جامعة مولود معمري – تيزي وزو – قطب تامدا
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

الإنتاج الاسقاطي لدى المختص في الطب العقلي المتميز بدرجة التعاطف منخفضة دراسة عيادية من خلال اختبار الرورشاخ

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر تخصص علم النفس العيادي

– من إعداد الطالبتين:
إزوين صارة
بويحياوي سيريا

– تحت إشراف البروفسور:
حداد نسيمة

السنة الجامعية 2022 – 2023

الفهرس

العنوان	الصفحة
كلمة شكر و تقدير	
الإهداء	
فهرس الجداول	
ملخص الدراسة باللغة العربية	
ملخص الدراسة باللغة الفرنسية	
مقدمة	أ
الفصل الأول : الإطار العام للإشكالية البحث	
I- الإشكالية	4
1-فرضية البحث	5
2 - -أسباب إختيار الموضوع	5
3 -هدف من البحث	6
4-أهمية الموضوع	6
5-تحديد مفاهيم البحث اجرائيا	7
6-دراسات سابقة	8

الجانب النظري	
الفصل الثاني :التعاطف	
تمهيد	11
1-تعريف التعاطف	11
2-عناصر التعاطف الثلاث الأساسية	13
3-التعاطف و المفاهيم ذات صلة	13
4-مكونات التعاطف الوجداني	15
5-الأسس اللازمة لتحقيق التعاطف الوجداني لدى المرشد النفسي	16
6-مكونات التعاطف	20
7-ابعاد التعاطف	21
8-التعاطف و العلاقة العلاجية	22
9-النظريات المفسرة للتعاطف	26
خلاصة	26
الفصل الثالث : الإنتاج الإسقاطي	
تمهيد	28
1-تعريف الاسقاط	28
2-تعريف الإنتاج الاسقاطي	28

3-خصوصية الوضعية الاسقاطية	**30**
4-اهداف الفحص الاسقاطي	**31**
خلاصة	**32**
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع :إجراءات منهجية البحث	
تمهيد	**35**
1 - الدراسة لاستطلاعية	**35**
2- خصائص العينة توزيع الموظفين الذين تمت مقابلتهم حسب المصلحة	
3 – استمارة الموافقة	**37**
4- خصائص السيكومترية (الصدق والثبات) (التعاطف)	**53**
5 – منهج البحث	**53**
6-مجموعة البحث	**54**
7-أدوات البحث	**55**
8– كيفية تحليل المعطيات	**62**
خلاصة الفصل	**62**
الفصل الخامس :عرض و مناقشة الحالات	
تمهيد	**64**

1 – عرض الحالات	64
1 – 1 عرض حالة "ك"	71
1 – 2 – عرض حالة "ب"	71
2_استنتاج عام	80
خلاصة الفصل	81
خاتمة	82
قائمة المراجع	
الملاحق	

فهرس الجداول		
رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
رقم 01	مكونات مورس وزملائه للتعاطف	21
رقم 02	احصائيات حالات الأطباء في تخصص الطب العقلي المتواجد في مؤسسة فرنان حنافي:	36
رقم 03	توزيع الموظفين الذين تمت مقابلتهم حسب المصلحة	37
رقم 04	توزيع العينة حسب الجنس	38
رقم05	بروتوكول تمرن الرورشاخ لحالة "ليلية"	47
رقم 06	سيكو غرام لحالة" ليلية "	50
رقم 07	يوضح نسبة ثبات مقياس التعاطف	53
رقم 08	توزيع العينة حسب العمر	54
رقم09	بروتكول إختبار الرورشاخ لحالة "ك"	64
رقم 10	سيكوغرام لحالة "ك":	67
رقم11	بروتكول إختبار الرورشاخ الحالة "ب"	72
رقم12	سيكوغرام لحالة "ب":	75
رقم13	استنتاج عام	80

ملخص الدراسة :

هدفت هذه الدراسة لتناول الإنتاج الاسقاطي لدى المختص في الطب العقلي المتميز بدرجة التعاطف منخفضة، و للتحقق من الفرضية ، إستخدمنا المنهج العيادي وشملت مجوعة بحث الدراسة على عشر(10) متخصص في المؤسسة الاستشفائية فرنان حنافي بواد عيسي ، مختصين في الطي العقلي، و اعتمدنا على مقياس (Jefferson Scale of Physician's Empathy,Hojat,2002)، للتعاطف الذي ترجمه و كيفه زناسني و آخرون (Zenasni et al. 2012) قمنا بفرز المعطيات فأخذنا حالتين منهم من المتميزين بدرجة منخفضة حسب نتائج المقياس ، بعدها قمنا بتطبيق اختبار الرورشاخ و دليل المقابلة على الحالتين والتي يتراوح سنهم بين43و45 سنة . توصلنا من خلال هذا العمل إلى عدة نتائج من بينها أن المتخصصين في الطب العقلي المتميزون بصورة التعاطف هشة ومضطربة مما قد يعرقل طبيعة العلاقة العلاجية لديهم.

الكلمات المفتاحية : المختص في الطب العقلي– صورة التعاطف – الإنتاج الاسقاطي.

Résumé:

Cette étude visait à aborder la production projective d'un spécialiste en médecine mentale qui se distingue par un faible degré d'empathie. Pour vérifier l'hypothèse, nous avons utilisé l'approche clinique. Le groupe de recherche de l'étude comprenait dix (10) spécialistes de l'établissement hospitalier, Fernan Hanafi Bouad Issa, spécialiste du développement mental, et nous nous sommes appuyés sur l'échelle d'empathie du médecin de Jefferson (Hojat, 2002), traduite et adaptée par Zenasni et al. (2012). Nous avons trié les données et pris deux cas. d'entre eux qui avaient un score faible selon les résultats de l'échelle. Nous avons ensuite appliqué le test de Rorschach et le guide d'entretien. Dans les deux cas, leurs âges varient entre 43 et 45 ans. Grâce à ce travail, nous sommes parvenus à plusieurs résultats, notamment que les professionnels de la santé mentale qui ont une image d'empathie sont fragiles et perturbés, ce qui peut entraver la nature de leur relation thérapeutique.

Mots clés : Empathie ,psychiatre, l'image empathique, production projective .

كلمة شكر وتقدير

الحمد لله الذي تتم بحمده النعم والشكر والصلاة والسلام على نبينا وحبيبنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

نتقدم بخالص الشكر إلى من تقتصر كل كلمات الشكر والثناء على الوفاء بحقها إلى أستاذتنا الفاضلة البروفسور المحترمة: "حداد نسيمة" المشرفة على هذا البحث لها الشكر على ما منحتنا إياه من وقت وجهد والتي لم تبخل علينا بنصائحها وتوجيهاتها القيمة طيلة إنجازها البحث...

شكرنا الجزيل لطقم المؤسسة الاستشفائية الأمراض العقلية للطب العقلي

" فرنان حنافي" بواد عيسي - تيزي وزو.

إزوين و بويحياوي

إهداء

أهدي هذا العمل إلى:

أغلى وأعز ما في الوجود والدي العزيزين حفظهما الله.

إلى أخواتي :آمال، مريم، ليديا وابنته وردية - أية

إلى أجدادي رحمة الله عليهم

إلى عائلتي الثانية أبوي الكرام

زوجي وأخته وأخواته

كما أقدم اهداء خاص إلى كل أساتذة قسم علم النفس بجامعة تيزي وزو دون أن أنسى بالذكر الأستاذة والدكتورة التي أشرفت وتابعتني خلال إعداد هذا العمل البروفسور المحترمة "حداد نسيمة"

إلى الاتحادية الجزائرية للفوفيتنام،

إلى مديرية الرياضة والشباب لولاية تيزي وزو..

إلى الجمعيات التي أنتمي إليها ...

إلى من يجمع بين سعادتي وحزني إلى من أتمنى أن أذكرهم.

كل رفقاء الدرب،

وإلى كل محبي المطالعة ...

إليك أنت عزيزي الطالب المستفيد من هذا البحث.

صارة.

الإهداء

إلى والدي العزيزين جدا ييما وفافا Vava akked yemma ، مهما فعلت ومهما قلت، لا أستطيع أن أشكركما بشكل صحيح.

دعمكم وحضوركم وحنانكم وتشجيعكم وإحسانكم يرشدني، كان وجودكم بجانبي دائمًا مصدر قوتي في مواجهة الصعوبات والعقبات، وامتناني ومحبتي لكم.

إلى جدتي وردية حفظك الله وأدام عليك الصحة.

إلى أختي الصغيرة أنابيس وإخوتي، وإلى صديقتي المفضلة ميرندا التي أحبها بشكل خاص، أشكركم على ثقتكم بي، شكرًا لكم على دعمكم وحضوركم.

إلى جميع أفراد عائلتي، الذين أقدرهم كثيرًا والذين سأفتخر بالانتماء إليهم إلى الأبد، أحبكم من أكبرهم إلى أصغرهم.

لأصدقائي، شكرًا لكونكم جزءًا من حياتي، من حياتي اليومية، جلبتم لي السعادة والضحك ودموع الفرح...، شكرا على كل هذا.

سيريا.

المقدمة:

يتعرض الانسان يوميا الى الاحتكاك بمواقف الناس التي تجعله في وضعية التعاطف، في جميع أماكن تواجده بشكل عام، فمثل ذلك في المدرسة المعلم مع التلميذ الغبي، في الحافلة شاب مع العجوز يشكي حزنه، الصحي على المريض الذي يشكي ألمه. وبشكل خاص الطبيب المختص في الطب العقلي على المرضى.

التعاطف يعني القدرة على فهم ما يشعر به الآخرون ورؤية الأمور من منظورهم وليس من منظور شخصي، إضافة إلى القدرة على وضع النفس في موقفهم والشعور بما يشعرون به، وبمعنى آخر فإن التعاطف هو قدرة الشخص على تصور نفسه مكان الآخر الذي يعاني والشعور بالتعاطف مع ما يمر به، ومن الجدير بالذكر أنَّ التعاطف أمر لا يستطيع الجميع فعله، لأنه يتطلب الدخول إلى أعماق الآخرين والشعور بهم، والتعاطف في علم النفس يرقى بالإنسان ويجعله محبوبًا من قِبل الناس، فهو من الصفات التي تساعد الإنسان على تكوين علاقات ناجحة مع الجميع، سواء في محيط الأسرة أو العمل أو غير ذلك، كما أن الافتقار إلى التعاطف يدل على وجود اضطراب في الشخصية، فتكون الشخصية غير المتعاطفة عدائية ونرجسية.

وهناك مجموعة من العلامات التي تدل على أن الشخص يمتلك صفة التعاطف، وفيما يأتي ذكر بعض منها القدرة على الاستماع جيدًا إلى الآخرين وبإنصات تام ، رغبة الآخرين بالتحدث إلى الشخص المتعاطف وإخباره بمشاكلهم وما يعانونه في حياتهم، القدرة على معرفة ما يشعر به الآخرون حتى دون أن يتحدثوا ، لجوء الناس إلى المتعاطف لأخذ رأيه ومشورته في أمور تخصهم ،الشعور بالإرهاق والحزن والتعب من الأحداث المأساوية التي يراها ويسمعها ، الرغبة الشديدة في مساعدة الآخرين وتخليصهم من معاناتهم، القدرة على معرفة الصادقين من غيرهم، مواجهة صعوبة في وضع الحدود بالعلاقات مع الآخرين.

كما توجد ثلاثة أنواع للتعاطف ويمكن ذكرها ، التعاطف العاطفي وهذا النوع يعني القدرة على تفهم مشاعر الآخرين والاستجابة لها بطريقة مناسبة، ويؤدي هذا النوع غالبًا إلى الخوف على مشاعر الآخرين والقلق على سعادتهم واستقرارهم.

التعاطف الجسدي هذا النوع من التعاطف يتضمن ردود فعل جسدية تكون استجابة لما يشعر به الآخرون ويعانون منه، ومثال ذلك احمرار الخدين والشعور باضطراب في المعدة عند رؤية شخص ما يتعرض للإحراج.

التعاطف المعرفي هو القدرة على فهم الحالة العقلية للآخرين وما قد يفكرون فيه استجابة للمواقف، وفي علم النفس يسمى نظرية العقل أو التفكير فيما يفكر فيه الآخرون.

شملت الدراسات 371 طالبا وأكدت نتائج هذه الدراسة ارتباط التعاطف وبتقدير القدرات القدرة العيادية ويوجد أيضا دراسة أخرى من جامعة "حفرسون" من منطقة بارما بتقديم العشرات الصحبة البحثية لفحص الطب. بمستويات متفاوتة من قدرة على ملاحظة وتفهم مشاعر مرضهم، شملت 250طبيب، يعالجون 21 ألف مريض من بينهم مرضى مصابون بالداء السكري ومضاعفاته فالعلاقة بين علاج وقدرة على تفهم المريض مهمي جدا لنتائج المتوصل إليها.

سنقدم فيما يلي خطة البحث التي تتمثل في جانبين نظري وتطبيقي. فالجانب النظري يتضمن ثلاثة فصول:

- فصل الإطار العام لإشكالية البحث: الذي تم التطرق فيه الى الإطار العام لإشكالية، تساؤل الدراسة والفرضية، الهدف من البحث، سبب اختيار الموضوع ،أهمية الموضوع، تحديد المفاهيم إجرائيا.
- الفصل الأول: تحت عنوان الإنتاج الإسقاطي والذي يتضمن تعريف الاسقاط، الإنتاج الاسقاطي
- الفصل الثاني: تحت عنوان التعاطف
- الفصل الثالث: فصل إجراءات منهجية البحث.
- الفصل الرابع: عرض الحالات ومناقشة فرضية البحث بعده تأتي الخاتمة، قائمة المراجع والملاحق.

الفصل الأول

(الإطار العام لإشكالية البحث)

I. الإشكالية.

1- فرضية البحث.

2-الهدف من البحث.

3-أسباب اختيار الموضوع.

4- أهمية الموضوع.

5- تحديد مفاهيم البحث إجرائيا.

6-الدراسات السابقة

I. الإشكالية :

تتسم الاختبارات الإسقاطية باتجاه كلي شمولي يركز الانتباه على صورة كلية عن الشخصية بكاملها أكثر من قياس سمات منفصلة عن بعضها ،وكذلك تكشف الاختبارات الاسقاطية عن الجوانب اللاشعورية الكامنة وكلما كانت مادة الاختبار غير محددة البناء ،كلما كان الاختبار أكثر حساسية للمحتويات الدفينة ،كما أشير إلى ان معظم الأساليب الاسقاطية تمثل وسائل فعالة لإذابة الجليد خلال الاتصالات التمهيدية بين الفاحص و المفحوص، فالأساليب الاسقاطية تميل إلى تحويل انتباه الفرد بعيدا عن نفسه وبذلك مخفض القابلية للمقاومة كما تفيد بوجه خاص في التواصل مع الفاحص حسب أنستازي.**(أسامة فاروق مصطفى 2011ص75)**.

يعتبر الاسقاط من الآليات الدفاعية التي قد يلجا إليها الفرد لإلحاق معانته وجوانب ضعفه و عدوانيته بالأخرين ،فمن خلال الإسقاط يحكم الفرد على الاخرين من خلال ذاته ،فهو عملية يقلل الفرد من خلالها من توتراته التي قد تنتج عن الشعور و بالإحباط و إنكار وجدان مرفوض في الذات و إلحاقه بالغير وبالعالم الخارجي مما يتيح له عدم التعرف عليها في ذاته.**(سي موسي،زقار،2002،ص23)**.

يعرف **معجم مصطلحات التحليل النفسي الاسقاط** على أنه العملية التي تنبذ فيها الشخص من ذاته بعض الصفات والمشاعر والرغبات تحقيق بعض الموضوعات التي يرفضها ولا يتقبلها في الوضعية الإسقاطية على الاخر سواء كان هذا الأخير شخصا أو شيئا.

والإنتاج الاسقاطي يعطي لنا صورة على الواقع الوجداني الداخلي الذي يضيفه الشخص على المادة المقدمة له ويقصد به مجموعة الإجابات وفي اختبار الرورشاخ على شكل بروتكولات من طرف المفحوص استجابة لتعليمة خاصة بالاختبار، وكل العناصر تتضمنها وضعية التطبيق الاختبار من استجابات حركية وملاحظات وانتقادات و ايماءات و طلب استفسارات و إضافات **(سي موسى، زقار2002،ص34)**.

حسب غنيم (1975): الاختبارات الاسقاطية على أنها وسيلة غير مباشرة للكشف عن شخصية الفرد ولمادة الاختبار من خصائص المتميزة ما يجعلها مناسبة لان يسقط عليها الفرد حاجته ودوافعه ورغباته وتفسيراته الخاصة دون ان يفطن لما يقوم به من تفريغ وجداني **(فيصل عباس2001،ص88)**.

تسمح المادة المحصل عليها من خلال التقنيات الإسقاطية من فهم نوعية العلاقة مع الواقع وفي نفس الوقت بالوقوف على إمكانية الفرد لإدماج واقعه النفسي في نظامه الفكري إذ يجد هذا الأخير نفسه أمام

ضغوط داخلية وخارجية تبين لنا كيف يواجه عالمه الداخلي ومحيطه الخارجي.
(D .Anzieu,C .Chabert,1987 ,p25 ,p26) و إعطاء الصورة الواقع الوجداني الداخلي هي وسيلة جدة ضرورية و خاصة في القطاع الخدمات الصحية فتعتبر المستشفى عمود الفقري لاي نظام صحي و خاصة مستشفيات الطب العقلي من الأكثر المؤسسات حساسية و خاصة في الاواني الأخيرة بعد فيروس كوفيد 2019 و أيضا حرائق 2022 ارتفع نسبة المرضى و هذا مايؤدي للاخصائي الطب العقلي للتقديم خدمات ذو جودة عالية لكن الواقع لم نرى ذلك رغم ان كل هذا يدخل الى أخلاقية المهنة و هذا امر أساسي مهم و حاسم ليس فقط قدرات و مؤهلات المهنية بل الوجدانية و منه التعاطف الذي هو امر أساسي في بناء علاقة علاجية مبنية على الثقة .

و لهذا لم يعد ملائما ان تكون بؤرة الاهتمام تركز بالدرجة الأولى على جودة العمل و مؤهلات الاخصائي بل يوجد لان ادراك اعظم للسمات الروحية العاطفية ,الثقافية و نفسية لعافية المريض فلابد من ادراك الاخصائي طب العقلي و النظر اليهم كذات كلية .

لها مكوناتها العاطفية و الفكرية و الجسدية ، فهناك ارتباط عضوي بين هاته المكونات ، ولكل منها تأثير على الخر ،حيث توجد عالقة بين الحالة الانفعالية للفرد و صحته الجسمية، هذا بسبب التأثير المباشر للوجدانيات الموجبة على فيسيولوجيا الجسم خصوصا في رفع كفاءة جهاز المناعة و كذلك فان الممارسة الطبية لها جانبها العاطفي الفيسيولوجي تتكامل هذه الجوانب لتشكل وحدة ال فكاك لعناصرها، وكل منها له اثر في العالج من بدايته حتى اخره ، يرى (مارتن هوفمان 2000 ص331) الباحث المختص في التعاطف بان جذور مبادئ الخالق مغروسة في مشاعر الاندماج العاطفي، ومدامنا يتعاطف مع الضحايا المحتملين ،مثل شخص يتألم او يتعرض لخطر ما هذا يعني مشاركة هؤلاء في محنتهم التي تحرك الناس ليقدموا المساعدة لهم،والشك بان التعاطف مع الاخرين يكمن وراء الكثير من الافعال و الاحكام الاخلاقية ، و كشفت الدراسات السابقة التي اجريت في المانيا و الواليات المتحدة الامريكية ان اكثر الناس إحساسا بالتعاطف مع غيرهم ،هم اكثر تفضيال للمبادئ الأخلاقية التي تتخذ وفقا لالحتياجات الناس الذي يؤكد اهمية امتلاك مقدمي الرعاية الصحية للتعاطف من اجل تزويد المرضى بنوعية افضل للرعاية و احداث الاثار الإيجابية المرغوب للعالج. يرى العديد من الباحثين بان التعاطف اساسي لتطوير العلاقة العلاجية ، ويقترح بعضهم بانه المكون الكثر اهمية لمثل هذه العالقة العلاجية (p,2010,Bruner65)، قاموا بدراسة عام 2002 هدفت الى التأكد من ان طالب الطب الذي لديهم تعاطف اعلى سيحصلون على تقديرات على القدرة العلاجية أكثر.

وقد شملت الدراسة 371 طالبا، واكدت نتائج هذه الدراسة ارتباط التعاطف بتقديرات القدرة العيادية، وان هؤلاء الطالب حصلوا على نتائج اعلى للتعاطف. (p,2002,Hojat522). ي عد الفهم العاطفي قلب التفاعل بين المعالجون والمرضى، ولكي يكون مهني الرعاية الصحية فعالين يجب ان يعرفوا كيف يستمعون، وكيف يتعاملون مع المرضى وكيف يوصلون فهمهم إليهم، فاتجاه الطبيب المنفتح نحو المرضى يمنحهم الشعور بالثقة بقدرات الطبيب على ذلك يقرب المسافة العاطفية اثناء التفاعل بين الطبيب المريض، كما يمكن لعملية التعاطف ان تسهل اتجاهات وسلوكيات مهمة، من اجل انجاز جودة عالية للرعاية الصحية. (صبيرة، ،2016 ص 199)

لهذا ارتأينا دراسة الإنتاج الاسقاطي لدى المختص في الطب العقلي المتميز بدرجة التعاطف منخفضة، وطرحنا التساؤل التالي:

ما هي خصائص الإنتاج الإسقاطي من خلال إختبار الرورشاخ لدى المختص في الطب العقلي المتميّز بدرجة تعاطف منخفضة؟

هل يمكن ابراز مدى هشاشة التعاطف لدى المختص في الطب العقلي؟

1- فرضية البحث:

. يتميز الإنتاج الإسقاطي للإحصائي الطب العقلي ذو درجة تعاطف منخفضة بالكف و الهشاشة و اضطراب صورة التعاطف لديه.

2-أسباب اختيار الموضوع :

تتلخص فيما يلي:

-أسباب ذاتية تعود الى فترة التربص الذي قمنا به في مستشفى الطب العقلي الذي لاحظنا طريقة تعامل الأطباء مع المفحوصين أيضا في جناح الأطفال مع الشخاص الذين يرافقونهم .

-يوجد أيضا عدم تدخل اخصائي النفساني في تقديم التشخيص بل للطبيب المختص الأولوية وبدون مراعاة مشاعر العائلة .

-كما يعود الامر الى هذه غطرسة و نرجسية الموجودة عند كل الأطباء أيضا الأسلوب في التعامل مع الجميع ,و ابراز انهم أطباء مختصون و هذا ما يؤدي الى هذا الأخير .

-أسباب اختيار موضوعنا ترجع إلى حساسيته وأهميته في مجال الطب، والعديد من المجالات الأخرى مهمشة للأسف، في الواقع المشكلة ليست فقط في جودة عملهم، ولا في الرعاية و الكفاءة التي تبدأ

الإنسانية إنسان قبل كل شيء الأصالة والقيم تأتي بعد كل شيء وكلنا نسعى للمساعدة المرضى في العلاج.

– فهم سبب انخفاض التعاطف عند هذه الفئة.

– تسليط الضوء على هذه الجودة المتواضعة في الرعاية المريض .

3–الهدف من البحث:

– يهدف هذا البحث إلى دراسة سيرورة العلاج و الفهم الجيد للتعاطف المختص الطب العقلي اتجاه مفحوصين و بالأخص صورة التعاطف .

4–أهمية البحث:

تستمد الدراسة الحالية أهميتها من طبيعة الموضوع الذي تتناوله ويمكن تحديد أهميتها فيمايلي:

تسليط الضوء على الحياة المهنية في مجال الطب العقلي و الوصول لتحسيس الطاقم الطبي و أولها وزارة الصحة .

ستكون نتائج الدراسة من الواقع الجزائري المحلي، حيث ان الفهم الجيد للتوظيف التعاطف سيفيد بشكل كبير في الفهم الدينامي للحياة النفسية لدى الطبيب العقلي وذلك عن طريق الغور في عالمه النفسي الداخلي، فضلا عن ذلك التنبؤ بمآله مستقبلا.

الوصول لتحسيس الطاقم الطبي و أولها وزارة الصحة .

5–تحديد المفاهيم اجرائيا:

الإنتاج الاسقاطي: يقصد به في دراستنا الحالية جميع المعطيات الكيفية والكمية المتمثلة في استجابات الحالتين باستخدام اختبار الرورشاخ و ابعاد التنقيط التي وضعها هرمان رورشاخ .والمقدمة على شكل بروتكولات و انطلاقا من تعليمة الاختبار التي بنتها كل من "**شابير**" و "**سيسيل بزمان** "وغيرها **ومعايير جامعة باريس 5** التي نستخدمها في التنقيط و تحليل المعطيات و التي تظهر لنا وجود الكف.

التعاطف: يقصد به الجهاز النفسي لدى المختص وهو الناتج من خلال التصورات التي يدركها المفحوص خلال استجاباته و تعبيره خلال أدوات البحث. كما يقصد به درجة الفرد على مقياس التعاطف المستخدم في الدارسة الحالية ببعديه المعرفي و الوجداني . يتكون من 20 عنصرا متدرجا على مقياس ليكرت يتراوح من 1 (قوي لا أوافق) إلى 7 (أوافق بشدة) ؛ من أجل التحكم في الردود المرفوضة ، 10 هي التأكيدات و 10 نفي(ثم يتم عكس "نقاط" العنصر). سوف عشرات لذلك من 20 إلى 140 وكلما كانوا أعلى، كلما كان موقف مقدم الرعاية أكثر توجها متعاطف..

المختص في الطب العقلي: هو الطبيب المسؤول عن تشخيص الحالات المرضية ووصف الأدوية ودوره يتمثل في الفحوصات الدورية التي يقوم بها في المصلحة المختص في الطب العقلي: هو الطبيب المسؤول عن تشخيص الحالات المرضية (الصحة العقلية) ووصف الأدوية ودوره يتمثل في الفحوصات الدورية التي يقوم بها في المصلحة 1. وهو طبيب حاصل على درجة دكتور في الطب (M.D) أو دكتور في الطب التقويمي (D.O) متخصص في الصحة العقلية وقد يتخصص هذا النوع من الأطباء في مجالات معنية، مثل طب العقلي للأطفال والمراهقين، طب العقلي الإدمان..

6-الدراسات السابقة:

أهم ما يميز البحث العلمي هو خاصية التراكمية ،لذلك تمثل الدراسات السابقة أرضية خصبة ومنطلقا هاما لأي دراسة أكاديمية فبفضلها تتراكم المعرفة العلمية التي ينطلق منها الباحث من اجل توسيع قاعدة معلوماته عن موضوع دراسته وكيفية تناوله في حدود إمكانيات بحثنا ومدى اطلاعنا تبين ان موضوع الإنتاج الاسقاطي لدى المختص في الطب العقلي المتميز بدرجة التعاطف منخفضة من المواضيع التي لن تأخذ نصيبها من الدراسات والبحوث ،بحيث لم تجد ولا دراسة سابقة تناولت موضوع بحثنا .وعليه عمدنا الى البحث عن الدراسات التي تناولت مجال البحث ،ولو بصفة ضمنية توظيفها واستثمارها لغرض استقصاء بعض المعطيات التي قد تساعدنا في تحليل وتفسير النتائج التي ستتوصل إليها دراستنا الحالية.

على هذا الأساس خصصنا هذا العنصر لعرض مجموعة من الدراسة السابقة والتي رأيناها قريبة نوعا ما للموضوع.

-قام الباحثون من جامعة" توماس جفرسون ب " فيالديلفيا" ومن منطقة بارما بإيطاليا بتقديم التأثيرات الصحية الإيجابية لتحلي الأطباء بمستويات متفاوتة من القدرة على ملاحظة وتفهم مشاعر مرضاهم، وقد شملت الدراسة 250 طبيبا يعالجون نحو 21 الف مريض مصابين بداء السكري ومضاعفته، وقيم الباحثون نسبة انضباط معدلات السكر في الدم ونسبة الكوليسترول لدى هؤلاء المرضى، كما قيموا نسبة تحلي الاطباء بالعزم على المساعدة وتفهم مشاعر و الالم و معاناة وهوجس المرضى ، والحظ الأطباء في النتائج ان ارتفاع تحلي الطبيب بالقدرة على تعاطف و تفهم مشاعر مرضاه يعنى انضباطا اكبر في معدلات السكر بالدم وحالة الحماض السكري، وهما من المضاعفات الخطرة لدى مرضى السكري، وعلق القائمون على هذه الدراسة بقولهم (نتائج هذه الدراسة الواسعة تؤكد ان العالقة المبنية على قدرة الطبيب لملاحظة وتفهم مشاعر مرضاه هي عامل مهم في الحصول على نتائج ايجابية افضل للمعالجة).

– وفي دراسة اخرى قامت بها مجلة (مد سكيب الأمريكية سنة 2013)، وجدت ان النتائج غير مشجعة حيث ان نسبة 38.8 بالمئة من الاطباء في الاستطلاع أقروا بأنهم تعرضوا للاحتراق النفسي، في حين 60.2بالمئة منهم نفوا ذلك، ومن الاختصاصات التي احرزت اعلى نسبة تعرض للالحتراق النفسي شملت الفئة التي تتعامل مع مرضى في حالات حرجة: كأطباء الطوارئ والانعاش، يليها اطباء الاسرة ، واطباء النساء والتوليد، ثم الطب الباطني والجراحون والعامين. (تاللي ، ،2016 ص6).

- **دراسة عبد الرحمان.سي موسي ومحمود .بن خليفة ،(2010)** "الأنظمة النفسية ومظاهرها في الاختبارات الاسقاطية ،التي هدفت الكشف عن مميزات التوظيف النفسي لدى الفرد الجزائري ،واستخدم الباحثان المنهج العيادي ل 300 بروتكول للروشاخ وتفهم الموضوع T.A.T.
- **دراسة عدوان يوسف (2012)** الموسومة :دلالات استجابات الرورشاخ في البيئة الجزائرية، فهدفت الى وضع قائمة معيارية لدلالات استجابات مختلف عوامل اختبار الرورشاخ في البيئة الجزائرية ،وتم استخدام المنهج الوصفي بالاعتماد على طريقتين أولها الرورشاخ نفسه بتطبيقه على مجموعة افراد ذوي سمات او خصائص شخصية محددة كبعض الحالات الإكلينيكية .
- **دراسة منصوري نفيسة وكبداني خديجة (2017)** الموسومة بأثر البعد الثقافي في الاستجابات لاختبار الرورشاخ وفي تفسير نتائجه، وقد جاءت بهدف ابراز أثر البعد الثقافي في استجابات عينة من الطلبة الجامعيين على اختبار الرورشاخ، محاولة إيجاد السمات المشتركة بين افراد المجتمع الجزائري من اجل الخروج بأداة خاصة المجتمع المجتمع .

الجانب النظري

الفصل الثاني

(التعاطف)

تمهيد.

1- مفهوم التعاطف .

2- عناصر التعاطف .

3- التعاطف والمفاهيم ذات الصلة.

4- مكونات التعاطف .

5- الأسس اللازمة لتحقيق التعاطف .

6- مكونات التعاطف .

7- ابعاد التعاطف

8- التعاطف و العلاقة العلاجية

9- النظريات المفسرة للتعاطف .

الخلاصة .

تمهيد:

خلال العديد من العقود الماضية افترض المجال الاخلاقي للطب دوار بارزا جدا في الشفاء، و العناية و معالجة المرضى، ولم يعد ملائما ان تكون بؤرة الاهتمام تتركز بالدرجة الاولى على المرض الجسمي فقط، اذ يوجد الان إد ارك اعظم للسمات الروحية و العاطفية و الثقافية، النفسية لراحة المريض و المعالج معا، فلابد من ادارك المريض كذات كلية لها مكوناتها العاطفية الاخلاقية و الجسدية.

