جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس
تخصص علم النفس الصحة

حول موضوع:

نوعية العقلنة عند مرضى المصابين بتصلب المتعدد (S.E.P)
مقاربة سيكوسوماتية لـ 10 حالات

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس الصحة

من إعداد الطالبتين:
نسرين تيغرغار
إيمان بشار

تحت إشراف الأستاذ
لوناس لعلم

السنة الجامعية: 2023/2022

شكر وتقدير

نتقدم بجزيل الشكر الى استاذنا القدير لعلم لوناس

نرفع اليه اسمى معاني التقدير والاحترام

وشكرا لكل من ساعدنا في انجاز هذا العمل المتواضع وجزيل الشكر الى الاساتذة

اهداء

أولا وقبل كل شيئ احمد الله الذي أنار دربي و رزقني نعمة العقل و الصحة

أهدي نجاحي إلى:

قدوتي في الحياة الى من كانت الى أما و أبا و أختا و كل شيئ إلى من تعبت لأجلنا " أمي الغالية"

وإلى سندي ومسندي لوكان حاضرا اليوم لكان فخورا بي " أبي الغالي " رحمه الله وأسكنه فسيح جناته

و إلى من هو سندي في الحياة اخوتي:

أمين، أحمد، محمد، خالد

و إلى صديقاتي: اسيا، ند ى، فاطمة، رانية اللواتي تميزن بالوفاء و العطاء و إلى من رافقتهم في دروب الحياة السعيدة و الحزينة سرنا.

نسرين

اهداء

أهدي تخرجي هذا إلى من علمني العطاء وإلى من أحمل اسمه بكل افتخار وأرجو من الله أن يمد في

عمرك لترى ثمارا قد حان قطافها بعد طول انتظار" "والدي العزيز وإلى ملاكي في الحياة وإلى معنى

الحب والحنان والتفاني وإلى بسمة الحياة وسر الوجود وإلى من كان دعائها سر نجاحي أغلى الحبايب "امي الحبيبة"

وإلى من له الفضل الكبير في تشجيعي وتحفيزي ومن منة تعلمت المثابرة والاجتهاد وإلى ." وإلى سندي ومن شجعني ووخط معي خطواتي "زوجي العزيز من بهم أكبر وعليهم أعتمد

و إلى من بوجودهم أكتسب قوة ومحبة لا حدود لها وإلى من عرفت معهم

معنى الحياة "إخوتي وأخواتي

وإلى من تحلوا بالإخاء وتميزوا بالوفاء والعطاء وإلى من برفقتهم في دروب الحياة السعيدة والحزينة سرت وإلى من كانوا معي على طريق النجاح والخير أصدقائي

الأعزاء" بتوفيق من الله

بشار إيمان

خلاصة البحث:

هدفت الدراسة الحالية الى معرفة نوعية العقلنة عند مرضى المصابين بتصلب المتعدد (S.E.P) مقاربة سيكوسوماتية ل 10 حالات و لتحقيق هذا الهدف تم طرح التساؤل التالي:

- **ما نوعية العقلنة لدى الراشد المصاب بالتصلب المتعدد ؟**

حيث طبقت الدراسة على (10) حالات في مستشفى العقيد اوعمران ببرج منايل.

من حيث الاجراءات المنهجية للدراسة فقد تم استخدام المنهج العيادي و ادوات الدراسة لجمع البيانات متمثلة في المقابلة العيادية نصف موجهة و اختبار رائز تفهم الموضوع TAT

يمكننا القول بأن فرضيات بحثنا تحققت في مجموعة بحثنا عند ست حالات على عشرة (60%)، كما أن الحالات الاستثنائية المصادفة لا تذهب تماما في اتجاه معاكس لفرضيات بحثنا، و هذا لكون العقلنة المشكوك فيها لا تعتبر ذات مستوى جيد (عقلنة حسنة).

Résume:

L’objectif de l’étude actuelle était de connaitre la qualité de la mentalisation chez les patients atteints de sclérose en plaques (SEP) à travers une approche psychosomatique pour 10 cas. Pour atteindre cet objectif, la question suivante a été posée :

Quelle est la qualité de la mentalisation chez les adultes atteints de sclérose en plaques ?

L’étude a été menée sur 10 cas à l'hôpital de bordj Menaiel

En ce qui concerne les procédures méthodologiques de l’étude, la méthode clinique et les outils d’étude, tels que l’entretien clinique et semi directif et le test (TAT)

Nous pouvons dire que nos hypothèses de recherche ont été confirmées dans notre groupe de recherche pour six cas sur dix (60%), et que les cas exceptionnels rencontrés ne vont pas complètement à l’encontre de nos hypothèses de recherche car la mentalisation suspectée n’est pas de qualité (mentalisation médiocre).

الفهرس

كلمة شكر

اهداء

ملخص الدراسة

العنوان **الصفحة**

مقدمة: 2

الفصل الأول: اشكالية البحث

الإشكالية.....6

الفرضيات: 10

مفاهيم إجرائية: 11

الفصل الثاني: مرض التصلب المتعدد

تمهيد.....14

مرض التصلب المتعدد.....15

التشريح المرضي.....15

أسباب المرض.....15

انتشار المرض.....15

التوزيع الجغرافي.....16

الأعراض العيادية.....16

التناذرات المختلفة.....16

تطور التصلب المتعدد.....19

العوامل التنبئية.....21
العلاج.....21

الفصل الثالث: النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

تمهيد.....24
التطور الفردي.....25
التصنيف السيكوسوماتي 33
الأنظمة الاقتصادية 39
الاكتئاب الأساسي والحياة العملية 43

الفصل الرابع: العقلنة

تمهيد.....47
التصورات ونظام ما قبل الشعور في نظرية التحليل النفسي لفرويد.....50
التصورات ونظام ما قبل الشعور في نظرية ب. مارتي.....51
التصورات 51
كمية ونوعية التصورات 52
تكوين وارتباط التصورات، نظام ما قبل–الشعور.....52
الصعوبات في تكوين التصورات 53
أنماط العقلنة 55

الفصل الخامس: الجانب المنهجي

تمهيد.....59
الدراسة الاستطلاعية.....60

منهج البحث.....60
تقديم مجموعة البحث وصعوبات تكوينها.....60
تقنيات البحث المستعملة 64
كيفية تحليل المعطيات.....77

الفصل السادس:الجانب التطبيقي

مقدمة.....79
دراسة الحالة الأولى.....80
دراسة الحالة الثانية.....117
دراسة الحالة الثالثة.....122
دراسة الحالة الرابعة.....126
دراسة الحالة الخامسة.....131
دراسة الحالة السادسة.....135
دراسة الحالة السابعة.....140
دراسة الحالة الثامنة.....146
دراسة الحالة التاسعة.....151
دراسة الحالة العاشرة.....157
مناقشة فرضيات البحث.....166
الخاتمة.....169
قائمة المراجع.....172
الملاحق.....176

مقدمة

مقدمة:

تتمثل "السيكويوماتية" عند عامة الناس في تدخل العوامل النفسية (مثل الصدمات، الغضب، القلق ....الخ) في ظهور بعض الأمراض عند الانسان.

أما المختصون، فيعتبرون "السيكوسوماتية" كـ ."فرع من العلوم الانسانية معرف بموضوعه: الانسان في كفاحه ضد الموت، والذي يضم المرض في منطق الحي".

(Une branche des sciences humaines définie par objet : la personne humaine dans sa lutte contre la mort, qui inclut la maladie dans la logique du vivant)

تخبرنا دراسة إستعادية (rétrospective) حول التاريخ "السيكوسوماتية" بأن التفاعل جسم–عقل كان موضوعا الاهتمام دائم لدى الفلاسفة منذ التفرقة المقترحة من طرف (Anaxagore) بين الجسم والنفس. ومنذ ذلك الحين تصارع منظوران للإنسان هما: المنظور الموحد (Moniste) والمنظور الثنائي (Dualiste).

يفترض المنظور الموحد وجودا مبدأ واحد في الانسان، والمتمثل في الجسم أو الروح. أما المنظور الثنائي، فيقسم الانسان الى مبدأين: الجسد والنفس. (soma et psyché)

ولد المنظور الموحد تمثيلين مختلفين للإنسان هما: المثالية (L'idéalisme) التي تعتبر بأن الروح منفردة (L'âme spirituelle est unique)، (هيقل Hegel وبركلي Berkeley) والمادية (le matérialisme) التي تعتبر بأن الجسم هو الواقع الوحيد (هوبس Hobbses وكابانيس Cabanis). أما المنظور الثنائي، الذي يفرق بين الجسم والروح، فكان منبعا لتنظيرات مختلفة للعلاقات بين النفس والجسم. فنجد تنظير شكل المادة (Hylomorphisme) المقترح من طرف أريسطو (Aristote) وسان توما داكان (Saint Thomas d'Aquin)، تنظير التفاعلي (L'interactionnisme) لديكارت (Descartes).

عرف الطب، بالتوازي مع الفلسفة وعلم النفس، تطورا في اعتبار "الامراض السيكوسوماتية" خلال القرون. وقد ادى تعدد العوامل القادرة على التدخل في ظهور "الأمراض السيكوسوماتية" الى اختلاف التناولات وطرق البحث.

اعتبر المرض، منذ القدم، كنتيجة لتأثير عوامل ممرضة خارجية على الجسم، وهذا ما يؤدي الى تغيير التوازن الداخلي للإنسان، والى توليد اضطرابات كيميائية حيوية قابلة للقياس. ولقد دعم هذا التنظير بأبحاث ك. برنار (C. Bernard) الذي بين شروط ومعايير الهوميوستازية (Homéostasie)، التي يؤدي تجاوزها الى ظهور الاجهاد (stress) يعتبر seley مؤسس مفهوم الاجهاد، الا أنه لن يستعمل

هذا المصطلح الا انطلاقا من الخمسينيات (1950)، ويبقى حسبه مفهوما فسيولوجيا (عكس كانون Cannon).

اما النموذج السيكوسوماتي للمرض، فقد وجد منبعه في وصف "التحويل الهستيري" (la conversion hystérique) الذي وضعه فرويد (Freud) في عيادة الهسيتريا وعلاقتها بالصدمة النفسية . ولقد راجع فرويد فيما بعد، "الفرضية الصدمية" للهستيريا، التي اعتبرها ناقصة. فرويد بذاته بعض المحللين النفسانيين الاولين كطلائعيين للسيكوسوماتية. ويعتبر ق روداك (G. Groddeck) كأب السيكوسوماتية وكمواصلة (Continuateur) لأعمال فرويد في مجال البحث عن العرض السيكوسوماتي. يعتقد قروداك بقوة بأن التمييز بين العقل والجسم مجرد كلمة، وليس تمييزا أساسيا . فحسب قروداك، تتطلب الأمراض القلبية أو السرطان علاجا تحليليا نفسيا تماما مثلما يتطلبه النشاط العرضي لل"هو" في الهستيريا.

لذا يؤكد قروداك وفرانزي (Ferenzi) (مدعم أفكار قروداك) على أهمية العلاقة مع الطبيب، التي تعتبر أساس العمل العلاجي.

لم يتقبل ألكسندر(Alexander) هذه الوضعية الجذرية، وأسس مدرسة شيكاغو (Chicago) وقدم نموذجا تفسيريا للمرض السيكوسوماتي انطلاقا من بداية الخمسينيات. يضع نموذج ألكسندر تطابقا بين الصراعات النفسية (بالمعنى التحليلي النفسي للكلمة) والاستجابات الفيزيولوجية. فحسب ألكسندر، ينشئ الجهاز العصبي الاعاشي، عندما يكون في مرحلة الراحة، ذخائر طاقوية تسمح، خلال مرحلة العمل، للفرد الموجود في وضعية صراع صعب ، بالمواجهة أو بالهروب. وقد صنف ألكسندر الأمراض السيكوسوماتية في مجموعتين:

– وتتضمن المجموعة الاولى الامراض المتولدة عن السلبية (Passivité) وعن الكف (Inhibition).

– وتتضمن المجموعة الثانية أمراضا مرتبطة بميول عدوانية كامنة.

أهتم ألكسندر في تصوره للمرض السيكويوماتي، بمفهوم البنية والسياق الديناميكي. ونظرا للتطور الذي عرفه فرع الفزيولوجيا العصبية، اضطرت مدرسة شيكاغو الى تقليص حقل التفسير السيكولوجي المخض في الميدان السيكوسوماتية

في سنة 1962، تبعا للمؤتمر الثانيع عشر للمحللين المتحدثين باللغة الفرنسية للبلدان الرومانية، أنشئت المدرسة السيكوسوماتية المسماة بمدرسة باريس وهذا بفضل أعمال ك. دافيد، م. دوميزان، م. فان وب. مارتي (C. David, M. de M’Uzan, M.Fain, P. Marty). يعتبر مارتي رائد هذه المدرسة، ويرفض إعطاء بعد ذو معنى للمرض، لكنه يولي كل اهتمامه للبنية النفسية للمريض. فيركز مارتي ومساعديه، على المظهر الاقتصادي للنشاط العقلي وخاصة السير العقلي للموقعية الأولى.

وضع ب. مارتي معظم نظريته السيكوسوماتية ما بين 1976 و1980، وتشكل هذه النظرية حسب اتباعه "المدونة النظرية الاولى (1er Corpus doctrinal) التي تعرف تنظيما سيكوسوماتيا" فتكمل وتوسع هذه النظرية المتاسيكولوجية الفرويدية، كما تفتح للطب بابا إيبستيمولوجيا مفيدا لفهم السياقات المرضية.

يؤكد مارتي، في نظريته، على وجهة النظر الإقتصادية للنظرية التحليلية النفسية، كما يركز على اضطراب العقلنة، صعوبة الوصول الى الرمزية وعلى فقر النشاط الخيالي.

يشير مصطلح العقلنة، الجوهري في تنظير مارتي، الى مجموعة العمليات الرمزية التي يؤمن بها الجهاز النفسي تنظيم وضبط الطاقات الغرائزية سواء كانت ليبديه أو عدوانية. ويتم تقدير أهمية العقلنة، خلال الحالات المرضية (النفسية أوالسوماتية) التي تظهر، إما بصورة متقطعة وإما بصورة دائمة، عدم انتظامات، توقيفات ونقائص في السياق العقلي. وهذا ما يشكل مبدأ التجسيد

تشكل العقلنة، حسب مارتي، الدولاب الرئيسي (Rouage central) للتنظيم العقلي الذي يمثل مجموعة الانتاجات النفسية النابعة من نظام ما قبل الشعور. وتتمثل الصفات الاساسية لهذا الاخير، في السمك، السيولة (أو المرونة) ودوام السير في الزمن.

سنتطرق في هذا البحث إلى كل هذه المصطلحات النابعة من نظرية ب مارتي، إذ سنقوم بتقييم نوعية العقلنة عند مجموعة أفراد مصابين بمرض عصبي تطوري: التصلب المتعدد (La Sclérose en Plaques). وللتمكن من الإحاطة بموضوع بحثنا سنقوم، في مرحلة أولى بصياغة الإشكالية والفرضيات في الفصل الثاني الذي سيتناول تعريف مرض التصلب المتعدد في الفصل الثالث تقديم النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي الفصل الرابع سنقوم بتقديم تعريف مفهوم العقلنة الذي يمثل المتغير التابع لبحثنا، الفصل الخامس نقوم بتقديم منهجية البحث وفي الفصل السادس نقوم بدراسة حالات المرضى المكونة لمجموعة بحثنا ونختم موضوع دراستنا بمناقشة فراضياتنا استنادا الى نتائج البحث الميداني.

الفصل الأول
الإشكالية

الإشكالية:

يشكل الإنسان منذ ولادته وإلى غاية وفاته، في آن واحد، منبعا وموضوعا لاستشارات المتواصلة[1] من جهةن وحسب التنظيم السيكوسوماتي للفرد من جهة أخرى (وخاصة ما يتعلق بإمكانية لتفريغ الاستثارات)، قد يتمظهر أثر الاستشارات على الفرد في حالة صدمة، ينجر عنها دائما حركة فساد تنظيم. هذه الحركة التأحذ دائما اتجاها معاكسا لحركة تنظيم الفرد تخل أولا بالنظام الوظيفي الأخير في الإنجاز، والمتمثل في الجهاز النفسي في سن الرشد، او بانظام الوضيفي الأقصى في طريق الإنجاز خلال فترة النمو والتطوير. تمتد بعد ذلك هذه الحركة إلى أنظمة أكثر فأكثر قدما إلى غاية مصادفتها لنظام من التثبيتات يضع حدا لتقدمها.

تتمظهر عواقب حركة فساد التنظيم الناتجة عن الصدمة:

أ- إما في اضطرابات تخص الساحة العقلية: تتمثل الصدمة في ظهور عريضة عقلية أو تكثيفها إن كانت متواجدة من قبل، أو بالعكس في محو التلوينات النفسية، عرضية كانت أو لا[2]

ب-إما في إضطرابات تخص الساحة الجسمية، وتتمثل في ظهور إما مرض مزمن أو مرض رجعي (وهذا في حالة تواجد أنظمة للتثبيتات الصلبة) أو مرض تطوري (وهذا في حالة نقص في هذه الأنظمة أو في صلابتها).

ت-إضطرابات تخص الساحة العقلية والساحة الجسمية في وقت واحد.

في حوزة الفرد وسيلتان لمواجهة وتصفية الاستشارات الصدمية تتمثلان في:

الإعداد العقلي الذي يختلف فعاليته الوظيفية حسب درجة اكتمال بناءالجهاز النفسي الذي يقوم به.[3]

[1] لن نهتم في هذا البحث إلا بالفقرة التي تلي الولادة، لكون الفترة الجنينية لا تزال محل متواصل في مختلف الميادين (الطب، البيولوجيا، علم النفس، الوراثة..الخ)

[2] يؤدي نقص الاستثارات إلى نفس المفعول الصدمي، إلا أن عواقب هذا النقص خلال النمو، وفيما بعد في سن الرشد، تكون مختلفة، إذ يتم في حالة الأولى (كثرة الاستشارات) تكوين أنظمة من التثبيتات -النكوصات، وفي حالة نقص الاستشارات عدم تكوينها.

أنظر في هذا الشأن: Debray (R) ; Pierre Marty, Paris, P.U.F, 1998, P115

[3] نشير هنا الى جهاز نفسي غير صلب في بنيته (على عكس الجهاز النفسي في العصابات والدهانات العقلية) إذ يظهر فيه الإكتئاب الأساسي كنقطة انطلاق حركة فساد التنظيم التي من الممكن أن تنتشر إلى الناحية الجسمية.

- نشير هنا إلى نشاط وفعالية النظامين الموقعين مثلم جاء في تنظيم الجهاز العقلي.

2–التظاهرات الطبعية، النشاط الحسي– الحركي والسلوكات التي غالبا ما ترافق الإعداد العقلي أو تسبقه. كما يمكن أن تأخذ السلوكات، أحيانا، قيمة تفريغية مباشرة للاستثارات (مثلا نشاط عدواني أو جنسي).

في حالة عدم فعالية أو كفاية الوسيلتين السابقتين، أو إحداهما، تظهر إحدى الإصابات الجسمية[1]. وهذا ما يشكل أساس التجسيد.

رغم كون النشاط العقلي (الإعداد العقلي) يعتبر أمثل الوسائل وأنجعها في تصفية الاستثارات، إلا أن للنشاط الحسي– الحركي والسلوكات فعالية اقتصادية لا يستهان بها لتفريغ هذه الاستثارات.[2]

كما أن ظهور الأمراض الجسمية لا يأخذ بالضرورة قيمة سلبية، إذ غالبا ما يساهم في إعادة تنظيم الفرد[3] بعد فشل أو نقص إحدى الوسيلتين السابقتين. وتنطبق هذه القيمة الإيجابية للمرض على معظم الأمراض، باستثناء بعض الإصابات الجسمية الخطيرة والتطورية، التي لا تأخذ قيمة استقرارية للتوازن الهوميوستازي المختل عند الفرد، فتؤدي عندئذ إلى وفاته في آخر المطاف. هذه الأمراض المدرجة ضمن افسادات التنظيم التدريجي، لا تتمثل في نكوصات إلى أنظمة من التثبيتات الصلبة التي غالبا ما تشكل حواجز لانتشار حركة في ساد التنظيم.

تعتبر هذه المعطيات من بين الاستنتاجات التي تنبثق عن التصور السيكوسوماتي للتطور الفردي، الذي وضعه الباحث بيار مارتي في نظريته السيكوسوماتية. أعطت هذه النظرية اعتبارا ومقروئية جديدين لمفهوم "السيكوسوماتية"، إذ توصلت إلى شرح الروابط التي تجعل من الفرد وحدة سيكوسوماتية لا يمكن فيها الفصل بين النفس والجسد.كما تمكنت تبعا لذلك من شرح سياق التجسيد، الذي تعثرت عليه معظم النظريات السيكوسوماتية الأخرى.

فبالرغم من توصل رواد النظريات السيكوسوماتية السابقة إلى اكتشافات سمحت لهم بتقديم تصورات جديدة للأسباب الممرضة (conceptions etio–pathogeniques) إلا أن تمسكهم بالمبدأ

[1]- غالبا ما تكون الإمكانيات الثلاث مجتمعة عند الفرد لتصفية الاستثارات الصدمية التي يواجهها خلال حياته ،

[2] - Marty (P) ; Genèse des maladies graves et critères de gravité en psychosomatique in Revue française de psychosomatique , 1991 , No 1 , pp 09-12.

[3]- وهذا بتأسيسه طابقا لإعادة التنظيم ، مثلما بينته دوبري (ر) في دراستها حول مرض السكر ، في كتابيها . L'équilibre psychosomatique . Organisation mentale des diabétiques , Paris , Dunod , 1983 13 .

الثنائي للإنسان لم يسمح لهم بشرح الأسباب التي تؤدي إلى ظهور مرض ما عند شخص ما في وقت معين من حياته.[1]

بفضل كل من تكوينه الشخصي وممارسة وأبحاث دامت أكثر من ثلاثين سنة، تمكن ب. مارتي من توضيح ميكانيزم وسياق التجسيد، وهذا من خلال إعداده لنظريته حول التطور الفردي، التي اعتمدت على كل من المبدأ التطوري واكتشافات التحليل النفسي ولالجهاز النفسي وسيره.

فحسب مارتي، يظهر أن بداية تكوين الجهاز النفسي تتم في علاقة وطيدة مع الجهاز السوماتي، لأن الوظائف العقلية تنشأ، في الفترات الأولى من الحياة، فالجهاز الحسي- الحركي، وهذا بواسطة الوظيفة الأمومية.

فالجهاز النفسي، الذي سينتظم ويتعقد تدريجيا (مثل بقية الأنظمة الوظيفية التي ت شكل المولود الجديد) يكون في شكله النهائي، في سن الرشد، قمة التطور الفردي، الذي يكون على شكل هرم.[2]

لذا يرى مارتي أنه "إذا سبق فساد التنظيم العقلي، الذي يكون أحيانا ج تخفي (...) افساد التنظيم الجسمي، فهذا بوجوب السير العكسي لحركة فساد التنظيم. وفي واقع هذه الحالات ينجر عن الصعوبة الوجدانية الأولى، ظواهر على المستوى العقلي ثم ظواهر على المستوى الجسمي، دون أن تشكل التظاهرة العقلية التي سبقت التظاهرة الجسمية سبب هذه الأخيرة.[3]"

كما يرى مارتي، أنه إذا كان للوظائف السوماتية والوظائف العقلية في بداية حياة الفرد اعتباراً متساويا، فيظهر، في آخر المطاف، أن الوظائف العقلية تتميز بوضوح على الوظائف الأخرى بسبب الدور الأساسي الذي تلعبه في الاقتصاد الإنساني. اعتمادا على هذا التنظير للتطور الفردي وعلى الصعوبات والعوامل المتدخلة فيه، يضع مارتي فرضيته النظرية التي تنص على أن نوعية التنظيم العقلي للفرد هي التي تأخذ قيمة دفاعية تجاه الجسم عند مواجهته للصدمات، بحيث أن " كلما كان الجهاز العقلي صلبا

[1] – ونشير هنا إلى المدرسة الأمريكية ، وبالخصوص إلى أعمال فيه ، دونيان حول الملامح النفسية التي تعتمد على سمات الشخصية مميزة للأفراد المصابين ببعض الأمراض الجسمية ، وأعمال في الكسندر المعتمدة على النموذج النفسي – الفيزيولوجي.

[2]– سنتطرق إلى التطور الفردي بدقة عند تقديم النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي .

[3] - Marty (p) ; les mouvements individuels de vie et de mort . Essai d'économie psychosomatique ,

كلما قلت الأمراض عند الفرد، وكلما كان الجهاز العقلي أقال صلابة كلما زاد احتمال ظهور أمراض مهمة وخطيرة"[1]، بصيغة أخرى يمكن القول أنه كلما اقترب التنظيم العقل سيره وتأسيسه من العصابات أو الذهانات العقلية المنظمة عرضيا (والتي يعتبرها مارتي كالبنيات العقلية الأكثر صلابة في الوجود)، كلما ارتفع احتمال الإعداد النف التحكم فيها في الساحة العقلية دون سواها[2].

وكلما سلم الجسم من الأمراض، والعكس صحيح. يرتبط التنظيم العقلي بنوعية العقلنة[3] التي تتوقف بدورها على نوعية نظام ما قبل– الشعور، سواء من ناحية تأسيسه أو من ناحية وظيفته. تتوقف نوعية تأسيس نظام ما قبل– الشعور على إثرائه خلال النمو والتطور بأنظمة من التصورات النفسية. أما نوعية وظيفته، فتتوقف على ربط هذه الأنظمة من التصورات فيما بينها، وعلى استمرارية هذا الترابط في الزمن.

هكذا يحدد ب. مارتي فرضيته النظرية على الشكل التالي: " كلما كان ما قبل–شعور فرد ما غنيا بتصورات مرتبطة باستمرار فيما بينها، كلما ارتفعت فرص تموقع المرض المحتمل على الجانب العقلي. كلما قل غنى ما قبل–شعور فرد ما بالتصورات، وبروابط بين التصورات المتواجدة، وبدوام التصورات وارتباطها، كلما ارتفعت فرص تموقع المرض المحتمل على الجانب الجسمي[4]"

جلب الجزء الثاني من هذه الفرضية انتباهنا، إذ قد يفسر العديد من حالات المرضى التي نتعامل معها في ممارستنا العيادية اليومية، وبالخصوص حالات مرضى التصلب المتعدد (sep).

يعتبر التصلب المتعدد[5] من الأمراض التطورية الخطيرة التي أدرجها مارتي ضمن إفسادات التنظيم التدريجي، ويتمثل في ي ظهور صفائح زوال غد النخاعين (plaques de démyelinisation) في المادة البيضاء للجهاز العصبي المركزي. تتمركز ص فائح زوال غم د النخ اعين اختياري ا ف ي المناطق ح ول بطينية (periventriculaires) للدماغ(l'encéphale)، للتشكيلات البصرية، للجذع الدماغي

[1] - Marty (p) ; << les principaux processus de somatisation , in Bulletin de psychiatrie tunisienne , 1986 , N ° 2 , p 16

[2]– ويكشف عن هذا الإعداد العقلي مضاعفة العرضية العقلية إن كانت متواجدة قبل الصدمة ، أو ظهورها (éclosion) (

[3]– سنتطرق إلى مفهوم العقلية بدقة في الصفحات القادمة

[4] – Marty (p) ; la psychosomatique de l'adulte , paris , P.U.F , << Que Sais – je >> , 1992 , p 46 .

[5] – ينتمي مرض التصلب المتعدد (sep) إلى أمراض المناعة الذاتية (maladies auto – immunes)

(tronc cérébral)، للمخيخ والنخاع الشوكي، مما يؤدي إلى ظهور عرضية عيادية متعددة الأشكال، تتمثل في إعاقات ثقيلة تخلق باستقلالية الأفراد. يتم تطور مرض التصلب المتعدد تدريجيا، على شكل دفعات تستلزم إقامة بالمستشفى وعلاجا مكثفا.

تختلف وتيرة وشدة الدفعات من مريض إلى آخر، إذ لاحظنا حدوثها، تقريبا بانتظام، عند بعض المرضى، وعدم انتظام حدوثها عند مرضى آخرين، كما يحدث وأن يستقر المرض، نسبيا، خلال عدة سنوات بعد الدفعة الأولى، عند مرضى آخرين.

انطلاقا من ملاحظاتنا الميدانية و من الفرضية العامة لبيار مارتي، يمكننا صياغة فتراض عام حول مرضى التصلب المتعدد، على النحو التالي: قد تتماشى وتيرة تطور المرض مع التنظيم السيكوسوماتي العام للمرضى، وبالخصوص مع تنظيمهم العقلي ونوعية العقلنة عندهم، بحيث لاحظنا أ نه كلما افتقر المريض لدفعات عقلية صلبة ولدفعات فعالة على مستوى الطبع و/ أو السلوك، كلما ظهرت حالته الصحية متدهورة خلال حياته، وكلما كان مرض التصلب المتعدد متطوراً. بينما، كلما امتلك المريض لدفعات عقلية نوعا ما صلبة ولدفعات فعالة على مستوى الطبع و/ أو السلوك، كلما ظهرت حالته الصحية أقل تدهورا، خلال حياته، وكلما قلت الدفعات عنده، أو أخذت في حالة تواترها قيمة إس تقرارية لتوازنه السيكوسوماتي

انطلاقا مما سبق يهدف بحثنا هذا الى دراسة نوعية العقلنة عند مصابين بالتصلب المتعدد و يحاول البحث الاجابة عن التساؤل التالي: **ما نوعية العقلنة لدى الراشد المصاب بالتصلب المتعدد ؟**

الفرضيات:

يمكننا أن نستنبط من الفرضية العامة السالفة الذكر فرضيات عملية، من بينها:

1 –قد لا يظهر مرض التصلب المتعدد (S. E. P) عند الأفراد ذوي عقلنة حسنة (العصابات العقلية الكلاسيكية، العصابات حسنة التعقلن).

2– أ– قد يصيب مرض التصلب المتعدد اختياريا أفرادا ذو عقلنة سيئة (بكل أش كالها العيادية) ،وسوف تختلف حالتهم الصحية، خلال حياتهم، وتطور مرض التصلب المتعدد، حسب امتلاكهم أم لا لدفعات فعالة عقلية عصابية أو ذهانية و حسب امتلاكهم أم لا لدفاعات على مستوى الطبع والسلوك، بحيث:

– في حالة عدم امتلاك دفاعات فعالة، عقلية و/ أو طبيعية و/ أو لوكية، تظهر الحالة الصحية للمريض متدهورة خلال حياته، بحيث تظهر عنده إصابات جسمية مختلفة أو معاودة، كما يظهر مرض التصلب المتعدد في مرحلة متطورة.

– في حالة امتلاك دفاعات فعالة، عقلية و/ أو طبيعية و/ أو سلوكية، تظهرالحالة

الصحية للمريض غير متدهورة، بحيث تقل عنده الإصابات الجسمية، كما يظهر مرض التصلب المتعدد في مرحلة ابتدائية من تطوره أو في حالة استقرار.

–2 ب– قد تظهر العقلنة السيئة أثناء الفحص العيادي بوضوح ،من خلال إمكانيات محدودة للإعداد العقلي (للمواضيع المتناولة) يكشف عنها:

- فقر في التصورات النفسية وقلة الترابطات بين التصورات النفسية المتواجدة.
- .فقر وجداني و هوامي.
- الاكتئاب الأساسي أو الحياة العملية.
- لجوء مفرط إلى التظاهرات الطبيعية والحسية –الحركية والسلوكات.
- ويظهر كل هذا في إنتاجات المريض، سواء تعلقت بالمحادثة العيادية أو بالروائز الاسقاطية.

مفاهيم إجرائية:

1–نوعية العقلنة:

وتعني العقلنة في دراستنا هي إمكانية الفرد على معالجة وأرصان مختلف عراقيل الحياة اليومية أي هي عبارة عن عمل نفسي وعقلي، وبما أن الأشخاص مختلفون فنجد عامة أنواع تسيير النفسي عند الناس حسب نوع هذا العمل، ونعني بالعقلنة ايضا إمكانية قياسها بصفة إجرائية من خلال تفحص كمية ونوعية التصورات النفسية التي يملكها الفرد من اختبار فهم الموضوع.

2–مرض التصلب المتعدد:

هو مرض يصيب الجهاز العصبي المركزي ويتميز بتلف الغلاف الميالييني الذي يحمي الألياف العصبية في الدماغ والحبل الشوكي، يعد التصلب المتعدد من أكثر الأمراض العصبية شيوعا في البالغين الشباب.

3-مرحلة الرشد:

هي فترة في حياة الانسان تتميز بالنمو والتطور البدني والعقلي والاجتماعي، يتم تحديد مرحلة الرشد عادة في فترة المراهقة المتأخرة وتمتد حتى سن العشرين أو أوائل العشرينات.

الفصل الثاني

مرض التصلب المتعدد

تمهيد:

سنحاول في هذا الفصل التعرف الى مرض التصلب المتعدد سواء من حيث خصائصه والتفسير البيولوجي وذلك من خلال التشريح المرضي واسبابه وكيفية انتشاره وكذلك التعرف الى اعراضه العيادية كيفية تطوره وعلاجه.

مرض التصلب المتعدد: LA sclérose en plaques

يعتبر التصلب المتعدد من الأمراض العصبية المزمنة الاكثر انتشارا، وهو يصيب عادة راشدين شبانا (jeunes adultes) في البداية نشاطهم المهني، العائلي والإجتماعي.

رغم الأمال المعلقة حاليا على البحث، يبقى أن ظهور علاجات جديدة، لا يؤثر على التنبؤ pronostic الوظيفي للمرض، ويبقى المرضى المصابون بهذا الداء يستفيدون من متابعة وكفالة من طرف فرق إعادة التوظيف وإعادة التكيف طوال مدة مرضهم.

التشريح المرضي: Anatomie Pathologique

يتميز التصلب المتعدد بظهور "صفائح" وزال غمد النخاعين الالتهابي (plaques de demyelinisation inflammatoire) في مادة البيضاء للجهاز العصبي المركزي. مما يشرح تطور المرض على شكل دفعات والعرضية المتعددة الأشكال. تتمركز صفائح زوال عند النخاعين اختياريا في المادة البيضاء للمناطق حول البطينة للدماغ، التشكيلات البصرية، الجذع العصبي، المخيخ والنخاع الشوكي.

أسباب المرض: Etiologie

لا تزال الأسباب الحقيقية لهذا المرض غير محددة لحد الأن. إن ظهور المرض خاصة عند النساء، انتشاره بكثرة في العرق الأبيض (la race blanche)، وجود أشكال عائلية في 6 إلى 12% من الحالات، علاقة المرض ببعض أشكال موروثات HLA ، يوحي إلى وجود أرضية وراثية خاصة.

لا تكفي الحتمية الوراثية لوحدها لتفسير ظهور المرض، إذ تتدخل عوامل بيئية (جغرافية وغذائية) وعوامل تعفنية، وخاصة منها فيروسية[1] في ظهور. يمكن القول أن حاليا النظريات التعفنية والمناعية – الذاتية هي التي تقدم التفسيرات الأكثر مصداقية على الساحة العلمية .

انتشار المرض: Epidémiologie

التصلب المتعدد منتشر عند المرأة أكثر من الرجل (3 نساء مقابل رجلين). يبدأ المرض في 2/3 الحالات ما بين 20 و40 سنة، إلا أنه يمكن للأعراض الأولى أن تظهر قبل سن العاشرة أو بعد 50 سنة. وتبقىهذه الحالات استثنائية.

[1] يحدث الالتماس مع الفيروس في فترة مبكرة من الحياة (قبل 15 سنة)، ولا يتطورالمرض إلا بعد مرحلة كمون طويلة، اما بصفة تلقائية أو بسبب التعرض لعامل معد جديد مماثل أو مختلف عن الأول.

التوزيع الجغرافي:

الإصابة بالتصلب المتعدد نادرة في المناطق الاستوائية، لكنها متواترة في المناطق ذات المناخ المعتدل أو الرطب. يزداد تواتر الإصابة بالمرض مع الابتعاد عن خط الاستواء.

تتمثل المناطق الأكثر انتشارا للمرض في شمال ووسط أوروبا، كندا وشمال الولايات المتحدة الامركية. ويعتبر حوض البحر الابيض المتوسط منطقة ذات خطر ضعيف (faible risque).

الأعراض العادية: Signes cliniques

يشرح تبعثر الإصابات طابع تعدد العرضية العيادية للمرض، فهناك:

1- العرضية الحركية: Sémiologie d'expression motrice

تكشف اضطرابات المشي عن المرض في 10 الى 20% من الحالات [2] . وبعد عدة سنوات لتطور المرض يصاب بهذه الاضطرابات نصف المرضى. بعد مرور 18 سنة على تطور المرض يفقد 50% من المرضى الاستقلالية التامة للمشي.

غالبا ما تكون الاصابة الأطراف العليا تأثير وظيفي معتبرا على استقلالية المرضى.

قد يتعلق الأمر بإصابة بالعجز (atteinte déficitaire)، باضطراب في التنسيق، بارتعاشات، بعدم الاحساس أو استحالة تمييز الأشكال باللمس (Astéréognosie)

التناذرات المختلفة: Syndrome cérébelleux

أ- التناذر الهرمي النموذجي: Syndrome pyramidal typique

يتمثل في عجز حركي، فرط التوتر المرن (hypertonie élastique) في الأطراف السفلية والعلوية

ب- التناذر المخيخي: Syndrome cérébelleux

له مظهران، من جهة تناذر سكوني، ومن جهة أخرى تناذر حركي يشرك فيه اضطراب حركية الاطراف أخرى مثل الإرتجافات، وطول النظر (Hypermétrie)

[2] Beneton ©, (p), granjon (M) ; Sclérose en plaques et rééducation. Encycl. Méd. Chir, Elservier, paris, 26 -472-A- 10 ; 1996, p1.

ج- التناذر الشريطي الخلفي: Syndrome cordonal postérieur

يتمثل في اضطراب حركي، واضطراب الأطراف. (ataxie locomotrice, et ataxie des membres)

د- التناذر الدهليزي من النمط المركزي:

Syndrome vestibulaire de type central.

يتمثل في احساس بفقدان التوازن، وبعدم الأمان، وبالدوران (الدوخة) (vertiges) ووجود اضطراب حركي.

2- العرضية الحسية: Sémiologie d'expression sensitive

تعتبرؤ الاضطرابات الحسية الذاتية (الغير موضوعية) الاضطرابات الأكثر توترا مقارنة بالنقائص (Déficits) الموضوعية القليلة التي تسود على la voie lemniscale.

اضطرابات العضلات العاصرة والاضطرابات الجنسية : Troubles sphinctériens et sexuels

تكون اضطرابات المثانة والعضلات العاصرة (vesicosphincteriens) متواترة، (من 4 الى 90% من الحالات) ومبكرة الظهور، إذ غالبا ما تكشف عن المرض. فقد تتمثل اما في اضطرابات عدم حفض البول أو التفريغ، أو تجمع النوعين من الاضطرابات.

الاضطرابات الجنسية متواترة أيضا وتتراوح من فقدان الليبيدو إلى العجز أو البرودة الجنسية.

الاضطرابات البصرية: Troubles visuels

الاصابة الاكثر تواترا متمثلة في التهاب العصب البصري الرجعي – البصلي (rétrobulbaire) مما يولد نقصا حادا في جودة البصر مع اضطرابات في الرؤية المركزية للألوان (Dyschromatopsie)

3- العرضية المرتبطة بإصابة الجذع الدماغي: Sémiologie liée une atteinte du tronc cérébral

يعتبر شلل العضلات المحركة للعين هو المسؤول عن الرؤية المضاعفة. ويعتر شلل العيون بين-النووي الأكثر تواترا، وهو الذي قد يدل على الإصابة بمرض التصلب المتعدد.

يمكن ملاحظة إصابات أكر تعقيدا في الحالات المتطورة للتصلب المتعدد مثل الشلل الجانبية paralysie de latéralité، إصابة الوجه (atteinte faciale)، التعثر المقطعي (اللكنة) (la dysarthrie) وإضطرابات البلع.

4- الإضطرابات العقلية: Troubles psychiatriques

تتضمن إضطرابات انفعاليةن اضطرابات معرفية مزاجية واضطرابات التكيف الاجتماعي – العائلي.

يكون الاكتئاب أول علامة للمرض في 5% من الحالات، بينما تلاحظ الاضطرابات الانفعالية في 47% من الحالات المستقرة للمرض، ويمكن ان تصل الى 90% في الحالات التطورية. الثنائية المتكونة من العرضيين الكلاسيكيين غبطة – اكتئاب موصوفة من 0 إلى 63% من الحالات وهي تمثل العرض العقلي الوحيد المرتبط مباشرة بالعرضية الجبهية (Sémiologie frontale).

يبقى أثر الصدم المتعلق بالأحداث الضاغطة (événements stressants) على تطور مرض التصلبب المتعدد محل نقاش، بحيث تبقى الطبيعة الحقيقية (la nature exacte) "للضغط"، والعلاقة الزمنية بين وقت حدوث الضغط وظهور العرض، غير معروفة جيدا[3]

5- التظاهرات النادرة: Manifestations exceptionnelles

تتمثل في التناذرات القشرية (Syndromes corticaux) مثل فقدان القدرة على الكلام (aphasie)، فقدان القدرة على الحركة المنسقة، أو نوبات الصرع.

6- التظاهرات النوبية الكلاسكية: (Manifestation paroxystiques classiques)

تتمثل في نوبات (crises) تقلص عضلات الأطراف والنوبات الحسية (crises sensitives). تتميز هذه النوبات بكونها متكررة. (الصرع بأشكاله المختلفة يصيب حوالي 5% من المرضى).

7- الارهاق: la fatigue

يكون التعب او الارهاق، غالبا، شكوى مسيطرة ومبكرة، بدون علاقة بدرجة العجز، وقد يكون بمفرده معطبا (invalidant) بسبب أثره الوضيفي، إذ يضطر المريض، أحيانا، إلى التوقف عن كل نشاط.

[3] Beneton © , Besson (p), granjon (M) Sclérose en plaques et Rééducation, Encycl. Méd. Chir. Elserier, paris, 26 – 472 – A – 10, 1996, p 02.

تطور التصلب المتعدد: Les poussées évolutives

يتم تطور التصلب المتعدد بصورة غير متوقعة (imprévisible) ومختلفة من مريض الأخر [4] .

الدفعات التطورية: les poussées évolutives

تطلق هذه التسمية على فترات التفاقم الفجائي للمرض، التي يفصل بينها خمول كامل تقريبا، والتي تتميز النمط التطوري المتقطع لاكثر حالات التصلب المتعدد.

تعرف الدفعة بظهور أعراض أو إشارات عصبية، خلال أربع وعشرون ساعة على الاقل، او بتفاقم فجائي، أو عودة ظهور أعراض أو اشارات كانت قد تراجعت أو عرفت استقرارا أو تحسنا، منذ شهر على الأقل.

يتطور التفاقم خلال بضع ساعات أو بضعة أيام، ثم تستقر الأعراض الجديدة.

يتبع الدفع، في اغلب الحالات، تراجع يبدأ بعد بضعة أيام أو بضعة أسابيع، وقد يكون هذا الترجع كليا، لكن غالبا ما يكون جزئيا. إلا أن بعض الدفعات تؤدي إلى تفاقم نهائي، ولا تتبع بتراجع. فكلما طالت مدة الدفعة كلما نقصت فرص التراجع.

التواتر الدفاعات: la fréquence des poussées

يكون تواتر الدفعات متباين، ويحدد تفاقم المرض. يكون احتمال حدوث الدفعات أكبر خلال السنوات الخمس التي تتبع الكشف عن المرض، فنصف المرضى يصابون بمعاودة المرض (rechute) خلال السنتين المواليتين للدفعة الأولى، وثلاثة أرباع المرضى يصابون به خلال الخمس السنوات الأولى.

النمط التطوري للمرضى: Mode évolutif de la maladie

يمكن للنمط التطوري للمرض، كما توجد أشكال خطيرة للمرض وأشكال هينة.

الشكل المتقطع: la forme rémittente

هو الاكثر تواترا، حيث تتناوب فيه الدفعات وفترات السكون (rémission). فتتكرر الدفعات، حيث يفصل بينها فترات سكون تدوم بضعة أشهر أو بضع سنوات. لكن كلما تكررت الدفعات كلما كان تراجع المرض جزئيا، كما تبقىإعاقات متزايدة خلال فترات الخمود.

[4] Beneton © ; (p) ; (M) ; Scléros en plaques et Rééducation.
Encycl. Méd. Chir, paris, 26-472- A10, 1996, p 02.

الشكل التدريجيك: la forme progressive

في بعض الحالات يتطور المرض على نكطمتزايد باستمرار. ويبقى هذا الاحتمال الأكثر تواترا في حالات الكشف المتأخر للمرض.

كما يمكن أن يتواجد هذا النمط التطوري منذ ظهور المرض في 10% من لحالات كما يمكن لهذا الشكل، أن يظهر بصورة ثانوية بعد دفعة أو عدة دفعات مميزة[5] .

الشكل المتقطع التدريجي: la forme rémittente progressive

يظهر هذا النمط على شكل دفعات مرافقة بتفاقم تدريجي للمرض.

الأشكال الخطيرة: les formes graves

في بعض الحالات، لا تتبع الدفعة، أو الدفعات الأولى، بتراجع، وهذا ما يوافق الأشكال الخطيرة للتصلب المتعدد، المعيقة منذ البداية.

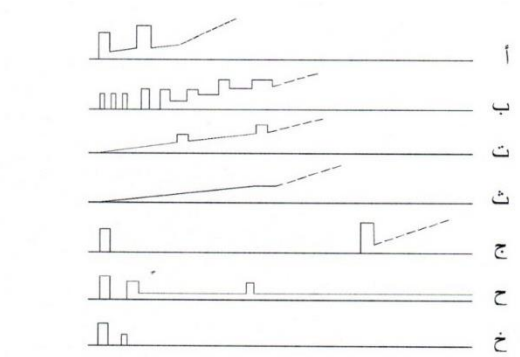
الأشكال الهينة: les formes bénignes

تتوافق هذه الأشكال غالبا مع ظهور طويل المدى، بعد عدد قليل من الدفعات، التي لا تترك إلا بعض الإضطرابات الدائمة، فيظهر وكأن المرض اختفى، الا أنه يمكن أن يظهر من جديد بصورة متأخرة وأحيانا خطيرة، بعد خمس عشر سنة أو عشرون سنة.

نادرا ما يكون الموت نتيجة مباشرة لدفعة تطورية[6] ، وحتى إصابات الجذع الدماغي، التي تمتاز بأعراض مدهشة، تتبع غالبا، بخمود مدهش. وعلى العكس، فإن الإعاقة العصبية الدائمة تعرض المريض لتعقيدات رهيبة (redoutable). ويقدر، حاليا، متوسط مدة البقاق على قيد الحياة (survie)، بعشرين سنة. ويعود التنبؤ المخيف للمرض عموما، الى خطورة الإعاقات التي يولدها، أكثر مما يعود إلى تفاقم نسبة الوفيات.

[5] Cambier (j), Masson (M) ; Dehen (H) ; Abrégé de neurologie, Paris, Masson, 1982 p 269.
[6] Cambier (j), Masson (M) ; Dehen (H) ; Abrégé de neurologie, Paris, Masson, 1982 p 297.

يمثل الشكل الموالي (رقم01) النمط التطوري لمرض التصلب.



الشكل رقم 01: تطور التصلب المتعدد (حسب ماك آلبين – 1972)

أ: دفعات شديدة، إعاقة تدريدجية، وفاة مبكرة.

ب: دفعات عديدة وقصيرة المدى، متزايدة المدة والخطورة.

ت: تطور بطئ منذ البداية، تتخلله دفعات، وإعاقة تدريجية.

ث: تطور بطئ منذ البداية بدون دفعات

ج: بداية مفاجئة مع خمود ذات نوعية حسنة، متبوعة بفترة كمون مطولة.

ح: دفعات ذات تواتر وخطورة متناقصة، مع إعاقة ضعيفة دائمة.

خ: بداية مفاجئة مع الدفعات جديدة قليلة بعد السنة الأولى.

العوامل التنبئية: facteurs pronostiques

يمكن أن يشكل، كل من ظهور المرض في سن مبكر، الفاصل الزمني الطويل بين الدفعتين الأوليين، بعض الاشكال العرضية خلال الدفعات التأسيسية [مثل تشويش الحس (paresthésie)، والتهاب العصب البصري (névrite optique)] ، أفضل تنبؤ للمرض.

العلاج Traitement

يكون علاج الدفعات بواسطة الكورتيكوئيد (corticothérapie) بأشكالها المختلفة، وهي تعمل كعلاج مضاد للإلتهاب ومضاد للمناعة.

يستعمل هذا العلاج على شكل (كورتنسيل Cortancyl) أو علاج منشط لقشرة الكظر (corticostimulant, ACTH et synacthéne).

بينت الدراسات المراقبة أن مثل هذا العلاج قادر على تسهيل تراجع الدفعة، ولكنه لا يعمل على تغيير تطور المرض، سواء على المدى المتوسط أو الطويل. وعلى الرغم من أنه لا يوجد حاليا أي علاج قادر على إحداث تغيير مهم (significatif) في تطور المرض، الا أنه يوجد عدد معين من العلاجات الجوهرية، في مرحلة التقييم، بالمحاولات المراقبة. فتحتفظ اذا، العلاجات العرضية بالمكانة الأولى، وتهدف إلى تحديد الإعاقة وإلى تحسين لين معيشة المريض.

يتمثل المبدأ الأساسي، لكل من إعادة التوظيف الحركي والعلاج الفيزيولوجي، في الحفاظ على النشاط، ويهدف إلى استعمال الإمكانيات المثلى للمريض، وإلى تحسين تكيفه مع وسط معيشته.

الفصل الثالث:

النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي

تمهيد:

إذا كانت نظرية بيار مارتي السيكوسوماتية تبدو صعبة الفهم بالنسبة للقارئ الذي يكتشفها لأول مرة، فإن صعوبة أكبر تواجه المتعود عليها عند محاولته تقديمها وتلخيصها.

ترجع هذه الصعوبة إلى تعدد المفاهيم من جهة، وتداخلها فيما بينه امن جهة أخرى، إذ يستحيل التخلي عن إحداها دون عرض نظرية مارتي لقصر أو تشويه.

سنحاول في هذا العرض، الإلمام بهذه النظرية بصفة سطحية، وسنركز على الجوانب والمفاهيم التي تخدم مباشرة موضوع بحثنا.

يتطلب فهم نظرية مارتي، حسب رأينا، التطلع على مجمل مؤلفاته، لأنه رغم احتواء كتابيه التاليين:

- les mouvements individuels de vie et de mort.

- l'ordre psychosomatique

على معظم تنظيره[2]، وخاصة ما يتعلق منه بالتطور الفردي وما ينتج عنه من عواقب على بنية الفرد المستقبلة (من إمكانيات التصدي وتصفية الاستثارات الصدمية)، إلا أن المفاهيم والتوضيحات (les précisions) التي تدخل أكثر مقروئية ودلالة لهذا التنظير، وخاصة منها مفهوم العقلة، لا تظهر جليا إلا في مؤلفات لاحقة. فنوعية العقلة، التي تكشف عنها إمكانيات الإعداد العقلي، هي التي تسمح في العيادة السيكوسوماتية (بغض النظر عن المكونات النفسية الأخرى) بوضع تشخيص حول "البنية الأساسية" للفرد (والتي تشير إلى تنظيم السيكوسوماتي العام[3]، وباقتراح نمط التكفل النفسي الملائم له.

اعتبارا لكل هذه المعطيات، سينقسم هذا العرض للنظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي إلى ثلاثة أجزاء هي:

1 –التطور الفردي.

2 –الإختلالات التدريجية للتنظيم.

3– العقلنة.

1– التطور الفردي:

يعتمد ب. مارتي في تنظيره للتطور الفردي على المبدأ التطوري[1] ، الذي يعتبر الكائن الحي كنتيجة لتجمعات وترتيبات وظيفية متدرجة، دفعتها حركة تطورية انطلقت، على مستوى الكائن الإنساني، عند تلقيح البويضة. هذه الحركة التطورية التي تسهر على التجمعات الوظيفية وتقوم بتنظيمها

[2]– وكل المفاهيم التي تخص هذا التنظير ، مثل إفساد التنظيم ، الترتيب والتلف يم ، الحزمة المركزية المشتركة الديناميات الموازية ، السلاسل التطورية الجانبية ، السيفساء الأولية ، أنظمة التثبيتات– النكوصيات ، ع صابات الطلب مع عصابات السلوك ، الحياة العملية ، الإكتتاب الأساسي ، عدم النظام السير العالي ، الأنظمة الاقتصادية .. إلخ ....

[3] - Classification Psychosomatique , Grille Marty , L.P.S.O , 1989 p01 . 20 Écrire à

[1] – لا يعتمد مارتي على المبدأ التطوري على المستوى الفردي فقط ، بل على مستوى التطور بمعناه الشامل .

وترتيبها، نفسها مدفوعة ومنشطة من طرف غرائز الحياة[2]، الت تفرض عادة، وجودها على غرائز الموت[3] خلال النمو، إلى غاية اكتمال بنية الف رد السيكوسوماتية في سن الرشد.

تناوب تواجد غرائز الحياة وغرائز الموت خلال فترة النمو يعتبر أمرا طبيعيا، بوجوب وجود دائم لحركات التنظيم وحركات اختلال التنظيم خلال هذه الفترة [4]. فيقول مارتي: هناك دائما سيطرة لإحدى الغريزتين على الأخرى(...) لك ن هذه الـ سيطرة مؤقتة(...) والانطلاق الفردي مميز عادة بتفوق معتبر لغرائز الحياة "[5]. تمظهر غرائز الموت خلال التطور الفردي يكون إذا، في أغلب الحالات، مؤقتا، وهو يشير إلى حدوث حركة اختلال تنظيم، عادة ما تكون نفسها مؤقتة، مساهمة في البناء الفردي. فسيطرة هذه الغرائز تؤدي إلى تكوين أنظمة من التثبيتات الوظيفية التي ستساهم في الخصوصيات السيكوسوماتية للفرد، كما أنها ستشكل، خلال حياته، مراكز تراجع ذات قيمة دفاعية، وهذا عند مواجهته للصدمات.

فيقول مارتي: " نظام شخصي للتثبيتات الوظيفية سيتشكل، ليصبح مباشرة، وطوال الحياة (...) نظام تراجع ودفاع. هكذا رغم الأوقات المتكررة والطويلة نوعا ما لسيطرة غرائز الموت خلال النمو[6]، إلا أنها تساهم، عادة في تمييز البناء الفردي أكثر مما تساهم في اختلال عميق للتنظيم الفردي.[7]

تتكون التثبيتات بمفعول تكرار محاولات تنظيم الأنظمة الوظيفية (أو الوظائف)، التي تكتسب هكذا قوة حيوية وقيمة دفاعية[1] بفضل التأكيد على ترتيبها، وهذا حتى تساهم في الحركة التطورية الفردية

[2] – هذه الأخيرة حسب مارتي ، لا تمثل فقط قوة تدفع التطور نحو الأمام ، بل ت ، أيضا صفة تميز جميع الظواهر التي تتدرج ضمن التطور . ، فساد التنظيم .

[3] –هذه الأخيرة ، حسب مارتي ، تمثل القوة المضادة الغرائز الحياة) التي تنشط ،

[4] – وهذا بسبب الصدمات التي يستحيل تجنبها ، مهما كان المحيط والعناية وحة للمولود الجديد د د م للطف لي د م للمراهق .

[5] - Marty (p) ; Les mouvements individuels de vie et de mort . Essai d'économie psychosomatique , Paris , Payot , 1976 , p 15

[6]– تظهر سيطرة غرائز الموت بصفة طبيعية عند تقدم الفرد في السن (خلال الشيخوخة) إذ تكون نهايته الطبيعية هي الموت ، خارج هذه الأوقات الطبيعية " ، من الممكن أن تفرض غرائز الموت نفسها بصفة مطولة و معاودة على غراد ز الحياة ، فتؤدي في هذه الحالات إلى حدوث إفساد تنظيم تدريجي غير رجعي ، تهدد حياة الفرد و قد تقضي عليه .

[7] - Marty (p) ; Les mouvements individuels de vie et de mort . Essai d'économie psychosomatique , paris , Payot , 1976 , p 1

[1] - Marty (p) ; Les mouvements individuels de vie et de mort . Essai d'économic psychosomatique , paris , Payot , 1976 , p 118

المدفوعة نحو الأمام، والتي تشمل ميادين أكثر فأكثر شساعة. ويرى مارتي في ظاهرة التثبيت" حركة مفضلة للتطور تلاحظ خاصة خلال فترات النمو، غم إمكانية حدوثها في أوقات أخرى[2]."

يتم تكرار محاولة التنظيم عن طريق نكوص[3] إلى مستوى النظام الوظيفي الذي فشلت محاولة تنظيمه الأولى تحت مفعول صدمة، سواء كانت حالية أو ماضية.

ويشترط نجاح حركة التنظيم التطورية، المتكونة من تجمعات وترتيبات وظيفية متتابعة أن "تكون العناصر الوظيفية المؤسسة لتجمع في طريق الإنجاز جاهزة في المستوى المناسب وفي الوقت المناسب، لا قبله ولا بعده"[4]. دون هذا الشرط تفشل المحاولة ويعاد تكرارها[5]، مما ينتج عنه تثبيت للنظام الوظيفي المعني، الذي يكتسب هك ذا قوته الحيوية والدفاعية.

حسب مارتي، حدوث التثبيتات لا يعني توقف التطور، إذ يتميز انطلاق الحياة من جهة، بالقوة المعتبرة لغرائز الحياة التي تدفع، عادة، الحركة التطورية نحو الأمام، ومن جهة أخرى، لا تكون الحركة التطورية خطية ولا أحادية البعد[6]

بفضل أسس الانطلاق المتعددة البؤر (bases multifocales de départ) وهذا ما يشرح حدوث ووجود حركات بنائية متعددة في وقت واحد. تندرج ضمن هذه الحركات البنائية كل من الديناميات الموازية والسلاسل التطورية الجانبية التي تلتحق عادة بالسلسلة التطورية المركزية المتمثلة في الحزمة المركزية المشتركة (faisceau central commun) والتي ستشكل في نهاية التطور، التنظيم العقلي للفرد. هذا الأخير، إضافة إلى الحركات البنائية التي تبقى موازية ومستقلة عنه (الديناميات الموازية خاصة)، يشكلان التنظيم السيكوسوماتي العام للفرد.

العوامل الأساسية التي تتدخل وتؤثر في التطور، وتميز بالتالي التنظيم السيكوسوماتي لكل فرد هي:

---

[2] - Ibid , p 122 .

[3]– حسب مارتي ، غرائز الحياة هي التي تنشط النكوصيات التي تعتبر شرطا أساسيا لحدوث التثبيت .

[4] - Les mouvements individuels de vie et de mort . Essai d'économie psychosomatique , paris , payot , 1976 , p 120 .

[5]– يتم سباقي التثبيت وتجاوز التثبيت ، بفضل مبدئي " التكرار الآلي " والبرمجة Automation et programmation) اللذان يشرفان على أي حركة تطورية مهما كان مستواها أنظر في هذا الشأن Marty (p) ; L'ordre psychosomatique . Les mouvements individuels de vie et de mort . Essai d'économie psychosomatique , Paris , petite bibliothèque payot , 1980 , pp 101 – 110 .

[6]– نشير هنا إلى مفهوم الفسيفساء الأولية " (Mosaique premiere) الذي يصف حالة الفرد عند ولادته ، إذ يكون المولود الجديد عبارة عن مجموعة وظائف تعمل كل واحدة منها بطريقة مستقلة عن الأخرى .

1-العوامل الوراثية و النسلية (phylogénétique) التي تمثل المعطيات التي يأتي بها الفرد عند ولادته [1]، والتي لا يمكن تغييرها ولا التأثير عليها.

2-عوامل تطور الكائن الحي (les facteurs ontogénétiques) التي تعتبر من المعطيات المكتسبة، والتي يمكن ملاحظتها ودراستها وحتى التدخل فكيفية تأثيرها أحيانا[2].

3-تندرج ضمن هذه العوامل الأخيرة (أي عوامل تطور الكائن الحي)، أساسا كل من المحيط بمعناه الواسع، الصدامات، والوظيفة الأمومية.

أ – المحيط: يتعلق تأثير المحيط بكل من:

-المستوى الإجتماعي-الاقتصادي للفرد، وهذا لتحديده نوعية التغذية الصحية والنظافة مثلا hygiene

2 -الموقع الجغرافي الذي يتطور فيه الفرد، وهذا لتحديده نمط المناخ ، والعوامل الممرضة الخارجية مثلا .[3]

ب-الصدمات: يتعلق الأمر خاصة بالصدمات النفسية التي تمس الفرد خلال السنوات الأولى من حياته[4] وخلال تطوره، إذ نادراً ما تحدث صدمات مادية مثل الحوادث والأوبئة (lesépidémies) تقضي على عدد من الوظائف الحسية-الحركية خاصة، والتي تعتبر مصيرية للمستقبل البنيوي للفرد. يرى مارتي أن الصدمة تكمن عادة في صدم العاطفي، على الفرد، لوضعية خارجية مطولة نوعا ما، أو لحادث خارجي يناقض، (...) إما التنظيم في حد التطور (خلال فترة النمو) أو التنظيم الأكثر تطوراً في وقت الصدمة.[5]

---

[1]- تتمثل هذه المعطيات في تثبيتات يأتي بها الطفل عند ولادته . وهذا ما أشار إليه مارتي في كتاب " Lordre psychosomatique الصفحة 123.

