وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة سطيف 2

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس و علوم التربية و الأرطوفونيا

الرقم التسلسلي:

عنوان الأطروحة

دور لعبة الفيديو رومسيون Re-Mission في التسيير الذاتي للمرض و إنعاش التوظيف العقلي لدى المراهق المصاب بالسرطان

أطـروحـة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العيادي: علم النفس الصدمة

من إعداد الطالبة:

حافري زهية غنية

تحت إشراف:

أ.د: شرفي محمد الصغير

لجنة المناقشة:

أ.د رحال غربي محمد الهادي	أستاذ التعليم العالي جامعة الحاج لخضر باتنة	رئيسا
أ.د شرفي محمد الصغير	أستاذ التعليم العالي جامعة سطيف 2	مشرفا و مقررا
أ.د شلبي محمد	أستاذ التعليم العالي جامعة منتوري 2 قسنطينة	ممتحنا
أ.د جابر نصر الدين	أستاذ التعليم العالي جامعة محمد خيضر بسكرة	ممتحنا
أ.د جبالي نور الدين	أستاذ التعليم العالي جامعة الحاج لخضر باتنة	ممتحنا
أ.د لونيس علي	أستاذ التعليم العالي جامعة سطيف 2	ممتحنا

السنة الجامعية 2014 / 2015

محـــــــتوى الأطـــــروحـة

شكر و تقدير

ملخص الدراسة

UNIVERSITE SETIF2

الإطار النظري و المفاهيمي للدراسة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة و الدراسات السابقة

أولا: إشكالية الدراسة	
مقدمة	04
1- إشكالية الدراسة	07
2- فرضيات الدراسة	13
3- دوافع إجراء الدراسة	17
4- أهمية الدراسة	18
5- أهداف الدراسة	18
6- تحديد مفاهيم الدراسة	19
ثانيـــــا: الدراسات السابقة و مدى إفادة الدراسة الحالية منها	
تمهيد	26
1- المحور الأول: دراسات تناولت مجالات التفاعل الصحية (واقع افتراضي، العاب فيديو، برامج الانترنت التفاعلية) و دورها في تجاوز الاضطرابات النفسية و العضوية	27
2- المحور الثاني: دراسات التي تناولت متغير التسيير الذاتي للمرض من شعور بالفعالية الذاتية و تحسين لجودة الحياة في علاقتها بالأمراض العضوية	33
3- المحور الثالث: دراسات تناولت العلاقة بين التكفل العلاجي و إنعاش التوظيف العقلي	44
4- تعليق عام على الدراسات السابقة .	50
5- إفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة	51

الفصل الثاني: سيكولوجية اللعب و ألعاب الفيديو

تمهيد	54
1- اللعب عبر العصور	54
2- تعريف اللعب	55
3- أنواع اللعب	55
4- جوانب الشخصية التي ينميها اللعب	57
5- النظريات المفسرة لظاهرة اللعب	58
5-1- نظريات علم النفس الحديثة	58
5-2- نظريات مدرسة التحليل النفسي	59
5-3- النظرية المعرفية	59
5-4- النظرية السلوكي	60
6- أساليب العلاج باللعب	60
7- ألـعـاب الفيديـو	61
7-1- مفهوم لعبة الفيديو	61
7-2- تعريف لعبة الفيديو	62
7-3- تاريخ تطور ألعاب الفيديو	63
7-4- تصنيفات ألعاب الفيديو	63
7-5- سر نجاح ألعاب الفيديو	64
7-6- ماذا نلعب في ألعاب الفيديو؟	64
7-7- ألعاب الفيديو كواقع افتراضي	64
7-8- ألعاب الفيديو الجدية	65
7-9- تأثير ألعاب الفيديو في المجال الصحي من منظور نفسي	67
7-9- 1- ألعاب الفيديو من منظور مدرسة التحليل النفسي	67
7-9-2- ألعاب الفيديو من منظور معرفي سلوكي	70

3-9-7- ألعاب الفيديو من منظور علم النفس العصبي المناعي	72
8- الأساس النظري لتصميم لعب الفيديو الخاصة بتعديل السلوك الصحي	73
9- العاب الفيديو كوسيلة علاجية	74
1-9- نماذج من ألعاب الفيديو في مجال السرطانات	75
1-1-9- لعبة الفيديو رومسيون Re-Mission	75
2-1-9- الأساس العصبي لنقل رسائل لعبة الفيديو Re-Mission	77
3-1-9- منافع لعبة الفيديو Re-Mission الصحية	78
خلاصة الفصل	81

الفصل الثالث: التسيير الذاتي للمرض

تمهيد	84
1- التسيير الذاتي للمرض	84
I- المبحث الأول: الفعالية الذاتية	85
1- مفهوم الفعالية الذاتية	85
2- تعريف الفعالية الذاتية	86
3- تأثيرات الشعور بالفعالية الذاتية على الفرد	86
4- مستويات تأثير الفعالية الذاتية	87
5- العوامل المؤثرة في الشعور بالفعالية الذاتية	88
6- أبعاد الفعالية الذاتية	90
7- مصادر الشعور بالفعالية الذاتية	90
1-7- الأداءات الفعالة أو الانجازات الأدائية	90
2-7- النمذجة أو الخبرات البديلة	91
3-7- الإقناع الاجتماعي	91
4-7- الحالة الفسيولوجية و الانفعالية للفرد	91
8- الفعالية الذاتية في علاقته بالصحة	92
1-8- الفعالية الذاتية في إطار نظريات السلوك الصحي	92
2-8-التأثيرات البيولوجية للفعالية الذاتية	93
3-8- الأساس العصبي الفيزيولوجي للفعالية الذاتية	96
9- قياس الإحساس بالفعالية الذاتية	96
II - المبحث الثاني: جودة الحياة	97
1- جودة الحياة مفهوم متعدد المرجعيات	97
2- تاريخ ظهور مفهوم جودة الحياة	97
3- تعريف جودة الحياة	98
4- أبعاد جودة الحياة	100
5- لماذا الاهتمام بجودة الحياة	101
6- جودة الحياة في علاقتها بالصحة	102
6- 1- تطور مفهوم جودة الحياة في مجال الصحة	102
6- 2- جودة الحياة في اقتصاد الصحة	103
6- 3- تعريف جودة الحياة المرتبطة بالصحة	103
4-6- مفهوم جودة الحياة في مجال السرطانات	104
7- قياس جودة الحياة	107
8- ألعاب فيديو الصحة في علاقتها بجودة الحياة و الشعور بالفعالية الذاتية	107
9- مستويات لعبة Re-Mission في علاقتها بتحسين جودة الحياة و الشعور بالفعالية الذاتية	108
خلاصة الفصل	116

UNIVERSITE SETIF2

الفصل الرابع: التوظيف العقلي في التنظيمة السيكوسوماتية

تمهيد	118
1- مفاهيم حول التوظيف العقلي	118
1-1- بين العقل و النفس	118
1-2- بين التفكير و التوظيف العقلي	118
1-3- بين التوظيف العقلي و التوظيف الدماغي	119
1-4- النشاط العقلي و التوظيف العقلي	120
2- فما هو التوظيف العقلي؟ و ما المقصود منه	121
1-2 مكونات التوظيف العقلي	122
2-2- حركية التوظيف العقلي	123
2-3- أبعاد التوظيف العقلي	123
2-3-1- الفضاء الخيالي	124
2-3-1- 1- تعريف الخيال و الخيالي	124
2-3-1-2- التناول التحليلي لوظيفة الفضاء الخيالي	124
2-3-1-3- الفضاء الخيالي في التناول السيكوسوماتي	125
2-3-1-3-1 - سامي علي و باثولوجية التكيف أو كبت وظيفة الخيالي	125
2-3-1-3-2- بيار مارتي و خصوصية الأحلام السيكوسوماتي	128
2-3-1-3-3- تحرير الفضاء الخيالي و عودة الأحلام في التوظيف السيكوسوماتي	130
2-3-2- العقلنة	131
2-3-2-1- التصورات النظرية حول العقلنة	132
2-3-2-2- تعريف شامل للعقلنة	141
2-3-2-3- الجدول العيادي التشخيصي لتقييم نوعية التعقيل	141
2-3-3- الميكانيزمات الدفاعية في التنظيمة السيكوسوماتية	144
2-3-4- العقلنة، الفضاء الخيالي في ارتباطهما بالتنظيم الدفاعي	153
3- التكفل النفسي في الحقل السيكوسوماتي	154
3-1- خصوصية عناصر التكفل النفسي في الحقل السيكوسوماتي	154
3-2- الخصائص الشخصية للمريض السيكوسوماتي	157
3-3- طبيعة علاقة المريض السيكوسوماتي مع المختص	158
3-4- الإنعاش النفسي لدى المريض السيكوسوماتي	159
خلاصة الفصل	160

الفصل الخامس: السرطان بين التناول الطبي و النفسي

تمهيد	163
المبحث الأول: السرطان في التناول الطبي	164
1- الإحصائيات المرتبطة بمرض السرطان	164
2- نبذة تاريخية حول ظهور السرطان	165
3- سيرورة حدوث السرطانات	166
3-1- النظريات الباتوجينية لتفسير تطور السرطانات	166
3-2- التحولات الخلوية الخبيثة	167
4- أسبـــاب ظهور السرطان	169
5- تشخيص السرطان	169
6- علاج السرطان	170
7- تراجع المرض أم الشفاء من المرض؟	171
8- خصوصية الإصابة السرطانية في مرحلة المراهقة	172
8-1- ابيديميولوجية مرض السرطان في مرحلة المراهقة بولاية سطيف	173

8-2-أنواع سرطانات المراهق	173
8-3- المظاهر النفسية و الإصابة السرطانية في مرحلة المراهقة	174
المبحث الثاني: السرطان في التناول النفسي	175
1- العوامل النفسية و ظهور السرطان بين الواقع و الأسطورة	175
1-1- السرطان و النظام المناعي في علاقته بالضغط	177
1-2- أحداث الحياة و السرطان	178
1-3- الاكتئاب و نشأة السرطان	179
1-4- الشخصية و السرطان	180
1-5- السرطان والتكتم	181
2- السرطان في مختلف التناولات النظرية النفسية	182
2-1- هانز سلي Hans Selye و مساهمة الشدة و الإجهاد في إحداث السرطان	182
2-2- السرطان من منظور علم المناعة النفسي-عصبي (النظرية المناعية)	183
2-3- السرطان من منظور السيكوسوماتية التحليلية	183
2-3-1- دراسات أولية حول السرطان كمرض سيكوسوماتي؛ باهونسون Bahonson& al	184
2-3-2- البناء الأسري و تصدع التعبير كعوامل لظهور السرطان عند ڤير Guir	186
2-3-3- السرطان كانشطار وحماية للكيان الوجودي عند ماك دوجال Mc Dougall	186
2-3-4- مارتيMarty و مميزات التوظيف العقلي لدى مريض السرطان	187
2-3-5- نشأة السرطان حسب النظرية العلائقية لسامي علي Sami Ali	188
2-3-6- السرطان كاستمرارية عضوية لسيرورة الحدادا عند موارو Moirot	189
2-3-7- السرطان من وجهة نظر تكاملية لجون عند ستورا Stora	190
3- البروفيل السيكولوجي لمريض السرطان	191
4- التصورات الجماعية لمرض السرطان	193
4-1- التصورات المشكلة حول السرطان في الجزائر	194
5- خصوصية الإفصاح عن الإصابة السرطانية	195
6- ردود الفعل النفسية عند تلقي خبر الإصابة بالسرطان	198
7- الميكانيزمات الدفاعية و التكيفية لمواجهة السرطان	199
8- الاضطرابات النفسية المرتبطة بمرض السرطان	201
9- التكفل النفسي بمرضى السرطان	203
10- نماذج المقاربة العلاجية النفسية لمرضى السرطان	204
10-1- العلاج الجمعي التعبيري الداعم	204
10-2- التصور الذهني (التخيل)	204
10-3- علاج إعادة التصنيع المعرفي وإزالة الحساسية عن طريق تحريك العين EMDR	205
10-4- العلاج عن طريق المحاورات الجسمية	205
10-5-. العلاج النفسي الساند	206
10-6- العلاج عن طريق الاسترخاء	207
10-7- العلاج عن طريق التحليلي النفسي	207
خلاصة الفصل	208

الإطار الميداني: إجراءات الدراسة و نتائجها

الفصل السادس: الدراسة الميدانية و إجراءاتها

تمهيد	211
1 - منهج الدراسة	211
2- عينة الدراسة و مواصفاتها	211
2-1- عدد أفراد العينة	212
2-2- معايير اختيار أفراد العينة الكلية	213
2-3-اختبارT لتجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية قبل إجراء التجربة	214

2-4- خصائص أفراد العينة حول التوظيف العقلي و المرجعية المعتمدة لتحديدها	215
3- الحدود الزمنية و المكانية للدراسة	218
4- أدوات الدراسة	218
أولا : أدوات تقييم التسيير الذاتي للمرض	219
1- مقياس الشعور بالفعالية الذاتية: SEP	220
2- مقياس جودة الحياة الخاص بمرضى السرطان $PedsQl_{C.M}$	224
3- أساليب التحليل الإحصائي	228
ثانيا- أدوات تقصي التوظيف العقلي	228
1- الأداة الإسقاطية: اختبار الروشاخ	229
1-1- المرجعية المعتمدة لتمرير اختبار الروشاخ لتقصي التوظيف العقلي	231
1-2- المرجعية المعتمدة لاستخراج مؤشرات اختبار الروشاخ لتقصي التوظيف العقلي	232
1-3- مؤشرات التوظيف العقلي في ضوء اختبار الروشاخ	232
1-3-1- الفضاء الخيالي	233
1-3-2- العقلنة	234
1-3-3- فعالية الدفاعات	239
5- خطوات إجراء الدراسة	240
6- بروتوكول الدراسة	241
الفصل السابع: عرض و مناقشة نتائج الفرضيات	
أولا :عرض ومناقشة نتائج فرضيات التسيير الذاتي للمرض ف أ	243
1- عرض و مناقشة نتائج الفرضية ف أ.1	243
2- عرض و مناقشة نتائج الفرضية ف أ.2	245
3- عرض و مناقشة نتائج الفرضية ف أ.3	248
4- عرض نتائج الفرضية ف أ.4	251
5- عرض نتائج الفرضية ف أ.5	252
6- عرض نتائج الفرضية ف أ.6	252
7- عرض نتائج الفرضية ف أ.7	253
8- مناقشة عامة لنتائج فرضيات التسيير الذاتي للمرض	254
ثانيا :عرض ومناقشة نتائج فرضيات إنعاش التوظيف العقلي ف ب	257
1- عرض و تحليل نتائج فرضية الفضاء الخيالي ف ب.1	257
2- عرض و تحليل نتائج فرضية العقلنة ف ب.2	265
2-1- الفرضية ف ب.2. 1. الدينامية العاطفية (أ، ب،ج، د)	265
2-2- الفرضية ف ب.2. 2. الترميز(أ، ب)	277
2-3- الفرضية ف ب.2. 3 ارتباط عاطفة/ تمثيلة (أ، ب)	288
3- عرض و تحليل فرضية فعالية الدفاعات ف ب .3	294
4- مناقشة عامة لنتائج فرضيات التوظيف العقلي	302
ثالثا: التقييم العام لنتائج الدراسة	305
الخاتمة	309
مقترحات الدراسة	311
تساؤلات و آفـــــاق مستقبلية	312
الصعوبات التي واجهت الباحثة في أثناء إجراء الدراسة	314
المـراجـع	317
المـلاحق	333

فـــهرس الجـــداول

رقم	العنوان	صفحة
01	الجدول العيادي التشخيصي لتقييم نوعية العقلنة	142
02	مراحل الإفصاح عن الإصابة السرطانية للمريض	197
03	خصائص العينة الكلية المعتمدة في الدراسة	212
04	نتائج اختبار"ت" لتجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية في مقياس الشعور بالفعالية الذاتية SEP قبل إجراء التجربة.	214
05	نتائج اختبار "ت" لتجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية في مقياس جودة الحياة C.M PedsQl لدى المراهقين قبل إجراء التجربة	214
06	نتائج اختبار "ت" لتجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية في مقياس جودة الحياة C.M PedsQl لدى آباء المراهقين قبل إجراء التجربة	215
07	بنود الأبعاد الرئيسية لمقياس SEP و المحاور المندرجة ضمنها	221
08	معاملات الاتساق الداخلي لمقياس SEP	221
09	تحليل التباين أحادي الاتجاه (ANOVA) لمقياس SEP	222
10	معامل الارتباط بين نتائج التطبيق الأول و الثاني على مقياس SEP	222
11	معامل الارتباط بين نتائج التطبيق الأول و الثاني على أبعاد مقياس SEP	223
12	يوضح أبعاد مقياس C.M PedsQl	224
13	يوضح معاملات الاتساق الداخلي لمقياس C.M PedsQl عند المراهقين و آبائهم	225
14	تحليل التباين أحادي الاتجاه (ANOVA) لمقياسي C.M PedsQl	226
15	معامل الارتباط بين نتائج التطبيقين الأول و الثاني على أبعاد مقياسي C.M PedsQl	227
16	نتائج اختبار "ت" للفروق بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على الاختبار البعدي للشعور بالفعالية الذاتية لدى المراهقين المصابين بالسرطان	243
17	نتائج اختبار "ت" للفروق بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على الاختبار البعدي لجودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالسرطان	246
18	نتائج اختبار "ت" للفروق بين متوسطي المجموعة التجريبية و الضابطة على الاختبار البعدي لجودة حياة المراهقين المصابين بالسرطان حسب آراء آبائهم.	249
19	نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي للشعور بالفعالية الذاتية حسب متغير السن.	251
20	نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي للشعور بالفعالية الذاتية حسب متغير الجنس.	252
21	نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي للجودة الحياة حسب متغير السن.	253
22	نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي لجودة الحياة حسب متغير الجنس.	253
23	مؤشرات الفضاء الخيالي لأفراد العينة التجريبية في التطبيق القبلي	258
24	مؤشرات الفضاء الخيالي لأفراد العينة الضابطة في التطبيق القبلي	258
25	مؤشرات الفضاء الخيالي لأفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي	260
26	مؤشرات الفضاء الخيالي لأفراد العينة الضابطة في التطبيق البعدي	261
27	الدينامية العاطفية؛ محور التعبير النزوي لأفراد العينة التجريبية في التطبيق القبلي	265
28	الدينامية العاطفية؛ محور التعبير النزوي لأفراد العينة الضابطة في التطبيق القبلي	266
29	الدينامية العاطفية؛ محور التعبير النزوي لأفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي	266
30	الدينامية العاطفية، محور التعبير النزوي مقارنة بين نتائج التطبيق القبلي و البعدي للمجموعة التجريبية	267
31	الدينامية العاطفية؛ محور التعبير النزوي لأفراد العينة الضابطة في التطبيق البعدي	268
32	الدينامية العاطفية، محور التعبير النزوي مقارنة بين نتائج التطبيق القبلي و البعدي للمجموعة	269

UNIVERSITE SETIF2

	الضابطة	
33	مقارنة بين نتائج المجموعتين التجريبية و الضابطة بين تطبيق قبلي و بعدي حول التعبير النزوي	270
34	الدينامية العاطفية؛ محور العدوانية لأفراد العينة التجريبية في التطبيق القبلي	271
35	الدينامية العاطفية؛ محور العدوانية لأفراد العينة الضابطة في التطبيق القبلي	271
36	الدينامية العاطفية؛ محور العدوانية لأفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي	272
37	الدينامية العاطفية، محور العدوانية النزوي مقارنة بين نتائج التطبيق القبلي و البعدي للمجموعة التجريبية	273
38	الدينامية العاطفية؛ محور العدوانية لأفراد العينة الضابطة في التطبيق البعدي	274
39	الدينامية العاطفية، محور العدوانية مقارنة بين نتائج التطبيق القبلي و البعدي للمجموعة الضابطة	275
40	مقارنة بين نتائج المجموعتين التجريبية و الضابطة بين تطبيق قبلي و بعدي حول العدوانية	276
41	ترميز النزوات الجنسية (IES): لأفراد العينة التجريبية في التطبيق القبلي	278
42	ترميز النزوات الجنسية (IES): لأفراد العينة الضابطة في التطبيق القبلي	278
43	ترميز النزوات الجنسية (IES): لأفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي	279
44	ترميز النزوات الجنسية مقارنة بين نتائج التطبيق القبلي و البعدي للمجموعة التجريبية	280
45	ترميز النزوات الجنسية (IES): لأفراد العينة الضابطة في التطبيق البعدي	281
46	ترميز النزوات الجنسية مقارنة بين نتائج التطبيق القبلي و البعدي للمجموعة الضابطة	282
47	مقارنة بين نتائج المجموعتين التجريبية و الضابطة بين تطبيق قبلي و بعدي حول الترميز الجنسي	283
48	ترميز النزوات العدوانية (IES) لأفراد العينة التجريبية في التطبيق القبلي	284
49	ترميز النزوات العدوانية (IES) لأفراد العينة الضابطة في التطبيق القبلي	284
50	ترميز النزوات العدوانية (IES) لأفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي	285
51	ترميز النزوات العدوانية مقارنة بين نتائج التطبيق القبلي و البعدي للمجموعة التجريبية	285
52	ترميز النزوات العدوانية (IES) لأفراد العينة الضابطة في التطبيق البعدي	286
53	ترميز النزوات العدوانية مقارنة بين نتائج التطبيق القبلي و البعدي للمجموعة الضابطة	286
54	مقارنة بين نتائج المجموعتين التجريبية و الضابطة بين تطبيق قبلي و بعدي حول الترميز العدواني	287
55	نوعية الربط بين العاطفة و التمثيلة لدى أفراد العينة التجريبية في التطبيق القبلي	288
56	نوعية الربط بين العاطفة و التمثيلة لدى أفراد العينة الضابطة في التطبيق القبلي	288
57	نوعية الربط بين العاطفة و التمثيلة لدى أفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي	289
58	مقارنة نوعية الربط بين العاطفة و التمثيلة لدى أفراد العينة التجريبية بين التطبيق القبلي و البعدي	289
59	نوعية الربط بين العاطفة و التمثيلة لدى أفراد العينة الضابطة في التطبيق البعدي	290
60	مقارنة نوعية الربط بين العاطفة و التمثيلة لدى أفراد العينة الضابطة بين التطبيق القبلي و البعدي	291
61	مقارنة بين نتائج المجموعتين التجريبية و الضابطة بين تطبيق قبلي و بعدي حول نوعية الربط عاطفة/تمثيلة	292
62	فعالية الدفاعات لدى أفراد العينة التجريبية في التطبيق القبلي	294
63	فعالية الدفاعات لدى أفراد العينة الضابطة في القياس القبلي	294
64	فعالية الدفاعات لدى أفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي	296
65	مقارنة عناصر المقاربة لفعالية الدفاعات لدى أفراد العينة التجريبية بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي	298
66	فعالية الدفاعات لدى أفراد العينة الضابطة في القياس البعدي	299
67	مقارنة عناصر المقاربة لفعالية الدفاعات لدى أفراد العينة الضابطة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي	299
68	مقارنة بين نتائج المجموعتين التجريبية و الضابطة بين تطبيق قبلي و بعدي حول عناصر مقاربة فعالية الدفاعات	301

UNIVERSITE SETIF2

فـــهرس الأشـــكـال

شكل رقم	العنوان	الصفحة
01	مخطط توضيحي لفرضيات محددات التوظيف العقلي	15
02	تصنيفات العاب الفيديو حسب نظام PEGI وESRB	63
03	الفئات الثلاث لتطبيق الألعاب الجدية	66
04	أهمية لعبة الفيديو Re-Mission في التحفيز الايجابي و تأثير العلاج الكيميائي	80
05	نتائج التغيرات الحاصلة في مكونات الجهاز المناعي بالتعرض للضغوط المزمنة في أثناء اكتساب زيادة في الفعالية و بعد الحصول على الفعالية الذاتية القصوى	95
06	مؤشرات جودة الحياة حسب Nordenfelt	99
07	تحديد الميكانيزمات التي يؤثر بها العلاج على جودة الحياة	106
08	مخطط توضيحي يبيّن كيفية تأثير ألعاب الفيديو في الصحة	108
09	مخطط توضيحي لخصائص التنظيمة الدفاعية السيكوسوماتية	144
10	الانشطار ضمن مخطط الموقعية الثالثة لديجور	146
11	تقديرات الإصابة، عدد الوفيات، انتشار السرطانات في العالم حسب توزعها في القارات لسنة 2008	164
12	مقارنة بين نسب الإصابات السرطانية بين الجزائر و باقي بعض دول العالم	165
13	توضيح للنظريات الباتوجينية لتفسير تطور السرطانات	166
14	نموذج تكامل نفس- جسد في اختيار العرض النكوصي	184
15	مخطط توضيحي لمحددات التوظيف العقلي	229

قائمة المـــــلاحـــق

ملحق رقم	عنوان الملحق	الصفحة
01	مقياس الشعور بالفعالية الذاتية	333
02	مقياس جودة الحياة؛ موجه للمراهقين(13-18سنة)	334
03	مقياس جودة الحياة؛ موجه لآباء المراهقين	336
04	بطاقات الروشاخ	338
05	قائمة الترميزات القضيبية، الأنثوية و العدوانية	339
06	مؤشرات و معايير سيكوغرام الروشاخ	342
07	الدلالات الكامنة في بطاقات الروشاخ	344
08	قائمة الشائعات في اختبار الروشاخ	344
09	سيكوغرام اختبار الروشاخ	345
10	الفضاء الخيالي	346
11- 1	العقلنة: قائمة الدينامية العاطفية؛ محور التعبير النزوي	346
11- 2	العقلنة: قائمة الدينامية العاطفية؛ محور العدوانية	346
11- 3	العقلنة: نوعية الترميز الجنسي القضيبي و الأنثوي	346
11- 4	العقلنة: نوعية ترميز العدوانية	347
11- 5	العقلنة: نوعية ارتباط العاطفة/ التمثيلة	347
12	موازنة فعالية الدفاع	347
13	مؤشرت الروشاخ حول الميكانيزمات الدفاعية في التنظيمة السيكوسوماتية	348
14	نتائج أبعاد الشعور بالفعالية الذاتية في القياس البعدي	349

15	نتائج أبعاد جودة الحياة لدى المراهقين في القياس البعدي	350
16	نتائج أبعاد جودة الحياة لدى آباء المراهقين في القياس البعدي	352
17	فروق نتائج الفعالية الذاتية في القياس البعدي للمجوعة التجريبية حسب السن	354
18	فروق نتائج الفعالية الذاتية في القياس البعدي للمجوعة التجريبية حسب الجنس	354
19	فروق نتائج جودة الحياة في القياس البعدي للمجوعة التجريبية حسب السن	354
20	فروق نتائج جودة الحياة في القياس البعدي للمجوعة التجريبية حسب الجنس	355
21	قيم معامل اتساق داخلي ألفا كرونباخ لمقياس SEP	355
22	قيم معامل اتساق داخلي ألفا كرونباخ لمقياس $PedsQl_{C.M}$ لدى المراهقين	356
23	قيم معامل اتساق داخلي ألفا كرونباخ لمقياس $PedsQl_{C.M}$ لدى آباء المراهقين	356
24	قائمة المحكمين	357
26	كتيب التعليمات المترجم للغة العربية	358

ملخص:

تعتبر لعبة الفيديو المسماة رومسيون Re-Mission الموجهة لمرضى السرطان من العاب الفيديو الجدية « serious game » و العاب الفيديو الصحة « Health video games» أكثر تحديدا، و هدفت الدراسة الحالية للبحث عن دور هذه اللعبة في التسيير الذاتي للمرض عند المراهق المصاب بالسرطان هذا من جهة، و إنعاش توظيفهم العقلي من جهة أخرى.

انقسمت الدراسة إلى نوعين من التناول؛ تم مقاربة الشطر الأول منها و الخاص بالتسيير الذاتي للمرض و ما يندرج تحته من أبعاد (الشعور بالفعالية الذاتية وجودة الحياة) بالاستناد لنظرية التعلم الاجتماعي لألبرت بوندرا Albert Bandura، أما الشطر الثاني من الدراسة و المتعلق بالتوظيف العقلي و ما يندرج تحته من أبعاد (الفضاء الخيالي، العقلنة، فعالية الدفاعات) فتمت مقاربته بالاستناد لمنطلقات مدرسة البسيكوسوماتيك التحليلي لبيار مارتي Pierre Marty.

دراسة اتبع فيها المنهج التجريبي و بقياس قبلي و بعدي. اشتملت الدراسة على عينة قوامها 63 مراهقا و مراهقة لمعالجة فرضيات الدراسة في شطرها الأول تم توزيعهم بطريقة عشوائية طبقية (سن و جنس) بين مجموعتين؛ تجريبية و ضابطة. ثم اختير 10 أفراد منهم بطريقة قصدية من المجموعة تجريبية و الضابطة لمعالجة فرضيات الدراسة في شطرها الثاني.

لمعالجة موضوع الدراسة تم الاستناد لمقياس الشعور بالفعالية الذاتية SEP و مقياسي جودة الحياة $PedsQl_{C.M}$ لأجل تقييم التسيير الذاتي للمرض. مقابلة بأسئلة نصف موجهة و اختبار الروشاخ لتقصي التوظيف العقلي.

كشفت الدراسة من خلال اختبار "T" للمقارنة بين المتوسطات الحسابية للمجموعتين الضابطة والتجريبية وجود فروق دالة إحصائيا بين المتوسطين الحسابيين لصالح أفراد المجموعة التجريبية حول الشعور بالفعالية الذاتية، و تحسين جودة الحياة حسب المراهقين و آراء آباءهم، كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة بين أفراد المجموعة التجريبية حول الشعور بالفعالية الذاتية و جودة الحياة تعزى لمتغير السن و الجنس. ما يشير إلى أن المجموعة التجريبية استفادت من المعالجة التي تلقتها و تحققت الفرضية العامة الأولى بخصوص الدور الايجابي للعبة الفيديو Re-Mission في التسيير الذاتي للمرض لدى المراهقين المصابين بالسرطان.

كما كشف تحليل برتوكولات اختبار الروشاخ، تحقق فرضية البعد الأول في التوظيف العقلي بظهور فضاء خيالي أقل تدهورا في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي في المجموعة التجريبية منه في المجموعة الضابطة. أما فرضيات البعد الثاني حول العقلنة فلم تتأكد تماما بخصوص التعبير العدواني و ربط عاطفة/ تمثيلة رغم التحسن الظاهر في باقي العناصر المشكلة للعقلنة، كون أفراد العينة الضابطة سجلوا نتائج جيدة بخصوصها أيضا. أما فرضية البعد الثالث حول فعالية الدفاعات فقد تحققت. ما يشير إلى أن دور لعبة الفيديو Re-Mission لم تتأكد تماما بخصوص إنعاش التوظيف العقلي في بعد العقلنة، غير أن التحسن في أبعاد العقلنة مجتمعة تشير إلى توظيف عقلي أفضل و الذي تم إنعاشه لدى المراهقين في المجموعة التجريبية اللذين تناولوا لعبة الفيديو Re-Mission.