1. تعريف التعاطف:

كلمة التعاطف تأتي من اليونانية القديمة:" في الداخل " و ترميغوغ" المعاناة" ، "ما يجري تجربته". إنها فكرة معقدة تحدد الآلية التي يمكن للفرد من خلالها فهم المشاعر والعواطف لفرد آخر ، أو حتى بمعنى أكثر عمومية ، حالاته العقلية غير عاطفي ، مثل معتقداته وتفكيره وإيماءاته. هذه هي الطريقة التي يمكن للعشاق أن يتعيشوا بشكل جيد دون التحدث مع بعضهم البعض وتحضر الأم طفلها ما ينتظره بينما هو لا يتحدث بعد .

التعاطف هو في الواقع متأصل في الجنس البشري وأساس حركات التضامن. بل إنه ضروري من أجل الأداء السليم للمجتمع وغيابه أو عجزه يفسر القسوة على أساس يومي وفي أوقات الحرب. كما وهبت بعض الأنواع الحيوانية معها: الثدييات الحيوانات الاجتماعية مثل الفيلة والشمبانزي ، ولكن أيضا الثدييات البحرية مثل الدلافين أو الحيتان ، الذين يساعدون بعضهم البعض لإنقاذ حياة المتجانسات.

لكن هذا التعريف ، المستخدم على نطاق واسع عندما يتعلق الأمر بتعريف التعاطف ، هو غامض لأنه يعني حرفيا أخذ المكان ، وغزو الفضاء ، والمعرفة والقيام بالنسبة للآخر بناء على تجاربنا الخاصة ، وبالتالي منع الآخر من بناء. ومع ذلك ، هذه ليست مسألة التعاطف. على العكس من ذلك ، فإنه يتطلب للبقاء في مكانها ، لذلك ترفض تحديد الهوية أو الانصهار ، والتي لا تحتفظ الخطوة اللازمة إلى الوراء. إذا أصبحنا واحدا مع بعضنا البعض ، فلن نكون قادرين على ذلك فهم حقا ، ولا لمساعدته.

في التعاطف ، لذلك فهي مسألة شعور وتمثيل العواطف و مشاعر الآخرين (والنفس) ، واعتماد وجهة نظر الآخر وحين تبقى نفسك. على هذه العناصر الثلاثة الرئيسية أن التمييز بين التعاطف مع التعاطف والرحمة والعدوى العاطفية والتمييز أننا سوف تتطور الآن.(ماري سيلين فاليراند روي ، 2019 ، 13 ص).

Empathie:التعاطف

1-2-تعريف التعاطف اصلاحي :

- **التعاطف** : هو الوعي و الاداركي لا فكار الاخرين ومشاعرهم و سلوكياتهم حتى لو كانت مضطربة.

- **يعتبر التعاطف** : احد اهم العمليات المؤثرة على طبيعة التفاعل الاجتماعي داخل اي ثقافة او مجتمع، وقد اخذ مفهوم التعاطف طبقا للتعريفات المعجمية عدة تعريفات مختلفة منها:

- عرفه دايموند) Dyomond(: بانه الانتقال او التحويل التخيلي لشخص ما الى تفكير و مشاعر و سلوك الاخر، ومن ثم تصور العالم كما ي اره الشخص الاخر. **(Dymond ,1949,127p)**

- ويرى (Hoffman2000(ان التعاطف هو: شعور الفرد بالتطابق بين موقفه وموقف فرد اخر او جماعة اخرى.

- وعرفه Cohen, Stayerبانه: فهم الاخرين ومشاركتهم حالاتهم الانفعالية والمعرفية وسياقهم الاجتماعي وقد ركزت المفاهيم الحديثة للتعاطف على تضمنها عنصرين:

Cognitive Empathie أ: التعاطف المعرفي

- وقد عرفه Eslinger: بانه القدرة على فهم خب ارت و استجابات الاخرين وتفهم وجهات نظرهم حيال امر ما.

- اوضح Gerdes et al 2010: التعاطف المعرفي هو قدرة الفرد على تفهم وجهات نظر الاخرين.

- بين strayer 1987: التعاطف المعرفي على انه التعرف على افكار الاخرين ووجهات نظرهم يمثل اساس التعاطف المعرفي فقدرة الفرد على فهم العلامات غير اللفظية و علامات الموقف و اشا ارته بشكل عنصر التعاطف المعرفي.

Empathie Affective: ب-: التعاطف الوجداني

- عرفه Esligner 1998: هو فهم مشاعر و انفعالات الاخرين و مشاركتهم اياها.
- عرفه Dadds et al 2008: بانه القدرة على فهم الحالة الانفعالية للأخرين من خلال علامات التواصل غير اللفظي.
- الاستجابة المعرفية و الانفعالية لما نلاحظه على الاخرين من انفعالات و حالات عقلية و ينقسم الى عنصرين و هما:

عنصر معرفي : وهو الفهم و القصور الاد اركي لوجهات نظر الاخرين و ما يفكروا فيه. **عنصر وجداني:** وهو القدرة على فهم الحالة الانفعالية للأخرين(**احمد ،2017، ص7)**

- وقد وضعت الكثير من الدارسات المعارف الاجتماعية الحديثة التعاطف بانه العنصر الاهم في التفاعل الاجتماعي بين البشر حيث وصفه**Caruso et Mayer1998)**
- بانه استجابة الفرد للأخرين عبر الاصغاء لهم و الشعور بما يشعرون.

واضاف : Decety et Locke "فأوضحها بان كلمة التعاطف تحمل اكثر من معنى فهي تعني :

1- الشعور بما يشعر به الاخرون: اي نفس انفعالات فرد اخر في موقف ما حيث اتفق علماء الاعصاب Darwell1998 وبعض علماء النفس مثل(**Peterson, 2002**)من ان هذه المشاعر والانفعالات تكون شبهة لمشاعر الفرد الاخر .

2- تصورنا لكيفية تفكير الاخرين و ما يشعرون به: وه و شكل من اشكال تبادل الادوار اسماه **(parwall,1998)** التعاطف الاسقاطي

3-الشعور بالألم و المعاناة نتيجة الام الاخرين : وقد اطلق على هذه العملية اسم ضغوط التعاطف**(احمد الحسيني،2017،ص10).**

2-عناصر التعاطف الثلاث الاساسية:

2-1- الإدراك و التمييز : وهي القدرة على استخدام المعلومات المتصلة لتنظيم و تحديد الانفعالات.

2-2 -التوجيه و اخذ الدور : اي القدرة على تفهم وجهات نظر الاخرين

2-3- المسؤولية الانفعالية : اي القدرة على المشاركة الاخرين انفعالاتهم

3-التعاطف والمفاهيم ذات الصلة:

العطف والتعاطف:

العطف والتعاطف مصطلحان يظهر أحيانا أنهما متداخلان، حيث ميز "وسب" **(Wispe,1986)** بينهما على النحو الآتي:

أ. يشير العطف إلى الوعي التام بمعاناة شخص آخر. ويمكن أن يظهر العطف من خلال الشعور بالشفقة والإلحاح في المساعدة وان كان الشخص غير قادر على مساعدة الآخر، وقد يشير العطف إلى الرغبة في التخفيف من آلم الذات عندما تواجه المحن والمصائب.

ب.. تكون الذات في حالة التعاطف أداة لفهم الآخر ولتفقد هويتها البتة.

د. ينشد المتعاطف في حالة التعاطف الوصول إلى الشخص الآخر، ليستبدل نفسه بالآخر. فالمتعاطف يعرف كيف يشعر لو كان هو الآخر، ويتصرف كما لو كان هو المستهدف بالتعاطف. وينشد من تعاطفه أن يفهم الآخر.

هـ.. يستبدل العاطف في حالة العطف الآخر بنفسه؛ فالعاطف يعرف كيف لو كان الآخر هو، ويتصرف كما لو أنه الشخص نفسه، وينشد من عطفه على الآخر إسعاده.

و .إن الإشكالية الرئيسة للتعاطف تكمن في دقة التعاطف؛ فإنك ترى المتعاطف يرجع الآخر مرار للتحققين دقة إحساسه بمعاناة الآخر ، ومشاركته له. في حين تكمن إشكالية العطف في أنه مجرد مفهوم حول كيفية اطلاع العاطف على واقع الخبرة الذاتية المباشرة للشخص لآخر **(شحادة ,2015,ص23).**

كما ذكر أبارهم (Abraham,1999,211) أن التعاطف مع الآخرين يكمن وراء كثير من الأفعال والأحكام الأخلاقية؛ ومن أمثلة ذلك الغضب العاطفي الذي وصفه سيتوارد ميل (Stuort Mill) أنه الشعور الطبيعي للثأر بناء على حكم العقل والعطف على أولئك الذين تعرضوا للإيذاء وجرحت مشاعرهم، فجرحت مشاعرنا معهم. وهناك بعض الشواهد على أن مستوى التعاطف الذي يشارك به الناس بعضهم بعضا يكون له أثره في أحكامهم الأخلاقية أيضا، فقد كشفت الدارسات التي أجريت في ألمانيا والوليات المتحدة أن أكثر الناس إحساسا بالتعاطف أكثرهم تفضيلا للمبادئ الأخلاقية التي تتحدد وفقا لاحتياجات الناس.

ب-التعاطف الوجداني والتعلق العاطفي:

تعتبر سمة التعاطف الوجداني من أهم الصفات التي ينبغي توافرها لدى المرشد النفسي، كما تعتبر العامل الأساسي والفعال من أجل نجاح عملية الإرشاد النفسي.

وذكرنا أنها تدل على ضرورة تفهم المرشد للمسترشد، ومدى ما يشعر به من ضيق أو فرح، بحيث يكون صبورا في تعامله معه خلال الجلسات الإرشادية، وهادئا عند الاستماع إليه، ومشجعا على الحديث بكل حرية وصارحه، ويمتلك القدرة على الوصول إلى درجة الشفافية "Transparency" وهي العلاقة الحقيقية بين المرشد والمسترشد، فكلما كان المرشد النفسي أكثر شفافية، ازداد انفتاح المسترشد في التعبير عن مشاعره وأحاسيسه في الكشف عن ذاته، وهذا ما يساعد المسترشد على إيضاح أفكاره ، ومعتقداته، ودوافعه، ما يجعله أكثر قدرة على اتخاذ القارارت المهمة .**(الزعبي ,2003, ص275)**

وعلى الرغم من أهميتها وضرورة توافرها ،فإ ن الجو الإرشادي الذي تسيطر عليه ساعات الصمت والإفصاح عن المشاعر وخصوص ا بعد تأسيس ضمان الثقة والسرية و...فإن هذا يؤدي نوعا ما إلى توجيه المشاعر العاطفية التي يغلب عليها الطابع الجنسي، ويصبح هناك ما يسمى بحالة)التعلق العاطفي ذو المنحى الجنسي(. إن مشاركة العواطف والأحاسيس وتبادلهما، يعطي فرصة للمسترشد للإفصاح عن المكن ونات ،ولكن وصول هذه المشاعر إلى درجة)الحب(والتعلق هو المنحى السلبي الذي ينبغي مراعاته ولالتفاف إليه جيدا. وقد تحدث)بولبي(حول نظرية التعلق العاطفي)وهي تدل على ذلك النوع من التلاقي الإنساني الوجداني الذي يؤسس لروابط متفاوتة في قوتها ودوافعها(ونستطيع أن نستشف من خلالها جانبين لحالة التعلق العاطفيتين العمل الإرشادي:

الجانب الأول:

تعلق المسترشد بالمرشد عاطفيا)المرشد والمسترشد من جنسين مختلفين(فعندما يحظى المسترشد بالقبول غير المشروط والرعاية ويلقى التقدير والاحترام من قبل المرشد، في علاقة إرشادية وثيقة، تكون لديه الطمأنينة القاعدية وينمو لديه المفهوم الإيجابي عن الذات والآخرين، وتنمو لديه ثقته بنفسه وبالآخرين بشكلٍ أكبر، ثم تتحول هذه العلاقة وهذا التعلق إلى إقامة رباط عاطفي جنسي مستقل، وهذا ما يؤدي إلى علاقة سلبية من الناحية العاطفية الجنسية، ما يضع المرشد في حالة حيرة وارتباط، وربما سيضطر إلى إنهاء العمل الإرشادي قبل استكمال أهدافه .**(بيك,2000, ص139)**

4-مكونات التعاطف الوجداني:

يتكون التعاطف من ثلاث مكونات:

أ-المكون المعرفي: ويعني الفهم الكلي للحالة العقلية للآخرين الذين يتعامل معهم المرشد النفسي من خلال العلاقة والعملية الراشدية.

ب-المكون الديناميكي: ويقصد به الروابط الاجتماعية بالإضافة إلى بيولوجيا الأعصاب التي تمت دارستها على نطاق واسع لدى الإنسان والحيوان .

ج -المكون الوجداني: ويعني استجابة عاطفية مناسبة عند مواجهة الحالة الانفعالية للشخص الآخر؛ موضوع

التعاطف(**Leonardo and moll,2009, 460**).

مستويات التعاطف الوجداني:

هناك مستويان اثنان للتعاطف:

1-المستوى الأفقي: ويقصد به التعاطف مع جوانب حياة الفرد كاملة الإيجابي منها والمؤلم، وليس فقط مع الجانب المؤلم من حياة الفرد مثل العواطف، والأفكار ، والمشاعر ، والرغبات، والأفراح ، والأحزان.

2-المستوى العمودي: ويقصد به التعاطف مع الطبقات السطحية لحياة لشخصٍ آخر مثل نوع العطر. اليومي، اللباس (والطبقات الأعمق منها مثل معرفة الأمور الدقيقة وتفاصيل الحياة الخاصة بالشخص موضوع التعاطف .(**العاسمي ,2015,ص96**)

الأشكال الخاصة للمشاركة الوجدانية) التعاطف الوجداني:

- مشاركة وجدانية مرتكزة على محاكاة استجابات المسترشد.

يستجيب المرشد للمشاعر الخاصة بالمسترشد وللمثير الذي ولد شعوره، وعليه أن يكون حساس التسألت المسترشد سواء كانت لفظية أم غير لفظية، وأن يكون مدركا لها، ومستجيبا لها. والحساسية مهارة أساسية تسمح للمرشد التعرف إلى مشاعر المسترشد. كما أن الإدراك مهارة معرفية تمكن المرشد من التعرف على المثير الذي ولد الشعور، ومن ثم تتضافر هاتان المهارتان) الحساسية والإدراك(لتنتجا الاستجابة المتقدمة، المتمثلة في التفهم القائم على المشاركة الوجدانية)الشناوي .(**الشناوي ,1996,ص93-95**)

مشاركة وجدانية معرفية مرتكزة على العمليات الفكرية (المقارنة،المماثلة).

يستشف المرشد التصورات الذهنية العاملة في ذهن المسترشد الذي يشاركه وجداني ا، بل ويستشف المنهج الذهني الذي يندرج به في سوق تلك التصورات الذهنية، والتعامل معها وتوجيهها. وهنا تلعب قدرة المرشد على التقبل الإيجابي دوار أساسيا في هذا الجانب، فالمرشد يكون مثل جهاز الاستقبال الذي تنقل منه التصورات الذهنية المُفسرة لرسائل المسترشد، ويكون المسترشد بمثابة جهاز إرسال وكلما كان المرشد النفسي على درجة أكبر من التقبل الإيجابي واستقبالي ،كانت الصور الذهنية المنقولة إليه من المرسل)المسترشد(وهو)الشخص الذي تتم المشاركة الوجدانية معه)على جانب كبير من الدقة والوضوح. **(مرجع سابق،97).**

المشاركة الوجدانية التنبؤية:

تتمثل "بقدرة المرشد على التنبؤ بردود الأفعال الوجدانية للمسترشد في مواقف ملموسة.**(اسعد,1996,ص94)**

ويتمثل بتقبل المرشد للمسترشد بصرف النظر عن شكله ،أو جماله ،أو سمات شخصيته ،أو عيوبه أو تدني قدارته، أما إذا لم يحدث التقبل ،فذلك سوف يعيق علمية التعاطف الوجداني

والمرشد الذي يرغب في أن يكون موثوقا يجب أن يسأل نفسه سلسلة من الأسئلة منها:

ما الذي يجعلني أعتقد أنني شخص جدير بثقة الآخر؟

ما الذي يجب أن أفعله ويمكن أن يؤدي لتلك الثقة؟ **(ايزبنرغ ديلاني ,2002,ص128)**

5-الأسس اللازمة لتحقيق التعاطف الوجداني لدى المرشد النفسي:

هناك بعض الأسس التي تتعلق بأفكار كل من المرشد والمسترشد ومشاع رهما، وهي تسهم في أن يتولد لدى المسترشد شعور أن المرشد يشاركه هذه المشاعر والأفكار، ويقدر ظروفه والظروف المحيطة به، ويوفر له فرص التعبير عن هذه المشاعر بكل صراحة، وفي جو من الثقة والراحة ولاهتمام والسرية، وأهم هذه الأسس:

أولاً : الثقة Trust

تعد الثقة أم ار ضروري ا، تُعطي المسترشد الأمان على نفسه وعلى أسراره، وُ تساعده على الاسترخاء والطمأنينة والبوح والتفكير بصوتٍ عالٍ، والثقة المتبادلة تشجع المرشد على المساعدة، ويعتبر نجاح العمل الإرشادي وتحقيق التعاطف الوجداني متوقفا على الثقة .**(شعبان وتيم,1999,ص111)**

وفيما توجد هناك بعض الأفعال السلوكية الإيجابية والسلبية في علمية تكوين الثقة وتعميقها، فإن الحصول على الثقة يتطلب تطبيق جملة من الاقتراحات حول الذات والدور المهني للمرشد النفسي، وان أكثر طريقة وضوحا يمكن للمرشد فيها أن يخون الثقة هي أن يكشف المعلومات المشاركة من قبل المسترشد لشخص آخر.

ثانياً: الصدق الوئام(Genuineness)

يتعلق الصدق بتفهم المرشد لمشاعر المسترشد، واخلاصه مع نفسه في مساعدة المسترشد وعدم التظاهر بالقدرة على تقديم مساعدة ل يقدر على تقديمها، لذا فهي تتطلب الصدق مع الواقعية والشفافية، وقد شبهها باترسون (Paterson،1974)بالموهبة التي تطلب من المرشد القدرة على الاندماج بمشاعر المسترشد ،ومحاولة إنصافه وتشجيعه على الاستمرار بالعملية الإرشادية، وتوفير الأمن والجدية والإخلاص. وقد وضع "تكروس وكاركف"،(**1967,Traux Carkhuff**) خمس نقاط توضح مفهوم الصدق والوئام في العلاقة الإرشادية من قبل المرشد وهذه النقاط هي:

- وضوح السلوك اللفظي للمرشد حول موضوع مشكلة المسترشد، بما يوحي بالإيجابية من قبل المرشد.
- احتفاظ المرشد بمشاعره الخاصة، في الموقف الإرشادي ولسيما إذا كانت مشاعره نحو المسترشد سلبية.
- الامتناع عن التعليق السلبي لوصف مشكلة المسترشد، وان كان ل بد من التلميح يفضل التلميح الإيجابي الذي يساعد المسترشد على تحقيق الشعور بالصدق والوئام.
- استخدام التلميحات السلبية، التي ل مفر من ذكرها يجب أن تقدم بأسلوب هادف غير هدام، وفي الوقت المناسب للمسترشد.
- عدم إلزام المسترشد بالتعبير عن مشاعره، بل يترك للمسترشد التعبير عن الشعور بذلك إن شاء ومتى شاء .**(ابوعطية ,1988,ص333)**

وهكذا نجد أن العلاقة الإرشادية تقوم على الصدق والصراحة ولاتصال المباشر، واذا خلت العلاقة من الصدق، فإنها سرعان ما تتدهور ول يفيد المسترشدون موقف الإرشاد.**(الشناوي ,1996,ص58)**

ثالثا: التفهم Understanding

إن التفهم أساسي في تحقيق عملية المشاركة الوجدانية، ونعني به القدرة على إدراك علاقة الفرد بالآخرين ،وتفهمهم لمعنى هذه العلاقة ومحتواها وكيفية تك وينها، وقد اختلف أيضا المتخصصون بالإرشاد النفسي حول تصنيف التفهم بين المهارة والأسلوب أو التجاه، إل أنهم يؤكدون على أهميتها في العلاقة الإرشادية. إذ يرى تيلور Tyler،1969: "أن التفهم هو معرفة ما يحاول المسترشد قوله من معان بوضوح تام".

ونجد أن محاولة المرشد في تفهم المسترشد تتم من خلال كلامه وتعبيراته، وعليه أن يكون أكثر داريه ا في بتفهم معاني الكلمات الخفية من وجهة نظر المسترشد.

وقد حدد جندلين ،(**Gendallin 1961,235**)عناصر عديدة توضح علمية تفهم المرشد للمسترشد:

- الشعور الذي يحدث في المواقف التي تتعلق بالخبرة المسببة لهذا الشعور .
- الخبرة المباشرة التي يستطيع أن يحددها المسترشد والمرشد.
- الخبرة ذات المفهوم والدلالة المحددة، أو ذات المعنى.

ويحدث التفهم من خلال الانتباه المطلق لما يقوله أو يخفيه المسترشد، وقد قدم فدلر (**Fiedler،1950,440**) وصفا للتفهم المثالي من خلال دارساته للجلسات العلاجية على النحو الآتي:

- قدرة المرشد على المشاركة التامة في التواصل مع المسترشد.
- تلميحات المرشد وتعليماته تكون دائما صحيحة مع ما يحاول المسترشد أن يعبر عنه أو يخفيه.
- قدرة المرشد على تفهم شعور المسترشد أو محاولته الجادة في تفهم شعور المسترشد.
- محاولة المرشد تبين أو اتباع أسلوب أو اتجاه التفكير الذي يتبعه المسترشد في حياته وعمله. وقد حدد ديفز (**Davis,1983,116**)التفهم بأربعة مستويات:
- معرفة الأشخاص الآخرين وسلوكهم وشخصياتهم واهتماماتهم واصدار حكم نحوها.
- قدرة المرشد على الانتقال نحو العالم الإدراكي للمسترشد بهدف التعرف على ما يعانيه المسترشد من خوف أو قلق أو كره أو حقد، على أن يكون التفهم أكثر عمقا وشدة ،ويكو ن جزء ا من الصفات الشخصية الفعالة للمسترشد.

- التفهم الذاتي وادارك المشاعر الداخلية والمشاعر المشتركة مع الآخرين.
- تفهم الأداء العقلي والسلوكي وخاصة الذي يستطيع المرشد أداءه.

فكيف يفهم المرشد مشاعر المسترشد وينقل له هذا الفهم؟ صحيح أن اتجاهات المرشد وتكوينه وتدريبه هي أمور ذات أهمية، لكن ممارسة المرشد وتطبيقه لها الأهمية نفسها، إذ يجب أن يعبر عن ذلك بطريقة تساهم في العملية الإرشادية، وهذا التعبير ل يأتي عف ويا أو بطريقة آلية وانما يجب أن يكون مدروسا وهادفا. وتكون المهمة الملقاة على عاتق المرشد أن يعبر عن اتجاهاته بطريقة طبيعية وأل يكون كمن يمثل دوار، وفي الوقت نفسه يقوم بدور المعالج ويتصرف لتحقيق هذا الهدف. وان الأساليب التي تتم بها هذه العملية هي عديدة، ومن أهمها الاستماع، والإصغاء، والتقبل، والقدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي مع المسترشد، ويجب أن يضع المرشد نصب عينيه أنه يريد أن يرى الاستياء كما يراه المسترشد. إل أنه ليس مطالبا بالحصول على تاريخ حياة المسترشد منظما ومرتبا، وانما همه الأساسي مساعدة المسترشد على التعبير عن نفسه واتجاهاته ومشاعره واهتمامه وادراكه لذاته وللعالم)القاضي وآخرون **.(القاضي واخرون,1981,ص93-94)**

اربعاً: التقبل Acceptance :

يعتبر التقبل من المفاهيم الأساسية التي يحتاجها المرشد عند تطبيق العملية الإرشادية، من أجل بناء مشاركة وجدانية أساسها الدفء والاحترام، وعلى الرغم من اختلاف المتخصصين بالإرشاد في تصنيفها هل هي مهارة إرشادية أو أسلوب إرشادي؟ أو اتجاهات لدى الفرد؟

إل أن الجميع اتفقوا على أنه يتم اكتساب التقبل عن طريق التدريب والممارسة والتعامل مع الآخرين، وأنها ضرورة لتسهيل تكوين العلاقة الإرشادية. وقد عرف روجرز**(1962، Rogers)**التقبل بأنه: الاهتمام بالفرد واحترامه ككيان مستقل دون شروط، ودون إصدار حكم على سلوكه، مع اتاحة الفرص له للتعبير عن شعوره بالطريقة التي يراها، مع احترام اتجاهاته وتقبلها سواء أكانت إيجابية أم سلبية، أم هي تتعارض مع اتجاهات الآخرين واتجاهات المجتمع الذي يعيش فيه.

وقد ميزت **(تايلور ،Tyler)** بين نوعين من أساليب التقبل:

الأول: الرغبة في أن يسمح للأفراد بأن يكونوا مختلفين عن بعضهم البعض.

الثاني: التعارف بأن نمو خبارة الفرد نموذج معقد ناتج عن جهود وتفكير وشعور صاحبها. ويظهر التقبل من خلال سلوك المرشد اللفظي وغير اللفظي عند تقييمه لسلوك المسترشد أو تأكيده له أثناء

العملية الإرشادية، عن طريق الكلام والإيماءات أو الإرشادات، أو عند استخدام الأساليب العلمية لتعديل مشاعر المسترشد التي تؤدي بدورها إلى تعديل الاتجاهات والتفكير والسلوك لدى المسترشد .

وقد يؤكد مهارة التقبل عند المرشد تقبله لذاته كإنسان، وأنه يكون كذلك في أعين المسترشدين، وتقبل المرشد لذاته يدل على صحته النفسية، وعلى قدرته على مساعدة الآخرين، وعدم التقبل يمكن أن يظهر دون قصد من المرشد خلال الاستخدام غير الجيد لبعض المهارات الإرشادية **(أبو عطية ، 1997,ص161)**.

خامساً: الاحترام والاهتمام (Raspet & Care)

يعني الاحترام القدرة على تقدير المسترشد كشخص له قيمته وكارمته ومشاعرهُ الخاصة وحاجاته، والتقدير الإيجابي للمسترشد يؤدي عددا من الوظائف في تكوين علاقة إرشادية فعالة.

ويحدد **(روش وبوردن ,1957)**أربعة جوانب للاحترام والتقدير وهي:

- وجود إحساس بالالتزام نحو المسترشد.
- بذل الجهد لفهم المسترشد .
- حجب الأحكام النقدية.
- التعبير عن قدر معقول من الدفء.(الشناوي ,1996,ص64)

يجب أن يحترم المرشد المسترشد من غير شرط مهما كانت مشكلة المسترشد، ويؤكد روجرز على الاحترام ولاهتمام ويعتبره ضرورة لإتاحة الفرصة للمسترشد للتعبير عن مشكلته، وعلى المرشد أن يحترم المسترشد وأن يهتم به دون إصدار حكم على سلوكه.

ووضح كاركف**(Karkhuf, 1969)**أسلوب الاهتمام بالمسترشد على النحو الآتي:

- تعرف ما يقوم به المسترشد في حياته اليومية.
- تجاوب المرشد من خلال تقديم المعلومات التي يحتاجها المسترشد.
- توجيه شعور المسترشد نحو الجوانب الإيجابية من مشاعره، أو تفكيره أو سلوكه، بمعنى التركيز على النواحي الإيجابية في حياة المسترشد.

- اكتساب المسترشد لأسلوب معاملة تتميز بالاحترام، ولاهتمام مع المرشد أولا، ثم مع الآخرين وذلك وفق إرادة المسترشد **(أبو عطية 1997,ص155)**.

وبالتالي نجد أن الاحترام له علاقة إيجابية مع تحقيق التعاطف؛ والنجاح للعملية الإرشادية ،فالمسترشد عندما يلاقي الاحترام والتقدير بصرف النظر عن عم ره وثقافته في جو غير مشروط وبدون تحفظات أو تقييمات أو أحكام فإن ذلك سيزيد من جو الفهم والثقة والتعاون والمساعدة، ويساعد على تحمل المسؤولية ولكي يسود التعاطف الوجداني في مناخ العلمية الإرشادية، فإنه ل بد من ت وافر التجاه القائم على التقبل من جانب المرشد للمسترشد، دون إصدار أحكام تقويمية عليه ول بد من أن ننت بّه إلى أن التقبل ل يعني الموافقة أو الإقرار بسلوك المسترشد، وانما التقبل يعني تقبل الإنسان باعتباره إنسانا عرضة للصواب وعرضة للخطأ، وانه جاء إلى موقف الإرشاد بحثا عن الصواب، فإذا ما واجهه المرشد بالرفض، فإنه ل يوجد هناك مجال للإرشاد.

سادساً: الواقعية Cancertenss

الواقعية تعني إتاحة الفرصة للمسترشد للتحدث بشكل عام وبحرية، بهدف مساعدته على الحوار العادي ،وهي أساس لتحقيق التعاطف الوجداني، بحيث يسمح للمسترشد التحدث عن مشكلته ومشاعره بصراحة ولفترة محددة في الجلسة الإرشادية **(أبو عطية ,1997,ص155)**

وهي تتمثل في أسلوب تجاوب المرشد حول مساعدة المسترشد في تحديد مشكلته ،وتعتمد على أسلوب تجاوب المرشد وتقبله لمشاعر المسترشد، ويتحقق ذلك من خلال الخبرة والتدريب على الأساليب الإرشادية المختلفة، ومعرفة مطالب النمو للمراحل العمرية المختلفة التي يمر بها المسترشد.

ويرى تركس وكاركف **(Traux and Carkhuff,1967)**أن الواقعية من قبل المرشد تتحقق وفق ثلاث مراحل وتتمثل في الآتي :

- الاندماج بمشكلة المسترشد بدرجة واقعية، ما يجعل المرشد قريبا من شعور المسترشد.
- البعد عن الاختلاف مع المسترشد قدر المستطاع، واتاحة الفرصة أمامه لتصحيح آرائه بنفسه.
- استخدام التعزيز للاهتمامات الإيجابية لدى المسترشد نحو حل إيجابي لمشكلته **(مرجع سابق،ص158)**

سابعاً: الدفء والحب والحنان :

عناصر هامة لتحقيق مناخ إرشادي يتحقق فيه مبدأ التعاطف والمشاركة الوجدانية، ويقصد بذلك شعور المسترشد بهذه العناصر كي يستمر بالأخذ والعطاء، ويجب توافرهم منذ بداية العلاقة الإرشادية، وأن يعرف الطرفان حدودهما ومعاييرهما وامكاناتهما **(شعبان وتيم ،1999,ص111-113)**

ثامناً: الشعور بالألفة: Rapport:

وهي تتعلق بدرجة كبيرة باهتمامات المرشد الصادقة نحو مشاعر المسترشد وماهو عليه دون شروط مسبقة ،وهي تتضمن الإحساس بمشاعر المسترشد، ويتوقف تكوين الشعور بالألفة ولانسجام على الأسلوب الذي يتبعه المرشد منذ المقابلة الأولى، واتاحة الفرصة للمسترشد، من أجل التعبير عن مشاعره، وتفهم المرشد بشكل واعي لهذه المشاعر واثارته المواضيع التي تمكن المسترشد من أن يشارك بها بسهولة **(أبو عطية،1997,ص160)**

تاسعاً: التطابق:

"ويعني أن يكون الإنسان أمينا مع نفسه، ظاهرُه كباطنه وسره كعلانيته، أي أن يكون عمله مصدقا لقوله" **(الشناوي،1996,ص33)**

والتطابق سمة لزمة للمرشد النفسي ، ذلك أن المرشد يدير موقفا تعليميا فيه المسترشد، الذي يلاحظ أعمال المرشد وأقواله، ويتحقق من صدق مشاعره. لذا فإن من أساسيات التعاطف الوجداني ملاحظة التطابق لدى المرشد النفسي، لأنه شرط أساسي لامتلاكه المسترشد الثقة بالمرشد، وبالتالي يكون صادقا معه وأمينا ، مما يسهل زيادة إقباله على العمل الإرشادي

6-مكوّنات التعاطف:

هناك اتفاق بين الباحثين والعلماء على أنّ العمليات المت اربطة التي تساهم في تكوين تجربة التعاطف كانت محيّرة، وهناك اختلاف بين العملاء فيما إذا هذه العمليّات متميّزة عن التّعاطف كبصيرة عاطفيّة دقيقة لمشاعر الآخر، ام هي مظاهر لعملية مركزية مطلوبة للاستجابة العاطفية **(2009,62 spreng,)**

ديستي و جاكسون ، يقترحان ثلاثة مكونات وظيفية رئيسية تتفاعل بشكل ديناميكي لا نتاج تجربة التعاطف لدى البشر, **(Decety ,2004,p62) :**

- المشاركة الفعّالة بين الذّات والآخر، والمستندة عمى اد ارك الفعل الذي يقود إلى التصورات التي المشتركة.