[2]- هذا يبقى صحيحا إلى حد معين فقط ، إذ تبقي كان البرامج الوقائية ، مهما كانت طبيعتها ، (صحية ، علاجية نفسية طبية ، الخ) مرتبطة بشخصية مطبقيها .

[3]- Marty (p) : La psychosomatique de l'adulte , paris , P.U.F , " que sais - je " 1992 , p 52 .

[4]- وخاصة منها فترات تكوين النظامين الموقعيين (الفرويد) ، لأن التشيتات التي تتم خلالها قد تكون جوهرية في تحديد البنية المستقبلية للفرد ، كما تكون مصيرية أثناء حدوث حركة فساد التنظيم .

[5] - Marty (p) ; Les mouvements individuels de vie et de mort . Essai d'économie psychosomatique , Paris , payot , 1976 , pp 101 - 102 . 23

كما يعتبر أنه من الصعب إعداد قائمة للصدمات المفسدة للتنظيم، نظرا لتواجد علاقة وطيدة وترابط بين الحدث الصدمي والتنظيم البنيوي للفرد، بحيث يستحيل اعتبار أحدهم الذين العنصرين دون الآخر[1].

فيظهر أنه مهما كانت طبيعة الصدمة، فهي تتعلق دائما بمرحلة حياة الفرد عند حدوثها، بنظامه البنيوي المحقق آنذاك، وبتنظيمه الوظيفي الأقصى في طريق الإنجاز. وهذا ما أدى مارتي إلى التصريح بأن الأصل الخارجي للصدمة لا يأخذ في حد ذاته قيمة يمكن تقديرها موضوعياً "[2]

تشكل الصدمة، حسب مارتي، سبب فشل محاولات تنظيم الأنظمة الوظيفية خلال فترة النمو والتطور، فتتبعها، غالبا، الآثار التالية :

1- نكوص إلى مستوى النظام الوظيفي السابق في التنظيم،

2 – إعادة محاولة (أو محاولات) التنظيم،

3 – تثبيت النظام الوظيفي الذي فشلت محاولة تنظيمه الأولى،

4 – تجاوز التثبيت وتواصل التطور بفضل كل من:

أ – القوة المعتبرة لغرائز الحياة.

ب – تعدد أبعاد الحركة التطورية العامة، وتواجد حركات تطورية جانبية وهذا خلال فترات النمو.

ج – الوظيفة الأمومية:

تعتبر الوظيفة الأمومية من أهم العوامل الثلاثة لتطور الكائن الحي، إذ تعمل الأم على تسهيل أو عدم تسهيل تأسيس أنظمة التثبيتات-النكوصات (Systèmes de fixations-regressions) عند الرضيع. هذه الأنظمة تعتبر مصيرية في البنية المستقبلية للفرد [3]، سواء كانت تتعلق بالسلسلة التطورية المركزية أو بالديناميات الموازية .

[1] Marty (p) ; L'ordre psychosomatique .Les mouvements individuel de vie et d mort . Tome 2 ,Pris, petit bibliothèque payot , 1980, p51 .

[2]Marty (p) ; Les mouvements individuels de vie et de mort . Essai d'économie psychosomatique , Paris , payot ,1976,p122

[3]. خاصة عند مواجهته للصدمات

حسب مارتي، تكون مختلف وظائف الرضيع عند ولادته، على شكل " فسيفساء أولية"[1].

يشير هذا المفهوم إلى عمل مختلف وظائف الرضيع بصفة مستقلة نسبيا عن بعضها البعض. لذا فإن الأم هي التي تعمل، في المراحل الأولى من حياة الرضيع، عن طريق الوظيفة الأمومية وبواسطة الغريزة الأمومية، على تنظيم وترتيب وتناسق مختلف وظائف رضيعها. بعدها يتولى هذا الأخير، شيئا فشيئاً مع نموه، سلطة التنظيم[1].

تتدخل عوامل متعددة، خاصة بالبنية النفسية للأم، في قيامها بالوظيفة الأمومية. تندرج ضمن هذه العوامل :

1 – الإعداد العقلي لعواطف الأم تجاه الرضيع، عندما يتم اعتباره "كموضوع". تبقى نوعية هذا الإعداد مرتبطة بنوعية التنظيم العقلي للأم.

2– إسقاطات الأم المختلفة، الناتجة عن المجال الثقافي والاجتماعي والعائلي الذي نشأت فيه، والمتمثلة في علاقاتها الماضية أو الحالية مع أمها، أبيها، إخوتها و أخواتها. تكون هذه الإسقاطات متكيفة نسبيا مع واقع معين للرضيع.

3 – التنظيمات العلائقية الأخرى، الشعورية أو اللاشعورية، التي تكون الأم مرتبطة بها، والمتمثلة في : علاقاتها مع زوجها كـ . "موضوع حب"، علاقاتها مع زوجها كـ "أب للطفل"، علاقاتها مع أطفال آخرين، علاقاتها مع طبيب طفلها.. الخ.

4– نظام واقي–الاستثارات الخاص بالأم (le système pare–excitations).

يلعب هذا الأخير دورا جوهريا في المستقبل البنيوي للطفل، إذ سيحدد النظام الواقي للإستثارات الخاص به، والذي سيعمل على تسوية الصراعات المستقبلية للفرد والتي تتدخل فيها إستثارات داخلية وخارجية. تتمثل أهمية نظام واقي– الإستثارات الخاص بالأم، في تأسيس أو محاولة تأسيس توازن داخلي للرضيع. وهذا لكون الأم تسهر، بتوسط نظامها الواقي–للإستثارات، على تفادي مواجهة رضيعها لإستثارات قوية ومستمرة (durables)، سواء كانت خارجية (مثل الحرارة أو البرد) أو داخلية (الجوع مثلا). ينتج عن قوة واستمرارية الإستثارات، تأثير صدمي

[1] Marty (p) ; nicolaidis (N) ; Pensée vivant, paris , l'esprit du temps .1996,p 23

[1]Marty (p) ; Les mouvements individuels de vie et de mort .Essai d'économie psychosomatique , Paris, Payot,1976,p119

مستمر (effet traumatique) على الرضيع، يؤدي إلى إفساد للتنظيم قد يكون خطيرا على الطفل، أحيانا. هذا لأن التأثير الصدمي المستمر لا يسمح بتناوب غرائز الحياة، وبالتالي لا يؤدي إلى تأسيس تثبيتات وظيفية تسمح بانطلاق جديد لإعادة تنظيم الطفل. كما أن نقصا مهما ومستمرا للإستثارات الداخلية أو الخارجية، الذي لا يترك مجالا للصدمات المفسدة للتنظيم، قد يؤدي إلى منع أو تحديد التثبيتات بصفة معتبرة، ويسيء بالتالي إلى المستقبل النكوصي والدفاعي للفرد[2].

تظهر هنا صعوبات الأم في معايرة (le dosage) الصدمات التي يواجهها رضيعها، بحيث تختلف هذه المعايرة (أو التقدير) حسب وقت ونوعية الإستثارات.

حسب مارتي، عندما لا تكون الغريزة الأمومية التي تدرك وتلتقط إشارات (signaux) الرضيع، مضطربة (أي في أغلب الحالات)، تتمكن الأم، بفضل تقمص عميق وبدائي لرضيعها، من التعرف على حاجياته ورغباته، وبالتالي تحديد (déterminer) وضبط أوقات وأنماط تدخلاتها أو عدم تدخلاتها[1]. هذه التدخلات أو اللاتدخلات تشكل اتصالات مع الرضيع على مستويات متعددة ومختلفة، منها

الحسية–الحركية، الرعائية، والكلامية، وقد تؤدي إلى حدوث تثبيتات جوهرية بالنسبة للفرد، أو بالعكس إخفائها [2].

التثبيتات الصلبة والجوهرية بالنسبة للمستقبل البنيوي للفرد، والتي تتدخل الأم، بواسطة اتصالاتها مع رضيعها [3]، في إحداثها أو اختفائها، هي، حسب مارتي، تلك التي تتمّ خلال الفترة الثانية من المرحلة الشرجية، على مستوى الحزمة التطورية المركزية, وهذا لأنه يتم خلال هذه الفترة نضج النظام الموقعي الأول الضروري، حسب مارتي، لتكوين النظام الموقعي الثاني[4].

تظهر أهمية الفترة الثانية للمرحلة الشرجية في تأسيس نظامي " الإجتياف" و "الإسقاط"

---

[2]Marty(p) ; L'ordre psychosomatique .Les mouvements individuels de vie et de mort Tom 2 , Paris, petite bibliothèque payot , 1980 , p 38

[1]– الرجوع ، في هذا الشأن الى تال و برمجة (automation et programmation) مختلف المستويات التطورية للرضيع ثم للطفل في كتاب مارتي (L'ordre psychosomatique) الصفحات 127–125

[2] Lordre psychosomtique les movements individuels de vie et de mort , Tom2, petite bibliothèque payot , paris,1980,p 140

[3] نشير الى المساهمة المعتبرة لاتصالات الأم مع رضيعا على المستوى الحسي – الحركي و الكلامي ، في تكوين التصورات و اثرائها خلال الزمن (تصورات الأشياء و تصورات الكلمات)

[4] يعتبر هذا الشرط (نضج النظام الموقعي الأول) من بين الاثراءات التي عرفتها مفاهيم التحليل النفسي من طرف مارتي ، اذ لم يشير فرويد الى هذه الضرورة في تنظيره لتكوين الجهاز النفسي .

(les systèmes d'introjection–projection)، وفي انبثاق مفاهيم الداخل والخارج، الغير والذات، الموضوع والمسافة للموضوع... الخ.

تعتبر هذه المفاهيم ضرورية لتأسيس "الإستدخال" والاحتفاظ بالمواضيع (الجوهرية في عمل الحداد، عند فقدان المواضيع الغريزة)، كما تساهم في تأسيس الأنا، أمثلة الأنا، الأنا الأعلى... الخ.

تظهر، من خلال عوامل تطور الكائن الحي إضافة إلى عوام ل الن سالة والوراثة، الأهمية التي تأخذها التثبيتات في تحديد أنماط ردود فعل الفرد عند مواجهته للصدمات. فحسب نوعية التثبيتات المتوقفة على وقت حدوثها (خلال الفترة الثانية للمرحلة الشرجية، أو قبلها أو بعدها) وعلى مكان حدوثها (على مستوى السلسلة التطورية المركزية، وبالخصوص الحزمة المركزية المشتركة، أو على مستوى السلاسل الجانبية أو على الديناميات الموازية) وعلى قوتها intensité)، تتكون بنيات سيكوسوماتية تعلوها البنية العقلية في سن الرشد. وحسب البنيات العقلية سيتم تصفية الصدمات إما على الواجه العقلي أو على الواجه السوماتي أو على الواجهين في آن واحد أو بالتناوب. يتمثل الواجه العقلي أساسا في عمل الإعداد العقلي، سواء كان مرفوقا بعرضية طبعية وتظاهرات سلوكية، أو لا.

ويتمثل الواجه الجسدي في ظهور إصابات جسمية متفاوتة الخطورة تندرج إما في النكوصات أو في إفسادات التنظيم التدريجي (حسب نوعية أنظمة التثبيتات–النكوصات).

تمثل النكوصات والإفسادات التدريجية للتنظيم السياقين الأساسيين للتجسيد، واللذين يندرجان ضمن الأنظمة الاقتصادية الأربعة التي وضعها مارتي، والمتمثلة في:

1- اللا تنظيمات الظاهرة.

2- الإختلالات التدريجية للتنظيم.

3- النكوصات الجزئية.

4- النكوصات الكلية.

قبل الشروع في تقديم هذه الأنظمة الاقتصادية، لا بد من التطرق إلى الت صنيف السيكوسوماتي الذي وضعه بيار مارتي في كتابيه:

>>Les mouvements individuels de vie et de mort, Tome 1 et 2.<<

إذ يرى مارتي أنه، حتى وإن لم تكن الأنظمة الاقتصادية متطابقة بالضبط مع البنيات

العصابية الأساسية للشخصية (أي العصابات العقلية، عصابات الطبع وعصابات السلوك)، فإنه توجد صلة تربطهم [1].

وهذا ما يشرح، حسب مارتي، ظهور:

- الحوادث المرضية المتعلقة باللاتنظيمات الظاهرة في عصابات السلوك.

- الإختلالات التدريجية للتنظيم في عصابات السلوك وعصابات الطب ع التي تفتقد صلابة أنظمة التثبيتات الخاصة بالسلسلة المركزية.

- النكوصات العامة في البنيات الصلبة التي تمتلك سلسلة مركزية وأنظمة صلبة للتثبيتات، مثل العصابات أو الذهانات العقلية وعصابات الطبع حسنة التعقلن.

- النكوصابت الجزئية في أي بنية، نظرا لارتباط هذه النكوصات بسلاسل تطورية جانبية، و بالديناميات الموازية بالخصوص.

II- التصنيف السيكوسوماتي :

صنف مارتي البنيات العقلية للأفراد ضمن ثلاث فئات هي:

1- عصابات الطبع.

2- عصابات السلوك.

3- العصابات و الذهانات العقلية.

تمثل العصابات والذهانات العقلية المنظمة عرض يا(symptomatologiquement

[1]Marty (p) ; Les mouvement individuels de vie et de mort .Essai d'économie psychosomatique , Paris ,Payot , 1976 , p172

Organisée)[1], حسب مارتي، البنيات الأكثر صلابة من ناحية التنظيم العقلي (المتميز بسير عقلي مستمر soutenu)، بحيث تتم فيها تصفية الصدمات على الواجه العقل أساسا (أي عمل الإعداد العقلي)، مما لا يجعلها عرضة للإفسادات التنظيم السوماتية. ونظرا لكون هذه البنيات معرفة في التحليل النفسي، وموصوفة أيضا في التصنيف النوزوغرافي للطب العقلي فلن نهتم بها في هذا العرض، إذ سنقتصر على تقديم عصابات الطبع وعصابات السلوك.

1-**عصابات السلوك :**

تنتج هذه العصابات عن نقص في أنظمة التثبيتات – النكوصية، وع ن نقص في صلابة هذه التثبيتات، وتمثل فشل التنظيم الشرجي. ينتج عن هذا الفشل للتنظيم الشرجى، نقائص على مستوى النظامين الموقعين الأول والثاني، سواء من ناحية تنظيمهم أو من ناحية سيرهم. تتعلق نقائص التنظيم الموقعي الأول بنظام ما قبل-الشعور، خصوصا، ونقائص التنظيم الموقعي الثاني بسلطة الأنا- الأعلى الأوديبي، خصوصا.

ينتج عن نقص التنظيم العقلي في هذه العصابات عواقب، من بينها:

أ – غياب الصراعات النفسية الداخلية (conflits intrapsychiques)، التي تعوضها صراعات من طبيعة أخرى، تتعارض فيها إما مواضيع خارجية موظفة بصورة متساوية، وإما سلطة داخلية (خصوصا الأنا-المثالي) مع مواضيع خارجية موظفة.

ب – غياب القلق والإحساس بالذنب المرتبطين بالتنظيم الأوديبي.

ت – غياب إمكانيات النشاط الهوامي

ث – غياب إمكانيات الإعداد العقلي

ج – غياب تصور المستقبل والارتباط بالماضي

ح – غياب إمكانيات عميقة للتقمص (أو التماهي l'identification)، ونقص الإستدخال وفي الحفاظ على المواضيع.

خ – التمسك بما هو حال وفعلي.

[1] نجد هذا التدقيق في ورقة التصنيف السيكوسوماتي لبيار مارتي ، الصفحة 1 ، للتمييز بين هذه البنيات والبنيات ذات العرضية متعددة الأشكال ، و التي تكون فيها العرضية العقلية لامسيطرة و لا مستقرة .

د – نقص في التصورات وفي القيم الرمزية للحديث (langage)[1]

حسب مارتي[2]، لا يمنع نقص التنظيم العقلي وغياب التشكيلات العقلية المتطورة في هذه العصابات، تواجد أنظمة مرتبطة بالديناميات الموازية، بحيث تصادف غالب ا الت ساميات (les sublimations)، الشذوذ و السمات الطبعية العصابية أو الذهانية، والتي قد تشغل مكانة مهمة في الاقتصاد الفردي. لكن، رغم وجود هذه التكوينات فإن كلا من:

1– غياب سلسلة مركزية للتثبيتات، وخاصة غياب الحزمة المركزية المشتركة

2– النقص المتواتر (fréquent) للحركات التطورية الجانبية ذات الحيوية (vitalité)

3– نقص التماسك بين مختلف العناصر المتواجدة

يعطي لعصابات السلوك مظهر تشتت وظيفي يلاحظ على مستوى العلاقات، الطب ع، والسلوكات، التي تظهر غالبا غير مستقرة ومتفرقة.

كما ينتج عن نقص التنظيم العقلي، حسب مارتي، جعل الوظائف الحسية–الحركية تشكل الطريق (voie) المفضل للتعبير عن اللاشعور، لدى عصابات السلوك. وبالتالي، في إن اهتمامات عصابي السلوك مرتبطة مباشرة بهذه الوظائف[3].

إن نقص إمكانيات الإعداد العقلي، هشاشة الدفاعات على المستوى العقل ى وعلى مستوى الطبع، التبعية للمواضيع الخارجية، تجعل ع صابي ال سلوك عرضة للصدمات ولحركات إفساد التنظيم (الناتجة إما عن غياب أو اختفاء مواضيعهم المفضلة، أو عن عجز في الوظائف الحسية–الحركية أو السلوكات المرتبطة بها) التي قد تتخذم سيرة تدريجية، وتشكل بالتالي خطرا على حياة الإنسان.

إلا أن مارتي يؤكد على إمكانية عيش عصابي السلوك حياة طويلة وسعيدة دون صعوبات معتبرة، رغم ضعف تنظيمهم، وهذا بفضل بقاء أو تجدي د الظ روف الخارجية الملائمة. لذا فإن عصابات السلوك لا تشكل في حد ذاتها، تنظيمات مرضية.

---

[1] نشير الى أن مارتي لم يقم بتقدم هذه العواقب على هذا الشكل اذا استخلصناها من المعطيات التي قدمها الكاتب في كل من الصفحات 106–107و 176–177 ، لكتابه : Les mouvements individuels de vie et de mort.Tom

[2]Marty (p) ; Les mouvements individuels de vie et de mort .Essai dééconomie psychosomatique ,Paris , payot,1976, p 175

[3]Ibid , p178

2-عصابات الطبع:

اشتقت تسمية " عصابات الطبع "من" سمات الطبع " التي تكون إحدى الإمكانيات العريضة لهذه العصابات.

تتكون عصابات الطبع من سمات طبعية وتظاهرات سلوكية، كما كثيرا ما تتكون من ميكانيزمات عصابية عقلية وأحيانا ذهانية، مما يجعلها في أغلب الأحيان، ذات مظهر عرضي متعدد الأشكال[1].

تمثل عصابات الطبع، حسب مارتي[2]، البنيات الأكثر تواجدا عند أفراد المجتمعات الحالية، وصنفت تبعا للصرامة والقيمة الوظيفية للتنظيم العقلي، إلى ثلاثة أنماط الطبع حسنة التعقلن، عصابات الطبع متوسطة التعقلن وعصابات الطبع سيئة التعقلن. فقليلا ما تتجاوز بعض هذه العصابات، إطار عصابات السلوك، بينما يجاور الـ بعض الآخر منها، العصابات العقلية (أو الذهانات العقلية).

يعود تجاور عصابات الطبع بالعصابات العقلية، إلى التثبيتات المتأخرة (tardives fixations) من المستوى الشرجي (d'ordre anal)، التي يمكن أن تمتلكها عصابات الطبع.

كما تتميز هذه الأخيرة عن العصابات العقلية (حتى في حالة تواجد التثبيتات المتأخرة من المستوى الشرجي) بالتعدد وبالتفتت الـ وراثي (génétique éparpillement et égrènement)

للتثبيتات، وأيضا بالهشاشة النسبية لهذه الأخيرة [3]. [4]

فتمثل هكذا عصابات الطبع، تشكيلات بنيوية مرنة وغنية بالقدرات النكوصية، إلا أنّ مرونتها الدينامية وحساسيتها الإنسانية تتماشي مع ضعف ونقص بنيوي للدفاعات[5](سواء على المستوى العقلي أو على المستوى الجسمي).

[1] Marty (p); L'ordre psychosomatique. Les mouvements individuels de vie et de mort. Tome 2, Paris, petite bibliothèque payot, 1980, p 13.
[2]Marty (P); Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique, Paris, payot, 1976, p 107.
[3]Marty (p); L'ordre psychosomatique. Les mouvements individuels de vie et de mort. Tome 2, Paris, petite bibliothèque payot, 1980, p22.
[4]Marty (P); Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique, Paris, payot, 1976, p 107.
[5] Ibid, p 12.

يتميز عصابي الطبع بنقاط ضعف ونقاط قوة. تتمثل نقاط ضعفهم في كل من عدم انتظام سيرهم العقلي والصعوبات في إستدخالهم للمواضيع. أما نقاط قوتهم، فتتمثل في اكتسابهم جهازا عقليا مكتمل البناء، وقدرتهم على تكييف هذا الجهاز مع حياتهم الداخلية والاجتماعية. فيتمكن عصابي الطبع من التقمص (أو التماهي l'identification) العميق للغير، مع الشعور بوجودهم المستقل عن الآخرين وتبعيتهم النسبية لهم، ومن استعمال مختلف أشكال الفكر (pensée) (الرمزي، الترابطي، السحري والمنطقي). تؤمن هذه العمليات مرونة الفكر، كما تستعمل أغلب الوظائف العقلية، مما يدل على حضور الجهاز العقلي.

تماشيا مع هذا الحضور البنيوي، توجد أيضا هشاشة بنيوية ملحوظة للجهاز العقلي في عصابات الطبع. فيكون الانتقال من السير العقلي إلى التظاهرات الطبعية أو السلوكية، أو إلى النشاطات المتسامية (activités sublimatoires) أو الشاذة (pervers) نوعا ما، أوقاتا طبيعية لانقطاع السياق العقلي المتعلق بالتشكيلة البنيوية لعصابي الطبع. في هذه الحالات، يبقى التنظيم الموقعي الأول متواجدا، وقابلا للاستعمال، حتى في حالة عدم استعماله.

خارج هذه الأوقات الطبيعية، تلاحظ أوقات طارئة (moments accidentels) لانقطاع النشاط العقلي، سببها العديد من الأحداث[1]، وينتج عنها فساد تنظيم أسس الجهاز العقلي، بشهد عنه انقطاع مؤقت نسبيا للسير السابق لنظام ما قبل–الشعور. وفي الوقت نفسه الذي ينقطع فيه النشاط العقلي، على مستوى السلسلة التطورية المركزية، تتوقف على مستوى السلاسل والدينامية الجانبية، التظاهرات العادية للطبع والسلوك، وأيضا التساميات والشذوذ.

يظهر تخريب[2] النظام الموقعي الأول على مستوى كلة من الحياة الهوامية، الحلمية والعلائقية[3].

– على مستوى الحياة الهوامية تغيب التصورات ما–قبل الشعورية، وتنقطع الاتصالات مع اللاشعور، مما يؤدي إلى غياب الرمزية، كما تغيب ترابطات الأفكار.

[1] أنظر في هذا الشأن كتاب مارتي : L'ordre psychosomatique الصفحة 18.
[2] سنستعمل كلمتي تخريب و فساد التنظيم كترجمة للكلمة الفرنسية : désorganisation
[3]Marty (p); L'ordre psychosomatique. Les mouvements individuels de vie et de mort. Tome 2, Paris, petite bibliothèque payot, 1980, pp 19-20

– على مستوى الحياة الحلمية، تغيب الأحلام أو على الأقل نوعيتها السابقة، مع عدم الإعداد العقلي للأحلام (التي تظهر كأحلام عملية) [4].

– أما على مستوى الحياة العلائقية، فتغيب الإسقاطات، وتكون العلاقات جافة وناحلة (décharnée)، وتكون مطابقة للتشريع العائلي، المهني أو الاجتماعي دون أن تظهر فيه الوجدانات.

تبعا لانقطاع سير النظام الموقعي الأول، يضطرب أيضا سير النظام الموقعي الثاني، مما يؤدي إلى عزل الأنا عن منابعه، وتمسكه بسلوك منقطي سطحي (يفقد وظيفته الـ سابقة للإعداد، والتنظيم والدفاع)، كما يعوض مثال الأنا بأنا مثالي.

عموما، تتميز عصابات الطبع بـ :

أ – توفر (disponibilité) هشاشة نسبية لنظامها الوظيفي العقلي.

ب – نقص القوة الدفاعية للأنظمة الوظيفية الأخرى، أمام إفسادات التنظيم.

وهذا ما يجعلها (عصابات الطبع) تقترب:

– إما من العصابات العقلية، في حالة امتلاكها لدفاعات عقلية نوعا ما صلبة (من النوع الهجاسي

مثلا) ناتجة عن تثبيتات المرحلة الشرجية. وتتميز في هذه الحالة بسير حسن للنظامين الموقعيين.

–أو من عصابات السلوك، في حالة افتقارها لدفاعات عقلية صارمة (من الذوع الهجاسي أو الخوافي أو الهستيري، أو الذهاني) وللقيمة الوظيفية للنظامين الموقعيين.[1]

[4] تصادف هذه الأحلام غالبا ، في الحياة العملية التي ستنطرق إليها فيما بعد .

[1] تفادينا استعمال مصطلح " العقلنة" لكونه سيكون محل دراسة في الجزء القادم من هذا البحث. نوعية العقلنة هي التي تسمح بالتمييز بين عصابات الطبع الصلبة وعصابات الطبع الصلبة الهشة، إن صح التعبيير .

III- الأنظمة الاقتصادية :

تهدف الأنظمة الاقتصادية، حسب مارتي[2]، إلى تحديد مواقع (situer) الحركات المرضية الفردية، لكلة المجال السيكوسوماتي، وهذا بم ساعدة الم (repères) اقتصادية أساسية، صنفها الكاتب ضمن كلة من:

1- اللاتنظيمات الظاهرة (Les apparentes inorganisation)

2- الإختلالات التدريجية للتنظيم (Les désorganisations progressives)

3 – النكوصات الكلية. .(Les régressions globales)

4 – النكوصات الجزئية.(Les régressions partielles)

سنركز في هذا التقديم للأنظمة الاقتصادية، على الإفسادات التدريجية للتنظيم، لكونها تشكل أحد متغيري بحثنا.

1- اللاتنظيمات الظاهرة :

تتعلق اللاتنظيمات الظاهرة، بصفة عامة، بحالات مرضية تظهر علاماتها على مختلف المستويات التطورية، عند شخصيات سيئة البناء[1]. تتعلق النقائص الوظيفية، هذا، بعوامل وراثية أو نمائية، أو بالاثنين معا، حيث تظهر تأثيرات هذه النقائص ب صفة مرضية طوال الحياة الفردية. تخص اللاتنظيمات الظاهرة، عصابات السلوك الت تتميّز بضعف التنظيم العقلي.

2- الإفسادات التدريجية للتنظيم :

تشكل الاختلالات التدرجية للتنظيم، حسب مارتى، نم ط الحركة ض د-التطورية المستمرة، إذ تتم في اتجاه معاكس لحركة تطور الفرد. فبالتالي تتكون من تفكك ات وظيفية وفوضى (morcellements fonctionnels et anarchisation) يشملان أنظمة وظيفية أكثر فأكثر قدما، دون أن تتمكن إحدى هذه الأنظمة الوظيفية من توقيف حركة هذه الاختلالات، نظرا لكون هذه الأنظمة لم تشكل موقع تثبيت صلب خلال التطور الفردي. تجد الإختلالات التدريجية للتنظيم

[2]Marty (p); Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique, Paris, payot, 1976, p 171.

[1]Marty (p); Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique, Paris, payot, 1976, p 174.

منبعها في صدمة، وتبدأ حركتها بإختلال النظام الوظيفي الأكثر تطورا، أي الجهاز العقلي في سن الرشد (أو أعلى مستوى تطورا لهذا الجهاز خلال النمو)[2]، ثم تواصل مسيرتها نحو أنظمة أقل فأقل تطوراً لتشمل بالتالي، الأجهزة السوماتية.

ويدل على استمرارية حركة فساد التنظيم إلى الأجهزة السوماتية، حدوث إصابات جسمية متتالية أو متباعدة في الزمن، ومتفاوتة المدة والخطورة.

قد تشكل هذه الإصابات الجسمية نكوصات إلى مستوى الأنظمة السوماتية المثبتة خلال التطور، إلا أن نقص صلابة هذه التثبيتات، وبالتالي نقص قوتها، المعيدة للتنظيم (force reorganisatrice)، لا يسمح بإيقاف حركة فساد التنظيم التي تستمرو " تؤدي، نظريا، إلى الموت "[3].

استعمل مارتي، كلمة "نظريا" في قوله هذا, لانه يتوفر لدى الفرد, غالبا في واقع الامر, أنظمة من التثبينات – النكوصات, التي تكبح حركة اختلال التنظيم وتوقفها مؤقتا، كما قد يكبح سرعة هذه الحركة, تدخل عوامل خارجية تتعلق بتوظيفات جديدة عند الفرد, مثل ظهور مواضيع عزيزة ومفضلة, أو وضعية مهنية جديدة، أو تتعلق بالمكتسبات الثانوية للمرض. اذا, تأخذ حركة فساد التنظيم سيرا خاصا بالنسبة لكل فرد, بحيث قد تمتد ببطء على عدة سنوات، تأخذ حركة اختلال التنظيم سيرا خاصا بالنسبة لكل فرد، بحيث قد تمتد ببطء على عدة سنوات، أو بالعكس تمتد بسرعة خلال فترة زمنية قصيرة، وهذا كل من حلة غياب التمسكات الليبيدية (raccrochages libidinaux) وفي حالة افتقار الفرد لانظمة من التثبيتات النكوصية.

غالبا ما تظهر الاختلالات التدريجية للتنظيم، في عصابات السلوك التي تفتقر لأنظمة دفاعية عقلية وسوماتية. كما يمكنها أن تظهر في بنيات اخرى، أدرجها مارتي, خلال الثمانيات، ضمن فئة عصابات الطبع, اذ يقول: "تمثل الاختلالات التدريجية للتنظيم احدى الحركات الممرضة التي يمكنها أن تخل بالاقتصاد العادي لبعض عصابات الطبع[1] وتعود التحديدات المسطرة التي أشار اليها مارتي في قوله, الى سببين هما:

[2] (نشير الى أنه يمكن للافسادات التدريجية للتنظيم أن تظهر في أي فترة من الحياة (الطفولة أو المراهقة) و ليس فقط في سن الرشد.

[3]Marty (p); L'ordre psychosomatique. Les mouvements individuels de vie et de mort, Tome 2, Paris, petite bibliothèque payot, 1980, p 09.

[1] Marty(p) ; L'ordre psychosomatique. Les mouvements individuels de vie et de mort

1. تقارب عصابات الطبع من العصابات العقلية[1] أو الذهانات العقلية، مما يجعل الحركات الممرضة تتمثل في نكوصات كلية أوجزئية.
2. تقارب عصابات الطبع في حالة وجود نقص في تنظيمها البنيوي، من عصابات السلوك, مما يجعل الحركات الممرضة تتمثل في اختلالات تدريجية للتنظيم.

تخلى مارتي خلال التسعينيات، عن مصطلح "الطبع" ليدرج الاختلالات التدريجية للتنظيم ضمن فئة "العصابات سيئة التعلقن"[2] ويعود هذا في رأينا، الى سببين:

1-كونه (مارتي) صب اهتمامه على المفهوم "العقلنة" الذي يتعلق بنظام ما قبل الشعور والتصورات المرتبطة به، مما جعل السمات الطبيعية ذات أهمية ثانوية، حتى ولو كانت تشكل، أم لا عرضية مرافقة أم لا للنشاط العقلي.

2-كون الدفاعات على المستوى الحسي الحركي والسلوكات، تاخذ في الاقتصاد السيكسوماتي مكانة ذات أهمية لا يستهان بها، وهذا سواء كانت هذه الدفاعات محضة (pures) أو مرافقة للنشاط العقلي، وتظهر هذه الأهمية للسلوكات في البعض من مقالاته الأخيرة.[3]

عموما، يمكن أن تظهر الاختلالات التدريجية للتنظيم، في اي بنية للشخصية، باستثناء العصابات والذهنات العقلية ذات العرضية المنظمة والسير المتواصل[4] (soutenu)، اذ مهما كانت صلابة التثبيتات النكوصية في البنيات الاخرى، فانها تبقى عرضة لأن تصبح غير وظيفية في حالة تواجد وزن صدمي مستمر، مهما كانت طبيعته.

تبدأ اختلالات التنظيم الوظيفية باكتئاب أساسي، يشير على المستوى النفسي (الأول اصابة دائما)، في ان واحد، الى افساد تنظيم الجهاز العقلي، والى غياب الامكانيات النكوصية العقلية (ينتج عادة عن النكوصات العقلية اما تكثيف للعرضية العقلية ان كانت متواجدة، أو ظهور هذه العرضية العقلية، وهذا في البنيات الصلبة). فيظهر في نفس الوقتن أحيانا، قلق عام منتشر، لا يشير الى وجود صراع نفسي، بل يبرهن على حالة ضيق (détresse) عقلية وسوماتية

---

[2] Marty(p) ; Mentalisation et psychosomatique , Paris, coll < les empêcheurs de penser en rond >,1991 p45

[3] وخصوصا مقالي: Mentalisation et psychosomatique (1990)
- Genès des maladies graves et critères de gravité en psychosomatique (1990)

[4] يشير مارتي في اسفل الصفحة الاولى للتصنيف السيكوسوماتي لسنة 1989، الى أن هاتين البنيتين لا تكونان مواضيع الا لصعوبات سوماتية طارئة من النمط الصدمي الجراحي أو التعفني خلال الأوبئة.

عندئذ يتوقف عمل ما قبل الشعور، فتنفصل القيم الوجدانية والرمزية عن التصورات النفسية، التي تبقى، في هذه الظروف، بدائية فتقتصر على تصورات الاشياء والحركات اليومية. كما تختفي الحياة الهوامية والحلمية والمكانزمات العقلية الاساسية (التماهي، الاسقاط، الازاحةن التكثيف وترابطات الأفكار)[1].

تتمثل التظاهرات الجسمية الاولى للاختلالات التدريجية للتنظيم، غالبا في أمراض ذات مستويات وظيفية مختلفة، والتي قد تظهر، في حالات اخرى، كأمراض نكوصية وبالتالي رجعية. الا أن هذه الأمراض لا تمثل نكوصات حقيقية تضع حدا لاختلالات التنظيم، بل تمثل جزر وظيفية للمقاومة (ilots fonctionnels de résistance)، والتي يتضح أنها قليلة الصلابة[2] فكثيرا ما يبتعد التمظهر والتطور اللانموذجيان للأمراض المنعنية، عن المظاهر الكلاسكية النكوصية لنفس الأمراض. فتستمر التظاهرات الجسمية للاختلالات التدريجية للتنظيم، نظرا لغياب ميكانزمات نكوصية عقلية أو جسمية القادرة، وحدها، على ايقاف حركة الاختلالات[3] وهذا الى أن يظهر مرض خطير

غالبا ما تتسلسل، اذا، حسب مارتي[4]، حركات الاختلالات التدريجية للتنظيم حسب المخطط التالي:

1- افراطات دائمة أو متكررة، وبالتالي تراكم، للاستثارات على المستوى النفسي الوجداني، دون تواجد امكانيات للاعداد العقلي، مع تحديد امكانيات تفريغ هذه الاستثارات في السلوكات.
2- اختلال التنظيم العقلي بسرعة متفاوتة، حسب درجة هشاشة السير السابق لما قبل الشعور، وهذا مايؤدي الى ظهور اكتئاب أساسي، وأحيانا الى الحياة العملية.
3- غياب التكوصات النفسية العرضية، مع احتمال ظهور القلق المنتشر.
4- اختلالات تنظيمية جسمية، معتبرة غالبا، مقارنة بنفس الأمراض من النمط النكوصي.

[1] Marty(p) ; < régression et instincts de mort. Hypothèses à propos de l'observation psychosomatique > in revue française de psychanalyse ,1991,N° 5-6 pp 1123-1124

[2]

[3] Marty(p) ; Les processus de somatisation, Congrès mondial de Psychosomatique, Montréal 1981, p10.

[4] Marty(p) ; Mentalisation et psychosomatique, Paris, coll.<les empêcheurs de penser en rond > 1991, pp45-47

5- ظهور مرض خطير وتطوري. وقد يكون ظهور هذا المرض بطيئا نسبيا (اذ يختلف زمن الكمون باختلاف الأمراض وباختلاف الافراد)، أو سريعا جدا، دون أن تسبقه أي اشارات مسبقة لأمراض جسمية.

تتمثل الأمراض الجسمية المندرجة ضمن الاختلالات التدريجية للتنظيم حسب مارتي[1]، في: أمراض القلب والأوعية الدموية، أمراض المناعة الذاتية والسرطان، قد تهدد هذه الأمراض حياة الافراد، نظرا لكونها تتطور بطرق مختلفة. كما يؤكد مارتي على امكانية الانتقال من نمط سياق تجسيد الى اخر، أي من النكوصات الى الاختلالات التدريجية للتنظيم، وهذا في البنيات الصلبة نسبيا، اذا دام الوزن الصدمي، مثلما ذكرناه سابقا.

3- النكوصات الكلية:

تظهر النكوصات الكلية، كما ذكر سابقا، في البنيات الصلبة التي تمتلك سلسلة مركزية وأنظمة من التثبيتات النكوصية الصلبة، مثل العصابات والذهانات العقلية، وعصابات الطبع التي تمتلك دفاعات عقلية من النوع العصابي أو الذهني العقلي، يبقى التوازن الاقتصادي، في هذه النكوصات، مستقرا بصفة عامة، رغم مرافقته بعرضية عقلية هامة، أو بعرضية جسمية هامة، لا تهددان، هنا، حياة ومستقبل الفرد.

4- النكوصات الجزلية:

ترتبط النكوصات الجزئية، خصوصا، بالسلاسل التطورية الجانبية، وبالديناميات الموازية. فيمكنها بالتالي أن تظهر في أي بنية.

تخص العرضية الناتجة عن النكوصات الجزئية، كل من الساحة العقلية والساحة الجسمية، وهذا سواء بصفة دائمة أو بالتناوب، دون عرقلة الحركة التطورية العامة غالبا.

IV- الاكتئاب الأساسي والحياة العملية:

أشرنا مرارا، خلال تقديمنا الوجيز للنظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي، الى مفهومي الاكتئاب الاساسي والحياة العملية، ولا يمكننا أن نختم هذا الجزء دون تخصيص بعض الاسطر لهما. فرغم المكانة والأهمية التي يحتلها هذان المفهومان (مع الفكر العملي الذي يرافقهما) في

[1] Marty(p) ; Mentalisation et psychosomatique, Paris, coll.<les empêcheurs de penser en rond >1991.p47

نظرية مارتي، ورغم العلاقة الوطيدة التي تربطهما باختلالات التنظيم التدريجية خصوصا[1]، لا يمكننا في إطار هذا البحث تقديم وصفا دقيقا وشاملا (أي الاعتبارات النظرية والعلاجية) لهذين التظاهرين العقليتين. فنفضل أن يرجع القارئ الى مقالات مارتي حول هذين المفهومين وبالأخص مقال "الاكتئاب الأساسي" لسنة 1966، مقال "الفكر العملي"لسنة 1963، والجزء الثاني لكتاب "الحركات الفردية للحياة والموت" لسنة 1980. لذا سنقتصر هنا على تقديم الخصوصيات العيادية (العرضية) لهاتين التظاهريتين العقليتين.

يمكن الاكتئاب الأساسي، حسب مارتي.ب في انخفاض حيوية غرائز الحياة على مستوى الوظائف العقلية، ويمس هذا الانخفاض كل من الحيوية الليبدية (tonus libidinal) على مستوياها "النرجسي" و"الموضوعي"[2]، والديناميكية العقلية للوظائف الجوهري،

مما يشير الى اختلال تنظيم الجهاز العقلي، ويؤدي أوسع اختلال التنظيم للمبادئ الحية للجهاز العقلي الى الفكر العملي[3]

كما يؤدي دوام (chronicité) كل هذه الظواهر الى الحياة العملية (وبالخصوص خلال اختلال التنظيم التدريجي البطيء). يسبق، ويرافق أحيانا، الاكتئاب الأساسي، قلق منتشر (angoisses diffuses) لا يستند على مواضيع خوافية (objets représentés ou représentable) [4]، وقد يوحي اختفاء هذا القلق الى استعادة الفرد توازنه وسيره العقلي السابقين، الا انه غالبا ما يكون نتيجة اختلال تنظيم أوسع للجهاز العقلي.

يتمثل الاكتئاب الأساسي في محو أو غياب بعض الوظائف العقلية، وفي انخفاض نوعية الوظائف العقلية المتبقية، مما أدى الى وصف هذه "العرضية بالسلبية". ويكمن الفرق بين الاكتئاب الأساسي والاكتئاب الكلاسيكي في غياب عرضية ايجابية من نمط "عصابية نفسية" (d'ordre psychonévrotique) [5]، التي يشعر بها الفرد ويلاحظها الغير.

[1] من الممكن أن يظهر الاكتئاب الاساسي والفكر العملي في إطار افساد تنظيم غير تدريجي، وبالتالي يظهر في أي بنية نفسية باستثناء العصابات والدهانات العقلية.

[2] Marty (p) ; " la dépression essentielle" in revue française de psychanalyse, 1968, N° p596

[3] Marty (p) ; L'ordre psychosomatique. les mouvements individuels de vie et de mort tome 2 Paris ; petite bibliothèque Payot 1980 ; p59

[4] Marty (p) ; L'ordre psychosomatique. les mouvements individuels de vie et de mort tome 2 Paris ; petite bibliothèque Payot 1980 ; p61

[5] Ibid, P70

تختفي، إذا في حالة الاكتئاب الأساسي (مثلما أشرنا اليه عند تطرقنا الى اختلالات التنظيم التدريجية) الوظائف العقلية الجوهرية المتمثلة في التماهي، الاسقاط، الاجتياف، الازاحة، التكثيف، ترابطات الافكار، النشاط الحلمي والهوامي. كما تغيب أيضا الصراعات النفسية، والاحساس اللاشعوري بالذنب، والأنا الاعلى. تفقد التصورات النفسية قيمتها الرمزية والوجدانية، وتنزل بالتالي الى رتبة تصورات أشياء.

تشير كل هذه النقائص في الدينامية العقلية الى اختلال تنظيم النظامين الموقعيين الاول (خصوصا فقدان القيمة الوظيفية لما قبل–الشعور) والثاني (خصوصا غياب الأنا–الاعلى وظهور الانا المثالي)، ويؤدي هذا الاختلال للتنظيم الى محو عمل الاعداد العقلي، رغم بقاء السياقات الثانوية، التي تكون معزولة عن السياقات الأولية.

ينتج عن "العرضية السلبية" التي غالبا ما لا يشعر بها الفرد[1]، اتسام سيره العقلي وحياته اليومية (في كل مجالاتها) بطابع ميكانيكي.

يكمن الفرق بين الاكتئاب الأساسي والحياة العملية، في درجة محو السير العقلي (السابق)، التي يتمثل أقصاها في الحياة العملية. كما يكمن الاختلاف أيضا في سهولة تراجع الاكتئاب الاساسي، وبالتالي استعاد الفرد لإمكانيته العقلية وتوازنه السابق، وهذا دون تدخل علاج نفسي أحيانا.

تتميز الحياة العملية عن الاكتئاب الأساسي، اضافة الى درجة محو السير العقلي السابق، يكون هذا الأخير (محوا أو غياب السير العقلي) يصبح مزمنا، مما ينتج عنه تمسك الفرد بالحاضر، في كل ما يقدمه من ملموسن وفعلي.

عموما، يعتبر الاكتئاب الأساسي بابا مفتوحا وأحيانا مرحلة تمهيدية، لتوسع الحركة اختلال التنظيم لكل مبادئ الجهاز العقلي (الحياة العملية)، مما قد يشكل خطرا على حياة الفرد، في حالة توسع حركة اختلال التنظيم الى الاجهزة السوماتية دون ملاقتها لانظمة من التثبيتات – النكوصات التي تضع حدا لها.

[1] غالبا ما يشكل شعور الفرد بحالته صدمة جديدة، قد تؤدي الى توسع حركة افساد التنظيم.

الفصل الرابع

العقلنة

تمهيد:

يعتبر مفهوم العقلنة من المفاهيم التي انبثقت عن النظرية السيكوسوماتية الفرنسية لبيار مارتي اذ لا يوجد لها اثر في المعنى الذي يخصها به ب.مارتي في النظريات السيكوسوماتية الاخرى ولا في نظرية التحليل النفسي لفرويد.

يقول مارتي:

"تهتم العقلنة بابعاد للجهاز العقلي لم يسبق ان شكلت موضوع دراسات خاصة تخص هذه الابعاد كمية ونوعية وتصورات نفسية للافراد[1]

تظهر في هذا القول بعض العناصر التي يتخذها بعين الاعتبار مفهوم العقلنة، وتتمثل في نوعية وكمية التصورات النفسية .اما العناصر الاخرى فتظهر في تصريح اخر لمارتي يعترف خلاله اهمية اكتشافات فرويد، اذ يقول: "لولا اكتشافات واعدادات فرويد التي تخص السير العقلي ومواقعه، ولولا اظهار ابتداء من 1915،الموقعية الاولى التي تحدد ما قبل الشعور حيث تتجلى بالتحديد التصورات لما ظهر بال شك مفهوم العقلنة"

العناصر الاخرى التي ياخذها بعين الاعتبار مفهوم العقلنة هي النظام الموقعي الاول وبالخصوص النظام ما قبل الشعور. هذه العناصر(التصورات ونظام ما قبل الشعور) معروفة ومعرفة في نظرية التحليل النفسي لفرويد، الا ان الفرق في استعمالها في نظرية فرويد وفي النظرية السيكوسوماتية يكمن في ان فرويد اهتم بالتظاهر المفرط لهذه العناصر(في العصابات العقلية مثلا) بينما اهتم مارتي (و مساعدوه) بالتظاهر الناقص لها في العصابات السيئة التعقلن وعصابات السلوك مثلا.

قبل الشروع في تعريف هذه العناصر، والتقدم في محاولة الاحاطة بمفهوم العقلنة، لا يتراس ان نتحدث قليلا عن ظهور او كيفية ظهور "العقلنة".

تم اعداد مفهوم العقلنة تدريجيا خلال السبعينيات،وبالخصوص ما بين 1975/1970 بفضل معاملة منتظمة للسيكوسوماتيين محللين نفسانيين مع المرضى السوماتيين.

فكانت المميزات والنقائص المختلفة للسير العقلي عند هؤلاء المرضى (سواء خلال فترة مرضهم او خارجها) تبدو مختلفة عن تلك المصادفة والمدروسة في التحليل النفسي. كما كانت تظهر فروقات واضحة بالنسبة لنوعية وكمية التصورات، وهذا حسب الافراد، وبالنسبة للبعض منهم حسب الاوقات.يقول مارتي في هذا الشأن:

"اعتبارا لنوعية دينامية واستمرارية التصورات العقلية كما تظهر عادية او مرضية جاء هذا المفهوم من ضرورة اعداد تصنيف سيكوسوماتي"

[1] - Marty (P), Nicolaidis (N), Psychosomatique, Pensée vivante, Paris, Esprit de temps, 1996, P.p 19-20

يحمل هذا القول توضيحا جديدا لمفهوم العقلنة اذ يشير الى تفاعل العناصر المأخوذة في "العقلنة" اي دينامية واستمرارية التصورات العقلية. سنرجع الى اهمية هذا التفاعل فيما بعد عند تطرقنا الى سير نظام ما قبل الشعور.

اذ عدنا الى العناصر او المصطلحات التي تعرف مفهوم العقلنة (التصورات النفسية ونظام ماقبل الشعور) نجد ان مارتي اكد على اهميتها في العديد من مؤلفاته ونذكر على سبيل المثال مقال (سياقات التجسيد) اذ يقول في ص3 منه مايلي:

"في السيكوسوماتية يهتم قبل كل شئ بالتنظيم العادي وبالحالة الراهنة للموقعية الولى، اي بالنظام اللاشعور، ماقبل الشعورو الشعور"[1]

واما في ص (5) منه، فيقول:

"هكذا نهتم كثيرا بتكوين ماقبل الشعور، الذي يعتبر فضاءا خطيرا محاسما لتطور الجهاز العقلي يشكل ما قبل الشعور قطعة اساسية لكل من النظرية و العيادة السيكوسوماتية"[2]

ويضيف في ص رقم 06:

"في العيادة، تعلم النوعية الوظيفية لما قبل–الشعور، عند كل فحص للأفراد عن وجود، غياب، اختفاء أو عدوة التدرج الوظيفي السيكسوماتي للأإراد بمعناه الواسع"[3]

في مقال آخر حول "نشأة الأمراض الخطيرة" يقول:

"في أغلب الأحيان، ترتبط التصورات فيما بينها داخل نظام ما قبل–الشعور، سواء بطريقة مستعرضة (بين التصورات المختلفة لنفس الفقرة) أو بطريقة طولنية (بين تصورات فترات معاشة مختلفة)، عندئذ تتبع، من حين لآخر طريقا معينا نحو الشعور الذي يتدخل في تربيتها.

هكذا تعد التصورات تكون نوعية التصورات، كميتها، سيرها، وصعوبات إعدادها، عالما يهم السيكسوماتية بالدرجة الأولى.[4]

[1] - Marty (p), Les processus de somatisation, congrès mondial de Psychosomatique Montréal, 1981, P3
[2] - Marty (P), Nicolaidis (N), Psychosomatique, Pensée vivante, Paris, Esprit de temps, 1996, P.p 24
[3] - Marty (p), Les processus de somatisation, congrès mondial de Psychosomatique Montréal, 1981, P8
[4] - مصطفى حجازي، معجم مصطلحات التحليل النفسي، تأليف، ج.لابلاس، وج. ب، بونااليس، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 1985، ص 441-442.

ويمكننا ان نظيف ان هذه الجملة الاخيرة هي التي قد تشكل بالظبط التعريف الدقيق لمفهوم العقلنة .

بعد الاشارة الى الإشارة إلى اهمية العناصر التي يأخذها بعين الاعتبار مفهوم العقلنة، يمكننا الآن أن نشرع في تقديم وتعريف هذا المفهوم بمعناه الشامل، ونفهم من خلال ما سبق ذكره، أن الحديث سيدور طوال هذا التقديم "للعقلنة" حول التصورات العقلية، كميتها، نوعيتها، كيفية تكوينها والصعوبات التي تتدخل في تشكيلها، كما سيدور حول نظام ما قبل–الشعور الذي "يشير إلى مكان التصورات والترابط فيما بينها"[1] وحول أنواع العقلنة المندرجة ضمن التصنيف السيكوسوماتي.

I-التصورات ونظام ما قبل–الشعور في نظرية التحليل النفسي لفرويد:

نشير إلى أننا استعملنا مصطلحات ما قبل الشعور، الشعور، اللاشعور كمترادفات لمصطلحات ما قبل الوعي، الوعي واللاوعي.

1–التصور:

"هو من المصطلحات التقليدية في الفلسفة وعلم النفس، ويستعمل للدلالة على ما نتصوره، وما يكون المحتوى لفعل التفكير، وخصوصا لاسترجاع إدراك سابق، ويعارض فرويد ما بين التصور وبين العاطفة إذ يلقى من هذين العنصرين مصيرا مختلفا في العمليات النفسية، يميز فرويد بين ونوعين من التصورات، إذ هناك تصور الشيء وتصور الكلمة.[2]

2–تصور الشيء وتصور الكلمة:

"يستعمل فرويد هذه المصطلحات في نصوصه ما وراء النفسانية كي يميز ما بين نوعين من التصورات– البصرية منها أساس– والتي تنشق من الشيء والسمعية منها أساسا–، والتي تنشق من الكلمة، لهذا التمييز عند فرويد مرمى ما وراء نفساني، حيث يميز ارتباط تصور الشيء بارتباط الكلمة المقابلة له نظام ما قبل الوعي–الوعي، خلافا لنظام اللاوعي الذي لا يدرك سوى تصور الشيء، هكذا نجد، اطلاقا من "مشروع علم نفس علمي عام 1895، الفكرة القائلة بأن الصورة الذكورية يمكنها اكتساب "مؤشر النوعية" الخاص بالوعي، من خلال ارتباطها بصورة لفظية، تظل مثل هذه الفكرة ثابتة عند فرويد.[3]

[1]-Marty (p), Les processus de somatisation, congrès mondial de Psychosomatique Montréal, 1981, P11

[2] - مصطفى حجازي، نفس المرجع، ص 443

[3]- مصطفى حجازي، معجم مصطلحات التحليل النفسي، تأليف، ج.لابلاس، وج. ب، بونواليس، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 1985، ص 441-442.

3-ما قبل الشعور:

أ-استخدم فرويد هذا المصطلح في إطار تنظيرية للموقعية الأولى، وهو يدل بصيغته الأسمية، على نظام نفسي يتميز تماما عن نظام اللاوعي، وأما كنعت فهو يصف عمليات ومحتويات هذا النظام ما قبل الواعي، لا تكون هذا العمليات والمحتويات حاضرة في المجال الواعي الراهن، وهي بالتالي لاواعية بالمعنى "الوصفي" للمصطلح، إلا أنها تفترق عن محتويات النظام اللاواعي من حيث حقها في العبور إلى مستوى الوعي، وأما على الصعيد ما وراء النفسي بيكون نظام ما قبل الوعي محكوما من العمليات الثانوية، إذ تفصله الرقابة عن النظام اللاواعي إلا بعد الخضوع لبعض التحوير.

ب-يستعمل مصطلح ما قبل الوعي، ضمن إطار النزرية الموقعية الفرويدية الثانية، على صعيد الأنظمة، فيصف المحتويات والعمليات الملحقة بالأنا بشكل رئيسي، وكذلك بالأنا الأعلى من بعده.[1]

نؤكد هنا ثانية على أن هذه المصطلحات لم تعرف أي تشويها أو تغييرا في تنظير مارتي، بل عرفت توضيحات وإضافات (فقط) سنتطرق إليها الآن.

II-التصورات ونظام ما قبل-الشعور في النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي:

1-التصورات:

يعرف مارتي في كتابه سيكوسوماتية الراشد التصورات كالأتي:

"تتمثل التصورات في استحضار إدراكات، والتي لكونها مسجلة وتاركة آثار ذاكرية، بطرق مختلفة تاخذ قيما متنوعة لمواضيع مرجعية عقلية فردية، تسجيل الإدراكات واستحضارها اللاحق على شكل تصورات، يكونان غالبا مرفقين بوجدانات دقيقة نسبيا في انطباعاتها الممتعة والمزعجة.[2]

أ-تصورات الأشياء:

يرى مارتي أن تصورات الأشياء تذكر داخليا بوقائع معاشة ذات طابع حسي، إدراكي وهذا دون تفاوت كبير، بالنسبة إلى الأشياء المدركة أصلا، وتظهر ضعيفة التعبئة عقليا، تؤدي تصورات الأشياء إلى تجمعات حسية وإدراكية، وإلى تجمعات سلوكية من مختلف المستويات، مثل القيام بنشاط معين حسب ترتيب معين.

[1] - نفس المرجع، ص 445.

[2] - Freud (S), Essais de L apsychanalyse, Paris, Payot, 1981, P.p 230.

يمكن لتصورات الأشياء أن تكون مرتبطة بوجدانات، إلا أنها لا تكون بمفردها محل ترابطات الأفكار أو محل إعداد الجهاز النفسي.[1]

ب-تصور الكلمات:

حسب مارتي تتكون تصورات الكلمات انطلاقا من إدراك حديث الغير، وهذا من الحديث الأبسط إلى الاكثر تعقيدا، في بادئ الأمر، تكون تصورات الكلمات نفسها تصورات أشياء، وهذا بفعل نشئتها الحسي الأول، ثم يتغير وضعها تدريجيا خلال التطور الفردي.[2]

تنشأ تصورات الكلمات من الاتصالات الانسانية مع الام في بادئ الامر، فتحفظ بهذا ذلك الاتصالات مع الغير، لتسمح تدريجيا بالاتصالات الداخلية مع الذات، أي التفكير الداخلي.

إن سهولة تعبئتها بالوجدانيات، جذبها وإثرائها بوجدانيات جديدة وبقيم رمزية، حسب تعدد التبادلات الكلامية تجعل تصورات الكلمات هي القاعدة الأساسية للترابطات الأفكار.

2-كمية ونوعية التصورات:

تتعلق كمية التصورات، حسب مارتي بتكديس طبقات التصورات خلال مختلف مراحل التطور الفردي، وبالخصوص خلال الطفولة الأولى والطفولة، داخل نظام ما قبل الشعور.

أما نوعية التصورات (ما قبل الشعورية) فهي متعلقة في آن واحد بـ:

-قابلية استحضارها.

-قابلية ارتباطها، عند استحضارها، بتصورات أخرى لنفس الفترة أو لفترات، وتوفر مجمل هذه التجمعات تراطبات أفكار غنية.

-الاستمرارية في الزمن للقابليتين سابقي الذكر.

3-تكوين وارتباط التصورات، نظام ما قبل الشعور:

لفهم تكوين وارتباط التصورات، يجب علينا أولا تقديم تنظير مارتي لنظام ما قبل الشعور.

يصرح مارتي في مقاله "سياقات التجسيد" بأنه يعطى أهمية كبيرة لتكوين ما قبل الشعور، الذي يعتبره كحجر اساس لكل من النظرية السيكوسوماتية والعيادة السيكوسوماتية.

[1] -Freud (S), Essais de L apsychanalyse, Paris, Payot, 1981, P.p 232-233

[2] --Marty (p), Mentalisation et psychosomatique, Paris, coll « les empecheurs de penser en rond » 1991, P ; 18

تتمثل أهمية نظام ما قبل الشعور، من ناحية النظرية السيكوسوماتية لمارتي، في كون هذا النظام يشكل: "موقع لقاءات وظيفية ذات مسؤولية مختلفة، والتي تتم خلال التطور، كما يشكل خزانا ذا محتويات مهيأة نسبيا للوصول غلى مستوى الشعور".[1]

من الناحية العيادية تتمثل أهمية نظام ما قبل الشعور في قيمته الوظيفية، حسب مالاتي، تتعلق النوعية الوظيفية لما قبل–الشعور في آن واحد بـ:

أ–السمك العام لطبقاته.

ب–الحركة الداخلية لأشكال التصورات التي يضمنها بين مختلف طبقاته وداخل الطبقة الواحدة.

ت–استمرارية سيره.

4–الصعوبات في تكوين التصورات:

حسب مارتي، يمكن مصادقة نمطين أساسيين من الصعوبات في تكوين الطبقات الافقية للتصورات، وفي الربط العمودي بين هذه الطبقات، تؤدي هذه الصعوبات في الحالتين، إلى تشكيل ثغرات في تنظيم ما قبل الشعور.

–يخص النمط الأول من الصعوبات، ما يعتبره مارتي كـ "ثغرات أساسية" سواء تعلق الأمر بنقائص في نوعية أو كمية التصورات أو بنقائص في الانطباعات الوجدانية لهذه التصورات.[2]

يتعرض مارتي إلى هذا النط الأول من الصعوبات في متابعة العقلنة والسيكوسوماتية تحت عنوان النقائص المعتبرة للتصورات.

–أما النمط الثاني من الصعوبات، فيخص ما يعتبره مارتي بالثغرات الثانوية، وتتعلق بعدم التأكد من استذكار تصورات (غير مكبوتة) خلال الزمن، هذا النمط الثاني من الصعوبات يتعرض إليها مارتي في الصفحة 23 من كتابه "العقلنة والسيكوسوماتية" تحت عنوان "عدم توفر التصورات المكتسبة" أو عدم قابلية للتصرف في التصورات المكتسبة.[3]

أ–النمط الأول من الصعوبات: النقائص الأساسية للتصورات

تجد النقائص المعتبرة للتصورات منبعها، حسب مارتي، في انطلاق التطور الفردي، وتنتج إما عن:

[1] - Marty(p), la psychosomatique de l'adulte, Paris, P.U.F « Que sais-Je » ; 1992 ; PP. 36
[2] Marty(p), la psychosomatique de l'adulte, Paris, P.U.F « Que sais-Je » ; 1992 ; PP. 39
[3] - Marty(p), la psychosomatique de l'adulte, Paris, P.U.F « Que sais-Je » ; 1992 ; PP. 20

1-عجز خلفي أو طارئ: للوظائف الحسية- الحركية إما للطفل (والتي تشكل القواعد الادراكية للتصورات) وإما لأمه (مثلا صعوبات سمعية أو بصرية أو حركية)، إذ لا تتمكن أم عاجزة من إنشاء الاتصالات الضرورية، مع رضيعتها أو ابنها.[1]

2-إفراط أو قصور أو عدم تناسق في المرافقات الوجدانية للأم تجاه ابنها، ويشر مارتي هنا إلى مختلف المشاكل التي تنجر عن ام مريضة جسديا أو مكتئبة او بالعكس ذات استثارة مفرطة أو غير مبالية ....الخ.

فحسب مارتي تحدث في كل هذه الحالات ثغرات أو نقائص في اكتساب تصورات الكلمات المرتبطة بقيم عاطفية ورمزية، وهذا انطلاقا من مختلف مستويات التنظيم التدريجي للرضيع ثم الطفل الصغير.