Abstract

The video game called (Re-Mission), destined for cancer patients, is considered as one of the «serious games» , and, more precisely, as one of the « Health video games ». The purpose of the present study is to search for the role of the (Re-Mission) game in self-management of the disease, in the case of a teenager suffering from cancer, on the one hand, and on the other, the resuscitation of the mental employment.

We divided this study into two types of approaches; In the first one; concerned with the self-management of the disease, and what follows it as the dimensions (feeling of self-efficacy and quality of life); we achieved this approach by basing on Albert Bandura's social learning theory,

In the second one; concerned with mental use, and what follows it as the dimensions (imaginary space, mentalization, effective defenses) ; we achieved this approach by basing on the premises of Pierre Marty's analytical psychosomatic school.

We applied, in this study, the experimental method, with pre and post-measurment. The study included a sample of 63 male and female adolescents.To address the hypotheses of the study in their first half; we divided these adolescents, in the stratified random manner (by age and sex) into two groups; experimental and controlling one.Then we picked 10 members of them into two groups; experimental and controlling one, in the aim of dealing with the hypotheses of the study in their second half.

To address the subject of the study, we relied on the measurment of the self-efficacy feeling SEP, and on the two quality standards of life PedsQl CM, in order to assess the self-management of the disease. We conducted a half-oriented questions interview, and we applied a Rorschach test to investigate the mental use.

The study revealed, through the "T" test, for the comparison between the average accounts of the experimental and controlling groups; the presence of statistically significant differences, between the average accounts in favor of the experimental group about the feeling of self-efficacy, and the quality of life, according to the teenagers and the their parents views. And the results showed the absence of significant differences between the members of the experimental group about the self- efficacy feeling and life quality, due to the variables age and sex. It indicates that the experimental group benefited from the received treatment.

So, the first general hypothesis, was achieved, about the positive role of the (Re-Mission) video game, in the self-management of the disease, in adolescents with cancer.

The analysis of Rorschach test protocols revealed, the achievement of the first dimension hypothesis about the mental use, by the emergence of a less deteriorated imaginary space, in the post application, compared with the pre-application in the experimental group than in the controlling group.

The second dimension hypothesises, about mental functioning, did not come to complet certainty, about the aggressive expression and making connection between emotion/norma, despite the apparent improvement in the rest of the elements which are making mentalization, the fact that members of the controlling sample, registered good results about it, too.

The third dimension hypothesises, about the efficacy of defenses have been achieved. It indicates that the role of the Re-Mission video game was not sure exactly about the revitalization of the mental functioning, ib the mentalization dimension, but the collectively improvement in the dimensions of mentalizing refers to a better mental use, which has been revived among adolescents in the experimental group which used the Re-Mission video game.

مقدمة

إن تطور الدراسات الطبية الفسيولوجية والبيوكمائية، وكذا تطور إمكانيات وأساليب البحث العلمي دفعت بالأطباء وعلماء النفس إلى الاهتمام بالقدرات النفسية الكامنة لدى الإنسان، فنشأ تيار يؤمن بان الطاقة الإنسانية النفسية أوسع وأعمق من طاقته البدنية ولهذا فان استخدام هذه الطاقة في العلاج أمر لابد منه. وابتعادا عن نظرة بعض الأطباء الذين يشككون في العلوم الإنسانية بتجاهلهم للمريض أمام العرض أو المرض ليتناولوا الفرد بطريقة مجزأة، وابتعادا أيضا عن فكرة المعالجين النفسانيين الذين يرون النفس في كلّ شيء لتغليب النظرة النفسية على أي علم آخر، ظهر فرع جديد يعرف بالمجال السيكوسوماتي والذي ينظر للإنسان نظرة شاملة و يدعوا لعلاج تكاملي، يضع العضو الذي يهتم بعلاجه في مجمل العضوية على أساس أن الإنسان نظام دينامي يستجيب باستمرار للتغيرات البيئية و النفسية.

و يندرج مرض السرطان ضمن الأمراض المستعصية و المميتة و يشكل عبئا إن كان على المستوى العالمي أو المستوى المحلي. و على الرغم من إمكانية الشفاء لبعض أنواع السرطانات التي تمس حاليا 50% من الحالات على المستوى العالمي (Heather Chappell et al, 2012)، و بالرغم من استمرار التقدم و التطور إن كان على مستوى الكشف و التشخيص، الوقاية و العلاج، فان هذا المرض لا يزال يثير الكثير من الذعر و الخوف و تزايدا في عدد الحالات و الإصابات به. و قد كشفت الدراسة التي قام بها معهد الأبحاث حول السرطان في العالم World Cancer Research Fund (WCRF) في 2011 إلى أن 12 مليون حالة سرطانية جديدة تسجل سنويا. وحسب هذه المنظمة فقد سجل زيادة نسبة 20% في الإصابات السرطانية خلال العشرية الأخيرة. كما تشير التوقعات إلى أن إجمالي عدد الإصابة بهذا المرض سيرتفع بنسبة 50% خلال العشرين سنة القادمة ليصل سنة 2020 إلى 15 مليون إصابة حسب ما صرح به Gro Harlem Brundtland المدير العام لمنظمة الصحة العالمية OMS. و بالاستناد لإحصائيات (Globocan 2008, IARC, 2010) يتوقع خبراء OMS أن عدد الوفيات بسبب الإصابة السرطانية سيصل بين 2005 و 2015 إلى 84 مليون وفاة إن لم تتخذ الإجراءات اللازمة، و أن هذا العدد سيتزايد في الارتفاع ليصل إلى 13.1 مليون حالة وفاة سنة 2030 لوحدها.

أما في الجزائر فقد صرح وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات جمال ولد عباس في إطار افتتاح اليوم العلمي للأنكولوجيا « السرطان: التحديات والابتكار التكنولوجي» أن هناك ارتفاع مستمر في عدد حالات الإصابات السرطانية بالجزائر. فبعدما كانت الزيادة السنوية تسير بمعدل 30 ألف إصابة جديدة قبل 2006، فقد سجل أزيد من 43.000 حالة سنة 2012. (Kourta, 2012, p.13) كما أكدت الأرقام المقدمة في اليوم التحسيسي الذي نظمته جمعية أمل بباتنة تصدر سكان ولايات الشرق القائمة في الأكثر إصابة بداء السرطان بنسبة 43%، حيث احتلت ولاية سطيف المرتبة الأولى. (مهيرة، 2010، ص.9) كما أسفرت نتائج الدراسة الابيديميولجية التي ركزت على الإصابات السرطانية في فئة المراهقين و الشباب بولاية سطيف على تسجيل 2912 حالة سرطانية من فئة المراهقين (15-19 سنة) بين 1986 و 2008، أي بنسبة 19%. (Hamdi chérif et al, 2012, p.151)

و نظرا للانتشار الكبير لهذا المرض وفتكه بالكثيرين، يبذل الباحثون الكثير من الجهود لأجل محاولة الحدّ من هذا الانتشار مستغلّين في ذلك كلّ التطورات التي تأتي بها مختلف العلوم النفسية و الإنسانية، وتعتبر طريقة

Carl Simonthon الأولى من نوعها في علاج مرضى السرطان من خلال عملية الاسترخاء والتخيّل، وكذا طريقة Francine Shapiro والتي تتمثل فلسفتها العلاجية في دور التخيّل الموجه في تقوية جهاز مناعة البدن وخلق الصور الذهنية الايجابية من خلال تقنية EMDR. كما لم يستثني الباحثون في ذلك التطورات التي حملتها ثورة الاتصالات التي أنتجت أفكارا جديدة للتعامل مع مكتسبات العصر واستغلالها في تحسين الحالة الجسدية و النفسية للأفراد.

و قد عرفت السنوات الأخيرة تزايدا في المعدات المعلوماتية و أصبح الكمبيوتر يغزو البيوت أكثر فأكثر. و بالموازاة، فإن الاهتمام بألعاب الفيديو تطور بتطور الألعاب بذاتها و أخذت المرتبة الأولى فيما يخص الوسائل الترفيهية إذ تجاوزت مدخولاتها 60 مليار يورو سنة 2013 بعدما قدرت قيمتها بحوالي 41.5 مليار يورو نهاية 2011 و يقدر أن تصل إلى حوالي 79 مليار يورو سنة 2016. متجاوزة بذلك مدخولات شبابيك السينما، 10 مليارات منها موجهة لألعاب الفيديو الجدّية.(IDATE, 2013) و كانت du Fretay قد أعربت عن اندهاشها عن المكانة التي تحتلها العاب الفيديو في حياة فئة المراهقين حيث 96% منهم يلعبون بألعاب الفيديو، ثلثهم يمضي أكثر من 5 ساعات أسبوعيا في اللعب، قد تصل إلى 7 ساعات عند الذكور.(Brizé, 2009, p. 26)

و قد تفطن علماء النفس والمعالجين لهذه النقطة و أصبحت ألعاب الفيديو تستغل كوسيلة علاجية في مجال الصحة النفسية وأيضا كوسيلة علاجية مكملة للعلاج الفيزيائي والدوائي في مجال الصحة العضوية و الأمراض المزمنة لما لها من تأثير واضح على البناء الشخصي للفرد على كل الأصعدة. Griffith (2008).

و انطلاقا من منافع ألعاب الفيديو عامة وتأثيراتها الايجابية بما توفره من قوة وجاذبية وبما تحويه من عناصر التشويق والمتعة والإبتكارية و ما تثيره من خصائص تحفيزية، و كون ثقافة ألعاب الفيديو بدأت تنتشر في بلدنا بشكل ملحوظ، اخترنا لعبة الفيديو المسماة رومسيون Re-Mission الموجهة للمراهقين المصابين بالسرطان كي تكون مفتاحنا في هذه الدراسة لاستغلال جانبها الايجابي كطريقة علاجية.

و قد تمّ الاهتمام بهذه الفئة كوّن تشخيص السرطان، مآله وآمال الشفاء لديهم أسوأ مقارنة بفئة الصغار، كما أنهم أقل مثابرة و انتظاما في تتبع نظام العلاج الدوائي مقارنة بالأطفال و الراشدين و ذلك لتجنب الآثار الجانبية الناجمة عن العلاج الكيمائي. (Hervé, 2002). كما أن عدد من الدراسات قد أشارت إلى تدني مستوى جودة حياة مرضى السرطان و نقص في شعورهم بفعاليتهم الذاتية ما يشير إلى تدني مستوى التسيير الذاتي للمرض لدى هذه الفئة من المرضى بالخصوص. كالدراسة الاستقصائية التي قامت بها الفيدرالية البلجيكية ضد السرطان سنة 2002 و دراسة (Fonseca et coll, 2011)

فالدراسة الحالية مكملة للدراسة التي قمنا بها سنة 2007 في إطار انجاز مذكرة التخرج لنيل شهادة الليسانس، حيث تم تناولها من منظور سلوكي معرفي على عينة من المراهقين المصابين بالسرطان من خلال دراسة تأثيرها على شعور هؤلاء المرضى بفعاليتهم الذاتية و جودة حياتهم. و قد أثارت بعض الملاحظات التي سجلناها آنذاك و التي استرعت أيضا انتباه الأطباء و أولياء المرضى في أثناء التجربة و في آخرها بعض التساؤلات التي نرغب البحث فيها. إذ نطمح في الدراسة الحالية تناولها انطلاقا من منظور تكاملي: سلوكي، معرفي، سيكوسوماتي تحليلي في محاولة لتسليط الضوء على دور لعبة الفيديو Re-Mission في التسيير الذاتي للمرض من خلال شعور

المراهق المصاب بالسرطان بفعاليته الذاتية و تحسين جودة حياته هذا من جهة، و دورها في إنعاش توظيفه العقلي من جهة أخرى.

و عليه فقد انتظمت هذه الدراسة في سبعة فصول مقسمة إلى جانبين: جانب نظري و آخر ميداني.

تضمن الفصل الأول أساسيات الدراسة و المتمثلة في إشكالية الدراسة، فرضياتها، أهمية و أهداف الدراسة، الدراسات السابقة و التعليق عليها و مدى إفادة الدراسة الحالية منها.

أما في الفصل الثاني، فتم التطرق للعب بصفة عامة و العاب الفيديو خاصة، تطوراتها، تأثيراتها من منظور نفسي، ألعاب الفيديو كوسيلة للعلاج، العاب الفيديو الصحة عامة، و بأكثر تفصيل لعبة الفيديو Re-Mission التي اعتمدناها في الدراسة الحالية.

و تم في الفصل الثالث تناول مفهوم الشعور بالفعالية الذاتية، تأثيراتها على الفرد، مصادرها وعلاقتها مع الصحة. وتناولنا أيضا مفهوم جودة الحياة، أبعادها، تطور المفهوم في اقتصاد الصحة و في مجال الصحة عامة و مجال السرطانات أكثر تحديدا. و في الأخير ألعاب فيديو الصحة في علاقتها بجودة الحياة و الشعور بالفعالية الذاتية و كذا مستويات لعبة الفيديو Re-Mission في علاقتها بالشعور بالفعالية الذاتية و تحسين جودة الحياة.

و حاولنا في الفصل الرابع البحث في متغير التوظيف العقلي من حيث مفهومه و تحديد معناه في المجال السيكوسوماتي، كما تم التفصيل في الإبعاد المشكلة له من فضاء خيالي، عقلنه، و فعالية الدفاعات، كما تم التطرق لخصوصية عناصر التكفل النفسي و إنعاش التوظيف العقلي في الحقل السيكوسوماتي.

و تم في الفصل الخامس تناول مرض السرطان من وجهة طبية و من منظور نفسي مع ما يتضمنه من نظريات مفسرة وعلاجات ملائمة، البروفيل السيكولوجي لمريض السرطان، التصورات الجماعية المشكلة حول السرطان عامة و في الجزائر خاصة. ردود الفعل النفسية و الميكانيزمات الدفاعية و التكيفية لمواجهة السرطان و الاضطرابات النفسية المرتبطة بالمرض، التكفل النفسي و نماذج المقاربة العلاجية النفسية لمرضى السرطان.

و احتوى الفصل السادس إجراءات البحث و أدواته، من ترجمة لأدوات الدراسة: مقاييس (SEP، $PedsQL_{C.M}$) و حساب خصائصها السيكومترية، إضافة لتحديد مؤشرات التوظيف العقلي في اختبار الروشاخ.

و احتوى الفصل السابع على عرض النتائج، تحليلها وتفسيرها، معالجة البيانات ومناقشتها في ضوء التراث النظري، الفرضيات والدراسات السابقة، وفي الأخير الخروج ببعض التوصيات والاقتراحات.

الفصل الاول
الإطار العام للدراسة
و الدراسات السابقة

أولا: إشكالية الدراسة و إطارها المفاهيمي

- إشكالية الدراسة
- فرضيات الدراسة
- دوافع إجراء الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- تحديد مفاهيم الدراسة

1- إشكالية الدراسة:

شغلت ظاهرة اللعب في مختلف العصور اهتمام العلماء و الباحثين، فتأملوا هذه الظاهرة على مرّ الأزمان محاولين تفسيرها فوضعوا لها نظريات عدة نجدها في معظمها مكملة لبعضها البعض، فاللعب كما لخصته ميلار Millar (2003) في نظرة شمولية يساهم في تنمية سلوك الفرد وشخصيته بأبعادها المختلفة و يحقق التوازن والتكامل بين وظائف جسمية حركية وانفعالية وعقلية، و أنه من خلال السيطرة و الالتزام بأنظمة اللعب ينتقل الفرد من مرحلة الضبط الخارجي إلى مرحلة الضبط الذاتي الداخلي.

و ضمن التقدم المتسارع للتكنولوجيا تقدمت طرق و وسائل اللعب التي لم تعد وسيلة تستلهم الصغار وحسب وإنما تعدت ذلك لتشمل المراهقين و الشباب. حيث ظهرت التكنولوجيا الرقمية وانتشرت مشكّلة ملمحاً من ملامح العصر وأصبح حضورها طاغياً ولها إسهامها الواضح في تطور الكثير من مجالات الحياة. وبالموازاة، تطورت ألعاب الفيديو لتحدث ثورة نوعية في الصور ثلاثية الأبعاد و المؤثرات الصوتية و الديكور ليستمتع بها اللاعب أكثر، و يصبح التمثل الافتراضي معها أكثر واقعية لدرجة الانغماس والتفاعل. حيث أصبحت هذه الألعاب تعدّ بالآلاف بين ألعاب الإثارة وألعاب المغامرة وألعاب تأملية تفكيرية...، كما لم تعد ألعاب الفيديو كما كانت عليه في السبعينات مجرد لعب للترفيه بل أصبحت تمسّ العديد من الميادين؛ التعليمية منها والصحية والتي اصطلح على تسميتها بألعاب الفيديو الجدية (Serious game) و أصبحت حاليا الشغل الشاغل لجهات وميادين بحثية وعلمية متعددة، أقيمت حولها العديد من الملتقيات الدولية ابتداء من مؤتمر واشنطن في 2004 وصولا لمؤتمر مونتريال بكندا في 2012، مرورا بالمؤتمرات التي كانت تقام سنويا في الدول الأوربية و الأمريكية. (Ducrocq, 2012)

و تماشيا مع أهمية ألعاب الفيديو وتأثيرها على شخصية الفرد وصحته، و إرضاء لرغبات مراهق اليوم الطموح إلى كل ما هو جديد و الإيمان بكل ما هو تكنولوجيا حديثة تواكب العصر الذي يعيش فيه، تقدم مهندسو البرمجيات بالتعاون مع ذوي الاختصاص في مجال الصحة النفسية و العضوية لتطوير العديد من البرامج و ألعاب الفيديو لاستعمالها كوسيلة علاجية، فأخذت هذه الوسيلة كل صداها و انتشرت بقوة و انصب الاهتمام نحوها بغزارة. ففي 2010 تم إحصاء أكثر من 1452 مقال في أهم البنوك المعلوماتية (MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, EMBASE, CCRCT) تبحث في أهمية ألعاب الفيديو و دورها في تحسين الحالة الصحية للأفراد؛ الجسدية منها، النفسية، البدنية و العقلية(Primack & al, 2012, p.630). إذ توصل بريماك و زملائه من خلال عرضهم للأدبيات حول الموضوع بتمحيص الدراسات المستوفاة للطرق المنهجية السليمة لإبراز فعالية هذه الألعاب، حيث أثبتت هذه الأخيرة فعاليتها بنسبة 69% في مجال العلاج النفسي، 59% في مجال العلاج البدني، 42% في التربية الصحية، و 37% في مجال التسيير الذاتي للمرض. و في نفس المنحى أكد رحماني و بوران من خلال تحليلهم لـ 45 دراسة حول العاب الفيديو في المجال الصحي على النتائج الايجابية لهذه الألعاب و فوائدها الكامنة في مجال العلاجات و التربية الصحية؛ النفسية منها و الجسدية. (Rahmani & Boren, 2012)

فبعدما استغلت العاب الفيديو كوسيلة علاجية في مجال الصحة النفسية من مثل لعبة «ICO» التي استعان بها Stora في 2002 لمساعدة أطفال الأمهات المدمنات و الاكتئابيات، و كذا لعبة «Irak virtuel» التي تم إطلاقها في 2008 من طرف القاعدة الأمريكية لمساعدة المحاربين الأمريكيين المشاركين في حرب العراق على

تجاوز اضطرابات الشدة التالية للصدمة، و لعبة الفيديو **SPARX** في 2012 من طرف فريق Sally Merry لمعالجة للمراهقين الذين يعانون من الاكتئاب. فقد أصبحت ألعاب الفيديو تستغل أيضا كوسيلة علاجية في مجال الصحة العضوية و الأمراض المزمنة و هو ما اصطلح على تسميته بألعاب فيديو الصحة (Health video games). و في هذا المضمار توصل بارونوفسكي و زملائه من خلال تحري نتائج الدراسات التي أقيمت على 25 لعبة فيديو التي تهتم بالصحة العضوية من مثل مرض الربو، السكري، السمنة، السرطان... إلى إبراز فعالية هذه الألعاب بإتباع المريض للخبرات المعروضة عن طريق النمدجة و تعديل السلوكات نحو صحتهم و تبني سلوكات صحية سليمة. (Baranowski & al, 2009, p.75)

فالعاب فيديو الصحة صممت خصيصا لتزويد المريض بمعلومات عن مرضه بفهمها و استيعابها و تعليمه كيفية التعامل مع مرضه و علاجاته و التعامل مع ما يترتب عليه من آثار جانبية بأخذ الدور الايجابي في علاجه من خلال تدريب مهاراته و توجيهه لكيفية رعاية نفسه باتخاذ قرارات سليمة نحو صحته و القيام بالسلوكات الصحية الجيدة بذاته، و هو ما يندرج ضمن ما يعرف بالتسيير الذاتي للمرض الذي يشمل الشعور بالفعالية الذاتية و جودة الحياة حسب أعمال (Bodenheimer et al, 2002).

و قد حظي مفهوم الفعالية الذاتية في السنوات الأخيرة بأهمية بالغة في مجال علم نفس الصحة لإسهامها كعامل وسيط في تعديل السلوك الصحي. و حسب نظرية باندورا Bandura؛ فإن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة إلاّ من خلال تنمية فاعلية الذات و الممارسة الفعالة للسلوكات لصحية الايجابية. فالعادات التي يمتلكها الفرد و ما يرتبط به من سلوكات يمكنها التأثير سلبا أو إيجابا على صحة الفرد أما بتحسينها أو بإضعافها. (Bandura, 2003, p. 419)

كما تعتبر جودة الحياة من الرهانات الأساسية في الميدان الصحي، أصبح يأخذ بها في المجتمع الطبي ومؤسسات الصحة العامة لفهم الطريقة التي يعيش بها المريض مرضه. تستدعي المشاركة النشطة من المريض لتحسين حالته الصحية و ترتبط بفعاليته و بالحكم الذي يكونه حول مرضه وما يبنيه من قناعات ايجابية. و تجدر الإشارة كما أوضحه (Dolbeault et Brédart, 2005) إلى أن الاهتمامات الأولى حول جودة حياة المرضى انصبت بداية في مجال الأمراض السرطانية و هو ما تناولته دراسات Karnofsky et Burchenal سنة 1949. فبينما كان الاهتمام منصبا لوقت طويل لإنقاذ حياة مريض السرطان من الموت الحتمي، فان اهتمام الباحثين في السنوات الأخيرة اتجه أكثر إلى الاهتمام النوعي و جودة حياة المريض. فالسرطان كمرض يستدعي العديد من العلاجات "العنيفة" من علاج كيميائي، جراحة، علاج إشعاعي، علاج هرموني...) يستوجب توجيه الاهتمام لراحة المرضى أكثر من توجيهه لإبقاء المريض على قيد الحياة كما يقول. (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 46). ليمر المريض كما ترى De Kernier (2010) من مرحلة كونه يبحث عن "البقاء على قيد الحياة" إلى أن "يعيش الحياة".

ففهم المرض و ما يرتبط به من علاجات و اكتساب مهارات يومية بتبني سلوكات صحية سليمة يعتبر أساسيا في مسار العلاج بتحسين النتائج الإكلينيكية و تقليص تعقيدات المرض. فالكيفية التي يتصرف بها الفرد اتجاه المخاطر الصحية حسب Bandura (1997) تتعلق بكيفية تقديره لهذه المخاطر وبالمقدار الذي يعتقد أنه يستطيع التأثير فيها، و يدخل في ذلك التصورات الذاتية حول المرض. إذ تعتبر تربية مريض السرطان على المرض بالأخذ

بعين الاعتبار اعتقاداته و تصوراته حول المرض، مآله و علاجه من الضروريات التي لا غنى عنها لأجل تحسين جودة حياته و شعوره بفعاليته الذاتية و منه تسيير مرضه تسييرا ذاتيا.

و تعتبر لعبة الفيديو Re-Mission رومسيون من إنتاج مخابر HopeLab بكندا من آخر الابتكارات لتشجيع التسيير الذاتي للمرض في مجال الأمراض السرطانية. تمّ الإعلان عنها في أواخر شهر ماي 2006. و هي لعبة فيديو موجهه للمراهقين المصابين بالسرطان، تسعى لتعريفهم بمرضهم و تعديل تصوراتهم حوله و التعزيز في أنفسهم رغبة الشفاء و تحفيزهم على خوض المعركة ضد مرضهم.

و صحيح أن مختبر HopeLab قد أجرى دراساته حول لعبة الفيديو Re-Mission و توصلت نتائجها إلى وجود تحسن في نتائج التسيير الذاتي للمرض من شعور بالفعالية الذاتية و تحسين جودة الحياة، إلا أن الدراسة المعمقة التي قامت بها كاتو و زملائها في بعض من الولايات المتحدة الأمريكية، كندا و استراليا قد أظهرت وجود بعض الاختلاف في النتائج حول المتغيرين و الذي يعزى لاختلاف الأصول الإثنية لدى أفراد عينة المتناولة في الدراسة. (Kato & al, 2008)

و كون العاب الفيديو بدأت تنتشر في بلدنا بشكل ملحوظ، فمن الضروري استغلال جانبها الايجابي كطريقة علاجية لتحسين الصحة النفسية و الجسدية للأفراد. و قد اخترنا لعبة الفيديو Re-Mission كي تكون مفتاحنا لإجراء الدراسة في بيئة وثقافة تختلف عن البيئة و الثقافة الأمريكية أين تحتل العاب الفيديو مرتبة مركزية و أهمية كبرى يتشرب أفرادها ثقافة هذه الألعاب منذ نعومة أظافرهم. ثمّ إن غياب ثقافة مرض السرطان في الجزائر المبني على الخوف من المجهول والجهل لحقيقة الأمور الطبية و اقترانه بالتصورات المشكلة حول المرض هو ما دفعنا للتساؤل عن دور لعبة الفيديو Re-Mission في التسيير الذاتي للمرض (من شعور بالفعالية الذاتية و تحسين جودة الحياة) لدى المراهق المصاب بالسرطان في البيئة الجزائرية؟

سؤال سعينا للإجابة عنه سنة 2007 في إطار إنجاز مذكرة مكملة لنيل شهادة الليسانس، كما سنسهب لاستكمال الإجابة عنه في الشطر الأول من الدراسة الحالية على عينة أوسع. و سنسعى أيضا للبحث بالدراسة لتفسير بعض الملاحظات التي استثارت فكرنا و أثارت فضولنا سجلنها آنذاك لدى أفراد العينة التجريبية في أثناء الدراسة و في آخرها، إضافة لتلك الملاحظات التي استرعت انتباه الطاقم الطبي و أولياء المراهقين. ملاحظات كان لها وقعها في طرح بعض التساؤلات حول بعض التغيرات الحاصلة و التي رأيناها تتعارض مع ما طرحه مارتي و زملائه حول خصوصية التوظيف العقلي لدى المريض السيكوسوماتي على اعتبار أن كل الاضطرابات العضوية من ابسط عرض إلى أعقد مرض هي أمراض سيكوسوماتية حسب رائد المدرسة الباريسية بيار مارتي (Marty, 1998). توظيف عقلي سيكوسوماتي يمتاز بفقر في الفضاء الخيالي من جهة. و يمتاز من جهة ثانية بعقلنة خائرة راجعة للدينامية العاطفية المتدنية بسبب التعبيرات النزوية و العدوانية السيئة، الترميزات الجنسية و العدوانية الفظة، و ربط ضعيف بين العاطفة و التمثيلة. ومن جهة ثالثة، توظيف عقلي يمتاز باللجوء لاستعمال ميكانيزمات دفاعية غير فعالة ترتكز على اللجوء إلى الواقع الخارجي و تفريغ النزوات العدوانية إلى الداخل. و كان رواد مدرسة البسيكوسوماتيك بباريس قد أشاروا على تدهور التوظيف العقلي للفرد كلما اختل تنظيم جهازه النفسجسدي و زادت حدة المرض كما هو الحال في الأمراض المستعصية و الأمراض السرطانية اللذين تتجه بنيتهم الأساسية لمعالم بنية

عصاب سلوكية بنشاط عقلي يتجه نحو خلل التنظيم التدريجي. Marty et Stora (1988) . و عليه، فإن ما لاحظناه آنذاك من تغيرات حاصلة في بعض أبعاد التوظيف العقلي من فضاء خيالي، عقلنة، و فعالية الدفاعات عند أفراد العينة التجريبية دون أفراد العينة الضابطة، آثار تساؤلاتنا حول إمكانية إنعاش التوظيف العقلي لتناول أفراد العينة التجريبية للعبة **الفيديو** Re-Mission:

ففي إجابة أفراد العينة التجريبية آنذاك على سؤالنا حول أحلامهم الليلية والنهارية قبل و بعد انتهاء التجربة ما يشير لبعض التغيرات الحاصلة في فضاءهم الخيالي بصفة عامة. لكن و على غرار ما ذكره E.Jaensch في (Virole, 2006) حول التصور التصوري «Eidétisme» الذي يصل إليه الفرد في ألعاب الفيديو؛ أي القدرة على استحضار الصور وحتى الصوت خارج أوقات اللعب وتخيّل تفاصيلها بحيث يعيشه الفرد وكأنه الواقع الراهن هذا من جهة، و ما خلصت إليه بعض الدراسات الأخرى من جهة أخرى؛ كتشجيع العاب الفيديو ظهور بعض الهوامات والأحلام المعبئة بالعاطفة في دراسة Michael Stora (2002)، و بأن توفير أدوات إسقاطيه كألعاب الفيديو يوفر للمريض فضاءا للهوامات حسب دراسة Mariage et Briquet (2008)، و اعتبار ألعاب الفيديو كطريق نحو اللاشعور يسمح بإعادة تأهيل الخيال و إثراءه كما أشارت إليه Natanson (2009). فإن التغيرات التي لاحظناها لدى أفراد العينة التجريبية قد تبعث للتخيل، التمثل أو التصور كردود فعلية ترتبط بالبنى المعرفية المشكلة من خلال المثيرات الحسية البصرية منها و السمعية المصاحبة للعبة، كما قد تشير لإعادة بناء الرابط الذي فقده المريض مع ما قبل شعوره و فيه بداية لبروز الفضاء الخيالي كبعد من أبعاد التوظيف العقلي.