- وعي الذّات الآخر. حتى عندما يكون هناك تماثل مؤقت ليس هناك اضطرابات بين الذّات والآخر.

- مرونة عقليّة لتبنّي المنظور الشّخصي للآخرين وللعمليّات التنظيميّة أيضاً.

لخص مورس و زملائه(**Morse, 1992, p 274**) مكونات التعاطف تحت اربع مناطق رئيسية موضحة في الجدول وتظهر العلاقة بين التعاطف وسلوكيات المساعدة فيهذه المكونات الاربعة.(**صبيرة، 2015،ص203.)**

جدولرقم (1): يمثل مكونات مورس وزملائه للتعاطف .

المكون	التعريف
عاطفي	القدرة على الاختبار بشكل شخصي للمشاعر الجوهرية للشخص الاخر
أخلاقي	قوّة إيثاريّة داخليّة تدفع إلى ممارسة التعاطف.
إد اركي	القدرة على فهم و تمييز مشاعر الشخص الاخر ووجهة نظره من موقف موضوعي
سلوكي	الاستجابة الصريحة لا يصال فهمنا لمنظور المريض و مشاعره

وعلى نحو مماثل ،ميز سوشمان و زملائه (suchman) اربعة ابعاد للتعاطف:

7-ابعاد التعاطف:

ا-البعد العاطفي :و الذي يصف القرة على مشاركة مشاعر الاخرين.

ب-البعد الاخلاقي : و الذي يصف الدافع للبحث عما هو نافع للأخرين .

ج-البعد الإدراكي: و الذي يصف القدرة على تمييز و فهم عواطف الاخرين.

د-البعد السلوكي: و الذي يصف القدرة على نقل هذا الفهم لعواطف الاخرين اليهم بأسلوب واضح **(richard. 2007.p640)**

تصور علماء النفس الاجتماعي بان التعاطف لديه قسمان رئيسيان هما التعاطف العاطفي و التعاطف الاد اركي(**صبيرة، 2015ص 204.**)

1-**التعاطف العاطفي:** عموما هو رد فعل عاطفي كاستجابة عاطفية من قبل المرء للشخص الاخر)مثال :الحزن(، ولا يعتمد رد الفعل هذا الفعل على الفهم الاد اركي لماذا يعاني الشخص الاخر ،التعاطف العاطفي هو توليد رد فعل عاطفي ملائم للعواطف التي يشعر بها الاخرون .

2- **التعاطف الإدراكي** :هو القدرة على معرفة الحالات العاطفية للأخرين بدون المرور بالعدوى العاطفية ،يتضمن التعاطف الاد اركي فهما ثقافيا او تصوريا للحالة العاطفية للأخر و وصفف اغلب الاحيان كتداخل مع تركيب نظرية العقل)او القدرة على التفكير حول محتويات العقول الاخرى (كما استخدم بشكل متبادل بينه و بين تركيب نظرية العقل من
Miller 2005) ،.(**p 29** قبل بعض المؤلفين

8-التعاطف و العلاقة العلاجية :

يعتبر التعاطف حاسما في تطوير العلاقة العلاجية ، وافق الباحثون على الدور الايجابي الذي يلعبه التعاطف في العلاقات البينية الشخصية عند تقديم الرعاية الصحية ، لدرجة كبيرة نوعية علاقة المريض – الطبيب تعتمد على المها ارت الشخصية للطبيب ، مثل هذه المها ارت هي في اغلب الاحيان من بين العوامل التي تؤخذ في الاعتبار في تقييم القدرة السريرية، و البيانات التجريبية تدعم هذا المقترح .

ان الفشل في تسجيل مشاعر الطرف الاخر هو فشل مأساوي في معنى انسانية الانسان،وكل علاقة الالفة بين البشر ، ذلك لان جذور الحب و الرعاية و الاهتمام تتبع من التوافق العاطفي و من القدرة على التعاطف .

ان الاعمال العاطفية من ناحية مقدم الرعاية الصحية هي التي تحدث الفرق بين التجربة العقيمة الباردة و التفاعل الانساني و ذلك في مكان الرعاية الصحية الممتازة ، وقد وجد ان مهنيين الرعاية

الطبية القادرون على اقامة علاقة ودية و دافئة مع مرضاهم اكثر فعالية من اولئك الاخرين الذين يقيمون مع مرضاهم علاقات غير شخصية و رسمية ، و ذلك بصرف النظر عن الجنس ، و الامة و التقاليد ،فالعلاقة الودية الدافئة تفسح مجالا ارحب لكي يعبر المريض عن مخاوفه و مشاعر القلق لديه ،الامر الذي يترك اث ار ايجابيا في نفس المريض ويبني جسور الثقة بين المريض و الطبيب المعالج و التي تعد الاساس في تعزيز تعاون المريض و زيادة تقبله و تمسكه بالعلاج.

تعد التفاعلات التي يستجيب فيها الطبيب بعاطفية تفاعلات مؤثرة ، انها تعرض القوة الهائلة لفهم الطبيب لمصادر قلق مريضه ،وقيمه، م خاوفه ، بالرغم من اننا قد نخفق في تقديم هذا النوع من الاستجابة بسبب مخاوفنا الخاصة او حيرتنا، فان الاتصال العاطفي من المحتمل اكثر ادواتنا التحديثية العلاجية ، ولسوء الحظ، العديد من الفرص للاتصال العاطفي ليست واضحة لان المريض لا يسمي مشاعره و ربما حتى لا يبديها بشكل واضح علاوة على ذلك الاطباء في اغلب الاحيان يفقدون الفرص غير المباشرة لان يميزوا و يستجيبوا للقيم و المشاعر الضمنية لمشاعر المريض. **(جلمان ،2000،ص142)**

يعد التعاطف العيادي عنصر ضروري لتقديم الرعاية الممتازة للمريض ، بحيث اظهرت الدارسات ان التعاطف يؤثر ايجابيا على رضا المريض بالرعاية ، و يعتبر قيمة جوهرية للمهارة ، بالإضافة الى كونه ذو دور فعال كوسيلة لتفادي شكاوى المرضى من سوء التصرف، و لتمسك افضل للمرضى بالعلاج، و لنقصان قلق المريض ، كذلك ارتبط بمرضى الطبيب ، واحت ارق نفسي اقل للطبيب ، و علاقات سريرية جيدة ،و يحسن النتائج السريرية .

يساهم التعاطف في العلاقة العلاجية بشكل كبير ، حيث يسمح للمرضى بان يكونوا اكثر انفتاحا فيما يتعلق بمشاعرهم و مخاوفهم و اع ارض مرضهم ، فيقدمون معلومات اكثر حول مرضهم و شكواهم الامر الذي يدعم زيادة الدقة التشخيصية للأم ارض، و تكوين صورة اشمل و اوضح عن حال المريض ، و كذلك فان موقف الطبيب المنفتح ن حو المرضى يمنحهم الشعور بالأمان ، و الايمان و الثقة بقد ارت الطبيب . كما يؤثر التعاطف في مشاعر القلق ، و الكأبة لدى المريض ، فيسهم في تخفيض من حدتهم ونقص العداوة لديه انطلاقا من دعم التعاطف في تشكيل فهم اعمق للمريض و ايصال هذا الفهم للمريض ذاته واذا اعتقد المريض بانه فهم اثناء المقابلة ، سيكون اكثر ارتياحا، و سيعبر بسهولة اكثر عما يدور في نفسه ، و نتيجة لذلك سيكون التشخيص اكثر دقة، و تزداد مشاركة المريض

في العملية العلاجية ، و يساهم العاطف في بناء الثقة المت ازيدة بين المريض و المعالج الامر الذي يدعم و يؤسس رضى المريض بالمعالجة و اظهاره لتقبل اكثر و قدرة اكبر على تحمل المعالجة و متابعة العلاج و الالتزام بتوصيات المعالج.**(صبيرة فؤاد,2016,ص205)**

9-النظريات المفسرة للتعاطف :

تختلف وجهات النظر المُفسرة للتعاطف، فنظرية التحليل النفسي تفسر التعاطف على أنه عبارة عن توحد ، والتوحد هو نشاط لشعوري مبني على الغريزة ومشروط بخبارت الطفولة، ذلك أن النسان له حاجة غريزية للتوحد وهذه الحاجة تجعله يدافع عن نفسه، ويرى فرويد أن التعاطف هو طريقة للتواصل والفهم؛ لأنه يربط الفهم مع الشعور بالتشابه أو التماثل **(العبيدي،2011,ص139)**. أما "ثيوردور لبس" فيرى أن التعاطف ناتج عن استجابة تقليدية، فعندما يلاحظ أن شخصا آخر واقعا تحت تأثير شعورٍ ما فإنه يُقلده مع تغيير بسيط بالوضع. ويرى لبس أن التعاطف هو وصف للمشاعر والاتجاهات التي يق وضعها ما حولها، وكذلك هو معرفته بمشاعر الآخرين وشخصياتهم، حيث تتم هذه المعرفة بالذات والأشياء والآخرين من خلال عملية التعاطف الوجداني **(عسكر،2001,ص122)**.

في حين يرى "هوفمان" التعاطف على أنه عبارة عن التفاعل القائم بين الحس المعرفي بالآخرين والمشاعر العاطفية، وهذا الحس المعرفي يتطور عبر الزمن، ويشير "**هوفمان**" إلى أن هناك آليات تظهر على الشخص أثناء تعاطفه مع الشخص الآخر وهذه الآليات هي: 8-الإشارط الكلاسيكي: وهو أول نوع لظهور التعاطف الذي ينتج عندما يراقب شخص شخصا آخر، فيأخذ منة إشارة تعبيرية عن الحالة التي يكون فيها؛ وبالتالي تصبح الإشارات الصادرة عن الشخص الآخر محفزات للطرف الثاني .0-الارتباط المباشر: فعندما نرى شخصا في حالة انفعالية فإن تعبيرات وجهه وصوته وحركاته تعد محفز يذكرنا بالتجربة نفسها التي مررنا بها سابقا.

1-التقليد: فالتعاطف يعتبر استجابة تلقائية غير مُتعلمة ،حين يقلد طر ف الطر ف الآخر في حركاته الجسدية وتعبيرات وجهه. 4-أخذ الدور: وفيها يتخيل الفرد نفسه مكان الشخص الأخر وتكون عملية التخيل قصدية **(Hoffmam,1978,130)**.

ويشير التعاطف عند "روجرز" إلى المحاولة بواسطة وعي الذات (Self-Aware) للشخص لفهم الخبرات الإيجابية والسلبية غير المفهومة في ذات الشخص الآخر. والجانب المهم في هذه العملية هو دقة التعاطف؛ **(Empathic Accuracy)** ذلك لأن الهدف من التعاطف هو تقديم الفهم للشخص الآخر. ويعتمد التعاطف على استخدام الخيال **(,1957,4, Rogers)**. وأوضح روجرز أن التعاطف

يستخدم للحصول على معلومة حول الجانب الذاتي لدى الأشخاص الآخرين، لأن استخدام التعاطف يمكن أن يقود إلى فهم مشكلة المسترشد **(Rogers,1957p4-8)**. وهنا ينبه "ديموند "إلى أن خوض التجربة مع المسترشد والشعور بما يشعر به وبما يتخذه من المواقف ل

يعني الارتباط أو الاندماج العاطفي من جانب المعالج وإنما هو اندماج تعاطفي، إذ يجرب المعالج ما يشعر به المسترشد من مخاوف وقلق وغيرها من المشاعر من خلال العملية التعاطفية

(Dymond,1950,344). (

وهكذا نجد أن المرشد النفسي الفعال يتطلب منه امتلاك مهارات التعاطف الوجداني، فيحافظ على مشاعر طيبة عند تعامله مع المسترشد ويتفهم مشاعره ودوافعه وحاجاته الشخصية والاجتماعية، وينشئ جوا إرشاديا يملؤوه بالود، بناء على ما يمتلكه من الثقة والوعي بالذات، فتزداد مهارته في قراءة مشاعر المسترشد وأحاسيسه والتعرف عليها، ثم مشاركته لها.

فوجود التعاطف الوجداني يساهم في زيادة فاعلية العملية الإرشادية، والحصول على تعاطف أكبر وحب أوسع عند المرشد، حيث يمكنه قراءة مشاعر المسترشد من صوته وتعبيرات وجهه ل من خلال أقواله فحسب، وبالتالي يتسامى المرشد في حب المسترشد، ليصبح تعاطفا إنسانيا واعيا ومقدار لخطورة مشكلته. فشخصية الإنسان مزيج من: الدوافع، والعادات، والميول ، والعواطف ، ولاستعدادات ، والآراء، والعقائد والأفكار ، والمشاعر، والأحاسيس. وكل هذه المكونات تمتزج لتكون شخصية الإنسان والأصل في الشخصية أن تكون طبيعية، ال إذا حدث خلل ما في أحد هذه المكونات أو بعضها فتصاب الشخصية باضطراب مرضي لينتج طيف ا واسع ا من الأنماط البشرية التي يصعب علينا إيجاد تفسير لبعض تصرفاتها، و يُعرف اضطراب الشخصية بأنه نمط من الشخصية غير المرنة وغير المتكيفة وينشأ عنها فشل اجتماعي، أو وظيفي، أو معاناة ذاتية.

2- نظرية ثيودور لبس : Theodor Lips Theory

يرى **(لبس)** أن التعاطف ناتج عن استجابة تقليدية، فعندما يلاحظ شخص شخصاً آخر وهو واقع تحت تأثير شعور ما، فإنَّه يقلده تلقائياً بتغيير بسيط في الوضع، وتعبير الوجه التي تعطي علامات تسهم في فهمه لمشاعر الشخص الآخر، فضلاً عن التقويم الذهني الذي يكون ضرورياً لظهور حالة التعاطف ، ووصف للمشاعر والاتجاهات التي يوقظها ما يحيط بها (فعلاً أو تخيلاً) لموضوع أو عمل

ما، كما يشير **(لبس)** إلى أن التعاطف: هو المعرفة بمشاعر وشخصية الأفراد الآخرين، وتتم هذه المعرفة عن طريق:

- المعرفة بالذات : وتتمّثل بمعرفة الفرد بذاته وقابلياته وامكاناته ومصدرها الإدارك الداخلي.

- المعرفة بالآخرين: وتتمّثل في قدرة الشخص على فهم مشاعر الأفراد الآخرين وهذا المحور يكون مصدره التعاطف.

- المعرفة بالأشياء: وتتمثل بالمواقف المختلفة التي تمر بالإنسان، ويكون مصدرها الاد ارك الحسي **(عفراء ابراهيم، 2011،ص193)**

3- نظرية هوفمان(Hofman Theory)

يرى **(هوفمان)** التعاطف عبارة عن التفاعل القائم بين الحس المعرفي بالآخرين والمشاعر العاطفية، وهذا الحس المعرفي بالآخرين يتطور بتقدم العمر، ففي مرحلة الرضاعة يفتقر الأطفال إلى مثل هذا الإحساس، وليس لديهم إد ارك بأ ن للأشياء والآخرين المحيطين بهم وجود منفصل عن ذواتهم بسبب مركزية الذات، والتي تقل تدريجيا بعمر) 8- 7(سنوات يدرك الأطفال بأن للآخرين أوضاعهم الخاصة بهم، ويمثل هذا المستوى من الإد ارك، بداية القدرة على أخذ الدور عند الاطفال **Hoffman, (1975,p611)**.

ويشير كذلك بأن هناك خمس آليات تظهر، على الشخص أثناء تعاطفه مع الشخص الآخر هي:

- **الاشراط الكلاسيكي:** و هو أول وع لظهور التعاطف الذي ينتج عندما يراقب شخص ما شخصا اخر، و يأخذ منه إشارات تعبيرية التي يكون فيها، فتكون النتيجة أن تصبح هذه الاخيرة من الطرف الاول محفزات تثير الطرف الاخر.

- **الارتباط المباشر:** وهو عندما نرى شخصا في حالة انفعالية، فان تعبيرات وجهه و صوته و حركاته ، أو أية اشارة اخرى تعد محفزا يذكرنا بالتجربة نفسها التي مررنا بها في السابق.

– **التقليد** : و عد التعاطف استجابة غير متعلمة لتعبير عاطفي يعطيه الشخص المقابل اذ يقلد الطرف الاخر تلقائيا في تعبي ارت وجهه و حركاته ، و التي تسهم في شعوره و احساسه بالحالة التي يمر بها الطرف الاخر نفسها.

– **الارتباط الرمزي** : و يعتمد هذا النوع على ارتباط الإشارات التأثيرية لدى الشخص و تجربة المتلقي السابقة ، و لكن في هذه الحالة تثير الاشارات من الشخص المقابل اثار عاطفيا في المتلقي ليس بسبب التعبيرات الجسمية ، بل بسبب انها تشير الى مشاعر المتلقي بشكل رمزي ، و يعد هذا النوع من التعاطف من ارقى انواع التعاطف و اكثرها تقدما لأنه يتطلب لغة معينة.

– **أخذ الدور** : وفيه يتخيل الفرد نفسه مكان شخص اخر ، و تكون حالة التخيل هذه عن قصد ، فيتولد التأثير العاطفي عندما نتخيل شعورنا ، ان المثير الواقع على شخص ما هو المثير نفسه الذي يؤثر فينا بسبب ت اربط المثيرات لدى الطرفين.

(شحادة،2015،ص180)

فالتعاطف استجابة تعبيرية مؤثرة تنوب عن الآخرين، وتعتمد إلى درجة كبيرة على قدرة الفرد على أن يحتل إدراكيا مكان الشخص الآخر، ويضع (هوفمان) أربع م ارحل أساسية للتطور العاطفي هي:

– **التعاطف العام:** وفيها تكون الاستجابة العاطفية شاملة وعامة، وغير الإ رادية· باست خدام أقل قدر ممكن من العمليات المعرفية العليا، وتعتمد على الملامح والأدلة السطحية، وفي هذه المرحلة لا يعرف الطفل من الذي يعاني.

– **التعاطف المتمركز حول الذات:** وفيها يستجيب الطفل لمعاناة الآخرين على الرغم · من إد اركه لذاته وللآخرين غير واضح، لكن الشيء الرئيس وفي هذه المرحلة هو معرفته أن الآخر هو الذي يعاني، ولكنه غير قادر على فهم السبب الحقيقي للمعاناة.

– **التعاطف لمشاعر الآخرين:** وفيها يبدأ التمركز حول الذات بالاضمحلال تدريجياً ويتوجه الطفل نحو الآخرين، أي تبدأ فيها عملية أخذ الدور إذ يدرك الطفل فيها أن الآخرين لهم

وضعيات داخلية تختلف عن حاجاته ووضعيته، ويكون الطفل لأول مرة قاد اًر على أن يستثار عاطفياً من خلال تخيل نفسه مكان الآخرين.

- **التعاطف لبعض ظروف الحياة العامة:** وفيها يكون الطفل في مرحلة الطفولة الم تأخره، ويكون واعياً بأن الناس يشعرون بالفرح والحزن ليس في المواقف الحالية فقط لكن في سياق خب ارت الحياة الواسعة، ويستمر الطفل بالاستجابة لمواقف الأف ارد الحالية، لكن هذه الاستجابة تقوى عندما يعرف أن هذا الموقف يعكس ظرفاً مزمنا ويستطيع الطفل في هذه المرحلة أن يتعاطف مع معاناة طبقة، كاملة مثل الفقراء أو المعاقين(**عسكر،2001، ص120**).

خلاصة االفصل :

يتلخص البحث في معرفة و فهم دور التعاطف كعنصر من عناصر النمو الشخصي و الاجتماعي و نمو عمليات الذكاء الاجتماعي، و المهارات الاجتماعية، وذلك لان التوافق الجيد يعتمد على كل العناصر السابقة وعلى قدرتنا على فهم الاستجابات الانفعالية للأخرين و نفهم وجهات نظرهم، فالوصول الى فهم التعاطف واحدة من اهم عمليات الصحة النفسية و علم النفس الاكلينيكي، و هو موضوع العلاج النفسي و الذي اكدت كل نماذجه و نظرياته اهمية التعاطف في العلاقة العلاجية وفي مجال الممارسة الاكلينيكية.

الفصل الثالث

(الإنتاج الإسقاطي)

تمهيد.

1- تعريف الإسقاط .

2- تعريف الإنتاج الإسقاطي.

3- خصوصية الوضعية الاسقاطية.

4- أهداف الفحص الاسقاطي .

خلاصة .

تمهيد:

يعرف الإنتاج الاسقاطي على أنه مجموعة الإجابات والقصص التي يقدمها الفرد استجابة لمادة الاختبار المقدمة له في التقنيات الاسقاطية ، سيتم في هذا الفصل تقديم تعريف للاسقاط وإظهار خصوصيتيه في مرحلة الرشد ،تعريف الاسقاط، تعريف الإنتاج الاسقاطي ،خصوصية الوضعية الاسقاطية، أهداف الفحص الاسقاطي ,وفي الأخير الخلاصة .

1- تعريف الاسقاط:

يشير إلى أحد الأساليب الدفاعية المعروفة التي اكتشفها وهو يشير الى هروب الفرد من الدوافع غير المقبولة لديه مثل اتجاهاته السلبية العدوانية او الجنسية نحو الاخرين بعزوها الى الاخرين ذواتهم ولا يختلف استخدام مفهوم الاسقاط في اختبارات الشخصية كثيرا عن ذلك، فالخاصية المميزة للاختبارات الإسقاطية هي أنها لا تحاول قياس الشخصية ومتغيراتها بأسئلة مباشرة، بل تقدم للشخص منبهات غامضة غير محددة المعالم مثل بقع حبر، صور، اشكال ناقصة. **(عبد الستار إبراهيم عبد الله عسكر2005ص167).**

يعرف الإسقاط في النظرية التحليل النفسي هو عملية يقوم من خلالها الفرد بعزل واسقاط المشاعر والراغبات وحتى بعض الموضوعات التي يتنكر لها او يرفضها في نفسه كي يوضعها في الأخر سواء كان الأخير شخصا .

2- تعريف الإنتاج الإسقاطي:

يعطي لنا الإنتاج الاسقاطي صورة عن الواقع الداخلي الذي يضفيه الشخص على المادة المقدمة له ويقصد به هنا مجموع الإجابات في اختباري الرورشاخ و تفهم الموضوع ،المقدمة على شكل بروتكولات من طرف المفحوص استجابة للتعليمة خاصة بكل اختبار وكذا كل العناصر التي تتضمنها وضعية تطبيق الاختبارين من استجابات حركية وملاحظات وانتقادات و ايماءات وطلب استفسارات واضافات .**(ع.سي موسي ،زقار،2002ص34)**.

يعرف **معجم مصطلحات التحليل النفسي** الإسقاط علي أنه "العملية التي ينبذ فيها الشخص من ذاته بعض الصفات والمشاعر والراغبات وحتى بعض "الموضوعات" التي يتنكر لها أو يرفضها في نفسه كي يموضعها في الآخر سواء كان هدا الأخير شخصا أم شيئا.

والاسقاط في نظرية التحليل النفسي هو عملية يقوم من خلالها الفرد بعزل واسقاط المشاعر و الرغبات يرفض والإسقاط في نظرية انتمائها إليه، على المحيط أو الآخر، يتفق الباحثون علي أن الإسقاط ميكانيزم نفسي بدائي عادة ما نجده في مرض العظام أو المخاوف المرضية.**(IBID ,p6)**

فالإسقاط إذ ا آلية دفاعية ترمي إليِ الحد من الصراع النفسي الداخلي، وذلك بإبعاد المواضيع التي من شأنها خلق توتر وضعف علي الأنا، من الوجهة الاقتصادية يخضع الإسقاط لمبدأ اللذة و مبدأ الثبات الذي يهدف إلي خفض التوتر الذي يثيره محتوى النزوي النابع من الهو و المرفوض من قبل الأنا إلي أدنى مستوى ممكن،أما من الجهة الدينامية فيستخدم كوسيلة لنقل الإثارات الداخلية التي لا تطاق نحوى الخارج فهو بهذا يكتسي وضيفة دفاعية جلية.

تقول أ.بيرو) 2008 A. Birraux "...، يعتبر الإسقاط الميكانيزم منظم في الجهاز النفسي ومن الأهمية بما كان في إطار علم النفس العيادي الأخذ بعين الاعتبار القيمة الإيجابية و الوظيفة الدفاعية

التي يكتسبها هذ الميكانيزم "... و إستعمال الإسقاط خلال المراهقة يحمي الفرد من الخطر الذ ي تمثله النزوات التناسلية.

و لإسقاط في لغة علم النفس ينطلق من فرضية تقول بوجود بين العالم الداخلي والخارجي إلى حد يستطيع فيه الفرد الاختيار و بشكل إيجابي أو سلبي، الصورة أو الوضعيات تتو افق مع انشغالاته و تصوراته، ه هذ الفكر هي التي بنيت عليها فكره التقنيات الإسقاطية (اختباري الرورشاخ وتفهم الموضوع) وحتى الرسم عند الطفل و التي يعتبر هدفها استخراج الخطوط الأساسية في سمات الشخصية و البنية النفسية لدى الفرد وحتى الصراعات النفسية التي يعيشها تسمح المادة المحصل عليها من خلال التقنيات الإسقاطية من فهم نوعية العلاقة مع الواقع وفي نفس الوقت بالوقوف علي إمكانية الفرد لإدماج واقعه النفسي في نظامه الفكري إذا يجد هذا الأخير نفسه أمام ضغوط داخلية وخارجية فيتبين لنا إلي أي حد ينتظم فيه الفرد من أجل مواجهة عالمه الداخلي و محيطه الخارجي.(**Anzieu D. Chabert C., 1987, p. 25-26)**

يتمثل موضوع البحث في التقنيات الإسقاطية في كيفية رد فعل الفرد أي الوسائل التي سيجدها من أجل الإجابة على تعليمة الأختبار، هذه الأخيرة هذه التي تمثل أنماط التوظيف النفسي لديه **(D** .

Anzieu.C Chabrt.,1987,p.27)

إن المادة المقدمة في الاختبارات الإسقاطية تختلف عن تقنية إلي آخرى، فيتعلق الأمر ببقع حبر غامضة في إختبار الروشاخ وبوضعيات متعلقة بالصراعات إنسانية في اختبار تفهم الموضوع وتستعمل هذه الاختبارات التعليمة مختلفة تتميز بكونها تعطي للفحوص حرية الاستجابات من جهة، وتعمل علي تقيده من جهة أخرى ، وبهذا فإن الإنتاج الإسقاطي يخضع لعاملين جوهريين هما : التمسك بالواقع وفي نفس الوقت الانطلاق منه للتخيل فنجد مثلا في إختبار الروشاخ بقع حبر ليس لها شكل محدد يعطي لها

المفحوص شكلا إنطلاقا من خياله ، وضعيات ذات علاقة بالصراعات النفسية ينطلق منها لليتخيل و ينتج قصص في اختبار تفهم الموضوع **(. سي موسي ، زقار 2002 ،ص 34)** فلإنتاج الإسقاطي هو عملية تفريغ وبما يشعر به الفرد على المادة المقدمة له بحيث أن بنية الإستجابات البروتوكول الخاص به تكون مماثلة لبنية شخصيته، فالمميزات الأساسية لهذه الاخيرة تبقى محفوظة في بروتوكول .

في هذا الصدد يعتبر كل من **أنزيو وشابير (1987) Chabert et Anzieu** أن الإختبار الإسقاطي بمثابة شعاع x يعبر إلى داخل الشخصية و يصور أغوارها (تمرير الإختبار) ويسمح بعد ذلك بقراءة سهلة من خلال تأويل البروتوكول و بهذا يصبح الشيء الدفين في الشخصية واضحا و الكامن **(D Anzieu.. C Chabrt.,1987,p27) .**

ظاهرا يصبح إن الإجابة المنتظرة عن السؤال : ما هدف الفحوص الذي يخضع لاختبار إسقاطي؟ يسمح لنا بمعرفة طبيعة معالجة الجهاز النفسي للمثيرات المدركة، وفقا لمنظمات النفسية الموجودة وراء كل توظيف نفسي، بمعني آخر يجد الفرد نفسه أمام وضعية صراعية يجب عليه حلها، هذ ا الحل يسمح لنا بمعرفة:

-انشغالاتها الأساسية والتي يمكن أن نترجمها علي أساس هوامات.

- طريقة بناء مواضيعه الداخلية و علاقاته البين الشخصية .

- العواطف والتصورات التي تستدعيها مثيرات المادة (Roman.p,206 P30)

خصوصية الوضعية الإسقاطية:

إن العنصر المشترك بين كل التقنيات الإسقاطية يتمثل في نوعية المادة المقدمة التي تتميز في نفس الوقت بالملموسية و الغموض فيها تستدعيه من تداعيات لفظية إنطلاقا من هذه المادة المقدمة، وفي خلق نوع من المجال العلائقي بين الفاحص المفحوص بوجود وسيط متمثل في مادة الإختبار.

التعليمة العامة المقدمة تستدعي الخيال إنطلاقا من فعل الرؤية، ما يمكن من إنطلاق عمليات الإدراك و العملية الإسقاطية، التقنيات الإسقاطية إذا تسمح بدراسة نوعية العلاقة مع الواقع النفسي و في نفس الوقت إمكانية الفرد إدماج واقعه النفسي في نظامه الفكري، هذا الأخير الذي يجد نفسه أمام ضغوطات خارجية و داخلية سيظهر لنا إلى أي مدى وكيف ينتظم من أجل مواجهة عالمه الداخلي ومحيطه الخارجي

في نفس الوقت تجعل كل من البنية اللاشعورية للمادة، حرية الوقت والاستجابة غموض التعليمة، وضعية التقنيات الإسقاطية ٍ هنية وإنما المصادر العميقة في وضعية فراغ نسبي، فراغ يجب علي الفرد ملئه باستدعاء ليس فقط قدراته الذ شخصيته، هذه الوضعية الغامضة يكون لها أثر إحياء الصراعات النفسية لدى الفرد و خلق نوع من القلق و النكوص لديه، اذ أنه مثلها مثل وضعية التحليل النفسي، تؤدي تقنيات الإسقاطية إلي نكوص على مستوى الجهاز النفسي من اليسرورات الثانوية المبنية علي مبدأ الواقع إلى سيرورات الأولية و المبنية علي مبدأ الواقع إلى سيرورات الأولية و المبنية علي مبدأ اللذة. **(D Anzieu.C Chabert., 1961, p.28-29)** تسمح المنهجية الإسقاطية بتكوين وضعية عيادية خاصة يمكن تلخيص مميزاتها الثلاثة الأساسية كما يلي:

- الوضعية الإسقاطية هي وضعية العلائقية ينتج عنها تحويلات المضادة.

