا قلقا بإمكانه أن يهدد وجودنا ويدخلنا في مصير مظلم، والألم المزمن على عكس الألم الحاد يستمر دون أن يخف أثره لمدة تتجاوز الـ 3 أشهر من العلاج، حيث لاحظ المختصين النفسيين من خلال عملهم وإحتكاكهم مع المرضى الذين يعانون من الألم المزمن أنهم يعايشون حالة ضيق إنفعالي وهي جزء من معاناتهم، كما من المهم أن نشير إلى أن الألم يكون مرفقا بمشاعر التهديد وتلف الكلية الجسدية وكذا تلف "الأنا"، وفي هذا الإطار ندرج رأي Cassell (1982) الذي يصف حالات الأمراض الخطيرة أو حالات الألم المزمن قائلا: «أن الشخص سيشعر بتهديد يتضمن مفهوم الدمار الوشيك ما يتسبب في حالة ضيق عنيفة» وهو ما أطلق عليه تسمية المعاناة. (Zaré-Bawani, 2006, p.iii-iv)

إذا من خلال ما سبق قوله هل نستطيع القول أن الألم كان أحد مواضيع النظرية التحليلية النفسية؟ وهل إعتبرته كمعاناة جسدية نفسية؟

في هذا السياق يذكرنا J.J. kress كيف أن Freud بقي حذرا خلال تناوله لموضوع الألم وذلك بسبب غموض هذا المفهوم، حيث إستعمل المصطلح الألماني (Schmerz) للإشارة لكل من الألم الجسدي (Douleur physique) والألم النفسي (Douleur psychique) دون تمييزهما عن بعضهما البعض وعندما تكلم عن المظهر النفسي للألم إستعمل الكلمة الألمانية المركبة (Seelenschmerz) والتي تعني الألم الروحي، وللإشارة إلى مفهوم المعاناة (Souffrance) إستعمل كلمة (Leiden)، فبالرغم من تأكيده على عدم تمييزه ما بين القلق والألم والحداد إلا أنه طور فكره بوضوح قائلا: «أن الألم هو رد فعل لفقدان الموضوع»، كما ألح على فكرة أخرى وهي أن الألم النفسي يعود إلى معاشتنا لتجربة الألم الجسدي. (Ostermant, Queneau, 2004, p.524)

وبنفس طريقة الألم الجسدي الشديد يعمل الألم النفسي على تأجيل وتعليق كل نشاطات الشخص فالتميز ما بين الألم والمعاناة لا يتعلق بالموضوع الذي لحقته الإصابة أو التلف (الجسد أو النفس) وإنما يتعلق بنوع

الهجوم المسلط على الشخص، فالألم قبل كل شيء هو إختراق، إختراق للجسم في حالة الألم الجسدي وإختراق للنفس في حالة الألم النفسي، ويتم التعبير عن حالة الإختراق الشديد والمتوضع من خلال تزايد في إستثمار المنطقة المؤلمة مما يؤدي إلى حالة "صعق نفسي". (Morasz, 2004, p.94)

وأمام إستحالة فهم هذه العلاقة ما بين الألم الجسدي والألم النفسي يقول Freud أن الألم النفسي ينتج عن زيادة في الإستثمار و غياب الإشباع مع فراغ الواقع، حيث تخلق هذه الوضعية نفس الظروف الإقتصادية التي نجدها في حالة الألم المتمركز في المنطقة الجسدية المصابة وهو ما يعرف بحالة الألم الجسدي. (Ostermant, Queneau, 2004, p.524)

فعلى المستوى النفسي يتحول الموضوع الغائب إلى نوع من الحنين (Nostalgie) فيشكل إثارة تتميز بالنمو والزيادة دون توقف مشكلتنا بذلك ما يعرف بالألم النفسي فالظروف الإقتصادية للألم النفسي تكون حينئذ معادلة للظروف المحرصة على حدوث الألم الجسدي والمرور من الألم الجسدي إلى الألم النفسي يوافق المرور من الإستثمار النرجسي إلى الإستثمار الموضوعي. (Richard, 1997, p.149-150)

وفي نص آخر بعنوان "الكبت" يقول Freud أنه في حالة الألم الجسدي يصبح جزء من النفس مصدرا للألم كالجزء الجسدي حيث يدرك على أنه مقر (شبه نزوة) (Pseudo-pulsion)، فالمكان النفسي للألم ينشط بشكل سيرورة لإثارة داخلية يستحيل إبعادها كما هو الحال مع النزوة (Pulsion)، ويضيف Freud قائلاً أنه في حالة الألم الجسدي يكون الجزء الجسدي موضع إستثمار نرجسي، بينما في حالة الألم النفسي يكون الإستثمار موضوعي. (Ostermant, Queneau, 2004, p.524)

إذا من المهم الإشارة إلى أن Freud ظل ولمدة طويلة لا يميز بشكل واضح ما بين الألم الجسدي والألم النفسي وأنه فقط مع ظهور كتابه "الكف العرض والقلق" (1926) قام بدراسة كل من القلق الحداد والألم بشكل منفصل وذلك من خلال دراسته لفقدان الموضوع. (Richard, 1997, p.149)

فبالنسبة لـ Freud لا يعد الموضوع (L'objet) هو المؤثر على نشاطات الجهاز النفسي وإنما فقدانه أو غيابه إضافة إلى القلق الدائم الذي يتسبب فيه، فهذه الظروف هي المسؤولة عن هذا التأثير ومن المهم أن نشير هنا إلى أن فقدان الموضوع لا يثير نفس الإشكالية التي يثيرها غيابه، فغياب الموضوع يمكن تعليقه وتغطيته باللجوء إلى الهلاوس بينما فقدانه يرتبط بشكل مباشر بالغياب الزائد وهو ما يعبر عنه بمفاهيم مثل الصدمة، القلق، الألم، والدفاعات الأولية. (Balestriere, 2008, p.123)

من جهة أخرى نجد أن المقترحات النظرية الجديدة التي طرحت في كتاب "الكف العرض والقلق" تقود إلى التعمق في مفهوم الألم وهو ما يمكن ملاحظته من خلال العودة إلى التعريف الجديد الذي أعطي للألم حيث عرفه Freud قائلاً: «الألم هو رد الفعل المرتبط بفقدان الموضوع». (Balestriere, 2008, p.124)

في هذا الإطار سيكون بإمكاننا فهم الأثر الصدمي الذي يحدث بمجرد الشعور بفقدان الموضوع، فهذه الخبرة هي خبرة لفقدان الموضوع وهي خبرة تسمى بالألم أو القلق، فالألم مرتبط مباشرة بفقدان الموضوع أما القلق فهو حدوث إهتزاز نفسي في مقابل الخطر الذي يسببه هذا الفقدان. (Ibid, p.125)

فبالنسبة لـ Freud الألم هو ظاهرة بسيطة وغير واضحة في نفس الوقت، ففي نصه "الكبت" (1915) يقول أن الألم ينتج عن تآكل أو تدمير العضو نتيجة مثير خارجي، هذا الأخير الذي يستدخل ويصبح بالتالي

مصدرا جديدا لإثارة ثابتة، ولزيادة في التوتر كما يقول: « وأشير إلى أن الإثارة الثابتة والزيادة في التوتر هما السببين وراء وصفنا للألم على أنه "شبه نزوة"، وهو على عكس عدم اللذة، فنظرا لتراكم التوتر النزوي سيكون تفرغه مصدرا للذة، فالألم لا يوقف الإحساس باللذة ». (Scarfone, 1996, p.3) وحسب La planche فإنه يرى أن النزوة لها سيرورة مماثلة لسيرورة الألم، فبالرغم من أنها ذات مصدر داخلي إلا أنها تعد دائما كجسم غريب، فبالنسبة لـ "الأنا" هي بمثابة الهجوم الذي يسلط عليه من الخارج أو بصيغة عكسية نقول أن النزوة بالرغم من أنها تأتي من الخارج إلا أنها تأخذ كل قوتها من الطاقة الداخلية. (Croce, 2004, p.45)

كما يقدم لنا Freud شرحا لهذه الوضعية يقول فيه: « أن عدم اللذة الخاصة بالألم الجسدي تنتج عن تعرض "صاد- الإثارة" إلى إختراق على مدى محدود (Étendu limitée) » أو « أن الألم يظهر عندما يقوم منبه ما بمهاجمة المحيط الطرفي للجسم ويتسبب في حدوث فتحة على مستوى "صاد- الإثارة" ليصبح حينئذ بمثابة مثير نزوي متواصل ذو أثر مضاد للنشاطات العضلية الفعالة المسؤولة عن الإنقاص من أثر المنبه على المنطقة المنبهة »، وهو أيضا « المرور من الألم الجسدي إلى الألم الروحي وهو ما يتوافق مع تحول الإستثمار النرجسي إلى إستثمار موضوعي ». (Kotobi, 2009, p.62)

وعندما أراد Freud أن يقدم تلخيصا لطريقة توظيف الجهاز النفسي في حالة تعرضه لخطر محتمل عمل على إختيار أمثلة: الألم الجسدي، الصدمة، والحاجة النزوية الحيوية التي لم تحقق كأمثلة يبين من خلالها هذا التوظيف.

فحسبه هذه التجارب الثلاثة لديها نفس الأثر، حيث تتسبب في فيض من الإثارة الذي يعجز الجهاز النفسي عن معالجته بطريقة ملائمة وخاصة الإثارات الضخمة التي يتسبب فيها الألم الجسدي الشديد فهي إثارة لها القدرة على إحداث إختراق محدود على مستوى نظام "صاد- الإثارة" (الذي يقع على مستوى الشعور وما قبل الشعور) وتتسلل بعد ذلك إلى الطبقات الأكثر عمقا للحياة النفسية (بمعنى تتسلل إلى اللاشعور) في شكل فيض متواصل من الإثارة الذي يتسبب في حالة "عدم لذة" شديدة يستحيل التخلص منها بمجرد القيام بعملية التفرغ (Décharge).

فالنظام اللاشعوري سيعجز عن معالجة هذه الإثارات أو التحكم فيها ولا يكون بإمكانه القيام بوظيفته للأسباب التالية:

لأن فيض الإثارة الناتج عن الألم سوف يتسبب في حدوث تداخل وإرتباك ما بين سجل الواقع الداخلي وسجل الواقع الخارجي، فعندما يكون فيض الإثارة الآتي من الخارج يتجاوز القدرات الدفاعية للنظام الشعوري وما قبل الشعوري سيتسلل إلى النظام اللاشعوري، حيث تكون النشاطات الثانوية في حالة تقاوء فلا يكون بإمكانها القيام بالمعالجة النفسية للإثارات، هذه الأخيرة (بالنظر لتمييزها بخاصية التدفق المتواصل) ستقترب من الإثارات الصادرة من الداخل ومن الإثارات الأخرى غير المرتبطة وتتجاوز معها في هذه الحالة يصبح هناك إمكانية وحيدة للمعالجة النفسية وهي المعالجة التي تؤمنها وتقدمها النشاطات الأولية (الأليات الدفاعية الأولية). (Febo, 2004, p.28)

إذا لقد رأينا إلى أي حد يمكن للألم أن يضر بالإقتصاد النفسي للفرد، فهو التمزق الذي يصيب "صاد- الإثارة" فمهما كان أصل الألم (نفسى أو جسدي) فهو في حد ذاته عبارة عن إختراق ناتج عن حدوث فقدان، هذا الأخير الذي يتطلب القيام بعمل نفسي. (Luce, 2005, p.14)

وهذا ما يدفعنا إلى طرح التساؤل التالي: ما هي العلاقة بين كل من مفهوم الألم ومفهوم الصدمة النفسية؟

إن الروابط بين هذين المفهومين قد أسالت الكثير من الحبر وكانت موضوعا للكثير من الكتابات إلا أن هذه الأخيرة كانت معظمها تقريبا محدودة في موضوع الألم الذي يظهر عقب التعرض للصدمة النفسية، وبالنظر للضرورة التي تفرضها طبيعة الممارسة العيادية والتي تشير إلى معاناة الأشخاص المرضى (المصابين بالألم)، وبالإعتماد على أعمال S. Freud وإتباع النظرية التحليلية سنركز على الوضعيات التي يتسبب فيها الألم في إختراق نفسي، حيث يمكن إعتبار الألم كتجربة عنيفة مرعبة تؤدي إلى فشل القدرات التكيفية للفرد.

وهنا يقول Freud سنة 1895: «إنه من الأكيد أن الألم يخلف وراءه آثارا (Frayage) دائمة على مستوى الحياة النفسية تكون على شكل ضربة البرق (Coup de foudre)». (Burloux, 2004, p.42)

لاحقا وبعد مرور 25 سنة من مقولته هذه وفي كتابه "ما فوق مبدأ اللذة" عاد Freud لتناول مفهوم الألم لكن دون إحداث أي تغيير عليه وذلك من خلال إدماجه داخل المفهوم الأساسي للصدمة، وقد جعل من الألم الأثر الصدمي الناتج عن تمزق الحواجز الحامية للجهاز النفسي. (Schotte, 1990, p.141)

فبالنسبة له الألم والصدمة هما مفهومان لا يمكن فصلهما عن بعضهما البعض، فالألم هو إختراق أقل إمتدادا يحدث على مستوى جهاز حماية الجسم أو النفس وله نفس طبيعة الصدمة، فهو شعور الفرد بالعجز الذي يفرض عليه نتيجة هذا الإختراق، حيث لا تكون هناك أي إمكانية لقيام الفرد بأي عمليات رمزية لهذا الألم الشديد الشيء الذي يجعله يترك آثارا صدمية والتي تكون نشطة على مستوى الحياة النفسية، وهذا الخلل الذي يصيب جهاز الحماية هو الذي سيعطي ويحدد شكل الألام التي تظهر لاحقا. (De Broca, 2005, p.24)

وهنا ندرج رأي Poul Laurent الذي يقول: «إن الألم هو نقطة إلتقاء ما بين الجسدي والنفسي من خلال إضعافه لقدرات "الأنا"»، وفي كتابه "ما فوق مبدأ اللذة" قام Freud بتعريف كل من "الألم" و "العصاب الصدمي" بربطهما مع صاد الإثارة، فالأول عبارة عن إختراق على إمتداد محدود، أما الثاني فهو عبارة عن إختراق ممتد وواسع، كما نجد نقطة أخرى مشتركة بينهما وهي عجز قدرات الحياة النفسية على الإرصان وفقدانها للقدرة على إحتواء الإثارات ومعالجتها. (Ben Soussan, Dudoit, 2008, p.40)

إذا يعرف الألم على أنه إختراق لـ "صاد - الإثارة" على إمتداد محدود، حيث يحدث تدفق شديد للإثارة التي تغزو الجهاز النفسي وتقيدته متسببنا بذلك في فقره ما يؤدي إلى تركيزه لكل قوته في مكان حدوث الإختراق بهدف محاصرة هذا الغزو. (Laufer, Douville, 2004, p.92)

وبالتالي يمكننا أن نفكر في أن الألم من شأنه أن يكون كصدمة بالنظر للإختراق الذي يتسبب فيه للحياة النفسية، كما يجب أن نأخذ بعين الإعتبار القيمة الذاتية للألم وبالتالي تقييم تأثيره ودرجة الخلل الجسدي النفسي التي يتسبب فيها، حيث يجد الفرد نفسه غارقا في جو صدمي دون أن يكون له القدرة على الربط ما بين الإنفعالات والعواطف التي تهاجمه والألم الذي يحس به. (Petiau, 2006, p.38)

من خلال هذا العرض الموجز حول المقاربة التحليلية للألم حاولنا أن نقدم توضيحا لمفهوم الألم خصوصيته الجسدية النفسية و مظهره الذي يحمل مفهوم الإختراق و العنف، إلا أننا في مقابل ذلك نلتمس

الحاجة إلى العودة للتجربة و الممارسة العيادية لإختبار هذه الأفكار النظرية و ذلك من خلال إسقاطها على أرض الواقع.

فإنطلاقاً من ممارستنا العيادية كأخصائية نفسية بمجال الصحة لاحظنا أن الألم يمثل أولى الأعراض التي تظهر في واجهة شكاوى المرضى كما تعد أكثر ما يستحوذ على إهتمامهم، و في هذا الإطار نستشهد بأعمال كل من Gatchel و Turk سنة 1996 عندما قدما إحصائية تؤكد ذلك بقولهما أن ما يقارب نسبة 80 % من زيارات المرضى لأطبائهم تعود إلى معاناتهم من الألم (Barlow, Durand, 2004, p.405)، و بالرغم من ذلك إلا أن الكثير من المختصين في مجال الصحة العمومية من أطباء و ممرضين لا يزالون يجهلون حقيقة التعامل مع هذه الآلام مما يؤدي في الكثير من الأحيان إلى سوء إستكشاف هذه الحالات المرضية و حتى علاجها فكثيراً ما يتم التغاضي عن الإنعكاسات النفسية للألم على حياة الشخص المريض لأن عدم قبول حقيقة التأثير الحتمي المتبادل ما بين الجسم و النفس يعود بالدرجة الأولى إلى عدم التفتح على فكرة الروابط القائمة ما بين الإصابة الجسدية و المعاناة النفسية، خاصة إذا ما علمنا أن الكثير من حالات الألم الحاد بإمكانها أن تتطور نحو آلام مزمنة بسبب مجموع التغيرات الجسدية (وضعية الجسم، الإختلاف في الإحساسات و الإدراكات... الخ) و النفسية (الإنطواء حول الذات، فقدان تقدير الذات... الخ) التي من شأنها أن تزيد من عمق المعاناة بشكل تدريجي، حيث تضطرب علاقة الشخص مع محيطه الخارجي و خاصة مع ذاته ما يفسح المجال أمام تفاقم و تضخم الاضطرابات الجسدية و النفسية ليأخذ الألم في النهاية شكل آلام مزمنة.

إضافة إلى مشكل آخر مطروح لدى الأشخاص المصابين بالآلام المزمنة و هو حقيقة أن أغلب الوصفات الطبية المقدمة لهذه الفئة من المرضى لا تزال إلى يومنا هذا غير قادرة على إعطاء النتائج المرجوة من طرف الطبيب المعالج و المريض على حد سواء، حيث تشير بعض الدراسات إلى أن الإضطرابات النفسية من شأنها أن تزيد من تطور الآلام لدى المريض ما يفقد العلاج الدوائي فعاليته و هو ما يظهر في شكل عدم تجاوب المرضى مع مختلف العلاجات الدوائية المخففة للألم و في هذا السياق نعود إلى دراسة قام بها Smedstad و آخرون سنة 1995 على مجموعة من المرضى المصابين بمرض الروماتيزم حيث توصل إلى وجود ارتباط مرتفع ما بين الألم و مستوى القلق و الإكتئاب لدى هذه العينة، كما لاحظ أن لهذه الإضطرابات النفسية تأثيراً كبيراً على تطور الألم لاحقاً، و في دراسة أخرى أجريت سنة 1992 من طرف Fowlie و آخرون على عينة مكونة من 75 مريض يعانون من إضطرابات وظيفية في الأمعاء أين تمت متابعتهم لمدة 5 سنوات متواصلة لتخلص في النهاية إلى أن إضطراب القلق هو عامل أساسي متسبب في ظهور تناذر القولون المستعصي لدى هذه العينة من المرضى، و أن إضطراب الإكتئاب هو الآخر بمثابة عامل سلبي يساهم في إدخال المريض في حالة حزن شديد، كما تشير دراسات أخرى إلى إرتفاع نسبة ظهور الإضطرابات النفسية لدى المرضى الذين يعانون من آلام مزمنة بالمقارنة مع الأشخاص غير المرضى، ففي دراسة قام بها Reich و آخرون على 43 مريض يعانون من آلام مزمنة مستعصية (لا تستجيب للعلاج الدوائي) تم التوصل إلى معاناتهم من مجموعة من الإضطرابات النفسية بنسب مختلفة: إضطرابات إنفعالية بنسبة 15 %، إضطرابات جسدية و جسدية مع تحويلات هستيرية بنسبة 30 %، الإدمان بنسبة 19 %، إضطرابات الشخصية بنسبة 37 %، و قد توافقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة أخرى مماثلة قام بها Fishbain و آخرون سنة 1986 على عينة مشكلة من 283 مريض متواجدين بمركز معالجة الألم بسبب معاناتهم من آلام عضلية هيكلية و آلام في أسفل الظهر أثبتت معاناة 56 % منهم من الإكتئاب ، إضافة إلى ظهور إضطرابات القلق بنسبة 62.5 %، و إضطرابات في الشخصية بنسبة 17 %، و في دراسة أخرى مقارنة أجريت سنة 1991 من طرف

Atkinson و آخرون كانت تهدف لإستكشاف مدى الإرتباط ما بين الألم و الإضطرابات النفسية من خلال عينة من مرضى آلام أسفل الظهر المزمنة مكونة من 97 رجل و عينة من 49 متطوع لا يعانون من أي مرض، تم التوصل إلى معاناتهم من إضطراب الإكتئاب بنسبة 32 %، في مقابل نسبة 23 % من إضطرابات القلق العام. (Serra, 2007, p.59-61)

كما نجد دراسات أخرى حديثة تؤكد على حقيقة المعاناة النفسية الناتجة عن معاشة الشخص للألم المزمن، حيث بينت الإرتباط الكبير ما بين الألم المزمن و ظهور بعض الإضطرابات النفسية كالقلق و الإكتئاب، ففي دراسة قامت بها المنظمة العالمية للصحة (OMS) على ما يقارب 26000 مريض راشد في منطقة آسيا، أفريقيا، أوروبا و أمريكا، توصلت إلى أن الأشخاص الذين يعانون من آلام مستمرة (لمدة لا تقل عن الـ 6 أشهر) لديهم إستعداد مضاعف بأربع مرات للإصابة بإضطراب القلق و إضطرابات الإكتئاب بالمقارنة مع الأشخاص الذين لا يشكون من آلام مستمرة، و قد توافقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة أخرى لكل من Ohayon و Schatzberg سنة 2003 و التي تمت على حوالي 20000 شخص ممثلين للمجتمع العام (تفوق أعمارهم الـ 15 سنة) لـ 5 بلدان أوروبية، حيث توصلت الدراسة إلى إنتشار ظهور إضطرابات الإكتئاب لدى المرضى الذين يعانون من آلام نتيجة مرض عضوي مزمن و ذلك بنسبة 10.2 % في مقابل ظهورها بنسبة 2.7 % لدى الأشخاص الذين لا يشكون من أي مرض مزمن مؤلم (Beuchon, 2009, p.8)، و بهذا تكون مثل هذه الدراسات و البحوث سببا يدفع بالكثير من الباحثين في مجال الألم إلى التفكير في الأثر العميق الذي يتركه الألم المزمن في اعماق الحياة النفسية و هو ما يجعلنا نفكر في أهمية توفير كفالة نفسية لهؤلاء المرضى بالموازاة مع الرعاية الطبية.

إذا إنطلاقا من ما سبق التطرق إليه نستشف ضرورة تناول ظاهرة الألم في إطارها الكلي الجسدي و النفسي، حيث يبدو لنا جليا الأثر الذي يخلفه الألم على مستوى الحياة النفسية للشخص أين يتصف معاشه النفسي لهذه الآلام بالإضطراب و التشوش، و هو ما أكدته النظرية التحليلية في تناولها المعمق لخبرة الألم و تأكيدها في النهاية على مظهره العنيف و المحطم الذي إعتبرته بمثابة صدمة يتم خلالها إختراق الدفاعات النفسية و تعليق توظيف الجهاز النفسي.

وكنموذج عن حالات الألم المزمن فكرنا في تناول آلام أسفل الظهر المزمنة أين يعد الألم أحد الأعراض الأساسية لهذا المرض، و لقد جاء إختيارنا لهذا المرض نظرا لإنتشاره بشكل واسع في السنوات الأخيرة حيث نحاول أن نلفت الإنتباه إلى أحد الأمراض التي بالرغم من عدم تصنيفها ضمن الأمراض الخطيرة المهددة لحياة الشخص إلا أنها تكون مرفقة بمعاش نفسي مؤلم بالنظر لما يترتب عنها من عاقبة و عجز، و هو ما تدل عليه الكثير من الدراسات و الإحصائيات التي تشير إلى معاناة العديد من الأشخاص خلال أحد مراحل حياتهم من مشكلة آلام الظهر، حيث تتراوح نسبة الإصابة ما بين 60 % إلى 80 % و تزيد الشكوى على وجه الخصوص من ما يعرف بآلام أسفل الظهر (Lombalgie) وهي آلام غالبا ما يصعب على الشخص التكيف معها فتؤدي به إلى التوقف عن ممارسة العمل. (Fillion, Truchon, 2000, p.1)

وتمثل آلام أسفل الظهر مرضا مزمنا كثيرا ما يؤدي إلى الحد من ممارسة النشاطات المعتادة لدى الأشخاص الذين يتجاوز سنهم 45 سنة، حيث تظهر هذه الآلام بشكل خاص لدى الفئة العمرية المحصورة ما بين 45 و 64 سنة، و تعد هذه الآلام هي أحد ثالث أسباب الإعاقة المزمنة. (Poiraudeau, Lefevre Colau, Fayad, Rannou, Revel, 2004, p.1)، كما

تصبح آلام أسفل الظهر مزمنة نتيجة تطور آلام أسفل الظهر الحادة وذلك إذا ما دامت لفترة تتجاوز الـ 03 أشهر، حيث نلاحظ أن نسبة 07 % من الأشخاص المصابين بآلام أسفل الظهر الحادة تتطور حالتهم نحو آلام أسفل الظهر المزمنة وذلك خلال فترة 06 أشهر، وبعد هذه الفترة تظهر لدى الأشخاص مشاكل أخرى مثل التوقف عن مزاولة العمل بسبب هذه الآلام، ويمثل احتمال عودتهم إلى العمل نسبة 50 % لتتعدم هذه النسبة نهائيا بعد مدة سنتين من الإصابة. (Laroche, Mick, 2008, p.8)

إذا فالآلام أسفل الظهر المزمنة لا تعتبر مجرد نتيجة مباشرة لإصابة أو تلف ما لكنها عبارة عن مرض يعود أصله إلى عدة عوامل الشيء الذي يتطلب التدخل على عدة مستويات (المستوى الجسدي الوظيفي المستوى الإجتماعي المهني، والمستوى النفسي). (Constantin, Lazorthes, 2001, p.59)

و إنطلاقا من كل ما سبق ذكره نشعر فعلا بالضرورة الملحة في التوجه الجاد نحو دراسة معمقة للمعاش النفسي للألم المزمن خاصة و أن واقع معاناة المرضى من الآلام المزمنة و ما يترتب عنها من إرتكاسات نفسية لا يزال يطرح الكثير من التساؤلات حيث كثيرا ما نلمس الحاجة إلى فهم أحسن لهذا التداخل ما بين البعد الجسدي و البعد النفسي خاصة فيما يتعلق بميدان الممارسة و نعني بذلك مختلف المصاعب التي تواجه الفريق الطبي أين يعجز عن توفير الكفالة الطبية اللازمة لمعالجة حالات الألم المزمن فالتعاضدي عن مختلف انعكاساته النفسية يدخل المريض في معاناة تأخذ شكل الحلقة المفرغة حيث يتسبب الألم في حالة إضطراب و تشوش نفسي تضخم من إحساساته المؤلمة و تزيد من حدتها ما يجعل العلاجات الدوائية عديمة الفعالية في مثل هذه الحالات، كما يجد الشخص المريض نفسه في مواجهة معاناة جديدة من شكل آخر يتعدى الإصابة الجسدية إلى ما يعرف بالإصابة النفسية لتتفاقم وضعيته الصحية فينتقل من مرحلة الإضطراب العضوي و العلاج الطبي إلى مرحلة الإضطراب النفسي و الكفالة النفسية حيث تصبح إختيارات العلاج معقدة و آمال الشفاء ضئيلة.

و ربما كان هذا أكثر ما دفعنا إلى التفكير في إجراء هذه الدراسة حيث نصبو من خلال موضوع بحثنا هذا إلى القيام بمقاربة تحليلية نفسية للألم المزمن لدى مرضى آلام أسفل الظهر المزمنة و ذلك بالتطرق لمظاهره النفسية العنيفة و التساؤل حول امكانية معاشتها بشكل صدمي حيث نطرح التساؤلات التالية:

- هل يعد الألم المزمن كمعاش صدمي لدى مرضى آلام أسفل الظهر المزمنة ؟
- هل يتضمن المعاش النفسي للألم لدى مرضى آلام أسفل الظهر المزمنة مؤشرات عيادية لحالة الصدمة النفسية ؟
- هل يندرج التنظيم النفسي لمرضى آلام أسفل الظهر المزمنة ضمن التنظيمات الهشة ؟

2. الفرضيات:

❖ الفرضية العامة:

✓ قد يعد الألم المزمن كمعاش صدمي لدى مرضى آلام أسفل الظهر المزمنة.

❖ الفرضيات العملية:

✓ قد يتضمن المعاش النفسي للألم لدى مرضى آلام أسفل الظهر المزمنة مؤشرات عيادية لحالة الصدمة نفسية (من خلال المقابلة العيادية).

✓ قد يندرج التنظيم النفسي لمرضى آلام أسفل الظهر المزمنة ضمن التنظيمات الهشة (من خلال الإنتاج الإسقاطي في إختبار TAT).

3. أهمية الدراسة و أهدافها:

❖ أهمية الدراسة:

- إن إعتبار الألم كأحد أول الأعراض العيادية التي تدفع المريض إلى طلب الإستشارة الطبية يجعلنا نتساءل و نفكر بعمق في ماهية هذه الظاهرة و مدى إرتباطها بالمصير الحيوي لحياة الشخص.
- إن المشكل المطروح لدى حالات الألم المزمن و المتمثل في عدم تجاوبهم مع العلاجات الدوائية المخففة للألم هو أهم ما يلفت إنتباهنا كممارسين في مجال الصحة، حيث نصبوا إلى الوصول لحل علاجي لحالات الآلام المزمنة و التي باتت تصنف ضمن الأمراض المستعصية التي لا تزال سيرورتها مبهمة و تطرح الكثير من الأسئلة حول المصير الصحي للمرضى.
- نعتبر أن الكشف عن كيفية معايشة المرضى للألم المزمن من شأنه أن يوجه إنتباه أعضاء الفريق الطبي نحو أهمية و ضرورة طلب تدخل الأخصائي النفسي العيادي منذ البداية.
- إن الفهم المعمق للمعاش النفسي لمرضى الألم المزمن بإمكانه أن يساعد الأخصائي النفسي على وضع خطة مناسبة للكفالة النفسية بهؤلاء المرضى.

❖ أهداف الدراسة:

● الأهداف العلمية:

- فهم دينامية عمل و توظيف الحياة النفسية في حالة المعاناة الجسدية من خلال التحليل النظري لخبرة الألم المزمن و ذلك بالإستناد إلى المقاربة التحليلية النفسية.
- تناول مفهوم الصدمة النفسية من زاوية مختلفة أين تأخذ الإصابات الجسدية (الألم، المرض، الإعاقة... الخ) بعدا صدميا على مستوى الحياة النفسية.

● الأهداف العملية:

- الكشف العيادي عن طبيعة المعاش النفسي لدى مرضى الألم المزمن و الذي من شأنه أن يوضح لنا السيرورة النفسية لهذه الشريحة من المرضى و مدى إقتربها من ما يعرف بالمعاش الصدمي.

4. التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة:

❖ آلام أسفل الظهر المزمنة:

هو الألم الذي يستمر لمدة تتجاوز الـ 6 أشهر على الأقل من العلاج، و هي آلام يعود أصلها إلى وجود إصابة أو تشوه على مستوى منطقة أسفل الظهر، و قد تم الإستدلال عليه بالإستناد على التشخيص الطبي و ذلك بالإطلاع على الملفات الطبية للمرضى، بالإضافة الى إستعمال كل من سلم EVA و QDSA لقياس شدة الألم.

❖ المعاش الصدمي:

هو مختلف خبرات الشخص المريض المرتبطة بالألام المزمنة و طريقة معاشته لها، و تم تحديده بالإستناد على المعطيات التالية:

- مجموع المؤشرات العيادية التي تنتمي لجدول الصدمة النفسية، و يتم إستخلاصها إنطلاقاً من نتائج المقابلة العيادية.
- تميز التنظيم النفسي للمفحوص بالهشاشة، و نستدل على ذلك من النتائج المتحصل عليها عند تطبيقنا لإختبار تفهم الموضوع (إختبار إسقاطي).

القسم النظري

الفصل الثاني الصدمة النفسية

مدخل

ضبط المصطلحات

نبذة تاريخية

النماذج النظرية المفسرة لحدوث

الصدمة النفسية

المظهر العيادي للصدمة النفسية

مفاهيم لها علاقة بالصدمة النفسية

ملخص الفصل

مدخل:

إن حياة الإنسان معرضة لتهديدات المحيط الذي يتواجد فيه باستمرار ومع الوقت يدرك موضوعية هذه التهديدات وحقيقتها، ويكتشف أن آمال نجاته أكبر كثيرا من احتمالات موته، حيث تترسخ لديه فكرة الموت المؤجل إلى أجل غير مسمى.

إن أكبر صدمة يمكن أن يتلقاها الإنسان هي تلك المواجهة المفاجئة مع الموت والتي تدفعه للتفكير في احتمالات وفاته في أي لحظة من لحظات حياته. (النايلسي، 1991، ص 15)

والصدمة النفسية هي ظاهرة تحدث على مستوى الحياة النفسية للفرد وذلك بفعل حدث ذو طابع صدمي يعيشه الفرد في شكل حالة من الرعب والهلع، إضافة إلى مشاعر العجز التي تترافق مع غياب المساعدة والإسعاف، حيث يعمل الحدث الصدمي على تحطيم الدفاعات النفسية مع معايشة الفرد لمفهوم حقيقة الموت. (De Clercq, Lebigo, 2001, p.4)

يحتل مفهوم الصدمة مكانة جوهرية في نظرية التحليل النفسي، كما لم يقتصر تناول التحليلي للصدمة النفسية على أعمال Freud وإنما هناك العديد من الباحثين الذين كانت لهم مساهمات معتبرة في هذا المجال، إلا أن هذا لم يمنع من ظهور توجه جديد هو التوجه الأنجلو- سكسوني الذي قدم هوية جديدة سنة 1995 هي "حالة ضغط ما بعد الصدمة". (سي موسي، زقار، 2002، ص 76)

إلا أن هذا الفصل سيخصص لعرض وجهة النظر السيكودينامية لمفهوم الصدمة النفسية، على اعتبار أن موضوع بحثنا الحالي ينطلق من مرجعية تحليلية نفسية.

I. ضبط المصطلحات:**1.1. تعريف الصدمة النفسية:**

تعود الأصول الإشتقاقية لكلمة (Traumatisme) إلى الكلمات الإغريقية (Traumatismos) وتعني القيام بفعل إصابة الشيء (الفعل الذي يحدث الإصابة)، أما كلمة (Trauma) فتعني الإصابة في حد ذاتها، وتستخدم هذه الكلمات في الميدان الطبي الجراحي، وتدل على إنتقال الصدمة الميكانيكية نتيجة عامل فيزيائي خارجي إلى أحد أجزاء الجسم مؤدية بذلك إلى حدوث إصابة أو رضة (كدمة).

فيما بعد تم نقل هذا المصطلح إلى مجال علم النفس المرضي ويعبر عنه بمصطلح (Traumatisme psychologique) أو (Trauma)، ويعرف على أنه: « إنتقال للصدمة النفسية الناتجة عن عامل نفسي خارجي وتأثيرها على نفسية الفرد بإحداثها لإضطرابات نفسية مرضية عابرة أو نهائية»، كما أن العيادة الجراحية تميز ما بين "الصددمات المفتوحة" وهي التي يحدث فيها إختراق لطبقة الجلد، وبين "الصددمات المغلقة" التي تتميز بغياب أي إختراق، أما في علم النفس المرضي فسوف نعتبر أن الإثارات الآتية من الحدث الصدمي تتسبب في إختراق الدفاعات النفسية وبذلك نستطيع تعريف "الصدمة النفسية" أو "الصدمة" على أنها ظاهرة إختراق الجهاز النفسي وفقدان الدفاعات النفسية لوظيفتها نتيجة الإثارة العنيفة بسبب الوقوع المفاجئ لحدث معتدي أو مهدد لحياة الفرد أو لكتيته (النفسية والجسمية)، حيث يكون الفرد إما ضحية، شاهد على الحدث، أو عنصر فاعل. (Crocq, 2007, pp.6-7)

كما يعرفها معجم مصطلحات التحليل النفسي كما يلي: « هي تعرض الشخص لحدث شديد القوة، حيث يجد نفسه عاجزا عن إبداء الإستجابة الملائمة إتجاهه، الشيء الذي يؤدي إلى حدوث آثار مرضية دائمة على مستوى الجهاز النفسي، أما من وجهة نظر إقتصادية فنقول أن الصدمة النفسية هي فيض وكثافة في الإثارات التي تفوق قدرة الشخص على تحملها والتحكم فيها فيعجز عن القيام بالإرصان النفسي لها». (Laplanche, Pontalis, 2007, p.499)

حيث ركز التحليل النفسي عند إعتاده لهذه المصطلحات [إستعمل Freud مصطلح (Trauma) فقط] على ثلاث مظاهر أساسية لمصطلح "الصدمة" أو "الصدمة النفسية" وهي: عنف الصدمة (Choc violent)، فعل الإختراق (L'effraction)، آثارها على المنظومة النفسية (النفس و الجسد). (Ibid, p.500)

2.1. تعريف "العصاب الصدمي" (Névrose Traumatique):

ظهر مصطلح "العصاب الصدمي" في نهاية القرن 19 على يد الألماني Herman Oppenheim حيث إستعمله لوصف الإستجابات الإنفعالية الناتجة عن حوادث السكة الحديدية، كما نشير إلى أنه بالرغم من عدم وجود علاقة مباشرة ما بين هذه الحوادث وحوادث الحرب، هذه الأخيرة التي دفعت بـ Janet ثم Freud لوضع نظريتهما حول إمراضية الصدمة، فإن مفهوم "عصاب الحرب" (Névrose de guerre) (والذي ظهر بعد مصطلح "العصاب الصدمي" بسنوات) ما هو في النهاية إلا هوية عيادية وشكل جديد لـ "العصاب الصدمي". (Crocq, 1999, p.216)

أما مصطلح "عصاب الحرب" فقد تم إقتراحه من طرف الألماني Honigman وكان ذلك في سنة 1904 مع بداية الحرب الروسية - اليابانية، وهو عبارة عن مفهوم كثير التشابه مع مفهوم "العصاب الصدمي" لحوادث السكة الحديدية (De Clercq, Lebigot, 2001, p.33)

II. نبذة تاريخية:

1.II. من العصور القديمة إلى حروب منتصف القرن 19:

إن تناول تاريخ الصدمة النفسية على مر العصور يأتي بهدف الإشارة إلى أن لها جذور عميقة تعود إلى فترات أولى من تاريخ الإنسان مثل ما هو الحال مع حالات القلق، الجنون، والعنف الإنساني. بداية من الروايات التي تناولت المعارك التي خاضها "السومريون" والتي كانت سببا في معاناة هذه الشعوب من حالات القلق الدائم نتيجة لظروف الحرب والموت الذي كان يترصدهم في كل لحظة.

كما هناك روايات أخرى جاءت في شكل روايات تاريخية علمية ميزت هذه الفترة وهي بمثابة ملاحظات جديّة حول الصدمة النفسية، ومن أهم الحالات التي تمت الإشارة إليها نجد حالة Epizelos التي تحدث عنها Hérodote، حيث يروي قصة جندي خلال المعركة الفارسية الكبرى أصيب بالعمى في خضم المعركة وذلك عند رؤيته لظل أحد الأعداء المسلحين وهو يمر بالقرب منه متجها نحو جندي زميله ويذبحه، وكإستجابة لهذا المشهد الصدمي أصبح الجندي Epizelos فاقدا للبصر، حيث تقول الرواية أنه بقي فاقدا للبصر إلى غاية أيامه الأخيرة، فهذا المشهد الصدمي يدفعنا إلى التفكير في أن العمى هنا هو عبارة عن شكل لإستجابة عصابية حدثت حسب سيرورة التحول الهستيرى بعد التعرض لصدمة إنفعالية شديدة. (Chorfi, Mezhoud, 2005, pp.15-16)

وبداية من القرن 14 أصبح مصطلح "الصدمة النفسية" دائم الحضور في كلام الأشخاص والشعوب ويظهر ذلك في كتابات الأدباء والمفكرين، خاصة إذا علمنا أن هذا القرن قد تميز بالحروب الدينية الشيء الذي أدى إلى ظهور العديد من حالات الصدمة، كحالة الملك الشاب (9) Charles التاسع سنة 1572 هذا الأخير الذي أصبح يشكو من معاناة نفسية شديدة تميزت بظهور العديد من الأعراض مثل: الهلوس الكوابيس، إعادة معايشة الحدث الصدمي إضافة إلى تكرار رؤيته للمشاهد العنيفة وذلك بعد مشاركته في أحد المجازر، حيث تعكس هذه الأعراض "البعد والتعبير الجسدي لحالة الصدمة النفسية". (Chorfi, Mezhoud, 2005, p.18)

بعد مرور قرنين، وبالضبط في القرن 18 كان مفهوم الصدمة النفسية قد حظي بإهتمام علمي كبير حيث قام Philippe Pinel في كتابه الشهير "Traité médico-psychologique" (1798-1808) بتقديم وصف عيادي لعدة حالات كانت تشكو من معاناة نفسية بعد التعرض لصدمة إنفعالية إرتبطت بظروف الحرب، حيث قدم Pinel تصنيفا لهذه الحالات حسب الأعراض الإكلينيكية. (Ibid, p.20)

2.II. أعمال الطب العقلي في القرن 19:

عرف منتصف القرن 19 حروب عنيفة كانت سببا في خسائر فادحة الشيء الذي أحدث تحول في مفهوم "الصدمة النفسية"، وكان ذلك سنة 1888 حيث ظهر مصطلح "العصاب الصدمي" على يد الطبيب العقلي الألماني Herman Oppenheim و أدخله إلى مجال علم النفس المرضي، كما أنه وضع مصطلح آخر جديد هو (Sidérodromphobie) ويعد بمثابة نموذج عيادي جديد سمح للمختصين العياديين بتقديم تفسيراً للإضطرابات المرتبطة بحوادث السكة الحديدية، وظهرت أعمال هؤلاء العياديين لتشمل كل أوروبا وأمريكا، ففي فرنسا نجد Duchesne و في بريطانيا الكبرى نجد Erickson، و في أمريكا نجد كل من Putnam و Walton هذا الأخير الذي كانت له العديد من الأعمال حول حوادث السكة الحديدية إضافة إلى علماء آخرين.

ونجد في هذه الفترة أن مفهوم "الصدمة النفسية" قد بدأ في أخذ مكانة ضمن المفاهيم العلمية.

3.II. أعمال الطب العقلي في القرن 20:

مع نهاية القرن 19 وبداية القرن 20 الذي تميز ببداية الحرب العالمية الأولى التي تسببت في موت العديد من الأشخاص، إضافة إلى آلاف الناجين أو الأشخاص الذين يعانون من إصابات نفسية بسبب عنف المعارك، هذه الإصابات التي ظهرت في أشكال متعددة مثل: الهلوس، الكوابيس، الإضطرابات السيكوسوماتية، وفي حين كان العياديين لتلك الفترة منشغلين بتفسير هذه المؤشرات العيادية كان النموذج التحليلي يحاول دراسة أصول هذه الظواهر النفسية، ومن أولى التناولات التحليلية النفسية لهذا التناذر هو تناول Freud لمفهوم "عصاب الحرب"، كما عقبه آخرين في ذلك من مثل K. Abraham و S. Ferenczi ... إلخ، حيث قام هؤلاء بتطوير نظرية التحليل النفسي لعصابات الحرب، ما أدى إلى تأسيس مركز للتحليل النفسي لعلاج هذه العصابات.

سنوات بعد ذلك سيعرف العالم حرب عالمية أخرى كانت هي الأخرى سببا في موت الآلاف من الرجال والنساء و الأطفال إضافة إلى مئات الآلاف من المدنيين و المحاربين القدامى الذين أصبحوا يعانون من نفس الأعراض التي سبق وصفها.

إلا أن حالات العنف لم تتوقف على عنف الحروب، فبعد نهاية الحرب العالمية الثانية ظهرت صراعات جديدة أخرى عبر كل أنحاء العالم. (Chorfi, Mezhoud, 2005, p.22)

III. النماذج النظرية المفسرة لحدوث الصدمة النفسية:

1.III. وجهة نظر Pierre Janet سنة 1889:

يعد Pierre Janet أول من تحدث عن ماهية الصدمة النفسية وكان ذلك سنة 1889 في رسالة دكتوراه بعنوان "الألية النفسية" (L'automatisme psychologique) حيث يقول: « الصدمة النفسية هي مجموع الآثار الناتجة عن حدث عنيف يهاجم الحياة النفسية ويخترقها بعنف شديد، ويستقر (الحدث) داخلها كـ "جسم غريب"، حيث يتسبب هذا الأخير في تحلل وتفكك النظام الشعوري وإستذكار هذا الحدث [الشعور بإحساسات خالصة، صور وتجارب خالصة سماها Janet بإسم "الفكرة الثابتة" (Idée Fixe)] الذي يتخذ مكانا له في زاوية من النظام ما قبل الشعوري ويكون مجهول من طرف النظام الشعوري، حيث يتسبب في تظاهرات نفسية، أو نفسية حركية "ألية" غير متكيفة (غير متوافقة مع الواقع)، مثل: الهلوس الكوابيس، الإرتعاش و الأفعال الألية، بينما يعمل الجزء المتبقي من الشعور (الجزء الذي لم يتحلل) على المواصلة في إرصان الأفكار و الأفعال الظرفية والمتكيفة. (Crocq, 2007, p.7)

كما عمل Janet على تحديد أعراض الصدمة النفسية بوضوح من خلال جمعها ضمن فئتين أساسيتين: فئة التكرار وفئة نكوص الشخصية، كما أنه تكلم عن مفهوم آخر وهو ما يعرف بزمن "التأني" (Médiation)، أو زمن "الإحتضان" (Incubation) الذي يرتبط بالإفعال المؤجل، حيث يحتاج بعض الأشخاص المفحوصين إلى فترة كمون لكي يصلوا إلى التعبير عن إنفعالهم، كما يقول Janet أن إستحالة الإبتعاد عن الذكرى الصدمية هو من أهم الخصائص التي تميز الحالة النفسية لهؤلاء المفحوصين.

إضافة إلى تناوله لجانب آخر من جوانب الصدمة النفسية وهو طبيعة "الذكرى الصدمية" قائلا: « هي عبارة عن ذكرى تتواجد في باطن الشعور ذات خصوصية فلا هي "منسية فعلا" ولا هي "مختفية بشكل نهائي" إلا أنها تتسبب في عجز الشخص (المفحوص) عن تذكر ما حدث له والتعبير عنه

بنفسه»، وقد إستعمل Janet كلمة "ذكرى" (Souvenir) لتوضيح المعنى الذي يقصده، إلا أنه يقول أن الكلمة الصحيحة هي "الفكرة الثابتة" (Idée fixe)، حيث أن الذكرى الإنفعالية تختفي من المستوى الشعوري وتترك مكانها لظهور "الفكرة الثابتة" التي تكون منفصلة عن المستوى الشعوري حيث تتطور وتستقر في شكل "جسم طفيلي" لا يمكن للفرد أن يوقف أثرها لأنها تكون مجهولة بالنسبة له، ولأنها تتواجد في مستوى ثاني من التفكير يكون منفصل عن المستوى الأول، فمفهوم "الفكرة الثابتة" يرتبط بما يعرف بـ "تحلل الشعور" (Dissociation de la conscience) وهو مفهوم إعتمه Janet كتفسير عند وضعه لفرضيته الأمراضية لحالات الهستيريا، ونظرا لأن المستوى الشعوري للشخص المصدوم يكون في حالة تحلل فإن "الفكرة الثابتة" تكون معزولة وذاتية تتسبب في ظهور مجموعة من التصورات والنشاطات الآلية بينما يقوم الجزء المتبقي من الشعور بتسيير الأفكار، المشاعر، النشاطات التابعة له، بشكل متماسك ومتكيف مع العالم الخارجي. (Crocq, 1999, pp.239-240)

وفي هذا الإطار يعد Janet أول من أكد على إمكانية الوصول إلى الآثار الذاكراتية من خلال العلاج النفسي التحليلي، حيث أن إمامه بالعلاج وعلم النفس العصبي ساعده على إكتشاف إمكانية التأثير على إقتصاد الذكريات و الآثار الذكورية بالإعتماد على تقنية التنويم المغناطيسي. (Darves-Bornoz, 1996, p.19)

حيث أوصى فيما يخص التدخل العلاجي بما يلي:

* محاولة إعادة إظهار الحدث الصدمي المنسي ونقله إلى مستوى الشعور، ويكون ذلك بفعل التنويم المغناطيسي، كما يشير إلى أهمية إطلاع المريض عند إستفاقة على ما تم التوصل إليه.

* تحت تأثير التنويم المغناطيسي نحاول إحداث منفذ مريح ومفرح لإخراج الحدث الصدمي و محو الآثار السيئة المرتبطة بالمنفذ الحقيقي الذي تم من خلاله فعل الإختراق.

* أن نحث الشخص على تحويل إستذكار الحدث الخام إلى ذكرى مبنية وذلك عن طريق إستخدام اللغة (التعبير اللغوي). (Crocq, 1997, p.7)

وفي سنة 1919 في كتابه "Les Médication psychologique" عرف Janet الصدمة على أنها: « عبارة عن حالة الهلع التي يعيشها الشخص نتيجة حادث أو عنف ممكن أن يكون مترافق بإصابات جسدية أو التعرض للإغتصاب، كما يقول أنها حالة من الرعب نتيجة مشاهدة الشخص لأحداث الموت والعنف، وهي كذلك حالة الإنفعال الناتجة عن الموت المفاجئ لشخص عزيز». (Jolly, 2002, p.95)

خلافاً لـ Freud لم يعطي Janet أهمية كبرى للجنس في تفسيره لسببية العصابات، حيث يرى أن أصل الصدمة النفسية يعود إلى ما سماه "بالفكرة الثابتة" الموجودة في باطن الشعور والمتسببة في "الحوادث النفسية" دون ربطها (الصدمة) بالصدمة الجنسية سواء كانت حقيقية أو هوائية. (Daves-Bornoz, 1996, p.20)

III.2. الروية التحليلية للصدمة:

III.2.1. وجهة نظر Sigmund Freud سنة 1892:

إحتل مفهوم الصدمة النفسية مكانة مركزية خلال كل أعمال Freud، فقراءتنا لكتاباته بحثاً عن مفهوم الصدمة النفسية تسمح لنا بالوصول إلى العديد من المحاور والآراء حول هذا المفهوم، والتي سنحاول تناولها من خلال الطرح التالي:

III.1.1.2. نظرية الهجمة الهستيرية (Pan-Traumatique):

في مقال له نشر سنة 1892 قام Freud بتقديم ملخص لأولى نظرياته: نظرية الهجمة الهستيرية، حيث رأى أن تظاهرات الإضطراب الهستيرية هي عبارة عن إعادة إنتاج مصور أو محرك لذكريات لا شعورية لحدث مرتبط بخطر الموت وبأفكار ومشاعر ناتجة عن التجربة الصدمية، ومهما تكن طريقة التعبير عن الحدث الصدمي: جزئي أو في شكل إزاحة، فذكرى هذا الحدث ستكون بمثابة "جسم غريب" داخل الحياة النفسية يتسبب في معاناة نفسية متأخرة ومؤجلة، أو أعراض جسمية نتيجة التحول الهستيرية. (Jolly, 2002, pp.97-98).

وفي سنة 1893 في محاضراته الأولى أخذ Freud فرضيات Janet بعين الاعتبار فيما يتعلق بالصدمة العاطفية، إختراق الجهاز النفسي، الجسم الغريب، وظاهرة تحلل الشعور، كما أشار إلى مفهوم "التذكر الخالص" للحدث الصدمي بالمصطلح الأفلاطوني "التذكر المفاجئ" (Rémiscence) وهو مصطلح مماثل لما تحدث عنه Janet إلا أن هذا الأخير لم يتوصل إلى المصطلح المناسب لمصطلح "الفكرة الثابتة" يتضمن في مفهومه وجود بناء معرفي في هذه الفكرة إلا أن الأمر يختلف في حالة مفهوم "التذكر المفاجئ". (Crocq, 2007, pp.7-9).

III.2.1.2. نظرية الإغواء (Théorie de la Séduction):

قام Freud في سنوات (1895-1897) بوضع نظرية الإغواء، والتي جاءت لتحليل آلية تشكل العصاب حيث بدأ Freud في الإبتعاد عن زملائه كل من Charcot و Janet وذلك بوضع فرض مبدئي مفاده أن الصدمة النفسية التي تكون الأصل في ظهور العصابات هي في الأساس ذات أصل جنسي، وأن الصدمة الأولية هي أصل المكبوتات الجنسية، إلا أنه من غير الضروري أن تؤثر على الشخص في هذه الفترة (فترة حدوثها). (Daves-Bornoz, 1996, p.21).

ويجزئ Freud عمل الصدمة إلى عناصر عدة ويفترض دوماً وجود حدثين على الأقل، حيث يتعرض الطفل في المشهد الأول الذي يسمى مشهد الغواية إلى إغراء جنسي من قبل الراشد بدون أن يولد هذا الإغراء عنده إثارة جنسية، وبعد البلوغ يأتي مشهد ثاني غالباً ما يكون عديم الأهمية ظاهرياً يوقظ المشهد الأول من خلال إحدى السمات المترابطة بينهما، فالراشد العصابي خاصة الهستيرية تلقى بشكل سلبي وليس بشكل صدمي صدمة جنسية في طفولته وفي البلوغ بفعل حدث له علاقة تركيبية بالحدث السابق تنشيط الصدمة الذكرى المكبوتة سابقاً وتحدث على إثرها زعزعة في المعالم الموضوعية لحد الآن، يوجد شرطان لظهور الصدمة، الأول أن يعيش الفرد في حالة من السلبية وعدم النضج الجنسي ولا تظهر الصدمة إلا فيما بعد الحادث الثاني، وبذلك يطلق فيض من الإثارة التي تبعث الخلل في آليات دفاع "الأنا". (سي موسي، زقار، 2002، ص ص 63-64)

كما أوصى Freud بما يعرف بـ "المنهج المفرج" (وكلمة المفرج مأخوذة من عند أرسطو)، هذا المنهج الذي يقوم على إعادة إحياء الحدث الصدمي عند الفرد (تحت تأثير التنويم المغناطيسي) وإخراج الشحنة

الوجدانية (لتخليص الجهاز النفسي من الوجدانات الصادمة والتي بقيت محصورة في الداخل) كما نطلب من الفرد أن يقوم بتداعيات للأفكار المرتبطة بالحدث الصدمي لإعطائه معنى وإعادة إدراجه ضمن تسلسل أحداث الحياة بين ما سبق من أحداث وما هو آت. (Crocq, 2007, p.8)

وبعد الملاحظة العيادية لحالات الهستيريا، أعلن Freud عن المفهوم الجنسي للصدمة النفسية وقبل بفكرة الهوامات، حيث يؤكد على ذلك بنفسه في مراسلته Fliess بتاريخ 1897/09/21 قائلا: « يجب أن أطلعك فوراً على سر مهم وهو أمر شغلني كثيراً في الأشهر الأخيرة، وهو أنني لم أعد أؤمن بالنوروتيكيا ». (Boussafsaf, 2008, p.61)

III.1.2.3. النموذج الإقتصادي لـ S. Freud:

إن أحداث الحرب العالمية الأولى دفعت Freud إلى إعادة النظر من جديد في مفهوم الصدمة النفسية ففي سنة 1918 في الملتقى الدولي بـ "بودابست" قدم Freud عملاً بعنوان "مدخل إلى التحليل النفسي لعصابات الحرب" الذي أعلن من خلاله عن نظريته الجديدة "نظرية الليبدو للعصابات" بدل الأصل الجنسي للعصابات، معتبراً أن عصاب الحرب يأتي كنتيجة لصراع ما بين أنظمة الجهاز النفسي، بين "الأنا" المسالم و "الأنا" المحارب حيث يهدد هذا الأخير حياة الأول بالخطر، كما لاحظ Freud خلال هذه الفترة لدى الأشخاص العصبيين تنوع في التثبيتات في أجزاء صدمية في تاريخ حياة الشخص الشيء الذي يجعله يشعر بالغرابة إتجاه حاضره ومستقبله. (Benaissa, 2008, p.138)

أما فيما يخص الأعراض فقد إهتم Freud بالأحلام التي يعتبرها بمثابة اللغز، حيث يقول أن الحلم الصدمي لا يحمل في مضمونه مفهوم تحقيق الرغبات المكبوتة وهي الوظيفة التي عرف بها الحلم وهي تحقيق الرغبات والإستجابة لمبدأ اللذة، حيث توصل من خلال دراسته للصدمة إلى أن وظيفة الحلم تغيرت وتحولت عن هدفه الأول، لأنه أصبح يهدف إلى تلبية الميولات المازوشية لـ "الأنا". (Jolly, 2002, pp.100-101)

وفي سنة 1921 قام Freud في كتابه "ما فوق مبدأ اللذة" بتوضيح وشرح المظهر الدينامي لنظرية الصدمة، حيث أجرى مقارنة إستعارية فشبه الجهاز النفسي بما يعرف بـ "الحويصلة الحية" (Vésicule vivante)، وهي عبارة عن كرة مكونة من مادة ذات طبيعة حية هذه المادة ثابتة ومتجددة ومحمية بطبقة سطحية سماها بالحاجز "الصاد- للإثارة" (Par- excitation) الذي يعمل في نفس الوقت على إحتواء وحماية الجهاز النفسي، كما له دور آخر وهو إرجاع و إبعاد الإثارات المؤذية أو تصفيتها وتخفيفها لتصبح مقبولة وسهلة الإستيعاب والفهم (سهلة الربط). (Crocq, 2007, p.8)

فالوضعية الصدمية تفاجئ كل من الدفاعات النفسية والجهاز النفسي لأنها تتميز بشحنة قوية كما أنها تخترق الحياة النفسية وتبقى لتستقر داخلها، حيث يحاول الجهاز النفسي أن يبذل كل جهوده لمواجهة الإثارات الناتجة عن الصدمة النفسية بهدف التكيف معها أو إبعادها، إلا أن الصدمة تعمل على الإختراق الواسع لـ "صاد - الإثارة"، بمعنى إختراق الغشاء الذي يحمي الجهاز النفسي ويهدف إلى تصفية وتخفيف الإثارات الآتية من الخارج. (Benaissa, 2008, p.139)

أما الموقعية الثانية فقد سمحت بتقديم توضيح للأسئلة التي بقيت معلقة فيما يخص "الموضوع" (l'objet)، "الواقع الخارجي"، و"الصدمة النفسية"، فالنظرة الجديدة للجهاز النفسي، والذي قسم إلى ثلاث أجزاء تقوم على أن "الأنا" (le moi) يكون مهدد من طرف "الهو"، "الأنا الأعلى" و "الواقع الخارجي". (Gannagé, 1999, p.37)

وكنتيجة لذلك يكون بناء النشاط النفسي - حسب Freud - قائما على علاقات بين أجزاء الجهاز النفسي فإما أن تكون علاقة تفاوض أو موازنة... إلخ، ومن هنا توصل Freud إلى مفهوم جديد للعالم الداخلي الذي يبنى على علاقات دينامية بين المواضيع المستدخلة. (Garland, 2001, p.26)

في سنة 1926 وتحت إطار نظريته الجديدة للقلق، أصبح Freud يلح بشكل كبير على الطرف الأساسي المحدد للصدمة النفسية والمتمثل في "فقدان الموضوع" (La perte d'objet) أكثر من تركيزه على الآثار الاقتصادية للصدمة، حيث إقترح التمييز بين ما يعرف بالقلق الآلي والقلق كإنذار بالخطر، فوجود الشخص في حالة الصدمة وبهدف تجنب الدخول في حالة خلل وإضطراب الناتجة عن ظهور وإنبثاق القلق الآلي الذي يدخل الشخص في حالة حزن وتوتر شديدين فلا يجد "الأنا" مخرجا من هذه الوضعية سوى إطلاق الإنذار بالخطر.

ففي كلتا الحالتين يظهر القلق للتعبير عن التوتر النفسي الذي يعيشه الرضيع بشكل إرتباطي مع حالة التوتر البيولوجي، حيث يربط Freud حالة التوتر لدى المولود بعدم نضجه وبتبعيته الكلية للموضوع فإذا ما شعر الطفل بغياب الموضوع سيدخل في حالة توتر، ويعتبر هذا الغياب كغياب حقيقي، وعند الشعور بحاجة ما (في حال غياب الأم) عدم تحققها سيشره بأنه في وضعية خطيرة ما يجعله يطلق القلق كاستجابة أصلية بشكل إنذار بالخطر خاصة عندما يكون الرضيع قد خبر أن حضور الموضوع يمكن أن يضع نهاية لهذه الحالة الصدمية. (Gannagé, 1999, p.38)

وفي سنة 1939 في كتابه (Moïse et le monothéisme) مع نهاية حياته، حدد Freud المعنى الأساسي الإقتصادي لمفهوم "الصدمة" وقال أن له علاقة بالرجسية وبالزمن قائلا: « نطلق تسمية صدمة نفسية على المشاعر التي نعيشها في فترة الطفولة ثم ننسأها، حيث تعد هذه المشاعر ذات أهمية كبيرة في أصل منشأ العصابات » كما يقول: « أن التجارب الصدمية تقع في فترة النسيان الطفولي وترتبط بمشاعر ذات طبيعة جنسية عدوانية تؤدي إلى إصابات مبكرة في "الأنا" (إصابة رجسية) »، كما تحدث Freud عن مصيرين مختلفين للصدمة: وهو ما يعرف بالآثار الإيجابية والسلبية: « الأولى بمثابة محاولات لإعطاء الصدمة قيمتها، بمعنى إعادة تنشيط الذكرى المتعلقة بالحدث المنسي أو بتعبير أدق لجعله واقعي وإعادة إحيائه، فإذا ما تعلق الأمر برابط وجداني مبكر فهذا الشعور سيعاد إحيائه بطريقة مماثلة لكنها ترسل في هذه المرة لشخص آخر »، و « أما عن ردود الفعل السلبية فتكون معاكسة لما سبق ذكره تماما، فالصدمة النفسية المنسية لا يمكن تذكرها ولا تتضمن أي نوع من أنواع التكرار وتم تسميتها بردود الفعل الدفاعية »، فالتجربة الصدمية يعاد إستحضارها بشكل مزدوج: من خلال العلاقة بالآخر، ومن خلال التحويل، وبالتالي يمكن أن تسجل في تاريخ الفرد في شكل عمليات: الإستذكار التكرار، و الإرضان. (Panaccio, 2002, pp.161-162)

وبذلك نجد أن Freud بقي وفي للمفاهيم التي وضعها حول الصدمة النفسية، حيث ختم أعماله بكتاب "المختصر في التحليل النفسي" معرفا الصدمة النفسية كما يلي: « هي عبارة عن تجربة تحمل في مضمونها غياب الإسعاف في أجزاء "الأنا" لمواجهة فيض الإثارة غير المتحكم فيه ». (Crocq, 1999, p.256)

III.2.2. وجهة نظر Sandor Ferenczi سنة 1916:

إذا كان لمفهوم الصدمة النفسية مكانة مركزية بل أساسية في كل أعمال وكتابات Freud، فالأمر نفسه بالنسبة Ferenczi، فكما نعلم أن كل من Freud و Ferenczi قد اختلفا معا فيما يخص مفهوم الصدمة النفسية والتقنيات المعتمدة لعلاجها، وفيما يلي سنستعرض مختلف منطلقات Ferenczi ومحاولاته لفهم الصدمة النفسية.

لتعريف الصدمة النفسية إستعمل Ferenczi مصطلح "الهزة النفسية" (Commotion psychique) قائلا: « تحدث الهزة النفسية دائما دون وجود تحضير مسبق وتسبق بمشاعر الثقة بالنفس، فبعد تعرض الشخص للحدث الصدمي يصاب بمشاعر الخيبة، فقبل الحدث نكون جد واثقين من أنفسنا مع تقليدنا من شأن المحيط الذي نعيش فيه ونعتقد بأننا في مأمن من الأحداث الصادمة وأنها لن تطالنا ».

وهذه الهزة التي تكلم عنها Ferenczi يمكن أن تكون جسمية بحتة أو نفسية بحتة أو جسمية ونفسية في نفس الوقت، فالهزة النفسية لا يشترط أن تكون جسمية، أما الهزة الجسمية فتكون دائما نفسية وتتسبب الهزة في توليد الصدمة، كما يعتبر Ferenczi أنه في حالة الهزة النفسية لا يوجد غياب للإستجابة الدفاعية من طرف الشخص وإنما يوجد محاولة للدفاع لكنها تكون جد ضعيفة الشيء الذي يدفع الفرد إلى التخلي عن إستعمالها.

كما يشير Ferenczi أيضا إلى أن فجائية الهزة النفسية تتسبب في إنزعاج وعدم لذة (Déplaisir) لا يمكن إحتماله، فمواجهة الصدمة في بداية الأمر تكون بالدفاع إلى غاية إبعاد الإثارة المزعجة المؤلمة بعدها يستطيع الشخص تكوين تصورات متعلقة بالتغير الذي سيحدث في المستقبل الواقعي بشكل ملائم فبمجرد التمسك بالتصورات التي تركز على اللذة سوف نصبح قادرين على تحمل الألم بمعنى أننا على الأقل لن نشعر به كما هو في الواقع. (Gannagé, 1999, pp.38-39)

ويقول Ferenczi سنة 1930 أن رد الفعل الأول للصدمة هو حالة من تنظيم ذهاني عابر يتسبب في الإنقطاع عن الواقع، فتحت تأثير الصدمة تنتج "هلاوس قهرية إيجابية" تجعل الفرد يتوهم حالة من الراحة واللذة، فيما بعد يصاب الشخص بفقدان ذاكرة عصابي يعبر عن الإنشطار الذهاني لأن جزء من الشخصية يصبح مستقل بنفسه (بمعنى لا يتعامل مع الواقع) ويبحث عن منافذ أخرى تظهر في شكل أعراض عصابية تتميز بالرمزية.

وبالموازات مع كل ذلك تناول Ferenczi ما يعرف بفرضية الإضطراب الوجداني، حيث يفترض بأن الشخص يعيش سلسلة من التجارب التي تسبب له الإنهيار وضعف الشعور النرجسي، إضافة إلى مشاعر العجز ومعايشة تجربة تحطم الشعور بالذات أيضا، كل هذه التجارب تكون مولدة للقلق وبذلك يقوم الجهاز النفسي بما يعرف بالتحطيم الذاتي لنفسه، حيث يكون بمثابة الحل الوحيد الممكن ليستطيع الشخص التحرر من هذا القلق، فتجنب الدمار الكلي يسمح بإعادة بناء الذات إنطلاقا من الأجزاء. (Crocq, 2007, pp.9-10)

كما عمل Ferenczi على معاتبة و لوم Freud على إهماله لأهمية التجارب الصدمية الواقعية للطفولة الأولى والتركيز على التنظيم الهوامي والصراع ما بين مستويات الجهاز النفسي. (Gannagé, 1999, p.42)

وفي تاريخ 05 نوفمبر 1932 قام Ferenczi بتقديم تصريح قبل وفاته في مداخلة له بعنوان "Attrait du passé et fuite loin du présent"، حيث قال: « إن انفجار قنبلة شديدة القوة سيدفع كل

الأشخاص للدخول في حالة جنون لاشعوري دون وعي، كما أن ارتفاع درجة حرارة الجسم من شأنه أن يجعل كل الأشخاص (الذين ترتفع درجة حرارتهم) يدخلون في حالة هذيان، وبالتالي يكون من المبالغ فيه التحدث عن الإستعدادات الطفلية كسبب أساسي لحدوث هذه الحالات (بالرغم من أن هذه الإستعدادات من شأنها أن تساهم في تحديد محتوى وشكل الذهان) « (Barrois, 1998, p. 68)

III.2.3. وجهة نظر Abraham Kardiner سنة 1941:

إن "الأنا الوجداني" الفرويدي والميكانيزمات الدفاعية الكلاسيكية لا تفيدنا في تقديم شرح وتوضيح لألية ظهور أعراض العصاب الصدمي، ففي سنة (1941-1947) قام Kardiner بالرجوع إلى ما يعرف بـ "الأنا الوجداني" فعند مواجهة تجربة صدمية سوف تفيض وتضطرب وظائفه التكيفية مع المحيط فـ "الأنا الوجداني" يبدأ في التطور منذ الولادة وهو مكلف بمواجهة المثيرات العنيفة الناتجة و إيجاد إما طرق لتغيير المحيط الخارجي (وهنا يحاول "الأنا" أن يحد من مثيرات المحيط)، أو إيجاد طرق إنسحاب (وهي محاولة للهروب)، أو إيجاد ردود فعل لمراقبة المحيط الداخلي (وذلك للإنقاص من أثر الإثارات الضارة عندما لا نستطيع تجنبها)، ويعتمد "الأنا الوجداني" بالدرجة الأولى على الوظائف الحسية، القدرات المعرفية، القدرات النفسية الحركية، والتنظيم العصبي الإعاشي، لكن في حالة الإثارات العنيفة فإن الوظائف المعتادة مثل التنظيم الإدراكي، التوجه الزماني المكاني، الحركة الإرادية، والرقابة العصبية الإعاشية سوف تصعق بشدة أو تضطرب فلا يبقى أمام "الأنا الوجداني" المعتدى عليه أي حلول ممكنة سوى الإنطواء حول نفسه أو التحلل، حيث تظهر أعراض كـف، ذهول إقلابات حسية وحركية الإضطرابات العصبية الإعاشية، اللاشخصنة، محاولات فاشلة للإتصال مع العالم الخارجي بواسطة تجزئة الشعور، وكل هذه التغيرات هي شواهد على بناء شخصية جديدة، حيث يقول Kardiner: « يعمل النظام الوجداني على تأسيس البناء الجديد فوق الهدم »، وهذا المفهوم الذي قدمه Kardiner يقترب كثيرا من المفهوم الذي قدمه كل من Janet وكذلك Ferenczi. (Crocq, 2007, p.9)

III.2.4. وجهة نظر Otto Fenichel سنة 1945:

قدم المحلل النفسي النمساوي نموذج للصدمة في فصلين من كتابه "النظرية التحليلية للعصابات" (La théorie psychanalytique des névroses) سنة 1945، ويعد النموذج الأكثر قربا من الأرتودوكسية الفرويدية وذلك برجوعه إلى الإستعارة الإقتصادية، حيث إهتم O. Fenichel في بادئ الأمر بخصوصية الصدمة مع الأخذ بعين الإعتبار خصوصية الشخص الذي يعيشها بمختلف المتغيرات الداخلة في بنائه (مثل التعب)، إضافة إلى العوامل الظرفية (مثل: إمكانية أو عدم إمكانية إبداء إستجابة حركية)، مع الأخذ بعين الإعتبار نماذج التنظيمات النفسية، وبالتالي نقول أن الفرد الأكثر ميلا لحفظ مكبوتات داخلية هو الأكثر هشاشة وضعف عند مواجهته للحدث الصدمي. (Jolly, 2002, p.102)

ولقد قدم Fenichel وصف لعرضية العصاب الصدمي في شكل ثلاثية سيميولوجية تحتوي على:

أ- تقييد أو ضعف وظائف "الأنا":

يتم تركيز كل الطاقة النفسية حول مهمة واحدة، الشيء الذي يؤدي إلى إضعاف وظائف "الأنا" الأخرى ويصبح الجهاز النفسي يتبع توظيف بدائي يهدف إلى إزالة التوتر الذي يعيشه قبل وصول مثيرات أخرى ويعتبر الجنس أحد الوظائف التي يمكنها أن تعاني من التقييد، حيث يرى Fenichel أن « تقييد "الأنا" إلى درجة تلاشي وظائفه في حالة التعرض لصدمة نفسية يعد بمثابة الميكانيزم الدفاعي الأكثر بدائية ».

ب- أزمات إنفعالية:

إن أحد النماذج البدائية التي تحقق "التفريغ الإستعجالي" هي القلق والغضب، حيث يرى Fénichel أن الأزمات الإنفعالية تنتمي لأعراض التكرار.

ج- أعراض التكرار:

إن تكرار الأحلام هو شكل من أشكال النكوص نحو نموذج بدائي للإندماج، حيث أن التكرار من الممكن أن يكون ذو فعالية لأنها عبارة عن طريقة للتحكم في العالم الخارجي، أما التكرار في حالة اليقظة فلا يكون محدود في الذكريات أو التفكير الشعوري وإنما يمكن أن يلاحظ في شكل حركات أو لزمات أحيانا. (Benaissa, 2008, pp.142-143)

III.5.2. وجهة نظر Anna Freud سنة 1968:

فيما يخص الصدمة النفسية قامت Anna Freud بتبني التعريف التالي: « إن جوهر الوضعية الصادمة يأتي نتيجة الحزن الشديد الذي يعيشه "الأنا" عند مواجهته لإثارات متراكمة سواء كانت ذات أصل داخلي أو خارجي»، حيث تعتبر أن هذه الصياغة أساسية، فمن جهة تشير إلى "الأنا" كضحية أساسية للحدث الصدمي، ومن جهة أخرى تشير إلى أنه لا يوجد حاجز واحد صاد للإثارة (ضد المحيط) ولكن هناك درعين يقومان بدور الحماية ضد نوعين من الخطر، الخطر الذي يأتي من العالم الداخلي، والخطر الذي يأتي من العالم الخارجي، وهذا الأخير يتضمن كل الظروف و الأحداث الخارجية عديمة الأهمية والتي تحمل معاني مرعبة بسبب ما يخفيه الشخص من مكونات داخلية موجودة مسبقا.

على ضوء هذا المفهوم تقول A. Freud: « أن كل النظام الدفاعي لـ "الأنا" هو بمثابة درع حامي إلا أنه في نفس الوقت مستهدف من طرف الهجمات الشديدة الصدمية»، فكلما كانت طرق دفاع الفرد غير كافية فإن كل الأحداث ستكون مهددة له و تكون صدمية، حيث تقول A. Freud أنه حتى إذا ما كان مفهوم "صاد - الإثارة" ما هو إلا تشبيه إلا أنه: « بمجرد توقف "الأنا" عن القيام بوظائفه فإن هذا سيشكل جوهر الصدمة النفسية».

إلا أن الطفل بإمكانه أن يمر بتجارب رهيبية دون أن تكون صادمة له، هذا يعني أنه قادر على مواجهتها بفضل أحد ميكانيزمات "الأنا"، حيث تقول A. Freud: « في هذه الحالة لا نتكلم عن صدمة نفسية». (Gannagé, 1999, pp.43-44)

III.6.2. وجهة نظر Jacques Lacan:

إن الكثير من التفسيرات التي قدمها Freud والتي جاءت متأخرة حول المظهر "الطاقوي" للصدمة لم تتناول جانب غياب الدلالة في الصدمة، ومؤخرا وبالرجوع إلى Lacan قام بعض العياديين من أمثال Briol و Lebigot سنة 1994 بإعادة الإعتبار لهذا المظهر، فحسبهم الشيء الأساسي المسبب للصدمة هو المواجهة المفاجئة مع حقيقة الموت، ففي حياتنا اليومية لسنا معرضين بشكل مباشر إلى حقيقة العالم ولكننا نتعامل مع الحقيقة التي نبنينا منذ بداية تطور مراحل الإدراك، وإستعمالنا غير المباشر لبعض الرموز، إستعمالنا للغة، تصوراتنا العقلية وثقافتنا، إذا باختصار كلها تمثل الحقيقة التي بنيناها إنطلاقا من مدلولاتنا الخاصة بنا، فإدراكنا للعالم ما هو إلا إدراك لحقيقة بسيطة محرفة بفعل الهوام والحلم، لهذا يضعنا الحدث العنيف وبشكل مفاجئ ومباشر في إتصال مع "حقيقة الموت" بدون ما يكون لدينا الوقت (حيث نكون مجردين من أي تصورات حول الموت، ولهذا يجب علينا التمتع بتحضير مسبق وممهد في نفس الوقت) ولا إمكانية الوساطة في هذا النوع من الإدراكات من خلال حاجز أو شاشة تحمي نظامنا

الدلالي (حسب Lacan)، ولا حتى إمكانية الإعداد والتحضير لهذا الواقع بشكل حقيقي نتيجة معيشة تجربة الفزع الأساسية والشعور القبلي بموت الذات نفسها و التفكك الكلي وحالة العدم، مع المعيشة العيادية لما يعرف بـ "الثقب الأسود" الذي ينتج عن فقدان الكلمة والتفكير.

وبالتعمق في هذا التشبيه أي إختراق الحاجز الصاد للإثارات يقول Lebigot سنة (2003-2004) أن الصورة الصدمية تخترق الجهاز النفسي بشكل عميق ولا تصل فقط إلى مستوى اللاشعور أين تستطيع يوماً ما وتحت تأثير العلاج أن تشكل روابط مع التصورات اللاشعورية وتحولها إلى ذكريات محسوسة ولكنها تتعداه لتصل إلى مكان المكبوتات الأصلية إنه مكان "ما قبل اللغة" أين تودع التجارب الأولى للرضيع، تجارب خام للإستمتاع والتلذذ بعملية التغذية، أو تجارب محطة نتيجة نقص الإتصال مع الأم و بإكتساب اللغة تصبح هذه التجارب تشكل أول كبت نبني من خلاله قاعدة وركيزة لإرسان هوامي لـ "الموضوع المفقود" أين يكون كل من قلق فقدان الموضوع وقلق الإخفاء و قلق فقدان الإشباع الذي يحققه الموضوع بمثابة نفاط مرجعية لمبدأ اللذة حيث تعوض قلق العدم.

إذا التجربة الصدمية هي تذبذب في عملية إستعمال اللغة، تذبذب في المكبوتات الأصلية، حيث تدفع الصدمة الشخص المذعور إلى العودة إلى تجاربه القديمة، كل من تجارب العدم والإستمتاع.

3.III. النموذج الظاهري للصدمة النفسية (Théorie phénoménologique):

1.3.III. وجهة نظر Louis Crocq سنة 1965:

إن المواجهة مع حقيقة الموت تفرض إعتبرات كثيرة، وهذا ما دفع إلى وضع ما يعرف بالمقاربة الظاهرية للصدمة.

حسب الظاهرية إن إضطراب الهلع الذي يعيشه الشخص يأخذ شكله من إضطراب القلق الذي يحدث داخل تاريخ حياة الشخص، فحدوث الهلع يستدعي وجود موضوع خارجي ينتمي إلى عالم جد واسع ويرتبط دائما بالمشهد الصدمي الذي يقع في الحدود ما بين الخارج والداخل، كما أنه يحدث خارج الإطار المستمر للزمن ولا ننتظر منه سوى العدم. (Crocq, 2007, pp.10-11)

ويرى Crocq أن الصدمة النفسية تقوم على النقاط التالية:

* النفور الصدمي:

في هذه الحالة وكنتيجة للتحطيم والتغير الذي تعرفه شخصية الفرد المصدوم سوف يظهر عليه تغيير في نظرتة وإدراكه ووجهه للأشخاص الآخرين، فالشخصية بعد التعرض للصدمة لم تعد كما كانت قبلا بل تصبح نكوصية فزعة مع حدوث تقييد لوظائف الحب، الحضور والتصفية.

* إضطراب الزمانية:

بالنسبة للشخص المصدوم يحدث توقف للزمن في لحظة الحدث أو التجربة الصدمية، فالحاضر يصبح مجمداً، و المستقبل فيصبح محجوبا، أما الماضي فيتمثل في التجربة الصدمية.

* اللامعنى:

يرى Crocq أن الصدمة هي تجربة للامعنى، ونوع من التشويش، فالتجربة الصدمية تتسبب في إضطراب وتحطيم لحياة الفرد، قناعاته، معتقداته، قيمه و مبادئه ... فكل هذا يعوض بالتشويش و اللامعنى. (Boussafsaf, 2008, p.63)

III.2.3. وجهة نظر Claude Barrois سنة 1988:

في سنة 1988 قال Claude Barrois أن الحدث الصدمي هو "وقت دفع" في مفهومه الزمني، مفاجئ في ظهوره، ورؤية نحو العدم، وإعلان صريح يبيننا بحقيقة الموت، أما على مستوى المعاش العيادي فالتجربة الصدمية هي عبارة عن تحطيم للكائن، حيث تترك لدى الفرد مشاعر التغيير الجذري لشخصيته وخلال عميق في منظور الزمن (لأن الزمن يتوقف في لحظة مجمدة حول الهلع والذعر دون التمكن من معايشة الزمن الحاضر، ولا القدرة على مواجهة مستقبل مختلف عن ما سبقه، ولا حتى إمكانية اعتبار أن الماضي مخالف للأوقات الأخرى) إنه فقدان إمكانية إعطاء معنى للأشياء إضافة إلى فقدان المعنى فالصدمة هي تجربة للا معنى، حيث أن مرورنا بهذه التجربة يجعلنا نتخلى عن عالم الأشياء التي تدخلنا إلى العدم، هذا العدم الذي ننحدر منه ونحن متأكدين منه دون أن نعرفه والذي نحاول دون جدوى إبعاده من كل كلامنا، حيث يقول Merleau-Pohty في محاضراته في فرنسا: « نحن نحاول أن نؤكد حقيقة وجودنا بشكل يائس كشيء وليس لا شيء ». (Crocq, 2007, p.11)

IV. المظهر العيادي للصدمة النفسية:

IV.1. منشأ و وظيفة "الأنا" (Le Moi):

لتحديد المظهر العيادي للصدمة النفسية يجب تناولها حسب النموذج الإقتصادي السيكودينامي الذي يوضح لنا كيفية توظيف الجهاز النفسي عند وقوع الحدث الصدمي على خلاف الحالات المعتادة، حيث يتم الاحتفاظ بالتجربة الصدمية داخل "الأنا" ويكون هذا في حال عدم تعرض الشخص لحدث مشابه للحدث الحالي من قبل، فإن هذا الحدث سيكون صدميا بالنسبة للشخص، وهو حدث يأتي من الحياة الخارجية خارج الحياة النفسية، وهذه ميزة تعطي للحدث معنى العنف الحقيقي، حيث أن إدراكنا الحسي لهذه الأحداث ما هو إلا أحد وظائف "الأنا" التي تحدد علاقتنا مع العالم الخارجي نتيجة قدرتها على تقمص مختلف الأحداث والإستشارات الآتية من الخارج، فهذه العملية المعقدة تسمح للشخص بأن يكون واعيا ويميز بين الداخل والخارج، حيث يسمح لـ "الأنا" بمواجهة مختلف متطلبات التكيف والتسيير النزوي لأن "الأنا" بالتعريف هو عبارة عن جزء من الجهاز النفسي مسؤول عن العلاقة ما بين العالم الخارجي والأجزاء اللاشعورية الغامضة للجهاز النفسي، وهذه العلاقة تحكمها عملية البحث عن الإتران ما بين نوعين من التوتر، التوتر الناتج من داخل الجهاز النفسي، والتوتر الذي يأتي من العالم الخارجي، بتعبير آخر نقول أن "الأنا" هو الجزء المسؤول عن الإشباع بفعالية كبيرة فهو مجهز ببطارية من الدفاعات التي تسمح له بإنتاج الإستثمارات بوفرة، كما تسمح له بسحب الإستثمارات من المواضيع والوضعيات.

إن الوصف الذي قدمناه يعكس لنا واقع الحياة النفسية كنظام في حالته السوية، أما في حال التعرض لحدث صدمي خارج عن المألوف حدث عنيف خارق للعادة غير متوقع (منتظر) و ذو قوة تتجاوز قدرة الشخص على المقاومة، فكيف ستكون نتائجه؟ وما هي أثاره على البنية النفسية؟

إن هذا السؤال يوجهنا مباشرة إلى المظهر العيادي للصدمة النفسية والتي تعرف على أنها "اللقاء غير المنتظر بين حدث مشحون بعنف محطم وبين "الأنا" الذي يكون في حالة إرتخاء (راحة)".

فالصدمة النفسية تتسبب في خسائر معتبرة فيما يخص المظهر الإقتصادي الطاقوي لـ "الأنا" حيث تتسبب هذه الخسائر في فقر مصادره الطاقوية، وباعتبار أن الصدمة هي بمثابة الجسم الخارجي الذي يستقر داخل الحياة النفسية ويمتص كل الطاقة النفسية فهذا ما يجعله يتسبب في توقف كل الإستثمارات الليبديدية لـ "الأنا" مع مختلف المواضيع التي تربطها مع الأجزاء الأخرى للجهاز النفسي خاصة "الهو"، وبالتالي

تفرض الصدمة واقع نفسي جديد وقانون جديد يشبه نوعا ما حالة الحرب، هذه الأخيرة التي تتطلب كمية كبيرة من الطاقة ليتم تسيير هذا الواقع الجديد، وهو ما يعرف بالصدمة النفسية، وهي عبارة عن إصابة عميقة فريدة من نوعها، بمعنى أن الشخص لم يعيش في حياته تجربة مماثلة لها.

في هذه الحالة لا يمتلك "الأنا" أي إستراتيجية دفاعية ليغير الوضعية كما تعود فعله في حالات: الفلق، الحداد، الإحباط، والحرمان، حيث يكون بإمكانه إيجاد الإستراتيجية الملائمة بأقل ثمن ممكن وذلك بهدف ضمان إستمرار الحياة النفسية على وجه الخصوص وحياة الشخص بشكل عام. (Chorfi, Mezhoud, 2005, pp.25-26)

يعتمد "الأنا" في عمله على طاقة خاصة به تسمى "نزوة الأنا" التي بفضل مساعدة مجموع الميكانيزمات والإستراتيجيات ستعمل على إبعاد الجهاز النفسي عن التوترات الداخلية، حيث تعمل على كبت كل الآثار الذكورية البدائية لكي تتجنب أن تتخذ هذه الآثار قيمة لموضوع حقيقي، فهذه الوظيفة تسمح لـ "الأنا" برسم الخط الذي يفصل ما بين الواقع الداخلي الذاتي والواقع الخارجي، ورسم الحدود الفاصلة ما بين الداخل والخارج.

إن هذا التوظيف يوضح الحالة السوية لـ "الأنا" حيث تكون له القدرة على تسيير الوضعيات، لكن عندما يتعلق الأمر بحدث غير مألوف وغير معتاد هذا يعني أن الحدث الصدمي الذي يضع الشخص في مواجهة مباشرة مع الموت أي موته الذاتي، سيحدث تشويش للهوام الذي يقوم بدور حاجز حامي ما بين الشخص والموت الذي ينتج عنه الشعور بالوهم والخداع. (Ibid, p.28)

2.IV. سيرورة حدوث الصدمة النفسية:

فيما يلي سنرى كيف يمكننا وضع تمثيل لحدوث الصدمة النفسية وذلك بالإستعانة بالنموذج الإقتصادي للجهاز النفسي الذي إقترحه Freud، حيث مثل الجهاز النفسي كجسم كروي محاط بغشاء محكم يدعى "صاد- الإثارة". (Lebigot, 2006, p.10)

بالإعتماد على هذا النموذج التشبيهي سنحاول وضع مخطط مكون من خطوط أفقية ومقسم إلى طبقات في أعلى المخطط نجد العالم الخارجي، ثم يليه (أسفله) الحاجز الصاد للإثارة الذي يفصل الداخل عن الخارج، ونجد أسفل "صاد- الإثارة" شبكة تشكل الجزء الأساسي في الجهاز النفسي، وأسفل هذا المخطط سنجد خط غليظ يمثل ما يسميه Freud بالمكبوتات الأصلية.

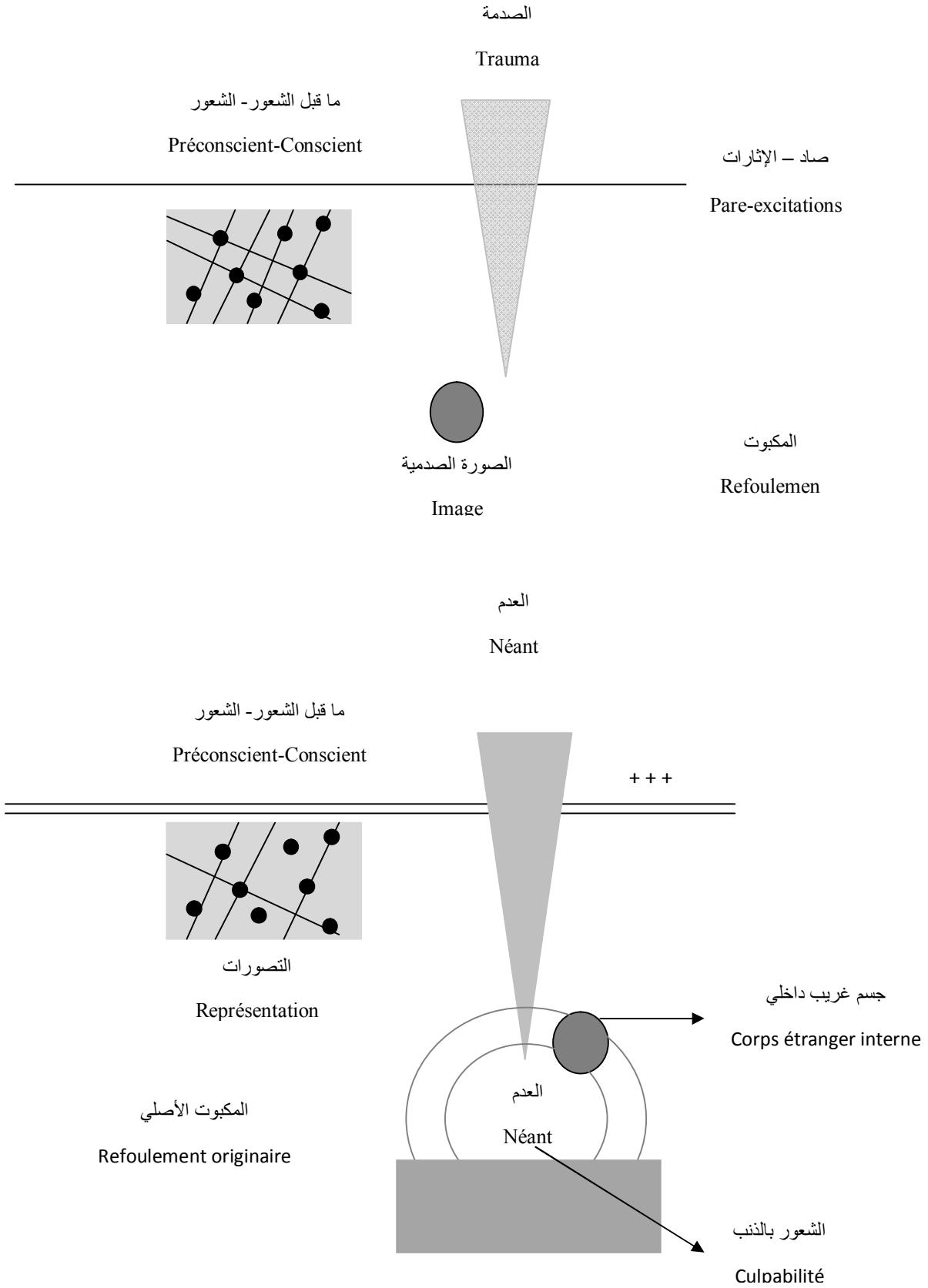
ويفصل هذا الحاجز (الخط) التصورات عن الخبرات الأصلية الموجودة في الأسفل، ونقصد بها الخبرات الأولى للجنين وللرضيع قبل ظهور اللغة التي تسمح له بالتعبير عنها، فالمكبوتات الأصلية أو الأولية التي يستحيل على الشخص الوصول إليها ونحن لا نتكلم هنا عن المكبوتات الثانوية والتي يطلق عليها عادة إسم المكبوتات وتحتوي كل من التصورات والوجدانات التي تكون مرتبطة والتي لا تلعب تقريبا أي دور في تثبت وترسب الصورة الصدمية ولا في الأعراض التي تظهر فيما بعد.

حيث نلاحظ من خلال المخطط تمثيل لصورة المشهد الصدمي بشكل كتلة تعبر "صاد- الإثارة" آتية من الخارج وتعبر منطقة التصورات وتثبت على خط المكبوتات الأصلية، حيث سنركز في شرحنا لما سيحدث على ثلاث نقاط: الأثر الذي يتركه عبور الكتلة الصدمية على مستوى منطقة التصورات الأثار المباشرة للصورة المترسبة على الجهاز النفسي، وتجاورها مع المكبوتات الأصلية. (Lebigot, 2006, pp.14-16)

بداية عند عبور الكتلة الصدمية فإنها تقوم بدفع وإبعاد التصورات (المدلولات) والعواطف التابعة لها فنفهم في هذه اللحظة آلية حدوث الهلع (L'effroi) وهو عبارة عن إختفاء كلي للتفكير والعواطف حيث يجد الشخص نفسه عاجزا عن إستعمال اللغة - كما نعلم الإنسان هو كائن متكلم - فيشعر وكأنه تجرد من إنسانيته أو أنه أبعد عن عالم الإنسان، فنتج لديه مشاعر قوية ودائمة هي مشاعر الخجل والخيبة (La honte) والشعور بأن الآخرين تخلو عنه (L'abandon) وهي مشاعر لا يفهمها المفحوص ولا يفهم مدى إرتباطها بتجربته الصدمية. (Ibid, p.18)

و عندما يخترق الجهاز النفسي من طرف الصورة الصدمية فإن كل التصورات تبعد ويحدث غياب للغة حيث يشعر الفرد أنه تم التخلي عنه من طرف الآخرين وتم إستبعاده، فهذه المشاعر تدفع الشخص إلى التخلي عن الآخرين والإبتعاد عنهم، وهو ما يظهر في شكل إضطرابات عميقة من مثل: حالات الانفصال الزوجي، فقدان العمل، رفض الأطفال والأقارب، كما يمكن الوصول إلى حد التهميش الإجتماعي الكلي، وهي عبارة عن ظواهر كثيرا ما تتكرر عند المفحوصين، أما عن مشاعر الذنب فتظهر في عدة أشكال: كشعور الشخص بالذنب لعدم قدرته على مساعدة الآخرين، أو تحميل نفسه مسؤولية ما حدث ... إلخ.

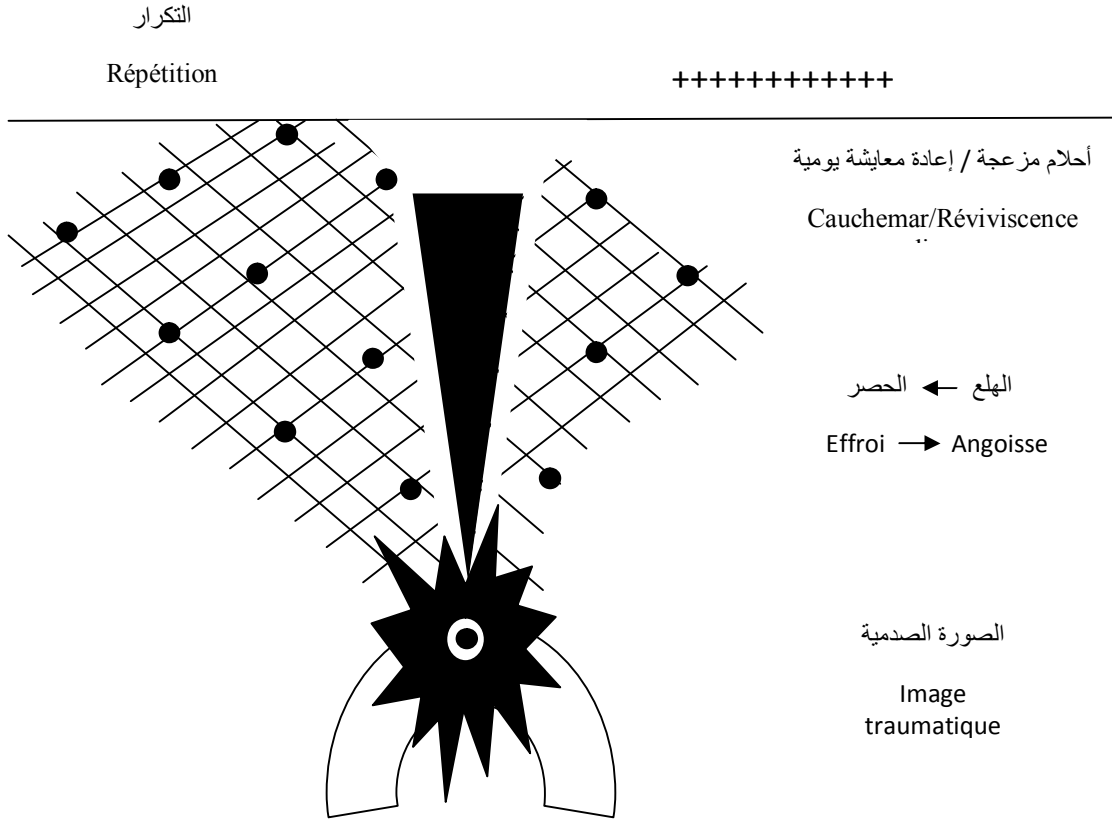
و المخطط التالي يوضح كيفية حدوث إختراق للجهاز النفسي في حالة التعرض لحدث صدمي:



الشكل رقم (01): إختراق الصورة الصدمية إلى داخل الجهاز النفسي. (Lebigo, 2005, p.72)

كما نلاحظ ظهور تناذر التكرار (Syndrome de répétition) وهو الأكثر إنتشاراً، ويمثل قدرة الصورة الصدمية على معاودة الظهور على مستوى الوعي كما تم إدراكها لأول مرة وبشكل مفصل وكأن الحدث سيعاود الحدوث من جديد، إلا أن هذا الشعور المؤلم بإعادة معايشة الحدث حتى بعد عشرات السنوات يبقى مؤلماً للشخص الذي يعجز في نفس الوقت عن منع ظهوره أو إحداث أي تغيير فيه. (Lebigo, 2006, p.20)

و فيما يلي نقدم مخطط يوضح كيفية حدوث تناذر التكرار:



الشكل رقم (02): حدوث تناذر التكرار نتيجة إختراق الصورة الصدمية إلى داخل الجهاز النفسي. (Lebigo, 2006, p.20)

فبالعودة إلى هذا الشكل نلاحظ في أسفل المخطط وبالضبط على مستوى حاجز المكبوتات الأصلية حيث ترسبت الصورة الصدمية وبتساقط لماذا هذا التجاور ما بين هذه الأخيرة وهذا الحاجز إذا نقول دون شك لأن الصورة الصدمية ذات مضمون مشابه لمضمون المكبوت الأصلي، هذا الأخير الذي يحمل مشاعر الرعب والشك التي تؤدي إلى قلق العدم وكذلك تجارب الإستمتاع الكلي مع غياب عنصر اللغة، فهذا المجال الذي يمنع على الشخص الوصول إليه سيكون متاحاً حيث يعود إليه الشخص بواسطة الصدمة التي يعيشها.

كما نقول أن العصاب الصدمي لا يتلخص في عودة الصورة الصدمية للظهور من فترة إلى أخرى وإنما يجب الأخذ بعين الإعتبار كل التصدعات التي يحدثها هذا الإختراق على مستوى الجهاز النفسي. (Lebigo, 2006, pp.20-22)

3.IV. إشكالية التصنيف الإمراضي (Nosographie):

في سنة 1888 قام الطبيب العقلي الألماني Oppenheim بوضع ما يعرف بمصطلح "العصاب الصدمي" الناتج عن حوادث السكة الحديدية، وهو عبارة عن هوية نوزوغرافية كانت شائعة الإستعمال في القرن 19 وكانت تعبر عن الإضطرابات الصدمية النفسية المزمنة والتي ظهرت نتيجة التعرض لصدمة عاطفية بسبب معايشة حوادث إعتداء، كوارث، أو حوادث حرب، وتتميز بظهور "تناذر التكرار" الذي يعتبر كعرض مميز لها ولا يظهر في أي إضطرابات نفسية أخرى إلى درجة أنه يحدد تشخيصها كما تميز "العصاب الصدمي" بوجود نكوص للشخصية وهو الشيء الذي يبرر تصنيفها ضمن العصابات.

لكن إنطلاقاً من سنة 1980 تم إعادة النظر في هذا الإضطراب وكان ذلك على يد التصنيف الإمراضي الأمريكي الجديد DSM (Diagnosis and Statistical manual of Mental disorders) الذي رفض مصطلح عصاب و طالب بتغييره بما يعرف بـ "حالة ضغط ما بعد الصدمة" أو المصطلح الإنجليزي (PTSD) (Post-Traumatic Strees Disorder). (Crocq, 2007, p.36)

وجاء إقتراح هذه التسمية لتحل محل مصطلح "العصاب الصدمي" بسبب دلالاته الفرويدية، إلا أن هذا الإجراء (هذا التغيير) جعل هذا المصطلح (PTSD) يبتعد عن الفرضية الإمراضية ليرتبط بفرضية أخرى هي الفرضية العصبية البيولوجية، والتي لا تحل المشكل الذي يطرحه هذا المفهوم (PTSD). (Ibid, p.3)

فإستعملنا لمفهوم "حالة ضغط ما بعد الصدمة" سيكون في هذه الحالة دون معنى، حيث نلاحظ أن الأعراض العيادية المعبرة عن هذا المفهوم هي نفسها الأعراض الإمراضية النفسية الصدمية الناتجة عن سيرورة الصدمة النفسية، و تظهر مباشرة بعد معايشة حالة ضغط نفسي يظهر في البداية ويكون مؤقت ومتزامن مع حدث الإعتداء، وسواء كان هذا الضغط متكيف أو متجاوز فمن غير الممكن أن يكون ذو أثر مستمر، وإنما يكون أثره محدود في بداية الحدث لحظة الإعتداء، وأما الأعراض التي تظهر فيما بعد فليست ناتجة عن الضغط وإنما تكون ناتجة إما عن إستجابة إنفعالية أو عن إمراضية صدمية، هذه الأخيرة التي تحدث بفعل الصدمة، وهذا ما يقودنا إلى الحديث عن الصدمة كظاهرة تختلف جذريا عن ظاهرة الضغط النفسي. (Crocq, Vitry, 2000, pp.21-22)

الضغط والصدمة ينتميان إلى سجلين مختلفين: فالضغط بيولوجي - عصبي - فيزيولوجي، أما الصدمة فنفسية، الأول يعبر عن تعبئة المصادر الطاقوية والثاني يعبر عن إختراق للدفعات النفسية، الأول يصف حالة الإضطراب العصبي الإعتاشي والثاني يصف الجانب العيادي لحالة الهلع والذعر، إذا نقول أنه على المستوى العيادي لا يوجد أي مجال للمساواة بين السجلين، فغالبا يظهر لنا أن الأشخاص الذين يعانون من حالة ضغط متكيف لا يتطور لديهم إلى صدمة، بينما الأشخاص الذين يعانون من حالة ضغط متجاوز يعيشونه بشكل صدمي ويتطور فيما بعد إلى إضطراب صدمة نفسية، إلا أن هذا غير مطلق حيث لاحظنا أن هناك حالات ضغط متكيف تخفي وراءها أسوأ المعاشات الصدمية، وبالعكس نجد أن الضغط المتجاوز يحل دون نتائج صدمية. (Crocq, 2007, p.12)

بالرغم من كل ذلك إلا أن التصنيف الدولي للإضطرابات النفسية في مراجعته الثانية (CIM-10) سنة 1992 قام بالإنضمام إلى التصنيف الأمريكي وتبنى تشخيص حالة ضغط ما بعد الصدمة، إلا أنه أضاف تغييرا بسيطا وهو المحور المتعلق بحدوث تغيرات دائمة في الشخصية بعد التجربة الصدمية بالنسبة للحالات الشديدة التي يظهر عليها إضطراب في الشخصية بسبب تأثير الصدمة، وهذا موافق لما عرفه Oppenheim و Janet و Freud بالعصاب الصدمي.