و على غرار ما أجمعت عليه كتابات الباحثين Debray(1991), Marty (1990)، De Tychey et Dejours (2003),Dumet (2002),Smadja (2001), col (2000) اللذين أكدوا أن التعبير بدلا من أن يحدث من خلال المرور إلى الفعل الموجه للخارج في حركة تهديمية للمواضيع الخارجية كما هو الحال في أغلب الحالات العصابية، فإنه في حالة السيكوسوماتي يحدث من خلال المرور للفعل الموجه نحو الداخل بحيث تقمع النزوات العدوانية في المصدر "أي في الجسد". لكن ملاحظة سلوكات أفراد العينة التجريبية خلال أوقات اللعب في أثناء تواجدهم بالمستشفى آنذاك فيه ما شدّ انتباهنا للتزايد الواضح و المبالغ فيه لتوجيه السلوكات العدوانية ضد الخلايا السرطانية مع ما يرافقها من تعبير نزوي واضح و مفرط. فهذه السلوكيات قد تنطوي على الاهتياج العقيم على غرار ما ذهب إليه Dejours (2003) ، كما قد تشير لتحويل القمع الذي يشكل نوع من الانفجار الداخلي على حد تعبير Smadja (2001) إلى انفجار خارجي و تفريغ الإثارات المرتبطة بالنزوات العدوانية كمساهم في تعديل القدرة على العقلنة.

و لأن المراهق المريض هو في مرحلة النضج التدريجي للجانب الجسدي و الجنسي و مرحلة إعادة البناء النرجسي مع ما يرافقها من هوامات البلوغ (oppenheim, 2009, p.40)، مرحلة يتزاحم فيها المرض مع خصائص مرحلة البلوغ على حد تعبير Marioni و تحتاج لمعزز نرجسي لإحداث الانسجام بين الجسم الجنسي و الجسم المريض في بعديه الليبيدي و العدواني (Marioni in Razavi et Dauchy, 2010, p. 37). فقد يكون للعبة الفيديو Re-Mission دور في تعديل ترميز النزوات الجنسية و العدوانية عند المراهق المصاب بالسرطان، و بالتالي المساهمة في تعديل قدرته على العقلنة.

و من ناحية أخرى، فقد لاحظ الآباء و الطاقم الطبي ثراء الحوار عند أفراد العينة التجريبية مقارنة بالسابق أي قبل تناول لعبة الفيديو Re-Mission. و على غرار ما توصلت إليه نتائج دراسات (Brown & al, 1997)، (Lieberman, 2001)، (Krishna & al, 2003)، (Cappe et coll, 2007) (Kato & al, 2008)، حول تحسن مستوى الحوار وثراء النقاش حول المرض لدى أفراد العينة التجريبية مع المحيطين بهم (أولياء، أصدقاء، طاقم طبي) و ما توصلت إليه دراسة (Stora, 2002) من نتائج حول تشجيع ألعاب الفيديو للحوار والتعبير من خلال تمثيل الكلمات وربطها و بروز العواطف المقموعة هذا من جهة. و الأخذ بعين الاعتبار تحذير Mc Dougall (1982) المعالجين بعدم الانخداع باستعمال المريض للتعبير الخالي من الحيوية لكلمات حية من جهة أخرى، فان ثراء الحوار قد ينم عن سعي المراهقين لمناقشة المرض و تطوراته من خلال ما تعلموه في اللعبة بطريقة آلية أوتوماتيكية. كما قد يشير لدور لعبة الفيديو Re-Mission في ثراء الحوار و ربط العاطفة بالتمثيلة ليدل عن تعديل القدرة على العقلنة أيضا.

و انطلاقا من اعتبار Ruesh المرضى السيكوسوماتيون ذوي شخصيات طفولية و يدعو المعالجين لمساعدتهم على التبصر و اللجوء لاستعمال التماهي الإسقاطي بأكثر قوة. (Ruesh in Taylor,1990). و انطلاقا أيضا من بعض التوصيات التي خلصت إليها دراسة Briquet et Mariage (2008) حول ضرورة إدخال مواضيع تسمح بالتماهي الإسقاطي عند مرضى السرطان و التي تعتبر بمثابة فرصة لإعادة الشحن النرجسي. و لأن بطلة اللعبة روكسي Roxxi التي يتفاعل معها المريض تتعامل مع المواقف بطريقة سلسة في قالب هزلي دون تضخيمه في مناخ قلق، فقد يكون ذلك ساهم في التماهي الإسقاطي مع بطلة اللعبة و تحريك بعض الكمونات العقلية فاتحا المجال لآليات دفاعية أكثر فعالية بالبروز.

فالمتغيرات المذكورة من فضاء خيالي، العقلنة و ما يندرج تحتها من أبعاد (الدينامية العاطفية و تعبير النزوات العدوانية و الجنسية، ترميزهما، ربط بين العاطفة و التمثيلة)، فعالية الدفاعات، هي كلها مفاهيم تدخلنا في قلب إشكالية الدراسة الحالية في شطرها الثاني حول إنعاش التوظيف العقلي. فبإتباع أعمال De Tychey & coll (1992) و Bergeret (2003)، فإن مقاربة التوظيف العقلي يتم من خلال ثلاث أبعاد: الفضاء الخيالي، العقلنة، فعالية الدفاعات.

و على غرار ما جاء به Marty & De M'uzan (1963) حول إمكانية فتح طريق للتمثيلات العقلية، و ما ذهبت إليه (Debray, 1996, p.202) حول أهمية مرحلة المراهقة كمرحلة حساسة و فترة ملائمة لحث المراهق على الارتماء في سيرورة إعادة الإنعاش أو التعديل النفسي، و ما توصلت إليه دراسة (Lespinasse et Perez, 2010) حول مساهمة ألعاب الفيديو في تصحيح بنية الأفراد في المراحل التي لم تتبلور فيه هذه البنية. فقد تكون لعبة الفيديو Re-Mission لعبت دورا في إنعاش التوظيف العقلي لدى المراهق المصاب بالسرطان.

هي ملاحظات تم تسجيلها و تستدعي تقصيها بالبحث فيها. و انطلاقا من الأدبيات السيكولوجية التي تم تناولها في جوانبها النظرية والميدانية فيما يتعلق بفعالية ألعاب الفيديو في التسيير الذاتي للمرض و ما يندرج ضمنها من أبعاد: الشعور بالفعالية الذاتية، و جودة الحياة. و في دور أو فعالية ألعاب الفيديو في تعديل التوظيف العقلي وما

يندرج ضمنه أيضا من أبعاد: الفضاء الخيالي، العقلنة، وفعالية الدفاعات. فإنَ مشكلة الدراسة الحالية تتحدد في التساؤل الرئيسي التالي:

هل لعبة الفيديو المسماة رومسيون Re-Mission دور في التسيير الذاتي للمرض و إنعاش التوظيف العقلي لدى المراهق المصاب بالسرطان؟

ويندرج ضمن التساؤل الرئيسي تساؤلين فرعيين يتضمن كل منهما شطرا تهدف الباحثة إلى الإجابة عليهما:

1- هل للعبة الفيديو رومسيون دور في التسيير الذاتي للمرض لدى المراهق المصاب بالسرطان؟

2- هل للعبة الفيديو رومسيون دور في إنعاش التوظيف العقلي لدى المراهق المصاب بالسرطان؟

2- الفرضيات النظرية و الإجرائية للدراسة:

و من خلال استقرائنا لنتائج الدراسات السابقة والأدبيات السيكولوجية النظرية، قامت الباحثة بصياغة مجموعة من الفرضيات التي تجيب مؤقتا عن التساؤلات المطروحة:

1) ف أ: التسيير الذاتي للمرض

❑- الفرضية النظرية ف أ .1:

للعبة الفيديو رومسيون دور في شعور المراهق المصاب بالسرطان بفعاليته الذاتية.

- الفرضية الإجرائية ف أ. 1:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي نتائج القياس البعدي في المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في الفعالية الذاتية لدى المراهق المصاب بالسرطان.

❑- الفرضية النظرية ف أ .2:

للعبة الفيديو رومسيون دور في تحسين جودة حياة المراهق المصاب بالسرطان.

- الفرضية الإجرائية ف أ. 2.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي نتائج القياس البعدي في المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في جودة حياة المراهق المصاب بالسرطان.

❑- الفرضية النظرية ف أ .3:

للعبة الفيديو رومسيون دور في تحسين جودة حياة المراهق المصاب بالسرطان حسب تقديرات آباءهم.

- الفرضية الإجرائية ف أ. 3

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي نتائج القياس البعدي في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في تقديرات الآباء حول جودة حياة المراهق المصاب بالسرطان.

❑- الفرضية النظرية ف أ .4 :

للعبة الفيديو رومسيون دور في شعور المراهق المصاب بالسرطان بفعاليته الذاتية وفقا لمتغير السن.

– الفرضية الإجرائية ف أ. 4:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي نتائج القياس البعدي في المجموعة التجريبية في الفعالية الذاتية وفقا لمتغيَر السن.

❑– الفرضية النظرية ف أ .5 :

للعبة الفيديو رومسيون دور في شعور المراهق المصاب بالسرطان بفعاليته الذاتية وفقا لمتغير الجنس.

– الفرضية الإجرائية ف أ. 5:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي نتائج القياس البعدي في المجموعة التجريبية في الفعالية الذاتية وفقا لمتغيَر الجنس.

❑– الفرضية النظرية ف أ .6:

للعبة الفيديو رومسيون دور في تحسين جودة حياة المراهق المصاب بالسرطان وفقا لمتغير السن.

– الفرضية الإجرائية ف أ. 6.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي نتائج القياس البعدي في المجموعة التجريبية في جودة الحياة وفقا لمتغيَر السن.

❑– الفرضية النظرية ف أ .7:

للعبة الفيديو رومسيون دور في تحسين جودة حياة المراهق المصاب بالسرطان وفقا لمتغير الجنس.

– الفرضية الإجرائية ف أ. 7.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي نتائج القياس البعدي في المجموعة التجريبية في جودة الحياة وفقا لمتغيَر الجنس.

<u>2) ف ب: التوظيف العقلي</u>

❑– الفرضية النظرية ف ب.1 :

للعبة الفيديو رومسيون دور في إثراء الفضاء الخيالي لدى المراهق المصاب بالسرطان.

– الفرضية الإجرائية ف ب. 1.

– يظهر الفضاء الخيالي أقل تدهورا لدى المجموعة التجريبية من المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي من خلال تحسن مؤشرات الروشاخ (عدد الإجابات، المحددات الحركية الكبرى والصغرى، TRI، FS...).

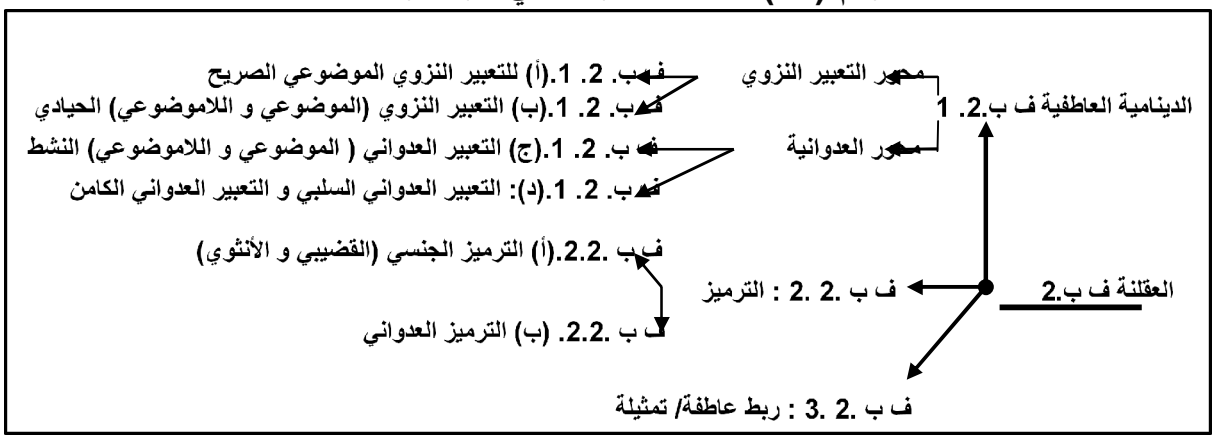
❑– الفرضية النظرية ف ب.2:

للعبة الفيديو رومسيون دور في تحسين القدرة على العقلنة لدى المراهق المصاب بالسرطان من خلال تحسن (الدينامية العاطفية **ف ب .2.1**)، (الترميز الجنسي و العدواني **ف ب.2. 2**)، (الارتباط بين العواطف و التمثيلات **ف ب .2 .3**).

حيث يتم تقسيم فرضية العقلنة إلى (7) فرضيات جزئية ضمنية تم الاعتماد في طرحها على ما تم تحديده من طرف أعمدة البسيكوسوماتيك التحليلي و اللذين قاموا بتحديد مؤشرات الروشاخ بخصوصها أيضا؛ Diwo (1979)، de Tychey, Rebourg et Vivot (1992)، de Tychey, Diwo et Dollander (2000)، De Tychey et Lighezzolo (2004).

و يشير المخطط الموالي توضيح لفرضيات العقلنة

شكل رقم (01) : مخطط توضيحي حول فرضيات العقلنة



❑– الفرضية الإجرائية ف ب. 2:

تظهر القدرة على العقلنة من نوعية أفضل في المجموعة التجريبية من المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي من خلال تحسن مؤشرات الروشاخ حول (الدينامية العاطفية **ف ب .2.1)**، (الترميز الجنسي و العدواني **ف ب.2. 2)**، (الارتباط بين العواطف و التمثيلات **ف ب .2 .3)**.

ف ب. 2. 1.(أ): يظهر التعبير النزوي من نوعية أفضل من خلال ظهور المزيد من التعبير النزوي الموضوعي الصريح في المجموعة التجريبية منه في المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي.

ف ب. 2. 1.(ب): يظهر التعبير النزوي من نوعية أفضل من خلال الانخفاض المسجل في الدرجات المجمعة للتعبير النزوي الموضوعي الحيادي و اللاموضوعي الحيادي في المجموعة التجريبية منه في المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي.

ف ب. 2. 1.(ج): يظهر التعبير العدواني من نوعية أفضل من خلال الارتفاع المسجل في الدرجات المجمعة للتعبير العدواني الموضوعي النشط و اللاموضوعي النشط في المجموعة التجريبية منه في المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي.

ف ب. 2. 1.(د): يظهر التعبير العدواني من نوعية أفضل من خلال الانخفاض المسجل في الدرجات المجمعة للتعبير العدواني السلبي و الكامن في المجموعة التجريبية منه في المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي.

ف ب 2. 2.(أ): يظهر ترميز النزوات الجنسية من نوعية أفضل من خلال ارتفاع مؤشر الإرصان الرمزي (IES) الجنسي في المجموعة التجريبية منه في المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي.

ف ب 2. 2.(ب): يظهر ترميز النزوات العدوانية من نوعية أفضل من خلال ارتفاع مؤشر الإرصان الرمزي (IES) العدواني في المجموعة التجريبية منه في المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي.

ف ب .2. 3: تظهر القدرة على العقلنة من نوعية أفضل من خلال ارتفاع عدد إجابات الربط بين العاطفة والتمثيلة في المجموعة التجريبية منه في المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي.

❑– الفرضية النظرية ف ب.3:

تستخدم الميكانيزمات الدفاعية بطريقة أكثر فعالية عند المجموعة التجريبية منه عند المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي

الفرضية الإجرائية ف ب.3:

تستخدم الميكانيزمات الدفاعية بطريقة أكثر فعالية من خلال تحسن عناصر فعالية الدفاعات (مؤشر IES النزوات الجنسية و العدوانية، شكل التعبير اللفظي، المستوى الدينامي...) في المجموعة التجريبية منه في المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي.

3- دوافع إجراء الدراسة:

يتفق جلّ الباحثين على أن اختيار موضوع البحث العلمي لا يخضع لمبدأ العفوية، وبأنه يبنى على عدد من المبررات، منها ما هو موضوعي ومنها ما هو ذاتي. وهذه المبررات هو ما يدفع بالباحث لاختيار موضوع بحث دون غيره، ومنه فموضوع بحثنا اختير بناءا على:

1- أسباب ذاتية:

1- إذ يعتبر موضوع البحث من اهتماماتنا الخاصة بما نعيره من أهمية خاصة للمجال السيكوسوماتي و كل ما يرتبط به هذا من جهة، و لاهتمامنا بألعاب الفيديو من جهة أخرى و خاصة مع ثقافة العاب الفيديو الجدية التي بدأت تنتشر بقوة و التي أظهرت فعاليتها في العديد من المجالات.

2- نسعى لتزويد المكتبة العربية بما يدور حول مفهوم البسيكوسوماتيك (النفسجسدي) عامة و البسيكوسوماتيك التحليلي خاصة كوننا تفتقر إلى تناول المفاهيم المرتبطة به باللغة العربية. فما لاحظناه خلال سنوات تدريسنا لمقياس الاضطرابات النفسجسدية حول الصعوبة التي يجدها الطلبة لتحضير البحوث في هذا المجال بسبب نقص المراجع باللغة العربية هو ما دفعنا لتناول المفهوم بشيء من التفصيل مع محاولة الإحاطة به من كلّ جوانبه.

3- كما نسعى لأن تكون بلدنا السبّاقة في استغلال ما استحدث في المجال الطبي والنفسي والسعي للنهل من فوائد هذا المجال الذي يعتبر كدعوة لتكامل العلاج الدوائي و النفسي.

4- و لأن الإنسان نظام دينامي،وإيمانا منا بالتأثير المتبادل لمكونات شخصية الفرد و بالتكامل النظري فإننا نسعى لإجراء دراسة من وجهة تكاملية (تحليلية، معرفية، سلوكية).

2- أسباب موضوعية:

1- لما لألعاب الفيديو من أهمية، وما له من دور في ردود أفعال الفرد الانفعالية الوجدانية والسلوكية.

2- انتشار ثقافة ألعاب الفيديو في بلدنا بشكل ملحوظ وجب استغلال جانبها الايجابي كطريقة علاجية.

3- لأنه و على عكس من التناولات الغربية التي أعطتها حجما معتبرا، فإن الاهتمام بثقافة ألعاب الفيديو كوسيلة تشخيصية أو علاجية يبقي اهتماما ضعيفاً في العالم العربي عامة والجزائر بصفة خاصة إذ تعتبر هذه الوسيلة أقل قيمة من باقي المجالات في التناولات الطبية و النفسية حتى من ذوي الاختصاص. لذا سعينا أن نكون من السباقين لتناول موضوع العاب الفيديو الصحة و فيه دعوة لإثراء العلاج النفسي بأدوات و وسائل تلاءم العصر الذي نعيشه.

4- الانتشار المريع لمرض السرطان مؤخرا واستفحاله في الجزائر و بالخصوص في ولاية سطيف التي تتصدر القائمة في الأكثر الولايات إصابة بمرض السرطان.

5- نقص ثقافة المرض وتجميد الحياة الفكرية بسب التصورات المشكلة حول المرض و تهرب الفرد ورفضه لكلمة "سرطان".

6- نقص التكفل النفسي بفئة المراهقين بسبب إخفاء تشخيص المرض عنهم.

4- أهمية الدراسة:

يعتبر السرطان من الأمراض المستعصية الذي استدعى اهتمامات كثيرة على الساحة الدولية و المنظمات العالمية، إذ سعى المهتمين من أطباء معالجين ومختصين نفسانيين لتناوله من كل جوانبه من خلال سلسلة من البرامج والدراسات المتنوعة. وما طريقة لعبة الفيديو Re-Mission إلاّ حلقة جديدة تضاف إلى هذه السلسلة و ما تم التوصل إليه في ميدان البحث حول السرطان. فهي تجسيد للعديد من وجهات النظر، تسعى لمساعدة المريض و المعالج على حد سواء في تخطي أزمة المرض خاصة مع غياب الثقافة المرضية.

و تكمن أهمية الدراسة الحالية في أهمية موضوعها وهي مشتقة من أهمية الأبعاد المتناولة في الدراسة و تتمثل في التأثير الواضح لألعاب الفيديو عامة على البناء الشخصي للفرد على كل الأصعدة، الشعور بالفعالية الذاتية و جودة الحياة التي تعتبر من الرهانات الأساسية في المجال الصحي لفهم الطريقة التي يعيش بها المريض مرضه، و التي ستكوّن جوهر الحكم الذي يكونه المريض عن مرضه و تصوره حول قابلية شفاءه حتى لا يستسلم للمرض و يتخذ موقفا سلبيا منه، ممّا سيعزز في نفسه رغبة الشفاء و تحفيزه على خوض المعركة ضد مرضه. ما قد يساهم في إيقاظ الكمونات العقلية الجامدة و إنعاش توظيفه العقلي بترجيح كفة غريزة الحياة.

كما قد يكون للعبة الفيديو رومسيون دور في التخفيف من التأثيرات السلبية على حياة الأفراد و المجتمع ككل، إضافة إلى التخفيف من تأثير المرض على ميزانية الدولة عامة و اقتصاد الصحة خاصة من خلال تحسين جودة حياة المريض. كما قد تسهم نتائج الدراسة الحالية وتوصياتها في النظر لمريض السرطان بروح تفاؤلية وليس كفرد محكوم عليه بالموت.

6- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى محاولة الكشف عن دور لعبة الفيديو Re-Mission في التسيير الذاتي لمرض السرطان و ما يرتبط به من أبعاد هذا من جهة، و إنعاش توظيفه العقلي بما يرتبط به من أبعاد من جهة أخرى. و ذلك من خلال:

1- الكشف عن فعالية استخدام لعبة الفيديو رومسيون في شعور المراهق المصاب بالسرطان بفعاليته الذاتية من خلال خلق روح التحدي لديه و الرغبة في الشفاء والقضاء على الأحاسيس المدمرة و المرتبطة بغياب الثقافة المرضية و ما لديه من تصورات حول خطورة المرض.

2- الكشف عن دور لعبة الفيديو رومسيون في تحسين جودة حياة المراهق المصاب بالسرطان من خلال تعليمه سلوكات صحية سليمة لأجل تحدي مرضه و عيشه بطريقة بناءة.

3- الكشف إن كان للعبة الفيديو رومسيون دور في تحسين جودة الحياة و الشعور بالفعالية الذاتية لدى الجنسين من الذكور و الإناث و وفقا لمتغير السن أيضا.

4- البحث إن كان للعبة الفيديو رومسيون دور في تحفيز المريض و تغذية تمثيلاته اللاواعية كطريق ممهد يسمح في وقت ثان بإنعاش توظيفه العقلي من خلال:

- إثراء الفضاء الخيالي لدى المراهق المصاب بالسرطان بما تقدمة اللعبة من مثيرات سمعية و بصرية و بما تمتلكه من عنصر الابتكار و الجاذبية.

- إن كان للعبة الفيديو رومسيون دور في تحسين قدرات الإرصان العقلي أو القدرة على العقلنة من خلال تشجيع الدينامية العاطفية و تحسين نوعية الترميز و تشجيع الارتباط بين العواطف و التمثيلات.

- و إن كان للعبة الفيديو رومسيون دور في إيقاظ الكمونات العقلية للمريض من خلال التوحد مع بطلة اللعبة بتدعيم آليته الدفاعية فاتحة المجال لظهور دفاعات أكثر فعالية.

7- تحديد مفاهيم الدراسة:

1. لعبة الفيديو رومسيون Re-Mission:

هي لعبة فيديو موجهة للمراهقين المصابين بمرض السرطان، جمعت بين التكنولوجيا الحديثة والأبحاث العلمية المستجدة في الميدان الطبي تندرج ضمن العاب الفيديو الجدية **(serious game)** و ألعاب فيديو الصحة (Health video games) أكثر تحديدا. لعبة من إنتاج مخابر Hopelab (مخبر الأمل) و ابتكار الطبيبة و الباحثة Pam Omidyarالمختصة بأمراض السرطان و علم المناعة، بطلتها Roxxi الروبوت المجهري الذي يحقن داخل جسم المريض لمكافحة الخلايا السرطانية. تتعرض Roxxi لعدة تحديات وعليها تجاوز العقبات على مدار 20 مستوى في اللعبة في قالب هزلي و ممتع بتسيير من اللاعب الذي يأخذ دورها و يوجهها. في حين تبلّغ البطلة اللاعب في كل مستوى من المستويات المهام الواجب انجازها و الهدف منها لتمرر من خلالها رسائل تساعده على تسيير المرض ذاتيا بتعليمه كيفية التعامل مع الأعراض الثانوية للعلاج الكيميائي؛ كما تعمل على تدعيم وزيادة معارفه حول السرطان و تحفيزه على التصدي له في سعي لتحسين ثقته بقدراته.

و كلمة Re-Mission المشابهة لكلمة Rémission و التي تعني التراجع: مركبة من كلمتين: Re و Mission أي إعادة المهمة. و يقصد بها إتاحة فرصة جديدة للمراهقين المرضى لإنجاز مهمة التغلّب على السرطان وبالتالي تراجعه.

2- التسيير الذاتي للمرض:

يشير التسيير الذاتي للمرض حسب Bodenheimer et al (2002) إلى تدريب المهارات لدى المرضى الذين يعانون من العجز، الأمراض المزمنة أو الأمراض التطورية بتعليم المرضى كيفية رعاية أنفسهم و اتخاذ قراراتهم نحو صحتهم و القيام بالسلوكات الصحية الجيدة الذاتية من أنفسهم لا من خارجها، و هو ما يساهم في تحسين النتائج الإكلينيكية من خلال التوصل إلى الشعور بالفعالية الذاتية إضافة إلى تحسين جودة حياة المريض.

و تعتبر دراسات **(Brown & al, 1997)**، **(Lieberman, 2001)** حول العاب **الفيديو الجدية و العاب** فيديو الصحة أكثر تحديدا أول من نوهت بإمكانية تعليم التسيير الذاتي للمرض من خلال العاب الفيديو. و على غرار ما ذهب إليه هذين الباحثين، Bodenheimer و زملائه؛ فإنه يقصد بالتسيير الذاتي للمرض في الدراسة الحالية؛ ما ينتج من شعور بفعالية ذاتية و تحسن لجودة حياة مريض السرطان جراء اللعب بلعبة الفيديو Re-Mission و ما يتعلمه من رسائل ضمنية تنطلق خلال مستويات اللعبة.

أ- الفعالية الذاتية:

يعرفها Bandura (1997) بأنها اعتقاد الفرد بقدرته على تنظيم خطط التصرفات اللازمة لتحقيق نتائج مرغوبة، تتعلق بمعتقدات الفرد بقدراته على التصرف بطريقة تتحكم في الأحداث التي تؤثر على حياته، و يشير إلى الحكم الذي يحمله الفرد حول قدرته و إيمانه بكفاءته لإنجاز مهمة ما بنجاح و إلى اقتناعه بقدرته على تبني سلوكات معينة في وضعية صعبة كدوافع للصمود و مواجهة العراقيل.

و تعرف الفعالية الذاتية في الدراسة الحالية على أنها إيمان مريض السرطان بقدرته على إتباع العلاج الطبي و بلوغ الأهداف المتوقعة و بقناعته على التسيير السليم للسلوك الصحي و الذي يظهر من خلال التغيرات الحاصلة في السلوكات الواجب إتباعها من خلال: 1- تسيير الأعراض (بتسيير الغثيان، تسيير الألم، تسيير حالة الحصر، تسيير التغذية، تسيير الإمساك، تسيير التهاب المخاط، تسيير الالتهاب)، 2- الاهتمام بالعلاج (بتجنب أو التقليل من تأثيرات الأعراض الجانبية للعلاج الكيميائي و الوقاية منه، تجنب الألم، إتباع العلاج الدوائي و المواظبة عليه، احترام مواعيد الفحوص)، 3- الحوار و التواصل بصفة عامة و مع الفريق الطبي، و التواصل مع العائلة و الأصدقاء.

يشير الشعور بالفعالية الذاتية إجرائيا، إلى الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة من مرضى السرطان على مقياس الفعالية الذاتية (SEP) من تصميم مخابر HopeLab و إشراف Veronica.M. Bowling المترجم إلى اللغة العربية من قبل الباحثة و التي قامت أيضا بالتحقق من خصائصه السيكومترية في البيئة الجزائرية. و يشير الحصول على نتائج مرتفعة في المقياس على شعور مرتفع بالفعالية الذاتية.

ب- جودة الحياة:

يعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الحديثة، و يرى Bruchon-Schweitzer و Leplège (2008) أنه يصعب إعطاء تعريف محدّد لجودة الحياة كونه ذاتي، ضمني و متعددة العوامل. يعكس تأثيرات المرض، علاجاته، قرارات الرعاية الصحية على الحياة اليومية للمريض.

و يعتبر التعريف التالي تنسيق بين عدد من التعاريف حول المفهوم في مجال الصحة و تعريف المنظمة العالمية للصحة OMS، و نعرفها على أنها: إدراك الفرد لوضعه في الحياة في علاقته مع أهدافه وتوقعاته، يستند للحالة العقلية و النفسية والجسدية بدرجة أكثر وليس فقط الاهتمام بالحالة الصحية وغياب المرض العضوي. تعتمد على الحكم الذي يحمله المريض حول مرضه، وضعيته الصحية و العلاجية و على ما يبنيه من قناعات حولها. و يشير تحسن مستوى جودة الحياة إلى تقلص الفجوة بين توقعات المريض و انجازاته

و في الدراسة الحالية، يشير تحسن مستوى جودة الحياة إلى التوظيف المنسجم و المتوازن على عدة مستويات، تستدعي المشاركة النشطة من المريض لتحسين حالته الصحية، ترتبط بفعاليته و بالحكم الذي يكونه حول مرضه وما يبنيه من قناعات ايجابية. يعيش مرضه بطريقة بناءة و يساهم في قراراته العلاجية التي تظهر في سلوكاته الصحية الايجابية و تقليص الانعكاسات الوظيفية السلبية لمرض السرطان و علاجه على النشاطات الجسدية و الحالة النفسية و العلاقات الاجتماعية...

و تعرف جودة الحياة إجرائيا في الدراسة الراهنة إلى تقدير الفرد لحياته الحالية من خلال الدرجة المحصلة عليها في مقياسي « Cancer module » Pediatrique Scale Quality of Life: $PedsQL_{CM}$ لصاحبه James.W.Varni المترجم إلى اللغة العربية من قبل الباحثة و التي قامت أيضا بالتحقق من خصائصه السيكومترية في البيئة الجزائرية. يتم تقييم النتائج حسب إدراك المراهق لجودة حياته من خلال تقييمه الذاتي و كذا تقييم الوالدين للظروف المتعلقة بصحته و ملاحظتهم للتغيرات الحاصلة؛ إحدى المقياسين موجه للمراهق و الآخر موجه لإحدى والديه. و ترتبط النتائج باتجاهات الابن و اتجاهات إحدى والديه على مستوى توظيفه النفسي الانفعالي، توظيفه الجسدي، توظيفه الاجتماعي، توظيفه المدرسي، التسيير المرضي، الاتصال. حيث كلما كانت نتائج المتوسط الحسابي على المقياس مرتفعة أكثر دلت على وجود مشاكل أقل في المجالات المذكورة أعلاه و تحسن أفضل لجودة حياته.