- تستدعي التقنيات الإسقاطية التعبير اللفظي وهذه الخاصية تجعل من الطبيعي الحديث عن المحتوى الظاهري و المحتوى الباطن الخفي خلال تحليل خطب الفرد . في الأخير تتطلب التقنيات الإسقاطية استدعاء مزدوج للإدراك و الإسقاط، تظهر مادة الإختبار تحت معطيات حسية مدركة تستدعي "الموضوعية" مستعملة عمليات معرفية توافقية، غير أن هذه المادة وراء أشكالها التصويرية الظاهرة، تستدعي بسبب غموضها ردود فعل ذاتية مستعملة عمليات إسقاطيه الفرضية الأساسية هي أن العمليات

العقلية المستعملة و التي تظهر خلال تمرير الاختبارات الإسقاطية تسمح بمعرفة أنماط التوظيف النفسي الخاص بكل فرد. **(P.ROMAN ,2001,p621)**

أهداف الفحص الإسقاطي :

يمكن القول أن الفحص الإسقاطي عند الطفل و المراهق و الراشد ثلاثة أهداف أساسية :

-هدف إعادة التأهيل نفسي: حتي أن الوضعية الإسقاطية و ضعية إستثارة النفسية وتستدعي إستجابة تصبغها نوعية الاستثمارات العاطفية .

-هدف تقيم نوعية السيرورات النفسية لدى الطفل والمراهق و الراشد في إطار نموه النفسي العاطفي وهذا ما تسمح به طبيعة الإنتاج الإسقاطي لدى هذا الأخير. (Roman P .p,2001. 621)

حيث تهدف التقنيات الإسقاطية إلي دراسة التوظيف النفسي الفردي في إطار دينامي، بمعنى أنها تهدف إلي إظهار الخصوصية النفسية الفردية و قدرات التعبير لدى الفرد، السؤال الأساسي في التقنيات الإسقاطية يدور حول نوعية العمليات العقلية التي يظهرها الفرد أتناء تمرير الاختبار مع فرضية أن هذه الأخيرة تترجم نوعية التوظيف النفسي لدى الفرد. (Roman P .p,2007. 621)

حيث يجب الإشارة إلى أن استعمال التقنيات الإسقاطية من أجل أهداف تقييمية و تشخيصية في علم النفس المرضي يجعلها وسيلة من الوسائل التي تدخل في العلاج النفسي، وهذا من حيث أنها تسمح لنا بجمع معلومات عميقة يصعب الحصول عليها من خلال ملاحظة اللوحة العيادية التي يقدمها الفرد ،لهذا فإن استعمال هذ ه التقنيات إلي جانب تقنيات الفحص و الكشف الأخرى تسمح بوضع مشروع علاجي فعال .

في هذا المجال يعتبر استعمال التقنيات الإسقاطية مهما عندما يكون هناك غموض في اللوحة العيادية التي يقدمها الفر د أو هناك مشكل في وضع تشخيص فارقي. **(C .Chabert . D. 32) Anzieu,1998 ,p**

إن الاستعمال الحذر لتقنيات الإسقاطية يسمح بفهم عميق للتوظيف النفسي للفرد، غير أنه وفي أي حال من الأحوال يمكن للفحص لنفسي (اختبارات) أن يكون بديلا عما يمتلكه الفرد عن نفسه من الحقائق **(P.Roman,2006,p.334.)**

خلاصة:

يعتبر الانتاج الاسقاطي اسقاط ما يدور في أغوار نفس المفحوص خلال وضعية الاختبار وأيضا ما يقدمه للمختص العيادي من مادة تساعده على التحليل الدقيق للشخص لفهم توظيفه النفسي .

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

(الإجراءات المنهجية للبحث)

تمهيد.

1- الدراسة الإستطلاعية.

2- منهج البحث.

3- مجموعة البحث.

4- أدوات البحث.

5- كيفية جمع المعطيات.

6- كيفية تحليل المعطيات.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

نسعى في هذا الفصل الى التطرق لمختلف الإجراءات المنهجية البحث المتبعة في دراستنا. بمعنى كيفية تقربنا من الميدان سواء من حيث الدراسة الاستطلاعية، منهج البحث، مجموعة البحث، أدوات البحث، كما سنوضح الكيفية التي أجري بها التطبيق الميداني وكيفية تحليل المعطيات المحصل عليها.

I. الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية اهم مرحلة من مراحل البحث العلمي نظرا لارتباطها المباشر بالميدان، فيما تضفي صفة الموضوعية في البحث و الابتعاد عن الذاتية حيث عرفها عبد الرحمن العيسوي انها " دراسة استكشافية أو التمهيدية او الصياغية تسمح للباحث بالحصول على معلومات اولية حول موضوع بحثه، كما تسمح لنا كذلك بالتعرف على الظروف و الامكانيات المتوفرة من الميدان و مدى صلاحية الوسائل المنهجية المستعملة , قصد ضبط متغيرات البحث " . **(رجاء محمود بوعلام , 2006,ص87)**. كما أن لها أهمية كبيرة في مساعدة الباحث على صياغة أسئلة المقابلة وجعله يتأكد ويطمئن على سلامة مستوى الأسئلة و صياغتها **(مجدي عزيز إبراهيم, 1981, ,ص 178)**.

تهدف دراستنا الى استطلاع ميدان البحث، إيجاد مجموعة البحث, بناء دليل المقابلة والتمرن على تطبيقه, سنعرض هذه النقاط بالتفصيل في العناصر الموالية.

1.1. استطلاع ميدان البحث:

استمدنا فكرة بحثنا من الحياة المهنية و من ملاحظتنا للأفراد في مجتمعنا، حيث أصبح جهلهم للمؤسسات المختصة في الطب العقلي وطلب المساعدة من طرف هذا الاخير حقيقة ملاحظة و كونها دراسة تخدم مجالنا الدراسي فهذا الموضوع يسمح لنا بمعرفة نوعية الإنتاج الإسقاطي لدى مختص الطب العقلي المتميز بدرجة التعاطف المنخفضة . حيث قمنا بإلقاء نظرة على بعض المراكز و المؤسسات الاستشفائية الخاصة و العامة في مدينة تيزي وزو. و توجهنا إلى "**** **Psychiatre priveé A** " بذراع بن خدة و"**المستشفى الجامعي نذير محمد**" حيث تلقينا صعوبات كثيرة خلال استطلاعنا للميدان الاول ,أولها طلب مبلغ مالي للعمل معه لكونها مؤسسة خاصة، فلا وقت يضيعه معنا كطلاب علم فالغاية تصنع الوسيلة أما بالنسبة للميدان الثاني فالسبب هو عدم وجود الاتفاقية بين الجامعة والمؤسسات الأخرى العامة أما بالنسبة لمستشفى فرنان " كان السبب هو عدم توفير تلك الاتفاقية بين المؤسستين لهذا لم يتم قبولنا في المرة الأولى لما لجأنا إليها .

وفي الأخير تم الاتصال بنا من طرف" **المؤسسة الاستشفائية فرنان حنفي للأمراض العقلية**" بواد عيسي – ولاية تيزي وزو". وهي مؤسسة استشفائية للطب العقلي الواقعة شرق ولاية تيزي وزو تبعد عن المدينة حوالي 8 كيلومترات وتقدر مساحتها الاجمالية حوالي 12 هكتار كما أنها تقع بالقرب من المنطقة الصناعية واد عيسي, تم إنشاء هذا المركز الاستشفائي بقرار من وزارة الصحة في 8 ماي 1972, تابع لبلد ية إرجن ,يضمن الخدمة لأربعة ولايات (تيزي وزو ,بويرة, بومرداس وبجاية ، وكذلك باستئناف الجزائر العاصمة) وهي مؤسسة إستشفائية ذات طابعة قانونية إدارية. ويتوفر المستشفى على: قسم الإدارة والذي يتضمن مكتب المديرة ,مكتب الاستقبال والدخول , قسم الإستعجالات، مصلحة الطب العقلي للأطفال ,ثلاثة أجنحة رجال(2-3-4) ، جناح1 واحد للنساء ، جناح إداري ونجده مختلط رجال ونساء ،مخبر تحاليل صيدلية قسم الفحوصات ،عيادة طب أسنان ، مطعم ،ملعب ، ومساحات خضراء .

بعد تدخل الجامعة تم استقبالنا بكل احترام، بعدما أن عرضنا دراستنا عليهم اكدوا لنا وجود مجتمع الدراسة والذي نود دراسته و في" **جناح الرجال2**" اتصلوا بنا ، لبداية التربص وذلك في اليوم الموافق ل" 9 أفريل 2023_ 19 من رمضان "و نفس الشيء للزميلة اتصلوا بها من **جناح الأطفال** وذلك بنفس اليوم . قمنا بالتربص ويحتوي الجناح على :القسم الأكبر ، يحتوي على 12 غرفة المتسعة لي 75 سرير ,قاعة تلفازة ، مراحض ،قاعة العلاج, صيدلية ,مكاتب (مكاتب الأطباء العقلين ، مكتب الطبيب العام ، مكتب الأرشيف لملفات المرضى ، مكتب رئيس المصلحة ، قاعة الانتظار، ساحة المرضى, قاعة التداوي بالعمل ، قاعة الحلاقة ,أما القسم الأصغر فيحتوي على 3 غرف، قاعة تلفاز حمام ,فيحتوي على وشرحنا للمختصة النفسانية بأن العمل الذي بنيناه يركز على استعمال الأدوات الاسقاطية والتحليل النفسي فلذلك وجهتنا إلى زميلتها المختصة في الجناح1 .

فتوجهنا الى **جناح النساء** و تحتوي مصلحة الطب العقلي للنساء على:

جناح كبير : يحوي بدوره على غرفة العناية ، صيدلية ,، غرف ، قاعة للتلفاز، المراحيض, قاعة الغسيل.

جناح صغير : يحوي بدوره على 3 غرف ،قاعة تلفاز ، مراحيض.

المكاتب :مكتب استقبال وملفات المرضى ، مكتب رئيس المصلحة ، مكتب المختص النفسي العيادي ، مكتبين للطبيب العقلي ومكتب لطبيب عام .

استطلعنا على أدوار كل من المختصين وبالخصوص دور الطبيب العقلي: وهو المسؤول عن تشخيص الحالات المرضية و وصف الادوية و دوره يتمثل في الفحوصات الدورية التي يقوم بها في المصلحة

ووصف الادوية المناسبة لكل حالة منها: المهدئات العصبية ، مضادات الاكتئاب ، مضادات القلق ، المنومات ، مضادات الذهان .

في الأول استعصى الأمر لنا في الحصول على مجموعة بحثا في هذه المؤسسة، تلقينا تحويلا مضادا من طرف بعض الأطباء المختصين في الطب العقلي.

اخترنا مجموعة بحثنا انطلاقا من الأفراد المستجيبين والموافقين على الإجابة بمقياس التعاطف وسوف نوضح ذلك في الموالي.

جدول رقم (02) يمثل احصائيات حالات الأطباء في تخصص الطب العقلي المتواجد في مؤسسة فرنان حنافي:

	السنة	إناث	ذكور	مجوع الأطباء المختصين في الطب العقلي
في المؤسسة الاستشفائية فرنان حنافي	2020	8	2	10
	2022	9	5	14
	2023	14	5	19

بعد بذل جهد تحصلنا من مكتب الموارد البشرية للمؤسسة على ما يبينه الجدول أعلاه ، احصائيات لعدد الأطباء ذوي رتبة طبيب عقلي ممارس في المؤسسة الاستشفائية فرنان حنافي منهم الذكور والاناث ما تفوق 10 سنوات خبرة و ما يتراوح سنهم بين[55-35] رغم أن هناك 19 حالات لكن قد عملنا مع حالتين لان شروط اختيار العينة هي التي حددت لنا العينة التي سوف ندرسها والتي سوف ندرجها في الجدول رقم (4) لمجموعة البحث .

2.1. ايجاد مجموعة البحث:

اتصلنا بمكتب الموارد البشرية للمؤسسة الاستشفائية "**فرنان حنافي**" حيث ساعدونا في الاستطلاع على عدد 19 وهو من احصائيات الأطباء المتخصصين في مجال الطب العقلي ومنهم 5 ذكور و14 اناث والذين تتراوح أعمارهم ما بين 35 إلى 55 سنة مما أمكننا من اختيار مجموعة بحثنا من نتيجة

المتحصلة بعد تمرير مقياس التعاطف JEFFERSON SCALE OF PHYSICIAN'S (EMPATHY ,hojat,2002)

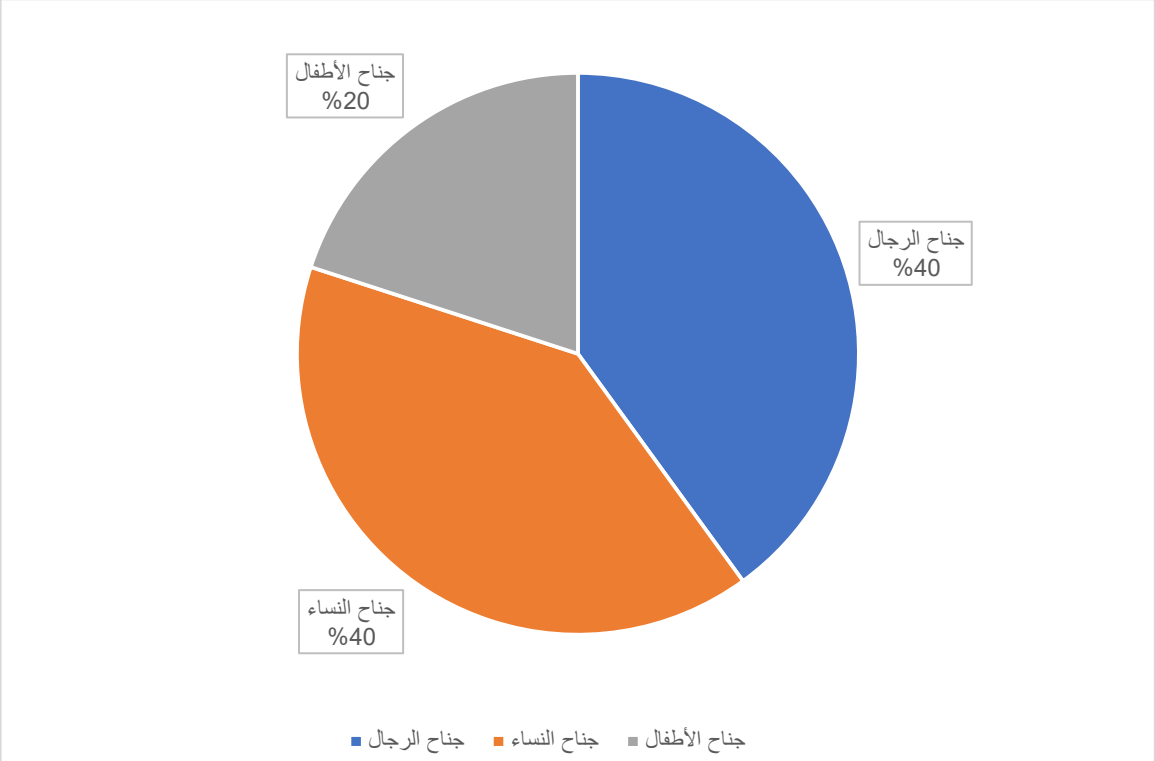
ومن العينة نأخذ حالتين من الذّين تحصلوا على درجة التعاطف منخفضة .

وسنقوم بعرض تفصيلي لمعايير اختيارنا وخصائص مجموعة بحثنا في عنصر مجموعة البحث.

2.خصائص العينة توزيع الموظفين الذين تمت مقابلتهم حسب المصلحة:

جدول رقم (03) يمثل توزيع الموظفين الذين تمت مقابلتهم حسب المصلحة

توزيع الموظفين الذين تمت مقابلتهم حسب المصلحة			
الخدمة	الفعال	النسبة	
جناح النساء	4	%40	
جناح الرجال	4	%40	
جناح الأطفال	2	%20	
المجموع	10	%100	

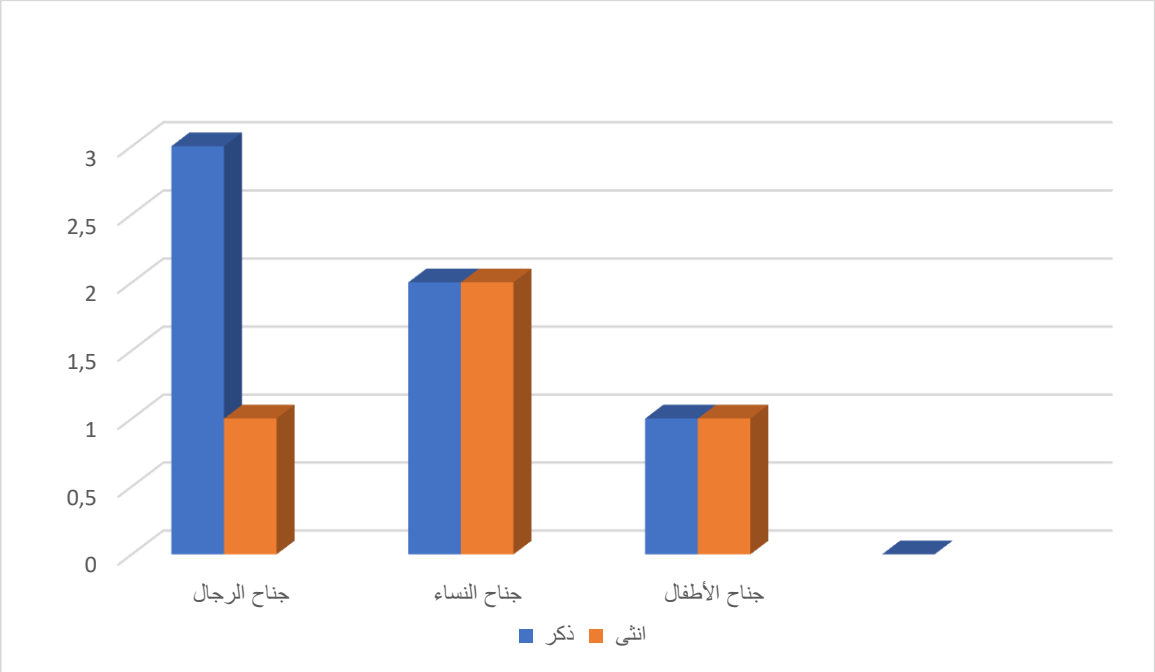


دائرة نسبية تمثل توزيع الموظفين الذين تمت مقابلتهم حسب المصلحة .

2-2-توزيع العينة حسب الجنس :

جدول رقم (07)يمثل توزيع العينة حسب الجنس

الخدمة	أنثى	ذكر
جناح الرجال	1	3
جناح النساء	2	2
جناح الأطفال	1	1
مجموع	4	6

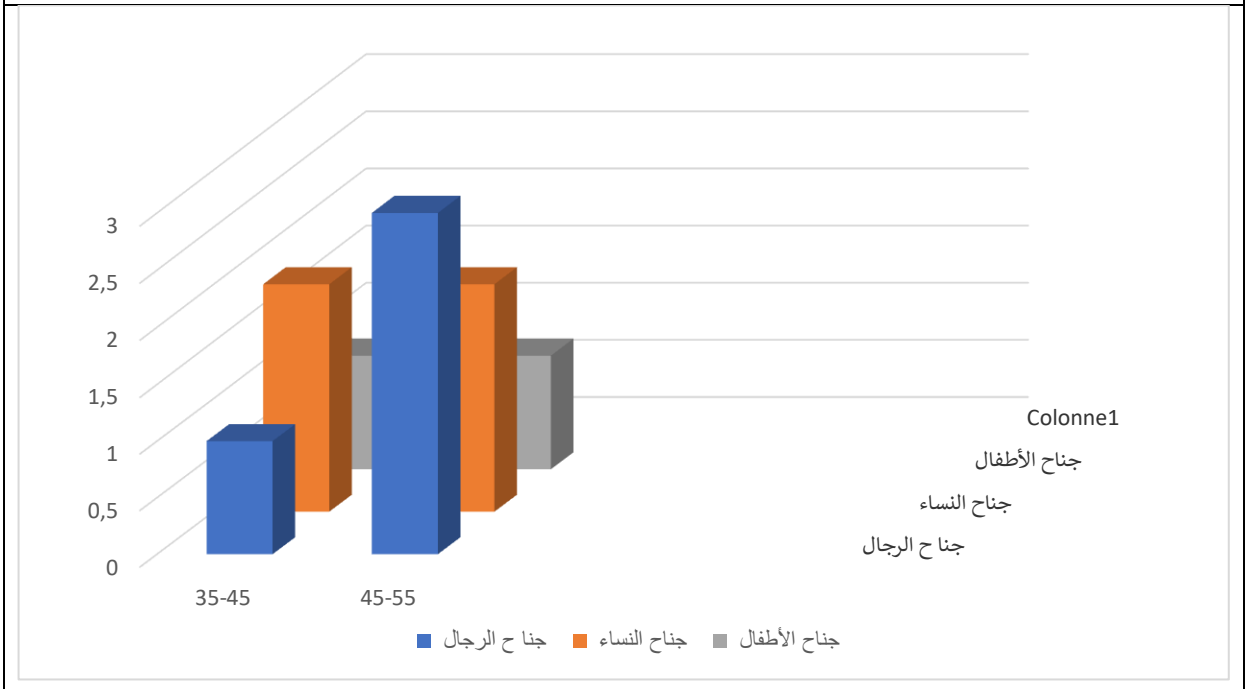


أعمدة بيانية تمثل توزيع العينة حسب الجنس.

3.2.توزيع العينة حسب العمر:

جدول رقم(04) :يمثل توزيع العينة حسب العمر .

الخدمة	45-35	55-45	مجموع
جناح الرجال	1	3	4
جناح النساء	2	2	4
جناح الأطفال	1	1	2
مجموع	4	6	10



أعمدة بيانية عن توزيع العينة حسب الفئات العمرية.

3--استمارة الموافقة :

تعتبر استمارة الموافقة في البحث من بين الخطوات التي يقوم بها الباحث بعد استطلاعه على ميدان البحث، أن يحترم الباحث لأنها من بين أخلاقيات البحث، أن يحترم الباحث الحياة الخاصة للمبحوث وتأكد على سرية المعطيات المتعلقة بالمبحوث الذي يشاركنا في إجراء بحثنا.

- **تعريف الموافقة على المشاركة في البحث:**

ظهر هذا المصطلح في القرن الثامن عشر وهي «كلمة يونانية مفهومها المعاملة ". عرفها المعجم الأكاديمي الفرنسي على أنها:" الأفكار المتعلقة بسير الشخصية الإنسانية والقيم المبنية للعلم العقلي و مبنية على مبدأين، مبدأ الإختيار الملموس ومبدأ القيم التي تبنى عليه السير، و احترام الإنسان (الشخص).

كما تعرف إستمارة الموافقة على أنها:" تعبير عن إرادة حرة خالصة، وأن يوافق الشخص المعني أن تكون البيانات الشخصية المتعلقة به موضوع معالجة". **(Haddad Nassima,2012,p3).**

-دراسات حول استمارات الموافقة على المشاركة في البحوث:

قام **Tomas perciral** بنشر كتاب عام 1803، الذي يحلل المعاملة الطبية و التي تجمع بين المعاملة الشخصية و اطار الادبيات (علم الواجبات) بالنسبة للمريض (المفحوص) بعد الحرب العالمية II ،لم يحترموا القيم ،بحيث قاموا بالتجاوزات السجناء ،و ذلك من خلال اقامة تجارب علمية عليهم ، بعد ذلك ظهرت قوانين حول البحوث الطبية و المعاملات المبدئية في الهيكل الطبي التي اقترحت من طرف الجمعية العالمية للصحة 1964 والتي اعلنت على القيم و التعامل في مجال البحوث المطبقة على الشخص ،و المعايير المبنية على احترام كل الأشخاص و حماية القيم صحتهم و حقوقهم ، و أخذ الحذر لحماية الحياة الشخصية و السرية و كل المعلومات المتعلقة بإنسان الذي أجريت عليه البحوث .و تأتي الدراسة على الجانب الجسدي و العقلي و الاجتماعي أن يكونوا على علم بالطريقة و المخاطر و المنافع و في هذه الدراسة من حق الشخص القبول أو الرفض في المشاركة في هذه البحوث في أي وقت طبيب والأشخاص الذين يقومون بذلك البحث أن يكونوا واثقين من أن المفحوص على علم بكل هذه المعلومات **(Haddad Nassima,2012,p4). .**

إنطلاقا من كل هذه المعلومات يمكن أن نصل إلى تصريح **Helsink** الذي قدمته الجمعية الطبية العالمية **(A.M.M)** سنة 1964,و قد تم تعديله عدة مرات ،أخرها كان سنة **2004**، يتعلق هذا التصريح بالمبادئ الأخلاقية التي تهدف الى حماية التكامل **(intègritè)** الجسدي و النفسي، احترام الحياة الخاصة و الحفاظ على سرية المعطيات المتعلقة بالشخص المشارك في البحوث. **(حداد ،2009،ص 19)**

تركز بعض فقرات هذا التصريح على:

-الزامية إعلام المشارك في البحوث بطريقة واضحة عن أهدافها، الممولين لها، انتماءات القائمين بها، وكذلك المترتبات الناتجة عنها مع إمكانية التخلي دون ان يترتب على الشخص المشارك أي ضرر.

-التأكد من فهم الشخص المشارك للمعلومات المقدمة له ثم خذ موافقته كتابيا.

-لا يتم اخذ قرار الموافقة تحت أي ضغط كان. **(حداد،2009، ص19)**

- في الحالة التي يكون فيها الشخص المشارك غير قادر جسميا او عقليا لإعطاء موافقته مثلا الشخص القاصر، فان الموافقة تؤخذ من الممثل القانوني له، مع الاخذ بعين الاعتبار موافقة المعني او رفضه إذا كان قادرا على الأدلاء به. **(حداد،2009، ص ص19 -20)**

هناك أيضا بحوث حاولت التمهيد لتطبيق إجراءات الموافقة للمشاركة في البحوث حيث في مقال **Jean Louis Pidinielعام 1993** حول الموافقة الخيالية المتداخلة في الموافقة ،حيث قام هذا الأخير على مقارنة الموافقة في حالة التشخيص و حالة البحث ، ويعتبر ان الموضوع مبني على الأشياء يعني ذلك الاندفاع المؤقت في رغبته على حساب المختص (الطبيب او الباحث) يقوم بإيهاب جسمه ووقته و أفكاره لتحقيق البحث من جهة ومن جهة أخرى المختص (البحث او الطبيب) يبين للمفحوص على أهمية وجوده في مساعدته في اجراء بحثه . **(Haddad Nassima ,2012,p7)**

أما في الجزائر ليست هناك استجابة لتطبيق هذه الإجرءات، وهذا راجع لعدم وجود وسائل معرفية متعلقة باستجابة المفحوص الذي يشارك في البحوث.**(Haddad Nassima, 2012, p9)**

4-خصائص الموافقة على المشاركة في البحث:

تعتبر الموافقة أداة مهمة لحماية المبحوث لذلك لابد أن تكون:

" موافقة نيرة "**(consentement éclairé)** : بمعنى أن الشخص على دراية كاملة بكل أبعاد البحث و محتوياته إذ يتم إعلام المشاركين :

-بأهداف البحث :

-هوية المسؤولين القائمين بالبحث والمؤسسات التي يعملون بها.

-طرق جمع المعطيات والملاحظات.

-المترتبات الناتجة عن المشاركة.

-المحافظة على سرية المعطيات وأصحابها.

يميل العلم في البلدان المتقدمة الى القيام المقنن بهذه العملية من طرف الباحثين حفاظا على أنفسهموعلى أنفس المبحوثين خاصة في الولايات المتحدة الامريكية حيث المتابعة القضائية شائعة.

"**موافقة حرة** " **(libre)**: بعد إعلام الأشخاص فأنهم:

-يتخذون قرارهم دون أي ضغط سواء من الباحث أولية أطراف أخرى.

-إمكانية تخليهم عن المشاركة متى أرادوا ذلك.

-تخليهم عن المشاركة لا يؤدي بهم الى أي ضرر.

بعد اطلاعنا على أهمية ودور إستمارة الموافقة على المشاركة في البحوث إلتزمنا ببنائها من خلال اتباعنا لنموذج الذي قدمته **أستاذة حداد نسيمة** في كل من المقال الذي قامت به سنة 2012 والنموذج الموجود في اطروحتها لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم النفس العيادي سنة 2015 بعنوان "**مستويات التنظيم و إختلال التنظيم النفسي الجسدي للراشد المتلازم لألة تصفية الدم "جامعة الجزائر02.**

اعتمادا على هذين النموذجين تمكننا ببناء إستمارة الموافقة على المشاركة في البحث التي تخص بحثنا .

وبعدها تحصلنا على الإستمارة القابلة لتقديمها في الميدان والتي نعرضها في الملحق رقم (01)

- **3-1-إستمارة الموافقة :**

بحث حول التعاطف من خلال الرورشاخ لدى الممارس في الطب العقلي

استمـارة موافقـة

موضـوع البحـث:

بحث حول التعاطف من خلال الرورشاخ لدى الممارس في الطب العقلي

إسم الباحثة:

-إزوين صارة (طالبة في علم النفس العيادي سنة الثانية ماستر)

- بويحياوي سيريا (طالبة في علم النفس العيادي سنة الثانية ماستر)

إطار البحث

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية قسم علم النفس – تخصص علم النفس العيادي– جامعة مولود معمري – تيزي وزو – قطب تامدا

إشراف على البحث :

أستاذة التكوين و التعليم العالي و البحث العلمي : الدكتورة حداد نسيمة

مكان البحث:

العنوان: المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب الأمراض العقلية فرنان حانفي " بواد عيسي – تيزي وزو.

إن استمارة الموافقة المقدمة لكم تهدف إلى إعطائكم فكرة عامة عن طبيعة البحث, و ما يترتب عن مشاركتكم, لا تترددوا أبدا في طلب التفاصيل و المعلومات خذوا الوقت الكافي لقراءة ما يلي بتعمن .

أهداف البحث:

يهدف هذا البحث إلى الكشف وفهم ارجاعية التعاطف من خلال الرووشاخ لدي الممارس في الطب العقلي ،كما يهدف أيضا الى دراسة سيرورة الفهم للمفحوصين أثناء العلاج من طرف الطبيب المختص في الطب العقلي من طرف نفس الفرق الباحثة.

هذا البحث يتطلب:

يحتوي هذا البحث على مقابلة توضحية والتي تمثل في هذه الإستمارة وهي لقاء أولي وتليها مقابلة عيادية يمكنكم التعبير فيها بكل حرية عما تريدون.

تقدم لكم في حصة موالية وسيلة يستعملها الأخصائي النفسي في عمله، وهذا لأجل فهم أحسن لما نود الوصول إليه في دراستنا والذي قد يمكن ان يساعدكم في حياتكم العملية .

تتم معكم في الأخير مقابلة يقدم لكم خلالها ملخص عن النقاط القوية في شخصيتكم.

