المساندة النفسية للمصاب باللوكيميا (مرحلة ما قبل انتشار المرض)، بواسطة تقييم للميكانيزمات الدفاعية

ديبون محمد[1]

[1]جامعة وهران 2 (الجزائر)

[1]عضو بوحدة تطوير وتنمية الصحة النفسية بالمركز الجامعي لعين تموشنت

تاريخ الاستلام : 21-11-2018؛ تاريخ المراجعة : 26-05-2021 ؛ تاريخ القبول : 10-11-2021

ملخص:

يهدف هذا البحث أساسا إلى إثراء حقل البحث العلمي في مجال الميكانيزمات الدفاعية والعلاج النفسي. كما أن هذه الفئة من المرضى بحاجة إلى مساندة نفسية تخفف من آلامهم. أما مشكلة البحث فتدور حول إمكانية تغير الوظيفة الدفاعية للمصاب بمرض اللوكيميا (مرحلة ما قبل انتشار المرض) بعد تلقيه لحصص من المساندة النفسية. اعتمد الباحث على المنهج العيادي بما فيه من دراسة الحالة (المقابلة والملاحظة)، وكانت حالة واحدة لشاب مصاب بهذا المرض. أما الاختبار المستعمل فكان سلم تقييم الميكانيزمات الدفاعية (DMRS)، وهو يقوم بتقييم 27 ميكانيزم دفاعي، تقييما كميا ونوعيا. وباستعمال تقنيات محددة خاصة بالمساندة النفسية.

إن هذا البحث يعتبر كمحاولة بسيطة من الباحث، لدراسة موضوع الميكانيزمات الدفاعية وربطه بالمساندة النفسية، عند المصاب باللوكيميا، وهذا باعتبار درجة تعقد هذا الموضوع. حيث سمح لنا تقييم الميكانيزمات الدفاعية الكمي والنوعي باستعمال سلم (DMRS)، من تقديم مساندة نفسية للحالة باستعمال بعض التقنيات في هذا المجال، وإن كان هذا جزئيا في بعض المستويات الدفاعية، وفي بعض التقنيات.

الكلمات المفتاح: الميكانيزمات الدفاعية؛ المساندة النفسية؛ اللوكيميا.

Abstract:

This study is about the use of supportive psychotherpy, through an evaluation of defense mechanism, in patient suffering from leukymia. About defense function changing, in patient with leukymia. The researcher base on clinical methode by case study, for one young with leukymia. The test used in DMRS, wich evaluate 27 defense mechanism qualitative and quantitative, and some techniques of supportive psychotherapy, we try to give this patien, the best psychological support. This evaluation is before and after using these techniques, to determinate if these techniques influence, and change defensive functioning or no.

Keywords: defense mechanism; psychological support; leukemia .

I- تمهيد :

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

حسب فرويد يعتبر الدفاع العنصر الأساسي للميكانيزم النفسي لهذه العصابات. حيث ذكر هذا في مقال آخر سنة 1896 (Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense).

و تكون على أنماط دفاعية خاصة:

أ. تحويل انفعال في الهستيريا.

ب. إزاحة انفعال في عصاب الوسواس.

ج. إنكار التمثلات و الانفعالات أو الإسقاط في الذهان.

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

في كتابه "الكف عرض و قلق"، عاد فرويد إلى مصطلح الدفاع و بيَّن بأنه لا يستعمل إلا للدلالة و بطريقة عامة، على كل العمليات التي يستعملها الأنا في الصراعات التي يمكن أن تؤدي إلى العصاب. أما الكبت فيعني نمط جد محدد من الدفاع.(Serban Ionescu et autres, 2003, p12)

حسب دراسة Buckley سنة 1995، استعمل فرويد عشرة ميكانيزمات دفاعية:

- النكوص: سنة 1900 في كتاب تفسير الأحلام، كما له علاقة مع مصطلح التثبيت المذكور في كتاب مقدمة في التحليل النفسي سنة 1916.
- الإعلاء و التكوين العكسي: سنة 1905 في كتاب ثلاث محاولات في نظرية الجنس.
- الإسقاط: سنة 1911 في كتاب الرئيس شريبر.
- الانقلاب على الذات و التحويل العكسي في كتاب النزوات و مصير النزوات سنة 1915.
- الاستدخال أو التقمص: سنة 1917 في كتاب الحزن و المنخوليا.
- الإلغاء العكسي و العزل: سنة 1926 في كتاب الكف عرض و قلق.

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

وصفت آنا أهداف و أنماط الدفاعات إلى جانب جرد لمجموعة من الدفاعات تنظيمها و استعمالها التناوبي ضد التهديدات الداخلية و الخارجية. (Serban Ionescu et autres, 2003, p12)

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

إن ما يميز مساهمة كلاين هو التأكيد على وجود أنا قادر على إنشاء علاقات موضوعية بدائية استهامية أو واقعية و هذا منذ الولادة. ساهم كل من Fairbairn و Kernberg في نظرية كلاين، حيث أعطى هذا الأخير أهمية للانشطار خاصة عند الحالات الحدودية كما ذكر ميكانيزمات أخرى (المثالية البدائية، الإنكار البدائي، القدرة المطلقة، الاحتقار و التقمص الاسقاطي). (Serban Ionescu et autres, 2003, p13)

يتعلق هذا الموضوع بالمساندة النفسية للمصاب بمرض اللوكيميا، من خلال تقييم للميكانيزمات الدفاعية، فطرح الباحث الإشكالية التالية: هل تتغير الوظيفة الدفاعية للمصاب بمرض اللوكيميا (مرحلة ما قبل انتشار المرض)، بعد تلقيه لحصص من المساندة النفسية؟ ثم افترض الباحث إمكانية حدوث هذا التغيير، وإمكانية مساندة المصاب باللوكيميا بمحاولة مساعدته على الحفاظ على توازن الشحنات الانفعالية المصاحبة لهذه الدفاعات. وهذا باستعمال بعض التقنيات الخاصة بالمساندة النفسية. إذن تتعلق هذه الدراسة بمحاولة تقديم مساندة نفسية لشاب مصاب بمرض اللوكيميا من خلال تقييم للميكانيزمات الدفاعية، عبر مرحلتين: مرحلة ما قبل استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية، و مرحلة ما بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية.