ليقوم الطبيب العقلي الفرنسي Louis Crocq في كتابه الصدمة النفسية بوضع تصنيف لجدول عيادي خاص به وذلك من خلال قوله: « في محاولة منا للبقاء بعيدا عن هذه الخصومة القائمة ما بين المدارس، ولنكون أكثر وفاء ونزاهة للحقيقة العيادية، نترح إعتبار المرحلة المؤجلة لتناذر الصدمة النفسية كتناذر صدمة نفسية مزمن (يظهر متأخر ويكون دائم) وهذا كمحاولة للإلمام بكل ما جاءت به التصنيفات السابقة على تنوعها ». (Ibid, pp.36-37)

IV. 4. الجدول العيادي لتناذر الصدمة النفسية المزمنة (Syndrome psycho-traumatique chronique):

يظهر هذا التناذر عند الأشخاص الذين تعرضوا لحدث يفترض أن يكون صدميا، حيث يعيشه الشخص كحقيقة صدمية، وينقسم جدول العيادي إلى ثلاث أقسام: إعادة معايشة الحدث الصدمي بقلق، اضطراب الشخصية، ظهور أعراض غير مميزة (وهي أعراض يمكن ملاحظتها في اضطرابات نفسية أخرى).

IV.1.4. المعيار السببي: معايشة تجربة صدمية نفسية:

يعود الأصل في الإصابة بتناذر الصدمة النفسية المزمن إلى معايشة الشخص لتجربة صدمة نفسية والمقصود بذلك أنه لا يكفي التعرض لحدث يفترض أن يكون صدمي [بمعنى حدث عنيف ويهدد حياة الفرد - كليته الجسمية والنفسية - مثل: الإعتداء، الحوادث، الكوارث أو حوادث الحرب] وإنما يجب أن يعايش هذا الحدث بشكل صدمة وذلك بظهور حالة الهلع والفرع، ومشاعر العجز وغياب الإسعافات حيث يمكن أن نعيش هذا الحدث بصفتنا كضحايا، كشهود، أو كمتفرجين، فما هو صادم للفرد اليوم يمكن أن لا يكون صادما له غدا ولا بالأمس، وهذا على حسب الطاقة المتوفرة أو الدعم النفسي - الاجتماعي.

IV.2.4. إعادة المعايشة المقلقة:

وتتضمن إعادة المعايشة الحسية للصدمة بمعنى: أن مجرد إعادة معايشة التجربة الصدمية بشدة رغما عن الشخص وبطريقة متكررة فهذا يعد عرضا مميزا لتناذر الصدمة النفسية، حيث لا تظهر إلا في هذا التناذر، وتسمى هذه الأعراض في "العصاب الصدمي" بتناذر التكرار، حيث تظهر إعادة معايشة الحدث الصدمي في سبعة أشكال عيادية وهي:

أ- إعادة المعايشة في شكل هلاوس، فإما أن تظهر في شكل هلاوس بصرية مفاجئة يحدث فيها إعادة تصميم المشهد الصدمي، حيث يرى الشخص نفسه داخل هذا المشهد (ويصدق كحقيقة) وتظهر هذه الهلاوس في البداية بطريقة تشبه الحقيقة إلى درجة أن الشخص لا يشك في مدى حقيقتها فيندمج معها ويلتزم بها بشكل كلي، إلا أنه من الممكن أن يتمالك نفسه ويتساءل إذا ما كان قد فقد عقله، لكنه سرعان ما يعود للإندماج، حيث أن رؤيته لنفسه وهو داخل الحدث تجعله يصدق هلاوسه، حيث يشعر الشخص بنفس المشاعر والحزن الذين خبرهما عند معايشته الأولى للحدث الصدمي، كذلك قيامه بنفس السلوكات والحركات، فالمشهد الذي يعيشه الشخص نتيجة الهلاوس يكون بمثابة مشهد حي ونشط كما يمكن أن ترافق هذه الهلاوس البصرية بهلاوس سمعية (كسماع نفس الضجة، نفس الصرخات) أو هلاوس شمعية (نفس رائحة الدخان أو رائحة الدم) أو هلاوس حسية (حرارة الحريق) أو هلاوس ذوقية (طعم الغبار).

ب- إعادة معايشة الحدث في شكل أو هام مأخوذة من الهلاوس، حيث يقوم الشخص بإسقاط (الباس) الهلاوس المتعلقة بالمشهد الصدمي أو المعتدي على منظر أو ظل مثلا: كروية الشخص لأحد المارة في الطريق وإدراكه على أنه شخص قادم للإعتداء عليه.

ج- الذكرى القوية، وتختلف عن إعادة المعيشة في شكل هلاوس أو أو هام، ففي هذه الحالة يتعلق الأمر بفكرة الحدث الصدمي التي تعود إلى ذهن الشخص دون صور أو صوت مثال: نجد أن المحاربين القدامى يعاودون تذكر أسماء زملائهم الذين قتلوا دون أن تكون هذه الذكرى مرفقة بصور لهؤلاء الأشخاص.

د- إستذكار الحدث أو أسباب حدوثه أو نتائجه، كلها تعتبر شكل من أشكال إعادة المعيشة، وهنا نخص بالذكر مجموع التساؤلات والإستفسارات التي تفرض نفسها على فكر الضحية، مثال: "لماذا أنا؟" "لماذا فعل بي ذلك؟"، إضافة إلى الشكوى المتكررة، مثال: "ليس هناك من يفهمني و لا من يساعدي".

هـ- الشعور وكأن الحدث سيعاود الحدوث، وهو شكل آخر من أشكال تناذر التكرار: حيث يكون بشكل مفاجئ، فيشعر الشخص أنه سيغطس مرة أخرى في قلب الحدث ويشعر بنفس الحزن.

و- التصرف كما لو أن الحدث سيعاود الظهور، ويظهر هذا في إستجابة الإنتفاض أو في منعكس الإنطواء والإنكماش حول النفس، كما يمكن أن يظهر في شكل أكثر تعقيدا كالهروب، وتكرار رواية الحدث الصدمي، معاودة المشهد من خلال التأمل والتفكير المستمر في الحدث، أما عند الطفل فنلاحظ اللعب المتكرر الذي يعيد من خلاله تمثيل الحدث الصدمي.

ن- تكرار رؤية الشخص للأحلام المزعجة (الكوابيس) والتي تتم معاشتها بقوة حيث تحيي الحدث وتتسبب في نفس حالة الهلع ونفس الحركات الدفاعية التي قام بها الشخص لحظة تعرضه للحدث إلا أنها تأتي في شكل كوابيس، مثال: نلاحظ عند المحاربين القدامى حالات تهيج أثناء النوم، إضافة إلى الصراخ والسقوط من السرير، الإستفاقة والإنتفاض بشكل مفاجئ من النوم، التعرق، وزيادة دقات القلب.

هذه الأشكال لإعادة معيشة الحدث الصدمي من الممكن أن تظهر كلها لدى الشخص، كما يمكن أن يظهر بعضها فقط، أما فيما يخص تكرارها فممكن أن تظهر بشكل يومي أو عدة مرات في اليوم أو مرة إلى مرتين في الأسبوع أو أنها نادرا ما تظهر.

IV. 3.4. اضطراب الشخصية:

يشكو كل الأشخاص المصدومين من " تغيير في الشخصية " وذلك بعد تعرضهم للصدمة، وهنا لا نقصد بكلامنا تغيير تام وكلي للشخصية بكل معنى الكلمة وإنما بطريقة نصف من خلالها عمق الإضطراب الذي حدث في الشخصية، حيث يصرح الأشخاص المصدومين بأنهم لم يعودوا يدركوا الأشياء كما في السابق، كما أن الأشخاص المحيطين بهم هم الآخرين قد لاحظوا هذا التغيير الذي يمس سلوكياتهم وعلاقاتهم مع الآخرين، حيث يصبح الشخص المصدوم غير قادر على التفريق بين ما هو خطير وما هو غير ذلك، فبالنسبة له كل شيء يحيط به هو مصدر للتهديد والخطر، وهذا ما يضع الشخص في حالة إستنفار دائمة فيستمر في مراقبة محيطه بحذر، كما يحاول مقاومة النوم هذا الأخير الذي يتميز بالإضطراب، إضافة إلى فقدان الرغبة في البقاء في هذا العالم الذي يبدو للشخص كأنه دون أهمية كما يبتعد الشخص عن ممارسة هواياته وإنشغالاته وعمله مع الشعور بأن المستقبل أصبح محجوبا إضافة إلى فقدان التحفيز والنشاط فيدخل الشخص في حالة كف وإنطواء إجتماعي، مع فقدان القدرة على بناء علاقات مع الآخرين، فالشخص المصدوم يعاني من إصابة نرجسية لهذا يكون في هذه الحالة منشغلا بمعالجة هذه الإصابة، وهذا ما يفسر عجز الشخص عن حب الأشخاص الآخرين.

4.4.IV. الأعراض غير المميزة:

تكون مرافقة للأعراض الأساسية لهذا التناذر، وهي عبارة عن أعراض يمكن ملاحظتها في اضطرابات نفسية أخرى، وهي بإختصار كما يلي: القلق، أعراض عصابية نفسية، اضطرابات الطبع اضطرابات السلوك، الاضطرابات السيكوسوماتية، الوهن والضعف (L'asthénie). (Crocq, 2007, pp.36-41)

V. مفاهيم لها علاقة بالصدمة النفسية:

1.V. المواجهة مع حقيقة الموت (Rencontre avec le réel de la mort):

يقول Freud : « كلنا نعلم أننا سنموت لكننا لا نصدق ذلك، فنحن نعيش وكأننا لن نموت أبدا » كما يقول البروفيسور (Barrois): « نحن نعلم ما هي الجثة لكننا لا نعلم ما هو الموت ». إذا بما أن الموت غير موجود في المستوى اللاشعوري فكيف يمكن له أن يرتبط بمفهوم العدم؟ عند إختراق الصورة الصدمية للجهاز النفسي فإن هذه الصورة التي تمثل حقيقة الموت لن تجد أي تصور لترتبط به ويربطها بالتصورات الأخرى. (Lebigot, 2005, p.4)

إن نظرة الشخص لحقيقة الموت تختلف باختلاف نظراته الخاصة حول ماهية وجوده ونهايته، وكذا حسب بنيته النرجسية وثقافته ومحيطه الاجتماعي الثقافي، فالموت لا يمكن أن يكون مصدر خوف حقيقي لأن الشخص لم يتعرض لهذه التجربة (تجربة الموت) من قبل.

إذا مع غياب وجود أي تصور حول موت الذات فإن صورة الموت الحقيقي المتدفقة مع الحدث الصدمي سيكون لها مآلين:

* إما أن تطرد وتعاد إلى الخارج بإعتبارها مجرد تهديد بسيط ناتج عن حالة ضغط نفسي.

* وإما أن تحدث إختراق إلى داخل الجهاز النفسي، فلا تجد أي تصور ليستقبلها ويوظفها فتترسب كجسم غريب يجول في الحيز الفضائي والزمني للشخص. (Crocq, Vitry, 2000, p.212)

2.V. الهلع (L'Effroi):

لقد ميز Freud الهلع عن الخوف والقلق، فالقلق يحمينا من الصدمة النفسية لأنه يقوي دفاعات الجهاز النفسي بينما يعتبر الهلع بمثابة المظهر الحقيقي لعملية الإختراق الصدمي (L'effraction traumatique) وبشكل أكثر تفصيلا نقول أن للهلع وجهين: الأول يرتبط بمستوى التصورات: وهي كل الأفكار، التفكير، كل الكلمات المختفية من مستوى الشعور، فكلها تكون مبطولة المفعول بسبب غياب اللغة، ونستطيع وصفها وكأنها شعور بالعطب النفسي أو الإسوداد (Blak out) أو الإبيضاض، أو التوقف في صورة ما، أما الوجه الثاني للهلع فيظهر على مستوى الوجدانات التي تصاب هي الأخرى بنوع من الإبيضاض فلا يشعر الشخص في حالة الهلع لا بالخوف ولا بالقلق. (Lebigot, 2006, p.8)

3.V. الفجائية (La Soudaineté):

يلج Freud كثيرا على "عامل المفاجأة" في التجربة الصدمية، هذا لأن "صاد - الإثارة" لا يكون مجهزا بالطاقة الدفاعية الكافية، ففي أغلب الحالات كلما كان الحدث مفاجئا وغير منتظرا كلما كان أثره الصدمي مختصر (يحدث بسرعة). (Lebigot, 2005, p.6)

4.V زمن الكمون (Le Temps de latence):

عرف زمن الكمون في حالة العصابات الصدمية منذ زمن طويل حيث تحدث عنه Chorcot سنة 1887-1888م، وكان يطلق عليه إسم زمن "الإحتضان" (Incubation) أو "التحضير" (Préparation) أو "الإرسان النفسي" (L'élaboration psychique) ... الخ.

كما تكلم Pierre Janet عن مفهوم الإنفعال المتأخر كزمن للكمون مستعملا مصطلحات "زمن الإحتضان" و"زمن التكديس"، أما Freud فقد إستند في حديثه عن "الإرسان النفسي" إلى مفهوم Charcot "فترة لاحتضان"، أما G. Roussy و J. Lhermitte فقد تحدثا في كتاب بعنوان "عصابات الحرب" قائلان: « يوجد ما بين الإنفعال السببي والعصاب النفسي مرحلة صامتة وهي فترة تختلف من شخص لآخر تدعى بزمن "الإحتضان" أو "التأني" »، فمن خلال العمل العيادي نلاحظ أن زمن الكمون يختلف، فممكن أن يكون قصيرا (يوم أو يومين أو أسبوع)، أو يكون متوسطا (عدة أسابيع أو عدة أشهر)، أو يكون طويلا (سنة أو عدة سنوات).

وعليه فإن فترة زمن الكمون لا يمكن توقعها فهي مشروطة بالتوظيف النفسي للشخص إضافة إلى تأثرها بعوامل ظرفية أخرى. (Crocq, 1999, pp.92-93)

5.V البعدية (L'Après - coup):

يرى Freud أن أول زمن للبعدية هو "النوروتيك" (Neurotica) وهي البعدية، وفي رسالة Fliess صرح Freud عن تخليه عن نظرية "النوروتيك" ولكن ليس كليا، حيث عممها ثم طبقها على الأم (التي تمارس إغواء على طفلها من خلال الرعاية المبكرة التي توفرها له)، ثم قال أن الصدمة تأتي نتيجة الإغواء الناتج من الخارج، هذا الأخير الذي يستثير ويحرك القوى النزوية الداخلية ويحطم "الأنا" فيصبح عامل الصدمة داخلي ويشكل خطر يقربه من القلق.

نفهم مما سبق أن كل خطر حقيقي سيؤدي إلى إعادة معايشة هذا الخطر الداخل. (Chemla, 2002, p.63)

هكذا تشير البعدية إلى أن هناك حادثا بعديا وقع للفرد وكان بمثابة صدمة نفسية بالنسبة إليه إلا أنه لا يؤدي إلى إضطراب واضح في شخصيته بل يبقى كامنا وبمثابة إستعداد، وبمناسبة حادث آخر بعدي يأخذ الحادث الأول معناه، ومادام هناك إستعداد نتيجة الحدث الأول فإن الصدمة النفسية تأخذ كامل معناها وتتجنس ويفقد الشخص على إثرها توازنه النفسي. (سي موسي، زقار، 2002، ص 79)

6.V فقدان الموضوع (La Perte d'objet):

إن معايشة الشخص لتجربة "الهلع" ستجعله يشعر بمشاعر الوحدة وإنقطاع جميع الروابط الإجتماعية والثقافية، وهذا ما يميز الصدمة النفسية فحالة الحزن وإستحالة توفر الإسعاف والمساعدة تحدث عنها الكثير من المحللين النفسانيين بإستعمال مصطلح (فقدان الموضوع)، وهناك أنواع لفقدان الموضوع والتي تكون واضحة بشكل أساسي في تجربة الصدمة النفسية وفيما يلي ندرج هذه الأنواع:

* **فقدان الآخر كموضوع كلي:** حيث يؤدي بنا هذا إلى الحديث عن إشكالية الحداد وغياب الشعور بالذنب لدى الأشخاص الناجين، أين يصبح للآخر (الأشخاص الآخرين) نفس القيمة مع الذات.

* **فقدان موضوع جزئي:** حيث نتحدث هنا عن حالات التهديد أو قلق الإخفاء، عقدة أوديب، والتقمص الثانوي، حيث لا نستدعي إلا المواضيع الجزئية التي تنتمي إلى النزوات. (Barrois, 1998, pp.194-195)

7.V. مفهوم الزمن:

تعتبر الصدمات التي يتعرض لها الإنسان تحطيم لتحقيق أو الحفاظ، أو إكمال بناء الذات ومتطلباتها التي هي من الأوليات، هذا الإضطراب في أي من أعراضه الخاصة به التي تأسست يصحبها خلل يمس الأبعاد الزمنية الأخرى التي يعتمد عليها الفرد في تكيفه مع الواقع، لذا فإن هناك تغير في نوعية منظور الزمن الذي كان يوظف لتحقيق هذه الضروريات الأساسية بالنسبة للفرد.

يواجه المريض النفسي في حالة الصدمة النفسية تداخل في السجلات الزمنية ولم يعد لها دور في ترتيب وتحديد خطوات تنفيذ السلوكات من أجل إنمائها أو تصحيح مسارها اللاحق وإعادة تقييمه، لأن الفكرة التي عرضت على الذهن من سجل زمني تليها الفكرة المولية وتكون جزءا منها أو مستدعية لها وكل منهما مضطرب مما يمنع إنسجام توظيف السجلات الزمنية حسب المواقف التي يواجهها المريض ووعيها كما هي وكما يفرضه الواقع، فيختل النظام الزمني الذاتي حيث يتوجه إلى سجلاته الزمنية موظفا سلسلة المقاطع الذهنية التي تعبر عن أعراض المرض. (شرفي، جار الله، 2009، ص ص 13-14)

فالمركز حول الحدث الماضي هو الزمن البائد الذي تتكون منه المستجدات عند الفرد، والتي تترجم عادة بإعادة المعاشية وتكرار سرد الحدث والكوابيس، وفقدان الإهتمام بضروريات الحياة، والإنعزال عن المجتمع، ومثل هذا تدل عليه حالة السوداوية التي تطورت بعد التعرض للصدمة، إن الشخص لا يعيش في الماضي بل إن حاضره أصبح هو الماضي وتبقى أمامه حقيقتين وهما أنه كان في أحسن حال ولن يكون كذلك أبدا. (شرفي، جار الله، 2009، ص ص 25-26)

8.V. الآليات الدفاعية:

إن تعرض الشخص لحدث صدمي خارجي غير منتظر شديد العنف سيضعه في مواجهة مع الموت حيث يهاجم "الأنا" بسرعة تتجاوز قدرته على إبداء الإستجابة الملائمة فينتج لدينا عجزه عن مواجهة هذا الحدث، حيث أن هذه الوضعية تجبر "الأنا" على العودة إلى تبني إستراتيجيات دفاعية أقل إرصانا وجد مكلفة من حيث إستهلاكها للطاقة، وتكون هذه الدفاعات ذات طبيعة أولية.

في حالة الصدمة لا تكون الإثارات ناتجة عن صراع ما بين مستويات الجهاز النفسي: (ما بين "الأنا" و"الهو" أو ما بين "الأنا" و"الأنا الأعلى")، فالمشكل يقع في الأساس على مستوى "الأنا" وذلك بعد تعرضه لحدث جد عنيف، هذا يعني أنه يواجه خطر حقيقي محطم ويفوق قدراته نتيجة ولوج العنصر الصدمي إلى داخله، حيث يتسبب هذا العنصر في حدوث الهلع والكف الكلي لـ "الأنا" مع إستحالة القيام بسيرورة إرسان نفسي، فكل هذه الظروف تجبر "الأنا" على إعتقاد دفاعات أولية، وتكون أول آلية دفاعية يتم إعتقادها هي آلية "النكوص" (La régression).

يعتمد "النكوص" كميكانيزم أولي حيث أن "الأنا" لا يستطيع إستدعاء ميكانيزمات ثانوية لأنها تكون باطلة المفعول، فيجبر "الأنا" في هذه الوضعية على إختيار "النكوص" إلى مراحل أولى كإختيار أخير فـ "النكوص" يأتي كنتيجة لفشل كل المحاولات للإندماج مع العالم الخارجي، وبالتالي يصبح الفرد بمثابة

مستقبل سلبي (مستسلم) حيث أن كل الإستثارات التي تلي الحدث الصدمي لا تجد أي إستجابة أو موضوع لترتبط معه.

و يعد "النكوص" ميكانيزما دفاعيا قوي يبقى في حالة توظيف إلى أن تمحى وتزول حالة الإثارة الناتجة عن الجسم الغريب المتواجد داخل الجهاز النفسي، هذا الجسم الغريب الذي يتسبب في معاناة مؤلمة نتيجة للقلق، هذا الأخير هو قلق الموت الحقيقي مع الشعور بالتلاشي، فالصدمة هي تجربة للا معنى وهو ما يفرض على "الأنا" القيام بنكوص شديد نحو المراحل البعيدة لتوفير الحماية من هذا العنف الفريد من نوعه ونقصد به "الصدمة" فعودة "الأنا" إلى الوراء هي محاولة للبحث عن بداية جديدة لإيجاد الإتران المفقود، فـ "النكوص" في هذه الحالة تقريبا لا يمكن تجنبه نظرا لحالة إختلال التنظيم التي تنجم عن الصدمة النفسية.

كما يجب أن نعلم أن ميكانيزم "النكوص" سيفتح المجال لميكانيزمات أخرى ترتبط به وظيفيا فالميكانيزم الذي يلي "النكوص" هو ميكانيزم "الإنشطار" (Le clivage) وهو ميكانيزم دفاعي أولي يميز بشكل عام التنظيمات الذهانية حيث ينقسم "الأنا" إلى جزئين كل جزء منهما يجهل الجزء الآخر ففي حالة الصدمة نجد جزء من "الأنا" يعاني وهو الجزء الذي يبقى في إتصال مع الواقع، أما الجزء الآخر فهو الآخر يعيش معاناة إلا أنه يجهل ذلك، فهو تحت تأثير النزوات المفككة نتيجة الصدمة التي حطمت المنظومة الأساسية وغيرت علاقته مع الواقع.

كل هذا يعني من وجهة نظر عيادية أن الجزء الواعي الذي يعاني هو مصدر الشعور بالذنب وعدم تقدير الذات، أما الجزء الثاني اللاشعوري فهو مصدر لحدوث حالات ذهانية تتميز بالهذيان والهلاوس. فالإنشطار يؤدي إلى تغيير العلاقة مع الواقع الزمني الفضائي، حيث تحدث توقفات في الزمن بفعل الصدمة تكون مرفقة بعجز عن التمثيل النفسي لمفهوم الزمن.

كما أن هناك آلية دفاعية أخرى يعتمدها "الأنا" هي الإنكار (Le déni) وهي آلية أولية تميز حالات الصدمة، حيث تظهر في كلام الأشخاص المصدومين كمحاولة إنكار وإلغاء الحدث الصدمي.

إن هذه الميكانيزمات الأولية يتصدرها ميكانيزم "النكوص" الشديد لـ "الأنا" نحو مراحل اللاتمييز حيث يكون الإرصان النفسي أقل بناءا، فالشخص المصدوم يفقد اللغة ويجد صعوبة في التعبير فيصبح يعتمد في كلامه على شبه لغة، كما يمكن أن يستعمل كلمات جديدة تكون مرفقة أحيانا بأزمات للإستثارة الحركية.

إن هذا الطرح يعني أن السياقات الأولية التي غلبت على توظيف "الأنا" سوف تتحول إلى عرضية تصيب شخصية الفرد ولها مآلين، فإما أن تأخذ شكل جدول عيادي لصدمة نفسية أو أن تأخذ شكل تصنيفات إمرضية أخرى مع حضور بعض عناصر الصدمة النفسية. (Chorfi, 2008, pp.34-36)

ملخص الفصل:

تطرقنا في الفصل الأول إلى الحديث عن مفهوم "الصدمة النفسية"، حيث إستهلينا هذا الفصل بمدخل بسيط تعرضنا فيه إلى الحديث عن مواجهة الفرد (اليومية) لأحداث الحياة الصادمة التي تضعه أمام حقيقة الموت الشيء الذي يتسبب في زعزعت دفاعاته النفسية، لنقدم بعد ذلك نبذة تاريخية حول مفهوم الصدمة وصولاً إلى فترة أعمال الطب العقلي في القرنين 19 و 20 وهي مرحلة تعامل الباحثين بشكل علمي مع مفهوم "الصدمة"، لنصل بعد ذلك إلى فترة الحرب العالمية الأولى والثانية والتي تعد بمثابة الحدث الذي دفع بالكثير من الباحثين والمنظرين لوضع نظريات خاصة بمفهوم "الصدمة النفسية" إنطلاقاً من أعمال Janet و Freud مروراً بأعمال Fenichel و Ferenczi وآخرون، وصولاً إلى النماذج الحديثة المعاصرة والتي ركزت في طرحها النظري على الجمع بين ما جاءت به مختلف النظريات الأولى، لتصل في النهاية إلى وضع نموذج يعبر عن خلاصة ما سبقه من أعمال.

هذا عن مختلف التناولات النظرية للصدمة، أما عن مظهرها العيادي فقد طرح إشكالية التصنيف الإمبراضي للصدمة النفسية فإختلفت التصنيفات الإمبراضية (DSM و CIM)، الشيء الذي دفع بالطبيب العقلي الفرنسي Louis Crocq إلى وضع جدول عيادي للصدمة النفسية تحت تسمية تناذر الصدمة النفسية المزمن، وذلك في محاولة منه للإلمام بكل ما جاء في التصنيفات العيادية السابق ذكرها .

ولنختم هذا الفصل بتقديم لأهم المفاهيم التي لها علاقة بمفهوم الصدمة النفسية، وهي عبارة عن مفاهيم ذكرت كثيراً خلال هذا الفصل، حيث يساعدنا فهمها على إيضاح مفهوم الصدمة النفسية والتعمق فيه.

الفصل الثالث

الألم

مدخل

الألم

تعريفه

فيزيولوجيته

الأسس العصبية الكيميائية للألم وكبحه

تصنيفاته

تقييمه

علاجه

آلام الظهر

تركيب الظهر

تعريف آلام الظهر

الفيزيولوجية الإمبراضية لآلام أسفل الظهر

عوامل الإختطار وعوامل التنبؤ بالإزمان

الكفالة العلاجية

ملخص الفصل

مدخل:

يعود تاريخ بداية الإهتمام بالألم إلى القرن الرابع قبل الميلاد حيث أستعمل الأفيون كعلاج لألم الرأس ومنذ ذلك الوقت أصبح الألم محور إهتمام الفلاسفة والباحثين عبر مختلف العصور.

والألم هو عبارة عن تجربة عالمية تمس كل إنسان خلال وجوده، كما يعد أحد أكثر الأسباب التي تدفع الأشخاص إلى زيارة عيادات الفحص الطبي بنسبة تقارب الـ 40%. (Cochinaire, 2009, p.22)

ويعتبر الألم من أكثر الظواهر التي يكتنفها الغموض فهو في الأساس خبرة سيكولوجية، وتعتمد درجة الإحساس به وبما يسببه من عجز بشكل كبير على طريقة تفسيره، حيث يقول الطبيب Beecher أن معنى الألم بالنسبة للفرد يحدد بشكل كبير خبرته بهذا الألم. (تايلور، 2008، ص581)

أما الألم المزمن فهو أكثر المشكلات الشائعة والمكلفة إقتصاديا على مستوى العالم، فعلى الرغم من التقدم الهائل في فهم العوامل الباثولوجية والتشريحية المرتبطة بالألم، يظل كثيرا من الأفراد يعانون من الألم والعجز، حيث تشير التقارير إلى أن الألم المزمن يعد من أكثر المشكلات التي تواجه الرعاية الصحية في أي مجتمع، ففي الولايات المتحدة الأمريكية يقدر أن ما بين 25% إلى 30% يعانون من ألام مختلفة.

كما يشير Curkovic في دراسة إحصائية سنوية حول إنتشار الألم المزمن إلى أنه يصل إلى 22% على المستوى العالمي، وبنسبة 19% على المستوى الأوروبي.

فالألم ليس مجرد إحساسات بسيطة أو عرض عابر، و إنما عبارة عن خبرة معقدة يختلف التعبير عنها باختلاف مجتمع، ثقافة، وديانة المريض. (Cochinaire, 2009, p.22)

I. الألم:

1.1. تعريفه:

إن تعدد المحاولات الهادفة لتعريف مفهوم الألم تظهر مدى صعوبة حصر هذه الظاهرة وتحديد بدقتها كما يدل على الإهتمام الكبير الذي أثاره هذا المفهوم لدى العديد من الكتاب على اختلاف تخصصاتهم: من فلاسفة، أطباء، أخصائيين نفسيين، ومختصين في فيزيولوجية الأعصاب.

فحسب Descartes: « الألم ما هو إلا نظام للإنذار بالخطر وظيفته الوحيدة هي الإشارة إلى حدوث خلل جسدي » .

وبالتالي نجد أنه من الصعب الوصول إلى صياغة تعريف مرضي و كافي، يشمل كل المظاهر العيادية والتجريبية للألم.

فكل فرد منا يحمل في ذاته مفهوم الألم ويعيشه كتجربة ذاتية، فبالرغم من تعرض الأشخاص لمثيرات مدركة (حسية عصبية) (Nociceptif) إلا أنهم لا يتجاوبون بنفس الطريقة، إذا تختلف الإستجابة للألم من فرد لآخر وذلك حسب حالته الإنفعالية، الوجدانية، ومدى حافزته. (Diagne, 1998, p.5)

كما قام الفيزيولوجي العصبي R.Melzak بوضع تعريف متكامل للألم فعرفه على أنه عبارة عن ظاهرة معقدة متعددة الأبعاد، تتكون من عدة مركبات مترابطة كلياً فيما بينها. (Duplan, Marty, 2001, p.267)

- **البعد الحسي:** هو مجموع الإحساسات و الإدراكات التي تسمح لنا بتحديد موقع الألم، نوعه مدته، وشدته، ففي مجال الممارسة العيادية وبهدف تحديد الألم بدقة عادة ما يقوم الممارسين المختصين بطرح السؤال التالي على المريض: « صف لنا بماذا تحس ؟ ».
- **البعد الإنفعالي:** يتم التعبير عنه بعدة طرق وذلك حسب شدة الألم و مدى إزمانه، ويظهر في شكل خوف، قلق، حصر و إكتئاب.
- **البعد المعرفي:** ويشمل السياقات الذهنية مثل الإنتباه، الذاكرة ، والتفسير، وللوصول إلى تحديده بدقة نطرح على المريض السؤال التالي: « ما هو الألم حسب تفكيرك ؟ »
- **المكون السلوكي:** ويعبر عنه بمجموع التظاهرات اللفظية وغير اللفظية الصادرة عن الشخص المريض. (Fondras, Perrier, 2004, p.10)

يمكن أن نلاحظ أن هذه المحاولة لتعريف الألم قد جاءت في شكل صياغة معرفية إستبعدت بعض الشيء المظهر الذاتي للمعاناة الجسدية. (Duplan, Marty, 2001, p.268)

وفي محاولة لتقديم صياغة رسمية لتعريف الألم، قامت الجمعية الدولية لدراسة الألم (I.A.S.P) (International Association for the study of pain) بتبني تعريف إقترحه Mersky سابقاً حيث يعرف الألم كما يلي: « الألم هو تجربة حسية وانفعالية مزعجة، مرتبطة بإصابة نسيجية، إما أن تكون حقيقية أو افتراضية، كما يمكن أن يعبر عن الألم بهذه الإصابة ».

نلاحظ أن هذا التعريف يأخذ بعين الإعتبار البعد الوجداني والإنفعالي بإضافته وضمه إلى البعد الحسي لتجربة الألم، كما أنه يعبر بشكل رائع على تعدد العوامل الفيزيولوجية، النفسية، والإجتماعية الثقافية المتدخلة في ظاهرة الألم. (Diagne, 1998, pp.5-6)

إن هذا التعريف الذي تمت صياغته لأول مرة من طرف Mersky يعد ذو أهمية كبيرة، لأنه ألغى الفروق ما بين الأصل العضوي الوظيفي والنفسي للألم و أخذ بعين الإعتبار كل من البعد النفسي والتلف (الإصابة) المرتبطان بخبرة الألم، وذلك عن طريق التمازج مع المريض والإستماع إليه وكذلك محاولة التخفيف من معاناته، فكل من الإستماع (L'écoute) و التخفيف (Soulagement) تعتبر ذات أهمية كبيرة حتى في ميدان الممارسة الطبية. (Duplan, Marty, 2001, p.268)

إذا مهما يكن الميكانيزم الأولي (المبدئي) المتسبب في ظهور الألم سواء كان جسدي، عصبي، أو نفسي فإن الألم يشكل في كل الحالات تجربة ذاتية وظاهرة معقدة لها بعد معرفي إنفعالي بغض النظر عن تعريفه كإدراك حسي بسيط، فالتوجه الكلاسيكي جسم - نفس يركز على توضيح الميكانيزم المتسبب في ظهور الألم لكنه لا يعنى بظاهرة الألم نفسها، هذه الأخيرة التي تعرف على أنها ظاهرة "نفسية - جسمية" لأنها عبارة عن سيرورة نفسية تأتي كاستجابة لإعتداء معين يصيب الجسم. (Boureau, 2006, p.8)

2.I. فيزيولوجيته:

عند حدوث إصابة تعمل النهايات العصبية الطرفية على تحسسها أولاً، ثم تستجيب بإطلاق نواقل كيميائية إلى الحبل الشوكي، ثم تمرر مباشرة إلى البناء الشبكي والثلاموس وإلى القشرة الدماغية، ثم تقوم هذه المناطق الدماغية بدورها بتحديد موقع الإصابة، وترسل رسائلها عبر العمود الفقري وتقود إلى تقلصات عضلية يمكن أن تساعد على منع الألم ومنع التغيرات في الوظائف الجسمية الأخرى كالتنفس على سبيل المثال، أي أن الدماغ يقوم بتفسير هذه الأحاسيس أثناء إنتقالها من النهايات العصبية الطرفية إلى القشرة الدماغية مما يؤدي إلى إدراك الألم.

وهناك نوعان من الألياف العصبية الطرفية يشتركان في إدراك الألم: ألياف صغيرة من نوع دلتا (A) وهي ألياف نخاعية تنقل الألم الحاد، وألياف عصبية صغيرة من نوع دلتا (C) وهي ألياف غير نخاعية تنقل الألم البطيء، وتتميز الألياف النخاع بأنها تزيد سرعة الإنتقال، وعليه فالألام المفاجئة والشديدة تصل إلى القشرة الدماغية بصورة متسارعة أكثر من الألام التي تنقلها الألياف البطيئة دلتا (C).

وتدخل الألياف العصبية الطرفية إلى العمود الفقري من خلال الأظفار الظهرية وتتحدد النواحي الحسية للألم بشكل كبير بنشاط ألياف دلتا (A)، التي تسقط على مناطق معينة من الثلاموس والمناطق الحسية من القشرة الدماغية، ويبدو أن الجوانب الدافعية والوجدانية في خبرة الألم تتأثر بصورة أكبر بألياف دلتا (C) التي تسقط على مناطق مختلفة من الثلاموس والهيپوثلاموس والقشرة الدماغية، وتتغير الأحاسيس من خلال الأظفار الظهرية في العمود الفقري، ومن خلال المسارات النازلة من الدماغ أيضاً والتي تفسر خبرة الألم، فخبرة الألم إذن يحددها التوازن في نشاط الألياف العصبية والذي يعكس نمط الإثارة وشدتها وللمواصلات العصبية أيضاً تأثيرها في إنتقال الألم. (تايلور، 2008، ص 587)

وبعد دخول إشارات الألم إلى النخاع فإنها تسلك مسارين مختلفين لوصولها إلى الدماغ و اللذاني يتمثلان في: السبيل المهادي الحديث (Neospinothalamic tract) والسبيل المهادي القديم (Paleospinothalamic tract)، فالأول مسؤول عن نقل ألياف الألم الواخز السريع (δA) والتي تنتهي في الصفيحة الهامشية (Lamina marginalis) للقرون الظهرية، حيث تستثير عصبونات المرحلة الثانية في السبيل النخاعي المهادي الحديث وتعطي ألياف طويلة تعبر إلى الجهة المعاكسة مباشرة خلال الصوار الأمامي (Anterior commissure)، ثم تصعد إلى الدماغ عبر الأعمدة الأمامية الجانبية. (سي غايتون، هول، 1997، ص 725)

كما أن للموصلات العصبية والمواد الكيميائية الأخرى تأثيرها الفعال في إنتقال الألم السريع، ومن بينها نجد المادة العصبية الغلوتامات التي تفرز في النخاع عند النهايات العصبية لألياف الألم من نوع (δA) فهي من أكثر النواقل الإفرازية إستخداما في الجهاز المركزي، وعادة ما تستمر فترة عملها لعدة مليو ثوان فقط، أما فيما يخص السبيل الثاني - النخاعي المهادي القديم- فهو جهاز قديم مسؤول عن نقل الألياف من نوع (δC)، وتنتهي أليافه المحيطية في الصفيحتين (1) و (3) من القرون الظهرية واللتين تعرفان "بسوية المادة الهلامية" (Substanta gelatinosa)، بعد ذلك تمر معظم الإشارات خلال العصبونات قصيرة الألياف الإضافية ضمن القرون الظهرية نفسها قبل دخولها إلى الصفائح (8-9)، أين يرسل عصبون آخر سلسلة محاور طويلة يلتحق معظمها بألياف من نوع (δA) تمر أولا بالصوار الأمامي إلى الجهة المعاكسة من النخاع، وتصعد بعد ذلك إلى الدماغ.

وأخيرا تشترك عمليات القشرة الدماغية في الأحكام المعرفية المتعلقة بالألم، بما فيها تقييم معناه، إذ تعتبر الميكانيزمات النفسية والعصبية المتضمنة في البعد الوجداني للألم جزءا مهما من خبرة الألم ويتكون البعد الوجداني للألم من مشاعر غير سارة وعواطف سلبية ترتبط بمشاعر قلق مستقبلية ويسمى الباحثون مشاعر القلق هذه بـ "الإنفعال الثانوي".

هذا وتتفاعل شدة الإحساس بالألم مع الفترة التي يستغرقها الألم في التأثير على المشاعر غير السارة المدركة، وفي الإنفعال الثانوي الناجم، وذلك من خلال شبكة مركزية من الأبنية الدماغية التي تقوم بمعالجة المعلومات المدركة (Nociceptive)، حيث يتم على مستوى القشرة الدماغية دمج المعلومات المدركة داخل إطار الخبرة المؤلمة، مما يسهم في إثارة العواطف القوية التي يخبرها الفرد أثناء الألم والتي يمكن لها بحد ذاتها أن تفاقم من الألم، فخبرة الألم الكلية إذن هي ذلك النتاج المعقد الناجم عن تفاعل هذه العناصر جميعها. (تايلور، 2008، ص ص 587-588)

I.3. الأسس العصبية الكيميائية للألم وكبحه:

يتمتع الدماغ بقدرته على التحكم بمقدار الألم الذي يحس به الفرد وذلك بإيصال الرسائل التي تمنع وصول إشارات الألم عبر الحبل الشوكي، ولعل الدراسة التي تمثل نقطة تحول في إثبات هذه الفرضية هي تلك التي أجراها "د.ف. رينولدز" حيث ثبت بالتجربة أن الإثارة الكهربائية لمنطقة معينة من دماغ الجرذ إستطاعت أن تحدث درجة عالية من فقدان الإحساس عند هذا الحيوان، فلم يحس بالألام المصاحبة للجراحة في البطن، وقد ساعدت نتائج "رينولدز" على حث العلماء للنظر في الأسس العصبية الكيميائية لمثل هذا التأثير، وفي عام 1972 إستطاع "أكيل" وزملاءه الكشف عن وجود ما يسمى بـ "الأفيونات الذاتية" (Endogenous opioids).

ما هو الأفيون الذاتي؟ إن المخدرات الأفيونية (Opiates) بما فيها الهيروين و المورفين هي مخدرات مصنعة من نوع من النبات للمساعدة على التحكم بالألم، أما الأفيونات الذاتية وهي مواد شبه أفيونية يفرزها الجسم، فتمثل جهازا داخليا ذا أساس عصبي كيميائي منظم للألم، وهناك عدة أجزاء من الدماغ والغدد التي تفرز مثل هذه المواد.

وتعتبر الأفيونات الذاتية مادة عصبية كيميائية مهمة ينظر إليها على أنها جهاز طبيعي لإخماد الألم في الجسم، ولعله من الواضح أن هذا النظام الذاتي لإخماد الألم أو كفه لا يعمل دائما، إذ أن هناك عوامل محددة تستثيره، وتشير الأبحاث إلى أن الضغوط هي أحد هذه العوامل، فالضغوط الحادة كذلك التي تنجم عن توجيه صدمة لقدم الجرذ مثلا تقود بصورة ثابتة إلى عدم الإحساس بالألم، وتسمى هذه الظاهرة بفقدان

الإحساس المرتبط بالضغط، وقد كشفت الأبحاث أن هذه الظاهرة يصاحبها زيادة في إفراز الأفيونات الذاتية في الدماغ. (تايلور، 2008، ص ص 589-590)

4.I تصنيفاته:

هناك عدة أنواع من الألم نظرا لأنه يصنف إلى عدة فئات، وفيما يلي ندرج أهم الفئات التصنيفية الشائعة للألم، وهي كما يلي:

1- يصنف الألم حسب الميكانيزم الفيزيوباتولوجي إلى: ألم مدرك أو حسي عصبي، ألم عصبي، وألم نفسي المنشأ.

2- يصنف حسب مدة تطوره إلى: ألم حاد، وألم مزمن.

3- يصنف حسب نوع المرض المتسبب في ظهوره إلى: ألم ناتج عن مرض خبيث، وألم ناتج عن مرض غير خبيث.

1.4.I تصنيف الألم حسب الميكانيزم الفيزيوباتولوجي:

من المهم أن لا تقتصر العملية التشخيصية على معرفة طبيعة السيرورة المرضية المتسببة في حدوث الألم، بل يجب أن تسمح لنا كذلك بفهم آلية حدوثه، فعلاج الأعراض يعود إلى الفهم الكافي لهذه الآلية (الميكانيزم)، وبالرغم من وجود بعض الغموض في فهمنا لعدة معطيات فيزيوباتولوجية إلا أننا نستطيع أن نميز بين ثلاث أنواع كبرى من الميكانيزمات وهي:

1.1.4.I الأصل الجسدي (العضوي) للألم (الإستثرات الحسية العصبية):

تعد الإستثرات الحسية العصبية الميكانيزم الأكثر شيوعا في أغلبية الآلام الحادة (مثل حالات الصدمات التعفن، التلف)، كما يظهر هذا الميكانيزم أيضا في الآلام المزمنة وذلك في حالة الأمراض التي تتميز بوجود إصابات أو تلف نسيجي دائم مثل: الأمراض المفصلية المزمنة أو الأمراض السرطانية، حيث تختلف طرق ظهور هذا النوع من الألم، فإما أن يظهر حسب تواتر ميكانيكي (حيث يزداد الشعور بالآلام كلما زاد نشاط الجسم وحركته)، أو حسب تواتر إتهابي (ويتمثل في ظهور الألم بشكل ومضات مفاجئة) كما يمكننا أن نتسبب في حدوث هذا النوع من الألم وذلك عن طريق التحريض (La provocation) ومن أهم التقنيات الطبية المعتمدة للكشف عن الإصابات المتسببة في حدوث هذا النوع من الألم، نذكر تقنية الصورة الإشعاعية.

ويعبر الميكانيزم (لحسي العصبي) للألم عن سيرورة مرضية نشيطة تحدث على المستوى الطرفي (Périphérique) وذلك بالتعاون مع النظام الفيزيولوجي الناقل للرسائل الحسية العصبية لأن المعلومة تظهر على مستوى المستقبالات الطرفية وتحول نحو البنيات المركزية. (Boureau, 2006, pp.35-36)

إذا تنتج الآلام الحسية العصبية عن تنشيط النواقل الحسية العصبية حسب سيرورة مرضية، وتنقسم إلى نوعين:

* **آلام جسدية:** ففي هذه الحالة تؤثر السيرورة المرضية إما على منطقة البشرة، العضلات، أو الهيكل العظمي.

- وعموما تكون عبارة عن آلام متواصلة وتموضعة في مكان محدد.

- توصف من طرف المريض على أنها تشكل نوع من الثقل، الإفتاح، أو بشكل كدمة.

- تتميز هذه الآلام بمعاودة الحدوث نتيجة الجس (La palpation) أو الحركة.

* **آلام حشوية (Viscérales):** وهي عبارة عن آلام تتعلق بالأحشاء.

- هذه الآلام لا تكون عادة ذات موضع محدد، وغالبا ما تظهر في مناطق بعيدة عن الأحشاء المصابة.

- تظهر في شكل إحساسات حادة، تشجذجات أو مغض، أو بشكل ثقل أو إمتلاء.

I.2.1.4. الأصل العصبي (Neuropathique) للألم:

يظهر هذا النوع من الألم بشكل ثانوي لإصابة ما أو نتيجة خلل في الجهاز العصبي المركزي أو الطرفي.

- يوصف في شكل إحساسات مؤلمة متواصلة (بشكل حروق أو وخز)، أو في شكل نوبات مفاجئة (بشكل تفرغ لشحنات كهربائية، أو بشكل آلام واخزة).

- في حالة الفحص العيادي لهذا النوع من الألم عادة ما تظهر لدينا بعض المؤشرات السلبية والإيجابية:

* **المؤشرات السلبية:**

- نقص الإحساسات، والشعور بالخدر.

* **المؤشرات الإيجابية:**

- شعور الشخص بالآلام بمجرد التعرض لمثيرات يفترض أنها غير مؤلمة.

- زيادة الحساسية (بمعنى الشعور بألم شديد بمجرد التعرض لمثير مؤلم)، كما يحتمل ظهور اضطرابات حركية لكن في حالات نادرة.

- تكون هذه الآلام متموضعة على مستوى المنطقة غير المعصبة (Innervée) المصابة بالتلف.

- كما يمكن أن تظهر الآلام في أماكن أخرى من الجسم تكون بعيدة عن منطقة الإصابة الأساسية. (David, Mazzocato, 2008, p.13)

I.3.1.4. الأصل الوظيفي والأصل النفسي للألم:

في حال ما تكونت لدينا شكوك حول الأصل الوظيفي للألم، فإننا لا نستطيع التأكد منها إلا في حالة استمرار هذا الألم وتحوله إلى ألم مزمن من جهة، إضافة إلى الحصول على نتائج سلبية عند القيام بالفحوص العيادية اللازمة من جهة أخرى، في هذه الحالة فقط يكون بإمكاننا تشخيص الألم على أنه ذو أصل وظيفي (بمعنى أن الخلل أصاب الوظيفة وليس العضو).

أما في حالة الألم نفسي المنشأ، فإن تشخيصنا له لا يقتصر على الغياب التام لأي إصابات عضوية وإنما يتوجب علينا أن نركز في تشخيصنا لهذه الحالة على وجود اضطرابات نفسية مرضية تنتمي إلى إطار نوزوغرافي يمكننا من تحديد طبيعة الاضطراب النفسي بشكل واضح: مثل اضطراب التحويل الهستيرى، الجسدنة الناتجة عن اضطراب إنفعالي مثل الإكتئاب، توهم المرض (L'hypocondrie).

كما تجدر الإشارة إلى أن الألم المزمن في الكثير من الحالات لا يكون بالضرورة نفسي المنشأ بشكل كلي ولا عضوي المنشأ بشكل كلي، حيث تأتي هذه الآلام كنتيجة للتداخل ما بين العوامل الجسدية والعوامل النفسية الإجتماعية، وبالتالي فإن اعتبار هذه الآلام على أنها ذات أصل جسدي أو ذات أصل نفسي هو إجراء يهمل الإشكالية السببية لحدوثها، هذه السببية التي غالبا ما تكون مختلطة ما بين العوامل الجسدية والنفسية في آن واحد معا. (Bureau, 2006, p.38)

2.4.I. تصنيف الألم حسب مدة تطوره:**1.2.4.I. الألم الحاد (La douleur aigue):**

الألم الحاد هو عبارة عن ألم قابل للإرتداد (Réversible)، بمعنى قابل للزوال إما بشكل تلقائي أو بمساعدة العلاجات المسكنة، له دور هام يتمثل في كونه مؤشر منذر بحدوث الخطر، كما يمكن أن تتنوع شدة الآلام الحادة، لكنها عموماً تكون محتملة من طرف الشخص المريض. (Boucher, Pionchon, 2006, pp.45-46)

إضافة إلى أن هذا النوع من الألم يكون غالباً قصير المدة والتي تدوم من بضع دقائق إلى بعض الأيام فله بداية ونهاية محددة، ويكون مرفق بتظاهرات جسمية، نفسية، وسلوكية تدخل ضمن حالة الضغط النفسي، حيث يعيش المريض هذه الآلام بنوع من الشدة والإنزعاج. (Duplan, Marty, 2001, p.274)

يكون غالباً سهل التشخيص فهو بمثابة عرض (Symptome) لمرض أو صدمة ما، حيث يقودنا إلى القيام بوصف علاج للإصابة المتسببة في الألم من جهة، وكذا وصف علاج مسكن للألم المرافق للإصابة، حيث يرى الكتاب والباحثين أن الألم الحاد يتطور نحو ألم مزمن بعد انقضاء مدة تدوم من ثلاث أسابيع إلى ستة أشهر، ولهذا يتمثل دور الممرض عند معالجته للألم الحاد في العمل على تجنب تحول الألم الحاد إلى ألم مزمن يتطلب تدخل علاجي أكثر تعقيداً. (Guignery-Debris, 2002, p 287)

2.2.4.I. الألم المزمن (La douleur chronique):

وهو عبارة عن حالة من إستمرار الألم وإستقراره بوتيرة معينة، يكون عادة مقاوم لكل العلاجات الجراحية أو الدوائية، سواء بوجود إصابة محددة أو لا، ويكون هذا النوع من الألم بدون بداية محددة وليس له حدود واضحة فهو عبارة عن ألم يمكن أن يدوم حتى بعد الشفاء من الإصابة، ويتطور عادة إنطلاقاً من 3 إلى 6 أشهر، يتميز باكتساحه لحياة الشخص مع العلم أنه يكون مرفق بتغيرات إنفعالية تظهر في شكل قلق أو إكتئاب إضافة إلى التغيرات السلوكية، والإجتماعية، العائلية والمهنية، كما يسمى أيضاً هذا الألم بـ "مرض الألم" (Douleur – maladie)، وكان الجراح الفرنسي René Leriche هو أول من أطلق عليه هذه التسمية. (Duplan, Marty, 2001, p.274)

ويتميز الألم المزمن بما يلي:

- يكون مصحوب بتظاهرات عصبية إعاشية تظهر شيء فشيء كلما إستمر الألم.
- يتسبب في تباطؤ القدرات المعرفية، الإنفعالية، وكذا القدرات الوظيفية.
- إستعمال العلاجات المسكنة القوية على المدى الطويل.

وللوصول إلى التمييز ما بين الألم الحاد والألم المزمن لا يكفي أن نعتمد على مدة تطور الألم وإنما يتوجب الأخذ بعين الإعتبار مجموع الإنعكاسات والنتائج التي تعقب ظهوره، حيث يتسبب المثبر الحسي العصبي الشديد والمتكرر في تغيرات عصبية على مستوى الجهاز العصبي المركزي، وهي عبارة عن تغيرات تكون أحيانا غير قابلة للزوال مما يؤدي إلى إستمرار الرسائل المؤلمة حتى بعد إختفاء المثبر الحسي العصبي، حيث يصبح الشخص شديد الحساسية للألم.

وبالتالي يكون من غير الأكيد أو الحتمي القدرة على معالجة كل الآلام بفعالية. (David, Mazzocato, 2008, p.14)

و نجد من أهم ميزات الألم المزمن أنه:

- من الصعب تحديد (تشخيص) الأصل الجسدي أو النفسي للألم المزمن هذا الأخير الذي يؤدي فيما بعد إلى عدة تظاهرات وأثار جسدية نفسية وسلوكية ناتجة عن إستمرار الألم.
- يتميز باكتساحه للحياة الوجدانية للفرد، فيصبح الألم هو الموضوع الذي يشغل الفرد طول الوقت الشيء الذي يزيد من تعقيد الحالة.
- يصبح الألم المزمن بمثابة تناذر مستقل بذاته، حيث يترافق ظهوره بمجموعة من الإضطرابات:

* تظاهرات إكتئابية أو تظاهرات قلق.

* جسدنة (Somatisation) مختلف ضغوط الحياة.

* إنخفاض وتقليل كل نشاطات الفرد خوفا من الظهور المفاجئ للألم.

* تركيز التفكير في المنطقة المؤلمة.

* توجيه الإنتباه نحو الإحساسات المزعجة وغير المعتادة (المؤلمة).

* يؤثر الألم المزمن على علاقة الفرد مع محيطه، حيث يصبح الألم مستعملا كوسيلة للحصول على ما يعرف بالفوائد الثانوية (Bénéfices secondaire)، أو كوسيلة للهروب من الصراعات والمواقف الضاغطة. (Guignery-Debris, 2002, p 287)

3.4.I. تصنيف الألم حسب طبيعة المرض المتسبب في الألم:

ونقصد به الأصل السرطاني وغير السرطاني في ظهور الألم، حيث لا تمثل الآلام المزمنة مجموعة متماثلة من الآلام، وإنما تنقسم على الأقل إلى فئتين:

* الآلام المرتبطة بمرض تطوري خبيث (شل السرطان).

* الآلام المزمنة غير الخبيثة كما تسمى أحيانا بالآلام الحميدة لأنها تكون مرتبطة بمرض غير تطوري (قليل أو عديم التطور)، مثل حالة الإصابات بعد الصدمة، آلام الظهر، الإصابات العصبية. (Boureau, 2006, p.42)

5.I. تقييمه:

إن عملية تقييم الألم أحد العناصر الأساسية التي تضمن لنا تحكم أفضل في أعراض الألم، ولهذا يجب أن تتضمن تاريخ ظهور الألم بشكل مفصل، والقيام بفحص عيادي للمريض، إضافة إلى القيام بمراجعة دورية ويكون ذلك من خلال القيام بمختلف الفحوص الإشعاعية مع مراجعة مختلف النماذج العلاجية المتوفرة، حيث تساهم المعلومات المتوصل إليها في تحديد نوع الألم (جسدي، حشوي، عصبي) وتحديد منشأه الأصلي.

كما يعد الألم ظاهرة متعددة الأبعاد وذلك نظرا لتدخل عدة عوامل سواء كانت ذات طبيعة نفسية إجتماعية، عائلية أو روحية، فكلها يمكن أن تؤثر في طريقة ظهور الألم والتعبير عنه، كما أن ظهور إضطرابات القلق أو الإكتئاب من شأنه أن يضاعف من مشكلة الألم، ومن هنا تظهر ضرورة تناول ظاهرة الألم في إطارها الكلي. (Beaulieu, 2005, p.441)

إن تقييم الألم هو خطوة ضرورية تتم قبل إتخاذ أي قرار، كما تسمح بتحديد مدى فعالية العلاج المسكن الذي تم تقريره من قبل، إضافة إلى أنها تهدف إلى تحديد مدى شدة الألم وهو ما يعرف بالتقييم الكمي أما

التقييم الكيفي فيهدف إلى التمييز بين مختلف مكونات الألم: بمعنى التعرف على السيرورة المتسببة في حدوث الألم (ألم عصبي، ألم التهابي)، وكذا الإنعكاسات والآثار النفسية لخبرة الألم على حياة المرضى. إذا، كل من الإستماع، الملاحظة، الإستجواب والفحص العيادي للمريض هي بمثابة الخطوات الأساسية الأولى في عملية تقييم الألم، إلا أن هناك ما يمنع من الوصول إلى قياسات دقيقة وهو ما يعرف بالبعد الذاتي للألم، ولهذا تم وضع تصميم أدوات تقييمية (سلالم قياس، إستمارات) تهدف كلها إلى تقنين الملاحظات العيادية لتسهيل التعامل معها وتناقلها بين الأطباء. (Husson,2000.p.52)

وتنقسم عملية التقييم إلى أربعة مراحل اساسية:

1- التقييم الكيفي . 2- التقييم الكمي. 3- التقييم متعدد الأبعاد. 4- التقييم الطبي و سبه الطبي.

1.5.I. التقييم الكيفي:

يهدف إلى الكشف عن خصائص الألم والتعرف على ميكانيزماته الفيزيوباتولوجية المتسببة في ظهوره إضافة إلى تحديد نوع الألم، تاريخه، والعوامل التي سبقت ظهوره، وكذا العوامل التي تزيد من شدته وبالعكس العوامل التي تخفف من حدته، حيث تسمح هذه الخطوة الأولى بتوجيه عملية التشخيص وتحديد نوع العلاج المسكن الدوائي أو غير الدوائي.

* خصائص الألم:

- وصف المريض للألم يساعد على تحديد الميكانيزمات الفيزيوباتولوجية المتدخلة في حدوثه.
- الخطوة السابقة يمكن أن تتم بشكل أفضل وتكون أكثر دقة وذلك بإعتمادنا على أداة تعرف بإستمارة (Saint Antoine) (QDSA)، وهو عبارة عن سلم لفظي متعدد الأبعاد، حيث يسمح بتحديد العلامات الحسية للألم وتحديد المعاش النفسي المرافق له.

* موضع الألم، شدته، ومدى إنتشاره:

- حيث نطلب من المريض أن يحدد لنا بدقة موضع الألم ومدى إنتشاره في أنحاء الجسم.
- كما نطلب من المريض أن يحدد لنا المناطق المؤلمة وكذا مسارات الألم وذلك بالإستعانة برسم للجسم.
- نقدم للمريض رسم لشكل الجسم ونطلب منه أن يحدد بالقلم المناطق المؤلمة وكذا مسارات الألم.

* تاريخ الألم:

- متى ظهر الألم (تاريخه بالضبط).
- طريقة ظهوره (بشكل مفاجئ، تدريجي، تلقائي، أو بعد التعرض لحادث ما)
تطوره خلال الزمن.

* التواتر الزمني (Chronologie): وهنا يجب تحديد

- مدة الآلام (دائمة، متقطعة، عابرة).
- إذا ما كان الألم يحدث بشكل دوري يومي (عبارة عن آلام يشعر بها المريض عن إستفاقتة من النوم ثم تتضاعف وتزيد شدتها خلال اليوم وتزيد شدتها في المساء والليل).
- هل يعاني الشخص من آلام عابرة (زائلة) ؟

* **العوامل المفجرة للألم أو المضاعفة له:** ويمكن أن تكون هذه العوامل عبارة عن

- القيام بحركة معينة، وضعية ما، أثناء القيام بنشاط معين (الحركة، البلع).

- وجود أعراض أخرى مساهمة في مضاعفة الألم.

- مجموعة من الإنفعالات (الضغط النفسي، الوحدة، القلق).

- التعرض للحرارة أو البرودة.

* **العوامل المخففة من الألم:** ممكن أن تكون

- وضعيات معينة.

- عملية التدليك أو بعض تمارين الاسترخاء

- التحدث عن الألم والتعبير عنه.

* **إنعكاسات الألم على النشاطات اليومية للفرد أو على مزاجه ونموه:**

تتسبب الآلام اليومية لدى أغلبية المرضى في نتائج وآثار سيئة، فممكن أن تكون عبارة عن:

- فقدان المريض للياقة البدنية والحركية.

- التسبب في اضطرابات النوم والشهية.

- اضطرابات القلق والإكتئاب.

- صعوبات مهنية وإقتصادية.

- صعوبات عائلية إضافة إلى العزلة الإجتماعية.

* **تفسيرات المريض لآلامه وتوقعاته حولها:**

إفترض أسباب معينة للألم:

- التعبير عن المخاوف المرافقة للآلام.

- تقديم معنى ما للألم.

- تكوين بعض التوقعات حول عملية التكفل.

* **العلاجات المسكنة التي إستخدمها المريض سابقا:** حيث يتوجب تحديد

- الأدوية التي تم إستعمالها سابقا من قبل المريض، كيف كانت الجرعات، وكم مرة كانت تستعمل إضافة إلى التعرف على مدى فعاليتها وفوائدها المسكنة.

- ما إذا كانت هناك أعراض جانبية لهذه الأدوية، وكيف تم التعامل منها.

- العلاجات (غير الصيدلانية) الأخرى التي تم إعتقادها.

2.5.I. التقييم الكمي:

يهدف إلى تكميم شدة الألم، وبالتالي كيفية إختيار نوع المسكن ثم تقييم مدى فعاليته، ومن المهم جدا أن تتم عملية التقييم بالتنسيق مع المريض وبشكل مستمر إن أمكن ويكون ذلك بإستعمال سلم قياس الألم للحصول على تقديرات دقيقة، ففي مثل هذه الحالة يمكن إستعمال "سلاسل التقييم الذاتي"، حيث يوجد العديد

من السلالم التي تسمح بالقياس السريع والمتكرر وتضمن لنا متابعة مدى إستجابة المريض للعلاج وأحسن هذه السلالم هو السلم الذي يشعر المريض خلال إستعماله بنوع من الإرتياح، وعند تحديد نوع السلم المناسب لحالة المريض، يتم بعدها سؤاله عن:

- مدى شدة الألم لحظة القيام بعملية التقييم.

- الشدة المعتادة للألم (منذ عدة ساعات أو منذ أيام).

- الألم الأكثر شدة (منذ عدة ساعات أو عدة أيام).

- الألم الأضعف (منذ عدة ساعات أو عدة أيام).

3.5.I. التقييم متعدد الأبعاد:

بالنسبة للمرضى الخاضعين لتلقي العلاجات المخففة (Les soins palliatifs) يكون الألم لديهم عادة مترافق بأعراض أخرى وبوجود مشاكل نفسية إجتماعية وروحية، فهذه الظروف على إختلافها من شأنها أن تؤثر على إدراك المريض للألم ولشدته، الشيء الذي يجعله يعيش الألم بشكل معاناة كلية تسيطر على معاشه النفسي، ويصبح الألم الجسمي ما هو إلا أحد العناصر المؤثرة في خضم عناصر أخرى نابعة من معاناة المريض، حيث يصبح الألم في هذه الحالة مقاوم للعلاج الصيدلاني (الدوائي).

ويهدف التقييم متعدد الأبعاد إلى تحديد العوامل الأخرى المشاركة في معاناة المريض بهدف الوصول إلى تقديم كفالة مناسبة ومتوافقة مع حاجة المريض، حيث يتم تناول وقياس الجوانب النفسية الإجتماعية والروحية من خلال إستعمال كراسات منفصلة (خاصة)، فالمرضى الخاضعين للعلاج المخفف يعانون من أعراض أخرى غير الألم تكون ناتجة عن المعاناة الكبيرة التي يعيشونها وللتخفيف من هذه المعاناة يجب القيام بعملية التقييم المتكرر لحالة المريض بهدف متابعة تطورات حالته ومدى تجاوبه مع مختلف العلاجات.

4.5.I. التقييم العيادي وشبه العيادي:

1.4.5.I. التقييم العيادي:

- ويتضمن (بالدرجة الأولى) القيام بفحص عصبي للمريض، أما في حالة الأشخاص المسنين فنقوم بفحص: حالة التوازن، المشي والإضطرابات السمعية البصرية.

- القيام بعملية الكشف المبكر عن احتمال وجود إضطرابات معرفية و إضطرابات القلق والإكتئاب.

2.4.5.I. التقييم شبه العيادي: ويتضمن

- القيام بمراجعة الفحوص المتوفرة لدى المريض.

- القيام ببعض الفحوصات المخبرية لتحديد الأدوية المسكنة، والجرعات المناسبة لحالة المريض.

- كما يمكننا القيام بفحوص مكملة لمساعدتنا على تحديد النموذج العلاجي الملائم كالقيام بصور شعاعية. (David, Mazzocto, 2008, p.15)

6.I. علاجه:

إن عملية تقييم الألم يجب أن تأخذ بعين الإعتبار كل من البعد الجسدي والنفسي لهذه الظاهرة، أما فيما يخص العلاج فينصح بالحذر من التركيز على المرض أو الاصابة العضوية المرتبطة بالألام وذلك بالقيام بوصف بعض المواد المسكنة دون الإهتمام بالمعاش النفسي للمريض الشيء الذي من شأنه أن يقودنا إلى

الفشل في معالجة المريض من الألم، كما يتوجب من جهة أخرى عدم التركيز على الصعوبات والمشكلات النفسية المرتبطة بحالة المريض وهو ما يدفعنا إلى تجنب وصف أي أدوية ضرورية للمريض.

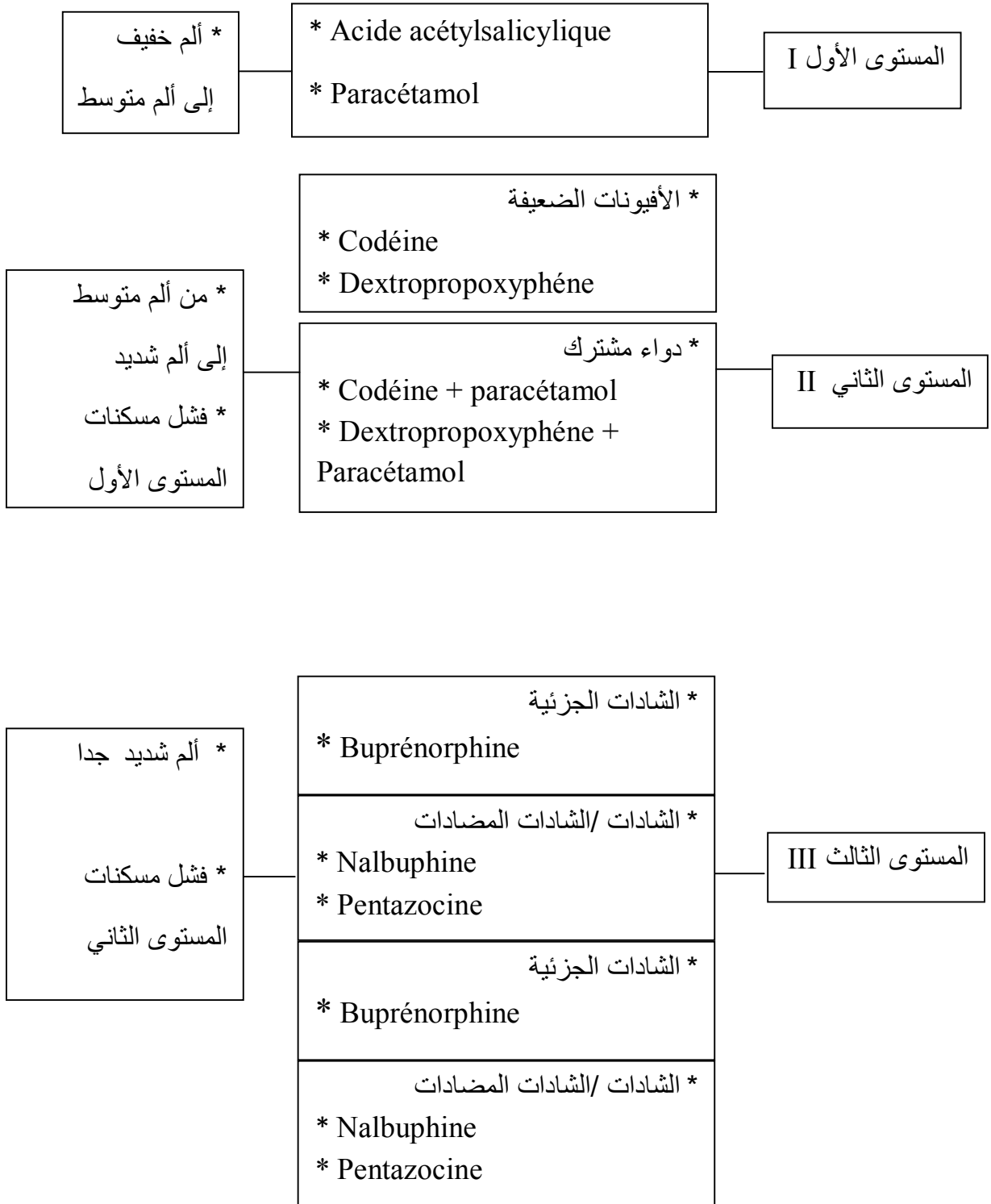
وبهذا نقول أن عملية الكفالة العلاجية لهؤلاء المرضى يجب أن تكون كلية (Globale)، تأخذ بعين الاعتبار وصف الأدوية المسكنة الضرورية، إضافة إلى توفير دعم نفسي للمريض، وأحيانا يستلزم الأمر اللجوء إلى تقنيات نفسية كالإسترخاء أو العلاج النفسي. (Alvin, Marcelli, 2005, p.305)

1.6.I. العلاج الصيدلاني (الدوائي):

إن أي عقار يمكنه التأثير في الموصلات العصبية يعد مرشحا كعقار مخفف للألم، وبعض العقاقير مثل المخدر الموضعي يمكن أن تؤثر في إنتقال الألم من المستقبلات الطرفية إلى الحبل الشوكي، ويعتبر وضع المخدر على جرح في الجسد مثالا على ذلك، كذلك يمثل الحقن بالعقاقير - كتلك التي تخدر الحبل الشوكي وتمنع إنتقال الألم عبره - أسلوبا آخر، ويمكن أن يتم التخفيف من الألم أيضا من خلال عقاقير تؤثر في ميكانيزمات الضبط المركزي في الدماغ. (تايلور، 2008، ص ص 598-599)

وفي هذا السياق تتوفر العديد من الأصناف الدوائية (الصيدلانية) المسكنة، إلا أن هذا التنوع لا يدل على تنوع كبير في الأقسام الصيدلانية للمسكنات، حيث تندرج هذه الأخيرة ضمن ثلاث أقسام دوائية. (Boureau, 2006, P.59)

ففي سنة 1987، قامت المنظمة العالمية للصحة بوضع تصنيف لمختلف الأدوية المقاومة للألم المدرك (Nociceptif)، حيث صنفتها ضمن ثلاث أقسام أو درجات، وهي مدرجة في المخطط الموالي:



الشكل رقم (03): تصنيف لمختلف الأدوية المقاومة للألم حسب المنظمة العالمية

للصحة. (Maiga, 2005, p.54)

2.6.I. العلاج الجراحي:

للسيطرة على الألم بالجراحة تاريخها الطويل، وتتضمن المعالجة الجراحية إجراء قطع في ألياف الألم وبنقاط متعددة من الجسم بحيث لا يصل الإحساس بالألم، إذ تحاول بعض الأساليب الجراحية أن تعطل وصول الألم من الجهاز الطرفي إلى الحبل الشوكي، بينما تعمل أساليب أخرى على منع تدفق إحساسات الألم من الحبل الشوكي صعوداً إلى الدماغ.

وعلى الرغم من أن نجاح الأساليب الجراحية في بعض الأحيان في تخفيف الألم مؤقتاً إلا أن آثارها عموماً محدودة المدى، ناهيك عن عوامل الخطورة والآثار الجانبية المحتملة والكلفة الباهضة للجراحة إذ أن للجهاز العصبي قدرة عالية على التجديد فنبضات الألم التي يتم منعها تجد من خلال الجراحة طريقها للدماغ عبر مسارات عصبية أخرى مختلفة.

وفوق ذلك هناك ما يدل على أن الجراحة يمكن في النهاية أن تجعل المشكلة أسوأ وذلك لأنها تؤدي إلى تلف في الجهاز العصبي، وهذا التلف نفسه يمكن أن يكون سبباً رئيسياً للألم المزمن، وهكذا بينما كانت المعالجة الجراحية للألم شائعة نسبياً في وقت من الأوقات نجد أن شوك الأطباء والمختصين اليوم تزايد بخصوص فعاليتها حتى كوسيلة أخيرة للعلاج.

3.6.I. تقنيات العلاج النفسي:

أما الأساليب النفسية في إدارة الألم فإنها تتطلب التعلم والمشاركة الفعالة من جانب المريض، وذلك بعكس الأساليب الدوائية والجراحية والحسية، لذلك فهي أكثر فعالية في إدارة الآلام البطيئة التي يمكن توقعها والإعداد لها مقارنة بالآلام المفاجئة الشديدة أو غير المتوقعة، وكما رأينا فقد عمد الإنسان تاريخياً إلى التصدي للألم من خلال الأدوية والجراحة، إلا أن تزايد الاعتراف بدور الجوانب النفسية في الإحساس بالألم ومعالجته منح علماء النفس مكانة حيوية خاصة في إدارة الألم. (تايلور، 2008، ص ص 600-601)

وفيما يلي ندرج أهم التقنيات المعتمدة للتخفيف من شدة الألم:

1.3.6.I. أساليب الإسترخاء:

تم استخدام أساليب الإسترخاء مع مرضى الألم بشكل واسع سواء وحدها أو مع غيرها من أساليب السيطرة على الألم، وقد طورت هذه الأساليب في الأصل لمعالجة الإضطرابات ذات الصلة بالقلق ولقد عرف الإسترخاء في مجال تعزيز عمليات إدارة الضغوط، ولعل أحد مبررات تعليم المرضى أساليب الإسترخاء هو تمكينهم من التعامل مع الضغوط والقلق بنجاح بالإضافة إلى تخفيف خبرة الألم علاوة على ذلك يمكن للإسترخاء أن يؤثر في الألم مباشرة، فالتخفيف من توتر العضلات أو تحويل تدفق الدم الذي يمكن أن ينجم عن الإسترخاء قد يخفف من الألم المرتبط بهذه العمليات الفيزيولوجية.

وتركز إستراتيجية الإسترخاء على الإنتقال بالفرد إلى حالة أقل إستثارة يمكن بلوغها من خلال تعليمات تقود إلى إسترخاء كل جزء من أجزاء الجسم، والسيطرة على التنفس بتشجيع المريض على التنفس العميق والطويل، مما يقلل من مستوى الإثارة.

وقد يقود التدريب على الإسترخاء بشكل عام إلى نجاحات متواضعة فيما له صلة بالآلام الحادة كما أنه قد يكون مفيداً في معالجة الألم المزمن، حيث يستخدم مع طرق أخرى في السيطرة على الألم، ولعل بعض الآثار الفيزيولوجية المفيدة للإسترخاء تعزى إلى إطلاق

الأفيونات الذاتية، كما يبدو أن هناك بعض الآثار الإيجابية للإسترخاء على أداء جهاز المناعة.

2.3.6.I. التنويم المغناطيسي:

وهو أحد أقدم الأساليب التي استخدمت لإدارة الألم، ومن أكثر الأساليب التي أسيء فهمها، وقد استخدم التنويم بديلا للتخدير أثناء الجراحة منذ أوائل القرن التاسع عشر، وتشير المراجع الطبية القديمة والكشوف الأنتروبولوجية و الوثائق التي تؤرخ طقوس الشفاء عبر الثقافات إلى مثل هذا الإستخدام الطبي للتنويم ويعتمد التنويم على عدة أساليب في التخفيف من الألم، إذ يعد الإسترخاء عنصرا مهما في التنويم يمكنه وحده أن يخفف من الألم، ثم هناك الإيحاء بأن التنويم يقلل من الألم والذي يمثل عنصرا آخر، وأثناء الغشية (Trance) يتم توجيه المريض للتفكير بالألم بطريقة مختلفة، فالمعنى الذي يرتبط بالألم يؤثر في حدوثه، وأخيرا يعطى المريض مسكنا للألم عند خضوعه لعمليات مؤلمة تحت التنويم، و هكذا تعزى الآثار الجانبية للتنويم - في جزء منها على الأقل - إلى مجموعة آثار مركبة تضم الإسترخاء وإعادة التفسير والتشتيت والعقاقير.

وبصرف النظر عن ميكانيزمات عمل التنويم فإن فاعليته في التعامل مع بعض الآلام الحادة تبدو ثابتة فهو يستخدم بفعالية في السيطرة على الآلام الحادة التي تعزى إلى حالات مثل الجراحة والولادة وعمليات طب الأسنان والحروق والصداع، كما أنه أثبت فاعلية في إدارة الآلام التي تعزى للأساليب المخبرية وأحرز بعض النجاح في معالجة الآلام المزمنة كذلك التي تعزى إلى السرطان، وغالبا ما يتم إستخدامه مع أساليب أخرى. (تايلور، 2008، ص ص 603-605)

3.3.6.I. التشتيت (Distraction):

يلاحظ أحيانا أن المنهكين في نشاط ما كالرياضة أو المناورة العسكرية يغفلون عن إصابة مؤلمة لحقت بهم، وهذا مثال على أسلوب شائع في السيطرة على الألم يعرف بالتشتيت، فمن خلال تركيز إنتباه الفرد على مثير بعيد أو تشتيته من خلال نشاط آخر مكثف يمكننا إبعاد إنتباهه عن الألم.

وهناك نوعان مختلفان من الإستراتيجيات العقلية في السيطرة على الألم، يتمثل الأول بتشتيت إنتباه الفرد من خلال التركيز على نشاط ما، ويزودنا الأطفال بأمثلة عديدة على هذا النوع تصف كيفية تعاملهم مع الحوادث الضاغطة أو المؤلمة (مثال على ذلك: الطفل الذي ينشغل بالنشيد الوطني بينما هو يجلس على كرسي طبيب الأسنان ينتظر أمرا يثير في نفسه الخوف الشديد).

أما النوع الثاني من الإستراتيجيات العقلية في السيطرة على الحوادث الضاغطة فهو التركيز مباشرة على الحادث، ولكن مع إعادة تفسير الخبرة (مثال: الطفل الذي وهو يجلس على كرسي طبيب الأسنان يدعي أن الطبيب هو العدو بينما هو عميل سري يقوم الطبيب بتغذيته للحصول على ما لديه من أسرار، وأن أي صوت يصدر عنه يمكن أن يكشف عن بعض هذه الأسرار).

ويعد التشتيت أسلوبا ناجحا في السيطرة على الألم خصوصا الألم الحاد، ففي إحدى الدراسات تم تعريض 38 من مرضى الأسنان لواحدة من الحالات التالية: ثلث الحالات أتيح لهم سماع الموسيقى أثناء القيام بإجراءات العلاج، وثلث الآخر أتيح لهم سماع الموسيقى ولكن مع الإيحاء بأن الموسيقى ستساعد على التخفيف من توترهم، وثلث الأخير لم يسمع أي موسيقى، فكانت النتيجة أن مجموعتي المرضى الذين سمعوا الموسيقى شعروا بتوتر أقل من المجموعة الثالثة، وربما يترك التشتيت آثارا إيجابية من خلال إحداث تعديل في الذاكرة المتصلة بالألم، كما يبدو أنه أكثر فاعلية في حالات الألم البسيط، ومحدود

الفعالية في الحالات المزمنة، ذلك أن المريض لا يستطيع تشتيت نفسه لزمن غير محدود، ويكون التشتيت فعالا حيث يستخدم أساليب أخرى في السيطرة على الألم حيث وجد "ماكول" و "مونسون" و "ماكي" أن التشتيت وحده كان يفتقر لخواصه المهدئة. (تايلور، 2008، ص ص 606-607)

ومع تزايد أهميته ومدى تعقيده وكلفته أصبح الألم يعامل بجدية أكثر كمسألة طبية مهمة بحد ذاتها بدلا من إعتباره مجد أعراض مزعجة أو غير مريحة كما كان الأمر في الماضي.

والجدير بالذكر أن برامج إدارة الألم أعطت أملا للألاف من المرضى ممن كانوا يعانون من الآلام الشديدة في الماضي ولم يجدوا ما يعينهم عليها، وهذه البرامج لا تعدنا أو توملنا بعالم خال من الآلام فحسب، وإنما تضع لنا أهدافا نبيلة وسامية تتمثل في تعزيز السيطرة الذاتية على هذه الآلام، وحياة حرة من الإدمان والإكتئاب. (المرجع السابق، ص 614)

II. آلام الظهر (Rachialgie):

1.II. تركيب الظهر:

1.1.II. البنية التشريحية للظهر (Anatomie du dos):

ينفرد الظهر بتركيبة معقدة لها فعاليتها في الأداء الحركي عند الإنسان كالجلوس والإنحاء... إلخ ويتألف من مجموعة فقرات تبدأ من نهاية عظمة الجمجمة نزولا حتى العصعص لتشكل في مجموعتها عمودا فقريا، ويتألف هذا الأخير من 33 فقرة (Vertèbre) أسطوانية تتوسطها ثقبون متراسة تعرف بالقناة الفقارية التي يمر عبرها النخاع الشوكي، كما يتميز العمود الفقري بعظامه المشدودة والمتراصة بمجموعة من الأنسجة تعرف بالأنسجة الرخوة وهي: الغضاريف، الأوعية الدموية، الأعصاب الأربطة والعضلات. (رزق، علامة، ب س، ص 9)

وينقسم العمود الفقري إلى خمسة مقاطع هي:

- منطقة الرقبة (Rachis cervical): تتكون من 7 فقرات على مستوى العنق (Le cou)
- منطقة الظهر (Rachis dorsal): تتكون من 12 فقرة على مستوى منطقة خلف الصدر (Le thorax)
- المنطقة القطنية (Rachis lombaire): تتكون من 5 فقرات على مستوى منطقة خلف البطن (L'abdomen)
- منطقة العجز (Rachis sacrum): تتكون من 05 فقرات ملتحة على مستوى الحوض (Le bassin)
- منطقة العصعص (Rachis coccyx): تتكون من 04 فقرات ملتحة.

وللعمود الفقري (La rachis) وظيفتين أساسيتين هما:

* دور الدعامة وكذلك الحركة، فهو المسؤول عن دعم الجذع (Le tronc) والرأس (La tête)، كما يسمح لهما بالحركة في كل الإتجاهات (إلى الأمام، إلى الخلف، على الجانبين، إضافة إلى حركة الدوران).

* دور حماية النخاع الشوكي (La moelle épinière) الذي يمر في وسط العمود الفقري. (El Maghraoui, 2004, p.04)

2.1.II. التمثفصل الداخلي للعمود الفقري (Articulation antérieure):**أ- القرص (Disque intervertébral):**

هي أقراص ليفية وعضروفية حلقيية الشكل تفصل بين الفقرات العظمية، مثقوبة بثقوب يتوسطها لب هلامي، تشكل ثلث طول العمود الفقري، وتمتاز هذه الحلقات بدورين هما:

* توفير القوة الميكانيكية الدافعة.

* إمتصاص الصدمات العنيفة.

ب- سطوح التمثفصل الفقري:

مكانها بين الفقرات لها وظيفة الإنزلاق والدوران، ولها دور مهم في الأداء الحركي للظهر وهو تحريك وإدارة العمود الفقري في أكثر من إتجاه.

ج- الأربطة (Les ligaments):

هي أنسجة خلوية ليفية شبه سلكية، بها تتصل العظام ببعضها وتترابط مع بقية أجزاء الجسم، تتميز بالمرونة.

د- العضلات:

وهي أنسجة مرنة قابلة للتطوع تساعد على الأداء الحركي وهي أربعة أنواع:

* العضلات المستعرضة المتداخلة.

* العضلات ما بين الشوكية.

* العضلات الدوارة.

* العضلات الناصبة الشوكية.

هـ- الأعصاب:

ترتبط بالنخاع الشوكي من خلال الثقوب الأسطوانية للعمود الفقري، من أدوارها:

* التحكم بحركة عضلات الساقين والمثانة والأمعاء والوظيفة الجنسية.

* نقل الشعور الحسي من الساقين والوركين إلى النخاع الشوكي وبالتالي إلى الدماغ.

(رزق، علامة، ب س، ص 12)

2.II. تعريف آلام الظهر:

بالرغم من العدد الهائل للدراسات والأعمال التي كرسست لموضوع آلام الظهر إلا أنه لم يتم تحديدها بشكل واضح ولهذا بقي تعريفها محاطا بشيء من الغموض، حيث نلاحظ أن بعض الكتاب عمل على تعريفها بالإعتماد على المناطق التشريحية لظهور الألم (مصدر الألم)، أما تعاريف أخرى فإعتمدت على مدة الأعراض.

1.2.II. تعاريف تركز على مناطق الألم:

يستعمل مصطلح "ألم العمود الفقري" (Rachialgie) للدلالة على مجموع التظاهرات المؤلمة المتمركزة على مستوى العمود الفقري (Rachis vertébral) دون تحديد سبب الأعراض، وتتبع النقطة الأصلية لظهور الألم نستطيع الوصول إلى تمييز الحالات التالية:

* **آلام الرقبة (Les cervicalgies):** هي آلام على مستوى العنق وتمتد من فقرة الرقبة الأولى (C1) إلى غاية آخر فقرة من فقرات الرقبة وأول فقرة من فقرات الظهر (C7-D1).

* **آلام الظهر (Les dorsalgies):** هي آلام تظهر على مستوى الظهر (Le dos) وتمتد من الرزة العنقية الظهرية (Charnière cervico-dorsale) (C7-D1) إلى غاية الرزة الظهرية القطنية (Charnière dorso-lombaire) والمتمثلة في آخر فقرة من الظهر وأول فقرة قطنية (D12-L1)

* **الآلام القطنية (آلام أسفل الظهر) (Les lombalgies):**

هي آلام تمتد من الرزة الظهرية القطنية (Charnière dorso-lombaire) (D12-L1) إلى غاية الرزة القطنية العجزية (Charnière lombo - sacrée) (L5-S1).

وتتفق هذه التعاريف مع التعارف المقدمة من طرف الجمعية الدولية لدراسة الألم (IASP).

II.2.2. تعاريف تركز على مدة الأعراض:

فيما يتعلق بتعريف آلام أسفل الظهر فإن التعريف الشامل المقبول والأكثر اعتمادا حاليا من خلال الدراسات العيادية هو التعريف الذي يركز على مدة الأعراض.

وعليه نميز ثلاث أنواع من آلام أسفل الظهر:

* **آلام أسفل الظهر الحادة (Lombalgie aiguë):** وتنتج عن وجود آلام في المنطقة القطنية (Lombalgie) تدوم لفترة لا تتجاوز 6 أسابيع.

* **آلام أسفل الظهر فوق حادة (Lombalgie subaiguë):** وهي نتيجة إستمرار الآلام من 6 إلى 12 أسبوع.

* **آلام أسفل الظهر المزمنة (Lombalgie chronique):** وهي إستمرار الآلام أكثر من 3 أشهر.

وقد تم وضع تعريف لألم أسفل الظهر من طرف هيئة دراسة آلام أسفل الظهر (Groupe d'Etude des Lombalgies) سنة 1993 « هي آلام قطنية عجزية تكون فوق العرف العجزية الهامشي أو أسفل، في وسطه أو على جانبه، مع وجود احتمال إمتداد هذه الآلام وإنتشارها إلى غاية منطقة ما فوق الركبة (Genou)، لكن مع سيطرة الألم القطني العجزية (Douleur lombo-sacrée) لمدة لا تقل عن 3 أشهر بشكل يومي دون أي تحسن ».

إذا تعدد آلام أسفل الظهر عرضا وليس مرضا بحد ذاته، تظهر نتيجة لعدة أسباب وإصابات تلفية وتنقسم هذه الآلام إلى نوعين: آلام أسفل الظهر المشتركة (Lombalgies communes) أو غير المميزة (وتكون ذات طبيعة ميكانيكية مع غياب أي إصابات) وهي الآلام المقصودة بالدراسة.

أما النوع الثاني فهي: آلام أسفل الظهر العرضية (Lombalgie symptomatique) أو المميزة (وتظهر نتيجة إصابات متنوعة وهي حالات نادرة الحدوث). (Gagnon, 2008, pp.09-10)

II.3. الفيزيولوجية الإراضية لآلام أسفل الظهر (La physiopathologie):

تتدخل العديد من التشوهات التشريحية والوظيفية في حدوث وظهور آلام أسفل الظهر، وهي كما يلي:

* **خلل في بنية القرص الواقع ما بين الفقرات (Disque intervertébral)، خلل مفصلي خلفي (Articulaire postérieure)، خلل في الطبقات الفقرية (Plateaux vertébraux).**

* خلل عضلي مع سيطرة العضلات المثنية الإضافية (Muscles fléchisseur) على العضلات الداعمة (Muscles extenseur).

* تعصيب القرص التالف (Neo-innervation du disque intervertébral lésé) (Laroche, Mich, 2008, p.09)

4.II. الفحص العيادي (L'examen clinique):

عند فحص شخص يشكو من آلام في أسفل الظهر (آلام مستمرة) يجب أن نعمل في البداية على إستبعاد إمكانية إصابته بآلام أسفل الظهر العرضية (Lombalgie symptomatique)، حيث يوصى بالقيام بفحص عام للمريض، إضافة إلى فحوص خاصة هي: الفحص العصبي (Neurologique) والفحص العظمي المفصلي (Astéo-articulaire)، لتأكد من غياب مؤشرات على وجود إصابة أو تلف ما فالآلام أسفل الظهر العرضية هي عبارة عن إصابات مستقلة بذاتها قابلة للتطور تحدث على مستوى العمود الفقري (نتيجة إلتهابات، تعففات، أورام أو كسور)، وإما أن تكون خارج العمود الفقري (حشوية، وعائية... إلخ).

حيث يسمح إستجواب (L'interrogatoire) المريض وفحصه بالكشف عن طبيعة هذه الآلام العرضية وتحديد سببها لدى أغلبية المرضى.

ويهدف التشخيص (وهو عملية تقييم لحالة المريض) إلى تحديد الأسباب المسؤولة عن ظهور الأعراض وكذا تحديد طبيعة الآلام ومدى تأثيرها على النشاط اليومي والمهني للمريض، إضافة إلى تقييم حالات القلق والإكتئاب التي من الممكن أن تكون مرافقة لآلام أسفل الظهر المزمنة.

أ- تاريخ الحالة:

وتتركز هذه المرحلة على محورين أساسيين هما تقييم الألم، وتقييم الإعاقة، وهما مفهومان لا يجب الخلط بينهما.

فالإعاقة تمثل إستحالة القيام ببعض النشاطات سواء كانت مهنية أو منزلية أو حتى ممارسة بعض الهوايات.

أما فيما يخص تقييم الألم فيجب التطرق للبندود التالية:

* موقعه، حيث يكون في هذه الحالة متمركز غالبا في وسط العمود الفقري وأحيانا يكون جانبي (Latérale).

* معرفة إذا ما كان الألم مستمر أو متقطع.

* شدة الألم، هل هو ذو وتيرة تميل نحو التطور أم لا.

* معرفة وتحديد مدى شدة الألم (وعادة ما يتم تحديد ذلك بالإستعانة بسلام قياس الألم).

* التعرف على نوع الألم، ميكانيكي، إلتهابي، أو مختلط بين الإثنين.

* معرفة الظروف التي تزيد من شدة الألم، أو تلك التي تتسبب في حدوثه.

* هل يشعر المريض بالألم عند العطس أو السعال.

* كما يجب الأخذ بعين الإعتبار السوابق العائلية والسوابق الشخصية للمريض لأي إصابات بالآلام أسفل الظهر المزمنة، البحث عن إحتمال تعرض المريض لصدمات جسدية، نفسية وإجتماعية مهنية مع الأخذ بعين الإعتبار إذا ما كان المريض قد خضع لعلاجات في مراحل سابقة.

ب- الفحص العيادي لمختلف وضعيات العمود الفقري:

هنا يطلب الفاحص من المريض القيام ببعض الحركات، وإتخاذ بعض الوضعيات التي تعتمد على مدى مرونة العمود الفقري، وذلك لتحديد مدى الإصابة (مثل حركات الدوران، حركات التمدد... إلخ).

ج- البحث عن أماكن الألم:

وهي الأماكن التي يظهر فيها الألم، فإما أن تكون على مستوى العمود الفقري أو أنها تكون بعيدة عنه، ويتم هذا النوع من الفحوص بإتباع طرق محددة مع الإستعانة ببعض الأدوات. (Fournie, 2009, pp.1-2)

د- الفحوص المكملة (Examens complémentaires):

* فحوص الأشعة (Examens radiographique):

حيث يتم أخذ صور أشعة لمنطقة العمود الفقري من الواجهة (Face) ومن الجانب (Profil)، إضافة إلى صور أخرى تركز على مظهر الأقراص القطنية (Disque lombaire) وصور لمنطقة الحوض.

وعموما لا تكون هناك ضرورة للقيام بصور أشعة أخرى (من نوع آخر)، حيث يقتصر، إستعمال كل من الماسح الضوئي (Scanner) والتصوير الطبقي المحوري (IRM) على حالات خاصة فقط، كما يجب عدم طلب أي فحوص إشعاعية أخرى في السنة الموالية إلا في حالة تطور الأعراض.

* فحوص بيولوجية (Examens biologiques):

يطلب من المفحوص القيام بفحوص بيولوجية وذلك بعد التأكد من السوابق الشخصية والعائلية للمريض حيث نبحث من خلال هذه الفحوصات عن إمكانية إصابة المريض ببعض الأمراض أو التناذرات الإلتهابية (Syndrome inflammatoire) أو أمراض (Anomalé hématologique) أو أمراض الكلى، ويتم ذلك بطلب فحص لنسبة الفوسفور، الكالسيوم والبروتينات. (Fournie, 2009, p.3)

5.II. عوامل الإختطار وعوامل التنبؤ بالإزمان:

نظرا للآثار والإنعكاسات السلبية للآلام أسفل الظهر على الفرد توجهه العديد من الدراسات والبحوث في هذا المجال إلى العمل على تحديد كل من عوامل الإختطار المسؤولة عن ظهور هذه الآلام وعوامل الإزمان المتدخل في إستمرار الألم وتطور المرض، وكل ذلك بهدف الوصول إلى حلول طبية وإقتصادية تسمح بالتخفيف من الآثار الإجتماعية الإقتصادية للآلام أسفل الظهر.

1.5.II. عوامل الإختطار (Les facteurs de risque):

أ- العوامل النفسية:

توصلت العديد من الدراسات التتبعية إلى وجود علاقة مشتركة ما بين العوامل النفسية وظهور الآلام أسفل الظهر وذلك بتدخل عدة عوامل ثانوية مثل القلق، الإكتئاب، إضطرابات الجسدنة، والضغط المهني، فكلها تعد بمثابة إضطرابات نفسية مهنية ومساعدة على حدوث الألم.

ب- العوامل الإجتماعية المهنية:

تشير البحوث إلى أن قيام الشخص ببذل مجهودات ونشاطات متعبة (شاقة) بشكل متكرر في المجال المهني من شأنه أن يؤدي إلى زيادة احتمال الإصابة بالآلام أسفل الظهر، حيث توصل Waddell وآخرون إلى خلاصة تقول بأن متطلبات العمل الشاقة هي بمثابة عوامل إختطار لبداية آلام أسفل الظهر وهذا بوجود دلائل علمية قوية، كما توصل باحثون آخرون إلى نتيجة مفادها وجود علاقة ما بين تعرض الشخص لإهتزازات مختلفة (نتيجة عن وضعية الجلوس المطولة، رفع الأشياء الثقيلة وضعية الإنحناء) وبين حدوث آلام الظهر.

أما عن العوامل الإجتماعية فتظهر أهميتها هنا من خلال الدراسات التي أثبتت العلاقة بين العوامل الإجتماعية وظهور آلام أسفل الظهر، ففي هذا الإطار يشير Davies وآخرون من خلال قراءتهم ومراجعتهم لمجموعة من الدراسات إلى أن هناك ثلاثة دراسات تمت على 66 شخص يعانون من مشكلة عدم الرضا المهني توصلت إلى أنهم يعدون أكثر عرضة للآلام أسفل الظهر من غيرهم من الأشخاص.

وفي دراسة أخرى لـ Waddell وآخرون توصلوا إلى أن للعوامل الإجتماعية النفسية أهمية في ظهور آلام أسفل الظهر إلا أنها تبقى أقل أهمية بالمقارنة مع عوامل أخرى. (Poiraudau, 2004.p.1)

ج- العوامل المرتبطة بتشوّهات العمود الفقري:

حيث تبلغ نسبة الإصابة بتشوّهات العمود الفقري العابرة (المؤقتة) ما يقارب 7 %، إلا أن هذه الإصابات من شأنها أن تساعد على ظهور آلام أسفل الظهر، كما تشير بعض الدراسات إلى أن الزيادة في الوزن هي الأخرى تعد كعامل إختطار للإصابة بهذه الآلام، أما فيما يخص ممارسة النشاطات الرياضية فتدل الأبحاث على أن ممارسة النشاطات الرياضية الشاقة يرفع من احتمال الإصابة بالآلام أسفل الظهر بتكرار مرتين ضعف الأشخاص الآخرين (غير الممارسين)، حيث وجد أن الرياضيين هم أكثر عرضة للإصابة بعدة تشوّهات على مستوى العمود الفقري من مثل: بعج القرص (L'hernie discale)، وإنقباض القرص (Pincement discale) ... إلخ، وذلك 4 مرات ضعف الأشخاص الآخرين. (Bourgeois, 2001, pp.13-14)

II.2.5. عوامل التنبؤ بالإزمان (Facteurs de chronicité):

تجتمع الكثير من العوامل متسببنا في تحويل آلام أسفل الظهر إلى آلام مزمنة، وفيما يلي أهمها:

- وجود سوابق مرضية (شخصية و عائلية) للإصابة بالآلام أسفل الظهر.

- عوامل إجتماعية مثل: العزلة الإجتماعية، المشاكل العائلية.

- عوامل نفسية: كعاشية حالة إكتئاب أو الإصابة بضغط ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، حيث يتوجب الأخذ بعين الإعتبار الظروف المسؤولة عن الإصابة بالآلام أسفل الظهر لدى الشخص.

- معاشية بعض الأحداث والخبرات المؤلمة خلال حياة الشخص مثل: الطلاق، الحداد، الضغط النفسي مشاكل مالية ... إلخ.

- عوامل مرتبطة بالعمل كعدم الحافزية، وتميز جو العمل بالضغط والملل وغياب الإتصال داخل مجموعة العمل، إضافة إلى حوادث العمل.

- عوامل متعلقة بالطب الشرعي: كوجود صراعات مع مسؤول العمل حول التأمين والضمان الإجتماعي كذلك وجود سوابق شخصية أو عائلية لأمراض العمود الفقري، وعدم وجود كفالة بحوادث العمل.
- عوامل معرفية، كتركيز الشخص إنتباهه حول إحتمال ظهور مؤشرات لإصابات في العمود الفقري وإعتبارها كمؤشرات منذرة بالخطر، كذلك عدم القدرة على التكيف مع الوضعيات الجديدة والتعامل مع الأمور بنوع من الكارثية (Catastrophisme)، إضافة إلى الأفكار السلبية حول قدرات الشخص الشيء الذي يزيد من الآلام ويدفع بالشخص إلى الشعور بنوع من الإعاقة.
- عوامل سلوكية مثل: الخوف من القيام بنشاطات حركية خوفاً من ظهور الآلام أو إشتدادها وهو ما يدفع بالشخص إلى التوقف عن ممارسة العييد من النشاطات. (Laroche, Mich, 2008, pp.10-11)

6.II الكفالة العلاجية: فيما يلي ندرج رسم تخطيطي يوضح مستويات التكفل بآلام الظهر و علاجها.

- * إستعمال مسكنات من الدرجة I و II ، أما المسكنات من الدرجة III فنلجأ لها في حالات خاصة.
- * العمل على توفير تقنيات تساعد المريض على الإسترخاء العضلي مثل تقنية التدليك (Le massage).
- * إستعمال الأدوية المضادة للإكتئاب.
- * لا ينصح في حالة آلام أسفل الظهر المزمنة بالقيام بأي نوع من العمليات الجراحية للتقليل من الألم.
- * تهدف الخطوات السابقة إلى مساعدة المريض على التكيف مع آلامه والتعايش معها.
- * القيام بتمارين جسدية هو خطوة ضرورية ينصح بها كثيراً.
- * ويقوم بها المريض إما بمفرده أو بمساعدة مختص في العلاج الطبيعي، أو بدخول المريض ضمن برنامج علاجي متعدد التخصصات.
- * تقييم الإنعكاسات السلبية للمرض على الحياة الإجتماعية والعائلية للفرد.
- * التكفل بحالات القلق والإكتئاب.
- * يعد العلاج المعرفي في هذه الحالة ذو فعالية وذلك من حيث التخفيف من شدة الألم، إضافة إلى مساعدة المرضى على تعلم التحكم في الألم.
- * الإتصال المبكر من طرف المريض بطبيب العمل.