3- التوظيف العقلي:

للإشارة فإننا نستند في تناولنا للتوظيف العقلي إلى ما جاء به أنصار مدرسة البسيكوسوماتيك التحليلي التي تعد المرجعية الأساسية في الشطر الثاني من الدراسة الحالية. و يشير التوظيف العقلي حسب Pongy et Babeau (2003) لمجموع السيرورات و العمليات النفسية من أجل حل الصراع أو التأقلم معه، يخضع للعديد من الأسس، و يفسر في إطار اقتصادي- دينامي و يعتمد على طبيعة الإستثارات الطاقوية و مبدأ التعقيل و الإرصان النفسي في القيام بعمله. إذ يتفق الباحثون Chabert (1988)، Debray (1997)،Emmanuelli et Azoulay (2001)، Anzieu et Chabert (2004)، Richelle et coll (2010)،Azoulay et Emmanuelli (2012) على أن أشكال التوظيف النفسي التي يتم تحريكها في الوضعية الإسقاطية تعكس التنظيم العقلي للفرد. و على أساسها سيتم تقييم أبعاد التوظيف العقلي التي يتم تقصيها من خلال المعطيات المجمعة من اختبار بقع الحبر لهرمان روشاخ و الذي سنعتمد في تمريره و تحليل نتائجه على الطريقة الكلاسيكية و التحليلية لصاحبيها Claude De Tychey & Joelle Lighezzolo (1983)

و يذهب De Tychey & coll (1992) و Bergeret (2003) إلى أن مقاربة النشاط العقلي و تقصيه، إنما يتم من خلال ثلاث أبعاد: الفضاء الخيالي، العقلنة، فعالية الدفاعات.

و لتحديد نوعية التوظيف العقلي (فضاء خيالي، عقلنة، دفاعات) في مجال الاضطرابات السيكوسوماتية تم الاستناد لآراء الباحثين Diwo (1979)، Debray(1991)، Marty (1991)، Marty (1998a)، Smadja (2001)، Dejours (2003)، Pongy et Babeau (2003)، Sami Ali (2004)، De Tychey et Lighezzolo(2004)

أ- الفضاء الخيالي:

يعتبر الفضاء الخيالي مفهوم نفسي ثم جسدي و هو ما يشكل الصحة و المرض حسب Sami Ali (2004)، و في تفسيره للفضاء الخيالي ركز الباحث على ثلاث محاور أساسية للتوظيف و التي من خلالها ترتسم ثلاث أشكال مرضية كبرى تقحم النفس و الجسد في الوقت ذاته. و تتحدد محاور التوظيف هذه و ما يوافقها من أشكال مرضية من خلال مفهومين: الوظيفة الخيالية من جهة، و كبت الوظيفة الخيالية من جهة أخرى. و يمكن اعتبار تعريف سامي علي تعريفا إجرائيا إذ يذهب للقول بأن الخيالي ما هو إلا الحلم و معادلاتها في حياة اليقظة كالهوامات، أحلام اليقظة، الهذيانات، الهلاوس، الاعتقاد، اللعب، النقلة، السلوك السحري...

و يتحدد غنى أو فقر الفضاء الخيالي في الروشاخ من خلال غنى أو ضعف المؤشرات: (عدد الاستجابات، المحددات الحركية الكبرى و الصغرى، F+% ، F% ،الاستجابات الحيوانية، TRI، FS)

و قد اجمع الباحثون في المجال السيكوسوماتي و الذين تمت الإشارة إليهم سابقا على أن الفضاء الخيالي للمرضى السيكوسوماتيين يظهر كفضاء فقير، حيث كلما تعمق المرض و اختل تنظيم الفرد، زاد تدهور فضاءه الخيالي أكثر و أصبح أكثر فقرا.

ب- العقلنة:

العقلنة حرفيا تعني " العمل لجعل الشيء عقليا أي تحويله إلى عقلي. و يمكن اعتبار العقلنة كما يرى Pongy et Babeau (2003) بأنه كل ما يتجه نحو القطب العقلي، أي القطب النفسي للتمثيلات [...] حيث يقصد بالتمثيلات تمثيل الأشياء و تمثيل الكلمات التي نجدها في الأفكار، التفكير، أحلام اليقظة، الهوامات، عناصر الحلم، التخيل، الهذيانات. و هي ما يشكل مادة الترابطات الفكرية.

و في الدراسة الحالية نتبنى تعريف de Tychey et Lighezzolo (2004) الذي نعتبره شاملا لكل الوظائف التي تم ذكرها في مختلف التعاريف حول المفهوم. إذ تشير العقلنة حسب الباحثين إلى القدرة على الترجمة إلى كلمات تمثيلات لفظية قابلة للمشاركة مع الآخر، الصور و الانفعالات المحسوسة، حيث يعطى لها معنى قابل لإبلاغه تكون مفهومة للشخص نفسه و للآخر [...] مع ما يستتبع من عملية الترميز. وهذه الأخيرة تفترض أن تكون العاطفة التي يشعر بها مرتبطة بكلمات تحددها كارتباط عاطفة- تمثيلة."

كما أن تناول الأبعاد المرتبطة بالعقلنة و التي حددها كل من Diwo (1979)، de Tychey Rebourg et Vivot (1992), de Tychey, Diwo et Dollander (2000). de Tychey et Lighezzolo (2004) هو فقط ما سيسمح بتقصيها لأجل تناولها بالدراسة في فرضيات الدراسة الحالية. و لمقاربة نوعية العقلنة، سنستند للعناصر المشكلة من الروشاخ و الدرجات المجمعة حول التعبير النزوي، الترميز الجنسي و العدواني، الارتباط عاطفة/ تمثيلة. و قد أجمع هؤلاء الباحثون بالاستناد لأعمال Rausch de Traubenberg et Chabert (1988), (1993) ;coll (1990)، على أن المرضى السيكوسوماتيون يعانون من سوء تعقيل يختل كلما اختلت درجة التنظيم. إذ تتحقق بعض مؤشرات الروشاخ لديهم أكثر، كلما اختل تنظيمهم أكثر:

➢ – **في الروشاخ، في شبكة الدينامية العاطفية: محور التعبير النزوي،**

- النتائج المسجلة للتعبير النزوي الموضوعي الصريح تكون ضعيفة، و كلما زادت درجة تنظيم الفرد ظهر هذا النوع من التعبير أكثر.
- في المقابل يظهر الكثير من التعبير النزوي الموضوعي الحيادي و اللاموضوعي الحيادي لدى المرضى السيكوسوماتيون، في حين يشير انخفاض في الدرجات المجمعة لهاتين الفئتين من التعبير لتنظيم أكثر إرصانا نسبيا.

➢ – **في الروشاخ، في شبكة الدينامية العاطفية: محور العدوانية:**

- يظهر القليل من التعبير العدواني (الموضوعي و اللاموضوعي) النشط لدى المرضى السيكوسوماتيون و يتناقص هذا النوع من التعبير كلما اختل تنظيم الفرد، في حين يشير الارتفاع في الدرجات المجمعة لهاتين الفئتين لتنظيم أكثر إرصانا نسبيا.
- التعبير العدواني السلبي و التعبير العدواني الكامن يكون معتبرا كلما اختل تنظيم الفرد، في حين يشير انخفاض هذا النوع من التعبير لتنظيم مرصن نسبيا.

➢ – **في الروشاخ، بخصوص ترميز النزوات الجنسية و العدوانية:**

- يكون ترميز النزوات الجنسية و العدوانية سيئ و مؤشر الإرصان الرمزي (IES) يكون أقل بكثير من القيمة 0.5 كلما كان التنظيم مختلا أكثر، في حين يشير ارتفاع قيمة هذا المؤشر لتنظيم مرصن نسبيا.

➢ – **في الروشاخ، بخصوص نوعية الربط بين العاطفة و التمثيلة:**

يظهر الربط عاطفة/ تمثيلة من نوعية سيئة كلما اختل تنظيم الفرد أكثر، بحيث يُسجل الكثير من الإجابات الشكلية و اللونية الخالصة التي تشير إلى غياب العواطف المرتبطة بالتمثيلة (ش، حربشر، حرحيو،...) أو إلى إسقاط العاطفة بطريقة فظة (ل، فق، ض...). في حين يشير المزيد من الإجابات الشكلية/اللونية (ش ل، ض ش، حرحيولَ، ش فق، لَ حربشر...) إلى تنظيم أكثر إرصانا نسبيا. إذ يشير ارتباط اللون بمحدد شكلي (ل ش، لَ حربشر، فق ش،...) لبداية العاطفة بالإرصان. و يعتبر عمل الربط ناجحا عندما لا تسيطر شحنة العواطف،

و لكن تكون مضبوطة بمحدد شكلي أو لوني متطابقة مع الإطار الإدراكي الصحيح (ش ل، ش ض، ش فق، حربشر لَ،...)

ج- فعالية الدفاعات:

تشير كلمة الدفاع إلى ثورة الأنا على التمثيلات و العواطف المؤلمة أو غير المحتملة للحفاظ على نوع من التوازن. وهي كما تعرفها أنا فرويد في Bergeret (2000) " نشاط خاص بالأنا يعمل على حماية الفرد من التهديدات الحادة." و ترتب الآليات الدفاعية حسب مدى فاعليتها و مراحل ظهورها و مستوى نضجها .و تعتبر الجسدنة كنوع من الاستجابة ضد الفرط الطاقوي و التهديدات التي لا يمكن للنفس إرصانها و معالجتها. و تنتظم دفاعات المريض السيكوسوماتي باللجوء إلى الواقع الخارجي حيث فقدان القيمة الرمزية للكلمات و الصور و الأفكار يؤدي للمعالجة الملموسة و الحالية للواقع الخارجي و المدرك، و بسبب تعذر استعمال طريقة الإسقاط إلى الخارج لتفريغ الإثارات المرتبطة بالنزوات العدوانية فإن هذه الميكانيزمات تتركز نحو توجيه تعبير النزوات العدوانية إلى الداخل أو إلى الذات بحدوث إسقاط داخلي و هو ما يؤدي إلى الجسدنة. للقول بأن دفاعات المريض هي دفاعات تكيفية غير فعالة تصنف في حقل السيكوسوماتية على أنها بدائية. وتتمثل كما حددها Dejours (2003) في: الاستذهان (التعقلن)- الانشطار، الإنكار، الكف- القمع - الإرضاء عن طريق الإدراك - الوصف القهري للواقع المدرك - النشاط - و أخيرا الحياة العملية أو التكتم حسب المدرسة الأمريكية.

و تتمثل فعالية الدفاعات في تحقيق الهدوء النفسي و توازنها و لكن من خلال اللجوء إلى ميكانيزمات تفريغ الإثارات المرتبطة بالنزوات العدوانية إلى الخارج بإسقاطها على مواضيع خارجية يشعر الفرد فيها بقدرته على التحكم فيها و السيطرة عليها دون الخوف من تلقي العقاب أو تلقي الأحكام السلبية من البيئة الاجتماعية المحيطة و كل ذلك بمعالجة الإثارات باللجوء إلى استعمال الكلمات و الصور و ما تحملها من قيمة رمزية و ما يرتبط بها من تعبير عاطفي أي باستعمال السيرورات الثانوية.

لمقاربة الطابع التكيفي في مقابل الطابع الدفاعي للعمليات الدفاعية (بمعنى فعالية الدفاعات)، سنستند لمؤشرات الروشاخ التي أشار إليها Claude de Tychey (1982) في أعماله و التي يمكن مقاربتها من خلال خمس عناصر: موضوع الاستجابات، شكل التعبير اللفظي، التكيف مع الواقع الخارجي، فعالية الدفاعات على المستوى الدينامي، تقييم النبرة الانفعالية للشخص.

ثانيـــا

الدراسات السابقة و مدى استفادة الدراسة الحالية منها

- **المحور الأول: دراسات تناولت مجالات التفاعل الصحية (واقع افتراضي، العاب فيديو، برامج الانترنت التفاعلية) و دورها في تجاوز الاضطرابات النفسية و العضوية.**

- **المحور الثاني: الدراسات التي تناولت متغير التسيير الذاتي للمرض من شعور بالفعالية الذاتية و تحسين لجودة الحياة في علاقتها بالأمراض العضوية.**

- **المحور الثالث: الدراسات التي تناولت العلاقة بين التكفل العلاجي و إنعاش التوظيف العقلي.**

- **التعليق على الدراسات السابقة و مدى إستفادة الدراسة الحالية منها**

تمهيد:

تهدف الدراسة الحالية إلى محاولة الكشف عن دور لعبة الفيديو رومسيون Re-Mission في التسيير الذاتي لمرض السرطان من خلال شعور المراهق بفعاليته الذاتية و تحسين جودة حياته و ما يرتبط بهما من أبعاد هذا من جهة، و إنعاش توظيفه العقلي بما يرتبط به من أبعاد من جهة أخرى. و من خلال مراجعة الدراسات التي ترتبط بمتغيرات الدراسة، فإننا سنتطرق إلى عدد من الدراسات و التي هي في مجملها دراسات أجنبية نرى أنها ترتبط

بصورة أو بأخرى بموضوع البحث الحالي، مع ذكر دراسة عربية واحدة قامت بها الباحثة في سنة 2007 في إطار انجاز مذكرة مكمله لنيل شهادة الليسانس. و في حدود اطلاعنا لم ترد دراسات تهتم بدراسة دور العاب الفيديو الصحة في مقاربة تكاملية للتسيير الذاتي للمرض من وجهة نظرية التعلم الاجتماعي بتناولها للشعور بالفعالية الذاتية و جودة الحياة، و التوظيف العقلي من وجهة تحليلية في أبعاده الثلاث. و قد تم تصنيف الدراسات السابقة كما يلي:

- ✓ **المحور الأول:** دراسات تناولت مجالات التفاعل الصحية (واقع افتراضي، العاب فيديو، برامج الانترنت التفاعلية) و دورها في تجاوز الاضطرابات النفسية و الأمراض العضوية عامة.
- ✓ **المحور الثاني:** و ينطوي على الدراسات التي تناولت متغير التسيير الذاتي للمرض من شعور بالفعالية الذاتية و تحسين لجودة الحياة في ارتباطها بالعديد من الأمراض العضوية عامة و الأمراض السرطانية بصفة خاصة. لذا فقد تم تقسيم دراسات هذا المحور إلى قسمين: قسم ينطوي على الدراسات التي جمعت بين الأمراض العضوية عامة و تسير المرض. قسم ثان يشمل الدراسات التي جمعت بين مرض السرطان و تسير المرض.
- ✓ **المحور الثالث:** و يشمل الدراسات التي تناولت العلاقة بين التكفل العلاجي و إنعاش التوظيف العقلي. و لقد كانت الدراسات في هذا المجال قليلة، أربع دراسات منها اهتمت بإنعاش التوظيف النفسي أو العقلي في مجال الأمراض العضوية حيث اثنان منها في مجال الأمراض السرطانية. غير أن هذه الدراسات استندت على العلاجات بالطرق التحليلية. أما الدراسات التي تناولت العلاقة بين العاب الفيديو و إنعاش التوظيف النفسي فتمثلت في دراسة واحد فقط و ذلك في مجال الاضطرابات النفسية. و لم نجد في حدود اطلاعنا أي دراسة عربية كانت أو أجنبية تناولت إنعاش التوظيف العقلي في ارتباطها بألعاب الفيديو في مجال الاضطرابات العضوية.

فيما يلي عرض لهذه الدراسات ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة حسب تسلسل المحاور سالفة الذكر، و سيتم و عرضها وفقا لتسلسلها الزمني من الأقدم إلى الأحدث. وبعد عرض هذه الدراسات سيتم التعليق عليها من حيث الأهداف، العينة، و أهم النتائج التي توصلت إليها و مدى استفادة البحث الحالي منها.

1- المحور الأول: دراسات تناولت مجالات التفاعل الصحية (واقع افتراضي، العاب فيديو، برامج الانترنت التفاعلية) و دورها في تجاوز الاضطرابات النفسية و العضوية:

نسعى من خلال عرض الدراسات الآتية لإبراز أهميتها لتجاوز الاضطرابات النفسية و العضوية و اكتساب سلوكات صحية سليمة.

1- دراسة (2003) Legeron.P, Roy. S, Klinger .E, Chemin. I, Lauer. F, Macqueron.G, Nugues P.

عنوان الدراسة: العلاج عن طريق الواقع الافتراضي في الفوبيا الاجتماعي

هدفت الدراسة للمقارنة بين فعالية علاج الواقع الافتراضي و بين العلاج الجماعي السلوكي المعرفي، حيث يعاني جميع أفراد العينة من فوبيا اجتماعية حسب معايير DSMIV. تكونت عينة البحث من 36 راشدا تراوحت أعمارهم بين 25– 54 سنة بمتوسط حسابي بلغ 36 سنة، شملت الدراسة 17 رجل و 19 امرأة، تمّ توزيعهم على مجموعتين: 18 حالة في المجموعة الأولى خضعت للعلاج عن طريق الواقع الافتراضي، 18 حالة في المجموعة الثانية خضعت للعلاج السلوكي المعرفي الجماعي. بلغ عدد الحصص العلاجية بالنسبة للمجموعتين 12 حصة موزعة بحصة واحدة في كل أسبوع. تستغرق الحصة 45 دقيقة بالنسبة للمجموعة الأولى و ساعتين للمجموعة الثانية و التي تخضع للعلاج الجماعي. تم الاعتماد على المنهج التجريبي في قياس قبلي و بعدي و استعمال مقاييس: شدة الفوبيا الاجتماعية LSAS (Liebowitz Social Anxiety Scale)، الحصر و الاكتئاب (HAD, BDI-13)، السياق الاجتماعي المسبب للحصر، تأكيد الذات (Rathus)، التحسن الإكلينيكي (CGI).

و أسفرت النتائج على ظهور تحسن إكلينيكي واضح في المجموعتين. غير أن المجموعة الخاضعة للعلاج عن طريق الواقع الافتراضي سجلت انخفاضا واضحا في مستوى الحصر الاجتماعي مقارنة بالمجموعة الخاضعة للعلاج السلوكي المعرفي الجماعي بالرغم من أن أفراد المجموعة الأولى سجلوا حصرا اجتماعيا اكبر في قياس قبلي. أما في باقي الأبعاد فقد سجلت تحسنا في نتائج المجموعتين. ليستنتج الباحثون فعالية الواقع الافتراضي لتجاوز الفوبيا الاجتماعية.

2- دراسة Steven Stockdale (2004)

عنوان الدراسة: التغذية الراجعة لبرنامج التدريب الدماغي على لعبة عمر الدماغ « Brain age »

لجأ المختص النفسي Steven Stockdale لاستعمال لعبة «Brain age» من تصميم طبيب الأعصاب الياباني Ryuta Kawashima و إنتاج NintendoDS لأجل استثارة ردود الفعل الرجعية للأعصاب عند الطفل Ethan Myers الذي تعرض لحادث سير خطير ادخله في غيبوبة لمدة شهر كامل. و كانت انطلاقته في ذلك أن تكرار التمارين هي مفتاح الصحة الجسدية و النفسية.

«Brain age» لعبة تفاعلية بين الإنسان و الآلة، تستند لإجراء تدريبات عصبية بوساطة نظام CLT (Cyber Learning Technology) تشمل على إجراء تمرينات، عمليات حسابية، الرسم و الكلام عبر مستقبل الصوت على الشاشة. تعمل اللعبة على تحفيز الفرد للحصول على عمر دماغي يتناسب و عمره البيولوجي و يسعى الجميع عادة للحصول على عمر دماغي يقترب من 20 سنة، فكثرة التدريبات على اللعبة تعمل على تناقص العمر الذي قد يتجاوز في بداية اللعبة الثمانين سنة لشاب يبلغ من العمر 25 سنة مثلا. و قد سمح التدريب اليومي على اللعبة بالتعاون بين المختص النفسي و والدي Ethan باسترجاع هذا الأخير لقدراته العقلية و ارتياد مدرسته الاعتيادية و القيام بالنشاطات التي يمكن لطفل في سنه القيام بها. صرح Stockdale أن هذا النوع من اللعب يعمل على استثارة السيالات العصبية و التغذية الراجعة و الرجعية العصبية (rétroaction neuro-feedback) و بالتالي تعلم الفرد طريقة التحكم في ذاته، تجنب الغضب و السيطرة على حركاته وتسيير انفعالاته التسيير الحسن.

3- دراسة (2005) D. Vilozni, A .Barak, O.Efrati, A.Augarten, Ch. Springer, Y.Yahav, L.Bentur

عنوان الدراسة: دور العاب الفيديو في مقياس التنفس عند الأطفال في سن ما قبل التمدرس: دراسة مقارنة بين الأطفال المصابين بالربو و الأطفال الأصحاء.

أجريت الدراسة في روضة للأطفال في قسم الأمراض التنفسية بفلسطين على 266 طفل في سن ما قبل التمدرس تراوحت أعمارهم بين 3–6 سنوات، حيث 157 منهم مصابون بالربو بينما يتمتع 109 الباقون بالصحة الجيدة. هدفت الدراسة لمعرفة إن كان لألعاب الفيديو التفاعلية على الكمبيوتر دور في تعليم الأطفال الصغار طريقة استعمال جهاز التنفس "Spiromètre" و معرفة إن كانت معطيات جهاز التنفس المتحصل عليها عند الأطفال الأصحاء موافقة للمعايير المسجلة عند الراشد. و من خلال اللعب بالجهاز التنفسي التفاعلي يتم تقيم ثلاث معايير: الاستنشاق المفتعل قبل الزفير، الإستنثار المفتعل، الإستنثار المطول لأجل تقييم حجم الرواسب. وكمحكات تم الاعتماد على مقياس (American Thoracic Society) ATS ومقياس.ERS (European Respiratory Society) لتقييم إنتاج O_2 و CO_2

سجلت علاقة ارتباطية بين شدة الربو و زمن الإستنثار (1.7+/− 0.4 ثانية، بانحراف معياري<0.03) في حين لوحظ انخفاض مستوى «DEMM 50» و «VEMS» (وحدتي قياس تنفسية) بنسبة 32 إلى 63 % مقارنة بالأطفال الأصحاء. و بعد استعمال الممددات الشعبية لوحظ تحسن في «VEMS» بنسبة 10 إلى 13%، و تحسن في «DEMM 50» بنسبة 38 إلى 56% عند الأطفال المرضى. ليستنتج الباحثين أن العاب الفيديو للتنفس التفاعلي تساهم في تسهيل استعمال جهاز التنفس عند صغار السن المصابين بالربو. كما أن النتائج المتحصل عليها جاءت مطابقة للمعايير ATS الخاصة بالراشد و تلك الخاصة بأندادهم من الأطفال الأصحاء في سن ما قبل التمدرس. إضافة إلى أن هذه اللعبة أكدت على وجود علاقة ارتباطية بين الدرجات المحققة في جهاز التنفس و درجة شدة الربو. و أكد الباحثان على فعالية العاب الفيديو التفاعلية في تعليم السلوكات الصحية السليمة.

4- دراسة أطلقتها القاعدة الأمريكية بابتكار لعبة الفيديو «Virtual Irak» لأجل مساعدة المحاربين الأمريكيين اللذين شاركوا في حرب العراق (2008)

سجل ثلث المحاربين الأمريكان اللذين شاركوا في حرب العراق بعد عودتهم إلى بلدهم العديد من الاضطرابات النفسية، وهو ما دفع بالباحثين لتصميم لعبة فيديو ذات خصائص علاجية يقوم مبدأها على إعادة معايشة هذه الفئة أحداث صدمات الحرب التي اختبروها في أثناء غزوهم للعراق بهدف تجاوز أعراض اضطرابات الشدة التالية للصدمة التي ظهرت لديهم. و تستند اللعبة لديكور و بيئة مطابقة للبيئة العراقية، أجريت الدراسة من طرف الباحث و الطبيب العقلي Michael Roy بالمستشفى العسكري الأمريكي بواشنطن Walter Reed. أين يقوم اللاعب بإعادة معايشة الحرب. اعتمد الباحث في دراسته على الملاحظة و المقابلة النصف موجهة لتحري الاختلاف الحاصل في سلوكيات المحاربين في حياتهم العادية إضافة إلى تحري الاختلاف الحاصل في أعراض الشدة التالية للصدمة. و توصل

الطبيب في نتائج تجربته إلى معالجة بعض أعراض الصدمة النفسية التي تعرض لها المحاربون خاصة تلك المرتبطة بالبعد الأول حسب DSMIVR و المتمثل في إعادة معايشة الحدث الصدمي. حيث ساعدتهم اللعبة على التعبير و على الخروج من عزلتهم و الاستمرار بعيش حياة عادية. و صرح Michael Roy بأن لعب الفيديو أصبحت تشكل وسيلة علاجية فعالة.

5-دراسة P. M. Bingham, J.HT Bates, J.Thompson-Figueroa, T.Lahiri (2010)

دراسة بعنوان : التغذية الراجعة للتنفس بألعاب الفيديو لأطفال يعانون من التليف الكيسي

سعى الباحثون لتطوير لعبة فيديو تعلم الأطفال اللذين يعانون من التليف الكيسي كيفية التنفس باستعمال مقياس تنفس رقمي، و من خلال التغذية الراجعة التي يمكن معاينتها في شاشة لعبة الفيديو فإن ذلك سيساهم في تشجيع الوعي بالتقنيات الجيدة للتنفس السليم لدى هذه الفئة. أجريت الدراسة على 10 أطفال خلال مدة استشفائهم. تراوحت أعمارهم بين 5-11 سنة، و تمّ مراقبة تفاقم التليف الكيسي لديهم خلال 15 دقيقة من اللعب في كل حصة على أن لا يقل عدد الحصص على الخمس مرات، و على الطفل أن يتبع خلال لعبه هدفا متحركا في اللعبة و تسييره من خلال استعمال تقنيات التنفس.

أظهر تحليل نتائج المتغيرات وجود فروق دالة إحصائيا بين القياس القبلي و البعدي في 5 أبعاد تمّ تحديدها من طرف الباحثين، كما ساهمت اللعبة على اكتساب الأطفال للتناسق بين حركة العينين و طريقة التنفس، كما ساهمت اللعبة في تحسيس الأطفال و آباءهم بأعراض التنفس الخاطئ و شجعت على ظهور و بناء علاقات اجتماعية جيدة بين أفراد عينة البحث. و أكد الباحثون على فعالية العاب الفيديو لاكتساب السلوكات الصحية السليمة.

5- دراسة François Lespinasse, José Perez (2010)

عنوان الدراسة: ورشة "ألعاب الفيديو" العلاجية في المستشفيات النهارية للأطفال.

صممت ورشة لألعاب الفيديو خصيصا لأطفال يعانون من اضطرابات نفسية بمستشفى بوردو Bordeaux الفرنسية. و ترتبط هذه الاضطرابات بنقص التفاعل لدى هؤلاء كالتوحد و بعض أنواع الفصام. تراوحت أعمار أفراد العينة بين 6-12 سنة. ضمّت الورشة 24 طفلا ممن كانوا يجرون فحوصاتهم بالمستشفى النهاري. قسّمت العينة إلى مجموعات تضم أربعة أطفال يجلسون على شكل نصف حلقة، كلّ يلعب حسب دوره دون تحديد للوقت، و يستنفد اللاعب وقته عند استهلاك فرصه المتاحة في اللعبة و ما يتم تحقيقه من نجاحات و اكتساب لفرص جديدة. ولجأ المعالجون لتناول لعبة محبوبة و لها شعبيتها عند الأطفال تمثلت على التوالي في Super Mario2 ثم

Super Mario3 . هدفت الورشة من خلال اللعبة و توجيهات الأخصائيين تعليم الأطفال الانضباط و احترام القوانين من خلال احترام قواعد الجماعة و قواعد اللعبة، انتظار الدور، التحكم في الذات و عدم الاندفاع. وتمثل الهدف الرئيسي في التفاعل مع الآخر في الجماعة حيث يأخذ البعد الجماعي كل صداه. و قد ساعدت اللعبة الأخصائيون على تشخيص بعض الأعراض و الصعوبات التي يعاني منها الأطفال، كصعوبات في صورة الجسم، مدى قدرة التحكم في انفعالاتهم...، كما ساعدت الأطفال على الحفاظ على درجة التركيز البصري إضافة إلى ذلك تطوّير قدرتهم على إدراك ما يدور حولهم بسرعة، اكتساب الذكاء الحس حركي المرتبط بردود الفعل الإدراكي و تعلم الأطفال السرعة في اتخاذ القرار من خلال ترافق حركات اليد و الضغط على الأزرار في الوقت المناسب. تطوير التمثيلات العقلية من خلال انتظام للمخططات العقلية و بناء استراتيجيات للفوز. كما سمحت اللعبة بالتنظيم من خلال إعادة سرد منطقي ومتسلسل لأحداث القصة. و من خلال تقمص الشخصية و التفاعل بين البطلين؛ أي الطفل و بطل اللعبة، تعلم الطفل وجود طرف خارجي يجب التفاعل معه و التعاون بينهما لأجل الاستمرار في اللعب، "فمن خلال ما يقدمه مصمم اللعبة و ما تسمح به حدود اللعبة يقوم الطفل ببناء و نسج بنيته الخاصة " كما يرى Perez et Lespinasse (2010)

7- دراسة S.Merry,K. Stasiak, M.Shepherd, & al **(2012)**

دراسة بعنوان: فعالية لعبة سباركس SPARX للمساعدة الذاتية عند المراهقين المصابين بالاكتئاب.

أظهرت الدراسة أن ألعاب الفيديو الخيالية يمكن أن تفيد المراهقين الذين يعانون من الاكتئاب بقدر ما تفيدهم جلسات المحادثة العلاجية مع المعالجين النفسانيين. و تتمثل في لعبة "سباركس" **SPARX** (Smart, Positive, Active, Reallistic, X-factor) التي قام فريق بحث البروفيسور Sally Merry من جامعة أوكلاند Aucklandبكارولينا بتطويرها كعلاج سلوكي معرفي. وهي عبارة عن لعبة فيديو تفاعلية ثلاثية الأبعاد تجري أحداثها في القرون الوسطى. و في هذه اللعبة يخضع اللاعب لسلسلة من التحديات على مدار 07 مستويات لإعادة النظام إلى عالم افتراضي أصبح مسيطرا عليه بالأفكار التلقائية السلبية الكئيبة GNAT (Gloomy Negative Automatic Thoughts) و على اللاعب أن يكتشف في أثناء انتقاله من مستوى إلى آخر أعراض حالته الاكتئابية و وسائل تجاوزها و يتعلمون من خلالها التحكم في عدة تقنيات لأجل ذلك؛ كالاسترخاء، تسيير الانفعالات، و تجاوز المشكلات باستبدال الأفكار السلبية بأخرى ايجابية.