ومن بين الدراسات السابقة دراسة لـــ L. Poenaru وآخرون، الهدف الأساسي لهذه الدراسة كان فحـــص ثبـــات أو عدم ثبات، الميكانيزمات الدفاعية خلال علاج نفسي تحليلي مختصر (خمس حصص)، لحالة واحدة وهي امرأة فـــي حالـــة أزمة، بعدما تم طردها من القسم الذي كانت تحضر فيه، دراسات ما بعد التدرج بسويسرا. فمن خلال دراسة الميكانيزمـــات الدفاعية المستعملة، و تمظهراتها باستعمال سلم تقييم الميكانيزمات الدفاعية (DMRS). نتيجة الدفاع الشـــامل فـــي نهايـــة العلاج، قد ارتفعت بالنسبة لما كانت عليه قبل العلاج، وكذلك في المستوى النرجسي. وهذا راجع لفتـــرة انتكاســـية مؤقتـــة مرت بها الحالة.(L. Poenaru et autres, 2011, p503)

دراسة Martin Drapeau وآخرون، هدفت الدراسة إلى قياس مدى ثبات الوظيفة الدفاعية، خلال أربع حصص من العلاج النفسي التحليلي المختصر. 61 حالة من طلبة الطب العقلي بجامعة لوزان بسويسرا، وهذا باستعمال اختبار DMRS. إن الوظيفة الدفاعية الشاملة والمستوى الوسواسي، قد ارتفعا بنسبة ذات دلالة. إضافة إلى ارتفاع دال لميكـــانيزم التعقيـــل. انخفاض عدد الدفاعات المستعملة في المستوى النرجسي، وانخفاض ميكانيزمي الاحتقار والمثالية. أما ميكانيزمات مســـتوى النضج فقد ارتفعت ثم انخفضت خلال التدخل العلاجي. (Martin Drapeau, 2003, p496)

1-1-فرضيات البحث:

- تتغير الوظيفة الدفاعية للمصاب بمرض اللوكيميا (مرحلة ما قبل انتشار المرض)، في بعض المستويات المحددة في سلم (DMRS).
- هناك علاقة بين التغير الكمي و النوعي في الوظيفة الدفاعية.

1-2- أسباب اختيار الموضوع:

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

1-3- أهداف البحث:

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

1-4- أهمية البحث: تكمن أهمية هذا البحث في تسليط الضوء على موضوع الميكانيزمات الدفاعية، الحـــديث نســـبيا. و الذي تم تحديث رؤية الباحثين له حاليا. خاصة فيما يخص علاقته بالعلاج النفسي، لاسيما المساندة النفسية كجانب منه. هذا إلى جانب، محاولة من الباحث لتفعيل و تقييم، مدى فعالية استعمال الميكانيزمات الدفاعية في المســـاندة النفســـية. و هـــذا لإعطاء بعد و عمق أوسع لموضوع الدفاعات النفسية.

I-5- نبذة تاريخية: يرجع مصطلح الميكانيزمات الدفاعية إلى التحليل النفسي وعلم النفس المرضي. بالرغم من أن كلمـــة ميكانيزم أو آلية هي مأخوذة من العلوم التجريبية والطبية. استعمل فرويد مصطلح الدفاع لأول مرة سنة 1894 في مقـــال له، بعنوان "العصابات النفسية للدفاع"(Les psychonévroses de défense)،

حيث كان يربط بين هذه الميكانيزمات والسمات النفس مرضية. كما أراد فرويد من خلال هذا المقال تقديم نظريـــة نفسية للهستيريا المكتسبة، الرهاب، الوساوس وبعض الذهانات الهلوسية.(Serban Ionescu et autres, 2003, p11)

حسب فرويد يعتبر الدفاع العنصر الأساسي للميكانيزم النفسي لهذه العصابات. حيث ذكر هذا في مقال آخـــر ســـنة 1896(Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense).

وتكون على أنماط دفاعية خاصة:

د. تحويل انفعال في الهستيريا.

ه. إزاحة انفعال في عصاب الوساوس.

و. إنكار التمثلات و الانفعالات أو الإسقاط في الذهان.

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

في كتابه "الكف عرض وقلق"، عاد فرويد إلى مصطلح الدفاع وبين بأنه لا يستعمل إلا للدلالة وبطريقة عامة، على كل العمليات التي يستعملها الأنا في الصراعات التي يمكن أن تؤدي إلى العصاب. أما الكبت فيعني نمط جد محدد من الدفاع. (Serban Ionescu et autres, 2003, p12)

حسب دراسة Buckley سنة 1995، استعمل فرويد عشرة ميكانيزمات دفاعية:

- النكوص: سنة 1900 في كتاب تفسير الأحلام، كما له علاقة مع مصطلح التثبيت المذكور في كتاب مقدمة في التحليل النفسي سنة 1916.
- الإعلاء والتكوين العكسي: سنة 1905 في كتاب ثلاث محاولات في نظرية الجنس.
- الإسقاط: سنة 1911 في كتاب الرئيس شريبر.
- الانقلاب على الذات والتحويل العكسي في كتاب النزوات ومصير النزوات سنة 1915.
- الاستدخال أو التقمص: سنة 1917 في كتاب الحزن والمنخوليا.
- الإلغاء العكسي والعزل: سنة 1926 في كتاب الكف عرض وقلق.