يتميز هذا البحث بالسرية. إذ كل ما نكتبه أثناء لقاءاتنا معكم يبقى سريا، لا نتحدث تماما عما تقولون لنا حتى للأطباء والممرضين الزملاء ولا حتى للمختص النفسي المرافق لنا في التربص فهو يعتبر عمل تطوعي.

يمكنكم في خلال هذا البحث التوقف في أي وقت عن المشاركة.

ستقدم نتائج هذا البحث في مذكرتنا وتكون على شكل فصل لعرض الحالات ومناقشة النتائج ويمكن لهذا البحث بعد ذلك أن يكون موضوع منشورات، عروض شفهية. لكن مع احترام تام لسرية المشاركين.
إن إمضاءكم يؤكد على فهمكم وبوضوح لكل المعلومات السابقة والمتعلقة بمشاركتكم في البحث، كما يدل على موافقتكم على المشاركة.

إسم المشارك	الإمضاء	التاريخ
.....	.....	.....
إسم الباحث	الإمضاء	التاريخ
.....	.....	.....

3-2 – مقابلة لقاء البحث :

أول مرحلة قبل الدراسة الأساسية وذلك في إيطار المقابلة لتوضيح البحث و هذه المقابلة شرحنا فيها إستمارة الموافقة على المشاركة في البحث و المراحل التي يتم فيها بحثنا و التي سوف تكون على شكل حصص ، وجدنا صعوبة قبول المختصين التعاون معنا لضيق وقتهم .
واعتبرنا هذه المقابلة كأداة من أدوات البحث الأولية لأنها تمكننا بعد ذلك من الحصول على موافقة مشاركة المبحوثين في بحثنا، و من جهة أخرى تمكننا من الإصغاء العيادي للمعطيات التي تقدمها لنا الحالة و التي تقدمها لنا الحالة و التي تساعدنا بعد ذلك على فهم الكيفية التي تتمظهر بها "نوعية الإنتاج الاسقاطي لدى المختص المتميز بدرجة التعاطف المنخفضة " باستخدام اختبار الرورشاخ .

3-3-. بناء دليل المقابلة :

عرف قاموس " **le petit robert**"المقابلة على أنها:" فعل تبادل الكلمات مع شخص واحد او أكثر" **(Chiland and Colette,1983,p2)** بينما المقابلة العيادية تعرف على أنها : " مقابلة تندرج في نطاق علاقة المساعدة بشكل أكثر دقة ،يهدف إلى تقديم المساعدة النفسية سواء كان ذلك من خلال تحقيق التقييمات النفسية أو الدعم النفسي و المشاورة أو حتى العلاج النفسي ، واحيانا يتم استخدامه أيضا في البحث العلمي ".

(Bouvet Gyrille, 2018,p13)

أما **العساف (1995)** عرف المقابلة: " كأداة من أدوات البحث العلمي، التي يتم بموجبها جمع المعلومات التي تمكن الباحث من إجابة تساؤلات البحث أو اختبار فروضه وتعتمد على مقابلة الباحث للمبحوث وجها لوجه بغرض طرح عدد من الأسئلة من قبل الباحث والإجابة عليها من قبل المبحوث.

(أوقاسي لونيس واخرون، 2017، ص102)

كما عرف **(Kaufmann2006)** دليل المقابلة على أنها: "عبارة عن مجموعة من أسئلة تحت مفاهيم معينة تسمح لنا بإضاءة المشكل الذي يتناوله الباحث، يجب على الأسئلة أن تكون متسلسلة بطريقة منطقية "**(أوقاسي لونيس واخرون، 2017، ص102)**

تشير هذه التعاريف إلى أن المقابلة العيادية تعد من بين أهم الوسائل أو الأدوات التي يستعين بها الباحث في بحثه لجمع المعلومات، وتساعد الباحث على التحقق والإجابة على فرضيات البحث، المقابلة التشخيصية والعلاجية تختلف على المقابلة البحثية لان الباحث في المقابلة البحثية يستعين بدليل المقابلة الذي بناه مسبقا عن موضوع بحثه والذي عرض لتصحيح عدة مرات من طرف المشرف ليصلح لتطبيق .

قمنا في بحثنا هذا ببناء دليل المقابلة الذي يتكون من عدة محاور و كل محور له هدف معين، حيث قمنا ببنائه وفق لمتطلبات بحثنا فيه دليل المقابلة مع المختصين في الطب العقلي المتحصلين على درجة التعاطف منخفضة من مقياس، رغم ان وجدنا صعوبات في بناءه و قمنا بإعادة صياغته مرات عديدة .

يتكون دليل المقابلة من اثنى عشر (12) محاور ولكل محور هدف يتم التوصل إليه من خلال التعليمة العامة و إذا لم يكن هناك معلومات كافية بالنسبة لهدف المحور سوف يتم اللجوء إلى التعليمات الجزئية ، ومن هنا سنعرض دليل المقابلة مع المختص في الطب العقلي المتميز بدرجة التعاطف منخفضة فيما يلي :

3-3-دليل المقابلة:

المحورالاول: البيانات الشخصية

- الإسم : - السن : - ترتيب الاخوة : - عزب : - متزوج :
- المستوى التعليمي :
- مدة الخبرة الميدانية :
- المستوى الاقتصادي للعائلة :
- عدد سنوات الزواج :
- عدد الزوجات :
- عدد الأبناء :
- مهنة الزوجة :
- مهنة الزوج

المحور الثاني: الحياة الطفلية

يهدف هذا المحور الى استخلاص والتعرف على طفولة المفحوصين (المختص في الطب العقلي) وعلاقاته مع الاقارب والمحيطين بهم.

التعليمة العامة:

- أهدرلي على صغرك؟

الهدف من هذه التعليمة هو معرفة طفولة المختص في الطب العقلي ، واحداث طفولته التي رسخت أكثر في ذهنها، وإذا لم يتم الحصول على المعطيات اللازمة يتم الانتقال الى التعليمات الجزئية التالية:

التعليمات الجزئية:

-أهدرلي على يماك؟

- أهدرلي على باباك؟
- أهدرلي على خواتتك وخاوتك؟
- كيفاش هي العلاقة بينك وبين باباك و يماك؟
- واش الحاجة لي تتفكرها على صغرك؟
- معامن لي كنت تحب (ي) تقعد(ي) بزاف معاه كي كنت صغير(ة)؟

المحور الثالث : حياة المراهقة :

-في رايك ما العمر الذي تبدا به المراهقة و متى تنتهي ؟

-هل تتفق مع والديك ؟

-هل كانت لديك فكرة عن التغيرات الفيزيولوجية في السن 15 سنة ؟

-هل كانت لديك مشاكل مع الاخرون او الأصدقاء ؟

-هل كنت مزاجيا ؟

-كيف تصف مزاجك في تلك الفترة (مزيج من الشعور بالمفجأة ,الخوف و الانزعاج) .

المحور الرابع : الحياة المهنية

يهدف هذا المحورالى معرفة الصعوبات التي يتلقاها المختص في الطب العقلي في العمل سواء كانت علائقية او وظيفية كما يهدف أيضا الى التطلع الجانب الاقتصادي.

التعليمة العامة:

-هدرلي على البلاصة لي راك تخدم (ي) فيها؟

التعليمات الجزئية :

- كيفاش راك (ي) تشوف (ي) خدمتك صعيبة ولا لالا؟
- كيفاش هي علاقتك مع زملائك في الخدمة؟
- كيفاش تشوف (ي) المدخول تاعك يكفيك تلبي حاجات عائلتك؟

المحور الخامس: معلومات عن الظروف العائلية والحياة الزوجية

يهدف هذا المحور الى معرفة العلاقة بين الزوجين قبل وبعد الزواج.

التعليمة العامة:

تهدف هذه التعليمة معرفة طبيعة علاقة الزوجين قبل وبعد الزواج، وإذا لم يتم الحصول على المعطيات اللازمة يتم الانتقال الى التعليمات الجزئية التالية:

التعليمات الجزئية:

- كنتوا متعارفين قبل الخطبة ؟
- الزواج كان عن تعارف شخصي ولا تعارف من طرف أخر؟

– كيفاش كانت علاقتكم بعد الزواج ؟

–كيفاش تتقسم(ي) وتتخصص (ي) وقتك للعائلتك

– كنتوا عايشين في دار العائلة الكبيرة ولا في دار وحدكم؟

– كيفاش كانت علاقتك بولادك؟

– كيفاش تقدر تعبر على غياب ولادك عليك ولا غيابك على العائلة خلال الأسبوع

المحوار السادس: السوابق الشخصية:

يهدف هذا المحور إلى معرفة الصحة العضوية وسوابق الإدمان وفي أي مرحلة عمرية

كحول

تدخين

المخدرات

مراهقة

حاليا

في أي عمر

المحور السابع: – الحياة المهنية

يهدف هذا المحور الى معرفة إن كان التخصص مرغوب أو غير مرغوب فيه ومعرفة كيف كان المسار المهني و الخبرة المهنية مع المرضى ، إذ توفر ذلك كما يهدف أيضا الى معرفة علاقة المختص بالمفحوصين .

التعليمة العامة

–أهدريلي على الخبرة تاعك ؟

–لواش تقدر توصف حبك للمهنة تاعك

–كيفاش تعيشت مع بعض حالات المرضى تاعك؟

–عندك معلومات حول تاريخ الحالة تعهم ؟

المحور الثامن: معلومات عن ظروف العمل

تهدف هذه التعليمة معرفة إذا كانت فترة العمل صعبة وأيضا إذا كان فيه تعاطف من طرف المختص إذا لم يتم الحصول على المعطيات اللازمة يتم الانتقال إلى التعليمات الجزئية التالية:

التعليمات الجزئية :

- هل أغلبية المفحوصين يقمون بالطلب لمفردهم ؟

-كيفاش كان التواصل مع المفحوصين العاديين الذين اقدموا لديك ؟

-كيفاش كانت نفسيتك في فترة العلاج معهم؟

-كيفاش كان التوصل مع المفحوصين غيرالسويين الذين يتابعون عندك ؟

و كيفاش كانت نفسيتك في فترة علاج هذه الفئة ؟

-اهدريلي على حاجة صراتلك تفكرتها كي كنت (ي) ونتا مع المفحوص خلال الحصة العلاجية ؟

-ما هو شعورك اتجاه المفحوصين تاعك ؟

ماهي العلاقة مع الزملاء في العمل؟

هل تعمل ليلا؟

المحور التاسع : معلومات على التعاطف ومختص الطب العقلي :

التعليمة العامة :

-أهدريلي على الشعور تاعك اتجاه مرضاك؟

-هل تعمل أثناء احساسك بالارهاق الجسدي او النفسي؟

تهدف هذه التعليمة لمعرفة ان كان التعاطف موجود وكيف يظهر الشفقة، إذا لم يتم الحصول على المعلومات اللازمة في هذه التعليمة سيتم الانتقال الى التعليمات الجزئية التالية:

التعليمات الجزئية :

-كيفاش تديروقتك و تضبط المواعيد مع المفحوصين تاعك؟

-كيفاش تتنصت و تتواصل مع المفحوصين تاعك؟

-كيفاش تشرح للمفحوص تفهمك له؟

المحور العاشر : الحياة الحلمية و أهداف الحياة اليومية

التعليمة العامة :

-أهدر يلي على منامتك ؟

واش هي أهدافك في الحياة كإنسان عادي ؟-

تهدف هذه التعليمة معرفة المكبوتات واللاشعور عبر مراحل حياة اليومية الخاصة، ومعرفة أهدافه في الحياة التي تبرز النشاط النفسي له اذا لم يتم الحصول على المعلومات اللازمة سنتطرق الى التعليمات الجزئية التالية :

التعليمات الجزئية :

- واش من منام شفيت (ي) عليه ؟ كيفاش فسرتوا (تيه)
- هدرلي على منامتك كيما يكون نهار ديالك شارجي؟
- واش تتمني تدير في حياتك ؟

المحور الحادي عشر : الهوايات

يهدف هذا المحور إلى معرفة هوايات وميولات المختص في أوقات فراغه او في العطلة سواء كانت أنشطة ثقافية وفنية أو العاب اليكترونكية او رياضية.

التعليمة العامة :

- واش الحاجة لي تحب (ي) تديرها في أوقات فراغك او العطلة ؟

التعليمات الجزئية :

- معامن تحب (ي) تتشارك (ي) كي تلعب (ي)؟ ولا تحب (ي) تلعبي وحدك؟
- واش تحبي تقدم (ي) للعائلتك في نهاية الأسبوع ؟
- تحب (ي) الاعمال اليدوية ولا لالا؟
- تمارس (ي) الرياضة ذرك ولا مرستها بكري؟

المحورالثاني عشر: النظرة المستقبلية :

يهدف هذا المحور الى معرفة التطلعات و التخطيطات المستقبلية للمختص في الطب العقلي رغم معرفته لصعوبات التي يواجهها مع المفحوصين .

التعليمة العامة :

- واش الحاجة لي تحب (ي) تبدلها في حياتك المهنية مع المرضى تاعك ؟

التعليمات الجزئية :

- كيفاش راك تشوف (ي) مستقبلك مع مرضاك ؟
- واش راك حاب توصل (ي) لوا في حياتك المهنية ولذلك إيجابيا على المفحوصين تعك.

3-4-التمرن على تطبيق اختبار الاسقاطي الرورشاخ :

❖ **تقديم حالة "ليلية":**

اخترنا حالة" **ليلية**" للتمرن على تطبيق اختبار الرورشاخ عليها، والتي تبلغ من العمر 33 سنة اعتبارا لسنها كونها تمثل عينة بحثنا، بالرغم أنها ليست بطبيبة مختصة في الأمراض العقلية ، ليلية ممرضة في عيادة عمومية بدراع بن خدة ،تحتل الرتبة الخامسة بين الاخوة ، متزوجة ، لديها والدين توأم ، بدون أي سوابق مرضية ،مستوى معيشي متوسط . وهذا يعود كتطبيق أو تمرن أو تكوين لاختبار الذي نستخدمه في الميدان. وتحصلنا من خلال التطبيق على بروتوكول للحالة، واستخلصنا منه السيكوغرام للحالة.

وفيما يلي سيتم عرض النتائج المتواصل اليها للحالة " **ليلية**"

جدول رقم (05): يوضح بروتوكول تمرن الرورشاخ لحالة "ليلية"

تاريخ التطبيق: 2023-04-25 **زمن البروتوكول:** 20 د 21 ثا

اللوحات	زمن الكمون	الإجابات	التحقيق	التنقيط
I	**"21**	**^** **1**-الفيل 2- قناع **"25**	-الفيل في الطرفين في الشكل D2 -قناع G	**GF-A** **Gbl /F+ Obj**
II	**"49**	**^** مفهمتهاش " 33.'1	مفهمتهاش	**Choc** **Refus**

CHOC **DF+ A** **Ban**	فراشة– في وسط الشكل بأحمر **D3**	<^ 3–فراشة " 42	**14**"	**Ⅲ**
DF–Ad **DF–Obj**	(لواش اشبه هذا لوجه) –وجه الثور D3 –قبعة D5 " 57	^ 4– وجه 4"	**30**"	**Ⅳ**
GF+A Ban	– كل الشكل – Papillon G "20	^ 5–فراشة "27	**14**"	**Ⅴ**
Choc GF– Sex	–العضو الأنثوي (ضاحكة)	^ < 6– تاع لمر "23	**30**"	**Ⅵ**
Refus **Choc**	/ /	**^** / "28	**17**"	**Ⅶ**

VIII	"21	^ 7- زوج نمورا 8- نخاع الشوكي 9-فراشة "33'1	- زوج نمورا **(D1)** -راس ثعلب D4 **F+ Ad** هذا بلبيض عينيه **DdL** - نخاع الشوكي **Dd23** - فراشة**(D5)**	**DF-A** **Dd /D** **F- /D** **DF+A**
IX	"30	^ 10-عيدان بحر 11- زوج قردة على ظهر بوبوتام 12-ورقة خضراء '3	-عيدان بحر **(D2)**. - زوج قردة (D3) -ظهر (D3) -Papotâmes(Dd10) -une feuille en vert **(D1)**	**Choc** **DF-A** **Dd/D** **Kan/** **Scène** **DCF BOT**

X	**18"**	^ 13-عصفرين 14- القصبة الهوائية 15- الرئتين -une Crabe 16 25"	-الأصفر في الجانبين اليمين واليسار للشكل **(D15)** -الرمادي في الأعلى حيوان **(D11)** -الرئتين **(D9)** -une Crabe **(D5)** 33 "	**CHOC** **DCF A** **DF- Anat/** **DF-**

- **اختبار الاختيارات :**

اللوحات المفضلة:

اللوحة (V):لأنها فراشة

اللوحة (VI): لأنها تشبه العود (l'instrument de musique)

اللوحات المنبوذة:

اللوحة (I): - c'est une image bouleversante comme le masque que les enfant portait Zman

اللوحة (IX):la couleur agi astinidh d times icha3len

جدول رقم (06): يوضح سيكو غرام لحالة ليلية :

المحتويات	المحددات	أنماط التناول	الخلاصة
A= 07	F+= 03	G=04	R= 16
AD=01	CF=03	G%= 25	R.compl=01
H= 0	FC= 0	D = 07	Refus=02
Anat =03	∑C= 0	D%=44	T.total=20′21 ″
Obj =02	F= 12		"Tp/R=1’23
Hd=0			
			TRI=1K/3C
			RC%=62%
			Ban=02
			F+%= 67
			A%=50

Chocs : 05 (Ⅱ,Ⅲ,Ⅶ,Ⅷ,Ⅸ)

Commen:01(Ⅵ)

Choix +:(Ⅴ)(Ⅵ)

Choix −:(Ⅰ) (Ⅸ)

- **تحليل بروتوكول الرورشاخ لحالة" ليلية "**

- **التحليل الكمي:**

- **الإنتاجية:**

يظهر خلال بروتوكول للحالة " ليلية " أن الإنتاجية العامة تتجه نحو الكف من حيث عدد الإجابات المقدمة في بروتكول الرورشاخ (R= 16) مقارنتا مع عدد الاجابات المتحصل عليها من طرف معايير جامعة باريس 5 والتي تقدر من 20 إلى30 إجابة فيها عند الراشد العادي و بالتالي هذه النتائج تظهر الكف على المستوى الإنتاجي لحالة ليلية عند مقارنتنا بالنتائج التي تحصل عليها كل من سي موسي وبن خليفة في دراستهما بالمجتمع الجزائري فعدد الإجابات تتراوح بين 15 و20 إجابة **(عبد الرحمان سي موسي، محمود بن خليفة ، 2008ص 218)** ومن خلال ما أكد الباحثان ان مجتمعنا الجزائري قليل التعبير عن المشاعر و الوجدان مقارنتا بالمجتمع الفرنسي و بالتالي هذه النتائج تشير لوجود الكف.

***<u>إجابات إضافية</u>** :

فإذن تحصلنا على إجابات إضافية في مرحلة التحقيق وذلك في قول المبحوثة وذلك في اللوحة اللوحة الرابعة (قبعة– وجه الثور) في اللوحة الخامسة (فراشة) وفي اللوحة التاسعة (Dos de papotâme) و في اللوحة العاشرة (الأصفر في الجانبين اليمين واليسار للشكل الرمادي في الأعلى

و بالرجوع إلى الزمن المستغرق في تقديم الإجابات نجد أن زمن البروتكول بلغ '20 دقيقة و بالتالي زمن الإجابة الواحدة يقدرب 23"1' فهو زمن قصير مقارنة بمعيار جامعة باريس 5 ذلك يدل على وجود الكف تأكدا من خلال زمن البروتكول و عدد الإجابات المقدمة من طرف ليلية أما فيما يخص اللوحات المرفوضة فقد اقتصرت في لوحة (VIII) وهذا يدل على الرفض يشير الى تجنب الإشكالية التي تستثيرها هذه اللوحة و المتمثلة في قلق اتجاه العزباء عند العائلة .كما سجلنا في بعض اللوحات صدمات وهذ ا يعتبر كمؤشر نوعي.

- **أنماط التناول :**

تعرضنا إلى أنماط التناول بحيث نجد عدد الإجابات الشاملة بلغت%G=25 وبمقرنتها بمعايير جامعة باريس 5 التي تتراوح نسبتها بين 20% و 23% وبالتالي نجدها مرتفع و هذه النسبة تدل على عدم

التكيف مع الواقع الخارجي, بلغت نسبة الإجابات الجزئية(D= 44%) نجد أنها مرتفعة مقارنتا بمعايير جامعة باريس 5 وهذا ما يدل على القدرة على ادراك كل الموضوع من طرف ليلية و مقارنتا لما تحصل عليه كل **(من سي موسي و بن خليفة 2004 ص 345)** في المجتمع الجزائري فهي مرتفعة مما يدل على عدم القدرة على استثمار الواقع الخارجي لمنع ظهور الواقع الداخلي والتشتت و عدم الاستقرار النفسي كما تدل على تشتت الصورة الجسدية و عدم وحدتها

نجد الإجابات الشائعة (Ban=3) وعند مقارنتها بمعايير جامعة باريس5 نجدها منخفضة يدل على عدم التكيف مع الواقع الخارجي

أنماط التناول عند ليلية تتميز بالانخفاض في الإجابات الشائعة فهو مرتبط بمرحلة الطفولة فيما يخص الادراك الكلي فقد ظهر أن المبحوثة لديها قدرة على الادراك الجزئي (D%=65) حيث لم تطفئ الإجابات الكلية فنجد نسبتها G%= 12 معايير غلبة الادراك الجزئي على الادراك الكلي . وجود نمط المنبسط المزدوج فهو نمط متكافئ لأن(K=1) (و C= 3) حيث تحصلنا على $\sum^{K/\Sigma^C}$ وفق ما سبق .

- **المحددات:**

نجد المحددات الشكلية عند ليلية بلغت (F% =67%) وعند مقارنتها بمعايير جامعة باريس 5 التي تتراوح نسبتها 50% الى 70% نجدها منخفضة وتظهر عدم قدرة المفحوص على التحكم في النزوات من خلال الشكل كما ظهرت مع المبحوثة محددات شكلية موجبة بنسبة F+%=67% و مقارنتا بجامعة باريس 5 التي تتراوح نسبتها من 70% الى 80% فهي نسبة قليلة مما يدل على الانغماس الردئ في الواقع الموضوعي و نجد المحددات اللونية ظهرت نسبتها (RC%=62) وعند مقارنتها بجامعة باريس 5 التي تتراوح نسبة معاييرها(RC%=44) نجدها نسبة مرتفعة .

أما الإجابات الشكلية المرتبطة باللون **(FC=0)**على تفريغ فنلاحظ إجابة واحدة أما الإجابات اللونية المرتبطة بالشكل (CF=3) **(ع . سي موسي، رزقار، 2008ص144)** .

- **المحتويات:**

لا نجد المحتويات الإنسانية التي نسبتها معدومة (وعند مقارنتها بمعايير موضوعية بالمجتمع الجزائري التي تتراوح 17% فهي منخفضة وكذلك مقارنتا بمعايير جامعة باريس5 التي تتراوح ما بين 15% الى 20% وهذا يدل على قدرة تقمص صورة إنسانية بحيث أن الهوية متواضعة لكن التقمص الجنسي يرتبط بالصورة مختلطة حيث نجد (في اللوحة (III) و(papillon) وذلك في اللوحة (IX)

ونجد ظهور المحتويات الحيوانية (A%=50) وعند مقارنتها بمعايير جامعة باريس 5 بمعايير مقدمة من طرف دراسات جزائرية التي نسبتها (A%=47) فهي مرتفعة جدا مقارنة بالنسبة للمحتوى الإنساني وهذا يدل على قلق التفكيك و الصورة النمطية للفكر تعني الحيازة التي لا تنضب للأليات العقلية.

نجد عند المبحوثة تتابع في اللوحات في الإجابة الشاملة من اللوحة (I) و(II) لتعود إلى الإجابات الجزئية في اللوحة (III) ثم تعود مجددا الإجابات الشاملة في اللوحات (IV) و(V) و (VI) فلتعد الإجابات الجزئية و ذلك في (VIII) و (IX) و(X) فهو تتابع صلب لأنه يعتمد كثيرا على الإجابات الجزئية و لم تظهر الإجابات الشائعة إلا في بعض اللوحات (IV) و (V).

أما بالنسبة للمحتويات الخاصة نجد (Anat=3) بحيث يأكد وجودها "Complexe d'intelligence" ما يعني الرغبة في التألق فكريا وفي بعض الأحيان يعتبر تشوه مهني لدى الأطباء وعند أفراد طاقم الشبه الطبي أما الخبرة العيادية تبدي أن وجود هذه الإجابات على الصحة النفسية angoisse hypocondriaque أو الشعور بالنقص .ومقارنتا بمعايير جامعة باريس-V نجد ان وجود 1 إلى 2 من Anat عادية ((C .Chabert ,D.Anzieu P95)

كما ظهرت إجابة (scène=2) فيها حركة تعني مشهد يحوي حركة تدل على قدرة الفرد على إرصان الصراع .

- الاختبارات الموجبة:

ظهرت الاختبارات الموجبة في اللوحتين (IV) و, (V) و يؤثر اختيارها بالمحتوى الكامن في اللوحة V بالقلق اتجاه الحالة الوجدانية للأم , أما في (IV) بالقلق اتجاه السلطة أو الأنا الأعلى

نجد أن نسبة القلق لدى ليلية فبالتالي هي نسبة منخفضة مقارنتا بمعيار محدد الذي تتراوح نسبته بين 11% 12% كما ظهرت عدد الإجابات(Ad=1) أقل من (A=7)مقابل Ad1 حيث ارتبط Ad ب –F .

- التحليل النوعي:

يتم من خلال شبكة التحليل في الرورشاخ" هناك صعوبة في وضع العلاقات و استثمار الموضوع فهي ترى دائما إجابات .

4. خصائص السيكومترية (الصدق والثبات) (التعاطف):

من اجل قياس ظاهرة من الظواهر النفسية لبدا على الباحث ان يتبع عدة خطوات من اجل الوصول الى الهدف المنشود و ان يحدد الخصائص و البيانات وتحديد نوعها (كمية نوعية) وهذا كله بالاعتماد على أدوات جمع البيانات مقابلة مقاييس واختبارات ومن اجل الوصول الى نتائج يمكن الوثوق بها يجب التأكد من صدق و ثبات المقاييس.

4-1:ثبات مقياس التعاطف:

بهدف التأكد من ثبات التعاطف قمت باستخ ارج معامل الاتساق الداخلي لاستخدام معادلة "الفا كرومباخ"

الجدول رقم07: يوضح نسبة ثبات مقياس التعاطف

الفا كرو نباخ	عدد البنود
0.878	**31**

يتضح من خلال الجدول)9(ان معامل ثبات المقياس الكلي) 0.87(، وهو يشير الى ان المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

5- منهج البحث:

اعتمدنا في بحثنا على المنهج العيادي لأنه الأنسب لدراسة موضوع بحثنا الذي يتمثل في "نوعية الإنتاج الاسقاطي لدى المختص في الطب العقلي المتميز بدرجة التعاطف مخفضة" بحيث يسمح المنهج العيادي بالدراسة المعمقة للفرد من خلال خصائصه ومميزاته ويعرف المنهج العيادي على انه تلك الدراسة

المعمقة للأفراد معنيين في وضعية خاصة، ومصطلح عيادي يعني الملاحظة المعمقة و الفهم النفسي للتصرفات الحاضرة و الماضية للشخص **(Droz R ,1975,P35)**

كما يعرفه **دانيال لاقاش** على أنه "تناول للسيرة الذاتية في منظورها الخاص وكذلك التعرف على مواقف وتصورات الفرد اتجاه وضعيات معينة معادلا بذلك إعطاء معنى للحالة للتعرف على بنيتها وتكوينها، كما يكشف على الصراعات التي تحركها ومحاولة الفرد حله **(M.reuchlin,1992,p13)**

ويعرف المنهج بأنه الطريقة أو الأسلوب الذي ينتهجه العالم في بحثه، أو دراسة مشكلته، والوصول الى نتائج لها. **(محمد العيسوي ومحمد العيسوي، 1996، ص13)**

يعتمد المنهج العيادي على الدراسة العميقة والمركزية لحالة الفرد ويعتمد أيضا على وسائل عديدة قصد تحصين المجال التطبيقي.

وقد كان أول من استخدم تعبير المنهج العيادي في علم النفس هو الباحث **(WITMER) سنة 1986.(Reuchlin ,1997 ,P98)**

حسب witmerعلى أنه منهج في البحث يقوم على استعمال نتائج فحص مرضي عديدين في دراستهم الواحدة تلو الأخرى من اجل استخلاص من مبادئ عامة توحي بها ملاحظة كفاءتها وقصورهم **(حسن مصطفى عبد المعطي، 2003،ص31)**

نستخلص من هذه التعاريف ان المنهج العيادي هي الدراسة المعمقة للفرد لفهم الحالة السيرورات النفسية او تقنيات عيادية .

في بحثنا هذا اعتمدنا على تقنيات اسقاطية التي تعتبر من بين الوسائل التي يمكن ان يستعين بها الباحث المتبع للمنهج العيادي من اجل فهم ادق للسير النفسي للمفحوص من خلال اختبار الرورشاخ .

6- مجموعة البحث:

اخترنا مجموعة بحثنا والتي تتكون من حالتين وفقا للمعايير التالية:

-أن يقدم اجاباته في مقياس التعاطف JSPE وأن يتميز بدرجة التعاطف منخفضة.

-أن يكون طبيب مختص في الطب العقلي.

-أن يوافق على المشاركة في البحث تطوعيا.

جدول رقم (08) يمثل خصائص مجموعة البحث

اسم الحالة	الجنس	الحالة المدنية	السن	الرتبة بين الاخوة	المهنة	درجة التعاطف	الخبرة المهنية	المستوى الاقتصادي
ك–د	انثى	عزباء	43	1/0	طبيب في الطب عقلي	منخفض	20 سنة	جيد
ب–ش	ذكر	متزوج	45	3/5	طبيب في الطب العقلي	منخفض	23 سنة	جيد

يبين الجدول أعلاه مجموعة بحثنا يمكن القول أن هناك تقارب في السن بين افراد مجموعة البحث [43–45] و بين الخبرة المهنية رغم اختلاف في الجنس و الحالة المدنية وفي الرتبة بين الإخوة .

-

7- أدوات البحث:

تعتبر أدوات البحث ذو اهمية كبيرة في جمع المعلومات بحيث يلجا إليها الباحث ويستعين بالأدوات التي تخدم بحثه للتأكد من نتائج بحثه. والتي تتمثل في مقياس التعاطف و اختبار الرورشاخ والتي سيتم عرضها على النحو التالي :

7-1-مقياس التعاطف :

ج) حالة التعاطف:

مقياس جيفرسون للتعاطف في حوجات عام 2002 (139)هذا هو واحد من الاختبارات الأكثر استخداما في العالم ، منذ ترجمتها إلى خمسة وأربعين اللغات والمستخدمة في أكثر من سبعين دولة (140). في البداية كان يسمى هذا الاختبار "سلم جيفرسون التعاطف من الممارسين "ثم مبسطة من قبل" جيفرسون مقياس التعاطف " من أجل لتوسيع السكان المستهدفين. يمكن استخدامه بالفعل من قبل أي مقدم رعاية (الممرضات بشكل أساسي). هناك إصدارات للطلاب تختلف بكلمات قليلة فقط. تم إنشاء هذا المقياس خصيصا لقياس التعاطف

من مقدم الرعاية مثل تعريف حجة م. ، والذي يتوافق مع التعاطف المعرفي.يتكون من 20 عنصرا متدرجا على مقياس ليكرت يتراوح من 1 (قوي لا أوافق) إلى 7 (أوافق بشدة) ؛ من أجل التحكم في الردود المرفوضة ، 10 هي التأكيدات و 10 نفي(ثم يتم عكس "نقاط" العنصر). سوف عشرات لذلك من 20 إلى 140 وكلما كانوا أعلى ، كلما كان موقف مقدم الرعاية أكثر توجها متعاطف.