أجريت الدراسة على مجموعة من المراهقين (ن=187) ممن يعانون من اكتئاب خفيف أو متوسط، يخضعون للعلاج الدوائي و يتناولون العقاقير المضادة للاكتئاب. تراوحت أعمارهم بين 12–19 سنة تمّ سحبهم بطريقة عشوائية من 24 موقع للرعاية الصحية من أنحاء نيوزيلاندا بما في ذلك المدارس، الثانويات وعيادات الشباب والمجتمع العام. تم تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية ضمت 94 مراهق (62.8% من الإناث و 37.2% من الذكور) و مجموعة ضابطة ضمت 93 مراهق (68.8% من الإناث و 31.2% من الذكور). قامت المجموعة التجريبية بالعب بلعبة (سباركس) لمدة تتراوح بين أربعة إلى سبعة أسابيع بينما خضعت مجموعة أخرى لجلسات استشارة شخصية من قبل مدربين مختصين. و لتقييم نتائج الدراسة في قياس قبلي و بعدي تم الاعتماد على بعض المقاييس الخاصة بتقييم الاكتئاب، القلق، الشعور باليأس، تحسن المزاج، المرح بالحياة، الرضا العام.

و بعد ثلاثة أشهر من تناول اللعبة، جاءت نتائج الدراسة بنفس اتجاه ما افترضه الباحثون. و كانت نتائج المجموعة التجريبية في علاج الاكتئاب أكثر فعالية من العلاج الكلاسيكي. كما أظهرت النتائج الخاصة بالقلق، الرضا العام و الشعور باليأس للمجموعة التجريبية فعالية اللعبة بنفس قدر فعالية الجلسات العلاجية التي خضعت لها المجموعة الضابطة، كما سجل انخفاض في متوسط نتائج تقييم الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية بلغ 10.32، في حين سجل أفراد المجموعة الضابطة انخفاض بلغ متوسطه 7.59. كما سجل تحسن في نوعية المرح بالحياة بمعدل 43.7 % لصالح المجموعة التجريبية في حين سجل أفراد المجموعة الضابطة تحسنا بمعدل 26.4 %. و لم تظهر أي اختلافات دالة فيما يخص معدلات الاستجابة على مقاييس القلق، الشعور باليأس و الرضا العام بين المجموعتين.

التعليق على الدراسات التي تناولت مجالات التفاعل (واقع افتراضي، العاب فيديو، برامج الانترنت التفاعلية) و دورها في تجاوز الاضطرابات النفسية و العضوية:

في ضوء عرض الدراسات السابقة التي تناولت مجالات التفاعل (واقع افتراضي، العاب فيديو، برامج الانترنت التفاعلية) و دورها في تجاوز الاضطرابات النفسية و العضوية. فإن هذه الدراسات قد تنوعت من حيث الأهداف التي سعت لتحقيقها. تناول بعضها دور مجالات التفاعل في تجاوز الاضطرابات النفسية و ما يرافقها من أعراض كدراسة (Legeron & al,2003) ، و الدراسة التي أطلقتها القاعدة الأمريكية (2008)، دراسة (Lespinasse et Perez, 2010) و دراسة (Merry et al, 2012). في حين تناول البعض الآخر من الدراسات المعروضة دور مجالات التفاعل في التخفيف من الأمراض العضوية كدراسة (Stockdale, 2004)، دراسة (Vilozni, 2005) و دراسة (Bingham & al, 2010) التي اهتمتا بتعليم السلوكات الصحية.

و استندت أغلبية الدراسات السابقة المعروضة إلى استعمال القياس القبلي و البعدي و تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين، مجموعة ضابطة و مجموعة تجريبية، كدراسة (Legeron & al, 2003)، (Vilozni, 2005) ، (Merryet al, 2012) و دراسة (Bingham & al, 2010)

من العرض السابق لهذه المجموعة من الدراسات و ما خلصت إليه من نتائج، يمكن القول أن:

- جميع الدراسات أكدت على فعالية مجالات التفاعل لتجاوز بعض الاضطرابات النفسية و الأمراض العضوية و ظهور تحسن إكلينيكي واضحا.
- فعالية العاب الفيديو التفاعلية في تعليم السلوكات الصحية الجيدة. و هو ما ذهبت إليه دراسة (Legeron & al, 2003)، (Vilozni, 2005)، (Bingham & al, 2010)
- تكرار التمارين هي مفتاح الصحة الجسدية و النفسية كدراسات (Legeron & al, 2003)، (Stockdale, 2004) و الدراسة التي أطلقتها القاعدة الأمريكية (2008)
- مساهمة مجالات التفاعل في تسيير الانفعالات (Stockdale, 2004)، (Merry et al, 2012)
- تساهم مجالات التفاعل في تجاوز المشكلات باستبدال الأفكار السلبية بأخرى ايجابية (Merry et al, 2012)، دراسة القاعدة الأمريكية (2008)، تطوير التمثيلات العقلية، مساعدة أفراد العينة على التعبير (Lespinasse et Perez, 2010)

- الاستعانة بمجالات التفاعل كبديل محتمل للرعاية بمن يعانون من أمراض عضوية كدراسات (Stockdale, 2004)، (Bingham & al, 2010)
- خلق روح التحدي لدى المرضى (Legeron & al, 2003)، (Bingham & al, 2010)
- التحسيس بخطورة إتباع السلوكات الصحية الخاطئة. (Bingham & al, 2010)، (Merry et al, 2012)
- مساهمة ألعاب الفيديو في تصحيح بنية أفراد العينة في المراحل التي لم تتبلور فيه هذه البنية أي في مرحلة الطفولة و المراهقة. (Lespinasse et Perez, 2010)

★ **و من خلال النتائج المتوصل إليها في الدراسات المعروضة، فانه يمكن الاحتفاظ بالنقاط التالية:**

- ✓ فعاليتها كوسيلة علاجية و بديل محتمل و مكمل للعلاجات الكلاسيكية سواء كان في مجال الاضطرابات النفسية أو الأمراض العضوية.
- ✓ تكرار التمارين يعمل على استثارة السيالات العصبية و التغذية الراجعة و هو ما يشكل مفتاح الصحة النفسية و الجسدية.
- ✓ مساهمتها في تسيير الانفعالات و تشجيع التفريغات العدوانية إلى الخارج و القدرة على التعبير.
- ✓ استبدال الأفكار السلبية بأخرى ايجابية و خلق روح التحدي لدى الأفراد المشاركين.
- ✓ المساهمة في تطوير التمثيلات العقلية من خلال ما يتم عرضه من مثيرات صورية و صوتية.
- ✓ التشجيع على بناء علاقات خارجية و التشجيع على الحوار.
- ✓ التحسيس بخطورة إتباع السلوكات الصحية الخاطئة و تقديم البديل لتعلم السلوكات الصحية الصحيحة.

2- المحور الثاني: الدراسات التي تناولت متغير التسيير الذاتي للمرض من شعور بالفعالية الذاتية و تحسين لجودة الحياة في علاقتها بالأمراض العضوية.

تم تقسيم الدراسات في هذا المحور إلى قسمين، شمل القسم الأول منها الدراسات التي جمعت بين الأمراض العضوية عامة و تسير المرض، في حين شمل القسم الثاني على الدراسات التي جمعت بين مرض السرطان خاصة و تسير المرض.

الدراسات التي جمعت بين الأمراض العضوية عامة و التسيير الذاتي المرض

1 دراسة: (1997) Brown.S, Lieberman.D, Gemeny.B, Wilson.D& Pasta. DJ

بعنوان: تعليم لماهية السكري من النمط الأول عن طريق لعبة الفيديو Packy & Marlon

لعبة الفيديو Packy & Marlon لعبة تفاعلية موجهة لمرضى السكري من النمط الأول لتزويدهم بمعلومات عن مرضهم. فهي لعبة تحسيسية تهدف لتحسين التسيير الذاتي للمرض. اتبع في الدراسة المنهج التجريبي بقياس قبلي و بعدي، تكونت عينة الدراسة من 59 طفلا مصاب بمرض السكري من النمط الأول تراوحت أعمارهم بين 8 و 16 سنة، تم اختيارهم من العيادات المختصة بمرض السكري. 28 طفلا من الحالات اتخذوا كعينة ضابطة قدمت لهم لعبة فيديو ترفيهية لا علاقة لها بمرض السكري، أما 31 حالة الباقية كعينة تجريبية قدمت لها لعبة Packy &

Marlon. تحتوي اللعبة 24 مستوى بصعوبة تدريجية، في هذه اللعبة، يأخذ اللاعب دور شخص مصاب بمرض السكري من النمط الأول و يقوم باختيار و انتقاء المواد الغذائية الصحية المناسبة للاستهلاك مع مراقبة نسبة سكر الدم لديهم و استعمال الأنسولين بالطريقة الصحيحة إضافة إلى تعلم السلوكات الصحية الجيدة. دامت التجربة 6 أشهر مع اللجوء لقياس التغيرات الحاصلة في السلوكات الصحية لدى الأطفال المرضى.

أظهرت نتائج الدراسة وجود تحسن في مستوى الحوار والنقاش بين الآباء و المرضى حول المرض، وتحسن في نتائج التسيير الذاتي للمرض وإتباع السلوكات الصحية (كأخذ جرعات الأنسولين بانتظام و إتباع حمية غذائية صحية). تحسن في مستوى الشعور بالفعالية الذاتية (p = 0,07) ، زيادة التحاور مع الوالدين بخصوص السكري (p = 0,025)، و تعديل في مستوى سكر الدم (Glycémie)، كما لوحظ تراجع في توجه الحالات الاستعجالية للمستشفى بمتوسط بلغ نسبة 77% وهذا كله بالنسبة للعينة التجريبية، حيث تقلص عدد المعاينات الطبية إلى 0.5 معاينة للفرد الواحد في المجموعة التجريبية بعدما كانت تقدر بمتوسط حسابي بلغ 2.4 معاينة بالنسبة لأفراد العينتين (التجريبية و الضابطة) بينما لم يحصل أي تحسن في متوسط عدد المعاينات الطبية بالنسبة للعينة الضابطة. ليستخلص الباحثون في الأخير مساهمة لعبة الفيديو Packy & Marlon في تعلم السلوكات الصحية و إتباعها، تطوير الثقة و تحسين الفعالية الذاتية لدى أفراد العينة التجريبية مع تحسين جودة حياتهم بصفة عامة.

2- دراسة: Debra Lieberman(2001)

بعنوان: تسيير الأمراض المزمنة عن طريق العاب الفيديو الصحة لدى فئة الأطفال. Bronkie the Bronchiasaurus

بالاستناد لنظريات التعلم، تعديل السلوك، النظريات المعرفية و نظريات التفاعل الإعلامي قامت الباحثة Lieberman بدراسة أثر لعبة الفيديو Bronkie the Bronchiasaurus الموجهة خصيصا للأطفال المصابين بالربو، وهي عبارة عن دراسة فارقية اعتمدت فيها الباحثة على المنهج التجريبي بقياس قبلي و بعدي، تكونت عينة الدراسة من 50 طفلا مصاب بالربو. و بعد شهر من تداول اللعبة أسفرت النتائج عن تحسن في التسيير الذاتي للمرض و إتباع المرضى لسلوكات صحية وظهور تحسن في علاج وصحة أفراد العينة التجريبية. أما المجموعة الثانية (ن=48) عرضت على أفرادها شريط تحسيسي بشخصيات كرتونية حول تسيير مرض الربو. و خلصت النتائج إلى ظهور تحسن في الشعور بالفعالية الذاتية بالنسبة للعينة التجريبية، بينما ظهر على العكس من ذلك انخفاض في الشعور بالفعالية الذاتية لدى أفراد عينة المجموعة الضابطة. وتعلق الباحثة على أن فعالية ألعاب فيديو الصحة ترجع لتفاعل الطفل مع شخصيات اللعبة أين كان يمثل فيها دور البطل و يقوم بالسلوكات الصحية بنفسه ويكررها حسب ما يتطلبه الفوز في اللعبة في حين كان الشريط التحسيسي يعلم الأطفال الطريقة الواجب إتباعها للقيام بالسلوكات الصحية السليمة على شكل معلومات و إرشادات. كما سجل تناقص مستمر في عدد أزمات الربو عند فئة العينة التجريبية بنسبة 23 %. و أظهرت نتائج تفريغ استبيان قدم للأطباء و الآباء ثراء الحوار عند أفراد العينة التجريبية سواء كان ذلك مع الطاقم الطبي عامة أو مع أندادهم من الأطفال و مناقشة المعلومات المكتسبة حول المرض، بناء علاقات اجتماعية مع باقي الأطفال. و أقرت الباحثة أن التفاعل مع العاب فيديو الصحة يولد الشعور بالفعالية الذاتية و تحسين جودة حياتهم، كما لم تسجل فروقا دالة تعزى لمتغير السن أو الجنس حول الشعور بالفعالية الذاتية و تحسن جودة الحياة. و أضافت الباحثة أن استعمال المرضى لوسيلة مقنعة تتوافق

مع متطلباتهم العمرية و لا تشعرهم بالدونية و الهشاشة تعطيهم الشعور بالتحكم و السيطرة، فيصبح مصدرا لتغيير أرائهم و قناعاتهم. فاللعب الفيديو بتحقّيقها للشروط المذكورة، من الوسائل المساعدة على إحداث التغيير في الأفكار و الآراء و منه اكتساب السلوك الصحي السليم.

3- دراسة: S.Krishna, B.Francisco, E.Andrew & al (2003)

دراسة حول تدعيم الانترنت لوسائل التفاعل الإعلامي و المعدات المعلوماتية لتعليم برنامج حول الربو. دراسة تقييميه لجودة الحياة و المعلومات حول الربو .

هدفت الدراسة لتحديد إن كان بإمكان الانترنت كإحدى المعدات المعلوماتية التفاعلية تقديم المعلومات حول الربو للأطفال و للمعالجين بطريقة دالة، و إن كان استعمال المعلومات المكتسبة يرتبط بطريقة دالة بتطور المرض. كما هدفت الدراسة للبحث عن الفروق بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في نتائج المرض و استعمالهم للمصادر الصحية عند الأطفال المصابين بالربو. تكونت عينة الدراسة من أطفال ومراهقين تقل أعمارهم عن 18 سنة. تمّ اختيار 228 مشارك بطريقة عشوائية من مجموع المرضى الذي يفوق عددهم 1000 طفل من عيادة الحساسية الصدرية للأطفال بجامعة ميسوري للعناية الصحية بكولومبيا و ذلك في المدة الممتدة بين 1999 و 2000. 148 منهم ذكورا (65%). 80 منهم من الإناث (35%). تحصلت العينتين من المرضى (التجريبية و الضابطة) على المعلومات الكلاسيكية الشفوية و الكتابية منها و التي توفرها العيادة حول المرض و تعليمات الوقاية. و تلقت العينة التجريبية إضافة إلى ذلك معلومات بالطريقة التفاعلية بالانترنت من خلال برنامج خاص قدم على قرص مدمج (IMPACT Kids asthme). يحتوي البرنامج على تعليمات لتقديم أساسيات التسيير الذاتي للمرض، دروس يقدمها الخبراء، و إرشادات و رسائل يتم تمريرها من خلال الرسوم المتحركة. و يتم مناقشة و طرح الأسئلة بالتواصل و التفاعل من خلال الانترنت.

تمثلت أدوات الدراسة في مقياس جودة الحياة، استبانة المعلومات حول مرض الربو (أعراضه، علاجه،...)، مقياس التنفس. جاءت نتائج الدراسة لصالح المجموعة التجريبية حيث تضاعفت معلوماتهم حول المرض، ظهور انخفاض واضح في عدد نوبات الربو (51 مقابل 81 نوبة في السنة)، تناقص في عدد الزيارات الإستعجالية للمستشفى (بمعدل 0.6 مقابل1.93 في السنة). كما أظهرت النتائج علاقة ارتباطية بين سن الأطفال و عدد الزيارات للمصالح الإستعجالية. حيث كلما زاد سن المشاركين ظهر نقص في عدد الزيارات و تناول الأدوية. كما ساعد البرنامج التفاعلي في استعمال جهاز التنفس بسهولة و بأكثر فعالية. و سجل ارتفاع في النتائج العامة لمقياس جودة الحياة بنسبة 23% في قياس بعدي لدى المجموعة التجريبية. كما سجلت علاقة ارتباطية بين جودة الحياة والمتغيرات سالفة الذكر.

4- دراسة E. Cappe, F. Lefèvre, A. Grimfeld, R. Bobet (2007)

بعنوان: جودة حياة الأطفال المصابين بالربو المشاركين في برنامج التربية على المرض

أجريت الدراسة في مدرسة للتنفس في مركز لتشخيص و علاج الربو بباريس خلال السنة الدراسية 2003-2004. هدفت الدراسة لمعرفة الانعكاسات الوجدانية الانفعالية، العلائقية، الاجتماعية و الوظيفية لمرض الربو على

جودة حياة الأطفال المصابين بهذا المرض. تكونت عينة الدراسة من 11 طفل (3 إناث و 8 ذكور) مصابين بالربو من النمط المستديم. امتدت مدة المرض لديهم بين 3.6 إلى 10 سنوات. تراوحت أعمار أفراد العينة بين 8.5-11.5 سنة. و لتقييم درجة رضا الأطفال عن جودة حياتهم و تأثيرات الربو على حياتهم اليومية، استند الباحثون بالإضافة للملاحظة المباشرة إلى استعمال إستبانة "ماذا تعرف؟" تهتم بمعرفة المعلومات التي تلقاها الطفل حول الربو و علاجه. و إستبانة " دورك في اللعب" و الذي يهتم بتقصي مشاركة الطفل في العلاج و تصورات الطفل نحو العلاج و انعكاسات المرض و قدرته على مواجهة مرضه، بالإضافة إلى إستبانة «OK ado» لتقييم جودة الحياة العامة و ذلك من خلال تقييم المجال الوظيفي، مجال الترفيه. و اختبار الحصر للأطفال (STAI-C).

و قد سجل الأطفال عموما درجات معتدلة في النتائج العامة لمقياس جودة الحياة و ظهرت فروق دالة إحصائيا بين جودة الحياة و متغير الجنس وخطورة المرض. سجل الأطفال ذوي الإصابة بالربو الحاد درجة أكثر ارتفاعا من الأطفال ذوي الإصابة بالربو المعتدل (34.75 مقابل 15.43)، كما سجلت الفتيات درجة مرتفعة مقارنة بالذكور (33 مقابل 18.50). كما أظهرت نتائج الدراسة عامة وجود ارتباط سلبي بين درجة الحصر و جودة الحياة. و أقر الباحثون إلى أن درجة الحصر تؤثر على جودة حياة الأطفال أكثر من خطورة المرض. ويرى الباحثون أن تحقيق بعض الاتزان النفسي و تجنب الحالات الحصرية، التوتر، الانفعالات و القدرة على التعبير عن قلقهم و مناقشة أحاسيسهم المرتبطة بمرض الربو لديهم يساهم بدرجة كبيرة في الحفاظ على جودة حياة جيدة.

5- دراسة E. Spitz, V. Chateaux (2008)

بعنوان: جودة حياة المصابين بالربو: أثر الشعور بالفعالية الذاتية، أحاسيس الطفل و تسيير المرض من طرف الوالدين.

هدفت الدراسة تقييم تأثير الشعور بالفعالية الذاتية، أحاسيس الأطفال، تسيير المرض من طرف الوالدين على جودة حياة الأطفال المصابين بالربو. أقيمت الدراسة بشمال فرنسا على 146 طفل مصاب بالربو (61.5% من الذكور، و 33.8% من الإناث، أما 4.7% الباقون فلم يحدد جنسهم) تراوحت أعمارهم بين 8 و 12 سنة (م= 10.5، و σ = 1.4).تمّ تمرير مقياس جودة الحياة ([PAQLQ[S])، مقياس الأحاسيس العامة (CATIS : child attitude toward illness scale) و مقياس الشعور بالفعالية الذاتية (child asthma self-efficacy scale) على الأطفال المرضى ، في حين تمّ تمرير مقياس لاباء المرضى، تمثلت في مقياس الصعوبات التي يواجهها الآباء لتسيير الربو (parent barriers to managing asthma scale)، مقياس شعور الآباء بفعاليتهم الذاتية لمواجهة مرض أبنائهم (parent asthma self-efficacy scale)، مقياس اعتقاد الآباء في فعالية العلاج المقدم لأبنائهم (parent treatment efficacy scale). و أظهرت نتائج الدراسة أن الأحاسيس السلبية التي ينسبها الطفل لمرضه و صعوبة تسيير الآباء لمرض أطفالهم يرتبط بقوة بسوء جودة الحياة. أما ارتباط هذه الأخيرة بالشعور بالفعالية الذاتية فقد جاءت النتائج غير مؤكدة بالنسبة لجميع الحالات. و استنتج الباحثون أن تطوير التكفل الجيد لدى الآباء يسمح بتسيير الربو لدى الأبناء و تحسين جودة حياتهم.

6- دراسة Nathan Wilkinson, Dion H. Goh (2008)

عنوان الدراسة : الواقع الافتراضي كعلاج واعد لضحايا السكتات الدماغية.

تكونت عينة الدراسة من 10 حالات ممن أصيبوا بالسكتات الدماغية يعاني جميعهم من شلل نصفي، ويبلغ المتوسط الحسابي لسن العينة 51 سنة. قسمت العينة إلى مجموعتين؛ مجموعة تجريبية خضعت للعلاج عن طريق الواقع الافتراضي، و مجموعة ضابطة لم تخضع لهذا العلاج. تمثل العلاج بالواقع الافتراضي في برنامج بثلاث مراحل هدفت جميعها إلى استثارة مجموعة من الحركات التسلسلية و تحقيق نوع من التوازن و الحركات المتناسقة و تعزيز قدرات المرضى و أهليتهم على المشي. حيث يتم في خلال البرنامج تعريض جسم المريض في الواقع الافتراضي إلى عدة تحديات من الأسهل إلى الأصعب و على المريض تجاوز العديد من العقبات من خلال تعريضه لعدة مثيرات تدفعه للحركة.

- في المرحلة الأولى يجد المريض نفسه مدفوعا للصعود و النزول بالدرج لأجل إكمال مهمته، كما يستدعي مروره من المستوى الأول إلى المستوى الثاني تجاوز جسر ضيق على أن لا يسقط في الهاوية الملتهبة تحت الجسر، ما يستدعي تناسق حركي و اتزان شديد.
- تجري أحداث المرحلة الثانية في أعماق البحار أين بغوص المريض في حقل من أسماك القرش يتزايد عددها كلما تقدم إلى الإمام و عليه إجراء حركات سريعة لأجل تجنب هجمات سمك القرش.
- في المرحلة الثالثة يطلب من المريض تجاوز ممر ضيق و شديد الانحدار بالاستعانة بلوح التزلج و عليه تجاوز العقبات بحركات القفز. يتعلم المريض من خلالها التحكم الجيد في حركاته و ثني أرجله مع التناسق بين حركات اليدين و الرجلين.

و لتقييم نتائج الدراسة قام الباحثون في قياس قبلي و بعدي بالاستناد إلى الملاحظة المباشرة للسلوك الحركي، و استعمال مقياسSF-36 لتقييم جودة الحياة ، إضافة إلى التصوير الدماغي.

جاءت نتائج الدراسة لصالح أفراد العينة التجريبية، حيث لاحظ الباحثون تحسنا واضحا عند الحالات الخمس التي شاركت في برنامج العلاج عن طريق الواقع الافتراضي إذ تمكن هؤلاء من تطوير العديد من المهارات الأساسية التي تساعدهم في أداء نشاطاتهم اليوميّة بكفاءة مع استعادة القدرة على المشي و صعود الدرج و التنسيق بين حركات اليدين و الرجلين، و هو ما ساهم كما يرى الباحثون في تحسين جودة حياتهم في أبعاده الخمس، إذ سجل أفراد العينة التجريبية نسبة تحسن تفوق 38% مقارنة بالنتائج المسجلة في القياس القبلي بالنسبة للحالات الخمس. كما أظهرت الصور الدماغية البعدية تحسنا و إعادة تنظيم الوظائف الدماغية. في حين سجل أفراد العينة الضابطة تحسنا جد طفيف اقتصر على بعض الحركات الخفيفة للأصابع و تدنى مستوى جودة حياتهم بنسبة 50% فيما يخص البعد النفسي، يرجع لشعورهم بالعجز و فقدان الثقة في قدراتهم و فعاليتهم الذاتية وفقدان الأمل في الشفاء و غياب الروح التفاؤلية خاصة أن الحالات قد سجلوا أيضا انخفاضا نسبيا (12%) في جودة الحياة فيما يخص البعد الجسدي الوظيفي. كما لم تظهر الصور الدماغية أي تحسن في نشاط وظائفهم الدماغية.

7- دراسة: (2009) A.Jennings, J.Powell, N.Amstrong, J.Strut, J.Dale

عنوان الدراسة: العيادة الافتراضية للتسيير الذاتي لمرض السكري: دراسة توجيهية إرشادية

سعت الدراسة لإعطاء نصائح وإرشادات لمريض السكري لتسيير مرضه عن بعد باستعمال قاعدة للتدخل بالانترنت من خلال توفير المعلومات و المساندة التي يحتاجونها لأجل تطوير شعورهم بفعاليتهم الذاتية. أقيمت الدراسة على عينة قوامها 17 مريضا بالسكري من النمط الأول (11منهم من النساء و 06 من الرجال) تراوحت أعمارهم بين 22 و 70 سنة، و مدة الإصابة بالسكري تراوحت بين 03 إلى 58 سنة.

أجريت الدراسة على مدار 6 أشهر، ساعدت المشاركين على التحاور مع المختصين في الصحة و التفاعل مع أقرانهم من المرضى والحصول على المعلومات الخاصة بالمرض. هدفت الدراسة لتقييم تقبل و فعالية برنامج العيادة الافتراضية المصممة خصيصا لتشجيع الفعالية الذاتية عند المرضى المصابين بالسكري باستعمالهم حقن الأنسولين لتسيير المرض. تم تقييم نتائج الدراسة من خلال حساب نسبة السكر في الدم، مقياس جودة الحياة ومقياس الشعور بالفعالية الذاتية، كما أجريت مقابلات تم فيها طرح الأسئلة على المشاركين في بداية الدراسة وبعد مضي 6 أشهر.

استساغ أفراد العينة لهذا العالم الافتراضي (الانترنت) وسهولة استعماله و توصلت نتائج الدراسة إلى عدم ظهور فروق دالة بين القياس القبلي و البعدي في نسبة السكر في الدم، وعلى عكس الدراسات السابقة فقد أظهرت هذه الدراسة تدني في مستوى التسيير الذاتي للمرض مقارنة بالنتائج الأولية. و خلص الباحثون إلى إمكانية تقديم الإرشادات حول التسيير الذاتي للمرض عبر الانترنت و قبول المرضى التفاعل مع هذا النوع من البرامج، غير أن الدراسة الإرشادية عن طريق الانترنت لم يكن لها أثرها على شعور المرضى المشاركين بفعاليتهم الذاتية كما لم يظهر تحسن في جودة حياتهم.

2-2- الدراسات التي جمعت بين مرض السرطان و تسيير المرض.

1- دراسة Bernauer Newton (1983)

عنوان الدراسة: الإيحاء لعلاج مرضى السرطان.

قام الباحث B.Newton بإجراء دراسة لاختبار فعالية تقنية Carl Simonton في تحسين جودة الحياة، بدراسة أثرها على المضاعفات الثانوية للعلاج الكيميائي عند 283 مريض من المصابين بالسرطان المتنقل métastasé. تم اختيار المرضى بطريقة عشوائية حيث قام الباحث بتقسيم العينة إلى مجموعتين؛ مجموعة تجريبية ضمت 105 حالة طبقت عليها تقنية Simonton الإيحائية و التبصر و بناء الصور العقلية، و مجموعة ضابطة بلغ قوامها 120 حالة لم تطبق عليهم أي تقنية. مع العلم أن باقي أفراد العينة تم انسحابهم من الدراسة. قام الباحث بقياس قبلي و بعدي لتقييم جودة الحياة على مقياس SF-36، قياس النشاط اللمفاوي، بناء شبكة لملاحظة الآثار الجانبية الناجمة عن العلاج الكيميائي. طبق البرنامج على مدار عدة حصص يومية (على أن لا يقل التخيل ثلاث مرات يوميا يستغرق كل منها بعض الدقائق في كل مرة) واستفادت المجموعة التجريبية على 10 ساعات من الإيحاء و التبصر. ارتكز البرنامج الإيحائي المصمم خصيصا لمرضى السرطان على تشجيع النظرة الايجابية و الأمل في الحياة. يسعى لاستكشاف معتقدات و تصورات المريض حول ماهية السرطان، علاجه... و يعمل على تعديل هذه المعتقدات و التصورات. و ضمّ البرنامج 4 أهداف:

– الاسترخاء، التبصر والتخيل لإيجاد السلام الداخلي و إحداث الانسجام و الوصول إلى الاسترخاء التام و تشجيع التمثيلات الصورية و استعمال التخيل الرمزي لتمثيل المرض و الصحة.

– تسيير القلق و الحالات الحصرية و الحوار بالتعرف على مصادر القلق و الحصر و تعلم كيفية تسييرهما بطريقة سليمة و استكشاف طرق الحوار لإبلاغ الآخر بما يشعر به.

– تطوير القدرة على التسيير الانفعالي و تعلم كيفية تسيير ألمه الانفعالي بالتعرف على الأفكار و التصورات غير الواقعية و بتر كل ما يسعى لتغذيتها و تشجيعها و إعطاء المرض حجمه الحقيقي.

– تسطير أهداف في حياة المريض بتحديد أسباب تدفعه للعيش و إحياء الأمل في نفسه.