ب-النمط الثاني من الصعوبات: عدم توفر التصورات المكتسبة

تعود أسباب عدم توفر التصورات المكتسبة، حسب مارتي إما إلى تجنب أو قمع التصورات او إفساد التنظيم العقلي، وتتبع هذه الأسباب إما من:

1-انطباعات وجدانية قوية ومزعجة، مرتبطة بإدراكات عهد الطفولة الأولى والطفولة.[2]

2-اختلالات التنظيم العقلي الناتجة عن افراط في الاستثارات، هذا الافراط يؤدي غالبا حسب مارتي، إلى تخريب الجهاز العقلي على مستوى أعلى تطور توصل إليه، في مستوى التنظيم الأوديبي للمرحلة التناسلية، فينجز عن هذا التخريب للجهاز العقلي عواقب تتمثل إما:

أ-في حدوث نكوص إلى انظمة من التثبيتات الصلبة، وينتج عنه تكوين عرضية عقلية، لكن يبقى التنظيم العقلي مثبتا في سيره عامة، ويعتبر مارتي هذا الاحتمال الأول الأفضل عند تخريب الجهاز العقلي.

ب-أو في ظهور اكتئاب أساسي، هذا فب حالة نقص في أنظمة التثبيتات النكوصية، أو في حالة نقص في تثبيت هذه الانظمة النكوصية، مما يدل على إفساد الجهاز العقلي ذاته، ويعتبر مارتي هذا الاحتمال الثاني، الأسوأ عند تخريب الجهاز العقلي، إذ قد يتواصل التخريب ليشمل الأجهزة السوماتية.

يكابق مارتي بين الجهاز العقلي في حالات عدم توفر التصورات المكتسبة والجهاز العقلي في حالة النقائص المعتبرة للعقلنة، وهذا بسبب عدم قابلية الجهاز النفسي لإعداد الاستثارات، بفعل قمع التصورات

[1] -Marty (p), Mentalisation et psychosomatique, Paris, coll « les empecheurs de penser en rond » 1991, P ; 23.
[2] - Marty(p), la psychosomatique de l'adulte, Paris, P.U.F « Que sais-Je » ; 1992 ; PP. 25

أو بفعل اختلال التنظيم العقلي، بالإضافة إلى نقائص تنظيم ما قبل–الشعور العواقب التي تمنع عمل الاعداد العقلي.[1]

5–أنماط العقلنة:

نستنتج من كل ما سبق ذكره حول التصورات ونظام ما قبل–الشعور، أن نوعية أو أنماط العقلنة ستتوقف على:

أ–غنى أو فقر التصورات، المرتبطين بتكديس طبقات التصورات خلال التطور الفردي.

ب–نوعية التصورات، المتعلقة بتواجد تصورات الكلمات المرتبطة بتصورات الأشياء، إضافة إلى شحن تصورات الكلمات بوجدانات وبقيم رمزية.

ج–نوعية القيمة الوظيفية لما قبل–الشعور المرتبطة بـ:

1–غنى أو فقر التصورات.

2–نزعيتها.

3–إمكانية أو عدم إمكانية هذا التنظيم من الربط بين الطبقات الأفقية العمودية للتصورات (أي سيولة سيره).

استمرارية أو عدم استمرارية عمل هذا النظام في الزمن.

وتشير كل هذه المميزات إما إلى صلابة هذا النظام في حالة توفرها، أو إلى نقص في تنظيمه أو إلى هشاشته، وهذا في حالة عدم توفرها كليا أو جزئيا، سمح عدم توفر الميزة الرابعة لما قبل الشعور، بحصر مفهوم "عدم انتظام السير العقلي" الذي يميز العقلنة غير المحقق منها او المشكوك فيها.

صنف مارتي العقلنة إلى ثلاثة أنماط هي: العقلنة الحسنة، العقلنة السيئة، والعقلنة غير المحقق منها.

أ–العقلنة الحسنة:

يقول مارتي في مقاله :السياقات الرئيسية للتجسيد" ما يلي:

"أن الارتباطات بين التصورات الأشياء وتصورات الكلمات وأيضا السير داخل هذه المجموعة من التصورات تخلق في استمراريتها، ما نسميه بالعقلنات الحسنة.

[1] - Marty(p), la psychosomatique de l'adulte, Paris, P.U.F « Que sais-Je » ; 1992 ; PP. 8-9

تتميز العقلنة الحسنة بـ:

*وجود كمية معتبرة للتصورات النفسية.

*وجود ترابط ما بين هذه التصورات أفقيا وعموجديا

*إثراء هذه التصورات وشحنها بقيم عاطفية ورمزية خلال التطور الفردي.

*استمرارية هذه المميزات الثلاث في الزمن.

تشير كل هذه المميزات إلى سمك نظام ما قبل الشعور، سيولته، واستمرارية عمله في الزمن.

تصادف العقلنة الحسنة حسب مارتي، عند الأفراد الذين يندرجون ضمن العصابات العقلية الكلاسيكية، وضمن العصابات حسنة التعقلن، هذه الأخيرة لا تمتلك مثل العصابات العقلية، أنظمة منظمة ومثبتة بصفة صارمة للدفاعات العقلية، فتظهر العرضية العقلية فيه أقل صلابة وختلفة الأشكال نظرا لاشتراكها بسمات طبيعية وسلوكية، اكثر مما عليه في العصابات العقلية.[1]

ب-العقلنة السيئة:

تتميز العقلنة السيئة، حسب مارتي بـ:

1-فقر في نوعية التصورات، إذا تظهر ضعيفة الشحن بالوجدانات وبالرموز، مما يجعلها نادرا محا ترابطات أفكار.[2]

2-فقر في كمية التصورات.

تكون التصورات في هذا النمط من العقلنة، سطحية ومحدودة إذ تظهر كإعادة مباشرة للإدراكات المعاشة في الواقع ، فتفتقد تصورات الكلمات انطباعاتها العاطفية والرمزية ويتحدد ترابطها في ما بينها.

تصادف العقلنة السيئة في أشكال عيادية،[3] متمثلة في:

-حالات إختلال نظام ما قبل-الشعور.

-حالات عدم توفر التصورات، بسبب التجنب المفرط لها أو قمعها المستمر.

[1] - Marty(p), la psychosomatique de l'adulte, Paris, P.U.F « Que sais-Je » ; 1992 ; PP. 42.
[2] - Marty(p), la psychosomatique de l'adulte, Paris, P.U.F « Que sais-Je » ; 1992 ; PP. 50
[3] -Marty(p), la psychosomatique de l'adulte, Paris, P.U.F « Que sais-Je » ; 1992 ; PP. 31.

-عصابات السلوك.

-العصابات السيئة التعقلن.

تتميز هذه الاخيرة عن سابقتها بدرجة الفقر النوعي والكمي للتصورات، إذ تظهر عصابات السلوك أكثر فقرا من الناحية الكمية والنوعية للتصورات.

يؤدي تحديد التصورات من ناحية كميتها ونوعيتها إلى تحديد امكانيات الاعداد العقلي، مما يجعل الأفراد ذوي العقلنة السيئة يلجأون إلى النشاط السلوكي لتفريغ والتعبير عن مختلف الاستثارات الداخلية أو الخارجية التي تواجههم.

ج-العقلنة المشكوك فيها:

تتميز العقلنة المشكوك فيها بوجود تصورات غنية من الناحية الكمية والنوعية، إلا أن استعمالها من الزمن يبقى متغيرا، فأحيانا يبدو الأفراد الذين يمتلكون هذا النمط، كأفراد يتمتعون بعقلنة حسنة، إذ يظهرون غنى في التصورات وفي الأفكار، بينما يظهرون أحيانا أخرى فقرا وسطحية في تصوراتهم النفسية، مما يوحي إلى عقلنة سيئة.

حسب مارتي، أدت ملاحظة التغيرات في سير نظام ما قبل الشعور، وفي نوعية وكمية التصورات عند الافراد ، وهذا خلال مقابلة عيادية واحدة احيانا، إلى وصف هذه العقلنة بـ المشكوك فيها، كما أدى إلى وصفها بـت "المشكوك فيها" أيضا، شعور الفاحص بالحيرة عند محاولته الفصل (trancher) في نوعيتها.

تظهر العقلنة المشكوك فيها، حسب مارتي، عند أفراد تعرضوا خلال مدة زمنية مطولة، نسبيا، لعدم توفر التصورات المكتسبة نظرا لتدنب أو قمع هذه التصورات.[1]

[1] - Marty(p), la psychosomatique de l'adulte, Paris, P.U.F « Que sais-Je » ; 1992 ; PP. 43

الفصل الخامس
الجانب المنهجي

تمهيد:

يحتوي هذا الفصل على مختلف الاجراءات التي تعتمد عليها للكشف عن نوعية العقلنة عند مرضى مصابين بالتصلب اللويحي، ذللك باعتمادنا على المنهج العيادي الذي يشمل على مجموعة من الوسائل التي تسمح بجمع المعلومات المتمثلة في رائز تفهم الموضوع TAT و المقابلة العيادية

1-الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية دراسة استكشافية تسمح للباحث بالحصول على معلومات اولية حول موضوع بحثه و تعتبر الخطوة الاولى و المهمة في القيام باي بحث علمي، و كذا التعرف على الظروف و الامكانيات المتوفرة في الميدان و مدى صلاحية ادوات البحث المستعملة قصد ضبط متغيرات البحث.

لقد بدانا دراستنا الاستطلاعية للتعرف على مكان اجراء البحث و مدى توفر الامكانيات، و التقرب اكثر من المصابين بمرض التصلب المتعدد المتواجدين بالمكان.

بحكم عملنا و ممارستنا العيادية في مستشفى العقيد اوعمران و احتكاكنا بالاشخاص المصابين بالتصلب المتعدد و كذا المعاناة النفسية لهذه الفئة دفعنا للقيام بالدراسة حولها.

طلبنا من الاخصائية النفسية بعض الحالات و التي تتمثل في 10حالالت من اجل القيام بدراستنا و تطبيق اختبار تفهم الموضوع وكانت تتراوح اعمارهم ما بين 22 الى 60 سنة حيث استغرق عملنا لمدة شهر نظرا لغياب بعض العينات و عدم الحظور في الموعد

2-منهج البحث:

اعتمدنا في دراستنا هذه على " المنهج العيادي " باعتباره الأنسب لدراسة الحالة لما فيه من خصائص تخدم موضوع الدراسة،يستخدم في الدراسة المعمقة للشخصية كحالة فردية (عادية أم مرضية) تستهدف فهم الحالة الراهنة لسلوك المريض اعتمادا على معطيات تاريخه الماضي، وأدائه الحاضر بغية تشخيص الحالة مع التقدير أو التنبؤ بتطورها مستقبلا، ثم انتقاء الطرق العلاجية المناسبة.

- **تقديم حالات الدراسة الاستطلاعية:**

بما ان البحث يهتم بمرضى التصلب المتعدد، فقد تم الاتصال ب 2 مصابين بالتصلب اللويحي

نذكر حالتي السيدين " ي " ك".

1 – ظهر مرض التصلب المتعدد عند السيد "ي" منذ ثمان 8 سنوات، وتواترت الدفعات عنده بانتظام، على مدى ست (6) سنوات على شكل دفعة في صيف كل سنة، دون أن تؤدي هذه الدفعات إلى إصابات عصبية جديدة و إلى عرضية عيادية جديدة ،بحيث تبق إعاقته متمثلة في صعوبة في المشي (مشي بطيء) فقط. من ناحية الدفاعات العقلية، ظهرت عند السيد "ي" أساليب دفاعية من النوع

الهجاسي ومن النوع العظامي، لكنها ليست ذات فعالية كبيرة، مثلما بينه رائز (T.A.T) تفهم الموضوع. كما ظهرت دفاع ات هامة، ذات قيمة تفريغية مباشرة، على مستوى السلوك، نظرا لمكانة النشاط الرياضي في الحياة الماضية للسيد "ي" (بحيث كان يمارس بانتظام كرة القدم قبل مرضه، وهو منزعج كثيرا لعدم تمكنه حالي ا من ممارسة هذه الرياضة، رغم حضوره في كل مبارات فريقه)، ونظرا للجوئه إلى المشاجرة بانتظام عند مواجهته لعدوانية الغير، إذ صرح:

Direct ce n'est pas moi qui réagit, c'est mes organes".

"أضرب مباشرة، لست أنا الذي أقوم برد الفعل بل أعضائي."

لم يظهر في السوابق المرضية عند السيد "ي" إلا إصابات بالزكام أحيانا، ولقد منحت له عناية خاصة من طرف كل العائلة لكونه الابن الأصغر والأخير.

تشير هذه المعطيات الملخصة لحالة السيد " ي " إلى :

- عقلنة سيئة عند هذا المريض ، لكون الدفاعات الهجاسية و العظامية غير صلبة وذات فعالية نسبية، تكشف على أنا مثالي أكثر مما تكشف على تنظيم عصابي أو ذهاني .

- عقلة سيئة معوضة (compensée) بدفاعات فعالة على مستوى السلوكات خاصة

(دفاعات الطبع غير مسيطرة)، و معوضة أيضا بمحيط عائلي ملائم (favorable).

هذان العاملان قد يصران الحالة الصحية الماضية الحسنة للسيد " ي "، وعدم تدهور حالته الصحية الحالية، رغم تعدد الدفعات (6 دفعات)، التي يظهر أنها أخذت إلى حد الآن قيمة توازنية للاقتصاد السيكوسوماتي عند اختلاله .

2 - أما حالة السيد " ك "، فهي مختلفة تماما عن حالة السيد "، إذ تم الكشف عن إصابته بمرض التصلب المتعدد منذ سنتين فقط ، إلا أن أعراضه الأولى ظهرت منذ اربع سنوات، تعرض السيد " لك " إلى ثلاث دفعات أدت إلى إصابة رجله اليمني التي لم تعد وظيفية ، إذ لا يتمكن السيد " ك " من استعمالها أثناء المشي (يجرها فق ط)، ظهرت في السوابق المرضية إصابات متكررة بالذبحة (Angines) خلال الطفولة الأولى، وإصابة بمرض الربو عند سن الرابعة . أذي تواتر وشدة أزمات الربو إلى إقامات متكررة بالمستشفى، وفي الوقت نفسه الذي ظهرت فيه الأعراض الأولى لمرض التصلب

اختفت أزمات الربو، إذ صرح السيد " ك " أنه لم يتعرض لأزمة منذ أربع سنوات. قد تشكل الحالة النفسية الحالية للسيد " ك " المثل الحي للحياة العملية الموصوفة من طرف ب ، مارتي، إذ سجلنا غياب شبه كلي للحياة الوجدانية والهوامية في حيات ، كما صرح السيد " ك " بغياب كلي للحياة الحلمية عنده حيث قال :

je n'ai jamais rêvé de toute ma vie , d'ailleurs je voudrais vous demander si cela est normal. "

كما يميز حديث السيد " ك " التمسك بكن ما هو ملموس وحالي، وخاصة ما يتعلق بمرضه الذي يعتبر كموضوع الاتصال الوحيد معه، إذ استحال التطرق إلى جواد بأخرى لحياته، لكونه يعود في كل مرة إلى إصابة رجله اليمني وضرورة التخلص من هذه الإعاقة

تدهورت الحالة الصحية للسيد " ك " عند مغادرته المنزل العائلي (منذ ثلاث س نوات)

والسفر إلى جنوب الوطن للعمل هناك. مكث " ك " بالجنوب مدة سنة، ثم اضطر إلى العودة إلى العاصمة نظراً لإصابة رجله، وهو متوقف عن العمل منذ سنتين، أي منذ الكشف عن إصابته بمرض التصلب المتعدد. ويرجع "ك" سبب إصابته بهذا المرض إلى عامل الحرارة المرتفعة، التي تعتبر وصفة معاكسة (une contre– indication) للمرض

تشير هذه المعطيات الملخصة لحالة السيد "ك" إلى عقلنة سيئة، قد تكون ناتجة عن نقائص في تنظيم جهازه العقلي، الذي تم إفساده تحت مفعول ص لدمة " الف راق "العائلي، وخاصة فراق الأم التي منحته منذ الصغر، عناية خاصة بسبب إصابته بمرض الربو.

وتظهر هذه النقائص للجهاز العقلي من خلال غياب الدفاعات العقلية الفعالة من النوع العصابي أو الذهاني، ومن خلال سوء سير نظام ما قبل–الشعور (الذي يكشف عنه فقر ترابطات الأفكار نتيجة فقر التصورات، وغياب الصدى الهوامي والوجداني، وغياب الحياة الحلمية، أي الحياة العملية) وكذلك من خلال فقر معتبر في التوظيفات، في حياة السيد "ك" ، سواء تعلقت هذه التوظيفات بحياته العلائقية أو العائلية أو الاجتماعية، أو بحياته الدراسية والمهنية.

وقد تتعقد الأمور، عند السيد " ك "، نظرا لاختفاء الدفاعات على مستوى الطبع، وتحديدها (limitation)على المستوى الحسي–الحركي، مما يجعل هذا المريض في حالة

هشاشة سيكوسوماتية، لا تبشر بخير فيما يخص تطور المرض عنده، خاصة في حالة غياب مواضيعه المفضلة.

نهدف من خلال تقديم هاتين الحالتين إلى:

1-الإشارة إلى عدم مصادفتنا لمرضى مصابين بمرض التصلب المتعدد ذوي عقلنة حسنة.

2 – الإشارة إلى المكانة الخاصة التي يحتلها مرض التصلب المتعدد عند كل مريض في اقتصاده السيكوسوماني.

3 – الأهمية الاقتصادية للسلوكات وللنشاطات الحسية-الحركية الأخرى، وكذلك الوجود الفعلي للمواضيع المفضلة، في الحفاظ على التوازن السيكوسوماتي للمرضى.

4 – الإشارة إلى إمكانية الانتقال من سياق إفساد تنظيم نكوصي إلى سياق إفساد تنظيم تدريجي

كما تجدر الإشارة إلى مصادفتنا لحالات وسيطية للعقلنة السيئة، بين الحالتين المتطرفتين المذكورتين.

تقنيات البحث المستعملة

تتمثل تقنيات بحثنا، مثلما أشرنا إليه منذ قليل، في مقابلة عيادية نصف موجهة ورائز إسقاطي، رائز تفهم الموضوع(T.A.T)

1-المقابلة العيادية العيادية:

للقيام بالمقابلة العبادية، قمنا الاعداد مرشد للمقابلة لأخذ بعين الاعتبار خصوصيات إختلالات التنظيم التدريجية والأمراض الخطيرة الناتجة عنها، وهذا سواء من ناحية المميزات السومائية أو من ناحية المميزات العقلية، قصد التمكن من اختبار فرضيات بحثنا فعمدنا إلى جمع المعطيات الجسمية والمعطيات العقلية بالتطرق إلى عشرة مواضيع تتمثل في:

-المرض الحالي.

-الأمراض أو الإصابات الجسمية الآخر الحالية.

- السوابق المرضية خلال الطفولة و المراهقة

-سير الطفولة و المراهقة.

-الحياة العائلية والزوجية قبل وبعد المرض.

الحياة المهنية والاجتماعية قبل وبعد المرض.

-النوم والحياة العلمية

-النشاطات الحرة.

-تصور المستقبل.

-ردود الفعل اتجاه العدوانية.

تهدف من خلال التطرق إلى كل هذه المواضيع، إلى تقييم كل من نوعية الهيئة الجسمية ونوعية العقلنة عند المرضى، وهذا استنادا إلى المعطيات التي تم استخراجها وجمعها باستعمال كل من شبكة تحليل المقابلة، التي قمنا باعدادها، وورقة التصنيف الـ سيكوسوماتي لبيار مارتي ستعتمد على التصنيف

السيكوسوماتي لبيار مارتي، وبالخصوص منه البنود المميزة لكل من الأمراض الخطيرة المندرجة ضمن إختلالات التنظيم التدريجية، والعقدة السيئة للتعرف على:

-المميزات الحالية الأساسية للمرضى

-مميزات المرضى العادية الأساسية.

-بنيات المرضى الأساسية

ستسمح لنا هذه المؤشرات بعد تحليل معطيات المقابلة العيادية، بواسطة شبكة التحليل التي سنعرضها بعد قليل، بوضع تشخيص وتقييم لنوعية العقلنة والهيئة الجسمية للمرضى.

سنقتصر هنا على تقديم بنود التصنيف السيكوسوماتي المميزة لاختلالات التدريجية للتنظيم (والأمراض الخطيرة الناتجة عنها) وللعقلنة السيئة، مثلما وضعها بيار مارتي في مقاله نشاة الأمراض الخطيرة ومعايير الخطورة في السيكوسوماتية لسنة 1991، وسنقوم بعرض ورقة التصنيف السيكوسوماتي كاملة في ملحق هذا البحث. نشير إلى أن تركيز اهتمامنا، حول هذه البنود، لا يعني عدم إمكانية ملاقاتنا للبنود الآخر المكونة للتصنيف السيكوسوماتي والغير واردة هنا(على سبيل المثال البند 661 المتعلق بتعدد العمليات الجراحية، والبند 251 المتعلق بالمرور المتواتر إلى السلوكات).

لقد فضلنا ألا نعرض هنا سواء البنود المرتبطة بشكل مباشر بفرضيات بحثنا.

1-التصنيف السيكوسوماتي لبيار مارتي:

تتمثل البنود المتعلقة بنوعية العقلنة عند المرضى الذين هم عرضة لإختلال تدريجي للتنظيم و لمرض خطير، في إطار البنية الأساسية في:

-عصابات السلوك.

-العصابات السيئة العقلنة بمختلف أشكالها العيادية.

أَما فيما يخص المميزات الحالية الأساسية (أي) التي ظهرت حديثا عند المرضى فنجد:

-إكتئاب أساسي.

-حداد أو فقدان مواضيع مهمة حالية غير معدة (عقليا).

-التفكير العملي

-إختلال تدريجي للتنظيم.

-تحديدات حديثة، طارئة أم لا، للنشاطات الجسمية.

-تغير ملحوظ لأقل من سنة في الاقتصاد العلائقي

أما ما يتعلق بالمميزات العادية الأساسية للمرضى، فنجد:

أ-في إطار العرضية (النفسية):

-قلق منتشر.

-اكتتاب كامن

-مظهر مازوشي من نوع عصاب المصير، مع عدم إدماج إلى باعات مطاوعة Satisfactions) (passives حالات عذاب بدون موضول ولا رغبات و بدون تغير بمناسبة المرض الذي لا يصبح موضوع توظيف.

-كف، تجنب و قمع التصورات و الفكر.

-قمع التعبيرات النزوية في السلوك.

ب-وفي إطار سوابق المريض (Anamnese) نجد:

-حداد قديم غير معد عقليا.

-مشاكل أساسية متعلقة بالهوية.

-حداد أشهر خاص أو فقدان مواضد بع، ذات معنى مباشر أو غير مباشر خلال فترة حمل الأم أو خلال السنتين الأوليين.

-تغير ملحوظ للاقتصاد العلائقي خلال السنتين الأولتين.

-إكتتابات أساسية متواترة.

-إختلالات تنظيم متكررة (أمراض متواترة).

- إكتئاب المراهقة.

تجدر الإشارة إلى أن البنود المذكورة في المميزات الأساسية الحالية والعادية، تمثل معظم الإمكانيات التي يمكن مصادفتها في الفحوص العيادية الـ سيكوسوماتية للمرضى لذا ينتظر الحصول على مجموعات متماسكة من البنود ضمن تلك التي ذكرت وستختلف كل مجموعة عن الأخر باختلاف المرضى نظرا لتفرد قصة كل مريض (Singularité de l'histoire des malades) وسترجع هذه المجموعات المتماسكة، بعد عمل تأويل المعطيات إلى إحد D البنية بين الأساسيتين المذكورتين سابقا.

2-شبكة تحليل المقابلة العيادية:

للتأويل معطيات المقابلة العيادية عمدنا إلى إعداد شبكة تحليل تحتوي على عدد من العناصر التفريقية التي وضعناها استنادا إلى مرجعنا النظري و فرضيات بحثنا.

ستساعدنا هذه العناصر التفريقية على التعامل مع بنود التصنيف السيكوسوماتي التي عرضت في الصفحات السابقة قصد التعرف على خصوصيات العقلنة للمرضى في علاقتها مع هيئتهم الجسمية.

تتمثل هذه العناصر التفريقية فيما يلي:

-المرض الحالي:

أ- وقت الإصابة به منذ مدة طويلة أم حديثا.

ب- درجة الإصابة متقدمة أم لا.

ت- وتيرة الدفاعات متعددة ومتقاربة أم متباعدة وقليلة

ج- الإقامات بالمستشفى (كثيرة أم قليلة).

ح-تطور المرض (بطيء أو سريع)

- الأمراض أو الإصابات الجسمية الأخرى الحالية:

أ- وجودها أو غيابها.

ب- نوعها (خطيرة أم هيئة).

ت- طبيعتها (مزمنة أم رجعية).

ج- الإقامات بالمستشفى التي استوجبتها هذه الأمراض والإصابات (قليلة منعدمة أم متعددة).

وقت ظهورها (قبل الإصابة بمرض التصلب المتعدد أم بعدها، منذ مدة قصيرة أم طويلة).

3-السوابق المرضية خلال الطفولة والمراهقة:

أ- وجود أمراض أو إصابات أم غيابها.

ب- طبيعة كل مرض أو إصابة (مزمنة أم حادة رجعية).

ت- نوعها (خطيرة أم هيئة).

ج سن ظهور كل مرض أو إصابة.

-وتيرة ظهور الأمراض أو الإصابات متعددة و متكررة أم قليلة و نادرة (الإقامات بالمستشفى.

4-سير الطفولة والمراهقة:

أ- التعرف على مميزات المحيط العائلي تواجد الوالدين أو غياب أحدهما أو كليهما، تواجد الإخوة والأخوات نوعية العلاقة مع كل واحد منهم،

وجود توظيفات لمواضيع مفضلة أم لا.

ب- وجود أو غياب توظيفات أخرى لنشاطات مثل الدراسة، الرياضة النشاطات المفضلة.

وجود أو غياب توظيفات لعلاقات أخرى مثل الأصدقاء من الجنس نفسه أو من الجنس الآخر. ت- وجود أو غياب تغيرات ملحوظة في الطبع والسلوك (خلال فترة المراهقة).

5- الحياة العائلية والزوجية، قبل وبعد الإصابة بالمرض:

أ- التعرف على طبيعة العلاقة مع المواضيع وخصوصا الزوج(ة) والأبناء قبل وبعد المرض، وكذا تحديد تواجد أو غياب تغيرات بعد الإصابة بالمرض) وهذا في الاقتصاد العلائقي الجنسي، الطبع السلوكات.)

6- الحياة المهنية والاجتماعية قبل وبعد المرض :

أ- التعرف على نوعية التوظيف المهني، قبل وبعد المرض. ب التعرف على تواجد أو غياب توظيفات اجتماعية مثل الاندماج في جمعية ما، كجمعية مرضى التصلب المتعدد ممارسة نشاطات ثقافية زيارات

7 النوم والحياة الحلمية:

أ- التعرف على نوعية النوم مضطرب أم لا، مدة النوم طويلة أم قصيرة، المرور بفترات فقدان النوم أم لا قبل وبعد المرض.

ب- التعرف على نوعية الحياة الحلمية (متواجدة أم غائبة، متواجدة مع إمكانية استنكارها أم العكس متواجدة مع ترابطات أفكار أم العكس).

8 -النشاطات الحرة:

أ- موجودة أو منعدمة.

ب طبيعتها، في حالة تواجدها (حسية - حركية رياضة مثلا)، أم عقلية (مثلا) مطالعة أو كتابة شعر أو قصص، أو غيره.

9 -تصور المستقبل:

أ-وجود قدرة لتصور المستقبل أم لا.

ب وجود مشاريع مستقبلية أم لا قبل وبعد المرض)

10 -ردود الفعل اتجاه العدوانية:

أ- وجود رد فعل أم غيابه.

ب- طبيعة رد الفعل في حالة تواجده (تفريل مباشر، سلوكي أم حسي .. حركي، تظاهرات طبيعية، إعداد عقلي متبوع أم لا بتظاهرات طبعية أو سلوكية

ونشير إلى أنّه بالإضافة إلى تحليل محتوى المقابلة العيادية، سيتم تقييم شكلي لها، وهذا قصد تدعيم التشخيص حول نوعية العقلنة. المعايير التفريقية لنوعية العقلنة الت سنستعملها في التقييم الشكلي والتي تم استخرجها من التصور النظري لـ بيار مارتي (أنظر الجزء الخاص بالعقلنة في الجانب النظري) هي:

-تصورات الأشياء سائدة على تصورات الكلمات، أم العكس.

-حديث المريض مشحون بصدد وجداني وهوامي، ومعب بمحتويات رمزية أم العكس.

-حديث المريض عرضة لترابطات غنية للفكار، أم العكس.

-حديث المريض مفهوم أم غامض، التلفظ سليم أم مشوه، الكلام متواصل أم متقطع.

-حديث المريض مركز على كل ما هو ملموس، فعلي، حالي أم العكس.

- النشاط الحلمي غائب أم موجود في حالة تواجده إمكانية أم استحالة استذكاره، وعند استذكاره خضوعه أم لا لترابطات أفكار وشحنه أم لا بمحتويات رمزية ووجدانية (مقارنة بالأحلام العملية).

تشير كل هذه المعايير إلى القيمة الوظيفية لما قبل الشعور، وتخص سيولته، سمكه واستمرارية عمله في الزمن، مما يكشف عن نوعية العقلنة.

- **تقديم دليل المقابلة:**

يرتكز دليل المقابلة على مجموعة أسئلة مفتوحة هي:

-أهدرلي (أهدريلي) على المرض انتاعك وحسب إجابة المرضى الطلب تدقيقات تخص من ظهور المرض، ظروف ظهوره والكشف عنه، تطوره منذ ظهوره إلى غاية يوم المحادثة (عدد الدفعات وتيرة الدفعات الإقامات بالمستشفى العواقب الناتجة عن الدفعات).

-واش من الدوا لراك (ي) تاخدو (يه) درك وحسب إجابة المرضى تطلب تدقيقات حول تغير العلاج الاستجابة للعلاج الانتظام في تناول الدواء.

-من غير هذا المرض، عندك مرض واحد أوخر ولا مرضت بكش مرض قبل ما يبداك la sclerose en plaques وفي حالة الإجابة بنعم نطلب تدقيقات حول الأمراض الأخر ...

-واش هم الأمراض اللي مرضتهم كانت صغير (ة) ، يعني ملي زدت حتى 11-12 سنة.

–أو من بعد يعني من 12 سنة حتى 20 – 22 سنة، واش مرضت 6 – أو من هداك الوقت للدرك واش زدت ،مرضت من غير la SEP وحسب الإجابة، وانطلاقا من السؤال رقم 4 نطلب تدقيقات حول سن المرض، مدة المرض، الإقامات بالمستشفى، العلاج

–من غير المرض، كشما راولك des accidents ككنت صغير (ة) ولا ككنت مراهق، ولا ككبرت

وفي حالة الإجابة بنعم طلب التدقيقات الخاصة بالسن، بالعواقب، الإقامة بالمستشفى اله....

–ملي مرضت بهذا المرض، حسيت بتغيرات des changements في حياتك par rapport

لبكري قبل ما تمرض وفي حالة الإجابة بنعم طلب تدقيقات حول طبيعة التغيرات ومجال التغيرات.

–درك أهدر لي أهدريلي شويا على روحك وفي حالة ما مللنا المريض عما نريد معرفته أو ما نقصده من السؤال نضيف:

يعني حياتك العائلية، قراينك، خدمتك حسب ما كان المريض يعمل أو يدرس العلاقات مع زوجتك في حالة زواجه)، مع ولادك، مع صحابك، مع والديك، خاوتك، خواتتك، هذا الشيء كامل

–كونت هكذا من بكري، كما حكيتلي ولا تبدلت شويا ملي مرضت في حالة الإجابة بنعم نطلب تدقيقات حول التغيرات ومقارنتها بالماضي.

–أحكي لي على الصغر انتاعك وحسب الإجابة، نطلب تدقيقات حول الوالدين الإخوة والأخوات العلاقات معهم، الدراسة، الأصدقاء النشاطات المحبوبة في هذه الفترة، سن المشي، الكلام، النظافة النشاط الحلمي

–ما هم الذكريات les souvenirs اللملاة واللي ماشي ملاة لقعدولك من الصغر انتاعك أو من بعد يعني كبلغت كوليت(adolescente) ، كفاش عشت هذه الفترة كفاش كانت حياتك

حسب الإجابة نطلب تدقيقات حول التوظيفات الجديدة أي النشاطات المفضلة العلاقات مع الجنس الآخر، والعلاقات مع الوالدين، الأصدقاء

14 – أما هم الذكريات اللي قعدولك من هذ الفترة

15 – أو درك كفاش راهي حياتك الزوجية والخاصة ثم إضافة السؤال: حسيت تغير في هذا المجال ملّي مرضت ولا كيف كيف كما زمان

وفي حالة الإجابة بنعم نطلب تدقيقات حول التغير.

16 – أو فيما يخص الرقاد انتاعك، راك ترقد مليح ولا عندك مشلكل باش ترقد

وفي حالة وجود اضطرابات في النوم نطلب تدقيقات حول هذا الموضوع.

17 – أو المنامات تنوم ولا لالا وفي حالة الإجابة بلا نطلب تدقيقات حول وقت اختفاء الأحلام، أو اختفائها أو عدم تذكرها فقط. كما أنه في حالة الإجابة بنعم نطلب من المريض (ة) أن يحكي لنا حلما قام به مؤخرا أو لا يزال يتذكره،

كما نطلب تدقيقات حول الأحلام (أحلام غامضة وغير مفهومة أو العكس، أحلام معيدة لنشاطات النهار أم لا.

18 – أو فيما يخص المستقبل، كفاش راك تشوفو (فيه) واش هم les projets انتاعك

19 – لو كان نطلب منك توصفلي 'caractère انتاعك ، واش تقدر تقول على روحك

إضافة السؤال : مبكري انت هكذا ولا تبدلت بعد ما ممرضت وفي حالة

الإجابة بنعم، نطلب تدقيقات حول التغيرات (ما هي). وفي نفس الإطار نطرة السؤال التالي: أوكي واحد ي nervique ولا يتبلاك كفاش ت réagit واش دير 20 – قبل ما نكملوا ونبداو le test ، حبيت نسقسيك كفاش حسيت روحك ملي راك هنا يعني كاين شي حواي قلقوك كاين حاجة قلتها لك ما عجباتكش ولا قلقاتك وفي حالة الإجابة بنعم نطلب تدقيقات حول موضوع الانزعاج أو لقلق.

ملاحظة: نشير إلى أننا نقوم بتسجيل التظاهرات الجسمية المهمة خلال المحادثة.

التقنية الإسقاطية: رائز تفهم الموضول (T.A.T)

يرى الباحثون الإسقاطيون أن الروائز الإسقاطية تشكل إح الأدوات الأساسية للمختص النفسي العيادي، كما يعتبرون أن هدف هذه الروائز علاوة على التشخيص (...) هو أيضا إدراك خصوصيات السير العقلية، ويتعلّق هذا بالبحث عن الفروقات".

وبخصوص ميدان السيكوسوماتية، تقول .ك شابر (C.Chabert) في مقالها " المناه الإسقاطية في السيكوسوماتية ما يلي : إذا لجمانا إلى الطريقة الإسقاطية، فهذا لأننا ننتظر من هذه الطريقة (démarche) أن تكشف عن ما لا يظهر في وضعيات أخر ، وخصوصا في الفحوص العيادية .

كما يمكن أن يشكل التوسط الذي يقدمه الرائز في مادته، في حد ذاتها نقطة سند في الواقع، مهم لأشخاص، أكد كل الكتاب على صعوباتهم للتوصد لى إلى الفكر اعتبارا لكل هذه الخصوصيات، ولعدم تخصصنا في ميدان الـ سيكوسوماتية، والذي تذكر أن الفحص فيه لا يستند إلى الروائز الإسقاطية إلا بصورة استثنائية، عمدنا إلى استعمال تقنية إسقاطية: رائز تفهم الموضول (T.A.T) للحصول على معطيات أخرى "موضوعية"، تسمح لنا بالكشف عن خصوصيات السير العقلي للمرضى، ومنها تقييم نوعية العقلنة عندهم، وهذا عبر إمكانياتهم [[]عداد العقلي. فيمكننا اعتبار إمكانيات أو نوعية الإعداد العقلي لقصص T.A.T كتمظهر لإمكانيات ونوعية العقلنة للمرضى بصفة عامة.

تم اختيار رائز تفهم الموضو (T.A.T) [كتقنية ثانية لبحثنا لكونه :

– الرائز الإسقاطي الأكثر دلالة في ميدان التشخيص التفريقي بين الأنماط الخاصة للسير العقلي، وهذا من خلال مادته تعليمته، طريقة تحليله وخلفيته النظرية. لذا يؤكد الباحثون الإسقاطيون على استعماله في كل" وضعية تتطلب (..) فحصا من يكولوجيا به دف البحث المعمق للسير العقلي للفرد.

ويصرة الباحثون أنفسهم أن فيما يتعلق بميدان البحث يمكن لرائز تفهم الموضو (T.A.T) [أن يستعمل بمفرده دون تقنية إسقاطية آخر.

– من بين الروائز الإسقاطية التي لا تزال تشكل موضوع بحث متواصل إلى غاية يومنا هذا. كما يعتبر رائز (T.A.T) الرائز الإسقاطي الوحيد الذي أدرج بعض معطيات النظرية السيكوسوماتية لبيار مارتي في ورقة فرزه في الثمانينات ، ثم عرف إدماج المفهوم الجوهري " الاقتصاد السيكوسوماتي " في التسعينيات، مما أد إلى ظهور ورقة فرز جديدة في 1997.

يمكننا، في هذا الثلان فتح قوسين نطرة بعض التساؤلات حول الوضعية الحالية لاستعمال التقنيات الإسقاطية وخصوصا رائز (T.A.T) ورائز الرورش (Rorschach) ، فنسال:

1-لماذا، في الوقت الذي يؤكد بعض الباحثين الإسقاطيين على الاستعمال المزدوج لرائزي الرورشا (T.A.T) ، خصوصا في الوضعيات التي تهدف الكفالة النفسية (سواء تعلق الأمر بعلم النفس المرضي الكلاسيكي أو بميدان السيكوسوماتية) قامت الباحثة.دوب ري (R. Debray (اعداد ورقة فرز جديدة لرائز T.A.T ألم يتفق الإسقاطيون على وجود تكامل بين الرائزين بتقديم تبريرات مثل كشف الرائزين على مستويات إشكالية وسير عقلي مختلفة، وضرورة مواجهة معطيات الرائزين ضمن تفكير تفريقي لمختلف أنماط الـ سير العقلي هل يمثل هذا الاتفاق حول تكامل الرائزين حل وسط للوضعية غير المصرة عنها، لانقسام الإسقاطيين الفرنسيين إلى رواد للرورشا ل وراود لرائز تفهم الموضوع هل يعود هذا الاتفاق إلى تجاذب (ambivalence) بعض الإسقاطيين وخاصة منهم رواد الرورشاخ

-هل تشكل ورقة الفرز الجديدة لرائز T.A.T اعتراف ودل يلا لتفوق رائز (T.A.T) على رائز الرورشا I من ناحية حساسيته" في مجال التشخيص التفريق ي لمختل ف أنماط السير العقلي الإنساني، بينما يصرة الإسقاطيون بتميز (TAT) عن الروش DL دون الاعتراف بشموليته ي مجال

3- وأخيرا، لماذا لا يزال رائز (T.A.T) إلى غاية يومنا، محل بحث في التشخيص التفريقي لما ليمثل " الفردية الإنسانية "، ويتمكن من إدماج المعطيات العيادية الجديدة في ورقة فرزه في كل مرة هل يعود هذا فعلا إلى تميز مادة الرائز "، مثلما يـ صرة بـ هـ بعض الإسقاطيين، أو إلى طريقة تنظيره

لا نهدف من وراء طرة هذه التساؤلات التقليل من أهمية وفائدة (utilité) راد ز الروشا في الممارسة العيادية، بل إظهار تفوق رائز تفهم الموضو (T.A.T) [فيما يتعلق بالتشخيص التفريقي للسير العقلي، ولنوعية العقلنة التي تهمنا في هذا البحث. والسؤال الـ ذي يفرض نفسه بخصوص بحثنا هو: هل يتوافق رائز تفهم الموض و (T.A.T I م ع مفهوم العقلية لاجابة على هذا السؤال سنقوم بإبراز أهم خصوصيات هذا الرائز، والتي تتوافق مع تعريف العقلنة.

تذكر أولا بالأبعاد التي يأخذها بعين الاعتبار مفهوم العقلنة، والمتمثلة في:

1 - النظام الموقعي الأول، وبالخصوص نظام ما قبل الشعور.

2 - التصورات النفسية (تصورات الكلمات وتصورات الأشياء).

3 – الشحن الوجدانية والرمزية للتصورات. تفرق نوعية هذه العناصر ، مثلما وضحناه في الجانب النظري، بين نوعية أو أش كال العقلنة.

4–بغض النظر عن الخلفية النظرية المشتركة لمفهوم العقلنة ولرائز (T.A.T) ، نجد أن العناصر التي ذكرناها منذ قليل، تتدخل في سياق إعداد قصص (T.A.T) ، الذي يتم عبر المراحل التالية:

–المحتوى الظاهر للصورة مدرك.

–يولد المحتوى الكامن للصورة وتعليمة " تخيل " نكوص وتصورات لا شعورية مرفوقة بوجدانات مرتبطة بها.

–سيكون أم لا ، مركب " التصورات – الوجدانات "، غير المنظم بالتعريف (مثل كل ما يتعلق بالسياقات الأولية) ملتقطا على مستوى ما قبل الشعور، ليصبح مرمزا عن طريق الحديث.

– إمكانيات الإعداد العقلي. ولا للدلال على أن المشكل لا يتموقع في المرحلتين الأولي ينن ذكر بقول مارتي " اللاشعور يلتقط لكن لا يرسل (2) وهذا في أدنى الإمكانيات للاء داد العقل (الحياة العملية). ويتعلق الإرسال هنا بالصد الهوامي والوجداني والرمزي للقصص. لذا تشكل "المقرونية " (أي المرحلة الثانية في تحليل معطيات الرائز)، حسب رأينا، النقطة القوية في ورقة فرز(3) (T.A.T) ، إذ تظهر أيضا كمؤشر لنوعية العقلنة لكونها تمكن من تقييم نوعية و أساليب الحديث المستعملة في بناء القصص، حيث أن هذه الأساليب تسمح تنظيم وتعبير التصورات والوجدانات المجندة من طرف مادة الرائز، لذا لا يكف ي لوصف " المقرونية " بالحسنة، تواجد أساليب متنوعة وتواجد قصص مبنية بصفة مرضية، بل

وتظهر هذه المرحلة الثالثة كالمؤشر الفاصل على نوعية العقلنة، إذ تكشف عن يشترط أيضا:

–تواجد وجدانات مرتبطة بالتصورات.

–تواجد صد ى هوامي ذي علاقة مع المحتوى الكامن للصورة.

يرجع غياب هاتين الميزتين إلى مقرونية سيئة، وإلى عقلنة سيئة بالمعنى "السيكوسوماتي" للكلمة.

يتوافق أيضا مفهوم العقلنة مع رائز (T.A.T) من ناحية التعليمة، إذ ما يميز هذه الأخيرة هو " وجوب (...) التهاون، لكن بالمراقبة، بحيث يتم تحويل تصورات الأشياء إلى تصورات الكلمات، وتقبل الشحنات الوجدانية، كما تولدها الحركة النكوصية، لكن بتصفيتها بطريقة اللمكن الفكر من أخذها بعين الاعتبار

(1) فيظهر أن الحركة في هذه التعليمة تتم " بين التصورات والوجدانات الشخصية التي ينشطها المنبه، وبين ميكانزمات الرقابة الت ي يج تدخلها على المستوى الشكلي بغاية احترام التزامات منطق الحديث"(2). يظهر إذا مما سبق ذكره، أن أبعاد وسياق " العقلنة " ممثلان بصفة واسعة في رائز تفهم الموضوع.(T.A.T)

استعمال رائز تفهم الموض و (T.A.T) سنستعمل رائز (T.A.T) تبا طريقة .ف شنتوب الكلاسيكية أي بالحفاظ على استعمال:

1 – التعليمة المتمثلة في: " تخيل قصة انطلاقا من الصورة "، مع الإشارة إلى أننا قمنا بتبسيطها أحيانا مع بعض المرضى على الشكل التالي: " نوريلك تصاور، أو أنت تخيل حكاية من راسك على كل تصويرة واحكيهالي..

2 – اللوحات الثلاث عشرة المتمثلة في : 1 ، 2 ، 3 ، 4 ، 5 بالنسبة لك ل المرضى (بالنسبة للنساء 4(بالنسبة للرجال) ، 10 ، 11 ، MF،13، 19 و 16 (بالنسبة لكل المرضى)

3–شبكة تحليل البروتوكولات لسنة 1990.

يعود لجوؤنا إلى استعمال هذه الشبكة وعدم استعمال شبكة . دوبري لـ سنة 1997، إلى سببين هما:

أ–اختفاء " المقرونية " و" الإشكالية " في ورقة الفرز والتي يت سنى للعب نادي (غير المحلل النفساني) الاستناد إليهما للتعرف على خصوصيات السير العقلي مقارنة بالأنماط الدفاعية السائدة ذات عرضية منظمة أو ذات عرضية غير منظمة (المقدمة من العقل سيري، وه طرف روزين دوبري) المستخرجة من ورقة التصنيف السيكوسوماتي لبيار مارتي.

كما أدخلت الباحثة معطيات جديدة غير موضحة مثل حالة أزمة الجزء الأول من ورقة الفرز.

ب– لجوؤنا إلى التقنية الإسقاطية، هدفه، مثلما ذكرناه سابقا ومثلما هو مبرر من طرف الباحثين الإسقاطيين، هو الحصول على معطيات عقلية أخر موضوعية " غير تلك المحصل عليها في المقابلة العيادية. ستسمح هذه المعطيات النفسية بتحديد خصوصيات السير العقلي والإحاطة بنوعية العقلنة عن طريق تقييم إمكانيات الإعداد العقلي للقصص. فاستعمال ورقة فرز (T.A.T) الدوبري، باستثناء مرحلة

فرز الأساليب الدفاعية، يرجعنا إلى وضعية المحادثة، لأن هذه الورقة تحتوي على عدد من البنود المتواجدة في ورقة التصنيف السيكوسوماتي لبيار مارتي.

كيفية تحليل النتائج (أو المعطيات):

سنقوم بتحليل معطيات المقابلة العيادية التي أجريناها مع مرضى مجموعة بحثنا، باتباع المراحل التالية:

1 .نقوم بتحليل معطيات المقابلة العيادية لكل مريض من الناحية الشكلية بواسطة شبكة الفرز التي أعددناها ومن ناحية المحتوى، بواسطة شبكة تحليل المقابلة وورقة التصنيف السيكوسوماتي لبيار مارتي، ونستخرج نوعية العقلنة ونوعية الهيئة الجسدية.

2 .نقوم بتحليل بروتوكول رائز تفهم الموضو (T.A.T) لكل مريض بواسطة شبكة تحليل ف شنتوب ونستخرج خصوصيات السير العقلي ونوعية العقلنة.

3.نواجه نتائ تحليل المحادثة العيادية بنتائ تحليل بروتوكول رائز (T.A.T) لك ل مريض، ونعرض نتائج تحليل الفحص كله على شكل دراسات حالة وسنعمد في الأخير إلى مناقشة فرضيات بحثنا استنادا إلى النتائ التي تحصلنا عليها من دراسات الحالات.

الفصل السادس

الجانب التطبيق

مقدمة

عرضنا في الجزء السابق خصوصيات منهجية البحث التي فرضتها علينا كل من طبيعة ميدان بحثنا (الحقل السيكوسوماتي)، ومميزات الإصابة السوماتية لأفراد . مجموعة بحثنا.

سنقوم في هذا الجزء بتقديم دراسات حالات المرضى الذين قمنا بفحصهم، ونشير إلى أننا لم نعرض في هذه الدراسات إلا المعطيات ذات دلالة بالنسبة لنوعية العقلنة ونوعية الهيئة الجسمية. وستختلف هذه المعطيات من ناحية تقديمها حسب تواجدها أو غيابها من حالة إلى أخر، وحسب خصوصيات كل حالة (أي تفرد قصة كلّ مريض). كما نشير إلى أننا قمنا في دراسات الحالات، بإدماج كل من المعطيات التي تندرج ضمن شبكة تحليل المقابلة والمعطيات التي تندرج ضمن التصنيف السيكوسوماتي لبيار مارتي، وهذا نظرا لاستحالة فصلهما عن بعضهما البعض. وختمنا دراسة كل حالة بتقديم نتائ تحليل رائز تفهم الموضوع وبخصوص هذا الأخير، قمنا بعرض توزيع الأساليب الدفاعية المستعملة، في أوراق ،فرز ، مرافقة لبروتوكولات الرائز الموجودة بملحق المذكرة، وأدمجنا المقروئية والإشكالية ضمن خصوصيات الرائز التابعة لدراسة الحالة.

نبدأ هذا الجزء بعرض نموذج لدراسة مفصلة لحالة. مريض لإظهار طريقة تحليل معطيات الفحص)، تشمل في مرحلة أولى كلاً من المحادثة العيادية، مع تحليلها من الناحية الشكلية ومن الناحية السوماتية، وبروتوكول رائز T.A.T المحلّل لوحة بلوحة ثم في مرحلة ثانية، سنعرض تحليلا إجماليًا لمحتوى المحادثة لإبراز كلاً من الجانب العقلي والسوماتي قصد إظهار نوعية العقلنة. ونختم دراسة الحالة بعرض خصوصيات بروتوكول رائز T.A.T التي نقارنها بنتائج تحليل المحادثة.

دراسة الحالة الأولى: السيدة نسيمة

1- المحادثة العيادية:

الفاحص[1]: أولا أهدريلي على المرض إنتاعك.

المريضة : كفاش بداني

ف: إيه.

م: بداني normal، السخانة قبظتني، النمل في رجليا ، أو كشغل العبد، ولكي تعرفي، كشغل عيان، كشغل الفشلة، كي روحت للطبيب قالي ما عندك absolument rien قالي ديري les درت les canalyses أو less analyses normales، ما عندي والو! بصاة من بعد petit لقيت روحي بلي ماشي هذ المرض، كما نقولو حنايا ماشي لا دوا ولا والوا، même شربت الدوا مادارلي والوا، أم بعد ولاو إيجوني، إواسوني، l'équilibre انتاعي ما نقدرش نشدهم، bon لقيت روحي كي l'équilibre نتاعي ما نقدرش نشدهم وليت نشد في الحيط doucement وليت نشد في الحيط، ام بعد أعييت وليت نعيا بزاف قلت بلاك كي سمنت، من السمانة من، مي بصاح كي زادو ولادي الصغار عندي واحد مولا سبع سنين واحد مولا خمس سنين، كي زدت رفدت جابلي ربي اللتما زدت les chutes .. عرفت روحي بلي زدت في المرض اللتما، وليت رجلي كانت غير تتسحب، وليت عندي كشغل عظمة هنا، كشغل حاجة توجعني تردني وليت خلاص وليت مانشدش قال روحي كنت نشد في الحيط bon a va بصاة وليت ما نشدش روحي، وليت لوكان ما نشدش في حاجة ولا ما نقدرش نشد petit a petit، زادت كي ولدت وليدي الزواج زدت، زدتheu واحد أخر، أو عييت زدت أعييت، في الصيف كجيت في الصيف باش دخلت السبيطار، تانيت لقيت روحي عيانة عييت بزاف وليت ما نقدرش أو سخانة ما نقدرش للسخانة، ما نقدرش كي نقولو حنا ما نقدرش للشمس، ما نقدرش للماء السخون، كي هكذا نعيا نحس روحي عيانة، حتى نغسل بالماء البارد باش نسطر ؟!... حتى كي جيت للسبيطار في الصيف شويا، من داك الوقت شويا، شويا راني في الدار شويا شويا ،يعني بصاة لقيت روحي يعني، كما حنايا كي نمشي بزاف نعيا، عندي نمشي نقولو حنايا زوج ميترات لازم نريح 2 ميترات ،نريح ما نعرف parce والفت هكذاك ما نعرف درت la rééducation هنايا في السبيطار، la، كدرت rééducation كي حنايا، كشغل حاجة

1) سنشير فيما ياتي بحر في "ف" و"م" للاشارة إلى كل من كلمة الفاحص " و كلمة " المريضة ".

يعني او كي نوقف ما نقدرش لازم حاجة، كشغل حاجة واستني هنا، كشغل ما نشدش روحي، petit a petit درت regime ، بديت نلكل المسوس، كما قالي الدكتور " س"، نلكل مسوس شينت شويا لقيت شويا روحي mais toujours السخانة تضرني، السخانة، café noir1 كي نشربوا نحس les nerfs انتاعي يوجعوني ، يغلو ، كما السروال تع الصوف تانيت

ما نقدر لوش وليت نحس بلي هادوا ما نقدر لهومش ، كما حنايا نقولوا الهدرة بزاف، الهدرة بزاف كي نكونو نهدرو بزاف، ما نحبش ديك الهدرة بزاف ، نحب، يجيني ، يجيني وقlcalme ، يجيني، نحب نقعد وحدي خطرات، نسطراح ... يعني لقيت روحي مانقدرش للزقا، الزقا ما نقدرلوش، نخافو الزقا، كشغل نخافو، الماء ككون في الأرض، يكون ما نقدرش للماء، bon كي نكون رايحهة نتمشى نخاف نطيح هاذي est sur حتى نشد وانا نحس روحي وين نشد! كي نشد في حاجة نحس روحي بلي راني à l'aiseابصاح لوكان يشدني واحد ولا، ونحس روحي بلي رايحه نطيح ما نقدرش نشد داك العبد، tu vois حتى ليومنا هذا كما ركي تشوفي.

ف donc, d'accord, قلتيلي كقريب تزيدي الولد السادس...

م: إيه

ف: donc المرض عندو كثر من...

م: راني في عشر سنين كي بداني، راني في عشر سنين، بصاح مالقيتش اللي يداويني parce que بزاف les docteurs وين انروح إيقولولي les c analyses كندير les analyses أو نديلهم les analyses ما كان، والوا إيقولي madame وصل واحد الطبيب هنايا في الدزاير قالي:

madame, Parce que vous portez la gaine. بلاك هي لي واستلك على عروقك، قولتلو لا لا docteur نحس بلي عروقي يوجعوني بلي أو يغلوا قالي non c'est la gaine قالي :

vous portez la gaine, c’est la gaine

قولتلو لا لا، ماشي la gaine، نحس روحي بلي ça va pas كي ولدت وليدي الزاوج الصغير، عرفت روحي هديك c'est une chute parce que ولات رجلي وليت نسحبها، كانت، كانت شويا، وليت نسحبها خلاص عرفت اللي زادت الحاجة هاذي راهي زادت أو كل طبيب واش إقولي، بصاح كي روحت

لطبيب يقولولو " س" راهو يخدم في عيسات إدير دورك ، كي رحت ليه، اللتما قلت، كي دارلي هاديك tu vois هاديك كفاش يقولولهم هاديك تع la neuro.

ف: PE.E.G

م: تع L'E.E.G ، عرفت روحي بلي، بلي هاذا ، أنايا عرفت روحي، مع هذاك الطبيب اللتما عرفت روحي المرض انتاعي.

ف: أو تم ثم لقالك المرض ولا درتي d'autre

م: اللا درت l'examen ، درت في عيسات إدير scanner درت l'IR.M، هنا عندكم درت l'I.R.M، درت كلش باش قالولي عندك هذا المرض.

ف: في أي سنة بالضبط قالولك بلي عندك la S.E.P؟

م: عندها خمس سنين donc خمس سنين زدت خمس سنين ça fait عشر سنين دورك.

ف: donc الخمس سنين الأوليين ما علابالكش؟

م: ما علابالیش l'équilibre انتاعي أو كولش كل واحد واش يقولي رلكي عارفة les docteurs بصاح حسيت بلي، كما نقولو حنايا، ماشي هداك الدواء ما شي هداك.

ف: أو كي قلتي بلي مع الولد اللخر اللي زاد عليك المرض، هذا الولد يعني ولدته normal ولا...

م: normal ما عندوا والو والو والو

ف: و الحمل كان normal

م: normal ، أو قاعتيك كنت شويا عيانة parce que كنت مريضة même الفرملية heu الطبيبة قالت لي ملكونتش عارفة لي كونتي مريضة لوكان قولتيليم للول، قولتلها، يا ودي غير كي جابوني urgenceهكذا نزيد زيدت normal الصغير normal كو لشيت.

ف: أو لولد لي قبلوا كيف كيف

م : كيف كيفnormal

ف: تسمى انت حبيتي تزيدي الدراري

م: ماشي غلطة، كانت اللخر غلطة، و لا لاخر قلت بلاك، بلاك تزيد عندي بنيتة، عليها اللي، على البنت الطفلة.

ف: أو كيزدتي ولد كفاش حسيتي روحك puisque حبيتي طفلة

م: شويا، إيه واش حبيتي ندير دوك خلاص ماراني نقول والو والو والو، ما جاتش الطفلة واش حبيتي أنذير.

ف: done bien ملي ولدتي مادخلتي السبيطار ملكونتيشhospitalisée

م: hon كنت من طبيب لطبيب، منا منا، حتى روحت لعيسات إدير ، اللتما باش حوسولي، باش دارولي، شهر و أنا اللتما.

ف:c'était la 1er hospitalisation :

م: voila المرة الأولى. قالولي الناس تع برا، ولكي تعرفي، قالولي بالاك عندك hernie بلاك هكذا، بلاك هكذا، ما نعرفش عمري ما داويت mais كي روحت اللتما لقاولي، قالولي عندك la sclerose عندك systeme nerveux inflammation، قولتلوا quoi docteur

قالي : sclerose en plaques، او عطاني baclofene، من يومنا هذاك ليومنا هذا راني نشرب فيهم هادوك.

ف: أو لقيتي روحك شويا بهم ولا لا لا

م: non! لقيت روحي. كما حنايا، نرتا ، نكون نحس روحي الداخل منارفيا، ما نتنرفاش مع الناس، ماندابزش ما ،والو، بصاة نحس روحي قا هكذا شويا ça me calme خطره على خطره شميعة تع ocfenal ندير normal يعني هاذا ما كان، ولا الدوا ما نشربش، هاذا ما كان.

ف: من عيسات إدير اللهنا زدتي دخلتي للسبيطار، شحال من مرة ؟

م: تسمى دخلت عندكم زدت دخلت عندكم خطرة.

ف: وقتاه هاذي؟

م: غير كيما، في الصيف، عندها ستة شهور ولا، هاذا ما كان.

ف: تسمى من 95 حتى 2000 باش دخلتي السبيطار، ça fait خمس سنين كامل مادخلتهمش كونتي مليحة تسمى؟

م: ما كونتش مليحة mais مادخلتش.

ف: كانوا يجيوك les poussées ولا.

م: les poussées إيه deux poussées عييت هذ الخطره، كي زدت دخلت عبيت complètementعييت .

ف: donc malgré مريضة ماروحتيش للسبيطار؟

م: ماروحتش، قلت أنا نروح السبيطار، لكني نشرب الدوا أو راني هكذا، راني هكذا، pour finir عييت complètement كيجيت هنا لعندكم، كنت عيانة.

ف: أو قعدتي هنا بزاف؟

م: قعدت vingt jours heu هكذاك، دارولي le bonux جيت عليه، قالولي هذا مليح، جيت عليه.

ف: أولقيتي روحك كدرتي هذا الشي، ريحتي شويا.

م: شويا، إيه ريحت شويا .

ف: شويا، ماشي بزاف؟

م: شويا parce que جابلي ربي عظامي يوجعوني منو، بصاح أم بعد أم بعد والفت خلاص، في الأول جابلي ربي اني عظامي قاع يوجعوني كدرتو، أم بعده لا لا.

ف: خفتي منو ولا كفاه؟

م: ما نعرف، ما نعرف كفاه، ولا ما نقعدش في السبيطار ولا parce que نحب nbouger، ما نعرف.

ف: donc من الصيف حتى الدرك باش عاودتي دخلتي، d'accord او فيما يخص la santé انتاعك دوركا، عندك كاش مرض واحد آخر من غير..

م: لا لا، والو والو الحمد !

ف: أو طبيب علاه نحالك الملح

م: قالي كولي المسوس خاطرش كي دارولي هاذاك l'bonux قالك إطلع السكر.

ف: السكر ولا الملح.

م: قالك لازم تلكلي المسوس، قالي كي تنفخت هكا ،شويا، كونت شويا سمينة كونت نوزن 95، من هذاك النهار اليوم ما عاودتش شفت زعمة شحال ،نوزن بصح حسيت روحي بلي شينت، puisque حوايجي راهم يجوني شويا لاخر، حسيت روحي،. كنت منفخة بزاف.

ف: la tension ? ما عندكش donc

م: لا لا الحمد.

ف: donc ما كان حتى مرض من غير la S.E.P؟

م: ما عندي حتى مرض، الحمد الله .

ف: أو حياتك من قبل كامل، ملي كنتي صغيرة حتى الدرك ؟

م: ما عنديش قاع المرض، والو، و الله والو heu ولدت سبعة ،ولاد ، درت fausses couches deuxواحد من les fausses couches دارتلي l'anémie أم بعد ça va mieux، كي ليت أو كامل، بصالة حاجة المرض ولا، والو والو والو، déja نخاف الطبيب، كي نكون داخلة للطبيب نخاف الطبيب ما نحبوش، نولد normal او كولشيت normal!

ف: bien، أو رلكي تشفاي على الصغر إنتاعك ولا لالا.

م: شويا.

ف: donc رلكي متاكدة بلي jamais مرضت كاش حاجة في الصغر ؟.

م: non non نخاف الطبيب déja كي ،ندخل كي كانوا ولادي صغار نديهم للطبيب déja تلقايني نواسي.