على الرغم من أنه تم إنشاؤه من أجل قياس التعاطف المعرفي ، إلا أن هذا المقياس ليس مثاليا. في الواقع ، هناك متغيرات كامنة. وقد وضعت حجة وآخرون الاستبيان في العثور على ثلاثة في عناصر مختلفة (119).

وهي مرتبة حسب الأهمية: أخذ المنظور ("أخذ المنظور") وهو المكون الرئيسي لـالتعاطف المعرفي الرعاية الرحيمة ("الرعاية الرحيمة") والتي يتم تعريفها على أنها مزيج من التعاطف المعرفي مع التعاطف العاطفي الكافي ضروري في العلاقة بين الطبيب والمريض وإلى حد أقل ، "المشي في حذاء المريض" أو " الوقوف في

أحذية المريض" ("المشي في حذاء المريض"أو" الوقوف في حذاء المريض").من المتغيرات الكامنة الثلاثة ليست توافقية. في الواقع ، يجد بعض المؤلفين على حد سواء كما فجورتوفت وآخرون في عام 2011

(141) (الرعاية الرحيمة وأخذ منظور) غالبا ما يرتبط بثالث ، ما يسمى المتبقية. سيكون هذا المتغير المتبقي غير ذي صلة وسيتطلب إعادة صياغة البنود من أجل تحسين نتائج تي مماثلة في العديد من البلدان ، الناطقة باللغة الإنجليزية أم لا. فيأسئلة يفضل تسمية البديل ديتاكبمننت الثالث المملكة إمكوينيل بلوت أحذية المريض"على الرغم من أنه تم إنشاؤه من أجل قياس التعاطف المعرفي ، إلا أن هذا المقياس ليس مثاليا.في الواقع ، هناك متغيرات كامنة. وقد وضعت حجة وآخرون الاستبيان في العثور على ثلاثة في عناصر مختلفة (119).وهي مرتبة حسب الأهمية:

أخذ المنظور ("أخذ المنظور") وهو المكون الرئيسي لالتعاطف المعرفي الرعاية الرحيمة ("الرعاية الرحيمة") والتي يتم تعريفها على أنها مزيج من التعاطف المعرفي مع التعاطف العاطفي الكافي ضروري في العلاقة بين الطبيب والمريض وإلى حد أقل ، "المشي في حذاء المريض" أو " الوقوف فيأحذية المريض" ("المشي في حذاء المريض"أو" الوقوف في حذاء المريض").من المتغيرات الكامنة الثلاثة ليست توافقية. في الواقع ، يجد بعض المؤلفين على حد سواء كما فجورتوفت وآخرون في عام 2011 (141) (الرعاية الرحيمة وأخذ منظور) غالبا ما يرتبط بثالث ، ما يسمى المتبقية. سيكون هذا المتغير المتبقي غير ذي صلة وسيتطلب إعادة صياغة البنود من أجل تحسين نتائج تي مماثلة في العديد من البلدان ، الناطقة باللغة الإنجليزية أم لا. في أسئلة

يفضل تسمية البديل ديتاكبمننت الثالث المملكةإمكوينيل بلوت أحذية المريض"

*تم تقييم حالة التعاطف بين متدربي الطب العام في كل وقت قياس باستخدام استبيان كما رأينا في المقدمة، يتكون هذا الاستبيان من 20 عنصرا يجب على المشاركين التقييم على مقياس ليكرت يتراوح من 1 إلى 7 ("موافق تماما"). البنود 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18 و19 لديك الاقتباس العكسي والآخرون لديهم اقتباس عادي. وبالتالي يمكن أن تتراوح الدرجات من 20 إلى140. كلما ارتفعت درجة، كلما شعر الشخص أن لديه توجها متعاطفا، وبالعكس. كما يجعل من الممكن العثور على ثلاثة مكونات فرعية من التعاطف المعرفي :

- أخذ المنظور ، والذي يتوافق مع العناصر 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17 و 20
- الرعاية الرحيمة ، مع العناصر 1, 7, 8, 11, 12, 14, 18 19
- والمشي وراء أفكار المريض " في البندين 3 و 6|.

7-2-إختبار الرورشاخ:

7-2-1-تعريف الاختبار

يعتبر اختبار الرورشاخ (اختبار بقع الحبر) من الاختبارات الاسقاطية الذي وضعه "**هيرمان رورشاخ**"عام **1920**،حيث يسمح بإقامة تشخيص نفسي للشخصية عند الطفل و المراهق و الراشد، تجعل دقة الأداة من الممكن الكشف عن مؤشرات خفية ,تظهر سيرورات لم تتمكن الملاحظة و المقابلة من إظهارها عند الفرد سواء تعلق الأمر بسيرورات مرضية في طريق التكوين أو بعناصر تحمل تطورا جيدا على مستوى الشخصية ، هذا الاختبار يسمح إذا بتقييم ديناميكي للموارد الحالية و الخفية للفرد و نقاط ضعفه.

(ChathrineChabert ,1998,p48)

يدخل اختبار الرورشاخ ضمن الاختبارات الاسقاطية التي تسهل التفريغ في مادة الاختبار لكل ما يرفض الفرد إن يكون وكل ما يحس به انه سيء او من نقاط ضعفه، وإنها تجعل الفرد ينتج بروتوكول إجابة حيث إن بنية هذا البروتوكول تطابق بنية الشخصية.

(Didier Anzieu,2004,p15)

وتسمح المادة الاسقاطية المحصل عليها من فهم نوعية العلاقة مع الواقع في نفس الوقت بالوقوف على إمكانية الفرد لإدماج واقعه النفسي في نظامه الفكري إذ يجد هذا الأخير نفسه أمام الضغوط الداخلية والخارجية فيتبين لنا كيف يواجه عالمه الداخلي ومحيطه الخارجي.

(Didier Anzieu,C.Chabert,1987 ,p p 25-26)

7-2-2-وصف الاختبار

وصف المحتويات الظاهرة للوحات الاختبار يبدو صعبا لاستحالة استبعاد اي اثر إسقاطي أو تفسيري إلا انه يعتبر ضروريا كونه يظهر الأساس الواقعي الإدراكي الموضوعي لمادة الرورشاخ ,فامتلاك وصف واضح عن المحتوى الظاهري للوحات يمكن للفاحص من التماس طبيعية علاقة المفحوص بالواقع.

(عبد الرحمان سي موسي ، بن خليفة، 2008،ص151)

قامت **(Nina Rausch de Traubenberg ,1990)** بتحليل وصفي لمادة الرورشاخ اي تقديم عرض للمحتوى الظاهري للوحات، بينت من خلاله المميزات الإدراكية لكل لوحة و التي يمكن تلخيصها في التركيب التناظري ,إضافة لوجود عناصر لوجود عناصر لولغية و انعدامها حيث يندرج هذين البعدين في البعد البنيوي ,المرتبط بالبناء الشكلي للبقعة ، يعبر عن التناول الادراكي المعرفي

للسياقات الفكرية و البعد الحسي ,مرتبط بالألوان, حيث تعبر الحساسية للألوان عن الجانب الحسي و العاطفي.

(عبد الرحمان سي موسي ، بن خليفة، 2008،ص155)

- **البعد البنيوي**

يقوم البعد البنيوي لاختبار الرورشاخ على اختلاف اللوحات حسب طابعها الموحد المتماسك او تميزها بتشكيل متناظر تتمثل اللوحات رقم (I ,IV, V ,VI,IV) ,و التي تشمل بقع متماسكة , تسهل التناول الادراكي الشامل و الموحد تتطلب هذه اللوحات هوية ثابتة ,لكي تكون مصدرا لأجوبة كاملة ,موحدة متناسقة.

اما اللوحات (VII, III , II) هي لوحات متناظرة ثنائية الطرف مبنية وفق شكل ثنائي الجوانب ,تستدعي التصورات العلائقية في مختلف أشكالها كالإجابات المرآتية و العلاقات الصراعية المرتبطة بالمواضيع ذات الصياغة الليبيدية او العدوانية .

اما اللوحة VII يمكن اعتبارها كلوحة متماسكة موحدة في الوسط و ثنائية على الجانبين ,و فيما يخص اللوحة رقم (X) فهي لوحة متميزة بالتبعثر في شكلها .

كما يمكن ايضا تصنيف لوحات الاختبار حسب طابعها المفتوح او المغلق ,حيث تعد اللوحات رقم (VI, IV, V) لوحات مغلقة ,اما اللوحات رقم(I , II , III, VII, VIII, IX, X) فهي لوحات مفتوحة .

(عبد الرحمان سي موسي ،بن خليفة ،2008،ص157)

- **البعد الحسي**

حسب البعد الحسي و الخصائص اللونية لاختبار الرورشاخ , نميز بين وجود

لوح ات ذات لون اسود ورمادي على خلفية بيضاء مثال هذه اللوحات نجد اللوحات رقم (IV, V, VI).

تعتبر هذه الأخيرة لوحات حساسية و تبعث نحو الغموض ,و بالتالي تعبر عن عواطف مقلقة و مكتئبة ,هناك ايضا لوحات ذات اللون الاسود ,الابيض و الاحمر مثال ذلك اللوحتان(II , III).

اللون الاحمر المميز لهذه اللوحات ,يستثير الحركات النزوية ,فيكون هناك بروز للنشاطات الجنسية أو العدوانية منها .

إضافة لوجود لوحات منها اللوحات (VIII, IX, X) حيث تخفف اللوحة رقم(VIII) الصدمة المحتملة نتيجة تغير المثير بسبب الألوان وهذا من خلال تركيبة واضحة ,فكل اجزائها محددة دون تداخل فيما بينها,

بينما تتضمن اللوحة **(IX)** امتزاجا و تداخلا في الألوان ,في حين ان اللوحة رقم **(X)** هي اللوحة التي تحتوي اكبر من الالوان ,اضافة لكونها متناظرة و غامضة من حيث بنيتها فهي مفتوحة و مغلقة نتيجة الفراغ الوسطى و اللون الابيض. **(عبد الرحمان سي موسي ،بن خليفة،2008،ص158)**

7-2-3-خطوات تطبيق الاختبار

يطبق اختبار الرورشاخ على الاطفال والمراهقين والراشدين ويتم ذلك من خلال مرحلتين او ثلاثة في بعض الأحيان، ومن هنا نلخص مراحل تطبيق الاختبار

المرحلة الاولى التمرير التلقائي

تتمثل في تقديم لوحات الاختبار للمفحوص الواحدة تلو الاخرى الى ان تنتهي كل اللوحات و يقوم الفاحص بتدوين كل اجابات المفحوص وتسجيل كل الايماءات من المفحوص و مع تسجيل زمن الرجع بكل لوحة والمدة المستغرقة فيها وتسجل الاجابات حسب اللغة التي ينطقها المفحوص كما نسجل ايضا تدخلاتنا اذا اقتضى الامر لتوجيهه و مساعدته دون ان ننسى الاشارة الى تغييره لوضعية اللوحة اثناء الاجابة عادية (^) ،مقلوبة(∨)،جانبية(< >) .**(عبد الرحمان سي موسي ،بن خليفة، 2008،ص160)**

المرحلة الثانية : التحقيق

بعد الانتهاء من تمرير اللوحات العشرة ننتقل الى المرحلة الاولى من حيث موقعها (كل البقعة او جزء منها فقط) و خصائص المنبه (الشكل،اللون ،الحركة ،التمويه، الظلال) التي تدخلت لتحديد الاجابة ، من أجل ذلك نبدي هنا بعض المرونة في التعامل مع المفحوص بعيدا عن التحقيق الصارم الذي يوحي بالرقابة المتشددة و المخيفة ،اذ نفسح له المجال لتوضيح التفسيرات التي تقدم بها قائلين له "سأعيد الآن تمرير اللوحات لك دون الإطالة فيها كي تقول لي أين رأيت الأشياء التي ذكرتها وما الذي جعلك تفكر فيها " هذه التعليمة العامة الانطلاقية للتحقيق تذكر في كل لوحة بالصيغة التي تتناسب المنبه المستحضر او اي منبه آخر جديد كإجابة إضافية .

فإذا رأى مثلا نحلة في اللوحة الأولى نطلب منه تحديد المكان الذي جعله يرى النحلة ، هل هو شكلها ام لونها ام تغيرات وفوارق الألوان (الملمس,الانتشار,العمق) وهي في حركة أم ثابتة وأثناء ذلك قد يرى شيئا آخر, لم يظهر له من قبل فنسجلها كإجابة اضافية ، ولا يكون اجراء التحقيق دائما على هذا المنوال الصارم و الدقيق ،يفسح التحقيق مجالا آخر لتقييم قدرات المفحوص على المرونة والتغيير او تشدده بالصلابة و الانغلاق.

(عبد الرحمان سي موسي ،بن خليفة، 2008،ص 162)

المرحلة الثالثة : التحقيق الحدي

يمكن تخصيص فترة قصيرة في بعض الحالات لما يسمى التحقيق الحدي وهي مرحلة تفرض لدى بعض الأشخاص اللذين يكون إنتاجهم محدودا و خاليا من بعض الإجابات أو بعض التفاسير التي يلزم ظهورها عامة الأفراد كما هو الشأن بالنسبة لإجابة "أشخاص " في اللوحة Ⅲ او الفراشة او الخفاش في اللوحة Ⅴ , او الحيوان في اللوحةⅦ و قد اقترحها كلوبفر من قبل في الحالات التي لا يعطي فيها المفحوص اية استجابة شائعة او لونية او في حالة غياب نمط من انماط الادراك او عدم بروز استجابات انسانية , نذكر ان غياب مثل هذه الاجابات تعني خللا في بناء الواقع و الموضوع اي كأن الشخص يملك عالما خاصا و غير مشترك مع الغير و المألوف يمكننا بذلك معرفة

هل يكون الفرد حساسا لاندثاره ؟

هل يوجد عنده تكيف قاعدي مع الواقع المألوف ؟

يسمح التحقيق الحدي أيضا بتمييز الافراد ذوي التقمص الانساني الضمني المشبوه في تعبيره عن اولائك الذين يمثل غياب الاجابة الانسانية لديهم اشكالية في الهوية , كما هو الحال عند الذهانيين , تدرك الفئة الاولى مثلا صورة الانسان بنوع من السهولة في حين تصر الفئة الثانية على عدم ادراكها لتلك الصورة رغم التدخلات المتكررة للفاحص " ماذا يمكن ان ترى هنا ؟

هل يشبه صورة انسان ؟ يشير الفاحص اخيرا في الحالات القصوى الى العناصر التي توحي الى صورة الانسان للتاكد من وجود ادنى تركيب للهوية كما يظهر ذلك في بعض الحالات العيادية .

(عبد الرحمان سي موسي ،بن خليفة، 2008،ص163)

المرحلة الرابعة :اختبار الاختيارات

تكون هذه المرحلة الاخيرة من الاجراء على شكل اختيار تفضيلي للوحات و تتمثل في الطلب من المفحوص اختيار لوحتين من بين اللوحات العشر التي يفضلهما او تعجبانه اكثر او اللتان " يحبهما اكثر و لوحتين اخريين لا تعجبانه او اقل حبا لهما او اللتان ينفر منهما.

تعتبر هذه العملية فرصة للمفحوص كي يعبر اكثر عن اهتماماته و عواطفه الايجابية و السلبية تجاه مواضيعه و يستدرك تنظيمها من خلال بسطها على المكتب من طرف البعض و التأمل فيها مليا، أو ترتيبها للاختيار حسب الأولوية او ترتيبها للاختيار حسب الاولوية من حيث الشكل او اللون , وقد يطول البعض في عملية الاختيار التي تبدو لهم صعبة , في عملية الاختيار التي تبدو لهم صعبة , في حين ينهي البعض مهمته بسرعة.

تظهر هذه المرحلة التي يعبر فيها المفحوص بكل تلقائية عن اختياراته جد هامة في كثير من الأحيان , إذ يعبر فيها المفحوص بكل تلقائية عن اختياراته جد هامة في كثير من الأحيان ,اذ يعبر الافراد فيها بصفة شفافة و مكثفة عن اشكالياتهم المفضلة , و عن سيرهم النفسي , كما يلقى الشخص العنان للاتجاهات من طراز .

-عدوانية مجتاحة

-تكوين عكسي "كل اللوحات جميلة "

-انشطار، كما هو الشأن بالنسبة للوحات السوداء التي يصفها سلبيا ,عكس الملونة التي يصفها بالجميلة.

(عبد الرحمان سي موسي ،بن خليفة، 2008،ص163)

7-2-4-تعليمةّالاختبار:

تقدم تعليمة اختبار الرورشاخ تبعا لكل مرحلة من مراحل التطبيق المذكورة سابقا ,وهي اختلاف انواعها تنبه المفحوص للأدلاء بما يراه في لوحات الاختبار. **(عبد الرحمان سي موسي ,2002 ,ص46)**

وهناك تعليمات نذكر منها تعليمة "**شابير**" التي تقدم كالتالي:

"ساريك عشر لوحات وتقول لي، فيما تجعلك تفكر فيه , وما الذي يمكن ان تتخيله انطلاقا من هذه اللوحات "،ونشرح للمفحوص بان لا يوجد زمن محدود للاجابة ولا توجد اجابة صحيحة او خاطئة.

(Jacqueline Richelle,2009,p20)

"سوف أريك اللوحات ، وأنت إذا لديك إضافات نسيت ذكرها ،"قلها". **(عبد الرحمان سي موسي، زقار،2002، ص46)** "سوف اريك اللوحات ,وانت قم باختيار اللوحتين التي اعجبتك و لوحتين لم تعجبك".

(Jacqueline Richelle,2009, p20)

7-2-4-التنقيط:

التقييم الكيفي:

كل إجابة الرورشاخ يجب أن تقيم حسب ثلاثة معايير تصنيف رئيسية و ذلك على أساس الأسئلة التالية:

-ما هو نمط إدراك البقعة ؟ هل أدركتها كلها ؟ أو جزء منها ؟ .

-ماهو المحدد الذي أثار الإجابة ، الشكل ، اللون ، الحركة ؟

-ما هو محتوى الإجابة ؟إنساني ، حيواني ، تشريحي ، جغرافي ؟

-هل هي حركة إجابة شائعة أم أصلية ؟ **(Cecile Beizmann,1982,p32)**

يقوم الفاحص في هذه المرحلة بترجمة استجابات المفحوص إلى رموز وضعها هذا الأخير في صور مختصرة متفق عليها و لم تدخل تعديلات كبيرة على الرموز التي وضعها "هرمان رورشاخ " بنفسه و معظم هذه الرموز تشكل الحرف الأول أو مجموعة من الأحرف الأولى من الكلمة التي تصنف نمط الاستجابة و التي تكتل مكون من مكونات الاختبار..

التقييم الكيفي:

بعد الانتهاء من تقييم الاستجابات يقوم المصحح بجمع عدد من الإجابات المتعلقة بكل معيار ثم يعد مختلف النسب المئوية وينشأ مجموعة العلاقات مختصرة في صيغة خاصة للمفحوص التي نجد منها نمط الادراك ، نمط الرجع الداخلي ، النسبة المئوية للإجابات الحيوانية ،كل هذه التقييمات العددية والتي تضاف إليها مجموعة معايير دالة غير رقمية (الصدمة ،الرفض، المثابرة، الملاحظات الوصفية) تكتب على جدول من خلاله يقوم الفاحص بتكوين المخطط النفسي **(Cecile Beizmann,1982,p74)**

7-2-5اشكاليات اللوحات :

تحدد الباحثة **ك.شابير** إشكالية اللوحات أو محتواها الكامن فيما يلي:

اللوحةI : تضع الفرد أمام الإختبار مما يمكن أن تجعله يعيد معايشة خبرة اللقاء الأول مع موضوع غريب، هذه اللوحة توحي بالعلاقات المبكرة مع الموضوع الأول، كما أن استنادها إلى الجسم الإنساني يقدم لها معنى مزدوج، النرجسي (صورة الجسد وتصور الذات) وموضوعي (العلاقة بالصورة الامومية .

اللوحةII : تعود هذه اللوحة إلى مشكلة الخصاء (قلق الخصاء)، الفراغ الأبيض **(Dbl)** يدرك كحفرة أو جرح ، في بعض الأحيان يحدث له استثمار مضاد بإضفاء القيمة للنقطة الوسطى التي تؤول برمز قضيبي، المرجعية النسوية عادة ما تتكرر (حيض ،حمل ،والدة هوامات جنسية) كما أن هذه اللوحة تستحضر سيناريوهات توجد فيها الإستثمارات الغريزية بقوة وهذا سواء بجانبها الغريزي والعدواني.

اللوحة III: هي لوحة ذات رمزية قضيبية تظهر فيها صورة القوة القضيبية المرتبطة بالذكورة ، صورة هوامية لام قضيبية تظهر لنا الوضعيات التي يتخذها الفرد اتجاه صورة القوة و تقمص دينامياتها تظهر من خلال تصورات سلبية أو إيجابية.

اللوحة IV : تظهر هذه اللوحة سيرورات التقمص الجنسية و ثنائياتها الجنسية الظاهرة تجعل الإختبار صعب أحيانا و هي لوحة مثيرة لصورة القوة القضيبية أو القوة المرتبطة بالصورة الذكرية، و هذا ما يفسر تسمية اللوحة بلوحة الأبوة.

اللوحة V : هي لوحة الهوية و تصور الذات و تمثل إختبار الواقع الأساسي في الإقتراب من العالم الخارجي.

اللوحة VI : هذه اللوحة تحمل الرمزية الجنسية، الثنائية الجنسية تظهر من خلال البعد القضيبي و الصورة الجنسية الأنثوية .

اللوحة VII : تحمل هذه اللوحة صدى أمومي و تظهر العلاقة بالصورة الأمومية.

أما اللوحات VIII و IX و X تسمح بظهور المشاعر و العواطف كما تمكن من إدراك نوع العلاقة التي ينشئها الفرد مع محيطه الخارجي:

فاللوحةVIII : تظهر العلاقة التي يقيمها الفرد مع المحيط الخارجي .

اللوحة IX : هي لوحة ذات مرجعية أمومية مبكرة .

اللوحة X : فهي اللوحة الإنفصال و الفر دانية .

هذه اللوحات الثالثة تستدعي عملية نكوص كما توقض لدى الفرد الإحساس بالواقع.

. (C .Chabert, 1998, P505)

8-كيفية تحليل النتائج:

طريقة وخطوات تحليل بروتوكولات الرورشاخ :

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

- **التنقيـط:**

نقطنا البروتوكولات معتمدين على دليل تنقيط اختبار الرورشاخ **لبيزمان Beizmann (1966)** قمنا بتحديد موقع الإستجابات، إذا ما كانت شاملة **(G)**،أو جزئية **(D)**،أو جزئية صغيرة **(Dd)**،أو كانت تتعلق بفراغات اللوحة **(Ddl)** ،ثم تعيين محدد الإجابة، أي إذا ما كان شكلي **(F)**أو لوني **(C)**أو حركي **(K)**أو تضلي**لي(E)** أو من نوع الإستجابات الفاتحة القاتمة **(Clob)** في الأخير تطرقنا إلى محتوى الإستجابات إذا ما كان إنساني**(H)** أو حيواني(A) أو تشريحي**(Anat)** أو نباتي **(Bot)**، وما إلى ذلك من المحتويات الاخرى كما وضعنا بعض الملاحظات الاضافية كالإجابات المبتذلة، والرفض **والصدمات والإختيارات.**

أ – **التحليل الكمي :**

تم القيام بجملة من الحسابات قصد تحديد النسب المئوية ألهم عناصر الإختبار، كالنسب المئوية لطرق التناول والمحددات والمحتويات. كما قمنا ببعض المعادلات البسيطة كنمط الصدى الداخلي والمعادلة التكميلية. تمكن العمليات الحسابية من معرفة نسبة بعض عناصر البسيكوغرام ، وبالتالي معرفة مدى التوازن في إستعمال طرق التناول الشاملة والجزئية والاستجابات الشكلية، والشكلية الإيجابية، والحركية واللونية، وكذلك نسب المحتويات الحيوانية والإنسانية والتشريحية.

اعتمدنا في دراسة نسب طرق التناول والمحددات والمحتويات على قوانين موضوعة خصيصا للتحليل الكمي، وهي غالبا عبارة عن قسمة قيمة العنصر على العدد الإجمالي الإجابات ضرب مائة. نتوصل في الأخير إلى معرفة نسبة مختلف أنماط طرق التناول و المحددات بأنواعها، والمحتويات ضمن التحليل الكمي تعرضنا للنقاط التالية:

– **الوقت والإنتاجية** : يهدف هذا العنصر إلى التعرف على المدة التي استغرقها المبحوث في الإختبار، ومقارنتها بالإنتاجية، وكذا وزن الكف والصدمات في البروتوكول، إضافة إلى الملاحظات التناظر، واستجابات الرفض والإجابات المبتذلة.

– **طرق التناول** : يهدف هذا العنصر إلى معرفة مدى توفر البروتوكول على طرق تناول متنوعة، أو إذا ما كان هناك اقتصار على نمط واحد منها فقط ، ذلك أن الإقتصار على نمط واحد قد يقلل من النوعية الجيدة للبروتوكول.

– **المحددات:** نلاحظ من خلالها مدى توفر المحددات الشكلية والحركية والحسية في حدود المعيار، أم هناك الاقتصار على نمط واحد فقط ، إضافة إلى التركيز على نوعية هذه المحددات وإنما هو نوعيتها أيضا.

– **المحتويات:** نعاين من خلالها مدى توفر محتويات غنية ومتنوعة، خصوصا بالنسبة للمحتويات البشرية والحيوانية. كما نهتم أيضا بنوعية هذه المحتويات، إذا ما كانت سليمة أو مشوهة، أو هناك ارتباط أكثر من محتوى .تطرقنا إلى النقاط السابقة قصد أخذ صورة واضحة عن أداء المبحوث، ذلك أن تحقيق قدر من التوازن في عناصر الاختبار هو بمثابة مؤشر عن هوية متماسكة في مجابهة الصراعات، وقدرته على احتواء القلق والتهديد.

ب –التحليل الكيفي:

–**السياقات المعرفية:** نتعرف من خلالها على نوعية العمليات الفكرية وذلك بالرجوع إلى نوعية الإجابات الشاملة البسيطة، والشاملة التركيبية ثم نوعية الإجابات الجزئية، وإجابات الفراغ الأبيض **(Dbl)**، وكذلك دراسة المحددات الشكلية و الحركية و نسبة الإجابات الشكلية الاجابية.

الديناميكية الصراعية: يتم فيها دراسة نمط الصدى الداخلي، وذلك بالتطرق إلى الاستجابات الحركية بأنواعها المختلفة (الحركية الكبيرة، الحركية الحيوانية، الحركية الجزئية) والاستجابات الحسية بأنواعها أيضا (اللونية الخالصة، اللونية الشكلية، والشكلية اللونية) وأيضا معرفة نسبة الاستجابات اللونية.

–كيفية التطبيق الميداني :

5–1–تطبيق إختبارالرورشاخ :

قبل إجراء التطبيقي قمنا أولا بتهيئة المكان الذي سوف نقوم فيه بالتطبيق ، وتحضير اختبار الرورشاخ الذي قدمته المختصة النفسانية لنا ولأنه الأول في عملية التطبيق ، نضع اللوحات فوق المكتب مرتبة و مقلوبة ، وفي الجهة اليمنى من المكتب عند حضور المفحوص ، نقوم بالتعريف بأنفسنا أولا على أننا متربصات في تخصص علم النفس العيادي ،وسبب وجودهم معنا هو بصدد إجراء بحث معهم ،و قمنا بإجراء الحوار معهم قبل الشروع في التطبيق ، و هذا الحوار مع أطباء في الطب العقلي يتمثل في طرح بعض التساؤلات عليهم لغرض الحصول على البيانات الشخصية ،و أخبرنا الأطباء بأننا سوف نقدم لكم مادة تحتوي على عشر لوحات يستخدمها المختص النفساني العيادي في عمله، ولكل لوحة عليه أن يعبر عن ما يراه فيها ،و هذا بعد توضيح لهم أنه لا يوجد إجابة صحيحة أو خاطئة في إجابتهم .

وبعدها نبدأ في تطبيق اختبار الرورشاخ، ذلك بتقديم التعليمة والمراحل السابقة الذكر، في النهاية نشكر المفحوص على تجاربهم وتعاونهم ونذكرهم بموعدهم المقبل. لكن لصعوبة توافق اكتمال الحالتين معنا لضيق وقتهم حولنا مباشرة بعد ساعتين من اجراء الاختبار أجرينا بمقابلة البحث مع الحالتين. لكن لم يكن ذلك في نفس الجناح فالحالة الأولى كانت تعمل في الجناح 1 للنساء أما الحالة الثانية لزميلتي كانت في جناح الأطفال، كانت الحالتين في الأول تقدم استجابات سطحية تحاول اظهار الاعلاء لذا أبدى لنا تحويلا مضادا سلبيا لعدم افتتاح المفحوصين لنا اثناء الاختبار .

خلاصة الفصل:

لقد اعتمدنا في بحثنا على المنهج العيادي الذي يقوم على دراسة حالة، بحيث تم تطبيق تقنيات الاسقاطية والتي تتمثل في اختبارالرورشاخ على حالتين مختصين في الطب العقلي تتراوح أعمارهم ما بين 43 و 45سنة.

تحصلنا من خلال تطبيق دليل المقابلة والاختبار إلى بروتوكولات لكلتا الحالتين والتي سيتم عرضها في الفصل الموالي.

الفصل الخامس(عرض و مناقشة الحالات)

تمهيد.

1- عرض الحالات .

1-1-عرض الحالة "ك"

1-2-عرض الحالة "ب"

1-3-تحليل و مناقشة الحالات .

2-مناقشة النتائج

3-استنتاج عام .

خلاصة الفصل .

.

تمهيد :

نتناول في هذا الفصل إلى تقديم الحالتين وتحليل بروتكول الرورشاخ وتحليل النتائج المتوصل إليها من المقبلات العيادية التي تمت معها من خلال تطبيق دليل المقابلة وكذا نتائج تطبيق الاختبار الاسقاطي للرورشاخ ، حيث سيتم تأكيد أو نفي فرضية البحث وذلك من خلال عرض كل حالة على حدا.

1-1 تقديم الحالة "ك":

الدكتورة "ك"، أنثى تبلغ من العمر 43سنة، عزباء، طبيب في تخصص الطب العقلي، تعمل في مصلحة الطب العقلي للنساء بمستشفى فرنان حنافي بتيزي وزو، تعتبر "ك "البنت الوحيدة لأبويها و نشير هنا ان أمها تعرضت لمرض السرطان وشفيت منه ، فقدت والدها في السن العشرين . بعد هذا الفقد مرت الحالة بمرحلة اكتئاب دامت 6أشهر، و التي شخصتها بمفردها دون طلب مساعدة لأي مختص حيث ساعدت نفسها بالقراءات عن الاكتئاب كونها في التخصص مثل : كتاب De la Dépression à la Réussite و تزامنت هذه المرحلة مع السنة الثالثة جامعي .عاشت "ك " وسط العائلة الممتدة ، في مرحلة بلوغها لم تتقبل اول دورة شهرية ، كما ذكرت للحالة "ك" أن علاقتها جيدة مع زملائها في العمل ، تحب الاجتهاد والالتزام في عملها لمساعدة مرضها وذلك مع كل صبر. أظهرت كذلك على أنها تعرفت سابقا على هذا الاختبار من خلال الممارسين العيادين الذين تستشيرهم لبعض مرضها وقالت على أننا يصعب العمل علينا لكونها في الطب النفسي.