التكفل بالألم

تجديد الوظيفة

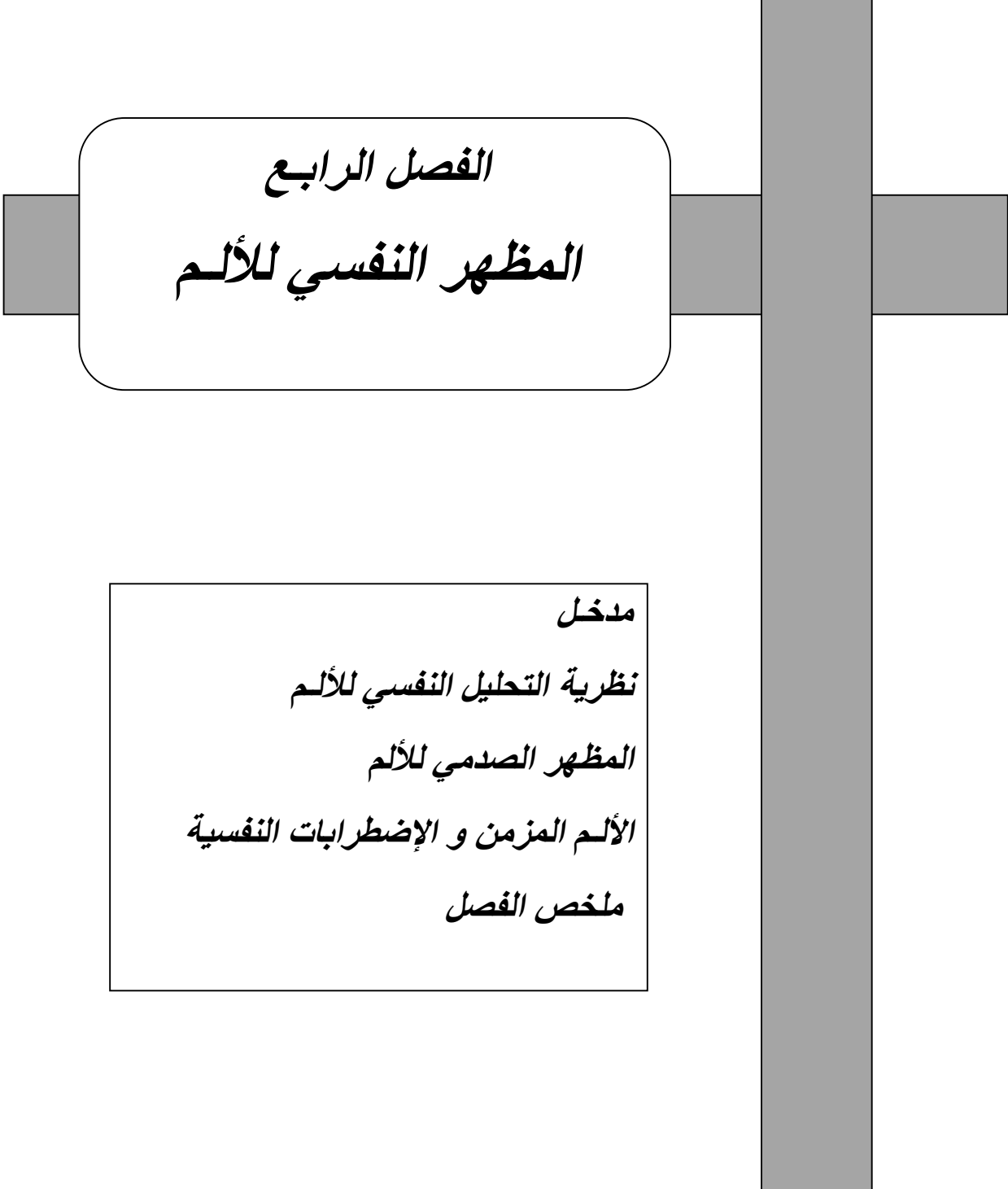
الكفالة النفسية

إعادة الإدماج المهني

الشكل رقم (04): مستويات التكفل بآلام الظهر و علاجها. (Matillon, 2000.p.13)

ملخص الفصل:

إفتتحنا هذا الفصل بمدخل نوضح فيه أهمية الألم التي تظهر من خلال الإهتمام القديم بهذه الظاهرة و الذي يعود إلى قرون مضت، كما نشير إلى إعتبار الألم كخبرة يتدخل فيها كل من البعد الجسدي و النفسي، بالإضافة إلى تقديمنا لإحصائيات تعكس مدى إنتشار الألم و إعتباره كمشكلة عالمية و بالأخص ما يعرف بالألم المزمن نظرا لمختلف منعكساته السلبية على حياة الشخص، ثم نحاول العمل على تقديم صورة حول ظاهرة الألم بشكل عام، بداية بتعريف الألم من وجهة نظر طبية مع توضيح فيزيولوجيته العصبية حيث نشرح بشكل مبسط كيفية حدوثه و مختلف ميكانيزماته على مستوى الجهاز العصبي، بعدها ننتقل إلى تصنيفاته الشائعة و التي تختلف بإختلاف الإتجاهات الطبية إلا أننا حاولنا إدراج معظم التصنيفات المعتمدة، ثم عملنا على تناول الخطوات المتبعة في تقييم الألم و عملية تشخيصه الطبي أين يتوجب المرور بمجموعة من المراحل للتوصل في النهاية إلى تشخيص جيد، بعدها إنتقلنا إلى التكلم عن العلاجات المتبعة من علاجات طبية و نفسية حيث تبرز أهمية الجمع ما بين الكفالة النفسية و الطبية على حد سواء، و في النهاية خصصنا الجزء الأخير من هذا الفصل لمرض آلام أسفل الظهر المزمنة بإعتباره أحد متغيرات بحثنا، حيث قمنا بتعريفه و إظهار فيزيولوجيته الإمراضية، ثم كيفية الوصول إلى تشخيصه، مع ذكر لأهم عوامل الإختطار و الإزمان لننهى هذا الفصل بتقديم مخطط مبسط يوضح الكفالة العلاجية لمرضى آلام أسفل الظهر المزمنة.



الفصل الرابع المظهر النفسي للألم

مدخل

نظرية التحليل النفسي للألم

المظهر الصدمي للألم

الألم المزمن و الإضطرابات النفسية

ملخص الفصل

مدخل:

يعد الألم قبل كل شيء بمثابة تجربة تحمل في مضمونها مفهوم المعاش (Le vécu) حيث يجد الشخص نفسه مجبراً على معاشاة صعوبات تجعله يعاني، لذا عليه مواجهة حقيقتين فإما أن تكون له القدرة على مواجهة هذا الواقع والتحكم فيه وإما أن يفشل مما يؤثر عليه ويجعله يتألم، وبذلك تصبح هذه المعاناة مسجلة لدى الشخص حسب إدراكه الذاتي لها فهي عبارة عن تجربة ذاتية فلا أحد يستطيع إنكار معاناة الشخص المتألم ولا إنكار الإحساسات التي يشعر بها.

الألم هو تجربة يشترك ويتدخل فيها كل من البعد الجسدي والبعد النفسي بشكل متداخل، فالتظاهرات الجسدية وردود الفعل النفسية تشكل جزءاً منها بدرجات مختلفة حسب التنوع في معاشاة الأشخاص لتجربة الألم، فإدراك الشخص للإحساسات المؤلمة هو جداً شبيه بالإختلال المفاجئ الذي يهاجم السكون النسبي للجسم، ويتميز بخصائص تختلف من حالة لأخرى، كما يختلف باختلاف شدة الألم ومدى تكراره. (Perrin, 2010, p.2)

I. نظرية التحليل النفسي للألم (La théorie psychanalytique de la douleur):

1.1. وجهة نظر S. Freud:

يقر العديد من الكتاب والباحثين بالوجود الفعلي لنظرية فرويدية حول الألم، وذلك بقولهم: « أن تناول Freud لموضوع الألم خلال أعماله قد مهد لوضع مشروع لنظرية فعلية حول الألم » ، كما يقول Pontalis: « أن هذه النظرية حول الألم كانت حاضرة بشكل ضمني من خلال إثنين من كتابات (أعمال) فرويد وهما: "مشروع علم نفس علمي" (1895) وكتاب "الكف، العرض، والقلق" (1826) كما أن معالم هذه النظرية كانت حاضرة بشكل واضح وجلي على طول مساره العلمي وذلك من خلال ظهورها المفاجئ والصريح في كتابه "مقدمة في النرجسية" حيث عاد Freud من خلالها إلى تساؤله القديم حول مفهوم الصدمة " كما اختراق " إضافة إلى عودة ظهور مفهوم "نزوة الموت"، و"الإستجابة العلاجية السلبية" ليصل في النهاية إلى تناول مفهوم الألم » أما Jean Laplanche فيقر بنفس الشيء بقوله: «أن الفكر الفرويدي (على إمتداده) يحمل في طياته نظرية خاصة بالألم، (الألم الجسدي، الألم النفسي، الألم الروحي) إلا أنه لم يكن هناك تحديد واضح لنوع الألم المقصود ».

كما قامت المحللة النفسية Anne Aubert بوضع كتاب كامل حول هذا الموضوع حيث عملت على وصف عدة فترات من أعمال Freud والتي أدت في النهاية إلى ظهور "نظرية نهائية للألم"، وفيما يلي نقوم بتناول عدة مقاطع من كتابها حيث ترى أن أول تناول للألم من خلال أعمال Freud يعود إلى الفترة الممتدة من سنة 1884 إلى غاية سنة 1895، وهي فترة تميزت بالتطرق إلى موضوع الألم الذي أدى إلى مناقشة العديد من الإشكاليات، هذه الأخيرة التي دفعت بـ Freud إلى معاودة البحث من جديد حول موضوع العصابات.

كما تميزت هذه الفترة "بمرحلة غياب" وصفتها Aubert على أنها "مرحلة كبت للألم"، وعملت على تحليلها بالشكل التالي: فبعدما كان موضوع الألم حاضرا بشكل دائم في كتابات التحليل النفسي وذلك إنطلاقا من سنة 1890 إلى غاية سنة 1895، نجد أنه إختفى بعد ذلك حيث كانت النصوص التي كتبت سنة 1900 بمثابة فترة قطيعة في نظرية الألم وإبعاد نهائي لتجربة الألم عن مجال التحليل النفسي إلا أن هذا التطور لا يعتبر كتخلي أو إستبعاد للألم (هذه الهوية الجديدة التي إكتسحت الأعمال الأولى لـ Freud وطغت عليها) بل تم تناوله والتعبير عنه بشكل مختلف وذلك من خلال التطرق لمفاهيم أخرى مثل مفهومي: عدم اللذة (Le déplaisir) والحصص (L'angoisse).

أما فيما يتعلق بالفترة الثانية فتقول Aubert: « إنه في سنة 1914 نلاحظ عودة للحديث عن الألم لكن في هذه المرة تم تناول مفهوم الألم الجسدي (Douleur somatique) إنطلاقا من أساسه (أصله) العضوي حيث تطرق إليه Freud بهدف فهم أصل ومنشأ الحياة النفسية، فكل من مفاهيم الألم الجسدي توهم المرضى (L'hypochondrie) والحياة العاطفية (Vie amoureuse) كانت بالنسبة لـ Freud بمثابة وسيلة للولوج إلى النرجسية، هذه الأخيرة التي لطالما صعبت دراستها بشكل مباشر من خلال دراسة الذهان، فالألم العضوي هو بمثابة جذور للنرجسية» (Kotobi, 2009, p.60).

كما قام Freud في كتابه "مقدمة في النرجسية" بالتعمق في أفكاره حول الألم وذلك بتناوله للأثار النفسية الناتجة عن الألم والمتمثلة في فقدان الإهتمام بالعالم الخارجي والقيام بإعادة الإستثمارات من جديد (Réinvestissement) وفقدان القدرة على الحب إضافة إلى القيام بتمثيل (Représentation) المنطقة المصابة (على مستوى الجسد)، حيث يقول Freud: « إنه من المعروف على المستوى العالمي أن الشخص الذي يعاني من ألم عضوي أو إنزعاج يفقد إهتمامه بالأشياء التي تنتمي للعالم الخارجي وليس لها

علاقة بمعاناته، كما نلاحظ أنه يسحب إهتمامه اللييدي من مواضيع الحب، وأنه سيتوقف عن الحب مادامت معاناته مستمرة، وإذا حاولنا تفسير هذه الحالة في إطار نظرية اللييدو، نقول أن الشخص المريض يقوم بسحب إستثماراته اللييدية موجهها إياها نحو "الأنا" إلا أنه يعيد توزيعها من جديد وذلك بعد شفائه ... «(Pedinielli, Rouan, 1997, p.96).

فالإصابات العضوية المصحوبة بالألم تؤدي مباشرة إلى سحب اللييدو من مواضيع الحب وتوجيهه نحو "الأنا" ليتم الإرتباط القوي ما بين "الأنا" والمنطقة المصابة من الجسم، كما نشير إلى أن عملية سحب اللييدو من مواضيع الحب في حالة الألم يكون لها هي الأخرى وقع شديد وتكون أكثر إلما من عملية سحب اللييدو التي تتم في الحالة العادية (بمعنى في حالة غياب الإصابات المؤلمة) وهنا ندرج المثال الذي إستشهد به Freud حول "ألم الأسنان" وهو مثال جد معروف، حيث إستند في مقاله "مدخل إلى النرجسية" إلى المقطع الذي تكلم فيه الكاتب الألماني Wilhelm Busch عن معاناته مع ألم الأسنان الذي أصابه ويصفه قائلاً: « أنه شعر وكأن روحه أصبحت محصورة في ذلك الثقب الضيق الموجود في الضرس (La molaire)»، حيث إستعان Freud بهذا التشبيه ليعين مأل "الأنا" عندما يكون تحت وطأت الألم ويظهر لنا "ألم الأسنان" في هذا المثال أن إهتمام الشخص (المصاب بالألم) يصبح محصوراً في العضو المؤلم، فالشخص ككل يتقلص ويختصر إلى درجة أن يصبح هو نفسه العضو المؤلم، ليعيد في النهاية بمثابة منطقة أو نقطة ألم.

إذا الألم يدفع بالشخص إلى عدم إستثمار العالم الخارجي وسحب اللييدو من مواضيع الحب ليركزه بشكل كبير حول "الأنا"، كما يتم تركيز هذا الإنسحاب النرجسي حول المنطقة المؤلمة بهدف إستثمارها والتقليص (الإنقاص) من حجمها، فكل من النفس والجسم يتداخلان في خبرة الألم ببعديها الفضائي والزماني، هذه الخبرة التي تعتبر ذات خصوصية بالنسبة للشخص، فهي تجربة معتادة ومألوفة، إلا أنه يشعر في نفس الوقت بأنها غريبة عنه، ففي كل مرة يعيشها تبدوا وكأنها تجربة جديدة كلياً بالنسبة له. (Ben Soussan, Dudoit, 2009, p.92)

إن عملية تمثيل المناطق الجسمية المؤلمة لا تعد مجرد نتيجة بسيطة للألم وإنما هي بمثابة شكل خاص لرد فعل صادر عن الحياة النفسية يهدف إلى التحكم في الألم والسيطرة عليه، حيث يمكن إعتبار السيرورات النفسية التي ترافق الألم الجسدي كمحاولات لتحرير الحياة النفسية من التوتر الناتج عن القلق، ولمواجهة الوضعية السلبية والهشاشة التي يوجد فيها الشخص الذي يعاني من الألم فالجهاز النفسي كما مثله Freud نظرياً يفترض أن كل إرتفاع في التوتر سيكون سبباً في الشعور بالإنزعاج وعدم اللذة (Déplaisir) وللتخلص من عدم اللذة يصبح من الضروري القيام بعملية التفريغ (Décharge) والتي تتطلب وجود تصورات، ففي حالة الألم مثلما هو الأمر في حالة الهلع (L'effroi) يكون الجهاز النفسي مهدد بالخطر نتيجة الإحساسات المؤلمة التي تقتحمه وتهاجمه بشكل مفاجئ حيث يكون الشخص غير مهياً لمواجهةها فحالة عدم التهيو (التحضير) وعدم القدرة على الهروب من هذه الوضعية هي التي تعطي للألم الخاصية الصدمية، فعملية بناء تصور للألم وتركيز كل الحياة النفسية حوله وإحاطته بالعمليات التخيلية مثل: عملية التشكيل (Figuration)، و البحث عن الأصل و المحاولات النفسية للتخلص من هذه الإحساسات وللحد منها، فكلها عبارة عن محاولات لمعالجة هذا الإدراك، بمعنى إدراكنا للألم وذلك بإعتماد طرق مضادة للتصورات [مثل التكثيف، الإزاحة، التشكيل، الإنشطار و الإسقاط].

(Pedinielli, Rouan, 1997, p.97)

بالعودة إلى Aubert ومواصلة تحليلها لأعمال Freud نصل إلى ما سمته بالفترة الثالثة من أعمال Freud حول الألم، وتمتد حسبها من سنة 1920 إلى غاية 1926 حيث كرست لإكمال النظرية الفرويدية والتي تزامنت مع ما سماه Freud بـ "منعطف 1920"، و الذي كان بمثابة نقطة تحول وذلك نظرا للتعديلات الأساسية التي مست النظرية الفرويدية (في هذه الفترة) والمتمثلة في ظهور نظرية Freud الأخيرة: نظرية النزوة وظهور مفهوم الموقعية الثانية وكذا نظريته الثالثة للقلق. (Kotobi, 2009, p.61)

كما تميزت هذه الفترة كذلك بعودة Freud إلى تناول مفهوم الألم وذلك في كتابه "الكف، العرض والقلق" (1926) حيث ألح من جديد على فكرة تصور العضو المريض وبالضبط تركيزه على نقطة مهمة وذات خصوصية فيما يتعلق بالتوظيف النفسي قائلا: « في حالة الألم الجسدي يكون الإستثمار قوي (مرتفع) و يميز نرجسية العضو (الجزء) الجسدي المؤلم ويستمر هذا الإستثمار في التزايد إلى غاية أن يحدث إفراغ "الأنا" (Vider le moi) » وتذكرنا هذه الوضعية بما قاله Freud حول "أنا" الشخصية السوداوية (Mélancolie) الذي يبدو فارغا من الداخل. إذا يؤدي الألم العنيف إلى إبعاد "الأنا" وذلك بتثبيط قدراته على الإستثمار وإبطال وظائفه المتمثلة في التحكم و تسيير عملية الإتصال مع الواقع و الدفاع... الخ.

وبذلك يكون وجه التشابه ما بين السوداوية وصدمة الألم هو أن هذه الأخيرة لها نفس الفعل الذي يحدثه فقدان الموضوع في حالة الشخص السوداوي (Mélancolique). (Pedinielli, Rouan, 1997, p.96)

وفي تكملة لكتابه "الكف، العرض والقلق" تحدث Freud عن الألم الجسدي قائلا: « إننا لا نعرف الكثير عن الألم لكننا متأكدين من شيء واحد وهو أن الألم يظهر نتيجة تعرض الجسم لإثارة خارجية أو داخلية » (بمعنى الإثارات التي تصيب الأنسجة الخارجية كالبشرة أو الأعضاء الداخلية) والتي تتسبب في إختراق الجسد بسبب عدم فعالية الطرق والأساليب المعتمدة لإنقاذ المنطقة التي لحقتها الإثارة فالألم الجسدي يعمل بطريقة ما على إمتصاص كل النرجسية و يتسبب في تقلص الحياة النفسية وإنكماشها كما يدفع الألم بـ "الأنا" إلى سحب إهتمامه من المواضيع الخارجية، ولا يكتفي بهذا القدر بل يتعداه إلى تثبيط قدرات "الأنا" على إستثمار إهتماماته الموجهة إتجاه الجسم، وبالتالي تصبح إهتمامات "الأنا" محدودة في المنطقة الجسدية المؤلمة، الشيء الذي يجعل قدرته على التصور محدودة جدا. (Bertrand, 1996, p.79)

وفي النهاية وكمحاوله لتلخيص الفكر الفرويدي حول الألم قامت Aubert بتقديم تفسير تتناول من خلاله كيفية تطور الألم وإنتقاله من مصطلح طبي إلى مصطلح تحليلي، بداية من سنة 1884 إلى غاية سنة 1920 تحول الألم من مفهوم إلى مصطلح، هذا التحول الذي نال إهتماما آنذاك تجاوز الإهتمام بالتحليل النفسي، فدراسة Freud للألم (من وجهة نظر تحليلية) قادت إلى تناول هذه الظاهرة من ثلاثة زوايا مختلفة: وجهة النظر الموقعية، الدينامية، والإقتصادية، فمن وجهة نظر موقعية يعد الألم ذو أصل خارجي إلا أنه يؤثر داخل الجهاز النفسي، فهو عبارة عن إدراك خارجي وداخلي في نفس الوقت وهو عبارة عن شبه نزوة، وبإعتباره تابعا للموقعية نقول أن الألم يختلف كليا عن مفهوم عدم اللذة، كما يعد الألم بمثابة ظاهرة إقتصادية تتميز بإرتفاع في التوتر أما من وجهة نظر دينامية فنقول أن الألم ينتج عن علاقات صراعية ما بين "الأنا" و "الأنا الأعلى"، كما ينتج عن إستدخال العلاقات "السادية-المازوشية" عقب التقمصات الأولى، وبالرجوع إلى وجهة النظر الإقتصادية نجد أن للإستثمار المرتفع لتصوير الموضوع

المفقود (العائب) آثار تتمثل في تسببه في خلل على مستوى التطور الداخلي (للجهاز النفسي) فبعد حدوث الهزة الصدمية يصبح التسيير الإقتصادي للجهاز النفسي قائما ومرتكزا على مدى التوازن ما بين القوى القادرة على ربط الطاقة الفائضة نتيجة الإختراق الأول، فالألم هو بمثابة ضربة مزدوجة فهي في نفس الوقت إختراق ورد فعل لهذا الإختراق. (Kotobi, 2009, pp.61.62)

ولختام هذا المسار التحليلي حول الألم الجسدي كتجربة مؤلمة صدمية في حد ذاتها، سندرج أحد أهم الأعمال في هذا المجال والتمثلة في أعمال كل من J.D. Nasio و أعمال A. Gauvain-Piquard وهي عبارة عن بحوث ظهرت في الفترة المعاصرة بالإستناد إلى المنطلقات الفرويدية الأولى حول مفهوم الألم، وبالرجوع إلى آخر نتائج البحث العلمي في مجال الألم، للوصول في النهاية إلى وضع تصور أكثر حداثة وأكثر وضوحا لظاهرة الألم.

2.1. وجهة نظر J.D. Nasio:

عمل المحلل النفسي J.D. Nasio على البحث والتعمق في موضوع الألم وذلك من خلال قراءته المتمعنة لنظرية Freud حول الألم، ليصل في النهاية إلى تحديد مختلف مراحل تكون (تشكل) الألم سواء كان صدميا أو غير صدمي، مستشهدا على ذلك بحالة عيادية لشخص يعاني من الألم العضوي.

إذا حسب Nasio سواء تعلق الأمر بالألم الجسدي الناتج عن إصابة حقيقية (تمس الأنسجة والأعضاء) أو الألم النفسي الناتج عن صدمة نفسية فالألم في كلتا الحالتين يتشكل بسرعة كبيرة، ومع ذلك سنرى أنه بالرغم من حدوثه بشكل فوري وخاطف إلا أنه (الألم) يتم حسب سيرورة معقدة ويمكن تقسيمها إلى ثلاث مراحل: بداية بـ "مرحلة التصدع" (La rupture) تتبعها "مرحلة الهزة النفسية" (Commotion psychique) وهي نتيجة للتصدع الحاصل، وتبلغ "الهزة" أوجها (حدها الأقصى) عند قيام "الأنا" برد فعل دفاعي لتفادي الهزة، وبشكل "رد الفعل" (Réaction) هنا المرحلة الثالثة وهي آخر مرحلة في تشكل الألم وبذلك يظهر لدينا وبشكل متتابع ألم ناتج عن عملية "التصدع"، وألم آخر مرافق وملازم "للهزة"، وأخيرا نوع ثالث من الألم وهو ألم ناتج عن الدفاع "رد الفعل"، هذا الأخير الذي يعد بمثابة منعكس لـ "الأنا" و يأتي كإستجابة للتشويش والخلل الحاصل على مستوى الجهاز النفسي، إلا أن هذه الآلام الثلاثة ما هي قي حقيقة الأمر إلا مظاهر مختلفة لألم واحد يتشكل بسرعة و بطريقة فورية.

و فيما يلي نتناول ظاهرة الألم بالشرح والتفسير طبعا مع الأخذ بعين الإعتبار هذه الأزمنة (المراحل) الثلاثة: زمن التصدع (Temps de rupture)، زمن الهزة (Temps de la commotion)، وأخيرا زمن رد الفعل الدفاعي لـ "الأنا" (Temps de la réaction défensive du moi).

ويقول Nasio : « إذا أردنا معرفة لماذا يعاني مرضانا من الألم ولماذا نعاني نحن أنفسنا من الألم يتوجب علينا الاستعانة بمجهر علم نفس الأعماق (Métapsychologie) والنزول إلى أعماق "الأنا" لإكتشاف المنشأ النفسي للألم، و الإطلاع عن قرب على مختلف تقلبات وتغيرات التوترات النفسية وفهم مدى تأثير الحياة النفسية في ولادة الألم الجسدي، حيث علمتنا الأعمال الميدانية للتحليل النفسي أن الألم الجسدي الشديد يتسبب دائما في خلل على مستوى "الأنا"، كما أنه يحدث بشكل فوري وبمجرد ترسخه على مستوى اللاشعور يصبح بإمكانه معاودة الظهور من جديد في شكل أحداث متعبة وشاقة خلال حياتنا اليومية، وهي أحداث يصعب إحتمالها وكذا يصعب علينا تفسيرها في إطار الأحداث التي نعيشها ».

لدراسة الألم الجسدي يجب أن نتبع الأزمنة الثلاثة لنشأته، و هي كما أشرنا إليها سابقا: زمن التصدع أو الإصابة (Lésion)، زمن الهزة، وزمن رد الفعل، كما سنحاول جعل الصورة أكثر وضوحا وذلك

بالإستعانة بمثال لحالة شخص أصيب بحروق خطيرة على مستوى الذراع، فهنا يكون الشخص في حالة هلع ورعب إلا أنه بعد مرور وقت قصير جدا بعد الهلع حيث كان "الأنا" مخدرا نتيجة الصدمة بعدها يبدأ "الأنا" في الإحساس بالألم الموضوعي الناتج عن إصابة الذراع بتلك الحروق، ثم يشعر بمجموعة من الإنفعالات المؤلمة غير المحدودة وتكون مرافقة للخلل الداخلي (على مستوى الجهاز النفسي)، حيث يقوم "الأنا" في هذه الحالة بنوعين من الإدراكات التي تكون متزامنة في نفس الوقت: فمن جهة إدراكه للألم المتموضع على مستوى الإصابة الخارجية، ومن جهة أخرى إدراكه للهزة الداخلية التي إجتاحتها، وبذلك نعتبر أن الألم ينتج على التتابع من الإصابة ثم من الهزة، لنتناول فيما بعد الزمن الثالث لمنشأ الألم وهو رد الفعل الدفاعي ضد الهزة، فنجد أن "الأنا" يستجيب في هذه الحالة الأخيرة بنوع من الرعونة (Maladroitement) والتناقض، الشيء الذي يؤدي إلى زيادة ألمه بدل خفضه.

أ- ألم الإصابة (Lésion):

ونستهل تفسيرنا لكيفية حدوث الألم بداية بما يعرف بألم الإصابة وهو: الوجدان الذي يختبره "الأنا" عند وقوع أي تلف في الأنسجة، أما من وجهة نظر طاقوية فنقول أنه عبارة عن إثارة مبتدلة تدرك تخيليا على المستوى الطرفي أو المحيطي للجسد، بمعنى أن الإصابة هنا موجودة على مستوى الغلاف الخارجي للجسم أو أنها تمس الأعضاء الداخلية، وبذلك كل إصابة تحدث سوف يتم الشعور بها وتقديرها بشكل تخيلي من طرف "الأنا" (الذي يعاني) على أنها إصابة محيطية، وبذلك نجد أن "الأنا" يتعامل مع الجسم على أنه محيطه الحي والحساس والذي يمتد على إمتداد العالم الخارجي، إذا هناك "الأنا" الذي يحس وهناك الجسم الذي نحس به (وسيلة)، فكل ضرر جسدي سواء كان عبارة عن إصابة سطحية أو عميقة هو بالنسبة لـ "الأنا" بمثابة إختراق للحدود الجسدية وإصابة دائمة للمحيط الطرفي لـ "الأنا" حيث نقول أنه في حالة التعرض لحادث خطير فإن "الأنا" لم يعد في هذه الحالة منفصل عن الجسد كما أن إدراكه لهذا الجسم يتغير، فـ "الأنا" في هذه الحالة (حالة الحادث الخطير) لا يدرك الجسم على أنه بمثابة الغلاف الخارجي الحافظ له، بل سوف نحس في هذا الوقت بالذات وكأننا نحن ذلك الجسم المهتز وتصبح الإصابة الجسدية غير محدودة في مكان معين وإنما يصبح الشخص ككل عبارة عن كيان مهتز مشوش، ومحطم.

كما قلنا إن إدراك الإثارة المؤلمة يتم بشكل تخيلي في الجزء المحيطي من الجسم - حسب المثال المقدم سابقا للشخص المصاب بحروق - فهذه الإثارة تعمل على طبع صورة المنطقة الجسدية المصابة على مستوى "الأنا"، كما يعاد إحياء الإحساس المؤلم عن طريق التمثيل النفسي (Représentation mentale) للجرح أو الإصابة، عندها فقط يحس الشخص بألم شديد يتزامن مع قيامه بإبصار نفسي لصورة غير واضحة للجرح (الإصابة) وتأتي هذه الصورة الذهنية للجرح كنتيجة لإدراك الإصابة، كما أنها تعمل على تحديد موضع ثابت للألم المعاش.

إن الشخص المتألم والذي تعرض للحروق يعتقد بأن ألمه كله مجتمع في منطقة الإصابة (الجرح) وأنه صادر منها وبالضبط من النقب الواقع على مستوى الأنسجة، وكأن مصدر المعاناة يتلخص في الجزء المصاب بالحروق، كما يبدو للشخص أن الإحساس بالألم يكون متموضع ومحصور في الجرح وأن المنطقة المؤلمة تكون مستقلة بذاتها وتصبح وكأنها جزء جائر ومستبد منفصل عن الجسم تعمل على إضعاف "الأنا" وتحطيمه، حيث أن الإدراك الحسي للإصابة يعمل على تشكيل الصورة الذهنية لها وتكون هذه الأخيرة مرفوقة بالإحساس بأن الجرح هو مكان الألم وأن الجرح هو عبارة عن إصابة واقعة على المستوى المحيطي للجسم، إضافة إلى الإحساس بأن منطقة الألم تكون منفصلة عن الجسم إذا من

المؤكد أنه دون وجود إصابة لن يكون هناك ألم، إلا أن الألم لا يكون في الإصابة وإنما يكون على مستوى "الأنا".

وللتلخيص نقول أن "الأنا" هو ملتقط حساس للتغيرات النسيجية، إلا أنه ينقل الألم من خلال تصويره (Cartographe) بشكل سيء وذلك لإخضاعه عند محاولة التعرف على الإصابة الجسدية، حيث تبدو له على أنها محيطية، كما أنه يخدع عند اعتقاده بأن الألم يكون في الإصابة.

إذا أين يكون موقع الألم؟ الألم ليس في الإصابة وإنما يكون الألم في المخ إذا ما تعلق الأمر بالإحساسات المؤلمة، أما بالنسبة للإنفعال المؤلم فيكون في أسس "الأنا" (قاعدة "الأنا") أي على مستوى "الهو".

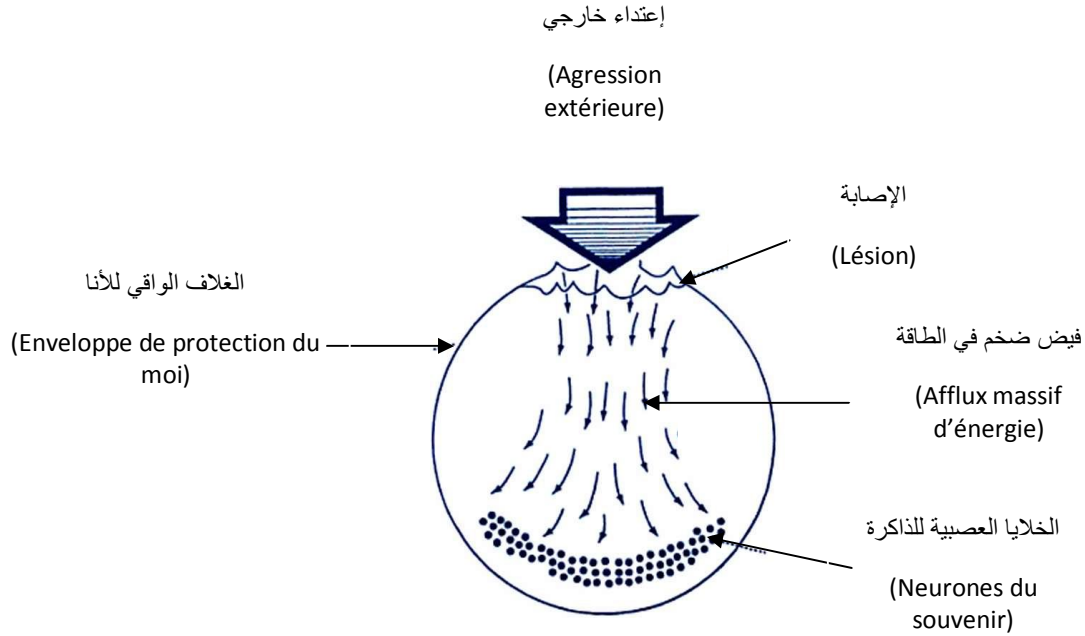
ب- ألم الهزة (Commotion):

بالنسبة لألم الهزة فإنه لا يحدث في حالة ما إذا كانت الإثارة الحسية ضعيفة الشدة بل يجب توفر إثارة قوية بشكل كافي تكون ناتجة عن التلف النسيجي وتعمل على التسبب في صدمة داخلية (داخل الجهاز النفسي).

كما قلنا سابقا ينتج الألم عن عملية إدراك مضاعف، أحدهم يتجه نحو الخارج (إدراك خارجي) ليركز على الإصابة والإحساسات المؤلمة المصاحبة لها، أما الإدراك الثاني فيتجه نحو الداخل (إدراك داخلي) ليركز على الخلل والتشوش النفسي الذي يظهر على مستوى الجهاز النفسي عقب حدوث الإصابة، ويسمى الإدراك الأول بالإدراك "الجسدي - الحسي" (Somato-sensorielle) أما الثاني فيسمى بالإدراك "الجسدي - النزوي" (Somato-pulsionnelle) فإذا ما عدنا إلى المثال المقدم سابقا (الشخص المصاب بحروق في الذراع) نقول أن الشخص سيدرك ألمين في نفس الوقت، الألم الصادر من ذراعه المصاب والمتضرر، كما يدرك أيضا ألم المعاناة الداخلية التي تسببت في زعزعته وإرباكه، فالألم الناتج عن الإصابة هو بمثابة ثقب موجود على مستوى الحدود الجسدية للشخص، أما ألم الهزة فيتسبب في ضرر وهلاك داخلي (الجهاز النفسي) للشخص، حيث تجري الأشياء أو الأحداث على النحو التالي: عند الإصابة بحروق في الذراع ينتج لدى الشخص إحساسات تضايقه وتزعجه (الألم) تكون متموضعة في نقطة محيطية من الجسم يعبر عنها الشخص قائلا: « أنا أتألم » (j'ai mal) بمعنى أنه قادر على الحد من أثر الألم ومحاصرته وكذا مواجهته، ولكن سرعان ما يظهر من أعماق الشخص نوع آخر من الألم مختلف لكنه أساسي وعميق، حيث يشعر الشخص هنا أنه لم يعد قادر على السيطرة على الألم وأنه لا يملك هذا الألم بل الألم من يملكه الشخص، بمعنى أن الألم يصبح يتحكم في الشخص ويحركه ويعبر الشخص هنا عن هذه الوضعية بقوله: « أنا ألم » (je suis douleur)، إذا ما هي طبيعة هذه المعاناة (الجديدة) التي تحتل "الأنا" وتستولي عليه وتطبعه وتعطيه صبغة الحزن والتعاسة؟ للإجابة على هذا السؤال نعود إلى المثال المذكور أعلاه فنقول أن الحرارة الناتجة عن الحروق هاجمت الجلد وتحولت مباشرة إلى تيار من الطاقة الداخلية (الطاقة النفسية) تيار متلف وغير متحكم فيه يؤدي إلى إغراق "الأنا" في حالة صدمة، فالجرح المفتوح الموجود على مستوى حاجز الحماية (الجسم) سيعمل على إقتحام "الأنا" بطريقة مفاجئة وذلك في شكل فيض ضخم ومفاجئ من الطاقة التي تغمر وتكتسح ليس الجسم بل نواة الحياة النفسية "الخلايا العصبية للذاكرة" (Neurones du souvenir) فالإتزان الحيوي للنظام النفسي في هذه الحالة يصبح في حالة تقطع، كما أن مبدؤه المنظم - مبدأ اللذة - يكون مبطل المفعول بشكل مؤقت، وهذا يعني أنه بالرغم من حالة التشوش التي يكون فيها "الأنا" إلا أنه يصل إلى إدراك حالة التشوش والإختلاط التي يعاني منها، ونعني بذلك حدوث تذبذب في التوترات النزوية، وبالتالي فإن عملية الإدراك

الذاتي لـ "الأنا" لحالة الهزة الداخلية التي يعانيتها - إدراك جسدي-نزوي - هي المسؤولة عن ظهور الإنفعالات المؤلمة.

و فيما يلي نقدم رسم تخطيطي يشرح كيفية حدوث إختراق الغلاف الحامي لـ "الأنا" لينتج ما يعرف بألم الإصابة:



الشكل رقم (05): الألم الناتج عن إصابة الغلاف الواقي لـ "الأنا" نتيجة الفيض الضخم في الطاقة الذي يصيب الخلايا العصبية للذاكرة، فـ "الأنا" هنا ممثل في شكل مبسط للحويصلة الحية (Vésicule vivante). (Sebag-Lanoe, Wary, Mischlich, 2002, p.28)

ج- ألم رد الفعل (La réaction):

لقد توصلنا إلى حد الآن إلى أن الألم يظهر نتيجة الإصابة (مثال: الحروق في الذراع)، وكذا نتيجة حالة الهزة التي تعقب الإصابة، بعدها رأينا كيف أن ألم الهزة يسجل ويطبوع على مستوى اللاشعور ليصبح لاحقا مصدر للمعاناة، لنصل بعد ذلك إلى الزمن الثالث لتكون الألم، لهذا نعود إلى مثالنا السابق فعندما يتم إكتساح ومهاجمة "الأنا" نتيجة الفيض الهائل للطاقة يكون مبدأ اللذة في وضعية حيادية بمعنى أنه يصبح خارج نطاق التأثير، في هذه الحالة لا نتكلم عن "أنا" محطم وخاضع للإعتداء الخارجي، وإنما نتكلم عن "أنا" يقوم برد فعل لمواجهة الإعتداء، إلا أن هذا المجهود الدفاعي (من طرف "الأنا") يدل أن يقوم بمحو الألم الذي يعاني منه "الأنا" سوف يتسبب في معاناة جديدة لـ "الأنا" وبطريقة أخرى، فبدل أن يعاني "الأنا" من ألم ناتج عن التعرض للأذى والإصابة، سوف يصبح يعاني نتيجة إعتراضه على هذه الإصابة ومواجهته لها، فالألم الجسدي لا ينتج عن الإصابة والخلل الذي يصاحبها فقط ولكنه ينتج أيضا عن المجهود الهائل الذي يبذله الأنا لتفادي هذا الخلل والتشويش، كما يصبح الألم الجسدي بمثابة تعبير عن المجهود الدفاعي وليس مجرد تظاهرات لإصابة نسيجية، لكن السؤال المطروح هو: ما هو هذا الدفاع

الذي يتسبب لنا في المعاناة؟ وعندما يكون "الأنا" في حالة صدمة ما الذي يتوجب عليه فعله للدفاع عن نفسه؟ وكيف يجب أن يكون رد فعله؟

يقوم "الأنا" في هذه الحالة بإستجابة دفاعية تزيد من معاناته ويصبح يعاني أكثر فأكثر، حيث يحاول بشكل يائس أن يعالج نفسه بنفسه وذلك عند قيامه بنوع من التضميد الذاتي (Auto pansement) وهي عملية لا تتم على مستوى الأنسجة التالفة للجرح وإنما تتم على مستوى التمثيل النفسي للجرح (الإصابة).

ففي كل مرة يتعرض فيها جسمنا لإعتداء ما سيكون هناك بالمقابل إطلاق لإستجابة نفسية: حيث يقوم خلالها "الأنا" بإستثمار مضاد (Contre investit) للتمثيل النفسي للمنطقة المصابة، فينجم عن ذلك نتيجة مدهشة تتمثل في عدم زوال الألم الناتج عن الإعتداء بمحاولات التضميد الرمزية (Pansement symbolique) وإنما بالعكس فالألم سيشتد أكثر فأكثر.

لكن سواء تعلق الأمر بالألم الجسدي الناتج عن الإستثمار المكثف للتمثيلات المتعلقة بالمنطقة المصابة أو بالألم النفسي الناتج عن الإستثمار المكثف للتصورات المتعلقة بموضوع الحب أو الموضوع المفقود فنحن في كلتا الحالتين نواجه نفس الظاهرة. (Sebag-Lanoe, Wary, Mischlich, 2002, pp.27-29)

3.I. وجهة نظر A. Gauvain-Piquard:

هذا وقد أجريت أبحاث معاصرة أخرى كان لها مساهمة قيمة في ميدان الألم عند الطفل، حيث قامت A. Gauvain-Piquard (1989-1993) وبالإستناد إلى المفاهيم الفرويدية بتمييز مفهوم الألم الجسدي (Douleur physique) عن مفهوم المعاناة النفسية (Souffrance psychique) (طبعاً ليس بهدف إنكار الثانية) حيث قادتها تجربتها العيادية مع الأطفال المصابين بالسرطان إلى التوصل إلى أن الألم الجسدي هو خبرة مختلفة وذات خصوصية.

فمن خلال ملاحظتها لمرضاها تقول أنه بمجرد أن تخف الآلمهم الشديدة سرعان ما يستعيدون مباشرة الأشياء والنشاطات التي فقدوها (خلال فترة الألم) كالعلاقات مع الآخرين وكذا نشاطاتهم اليومية فحسب Gauvain-Piquard الألم هو بمثابة نقطة إنطلاق خارج الحياة النفسية، بوجود إحساسات غير طبيعية ذات خصوصية تعد غريبة عن عالم التصورات المباشرة وكأنها غير واقعية، كلما كانت شديدة تتسبب في توقف في الزمن المدرك، وتعاش كليا بكل ما تحمله من معنى، والأهم هو عدم القدرة على تكوين تصورات لهذه الإحساسات، فبمجرد ظهور الألم وبداية تأثيره على الحياة النفسية سوف يصل إلى حد يتجاوز فيه كل العمليات الرمزية الممكنة، وبهذا يصبح ذو أثر صدمي.

إذا إنطلاقاً من الثنائية ألم جسدي / معاناة نفسية حاول الكاتبان: N. Dumet و G. Broyer ضبط وفهم أثر الألم على الحياة النفسية وذلك بطرح التساؤلات التالية: ما هي النتائج التي يتسبب فيها الألم وما هي التغيرات النفسية التي يحدثها على الشخص؟

بالإعتماد على الملاحظات العيادية للألم عند الطفل والتي تعتبر كمعلم يسهل علينا عملية الإستدلال على طبيعة هذه الظاهرة، نظراً لعدم قدرة الطفل على القيام بأي إرصان (Elaboration) دفاعي ثانوي حيث يعد الطفل هنا بمثابة نموذج مهم ننطلق منه للوصول إلى إيجاد تفسير لظاهرة الألم قامت Gauvain-Piquard وبالإستناد إلى نصوص S. Freud (1926) بإعادة إستعمال مجموعة من المفاهيم المتمثلة في: "الداخل-الخارج"، إستثمار داخلي أو نرجسي، وإستثمار خارجي أو موضوعي (Objectai) بهدف العمل على وضع وبناء نموذج لفهم أثر الألم على الحياة

النفسية، وذلك حسب شدته (الألم)، فتوصلت إلى ما يلي: في حالة عدم وجود (غياب) الألم تكون هناك علاقة تفاعلية بين كل من الإستثمار الخارجي والإستثمار النرجسي، مع وجود نوع من الإنسجام وحفاظهما على الإتزان فيما بينهما.

• في حالة ظهور ألم خفيف يصبح لدينا منطقة تتميز بزيادة في النشاط (Zone d'hyperactivité) الداخلي تجذب نحوها إستثمار نرجسي مرتفع (Hyper investissement narcissique) وللشرح أكثر يستعين الكاتب هنا بمثال لطفل يعاني من إصابة على مستوى الرجل، حيث يبقى الطفل في هذه الحالة منشغلا بإصابته لبعض اللحظات أو لبعض الوقت، إلا أن هذا لا يعني تخلي الطفل عن إستثماراته الخارجية، حيث يبقى في إتصال مع أحداث محببة.

• الخطوة الموالية تكون في حالة الألم الشديد (Forte douleur) وتتوافق هذه الأخيرة مع ما وصفه Freud بقوله: « أنه في حالة الألم الشديد تصبح الزيادة في النشاط أقوى، وتصبح الإستثمارات النرجسية مركزة حوله، فيتخلى الشخص عن إهتمامه بالخارج مما يؤدي إلى عدم إستثمار العالم الخارجي (Désinvestissement du monde extérieur) »، وبالعودة إلى المثال السابق نقول أن إصابة الطفل تكون أكثر أهمية بالنسبة له ولا يمكن صرفه عنها.

• أما الخطوة الثالثة فتتمثل في الألم المكتسح (Douleur envahissante) وهنا نصل للحديث عن الظاهرة العكسية أو المناقضة لما سبق وهي عدم إستثمار منطقة الألم (Désinvestissement de la zone douloureuse) فالتخلي عن الإستثمارات الخارجية إضافة إلى التخلي عن الإستثمارات النرجسية هذه الأخيرة التي تكون عاجزة عن إحتواء الإثارة المرتفعة الناتجة عن الألم، كلها تؤدي إلى إكتساح الحياة النفسية كلياً، وهذا ما أطلق عليه الكاتب سنة 1993 تسمية "الوهن النفسي الحركي" حيث يفقد الطفل إهتمامه بكل ما يحيط به، كما يفقد تفاعله مع العالم الخارجي، بل ويتعداه إلى عدم إعارته أدنى إهتمام للمنطقة المؤلمة (مصدر الألم).

• وفي خطوة أخيرة ونهائية يصل الألم إلى أن يكون سبباً في رغبة الشخص في الموت (مثل حالات التعذيب) وفقدانه للمعالم الزمانية، الفضائية، إضافة إلى شعوره بفقدان حدود الجسم في هذه المرحلة يكون القلق في أقصاه، كما يترافق مع فقدان المحتويات النفسية والجسدية الشيء الذي يؤدي إلى فقدان الوعي بالواقع.

إن هذا النموذج المقترح هنا و الذي يشرح كيفية تأثير الألم الجسدي على الحياة النفسية يسمح لنا بفهم أحسن لتظاهرات الألم، كما يسمح على وجه الخصوص بالتعرف عليها بشكل أوضح بهدف الوصول إلى التخفيف من معاناة الطفل، وبالموازاة مع ذلك يسمح لنا هذا النموذج كذلك بتحديد مختلف مراحل الألم الجسدي عند الشخص الراشد، كما يوضح إنعكاساته على قدرات الشخص النفسية.

حيث يشير كلا الكاتبين Broyer و Dumet إلى أن الشخص الراشد يمر بنفس الخطوات السابق ذكرها عند الطفل فيما يخص تجربة الألم، ويضيف أن عملية إكتساح الألم للحياة النفسية عند الطفل تتم بسرعة كبيرة، وأنه يمكننا ملاحظة نفس الشيء عند الشخص الراشد الذي يعاني من الألم. (Broyer, Dumet, 2002, p.114-115)

II. المظهر الصدمي للألم (L'aspect traumatique de la douleur):

1.II. المظهر الصدمي للألم على مستوى الجهاز النفسي:

حسب التحليل النفسي وإنطلاقاً من تجربته العيادية يعد الألم بمثابة إختراق للحياة النفسية وجرح نرجسي سواء كان الألم حاداً أو مزمناً سيكون له أثراً على وجود الفرد وعلى مشاعره وإدراكاته وكذا على طرق إتصاله وتفكيره، إذا يمثل الألم تهديداً للإتزان الداخلي للشخص حيث يفرض عليه وضعيات معينة وذات خصوصية، فالتحليل النفسي يركز بشكل أساسي على إظهار الدور المهم للألم وإعتباره المسؤول عن بناء وتشكل التصورات، تأسيس الميكانيزمات الدفاعية، وخلق روابط لإقتصاد نفسي جديد. (Pedielli, Rouan, 1997, p.96)

في حديثه عن الألم الجسدي يقول Freud في كتابه "مشروع علم نفس علمي" سنة 1885: « أن الألم الجسدي هو إقتحام لكمية كبيرة من الإثارات و عبورها إلى داخل الجهاز النفسي من خلال الحدود الجسدية ».

وفي كتابه "ما فوق مبدأ اللذة" سنة 1920 يضيف قائلاً: « أن الإختراق الناتج عن الألم يحدث على إمتداد محدود، أما الإختراق الناتج عن الصدمة فيحدث على إمتداد واسع »، وقد تم التأكيد على آلية حدوث هذا الإختراق في الملحق (C) من كتابه "الكف العرض والقلق" سنة 1926، حيث أورد تكملة يقول فيها: « في حالة كان الألم ناتج عن عضو داخلي وليس عن البشرة الخارجية فإن هذا لن يغير شيء في الوضعية، فنقول ببساطة أن المحيط الداخلي سيتدخل ويأخذ مكان المحيط الخارجي ويصبح هو المؤثر »، فحسب كتابه "مشروع علم نفس علمي" يبدو أن الإختراق يتسبب في صعق (Sidération) توظيف العضوية « فكل العضوية البيولوجية ستواجه حداً لنشاطها، مما يؤدي إلى توقفه »، ويقول Freud أن الظاهرة المسؤولة عن فشل العضوية هي الألم، إن هذه الطاقة الغريبة التي لم يتم إحتوائها من طرف الحياة النفسية من شأنها أن تدفعنا إلى التفكير في "نزوة الموت"، ففشل العضوية وعجزها يعيدها إلى حالة الخمول والسكون وهي خاصية مميزة لنزوة الموت، لأن "العضوية البيولوجية" تكون عادة موجهة تحت سيطرة "نزوة حفظ الذات"، إلا أن "نزوة الموت" تأتي هنا لتقوم بدور معاكس.

فإذا لم يتم إعطاء معنى نفسي للألم ولنتائجه سيحدث تراكم للإثارات الآتية من الخارج أو من الداخل فتعمل على تحريض التوتر الداخلي وتصبح بمثابة تهديد للحدود ولكلية الجسم، تهديد بالإنفجار الداخلي نحو الخارج، لينتج عنه شعور نفسي ووجدان بدائي يسمى بالمعاناة (La souffrance)، وبهذا تكون حالة الإضطراب وعدم التنظيم النفسي ناتجة عن العلاقة ما بين "نزوة الموت" و "الألم". (Barbier, 1991, pp.801-802)

و هنا يظهر عالم الشخص المريض مغموراً بقلق إضطهادي كبير يتمثل في شعوره بأنه مهاجم ومهدد من طرف موضوع مضطهد ومعذب يراقب الجزء الجيد من "الأنا" (Bonne partie du moi) والموضوع المثالي في نفس الوقت فيعمل على تحطيمه وتفكيكه، وهي وضعية يعاش فيها كل من الألم والإحباط كمصدر لتهديد ناتج عن قوة مضطهدة غريبة عن الحياة النفسية وبهذا يتسبب القلق في نشوء هوامات "سادية- فميمة" (Sadique-oraux) محطمة موجهة نحو الموضوع السيئ (L'objet mauvais)، كما تعمل على القيام بعملية الرقابة كدفاع نفسي. (Zaré-Bawani, 2006, p.viii)

أما على المستوى النرجسي فنجد أن الشخص سيعيش تجربة فقدان التي يمكن أن تأخذ أشكال ونماذج مختلفة تبعا لتاريخه الشخصي، إضافة إلى حالة العجز التي يجد نفسه فيها وعدم قدرته على وضع حد للهجوم والإقحام القادم من الداخل (الحياة النفسية) والذي يدمره ويجبره، وفي حالة إستمرار الألم فإنه سيواصل في تسليط نفوذه وسيطرته على الشخص متسببا بذلك في تذبذب داخلي يفرض على "الأنا" العمل بوتيرة معينة وحسب إيقاع جديد، وبالتالي نجد أننا في مواجهة فترتين مختلفتين الأولى فترة ما قبل الألم، والثانية فترة ما بعد الألم، فترة قبلية حيث كان كل شيء ممكن، وفترة بعدية تتميز غالبا بإدراك الشخص لغرابته عن نفسه، حيث تستقطب وتجذب الإحساسات المؤلمة إنتباه الشخص الذي يختبرها فيركز إنتباهه حول المنطقة الجسدية المؤلمة، وبصيغة أخرى نقول أن هذه الإحساسات تدفع بالشخص للتركيز حول جسده ومساءلته والتساؤل حول ما أصابه وما الذي يضعه في حالة تهيج، حيث يكون الشخص غير قادر على التعامل مع المظهر الصدمي الذي تأخذه تجربة الألم، كما يدخل الشخص في هذه الحالة في إنطواء نرجسي ناتج عن تأثير الألم عليه فيرغم (الشخص) على إيجاد طرق لإيقاف وإحتواء كمية الإثارة الناتجة عن هذه التجربة. (Perrin, 2010, pp.8-9)

وفي هذا الإطار يقول Freud سنة 1926: « أنه عند معايشة تجربة مماثلة (الألم) سيحدث إستثمار نرجسي شديد للمنطقة المؤلمة يصل إلى درجة إفراغ "الأنا" من طاقته، ويعد هذا النموذج للإستثمار النرجسي المضاد (Contre investissement narcissique) أحد أكثر نماذج الإستثمار المضاد بدائية (Archaïque) ويكون موجه نحو الخارج ونحو المحيط (الأطراف) ».

كما نشير إلى مظهر آخر وهو أن الألم يضع النرجسية في خطر، فبشكل صراعي يتم إدخال هوامات و آلام إلى الحياة النفسية، وعند عجز هذه الأخيرة عن القيام بالإرصان السريع لها فسوف تعمل وعلى المدى الطويل على إنتاج آلام جسدية أخرى في شكل دفاع. (Barbier, 1991, p.811)

أما عن Ferenczi وهو أحد أكبر العياديين المختصين في الحالات البينية فيوضح لنا كيف أن الألم الصدمي (Douleur traumatique) يعد التجربة الأقرب من الموت، حيث يقول: « أنه في حالة الألم الصدمي نجد أن جزء من الذات يفقد نهائيا، حيث تعمل الحياة النفسية على تكريس جزء منها للحفاظ على توظيفها ، ذلك لان الألم الصدمي يعمل على منع كل سيرورات التفكير ».

وفي نص مثير للإهتمام كتبه Ferenczi في نهاية حياته يقول: « أنه بعد التعرض لصدمة يصبح للشخص شكل وطريقة في التفكير ذات خصوصية، تظهر بهدف السماح له بمواصلة حياته وهو ما يعرف بالإنشطار ويتم ذلك بحدوث إنقطاع ما بين جزء حساس مفكك بشكل عنيف وجزء يعرف كل شيء لكنه لا يحس بشيء، حيث يقوم الشخص بالهروب من الواقع والعمل على خلق عالم آخر يوزع فيه الثقل الذي يوتره، وبالتالي إبعاد كل الأشياء التي تقلقه ». (Bertrand, 1990, p.30)

إن حالة التحلل أو التفكك (Dissolution) هذه نجدها لدى الأشخاص الذين يتعرضون لآلام حادة أو مزمنة لكنها شديدة ومطولة، فيظهرون دفاعا خاصا يتمثل في ظاهرة التحلل، وهي نفس الحالة التي يعيشها الأشخاص الذين تعرضوا لمعايشة تجارب عنف صدمية نفسية غير محتملة، وبالتالي تدفعنا هذه الحالات إلى التفكير في "الإنشطار" الذي تكلم عنه Ferenczi، حيث يكون جزء من "الأنا" في حالة ضعف وتشويش تجعله عديم الحساسية، أما الجزء الآخر منه فيحاول أن يسير قربه (جزأه الآخر) ليصبح "الإنشطار" في هذه الحالة بمثابة عملية دفاعية. (Burloux, 2004, p.134)

وفي هذا السياق تناولت Monique Schneider مشكل الدفاعات ضد الألم بشكل مركز، وذلك بإنطلاقها من أحد أحلام Freud حيث تكلمت عن وضعية خاصة للألم، فتقول أن الشخص المريض الذي يعاني من

الألم أنه أثناء الحلم (مع العلم أن نفس الأمر يمكن أن يحدث في خيال بعض المرضى أثناء اليقظة) سوف ينقسم (Dédoublé) فيحلم أن هناك شخص آخر هو من يعاني من الألم فبطريقة ما سيقوم المريض بقلب وعكس الأدوار وذلك بخلقه لشخصية تكون بمثابة نسخة مضاعفة له تعاني بدلا منه وهذا أحد أشكال "الإنشطار" الذي يحاول الشخص من خلاله الحفاظ على جزء منه فالشخص المريض يعمل هنا على إنكار ألمه بشكل مؤقت، وذلك بنسبه إلى قرينه لكي يكون بإمكانه أن يستوعب وجوده. (Pedinielli, Rouan, 1997, p.97)

إذا فإن رجوع الشخص إلى هذه الدفاعات الأولية يشير إلى الأثر العنيف الذي يحدثه الألم على مستوى الحياة النفسية، وهو ما أظهرته كتابات Freud سنة 1895 التي كرست لموضوع السوداوية، حيث نجد بعض الأسطر التي تعبر عن أحد أهم وأقوى أفكار Freud التي عبر عنها بكلمات قوية من مثل: نزيف داخلي (Hémorragie interne)، إمتصاص (Aspiration)، إفتقار (Appauvrissement)، الكف وهي كلمات تعبر عن معنى الإصابة أو الجرح (أو إحداث ثقب)، ففي النهاية كلها كلمات تدل على مفهوم الإختراق والفقدان، من هنا يمكننا ملاحظة نقطتين أساسيتين هما:

- الأثر والفعل الذي يمارسه الجهاز النفسي على كمية الإثارة، وما تتسبب فيه هذه الأخيرة من فقر في الطاقة.

- كما نلاحظ أن هناك إشارة بسيطة إلى ما يمكن تسميته بنظرية الألم الجسدي والتي تعد بمثابة نموذج وأساس للمعاناة النفسية، أما في سنة 1917 في كتابه "الحداد والسوداوية" قام Freud بالتطرق إلى هذين النقطتين من جديد وذلك بقوله: « إن مركب السوداوية هو بمثابة جرح مفتوح يعمل على إجتذاب طاقات الإستثمار من كل جزء (وهو ما يسمى في حالة عصاب التحويل بالإستثمار المضاد) من أجزاء الجهاز النفسي، فيفرغ "الأنا" إلى غاية فقره النهائي من الطاقة ».

وفي نهاية كتابه يصل إلى الجملة الشهيرة التي تتكلم عن « ضرورة إلقاء الضوء في البداية على الطبيعة الإقتصادية للألم الجسدي، ثم عن الألم النفسي هذا الأخير الذي يعد ممثلا لسابقه (الألم الجسدي) ». (Burloux, 2004, pp.39-40)

وللوصول إلى فهم أحسن للمظهر الصدمي للألم سنعود إلى التعريف الفرويدي للصدمة النفسية وكذا تناوله لظاهرة الإختراق الصدمي لـ "صاد-الإثارة"، في محاولة للمقارنة ما بين الإثنين الألم والصدمة.

إذا يعرف كل من Laplanche و Pontalis الصدمة في كتابهما معجم مصطلحات التحليل النفسي كما يلي: « هي تعرض الشخص لحدث شديد القوة، حيث يجد نفسه عاجزا عن إبداء الإستجابة الملائمة إتجاهه الشيء الذي يؤدي إلى حدوث آثار مرضية دائمة على مستوى الجهاز النفسي، أما من وجهة نظر إقتصادية فنقول أن الصدمة النفسية هي فيض وكثافة في الإثارات التي تفوق قدرة الشخص على تحملها والتحكم فيها، فيعجز عن إرصانها نفسيا ». (Laplanche, Pontalis, 2007, p.499)

حيث يرى Freud أن الإستثارات الآتية من الوضعية الصدمية تتسبب في صعق الدفاعات النفسية للعضوية، فتحدث إختراق من خلال "حاجز الدفاعات" لتصل إلى داخل الحياة النفسية حيث تستقر الصورة الصدمية وتكون بمثابة جسم غريب يواصل في ممارسة إستثارات ضارة، مما يتسبب في تحريض العضوية على المواصلة في بذلها لمجهودات غير مجدية، إنطلاقا من هذه الفرضية سوف يقترح Freud تمثيل إستعاري للجهاز النفسي فيشبهه بالحوصلة الحية، هذه الأخيرة التي تعمل على مواجهة الإثارات الآتية من العالم الخارجي كما من المعالم الداخلي للجهاز النفسي، الشيء الذي يتطلب وجود نظام "صاد - الإثارة" على الحدود ما بين الخارج والداخل، يعمل على حماية الجهاز النفسي ضد الفيض

الكثيف في الإثارات النفسية الآتية من الخارج، إلا أن Freud يلح من جهة أخرى على أهمية و دور العالم الداخلي النزوي بإعتباره مصدرا للإثارة. (Sauvagnat, 2008, p.130)

ففي بداية الأمر ميز Freud ما بين الإثارات الخارجية والإثارات الداخلية، وبالنسبة للإثارات الخارجية يشير إلى أن الأمر يعود إلى الحويصلة للتحكم في هذه الإثارات وإبعادها، ويتم ذلك بوجود سطح خارجي يلعب في نفس الوقت وبشكل أساسي دور صاد - الإثارات، وبشكل ثانوي دور مستقبل للإثارات، كما يشير Freud إلى أهمية الإثارات المستبعدة بالمقارنة مع الإثارات المستقبلية، فإذا كان السطح الخارجي محمي ضد الإثارات الخارجية (بفضل "صاد - الإثارات") ومزود بأعضاء حسية تقوم بدور ملتقطات (Antennes) لتغيرات العالم الخارجي، فإن السطح الداخلي لا يملك "صاد إثارات" مما يسمح للإثارات القادمة من الطبقات العميقة بالانتقال والتوجه مباشرة إلى الجهاز النفسي دون أن تخضع لأي تخفيف أو تخفيض متسببنا بذلك في توليد سلسلة أو نسق من إحساسات لذة - عدم لذة.

هذا ما دفع Freud إلى وضع تمييز ثاني داخل الإثارة نفسها، و يقوم على إمكانية حدوث فيض إثارة ناتج عن إختراق الإثارة للجهاز النفسي في البداية على المستوى الخارجي، ثم وبشكل تدريجي ينحرف ويتجه نحو المستوى الداخلي.

إذا إذا كانت الإثارات الخارجية قوية كفاية يمكنها إحداث إختراق لـ "صاد - الإثارات" ويمكنها أن تكون صدمية، حيث تتسبب في تحريك كل الآليات الدفاعية، إلا أن المشكل المطروح على الجهاز النفسي هو ليس كيفية عدم إكتساحه بكميات كبيرة من الإثارات، وإنما كيفية قدرته على التحكم في كمية الإثارات التي تخترقه، وكيفية ربطها نفسيا ثم تصفيتها والتخفيض من أثرها فيما بعد، وفي هذا الإطار تطرق Freud إلى مثالين يعبران (حسب رأيه) عن هذه الظاهرة هما: الألم الجسدي والعصاب الصدمي، فالألم الجسدي يتوافق مع حدوث إختراق لصاد - الإثارات في منطقة معينة، وهنا نتساءل ما هو رد الفعل الذي يمكن أن ننتظره من الحياة النفسية في مقابل هذا الإختراق ؟

* في البداية وإنطلاقا من منطقة الإختراق (Zone d'effraction) سوف يحدث تدفق للإثارات الناتجة عن فعل الإختراق نحو الجهاز النفسي المركزي.

* بعدها يتم إستدعاء طاقة الإستثمار (Energie d'investissement)، حيث تأتي من كل أجزاء الجهاز النفسي لتخلق على مستوى نقاط الإختراق نوع من الإستثمارات الطاقوية الشديدة الموافقة لهذه النقاط، فيحدث إرتفاع في إستثمار (Surinvestissement) منطقة الإختراق، مما يتسبب في فقر الأنظمة النفسية الأخرى من الطاقة.

* في النهاية وبالضبط على مستوى النظام الذي تم إستثماره بشدة سيحدث مرور من حالة كانت الطاقة فيها تتحرك بحرية وتميل نحو التفريغ (Décharge) إلى حالة تصبح فيها الطاقة موجهة للعمل على ربط الإثارات والتحكم فيها. (Le Roux, 1990, pp.110-111)

« تحدث الصدمة النفسية عند مواجهة الجهاز العصبي لصعوبات للقيام بالتصفية النفسية لرد فعل حركي ».

إذا لو نضيف فكرة إختراق صاد - الإثارة (والتي نجدها حاضرة ضمنا في هذا لتعريف) يصبح بإمكاننا الإحتفاظ بهذا التعريف وإستعماله لتعريف الصدمة بشكل عام، كما يجب أن نلاحظ أن هذا التعريف هو نفسه تعريف الألم في كتاب Freud "ما فوق مبدأ اللذة" سنة 1920، كما أنه لا يتضمن بالضرورة المظهر الجنسي للصدمة. (Burloux, 2004, p.65)

كما تناول Freud في هذا الكتاب فكرة هامة كانت سببا في إشتهار نظريته، حيث تكلم (في حالة الصدمة النفسية) عن فكرة التمزق والتصدع الذي يصيب "صاد - الإثارة"، وهو ما أعطى Freud الفرصة لإعادة تناول المشكل الإقتصادي للألم، فعمل على التطرق من جديد لمفهوم الألم الجسدي وإعتبره كنموذج وعرفه على أنه بمثابة إختراق لـ "صاد - الاثارات" الذي يحدث على إمتداد أو مساحة محدودة. (Ibid, pp.39-40)

إذا الألم هو مثل الصدمة، كلاهما يعد كفعل (Action) مضاد للحياة النفسية، هذه الأخيرة التي تصبح في حالة صعق نتيجة الصدمة، وفي حالة فقر نتيجة الألم، حيث تكون مصابة وغير قادرة على ممارسة وظائفها المعتادة. (Ibid, p.126)

كما قام D.Anzieu بعد Freud بالتركيز على مجموع السيرورات المتشابكة التي من شأنها أن تزيد من حدة المعاش المؤلم، حيث يقول أن الألم هو كخبرة لعدم التمييز (يحدث تشوش في الحدود والفضاء) يعمل على تحريك مبدأ نيرفانا (Principe de nirvana) والمتمثل في تفضيل الموت على الإستمرار في المعاناة، كما يقول Laplanche أنه إذا كان الألم مسؤول على إحداث تشوش، فيجب أن نتساءل في هذه الحالة عن أثره وإنعكاسه ليس فقط على التوظيف النفسي للشخص في وقت معين وإنما التساؤل أيضا حول البناء النفسي للشخص عند تعرضه لتجربة مماثلة (الألم) في المراحل الأولى من حياته. (Perrin, 2010, p.6)

II.2. المظهر الصدمي للألم على مستوى اللغة:

يظهر الألم في شكل صراخ، هذا الأخير الذي يعتبر أول طريقة يستعملها الإنسان للإتصال بالآخر (صراخ المولود الجديد الذي يكون موجود منذ الولادة وهو أحد مؤشرات الحياة).

في هذا السياق يظهر الألم بمثابة شكل بدائي وقديم للإتصال، إلا أنه في نفس الوقت معروف ومعتمد بشكل عالمي (على مستوى العالم) لكنه أقل بناء حيث يتطلب القيام بحل وفك رموزه، فالصراخ يحمل في داخله تعبير عن الشخص وعن قيمه وكذا ثقافته (فتجربة الألم هي تجربة خاصة بكل شخص على حدا). (Bioy, Bourgeois, Negre, 2003, p.75)

إن العلاقة الجدلية ما بين اللغة والألم تظهر محيرة ومشوشة في نفس الوقت، ففي معظم الوقت عندما يشعر الشخص بألم شديد سيطلق صرخات وأنين يأخذ مكان (يعوض) الكلمات والجمل المرتبة والملائمة، حيث يرجع Scarry غياب الكلمات إلى خاصية مميزة للألم تعمل على إلغاء اللغة كما يشير قائلا: « إن الألم الجسدي لا يكتفي بمقاومة اللغة، وإنما يتعداه إلى العمل على تخريبها وإتلافها ويدفع بالشخص إلى العودة الفورية إلى حالة سابقة للغة، عودة لإستعمال الصوت والصرخات التي يتلفظ بها الإنسان قبل تعلمه الكلام » ، وبالتالي فإن كل المحاولات للتعبير عن الألم تنتهي بإستعمال الأصوات غير اللفظية التي تذكرنا بالأصوات ما قبل التعبيرية التي يطلقها الطفل عندما يكون في حالة إنزعاج وحزن، إن صرخات (تعبر عند الطفل الصغير عن الحاجة إلى الغذاء) الألم تظهر لدى الشخص العودة إلى زمن سابق من تعلم اللغة وبالتالي تدل هذه الصرخات على غياب اللغة فتجربة الألم يمكن أن تعكس لنا تحطم وتلف اللغة. (Zaré-Bawani, 2006, p.x)

إن معاشة تجربة الألم تكون دائما مرفقة بآلية تحدث عنها التحليل النفسي هي النكوص حيث تظهر لنا الممارسة العيادية أن الألم (بطريقة ما) هو إستحالة للكلمة وللمعنى لا نستطيع التعبير عنه إلا بطريقة بسيطة و بدائية في شكل صراخ، إضافة إلى إستعمال جمل نمطية (Stéréotypée) بغض

النظر عن الخلفية الثقافية للشخص الذي يعاني من الألم، فعبارة "أنا أتألم" (j'ai mal) هي عبارة بسيطة إلا أنه يتوجب أخذها بعين الاعتبار والتعامل معها بغض النظر عن بساطة شكلها الظاهر.

إذا هذا التعبير يأخذ شكل صياغة طفولية وذلك من ناحية الشكل وليس من ناحية المضمون فجملة "أنا أتألم" ليس لها عمر معين، فكل من الراشد والطفل الصغير سيعبران بنفس الطريقة عن ألمهما، أما إذا ما تم التعبير عن الألم عن طريق الصراخ فمن الأكيد أن "النكوص" سيكون واضحا وجليا سواء عند الرضيع، الحيوان، أو الراشد، فكلهم يشتركون في هذه الخاصية وكذلك هو الأمر بالنسبة للحركات المستعملة من طرف الإنسان (في حالة الألم)، حيث تكون نفسها السلوكيات التي كانت لدى الفرد في مرحلة طفولته وذلك مهما اختلف سنه.

وبهذا فإن الألم قبل أن يتم إدماجه داخل كلام عقلائي منظم وإعطائه معنى فإنه يؤثر على النظام النكوصي، مما يدفع بالشخص الذي يعاني إلى إستعمال نفس الأشكال التي يعتمدها الطفل لكي يعبر عن آلامه. (Ferragut, 1995, pp.154-155)

إن الشواهد الأدبية والكتابات وكذا حالات المرضى والمصابين تدل على أن للألم أثر يتعدى أي محاولة لإحاطته أو السيطرة عليه أو حتى وصفه، كما أنه يخرج عن إرادة الشخص فلا يكون بالإمكان التعبير عنه، فالألم بمثابة فشل جذري لوظيفة اللغة، حيث يكون محصور في عتمة الجرح ويميل إلى البقاء مخبأ ومقيدا، يعمل على إمتصاص الشخص وإنهاكه وكذا تعجيزه عن تسمية هذه الخبرة الحميمة والمعذبة في نفس الوقت، فتحت تآثير حدة الألم يعمل هذا الأخير على تحطيم وجود الشخص والتحريض على تقسيم وتجزئة اللغة، كما يتسبب في ظهور الصراخ، الأنين، البكاء، أو الصمت بمعنى أن الألم يقوم بتشويه الكلمة والتفكير كما يحطم الصوت ويغيره فيصعب عملية التعرف عليه، وكلما زاد الألم كلما كان الصراخ أقوى، وهو شكل من أشكال المقاومة والإعتراض على حالة التشوش والتحطيم التي تهدد كل من الجسم (العضوية) واللغة على حد سواء، فالألم يقتل الكلمة ويقضي على مصدرها. (Le Breton, 2006, p.39-40)

3.II. المظهر الصدمي للألم على مستوى البعد الفضائي الزماني:

للألم القدرة على الإستيلاء على معنى الموضوعية والتأثير على مبدأ الواقع، وذلك عندما يعمل على خلط الحدود ما بين الداخل والخارج، ولشرح هذه الظاهرة يقول Scarry أن كل حالات الوعي لها مواضيع تكون بمثابة "محتوى مرجعي"، فمثلا: الغضب، السعادة، الحزن، الكره، الجوع، والحب كلها ترجع إلى مواضيع محددة، أما الألم فليس له أي محتوى مرجعي، إضافة إلى أن الألم الشديد «يعاش فضائيا بشكل غير واضح، فلا هو تقلص لكامل الكون في جسم الشخص المتألم، ولا هو إنتفاخ لهذا الجسم إلى غاية أن يظهر وكأنه يشغل مساحة كل الكون»، ففي قمة الألم يفقد المريض إنشغاله بالعالم الخارجي الذي يفقد أهميته في خضم الدمار الذي يهدد جسم الشخص، كما تكلم Leder عن إنتفاخ وتورم الجسم (Enflure du corps) الذي يعد كضيق وإنحصار في الفضاء والزمان أما Scarry فيقول: «أنه بمثابة إتحاد والتحام للخاص - ما هو خاص بالشخص - مع العام». (Zaré-Bawani, 2006, p.x)

الألم هو حدث يسجل على المحور الزمني لوجود الشخص ويقوم على دينامية زمنية تتعرض أحيانا للحظات توقف وتقطع، فالألم الذي يحدث عقب إصابات أو تمزقات في الجسم يترك خلفه آثار وإنقطاعات تعمل على وصم (Stigmatiser) الزمن في كليته. (Defontain-Catteau, 2007, p.79)

أما الألم المزمن فهو شيء غريب، لأن إزمانه يعمل على تعليق السير العادي للزمن ويضع الشخص خارج مجال الزمن، فهو بمثابة زمن لا يمضي (لا يمر). (Bertrand, 1993, p.74)

4.II. المظهر الصدمي للألم على مستوى الشخصية:

الألم هو عبارة عن ذلك الشيء الغامض الموجه الذي يؤثر على حياة الفرد ويقلبها رأساً على عقب وهو تجربة لا يمكننا البرهنة على وجودها وإنما الألم يعبر وجوده بنفسه و يظهر بعدة أشكال و طرق و ذلك حسب شخصية الفرد المصاب بالألم، كما أن البنيات التحتية العصابية تلعب دوراً هاماً يتمثل في كونها تأخذ دور المتكلم الذي يعبر عن الألم، كما أنها تعمل كذلك على تحريفه.

إذا للشخصية دور أساسي، فهي بمثابة المحرك الأساسي لردود الفعل التكيفية مع هذا "الجسم الغريب" (وهو الألم وخاصة الألم المزمن)، ولهذا تتنوع وتختلف ردود أفعال الأشخاص المعرضين لإعتداءات مماثلة (إعتداء الألم) من شخص لآخر. (Ostermann, Queneau, pp.50-51)

ونظراً للدور الذي تلعبه العوامل النفسية في خبرة الألم، وما يمكن أن يقوم به الألم من وظيفة بالنسبة للشخص، فقد حاول الباحثون التحقق من فرضية وجود مجموعة من السمات الشخصية التي تهيب بعض الأفراد للألم المزمن.

كما تشير الأبحاث إلى أن القول بمثل هذه الفرضية هو تبسيط شديد للمسألة، فالألم نفسه ربما يؤدي إلى تغيرات في الشخصية، فتكون التغيرات نتيجة لخبرة الألم وليست سبباً له، ثم إن خبرات الألم الفردية عادة ما تكون على درجة من التنوع والتباين والتعقد، بحيث يتعذر تفسيرها من خلال بروفييل شخصي واحد هذا مع أن التوصل إلى بروفييلات نفسية لفئات مختلفة من مرضى الألم يمكن أن يكون ذا فائدة في العلاج عموماً.

وهكذا فمع أننا لا ننظر لهذه البروفييلات من منطلق الفرضية الشخصية، إلا أنه يبقى من المفيد التعرف على أنواع المشكلات التي يمكن أن يطورها أنماط معينة من المرضى الذين يعانون من الألم.

وفي دراستهم لهذه الخصائص، استخدم الباحثون أشكالاً متنوعة من أدوات قياس الشخصية، خصوصاً قائمة مينيسوتا متعددة الأوجه لقياس الشخصية (MMPI) وهي إستبانة مطولة تقيس الأعراض النفسية والجسمية عند المريض، وتزودنا بأربعة عشرة مقياساً كل منها يقيس بعداً في الشخصية، وقد استطاعت هذه القائمة أن تميز ثبات عال بين أنواع مختلفة من مرضى الألم، مما يجعلها أداة تشخيصية مهمة بيد الأطباء العاملين في هذا المجال، ففيما يتعلق بالمرضى الذين عانوا من الألم الحاد ارتفعت درجاتهم بصورة خاصة على مقياسين من مقياس مينيسوتا (MMPI) وهما: توهم المرض (الإهتمام الزائد بالصحة الجسمية) والهستيريا (التطرف في السلوك العاطفي والمبالغة في الأعراض) وأظهر مرضى الألم الحاد أيضاً في بعض الحالات ارتفاعاً في مقياس الهوس الذي يعكس الإنفعال الشديد والقلق الذي نجده في خبرة الألم الحاد.

أما مرضى الألم المزمن، فقد أظهروا ارتفاعاً في الدرجات على ثلاثة مقياس فرعية من إختبار مينيسوتا (MMPI) وهي: توهم المرض، الهستيريا، والإكتئاب، ويشار لهذه المجموعة من العوامل الثلاثة عادة بـ "المثلث العصابي"، وذلك لأنها تتكرر في بروفييلات الشخصية للمرضى العصبيين ويعكس الإكتئاب مشاعر اليأس وفقدان الأمل، التي غالباً ما تصاحب خبرات الألم طويلة الأمد والتي لا تستجيب للعلاج فالألم وحده ليس كافياً لتطویر الإكتئاب لكنه يؤدي إلى تدني مستوى نشاط الفرد وإحساسه بفقدان السيطرة

مما يقود إلى الإكتئاب، والإكتئاب بدوره يغذي خبرة الألم فهو يثير الألم نفسه أو يزيد من احتمالات حدوث سلوكيات الألم، كترك العمل.

و لبروفيل الشخصية أبعاده في معالجة الألم، فمعالجة مرضى الألم المكتئبين ينبغي أن تتجه للإكتئاب المزمن وإضطرابات التفكير الناجمة عنه، بالإضافة إلى الألم نفسه.

وربما تكون بروفييلات إختبار مينيسوتا (MMPI) مفيدة في التعرف على بعض الأفراد الذين يؤدي الألم بالنسبة لهم وظيفة أو خدمة، كما أشارت الأبحاث إلى أن المرضى الذين أظهروا إرتفاعا في الدرجات على المثلث العصابي، إضافة إلى إرتفاع على مقياس فرعي آخر - كالفصام أو الإنحراف السيكوباتي أو البارانونيا - ربما يعانون من ألم يعزى إلى إضطرابات في تكوين الشخصية السابقة للألم، وربما يعاني هؤلاء من الألم أقل مما يدعون، كما أنهم ربما يتكيفون لأنماط حياة مزمنة تفتقر للمصادقية، في المقابل ربما يعاني مرضى الألم المزمن الذين يظهرون إرتفاعا على المثلث العصابي فقط ولا يظهرون أي إرتفاع آخر على بروفييل إختبار مينيسوتا (MMPI) من ألم شديد أو على الأقل ألم تحركه العواطف.

وبينما تركز بعض الأبحاث على منحى الشخصية في تناولها للفروق الفردية، نجد منحى واعداء آخر ينطلق من فرضية وجود أنماط من الإستجابات الفسيولوجية للضغوط التي تحرض بدورها حزما معينة من العضلات وتقاوم الألم فيها، إذ يظهر المرضى في مواجهتهم للضغوط نشاطا عضليا في منطقة الوجه يزيد عن النشاط الإعتيادي، وتشير أبحاث أخرى إلى وجود أنماط مميزة من تدفق الدم في الرأس عند أولئك المهيين للتقلص العضلي أو الصداع النصفي في إستجاباتهم للضغوط، إن المعرفة بهذه الأنماط المميزة وبكيفية عمل الضغوط على تحريفها من شأنها أن تزودنا بإمكانيات تدبر الألم وتدريب المرضى بالتحديد في التعرف على مصادر الضغوط في حياتهم، وفي اللجوء إلى طرق من التدبير، أمور تساعد على إبطال الإستجابات البدنية النمطية للضغوط. (تايلور، 2008، ص ص 596-597)

III. الألم المزمن و الإضطرابات النفسية:

إن ظهور الألم العضوي غالبا ما تعقبه مجموعة من التظاهرات النفسية في شكل إكتئاب أو قلق، حيث يكون ظهورها ثانوي بالنسبة للألم، ولا تعد هذه التظاهرات ذات صبغة باثولوجية (مرضية) عند بداية ظهورها، وإنما تعتبر بمثابة ردود فعل سوية لدى الأشخاص الذين يواجهون هذا النوع من الوضعيات (الألم)، أما ردود فعل الشخص المريض التي تظهر في شكل إكتئاب أو قلق فتتقسم في الأساس إلى ثلاث أنواع هي كالتالي:

* ردود فعل ناتجة عن الألم:

كل الأشخاص المعرضين لمعايشة آلام قوية تدوم لفترات طويلة يتميزون بالإنفصال التدريجي عن إستثماراتهم والإنطواء حول أنفسهم وتبني وضعيات لحماية الذات (مثل تجنب الشخص المريض لكل الحركات التي من شأنها أن تزيد من شدة الألم، إتخاذ وضعيات مساعدة لتسكين الألم والتخفيف منه) إضافة إلى قطع علاقتهم بالأشخاص الآخرين ... الخ وبالتالي نجد أن كل هذه الحالات أو الوضعيات سوف تؤدي وبشكل سريع إلى وقوع المريض في حالة إكتئاب أو قلق والتي من شأنها أن تتطور في الحالات الخطيرة لتصل إلى حد العجز عن الحركة والشعور بالإرهاك التام والكلي.

*** ردود فعل ناتجة عن المرض المتسبب في ظهور الألم:**

إن منشأ (أصل) الألم العضوي يمكن أن يكون ناتجا عن مرض تطوري، أو ناتج عن آثار تلي التعرض لحادث ما، كما يمكن أن ينتج عن عملية تدخل جراحي، فكل الأمراض الخطيرة أو الإصابات الجسدية البالغة تترافق بردود فعل نفسية من شأنها أن تتطور نحو القلق أو الإكتئاب.

وفي هذه الحالة يظهر لدى الفرد مجموعة من المخاوف والأقلاق ناتجة عن شعوره بأن حياته مهددة بالخطر وذلك لعدم جدوى العلاجات المتوفرة، إضافة إلى تأثر الجانب الوظيفي (وظيفة الجسم) والجمالي (Esthétique)، كل هذا يساعد على دفع وتوجيه حياة الشخص المريض نحو منحى آخر والقضاء على مستقبله.

ولهذا يكون من الضروري التكفل بالبعد الإنساني النفسي للألم بالموازاة مع العلاج الطبي المسكن وذلك بتوفير الكفالة النفسية اللازمة من طرف الطاقم الطبي والشبه الطبي.

*** ردود فعل ناتجة عن مرض نفسي تحتي (Sous-jacent) أو حديث الظهور:**

إن ردود الفعل النفسية السوية يمكن أن تتغير وتأخذ طابع مرضي في حالة ما إذا كان الشخص المريض يعاني من مرض نفسي تحتي (سابق الوجود) معروف من قبل، أو مرض حديث الظهور وذلك خلال فترة الإصابة بالمرض العضوي (فترة المتابعة الطبية)، حيث يؤثر الإضطراب النفسي على الألم ويغير من شدته، ليصبح الألم المزمن في هذه الحالة مختلط (بين العوامل العضوية والعوامل النفسية)، فالجانب العضوي لا يعد المؤثر (المسيطر) الوحيد، كما أن الكفالة النفسية وحدها لا تعد كافية للاهتمام بهؤلاء المرضى، وإنما يكون من الضروري إجراء عملية تقييم لحالة المريض تأخذ بعين الاعتبار وبشكل دقيق الجانب الإيمراضى النفسي وتركز على الكشف عن أثر الألم والمرض كمتسبب في الإضطراب النفسي والعمل في النهاية على وضع مخطط علاج نفسي مكيف حسب حالة المريض ويكون هذا بالتنسيق فيما بين الفريق الطبي والفريق النفسي. (Ferragut, 2003, pp.156-157)

إذ تعتبر كل البنيات النفسية المرضية أو الإضطرابات النفسية ذات دور مؤثر في علاقتها مع الألم فبإمكانها أن تؤدي إلى ظهوره أو أن تزيد من شدته، فالإضطرابات النفسية من الممكن أن تكون إما مستقلة عن الألم أو أنها تابعة له، كما يمكن أن تكون سابقة لظهوره، متزامنة معه، أو تظهر بشكل ثانوي بالنسبة للألم، إذا كل الإضطرابات النفسية المشخصة من شأنها أن تكون سببا في ظهور أعراض الألم وعلى عكس ذلك نقول أن الإضطرابات الجسمية المرفقة بالألم هي الأخرى بإمكانها أن تتسبب في ترك آثار وجدانية وإنفعالية، وأكثر دليل على ذلك هو تكرار ظهور بعض الإضطرابات النفسية من مثل الإكتئاب، العصابات، الأمراض السيكوسوماتية في حالات الفحص الطبي (العيادة الطبية).

وفي كل الحالات نجد أن الإضطرابات النفسية ترتبط بالألم فإما أن تتسبب في ظهوره وهنا نتكلم عن ما يعرف بالألم نفسي المنشأ وإما أن تكون كنتيجة له وتظهر في شكل تعقيدات تعقب ظهور الألم أو أن تجتمع كلا الحالتين معا في النفس الوقت.

تعد هذه الإضطرابات كثيرة الظهور والتكرار خلال الفحص الطبي للمرضى اللذين يعانون من الألم وخاصة حالة الألم المزمن، وذلك لما يسببه من عجز للفرد إضافة إلى صعوبة علاجه وعدم القابلية للشفاء، كلها عوامل مساعدة على ظهور الإكتئاب، كما أن عدم القدرة على التنبؤ بحالة المريض وعدم الوصول إلى تشخيص المرض التطوري هي أسباب تساعد على معايشة حالة قلق، وهي إضطرابات كثيرا ما تظهر مشتركة ومرافقة لحالة الألم، كما أنها كثيرة التشابه مع جدولته العيادي (مثل ارتفاع الضغط

الدموي، إفراط الحركة، الإنسحاب الإجتماعي... إلخ) الشيء الذي يؤدي إلى احتمال الوقوع في خلط عند القيام بعملية التشخيص، فكل من الألم والإضطرابات النفسية خاضعان لتوظيف بشكل حلقة مفرغة من شأنه أن يعقد عملية الكفالة، ولذلك نوصي بمحاولة تحديد الإضطراب الذي ظهر قبل الآخر والإضطراب الذي ظهر فيما بعد، وما هو سبب الظهور، وكيفية ظهور هذه الإضطرابات. (Brasseur, 1997, p.41-42)

1.III. الألم المزمن و إضطراب الإكتئاب:

كثيرا ما يظهر الإكتئاب كرد فعل للألم المزمن (مرض الألم أو تناذر الألم المزمن)، حيث يبدأ المريض في التساؤل حول حالته: ما هو سبب الألم؟ لماذا لا يشفي؟ كيف سينتهي به المطاف؟، فيدخله في حالة إنطواء حول نفسه، كما تصبح إستثماراته المرتبطة بمواضيع العالم الخارجي محدودة، إضافة إلى فقدانه للأمل.

حيث قام Rich في وصفه لمرض الألم بالتطرق إلى حالة الحزن التي يعيشها المريض (الذي يعاني من الألم المزمن)، أما Francoi Boureau فقدّم وصف للمؤشرات الإكتئابية التي تظهر في حالة تناذر الألم المزمن وهي كما يلي: الحزن، إضطرابات الطبع، فقدان الإهتمام بالمواضيع الخارجية، التعب، إضطرابات الإنتباه، الأرق وبهذا نلاحظ أن المؤشرات الإكتئابية معتادة على الظهور في حالات الألم، حيث أصبح تشخيصنا للإكتئاب هو شيء أكيد لدى بعض حالات المرضى الذين يعانون من الألم.

فمن خلال القيام بعملية متابعة للمرضى الذين يعانون من الألم لفترة 6 أشهر (وهي فترة تطور للألم) تم التوصل إلى ظهور جانب عصابي إكتئابي، إضافة إلى الهستيريا وتوهم المرض لدى هؤلاء المرضى، كما تم وصف الإكتئاب كحالة إرتكاسية (Réactionnelle) للألم من جهة، وللمرض من جهة أخرى، وأخيرا تعد إرتكاسية لحالة الإنهاك العصبي وذلك من وجهة نظر بيوكيميائية، أما من وجهة نظر سيكولوجية فنقول أن الإكتئاب يأتي إرتكاسي لحالة عجز متعلم (مكتسب) ولفقدان الأمل. (Ferragut, 2000, p.47)

إلا أن مختلف الروابط (العيادية والفيزيولوجية المرضية) ما بين الإكتئاب والألم مازالت مبهمّة وغير واضحة إلى حد الآن، وفيما يلي نلخص في بعض النقاط مجموعة من المعطيات والمعلومات التي تم التوصل إليها في السنوات الأخيرة حول العلاقة ما بين الألم والإكتئاب.

- تناذر الإكتئاب يزيد من تعقيد تناذر الألم المزمن بنسبة مئوية مرتفعة.
- المرضى المصابين بألم مزمن يعانون من خطر مرتفع للدخول في حالة إكتئاب وذلك بالمقارنة مع مرضى آخرين تحت المتابعة.

- توصلت معظم الدراسات التي تدرس تاريخ ظهور الألم والإكتئاب إلى أنهما يظهران بشكل مترافق عند نصف الحالات المدروسة، وأن الألم يسبق ظهور الإكتئاب بنسبة 40 %، أما الحالة العكسية فتحدث في حالات نادرة.

- يؤدي الإكتئاب إلى التخفيض من عتبة الألم ومن درجة تحمل الألم في نفس الوقت.

- يخفض الإكتئاب من فعالية الميكانيزمات التكيفية (Coping) التي يبديها المريض الذي يعاني من الألم.

- هناك خطر للإصابة بتناذر الألم المزمن الذي يسبق ظهور تناذر الإكتئاب وذلك لدى الأشخاص ذوي السوابق الشخصية والعائلية لحالة الإكتئاب.

- إن الأشخاص الذين يعانون من ألم مزمن إضافة إلى وجود سوابق شخصية وعائلية لحالة إكتئاب أقرب للإصابة بتناذر الإكتئاب وبشكل مبكر (حيث يعد الألم المزمن في هذه الحالة بمثابة عامل ضاغط يسبق حدوث تناذر الإكتئاب).

- أما الأشخاص المصابين بألم مزمن مع غياب أي سوابق عائلية لحالة إكتئاب فيميلون إلى الإصابة بتناذر الإكتئاب لكن بشكل مؤجل بالمقارنة مع الأشخاص الذين لديهم سوابق عائلية لحالة إكتئاب (وبالتالي يكون الضغط النفسي المرتبط بحالة الألم المزمن متسبب في حدوث تناذر الإكتئاب).

- المرضى الذين يعانون من الألم المزمن المستهلكين للمسكنات أو المهدئات والمنومات ممكن أن يظهر لديهم إكتئاب طبي المنشأ قابل للإختفاء عند التخفيض من الجرعات أو إيقاف تعاطي هذه الأدوية.

إذا إجتماع كل من تناذر الإكتئاب وتناذر الألم المزمن لدى المريض هو واقع يفرض على المعالجين الإهتمام بمعالجة أعراض كل تناذر على حدا. (Loo, Gallarda, 2000, p.147)

III.2. الألم المزمن و اضطرابات القلق:

بالرغم من قلة الدراسات التي تعني بدراسة القلق وعلاقته بالألم بالمقارنة مع الدراسات التي تدرس علاقة الألم بالإكتئاب، إلا أن القلق يعد كمؤشر على وجود الألم المزمن مثل ما هو الحال عليه بالنسبة للإكتئاب.

حيث قام Fishbain بدراسة حول 283 مريض بأحد مراكز مكافحة الألم، فوجد أن 62.5% منهم يعانون من اضطراب القلق، وفي دراسة أخرى تمت على مجموعة تتكون من 97 مريض يعانون من مشكل آلام الظهر المزمنة وجد أن 13% منهم يعانون من اضطرابات القلق أو أنها كانت موجودة من قبل، حيث وجد أن 23% منهم يعانون من اضطراب قلق عام، كما بينت ثلاث دراسات أخرى أن المرضى الذين يعانون من آلام الشقيقة ظهرت لديهم اضطرابات قلق بنسبة من 20 إلى 50% في مقابل نسبة من 10 إلى 20% منهم يعانون من الإكتئاب. (Ferragut, 2000, P48)

كما تشير الدراسات إلى وجود تخمينات كثيرة حول تأثير القلق على الألم، حيث تم التوصل إلى أنهما يؤثران على بعضهما البعض، فالألم يزيد من القلق، كما أن القلق ممكن أن يكون سببا في ظهور بعض الآلام نظرا لما يسببه القلق من تشنجات عضلية تؤدي إلى تلف في الأنسجة والأوعية العضلية ومنه تآكل الخلايا نتيجة إنتاج مواد مثيرة للألم.

إلا أن دراسات EMG لم تثبت دائما العلاقة ما بين القلق و الألم و أحد أسباب ذلك هو أن نتائج EMG تخص العضلات السطحية في حين أن الألم يتركز في العضلات العميقة.

كما أن الأشخاص المصابين بألم مزمن يعدون أكثر عرضة لمعايشة ما يعرف بالقلق الوجودي (Anxiété existentielle)، حيث يبدأ المريض في التساؤل عن معنى الحياة والوجود، إضافة إلى انخفاض إنجازاته و أحيانا إنقطاعها نتيجة فقدان الأمل في الحياة ما يؤدي إلى عسر المزاج الذي يظهر في شكل قلق، فالمريض هنا يشعر بجرح نرجسي نتيجة معاناته المستمرة وعدم قدرته على ممارسة حياته بشكل طبيعي.

III.3. الألم المزمن و اضطرابات النوم:

غالبا ما تكون اضطرابات النوم مصاحبة لحالات الألم، حيث يعاني الشخص المتألم من مشاكل كثيرة في النوم من مثل: التأخر في النوم، والإستيقاظ بشكل متكرر أثناء النوم، إضافة إلى قلة ساعات النوم ويعود ذلك إلى أسباب كثيرة كانزعاج الشخص من الوضعيات المؤلمة، وعادة ما يتم تصنيف هذه الاضطرابات في النوم على أنها اضطرابات نوم بسبب طبي (حسب DSM IV.R)

4.III. الألم المزمن و الإضطرابات المرتبطة بالمواد النفسية:

إن الخوف من الإدمان عادة ما يكون تفسيراً للصعوبة التي يجدها الأخصائيون في علاج الألم المزمن وتزداد هذه المخاوف إذا لم يكن سبب الألم المزمن سرطانياً، حيث يعد المرضى المصابين بالألام السيكوماتية (الألام المجسدة) هم الأكثر إدماناً على الأدوية النفسية بالمقارنة مع المرضى المصابين بالألام تعود للأمراض مزمنة (مفسرة لألمهم)، حيث تشير بعض الدراسات إلى أن الإدمان على المواد النفسية عادة ما يكون سابقاً في أحيان كثيرة لظهور الألم، كما أن حاجة الشخص المتألم للمواد النفسية تهدف بالدرجة الأولى إلى التخفيف من المعاناة النفسية أكثر منه للتخفيف من الألم في حد ذاته، وتتراوح نسبة الإدمان لدى المرضى المصابين بالألم المزمن ما بين 3.2% إلى 18.9% (Leo, 2007, pp.72-76).

إذا الألم العضوي من شأنه أن يزيد من حدة المشكل النفسي ويعقده، كما أن المرض النفسي التحتي يغير ويزيد من شدة الألم، وبهذا تصبح بمثابة حلقة مفرغة معقدة يتفاعل فيها كل من الألم والمرض النفسي بشكل مستمر مما يعقد كل من عمليتي التقييم والكفالة العلاجية، فمن الخطأ التعامل مع الآثار النفسية على أنها ناتجة عن الألم العضوي في حين يمكن أن تكون ناتجة عن المرض النفسي، حيث تختلف عملية العلاج في الحالتين، ولهذا يكون من المهم الإتصال بالفريق النفسي، فالألم والمرض النفسي هما مكونين يتوجب علاجهما بالتوازي وذلك بإتباع النموذج العلاجي الخاص بكل واحد منهما. (Ferragut, 2003, pp.158)

ملخص الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى التناول النفسي للألم من خلال عرضنا للنظرية التحليلية للألم، حيث إستهلينا حديثنا بمدخل بسيط تكلمنا فيه عن المعاش النفسي لخبرة الألم و مدى إرتباطها بمفهوم المعاناة النفسية و ذلك نتيجة تجارب الشخص المتألم و إدراكاته الذاتية، بعدها إنتقلنا إلى عرض مفصل لنظرية التحليل النفسي للألم بإعتبارها المرجعية الأساسية لبحثنا، أين عرجنا على آراء أهم الباحثين التحليليين في خبرة الألم و مدى إرتباطها بالحياة النفسية، حيث تكلم S. Freud عن الألم و تعمق في ذلك بالتركيز على معاشته كخبرة نفسية عنيفة تتسبب في إضطراب توظيف الحياة النفسية، أما J.D. Nasio و هو أحد المحليلين النفسيين المعاصرين فقد قام بدراسة الألم كخبرة عصبية نفسية و قام بشرح كيفية حدوثه بذكره لثلاثة مراحل تعد حسبه أساسية لتشكل و ظهور الألم كإحساس و كخبرة نفسية، و هو ما قامت به الباحثة A. Gauvain-Piquard عندما عملت هي الأخرى على تعداد مجموع الخطوات التي يمر بها كل من الطفل و الراشد عند معاشتهم لخبرة الألم و قد إستندت في منطلقاتها إلى المفاهيم الفرويدية الكلاسيكية بعدها عملنا على التعمق في مفهوم المعاش الصدمي للألم من وجهة نظر تحليلية دائما أين تعرضنا للمظهر الصدمي للألم الذي نوضح فيه طريقة توظيف الجهاز النفسي لدى الشخص المتألم مع تركيزنا على أهم السيرورات النفسية المرافقة لهذه الظاهرة أو المتدخلة فيها، حيث تؤكد النظرية التحليلية على أن الألم هو بمثابة حدث عنيف يتسبب في شل نشاط الجهاز النفسي و يضعه في حالة صدمة لنصل في نهاية الفصل إلى الإشارة إلى إرتباط الألم ببعض الإضطرابات النفسية.

القسم الميداني

الفصل الخامس الإجراءات المنهجية

مدخل

منهج الدراسة

ميدان الدراسة

مجموعة البحث

أدوات الدراسة

إجراءات الدراسة الميدانية

ملخص الفصل

مدخل:

لقد أصاب "ديوي" حين قال: بأن البحث العلمي يوجد لوجود مشكلة وأنه وضع غير محدد في بداية الأمر تكون فيه الأفكار غامضة، ويشير "ديوي" بعد ذلك إلى أن المشكلة لا يمكن حلها إلا بعد أن يستشعر المفكر هذه الحيرة ويطرح هذه التساؤلات، و يضع تلك الفرضيات.

و يضيف أنه إذا أثبت الإختبار صحة فرضية صارت نظرية أو قانونا، و إذا لم يثبت تخلى عنها إلى فرضية جديدة تؤيدها الإختبارات و تدعمها الوقائع المجردة، و البحث العلمي يعتمد على منهج فالعلم لا يكون علما بقدر ما تكون طريقته عملية و منهجية بغية الوصول إلى تعميم النتائج المتحصل عليها أي قلب الفرضية التي تثبت صحتها إلى قانون أو حقيقة عامة. (عاقل، 1982، ص 49-52)

كما لا ننسى أن نشير إلى أن قيمة الحقيقية العلمية لا تنبع من مدى قدرتنا على الوصول إلى إجابات صحيحة (في نهاية البحث والتقصي) و إنما تقوم على مدى تمكننا من طرح التساؤلات بطريقة صحيحة و معالجتها بأدوات مناسبة لتكون النتائج بعد ذلك مقبولة و ذات مصداقية.

1. منهج الدراسة:

المنهج هو الأسلوب الذي يسير على نهجه الباحث لتحقيق هدفه والإجابة على أسئلته، أو بعبارة أخرى كيف يحقق الباحث هدفه (مزيان، 1999، ص 14)

ويقول Michel Beaud : « لا يوجد بحث بلا منهجية » ومنهج البحث العلمي هو الأسلوب الذي يسلكه الباحث في طلب المعرفة و الحقائق العلمية، كما يقول André Lalande : « المنهج هو العمل حسب خطة متبعة، أي أن خطة الموضوع المحكمة هي في مضمونها منهج متبع لتحقيق الغاية من البحث ». (شطوطي، 2002، ص 18)

و في إطار الدراسة المقدمة و باعتبار أن طبيعة الموضوع المدروس هي التي تحدد للباحث المنهج الواجب إتباعه، وجدنا أن منهج دراسة الحالة هو الأنسب و الأكثر ملائمة للتحقق من فرضيات دراستنا.