ف: donc رلكي متاكدة بلي jamais مرضت كاش حاجة في الصغر؟

م: non non نخاف الطبيب déja كي ،ندخل كي كانوا ولادي صغار نديهم للطبيب déjà تلقايني نواسي.

ف: أحكي لي منين جاك هذا الخزف تع الطبيب.

م: مانيش عارفة، مانحبش الطبيب مانحبش الدوا، ما نحبش déja كي ندخل عند الطبيب، مانيش عارفة.

ف: ماشي كاش واحد كان في داركم مريض ولاً؟

م: لا لا، الحمد الله !

ف: أو كي كونتي مولاة 12 حتى 20، 25 سنة، ما مرضتيش؟

م: الأ والو، كونت كي الغولة، للدرك كونت كي الغولة، لوكان ماشي هاذ المرض جاني غاية subitement.

ف: d'accord أو فيما يخص حياتك العائلية، كفاش رلكي عايشة؟

م: normal، الحمد، normal.

ف : c'est-a-dire، كيفاش عايشين شحال رلكم؟

م: حنايا، انا وولادي خمسة، أولادي آخرين، زوج كبار، عندي واحد مولا 22 سنة أو واحد مولا 21 سنة، ماشي معايا، ماشي في الدار، هوما دركيين، جادارمية في زوج.

ف: عندهم بزاف ملي راحوا ؟

م: عندهم بزاف قولي واحد عندوا، راه في 5 سنين أو واحد بزاف.

ف: شحال 10 سنين سنين هكذاك ؟

م: اللا même، قولي واحد 6 سنين و لا 7، هاذا ما كان أو لآخرين ولادي normal واحد يقرا 9eme أو لاخر يقرا 9eme واحد يقرا السنة الثانية كما يقول هو، واحد يقرا 4eme أو لاخر ما يقراش يقراش، يدير normal, stage.

ف: أو مع زوجك كفاه ؟

م: اللاّ normal، يعاوني نقصروا نهدروا، heu كما نقولو حنايا كولش، نلتهى بالدار، malgré راني مريضة كل حاجة نلتهى بها.

ف: تحبي تخدمي؟

م: نحب نخدم في الدار، نحب كيما حنايا، نحب حاجة تصرا في الدار نكون حاضرة، نكون نسمع، نكون، يشرو حاجة نكون حاضرة فيها، نميز فيها، كلش.

ف: ما تحبيش حاجة تخفى عليك ؟

م: ما نحبش حاجة تخفى عليا voila يجيب لي ربي كي ،شغل مانيش عارفة، لازم، même malgré هو الراجل ي اللي حنايا يسقسي على كلش des fois حاجة تصرا في الخدمة، يجي يحكيهالي يقولي خاطرش أنت اللي تحللي لوخرين même، ولادي même كولش، يعني normal حوايجهم، heu واش يلبسو واش كلاو واش واسو واش صار في l'école نسقسيهم واش درتو مع صحابك علاش ما ته إجي واحد يسقسي عليه النهار يومين مايجيش نقولو علاه صاحبك ماراهش يجي، وقيل داوستو داوست معاه علاه Pour quoi هاديك هاديك، وقيل هاديك وقيل هاداك، أو الصغير يتفرج mickey نقولو هادك mickey راك تفهموا علاش، خاطرش الصغار هكذا، هذا يقول هكذا، هذاك يواسي هكذا ، tu vois نواسي في الدار، ماشي غير...

ف: d'accord، أو ملي مرضتي هكذا مارلكيش تقدري، كفاش رلكي تديري شكون يديرلك الشغل يجي شكون يـ ..؟

م: مع راجلي نتفاهم أنا وياه هو يعاوني mais ،نخدم كما الحواي نغسل، نشلل، عندك النشير شويه يجيني واعر mais ندير l'possible انتاعي ندخل كرسي لا balcon أو ننشر بالحاجة بالحاجة، كما نديرلهم الفطور كيف، كيف ندير le repas انتاعي فوق الطابلة، ندوزن كلش، نحط، ندوزن بالطبع، كل

حاجة ندوزنها أو ندير بالطبع فوق normal la cuisine، تانيت كيف كيف، نحط كما نقولو حنايا الطباسة، نقطع الخبز، كولشيت نحط الطراشن السرابت كولشيت، يجيو برك ولادي يرفدو parce que إديرو فوق الطابلة، يبغو يعاونو برك، الـ couvert برك.

ف: malgré مريضة ما تحبيش تحبسي!

م: malgré مريضة ما نحبش نحبس!

ف: أو كي تكوني ما تخدميش هكذا كفاش تحسي روحك كي تكوني قاعدة ماديري والو، كفاش تحسي روحك؟

م: وهكذا مع ما، ما نحس روحي والو، بصا ة كما حنايا، مانيش عارفة، نحس روحي...normal بصاة يقولي راسي روحي ديري هاديك الحاجة، ما نحبش نخمم، نخمم ما نحبش، ولا ندير télévision ولا نشوف كاش فيلم ولا نشوف كاش émission في فرنسا لاً، أو نحب هادك، كما حنايا، الحاجة اللي نشوفها نحب ندي منها حاجة نديرها في راسي ، نحب ماشي غير نشوف، ولا نقصر الناس أو قاع ما نحبش مانيش عارفة علاه.

م: اه اه من بكري ما نحبش نقصر، بزاف يجيبلي ربي كي نقصر نقصر نقصر، إجيني واحد le في الصيف كي جيت اللهنا لدارنا خالتي جات من فرنسا tu vois نقصروا نقصروا، بصاة كي تلمو l'familia أو كامل، أم بعد يجيني راسي، نبغي نقعد، كما نقولو حنايا، un moment، وحدي نريح يجبلي ربي نريح وحدي.

ف: من بكري moment نحب نقعد ها وحدي.

ف: يكون راسك شغول معمر ولا كفاه

م: اه اه كشغل الهدرة بزاف، نحب نريح.

ف: تقلقك .

م: تقلقني بزاف نحب نريح ،voila نحب بزاف نقعد وحدي، ملي كنت صغيرة déja نحب بزاف نقعد واحدي نحب نكتب، نحب نخيط، نحب...

ف: بصا ة ما تحبيش تخممي برك.

م: ما نحبش نخمم ! أنايا يجيني التخمام على ولادي على ديك ،الحاجة ديك الحاجة، وين راة يصير لهم هاذا، وين كفاه؟

كفاش يكبرو كفاه نحب نخمم على ولادي بصاة حاجة، كيف نلقى ما نديرهاش في راسي.

ف: أو le caractère نتعك كفاه مقلقة vous êtes nerveuse ولا؟

م: أه أه و الله والو، au contraire ما نحبش ما نحبش قال نبين بلّي راني مريضة ولا، des fois ننسى، جاره ولا تدقدق لي واش رلكي بخير لا باس لا باس بخير الحمد دايمن نضحك دايمن، ما نحبش قاع نبين بلي راني مريضة، au contraire.

ف: أو مع ولادك، يعني كي يشوفوك هكذا مريضة، ما يقلقوكش، ما تتقلقيش منهم م: [au contraire مساعفيني، يعرفو بلي راني مريضة مساعفيني، tu vois يعاونوني، الحاجة نقولهالهم يديروهالي يديروهكا، زعمة ما نتقلقش منهم، ولكي تعرفي قاl الدراري تتقلقي، بصاة أم بعد خلاص، بصاة باش نعيط ولا non.

ف: أو كي تتقلقي، ولا حاجة ما تعجبكش ولا ما تساعدكش تخليها في قلبك برك ولا كفاه م اللا ما نخليهاش في قلبي بصاة كي نتقلق، الحاجة ما، نواسيهاش غادي تفريها ديك الحاجة، ما نخليهاش في قلبي، بصاة نخلي حتى داك العبد يكون bien calme أو نجبد هاديك الحاجة نجبد عليها.

ف: donc كي تصرا هاديك الحاجة ما تديري والو، حتى من بعد.

م: من بعد أو نفريها.

ف: bon، هذ حياتك كي ولكي متزوجة، أو من قبل كي كونتي في دار باباك، كي كونتي صغيرة، كي؟

كونتي adolescente كفاش عشتي حياتك، كفاش كان الماضي إنتاعك؟

م: حياتي bien، كونت نحب نلبس، نحب نخرج، نحب رلكي عارفة la mode لي تخرج نحب نلبسها، المشيط... أوكي كنت صغيرة، حدي حد، روحي تحطيني كما لهيك نقعد كما لهيك، عندي حبيبة و لا زوج، ما نحبش ندير حبيبات بزاف، عندي وحدة تانيت كي كبرت كيف كيف، نحب وحدة لي نرتاحلها،

تكون حبيبة لنرتاحلها، ما نحبش ما نحبش هاداك التفرفيش هذاك، normal calme، نحب وحدة تكون تفهم وحدة اللي... حتى كبرت قعدت هكذاك حتى يومنا هذا، ساعات نخمم، نقول أنا ما عنديش الحباب يحبوني قاع الناس، يعرفوني قاع الناس وأنا ما عنديش لحباب، عندي وحدة هكذا اللي نحسها تكون نـ choisi une femme تكون calme تكون عاقلة، تكون...

ف: تتناسب l'caractère إنتاعك .

م: voila، أما هاديك المفرفشة و الهدرة الفارغة أو قاع، ماتت...ما.

ف: أو كي كونتي صغيرة ، كيفاش كونتي مع الوالدين نتاعك ؟

م: normal، أنا كنت طفلة وحدة في الدار ، أيايما نخدم كونت نخدم الشغل ونسقم ونعدل، بصاة toujours seule عندي بيتي، نغلق على روحي، قاعدة وحدي، نحب نخيط، نحب نقرا les bouquins تاع، زمان، نخيط ،نرقع تحبي نقولك ما كانش، كانت عندي حبيبة واحدة كي كونت صغيرة تجي تقعد شويا معايا وتروة mais ،لاخرين نغلق الباب على روحي، ما عنديش داك، ولا نخرج برا ، راني نشوف vitrinates ونحوس ونحوس est tout، ما عنديش داك الهبال ولا.

ف: إيه، و العلاقات مع الأم نتاعك والوالد نتاعك

م: normal، أنايا أو يما كونا كي لخواتات كي تكون حاجة و لا حاجة، كي تكون حاجة نحكي لها ولا تكون حاجة تضرني نقولهالها، كنا normal كي، شغل حتى لان نقصروا كشغل لخواتات، أو بابا كيف كيف تانيت normal، متفاهمين رلكي عارفة كي نشوفوه زعفان، نعرفوا اللي راهو زعفان ما نخلطوش فيه، ولا كي يهدر أو يقصر ça y'est.

ف: كان باباك صعيب شويا و sévère ولا ؟

م: شويا، شويا، خاطرش راجل يما ماشي بابا.

ف: أو الوالد نتاعك الحقيقي؟

م: بابا ،مات ما شفتوش أنا كي تطلقت يما كونت ماشتوش عمري ماشت، بابا حتى أنهار عقدت باش جا، جا كي شتو la lere fois لي شتو، أم بعد كي عقدت باش نتزوج أويجي باش يحضر لعرسي مات مات.accident de voiture.

ف d'accord أو ما حوستيش عليه من قبل

م: ما حوستش عليه، قلت لازم هو يحوس عليا ماشي أنا نحوس عليه، كنت مواسيا بلي هو لييحوس عليا ماشي أنا نحوس عليه بصاة كي كبرت ،حسيت كما حنايا نقول وحدي وحدي، نقول حوست عليه ككونت صغيرة أو قلتلهم أدوني أو حوست عليه او كامل. لوكان أنا

ف: شغل من بعد باش خدمتلك.

م: إيه من بعد، كي كبرنا أو شفنا الدراري أو شفنا و ليت نقول لو كان انا حوست عليه ماشي هو يحوس عليا، malgré ما نعرفش كونت صغيرة ، بصا ة كونت نقوللهم أدوني نشوفو، أدوني.

ف: أو فيما يخص الأم أنتاعك كونتي très bien أو...

م : tranquille of tris bien, tris bien أو لاباس كنا تربيت normal يعني.

ف : أو les garçons ما عندكشles frères

م : عندي زوج (2) خاوتي من ياما، normal، تانيت خويا الصغير هاداك في فرنسا، او واحد هنا في الدزاير، normalعشنا، ف يعني كي قلتي كي كونتي صغيرة دايما وحدك وحدك ملكونتيش تخالطيهم ولا

م: لا لا نخالطهم كونت بصاة كانو هما ذكورا و انا بنت نقعد وحدي، بصاة لا قالتلي يما روحي عسي خاوتك أو بالاكي على خاوتك راني خارجة و لا نعسهم كي كبرت كما نقولو حنايا، كنت la fille uniqueكونت مفششة، لو كان نقولهم ديرولي حاجة يديروهالي، حتى تزوجت ف: أو قعدتي هكذاك مفشة

م: قعدت شويا مفشة إيه.

ف: ولاتبدلتي شويا؟

م: آآه ماشي يقولولك رلكي إنتيا شويا délicate أنا قعدت هاديك هي طبيعتي، قعدت كما نقولو حنايا، نحب الدار، نحب نحب décor لكون شباب نحب الدار ،شابة نحب، نحب كلش يعني كلش في بلاستو، نحب بالطبع، نحب، يقولولك أنتي délicate، بصاة هاديك هيا، ا غالب ملّي كونت صغيرة مع ولادي لازم يديروا هكذا، لازم هكذا، ملي كونت يعني... ف أو كي تزوجتي راجلك فششك هكذاك ولا

م: شويا، temps ens شويا هو كان ،مسوال خفيف بصاة أنا toujours calmer من بعد كي راجع نفسو، بصاة ما كان عندي فيا طبيعة كي واحد إديرلي حاجة ما نسمحلوش، كما حنايا، العبد اللي مانهدرش معاه خلاص هذاك العبد، خلاص كي إديرلي حاجة العبد، ماننساهاش معناها نخليها، هادي هيا لاخر انتاعي، ليومنا هذا.

ف: مع الزوج نتاعك برك و لا مع الناس كامل؟

م: مع الناس لكل، لي يديرلي حاجة قد هكذا ، لو كان نصيب ما يهدرش معايا قا] السنين أو قال العام أو منسمحش.

ف: تزوجتي صغيرة؟

م: تزوجت à l'age de 18 ans.

ف: puisque que les 1eres années راجلك كان خفيف، واش كان يدير؟

م: كان شويا nerveux nerveux هكذا، يزقي أو nerveux، أو هكذا او هكذا، أم بعد خلاص. ما نخرجش ما تدخليش ماديريش ما تعمليش الخرجة surtout كان ،يغير كان يغير بزاف، أم بعد خلاص، أم بعد كي درت الدراري، درت، ولا تكالما.

ف: او في الوقت لي كونتو des nouveaux mariés كفاش أنت حسيتي روحك شغل لقيتي روحك ولا ما لقيتش روحك مع السيد هذا.

م: مالقيتش روحي parce que ما عرفتوش اللي قبيح هكذاك parce que c'était نتاعي، حبيتوا الحقيقة.

cétait le coup de foudre ، فالأول ماشي ، كما حنايا ، ما cétait le coup de foudre ، أو كما حنايا، ما قعدتش أنا وياه حبيتو عام، عاميين ، هو لا لا tout de site خطب، قالك لالا أنا ça y

estأنايا لازم .... إما لا سكت، يعني كي فت حبيتو ا ،غالب، بصا ة كي شتو ماشي لي كون، لي كون heu، كان قبيح، قبيح، كي نخرج يقولك ما تخرجيش علاش خرجتي، أو رلكي درتي بزاف maquillage، رلكي، أم بعد باش شويا و أنا كانت فيا طبيعة كي نقولو هذا الحاجة، هذا الحاجة نحب نديرها ما نحبش لي وعصني فيها ، هاذ الحاجة اللي لليوم هذا الحاجة نحب نديرها ما كالاه heu...

ف: أو كي كان يديرلك هكذا كفاش كونتي تحسي روحك؟

م: نحس روحي نتنارفا ديال دخلاني، نتنرفا دخلاني ما م نحس روحي جش.

ف: ما تقدريش ترديلو ؟

م: لا لا، نردو لو كي يتكالما كي يتكالما نبرد ،قلبي نرد كلش كي يتكالما، يقولك الله غالب ما كونتش في لاخر تاعي، أو نولي ننسى هذاك الشي، أم بعد كي تتعاود تانيت يقولي راسي داك العبد خلاص، ما تزيديش قال تشوفي فيه، أم بعد كي يعاود يواسي، كيف كيف ، حتى العبد ، حتى وحدو وحدو تكالما.

ف: أو فيما يخص done طبيعتك هذيا، كونتي هكذا قبل زواجك و لا تبدلتي بعد زواجك ؟

م: له، قعدت أنا انا.

ف: ما كان حتى تغيير ؟

م: له عندك برك تكالميت تكالميت parce que في الأول كونت نحب بزاف heu نحب روحي بزاف نحب ambiance نحب نضحك، نحب بصاة دوكاتيك ما نعرف كي مرضت ما نعرف نحب le calme ،نحب ما نعرف كي يكبر الواحد ما نعرف نحب le calme ما نحبش الهدرة بزاف ، ما نحبش نخرج بزاف من ،داري au contraire نحب نخدم في الدار ، ندير حاجة في الدار que نضل خاطيني هاذاك، كيما دوك الناس يروحو ، إذا كان موت تروحي تعزي، ولا إذا كان عرس تحبي تروحي تجري ، لا لا دورك ما وليتش هكذا، كما حنايا ، نخطي هاذاك بزاف بكري كيكون العرس نحب نخرج نحب أنروة للعرس، دوك لا لا ، دوك خاطرة وين تنفحلي حاجة . ف كي رلكي تقعدي هكذا مارلكيش تخرجي a vous dérange pas رلكي مليحة في الدار م لا لا لا لا came drange pas خطرات نتر 1 قال، نقعد شويا في الطاقة ca yest و لا نشوف un film gayest و لا.

ف: est ce qu'il vous arrive des moments كي تكوني هكذا في الدار وحدك، شغل ما تكونيش مليحة، شغل vous êtes déprimée و لا quelque chose comme ça ؟

م: إيه خطرات كي نقول نكون déprimée كي نقول حنايا المرض هذا، ولادي مازالو صغار مازال ما تزوجوش مازال كي قصتي كفاه غدوة كفاه رايح يصرالي من بعد كفاه أم بعد نقول ربي هو اللي يفرج على كل حال، تواسيني خطرات أم بعد نولي نقول المرض هذا كيفاه رايح تكمل بهذا المرض كفاه هكذا كفاه تواسيني خطرات

ف: donc d'accord العلاقات نتاعك مع العائلة نتاعك ما تبدلتش مع هذا المرض، vous toujours la même

م: normal, non, normal مع راجلي مع au contraire مساعفيني.

ف: أو فيما يخص الحياة، la vie intime نتاعك.

م: La vie sexuelle؟

ف: vous n'avez pas de problème كي من قبل المرض كي من بعد م: non normal قريت même قريت في واحد livret يقولولك شويا mais أنا لقيت normal كما نقولو حنايا، أنايا بروحي ما كونتش زمان ماشي une femme يعني اللي ت، elle est vulgaire و لا هادك، اللا normal مع راجلي شويا كبير عليا، عندو 50 سنة دورك، تسمى ركي عارفة ماشي كما واحد يكون صغير لكون normal .

ف: أو فيما يخص اللحواي اللي تحبي ديريهم،؟

م: نحب نلبس مليح، نحب كما نقولو حنايا، داري كل يوم يتبدل، يجيبلي ربي décor كل يوم نحب نبدل décorهذاك، كما حنايا، هاذي تكون منا نحب نردها من نحب نعاود السبيغة، نحب نعاود ليزور، كما حنايا ، كل يوم تبدل، أنايا بروحي نحب نلبس ! نحب هذا شويا في الأول كما مرضت هكذاك تخليت على هاذ الشي كونت نقول أني مريضة أني أم بعد وليت وليت لقيتnormal ، يعني كما نقولو حنايا العبد يعيش بـ la maladie نتاعوا، غالب وليتnormal ، نحب نلبس مليح، نحب نطيب مليح، نحب الحليوات هاذك heu ركي عارفة ولادي نحب ولادي نخيرهم الحواي، حاجة ما تعجبنيش كما يلبسها

ماشي شابة لازم يبدلوها ، لازم هكذا ، لازم هكذا، قعدت أنا أنا، ولادي كيف كيف، هام يتليفونولي ولادي الكبار، ساعات نقوللهم هادك الحاجة هكذا، لازم هكذا، لازم هكذا، الخدمة هكذا، لازم هكذا.

ف: أو ولادك الكبار هاذو كي خرجوا ، كي راحو يخدموا كفاش حسيتي روحك؟

م: نحس شويا النقص في الدار، نحس des fois نقول hu ولادي راهم بعاد بعاد عليا، لو كان راهم في الدار، أم بعد نولي نقول الدنيا هاذي هيا .

غالب الدنيا هاذي هيا.

م: نهار راحو إيه ،تواسيت نهار راحو ،تواسيت حتى على بالك حتى وليت تجيني كي شغل الغمة، كي شغل النقطة هادك تع جبت، حتى وليت يعني حتى يقولي هو المرض إنتاعك أو تزيدي....

ف: كونتي مريضة déja كي رلكو ؟

م: إيه كونت مريضة، كونت شويا مريضة ماشي كما دورك ، maisكنت مريضة، أم بعد وليت عادي.

ف: تسمى حسيتي لdépart .

م: إيه le départ حسيت ،به حسيت ام بعد و ليت عادي، والفت.

ف: bien :، أو فيما يخص الرقاد نتاعك، ولكي ترقدي مليح و لا .

م: خطرات خطرات نتقلق، نتقلق كي نسمع الهدرة ماشي مليحة في داري و لا برا ولا تترفيني هاديك الهدرة، نتقلق أو ما نرقدش غير البارح، قصرت he normal كنا غير نقصروا (كلمة غير مفهومة) نتترفا، ما نتترفاش، كما حنايا، نزقي ولا، نحس العروق نتاوعي يديروا هاك، يتزيرو في الجسم نتاعي نتقلق ما نرقدش في الليل. أما كي نكون هكذا مسطراحة نحب، نرقدbien ، بصاق كي نتقلق ديك الليلة نبات قاعدة.

ف: في الدار كيف كيف تانيت.

م: في الدار كيف كيف.

ف: واش هما الحواي لي يقلقوك

م: كي نقولو حنايا وليدي الصغير يمرض ولا، كما نقولو حنايا، هكذا يكون كاش حاجة برا، كاشما صار ولا هكذا tu vois a ma ، تقلق ولا كاش واحد يقولي كلمة ماشي مليحة نتنرفا، نتنرفا ماشي نزقي ولا، نتقلق.

ف: صرا تلك déja هاذ الأمور هاديا ؟

م: إيه نتقلق

ف: واش هما الـ ؟.

م: heu الهدرة ماشي مليحة ؟

ف: مثلا ؟

م: مثلا نقولو حنايا heu،ها، كما البار ة كنا نقصروا مع واحدة قالتلي رايحين إيديرولنا الدوا هذا يطلع للم، أو واعر، tu vois قلقتني قلتلها كفاه واحد جا يداوي رلكي قلقتيني، بايتة قاعدة من هاذا الهدرة هاذي يا لوكان هدرة والو، حتى يما قالتلي كفاه هاذي دورك تقلقك هدرتها، هدرتها هاذي بروحها جات تداوي وليت أنا قاعدة قارعة أو كامل و ليت تواسيت شويا mais قلقتني هادك الهدرة، قلقتني.

ف: bon d'accord ، قلتيلي بلي عندك عشرة سنين ملي حسيتي روحك بلي بداك المرض هاذا،que ولكي تشفاي بالضبط كفاه بداك، الفشلة الأولى هادك ولا.

م: النهار الأول كفاه بداني، النهار الأول كنت زعفت، كنت ،زعفت راني شافية كنهار اليوم جاء العيد أو راجلي شرا للدراري حوايا العيد، مانيش عارفة واش من حاجة ياربي جابها، سروال و لا، لواحد من ولادي، نضت أنا زقيت معاه قلتلو لا لا ماشي هاذا، قالي يجوز العيد أو ça y est، قلت، تنارفيت على ديك ديك السروال، ماعجبنيش قولتلو لا لا ماشي هاذا ما شي هادا، بقيت هو هدرة أنا هدرة، تنارفيت، قولتلو لا لا يتبدل يتبدل، تنارفيت هاذيك الليلة نشفى كنهار اليوم، صرات في ليلة رمضان، في ليلة 27، قالو بلاك كاشما ليلة الشك كشما ، أيا راني في 27 كونت رايحة للحفافة، أني شافية بكري la coiffeuse للزوج (2) تع الليل تكون مفتوحة، كي كملت شغلي درت المقروت، كملت أو كلش ، قلت دوك ،نرو ،ة، كانت الساعة راني شافية كي نهار اليوم ، كانت 12 تع الليل، رحت عند الحفافة، جيت على الزوج تع الليل déja كي خرجت من عند الحفافة او جيت للدار، الصبح كي نضت شتي العبد يمشي يمشي على

l'éponge ، كي بداني déja وليت كي شغل راني نمشي على l'éponge ، راني نمشي راني نمشي، قولتلو راني نمشي على l'éponge ، كي شغل راني نمشي على 'l'éponge، قالي . بلاك pantoufle تع الريش بلاك هادك، قلتلو لا لا مانيش je بلي راني sur terre راني نمشي على l'éponge ، راني هكذا l'éponge راني نمشي عليها، هكذا بداني، أم بعد نحس كي شغل، الحمى les pieds نتاوعك سخون سخون سخون، عشيت هلكاك لعشيا، الحمى يعني، ما نقدرش ام بعد جاتني البولة، خطرات نشد خطرات ما نشدهاش، بداني هكذا، أم بعد.

روحت للطبيب قالي ما عندك والو madame ديري les canalyses ، كي خرجوا قالي ما عندك والو parfaites ، قولتلو بصاة docteur راني نحس روحي بلي راني نمشي كي شغل مانيش نمشي sur terre أني نمشي كي شغل على l'eponge، أم بعد عاودت وليت ليه، كونت كثر، كونت نتقلق أو، مانيش نتقلق بمعنى راني نزقي ولا نتقلق، كما نركب taxi و لا، راني متقلقة وقتاه هاذ taxi توصل ، نحشم نقول لمول taxi أسنى حبس، بصاة نحس روحي دخلاني، نحس لو كان غير يحبس نقول كنت ،بزاف و لا نشوف الناس يقصروا هكذا، النسا اللي يكثروا الهدرة يجيبلي ربي كي شغل راهم يقلقوا فيا، نقولهم أحبسوا أو نشد روحي parce que ما نحملش، دوك الحمد، يا دوك قال راحو، الأعراض دوك قا راحو الحمد .. أم بعد ولا ورجليا يبردو، خطرات حسر يبردو خطرات ،يسخنو خطرات إيبسوا، او بعد خطرات لعروق يتزيروا، ولا كاشما زقيت مع الدراري، كما نقولو حنايا، زقيت هكذا، يقلقني الزقا، هكذا عيط ماشي عيطة كبيرة هكذا، شويا، نحس هكذا عروقي دياولي يجبدو، نحس عروقي يجبدو.

ف: تسمى كي تكوني c'est pas ça

م: إيه ما نحسش روحي مليحة خلاص، malgré ما نزقيش بزاف بصاح نحس روحي هكذا نتعوج.

ف: أو كي قلتيلي زعفتي على راجلك على جال السروال...

م: هذا ما كان!

ف: بصاح انتي، كفاش يعني بالنسبة ليك كي شرا هاذاك السروال وعلاه زعفت هكذاك

م: مانيش عارفة، جابلي ربي كي، شغل محبش يبدلو، كي شغل، نرفاني، قلقني كي ما حبش يبدلو، علاه ما بدلوش حاجة ما عجبتنيش، جابلي ربي كي شغل ما عجبنيش قلقني تقلقت مع العيا، ركي

عارفة مع العيا تع رمضان و الحلو D و الدنيا ، قلقني بدلو أو خلاص تواسيت معاه، تواسيت أو ديك الليلة بت قاعدة عينيا هاك تنارفيت ام بعد قلت الصباح ، قلت هو ما بدل السروال ما والو زدت غير قلقت روحي باطل الصباح déja كي ،نضت نضت عيانة، هو ناض يضحك قالي ça yest، واش مازالتي ماعليش نعاودو نشريو وحد أخر أو خلي هاذاك ، بصاة أنا كنت a y est. كنت تنارفيت déja كي، نضت قولتلك كي شغل حسيت روحي راني راني على déjà l'éponge خلاص tout de suite هادك هي اللي بديت هاذي هي لي بديت parce que ما نزعفش أو ما نتقلقش أو ماندیرش لاخر في قلبي، بصاة من ديك الدقيقة وليت ليومنا هذا ما نحملش، كلمة ولا توجعني ولا، نتقلق، نتقلق دخلاني ماشي على برا نعيط و لا، ولا حاجة ما تعجبنيش ولا، ونشوف واحد، كما نقولو حنا، واحد شاف حاجة ماشي مليحة ، كما حنايا تشوفي في الوجه بلي هاذا العبد ،راه، ما راهش normal، كما هاذيك النهار غير في دارنا جيت ضيفة كما اليوم، غدوة مرة خويا ضربت بنتها او مواسين حسيت بلي مانيش عارفة كي شغل كي يشوفو زايد واحد، جاهم ضيف، يديروا ديك، داك العوج، حسيتها ،أنا، بصاة ما حبيتش نقول، بصاح كي قولتلها اليما، قولتلها.

شوفي، قالتلي هكذاك تدير كما ولكي تحسي كما صح ، قالتلي هكذاك تدير كي تشوف واحد زايد، تتعوج هكذاك، tu vois كي نحس هكذاك déja نتقلق.

ف: donc فيما يخص النوم نتاعك كي ترقدي، النهار اللي ترقدي فيه مليح، تنومي و لا ماتنوميش.

م: non، لا لا ، خطرات نام normal خطرات.

ف: ما شي كل يوم.

م: لا لا لا، خطرات، ملي كونت صغيرة، نوم هكذا خطرات نام كي نكون مقلقة، كي نتقلق هكذا على حاجة، كما نقولو حنايا، déja ولادي كي يروحو نحس روحي ماشي مليحة هذاك النهار، كي يجو vacance هكذا أو كي يجو رايحين نحس روحي هكذا ماشي مليحة، تلقاي لعشيا كي شغل تقبضني الحمى، كي شغل je me sens seule كي شغل نرقد فتيتة، كي نرقد فتيتة خطرات في الليل هكذا، نرقد هكذا نبقى نوم كي شغل زعمة وليدي وقف يعطيلي، كي شغل أو جاء دقدق، كي شغل، أم بعد كي يتيليفوني خلاص هاذي هيا، كي يتليفوني نقولو وصلت بخير، يقولي لا بأس لا بأس الحمد، خلاص أنا نحس روحي مليحة.

ف: bien، أو فيما يخص المستقبل نتاعك، كفاش ولكي تشوفي للمستقبل نتاعك.

م: normal، راني نحس، الحاجة لي راني نحوس عليها، كي ولادي يكبروا، ينجحو في قرايتهم، ويكبروا، كما حنايا، أو يكون عندهم، يكونوا هانيين هاذا ما ني نحوس، أما أنايا ما علابالیش، كما نقولو حنايا ،ألبست تفششت أو ،زهيت حوست ،البلدان ،شفت tu vois نحوس دوركاتيك غير، كما حنايا، la paix في دويرتك، نقيقية، تخدمي شغيلك، تقدري على ديك الحاجة، تقدري تطيبي، تقدري، تقدري على الحاجة اللي راهي في دارك، أو تحسي بلي ولادك إنشاء II ينجحوا، هاذا ما كان واش، هاذا ما كان.

ف: d'accord يعطيك الصحة madame

م: يسلمك .

ف: دوك رايحة نوريلك تصاور des images شوفي كل تصويرة أو حاولي في راسك هكذا، تتخيلي حكاية على كل تصويرة.

م: إيه.

تعليق حول المقابلة العيادية:

تمت المحادثة في ظروف حسنة، والشيء الذي يجلب الإنتباه هو التفاوت في نوعية الحديث لدى المفحوصة، إذ كان الحديث أحيانا واضحا ومفهوما، ثريا ومعبئا بوجدانات، وأحيانا أخرى كثيرة غير سليما لغويا وفقيرا من الناحية الوجدانية.

كما نلاحظ في الحديث كثرة إستعمال المفحوصة لعبارتي "حسيت روحي مانيش عارفة كفاه" و" واستلي" للتعبير عن العديد من الوجدانات وتجدر الإشارة أيضا إلى عدم تمكن المفحوصة من إتمام العديد من الجمل التي تتركها معلقة.

II . تحليل معطيات المقابلة العيادية:

1- التحليل الشكلي للمقابلة العيادية:

-بخصوص نوعية وكمية التصورات نلاحظ تفاوت معتبر بين حديث ثري كميا ونوعيا بالتصورات (وجود تدقيق في بعض المواضيع مع تلفظ واضح للوجدانات)، وحديث فقير بالتصورات، خاصة منها تصورات

الكلمات المعبئة بالوجدانات. بخصوص شحن الحديث بصدى وجداني وهوامي وتعبئته بمحتويات رمزية: نلاحظ فقر الصد [الهوامي والمحتويات الرمزية، وكذلك وجود صعوبة في التعبير عن الصدى الوجداني الذي غالبا ما تعوضه عبارتي " حسيت روحي مانيش عارفة كفاه " و" واستلي "، وكان المفحوصة لا تتمكن من التلفظ بالوجدانات رغم شعورها بها دون مساعدة الفاحص.

-بخصوص ترابطات الأفكار: نلاحظ وجودها في بعض المواضيع وغيابها في البعض الآخر.

-بخصوص نوعية الحديث: يظهر في أغلب الأحيان غامضا، متقطعا ومشوها، به جمل غير كاملة، بينما في أحيان أخرى قليلة يظهر مفهوما وسليما من الناحية الشكلية.

-بخصوص تركيز الحديث على ما هو فعلي ملموس و حالي نلاحظ وجود مرونة في الحديث بحيث تتطرق المفحوصة إلى الماضي الحالي و المستقبل، كما أن الملموس والفعلي متواجدين بكثرة.

-بخصوص النشاط الحلمي: هو متواجد نسبيا لدى المفحوصة التي هي قادرة على إستذكار الأحلام. وتجدر الإشارة إلى أن تواجد النشاط الحلمي يصادف دائما حالات قلق نفسي.

-قد يشير كل ما سبق ذكره إلى سير عقلي غير منتظم في الزمن لدى المفحوصة، إذ نلاحظ أن عمل الجهاز العقلي ليس مستمرا.

2 - تحليل محتوى المقابلة العيادية:

أ . الناحية السوماتية:

-بخصوص المرض الحالي، يبدوا أن المفحوصة مصابة به منذ مدة طويلة (عشر سنوات)، إلا أن درجة الإصابة تعتبر غير متقدمة بالمقارنة حالة مع لآخرين. فالإعاقة لم تشمل إلا الأطراف السفلية.

-بخصوص الدفعات، رغم أن تواترها في السنة الحالية قد يشير إلى تفاقم للمرض، إلا أن دفعات السنوات الماضية لم تكن كثيرة و لا شديدة، و كانت تتراجع دون إحداث ضرر، الشيء الذي جعل المفحوصة لا تشعر بضرورة الإلتحاق بالمستشفى.

-بخصوص الإقامات بالمستشفى، فعددها ثلاثة فقط، بحيث سمحت الإقامة الأولى بالكشف عن المرض، بينما تدل الإقامتين الآخريتين على تطور المرض تفاقمه مقارنة مع السنوات و الماضية، حيث كان تطور المرض بطيئا .

-بخصوص الإصابات الحالية الأخرى والأمراض خلال الطفولة والمراهقة، صرحت المفحوصة بغيابها كليا، باستثناء الإجهاضين، مما أدى إلى مقارنة حالتها الصحية الجيدة بقوة "الغولة".

تكشف كل هذه المعطيات على تمتع المفحوصة بحالة صحية جيدة إلى غاية زواجها، إذ بدأت تتدهور بعده. ويدل كل من الإجهاضين والإصابة بمرض التصلب المتعدد على اختلال في التوازن السيكوسوماتي لدى المفحوصة، كما تكشف الإصابة بمرض التصلب المتعدد على ظهور سياق فساد تنظيم تدريجي عند المفحوصة، وإن ظهر بطيئا إلى غاية سنة 2000، إلا أنه يدل على تدهور مستمر لحالتها الصحية.

ب – الناحية العقلية:

يمكننا استنادا إلى كل معطيات محتو] المقابلة إستخراج عدد من البنود المتعلقة بالعرضية العقلية والسير العقلي للمفحوصة والمتمثلة في:

01 – سمات خوافية للمحيط.

02 – سمات هيسيرية – نرجسية.

03 – نفي لواقع المرض.

-04 عدم تحمل الصراعات.

05- تجنب و قمع التصورات و الفكر.

06- قمع التعبيرات النزوية في السلوك.

07- حداد أشخاص أو فقدان مواضيع خلال السنتين الأوليتين

08- تغير ملحوظ في الإقتصاد العلائقي.

09- قلق منتشر .

10- أنا – مثالي مسيطر.

-11 غياب استدخال للمواضيع التي تشكل خاصة مواضيع سند.

12- عدم انتظام السير العقلي.

III- تحليل بروتوكول رائز تفهم الموضوع (TAT) :

اللوحة 1:

+ هنايا .. أو .. يخمم باش يدير .. هنايا باش يدير .. لحن .. أو مغبون il se sent مغبون il se sent malheureux, c'est ce أحس روحو وحدو، أو يخمم باش يكون هنايا ، يدير لحن ، يخمم في راسو باش heu.. باش يدير لحن يكتبو، كذا ما كان.

A: A2-17, A2-8, A2-17, A2-8, A 2-3, A2-8

B: B2-4

C: Cp3, CM1, CM2, Cp4

E: E17, E 17

بعد صمت قصير، وبدون تعريف للشخص، تبدأ المفحوصة حديثها بالتركيز على صراع داخلي، متبوع بوجدات قوية تتدرج ضمن إشكالية فقدان للسند عدم تمكن المفحوصة من إعداد هذه الإشكالية يخل مؤقتا بالحديث، وتعود المفحوصة في إطار سياق اجترار إلى الصرا الداخلي، الذي تجد له مخرجا على نمط عظامي.

المقروئية:

إيجابية سلبية عموما، نظرا لسيطرة كل من أساليب الرقابة و الكف.

الإشكالية:

لم تدرك المفحوصة إشكالية العجز تجاه موضوع [راشد إلا أن إدراكها للوضعية الإكتئابية أحيا إشكالية فقدان السند، لم تتمكن من التخلص منها إلا باللجوء إلى الأنا المثالي الذي يندرج ضمن إشكالية عظامية.

+ هاذي طفلة تقرا، رايحة تقرا.. أو la mère كما نقولو حنايا تطلب بلي هاذي إنشاء ll هاذ.. أو هنايا الغرس هاذا ينجح، أو لوخرين راهم يتعبوا يخدموا هنايا يخدمو باش باش ينوض هذاك الزر ، هذا ما كان (تضحك) .

الأساليب الدفاعية:

/:A: A2-1, A2-3, A2-1, A2-10 B

C: Cp4, CC1

E: E 20, E2, E9, E 17

بعد صمت قصير، تبدأ المفحوصة حديثها بوصف لعناصر اللوحة التمسك بالتفاصيل، إلا مع أن صعوبة إعدادها للعلاقة الثلاثية الأوديبية، يسبب انبثاق سياقات أولية، يظهر في غموض الحديث وإدراكات خاطئة وتصورات كثيفة تخص موضوع الزر.. تحاول المفحوصة بعد ذلك الإحاطة بفساد تنظيمها العقلي، باللجوء إلى أساليب الرقابة التي تظهر على شكل عناصر من نمط تكوينات إرتكاسية، إلا انها تفشل في محاولتها ولا تتمكن من مواصلة الحديث نظرا لسيطرة الكف الذي يتبعه اضطراب حركي.

المقروئية:

سلبية، نظرا لكثافة السياقات الأولية التي سيطرت على الحديث.

الإشكالية :

إستحالة إعداد المفحوصة للعلاقة الثلاثية الأوديبية، أدى إلى تركيزها على الواقع الخارجي،

الذي أدرجته ضمن إشكالية القيام بالواجب.

اللوحة BM3:

هاذا مسكين مهموم أو جيعان أو مريض داي مريض + (تدخل الفاحص (مهموم، كما نقولو حنايا، معندوش الدار، معندوش

les parents, il est seul

معندوش، مغبون أو جيعان أو

quelque chose comme ça

الأساليب الدفاعية:

A: A2-6, A2-3, A2-8 B: B2-1, B 1-4

C: Cp3, Cp5, CM1, Cp4 E: E6

بعد دخول مباشر في الحديث، و بدون تعريف للشخص، تتردد المفحوصة بين تأويلات مختلفة، تتضمن إدراك شخص مريض، و تتلفظ بوجدان معدل من طرف المنبه. يثير تدخل الفاحص إشكالية فقدان السند، لا تتمكن المفحوصة من إعدادها، إذ لجوءها إلى أسلوب الإجترار لا يسمح لها من التخلص و التقدم في نس القصة.

المقروئية:

رغم وجود أساليب مرنة، إلا ان أساليب الكف والرقابة مسيطرة على الحديث، مما يجعل المقروئية إيجابية سلبية.

الإشكالية :

أدركت المفحوصة الوضعية الإكتئابية، التي اندرجت مرة أخر [ضمن إشكالية فقدان السند، لم تتمكن المفحوصة من إعدادها.

اللوحة 4:

+ هنايا تحبو، واحدة تحب واحد أو أو رايح عليها quoi أو بغا يروة أي شادتو باش تردو، أو تهديه، nerveux أي تهدن فيه.

الأساليب الدفاعية:

A: A2-6, A2-1

B: B1-4, B2-3, B2-12 C : Cp3, CM1, CM2, CP4, CP4 E:E 17

بعد صمت قصير و بدون تعريف لـ اشخاص، تركز المفحوصة حديثها على صرا ما بين الأشخاص مشحون بوجدانات متنوعة و تتردد المفحوصة بين تأويلات مختلفة، تتضمن إفراط في توظيف السند، الذي يظهر في إطار تركيز حول موضو ذهاب ومثالية سلبية للموضوع، دون أن تتمكن من التطرق إلى أسباب الصرا والتقدم أكثر في نس القصة.

المقروئية:

إيجابية سلبية، إذ رغم تواجد كل من أساليب سجل المرونة و الرقابة إلا أن أساليب الكف مسيطرة على الحديث.

الإشكالية :

أدركت المفحوصة الإشكالية المطروحة في اللوحة بقطبيها العاطفي والعدواني، غير انها أدرجتها مرة أخرى ضمن إشكالية فقدان الموضوع والسند.

اللوحة 5:

+ أي طل، تشوف تحوس على كاش واحد، أو تشوف الدار كفاه دايرة... أو ت حلت الباب تشوف، تحوس على كاش واحد .plutot) تدخل الفاحص (صغيرها ، وليدها، الراجل، أو أو خديمة المعلمة تعها أو .. هكا .

الأساليب:

A: A2-1, A2-2, A2-6, A2-10, A2-8, A2-6

B: B1-2, B2-11

C: CP3, CP5, CM2, CP4 E: E17, E17

بعد صمت قصير و بدون تعريف للشخص، و انطلاقا من وصف دقيق لوضعية الشخص، تتردد المفحوصة بين تأويلات مختلفة تتضمن إدماج أشخاص غير متواجدين باللوحة و عناصر من نمط تكوينات إرتكاسية ترجع المفحوصة إلى تأويلها الأول في إطار سياق اجترار، و يثير تدخل الفاحص تردد حول سن و هوية الأشخاص، متبوع بتردد بين التأويلات مختلفة مع ميل إلى مثالية سلبية للشخص.

المقروئية:

إيجابية سلبية، نظرا لسيطرة كل من أساليب الكف و الرقابة.

الإشكالية:

أدركت المفحوصة الإشكالية، إلا أنها فشلت في محاولة إعدادها إن إدراك تعبير وجه الشخص باللوحة، أدى بالمفحوصة إلى تقمص كل من دور الأم " و" ربة البيت "، مما يشرة ظهور إشكالية الترتيب " أو " النظافة ". لم تتمكن المفحوصة من إعداد هذه الإشكالية الأخيرة، حيث ادى ذكر موضوع " الزوج " الراجل إلى ظهور مثالية سلبية للشخص و كف عن الحديث.

اللوحة GF6:

إيه، هنا ،واحدة يحبها تكون قاعدة حتى يجي، هنايا ... ماشافتوش حتى شافتو هاذيك الدقيقة ! ++ أي تشوف فيه .. هنايا واحد جا جا تشوفوا ولا مانيش عارفة كفاه.

الأساليب الدفاعية:

A: A2-3, A2-1, A2-8

B: B2-1, B1-4, B2-9 C: CP3, CP5, CP4

E: E17, E17, E20

بعد دخول مباشر في الحديث، وبدون تعريف اشخاص، تبدأ المفحوصة قصتها بوصف لهيئات الأشخاص، يندرج ضمن موضوع يخص علاقة غلمية ومشحون بوجدان معدل من طرف المنبه بعد صمت قصير، تحاول المفحوصة التقدم في نسجها للقصة مستندة إلى سياق إجترار، إلا أن محاولتها تفشل، نظرا لإنبثاق سياقات اولية تخل بالحديث، ونظرا لسيطرة أساليب الكف إذ يظهر ميل للرفض والتوقف عن الحديث.

المقروئية:

سلبية – إيجابية، تميل أكثر إلى السلبية، نظرا لإنبثاق السياقات الاولية التي أفسدت الحديث، وسيطرة أساليب الكف.

الإشكالية:

رغم أن المفحوصة أدركت الإشكالية منذ الوهلة الأولى، إلا انها لم تتمكن من إعدادها.

اللوحة GF 7:

هنا اليماة تسامي بنتها أو تسقسيها " واشبيك "، هنايا حاجة خاصتها! هذا ما كان.

الأساليب الدفاعية:

A : A2-1

B: B2-1, B2-3

C : CM1, CP4, CP2

E:E1

تدخل المفحوصة مباشرة في الحديث وتبدأ بوصف لوضعية الشخصين، يتبعه تركيز على العلاقة فيما بينهما على شكل حوار. تركز المفحوصة بعد ذلك على البنت، حيث يظهر إفراط في توظيف السند تضع سيطرة أساليب الكف حدا للحديث الذي يميل إلى التقليص.

المقروئية:

سلبية – إيجابية، نظرا لكثافة أساليب الكف و سيطرتها على الحديث.

الإشكالية :

أدركت المفحوصة إشكالية الصرا بين الأجيال، غير أنها لم تتمكن من إعدادها، و خاصة ما يتعلق بالقطب العدواني، نظرا لتموقع العلاقة الصراعية الأنثوية في إشكالية الإقصاء.

اللوحة GF:

+ هنايا و، واحدة تشوف (المرأة في أسفل اللوحة) ، تشوف الد، entrain تشوف lbalcon، تشوفها ولا في لا، او هاذي تشوف في لوخرا،

Quelque chose comme ça

هذا ما كان. الأساليب الدفاعية:

A: A2-1, A2-1

/:B

C:CP3, CP4, CP2

E: E17, E2, E20

بعد صمت قصير تبدأ المفحوصة بوصف هيئة الشخصين، يتخلله إدراك تفاصيل غريبة، وتؤدي سيطرة أساليب الكف إلى تقليص الحديث والتوقف عنه.

المقروئية:

سلبية تماما نظرا لسيطرة كل من السياقات الأولية وأساليب الكف.

الإشكالية:

مثل اللوحة السابقة، لم تتمكن المفحوصة من إعداد إشكالية العلاقة التنافسية الأنثوية، رغم إدراكها لها.

اللوحة 10:

هاذي واحدة توادى واحد باش يروة.. أو جا ، ،non ماجاش ماجاش parce que أي توادى فيه.

Plutôt, elle pleure, entrain de

هكا .

الأساليب الدفاعية:

A: A2-6, A2-11

B : B2-1, B2-3

C: CP3, CM1, CP4, CP2 E: E2, E 17

تبدأ المفحوصة مباشرة في الحديث بالتركيز على علاقة بين الشخصين غير معرفين، تندرج ضمن إفراط في توظيف السند، يتبعه إدراك تفاصيل غريبة واضطراب في الحديث تؤدي سيطرة أساليب الكف إلى تقليص الحديث و التوقف عنه.

المقروئية:

إيجابية – سلبية، إذ رغم تواجد أساليب الرقابة والمرونة، إلا أن أساليب الكف سائدة على الحديث.

الإشكالية :

أدركت المفحوصة الإشكالية المطروحة في اللوحة، و أدرجتها ضمن إشكالية فقدان موضوع، التي تتمكن من إعدادها بصفة مقبولة نظرا للكف المسيطر .

اللوحة 11:

هذا بحر لا لا ما نعرف، لاعود بحر و لا une foret ولا ... ولا بحر plutot التحت التحت هذا ما كان.

الأساليب الدفاعية:

A: A2-3, A 2-6, A2-8

B: B2-1

C: CC2, CP5, CP4, CP2 E: E4, E17, El

تبدأ المفحوصة في الحديث مباشرة بطرة سؤال للفاحص حول إدراك خاط، يتبعه ميل للرفض، ثم تتردد بين تأويلات مختلفة، وتفضل في الأخير تأويلها الأول في حركة إجترار يتخللها اضطراب في الحديث، وتتوقف بعد ذلك عن الحديث تحت سيطرة أساليب الكف.

المقروئية:

سلبية نظرا لكثافة وسيطرة كل من السياقات الاولية وأساليب الكف.

الإشكالية :

حتى ولو كانت الإشكالية قد أدركت، إلا أن المفحوصة لم تتمكن من إعدادها، إذ إقتصرت على وصف إحدى عناصر اللوحة، ظهر ضمن حركة نفي للواقع الخارجي المخيف.

اللوحة MF 13:

+ هاذي، c'est un docteur مريضة أو يواسي فيها.. أو بات، هنايا sûrement c'est un docteur

يعمل، أو (تضحك) حاجة واحد أخر [+) تدخل الفاحص (son mari و لا مانيش عارفة، هذا مكان.

الأساليب الدفاعية:

A: A2-10, A2-8, A2-6

B: B2-9 C: CC2, CC1, CP5, CP5, CP4 E: E6, E20, E17

بعد صمت قصير حول هوية الرجل، تركز المفحوصة على عنصر من نمط تكوين إرتكاسي، يظهر ضمن حركة اجترار يتخلله إدراك شخص مريض و إضطراب في الحديث. يظهر إدراك العلاقة الزوجية في إطار رمزية شفافة، سبقها إظطراب حركي، وتبعها توقف عن الحديث.

المقروئية:

عموما إيجابية – سلبية نظرا لسيطرة أساليب الكف على الحديث.

الإشكالية:

أدركت المفحوصة الإشكالية إلا أنها تتمكن من إعداد القطب العدواني، إذ حولته إلى عكسه في إطار إشكالية قيام بالواجب . كما أنها عجزت عن إعداد القطب الجنسي، إذ أثار إدراكه إضطراب حركي، وتتطلب التطرق إليه مساعدة الفاحص.

اللوحة 19

Un genre de voiture ++

ولا بحر ولاً

non plutôt voiturث

ما نعرف c'est une voiture و لا .. ما نعرف mickey و voiture ولا (تضحك)تخلطتلي

الأساليب الدفاعية:

A: A2-6, A2-8 B/:

C: CP5, CC1, CN9, CP2 E: E4, E4, E4, E1

بعد صمت مطول نسبيا تتردد المفحوصة بين تأويلات مختلفة تخص إدراكات خاطئة لا ويسمح لجوءها إلى سياق الإجترار من التخلص من وزن السياقات الأولية، مما يؤدي بالمفحوصة إلى الإعتراف اختلاطها الذهني على شكل نقد ذاتي، سبقه اضطراب حركي.

المقروئية:

سلبية تماما، نظرا لإنبثاق السياقات الأولية التي سيطرت منذ البداية على الحديث، ونظرا لكثافة أساليب الكف.

الإشكالية:

لم تتمكن المفحوصة من إعداد الإشكالية المطروحة في اللوحة، نظرا لفساد تنظيمها العقلي تحت تأثير النكوص.

اللوحة 16:

فارغة... (تدخل الفاحص) الأمل ، بيض ، حاجة تكون هنايا بيضة نهار شباب، نهار زين يطلع (تضحك).

الأساليب الدفاعية:

A: A2-13, A2-8, A2-13

B: B2-1

C: CF1, CP5, CF1, CC1, CP2

E:/

تبدأ المفحوصة مباشرة الحديث بالتمسك بالمحتو [الظاهري للوحة، و تتمكن بعد تدخل الفاحص أعطاء عنوان ذو علاقة مع اللوحة، كما يسمح سياق الاجترار بالتقدم أكثر في نفس السياق المتعلق بالعقلنة والمرفوق اظطراب حركي.

المقروئية:

إيجابية . سلبية، نظرا لسيطرة كل من أساليب الرقابة و أساليب الكف.

الإشكالية :

تمكنت المفحوصة، بمساعدة الفاحص بالقيام بعمل إعداد عقلي على شكل رمزية وتجريد متعلقين بواقع اللوحة.

خصوصيات البروتوكول:

يمكننا إنطلاقا من تحليل محتوى بروتوكول رائز تفهم الموضوع، إستخراج خصوصيات عقلية للمفحوصة، نقوم بتقديمها على شكل رؤوس أقلام هنا، بينما سندرج بقية الخصوصيات في الصفحات القادمة ضمن دراسة الحالة.

تتمثل هذه الخصوصيات العقلية فيما يلي:

.1. تفاوت في نوعية الإعداد العقلي للقصص و الإشكاليات.

2. إستحالة إعداد العلاقة الثلاثية الأوديبية، مما قد يشير إلى سير عقلي ما قبل تناسلي، لد] المفحوصة.

3. صعوبة في إعداد كل من العدوانية، الصراعات وخاصة منها الصراعات مابينالأجيال الصراعات ما بين الأشخاص من الجنس الأنثوي.

4. عدم التمكن من النكوص دون حدوث إنزلاق تحت تاثير السياقات الأولية.

5. سيطرة إشكالية وقلق فقدان المواضيع و السند و صعوبة إعدادها.

6. سيطرة أساليب الكف و الرقابة أحيانا، و أساليب الكف و المرونة أحيانا أخر ، مما قد يشير إلى عدم إستقرار السير العقلي على نمط واحد علاوة على تعدد العرضية العقلية.

كما يشير التفاوت في كمية و نوعية التصورات المشار إليه في الخاصية الأولى للرائز (الرقم 1) إلى عدم إستقرار عمل الجهاز العقلي في الزمن.

IV- ملخص الدراسة حالة السيدة نسيمة:

1 - معطيات المقابلة العيادية:

تبل السيدة نسيمة من العمر أربع و أربعين سنة (44)، و قمنا بفحصها خلال إقامتها بالمستشفى تبعا لدفعة لمرض التصلب المتعدد.

الهيئة الجسمية للسيدة نسيمة لافتة للنظر حيث أنها متناقضة تماما مع مظهرها الخارجي. تعاني السيدة نسيمة من صعوبات معتبرة في المشي إذ تلجا إلى الاستناد إلى كرسي للتنقل، كما تضطر للتوقف عن المشي والاستراحة (بالجلوس على كرسيها كل ثلاثة أمتار تقريبا. أما مظهرها الخارجي، فهو مرض، إذ يظهر صبا شعرها بوضوة، كما تضع مواد التجميل على وجهها، إضافة إلى بدانتها.

لاحظنا أيضا، خلال المقابلة، تفاوت بين حديث ثري نسبيا خلال المحادثة، وحديث فقير خلال رائز تفهم الموضوع. . إلا أن هذا الغنى للحديث متعلق بكمية التصورات خاصة، إذ افتقر لمرافقات ومحتويات وجدانية أو رمزية و عوضت عبارتي "حسيت روحي متنيش عارفة كفاه" و"واستلي" في معظم الأحيان تلفظ الوجدانات، مما يشير إلى صعوبات و نقائص في التعبيرات الوجدانية.

عن قصة مرضها، أخبرتنا السيدة نسيمة أن ظهوره يرجع إلى حوالي عشر سنوات، إلا أن الكشف عنه لم يتم إلا منذ خمس سنوات. لقد وصفت السيدة نسيمة الأعراض الأولى لمرضها بصفة دقيقة، كما ذكرت كل المراحل التي مرت بها (زيارتها لمختلف الأطباء ، و عدم تراجع الأعراض رغم العلاج الموصوف لها في كل مرة قبل أن يكشف عن مرضها عن طريق الفحص بالأشعة المغناطيسية (I.R.M). ولقد ربطت تدهور حالتها الصحية بولادة ابنيها الأخيرين، إذ صرحت بشعورها بتفاقم مرضها بعد ولادة ابنها ما قبل الأخير، وهذا رغم عدم تواجد تعقيدات لا في فترة لا أثناء الولادة، إلا أنها شعرت بتعب كبير بعدها تكررت نفس الوضعية (الحالة) بعد سنتين عند ولادة ابنها الأخير، إذ صرحت السيدة نسيمة بأنها شعرت مرة ثانية بتطور مرضها. يمكننا، استنادا إلى هذه التصريحات الأخيرة، افتراض وجود أثر صدمي للحملين الأخيرين لديها، إذ ظهر عدم رغبتها في إنجاب الإبن الأخير إذ قالت: "جا غلطة"، ورغبتها في إنجاب بنت عوض الابن بالنسبة للحمل ما قبل الأخير، خاصة وأنها أنجبت خمسة أبناء قبله.

يظهر أن السيدة نسيمة لم تتمكن من الإعداد العقلي لهذين الحملين ، اللذان تسببا في تفاقم المرض، بحيث ظهرت صعوبات المشي بسبب ظهور فقدان التوازن و اللجوء إلى الاستناد على

الحائط للتنقل)، على عكس السنوات الأولى الثلاث للمرض، التي اقتصرت فيها الأعراض على الإحساس بالتنمل الإرهاق، عدم احتمالها للحرارة وثقل الرجلين. كما صرحت، دائما في إطار وصفها لتطور مرضها عن عدم طاقتها سما] حديث الغير، رغبتها في الانعزال للحصول على الهدوء و تخوفها من السقوط أثناء المشي . ذكرت أيضا قلقها المفرط عند خروجها من البيت، إذ سريعا ما تود العودة إليه، كما صرحت بعدم رغبتها في التفكير إذ قالت ما نحبش نخمم، خطرات يجيني التخمام على المرض انتاعي أو ولادي مازالو صغار، بصاة ما نحبش نخمم إمال نوض ندير حاجة ولا نشعل Télévision ".

هذه الإشارة إلى التغيرات التي ظهرت في حياتها بعد إصابتها بالمرض، توحي إلى قمع و تجنب للفكر والتصورات عند السيدة نسيمة، كما قد تشير أيضا إلى ظهور سمات خوافية للمحيط. كما ذكرت، في إطار إجابتها على سؤالنا حول التغيرات التي شعرت بها منذ مرضها، تزايد للاستثارت عندها إذ قالت: نتترفا، بصا ة دخلاني، ماندابرش او مانعيطش و لا نزقي، نتقلق دخلاني" وأشارت إلى إحساسها بتقلص أعصاب رأسها عند قلقها بحيث قالت كنتقلق هكذا، نتترفا، نحس العروق تاعي اللهنا (تشير إلى أسفل رأسها) يتزيرو". يظهر هنا التفريل المباشر للاستثارات على الواجه السوماتي، الذي يرجع لعدم تفريل هذه الاستثارت في عمل إعداد عقلي (الذي يظهر فقيرا) أو في تظاهرات طبيعية أو سلوكية. إلا أن السيدة نسيمة صرحت أنها تلجا إلى تسوية الوضعيات الصراعية، بعد أن تهدأ الأمور. يكشف هذا ردّ الفعل المتاخر للاستثارات المفرطة، عن عدم كفاية الدفاعات على مستوى الطبع، وخصوصا منها الهيستيرية إذ تتبع دائما التسوية الجزئية لحالات الإفراط، كما لا تشير هذه الدفعات الطبعية إلى عمل إعداد داخلي للاستثارات، بل لاخذ قيمة تفريغية (مكملة) لها فقط.

عن العلاج، أخبرتنا السيدة نسيمة أنه لم ينت عنه فائدة، لكون الأعراض مزمنة عندها و لم تتراجع منذ البداية، كما أن الكورتيكويدات التي تناولتها لم تؤد إلى تحسين حالتها و لا إلى إيقاف تطور مرضها . كما أضافت أنها لم تقم بالمستشفى إلا مرتين قبل الإقامة الحالية، إذ حتى و لو كانت تشعر بدفعات، فلم ترى فائدة من الالتحاق بالمستشفى لكونها تتناول الدواء بالبيت ترجع إقامتها الأولى إلى خمس سنوات تم خلالها الكشف عن مرض التصلب المتعدد، أما الإقامة الثانية فترجع إلى صيف سنة 2000، بسبب تدهور حالتها وتعبها الشديد (ظهور دفعة).

كما صرحت لنا، في إطار حديثها عن حبها للقيام بالنشاطات المنزلية، وعدم التوقف عنها رغم حالتها، أنها تنسى أحيانا أنها مريضة فتتمكن من الطب ، غسل الثياب والقيام بكل النشاطات التي يمكن إنجازها بالجلوس.

لا شعوري قد يشير هذا التهاون مع حالتها الصحية، إلى عدم وجود توظيف المرضها، يدخل في إطار نفي له، مما أد إلى تطوره تحت مفعول ..الصدمات. كما يشير أيضا إلى المكانة المهمة للنشاط الحسي الحركي، عموما، في الاقتصاد السيكوسوماتي للسيدة نسيمة والذي النشاط الحسي الحركي) يظهر أنه لا يأخذ قيمة اقتصادية استقرارية، خاصة مع ظهور التحديدات الجسمية الحديثة (الصعوبات القصوى للتنقل بسبب تفاقم المرض.