أسفرت نتائج الدراسة إلى تحسن واضح في نتائج جودة الحياة بنسبة 27% لصالح المجموعة التجريبية مقابل التدني الواضح في جميع أبعاد المقياس بالنسبة للمجموعة الضابطة. كما لاحظ الباحث انخفاض دال في الآثار الثانوية للعلاج الكيميائي، في حين لم يلاحظ أي تغير في تسيير الأعراض الثانوية للعلاج الكيميائي لدى أفراد العينة الضابطة، كما ارتفعت حالات الضيق و الحصر العلاجي لديهم. تسجيل نشاط لمفاوي واضح لدى المجموعة التجريبية خاصة في مرحلة التخيل الذي ظهر بأكثر قوة من مرحلة الاسترخاء. و استنتج الباحث على غرار ما جاء به Simonton إلى اعتبار تمثيل الصور و اللجوء إلى التخيل كوسيلة ناجعة في السيرورة العلاجية و تحسين جودة حياة المرضى عامة. كما أوضحت الدراسة تأثير الاسترخاء و التخيل الايجابي على الدماغ و على النظام العصبي الغدي و الجهاز المناعي. و أكد الباحث على ضرورة عدم توقف التخيل على مستوى حاسة البصر و حسب، بل أن يتعداها ليشمل باقي الحواس، فكلما كانت الصور المتخيلة أكثر واقعية كلما كانت تأثيرها على الجهاز العصبي الغدي أكبر.

3- دراسة Gershon Jonathan, Zimand Elana, Lemos Rosemarie& al (2004)

بعنوان: استعمال الواقع الافتراضي كوسيلة لصرف الألم و الحصر عند الطفل المصاب بالسرطان

قام باحثون من جامعة جورجيا بدراسة مقارنة تتبعيه لمدة أربعة سنوات متتالية على 3 أطفال مصابين بالسرطان باستعمال الواقع الافتراضي لأجل التخفيف من الألم و الحصر المرتبط بالعلاجات الطبية بملاحظة التغيرات الحاصلة في الحالة النفسية و حالة الضيقو التوتر. و اعتمد الباحثون لإجراء دراستهم على ما دعوه بنموذج ABC و ذلك بمقارنة درجات الإحساس بالألم و الحصر لدى أطفال خاضعين للمعالجة الطبية في قسم الأنكولوجيا. الحالة الأولى لا تقدم لها أية وسيلة ترفيهية (A) . الحالة الثانية يقدم للمريض ترفيه من خلال شاشة عرض دون مشاركة تفاعلية (B). الحالة الثالثة يقدم الترفيه مع المشاركة التفاعلية للحالة في واقع افتراضي (C). اتبع المنهج التجريبي في الدراسة بإجراء قياس قبلي و قياس بعدي، وقد تم الاعتماد على الملاحظة المباشرة للسلوك، تفحص نبضات القلب كمؤشر على درجة التوتر، مقياس الحصر. و بالتعاون مع المرضى، الممرضين و الآباء قام الباحثون من خلال ملاحظتهم المسجلة بين قياس قبلي و بعدي بالمقارنة بين علامات الخوف و التوتر من جهة، الألم و الحصر من جهة أخرى و أظهرت نتائج الدراسة انخفاض واضح في درجات الحصر و نقصان الألم عند

الحالة التي يقدم لها الترفيه بالمشاركة التفاعلية من خلال الواقع الافتراضي، كما لوحظ انخفاض في سرعة نبضات القلب، و ظهور سلوكات حصرية و توتر بدرجات أقل.

3- دراسة حافري زهية غنية (2007)

عنوان الدراسة: دور لعبة الفيديو Re-Mission في الشعور بالفعالية الذاتية و تحسين جودة الحياة لدى المراهق المصاب بالسرطان. دراسة ميدانية بمستشفى أم- طفل بولاية سطيف

انطلاقا من النتائج المتوصل إليها في دراسة مخبر Hopelab حول لعبة الفيديو Re-Mission التي أقيمت سنة 2006 بكندا استراليا أمريكا و ظهور الاختلاف في نتائج الدراسة باختلاف الأصول الإثنية، سعت الباحثة لإجراء الدراسة في البيئة الجزائرية و جاءت إشكالية الدراسة للبحث عن دور لعبة الفيديو Re-Mission في شعور المراهق المصاب بالسرطان بفعاليته الذاتية و تحسين جودة حياته.

تكوّنت عينة الدراسة من 10 حالات، 5 حالات في المجموعة التجريبية و5 حالات في المجموعة الضابطة، تراوحت أعمارهم بين 13-15 سنة. أقيمت الدراسة في قسم الأنكولوجيا بالمركز الإستشفائي سعادنة عبد النور أم/ طفل بولاية سطيف. أظهرت النتائج وجود فروق بين نتائج القياس القبلي و القياس البعدي على مقياسي PedsQL, SEP لصالح المجموعة التجريبية.

4- دراسة Pamella Kato, Steve Cole, Andrew Bradlyn, Brad Pollock (2008)

بعنوان: مساهمة لعبة فيديو في تحسين نتائج السلوكات عند المراهقين والشباب المصابين بالسرطان.

أجريت الدراسة عند الانتهاء من تصميم لعبة Re-Mission من أكتوبر 2004 إلى غاية جويلية 2005، تكونت عينة الدراسة في بدايتها من 533 حالة لتصل إلى 375 حالة بعد استثناء 158حالة (104 حالة انسحبت من الدراسة، بينما سحب أولياء 54 حالة شهادة الموافقة). تراوحت أعمار عينة البحث بين 13-29 سنة تمّ اختيارهم بطريقة عشوائية من 34 مركز استشفائي على مستوى الولايات المتحدة الأمريكية، كندا و استراليا. تم تقسيم العينة إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية بلغ عدد أفرادها 197 فرد و مجموعة ضابطة عدد أفرادها 178 فرد. بلغ عدد الإناث في عينة البحث 120 حالة بنسبة 32.3% من مجموع أفراد العينة (63 منهن في المجموعة التجريبية و 57 في المجموعة الضابطة)، في حين بلغت نسبة الذكور 67.7% (251 ذكرا، 132 منهم في المجموعة التجريبية و 119 في المجموعة الضابطة) بعدما تم استثناء استجابة أربع حالات بسبب الوفاة. و ركزت HopeLab دراساتها حول القدرة على الالتزام بتناول الدواء والمثابرة عليه، الحصول على معلومات تخص المرض (السرطان بأنواعه)، الشعور بالفعالية الذاتية و تحسين جودة الحياة. و توصل الباحثون إلى أنّ الأفراد الذين لعبوا لعبة الفيديو Re-Mission قد احتفظوا بكميات العلاج الكيميائي في دمائهم لمدة أطول، كما أنّ نسبة استعمال المضادات الحيوية كانت أقوى خاصة عند الإناث. كما سجل أفراد العينة التجريبية نتائج مرتفعة في مقياسي الفعالية الذاتية و جودة الحياة مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة في قياس بعدي. و قد ظهر ارتفاع هذه النتائج عند أفراد العينة الاسترالية أكثر من العينة الأمريكية والعينة الكندية التي سجلت أقل نسبة في التغيرات الحاصلة في نتائج الدراسة، بينما لم تظهر علاقة ارتباطية بين جنس و سن المشاركين و بين التغيرات الحاصلة.

5- دراسة: (2011) Fonseca.M, Missotten.P, Etienne.A-M, Dupuis.G, Spitz.E

دراسة بعنوان: دراسة مقارنة جودة حياة بين الأطفال المصابين بالسرطان و بين الأصحاء

سعت الدراسة لإجراء مقارنة بين مستوى جودة الحياة و الضيق الانفعالي لأطفال بصحة جيدة (ن=52) و آخرين خاضعين لعلاج السرطان (ن=26). تراوح سن افراد العينة بين 8-12 سنة. تم تقييم نتائج الدراسة من خلال قائمة الحصر (STAI-C) "Stait-Trait Anxiety Inventory for Children-Spielberg"، مقياس الاكتئاب (CDI)"Children's Depression" Inventory de Kovacs et Beck" ، و الصورة البرتغالية لمقياس جودة الحياة (ISQV-E). هدفت الدراسة لتقييم جودة الحياة العامة لأطفال مصابين بالسرطان تم اختيارهم من قسم السرطان بمستشفى بالبرتغال، و أطفال أصحاء تم اختيارهم من مؤسسة دراسية و من الأحياء الشعبية. و قد تم تقسيم الأطفال المصابين بالسرطان إلى ثلاث فئات حسب نوع السرطان: 6 حالات مصابين بسرطان الدم، 9 حالات بمرض هودجكين ،11 حالة تعاني من مختلف باقي السرطانات. أظهرت نتائج الدراسة اختلاف جودة حياة الأطفال المصابين بالسرطان بطريقة دالة عن جودة حياة الأطفال الأصحاء (t (76)=4.43; p<0.1). فأظهرت نتائج الدراسة انخفاض في جودة حياة الأطفال الخاضعين لعلاج السرطان في مجال الوظائف البيولوجية. كما أظهرت الدراسة فروقا دالة في درجة الحصر و الاكتئاب، فكان الأطفال المرضى أكثر حصرا (t(76)=3.99 ; p<.001) و اكتئابا (t(76)=3.13 ; p<.01) من الأطفال الأصحاء. في حين لم تظهر أي فروق في جودة الحياة بين الفئات الثلاث من المرضى المصابين بالسرطان.

التعليق على الدراسات التي تناولت متغير التسيير الذاتي للمرض من شعور بالفعالية الذاتية و تحسين لجودة الحياة في علاقتها بالأمراض العضوية:

اهتمت الدراسات التي تم عرضها في هذا المحور بالبحث في انعكاسات البرامج التربوية التوجيهية و كذا التفاعلية من خلال العاب الفيديو و الانترنت و الواقع الافتراضي على التسيير الذاتي للمرض الذي يظهر من خلال الشعور بالفعالية الذاتية و تحسين جودة الحياة لدى مرضى مصابين بأمراض مختلفة كالربو، السكري، السكتات الدماغية، السرطان. و تعد دراسة (Brown & al, 1997) و دراسة (Lieberman, 2001) أكثر الدراسات قربا لأهداف و مجريات الدراسة الحالية و تأتي هاتين الدراستين في نفس سياق الدراسة الحالية في إحدى فرضياتها حول مساهمة العاب الفيديو في التسيير الذاتي للمرض. استعملت الدراستين ألعاب فيديو الصحة (السكري و الربو) كمتغير تجريبي و هدفتا لتزويد الأطفال المشاركين في الدراسة بمعلومات حول مرضهم لتحسين تسييرهم الذاتي للمرض و إتباع السلوكات الصحية. أما دراسة (Krishna & al, 2003) فقد هدفت لمعرفة إن كان استعمال الانترنت كإحدى المعدات المعلوماتية التفاعلية يمكنه تزويد الأطفال و المعالجين بطريقة دالة بالمعلومات حول الربو و أساسيات التسيير الذاتي للمرض المرتبط بالتحسن في جودة حياة المرضى المشاركين في الدراسة و إن كان ذلك سيعدّل من حالتهم الصحية أم لا. أما دراسة (Cappe et coll, 2007) فقد هدفت لمعرفة الانعكاسات الوجدانية الانفعالية، العلائقية، الاجتماعية و الوظيفية لمرض الربو على جودة حياة الأطفال المصابين بهذا المرض في الأبعاد الخاصة بالمجال الوظيفي، الترفيهي و العلائقي و مدى تزويد البرنامج للمشاركين بالدراسة بالمعلومات المرتبطة بالمرض و علاجه، إضافة لتصورات الطفل حول علاج الربو و المشاركة فيه و كذا انعكاسات المرض و قدرات

المريض على مواجهة مرضه. و هدفت دراسة (Spitz et Chateaux, 2008) لتقييم تأثير الشعور بالفعالية الذاتية، أحاسيس الأطفال، تسيير المرض للوالدين من خلال شعور الآباء بفعاليتهم الذاتية لمواجهة المرض و اعتقادهم بفعالية العلاج المقدم لأبنائهم على جودة حياة الأطفال المصابين بالربو. أما دراسة (Wilkinson &Goh, 2008) فهدفت لتقييم مساهمة الواقع الافتراضي لتعليم و استثارة مجموعة من الحركات التسلسلية و تعزيز القدرة على المشي عند المصابين بالشلل النصفي من خلال تعريض جسم المريض في الواقع الافتراضي لعدة تحديات تدفعه للحركة و مدى تأثير ذلك على جودة حياتهم. و هدفت دراسة (Jennings &al, 2009) لتقييم فعالية برنامج توجيهي إرشادي عبر العيادة الافتراضية على تشجيع الحوار لدى مرضى السكري من النمط الأول، شعورهم بفعاليتهم الذاتية و تحسين جودة حياتهم.

أما الدراسات التي ارتبطت بتسيير المرض في مجال الأمراض السرطانية، فقد هدفت دراسة (Newton, 1983) لاختبار فعالية تقنية Simonton حول التخيل، التبصر و الصور العقلية في زيادة النشاط اللمفاوي و تحسين جودة الحياة وأثرها على المضاعفات الثانوية للعلاج الكيميائي. كما سعت لتشجيع النظرة الايجابية و الأمل في الحياة لدى المرضى، كما سعت لاستكشاف معتقدات و تصورات المريض حول المرض و العمل على تعديلها. أما في دراسة (Gershon & al, 2004) و على الرغم من أن التسيير الذاتي للمرض لم يكن هدفا مباشرا للدراسة إلا أنها اهتمت بدور الواقع الافتراضي على تحسين بعدين مرتبطين بجودة الحياة (الألم و الحصر المرتبط بالعلاجات الطبية) و ملاحظة التغيرات الحاصلة في الحالة النفسية و حالة الضيق و التوتر بمقارنة بين علامات الخوف و التوتر من جهة، الألم و الحصر من جهة أخرى. و هدفت الدراسة التي قمنا بها في 2007 على غرار ما هدفت إليه دراسة (Kato & al, 2008) لتعريف المراهقين المصابين بالسرطان بمرضهم من خلال لعبة الفيديو Re-Mission و البحث إن كان لهذه اللعبة دور في شعور المراهق المصاب بالسرطان بالفعالية الذاتية و تحسين جودة حياته. أما دراسة (Fonseca et coll, 2011) فهدفت للمقارنة بين مستوى جودة الحياة و الضيق الانفعالي من خلال قياس درجة الحصر و الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بالسرطان.

استندت أغلبية هذه الدراسات لاستعمال القياس القبلي و البعدي و تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين، مجموعة ضابطة و مجموعة تجريبية، كدراسة (Newton, 1983)، (Brown & al, 1997)، (Lieberman, 2001)، (Gershon & al, 2004)، (حافري زهية 2007)، (Kato & al, 2008)، (Wilkinson &Goh, 2008) . في حين اعتمدت دراسة (Fonseca et coll, 2011) على المنهج الفارقي. و اهتمت دراسة (Jennings &al, 2009) بتسجيل النتائج في التغيرات الحاصلة بين قياس قبلي و بعدي دون مقارنتها بعينة ضابطة. و اهتمت دراسة (Spitz et Chateaux, 2008) بتقييم التسيير الذاتي للمرض عامة لدى مرضى السرطان باللجوء للمنهج الوصفي.

★ و يمكن إيجاز أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسات التي تم عرضها في هذا المحور إلى ما يلي:

– خلصت دراسة (Jennings &al, 2009) لاستساغة أفراد العينة لمجال التفاعل وسهولة استعماله.

– خلصت دراسة (Cappe et coll, 2007) لإعراب المرضى عن حاجتهم للحصول على معلومات إضافية حول مرضهم، طرق و كيفية علاجه، و على رغبتهم لمناقشة المرض و علاجه مع أطباءهم لأجل توضيح الأمور الخاصة بالمرض.

– توصلت دراسة (Cappe et coll, 2007) إلى أن درجة الحصر تؤثر على جودة حياة المرضى أكثر من خطورة المرض. و أن تجنب الحالات الحصرية، التوتر، الانفعالات، اكتساب القدرة على التعبير عن قلقهم و مناقشة أحاسيسهم المرتبطة بالمرض تساهم في الحفاظ على مستوى مرتفع لجودة الحياة .

– مساهمة المجال التفاعلي في اكتساب أو مضاعفة المعلومات حول المرض، و هو ما أوضحته نتائج دراسات (Brown & al, 1997)، (Lieberman, 2001)، (Krishna & al, 2003)، (Cappe et coll, 2007).

– توصلت دراسة (Brown & al, 1997)، (Lieberman, 2001) ، (Krishna & al, 2003) (Gershon & al, 2004) إلى مساهمة مجالات التفاعل في تعديل الصحة الجسدية للمرضى و إلى وجود علاقة ارتباطية بين جودة الحياة و هذا التعديل (Krishna & al, 2003).

– أظهرت مجالات التفاعل فعاليتها في تعليم السلوكات الصحية و تطوير المهارات الأساسية المساعدة على أداء المرضى لنشاطاتهم اليوميّة بكفاءة ما يساهم في تحسين جودة حياتهم. كدراسات (Brown & al, 1997)، (Lieberman, 2001)، (Krishna & al, 2003)، (Wilkinson &Goh, 2008)

– ظهور تحسن في نتائج التسيير الذاتي للمرض و إتباع السلوكات الصحية كدراسة (Brown & al, 1997)، (Lieberman, 2001)، (حافري زهية، 2007)، (Kato & al, 2008) ، كما سجل ارتفاع في النتائج العامة لمقياس جودة الحياة (Newton, 1983)، (Krishna & al, 2003) و تحسن البعض من هذه الأبعاد فقط في دراسة (Gershon & al, 2004). في حين أظهرت دراسة (Jennings &al, 2009) تدني في مستوى التسيير الذاتي للمرض، بحيث لم يكن للدراسة الإرشادية عن طريق الانترنت أثر على شعور المرضى المشاركين بفعاليتهم الذاتية ولا تحسن في جودة حياتهم.

– و بينما توصلت دراسة (Cappe et coll, 2007) إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين جودة الحياة و متغير الجنس وخطورة مرض الربو، فإن نتائج دراسة (Krishna & al, 2003) لم تظهر فروقا دالة بين نتائج مقياس جودة الحياة و متغير السن، و نفس النتائج خلصت إليها دراسات التي قام بها (Lieberman, 2001)، (Kato & al, 2008) حول التسيير الذاتي للمرض، كما لم تظهر دراسة (Fonseca et coll, 2011) فروق دالة في جودة الحياة تعزى لمتغير السن، الجنس أو نوع السرطان.

– توصلت دراسة (Cappe et coll, 2007) إلى و جود علاقة سلبية بين درجات جودة الحياة و شعور الأطفال حول مرضهم، في حين أظهرت نتائج دراسة (Spitz et Chateaux, 2008) أن المشاعر السلبية التي ينسبها الطفل لمرضه و صعوبة تسيير الآباء لمرض أطفالهم ترتبط بقوة بسوء جودة الحياة. في حين أن ارتباط هذه الأخيرة بالشعور بالفعالية الذاتية فقد جاءت النتائج غير مؤكدة.

– كما خلصت دراسة (Newton, 1983) إلى أن زرع الأمل في نفس المريض ضروري لنجاح العلاج. و هو ما أكدت عليه دراسة (Wilkinson &Goh, 2008) فقدان المريض الثقة في قدراته و فعاليته الذاتية وفقدان الأمل في الشفاء و غياب الروح التفاؤلية يؤدي إلى تدنى مستوى جودة الحياة.

★ و مما سبق يمكن الاحتفاظ بالنقاط التالية:

- ✓ سهولة استعمال مجالات التفاعل و استساغتها لأجل تعلم السلوكات الصحية.
- ✓ مساهمة مجالات التفاعل في اكتساب المعلومات حول المرض و تعلم السلوكات الصحية.
- ✓ مساهمة العاب الفيديو في تحسن مستوى الحوار وثراء النقاش حول المرض.

- ✓ تأثير درجة الحصر على جودة حياة المرضى أكثر من خطورة المرض. و تجنب الحالات الحصرية، التوتر، الانفعالات، التعبير عن القلق و مناقشة الأحاسيس المرتبطة بالمرض يحسن من جودة الحياة.
- ✓ ارتباط تدني جودة حياة مرضى السرطان في المجالات المرتبطة بالمرض و الآثار الجانبية المترتبة عن العلاجات الكيمائية.
- ✓ تساهم مجالات التفاعل المقدمة بشكل ترفيهي في تحسين جودة الحياة و الشعور بالفعالية الذاتية.
- ✓ أظهرت الدراسات حول السرطان عدم وجود فروق في نتائج جودة الحياة تعزى لمتغير السن، الجنس أو نوع السرطان.
- ✓ تؤدي الأحاسيس السلبية التي ينسبها المريض لمرضه إلى تدنى مستوى جودة حياته، و أن زرع الأمل في نفس المريض ضروري لنجاح العلاج.
- ✓ يعتبر اللجوء إلى التخيل و تمثيل الصور كوسيلة ناجعة في السيرورة العلاجية.

3-المحور الثالث: الدراسات التي تناولت العلاقة بين التكفل العلاجي و إنعاش التوظيف االعقلي

1- دراسة: Michael Stora (2002)

عنوان الدراسة: ورشة لعبة الفيديو "ايكو" حكاية تفاعلية لأطفال يعانون من نقص في التفاعل.

استعان Stora بلعبة الفيديو «Ico» لفهم السيرورات العقلية التي يتم تحريضها باستعمال هذا الوسيط العلاجي. صممت اللعبة خصيصا لمساعدة أطفال الأمهات المدمنات و الإكتئابيات اللذين يعانون من نقص في التفاعل و من اضطرابات سلوكية وجروح نرجسية خطيرة راجعة لتصدعات في علاقة أم- طفل غير الناجحة في المراحل الأولى من حياتهم. اللعبة ناطقة بلغة غير مفهومة. تبدأ اللعبة دون أن يعلم الطفل من أين له أن يبدأ أو ما عليه فعله، و عليه فك رموز و فهم مغزى اللعبة. أقيمت الدراسة في ورشة بالمدارس الابتدائية و المتوسطات ببانتن (pantin) الفرنسية على 8 أطفال تراوحت أعمارهم بين 7-9 سنوات. امتدت اللعبة لعدة حصص تباين عددها حسب سرعة وبداهة الأطفال كانت مدة الحصة تستغرق ساعة ونصف الساعة. ساعة تكرس للعب و نصف ساعة للعلاج الجماعي و التحاور قبل و بعد اللعب أين يتم مناقشة مثيرات اللعبة مع عدد من المختصين الحاضرين بالورشة. تهدف اللعبة لتعليم الطفل الاستقلالية وعدم التبعية الناتجة عن علاقته بأمه الإكتئابية، إضافة إلى خلق رغبة الاستمتاع باللعب و المرور حسب وصف Winicott من (Game) إلى (Play) لتحقيق اللذة و الاستمتاع باللعب. وعموما فقد سمحت الصور بإبراز تمثيل الكلمات وربطها بها، و سمحت اللعبة بظهور المحاكاة والحوار والتعبير عما يريده الأطفال دون خجل و الوصول لربط الكلمات بما يمر به و إيجاد تمثيل الكلمات. كما ظهرت بعض الهوامات والأحلام المعبئة بالعاطفة لها علاقة بمحتوى اللعبة. و فسر Stora التغير الحاصل من وجهة تحليلية إلى:

- كون بطل اللعبة مثل صورة عن الذات، فالشخصية المجسدة للذات يدعى بالنرجسية المضاعفة و هي تمثيل مثالي للذات.
- اعتبار العاب الفيديو كفرصة للتعبير عن العدوانية و التي تعتبر كإستراتيجية للخروج من الاكتئاب و الأحاسيس الانهزامية.

– تحمل العاب الفيديو خاصية الرمزية، وتسمح للاعب بالتحكم و السيطرة من خلال تسيير الصور و تغيير مجرى الأمور لتمر النزوات العدوانية و نزوة السطو عبر قبضة اليد. فاليد هنا هي استعارة للانا تسمح بالتعامل مع العالم الخارجي و السيطرة عليه و خاصة إن رافق ذلك صور ثلاثية الأبعاد، تعطي الانطباع للاعب بأنه داخل الصورة، و من خلال ميكانيزم التوحد لا يأخذ الدور السلبي كمتفرج على الأحداث، بل كمحرك و مخرج لها – تسمح الرمزية في العاب الفيديو ببروز الهوامات، تشجع على الإبراز السريع للكلمات و العواطف.

– توفر نوع من اللذة، اذ يمكن مماثلة العاب الفيديو بالأم الجيدة كفاية، فهي لا توفر اللذة المطلقة كونه يختبر بعض الإحباطات في بداية اللعبة و تكافؤه عندما ينجح . وهو ما يساهم بتبني ميكانيزمات أكثر قوة حتى يندمج مع اللعبة.

– تشجع العاب الفيديو ظهور روح النضال عند اللذين يعانون من الكف و الانشطار في نرجسيتهم و ليست لديهم القدرة على التعبير على عدوانيتهم و يشعرون بالذنب.

2– دراسة Pierre Gaudriault (2007)

دراسة بعنوان: تطور التمثيلات النفسية خلال العلاج النفسي الشفهي. معطيات الروشاخ

بهدف تقصي التغيرات الحاصلة في استجابات الروشاخ بعد الخضوع للعلاج النفسي. قام Gaudriault بالبحث عن التغير الحاصل في التوظيف النفسي عند السيد M.B البالغ من العمر 35 سنة، يعاني من حالة اكتئابية بعد وفاة أمه التي كان متعلقا بها كثيرا. ترتبط حالته الاكتئابية لشعوره بفقدان القيمة، حالات من الكف و حياة عاطفية غير ناجحة و غير متزنة، يشعر بالفشل في حياته الاجتماعية رغم نجاحه في الحياة المهنية. و بعد مرور سنة من خضوع الحالة للعلاج أعيد تطبيق الروشاخ بعد أن لاحظ الباحث تغيرات و اتزانا واضحا في مجال حياته الشخصية و المهنية. و أظهرت نتائج الروشاخ 5 نقاط إضافية مقارنة بالتطبيق الأولي للروشاخ. كما ظهرت تغيرات واضحة في الاستجابات الإنسانية و التي لم تظهر بتاتا في التطبيق القبلي. حيث ظهرت استجابات بشرية في حركة تعاون و صراع و هو ما يظهر تطورا واضحا في قدرات السيد M.B للاندماج في العلاقات بين الإنسانية، و هو المجال الذي قدم فيه الحالة صعوبات أكبر قبل بداية العلاج.

و يؤكد الباحث على أن التغيرات الحاصلة لا تحدث بنفس الطريقة عند الجميع باعتبار أن كل حالة هي حالة فريدة و لا يحدث التغيير عند الجميع في نفس الأبعاد النفسية. فالتطور قد يحدث في العقلنة أو الحفاظ على حدود الأنا. و يرى الباحث بضرورة تقصي التغيرات من خلال التغير في نوعية الاستجابات لأن فعالية المقاربة من خلال النتائج الكمية (عدد الاستجابات مثلا) تعتبر محدودة.

3– دراسة : L.Briquet et A.Mariage (2008)

عنوان الدراسة: تأثير المتابعة النفسية على التوظيف النفسي للطفل المصاب بالسرطان.

سعت الدراسة لتوضيح إمكانية إنعاش التوظيف العقلي لدى مريض السرطان، و أهمية اللجوء لأداة إسقاطية لأجل ذلك، و أهمية هذه الأدوات لفهم التوظيف النفسي للمريض. كما سعى الباحثين للبحث بالتحليل لتأثير التكفل النفسي على الدينامية النفسية العاطفية من خلال دراسة حالة الطفل بنجامينBenjamin المصاب بالسرطان .

و يرى الباحثان أن هدف هذا التكفل النفسي هو السماح للطفل باستمرار تطوره باحتواء ألمه و معاناته و مساعدته على إسقاط ذاته في المستقبل أقلها في مستقبل قريب. و قد أجريت الدراسة على عدة مراحل باللجوء للأدوات الإسقاطية سمحت للطفل Benjamin المرور بصور نكوصية للجسد للوصول أخيرا لإسقاط التمثيلات الجسدية المرتبطة بالسرطان. و تمثل بروتوكول التقصي الذي قام به الباحثان بتقييم سجل التوظيف النفسي و الدفاعي لمختلف مراحل العلاج الكيمائي و التكفل النفسي.

- تقييم نفسي أولي، قبل الخضوع للعلاج الكيميائي من خلال اختبار الشجرة المريضة.
- تقييم نفسي خلال العلاج مع متابعة للطفل تمت على شكل مقابلات إكلينيكية.
- تقييم نفسي نهائي، بعد العلاج الكيميائي، باستعمال العجينة و تحليل النشاط الحلمي.

أظهرت الرسومات الطولية توسع في استعمال الدفاعات، تشكل إحساس الغضب الموجه نحو العالم الخارجي في حين كان موجها للداخل في بداية رسومه. كما ظهر لجوء الحالة لميكانيزم التماهي الإسقاطي ثم شيئا فشيئا الإسقاط و بعدها تمثيل الذات و إسقاطها في المستقبل، كما ظهرت أحلام تكرارية رافقتها تعبيرات تدل على تجاوز صدمة فقدان الأب و الأم و القيام بعملية الحداد.

واستنتج الباحثان أن المساندة النفسية في أثناء تعرض المريض للهشاشة النرجسية تسمح بتدعيم الميكانيزمات الدفاعية الضعيفة قبل أن تصبح هذه الميكانيزمات غير فعالة و تقود للشعور بالفشل. فاللجوء إلى إدخال مواضيع تسمح بالتماهي الإسقاطي هي بمثابة فرص لإعادة الشحن النرجسي (renarcissisation) ما يستدعي التكفل في بدايات ظهور المرض. كما أن المساندة المنتظمة توفر حماية أساسية لعدم التعويض النفسي، يوقف و يعطل إصابات الأنا في بداياتها، ما يسمح بتطوير الدفاعات النفسية. و قد سمح التكفل بإعادة توجيه طرح النزوات العدوانية على مواضيع خارجية يمكنها تحمل التماهي الإسقاطي. و أوضحت الدراسة أن المساندات التي تقدم للمريض من أدوات إسقاطية: رسم، عجينة التشكيل، القصص و الحكايات، العاب الفيديو...إلخ توفر للطفل فضاء للخيال و الهوامات تسمح بإرصان الصراعات مع الواقع الخارجي عن طريق الإسقاط و تنشيط السيرورة الترميزية. كما أن الاهتمام بعمل الأحلام عند مريض السرطان له دلالته الخاصة تسمح بتوضيح فعالية السيرورة العلاجية.

4- دراسة : Nathalie de Kernier (2009)

بعنوان: الإنعاش النفسي في مقابل خلل التنظيم الجسدي

هي عبارة عن دراسة لحالة Chloé البالغة من العمر 16 سنة، تمت متابعتها بمستشفى بباريس امتنعت الباحثة عن ذكره حفاظا على السرية حول الحالة. أب Chloé متنحى و أمها متسلطة تخفي عدوانية و رغبة في وفاة ابنتها الوحيدة بسبب التشوه الخلقي الذي ولدت به في عدة مناطق من جسمها إضافة إلى غموضها الجنسي؛ لا فتاة و لا ذكر (جهازها التناسلي يحتوي على خصية واحدة ومبيض واحد). تقدمت الحالة بقصورها النرجسي و خلل تنظيم سيكوسوماتي: مرض السكري، قصور كلوي، التهاب البنكرياس و انسداد شرياني على مستوى الرجل اليسرى لم تفلح العلاجات الطبية معها.