❖ منهج دراسة الحالة:

تعتبر دراسة الحالة كمنهج وتقنية في أن واحد حيث تسمح للممارس العيادي بالدراسة المتعمقة للأفراد والحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات إنطلاقاً من المراحل الأولى لحياة الفرد وصولاً إلى الوقت الراهن، وكل ذلك للتوصل إلى تقييم حالة الفرد والتعرف على مشاكله وصراعاته الداخلية وبالتالي مساعدته على تخطي معاناته.

أما العالم J. Rotter فيؤكد بأن دراسة الحالة هي المجال الذي يتيح جمع أكبر وأدق قدر من المعلومات حتى يتمكن من إصدار حكم قيم نحو الحالة، كما يؤكد أيضاً على ضرورة حصولنا على المعلومات من مصادر عديدة وعدم الإكتفاء بمصدر دون الآخر أو تفضيل واحد على الآخر. (عطوف، 1981، ص 349)

سوف نعتمد في بحثنا على منهج دراسة الحالة لأنه يمثل المنهج الأنسب لإختبار فرضيات البحث و بما أن موضوع البحث الحالي يعنى بمعالجة ظاهرة الألم المزمن كمعاش ذو خصوصية تميز كل فرد عن الآخر، إضافة إلى إنعكاساتها على كيانه الجسدي و خاصة على المستوى العميق للحياة النفسية فإننا مضطرين إلى دراسة حالة الفرد كحالة خاصة و فريدة من نوعها، و يكون ذلك بتناول كل جوانب الظاهرة (الألم المزمن كصدمة نفسية) بشكل تحليلي معمق و دقيق للوصول في النهاية إلى نتائج معبرة عن حقيقة الظاهرة.

2. ميدان الدراسة:

❖ التعريف بمصلحة التدريب الوظيفي للأعضاء وإعادة التأهيل:

هي مصلحة تابعة للمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف بولاية ورقلة، تقع هذه المصلحة في الطابق الأول على اليمين.

• تصميم المصلحة:

بمجرد الدخول إلى المصلحة نجد قاعة إنتظار كبيرة مجهزة بكراسي ومكيفات هوائية، كما نجد مكتب الطبيب المختص في إعادة التأهيل على يسار هذه القاعة، أما على اليمين فنجد مكتب الإستقبال والإستعلامات.

بعدها تقابلنا بوابة مؤدية إلى داخل المصلحة أين نجد قاعات صغيرة مخصصة لتدريب المرضى وإعادة تأهيلهم (ثلاث قاعات تعمل بشكل يومي وقاعتين موقفتين) إضافة إلى حوض للسباحة، كما يوجد بالمصلحة مكتب المختص النفسي العيادي وقاعة لتبديل الملابس.

أما عن إمكانيات العمل فالمصلحة متوفرة على قدر معقول من وسائل تدريب الأعضاء وإعادة التأهيل الوظيفي.

• عمال المصلحة:

يوجد بالمصلحة 12 عاملا وهم كالتالي:

- * طبيب مختص في إعادة التأهيل الوظيفي. * أخصائية نفسية عيادية.
- * رئيس المصلحة وهو متخصص في التدليك. * أربعة تقنيين مختصين في التدليك.
- * ثلاثة ممرضات. * عاملة إستقبال. * عاملة تنظيف.

• طريقة عمل المصلحة:

يتم توجيه المرضى إلى مصلحة تدريب الأعضاء وإعادة التأهيل الوظيفي من طرف الأطباء المختصين في جراحة العظام والأطباء المختصين في الطب العام، حيث يصل المريض وهو مرفق برسالة توجيه يتم إستلامها من طرف عاملة الإستقبال التي تحولها بدورها إلى الطبيبة المختصة هذه الأخيرة التي تعمل على فحص المرضى والإطلاع على الفحوصات لتضع فيما بعد برنامجا علاجيا لكل مريض على حدا وذلك بحسب إصابته أو مرضه، حيث تحدد للمدك الحركات والتمرينات الواجب القيام بها مع كل مريض، وكل هذه المعلومات توضع في بطاقة تخصص للمريض تحمل بياناته العامة إضافة إلى تشخيص حالته المرضية والبرنامج العلاجي الواجب إتباعه، بعدها تحدد مواعيد الحصص لكل مريض على هذه البطاقة التي يحتفظ بها المريض إلى غاية انتهاء برنامج العلاج.

• دور الأخصائي النفسي بالمصلحة:

يعمل المختص النفسي العيادي على إستقبال المرضى الذين يتم توجيههم سواء من طرف رئيس المصلحة أو من طرف التقنيين المختصين في التدليك ويكون ذلك إما بطلب من المريض أو في حالة ملاحظة المختصين المدلكين لسلوك يتطلب تدخل المختص النفسي، ويقوم المختص النفسي بتنظيم مواعيد المرضى و إستقبالهم في الأيام المخصصة لزيارتهم للمصلحة من أجل حصص التدليك، إضافة إلى هذا يتكفل المختص النفسي بالحالات الخارجية لمفحوصين تابعين للمصلحة.

• الجدول اليومي لعمل المصلحة:

يومي الأحد والأربعاء: مخصص للنساء

يومي الإثنين والخميس: مخصص للرجال

يوم الثلاثاء: مخصص للأطفال

3. مجموعة البحث:

إشتملت مجموعة البحث على أربعة حالات لمرضى يعانون من آلام أسفل الظهر المزمنة يتابعون علاجهم على مستوى مصلحة تدريب الأعضاء بمستشفى محمد بوضياف بورقلة.

1.3. معايير اختيار مجموعة البحث:

لقد قمنا خلال إختيارنا لأفراد مجموعة البحث بالتقيد بشروط معينة تخدم موضوع دراستنا وتمثلت فيما يلي:

- إختيار حالات المرضى المصابين بالآلام أسفل الظهر منذ ما لا يقل عن مدة 6 أشهر (وهي المدة التي يتحدد بها الألم المزمن من 6 أشهر فما فوق).
- أن تكون الآلام التي يعاني منها أفراد مجموعة البحث عبارة عن آلام شديدة، حيث إستعملنا إستبيان (QDSA) لقياس شدة الألم – يمكن العودة إلى أدوات الدراسة حيث نجد وصفا مفصلا للإستبيان - و إختارنا حالات المرضى الذين يفوق مستوى الألم لديهم الدرجة المتوسطة (الدرجة المحصل عليها تكون ≤ 30)، و هذا تقيدا بما جاء في الجانب النظري و بالتحديد ما ذكر في النظرية التحليلية النفسية للألم – المرجعية النظرية لدراستنا – التي تؤكد على الأثر الصدمي للآلام الشديدة سواء كانت آلام حادة أو مزمنة.
- أن يكون للمريض القدرة على الإتصال اللفظي وذلك لضمان إتصال جيد أثناء المقابلة و عند تطبيق الإختبارات (سلاّم قياس الألم، وإختبار TAT).
- عدم وجود إصابات أو إعاقات تعيق المريض أو تمنعه عن التنقل من مسكنه إلى مكتب الفحص النفسي بالمستشفى، مما يصعب عليه الإلتزام بمواعيد المقابلات و يسبب له التعب و المشقة.
- عدم معاناة المرضى من أي إضطرابات معرفية من شأنها أن تؤثر على سلوكهم خلال المقابلات و عند إجراء الإختبارات.
- سلامة القدرة البصرية، وذلك لتجنب الحصول على إستجابات مشوهة أثناء تطبيق إختبار تفهم الموضوع إلا أنه لم يتم إستبعاد المرضى الذين يضعون النظارات في حالة ما إذا كانت تساعدهم على تحسين النظر.

2.3. خصائص مجموعة البحث:

- **الجنس:** تضمنت مجموعة البحث أفراد من كلا الجنسين ذكور وإناث مما يسمح بدراسة الظاهرة موضوع البحث لدى الجنسين.
- **العمر:** تراوحت أعمار أفراد المجموعة ما بين 24 و 52 سنة.
- **المستوى التعليمي:** إختلف المستوى التعليمي ما بين المستويات التالية:
 - مستوى التعليم الإبتدائي.
 - مستوى التعليم المتوسط (الأساسي).

3.3. طريقة إختيار مجموعة البحث:

تم إختيار أفراد المجموعة عن طريق الإختيار القسدي وذلك لضرورة توفر شروط معينة (الشروط المذكورة سابقا).

4.3. خطوات إختيار مجموعة البحث:

- أ- في البداية و بعد الإتصال بمصلحة تدريب الأعضاء، تحصلنا على قائمة بأسماء المرضى المصابين بآلام أسفل الظهر المزمنة.
- ب- بعدها قمنا بإستبعاد حالات المرضى الذين لا تتوفر فيهم شروط الدراسة.
- ت- ثم قمنا بالإتصال بالمرضى المتبقين (في القائمة).
- ث- في الأخير توصلنا إلى ضبط مجموعة البحث بعد الحصول على موافقة المرضى للمشاركة في هذه الدراسة.

4. أدوات الدراسة:

1.4. المقابلة العيادية:

هي موقف إتصال بين إثنين من الأشخاص أو أكثر بهدف الوصول إلى معلومات من أحد الطرفين (الحالة أو العميل) أو التعديل من جوانب معينة من سلوكه، ولهذا يعتبر تعريف Bingham و Moore من أفضل التعريفات وأقصرها، حيث يذكران أن المقابلة هي محادثة موجهة لغرض محدد غير الإشباع الذي تحققه المحادثة نفسها. (إبراهيم، عسكر، 1999، ص 120) وقد إعتدنا في بحثنا على:

❖ **المقابلة العيادية النصف موجهة:** وهي تلك التي تعتمد على دليل المقابلة والتي ترسم خطتها مسبقا بشيء من التفصيل وتوضع لها تعليمة موحدة يتبعها جميع من يقوم بالمقابلة لنفس الغرض وفيها تتحدد الأسئلة وصياغتها ويرتب توجيهها وطريقة إلقائها بحيث تكون هناك مرونة تجعل هذه الطريقة بعيدة عن التكلف. (خليفة، 1984، ص 399)

وفيما يلي نقدم دليل المقابلة الذي إعتدناه في البحث الحالي و الذي يتضمن:

• **البيانات العامة:**

تساعدنا البيانات العامة على التمهيد للمقابلة الأولى و إعطاء المفحوص الوقت الكافي لتحضير نفسه للدخول في حوار مع الفاحص، و كذا للوصول به إلى الألفة (التعود على مكان الفحص، على الفاحص على وضعية الفحص) كما تعطينا فكرة عامة حول المفحوص و تساعدنا في تحديد طريقة الحوار معه.

بالإضافة إلى ثلاثة محاور أساسية هي:

المحور الأول: تاريخ الحياة الشخصية

نهدف من هذا المحور إلى الإحاطة بمجمل جوانب الحياة الماضية و الحاضرة و الوصول إلى تصور عام حول المفحوص و كذا كسب ثقته كما يفيدنا هذا المحور لاحقا في المقارنة ما بين فترة ما قبل ظهور الألم و الفترة التي عقبته.

و كانت الأسئلة المقدمة في هذا المحور كما يلي:

- أهدرلي على حياتك ملي كنت صغير حتى لدورك ؟
- أو عايلتك ؟ داركوم ؟
- أو قرابتك، خدمتك ؟

المحور الثاني: تاريخ المرض (آلام أسفل الظهر المزمنة)

يفيدنا هذا المحور في الحصول على كل المعلومات المتعلقة بظهور المرض كالمعلومات الطبية، كما يعطينا فكرة حول مختلف مراحل المرض و العلاج التي مر بها المفحوص، و كيفية تعامله معها. أما الأسئلة الممثلة للمحور فكانت كما يلي:

- وقاتش بذاك المرض ؟
- كيفاش حتى بديت تعالج عليه ؟

المحور الثالث: معايشة الألم

من خلال هذا المحور نركز على الألم المزمن و كيفية معايشة المفحوص لمختلف جوانبه، حيث طرحنا مجموعة أسئلة تهدف إلى إستقصاء إمكانية معايشة الألم بشكل صدمي، و ذلك بالتطرق إلى العديد من مظاهره المهمة، كشدة الألم و تكرار ظهوره في شكل نوبات، كذلك مدى تأثيره على مختلف جوانب الحياة و بالأخص كيفية و طريقة معايشته كخبرة عضوية و نفسية في ذات الوقت و ما يمكن أن يحمله هذا الألم للحياة النفسية بإعتباره كحدث غير طبيعي.

و كانت أسئلة المحور كما يلي:

- تقدر تهدرلي على أول مرة بذاك فيها السطر ؟
- كيفاش حتى يعاودلك السطر ؟
- كيفاش تحس بروحك كلما يعاودلك السطر ؟
- جربت سطر كيما هذا من قبل ؟
- وش يعنيلك السطر ؟
- كيفاش تشوف حياتك قبل ما يظهرلك السطر او دوركا ؟
- و اليوم كيفاش راك عايش حياتك مع السطر (علاقاتك، العمل، الدراسة، الأكل، النوم، الحياة الجنسية) ؟
- كيفاش تشوف مستقبلك منا للقدام ؟

✓ ملاحظة:

بالإضافة إلى الأسئلة المتضمنة في دليل المقابلة كنا نعمل أحيانا على طرح أسئلة أخرى على المفحوصين و التي لم ندرجها في الدليل نظرا لأن الأسئلة المضافة كانت بمثابة أسئلة نستطيع أن نعتبرها فرعية تدخل تحت الأسئلة الأساسية المحددة لكل محور، و كان الهدف من هذه الأسئلة الإضافية هو التعمق حول بعض المعطيات التي يقدمها المفحوص أو تشجيعه للإستمرار في التعبير عن أفكاره و إستدعاء خبراته الماضية، كما أنه و بالأخذ بعين الإعتبار الإختلاف الموجود بين المفحوصين - قصة ظهور المرض، التوظيف النفسي، الحالة النفسية و الصحية أثناء المقابلة المستوى الفكري و الثقافي... الخ - إستلزم الأمر طرح أسئلة إختلفت من مفحوص لآخر، إلا أنها لم تختلف من حيث الأهداف المحددة مسبقا من خلال دليل المقابلة، فمن غير الممكن أن تطرح الأسئلة بنفس الصياغة و بنفس الطريقة على كل المفحوصين، فمهما يكن يستحيل علينا كعاملين في مجال علم النفس التعامل مع الأفراد بطريقة موحدة

(Standard) و وضعهم في قالب واحد آخذين بعين الاعتبار ما يعرف بالفروق الفردية، فكل حالة عيادية هي حالة خاصة و فريدة من نوعها تستلزم منا أن نتعامل معها بمرونة و بحس عيادي راقى.

2.4. إختبار تفهم الموضوع (T.A.T) (Thematic Apperception Test) :

1.2.4. تقديم إختبار تفهم الموضوع (TAT):

يعد إختبار تفهم الموضوع (TAT) من أكثر الإختبارات الإسقاطية شيوعا، إذ يستخدم على نطاق واسع في العيادات النفسية وفي دراسة وإختبار الشخصية، لأنه يكشف على ميكانيزمات تتعدى إطار الإسقاط و يهدف إلى أن يصل بالشخص إلى أن يقدم تقييما بخصائصه و صفاته دون أن ينتبه إلى أنه يفعل ذلك. (عباس، 1990، ص 183)

وكذا معرفة سير الجهاز النفسي للفرد، ويستعمل الإختبار سواء للتشخيص أو العلاج أو البحث، حيث يمدنا الرائز بمعلومات جيدة عن التنظيم العقلي وكذلك عن الآليات الدفاعية التي تستعملها الشخصية وتبرز أهميته في تبيان ديناميات الشخصية كالحوافز والحاجات والمشاعر والصراعات والعقد النفسية والتخيلات.

2.2.4. تطور الإختبار:

وضع هذا الإختبار "كمريستان مورجان" و "هنري موراي" سنة 1935 عن طريق فحص الأوهام والتخيل ثم طور الإختبار "موراي" سنة 1938 معتمدا على نتائج كتابه حول الشخصية، وفي سنة 1943 وضع على صفته النهائية.

أن مجموع البطاقات هو 31 بطاقة فيها صور فوتوغرافية ويدوية مرقمة من (1 إلى 20). (عطوف، 1981، ص 542)

تمرر هذه اللوحات على حصتين تعطي في كل منها 10 بطاقات وذلك تلافيا لإرهاق المفحوص وأبعاد الروتين عنه وأن كل قصة تستغرق 5 دقائق ويجب أن يكون الجو يوحى بالثقة والإرتياح ويدعو إلى الإطمئنان حتى يكون الفحص مثمرا. (عباس، 1990، ص 123)

وقد عرف هذا الإختبار تعديلات كثيرة متنوعة ولا يزال لحد الآن محل دراسات مستفيضة، كان Bellak سنة 1954 أول من إقترح إستعمال هذا الإختبار من منظور تحليلي مركزا على أهمية إختبار الهو، الأنا والأنا الأعلى في الإنتاج الإسقاطي المحصل عليه بواسطة إختبار تفهم الموضوع، وذلك نظرا لتكوينه المتعدد، كما حاول باحثون كثيرون قبله منهم Rotter سنة 1940، Rappaport سنة 1946 – 1947 و Henry سنة 1956 وغيرهم تطویر هذا الإختبار لكن دون أن يتخلوا عن نظرة أهمية البطل في القصة. (سي موسي، زقار، 2002، ص 54)

3.2.4. تعريف إختبار (TAT) حسب (V. Shentoub):

هو مجموعة السياقات العقلية المستخدمة في هذه الوضعية الفريدة من نوعها، حيث يطلب من المفحوص أن يتخيل قصة إنطلاقا من هذه اللوحة أو بمعنى آخر بناء رغبة إنطلاقا من واقع معين. (Shentoub, 1990, p.26)

ولكي نستطيع فهم سياق إختبار تفهم الموضوع لا بد أن نشرح المتغيرات التي تحدد وضعية (TAT) وهي ثلاثة:

- أ- المادة (Le matériel).
- ب- التعليم (La consigne).
- ت- حضور المختص النفسي العيادي (La présence du psychologue clinicien).

أ) المادة (Le matériel):

هي مجموعة اللوحات التي يجب أن تقدم للمفحوصين والتي تمثل وضعيات ترجع إلى صراعات عالمية إذ مهما كان محتوى اللوحة فهناك دائما مرجع مستمر إلى كيفية التعامل مع الليبدو والعدوانية سواء على مستوى الإشكالية الأدويبية أو الإشكالية ما قبل التناسلية وهذا راجع لطبيعة هذه اللوحات فمنها ما هو مبين ومنها ما هو مبهم نسبيا من حيث الأشخاص والأشياء ولهذه اللوحات محتوى ظاهري وكامن مما يجعلها ليست حيادية.

ولقد قاصت الباحثة Shentoub عدد الصور من 31 إلى 16 لوحة باعتبارها أكثر تعبيراً وفعالية وتمرر اللوحة 16 في الأخير.

وفيما يلي الجدول الذي يوضح ترتيب تقديم اللوحات بدلالة جنس و سن المفحوص. (Ibid, p.39)

رقم اللوحة	1	2	3BM	4	5	6BM 7BM	6GF 7GF	8BM	9GF	10	11	12BG	13B	13MF	19	16
الجنس																
الرجال	*	*		*	*	*	*		*		*	*	*	*	*	*
النساء	*	*		*	*	*	*		*		*	*	*	*	*	*
ولد	*	*		*	*	*	*		*		*	*	*	*	*	*
بنت	*	*		*	*	*	*		*		*	*	*	*	*	*

الجدول رقم (01): ترتيب تقديم اللوحات في إختبار تفهم الموضوع بدلالة جنس و سن

المفحوص. (Shentoub, 1990, p.39)

(ب) التعليم (La consigne):

تتضمن التعليم حركتين متناقضتين على المفحوص التعامل معهما في آن واحد، ويقوم على أساس ذلك بإعطاء قصة ذات صدى مع الإشكالية التي توحى بها كل لوحة، وتعمل التعليم: " تخيل حكاية انطلاقاً من اللوحة" على وضع المفحوص في وضعية صراعية من حيث أنها تحمل في طياتها حركتين متناقضتين، فجملة "تخيل حكاية" تجعل المفحوص يترك العنان لخياله وتصوراتة فهو نوع من النكوص الشكلي للتفكير، وبالتالي فتح المجال أكثر لتهديد الشحنات العاطفية وطغيانها، في حين نجد فقرة "انطلاقاً من اللوحة" التي تعمل على ربط المفحوص بالمحتوى الظاهري للوحة الذي يمثل الواقع فالمفحوص مطالب بنسج قصة متناسقة ومتلاحمة وتقديمها للآخرين، و نلاحظ أن سمة التآرجح بين المراقبة وترك العنان للخيال هي الميزة الأساسية التي تعمل التعليم على تحريضها، وبالتالي ملاحظة التسوية التي يقوم بها المفحوص في التعامل مع موارده الكامنة والواقع الموضوعي في نفس الوقت.(سي موسي، زقار، 2002، ص ص 54-55)

(ج) حضور المختص النفسي العيادي (La présence du psychologue clinicien):

يشكل الفاحص عاملاً أساسياً في العملية الإسقاطية ولذلك يجب عليه أن يكون حيادياً ولا يكثر من الأسئلة، ويجب أن يتجنب أي حكم أو تعليق حتى لا يقوم بعلاقة واقعية، وفي نفس الوقت يجب على المختص أن يقوم بحد النشاط التحويلي فشخصيته تستثمر إما إيجابياً أو سلبياً أو بطريقة متجاذبة حيث يمكن أن يعتبره المفحوص على أنه يرفض ويراقب أو متسامح، ولذلك يجب على الفاحص أن يقوم بتسجيل كلام المفحوص برفض المادة، أو التعليم، وهكذا يكون ممثلاً للرغبة والدفاع. (Shentoub, 1990, p.26)

4.2.4. طريقة تحليل إختبار تفهم الموضوع (T.A.T):

لتحليل معطيات رائر تفهم الموضوع إعتدنا طريقة V. Shentoub، و بعد تنقيطنا لكل بروتوكول على حدا إتبعنا الخطوات التالية:

(أ) تحليل كل لوحة على حدا بإتباع ما يلي:

جمع الأساليب الدفاعية المستعملة من طرف المفحوص في بناء الخطاب بالإستعانة بشبكة تحليل V. Shentoub لعام 1990، وهناك أربعة أنواع من هذه السياقات الدفاعية وهي:

1. سياقات الصلابة (A).
2. سياقات المرونة (B)
3. سياقات تجنب الصراع (الكف) (C).
4. السياقات الأولية (E)

(ب) إستنتاج المقروئية الخاصة بكل لوحة:

و يتم ذلك من خلال تحديد نوعية المقروئية فإما أن تكون مقروئية ايجابية (+) أو مقروئية سلبية (-) أو مقروئية ايجابية سلبية (+-)، وذلك عن طريق تقييم مدى التنوع في السياقات المستعملة و أثرها على خطاب المفحوص.

(ج) إيجاد الإشكالية المطروحة في كل لوحة:

و هنا نحدد كيفية إرصان الصراعات و الطريقة التي تعامل بها المفحوص مع المحتوى الظاهري و المحتوى الكامن للوحة.

(د) خلاصة بروتوكول (T.A.T):

- السياقات الدفاعية العامة.
- المقروئية العامة للبروتوكول.
- الإشكالية العامة للبروتوكول.
- تقديم الفرضية الخاصة بالتنظيم العقلي لكل فرد. (Shentoub, 1990, p.133)

5.2.4. معالم السير النفسي النموذجي من خلال إختبار تفهم الموضوع:

تعتبر مقروئية البروتوكول ذات أهمية بالغة في تحديد نوعية السير النفسي للشخص، حيث أنها تسمح بتقدير نوعية وأثر السياقات المستعملة على الخطاب وهي ذات صدى يعكس الواقع النفسي الداخلي كما أنها "تسمح بتقدير نوعية وتأثير سياقات الخطاب في بناء القصة مما يساهم في التفريغ والتعبير عن التصورات والوجدانات التي تثيرها المادة".

تظهر مقروئية البروتوكول آثار البنية التي أنتجت إذ يقول قرين Green بهذا الصدد أن ميزة النجاح تكمن أقل في بناء محتوى النص (Texte) من بناء النص في حد ذاته وفي تشكيل آثار كتابية، يمكن إعتبار المقروئية الجيدة على أنها دالة على سير نفسي جيد، في حين تعتبر السيئة منها على أنها دالة على سير نفسي هش وتظهر المقروئية الجيدة من خلال النقاط التالية:

- عدم تميز البروتوكول بالكف الذي يظهر من خلال وجود أزمنة كمون كثيرة في القصص خصوصا الطويلة منها سواء كانت في بداية القصة أو خلالها، الأمر الذي يدل على رقابة شديدة تحول دون الإسترسال وترك العنان للخيال لنسج القصص، كما يجب أن يكون بناء القصص محكما وسليما وألا تكون قصيرة مما قد يدل على هروب من مواجهة المنبه (اللوحات) الذي قد يثير إستدعاءات خطيرة بالنسبة للأنس.

- ألا تكون القصص مبنية للمجهول بل تشمل على أشخاص معرفين تربطهم علاقات، وألا تشمل كذلك على صراعات غير معبر عنها، تكون أسبابها غير موضحة أو تكون قصص مبتذلة دون طابع شخصي (Placage)، بل يجب أن تكون القصص مليئة بدينامية تعكس النشاط الفكري والواقع النفسي الداخلي وذات صراعات مبلورة بحيث يتم إرسان هذه الأخيرة على المستوى النفسي.

- أن تشمل القصص على سياقات متنوعة تساهم في بناء قصة بصورة مرنة ولا تظهر في البروتوكول سياقات من نفس النسق فقط، كما يجب ألا توجد سياقات كثيرة في البروتوكول من النسق (C) الذي يشير إلى تجنب الصراع ولا من النسق (A) الذي يشير إلى الرقابة مثل سياقات: (A2-3, A2-8, A2-15) إنما لا بد من تنوع السياقات، فلا يظهر النسق (A) إلا بقدر كاف وكذلك بالنسبة للنسق (C) وأن يكون كذلك ظهور السياقات الأولية (E) ضئيلا لأن ظهورها بكثرة يدل على عدم القدرة على التحكم في التفكير وتغلب اللاشعور على الشعور مما ينقص من القدرة الدفاعية الجيدة وندرة هذه السياقات في بروتوكولات الجزائريين يدل على سيطرة الكف والرقابة على سيرهم النفسي وهذا أكثر بروزا عند الذين يعانون من إضطرابات نفسية.

- لا بد أن يشتمل البروتوكول على سياقات النسق (B) التي تعبر عن المرونة، ليشكل تفاعل السياقات مع بعضها البعض قصصا واضحة، وذات مقروئية جيدة.

- ضرورة إحتواء البروتوكول على سياقات (CF1) أي التمسك بالمحتوى الظاهري للوحة، مما يدل على الإستناد للواقع، حيث يعد ذلك مؤشرا إيجابيا عند ظهوره لدى الأطفال والمراهقين الذين يكونون منغمسين أكثر في الخيال بحكم المرحلة النمائية التي يعيشون فيها.

- أن تكون السياقات متنوعة ومصبوغة بوجدان ذو صدى هوامي مرتبط بالمحتوى الباطني للوحة أي أن الوجدان يكون مرتبط بتصورات متنوعة تستجيب لتنوع المنبهات (اللوحات).

إن هذه السياقات « تضمن في بعض الحالات الإرتباط بين متطلبات الوعي والعالم الهوامي وتساهم في بلورة القصة ولديها بذلك قيمة تفرغية، فالمقروئية تدل على وجود علاقة إتصالية بين الشخص وعالمه الداخلي من جهة، وبين الشخص وغيره من جهة ثانية ».

نشير أنه لا بد من الأخذ بعين الإعتبار « السياقات المستعملة من طرف الشخص ونوعيتها وكيفية ظهورها وتفاعلها مع السياقات من نفس النسق ومن نسق آخر، لذلك لا بد من تحليل السياقات، ليس فقط تلك التي تظهر في كل لوحة إنما على مستوى كل البروتوكول.

إن المقروئية الجيدة تدلنا على سير نفسي جيد، إذ تعتبر "شنتوب" أن المقروئية عبارة عن عمل ترابطي متناسق بين البنيات الشعورية واللاشعورية، تتسم الجيدة منها بقصص مبنية (Structurées) تكون السياقات المستعملة فيها مرنة ومتنوعة ومتمينة (Solides) بقدر كاف تساهم من خلالها في بلورة القصة إضافة إلى ضرورة تنوع العواطف ذات العلاقة بالتصورات تبعا لتنوع المنبهات، ووجود صدى هوامي مرتبط بالمحتوى الكامن للوحة.

فيمكن تحديد السير النفسي النموذجي إنطلاقا من إختبار تفهم الموضوع من خلال المقروئية التي تنتمي للنوع الأول أي الإيجابية، التي تعكس تحريك الدفاع بشكل يمكن الأنا من الخروج من الصراع بحيث يمكن التحكم في العدوانية وعدم ترك العنان للنزوات اللبديية، مما يدل على فعالية الآليات الدفاعية يأتي بذلك إنتاج الأنا مرنا يشمل على صدى هوامي نتيجة لإرتباط الوجدان بعدة أنواع من التصورات إستجابة لتنوع المنبهات (اللوحات). فطريقة تفاعل السياقات مع بعضها البعض للظهور على ساحة الوعي في منتج للأنا على شكل نسيج قصصي، يوضح ويجلي دينامية السير النفسي للشخص، أما السير النفسي المتوسط فيصنف من خلال المقروئية المتوسطة نتيجة سيطرة عناصر السلسلة (A2) أو/ و عناصر السلسلة (B2) أو/ عناصر السلسلة (C) أو/ عناصر السلسلة (E)، مع وجود إنتاجية مشوهة نتيجة المكانيزمات المستعملة، في حين يصنف السير النفسي الهش إنطلاقا من المقروئية السيئة للغاية وذلك في حالة سيطرة عناصر السلسلة (E) وعناصر السلسلة (C) حيث يكون الدفاع مكثفا والعواطف فضة توحى بإجتياح مستمر للسياقات الأولية، فتظهر إمكانيات الأنا ضعيفة في بناء القصة وإنسجامها مع بعضها البعض. (سي موسي، زقار، 2002، ص 56)

3.4. السلم البصري المماثل (EVA) (Echelle visuelle analogique):

هو عبارة عن سلم سهل وسريع الإستعمال يتطلب وقت قصير لشرحه (للمريض) كما يمكن إعادة تطبيقه عدة مرات خلال اليوم الواحد دون أي صعوبات، إلا أن هناك بعض المرضى و تتراوح نسبتهم ما بين 10 الى 15% ممن يجدون صعوبة في تحديد شدة ألمهم من خلال هذا السلم.

يعد هذا السلم أحد الأدوات الواسعة الإستعمال في مجال قياس الألم و أحد الأدوات المرجعية في هذا المجال، حيث نجده معتمدا في الكثير من الدراسات. (Panel, Renouvel, 2005, p.20)

ويعتبر هذا السلم أحد أكثر الأدوات موضوعية (objectif) يعطي نتائج موثوق بها وبالرغم من أنه لم يتم دراسة صدق هذا السلم إلا مع حالات مرضى الألام السرطانية عند الراشد، إلا أنه يستعمل أيضا في المجال التطبيقي والعيادي لكل أنواع الألم. (De Broca, 2005, p.19)

• وصف السلم:

هو سلم مصنوع على الورق ويظهر في شكل خط أفقي أو عمودي طوله 100 ملم، يتجه من اليسار إلى اليمين، يبدأ بعبارة "لا يوجد ألم" (Douleur absente) وينتهي بعبارة "ألم قوي جدا" (Douleur maximale)، توجد كلا العبارتين على طرفي السلم، الأولى على الطرف الأيسر أي بداية السلم أما الثانية فتوجد على الطرف الأيمن أي نهاية السلم. (Delorme, 2003, p.48)

مع العلم أن الخط الأفقي هو عبارة عن خط بسيط لا يحمل أي أرقام تدل على الألم فهو بمثابة محرار لقياس الألم، حيث يشير المريض على هذا الخط للتحديد الرمزي لشدة الألم الذي يحس به، أما على ظهر هذه المسطرة فيكون الخط مقسم من 0 إلى 10 سم أو من 0 إلى 100 ملم، حيث تسمح لنا هذه الأرقام بتسجيل شدة الألم. (Krakowski, Déchelette, 2007, p.87)

• تطبيق السلم:

إذا يظهر هذا السلم في شكل مسطرة ذات وجهين:

- في البداية يقدم الوجه الأول للمريض دون وجود أي معيار معين لتحديد شدة الألم سوى العبارتين السابق ذكرهما "لا يوجد ألم" و "ألم قوي جدا"، حيث يتعين على المريض القيام بتحريك المؤشر (Curseur) ووضعه في المكان الذي يوافق شدة الألم الذي يحس به.
- أما الوجه الثاني للمسطرة فيكون خاص بالفاحص أو المعالج ويكون مقسم من 0 إلى 10 سم فبمجرد أن يقوم المريض بتثبيت المؤشر في نقطة معينة يكون بإمكان الفاحص قراءة الرقم الموافق لهذه النقطة وتسجيله.

• تنقيط السلم:

تقاس شدة الألم بالمليمترات وذلك بالإعتماد على المسافة المحدودة ما بين النقطة التي حددها المريض والحد الموافق لعبارة "لا يوجد ألم". (Panel, Renouvel, 2005, p.21)

• صعوبات استعمال السلم:

إن استعمال هذا السلم يكون محدود بعدم قدرة المريض على فهمه، فهناك حوالي نسبة 20 % من المرضى ممن لا يستطيع استعماله وتعد هذه النسبة مهمة وتظهر بشكل كبير لدى شريحة الأشخاص المسنين حتى مع غياب الإضطرابات المعرفية وفي هذه الحالة يتوجب استعمال سلم آخر مع المريض مثل السلم الرقمي (EN) (Echelle Numérique) وهو سلم غالبا ما يكون سهل الفهم. (De Broca, 2005, P.19)

• صدق (Validité) السلم:

تم دراسة صدق هذا السلم في مجال الألام السرطانية. (Delorme, 2003, p.49)

- خصائص هذا السلم:

- لا يقدم لنا أي معلومات حول طبيعة الإصابة المتسببة في الألم.
- لا يمكن أن يستخدم لمقارنة المرضى مع بعضهم البعض.
- يسمح بمقارنة المريض مع نفسه فقط.
- يساعد على تحديد المرضى الذين هم بحاجة إلى تلقي علاج مسكن للألم، بدون وجود علاقة مباشرة ما بين القيم الرقمية التي يقدمها السلم ونوع العلاج المسكن الضروري.
- يسهل عملية المتابعة الطبية للمرضى. (Matillon, 2000, p.21)

4.4. إستبيان الألم لـ (QDSA) Saint Antoine:

يعتبر هذا السلم هو عبارة عن النسخة الفرنسية المعادلة لإستبيان Melzak (Questionnaire Macgill pain) ويحتوي على 58 صفة مقسمة إلى 16 فئة، تمثل الفئات التسعة الأولى المظاهر الحسية للألم، أما الفئات السبعة الأخيرة فتعبر عن المظاهر الوجدانية للألم ويسمح هذا الإستبيان بتكريم عدة مظاهر للألم كما يساعد الشخص الممارس وذلك بكشفه عن الخصائص النوعية لهذا الألم، كما أن إختيار المفحوص للصفات المعبرة عن حالته الوجدانية يعبر عن معاش مقلق أو إكتنابي للألم. (Bouvard, Cottraux, 2010, p.270)

- ترجمة الإستبيان:

تم تكليف هذا الإستبيان في فرنسا من طرف Boureau وآخرون تحت إسم مقياس الألم (Saint-Antoine)، حيث فضل هؤلاء الباحثين (بدل ترجمة هذا الإستبيان) إتباع منهجية Torgeson و Melzak (1971) وذلك بالعمل على وضع قائمة مكونة من مجموع الصفات التي يستعملها الأشخاص الفرنسيين لوصف ألمهم، فعمل كل من Boureau وآخرون على وضع ترجمة كاملة لإستبيان (Macgill-Melzak) هذه النسخة المترجمة التي ستساهم في النهاية على التحليل المقارن مع المستوى العالمي، وبعدما برهنت دراستهم على أن إستبيان (QDSA) ذو درجة مصداقية (Validité) ممتازة بالمقارنة مع الإستبيان المترجم والمطبق على الأشخاص الفرنسيين. (Tremblay, 2004, p.372)

- الأشخاص المعنيين:

يطبق الإستبيان على كل الأشخاص الذين يعانون من ألم حاد أو من ألم مزمن.

- الفائدة العيادية:

- يحدد هذا الإستبيان خصائص مختلف تناذرات الألم
- يساعد على تحديد شدة الألم أكثر من تحديده لمظهره النوعية (Qualitatifs).

- مدة التطبيق:

تتراوح مدة تطبيق هذا الإستبيان من 15 إلى 20 دقيقة بالنسبة للتطبيق الأول (يشمل هذا الزمن على عملية تقديم التعليمات حول طريقة ملئ الإستبيان) كما يمكن أن تتراوح هذه المدة ما بين 5 إلى 10 دقائق في حالة ما إذا كان المفحوص على معرفة مسبقة بهذا الإستبيان.

- الفاحص:

يكون هذا الإستبيان ذاتي التطبيق (بمعنى يملأ من طرف المفحوص) كما يمكن أن يطبقه الفاحص المختص في مجال الصحة، أما النتائج فيتم تفسيرها من طرف الفاحص.

- ظروف تطبيق المقياس:

ليس هناك أي شروط معينة متعلقة بالظروف التي يطبق فيها الإستبيان.

- الأدوات اللازمة:

يتوجب توفر الإستبيان وقلم رصاص.

- العناصر التي يقيمها:

يسمح بتقييم خصائص الألم في ثلاث أبعاد مختلفة: البعد الحسي (Sensorielle) البعد الوجداني (Affective) والبعد التقييمي (Evaluative) للألم، كما يسمح كذلك بتحديد إنتشار الألم على المستوى التشريحي وكذا تحديد الخصائص الزمنية للألم، إضافة إلى تحديد الشدة الكلية للألم.

- الخصائص السيكمترية للإستبيان:

تمت دراسة (QDSA) من طرف Boureau وآخرون سنة 1992، حيث درسوا مدى قدرة (QDSA) على تمييز الأشخاص الذين يعانون من آلام عصبية وآخرون يعانون من آلام غير عصبية وذلك من خلال دراسة أجريت على حوالي 200 مريض.

1- الثبات (Fidélité):

- الإختبار وإعادة الإختبار (QDSA):

في دراسة تمت على 50 شخص يعانون من آلام مزمنة، لاحظ Boureau وآخرون أن الارتباط ما بين التطبيقين للـ (QDSA) يقدر بـ 0.73 بالنسبة لمجموع نقاط الفئات المختارة و 0.78 لمجموع نقاط شدة الألم و 0.68 لمجموع نقاط الصف، و 0.7 لمجموع نقاط القيم الموزونة.

2- الصدق (Validité):

قام Boureau وآخرون بتقديم الإستبيان لـ 44 طبيب وطلب منهم تقييم صدقه بطرق مختلفة:

أ- **الصدق الوصفي:** ويتمثل في مدى سهولة فهم الصفات (الكلمات) المقدمة للألم وذلك مع الإستعمال المتكرر للإستبيان من طرف المرضى وكذا تقييم مدى أهميته العيادية.

ب- **صدق الأبعاد:** حيث طلب من الأطباء تصنيف كل صفة من الصفات ضمن أحد الأبعاد التالية: البعد الحسي، الوجداني، و التقييمي.

ت- **صدق الفئات:** حيث طلب من 27 طبيب من بين الـ 44 العمل على تصنيف كل صفة من الصفات في أحد الفئات الموجودة.

- فحصل (QDSA) في كل الحالات على صدق ممتاز من خلال ما قدمه هؤلاء الأطباء الفرنسيين. (Tremblay, 2004, pp.377-378)

• طريقة التطبيق:

في البداية يقوم المفحوص بإختيار كل الصفات التي تصف ألمه، ثم يقوم بإختيار صفة واحدة تعبر بشكل أفضل عن ألمه من كل فئة، ثم تقدم لها نقاط من 0 إلى 4 (من 0: لا يوجد إلى غاية 4: قوي للغاية).

• التقيط:

هناك ثلاث أنواع من النقاط التي تقدم لهذا الإستبيان وذلك بالإستناد على عدة دراسات.

- **النقطة الكلية (QDSA-T) (Score Total):** وهو مجموع النقاط التي يتحصل عليه الشخص في مقابل الصفات التي تصف ألمه بأفضل شكل (صفة من كل فئة).
- **النقطة الحسية (QDSA-S) (Score Sensorial):** هو مجموع النقاط التي يحصل عليها الشخص في مقابل الصفات التي تصف ألمه بأفضل شكل للفئات التسعة الحسية من (أ إلى د).
- **النقطة الوجدانية (QDSA-A) (Score Affectif):** هو مجموع النقاط التي يتحصل عليها الشخص في مقابل الصفات التي تصف ألمه بأفضل شكل للفئات السبعة الأخيرة. (Bouvard, Cottraux, 2010, pp.270-271)

5. إجراءات الدراسة الميدانية:

1.5. الدراسة الإستطلاعية:

جرت الدراسة الإستطلاعية على فترتين منفصلتين، إمتدت الفترة الأولى من تاريخ 20 أفريل إلى غاية 28 أفريل 2011، أما الفترة الثانية فتبدأ من تاريخ 21 ماي إلى غاية 26 ماي 2011 وتمت هذه الدراسة حسب الخطوات التالية:

- أ- في البداية إتصلنا بالمصالح الإستشفائية (كل من مصلحة جراحة العظام ومصلحة تدريب الأعضاء) أين يتواجد أفراد عينة الدراسة (مرضى آلام أسفل الظهر المزمنة) وتم ذلك بالتنسيق مع رؤساء المصالح وكذا الأطباء المختصين (أطباء مختصين في جراحة العظام والطبيب المختص في العلاج الطبيعي) حيث قدمنا شرحا مبسطا حول موضوع دراستنا الذي يدخل في إطار الإعداد لمذكرة الماجستير تخصص علم النفس العيادي، كما أطلعنا الأطباء على طبيعة العمل الذي سنقوم به، فتلقينا مساعدة كبيرة من كل الأطراف خاصة عند علمهم بأن الطالبة هي مختصة نفسية عيادية ممارسة بنفس المستشفى (زميلة) و بالتالي لم نجد أي صعوبات تذكر فيما يخص التنسيق مع المصالح المعنية وكان هدفنا من هذه الخطوة هو الإحتكاك بميدان الدراسة والتعرف على ظروفه وكذا بداية التمهيد لعملنا الميداني.
- ب- بعدها قمنا بالدخول إلى المصالح الإستشفائية والحصول على أسماء وملفات المرضى الذين يعانون من آلام أسفل الظهر المزمنة و إختارنا مجموعة من المرضى (إختيار عشوائي) إشتملت على 19 مريض و مريضة تراوحت أعمارهم ما بين 26 و 65 سنة (ذكور و إناث) عملنا بعدها على الإستعلام عن مواعيد مراجعتهم مع طبيبيهم المختص بهدف الإلتقاء بهم.
- ت- بعد الحصول على مواعيد المرضى قمنا بالإتصال بهم والإلتقاء معهم على مستوى المصلحة (مصلحة جراحة العظام و مصلحة تدريب الأعضاء) حيث كانت الحالات توجه إلينا من طرف رئيس المصلحة وكان الهدف من هذا اللقاء الأول هو التعرف على المرضى وتقديم أنفسنا كطالبة باحثة، كما وضحنا لهم طبيعة العمل الذي سنقوم به.

وقد اختلفت ردود فعل المرضى إتجاه هذا العمل العلمي وكانت كما يلي:

- هناك من رحب بالفكرة وأبدى إستعداده لبداية العمل معنا وكذا رغبته في مساعدتنا (خاصة عند علمهم بأننا في إطار التحضير لبحث علمي).
 - كما نجد من المرضى من تقبل هذا العرض إلا أنه كان يشكو من صعوبة التنقل إلى المستشفى بسبب معاناته من إعاقة أو إصابات تصعب من حركته وتزيد من ألمه.
 - وهناك من المرضى من رفض التعاون قائلاً: "أنا لا أعاني من أي مشاكل نفسية" أو أن لديه مشاغل و إلتزامات تمنعه من المشاركة في هذا البحث العلمي.
- وبذلك تقلص حجم مجموعة الدراسة الإستطلاعية إلى 9 مرضى من أصل 19 مريض، تراوحت أعمارهم ما بين 26 و 58 سنة (7 ذكور و 2 إناث).

د- بعد تحديد أفراد مجموعة الدراسة الإستطلاعية بدأنا العمل وقد قسم العمل إلى مرحلتين:

- مرحلة أولى بدأت من تاريخ: 2011/04/20 إلى غاية 2011/04/28.
- مرحلة ثانية إنطلقت من تاريخ: 2011/05/21 إلى غاية 2011/05/26.

❖ **المرحلة الأولى:** تميزت بإجرائنا لمقابلات عيادية دار محتواها حول المرض (آلام أسفل الظهر المزمنة) وكيفية معاشية المريض لآلامه المزمنة و لم نكن قد وضعنا دليل المقابلة بعد وإنما إكتفينا بالحصول على بعض المعلومات حول المريض (بيانات عامة، معلومات حول مرضه وكيفية متابعته للعلاج) وتركنا المقابلة تسير بشكل حر، حيث نسمح للمريض بالحديث عن مرضه ومعاناته مع الألم دون تقييده بأسئلة معينة وكنا نهدف من كل ذلك إلى التعرف على الجوانب التي سيتناولها المرضى وكذا الإطلاع مع أهم المواضيع التي تشغل إهتمامهم في هذه المرحلة من المرض، كما قمنا بتطبيق سلم قياس الألم Saint-Antoine وهو أحد أدوات الدراسة في صيغته المترجمة إلى العربية (ترجمة الطالبة) وكان الهدف من تطبيقه في هذه المرحلة هو التحقق من مدى سهولة تعامل المرضى مع الصيغة الجديدة المترجمة ومدى ضرورة إدخال بعض التعديلات أو التغييرات على هذه الصيغة وبالتالي قياسنا لمدى صدق الترجمة إنطلاقاً من إستجابات المرضى للإختبار وتوصلنا في نهاية هذه المرحلة إلى ما يلي:

1- بناء دليل مقابلة إشتمل على ثلاث محاور أساسية هي:

أ- تاريخ الحياة الشخصية للمفحوص.

ب- تاريخ المرض.

ت- معاشية المفحوص للألم.

و تصب هذه المحاور في إطار التقصي عن كيفية معاشية كل مريض لمرضه وخاصة معاشيته لآلامه المزمنة.

2- إدخال بعض التعديلات على الصيغة المترجمة لسلم قياس الألم.

3- التعرف أكثر على طبيعة مرض آلام أسفل الظهر المزمنة وما يترتب عنه من إنعكاسات نفسية وعضوية.

4- كما تحددت معايير مجموعة الدراسة بشكل أوضح.

❖ **المرحلة الثانية:** في هذه المرحلة جرت المقابلات العيادية من خلال تقيدنا بدليل المقابلة الذي تم تصميمه في نهاية المرحلة الأولى، كما قمنا بتطبيق سلم قياس الألم بعد إدخال بعض التعديلات عليه، فتوصلنا في نهاية هذه المرحلة إلى ما يلي:

1- إكتشفنا أن الصياغة التي جاءت بها أسئلة دليل المقابلة كانت مباشرة ومقيدة للمريض الشيء الذي أعطى للمقابلة طابع مختلف صعب على المرضى التعبير عن معاناتهم، كما لاحظنا أن دليل المقابلة أخذ شكل الإستبيان، مما دفعنا إلى إجراء تغييرات على هذا الدليل بهدف الوصول إلى وضع أسئلة إيجابية تساعد المريض على التعبير عن معاشه النفسي كما تسهل على الفاحص التعمق في إستقصاء هذا المعاش و تعطي للمقابلة نوعاً من المرونة التي تفسح المجال أمام المريض ليكون أكثر تلقائية وأكثر إرتياحاً في تناوله لمختلف جوانب حياته ومرضه.

2- أما بالنسبة لسلم قياس الألم فلم نلمس الحاجة إلى إجراء أي تغييرات جديدة عليه، نظراً للسهولة التي وجدها المرضى في التعامل معه، إلا أننا نشير إلى ضرورة تطبيق هذا السلم من طرف الفاحص في حال التعامل مع مرضى ذوي مستوى تعليمي محدود، حيث يتوجب أن يقوم الفاحص بقراءة التعليمات والبنود باللغة الدارجة لتسهيل فهم المريض لمحتوى السلم.

إذا في نهاية المرحلة الثانية من الدراسة الإستطلاعية نكون قد توصلنا إلى ما يلي:

- ضبط عينة الدراسة (المعايير الواجب توفرها).
- الوصول إلى تصميم دليل المقابلة.
- الوصول إلى الصيغة المترجمة النهائية لسلم قياس الألم (Saint-Antoine).
- تمكن الباحثة من التحكم أكثر في أدوات الدراسة نتيجة للممارسة.

✓ كما إشتملت الدراسة الإستطلاعية على دراسة الخصائص السيكومترية لسلم قياس الألم QDSA و فيما يلي نقدم شرحاً مفصلاً لمجريات هذه الخطوة:

❖ دراسة الخصائص السيكومترية للأداة في مجتمع الدراسة:

قمنا في هذه الخطوة بتطبيق إختبار QDSA على عينة من المرضى بهدف دراسة خصائصه السيكومترية (صدق، ثبات)، حيث نشير إلى أنه قد سبق دراسة خصائصه السيكومترية، ففي سنة 2009 قامت كل من الطالبتين: السعدية شربي و نصيرة مقراني بدراسة صدق وثبات هذا المقياس عند قيامهما بدراسة بعنوان الإضطرابات النفسية العصبية وعلاقتها بدرجة الألم لدى المصابين بالسرطان وهي عبارة عن دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف بورقلة تمت في إطار الإعداد لمذكرة مكملة لنيل شهادة الليسانس في علم النفس العيادي، ودلت النتائج على أنه على قدر عال من الصدق والثبات، حيث قامت الطالبتين بتطبيق المقياس على عينة مكونة من 30 امرأة مصابة بالرومايتزم تراوحت أعمارهن ما بين 32 سنة إلى 78 سنة، و قد تم حساب الصدق بطريقتين: طريقة المقارنة الطرفية و كانت القيمة المحسوبة تعادل 18.75 و هي قيمة دالة بالمقارنة مع القيمة المجدولة، أما الطريقة الثانية فكانت طريقة الصدق الذاتي أين كانت قيمته مساوية لـ 0.77 و هي قيمة دالة، وهذا يدل على أن سلم قياس الألم صادق، أما ثبات المقياس فقد تم حسابه بطريقة التجزئة النصفية أين كانت قيمته مقدرة بـ 0.60 و هي قيمة دالة بالمقارنة مع القيمة المجدولة، و بهذا يكون المقياس يتصف بالثبات، ومنه يمكننا القول أن سلم قياس الألم QDSA على قدر مقبول من الصدق والثبات، حيث طبق على عينة محلية تعتبر جزءاً من المجتمع الأصلي للدراسة الحالية مما يعطيه نوعاً من المصداقية تسمح لنا كدارسين بالإعتماد عليه في دراستنا.

كما أننا قمنا في الدراسة الحالية بدراسة الخصائص السيكومترية للمقياس، حيث تم تطبيقه على عينة إستطلاعية بلغ عدد أفرادها 50 فردا (رجال و نساء)، وكلها حالات لأشخاص يعانون من آلام مزمنة لا تقل مدتها عن الـ 6 أشهر و هم مرضى مصابين بأمراض مختلفة (السرطان، حالات التدخلات الجراحية، آلام الظهر المزمنة، الروماتيزم)، و تراوحت أعمارهم ما بين 20 سنة و 63 سنة، و قد تم تطبيق الأداة و دراسة خصائصها السيكومترية في الفترة المحصورة ما بين 2011/05/28 إلى غاية 2011/06/02.

1. الصدق: هو أن يقيس الإختبار ما وضع لقياسه، بمعنى آخر أن يصلح الإختبار لقياس الجانب الذي نقصده و لا يقيس جانب آخر سواه، فإختبار القدرة اللغوية لا يقيس القدرة الميكانيكية و الإختبار الذي ثبت صدقه في مجتمع ذو ثقافة معينة قد لا يثبت صدقه في مجتمع آخر مغاير. (ميخائيل، 2000، ص 105)

و للتأكد من صدق الأداة تم إتباع الطرق التالية:

1.أ. الطريقة الأولى: الصدق بالمقارنة الطرفية:

من أجل حساب هذا الصدق قمنا بإتباع الخطوات التالية:

- حساب درجة كل فرد من أفراد العينة.
 - ترتيب مجموع درجات العينة تنازليا.
 - إتخاذ القيمة 27 لإستخراج مجموعة الدرجات العليا و مجموعة الدرجات الدنيا، و بهذا تكون العينة قد قسمت إلى قسمين: الأفراد ذوي الدرجات الدنيا و الأفراد ذوي الدرجات العليا، و تتم المقارنة بينهما بإستخدام أسلوب إحصائي ملائم هو إختبار "ت"، و تفيد هذه الطريقة في حساب صدق الإختبار من خلال التمييز بين المجموعتين المتناقضتين. (معمرية، 2002، ص 184)
- و قد تم التحصل على النتائج الموضحة في الجدول الموالي:

الجدول رقم (02): يوضح نتائج إختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين الطرفيتين.

الدلالة الإحصائية	ت المجدولة	درجة الحرية ن - 2	ت المحسوبة	الفئة الدنيا		الفئة العليا	
				2م	2ع	1م	1ع
0.01	2.77	26	16.32	28	7.37	51	4.97
دالة							

م: المتوسط الحسابي / ع: الإنحراف المعياري / ت: إختبار دلالة الفروق.

وبما أن "ت المحسوبة" جاءت أكبر من "ت المجدولة" المساوية إلى 2.77 عند مستوى دلالة (0.01). (بوخص، 2005، ص 233)

نستنتج أنها دالة، فنقول أن الإختبار صادق، وبهذا يمكننا الأخذ به كأداة لجمع البيانات.

1.ب. الطريقة الثانية: الصدق الذاتي:

يقوم على الدرجات التجريبية للاختبار بعد تخليصها من أخطاء القياس، أي الدرجات الحقيقية، ومن ثم يمكن اعتبارها محكا ينسب إليه صدق الاختبار، و يتم ذلك بحساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات بوصفه معاملا للصدق. (معمرية، 2002، ص 181)

وعند تطبيق المعادلة نتحصل على: الصدق = 0.95 ، ومنه فالإختبار على درجة عالية من الصدق.

2. الثبات: فالمقياس الثابت هو الذي يعطي نفس النتائج اذا ما قيس نفس الشيء مرات متتالية. (البهي السيد، 1997، ص 378)

• **الثبات بطريقة التجزئة النصفية:**

و تعتمد هذه الطريقة على تجزئة الإختبار إلى نصفين متكافئين، و ذلك بعد تطبيقه على مجموعة واحدة فقد يستخدم النصف الأول من الإختبار في مقابل النصف الثاني، أو قد تستخدم الأسئلة ذات الأرقام الفردية في مقابل الأسئلة ذات الأرقام الزوجية. (عبد الرحمن، 1998، ص ص 167-168)

وتم حساب معامل الارتباط بين المجموعتين باستخدام معامل الارتباط بيرسون، والذي تم تعديله بمعادلة "سبيرمان براون" التصحيحية. والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (03): يوضح نتائج الإختبار بين مجموعتين باستخدام معامل الارتباط بيرسون وتعديله بمعادلة سبيرمان براون.

مستوى الدلالة	درجة الحرية ن - 2	ر المجدولة	معامل الارتباط المحسوب		المؤشرات الإحصائية المتغيرات
			ر: بعد التعديل	ر: قبل التعديل	
0.01	48	0.35	0.91	0.84	بنود النصف الأول
					بنود النصف الثاني

يتضح من خلال الجدول أن درجة الارتباط بين نصفي بنود الإختبار كانت دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث قدرت قيمة ر المجدولة ب: (0.35) عند درجة الحرية ن = 48 . (خيري، 1997، ص 225)

2.5. الدراسة الأساسية:

إنطلقت الدراسة الأساسية بتاريخ 2011/06/06 إلى غاية 2011/06/23 وتلخصت خطواتها في النقاط التالية:

- 1- العمل على إختيار عينة الدراسة الأساسية والتي إشملت على أربعة حالات لمرضى يعانون من آلام أسفل الظهر المزمنة، وذلك بإحترامنا لشروط إختيار العينة، و قد تم تطبيق سلم قياس شدة الألم والذي يهدف إلى تقديم قيم رقمية للألام التي يحس بها المريض، فسلم (QDSA) هو بمثابة الإختبار الموضوعي الذي يقيس الألم حسب مجموعة من البنود التي تقدم للمريض ليحصل في النهاية على قيمة رقمية (كمية) للألم الذي يحس به، و نهدف من تطبيقنا لهذا السلم إلى إختيار حالات المرضى الذين يعانون من آلام شديدة.
 - 2- إجراء مقابلات عيادية مع هؤلاء المرضى وذلك بعد أن قمنا بتقديم أنفسنا كطالبة باحثة ومختصة نفسية عيادية ممارسة وأن العمل الذي نقوم به يدخل في إطار الإعداد لمذكرة تخرج لنيل درجة الماجستير في علم النفس العيادي، كما أطلعنا المرضى على حرية قبولهم أو رفضهم للتعاون معنا و كذا إمكانية طلب التوقف أو الإمتناع عن الإستمرار في المقابلات.
 - 3- تمت المقابلات مع المرضى على مستوى مكتب الفحص النفسي التابع لمركز معالجة الأورام السرطانية و هو المكتب الخاص بالطالبة علما أنها مختصة نفسية عيادية ممارسة بهذا المركز بمستشفى محمد بوضياف بورقلة و قد كان المكتب مجهزا بكل الإمكانيات (مكيف هوائي كراسي مريحة، إضاءة جيدة، جو هاديء، و ضمان خصوصية المفحوصين) التي توفر الراحة والهدوء للمرضى وتساعد على زيادة الثقة و ضمان السير الجيد للمقابلات العيادية، وقد عملنا على أن لا تكون المقابلات مطولة من حيث مدتها، حيث حددنا مدة 35 دقيقة كحد أقصى لكل مقابلة وذلك نظرا لأن وضعيات الجلوس المطولة من شأنها أن تكون سببا في ظهور الألم لدى المريض أثناء المقابلة أو بعدها، كما يمكن أن تتسبب في زيادة شدة الألم الشيء الذي يؤدي إلى إنزعاج المريض أثناء المقابلة إلى درجة فقدانه للتركيز والإكثار من الحركة ومحاولة تغيير لاهية - وبالتالي كان من الضروري والأخلاقي أن نحسن التعامل مع هذه الوضعية وأن نأخذ بعين الإعتبار الحالة الصحية للمرضى ومراعاتهم حتى لا نبذو في نظرهم منفعيين - لا نهتم إلا بالتوصل إلى إكمال عملنا العلمي - بل كان من الواجب أن نبدي للمريض إهتمامنا به كإنسان وليس كمجرد حالة عيادية.
 - 4- تراوح عدد المقابلات العيادية ما بين 3 و4 مقابلات لكل حالة على حدة، وقد قسمت المقابلات إلى:
 - **المقابلات الأولى:** ويتم خلالها تقديم توضيحات أكثر حول طبيعة العمل الذي سنقوم به مع المريض وطلب موافقته على إجراء الإختبارات وكذا طلب الإذن منه للقيام بالتسجيل الصوتي للمقابلات وذلك بهدف الحفاظ على جميع المعلومات المقدمة أثناء المقابلة وعدم إهمال أدق التفاصيل نظرا لصعوبة التسجيل اليدوي لكل مجريات المقابلة.
- كما تم تطبيق سلم قياس شدة الألم (EVA) وهو مخصص لقياس شدة الألم حسب التقييم الذاتي للمريض حيث عملنا على قياس شدة الألم عند ظهوره لأول مرة مع بداية المرض إضافة إلى قياس شدته أثناء المقابلة الأولى، و تساعدنا هذه القيم لاحقا في إستقصاء إمكانية وجود ارتباط ما بين شدة الألم و طبيعة المعاش النفسي لهذا الألم.

بعدها نباشر المقابلة مع المريض بالإستناد إلى دليل المقابلة الذي يوجه عملنا العيادي منذ البداية وذلك من خلال الإنتقال من محور إلى آخر إلى غاية إستيفاء كل جوانب ومحاور الدليل.

وفي هذا السياق لم نحدد عدد معين من المقابلات بل تركنا الأمر مفتوحا آخذين بعين الإعتبار خصوصية كل حالة عيادية، فهناك حالات تتطلب وقت أكثر أثناء المقابلة العيادية و يتوقف هذا على ظروف كثيرة كمدى فهم المفحوص لتعليمات، تدخلات الفاحصة، لحظات المقاومة التي تتخلل المقابلة و التوظيف النفسي لكل مفحوص الذي يفرض طابع معين على سير المقابلة.

● **المقابلة النهائية (الأخيرة):** خصصت لتطبيق إختبار (TAT) و عملنا على تأجيله إلى آخر مقابلة لتفادي المقاومات التي تظهر نتيجة الوضعية الإختبارية، حيث تكون الفاحصة (الباحثة) قد كسبت ثقة المفحوص وذلك بإشعاره بنوع من الإرتياح والألفة إتجاه وضعية الفحص النفسي مما يقلل من إمكانية رفضه لتطبيق الإختبار النفسي أو مقاومته لمجرباته.

■ في النهاية شكرنا المرضى على تعاونهم معنا وأعلمناهم بإمكانية معاودة الإتصال بنا في مكتب الفحص النفسي في حال إلتماس الحاجة إلى أي مساعدة نفسية مستقبلا - مع العلم أن هذا لا يدخل في إطار الدراسة الحالية - خاصة بعد الإرتياح الكبير الذي شعر به المفحوصين خلال هذه التجربة التي كانت جديدة عليهم.

❖ ملاحظات حول العمل العيادي:

- 1- وجدنا تعاوننا كبيرا من طرف المفحوصين من خلال قبولهم للمشاركة في هذا العمل.
- 2- عدم معارضة المفحوصين لتطبيق الإختبارات، بل التحمس لها والفضول نحو هذه الخبرة الجديدة.
- 3- إلتزام المفحوصين بمواعيد المقابلات وإبداء الإهتمام والجدية.
- 4- شعورنا بحاجة بعض المفحوصين إلى متابعة نفسية مطولة تدخل في إطار كفالة نفسية علاجية تتعدى إطار عملنا العلمي وتدخل في إطار عملنا العيادي.
- 5- إبداء المفحوصين لإرتياحهم حيال هذه التجربة.

ملخص الفصل:

إستهلينا هذا الفصل بمدخل تكلمنا فيه عن أهمية إنطلاق الباحث من مشكلة محددة تعكس سبب إهتمامه بدراسة موضوع معين بالإنطلاق من فروض تحتمل الصحة و الخطأ و بإتباعه لمنهج بحث علمي يكون بإمكانه التوصل إلى إستقصاء الحقائق المرتبطة بموضوع دراسته، ثم إنتقلنا إلى توضيح مجريات البحث الحالي من خلال تقديم شرح للمراحل التي مرت بها الدراسة الميدانية، فمن أجل تحقيق دراستنا قمنا بإتباع المنهج العيادي من خلال دراسة حالة عيادية حيث نعتبره المنهج الأنسب للتحقق من فروض موضوع البحث، وقد تمت الدراسة بالمؤسسة الإستشفائية العمومية محمد بوضياف بورقلة حيث إتصلنا بكل من مصلحة تدريب الأعضاء و مصلحة العظام لإختيار مجموعة البحث و التي كانت مكونة من أربع حالات لمرضى مصابين بمرض آلام أسفل الظهر المزمنة، و قد راعينا في إختيارنا لأفراد مجموعة البحث وجوب توفر مجموعة من الشروط و المعايير التي تخدم موضوع الدراسة، و لإختبار مدى صحة الفروض لجأنا إلى استعمال مجموعة من الأدوات و التقنيات العيادية المناسبة و التي تمثلت في:

- سلم قياس الألم EVA.

- سلم قياس الألم QDSA.

- المقابلة العيادية النصف موجهة.

- إختبار تفهم الموضوع TAT.

لننتقل بعدها إلى عرض مجريات الدراسة الإستطلاعية، أين عملنا على التعرف على ميدان البحث و تصميم دليل المقابلة، إلى جانب تجربينا لسلالم قياس الألم و إختبار صدق ترجمتها، ثم تأتي الدراسة الأساسية التي نشرح من خلالها مراحل العمل العيادي مع الحالات بتركيزنا على أهم الخطوات المنجية و محاولة شرحها بشكل مفصل لننتقل صورة واضحة عن ميدان البحث و مجريات العمل الميداني.

الفصل السادس

عرض الحالات العيادية

مدخل

منهجية عرض الحالات العيادية

الحالات العيادية

* حالة المفحوص "حميد"

* حالة المفحوصة "ياسمين"

* حالة المفحوصة "كاميليا"

* حالة المفحوص "يوسف"

ملخص الفصل

I. منهجية عرض الحالات العيادية:

فيما يلي سنقدم عرضاً لمجموع الحالات العيادية (أربعة مفحوصين) التي كانت قيد الدراسة و البحث كل حالة على حدة، و ذلك من خلال إدراج معظم الإجراءات العيادية التي تم تطبيقها مع المفحوصين و سنتبع المراحل التالية في عرضنا للحالات العيادية:

- ✓ **البيانات العامة:** تعد بمثابة بطاقة تعريفية تتضمن معلومات عامة حول المفحوص.
- ✓ **نتائج سلالمة قياس الألم:** حيث نقدم النتائج الكمية المتحصل عليها من خلال تطبيقنا لسلالمة قياس الألم (EVA و QDSA).
- ✓ **تقديم الحالة:** نقدم تعريف بسيط بالمفحوص، مع الإشارة إلى الظروف التي تم فيها أول لقاء معه.
- ✓ **تحليل معطيات المقابلة العيادية:** و نستند في ذلك على مجموع المعطيات المقدمة خلال المقابلات العيادية التي تمت مع كل حالة على حدة، و التي قامت الفاحصة بتسجيلها بواسطة المسجل الصوتي ثم إعادة نقلها على الورق بالتسجيل الكتابي.
- ✓ **خلاصة تحليل الحالة:** و هنا حاولنا تلخيص أهم الأفكار و المعطيات المتوصل إليها من خلال تحليل معطيات المقابلة.
- ✓ **نتيجة:** و هنا نوجز نتيجة عامة حول ما تم إستخلاصه من تحليل المقابلة العيادية.
- ✓ **إختبار تفهم الموضوع (TAT):** حيث نقدم تحليل للبرتوكول المتحصل عليه بعد تطبيقنا للإختبار الإسقاطي مع المفحوص، إضافة إلى الخلاصة المتوصل إليها في النهاية.

II. الحالات العيادية:

1.II. عرض حالة المفحوص "حميد":

1.1.II. المقابلة العيادية:

• البيانات العامة:

الإسم: حميد السن: 53 سنة الجنس: أنثى ذكر

الحالة المدنية: عازب مرتبط متزوج

مطلق منفصل أرمل

الرتبة بين الإخوة: الثانية المهنة: سائق

أنت حالياً: بطال عامل في عطلة مرضية

متقاعد

أوقات العمل: نصف دوام دوام كامل دوام طويل

أوقات الراحة: يوم يومين أكثر

• نتائج سلالم قياس الألم:

- إختبار QDSA: تحصل "حميد" على درجة 60/40

- إختبار EVA: عند أول ظهور للألم تحصل على درجة 10/10

عند أول مقابلة تحصل على درجة 10/7.6

بمقارنة الدرجتين المتحصل عليهما في الإختبارين نلاحظ أن هناك إختلاف واضح، حيث تدل الدرجة 60/40 عن آلام نقيهما بالمتوسطة، أما الدرجة 10/7.6 فتعبر عن آلام تقييم على أنها آلام شديدة، وذلك طبعاً من خلال مقارنة الدرجة المتحصل عليها مع الدرجة الكلية للإختبار، كما نلاحظ إنخفاض في شدة الألم ما بين بداية ظهوره و خلال أول لقاء لنا مع المفحوص.

• تقديم الحالة:

حميد رجل يبلغ من العمر 53 سنة، يقطن في مدينة ورقلة، متوسط القامة جسمه ممتلئ يميل إلى السمنة، يرتدي ملابس متواضعة غير مهتم بمظهره، تبدو على وجهه ملامح الحزن والتعب، يمشي بخطوات متناقلة، كما يبدو عليه الإنشغال و السهو أحياناً.

حضر "حميد" لمكتب الفحص النفسي بمركز معالجة الأورام السرطانية بعد لقائنا معه على مستوى مصلحة تدريب الأعضاء بالمستشفى حيث أبدى تعاونه ورغبته في المشاركة في هذا العمل دون أي تحفظات، إضافة إلى إنضباطه إتجاه مواعيد الفحص النفسي. باشرنا العمل معه بعدما شرحننا مهمتنا ونستطيع القول أننا لم نواجه أي صعوبة خلال العمل مع "حميد".

يحتمل "حميد" الرتبة الثانية بين إخوته، توقف عن الدراسة في مستوى الرابعة ابتدائي، عاش يتيم الأب، ثم توفيت أمه وهو في سن الـ 16، توجه بعدها للخدمة العسكرية في سن الـ 18 حيث عمل كسائق للمساعدة على إعالة إخوته، وبعد خروجه من الخدمة العسكرية وظف كسائق في أحد قطاعات الدولة تزوج بعدها وأنجب 9 أبناء، هو المسؤول الوحيد عن أسرته وهو الآن متوقف عن العمل منذ ما يقارب الـ 6 أشهر في عطلة مرضية بعد تعرضه لحادث مرور أثناء قيامه بمهمة رسمية (حادث عمل) حيث أصيب أثناء الحادث بكسر على مستوى الفقرات السفلية للعمود الفقري.

• تحليل معطيات المقابلة:

عندما سألنا "حميد" عن حياته وطفولته (منذ الطفولة إلى يومنا هذا) نجد أنه إستحضر بعض الأحداث التي نفترض أنها تعد الأكثر أهمية بالنسبة له نظرا لرسوخها في ذاكرته وتركيزه عليها - دون الأحداث الأخرى- مما يدل على مدى تأثره بها، حيث إستهل حديثه بالكلام عن وفاة والديه وهو (حميد) في سن مبكرة، توفي والده وهو يبلغ 3 أو 4 سنوات من العمر، ثم وفاة الأم وهو في سن 16 سنة "يعني كبرت عشت يتيم، بي مات وأنا مازلت صغير والعجوز توفات في 75 ثاني أنا كنت صغير كان عمري 16 سنة"، فبسؤالنا هذا يبدو وكأننا أعدنا "حميد" إلى أحداث بعيدة (من حيث الزمن) حاضرة وقريبة في نفس الوقت لأنه يبدو وكأنه يعيشها لحد الآن وهو ما كان واضحا من خلال ملامح الحزن والتأثر التي طبعت سلوكه وصوته وحتى وضعية جلوسه - بإتخاذ وضعية ينغلق فيها الجسم و ينطوي حول نفسه بوضع الرأس و وضع اليدين بين الرجلين مع ضم الرجلين و إمتلاء العينين بالدموع مع حشجة في الصوت - والتي كانت تدل على نكوصه إلى مرحلة بعيدة ومؤلمة في نفس الوقت، وهو ما كان ظاهرا من خلال لحظات الصمت (مقاومات نفسية) التي تخللت كلامه، وعند سؤالنا عن ردة فعله بعد وفاة الأم يقول "حميد" أنه تأثر كثيرا "أثرت فيا ياسر كي قعدنا وحننا أو خويا صغير، heureusement عمي حي تكفل بينا"، أين نلمس شعوره بفقدان الأمن والسند في سن مبكرة وبالتالي فقدان الموضوع الأوديبى البدائي الذي ترك فراغا تسبب في الألم وتطلب عمل حداد إلا أن تكفل عم "حميد" به وبإخوته يساعد بعض الشيء على فتح مجال لإستثمارات جديدة حيث ملاً هذا الفراغ، وهو ما نستدل عليه من خلال كلام "حميد" عن تربية عمه له ولأخويه فيقول: "عمي حنين كان كيفو كيف الأب تكفل بينا في أي حاجة" فهناك إستثمار لهذه العلاقة مع العم الشيء الذي من شأنه أن يقلل من قلق الفقدان في هذا السن على وجه الخصوص.

بعدها ينتقل "حميد" للحديث عن إلتحاقه بالخدمة العسكرية بحثا عن دخل مادي لمساعدة عمه على التكفل بأخويه فنجد أنه تحمل مسؤولية أخويه في سن مبكرة (18 سنة) في محاولة للتعويض عن دور الوالدين الذين فقدا، وهو بمثابة تقمصه لدور الأب "قلت من أجل نعيش خويا ألي معايا" (لان أخت "حميد" الأكبر منه تزوجت مباشرة بعد وفاة الأم) "قاجبت في l'armée باه نعيش خويا صغير، أتحملت المسؤولية وأنا صغير".

بعدها توجب تدخل الفاحصة لسؤال "حميد" عن بعض جوانب حياته الأخرى التي لم يتطرق إليها كزواجه (الفاحصة: "أو دارك عابلتك؟ وقتاش أتزوجت؟") فيقول أنه تزوج سنة 1983 ليرزق بعدها بـ 9 أبناء (ذكور وإناث) الواحد تلو الآخر مع ذكره لوفاة آخر أبنائه، لتتدخل مرة أخرى للسؤال عن سبب وفاة هذا الإبن، فيتوقف "حميد" مرة أخرى عند حدث يبدو ذو أهمية بالنسبة له نظرا لرغبته الشديدة في الحديث عنه بعد سؤالنا له، وهي حادثة وقعت عند ولادة آخر أبنائه (منذ 3 سنوات) وهو توأم (ذكور) فارق أحدهما الحياة نتيجة خطأ طبي، الحادثة أثرت كثيرا على الأم حيث يقول "حميد": "أثرت فيها لواحد

الدرجة حتى قريب لحقتو هي"، كما يظهر "حميد" غاضبا و مستاءا نتيجة الظلم الذي وقع على أسرته وهنا سرعان ما يقوم "حميد" بربط هذه الحادثة مع حادثة أخرى كان لها هي الأخرى وقع شديد عليه وعلى زوجته، وهي دخول ابنه الأكبر إلى السجن بسبب عراكه مع بعض الأشخاص، فيقول أنه لم يكن في إمكانه مساعدة ابنه الذي تحصل على حكم قضائي جائر حيث حكم بـ 8 سنوات سجن بالرغم من عدم تسببه في أي إصابة بالغة لخصمه، إلا أن تمتع أسرة الخصم بالسلطة و المال تسبب في الظلم الواقع على ابنه "تعرفني الناس آلي لابس عليهم او عندهم الكتاف او المال ما يقدر عليهم غير ربي، او أنا إنسان قد روجي ما قدرتش نجري على ابني، درتلو محامي بصح هو ما غلبونا بالسلطة"، إذا هذه الحادثة ترتبط بالحادثة السابقة (وفاة الإبن) من حيث شعور "حميد" بالظلم الواقع عليه بغياب العدل و عدم قدرته على الحصول على حقه و هو ما يخلق لديه مشاعر الإضطهاد و الإذلال، إضافة إلى الوقع الشديد لهذه الحادثة خاصة عند تزامنها مع وفاة ابنهما الرضيع فكانت بمثابة صدمة ثانية أثرت بشكل كبير عليه و كذا على زوجته، فيقول "حميد" أنها كانتا بمثابة صدمتين في نفس الوقت "يتسمى جاوها صدمتين على بعضاهوم أثرت فيها بزاف"، وكان التأثير باديا على المفحوص أثناء إستحضاره للحادثة خاصة عند سؤالنا له عن مدى حاجته لإبنه الأكبر (الذي لا يزال في السجن إلى يومنا هذا) في هذه الفترة فيقول: "آه oui هذا واين حسيت روجي محتاجو" وهنا يبدأ "حميد" بالبكاء بتأثر كبير، فحاجته إلى هذا الإبن أصبحت ملحة الآن أي بعد تعرضه للحادث وشعوره بأنه أصبح عاجزا عن تحمل مسؤولية أسرته وحده والقيام بواجباته على أكمل وجه، و هنا نستطيع أن نلاحظ فقدان "حميد" لإستقلاليته و إعتماده على نفسه من خلال شعوره بالحاجة إلى الآخر (الإبن) لمساعدته على الإستمرار في ممارسة حياته، فهو شكل من أشكال الدعم المادي و المعنوي الذي لم يشعر "حميد" بالحاجة إليه من قبل، و هذه أحد التغيرات التي دخلت حياته بعد ظهور الألم، أما عن بقية الأبناء فحميد لا يواجه أي صعوبة في التعامل معهم ما عدا التساؤل عن مصير أسرته في حال عدم قدرته إستئناف العمل بسبب إستمرار الألم.

إذا نجد أن "حميد" أبدى بعض الصعوبة في الرجوع إلى الماضي و سرد تاريخ طفولته حيث أنه تناول الأحداث بنوع من السطحية كما أنه إحتاج إلى تدخلات الفاحصة الإسنادية، التي ساعدت المفحوص بعض الشيء على مواصلة كلامه و الإستمرار في إستحضار أحداث حياته، كما طغى على حديثه حول هذه المرحلة وجدان الحزن و الألم الظاهران من خلال سلوك المفحوص خاصة عند كلامه عن فقدان لوالديه (إنخفاض نبرة الصوت، إمتلاء العينين بالدموع، الجلوس في وضعية إنطواء حول الذات، و عدم النظر للفاحصة و إنما وضع الرأس بين الكتفين و النظر إلى الأرض مع تشبيك اليدين ووضعها بين الفخذين و هي وضعية مشابهة بعض الشيء للوضعية الجنينية، التي نفترض أن المفحوص كان يبحث من خلالها عن الإطمئنان و الأمن).

عند الإنتقال للحديث عن مرحلة بداية المرض يقول "حميد" أن معاناته بدأت منذ 6 أشهر بعد تعرضه لحادث مرور خارج مدينة ورقلة عند إرساله في مهمة عمل، وهنا يتوقف ليروي تفاصيل الحادث الذي كان ضحيته - حيث نلاحظ إسترجاعه لتفاصيل الحادث بدقة وكأنه لا يزال يعيشه في هذه اللحظات إلا أن سيطرته على إنفعالاته كانت واضحة، و بالتالي نقول أن لديه القدرة على ربط التصورات بالوجدانات المناسبة لها، إضافة إلى تميز كلامه بالسيولة و الثراء، فبالرغم من تأثره الواضح إلا أن هذا لم يثبط من قدرته على التعبير عن الحادثة بشكل مفصل و هو ما نعتبره مؤشرا جيدا يدل على إرصانه الجيد لهذا الحدث الذي يبدو أنه كان ذو وقعا صدميا فلم يبدي أي محاولة لتجنب الكلام عن الحادثة أو التهرب منها، و هذا ما نقيمه بالشيء الذي يدعو للتفاؤل، خاصة و أنه لم يمر إلا وقت قصير (6 أشهر) على هذه الحادثة، إلا أن هذه الحالات لا تؤخذ بالمدة الزمنية وإنما بقدرات الشخص النفسية لمواجهة الواقع

الصدمي) - حيث نقل مباشرة إلى أقرب مستشفى (مستشفى وهران الجامعي) أين مكث 21 يوماً لتلقي الرعاية الطبية اللازمة بعد إصابته بكسور على مستوى فقرات أسفل الظهر "أنا درت حادث le 13 novembre..(الفاحصة: وشمس عام؟) عندي 6 شهر يعني 2011.. كنت رايج mission لوهرن جاتني ضربة في راسي أو وقعلي نزييف أو تكسرولي زوج فقرات الخ" وعند سؤاله عن مدى تأثره بالحادث يقول "حميد": "أه تشوكيت بزاف بزاف قضات عليا، علي النص تاع حياتي راح فيها، الضربة تاع راسي اثرتلي علي عيني، وليت نشوف flou، ساعات نتقلق في الدار تاعي حاكم شومبرا وحدي"، و يقصد بكلامه الإصابة الناتجة عن الحادث، حيث أصبح يعاني من آلام مستمرة أقعدته الفراش فأصبح يلزم غرفته، إضافة إلى تأثر قدرته البصرية فأصبح يعاني من قصور في النظر، بسبب تعرضه لإصابة أخرى في نفس الحادث وهي إصابة على مستوى الرأس تطلبت تدخلا جراحيا وقتها "دارولي عملية حسبولي النزييف تاع راسي"، وهنا نلمس الأثر الصدمي الذي تركه الحادث إضافة إلى مشاعر الفقدان والعجز حيث يبدو عليه التأثير من خلال كلامه عن الحادث (الإرتعاش، الدموع في العينين، إعادة تمثيل مشهد الحادث ومحاولة تجسيده)، كما نلاحظ مشاعر التغيير الكبير بين فترتي ما قبل الحادث و ما بعد فيقول: "كون تسقسي عليا من قبل ما كونتش هاك، وليت حاكم شومبرا وحدي كل حاجة تعلقني، السلوك تاعي تبيل وليت نتقلق ماكنتش هاك" ثم يتابع حديثه فبعد عودته للبيت (ورقلة) قام بالاتصال بمختص في جراحة العظام بهدف إستكمال علاجه، و قد طلب منه الطبيب القيام بجلسات العلاج الطبيعي إضافة إلى وصف مجموعة من الأدوية المسكنة للآلام التي لم تقارقه منذ الحادث، حيث يقول أنها كانت آلام قوية لا تحتمل مما تطلب تناوله لأدوية منومة مساعدة على النوم "خرجلي الطبيب دوا تاع الرقاد ما نرقدش، 24 ساعة و أنا راقد في البلاصة، راحلي الرقاد".

وفي محاولة للتركيز حول كيفية معيشة حميد للآلام الناتجة عن إصابته يقول أن الألم ظهر مباشرة بعد إفاقته في المستشفى وأنه كان شديد القوة إلى درجة أنه منعه من النوم والأكل وحتى الحركة إضافة إلى نوبات الصراخ والبكاء دون إنقطاع فيقول: "كي كنت في السبيطار سطر شديد ربي ألي يعلم جيت واحد الـ 15 يوم ما نرقدش، ما ناكل، ما نرقد، نضل نعيط" بقي "حميد" مستلقيا على ظهره لمدة 3 أشهر دون حركة "كنت ما نتحركش كي نتحرك يزيد عليا السطر، 3 أشهر وأنا راقد" كما يقول أنه لم يشعر من قبل بالآلام في مثل شدتها وأنه أول مرة يحس بهذا الألم (من حيث القوة) فيقول: "السطر هذا ما عشتوش من قبل هذي أول مرة" وهنا يظهر على "حميد" التفاجؤ والدهشة إتجاه هذه الآلام التي تبدو جديدة عليه وفريدة من نوعها وكأنه يتساءل عن مصدرها بالرغم من علمه بأنها تعود إلى الإصابة التي يعاني منها إلا أن إندهاشه جعله في حالة تساؤل، كما يعود "حميد" ليؤكد لنا مدى تفاجئه وتأثره بقوله: "أنا دوركا 53 سنة في عمري ما صرانتش فيا حاجة ألي دارتلي كيما هاك، أو جاتني دوركا ربي صابني بيها، نحس بلي حاجة جديدة جاتني، ألم جديد مآثر عليا بزاف وليت نعيط أو نبكي من الألم هذا،" حيث نستشف من كلام المفحوص المكانة التي يحتلها الألم في حياته الماضية والحاضرة كخبرة جديدة أخذت كل إهتمامه وذلك من خلال مقارنتها مع أحداث حياته الماضية إضافة إلى شعوره بالثقل الذي يفرضه الألم على حياته اليوم كما نلاحظ أن إصابته بهذه الآلام قد أعادته إلى مراحل أولى - مرحلة الطفولة الأولى- أين يعبر الشخص عن معاناته و حزنه بالبكاء و الصراخ و هي سلوكيات بدائية تحمل معنى طلب المساعدة و تهدف لجلب الراحة و الإطمئنان، هي سلوكيات يعود إليها الشخص عند شعوره بمواجهته لخطر يهدد كيانه النفسي و الجسدي بعد أن فقدت كل السلوكيات الناضجة و المتطورة - الحالية - نجاعتها في إبعاد الخطر المشعور به داخليا، بتعبير آخر نفترض أن "حميد" إختبر الآلام الشديدة و المستمرة كما يختبر الطفل الرضيع غياب الأم مما يدفعه للبكاء و الصراخ لإستعادتها و بالتالي إستعادة الأمن و الحماية.

كما يصف "حميد" الألم كشيء أو جسم خارجي شيء غريب عنه - بالرغم من أن هذه الآلام صادرة عن جسم المفحوص - لا ينتمي إليه وإنما كشيء يأتي من الخارج ويضعه في حالة عجز وضعف بقوله: "ألم جديد متأثر عليا بزاف"، "حاجة برانية عليا"، "حاجة جديدة جاتني"، "بكري كنت ليايس عليا أو دورك وليت نعيبط أو نكي من الألم"، كما تظهر مشاعر العجز إتجاه هذا الشيء الخارجي الذي يجب على المفحوص تقبله لأنه لا يستطيع فعل أي شيء حياله بالرغم من التهديد والعنف الذي يفرضه "ما عنديش مهرب منو بالسيف عليا لازمني نتحملو، إذا قوي لازم نتحملو إذا ضعيف لازم نتحملو خطرات يأتري عليا حتى نعود نكي خطرات نحكم روجي أو نبقى نعيبط أه أه حتى يفوت أو ينقص" فالألم يفرض على المفحوص واقع جديد من خلال هذه الخبرة الجديدة و المفاجئة التي يستحيل الهروب منها أو تجنبها (حيث نلتمس الرغبة الكامنة لدى المفحوص في الهروب من هذا الألم وبالتالي الهروب من الواقع المعاش والذي لم يتكيف معه بعد) بالرغم من محاولاته التي تبدو يائسة في قوله: "نحاول نتحملو" و التي تنتهي بإستسلام "حميد" لواقعه "علي بالي ما عنديش مهرب منو، بالسيف عليا، لازمني نتحملو"، كما يركز "حميد" في حديثه على شدة الألم فيقول أن الألم الذي أحس به بعد الحادث مباشرة كان أشد وأقوى من نوبات الألم التي يعاني منها الآن "السطر تاع المرة لولا وحدو ألم شديد، أو دوركا نقص" حيث يظهر عنف الألم من خلال شدته وقوته كما نلاحظ تناقص هذا العنف مع تناقص شدة الألم عندما يقول حميد: "دوركا ليايس مش كيما لول ولي نقص".

كما يعيش "حميد" خوف شديد ودائم من إمكانية معاودة نوبات الألم في أي لحظة مما يجعله دائم الحذر لهذا يعمل على تجنب القيام بأي حركة أو نشاط يساعد على معاودة ظهور الألم حيث يقول: "نخاف نخاف دايمًا مدارير حسابي أو منقص الحركة باه ما نحسش بالألم" وهذا تعبير عن سلوك التجنب إلى جانب مشاعر الخوف والترقب التي تلازم "حميد" بشكل دائم، إضافة إلى قلقه الشديد بسبب إستمرار هذا الألم وملازمته له فيقول: "هناك واش مقلقتي، السطر عايش معايا من وقت الحادث"، فالألم هنا هو بمثابة كائن جديد وغريب أخذ مكانه داخل حياة المفحوص وفرض نفسه بالقوة بإستمراره في إستثارة المفحوص من وقت لآخر، وهنا يتساءل "حميد" عن إمكانية أو احتمال زوال هذا الألم أو إستمراره "من عرف لا يروح ولا يكمل معايا" فتظهر عليه مشاعر الحيرة والتساؤل حول مآل هذه الآلام وكأنه يبدي لنا صعوبة إن لم نقل إستحالة إستمراره في العيش بوجود هذا الألم بقوله: "هذي ألي مازلت خايف منها هذي ألي أثرت عليا"، وهو خوف مبرر خاصة عندما يؤكد المفحوص على عدم معاشته لآلام مماثلة طيلة حياته "والو والو jamais الألم هذا jamais شفتو من قبل ما عشتش حاجة ألي أتألمت فيها بزاف كيما هكذ"، فهي آلام مختلفة لا يمكن مقارنتها بأي آلام (في حياة حميد) نظرا لشدتها، وعند سؤالنا لـ "حميد" حول إذا ما كان الألم الحالي يذكره بألم عاشه من قبل، قام بإستحضار ذكرى قديمة رسخت مفهوم الألم عنده قائلا: "خطرا في l'armée اتقسيت في يدي بالسلاح أو كنت نحسب هناك هوا الألم بصح مش كيما هنا، بكري كي يهدرو على الألم كنت نقولهم أنا جربت ضربة في العسكر. بصح كي جربت الألم هذا الألم، هناك لول ولا ما بيانلي والو قدام هذا"، إلا أن الآلام الحالية غيرت هذا المفهوم وأعطته معنى جديد معنى إرتبط بمفهوم العنف والتهديد اللذين وضعا المفحوص في حالة تفاجؤ وعجز أمام حدث جديد ينتمي إلى جسم المريض إلا أنه يبدو وكأنه غريب عنه.

أما عن كيفية معاشة "حميد" لآلامه فيقول بأنها أثرت عليه وأعادته إلى الوراء فتسببت في العجز والإعاقة "حاس السطر رجعتي للوراء، ما بقي عندي لا حياة لا مستقبل، رجعتي سنين فانت" وبدل تعبير المفحوص هنا عن حركة نكوص إلى مراحل أولى حيث كان الشخص في وضعية تتصف بمشاعر العجز وعدم القدرة كميكانيزم لمواجهة حالة القلق التي يثيرها الألم داخل حياة المفحوص، كما يبدو "حميد" شديد

التأثر بهذا الألم الذي قضى (بالنسبة له) على حياته وكل إنجازاته، إضافة إلى التغيير الذي بات يشعر به كلما تعاوده نوبات الألم فيقول "حميد" أنه يصبح في حالة غير طبيعية يصبح أكثر قلقاً، وتنتابه نوبات الصراخ والبكاء "خطرات بأثر عليا حتى نعود نيكى"، مع ميله إلى العزلة والابتعاد عن الأشخاص الآخرين بحثاً عن الهدوء "كي يجيني السطر نحس بروحي ca va pas نتقلق، كون نلقى أي حاجة تحبسلي الألم هذا نديرها حتى لو كان تكون حاجة ألي تضرني، نولي نعيط أو نقول لولادي ما تدوروش قدامي، نتقلق كون نصيب toujours نقعد وحدي أو نحب الهدوء نحب نكون وحدي كي نقعد وحدي خطرات نيكى نيكى من الألم" وهنا نجد أن المفحوص كلما أحس بالألم كلما ركز إهتمامه حول ألمه وجسده مع إهماله لكل ما يدور حوله في العالم الخارجي نتيجة سحب إستثماراته من المواضيع الخارجية وتركيزها حول ذاته (الموضوع النرجسي) وهو ما يعرف بالإستثمار النرجسي كمحاولة لتركيز الطاقة النفسية حول الألم للتقليل من شدته والوصول إلى خفض التوتر الداخلي الذي يحدثه بهدف الشعور بنوع من الراحة والعودة إلى حالة الإتزان، حيث يفقد المفحوص إتصاله مع مواضيع العالم الخارجي ليركز على الموضوع النرجسي وهنا يقول "حميد": "نحب الهدوء، نحب نكون وحدي حتى نروبوزي".

وبالنسبة لإستمرار هذه الآلام و إزمانها يقول "حميد" أن هذا الألم يعيش معه بشكل مستمر إلا أنه يزداد شدة عند قيامه بأبسط مجهود كالمشي، الحركة، الجلوس، الوقوف "الألم معاي من وقت الحادث"، وعن طبيعة هذه الآلام، يقول أنها متقطعة تظهر وتخفي لكنه يشعر بأنها ترافقه دون إنقطاع، بشكل دائم نظراً لإمكانية ظهورها في أي لحظة وكذا لما تثيره من قلق وإنزعاج يدومان حتى بعد زوال الألم، كما يقول أن آلامه تدوم من 20 إلى 30 دقيقة تقريباً، لكنها ذات تأثير شديد "كي نجى نتحرك ولا نمشي ولا نتقلب يزيد عليا الألم، بحكمي ربع ساعة ولا 20 دقيقة لازم نرقد لازم نرتاح باه بروح"، إذا يظهر من كلام المفحوص أنه يعيش معاناة مستمرة مع إستمرار الألم الذي يعتبره بمثابة خبرة جديدة تفرض معاشاً مؤلماً من خلال شدة نوبات الألم وإستمرارها في نفس الوقت، وهو بمثابة وجود المفحوص في حالة إستثارة دائمة تستهلك كل طاقته وتضعف مقاومته وتشعره بالتهديد المستمر. وفي محاولة لوصف الألم وإعطائه معنى يقول "حميد": "هو غير ألي ما يعرفوش، هو قطعة من نار كي نمثلوه قطعة من النار هو الألم قطعة من النار، الإنسان كي تحرقه بالنار هذا هو الألم" حيث نلاحظ أن "حميد" وجد كلمة يعبر بها عن هذه المعاناة التي يعيشها، تحمل معنى يصف الألم كما يشبهه في مقطع آخر من كلامه بالسكاكين التي تقطع جسده إلى قطع قائلا: "قتلك نار كي الماس ماس يقطعو فيك، يقطعو فيا لحم" إلا أنه يؤكد في نفس الوقت على عدم إمكانية أي شخص على فهم الألم إن لم يحس به ويجربه "ما يحس بالجمرة غير ألي كواتو"، وكان التعبير عنه بكلمات يعد غير كافياً لوصفه وإعطائه معنى واضح، وهنا نستطيع أن نستنتج وجود نوع من المرونة في التعامل مع الألم حيث نجد أن "حميد" عاجز عن فهم هذه الآلام وإستيعابها إلى يومنا هذا وذلك من خلال تساؤله عن مصدرها وإعتبارها كشيء جديد لم يجربه من قبل - وهو ما سبق الإشارة إليه - إلا أنه من جهة أخرى يحاول إعطاء معنى لهذه الخبرة الجديدة والفريدة من نوعها فيصفها بكلمات (النار، سكاكين) تساعد على فهمها وبالتالي إدراجها ضمن تجارب الحياة اليومية كما يقول أن جميع الأشخاص معرضون لمعايشة الألم مهما اختلف جنسهم أو سنهم، وأنهم جميعاً سيعبرون عنه بنفس الطريقة، البكاء والصراخ (وهي سلوكات تعبر عن نكوص الشخص إلى مراحل الطفولة الأولى) حيث يقول: "يقولك لا صغير لا كبير لا مرا، كي يولي يتألم يولي بيكي كيما الطفل الصغير"، "نعيا نحكم في روجي نعود نيكى"، وفي مقطع آخر يقوم "حميد" بتقديم وصف آخر للألم الذي يحس به قائلا: "قبل كنت لابس عليا حاجة ما تخصصيش، أو دوركا وليت كيما الطير في الققص تاعو كي تشوفيه من برا تقولي لابس عليه بصح هو محبوس قاعد يتألم، هذ السطر تاعي عاد حابسني بدلي حياتي، كلي محبوس ما

نقدرش ندير بزاف حوايج محبوس أو خلاص بسبب الألم" حيث يبدو لنا أن "حميد" يشعر بأنه أصبح يعيش داخل ألمه الذي يقيدده والذي يطغى على كل حياته ليأخذ حجما شغل الفضاء الزماني و المكاني للمفحوص و كأن كل حياته أصبحت تتلخص في آلامه التي يعاني منها حاليا.

وعن علاقته مع جسمه منذ بداية الألم، يبدو لنا أن "حميد" يعيش نوع من الانفصال مع جسمه "نحسو حاجة مينة ما تتحركش نحسو كلي خاطيني ماهوش تاعي خلاص، كلي تاع واحد آخر مش تاعي، جسم ميت ما يتحركش" وهنا يظهر رفض "حميد" لهذا الجسم الذي يعتبر مصدر للألم والمعاناة وذلك من خلال ميكانيزم الإنشطار (Clivage) حيث يحاول المفحوص أن ينسب هذا الجسم بكل آلامه إلى شخص آخر، وهو ميكانيزم يساعد الشخص على تجنب آلامه وذلك من خلال بنائه لواقع جديد واقع بدون ألم لكي يشعر بنوع من الراحة، وللعمل من جهة أخرى على محاولة التخفيف من التوتر والقلق الذي يعاش داخلها ويتسبب في ألم آخر، خاصة إذا ما علمنا بأن العلاج الذي تلقاه "حميد" (حصص العلاج الطبيعي، الأدوية المسكنة للألم) لم يعطي نتيجة مرضية ولم يكن ذو فعالية حيث يقول: "ينقص الألم بصح ما ينحيش، بصح يعاود يولي"، فالألم بقي مستمرا طيلة الـ 6 أشهر على فترات متقطعة التي نفترض أنها متقاربة نظرا لظهور الألم بمجرد القيام بأبسط حركة أو نشاط، وهو ما جعل "حميد" يشعر بأن الألم غير مسار حياته وفرض عليه واقع جديد ومؤلم قائلا: "بدلي حياتي كل شي، بدلي عقليتي" "ياسر حوايج ناقصتني، فرق بين الإنسان كيفاش كان قبل أو دورك"، فالألم كان له أثر عميق وصل إلى إحداث تغيير كبير طغى على سلوك المفحوص وحتى على شخصيته "السطر بدلي حياتي بدلي كل شي بدلي عقليتي"، فأصبح هناك إنقسام لحياة الشخص إلى فترتين، فترة ما قبل الألم و فترة ما بعد الألم، التي تعد بمثابة تغيير مس كل جوانب حياته اليومية وسلوكاته المعتادة كالعمل والنشاطات اليومية وكذا علاقاته الإجتماعية بداية من علاقته مع أفراد أسرته وصولا إلى علاقته مع أفراد المحيط الخارجي، حيث يقول: "تبدل كل شيء بالنسبة ليا تبدل كل شيء، أنا كنت لاباس عليا بصحتي كنت ندير الرياضة نسوق، عندي 32 سنة نسوق ما درتش حادث وليت ما نقدرش نخرج باه نقصر مع صحابي، ثاني حاجة كي نحب نخرج نروح للسوق ولا حاجة ما نقدرش ما نقدرش نسوق الطوموبيل تاعي هذ الحوايج كامل وليت ما نقدرش نديرهم، حتى الخدمة ما نقدرش نزيد نخدم" وعن أسرته يقول "ولادي يستحملوني ما كانش مفر أنا نحس روعي وليت مآثر عليهم كي وليت نتقلق، بكري كنا نضحكو نلعبو ضورك وليت نتقلق" حيث تظهر مشاعر الذنب من خلال شعور "حميد" بالذنب إتجاه أسرته التي لم يعد قادر على تحمل مسؤوليتها بل بالعكس شعوره بأنه أصبح يشكل عبئا على أسرته، إضافة إلى عدم قدرته على الحفاظ على علاقته مع رفاقه بسبب عجزه عن الخروج معهم و مرافقتهم، إذا كلها تصريحات تظهر ثقل المعاناة التي تسبب فيها الألم كتأثيره على الحياة الاجتماعية للمفحوص فأصبح يشعر و كأنه مرفوض و أنه لم يعد ينتمي للمجتمع الذي كان ينتمي إليه سابقا، و من جهة أخرى نلاحظ أن العلاقات الاجتماعية لـ "حميد" لم تساعده كثيرا خاصة في مرحلة مرضه، حيث نلتمس حاجته إلى السند و الدعم المعنوي من طرف الآخرين، فبالرغم من حديثه عن الإهتمام الذي أحاطه به أفراد أسرته بعد تعرضه للحادث "جاو خويا او ختي للدار عندي كي برت الحادث، جاو طلو عليا او سقساو الحق خاوتي حنان يسقسو يطل واو علاقتنا مليحة"، و كذا قيام زملائه في العمل بزيارته "كي برت الحادث او جيت من وهرن جاو الخدمة الي معايا لمو بعضاهم او جاوني، حتى المدير جاني للدار كثر خيرهم"، إلا أن "حميد" في حاجة إلى الإهتمام الدائم نظرا لإستمرار معاناته و ما ترتب عنها من حاجة للدعم المعنوي و المادي، هذه العلاقات التي نفترض أنها ستكون المتنافس الذي يخفف عليه و يخرج من حالة العزلة التي أصبح يعيشها، إضافة إلى ذلك الإعاقة التي تسبب فيها الألم حيث منعه من مواصلة مهنته كسائق خاصة أنه بعد إنتهاء عطلته المرضية سيضطر عندها إلى العودة

للإلتحاق بعمله - بقرار من طبيب مصلحة التأمينات التي تلزمه بالعودة الى العمل بعد الشفاء من الإصابة إلا أن إختفاء الألم غير مرهون بشفاء الإصابة (الكسر على مستوى الفقرات) - لكن مع إستمرار هذه الآلام فهو يجد صعوبة في العودة للعمل "كي بقعدلي الألم هكذا او بقولي الطبيب ارجع لخدمتك كيفاه ندير... هذي ماثرة عليا بزاف"، إضافة إلى عجزه عن ممارسة أبسط النشاطات المعتادة كسياقة سيارته، وذهابه إلى السوق، و بالتالي يبدو الأثر الواسع للألم و الذي شمل كل جوانب حياة المفحوص دون إستثناء، ولهذا أصبح "حميد" شخص يميل للعزلة كثير القلق "تقعد وحداني، دايمًا وحداني، اتعزلت عالعالم الخارجي عايش مع روجي" وهو ما غير من نظرتة لحياته فأصبح لا يجد ما يحفزه للعيش، ينظر إلى حياته بنظرة سوداوية ويقول: "معيشة مرة أو خلاص"، "السطر بقعد معاك حتى تموت، مآثر عليا بزاف"، كما تعبر كلمات المفحوص في مضمونها عن مشاعر الفقدان "السطر روجلي بزاف حوايج نحس بيه نقصلي النص، نقصت الصحة تاعى راحت"، "النص تاع حياتي راح فيها"، فقدان لمواضيع مهمة في حياة المفحوص كالعلاقات الإجتماعية، الصحة، كلها جعلته يدخل في حالة إكتئاب نتيجة فقدانه لموضوع الحب، كما تتضمن كلماته تعبير عن الموت الذي ظهر هنا بمفهومه الرمزي ف "حميد" لم يذكر الموت بشكل صريح لكننا نجده حاضرا ضمنيا من خلال الكثير من الكلمات و الجمل من مثل قوله: "قضات عليا"، "الصحة تاعى راحت"، "نحس بيه نقصلي النص، روجلي بزاف نقصت نقصت"، "كي شغل الإنسان ميت حي".