عن السوابق المرضية، أخبرتنا السيدة نسيمة بأنها لم تعرف الطبيب ولا الأدوية إلا عند ولاداتها المتعددة، و التي تمت على ما يرام في كل مرة إلا أنها أشارت إلى إجهاضها طبيعيا مرتين، دون التطرق إلى ظروف هذين الحادثين (و) كان الإعداد العقلي غير ممكن عندها) إذ واصلت حديثها بذكر تخوفها من الطبيب منذ طفولتها، و الإشارة إلى صحتها الجيدة، إذ قالت في تصريح يكشف عن أنا مثالي ذي قوة عضامية نرجسية عندها لكنت كي "الغولة ظهر هذا الأنا المثالي والسمات النرجسية. الهيستيرية بوضوح عند تطرق السيدة نسيمة إلى حياتها العائلية ومراهقتها، إذ صرحت بأنها تحب أن يكون بيتها جميلا و نظيفا، وكل الأشياء مرتبة في مكانها، كما تحب التجميل وأن تكون أنيقة في لباسها ومظهرها، إضافة إلى حبها للمزاة والضحك والتجول.

إلا أنها أضافت بخصوص هذه النقاط الأخيرة، أنها أصبحت لا تطيقها خارج بيتها، كما أصبحت لا تغادر بيتها إلا نادرا . كما أشارت إلى أن ليس لها صديقات كثيرات، لكونها لا تحب حديث لا خفة سلوكهن وظهر هذا الانعزال عن أقرانها من الإناث متواجدا منذ طفولتها، إذ صرحت لنا أنها لم يكن لديها آنذاك إلا صديقة واحدة، كما كانت تقضي أغلب أوقاتها في غرفتها، إما في قراءة الكتب أو القيام بنشاطات يدوية، بعد إنهائها من الأعمال المنزلية. أما عن علاقاتها مع والديها، ذكرت إن أمها كانت بمثابة أخت ،لها ، وأنها أولتها عناية خاصة لكونها ابنتها الوحيدة. كما أخبرتنا بعدم التعرف على والدها إلا في يوم زواجها المدني، إذ طلقت أمها قبل بلوغها السنة من رها. كما أشارت إلى علاقاتها العادية مع أبيها الثاني (زوج أمها وأخويها الأصغرين منها، إلا أنها لم تكن تتعامل معهم، بسبب طبعها الهاد الانذاك إذ قالت لككونت صغيرة تحطيني كما لهيك نقعد النساء وعمر كما لهيك ".

تشير هذه التصريحات إلى تواجد فقدان للموضو مهم خلال السنتين الأوليين من الحياة (تبعا للتصنيف السيكوسوماتي)، مما قد يشرة السمات النرجسية لديها و كذلك أناها – المثالي و المستو ما قبل – الأوديبي لسيرها العقلي. فيمكننا أن نفترض وجود تركيز حول الذات خلال مدة حداد الأم، ثم إفراط في العناية تعويضا لغياب الأب الحقيقي، و عدم تمثيل زوج الأم موضو [حب مما يشرة وصف الأم بالأخت (و) لا (بالمنافسة وعدم حدوث التنظيم الأوديبي للشخصية، والمستوى ما– قبل التناسلي للسير العقلي.

أما عن حياتها الزوجية و العائلية، صرحت لنا السيدة نسيمة بزواجها السريع تحت مفعول تولّه مفاج un coup de foudre الذي يشير مرة أخر] إلى عدم حدوث إعداد عقلي لكل الأمور المهمة في حياتها، إذا واجهت بعده ، في السنوات الأولى من حياتها الزوجية، صعوبات في علاقاتها مع زوجها، بسبب طبعه المتدهور ، الذي لم تكتشفه قبل زواجها كما أشارت، في إطار سيرها الهيستيري . النرجسي، إلى أن الصراعات الزوجية كانت ترجع إلى غيرة زوجها الذي كان يخاصمها بسبب تجميلها وحبها للخروج، وتضيف أنه هدأ بعد ذلك عند إنجابها لأولادها.

أما حياتها الزوجية و العائلية الحالية فوصفتها بالعادية، إذ ذكرت السند الذي تجده عند كلّ من زوجها وأولادها، والمساعدة التي يقدمونها لها في الأشغال المنزلية، كما ذكرت رغبتها لمعرفة كل ما يحدث لأولادها أو زوجها. فإذا ظهرت هذه الرغبة لمعرفة كل شيء كسيمة طبعية هجاسية إلا أنها قد تندرج أيضا ضمن حركة النفي اللاشعوري لمرضها، إذ صرحت السيدة نسيمة برغبتها في إبقاء الصورة التي كانت عليها قبل مرضها.

وأما عن نشاطها الحلمي، فصرحت السيدة نسيمة، بأنها لا تحلم إلا نادرا، بحيث لا تظهر الأحلام عندها إلا عند قلقها على شيء ما بحيث تمثل الأحلام تحقيق مباشر لرغبتها.

بخصوص مستقبلها ظهر مرة أخر l أناها – المثالي، بحيث ذكرت السيدة نسيمة أمنيتها بنجاة أولادها في دراستهم، عيشهم و عيشها هي حياة لا ينقصها شيء، هنيئة هادئة في بيت جميل.

وفيما يتعلق ببحثنا للحدث الصدمي المحتمل والمثير évenement déclanchant) للمرض، الذي ختمنا به (المحادثة) فظهر مرتبطا مباشرة بتظاهر ل لنا المثالي، إذ تمثل في غضبها على زوجها بمناسبة حدث تافه لكن ذو أهمية بالنسبة للقوة العضامية النرجسية للسيدة نسيمة، مما يكون قد أد إلى

إحداث جرة لم تتمكن كالعادة من إعداده، عقليا، إلى غاية وقت المحادثة لكونها لم تتمكن من التعبير عن الإحساس أو الشعور الذي أثاره فيها الحدث، بحيث صرحت أنها

فيظهر من خلال بروتوكول رائز تفهم الموضوع، انعدام الإعداد العقلي لكل من الصراعات، الاكتئاب، العدوانية والقلق، إذ اقتصرت السيدة نسيمة على ذكرهم فقط. كما ظهرت إشكالية "السند" مسيطرة في اللوحات (10,41 التي تشير إلى تواجد قلق فقدان المواضيع.

لم يسمح التواجد النسبي لأساليب المرونة 4-2 3-14, B2) من إعداد الإشكاليات المطروحة في اللوحات يسبب وزن أساليب الكف و انبثاق السياقات الأولية المتواجدة نسبيا E2,171,4) و التي أدت إلى إدراكات خاطئة. هذه السياقات الأولية، و خصوصا منها سياقي الإدراكات الخاطئة (4) و عدم إدراك المواضيع الظاهرة (1) قد تشرة نفي مرض التصلب المتعدد لد السيدة نسيمة الذي أشرنا إليه في المحادثة).

إشكاليات الرائز مدركة في معظمها من طرف السيدة نسيمة (ما عدا اللوحتين 2 و GF) إلا أن هذه الأخيرة لم تتمكن من إعدادها بصورة مرضية.

أما مقروئية البروتوكول، فقد تراوحت من الإيجابية السلبية إلى السلبية تماما (في اللوحات.(GF19,11,9.

عموما، يمكننا القول بأن نتائ] تحليل بروتوكول رائز تفهم الموضو [تتوافق نتائ تحليل مع المحادثة، بخصوص "العقلنة المشكوك فيها والسير العقلي الماقبل – أوديبي للسيدة نسيمة، إلا أننا لاحظنا انعدام السمات النرجسية الأساليب النرجسية) في بروتوكول رائز نفهم الموضو، و سيطرة السمات الخوافية أساليب قمع و تجنب التصورات).

دراسة الحالة الثانية: السيد سمير

1 . معطيات المقابلة العيادية:

يبلغ السيد سمير من العمر ثلاثين سنة، وقمنا بفحصه خلال إقامته بالمستشفى بسبب دفعة لمرض التصلب المتعدد يجلب الانتباه شحوب الوجه غير المعبر للسيد سمير، بحيث يظهر عليه شبه ذهول

يشير إلى حالة ضيق (détresse) لا يبدو سمير شاعرا بها. ولقد قدم إلى الفحص ماشيا على قدميه و مستندا على عصا.

عن قصة مرضه، ربط سمير ظهوره بما وصفه بـ "نو " من "الصدمة" un genre de choc) تلقاها عند انتهائه من الخدمة الوطنية (والتي تشير إلى تلقيه لجرح نرجسي)، حيث لم يعثر عن عمل رغم كل البحث الذي قام به ولقد ظهرت الأعراض الأولى للمرض على مستوى رجله اليمنى التي لم تعد وظيفية ثقل وعدم التمكن من المشي طويلا. زياراته لمختلف الأطباء، ومنهم أطباء أعصاب، لم تسمح بالكشف عن المرض، ولم يظهر العلاج الموصوف له في كل مرة فعالا، إلا لمدة محدودة بحيث عاودته الأعراض مرارا. كما بأن حالته الصحية تتماشى مع تغيرات حالته صر سمير النفسية، إذ تتدهور عندما يتعب نفسيا وتتحسن عندما يرتاح.

رغم إقامة بالمستشفى خلال سنة 1997 (سنتين بعد ظهور الأعراض) تم خلالها القيام بعدة تحاليل و منها البزل القطني (onction lomare) لم يكشف عن مرض التصلب المتعدد إلا في سنة 1999، بفضل قيام سمير بفحص عن طريق الأشعة المغناطيسية (I.R.M) ليس على علم بماهية مرضه، بحيث صرة بأن هذا المرض غير معروف ولا يتمكن أحد من التنبؤ بتطوره، كما أضاف بأنه تقبل مرضه وألفه لكون أعراضه إصابة الجانب الأيمن من جسمه) مزمنة . ويظهر أن سمير ولم تتراجع.

فيما يتعلق قاماته السابقة بالمستشفى، صرة سمير بأنها تكررت حوالي خمس مرات، تلقى خلال ثلاث منها علاجا بالكورتيكويد. وعن سؤالنا إذا ما أقام بالمستشفى بسبب الدفعات، سالنا سمير عن معنى الدفعات، وذكر أن الأعراض مستقرة منذ البداية ولم تتراجع. أما عن العلاج الذي يتناوله حاليا فصرح سمير بأنه غير فعال وأن الشفاء من عند الله.

فيما يتعلق بالسوابق المرضية، ذكر السيد سمير عملية جراحية تمثلت في استئصال اللوزتين (ablation des amygdales) عند بلوغه سن العاشرة، بقرار من والده، بسبب نغنغة، إلا أنه أضاف أن المشكل لا يتموقع في اللوزتين بل في الأنف إذ يعاني دائما من (les vegetations).

كما ذكر ألام قصو] في الرأس، دامت أربعة أيام متتالية مباشرة قبل التحاقه بالخدمة الوطنية، إذ زيارة الطبيب و تناول علاج مهد [] لم يجد نفعا إلا أن الآلام اختفت بسرعة، بعدما افترضت أمه إمكانية رجوعها (الام) إلى مشكل هضمي ونصحته بالتقيؤ، الشيء الذي أدى إلى زوال الام خلال عشرة دقائق

فقط. لا يمكننا تقديم تعليق حول هذا الحدث، إلا أنه يمكننا القول أن الأم تشكل موضو سند مهم بالنسبة للسيد سمير، مثلما بينته المحادثة فيما بعد.

دائما، لنا صر فيما يخص التغيرات التي سجلها سمير في حياته بعد مرضه صرة بتزايد معتبر لحساسيته (sensibilite)، إذ أصبح لا يتحكم في نزول دموعه عند تأثيره بشيء ما، رغم محاولته لذلك. ويضيف أن هذه الحساسية كانت متواجدة من قبل إلا أنها تزايدت بعد مرضه وبثمان هذه الحساسية سمير، أن الدافع الذي أدى به إلى الالتحاق بالخدمة الوطنية، دون استدعاء السلطات له، هو تاثره بحادث إرهابي شاهده في التلفزة، تمثل في قطع رأسي فتاتين و تأثره الكبير بتعليق الصحافي بعدم تكد الأطباء من توافق الرأسين بالجسدين عند قيامهم بوصلهما. كما أضاف أنه كان مستعدا لمواجهة الإرهابيين إذا ما صادفهم في طريقه يكشف هذا التصريح عن قوة عضامية للانا– المثالي عند سمير، إذ حتى و لو ظهر مثل هذا رد الفعل محتملا عند أي شخص، إلا أن القيام بالخدمة الوطنية خلال تلك الفترة (سنة 1993، يوحي إلى "مرور إلى الفعل" (passage à l'acte) ظهر هذا "المرور" إلى "الفعل وحيدا في حياة السيد سمير، إذ توافق مع جر لأناه المثالي. أثار هذا الجرة النرجسي أب سمير، الذي أشعره لأنه متطفل على العائلة، نظرا لعدم حصول سمير على منصب شغل بعد إنتهائه من التكوين المهني الذي قام به بعد فشله في امتحان البكالوريا مرتين (حسبه، بمشيئة القدر).

لم يرافق كل هذه التصريحات أي انفعال أو افقة وجدانية و كمان سميرا معزول عن قصته، إلى لكتئاب أساسي حالي عنده. مما يوحي.

وقد أكد هذا الاكتئاب الأساسي تطرق سمير إلى ماضيه حاضره ومستقبله، إذ ذكر أنّ كلّ شيء تم أو يتم على ما يرام غياب الصراعات). ففي ما يتعلق بطفولته صرة سمير بأنها مرت بصفة مرضية وذكر اللعب في الحي والتشويش في المدرسة. أما عن علاقاته مع والديه فذكر قسوة أبيه (severite) بخصوص الدراسة، أمه. وفيما يتعلق بمراهقته فوصفها "بالعادية" وعلاقته الطيبة مع و كانت تتمثل نشاطاته المفضلة في ممارسة الرياضة، كما ذكر فيما يخص دراسته، ظهور مشلكل عند التحاقه بالإكمالية، إذ وجد صعوبات في مادة الرياضيات، التي لم يكن يستوعبها.

قد توحي هذه التصريحات الأخيرة إلى صعوبات في الفكر المجرد عند سمير، إذ يظهر أن منذ الصغر وإلى غاية الا ان يرتكز الفكر la pensée عنده على كل ما هو ملموس و فعلي.

أما بخصوص علاقاته الجنس الأخر، سمير عن خجله الذي منعه ولا يزال يمنعه عن التعامل مع الفتيات خارج نطاق العلاقات المهنية. هذا التصريح لم يرافقه ذكر لأي عواطف أو وجدانات التي أوحينا إليها، إذ رغم ذكر سمير لزميلة تعمل معه إلا أنه يقول "نخليها قلبي ما نقدرش navouer لها دون تحديد لما يحتفظ به في قلبه. كما أشار، إضافة إلى "قمع الوجدانات" الملاحظ هنا، إلى الكف الذي يميز فكره إذ قال: " ما نقدرش نشر 5 نهدر واش في قلبي، واش في دماغي". يكشف هذا التصريح عن قمع وكف للتصورات أكثر مما يكشف عن نقائص تكوينية للجهاز العقلي، مثلما وضحه بروتوكول رائز تفهم الموضو (T.A.T) . كما يؤكد هذا القمع تصريح سمير بعدم أرادته لتذكر يوم وفاة والده إذ قال:

"la journée décès je ne veux pas la rebobiner"

وفي هذا الموضوع، وبغياب مرافقة وجدانية وانفعالية للحديث صر سمير لأن وفاة أبيه شكلت صدمة بالنسبة له تبعتها تدهور حالته الصحية، إذ لم يتمكن منذ ذلك الوقت من التخلي عن العصا عند المشي. كما ظهر أن مرضه آنذاك شكل جرحا نرجسيا لآخر لاناه المثالي، لكون سمير لم يكن يستطيع حمل أبيه عند الحاجة، عندما تفاقم عنده السرطان الذي قضى عليه. و ظهر مرة أخرى الأنا المثالي في إجابة سمير عن سؤالنا حول حالته النفسية عند وفاة أبيه إذ قال: "فرحتلو كمات، لا خطر كان يسوفري، أو هذك المرض ما عندوش traitement. ورغم تصريح بقاثره بمشهد أخواته اللواتي كنّ يبكين عند وفاة أبيه، إلا أننا لم نجد أي إيحاء أو تعبير لعمل الحداد لديه، خاصة إذا علمنا انه لم تمر سنة بعد عن الوفاة.

بخصوص النشاط الحلمي صر بتواجده لديه، إلا أنّه لا يتمكن من تذكر أحلامه عند اليقضة، و رغم المحاولة التي قام بها ، طلبا منا، لذكر أي حلم إلا أنّها باءت بالفشل. فذكر في هذا الثلان اضطرابا في الذاكرة مؤخرا، إذ أصبح ينسى كثيرا.

أما فيما يتعلق بنظرته للمستقبل، صرة سمير أنه لا يفكر فيه، إذ هو مهتم بالحاضر فقط، حتى و لو كان من المفروض التفكير في كلّ من الحاضر والمستقبل. وقد ظهر الأنا المثالي لسمير، مرة ثانية، عند وصفه لطبعه إذ قال : "مقلق، بصاة على "لعوج و ضرب لنا مثالا عن ذلك يتعلق بالنقائص المادية في عمله. كما أضاف لأنه ليس عدوانيا (agressif) حتى و لو تعرض لعدوانية الغير لأنه لا يحب جرة مشاعر الغير.

يظهر من خلال ما سبق ذكره عن المحادثة ،العادية، أننا بصدد عقلنة" سيئة" عند السيد سمير يميزها فقر في كمية ونوعية التصورات. كما يمكننا ذكر عدة عناصر من التصنيف السيكوسوماتي، التي تذهب في هذا الاتجاه

.أ- بخصوص المميزات العادية نجد :

1- كف ، قمع وتجنب للتصورات والفكر
2- لكتئاب كامن

ب- بخصوص المميزات الحالية نجد

1- لكتئاب أساسي
2- إفساد تنظيم تدريجي
3- حداد أو فقدان لموضو مهم ، حديث غير معد عقليا

أما بخصوص سوابق المفحوص، فيصعب ذكر أي عنصر بالتحديد بسبب قلة المعلومات المحصلة عليها، إلا أننا نفكر في تواجد لكتئاب خلال فترة المراهقة (و) المرتبطة بالاكتئاب الكامن المذكور في المميزات العادية، بسبب الفشل الدراسي.

2 . نتائج تحليل بروتوكول رائز T.A.T:

ويعود أما بروتوكول رائز تفهم الموضو ، فقد استغرق إعداده مدة طويلة فاقت مدة المحادثة. هذا الوقت الطويل المستغرق في إعداد البروتوكول إلى طول زمن الكمون المستغرق قبل البدء في نس القصص وطول زمن الكمون داخل القصص. إن هذا السكوت لم يثير لدى سمير أي انزعاج أو قلق .

أكد تحليل بروتوكول رائز تفهم الموضو (T.A.T) تواجد "الكف" لدى السيد سمير، والذي أد إلى تجنب الصراعات أو إعداد عقلي مرض لها. يمكننا تلخيص مميزات بروتوكول رائز تفهم الموضوع للسيد سمير فيما يلي:

1- لا يتميز البروتوكول بغنى المنتوج عموما، إذ سيطر الكف على عدة لوحات (MF,4,3BM1,13)، كما افتقرت القصص" المنسوجة للصدى الوجداني والهوامي.

2 –فيما يتعلق بالأساليب الدفاعية المستعملة سادت أساليب سجل الرقابة" وسجل "تجنب الصراعات انظر) ورقة الفرز في الملحق). ورغم تواجد بعض أساليب سجل "المرونة" (وخصوصا

3– إلا أنها لم تسمح للسيد سمير بتمثيل (mise en cene للصراعات و اعداد مرض لها (التخلص). أما أساليب سجل "الرقابة " فليست الأساليب التي ترجع إلى عمل إعداد داخلي للصراعات التفكير الهجاسي إذ اقتصرت على أساليب الدفا بالواقع الخارجي (الوصف) A2–1) والتحفضات الكلامية. كما يشير أسلوب الاجترار (A2–8) أكثر إلى صعوبات الفكر من التخلص من الوضعيات الصراعية، إذ لا يساعد على تجاوزها و إعدادها بصفة مرضية، مما قد يوحي إلى الاكتئاب الأساسي المشار إليه في تحليل المحادثة، إضافة إلى زمن السكوت المطول ضمن الحديث (cp1) .

3– إشكالية "السند" التي تشير إلى "قلق الفقدان" مسيطرة وواضحة في بعض اللوحات أما الصرا فيدور بين الأنا و الأنا المثالي (اللوحات BM 6). 9. (BM, 4, 3BM7)

–4– أما بخصوص المقروئية، فقد تراوحت من الإيجابية السلبية اللوحات111111 BM7) إلى السلبية – الايجابية اللوحات 161,, و السلبية تماما في اللوحة BM8.

عموما، يظهر من خلال تحليل بروتوكول رائز نفهم الموضوع للسيد سمير، إمكانيات محدودة ل عداد العقلي، وأساليب دفاعية تشير إلى سمات طبعية هجاسية–خوافية أكثر مما تشير إلى تنظيم السير العقلي على نمط "عصاب خوافي–هجاسي".

دراسة الحالة الثالثة: السيد زوبير

1 – معطيات المقابلة العيادية:

يبل السيد زوبير من العمر ثماني و عشرين سنة، و تم فحصه خلال إقامته بالمستشفى تبعا لدفعة لمرض التصلب المتعدد قدم السيد زوبير إلى الفحص في كرسي متنقل (chaise roulante) و عرفنا أنه بدأ في استعماله منذ حوالي سنة عندما استحال عليه المشي. كما يظهر عند السيد زوبير اضطراب في الكلام، إذ يتحدث ببطء بتقطع.

عن قصة مرضه، ذكر السيد زوبير لكن أعراضه الأولى ظهرت خلال إنجازه للخدمة الوطنية، بينما كان يعمل على ترصيص باب المدخرات (الأسلحة). وصرة مباشرة بعد ذلك، بحبه الشديد للعمل إذ قال: " أنا

نعشق الخدمة ومواصلا سرده لقصة مرضه، قال السيد زوبير أنه لا يتذكر، بخصوص الأعراض الأولى، أيهما سبق الأخر: اضطرابات في البصر أو اضطرابات الكلام. ولم تؤد زيارته في ذلك الوقت، لطبيب الجيش إلى الكشف عن مرض التصلب المتعدد، إذ وصف له دواء سمح بتراجع الأعراض.

أدت معاودة المرض، أعراض أخرى تمثلت في ارتعاش يده اليمنى، سنة بعد إنهائه من الخدمة الوطنية في 1995م إلى زيارة طبيب لآخر، قام بتوجيه السيد زوبير إلى مختص في طب الأعصاب. هذا الأخير وصف للسيد زوبير فحوصا طبية ، لم تكشف عن المرض.

أدى عدم تراجع الأعراض، رغم العلاج الموصوف، إلى زيارة ثانية للطبيب نفسه، الذي قرر إقامة السيد زوبير بالمستشفى لمدة خمسة عشر يوما، تم خلالها إجراء فحوصات أخرى منها البزل القطني (p.lombaire) وأشعة السكانير (Scanner) التي لم تكشف أيضا عن المرض فاضطر الطبيب لطلب فحص بالأشعة المغناطيسية (I.R.M) الذي لم يكن متواجدا نذاك بالمستشفيات بالعاصمة. هذا ما أدى بالسيد زوبير إلى السفر إلى تونس حيث أقيم بالمستشفى خمسة أيام للخضوع لهذا الفحص ولفحوصات أخر ، كشفت أخيرا عن المرض. في هذا الثمان صرح كان ينوي البقاء بتونس وعدم الرجول إلى الجزائر، إذ أخذ ما يكفيه من الثياب، إلا أنه اضطر للعودة لعدم عثوره على عمل ولعدم امتلاكه للموال.

تم التصريح عن ظروف ظهور المرض عند السيد زوبير بدقة وتفاصيل مدهشة، خصت تواري الأحداث، وحتى مقاطع من الحديث الذي دار بينه و بين بعض الأشخاص، الشيء الذي قد يوحي إلى تفكير هجاسي لديه. إلا أن هذا الافتراض نفاه غياب المرافقة الوجدانية والإنفعالية للحديث وعناصر تذهب في اتجاه مغاير عند تطرق السيد زوبير لحياته العائلية والزوجية وإلى التغيرات المسجلة في حياته بعد إصابته بالمرض.

في هذا الموضو،صرة زوبير أنه أصبح متدينا إلا أنه يعاني من وسواس" أد] إلى تفكيره الانتحار مرارا. غير أنه امتنع عن ذلك بسبب معرفته لمصيره: جهنم، إذا ما انتحر. وعن سؤالنا حول هذا "الوسواس" صرّة زوبير لأنه لا يمكنه الإفصاة بذلك لأي من خلق، ومن بينهم نحن، بسبب عدم ثقته بنا. غير أنه أشار إلى أن هذا الوسواس" يتعلق بشكوك في أمور إلاهية وفي الناس.

يكشف هذا التصريح الأخير عن وجود قلق موضوعي (تبعا للتصنيف السيكوسوماتي لبيار مارتي) عند السيد زوبير، كما يكشف عن سمات اضطهادية لديه. هذه السمات الإضطهادية أكدها اعتداء السيد زوبير علينا، عندما لنا صر بعدم ثقته بنا.

بخصوص حياته العائلية، ذكر السيد زوبير تغيير معاملة كل من إخوته وأخواته وزوجته له، وهذا بعد تطور مرضه وإعاقته، بحيث أصبحوا يعاملونه بسوء، بينما كانوا يخشونه كثيرا قبل مرضه، نظرا لقسوته تجاههم قال : "كونت (واعر "ولجوئه إلى ضربهم كما ذكر أنه يلجا لحد الان إلى ضرب ابنه الذي لا يبلل من العمر إلا سنة عندما يخاف عليه من السقوط من المصعد أو عندما يقوم الابن بعمل أحمق، وإلى الشجار مع زوجته التي يفكر في تطليقها لعدم خضوعها له بعدما أصبح مريضا.

تكشف كل هذه التصريحات مرة أخرى، عن وجود عرضية ذهانية (عظامية . اضطهادية) لد السيد زوبير، أكدتها القوة العظامية ل لنا المثالي التي ظهرت عند تطرقه إلى حياته العلائقية الماضية والحالية. فذكر أنّه كان يلجا إلى المشاجرة الجسمية مع الغير عند غضبه، حتى ولو كان يتغلب عليه الغير في كل مرة. كما صرّة أنه واجه مشلكل مع كل الناس الذين صاحبهم انطلاقا من مراهقته، بعد رحيل عائلته من القرية. كما ذكر أنه صاحب "الإخوة بعد مرضه، وأصبح يفضل حاليا مصاحبة الأطباء. قد تشير أيضا هذه التصريحات إلى عدم استقرار المواضيع عند السيد زوبير وعدم استدخالها، إذ تشكل في كل مرة "مواضيع سند" له.

أما عن طفولته و مراهقته، فلم يذكر السيد زوبير إلا لجوءه إلى التدخين في سن مبكر (5) أو 6 سنوات، وتظهر هنا أهمية النشاطات الحسية–الحركية)، والمعاناة التي واجهها بسبب كل من عمله كرا ل غنام وجلبه للماء من القرية البعيدة عن بيته وبخصوص علاقاته مع والديه، ذكر السيد زوبير انه مرتاح مع أبيه، إلا أن العلاقات أمه كانت مضطربة بسبب عقابها له بالضرب، لعدم مع توقفه عن التدخين.

بخصوص موضوع الحياة الزوجية تطرق السيد زوبير مباشرة إلى "الجنسية"، إذ أجاب على سؤالنا بأنه لم يخفى عنه، قبل زواجه، معرفة تعضي جسم المرأة (anatomie de la femme التي يعتبرها ككائن ضعيف و أعوج (و قام بالإدلال عن ذلك بحديث من السنة)، الشيء الذي يؤكّد مرة أخرى القوة العضامية لـ [نا المثالي المسيطر عند السيد زوبير ، و هذا رغم المشلكل التي يعاني منها مع زوجته لعدم تمكنه من

السيطرة عليها. و هذا ما يجعل السيد زوبير يفكر في الطلاق، الذي يظهر كالوسيلة الوحيدة التي تمكنه من التفوق عليها.

أما بخصوص النشاط الحلمي، فصرح السيد زوبير بتواجده لديه وتذكره لبعض أحلامه التي ظهرت كتحقيق مباشر لرغباته. كما ظهر من خلال حلم قصه علينا السيد زوبير، أن هذا الحلم غير خاضع لترابطات الأفكار، إذ اقتصر على سرده فقط.

من كل ما سبق ذكره، يظهر أننا بصدد تنظيم عقلي من نمط ذهان بارانويا بكلا قطبيه (العظامي والإضطهادي)، غير أنّه يظهر أنّ هذا الذهان يندرج أكثر ضمن ذهانات السلوك،هذا ونظرا للعقلنة السيئة التي تميزه و التي يكشف عنها عدد من عناصر التصنيف السيكوسوماتي المتمثلة هذا وفي:

1- مرور متواتر إلى السلوكات.
2- تغير ملحوظ للاقتصاد العلائقي.
3- لكتئاب كامن
4- تحديدات حديثة للنشاطات الجسمية.
5- سمات طبعية ذهانية.
6- إفساد تنظيم تدريجي.

كما تظهر العقلنة السيئة من خلال الإعداد السيل للمواضيع المتناولة، إذ يتميز الحديث بفقر نوعي للتصورات بفقر الترابط بين التصورات وبفقر المرافقات الوجدانية.

2 - نتائـ تحليل بروتوكول رائز T.A.T :

أما بروتوكول رائز تفهم الموضو ، فيتميز بفقر معتبر ل لانتاج، إذ سيطر عليه ميل عام للتقليص (CP2) إلى جانب أساليب سجل تجنب الصراعات الخوافية. فظهر في كل اللوحات ميل إلى الرفض (CP5) مع عدم تمكن تدخلات الفاحص من التغلب عليها.

الأساليب الدفاعية مختلفة السجلات متواجدة بالبروتوكول انظر) ورقة الفرز بالملحق) إلا أنها ظهرت بكمية قليلة، إضافة إلى عدم فعاليتها إذ لم تمكن السيد زوبير من التخلص و الإعداد العقلي للصراعات

الدفا عن طريق الواقع الخارجي (1–2) (1) مسيطر ، و التطرق إلى الصراعات ما بين الأشخاص أو الصراعات الداخلية لا يتبع لأي عمل إعداد عقلي.

الصد الوجداني للقصص فقير جدا، إلا أن الصد الهوامي متواجد بصفة كامنة، مما أد إلى كل من ظهور دفاعات هامة عن طريق الأساليب الخواقية اتخاذ مسافة مهمة بالنسبة للمحتو الكامن) وإلى انبثاق سياقات أولية (E1).

أما المقروئية فقد تراوحت من الإيجابية السلبية المائلة إلى السلبية في اللوحات BM, 4 , إلى السلبية تماما في اللوحات 1 ,11 ,1913, MF و 16.

الإشكاليات المطروحة في لوحات الرائز مدركة في معظمها ، إلا أن السيد زوبير لم يتمكن من إعدادها تحت مفعول الأساليب الخوافية القوية. كما ظهرت صعوبات واضحة للنكوص في اللوحات 11 و19 (اللوحات الغامضة). ويكشف كل هذا عن الإمكانيات المحدودة لإعداد العقلي عند السيد زوبير، بعض النظر عن الكف المسيطر .

عموما، حتى و لم يكشف بروتوكول رائز تفهم الموضو ، صراحة عن ذهان السلوك عند السيد زوبير، إلا انه يؤكد العقلنة السيئة التي تميز تنظيمه العقلي و الإمكانيات المحدودة لعمل الإعداد العقلي لديه.

دراسة الحالة الرابعة: الآنسة حنان

1 – معطيات المقابلة العيادية:

تبل الانسة حنان من العمر تسع وعشرين (29) سنة، إلا أن سمات وجهها توحي بسن اقل من ذلك بكثير. كما يظهر على وجهها حالة ضيق (détresses) بسبب كل من شحوبه و مظهرها المذهول . تم فحص الانسة حنان خلال إقامتها بالمستشفى بسبب دفعة جديدة لمرض التصلب المتعدد ظهرت عندها مؤخرا.

بد ء إفساد التنظيم العقلي للانسة حنان بوضوة خلال المحادثة بحيث لجانا عدة مرات إلى مساندة حديثها بتدخلات ساعدتنا على توضيح الأمور ، و كمان فكرها يتفر] من مادته مع مرور الحديث. كما لاحظنا صعوباتها لإعداد بعض المواضيع المتناولة في المحادثة خاصة منها تلك التي ترجع مباشرة إلى معاشها من ناحية مشاعرها و أحاسيسها (الوجدانات)، إذ رغم بحثها عن التصورات، و الذي يشير إليه السكوت و

التظاهرات الحركية تعض شفتيها)، لا تجدي المحاولة بنتيجة إذا يكون الجواب: "عادي". فشعرنا ، في هذه الحالة، وكمان الانسة حنان بصدد سؤال امتحان لا تجد له جوابا.

تختلف الأمور فيما يتعلق بمواضيع أخر ، إذ بخصوص قصة مرضها ربطت الانسة حنان ظهوره مباشرة بالمستو [الدراسي الذي كانت فيه، إذ ذكرت أنه ظهر عندما كانت في السنة الأولى ثانوي، غير أن حالتها الصحية تدهورت خلال السنة الثالثة ثانوي.

لم تربط الانسة حنان تعقد أو تفاقم مرضها بفشلها في امتحان البكالوريا، إلا أنها أوحت إلى ذلك، بحيث قالت: "في terminale طحت خلاص" ، و أضافت أنها أرادت إعادة اجتياز الامتحان مرة ثانية، إلا أنها لم تتمكن من ذلك، لكون الإعاقة توسعت إلى الجانب الأيمن، بينما كانت مقتصرة، قبل ذلك، على الجانب الأيسر فقط من جسمها.

وعن سؤالنا، إذا ما تكثرت بفشلها أجابت الانسة خنان بضحكة صغيرة petit peu,oui وكانها لم تتمكن من استيعاب بحثنا عن العلاقة بين فشلها و تدهور صحتها. وبتدخل منا، علمنا أن الأعراض الأولى للمرض تعود إلى الإكمالية غير أن ظهوره صراحة وتطوره لم يتم إلا في السنة الأولى ثانوي، إذ تم تراجع الأعراض، بعد تناولها لدواء وصفه لها الطبيب الذي زارته آنذاك.

في إطار الحديث عن تطور المرض خلال السنة أولى ثانوي، أشارت الآنسة حنان مباشرة إلى صديقتها التي كانت ترافقها دائما إلى الثانوية بوصاية من أمها بسبب تخوف هذه الأخيرة من سقوط أبنتها أو إصابتها بأي حادث نظرا لاضطرابات المشي. و ظهرت هذه الصديقة كموضوع توظيف قوي عند الانسة حنان موضوع سند مهم بحيث عادت إلى الحديث عنها مرارا خلال المحادثة، وبالخصوص مراهقتها وحياتها الحالية، كما ظهر أن المرجع إلى الدراسة عند الحديث عن قصة المرض، متعلق خاصة بهذه الصديقة.

صدمي أقامت الآنسة حنان بالمستشفى مدة شهر عند تفاقم مرضها سنة 1991)، خضعت خلالها لعدد من التحاليل وبالخصوص البزل القطني maire... الذي يظهر انه شكل لكبر حدث بالنسبة لها، بحيث أكدت حنان مرارا أن الارتعاش وفقدان التوازن المزمنين منذ ذلك الحين، و اللذين يشيران إلى تطور المرض، لم يظهرا إلا بعد قيامها بهذا التحليل. ولقد أشارت عدة مرات إلى هذا التحليل الطبي دون ذكر مفعوله الصدمي (لم يظهر أي وجدان أو انفعال) الذي يبدو أنها غير واعية به. ولقد عادت للحديث عن

هذا الحدث الصدمي في بروتوكول رائز تفهم الموضوع (T.A.T)، مما قد يشير إلى وزن صدمي منذ 1991م.

دائم تتمثل الهيئة الجسمية الحالية، مثلما أشرنا إليها سابقا، في صعوبات كبيرة في المشي، إذ لا تتمكن الآنسة حنان من التنقل دون سند إنساني، بسبب ارتعاش كل جسمها واستحالة الحفاظ على التوازن، كما لا تتمكن من المشي مسافة طويلة نسبيا بضعة أمتار)، مما أد ا بها إلى تحديد تنقلاتها و عدم مغادرتها البيت إلا نادرا ذكرت الآنسة حنان، بخصوص سوابق، المرض، إصابات متكررة منذ الطفولة بالزكام والذبحة (angine) خاصة التي كانت تعاودها بوتيرة تفوق خمس إصابات في السنة.

وإن كانت هذه الإصابات توحي إلى افسادات تنظيم سوماتية متواترة، إلا انه يبدو أنها أخذت مكانة اقتصادية مهمة في الحفاظ على التوازن السيكوسوماتي الهش للآنسة حنان خلال طفولتها وبداية مراهقتها، إلى أن يختل هذا التوازن بصورة عميقة. لم نتمكن من الكشف عن سبب اختلال التوازن العميق للآنسة حنان، خلال المقابلة، رغم محاولات متكررة . إلا انه يظهر ذو علاقة . حدث مع صدمي أدى إلى ظهور إفساد تنظيم تدريجي في سن المراهقة، مرتبط بنزهة مع قريب لها إلى حديقة الحيوانات ذكرتها الآنسة حنان، عند تطرقها إلى طفولتها وإلى علاقاتها مع والديها إلا أنها غيرت مجرى الحديث، بعد فترة صمت قصيرة، لتصف علاقاتها بالحسنة مع كلا والديها.

كما ظهرت إشارة إلى حديقة الحيوانات في زلة لسان حينما تطرقت الكنسة حنان إلى نشاطاتها المفضلة خلال المراهقة، و المتمثلة في التنزه مع صديقتها بحيث قالت: "ما كوناش نبعدو على الدار ما كوناش نروحو heu par zoologique للمقام الشهيد لا شك أننا هنا بصدد تجنب وقمع لحدث ما، لم تتمكن الآنسة حنان من إعداده عقليا، بسبب فقر إمكانياتها العقلية، التي يظهر أنها ترجع إلى نقائص في تنظيمها العقلي.

هذه النقائص تؤكدها الدفاعات على مستوى الطبع المتواجدة منذ الصغر عند الانسة حنان إذ قالت: "ملي كونت صغيرة ، depuis toujours les nerfs, je suis nerveuse " تتمثل هذه الدفعات في تفريل مباشر لإفراط الاستثارات المرتبط) غالبا إشكالية فقدان) على شكل شجار شفهي. إلا انه يظهر بأن هذه السمات الطبعية لم تعد كافية حاليا، إذ صرحت الكنسة حنان بلجوئها إلى البكاء عندما لا تتمكن من تفريل الاستثارات (الغضب) كلية . و قد يشير هذا، إلى حالات تجاوزات (debordement) عقلية

تستدعي لجوء إلى نشاط سلوكي (البكاء)، خاصة بعد تحديدات التعبير الجسمي التي عرفته حنان بسبب تفاقم مرضها وتشير كل هذه العناصر إلى كل من الهشاشة النفسية والجسمية التي تتواجد فيها حاليا الآنسة حنان.

بخصوص سير الطفولة والمراهقة والحياة الحالية، لم تذكر الآنسة حنان إلا حوادث ملموسة وفعلية، ولم يرافق حديثها، بصفة عامة، تعبيرات وجدانية، إلا نادرا. كما أشارت حنان إلى فقدانها لصديقتها التي لم تعد تزورها كثيرا ، مثلما كانت عليه من قبل ورغم محاولتها تبرير هذا الابتعاد بدراسة صديقتها، والتي تستغرق كل وقتها، إلا أن هذا التبرير لا يساعد حنانا على التغلب على النات عن فقدان موضوع سندها فصرحت فيما يخص مستقبلها، بأنها تتمنى أن تشفى من مرضها، وتعود مثلما كانت من قبل، وتتمكن من الخروج والقيام بالأشياء التي تود القيام بها، و أيضا أن يحبها الناس مثلما كانوا يحبونها قبل مرضها وخصوصا صديقتها. و يؤكد هذه التصريح قلق الفقدان الناتج عن الجرح النرجسي المرتبط بالتحديدات الجسمية الحالية للآنسة حنان، و التي يظهر أنها كانت سابقا ، ذات قيمة اقتصادية مهمة في حياتها (اقتصادها السيكوسوم وماتي).

أما عن النشاط الحلمي، فيظهر متواجدا ، نسبيا، عند الانسة حنان بحيث قالت أنها تحلم أحيانا، و لا تحلم أحيانا أخر، غير أنها لا تتذكر من أحلامها رغم كل المجهودات التي تقوم بها.

يظهر إذا من كل ما سبق ذكره، أننا بصدد عقلنة سيئة عند الانسة حنان، يميزها قلق فقدان مواضيع السند، مما يشير إلى عدم تواجد استدخال حقيقي للمواضيع، كما تمثل هذه العقلنة السيئة عدة عناصر من التصنيف السيكوسوماتي هي:

1- كف، تجنب و قمع للتصورات (المتواجدة) و الفكر

2 - سمات طبعية شفاهية

3-اختلال تنظيم متواتر (في سوابق المرض).

4- اختلال تنظيم تدريجي حال

5- تحديدات حديثة نسبيا، للنشاطات الجسمية

6- وزن صدمي مستمر منذ 1991.

كما يكشف عن العقلنة السيئة عند الانسة حنان فقر ملحوظ للتصورات من الناحية الكمية و النوعية، فقر الترابط لـ فكار ، فقر التعبيرات الوجدانية، ضعف إمكانيات الإعداد العقلي للمواضيع المتناولة خلال المحادثة وترجع هذه العقلنة السيئة حسب رأينا، إلى نقائص في التنظيم العقلي، رغم وجود قمع وتجنب للتصورات والفكر .

2 – نتائج تحليل بروتوكول رائز T.A.T:

يميز بروتوكول رائز (T.A.T) فقر ولا غياب الصدى الوجداني والهوامي "للقصص" المنسوجة، كما ظهرت إمكانيات محدودة عداد العقلي، وهذا رغم تواجد أساليب دفاعية من كل السجلات، أحيانا.

الأساليب الدفاعية المسيطرة هي أساليب سجل الرقابة وسجل تجنب الصراعات (انظر ورقة الفرز بالملحق، مع الإشارة إلى أن هذه الأساليب لا ترجع إلى سير عقلي على نمط عصاب هجاسي– خواقي، بل إلى سمات طبيعية هجاسية–خوافية هذا، لأن اغلب أساليب سجل الرقابة متمثلة في الوصف الدفا بالواقع (الخارجي) الذي لا تتبع بتبرير التاويلات بهذا الوصف (2–2) دون 1–A2)، وفي التحفظات الكلامية (3–2)، إضافة إلى الاجترار (8–A2). هذا الأخير لا يؤدي إلى التقدم في إعداد الإشكاليات المطروحة في اللوحات، بل يكشف عن انزلاق الفكر دون إمكانية التخلص. كما أن الأسلوب الدفاعي الذي يرجع إلى إعداد داخلي للصرا (17–A2) يختفي بعد اللوحة 3BM .

أما بخصوص أساليب سجل تجنب الصراعات"، فساد كل من عدم تعريف الأشخاص (CP3)، ميل عام للتقليص (CP2) وعدم ذكر أسباب الصرا (CP4) والدفاعات الحركية (اللوحات 11,164) . أدت الصعوبات العامة عداد العقلي شكاليات.

المطروحة في اللوحات، و خصوصا الإشكاليات الأوديبية إلى انبثاق السياقات الأولية الخاصة فساد الحديث (E17–E20) ، و إلى انبثاق سياقات أولية أخرى من النوع تعبيرات خامة (8) وإدراك مواضيع سيئة (E14) في اللوحات الخاصة بالإشكاليات العدوانية. كما ظهر أحسن مستو] [[]عداد العقلي عند الانسة حنان، عند تطرقها لإشكالية السند (اللوحات GF107) القلق السائد في البروتوكول هو "قلق الفقدان، والتعبير عن الصراعات والاكتئاب غير مطاق، مثلما هو الأمر بالنسبة للعدوانية.

أما مقروئية البروتوكول فهي متغيرة حسب اللوحات، إذ نجدها إيجابية سلبية مائلة إلى السلبية في اللوحات 1، 2، 3BM ، 5 ، 9GF ، 13MF ،و إيجابية سلبية في اللوحات 4، 10 ،11، 16 ، 7GF وسلبية تماما في اللوحتين 6GF و19 .

نشير في الأخير إلى الوزن الصدمي الذي أد إليه البزل القطني (ponction lombaire)، الذي تطرقنا إليه خلال تحليل المحادثة والذي ذكرته الآنسة حنان في أخر لوحة لرائز تفهم الموضوع.

تذهب نتائ تحليل بروتوكول رائز تفهم الموضوع في نفس اتجاه النتائ المتوصل إليها من خلال تحليل المحادثة، بحيث أكدت العقلنة السيئة التي تميّز التنظيم العقلي العصابي للآنسة حنان.

تقديم الحالة الخامسة: السيد لطفي

1 . معطيات المقابلة العيادية:

يبل السيد لطفي من العمر ثلاث وعشرين سنة ، وقمنا بفحصه خلال إقامته بالمستشفى تبعا لدفعة لمرض التصلب المتعدد.

يعاني السيد لطفي من إعاقة في رجله اليمنى، التي لم تعد وظيفية، مما يصعب عليه المشي. عن قصة مرضه علمنا أن الكشف عن التصلب المتعدد لم يتم إلا في سنة 1996، إلا أن الأعراض الأولى تعود إلى حوالي سنتين من قبل، تعددت خلالها الدفعات وتعددت معها الزيارة إلى الطبيب. و لم يكشف عن المرض، رغم كل التحاليل التي تمت إلا بفضل الفحص عن طريق الأشعة المغناطيسية (IRM). العلاج الذي وصف للسيد لطفي، بعد ظهور المرض، والمتمثل في الكورتيكويد، غالبا ما أدى إلى تراجع الدفعات، إلا أنها كانت تظهر ثانية بعد بضعة أشهر.

كل المعلومات المحصل عليها عن قصة المرض، وعن قصة حياة السيد لطفي بصفة عامة، قدمت لنا على شكل وصف مدقق، لكن لم يرافقه أي تعبير عن وجدانات أو انفعال أو قلق، بل لجوء أحيانا إلى الحركة وإلى الابتسام و الضحك.

هي فيما يتعلق بالعلاج صرح السيد لطفي أنه لم يعد فعالا بعد سنة 1996، مما أد به إلى اللجوء إلى علاجات تقليدية (غير طبية لم تعط فائدة أيضا. و بخصوص العلاج الحالي فيتمثل في تناول الفيتامينات

(B6,B1)، إلا أن السيد لطفي يصر ة أن حالته لم تتحسن وهي على ما كانت عليه منذ 1996. قادت إعاقة الرجل اليمنى للسيد لطفي إلى منعه عن التنقل المشي مسافة مطولة نسبيا أو القيام بأي نشاط.

لم تظهر في السوابق المرضية للسيد لطفي، أي إصابة الأمراض خاصة، ما عدا الزكام من حين لأخر.

بخصوص الطفولة، أصبح حديث السيد لطفي فقيرا بحيث اقتصر على وصف سير طفولته بالعادية، إذ قال: "جوزتها اي طفل normale .. وأما عن فترة المراهقة فذكر مباشرة وفاة أبيه سنة 1989، ولجوءه بعدها إلى التدخين في سنة 1990. كما أشار إلى صراعات داخلية واجهها نذاك، بسبب كونه لكبر الأبناء في العائلة، مما وجب عليه التفكير التوقف عن الدراسة، و قد يكشف هذا التصريح عن صر ا بين الأنا والأنا المثالي الذي يظهر متواجدا لدى السيدة أيضا بحبه لممارسة كرة القدم، والتي توقف عنها بسبب إصابة عضلية. البحث عن العمل ولطفي كما صبر أيضا بحبه لممارسة كرة القدم، والتي توقف عنها بسبب إصابة عضلية.

في إطار الحديث عن وفاة أبيه، لم يتمكن السيد لطفي من الإشارة إلى «الحداد"، رغم تأكيدنا على حالته النفسية آنذاك، إذ ظهر قلق "الفقدان النات عن الوفاة ذي علاقة فقط التباعد الجغرافي بين عائلته وبقية الأقارب (الأعمام والأخوال). كما ظهر أن الشيء الذي تأثر به السيد لطفي، خلال وفاة والده ليست الوفاة في حد ذاتها بل صورة لا تزال في ذهنه حية إلى حد يوم الفحص (حسب قوله)، مرتبطة بالنحول المعتبر الذي أصيب به أبوه أثناء إقامته بالمستشفى قبل وفاته بسبب مرض السرطان. فيظهر أن هذه الصورة شكلت حدثا صدميا بالنسبة للسيد لطفي، لم يتمكن لحد الآن من تجاوزه، كما قد تدل على جرة نرجسي خصت تدهور الصورة التي كان يمثلها الأنا المثالي لديه.

لم يرافق الحديث عن هذا الموضوع أي (وفاة الأب) انفعال أو وجدانات (مثل بقية المحادثة عموما)، ولم يحيي أي تصورات أخر بخصوص هذا الظرف الأليم. لم يولد أيضا، الحديث عن الحياة العائلية والاجتماعية أي ترابطات لافكار أو وجدانات، بل اقتصر السيد لطفي عن وصف موجز لها، إذ ظهر أن كل شيء عاد.

بخصوص التغيرات التي لاحظنا في حياته، منذ إصابته بالمرض، صرة السيد لطفي بلجوئه إلى السلوك خاصة، إذ رغم وصف طبعه بالهادئ عادة، إلا انه أصبح يلقي بأي شيء متواجد في يده عند غضبه يضرب الغير بهذه الأشياء). سجلنا ظهور التغيرات في حياة السيد لطفي انطلاقا من وفاة أبيه خلال

مراهقته مثلما أشرنا إليه منذ قليل، إذ إضافة إلى ذكره البدء في التدخين آنذاك، يظهر أن السيد لطفي مر بفترة لكتئاب حادة عند ظهور مرضه، إذ صر بانه يئس الحياة (كرهت حياتي") بسبب عدم تعرف الأطباء عن مرضه. كما تواصلت هذه الأزمة" وتعقدت خلال الفترة المتراوحة ما بين 1996-1999، بحيث صرة السيد لطفي بأنه أصبح قلقا ويشك في كل الناس وحتى في عائلته. وما زاد في قلقه هو عدم تمكنه من المشي والدراسة أو العمل اللذين توقف عنهما بسبب المرض.

تشير هذه التصريحات إلى المكانة الإيجابية السابقة للنشاطات الحسية- الحركية في الاقتصاد السيكوسوماتي للسيد لطفي بحيث أدت التحديدات الجسمية الناتجة عن المرض إلى رد فعل لكتئابي، تراجع ليترك المجال للفكر العملي و أضاف السيد لطفي أن حالته تحسنت بعد إقامته بالمستشفى، نظرا لحالات المرضى المتدهورة التي شاهدها، إذ تظهر حالته الصحية مقارنة بحالتهم جيدة. فعوض أن تولد مشاهدة الحالات المتدهورة للمرضى، قلقا أو لكتئابا أو غيره من ردود الفعل أدى تفكيره العملي إلى مجاملة (gratification) أناه المثالي.

بخصوص علاقاته العائلية الحالية والماضية، ذكر السيد لطفي بأنها عادية، ووصف علاقته امه "بالمتقاربة". أماعن علاقته أما أبيه فلم يذكر أي شيء و يرجع سبب عدم تذكره لها، لوفاة أبيه المبكرة كان يبل] نذاك حوالي 12 سنة. فيظهر و كان ذكر أبيه اختفت مع وفاته (غياب تواجده الفعلي) مما قد يشير إلى عدم تواجد استدخال حقيقي للمواضيع عند السيد لطفي، بعض النظر عن الكف العملي، إذ تمكن من التحدث ولو إيجاز عن أمه و عن المواضيع الأخرى للمحادثة.

فيما يتمثل بموضوع النوم، أشار السيد لطفي إلى اضطرابه عند ظهور مرضه، بحيث أصبح لا ينام طوال الليل من كثرة القلق، مما أدى إلى تناول مهدئات وصفها له الطبيب انذاك. التصريح الحالة الإكتئابية التي مر بها خلال المراهقة. أما حاليا، فلا يعاني السيد لطفي من اضطرابات في النوم. كما ذكر تواجد نشاط حلمي لديه، وبالخصوص أحلام يبكي فيها عند رؤيته شخصا ميتا و ظهرت هذه الصورة الوحيدة التي يحتفظ بها السيد لطفي من نشاطه الحلمي، إذ أنه يحلم إلا انه لا يتذكر أحلامه. قد توحي هذه الصورة للحلم الذي قدمها السيد لطفي، إلى الحدث الصدمي الذي والتي لم يتمكن حينئذ من إعدادها عقليا بفضل عمل حداد، و إلا أن غياب ترابطات أفكار حول هذا الجزء من الأحلام، لا تسمح لنا بالتقدم أكثر في هذا الاتجاه.

أما بخصوص مستقبله، فصرة السيد لطفي بأنه لا يراه بنظرة إيجابية بسبب مرضه لكونه لن يتمكن من القيام " بالمشاريع الخاصة بالرجال" نظرا لإعاقته. ويظهر مرة أخرى، الجرة النرجسي للانا–المثالي للسيد لطفي، الذي سببه إصابته بالمرض. وأما عن علاقته بالجنس الأخر، فذكر انه لم يعرف أي علاقة معه بسبب خجله.

ختاما تظهر من خلال دراسة حالة السيد لطفي، عدة عناصر تندم ضمن التصنيف السيكوسوماتي (لبيار مارتي)، تتمثل أهمها في الفكر العملي الذي شمل مختلف جوانب حياة السيد لطفي. فكشف عن هذا الفكر العملي (أو الحياة العملية غياب كل من الصراعات، الوجدانات، الهوامات الصد) [الهوامي والرمزي للحديث القلق، وكلمة "عادي" التي ظهرت عدة مرات، كما كشف عن الفكر العملي التمسك بالملموس والفعلي والحالي إذ أشرنا إلى صعوبات رجوع السيد لطفي إلى ماضيه. كما افتقر الحديث لترابطات الافكار وللتصورات سواء من ناحية الكمية أو النوعية.

كما ظهرت في المميزات الحالية لتنظيمه السيكوسوماتي، تحديدات حديثة للنشاطات الجسمية و فساد تنظيم تدريجي. أما فيما يتعلق بسوابق السيد لطفي فظهر حداد قديم غير معد عقليا (وفاة الأب) ولكتئاب في المراهقة. يظهر إذا أننا بصدد عقلنة سيئة مع حالة السيدة لطفي، يميزها أولا و قبل كل شيء فكر عملي.

أما بروتوكول رائز تفهم الموضو T.A.T:

فيؤكد الفكر العملي عند السيد لطفي، بحيث يتميز بفقر معتبر في الإنتاج وفقر في الصد الهوامي والوجداني" للقصص ". وإن ظهر المحتوى الكامن للوحات، مدرك فان صعوبات إعداد الإشكاليات واضحة بحيث اقتصر السيد لطفي على وصفها في إطار التفكير العملي.

هكذا يتمكن السيد لطفي من ذكر الصراعات العدوانية اللوحة (4) الاكتئاب، إلا أنه لا يتمكن من إعدادهم. كما أن التعبير عن القلق مستحيل، إلا انه (القلق) يظهر مرتبطا بقلق فقدان" المواضيع، إذ ظهرت إشكالية "السند" بوضوة في اللوحات BBM كل هذا يذكرنا بعبارة مارتي الخاصة بالفكر العملي، "اللاشعور يلتقط لكن لا يرسل".

بخصوص الأساليب الدفاعية، فقد سيطرت أساليب الوصف (A2–1) و التحفضات الكلامية (3–A2) في سجل الرقابة و أساليب تجنب الصراعات، بحيث يميز البروتوكول ميلا عاما للتقليص (cp2)

مع ميل للرفض و ضرورة تدخل الفاحص (cp5) ، كما ظهر التمسك بالمحتوى الظاهر (CF1) و تعبيرات حركية (CC1).

أد أيضا، الفكر العملي المسيطر عند السيد لطفي، إلى عدم إدراك مواضيع ظاهرة (E1) في عدة لوحات (1،3BM ،8BM ، 11) صعوبات النكوص ، الراجعة للفكر العملي واضحة أيضا في اللوحتين 11 و 19 .

أما مقروئية البروتوكول، فتراوحت من الإيجابية السلبية المائلة إلى السلبية في اللوحات 8BM, 7BM, 13MF،10،11،6BM, 3BM , إلى السلبية تماما في اللوحات (16 ، 19 ، 5 ، 2 ، 1)

عموما، لم يسمح ا الكف العملي للسيد لطفي، بنس قصص ذات صد وجداني وهوامي وذات أساليب دفاعية مرنة ومختلفة، مما أدى إلى صعوبات الإعداد العقلي لـ اشكاليات المدركة في معظمها.

دراسة الحالة السادسة: السيدة مريم

1 – معطيات المقابلة العيادية

تبلغ السيدة مريم من العمر ست وثلاثين سنة، وقد قمنا بفحصها خلال إقامتها بالمستشفى للخضو ا لعلاج بالكورتيكويد بسبب إصابتها بدفعة مؤخرا. تظهر الحالة الجسمية للسيدة مريم مرضية، إذ باستثناء فقدان التوازن الذي ظهر عندها منذ جوان 2000 والذي تزايد مؤخرا و يجبرها على الاستناد إلى الحائط عند المشي، لا تظهر عندها أي إعاقة وقد تظهر هذه الحالة الجسمية الحسنة نسبيا، مدهشة أكثر إذا علمنا أن ظهور مرضها يعود إلى حوالي أربع عشرة (14) سنة، و إذا ما قارناها بحالة المرضى الآخرين الذين لم يصابوا بمرض التصلب المتعدّد إلا قبل عشر سنوات.

ظهر مستو ى السير العقلي للسيدة مريم متغيرا خلال المحادثة، بحيث ظهرت نوعية العقلنة عندها مرضية نسبيا أحيانا، عند تطرقها لبعض المواضيع (مثلا موضوعي الطفولة والحياة المهنية) التي ظهرت فيها تصورات غنية من الناحية الكمية و النوعية، بينما ظهرت أحيانا أخر سيئة، إذ قلت التصورات وترابطات الأفكار عند تطرقها إلى مواضيع المراهقة، الحياة الزوجية، و النشاط الحلمي.

عن قصة المرض، أخبرتنا السيدة مريم أنّها أصيبت به سنة 1987، وتمثلت أعراضه الأولى في اضطرابات في الرؤية مع إحساس بالدوار وبالتنمل في يديها، مما أدى إلى زيارة طبيب للعيون لم يعثر

على أي اضطراب، إلا أنّه فضل توجيهها إلى طبيب الأعصاب تعقد الأعراض في اليوم الموالي أجبرها على الالتحاق بمصلحة للاستعجالات حيث خضعت لعدّة تحاليل ومنها البزل القطني (la ponction lambaire)، مما أد إلى إدخالها إلى المستشفى في اليوم نفسه الإقامة به مدة ثلاثة أسابيع، تلقت خلالها علاجا بالكورتيكوييد، والذي أد إلى تراجع الأعراض بعد خمسة عشر يوم.عند خروجها من المستشفى وصف لها الطبيب المعالج عطلة مرضية شكلت بالنسبة لها صدمة، لم تتمكن السيدة مريم من إعدادها خلال المحادثة، إذ قالت: "كي شفت هذاك « le mot congé, j'ai fait une autre poussée »

تكررت مثل هذه التقطعات في سياق العقلنة خلال المحادثة (في رائز تفهم الموضول كذلك) وكان السيدة مريم لا تستطيع التوصل إلى آخر فكرها بسبب إما قمع وإما غياب للتصورات، مما أدّ بنا إلى التفكير في عقلنة مشكوك فيها، أكثر من التفكير في حالة إكتئاب أساسي عندها. وما أد أيضا إلى التفكير في العقلنة المشكوك فيها، هو تفاوت مستوى السير العقلي الذي أشرنا إليه منذ قليل.

واصلت السيدة مريم حديثها مباشرة بعد هذا التصريح حول الدفعة الثانية التي تمثلت الأعراض فيها في الإحساس بالتنمل في الرجلين وأيضا الإحساس بالدوار، مما أدى ثانية إلى إقامة بالمستشفى دامت شهرا كاملا. لم تذكر السيدة مريم الفارق الزمني بين الدفعتين، إلا أنها أشارت إلى ترك الدفعة الثانية أثارا متمثلة في التنمل الدائم لليدين، بينما كانت الأعراض قد تراجعت كليا بعد الدفعة الأولى.

حسب السيدة مريم أدى علاجها بالكورتيكوييد إلى تباعد الدفعات، بحيث ذكرت أنها أصبحت لا تظهر عندها إلا كل سنتين تقريبا، كما كانت ضعيفة الشدة، إذ لا تتمثل الأعراض إلا في اضطرابات بصرية وإحساس بالتنمل في الرجلين مما لم يستدع إقامات بالمستشفى بل وصف طبيبها لعلاج بالكورتيكوييد في كل مرة.