تاريخ التطبيق:2023/05/29

زمن البروتكول: 18 دقيقة

جدول رقم(09):بروتكول إختبار الرورشاخ لحالة "ك"

اللوحات	زمن الكمون	الإجابات	التحقيق	التنقيط
I	"7	^ 1-deux anges 2-une personne au milieux c'est une âme	-deux anges **(D9)** sin agi d les ailes**(D4) nssen,** peut être récupèrent	**D/DK(H)/scène** **DKAbstr/scène**

	- l'âme di tlemast(**D1**).	d'échu "42		
Dbl/DKH/scène **DCFabstr**	-les enfants **(D1)** -Leurs tête **(D4)** -yedhoum(**Dbl** le rouge agi sont heureux(**D2**)	^ 3-Deux enfants jouent djalssin mlas9in yidihoum 4- le rouge agi sont heureux(**D2**) "42	"8	II
D/DKanA/scène **DCF Frag** **Dd/DKanA/scène**	-deux monstres **(D1)** Purgatoire. **(D)** -le sang(**D2**) -leurs tête **(Dd22)** -Animaux(**D1**) yetdhrbou	^ 5-deux monstres sort d'un purgatoire. 6-Deux taches de sang. 7- peut être yetdharbou, ils se ressembles aux animaux . "52	7 "	III

GFClob(H) **DKob Elém**	–le Roi d'enfer **(G)** –les flammes **(D2)**	^ 8 –le ROI de l'enfer tourné le dos, en colère vu sa position. 9 –les flammes se déchainent. "40	"12	IV
GKan A **Ban**	–l'aigle**(G)**	^ 10–un aigle debout. "03	"03	V
DFClobObj	–la porte, Une porte de l'enfer**(D10)**	^ 11–une porte fermé tugi ad tefteh.besah yellawacu iyjinin. "28	"10	VI
GFClob Hd	–Deux visages**(G)** –oreille d'un lapin**(D4)**	^ 12–Deux visages face à face, sans émotions. ça fait peur	"59	VII

	DF-Ad -tête l3ebd **D1** **DF+Hd**	"30		
DKanA **DCF Bot** **DCBot**	-deux lions **(D1)** -la forêt verte**(D1)** - Lehchich **(D1)** - Au Milieux la rivière**(D4)**. **DF-Pays** -la Montagne **(D4)** **DF+pays**	^ 14-deux lions se battent, un seul survit. 15-la forêt. 16-lehchich. "30	"2	VIII
DF-Abstr **DCFbot**	-la joie Le bas en rouge**(D9)**.	^ 17 - la joie .	11"	IX

Dd EF clob(H) **DC Sang**	- la forêt **(D1)** -l'ombre de diable. **(Dd26)** - du sang **(D2)** -Deux têtes de monstre **(D5)** **DFclobAd**	18-la forêt qui se trouve en bas. 19- l'ombre agi c'est l'ombre du diable, malheur et 20- du sang 1'08		
DdF-A **GF-A** **DKanA** **DC'FAnat**	- scorpions **(Dd27)** -les insectes **(G)** - la larve**(D9)** - Poumons, noirs, **(D7)** -la covid**(D8)** **DF-Science**	^ 21-scorpions. 22-les petits insectes. 23-une larve va devenir papillon. 24-tagi se trouve entre les poumons, noirs qui Veut dire il fume . 1'16	1'	X

جدول رقم (10)يمثل السيكوغرام لحالة "ك":

أنماط الإدراك	المحددات	المحتوى	الخلاصة
G= 04 G%= 17% D=18 Dd =03 D/D=02 D%=75% Dd%=13% DdL=01 DBL%= 4%	F+=02 F−=03 F+−=00 FClob=03 CF=04 C'F=01 C=01 E=01 EF=01 3K=0 Kan= 05 Kob=01 S.deC= 01 NC =01 S.de K=03 F=17	A=07 Ad=00 H=01 Anat=01 Scène=05 (H)=03 Hd=1 Sg=01 Elem=01 Bot=03	**R=24** R.Compl=**03** **Refus=/** **CHOC=/** **/0,53TRI=** **T.P/R=** **RC%=46%** **H%=5%** **Ban=01** **A%=07%** **F%=33%** **F+%=02%** **F% élargi= 28%** **FC=6/2 ,5** **Ban%=04%**

- **اختبار الاختيارات:**

اللوحات المفضلة: (I /)، (X)

اللوحات المنبوذة: (I)،(VI)

الصدمات: لم تظهر الصدمات إلا في نوعية الإجابات.

التعاليق: ايماءات، وصف، نقد الموضوع ،شك.

تحليل بروتكول الرورشاخ لحالة كهينة:

يتم تحليل بروتكول الرورشاخ تحليلا كميا وتحليلا كيفيا ، على مراحل من أجل الوصول إلى تحليل السياقات الفكرية و استخراج الدلالات النفسية و الانفعالية للحالة :

التحليل الكمي:

الإنتاجية:

يظهر خلال بروتوكول للحالة "ك" أن الإنتاجية العامة تتجه نحو الكف من حيث عدد الإجابات المقدمة في بروتكول الرورشاخ (R= 24) مقارنتا مع عدد الاجابات المتحصل عليها من طرف معايير جامعة باريس 5 والتي تقدر من 20 إلى 30 إجابة فيها عند الراشد العادي .و بالتالي هذه النتائج تظهر الكف على المستوى الإنتاجي ل"ك" عند مقارنتنا الإجابات التي قدمتها المبحوثة فهي مرتفعة عند مقارنتنا بالنتائج التي تحصل عليها كل من سي موسي وبن خليفة في دراستهما بالمجتمع الجزائري فعدد الإجابات تتراوح بين 15 و 20إجابة **(عبد الرحمان سي موسي, محمود بن خليفة , 2008ص 218)** ومن خلال ما أكد الباحثان ان مجتمعنا الجزائري قليل التعبير عن المشاعر و الوجدان مقارنتا بالمجتمع الفرنسي و بالتالي هذه النتائج تشير لوجود الكف حيث ترى **نينا روش تريبنبرغ** " أن القدرات الإبداعية و التفكيرية تتعلق بكمية المعارف المكتسبة في اطار ثقافة ما تسمح او لاتسمح بالتعبير الحر و التلقائية في الابداع و التجديد فكلما كانت تلك القدرات مثبطة و مقموعة كلما كان الإنتاج الاسقاطي فقيرا و محمودا يطغى عليه الكف و صلاية التفكير "**(سي موسي،م بن خليفة،2008،ص44).**

سجلنا في البروتوكول وجود خمسة إجابات إضافية في **اللوحات السابعة (VII)، الثامنة (VIII)** والتاسعة **(IX)** هي مرتبطة بالشكل إيجابي، و القاتم وبمحتوى إنساني ،حيواني ،وبالطبيعة ، رغم تحفيزنا لها على التعبير إلا أن هذه الإجابة الإضافية قليلة مما يظهر الكف من جهة أخرى.

بالرجوع إلى الزمن المستغرق في تقديم الإجابات نجد أن زمن البروتوكول بلغ **25 دقيقة** وهو زمن قصير مقارنة بالمعايير **جامعة باريس 5** التي تتراوح بين **(20إلى 30 دقيقة)** وبالتالي نجد زمن الإجابة الواحدة يقدر في كل لوحة **(2,77')** في هذه الحالة هو زمن معتبر يدل على أن المبحوثة تعاني من قلق من مادة الاختبار وكف وصدمة **(Rauch .T,1997,p25).**

وبالتالي نجد ان هذا الزمن مختلف في اللوحات فمنها ما كان مرتفعا في اللوحات وهذا راجع الى وجود صدمة اللون ومنها ما كان منخفضا كما في اللوحات والذي يدل على الكف.

وقد ظهر زمن الكمون مرتفعا أمام اللوحة والتي تقدر ب واللوحات و التي تقدر ب اللوحة و التي تقدر الشيء الذي يترجم صعوبة تعامل المبحوثة مع استثارات هذه اللوحة و ما شكلتها لها من تهديد ،ومن جهة أخرى صعوبة التخلي أو الانفصال عن الموضوع الذي هو عبارة عن لوحات الرورشاخ والذي ظهر في اطار اللوحة الأخيرة.**(Chabert .C1983 ,P219)** أما بالنسبة لقصر زمن الكمون الذي ظهر أمام اللوحة رقم بزمن يقدر ب نتيجة ظهور صدمات الظاهر في شكل إجابات المبحوثة

لم تظهر أي صدمة في اللوحات لكن ظهورها ظهر في شكل إجابات المبحوثة

جاءت الإجابات المبتذلة الشائعة (**Ban =01**)غير متناسبة مع المعايير المحددة لجامعة باريس 5 والتي تقدر ب 5 إلى7 إجابات **(Chabert .C,1983,P54)**. مما يدل على عدم التكيف مع العالم الخارجي من طرف المبحوثة ،وقد ظهرت في اللوحة: (V) فالاجابة المبتذلة جاءت عبارة عن إجابات حيوانية Aigle بمعنى نسر **(Ban =01)** وهذا يدل على وجود صعوبات علائقية للمفحوصة و وجود صعوبات في تقمص الاخر.

تبدو لغة البروتكول واضحة نسبيا مع ميل الى الاستعمال المزدوج بين اللغة العامية و الأجنبية الفرنسية، وهذا يدل على الشك والتذبذب الذي يميز تفكير المفحوصة، قد يكون أيضا نوعا من العزل بين التصور و العاطفة الذي يميز التفكير الهجاسي (سي موسي, بنحليفة).

السياقات الفكرية:

أنماط التناول :

شمل البروتكول على نوعين من أنماط التناول تتمثل في الإجابات الكلية و الإجابات الجزئية حيث نجد ان الإجابات الكلية طغت في البروتكول على الإجابات G= 04 وكانت منخفضة ظهرت بنسبة G%=17 وهي نسبة منخفضة مقارنة بمعايير جامعة باريس 5 التي تتراوح بين (20إلى 30%) وهذا يعبر عن وجود ميكانيزم دفاعي هو مقاومة ظهور الواقع الداخلي كما تدل على الخمول و الكبت ، وتستعمل لعزل العواطف و التصورات **(Chabert .C,1983,P89)**

وعند تناولنا لنوعية **(G)** نجدها مرتبطة على شكل إجابات ذا محدد إيجابي في اللوحات و إجابة مبتذلة واحدة في اللوحة V ، وقد بلغت عدد الإجابات الجزئية **D=18** وتمثل نسبة الإجابات الجزئية الكبيرة **D%= 75%** وهي نسبة تدخل ضمن المعايير المطلوبة مقارنة بالمعايير المقدمة من طرف جامعة باريس 5 التي تتراوح ما بين **(60%الى 80)** مما يدل على عدم القدرة على استثمار الواقع الخارجي لمنع ظهور الواقع الداخلي ،كما يدل على عدم الاهتمام بالواقع و عدم القدرة على تخيله وفهمه.

وعند تناولنا لنوعية الإجابات الجزئية الصغيرة (**Dd**) و البيضاء باستثناء واحدة (**Ddl**) في التحقيق في اللوحة وهذا بدل على التجنب المفحوصة لأي جهد عقلي مفصل قد يكشف عن الصراع . فالاجابات الشاملة تعتبر من نمط انطباعي بالخصوص (**GFClob**) ومركبة في الاجابة ،**GKan** . يزيل جمود الفكر اعتبارات واهمية التناول الادراكي إذ أن تدخل التناول الجزئي الفاشل –**DF** في اللوحة **IX** يبقى دون فعالية، فهو يعود في التحقيق من جديد الى التشبث بالكليات .

المحددات :

جاءت المحددات الشكلية لدى المبحوثة منخفضة إذ تقدر ب (F%=33%)وهي نسبة منخفضة **مقارنة بالمعايير المحددة (50–70 %) (Chabert .C,1997,P121)** مما يدل على عدم التحكم في الواقع الداخلي من خلال عدم الاستثمار المكثف للشكل .

جاءت المحددات الشكلية الإيجابية بنسبة **(F+%=02%)** وهذه المحددات الشكلية الإيجابية تكراراتها منخفضة جدا بالمقارنة مع معايير المحددة من طرف **جامعة باريس5 (70–80%)** هذا يدل على نوع من الهشاشة في بناء الواقع ، ويشير إلى انخفاض ميكانيزم التكيف الهادف إلى وضع حدود بين الداخل المتمثل في النزوات والهومات والخارج المتمثل في الواقع **(Chabert .C,1983,P49).**

كما أننا نلاحظ بأن تكرارات المحددات الشكلية **(F% élargi=28%)حسب سيسيل بزمان** تفكير منطقي صلب وجد مقيد يؤدي الى التثبيط الذي يعمل على خفض التلقائية وكل ما هو خيال وهوام **(Cécile) .Beizmann2009,P13**

المحتويات:

نجد في بروتكول الحالة تنوعا نسبيا في المحتويات (**scéne,pays,A**) وما نلاحظه أن المحتويات الإنسانية، في بروتكول المفحوصة تقدر ب (**H=01**)بنسبة (**H%=5%**) وهي نسبة قليلة وغير متناسبة مع المعايير المقدمة من طرف جامعة **باريس** 5 وهي (**15–20 %**) وهذا يوحي إلى عدم قدرة المبحوثة على تقمص صورة إنسانية ، ووجود كف في العلاقات الإنسانية ،كما ظهرت إجابة حركة إنسانية ، لكنها جاءت عير معرفة مما يدل على صعوبات تقمصيه جنسية .

أما المحتوى الحيواني ((**A=07** في هذا البروتكول بنسبة **A%=07%** وهي نسة منخفضة مقارنة بالمعايير المحدد ة من طرف فرقة **باريس 5** والتي تقدر بنسبة (**30–45%**) مما يدل على وجود ميكانزيم دفاعي لتجنب ربط العلاقات مع الأشخاص. مما يمثل استثمارا مكثفا لتكيف سطحي وصلب

(سي موسي ورضوان زقار ،2002، ص52).

فهي تتجنب العلاقات الإنسانية ، ولذلك يتم تجنبها بالاعتماد على محتويات حيوانية وقد ظهرت هذه المحتويات في اللوحات **(X XI VIII V III II)** وهي كلها محتويات على الهشاشة.

ديناميكية صراعية:

يتجلى في بروتكول السيدة "ك" ظهور إجابة حركية من النوع الإنساني والشبه الانساني01 =K وردت في اللوحة II تمثلت في "Deux enfants jouent djalssin mlas9in yidihou" بدون إعطاء إجابة إنسانية مع إجابة اللون الأحمر الذي يعد واقع مادي في اللوحة يشير إلى الاستثمارات للعالم الإنساني للمفحوصة وعن الحركات النزوية **(Chabert.C.1983.P156)**.

يشير تحليل الحد الداخلي للمبحوثة الى الطابع المنطوي مزدوج لطبيعة السير النفسي خيث نلمس عدم استثمارللوجدانات في مقابل ظهور للحركات الفكرية 1/0 ,5 =TRI التي تشير إلى هشاشة الجهاز النفسي ،وجاءت المحددات اللونية بنسبة =RC% وهي نسبة تخل ضمن المتوسط مقارنة بالعايير المحددة RC%=30-33% مما يدل على القدرة على وضع حدود بين الداخل والخارج ،وتعود وجود إجابة وحيدة لونية (C) في البروتكول مما يدل على عدم استثمار الوجدان و العواطف**(Chabert.C.1997.P118)** .

إضافية الاجابات:

أما فيما يخص اختبار الاختيارات فإن الاختيارات الإيجابية كانت في اللوحتين: **(/ /)**، **(X)** بدون **أي** تفسير وذلك يشير إلى الاعلاء و النرجسية أما الاختيارات السلبية **(I)،(VI)**.

تظهر النتائج السابقة هشاشة الإنتاج الاسقاطي لدى الحالة "ك" بحيث تميز بالكف و انعدام التعبير عن العواطف، وكذلك صعوبات علائقية تظهر من خلال المحتويات الحيوانية التي غلبت في البروتكول.

التحليل الكيفي:

بعدما تناولنا التحليل الكمي لبروتكول السيدة "ك" الاستخراج السياقات الفكرية (أنماط التناول) ، نوع المحددات ،ومحتويات الإجابة ، الديناميكية الصراعية ،سنتناول التحليل الكيفي لاستخراج خصائص النفسية للحالة.

هناك اختلال في العلاقة والذي يظهر من خلال نوع التفاعل الذي هو تفاعل غير نشيط سلبي وهذا لانعدام في التفاعل يظهر خلال التصور كما ظهر الاضطهاد في اللوحات : **I ,III,IV,IIV,IIIV,X** أين أشارات إلى مواضيع سيئة والتي تظهر نوع العلاقة التي يقيمها الفرد مع المحيط .أشارت إلى أشكال مسيطرة تتميز بمواضيع التحكم المتمثلة في **اللوحة الاولى** ملائكة ،الروح وفي **اللوحة الخامسة** نسر والتي تظهر إشكالية الهوية ومفهوم الذات وكما تخمل حساسية اتجاه ما يعود للهشاشة النرجسية .

هذا ما ظهر في المحددات الشكلية **F%= 17%** و ندرة الإجابات الإنسانية **H%=05%** مع ظهور الاستجابات الحركية **K=03** واللونية **C=1** كذلك الإجابات التشريحية **Anat=01** مع ارتفاع نسبة الاستجابات اللونية في اللوحات الأخيرة **RC%=46%** .

خلاصة بروتكول الرورشاخ لحالة "ك":

نستنتج من خلال البروتكول ان الحياة النفسية لدى المختص في الطب العقلي لا تخلو من الهشاشة ظهر الكف كدفاع ضد الهشاشة النرجسية حيث يستثمر الواقع الخارجي كتعويض لفراغ المواضيع الداخلية

ظهور في الرورشاخ لتصورات هشة خاصة والتي تجلب خلال اللجوء المبالغ الى الدفاعات النرجسية .و ذلك ما يبين صحة فرضيتنا التي تقول ان أخصائي الطب العقلي الذي يتميز بدرجة التعاطف منخفظة يتميز أيضا بهشاشة صورة التعاطف و الكف .

المقابلة العيادية :

أجريت المقابلة في مكتب المختصة النفسانية في جناح 1 للنساء بالمؤسسة الاستشفائية للطب العقلي بواد عيسي – ولاية تيزي وزو بدأت الإختبار على الساعة 30 : 11 وانتهى على الساعة 48: 11 و بعدها مباشرة تم اجراء المقابلة العيادية على الساعة 10: 14 إلى غاية 50: 14 وذلك يوم 29 ماي2023 .

أبدت السيدة "ك" عند القيام بالمقابلة العيادية نصف الموجهة أنها تشعر بالراحة وبنفس الوقت تريد الانتهاء سريعا من المقابلة حجة لضيق وقتها . السيدة "ك" طبيبة الطب العقلي، 43 سنة ، عزباء ، لا تفتقر لأصدقاء ومعارف نشأت مع عائلتها في عائلة الممتدة، تعرضت أمها إلى السرطان وتعافت منه ، توفي أبيها وهي في العشرينات من عمرها، كانت علاقتها بابيها جيدة جيدا في قولها (ma relation avec mon papa était incroyable … Ah,..Rien à dire un ami ;un conseiller, tu sais mon père est ma fierté tout cours !) والذي يعني كانت العلاقة بأبيها علاقة مرتبطة و متماسكة في قولها بابا هو فخري ربي يرحماه)، كانت البنت الوحيدة لولديها علاقتهم جيدة ، بعد هذا الفقد مرت الحالة بمرحلة اكتئاب دامت 6أشهر، و التي شخصتها بمفردها دون طلب مساعدة لأي مختص حيث ساعدت نفسها بالقراءات عن الاكتئاب كونها في التخصص مثل : كتاب De la Dépression à la Réussite ،أما فيما يخص الحياة المهنية جيدة مع الزملاء في العمل رغم التعب وال و تزامنت هذه المرحلة مع السنة الثالثة جامعي، في مرحلة بلوغها لم تتقبل اول دورة شهرية وذلك في قولها (j’avais à peine 14 ans je ne comprenais pas encore mon corps , durant cette période ma mère était hospitalisé , je me souviens , que j’étais chez ma tente maternel , j’ai pas trouvé le moyen par où ou comment lui

demandé l'explication de tout ce qui se passe) .

وهو الشيء الوحيد الذي تذكرته عن مراهقتها ، كما ذكرت للحالة "ك" أن علاقتها جيدة مع زملائها في العمل ، تحب الاجتهاد والالتزام في عملها لمساعدة مرضها وذلك مع كل صبر. أظهرت كذلك على أنها تعرفت سابقا على هذا الاختبار من خلال الممارسين العيادين الذين تستشيرهم لبعض مرضها وقالت على أننا يصعب العمل علينا لكونها في الطب النفسي.

ملاحظات عيادية :

- طويلة القامة .
- هادئة ,الابتسامة.
- لباس عادي بدون حجاب وضع مكياج خفيف، شعرها مشدود .
- لغة متسقة استعمال اللغة الفرنسية والامازيغية وكذلك الدرجة الجزائرية .
- وضع الرجل فوق الاخر وتحريك الرجل .
- اضطرابات علائقية.
- الاعلاء و النرجسة.

خلاصة الحالةّ :

يمكن القول أن حالة "ك" تعاني من الكف، لما أظهر من خلال المقابلة لاختبار الرورشاخ .و يأكد صحة فرضية البحث التي تقول ان يتميز الاخصائي الطب العقلي ذو درجة منخفظة بالكف و الهشاشة و أيضا صورة التعاطف مضطربة لديه .

تقديم حالة السيد "ب":1-2

السيد "ب" 45 سنة ،متخصص طبيب عقلي الأطفال ، متزوج ، أب طفلين توئمين بنت و لد ، يحتل "ب" الرتبة الثالثة من بين اخويه .في سوابق العائلة لا يوجد أي شيء و أيضا الشخصية .ليس لديه علاقات كثيرة في العمل، وقته مهم عنده فيخصصه فقط للعمل أي لمرضاه .ليس كثير الكلام .

تاريخ التطبيق :2023/06/4

زمن البروتكول:45 دقيقة

جدول رقم (11):بروتكول إختبار الرورشاخ الحالة "ب"

اللوحات	زمن الكمون	الإجابات	التحقيق	التنقيط
I	"23	^ 1-Insecte 3endou les ailes 2-Deux couronnes(D1) 3- La bouche (D1) "58	-insecte (G) - deux ailes **(Dd)** -Deux pinces **(Dd5)** -La bouche de l'insecte**(D4)**	**G/D F+ A**
II	"20	^ 4- deux individus Se touchant la main et les pieds	-Deux hommes similaire **(G)**	**G F- HK/Hd**

DF–obj	–Une toupie **(D2)**	5–Une toupie "31		
Choc **DF–H** **DF–obj**	–Deux femmes**(D4)** – Sac à main **(D4)**	> ^ 6–Deux femmes 7–sac à main "39	"10	**III**
G **F+Ad** **DF+A**	–Crane d'animal **(G)** –insecte **(D5)**	^ 8–Crane d'animal "26	"14	**IV**
D/G **F+A** **DAd**	–Papillon **(G)** –Deux ailes **(D 4)** – قرون الاستشعار **(D6)**	^ 9–Papillon Avec deux ailes 10 –قرون الاستشعار "39	"13	**V**
Choc **GF+A**	–Insecte **(G)**	< 11–Insecte	"26	**VI**

		Point final "28		
Choc **GF+ H**	–Deux femmes(**G**)	^ 12–Deux visage similaire "24	"9	**VII**
D/D **F+A** **DF+ A** **DF–** **Obj**	–Deux Tigres(D10) –Papillon (D4) –Avion(D1)	^ 13– deux tigres Les pates, la tête , crane d'animal 14–papillon 15–Avion de chasse "01:00	"10	***VIII***
Choc **DKOb** **OBJ**	–Départ d'un	> ^ <	"18	***IX***

DEF élem	missile**(D17)** – Les débris du lancement ROUGE **(D 33)** –fumé**(D11)**	16– c'est un départ d'un missile 17– Les débris du lancement 18 –Fumé l'explosion "01:12		
Choc **GFCA** **DCA** **DF–A** **DF–** **Bot**	 –Plusieurs animaux **(G)** –Deux crabes**(Dd27)** –deux otaries **(D9)** –Les algues**(D4 +D5)** –Coquillages**(D1) (DF+A)**	< ^ 19–Plusieurs animaux, En bleu crabe 20–Chien de mer Yella achou chan "01:25	"**12**	**X**

جدول رقم (12)يمثل السيكوغرام لحالة "ب":

أنماط الإدراك	المحددات	المحتوى	الخلاصة
G=06 D/G= 02 G%= 35% 5D=1 D/D=01 Dd =03 D%=70% Dd%=15% DdL=00 DBL%= 00%	F+=07 F−=07 F+−=00 FClob=00 FC=01 CF=00 F=17 C=02 E=00 EF=01 K=01 Kan= 00 Kob=01 S.deC= 02	A=09 Ad=02 H=03 Hd=01 Obj=04 Elem=01 Bot=01	R=20 R.Compl=03 Refus=/ CHOC=05 TRI=1/3,5 T.P/R=1’35” RC%=20% H%= 08% Ban=00 A%=19% F%=17% F+%=02% FC=/

اختبار الاختيارات :

اللوحات المفضلة :

La forme

اللوحةVII Les femmes

اللوحةVIII Les couleurs

اللوحات المنبوذة:

II/ I: Le noir domine les planches

تحليل بروتكول الرورشاخ لحالة"ب":

يتم تحليل بروتكول الرورشاخ تحليلا كميا وتحليلا كيفيا ، على مراحل من أجل الوصول إلى تحليل السياقات الفكرية و استخراج الدلالات النفسية و الانفعالية للحالة :

التحليل الكمي:

الإنتاجية:

يظهر خلال بروتوكول للحالة "ب" أن الإنتاجية العامة من حيث عدد الإجابات المقدمة في بروتكول الرورشاخ (R= 20) .مقارنتا مع عدد الاجابات المتحصل عليها من طرف معايير جامعة باريس 5 والتي تقدر من 20 إلى 30 إجابة فيها عند الراشد العادي .و بالتالي هذه النتائج تظهر متساوية على المستوى الإنتاجي للحالة "ب" عند مقارنتنا الإجابات التي قدمها المبحوث فهي بمقارنتنا بالنتائج التي تحصل عليها كل من سي موسي وبن خليفة في دراستهما بالمجتمع الجزائري فعدد الإجابات تتراوح بين 15 و20 إجابة **(عبد الرحمان سي موسي, محمود بن خليفة , 2008ص 218)** ومن خلال ما أكد الباحثان ان مجتمعنا الجزائري قليل التعبير عن المشاعر و الوجدان مقارنتا بالمجتمع الفرنسي و بالتالي هذه النتائج لا تشير لوجود الكف حيث ترى **نينا روش تريبنبرغ** " أن القدرات الإبداعية و التفكيرية تتعلق بكمية المعارف المكتسبة في اطار ثقافة ما تسمح او لاتسمح بالتعبير الحر و التلقائية في الابداع و التجديد فكلما كانت تلك القدرات مثبطة و مقموعة كلما كان الإنتاج الاسقاطي فقيرا و محمودا يطغى عليه الكف و صلابة التفكير "**(سي موسي،م بن خليفة،2008،ص44).**

في البروتوكول لم نتحصل على إجابات إضافية ، **و** بالرجوع إلى الزمن المستغرق في تقديم الإجابات نجد أن زمن البروتوكول بلغ **45 دقيقة** وهو زمن طويل مقارنة بالمعايير **جامعة باريس 5** التي تتراوح بين **(20إلى**

30 دقيقة) وبالتالي نجد زمن الإجابة الواحدة يقدر في كل لوحة **(1'35 "**) في هذه الحالة هو زمن معتبر يدل على أن المبحوث يعاني من قلق من مادة الاختبار وكف وصدمة **(Rauch .T,1997,p25)**.

وبالتالي نجد ان هذا الزمن مختلف في اللوحات فمنها ما كان مرتفعا في اللوحات (IX)و(X) وهذا راجع الى وجود صدمة اللون ومنها ما كان منخفضا كما في اللوحات والذي يدل على الكف.

ولم يظهر زمن الكمون مرتفعا أمام اللوحة (X) والتي تقدر ب ("12 ثانية) و التي تقدر ب ("18 ثانية) في اللوحة (IX) و التي تقدر الشيء الذي يترجم صعوبة تعامل المبحوث مع استثارات هذه اللوحة و ما شكلتها لها من تهديد ،ومن جهة أخرى صعوبة التخلي أو الانفصال عن الموضوع الذي هو عبارة عن لوحات الرورشاخ والذي ظهر في اطار اللوحة الأخيرة.**(Chabert .C1983 ,P219)** أما بالنسبة لقصر زمن الكمون الذي ظهر في أغلب اللوحات بزمن يقدر تسع(9 ثواني) نتيجة ظهور صدمات التي أظهرها المبحوث في اللوحات (III) (VI) (VII) (IX) (X).

انعدمت الإجابات المبتذلة الشائعة (**Ban =00**)غير متناسبة مع المعايير المحددة لجامعة باريس 5 والتي تقدر ب 5 إلى7 إجابات **(Chabert .C,1983,P54)**. مما يدل على عدم التكيف مع العالم الخارجي من طرف المبحوث ،تبدو لغة البروتكول واضحة نسبيا مع ميل الى الاستعمال المزدوج بين اللغة العامية و الأجنبية الفرنسية ، وهذا يدل على الشك والتذبذب الذي يميز تفكير المفحوص، قد يكون أيضا نوعا من العزل بين التصور و العاطفة الذي يميز التفكير الهجاسي **(سي موسي** ، .

السياقات الفكرية:

أنماط التناول :

شمل البروتكول على نوعين من أنماط التناول تتمثل في الإجابات الكلية و الإجابات الجزئية حيث نجد ان الإجابات الكلية طغت في البروتكول على الإجابات G= 06 وكانت منخفضة ظهرت بنسبة G%=35 وهي نسبة مرتفعة مقارنة بمعايير جامعة باريس 5 التي تتراوح بين (20إلى 30%) وهذا يعبر عن وجود ميكانيزم دفاعي هو مقاومة ظهور الواقع الداخلي كما تدل على الخمول و الكبت ، وتستعمل لعزل العواطف و التصورات **(Chabert .C,1983,P89)**

وعند تناولنا لنوعية **(G)** نجدها مرتبطة على شكل إجابات ذا محدد إيجابي في اللوحات (V) (VI) (VII) (I) (II) (IV) ، وقد بلغت عدد الإجابات الجزئية **D=18** وتمثل نسبة الإجابات الجزئية الكبيرة **D%= 70%** وهي نسبة تدخل ضمن المعايير المطلوبة مقارنة بالمعايير المقدمة من طرف جامعة باريس 5 التي

تتراوح ما بين **(60%الى 80)** مما يدل على عدم القدرة على استثمار الواقع الخارجي لمنع ظهور الواقع الداخلي ،كما يدل على عدم الاهتمام بالواقع و عدم القدرة على تخيله وفهمه.

وعند تناولنا لنوعية الإجابات الجزئية الصغيرة **(Dd =15)** تحصلنا عليها في التحقيق وهذا يدل على التجنب المفحوص لأي جهد عقلي مفصل قد يكشف عن الصراع . فالاجابات الشاملة تعتبر من نمط انطباعي بالخصوص .

المحددات :

جاءت المحددات الشكلية لدى المبحوث منخفضة إذ تقدر ب (**F%=17%)** وهي نسبة منخفضة **مقارنة بالمعايير المحددة (50-70 %) (Chabert .C,1997,P121)** مما يدل على عدم التحكم في الواقع الداخلي من خلال عدم الاستثمار المكثف للشكل .