كما يقول "حميد" أن حياته الجنسية هي الأخرى تأثرت كثيرا، ففي الأشهر الأولى لظهور الألم يقول أنه فقد الرغبة الجنسية كليا "نقصت بزاف، في البداية راحت ما كانتش خلاص"، إلا أنه أصبح يشعر بتحسن بسيط في الفترة الأخيرة "مؤخرا بدأت تتحسن"، كما يقول أن زوجته امرأة متفهمة كانت بمثابة السند المعنوي الذي ساعده على تخطي المراحل الصعبة للمرض "وقفت معايا، كنت متعذب في السيطار كي جاتني الزوجة نتاعي النص تاع المرض راح، هزت عليا الثقل".

أما عن الحياة الحموية فنجد أنها تعبر عن ميول ورغبات المفحوص الكامنة والتي تدور حول التخلص من الألم والمرض والعودة إلى الحالة السابقة حيث يقول "حميد": "نشوف روجي أنوض ونروح نصلي في المسجد لابس عليا ما كانش سطر"، "نشوف روجي نمشي بريت من هذاك المرض ما كاين لا ألم لا والو".

فيما يخص حياته المستقبلية فنجد أن المفحوص كثيرا ما يفكر في مآل حالته ويتساءل حول مستقبله بخوف كبير، خوف من إستمرار هذا الألم وإستمرار المعاناة "مخوفني هذ السطر لا يبقى دايمًا يآثر على حياتي كاملة"، "مخوفني بزاف من عرف لا يروح ولا يكمل معايا هذي ألي مازالت خايف منها" "ساعات نتوسوس نقول لو كان السطر هذا يبقى معاك طول حياتك"، "ما عندي لا حياة لا مستقبل لا والو".

يبدو من خلال كلام "حميد" أن الألم لم يفرض ثقله وأثره السلبي (حسب المفحوص) على حياته الحاضرة فقط وإنما تعداه إلى الحياة المستقبلية التي تبدو غير واضحة ومحاطة بالكثير من الخوف التساؤل و الغموض، فالمفحوص يتساءل بإستمرار حول إمكانية عودته إلى حالته السابقة إضافة إلى مخاوفه المسيطرة عليه حول إمكانية إستمرار الألم، كما يظهر لنا التهديد الذي يشكله الألم على حاضر ومستقبل المفحوص إلا أن "حميد" يبدو متفائلا بعض الشيء عندما يقول: "إذا خفف عليا ربي ننسى المرض والألم أو ننسى كل شيء شفتو"، حيث نلمس تضارب داخلي ما بين إمكانية إستمرار الألم (وهو الواقع) وإمكانية الشفاء منه كليا (رغبة المفحوص) "نخمم على السطر لا يآثرلي على حياتي على العمل تاعى، نتمنى نبري أو ننسى".

• خلاصة تحليل الحالة:

إنطلاقاً من تناولنا لمحاوّر المقابلة مع حالة "حميد"، قمنا بتحليل المعطيات المتحصل عليها، وفيما يلي نقوم بعرض أهم الملاحظات التي كانت أكثر بروزاً من خلال كلام المفحوص:

* بالرغم من أن تجربة الألم هي تجربة معتادة و مألوفة من طرف المفحوص فكما يقول أنه تعرض في حياته لمعايشة ألام مختلفة، إلا أنه يقيّمها على أنها كانت عادية بمعنى أنه إستطاع تحملها مقارنة بهذا الألم الذي يعانیه في الفترة الحالية، فيصفه بأنه ألم جديد لم يعرفه من قبل في حياته السابقة إضافة إلى إتصافه بعنصر المفاجأة والتهديد الذين فرضا على المفحوص منذ ظهوره، فبالرغم من أن شدته قد إنخفضت بالمقارنة مع بداية ظهورها، إلا أنه مازل يحمل في مضمونه مفهوم العنف حيث يبدو على المفحوص مشاعر عدم الأمن و عدم قدرته على مواجهة هذه الآلام في كل مرة تعاود فيها الظهور بالرغم من تعوده على تكرارها إلا أنه يعيشها في كل مرة بخوف و إنزعاج كبيرين، كما نلمس إشارته إلى وضعية العجز وعدم القدرة على الهروب من هذا الواقع (واقع الألم) الذي يبدو صعب الإحتمال و هو ما يضع المفحوص في حالة من السلبية و الهشاشة، فتجربة الألم تثير توتر وقلق في الحياة النفسية يتسبب في مشاعر الإنزعاج و الألم (Déplaisir) التي تدفع بالشخص إلى القيام بمحاولات مستمرة بحثاً عن تخفيف الألم إن لم نقل التخلص منه نهائياً، وهو ما يظهر من خلال سلوكيات المفحوص كالخضوع لجلسات العلاج الطبيعي، و الإلتزام بمواعيد الطبيب و بالوصفات الطبية و حتى البحث عن طرق أخرى مخففة للألم مهما كانت سبل الوصول إليها، طبعاً إضافة إلى إعتدالم المفحوص للميكانيزمات النفسية المساعدة إلا أنه ومن خلال كلامه خلال المقابلة لم يظهر تنوع في إستخدام هذه الآليات، حيث يكون الأنا في حالة تثبيط مع فقدانه لوظائفه المعتادة كالتحكم و تسيير عملية الإتصال مع الواقع، كما تصبح إهتمامات الأنا محدودة في المنطقة المصابة (مصدر الألم).

* فيما يتعلق بالحياة العلائقية لاحظنا فقر في إستثمار العلاقة مع الأشخاص الآخرين، مع إستثمار جزئي للعلاقة مع الزوجة والأبناء (خلافاً لما كانت عليه حياة المفحوص قبل إصابته بالمرض) الذين كان لهما دور السند و الحماية في حياة المفحوص، فمن المهم الإشارة على حالة العزلة التي بات يعاني منها المفحوص، حيث نجد أنه أكد من خلال الكثير من كلامه أثناء المقابلات على إنسحابه من مجتمعه و ميله إلى البقاء وحيداً، لان آلامه الشديدة إمتصت إهتمامه بعالمه الخارجي و هو ما نعبر عنه بعملية سحب الإستثمارات من المواضيع الخارجية و تركيزها حول الموضوع النرجسي (الذات) بهدف المعالجة النفسية للمنطقة المؤلمة، إلا أن حالة الوحدة و العزلة هذه جعلت المفحوص يشعر بفقدانه لمكانته الإجتماعية و هو ما يزيد من معاناته، حيث يشعر بالحاجة إلى الإبتعاد عن الآخرين و الإهتمام بنفسه لكنه في نفس الوقت يشعر بالحاجة إلى إنتمائه إلى مجتمعه للمحافظة على مكانته و الشعور بالأمن و الدعم.

* أما العلاقة مع الفاحصة فقد تميزت بتحويل إيجابي (Transfert positif) كان واضحاً من خلال سلوكيات المفحوص إتجاه وضعية الفحص، كالإنضباط إتجاه مواعيد المقابلات، ما ساعد على إستثماره لهذه العلاقة التي إلتمسنا وقعها الإيجابي على المفحوص الذي أبدى حاجته إلى التعبير عن معاناته بحثاً عن الدعم و التفهم، حيث يبدو لنا أثر الألم المزمن على الحياة العلائقية للمفحوص الذي فقد إهتمامه بالعالم الخارجي إضافة إلى فقدان القدرة على الحب و بناء علاقات جديدة، فهناك نشاط لإعادة الإستثمار من جديد (Reinvestment) و العمل على محاولة تمثيل (Representation) المنطقة المصابة (منطقة أسفل الظهر) على مستوى الجسم. إذا هناك فقدان للإهتمام بالأشياء التي تنتمي للعالم الخارجي و ذلك بسحب الإهتمام الليبدي من مواضيع الحب بمعنى سحب الإستثمارات الليبديّة و توجيهها نحو الأنا

(Le moi)، إلا أنه يتم إعادة توزيعها بعد الشفاء من هذه الآلام و هذا ما يظهر من كلام المفحوص عندما يقول أنه يشعر بنوع من التحسن في الفترة الأخيرة بالمقارنة مع فترة بداية ظهور المرض الذي تميز بالآلام شديدة غير محتملة، إضافة إلى إشارته إلى عودته إلى ممارسة بعض النشاطات اليومية (بالرغم من قتلها) كمشاهدة التلفاز والجلوس مع زوجته وأبنائه لبعض الوقت، وكذا الخروج مع بعض الأصدقاء وخاصة إستثماره للعلاقة مع الفاحصة و الذي يمكن أن نعيده إلى إعتبار المفحوص لهذه العلاقة كأحد المواضيع المرتبطة بمعاناته مع الألم خاصة إذا ما أخذنا بعين الإعتبار الإطار (إنجاز بحث علمي) الذي تم فيه اللقاء مع المفحوص، و هو إطار يرتبط بشكل مباشر بمعاناته الحاضرة إلا أنه في نفس الوقت لم يأخذ طابع التكفل النفسي (نظرا لضرورة إحترامنا لخطوات دراستنا)، حيث نلاحظ أن المفحوص كان يخصص يوما كاملا لزيارة مكتب الفحص النفسي و ذلك بإلغائه لكل مشاريعه للتفرغ التام، فإهتماماته تصبح محصورة بكل ما يتعلق بالألم (كممارسة حصص العلاج الطبيعي، زيارة المختصة النفسية، زيارة الطبيب) في محاولة للوصول إلى التخفيف من هذه الآلام.

* من المهم الإشارة إلى أنه وبالرغم من إنقضاء فترة 6 أشهر من معاناته مع الألم لم يتوصل المفحوص بعد إلى فهم هذه المعاناة (الألم) أو إعطائها معنى واضح، حيث يبدو الألم بمثابة كيان أو شيء غريب إلا أننا نلاحظ في نفس الوقت محاولة المفحوص التعرف على هذه الهوية الجديدة و إعطائها معنى و هو ما يبدو من خلال وصفه للألم ببعض الكلمات التي كانت محدودة (قطعة من النار، سكاكين) حتى أن المفحوص لم يستطع التعمق في معنى هذه الكلمات و مدى ارتباطها بألمه فهي محاولة لتوفير بعض الإطمئنان و الراحة و الهروب من إمكانية أو احتمال مواجهته لواقع يجله ويخافه، وهو ما كان ظاهرا من خلال سلوكيات التجنب، الترقب، والحذر التي أصبحت تغطي على حياة المفحوص بهدف تجنب معاودة معايشة هذه الآلام خاصة مع وجود إعتقاد راسخ وأكد لدى المفحوص حول إمكانية معاودتها في أي لحظة عند قيامه ببذل أبسط مجهود بدني (كالمشي، الوقوف، الجلوس).

* أما بالنسبة لعلاقة المفحوص مع جسمه بعد ظهور الألم فنلمس أن هناك علاقة يشوبها التشوه والفراغ من الإستثمار الهوامي لهذا الجسم الذي أصبح مصدرا للألم والمعاناة، فيبدو من خلال كلام المفحوص أن جسمه لم يعد موضوعا للإستثمار، خاصة بعد إكتشافه لعدم قدرته على إستعماله أو الإعتماد عليه كما من قبل (قبل ظهور الألم)، و هذا ما يجعلنا نلمس الأثر العميق و العنف الذي أحدثه الألم على مستوى الجسم كبنية عضوية تمثل جدار حماية و صاد للإثارات الحسية الخارجية، وهو ما وضع المفحوص في موقف تهديد و شعور بالخطر حيث يعد الجسم بمثابة جدار دفاعي أول.

* فيما يخص الحياة الحلمية للمفحوص نلاحظ قدرته على إستحضار أحلامه و هنا تبدو فعالية منطقة ما قبل الشعور، وتدور أحلامه بشكل كبير (من خلال محتواها الظاهر) حول فكرة شفاءه من المرض و العودة إلى حالته السابقة (قبل الإصابة بالمرض)، حيث يلعب الحلم هنا دور التفريغ وتحقيق الرغبات المكبوتة، و هو شيء يقيم بالإيجابي، كما يمكننا القول أن عمل الحلم (Le travail de rêve) ناجح إلى حد ما.

* في حديث المفحوص عن حياته ومشاريعه المستقبلية يظهر ميل متضارب ما بين الخوف من إمكانية إستمرار الألم وعدم شفاءه من جهة، والتفاؤل الذي يبدو من خلال إفصاحه عن رغبته في الشفاء ونسيان كل هذه الآلام، وبالتالي نلاحظ أن إستثمار النشاط التخيلي للمستقبل قد تركز حول موضوع المرض (الألم) والشفاء منه مع عدم التطرق إلى مواضيع أخرى من مثل العلاقات أو إهتمامات أخرى، وبالتالي نستطيع أن نلمس البعد الزمني الذي يشغله الألم كتجربة ممتدة تشغل الفضاء الزمني والمكاني، وهو ما

يظهر بوضوح من خلال إرتباط المفحوص بالماضي وبالحدث المتسبب في الإصابة بالمرض مع الرغبة الملحة في روايته وتذكره لكل تفاصيله مما يدل على رسوخه ومدى أهميته بالنسبة للمفحوص، هذه الأهمية التي تتمثل فيما جلبه هذا الحدث من معاناة وألم، أما على مستوى الحاضر فنجد الواقع الجديد الذي فرضه الألم على الحياة اليومية للمفحوص إضافة إلى عدم قدرته على التعامل مع هذا الواقع الذي يضعه في وضعية هشاشة و عجز، و أخيراً عدم قدرته على إستثمار الحياة المستقبلية التي تبدو مرتبطة بشكل أو بآخر بالألم و بإمكانية إستمراره أو إختفائه.

• نتيجة:

إنطلاقاً من ما سبق التوصل إليه من تحليل حالة المفحوص "حميد" نستطيع القول أن معاشه لألمه يعبر عن معاش صدمي بالنظر إلى حالة المفاجأة و العنف التي وجد نفسه فيها، حيث عانى من ألام شديدة إستمرت لفترة طويلة خلفت وراءها مشاعر العجز و التدهور، إلا أن تناقص شدة الألم لاحقاً أي في الفترة الأخيرة ساعد بعض الشيء على شعور "حميد" بنوع من التحسن بالمقارنة مع فترة بداية المرض، لكنه لا يزال إلى يومنا هذا يعاني من الأثر العميق لهذه الألام التي غيرت مسار حياته نحو الأسوأ.

2.1.II. تحليل بروتوكول إختبار تفهم الموضوع (TAT):

الزمن الكلي للإختبار: 13د و 38 ثا

اللوحة 1

"11 وش راه يدير ولا وش راه ؟ (سؤال الفاحصة) (CC2) (الفاحصة: وش راك تشوف انت) (CP5) القصة الي صايرا فيها ولا كيفاش ؟ (CC2) (الفاحصة: القصة الي تقدر تتخيلها) (CP5) نشوف فيه يتيليفونني (E4/CP3) تبنالي (A2-3) راه يتيليفونني (A2-8) (بيتسم المفحوص) (CC1) هذا normalement (CF4) راه يتيليفونني هذا راه يتيليفونني (A2-8) كاش ما عندو واحد ولا الدار تاعو (B1-2) ولا هذا هوا راه يتيليفونني (A2-8) هذا تليفون برك (E4) ... (CP1) عندو تليفون راه يتيليفونني (E10) هذي ما عرفتهاش (CN9) الي التحت (يشير بإصبعه إلى الكمنجة في اللوحة) (CC1) هذي هي الي في يدو (E17) بصح نقول (A2-3) ام شوفي (يشير بإصبعه إلى الكمان و يعرض اللوحة على الفاحص) (CC2/CC1) ولا يتسمى (A2-3) يتسمى (A2-8) في الموسيقى يتسمى في الكمنجة التيليفون يتصنت للموسيقى (E17) (يشير بإصبعه إلى الكمان) (CC1).

السياقات:

يبدأ المفحوص كلامه بعد زمن كمون أولي قصير حيث يتهرب من مضمون اللوحة بطرح سؤال في شكل طلب موجه للفاحصة (CC2)، بالرغم من تدخل الفاحصة (CP5)، لم ينجح في مواجهة اللوحة فيعود مرة ثانية للفاحصة (CC2)، لتوضح له الفاحصة المطلوب منه (CP5)، إلا أنه يضطرب مما يفسح المجال لإدراكات خاطئة (E4)، دون التعريف بالأشخاص (CP3)، بعدها يظهر التحكم من خلال التحفظات الكلامية (A2-3)، التي تتبع بالإجترار (A2-8)، ثم العودة إلى الإيماءات (CC1) يتم الرجوع إلى قيم خارجية (CF4)، و الإجترار (A2-8)، لينجح المفحوص في الخروج من الوضعية بظهور المرونة و ذلك بإدخال أشخاص غير موجودين في اللوحة (B1-2)، و يعود مرة أخرى للإجترار (A2-8)، و الإضطراب مما يسمح بإدراكات خاطئة (E4)، و للتهرب يلجأ إلى صمت هام أثناء السرد (CP1)، و يستمر في المواظبة على موضوع "الإتصال بالهاتف" (E10)، يتبع بنقد الذات (CN9) و يهرب مرة أخرى إلى سلوك الحركة (CC1)، لكنه يفشل و يظهر إضطراب على مستوى تركيب

الكلام (E17)، يتبع بحركة تحكمية هي التحفظ الكلامي (A2-3)، ليلجأ بعدها إلى إثارة حركية (CC1) والإستناد على الفاحصة (CC2)، لكن المفحوص يحاول العودة للرقابة من خلال التحفظات الكلامية (A2-3)، تتبع بالإجترار (A2-8)، إلا أن القصة تنتهي بفشل الدفاعات التي تترك المجال لبروز السياقات الأولية في شكل إضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، المرفق بإثارة حركية (CC1).

الإشكالية:

لم يتوصل "حميد" إلى إدراك الفجاجة الوظيفية نظراً لعدم وضوح موضوع الراشد الذي جاء في شكل إدراكات خاطئة (هاتف)، نلاحظ أن "حميد" لم يستطع بناء قصة بسبب الكف الشديد الذي سيطر على الإنتاج، وبذلك لم يتوصل إلى إدراك إشكالية اللوحة.

اللوحة 2

"8 هذا (CP3) راه يحرث (CF1) (يضع المفحوص يده على رأسه) (CC1) الحرث هذا (CF1) راه يحرث (A2-8) في المزرعة تاعو يقلب في الأرض (CF3) او هذي ممكن (A2-3) كانت مهندسة زراعية (CM2+) كانت عنده (يشير بإصبعه إلى الفتاة و يعرض اللوحة على الفاحص) (CC1/CC2) كانت تعطيه في معلومة (A2-10/B2-3) او هذي الزوجة تاعو (B2-3) ممكن (A2-3) الزوجة تاعو ممكن (A2-8) تنتفرج فيه (B2-10) (يشير بإصبعه إلى المرأة في اللوحة) (CC1) او هذا المنزل تاعو المزرعة تاعو (A2-1) قدام (CN6) المنزل تاعو (A2-8) (يشير بإصبعه إلى المزرعة و يعرض اللوحة على الفاحص) (CC1/CC2) هذا وش راني نشوف خلاص. (CP4/A2-15)

السياقات:

بعد زمن كمون أولي قصير يبدأ المفحوص القصة بعدم التعريف بالأشخاص (CP3)، و التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، ثم يلجأ إلى الحركة (CC1)، ليتم التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) الذي يتبع بالإجترار (A2-8)، ليعود إلى التأكيد على القيام بالفعل (يقلب) (CF3)، و يتبع بحركة تحكمية من خلال التحفظ الكلامي (A2-3)، مع مثلثة إيجابية للموضوع (CM2+)، بعدها يلجأ المفحوص إلى الحركة (CC1)، و الطلبات التي توجه للفاحصة (CC2)، للعودة لسياقات الرقابة و عناصر من نمط التكوين العكسي (تعطيه) (A2-10)، التي تسهل المرور إلى المرونة من خلال التأكيد على العلاقات ما بين الأشخاص (B2-3)، ثم محاولة التحكم في شكل تحفظ كلامي (A2-3) تتبع بالإجترار (A2-8) بعدها تأتي حركة مرنة بالتمسك بالتفاصيل النرجسية ذات القيمة العلائقية (B2-10)، يتهرب منها بالحركة (CC1)، و عودة التحكم فيظهر الوصف مع التعلق بالتفاصيل (A2-1)، يعقبه التأكيد على رصد الحدود و الأطر (CN6)، ثم الإجترار (A2-8)، بعده مباشرة اللجوء إلى الحركة (CC1) والإستناد على الفاحصة (CC2)، والقصة كلها مبتذلة دون طابع شخصي (CP4)، مع العزل ما بين شخصية المرأة و الفتاة (A2-15).

الإشكالية:

بالرغم من سيطرة أساليب الكف الخوافي تم التعرف على الفروق ما بين الجنسين وما بين الأجيال، إلا أن "حميد" تفادى التطرق للعلاقة الأوديبية، حيث عبر عن علاقة الفتاة مع الرجل بشكل مثلثة إيجابية للموضوع، كما عمل على العزل ما بين الرجل والمرأة بالرغم من التعريف بهما كزوج وزوجة (الزوجة تاعو)، لكنه سرعان ما يتهرب من هذا التقارب بظهور الكف وكذا الوصف والتعلق بتفاصيل اللوحة الشيء الذي منع من إرصان الإشكالية.

اللوحة 3BM

"12 هذي ممكن (A2-3) في الكوزينة تكون طاحت (E6/CP3) (يشير بإصبعه إلى الشخص و يعرض اللوحة على الفاحص) (CC1/CC2) تعثرت (CF3) (المفحوص يضرب رجله على الأرض) (CC1) او طاحت (A2-8) او هناك هوا راها تتألم تضربت (E6/CN1) او عندها الم راها تتألم (A2-8) (E1/CP2) .(8)

السياقات:

بعد زمن كمون أولي قصير يظهر التحكم في شكل تحفظ كلامي (A2-3)، يتبع بتدهور الكلام من خلال إدراك مواضيع محطمة منهارة (E6)، لكن دون التعريف بالأشخاص (CP3)، ثم اللجوء إلى إثارة حركية (CC1)، و الطلبات التي توجه للفاحصة (CC2)، مع التأكيد على القيام بالفعل (CF3) و الرجوع إلى الحركة (CC1)، يليها الإجتار (A2-8)، الذي يفسح المجال أمام السياقات الأولية بإدراك مواضيع مفككة (الألم، تضربت) (E6)، تتضمن التأكيد على ما هو مشعور به ذاتيا (CN1) يليه الإجتار (A2-8)، لينهي المفحوص قصته دون إدراك مواضيع ظاهرة (الشيء الموضوع على الأرض) (E1)، مع ميل عام للإختصار (CP2).

الإشكالية:

تم تناول الإشكالية الإكتئابية، إلا أن سيطرة الكف جعل القصة تميل إلى الإختصار فجاءت مبتذلة دون تحديد الصراع الذي تدور حوله اللوحة.

اللوحة 4

"17 ... (CP1) والله (يقولها بصوت خافت جدا) ممكن (A2-3) مخمور (B2-8/CP3) (يضع المفحوص يده على خده و يعرض الصورة على الفاحصة) (CC1/CC2) الزوجة تاعو (B2-3) تشد فيه ولا تدخل فيه ولا ولا عندو الم مريض (A2-6/CM1/E6) عندو الم (A2-8) ثاني شاداتو المرا تاعو بش تخرجو ولا تدخلو (B2-7/CF3/CM1) (يحرك المفحوص يده) (CC1) .(CP4)

السياقات:

بعد زمن كمون أولي طويل (CP1)، نجد التحكم من خلال التحفظ الكلامي (A2-3)، يتبع بحركة مرنة يتم من خلالها تقديم تعليق (مخمور) (B2-8)، يكون مبني للمجهول (CP3)، يلجأ بعده المفحوص إلى الحركة (CC1)، إضافة للطلبات التي توجه للفاحصة (CC2)، ثم عودته للمرونة بالتأكيد على العلاقات ما بين الأشخاص (B2-3)، مع التردد ما بين تفسيرات مختلفة (A2-6) تتضمن إفراط الإستثمار في وظيفة إسناد الموضوع (CM1)، و إدراك مواضيع مفككة (مريض) (E6)، الذي يتبع مباشرة بالإجتار (A2-8)، لينتقل إلى المرونة من خلال الذهاب و الإياب ما بين رغبات متناقضة (B2-7)، مع التأكيد على القيام بالفعل (CF3) (شاداتو)، و إفراط الإستثمار في وظيفة إسناد الموضوع (CM1)، و تنتهي القصة بظهور الحركة (CC1)، لتبقى الصراعات دون مخرج (CP4).

الإشكالية:

بعد التعريف بشخصيات اللوحة في إطار علاقة زوجية يتم التأكيد على الحنان والرعاية من طرف الزوجة، إلا أن سيطرة سياقات الكف والرقابة حالت دون إرسان الصراع.

اللوحة 5

"16 ... (CP1) (كلام بصوت خافت جدا غير مفهوم) (E17) او هذي ممكن (A2-3) جات جارتها ولا جيرانها (B1-2/B2-3) طبطبت ما حلوش ليها الباب (A2-11/CP3) حلت الباب طللت (CF1) ما كان حتى واحد (A2-11) طللت على الدار (CF1) ما لقات فيها حتى واحد (A2-8) ممكن (A2-3) (يحرك المفحوص يده و يعرض الصورة على الفاحصة) (CC1/CC2). (CP2)

السياقات:

بعد زمن كمون أولي طويل (CP1)، يضطرب المفحوص أمام محتويات اللوحة فيحدث اضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، و إنطلاقاً من التحفظات الكلامية (A2-3)، يتم إدخال لأشخاص غير موجودين في اللوحة (B1-2)، مع التأكيد على العلاقات ما بين الأشخاص (B2-3)، ليلجأ بعده المفحوص إلى الإنكار (A2-11)، الذي يبنى لمجهول (ما حلوش) (CP3)، مع التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، و عودة للإنكار (A2-11)، تتبع بالتهرب و التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) و إنطلاقاً من الإجتراح (A2-8)، يظهر التحفظ الكلامي (A2-3)، و في محاولة للتهرب يلجأ المفحوص مباشرة إلى إثارة حركية (CC1)، والإستناد على الفاحصة (CC2)، و القصة ككل تميل للإختصار (CP2).

الإشكالية:

حاول "حميد" تجنب المحتوى الكامن للوحة وذلك بعد اضطرابه الواضح، حيث ظهر الكف من خلال الصمت في بداية القصة وكذا اضطراب على مستوى تركيب الكلام، وبالرغم من محاولته القيام بحركة مرنة إلا أنه سرعان ما يلجأ إلى التمسك بالمحتوى الظاهري للوحة، وبالتالي لم يتوصل إلى مقارنة الإشكالية خاصة مع ظهور الميل العام إلى الإختصار.

اللوحة 6BM

"12 هذا ممكن (A2-3) هو (CP3) و الوالدة نتاعو (B2-3) (يحرك المفحوص يده) (CC1) رايعين للسبيطار او رايعين ادارة من الإدارات داخلين ليها (CF2/B2-12). (CP2)

السياقات:

إنطلاقاً من زمن كمون أولي قصير يبدي المفحوص نوع من التحكم من خلال التحفظ الكلامي (A2-3)، و عدم التعريف بالأشخاص (CP3)، تظهر المرونة بالتأكيد على العلاقات ما بين الأشخاص (B2-3)، ليتهرب المفحوص و يبدي إثارة حركية (CC1)، ثم التأكيد على ما هو يومي (CF2)، بوجود مواضيع من نوع الذهاب (B2-12)، و القصة تميل للإختصار (CP2).

الإشكالية:

لقد تم توضيح الفروق بين الجنسين وكذا بين الأجيال من خلال التأكيد على نوع العلاقة (أم - ابن) وبالتالي إدراكه للإشكالية التي تدور حول الإقتراب الأمومي، إلا أن "حميد" سرعان ما يتهرب من اللوحة بالتأكيد على ما هو يومي لتجنب حالة القلق التي تعرضها الإحياءات الباطنية للوحة، كما تظهر سياقات الكف من خلال الميل إلى الإختصار فلا يتم التعرف على الصراع.

اللوحة 7BM

"16 ... (CP1) هذا ممكن (A2-3) في اجتماع الفوتو هذي (CN8) في اجتماع (A2-8) (يشير المفحوص إلى اللوحة بيده و يعرضها على الفاحصة) (CC1/CC2) او هذي فوتو مولاها مريض عندو الم (CN8/E6/CP3) (يشير المفحوص بإصبعه إلى احد الشخصيات في اللوحة) (CC1) او هذا يكون في اجتماع او في مكتب من المكاتب (CN6) تاع (E17) عندك الـ deuxième (A2-5) هذا (CP3) ممكن (A2-3) عندو الم يتألم (A2-8/A2-15) (يشير المفحوص بصبعه الى الشخصية الثانية في اللوحة) (CC1). (E10/CP2).

السياقات:

يتسبب الكف في زمن كمون أولي طويل (CP1)، تظهر بعده حركة تحكيمية من خلال التحفظ الكلامي (A2-3)، ثم نسج قصة على شكل لوحة فنية (CN8)، يعقبه الإجتراح (A2-8)، ليتهرب المفحوص مباشرة بالإثارة الحركية (CC1)، و الطلبات التي توجه للفاحصة (CC2)، يتبع بنسج قصة على منوال لوحة فنية (CN8)، تتضمن إدراك مواضيع مفككة (ألم) (E6)، دون التعريف بالأشخاص (CP3) و اللجوء مرة ثانية للحركة (CC1)، و يتم التأكيد على رصد الحدود و الأطر (CN6) ليفسح المجال أمام حدوث إضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، لينجح المفحوص في العودة للرقابة من خلال تقديم تدقيقات رقمية (deuxième) (A2-5)، مع عدم التعريف بالأشخاص (CP3) الذي تعقبه حركة تحكيمية في شكل تحفظ كلامي (A2-3)، يليها الإجتراح (A2-8)، مع عزل الأشخاص (A2-15)، ثم العودة إلى الحركة (CC1)، و الإستمرار في المواظبة على موضوع المرض و الألم (E10)، و القصة ككل تميل إلى الإختصار (CP2).

الإشكالية:

وجد "حميد" صعوبة في إستحضار الهومات، فتمسك بالمحتوى الظاهري بنسج قصة على منوال لوحة فنية، ونظرا لسيطرة سياقات الكف لم يتوصل إلى إدراك إشكالية التقارب (أب - ابن) بل عمل على العزل ما بين الأشخاص وعدم التعريف بهم، وبالتالي عدم تناول الصراع.

اللوحة 8BM

"21 ... (CP1) (ينزع المفحوص نظارته و يدقق في اللوحة) (CC1) هذا يكون (A2-3) حادث (B2-13) (يعرض اللوحة على الفاحصة) (CC1) او يديرو في الإسعافات الأولية (A2-10/CP3) للسيد هذاك (CP3/B2-3) الي راه ام (E17) إسعافات اولية (A2-8) يعملو فيها (CF3) ليه باش نحاولو في المثال القمجة ولا التريكو باه ينحوها عليه (E17) (يشير بيده إلى اللوحة) (CC1). (E1/CP2)

السياقات:

إنطلاقا من زمن كمون أولي طويل (CP1)، يتهرب المفحوص بظهور إثارة حركية (CC1) و إنطلاقا من التحفظ الكلامي (A2-3)، ينجح بعدها في إبداء حركة مرنة بوجود موضوع الخوف في سياق درامي (حادث) (B2-13)، يتبع بعودة لسلوك الحركة (CC1)، ثم تبرز عناصر من نمط التكوين العكسي (الإسعافات الأولية) (A2-10)، مع عدم التعريف بالأشخاص (CP3) (يديرو) و يواصل تهربه بعدم التعريف بالأشخاص (هذاك)، مع التأكيد على العلاقات ما بين الأشخاص (B2-3)، ليفشل فيحدث إضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، و إنطلاقا من الإجتراح (A2-8)، يتم التأكيد على القيام

بالفعل (CF3)، لتبرز السياقات الأولية ثانية بإضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، يخرج منها المفحوص بالعودة للحركة (CC1)، لتنتهي القصة دون إدراك مواضيع ظاهرة (البندقية) (E1)، مع ميل عام للإختصار (CP2).

الإشكالية:

لقد إصطدم "حميد" باللوحة، فبعد الكف الشديد حاول التخرج من الوضعية بحركة مرنة إلا أن ذلك لم يساعده كثيراً، وبالتالي لم يتعرض للإستنارات الكامنة للوحة وتفادى الصراع الأوديبى بعدم التعريف بالأشخاص، كما أن الكف منعه من إدراك أشياء ظاهرة (الطفل، البندقية) وحال دون تطوير الإنتاج ولهذا لم يتم إرسان الإشكالية المتمثلة في العدوانية إتجاه الصورة الأبوية.

اللوحة 10

"16 ... (CP1) (يحرك اللوحة) (CC1) هذا إنسان مريض إنسان عندو الم (E6) مريض (A2-8) (يحرك المفحوص يده) (CC1) او هذي ممكن ممكن (A2-8/A2-3) هنا مريض او هنا ميت (E11/E6/E9) (يشير إلى الشخصيات في اللوحة) (CC1) تصويرة يكون ميت او تصويرة يكون مريض (A2-8) (يتحرك المفحوص فوق الكرسي) (CC1). (B1-1/E10)

السياقات:

كالعادة بعد زمن كمون أولي طويل (CP1)، لم ينجح المفحوص في التغلب على الكف فيلجأ إلى إثارة حركية (CC1)، تقشل و تفتح المجال أمام إدراك مواضيع مفككة (مريض، ألم) (E6)، يتبع بالعودة للرقابة من خلال الإجتارار (A2-8)، ثم تأتي الحركة (CC1)، و ثانياً الإجتارار (A2-8)، في شكل تحفظات كلامية (A2-3)، لتقشل دفاعات المفحوص و يظهر الخلط بين الهويات (E11)، الذي ينطوي على إدراك مواضيع مفككة (المرض) (E6)، و التعبير عن تصورات كثيفة مرتبطة بإشكالية الموت (E9)، ليتهرب المفحوص بظهور الحركة (CC1)، و العودة للإجتارار (A2-8)، ليلجأ لإثارة حركية (CC1)، و تبدو القصة منسوجة حول رغبة شخصية (B1-1)، من خلال المواظبة على موضوع المرض و الألم (E10).

الإشكالية:

عند تناول "حميد" للوحة ظهر الكف الشديد الذي عقبه ظهور مكثف للسياقات الأولية في شكل تعبير عن مواضيع محطمة ومواضيع الموت، كما ظهر الخلط ما بين الهويات، وبالتالي نجد أن الهوامات الكاسحة شوهدت الإنتاج وساعدت على إعاقة إدراك "حميد" لإشكالية اللوحة.

اللوحة 11

"19 ... (CP1) (ينزع النظارة و يدقق النظر في اللوحة) (CC1) هذي تصويرة تاع ناس بدو فوق العواد (CN8/E4) او فوق الـ (E17) (يشير المفحوص إلى اللوحة بإصبعه) (CC1) ماشيين قاطعين في الجبل (CF2). (E1/CP4/CP2)

السياقات:

بعد زمن كمون أولي طويل (CP1)، يلجأ المفحوص إلى الحركة (CC1)، لينسج قصة على منوال لوحة فنية (CN8)، تضم ظهور إدراكات خاطئة (E4)، و تستمر حالة الارتباك ليحدث إضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، يهرب منه المفحوص بسلوك الحركة (CC1)، ثم التأكيد على ما هو يومي

(CF2)، و تنتهي القصة مع التعنيم على مواضيع ظاهرة (الحيوان) (E1)، مع وجود إبتدال (CP4) و ميل إلى الإختصار (CP2).

الإشكالية:

سيطر الكف على إستجابات "حميد" للوحة مما منعه من إدراك إستثاراتها بل تهرب منها إلى التعبير عن ما هو يومي بظهور إدراكات خاطئة، وبالتالي لم يتمكن من النكوص إلى مستوى أكثر بدائية وبقي بعيد عن تناول الإشكالية ما قبل تناسلية.

اللوحة 12BG

"16 ... (CP1) هنا حديقة (CF1) الصورة تاع حديقة (CN8/A2-8) ممكن (A2-3) هذا كيس تاع بوبيل (E4/A2-16) (يشير بإصبعه إلى اللوحة) (CC1) ممكن (A2-3) فيه هذا ما (E17). (CP2)

السياقات:

كعادته يبدأ المفحوص كلامه بعد زمن كمون أولي طويل (CP1)، ليتمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) الذي يتبع بنسج قصة على منوال لوحة فنية (CN8)، في شكل إجترار (A2-8)، ثم التحكم بالتحفظ الكلامي (A2-3)، لتتراخي الدفاعات وتسمح بحدوث إدراكات خاطئة (E4)، بذكر تفصيل كبير و عدم إدماجه في القصة (A2-16)، لتأتي إثارة حركية (CC1)، تعقبها حركة تحكمية في شكل تحفظات كلامية (A2-3)، تفشل و يظهر في النهاية إضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17) و القصة ككل جاءت مختصرة (CP2).

الإشكالية:

نظرا لسيطرة أساليب الكف والرقابة الشديدة لم يستطيع "حميد" التعبير عن الإشكالية التي تتمثل في التمييز ما بين العالم الداخلي والخارجي وجاءت القصة فقيرة من حيث الوجدانات والإستجابات الحسية.

اللوحة 13B

"4 هذا منزل فيه ولد في فم المنزل تاعو (A1-1/CP3) (يحرك المفحوص يده) (CC1) ولد مريح في فم المنزل (A2-8) تاعهم (B1-2/CP3) تاع الريف (A1-2) كيما نقولو حنا (CF4) الزرايب تاعهم تاع البرارك (E17) هذوك البرارك ألي يخدموهم تاع الريف (A1-2) او مريح في فم الباب (CF3) او خلاص. (CP2)

السياقات:

بعد صمت قصير يقدم المفحوص قصة منسوجة قريبة من المحتوى الظاهري (A1-1)، تبني لمجهول (CP3)، لكن سرعان ما يتهرب من اللوحة بالحركة (CC1)، التي يليها الإجتار (A2-8) لينجح في إبداء نوع من المرونة بإدخاله لأشخاص غير موجودين في اللوحة (B1-2)، دون التعريف بهم (CP3) ثم تأتي الرقابة بالرجوع إلى مصادر ثقافية (الريف) (A1-2)، تعقب بمحاولة لتجنب الصراع من خلال الرجوع إلى قيم خارجية (CF4)، تفشل و تقسح المجال أمام الدفاعات الأولية فيضطرب تركيب الكلام (E17)، يخرج المفحوص منه باللجوء للرقابة دائما بالرجوع إلى مصادر ثقافية (البرارك) (A1-2)، يليه التأكيد على القيام بالفعل (CF3)، و تنتهي القصة بميل عام إلى الإختصار (CP2).

الإشكالية:

نلاحظ ظهور مكثف لأساليب الكف إضافة إلى الرقابة مع غياب الهوامات، حيث كان هناك تسطيح وإبتدال في القصة مع بروز لسياقات أولية مما يدل على إصطدام "حميد" باللوحة وعدم قدرته على تناول إشكالية البقاء وحيدا.

اللوحة 13MF

"10 هذا على حساب (A2-3) ما نشوف تكون الزوجة تاعو (CP3/B2-3) توفاتلو في الدار (CN6) ولا مرضتلو مرض اليم (E6 /E9 /A2-6) تكون ماتت (A2-8) ممكن (A2-3) توفات (A2-8) او هو يبكي (B2-4/CM1) او هي راها حداه (CN6) متوفية ولا مريضة (A2-6) (يحرك المفحوص يده اثناء الكلام) (CC1). (CP2/E10).

السياقات:

بعد زمن كمون أولي قصير يبدأ الكلام بالتحفظ الكلامي (A2-3)، ثم المرونة و التأكيد على العلاقات ما بين الأشخاص (الزوجة تاعو) (B2-3)، دون التعريف بهم (CP3)، ثم تأتي الرقابة بالتردد ما بين تفسيرات مختلفة (A2-6)، ما بين التعبير عن تصورات كثيفة مرتبطة بإشكالية الموت (توفاتلو) (E9) تتضمن التأكيد على رصد الحدود و الأطر (CN6)، و بين إدراك مواضيع مفككة (مرض أليم) (E6) يتبع بالإجترار (A2-8)، و حركة تحكيمية بالتحفظ الكلامي (A2-3)، و دائما العودة للإجترار (A2-8) الذي يفسح المجال للمرونة من خلال التعبير عن وجدانات قوية (B2-4)، من خلال إفراط الإستثمار في وظيفة إسناد الموضوع (CM1)، مع التأكيد على رصد الحدود و الأطر (CN6)، ومرة أخرى تأتي الرقابة في شكل تردد ما بين تفسيرات مختلفة (A2-6)، يلجأ بعده المفحوص إلى الحركة (CC1)، مع وجود مواظبة على موضوع الموت و المرض (E10)، و القصة فيها ميل عام للإختصار (CP2).

الإشكالية:

بالرغم من التعريف بالعلاقة الزوجية إلا أن الهوامات الكاسحة حول موضوع الموت ومواضيع محطمة غلبت على القصة التي عبر عنها "حميد" بوجدانات قوية، كما أن الميل العام إلى الإختصار لم يفتح المجال أمامه ولهذا لم يتوصل إلى تناول إشكالية العنف والجنس ما بين الزوجين، بل ظهر عوضا عنها التعبير عن فقدان الموضوع.

اللوحة 19

"16 ... (CP1) ما (E17) ما عرفتهاش هذي (CN9) ما عرفتهاش هذي (A2-8) ما فهمت فيها والو (CN9) هذا ممكن (A2-3) واحد (B1-2/CP3) يشوف في أحلام ولا يحلم (A2-12) ولا (يضحك المفحوص) (CC1) هذي ممكن (A2-3) أحلام برك واحد يحلم (A2-8) يتخايل في حاجة (A2-12) يتخايل في حاجة او خلاص تخيلات (A2-8) أو نهر نهر نهر نهر (A2-8) تاع ماء يمشي في جبل (A2-14/CF2) (يتحرك المفحوص فوق الكرسي) (CC1). (E1/CP4).

السياقات:

بعد زمن كمون أولي طويل (CP1)، يظهر نقد الذات (CN9)، ليوصل في ذلك من خلال الإجترار (A2-8)، و عودة لنقد الذات (CN9)، لتظهر في الأخير حركة تحكيمية بالتحفظ الكلامي (A2-3) و إنطلاقا من إدخال لأشخاص غير موجودين في اللوحة (B1-2)، يتم عدم التعريف بالأشخاص (CP3)، و التأكيد على ما هو خيالي (A2-12)، يتبع بإثارة حركية (CC1)، و التحكم من خلال التحفظ الكلامي

(A2-3)، الذي يليه الإجتراح (A2-8)، و التأكيد على ما هو خيالي (A2-12) و عودة للإجتراح (A2-8) الذي يتواصل (نهر نهر...) (A2-8)، بعدها يحدث تغير مفاجئ في إتجاه القصة (A2-14)، يتضمن التأكيد على ما هو يومي (نهر ناع ما يمشي في جبل) (CF2)، و أخيراً يختم المفحوص بإثارة حركية (CC1)، دون إدراك مواضع ظاهرة (باخرة، بيت.. الخ) (E1) و القصة دون طابع شخصي (CP4).

الإشكالية:

إصطدم "حميد" باللوحة وذلك من خلال نقد الذات، ثم ظهرت الرقابة بالتعبير عن ما هو خيالي لكن سرعان ما يغير "حميد" من إتجاه القصة ليعبر عن ما هو يومي بالإستناد إلى أحد عناصر اللوحة (الماء)، وهذا ما منع من مقاربة إشكالية اللوحة المعبرة عن الصورة الهوامية الأمومية التي كانت غائبة هنا فجاءت القصة مبتذلة.

اللوحة 16

(يتمت المفحوص بكلام غير مفهوم) (E17) (يحرك اللوحة و يديرها ثم يقلبها من الخلف و هو ينظر إلى الفاحصة و يبتسم) (CC1/CC2) ما فيها والو هذي (CC3) ما فيها والو (A2-8) (يوجه المفحوص كلامه للفاحصة) (CC2) أمم (صوت بالفم) (CC1) ما شفت والو (CN9) ما كاين والو والو ما كانش (CC3) (المفحوص ينظر للفاحصة) (CC2) هذي بيضا vide (CF1) ماكان والو فيها هذي (A2-8) (تحريك اللوحة و تقلبها) (CC1) ما كاين والو (A2-8) (ثم يعيد اللوحة) (CP5).

السياقات:

سرعان ما يضطرب المفحوص أمام اللوحة البيضاء فتبرز السياقات الأولية بإضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، الذي يهرب منه المفحوص باللجوء إلى الحركة (CC1)، و الإستناد على الفاحصة (CC2)، ليعمل على نقد اللوحة (CC3)، و كذا الإجتراح (A2-8)، دائماً بالإستناد على الفاحصة (CC2)، و إصدار صوت (CC1)، ليظهر نقد الذات (CN9)، مع الإستمرار في نقد اللوحة (CC3)، و مواصلة طلب سند الفاحصة (CC2)، ليتم التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، ثم مرة أخرى الإجتراح (A2-8)، و كذا ظهور السلوك في شكل حركة (CC1)، و الإجتراح (A2-8)، ليصل في النهاية إلى إعادة اللوحة للفاحصة و التعبير عن رفضه (CP5).

الإشكالية:

إضطرب "حميد" أمام اللوحة التي لا تحمل أي سند صوري فلجأ إلى سلوك الحركة والإيماءات وكذا نقد الذات مع طلب سند الفاحصة ليبدو رفضه الواضح لهذه اللوحة، فغياب الوجدانات أدى إلى عجز "حميد" عن بناء مواضعه المفضلة خاصة بالنظر إلى السيطرة الواضحة لسياقات الكف التي ظهرت بصفة مكثفة.

❖ خلاصة البروتوكول:

• ورقة الفرز: أنظر إلى الصفحة (183).

• السياقات العامة:

إن الكف ليميز التوظيف العقلي لـ "حميد" بشكل صارخ، لقد كان البروتوكول متوسط من ناحية المنتوجية وكان هناك لجوء كاسح إلى السياقات (C) وخاصة الأساليب السلوكية (CC) منها وعلى رأسها الإيماءات والحركة (CC1) التي ميزت هذا البروتوكول، بالإضافة إلى طلب مساعدة الفاحصة (CC2) التي ظهرت بنسبة لا بأس بها، وتدعمت هذه الأساليب بالأساليب الخوفية (CP) التي كانت متنوعة وبنسب عددية معتبرة، نجد على رأسها عدم التعريف بالأشخاص (CP3)، كذلك فترات الصمت (CP1) في بداية القصة وفي وسطها، طبعاً إضافة إلى أساليب أخرى مثل (CP2، CP4، CP5)، حيث تفاعلي "حميد" كل صراع وخنق كل حركة دفاعية إلا في أحيان قليلة جداً كما هو الحال في اللوحات (3BM، 4، 5، 8BM، 13MF) أين حاول أن يلامس الصراع من بعيد ثم سرعان ما يلجأ إلى الكف بإنهاء القصة، كما نجد حضور لا بأس به للدفاعات الواقعية (CF) التي تنوعت هي الأخرى لكنها ارتكزت بشكل أساسي على أسلوب التأكيد على القيام بالفعل (CF3) والتمسك بالمحتوى الظاهري للوحة (CF1)، وقد ساعدت كثيراً على إعطاء صبغة سطحية ومبتذلة للقصاص المنسوجة.

أما الأساليب النرجسية (CN6، CN8، CN9)، وكذا الأساليب الهوسية (CM، CM2) فقد ظهرت بصفة قليلة إلا أنها لعبت دوراً مهماً مما زاد من وضعيات الكف وبالتالي تجنب الصراع.

أما في المستوى الثاني فقد برزت سياقات الرقابة (A) بشكل ملحوظ إلا أنها تلخصت تقريباً في أسلوبين كانا الأكثر استعمالاً لكنهما لم يبديا الفعالية المطلوبة ويأتي على رأسها الإجتراح (A2-8) يليه التحفظ الكلامي (A2-3)، فبالرغم من نسبتها العددية إلا أنها كانت ضعيفة ولم تكن ذات وزن كبير في الديناميكية الدفاعية، أما أساليب التحكم الأخرى فكانت نادرة ونذكر منها التعلق بالتفاصيل (A2-3) عزل الأشخاص (A2-15)، و الإنكار (A2-11).

إلى جانب هذا كان ظهور السياقات الأولية (E) بشكل ملموس سواء من الناحية العددية أو الكمية وبمقارنتها بمنتوجية "حميد" خلال هذا الإختبار نستشف بروزها، حيث نجد اضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17) الذي تسبب في تدهور خطاب "حميد" وبالتالي تشوه بناء القصة، إضافة إلى إدراك مواضيع مفككة ومحطمة (E6) والذي جاء في الكثير من الأحيان غير متلائماً مع المنبه كما هو الحال في اللوحات: (7BM، 10)، كما إنزلق "حميد" كثيراً وراء إدراكاته الخاطئة (E4) في بعض اللوحات مثل: (1، 11، 12BG)، إضافة إلى المواظبة التي ميزت بعض القصص وكمثال نعود للوحات: (1، 10، 13MF، 7BM)، كما ظهرت أساليب أخرى لكن بصفة نادرة مثل (E1، E11، E9).

أما سياقات المرونة (B) فكان تمثيلها قليل جداً، وبالرغم من المنتوجية المتوسطة إلا أنها لم تساعد على إكساب القصاص صدى هوامي، وقد تلخصت تقريباً في أسلوب التأكيد على العلاقات ما بين الأشخاص (B2-3)، وأحياناً إدخال لأشخاص غير موجودين في اللوحة (B2-1)، بالإضافة إلى أساليب أخرى جاءت متنوعة ولكن نادرة نذكر منها: (B2-12، B2-9، B2-4، B1-1)، إذاً كما قلنا جاءت القصص خالية من الرنين الهوامي.

• المقرونية العامة:

المقرونية سالبة (-) بالنظر إلى الكف الكبير الذي سيطرت فيه الأساليب السلوكية (CC) والأساليب الخوافية (CP)، وفشل سياقات التحكم (A) في تحسين مستوى القصة، مع بروز معتبر للسياقات الأولية (E) التي ساهمت في تشوه القصص وأفسدت الإنتاج أكثر مما ساعدت على تطويره خاصة في الغياب النسبي لسياقات المرونة (B) التي كان حضورها قليلا ودون فعالية ملموسة بالنظر إلى الإنتاجية الضئيلة للبروتوكول، مما أدى إلى عدم إرصان الصراع.

• الإشكالية العامة:

من خلال الإنتاج الإسقاطي لـ "حميد" جاءت قصصه كلها لا صراعية بالنظر إلى السيطرة الشديدة لأساليب الكف المدعومة بأساليب الرقابة، والإشكالية لم تكن أوديبية حيث تقادى "حميد" الجنسية في تصورات العلاقة، نفس الأمر بالنسبة للعدوانية، بينما ظهرت إشكالية فقدان الموضوع كما هو الحال في اللوحات (10، 13MF)، إضافة إلى البروز الواضح للسياقات الأولية التي شوهدت إلى حد كبير القصص المنسوجة سواء من خلال تناول مواضيع محطمة ونذكر على وجه الخصوص موضوعي "المرض" و "الألم"، أو المواظبة على هذين الموضوعين في الكثير من اللوحات، كما جاء خطاب "حميد" مشوها بعض الشيء سبب الإضطراب الذي ظهر على مستوى الكلام وهو ما أثر سلبا على نوع القصة.

كما ظهر قلق شديد إتجاه اللوحتين: (11، 19)، إذا لم يستطع "حميد" إرصان القلق البدائي (بعدم التوصل إلى تناول المحتوى الباطني للوحة) وهو ما يدل على التهديد والقلق الكبير المستشار داخليا.

كما ظهر نوع من الخلل البسيط في العلاقة بالواقع من خلال المواظبة على موضوعي "الألم" و"المرض" في مجموعة من اللوحات، إضافة إلى الإدراكات الخاطئة التي ساهمت في تشوه القصة بالإبتعاد عن الإستنارات المقدمة في اللوحات.

أما اللوحة الأخيرة (16) فعبرت عن فقر هومي كبير وعجز عن بناء المواضيع المفضلة إنطلاقا من منبه خالي من المدركات، حيث كانت إستجابات "حميد" لهذه اللوحة ترمي إلى التهرب والرفض.

FEUILLE DE DÉPOUILLEMENT

PROCEDES DE LA SERIE A (Contrôle)

- A0 -> Confictualisation intra - personnelle.
- A1 -> 1 - Histoire construite proche du thème barel.
 + 2 - Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve.
 3 - Intégration des références sociales et du sens commun.
- A2 -> 1 - Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures.
 2 - Justification des interprétations par ces détails.
 + 3 - Précautions verbales.
 4 - Eloignement temporo - spatial.
 + 5 - Précisions chiffrées.
 -> 6 - Hésitations entre interprétations différentes.
 7 - Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense.
 + 8 - Remâchage, litanie.
 + 9 - Annulation.
 -> 10 - Éléments de type formation réactionnelle (proprels, ordre, aide, devoir, économie, etc.)
 -> 11 - Dénégation.
 -> 12 - Insistance sur le factil.
 -> 13 - Intellectualisation (Abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste).
 -> 14 - Changement brusque de direction dans le cours de l'histoire (accompagné ou non de pause dans le discours).
 + 15 - Isolation des éléments ou des personnages.
 -> 16 - Grand détail et/ou petit détail évoqué et non intégré.
 17 - Accent porté sur les conflits intra - personnels.
 18 - Affects exprimés à minima.

PROCEDES DE LA SERIE B (L'habileté)

- B0 -> Confictualisation inter - personnelle
- B1 -> 1 - Histoire construite autour d'une fantaisie personnelle.
 + 2 - Introduction de personnages non figurant sur l'image.
 3 - Identifications souples et diffusées.
 4 - Expressions verbalisées d'affects ruancés, modulés par le stimulus.
- B2 -> 1 - Entrée directe dans l'expression.
 2 - Histoire à rebondissement. Fabulation loin de l'image.
 + 3 - Accent porté sur les relations interpersonnelles. Récit en dialogue.
 -> 4 - Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés.
 5 - Dramatisations.
 6 - Représentations contrastées. Alternance entre des états émotionnels opposés.
 -> 7 - Aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir.
 -> 8 - Exclamations, commentaires, digressions, références/appréciations personnelles.
 -> 9 - Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent.
 -> 10 - Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle.
 11 - Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages.
 -> 12 - Accent porté sur une thématique du style : aller, courir, être, leur être.
 -> 13 - Présence de thèmes de peur, de catastrophe, de vertige etc. dans un contexte dramatisé.

PROCEDES DE LA SERIE C (Evitement du conflit)

- CP -> 1 - Ti long et/ou silences importants intra - récit.
 + 2 - Tendances générale à la restriction.
 + 3 - Anonymat des personnages.
 -> 4 - Moins des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels; placages.
 + 5 - Nécessité de poser des questions. Tendances relus. Relus.
 6 - Evocation d'éléments autobiographiques suivis ou précédés d'autres silences de discours.
- CN -> 1 - Accent porté sur l'éprouvé subjectif (Non relationnel)
 2 - Références personnelles ou autobiographiques.
 3 - Affect - titre.
 4 - Posture significative d'affects.
 5 - Accent mis sur les qualités personnelles.
 + 6 - Insistance sur le repérage des limites et des contours.
 7 - Relations spéculatives.
 + 8 - Mise en tablier.
 + 9 - Critiques, titi Sol.
 10 - Détails narcissiques. Idéalisation de Soi.
- CM -> 1 - Surinvestissement de la fonction d'échappée de l'objet.
 -> 2 - Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative).
 3 - Prouesses, vérifications.
- CC -> 1 - Agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles.
 + 2 - Demandes faites au clinicien.
 -> 3 - Critiques du matériel et/ou de la situation.
 4 - Ironie, dénigrement.
 5 - Cinq, focal au clinicien.
- CF -> 1 - Approchage au contenu manifeste.
 + 2 - Accent porté sur le "quid", le factuel, l'actuel, le concret.
 + 3 - Accent porté sur le faire.
 -> 4 - Appui à des normes extérieures.
 5 - Affects de circonstance.

PROCEDES DE LA SERIE E (Emergence en processus primaire)

- E -> 1 - Scotomes d'objets manifestes.
 2 - Perception de détails rares et/ou bizarres.
 3 - Justifications arbitraires à partir de ces détails.
 + 4 - Fausses perceptions.
 5 - Perception sensorielle.
 + 6 - "Épiphanies d'objets": micro - objets (objets déformés ou de personnes malades, malformés).
 7 - Inadéquation du thème au stimulus (Abstraction, symbolisme hermétique).
 8 - Expressions "crues" liées à une thématique sexuelle ou agressive.
 -> 9 - Expression d'affects et/ou de représentations massifs liés à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomane, que, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.)
 + 10 - Persévération.
 -> 11 - Confusion des identités (Téléscopage des rôles)
 12 - Instabilité des objets.
 13 - Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales.
 14 - Perception du mauvais objet, thèmes de persécution.
 15 - Clivage de l'objet.
 16 - Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physiognomies ou attitudes.
 + 17 - Craquées verbales (Troubles de la syntaxe)
 18 - Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-l'âne.
 19 - Associations courtes.
 20 - Vague, indétermination, flou du discours.

2.II. عرض حالة المفحوصة "ياسمين":

1.2.II. المقابلة العيادية:

• البيانات العامة:

الإسم: ياسمين السن: 24 سنة الجنس: أنثى ذكر

الحالة المدنية: عازب (ة) مرتبط (ة) متزوج (ة)

مطلق (ة) فصل (ة) أرمل (ة)

الرتبة بين الاخوة: الرابعة المهنة: ربة بيت

أنت حاليا: بطل عامل في عطلة مرضية

متقاعد

أوقات العمل: نصف دوام دوام كامل دوام طويل

أوقات الراحة: يوم يومين أكثر

• نتائج سلام قياس الألم:

- إختبار QDSA: تحصلت ياسمين على درجة 60/40

- إختبار EVA: عند أول ظهور للألم تحصلت على درجة 10/2.6

عند أول مقابلة تحصلت على درجة 10/8.7

يبدو أن هناك إختلاف ما بين الدرجتين المتحصل عليهما في الإختبارين، حيث أن درجة إختبار QDSA تعبر عن ألم متوسط، أما درجة إختبار EVA فتعبر عن ألم شديد، كما نلاحظ زيادة في شدة الألم بفرق خمس درجات تقريبا بالمقارنة مع شدته عند ظهوره لأول مرة.

• تقديم الحالة:

ياسمين شابة تبلغ من العمر 24 سنة، طويلة القامة ونحيفة البنية، وجهها شاحب و كثيرة الإهتمام بشكلها وبمظهرها، تبدو هادئة الطباع، متزوجة وأم لطفلة تبلغ من العمر سنتين.

إلتقينا بـ "ياسمين" بمصلحة تدريب الأعضاء حيث كانت تقوم بأول حصة علاج طبيعي، إتصلنا بها بعد إنتهاء الحصة وقدمنا أنفسنا وشرحنا العمل الذي نحن في صدد التحضير له، فلاقينا ترحيبا كبيرا من طرفها كما أنها عبرت عن حاجتها للتكلم مع المختصة النفسية، حيث لمسنا شعورها بالإرتياح وكذا الإستعداد للمشاركة في هذا العمل العلمي.

جرت المقابلات بمكتب المختصة النفسية بمصلحة تدريب الأعضاء وكذا في مكتب المختصة النفسية (الباحثة) بمركز معالجة الأورام السرطانية، وكانت "ياسمين" تحضر لحصص الفحص النفسي في مواعيدها وذلك بعد إنتهاؤها من حصة العلاج الطبيعي، كما كانت تبدو متحمسة ومهيئة للمقابلة، حيث

لمسنا لديها الرغبة في التكلم عن مرضها (آلام أسفل الظهر المزمنة)، وكذلك عن جوانب أخرى من حياتها، كانت "ياسمين" جد متعاونة معنا أثناء المقابلات و أبدت الكثير من الجدية والإهتمام وهو ما ساعد على سير الحسن لهذا العمل.

• تحليل معطيات المقابلة:

بدأنا المقابلة بسؤال "ياسمين" حول حياتها (الفاحصة: أهدري لي على حياتك ملي كنتي صغيرة حتى لدروك؟)، فقالت أنها نشأت في أحضان أسرة مكونة من الأم، الأب، والإخوة، وأنها تلقت تعليمها الابتدائي والأساسي لكنها توقفت عن الدراسة في المرحلة الثانوية (سنة أولى ثانوي) بسبب مرض أختها وعندما إستفسرنا أكثر عن هذه النقطة عرفنا أن أختها أصيبت بورم في الرأس مما تطلب مكوثها في مستشفى البليدة، ونظرا لمرافقة الأم لإبنتها المريضة إضطرت "ياسمين" في هذه الظروف إلى التوقف عن الدراسة للإهتمام بإخوتها، وإستمر ذلك لمدة 07 أشهر إلا أنه بعد عودة الأم من المستشفى لم تستطع "ياسمين" العودة لمزاولة دراستها نظرا لإنقطاعها الطويل خاصة بعدما تقدم أحد الشباب لخطبتها، حيث وافقت ولم تعد تفكر في العودة إلى الدراسة وكان ذلك في سن 18 سنة، ثم تزوجت في سن 22 سنة وانتقلت من مدينة قالمة للعيش في مدينة جيجل مقر سكن زوجها أين مكثت لمدة سنتين ورزقت بطفلة والأن هي مقيمة بمدينة ورقلة منذ ما يقارب السنة تقريبا بسبب طبيعة عمل زوجها في السلك العسكري.

عند سؤالنا لـ "ياسمين" عن علاقتها بوالديها وأختها قالت: "والله علاقة عالكيف، يعني علاقة ما عندي ما نقول فيها"، فحسب كلامها يبدو أنها نشأت في أسرة متماسكة بوجود والدين متفهمين لأبنائهم فبمجرد سؤالنا لها لاحظنا شعورها بنوع من الإرتياح عند حديثها عن أسرتها وخاصة والديها، فكانت تتكلم وهي كثيرة الإبتسام، حيث يبدو أنها نشأت في ظروف مريحة داخل أسرة تهتم بأبنائها وتوفر لهم الحماية والحنان بالنظر إلى المعاملة المرنة التي لاقتها كل من "ياسمين" وإخوتها من طرف الوالدين "والدينا من الوالدين المتساهلين معانا ماشي من هذوك الوالدين ألي يضربوا، مش من الوالدين ألي يحقرو ولادهم ماشي من الوالدين ألي يحرموا ولادهم، يعني الحمدو الله عشت في دار عالكيف"، كما تصف علاقتها مع إخوتها بأنها علاقة جيدة يسودها الحب والتفاهم وأنها خالية من الصراعات "علاقة مليحة عشنا خاوا يعني مكاش هاذيك الحساسية تاع وحدة تغير من وحدة ولا وحدة تتعارك مع وحدة" وبالتالي نفهم من كلام ياسمين أنها نشأت في أسرة وفرت لها جو من الأمن والحماية، حيث عبرت عن علاقتها مع والديها وإخوتها بإرتياح وثقة، فهي علاقة يسودها التفاهم والإنسجام.

بعدها إنتقلنا إلى مرحلة الإصابة بالمرض (آلام أسفل الظهر المزمنة)، فتقول "ياسمين" أن معاناتها مع المرض بدأت منذ سنة 2006 إثر سقوطها وتعرضها لصدمة في منطقة أسفل الظهر، عندها بدأت تحس بآلام خفيفة لكنها كانت مستمرة لم تعرها أي إهتمام لإعتقادها بأنها مجرد آلام عابرة، إلا أنه بعد مرور فترة شهر من الإصابة أصبحت تحس بآلام في كل من منطقة أسفل الظهر وخدر على مستوى الرجل اليسرى، كما أن ألامها تطورت وزادت شدتها إلى درجة أنها لم تعد قادرة على الوقوف "كي نجي نرقد نيدا نحس بسطر أو دقان في مسلاني التحت، قتلك سطر سطر، أو ميعد ولات رجلي ليسرا ترقد عليا، كي كمل رمضان او وصل العيد الصغير عدت ما نوقفش خلاص"، ونظرا لإشتداد الألم توجهت "ياسمين" لزيارة طبيب مختص في جراحة العظام بمدينة "عابنة" علما أنها كانت تقيم بمدينة "قالمة"، حيث أجرت بعض الفحوص والأشعة التي كشفت في النهاية عن إصابتها في منطقة أسفل الظهر (Ernie discal)، ولهذا نصحها الطبيب بضرورة إجراء عملية جراحية إلا أنها ترددت خاصة بعدما تأكدت من أن إصابتها تعد إصابة بسيطة وليست خطيرة حسب تقرير الطبيب المعالج حيث تقول: "كي

درت IRM بان عندي فتق بصح صغير خلاص أو قالي الطبيب جايك في الجهة اليمنى"، لتقرر في النهاية عدم إجراء العملية الجراحية واكتفت بإتباع العلاج الدوائي للتخفيف من شدة الألم، بعدها إنقطعت عن المتابعة الطبية نظرا لإنشغالها بتحضيرات الزواج، كما أنها بعد زواجها أصبحت تقيم بمدينة "جيجل" مما صعب من إلزامها بمواعيدها مع طبيبها المعالج بمدينة "عنابة"، ولم تعد لإستشارة الطبيب إلا بعد قدومها إلى مدينة "ورقلة"، حيث قامت بزيارة طبيب مختص في جراحة العظام منذ شهر من قدومها للفحص النفسي (2011)، نظرا لاستمرار نوبات الألم التي تصفها "ياسمين" بالشديدة والمزعجة، وقد نصحتها الطبيب بإتباع حصص للعلاج الطبيعي مع ضرورة تجنب قيامها بالأعمال الشاقة والمجهدة "عطاوني Sport أني قاعدة ندير أو قالولي باه ما يكثرش عليك السطر ما توقفش بزاف، ما تتعبش بزاف سايسي روحك، ما تهزيش الثقل"، أما عن الأدوية المسكنة للألم فتقول أن الطبيب نصحتها بعدم تناولها و ذلك لمعاناتها من نزيف في الرحم ما تطلب عدم تناولها لبعض الأدوية منى بينها الأدوية المسكنة.

فيما يخص ظهور الألم لأول مرة تقول "ياسمين" أن نوباته كانت خفيفة ويمكن إحتمالها في بداية الأمر إلا أنه سرعان ما تطور وازدادت شدته في مدة زمنية لم تتجاوز الشهر ما ترتب عنه ملازمتها للفرش وعدم القدرة على الحركة أو المشي "في العيد الصغير مسلاني التحت أو رجلي كامل يوجعو فيا يسطرو عليا، عدت ما نقدرش نوقف، ما نوقفش خلاص، من ثما وليت نداوي في "عنابة" يعني الطيحة نتاعي قعدت شهر برك أو بديت نداوي"، وقد كانت الألام القوية هي السبب وراء لجوئها لإستشارة الطبيب بهدف التخفيف من الألم وعلاجه، ويبدو من خلال كلامها أنها تأثرت كثيرا عند ظهور الألم لأول مرة، وذلك من خلال وصفها لمشاعر الخوف والقلق التي عاشتها في تلك الفترة خاصة قبل إستشارتها للطبيب، فكانت كثيرة التساؤل حول حالتها وألامها التي بدت غريبة بالنسبة لها نظرا لشدتها التي تسببت في عدم قدرتها على الوقوف أو الحركة، كما تقول أنها فكرت حينها في إحتمال خطورة إصابتها "كي بداني السطر القاوي ولات تديرلي القلقة وليت خفت قلت بالاك كاشما صرالي في مسلاني، بالاك كاشما اكسرت أو ما فاقوليش، ما علايايش بلي مسلاني يعني اتوسوست شوي".

كما أنها باتت قلقة حيال مآل حياتها المستقبلية خاصة أنها مقبلة على الزواج، فقد كانت خائفة من مدى تأثير هذه الحادثة على حياتها فيما بعد "قلت أنا اتخطبت أو عاقدة أو زدت طحت أو دوركا كاشما يكون بيا لازم دوركا نقول لولد الناس"، ومن خلال كلامها هذا نلمس شعور "ياسمين" بالدهشة والتفاجؤ حيال هذه الألام التي لم تعهدها من قبل والتي كانت جديدة بالنسبة لها، وشديدة إلى درجة إستلذمت زيارتها للطبيب، كما أنها إنعكست مباشرة على إسقاطاتها المستقبلية وذلك عند خوفها وقلقها من إحتمال تأثير هذا الألم الشديد على مشاريعها فيما بعد (مشروع الزواج)، وخوفها كذلك من الألم نفسه حيث تقول: "هيه خفت خاطر كان كي يوجعني يوجعني بزاف، يعني السطر جاني قاوي خاصة أنا كي طحت ماكانش يعني ضربة باينة كبيرة، بصح الوجع تاع الصبح كامل نحسو الداخل في مسلاني نولي ما نقدرش نوقف هيه يتسمى خفت شوية"، هذا الخوف الذي يتضمن الخوف من إمكانية استمرار الألم.

أما فيما يخص كيفية معايشة "ياسمين" للنوبات المتكررة للألم فتقول أن ظهور الألم كان يمنعها عن ممارسة نشاطاتها المعتادة كالأشغال المنزلية، حتى أنه يتسبب في عجزها عن الوقوف أو حتى عن الحركة، كما تدهورت حالتها الصحية بشكل عام (الإغماء، القيء، فقدان الشهية)، إضافة إلى تركيزها كثيرا على إصابتها بحالة قلق شديدة "قلقانة ما يعجبني حتشي، حاجة ما تحلالي، حاجة ما تحلالي وش نحب ندير كون نصيب نحب نرقد أو ما يهدر معايا حتى واحد، يعني والقلقة نقلق كي بديرلي السطر نقلق بزاف خلاص"، مع ميلها إلى العزلة وعدم قدرتها على التواصل مع الآخرين، كما نلمس مرة أخرى من

كلام "ياسمين" أنها تعاني فعلا من آلام شديدة تدفعها أحيانا إلى ملازمة الفراش لمدة ثلاثة أو أربعة أيام متواصلة، ويبدو أن آلامها تظهر فور قيامها بأي مجهود بدني كقيامها بالأعمال المنزلية التي تعد جزءا من حياتها اليومية إلى درجة أنها أصبحت جزءا من حياتها، وهو ما جعلها تعمل جاهدة على تجنب القيام بأي مجهود "كيما قتلك نهرب من كل حاجة خاصة الشغل تاع الدار ولا الوقفة بزاف"، إلا أنها تضطر أحيانا إلى ممارسة حياتها والقيام ببعض الأشغال فنقول: "ساعات نعفس على قلبي أو نوقف نغسل الحوايج نطيب الكسرة، نقلق مع روجي نقول أنا راح نبقى ديما هاك أو في الليل نبات في حالة" وهنا يظهر لنا عدم قدرة "ياسمين" على تقبل مرضها بالأخص حالة العجز والإعاقة، فلجئنا إلى القيام بالأعمال المنزلية بالرغم من ما تثيره من ألم ومعاناة يفسر بمحاولة "ياسمين" أن تثبت لنفسها أن حياتها لم تتغير وأنها هي نفسها لم تتغير ولم تصبح في حالة عجز، هذه الأخيرة التي تخلق مشاعر النقص والتساؤل وتعيدها إلى مراحل أولى من خلال إحياء ألقائها الأولى كقلق الإخفاء الذي يتضمن مفهوم العجز الوظيفي، وبالتالي هناك رفض لهذا الواقع الجديد، حيث تحاول من خلال قيامها بممارسة نشاطاتها اليومية (بالرغم من أنها مجهدة) أن تكافح ضد الألم وتتجنب التفكير فيه، وأن تبرهن لنفسها أنها لم تفقد قدراتها المعتادة، كما أن هناك محاولة لإشباع نرجسيتها ويعبر هذا السلوك عن حالة دفاع نفسي مرن بعض الشيء يساعد على الخروج من حالة الصعق، كما تؤكد "ياسمين" على أن الألم أصبح يلازمها بشكل مستمر مع زيادة شدته خاصة في الفترات المسائية وفي الليل وعند قيامها بمجهود عضلي "السطر دورك كاين ديما في النهار، صبح في الليل هو ألي يكثر عليا، كيما ضورك ألي قاعدة أو مسلاني قاعدة يوجع فيا، ألي قادرة نتحملو صبح تاع الليل اكي ما تقدرش تتحمليه خلاص"، إذا فالآلام التي تظهر في الفترة الليلية عادة ما تكون قوية إلى درجة تمنع "ياسمين" من النوم وتؤثر على حالتها النفسية فتصبح شديدة القلق والتأثر، ومن هنا نلتصق بتقبلها لوجود الألم في حياتها، إلا أن هذا لا يعني بالضرورة قدرتها على تحمله خاصة في حالة نوبات الألم القوية التي لم تعد تتأثر بالأدوية المسكنة فـ "ياسمين" إلى غاية يومنا هذا وبعد مرور ستة سنوات من ظهور الألم لازالت تعاني من هذه النوبات المتكررة التي تحمل معها تهديدا للكلية العضوية والنفسية حيث تعيشها في كل مرة بخوف وترقب.

منذ ظهور الألم في حياة "ياسمين" أصبحت كثيرة التساؤل والحيرة حول حالتها وآلامها التي إستمرت لمدة سنوات بالرغم من خضوعها لمختلف العلاجات الطبية الممكنة، حتى أنها تتساءل حول إذا ما كانت إصابتها هي المسؤولة فعلا عن هذه الآلام أم أن هناك سبب آخر فنقول: "نقول علاه ما رتحتش بعني داويت درت الدواوات بكل، عفست، كويت، درت الإبر الصينية، درت الراديووات أو ما هفتش عليا السطر خلاص، أو كي نشوف للناس نلقاهم يقولو بلي عندهم الفتق في مسلانهم أو عايشين normal حتى نولي نقول أنا وش عندي في مسلاني حتى راهو صاير فيا هك"، فبالنسبة لـ "ياسمين" إصابتها في أسفل الظهر لا تعد مبررا كافيا لهذه الآلام "ولي نقول أنا كاين حاجة أخرى الداخلة قاعدة توجع فيا، ماشي برك الفتق بعني نحس بلي السطر ألي فيا كبير على الفتق"، حيث يبدو لنا الغموض الذي يلف هذه الآلام بالنسبة لها و عدم توصلها لفهم معاناتها، بالرغم من أن طبيبها المعالج قد أكد لها أنها آلام ناتجة عن إصابتها إلا أنه يبدو واضحا أن الألم قد أخذ حجما كبيرا أصبحت أمامه كل التبريرات غير مقنعة، كما تقول "ياسمين" أنها قادرة على تحمل الآلام الخفيفة أما في حالة إشتدادها تجد نفسها عاجزة وضعيفة إلى درجة أنها تدفعها إلى البكاء أو الصراخ، كما تقول أنها تشعر بنوع من الغرابة اتجاه هذه الآلام وكأنها تختبرها لأول مرة "كي يجيني شوية normal نتحملو بصبح كي يجيني بالقوة يعود الجسم نتاعي ما يتحملوش مانقدرش نتحملو، بعني ألي موالفة بيه بصبح يجي وقت كي بقوا عليا خلاص ما نقدرش، كاين إيامات بوليو الدموع يهبطو و حدهم، بعني كي بنوضلي السطر القاوي تقولي واحد هز الحجرة أو ضربيني

ببها لمسلاني، يعني صح عايش معايا بصح في أوقات نحسو غريب عليا"، إذا بالرغم من تكرار ظهور الألم إلا أن هذا لا يعني بالضرورة التعود على معاشته حيث تشعر "ياسمين" بتهديد و عنف ممارس عليها من طرف كيان غريب نتيجة مهاجمته لها بشكل مفاجئ.

وفي مقطع آخر نستطيع أن نستدل على مظهر سلبي آخر للألم من خلال كلام "ياسمين" و هو مدى تأثير الألم على جسمها الذي أصبح ممثلا في شكل صورة مشوهة "احس كلي جسمي مالمص من بعضاه بلاصة تسطر او بلاصة ثقيلة، كلي كل حاجة في بلاصة، كلي الجسم تاعي يولي طرف ماش لاصقين في بعضاهم"، إذا إدراك "ياسمين" لجسمها في شكل أجزاء منفصلة بيدي العنف والعدوان الذي يمارسه الألم على العضوية، حيث أصبح بمثابة الكيان المهدد بالقضاء على هذا الجسم، كما أن تغير صورة الجسم جعلت "ياسمين" لا تتقبل هذه الصورة الجديدة المشوهة والتي لا تتطابق بالنسبة لها مع الصورة التي تعرفها عن جسمها، وهو ما يدل عن مشاعر الانفصال عن هذا الجسم ورفضه في نفس الوقت "يولي ما نحسش بجسمي خلاص، يعني نحس بالسطر بصح نحس جسمي اتبدل عليا خلاص مش كيما نعرفوا"، هذا الانفصال الذي يعبر عن رفض لهذا الجسم الذي أصبح مصدرا للألم، حيث نفترض أنه عبارة عن دفاع نفسي يهدف إلى التخفيف من شدة الألم وذلك من خلال إنكار لأي علاقة مع الجسم إلى درجة إدراكه كشيء غريب عنها من خلال قولها: "مش كيما نعرفو"، فحالة التوتر الداخلي الناجمة عن الألم جعلتها تنكر جسمها في محاولة للتخلص من الألم، بالرغم من قولها أنها تحس بالألم "نحس بالسطر" إلا أنها لا تحس بوجود هذا الجسم، وكأن كل الجسم أصبح مركزا للألم وأن الألم لم يعد محدودا في مناطق معينة من الجسم وإنما أصبح يعم كل الجسم لدرجة أصبحت فيها "ياسمين" تتعامل مع جسمها كعضو واحد بإعتباره مصدرا للألم الذي تعيشه.

تعتبر "ياسمين" أنها تعاني من ألم فريدة من نوعها فتقول: "السطر هذا وحدو يعني ماكانش كيفو"، كما تؤكد على عدم معاناتها قبلا من ألم مماثلة لألامها الحالية وأنها عانت من ألم أخرى من قبل لكنها لم تتأثر بها إلى هذه الدرجة، فمنذ 3 سنوات إكتشفت أنها تعاني من ورم حميد في الرحم وقد عانت على إثره من ألم شديدة لا يمكن تحملها "كان عندي فيبروم يديرلي السطر، واحد السطر الله لا يشوفك أقوى من السطر نتاع مسلاني، بصح جا فترة أو راح"، إذا بالرغم من شدة الألم إلا أن عدم إستمراره ساعد على التخفيف من أثره، بعكس ألم أسفل الظهر التي تقارنها "ياسمين" بالألم الورم قائلة: "السطر تاع مسلاني هذا المشكل أنو عايش معايا ديما ديما لاصق فيا ما حبش يروح خلاص ما كان حتى فايبة"، حيث تصف "ياسمين" ألامها بالشيء الذي يفرض نفسه عليها بالقوة في مقابل رفضها له، ويبدو من كلامها شعورها بالإضطهاد وكان الألم أصبح يمارس عنفا شديدا جعلها تشعر وكأنها موضوع إضطهاد أدى بها إلى درجة اليأس من إمكانية التخلص منه "ما عنديش أمل باه يروح عليا أو كي يزيد بقوي عليا نكره روجي خلاص نولي نبكي أو كي تشوفي الصبح البكا مش من السطر من القلقة تاعو من الحالة ألي وصلني ليها خاصة اني نعالج او ما كان والو"، وبالإضافة إلى إستمرار الألم تشير "ياسمين" مرة أخرى إلى شدته التي جعلتها عاجزة عن تحمله، كما تقول أنها كثيرا ما تلجأ إلى البكاء الذي تربطه بحالة القلق التي يثيرها الألم، هذا التوتر الداخلي الذي تحاول التخلص منه أو التخفيف من حدته بالنكوص إلى سلوكيات بدائية مثل البكاء للوصول إلى نوع من الراحة ولتفريغ شحنات التوتر المرافقة لإحساسات الألم خاصة وأن العلاج الدوائي لم يساعد على التخفيف من هذا الألم، فكل المحاولات باءت تقريبا بالفشل وهذا ما زاد من حدة الوضعية إلى درجة أصبحت فيها "ياسمين" تشعر بالأسف والشفقة على حالتها "تغيضني روجي"، فبالرغم من محاولة تقبلها لهذا الألم إلا أنها تشعر بالعجز أمام إستمراره "في اللول قلت نحملو بصح ما قدرتش"، فالألم وصل إلى مرحلة اختلفت كثيرا عن بداية ظهوره، فشده تزداد يوما بعد يوم،

حيث تقول: "زايح أو يزيد خاصة في الفترة هاذي راهو زايدي بزاف"، إذا أصبح الألم يسيطر على "ياسمين" ويضعها في موقف عجز.

كما أصبحت "ياسمين" تعاني من نوبات قلق متكررة زادت من تعقد حالتها، فالقلق كما تقول ظهر بعد إصابتها بهذه الألام إلا أنه في تطور مستمر دفع بها إلى التفكير في إستشارة طبيب مختص في الأمراض العقلية (psychiatre) للحصول على دواء مهدئ "كي تندالي القلقة يتشبحولي الأعصاب تاعي حتى نولي تقول لراجلي أديني عند الطبيب تاع الأعصاب يعطيني دواء"، كما ظهرت على "ياسمين" مشاعر الذنب إتجاه زوجها وإبنتها الصغيرة حيث تشعر بأنها مقصرة في أداء واجباتها كزوجة وكأم بسبب معاناتها من الألم "توليلي ندامة عالزواج، أني ندامة نقول كون غير ما تزوجتش أو مبعد نولي نقول كون غير ما جيتش الطفلة هذي، يتسمى كي نخم هكذا نزيد نلق نشوف بنتي كي يعود السطر عقابي تحس بيا تولي تنكي تزيد تغيظني خلاص، يعني شايفة روعي مقصرة في حوايج بزاف من جبهة راجلي أو من جبهة بنتي"، كما أن لديها رغبة في نفس الوقت في المحافظة على صورتها أمام الأشخاص الآخرين خاصة أسرته.

أما عن معنى الألم بالنسبة لـ "ياسمين" فهي تجد صعوبة في فهمه بالرغم من أنها تعيشه منذ سنوات (منذ سنة 2006) إلا أنها تبدو إلى حد الآن عاجزة عن وصفه أو التعبير عنه "والله يعني نحس بوصفو ما تلقاش الوصف نتاعو والله ما تلقى كيفاه نقولك يعني"، حيث تصف ألامها بأنها شديدة القوة لكنها لا تستطيع أن تعبر عنها بعمق أكثر نظرا لعدم فهمها لها، فالألم بالنسبة لها هو خبرة لا يمكن وصفها أو فهمها وإنما شيء نحس به، ونعيشه وهنا تصف "ياسمين" مرة أخرى العنف الذي يمارسه الألم من خلال وصف ألامها وتشبيهه بتلقيها لضربات قوية بحجر أو بسكين "المهم سطر قاوي أو فرات باه يعني تلقى كيفاه نوصفهولك يعني نقولك كيما هذيك الحاجة ما كانش، ما نقدرش نوصفو يعني كيفاه نقولك؟ كلي واحد هز الحجرة أو ضريني بيها، هز موس أو ضريني، بصح هكاك أو ما نقدرش نشبهو بحاجة" وبالتالي ومن خلال كلام "ياسمين" نستطيع أن نلتصم مظهر العنف والعدوان الذي يمثله الألم والخطر الذي يشكله على جسمها وكذا عدم قدرتها على فهم هذه الخبرة المؤلمة التي تعيشها باستمرار حيث تصف ألامها وتشبهها بالجسم الغريب عنها الذي يمارس عليها عنفا تعجز عن وصفه نظرا لعدم فهمها له، و هنا نفترض عدم قدرتها على إستيعاب خبرتها مع الألم وعدم الوصول إلى إرسانها نفسيا فالألم بالنسبة لها لا يرتبط بتصوير واضح ومحدد وإنما هناك نوع من التشوش والإضطراب وعجز عن إدراج الألم كخبرة ضمن الخبرات النفسية لـ "ياسمين" خاصة وأنه مستمر، فهو حقيقة واقعة إلا أن الواقع النفسي لـ "ياسمين" لم يدمج بعد الألم ضمن خبراته الداخلية، فهو في الوقت الحالي مجرد كيان غريب الملامح يفرض معاشا مؤلما نظرا لعدم قدرتها على فهمه وتمثيله نفسيا.

فيما يخص تكرار نوبات الألم تقول "ياسمين" أنه كلما زادت شدة نوبات الألم كلما شعرت بأنها تعيشها كتجربة جديدة تحدث لأول مرة، فبالرغم من تعرضها لنوبات ألم قوية جدا إلا أنها لازالت إلى حد الآن تتأثر وتعاني بمجرد معاودة ظهورها القوي، فهي بالرغم من تكرارها إلا أنها لم تتعود عليها خاصة إذا ما كانت شديدة القوة بل بالعكس، وتكرار ظهور نوبات الألم هو بالنسبة لها معايشة جديدة وخبرة جديدة، فكل نوبة ألم تختلف عن سابقتها، بمعنى أن "ياسمين" تعيش كل نوبة ألم قوية على أنها أول نوبة وعلى أنه أول إحساس بالألم، وهذا يعني أنه كلما زادت شدة الألم كلما كان مفاجئا وعنيفا بالنسبة لـ "ياسمين" التي أشارت كذلك من خلال كلامها إلى مشاعر الدهشة حيال هذه الألام التي تزداد شدة شيء فشيء بالرغم من أن إصابتها العضوية لم تتطور "يعني السطر عايش معايا بصح كايين ايامات يحي قاوي يعني حتى السطر القاوي تلقاني مجربو دورك بصح كي يجيني كلي أول مرة، نولي نقول أنا وشي السطر هذا الي كل مرة

يزيد عليا كل خطرة توجعني بلاصة في جسمي نولي أنا نحير في روحي، أو كي يزيد يقولي الطبيب عندك حاجة صغيرة برك نولي نقول أنا امالا وش كابين الداخل كي نحكي للطبيب على السطر تاغي بحير يقولي عجب يعني ما عندكش حاجة الي تخابك تحسي بالسطر هذا كامل، يعني السطر تاغي كي يحيني قاوي ما نقدرش، ساعات يعطيني يومين 3 أيام راحة نفرح نقول وليت لابس عليا، أنا غير ندير الشغل تاغ الدار أه بولي"، كما نلاحظ أن "ياسمين" تتكلم عن ألمها وتعطيه نوع من الخصوصية حيث تشعر أن ألمها يختلف عن ألم الأشخاص الآخرين وهو خاص بها من خلال قولها: "السطر تاغي" وهنا نفهم أن الألم أصبح يشكل جزءا من حياتها وواقعها اليومي، إلا أنه في نفس الوقت مرفوض وهناك لديها رغبة كامنة في التخلص منه "ساعات يعطيني يومين 3 أيام نفرح نقول وليت لابس عليا"، كما نلمس من كلامها أن الألم أصبح يسيطر على مسار حياتها وأنها أصبحت تعيش نوعا من التبعية له فهو الحدث الذي طغى على حياتها وأخذ كل إهتمامها نتيجة شعورها بالتهديد والخطر إتجاه هذا الجسم الغريب المعتدي.

أما عن معاشتها اليومية للألم فتقول "ياسمين" أنها تحاول التعود على ألمها والتكيف معها "ساعات أنوض نخدم ندير شغلي تكبر بالي"، حيث نلاحظ من خلال كلامها أنها تحاول أن تستمر في ممارسة حياتها اليومية بشكل طبيعي وتجاهل ألمها بالرغم من أن قيامها ببذل أي مجهود بدني من شأنه أن يتسبب في ظهور الألم أو في زيادة شدته، فسلوكها هذا يعبر عن محاولتها الحفاظ على مكانتها وكذا الهروب من التفكير في ألمها باللجوء إلى سلوك الحركة، وبالتالي التغلب على السيطرة التي يفرضها الألم، كما يعبر كلام "ياسمين" عن رغبة في الإشباع النرجسي حيث تظهر لنفسها وللأشخاص المحيطين بها أنها مازالت قادرة على ممارسة حياتها بشكل طبيعي، إلا أن محاولتها غالبا ما تكون غير مجدية أمام إستمرار الألم ومعاودة ظهوره، وهذا ما يظهر في شكل فشل وإستسلام عبرت عنه قائلة: "أو ساعات تتغلب عليا الفلقة تاغ السطر نفشل نطلق روحي إذا زاد عليا السطر نطلق كلشي أو ننزل وحدي"، كما تشير إلى إفتقادها لأسرتها و لدعم والديها لها في هذه المرحلة من المرض "نقول راني بعيدة علي دارنا ماكانش آلي يوقف عليا يتولهلي بالطفلة، راجلي واقف معايا كثر خيرو بصح الوالدين في بلاصتهم الإنسان كي يكون قريب من الناس آلي يحبهم يرتاح خاصة مع حالة المرض" أين عبرت "ياسمين" عن حاجتها للسند فهي لا تنكر أهمية تواجد زوجها إلى جانبها و محاولته التخفيف عنها إلا أنها تشعر بحاجتها إلى دعم الوالدين، فمرحلة المرض تشكل في حياة "ياسمين" نكوص إلى المراحل البدائية الأولى من الحياة أين تسيطر مشاعر العجز و التبعية إلى الآخر خاصة الأم، وكذا الحاجة إلى الرعاية و الإهتمام طبعا بهدف تحقيق الإشباع و الشعور بالأمن، فبالنسبة لها المرض كان له أثر كبير على حياتها التي إختلفت عن ما كانت عليه من قبل "اه حياتي تبدلت ما يقينش كيما بكري السطر اثر عليا بزاف"، حيث تكلمت عن إنعزالها عن كل ما يحيط بها، بداية بعلاقتها مع زوجها خاصة أثناء نوبات الألم الشديدة، كما أنها لم تعد قادرة على القيام بواجباتها إتجاهه و لا رعايته، كما أثرت ألمها على علاقتها الجنسية التي أصبحت مرهونة بنوبات الألم، فبالرغم من أن زوج "ياسمين" هو شخص متفهم لمرضها إلا أنها تشعر بالضيق و التوتر من هذه الوضعية "كي تكون بالسطر ما نحيش راجلي يهدر معايا و لا يقدم ليا نحب نرقد وحدي كون نصيب ما يهدرش معايا خلاص علاقتنا تبدلت مع المرض كي يزيد عليا السطر ما نقدرش نكون normal مع راجلي، الحق راجلي ما يقلفني شاو يعاوني مساعفني بزاف مدايرلي ال courage يديني عند الطبيب، بصح تعرفي هو ما يهدر ليش بصح نحس روحي قالقة من الحالة هذي"، أما عن علاقتها مع الأشخاص الآخرين فنقول أنها أصبحت إنسانة غير إجتماعية فألمها المستمرة تفرض عليها الإلتزام بالراحة و الإبتعاد عن الأشخاص الآخرين، حيث تقول: "كي تكون لابس نحب نشوف الناس بصح اذا بداني السطر خلاص نولي قاعدة عاسة روحي نقول خلاص راح بيدالي السطر القاوي كيفاه ندير ضورك يعني تلقاني قاعدة مع الناس

بصح خائفة لا بيداني السطر، اذا طولت في القعدة بيداني بالشوية حتى نولي مانيش معاهم نولي نعس في روجي او نقول يا ربي ما بيدانيش عليها ولبت ما نحيش نروح عند الناس و لا الناس يجيوني" وهذا الميل إلى العزلة هو بسبب سيطرة الألم على كل تفكير و إهتمام "ياسمين" حيث أن تركيزها على الألمها يترجم محاولة نفسية للتخفيف منها أين يجتذب الألم كل طاقة الشخص و إهتمامه و يبعه في نفس الوقت عن كل ما يحيط به، و هو ما يزيد من ثقل و عمق المعاناة فيجد الشخص نفسه وحيدا في مواجهة الألم، كما أشارت "ياسمين" في الكثير من كلامها إلى أنها أصبحت غير قادرة على القيام بواجباتها المنزلية، فهي تعاني من ألام تعيقها عن القيام بالنشاطات التي إعتادت ممارستها قبلا و هذا ما يجعلها تشعر بالعجز و الفقدان، فقدانها لقدراتها و لمكانتها داخل مجتمعها، إضافة إلى مشاعر تغير الذات "كنت نخدم لابس عليا ندير شغلي نخدم داري او ملي مرضت ولبت نجي نهز كرسي نخاف" كما أشارت "ياسمين" سابقا إلى نوبات القلق التي ظهرت مع بداية الألم قائلة أنها أصبحت أكثر توترا و قلقا.

فيما يتعلق بحياتها الحلموية تكلمت "ياسمين" عن تكرار رؤيتها لأحلام مزعجة وصفتها بالمخيفة و المرعبة أحيانا، و هي أحلام ظهرت فقط منذ بداية المرض، حيث تقول أن أحلامها تتضمن رؤيتها لمشاهد و كائنات مخيفة "نشوف حوايج ماشي ملاح يخلعو ديما نشوفهم نشوف حاشاك الكلاب ولا واحد المخلوقات يخوفو يعني المنامات هانو بدوني ورا المرض قبل ما كنتش هكذا"، و هي تدل على اضطراب حياتها الداخلية، و عند سؤالنا لها عن طبيعة نومها تقول أنها أصبحت كثيرة التفكير و القلق ما أثر على نومها الذي أصبح مضطربا بسبب قلقها الدائم و كذا بسبب نوبات الألم الشديدة التي تتطلب وضعيات معينة تمنعها أحيانا عن النوم، و بالتالي نفهم أن المعاش اليومي لـ "ياسمين" إختلف كلياً عن ما كان عليه من قبل، و ذلك من خلال مشاعر التغير التي بدت واضحة من خلال كلامها فنقول: "بورك مع السطر ولبت ما نقدر ندير والو تبدلت حياتي تبدلت ما بقيتس كيما قبل"، و بالتالي نستطيع أن نلمس الأثر العميق الذي تركه الألم على جوانب عديدة في حياة المفحوصة.

عن إسقاطاتها المستقبلية تبدو "ياسمين" غير قادرة على استثمار حياتها المستقبلية "والله ولبت ما نشوفش للمستقبل ديما مع المرض تاعي"، حيث أصبح إهتمامها محصورا في مرضها الذي يبدو أنه طغى على حاضرها و كذا مستقبلها، فلم تذكر أي إهتمامات أو مشاريع مستقبلية تأمل تحقيقها ما عدا قولها أنها تتمنى بناء منزل خاص بها "يعني نقول كون تكون عندي دار تاعي نبيها ما نقاوش كاربين"، إلا أن استثمارها لمستقبلها إتصف بالفقر الهوامي و الذي كان جد محدود، حيث نفترض أن خبرة الألم إمتصت كل الطاقات النفسية لـ "ياسمين" ما جعلها تركز كل إهتمامها حول هذه الخبرة و عدم القدرة على التفكير في مشاريع أخرى.

• خلاصة تحليل الحالة:

إذا من خلال تحليلنا لمجموع المعطيات المتحصل عليها أثناء المقابلة مع حالة "ياسمين" سنعمل فيما يلي على تلخيص أهم ما تم التوصل إليه من ملاحظات:

* بدا ظهور الألم في حياة المفحوصة بشكل تدريجي إلا أنه و مع مرور وقت قصير (فترة شهر) أخذ في التطور، حيث زادت شدته و أصبحت نوباته أكثر تكرارا، و بالرغم من تعود المفحوصة على تكرار نوبات الألم إلا أن هذه الأخيرة كانت ذات وقع شديد نظرا لعدم قدرة المفحوصة على تحمل هذه الألام التي وصفتها بالقوية، فعبرت عن تفاجئها حيث لم تتوقع أن الألم الذي تعاني منه بإمكانه أن يتطور ليصل إلى حد لم تعد المفحوصة قادرة على مواجهته أو التكيف معه، خاصة و أنها قد توجهت لإستشارة طبيب مختص في جراحة العظام بهدف معالجة إصابتها و التخفيف من الألم، إلا أن الأدوية المسكنة للألم لم

تكن ذات فعالية في حالتها، و هو ما زاد من قلقها و جعلها تتساءل حول حالتها الصحية التي لم تستجيب للعلاج ما دفعها إلى التفكير في احتمال خطورة إصابتها، و هو ما إنجر عنه شعورها بالتهديد نتيجة العنف الممارس عليها بسبب تكرار ظهور الألم من وقت لآخر فبالرغم من معاشتها لخبرات ألم سابقة طيلة حياتها و التي وصفتها بالآلام الشديدة و المؤرقة إلا أنها ميزت ما بين الآلام الماضية و الآلام الحالية، فبالنسبة لها إستمرار الألم دون أمل في شفائه هو ما يزيد من حدة معاناتها، فهي تعاني من هذه الآلام منذ ما يقارب الـ 6 سنوات و هي فترة طويلة خاصة و أنها تميزت بزيادة شدة الألم منذ ظهوره و تكرار نوباته التي أصبحت أكثر تقاربا فالمفحوصة تبدو في حالة هلع و خوف من هذه الخبرة التي تبدو غريبة عليها و جديدة في نفس الوقت، إلى درجة أنها عاجزة إلى حد الآن عن معالجتها نفسيا فهي تعيش حالة من القلق و الحصر الشديدين نظرا لما تسببت فيه هذه الآلام من اضطراب داخلي ناتج في الأساس عن عدم التحضير لمواجهة وضعية مماثلة، و لهذا وجدت المفحوصة نفسها في وضعية عجز فرضت عليها بنوع من القوة و العنف.

* لقد كان لتكرار نوبات الألم تأثيرا كبيرا في كل مرة تعاود فيها الظهور، حيث أشارت المفحوصة إلى إستمرار تقاؤها بكل نوبة ألم خاصة النوبات الشديدة التي تعيش بشكل مختلف، فبالنسبة لها كل نوبة ألم هي بمثابة أول ظهور للألم، ما يجعلها دائمة الخوف و الترقب لإحتمال تكرار هذه النوبات فقد عبرت عن عجزها على القيام بنشاطاتها المعتادة منذ إصابتها بالمرض، كما أنها تشعر بالتهديد المستمر ما نتج عنه تواجدها في حالة من الضعف، و هو ما يزيد من قلقها و خوفها نظرا لعدم قدرتها على مواجهة آلامها.

* بالنسبة للحياة العلائقية للمفحوصة فقد بدت فقيرة نوعا ما، حيث عبرت عن تسبب آلامها في الإبتعاد عن الأشخاص الآخرين، فعلاقتها جد محدودة بداية بعلاقتها مع زوجها التي تأثرت كثيرا بعد ظهور الألم و أصبحت تختلف عن ما سبق، فبالرغم من الدور المهم الذي يمثله الزوج في حياة المفحوصة بما يقدمه من دعم و سند، إلا أنها لم تستطيع التغلب على ميلها إلى العزلة و الإنسحاب من مجتمعها و هو ما يدخل في إطار قيامها بمحاولات نفسية لمعالجة آلامها من خلال التركيز عليها و سحب إهتمامها من كل ما يحيط من مواضيع و إستثمار كل طاقتها النفسية لربط علاقة قوية مع الموضوع النرجسي (الذات) و من المهم أن نشير إلى مشاعر الوحدة التي عبرت عنها المفحوصة و حاجتها لوجود والديها إلى جانبها في هذه المرحلة، فالعلاقة مع الآخر يمكنها أن تخفف من معاناة الشخص فهي تلعب دور الحاجز الحامي الذي يمتص الكثير من التوترات، و هو ما تفتقده المفحوصة.

* تجد المفحوصة صعوبة كبيرة في فهم الآلام التي تعاني منها منذ سنوات، خاصة بالنظر إلى عدم توصلها – رغم محاولاتها المتكررة و زيارتها لعدد كبير من الأطباء – إلى التخفيف منها، حيث تؤكد من خلال كلامها عن عجزها على إيجاد وصف لهذه الآلام، فهي ترى أن الألم هو إحساس نعيشه لكننا لا نتمكن من فهمه أو وصف، بالنظر لما يحمله لحياة الشخص من مشاعر خوف و عجز، و أكثر ما يثير تساؤلها هو إستمرار هذا الألم مع تزايد شدته من نوبة إلى أخرى دون توقف، فهو كالحديث الغريب و الجديد الذي يستحيل فهمه و التعامل معه، و لهذا تعجز المفحوصة عن إستيعابه و إرصاده نفسيا.

* عبرت المفحوصة عن مشاعر الغرابة إتجاه جسمها الذي أصبحت تدركه كجسم مشوه لا ينتمي إليها أو أنها لا تنتمي إليه، فهناك معاشة لحالة من الانفصال مع كلية الجسم الذي يعد مصدر إعتداء و ألم و هي محاولة لإنكار وجوده للتخلص من إحساسات الألم الصادرة عنه و التي تتسبب في إستثارة داخلية تصل أحيانا إلى حد إستنزاف كل الطاقات النفسية ما يضع الشخص في حالة هشاشة.

* من خلال ما تقدم خلال المقابلات مع المفحوصة يبدو لنا جليا الأثر العميق الذي خلفه الألم المزمن حيث لمس مختلف جوانب حياتها اليومية، بداية من تأثر حالتها النفسية و معاناتها من نوبات قلق متكررة و مستمرة، مع فقدانها للقدرة على القيام بمختلف نشاطاتها المعتادة كالأعمال المنزلية و زيارة الأشخاص الآخرين، أو حتى ممارسة هواياتها المفضلة، طبعاً بالإضافة إلى اضطراب حياتها الجنسية و كذا معاناتها من اضطراب النوم، فالمفحوصة تشعر داخليا بأنها أصبحت تعيش حياة تختلف كلياً عن حياتها السابقة، و هنا يظهر الوقع الشديد لخبرة الألم على مسار الحياة الذي أصبح ينقسم إلى فترة ما قبل الألم و فترة ما بعد الألم، هذا التغيير الذي لم تتمكن المفحوصة من تقبله أو التعامل معه نظراً لصعوبة معاشته.