واستقرت حالة السيدة مريم على هذا النحو إلى غاية سنة 1995 حيث أصيبت بدفعة شديدة على مستوى العينين، نتج عنها انخفاض (دائم) (لحدّة البصر للعين اليسر، وأدّت إلى إقامة بالمستشفى لمدة أسبوع. لقد أرجعت السيدة مريم سبب إصابة عينها إلى بكائها المستمر لمدة سنة، بعد وفاة قريب لها، كانت مرتبطة به كثيرا لعطفه الكبير وحسن معاملته لها.

أما الدفعة الموالية، فلقد ظهرت سنتين من بعد في 1997 شملت إصابة رجليها ومعاودة الإضطرابات على مستوى عينيها. ورغم عدم ربط السيدة مريم ظهور هذه الدفعة بحدث صدمي، إلا انه ظهر عند

التطرق إلى فترة زواجها، أنّها تزامنت مع أزمة مرت بها، تمثلت في تأخير تاري زواجها بسبب مشاكل عائلية بين زوجها وعائلته. كما تزامنت هذه الدفعة مع وفاة جدتها التي كانت السيدة مريم مرتبطة بها كثيرا أيضا، إلا أنها صرحت بعدم تأثرها كثيرا لهذه الوفاة لكونها تزوجت ستة أشهر بعدها. فيظهر أن الزوج شكّل موضوع سند وتوظيف معتبرين بالنسبة لها لكونها لم تتزوج إلا في سن الثالثة والثلاثين.

يكشف تدهور الحالة الصحية للسيدة مريم عند فقدانها هذه المواضيع المفضلة (القريب، الجدة)، (خلال فترة "الأزمة" التي مرت بها) عن كلّ من عدم استدخال حقيقي للمواضيع، عدم كفاية و عدم انتظام السير العقلي وإمكانيات محدودة لعداد العقلي للصدمات بصفة عامة.

عن السوابق المرضية، ذكرت السيدة مريم إصابات متكررة خلال الطفولة بالذبحة (angines) التي كانت تتعفن غالبا، مما أد إلى استئصال اللوزتين عندما كانت تبلغ اثنتي عشرة سنة (12)، كما أشارت، من تلقاء نفسها، إلى تأخرها في المشي (إلى غاية سنتين) مما أد ا إلى فحصها من طرف طبيب أطفال وصف لها الفيتامين "د" التي كانت تعاني نقصا منها. ولقد تمكنت من المشي مباشرة بعد تناولها هذا العلاج.

بخصوص التغيرات التي ظهرت في حياتها منذ أصابتها بمرض التصلب المتعدد، أشارت السيدة مريم إلى كلّ من حياتها الزوجية والمهنية، إذ صرحت لأنها أصبحت أكثر "حساسية" (sensible) إذ تشعر بجرة (نرجسي) بمناسبة أي كلمة ملفوظة في غير محلها من طرف زوجها، الذي وصفته بالعصبي، والذي غالبا ما يسيء الكلام عن عائلتها وهذا ما لا تحتمله السيدة مريم و يدفعها إلى البكاء مرارا . كما أشارت إلى المشلكل المهنية التي تعاني منها منذ بضع سنوات، بعد تغيير مدير المؤسسة التي تعمل بها، إذ يشك هذا الأخير في مرضها وفي العطل المرضية التي تستفيد منها خلال الدفعات، مما أدّ به إلى عزلها وعدم التعامل معها. ورغم توليد هذه الوضعية لنفس الجرة (النرجسي) إلا أن السيدة مريم صرحت بأنها تنسى مشاكلها المهنية عند دخولها البيت. و تشير هذه التصريحات إلى التوظيف المهم لكل من الحياة المهنية والزوجية عند السيدة مريم.

وبخصوص موضوع حياتها الزوجية، ذكرت السيدة مريم، ثانية، عصبية زوجها بسبب مشاكله مع عائلته، كما صرحت بأنها لكتشفت أن شخصية زوجها مختلفة عن تلك التي عرفتها قبل زواجها، بحيث

كان يظهر هادئا ولطيفا علمنا، بهذا الشأن أنّها تعرفت على زوجها عن طريق قريب قدمه لها لهدف الزواج. أما عن ابنها فلم تذكر إلا أن الأمور تسير على ما يرام.

وظهر في حديث السيدة مريم عن طفولتها، غنى مدهش في التصورات، سواء من الناحية الكمية أومن الناحية النوعية، مقارنة بالمواضيع الأخر، إذ تعدّدت الذكريات، وظهرت ترابطات لـ أفكار ومرافقات وجدانية.فصرحت بتخوفها الشديد من أبيها الذي وصفته "بالقاسي" نظرا لسوء معاملته لأبنائه، وخصوصا أخيها الأصغر الذي كانت مرتبطة به بشدّة فغالبا ما سبب سوء معاملة الأب DDI الأصغر صراعات عائلية بين والديها تأثرت بها السيدة مريم إلى حد فقدانها للنوم أحيانا، رغم صغر سنها. كما أضافت السيدة مريم أن تخوفها الشديد من أبيها استمر إلى غاية وقت زواجها. فظهر الأب كموضو مضطهد، إذ لم يسمح لها و لغيرها بالخروج أو اللعب أو غير تخوفها منه إلى عدم إنشاء صداقات مع الغير، خارج المدرسة. كما كان أبوها يراقب دراستها إلى غاية السنة الرابعة من التعليم المتوسط ، حيث فشلت في امتحان شهادة التعليم المتوسط.فدفعتها الرغبة في العمل إلى مواصلة دراستها عن طريق المراسلة إلى غاية مستو السنة الثالثة ثانوي، تمكنت بعدها من إيجاد وظيفة و العمل احد المؤسسات تطرقت أيضا السيدة مريم إلى ذكريات أخر مشحونة بوجدانات مفرحة، خصت العطل الصيفية العائلية وكذلك السفر إلى بلدان أوروبية. فلا يمكننا تجاهل الفرق المعتبر بين نوعية العقلنة عند تطرق السيدة مريم إلى هذا الموضوع ، ونوعيتها (العقلنة) عند تطرقها إلى مواضيع أخرى.

أما بخصوص النشاط الحلمي، فصرحت السدة مريم تواجده من حين إلى آخر، كما أجابت عن سؤالنا حول أنماط أحلامها أنّها تتمكن أحيانا من تفهمها لوضوحها، بينها تظهر لها غامضة أحيانا عة بسر وتلجا إلى أخرى ، فلا تتمكن من فهمها.

فيما يتعلق بطبعها، قالت السيدة مريم أنها عصبية حاليا، بحيث تقلق دفاعات على مستوى الطبع عند مواجهتها لصراعات مع زوجها مثلا، كما أشارت من تلقاء نفسها إلى مشكل السكن الذي تعاني منه، والضغط الذي يسببه لها، إذ يقع مسكنها في الطابق السفلي، ويتكون من غرفة واحدة قسمتها إلى غرفة نوم ومطب، إضافة إلى الظلام والرطوبة اللذين يميزانه، مما يزيد من عصبيتها.

ختاما، يظهر أنّنا بصدد عقلنة مشكوك فيها، بالنسبة لحالة السيدة مريم، مثلما حاولنا تبيانه من خلال ما سبق ذكره، و يمكننا تلخيص المعطيات المحصل عليها من خلال المحادثة فيما يلي:

1- تواجد وزن صدمي، انطلاقا من سنة 1995 (بسبب فقدان المواضيع المفضلة، الأزمة قبل الزواج، عدم توافق صورة الزوج قبل وبعد الزواج، المشلكل المهنية، الضغط المتعلق بمقر السكن).

2- كف في التفكير والتصورات، خلال أوقات من المحادثة.

3 - ظهور سمات طبعية خوافية و هجاسية.

4 - عدم انتظام السير العقلي(الذي تتماشى معه تغيرات الحالة الجسمية للسيدة مريم).

5- إختلال تنظيم تدريجي بطيء.

6 - إمكانيات ناقصة لإعداد العقلي.

2 - نتائج تحليل بروتوكول رائز T.A.T :

أما بروتوكول رائز تفهم الموضوع ، فقد كشف أيضا عن عدم استقرار السير العقلي على نمط واحد، عند السيدة مريم فبالإضافة إلى تواجد الأساليب الدفاعية الهجاسية و الخوافية، ظهرت أيضا أساليب سجل المرونة وسجل انبثاق السياقات الأولية، التي غالبا ما أدت إلى إفساد الحديث (E17 E20) وإلى إدراكات خاطئة وفي غير محلها (E2E3E7) وهذا خصوصا في اللوحات 2 .3BM, 4, 5, 9GF

تواجد كل من أساليب سجلي الرقابة والمرونة، إضافة إلى أساليب سجلّي تجنّب الصراعات و انبثاق السياقات الأولية، يشير إلى إمكانية استرجاع السيدة مريم لتوازن مؤقت لسيرها العقلي، لكن يجعل، في الوقت نفسه، تحديد نمط السير العقلي صعبا، على عكس ما ظهر في المحادثة (أي سير هجاسي، خوافي).

رغم ظهور الغنى النسبي في العرضية العقلية (متعددة الأشكال)، إلا أن هذا لأخير يشير إلى عدم صلابة وعدم استقرار هذه العرضية، التي تمثل سمات طبعية أكثر مما تمثل سيرا عقليا عصابيا أو ذهانيا.

ما يؤكد هشاشة السير العقلي عند السيدة مريم، هو الإعداد الناقص للإشكاليات المطروحة في رائز تفهم الموضوع، وخصوصا صعوبة إعداد الصراعات والإكتئاب.

لا يتعلق القلق، بقلق إخصاء أو تفكك، بل بفقدان السند اللوحة (4 و10)، مما يؤكد السير العقلي ذا المستوى ما قبل الأوديبي، عند السيدة مريم.

أما مقروئية البروتوكول ، فظهرت إيجابية – سلبية في اللوحات 1 ، 7GF ،10 ، 13MF ، 19 ، 6GF و 16 وسلبية إيجابية في اللوحة 11 و سلبية تماما في اللوحات 3BM ، 4 ، 5 و 9GF

عموما، يمكننا القول بأن السير العقلي غير مستقر عند السيدة مريم ويخص الانتقال من سير عقلي على نمط عصابي إلى سير عقلي على نمط ذهاني، دون أن يتميز أحد هذين السيرين بالثبات والاستقرار.

دراسة الحالة السابعة: الآنسة ياسمين

1 . معطيات المقابلة العيادية :

تبل الآنسة ياسمين سبع وعشرين سنة من العمر، وتم فحصها أثناء إقامتها بالمستشفى بسبب دفعة لمرض التصلب المتعدّد.

لا تبدو الآنسة ياسمين على علم بماهية مرضها، رغم تصريحها بتلقيها صدمة عند إصابتها به إذ تجهل معنى الدفعة، أسباب المرض، طريقة تطوره

ما يلفت الاهتمام هو التفاوت الكبير بين المظهر الخارجي للنسة ياسمين وفساد تنظيمها العقلي المسجل (note) أثناء المقابلة وبغض النظر عن إصابة رجلها اليمنى الظاهرة (إعاقة)، تقدمت الآنسة ياسمين إلى الفحص في لباس جميل وذي ألوان زاهية، كما كانت مزينة الوجه وذات تسريحة شعر جميلة. عرفنا فيما بعد، مع تقدم المقابلة أنّ هذه السمات النرجسية تعود أكثر إلى الأنا المثالي لآنسة ياسمين، مما تعود إلى سير عقلي هيستيري، مثل ما افترضناه عند أول وهلة.

بخصوص قصة مرضها ظهر التباس كبير عند ياسمين، فيما يتعلق بتاري وظروف ظهور المرض، إذ أخبرتنا أنها أصيبت به سنة 1996 (عوض 1999) عند قيامها بحادث سيارة. هذا الالتباس في ظروف ظهور المرض يعود إلى عدم تفهم ياسمين طبيعة مرضها، بحيث رغم الام التي أحست بها في رجليها وعدم تمكنها من المشي بعض الوقت بعد الحادث، لم يكشف عن مرض التصلب المتعدّد إلا سنة ونصف بعد الحادث، بعد القيام بتحاليل طبية والفحص بالأشعة المغناطيسية. فلم يكن الحادث بالسيارة

إلا السبب الذي سمح بالتعمق في الفحوص الطبية. أما الالتباس في تاري ظهور المرض، فيعود إلى الحادث الصدمي الذي عاشته ياسمين خلال سنة 1996، والذي اتضح لكبر عنصر صدمي في حياتها.

فعلمنا أنها تعرضت لصدمة أخر [قبل هذا الحدث الصدمي (سنشير إليه بعد قليل) عند وفاة أبيها سنة 1994، بمرض السرطان، وبعده في 1999 عند وفاة أمها بنفس المرض، مما يشرة قولها: "اللتما لي زدت طحت،

C'est fini, j'étais choquée, un choc catastrophique, le jour de la mort j'étais bouche bée,

ما بكيت ما ضحكت "غالب".

رغم ظهور التاثر الصدمي لياسمين بوفاة أمها، إلا أنّ الوزن الصدمي (la pesé traumatique) الذي تعيش فيه إلى غاية وقت المقابلة، ابتدأ في سنة 1996 عند فس خطوبتها مع الشاب الذي تعرفت عليه، ثلاث سنوات من قبل، والذي قام لازالة بكارتها، دون أن يتزوج منها. ولم تصرة لنا ياسمين بهذا الحادث خلال المحادثة، ولم تتطرق إليه إلا بعد إجراء رائز T.A.T في نهاية المقابلة، عندما طلبنا منها ذكر أسوأ ذكر في حياتها ولولا إلحاحنا على العنصر الجديد بالنسبة لنا)، المتمثل في خطوبتها السابقة، والذي لم تشر إليه في أي وقت من رغم تطرقنا إلى العلاقات مع الجنس الآخر، لما ذكرت هذا الحادث الذي لنا الالتباس في تاريخ وظروف ظهور المرض، المشار إليه أعلاه (1996 وقول "حادث" (بالسيارة) وظهور "المرض").

شكل فقدان البكارة إذا، وزنا صدميا مستمرا لدى، ياسمين، تضاعف مع وفاة أمها، مما أدى إلى انهيارها على المستويين العقلي والجسدي. فتقول ياسمين في هذا الثمان:

Jusqu'à présent ,fermé ماتبدلش j'aimerais rester dans un endroit seule, la porte « c'est le même choc

وقد يدل هذا القول على تواجد إكتئاب كامن، عند ،ياسمين، منذ سنة 1996، لم يظهر صراحة.

تدخل كل من الصدمتين السابقتين الذكر، ووفاة الأب قبلها، في إطار فقدان مواضيع عزيزة، يبدو أن ياسمين لم تتمكن بعد من إعداد حدادهم.

بخصوص المرض الحالي إذا تم الكشف عنه في سنة 1999، وتعتبر إقامة ياسمين الحالية بالمستشفى الثانية، إذ تم خلال الأولى الكشف عن التصلب المتعدّد (دامت الإقامة حوالي شهر ونصف).

لم نتمكن من التعرف على عدد ووتيرة الدفعات عند ياسمين، نظرا لعدم معرفتها لمرضها، إلاّ أنها رفت على الأقل دفعتين، مما يشرة إقامتيها بالمستشفى وخضوعها لحقن متواصل بالكورتيكويد. أما عن العلاج الذي تتناوله، فصرحت ياسمين أنه لم يجد أي نفع لكونها لا تزال تعاني من إعاقة رجلها اليمنى.

بخصوص سوابق المرض، ذكرت ياسمين معاناتها (إلى حد الآن) من آلام في الكبد، (crises de toic) التي ظهرت انطلاقا من سن الخامسة عشر. كما ذكرت أيضا عملية جراحية خضعت لها في سن التاسعة لاستئصال الزائدة الدودية (Appendicectomie). أما عن فترة الطفولة فلم تذكر إلا إصابات بالزكام.

قد تشير الإصابات المتواترة بالزكام وآلام الكبد المزمنة، بالخصوص في آن واحد، إلى فقدان ياسمين توازنها السيكوسوماتي بصفة رجعية انطلاقا من سن الخامسة عشر، وإلى تشكيل هذه الآلام في الكبد (خاصة) طابقا لإعادة التنظيم فقد قيمته التوازنية مؤقتا، في سن التاسعة عشر. كما قد تشير الإصابة الحالية بمرض التصلب المتعدّد إلى مرور ياسمين من سياق إفساد تنظيم نكوصي إلى سياق تنظيم تدريجي، وهذا تبعا للصدمات المتتالية التي تلقتها انطلاقا من سنة 1994 (وفاة أبيها، فقدان بكارتها ووفاة أمها).

ظهر الأب والأم كموضوعي سند مهمين لدى ياسمين، إذ صرحت بارتباطها الشديد بهما أثناء طفولتها ومراهقتها ، كما أشارت إلى حمايتهما المفرطة، إذ قالت ضاحكة:

« L'enfance, c'était la paix rien ne m'a manqué, surtout les parents, c'était extraordinaire (..) Je ne sortais qu'avec mon père ou ma mère ».

وأضافت بخصوص علاقاتها لأخوتها وأخواتها، أن أمها لم تسمح لهم (الإخوة والأخوات) بالاقتراب منها "يما ملكانتش تخليهم يدنا و ليا" لكونها أصغرهم سنّا، مما أدى إلى عدم مشاركتها اللعب معهم ولا الارتباط بهم كما أضافت أنها كانت تنام في غرفة والديها خلال الطفولة، ولم تفارق سرير أمها طلبا من هذه الأخيرة بعد وفاة أبيها . وأشارت إلى شدة الارتباط بينها وبين أمها بعد وفاة أبيها، إذ قالت:

" وليت ما نقدرش نبوجي عليها خمس دقائق Elle était trop attachée à moi[1]

كما ذكرت توقفها عن العمل بعد وفاة أبيها ونظرا لمرض أمها ، الذي دام أربع سنوات، خضعت خلالها لأربع عمليات جراحية. وركزت في هذا الشأن على آخر عملية جراحية لأمها، حيث أخبرها الطبيب بفقدان أمل شفائها وانتشار المرض في جسمها، مما أدى إلى تلقي ياسمين صدمة، عبرت عنها بقولها: لشغل تخنقت، ما لقيتش واش نخرج، Je peux rien faire

قلت لطبيب:

« Vous êtes mon médecin, débrouillez vous !» j'étais choquée, c'était plus fort que moi »

قد تشير هذه العبارة، وعبارات أخرى من هذا النوع خلال المقابلة إلى نقص أو اختفاء للدفاعات العقلية عند ياسمين، بحيث سجلنا فقرا مهما للتعبير الوجداني عن الحوادث المهمة. كما كان يعوض الضحك والتظاهرات الحسية الحركية، الفقر العقلي أثناء التطرق إلى هذه الحوادث. فما يلفت النظر، هو التفاوت الكبير بين الحدث المهم الذي مثله وفاة الأم وكذلك الحوادث الأخرى المذكورة سابقا (وردود الفعل الصامتة) أو الخافتة)لياسمين فعبارة مالقيتش واش "نخرج" قد يكشف عن الفرع الداخلي والذهول العقلي اللذين يميزان العقلي الحالي.

لم يختلف سير مراهقة ياسمين عن سير طفولتها، إذ لم تذكر إلا ارتباط والديها بها وخوفهما عليها وحبها للانعزال وسما الموسيقى. وصرحت، مجيبة على سؤالنا، أنها لم يكن لديها لا أصدقاء ولا صديقات، بل زملاء في الدراسة فقط.

أما عن حياتها الحالية، فذكرت ياسمين أنها تعيش مع أخت أكبر منها و مع أصغر أخواتها اللذين يحسنان معاملتها. وصرحت، ردًا عن سؤالنا، أنها شعرت بحدوث تغيير في حياتها في سنة 1999، بحيث فقدت الأمل بعد وفاة أمها وإصابتها بالمرض، إذ قالت: " مع le choc de la maladie تقست شويا، بديت نخمم Comment ça se fait, demain comment je serais, est-ce que un autre choc, je sais pas..."

[1] لا تشير هذه التصريحات والتصريحات الأخرى حول المواضيع المفضلة لياسمين عن تواجد إستدخال حقيقي لهم، بحيث تبقى هذه المواضيع مجهولة وغير معرفة بالنسبة لنا.

قد يدل ثانية هذا التعبير الخافت لتلقي صدمة المرض، على الفقر في التصورات العقلية لد] ياسمين، وخاصة منها تصورات الكلمات، بحيث ظهرت الوجدانات والمحتويات الرمزية للكلمات شبه غائية، و هذا سواء عند التعبير عن الفترات السعيدة، أو عن الفترات الصعبة في حياتها. فكمان الاكتئاب الكامن بدأ يترك المكان للاكتئاب الأساسي. وقد يؤكد هذا الأخير تصريحات ياسمين، عند تطرقها إلى موضوع النوم و الحياة الحلمية.

بخصوص النوم، وصفته ياسمين بالعادي، كما صرحت أن الأحلام نادرة عندها ولا تتذكرها:

<< je rêve de temps en temps, بصاة مانشفاش عليهم ».

أما بخصوص ردود فعلها لعدوانية الآخرين فقالت ياسمين ضاحكة : « c'est la catastrophe »

غير أن ظهر كالعادة الفقر أو العجز العقلي لديها بحيث تناقضت إجابتها ، عندما طلبنا منها توضيحات حول أهمية هذا الرد للفعل بحيث قالت: « je laisse faire » ثم أضافت: « je suis faible, pas faible beaucoup,

نحس روحي بلي تحقرت mais ما نخرج ،والو بيني وبين روحي ندخل la chambre انتاعي ونغلق الباب على روحي » .

وعرفنا بعدها أنها كانت تشير إلى إخوتها إذ قالت: " هما يحبو les problèmes كل واحدة تحب روحها alors ما نقعد معاهم مانقسر ،معاهم ما نحكي معاهم ما نروة لديورهم، كي يجو نخرج نسلّم عليهم وندخل la chambre انتاعي ونغلق على روحي". وردّت على سؤالنا حول حبها للعزلة: << ça me fait plaisir quand je suis seule أنا تربيت نقعد وحدي ». فنشعر أمام هذه التصريحات كمان الفرا ع "الخارجي" والعزلة عن المحيط، تبعه فرا داخلي أو العكس، إذ يمكن أن تذهب هذه الفرضية في الاتجاهين)، مما قد يدل على حالة الضيق التي تعيش فيها ياسمين.

وأخيرا بخصوص مستقبلها، ظهر الفقر نفسه العقلي إذ قالت ياسمين ضاحكة:

<< je ne sais pas, je n'ai rien pour l'instant >> يمكننا انطلاقا من دراسة حالة ياسمين استخلاص معطيات تدل على كلّ من الإمكانيات الناقصة [[]عداد العقلي لديها والضيق العقلي الذي يميز سيرها الحالي، وعن الهشاشة السوماتية المتواجدة فيها.

تتمثل هذه المعطيات فيما يلي:

1- فقر التصورات العقلية وخاصة منها تصوّرات الكلمات وفقر الترابط فيما بينها.

2- الحديث.

3- تواجد إكتئاب أساسي.

4- تواجد حداد وفقدان مواضيع مهمة حديثين وغير معدين عقليا.

5- احتمال تواجد إفساد تنظيم تدريجي.

وتتعلق النقاط الثلاث الأخيرة بالميزات الأساسية الحالية، تبعا للتصنيف السيكوسوماتي لبيار مارتي.

6- تواجد إكتئاب تحتي.

7- قمع التعبيرات النزوية في السلوك. وهذا فيما يخص المميزات الأساسية العادية. مستمر انطلاقا من 1994، على الأقل. 8- تواجد وزن صدمي

9- احتمال تواجد أنا - مثالي و/ أو مشلكل في الهوية، بحيث قد تدل التصريحات الخاصة بكون ياسمين بنت هادئة مهذبة، لا تحب المشلكل لا تتشاجر ولا تضر غيرها، محبوبة من والديها الذي إلى هذا الأنا المثالي. كما قد تدل التصريحات الخاصة بحبها للانعزال والبقاء مع نفسها، إفراط حماية والديها لها على خلق مشلكل في هويتها، بحيث تشعر ياسمين بالضعف الكبير من دونهم (أي الوالدين).

2 - نتائج تحليل بروتوكول رائز T.A.T:

أما بروتوكول رائز تفهم الموضوع (T.A.T) ، فبين تفاوت في الإنتاج، وهذا سواء من ناحية الكمية أو من ناحية النوعية. فبعد سيطرة الكف في اللوحات الأولى من الرائز، وإلحاق الفحص (تعدد التدخلات)، تمكنت ياسمين من نسل بعض القصص"، إلا أنّ هذه الأخيرة غالبا ما تخللتها السياقات الأولية. وهذا ما أد إلى عدم إدراك بعض الإشكاليات المطروحة في الرائز (اللوحة 5 وGF9) وإلى صعوبة في إعداد تلك التي أدركت.

عموما، يمكن تلخيص مميزات بروتوكول رائز تفهم الموضوع لياسمين فيما يلي:

01- فقر ملاحظ للمحتويات الوجدانية في القصص.

02- بخصوص الأساليب الدفاعية، سيطرت أساليب سجل الرقابة (أنظر ورقة الفرز بالملحق) وخاصة منها أسلوب الاجترار (A2-8) ، الوصف (A2-1) ، التحفظات الكلامية والتاكيد على الصراعات

الداخلية .(A2-3). وكان لأساليب الكف الخوافي (cp5, cp4, cp3 cp2,) وبعض أساليب سجل انبثاق السياقات الأولية (E17 E10,1) وزنا ذا دلالة، في الصعوبات التي واجهتها ياسمين في إعداد القصص" وإشكاليات الرائز. كما قد يشير إلى هذه الصعوبات، عدم تمكن ياسمين من إعداد الصراعات سواء كانت داخلية أو ما بين الأشخاص، اللوحات 1 GF G)، رغم تدخل الأساليب المرنة وخصوصا أسلوب B2-3 . قد يؤكد رفض اللوحة الثانية، الصعوبات في التماهي والتجاذب نحو الموضوع "الأنثوي" السير العقلي ما قبل الوديبي للتنظيم الخوافي-الهجاسي لياسمين، بحيث تظهر، عند فشل الدفاعات العصابية، السياقات الأولية مع استحالة التخلص واتخاذ مسافة اتجاه الصراع.

03- إشكالية السند وقلق فقدان المواضيع واضحان في اللوحات 3BM ، 7GF ، 9GF ،

04- أما المقروئية فهي إيجابية سلبية في اللوحات 1 ، 3BM ، 4 ، 6GF ، 10 ، وسلبية تماما في اللوحات المتبقية.

ختاما يمكننا القول بان ياسمين تتميز بسير عقلي عصابي من النمط الهجاسي -الخوافي، غير أن تنظيمها العقلي يبقى هشا (مستوى ماقبل - أوديبي) بسبب النقائص المسجلة في إمكانية الإعداد العقلي (عقلنة سيئة).

دراسة الحالة الثامنة: السيد أحمد

1 - معطيات المقابلة العيادية

يبل السيد أحمد من العمر ثلاث وثلاثين سنة وتم فحصه عند قدومه إلى مصلحة طب الأعصاب للفحص وللاستفسار عن العلاج الجديد لمرض التصلب المتعدّد ورغم البعد الجغرافي لمقر سكنه (حوالي 150 كلم)، قبل السيد احمد أن يخضع لفحص نفسي بعد ما طلبت منه ذلك طبيبته المعالجة.

ما يلفت الاهتمام هو بدانة وطول قامة السيد أحمد، إذ ظهر كرسيه المتنقل (la chaise roulante ضيقا وصغيرا عليه، كما يلفت الاهتمام أيضا وجهه غير المعبر.

لاقينا صعوبة في التعامل مع السيد أحمد، إذ إضافة إلى شعورنا لازعاجه (agacé) في بعض أوقات المقابلة، تمت المحادثة على شكل محادثة موجهة بحيث كان يجيب أحمد على قدر السؤال المطروة (مثلا بنعم أو لا، أو بالضبط... مما أجبرنا على التدخل في كل مرة لطلب توضيحات، كما اضطررنا أحيانا إلى إعادة صياغة بعض الأسئلة.

عن مرضه (التصلب المتعدّد، عرفنا أنه بدأ في سنة 1997 بظهور اضطرابات طفيفة في المشي (تعب وثقل في الأرجل). تطورت هذه الاضطرابات بعد ستة أشهر، إذ أصبح أحمد عاجزا عن المشي على القدمين، وهذا ما أجبره على الاستعانة بالكرسي المتنقل، واستلزم إقامتين بالمستشفى دامت كلّ منهما شهرا، تم خلالها القيام بفحوص طبية معمقة، وإخضال أحمد إلى حقن متواصل بالكورتيكويد . ورغم تصريح أحمد لأن علاجه الحالي المتمثل في حقن الكورتيكويد) يكبح تطور المرض، إلا أنه أضاف بأنه لم يجد بنتيجة، إذ لا يزال عاجزا عن المشي على قدميه.

عن سوابق المرض، صرة أحمد لأنه كان يتمتع بصحة جيدة طوال حياته، باستثناء إصابات بالذبحة (angine) أثناء طفولته. أما خلال المراهقة فلم يعرف المرض، إذ لم يصب بالذبحة بعد سن الرابعة عشر.

انطلاقا من تطرقنا إلى موضوع سير الطفولة، ظهرت سمات عظامية تحولت بمرور المحادثة إلى عرضية عقلية ذهانية فعلية عند أحمد هكذا وصف أحمد طفولته بالسعيدة، لكونه حظي بعناية مميزة من طرف ،والديه، إخوته، أخواته وكل محيطه بسبب امتيازه بالجمال، فيقول: << je me réjouis de mon enfance, j'étais gâté parce que j'étais le plus beau »> كما وصف علاقاته بالجيدة مع كل أفراد محيطه، لكونه كان متفوقا في الدراسة وفي حسن

معاملته للغير، إذ قال:

J'avais des relations admirables, parce que j'étais doué partout, à l'école, même mon comportement avec mes parents, avec d'autres gens c'était extra, j'étais comme un génie, je sais résoudre les problèmes depuis que j'étais enfant

ودائما في سياق الشعور بالعظامة أضاف أحمد، إجابة على سؤالنا حول ذكريات الطفولة، أن

ليس لديه إلا ذكريات ممتعة إذ قال:

J'étais gâté, parce que j'étais champion. à les études, alors je me réjouissais parce .que j'étais applaudi par tout le monde

أما بخصوص مع مراهقته، فذكر مباشرة علاقة حب مع فتاة دامت سنتين، دون التعمق أكثر في هذا الموضوع (رغم إلحاحنا)، وأضاف أن مراهقته كانت عادية فركز ثانية على العلاقات الجيدة الغير، وعلى

التفوق في الدراسة. أما عن نشاطاته المفضلة، خلال هذه الفترة، فذكر حبه للاستماع إلى الموسيقى، إذ كان يسر لشراء كل شريط جديد في السوق.

ذكر أحمد، عند تطرقه إلى مرحلة دراسته الجامعية، أنه حدث تغيير في سلوكه الذي اعتبره الغير غريبا bizarre)، إذ ابتعد عن أصدقائه وانعزل عن المحيط، فقال: << je me renfermais, je m'éloignais des amis >> هذا السلوك دائما في إطار سيادة الأنا المثالي لديه إلى الهدف الذي سطره لنفسه، وأرجع سبب والمتمثل في إنهاء دراسته الجامعية بنجاة.

بخصوص التغيرات في حياته بعد ظهور المرض، ذكر أحمد أنه كان منزعجا من مشكل المشي، وأضاف أنه كان يتساءل عما كان يحدث له فعلا، ولماذا أصبح على ما هو عليه.

عرفنا فيما بعد، عند الانتهاء من إجراء رائز تفهم الموضو ، وطلبا منّا لبعض الاستفسار حول بعض النقاط، أن أحمد أظهر اضطرابات عقلية بضعة أشهر بعد إصابته بمرض التصلب المتعدّد. استلزمت هذه الاضطرابات العقلية فحصا عند طبيب عقلي وإقامة بالمستشفى، وتمثلت حسب أحمد، د، فياضطرابات في السلوك حيث قال:

<< Je m'emportais, je disais n'importe quoi, j'étais insupportable, incontrôlable, un comportement agressif,j'avais un

نزقي على الناس أو نـ provoquais même الناس »

أرجع أحمد سبب هذه الاضطرابات إلى حقن الكورتيكويد التي كان يتلقاها في إطار علاجه، إذ صرة بتحسن حالته بعد خروجه من المستشفى، وبعد تغيير علاجه أصبح يتلقى حقن الكورتونسيل (cortancyl) عوضا عن حقن السينلكتان (synacthène)].

استفسرنا عن هذه النقطة مع زملائنا الأطباء بالمصلحة، الذين أكدوا وجود مضاعفات لهذا الدواء (synacthine) من النوع الذي وصفه أحمد (أي اضطرابات عقلية). إلا أن السؤال الذي يبقى مطروحا، بالنسبة لنا، هو : بما أنّ كلاً من الدوائين (synacthène cortancyl) ينتميان إلى عائلة الكورتيكوييدات ولهما نفس المفعول، فلماذا لم يتبع تناول الدواء الثاني (cortancy) باضطرابات مع العلم أن اختفاء هذه الأخيرة، يعود بلا شك إلى الكفالة الطبية العقلية التي استفاد منها أحمد. كما يمكننا أن نتساءل: هل هذه الاضطرابات لم تشكل مرحلة تفس عقلي (décompensation)، كتابعة منطقية للبنية

العقلية لأحمد ، بعد الصدمة غير المعلن عنها صراحة ، لإصابته بمرض التصلب المتعدّد، عقلية والتي قد يكشف عنها قول أحمد:

Je me demandais ce qui, réellement, se passait chez moi, pourquoi j'étais devenu comme ça

السابق الذكر، بخصوص التغيرات في حياته بعد المرض. يبدو أن الأمر كذلك، حسب تحليل بقية معطيات المقابلة.

بخصوص بقية المواضيع المتناولة في المحادثة، ظهرت نفس العرضية العظامية، إذ صرة أحمد، د، في إطار الحياة المهنية، بوجود علاقات جيدة مع العمال، كما أضاف أن عمله كان يعمل كمسؤول أمن احد المؤسسات الوطنية ليس هو العمل الذي يطمح إليه، إذ يفكر بالالتحاق بسلك أعلى بعد شفائه وعاد إلى هذا المشرو] عند تطرقه إلى مستقبله، إذ قال لأنه موهوب (doué) فيما يتعلق بتحسين سلوك الغير، لذا يود تقديم المساعدة [[]شخاص الذين يحتاجون إليها.

أما عن حياته الحلمية فصرة أحمد أنه يحلم من حين لآخر(de temps en temps)، إلا أنه رفض إعطائنا توضيحات حول طبيعة أحلامه، إذ أجاب على سؤالنا بعبارة: « ça dépend ».

أما بخصوص ردود أفعاله، فصرة أنه ليس عصبيا و يتميز بطبع قوي إذ قال:

J'ai un caractère très fort, j'encaisse, j'accepte tout, après je trace le chemin à suivre >>> <<

وأضاف في نفس الإطار:

Tout le monde me dit que je suis bizarre par rapport à mon calme, à mon silence. Moi je dépasse tout.

وختم المحادثة على نفس السير العظامي إذ صرة، في إطار انطباعاته حول سير المقابلة، بعدم انزعاجه لكونه منحنا الوقت اللازم حتى يريحنا ويمكننا من التطرق إلى كل المواضيع التي نود التحدث عنها.

يمكننا من خلال دراسة حالة أحمد المختلفة كليا عن كل الحالات التي تعاملنا معها منذ بداية هذا البحث) استخلاص المعطيات العقلية والسوماتية التالية:

01- تواجد هيئة جسمية حسنة إلى غاية الإصابة بمرض التصلب المتعدد.

02- تواجد عرضية ذهانية من النوع العظامي، يندرج ضمنها نفي أو رفض الواقع.

03- تواجد تغيير ملاحظ للاقتصاد العلائقي انطلاقا من الالتحاق بالجامعة.

04- تواجد اضطرابات عقلية سابقة (فترة التفس) استلزمت علاجا عقليا.

05- تواجد مشكل أساسي في الهوية.

06 - تواجد تحديدات للنشاطات الجسمية، بعد الإصابة بالمرض.

07- تواجد سيادة ل لنا المثالي.

08- احتمال تواجد وزن صدمي منذ ظهور المرض.

09- تواجد غموض في الحديث أحيانا وركلكة في التعبير .

تدل كلّ هذه المعطيات على سير عقلي على نمط ذهاني، لدى السيد أحمد، إلا أنه لا يمكننا إدماجه ضمن الذهانات المنظمة عرضيا (تبعا للتصنيف السيكوسوماتي لبيار مارتي)، نظرا لتواجد مرض التصلب المتعدّد من جهة، ونظرا للنقائص في العقلنة التي كشف عنها الفقر في ترابطات الأفكار (تعدد تدخلاتنا لطلب المزيد من المعلومات والاستفسار)، فقر المحتويات الوجدانية، والغموض في الحديث أحيانا.

2 - نتائج تحليل بروتوكول رائز T.A.T :

أما بروتوكول رائز تفهم الموضو ، فتميز بفقر في الإنتاج، سواء من ناحية النوعية أو من ناحية الكمية. هكذا، يلفت الاهتمام، الفقر في الأساليب الدفاعية من أعلى مستو (سجلي الرقابة و المرونة و كذلك الفقر المعتبر للمحتويات الوجدانية.

عموما، يمكننا تلخيص مميزات بروتوكول رائز تفهم الموضو [للسيد أحمد كما يلي:

01- بخصوص الأساليب الدفاعية، نسجل تواجد بعض أساليب سجل الرقابة و سجل المرونة (أنظر وورقة الفرز بالملحق) التي لم تسمح بأعداد مرض للاشكاليات المطروحة، هذا نظرا لكثافة أساليب سجل الكفّ وخصوصا أسلوبا CP2 وCP4 كما نسجل تواجد أساليب سجل انبثاق السياقات الأولية، التي

تكشف من خلال اشتراكها الكثيف باسلوب CM2، عن العرضية الذهانية من نو "العظامة"، المسطرة في المحادثة العيادية.

02- بخصوص الإشكاليات المطروحة في اللوحات ، فقد أدركت في معظمها (باستثناء اللوحة (5) ، إلا أن السيد أحمد لم يتمكن من إعدادها بصفة مرضية. هكذا ظهر عدم احتمال أحمد للتطرق إلى الصراعات، القلق والعدوانية كما ظهر فقر معتبر في المحتويات الوجدانية، وصعوبات في النكوص (اللوحات 11 و19

03- سيطرة الأنا . المثالي واضحة في اللوحات 1 ، 2 ، 6BM ، 7BM، و إشكالية السند مسيطرة في اللوحات 3BM ، 6BM ، 7BM و10.

تسير كل هذه المميزات في نفس اتجاه المعطيات المستنتجة من المحادثة، وتؤكد لنا العقلنة السيئة للسير العقلي من النمط العظامي (الذهاني) للسيد أحمد.

دراسة الحالة التاسعة: السيدة كهينة

1 - معطيات المقابلة العيادية:

تبل السيدة كهينة من العمر ثلاثا وثلاثين سنة، وهي أم لثلاثة أطفال، منهم بنتان وولد. قمنا بفحص كهينة أثناء إقامتها بالمستشفى بسبب دفعة لمرض التصلب المتعدّد، وقدمت إلى مكتبنا في كرسي متنقل تدفعه أمها.

يعتبر مرض التصلب المتعدّد متطوّرا نسبيًا عند كهينة، بحيث شملت الإعاقة طرفيها السفليين كليا (العجز عن (المشي وطرفيها العلويين جزئيا (خاصة اليد اليمنى)، ومست كذلك وظيفة الكلام، الذي يتم بطريقة بطيئة ومتقطعة.

تمت المقابلة في جو مميّز بحيث تناوبت خلالها فترات لكتئاب مرفقة ببكاء، وفترات هدوء وضحك، الذي غالبا ما كان في غير محله [1](أمور لا تستدعي الضحك).

[1] يعتبر الضحك عرضا غير مفسر حسب الأطباء، لمرض التصلب المتعدد، سبق لنا وأن لاحظناه عند مريض، أثناء البحث الميداني.

لا يشير هذا التناوب في المزاج إلى الاضطرابات العقلية الموصوفة في مرض التصلب المتعدد (2)، إذ ظهرت مع مرور المحادثة، مرونة في السير العقلي لكهينة، إلا أنها ليست بصرامة وفعالية المرونة الموصوفة في عصاب الهستريا المنظم عقليا.

ظهرت مع بداية المحادثة زلة لسان تمثلت في التباس سمعي بين كلمتي "المرض" و "الزوج"،

parlez-moi de votre maladie/parlez-moi de votre mari

كشفت عن الوزن الصدمي الذي تعيش فيه كهينة بسبب زوجها. ولقد عبرت كهينة، فيما بعد، صراحة وطوال المحادثة عن هذا الوزن الصدمي، بحيث اضطررنا عدة مرات، لإعادة طرة بعض الأسئلة، نظرا لعودة كهينة إلى الحديث عن ما شكّل حدثا صدميا قويا لديها. سنعود إلى هذا الحدث بعد قليل. بخصوص مرضها صرحت كهينة أنه ظهر منذ سبع سنوات، اعراض تمثلت في ثقل وتعب في الرجل اليمنى أثناء المشي. ثم شملت الأعراض الرجل اليسرى، وكاد خطا في تشخيص المرض، تداركه طبيب جراة في آخر لحظة، أن يكلّف كهينة عملية جراحية لا ضرورة لها. فتم الكشف عن مرض التصلب المتعدد بعد توجيه كهينة إلى قسم طب الأعصاب. أرجعت كهينة، مباشرة بعد الحديث عن هذه النقطة، سبب ظهور مرضها إلى عائلة زوجها، إذ صرحت لأنها كانت تتمتع بصحة جيدة (لم تعرف المرض إطلاقا وتمارس عدة رياضات قبل زواجها ،فرحت، في حركة عظامية اضطهادية، لأن عائلة زوجها تكرهها وتغار منها بسبب تفوقها في المستو الدراسي والجمال، فقالت: "la famille تع راجلي يكرهوني، (2) انظر الفقرة الخاصة بالاضطرابات العقلية في الجزء المخصص لمرض التصلب المتعدد.

belle et je suis plus هوما ماشي قاريينParce qu'ils sont jaloux de moi, parce que "qu'eux

كما صرحت في الحركة الاضطهادية نفسها ، لأنها تعرضت لأعمال سحر من طرف عائلة زوجها، مما أد إلى مرضها. وأضافت أنه سبق لها وأن شفيت تماما من المرض (حركة نفي لواقع المرض)، إلا أنه عاودها ثانية، خمسة عشر يوما بعد مجيء عائلة زوجها إلى بيتها، فقالت:"une fois بريت complètement، وليت نمشي أو كلش، puis ماليه

Ils sont venus chez moi, je sais pas qu'est-ce qu'ils ont fait quinze jours après

عاودت طحت".

ذكرت كهينة بخصوص الدفعات، بأنها تعاودها مرة أو مرتين في السنة، إلا أنها لم تقم بالمستشفى إلا خمس مرات، تلقت خلالها حقنا متواصلا بالكورتيكويد وأضافت لان هذا الأخير (الحقن المتواصل لم يعد يجدي نفعا حاليا، إذ لا تتحسن حالتها الصحية بعده.

بخصوص السوابق المرضية، ذكرت كهينة إصابات بالزكام أحيانا، خلال الطفولة، وأيضا إصابتها بمرض السل، بعد إصابة زوجها به. وأضافت أنها شفيت منه تماما، بعد إقامة بالمستشفى، وبفضل عزلها لفراش زوجها الذي عاوده المرض عدة مرات. انتقلت كهينة مباشرة بعد التطرق إلى السوابق المرضية ومن تلقاء نفسها إلى الحديث عن سبب تدهور صحتها حاليا، إذ عبرت عن "الحدث الصدمي" الذي تسبب فيه زوجها، والذي أشرنا إليه سابقا. وظهر من خلال حديثها الذي تخللته فترات بكاء، القيمة الصدمية لهذا الحدث الذي وقع منذ بضعة أشهر (حوالي سبعة أشهر)، مما يدل على الصعوبة التي تجدها كهينة لإعداده عقليا كما اتضح أن المفعول الصدمي لا يكمن في الحدث بحد ذاته، بل في الجرة النرجسي الذي تلقته كهينة بسبب سلوك زوجها، والذي أكد لها عدم مبالاته بها معنويا وعاطفيًا.

يتمثل الحدث الصدمي في قيام زوج كهينة بختان ابناهما الوحيد ببيت جده، دون إعلامها بذلك، حينما كانت مقيمة بالمستشفى بسبب دفعة لمرض التصلب المتعدد. ويظهر أن ما زاد في صدمتها، هو حضور زوجها إلى بيت أمها (الذي لجأت إليه بعد خروجها من المستشفى، نظرا لغضبها على زوجها لعدم تكفله بها ماديا أثناء إقامتها بالمستشفى) لدعوتها لحضور حفل ختان ابنها. فقالت بهذا الشأن:

دوك وعلاش مرض ، ختن وليدي عند باباه، وأنا كونت hospitalisée (بكاء)، أم بعد جاني لدارنا قالي: راكي معروضة (بكاء). ما قاليش أرواحي ولا، قالي، راكي معروضة. اللتما لي غاضني الحال (بكاء) قلتلو ما نجيش".

ظهر مع تقدم المحادثة، والتطرق إلى المواضيع الخاصة بالحياة الماضية والحالية لكهينة، تواجد سيادة لـ أنا—المثالي عندها، وتلقي هذا الأخير (الأنا المثالي) جرحا كبر مع مرور سنوات الحياة الزوجية. هكذا ذكرت كهينة حياتها السعيدة الماضية (قبل زواجها) التي قضتها في بيت جدتها (طلقت أمها و هي حاملة بها) إذ قالت:

«<j'étais gâtée chez mes parents, à la française, c'était adorable, ma famille, ils étaient trop gentils (...) mon père je l'ai connu le jour de mon mariage, mais mon cétait comme mon père, ma grand-mère m'adore (...) j'avais des amis, surtout comme mon père, ma grand-mère m'adore (...) j'avais des amis, oncleخالي

des étrangers, je faisais du sport (...) les études, j'ai redoublé la 1ère surtout année parce que

ما نعرفش العربية، غير Pfrançais ولا لقبايلية

«J'étais moyenne les études, mais j'étais forte en maths, j'adore les maths, je connais aussi beaucoup de langues, l'italien, l'anglais, l'allemand, le français >>.

وظهر الأنا المثالي والشعور بالعظامة، خاصة عند ذكر كهينة لصداقتها، خلال المراهقة، لأبناء وزراء ولأجنبي أمريكي أصبح حاليا نجما في التلفازة. كما ظهر الشعور بالعظامة في تصريحها لتحكمها في عدة لغات أجنبية، من بينها الفرنسية التي لا تتقنها. أما بخصوص حياتها بعد زواجها، فذكرت كهينة معاناتها من معاملة زوجها، مما أكد إحساسنا بتواجد الجرة النرجسي قبل الحدث الصدمي، إذ قالت:

مرضت منو (...) parce que ما عطاليش قيمة ، ni أنا ni ،ماليا، ما يكسينيش ، il ne d'argent me donne pas

ملي دخلت هذيك الدار ماشفت لهناء بين عينيا،

J'en ai marre (بكاء) comme moi j'étais gâtée, ni frères, ni sœurs,

أو هو هلكلي كل شي même الخدمة (بكاء)، لوكان قعدت نخدم لوكان دوك وليت directrice(...) أودوك حتى نقولو قسر معايا sinon ما يهدرش معايا.

Je n'ai rien, ni famille, ni amis, personne ne vient chez moi, je sors pas (…) .Musique, je bouquine (…) ma mère, elle s'occupe alors j'écoute la

من الشغل أو الدراري (...)

même (...) أويكر هوه Mes enfants m'adorent أنا مريضة يضربني Il me donne des coups de pieds! هذا العام كرهت منو وظهر بعد هذه التصريحات تجاذب كهينة اتجاه زوجها، إذ صرحت لأنه ليس هو المسؤول على سلوكه، بل عائلته التي سحرته بعقاقير وضعت في طعامه، إذ قالت:

«au début il était bien

أم بعد وكلولو، ماشي منو هو، c'est quand il a mangé

(...) كينشوفو قدامي نكون bien، كيمايكونش نكره (...) ملّي nerfs لي داره هم لي هو، لِّي رجعت مريضة".

وقد يكشف التصريح بوجوب تواجد ورؤية زوجها أمامها للشعور بالراحة (رغم سوء معاملته لها)، إضافة على التجاذب العاطفي، عن تبعية كهينة للمواضيع وعدم استدخالها. كما قد يدل على ذلك، تصريحها السابق الذكر بعدم امتلاكها لأي شيء من دون تواجد عائلتها وأصدقائها.

كما صرحت كهينة، بخصوص حياتها الحميمة بتواجد شذوذ جنسي عند زوجها، مما يؤدي إلى رفضها له أحيانا وتباعد العلاقات في الزمن. بخصوص الحياة الحلمية، فلم نتمكن من الحصول على معلومات واضحة، بحيث ركّزت كهينة على حلم وصفته بـ "الرؤية" أي سبق رؤية الأحداث في الأحلام، قبل وقوعها. وخصت هذه "الرؤية" طبيبا يعمل بالمصلحة حلمت به كهينة، حسب قولها، قبل أن تتعرف عليه. ونظرا لغموض في الحديث، لم نتمكن من معرفة إذا ما كان هذا الحلم، حلما حقيقيا (أثناء النوم) أو حلم يقظة (هوام)، إذ ذكرت كهينة لأن الطبيب عرض عليها الزواج، إلا أنها رفضت لوفائها لزوجها ولأولادها.

وبخصوص مستقبلها، ظهر مرة أخرى الشعور بالعظامة و نفي واقع المرض، إذ صرحت كهينة لأنها تود العمل (بعد شفائها) احد الأسلاك العليا للدولة، وهذا لحبها الشديد لوطنها. وأما فيما يتعلق بطبعها، فظهر أيضا الأنا المثالي، بحيث وصفت كهينة طبعها بالمثالي، إذ قالت:

«, j'ai un caractère idéal, je suis gentille, décontractée

ماعنديش تع القيل والقال، والغيرة والحسد".

وبخصوص ردّ فعلها اتجاه العدوانية، فتمثل في تظاهرات طبعية و حسية حركية، إذ قالت:"نزقي ولا نبكي. كما ظهر أنه سبق لكهينة وأن لجأت إلى السلوك، وهذا في حالة تجاوزها العقلي، إذ أضافت ضاحكة:

« mon mari m'a tellement énervée, alors je lui ai donné un coup de poing (الضحك,le lendemain عينو elle était toute noire في عينو،

وأضافت أن مثل هذا رد الفعل لم يتكرر في حياتها.

خلاصة، يمكننا القول، من خلال دراسة معطيات المحادثة اننا بصدد تداخل نمطين من المعطيات. يتعلق النمط الأول من المعطيات بسير عقلي من النموذج "الهستيري"، والنمط الثاني بسير عقلي من النموذج "العظامي". سهولة المرور من نمط سير عقلي إلى آخر، وتكامل أحدهما بالآخر، جعلنا نصف

السير العقلي لكهينة بـ "المرن"، إلا أن نوعية العقلنة تبقى محل شك. فقد تشير كلا العرضيتن (العصابية (والذهانية إلى سمات طبعية أكثر مما تشير إلى سياقات عقلية تدل على عمل إعداد عقلي داخلي. وقد يكشف عن ذلك:

01- صعوبة الإعداد العقلي للحوادث الصدمية.

02- هشاشة الأنا المثالي، والجروة النرجسية الناتجة عنها وقد تعود هذه الهشاشة إلى الإفراط في الحماية التي منحت لكهينة خلال طفولتها ومراهقتها وإلى غاية زواجها).

03 - عدم إستدخال المواضيع والتبعية لها.

04- تواجد قلق فقدان المواضيع.

05 - تناوب فترات غنى وفترات فقر التصورات كما ونوعا خلال المحادثة.

كما يمكننا استخراج بعض المعطيات، التي تندرج ضمن التصنيف السيكوسوماتي لبيار مارتي، و التي تتمثل في :

01- تواجد سمات طبعية هستيرية.
02- تواجد سمات طبعية ذهانية (عظامية).
03- تواجد سمات طبعية سادو -مازوشية.
04- تواجد نفي للواقع

05- تواجد استعمال للفكر السحري.

06- تواجد سياق إفساد تنظيم تدريجي (خصوصا بعد الحدث الصدمي).

07- تواجد فقدان موضوع حديث غير معد عقليا (فقدان رمزي للزوج).

08- تواجد تغير في الاقتصاد العلائقي.

09- تواجد سيادة لـ أنا - المثالي.

10- تواجد وزن صدمي مستمر .

2 - نتائج تحليل بروتوكول رائز T.A.T :

أما بروتوكول رائز تفهم الموضول ، فتميز عكس المحادثة بفقر معتبر في الإنتاج، وهذا نظرا لسيطرة أساليب الكفّ، مما قد يؤكد العقلنة المشكوك فيها لد] كهينة ، و هذا سواء تعلق الأمر بتنظيمها العقلي العصابي أو الذهاني.

عموما يمكن تلخيص مميزات بروتوكول رائز تفهم الموضو] لكهينة فيما يلي:

1-بخصوص الأساليب الدفاعية، سيطرت، مثلما هو مبين في ورقة الفرز المتواجدة في الملحق، كل من أساليب سجل المرونة خاصة أسلوب(B2-3) ، أساليب سجل تجنب الصراعات (خاصة أسلوبا CP2 وCP3) وأساليب سجل انبثاق السياقات الأولية (خاصة منها أساليب E1، E14 وE17). وإن كانت هذه السمات الطبيعية (الهستيرية والعظامية التي ظهرت في المحادثة العيادية، إلا أن أساليب الكفّ أكدت النقائص في العقلنة، وأدت إلى فقر الإعداد العقلي لإشكاليات الرائز. وبخصوص هذه الأخيرة، رغم تمكّن كهينة من إدراك البعض منها، إلا أنها لم توفق في إعدادها، بحيث سيطرت الإشكالية العظامية والسياقات الأولية (في اللوحات 2،1 ، 4 6GF ، 7GF، 9GF ، 13MF) .

2 - قلق فقدان الموضوع وإشكالية السند مسيطران وظاهران في العديد من اللوحات (4،9GF ، 10،16، 1 ، 2 ،3BM)

3- أما المقروئية، كانت سلبية إيجابية في معظم اللوحات، باستثناء اللوحتين 3BM و4 أين كانت إيجابية سلبية، واللوحتين 11 و 19 أين كانت سلبية تماما.

ختاما، يمكننا القول بأن معطيات رائز تفهم الموضوع متوافقة مع معطيات المحادثة العيادية من ناحية تداخل العرضية الهستيرية والعرضية العظامية، ومن ناحية نقص فعالية هاتين العرضيتين، مما يجعلنا نؤكد على تواجد عقلنة مشكوك فيها لد السيدة كهينة، ومستوى ما قبل التناسلي لتنظيمها العقلي.

دراسة الحالة العاشرة : نسرين

1 . معطيات المقابلة العيادية

تبل الانسة نسرين من العمر اثنين وثلاثين (32) سنة، وقد قمنا بفحصها عندما تقدمت إلى مصلحة طب الأعصاب لموعد مراقبة، يدخل في إطار متابعتها الطبية.

ما يجلب الاهتمام هو التفاوت المهم بين كل من قصر قامة نسرين (لا تتجاوز 1,5م) ونحولها، اللذين يوحيان إلى فتاة لا تفوق الثالثة أو الرابعة عشرة سنة، وبين النض الظاهر على سمات جسم وجهها.

رغم حداثة ظهور مرض التصلب المتعدد عند نسرين (منذ 5 أشهر فقط)، تبدو إعاقة رجلها ، مما يدل إما عن إصابتها بالمرض منذ بعض الوقت، وإما عن شدة الدفعة الأولى اليسرى بوضوع التي كشفت عنه.

بخصوص مرضها الحالي، أجابت نسرين على أول سؤال كالآتي:

<< J'ai une sclérose en plaque et j'accepte ma maladie >>>

إلا أن هذا التصريح، ظهر مع مرور إلا أن هذا المحادثة غير صحيح، بحيث أثبتت تصريحات أخرى لنسرين، المفعول الصدمي الذي تبع لكتشاف حقيقة مرضها.

واصلت نسرين الحديث بذكر أنها شعرت لأول مرة أعراض المرض في مقر عملها. وكشفت المحادثة فيما بعد، عن المكانة الاقتصادية المهمة التي يحتلها العمل في حياتها، كما كشفت أيضا عن الوزن الصدمي الذي يولده لديها، نظرا لأهمية منصب شغلها.

مواصلة حديثها، دائما حول موضوع المرض الحالي، أوحت نسرين من جديد إلى عناصر أخرى، ذات دلالة بالنسبة لتفهم سيرها السيكوسوماتي. فصرحت بخصوص الأعراض الأولى للمرض، أنها تمثلت في تقل الرجل اليسرى، اضطرابات بصرية، إحساس بدوران، وتنمل. ولم تسمح زيارتها لطبيب عام بالكشف عن المرض، إذ تعقدت الأعراض بظهور تقيل والام في الرأس. فعلقت عن هذا العرض الأخير بقولها:

<< J'ai toujours eu des problèmes de migraine >>

كما أضافت، بخصوص زيارتها لطبيب مختص في أمراض الأنف والحنجرة (ORL)، تعرفه، أخطا في تشخيص المرض، ما يلي:

il m'a dit vous avez le signe de Romber, et ça c'est dû, c'est parce que vous êtes trop ordonnée. C'est vrai, je suis un peu maniaque

وسنعود إلى هذه النقاط فيما بعد.

أكد الحديث عن ظروف الكشف عن المرض الكتشاف حقيقة المرض السابق الذكر، القيمة الصدمية التي أخذتها كلمة التصلب المتعدد" إذ قالت نسرين:

Je suis partie à Aît Idir avec ma sœur qui est étudiante en médecine, et on m'a " retenue ce jour-là .J'ai fait dix (10) jours là-bas, j'ai fait tous les examens : le scanner, l'I.R.M, la P.L, et donc ils ont conclu que c'était une sclérose en plaques. Mais avant ils n'ont pas voulu me le dire. Bon, même mon médecin, moi j'aurai aimé qu'il me fasse un schéma de ma maladie, bon ma soeur, elle m'a expliquée que c'est un manque de myéline, ceci, cela, oui ! Mais ils m'ont pas dit le mot: Sclérose en plaque !, alors une fois sur la (5ème) Cinquième, j'étais entrain de voir une émission, des médecins (la santé), alors: Sclérose en plaque, manque de myéline, ceci, cela, ah! D'accord, j'ai une Sclérose en plaque !? O.k j'ai compris ! (...) mais j'ai accepté ma maladie dès le début, je suis mon "traitement et c'est bon.

أما بخصوص سوابق، المرض، فذكرت، نسرين بضحكة صغيرة، إصابات خفيفة بالزكام من حين لآخر، إلا أنها عادت إلى الحديث عن الام الرأس، التي ربطتها بمقر عملها إذ قالت:

j'ai des maux de tête, j'avais souvent des maux de tête, je pensais que c'était dû <« au climat. Comme je travailles à x, avec l'humidité qu'il y a, je pensais à ça (...) >> .et ça me prend une fois par semaine, et ça dure depuis deux ans

وأضافت بخصوص الزكام (grippe)، بأنها أصيبت به بشدة في سنة 1995، عندما بدأت في العمل، إذ قالت :

<« Cette année-là, elle m'a esquintée, depuis je me vaccines chaque année >>

فيظهر من هذه التصريحات أنّ الالتحاق بعالم الشغل، شكل حدثا صدميا بالنسبة لنسرين، بحيث سجلنا تتابع كلّ من إصابة شديدة بالزكام، لاما مزمنة في الرأس، ومؤخرا إصابة بمرض التصلب المتعدد. ودون محاولة التعليق على القيمة الاقتصادية التي تحتلها كلّ إصابة في التوازن السيكوسوماتي لنسرين، يكفينا أن نلفت الاهتمام إلى أن نسرين أشارت في حركة لا شعورية، إلى ارتباط مشلكلها الصحية بعملها. وظهرت كل من القيمة الاقتصادية والقيمة الصدمية اللتين ياخذهما العمل في حياتها، عندما تحدثت نسرين عن نفسها وعن حياتها الحالية، إذ قالت بخصوص الموضوع الأول (بضحكة) مايلي :

je suis du signe (x), je suis toujours souriante, toujours je rigoles, je blagues à <« fond la caisse, et je suis responsable. Mes collègues sont satisfaits, mon responsable aussi est satisfait de mon travail. Déjà, quand j'ai fait ma première poussée, j'était au travail, alors mon D.G se reproche, il s'est dit, elle a fait un surmenag

وأضافت بخصوص حياتها الحالية:

, c'est-à-dire je suis boulot . des fois , le D.G me stresse, C'est (ضحكة)Ça va <« vrai qu'il me stresse beaucoup, mon travail, j'ai un poste de responsabilité, je suis responsable de vingt trois 23 postes frontaliers (…) vous imaginez, être responsable d'un homme de cinquante (50) ans ?! mais malgré ça , j'arrive Meme le D.G.يتكل عليا

il me dit <<je prend pas de décisions , cest à vous de prendre la décisions (..) et j'adore mon travail >>

إذا كانت هذه التصريحات تكشف أيضا عن شعور "أنا" نسرين بالمجاملة gratification du moi نظرا لأهمية منصب شغلها، إلا أنها قد تشير في الوقت نفسه، إلى شعور نسرين بما يبدو كقلق إخصاء"، حتى وإن صرحت بتمكنها من تجاوزه فيظهر العمل إذا كموضوع تجاذب عند نسرين، كما تظهر سمات سادومازوشية لديها.