هدفت الخطة العلاجية الإنعاش النفسي للحالة. استندت الأخصائية إلى ما أشار إليه بيار مارتي حول "الوظيفة الأمومية". من خلال سعيها لإنعاش العلاقة العلاجية و تشجيع نسج الروابط النفسية الداخلية و الذي مرّ عند Chloé بعدة مراحل تم من خلاله الإنعاش النفسي.

– تمثلت الخطوة الأولى في بناء الثقة مع الحالة و إخراجها من مأزميتها المرتبطة بهويتها و الخاصة "بالذات الخاطئة" «Faux self» و العيش لأجل ذاتها. و من أهم التغيرات الظاهرة نجد ظهور العواطف في عرض Chloé لأعراضها و أمراضها الجسدية بعد أن كانت خالية من كل عاطفة و ارتباط، تفكير عملي و كلام طبي عملي بحت. كما ظهرت بعض التطورات الايجابية في حالة Chloé الصحية. تضاعف الإحساس بالأمان ما فتح مجالا للتوازن السيكوسوماتي. و لجأت الأخصائية للرسم كوسيلة إسقاطية لتفريغ القلق و الصراعات، كما عملت الأخصائية على تشجيع الخيال و التعبير عن الرغبات الداخلية كتشجيع لنزوة الحياة. و بدأت تظهر الأحلام الليلية التي غابت عنها مند "الأزل"، الهوامات و الكلام المعبأ بالعاطفة مع إسقاطات في المستقبل.

5– دراسة F.Ait-Kaci (2010)

بعنوان: عمل الإرصان النفسي خلال التعرض للسرطان: حالة فرنسين

عند التعرض للسرطان مع ما يستتبعه من خسائر، يصبح من الضروري إعادة بناء الذات. و من هذا المنطلق قامت المختصة النفسانية Ait-Kaci من فريق بحث psycho-onchologie في مدينة ليل Lille الفرنسية لفهم الكيفية التي تتم بها إعادة بناء الذات و إنعاش عمل الأنا من خلال السيرورة العلاجية. قامت الباحثة بدراسة حالة فرنسين Francine و التي تبلغ 20 سنة من العمر، أصيبت بسرطان الثدي منذ 2003، أجريت لها عملية بتر الثدي. و في 2007 تقدمت للعيادة بعد انتكاس حالتها الصحية و معاودة ظهور السرطان لديها. و تم التكفل النفسي بها برغبة منها، حيث تم التكفل بها من خلال المقابلة الحرة لفهم المراحل النفسية المختلفة في أثناء الإصابة السرطانية، السيرورة النفسية و الميكانيزمات الدفاعية التي تلجأ إليها لمواجهة السرطان و تشجيع عمل الإرصان النفسي . و سجلت الباحثة هذه المراحل حسب تسلسلها منذ أن علمت الحالة بتشخيص المرض لديها و الذي بدأ بالإنكار ثم الانشطار ثم إعادة تنشيط المنافسة الأخوية. و قد ساعدتها المختصة بتفريغ النزوات العدوانية الكامنة للموضوع فظهرت إزاحة الإنكار و استعادة النشاط الحلمي و إرصان العلاقة مع الجسد و مع المرض. ثم جاء بعد ذلك عمل الربط و إعطاء معنى لتجربتها المرضية ما أدى لإعادة إنشاء تجانس الأنا. و في الأخير لاحظت الباحثة إعادة تشكيل استمرارية نفسية و أيضا ظهور إسقاطات في المستقبل.

التعليق على الدراسات التي تناولت العلاقة بين التكفل العلاجي و إنعاش التوظيف العقلي

اهتمت الدراسات المعروضة في هذا المحور بالبحث عن اثر تلقي التكفل العلاجي على إنعاش التوظيف العقلي عامة أو في إحدى مكوناته. و تنوعت هذه الدراسات من حيث اختيارها لنوع الفئات المستهدفة للدراسة؛ فمنها من اهتم بتأثير العلاج النفسي في إعادة إنعاش مكونات التوظيف العقل عند أفراد يعانون من اضطرابات نفسية و تمثلت في دراستي (Stora, 2002) (Gaudriault, 2007)، دراسات تناولت أفراد يعانون من اضطرابات جسدية (Briquet et Mariage, 2008)، (Kernier, 2009)، (Ait-Kaci, 2010). و تعتبر دراسة (Stora,

(2002 الوحيدة التي اهتمت بتأثير ألعاب الفيديو في تحسين التوظيف النفسي. كما هدفت دراسة (Gaudriault, 2007) أيضا إلى تقصي التغيرات الحاصلة في التوظيف النفسي من خلال البحث في التغيرات الحاصلة في استجابات الروشاخ. و إبراز أهمية اللجوء للأدوات الإسقاطية لفهم التوظيف النفسي للمريض، سعى (Briquet et Mariage, 2008) لبحث تأثير التكفل النفسي على الدينامية النفسية العاطفية و عمل الإرصان النفسي خلال التعرض للسرطان. و هدفت دراسة (Kernier, 2009) إلى الإنعاش النفسي في مقابل خلل التنظيم السيكوسوماتي. أما في دراسة (Ait-Kaci, 2010) سعت الباحثة إلى فهم التغيرات الحاصلة بعد تشجيع عمل الإرصان النفسي لدى الحالة و فهم الكيفية التي تتم بها إعادة بناء الذات و إنعاش عمل الأنا من خلال السيرورة العلاجية.

استندت أغلبية الدراسات المعروضة إلى استعمال المنهج الإكلينيكي، و اللجوء إلى الأدوات الإسقاطية. حيث استند المحلل النفساني (Stora, 2002) على التحليل النفسي لتفسير السيرورات النفسية رغم ابتعاده عن طرق التحليل النفسي الكلاسيكي مستندا إلى العاب الفيديو كوسيط علاجي مع ما يوفره من رمزية و فضاء للإسقاط. و استندت دراسة (Gaudriault, 2007) إلى اختبار الروشاخ في تطبيق قبلي و بعدي. أما دراسة (Briquet et Mariage, 2008) فتناولت عدة أدوات إسقاطيه. كما استندت دراسة (Kernier, 2009) للمقابلات الإكلينيكية ذات البعد العلاجي و الرسم. في حين اكتفت دراسة (Ait-Kaci, 2010) بالمقابلات الإكلينيكية ذات البعد العلاجي. و تتلخص أهم نتائج الدراسات في:

- إمكانية إحداث إنعاش في التوظيف العقلي أو في إحدى مكوناته من خلال المتابعة العلاجية.
- سمحت لعبة الفيديو من خلال دراسة (Stora, 2002) بتشجيع الحوار والتعبير من خلال تمثيل الكلمات وربطها و بروز العواطف المقموعة، ظهور بعض الهوامات والأحلام المعبئة بالعاطفة لها علاقة بمحتوى اللعبة، التعبير عن العدوانية، دفع الأحاسيس الانهزامية و تشجيع الروح النضالية. و هي النقاط التي اشتركت فيها مع ما توصلت إليه دراسة (Briquet et Mariage, 2008)، (Kernier, 2009)، (Ait-Kaci, 2010)
- حساسية الروشاخ لإظهار التغيرات أو التعديلات على مستوى التوظيف النفسي بين التطبيق القبلي و البعدي إن وجدت كما في دراسة (Gaudriault, 2007) مع ضرورة تقصي التغيرات من خلال التغير في نوعية الاستجابات و ليس من خلال التغير الكمي فقط و الذي يعتبر محدودا.
- يعتبر تشجيع الخيال و التعبير عن الرغبات الداخلية تشجيع لنزوة الحياة. (Kernier, 2009)
- توجيه العدوانية على مواضيع خارجية يمكنها تحمل التماهي الإسقاطي تعمل على إنعاش التوظيف النفسي. (Briquet et Mariage, 2008)،(Ait-Kaci, 2010)
- يحدث الإنعاش النفسي للمريض إن انتبه هذا الأخير إلى قدرته على تحويل الواقع عن طريق الحلم و عن طريق الوعي بوجود واقع آخر يشجع نزوة الحياة الموجودة في قلب نزوة الموت. (Kernier, 2009)
- حضور المختص كصاد للإثارة يمكن الاستناد عليه لتشجيع مرور التمثيلات و العاطفة (Briquet et Mariage, 2008) ، (Kernier, 2009)
- يؤدي الشعور بالفعالية الذاتية و القدرة على التحكم بالقرارات الخاصة إلى تقوية نرجسية المريض كما يؤدي الشعور بالأمان لفتح مجال للتوازن السيكوسوماتي (Kernier, 2009)
- و أوصت دراسة (Briquet et Mariage, 2008) بضرورة إعطاء فرصة للمرضى في أقسام أنكولوجيا الطفل و المراهق للتعبير و تمثيل معاناتهم خاصة في مراحل العلاج الكيميائي حتى يسمح لهم بتفريغ عدوانيتهم لصد

ثورة السرطان و تعقيداته عليهم، و ضرورة الاهتمام بعمل الأحلام عند مريض السرطان الذي له دلالته الخاصة حيث يسمح بتوضيح فعالية السيرورة العلاجية، ضرورة إدخال مواضيع تسمح بالتماهي الإسقاطي للمريض و التي تعتبر بمثابة فرصة لإعادة الشحن النرجسي. كما أكدت الدراسة على أن المساندات التي توفر للمريض من أدوات إسقاطيه، رسم، عجينة التشكيل، القصص و الحكايات، العاب الفيديو، لعبته المفضلة... توفر للطفل فضاء للهوامات أين يسمح بإرصان الصراعات مع الواقع الخارجي عن طريق الإسقاط و تنشيط السيرورة الترميزية.

★ مما سبق يمكن الاحتفاظ بالنقاط التالية:

- ✓ إمكانية إحداث إنعاش في التوظيف العقلي أو في إحدى مكوناته.
- ✓ تشجيع لعبة الفيديو على التعبير والحوار و بروز العواطف المقموعة، ظهور بعض الهوامات والأحلام، التعبير عن العدوانية، دفع الأحاسيس الانهزامية و تشجيع الروح النضالية.
- ✓ حساسية الروشاخ لإظهار التغيرات أو التعديلات على مستوى التوظيف النفسي إن وجدت.
- ✓ ضرورة تقصي التغيرات في الروشاخ من خلال التغير في نوعية الاستجابات إضافة للتغير الكمي.
- ✓ تشجيع الخيال و التعبير عن الرغبات الداخلية هو تشجيع لنزوة الحياة.
- ✓ يؤدي الشعور بالفعالية الذاتية و القدرة على التحكم بالقرارات الخاصة إلى تقوية نرجسية المريض.
- ✓ يؤدي الشعور بالأمان إلى فتح مجال للتوازن السيكوسوماتي .
- ✓ ضرورة إعطاء فرصة لمرضى السرطان لتفريغ عدوانيتهم.
- ✓ ضرورة الاهتمام بعمل الأحلام عند مريض السرطان الذي له دلالته الخاصة حيث يسمح بتوضيح فعالية السيرورة العلاجية.
- ✓ ضرورة إدخال مواضيع تسمح بالتماهي الإسقاطي لمريض هي بمثابة فرصة لإعادة الشحن النرجسي.

4- تعليق عام على الدراسات السابقة:

يتضح من العرض السالف للدراسات السابقة التي تناولت كل من: مجالات التفاعل بما فيها العاب الفيديو و الذي هو موضوع بحثنا، تسيير ذاتي للمرض من شعور بالفعالية الذاتية و تحسين لجودة الحياة، إنعاش التوظيف العقلي: أهمية و دور مجالات التفاعل في التأثير على التسيير الذاتي للمرض أو ما يتعلق بالصحة الجسدية و كذا ما يتعلق بالصحة النفسية؛ إذ توصلت الدراسات السابقة إلى فعالية هذا المجال كوسيلة علاجية و بديل محتمل و مكمل للعلاجات الكلاسيكية سواء كان في مجال الأمراض العضوية أو الاضطرابات النفسية.

اتفقت نتائج عدة دراسات في تناول سلوكي معرفي على دور مجالات التفاعل في التسيير الذاتي للمرض من خلال شعور المريض بفعاليته الذاتية و تحسين جودة حياته. كما أوضحت دراسات أخرى في تناول تحليلي و جود علاقة ايجابية بين مجالات التفاعل كوسيلة علاجية و التحسن في الحالة النفسية من خلال تجاوز الحالات الاكتئابية، صرف الحصر، تحسن مستوى الحوار و التعبير عن القلق. و تم عرض دراسة تحليلية واحدة بحثت في مساهمة العاب الفيديو كوسيط علاجي سلوكي معرفي لتعليم الطفل الاستقلالية وعدم التبعية الناتجة عن علاقته بأمه الاكتئابية. حيث استنتج على غرار باقي الدراسات التي استندت إلى طرق علاجية أخرى بروز بعض الهوامات والأحلام المعبئة بالعاطفة و بروز تمثيل الكلمات وربطها، و التعبير عن العدوانية. و تعتبر النقاط سالفة الذكر

كمؤشرات للتوظيف العقلي في بعض مكوناته تم التوصل إليها متفرقة في دراسات مختلفة، كما أنها لم تكن الهدف الرئيسي لهاته الدراسات حيث لم تتناول التوظيف العقلي في أبعاده الثلاث (الفضاء الخيالي، العقلنة، فعالية الميكانيزمات). و توصلت دراسة واحدة لم تعتمد على مجالات التفاعل لإظهار العلاقة بين الشعور بالفعالية الذاتية و تقوية نرجسية المريض.

غير أن الملاحظ على الدراسات في ميدان البحث السيكولوجي و التي تناولت مجالات التفاعل، هو أنها اهتمت بدراسة تأثير هذه الأخيرة على تسيير الأمراض العضوية على حدا، و اهتمت دراسات أخرى بالبحث في تأثيرها على تحسين التوظيف النفسي لدى أفراد يعانون من اضطرابات نفسية على حدا أيضا. إلاّ أن هذه الدراسات لم تجمع بين تسير المرض و إنعاش التوظيف النفسي في دراسة واحدة.

و كما ذكرنا سالفا لا يوجد على حد علم الباحثة أي دراسة تناولت بالبحث في العلاقة بين دور مجالات التفاعل الصحية عامة و العاب الفيديو خاصة في التسيير الذاتي للمرض من شعور بالفعالية الذاتية و تحسين لجودة حياة المريض و إنعاش التوظيف العقلي لدى أفراد يعانون من أي مرض عضوي ناهيك عن مرض السرطان و كل ذلك في تناول سلوكي معرفي و تحليلي أو سيكوسوماتي تحليلي بأكثر تحديد.

5- إفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

لقد أوردنا عدد من الدراسات السابقة حسب المحاور المذكورة آنفا والتي رأينا أنها تشبه موضوع بحثنا وتتشابك معه، حيث كشفت هذه الدراسات عن نقاط تهمنا في تناولنا الحالي من الدراسة و يمكن القول أن تقصي الدراسات السابقة و ما أسفرت عنه من نتائج، مكّن الباحثة من الاستفادة في جوانب متعددة. حيث استأنست الباحثة ببعضها مسترشدة بخطوات إجراء الدراسة و اختيار المنهج المناسب و المنهجية المتبعة فيما يخص جمع البيانات، طريقة اختيار العينة و من ثمّ كيفية قياس التغيرات الحاصلة بعد إدخال المتغير التجريبي و الأدوات المستخدمة في ذلك.

- حيث أظهرت الدراسات التي اعتمدت على المنهج التجريبي بمقارنة نتائج العينة التجريبية والضابطة في قياس قبلي و بعدي نجاعتها أكثر من باقي الدراسات لتقييم التغيرات الحاصلة و توضيح تأثير مجالات التفاعل الصحية على الصحة النفسية و الجسدية خاصة.
- كما كشفت نتائج الدراسات التي لجأت إلى العاب الفيديو بمثيرات و ذات طابع ترفيهي أين يتفاعل الطفل فيها مع شخصيات اللعبة فعاليتها أفضل من البرامج و الإرشادات و الأشرطة التحسيسية .
- عدم تحديد وقت معين للعب.
- كما سعينا لتفادي ما كان يعاب على البعض من هذه الدراسات بتفادي الوقوع في ما تم انتقاده بخصوص مجريات الدراسة بتجنب المتغيرات الطفيلية، بخصوص سن العينة و المعايير اللازمة لاختيارها...
- الاهتمام و الأخذ بعين الاعتبار بعض التوصيات التي خلص إليها أصحاب هذه الدراسات كضرورة استعمال الأدوات الإسقاطية إلى جانب المقاييس كونها توضح المتغيرات الحاصلة بأكثر دقة و هي أكثر تعبيرا و إيضاحا لنتائج الدراسة.

لذا فقد سعينا بأكثر تحديد إلى:

- ✓ الاهتمام خاصة بالشعور بالفعالية الذاتية و تحسين جودة حياة مرضى السرطان اللذين أظهروا تدنيا في هذا المجال حسب الدراسات المعروضة.
- ✓ اللجوء إلى استعمال المنهج التجريبي بقياس قبلي و بعدي على مجموعتين تجريبية و ضابطة.
- ✓ أن تجرى الدراسة بنفس المنطلقات بالنسبة للعينتين (التجريبية و الضابطة) و إدخال نفس نوع المثيرات حتى تكون النتائج المتحصل عليها أكثر تعبيرا و لا تعزى التغيرات الحاصلة لعامل الاهتمام بمجموعة دون أخرى. بإدخال لعبة الفيديو على المجموعتين مع اختلاف محتوها.
- ✓ استعمال مقياس الشعور بالفعالية الذاتية و جودة الحياة الخاصين بمرض السرطان و عدم الاعتماد على المقاييس العامة. و استعمال مؤشرات الروشاخ الخاصة بالمجال السيكوسوماتي.
- ✓ إعادة تطبيق المقاييس و الروشاخ بعد مضي 6 أشهر من التطبيق الأولي على الأقل كونها تعبر أكثر صدقا عن الاستجابات عليه على غرار ما ذهب إليه الباحثون في الدراسات السابقة.
- ✓ تناول فئة المراهقين بأكثر تحديد لتوضيح دور مجالات التفاعل و التي ظهرت فعاليتها في تصحيح بنية الفرد بصفة خاصة في هذه المرحلة العمرية و الاستغناء عن فئة الشباب بالرغم من تصميم لعبة الفيديو لتوجه للفئتين من المراهقين و الشباب على حد سواء.

وعلى كلّ فقد ساعدت الدراسات سابقة الذكر الدراسة الحالية من جانبين: جانب توجيهي و آخر بنائي و ذلك من خلال:

1- تدعيم الجانب النظري.

2- الاستفادة من الايجابيات و الأسس التي قدمتها بعض هذه الدراسات السابقة و الارتكاز عليها لبناء منهجية صحيحة لإجراء الدراسة الحالية و تجنب سلبياتها.

3- بناء وتطوير أدوات جمع البيانات، وكذلك في صياغة الفروض وتوجيهها بطريقة موضوعية.

4- استخدام نتائج هذه الدراسات لتفسير نتائج الدراسة الحالية و تدعيم تحليل و مناقشة و مقارنة النتائج التي تمّ التوصل إليها بتلك التي أسفرت عنها نتائج الدراسات السابقة.

الفصل الثاني
سيكولوجية اللعب
و ألعاب الفيديو

تمـهيد:

اقترن سلوك اللعب قديما بمفهوم اللهو كنشاط لا معنى له يعمل على إهدار الوقت وقتله بلا مردود، فوقفوا منه موقفا سلبيا لا يرحّب به كنشاط يمارسه الطفل بصورة إيجابية. أمّا حاليا وبعد القيام بالعديد من الدراسات فقد ثبت خطأ هذا المفهوم، و على العكس من ذلك فقد أكد علماء النفس و التربية عامة على أهمية اللعب وتوظيفه في شتّى المجالات، كما أكدوا على أهمية اللعب كوسيلة لتنفيس الانفعالات و الرغبات المكبوتة، و كوسيلة علاجية تساعدهم للوصول إلى حالة من التوازن و الاستقرار النفسي الانفعالي. فهو كما يقول Diaktine يجلب المتعة و يثير الذكاء، يشجع المهارات و يساعد على براعة الإبداع، يشجع على النشاط و يدفع للمنافسة، يساهم في بذل المجهودات، يمنح

البهجة و يضفي النشوة، يبدد الشعور بالوحدة، يقضي على التشاؤم و يعمل على تلاشي الاكتئاب و إزالته و يؤمن الحماسة، القوة و الحيوية. (Tavakoti, 2011, p.10)

و مع تطور التكنولوجيا وتنوع أساليب اللعب، لم يعد هذا الأخير وسيلة تستلهم الصغار وحسب وإنما تعدت ذلك لتشمل المراهقين و الشباب وحتى الراشدين، كما يتمّ استغلالها كطريقة علاجية في مجال الصحة النفسية و أيضا في جانب الصحة العضوية و الأمراض المزمنة. و لقد عرفت السنوات الأخيرة تزايدا في المعدات المعلوماتية وكذلك أصبح الكمبيوتر يغزو البيوت أكثر فأكثر، و بالموازاة فإن الاهتمام بألعاب الفيديو تطور بتطور الألعاب بذاتها. و قد تفطن علماء النفس والمعالجين لهذه النقطة والتي أصبحت تستغل كوسيلة علاجية لما لهذا العالم الافتراضي من تأثير على شخصية الفرد وصحته من خلال العلاج السلوكي المعرفي.

و سنحاول من خلال هذا الفصل تعريف اللّعب و ما له من أهمية في حياة الفرد بصفة عامة، ثم سنتطرق لألعاب الفيديو بصفة خاصة مع تخصيص أكثر في ألعاب الفيديو الجدية التي انتشر استعمالها مؤخرا في العديد من الميادين، بدأ بمجال الدفاع مرورا بالمجال التربوي و صولا للمجال الصحي أين أصبحت تستغل كوسيلة تشخيصية، وقائية، توجيهية، تعليمية و علاجية. و هي ما يطلق عليها العاب الفيديو الصحة، حيث تعتبر لعبة الفيديو Re-Mission من آخر الابتكارات في المجال و التي سنسعى لتناولها بأكثر تحديد .

1- اللعب عبر العصور:

تمّ تناول اللعب وأهميته في العديد من كتب الفلسفة اليونانية القديمة كما جاء على لسان أفلاطون و أرسطو، كونه يساعد في محاكاة الكبار ويشجع لاختيار الحرف المستقبلية. كما قدّم علماء المسلمين إشارات واضحة فيما يخص موضوع اللعب وأهميته في النمو النفسي المتكامل للطفل وحتى الراشد. أما في العصور الحديثة، فقد أخذ اللعب مكانة مركزية بشكل فعّلي، حيث وضع بستالوتزي نظريته التربوية الخاصة باللعب، ثم جاء فروبل ليضع أفكار بستالوتزي موضع التجريب والتطبيق و يصوغ مقولته المشهورة التي تنصّ على "أن الطفولة المحرومة من اللعب طفولة فاشلة، ثمارها مراهقة جانحة و غير سوية في مستقبل العمر. (صوالحة، 2004، ص.30). و تعتبر دراسة Karl Groos في القرن التاسع عشر أول دراسة عن العب، أقامها في البداية على الحيوان ثم عند الإنسان. (Tavakoti, 2011, p.10)و تعتبر هوج هلمات أوّل من نبّه لأهمية اللعب في مجال علم النفس في 1921، حيث استخدمت العلاج الموجه باللعب مع الطفل، وفي 1922 أعدّ فرويد دراسة عن مراحل اللعب وأشار للعب كأسلوب علاجي للعمل مع الطفل، ثم جاءت ابنته "أنّا" في 1925 لتستخدم اللعب كطريقة بديلة للتعبير عند الطفل، حيث كان للّعب دور الوسيط في العلاقة بينها وبين الطفل.في حين ركزت ميلاني كلاين في1950 على التحليل عن طريق اللّعب على افتراض أن أنشطة الطفل عن طريق اللعب تأتي من نفس المدخل الديناميكي النفسي الذي يأتي من التداعي الحر عند الراشد، وتمّ تقديم اللّعب الجماعي لأول مرة من طرف سلافسون في1948 ثمّ جاء جيونت في 1961 للقول بأن اللعب هو إفصاح للرغبات وتحقيق للذات. (صوالحة، 2004، ص.53) ومازالت لوقتنا الحالي تأتي إثباتات على كل ما تمّ ذكره، فأصبحت دراسات متخصصة و ميزانيات عالية توجه لهذا المجال لتساير مراحل نمو الفرد وتواكب التطور التكنولوجي.

2- تعريف اللعب:

وضعت للّعب مجموعة من التعريفات تعددت في الصياغة و المفهوم.

– إذ ترى ميلّر Millar بأنه أنفاس الطفل و حياته وليس مجرد طريقة لتمضية الوقت وإشغال الذات" كما يعرّفه Alvarez بأنه وسيلة يستعملها الطفل للتواصل و التحرير لهواماته اللاشعورية ليتمكّن من الإرصان و التحكم في حالة الحصر و القلق لديه وتمكنه أيضا من خوض تجربة إكتشاف الهوية الذاتية والتعرف على شخصيته. (Millar, 2002, p. 9)

– يعرّف إريكسون اللّعب بأنه "المظهر الطفلي للقدرة البشرية لهضم خبرات الحياة التي يصعب عليه هضمها، فيخلق في اللعبة مواقف نموذجية يسيطر فيها على الواقع بالتجريب والتخطيط. (Millar, 2002,p10)

– يعتبره بياجيه استغلال لطاقة الجسم الحركية في جلب المتعة النفسية للفرد، و لا يتم ذلك دون استخدام للطاقة الذهنية لأجل لتلبية حاجة تفطر عليها الإنسان لغاية نمائية. (Tavakoti, 2011, p.14)

– أما ميلاني كلاين، فترى في اللعب وسيلة للتعبير عن تحرير الحياة الهوامية. فهي تعتبره بمثابة عمل حقيقي يقوم به الطفل، تبرز من خلاله الهوامات اللاواعية الجنسية و العدوانية ولكن بشكل لعبي، رمزي و حركي، و فيه في نفس الوقت تخفيض للإثارة والقلق. (Tavakoti, 2011, p. 18)

3– أنواع اللعب:

يتم سلوك اللعب في صورتين مختلفتين، لعب موجب ويتمثل في قيام الفرد باستخدام أدوات أو لعب، يكون هو المسيّر والمقرّر لحركتها، تستدعي مشاركة فعلية للطفل كاستخدام جهاز الكمبيوتر، و لعب سالب أين يكتفي الفرد بالمشاهدة والملاحظة دون مشاركة فعلية، قد تتولد عنها بعض الانفعالات أيضا.(صوالحة،2004،ص.23)

و بتحليل اللعب الذي يمارسه الفرد في إطاره الموجب والسالب فإنه يدور عامة حول الأنواع التالية:

– ألعاب المنافسة والتحدي وتتصف بتحد على مستوى الذات و الغير.

– ألعاب الصدفة والحظ و هي لا تقوم على المهارات أو المعرفة أو القدرة.

– ألعاب المحاكاة والتقليد وهي ألعاب تقوم على التمثيل الإيهامي الذي يتوحّد الطفل فيه مع شخصية أو موقف ينفعل معه، فيتمثّله بحركات رمزية في واقعه.

– ألعاب النشوة التي يسعى فيها اللاعب البحث عن المتعة و المغامرة.

ويمكن تصنيف أنواع اللعب كما ترى (2002) Millar.

1) من حيث عدد الأفراد الذين يمارسون اللعب: وينقسم بدوره للعب فردي أو جماعي

2) من حيث التنظيم و الالتزام: وتنقسم بدورها إلى

– ألعاب ذات قواعد: بالتزام مجموعة من القوانين والتنظيمات والتعليمات التي تحكمه.

– ألعاب عشوائية: لا تحكمه عادات أو قواعد أو قوانين محددة أثناء ممارسته وهي أحد أساليب اللعب الرئيسية التي يبدأ بها الطفل وهذا ما يسميه بياجيه "باللعب التمهيدي" ليكتشف الطفل وجود الجسد ورسم حدوده، كما يكتشف قدرات جسمه ليقارنها بمن حوله مما يدفعه لمنافستهم لإثبات ذاته.

3) من حيث طبيعة المهمات: تتمثل في

– الألعاب الفنية و الأنشطة التعبيرية كالأشغال اليدوية

– ألعاب تركيبية وبنائية ويقصد بها عمل منتجات رمزية باستخدام مواد معينة من ورق، صلصال...

– ألعاب حركية تستلزم تفريغا طاقويا ونشاطا حركيا.

– ألعاب استطلاعية واستكشافية تتّسم بالجدّية والتّركيز على جانب الخيال والمعالجة والاستقصاء، يساعد على إثارة المسارات العصبية من خلال التفاعل بكفاءة وفعالية مع اللعب، ومن الأمور التي تحاول إثارة السلوك الاستكشافي عند الطفل هي الحدة والتعقيد والغرابة. (Millar, 2002, p.27)

– الألعاب الإيهامية وهذا ما يتميز به الطفل دون الثامنة من العمر أين يستمدّ لعبه من الأحداث والأفعال والأشخاص وغير ذلك من شخصيات يتفاعل معها في واقعه عن طريق حواسه ويرغب في تمثيلها وتقليدها في واقع الحياة بفضل ما يسقط على الأشياء من خصائص حيّة يجعل منها واقعا ملموسا. وإنّ اختفاء اللعب الإيهامي لدى طفل سن الثامنة الراجع لقدرته على التمييز بين الواقع والخيال، لا يعني اختفاء التمثيل، بل استمراره لسن الرشد.(صوالحة، 2004، ص.97). و ترى Corinne Hutt أن اللعب الذي ينطوي على إثارة التخيّل، إضافة إلى انطواءه على عنصر البهجة والتسلية، لا يخلو أيضا من فائدة شحن الذهن وتمرينه على التفكير الرمزي. حيث يكتسب الفرد من خلال هذا النوع من اللعب دلالات يسعى من خلالها تحقيق الذات، واكتساب القدرة على امتلاك القوة والتحكم والكفاية من خلال التوحّد مع النماذج وإدراك الأحداث وتطويع الحقيقة لمطالب الفرد النمائية و العقلية والعاطفية، والقدرة على مواجهة المواقف والتعويض وتنظيم المعلومات وتصنيفها وإعادة تنظيمها وجعل الدماغ في حالة نشاط دائم والتخلص من حالة القلق والتوتر والخوف، و الشعور بالقدرة على التحكم والسيطرة و الشعور بالمتعة والإثارة و الإبداع. (Delpuech et Vignaud, 2012, p.39)

4) ألعاب الكمبيوتر والإنترنت: و سنتعرض له بمزيد من التفصيل في عناصر لاحقة.