* من المهم الإشارة إلى إستثمار المفحوصة الجيد للعلاقة مع الفاحصة، فقد كانت شديدة الحرص على الحضور إلى مواعيدها، كما عبرت في العديد من المرات عن شعورها بالحاجة إلى التعبير عن معاناتها مع الألم، فقد لمسنا الوقع الإيجابي للمقابلات على المفحوصة، و هو ما ظهر من خلال تعبيرها عن مشاعر الإرتياح و الرغبة في التطرق إلى مواضيع أخرى كانت خارج إطار دراستنا، كما تميز كلام المفحوصة بالسيولة و الإنتقال من موضوع إلى آخر و هو ما يدل على نوع من المرونة التي ساعدت المفحوصة إلى حد كبير في التعبير عن معاشها لتجربة الألم، و هو ما نقيمه بالجيد، حيث يساعد التعبير اللفظي على الإرصان النفسي للخبرات المؤلمة و إدراجها ضمن مختلف الخبرات النفسية الماضية، و نشير من جهة أخرى إلى إلتماسنا إلى حاجة المفحوصة إلى بناء إستثمارات علائقية جديدة في هذه المرحلة بالذات من المرض و المعاناة، نظراً لإستمرارها في الإنسحاب من مجتمعها و رفضها – اللاشعوري – للتواجد مع الآخرين، حيث تكون العلاقة مع الفاحصة بمثابة نقطة إنطلاق جديدة للعودة للإتصال بالعالم الخارجي بالخروج من تمركزها حول ذاتها و ألمها، و محاولة تقاسم ألمها مع الآخرين فأهم ما يزيد من عمق المعاناة هو أن يجد الشخص نفسه وحيداً في مواجهة هذا الألم الذي يمثل بالنسبة له مواجهة مع المجهول.

* لقد أشارت المفحوصة إلى معاناتها من أحلام مزعجة ظهرت بعد إصابتها بالمرض، حيث يبدو لنا أنها أحلام ذات محتوى يعبر عن الأقلق التي تعيشها المفحوصة في هذه المرحلة، خاصة و أن الحلم هو بمثابة مساحة لتفريغ التوترات و المكبوتات التي يصعب إخراجها و التعبير عنها نظراً لعدم الوعي بها فالمعاش الداخلي للمفحوصة يبدو كثير الاضطراب ما يدل على حالة عدم الإتران الداخلي.

* أبدت المفحوصة فقراً كبيراً في إستثمارها لحياتها المستقبلية، فعند سؤالها عبرت عن عدم قدرتها على التطلع إلى أي مشاريع مستقبلية في ظل معاناتها في الوقت الحاضر من الألم، حيث نلاحظ أن الألم أثر بشكل كبير على إهتمامات المفحوصة المستقبلية، و هو ما يعبر عن إمتداد أثره ليصل إلى حياتها المستقبلية، فبالرغم من المرونة الكبيرة التي إتصف بها كلام المفحوصة خلال المقابلة إلا أن ثقل معاناتها مع الألم لم يسمح لها بإستثمار أي مشاريع مستقبلية ما عدا ذكرها لرغبتها في الحصول على بيت و التي عبرت عنها بشكل محتشم كان يفتر إلى الإستثمار الهوامي، فالمفحوصة ما تزال مرتبطة و بشكل قوي بالأمها التي لا تجد القدرة لمواجهةها.

• نتيجة:

إنطلاقاً من ما تم التوصل إليه من ملاحظات عيادية نتيجة تحليل المقابلات مع حالة المفحوصة "ياسمين" نستنتج أن معاشتها للألم المزمن كانت ذات وقع و أثر عميق على حياتها النفسية، و هو ما ظهر من خلال مشاعر العدوان و العنف التي رافقت ظهور الألم لديها، بالإضافة إلى ما فرضته عليها من عجز جعلها تعيش حالة من الضعف، خاصة في ظل إستمرار الألم و تزايد شدته من فترة إلى أخرى، و هو ما

يرجح إمكانية تدهور حالة "ياسمين" لاحقاً في حال ما إستمرت هذه الآلام في الزيادة فقد بدأ الأثر الصدمي للألم واضحاً جداً في حالة "ياسمين"، التي بدت كثيرة التفاجؤ حيال وضعيتها الآخذة في التطور نحو الأسوأ.

II.2.2. تحليل بروتوكول إختبار تفهم الموضوع (TAT):

الزمن الكلي للاختبار: 14 د و 45 ثا

اللوحة 1

"8 نشوف زعما (A2-3) الصغير يخمم (A2-17/CP3) وش يدير بالألة هذي ما عرفهاش؟ (CP5) (تحريك اليد) (CC1) قاعد يخمم (بصوت خافت) (A2-8) يشوف معاها كيفاه؟ (CP5) بالاك (A2-3) يشوف كيفاه نقولو حنا (CF4) يخدم بيها يعزف عليها (CF3) ولا ما عرفهاش (A2-9) جاتو حاجة غريبة (CP6) أو حاط يدو على خدو (CN4) (تضحك المفحوصة) (CC1) أو فرات ما (بصوت خافت) (E17) أو قاعد يخمم تايه (A2-8) mais بصح قتلك تايه في الكمان هذا (A2-1) ما (E17) (تحريك اليد) (CC1) يا ما عرفوش يا قاعد يخمم كيفاه يخدم بيه (A2-6/A2-7) قتلك هذا وش جاني (بصوت خافت) (A2-3) وجهو ماهوشي تاع واحد فرحان هكا (CN4) وجهو تاع واحد كيفاه نقولك؟ (CP5) وجهو تاع حاس (E17) بيعني (A2-3) حاجة مش مليحة جاتو (E14) بالاك (A2-3) (تضحك المفحوصة) (CC1) يعني (A2-3) ما كانش ضحكة في وجهو (CN4) هذا وشي شفت أو ما نعرف (A2-3) (تضحك المفحوصة) (CC1). (CP4)

السياقات:

بعد زمن كمون أولي قصير تبدأ المفحوصة كلامها بتحفظات كلامية (A2-3)، تؤكد من خلالها على الصراعات الشخصية الداخلية (A2-17)، التي تبنى لمجهول (CP3)، ثم سرعان ما تتهرب بطرح الأسئلة (CP5)، و اللجوء إلى الحركة (CC1)، التي تتبع بالإجتزاز (A2-8)، و مرة ثانية تأتي ضرورة طرح الأسئلة (CP5)، لتبدي حركة تحكيمية بالتحفظ الكلامي (A2-3)، ثم تجنب الصراع من خلال الرجوع إلى القيم الخارجية (CF4)، و التأكيد على القيام بالفعل (CF3)، الذي سرعان ما يتم إلغاؤه (A2-9)، و ذكر عناصر مقلقة متبوعة بتوقعات في الكلام (CP6)، إضافة إلى ذكر وضعية تعبر عن وجدانات (CN4)، تليها إثارة حركية (CC1)، نقشل و نترك المجال لحدوث إضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، تخرج منه بالعودة للإجتزاز (A2-8)، ثم الوصف مع التعلق بالتفاصيل (A2-1) ليتدهور كلام المفحوصة من خلال إضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، ثم يظهر الكف بإثارة حركية (CC1)، تنتقل منها إلى الرقابة بالتردد ما بين تفسيرات مختلفة (A2-6)، الذي يتضمن ذهاب و إياب ما بين التعبير النزوي و الدفاع (A2-7)، و إنطلاقاً من التحفظ الكلامي (A2-3)، يتم ذكر وضعية تعبر عن وجدانات (CN4)، مع ضرورة طرح الأسئلة (CP5)، و سرعان ما يحدث إضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، الذي تعقبه حركة تحكيمية بالتحفظ الكلامي (A2-3)، ليفشل الدفاع أمام إدراك المفحوصة الموضوع السيئ (E14)، ليعود الدفاع من جديد بتحفظ كلامي (A2-3)، لتلجأ بعده المفحوصة إلى الحركة (CC1)، إضافة إلى التحفظ الكلامي (A2-3) لذكر وضعية تعبر عن وجدانات (CN4)، مع عودة الرقابة من خلال التحفظات الكلامية (A2-3) لكن سرعان ما يتم التهرب من الوضعية باللجوء إلى الإيماءات (CC1)، و تنتهي القصة دون أن يتم التوصل إلى حل الصراع (CP4).

الإشكالية:

نجحت "ياسمين" في التعرف على الإشكالية التي تبعث إلى صورة طفل مع التأكيد على عدم النضج الوظيفي إتجاه موضوع الراشد، وينصب الصراع على صعوبة إستعمال هذا الموضوع، وبالرغم من محاولاتها المتكررة للتخرج من الوضعية إلا أنها لم تتوصل إلى ذلك بسبب سيطرة الكف، ولهذا أنهت القصة دون إيجاد مخرج للصراع الداخلي.

اللوحة 2

"29 ... (CP1) هذوما عبيد (E14) (تحرك رأسها) (CC1) ... (CP1) ما فهمتهاش (CN9) (تضحك) (CC1). (CP5)

السياقات:

تبدأ المفحوصة كلامها بعد زمن كمون أولي طويل (CP1)، لتبرز السياقات الأولية من خلال إدراكها لمواضيع الإضطهاد (E14)، ثم تهرب باللجوء إلى الحركة (CC1)، ليظهر الكف في شكل صمت هام أثناء السرد (CP1)، يتبع بنقد الذات (CN9)، وتنتهي كلامها باللجوء إلى إثارة حركية (CC1)، فهناك ميل إلى رفض اللوحة (CP5).

الإشكالية:

لقد إضطربت "ياسمين" أمام اللوحة، حيث إكتفت بإدراك شخصيات اللوحة على أنها مضطهدة وذلك دون تحديد الفروق ما بين الجنسين ولا بين الجيلين، كما لم تتم الإشارة إلى أي نوع من العلاقات ما بين هؤلاء الأشخاص، وبالتالي وجدت "ياسمين" صعوبة كبيرة في التوضع أمام هذه الثلاثية الأوديبية مما أدى إلى بروز سياقات أولية نظرا لفشل الرقابة، ولهذا لم تنجح في التعرف على الإشكالية.

اللوحة 3BM

(تضحك وتتنظر إلى الفاحصة) (CC1/CC2) هذا حالتو كيفي أنا (CN2/CP3) قاعد حاط راسو (CN4) ممكن (A2-3) يبكي (CN1) كايئة حاجة (CP6) يمكن (A2-3) قتلك مأثرة فيه (CN1) واحد كيما حالتو كيما هك تلقايني أنا في الدار (CN2) (تضحك وتتنظر للفاحصة) (CC1/CC2) كايئة حاجة ماهيش مليحة (E14) قاعد يبكي حاط راسو (A2-8) هذا وش شفت (بصوت خافت). (E1/CP4)

السياقات:

تبدأ المفحوصة القصة بإضطرابها أمام اللوحة فتلجأ إلى الحركة (CC1)، و الطلبات التي توجه للفاحصة (CC2)، تتبع بالرجوع إلى مصادر شخصية أو متعلقة بالتاريخ الشخصي (CN2)، دون التعريف بالأشخاص (CP3)، ثم ذكر وضعية تعبر عن وجدانات (CN4)، تعقبه حركة تحكيمية بالتحفظ الكلامي (A2-3)، يظهر بعدها التجنب من خلال التأكيد على ما هو مشعور به ذاتيا (بيكي) (CN1)، ثم ذكر عناصر مقلقة مسبوقة بتوقفات في الكلام (CP6)، و العودة إلى الرقابة بالتحفظ الكلامي (A2-3) و التجنب من خلال التأكيد على ما هو مشعور به ذاتيا (CN1)، يتم الرجوع إلى مصادر شخصية أو متعلقة بالتاريخ الشخصي (CN2)، ثم محاولة التهرب بالعودة إلى الحركة (CC1)، و طلب السند من الفاحصة (CC2)، ليتدهور دفاع المفحوصة و يسمح بإدراك الموضوع السيئ (E14)، و تنتهي القصة بالإجترار (A2-8)، مع عدم إدراك المفحوصة مواضيع ظاهرة (الشيء الموضوع على الأرض) (E1) و القصة كلها لا تظهر أسباب الصراع (CP4).

الإشكالية:

من الواضح أن اللوحة أثارت الإشكالية الإكتئابية لدى "ياسمين"، إلا أنها لم تتعرف على الصراع الذي تمت الإشارة إليه من بعيد (كاينة حاجة ... مأثرة فيه)، فالكف الشديد منع من إرسان الصراع.

اللوحة 4

"4 نقول أنا (A2-3) المرا والراجل مش متفاهمين (B2-3/CP3) (تحريك الفم) (CC1) الراجل حا يروح أو المرا تحكم فيه (B2-12/B2-7/CM1) أم (صوت بالفم) (CC1) فيها غضب (CN3) هيه الراجل يمكن (A2-3) غضبان (B2-4) من المرا أي تحكم فيه أو هو رايح (A2-8). (CP4) السياقات: بعد زمن كمون أولي قصير تظهر حركة تحكمية من خلال التحفظ الكلامي (A2-3)، ثم تنجح المفحوصة في إبداء حركة مرنة تؤكد على العلاقة ما بين الأشخاص (B2-3)، دون التعريف بهم (CP3)، لتهرب مباشرة إلى الحركة (CC1)، ثم عودة للمرونة بالتأكيد على موضوع الذهاب (يروح) (B2-12)، بالذهاب و الإياب ما بين رغبات متناقضة (B2-7)، مع إفراط الإستثمار في وضيعة إسناد الموضوع (CM1)، يتبع بإثارة حركية (CC1)، ليظهر وجدان معنون (غضب) (CN3)، بعدها تعود المفحوصة إلى الرقابة في شكل تحفظات كلامية (A2-3)، تتبع بتعبير لفظي عن وجدانات قوية (B2-4)، لتنتهي القصة بالإجتراح (A2-8)، دون تحديد أسباب الصراعات (CP4).

الإشكالية:

يعود بناء إشكالية اللوحة إلى علاقة شخصين (إختلاف في الجنس) متنازعين يصطحبهما قطبين هما العدوان والحنان، ونلاحظ أن "ياسمين" أدركت الإشكالية لكن لم يتم التعرض لأسباب الصراع، كما أن شخصيات القصة جاءت غير معرفة، حيث تقادت "ياسمين" المحتوى الكامن للوحة مما أدى إلى عدم إرسان الصراع.

اللوحة 5

"9 مرا قاعدة تطل (CF1/CP3) كاشما (A2-3) كاين (بصوت خافت) (CP6) كاشما (A2-8) شافت حاجة في البيت (CN5) يعني (A2-3) ما كاين والو في الصورة (A2-11) (تحريك اليد) (CC1) فاز أو فيوزة (A2-1) أو هذا ما كان (بصوت خافت) يعني (A2-3) هي (بصوت خافت) يمكن (A2-3) تهدر (B2-12) مع واحد (B1-2/CP3/B2-3) هذا هو (بصوت خافت). (CP2)

السياقات:

تبدأ القصة بعد زمن كمون أولي قصير بالتمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، دون التعريف بالأشخاص (CP3)، ليظهر التحفظ الكلامي (A2-3)، ثم ذكر عناصر مقلقة مسبقة بتوقفات في الخطاب (CP6) و الإجتراح (A2-8)، ثم التركيز على الخصائص الحسية (CN5)، الذي يتبع بالتحفظ الكلامي (A2-3)، و الإنكار (A2-11)، ليظهر التهرب من خلال الحركة (CC1)، إلا أن الدفاع يعود في شكل وصف مع التعلق بالتفاصيل (A2-1)، يتبع بتحفظات كلامية (A2-3)، و إنطلاقا من التحفظ الكلامي مرة أخرى (A2-3)، تظهر المرونة بالتأكيد على مواضيع من نوع القول (تهدر) (B2-12)، و التي تتضمن إدخال لشخص غير موجود في اللوحة (B1-2)، لم يتم التعريف به (CP3)، لكن هناك تأكيد على العلاقات ما بين الأشخاص (B2-3)، و أخيرا تنهي المفحوصة قصتها مع ميل عام إلى الإختصار (CP2).

الإشكالية:

أدركت "ياسمين" الإشكالية المتمثلة في إمكانية التوضع بالنسبة لهيئة "الأنا الأعلى"، إلا أنها سرعان ما تعود للمحتوى الظاهري للوحة بالوصف مع التعلق بالتفاصيل للتحكم في الشحنة النزولية المقلقة التي حركتها اللوحة، كما تظهر المرونة من خلال إدخال أشخاص غير موجودين في اللوحة، إلا أن الكف يتدخل في النهاية ليحسم الأمر من خلال التأكيد على ما هو يومي ولهذا لم تتم ملامسة الصراع.

اللوحة 6GF

"42 ... (CP1) يمكن (A2-3) معجب بيهها (B2-9/CP3) (تحريك الرأس والفم) (CC1) قاعد يهدر معاها (بصوت خافت) (B2-12/B2-3) ما قدرتش (بصوت خافت) (CN9). (CP2)

السياقات:

إنطلاقاً من زمن كمون أولي طويل (CP1)، يظهر التحفظ الكلامي (A2-3)، الذي يتبع بحركة مرنة تعبر عن شبكانية العلاقة (B2-9)، لكن دون التعريف بالأشخاص (CP3)، و سرعان ما تنهرب المفحوصة من الوضعية باللجوء إلى الحركة (CC1)، لتعود إلى المرونة من خلال التأكيد على موضوع القول (يهدر) (B2-12)، مع التأكيد على العلاقات ما بين الأشخاص (B2-3)، إلا أن المفحوصة تنهرب من الوضعية بنقد الذات (CN9)، و القصة فيها ميل عام إلى الإختصار (CP2).

الإشكالية:

لقد أدركت "ياسمين" الإشكالية التي ترمي إليها اللوحة في سياق علاقة جنسية غيرية مع التأكيد على شبكانية العلاقة، إلا أنه لم يتم التعريف بالأشخاص، وبالرغم من محاولة ظهور المرونة (يهدر معاها) إلا أن "ياسمين" عجزت في النهاية عن تطوير القصة نتيجة الإختصار، وهو ما منع من تناول الصراع.

اللوحة 7GF

"3 تكون طفيلة صغيرة هك (CF1) بالاك (A2-3) غضبانة (B2-4) أو ماماها تراضي فيها (B2-3/CM1) (تحرك اليد و تضحك) (CC1) يمكن (A2-3) الطفيلة الصغيرة هكا غضبانة أو ماماها قاعدة تراضي فيها أهيه (A2-8). (E1/CP4/CP2)

السياقات:

بعد زمن كمون أولي قصير يتم التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، ثم التحكم من خلال التحفظ الكلامي (A2-3)، ليفتح المجال أمام حركة مرنة بالتعبير اللفظي عن وجدانات قوية (غضبانة) (B2-4)، مع التأكيد على العلاقات ما بين الأشخاص (B2-3)، و إفراط الإستثمار في وظيفة إسناد الموضوع (CM1)، ثم يظهر التهرب في شكل إثارة حركية (CC1)، و إنطلاقاً من التحفظ الكلامي (A2-3) يظهر الإجتراء (A2-8)، مع عدم إدراك مواضيع ظاهرة (الدمية) (E1)، و في النهاية لا يتم تحديد أسباب الصراعات (CP4)، مع ميل عام إلى الإختصار (CP2).

الإشكالية:

تعرفت "ياسمين" على إشكالية اللوحة من خلال التعريف بشخصيات القصة وإدراك العلاقة (أم - بنت) إلا أن محاولة تناول الصراع لم تكن ناجحة، حيث لم تستطع تحديد أسباب الصراع، فالكف والرقابة خنقا الصراع مما تسبب في عدم إيجاد مخرج من الوضعية.

اللوحة 8BM

"12 هذايًا يعذبو فيه ولا يدير في العملية (A2-6/E8/CP3) (تضحك وتحرك يدها) (CC1) بالاك (A2-3) ممكن (A2-3) يعذبو فيه (A2-8) مسكين (A2-10) يعذبو فيه (A2-8) هذاك (CP3) حاكمو يخلو في كرشو (E8) أو هذاك (CP3) أو قاعد (بصوت خافت) (E17) (تحريك اليد) (CC1) بصح هذا ما علاباليش أنا (CN9) (تحريك الرأس) (CC1). (E1/CP2)

السياقات:

بعد زمن كمون أولي قصير تتردد المفحوصة ما بين تفسيرات مختلفة (A2-6)، تتضمن عبارات خام مرتبطة بمواضيع عدوانية (يعذبو فيه) (E8)، تكون مبنية للمجهول (CP3)، تنهرب منها بالجوء إلى إثارة حركية (CC1)، ثم يظهر التحكم من خلال التحفظ الكلامي (A2-3)، الذي يتبع بالإجترار (A2-8)، يليه بروز عناصر من نمط التكوين العكسي (مسكين) (A2-10)، و عودة للإجترار (A2-8) و إنطلاقاً من عدم التعريف بالأشخاص (CP3)، يتم استعمال عبارات خام مرتبطة بمواضيع عدوانية (يخلو) (E8)، و مرة ثانية لا يتم التعريف بالأشخاص (CP3)، ثم يتدهور كلام المفحوصة بحدوث اضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، نجد إثارة حركية (CC1)، يعقبها نقد الذات (CN9) و تنتهي القصة بإثارة حركية (CC1)، دون إدراك مواضيع ظاهرة (البندقية) (E1)، مع ميل عام إلى الإختصار (CP2).

الإشكالية:

باشرت "ياسمين" قصتها التي تضمنت حركات عدوانية قوية إتجاه صورة الأب، مع عدم التعريف بالأشخاص، إلا أن سيطرة الكف و سياقات الرقابة إلى جانب إدراكها مواضيع ظاهرة كل هذا منع من تحديد أسباب الصراعات، وبالتالي عدم القدرة على التخرج من الوضعية بعدم إرسان الصراع.

اللوحة 9GF

"20 ... (CP1) مرا طالعة فوق الشجرة (E4/CP3) أو جايهم من فوق فيضان جاها الما (B2-13/CP3) (تحريك اليد) (CC1) هذيك أي طالعة فوق الشجرة (A2-8) أو لوخرا أي تجري هاربة (B2-12/CP3) يمكن (A2-3) فيضان (B2-13) برك (بصوت خافت) (A2-3) (تضحك) (CC1). (CP2)

السياقات:

بعد زمن كمون أولي طويل (CP1)، تفشل المفحوصة في إدراك المحتوى الظاهر للوحة مما يفسح المجال أمام إدراكات خاطئة (E4)، تبنى للمجهول (CP3)، ثم تظهر حركة مرنة من خلال وجود مواضيع الخوف و الكوارث (B2-13)، دون التعريف بالأشخاص (CP3)، بعدها تلجأ إلى الحركة (CC1)، و إنطلاقاً من الإجترار (A2-8)، يتم التأكيد على موضوع الجري و الهروب (B2-12/CP3)، التي تكون مبنية للمجهول (CP3)، تليه حركة تحكيمية في شكل تحفظات كلامية (A2-3)، لتعود المفحوصة إلى التأكيد على مواضيع الخوف و الكوارث (B2-13)، مع التحفظ الكلامي (A2-3)، و في نهاية كلامها تظهر الحركة (CC1)، و القصة مختصرة (CP2).

الإشكالية:

بالرغم من إدراك "ياسمين" للشخصيات الأنثوية في اللوحة إلا أن اضطرابها أمام اللوحة كان واضحاً من خلال الصمت الطويل والإدراكات الخاطئة التي منعت من ملامسة الإستنارات الكامنة للوحة إضافة إلى الميل إلى الإختصار الذي لم يساعد على تطوير الإنتاج، وبالتالي عدم إرسان الإشكالية.

اللوحة 10

(تضحك) (CC1) الراجل محضن المرا (B2-3/CN4/CP3) فيها حب هذي (CN3) (تضحك و تحرك رأسها) (CC1) هذي فيها حب (A2-8) برك (بصوت خافت) (A2-3). (CP2) **السياقات:**

يتم الدخول في القصة باللجوء إلى الإيماءات (CC1)، ثم تظهر المرونة بالتأكيد على العلاقات ما بين الأشخاص (B2-3)، في شكل وضعية تعبر عن وجدان (CN4)، دون التعريف بالأشخاص (CP3) تتبع بوجدان معنون (CN3)، تنهرب منه المفحوصة بالعودة إلى الحركة (CC1)، و الإجتراح (A2-8) و أخيراً التحفظ الكلامي (A2-3)، و القصة كلها قصيرة تميل للإختصار (CP2).

الإشكالية:

لقد نجحت "ياسمين" في مقارنة التعبير الليبيدي بين الزوجين، إلا أن عدم التعريف بالأشخاص والإكتفاء بالتأكيد على الوضعية من خلال وجدان معنون (حب) منع من إرسان الصراع.

اللوحة 11

"10 ما فهمت فيها والو (بصوت خافت) (CN9) جرف هذا فيه الشجر (CF1) والله ما شفت فيه والو هذا (CC3/CN9) ما نقدرتش (بصوت خافت) (CN9). (E1/CP2) **السياقات:**

بعد زمن كمون أولي قصير تنطلق المفحوصة من نقد الذات (CN9)، تلجأ بعده إلى التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، مع تقديم نقد للوحة (CC3)، و نقد الذات (CN9)، لتنتهي كلامها بنقد ذاتها (CN9) دون إدراك مواضيع ظاهرة (الحيوان) (E1)، و القصة جاءت بشكل مختصر (CP2).

الإشكالية:

لم تدرك "ياسمين" المحتوى الكامن للوحة لأنها لم تستطيع النكوص إلى مستوى بدائي، بل إكتفت بالتمسك بالمحتوى الظاهري لكنها رغم ذلك لم تدرك مواضيع ظاهرة، ليظهر التهرب من اللوحة باللجوء إلى نقد الذات والميل إلى الإختصار، ولهذا فشلت "ياسمين" في مقارنة إشكالية اللوحة.

اللوحة 12BG

(B2-1) هذي طبيعة (CF1) بالاك (A2-3) في في وقت الشتا ولا وقيل في وقت الربيع هكا (A2-6) (تحريك الفم والرأس) (CC1) هاو قارب (A2-16) (كلام غير مفهوم) هذاك ما (بصوت خافت) (E17). (CP2) **السياقات:**

تنجح المفحوصة في الدخول المباشر في التعبير (B2-1)، و تقوم بالتمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) تتبع بالتحكم بالتحفظات الكلامية (A2-3)، يليه التردد ما بين تفسيرات مختلفة (A2-6)، ثم اللجوء إلى

إثارة حركية (CC1)، لتعود المفحوصة إلى الرقابة من خلال ذكر تفصيل كبير و عدم إدماجه في القصة (A2-16)، و فجأة يتدهور كلام المفحوصة بظهور اضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17) و القصة فيها ميل عام إلى الإختصار (CP2).

الإشكالية:

بالرغم من تناول "ياسمين" اللوحة مباشرة، إلا أنها أبدت إنتاجا تميز بالسطحية وذلك بالتمسك بالمحتوى الظاهري مع ميل شديد إلى الإختصار، مما أدى إلى عجزها عن التعرض للإستنارات الباطنية للوحة الرامية إلى التمييز ما بين العالم الخارجي والداخلي.

اللوحة 13B

"32 ... (CP1) أو هذا ثاني مسكين (A2-10/CP3) حاط يدو (CN4) (تضحك) (CC1) بالاكش (A2-3) يتيم (بصوت خافت) (A2-18/CM1) هاي في وجهو ما كانش الفرحة (CN4) (تضحك) (CC1) هيه يعني (A2-3) يتيم مسكين (A2-8) كيما هك تلقايني أنا ثاني (CN2) (تحريك اليد) (CC1) هك قاعد مسكين حدا الباب أو فرات (CF1/A2-10) ما كان والو (بصوت خافت) (A2-11/CM1) (CP2).

السياقات:

بعد زمن كمون أولي طويل (CP1)، تذكر المفحوصة عناصر من نمط التكوين العكسي (A2-10) دون التعريف بالأشخاص (CP3)، في وضعية تعبر عن وجدانات (CN4)، تهرب بعدها إلى الحركة (CC1)، والتحكم في شكل تحفظات كلامية (A2-3)، يليه التعبير عن وجدانات بصفة مصغرة (A2-18)، مع إفراط الإستثمار في وظيفة إسناد الموضوع (CM1)، و عودة إلى التأكيد على وضعية تعبر عن وجدانات (CN4)، تليها إثارة حركية (CC1)، و إنطلاقا من التحفظ الكلامي (A2-3) يظهر الإجتراح (A2-8)، و منه الرجوع إلى مصادر شخصية أو متعلقة بالتاريخ الشخصي (CN2) تتبع بالحركة (CC1)، و التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، الذي تضمن عناصر من نمط التكوين العكسي (A2-10)، لتنتهي القصة بالإنكار (A2-11)، و إفراط الإستثمار في وظيفة إسناد الموضوع (CM1) و القصة تميل بشكل عام إلى الإختصار (CP2).

الإشكالية:

بالرغم من الكف الخوافي الذي ظهر في شكل صمت طويل، نجحت "ياسمين" في تناول إشكالية البقاء وحيدا وعبرت عنها بذكر وضعيات تعبر عن وجدانات وكذا بإفراط إستثمار الموضوع الإتكالي إلا أن عودت الكف والرقابة والميل إلى الإختصار منعا من تطوير الإنتاج، وبالتالي عدم التخرج من الوضعية.

اللوحة 13MF

"26 ... (CP1) هذا كان في علاقة جنسية (B2-9/ B2-3/CP3) يمكن (A2-3) كانوا (CP3) في علاقة جنسية مع بعضاهم (بصوت خافت) (A2-8/A2-18) برك (بصوت خافت) (A2-3) (CP2).

السياقات:

إنطلاقا من زمن كمون أولي طويل (CP1)، تظهر حركة مرنة تؤكد على شبقانية العلاقة (B2-9) و التأكيد على العلاقات ما بين الأشخاص (B2-3)، لكنها تبنى للمجهول (CP3)، تتبع بحركة تحكمية في شكل تحفظات كلامية (A2-3)، مبنية لمجهول (CP3)، يليها الإجتراح (A2-8)، من خلال التعبير عن

وجدانات بصفة مصغرة (A2-18)، لتهي المفحوصة قصتها بتحفظات كلامية (A2-3)، و القصة ككل تميل إلى الإختصار (CP2).

الإشكالية:

بعد صمت طويل نجحت "ياسمين" في التعبير عن الجنس ما بين شخصيتين لم يتم التعريف بهما إلا أن أساليب الرقابة منعت من تطوير الإنتاج فجاءت القصة تميل إلى الإختصار مما منع من إرسان الإشكالية.

اللوحة 19

"39 ... (CP1) ما قدرت نقرا فيها والو (CN9) (بصوت خافت) (تبتسم) (CC1) ما فهمتش حتى شي (بصوت خافت) (CN9) (تحريك الرأس) (CC1). (CP5)

السياقات:

بعد زمن كمون أولي طويل (CP1)، ترتبك المفحوصة أمام اللوحة و تلجأ إلى نقد الذات (CN9) ثم تأتي الحركة من خلال الإيماءات (CC1)، تتبع بنقد الذات (CN9)، مع ظهور الحركة (CC1) ليبدو في النهاية رفض المفحوصة للوحة (CP5).

الإشكالية:

لم تتمكن "ياسمين" من التعرف على الإشكالية قبل التناسلية نظرا للسيطرة الواضحة لأساليب الكف حيث نلمس رفضها لهذه اللوحة خاصة أمام وجود إستثارات صورية غير مبنية و غير واضحة ولهذا عجزت عن إستحضار أي موضوع وبالتالي صعوبة التمييز ما بين الداخل والخارج.

اللوحة 16

(قلب الصورة وتحريكها) (CC1) هذي نقولك عليها؟ (CC2) (الفاحصة: نعم) (CP5) هذي نقول أنا يكون (A2-3) واحد (B1-2/CP3) كيفاه نقولك؟ (CP5) (تبتسم) (CC1) ما يكونش عندو المرض (A2-11/E6) كيما تاعي (CN2) يعني (A2-3) عايش معاه ديما (E14) يكون عايش متهني (CN1) (تبتسم) (CC1) ديما يشوف الحاجة بيضا قدامو (A2-13/CM2+) برك (بصوت خافت) (A2-3). (CP2/B1-1)

السياقات:

تبدأ المفحوصة بتحريك اللوحة (CC1)، ثم توجيه طلب للفاحصة في شكل سؤال (CC2)، يليه تدخل الفاحصة (CP5)، لتظهر حركة تحكمية بالتحفظ الكلامي (A2-3)، ثم يتم إدخال لأشخاص غير موجودين في اللوحة (B1-2)، دون التعريف بهم (CP3)، ثم التساؤل (CP5)، لتلجأ بعدها إلى الإيماءات (CC1)، و إنطلاقا من الإنكار (A2-11)، يتم إدراك مواضيع مفككة (المرض) (E6)، مع الرجوع إلى مصادر شخصية أو متعلقة بالتاريخ الشخصي (CN2)، إضافة إلى التحفظ الكلامي (A2-3)، يليه إدراك مواضيع الإضطهاد (E14)، و التأكيد على ما هو مشعور به ذاتيا (CN1)، تلجأ بعدها إلى الإيماءات (CC1)، تتبع بفكرنة من خلال الرمزية و إعطاء عنوان للقصة له علاقة مع المحتوى الظاهري (A2-13)، مع مثلثة إيجابية للموضوع (CM2+)، يليها التحفظ الكلامي (A2-3) و القصة منسوجة حول رغبة شخصية (B1-1)، و تميل إلى الإختصار (CP2).

الإشكالية:

بعد الكف الشديد الذي ميز بداية القصة تلجأ "ياسمين" مباشرة إلى مصادر ها الشخصية وتناول موضوع المرض مع مثناة إيجابية لشخص لم يتم التعريف به، إلا أن الكف من خلال الميل إلى الإختصار منع من تطوير القصة بشكل أفضل، حيث تناولت "ياسمين" إشكاليته التي غاب عنها الصدى الهوامي.

❖ خلاصة البروتوكول:

• ورقة الفرز: أنظر إلى الصفحة (213).

• السياقات العامة:

من خلال شبكة "V. Shentoub" يبدو أن "ياسمين" تطرقت إلى كل السياقات مع إختلاف في التوزيع إذ سيطرت السياقات من نوع تجنب الصراع (C) بشكل مكثف، تليها سياقات الصلابة (A)، ثم سياقات المرونة (B)، و أخيرا السياقات الأولية (E).

ظهرت سيطرة الكف (C) على بروتوكول "ياسمين" من خلال تفادي التعبير عن الصراع في معظم البروتوكول، مع ظهور قليل للحركات العدوانية والجنسية، حيث غلبت الأساليب الخوافية (CP) وظهرت في شكل عدم التعريف بالأشخاص (CP3)، والقصص جاءت مختصرة (CP2) وتميل إلى الرفض مع ضرورة طرح الأسئلة (CP5)، وكذا وجود زمن كمون أولي طويل (CP1) مثل ما هو الحال عليه في (اللوحة 2).

كما ظهر الكف والنفور من المنبه أيضا باللجوء إلى السلوك (CC) للتهرب من الوضعيات المقلقة وذلك من خلال الإثارة الحركية و الإيماءات (CC 1) التي غلبت على سلوك "ياسمين" خلال الإختبار.

أما الأساليب النرجسية (CN) فكانت حاضرة أيضا وكانت ممثلة تقريبا في أسلوبين هما: ذكر وضعيات تعبر عن وجدانات (CN4) ونقد الذات (CN9)، وجاءت هذه السياقات مرفقة بالأساليب الهوسية (CM) المتمثلة في إستثمار السند (CM1) و المثناة (CM2)، كما ظهرت الأساليب الواقعية (CF) من خلال التمسك بالمحتوى الظاهري للوحات (CF1) ويعود هذا إلى الرقابة الشديدة كما نلاحظ حضور لأساليب كف أخرى إلا أنها ظهرت بشكل طفيف منها (CP3، CN5، CC3، CF4).

بالنسبة لسياقات الرقابة (A) فقد كانت هي الأخرى ممثلة بعدد لا بأس به، منها التحفظات الكلامية (A2-3) التي ظهرت بشكل مكثف وكان ذلك في معظم اللوحات خاصة في اللوحتين: (1، 5)، أما الإجتراح (A2-3) فنجدته بشكل بارز في اللوحات (1، 8BM)، تليه طبعا الأساليب الأخرى التي ظهرت بشكل طفيف مثل التأكيد على الصراعات الشخصية الداخلية (A2-17) الذي نجده في لوحة وحيدة هي (اللوحة 1)، كذلك نجد الوصف مع التعلق بالتفاصيل (A2-1) فقط في (اللوحة 5)، مع ظهور عناصر من نمط التكوين العكسي (A2-10) خاصة في (اللوحة 13B).

وقد كان الكف والرقابة مصحوبان في بعض اللوحات ببعض الحركات الإيجابية التي تحمل طابع المرونة (B) جاءت أغلبها في شكل تأكيد على العلاقة ما بين الأشخاص (B2-3) كما هو الحال في اللوحات: (7GF، 10)، والإشارة إلى شبكانية العلاقة (B2-9) في اللوحة: (13MF)، إضافة إلى التأكيد على مواضيع من نوع القول، الجري، والهروب (B2-12) في اللوحات: (5، 6GF، 9GF) ويمكن ملاحظة ظهور قليل جدا لأساليب المرونة الأخرى مثل التعبير اللفظي عن وجدانات قوية أو مبالغ فيها (B2-4) في اللوحة: (4) ويمكن إعتبار أن هذه الحركات المرنة ذات فعالية دفاعية تتميز بالنعوية خاصة في هذا

البروتوكول الذي طغى عليه الكف والرقابة، لكن من جهة أخرى يعبر ظهور الأساليب المرنة بشكل قليل عن نوع من الفقر وهو ما لم يساعد على إرسان قصص اللوحات.

أما السياقات الأولية (E) فقد ظهر منها سياقات متنوعة، منها ما كان متكيفا مع المنبه مثل ما هو عليه الحال في اللوحة: (8BM)، حيث نجد عبارات خام مرتبطة بمواضيع عدوانية (E8) إضافة إلى أساليب أولية أخرى كعدم إدراك مواضيع ظاهرة (E1) في كل من اللوحات (11، 8BM، 7GF، 3BM)، وكذلك إدراك الموضوع السيئ ومواضيع الإضطهاد (E14) في اللوحات: (1، 2، 3BM)، أما الأساليب (E17) (E6) (E4) فقد كانت نادرة.

• المقروئية العامة:

لم تستطع "ياسمين" رغم جهودها بناء قصة جيدة، فقد سيطر الكف من خلال الأساليب الخوافية (CP) التي تميزت بتفادي الصراع والابتذال وكذا التهرب من المنبه في مرات كثيرة باللجوء إلى الأساليب السلوكية (CC) التي طغت عليها الحركة والإيماءات، إضافة إلى النوعية السيئة من سياقات الرقابة (A) المستعملة، فبالرغم من عددها الكبير إلا أن نوعيتها تتم عن فقر الدفاع، أما سياقات المرونة (B) فبالرغم من حضورها إلا أنها لم تكن كافية فظهرت بصفة قليلة جدا بالمقارنة مع السياقات الأخرى فقد كان ظهورا محتشما أدى إلى إضطراب الإنتاج الإسقاطي، كما نشير إلى ظهور طفيف للسياقات الأولية التي أثرت نوعا ما على الإنتاج لكنها لم تكن ذات وقع كبير، إلى جانب ذلك لاحظنا أن "ياسمين" لم تستطع تناول الوضعيات الصراعية في الكثير من اللوحات، أما في اللوحات القليلة الأخرى فقد أدركت الصراع لكنها لم تتوصل إلى حله ولا الخروج منه نظرا لسيطرة الكف، مما لم يساعدها على إرسان الصراع لذلك كله فإن المقروئية العامة للبروتوكول جاءت سالبة موجبة (- +).

• الإشكالية العامة:

قامت "ياسمين" بتناول معظم إشكاليات اللوحات وإستطاعت تقديم قصص منسجمة مع المحتوى الكامن للوحات، وجاءت الإشكالية أقرب لتناول الصراع الأوديبى وقلق الإخصاء بالرغم من عدم تناول الثلاثية الأوديبية في اللوحة (2)، وكان الصراع غالبا ما بين الأشخاص يدور بشكل أساسي حول الرغبة والدفاع، كما كانت القصص تحمل الطابع الجنسي بعيدا عن العدوانية، فبالنسبة لقلق الإخصاء ظهر قويا للوحة (8BM) مما أدى إلى بعض التدهور في القصة بفعل السياقات الأولية خاصة التعبيرات الفجة (E8) مع عدم إدراك مواضيع ظاهرة (E1) (البندقية).

كما أنه من المهم الإشارة إلى إضطراب "ياسمين" أمام اللوحات التي تبعث إلى القلق ما قبل التناسلي اللوحات: (11، 19)، حيث لم تدرك محتواها الكامن نظرا لسيطرة الكف الشديد الذي عبرت عنه "ياسمين" بنقد الذات والرفض.

أما اللوحة الأخيرة (16) فقد تسببت في إستثارة "ياسمين" بعد الكف الشديد الذي ظهر في البداية، وفي غياب أي سند صوري عبرت من خلالها عن إشكالياتها المتمثلة في المرض، حيث تضمنت المثانة السلبية لحالتها والمثانة الإيجابية لشخص لم يتم التعريف به، ربما يمثل ما تطمح لأن تكون عليه (التخلص من المرض)، إلا أن الكف أعاق من تطوير القصة فجاءت مختصرة.

FEUILLE DE DÉPOUILLEMENT

PROCEDES DE LA SERIE A (Contrôle)	PROCEDES DE LA SERIE B (Labilité)	PROCEDES DE LA SERIE C (Evitement du conflit)	PROCEDES DE LA SERIE E (Emergence en processus primaires)
<p>A0 Conflictualisation intra - personnelle.</p> <p>A1</p> <p>1 - Histoire construite proche du thème central.</p> <p>2 - Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve.</p> <p>3 - Intégration des références sociales et du sens commun.</p> <p>A2-</p> <p>1 - Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures.</p> <p>2 - Justification des interprétations par ces détails.</p> <p>3 - Précautions verbales.</p> <p>4 - Eloignement temporo - spatial.</p> <p>5 - Précisions chiffrées.</p> <p>6 - Hésitations entre interprétations dilférentes.</p> <p>7 - Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense.</p> <p>8 - Remâchage, luttualion.</p> <p>9 - Annulation.</p> <p>10 - Eléments de type formation réactionnelle (propre, ordre, acte, devoir, économie, etc.).</p> <p>11 - Dénégation.</p> <p>12 - Insistance sur le factuel.</p> <p>13 - Intellectualisation (Abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste).</p> <p>14 - Changement brusque de direction dans le cours de l'histoire (accompagné ou non de pause dans le discours).</p> <p>15 - Isolation des éléments ou des personnages.</p> <p>16 - Grand détail et/ou petit détail évoqué et non intégré.</p> <p>17 - Accent porté sur les conflits intra - personnels.</p> <p>18 - Affects exprimés à minima.</p>	<p>B0 Conflictualisation inter - personnelle</p> <p>B1</p> <p>1 - Histoire construite autour d'une lantaisie personnelle.</p> <p>2 - Introduction de personnages non figurant sur l'image.</p> <p>3 - Identifications souples et diffusées.</p> <p>4 - Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus.</p> <p>B2</p> <p>1 - Entrée directe dans l'expression.</p> <p>2 - Histoire à rebondissement. Fabulation loin de l'image.</p> <p>3 - Accent porté sur les relations interpersonnelles. Réclen dialogue.</p> <p>4 - Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés.</p> <p>5 - Dramatisation.</p> <p>6 - Représentations contrastées. Alternance entre des états émotionnels opposés.</p> <p>7 - Aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir.</p> <p>8 - Exclamations, commentaires, digressions, références/appréciations personnelles.</p> <p>9 - Eroisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent.</p> <p>10 - Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle.</p> <p>11 - Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages.</p> <p>12 - Accent porté sur une thématique du style : aller, courtir, être, leur etc.</p> <p>13 - Présence de thèmes de peur, de catastrophe, de vertige etc. dans un contexte dramatisé.</p>	<p>CP</p> <p>1 - Ti long et/ou silences importants intra - récl.</p> <p>2 - Tendance générale à la restriction.</p> <p>3 - Anonymat des personnages.</p> <p>4 - Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels; placages.</p> <p>5 - Nécessité de poser des questions. Tendance récl. Récl.</p> <p>6 - Evocation d'éléments anecdotiques suivis ou précédés d'arrêts dans le discours.</p> <p>CN</p> <p>1 - Accent porté sur l'éprouvé subjectif (Non relationnel)</p> <p>2 - Références personnelles ou autobiographiques.</p> <p>3 - Affect - titre.</p> <p>4 - Posture signifiante d'affectif.</p> <p>5 - Accent mis sur les qualités sensorielles.</p> <p>6 - Insistance sur le repérage des limites et des contours.</p> <p>7 - Relations spéculaires.</p> <p>8 - Mise en tabou.</p> <p>9 - Critiques de Soi.</p> <p>10 - Détails narcissiques. Idéalisation de Soi.</p> <p>CM</p> <p>1 - Surinvestissement de la fonction d'élayage de l'objet.</p> <p>2 - Idéalisation de l'Objet (valence positive ou négative).</p> <p>3 - Prouvettes, vifvoltes.</p> <p>CC</p> <p>1 - Agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles.</p> <p>2 - Demandes faites au clinicien.</p> <p>3 - Critiques du matériel et/ou de la situation.</p> <p>4 - Ironie, dénigron.</p> <p>5 - Clin d'oeil au clinicien.</p> <p>CF</p> <p>1 - Approchage au contenu manifeste.</p> <p>2 - Accent porté sur le quojid - n, le factuel, l'actuel, le concret.</p> <p>3 - Accent porté sur la faire.</p> <p>4 - Appel à des normes extérieures.</p> <p>5 - Affects de circonstance.</p>	<p>E</p> <p>1 - Scènes d'objets manifestes.</p> <p>2 - Perception de détails rares et/ou bizarres.</p> <p>3 - Justifications arbitraires à partir de cas détails.</p> <p>4 - Faus ses perceptions.</p> <p>5 - Perception sensorielle.</p> <p>6 - Perception d'objets "microscopiques" (objets déformés ou de personnes malades, malformés).</p> <p>7 - Inadéquation du thème au stimulus. Abstraction, symbolisme hermétique.</p> <p>8 - Expressions "crues" liées à une thématique sexuelle ou agressive.</p> <p>9 - Expression d'affects et/ou de représentations massifs liés à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomane, que, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.)</p> <p>10 - Persévération.</p> <p>11 - Confusion des identités (Télescopage des rôles)</p> <p>12 - Instabilité des objets.</p> <p>13 - Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales.</p> <p>14 - Perception du mauvais objet, thèmes de persécution.</p> <p>15 - Clivage de l'objet.</p> <p>16 - Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physiognomies ou attitudes.</p> <p>17 - Craquées verbales (Troubles de la syntaxe)</p> <p>18 - Associations par contiguïté, par consonance, coq - à - l'âne.</p> <p>19 - Associations courtes.</p> <p>20 - Vague, indétermination, flou du discours.</p>

3.II. عرض حالة المفحوصة "كاميليا":

1.3.II. المقابلة العيادية:

• البيانات العامة:

الإسم: كاميليا السن: 27 سنة الجنس: أنثى × ذكر

الحالة المدنية: عازب (ة) مرتبط (ة) متزوج (ة)

مطلق (ة) فصل (ة) أرمل (ة)

الرتبة بين الإخوة: الأخيرة المهنة: ممرضة

أنت حاليا: بطل عامل في عطلة مرضية

متقاعد

أوقات العمل: نصف دوام دوام كامل دوام طويل

أوقات الراحة: يوم يومين أكثر

• نتائج سلام قياس الألم:

- إختبار QDSA: تحصلت كاميليا على درجة 60/50

- إختبار EVA: عند أول ظهور للألم تحصلت على درجة 10/1.3

عند أول مقابلة تحصلت على درجة 10/3

من خلال مقارنة درجات الإختبارين نلاحظ وجود إختلاف، فدرجة إختبار QDSA تدل على ألم شديد أما درجة إختبار EVA فتدل على ألم متوسط، كما نلاحظ زيادة بسيطة في شدة الألم منذ ظهوره أول مرة.

• تقديم الحالة:

كاميليا شابة تبلغ من العمر 27 سنة عازبة، تقطن وتعمل بمدينة ورقلة، تتصف كاميليا بأنها طويلة القامة ونحيفة البنية، هادئة المزاج وقليلة الكلام، مهتمة بمظهرها وبملابسها، تحتل الرتبة الأخيرة بين أخواتها توقفت عن الدراسة في مستوى السنة الثالثة متوسط، حاصلة على دبلوم في الإعلام الآلي من مركز التكوين المهني، وتعمل كممرضة بمستشفى محمد بوضياف (ورقلة) بدوام كامل (8 ساعات). إلتقينا بـ "كاميليا" على مستوى مصلحة تدريب الأعضاء، حيث قدمنا أنفسنا كطالبة باحثة وأطلعناها على طبيعة عملنا وعلى أسباب إختيارنا لحالتها، فلاحظنا قبولها للتعاون معنا والمشاركة في هذا العمل العلمي دون طرح أي أسئلة، كما أبدت "كاميليا" تفهمها لطبيعة عملنا بإعتبارها ممرضة في قطاع الصحة، وأما عن سلوكها إتجاه وضعية الفحص فقد كانت "كاميليا" ملتزمة بمواعيد المقابلات ومتعاونة.

باشرنا العمل العيادي مع "كاميليا" بعد شرحنا لظروف وشروط عملنا فلم نتلق أي صعوبات في بداية العمل معها كما أننا لاحظنا عدم محاولتها للإستعلام عن أي من مجريات المقابلة، بل إكتفت بإبداء تعاونها

الكبير، و قد جرت كل المقابلات بمكتب المختصة النفسية (الباحثة) بمركز معالجة الاورام السرطانية بالمستشفى.

• تحليل معطيات المقابلة:

في البداية حاولنا التطرق مع "كاميليا" إلى تاريخ حياتها (منذ الطفولة إلى يومنا هذا)، فنجد أنها إكتفت بتقديم إجابة سطحية ومختصرة بقولها: "لاباس متوسطة يعني" وهو ما تطلب تدخلنا مرة أخرى في محاولة لتحريك التدايعات الحرة لدى "كاميليا" (الفاحصة: يعني كيفاه عشتي في داركم كيفاه كبرتني حتى للدورك؟) لتستهل "كاميليا" حديثها قائلة أنها نشأة في جو أسري يسوده التوتر والخوف "المهم تربينا بالخوف (وتضحك)"، وهنا حاولنا الإستفسار حول ما كانت تقصده بقولها هذا، لتنتقل "كاميليا" للحديث عن أمها حيث تصفها بالمرأة المتعصبة المتشددة التي تربي أبناءها تحت ضغط الخوف، لكنها تعود لتقول أنها لا تقيم سلوك أمها بالسيء لكنها تبدو في نفس الوقت مستاءة من الطريقة التي إتبعتها الأم في تربيته هي وإخوتها وهنا تقول "كاميليا": "يعني لازم يعني يعني تزيير عليك شوية هكذا هكا أمنا متعصبة شوية (الفاحصة: أمك متعصبة؟) أيه ... (الفاحصة: كيفاش متعصبة؟) يعني هي لاباس بصح ساعات تخوفنا يعني كايين حوايج تربيت عليهم بالخوف ... (الفاحصة: كيما واش؟) حوايج يعني هكاك" وتظهر "كاميليا" هنا غير مستقرة على رأي إتجاه تربية أمها لها، حيث يدل كلامها على إنشطار الموضوع إلى سيء و جيد، ما بين وصفها للأم بالجيدة و السيئة في نفس الوقت، كما نلاحظ أنها ركزت في كلامها على أمها دون أن تذكر والدها، و بعد سؤالها تقول أنها لم تتعرف عليه لأنه توفي عندما كانت تبلغ سنة واحدة من العمر.

تعيش "كاميليا" مع والدتها فقط أما إخوتها وأخواتها فتقول أنهم متزوجين، كما تقول أنها توقفت عن الدراسة في مستوى السنة الثالثة متوسط وتابعت بعدها تكوينها مهنيا لمدة 18 شهرا بأحد مراكز التكوين المهني وتحصلت على شهادة في الإعلام الآلي ثم توجهت مباشرة إلى ميدان العمل، إلا أنها تقول أنها توقفت عن ممارسة عملها حيث تحملت مسؤولية تربية ورعاية بنات أختها التي تطلقت وأعادة الزواج مرة ثانية لتترك بناتها تحت مسؤولية "كاميليا" ووالدتها، بعد ذلك قامت "كاميليا" بالتسجيل في دورة للتدريب على الإسعافات الأولية لتحصل على دبلوم أهلها للعمل في المستشفى كممرضة وذلك سنة 2007، ونظرا للصعوبة التي واجهتها "كاميليا" في التداعي و التعبير اضطررنا إلى مواصلة طرح الأسئلة لإسناد "كاميليا" و مساعدتها على التطرق لتفاصيل أكثر حول حياتها، وهنا سألناها عن علاقتها بإخوتها فنقول: "لا لا الحمد الله" (الفاحصة: علاقتكم مليحة؟) الحمد الله"، أما عن علاقتها مع والدتها فنقول أنها تلقت تنشئة صعبة من طرف والدتها إلا أن الأمور تغيرت فيما بعد لتصبح "كاميليا" تعيش حياتها باستقلالية أكثر "لا لا الحمد الله يعني من الصغر تربيت تربية حنا نقولو البنيت نزيروها أو مبادئ normal (الفاحصة: كيفاه normal؟) يعني أو مبادئ يعطيوك الحرية تاعك" وهنا يبدو لنا أن علاقة "كاميليا" مع أمها هي علاقة صراعية خاصة في المرحلة السابقة من حياتها، أما عن حياتها الآن فنقول: "normal (الفاحصة: كيفاش يعني؟) هيه normal" إذا نلاحظ من خلال إجابات وكلام "كاميليا" أنها كثيرا ما تلجأ وترجع إلى المصادر و المعايير الخارجية "normal، الحمد لله" لسد الفراغ الداخلي إضافة إلى فراغ في إستثمار العلاقات وذلك من خلال إنعدام التعبير الوجداني والعلاقات الحميمة، حيث وصفت علاقتها مع أمها و أخوتها بالعادية دون تناول أي تفاصيل و دون التطرق إلى أي أحداث معينة، وبالتالي ومن خلال تتبعنا لكلام "كاميليا" نجد أنه تميز بالإختصار والفقر في نفس الوقت.

عن إصابتها بالآلام أسفل الظهر المزمنة، تقول "كاميليا" أن المرض بدأها منذ 7 أشهر حيث بدأت تشعر فجأة بالآلام على مستوى الجانب الأيسر من جسمها وأسفل الظهر، وعند قيامها بإجراء فحوص وصور أشعة إكتشفت إصابتها بإعوجاج على مستوى العمود الفقري "عند واحد 7 أشهر هيه (الفاحصة: كيفاش بداك؟) هيه... (الفاحصة: يعني كيفاش حتى بديتي تعالجي عليه؟) أول خطرة رحت برت radio (الفاحصة: أمبعد كيفاش؟) دارلي السطر كي نوقف ولا ندير الشغل نحس بالسطر في ظهري أوجنبي أو دوركا نحس بيه بزاف في الجنب الأيسر (الفاحصة: أو كي برتي radio وش قالك الطبيب؟) قالي عندك اعوجاج في الظهر وأعطاني TRT وأعطاني ندير الرياضة"، كما تقول أنها لم تفهم سبب الآلام بالرغم من أن الطبيب أكد لها أن هذه الآلام راجعة إلى إعوجاج العمود الفقري وأنه عبارة عن تشوه خلقي، حيث تبدو "كاميليا" وكأنها لم تفهم سبب مرضها فهي غير مقتنعة بأن الإعوجاج هو المسؤول عن ظهور هذه الآلام "ما فهمتش ما قاليش، قالي كايين حالات يحيي الإعوجاج من عند ربي هكا"، كما تؤكد على أن آلامها إشتدت أكثر في الفترة الأخيرة الشيء الذي دفعها إلى زيارة الطبيب منذ شهر، وهنا نلاحظ أن "كاميليا" تبدو أقل إهتماما بحالتها كما تظهر أحيانا نوعا من اللامبالاة إتجاه مرضها والآلام، حيث تعاملت مع أسئلتنا بسطحية و لم تبدي إهتماما لحالتها فهي تشكو من هذه الآلام منذ فترة طويلة إلا أنها لم تعمل على إستشارة طبيب مختص إلا مؤخرا أي بعد مرور 6 أشهر من ظهور الألم، و عند تعمقنا حول معاشتها لهذه الآلام تقول أن الألم بدأ في الظهر بشكل تدريجي، ففي بداية الأمر كانت آلام متوسطة الشدة يمكن إحتمالها كما ظنت أنها آلام عابرة، إلا أنها إزدادت شدة فيما بعد "أنا قلت سطر normal بصح زاد عليا" الشيء الذي زاد من قلقها "لقت السطر ولي يحكمني في ظهري أو في جنبي وليت كي نقعد بيدالي ولي مقلتي (الفاحصة: تقدري تتحمليه؟) شوية كي يجيني نعفس على قلبي نحملو بصح شوية يقلقني أو لازم مو وقت باه يروح لازم نروبوزي"، إذا نلتس من خلال كلام "كاميليا" أن الألم الذي تعانيه هو بمثابة الحدث المزعج والمقلق بالنسبة لها، فظهور الآلام في البداية لم يكن مصدرا لقلقها حيث إعتبرتها مجرد آلام بسيطة خاصة وأنها لم تكن آلام قوية ولهذا لم تستدعي إهتمامها، إلا أنها تعود لتقول أنها أصبحت أكثر قلقا فيما بعد خاصة عندما أصبحت هذه الآلام سببا يمنعها من القيام ببعض النشاطات أو الأعمال اليومية، كما نلاحظ من خلال كلامها نوعا من التفاجوء والدهشة وكأنها لم تكن تتوقع أن الألم سيزداد شدة بل كانت تتوقع إختفائه، كما تؤكد من جهة أخرى على أن الآلام هي آلام ليست شديدة وأنها قادرة على تحملها فتقول: "السطر هذا نحس بيه وجع سامط ما هوشي قوي ألم ما نقدرش نحملو أو ما هوشي ضعيف ألي تقدري تنسايه"، كما تعطي "كاميليا" أهمية كبيرة لهذه الآلام حيث تقول أنها لم تتعرض من قبل للآلام مماثلة، وهنا تذكر معاناتها في السابق من آلام على مستوى الكتف والتي تصفها بأنها كانت قوية إلا أنها إختفت بمجرد علاجها، كما تكلمت عن تعرضها من قبل للآلام على مستوى الكلى وتقول بأنها تفاجئة بهذه الآلام نظرا لقوتها مما إستدعى ذهابها إلى مصلحة الإستعجالات، وهنا تشير إلى أنها كانت آلام تفوق في شدتها الآلام الحالية (آلام الظهر) إلا أنها لم تعاود الظهور فيما بعد وفي الأخير ذكرت معاناتها حاليا من آلام الرأس التي لا تفارقها والتي لم تنفع معها كل المحاولات العلاجية، إذا كلها آلام إسترجعتها "كاميليا" عند سؤالها حول إذا ما كانت قد عانت من آلام في السابق إلا أنها بالرغم كل ذلك تعود لتقول أنها آلام لا تقارن بالآلام الظهر التي تعاني منها حاليا لأنها آلام ذات طبيعة مختلفة تتسبب لها في معاش يتميز بمشاعر القلق والخوف.

من جهة أخرى نجد تخوف "كاميليا" من إمكانية تزايد شدة الآلام وتطورها أو تعفدها، وهو خوف جعلها تفضل الواقع الحالي على مستقبل تجهله حيث تقول: "بالاك يزيد عليا بالاك تتوقعلي حاجة أخرى نخم فيه نقول كون بقعد هكا normal بصح خايبة لا يزيد أكثر، المهم مايزيدش حاسة بروحي وليت ما

نمشيش normal، ويدل كلام "كاميليا" هنا على محاولتها تقبل هذه الآلام والتكيف مع هذا الواقع الجديد إلا أن خوفها من احتمال تطور آلامها نحوى الأسوأ يسيطر عليها ويضعها في حالة تهديد وترقب خاصة إذا ما علمنا أن آلامها هي آلام تقريبا مستمرة لأنها لا تختفي إلا في أوقات الراحة التامة لتعاود الظهور بمجرد قيامها بأي مجهود أو حركة بسيطة، وهو ما جعلها تشعر أن الألم لا يفارقها "السطر يروح أو يجي (الفاحصة: اشحال يعدلك؟) واحد الساعة، كي نرتاح يروح كون ما نرتاحش يقعد طول بصرح يروح أو يولي (الفاحصة: نفهم بلي السطر هذا عايش معاك طول؟) آيواه عايش طول ما يخطينيش غير في أوقات الراحة يعني غير نمشي خلاص أني واقفة بسطر، أني قاعدة معاك في الكرسي يحكمني هيه، يعني الحركة ألي نديرها ترجعلي سطرة هيه"، وهذا ما يفرض على "كاميليا" معاشا جديدا يتضمن مفهوم العجز والإعاقة حيث تصبح الآلام بمثابة الشيء الذي يقيدنا "ما يخطينيش" ويفرض نفسه بالقوة وهو ما يتضمن بشكل آخر مفهوم الإعتداء، فالألم يمارس على "كاميليا" نوعا من العنف الذي يظهر من خلال إستمراره وشدته إضافة إلى حالة الإعاقة والعجز التي ترافقه.

أما بالنسبة لتكرار نوبات الألم فتبدو "كاميليا" شديدة الخوف والقلق قائلة: "نقلق أو خايفة بالاك يزيدي هذاك ألي خايفة منو، ما كئتش نقلق أو عدت نقلق (الفاحصة: وقتاش بداتك القلقة؟) من المرض من السطر هذا، إيه نكون لاياس عليا أو يحكمني السطر خلاص نقلق نحسو كلي جاني مفاجئة أو كل خطرة يفاجئني"، كما تشير إلى تفاجئها كلما يعاود الألم الظهور فبالرغم من تكراره بشكل دائم إلا أن هذا لم يخفف من وقعه الشديد الذي لازال يفاجئها كلما عاود الظهور: "كيما البارح كنت لاياس عليا فاجئني حسيت ظهري أتعوج من السطر (الفاحصة: كيفاش حتى بداك السطر؟) رحت للحمام أو جيت كنت قاعدة في الدار بداني"، إذا تظهر "كاميليا" جد متفاجئة عند وصفها لآخر نوبة ألم أحست بها بعد قيامها بمجهود بدني كبير، حيث أحست بآلام شديدة زادت من قلقها على حالتها التي تتوجب إلزامها الراحة التامة لتجنب هذه النوبات، كما تقول أنها تستطيع أن تتحمل هذه الآلام لكنها تتساءل في نفس الوقت عن مآل حالتها ومرضاها "نصبر يعني سطر نتحملو نقدر نتحملو، بصح لوقتاه وأنا مرتاحة (الفاحصة: كيفاش يعني؟) يعني لوقتاش وأنا مريحة روجي راني ما نخدم والو مرتاحة في الدار مساعفة روجي في الخدمة أو مزال نحس بالسطر كيفاش ماهوش حل" وهنا نلمس حجم العجز الذي تسبب فيه الألم، فـ "كاميليا" أصبحت ممنوعة من ممارسة أي نشاط أو بذل أي مجهود وهو وضع غير طبيعي بالنسبة لها خاصة وأن الألم مازال مستمرا في الظهور من وقت لآخر بالرغم من حالة الراحة التي تحرص على توفيرها لنفسها.

أما عن معنى الألم بالنسبة لـ "كاميليا"، فتبدو متخوفة بعض الشيء لكنها تعود لتقول أنها تعتبره مجرد ألم عادي "متخوفة شوية بصح normal الفاحصة: كيفاش normal؟ يعني تقول بالاك سطر عادي" وهنا قمنا بإعادة صياغة السؤال للوصول إلى فهم المعنى الذي تعطيه "كاميليا" للألم ومدى فهمها له فتقول: "يعني والله ما فهمتوش هذي الحاجة الوحيدة يعني ما فهمتش هذا السطر منين ما فهمتش بلي الإوجاج ألي في ظهري بديري كيما هاك جاتني كلي الإوجاج ماهوش سبب كافي للسطرة"، حيث تظهر "كاميليا" محتارة ومتسائلة حول آلامها كما أنها لم تستطيع فهمها أو إستيعابها إلى يومنا هذا فبالنسبة لها إوجاج العمود الفقري يعد سببا غير كافيا لهذه الآلام وهنا تظهر لنا حالة الدهشة و التفاجؤ التي فرضها الألم عليها، كما لاحظنا هذه المرة أن "كاميليا" بدت متأثرة ومتسائلة حول معاشتها للآلام لم تفهم معناها ولم تستطيع الوصول إلى تفسيرها ولا إلى تقبل التفسير المقدم من طرف الطبيب المختص الذي أرجع الآلام إلى التشوه الموجود على مستوى العمود الفقري، إلا أنها تعتبره سببا غير كافيا لظهور آلام بهذه الشدة وبهذه الطبيعة.

فيما يتعلق بحياتها اليومية تقول "كاميليا" أنها أصبحت قلقة بعض الشيء ولا تقوم ببذل أي مجهود بدني "ما ندير والو ما نهز حتى حاجة يعني منعت كل شي بكري كنت normal أو ما نحسش بصح ملي اتوقعلي هذا السطر خلاص" وهنا يظهر الأثر السلبي للألم على الحياة اليومية لـ "كاميليا" حيث وضعها في حالة عجز وإعاقة تحمل في مضمونها مفهوم الضعف وعدم القدرة، ففيما يخص علاقاتها الإجتماعية تقول أنها أثناء نوبة الألم تفضل العزلة والابتعاد عن الأشخاص الآخرين إلى أن تخف آلامها 'جيد روجي شوية حتى يروح السطر' لأنها تصبح أكثر قلقا وتوترا ولهذا تفضل الهدوء والراحة، لكن من المهم أن نشير هنا إلى علاقة "كاميليا" بمحيطها الخارجي هي علاقات محدودة لكنها تصفها بأنها علاقات لا بأس بها "علاقتي مع الناس مليحة normal يعني"، كما لاحظنا فراغا في علاقاتها بمجتمعها حيث لم تتطرق خلال كلامها عن معاناتها مع الألم إلى أي نوع من العلاقات ولم تذكر أي شخص سواء من أفراد عائلتها أو أصدقائها، وهو ما يدل على فراغ في الإستثمارات العلائقية التي كانت جد فقيرة، أما عن حياتها الجنسية فتقول "كلشي بصماطلي كل شيء يتبدل هذي حاجة عادية السطر بصماطلي كل شيء"، كما تعاني أثناء نوبة الألم من اضطراب في شهيتها للأكل إضافة إلى معاناتها من اضطرابات في النوم، كل هذا أثناء نوبة الألم، إلا أن كل هذه التغيرات تختفي مع إختفاء الألم، وبالتالي نلمس من كلام "كاميليا" شعورها بتغيير في حياتها وعلاقاتها أثناء نوبة الألم على وجه الخصوص، كما نشير إلى ما قالت عن ألامها حاليا حيث وصفتها بالآلام المتوسطة التي أصبحت أقل حدة الآن خاصة مع تناولها للأدوية و إلتزام حالة الراحة "دوركا لابس مش كيما لول السطر لابس يعني"، أما خارج نوبات الألم فهي لا تشعر بتغيير كبير، وهنا نلاحظ أن "كاميليا" - بالرغم من معاناتها من نوبات الألم - تبدي خلال كلامها عن معاناتها نوعا من البرود العاطفي إلى درجة تدفعك إلى الظن أحيانا أنها غير متأثرة بهذه الآلام، كما نلمس نوع من التضارب بين تصريحاتها والتناقض الذي ظهر من خلال سلوكياتها وكلامها أثناء المقابلة، إلا أن هذا لا يمنع من إلتماسنا لعمق المعاناة الداخلية، فربما تبدو "كاميليا" غير مهتمة و غير مبالية إتجاه ألامها إلا أن هذا لا يلغي حقيقة المعاش الخاص الذي تسبب فيه الألم منذ ظهوره حيث تبدو وكأنها تعيش إنشطارا بين واقعها المعاش و بين عالمها الداخلي، و تظهر لنا أحيانا معاناتها إتجاه ألامها و رغبتها في التخلص منها، و في أحيان أخرى تظهر لنا عدم تأثرها بهذه الآلام.

إنقلنا بعدها لسؤال "كاميليا" عن حياتها الحلموية فنجد أنها لم تولي أي إهتمام لهذا السؤال إلا أنها أجابت قائلة: "normal ما نشفاش ساعات يعني نعلم".

و أخيرا تقول عن تصورها لحياتها المستقبلية "عادي..." وعن مدى تأثير الألم على مستقبلها تقول: "يعني متخوفة منو قلت بالاك ياتر لي على حياتي كيما الخدمة أني نخمم نحيس"، "مخوفني السطر هذا ما كان"، حيث تبدو هنا "كاميليا" متخوفة فيما يخص حياتها المستقبلية خاصة في حالة ما إستمر الألم الذي من شأنه أن يكون سببا في توقفها عن العمل، وهنا نلمس الأثر السلبي للألم وإنعكاسه على الحياة المستقبلية لـ "كاميليا"، كما نتساءل عن إمكانية تزايد شدة الألم الشيء الذي سيكون سببا يعيقها عن إنجاز الكثير من مشاريعها المستقبلية و الإستمرار في حياتها بشكل طبيعي "نخمم نهار آخر كون ندير داري ولادي كيفاش ندير لازم نخدم لازم نقضي بصح المرض هو آلي مقلقني خايفة السطر يزيد".

• خلاصة تحليل الحالة:

توصلنا من خلال المقابلات العيادية مع حالة "كاميليا" إلى مجموعة من الملاحظات الهامة نقوم بتلخيصها في النقاط التالية:

* تقييم المفحوصة الآلام التي تعاني منها على أنها آلام مختلفة لم تختبرها من قبل خلال كل حياتها فتعطيها نوع من الخصوصية من خلال مقارنتها مع خبرات الألم التي عاشتها من قبل، حيث لمسنا تأثيرها ومعاناتها اليومية منذ ظهور آلام الظهر المزمنة، إلا أننا لاحظنا من جهة أخرى عدم تفاجئها حيال هذه الآلام عند ظهورها لأول مرة (منذ 6 أشهر)، وهذا ما أكدته المفحوصة فيما بعد عندما تشير إلى عدم توجهها لإستشارة أي طبيب حول هذه الآلام إلا منذ فترة شهر، فالألم إستمر طيلة الـ 6 أشهر الأولى لكنها لم تشعر بضرورة العلاج نظرا لأن ألمها لم يكن مصدر قلق بالنسبة لها حيث نجد أنها تصفه بقولها: "وجع صامط ما هوش قوي" وكانت تقصد بكلامها أنه لم يكن ألم قوي بل ألم يمكن إحتماله لكنه يتسبب لها في الإزعاج، كما أنه لا ينقطع إلا في فترات الراحة، فبمجرد القيام بحركة بسيطة كالمشي أو الجلوس يعود الظهر من جديد فهو موجود بشكل مستمر و يتسبب في إستثارة دائمة الشيء الذي يجعله مركز إهتمام و إنتباه حيث لا يمكن تجاهله.

* فيما بعد تقول المفحوصة أن إستمرار الألم و إستداده كان سببا دفعها لإستشارة طبيب مختص في جراحة العظام، حيث تسبب لها في الإعاقة و أصبح مصدر قلق وتوتر في نفس الوقت، فبالرغم من ظهور الألم بشكل متقطع إلا أنه بالنظر لما يتسبب فيه من إثارة حسية ونفسية مستمرة وقوية أحيانا أدى هذا إلى شعور المفحوصة بتواجده بشكل دائم وهذا ما يمكن أن نعيده إلى إفتقار الكلية الجسمية والنفسية للوقت الكافي لإستعادة طاقتها من جديد، فسرعان ما تعاودها هذه النوبات التي أصبحت مصدرا للتوتر العضلي والنفسي مما يضع الشخص في حالة تأهب وإستنفار مستمرة تنتهي بإجهاده وفقدانه للتوازن وللطاقة.

* إن تكرار نوبات الألم ومعاودة ظهوره من وقت لآخر كان أكثر ما ركزت عليه المفحوصة في كلامها حيث تكلمت عن تأثير حالتها النفسية فأصبحت أشد قلقا من قبل، إضافة إلى خوفها المستمر من هذه الآلام التي إستمرت مما يجعلها في تساؤل عن مآل حالتها الصحية وحياتها مستقبلا، وهنا نلمس مدى تأثير المفحوصة بالآلام بما تتضمنه من مشاعر عدم الأمان نتيجة لهذه الآلام التي أصبحت تمثل نوعا من الخطر والتهديد بالرغم من محاولات المفحوصة لإقتناع نفسها بقدرتها على تحمل الألم والتكيف معه إلا أن وضعية العجز والضعف التي جلبها الألم لحياتها تبدو جد واضحة بل إنها تفرض عليها واقعا جديدا، وتساؤل المفحوصة بشكل مستمر هو أكبر دليل على عدم قدرتها على التغلب على هذا الواقع أو الهروب منه إلا في بعض الأحيان، حيث تلجأ إلى بعض الأساليب الدفاعية لتجنب الصراع الداخلي هذه الأساليب التي ظهرت من خلال تجنب التعبير عن معاناتها واللجوء إلى المصادر والمعايير الخارجية، وكذا الإختصار في كلامها، إضافة إلى إعتماها الكلي (خلال المقابلة) على الفاحصة، وكلها تعد بمثابة آليات دفاعية لتجنب الوضعية الصراعية التي لم تكن لديها القدرة على مواجهتها على طول المقابلات ما عدا بعض التناولات البسيطة والسطحية، إذا مواجهة المفحوصة لصعوبة التعبير عن آلامها يظهر ثقل هذه المعاناة وعدم قدرتها على تناولها نفسيا وهو دليل على عدم ارصان نفسي لتجربة الألم إلى حد الآن.

* وجدت المفحوصة صعوبة في فهم آلامها، فهي غير مقتنعة بإمكانية تسبب إعوجاج العمود الفقري في هذا النوع من الألم، حيث تبدو كثيرة الحيرة والتساؤل حول سبب هذه الآلام وسبب تكرارها وإستمرارها إلى يومنا هذا، حتى أنها لم تستطيع وصفها بأي كلمات بل إكتفت بالقول "ما فهمتوش" وهو تعبير صريح عن إنكار لهذا الألم الذي لم تتوصل المفحوصة إلى إستيعابه، ويمكن أن نعيد هذا إلى خوفها من مواجهة

حقيقة مجهولة بالنسبة لها (حقيقة الألم) ولهذا غلب على كلامها سياقات التجنب والهروب التي تخفف من شدة التوتر الداخلي الناتج عن معيشة واقع مجهول وعنيف في نفس الوقت.

* يبدو أن الألم كان ذو أثر سلبي على الحياة العلانية للمفحوصة وكذا على حياتها المهنية، إلا أنها تحصر هذا الأثر في وقت ظهور نوبة الألم، حيث تصبح أكثر ميل للعزلة وتجنباً للأشخاص الآخرين فالألم يجذب كل إهتمامها خاصة عند إشتداده، وهي محاولة من طرف الشخص لإستثمار معظم إن لم نقل كل طاقته النفسية للتخفيف من الألم وذلك من خلال تصريف التوتر الداخلي الذي يخلقه على مستوى الجهاز النفسي، إلا أن التوظيف النفسي سرعان ما يعود إلى طبيعته بمجرد إختفاء الألم أو إنخفاض شدته وهذا ما يظهر عند تكلم المفحوصة عن إستعادتها لطبيعتها بعد زوال الألم، لكن يبقى من المهم أن نشير هنا إلى أن حياة المفحوصة لم تعد كما كانت عليه من قبل، وهو ما يظهر من خلال فقدانها للقدرة على القيام بأي مجهود بدني وضرورة إلتزام الراحة الشيء الذي أثر على مهنتها وعلى حياتها اليومية حيث تسبب الألم في العجز والإعاقة مما جعلها تشعر بالضعف والتهديد المستمرين، كما أشارت المفحوصة إلى تأثر حياتها الجنسية، وكذا بعض الوظائف الحيوية كالنوم والشهية للأكل فيظهر هنا إمتداد تأثير الألم ليلبغ كل جوانب حياة المفحوصة، فتظهر سيطرته بإعتباره كتجربة جديدة فبمجرد إستمراره يجعله جزء من الواقع الذي أصبح يختلف كلياً عن الواقع الذي كان سائداً قبل ظهور الألم.

* فيما يتعلق بسلوك المفحوصة إتجاه وضعية الفحص، نلاحظ أنها وجدت صعوبات كثيرة سواء من ناحية تناولها لتاريخ حياتها أو من ناحية تكلمها عن معاناتها الحالية مع الألم، وهنا نشير إلى ملاحظتنا لسلوك "كاميليا" أثناء المقابلة التي كانت جد مقتضبة ومختصرة في كلامها حيث كانت تنتظر في كل مرة سؤال الفاحصة لها لتباشر بتقديم إجابات جد مختصرة، وعند سؤالنا لها حول إذا ما كانت ترغب في الكلام عن جانب آخر من حياتها كمحاولة منا لفتح المجال أمام المفحوصة للكلام بحرية ولإستدعاء المواضيع أو التجارب الأكثر أهمية بالنسبة لها، فأجابت "كاميليا" قائلة: "وش راح نحكيلك، زيدي أسئليني وأنا نجاوبك"، فكانت كل إجاباتها سطحية فقيرة جدا من حيث الإستثمارات الهوامية، إضافة إلى عدم وجود ترابط ما بين أفكارها التي كانت تبدو مفككة، فقيرة ومختصرة، كما نشير إلى خلل في تركيب الكلام، كل هذا إستدعى تدخل الفاحصة لعدة مرات خلال المقابلة وذلك بإعادة صياغة الأسئلة أو توضيحها وكذا بإسناد المفحوصة على طول المقابلة وذلك لمساعدتها على التكيف مع وضعية الفحص والتغلب على حالة الكف التي ميزت كلامها وسلوكها، كل هذا إلى جانب ملاحظتنا لعدم إهتمام المفحوصة بالأسئلة ولا بوضعية الفحص ككل فكانت تبدو حاضرة غائبة في كثير من الأحيان وكأنها تحاول أن تجيب على الأسئلة ليس أكثر، فبالرغم من إلتزامها بمواعيد المقابلة وبتعليمات الفاحصة وكذا محاولتها إظهار الإهتمام إتجاه عملنا، إلا أن هذا لم يساعدها على تخطي الصعوبة التي وجدتتها في التكلم عن معاناتها مع الألم، فقليلاً ما كان يبدو عليها الإنفعال أو التوتر أثناء المقابلات، إضافة إلى تميز كلامها بنوع من الفقر وعدم السيولة وهو ما أعطى للمقابلة طابع الإستجواب (سؤال - جواب) وذلك بالرغم من محاولات الفاحصة المتكررة لمساعدتها على التعبير عن إنفعالاتها ومعاناتها، كما ظهرت المفحوصة في الكثير من الأوقات وكأنها غير متأثرة بمرضها أو كأنها تتكلم عن آلام شخص آخر وليس آلامها (وهو ما يعبر عن الإنشطار هذا الميكانيزم الذي يعمل الشخص من خلاله على نسب معاناته لشخص آخر وذلك للتخلص من حالة التوتر) بالرغم مما سبب لها من عجز وتغيير في حياتها كما نحب أن نشير إلى التناقص الذي يظهر في الكثير من كلام المفحوصة وهو ما يمكن أن يعبر عن تناقض وجداني تعيشه المفحوصة إتجاه آلامها ووضعيتها الحالية، وفيما يخص العلاقة مع الفاحصة لمسنا عدم قدرة المفحوصة على إستثمار العلاقة العلاجية بشكل جيد حيث شعرنا كفاحصة بمحاولة المفحوصة مساعدتنا في إنجاز هذا العمل العلمي إلا

أنها في نفس الوقت لم تكن قادرة على تناول معاناتها مع الألم داخل هذا الإطار العيادي، وهو ما يمكن أن نعيده لحالة الكف الذي بدا واضحا في الكثير من مقاطع المقابلة، إلا أننا نتجنب إطلاق أي أحكام بل نفضل الاحتفاظ بهذه الملاحظات والعودة إلى تفسيرها لاحقا عند إكمال المعطيات.

* أما عن حياتها المستقبلية فيبدو أن الألم إمتد ليحتل مكانة في مستقبل المفحوصة التي عبرت عن خوفها من إمكانية إستمرار الألم وتأثيره على مشاريعها مستقبلا، وبالتالي نلاحظ أن إسقاطاتها المستقبلية قد شملت موضوع الألم كمحور أساسي فلم تتكلم عن أي مشاريع بل إنحصر حديثها في الربط ما بين آلامها وما بين إمكانية قيامها بمشاريع أخرى مستقبلا وهو ما ينم عن الصراع الذي تعيشه المفحوصة ما بين رغباتها مستقبلا وآلامها الحاضرة، وبالتالي يبدو لنا بشكل واضح إمتداد الألم كخبرة من حاضر المفحوصة إلى مستقبلها كتجربة مستمرة في الزمن، إنعكس على الإسقاطات المستقبلية التي بدت فقيرة إلى حد كبير و غلب عليها تساؤل المفحوصة حول مآل مستقبلها في ظل هذه الآلام المستمرة.

• نتيجة:

من خلال تحليلنا لحالة المفحوصة "كاميليا" يبدو لدينا الأثر العميق الذي تسبب فيه الألم منذ ظهوره حيث وصفت "كاميليا" مشاعر الخوف و المفاجأة التي باتت ترافق حدوث نوبات الألم، كما تكلمت عن سلوكيات التجنب الذي ظهر من خلال إلترامها للراحة التامة، و هو ما جعلها تشعر بالعجز و الضعف و بالتالي نقيم معاشها للألم بالمعاش الصدمي، مع الإشارة إلى الصعوبة التي واجهناها مع هذه الحالة حيث بدت كثيرة التناقض في الكثير من كلامها، كما لمسنا نوعا من البرود العاطفي و غياب الوجدان لدى وصفها لمعاشها لنوبات الألم، بالإضافة إلى اضطراب الكلام الذي طبع حديثها، و كلها ملاحظات سنحاول أن نعود لتفسيرها لاحقا.

II.3.2. تحليل بروتوكول إختبار تفهم الموضوع (TAT):

الزمن الكلي للإختبار: 11 د و 12 ثا

اللوحة 1

"5 نختار لك قصة من هذ الصور ؟ (CP5) نختار وحدة ؟ (المفحوصة تسال الفاحصة) (CC2) (الفاحصة: حاولي تتخيلي قصة) (CP5) نحكيك كيفاه ؟ (CP5) يعني (A2-3) الصورة هذي يعني يعبر (E17) يعني (A2-8) إنسان راه يخمم (A2-17/CP3) بالمرض تاعو (E6) يخى وين راح يوصلو يخمم كيفاه (A2-8). (CP4/E1/CP2)

السياقات:

تبدأ المفحوصة كلامها بالتساؤل (CP5)، ثم بسؤال الفاحصة (CC2)، و بالرغم من إعادة التعليم (CP5)، تظهر ضرورة طرح الأسئلة (CP5)، تنطلق منها المفحوصة بحركة تحكيمية بتحفظات كلامية (A2-3)، التي لم تكن ناجحة لتتبع باضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، جاء متبوع بتدخل سياقات الصلابة من خلال الإجتراء (A2-8)، و إنطلاقا من التأكيد على الصراعات الشخصية الداخلية (راه يخمم) (A2-17)، التي تبني لمجهول (CP3)، يتم إدراك مواضيع مفككة (المرض) (E6)، لتعود المفحوصة مباشرة إلى الرقابة و ذلك بالإجتراء (A2-8)، لتنتهي القصة ببقاء أسباب الصراعات غير محددة (CP4)، مع عدم إدراك مواضيع ظاهرة (الكمنجة) (E1)، و القصة جاءت مختصرة (CP2).

الإشكالية:

إن سيطرة الكف والرقابة جعلت "كاميليا" لا تدرك الفجاجة الوظيفية فلم تحدد شخصية الطفل بل إستعاضت عنها بإدراجها لشخصية غير محددة (إنسان) لا من حيث الجنس ولا السن، حيث توصلت إلى التأكيد على الصراع الداخلي (راه يخمن)، إلا أنها لم تدرك موضوع الراشد (الكمنجة) وإتخذت المرض كموضوع للصراع، وبالتالي فـ "كاميليا" لم تلامس إشكالية اللوحة.

اللوحة 2

"5" هذه الصورة تعبر حالة ما جاها (CP3) السطرا (CN8/E6) راهي تكون حالة هكا قلقانا شوي القلقة (CF5) هيه تحس بروحها قلقانا (A2-8). (CP2/E1/E7)

السياقات:

تستهل المفحوصة كلامها بعدم التعريف بالأشخاص (CP3)، و نسج قصة على شكل لوحة فنية (CN8)، و إدراك مواضيع مفككة (السطرا) (E6)، تلجأ بعدها المفحوصة إلى التجنب من خلال التعبير عن وجدانات ظرفية (قلقانا شوي القلقة) (CF5)، تتبع بالإجترار (A2-8)، و تنهي المفحوصة كلامها مع ميل عام إلى الإختصار (CP2)، و عدم إدراك مواضيع ظاهرة (شخصية الرجل و المرأة) (E1)، كما أن القصة المنسوجة غير ملائمة للوحة (E7).

الإشكالية:

أمام موضوع المثلث الأوديبى (أب، أم، بنت) لم تدرك "كاميليا" الإشكالية بسبب الكف الشديد، حيث لم تدرك مواضيع ظاهرة (الأم، الأب) كأطراف مهمة لبلورة الصراع، بل ركزت على إحدى شخصيات اللوحة دون التعريف بها، وقد جاءت القصة مختصرة مما لم يساعد على مقارنة الصراع.

اللوحة 3BM

"8" هذا حالة ما تجيه السطرا راهو داير هك (A2-2/E6/CP3) (تضحك المفحوصة) (CC1) بزاف السطر تجيه بزاف (E17) هذا رايح فيها طول (B2-8) (تضحك المفحوصة) (CC1) هذا قلقان بزاف (B2-4) يعني (A2-3) السطرا أثرت عليه ياسر (CN1/E10) أنا مانيش كيفها بزاف (CN2/A2-11) (تضحك المفحوصة) (CC1) ما درتش هكا لا (A2-11/CN2/CN10) (تضحك المفحوصة) (CC1) بالاك (A2-3) توصلني (CN2) هيه بالاك (A2-8) يعني (A2-3) نحس هكا (CN1) بالاك (A2-3) تعودلي السطرا قوية بزاف (CN2/E6) هيه بالاك (A2-8) كيما لاحظت يعني (A2-3) يعني (A2-8) ناس صراو فيهوم سطرا قوية هيه (B2-8). (E1/B1-1)

السياقات:

بعد زمن كمون أولي قصير تبدأ القصة بتبرير التفسيرات عن طريق التفاصيل (A2-2)، في شكل إدراك المفحوصة مواضيع مفككة (السطرا) (E6)، الذي يكون مبني للمجهول (CP3)، مع اللجوء للإيماءات (CC1)، ثم يظهر إضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، تليه المرونة من خلال التعليق الشخصي (B2-8)، الذي سرعان ما يفشل أمام تجنب الصراع و ذلك من خلال ظهور إثارة حركية (CC1)، تتبع بالتعبير عن وجدانات قوية (B2-4)، ثم الانتقال إلى التحفظ الكلامي (A2-3) يليه التأكيد على ما هو مشعور به ذاتيا (CN1)، مع المواظبة على موضوع الألم (E10)، لتقوم بعدها المفحوصة بالرجوع إلى مصادر شخصية أو متعلقة بالتاريخ الشخصي (أنا مانيش كيفها) (CN2) لكن في شكل إنكار (A2-11)، يأتي بعدها الكف مرة أخرى من خلال الحركة (CC1)، مع المواصلة في الإنكار

(A2-11)، و التأكيد عليه بالرجوع إلى مصادر شخصية أو متعلقة بالتاريخ الشخصي (CN2) من خلال مثلثة الأنا (CN10)، تتبع بإثارة حركية (CC1)، تسند بتحفظات كلامية (A2-3)، مع الرجوع إلى مصادر شخصية أو متعلقة بالتاريخ الشخصي (CN2)، ليظهر الإجتراح (بالاك) (A2-8) و التحفظات الكلامية (A2-3)، من خلال التأكيد على ما هو مشعور به ذاتيا (CN1)، تعقبها تحفظات كلامية (A2-3)، مرة أخرى عودة إلى مصادر شخصية أو متعلقة بالتاريخ الشخصي (CN2)، التي تتضمن إدراك مواضيع مفككة (سطرا قوية) (E6)، ثم يظهر الإجتراح (A2-8)، و إنطلاقا من التحفظات الكلامية (A2-3)، مرة أخرى يأتي الإجتراح (A2-8)، تنجح المفحوصة في الإنطلاق في حركة مرنة بالرجوع إلى مصادر و تقديرات شخصية (B2-8)، لكن مع عدم إدراك مواضيع ظاهرة (الشيء الموضوع فوق الأرض) (E1)، و القصة كلها منسوجة حول رغبة شخصية (B1-1).

الإشكالية:

تعرفت "كاميليا" على الموقف وعبرت عن الوضعية الإكتئابية مع تحديد أسباب الصراع (السطر) والتعبير عنها من خلال تبرير التفسيرات عن طريق التفاصيل، إلا أن سيطرت الكف والرقابة منعا من وصولها إلى حل الصراع وإرصاده.

اللوحة 4

"7 ما فهمتش (CN9) يعني (A2-3) وصل حتى عاد يضرب ولا كيفاه؟ (CP5/E8) نحس بيه هكا قلقان (CN1/CP3) يتبين ليا هنا في الصورة بلي (A2-3) قلقان (A2-8) بلي الإنسان حتى يضرب؟ (CP5/E8) (تضحك المفحوصة) (CC1) بالاك (A2-3). (E1/CP2).

السياقات:

بعد زمن كمون أولي قصير تبدأ القصة بنقد الذات (CN9)، الذي يتبع بتحفظات كلامية (A2-3) ليظهر الكف من خلال ضرورة طرح الأسئلة (CP5)، التي تتضمن مواضيع العدوانية (E8)، ثم الإنتقال إلى التأكيد على ما هو مشعور به ذاتيا (CN1)، و يكون مبنى للمجهول (CP3)، تعقبها حركة تحفظات كلامية (A2-3)، فيفشل الدفاع و يظهر الإجتراح (A2-8)، و يكون مرفق بضرورة طرح الأسئلة (CP5)، في شكل مواضيع عدوانية (E8)، الذي يعزز بمحاولة أخرى للتهرب و ذلك باللجوء إلى الحركة (CC1)، و كمحاولة لتغطية الكف يظهر التحكم من خلال التحفظات الكلامية (A2-3) لنحصل على قصة فيها ميل للإختصار (CP2)، مع عدم إدراك مواضيع ظاهرة (شخصيتي المرأتين) (E1).

الإشكالية:

إنطلاقا من طرح تساؤل تناولت "كاميليا" إشكالية العدوانية إلا أنها لم تحدد أطراف الصراع ولم تعرف شخصيات اللوحة، وبالتالي لم تدرك الإشكالية حيث إكتفت بالتعبير عن وجدانات ظرفية و نسبها لشخص دون التعريف به، وسرعان ما تبدي حركة كف في شكل تساؤل آخر يعبر عن الرفض مع ميلها إلى الإختصار، وبالتالي بقيت بعيدة عن المحتوى الباطني للوحة.

اللوحة 5

"4 (تتمم المفحوصة بكلام غير مفهوم) امم (E17) كيفاه ما فهمتهاش هذي (CN9) تخزر (CP3) في منزل ايه (CF1/CN5) او صايي يعني بش يعني يعود يعني باش (E17) يعني نقولو (A2-3) الخدمة تكاثرت هكا؟ (CP5) (النظر إلى الفاحصة) (CC2) صورة تعبر هيه او ما يقدرش يخدم (E17) نشوف فيها يعني (A2-3) ما يهز حتى حاجة (A2-11) نشوف فيها بلي (A2-3) هذ المرض (E6) مائلو

على حياتو (CN1/CM2-) ما يقدرش (E9) يعني (A2-3) يهز حاجة ولا حاجة هك إلا حاجة بسيطة هك (E10) ما يقدرش (A2-8) على. (E1/B1-1)

السياقات:

تبدأ القصة بعد زمن كمون أولي قصير قبل اضطراب المفحوصة أمام محتويات اللوحة فيحدث اضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، تتحكم فيه من خلال نقد الذات (CN9)، و إنطلاقاً من عدم التعريف بالأشخاص (CP3)، يتم التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، و التركيز على الخصائص الحسية (تخزر) (CN5)، سرعان ما يفسح المجال أمام عودة ظهور اضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، لتستند المفحوصة مرة أخرى على التحفظات الكلامية (A2-3)، إلا أن التهرب يظهر من خلال اللجوء لطرح الأسئلة (CP5)، و الإستناد على الفاحصة (CC2)، تتضمن سياقات أولية في شكل اضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، و إنطلاقاً من التحفظات الكلامية (A2-3)، نجد الإنكار (A2-11)، الذي يتبع بحركة تحكمية من نوع التحفظات الكلامية (A2-3)، التي تفشل أمام إدراك المفحوصة لمواضيع مفككة (المرض) (E6)، لتنتقل للتأكيد على ما هو مشعور به ذاتياً (CN1)، و مثلثة الموضوع سلبياً (CM2-)، مع ظهور إشكالية عدم القدرة (E9)، ثم تحفظات كلامية (A2-3)، تفسح المجال أمام الإستمرار و المواظبة في موضوع عدم القدرة (E10)، يتبع بالرقابة من خلال الإجتراح (A2-8)، لتنتهي المفحوصة كلامها مع التعنيم على مواضيع ظاهرة (شخصية المرأة) (E1)، و القصة منسوجة حول رغبة شخصية (B1-1).

الإشكالية:

إصطدمت "كاميليا" بما تتضمنه اللوحة من إحياءات باطنية، حيث اضطرب سياق كلامها مع سيطرة واضحة للكف من خلال طرح الأسئلة، فلجأت إلى التأكيد على ما هو يومي لتجنب القلق الذي تحييه اللوحة، وبالتالي بقيت "كاميليا" بعيدة عن تناول الإشكالية المطروحة.

اللوحة 6GF

"7" هذي ما فهمتهاش (CN9) يعني (A2-3) هذا (CP3) يعني (A2-8) يحس بروحو بلي يعود لاباس هك (CN1) يعني (A2-8) يريح من المرض (E6/CM2+) هيه كيما هك زاهي بالمرض تاعو (E17) او فرحان منبسط (B2-4). (E1/E7/CP2)

السياقات:

بعد زمن كمون أولي قصير تنطلق القصة بإعتماد نقد الذات (CN9)، يتبع بمحاولة للتحكم في شكل تحفظات كلامية (A2-3)، مع عدم التعريف بالأشخاص (CP3)، و يظهر الإجتراح (A2-8)، ثم التهرب و ذلك بالتأكيد على ما هو مشعور به ذاتياً (CN1)، يعقبها الإجتراح (A2-8)، ثم إدراك مواضيع مفككة (المرض) (E6)، مع مثلثة إيجابية للموضوع (CM2+)، و اضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، لتنتج المفحوصة في الإنتقال للمرونة من خلال التعبير اللفظي عن وجدانات قوية أو مبالغ فيها (B2-4)، دون إدراكها لمواضيع ظاهرة (الشخصية الثانية) (E1)، و القصة غير ملائمة للمنبه (E7)، و القصة كلها تميل للإختصار (CP2).

الإشكالية:

بقيت "كاميليا" بعيدة كل البعد عن إشكالية اللوحة، حيث لم يتم إدراك شخصية المرأة وركزت على مثلثة الموضوع وإعطائه قيمة إيجابية، مع بروز السياقات الأولية التي أخذت من خلالها محتويات اللوحة الظاهرة والكامنة منحي آخر بعيد عن الإحياءات الباطنية لها.

اللوحة 7GF

"16 ... (CP1) اني نشوف في الصورة هذي يعني (A2-3) تعبر يعني (A2-8) هكا قلقانة (B2-4) من المرض (E6) يعني (A2-3) حالة المرض (A2-8) قلقانة بزاف متقلقة (B2-4) يعني تقول (A2-3) قع ماهيش مش لها (E17) (تشير المفحوصة بإصبعها إلى الطفلة في اللوحة) (CC1) مش قاعدة (A2-11) معاهم كل (B1-2/CP3) تبغي قاعدة غير وحدها (CN1). (CP4/E1)

السياقات:

بعد زمن كمون أولي طويل (CP1)، تبدأ المفحوصة الكلام بتحفظ كلامي (A2-3)، و الإجتراح (A2-8)، الذي يتبع بالتعبير عن وجدانات قوية (قلقانة) (B2-4)، دون التعريف بالأشخاص (CP3) لتفشل أمام إدراك مواضيع مفككة (المرض) (E6)، تعقب بمحاولة للتحكم من خلال التحفظ الكلامي (A2-3)، لكن يظهر الإجتراح (A2-8)، إلا أن هذا لم يمنع من نجاح المفحوصة في الانتقال للمرونة بالتعبير عن وجدانات قوية أو مبالغ فيها (قلقانة بزاف) (B2-4)، لتأتي الرقابة من خلال التحفظ الكلامي (A2-3)، لكنها تفشل و ذلك بحدوث اضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، تلجأ بعده المفحوصة للحركة (CC1)، و الإنكار (A2-11)، لتعود للمرونة بإدخال لأشخاص غير موجودين في اللوحة (B1-2)، دون التعريف بهم (CP3)، مع التأكيد على ما هو مشعور به ذاتيا (CN1)، و تنتهي القصة دون تحديد أسباب الصراعات (CP4)، و التعتيم على مواضيع ظاهرة (شخصية المرأة، الدمية الكتاب) (E1).

الإشكالية:

لم تدرك "كاميليا" الإشكالية التي ترمي إلى العلاقة (أم - بنت)، حيث سيطرت كل من سياقات الكف والصلابة فلم يتم التعريف بشخصية البنت أما الشخصية الأخرى (الأم) فلم يتم إدراكها بالنظر إلى اضطراب "كاميليا" أمام الإحياءات الباطنية للوحة.

اللوحة 8BM

"8 هذا المرض هكا عملية ! (B2-8) (تضحك المفحوصة) (CC1) يعني (A2-3) المرض (E6) يعني وصل حتى العملية الجراحية ؟ (CP5) يعني عملية جراحية (CF1) نفهم بلي المرض هذا وش لقاو فيه ؟ (CP5) من أين ياتي هذا المرض ؟ (CP5) يعني (A2-3) العملية تاعو (CP3) تنجح (E9) ولا لا (A2-7) يعني (A2-3) تسبيلو يعني الإنسان ينشل (E6) هكا ؟ (CP5) بصح من الكرش تاعو مش من ظهرو (E17) (تنظر المفحوصة إلى الفاحصة و هي تبتسم) (CC1/CC2). (CP4/E1)

السياقات:

بعد زمن كمون أولي قصير تبدأ المفحوصة كلامها بالتعجب (B2-8)، و الهروب إلى الإيماءات (CC1)، لتتجح في التحكم فيظهر التحفظ الكلامي (A2-3)، الذي سرعان ما يفشل أمام إدراك مواضيع مفككة (المرض) (E6)، يتبع بطرح سؤال (CP5)، ثم عودة الكف هذه المرة من خلال التمسك بالمحتوى

الظاهري (CF1)، تتبع بطرح سؤال (CP5)، و المواصله في التهرب من خلال طرح الأسئلة (CP5) ثم يظهر التحكم بالتحفظ الكلامي (A2-3)، و عدم التعريف بالأشخاص (CP3)، و يأتي التحكم في الوضعية بذهاب و إياب ما بين التعبير النزوي و الدفاع (A2-7)، من خلال التعبير عن تصورات كثيفة مرتبطة بإشكالية النجاح العظامي (E9)، يليه التحفظ الكلامي (A2-3)، الذي يتدهور أمام إدراك مواضيع مفككة (ينتشل) (E6)، ثم التهرب من خلال طرح الأسئلة (CP5)، ليظهر فشل المفحوصة في شكل اضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، تخرج منه بالجوء إلى السلوك فتظهر الحركة (CC1)، و الطلبات التي توجه للمفحوصة (CC2)، و تبقى أسباب الصراعات غير محددة (CP4)، مع عدم إدراك مواضيع ظاهرة (الأشخاص، البندقية) (E1).

الإشكالية:

لقد ظهر التهرب من خلال كلام "كاميليا" فلجأت إلى طرح تساؤل عقبه إدراك مواضيع محطمة مفككة (المرض)، إلا أن تمسكها بالمحتوى الظاهري للوحة والمواصله في طرح التساؤلات هو ما عبر عن حالة كف شديدة منعت من إدراكها مواضيع ظاهرة مما أفسد الإدراك وتسبب في عدم إدراك إشكالية اللوحة.

اللوحة 9GF

"11 ما فهمتش (بصوت خافت) (CN9) يعني بلي (A2-3) فرحان من العملية (CF5/CP3) ما فهمتهاش الصورة هذي (بصوت خافت) (A2-8) يعني (A2-3) نجحت العملية هكا (E9) يعني ما صرالو والو من هذ لمرض (A2-11/E6/CM2+). (E1/E7)

السياقات:

تبدأ القصة بعد زمن كمون أولي قصير بنقد الذات (CN9)، ليظهر التحكم من خلال التحفظ الكلامي (A2-3)، فتستند عليه المفحوصة للتهرب بالتعبير عن وجدانات ظرفية (CF5)، كانت مبنية للمجهول (CP3)، ثم يأتي الإجتراح (A2-8)، يتبع بعودة الرقابة بالتحفظ الكلامي (A2-3)، الذي يفشل و يفسح المجال أمام التعبير عن تصورات كثيفة مرتبطة بإشكالية النجاح العظامي (E9)، بعدها نجد الإنكار (A2-11)، و العودة إلى إدراك مواضيع مفككة (المرض) (E6)، كما قامت المفحوصة بمثلثة إيجابية للموضوع (CM2+)، لتنتهي القصة دون إدراك مواضيع ظاهرة (الشخص الأخر) (E1)، فالقصة عبارة عن تخريف بعيد عن اللوحة (E7).

الإشكالية:

لقد بدى واضحا تأثر "كاميليا" باللوحة السابقة، حيث إستمرت في تناول موضوعها المفضل (المرض) وإسقاطه على هذه اللوحة دون وجود محتوى ظاهري يبعث على ذلك، وبالتالي نلمس سيطرت السياقات الأولية في شكل عدم إدراك مواضيع ظاهرة، إلى جانب التخريف بعيدا عن اللوحة مع المواظبة على موضوع (العملية)، وهو ما إنتهى بعدم مقاربة "كاميليا" لإشكالية اللوحة.