ما يلفت الاهتمام أيضا، هو عدم تطرق نسرين إلى حياتها العائلية والاجتماعية، أثناء حديثها عن حياتها الحالية وبعد تدخل الفاحص صرحت نسرين بأن لديها العديد من الأصدقاء والصديقات اللذين يبادلونها المحبة ، كما ذكرت العلاقة الوطيدة مع والديها إذ قالت :

<< J'ai beaucoup d'ami(e)s, ils m'adorent, je les adores, ma famille m'adore, c'est-à-dire c'est le bonheur, je sens que c'est le bonheur, et je sens vraiment un lien avec mes parents >>

فتظهر من هذه التصريحات المعبئة بوجدانات قوية، تعدّد المواضيع العزيزة لد ا نسرين، إلاّ أن ذكرها لارتباطها بوالديها قد يدل أكثر عن تبعيتها لهما، مما يدل على إستدخال عميق لهما، بحيث لم تضف

نسرين أي شيء بخصوصهما لم توافينا بمعلومات عنهما). فيما يتعلق بموضوع الطفولة، بدأت نسرين حديثها بالتعليق التالي:

.<« Ça fait trente-deux ans, alors je vais me souvenir un tout petit peu >>

يجلب الاهتمام هذا التعليق بحيث يمكننا طرة تساؤلين: هل يوحي هذا التصريح إلى شك نسرين في إمكانياتها لاستنكار طفولتها أم يوحي إلى عدم إرادتها للتحدث عن الماضي، بحيث يبقى الحاضر موضوع اهتمامها (وجود قمع وتجنب التصورات).

أجابت تصريحات نسرين اللاحقة على هذا السؤال، إذ تمكنت من ذكر كل من سعادتها خلال طفولتها، نزهاتها مع عائلتها صديقتها، اللعب التي كانت تتحصل عليها بمجرد طلبها وتفوقها في الدراسة. غير أن ذكر كلّ هذه العناصر لم يتبع بارتباطات. فكار. فالتصورات والوجدانات متواجدة إلا أنها ليست محل ترابطات لافكار اختفاء السلاسل الترابطية). وهذا ما قد يشير إلى تواجد نقائص في السير العقلي الحالي لنسرين، ويسمح ! لنا بالشك في نوعية عقلنتها.

بخصوص فترة المراهقة، صرحت نسرين بأنها مرت على ما يرام، باستثناء فشلها في امتحان البكالوريا في أول مرة. وظهر أن هذا الأخير (الفشل)، شكل أول صدمة في حياتها، لم تتمكن نسرين من تجاوزها إلا بصعوبة، إذ سجلنا ظهور دفاعات طبيعية وحسية – حركية لديها منذ ذلك الوقت. فقالت بهذا الشأن:

(انخفاض صوتها)

<<L'adolescence ça va, à part que j'ai pas eu mon bac la première fois c'était , mon premier échec, j'ai pas accepté de ne pas avoir le bac la première fois (...) après, ça a bien marché (...) avant j'étais calme, après mon échec au bac, je suis devenu un peu nerveuse, d'ailleurs je suis nerveuse, ah oui ! mais je me maîtrise, c'est-à-dire quand je prend un décision je réfléchis toujours, je suis pondérée (...) je sens à l'intérieur de moi, je sens que je vais m'éclater, mais je me maîtrise, donc je vois la situation d'abord, j'analyse la situation et j'éclaircis le problème >>

وقد تؤكد هذه التصريحات الشك المذكور سابقا في نوعية العقلنة (نقائص في التنظيم العقلي)، بحيث ظهر اشتراك الدفاعات العقلية من النوع الهجاسي بدفاعات طبعية وحتى سلوكية أحيانا. فصرحت نسرين بخصوص ردود فعلها تجاه العدوانية شجارها في العمل غالبا (وفي البيت نادرا) إذ قالت:

<<ça m'arrive de me disputer dans le cadre du travail, (..) je crie et ça m'arrive de donner un coup, de taper sur la table (..) chez moi pas tellement>>

وقد تؤكد الدفاعات العقلية من النوu الهجاسي، تصريحات نسرين السابقة المتعلقة بتفوقها في الدراسة ورفض الفشل في البكالوريا انبساط زملائها ومسؤولها في العمل منها، التدقيقات في الحديث، وأيضا حبها للنظام والنظافة والذي أشارت إليه في بداية المحادثة)، إذ قالت:

<<J'aime que tout soit bien rangé, mes étagères, mes tiroirs, il faut toujours que tout soit bien rangé et propre, j'aime bien le blanc et la netteté >>

أما بخصوص التغيرات التي طرأت على حياتها منذ إصابتها بمرض التصلب المتعدد، فذكرت نسرين فقدان استقلاليتها، إذ قالت:

<<Je ne suis plus indépendante, pour venir à l'hôpital, je doit être accompagnée (...) mon handicape c'est la marche >>

ويظهر أن هذه الاستقلالية لا تتعلق إلا إمكانيات التنقل، إذ أكدت نسرين تبعيتها للمواضيع (التي أشرنا إليها سابقا)، بحيث أضافت في رد على سؤالنا حول شعورها بتغيرات من الناحية النفسية، ما يلي:

<<Non, non, j'ai mes ami(e)s, ils viennent me voir, ils m'accompagnent, on sort, y a pas de problèmes >>

وبخصوص نومها، صرحت نسرين باضطرابه منذ أن بدأت العمل، إذ كانت تستيقظ عدة مرات خلال الليل، لكونها تخاف من تأخرها عن موعد مرور الحافلة التي تأخذها إلى مقر عملها. وتؤكد ثانية هذه التصريحات كلاً من السير العقلي الهجاسي لنسرين والوزن الصدمي الذي تعيشه منذ البداية في العمل. وأما فيما يتعلق بالحياة الحلمية، ظهر لدى نسرين نشاط حلمي مرض، إذ صرحت آنها تحلم من حين لآخر، ولإن أحلامها متنوعة (أحلام) جميلة أحيانا، ومفزعة أحيانا أخر) وذات معنى غامض أحيانا وواضح أحيانا أخر. كما قصت علينا جزءا من حلم حديث، ظهرت فيه مختلف الميكانزمات التي تتدخل في عمل الحلم (الرمزية، الإزاحة، التكثيف).

وأما بخصوص مستقبلها ، فظهرت مرة أخرى النقائص في سيرها العقلي، والتي تبدو ذات علاقة وطيدة مع صدمة إصابتها بالمرض، إذ قالت:

<<Je peux pas لوكان قالي واحد cette année تدخلي l' hopital, tu vas tomber malade, vous dire j'aurais rigolé, je lui aurais éclaté de rire au visage, donc je peux pas vous dire, je préfère vivre au jour le jour >>

ويدل هذا التصريح على رفض نسرين لمرضها، رغم تصريحها بعكس ذلك عند بداية المحادثة. والسؤال الذي يطرة في الأخير هو: كيف سيكون السياق التطوري لمرض التصلب المتعدّد عند نسرين تبقى الإجابة على هذا السؤال صعبة، نظرا لتعارض المعطيات المتعلقة بتنظيمها العقلي وبتوازنها السيكوسوماتي. عموما، يمكننا انطلاقا من دراسة حالة نسرين تلخيص معطيات تذهب في اتجاه وضع تشخيص لعصاب هجاسي ذي عقلنة غير متاكد منها لديها تتمثل هذه المعطيات فيما يلي:

01 - تواجد سمات طبعية شرجية وهجاسية.

02- تواجد سمات سادومازوشية.

03- تواجد قمع وتجنب للتصورات والأفكار.

04- تواجد تماهي (اجتماعي-مهني).

05- تواجد رفض للنكوص (بعد الإصابة بالمرض، وعند الفشل في البلكالوريا).

06- تواجد وزن صدمي مستمر منذ البداية في العمل).

07- تواجد إختلال تنظيم متكرر (منذ البداية في العمل).

08- تواجد تحديدات حديثة للنشاطات الجسمية (مع ظهور المرض).

09- وجود تفاوت في نوعية وكمية التصورات خلال المحادثة (عدم انتظام السير العقلي).

10- عدم تواجد استدخال حقيقي للمواضيع.

11- الشك بين تواجد الأنا الأعلى أو الأنا المثالي.

2 . نتائج تحليل بروتوكول رائز T.A.T :

أما بروتوكول رائز تفهم الموضوع، فقد تميز بغنى نسبي في الإنتاج، خاصة من ناحية النوعية. هكذا، ظهر تفاوت ملحوظ في نوعية إعداد القصص والإشكاليات، إذ تمكنت نسرين من إعداد بعضها بصفة

مرضية، وواجهت صعوبات في إعداد البعض الآخر ما ظهر تفاوت في فعالية الأساليب الدفاعية من أعلى مستو أي أساليب سجل الرقابة وسجل المرونة) إذ مكنت لنسرين من التخلّص أحيانا، وفشلت أحيانا أخر ، مما أد إلى إفساد تنظيم القصص تحت مفعول أساليب الكف وانبثاق السياقات الأولية.

عموما، يمكن تلخيص مميزات بروتوكول رائز تفهم الموضوع كما يلي:

01- فيما يتعلق بالأساليب الدفاعية، فكانت متنوعة، مع سيطرة واضحة لأساليب سجل الرقابة (أنظر ورقة الفرز في الملحق). هذه الأخيرة لم تسمح دائما من التخلّص من الوضعيات الصراعية، بسبب أسلوب الاجترار (8 , A2) الذي لم يمكن نسرين من التقدم في إعداد القصص. واشتراك أساليب سجل الرقابة الاساليب سجل الكف (وخاصة منها السلوك)، يدل على صعوبات نسرين في إعداد بعض الإشكاليات، وخاصة منها تلك التي ترجع إلى العدوانية.

02- ظهر أفضل مستوى لإمكانيات الإعداد العقلي عند اشتراك أساليب سجل الرقابة أساليب سجل المرونة.

03 – أما الإشكاليات المطروحة في الرائز ، فادركت في مجملها، إلا أنه ظهر تفاوت في نوعية إعدادها من لوحة إلى أخر حسب نجاة أو فشل أساليب أعلى مستوى). هكذا، تمكنت نسرين من التطرق والإعداد النسبي ل شكاليات المطروحة في اللوحات 1 ، 3BM ، 7GF ، 10 ، 11 ، 13MF وواجهت صعوبات في إعداد إشكاليات اللوحات 2، 5 ،4، 6GF ، 9GF ، 19 و 16 .

04 – أما المقروئية، فكانت عموما إيجابية سلبية في معظم اللوحات باستثناء اللوحتين 9GF و16 أين كانت سلبية إيجابية، و اللوحة 19 أين كانت سلبية تماما.

05- بالنسبة لطبيعة القلق، ظهر قلق إحصاء في معظم اللوحات (1 ، 2 ،4، 6GF ، 7GF ، 9GF) باستثناء اللوحتين 13MF و 16 أين ظهر قلق الفقدان.

ختاما، يمكننا القول بأن التفاوت في فعالية الأساليب الدفاعية ذات الأغلبية الهجاسية)، الصعوبة في إعداد بعض الإشكاليات (العدوانية) والصراعات اللجوء إلى السلوكات، يؤدي إلى وضع التشخيص نفسه المستنتج من خلال تحليل المحادثة. فتتميز نسرين بسير عقلي من النمط الهجاسي إلا أنّ الشك يبقى

يخص نوعية عقلنتها. ويلفت الاهتمام تعليق نسرين، في اللوحة الثانية،أين أعلنت صراحة عن قمعها للتصورات مثلما سجلناه في المحادثة العيادية.

مناقشة فرضيات البحث :

بعد عرض الحالات العشر المكونة لمجموعة بحثنا، يمكننا الشروا الآن، استنادا إلى مختلف المعطيات الموضحة في كل من تحليل المحادثات وبروتوكولات رائز تفهم الموضوع (T.AT)، في مناقشة فرضيات بحثنا.

-تنص **الفرضية الأولى** على أن مرض التصلب المتعدّد لا يظهر عند الأفراد ذوي عقلنة حسنة تحققت هذه الفرضية بالنسبة لكل المرضى الذين تعاملنا معهم، بحيث لم نصادف مرضى ذوي عقلنة حسنة. فكان أحسن مستوى للعقلنة لكلّ الأفراد المكونين لمجموعة البحث يتمثل في العقلنة المشكوك فيها، والتي ميزت التنظيم العقلي لكل من السيدة نسيمة، السيدة مريم، السيدة كهينة والانسة نسرين. أما بقية الحالات المدروسة، فلقد أظهرت تنظيمات عقلية من نمط ذهاني و من نمط عصابي، ميزته عقلنة سيئة وإمكانيات محدودة لعداد العقلي، مع تواجد لكتئاب أساسي وحياة عملية أحيانا (حالتي السيد سمير والسيد لطفي).

-أما **الفرضية الثانية**، فتنص على أن مرض التصلب المتعدد يظهر عند أفراد يظهرون عقلنة سيّئة، والذين تختلف حالتهم الصحية، خلال حياتهم، وتطور مرضهم، حسب امتلاكهم أم لا لدفاعات فعّالة عقلية و/ أو طبعية و/ أو سلوكية بحيث:

1- في حالة عدم امتلاكهم لدفاعات فعّالة عقلية و/ أو طبعية، و/ أو سلوكية، تظهر حالتهم الصحية متدهورة خلال حياتهم كما يظهر مرض التصلب المتعدد متطورا.

2- وفي حالة امتلاكهم لدفاعات فعالة عقلية و/ أو طبعية، و/ أو سلوكية تظهر حالتهم الصحية غير متدهورة، خلال حياتهم، كما يظهر مرض التصلب المتعدد غير متطور أو في حالة استقرار.

وقد اتضح من خلال دراستنا لحالات المرضى، أن:

الفرضية تحققت بالنسبة لبعض الحالات اذ ظهرت عقلنة سيئة،فيظهر لديهم مرض التصلب المتعدد متطورا وهذا راجع الى عدم امتلاكهم لدفعات عقلية،طبعية،سلوكية

وتحققت بالنسبة لبعض الحالات اذ يظهر لديهم مرض التصلب المتعدد في مرحلة استقرار و هذا راجع الى امتلاكهم لدفعات عقلية، طبعية، سلوكية

أما الفرضية الثالثة، فتنص على أنّ الإمكانيات المحدودة العداد العقلي لدى المرضى، تظهر من خلال كل من فقر التصورات النفسية وقلة الترابط بين تلك المتواجدة، الفقر الوجداني والهوامي، الإكتئاب الأساسي والحياة العملية، واللجوء المفرط إلى التظاهرات الطبعية والسلوكية والحسية الحركية.

تحققت هذه الفرضية بالنسبة لكل مرضى مجموعة بحثنا، باستثناء ثلاثة حالات اللواتي لم يمثلن لا لاكتئاب أساسي ولا حياة عملية و لا لجوء مفرط إلى الدفاعات السلوكية أو الحسية. الحركية، والتي تفاوتت لديهن أيضا نوعية و كمية التصورات وكذلك الوجدانات و الهوامات والتظاهرات الطبعية (حسب الحالات). أما باقي المرضى، فظهرت لديهم إما أغلبية أو كلّ المعطيات المشيرة إلى العقلنة السيئة.

ختاما، يمكننا القول بأن فرضيات بحثنا تحققت في مجموعة بحثنا عند ست حالات على عشرة (60%)، كما أن الحالات الاستثنائية المصادفة لا تذهب تماما في اتجاه معلكس لفرضيات بحثنا، و هذا لكون العقلنة المشكوك فيها لا تعتبر ذات مستوى جيد (عقلنة حسنة).

الخـــــاتمة

حاولنا في هذا البحث اختبار فرضية جزئية للتنظير السيكوسوماتي الشاسع و المعقد لبيار مارتي، وكان أملنا أن نوفق في إبراز جوانب من هذا التنظير التي لا شك أن صادفها أي ممارس عيادي في عمله اليومي، دون أن يتمكن من إدماجها ضمن مرجع نظري معين، لكون نظرية مارتي لا تزال مجهولة لدى عدد كبير من الممارسين والباحثين.

تتماشى شساعة وتعقد نظرية مارتي، مع شساعة وتعقد العيادة الإنسانية، بحيث مهما حاولنا عزل معطيات من هذه النظرية والتحقق منها في الميدان وأننا نجد هناك دائما تداخل معطيات أخرى لا يمكن فصلها عما يشكل وحدة الفرد السيكوسوماتية، المندمجة ضمن اقتصاد سيكوسوماتي يشارك كل عنصر منه (عقلي، طبعي، سلوكي، سوماتي في الحفاظ على توازن معين.

يعتبر العنصر السوماتي من العناصر الأكثر أهمية لكونه قد يهدد حياة الفرد، التي يحاول العلم في مختلف ميادينه الحفاظ عليها أطول وقت ممكن. وتعتبر مناقشة الجدال القائم بين المختصين : ما الأفضل, مرض عقلي أم مرض سوماتي في غير محلها في إطار هذا البحث.

بينت در اسات عديدة و مختلفة أن العنصر الجسمي (أي المرض السوماتي) غالبا ما يساهم في إعادة تحقيق التوازن السيكوسوماتي الذي اختل عند مواجهة الفرد للصدمات. لقد شعر عامة الناس بهذا الأمر منذ القدم، إذ يقول المثل: إن في آلام الجسد شفاء للنفس، غير أن دراساتنا لمرضى التصلب المتعدد لم تعط نتائ في هذا الاتجاه، بحيث لا حظنا انه حتى ولو اختلفت وتيرة تطور المرض من مريض لأخر، إلا أن النتيجة في أخر المطاف تكون تدهورا تدريجيا (حتى ولو كان بطيئا) للحالة الصحية للمريض مع استحالة تراجع الأعراض والإصابات، التي تشمل ميادين أكثر فاكثر شساعة. وظهر أيضا أن نوعية العقلنة (والتنظيم العقلي بصفة أوسع هي المعنية مباشرة في إفسادات التنظيم التدريجية، لكوننا لم نصادف فى إطار هذه الدراسة وحتى خارجها، أفرادا يتميزون بعقلنة حسنة تندرج ضمن تنظيم عقلي عصابي أو ذهاني بالمعنى الكلاسيكي للكلمة).

لا يمكننا بالطبع الجزم في شمولية نتائ بحثنا، إلا أنه يمكننا الافتراض أن التحفظ (réserve) الذي وضعه مارتي، والذي ينص على أنه من الممكن أن تفوق الصدمات الإمكانيات الدفاعية للأفراد مهما كانت صلابة تنظيمهم العقلي، وتؤدي بالتالي إلى إفساد للتنظيم (سواء كان نكوصيا أو تدريجيا)، لا ينطبق أي التحفظ على مرض التصلب المتعدد فنجد أمثلة متعددة لشفاء أفراد من إصابات بالسرطان

وعدم ظهور مرض السيدا (sida) عند الأفراد رغم تواجد الفيروس في جسمهم seropositivité)، إلا أن بالنسبة لمرض التصلب المتعدد، عجزت البحوث الطبية عن إيجاد علاج يوقف تطور المرض أو يشفيه تماما.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أ-باللغة العربية:

1-مصطفى حجازي، معجم مصطلحات التحليل النفسي، تأليف، ج.لابلاس، وج. ب، بونواليس، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 1985

ب-باللغة الأجنبية:

Beneton © , Besson (p), granjon (M) Sclérose en plaques et Rééducation, Encycl. Méd.

Cambier (j), Masson (M) ; Dehen (H) ; Abrégé de neurologie, Paris, Masson, 1982

Chir. Elserier, paris, 26 – 472 – A – 10, 1996.

Classification Psychosomatique, Grille Marty , L.P.S.O , 1989 p01 . 20 Écrire à

Encycl. Méd. Chir, paris, 26-472- A10, 1996

Freud (S), Essais de L apsychanalyse, Paris, Payot, 1981

Genès des maladies graves et critères de gravité en psychosomatique (1990)

Les mouvements individuels de vie et de mort . Essai d'économie psychosomatique , paris , payot , 1976

Les principaux processus de somatisation >> , in Bulletin de psychiatrie tunisienne , N ° 2 , 1986.

Lordre psychosomtique les movements individuels de vie et de mort , Tom2, petite bibliothèque payot , paris,1980

Marty (p) : La psychosomatique de l'adulte , paris , P.U.F , " que sais - je " 1992

Marty (p) ; << les principaux processus de somatisation , in Bulletin de psychiatrie tunisienne , 1986 , N ° 2.

Marty (P) ; Genèse des maladies graves et critères de gravité en psychosomatique in Revue française de psychosomatique , 1991 , No 1

Marty (p) ; la psychosomatique de l'adulte , paris , P.U.F , << Que Sais - je >> , 1992.

Marty (p) ; les mouvements individuels de vie et de mort . Essai d'économie psychosomatique.

Marty (p) ; l'ordre psychosomatique . Les mouvements individuels de vie et de mort , tome 2 , Paris , petite bibliothèque Payot , 1980.

Marty (p) ; " la dépression essentielle" in revue française de psychanalyse, 1968.

Marty (p) ; L'ordre psychosomatique. les mouvements individuels de vie et de mort tome 2 Paris ; petite bibliothèque Payot 1980

Marty (p) ; Les mouvement individuels de vie et de mort .Essai d'économie psychosomatique , Paris ,Payot , 1976

Marty (p) ; L'ordre psychosomatique .Les mouvements individuel de vie et d mort . Tome 2 ,Pris, petit bibliothèque payot , 1980

Marty (p) ; nicolaidis (N) ; Pensée vivant, paris , l'esprit du temps .1996,p 23

Marty (p), Les processus de somatisation, congrès mondial de Psychosomatique Montréal, 1981

Marty (p), Mentalisation et psychosomatique, Paris, coll « les empecheurs de penser en rond » 1991.

Marty (P), Nicolaidis (N), Psychosomatique, Pensée vivante, Paris, Esprit de temps, 1996

Marty (P); Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique, Paris, payot, 1976, p 107.

Marty (p); L'ordre psychosomatique. Les mouvements individuels de vie et de mort, Tome 2, Paris, petite bibliothèque payot, 1980

Marty(p) ; Mentalisation et psychosomatique , Paris, coll < les empêcheurs de penser en rond >,1991 p45

Marty(p), la psychosomatique de l'adulte, Paris, P.U.F « Que sais-Je » ; 1992 .

Marty(p); < régression et instincts de mort. Hypothèses à propos de l'observation psychosomatique > in revue française de psychanalyse ,1991,N° 5-

Marty(p);Les processus de somatisation, Congrès mondial de Psychosomatique, Montréal.

psychosomatique . Organisation mentale des diabétiques , Paris , Dunod , 1983

Tome 2, Paris, petite bibliothèque payot, 1980

Une conquête de la psychanalyse " , in revue française de psychanalyse , 1976

بروتوكول رائز تفهم الموضوع (T.A.T) للسيدة نسيمة :

اللوحة1:

+ هنايا.. أو.. يخمم باش يدير .. هنايا باش يدير .. لحن .. أو(ou) مغبون، il se sentمغبون، c'est ce, il se sent malheureux إحس روحو وحدو، أو يخمم باش، يكون هنايا، يدير لحن، يخمم في راسو باش euh "..باش يدير لحن يكتبو. هذا ما كان.

اللوحة2:

+ هاذي طفلة تقرا، رايحة تقرا .. أو la mère كما نقولو حنايا، تطلب بلي هاذي انشاء الله هاذ .. أو هنايا الغرس هاذا ينجح، أو لوخرين راهم يتعبوا يخدموا هنايا، يخدموا باش باش ينوض هذاك الزرع هذا ما كان (تضحك).

اللوحة3BM :

هاذا مسكين مهموم أو (ou)جعان أو (ou)مريض، دايخ مريض... (تدخل الفاحص) مهموم كما نقولوا حنايا، معندوش الدار، معندوش il est seul, les parents، معندوش، مغبون أو جيعان أو quelque chose comme ça.

اللوحة 4:

...هنايا تحبو، واحدة تحب واحد أو أو رايح عليها quoi، أو (ou) بغا يروح أي شادتو باش تردو، أو تهدّيه nerveux أو تهدّن فيه.

اللوحة5:

+ أي طل، تشوف، تحوّس على كاش واحد أو(ou) تشوف الدار كفاه دايرة ...أوت . حلت الباب تشوف ، تحوّس على كاش واحد plutôt : (تدخل الفاحص) صغيرها، وليدها ، الراجل أو ، أو خديمة، المعلمة تعها أو ... هكا.

اللوحة 6GF:

إيه، هنا واحدة يحبها، تكون قاعدة حتى .. يجي هنايا .. ما شافتوش حتى شافتو هذك الدقيقة؟ ! ++ أي تشوف فيه، و هنايا واحد جا، جا، تشوفو ! و لا مانيش عارفة كفاه.

اللوحة7GF :

هنا اليماة، تساوي.. بنتها أو تسقسيها "واشبيك" هنايا، حاجة خاصتها؟! هذا ماكان.

اللوحة: 9GF:

+ هنايا و، واحدة تشوف (المرأة في الأسفل) تشوف الد، entrain تشوف لـ . balcon، تشوفها ولاّ، في السما و لاّ، أو هاذي تشوف في لوخرا quelque chose comme ça، هذا ما كان.

اللوحة 10:

هاذي واحدة توادع واحد باش يروح .. أو (ou)جا non ما جاش ما جاش parce que أي توادع فيه entrain de, elle pleure.. Plutôt، هكا.

اللوحة 11:

هذا بحر لالا؟ ما نعرف، لاعود بحر و لا une foretو لا.. و لا بحر plutôt التحت، التحت. هذا ما كان.

اللوحةMF13:

+ هاذي، c'est un docteur؟!، مريضة أو يواسي فيها.. أو بات، هنايا sûrement c'est un docteur يعمل، أو (ou)(تضحك) حاجة واحد أخرا (تدخل الفاحص) son mari و لا مانيش عارفة، هاذا ما كان.

اللوحة 19:

++ Un genre de voiture و لا بحر و لاnon plutôt voiture، ما نعرف c'est une voiture و لا.. ما نعرف mickey و لا voiture و لا (تضحك) تخلطتلي.

اللوحة16:

فارغة .. (تدخل الفاحص) الأمل، بيض، حاجة تكون هنايا بيضة، نهار شباب، نهار زين يطلع (تضحك).

بروتوكول رائز تفهم الموضوع (T.A.T) للسيد زوبير :

اللوحة1: هذا الطفل هاو يخمم .. خلاص (تدخل الفاحص)..Je n'sais pas ما نقدرش نقولك

اللوحة2:

+ ما نعرفش كفاش ما نقدرش نقولك (تدخل الفاحص) راني نشوف مرا، نشوف زوج نسا أو راجل، أوعود و الجبل، أو هذا حقل.. هذا ما كان، أو هاذا المرا أي رافدة كتاب.

اللوحة 3BM :

هذا عندو مشاكل بزاف، وقيلة راه يبكي.

اللوحة4:

+ هاذيا نحشم (تدخل الفاحص) مانيش عارف، راهي كشما تقولوا "واش بيك" هي تقولوا، الله أعلم "واش بيك" هذا ما كان، هي تقولو "واش بيك" تسمى (كلمة غير مفهومة) شغل.

اللوحة5:

حلت الباب أو طلت على البيت شافت.(تدخل الفاحص) شافت و لاّ الضو مشعولة..ما نعرف.

اللوحة6BM :

هذا الراجل راه قدام يمّاه، هذا ما كان (تدخل الفاحص) أم يخموا (تدخل الفاحص) ما نعرف (تدخل الفاحص) بلاك حاب يتزوج أو هي ...(يضحك).

اللوحة 7BM :

هاذو تان أم يخموا، أم يخموا (تدخل الفاحص) ما نقدرش نقولك، واش نقدر نقولك وين راني عارف (يضحك) يخموا على الخدمة زعمة، يخموا على الدار، يخموا على الدراهم، يخموا على n'importe .

اللوحة 8BM :

هاذا واش أوشايد، موس أو، أم رايحين إديرولوا L'opération، إيه، و هذا راو يخزر على هذاك المريض.. تنجح و لا ما تنجحش العملية (يتنهد).

اللوحة10:

هذي مانيش، ما... أني نشوف زوج رجال هذا ما كان، سمحيلي.

اللوحة11:

أني نشوف جبل أو قداموا واد، الله أعلم، هذا ما كان.

اللوحة13MF :

(يضحك) سبحان الله العظيم، نقولك هذ المرا هنا راقدة أو هاد الراجل راه واقف، هذا ما كان.

اللوحة19:

هاذ ماني فاهم والو، مانيش عارف.

اللوحة16:

هاذي والوا فارغة (تدخل الفاحص) تمثل شغل ذكرى كتكتبي... تتذكري.

بروتوكول رائز تفهم الموضوع (T.A.T) للآنسة حنان :

اللوحة 1:

il regarde la guitare en l'enfant هاذ هاذ؟+qu'est-ce que, une guitare
pensant peut-être, euh est-ce qu'il peut, il peut
كما كان، أو، أو يخمم و يفكر كفاش laيضرب guitare
Peut-être il voit avec la guitare. C'est tout.

اللوحة2:

Je crois c'est une, une femme...Une femme euh, je crois qu'elle +هاذ
ce paysage et dit "cet elle voit le,,و لا ، écrivain و لا est journaliste
elle est debout" homme il travaille et la femme ici
+ هاذ لي راهي تشوف heu la femme (حركة) +
ecrivain, je n'sais pas..la femme و لا peut-être elle est journalistهاذ
, هاذا الراجل ,هنايا le type زتعje crois qu'elle est, je crois, c'est la mère
? ! Non elle regarde au هكا le regarde Je crois, mais pourquoi elle
je n'sais pas و لا entrain de travailler هاذاciel je crois.. Le bonhomme
c'est tout +ce qu'il fait (تتنهد)

اللوحة 3BM :

comment, terre, mm + C'est un enfant ? Un enfant, il est assis par
, هذا je sais pas و لا mm le fauteuil,
أو قاعد أو يتفكر.. قاعد يتفكر أو
je sais pas un homme je sais pas و لا un enfant ماشيUn homme
قاعد على le canapé يتفكر je sais pas +
يتفكر واش je sais pas على واش راه يتفكر؟ (تضحك)
. C'est tout قاعد يتفكرUn enfant,

اللوحة 4:

هاذا c'est une femme مع un homme + il voulait bagarrer و لا j' sais pas
quoi(تضحك) «non ne fais pas ça et elle, elle lui dit "non ne fais pas ça أو parce que ça +
se voit
أو رابح، أو حايب يضارب
elle lui dit "soit La femme elle le retient, elle lui dit "ne pars pas"
"gentil ne pars pas. (تضحك)

اللوحة 5:

هاذ أي دخلت

le fils تعla chambre دخلت je sais pas, و لا تعها le fils تعLa chambre
, il travaillaitتعها, pour voir le fils شكون je n'sais pas و لا le père تع و لا
.elle est rentrée pour voir, c'est tout… je n'sais pas ولا

اللوحة 6GF :

هنا

l'homme regarde la femme, il lui dit regarde et peut-être euh++ c'est tout
l'homme regarde la femme.

اللوحة 7GF :

je ne sais pas sa و لاOui ici la maman regarde la petite fille, sa fille
petite fille, elle l'a regarde, elle lui dit "ne soit pas inquiète, ça va
aller" + elle, elle tiens un chat ou quoi ? Elle tient un poupon
je n'sais pas quoi…elle, elle tient un poupon mais sa mère lui dit و لا
elle lui dit "ce n'est, pas grave, ne soit pas.." تعهاelle console la fille
C'est tout.

اللوحة 9GF :

+ Ya deux femmes ici, je sais pas qu'est ce qu'elle tiens...elle tiens
quelque chose, je n'sais pas quoi et elle court derrière l'autre femme
(تسير بيدها) هذ.C'est tout ..

اللوحة 10:

je crois هذا c'est le père, je crois c'est le père أوl'enfant تاعو
أو يسلم عليه و لا

je sais pas واش أو يديرلو..

"ne soit pas, ne soit pas triste, ça تاعو ،يقولوPeut-être il console le fils va aller" ou je n'sais pas.(حركة)

اللوحة 11:

Je crois هاذو ..c'est هاذو حمامات je crois

أو الماء أو حابط منا،

.. Je crois c'est unمانقولك سدّ ولا je n'sais pas أنا واشنو

c'est tout.أو يحبط منو الماء،

اللوحة 13MF:

On dirait la femme elle est morte, et si elle est morte, elle est morte, c'est je crois que c'est l'homme(تضحك) هذا لقتلها

قتل هذ la femme أو خلاها، خلاها .. متغاشية و لا je n'sais pas

أنا واشنو، قتلها و لا راهي متغاشية، واحد منهم (تضحك) c'est tout، هو راه مطلع يدو هكذا.

اللوحة 19:

مافهمش هذ L'image (تضحك)،

C'est de l'eauهذا ? +++ (أسفل الصورة) (تدير الورقة) هاذو

c'est هاذو J'ai rien compris à cette image++ je crois

جبال هاذو لعاملين هكا (أعلى الصورة بالأسود),

Je sais pas, des montagnes, mais les لا وC'est des montagnes + c'est de l'eau éparpillée ici peut-هكا عاملين ماشي (تضحك)montagnes être,c'est de l'eau ici, c'est de l'eau + j'ai pas compris cette image,

اللوحة 16:

un enfant qui pleurait,(تدخل الفاحص)+++ (حركة)Elle est vide sa mère le consolait, il, il pleurait parce qu'il y'avait un né, un + un petit enfant, il pleurait parce لا ومédecin qui voulait le piquer que le médecin il il voulait le piquer, et sa mère elle consolait, elle lui dit "arrête il va rien te faire, il va rien que enlever le sang ou +

mais lui, il pleurait, il n'arrêtait pas de pleurer et de dire "non je fais +pas ça"

أو + و لا كاين هنايا une mer, une mer أو كاين le, زعمة في البحر,

et ils jouaient زعمة les enfants ils jouent كاين La mer avec le sable avec le sable et ils partaient, ils couvraient pour partir à la mer, ils jouaient ils + c'est tout

بروتوكول رائز تفهم الموضوع (T.A.T) للسيد لطفي :

اللوحة1:

ما فهمتش؟ (تدخل الفاحص) (يضحك) + ما عندي حتى حكاية (تدخل الفاحص) راو يخمم، هذا ما كان. (تدخل الفاحص) (يضحك) يخمم و خلاص، عندو مشاكل ، تكون مشاكل خاصة.

اللوحة2:

++ (يضحك) هذا راجل يخدم، هذي طفلة تقرا، la jeune fille تقرا، هذ أمهم ... و هذا راهو يخدم، هكذا (يضحك).

اللوحة3BM :

+ هذا يكون malade ، يكون يبكي و لاّحاجة، و لاّ يخمم، صراتلو حاجة، à peu prés هكذا. (تدخل الفاحص).. إكون صرالوا حاجة، موت في الدار ولا.

اللوحة4:

(يضحك) هاذي ++ تقابضو هذي و لاّ حاجة، أأه(non) هذا يكون تقابض مع واحد أو هاذي تشد فيه(يضحك).

اللوحة 5:

+ هاذي أم تكون تجبي على ولدها و لاّ بنتها و لاّ حاجة في la chambre .

اللوحة6BM :

هاذ الطفل يهدر مع أمو، هاذ أمو يهدر معاها باحترام أو الطفل باغي يشاورها في حاجة، كاش حاجة، هذا ما كان.

اللوحة 7BM :

.. هذا ابن مع باباه... يهدر .. على حاجة هكذا، الإبن ساكت أو باباه ينصح فيه. هكذا.

اللوحة 8BM :

هاذي + هاذا يكون الابن، هاذا الطفل و لاحاجة أو يتفكر في حوايج ...أو يبكي على باباه و لا واشنوا.. heu السبيطار هذا، يديرولو في عملية ... هذا الابن يتفكر.

اللوحة10:

++ يكون الأب و لاّ شي يقبل في مرتو، و لا .. بنتو ما علابالیش، و بحنان و، هذا ما كان.

اللوحة 11:

++ غامضة شويا هاذي (يضحك) تسمى هذا جسر و لا حاجة، هاذو، هاذا طفل يجري يهرب أو هاذو رايحين يتبعوا فيه، هاذي هيا.

اللوحة 13MF :

هاذي مريضة، مريضة و لاّ ماتت، تكون ماتت، أو هاذا باباها و لا راجلها و لا واشني أو يبكي، هذا ما كان.

اللوحة 19:

++ ماهيش واضحة هاذي (تدخل الفاحص) لا.

اللوحة 16:

بيضاء(يضحك) ورقة بيضة (يضحك) (تدخل الفاحص) ماكانش.

بروتوكول رائز تفهم الموضوع (T.A.T) للسيدة مريم :

اللوحة 1:

مم نحكيها comme ؟(تدخل الفاحص)

+ C'est, enfin, c'est une guitare.. Quelqu'un qui aime la musique, il, il الهنا il, s'il aime la musique il donne euh son goût de faire, et et.. Avec une tristesse مم يطلع أو يحبط réfléchit euh, il commence à + parce que si on aime quelque chose c'est un don, un art مم euh.. il n'est pas satisfait de, sa guitare. لاخر d'après هنا euh, un goût

(ترجع اللوحة)

اللوحة 2:

quelqu'un qui كاين.. C'est un paysage ? C'est un paysage euh + voilà a des livres et il n'aime pas, il n'aime pas étudier, il passe devant lui de ses , là il n'est pas satisfait(كلمة غير مفهومة)la vie comme un, un études, il a une tristesse aux yeux euh il voit.. Un paysage qui, les gens ont de lui comme euh.. On voit déjà le cheval euh.. Des montagnes, il découvre qu'est ce que c'est, c'est euh ne pas aimer les études !

اللوحة3BM :

de la vie, entrain de quelqu'un qui est toujours dégoûté اللهنا كاين

euh… pour passer le temps, il est toujours euh يريح باش s'asseoir pour triste, allongé sur ses pieds, entrain de réfléchir un petit peu euh

pieds allongé, sa vie, tellement il est, sur ses (كلمة غير مفهومة)
normalement c'est tout(تضحك)

اللوحة 4:

sa maison, il veut à كره من un mari qui.. Un mari qui veutلهناOui
sa femme qui le ايهtoute prix s'enfuir, sa femme qui le tiens, de lui..
c'est-à-dire , un homme qui veut s'enfuir,باش ما يروحشtiens pour le
sa femme qui le tiens, elle lui parle, il l'écoute pas, il tourne sa tête euh tout avec la, avec les enfants, ya une petite fille, une petite fille qui regarde.. Euh c'est la maison, qui est mal euh mal construite avec euh.. ya le, l'homme qui a un problème de vie, c'est-à-dire qui s'enfuit de la maison, sa femme qui l'attrape, la fille regarde, voilà c'est tout, c'est à dire euh (تبتسم لنا).

اللوحة 5:

, euh la maison, une femme qui.. qui ouvre la porte.. la porte, ya ايه
quelqu'un, qui le, qui les regarde, qui la regarde + c'est à dire des, je sais pas + la femme.. ya que, elle rentre par la porte, elle regarde
... avec, (تضحك)qu'est ce qui se passe dans la maison?! J'sais pas
avec une femme, la maison, je peux pas mieux, je m'excuse.

اللوحة 6GF:

on imagine qu'ils sont dans لاخر.. هنا c'est une, c'est, elle fait هناEuh
un cinéma entrain de jouer leurs rôles des acteur et actrice, de lui
, c'est-à-dire elle joue le rôle d'une actrice ici euh avec هذاكparler
une actrice qui 'quelqu'un qui lui parle + c'est tout, elle a le rôle d
joue dans le film.

اللوحة 7GF :

, c'est une fille qui tenait une petite poupée, sa mère lui parle, qui هنا parle à sa fille, euh remarque elle est triste, nerveuse, sa mère lui parle, elle tourne la tête, entrain de voir, de regarder à gauche.. Bon sa mère qui lui tenait son livre, elle lui euh qui lui lisait un livre, mais la fille est triste, elle regarde à gauche.. C'est pas elle en colère sa بالك la fille, elle est en colère + باينة (كلمة غير مفهومة) ses, ses leçons, la fille elle veut pas écouter, elle est ، كتحفضلها mère en colère.

اللوحة 9GF :

. Ils sont .(ما تحمله المرأة في الأسفل)+ Qu'est que c'est, c'est des habits ? des habits qu'ils tiennent, des habits?! On dirait qu'il sont dans une la fontaine pour laver leur linge, en tournant, احرcampagne, euh normalement d'après moi, c'est des femmes qui ont إيه c'est à dire + lavé les linges, leur linge à la fontaine, en dehors, dans la compagne et qui reviennent, marchaient dans la campagne habillées de c'est des femmes qui lavaient leur linge dans la إيه..(كلمة غير مفهومة) c'est (تشير)fontaine et qui revenaient en, à leur maison, pour moi ça des habits.

اللوحة 10:

embrasse sur le front '+c'est une femme qui est triste, son père qui l elle est triste et le père qui l'entour vers إيه euh.. Elle s'endort triste, lui, l'embrasse, c'est tout.

اللوحة 11:

un fleuve qui, qui descend,إيه Oui, c'est un, un fleuve, un animal, , il ya des pierres à droite, il ya le mur, c'est un fleuve au هنا حبط milieu? Ya une petite fourmi?! Remarque, je remarque qu'il ya un train de .. enحجرfleuve avec une fourmi, je sais pas, des pierres chercher sa.. Voilà, une cigale qui est entrain de chercher sa

oui, tout autour c'est (تضحك)nourriture pour la garder pour l'hiver entouré d'elle, de pierres et du mur à droite.

اللوحة 13MF :

ya une femme qui est allongée, qui est malade, son mari entrain إيه pleurer, il met sa tête sur son visage, il est triste, la femme de mourante ou malade.. et le mari il est en col triste entrain de pleurer, il met sa main sur ses yeux.

اللوحة19:

mer, ça la mer, un c'est un dessin, un bateau non? + Ya la+ هذا bateau, c'est la mer je crois, c'est la mer en bas, un bateau ملفوقmulticolore avec des roues.. Un petit bateau avec des roues, euh on dirait un animal non?!, je sais pas, je vois pas, je suis désolée.

اللوحة16:

, faire هذاL'image elle est + qu'est ce qu'on peut faire sur la famille quelque chose.. Qu'est ce qu'on, dessiner, faire des images, faire des dessins.. dessins, des lettres, écrire, des reportages, des dessins, c'est tout.

بروتوكول (T.A.T) السيد سمير:

تاعو++ دوك l'avenir: را ه يخمم باش يتعلّم (كلمة غير مفهومة)، يخمّم على **1اللوحة**
أو يخمم تاني كفاش هَاذِي... تسمى

avec une baguette de rien du tout تخرجلك tel ou tel son, musique et tout, c'est tout.

+هاَذي أي تبان **2اللوحة** :

un peu triste, un peu sentimentale quoi

(حركة) هاذي

une jeune demoiselle, بلاك هاَذُو ses parents !? D'après هاَذْ la position هي راهي تقرا

أو sa mère elle est enceinte

أي تخمم كفاه تعاونهم أو كفاه + (حركة) أو عندهم des problèmes

تاعهم (كلمة غير مفهومة) la forme de vie هاذو!..(تدخل الفاحص) تع المعيشة تاعهم، (يضحك) (يرجع الورقة).

3اللوحة BM :

هاذي un genre d'une désespérance

ماتلو ولاّ ماتلها ولاّ c'est pas تع il ou elle, ,il a pas un être cher ولاّ كاش واحد، كاش ça dépens, il a pas eu son bac

ولاّ , non ماشي de cette façon (حركة) هديا c'est ça.

4اللوحة :

راجلها (حركة) بلاك هو Le jeune homme هاذو ما تفاهموش ولاّ..
Il veut l'abandonner

ولاّ je sais pas

أو هي تسيّ تكالميهْ ولاّ (يضحك)

+ هاذي داخلة تقرعج هاذي، أي توقّب (يضحك) + +(حركة) هاذي **5اللوحة** :

c'est une dame

وليدها صغير ولاّ بنتها صغيرة أي تقرا، هاذي بلاك هنا، بلاك كاين هنا

C'est une chambre ? ! si si c'est une chambre

أي كاينة طاقة (حركة) ماشي باينة على واش، على واش راهي تخمّم، ماشي مفهومة

لوكان كانت bon هاذي قاع (تدخل الفاحص) في رايي، في راسي، la photo plus vaste ولاّ راه يقرا ولاّ راهي vérifié vraiment يقرا ولاّ، نقدر نقدر نقولك enfantولاّ، يكون كاش هكذا فاش راهي تشوف ؟! + (حركة) في، في رايي هاذي هيّا، جايّة تشوفmaisتقرا ولاّ، féminin ولاّ un enfant, le sexe bien sur masculin

ولاّ يقرا ولاّ لالا، تسمى تعسهم ولا

Elle surveille quelque chose de tout façon elle

واشنو ؟ ربّي عالم (يضحك)

6MBاللوحة :

هاذ راه مع ++normalement, sa mère ،(حركة) +++ ! يمّاه de tout façon هنا la photo
il a l'air déçu

درولك، ولاّ يمّاه، العجوزة هذي، المهمّ حكاتلو je n'sais pas واش، +++ je n'sais pas من
، على حساب رايي، أو présentعلى حوايج ماكانش

Il a été déçu, je n'sais pas

(حركة) تحسّر كما نقولو، ربّي يكون معاه (يضحك).mais il a été déçuعلى واش،

7MBاللوحة :

jeزانتاعوا +++ (حركة) أو يحكيلو على l'enfant لـ . des conseils أو يمدّ un père+هاذا
انتاعوا، ماشي يحكيلو حوايج على بكري ولاّ non l'age (تدخل الفاحص) ... آنايا n'sais pas
(حركة) أو يحكيلو ++كما de toute façon ! +++problème mariage+++ (حركة) بلاك
بالاك أو elle était décédéeبلاك أو يحكيلو على يماه، كانت يمّاه !!، كان صغير هو، أو هي
، يحكيلو عَلْ l'avenir يحكيلو ما شي على c'est fort possible ++ voiläيحكيلو عليها، توالم،
les أو يحكيلو تسمى c'est son père بلّي supposons تع هذا d'après les grimaces، l'passé
bons souvenirs.

8BMاللوحة :

ولاّ une guerre+++ (حركة) الله أعلم، بلاك

Je n'sais pas, c'est pas une opération

تع c'est le père ولاّ، أو هذا ++(حركة) أو هذا la balle دخلتلو m'blessé تسمى صاحبهم
هذا، ولاّ le jeuneهذا

Une guerre françaiseولاّ il va venger son père, c'est une guerre civile

، le même village، ف . présent +++(حركة) إيه ماكانش la révolutionهذوك (حركة) تع
، أو يخمم كيفاش blessé، son père ولاّ son frère، جاَ لْقا absent، كان le même paysولاّ
ويعاونهم venger، باش يولي هنا يـ . ailleurs ليكان يخدم le travail ولاّ les étudesيحبّس
genre d'une révolution

ولاّ + هذاهو

اللوحة 10:

le père il a fait des ، بلاك ما تفاهموش ولاّ هرب أم بعدl'enfant avec son père ْهَذ

des excuses à son enfant

، قبلو et tout et tout عاود ولاّ لدّار l'enfant (حركة) هاذي هي، ما تفاهموش أم بعد باباه، تسمى تصالحو بيناتهم، هذا ما كان.

اللوحة 11 :

la photo ولاّ barrage، هاذي تسمى كاين aucune issue+++ (حركة) هنا تسمى ما كاين ولاّ، هذا واشنو ؟ جبل ؟!، حيط ؟! كِفْ كِفْ +++ (حركة) ماشي mal imprimée اللّي مفهومة هذي، ماشي مفهومة

J'ai rien compris, est-ce que des gents

أو يجري أو هاذو أم la passerelle؟! ، ربما فوق c'est un être humain هذا؟! أو هذا يجروا موراه،

D'après la photo !

اللّي أو يجري موراه، كما نقولو حنا الشرّ ولاّ، لابسين c'est un animal ? +++ (حركة) هذا ، تسمى je n'sais pas ما ينجمش ما، باين بلّي جاو منّا أو c'qui fait، أوهارب en noir et tout معاهم، ما يقدرش يعيش معاهم (حركة)++ هاذا ما كان، يظهر لي faceما قدرش إيدير الهربة، هذا أو هارب (يضحك).

اللوحة 13MF :

(حركة) وقيلا

la femme, je pense, elle vient de se suicider, de se suicider +++(حركة) soit

هذ هيا.normalement أضارب معها ولاّ +(حركة) راو ندمان + soitسويسدات

اللوحه 19 :

une vague ?! تكون impossibleهذي bon .. لبحر .. on dirait+++ (حركة) هذا ، كاين واحد هنا راه m'bloqué، أو هاذا راهو les rochers+++(حركة) بْحر، بْحر هايج، هنا ولاّ (حركة) أو كاين واحد منّا (يشير في كل مرّة بأصبعه) emprisonné، ولاّ m'bloquéشغل il est هنا ++(حركة) نقولو هذا noire، حاجة لي راهي تسيل، هذي on dirait une coulée ، ما un prisonnier par exemple، يقدر، نقولو il est condamné، هذا لراه هنا condamné هاذي.la coulée ولاّ c'est des volcansيقدر يهرب لا هكذا لاهكذا، هاذو نقولو بلاك

اللوحة 16 :

(حركة)

Quelque chose de vide..ولاّ

(كلمة غير مفهومة) (يضحك) (حركة) كما نقولك (حركة) الدنيا هانية

C'est le calme, bon الهنا، c'est

Flou حتى مشكل، كلّش باين، ماشي problèmeكما قلتلك الدنيا هانية ما كان حتى

la vie en général , في كلّش، فّ . l'espoir تانيت ++ (حركة) l'espoir, l'espoir(حركة)

، يعني على قاع الناس.. (كلمة غير مفهومة) أو عندو مشكل ولاّ، ليقرا مشكل، ليقرا les les

يبرا (حركة)

La vie, la vie, on peut dire la vie.

(للآنسة ياسمين :T.A.Tبروتوكول رائز تفهم الموضوع)

اللوحة 1 :

ça, ça c'est la psychologie ?!

قريتها هاذي (سعال)

ça c'est un garçon +

tiensراه يخمم هذايا + + + (ترجّع الوراقة) :

اللوحة 2ا :

tiens (ترجع اللوحة)

(تدخل الفاحص)

Tu veux que je te raconte une histoire sur ça ?! Bon qu'est-ce que je +(تدخل الفاحص) je vais essayer cette image là excusez – moi

(ترجع اللوحة).

اللوحة BM3 :

Non vraiment (ترجع اللوحة)

(تدخل الفاحص)

Non parce que franchement avec mon moral

(تدخل الفاحص)

+ + quelqu'un qui pleure ici + + peut – être, qu'est- ce -que je vois .. Qu'est- ce –que je vois moi, je vois quelqu'un هاذا il pleure peut-être

بالاك ما تلو كاش واحد ولآ

Je n'sais pas, n'est-ce pas ? (تدخل الفاحص)

Qu'est-ce que je vois

إكون ما تلو كاش واحد.

Il est choqué pour l'instant + il est, il est choqué mais il (mot incompréhensible) il n'est pas, qu'est-ce que je veux dire, il n'est pas (كلمة غير مفهومة)

اللوحة 4 :

(حركة)

Ils sont des couples + هذ la femme, هذ la femme je pense c'est son mari + + je peux pas dire est-ce que ils sont bagarrés + ولآ est-ce que, sinon il veut sortir هو (سعال) أوهي elle n'a pas envie de ça, peut être sa façon

كيفاش راهي تجبد

Déjà c'est quelque chose

هي، هي هنايا تحوس باش تجبدو، هو يحوس باش يخرج.

اللوحة 5 :

ça c'est une maison + peut-êtreي هاذ une dame

هاذي راهي

Elle a ouvrai la porte ..de sa maison, je ne sais pas moi, c'est ça ? oui elle veut rentrer , je sais pas , elle a vu quelque , quelque chose là – dedans , qui est là – dedans (كلمة غير مفهومة) elle veut rentrer, en même temps elle veut pas rentrer ,elle dit peut – être « est-ce que je rentre ,est-ce que je retourne » tiens .

اللوحة GF6 :

جا، جا يهدر معاها، بصّح هي، هي راهي هنا كشغل la dame+ هنا هاذي

Elle a peur ولآ je sais pas, voilà, d'après

هو راه حابط

Il est comme ça, pour parler avec elle

أو هي راهي كيشغل خايفاتو

Sinon

راه يهدر en même tempsهي راهي خايفة

(ترجع اللوحة)Vraiment ça c'est bizarre, tiens, tiens

اللوحة GF 7 :

هاذيla maman+ هاذي هنايا

Avec sa petite fille

بزافbouger باش ت peut êtreراهي مريحة قدامها، ما راهيش مخليتها

Et tout, elle veut qu'elle reste avec elle… c'est pour çaهي elle est, elle est accrochée comme ça devant la maman et tout.. Parce que franchement, peut-êtreتكون la maman هذ راهي خايفة عليها et tout, tiens.

اللوحة GF 9 :

+ + même c'est ici, je pense la maman avec sa fille

(سعال) هنايا

La maman او راهي تخدم la fille

راهي واقفة مساميتها .. مساميتها ، هنايا راهي خايفة عليها راهي واقفتلها en face

(تتنهد)tiens

اللوحة 10:

+ + ça, ça c'est un pèreهاذا , ça c'est un père + +

Celle-là c'est une dame ? Une dame هاذى, peut-être

elle est avec son père, le père il est entrain de l'embrasser

اللوحة 11 :

ici je pence ça.. C'est bien une guerre ici, y a pas d'autres
…

اللوحة MF13 :

هنايا

Un homme il est entrain de pleurer puisque sa femme peut-être elle est morte + tiens.

اللوحة 19 :

+ + cette image excuse-moi, mais j'ais aucun idée, non j'ai aucune idée.

اللوحة 16 :

C'est rien (تضحك) (تدخل الفاحص) + j'imagine une bagarre , une bagarre oui , contre les terroristes et la gendarmerie , oui ils sont marrants , morts plutôt quelque uns (تدخل الفاحص) les terroristes ils sont morts … il y a une guerre ici entre les deux bien sur plus euh la gendarmerie ils sont partis au niveau de la caserne bien sur ,أو les terroristes aussi , ce qui fait c'est la , la gendarmerie

اللّي دات، اللّي داتهم

Voilà, c'est tout,

تفضلي.

بروتوكول رائز تفهم الموضوع للسيد أحمد:

اللوحة 1 :

C'est très difficile, parce que je ne suis pas doué ..
C'est un enfant qui.. qui est entrain de rêver, de rêver sur son passé, sur son avenir, sur sa situation actuelle, ce qu'il est entrain de vivre .. et il aime la musique + il veut entamer une carrière, c'est tout.

اللوحة 2 :

+ Ça résume la situation des gens comment ils vivent, ici on, on voit une fille qui euh qui est passionnée par les études, n elle est entrain de rêver de faire sa carrière dans sa vie.

اللوحة BM 3 :

+ C'est un enfant abandonné ?! C'est un enfant abandonné ou c'est un clochard.. en train de vivre une vie désagréable, il est devant le fait accompli .. Il est désespéré.

اللوحة 4 :

Celle-là c'est un, c'est un film, c'est un film euh .. Il s'agit d'une petite dispute .. Celui-là c'est l'acteur peut-être c'est l'acteur du film, et il est avec l'actrice.

اللوحة 5 :

+ C'est, c'est la femme de ménage, c'est la serveuse peut-être qui est venue pour euh pour servir ou pour demander le euh qu'est-ce qu'on va leur servir .. Cette femme c'est-à-dire qu'elle travaille dans cette maison.

اللوحة BM 6 :

هاذي c'est un acteur avec euh .. La grand-mère de la maison, pour lui parler de euh quelque chose .. (تدخل الفاحص) une situation concernant sa famille ولاّ، ولاّ de sa femme, c'est-à-dire la façon de se comporter.

اللوحة BM 7 :

+ + + oui, euh … on peut considérer comme un étudiant .. avec son grand-père qui est entrain de lui de lui dicter sa façon de marcher, de vivre ..

اللوحة BM 8 :

Celle-là c'est la situation, comment vivent les gens .. Il y a un enfant qui est entrain de voir cette situation alarmante .. C'est (كلمة غير مفهومة) c'est un enfant qui veut faire des études, pour mettre fin à cette situation.

اللوحة 10 :

Celle-là c'est un enfant avec sa mère .. Sa mère qui le berce.. Qui le chachoute et .. qui le gâte .. Il est chouchouté avec sa mère

اللوحة 11 :

Celle-là, c'est la toret.

اللوحة MF 13 :

C'est la situation d'un couple … comment un couple euh … comment un couple vit … il y a le mari et la femme.

اللوحة 19 :

C'est un dessin ? (تدخل الفاحص) c'est un dessin qui englobe euh la situation euh des gens comment ils vivent.

اللوحة 16 :

Une feuille blanche qui demande la paix … il y a rien du tout.

بروتوكول رائز تفهم الموضوع للسيدة كهينة:

اللوحة 1 :

Il est entrain de ..de penser, il est entrain de penser euh aux parents ,بلاك les parents

مادارولوش الشان.

اللوحة 2:

Elle est entrain de penser à quelqu'un, elle l'adore

أو خلاها، راح، راح عليها أو خلاها، أو خزرت هكذا فيه.

اللوحة BM 3:

، ولاّ يتيمة مسكينة مالقاتش وين تروح، أي قاعدة برا أو راقدة.alorsهاذا يتيم، يتيم مسكين،

اللوحة 4:

هاذى

C'est une femme qui aime un homme

أو هو ماعلابالوش بها (تضحك)

Il s'en fout.

اللوحة 5:

كاش، هذ لمرا أي تحوس علي كاش واحد

Elle est entrain de chercher oui.

اللوحة FG6:

هاذى elle est entrain de faire quelque chose

(تضحك).quoi!أو هاذا كشفها

اللوحة GF7:

هاذى c'est une grand -mère ولا c'est une mère et qui adore la fille mais

هي ماعلابالهاش بها، تكراهها

Elle déteste.

اللوحة GF9:

هاذى euh elle regarde,

ولآ في كاش واحد، يماها ولا هاذى لراهي لفوق أي طلّ عليها، un amantأي تسني في voiláتوقّب (تضحك) كما يقولوا

اللوحة 10 :

هاذا باباه أو يبوس فيه أو

Gâté, voila.

اللوحة 11 :

Y a rien هنايا, il y a comme un moustique, c'est une moustique qu'il y a là, voilà.

اللوحة MF 13 :

إحب هذ اللمرا...euhهاذا إحب هذ اللمرا،

إنتاعو أم بعد قتلها.les bousinsماتت ولا هو قتلها، دار

اللوحة 19 :

La maison, c'est tout, oui.

اللوحة 16 :

Rien(تضحك) (تدخل الفاحص) j'imagine une histoire ? Euh qu'est-ce – que tu veux je dise, alors je suis guérie et je travaille et je m'fout, m'en fout des hommes. Voilà.

بروتوكول رائز تفهم الموضوع للآنسة نسرين:

اللوحة 1 :

+ Même en pensant à un film ? Parce que quand je vois le violon là, je pense à Bach le musicien, voilà … entrain de pense comment il va apprendre son violon pour la première fois?! Et être célèbre ! .. Ça fait tellement longtemps que j'ai pas développé mon esprit, ma mémoire, parce que je veux plus lire, jusqu'à présent je veux plus lire, je veux plus me casser la tête, je veux faire un vide total, donc euh … il pense à son violon, il pense comment il va apprendre et jouer du violon, et c'est Bach, voilà.

(تضحك)

اللوحة 2:

Ah ça c'est l'agriculture, ça, ça m'intéresse, j'aime beaucoup l'agriculture, celle –là elle sera ingénieur agronome, elle a des livres, ça, ça doit être .. Son frère ? Et celle-là c'est sa mère, il est entrain de labourer donc c'est l'automne.. Oui, c'est la campagne, l'automne, elle va étudier + on voit que la jeune fille qui va étudier mais le jeune homme qui va labourer ! La compagne ça se passe pas comme ça (تضحك).. Oui c'est bon, je, je dis ce que je pense donc.

اللوحة BM 3:

Celui-là est malheureux , soit qu'il est malheureux , il est entrain de pleurer sur un banc , la tête sur le banc , soit qu'il est fatigué , c'est un S.D.F qui est dans la rue et qui dort , donc là j'ai donné deux suppositions , si je le vois bien , je pense à un vieux qui est fatigué .. Oui je pense que c'est un vieux qui est fatigué et qui dort.

اللوحة:4

Ils sont heureux .. آآه, لا لا لا لا

Il va casser la gueule à quelqu'un, elle le retient c'est clair et net ça c'est une scène de film … donc lui on le voit qui est en (تضحك) colère, elle, elle le retient, voilà, et qui l'aime, regardez comment elle regarde … lui aussi il l'aime puisqu'il va .. casser la gueule à quelqu'un voilà.(تضحك)

اللوحة 5:

Entrain de voir quelqu'un, soit elle a peut-être, elle a entendu du bruit dans le salon, en tous cas elle voit qui c'est, voilà .. Ça c'est une curiosité (تدخل الفاحص) (تضحك) comme son fils ou son petit fils ولآ … parce que sa fille, puisqu'elle est à la maison quant on ouvre, quant on rentre à la maison on fait pas comme ça

(تشير إلي حركة يد المرأة)

Elle, elle est, elle voit qui est rentre, peut-être qu'elle sort de sa chambre ! Voilà.

اللوحة 6GF :

C'est James Stewart non ? Oui je crois .. Ils sont entrain de discuter, parler de quoi ? mais pas d'amour , ils sont entrain de discuter de quelque chose , elle , elle est sur , elle est assise sur le divan , lui avec sa pipe entrain de discuter , oui une discussion … pas familiale !, pas travail !, je pense pas qu'il (تدخل الفاحص) parlent du travail , alors ce sera à propos des amis , je pense + puisqu'elle a des yeux écarquillés , regardez comment elle regarde , oui je pense c'est ça .