في سنة 1936 نشرت آنا فرويد أول كتاب في الميكانيزمات الدفاعية، بالاعتماد على مساهمات والدها، حيث قدمت إسهاماتها الشخصية النظرية والعناصر الأساسية لما أصبح يسمى لاحقا تحليل الدفاع.

وصفت آنا أهداف وأنماط الدفاعات إلى جانب جرد لمجموعة من الدفاعات، تنظيمها واستعمالها التناوبي ضد التهديدات الداخلية والخارجية.

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

I-6- تعريف الميكانيزمات الدفاعية: هي مختلف أنواع العمليات التي تتضمن الدفاع. ونعني به، تلك العمليات التي تهدف إلى تخفيض أو حذف أي تغير يمكن أن يشكل خطرا على الاندماج والاستقرار البيونفسي للشخص. كما يؤكد الباحثين على أن الدفاع يأخذ غالبا شكلا قهريا، ويكون لاشعوريا على الأقل جزئيا.(Laplanche et pontalis, 1967, p155)

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

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

هو الوسيلة أو الوسائل التي يتخذها الأنا لاشعوريا لتجنب التعبير المباشر، عن النزعات والوجدانات التي تهدد اتزانه وكأن ميكانيزم الدفاع يعبر عن دافع لاشعوري، ويهدف لتخفيف القلق أو الدفاع ضد خطر ما. (فرج عبد القادر، طه وآخرون، ص448)

هي آلية نفسية لاشعورية يستعملها الشخص لخفض القلق، الناجم عن نزاعات داخلية بين المقتضيات الغريزية، والقوانين الأخلاقية والاجتماعية. (نوربير سيلامي، ص296)

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

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

Vaillant et Drake: يعتبران الدفاعات كمفهوم استعاري لوصف مختلف الأنماط المعرفية، و طرق التصرف مع الواقع الداخلي و الخارجي. إن صعوبة هذا التعريف توضح مدى صعوبة تعريف الميكانيزمات الدفاعية والتعرف عليها. بل هناك من يذهب إلى مستوى آخر من الصعوبات هو موضوع المشتقات الشعورية للميكانيزمات الدفاعية. كما وصف Vaillant سنة 1993 الدفاعات على أنها سيرورات ضبط عقلية تهدف إلى استرجاع التوازن النفسي. (Serban Ionescu et autres, 2003, p25)

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

I-7- تعريف المساندة النفسية: هي علاج نفسي قصير المدة، موجه لمساعدة شخص يمر بفترة أزمة.

تعريف Daniel Widlöcher: هي مجموعة من التقنيات تتضمن خليط متنوع، من عناصر الدعم والعناصر التفسيرية. (Edouard De Perrot, 2006, p12)

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

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

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

هناك ثلاث عناصر في العملية: الفهم، المرافقة والإسناد. وهي تتجه كلها إلى اتجاه إنساني يتمثل في تخفيف المعاناة. هناك محورين أساسيين خاصين بالمجموعات العلاجية النفسية:

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

- المحور الثاني يتعلق بالدرجات الموجودة بين المساندة النفسية والعلاجات النفسية الباحثة عن الاستبطان، تحليل الصراعات اللاشعورية وفهم التحويل، و هي العلاجات النفسية الاستكشافية(les psychothérapies Découvrantes) مثل العلاج النفسي التحليلي. وهي تهتم أكثر باللاشعور، إشكاليات بداية الطفولة أو ما قبل التناسلية، الأشكال السلبية التي تظهر في المقاومة، الإنكار وكل ما لا يقال أثناء المقابلة. أما العلاج النفسي المساند فهو ينتمي إلى مجموعة العلاجات النفسية الاحتوائية (Les psychothérapies Recouvrantes) .

I-8- الأساسات النفسية التحليلية للعلاج النفسي المساند: كما يظهر في الكثير من التعريفات حيث تحدد هذا العلاج في زمن معين، هذا ما يساهم في تخفيض هدفه العلاجي، وهو الأمر الذي لا يتماشى مع طموحات العميل في تجاوز صعوباته، وبدون محاولة تنظيم توازنه الطبيعي الذي يحدده جهازه الدفاعي، الذي يكون مضطربا مؤقتا ونحاول إعادة توازنه وتدعيمه. هذا بالرغم من وجود أفكار أخرى تؤكد على أن وجود مرافقة نفسية طويلة المدى يمكن أن يمثل وسيلة ضرورية فعالة واقتصادية نسبيا (بالمفهوم المالي و الإجرائي) للوقاية من أي تدهور خطير، خاصة عند أشخاص لا يمتلكون مصادر كافية، لمساعدة أنفسهم و محاولة تغيير تنظيمهم الداخلي. (Edouard De Perrot, 2006, p61)

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

إن إطالة العلاقة العلاجية يشكل علاقة خاصة، يجب الحفاظ عليها لكن فقط في إطار علاجي لتحافظ على فعاليتها ولو نسبيا، وإلا فإنها تصبح عقيمة. إن كل علاج مطول قد يتضمن خطر تطوير عصاب التحويل كنتيجة لاستقبال المعالج وإصغائه لهذا العميل بدون إطلاق أحكام عليه. إن عصاب التحويل هو مصطلح إجرائي ليست له قيمة مستقلة أو مطلقة. إذا اعتبر أنه الهدف المبتغى من العلاج، حيث يصبح وسيلة مهمة لتحديث الاستهامات التي يمكن للمعالج تفسيرها. نذكر في هذا المقام وحسب الباحث Ralph.R. Greenson التفسير يعني: " أن تجعل الدلالة، المصدر، التاريخ والشكل أو السبب اللاشعوري لظاهرة نفسية ما، شعوريا". هذا إلى غاية أن يصبح العميل قادرا على حل عصابه الطفولي الذي كان أساس المشكل. من الضروري فهم الاستجابات العاطفية للعميل حتى نتمكن من التدخل في الاتجاه الذي اتخذته هذه الاستجابات، حتى لا تنتظم على شكل عصاب تحويل. (Edouard De Perrot, 2006, p63)