اللوحة 10

"4 السرور و الفرح هذي (A2-13) تبانلي (A2-3) هكا السرور و الفرح (A2-8) الحمد لله إن شاء الله كامل (B2-8). (E1/E19)

السياقات:

بعد سكوت قصير تبدأ المفحوصة كلامها بفكرنة ظهرت من خلال الرمزية (A2-13)، تتبع بتحفظ كلامي (A2-3)، و الإجتراح (A2-8)، ثم تعليق شخصي (B2-8)، في الأخير لم يتم إدراك مواضيع ظاهرة (E1)، كما جاءت القصة في شكل تداعيات قصيرة (E19).

الإشكالية:

كانت "كاميليا" بعيدة عن الإحياءات الباطنية للوحة التي ترمي لليبيدو ما بين الزوجين، بإبداء حركة فكرنة ورمزية تعبر من خلالها على حالة وجدانية (السرور والفرح)، وبالتالي جاء كلامها في شكل تداعيات قصيرة ما منع من مواصلة الإنتاج وعدم النجاح في مقاربة إشكالية اللوحة.

اللوحة 11

"3" (تتمم المفحوصة بكلام غير مفهوم) (E17) أشجار ولا كيفاه؟ (CP5) ورود ولا آه؟ (CP5) أزهار ولا ورود؟ (CP5) ما فهمتش هذ الصورة (CN9) ولا نشوف ورود و أزهار (E4). (E1)

السياقات:

بعد زمن كمون أولي قصير تضطرب المفحوصة أمام اللوحة فيظهر الإضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، فتنهرب من خلال طرح سؤال (CP5)، لتستمر في طرح الأسئلة (CP5)، و إنطلاقاً من سؤال آخر (CP5)، تعمل على نقد الذات (CN9)، لتندهور هذه المحاولة بإدراكات خاطئة (E4) و تنهي قصتها دون إدراك مواضيع ظاهرة (الحيوان، صخور..). (E1).

الإشكالية:

لقد إصطدمت "كاميليا" بهذه اللوحة مما فسح المجال للسياقات الأولية التي ظهرت في شكل إضطراب على مستوى تركيب الكلام الذي جاء مدعماً بكف شديد في شكل تساؤلات تضمنت إدراكات خاطئة تدل على عجز "كاميليا" على مواجهة الإحياءات الباطنية لهذه اللوحة حول القلق البدائي المتعلق بالصورة الهوامية الأمومية.

اللوحة 12BG

(B2-1) يعني نفس الصورة أشجار (CF1) ما عرفتش نعبّر عليها ما فهمتهاش (CN9) أني نشوف في الأشجار (A2-8) او صايي (A2-3) ما فهمتهاش (نقولها بصوت خافت جدا) (A2-8). (E1/CP2)

السياقات:

بعد الدخول المباشر في التعبير (B2-1)، تتمسك المفحوصة بالمحتوى الظاهري (CF1)، الذي سرعان ما يتبع بنقد الذات (CN9)، ثم الإجتراح (A2-8)، و في محاولة للتحكم يأتي التحفظ الكلامي (A2-3) لكن الإجتراح يعود للظهور (A2-8)، و تنهي المفحوصة قصتها دون إدراك مواضيع ظاهرة (الزورق، البحيرة) (E1)، و القصة جاءت تميل للإختصار (CP2).

الإشكالية:

بعد الدخول المباشر في التعبير ظهر التمسك بالمحتوى الظاهري مع عدم إدراك مواضيع ظاهرة، وفي الأخير لم يتم تناول إشكالية التمييز ما بين العالم الخارجي والداخلي بسبب بروز سياقات الرقابة والكف.

اللوحة 13B

"3 (تتمتع المفحوصة بكلام غير مفهوم) (E17) حزين (CN1/CP3) جالس حزين هذ الصورة تعبر (CN8/CN4) حزين من واش؟ (CP5) ماعلاباليش (CN9). (CP2/E1).

السياقات:

كالعادة تضطرب المفحوصة أمام اللوحة فيحدث اضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، يعقبه التأكيد على ما هو مشعور به ذاتيا (CN1)، لكنه مبني للمجهول (CP3)، و إنطلاقا من نسج قصة على منوال لوحة فنية (CN8)، يتم ذكر وضعية تعبر عن وجدانات (CN4)، ثم اللجوء لطرح سؤال (CP5)، و نقد الذات (CN9)، مع عدم إدراك مواضيع ظاهرة (البيت) (E1)، و القصة ككل تميل للإختصار (CP2).

الإشكالية:

لقد حركت هذه اللوحة "كاميليا" وصدمتها مما سمح ببروز السياقات الأولية في شكل اضطراب على مستوى تركيب الكلام الذي جاء في بداية القصة، وسرعان ما تخرجت منه "كاميليا" بالتعبير عن وجدانات قوية تهربت منها باللجوء إلى طرح تساؤل ثم الإنكار، وبالتالي كان الإنتاج يميل إلى الإختصار أدركت من خلاله إشكالية البقاء وحيدا وعبرت عنها في شكل وجدانات، لكنها وجدت صعوبة في التخرج من الوضعية نظرا لسيطرة الكف.

اللوحة 13MF

"6 تعبر هذ الصورة يعني الإنسان هذا تدي حتى للموت (CN8/E17/E9). (E19/E1).

السياقات:

كالعادة تبدأ القصة بعد زمن كمون أولي قصير بنسج قصة على شكل لوحة فنية (CN8)، ثم يظهر اضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، يتضمن التعبير عن تصورات مرتبطة بإشكالية الموت (E9)، و القصة جاءت في شكل تداعيات قصيرة (E19)، مع عدم إدراك مواضيع ظاهرة (المرأة) (E1).

الإشكالية:

لقد إضطدمت "كاميليا" أمام اللوحة فظهر فشل الدفاعات من خلال اضطراب على مستوى تركيب الكلام الذي تضمن التعبير عن إشكالية الموت، وقد جاءت القصة في شكل تداعيات قصيرة لم تؤهل "كاميليا" لمواصلة تطوير إنتاجها، فلم تتوصل إلى تناول إشكالية العنف والجنس ما بين الزوجين.

اللوحة 19

"6 ما فهمتهاش الصورة هذي (صوت خافت) (CN9) ما فهمتهاش الصورة هذي ما فهمتهاش كل (A2-8) (تضحك المفحوصة و هي تنظر إلى الفاحصة) (CC1/CC2). (E1/CP5).

السياقات:

بعد سكوت قصير يظهر نقد الذات (CN9)، الذي يتبع بالإجترار (A2-8)، كما تواصل المفحوصة تهربها فتلجأ لإثارة حركية (CC1)، و الطلبات التي توجه للفاحصة (CC2)، إذا لم تتوصل المفحوصة إلى إدراك مواضيع ظاهرة (البيت، الباخرة...) (E1)، حيث تضمن كلامها رفض اللوحة (CP5).

الإشكالية:

عجزت "كاميليا" عن بناء أي قصة، حيث يبدو رفضها للوضعية وللوحة التي تفتقر لعناصر مصورة مبنية تستند عليها لإطلاق هواماتها التي كانت غائبة، فالكف والصلابة منعا توصلها لتناول إشكالية اللوحة ما قبل التناسلية.

اللوحة 16

(B2-1) ورقة بيضا (CF1) (تحرك المفحوصة اللوحة و تقلبها) (CC1) أنا تعبرلي ورقة بيضا (A2-8) ما كاين والو (A2-11) الإنسان راح للقبر (B1-2/E9/CP3/CM1) (تضحك المفحوصة و هي تنظر للفاحصة) (CC1/CC2) بسبب هذ المرض (E6). (CP2)

السياقات:

تنجح المفحوصة في الدخول المباشر في التعبير (B2-1)، ثم تلجأ بعده إلى الهروب من خلال التمسك بالمحتوى الظاهري للوحة (CF1)، و إبداء إثارة حركية (CC1)، تتبع بالإجترار (A2-8)، و الإنكار (A2-11)، ثم يتم إدخال لشخص غير موجود في اللوحة (B1-2)، ليظهر تعبير عن تصورات مرتبطة بإشكالية الموت (راح للقبر) (E9)، و تكون مبنية للمجهول (CP3)، مع إفراط الإستثمار في وظيفة إسناد الموضوع (CM1)، إلا أنها سرعان ما تلجأ إلى السلوك بإبداء إثارة حركية (CC1)، مع الإستناد على الفاحصة في محاولة للتهرب (CC2)، لتفتش و تعود للسياقات الأولية من خلال إدراك مواضيع مفككة (المرض) (E6)، و القصة قصيرة (CP2).

الإشكالية:

بعد نجاح "كاميليا" في الدخول المباشر في التعبير سرعان ما ظهر الكف والرقابة، إلا أن دفاعاتها تفتش لتبرز السياقات الأولية في شكل تعبير عن إشكالية الموت من خلال إدخال لشخص غير موجود في اللوحة وعدم التعريف به، و أمام غياب السند الصوري يظهر الكف لتخرج منه "كاميليا" باللجوء إلى مصادرها الشخصية وإستحضار موضوعها المفضل (المرض)، وهي بذلك تتناول إشكاليته الخاصة المرتبطة بالفقدان.

❖ خلاصة البروتوكول:

- ورقة الفرز: أنظر إلى الصفحة (239).

• السياقات العامة:

إن بروتوكول "كاميليا" يفاجئنا نظرا للفشل الكبير الذي ميز بناء القصص، إذ طغى الكف وتم تفادي الصراع (C) في معظم البروتوكول خاصة عن طريق الأساليب الخوافية (CP)، كطرح الأسئلة والميل إلى الرفض (CP5) كما هو الحال في اللوحات: (5، 8BM، 11)، إضافة إلى عدم التعريف بالأشخاص (CP3) التي غلبت على معظم اللوحات دون استثناء.

تليها في الثقل الأساليب النرجسية (CN) التي جاءت متنوعة ما بين نقد الذات (CN9) كما في اللوحات: (4، 5، 11، 6GF، 9GF)، والتأكيد على ما هو مشعور به ذاتيا (CN1)، طبعاً إلى جانب أساليب أخرى كان ظهورها نادراً مثل: (CN2، CN4، CN8، CN10).

ثم السياقات السلوكية (CC) التي كانت معظمها في شكل إثارات حركية أو إيماءات (CC1)، توزعت ما بين الكثير من اللوحات، كما ظهرت في البروتوكول الأساليب الهوسية (CM) كمثلثة الموضوع في

اللوحة: (6GF)، أما الأساليب الواقعية فكانت التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، وكذا التعبير عن وجدانات ظرفية (CF5) هذه الأخيرة التي كانت نادرة.

لقد رافق هذا الكف بعض سياقات الرقابة (A) التي جاءت لتؤكد هذا الفشل، فهي لم تكن أبدا ذات فعالية في إرسان الصراع وتكاد تتلخص في ثلاثة أساليب هي التحفظات الكلامية (A2-3) التي كانت تستعمل تقريبا بطريقة طبيعية (Caractériel) آلية، وبالتالي لم تكن ذات وزن كبير، يليها الإجتراح (A2-8) الذي ظهر كلما حاولت "كاميليا" تجاوز الكف والتقدم بالقصة، أما أساليب الرقابة الأخرى فكانت نادرة من بينها التأكيد على الصراعات الشخصية الداخلية (A2-17) الذي ظهر مرة واحدة في اللوحة: (1)، إضافة إلى تبرير التفسيرات عن طريق تلك التفاصيل (A2-2) والفكرنة (A2-13).

أمام قوة الهوامات وأمام فشل الدفاعات ظهرت السياقات الأولية (E) بشكل معتبر وبشتى الأساليب وخاصة عدم إدراك مواضيع ظاهرة (E1) في اللوحات: (1، 2، 3BM، 4، 5)، إلى جانب أساليب من نوع (E6) بإدراك مواضيع مفككة مثل موضوع "المرض"، "الألم"، و "الشلل"، والذي ميز أغلب اللوحات إلى درجة كانت فيها الإستجابات غير ملائمة للمنبه، بل عبارة عن تخريف بعيد عن اللوحات (E7) حيث كان هناك إستمرار ومواظبة على موضوع "المرض" و "الألم" (E6)، إضافة إلى مواضيع النجاح العظامي (E9)، ونجد ذلك بالعودة إلى اللوحات: (1، 2، 6GF، 7GF، 8BM، 9GF)، وبهذا نلاحظ سيطرة هوامات متعلقة بموضوعي "المرض" و "الألم" على "كاميليا" بشكل إكتسح معظم القمص المبنية حول موضوع أساسي ومتكرر، هذا كله إلى جانب ظهور مكثف لإضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17) الذي شمل العديد من اللوحات نظرا لإضطراب "كاميليا" أمام أحياء اللوحات وعدم قدرتها على إرسانها، كما ظهرت أساليب أخرى لكن بصفة قليلة مثل: (E4، E10، E19) مما يدفع إلى الظن بوجود هشاشة في الإتصال مع الواقع لدى "كاميليا".

في السجل المرن (B) يظهر البروتوكول فقير جدا ويكاد يقتصر على تعبير لفظي عن وجدانات قوية (B2-4)، وكذا التعليقات الشخصية (B2-8)، مع نسج القصة حول الرغبة الشخصية (B1-1) بالإضافة إلى أساليب أخرى كانت نادرة (B2-1، B2-2).

• المقروئية العامة:

لم تستطع "كاميليا" التوصل إلى قصص جيدة وإرسان الصراع، لقد سيطر الكف في شكل أساليبه الخوافية بما تميزت به من عدم التعريف بالأشخاص والميل إلى رفض اللوحات، حيث حاولت خنق كل حركة صراعية أو جنسية، كما تدهور الخطاب بفعل إجتياح السياقات الأولية التي كانت حاضرة من بداية البروتوكول والتي أدت إلى تشوه شكله العام، أما سياقات الصلابة فكانت متوسطة ولم تكن ذات فعالية نهائيا خاصة في ظل الظهور القليل لأساليب المرونة مما لم يساعد على إرسان الصراع إلى جانب هذا نجد أن "كاميليا" لم تدرك الإستنارات الظاهرية ولا الكامنة لكثير من اللوحات وحاولت خنق العاطفة، وبهذا نقول أن المقروئية على العموم كانت سالبة (-).

• الإشكالية العامة:

كانت القصص في مجملها لا صراعية بسبب الحضور الملحوظ للكف والرقابة ف "كاميليا" لم تدرك أغلب الإشكاليات ما عدا في اللوحتين: (3BM، 13BM) المتمثلة في الإشكالية الإكتنابية وإشكالية البقاء وحيدا، إلا أنها لم تتوصل إلى إرسانها حيث وجدت صعوبة في تحديد أسباب الصراع أحيانا أو عجزها عن التخرج من الوضعية في أحيان أخرى، فالإشكالية لم تكن أوديبية وذلك لإنعدام أي أثر للصراع مع التقادي الكلي للحركات الجنسية في تصورات العلاقة التي عوضت بإدراك مواضيع محطمة ومشوهة

مثل موضوع "المرض" الذي تم إسقاطه على معظم اللوحات تقريبا، كما نلاحظ ظهور إشكالية فقدان الموضوع من خلال هوامات الموت والفقدان في اللوحات: (13MF، 16)، كما أن هناك ميل إلى الإشكالية ما قبل التناسلية، وأكثر ما يدل على ذلك البروز المعتبر للسياقات الأولية خاصة الإضطراب على مستوى تركيب الكلام، ورفض اللوحات التي تبعث إلى الفلق ما قبل التناسلي (11، 19)، مع ظهور إدراكات خاطئة وكذا الهوامات المهدة بالفناء كما هو الحال في اللوحة: (16) كما تعبر السياقات الأولية المستخدمة

بشكل مكثف مثل: (E1، E4، E17) على إختلال الصلة بالواقع في شكل إنكار.

FEUILLE DE DÉPOUILLEMENT

PROCEDES DE LA SERIE A (Contrôle)	PROCEDES DE LA SERIE B (Labilité)	PROCEDES DE LA SERIE C (Evitement du conflit)	PROCEDES DE LA SERIE E (Emergence en processus primaire)
<p>A0 - Conflictualisation intra - personnelle.</p> <p>A1 1 - Histoire construite proche du thème central. 2 - Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve. 3 - Intégration des références sociales et du sens commun.</p> <p>A2 1 - Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures. 2 - Justification des interprétations par ces détails. 3 - Précautions verbales. 4 - Eloignement temporo - spatial. 5 - Précisions chiffrées. 6 - Hérissons entre interprétations dilatoires. 7 - Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense. 8 - Remâchage, rumination. 9 - Annulation. 10 - Eléments de type formation réactionnelle (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.). 11 - Dénégation. 12 - Insistance sur le fait. 13 - Intellectualisation (Abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste). 14 - Changement brusque de direction dans le cours de l'histoire (accompagné ou non de pauses dans le discours). 15 - Isolation des éléments ou des personnages. 16 - Grand détail élu par petit détail évoqué et non intégré. 17 - Accent porté sur les conflits intra - personnels. 18 - Affects exprimés à minima.</p>	<p>B0 - Conflictualisation inter - personnelle</p> <p>B1 1 - Histoire construite autour d'une fantaisie personnelle. 2 - Introduction de personnages non figurant sur l'image. 3 - Identifications souples et diffusées. 4 - Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus.</p> <p>B2 1 - Entrée directe dans l'expression. 2 - Histoire à rebondissement. Fabulation loin de l'image. 3 - Accent porté sur les relations interpersonnelles. Réclame dialogique. 4 - Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés. 5 - Dramatisation. 6 - Représentations contrastées. Alternance entre des états émotionnels opposés. 7 - Aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir. 8 - Exclamations, commentaires, digressions, réléances/appréciations personnelles. 9 - Erolisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent. 10 - Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle. 11 - Instabilité dans les identifications. Hérisation sur le sexe et/ou l'âge des personnages. 12 - Accent porté sur une thématique du style : aller, courir, être, leur etc. 13 - Présence de thèmes de peur, de catastrophe, de venge etc. dans un contexte dramatisé.</p>	<p>CP 1 - Ti long et/ou silences importants intra - récl. 2 - Tendance générale à la restriction. 3 - Anonymat des personnages. 4 - Mots des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages. 5 - Nécessité de poser des questions. Tendance relus. Relus. 6 - Evocation d'événements anxiogènes suivis ou précédés d'arrêts dans le discours.</p> <p>CN 1 - Accent porté sur l'éprouvé subjectif (Non relationnel) 2 - Références personnelles ou autobiographiques. 3 - Affect - titre. 4 - Posture significantia d'affect. 5 - Accent mis sur les qualités sensorielles. 6 - Insistance sur le repérage des limites et des contours. 7 - Relations spéculaires. 8 - Mise en tableau. 9 - Critiques de Soi. 10 - Détails narcissiques. Idéalisation de Soi.</p> <p>CM 1 - Surinvestissement de la fonction d'éclairage de l'objet. 2 - Idéalisation de l'Objet (valence positive ou négative). 3 - Prouvettes, vénévoltes.</p> <p>C/C 1 - Agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles. 2 - Demandes faites au clinicien. 3 - Critiques du matériel et/ou de la situation. 4 - Ironie, dérision. 5 - Cinq d'œil au clinicien.</p> <p>CF 1 - Accrochage au contenu manifeste. 2 - Accent porté sur le quod - j, le factuel, l'actuel, le concret. 3 - Accent porté sur la faire. 4 - Appui à des normes extérieures. 5 - Affects de circonstance.</p>	<p>E 1 - Scotomes d'objets manifestes. 2 - Perception de détails rares et/ou bizarres. 3 - Justifications arbitraires à partir de ces détails. 4 - Fausse perceptions. 5 - Perception sensorielle. 6 - Projets délégués ou de personnes malades, malformés). 7 - Inadéquation du thème au stimulus (Abstraction, symbolisme hermélique). 8 - Expressions "crues" liées à une thématique sexuelle ou agressive. 9 - Expression d'affects et/ou de sensations massifs liés à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomaniacale, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.) 10 - Persévération. 11 - Confusion des identités (Téléscopage des rôles). 12 - Instabilité des objets. 13 - Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales. 14 - Perception du mauvais objet, thème de persécution. 15 - Clivage de l'objet. 16 - Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des personnages ou attitudes. 17 - Craquées verbales (Troubles de la syntaxe). 18 - Associations par contiguïté, par consonance, coq - à - l'âne. 19 - Associations courtes. 20 - Vague, indétermination, flou du détail.</p>

4.II. عرض حالة المفحوص "يوسف":

1.4.II. المقابلة العيادية:

• البيانات العامة:

الإسم: يوسف السن: 32 سنة الجنس: أنثى ذكر ×

الحالة المدنية: عازب مرتبط متزوج

مطلق منفصل أرمل

الرتبة بين الإخوة: الأولى المهنة: عون أمن

أنت حالياً: بطل عامل × في عطلة مرضية

متقاعد

أوقات العمل: نصف دوام دوام كامل دوام طويل ×

أوقات الراحة: يوم يومين أكثر ×

• نتائج سلام قياس الألم:

- إختبار QDSA: تحصل "يوسف" على درجة 60/52

- إختبار EVA: عند أول ظهور للألم تحصل على درجة 10/9

عند أول مقابلة تحصل على درجة 10/4.6

نلاحظ أن هناك إختلافا ما بين الدرجتين المتحصل عليهما، فالدرجة الموافقة لإختبار QDSA هي درجة تدل على ألم شديد، أما الدرجة الموافقة لإختبار EVA فتدل على ألم متوسط وذلك بالمقارنة مع الدرجة المتحصل عليها من الدرجة الكلية للإختبار، أما شدة الألم فقد انخفضت كثيرا بالمقارنة مع أول مرة ظهر فيها.

• تقديم الحالة:

يوسف شاب يبلغ من العمر 32 سنة، قاطن بمدينة ورقلة أعزب مهتم بمظهره وملابسه، متوسط القامة ذو بنية جسمية هزيلة إلا أنه كثير النشاط والحركة، دائم الابتسام والمرح، هو أكبر أخوته الخمسة توقف عن الدراسة في مستوى السنة الثالثة من التعليم الأساسي، ليلتحق بميدان العمل.

يعمل يوسف كعون أمن في شركة أجنبية بـ "حاسي مسعود" بدوام طويل (12 سا)، حيث يعمل لمدة 4 أسابيع في مقابل 4 أسابيع للراحة، إلتقينا به عند قدومه لمصلحة تدريب الأعضاء لمتابعة حصص العلاج الطبيعي بعد تعرضه لحادث مرور (سنة 2007)، حيث بدأ يحس بالألم شديدة لم يكن قادرا على تحملها إستدعت زيارته للمستشفى (مصلحة الإستعجالات) لعدة مرات، وبعد إستشارته لطبيب مختص في جراحة العظام تم توجيهه إلى هذه المصلحة للإستفادة من حصص العلاج الطبيعي.

بدأنا المقابلة الأولى مع "يوسف" بعد تقديمنا لتوضيحات أكثر حول طبيعة العمل الذي سنقوم به، كما طلبنا منه الإذن للقيام بالتسجيل الصوتي للمقابلة، إلا أن "يوسف" تعجب لطلبنا هذا وبدا عليه نوع من

التخوف وعدم الثقة وقال أنه لا يفهم ضرورة قيامنا بالتسجيل الصوتي، فحاولنا تقديم شرح حول حاجتنا لهذا التسجيل ومدى ضرورته في عملنا هذا، إلا أننا تركنا للمفحوص حرية رفض أو قبول التسجيل الصوتي للمقابلة وفكرنا في الإكتفاء بالتسجيل الكتابي، إلا أن المفحوص أبدى تعاونه بعد فهمه لطبيعة وطريقة عملنا و قبل التسجيل الصوتي.

• تحليل معطيات المقابلة:

إنطلقت المقابلة مع "يوسف" من خلال التطرق إلى حياته (الماضية والحالة) بشكل عام، فطلبنا منه التكلم عن حياته منذ مراحل حياته الأولى إلى غاية يومنا هذا (الفاحصة: أهدرلي على حياتك ملي كنت صغير حتى لدروك؟) وهنا وجدنا أن "يوسف" شعر بإرتياح كبير إتجاه سؤالنا، حتى أنه وضع رأسه قليلاً ثم بدأ في الضحك قائلاً: "وش نحكيك؟"، حيث نفترض ان سؤال الفاحصة أعاد لـ "يوسف" الكثير من الأحداث الماضية في هذه اللحظات إلى درجة أنه لم يعرف من أين يتوجب عليه أن يبدأ ولم يكن هذا بسبب مقاومات نفسية وإنما بسبب إكتناظ الأحداث والأفكار التي نشطها سؤالنا للمفحوص كما يبدو أن كل الأحداث كانت بنفس الأهمية بالنسبة لـ "يوسف" مما صعب عليه نوعاً ما إختيار نقطة البداية للإنتلاق في كلامه، ولهذا شعرنا بحاجته إلى مساعدة الفاحصة: "أحكي وش تحب"، وهنا يستهل "يوسف" كلامه مباشرة حيث يقول أنه كان الإبن المدلل عند والديه وحتى عند جده الذي كان يسأل عنه يومياً للإطمئنان عليه، كما يقول أن جده كان شديد التعلق به خاصة بعد وفاة أخته الأكبر منه (قبل ولادة يوسف) نتيجة إصابتها بمرض الحصبة، لذلك كان "يوسف" في مرحلة طفولته مركز إهتمام والديه وجده بسبب خوفهم الدائم من احتمال فقدانه هو الآخر حيث يقول: "أنا لول عند أما أو بابا أو جدي، جدي متعلق بيا بزاف زادو زوج بنات قبلي أو ماتو أما لا جدي بقي متعلق بيا، جدي يصلي أو يططب يطال عليا كل يوم. البنات ماتو بكري مرضو بمرض بوجمرون دار تلهم السخانة ماتو ما فاقولهمش ... من ثما بقاو الدار خافين عليا من المرض"، ليمر بعد ذلك مباشرة إلى التكلم عن دخوله المدرسي فيقول أنه كان طفل شقي جداً، لا يحب الدراسة "كنت شقي بزاف أو ما نحيش نقرا، كنت نهرب من المدرسة"، إلا أنه لم يكن يتلقى أي عقاب من والديه، حيث تكلم عن معارضة والديه لفكرة العقاب وخاصة الضرب وأنه لم يتعرض يوماً للضرب من طرف والديه وكذلك الأمر بالنسبة لإخوته "في الدار واحد ما يتضرب أحنا أترينا بلا ضرب والدينا ما يضربوناش أو ما يحوش الضرب، شغل بعزونا يخافو علينا بزاف"، وهنا نلمس الرعاية والحب والحماية التي وفرها الوالدين لـ "يوسف" خاصة عندما نلاحظ سلوكه وهو يتكلم عن هذه المرحلة من حياته حيث يبدو عليه الكثير من الإرتياح والثقة وشعوره بأهميته ومكانته داخل أسرته، كما نشير إلى أن "يوسف" لم يتوقف عن الإبتسام وأحياناً الضحك منذ بداية كلامه تعبيراً عن الإرتياح، بعدها إنتقل إلى مرحلة التعليم الأساسي حيث لم يواصل تعليمه وتوقف في مستوى التاسعة أساسي نظراً لعدم رغبته في الدراسة، لكنه دخل إلى أحد مراكز التكوين المهني أين قام بدورة تكوينية دامت سنتين "كي خرجت من المتوسطة دخلت centre درت ديبلوم في soudeur قريب عامين"، كما أنه إنتسب إلى أحد الفرق الرياضية آنذاك إضافة إلى عمله في سوق الخضار حيث كان يبلغ 17 سنة من العمر، وفي سنة 1998 توجه لأداء الخدمة الوطنية وعند سؤالنا عن هذه المرحلة (الفاحصة: كيفاه جوزت العسكر تاعك؟) يقول: "فات هائل عقبناه ضحك أو لعب أو طحت مع جماعة هابلين ما حسيتش بيه، نهار جينا مروحين روحنا نكبوا كي تفارقنا، كي روحت للدار فرحو بيا عقبتنا شهر تع رمضان راقد أو ناكل أو نشرب"، وهنا نلاحظ أن هذه المرحلة كانت هي الأخرى مصدراً للراحة وهذا ما ظهر من خلال كلام وسلوك "يوسف"، كما أنه إسترسل في الكلام عن هذه المرحلة دون توقف فذكر الكثير من التفاصيل

والأحداث عن حياته العسكرية من خلال الانتقال من حادثة إلى أخرى والتكلم عنها دون رغبة في التوقف إلى درجة لمسنا خلالها الرغبة في العودة لمعيشة هذه المرحلة من جديد.

بعدها تدخلنا لسؤال "يوسف" عن علاقته مع أسرته فيقول: "عايش مع دارنا أو خاوتي لياش علينا نعمة جلية... اللهم لك الحمد الضحك اللعب، ساعات نتفلق بصح normal"، حيث يظهر لنا أن "يوسف" جد راضي عن وضعيته داخل أسرته وعن علاقته مع إخوته التي تبدو علاقة حميمة ومصدرا للسند والدعم النفسي الذين كانا ظاهرين من خلال كلامه عن حياته الماضية وكذا الحالية وكذلك من خلال ما جلبه إستحضاره لهذه المراحل السابقة من إرتياح وثقة.

فيما بعد إنتقلنا إلى تناول قصة المرض الذي يعاني منه "يوسف" حاليا (الفاحصة: تقدر تحكيلي كيفاش بداك المرض؟) فيقول أن قصة مرضه تعود إلى تاريخ تعرضه لحادث مرور في تاريخ فيفري 2007 "أنا المرض نتاعي كي درت accident، درت accident أنا، ما كنتش نحس من ظهري كنت عادي normal حاجة ما تخصني درت accident" حيث نقل مباشرة إلى أقرب مستشفى (مستشفى أفلو) أين أجريت له عملية جراحية تم خلالها إستئصال "الطحال"، أما التحاليل الطبية وصور الأشعة فلم تكشف عن أي إصابات أخرى إلا أن "يوسف" عانى وقتها منذ وصوله إلى المستشفى من آلام شديدة على مستوى الظهر، آلام لم يحتملها "كي درت accident/انضريت لينا (يشير إلى منطقة خلف الرقبة) (الفاحصة: في الرقبة فوق؟) هيه، على بالك كي درت accident ما قدرتش تتحرك كل يوم لينا يديرولي في السيروم تاع السطر ما طقتش كرهت حياتي (بلهجة مؤكدة)، يديرولي في les analyses قتلهم السطر دار فيا حالة دبرو وسانكم حبسولي السطر (يظهر الإنفعال على المفحوص مع التغير المفاجئ في ريثم الحديث) كل يوم يجيو يديرولي السيروم، خر جولي لبياري، ما جيت نبرا من السطر هذا تاع كتافي بالكشفا"، وبعد عودته إلى منزله بورقلة ونظرا لإستمرار هذه الآلام التي كانت سببا في ترده على مصلحة الإستعجالات لمرات كثيرة قام "يوسف" بزيارة طبيب مختص في جراحة العظام في أواخر سنة 2008 أي بعد مرور مدة زمنية تجاوزت السنة، وعندما سألناه عن سبب عدم زيارته للطبيب فور ظهور الآلام قال: "كان السطر أو كنت متهاون أو درت accident أو كنت مشومر رجعت نخدم في السوق أو عشيت صابر صابر حتى فتح عليا ربي بهاذ الخدمة (عمله كعون أمن) او مبعد بديت نعالج"، إذا فالآلام الشديدة كانت السبب في توجه "يوسف" لزيارة الطبيب هذا الأخير الذي وصف له مجموعة من الأدوية المسكنة للألم إضافة إلى حزام طبي خاص بالظهر، فيما بعد وجهه إلى المستشفى الجامعي بـ "دويرة" لإتمام العلاج أين طلب منه القيام بجلسات للعلاج الطبيعي التي تطلبت مكوثه هناك (دويرة) إلا أنه رفض ذلك بسبب إرتباطه بعمله (حاسي مسعود) ولذلك فضل العودة إلى ورقلة لمتابعة علاجه، كما نلاحظ من خلال كلام "يوسف" أن آلامه كانت شديدة إلى درجة دفعته إلى زيارة عدد كبير من الأطباء المختصين في جراحة العظام (بورقلة، تقرت، دويرة، الجزائر العاصمة) في محاولة للبحث عن طريقة لعلاجها أو التخفيف منها حيث قام الأطباء بتشخيص آلامه وإعادتها إلى تشوه خلقي على مستوى العمود الفقري وهو ما تسبب في ظهور هذه الآلام، أما الحادثة فكانت بمثابة العامل المفجر لهذا المرض (آلام أسفل الظهر)، أما عن علاج هذه الحالة فقد نصح الأطباء "يوسف" بالقيام بحصص العلاج الطبيعي (La rééducation) التي يتابعها الآن في المستشفى وذلك بمعدل حصص في الأسبوع كما يقول "يوسف" أنه قام بالعديد من العلاجات والمحاولات للتخفيف من آلامه كالعلاج التقليدي بالأعشاب الطبية، وزيارة الحمامات المعدنية، إضافة إلى الأدوية المسكنة للألم والأدوية المنومة، إلا أن كل هذه العلاجات كانت ذات مفعول آني و غير فعالة، أما عن مرضه فيقول أن طبيبه المعالج أخبره بأن حالته غير قابلة للشفاء التام "قالي تبقى كيما هاك... قالي ما آلي زدت زدت كيما هاك، قالي شغل القماطة ما قمطوكش

مليح قالي normal ماهيش حاجة قالي زدت كيما هاك،" من خلال ما سبق قوله وفيما يخص طبيعة الألم الذي كان يعاني منه "يوسف" وعن كيفية تأثره به سأناؤه عن كيفية إحساسه عند ظهور الألم لأول مرة فقال: "كي درت l'accident كي حاو يجبدو فيا ما قدرتش حسبت من ظهري ظهري كي دارولي الراديو قالي حاجة ما بيك قتلهم بصح راهو السطر"، كما يبدو عليه التفاجؤ قائلاً: "أنا كنت نخدم normal نضرب البوتون نخدم كلشي، أو مبعده نحس بروحي ظهري ما نطيقش نرفد بدون تاع ما مانطيقش نرفدوا"، والتساؤل عن هذه الآلام التي ظهرت بشكل مفاجئ وتسببت في عجزه حيث بدا عليه الإستغراب لحالته وكأنه لم يفهم طبيعة هذه الآلام التي يحس بها، كما أنه لم يكن قادراً على إجمالها "كنت نحس هنا (يشير إلى منطقة الرقبة) كي درت l'accident أنضربت لينا (يشير مرة أخرى إلى منطقة الرقبة) ... علا بالك كي درت l'accident ما قدرتش نتحرك، كل يوم لينا (يقصد المستشفى) يديرولي في السيروم تاع السطر ما طقتش، كرهت حياتي يديرولي في les analyses كولش مريقل قتلهم السطر دار فيا حالة دبرو رسانكم حسبولي السطر ... ماجيت نبرا من السطر هذا تاع كتابي اتمرمدت"، ويبدو من خلال كلام "يوسف" أنه عاش معاناة صعبة "اتمرمدت" مع الألم خاصة وأنه إستمر لمدة طويلة "من 2007 وأنا السطر دار فيا حالة، السطر ما قدرتش" دامت حوالي السنة تقريبا كان الألم خلالها شديد القوة وضع "يوسف" في حالة عجز إضافة إلى شعوره بالعنف الممارس عليه والذي ظهر من خلال الكثير من المقاطع في كلامه "دار فيا حالة" "ضارني"، "مديفورمي" فالألم كان بمثابة الحدث المفاجئ والعنيف الذي إخترق حياة المفحوص وجسده وكان مصدراً لإثارة حسية مزعجة ومؤلمة في نفس الوقت خاصة خلال المرحلة الأولى من المرض فمن خلال كلامه نستطيع أن نلمس تأثره الشديد إضافة إلى كلماته التي كانت مشحونة بالإنفعالات و التغير المفاجئ في نبرة الصوت والحركات، حيث كانت كلها تعبر عن معاش صعب ومؤلم في نفس الوقت، خاصة إذا ما علمنا أن هذه الآلام لم تكن محصورة في منطقة واحدة من الجسم وإنما كانت تصل إلى مناطق أخرى مثل الرقبة، أسفل الظهر، والساق، وهو ما جعل "يوسف" يشك بأن آلامه لا تعود لمشكل تشوه العمود الفقري وإنما فكر في احتمال إصابته بمرض آخر فيقول أنه توجه لزيارة الطبيب للتأكد "أنا قتلها وقيلة عندي لكلا، قاتلي ما عندكش لكلا ... أنا ساعات نشك نقول بلاك الكلا عندي أو هي قاتلي (الطبيبة) ما عندك لا كلا لا والو" ويدلنا هذا الكلام على عدم إستيعاب المفحوص لطبيعة آلامه، كما يقول "يوسف" عن زيارة أخرى لطبيب العظام "قالي كيفاه أنت شباب أو جابني مريض قتلو يا دكتور أنا راني شباب بصح راني مديفورمي ... قتلو راني مداير l'accident قتلو ظهري راني ما ننجمش ما ننجمش"، حيث أصبح "يوسف" يشعر أن آلامه تمارس عليه نوع من العنف تسبب في معاناته الدائمة وعدم القدرة على التحمل، كما نلمس مشاعر العجز والإعاقة التي أصبحت ترافقه وتقرض عليه معاشاً جديداً، ولهذا كان عليه التعامل مع واقع جديد يتطلب منه الحذر المستمر وعدم بذله لأي مجهود بدني لأنه يهدد بظهور الآلام في أي وقت ويبدو ذلك واضحاً من خلال كلام "يوسف" "ماذا بيا ما نجهدش النفس تاعي مانفورسيش روجي، حتى صحابي كي نعاونهم بقولولي أنت ربح ما تخدم ما تدبر حتى شي"، "مداير الحذر تاعي ماشي نخدم بالقوة، لا لا مانفورسيش روجي حتى نحكم الفراش، ما بقيتش نفورصي روجي"، كما نشير هنا إلى محاولات الكثيرة والمتكررة التي قام بها المفحوص للتخفيف من آلامه والتي إمتدت من تاريخ بداية الألم فيفري 2007 إلى غاية يومنا هذا والتي يقيمها بغير الفعالة "ساعات يحس (السطر) ساعات ما يحسش، ماهيش مليحة، ماشي مليحة ألي بعد تروح متنهني مرتاح".

أما عن كيفية تعايشه مع الألم فيقول "يوسف" أنه يشعر بالإحباط حيث أصبح يشعر بالتعب والألم عند بذله لأبسط مجهود بدني "نحس بالإحباط بالإحباط كي نيدا شباب جاي للدنيا مديفورمي من ظهري ما

نطبق لا نخدم لا ندير حاجة لا ... c'est normal تكرهي، أنت مازال شاب جاي للدنيا الطبيب ألي شافني قالي أنت مازلت جاي للدنيا جاي تقول ظهري، الطبيب داخ، قتلو والله يا الطبيب راني مديفورمي" كما اشار "يوسف" في كلامه إلى أن الآلام التي يعاني منها الآن لم تعد بنفس الشدة والقوة التي ظهرت بها في البداية وأنها أصبحت أخف بعض الشيء وتظهر بشكل متقطع "بورك الحمد الله بوركا الحمد الله أنا أني بوركا نخدم أو نشوف روجي نحس مانحسش ساعة نلقا روجي دقيقة أو يعاود يظهر السطر انقص الخدمة"، وبالتالي أصبحت آلامه مرتبطة بمدى إجهاده لنفسه أما في أوقات الراحة فتكون الآلام موجودة بشدة يمكن إحتمالها إلا أن هذا لا يمنع من تأثيرها على المعاش اليومي للمفحوص الذي يتطلب حالة الراحة الدائمة مما يفرض عليه سلوك الحذر والتجنب والذي يتضمن إحتمال معاودة الآلام في أي لحظة، وهو ما يظهر الألم ككيان مهدد للشخص.

وفيما يخص تكرار نوبات الألم يقول "يوسف": "نعشي نخم في الرقاد أو خاصة كي يجي الليل، في النهار normal كي بطيح الليل تبغي ترقد يجي السطر"، وهنا يبدو أثر هذه النوبات المتكررة على المفحوص حيث تمنعه من النوم ليلا فهو لا يعيرها إهتماما كبيرا في فترة النهار، إلا أنه يجد صعوبة في تجاهلها ليلا وهنا يشبه آلامه بالألم الضرس الذي يشتد ليلا ويخف نهارا، كما يقول أن الألم يشتد كلما ركزنا عليه وأعطيناها إهتماما "كي نعشي تخم فيه يزيد، كي ما تخممش فيه او ما تركزش معاه normal"، و هذا يدل على أن تأثيره بالآلام أصبح تقريبا محصورا في فترة حدوث نوبات الألم و هو مؤشر جديد يدل على تحسن في حالة "يوسف" بالمقارنة مع الفترة الأولى لظهور الألم حيث أن انخفاض شدة نوبات الألم و تباعد أوقات ظهورها أدى إلى تكيف أحسن لـ "يسف" مع آلامه الحالية أما عن خوفه من معاودة تكرار نوبات الألم فيقول أنه لا يشعر بالخوف أبدا من هذه النوبات مهما تكررت "لا لا لا ما نخممش قاع في بوك الحوايج، مانخممش فيهم ما نخممش، طالقها علي ربي زهواني ما علاباليش بيها باه نخممش لعلا يجيني السطر قاع مانخممش فيها" "عادي نمشي ما علاباليش كل ما نخممش في هذ لحوايج، جا السطر نروح للطبيب نجى هنا (المستشفى) يدبرولي السيروم تاع السطر او يدبرولي التشكة أو ندم خارج"، حيث ظهر "يوسف" من خلال كلامه مؤكدا على عدم خوفه أو إهتمامه لهذه الآلام مهما تكررت، إلا أن تأكيده على ذلك جاء بشكل مبالغ فيه نوعا ما وغير متفق مع ما سبق وكلمنا عنه حول معاناته مع هذه الآلام، فعند سؤاله عن ذلك (الفاحصة: بصح قتلي بلي ديما مداير حذرك باه ما يعاودلكش السطر ؟) فقال: "كيما يقولو الوقاية خير من العلاج ما نضرش روجي" إلا أنه يعود ويؤكد مرة أخرى عن مدى قلقه عند حدوث الألم "عندك كي يجيني السطر بقلقي أنا ثماكي يجيني السطر ثما واين نتفكروا، السطر هو الديرونجمو فيا أنا هو ألي يدبر ونجيني كي يحكمني السطر نديرونجا، مادام ما كانش سطر مانحوسش" وبالتالي نلمس نوع من التناقض لدى المفحوص ما بين معاشه لنوبات الألم الذي يصفه بأنه مصدر للقلق والإنزعاج من جهة، وتصريحه بعدم إهتمامه لمعاودة هذه النوبات نهائيا من جهة أخرى، وهو ما يمكن إعادته إلى إستعمال المفحوص لميكانيزم التكوين العكسي (Formation réactionnel) حيث يحاول الشخص إظهار عكس ما يشعر به في محاولة للتخلص من حالة القلق الداخلي بتشويه الواقع الخارجي إضافة إلى إستعماله لميكانيزم الكف الذي أجبره على تفادي التعبير عن وجداناته وذلك من خلال اللجوء إلى المصادر العامة "كيما يقولو"، "طالقها علي ربي" كوسيلة للتهرب من هذه الوضعية غير المحتملة وهي حقيقة الآلام التي يعاني منها والتي أصبحت جزءا من واقع المفحوص، كما نلمس إلى جانب ذلك رفض المفحوص لهذا الواقع وعدم قدرته على التعامل معه حيث غلب أسلوب الإنكار على كل كلامه عند سؤاله عن مدى تأثيره وخوفه من تكرار نوبات الألم، وبهذا نقول أن معاشة "يوسف" لهذا الألم كتجربة جديدة وضعه في مواجهة مع واقع جديد ومؤلم جعله يقوم بمحاولات للتخلص منه و هو ما ظهر من خلال

أسلوب الإنكار للتخفيف من القلق الذي يفرض معاش الألم وعدم الاعتراف بالألم كحقيقة بالرغم من تصريحاته التي تركز على حجم المعاناة والعجز الذين نتجوا عن الألم.

وفي محاولة للإستفسار حول مفهوم الألم بالنسبة لـ "يوسف" لاحظنا من خلال كلامه أنه لم يستطع أن يفهم كيف أن لإصابة مثل إصابته (تشوه العمود الفقري) أن تكون مصدرا للألم الذي يحس به (من حيث الشدة) خاصة في المرحلة الأولى من المرض، مما دفعه إلى التفكير في احتمال إصابته بمرض آخر مثل مرض الكلى "أنا ساعات نشك نقول بالاك عندي الكلى" كما أنه لم يكن مقتنع كليا بتشخيص الأطباء لحالته، وعند سؤالنا عن معنى الألم بالنسبة له يقول "السطر يحكمني من ظهري حتى تحسي أنتي من قلبك، تعشي تحسي من قلبك، نتقلق المخ بعشي يخدم القلب يخدم كلشي يخدم تكرهي تكرهي تكرهي حياتك، السطر أو زيد السطر كي بعشي سطر قوي تولى أنتي خلاص ما تطبيقيش السطر يزيد يطلع القلب يزيد يتعمر تكرهي"، حيث يحاول "يوسف" هنا التعبير بكل الكلمات التي تساعده على وصف معاناته مع الألم، فهو تجربة تحمل في مضمونها مفهوم القلق والإجهد كما أنها تدفع بالشخص إلى اليأس والنظر بسوداوية للحياة، فالألم يحرك ويثير كل العضوية و يضعها في حالة إستنفار ونشاط كما يقول في مقطع آخر أن الألم الجسدي الذي يحس به يزيد من معاناة الشخص "القلب يزيد يتعمر" وهنا نلمس البعد النفسي للألم، هذا البعد الذي يترجم من خلاله حالة المعاناة الإنزعاج، القلق، والإحباط التي يوجد فيها الشخص المتألم، إلا أننا حاولنا إعادة صياغة السؤال في محاولة للتعلم مع "يوسف" حول مفهومه للألم (الفاحصة: والمعنى تاع الألم بالنسبة ليك؟) فيقول: "لا لا ما نحيش ما نحوشش عليه كامل ما نحوشش نفهم" ويقول ذلك بلهجة مؤكدة إن لن نقل مبالغ فيها، جاءت في صيغة الرفض لهذا السؤال، وعند سؤالنا له "علاش؟" يقول: "ما نحوشش عليه" (الفاحصة: نقدر نعرف علاش؟) فيقول: "ياه ما نزيدش على روحي، أنا نعشي نخمم فيه نخمم فيه نتوسوس، أما أنا ما نخممش فيه" وهنا تبدو لنا عدم قدرة "يوسف" على مواجهة آلامه و بالتالي عدم إيجاد معنى لها لأن مجرد التفكير في هذه الآلام من شأنه أن يزيد من تساؤلاته ومعاناته وبالتالي إعتد المفحوص ميكانيزم التجنب لتفادي الوضعية (الألم) المقلقة، هذه الوضعية التي تجلب العديد من التساؤلات التي لم تجد إجابات لدى المفحوص وهو ما يزيد من توتره وقلقه مما يبرر سلوكه هذا (عدم محاولة فهم الألم)، كما يقول: "كاين ناس أتبع المرض تاعها يتوسوس، بعشي يخمم حتى بطروش، يديكلونشي، بهيل، أنا ما نحوشش عليه قاع، ما نخليش الـ vide للمرض نتاعي ما نخليوش الـ vide نقعد نخمم في المرض نتاعي، كي نعشي المرض المرض المرض يجي نهار نتبلوكا نطرطق نديكلونشي نولي هابل نمشي في الشارع normal"، و هذه العبارة هي تعبير غير مباشر - لا شعوري - عن حالته، و مخاوفه الشخصية من التفكير في آلامه كحقيقة، حيث نجد ان "يوسف" إستعمل ميكانيزم الإنشطار ليبرر عدم مواجهته لمعاناته مع الألم بإعطائنا مثال عن مال الشخص الذي يركز اهتمامه و تفكيره حول الآلام، فكل ما نسبه للشخص الآخر (بهيل، يديكلونشي... الخ) كان عبارة عن وصف لتوقعاته حول مال حالته في حالة ما حاول التعمق في فهم آلامه أو مواجهتها، فأى إقتراب يعد بالنسبة له مصدر توتر و قلق، وهنا نجد أن كلام "يوسف" أكبر دليل على عدم فهمه لهذه الآلام من جهة وعدم قدرته وخوفه من مواجهتها كحقيقة واقعة، حيث يشعر بالخطر والتهديد في حال محاولته التساؤل حول حالته (الآلام)، فيذكر احتمال تعقد حالته (وهنا يقصد الحالة النفسية) إذا ما حاول مواجهة هذه الآلام وفهمها، ويمكن أن نعيد هذا إلى ما يحيط بتجربة الألم من غموض، هذا الغموض الذي يضع المفحوص في معاناة كبيرة، معاناة عبر عنها بكلمات قوية مثل: "الهبال" "نديكلونشي"، "نطرطق"، "نتبلوكا"، كلها كلمات تدل على مفهوم الانفجار و التحلل وفقدان السيطرة على النفس، والمقصود هنا عدم قدرة الأنا على إحتواء الطاقة النفسية الناجمة عن حالة التوتر الزائد والتي يتسبب فيها الألم مما يؤدي بالأنا إلى فقدان

السيطرة وترك المجال فارغا فتسيطر حالة القلق التي تعد كتهديد لحياة الشخص ولكليته الجسمية والنفسية، ولهذا نجد أن المفحوص يعتمد ميكانيزم التجنب لتجنب حالة الصراع الداخلي للحفاظ على نوع من الإتران، كما نلاحظ أنه يتعامل مع الألم كشيء أو جسم يحاول إحتلال مكانة داخل حياة المفحوص فيقول: "ما نخليلوش الـ vide"، كما يعتبر هذا الألم بمثابة العدو أو المنافس الذي يدفع المفحوص الى التواجد في وضعية الكفاح و النضال لحماية ذاته حيث يقول: "يجي السطر نفورسي روجي او نصبر او ندير كولشي المهم ما نخلش السطر يتغلب عليا".

أما عن حياة المفحوص ومعايشه اليومي منذ ظهور الألم فيقول أنه لا يشعر بأي تغيير "لا لا هانديك هيا normal نشوف فيها عادي"، فبالنسبة له الألم لم يؤثر على مسار حياته اليومية حيث نلاحظ إعتماده لأسلوب النفي القطعي عند سؤالنا عن احتمال حدوث أي تغيير على مستوى حياته العلائقية، المهنية وحتى عن حالته النفسية، فنجد أنه ينفي حدوث أي تغيير مرتبط بظهور الألم مع العلم أنه سبق وتكلم عن حالة القلق والإحباط التي يعيشها عند حدوث نوبات الألم، كما تكلم عن الصعوبات التي يواجهها يوميا خلال ممارسته لنشاطاته اليومية، وهذا نوع من التناقض، فكلمات المفحوص تدل على الأثر العميق الذي تركه الألم في حياته "تكر هي حياتك"، "نهيل"، "يقاقي"، "السطر هو الدير ونجمو"، و بالنسبة لحياته العلائقية يقول أنه يفضل الإبتعاد عن الأشخاص الآخرين أثناء نوبة الألم "كي نعشي بالسطر ماذا بيا واحد ما يقاقيش، يهدر معايا واحد يقاقي نلسق فيه directe، نولي ما عليالي بحتي واحد، كي يعشي السطر ماذا بيا واحد ما يدور بيا" إلا أنه يقول أن لديه علاقة جيدة مع أسرته و أصدقائه وأن مرضه ساعد على تحسين علاقته معهم وأظهر تكافلهم "نشوف روجي قبل السطر كيما ضورك، أني مع الناس كيف كيف، كابين ناس تخاف عليك تقولك ماتفور صيش روجك" وهنا نلمس الدعم الإجتماعي الذي يحظى به "يوسف" من طرف أسرته وأصدقائه، حيث أن كلامه عن ألمه و كيفية معاشته له يوميا يدل على أهمية العلاقات الاجتماعية في حياته خاصة خلال فترة المرض، بداية في المستشفى عند إفاقة من العملية الجراحية التي أجراها بعد الحادث مباشر "كي حليت عينيا من العملية او واحد شفتو وليد خالي عند راسي او مبدل لحقو الدار"، ثم صديقه الذي ساعده في الإتصال بمستشفى الدويرة و إستضافه طيلة فترة إقامته هناك كما انه رافقه إلى المستشفى "فاكسيت البرية تاع الطبيب لواحد صاحبي في دزابر قتلو حاب نروح للسيطار تاع الدويرة قالي ما كان حتي مشكل"، و عند عودته إلى ورقلة يذكر خالته التي نصحته بزيارة طبيب مشهور بمدينة "تقرت"، كذلك كلامه عن أصدقائه الذين منعه من ممارسة أي نشاط يجهد "صحابي قالولي انت ريج ما تدبر والو كون تمرض نحصلو فيك" و عن قيامه ببعض العلاجات الطبيعية يذكر خالته "رشممتني خالتي بالمناشير" كما تكلم عن عمته قائلا: "عمتي دهنتلي ظهري بالزيت و الحنا او كواتني"، أما أمه فقد كانت تدلك له قدميه عند شعوره بالألم "اما تمسدي في رجليا او رابطهوملي"، مرة أخرى يتكلم عن مرافقة أصدقائه له أثناء زيارته للحمامات المعدنية بهدف العلاج "جماعة صحابي قالولي نروحو للحمام باه يتتحالك السطر تاع ظهرك"، كما يؤكد على ان علاقاته توطدت أكثر مع أسرته و أصدقائه الذين أبدوا دعمهم له بعد إصابته بالمرض "يقولولي ما تخدمش الي يحبك يقولك ريج ما تضرش روجك"، إذا نلاحظ أن "يوسف" تلقى كل الدعم الذي احتاجه و ذلك راجع لعلاقاته الاجتماعية التي ساعدته و دعمته إلى درجة نفترض أنها من شأنها أن تقلل من وقع المرض عليه لأنها تعد بمثابة حاجز أمان يقي المفحوص من التوترات و المعاناة المرتبطة بالمرض و تصدها أو أنها تخفف من وقع هذه الخبرة الجديدة المؤلمة، أما عن حياته المهنية فيقول أنها هي الأخرى لم تتأثر إلا أنه إضطر في بداية ظهور المرض إلى تغيير مهنته (في سوق الخضر) لأنه أصبح عاجز عن حمل الأوزان الثقيلة والنهوض باكرا "المرض خلاني بدلت الخدمة أنا قبل ما كانش ألي بسيفني للسوق، دوركا خلاص درت عليها croit"، أما عن مهنته الحالية

فيقول: "الخدمة نتاعي خدمة مرتاحة مريح فوق الكرسي أو نكتب في registre مريح مداير كرسي أو سلاح قدامي مرتاح، مش يعني نخمم"، حيث يقول "يوسف" أنه يشعر بالتغيير فقط أثناء نوبات الألم "تبدلت شوية ماشي بزاف"، (الفاحصة: كيفاش شوية؟) "أني قتلك كي يكون عندك السطر ما تقدر يش تقعد مع الناس، الرقاد ما يجيكش ما تطيقش تخرجي، تقعدى قابضة الفراش أو مريحة، تعودى تشوفي روحك إنسان معوق في الفراش"، وهنا تظهر الدفاعات النفسية بطريقة يعبر من خلالها "يوسف" عن معاناته لكن بشكل مصغر "شوية"، حيث يحاول إظهار معاناته بشكل مخفف (minimisé) لا يعكس حقيقتها و إنما تعكس رغبته الكامنة في التخلص من الألم و من معاناته أو التقليل منها، و هذا ما يدل عليه وجود تغيير على مستوى الحياة اليومية لـ "يوسف" خاصة إذا ما عدنا إلى كلامه عن عدم قدرته اليوم على ممارسة النشاطات اليومية أو الرياضية فيقول: "كي ندير fout geste، كي ندير sport كي نهز النقل، ساعات كي نقعد نطول يزيد السطر، كي نمشي ياسر نحس، ولا كي نوقف بزاف"، وهو ما جعل "يوسف" يشعر بالإعاقة والعجز، أما عن إزمان الألم فيقول أنه لم يتوقع أن الألم يستمر معه إلى يومنا هذا، كما يبدو من خلال كلامه أنه متفاجئ "ما كنتش متوقع أنا مع الدواوات آلي عطا هو ملي الطبيب والراديوات أنا قلت بروح السطر... أنا قلت خلاص ساعة ساعة يقبضني السطر عشيت مانفور صيش روجي أو خاصة في الشتاء... أنا قلت حاجة خفيفة راديو، لبياري أو كاشيات صايبي الواحد يرتاح، بصح راني نشوف فيها هي هي ما كنتش متوقعو لهاذ الدرجة كامل" حيث وجد نفسه مرغما على العيش مع آلام مزمنة دامت أكثر من 3 سنوات إلى حد الآن ولا زال يتساءل إلى غاية يومنا هذا عن إمكانية شفائه منها.

عندما سالنا "يوسف" عن حياته الحلموية لم يبدي أي إهتمام بسؤالنا هذا بل تجاهله، و عند سؤاله مرة أخرى إكتفى بالقول أنه لا يتذكر الأحلام التي يراها، حيث نلاحظ أن الكف الشديد منع "يوسف" من العودة إلى إستحضار محتوى أحلامه.

وفيما يخص حياته المستقبلية يقول "يوسف" أنه يجب أن يتعايش مع هذا الألم من خلال تجنب القيام بأي مجهود بدني، كما يقول أنه لا يضمن أن الألم بإمكانها أن تنعكس على مستقبله "يازين الله إنشاء الله ما بيدلش la venir تاغي إنشاء الله يكون مستقبل مليح إنشاء الله"، وهنا يظهر "يوسف" متفائلا إتجاه مستقبله ويقول أن لديه الكثير من المشاريع التي يأمل تحقيقها "أنا في بالي سكنة مليحة أو طوموبيل أو مرا أو صايبي أو والديا يحييو الفرض حاجة أخرى ما تهمنش"، وعند سؤالنا له عن مصير مستقبله في حال إستمرار الألم يقول: "أه كلش يتبدل c'est normal ما نقدر ندير والو كان قعدت بالسطر هذا" وهنا نلاحظ أن هناك خوف من إمكانية إستمرار الألم إلا أن "يوسف" بدأ متفائلا ومرتاحا عند حديثه عن حياته المستقبلية ذلك لأنه يشعر بأنه قادر على تجاوز أي عراقيل ممكنة بقوله "أنا الحاجة كي نديرها في راسي لازم نلحقها".

• خلاصة تحليل الحالة:

توصلنا من خلال تحليل المقابلات مع حالة "يوسف" إلى مجموعة من الملاحظات الهامة، والتي سنحاول عرضها فيما يلي:

* إن إصابة المفحوص بالآلام أسفل الظهر المزمنة كانت ذات وقع شديد خاصة خلال المرحلة الأولى من المرض، نظرا للآلام القوية و غير المحتملة التي ظهرت بشكل مفاجئ، إضافة إلى إستمرارها في الزيادة و الإشتداد طيلة السنة الأولى من تعرضه للحادث، و أكبر دليل على ذلك هو إستشارة المفحوص لأكثر من طبيب مختص في جراحة العظام حيث نلمس حجم المعاناة التي كان يعيشها المفحوص في تلك الفترة نظرا لعدم قدرته على تقبل هذا الواقع الجديد ولا قدرته على تحمل هذا النوع من الآلام بالرغم من

خضوعه للعلاج الطبي، كما يبدو لنا من خلال كلام المفحوص تفاجئه بهذه الآلام خاصة عند ظهورها لأول مرة (عند تعرضه لحادث المرور)، وهنا نشير إلى الحالة الإنفعالية التي كان فيها المفحوص عند إسترجاعه للمرحلة الأولى من ظهور الألم حيث كان شديد التأثر، وهنا نشير كذلك إلى شعور المفحوص بالعنف الذي رافق تجربة الألم و الذي ظهر من خلال الكثير من الكلمات و التعابير في كلامه أثناء المقابلات كقوله "دار فيا حالة"، "ضارني"، "مديفورمي" ... الخ، فالآلام كانت بمثابة الحدث المفاجئ والعنيف الذي إخرق حياة المفحوص وجسده في نفس الوقت وكانت مصدرا لإثارة حسية مزعجة ومؤلمة، وهو ما غير من المسار الإعتيادي لحياة المفحوص وفرض عليه واقعا مختلفا عما قبل، وفي مرحلة لاحقة تغيرت طبيعة هذه الآلام ولم تعد تظهر بنفس الشدة - حسب كلام المفحوص- حيث إنخفضت شدتها مقارنة بالفترة الأولى لظهورها، كما أنها أصبحت تأتي على فترات منقطعة ومتباعدة، إلا أن هذا لم يغير من حقيقة الألم كتجربة عنيفة ومفاجئة، فتعود المفحوص على نوبات الألم وعلى تكرارها لا يعني بالضرورة تعوده على الألم وهنا نعود إلى كلام المفحوص الذي يظهر لنا أنه يعايش كل نوبات الألم بنفس الطريقة وكأنها تظهر للمرة الأولى لكن مع وجود بعض الفروق، فحالة التفاجوء والخوف لم تعد مماثلة للحالة التي عاشها المفحوص عند ظهور الألم لأول مرة، إلا أن هذين العنصرين (التفاجوء، الخوف) لا يزالان حاضرين بشكل دائم عند تكرار نوبات الألم، حيث نفترض أن تكرارهما بشكل مستمر ولو بشكل بسيط من شأنه أن يكون مصدرا للتوتر، و هنا نتكلم عن الأثر التراكمي الذي بإمكانه أن يتسبب في حالة الإضطراب.

* أما عن تكرار نوبات الألم على فترات منقطعة فنجد أن المفحوص أبدا نوعا من التناقض إتجاه معاشته لهذه الآلام، حيث أكد على عدم إهتمامه بمعاودة ظهور نوبات الألم إضافة إلى إنكاره لتأثره بها إلا أننا لاحظنا في نفس الوقت أن هذه الآلام هي السبب في وجود المفحوص في حالة حذر وترقب نظرا لإمكانية معاودة النوبات، وذلك لما تفرضه من عجز وإعاقة تمس بسير حياته اليومية مما يدفعه إلى تجنب كل المثبرات التي من شأنها أن تتسبب في معاودة ظهور الألم، وبالتالي نلمس نوع من التناقض الوجداني لدى المفحوص ما بين معاشه لنوبات الألم الذي يصفه بأنه مصدر للقلق و الإنزعاج من جهة ومحاولة إظهار نوعا من اللامبالاة إتجاه معاودة هذه النوبات من جهة أخرى، وهو ما يمكن إعادته إلى إستعمال المفحوص لميكانيزم التكوين العكسي (Formation réactionnel) حيث يحاول الشخص إظهار عكس ما يشعر به في محاولة للتخلص من حالة القلق الداخلي بتشويه الواقع الخارجي إضافة إلى حالة الكف التي تظهر من خلال تقادي المفحوص التعبير عن وجداناته وذلك من خلال اللجوء إلى المصادر العامة والخارجية (Normes extérieures) كقوله: "كيما يقولو"، "طالقها علي ربي"، و على الأغلب تنوعت دفاعات المفحوص ما بين الدفاعات الهوسية التي يحاول من خلالها إعطاء تقييم ايجابي - مبالغ فيه - يظهر من خلاله معاناته اليومية كشيء تافه أو غير مهم، إضافة إلى ظهور دفاعات أخرى هي دفاعات مخففة يتم من خلالها التعبير عن الوضعية المقلقة بصفة ضئيلة و مصغرة، و الهدف هنا هو التصغير و التخفيف من حجم المعاناة و إعطائها حجما بسيطا و إظهارها كوضعيات موترة سطحية، و بالتالي كلها دفاعات تأتي كوسيلة للتهرب من هذه الوضعية غير المحتملة وهي حقيقة الألم التي يعاني منها والتي أصبحت جزءا من واقع المفحوص، كما نلمس إلى جانب ذلك رفض المفحوص لهذا الواقع وعدم قدرته على التعامل معه وهو ما ظهر من خلال تجنبه للكلام عن كيفية معاشته اليومية لهذه الآلام حيث إتخذ موقف الإنكار و التزم بإعطاء إجابات سطحية على أسئلة الفاحصة في محاولة للتهرب من تناولنا لهذه التجربة بشكل أعمق، كما غلب أسلوب النفي على كل كلامه تقريبا وذلك عند سؤالنا عن مدى تأثره وخوفه من تكرار نوبات الألم، وبهذا نقول أن معاشة المفحوص لهذا الألم كتجربة جديدة وضعه في

مواجهة مع واقع جديد ومؤلم جعله يقوم بمحاولات للتخلص منه، وهو ما ظهر من خلال أسلوب الإنكار للتخفيف من القلق الذي يفرضه معاش الألم وعدم الاعتراف بالألم كحقيقة بالرغم من تصريحات المفحوص التي تركز على حجم المعاناة والعجز الذين نتجا عن الألم، فهناك فرق واضح ما بين حياته قبل ظهور الألم وبعد ظهوره، خاصة فيما يتعلق بممارسته لحياته اليومية التي أصبح يعيشها بنوع من الحذر والتجنب لكل النشاطات والحركات التي من شأنها أن تتسبب في ظهور الألم أو الزيادة من شدته، فهناك خوف من الألم الذي يدفع بالشخص إلى التواجد في وضعية عجز وإعاقة تظهر من خلال فقدان المفحوص للقدرة على الاستمرار في حياته بشكل طبيعي، حيث يجد نفسه في وضعية من السلبية والضعف في مقابل هذه الآلام.

* فيما يخص إعطاء معنى للألم، نجد أن المفحوص بالرغم من معاشته للألم في مراحل سابقة من حياته إلا أن إصابته بآلام أسفل الظهر تعد حسبه تجربة مختلفة عما سبقها وذلك من خلال وصفه لها بكلمات حاول أن يعبر من خلالها عن حجم وثقل معاناته، إلا أنها لم تساعده على إيجاد معنى لآلامه وهنا نعود ونذكر بزياراته للعديد من الأطباء، هذا السلوك الذي يعد كمحاولة لا شعورية للوصول إلى فهم طبيعة هذه الآلام وحقيقتها وبالتالي معناها، هذا المعنى الذي لا يزال المفحوص إلى يومنا هذا يرفض التكلم عنه أو تناوله بأي شكل من الأشكال ويخاف مواجهته حقيقة الألم تحمل في مضمونها الكثير من التساؤلات، ويمكن أن نعيد هذا إلى ما يحيط بتجربة الألم من غموض، وهو ما يضع المفحوص في معاناة كبيرة عبر عنها بكلمات قوية مثل قوله: "الهبال"، "نديكلونشي"، "نطرطق"، "نتيلوكا"، وكلها كلمات تدل على مفهوم الانفجار وفقدان السيطرة على النفس والمقصود هنا عدم قدرة الأنا على إحتواء الطاقة النفسية الناجمة عن حالة التوتر الزائد والتي يتسبب فيها الألم، مما يؤدي بالأنا إلى فقدان السيطرة وترك المجال فارغا لتسيطر حالة القلق التي تعد كتهديد لحياتة الشخص ولكليته الجسمية والنفسية، ولهذا نجد أن المفحوص إعتد ميكانيزم التجنب لتجنب حالة الصراع الداخلي و الهروب منه، وكذا ميكانيزم الإنشطار حيث يتكلم عن معاناته بلسان أشخاص آخرين خاصة عند إستشهاده بحالات لأشخاص آخرين يعانون من الألم قائلاً أن محاولتهم لفهم آلامهم وتركيزهم على مرضهم من شأنه أن يؤدي بهم إلى حالة الانفجار وفقدان السيطرة، وكلها آليات دفاعية نفسية إستعملها المفحوص للحفاظ على نوع من الإتران الداخلي، كما نلاحظ في نفس الوقت تعامل المفحوص مع آلامه كشيء أو كجسم يحاول إحتلال مكانة داخل حياته ليشتغل مكانا معيناً، وهو ما يعكس شعور المفحوص بأن الألم هو بمثابة المعتدي الذي يحتل جزء من جسده ونفسه ليفرض بعد ذلك سيطرته وهو ما يظهر جلياً من خلال كلام المفحوص الذي وجد نفسه في حالة صراع مع الألم – على مستوى اللاشعور - دون القدرة على التخرج من هذه الوضعية الصراعية أو حلها.

* فيما يخص مدى تأثر الحياة اليومية للمفحوص بهذه الآلام، يبدو أن الألم كان له تأثير سلبي على الكثير من جوانب حياة المفحوص إلا أنه ينفي وينكر حدوث أي تغيير على حياته اليومية ما عدا تأثرها أثناء حدوث نوبة الألم، أما خارج هذه النوبات فيعتبر أن حياته تسير بشكل عادي، وهنا نلمس محاولته لإنكار الواقع الذي يعيشه لأن كلامه أثناء المقابلة أبرز معاناته ومعاشته الحالية للكثير من الصعوبات منذ ظهور الألم، حيث نشير إلى وضعية العجز والإعاقة التي أصبحت تشكل جزءاً أساسياً من حياته فكل نشاطاته البدنية أصبحت مرهونة ومرتبطة بإمكانية معاودة حدوث الألم وكمثال على ذلك نشير إلى اضطرابه إلى تغيير مهنته السابقة التي كانت تتطلب قيامه بمجهود عضلي وبدني كبيرين، وبالتالي أصبح المفحوص كثير الحذر والإنتباه لكل نشاطاته وحركاته.

* تميزت حياة المفحوص العلائقية بنوع من المرونة في العلاقات وغنى من حيث إستثماره لها، فيبدو أنه يحظى بعلاقات أسرية و إجتماعية حميمة كانت موضوع إستثمار جيد وهذا ما لعب دور الحاجز الواقعي

الذي يساعده على التعامل مع آلامه، حيث يؤكد من خلال كلامه على الدعم والمساعدة التي يتلقاها يوميا من أفراد أسرته وكذا من أصدقائه، من خلال إهتمامهم بمرضه ومساعدته على القيام بإنجاز نشاطاته اليومية وهو ما يساعد على التخفيف من ألمه، الشيء الذي دفعه إلى وضعهم محل استثمار هوامي غني، فالشخص الذي يعاني من الألم يصبح أكثر إهتماما وتركيزا على المواضيع المرتبطة بآلامه فيعمل على استثمارها بشكل مكثف في محاولة للتخفيف من آلامه.

* لقد لاحظنا أن تجربة الألم المزمن كان لها بعد نفسي ظهر من خلال حالات القلق والإحباط التي تكلم عنها المفحوص والتي يرتبط ظهورها بشكل أساسي بمعاودة نوبات للألم، كما نجد أن الألم كان له أثر على صورة الجسم بالنسبة للمفحوص، ما خلف لديه شعورا عميقا بالتشوه والتحطم العضوي وهو ما عبر عنه بكلمات كثيرة خلال المقابلات كقوله "مديفورمي"، "رايح فيها"، فكما أن الألم ينتج عن تشوه أو إصابة أحد أعضاء أو أجزاء الجسم، فمن الممكن أيضا أن يكون سببا في تشويه صورة الجسم بالنسبة للشخص الذي يعاني من الألم.

* فيما يتعلق بإزمان الألم نلاحظ أن المفحوص لا يزال إلى يومنا هذا متفاجئا إتجاه استمرار هذه الآلام إلى غاية الآن، فيقول أنه لم يتوقع استمرار آلامه وذلك بالرغم من إتباعه للعديد من سبل العلاج والوقاية إلا أن آلامه لم تختفي بل دامت 3 سنوات، إلا أن هذا لم يمنعه من التساؤل دائما حول إمكانية شفائه من هذه الآلام نهائيا، وهنا دليل آخر على عدم تقبله للآلام وعدم قدرته على التعايش معها في نفس الوقت.

* كما نشير إلى استثمار المفحوص للعلاقة مع الفاحصة و الدخول في تحويل إيجابي، إنطلاقا من إلتزامه بمواعيد المقابلات، و الشعور بالإرتياح أثناء المقابلة، و عندما سأناه عن تقييمه لسير المقابلات قال: "فاتو كيما ليلة أو نهار ما حسيتش بيهم، يعني فاتو خفاف"، كما كانت المقابلات بالنسبة له كفضاء للتعبير و الكلام عن الكثير من تجاربه و علاقاته و عن معاناته مع الألم، كما لاحظنا سيولة في كلامه، والتي ظهرت من خلال إسترسالة في الحديث دون توقف وهو ما سهل علينا عملية جمع المعلومات دون وجود ضرورة لتدخلنا إلا في أحيان قليلة، وكان ذلك بهدف التركيز على بعض الأحداث أو إسنادنا للمفحوص، إلا أننا نشير في نفس الوقت إلى ما تميزت به المقابلات من مواقف كف ظهرت في شكل تجنب للكثير من المواضيع الحساسة او المقلقة - حسب تقييم الفاحصة - التي ترتبط بمعاونة المفحوص مع الألم، حيث حاول على طول المقابلات العيادية إبداء عدم إهتمامه ولا مبالاته ليس إتجاه وضعية الفحص بل إتجاه آلامه، فبالرغم من تعبيره عن معاناته في بداية المقابلات إلا أنه أصبح بعد ذلك خاصة عند محاولة تعمقنا حول كيفية معاشته الذاتي للآلام - في المقابلات اللاحقة - أكثر ميلا إلى المقاومة التي تمثلت في محاولات المفحوص - اللاشعورية - لإنكار تأثيره بآلامه، هذا الإنكار الذي ظهر بشكل مبالغ فيه ومناقض في نفس الوقت لكلامه، كما لم يظهر المفحوص رغبته في إستكمال المتابعة النفسية بالرغم من إرتيابه لوضعية الفحص بشكل عام، حيث حاول على طول المقابلات الأربعة أن يبدي لنا قدرته على التكيف مع آلامه وعدم حاجته للتكلم حول موضوع آلامه، كما أعرب عن عدم حاجته للمساعدة النفسية "أنا لاياس عليا مانيش محتاج نتبع عند psychologue عايش normal السطر هذا برك كون بخطيني، بصح مانيش محتاج نهدر لاياس عليا".

* لقد منع الكف الشديد الذي ظهر لدى المفحوص من إستحضاره لأحلامه، حيث إكتفى بالتهرب من سؤالنا.

* أما عن حياته المستقبلية فيبدو أن المفحوص كثير التفاؤل إتجاه مستقبله، حيث يخطط للكثير من المشاريع، كما يضمن أن بإمكانه التعامل مع آلامه و التعايش معها من خلال تجنب كل العوامل التي تثيرها،

كما يؤكد على قدرته على تجاوز آلامه مستقبلا، إلا أن كلامه هذا يمكن أن يكون عبارة عن دفاع نفسي يحاول من خلاله التهرب من حقيقة المعاش الصعب للألم، و عند سؤالنا له عن مصير حياته في حال إستمرار الألم وجدنا أنه تراجع عن تفاؤله و عبر عن قلقه، حيث أكد على أن الألم سيغير الكثير من مشاريعه المستقبلية، وهنا نلاحظ أنه تأثير الألم على الحياة الحاضرة للمفحوص و إمتداده ليأخذ مساحة في مستقبله من شأنها أن تكون سببا في تشويه إسقاطاته المستقبلية.

• نتيجة:

بالإستناد إلى ما سبق التوصل إليه من خلال تحليل حالة المفحوص "يوسف" نستنتج أن نوبات الألم الشديدة و المتكررة في الزمن كانت سببا في معاشته لحالة صدمة عبر عنها من خلال العنف الذي شعر به فور ظهور الألم بعد تعرضه للحادث، حيث إتصفت ألامه في هذه المرحلة بالشدة و المفاجأة كما أشار من خلال كلامه إلى ما خلفته هذه الآلام من مشاعر التشوه و العجز، إلا أنه من المهم أن نشير إلى أن تناقص شدة الألم فيما بعد و تباعد نوباته أدى إلى التخفيف من شدة هذا الوقع الصادم لاحقا حيث عبر "يوسف" عن التحسن الذي شعر به بعد مرور المرحلة الأولى من المرض، كما تكلم عن تحسن علاقته الإجتماعية و التي نرى أنها شكلت سندا كبيرا و دعما ساعده إلى حدا ما على تخطي المرحلة الأولى من ظهور الألم، و بالتالي نقول أن المعاش الصدمي للألم بالنسبة لـ "يوسف" كان محصورا في بداية ظهور الألم الذي كان شديد القوة مستمرا في البداية ثم بدا يظهر بنوبات متكررة و متقاربة تسببت في ممارسة عنف و عدوان شديدين تناقص وقعهما مع تناقص شدة نوبات الألم.

II.4.2. تحليل بروتوكول إختبار تفهم الموضوع (TAT):

الزمن الكلي للإختبار : 13 د و 38 ثا

اللوحة 1

"4 كيفاه الصورة هذي؟ (CP5) تاع أ لاخور شاد أ أقدامو هذاك تاع العود (E17) او يخمم (A2-17/CP3) نيشان؟ (CP5) (يضحك المفحوص) (CC1) هذا وش راني نشوف أنا (A2-3) (يضرب على الطاولة) (CC1) هذي ألي راني نشوف (A2-8). (CP4/CP2)

السياقات:

إنطلاقا من زمن كمون أولي قصير يبدأ المفحوص قصته بضرورة طرح الأسئلة (CP5)، يعقبه إضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، مع التأكيد على الصراعات الشخصية الداخلية (A2-17)، التي تكون مبنية للمجهول (CP3)، لتظهر بعدها ضرورة طرح الأسئلة (CP5)، تعقب بإثارة حركية (CC1)، بعدها نجد حركة تحكمية في شكل تحفظات كلامية (A2-3)، ليتهرب المفحوص إلى السلوك بالحركة (CC1)، و أخيرا الإجتراح (A2-8)، و تبقى أسباب الصراعات غير محددة (CP4)، مع ميل عام إلى الإختصار (CP2).

الإشكالية:

إنطلاقا من التساؤل ونظرا لسيطرة الكف لم يستطع "يوسف" التعرف على شخصية الطفل في اللوحة بالرغم من تعرفه على موضوع الراشد (هذاك تاع العود)، وكذا التعبير عن وضعية الصراع الداخلي (يخمم) دون تحديد موضوعه أو أسبابه، ولهذا لم ينجح في إرسان الإشكالية.

اللوحة 2

5" هذا راجل راه يحرث (CF1/CP3) او زوج (A2-5) نسا (CP3) حذاه (CN6/E4/A2-15) (يضرب على الطاولة بحركة) (CC1). (CP2).

السياقات:

بعد زمن كمون أولي قصير يبدأ المفحوص كلامه بالتمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، دون التعريف بالأشخاص (CP3)، ثم يتم تقديم تدقيقات رقمية (A2-5)، و إنطلاقاً من عدم التعريف بالأشخاص (CP3)، يركز المفحوص على التأكيد على رصد الحدود و الأطر (CN6)، لكن في شكل إدراكات خاطئة (E4)، مع عزل الأشخاص (A2-15)، و في الأخير يلجأ إلى الحركة (CC1)، كما هناك ميل عام إلى الإختصار (CP2).

الإشكالية:

تم التعرف على الفروق الجنسية إلا أن الفرق ما بين الأجيال لم يتم تحديده (زوج نسا)، وقد إكتفى "يوسف" بوصف المحتوى الظاهري للوحة، لذلك أدرك العلاقة الثلاثية على أنها لا صراعية، كما أن ميل القصة إلى الإختصار وسيطرت الكف حال دون إدراك إشكالية اللوحة.

اللوحة 3BM

5" هذي مرا (CP3) شغل (A2-3) راها تتألم ولا راها تبكي (A2-6/ E6/CN1) أي مريحة (CF1) او شغل (A2-3) تبكي ولا تتألم (A2-8). (E1/CP4/CP2).

السياقات:

كالعادة تبدأ القصة بعد زمن كمون أولي قصير و إنطلاقاً من عدم التعريف بالأشخاص (CP3)، يظهر التحفظ الكلامي (A2-3)، و التردد ما بين تفسيرات مختلفة (A2-6)، تضمنت إدراك مواضيع مفككة (تتألم) (E6)، و التأكيد على ما هو مشعور به ذاتياً (تبكي) (CN1)، يتبع بالتمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، و إنطلاقاً من التحكم من خلال التحفظات الكلامية (A2-3)، يظهر الإجتراح (A2-8)، مع عدم إدراك مواضيع ظاهرة (الشيء الموضوع على الأرض) (E1)، و في نهاية القصة تبقى أسباب الصراعات غير محددة (CP4)، و القصة كلها مختصرة (CP2).

الإشكالية:

أدرك "يوسف" الوضعية الإكثنايية، لكن ظهور الكف وكذا الرقابة منعا من إرسان الإشكالية بطريقة جيدة حيث لم يتم تحديد الصراع.

اللوحة 4

3" هذي مرا او راجلها (B2-3) (يضرب على الطاولة بحركة) (CC1) او كايئة مرا من وراهم أخرى مريحة (A2-15/CF1) (يضرب على الطاولة بحركة) (CC1) normal (B2-8). (A1-1/CP2).

السياقات:

بعد زمن كمون أولي قصير يتم التأكيد على العلاقة ما بين الأشخاص (B2-3)، لكن سرعان ما يلجأ المفحوص إلى الحركة (CC1)، كما تم عزل الأشخاص (A2-15)، من خلال التمسك بالمحتوى

الظاهري (CF1)، ثم يلجأ المفحوص إلى إثارة حركية (CC1)، و أخيراً يقدم تعليق شخصي (B2-8) و القصة منسوجة قريبة من المضمون الظاهري (A1-1)، مع ميل القصة إلى الإختصار (CP2).

الإشكالية:

تعرف "يوسف" على العلاقة الزوجية بتعريف الأشخاص (مرا أو راجلها)، كما تعرف على الطرف الثالث في اللوحة (مرا من وراهم)، إلا أنه لم يتمكن من تناول الإشكالية وهي العلاقة الصراعية ما بين الرجل والمرأة وإنما إكتفى بالوصف، وعند إدراك "يوسف" لشخصيات اللوحة سرعان ما لجأ إلى الكف للهروب من هذه الوضعية وهو ما منع من إرسان إشكالية اللوحة.

اللوحة 5

"3 مرا فاتحة باب الشومبرا تاعها او تطل تخزر وش كاين في الشومبرا (CF1/CN5) او كاين صوالح في الشومبرا هذي فيوزة او مزهرية او بلاصة فيها الكتب (A2-1) (يضرب على الطاولة بحركة) (CC1). (A1-1/CP2)

السياقات:

يبدأ المفحوص كلامه بعد زمن كمون أولي قصير بالتمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، مع التركيز على الخصائص الحسية (CN5)، يتبع بالوصف مع التعلق بالتفاصيل (A2-1)، ثم يلجأ إلى الحركة (CC1)، و القصة ككل قريبة من المحتوى الظاهري (A1-1)، و تميل إلى الإختصار (CP2).

الإشكالية:

إكتفى "يوسف" بالتمسك بالمحتوى الظاهري للوحة لتجنب إحياءاتها الباطنية، ولهذا لم يتوصل إلى تناول الإشكالية بسبب الكف الشديد.

اللوحة 6BM

(B2-1) راني نشوف في مرا كبيرة او راجل (CF1/CP3/A2-15) (يضرب على الطاولة بحركة) (CC1) مرا تطل مع التاققة (A2-1) او راجل من وراها (CF1/CN6) (يضرب على الطاولة بحركة) (CC1) هذا ما كان (A2-3). (CP2)

السياقات:

ينجح المفحوص في الدخول المباشر في التعبير (B2-1)، إلا أنه يتمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) مع عدم التعريف بالأشخاص (CP3)، و العزل بينهم (A2-15)، لكنه يحاول التهرب من خلال ظهور الحركة (CC1)، التي تتبع بالوصف مع التعلق بالتفاصيل (A2-1)، ثم التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، في ظل التأكيد على رصد الحدود و الأطر (CN6)، يليه ظهور إثارة حركية (CC1) و حركة تحفظ كلامي (A2-3)، و القصة تميل إلى الإختصار (CP2).

الإشكالية:

بالرغم من التعرف على الفرق ما بين الجنسين وكذا ما بين الجيلين إلا أن "يوسف" لم يدرك إشكالية تحريم الإقتراب الأوديبوي، بل إكتفى بالتمسك بالمحتوى الظاهري للوحة للحفاظ على مسافة تمنع تحريض الفلق الداخلي، فطغت سياقات الكف إلى جانب الرقابة مما لم يسمح بتناول أي نوع من الصراعات.

اللوحة 7BM

"5 هنا راني نشوف في شيخ كبير او حداه راجل صغير (B2-8) Normal (CF1/CP3/A2-15). (CP2)

السياقات:

بعد زمن كمون أولي قصير يتم التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، الذي يكون مبني للمجهول (CP3) مع عزل الأشخاص (A2-15)، ثم إنهاء الكلام بتقديم تعليق شخصي (B2-8)، و القصة جاءت مختصرة (CP2).

الإشكالية:

يظهر التسطیح من خلال التمسك بالمحتوى الظاهري بالرغم من تحديد الفروق بين الجنسين وكذا ما بين الأجيال، حيث لم يتوصل "يوسف" إلى الصراع الذي يدور حول التقارب ما بين هذين الشخصين الذين لم يتم التعريف بهما، فسيطرت سياقات الكف منعت من التعرف على إشكالية اللوحة.

اللوحة 8BM

"5 هنا كاين ربعة أشخاص (A2-5/CP3) كاين واحد مريض (E6/CP3) راهم يديرولو في opération (CF1) ولا مش عارف وش راهم يديرولو (CN9) كاين بندقية حذاهم (A2-16) شغل (A2-3) راهم في حرب (E9) ولا مانيش عارف (CN9) ام يفتحولو في كرشو ولا ينحولو في الرصاصة (A2-6/E8/E2) ولا مانيش عارف (A2-8) (يضرب على الطاولة بحركة) (CC1) هذا وش راني نشوف . (CP4/CP2)

السياقات:

بعد زمن كمون أولي قصير ينطلق المفحوص من التدقيقات الرقمية (A2-5)، مع عدم التعريف بالأشخاص (CP3)، لتفشل الدفاعات أمام هذه اللوحة فيدرك المفحوص مواضيع مفككة (E6)، تكون مبنية للمجهول (CP3)، تتبع بالتمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، ثم يظهر نقد الذات (CN9)، كما يتم ذكر تفصيل كبير (بندقية) دون إدماجه في القصة (A2-16)، تليه حركة تحكيمية في شكل تحفظ كلامي (A2-3)، إلا أن الدفاعات تتراخي مرة أخرى و تقسح المجال أمام بروز وجدانات و تصورات كثيفة مرتبطة بإشكالية الخوف و التدمير (E9)، لكن سرعان ما يعود التهرب من خلال نقد الذات (CN9) إضافة إلى التردد ما بين تفسيرات مختلفة (A2-6)، تتضمن عبارات خام مرتبطة بمواضيع العدوانية (يفتحولو في كرشو) (E8)، مع إدراك تفاصيل نادرة (الرصاص) (E2)، يليه الإجتراح (A2-8)، ليهرب المفحوص بعدها إلى الحركة (CC1)، و يتهي المفحوص القصة دون إيجاد مخرج للصراع (CP4) و القصة جاءت مختصرة (CP2).

الإشكالية:

بالرغم من عدم التعريف بالأشخاص والتمسك بالمحتوى الظاهري للوحة توصل بعدها "يوسف" إلى إدراك الإحياءات الباطنية للوحة، وكانت الحركات العدوانية ضد الصورة الأبوية قوية جدا إلا أن ظهور السياقات الأولية منعت من إدراك شخصية الإبن في المستوى الأول، كما لم يتم الربط بين البندقية والإبن ومشهد العدوانية، وبذلك فقد تجنب الصراع.

اللوحة 10

"4 كايين هذا راجل هوا او راجل (CF1/CP3) يسلمو على راسو (CN4/B2-3) شغل (A2-3) راه كان بيكي (CF5) ولا يصبر فيه ولا يسكت فيه (A2-6/CM1) (يضرب على الطاولة بحركة) (CC1) كيما هاك (A2-3) (يضرب على الطاولة بحركة) (CC1) نشوف فيهم بهذ الطريقة (A2-3). (CP2)

السياقات:

بعد زمن كمون أولي قصير يتمسك المفحوص بالمحتوى الظاهري (CF1)، دون التعريف بالأشخاص (CP3)، و إنطلاقاً من حركة مرنة تمثلت في ذكر وضعية تعبر عن وجدانات (CN4)، يتم التأكيد على العلاقات ما بين الأشخاص (B2-3)، ليظهر التحفظ الكلامي (A2-3)، يتبع بوجدانات ظرفية (CF5) يعقبها التردد ما بين تفسيرات مختلفة (A2-6)، تتضمن إفراط الإستثمار في وظيفة إسناد الموضوع (CM1)، ليلجأ بعدها المفحوص إلى الحركة (CC1)، ثم حركة تحكيمية بالتحفظ الكلامي (A2-3) و يعود مرة ثانية إلى الحركة (CC1)، لينهي المفحوص القصة بتحفظات كلامية (A2-3) مع ميل عام إلى الإختصار (CP2).

الإشكالية:

لقد تناول "يوسف" العلاقة ما بين رجلين لم يتم التعريف بهما وإنما تم التركيز على التعبير عن وضعية تعبر عن وجدانات للوصول إلى إستثمار الموضوع الإتكالي، إلا أن الكف الشديد منع من مواصلة التدايعات ولهذا لم يتوصل "يوسف" إلى إرصان إشكالية التعبير الليبيدي على مستوى الزوجين.

اللوحة 11

"8 هذي طول مانيش نشوف فيها هذي (CN9) (يضرب على الطولة) (CC1) هذي بلاصة تاع حجر (CF1) شغل (A2-3) بركان (B2-13) ولا مانيش عارف (CN9) بلاصة تاع جبل (CF1) شغل (A2-3) الحجر هذا راه من التحت طايح لهننا (E9) (يعرض الصورة على الفاحصة) (CC2) او هذي (يتحرك و يعرض الصورة على الفاحصة) (CC1/CC2) مش عارف لا أشخاص لا مش عارف وشهني هذي هذو مش راني نشوف فيهم (CN9) (يضحك المفحوص) (CC1). (E1/CP4)

السياقات:

كعادته يبدأ المفحوص الكلام بعد زمن كمون أولي قصير باللجوء إلى نقد الذات (CN9)، ثم تظهر إثارة حركية (CC1)، يأتي بعدها التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، تتبع بالتحفظ الكلامي (A2-3)، ثم وجود مواضيع الخوف و الكوارث (B2-13)، ليعود المفحوص إلى نقد الذات (CN9) ثم يظهر التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، تعقبه التحفظات الكلامية (A2-3)، و سرعان ما تبرز السياقات الأولية من خلال التعبير عن إشكالية التدمير (E9)، ليلجأ المفحوص بعدها إلى الفاحصة طلباً للإسناد (CC2) و تظهر الحركة (CC1)، التي ترفق بطلبات موجهة للفاحصة (CC2)، و عودة للتهرب في شكل نقد الذات (CN9)، و ينهي قصته بإثارة حركية (CC1)، دون إدراك مواضيع ظاهرة (E1)، و تنتهي القصة دون حل الصراع (CP4).

الإشكالية:

إنطلاقاً من الكف عمل "يوسف" على التمسك بالمحتوى الظاهري للوحة مع التعتيم على مواضيع ظاهرة لكن الدفاع كان ضعيفاً وفسح المجال أمام ظهور هوامات تدميرية، وبالتالي أحييت اللوحة قلق بدائي متعلق بالصورة الهوامية الأمومية الخطرة، إلا أن الكف الشديد منع من الوصول إلى التخرج من الوضعية.

اللوحة 12BG

"6 هذا جنان (CF1) او هذي شغل (A2-3) سفينة صغيرة ولا بسينة (A2-6) شغل (A2-3) هذا راه فصل في فصل الشتاء (تحريك الصورة) (CC1) خاطر هاي الاشجار راهي تطيح الاوراق تاعها (A2-2) منظر طبيعي (A2-13). (CP2)

السياقات:

بعد زمن كمون أولي قصير يلجأ المفحوص إلى التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، و إنطلاقاً من حركة تحكمية في شكل تحفظ كلامي (A2-3)، يظهر التردد ما بين تفسيرات مختلفة (A2-6) و عودة للتحفظات الكلامية (A2-3)، التي تتبع بظهور إثارة حركية (CC1)، ليقوم المفحوص بتبرير التفسيرات عن طريق تلك التفاصيل (A2-2)، و ينهي القصة بحركة فكرية يقدم من خلالها عنوان للقصة له علاقة مع المحتوى الظاهري (A2-13)، و القصة تميل إلى الإختصار (CP2).

الإشكالية:

أدرك "يوسف" المحتوى الظاهري للوحة إلا أن التسطیح والإبتذال خنقا كل حركة دافعية هوامية ومنعا ظهور أي وجدانات، فالحضور المكثف للرقابة والكف حال دون التمييز ما بين العالم الخارجي والداخلي فجاءت اللوحة لا صراعية.

اللوحة 13B

"7 هذا طفل صغير مريح عند الباب (CF1/CP3) (يتحرك و يعرض الصورة على الفاحصة) (CC1/CC2) شغل (A2-3) جيعان (E14) مم (E17) مريض (E6/CM2-) المهم راه مريح قدام الباب (A2-8) او يخمم (A2-17) ولا ولا لا ؟ (CP5). (CP4/CP2)

السياقات:

إنطلاقاً من زمن كمون أولي قصير يبدأ المفحوص كلامه بالتمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، مع عدم التعريف بالأشخاص (CP3)، ثم سرعان ما يلجأ إلى الحركة (CC1)، وطلب مساعدة الفاحصة (CC2)، يتبع بحركة تحكمية في شكل تحفظات كلامية (A2-3)، ليفشل الدفاع و تبرز السياقات الأولية من خلال إدراك الموضوع السيئ (E14)، إضافة إلى اضطراب على مستوى تركيب الكلام (E17)، ثم إدراك مواضيع مفككة (المرض) (E6)، في شكل مثلثة سلبية للموضوع (CM2-)، يليها الإجتراح (A2-8)، و التأكيد على الصراعات الشخصية الداخلية (A2-17)، مع ضرورة طرح الأسئلة (CP5) و ينهي المفحوص قصته دون إيجاد مخرج للصراع (CP4)، مع ميل إلى الإختصار (CP2).

الإشكالية:

أدرك "يوسف" إشكالية البقاء وحيدا وتناولها باللجوء إلى التأكيد على الصراعات الشخصية الداخلية (يخمم) إلا أن الكف منع من إرسان الصراع.

اللوحة 13MF

"6 كايينا مرا راقدة او راجل واقف (CF1/CP3/A2-15) (يضرب على الطاولة بحركة) (CC1) هكذا شفت (A2-3). (CP2).

السياقات:

بعد زمن كمون أولي قصير يتم التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، دون التعريف بالأشخاص (CP3) مع القيام بعزلهم (A2-15)، ثم يلجأ المفحوص للحركة (CC1)، يليها التحفظ الكلامي (A2-3)، مع ميل عام إلى الإختصار (CP2).

الإشكالية:

إكتفى "يوسف" بالتمسك بالمحتوى الظاهري للوحة مع عدم التعريف بالأشخاص، فالكف الشديد يبدو أنه خنق أي محاولة لتطوير القصة فجاءت مختصرة وسطحية لم تؤهله إلى مقاربة إشكالية العنف والجنس ما بين الزوجين.

اللوحة 19

"12 هذي منطقة تاع الثلوج (CF1) كايين شغل (A2-3) دار و الثلج عليها منا او منا (A2-1) او صاي هذا ما نشوف (بصوت خافت) (A2-3). (A1-1/CP2).

السياقات:

تبدأ القصة بعد زمن كمون أولي قصير ثم التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، ليظهر التحكم من خلال التحفظ الكلامي (A2-3)، ثم الوصف مع التعلق بالتفاصيل (A2-1)، و أخيرا العودة إلى التحفظات الكلامية (A2-3)، و القصة منسوجة قريبة من المحتوى الظاهري (A1-1)، و مختصرة (CP2).

الإشكالية:

نلاحظ التمسك بالمحتوى الظاهري، ثم التعلق بتفاصيل اللوحة في محاولة لتطوير القصة إلا أن كل من الكف والرقابة وضعا حدا لتطوير الإنتاج من خلال الميل العام إلى الإختصار والتحفظ الكلامي، فلم يدرك "يوسف" الإشكالية قبل التناسلية خاصة في غياب الصدى الهوامي وغياب أساليب المرونة.

اللوحة 16

(يحرك المفحوص اللوحة و يديرها من الخلف) (CC1) هذي راهي بيضا (CF1) (ينظر للفاحص و يضحك) (CC2/CC1) ورقة بيضا هذي (A2-8) (يضرب على الطاولة بحركة) (CC1) ما فيها حتشي (CC3) (يضرب على الطاولة بحركة) (CC1) ما عندي ما نتخيل فيها ورقة بيضا راهي (CC3/CF1) (يضرب على الطاولة بحركة) (CC1) ما عندي ما نتخيل فيها. صفحة بيضا (A2-8) (يضرب على الطاولة بحركة) (CC1) ما عندك ما تتخيلي فيها (CC3) normal (B2-8) راني نشوف فيها ورقة بيضاء عادي (A2-8) او صايي ماني نشوف فيها حتشي (CN9). (CP5)

السياقات:

يبدأ المفحوص باللجوء إلى الحركة (CC1)، و التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، ليعود إلى الطلبات التي توجه للفاحصة (CC2)، مع إثارة حركية (CC1)، ثم يظهر الإجتراح (A2-8)، و مرة أخرى تأتي الحركة (CC1)، يليها نقد اللوحة (CC3)، تليه إثارة حركية (CC1)، ليواصل المفحوص في نقد اللوحة

(CC3)، من خلال التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1)، ثم يتهرب من الوضعية بالعودة إلى سلوك الحركة (CC1)، يعقبه الإجتراح (A2-8)، ثم إثارة حركية أخرى (CC1)، و تقديم نقد آخر للوحة (CC3)، وهنا يعمل المفحوص على تقديم تعليق شخصي (B2-8)، يليه الإجتراح (A2-8)، و ينهي كلامه بنقد الذات (CN9)، و في الأخير نلمس ميل إلى رفض اللوحة (CP5).

الإشكالية:

لم يستطع "يوسف" التعبير عن اللوحة بسبب سيطرة الكف الذي ظهر في شكل نقد للوحة ونقد للذات ورفض اللوحة التي كانت مصدر قلق خاصة في غياب أي عناصر مصورة يستند عليها "يوسف" لتطوير إنتاجه، وبالتالي فشل أمام هذه الوضعية وعبر عنها بالإنكار والرفض.

❖ خلاصة البروتوكول:

- ورقة الفرز: أنظر إلى الصفحة (269).

• السياقات العامة:

يسيطر الكف (C) بشكل واضح على كلام "يوسف" بالجوء إلى الأساليب السلوكية (CC) بالدرجة الأولى، إلا أنه وبالرغم من ظهورها المكثف إلا أنها لا تعد ذات تأثير كبير بقدر الأساليب الخوافية (CP) التي تليها من حيث تواجدها العددي، ثم تأتي الدفاعات الواقعية (CF)، وأخيرا النرجسية (CN)، في إطار هذا الكف كانت الأساليب الأكثر طغيانا هي الإثارات الحركية (CC1) والتي طبعت سلوك "يوسف" لكننا لا نعتمد عليها كثيرا، فبالنظر إلى كثافتها يمكن أن يعود استعمالها إلى اعتبارها ظهرت بطريقة آلية تمثل جزءا من السلوك اليومي لـ "يوسف"، أما الأساليب الخوافية (CP) فقد توزعت ما بين عدم التعريف بالأشخاص (CP3)، والميل العام إلى الإختصار (CP2)، وهما الأسلوبين الذين برز استعمالهما على طول البروتوكول، إضافة إلى حضور طفيف لأساليب عدم تحديد أسباب الصراعات (CP4) كما هو الحال في اللوحات: (1، 3BM، 13B)، وكذا الرفض والميل إلى طرح الأسئلة (CP5) كما هو الحال في اللوحة (16) أين كان الرفض واضحا.

بعدها نجد التمثيل الكبير للدفاعات الواقعية (CF) التي تلخصت في أسلوب التمسك بالمحتوى الظاهري للوحة (CF1) الذي اعتمده "يوسف" كثيرا وظهر في معظم اللوحات كوسيلة للحفاظ على مسافة بينه وبين اللوحات لتجنب الوضعيات المقلقة.

وأخيرا نجد الدفاعات النرجسية التي ظهرت بشكل متوسط من خلال أسلوب نقد الذات (CN9) إضافة إلى ظهور قليل لأساليب من نوع (CN9، CN4)، دون أن ننسى التمثيل المحتشم للدفاعات الهوسية (CM) في شكل إفراط الإستثمار في وظيفة إسناد الموضوع (CM1)، أما الدفاع بالتحكم (A) أو الرقابة فكان ظهورها العددي بارزا وتنوعت ما بين أساليب أساسية (A2-6، A2-8، A2-3) دعم بها "يوسف" دفاعه ضد تحرير الهوامات وإبراز الصراع ولم تساعد إطلاقا في بناء إيجابي للقصة، فبالرغم من الحضور العددي المعتبر لأسلوب التحفظ الكلامي (A2-3) الذي يعد كجهد دفاعي لمراقبة القلق، إلا أن الإجتراح جاء كدليل على صعوبة التخرج من الوضعيات الصراعية، خاصة بالمقارنة مع الإنتاج الإسقاطي الذي كان ضئيلا، أما سياقات المرونة (B) فكان حضورها نادرا في البروتوكول وظهرت في شكل التأكيد على العلاقات ما بين الأشخاص (B2-3)، إضافة إلى الأساليب الأخرى التي كانت نادرة مثل (B2-1، B2-4)، إلى جانب هذا كان ظهور السياقات الأولية (E) هو الآخر قليل ولكنه جاء متنوع ما بين إدراك مواضيع مفككة ومحطمة (E6) في اللوحات (3BM، 13BM)، وكذا ظهور أساليب تعبر عن

تصورات مرتبطة بإشكالية التدمير والخوف (E9) كما هو الحال في اللوحة (8BM)، طبعا بالإضافة إلى أساليب أخرى مثل: (E1، E2، E4، E8) ونستطيع القول أن ظهور السياقات الأولية لم يؤثر سلبا على الإنتاج الإسقاطي بل ظهرت أساليبه بشكل متكيف إلى حد ما مع محتوى اللوحات.

• المقروئية العامة:

جاءت المقروئية في معظمها سالبة موجبة (- +) تميل إلى السالبة في أحيان كثيرة، نظرا للتوزيع غير المتكافئ للسياقات الدفاعية العامة التي تمركزت حول سياقات الكف، فجاءت معظم القصص لا صراعية، والرقابة التي وبالرغم من إرتفاع عدد أساليبها إلا أنها كانت عقيمة، حيث لم تسمح بإرصان الصراع والتحسين من مستوى القصص، إضافة إلى الظهور المحتشم لسياقات المرونة ما صعب من إنتاج القصة.