جاءت المحددات الشكلية الإيجابية بنسبة **(F+%=02%)** وهذه المحددات الشكلية الإيجابية تكراراتها منخفضة جدا بالمقارنة مع معايير المحددة من طرف **جامعة باريس5 (70-80%)** هذا يدل على نوع من الهشاشة في بناء الواقع ، ويشير إلى انخفاض ميكانيزم التكيف الهادف إلى وضع حدود بين الداخل

المتمثل في النزوات والهومات والخارج المتمثل في الواقع **(Chabert .C,1983,P49)**.

المحتويات:

نجد في بروتكول الحالة تنوعا نسبيا في المحتويات **(Bot ,Elem,Obj)** وما نلاحظه أن المحتويات الإنسانية، في بروتكول المفحوصة تقدر ب **(H=03)**بنسبة **(H%=8%)** وهي نسبة قليلة وغير متناسبة مع المعايير المقدمة من طرف جامعة **باريس** 5 وهي **(15-20 %)** وهذا يوحي إلى عدم قدرة المبحوث على تقمص صورة إنسانية ، ووجود كف في العلاقات الإنسانية ،كما ظهرت إجابة حركة إنسانية ، لكنها جاءت عير معرفة مما يدل على صعوبات تقمصيه جنسية .

أما المحتوى الحيواني **(A=9** في هذا البروتكول بنسبة **A%=19%** وهي نسة منخفضة مقارنة بالمعايير المحدد ة من طرف فرقة **باريس 5** والتي تقدر بنسبة **(30-45%)** مما يدل على وجود ميكانزيم دفاعي لتجنب ربط العلاقات مع الأشخاص. مما يمثل استثمارا مكثفا لتكيف سطحي وصلب

(سي موسي ورضوان زقار ،2002، ص52).

فهو يتجنب العلاقات الإنسانية ، ولذلك يتم تجنبها بالاعتماد على محتويات حيوانية وقد ظهرت هذه المحتويات في اللوحات **(II III V VIII XI X)** وهي كلها محتويات على الهشاشة.

ديناميكية صراعية:

يتجلى في بروتكول السيد "ب" ظهور إجابة حركية من النوع الإنساني K= 01 وردت في اللوحة II تمثلت في "Deux enfants jouent djalssin mlas9in yidihou" بدون إعطاء إجابة إنسانية مع إجابة اللون الأحمر الذي يعد واقع مادي في اللوحة يشير إلى الاستثمارات للعالم الإنساني للمفحوص وعن الحركات النزوية **(Chabert.C.1983.P156).**

يشير تحليل الحد الداخلي للمبحوث الى الطابع المنطوي مزدوج لطبيعة السير النفسي حيث نلمس عدم استثمار للوجدانات في مقابل ظهور للحركات الفكرية **TRI= 1/3,5** التي تشير إلى هشاشة الجهاز النفسي ،وجاءت المحددات اللونية بنسبة **RC%=20** وهي نسبة تدخل ضمن المتوسط مقارنة بالعايير المحددة **RC%=30-33%** مما يدل على القدرة على وضع حدود بين الداخل والخارج ،وتعود وجود إجابتين لونية **(C=02)** في البروتكول مما يدل على عدم استثمار الوجدان و العواطف**(Chabert.C.1997.P118)** .

الاجابات الإضافية:

أما فيما يخص اختبار الاختيارات فإن الاختيارات الإيجابية كانت في اللوحتين: **(/ /)**، **(X)** بدون **أي** تفسير وذلك يشير إلى الاعلاء و النرجسية أما الاختيارات السلبية **(I)،(VI)**.

تظهر النتائج السابقة هشاشة الإنتاج الاسقاطي لدى الحالة "ب" بحيث تميز بالكف و انعدام التعبير عن العواطف، وكذلك صعوبات علائقية تظهر من خلال المحتويات الحيوانية التي غلبت في البروتكول.

التحليل الكيفي:

بعدما تناولنا التحليل الكمي لبروتكول السيد "ب" الاستخراج السياقات الفكرية (أنماط التناول) ، نوع المحددات ،ومحتويات الإجابة ، الديناميكية الصراعية ،سنتناول التحليل الكيفي لاستخراج خصائص النفسية للحالة.

هناك اختلال في العلاقة والذي يظهر من خلال نوع التفاعل الذي هو تفاعل غير نشيط سلبي وهذا لانعدام في التفاعل يظهر خلال التصور كما ظهر الاضطهاد في اللوحات : **I ,III,IV,IIV,IIIV,X** أين أشارات إلى مواضيع سيئة والتي تظهر نوع العلاقة التي يقيمها الفرد مع المحيط .أشارت إلى أشكال مسيطرة تتميز بمواضيع التحكم المتمثلة في **اللوحة الاولى** ملائكة ،الروح وفي **اللوحة الخامسة** نسر والتي تظهر إشكالية الهوية ومفهوم الذات وكما تخمل حساسية اتجاه ما يعود للهشاشة النرجسية .

هذا ما ظهر في المحددات الشكلية **F%= 17%**و الإجابات الإنسانية **H%=08%** مع ظهور الاستجابات الحركية **K=01** واللونية **C=02** .

خلاصة بروتكول الرورشاخ لحالة "ب":

نستنتج من خلال البروتكول ان الحياة النفسية لدى الحالة لا تخلو من الهشاشة ظهر الكف كدفاع ضد الهشاشة النرجسية حيث يستثمر الواقع الخارجي كتعويض لفراغ المواضيع الداخلية

ظهور في الرورشاخ لتصورات هشة خاصة والتي تجلب خلال اللجوء المبالغ الى الدفاعات النرجسية .

المقابلة العيادية لحالة "ب":

أجريت المقابلة في مكتب المختصة النفسانية في جناح الأطفال بالمؤسسة الاستشفائية للطب العقلي بواد عيسي – ولاية تيزي وزو بدأنا الإختبار على الساعة 30 : 12 وانتهى على الساعة 15: 13 و بعدها مباشرة تم اجراء المقابلة العيادية على الساعة 10: 14 إلى غاية 50: 14 وذلك يوم 4جوان 2023 .

أبدى السيد "ب" عند القيام بالمقابلة العيادية نصف الموجهة أنه يشعر بالراحة لكن يريد الانتهاء سريعا من المقابلة لضيق وقته . السيد" ب " طبيب الطب العقلي مختص بالأطفال ،45سنة ، متزوج ، بطبيبة مختصة أيضا بأمراض الأطفال .مدة الاخبرة الميدانية 15 سنة في التخصص .

وهو الشيء الوحيد الذي يذكرته عن مراهقته ، كما ذكرت للحالة "ب" أن علاقته جيدة مع زملائها في العمل ، يحب الاجتهاد والالتزام في عمله لمساعدة مرضه وذلك مع كل صبر. أظهر كذلك على أنه تعرف سابقا على هذا الاختبار من خلال الممارسين العيادين الذين تستشيرهم لبعض مرضها وقالت على أننا يصعب العمل علينا لكونها في الطب النفسي.

معلومات حول ظروف العمل و التعاطف لديه نجد جانب العمل يقوم به على اكمل وجه رغم ان من الجانب الإنساني لا نرى أي تعاطف و كيفية يتعامل مع مرافقي الأطفال الذين يأتون اليه بكل برودة ولا مبالات جانب شعور لم يتكلم عنه اطلاقا هدفه هو انتهاء المقابلة و عدم تكلم عن الأشياء الخاصة كانه يقول ليس من شؤن الاخرين او طالبة في علم الفلسفة وليس بميدان علمي .

وعندما نقدم له سؤال مفتوح يجاوب بالسؤال لتفادي إعطاء جواب و يتكلم اكثر او ربما عندما يتكلم اكثر يقول أشياء لا يرغب بقولها .

حياة حلمية ليس لديه أي هدف في حياته ,فقط العمل و دخول الى المنزل .و في اول مرة اجد شخص لا يريد عطلة بل طريقته لتفادي المشاكل ربما العائلية هو الهروب الى العمل.

ملاحظات عيادية :

- طويل القامة .
- هادئ ,الابتسامة.
- لباس عادي .
- لغة متسقة استعمال اللغة الفرنسية والامازيغية وكذلك الدرجة الجزائرية .
- وضع الرجل فوق الاخر وتحريك الرجل .
- اضطرابات علائقية.
- الاعلاء و النرجسية .

خلاصة الحالةّ :

بعد الملاحظات العيادية نستنتج ان :

الحالة "ب"يعاني من اضطراب علائقي جد ملحوظ .رغم قصر مدة المقابلة و عدم رغبته في المشاركة il voulait pas vraiment s'impliquer

لكن وفات الاب أسقط عليه بالخوف في إعادة عيش نفس شعور مع الأم أدى الى السيد "ب" الى الانطواء و عزل نفسه من كل العواطف

رغم ان في هذه احالات مرور من مرحلة الانكار بعد التشخيص شيء عادي او ضروري لكن يصبح اضطراب بعد مرور الوقت و هو مازال في هذه الحالة هذا يدل على اضطراب حاد

نستنتج أيضا عدم رغبته في الانجاب لكن يحب الأطفال هذا ما لاحظناه في عدة مرات عندما كان يقابل مرضاه و طريقة تعامله و تذكره تفاصيل كل حالة من نقول ان كل حالة يعطيها أهمية و جهد في العمل و خاصة الأطفال .

يمكن القول أن حالة "ب" تعاني من الكف، من خلال مقابلة الرورشاخ .

إستنتاج عام :

سنقدم نتائج الحالات فيمايلي:

الحالات	زمن الإجابات	عدد الإجابات R	G %	D %	Dd %	D dL	F+ %	F %	H %	Hd	A%	K	Rc %	T RI
ك	"1’45	24	17 %	75 %	13 %	1	2 %	33 %	5%	1	07%	3	46 %	1k/1C
ب	« 1’35	20	35 %	70 %	15 %	/	2 %	17 %	08%	1	19%	1	20 %	1K/2C

جدول رقم 13:يمثل استنتاج عام

نستنتج من خلال النتائج المتحصل عليها من خلال تحليل بروتوكول رورشاخ و دليل المقابلة فيما يلي :

عدم قدرة المبحوثين على تقبل أو إدراك الكلي و ذلك من خلال سيطرة الإجابات الجزئية على الكلية بالإضافة إلى قلة الإجابات الشائعة لدى الحالتين و يدل هذا على عدم التكيف مع الواقع الخارجي عدم قدرة الحالة "ك" على صعوبة التقمص لصورة إنسانية و ذلك للانخفاض الإجابات الإنسانية H في البروتكول .

من خلال تحليل بروتكولات إختبار الرورشاخ تبين لنا اضطراب في الصورة الجسدية لدى المبحوثين وعدم الاستقرار النفسي لحالة "ك" طفت نسبة الإجابات الجزئية (D%=75) ونسبة (G%=17) أما حالة "ب" جاءت نسبةD%= 70 وبلغت الإجابات الكلية 35 =G% كما أنها مرتبطة بالخيال (D/D)

Deux tigre ,Les pâtes, la tête ,cran d’animal يدل على عدم الإدراك الكلي وهشاشتها تظهر أيضا في قلة الإجابات الشائعة Ban لدى الحالتين مما يدل على تفكك الصورة الجسدية أما الإجابات الإنسانية

جاءت منخفضة "لدى الحالتين "ك" 05 =H% عند حالة "ب" 08=H% وهذا يدل على عدم قدرتهما استثمار الواقع و على عدم قدرتهما تقمص بصورة إنسانية , بالإضافة إلى تقديم إجابات خيالية كونهما لم تقدما التصور الكامل للوهلة بل تحتاجان التجزئة للوصول إلى الكل.

خلاصة الفصل:

من خلال عرض هذا الفصل تم التطرق إلى مناقشة الحالات، بما فيه تحليل البروتكول الرورشاخ و المقابلة العيادية ، كما استعننا في التحليل بشبكة تحليل الرورشاخ ، التي إعتمدنا عليها في إستخلاص ت النتائج .

خاتمة :

لم يكن موضوع دراستنا بالأمر الهين في معالجته و المعنون (الإنتاج الاسقاطي لدى المختص الطب العقلي المتميز بدرجة التعاطف منخفضة دراسة عيادية من خلال اختبار الرورشاخ), حيث تناولنا مفهوم التعاطف الذي يعتبر الوعي والإدراك لأفكار الاخرين ومشاعرهم وسلوكياتهم حتى لو كانت مضطربة. وصعوبة الحصول على دراسات سابقة لم يكن عائق أمامنا للاتمام دراستنا المتواضعة على اكمل وجه . و غياب التعاطف لدى المختص في الطب العقلي أثر على السيرورة العلاجية وهذا ما لفت انتباهنا كباحثتين في علم النفس العيادي منه أردنا التأكد من تمييز المختص الطب العقلي ذو درجة التعاطف منخفضة بالكف و الهشاشة على مجموعة بحثنا التي تتكون من حالتين بواسطة مجموعة من الأدوات التي استخدمناها ومن بينها دليل المقابلة ,مقياس التعاطف و اختبار الرورشاخ في الأخير تمكننا من تحقيق صحة فرضيتنا ولان نستطيع القول أن المختص الطب العقلي يتميز بالهشاشة و الكف و أيضا اضطراب صورة التعاطف لديه .

الاقتراحات والتوصيات:

أن هذا الموضوع وبرغم من تعقده، يمكن دراسته من عدة نواحي من خلال التحديد الدقيق للإشكالية وفرضية الدراسة وكل الإجراءات المنهجية. و لهذا ستقدم الباحثتين بعض الاقتراحات والتوصيات لعلها تفيد من هو مهتم بهذا الموضوع و يرغب في دراسته ولعله يُستفد منه ويُأخذ بعين الاعتبار من طرف الوزارة و القطاع الصحي :

- ضرورة إجراء الاختبارات النفيسة و تشخيص المختص في الطب العقلي قبل تشغيلهم واثناء تكوينهم .
- ادخال التعاطف ضمن أخلاقيات المهنة للمختص في الطب العقلي و خِصيصا التعاطف الوجداني.
- من الافضل تحريض باحثين جدد على القيام بدراسات أكثر عمقا حول التعاطف في مجال الطب العقلي ودمج الدراسات في الإنتاج الاسقاطي و هذا الأخير لعدم توفر الدراسات .
- القيام بتكوينات البيداغوجية حول الموضوع في كلية الطب العقلي وخصوصا ابرا ز أهميته في سيرورة العلاج.
- كذلك إضافة مقياس التعاطف في الدراسات الجزائرية يثري ويدعم البحث العلمي ويساعد على تحسين سيرورة العلاجية في ميدان الطب العقلي.

لعل تبصيره موضوع التعاطف من طرف والجدل فيه

ملحق رقم 01:

Fiabilité

Echelle : empathie

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	10	100,0
	Exclus[a]	0	,0
	Total	10	100,0

a

.

.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,878	31

ملحق رقم 02:

Questionnaire socio-biographique

Sexe : Homme Femme ***Age :***

Statut marital actuel : Célibataire ; En couple et vivant ensemble ;
En couple mais vivant séparément ; Divorcé(e)

Nombre d'enfants : 0 ; 1 ; 2 ; 3 ; 4 et +

Quel est le niveau d'étude de vos parents :

- ✓ ***Père :*** Primaire ; Collège ; Lycée ; Bac ; Étude Supérieures
- ✓ ***Mère :*** Primaire ; Collège ; Lycée ; Bac ; Etude Supérieures

Quelle est ou a été la profession principale de vos parents ?

- ✓ ***Père : _____***
- ✓ ***Mère : _____***

Suivez-vous actuellement une psychothérapie ?

Oui ; Non ; Ne souhaite pas répondre **** Si oui, de quel type ?***
TCC ; Analytique ; Autre

Depuis combien de temps ? .....

**** Si non, avez-vous déjà suivi une psychothérapie ?***

Oui ; Non ; Ne souhaite pas répondre **** Si oui, de quel type ?***
TCC ; Analytique ; Autre

Durant combien de temps ? .....

ملحق رقم 03:

Empathie clinique: JSPE (Jefferson Scale of Physician's Empathy, Hojat, 2002), traduit et validé par Zenasni et al. (2012)

Lisez attentivement chaque affirmation proposée dans ce questionnaire et évaluez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec ces affirmations. Pour chacune d'entre elles, cochez le chiffre qui décrit le mieux votre façon d'être depuis les 3 derniers mois selon l'échelle suivante.

1------2-------3-------4-------5-------6-------7
Pas du tout d'accord tout a fait d'accc

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille 1. n'influence pas mon traitement médical ou chirurgical.	□	□	□	□	□	□	□
2. Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments.	□	□	□	□	□	□	□
Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes 3. patients.	□	□	□	□	□	□	□
Dans les relations soignant – soigné, je considère le fait de 4. comprendre le langage corporel de mes patients comme aussi important que de comprendre la communication verbale.	□	□	□	□	□	□	□
J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense, contribue à obtenir de 5. meilleurs résultats cliniques.	□	□	□	□	□	□	□
Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes 6. patients parce que chaque personne est différente.	□	□	□	□	□	□	□
Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé 7. physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions.	□	□	□	□	□	□	□
Etre attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de 8. leurs traitements.	□	□	□	□	□	□	□
9. Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place.	□	□	□	□	□	□	□
Mes patients accordent de l'importance au fait que je comprenne 10. leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi.	□	□	□	□	□	□	□
Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par traitement médical ou chirurgical ; ainsi, les liens émotionnels avec mes 11. patients n'ont pas d'influence significative sur les résultats médicaux ou chirurgicaux.	□	□	□	□	□	□	□
Interroger les patients sur ce qui se passe dans leur(s) vie(s) 12. personnelle(s) n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique.	□	□	□	□	□	□	□
J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients 13. en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel.	□	□	□	□	□	□	□
14. Je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.	□	□	□	□	□	□	□
L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le 15. succès du traitement est limité.	□	□	□	□	□	□	□
Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme 16. celui de leurs familles est une composante importante de la relation.	□	□	□	□	□	□	□
J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs 17. soins.	□	□	□	□	□	□	□
Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations 18. personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.	□	□	□	□	□	□	□
Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale ou à 19. m'intéresser aux arts.	□	□	□	□	□	□	□

Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical. 20.

ملحق رقم 04:إستمارة الموافقة

بحث حول التعاطف بالممارسة العيادية

استمـارة موافقـة

موضوع البحث:

بحث حول نوعية الإنتاج الاسقاطي لدى المختص في الطب العقلي المتميز بدرجة التعاطف منخفضة

إسم الباحثة:

-إزوين صارة (طالبة في علم النفس العيادي سنة الثانية ماستر)

- بويحياوي سيريا (طالبة في علم النفس العيادي سنة الثانية ماستر)

إطار البحث

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس جامعة مولود معمري – تيزي وزو – قطب تامدا

إشراف على البحث :

أستاذة التكوين و التعليم العالي و البحث العلمي: الدكتورة حداد نسيمة

مكان البحث:

العنوان: المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب الأمراض العقلية فرنان حانفي ".

إن استمارة الموافقة المقدمة لكم تهدف إلى إعطائكم فكرة عامة عن طبيعة البحث, و ما يترتب عن مشاركتكم, لا تترددوا أبدا في طلب التفاصيل و المعلومات خذوا الوقت الكافي لقراءة ما يلي بتعمن .

أهداف البحث:

يهدف هذا البحث إلى الكشف و التعرف عن نوعية الإنتاج الاسقاطي لدى المختص النفسي المتميز بدرجة التعاطف المنخفضة من طرف نفس الفرق الباحثة.

<u>هذا البحث يتطلب:</u>

يحتوي هذا البحث على مقابلة توضحية والتي تمثل في هذه الإستمارة وهي لقاء أولي وتليها مقابلة عيادية يمكنكم التعبير فيها بكل حرية عما تريدون.

تقدم لكم في حصة موالية وسيلة يستعملها الأخصائي النفسي في عمله , وهذا لأجل فهم أحسن لما نود الوصول إليه في دراستنا والذي قد يمكن ان يساعدكم في حياتكم العملية .

تتم معكم في الأخير مقابلة يقدم لكم خلالها ملخص عن النقاط القوية في شخصيتكم.

يتميز هذا البحث بالسرية. إذ كل ما نكتبه أثناء لقاءاتنا معكم يبقى سريا، لا نتحدث تماما عما تقولون لنا حتى للأطباء و الممرضين الزملاء ولا حتى للمختص النفسي المرافق لنا في التربص فهو عمل تطوعي.

يمكنكم في خلال هذا البحث التوقف في أي وقت عن المشاركة.

ستقدم نتائج هذا البحث في مذكرتنا وتكون على شكل فصل لعرض الحالات ومناقشة النتائج ويمكن لهذا البحث بعد ذلك أن يكون موضوع منشورات، عروض شفهية. لكن مع احترام تام لسرية المشاركين.

إن إمضاءكم يؤكد على فهمكم وبوضوح لكل المعلومات السابقة والمتعلقة بمشاركتكم في البحث، كما يدل على موافقتكم على المشاركة.

إسم المشارك	الإمضاء	التاريخ
.....	.....	.....
إسم الباحث	الإمضاء	التاريخ
.....	.....	.....

ملحق رقم 05:دليل المقابلة :

المحورالاول: البيانات الشخصية

-الإسم : -السن : -ترتيب الاخوة:

-المستوى التعليمي:

-مدة الخبرة الميدانية

-المستوى الاقتصادي للعائلة:

-عدد سنوات الزواج:

عدد الزوجات

-عدد الأبناء:

مهنة الزوجة :-

-مهنة الزوج

المحور الثاني: الحياة الطفلية

التعليمة العامة:

- أهدرلي على صغرك؟

التعليمات الجزئية:

-أهدرلي على يماك؟

- أهدرلي على باباك؟

– أهدرلي على خواتتك وخاوتك؟

– كيفاش هي العلاقة بينك وبين باباك و يماك؟

– واش الحاجة لي تتفكرها على صغرك؟

– معامن لي كنت تحب (ي) تقعد(ي) بزاف معاه كي كنت صغير(ة)؟

المحور الثالث :_الحياة_المهنية

.التعليمة العامة :

–هدرلي على البلاصة لي راك تخدم (ي) فيها؟

التعليمات الجزئية :

– كيفاش راك (ي) تشوف (ي) خدمتك صعيبة ولا لالا؟

– كيفاش هي علاقتك مع زملائك في الخدمة؟

– كيفاش تشوف (ي) المدخول تاعك يكفيك تلبي حاجات عائلتك؟

المحور الرابع: <u>الحياة الزوجية و عن الظروف العائلية</u> .

التعليمة العامة:

التعليمات الجزئية:

– كنتوا متعارفين قبل الخطبة؟

– الزواج كان عن تعارف شخصي ولا تعارف من طرف اخر؟

– كيفاش كانت علاقتكم بعد الزواج؟

–كيفاش تتقسم(ي) و تتخصص (ي) وقتك للعائلتك

– كنتوا عايشين في دار العائلة الكبيرة ولا في دار وحدكم؟

– كيفاش كانت علاقتك بولادك؟

-كيفاش تقدر تعبر على غياب ولادك عليك ولا غيابك على العائلة خلال الأسبوع

المحور الخامس: - الحياة المهنية

التعليمة العامة

-أهدريلي على الخبرة تاعك ؟

-لواش تقدر توصف حبك للمهنة تاعك

-كيفاش تعيشت مع بعض حالات المرضى تاعك؟

-عندك معلومات حول تاريخ الحالة تعهم ؟

المحور السادس معلومات عن ظروف العمل:

التعليمات الجزئية :

- هل أغلبية المفحوصين يقمون بالطلب لمفردهم

-كيفاش كان التواصل مع المفحوصين العاديين الذين اقدموا لديك ؟

-كيفاش كانت نفسيتك في فترة العلاج معهم؟

-كيفاش كان التوصل مع المفحوصين غيرالسويين الذين يتابعون عندك ؟

و كيفاش كانت نفسيتك في فترة علاج هذه الفئة ؟

-اهدريلي على حاجة صراتلك تفكرتها كي كنت (ي) ونتا مع المفحوص خلال الحصة العلاجية ؟

-ما هو شعورك اتجاه المفحوصين تاعك ؟

ماهي العلاقة مع الزملاء في العمل؟

هل تعمل ليلا؟

معلومات على التعاطف ومختص الطب العقلي :

التعليمة العامة :

-أهدريلي على الشعور تاعك اتجاه مرضاك؟

التعليمات الجزئية :

-كيفاش تديروقتك و تضبط المواعيد مع المفحوصين تاعك؟

-كيفاش تتنصت و تتواصل مع المفحوصين تاعك؟

-كيفاش تشرح للمفحوص تفهمك له؟

المحور السابع : الحياة الحلمية و أهداف الحياة اليومية

التعليمة العامة :

-أهدر يلي على منامتك ؟

واش هي أهدافك في الحياة كإنسان عادي ؟-

تهدف هذه التعليمة معرفة المكبوتات واللاشعور عبر مراحل حياة اليومية الخاصة، ومعرفة أهدافه في الحياة التي تبرز النشاط النفسي له اذا لم يتم الحصول على المعلومات اللازمة سنتطرق الى التعليمات الجزئية التالية:

التعليمات الجزئية :

- واش من منام شفيت (ي) عليه ؟ كيفاش فسرتوا (تيه)

- هدرلي على منامتك كيما يكون نهار ديالك شارجي؟

-واش تتمني تدير في حياتك ؟

المحور الثامن : الهوايات

التعليمة العامة :

- واش الحاجة لي تحب (ي) تديرها في أوقات فراغك او العطلة ؟

التعليمات الجزئية :

– معامن تحب (ي) تتشارك (ي) كي تلعب (ي)؟ ولا تحب (ي) تلعبي وحدك؟

–واش تحبي تقدم (ي) للعائلتك في نهاية الأسبوع ؟

–تحب (ي) الاعمال اليدوية ولا لالا؟

–تمارس (ي) الرياضة ذرك ولا مرستها بكري؟

المحور التاسع: <u>النظرة المستقبلية</u> .

التعليمة العامة :

– واش الحاجة لي تحب (ي) تبدلها في حياتك المهنية مع المرضى تاعك ؟

التعليمات الجزئية :

– كيفاش راك تشوف ي مستقبلك مع مرضاك ؟

– واش راك حاب توصل (ي) لوا في حياتك المهنية ولذلك إيجابيا على المفحوص ؟

قائمة المراجع باللغة العربية:

1-أبو عطية. (1988). *دور المرشد في تحقيق اهداف العملية و النفسية.* عمان: مجلة تربوية .

2-أبو عطية. (1997). *مبادئ الارشاد النفسي.* عمان: دار الفكر.

3-اسعد ,يوسف ميخائيل .(1996).سيكولوجية العاطفة .القاهرة :المؤسسة العربية الحديثة .

4-شعبان ,كاملة الفرح وتيم ,عبد الجابر.(1999)مبادئ التوجيه و الارشاد النفسي .عمان :دار الصفاء للنشر و التوزيع .

5-العاسمي ,رياض .(2013) دليل مقياس التعاطف . دمشق: مكتبة العائدي .

6-العاصمي ، الرياض. (2013). *دليل مقياس التعاطف.* دمشق: مكتبة العائدي.

7-القاضي ,يوسف و اخرون .(1981).الارشاد النفسي و التوجيه التربوي. الرياض .دار المريخ.

8-جميل ،صليبا،. (1984). *علم النفس* (الإصدار ط4). بيروت: دار الكتابة.

9-د.رعد مهدي رزوقي،د.نبيل رفيق محمد،. (بلا تاريخ). *سلسلة التفكير و أنماطه الجزء5.*

10-رينكر،هانس،. (2009). *علم النفس الاكلينكي أشكال من الاضطرابات النفسية في سن الرشد.* (ط1،المحرر، و ترجمة سامر جميل رضوان، المترجمون) الامارات العربية المتحدة: دار الكتب الجامعي.

11-سي موسي ع ،بن خليفة،. (2008). *علم النفس المرضي التحليلي و الاسقاطي ،.* الجزائر: ديوان المطبوعات.

12-عبد الرحمان.سي موسي ومحمود .بن خليفة ،. (2010). *الأنظمة النفسية ومظاهرها في الاختبارات الاسقاطية ،التي هدفت الكشف عن مميزات التوظيف النفسي لدى الفرد الجزائري ،.* ا.

13-عسكر، سهيلة عبد الرضا. (2001). *رسالة ماجستر غير منشورة ,التعاطف لدى طلبة الجامعة و علاقاته بالذكاء الاجتماعية.* العراق: كلية الاداب , جامعة بغداد .

قائمة المراجع باللغة الأجنبية :

14-Anzieu.D, C. .. (1987). Méthode projectives . Paris: P.U.F.

15-Anzieu.D, C. (1987). Les méthodes projectives,. Paris: P.U.F.

16- Abraham, R. (1999).Emotional Intelligence in Organizations: A conceptualization.

17-Genetic,Social&GeneralPsychology Monographs. Vol.(125.209-226 .

18-Aderman, D. (1992): The socialization of altruistic and empathy behavior

(doctoral dissertation), Michigan state University dissertation. Abstracts International, 37, B415.

19- AnzoulayC. (2003). *L'entretien Clinique autour des testes projectifs ,in l'entretien en clicique* (éd. 2éme édition). sous la direction de Cyssau.C, France: press édition,.

20-Anne.C, B. .. (2004). *L'empathie .* (O. Jacob, Éd.) sous la direction de Alain Berthoz Gérard Jorland.

21-Beizman.C. (1966). *Le livret de cotation des formes dans le Rorscach .* PARIS: Cent.Psy.Appli.

22-Beizmann, C. (1982). *Technique de dépouillement des reponses dans le Rorschach de l'enfant à l'adulte .* Delachaux et Niestlé.

23-Caruso,R.David & John,Dmaryer. (1998).Empathy Running head measure of

emotional empathy for adolescents and adults. Journal of Personality and Social Psychology. 44. 122-126.

24-Davis, M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. Journal of Personality and Social Psychology. 44. 113-126.

25-Golman, D. (1998).Working with Emotional Intelligence .New York Bantam Books.

26-Hoffman, M. L. (1978). Toward a theory of empathic arousal and

development. Rosenblum. New York.

27-Hoffman. M, (1982): The measurement of empathy. IN. Cambridge university press

28-Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic

personality change. Journal of Consultative Psychology. 21. 95-103.

29-Rogers, Carl R. (1962). On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin.

30-Tyler, R. W. (1969). Basic principles of curriculum and instruction. Chicago: The University of Chicago Press.

31-.m.l, h. (1978). *toward a theory of empathic arousal and develipment .*

32-.N, R. T. (2000). *La pratique du Rorshach.* Paris: P.U.F.

33-C, C. (1987,). *La psychopathologie à l'epreuve de rorscach.* Paris: Bordas.

paris: Dunod. *Psychanalyse et méthodes projectives . .*(1998) Chabert C.

34-Chabert. C, R. P. (2007). *Les épreuves Projectives en Psychologie.* France, sous la direction de Roussillon R: Elsevier Masson.

35-Quentin Debray, B. G. (2010). *Psychopathologie de l'adulte.* (Masson, Éd.) Elsevier.

36-ROGERS, C. (1957). *the necessry and sufficient conditions of therapeutic .*

37-Vannotti, M. (2002). *l'empathie dans la relation médecin -patient .* Paris.

قائمة القواميس :

-Laplanche J. et pontails J.B(1994).vocabulaire de la psychanalyse (sous la direction de Lagache D 12 eme édition P.U.F ,PARIS.

المذكرة و الرسائل الجامعية :

-جيلالي سليمان ,مذكرة مقدمة من شهادة الماجستر **,(الإنتاج الاسقاطي عند المراهق دراسة عينة من مراهقين يطلبون مساعدة نفسية باستعمال اختباري الروشاخ و تفهم الموضوع)**,جامعة مولود معمري تيزي وزو **,2012.**

-بن خليفة م.**2007,علم النفس المرضي و تقنيات الاسقاطية ,أطروحة لنيل شهادة دكتورة دولة ,جامعة الجزائر .**