I-9- تعريف اللوكيميا: يعرف سرطان الدم باسم (اللوكيميا) وتعني هذه الكلمة الدم الأبيض و يسمى ابيضاض الدم، وقد أطلق الأطباء هذا الاسم لأن دم المصابين يبدو باهتا نتيجة فقر الدم الذي يصيب هؤلاء المرضى بدرجات متفاوتة حيث يقل عدد الكريات الحمراء نسبيا في الدم الساري، على حين يزداد عدد الكريات البيضاء، فنجدها وقد قفزت من سبعة آلاف في المليمتر المكعب الواحد إلى مائة ألف، وأحيانا خمسمائة ألف كرية بيضاء في المليمتر المكعب. وتزدحم الأنسجة المكونة للدم في مريض سرطان الدم بكريات الدم البيضاء حديثة العهد وكثيرة التوالد. ويختل الإنتاج الطبيعي للكريات الحمراء مما يسبب فقر الدم .كما تتداخل عملية إنتاج الكريات البيضاء في تكوين الصفائح الدموية اللازمة لتجلط الدم. لذلك يصاب مرضى (اللوكيميا) بالاستعداد للنزيف. (R. Mertelsmann, M. Engelhardt, D. P. Berger , 2011, p413)

ويوجد صنفان أساسيان من كريات الدم البيضاء (الخلية الليمفاوية والخلية النخاعية) وتتكون أغلب هذه الخلايا في الغدد الليمفاوية وفي الطحال .غير أنهما يتكونان أيضا في نخاع العظام .وعليه يوجد صنفان من هذا السرطان حسب نوع الخلية الغالبة المتكاثرة .وفي النوع الليمفاوي قد يكون تضخم الغدد الليمفاوية أول إشارة للإصابة بالمرض. أما في النوع النخاعي فيتميز بتضخم في الطحال .كما أن النزيف قد يكون أحيانا أول علامة إذا ما ظهر عقب خلع ضرس أو عملية جراحية صغيرة لا تستدعي كل هذا النزيف المزعج، أو قد ينزل من الأنف أو اللثة بدون أي سبب، ثم يظهر فقر الدم والتعب والإنهاك والضعف العام والشحوب.

حسب ما جاء في المؤتمر الوطني الثاني عشر لأمراض الدم، تمثل اللوكيميا **10%** من أنواع السرطانات في الجزائر. أما اللوكيميا الحادة تمثل **18%** من أمراض الدم الخطيرة. بنسبة 0.35 في المئة ألف بالنسبة للوكيميا اللمفاوية الحادة، و0.91 في المئة ألف بالنسبة للوكيميا النخاعية الحادة. (M.A Bekadja et autres, 2012, p06)

II - الطريقة والأدوات :

II-1- منهج الدراسة: اعتمد الباحث على المنهج العيادي في هذا البحث. أي دراسة الحالة من خلال المقابلة والملاحظة العيادية.

II-2- مجتمع الدراسة: و يتعلق الأمر بأشخاص مصابين بمرض اللوكيميا، يتم استشفاؤهم داخل مصلحة أمراض الدم، بالمستشفى الجامعي لتلمسان.

II-3- عينة الدراسة: و هي حالة واحدة اختارها الباحث قصديا، لأنه شاب. واكتشاف وبداية علاج اللوكيميا عنده، هو حديث بالنسبة لباقي المرضى (منذ 5 أشهر). هذا بالإضافة إلى أن قبول مشاركة المرضى في الدراسة، كان صعبا بسبب معاناتهم من الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي، وتدهور حالتهم النفسية، خاصة وأن أغلبهم قد سبق وأن تلقوا علاج كيميائي، لكنهم انتكسوا بعد عدم استجابتهم الجيدة للعلاج.

II -4- وسيلة جمع المعلومات: حيث اعتمد الباحث في جمع المعلومات الأولية حول الحالة، من خلال ثلاث مقابلات عيادية.بالإضافة إلى، سلم تقييم الميكانيزمات الدفاعية. حيث قام الباحث بتسجيل صوتي لمقابلتين من أصل أربعة، بالنسبة لمرحلة ما قبل استعمال تقنيات المساندة النفسية. ومقابلتين من أصل أربعة بالنسبة لمرحلة ما بعد استعمال تقنيات المساندة النفسية. أي المقابلة الأولى والرابعة في كل مرحلة لمدة 30د. ثم حاول الباحث، وعلى أساس المقاطع الصوتية المسجلة، الاستدلال حول وجود الميكانيزمات الدفاعية، بالاعتماد على دليل الاختبار.

II -5- الاختبار النفسي المستعمل: و هو سلم تقييم الميكانيزمات الدفاعية (DMRS).

يصف هذا الاختبار 27 ميكانيزم دفاعي في نسخته الأخيرة، التي اعتمد عليها الباحث في هذا البحث. بعدما كان العدد في نسخ سابقة 22. يتضمن دليل الاختبار تعريف خاص بكل ميكانيزم، وظيفته، التشخيص الفارقي لتمييز الدفاعات المتشابهة. بالإضافة إلى سلم تقييمي نوعي من 0 إلى 2 (حيث تتفرع القيمة 1 و 2 إلى ...1a, 1b, 2a, 2b). إذن، يعطينا هذا الاختبار تقييمين:

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

حيث يسمح بإعداد بروفيل دفاعي حسب الدفاعات المستخرجة، التي تنقسم على أساس سبعة مستويات، من الأكثر نضجا إلى الأقل نضجا. حيث تم تجميع الدفاعات ذات الأهداف المشتركة، في مستوى واحد من المستويات السبعة. موضحة في الجدول رقم 01 (أنظر الملاحق).