• الإشكالية العامة:

لقد أدرك "يوسف" إشكالية بعض اللوحات: (11، 3BM، 8BM، 13B) وهي الإشكالية الإكتنابية العدوان المفتوح، الإشكالية ما قبل التناسلية، وإشكالية البقاء وحيدا، أما باقي اللوحات فجاءت لا صراعية بفعل أساليب الكف التي طغت بشدة على كلام "يوسف"، حيث كانت مدعومة بسياقات الرقابة، وتميزت القصص بالتمسك بالمحتوى الظاهري للوحة والميل العام إلى الإختصار، وكان هناك نوع من التسطيح والإبتذال، إضافة إلى اللجوء المتكرر إلى السلوك (الحركة، الإماءات)، وهذا الكف الواضح خنق أي محاولة لنسج الصراع وإبراز الوجدانات، ولم يكن ذلك ناتجا عن فقر هوامي داخلي بل من نشاط دفاعي كثيف، ولهذا لم يستطيع "يوسف" إرصان الإشكاليات الأوديبية رغم أنه حاول ذلك في بعض اللوحات: (1، 8BM).

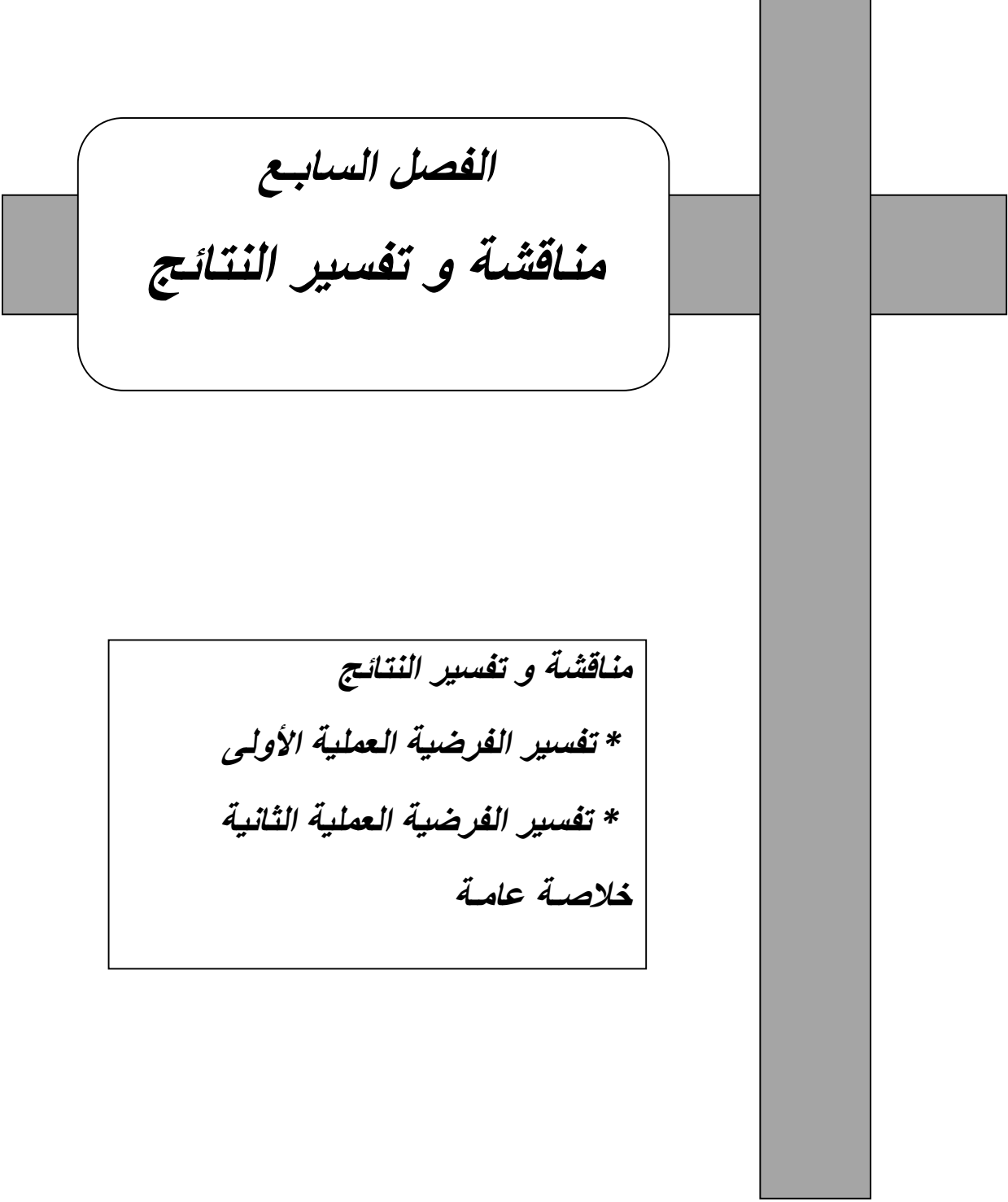
كما تجدر الإشارة إلى تجنب "يوسف" التعرض للجنسية وعزل الأشخاص وعدم تناول الصراع ما بين الأشخاص، إضافة إلى الغياب الكامل للصراع ما بين الدوافع العدوانية والليبيدو، سواء في الزوج اللوحات: (10، 6BM، 13MF)، أو في الوضعية الثلاثية اللوحة: (2)، وعوض ذلك بحساسية إتجاه الفقدان وإستثمار كبير للعلاقة السندية كما هو الحال في اللوحات: (3BM، 10، 13B)

FEUILLE DE DÉPOUILLEMENT

PROCEDES DE LA SERIE A (Contrôle)	PROCEDES DE LA SERIE B (Labilité)	PROCEDES DE LA SERIE C (Eylément du conflit)	PROCEDES DE LA SERIE E (Emergence en processus primaire)
<p>A0 - Conflictualisation intra - personnelle.</p> <p>A1</p> <p>+ 1 - Histoire construite proche du thème basal.</p> <p>2 - Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve.</p> <p>3 - Intégration des références sociales et du sens commun.</p> <p>A2</p> <p>+ 1 - Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures.</p> <p>---> 2 - Justification des interprétations par ces détails.</p> <p>+ + + 3 - Précisions verbales.</p> <p>4 - Ebranlement temporo - spatial.</p> <p>+ 5 - Précisions chiffrées.</p> <p>+ 6 - Hésitations entre interprétations différencées.</p> <p>7 - Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense.</p> <p>+ 8 - Remâchage, rumination.</p> <p>9 - Annulation.</p> <p>10 - Éléments de type formation réactionnelle (propriété, ordre, acte, devoir, économie, etc.).</p> <p>11 - Dénégation.</p> <p>12 - Insistance sur le factil.</p> <p>---> 13 - Intellectualisation (Abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste).</p> <p>14 - Changement brusque de direction dans le cours de l'histoire (accompagné ou non de pause dans le discours).</p> <p>+ 15 - Isolement des éléments ou des personnages.</p> <p>---> 16 - Grand détail et/ou petit détail évoqué et non intégré.</p> <p>---> 17 - Accent porté sur les conflits intra - personnels.</p> <p>18 - Affects exprimés à minima.</p>	<p>B0 - Conflictualisation inter - personnelle</p> <p>B1</p> <p>---> 1 - Histoire construite autour d'une fantaisie personnelle.</p> <p>2 - Introduction de personnages non figurant sur l'image.</p> <p>3 - Identifications souples et diffusées.</p> <p>4 - Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus.</p> <p>B2</p> <p>1 - Entrée directe dans l'expression.</p> <p>2 - Histoire à rebondissement. Fabrication lointaine de l'image.</p> <p>+ 3 - Accent porté sur les relations interpersonnelles. Récit en dialogue.</p> <p>---> 4 - Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés.</p> <p>5 - Dramatisation.</p> <p>6 - Représentations contrastées. Alternance entre des états émotionnels opposés.</p> <p>7 - Aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique ou de désir.</p> <p>8 - Exclamations, commentaires, impressions, références/appréciations personnelles.</p> <p>9 - Érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent.</p> <p>10 - Attachement aux détails paroxystiques à valence relationnelle.</p> <p>11 - Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages.</p> <p>12 - Accent porté sur une thématique du style : aller, courir, être, fuir etc.</p> <p>13 - Présence de thèmes de peur, de catastrophe, de vertige etc. dans un contexte dramatisé.</p>	<p>CP</p> <p>+ + + 1 - Ti long et/ou silences importants intra - récit.</p> <p>+ + + 2 - Tendance générale à la restriction.</p> <p>+ + + 3 - Anonymat des personnages.</p> <p>+ 4 - Moins des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, pacages.</p> <p>+ 5 - Nécessité de poser des questions. Tendance relative.</p> <p>6 - Évocation d'éléments anachroniques suivis ou précédés d'arrêts dans le discours.</p> <p>CN</p> <p>---> 1 - Accent porté sur l'éprouvé subjectif (Non relationnel)</p> <p>2 - Références personnelles ou autobiographiques.</p> <p>3 - Affect - titre.</p> <p>---> 4 - Posture significative d'affectif.</p> <p>---> 5 - Accent mis sur les qualités sensorielles.</p> <p>6 - Insistance sur le repérage des limites et des contours.</p> <p>7 - Relations spéculaires.</p> <p>8 - Mise en tableau.</p> <p>+ + 9 - Critiques de Soi.</p> <p>10 - Détails narcissiques. Idéalisation de Soi.</p> <p>CM</p> <p>---> 1 - Surinvestissement de la fonction d'élayage de l'objet.</p> <p>---> 2 - Idéalisation de l'Objet (valence positive ou négative).</p> <p>3 - Projettes, vénévoltes.</p> <p>CC</p> <p>+ + + 1 - Agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles.</p> <p>+ 2 - Demandes faites au clinicien.</p> <p>+ 3 - Critiques du matériel et/ou de la situation.</p> <p>4 - Ironie, dérision.</p> <p>5 - Clin d'œil au clinicien.</p> <p>CF</p> <p>+ + + 1 - Approche au contenu manifeste.</p> <p>2 - Accent porté sur le quodidien, le factuel, le concret.</p> <p>3 - Accent porté sur le faire.</p> <p>4 - Appui à des normes, variétés.</p> <p>+ 5 - Affects de circonstance.</p>	<p>E</p> <p>+ 1 - Scotomes d'objets manifestes.</p> <p>---> 2 - Perception de détails rares et/ou bizarres.</p> <p>3 - Justifications arbitraires à partir de ces détails.</p> <p>---> 4 - Fausses perceptions.</p> <p>+ 5 - Perception sensorielle.</p> <p>+ 6 - Perception d'objets : mercés (et/ou objets célébrés ou de personnes malades, malformées).</p> <p>7 - Inadéquation du thème au stimulus. Abstraction, symbolisme météorique.</p> <p>---> 8 - Expressions "crues" liées à une thématique sexuelle ou agressive.</p> <p>+ 9 - Expression d'affects et/ou de représentations massifs liés à toute problématique (dont l'incapacité de dénommer, la réussite mégalomaniacale, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.)</p> <p>10 - Persévérance.</p> <p>11 - Confusion des identités (Téléscopage des rôles)</p> <p>12 - Instabilité des objets.</p> <p>13 - Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales.</p> <p>14 - Perception du mauvais objet, thèmes de persécution.</p> <p>15 - Clivage de l'objet.</p> <p>16 - Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des psychomimes ou attitudes.</p> <p>+ 17 - Craquages verbaux (Troubles de la syntaxe)</p> <p>18 - Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-l'âne.</p> <p>19 - Associations courtes.</p> <p>20 - Vague, indétermination, flou du discours.</p>

ملخص الفصل:

لقد خصص هذا الفصل لعرض الحالات العيادية الأربعة التي شكلت مجموعة البحث، حيث قمنا بتقديم خطوات العمل العيادي مع الحالات بشكل مفصل و ذلك بشرحنا لمجريات تطبيق كل من الإختبارات و المقابلات العيادية، كما قدمنا النتائج الجزئية المتوصل إليها من خلال تطبيقنا لهذه التقنيات، و عملنا على تحليل مجموع المعطيات المتحصل عليها من المقابلة و الإختبارات بالإستناد إلى الإطار النظري للبحث مع إحترام خصوصية كل حالة عيادية.



الفصل السابع

مناقشة و تفسير النتائج

مناقشة و تفسير النتائج

* تفسير الفرضية العملية الأولى

* تفسير الفرضية العملية الثانية

خلاصة عامة

1. مناقشة و تفسير النتائج:

1.1. تفسير الفرضية العملية الأولى:

تنص الفرضية على ما يلي:

- قد يتضمن المعاش النفسي للألم لدى مرضى آلام أسفل الظهر المزمنة مؤشرات عيادية لحالة الصدمة نفسية (و ذلك من خلال المقابلات العيادية).

حيث توصلنا من خلال تحليل معطيات المقابلات العيادية إلى مجموعة من المعلومات الهامة، و فيما يلي نقوم بتقديمها في شكل محاور تلخص أهم الأفكار الأساسية في دراستنا هذه، و التي نعتبرها بمثابة مؤشرات عيادية على وجود معاش صدمي للألم، مع محاولة تفسيرها و مناقشتها طبعاً في ضوء المقاربة التحليلية (L'approche psychanalytique)، و بالإعتماد تحديداً على ما تقدم في الجانب النظري للدراسة الحالية، مع تدعيمه بما تيسر من آراء علمية لبعض الباحثين و الدارسين العياديين في مجال علم النفس و نركز بالأخص على ما قدموه في مجال دراسة الألم كخبرة جسمية نفسية:

❖ حالة الصعق و التشويش (Etat de sidération et de bouleversement):

إن تدهور مجموع القدرات الجسدية نتيجة التلف أو الإصابة ينتج عنه اضطراب الحياة النفسية التي تستند في الأساس على الجسد الذي يعد الوسيط الأساسي ما بينها و بين المحيط الخارجي، و هذا ما أشار إليه Freud في كتابه "Trois essais de la sexualité" عندما تكلم عن إستناد النظام النفسي على الوظائف الفيزيولوجية الكبرى حيث يوضح الدور المهم و الأساسي الذي يلعبه الجسم في الوصول لـ "الأنا - جسم" (Moi-corps) و بالتالي الوصول إلى الحياة النفسية (Freud, 1905, p.65)، كما يلعب الجسم أيضاً دور الحاجز الواقي و الصاد للكثير من الإثارات الخارجية و الإثارات الحسية على وجه الخصوص التي لا تقل أهمية عن الإثارات النفسية، فكيف ستتقبل الحياة النفسية الإثارات المؤلمة - نتكلم في هذه الحالة عن الألم المزمن - الصادرة عن الجسد الذي يفترض أنه صاد للإثارة؟ من هنا نستطيع أن نتصور وقع الألم على حياة الشخص و ما يمكن أن يجلبه من معاناة، حيث يجد نفسه ضحية لعنوان ذاتي مصدره جسمه الخاص فكيف يفترض به أن يواجه هذا العدوان و العنف؟ و هل يستطيع الشخص مقاومة ذاته؟ و لهذا نفترض أن قساوة هذه الوضعية من شأنه أن يدخل الجهاز النفسي في حالة ذهول مما يتسبب في تعليق كل وظائفه التي تصبح خارج مجال التأثير و العمل على تجنب أي صراع محتمل، فالصراع في هذه الحالة من شأنه أن يؤدي إلى حالة تحطم كلي نظراً لعدم التكافؤ ما بين القوى [قوة الأنا كمسير للجهاز النفسي ومنه الواقع الداخلي، و قوة الواقع الخارجي المتمثلة في خبرة الألم مادام الشخص يدركها كتهديد]، لهذا يلجأ الجهاز النفسي إلى توظيف نفسي خاص (Fonctionnement psychique spécifique) يهدف بالدرجة الأولى إلى الحفاظ على كيان الحياة النفسية بغض النظر عن سيرورتها الجديدة و التي تكسب الحياة النفسية حينها ملامح نفترض أنها تتماثل إلى حد بعيد مع ما يعرف بسيرورة حدوث الصدمة النفسية، و ذلك طبعاً بالإستناد مسبقاً إلى مختلف التناولات النظرية التي درست دينامية الجهاز النفسي في حالة الصدمة النفسية، و نقصد هنا مجموع النظريات و التناولات التي تندرج تحت إطار توجه التحليل النفسي، فأهم العناصر الأساسية المرتبطة بحدوث الصدمة أو المعاش الصدمي نجد أنها حاضرة في حالة الألم المزمن الذي يعد بمثابة الحدث المفاجيء - حسب تصريحات المفحوصين قيد الدراسة - بالرغم من تكراره و معاودة ظهوره من فترة إلى أخرى إلا أن ظهوره يعاش من طرف المفحوصين في كل مرة و كأنها أول مرة، بمعنى أنه يعاش كخبرة جديدة بشرط أن يدركه الشخص على أنه ألم شديد أو قوي يصعب أو يستحيل إحتماله، إضافة إلى كل ذلك نجد شعور الشخص (المفحوص)

بالعنف الممارس عليه من طرف هذه الآلام التي تتسبب في اضطراب كل من الوظائف العضوية و النفسية و تدهورها، و هو ما يدفع به إلى معيشة حالة الخوف (الذعر في حالة الألم الشديد)، الحذر، و الترقب لهذا الحدث أو الخبرة التي تخرج عن سيطرته و تفوق قدرته على إستيعابها، و هذا ما تؤكد أعمال Bakan حول معاناة المرضى، فباستناده إلى الأدلة العيادية إستطاع أن يوضح معيشة هؤلاء المرضى للرعب و الإرهاب (Terreur) و كذا الدمار الناتج عن تجربة الألم المزمن، هذا بالإضافة إلى دراسة الحالة التي قدمها Brodwin من خلال إشارته إلى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن حيث وصف شعورهم المرعب بالإختناق بسبب الألم الذي يعمل على إنتزاع حياتهم، حيث تصف إحدى مريضاته ألمها على أنه "فظيع، ممزق، و كأن معدتها أصبحت ممزقة إلى قطع"، و يعكس التقرير الذي توصل إليه حول هذه الحالة شدة الخوف و الإعتداء الذي تمارسه ألامها عليها. (Zaré-Bawani, 2006, p.vi-v)، خاصة إذا ما علمنا أن هذه الآلام مستمرة في الزمن نظرا لتكرار حدوثها من خلال تكرار ظهور نوباتها التي تتسبب في العجز، حيث نفترض أنها تعد بمثابة إعادة معيشة للألم الذي ظهر لأول مرة عند بداية مرض (ألام أسفل الظهر المزمنة)، بل أبعد من ذلك حيث يكون هناك إعادة معيشة لأول خبرة ألم عاشها الشخص في المراحل الأولى للطفولة، و بالتالي يكون أي ظهور للألم هو بمثابة إحياء و تنشيط لخبرة الألم الأولى " فالعجز يعيد إحياء التاريخ البدائي لألم الأنا و يوقظ من جديد هوامات و مخاوف الطفولة". (Ibid, p.xxx)

فبالنسبة للآلام الخفيفة هي ألام ضرورية للحفاظ على حياة الإنسان، حيث تعد كمؤشر على وجود خطر يهدد العضوية، أما الآلام القوية فتتمثل بحد ذاتها تهديدا لهذه العضوية، و هو ما ينتج عنه معاشا يمكن أن يكون صدميا يخلف وراءه تغيرات أساسية على مستوى الحياة النفسية كما يمس بالعضوية و يؤثر على مسار حياة الفرد، و كذا علاقته بمحيطه الخارجي (العلاقات الإجتماعية، الحياة المهنية... الخ) و هذا ما يؤكد A. Fine عندما يقول: « أن المرض يعدل من تنظيم الشخص و يؤثر على علاقاته بحياته النفسية و جسمه و كذا علاقاته مع الآخرين و مع عالمه ». (Fine, 1994, p.65)

❖ قلق الموت (L'angoisse de mort):

إن للألم دور في تدهور قدرات الفرد النفسية و الجسدية نظرا لظهوره بشكل مفاجئ، بالرغم من تكراره إلا أن المفاجأة تكمن في ما يمكن أن يحمله من عنف يدركه الشخص كعدوان خارجي و داخلي (نظرا لما يثيره داخل الحياة النفسية من تشويش و اضطراب)، و هذا ما أشار إليه Scarry قائلا: « في حالة الألم الشديد نشعر أن شيء ما يهاجم ذاتنا و يدمرها من الداخل كما من الخارج، فكثيرا ما يصف المرضى ألامهم كالشيء الضخم المخيف و الرهيب الذي يهاجمهم و يكتسحهم بعنف و يكون مصدره داخلي » (Zaré-Bawani, 2006, p.v) و لهذا يؤدي إلى المعاناة النفسية التي تصبح هي الأخرى مصدرا لإثارة مقلقة و مؤلمة، و كل هذا يجعل الشخص يعيش نوعا من التهديد لكليته العضوية نتيجة الإصابة بالمرض الذي ينطوي على عجز العضوية على أداء وظائفها المعتادة، و سيرورة المرض (الألم هنا تتضمن مفاهيم: التدهور، التبعية، العجز، الفقدان و التضائل، فهذا من شأنه أن يأخذ معنى عميق يتعلق بتنشيط (Réactif) ما يعرف بقلق الإخصاء (L'angoisse de castration) الذي يرتبط هو الآخر ضمنيا بقلق الموت (L'angoisse de mort)، و في هذا السياق أشار Morel إلى أن تدهور الجسم من شأنه أن يتضمن ما وراء الإخصاء الرمزي مفهوم هزيمة الحياة، فقلق الإخصاء الثانوي ينكس إلى قلق أولي هو قلق الموت و التحلل، هذا الموت الذي يفاجئ الشخص و يفرض عليه رغما عنه. (Morel, 1984, p.99)، فالعجز الذي لحق ببعض وظائف الجسم يدخل الشخص في مواجهة مع سيرورة قاتلة (Processus mortifère)، كما أن مفهوم الموت كان حاضرا من خلال كلام المفحوصين لكن بشكل

ضممني دلت عليه الكثير من المقاطع التي جاءت على لسان الحالات خلال المقابلات العيادية و التي عبرت عن مفهوم تدهور القدرات الجسدية و النفسية و كذا حالة التحطم، التشوه، النقصان و التلاشي، كلها كلمات تحمل في طياتها هوامات ترتبط بمفهوم الموت إلا أن المفحوصين عبروا عنه بمفاهيم رمزية تشير إليه لكن لا تذكره بطريقة مباشرة أو صريحة، فمن الصعب على الشخص أن يتحدث عن الموت و بالذات عن موته الشخصي لأنه يحمل معنى يتعلق بحقيقة فناءه الشخصي و نهايته.

❖ الألم ككيان غريب (La douleur une entité étranger):

لقد عبر المفحوصين خلال وصفهم للألم عن مشاعر التعرض للإعتداء من طرف جسم خارجي نتيجة لما يمارسه من عنف و مفاجئة، حيث وصف الألم على أنه بمثابة الكيان الغريب عن الذات – بالرغم من أنه صادر عن جسم الشخص المتألم نفسه – الذي يفرض نفسه بالقوة و يعمل جاهدا لإحتلال مكانا خاصا به داخل حياة الشخص من خلال تكرار حدوثه (و نقصد هنا تكرار نوبات الألم) و إستمراره لفترة طويلة (نعني بذلك إزمان الألم)، كل ذلك جعله يصبح جزءا لا يتجزأ من حياة الشخص يستحيل الهروب منه أو تجنبه، و هنا نعود إلى ما جاء على لسان Scarry عندما يقول: « أنه مهما كان ما يثيره الألم داخل الذات إلا أنه يتم التعرف عليه مباشرة على أنه لا يعد جزءا من الذات (ليس أنا) و كأنه شيء غريب يجب أن نتخلص منه فورا، و معايشة تجربة الألم على أنه ليس جزءا من الذات يجعل المريض يشعر بأنه مهاجم من الداخل من طرف هوية غريبة عن الأنا أو من طرف اللادات (Non soi) كشيء مفزع و مخيف، حيث يؤكد الباحثين و العياديين على أن الألم معروف على المستوى العالمي و يوصف كما هو أو كحضور غريب (Présence étrangère) ». (Zaré-Bawani, 2006, p.v)

فبالرغم من المحاولات المتكررة التي قام بها المفحوصين – زيارة الأطباء و تجريب العديد من العلاجات - للتخلص منه إلا أنها في مجملها كانت تبوء بالفشل نظرا لطبيعة هذه الآلام، التي تتسبب في إثارة الشخص بشكل مستمر مما يتسبب في إستنزاف طاقته العضوية و النفسية إلى درجة الإجهاد حيث يصبح الجهاز النفسي غير قادر على إستيعاب هذه الإستثارات و لا على تصريفها، فتحدث وقعا صدميا نتيجة غياب "الأنا" و بقاءه خارج حيز التأثير نظرا لإنهاكه.

❖ الجرح و فقدان النرجسي (Blessure et perte narcissique):

لوصف الآثار النفسية المترتبة عن حدوث الألم يمكن القول أن الأمر يتعلق بحدوث أزمة حقيقية حيث تنهار كل المعالم (Les repères) الجسدية و النفسية تحت وقع الألم، و يمكن أن نلاحظ من كلام المفحوصين مشاعر التحطم و التدهور، إضافة إلى تشوه صورة الجسم التي عبروا عنها بكلمات كانت قوية حملت في مجملها مفهوم فقدان و التغيير بمعنى فقدان الذات المثالية و هنا نستند إلى ما قاله R. Gori فيما يتعلق بالمرض العضوي الخطير و المؤلم: « سوف نصاب بالإرتباك نتيجة معايشة هذه المغامرة، و نصبح غير قادرين على التعرف على ذاتنا، حتى إن تعرفنا على ذاتنا يصبح شيء ليس له معنى أو أهمية، و يصبح الرجوع إلى الذات يمثل مشكلة و صعوبة و نوع من الغموض ». (Gori, 2004, p.38-39)، و هنا نجد أن كلام R. Gori يترجم بشكل واضح مفهوم فقدان الذات نتيجة التغيير الذي مس حياة الفرد و التي أصبحت تنقسم إلى فترتين، فترة ما قبل الألم و فترة ما بعد الألم حيث يدل كلام المفحوصين على تغيير مسار الحياة الطبيعية (العلاقات الإجتماعية الحياة الجنسية، الوظائف الحيوية كالنوم و الأكل، الحياة المهنية الهويات)، إضافة إلى مشاعر التغيير الشخصي (الذاتي) التي عبر عنها المفحوصين فالأنا المثالي (Le moi idéal) يصبح لا يتوافق مع الصورة الجديدة التي ترتبط بمفهوم المرض و فقدان الصحة و التواجد في حالة ضعف و عجز، لأن

الشخص سيصبح مجبرا على العيش مع جسم جديد مختلف عن ما قبل، و يفقد قدراته المعتادة كالحركة و النشاط، طبعاً دون أن ننسى فقدان الإستقلالية و الشعور بالتبعية للأخر، و هو ما يغير من حقيقة علاقة الشخص مع نفسه و مع محيطه و حتى مع جسمه هذا الجسم الذي يعاني من المرض و التعب و يعمل في نفس الوقت على مهاجمة ذاته و هو ما يتسبب في إصابة نرجسية الشخص أو ما يعرف بالجرح النرجسي، فتهتز الصورة الداخلية للذات، حيث تحدث J.L. Pedinielli عن مفهوم "عمل المرض" (Travail de la maladie) و عرفه قائلاً: « هو مجموع السياقات الإقتصادية و الدلالية المميزة التي تعمل على تحول الإصابة (الجرح) العضوية إلى إصابة نرجسية و تحول الألم العضوي إلى ألم نفسي » (Pedinielli, 1990, p.8)، و بالتالي فإن حدوث الجرح النرجسي يتضمن معنى فقدان النرجسي من خلال فقدان الجسم لوظائفه الطبيعية المعتادة و عدم قدرته على أداء دوره كجهاز يحتوي هذا الكيان العضوي و النفسي بعد ما كان المسؤول عن حمايته.

❖ الألم المزمن و تناذر التكرار (Douleur chronique et syndrome de répétition):

إن معاودة ظهور الألم في شكل نوبات متكررة و مستمرة هو الذي يعطيه خاصية الإزمان (Chronicité)، حيث كان تآثر المفحوصين واضحا إتجاه إستمرار الألم و تكرار نوباته التي تفرض عليهم معاشا خاصا يتميز بالتواجد في حالة خوف و ترقب دائم لهذا الكيان (الألم) الذي يدرك كمصدر لعدوان مهدد لكيانهم الجسمية و النفسية، فكل نوبة ألم جديدة تعاش من طرف المفحوصين بشكل مختلف عن النوبة التي سبقتها، فتكرار ظهور نوبات الألم بشكل مستمر لا يعني بالضرورة التعود عليها بل بالعكس حيث يبدو لنا أن إستمرار تكرار النوبات كان سببا في تواجد المفحوصين في حالة خوف دائم إضافة إلى مشاعر عدم الأمان إتجاه هذا الإعتداء المتكرر أين يجد الشخص نفسه معرضا لإثارا دائمة تستهلك كل طاقته إلى غاية إنهاكه دون أن يجد الوقت الكافي لإستعادة إستجماع قواه و طاقته لمواجهة هذه الوضعية الجديدة، العنيفة و المفاجئة التي يستحيل الهروب منها أو تجنبها، و هو ما يضع المفحوص في حالة من السلبية و الهشاشة، كما يدل إستمرار ظهور الألم على عدم توصل الشخص إلى القيام بتمثيل (Représentation) هذه الخبرة على المستوى النفسي و هو ما يؤكد معاشة الشخص لآلامه كوضعية صدمية خاصة إذا ما علمنا أن تناذر التكرار (Syndrome de répétition) يعد كمعيار رئيسي للتعرف على حالات الصدمة النفسية و لتشخيص ما يعرف بتناذر الصدمة النفسية، و هو ما يتوافق مع رأي الباحثة M.C. Defontaine-Catteau عندما تقول في مقال لها بعنوان "الألم و التكرار" (Douleur et répétition): « إن إزمان بعض الآلام يجعلنا نتساءل حول التكرار ففي هذه الحالة يبدو أن الألم يتبع توظيف مماثل للتوظيف الذي نجده في عرضية العصاب الصدمي، حيث يعد بمثابة تجربة جسدية نفسية تأتي كتجديد لخبرة مبدئية تسببت في تحطيم قدرات الشخص على الإرصان النفسي، فالألم يدل من خلال تكراره على إستحالة وصول الشخص المتألم إلى القيام بعملية التمثيل النفسي للوضعية الصدمية، فهذا الشكل من التكرار يمنع من تحسن الشخص فلا تخف آلامه نظرا لعدم قدرته على إستيعاب الأثر الصدمي للحدث الأولي. (Defontaine-Catteau, 1999, p.11)

❖ الإنطواء النرجسي (Repli narcissique) و حالة العزلة (Etat de solitude):

إن ظهور الألم الشديد يعمل على تغيير علاقات الفرد مع مختلف مواضيعه الليبيدية و يرغمه على عدم إستثمار (Désinvestir) العالم الموضوعي (Le monde objectal) بهدف تركيز الليبدو حول جسمه المتألم، حيث يحدث إضطراب لكل العلاقات بالموضوع (Les relations d'objet)، فالمرض (الألم) يدفع بالفرد إلى تركيز إهتمامه حول جسمه و يدخله في ممر من العزلة مع إهمال كل ما يتعلق بمحيطه

الخارجي، نتيجة سحب إستثماراته من المواضيع الخارجية وتركيزها حول الأنا أو ذاته التي تتمثل في الموضوع النرجسي وهذا ما يطلق عليه مصطلح الإستثمار النرجسي، و لا يمكن تجنب هذا الإنطواء النرجسي لأنه يتعلق بجسم الشخص المريض و بالتالي بمعاناته المستمرة مع المرض و الألم، و هو عبارة عن محاولة لتركيز الطاقة النفسية حول المنطقة المؤلمة أو مصدر الألم لتمثيلها و إعطاء الألم معنا رمزيا على المستوى النفسي و من ثما التقليل من شدته و خفض التوتر الداخلي الذي يحدثه.

❖ تدهور اللغة (La détérioration de la langue):

نلاحظ تعبير كل المفحوصين عن الألم بنفس الطريقة، فهناك إضطراب أو فقدان للغة و ذلك بالنكوص إلى ما يعرف بما قبل اللغة، و هي سلوكيات تعد بدائية كالبكاء، الصراخ، الصمت، أو الإقتصار على بعض الكلمات التي كانت قليلة و فقيرة في نفس الوقت و التي عبر بها المفحوصين عن مفهوم لخبرة الألم، إلا أنهم لم يكونوا مقتنعين بهذه الأوصاف التي بدت بالنسبة لهم غير كافية للتعبير عن الأهم حيث لم ينجح المفحوصين - رغم محاولاتهم اليائسة - في وضع الكلمات المناسبة للتعبير عن معنى أو مفهوم هذه الآلام، حيث تميز كلام المفحوصين خلال محاولة التعبير عن معنى الأهم بعدم السيولة و صعوبة إيجاد الكلمات المعبرة، فالألم يعد كتجربة تعيد الشخص إلى سلوكيات بدائية و هو ما يعبر عن نكوص إلى دفاعات أولية بدائية نظرا لفقدان الأنا للسيطرة على الوضعية بسبب الخبرة التي يعيشها الشخص فيتترك المجال لبروز السلوكيات و الدفاعات الأولية الأكثر بدائية لتأمين دفاع نفسي يحول دون التحطم الكلي للجهاز النفسي من خلال التخلص من حالة التوتر و القلق الداخليين فسلوكيات البكاء و الصراخ أو الصمت تدل على عجز الشخص عن وضع الكلمات المناسبة للخبرة أو الوضعية المعاشة نتيجة عجزه عن إدراك مدلولاتها النفسية، و هو ما يخلق توترا داخليا يتسبب لاحقا في معاشة حالة قلق نتيجة الخوف من المواجهة مع هذه الحقيقة المجهولة بالنسبة للشخص.

كما أنه من المهم أن نشير هنا إلى أن نجاح بعض المفحوصين في التعبير عن مشاعرهم حيال كيفية معاشتهم لخبرة الألم يدل على عدم وجودهم في حالة صقع (Sidération)، إلا أن الصدمة المرافقة لظهور الألم كانت حاضرة و ممثلة في أغلب خطاب المفحوصين و ليس في حالة جميع المفحوصين (نستثني حالة "كاميليا" التي نفسرها لاحقا)، و الألم لا يعد المسؤول المباشر عن حدوث الصدمة و إنما طريقة إدراك الشخص (المفحوص) لهذا الألم هي المتسببة في حدوثها، حيث نفترض هنا أن الصدمة في علاقة مع الهوامات (Les fantasmes)، بمعنى أن الصدمة حدثت على مستوى الهوامات.

❖ شدة الألم (L'intensité de la douleur):

إنطلاقا من نتائج إختبارات الألم (QDSA, EVA)، و معطيات المقابلات العيادية توصلنا إلى ما يلي:

1. نلاحظ توافق نتائج سلم (EVA) مع النتائج المتوصل إليها من المقابلات العيادية حول كيفية تقييم المفحوصين لشدة الألم، فكلما كانت قيم (EVA) مرتفعة كلما إتصف معاش المفحوصين لآلامهم بالمعاش الصدمي، و هو ما كان واضحا من نتائج كل من:

• حالة "حميد" الذي تحصل في سلم (EVA) على درجة 10 عند بداية ظهور الألم و درجة 7.6 في أول مقابلة، و هي درجات عالية و التي توافقت إلى حد كبير مع معاشه لخبرة الألم، هذا المعاش الذي يبدو صدميا إستمرت آثاره السلبية منذ الحادث إلى غاية لقائنا به.

• كما نجد نفس الأمر يتكرر مع حالة "ياسمين" التي تحصلت في سلم (EVA) على درجة 2.6 عند ظهور الألم و درجة 8.7 في أول مقابلة، و هو ما عكسته نتائج المقابلات التي تضمنت تعبير المفحوصة عن معاش مؤلم و صادم للألام التي تعاني منها و التي لا تزال مستمرة إلى غاية لقائنا بها. بعكس الحاليتين المتبقيتين:

• فبالنسبة لحالة "يوسف" لا نستطيع أن ننكر معاشته العميقة لنوبات الألم القوية التي عانى منها خاصة في فترة بداية المرض (EVA = 9) بعد الحادث مباشرة) و التي نعتبر أنها أخذت طابعا صدميا آنذاك، إلا أننا نلاحظ نجاح "يوسف" إلى حد ما في التكيف مع ألامه بالنظر إلى إنخفاض شدتها (EVA= 4.6) عند إجراء المقابلة الأولى) بالمقارنة مع بداية ظهورها و ذلك بالرغم من تأثره بهذه الخبرة التي وصفها بالجديدة و المفاجئة، حيث تدل بعض المؤشرات العيادية على قدرات نفسية نصفها بالحسنة و التي ظهرت من خلال:

- إمتلاكه القدرة على التعبير اللفظي عن معاناته مع المرض و الألم بشكل ساعده إلى حد كبير في التخلص من التوترات الداخلية المرتبطة بهذه الخبرة، كما تميز خطابه بالسيولة و سهولة الانتقال ما بين تجاربه اليومية خلال مختلف مراحل حياته، فالتعبير اللفظي عن الأحداث المؤلمة و الصادمة و تناولها هو أحد المؤشرات الجيدة المساعدة على عملية الإرصان النفسي للأحداث، و هو عبارة عن محاولات نفسية لتمثيل الألم على مستوى الحياة النفسية كحدث له معنى يندرج ضمن سلسلة الأحداث اليومية، بين ما سبق و ما هو آت.

- يبدو أن "يوسف" يحظى بدعم و سند إجتماعي قوي يوفر له مشاعر الحماية و الأمن الذين كانا ظاهرين خلال المقابلات، حيث تلعب العلاقات الإجتماعية الجيدة دور الجدار الواقي الذي يجنب الشخص الكثير من الأحداث الصادمة، كما يساعد في نفس الوقت على التخفيف من أثرها في حال حدوثها، و هو ما نقيمه بالجيد في حالة "يوسف" الذي يبدو أنه وجد الحماية التي يحتاجها من خلال شبكة علاقاته الإجتماعية التي قيمها هو نفسه بالجيدة و المطمئنة، و هذا ما يدل على إستثماره الغني لهذه العلاقات، الشيء الذي يجعلنا نتنبأ لـ "يوسف" بمستقبل أفضل من حيث معاشته لخبرة الألم.

• أما بالنسبة لحالة "كاميليا" فنجد أن هناك إختلاف ما بين نتائج إختبار (EVA) (1.3) عند بداية الألم و يساوي 3 عند أول مقابلة) و نتائج تحليل المقابلات التي تعكس معاشا صدميا لخبرة الألم، إلا أنه من المهم الإشارة إلى أن "كاميليا" أبدت من جهة أخرى خلال المقابلات نوعا من البرود العاطفي و من اللامبالاة الوجدانية إتجاه ألامها، إضافة إلى إتصاف خطابها بالإختصار الشديد و الفقر و حتى الإضطراب في الكثير من الأحيان و كأنها تصف ألاما لا تنتمي إليها، حيث يبدو عليها الإنزعاج الذي وصفته في الكثير من الأحيان بمشاعر القلق و أحيانا بالخوف، إلا أنه من المهم الإشارة إلى نقطة مهمة جدا و هي أن تعبيرها عن معاشها لخبرة الألم كان خاليا من الشحنات الإنفعالية (التي تعد مؤشرا عياديا مهما يدل على قسوة المعاناة و شدتها)، فكثيرا ما لمسنا خلال المقابلات غيابا للوجدان و تضمن خطابها للتناقض و الإضطراب الذين نفترض أنهما يدلان على حالة إضطراب و تشوش داخلي أفضى إلى فشل المفحوصة في التعامل مع الخبرات التي تنتمي للواقع نتيجة لمعاناتها من صعوبة في الإتصال مع واقعها و بالتالي عدم قدرتها على التوضع بالنسبة لخبرة الألم التي عبرت عنها بنوع من الإنفصال، إنفصال يتضمن مفهوم الإنشطار، الذي من الممكن أن نعده كذلك إلى خلل في علاقتها مع جسمها، مما نجم عنه عدم إستقرارها خلال وصفها لآلامها و تقديمها للكثير من المعطيات التي كثيرا ما كانت متناقضة و تتميز بعدم الوضوح، و من المهم هنا أن نعود إلى نتيجة "كاميليا" في إختبار (TAT) حيث وضح معاناتها من نوع

من التوظيف القريب من التوظيف الذهاني و بالربط بين هذه النتيجة (نتيجة المقابلة و اختبار TAT) و نتائج سلم (QDSA) الذي يدل على آلام قوية و كذا نتائج سلم (EVA) التي كانت متوسطة، نستطيع أن نفترض أن نوع التوظيف النفسي لـ "كاميليا" - الذي يقترب من التوظيف الذهاني - هو المسؤول عن إصطباغ تجربتها مع الألم بالمعاناة نظرا لعدم إدراكها لألمها كألم بسيطة كما دلت عليه نتائج EVA، فقد تضمن خطابها الكثير من المؤشرات العيادية المربكة بالنسبة لنا كفاحصنة، حيث بدت "كاميليا" في الكثير من الأحيان بعيدة و معزولة عن خبرة الألم الذي تصفه أحيانا بنوع من السطحية و اللامبالاة، و أحيانا أخرى تعود لتصفه بالمفاجيء و المخيف، فالتوظيف النفسي الذهاني من شأنه أن يكون هو المسؤول عن حالة الإضطراب هذه، لكن و بالنظر للمعطيات الحاضرة أمامنا و بالاستناد إلى الكثير من المؤشرات العيادية (التي سبق ذكرها في تحليل المقابلات مع حالة "كاميليا") توصلنا إلى تقييم معاش "كاميليا" للألم على أنه معاش صدمي.

و هنا نعود إلى آراء بعض الباحثين العياديين التي تقول بأن التوظيفات الذهانية تتعامل مع الألم بشكل يختلف عن التوظيفات النفسية الأخرى، حيث أشار كل من G. Gimenez و J.L. pedinielli إلى أن الشخصيات الذهانية تتميز بإضطراب في إدراكها و إحساسها بالألم و كذا في كيفية معاشتها كخبرة ذاتية حيث أنه من الممكن أن يصل إلى حد إلغائه نهائيا (بالرغم من وجود إصابة)، كما هناك حالات أخرى يحدث معها العكس أين تتم معاشة تجارب ألم شديدة و معذبة مع غياب السبب المفسر لإدراكها كآلام شديدة، و هذا يعود في هذه الحالة إلى تدخل وظيفة الهلوس التي تساعد إلى حد كبير في التأثير على إدراكات الشخص للآلام (تشويه إدراكات الشخص) من خلال تضخيمها و إعطائها حجما أكثر من ما هي عليه في واقع الأمر. (Gimenez, Pedinielli, 2001, p.1)

كما ندرج رأي آخر تقدمت به المختصة العيادية H. Brocq و التي تقول في نص لها من كتاب "Aspect psychologique de la douleur chronique" أنه بالنسبة للأشخاص الذين يتميزون بتوظيفات نفسية ذهانية و كذا الحالات الذهانية يكون التوظيف العاطفي هو المسيطر على التوظيف النفسي الكلي للشخص، و أن كل حدث سيعاش جسديا بالدرجة الأولى، فالأشخاص الذهانيين يعانون من مشاكل في تمييز الحدود ما بين الخارج و الداخل و ما بين الأنا و الآخر، ففي حالة التعرض لصددمات جسدية (حادث مثلا) أو نفسية (موت أحد الأقارب) يتم نوع من الإضطراب و الهدم الضخم على المستوى النفسي الجسدي، حيث قدمت Brocq مثلا لحالة عيادية لأحدى مريضاتها التي أصبحت تعاني من آلام شديدة أعددتها الفراش نتيجة تعرضها لحادث سقوط بسيط، حيث لم يتوصل الأطباء إلى إيجاد أي تفسير طبي لظاهرة الألم الملاحظة لديها، كما تعود الباحثة لتؤكد في هذا السياق على فكرة أساسية و هي أن حالات الأشخاص ذوي الشخصيات الهشة أو غير المبنية بشكل جيد عند تعرضها لألم ناتج عن صدمات جسدية سيكون أثره بمثابة إهتزاز كلي للعضوية نظرا لمعاشته من طرف الشخص كألم شديد يصعب إدماجه نفسيا. (Brocq, 2007, p.67)

2. من جهة أخرى لاحظنا عدم تطابق نتائج المقابلات مع نتائج سلم (QDSA)، فعند حصول المفحوص على درجة مرتفعة في هذا السلم هذا لا يعني بالضرورة أنه يعاني من آلام شديدة مثلما هو الأمر في حالة كل من "يوسف" و "كاميليا"، فبالرغم من حصولهما على درجة 60/52 و 60/50 على التوالي إلا أن معاشهما للألم كان يشير إلى معاناتهما من آلام توصف بالمتوسطة في حالة "يوسف" و أقل من متوسطة في حالة "كاميليا" (حسب تقييمهما الذاتي لألمهما أثناء فترة المقابلات، و لا نقصد بكلامنا المرحلة الأولى لظهور الألم)، أما بالنسبة لحالة كل من "حميد" و "ياسمين" فقد تحسلا على درجات في سلم (QDSA) نقيمتها بالمتوسطة أو أكثر من متوسطة، إلا أن المقابلات العيادية مع الحالتين عكست معاشتهما لآلام قوية

(إلى غاية لقائنا بهما)، و لهذا نعتبر أن نتائج هذا السلم مع هاتين الحالتين لم تتوافق إلى حد ما مع نتائج المقابلة العيادية، طبعا مع الأخذ بعين الإعتبار أن درجات إختبارات الألم هذه تعبر عن شدة الألم التي كان يحس بها المفحوص في الفترة التي أجريت فيها المقابلة هذا يعني أن الألم هو خبرة ترتبط بالتقييم الذاتي للشخص أكثر من إرتباطها بالتقييم الطبي الذي يعبر عن تقييم موضوعي لظاهرة الألم.

3. كما لاحظنا أنه كلما كانت نوبات الألم شديدة و مستمرة - حسب التقييم الذاتي للمفحوص- كلما كان لها أثرا صدميا، فمن خلال المقابلات العيادية نجد أن المفحوصين ميزوا بين الألام الخفيفة المتوسطة و الشديدة، و ربطوا ما بين معاناتهم من الألم و ما بين شدة هذه الألام (كلما كانت شديدة كانت مرفقة بمعاش مؤلم)، و هو ما يتوافق مع رأي كل من Nasio، Aubert، Freud و Gauvain-Piquard من خلال ما جاء في الفصل الثالث من الجانب النظري لهذه الدراسة.

❖ الإسقاطات المستقبلية (Les projections de l'avenir):

من المهم أن نشير إلى ما لاحظناه حول التأثير البارز الذي خلفه الألم في المفحوصين من خلال المكانة التي إحتلها في حياتهم الحاضرة و التي إمتدت لتشغل حيزا مهما في إسقاطاتهم و تطلعاتهم المستقبلية فبالرغم من إختلاف درجة هذا الأثر بين المفحوصين إلا أن هذا لا يمنع من إعتبار أن الألم المزمن الشديد هو بمثابة الخبرة التي تعاش بشكل عميق، و هو ما ظهر من تدخلات المفحوصين خلال المقابلات العيادية، و التي سنحاول تلخيصها في شكل نقاط أساسية نوجزها فيما يلي:

- لقد تضمنت الإسقاطات المستقبلية لكل المفحوصين الخوف من إمكانية إستمرار الألم لفترة أطول حيث يشيرون إلى قلقهم حول عدم قدرتهم على التعايش مع الألم الذي سيؤثر على مشاريعهم المستقبلية و يمنعهم من تحقيقها، بالنظر لحالة العجز و الإعاقة التي تمنع الشخص من معايشة حياته بشكل طبيعي، طبعا بالإضافة إلى المعاش النفسي المضطرب المرافق له و الذي يتضمن مزيج من المشاعر المقلقة و المؤلمة (مشاعر الخوف، الحذر، فقدان، الوحدة، التغير، التشوش، اليأس، التحطم والعجز... إلخ) والتي تدخل الشخص في دوامة من التساؤلات حول مصيره المستقبلي.

- لقد لاحظنا أن الألم شكل موضوعا أساسيا ضمن الإسقاطات المستقبلية، حيث ركز جميع المفحوصين أثناء حديثهم عن توقعاتهم للمستقبل على إمكانية إستمرار الألم أو عن الرغبة في الشفاء منه، كما ظهر الإرتباط بين إحتمال إستمراره و التطلع لمشاريع أو لإنجازات أخرى، حيث كان إستثمارهم للمستقبل يدور بالدرجة الأولى حول موضوع الألم مع ظهور بسيط لمواضيع أخرى، كما هو الحال بالنسبة للمفحوص "يوسف" الذي تكلم عن رغبته في شراء سيارة و الزواج و كذا أخذ والديه لزيارة بيت الله، أما المفحوصة "ياسمين" فأفصحت عن أمنيتها في إمتلاك بيت خاص بها، أما في حالة كل من المفحوص "حميد" و المفحوصة "ياسمين" فلم يتناولوا أي مواضيع أخرى مستقلة عن موضوع الألم، بل تركزت إستثمارتهما المستقبلية حول إمكانية الشفاء من الألم (بالنسبة لـ "حميد")، و الخوف من عدم القدرة على الإستمرار في العمل أو القيام بواجباتها المستقبلية كأم (بالنسبة لـ "كاميليا").

- لقد تضمنت الإسقاطات المستقبلية لبعض المفحوصين ("يوسف" و "حميد") تعبيرهم عن نظرة إيجابية للمستقبل فيما يتعلق بالألم، و التي من الممكن أن يقيّمها البعض بالمؤشرات الحسنة، و قد ظهرت من خلال تعبير "حميد" عن الرغبة في الشفاء من المرض و العودة إلى حياته الطبيعية، أما "يوسف" فقد عبر عن قدرته على التغلب على الألم و محاولة التعايش معه، حيث يشير المحتوى الظاهري لكلام المفحوصين هنا إلى إمكانية تخطي هذه الألام و الوصول إلى التعايش معها بشكل أفضل، إلا أننا نفترض أن أمالهما هذه هي تعبير عن رغبة مكبوتة في التخلص من الألم، و أنها تدخل ضمن حركة دفاعية نفسية

لإنكار وجود الألم كحقيقة واقعة، فبالعودة إلى المقابلات سنجد أن هناك الكثير من المؤشرات العيادية التي تدل على وجود التوظيف النفسي للمفحوصين في حالة اضطراب و تشويش إتجاه خبرة الألم، بالإضافة أيضا إلى النشاط التخيلي للمفحوصين الذي إتصف بالفقر و التركيز حول خبرة الألم كحدث ممتد و مستمر في المستقبل، فإستمرار الألم في شكل نوبات قوية يجعلنا نتوقع إستمرار المعاناة، إلا أن هذا لا يمنع من وجود توقعات بالتكيف مع هذه الآلام في حالة تناقص شدتها و كذا نوباتها.

❖ البعد الزمني للألم (La dimension temporel de la douleur):

كما نلمس من خلال المقابلات مع المفحوصين البعد الزمني الذي تشغله خبرة الألم في حياتهم، فقد ظهر كتجربة أو حدث ممتد في الزمن، إنطلاقا من عودة كل المفحوصين إلى ماضيهم و بالضبط إستدعائهم للحدث الذي كان سببا في حدوث المرض و بالتالي ظهور الألم، حيث لاحظنا أن المفحوصين قد تكلموا عن تاريخ ظهور الألم مع تذكر جميع التفاصيل التي كانت تعود أحيانا لسنوات مضت مثلما هو الحال مع المفحوص "يوسف" (بعد مرور 3 سنوات) و المفحوصة "ياسمين" (بعد مرور 6 سنوات) إلا أنها مازلت راسخة، و هذا ما يشير إلى المكانة التي يحتلها الألم في ماضي المفحوصين، و هو ما يعبر عن إرتباطهم الوثيق بهذه الفترة الماضية نظرا لما حملته لهم و ما تركته من أثر عميق و راسخ، من جهة أخرى نجد أن حاضر المفحوصين هو الآخر إنطبع بتجربة الألم التي مازال المفحوص يعيشها بقوة و تأثر نظرا لما تحمله من عنف و عجز، فالألم أصبح يمثل واقعا مفروضا على المفحوص الذي لا يمتلك القدرة للتخلص منه أو لتجنبه، أما على مستوى الحياة المستقبلية فالألم ما يزال يضع ظلاله على توقعات المفحوصين لمستقبلهم، حيث جاءت إستثماراتهم المستقبلية مرتبطة و مرهونة بشكل أو بآخر بخبرة الألم، و ذلك من خلال الخوف من إحتمال إستمراره إلى فترة أطول و إمتداده و كذا إمكانية تأثيره على إنجازاتهم المستقبلية، و لهذا نفترض أن الألم هو تلك الخبرة التي تصل إلى أعماق الفرد لتحتل مكانة تؤهلها لتفرض تأثيرها عليه من الداخل كما من الخارج و في الماضي كما في الحاضر امتدادا إلى المستقبل، الشيء الذي يجعلنا نفترض أن هؤلاء المفحوصين يتعاملون (نفسيا) مع الألم كحدث يعيشونه في حياتهم الحاضرة، فلا هو يعد حدثا من حياتهم الماضية و لا هو مستثنى من إسقاطاتهم و إستثماراتهم المستقبلية، بمعنى آخر نقول أن المفحوصين يعيشون حاضرا ليس له ماضي و لا مستقبل و كأن الزمن تباطأ أو توقف في هذه المرحلة، و هي مرحلة الإصابة بالمرض و ظهور الألم المزمن المرافق له، حيث أصبح المرض (الألم) كمعلم زمني (Repère temporel) يرجع إليه المفحوصين أثناء الحديث عن حياتهم كقولهم: " قبل ما بيداني السطر"، "بعد المرض"، "الوقت آلي مرضت فيه"، و كلها عبارات تدل على المكانة الهامة التي يحتلها الألم في الفضاء الزمني للمفحوصين.

➤ و منه تكون قد تحققت الفرضية العملية الأولى لهذه الدراسة.

2.1. تفسير الفرضية العملية الثانية:

تنص الفرضية على ما يلي:

- قد يندرج التنظيم النفسي لمرضى الآم أسفل الظهر المزمنة ضمن التنظيمات الهشة (من خلال الإنتاج الإسقاطي في إختبار TAT).

من خلال نتائج إختبار تفهم الموضوع لاحظنا أن نوعية الإنتاج لمجموعة البحث قد كانت متوسطة تميل إلى سيئة، و ما يلفت إنتباهنا هو أنه بالرغم من أن السياقات الدفاعية - لمجموعة البحث - جاءت متنوعة و متعددة إلا أن هناك إختلاف واضح غلب على هذا التنوع النسبي في السياقات، حيث طغى الكف على الإنتاج الإسقاطي والذي جاء ممثلا بالدرجة الأولى في الأساليب الخوفية (CP)، وذلك من خلال الميل

العام للإختصار (CP2) فجاءت القصص شديدة الإختصار مع عدم التعريف بالأشخاص (CP3)، والميل إلى الرفض (CP5)، وقد تدعمت هذه الأساليب بالأساليب السلوكية (CC)، نذكر منها اللجوء إلى الحركة على وجه الخصوص والتي كانت كطريقة للتخفيف من شدة التوتر النابع عن عدم التحكم في الهومات الداخلية من طرف السياقات الضرورية لإرصان القصة، وبالتالي كان المفحوصين يلجؤون إلى الحركة أو إلى الإيماءات للتحكم في القلق المرتبط بالواجهة مع "أنا" داخلي مضطرب ومنهك، حيث يعتبر السلوك هنا كتعبير عن تفريغ للإثارات الداخلية غير المحتملة والمقلقة.

كما لجأ المفحوصين في أحيان كثيرة إلى الإستناد على الفاحصة من خلال توجيه بعض الطلبات، سواء في شكل أسئلة أو في شكل نظرات، وهو ما يعبر عن حاجة المفحوص إلى السند أمام الوضعية التي يختبرها، فتعد عودته للفاحصة بمثابة إستنجد لكي تشاركه ما تحمله الوضعية الإختبارية من ألم، قلق وخوف أحيانا، حيث يعد الدعم المقدم من طرف الفاحصة كركيزة يستند عليها المفحوص لينطلق ثانية ويواصل تداعياته أمام لوحات الإختبار.

أما فيما يخص الصراع فلم يظهر إلا نادرا من خلال بروتوكول (TAT) لكل الحالات، حيث عبر عنه المفحوصين بطريقة محتشمة فكثيرا ما لم تحدد أسبابه، كما لم يتم التوصل إلى الخروج منه في أي قصة من قصص البروتوكولات الأربعة، ولهذا جاءت الإشكاليات - بشكل عام - لا صراعية مع ظهور كبير لمواضيع الموت، المرض، الألم، والعدوانية، والتي كثيرا ما كانت بعيدة عن الإستشارات الظاهرية والكامنة للوحات، خاصة في حالة كل من "كاميليا" و "حميد".

كما أنه من المهم الإشارة إلى الظهور المعتبر للأساليب النرجسية (CN)، وهي محاولات لتجنب الصراع النزوي وتعويضه بنقد الذات (CN9) والتأكيد على ما هو مشعور به ذاتيا (CNI).

وقد ظهر تجنب الصراع كذلك من خلال الأساليب الواقعية (CF)، حيث يبدو القلق غائبا ليتم إستثمار المثير (اللوحات) كموضوع حقيقي وليس كمصدر لإحياءات هوائية، وهو ما يؤكد أن "الأنا" مضطرب (فالعالم الداخلي مفرغ من كل مواده).

إذا لقد تميز التوظيف النفسي للمفحوصين بتجنب المواقف الصراعية المثيرة للقلق الداخلي، و ذلك من خلال الإستعمال الواسع لأساليب تجنب الصراع من سلسلة الكف (C)، و يدخل هذا الدفاع ضمن الدفاعات الأولية التي عادة ما تنشط في حال تواجد الجهاز النفسي في وضعية شلل لوظائفه المعتادة أين تفقد الدفاعات الثانوية فعاليتها فيلجأ الجهاز النفسي إلى إستدعاء الدفاعات الأولية التي تعد أقل نجاعة إلا أنها تكون الدفاعات الوحيدة الممكنة في حالات عجز الجهاز النفسي عن تسيير و إرصان الوضعيات المقلقة و المؤلمة أحيانا، و هنا نستند إلى رأي الباحثة Fiorella Febo التي تشير إلى كيفية توظيف الجهاز النفسي للدفاعات الأولية في حالات الإصابة بالألم شديدة و ذلك في مقال لها بعنوان

"Douleur physique et souffrance psychique quel rapport ?" حيث تقول: « نلاحظ أن الميكانيزمات الدفاعية الأكثر تنشيطا و إستعمالا بهدف صد الضغط الناتج عن معايشة الألم الجسدي هي كل من العزل و التجنب ». (Febo, 2004, p.26)

كما تقول أن تجربة الألم التي لم يتم التوصل إلى التعبير عنها بشكل أفاظ ستتسبب في ترك أثار نفسية تحتاج إلى إدراجها ضمن الذكريات و ستم معالجتها باللجوء إلى النشاطات الأولية، و هذا النموذج من المعالجة النفسية لا يجب إعتباره كمجرد عملية فاشلة و إنما بالعكس، حيث يتوجب أن نتعامل معه على أنه أداة نافعة و ضرورية للسماح بإستعادة وظيفة الربط النفسية التي تهتز بشكل قوي في حالات الحزن الشديدة (Détresse). (Ibid, p.28)

وقد جاءت سياقات تجنب الصراع (C) مرفقة بسياقات الصلابة (A) بالدرجة الأولى والتي كانت تدعم الكف وذلك من خلال ظهور التحفظات الكلامية (A2-3) التي تعد مساعدة للتخرج من الوضعيات المقلقة، إلا أن ظهور الإجتراح (A2-8) بشكل كبير قلل كثيرا من فعالية الرقابة التي كانت ذات أثر ضعيف نسبيا.

كما ظهرت السياقات الأولية التي أدت في الكثير من الأحيان إلى تشويه الإنتاج، خاصة في غياب سياقات المرونة التي كانت نادرة الحضور والمفعول.

إذا إنطلاقا من ما سبق التوصل إليه من نتائج إختبار (TAT) نستطيع القول أن التوظيفات النفسية للمفحوصين تتصف بالهشاشة، فنجد إفتقار التوظيف النفسي للمرونة، وهو الشيء الذي بدا واضحا نتيجة لعدم التوازن بين السياقات النفسية الموظفة، حيث غلبت سياقات الكف التي جاءت مدعمة بسياقات الرقابة، ولهذا نتوقع في ظل هذه التوظيفات أن يكون لخبرة الألم المزمن وقعا يفترض أن يكون صدميا بالنظر لحالة الهشاشة والإضطراب التي بدت واضحة من خلال نتائج الإختبار، والتي تعد بمثابة الإستعداد المساعد على تهيئة أرضية مناسبة لحدوث الأثر الصدمي، كما يمكن أن تكون حالة الهشاشة هي نفسها ناتجة عن معاشة المفحوصين لخبرة الألم المزمن التي من الممكن أن تلعب دور الحدث - الذي من الممكن أن يكون مجرد حدث مبتذل - المفجر أو البعدي (L'après-coup) الذي تأخذ الصدمة معناها من خلاله، حيث يعمل على إعادة إحياء أو تنشيط الأحداث الصدمية الأولى التي لم تأخذ معناها. (سي موسي، زقار، 2002، ص63)

➤ و بذلك نقول أن الفرضية العملية الثانية قد تحققت.

➤ و من خلال تحقق كل من الفرضية العملية الأولى و الثانية تكون قد تحققت الفرضية العامة و التي تنص على ما يلي:

- قد يعد الألم المزمن كمعاش صدمي لدى مرضى آلام أسفل الظهر المزمنة.

ملاحظة:

✓ تم إستيقاء هذه الملاحظات والإستنتاجات من المحتوى الظاهر لكلام المفحوصين مع محاولة الوصول إلى تناول المحتوى الكامن طبعا في حدود ما سمحت به قدرات الطالبة (الفاحصة) على التحليل والربط ما بين الأحداث، دون الإنطلاق من أي أحكام مسبقة (Prée jugée) أو إصدار أي حكم قيمة (Jugement de valeur) على المفحوص، كما تم كل هذا في ضوء الإطار النظري الذي سبق عرضه في القسم النظري لهذا البحث، إلا أننا نشير إلى أن هذا لا يمنع من احتمال إختلافنا كدارسين و باحثين في التعامل مع تحليل الحالات إستنادا إلى المعطيات المتوفرة والحاضرة أمامنا.

2. خلاصة عامة:

من تتبعنا لمعطيات المقابلات العيادية و نتائج إختبار تفهم الموضوع، لاحظنا ميل المفحوصين إلى إعتداد ميكانيزمات دفاعية تهدف إلى تجنب حالة الصراع الداخلي، و هو ما كان واضحا من خلال ظهور ميل إلى الإختصار في الكلام و الرجوع إلى المصادر الخارجية و الإستناد الكلي على تدخلات الفاحصة أثناء المقابلات، كما نجد التهرب من الكثير من المواضيع سواء باللجوء إلى السلوك أو بطلب سند الفاحصة، إضافة إلى اللجوء إلى الدفاعات الهوسية التي ظهرت كمحاولة للتخفيف و التصغير من حجم الوضعيات المقلقة و عدم إظهارها على شكلها الحقيقي، إلى جانب تركيز المفحوصين على تناول خبرة الألم و

وصفها بالتركيز على مظهرها و الجانب السطحي كطريقة ظهور الألم و أوقات ظهوره و المظاهر النفسية و الجسمية المرافقة له، حيث يظهر التجنب كدفاع ضد التعمق في الحديث حول الألم مما جعل المفحوصين يقدمون إجابات إتصفت إلى حد كبير بالسطحية - طبعاً مع وجود إختلاف ما بين الحالات - دليل على عدم قدرتهم على القيام بإرصان نفسي لخبرة الألم.

أما عن الإختبار الإسقاطي فقد غلبت الدفاعات من نوع تجنب الصراع (C) و التي جاءت مدعومة بظهور بارز لسياقات الرقابة (A) التي و للأسف لم تكن ذات فعالية، مما يفضي إلى إتصاف التوظيفات النفسية للمفحوصين بهشاشة نفسية، و هذا ما يجعلنا نفترض أن هناك إمكانية كبيرة لمساهمة خبرة الألم المزمن في حدوث هذا الإضطراب في التوظيف الذي غابت عنه سياقات المرونة (B) التي كان ظهورها نادراً، كما تساعدنا معطيات الإختبار و المقابلات العيادية في إفتراض وجود أثر صدمي لخبرة الألم في حياة المفحوصين بالنظر لطريقة معاشتهم لها.

فالألم الشديد و المزمن من شأنه أن يضع الحياة النفسية للفرد في حالة إستنفار و تأهب، كما بإمكانه أن يتسبب لاحقاً في شل نشاطها الدفاعي و تعليق وظائف "الأنا" الذي يجد نفسه خارج مجال التأثير ما ينجم عنه دخول الفرد في حالة صعق و ذهول نظراً لتراكم للإثارات المزعجة و المؤلمة في نفس الوقت - الصادرة عن الألم - بالإضافة إلى إستمرارها في إطلاق إثارات حسية تعمل على تحفيز مستقبلات الجهاز النفسي دون توقف أو راحة، ما ينجم عنه دخوله في حالة إنهاك و فقر نظراً لعدم إمتلاكه للوقت الكافي لإستجماع طاقته المستنزفة و التي يتم تكريسها لصد و معالجة الإثارات الخارجية (الناتجة عن الألم) التي تتسبب بطريقة غير مباشرة في تحفيز حدوث إثارات داخلية نابعة من الحياة النفسية، ليصبح الجهاز النفسي في هذه الحالة مهاجم من الجهتين (من الداخل و من الخارج).

و إنطلاقاً من ما سبق قوله نجد أن نوبات الألم المزمن (ألام أسفل الظهر المزمنة) من الممكن أن تفرض على الشخص المصاب بها معاشاً صدمياً يتوقف إحتمال إرصانه أو تعقده على إمكانيات الفرد العضوية و النفسية، و حسب طريقة توظيفه لها.

خاتمة:

كان منطلق الدراسة الحالية الإطار النظري الذي جمع ما تيسر من التراث السيكولوجي الذي يخدم موضوع بحثنا، أين إستندنا على منطلقات النظرية التحليلية النفسية في تناولها لكل من خبرة الألم و مفهوم الصدمة النفسية من خلال الجمع بينهما كمحاولة لتوضيح كيفية توظيف الجهاز النفسي في الوضعيات الأزمية بالنسبة للحياة النفسية، حيث تظهر مكانة الألم باعتباره خبرة ذاتية تعاش بنوع من الخصوصية لتتطور لاحقا نحو سيرورة تتضمن مفهوم العنف و التهديد.

بالنظر إلى ما تم التوصل إليه من طرف نظرية التحليل النفسي للألم من خلال معالجتها للألم كخبرة مهددة للكيان الجسدي و النفسي للفرد و إعتبره بمثابة إختراق لحواجز الحماية و إنتهاك لتوظيف الآليات الدفاعية، توجهنا إلى التفكير في إجراء دراسة تعكف على إستقصاء هذه الحقائق النظرية و ذلك بإختيارنا لموضوع الدراسة الحالية الذي خصص لدراسة الألم المزمن كمعاش صدمي لدى مرضى آلام أسفل الظهر المزمنة في شكل دراسة ميدانية لأربع حالات عيادية، و قد صممت الدراسة لإختبار الفروض التي تم إدراجها في الإطار العام للإشكالية.

و يهدف موضوع الدراسة إلى توفير الكفالة الطبية و النفسية الملائمة لهذه الشريحة من المرضى و لمرضى الألم بشكل عام، و يتحقق ذلك من خلال وصولنا في النهاية إلى الفهم المعمق لطبيعة هذا المعاش و الكشف عن السيرورات النفسية المتدخلة في تطوره.

و لتحقيق أهداف الدراسة و الإجابة على تساؤلاتها و التحقق من مدى صحة فروضها، لجأنا إلى إعتداد التصميم الأكثر ملائمة، حيث عملنا في بداية الأمر على تطبيق أدوات عيادية لقياس شدة الألم و المتمثلة في سلم EVA و سلم QDSA بهدف تحديد شدة الألم لدى كل حالة على حدا - على إعتبار أن الآلام الشديدة هي الأقرب إلى الإلتصاف بالمعاش الصدمي، و ذلك حسب الإطار النظري للبحث - أين إختارنا حالات الألم الشديد - حسب سلم QDSA - و بعد تحديدها لمجموعة البحث و المكونة من أربع حالات عيادية لمرضى يعانون من آلام أسفل الظهر المزمنة، إنتقلنا إلى تطبيق إثنين من تقنيات الفحص النفسي العيادي: المقابلة العيادية و إختبار تفهم الموضوع (TAT) (إختبار إسقاطي)، و هي تقنيات تساعد على الكشف عن كيفية معايشة المرضى لآلامهم المزمنة و لتحديد طبيعة توظيفهم النفسي من حيث إمكانية إتصافه بالهشاشة، فالتوضيحات النفسية الهشة تنطوي على المعايشة الصدمية للخبرات المؤلمة.

بعد جمع المعطيات المتحصل عليها و تحليلها تم التوصل إلى مجموعة من النتائج الجزئية - نتائج سلم قياس شدة الألم، نتائج المقابلة العيادية و نتائج الإختبار الإسقاطي - التي قمنا بمناقشتها و تفسيرها في ضوء آراء و كتابات الباحثين القائمة في نفس مجال بحثنا - و التي كانت قليلة جدا - و قد إحترمنا في ذلك خصوصيات مجموعة بحثنا من خلال تعاملنا مع كل حالة كحالة خاصة و فريدة من نوعها.

في النهاية خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- يعد الألم المزمن كمعاش صدمي لدى مرضى آلام أسفل الظهر المزمنة.

و ذلك من خلال النتائج القائلة:

- قد يتضمن المعاش النفسي للألم لدى مرضى آلام أسفل الظهر المزمنة مؤشرات عيادية لحالة الصدمة النفسية.

- يندرج التنظيم النفسي لمرضى آلام أسفل الظهر المزمنة ضمن التنظيمات الهشة.

إن النتائج التي أسفرت عليها الدراسة تؤكد لنا أهمية و دور الألم المزمن كمعاناة جسدية نفسية تصل أثاره السلبية إلى أعماق الحياة النفسية متسببا بذلك في إرباك سيرها المعتاد، أين يعاش الألم المزمن كحدث عنيف يكشف عن الهشاشة النفسية التي كانت مخفية من قبل، كما يمكنه أن يكون أحد العوامل المساهمة إن لم نقل الأساسية في تشكل هذه الهشاشة و إستقرارها، و منه تكون فرضيات الدراسة محققة بشكل عام، طبعا مع الأخذ بعين الإعتبار خصوصية الفرد التي تطبع معاشه الصدمي للألم و تعطيه شكلا مختلفا عن غيره.

من هنا تبرز أهمية الدراسة الحالية و ذلك بتناولها لموضوع قليلا ما إهتمت به الدراسات النفسية نظرا لحدائته، و هو ما نتوقع أن يمثل إضافة علمية إلى التراث السيكولوجي.

نأمل أن تكون هذه الدراسة كبدائية لدراسات نفسية معمقة حول ظاهرة الألم التي بقيت و لزمن طويل حكرا على الدراسات الطبية بالرغم من كونها خبرة ذاتية بالدرجة الأولى، حيث تأتي هذه الدراسة للجمع ما بين مجال علم النفس و مجال الطب كما تم و منذ زمن بعيد الجمع ما بين الجسم و النفس و إعتبارهما كوحدة ذات وجهين.

✓ لقد مرت الدراسة الحالية بعدة مراحل تخللتها العديد من العراقيل التي أثرت بعض الشيء على السير الحسن لهذا العمل العلمي، لهذا إرتائنا أن نشير إليها في النهاية لكي يكون بإمكان الدارسين الذين يعقبونا أن يكونو فكرة واضحة عن طبيعة المشاكل و العوائق الممكن تلقوها أثناء مسار البحث العلمي، و فيما يلي نقدم أهم الصعوبات التي واجهتنا خلال إنجاز هذه الدراسة:

❖ صعوبات الدراسة:

● عدم تمكننا من العثور على أية بحوث ميدانية في نفس الموضوع قيد الدراسة (المعاش الصدمي للألم المزمن)، حتى أن الحصول على المراجع النظرية التي تناولت موضوع الألم كظاهرة نفسية صدمية كان أمرا شديد الصعوبة دفعنا في البداية إلى التفكير في التراجع عن دراسة هذا الموضوع كما أن كل المراجع المتوصل إليها كانت باللغة الأجنبية و هو ما إستلزم إستهلاكنا لوقت أطول و مجهود أكبر لإنجاز هذا البحث.

● لقد إعتدنا في دراستنا للمظهر الصدمي للألم على نتائج إختبار تفهم الموضوع، و هو إختبار إسقاطي مدنا بالعديد من المعطيات العيادية الغنية، مع العلم أن الباحثة قد كانت غير متمكنة من هذا الإختبار الذي عملت خلال إنجازها لهذه الدراسة على التدريب على تطبيقه و تحليل نتائجه في حدود ما سمحت به قدراتها، إلا أنه كان يستحسن الجمع ما بين تطبيق إختبار (TAT) و إختبار الرورشاخ و ذلك للتأكد من نتائج دراستنا من خلال المقارنة ما بين نتائج الإختبارين، حيث أن إتفاق نتائج الإختبارين كان من شأنه أن يعزز من القيمة العيادية و العلمية لدراستنا، إلا أن عدم تمكننا كباحثة من هذه الأداة حال دون اللجوء إليها، و لهذا دعمنا عملنا العيادي مع الحالات بالمقابلة العيادية التي تعد أساس المنهج العيادي، فالإختبار النفسي ما هو إلا مقابلة عيادية مقننة في ظروف معينة على عينة من الأفراد بهدف وضع أداة عيادية موحدة لقياس ظاهرة معينة.

● لقد أجريت دراستنا على مجموعة بحث تضمنت أربعة حالات عيادية و هو عدد نرى أنه متواضع جدا بالمقارنة مع ما ترمي إليه دراستنا التي تركز على تفصي حقيقة المعاش النفسي الصدمي لخبرة الألم حيث كنا نهدف في البداية إلى إجراء دراسة عيادية مقارنة، حيث نقارن ما بين مجموعة بحث مكونة من أربعة حالات مصابة بالألم أسفل الظهر المزمنة في مقابل مجموعة مكونة من أربعة حالات لأشخاص لا يعانون

من أي مرض، و لكن بعد الإنطلاق في العمل مع المجموعة الأولى تبين لنا عدم القدرة على إجراء الدراسة مع كلا المجموعتين لسببين هما: أولاً قلة عدد أفراد المجموعتين الذي لا يسمح بإجراء المقارنة، و ثانياً مضي الزمن حيث كنا نسير برتم بطيء بسبب المدة الزمنية الطويلة التي تطلبها تحليل نتائج إختبار تفهم الموضوع، لهذا إقتصرتنا دراستنا على مجموعة الأشخاص المصابين بالأم أسفل الظهر إلا أننا نقول أن دراسة أربعة حالات عيادية - كما هو الحال في هذه الدراسة - من شأنه أن يوجهنا بشكل جيد و مقبول إلى حد ما نحو مجموعة من النتائج التي نهدف من خلالها إلى التركيز على تناول ظاهرة الألم في مظهرها النفسي، فمن خلال الدراسة العيادية لهذه الحالات لم نطمح مبدئياً للوصول إلى نتائج نستطيع تعميمها فيما بعد، بقدر ما تطلعنا إلى التركيز على دراسة الحالات كحالات فردية لها خصوصية تنعكس من خلال كيفية معاشة كل شخص لخبرة الألم كخبرة مميزة خاصة به بالرغم مما يجمع الحالات من نقاط مشتركة، و بعد ما توصلنا إليه من نتائج نتصور بأن دراستنا لعدد أكثر من الحالات العيادية كان من شأنه أن يعني من هذه النتائج، حتى أنه كان بالإمكان التوصل إلى نتائج أوسع أفقا مما هو بين أيدينا الآن.

✓ و في الأخير ننهي عملنا هذا بتقديمنا لمجموعة من التوصيات التي خرجنا بها في نهاية هذه الدراسة:

❖ التوصيات:

1. الأخذ بعين الإعتبار التقييم النفسي للمرضى الذين يعانون من آلام شديدة خاصة الآلام المزمنة و ذلك بالنظر إلى ما يمكن أن تتسبب فيه من إرتكاسات نفسية من شأنها أن تؤثر على إستجابة الشخص المريض للعلاج الطبي.

2. التفكير مستقبلاً في إنشاء مراكز أو وحدات صحية خاصة للتكفل الطبي النفسي بمشكلة الألم.

• البحوث و الدراسات المقترحة:

1. نرى أنه من المهم العمل على إعادة دراسة موضوع البحث الحالي بشكل دراسة مقارنة ما بين حالات لمرضى يعانون من الألم المزمن و حالات لأشخاص أصحاء، حيث نتوقع التوصل إلى نتائج أكثر مصداقية بالمقارنة مع نتائج الدراسة الحالية.

2. من خلال إطلاعنا على الكتابات و البحوث النفسية المخصصة لدراسة الألم كظاهرة نفسية لاحظنا أنها لم تفرق كثيراً بين الألم الحاد و الألم المزمن من حيث أثرهما الصدمي، ما يجعلنا نفكر في أهمية إجراء دراسة حول المعاش الصدمي للألم و ذلك بالمقارنة ما بين حالات الألم الحاد و حالات الألم المزمن.

3. إن نتائج البحث الحالي دفعتنا إلى التفكير في أهمية و دور التنظيم النفسي في تحديده لمعاش المرضى للألم، فهل يختلف معاش المرضى للألم باختلاف تنظيماتهم النفسية؟ و هل يرتبط المعاش الصدمي للألم بتنظيم نفسي معين؟

4. إن تجربتنا العيادية مع حالة "كاميليا" خلال هذا البحث دفعتنا إلى التساؤل حول كيفية معاشة الأشخاص ذوي التوظيفات الذهانية لخبرة الألم.



قائمة المراجع

❖ المراجع باللغة العربية:

✓ الكتب:

1. أرثر سي-غايتون و جوني هول: المرجع في الفيزيولوجيا الطبية. ترجمة صادق الهاللي. المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية للشرق المتوسط. 1997. ط 9.
2. بركات محمد خليفة: علم النفس العيادي. بيروت. دار العلم للملايين. 1984.
3. بشير معمريّة: القياس النفسي و تصميم الاختبارات النفسية. باتنة. جامعة العقيد الحاج لخضر. 2002. ط 1.
4. سعد عبد الرحمن: القياس النفسي. القاهرة. دار الفكر العربي. 1998. ط 3.
5. السيد محمد خيرى: الإحصاء النفسي. مصر. دار الفكر العربي. 1997.
6. شيلي تايلور: علم النفس الصحي. ترجمة وسام درويش بريك و فوزي شاكر طعمية داود. عمان. دار الحامد. 2008. ط 1.
7. عبد الرحمان سي موسى و رضوان زقار: الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق. الجزائر. جمعية علم النفس للجزائر العاصمة بمساهمة اليونيسيف. 2002. ط 1.
8. عبد الستار إبراهيم و عبد الله عسكر: علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي. مصر. مكتبة الأنجلو المصرية. 1999. ط 2.
9. عبد الكريم بوحفص: الإحصاء المطبق في العلوم الإجتماعية و الإنسانية. الجزائر. ديوان المطبوعات الجامعية. 2005.
10. عطوف محمود ياسين: علم النفس العيادي. بيروت. دار العلم للملايين. 1981. ط 3.
11. فؤاد البهي السيد: علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري. القاهرة. دار الفكر العربي. 2006.
12. فاخر عاقل: أسس البحث العلمي في العلوم السلوكية. بيروت. دار العلم للملايين. 1982.
13. فيصل عباس: أساليب دراسة الشخصية. بيروت. دار الفكر اللبناني. 1990. ط 3.
14. محمد شطوطي: منهجية البحث. الجزائر. دار مدني. 2003.
15. محمد مزيان: مبادئ في البحث النفسي والتربوي. وهران دار الغرب للنشر والتوزيع. 1999. ط 1.
16. معوض خليل مخائيل: القدرات العقلية. الإسكندرية. دار الفكر الجامعي. 2000. ط 2.
17. هيام رزق و معصومة علامة: كيف تحمي نفسك من آلام الظهر. مصر. دار الهدى. دسنة.
18. محمد أحمد النابلسي: الصدمة النفسية، علم نفس الحروب والكوارث. بيروت. دار النهضة العربية للطباعة و النشر و التوزيع. 1991. ط 1.

✓ المقالات:

1. شرفي محمد الصغير و جار الله سليمان: إضطرابات منظور الزمن في الصدمة النفسية. مجلة الآداب و العلوم الإجتماعية. العدد (10). 2009. جامعة فرحات عباس. سطيف. ص ص 12- 49.

❖ المراجع باللغات الأجنبية (الفرنسية و الإنجليزية):

✓ الكتب:

1. Alvin, P ; Marcelli,D : Médecine de l'adolescent. Paris. Masson. 2005.
2. Balestrière, L : Freud et la question des origines. Belgique de Boeck. 2008. 3^e éd.
3. Barrois, C : Les névroses traumatiques. Paris. Dunod. 1998. 2^e éd.
4. Beaulieu, P : Pharmacologie de la douleur. Canada. Les presses de l'université de Montréal. 2005.
5. Ben Soussan, P ; Dudoit, E : Les souffrances psychologiques des malades du cancer. Paris. Springer. 2009.
6. Bertrand, M : La pensée et le trauma. Paris. L'Harmattan.1990.
7. Bertrand, M : Pour une clinique de la douleur psychique. Paris. L'Harmattan. 1996.
8. Bioy, A ; Bourgeois, F; Negre, I : Communication soignant- Soigné. France. Bréal. 2003
9. Boucher, y ; Pionchon, P : Douleurs orofaciales. France. Cdp. 2006.
10. Boureau, F : Pratique du traitement de la douleur. Paris. Institut UPSA de la douleur. 2006.
11. Bourgeois, P : Epidémiologie de la lombalgie. in Rozenberg, S. et al. La douleur lombaire. Paris. Institut UPSA de la douleur. 2001.
12. Bouvard, M ; Cottraux, J : Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie. Paris. Masson. 2010. 5^e éd.
13. Brasseur, L : Traitement de la douleur. Paris. Dion.1997.

14. Brocq, H : Facteur de vulnérabilité psychique chez le patient douloureux chronique. in Allaz, A.F. Aspects psychologiques de la douleur chronique. Paris. Institut UPSA de la douleur. 2007.
15. Burloux, G : Le corps et sa douleur. Paris. Dunod. 2004.
16. Celestin-Lhopiteau, I ; Thibault-Wanquet, P : Guide des pratiques psychocorporelles. Paris. Masson. 2006.
17. Chemla, P : Actualité du trauma. Toulouse. Éres. 2002.
18. Chorfi, M.S ; Mezhoud, N : Les réactions post traumatique chez les adolescents, cas du séisme de Boumerdès. Constantine. Université Mentouri. 2005.
19. Ciroce, C : Psychanalyse de l'art symboliste pictural. Seyssel. champ Vallon 2004.
20. Constantin, A ; Lazorthes, y : La lombalgie chronique. in Rozenberg, S. et al. La douleur lombaire. Paris. Institut UPSA de la douleur. 2001.
21. Crocq, L ; et al : Traumatismes psychiques. Paris. Masson. 2007.
22. Crocq, L ; Vitry, M : Prise en charge psychologique des enfants traumatisés par la violence liée au terrorisme . Algérie. Institut Pasteur en coopération avec UNICEF. 2000.
23. Crocq, L : Les traumatismes psychiques de guerre. Paris. Odile Jacob.1999.
24. Darves-Bornoz, J.M : Syndromes traumatiques du viol et de l'inceste. Paris. Masson.1996.
25. De Broca, A : Douleurs, soins palliatifs, deuils. Paris. Masson. 2005 . 2^e éd.
26. De Clercq, M ; Lebigot, F : Les traumatismes psychique. Paris . Masson. 2001.
27. Defontaine-Catteau, M.C : Douleur aspects liés au traumatisme. in Allez, A.F. et al. Aspects psychologiques de la douleur chronique. Paris. Institut UPSA de la douleur. 2007.
28. Delorme, T. et al : Recommandation pour la pratique clinique. Paris Institut national du cancer. 2003.

29. Dument, N ; Broyer, G : Clinique du corps. Lyon. Presses universitaires. 2002.
30. Duplan, B ; Marty, M : Bien soigner le mal de dos. Paris. Odile Jacob. 2001.
31. Durand, M.V ; Barlaw, D.H : Psychopathologie. Belgique. De Boeck. 2002. 2^e éd.
32. Ferragut, E : La dimension de la souffrance chez le malade douloureux chronique. Paris. Masson. 1995.
33. Ferragut, E ; et al : La dimension de la souffrance en psychosomatique. Paris. Masson. 2000.
34. Ferragut, E ; et al : Le corps dans la prise en charge psychosomatique. Paris. Masson. 2003.
35. Freud, S : Trois essais sur la théorie de la sexualité. Paris. Gallimard.1987. 3^e éd.
36. Gannagé, M : L'enfant, les parents et la guerre. France. ESF. 1999.
37. Garland, C : Comprendre le traumatisme. Traduit par Loncelle, M.J. Genève. Hublot. 2001. 1^{re} éd.
38. Gori, R : Le corps exproprié. in Ben Soussan, P. Le cancer approche psychodynamique chez l'adulte. Ramonville St Agne. Éres. 2004.
39. Guignery-Debris, H : Urgences - Réanimation. Paris. Estem. 2002.
40. Karkowski, I. et al : Douleur et cancer. Paris. Institut national du cancer. 2007.
41. Kotobi, H : Qu'est - ce que la douleur ?. Paris. L'Harmattan. 2009.
42. Laplanche, J ; Pontalis, J.B : Vocabulaire de la psychanalyse. Paris. PVF. 2007.
43. Laufer, L ; Douville, O : Penser, rêver, créer, Paris. L'Harmattan. 2004.
44. Le Breton, D : Anthropologie de la douleur. Paris. Métailité. 2006.
45. Le Roux, P : De l'insignifiance. France. Université de Saint Etienne. 1990.
46. Lebigot, F : Le traumatisme psychique. in Ferragut, E. Emotion et traumatisme. Paris. Masson. 2005.

47. Lebigot, F : Le traumatisme psychique. in vaika, G. et al. Psycho traumatismes. Paris. Masson. 2005.
48. Lebigot, F : Le traumatisme psychique. Paris. Dunod. 2006.
49. Leo, R.J : Clinical manual of pain management in psychiatry. London. American psychiatric publishing INC. 2007.
50. Loo. H ; Gallarda, T : Troubles dépressifs et personnes âgées. Paris. John Libbey Eurotext. 2000.
51. Matillon, Y : Diagnostic, Prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Paris. Agence Nationale d'Aceréditation et d'Evaluation en santé. 2000.
52. Mavrikakis, C : Condamner a mort. Montréal. PUM. 2005.
53. Morasz, L : L' infirmier (e) en psychiatrie. Paris. Masson. 2004.
54. Morel, D : Cancer et psychanalyse. Paris. Belfond. 1984.
55. Pardinielli, J.L : Du travail de maladie. Sillage. Delcourt. Tome 5. 1990.
56. Périer, M ; Fondras, j.C : Soins palliatifs. Paris. Dion. 2004.
57. Queneau, P ; Osterman, G : Soulager la douleur. Paris. Odile Jacob. 1998.
58. Richard, J.T : Que reste - t - il de l'amour après Freud. Paris. L'Harmattan. 1997.
59. Sauvagnat, F : Le Trauma psychique: questions cliniques, étiques et politiques. Paris. L'Harmattan. 2008.
60. Schotte, J : Le contact. Belgique. De Boeck. 1990.
61. Sebag-Lanoe, R ; Wary, B : La douleur des femmes et des hommes âgés. Paris. Masson. 2002.
62. Serra, E : Douleur et psychiatre : les principaux syndromes. in Allaz, A.F. et al. Aspects psychologiques de la douleur chronique. Paris. Institut UPSA de la douleur. 2007.
63. Shentoub, V : Manuel d'utilisation du T.A.T approche psychanalytique. Paris. Demot.1990.

64. Tremblay, L.E. et al : Répertoire des outils d'évaluation en français pour la réadaptation. Canada. RIFSSSO et Ottawa. 2004.

المقالات ✓

1. Barbier, A : Réflexions sur la place de la douleur dans la théorie psychanalytique. Revue française de psychanalyse . 1991. Tome 55. N°4. pp 801-817.

2. Chorfi, M.S : Les mécanismes de défense face a l'expérience post-traumatique. Revue science Humaines. 2008. N°29. pp 33-37.

3. Defontaine-Catteau, M.C : Douleur et répétition. Douleur et Analgésie 1999. N°1. pp 11-17.

4. Febo, F : Douleur physique et souffrance psychique : quel rapport ?. CAIRRN. INFO. 2004. Vol.2. N°23. pp 25-33.

5. Fin, A : La maladie organique et ses remaniements psychique. Revue française de psychosomatique. 1994. N°5. pp 65-73.

6. Fournié, B: Lombalgie chronique. L'observatoire du mouvement. 2009. N°31. pp1-12.

7. Gimenez, G ; Pardinielli, J.L : Douleur halluciné, douleur non perçue dans la psychose. Douleur et Analgésie. 2001. N°2. pp113-122.

8. Mazzocato, C ; David, S : L'évaluation de la douleur. Guide des soins palliatifs. 2008. N°2. pp1-24.

9. Panaccio, M : Le concept de trauma chez Freud. Revue québécoise de psychologie. 2002. Vol.23. N°3. pp 155-164.

10. Pardinielli, J.L ; Rouman, G : Douleur et traumatisme: lecture psychanalytique. Douleur et Analgésie. 1997. N°3. pp 95-100.

11. Petiau, A : Douleur, mémoire familiale, et traumatisme une histoire en deux temps. CAIRN.INFO. 2006. Vol.1. N°36. pp 33-46.

12. Poiraudau, S. et al : Lombologies. Encyclopédie Médico-chirurgicale. 2004. N°3. pp1-16.

13. Scarfone, D : Traumatisme, mémoire et fantasme : la réalité psychique. Érudit. 1996. vol.21. N°1. pp163-176.

✓ رسائل الماجستير وأطروحات الدكتوراه:

1. Benaissa, F : La transmission intergénérationnelle du psycho traumatisme liée a la violence. Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme du magister en psychologie clinique. 2009. Université Mentouri de Constantine.

2. Beuchon, L : Prise en charge spécifique de patients lombalgiques chroniques, avec ou sans radiculaire, a l'hôpital rhumatologique d'Uriage. Thèse présentée pour l'obtention du doctorat. 2009. Université Joseph Fourier de Grenoble.

3. Boussafsaf, Z : Les représentations sociales de la violence chez les adolescents victimes du terrorisme. Mémoire en vue d'obtention de magister en psychologie clinique. 2007-2008. Université frères Mentouri de Constantine.

4. Cochinaire, J.P : Importance des facteurs sociaux, culturels et religieux dans la perception, l'interprétation et la réponse a la douleur chronique non cancéreuse de l'adulte. Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine. 2009. Université Henri Poincaré. Nancy 1.

5. Colin, V : Psycho dynamique de l'errance, traumatisme, fantasme originaire et mécanisme de périphérisation topique. Thèse de doctorat en psychologie. 2002. Université de lumière Lyon.

6. Diagne, S : Evaluation et prise en charge des douleurs post-opératoires en chirurgie buccale. Thèse pour obtenir le grade de docteur en chirurgie dentaire. 1998. Université Cheikh anta diop de DAKAR.

7. Jolly, A : Stress et traumatisme approche psychologique de l'expérience de l'expérience d'enseignants victimes de violence. Thèse pour obtenir le grade de docteur. 2002. Université de Reims champagne Ardenne.

8. Le Goff, I : Passage a l'acte et angoisse et angoisse paroxystique : interrogation psycho-criminologique. Thèse de doctorat en psychologie. 2009. Université Rennes 2.

9. Maiga, M : Douleur post-opératoire : prise en charge dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique. Thèse pour obtenir le grade de docteur en pharmacie. 2005. Université de Bamako.

10. Zaré-Baw-ami, F : La douleur chronique et l'angoisse d'anéantissement : la signification primitive de souffrance. Thèse présentée pour obtenir le grade de docteur en psychologie. 2006. Université Québec a Montréal.

المواقع الإلكترونية: ✓

1. El Maghraoui, A : Lombalgie ou mal de dos. de <http://www.rhumato.info> (page consulté le Aout 2011).

2. Faure, J ; Hanquet, P : Souffrance et plainte chez le patient adulte drépanocytaire en crise douloureuse. Paris. 2008 de <http://www.uraca.org> (page consulté le 22 Mais 2011).

3. Faure, J ; Romero, M : Retentissement psychologique de la drépanocytose. Paris. 2003 de <http://www.uraca.org> (page consulté le 20 Mais 2011).

4. Husson, M.C : Traitement de la douleur. Revue d'évaluation sur le médicament. 2000 de <http://www.cnhim.org> (page consulté le 19 Avril 2011).

5. Luce, A : Le corps et sa douleur. De <http://www.analyse-integrative-re.com> (page consulté le 23 Mais 2011).

6. Perrin, A.M : Quelques traces ... la douleur comme expérience somatio-psychique. 2010 de <http://www.psychu.univ-lyon2>. (page consulté le 02 Septembre 2010).

7. Renouvel, F ; Panel, P : Scores et échelles de la douleur revue bibliographique. in Extrait des mises a jour en gynécologie médicale. 2005 de <http://ww.cngof.asso.fr> (page consulté le 11 Avril 20011).

8. Truchon, M ; Fillion, L : Les déterminants biopsychosociaux de l'incapacité chronique liée aux lombalgies. Etudes et Recherches. 2010 de <http://www.irsst.qc.ca> (page consulté le 12 Février 2011).



الملحق رقم (01): دليل المقابلة

المحور الأول: تاريخ الحياة الشخصية

- أهدرلي على حياتك ملي كنت صغير حتى لدورك؟
- أو عايلتك؟ داركوم؟
- أو قرابتك، خدمتك؟

المحور الثاني: تاريخ المرض (آلام أسفل الظهر المزمنة)

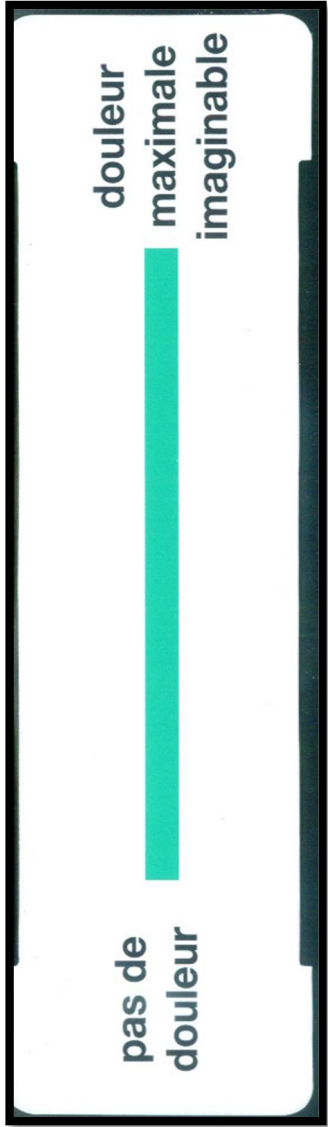
- وقتاش بذاك المرض؟
- كيفاش حتى بديت تعالج عليه؟

المحور الثالث: معايشة الألم

- تقدر تهدرلي على أول مرة بذاك فيها السطر؟
- كيفاش حتى يعاودلك السطر؟
- كيفاش تحس بروحك كلما يعاودلك السطر؟
- جربت سطر كيما هذا من قبل؟
- وش يعنيلك السطر؟
- كيفاش تشوف حياتك قبل ما يظهرلك السطر او دوركا؟
- و اليوم كيفاش راك عايش حياتك مع السطر (علاقاتك، العمل، الدراسة، الأكل، النوم، الحياة الجنسية)؟
- كيفاش تشوف مستقبلك منا للقدام.

الملحق رقم (02): سلم الألم EVA

الوجه الذي يعرض على المفحوص



الوجه الخاص بالفاحص



الملحق رقم (03): سلم الألم QDSA الصيغة الفرنسية

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots utilisés par certaines personnes pour décrire une douleur. Afin de préciser la douleur que vous ressentez en général, entourez les mots les plus exacts pour décrire votre douleur et donnez-leur une note de 0 à 4 à l'aide du tableau ci-dessous.

- 0 absent ou pas du tout
1 faible ou un peu
2 modéré ou moyennement
3 fort ou beaucoup
4 extrêmement fort ou extrêmement

A		E		K	
Battements	<input type="checkbox"/>	Tiraillement	<input type="checkbox"/>	Nauséuse	<input type="checkbox"/>
Pulsations	<input type="checkbox"/>	Etirement	<input type="checkbox"/>	Suffocante	<input type="checkbox"/>
Elancement	<input type="checkbox"/>	Distension	<input type="checkbox"/>	Syncopale	<input type="checkbox"/>
En éclair	<input type="checkbox"/>	Déchirure	<input type="checkbox"/>		
Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	Torsion	<input type="checkbox"/>	L	
Coups de marteau	<input type="checkbox"/>	Arrachement	<input type="checkbox"/>	Inquiétante	<input type="checkbox"/>
				Oppressante	<input type="checkbox"/>
B		F		Angoissante	<input type="checkbox"/>
Rayonnante	<input type="checkbox"/>	Chaleur	<input type="checkbox"/>		
Irradiante	<input type="checkbox"/>	Brûlure	<input type="checkbox"/>	M	
				Harcelante	<input type="checkbox"/>
C		G		Obsédante	<input type="checkbox"/>
Piqûre	<input type="checkbox"/>	Froid	<input type="checkbox"/>	Cruelle	<input type="checkbox"/>
Coupure	<input type="checkbox"/>	Glace	<input type="checkbox"/>	Torturante	<input type="checkbox"/>
Pénétrante	<input type="checkbox"/>			Supplicante	<input type="checkbox"/>
Transperçante	<input type="checkbox"/>	H			
Coups de poignard	<input type="checkbox"/>	Picotements	<input type="checkbox"/>	N	
		Fourmillements	<input type="checkbox"/>	Gênante	<input type="checkbox"/>
D		Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	Désagréable	<input type="checkbox"/>
Pincement	<input type="checkbox"/>			Pénible	<input type="checkbox"/>
Serrement	<input type="checkbox"/>	I		Insupportable	<input type="checkbox"/>
Compression	<input type="checkbox"/>	Lourdeur	<input type="checkbox"/>		
Ecrasement	<input type="checkbox"/>	Sourde	<input type="checkbox"/>	O	
En étai	<input type="checkbox"/>	Engourdissement	<input type="checkbox"/>	Enervante	<input type="checkbox"/>
Broiement	<input type="checkbox"/>			Exaspérante	<input type="checkbox"/>
		J		Horripilante	<input type="checkbox"/>
		Fatigante	<input type="checkbox"/>		
		Epuisante	<input type="checkbox"/>	P	
		Ereintante	<input type="checkbox"/>	Déprimant	<input type="checkbox"/>
				Suicidaire	<input type="checkbox"/>

الملحق رقم (04): سلم قياس الألم QDSA الصيغة المترجمة إلى العربية

سوف تجد في الأسفل قائمة للكلمات التي يستخدمها بعض الأشخاص لوصف الألم، و لتحديد نوع الألم الذي تحس به بشكل عام (منذ الأيام الثمانية الأخيرة) أجب بوضع علامة x أمام الإجابة الصحيحة. إختار الكلمات المناسبة لوصف ألمك و أعطها نقطة من 0 إلى 4 بمساعدة الجدول الموجود في الأسفل.

أ	ب	ج	د
<input type="checkbox"/> خفقان	<input type="checkbox"/> بريق	<input type="checkbox"/> يلسع	<input type="checkbox"/> قرص
<input type="checkbox"/> إهتراز	<input type="checkbox"/> إنتشار	<input type="checkbox"/> تقطع	<input type="checkbox"/> شد
<input type="checkbox"/> نخر		<input type="checkbox"/> مخترق	<input type="checkbox"/> إنضغاط
<input type="checkbox"/> خاطف		<input type="checkbox"/> نافذ	<input type="checkbox"/> سحق
<input type="checkbox"/> تفريغ كهربائي		<input type="checkbox"/> طعنة سكين	<input type="checkbox"/> عصر
<input type="checkbox"/> ضربة مطرقة			<input type="checkbox"/> طحن
ع	و	ز	ط
<input type="checkbox"/> مغص	<input type="checkbox"/> حرارة	<input type="checkbox"/> برودة	<input type="checkbox"/> خدر
<input type="checkbox"/> تمدد	<input type="checkbox"/> حريق	<input type="checkbox"/> جامد	<input type="checkbox"/> ثقل
<input type="checkbox"/> إنتفاخ			<input type="checkbox"/> خافت
<input type="checkbox"/> تمزق			
<input type="checkbox"/> برم			
<input type="checkbox"/> قلع			
ك	ل	م	ن
<input type="checkbox"/> مقبى	<input type="checkbox"/> محير	<input type="checkbox"/> مونتر	<input type="checkbox"/> مزعج
<input type="checkbox"/> خانق	<input type="checkbox"/> مضايق	<input type="checkbox"/> ملح	<input type="checkbox"/> مقرز
<input type="checkbox"/> مغمي	<input type="checkbox"/> مفلق	<input type="checkbox"/> قاس	<input type="checkbox"/> شاق
		<input type="checkbox"/> معذب	<input type="checkbox"/> غير محتمل
		<input type="checkbox"/> قاهر	
ي	ش		
<input type="checkbox"/> منعب	<input type="checkbox"/> محيط		
<input type="checkbox"/> منهك	<input type="checkbox"/> إنتحاري		
<input type="checkbox"/> مرهق			

* غائب أو لا يوجد نهائيا.
* 1 ضعيف أو قليل.
* 2 معتدل أو متوسط.
* 3 قوي أو كثير.
* 4 في غاية القوة أو أقصى حد.

(www.antalvite.fr)