اللوحة 7GF :

C'est la petite fille avec le chat .. Et sa maman, elle est entrain de lui lire un li une histoire ! … elle n'est pas attentive, elle regarde ailleurs

(تشير إلي البنت)

Elle regarde par la fenêtre peut-être .. Parce qu'elle fait elle elle ne fait attention ni à sa maman, ni au chat, peut-être qu'elle veut s'amuser sortir, s'amuser dehors, je crois que c'est ça.

اللوحة 9GF :

Je vois l'image, je j'essaye de reconstituer à peu prés .. On a l'impression qu'elle est méchante celle-là

(تشير إلي المرأة في الأسفل)

Qu'elle est méchante et qu'elle porte une belle robe, celle-là c'est une collégienne qui se tient derrière un arbre, on a l'impression qu'elle a peur de celle-là

(المرأة في الأسفل)

Je, ce que, j'ai l'impression qu'elle a peur mm ..Celle-là elle est entrain de chercher… elle se dit « où est-ce qu'elle est, où est-ce quelle est » et l'autre, sa copine, s 'est cachée, je pense que c'est la copine qui lui a joué un mauvais tour , peut-être (تضحك) .

اللوحة 10:

Ah ils s'aiment ! Ah ils s'aiment … on voit qu'ils s'aiment, entrain de l'embrasser sur la tête, elle, elle le serre, lui aussi il est entrain de la serrer, parce qu'ils s'aiment, ils sont amoureux l'un de l'autre … voilà.

اللوحة 11:

+ Ça c'est un rocher, ça c'est une passerelle, donc ça c'est une forêt, ça c'est du bétail ou c'est des humains, je vois pas, je peux pas voir +

Peut-être qu'ils vont faire le sport de l'extrême

(تضحك)

Ils vont faire une chute ! Vraiment je vois pas, je pense à une chute … oui c'est la forêt + c'est pas claire, l'image n'est pas claire + c'est une vielle photo, bon je dirais qu'ils sont en randonnée voilà.

اللوحة 13MF:

On a l'impression qu'elle est morte celle-là , non il s'est réveillé, , il a laissé sa femme , sa femme dort toujours , et il s'est mal réveillé ,là il va à son travail , il veut pas déranger sa femme + ou il est entrain de pleurer , il a perdu sa femme et il est entrain de pleurer + je pense qu'il a perdu sa femme , il est

entrain de pleurer , oui hum c'est tout , elle est triste cette image je la trouve triste .

اللوحة 19:

Ça c'est Picasso ! Dommage qu'y a pas les couleurs + qu'est-ce qu'on pourrait imaginer dans cette image ?! + Ça c'est une maison + on a l'impression que c'est une que c'est un lapin celui-là avec ses oreilles, ses grandes oreilles, oui on a l'impression que c'est un lapin, là y a deux roues, y a deux roues avec des images à l'intérieur, ça on a l'impression que c'est un soldat, là je peux pas vous dire ce que c'est, j'arrive pas à voir exactement, j'arrive pas à voir celle-là.

اللوحة 16 :

C'est une feuille blanche (تدخل الفاحص).

feuille blanche exprime tes sentiments, qu'est-ce que tu ressens ? Elle ressent le vide, un vide total, donc le blanc c'est la paix, elle est plutôt calme, elle bouge pas de la table … c'est ce que je peux (تضحك)il vaut mieux qu'on écrive dessus dire pour le moment.

FEUILLE DE DEPOUILLEMENT du T.A.T [Nassima]

PROCEDES DE LA SERIE A (Contrôle)	*PROCEDES DE LA SERIE B (Labilité)*	*PROCEDES DE LA SERIE C (Evitement du conflit)*	*PROCEDES DE LA SERIE E (Emergence en processus primaires)*
A0 Conflictualisation intra-personnelle **A1** **4.** Histoire construite proche du thème banal. **5.** Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve. **6.** Intégration des références sociales et sens commun. **A2** **19.** Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures. **20.** Justifications des interprétations par ces détails. **21.** Précautions verbales. **22.** Eloignement temporo-spatial. **23.** Précisions chiffrées. **24.** Hésitations entre interprétations différentes. **25.** Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense. **26.** Remâchage, rumination. **27.** Annulation. **28.** Eléments de type formations réactionnelles (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.). **29.** Dénégation. **32.** Insistance sur le fictif. **33.** Intellectualisation (abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste). **34.** Changement brusque de direction dans le cours de l'histoire (accompagné ou non de pause dans le discours). **35.** Isolement des éléments ou des personnages. **36.** Grand détail et /ou petit détail évoqué et non intégré. **35.** Accent porté sur les conflits intra-personnels. **38.** Affects exprimés à minima.	**B0** Conflictualisation inter-personnelle **B1** **5.** Histoire construite autour d'une fantaisie personnelle. **6.** Introduction de personnages non figurant sur l'image. **7.** Identifications souples et diffusées. **8.** Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus. **B2** **14.** Entée directe dans l'expression. **25.** Histoire à rebondissements, fabulation loin de l'image. **36.** Accent porté sur les relations inter-personnelles. Récit en dialogue. **47.** Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés. **58.** Dramatisation. **69.** Représentation contrastée. Alternance entre des états émotionnels opposés. **20.** Aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir. **21.** Exclamations, commentaires, digressions, références /appréciations personnelles. **22.** Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent. **26.** Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle. **24.** Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'age des personnages. **25.** Accent porté sur un thématique du style : aller, courir, dire, fuir etc. **26.** Présence de thèmes de peur, de catastrophe, de vertige etc. dans un contexte dramatisé.	**C/P** **1.** Temps long et/ou silences importants intra-recits. **8.** Tendance générale à la restriction. **9.** Anonymat des personnages. **40.** Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance,impersonnels, placages. **51.** Nécessité de poser des questions. Tendance refus. Refus. **62.** Evocation d'éléments anxiogènes suivis ou précédés d'arrêts dans le discours. **C/N** **11.** Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel). **22.** Références personnelles ou autobiographiques. **33.** Affect-titre. **44.** Posture signifiante d'affects. **55.** Accent mis sur les qualités sensorielles. **66.** Insistance sur le repérage des limites et des contours. **77.** Relations spéculaires. **88.** Mise en tableau. **99.** Critiques de soi. **20.** Détails narcissiques. Idéalisation de soi. **C/M** **4.** Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet. **5.** Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative). **6.** Pirouettes, virevoltes. **C/C** **6.** Agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles. **7.** Demandes faites au clinicien. **8.** Critique du matériel et/ou de la situation. **9.** Ironie, dérision. **50.** Clin d'œil au clinicien. **C/F** **6.** Accrochage au contenu manifeste. **7.** Accent porté sur le quotidien, le factuel, l'actuel, le concret. **8.** Accent porté sur le faire. **9.** Appel à des normes extérieures **50.** Affects de circonstance.	**E** **21.** Scotomes d'objets manifestes. **22.** Perception de détails rares et/ou bizarres. **23.** Justification arbitraire de ces détails. **24.** Fausses perceptions. **25.** Perceptions sensorielles. **26.** Perception d'objets morcelés (et/ou d'objets détériorés ou de personnages malades, malformés). Fabulation hors image. **27.** Inadéquation du thème au stimulus. Abstraction, symbolisme hermétique. **28.** Expressions « crues » liées à une thématique sexuelle ou agressive. **29.** Expression d'affects et/ou de représentations massifs lies à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomaniaque, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.). **30.** Persévération. **31.** Confusion des identités.(télescopage des rôles). **32.** Instabilité des objets. **33.** Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales. **34.** Perception du mauvais objet, thèmes de persécution. **35.** Clivage de l'objet. **36.** Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physionomies ou attitudes. **37.** Craquées verbales (troubles de la syntaxe). **38.** Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-l'ane. **39.** Associations courtes. **20.** Vague, indétermination, flou du discours.

FEUILLE DE DEPOUILLEMENT du T.A.T [Zoubir]

PROCEDES DE LA SERIE A (Contrôle)	*PROCEDES DE LA SERIE B (Labilité)*	*PROCEDES DE LA SERIE C (Evitement du conflit)*	*PROCEDES DE LA SERIE E (Emergence en processus primaires)*
A0 Conflictualisation intra-personnelle **A1** **7.** Histoire construite proche du thème banal. **8.** Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve. **9.** Intégration des références sociales et sens commun. **A2** **37.** Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures. **38.** Justifications des interprétations par ces détails. **39.** Précautions verbales. **40.** Eloignement temporo-spatial. **41.** Précisions chiffrées. **42.** Hésitations entre interprétations différentes. **43.** Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense. **44.** Remâchage, rumination. **45.** Annulation. **46.** Eléments de type formations réactionnelles (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.). **47.** Dénégation. **48.** Insistance sur le fictif. **49.** Intellectualisation (abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste). **50.** Changement brusque de direction dans le cours de l'histoire (accompagné ou non de pause dans le discours). **51.** Isolement des éléments ou des personnages. **52.** Grand détail et /ou petit détail évoqué et non intégré. **53.** Accent porté sur les conflits intra-personnels. **54.** Affects exprimés à minima.	**B0** Conflictualisation inter-personnelle **B1** **9.** Histoire construite autour d'une fantaisie personnelle. **10.** Introduction de personnages non figurant sur l'image. **11.** Identifications souples et diffusées. **12.** Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus. **B2** **27.** Entée directe dans l'expression. **28.** Histoire à rebondissements, fabulation loin de l'image. **29.** Accent porté sur les relations inter-personnelles. Récit en dialogue. **30.** Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés. **31.** Dramatisation. **32.** Représentation contrastée. Alternance entre des états émotionnels opposés. **33.** Aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir. **34.** Exclamations, commentaires, digressions, références /appréciations personnelles. **35.** Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent. **36.** Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle. **37.** Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'age des personnages. **38.** Accent porté sur un thématique du style : aller, courir, dire, fuir etc. **39.** Présence de thèmes de peur, de catastrophe, de vertige etc. dans un contexte dramatisé.	**C/P** **13.** Temps long et/ou silences importants intra-recits. **14.** Tendance générale à la restriction. **15.** Anonymat des personnages. **16.** Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance,impersonnels, placages. **17.** Nécessité de poser des questions. Tendance refus. Refus. **18.** Evocation d'éléments anxiogènes suivis ou précédés d'arrêts dans le discours. **C/N** **21.** Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel). **22.** Références personnelles ou autobiographiques. **23.** Affect-titre. **24.** Posture signifiante d'affects. **25.** Accent mis sur les qualités sensorielles. **26.** Insistance sur le repérage des limites et des contours. **27.** Relations spéculaires. **28.** Mise en tableau. **29.** Critiques de soi. **30.** Détails narcissiques. Idéalisation de soi. **C/M** **7.** Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet. **8.** Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative). **9.** Pirouettes, virevoltes. **C/C** **11.** Agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles. **12.** Demandes faites au clinicien. **13.** Critique du matériel et/ou de la situation. **14.** Ironie, dérision. **15.** Clin d'œil au clinicien. **C/F** **11.** Accrochage au contenu manifeste. **12.** Accent porté sur le quotidien, le factuel, l'actuel, le concret. **13.** Accent porté sur le faire. **14.** Appel à des normes extérieures **15.** Affects de circonstance.	**E** **41.** Scotomes d'objets manifestes. **42.** Perception de détails rares et/ou bizarres. **43.** Justification arbitraire de ces détails. **44.** Fausses perceptions. **45.** Perceptions sensorielles. **46.** Perception d'objets morcelés (et/ou d'objets détériorés ou de personnages malades, malformés). Fabulation hors image. **47.** Inadéquation du thème au stimulus. Abstraction, symbolisme hermétique. **48.** Expressions « crues » liées à une thématique sexuelle ou agressive. **49.** Expression d'affects et/ou de représentations massifs lies à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomaniaque, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.). **50.** Persévération. **51.** Confusion des identités.(télescopage des rôles). **52.** Instabilité des objets. **53.** Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales. **54.** Perception du mauvais objet, thèmes de persécution. **55.** Clivage de l'objet. **56.** Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physionomies ou attitudes. **57.** Craquées verbales (troubles de la syntaxe). **58.** Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-l'ane. **59.** Associations courtes. **60.** Vague, indétermination, flou du discours.

FEUILLE DE DEPOUILLEMENT du T.A.T [Samir]

PROCEDES DE LA SERIE A (Contrôle)	*PROCEDES DE LA SERIE B (Labilité)*	*PROCEDES DE LA SERIE C (Evitement du conflit)*	*PROCEDES DE LA SERIE E (Emergence en processus primaires)*
A0 Conflictualisation intra-personnelle **A1** **10.** Histoire construite proche du thème banal. **11.** Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve. **12.** Intégration des références sociales et sens commun. **A2** **55.** Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures. **56.** Justifications des interprétations par ces détails. **57.** Précautions verbales. **58.** Eloignement temporo-spatial. **59.** Précisions chiffrées. **60.** Hésitations entre interprétations différentes. **61.** Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense. **62.** Remâchage, rumination. **63.** Annulation. **64.** Eléments de type formations réactionnelles (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.). **65.** Dénégation. **66.** Insistance sur le fictif. **67.** Intellectualisation (abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste). **68.** Changement brusque de direction dans le cours de l'histoire (accompagné ou non de pause dans le discours). **69.** Isolement des éléments ou des personnages. **70.** Grand détail et /ou petit détail évoqué et non intégré. **71.** Accent porté sur les conflits intra-personnels. **72.** Affects exprimés à minima.	**B0** Conflictualisation inter-personnelle **B1** **13.** Histoire construite autour d'une fantaisie personnelle. **14.** Introduction de personnages non figurant sur l'image. **15.** Identifications souples et diffusées. **16.** Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus. **B2** **40.** Entée directe dans l'expression. **41.** Histoire à rebondissements, fabulation loin de l'image. **42.** Accent porté sur les relations inter-personnelles. Récit en dialogue. **43.** Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés. **44.** Dramatisation. **45.** Représentation contrastée. Alternance entre des états émotionnels opposés. **46.** Aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir. **47.** Exclamations, commentaires, digressions, références /appréciations personnelles. **48.** Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent. **49.** Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle. **50.** Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'age des personnages. **51.** Accent porté sur un thématique du style : aller, courir, dire, fuir etc. **52.** Présence de thèmes de peur, de catastrophe, de vertige etc. dans un contexte dramatisé.	**C/P** **19.** Temps long et/ou silences importants intra-recits. **20.** Tendance générale à la restriction. **21.** Anonymat des personnages. **22.** Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance,impersonnels, placages. **23.** Nécessité de poser des questions. Tendance refus. Refus. **24.** Evocation d'éléments anxiogènes suivis ou précédés d'arrêts dans le discours. **C/N** **31.** Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel). **32.** Références personnelles ou autobiographiques. **33.** Affect-titre. **34.** Posture signifiante d'affects. **35.** Accent mis sur les qualités sensorielles. **36.** Insistance sur le repérage des limites et des contours. **37.** Relations spéculaires. **38.** Mise en tableau. **39.** Critiques de soi. **40.** Détails narcissiques. Idéalisation de soi. **C/M** **10.** Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet. **11.** Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative). **12.** Pirouettes, virevoltes. **C/C** **16.** Agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles. **17.** Demandes faites au clinicien. **18.** Critique du matériel et/ou de la situation. **19.** Ironie, dérision. **20.** Clin d'œil au clinicien. **C/F** **16.** Accrochage au contenu manifeste. **17.** Accent porté sur le quotidien, le factuel, l'actuel, le concret. **18.** Accent porté sur le faire. **19.** Appel à des normes extérieures **20.** Affects de circonstance.	**E** **61.** Scotomes d'objets manifestes. **62.** Perception de détails rares et/ou bizarres. **63.** Justification arbitraire de ces détails. **64.** Fausses perceptions. **65.** Perceptions sensorielles. **66.** Perception d'objets morcelés (et/ou d'objets détériorés ou de personnages malades, malformés). Fabulation hors image. **67.** Inadéquation du thème au stimulus. Abstraction, symbolisme hermétique. **68.** Expressions « crues » liées à une thématique sexuelle ou agressive. **69.** Expression d'affects et/ou de représentations massifs lies à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomaniaque, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.). **70.** Persévération. **71.** Confusion des identités.(télescopage des rôles). **72.** Instabilité des objets. **73.** Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales. **74.** Perception du mauvais objet, thèmes de persécution. **75.** Clivage de l'objet. **76.** Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physionomies ou attitudes. **77.** Craquées verbales (troubles de la syntaxe). **78.** Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-l'ane. **79.** Associations courtes. **80.** Vague, indétermination, flou du discours.

FEUILLE DE DEPOUILLEMENT du T.A.T [Hanane]

PROCEDES DE LA SERIE A (Contrôle)	*PROCEDES DE LA SERIE B (Labilité)*	*PROCEDES DE LA SERIE C (Evitement du conflit)*	*PROCEDES DE LA SERIE E (Emergence en processus primaires)*
A0 Conflictualisation intra-personnelle **A1** **13.** Histoire construite proche du thème banal. **14.** Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve. **15.** Intégration des références sociales et sens commun. **A2** **73.** Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures. **74.** Justifications des interprétations par ces détails. **75.** Précautions verbales. **76.** Eloignement temporo-spatial. **77.** Précisions chiffrées. **78.** Hésitations entre interprétations différentes. **79.** Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense. **80.** Remâchage, rumination. **81.** Annulation. **82.** Eléments de type formations réactionnelles (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.). **83.** Dénégation. **84.** Insistance sur le fictif. **85.** Intellectualisation (abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste). **86.** Changement brusque de direction dans le cours de l'histoire (accompagné ou non de pause dans le discours). **87.** Isolement des éléments ou des personnages. **88.** Grand détail et /ou petit détail évoqué et non intégré. **89.** Accent porté sur les conflits intra-personnels. **90.** Affects exprimés à minima.	**B0** Conflictualisation inter-personnelle **B1** **17.** Histoire construite autour d'une fantaisie personnelle. **18.** Introduction de personnages non figurant sur l'image. **19.** Identifications souples et diffusées. **20.** Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus. **B2** **53.** Entée directe dans l'expression. **54.** Histoire à rebondissements, fabulation loin de l'image. **55.** Accent porté sur les relations inter-personnelles. Récit en dialogue. **56.** Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés. **57.** Dramatisation. **58.** Représentation contrastée. Alternance entre des états émotionnels opposés. **59.** Aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir. **60.** Exclamations, commentaires, digressions, références /appréciations personnelles. **61.** Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent. **62.** Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle. **63.** Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'age des personnages. **64.** Accent porté sur un thématique du style : aller, courir, dire, fuir etc. **65.** Présence de thèmes de peur, de catastrophe, de vertige etc. dans un contexte dramatisé.	**C/P** **25.** Temps long et/ou silences importants intra-recits. **26.** Tendance générale à la restriction. **27.** Anonymat des personnages. **28.** Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance,impersonnels, placages. **29.** Nécessité de poser des questions. Tendance refus. Refus. **30.** Evocation d'éléments anxiogènes suivis ou précédés d'arrêts dans le discours. **C/N** **41.** Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel). **42.** Références personnelles ou autobiographiques. **43.** Affect-titre. **44.** Posture signifiante d'affects. **45.** Accent mis sur les qualités sensorielles. **46.** Insistance sur le repérage des limites et des contours. **47.** Relations spéculaires. **48.** Mise en tableau. **49.** Critiques de soi. **50.** Détails narcissiques. Idéalisation de soi. **C/M** **13.** Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet. **14.** Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative). **15.** Pirouettes, virevoltes. **C/C** **21.** Agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles. **22.** Demandes faites au clinicien. **23.** Critique du matériel et/ou de la situation. **24.** Ironie, dérision. **25.** Clin d'œil au clinicien. **C/F** **21.** Accrochage au contenu manifeste. **22.** Accent porté sur le quotidien, le factuel, l'actuel, le concret. **23.** Accent porté sur le faire. **24.** Appel à des normes extérieures **25.** Affects de circonstance.	**E** **81.** Scotomes d'objets manifestes. **82.** Perception de détails rares et/ou bizarres. **83.** Justification arbitraire de ces détails. **84.** Fausses perceptions. **85.** Perceptions sensorielles. **86.** Perception d'objets morcelés (et/ou d'objets détériorés ou de personnages malades, malformés). Fabulation hors image. **87.** Inadéquation du thème au stimulus. Abstraction, symbolisme hermétique. **88.** Expressions « crues » liées à une thématique sexuelle ou agressive. **89.** Expression d'affects et/ou de représentations massifs lies à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomaniaque, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.). **90.** Persévération. **91.** Confusion des identités.(télescopage des rôles). **92.** Instabilité des objets. **93.** Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales. **94.** Perception du mauvais objet, thèmes de persécution. **95.** Clivage de l'objet. **96.** Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physionomies ou attitudes. **97.** Craquées verbales (troubles de la syntaxe). **98.** Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-l'ane. **99.** Associations courtes. **100.** Vague, indétermination, flou du discours.

FEUILLE DE DEPOUILLEMENT du T.A.T [Lotfi]

PROCEDES DE LA SERIE A (Contrôle)	*PROCEDES DE LA SERIE B (Labilité)*	*PROCEDES DE LA SERIE C (Evitement du conflit)*	*PROCEDES DE LA SERIE E (Emergence en processus primaires)*
A0 Conflictualisation intra-personnelle **A1** **16.** Histoire construite proche du thème banal. **17.** Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve. **18.** Intégration des références sociales et sens commun. **A2** **91.** Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures. **92.** Justifications des interprétations par ces détails. **93.** Précautions verbales. **94.** Eloignement temporo-spatial. **95.** Précisions chiffrées. **96.** Hésitations entre interprétations différentes. **97.** Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense. **98.** Remâchage, rumination. **99.** Annulation. **100.** Eléments de type formations réactionnelles (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.). **101.** Dénégation. **102.** Insistance sur le fictif. **103.** Intellectualisation (abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste). **104.** Changement brusque de direction dans le cours de l'histoire (accompagné ou non de pause dans le discours). **105.** Isolement des éléments ou des personnages. **106.** Grand détail et /ou petit détail évoqué et non intégré. **107.** Accent porté sur les conflits intra-personnels. **108.** Affects exprimés à minima.	**B0** Conflictualisation inter-personnelle **B1** **21.** Histoire construite autour d'une fantaisie personnelle. **22.** Introduction de personnages non figurant sur l'image. **23.** Identifications souples et diffusées. **24.** Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus. **B2** **66.** Entée directe dans l'expression. **67.** Histoire à rebondissements, fabulation loin de l'image. **68.** Accent porté sur les relations inter-personnelles. Récit en dialogue. **69.** Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés. **70.** Dramatisation. **71.** Représentation contrastée. Alternance entre des états émotionnels opposés. **72.** Aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir. **73.** Exclamations, commentaires, digressions, références /appréciations personnelles. **74.** Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent. **75.** Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle. **76.** Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'age des personnages. **77.** Accent porté sur un thématique du style : aller, courir, dire, fuir etc. **78.** Présence de thèmes de peur, de catastrophe, de vertige etc. dans un contexte dramatisé.	**C/P** **31.** Temps long et/ou silences importants intra-recits. **32.** Tendance générale à la restriction. **33.** Anonymat des personnages. **34.** Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance,impersonnels, placages. **35.** Nécessité de poser des questions. Tendance refus. Refus. **36.** Evocation d'éléments anxiogènes suivis ou précédés d'arrêts dans le discours. **C/N** **51.** Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel). **52.** Références personnelles ou autobiographiques. **53.** Affect-titre. **54.** Posture signifiante d'affects. **55.** Accent mis sur les qualités sensorielles. **56.** Insistance sur le repérage des limites et des contours. **57.** Relations spéculaires. **58.** Mise en tableau. **59.** Critiques de soi. **60.** Détails narcissiques. Idéalisation de soi. **C/M** **16.** Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet. **17.** Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative). **18.** Pirouettes, virevoltes. **C/C** **26.** Agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles. **27.** Demandes faites au clinicien. **28.** Critique du matériel et/ou de la situation. **29.** Ironie, dérision. **30.** Clin d'œil au clinicien. **C/F** **26.** Accrochage au contenu manifeste. **27.** Accent porté sur le quotidien, le factuel, l'actuel, le concret. **28.** Accent porté sur le faire. **29.** Appel à des normes extérieures **30.** Affects de circonstance.	**E** **101.** Scotomes d'objets manifestes. **102.** Perception de détails rares et/ou bizarres. **103.** Justification arbitraire de ces détails. **104.** Fausses perceptions. **105.** Perceptions sensorielles. **106.** Perception d'objets morcelés (et/ou d'objets détériorés ou de personnages malades, malformés). Fabulation hors image. **107.** Inadéquation du thème au stimulus. Abstraction, symbolisme hermétique. **108.** Expressions « crues » liées à une thématique sexuelle ou agressive. **109.** Expression d'affects et/ou de représentations massifs lies à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomaniaque, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.). **110.** Persévération. **111.** Confusion des identités.(télescopage des rôles). **112.** Instabilité des objets. **113.** Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales. **114.** Perception du mauvais objet, thèmes de persécution. **115.** Clivage de l'objet. **116.** Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physionomies ou attitudes. **117.** Craquées verbales (troubles de la syntaxe). **118.** Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-l'ane. **119.** Associations courtes. **120.** Vague, indétermination, flou du discours.

FEUILLE DE DEPOUILLEMENT du T.A.T [Yasmie]

PROCEDES DE LA SERIE A (Contrôle)	*PROCEDES DE LA SERIE B (Labilité)*	*PROCEDES DE LA SERIE C (Evitement du conflit)*	*PROCEDES DE LA SERIE E (Emergence en processus primaires)*
A0 Conflictualisation intra-personnelle **A1** **19.** Histoire construite proche du thème banal. **20.** Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve. **21.** Intégration des références sociales et sens commun. **A2** **109.** Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures. **110.** Justifications des interprétations par ces détails. **111.** Précautions verbales. **112.** Eloignement temporo-spatial. **113.** Précisions chiffrées. **114.** Hésitations entre interprétations différentes. **115.** Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense. **116.** Remâchage, rumination. **117.** Annulation. **118.** Eléments de type formations réactionnelles (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.). **119.** Dénégation. **120.** Insistance sur le fictif. **121.** Intellectualisation (abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste). **122.** Changement brusque de direction dans le cours de l'histoire (accompagné ou non de pause dans le discours). **123.** Isolement des éléments ou des personnages. **124.** Grand détail et /ou petit détail évoqué et non intégré. **125.** Accent porté sur les conflits intra-personnels. **126.** Affects exprimés à minima.	**B0** Conflictualisation inter-personnelle **B1** **25.** Histoire construite autour d'une fantaisie personnelle. **26.** Introduction de personnages non figurant sur l'image. **27.** Identifications souples et diffusées. **28.** Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus. **B2** **79.** Entée directe dans l'expression. **80.** Histoire à rebondissements, fabulation loin de l'image. **81.** Accent porté sur les relations inter-personnelles. Récit en dialogue. **82.** Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés. **83.** Dramatisation. **84.** Représentation contrastée. Alternance entre des états émotionnels opposés. **85.** Aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir. **86.** Exclamations, commentaires, digressions, références /appréciations personnelles. **87.** Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent. **88.** Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle. **89.** Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'age des personnages. **90.** Accent porté sur un thématique du style : aller, courir, dire, fuir etc. **91.** Présence de thèmes de peur, de catastrophe, de vertige etc. dans un contexte dramatisé.	**C/P** **37.** Temps long et/ou silences importants intra-recits. **38.** Tendance générale à la restriction. **39.** Anonymat des personnages. **40.** Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance,impersonnels, placages. **41.** Nécessité de poser des questions. Tendance refus. Refus. **42.** Evocation d'éléments anxiogènes suivis ou précédés d'arrêts dans le discours. **C/N** **61.** Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel). **62.** Références personnelles ou autobiographiques. **63.** Affect-titre. **64.** Posture signifiante d'affects. **65.** Accent mis sur les qualités sensorielles. **66.** Insistance sur le repérage des limites et des contours. **67.** Relations spéculaires. **68.** Mise en tableau. **69.** Critiques de soi. **70.** Détails narcissiques. Idéalisation de soi. **C/M** **19.** Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet. **20.** Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative). **21.** Pirouettes, virevoltes. **C/C** **31.** Agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles. **32.** Demandes faites au clinicien. **33.** Critique du matériel et/ou de la situation. **34.** Ironie, dérision. **35.** Clin d'œil au clinicien. **C/F** **31.** Accrochage au contenu manifeste. **32.** Accent porté sur le quotidien, le factuel, l'actuel, le concret. **33.** Accent porté sur le faire. **34.** Appel à des normes extérieures **35.** Affects de circonstance.	**E** **121.** Scotomes d'objets manifestes. **122.** Perception de détails rares et/ou bizarres. **123.** Justification arbitraire de ces détails. **124.** Fausses perceptions. **125.** Perceptions sensorielles. **126.** Perception d'objets morcelés (et/ou d'objets détériorés ou de personnages malades, malformés). Fabulation hors image. **127.** Inadéquation du thème au stimulus. Abstraction, symbolisme hermétique. **128.** Expressions « crues » liées à une thématique sexuelle ou agressive. **129.** Expression d'affects et/ou de représentations massifs lies à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomaniaque, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.). **130.** Persévération. **131.** Confusion des identités.(télescopage des rôles). **132.** Instabilité des objets. **133.** Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales. **134.** Perception du mauvais objet, thèmes de persécution. **135.** Clivage de l'objet. **136.** Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physionomies ou attitudes. **137.** Craquées verbales (troubles de la syntaxe). **138.** Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-l'ane. **139.** Associations courtes. **140.** Vague, indétermination, flou du discours.

FEUILLE DE DEPOUILLEMENT du T.A.T [Ahmed]

PROCEDES DE LA SERIE A (Contrôle)	*PROCEDES DE LA SERIE B (Labilité)*	*PROCEDES DE LA SERIE C (Evitement du conflit)*	*PROCEDES DE LA SERIE E (Emergence en processus primaires)*
A0 Conflictualisation intra-personnelle **A1** **22.** Histoire construite proche du thème banal. **23.** Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve. **24.** Intégration des références sociales et sens commun. **A2** **127.** Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures. **128.** Justifications des interprétations par ces détails. **129.** Précautions verbales. **130.** Eloignement temporo-spatial. **131.** Précisions chiffrées. **132.** Hésitations entre interprétations différentes. **133.** Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense. **134.** Remâchage, rumination. **135.** Annulation. **136.** Eléments de type formations réactionnelles (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.). **137.** Dénégation. **138.** Insistance sur le fictif. **139.** Intellectualisation (abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste). **140.** Changement brusque de direction dans le cours de l'histoire (accompagné ou non de pause dans le discours). **141.** Isolement des éléments ou des personnages. **142.** Grand détail et /ou petit détail évoqué et non intégré. **143.** Accent porté sur les conflits intra-personnels. **144.** Affects exprimés à minima.	**B0** Conflictualisation inter-personnelle **B1** **29.** Histoire construite autour d'une fantaisie personnelle. **30.** Introduction de personnages non figurant sur l'image. **31.** Identifications souples et diffusées. **32.** Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus. **B2** **92.** Entée directe dans l'expression. **93.** Histoire à rebondissements, fabulation loin de l'image. **94.** Accent porté sur les relations inter-personnelles. Récit en dialogue. **95.** Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés. **96.** Dramatisation. **97.** Représentation contrastée. Alternance entre des états émotionnels opposés. **98.** Aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir. **99.** Exclamations, commentaires, digressions, références /appréciations personnelles. **100.** Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent. **101.** Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle. **102.** Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'age des personnages. **103.** Accent porté sur un thématique du style : aller, courir, dire, fuir etc. **104.** Présence de thèmes de peur, de catastrophe, de vertige etc. dans un contexte dramatisé.	**C/P** **43.** Temps long et/ou silences importants intra-recits. **44.** Tendance générale à la restriction. **45.** Anonymat des personnages. **46.** Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance,impersonnels, placages. **47.** Nécessité de poser des questions. Tendance refus. Refus. **48.** Evocation d'éléments anxiogènes suivis ou précédés d'arrêts dans le discours. **C/N** **71.** Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel). **72.** Références personnelles ou autobiographiques. **73.** Affect-titre. **74.** Posture signifiante d'affects. **75.** Accent mis sur les qualités sensorielles. **76.** Insistance sur le repérage des limites et des contours. **77.** Relations spéculaires. **78.** Mise en tableau. **79.** Critiques de soi. **80.** Détails narcissiques. Idéalisation de soi. **C/M** **22.** Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet. **23.** Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative). **24.** Pirouettes, virevoltes. **C/C** **36.** Agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles. **37.** Demandes faites au clinicien. **38.** Critique du matériel et/ou de la situation. **39.** Ironie, dérision. **40.** Clin d'œil au clinicien. **C/F** **36.** Accrochage au contenu manifeste. **37.** Accent porté sur le quotidien, le factuel, l'actuel, le concret. **38.** Accent porté sur le faire. **39.** Appel à des normes extérieures **40.** Affects de circonstance.	**E** **141.** Scotomes d'objets manifestes. **142.** Perception de détails rares et/ou bizarres. **143.** Justification arbitraire de ces détails. **144.** Fausses perceptions. **145.** Perceptions sensorielles. **146.** Perception d'objets morcelés (et/ou d'objets détériorés ou de personnages malades, malformés). Fabulation hors image. **147.** Inadéquation du thème au stimulus. Abstraction, symbolisme hermétique. **148.** Expressions « crues » liées à une thématique sexuelle ou agressive. **149.** Expression d'affects et/ou de représentations massifs lies à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomaniaque, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.). **150.** Persévération. **151.** Confusion des identités.(télescopage des rôles). **152.** Instabilité des objets. **153.** Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales. **154.** Perception du mauvais objet, thèmes de persécution. **155.** Clivage de l'objet. **156.** Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physionomies ou attitudes. **157.** Craquées verbales (troubles de la syntaxe). **158.** Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-l'ane. **159.** Associations courtes. **160.** Vague, indétermination, flou du discours.

FEUILLE DE DEPOUILLEMENT du T.A.T [Kahina]

PROCEDES DE LA SERIE A (Contrôle)	*PROCEDES DE LA SERIE B (Labilité)*	*PROCEDES DE LA SERIE C (Evitement du conflit)*	*PROCEDES DE LA SERIE E (Emergence en processus primaires)*
A0 Conflictualisation intra-personnelle **A1** **25.** Histoire construite proche du thème banal. **26.** Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve. **27.** Intégration des références sociales et sens commun. **A2** **145.** Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures. **146.** Justifications des interprétations par ces détails. **147.** Précautions verbales. **148.** Eloignement temporo-spatial. **149.** Précisions chiffrées. **150.** Hésitations entre interprétations différentes. **151.** Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense. **152.** Remâchage, rumination. **153.** Annulation. **154.** Eléments de type formations réactionnelles (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.). **155.** Dénégation. **156.** Insistance sur le fictif. **157.** Intellectualisation (abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste). **158.** Changement brusque de direction dans le cours de l'histoire (accompagné ou non de pause dans le discours). **159.** Isolement des éléments ou des personnages. **160.** Grand détail et /ou petit détail évoqué et non intégré. **161.** Accent porté sur les conflits intra-personnels. **162.** Affects exprimés à minima.	**B0** Conflictualisation inter-personnelle **B1** **33.** Histoire construite autour d'une fantaisie personnelle. **34.** Introduction de personnages non figurant sur l'image. **35.** Identifications souples et diffusées. **36.** Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus. **B2** **105.** Entée directe dans l'expression. **106.** Histoire à rebondissements, fabulation loin de l'image. **107.** Accent porté sur les relations inter-personnelles. Récit en dialogue. **108.** Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés. **109.** Dramatisation. **110.** Représentation contrastée. Alternance entre des états émotionnels opposés. **111.** Aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir. **112.** Exclamations, commentaires, digressions, références /appréciations personnelles. **113.** Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent. **114.** Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle. **115.** Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'age des personnages. **116.** Accent porté sur un thématique du style : aller, courir, dire, fuir etc. **117.** Présence de thèmes de peur, de catastrophe, de vertige etc. dans un contexte dramatisé.	**C/P** **49.** Temps long et/ou silences importants intra-recits. **50.** Tendance générale à la restriction. **51.** Anonymat des personnages. **52.** Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance,impersonnels, placages. **53.** Nécessité de poser des questions. Tendance refus. Refus. **54.** Evocation d'éléments anxiogènes suivis ou précédés d'arrêts dans le discours. **C/N** **81.** Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel). **82.** Références personnelles ou autobiographiques. **83.** Affect-titre. **84.** Posture signifiante d'affects. **85.** Accent mis sur les qualités sensorielles. **86.** Insistance sur le repérage des limites et des contours. **87.** Relations spéculaires. **88.** Mise en tableau. **89.** Critiques de soi. **90.** Détails narcissiques. Idéalisation de soi. **C/M** **25.** Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet. **26.** Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative). **27.** Pirouettes, virevoltes. **C/C** **41.** Agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles. **42.** Demandes faites au clinicien. **43.** Critique du matériel et/ou de la situation. **44.** Ironie, dérision. **45.** Clin d'œil au clinicien. **C/F** **41.** Accrochage au contenu manifeste. **42.** Accent porté sur le quotidien, le factuel, l'actuel, le concret. **43.** Accent porté sur le faire. **44.** Appel à des normes extérieures **45.** Affects de circonstance.	**E** **161.** Scotomes d'objets manifestes. **162.** Perception de détails rares et/ou bizarres. **163.** Justification arbitraire de ces détails. **164.** Fausses perceptions. **165.** Perceptions sensorielles. **166.** Perception d'objets morcelés (et/ou d'objets détériorés ou de personnages malades, malformés). Fabulation hors image. **167.** Inadéquation du thème au stimulus. Abstraction, symbolisme hermétique. **168.** Expressions « crues » liées à une thématique sexuelle ou agressive. **169.** Expression d'affects et/ou de représentations massifs lies à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomaniaque, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.). **170.** Persévération. **171.** Confusion des identités.(télescopage des rôles). **172.** Instabilité des objets. **173.** Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales. **174.** Perception du mauvais objet, thèmes de persécution. **175.** Clivage de l'objet. **176.** Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physionomies ou attitudes. **177.** Craquées verbales (troubles de la syntaxe). **178.** Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-l'ane. **179.** Associations courtes. **180.** Vague, indétermination, flou du discours.

FEUILLE DE DEPOUILLEMENT du T.A.T [Nesrine]

PROCEDES DE LA SERIE A (Contrôle)	*PROCEDES DE LA SERIE B (Labilité)*	*PROCEDES DE LA SERIE C (Evitement du conflit)*	*PROCEDES DE LA SERIE E (Emergence en processus primaires)*
A0 Conflictualisation intra-personnelle **A1** **28.** Histoire construite proche du thème banal. **29.** Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve. **30.** Intégration des références sociales et sens commun. **A2** **163.** Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures. **164.** Justifications des interprétations par ces détails. **165.** Précautions verbales. **166.** Eloignement temporo-spatial. **167.** Précisions chiffrées. **168.** Hésitations entre interprétations différentes. **169.** Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense. **170.** Remâchage, rumination. **171.** Annulation. **172.** Eléments de type formations réactionnelles (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.). **173.** Dénégation. **174.** Insistance sur le fictif. **175.** Intellectualisation (abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste). **176.** Changement brusque de direction dans le cours de l'histoire (accompagné ou non de pause dans le discours). **177.** Isolement des éléments ou des personnages. **178.** Grand détail et /ou petit détail évoqué et non intégré. **179.** Accent porté sur les conflits intra-personnels. **180.** Affects exprimés à minima.	**B0** Conflictualisation inter-personnelle **B1** **37.** Histoire construite autour d'une fantaisie personnelle. **38.** Introduction de personnages non figurant sur l'image. **39.** Identifications souples et diffusées. **40.** Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus. **B2** **118.** Entée directe dans l'expression. **119.** Histoire à rebondissements, fabulation loin de l'image. **120.** Accent porté sur les relations inter-personnelles. Récit en dialogue. **121.** Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés. **122.** Dramatisation. **123.** Représentation contrastée. Alternance entre des états émotionnels opposés. **124.** Aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir. **125.** Exclamations, commentaires, digressions, références /appréciations personnelles. **126.** Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent. **127.** Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle. **128.** Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'age des personnages. **129.** Accent porté sur un thématique du style : aller, courir, dire, fuir etc. **130.** Présence de thèmes de peur, de catastrophe, de vertige etc. dans un contexte dramatisé.	**C/P** **55.** Temps long et/ou silences importants intra-recits. **56.** Tendance générale à la restriction. **57.** Anonymat des personnages. **58.** Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance,impersonnels, placages. **59.** Nécessité de poser des questions. Tendance refus. Refus. **60.** Evocation d'éléments anxiogènes suivis ou précédés d'arrêts dans le discours. **C/N** **91.** Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel). **92.** Références personnelles ou autobiographiques. **93.** Affect-titre. **94.** Posture signifiante d'affects. **95.** Accent mis sur les qualités sensorielles. **96.** Insistance sur le repérage des limites et des contours. **97.** Relations spéculaires. **98.** Mise en tableau. **99.** Critiques de soi. **100.** Détails narcissiques. Idéalisation de soi. **C/M** **28.** Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet. **29.** Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative). **30.** Pirouettes, virevoltes. **C/C** **46.** Agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles. **47.** Demandes faites au clinicien. **48.** Critique du matériel et/ou de la situation. **49.** Ironie, dérision. **50.** Clin d'œil au clinicien. **C/F** **46.** Accrochage au contenu manifeste. **47.** Accent porté sur le quotidien, le factuel, l'actuel, le concret. **48.** Accent porté sur le faire. **49.** Appel à des normes extérieures **50.** Affects de circonstance.	**E** **181.** Scotomes d'objets manifestes. **182.** Perception de détails rares et/ou bizarres. **183.** Justification arbitraire de ces détails. **184.** Fausses perceptions. **185.** Perceptions sensorielles. **186.** Perception d'objets morcelés (et/ou d'objets détériorés ou de personnages malades, malformés). Fabulation hors image. **187.** Inadéquation du thème au stimulus. Abstraction, symbolisme hermétique. **188.** Expressions « crues » liées à une thématique sexuelle ou agressive. **189.** Expression d'affects et/ou de représentations massifs lies à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomaniaque, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.). **190.** Persévération. **191.** Confusion des identités.(télescopage des rôles). **192.** Instabilité des objets. **193.** Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales. **194.** Perception du mauvais objet, thèmes de persécution. **195.** Clivage de l'objet. **196.** Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physionomies ou attitudes. **197.** Craquées verbales (troubles de la syntaxe). **198.** Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-l'ane. **199.** Associations courtes. **200.** Vague, indétermination, flou du discours.

FEUILLE DE DEPOUILLEMENT du T.A.T [Nassima]

PROCEDES DE LA SERIE A (Contrôle)	*PROCEDES DE LA SERIE B (Labilité)*	*PROCEDES DE LA SERIE C (Evitement du conflit)*	*PROCEDES DE LA SERIE E (Emergence en processus primaires)*
A0 Conflictualisation intra-personnelle **A1** **31.** Histoire construite proche du thème banal. **32.** Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve. **33.** Intégration des références sociales et sens commun. **A2** **181.** Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures. **182.** Justifications des interprétations par ces détails. **183.** Précautions verbales. **184.** Eloignement temporo-spatial. **185.** Précisions chiffrées. **186.** Hésitations entre interprétations différentes. **187.** Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense. **188.** Remâchage, rumination. **189.** Annulation. **190.** Eléments de type formations réactionnelles (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.). **191.** Dénégation. **192.** Insistance sur le fictif. **193.** Intellectualisation (abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste). **194.** Changement brusque de direction dans le cours de l'histoire (accompagné ou non de pause dans le discours). **195.** Isolement des éléments ou des personnages. **196.** Grand détail et /ou petit détail évoqué et non intégré. **197.** Accent porté sur les conflits intra-personnels. **198.** Affects exprimés à minima.	**B0** Conflictualisation inter-personnelle **B1** **41.** Histoire construite autour d'une fantaisie personnelle. **42.** Introduction de personnages non figurant sur l'image. **43.** Identifications souples et diffusées. **44.** Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus. **B2** **131.** Entée directe dans l'expression. **132.** Histoire à rebondissements, fabulation loin de l'image. **133.** Accent porté sur les relations inter-personnelles. Récit en dialogue. **134.** Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés. **135.** Dramatisation. **136.** Représentation contrastée. Alternance entre des états émotionnels opposés. **137.** Aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir. **138.** Exclamations, commentaires, digressions, références /appréciations personnelles. **139.** Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent. **140.** Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle. **141.** Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'age des personnages. **142.** Accent porté sur un thématique du style : aller, courir, dire, fuir etc. **143.** Présence de thèmes de peur, de catastrophe, de vertige etc. dans un contexte dramatisé.	**C/P** **61.** Temps long et/ou silences importants intra-recits. **62.** Tendance générale à la restriction. **63.** Anonymat des personnages. **64.** Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance,impersonnels, placages. **65.** Nécessité de poser des questions. Tendance refus. Refus. **66.** Evocation d'éléments anxiogènes suivis ou précédés d'arrêts dans le discours. **C/N** **101.** Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel). **102.** Références personnelles ou autobiographiques. **103.** Affect-titre. **104.** Posture signifiante d'affects. **105.** Accent mis sur les qualités sensorielles. **106.** Insistance sur le repérage des limites et des contours. **107.** Relations spéculaires. **108.** Mise en tableau. **109.** Critiques de soi. **110.** Détails narcissiques. Idéalisation de soi. **C/M** **31.** Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet. **32.** Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative). **33.** Pirouettes, virevoltes. **C/C** **51.** Agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles. **52.** Demandes faites au clinicien. **53.** Critique du matériel et/ou de la situation. **54.** Ironie, dérision. **55.** Clin d'œil au clinicien. **C/F** **51.** Accrochage au contenu manifeste. **52.** Accent porté sur le quotidien, le factuel, l'actuel, le concret. **53.** Accent porté sur le faire. **54.** Appel à des normes extérieures **55.** Affects de circonstance.	**E** **201.** Scotomes d'objets manifestes. **202.** Perception de détails rares et/ou bizarres. **203.** Justification arbitraire de ces détails. **204.** Fausses perceptions. **205.** Perceptions sensorielles. **206.** Perception d'objets morcelés (et/ou d'objets détériorés ou de personnages malades, malformés). Fabulation hors image. **207.** Inadéquation du thème au stimulus. Abstraction, symbolisme hermétique. **208.** Expressions « crues » liées à une thématique sexuelle ou agressive. **209.** Expression d'affects et/ou de représentations massifs lies à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomaniaque, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.). **210.** Persévération. **211.** Confusion des identités.(télescopage des rôles). **212.** Instabilité des objets. **213.** Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales. **214.** Perception du mauvais objet, thèmes de persécution. **215.** Clivage de l'objet. **216.** Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physionomies ou attitudes. **217.** Craquées verbales (troubles de la syntaxe). **218.** Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-l'ane. **219.** Associations courtes. **220.** Vague, indétermination, flou du discours.

FEUILLE DE DEPOUILLEMENT du T.A.T

PROCEDES DE LA SERIE A (Contrôle)

A0 Conflictualisation intra-personnelle

A1

1. Histoire construite proche du thème banal.
2. Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve.
3. Intégration des références sociales et sens commun.

A2

1. Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures.
2. Justifications des interprétations par ces détails.
3. Précautions verbales.
4. Eloignement temporo-spatial.
5. Précisions chiffrées.
6. Hésitations entre interprétations différentes.
7. Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense.
8. Remâchage, rumination.
9. Annulation.
10. Eléments de type formations réactionnelles (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.).
11. Dénégation.
12. Insistance sur le fictif.
13. Intellectualisation (abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste).
14. Changement brusque de direction dans le cours de l'histoire (accompagné ou non de pause dans le discours).
15. Isolement des éléments ou des personnages.
16. Grand détail et /ou petit détail évoqué et non intégré.
17. Accent porté sur les conflits intra-personnels.
18. Affects exprimés à minima.

PROCEDES DE LA SERIE B (Labilité)

B0 Conflictualisation inter-personnelle

B1

1. Histoire construite autour d'une fantaisie personnelle.
2. Introduction de personnages non figurant sur l'image.
3. Identifications souples et diffusées.
4. Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus.

B2

1. Entée directe dans l'expression.
2. Histoire à rebondissements, fabulation loin de l'image.
3. Accent porté sur les relations inter-personnelles. Récit en dialogue.
4. Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés.
5. Dramatisation.
6. Représentation contrastée. Alternance entre des états émotionnels opposés.
7. Aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir.
8. Exclamations, commentaires, digressions, références /appréciations personnelles.
9. Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent.
10. Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle.
11. Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'age des personnages.
12. Accent porté sur un thématique du style : aller, courir, dire, fuir etc.
13. Présence de thèmes de peur, de catastrophe, de vertige etc. dans un contexte dramatisé.

PROCEDES DE LA SERIE C (Evitement du conflit)

C/P

1. Temps long et/ou silences importants intra-recits.
2. Tendance générale à la restriction.
3. Anonymat des personnages.
4. Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance,impersonnels, placages.
5. Nécessité de poser des questions. Tendance refus. Refus.
6. Evocation d'éléments anxiogènes suivis ou précédés d'arrêts dans le discours.

C/N

1. Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel).
2. Références personnelles ou autobiographiques.
3. Affect-titre.
4. Posture signifiante d'affects.
5. Accent mis sur les qualités sensorielles.
6. Insistance sur le repérage des limites et des contours.
7. Relations spéculaires.
8. Mise en tableau.
9. Critiques de soi.
10. Détails narcissiques. Idéalisation de soi.

C/M

1. Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet.
2. Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative).
3. Pirouettes, virevoltes.

C/C

1. Agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles.
2. Demandes faites au clinicien.
3. Critique du matériel et/ou de la situation.
4. Ironie, dérision.
5. Clin d'œil au clinicien.

C/F

1. Accrochage au contenu manifeste.
2. Accent porté sur le quotidien, le factuel, l'actuel, le concret.
3. Accent porté sur le faire.
4. Appel à des normes extérieures
5. Affects de circonstance.

PROCEDES DE LA SERIE E (Emergence en processus primaires)

E

1. Scotomes d'objets manifestes.
2. Perception de détails rares et/ou bizarres.
3. Justification arbitraire de ces détails.
4. Fausses perceptions.
5. Perceptions sensorielles.
6. Perception d'objets morcelés (et/ou d'objets détériorés ou de personnages malades, malformés). Fabulation hors image.
7. Inadéquation du thème au stimulus. Abstraction, symbolisme hermétique.
8. Expressions « crues » liées à une thématique sexuelle ou agressive.
9. Expression d'affects et/ou de représentations massifs lies à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomaniaque, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.).
10. Persévération.
11. Confusion des identités.(télescopage des rôles).
12. Instabilité des objets.
13. Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales.
14. Perception du mauvais objet, thèmes de persécution.
15. Clivage de l'objet.
16. Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physionomies ou attitudes.
17. Craquées verbales (troubles de la syntaxe).
18. Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-l'ane.
19. Associations courtes.
20. Vague, indétermination, flou du discours.

CLASSIFICATION PSYCHOSOMATIQUE

A – Structure Fondamentale

Partie foncière, inamovible à l'âge adulte, de l'organisation psychosomatique individuelle.
la structure fondamentale ne peut être l'objet que d'une seule cotation par sujet.

Répertoire des structures fondamentales :

111 - Névrose mentale symptomatologiquement organisée , au fonctionnement soutenu.
- Névroses polymorphes sans symptomatologie mentale dominante et soutenue.

121 - Névrose bien mentalisée (certitude).
122 - Névrose a mentalisation incertaine (doute).
123 -névrose mal mentalisée (défauts avérés).

La « mentalisation » apprécie d'un coup trois qualités fondamentales du préconscient :
- Epaisseur de l'ensemble des formations représentatives.
- Fluidité des liaisons entre les représentations.
- Permanence habituelle du fonctionnement.

131 - Névrose de comportement (insuffisance originelle du préconscient.
Expression habituelle de l'inconscient et du ça dans les comportements).
*141 - Psychose symptomatoloqiquement organisée, au fonctionnement soutenu.
151 – Psychose polymorphe.
161 – Psychose de comportement.
181 – Organisation allergique essentielle.
100 – Autres.

---

*111 comme 141 ne peuvent être utilisés qu'en cas de difficultés somatiques accidentelles au sens traumatique chirurgical ou, à la rigueur, infectieuses lors d'épidémies. Dans les autres cas en effet, même s'il s'agit d'organisations anales avec manifestations obsessionnelles passagères ou d'organisations hystériques (avec phénomènes de conversion) , la systématique mentale névrotique ou psychotique a été débordée par le conflit, au moins momentanément. Ces cas ne peuvent donc figurer qu'au titre des névroses ou des psychoses polymorphes, les symptômes ne devant être signalés que plus tard dans la classification.

Grille MARTY – I.P.S.O , 1987
Grid MARTY_ I.P.S.O , 1987
N° ISBN 2- 907020-00-5.

B- Particularités habituelles majeures

Elles réunissent les données symptomatiques plus ou moins immédiates, des données concernant le fonctionnement mental et le mode de vie habituels, des données anamnestiques.
Pour faciliter le dépouillement statistique, trois ordres de particularités sont dégagées bien que ces ordres soient souvent intriqués, l'ensemble traduisant en définitive l'observation de l'investigateur ou, secondairement, du thérapeute.

Répertoire des particularités habituelles majeures :
Ordre symptomatique (psychanalytique classique ou non) :
*211- Angoisses diffuses (angoisses automatiques des épisodes de détresse).
*221-Angoisses objectales (signaux d'alarme accompagnés de liaisons représentatives).
Caractère (traits de) :
231- Allergique.
232- Anal et obsessionnel (rétention et contrôle).
233- Hypocondriaque.
234- Hystérique (polymorphes, oedipiens).
235- Oral.
236- Pervers.
237- Phallique-narcissique.
238- Phobique d'ambiance ou d'envahissement.
239- Phobique d'objet (liaisons représentatives).
240- Psychotique.
241- Sado-masochique (relations érotisées, physiques comme morales).
242- Sado-masochique (décharges de comportement).
243- Apparence masochique du type « névrose de destinée » avec absence d'intégration de satisfactions passives. Etats de souffrance sans objet, sans désir et sans modification à l'occasion de la maladie qui ne devient pas objet d'investissement.
200- Autres.

---

* Ne pas prendre pour angoisses objectales des angoisses diffuses (épisodes de détresse) au seul fait qu'elles succèdent à une perte d'objet.

B- (suite)
*251- Comportements (passages fréquents aux)
252- Somnambulisme.
261- Dépersonnalisation.(manifestations de).
271- Dépression latente.
281- Inhibition, évitement ou répression des représentations et des pensées.
282- Répression des expressions pulsionnelles dans le comportement.
291- Irrégularités aiguës du fonctionnement mental.
292- Déni de s réalités (pathologiques ou non).
293- Intellectualisation défensive.
294- Utilisation importante de la pensée magique.
300- Mentaux (autres mécanismes particulièrement utilisés).

<u>Ordre de l'interprétation :</u>

411- Homosexualité latente.
421- Infantilisme régressif.
431- Moi-idéal prédominant (au moins aussi marqué que le Surmoi post-oedipien).
441- Névrose traumatique.
451- Sublimations artistiques.
461- Sublimations sociales.
471- Tradition culturelle ou religieuse pesant sur le fonctionnement psychosomatique.
481- Sexuelles (difficultés habituelles : éjaculation précoce, impuissance et frigidité).
482- Notion de traumatismes, d'une situation familiale ou d'une activité parentale ayant pu gauchir l'évolution classique de la sexualité.
491- Refus (inconscient ou non) des régressions.
492- Conduites d'épuisement libidinal.
493- Pesée traumatique permanente.
400- Autres.

<u>Ordre de l'anamnèse</u> :
611- Conversions fréquentes (hystériques ou non).
*621- Deuils anciens non élaborés.
622- Problèmes fondamentaux d'identité.
623- Deuils de personnes ou pertes d'objets directement ou indirectement significatifs pendant la grossesse de la mère ou dans les 2 premières années.

---

* Inutile lorsque 123 ou 131.
** Préciser par 623 ou 625.

624- Changement notable de l'économie relationnelle dans les 2 premières années.
625- Deuils de personnes ou pertes d'objets significatifs prépubertaires, non élaborés.
626- Changement notable, prépubertaire, de l'économie relationnelle.
627- Dépressions aiguës ou subaiguës fréquentes (symptomatiques au sens de la psychanalyse).
628- Dépressions essentielles fréquentes.
629- Désorganisations répétées (rafales de maladies).
631- Homosexualité (pratiques d')
641- Neurologiques centrales (atteintes).
651- Perversions organisées.
661- Polyopérés (antérieurement à la désorganisation ou à la maladie actuelle).
671- Suicide (tentatives antérieures à la désorganisation ou à la maladie actuelle).
681- Tonus libidinal (diminution en rapport avec le vieillissement, quelle que soit la limitation des investissements).
691- Toxicomanies habituelles (iatrogéniques incluses).
692- Psychothérapies antérieures.
693-Dépression de l'adolescence.
600- Autres.

C- Caractéristiques Actuelles Majeures.

Elles réunissent des données symptomatiques immédiates, des données anamnestiques récentes, des données concernant le fonctionnement mental et le mode de vie actuels.

Les caractéristiques actuelles majeures peuvent être, et sont le plus souvent l'objet de cotisation par sujet.

Répertoire des caractéristiques actuelles majeur :

801- Conversion (hystérique ou non).
802- Dépression essentielle.
803- Dépression subaiguë ou aiguë (symptomatique au sens de la psychanalyse).
804- Désorganisation progressive.
805- Deuils ou pertes d'objet significatifs récents, non élaborés.
806- Médico-légal ou professionnel(problème récent pesant sur le fonctionnement psychosomatique).
807- Opératoire (vie).
808- Parent d'un enfant traité en psychothérapie concomitante.
809- Psychothérapie (antécédents de moins d'un an).
810- Sexuelles (difficultés effectives récentes :impuissance et frigidité).
811- Suicide (tentative récente de).
812- Toxicomanies récentes (iatrogéniques inclues).

813- Limitation récentes, accidentelles ou non, des activités corporelles.
814- Changement notable de l'économie relationnelle.
815- Changement de moins d'un an de l'économie relationnelle.
816- Frustration de plaisir sexuel(type névrose actuelle).
820- Réorganisation relative (au moins provisoire) sur un mode hypochondriaque.
822- Bénéfices secondaires à la maladie actuelle.
800- Autres.

D- Caractéristiques résultant de la psychothérapie.
(ce chapitre de la classification est actuellement en voie de mise en pratique et d'élaboration) .

Elles réunissent trois ordres de données : les premières concernent la disparition de ''caractéristiques actuelles majeures'' signalées en C lors de l'investigation ou au début de la psychothérapie des sujets. Les deuxièmes concernent soit la transformation de ''particularités habituelles majeures'' spécialement défavorables à l'organisation psychosomatique des sujets, soit la reprise de ''particularités habituelles majeures'' spécialement favorables à l'organisation psychosomatique des sujets, toutes antérieurement signalées en B.
Les troisièmes concernant l'acquisition de nouveaux types de fonctionnement psychosomatique.

Répertoire des caractéristiques résultant de psychothérapie :
Disparition de caractéristiques actuelles majeures signalées en C :

901- D. de conversion récente.
902- D. de dépression essentielle.
903- D. de dépression subaiguë ou aiguë.
904- D. de désorganisation progressive.
905- Elaboration (du ou) des deuils ou des pertes d'objets significatifs récents.
907- D. de vie opératoire.
910- D. des difficultés sexuelles effectives récentes.
912- D. de ou des toxicomanies récentes.
916- D. de la frustration de plaisir sexuel.
922-D. des bénéfices secondaires à la maladie.

Transformation de « particularités habituelles majeures » spécialement défavorables à l'organisation psychosomatique des sujets ou reprise de « particularités habituelles majeures » spécialement favorables à l'organisation psychosomatique des sujets, toutes antérieurement signalées en B :
913- Disparition ou atténuation remarquable des angoisses diffuses.
932- Atténuation remarquable des angoisses objectales.

933- Disparition ou atténuation remarquable des phobies d'ambiance ou d'envahissement.
935- Intégration de satisfactions passives.
937- Disparition ou atténuation remarquable des passages aux comportements.
939- Sortie de la dépression latente.
941- Aisance des représentations diurnes et oniriques.
943- Aisance de l'ensemble du fonctionnement mental et des expressions libidinales.
945- Disparition ou atténuation remarquable des symptômes témoins de la présence du Moi-Idéal.
947- Sortie de la névrose traumatique.
949- Sortie des difficultés sexuelles habituelles.
951- Acceptation des régressions.
953- Reprise de certains aspects d'une névrose mentale antérieure.
955- Reprise, sous une forme viable, de certains aspects d'expressions caractérielles.
957- Sortie des conduites d'épuisement libidinal.
959- Disparition des problèmes fondamentaux d'identité.
961- Elaboration des deuils ou des pertes d'objets significatifs passés, ultérieurs à l'âge de deux ans.
963- Disparition ou atténuation remarquable des dépressions.
965- Disparition des désorganisations.
967- Disparition ou atténuation remarquable des toxicomanies.

<u>Acquisition de nouveaux types</u> de fonctionnement psychosomatique :
Domaine mental :
971- Sublimation marquée du fonctionnement mental.
973-)
975-)
(rubriques disponibles en premier lieu).

Domaine des expressions :
985- Sublimations artistiques.
987-)
989-)
(rubriques disponibles en premier lieu).

Domaine de l'organisation sociale :
991- Sublimations sociales.
993-)
995-)
(rubriques disponibles en premier lieu).

900- Autres.

NOTE- adjointe à la révision de la classification psychosomatique en avril 1989.

121-
122- Le titre de « névrose de caractère », ici périmé, est remplacé.
123-

151- Idem pour psychose.

241-
243-
281-
623- Rubriques précisées.
625-
805-
961-

294-
493- Rubriques ajoutées.
693-

Les collègues intéressés voudront bien adresser leurs remarques écrites à Pierre MARTY.