- التقييم النوعي: ونجده في الدليل على شكل أمثلة، على أساسها نؤكد وجود، احتمالية وجود أو عدم وجود دفاع ما، وهذا بواسطة تقديم وصف لدرجات تمظهر هذا الدفاع، يطلع عليها الباحث ثم يحدد أي درجة تتناسب مع الحالة التي يدرسها، وهذا بالأخذ بعين الاعتبار وظيفة هذا الدفاع والإطار الذي يتعلق به.

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

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

* **نسبة البروفيل الدفاعي:** ونحصل عليها بعد جمع كل تكرارات الدفاعات في المستوى الواحد وقسمتها على المجموع الكلي للتكرارات، حيث نحصل على النسبة المئوية لكل مستوى دفاعي. حيث تسمح لنا بتحديد المستوى الذي تنتمي إليه الحالة التي ندرسها.

*** نسبة الدفاع الشامل:** ونحصل عليها بضرب عدد تكرارات كل دفاع في كل مستوى، في القيمة التي تمثله، ثم نجمع قيم كل المستويات ونقسمها على العدد الكلي لتكرارات الدفاعات. وهي ليست نسبة مئوية بل تبدأ بالقيمة 1 (وهو أخفض مستوى)، إلى القيمة 7 (وهو أعلى مستوى دفاعي). (J.C Perry, 2009, p59)

يعتمد هذا الاختبار أساسا على الخبرة الميدانية للباحث، التدرب على استخراج الدفاع المستعمل من طرف الحالة، من خلال التسجيل الصوتي، تحديد وظيفته بالنسبة للحالة والإطار الذي ينتمي إليه. تسجيل المقابلات والملاحظات، ثم القيام بتقييم الدفاعات بالاعتماد أساسا على دليل الاختبار.

II-6-تقديم الحالة:

II-6-1- البيانات الأولية:

الاسم: عبد الحق.

اللقب: ح.

الجنس: ذكر.

السن: 35 سنة.

الإقامة: دائرة سدراتة/ولاية سوق أهراس.

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

الحالة المدنية: متزوج.

عدد الأولاد: طفل واحد.

المستوى الدراسة: التاسعة أساسي.

الحالة الاجتماعية: عامل في طلاء المنازل.

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

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

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

II-6-2- وصف الحالة: كان أول اتصال مع عبد الحق بكل سهولة و يسر حيث، بعد التنسيق مع النفسانية العيادية للمصلحة تم توجيهي إلى هذه الحالة، حيث كان له بعض الأيام من دخوله إلى المصلحة (2016/03/28).

بعد تبادل التحية قدمت نفسي له ثم سألته عن حالته حاليا و للاطمئنان عليه، و البدء في تحقيق نوع من الثقة مع الحالة. ثم ذكرت له صفة وجودي في هذه المصلحة، أي بأنني طالب أحضر شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، و أنا بصدد تحضير هذه الرسالة المتعلقة بمرض اللوكيميا. سألته إن كان يرغب و يستطيع المشاركة فقبل بدون تردد، بل كان متحمسا للأمر.

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

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

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

II-6-3- تاريخ الحالة: كانت ولادة الحالة عادية. نشأ في طفولة عادية حسب تصريحاته. ثم مرت مرحلة التمدرس، حيث كان مستواه متوسطا إلى غاية السنة التاسعة أساسي حيث تخلى عن الدراسة بسبب الظروف المادية للأسرة آنذاك. ليبدأ في أعمال بسيطة (بيع المأكولات في الشواطئ ثم إنشاء قاعة ألعاب). إلى غاية اختيار الطلاء كمهنة منذ 1999 إلى غاية 2011، ليقرر البدء في إجراءات ملف (أونساج)، ليقرر في الأخير التخلي عن الأمر بعد معاناة من البيروقراطية. ثم يستمر في مهنة الطلاء. لتأتي فترة اكتشاف مرض اللوكيميا.

II-6-4- تاريخ المرض: منذ خمسة أشهر قبل دخوله المستشفى بدأت أعراض المرض بالظهور، حيث كان يحس بتعب شديد غير عادي و حرارة مرتفعة باستمرار (كانت تصل إلى غاية 40.5^{o})، و هذا خاصة أثناء العمل. زار طبيب عام قال له بأنه مجرد ارتفاع حرارة عابر يحتاج بعض الأدوية. ثم زار طبيبين آخرين شخصا الحالة بأنها مرض في اللوزتين و هما سبب ارتفاع درجة الحرارة. لكن الأعراض استمرت هذا ما جعل عبد الحق يقلق من حالته الصحية، فطلب إجراء تحاليل بعد كثرة الشكوك، فتوضح بأن له انخفاضا في الكريات البيضاء و الحمراء. كان هذا في مستشفى سوق أهراس. ثم اقترح عليه أخوه الساكن بتلمسان و هو عسكري، أن يتنقل عنده إلى تلمسان ليعالج في المستشفى الجامعي، ليتسنى له مساعدته في هذه المرحلة. و كذلك ليخفي الخبر عن والديه و بعض إخوته و لو مؤقتا، إلى غاية استقرار حالته كما صرح في المقابلة. و هذا خوفا من وقع الخبر على الوالدين خاصة.

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

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

II-6-5- العلاج: يستعمل في العلاج ما يسمى بروتوكول غرال 2005 الخاص بالراشدين،

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

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

II-6-6- برنامج الحصص: كان مجموع الحصص 11 حصة: حيث خصص الباحث ثلاث حصص الأولى للتعرف على الحالة و جمع المعلومات الأولية، و وضع نوع من العلاقة العلاجية و الثقة بين الباحث و الحالة. و كانت مدتها ساعة واحدة لكل حصة، بمعدل مقابلة واحدة في الأسبوع. أما الثمانية حصص الباقية فخصص الباحث الأربعة الأولى منها لمرحلة ما قبل استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية، ثم الأربعة المتبقية لمرحلة ما بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية، بمعدل مقابلتين في الأسبوع. حيث كان مجموع الحصص خلال المرحلتين متساوي ليتسنى للباحث مقارنة النتائج لاحقا. و كانت مدتها نصف ساعة، و هذا بسبب الظروف الصحية للحالة، خاصة بعد حوالي شهر من العلاج أين يبدأ الإحساس بالتعب شديدا و التقيؤ المستمر، آلام في المفاصل. إلى جانب، تميز المصابين بمرض اللوكيميا بحساسية شديدة من دخول أي ميكروب أو جرثومة، ناتجة عن أمراض أخرى مثل الزكام، فقد يؤدي هذا إلى مضاعفات خطيرة.

خاصة وأن الباحث كان يضطر إلى التنقل مع الحالة (و هو حامل لكيس المصل الذي يحتوي على الدواء)، إلى جهة أخرى من المصلحة، و هي قاعة علاج خاصة للاستشفاء النهاري (l'hôpital de jour)، و هي مجهزة بمكتب أين جرت المقابلات. هذا لأن المكاتب كانت مغلقة بسبب الأشغال. هذا بالإضافة إلى التسجيلات الصوتية، حيث قام الباحث بالتسجيل في المقابلة الأولى و الأخيرة من كل مرحلة، لمدة 30د فقط و هذا راجع إلى الظروف الصحية المذكورة آنفا، و الذي كان أيضا سببا في تأجيل مقابلة، حيث اشتدت الآلام على الحالة و لم يكن بمقدوره الكلام.

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

أما مقابلات المرحلة الأولى، فقام الباحث بتسجيل صوتي في الحصة الأولى و الرابعة، ليتسنى له استخراج الميكانيزمات الدفاعية المستعملة، و لم تكن للباحث تدخلات تحمل شكل المساندة النفسية. أما الحصتين الباقيتين فكانتا بدون تسجيل، لكن ساهمتا و ساعدتا الباحث في جمع بعض الملاحظات العامة منها، تخص معايشة المرض و ما ينجر عن ذلك من آثار نفسية. و أخرى خاصة تخص الميكانيزمات الدفاعية فقد حاول الباحث بدل أقصى جهد لمراجعتها تكرارا، و وضع عدة مقارنات من خلال كلام الحالة في المقابلات و هذا محاولة لضبطها من خلال وظائفها.

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

III- النتائج ومناقشتها :

III-1- مقارنة نتائج اختبار DMRS قبل و بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية:

III-1-1- على مستوى المجموع الخام و القيم المعيارية و نسب الدفاع الشامل للدفاعات المستعملة:

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

III-1-2- على مستوى نسب الدفاع الشخصي:

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

المثالية	1-d	%04.76	
الفكاهة	2-b	%04.76	
التقمص الاسقاطي	2-d	%04.76	
الإيثار	1-a	%04.76	

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

III-1-3- على مستوى نسب البروفيل الدفاعي:

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

التعليق والتحليل: نلاحظ انخفاض عدد الميكانيزمات الدفاعية المستعملة من 13 إلى 09 م.د، وبالتالي تكراراتها من 21 إلى 15. بالنسبة للمرحلتين ما قبل وما بعد استعمال تقنيات المساندة النفسية. أما نسبة الدفاع الشامل فقد ارتفعت من 5,19 في المرحلة الأولى إلى 5,53 في المرحلة الثانية. ونجد تفسير تغير هذه النسب بالرجوع إلى تفاصيل كل ميكانيزم دفاعي في كل مستوى من المستويات الدفاعية.

حيث نجد أن نسبة البروفيل الدفاعي في المستوى السابع قد ارتفعت من42.85% إلى 46.66%، حيث يمثل هذا المستوى الوظيفة الدفاعية المثلى من تكيف الشخص مع العوامل الداخلية والخارجية للضغط. تساهم م.د المستعملة في هذا المستوى في رفع الإحساس بالرضا، كما تسمح بالإدراك الشعوري للأفكار، الأحاسيس وكل عواقبها. يعالج تحقيق الذات الصراعات الانفعالية الداخلية والخارجية بالتعبير مباشرة عن المشاعر والرغبات، لخفض القلق والشدة الناتجة عن العراقيل التي تسببها القوى الداخلية والخارجية التي تمنع الشخص من التعبير. إن انخفاض تحقيق الذات في هذه الحالة راجع إلى إحساس الحالة بالرضا عما حققه في حياته الشخصية والعائلية، وهذا ما لاحظه الباحث خلال سيرورة المقابلات مع الحالة. وبالتالي انخفضت نسبة الدفاع الشخصي بدورها من 19.04% إلى 06.66%. أما من حيث التقييم النوعي: فتغير تحقيق الذات من التقييم 1-b (في المرحلة الأولى أي ما قبل استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية) إلى 2-a (أي ما بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية)؛ حيث في هذا المستوى من تحقيق الذات المحتمل ذكرت الحالة عدة أمثلة كانت الاستجابة فيها للعوامل الخارجية من الضغط بواسطة محاولة تحقيق الذات، لكن هذه الأمثلة ليست لها إلا دلالة صغيرة فيما يخص الإحساس بالرضا الوجداني. أما في المرحلة الثانية، حيث كان التقييم 2-a، وصفت الحالة مثالين أو أكثر ذوي دلالة من الناحية العاطفية، توضح صراع عاطفي أو ضغط خارجي مهم. حتى وإن لم تصل الحالة إلى أهداف تحقيق الذات الكاملة، فهو لم يظهر أي علامة من الخجل أو الإحساس بالذنب.

أما الدفاعات الأخرى (القمع، الاستبطان، الإعلاء، الفكاهة والإيثار) ارتفعت نسبة الدفاع الشخصي، من 04.76% إلى 13.33%، ما عدا الدفاعين الأخيرين الذين لم يسجل الباحث وجودهما في مرحلة ما بعد استعمال التقنيات العلاجية

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

يسمح الاستبطان للحالة بالتكيف الحسن مع متطلبات الواقع الخارجي (محيطه الاجتماعي). فهو لا يغير حقيقة الحالة بل يساعدها على إيجاد أحسن تكيف للحالة النفسية الداخلية (بما فيها معايشته لمرض اللوكيميا) مع الواقع الخارجي (محيطه الاجتماعي). فهذا الميكانيزم يسمح للحالة بالتقدم والتكيف الحسن لمواجهة عوامل الضغط، على رأسها المرض الذي يعاني منه. وهذا ما صرح به مرارا خلال المقابلات. أما التقييم النوعي: فقد تغير من المستوى في المرحلة الأولى1-a؛ و هو يعبر عن ملاحظات قدمها الحالة حول طريقة إدراك سلوكاته من طرف الآخرين. وهو لا يبدل مجهود كبير لفهم مساهمة الحالة العاطفية في هذا. إلى 1-c في المرحلة الثانية، حيث بعد تعليق من الفاحص حول صراع مهم عند الحالة (يخص مرضه)، أصبح يميل إلى وصف الجوانب المهمة في نفسه وعلى حقيقتها.

أما الإعلاء فقد قامت الحالة بتصريف الأفكار والأحاسيس السلبية نحو تعبير مقبول اجتماعيا (إن شاء الله نرتاح، عندي أمل في ربي، أنا متيقن بأن ربي يشفيني)، هذه ما يكسبه اعترافا ومكافأة اجتماعية تزيد من دعمه نفسيا، لمواجهة القلق المرتبط بمرضه. بالإضافة إلى هذا، ظهر من خلال المقابلات بأن الحالة متشبعة بهذه الثقافة منذ الصغر.أما التقييم النوعي: فحافظ على نفس المستوى 2-a في المرحلتين، إذ قدم بعض التداعيات المرتبطة بصراعات ووضعيات ضاغطة، ثم عبر عن إحساس له علاقة مع الموضوع الأساسي وهو مرضه.

نسبة الفكاهة كميكانيزم كانت منخفضة 04.76% في المرحلة الأولى وغير موجودة في المرحلة الثانية، وهي تعبر عن مستوى مقبول من النضج للحالة. فهي تسمح فقط بالتعبير عن جزء من الأحاسيس المرتبطة بالصراعات وعوامل الضغط النفسي.

كذلك الأمر بالنسبة لميكانيزم الإيثار 04.76%، الذي يحقق الحاجة إلى الارتباط والعلاقات الاجتماعية، بالاستجابة للصراعات بواسطة مساعدة الآخرين. وهو أيضا لم يسجل الباحث وجوده في المرحلة الثانية. هذا لأن كلتا هذين الميكانيزمين استعملتهما الحالة بطريقة معتدلة، وثانوية كما لاحظ الباحث ذلك خلال المقابلات، فالحالة لا يمتاز بالفكاهة المفرطة، إلا حسب ما تتطلبه الوضعية الصراعية. و لا بالإيثار المفرط إلا حسب القدرة كما جاء في المقابلات. التقييم النوعي: 2-b قدم الحالة تعليق فكاهي لتغيير جو المقابلة. هذا التعليق لا يعيق سير المقابلة بل يسهل تواصلها. هذا في المرحلة الأولى. أما المرحلة الثانية فلم يسجل الباحث وجودا للفكاهة كميكانيزم دفاعي. أما الإيثار 1-a فقد ذكر الحالة مثالا لمساعدته الآخرين، حيث لا يوجد علاقة بين الصراعات أو التجارب المعاشة. ومن الواضح فيها أن الحالة كانله إحساس بالرضا عند مساعدته للآخرين. عموما، وبالرغم من انخفاض نسبة البروفيل الدفاعي في المستوى 7، لم يؤثر على مظهر النضج عند الحالة الذي يعبر عنه هذا المستوى.

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

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

التقييم النوعي لميكانيزم التعقيل: حيث وبربطه بحالة القلق هذه نجد تغيره في المرحلة الثانية في مستوى 2-f أي كان الحالة يصف تجربة ما باستعمال نوع من التجريد و التعميم، بدلا من التكلم مباشرة عن أحاسيسه.و هذا بعدما كان التقييم النوعي في المرحلة الأولى 1-a حيث يجيب الحالة على الأسئلة بجواب غير شخصي.

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

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

إن الميكانيزمات الدفاعية التي سجلها الباحث في هذا المستوى تعبر، عن محاولة الشخص لجعل فكرة مرضه خارج مجال الشعور مع وجود إحساس بالقلق الضمني. لتصبح ثلاث ميكانيزمات في المرحلة الثانية.

في المستوى الخامس كانت نسبة البروفيل الدفاعي 19.04%، والتي سجل وجودها الباحث فقط في المرحلة الأولى، بدفاعين هما التكوين العكسي و الإزاحة.

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

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

المستوى الرابع بنسبة بروفيل دفاعي 4.76% و هي نفسها نسبة الدفاع الشخصي وهما منخفضتان. تتميز ميكانيزمات هذا المستوى باضطرابات صغرى لصورة الذات، الجسم والآخرين و هذا بهدف ضبط تقدير الذات. سجل هنا الباحث فقط وجود ميكانيزم المثالية بنفس النسبة السابقة، في المرحلة الأولى فقط. التقييم النوعي: 1-dو هو يعبر عن وصف الحالة لكل الأشخاص المهمين بالنسبة له. لكن لاحظ الباحث بأن هذا الدفاع يبقى ثانوي بالنسبة للحالة من حيث وظيفته الدفاعية، فهو غير موجود كذلك في المرحلة الثانية.

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

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

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

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

المستوى الأول بنسبة بروفيل دفاعي 09.52% في المرحلة الأولى، لتنخفض إلى 06.66% في المرحلة الثانية. وكذلك الأمر بالنسبة لنسبة الدفاع الشخصي لميكانيزم العدائية غير الفعالة. التقييم النوعي: 1-dو هي تعبر عن أن الحالة يصف مثال له تبعات غير مقبولة من طرفه، وهذا الموضوع يكون حساسا إذا كان الشخص في حالة غضب تجاه شخص آخر. لتتغير إلى 1-b في المرحلة الثانية، وهي تعبر عن فرصة لم يطلب فيها المساعدة من الآخرين، فهو يفضل الشكوى من مساوئ الآخرين، لأن هذا يجلب له المساعدة الضرورية. وهذا ما يشير إلى تحسن الوظيفة الدفاعية للحالة من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثانية، من الناحية الكمية و النوعية لميكانيزم العدائية غير الفعالة.

III-2- ملخص لمقارنة كمية لتوظيف الميكانيزمات الدفاعية خلال المرحلتين:

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

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

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

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

من هنا يمكننا القول بأن التقنيات العلاجية للمساندة النفسية قد ساهمت، في الحفاظ على أقصى درجة من النضج في الوظيفة الدفاعية (على المستوى7). أما في المستوى 6 زادت دفاعات الحالة من حيث الكم والنوع، وقد عبرت عن نوع من القلق الذي بدأ يعيشه وهو مرتبط بمرض اللوكيميا وما ينتظره في المستقبل.

أما باقي المستويات فكان التوظيف الدفاعي فيها منخفضا أو مستقرا، هذا لأن الحالة لا يزال يحافظ على مستوى أحسن من النضج، وهذا بالمقارنة بين المرحلة الأولى و الثانية.

III-3- ملخص لمقارنة نوعية لتوظيف الميكانيزمات الدفاعية خلال المرحلتين: فيما يخص دفاعات المستوى السابع وهي التي تعبر عن النضج، نلاحظ من خلال الجدول بأن التقييم النوعي قد تغير ولو نسبيا من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثانية، أي بعد استعمال التقنيات العلاجية للمساندة النفسية، و هي العبارات التي قام الباحث بتسطيرها لتوضيح مواضع التغيير (تحقيق الذات، القمع، الاستبطان و الإعلاء). أما الفكاهة والإيثار فلم يسجل وجودها الباحث في المرحلة الثانية. ولهذا كانت التقنيات العلاجية ناجحة نوعا ما في المحافظة على هذا المستوى من النضج عند الحالة.

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

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

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

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

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

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

IV- الخلاصة :

إن هذا البحث يعتبر كمحاولة بسيطة من الباحث، لدراسة موضوع الميكانيزمات الدفاعية وربطه بالمساندة النفسية، عند المصاب باللوكيميا، وهذا باعتبار درجة تعقد هذا الموضوع. فالفرضية الأولى والثانية قد تحققتا عند الحالة، حيث سمح لنا تقييم الميكانيزمات الدفاعية الكمي والنوعي باستعمال سلم (DMRS)، من تقديم مساندة نفسية للحالة باستعمال بعض التقنيات في هذا المجال، وإن كان هذا جزئيا في بعض المستويات الدفاعية، وفي بعض التقنيات.

الإحالات والمراجع:

المراجع باللغة العربية:

- عبد المنعم الحفني (2005)، المعجم الموسوعي للتحليل النفسي، المجلد 1، بيروت، دار نوبيليس.
- فرج عبد القادر طه وآخرون، معجم علم النفس والتحليل النفسي، بيروت، دار النهضة العربية.
- نوربير سيلامي (2001)، المعجم الموسوعي في علم النفس، ترجمة وجيه أسعد، المجلد 1، دمشق، منشورات وزارة الثقافة.

المراجع باللغة الأجنبية:

- Alain De Mijolla (2005), international dictionary of psychoanalysis, USA, Thomson Gale.
- Arnold Winston and all (2004), introduction to supportive psychotherapy, USA, core competencies.
- Edouard De Perrot (2006), thérapie de soutien perspective psychanalytique, Paris, De Boeck.
- John Christopher Perry (2009), mécanismes de défense principes et échelles d'évaluation, Paris, Elsevier Masson.
- L. Poenaru et autres(2011), annales Médico-Psychologiques, 169, Elsevier, p503–509.
- Laplanche.J et Pontalis.J.B (1967), vocabulaire de psychanalyse, Paris, PUF.
- Laurent schmitt (2012), psychothérapie de soutien, Paris, Elsevier Masson.
- M.A Bekadja et autres (2012), étude épidémiologique nationale des leucémies aigues lymphoïdes et myéloïdes en Algérie sur une période de 5 ans (2006-2010), revue Algérienne d'hématologie n° 6-7.
- Martin Drapeau et autres (2003), The Journal of Nervous and Mental Disease Volume 191, Number 8, Lippincott Williams & Wilkins.
- R. Mertelsmann, M. Engelhardt, D. P. Berger (2011), précis d'hématologie et d'oncologie, Paris, Springer.
- Raymond A. Levy l J. Stuart Ablon (2009), Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy, New York, USA, Humana Press.
- Serban Ionescu et autres (2003), les mécanismes de défense théorie et clinique, Paris, Nathan.

-الملاحق:

جدول رقم 01: مستويات الميكانيزمات الدفاعية حسب John Christopher Perry

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

كيفية الإستشهاد بهذا المقال حسب أسلوب APA :

ديبون محمد ، (2021) **المساندة النفسية للمصاب باللوكيميا (مرحلة ما قبل انتشار المرض)، بواسطة تقييم للميكانيزمات الدفاعية** ، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية ، المجلد 13(04)/ 2021 B، الجزائر : جامعة قاصدي مرباح ورقلة، ص.ص 59- 74.