4– جوانب الشخصية التي ينميها اللعب:

يساهم اللعب في تنمية سلوك الفرد وشخصيته بأبعادها المختلفة، العقلية، الجسمية، الاجتماعية و الوجدانية نوجزها في:

1)– تنمية الجانب الجسمي والحركي:

لا يعود اللعب بالفائدة للمكونات الجسدية فحسب ولكن أيضا على الفعالية النفسية عامة، وتتضمن فاعلية الانتباه والإدراك والتخيّل والتفكير و الذاكرة و الإرادة و الضبط الذاتي. و يحقق اللعب من التوازن والتكامل بين وظائف جسمية حركية وانفعالية وعقلية مما ينعكس إيجابا على التفكير. (Millar, 2002, P.47)

2)- تنمية الجانب الانفعالي:

حيث يؤثر اللعب في النمو الانفعالي من خلال ما تقوم به الألعاب الإيهامية من تفريغ للانفعالات والمشاعر المكبوتة بإسقاطها على المواضيع الخارجية، و حيث أن الاستقرار الانفعالي يعتبر حافزا في حدّ ذاته يؤثّر في جوانب متعددة من حياة الفرد، فإن اللعب يكون واحد من أهم الأدوات المسخرة لتنمية شخصية الطفل في الجانب الانفعالي حيث يكتسب الطفل مهارات سلوكية جيدة تؤدّي به إلى إعادة توازنه وبالتالي تكيّفه. (صوالحة، 2004، ص.196)

3)- تنمية الجانب الاجتماعي للفرد:

إذ يساعد اللعب الجماعي التعاوني على إنماء سلوك الفرد، فيكسبه اتجاهات اجتماعية نحو تقدير الآخرين وكذا تقدير أدوارهم والتكيّف مع الجماعة واحترام القوانين وحسن التواصل مع الآخرين وتبادل الآراء والخبرات و قبول النظام و الأدوار المسندة إليه مع الآخرين، وكذا الأدوار القيادية و التبعية ليتحرر من نزعة التمركز حول الذات. (المرجع السابق)

4)- تنمية الجانب العقلي و المعرفي:

و تتمثل دلالات النمو العقلي المعرفي في تطوير الخصائص العقلية و التي يستدل عليها بإنماء القدرة على التفكير و التذكّر والتصوّر و التخيّل و التبصّر و الملاحظة و التحليل و هذا مؤشر على قيامه بنشاط عقلي معرفي واضح. (المرجع السابق). فاللعب يكسب الفرد مجموعة من المعارف والمعلومات من خلال العلاقات السببية التي يكتشفها الطفل بين الفعل وردّ الفعل. ومن خلال السيطرة و الضبط و الالتزام بأنظمة اللعب، فإن الفرد ينتقل من مرحلة الضبط الخارجي إلى مرحلة الضبط الذاتي الداخلي. (Millar, 2002, P.48)

5)- تنمية بعض السمات الشخصية:

إذ يقوم اللعب بدور رئيسي في تنمية شخصية الفرد، كالثقة بالنفس وذلك من خلال تولّد إحساس التفاعل مع من هم حوله والذين يشاركهم اللعب ويؤكد إريكسون أن زيادة الثقة بالنفس تؤدي إلى زيادة الشعور بالكفاءة والقدرة على الإنجاز والتغلب على الصعاب واكتساب قوة لإحداث التغيير، فمن خلال اكتساب الشعور بالأمن والكفاءة و الإيمان بالنفس، فإن الفرد يكتسب مجموعة إيجابية من الأفكار والسلوكات، كما تؤثر ممارسة اللعب على نحو إيجابي ومباشرة في رفع مستوى مفهوم الذات في مختلف مراحل النمو، و تنمية التفكير الإبداعي والقدرة على إنتاج حلول وأفكار تتميّز بأكبر قدرة من الطلاقة والمرونة، ما يسهم في خفض مستوى القلق والتوتر لديه، و يولّد شعورا بالرضا. (Millar, 2002, P.48)

5- النظريات المفسرة لظاهرة اللعب:

شغلت ظاهرة اللعب في مختلف العصور، العلماء والباحثين، فتأملوا هذه الظاهرة على مرّ الأزمان محاولين تفسيرها، فوضعوا لها نظريات عدة، بعضها يتصف بنواح إيجابية و بعضها الآخر يتصف بجوانب سلبية في تفسيرها لظاهرة اللعب، و لكننا إذا ما ألقينا نظرة فاحصة عليها، نجدها في معظمها مكملة لبعضها البعض:

5-1- نظريات علم النفس الحديثة:

قام الباحثون النفسانيون بإعداد عدد من النظريات لتفسير ظاهرة اللعب نعرضها فيما يلي:

1)- نظرية الإعداد أو ما قبل الممارسة:

نادى بهذه النظرية السويسري Karl Gross الذي قدم تفسيره للعب استنادا لمبدأ الانتخاب الطبيعي و الذي يعتبر العامل الأساسي في التقدم، وقد تمّ الربط بين اللعب والصراع، إذ يرى في ممارسة اللعب تدريب للغرائز الفطرية وإعداد لمواجهة أعباء الحياة والبقاء فيها واكتساب مهارات تساعده على التكيف مع البيئة في الحاضر والمستقبل. (Tavakoti, 2011, p.11)

2)- نظرية التخلص من الطاقة الزائدة:

ظهرت في أواخر القرن العشرين، وأوّل من نادى بها Shiller فأكمل دعائمها و أسندها إلى دعائم علمية، وتعتبر هذه النظرية أن وظيفة اللعب هي تفريغ للطاقة الزائدة عن حاجة الجسم والنفس.و تمّ الاستعانة بهذه النظرية في حالات الأطفال مفرطي الحركة. (صوالحة، 2004، ص.39)

3)- نظرية الاستجمام أو الترويح:

مقدم النظرية الألماني Lazarus ، إذ يرى بأنّ وظيفة اللعب الرئيسية هي إراحة الجسم من عناء العمل و التعب، و هي تتعارض مع نظرية التخلص من الطاقة الزائدة. (صوالحة، 2004، ص.40)

4)- النظرية التلخيصية:

و يتزعمها Stanley Hall، يعتبر اللعب تلخيصا للماضي، وحيث أن الإنسان حلقة في السلسلة التطورية حسب نظرية داروين، فإن ما يمارسه الفرد من ألعاب وحركات، يعتبر استعادة للغرائز الحيوية التي مرّ بها عبر مراحل تطوره الإنساني. و من منطلق أن الأفراد لا يمارسون ظاهرة اللعب التي تمثل تسلسل الإنسان في الماضي فقط، بل ينصبّ وينجذب أكثر نحو ألعاب الحاضر كألعاب الفضاء، ويتطلع إلى استعمال أجهزة حديثة، فإن ذلك يشير على قصور هذه النظرية.(Tavakoti, 2011, p.11)

5-2- نظريات مدرسة التحليل النفسي:

1)- نظرية التنفيس:

لصاحبها سيغموند فرويد، الذي استخدم اللعب لمعاينة الأمراض النفسية، و يرى أنه من خلال اللعب يخلق الطفل عالما من الأوهام والخيال من أجل تحقيق متعة خاصة بعيدة عما في واقعه، فيلجأ الطفل عادة لأشياء ملموسة

ليضفي عليه عالمه الخاص لكي يحقق مبدأ اللذة لنفسه. و قد تحدث فرويد عن قدرة اللعب على تنفيس المشاعر والأفكار والأحاسيس المكبوتة في اللاوعي و بالتالي خفض التوتر و القلق بسبب العجز عن إشباع الرغبات. (Millar, 2002, p.59) و بالتوازي أشار العالم Carr إلى التنفيس الذي يحققه اللعب من خلال إزالة الميولات المؤذية الموروثة و التي تضر بالحياة الاجتماعية الحالية. (Tavakoti, 2011, p.12)

2)- نظرية اللعب الرمزي لميلاني كلاين:

تعترف ميلاني كلاين بوجود معنى رمزي لكل مراحل اللعب، تظهر من خلالها الهوامات اللاواعية، ليصبح نشاط اللعب مركزا على التعبير عن الدوافع الغريزية والجنسية والعدوانية المتجهة نحو الموضوع، وعن الدفاعات التي يقيمها الفرد لمعارضة الدوافع، أو لحماية نفسه منه. وتقول كلاين في ذلك أنّ اللعب الرمزي يسمح بالبلوغ الرمزي للرغبة، إظهار المخاوف و الإحباطات و وساوس الطفل، فهي بالتالي تمنح سبيلا للتفريغ. (Millar, 2002, p.52) فاللعب يمثل الشكل الأساسي لميكانيزمات الدفاع الأكثر بدائية ضد القلق، و يمكن موازاته بالتداعيات الحرة عند الراشد. فكل نشاط مرح يحمل معنى رمزيا و حركة تحريرية لهوامات جنسية لا واعية، يحمل في طياته اضطرارا تكراريا. فاللعب إذا عبارة عن ميكانيزم أساسي للتساميات المترتبة عن كل ذلك. (Tavakoti, 2011, p.18)

5-3- النظرية المعرفية:

تنسب هذه النظرية لـ Piaget ، الذي ينظر للعب على أنه الوسيط الذي يتم من خلاله النمو المعرفي أو العقلي أو الأخلاقي لدى الطفل و يميز بين سلوكات المرح و السلوكات عير المرحة، و يرى بأن اللعب ينطوي على خاصية فطرية، هي قدرته على التكيف مع البيئة عن طريق عمليتي التمثل والملائمة، فعن طريق

التمثل يقوم بإدخال التغيرات التي تحدث في البيئة الخارجية إلى البنى العقلية و الوجدانية ليكملها مع خبراته السابقة، وعن طريق الملائمة يقوم بإجراء سلسلة من التحولات على مكوناته الداخلية من اجل أن يتلاءم مع ما هو خارجي ويتكيّف معه، فممارسة سلوك اللعب تحوّل المعلومات الواردة إليه من اللعبة لتصبح جزءا لا يتجزأ من بنيته المعرفية. فاللعب عبارة عن سلوك استيعابي بمعنى تطبيق التخطيطات القديمة على المواضيع الجديدة. و بأنه ينتظم و يصنف حسب مراحل النمو، حيث يقسم اللعب إلى لعب التمرين في بداية الشهر الثاني من عمر الطفل (المستوى حسو- حركي)، اللعب الرمزي في حوالي السنة و النصف (مستوى التمثيلات)، اللعب بالقواعد من 7 إلى 12 سنة (المستوى العملياتي) و الذي ينتظم أكثر فأكثر عبر تقدم سن الفرد و يستمر معه إلى سن الرشد. (Tavakoti, 2011, pp. 13,16)

5-4- النظرية السلوكية:

يرى أصحابها أن اللعب يأتي نتيجة الارتباطات بين المثيرات والاستجابات في البيئة، و اللعب بحسب رأيهم يشكل وسيلة تمكن الطفل من تحقيق الهدف الذي يسعى إلى تحقيقه من خلال تعلم الربط بين ما هو مثير و السلوك الاستجابي. و قد اهتم كل من Dolllard, Millar, Bandura بأهمية المحاكاة في اكتساب الطفل السلوكيات المختلفة من خلال تمثيل الأدوار. أضف لما للدافعية و درجة التدعيم من فائدة لتكرار أو تجاهل اللعب. (صوالحة، 2004، ص. 55)

6- أساليب العلاج باللعب:

تعددت الأساليب التي اتبعت المعالجة عن طريق اللعب و ذلك وفقا للأساس النظري الذي ينطلق منه المعالج، وهناك مدرستين كبيرتين استخدمتا اللعب كطريقة علاجية، مدرسة التحليل النفسي و المدرسة السلوكية).

فبينما استخدم كوسيلة لكشف اللاشعور و التفريغ الانفعالي و كبديل عن التداعي الحر في المدرسة التحليلية، فإنّ المدرسة السلوكية استخدمت اللعب كطريقة لمعالجة بعض الأحداث السلوكية و تصحيحها. و قد عمد السلوكيون الجدد مع المدرسة المعرفية إلى استثارة العمليات المعرفية من خلال اللعب و اتخاذ الموقف إزاء ذلك. و حسب دراسات قام بها أتباع المدرسة السلوكية المعرفية تشير Lenomand (2012) إلى أن مدة لا تقل عن ثلاثة أسابيع تعتبر ضرورية لتصحيح سلوك مضطرب و تغيير الاتجاه، و مع كثرة التكرار و المداومة و اختيار أوقات اللعب المناسبة فانه يمكن زرع برنامج اللعب الموجه ليجعل الفرد أكثر تفاعلا مع المعلومات. و تضيف الباحثة بأن كون الاعتقاد هو اكبر محرك للسلوك فانه بالإمكان تحريك السلوكات باتجاهات معينة حسب الاعتقاد السلبي أو الايجابي. حيث يتم الاستناد لطرقتين للعلاج باللعب كما جاء في هنداوي (2003) إما:

- العلاج غير الموجه باللعب: و يعتبر أصحابه أنّ اللعب بحد ذاته مهما كان نوعه علاج للاضطرابات النفسية.

- العلاج الموجه عن طريق اللعب: يحدّد فيه مسرح اللعب و تختار أدوات اللعب بما يتناسب مع عمر و خبرات اللاعب لتثير نشاطا واقعيا أو اقرب إلى الواقع و بما يتناسب مع مشكلة اللاعب. و تشكل العاب الفيديو حاليا ابرز هذه الأدوات لما حققه من نجاحات. فما هي خصوصية العاب الفيديو؟

7- ألعاب الفيديو:

تمثل العاب الفيديو في وقتنا الحالي ثقافة جد بارزة و متطورة، و بالرغم من الانتقادات الموجهة لها من طرف البعض و نعتها كمصدر لتعليم سلوكات العنف و الإدمان. غير أن الواقع يظهر غير أن من حيث قيمة التداول تشير إلى احتلاله المركز الأول من بين الوسائل الترفيهية من سينما، كاسيت فيديو و موسيقى. فلم تكن العاب الفيديو أكثر تنافسية في أي وقت مضى من العامين الماضيين كما صرّح به L.Michaud المسؤول عن قسم العاب الفيديو و الترفيه التفاعلي لمعهد السمعي البصري و الاتصالات السلكية و اللاسلكية بأوروبا (IDATE). و أضاف أن رقم مبيعات العاب الفيديو و معداتها قد بلغ 60 مليار يورو سنة 2013 بعد ما قدرت قيمتها بحوالي 41.5 مليار نهاية 2011 و يقدر أن تصل إلى حوالي 79 مليار يورو سنة 2016. (IDATE, 2013) . و كانت Christine du Fretay قد أعربت عن اندهاشها عن المكانة المهمة التي تحتلها العاب الفيديو في حياة فئة المراهقين. حيث 96% منهم يلعبون بلعب الفيديو و الثلث منهم يمضي أكثر من 5 ساعات أسبوعيا في اللعب و تصل إلى 7 ساعات أسبوعيا عند الذكور. كما أشارت الدراسة الاستطلاعية التي قامت به Ipsos-E-Enfance في 2009 إلى أن 40 % من اللاعبين قد ابدوا رأيهم بأن الحياة ستكون مملة بدون العاب الفيديو. (Brizé, 2009, p. 26)

و عليه نتساءل عن ماهية العاب الفيديو؟ كيف تطورت؟ ما هو تأثيرها على اللاعب؟ هذه الأسئلة و أسئلة أخرى سنحاول تقديم بعض الإجابات عليها في ما يلي.

7-1- مفهوم لعبة الفيديو:

لعبة الفيديو عبارة عن افتراضات تجعل اللاعب يعيش في عالم افتراضي، عالم يحتوي كل عناصر الواقع أين يكون المتعامل معها واعيا بما يقوم به. تضع ألعاب الفيديو اللاعب بين واقعه النفسي الداخلي والعالم الافتراضي الخارجي في وضعية تفاعلية دينامية. وعلى غرار ما جاء به فينيكوت الذي يعرف نطاق اللعب بأنه :"ليس بالحقيقة النفسية الداخلية ولا تنتمي في الوقت ذاته للعالم الخارجي، يقول jolivalt : "أنه بوسعنا القول بأن ساحة ألعاب الفيديو ليست نتاج نفسي داخلي ولكن بناء نفسي في تفاعل مع عالم افتراضي والذي لا يمثل فعلا العالم الخارجي". (Ebguy, 2005.)

7-2- تعريف لعبة الفيديو:

عرفت العاب الفيديو في"le petit robert " بأنها لعب تتمثل فيها حركات على شاشة العرض، يتمّ التحكم فيها بطريقة إلكترونية و بمعدات خاصة. و عرّفها jolivalt (1994)، بأنها بيئة معلوماتية تنتج على الشاشة بقواعد مبرمجة. (Ebguy, 2005.)

و يمكن تعريف العاب الفيديو حسب Mélanie Roustan (2003) كمجموع تطبيقات المرح من نظام تكنولوجيا المعلومات التي تحتوي على بعد تفاعلي و على صور في حركة. و هي ألعاب مبرمجة بواسطة الحاسوب تعرض عادة على شاشة التلفزيون، أجهزة محمولة أو على الحاسوب، الهاتف النقال أو شاشة عرض أخرى. و تعتبر يد التحكم أو الأزرار أو لوحة المفاتيح أو الفأرة أو غير ذلك من أجهزة الإدخال في ألعاب الفيديو و التي يمكن للاعب أن يؤثر فيها على اللعب و إدراك النتائج المترتبة عن أفعاله على البيئة الافتراضية. فألعاب الفيديو هو استعمال بطريقة مرحة للواقع الافتراضي، تحاكى فيه فضاءات حقيقية أو خيالية أين يقوم اللاعب بإسقاط ذاته من خلال موضوع رقمي من شانه تنفيذ الحركات المطلوبة و المتحكم فيها من خلال لوحة المفاتيح أو مقبض التحكم.

7-3- تاريخ تطور ألعاب الفيديو:

ظهرت العاب الفيديو منذ أكثر من نصف قرن و كان بزوغها من كلا جانبي المحيط الهادي: أمريكا و اليابان، حيث بدأ تاريخ العاب الفيديو في عام 1950 تقريبا. إذ قام المهندس الأمريكيRalph Baer من شركة لورال للالكترونيات Loral Electronics بإدماج خاصية جديدة في أجهزة التلفزيون، ليصبح بالتالي أول من بادر بفكرة العاب الفيديو. ثم و في 1958 قام الفيزيائي الأمريكي Willy Higinbotham بتصميم أول لعبة حول لعبة التنس Tennis for Two أين كان هدر الوقت والتسلية الهدف الأساسي للعبة. و في 1962 ظهرت أول لعبة تفاعلية على شاشة الكمبيوتر من طرف الطالب Steve Russel بمعهد للتكنولوجيا (MIT) Massachussetts Institute of Technology و تتمثل في لعبة "Spacewar". ثم جاء Pong و الذي أعطى دفعة قوية لصناعة العاب الفيديو المرحة و قام بابتكار لعبة Pong سنة 1972. و بعدها قام الطالب Nolan Bushnell من جامعة Utah الأمريكية بتكيفها ليتم تعميمها عل قاعات اللعب العامة. و بعد الانهيار المالي في هذا المجال، اتجهت العاب الفيديو نحو اليابان و شهدت تجددا بارزا مع لعبة super mario bross في 1980، و تصبح متوفرة للجميع في 1985 لتنتشر ألعاب الفيديو وتتنوع، وتصبح تعدّ بالآلاف بين ألعاب للإثارة وألعاب المغامرة وألعاب تأملية تفكيرية

تمسّ كل الميادين التعليمية الصحية وحتى السياسية.(Roustan, 2003, pp.13, 14) ، و بالموازاة مع التطور التكنولوجي، تطورت ألعاب الفيديو، لتحدث ثورة نوعية في الصور ثلاثية الأبعاد، والمؤثرات الصوتية، و الديكور ليستمتع بها اللاعب أكثر، ويصبح التمثل الافتراضي أكثر واقعية لدرجة الانغماس والتفاعل وكأن اللاعب في واقع حقيقي يختلف عما كان عليه في السبعينيات. (Seys, 2003, p.10)

7-4- تصنيفات العاب الفيديو:

تتمثل ألعاب الفيديو حاليا في عدة أشكال منها:

- game boy و هي عبارة عن لعبة محمولة مصنعة من طرف Nintendo

- consoles مثلا (Play station 3) وهي آخر نوع من Sony

- (Nintendo 64)المزدوجة بإكسسوارات تلاءم شكل اللعب كمسدس للألعاب الحربية الدفاعية، مقود لألعاب سباق السيارات...الخ

إضافة إلى عدة ألعاب التي تقدم على شكل أقراص CD-ROM أو DVD.

و تصنف العاب الفيديو عادة حسب النوع و تختلف من ألعاب المنصات، والمغامرة، FPS, RPG, TPS, ألعاب الرياضة، والسباقات، والتصويب الفضائي، والقتال، الحركة و الإثارة، المحاكاة، ألعاب الأدوار، والألعاب الإستراتيجية RTS . هذا بالإضافة إلى ألعاب الويب التي تلعب عبر الإنترنت، وهي غالباً ألعاب جماعية، وتسمى MMORPG، حيث يلعبها عدد كبير من اللاعبين من مختلف المناطق في الوقت ذاته.

و يتم تصنيف ألعاب الفيديو حسب نظام PEGI (Pan European Game Information) بأوروبا و ESRB (Entertainment Software Rating Board) بأمريكا الشمالية. و يتكون هذا النظام من التصنيف على جزأين، ما يسمح للأفراد اللذين يرغبون بشراء العاب الفيديو الحصول على الاختيارات المناسبة للفئة العمرية و الأهداف المرغوبة. فالجزء الأول إذا يهتم بتقييم السن و الفئة التي يمكنها اللعب باللعبة، في حين يشير الجزء الثاني إلى محتوى اللعبة كما هو موضح حسب الرموز المرسومة على الأيقونات (كلام بذيء، التمييز و العنصرية، مشاهد العنف، تحريض على المقامرة، إثارة الذعر و مشاهد الخوف، إشارة للتحريض على المخدرات و الكحول و التدخين ضمنيا، تحريض للعري و الإثارة الجنسية، العاب تلعب على الانترنت). و منذ سبتمبر 2009، ظهر اصطلاح جديد لتحديد السن الأدنى المسموح به للعب باللعبة و هو عبارة عن رموز ملونة اعتمد فيه مبدأ ألوان إشارات المرور مع إضافة الرمز «+» و هو ما يوضحه الشكل الموالي:

شكل رقم (02): تصنيفات العاب الفيديو حسب نظام PEGI وESRB

7-5- سر نجاح العاب الفيديو:

يرجع السبب الأول إلى نجاح التمثيل للصور المرئية الدينامية والمظهر التفاعلي مع لعب الفيديو وقدرة ممارسة التحكم النشط و المتمثل في التأثير الآلي على مجريات الأحداث. وأيضا ما يتولد من سلوك التحدّي لدى اللاعب من خلال تدرج الأحداث من الأسهل إلى الأصعب مع تطور المستويات،المرونة الكامنة في لعب الفيديو، حيث يمكن للاّعب تغيير الطريقة والوسائل المستعملة بسهولة حسب الرغبة. الشعور بالقوة وإعطاء مساحة لفرض الذات وتطبيق الأحكام دون التعرض للعقاب. (Renter, 2006)

وإن الرغبة في ألعاب الفيديو تأتي من الاقتصاد الطاقوي، حيث تكفي كبسة زر للقيام بالعديد من الحركات و القفزات. كما تسمح الآلة للاّعب بالخطأ وتصحيح خطأه لتؤمن حالته النفسية مع ما تتخذه الآلة من موقف حيادي، مع ثبات عميق ومطمئن للطفل أو المراهق، وهذا ما يسمح للاّعب باكتساب الثقة في كفاءته وثبات في نشاطه الفكري. (Montanari, 2005, P.42)

7-6- ماذا نلعب في لعب الفيديو؟

كإجابة على هذا التساؤل يجيب (Gabriel.E) أن اللاعب يتوحّد بسهولة مع الشخصية الرئيسية (البطل) في اللعبة، وهذا التوحّد يسمح له بامتلاك عناصر العالم الوهمي (الخيالي) للّعبة، بحيث يسمح بتجديد اللقاء بين العالم المتخيل و الخارجي عن الفرد وبين عالمه الداخلي". وقد أوضح winnicott الفرق بين"game " لعب القانون و"play " التعبير الحرّ عن الذات. فمن خلال ألعاب الفيديو ك "game" يستطيع اللاعب ممارسة جدارته وبالتالي الارتقاء وإحراز التقدم، فهذا العالم الافتراضي يستطيع وضع اللاعب تحت خدمة رغباته وتحقيقها بما يملكه من قوة وقدرة متوفرة، تسمح للاّعب بالتسامي وبالعدوانية الإيجابية (منافسة، تأكيد الذات...) هذا من جهة، و من خلال لعب الفيديو ك "Play " من جهة أخرى تسمح للاّعب التعبير عن هواماته في فضاءات لا واعية لكي يبدو أكثر إبتكارية بتحقيق رغباته. (Montanari, 2005, P.6) أمّا R.Caillois فيرى أن لعبة الفيديو هي إخراج من نوع خاص للاّعب، يفر إليها الفرد من متناقصات مبدأ الواقع، فهو عبارة عن نشاط حرّ وإرادي، منبع للفرح والاستمتاع معزول عن باقي العالم في الفضاء وزمان معينين بقواعد معينة وحتى كلمة "كأن" تتغير كما هوا لحال في مجالات اللعب

الأخرى، لتعوّض بكلمات تحقيقية وغير تعليقية وتصبح "قمت بفعل كذا"،"دمرت هذا"،"قتلت هذا... " (Montanari, 2005, P.25)

7-7- ألعاب الفيديو كواقع افتراضي:

يقترن مفهوم الافتراض مع كل ما تم اصطناعه في ميدان التكنولوجيا الحديثة، و كلمة افتراضي(virtuel) هي من أصل لاتيني (virtus) أو (virtualis) والتي تعني القوة والقدرة، ويعرّف الواقع الإفتراضي بأنه واقع، فهو لا يتعارض مع الواقع (réel)، ولكن مع ما هو حاضر (actuel)، أي أنّ موضوعا ما له تواجد افتراضي، يمكن أن يصبح واقعا في المستقبل إذا توفرت الشروط اللاّزمة لتحقيق وجوده. فالواقع الافتراضي، هو كلّ ما يمكن أن ينتقل من خلال حواسنا من بيئتنا، ليغمر ذواتنا ويتفاعل مع كلّ كياننا وكأنه بملامسة الحقيقة المعروضة على شاشة العرض، هو عالم موظف بقوانين تحكمه، يضع الفرد له معنى وبناء في رؤية دينامية. و من بين الجوانب المميزة للواقع الافتراضي هو السماح لكل فرد العمل بنفس التوظيف الذي يمكن له في عالمه الحقيقي لكن دون تلقي عواقب ونتائج عن فعله أي دون محاسبة، توفّر له الحماية دون خوف من النتائج. (Bonnafoux, 2005, P.55) فالواقع الافتراض مشكل بالحركات النزوية، بالتحكم المضاعف عن طريق المعرفة، اللعب مع الهوامات دون خوف من الممنوع، حب دون خوف من الرفض، قتل افتراضي دون هدم أو تحطيم حقيقي فالتطور التقني يغيّر الإخراج ليتماشى مع ما يرضي الفرد، لينعكس الواقع النفسي في العالم الافتراضي".(L.Renter, 2005)

و عليه فإن فكرة العاب الفيديو غير مستبعدة عن ما هو افتراضي. هدفها و تطلعاتها كما أشارت إليه Roustan (2003) حسب قول Coiffet: الوصول إلى ترسيخ الاعتقاد بان ما هو غير كائن، كائن فعليا. و تضيف الباحثة إلى أن ميزة العاب الفيديو تكتسب جانبا افتراضيا إضافة إلى المرح و القدرة على تخطي الحدود بين مختلف الوضعيات في الوجود، تولد الراحة و الحرية، اللذة و الخطر، الأصالة و الخيال. فهو فن الوهم الذي يدعو لإعادة التفكير في ثقته حول المعاني و رؤاه في فهمه للعالم من حوله، و تدعو لإعادة النظر في مختلف تمثيلاته، تصوراته أو استحضاره للعالم. فهي ليست بالانطباع بل أسلوب تعبير مميز يحدث بالداخل. و حاليا أصبحت العاب الفيديو تحمل رسائل ضمنية، هدف و مغزى تسعى لإبلاغه للاعب إضافة لجانب المرج و الترفيه و هو ما يسمى بالعاب الفيديو الجدية Serious Games. فماذا يقصد بها؟

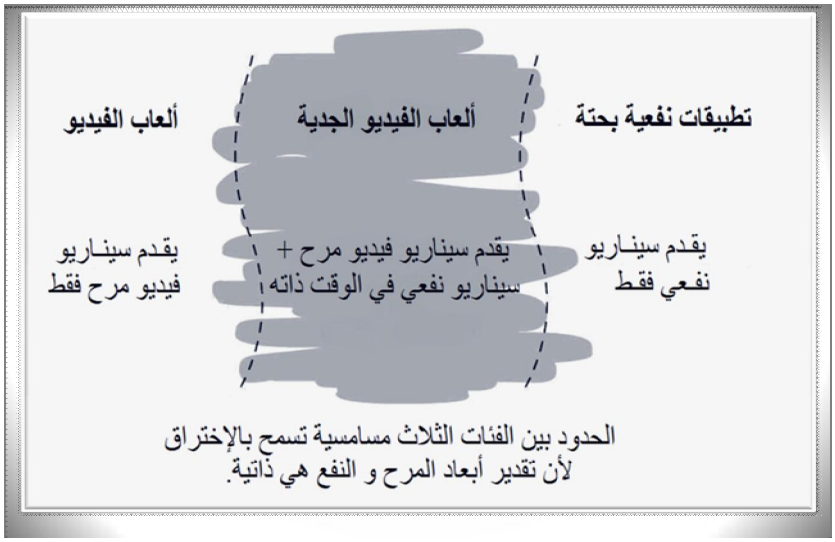
7-8- ألعاب الفيديو الجدية:

ظهرت العاب الفيديو بداية كتطبيق في الإعلام الآلي وفقا لما جاء به Ben Sawyer في المجال سنة 2002، حيث لعب هذا الأخير و Michael Zyda دورا كبيرا في انطلاقة و تطوير العاب الفيديو الجدية. (Alvarez, 2007, p. 7) و يقدم الباحث تعريفا لها: بأنها العاب فيديو أين يكون هدف اللعب ليس اللعب فحسب و لكن ابعد من ذلك، تدعو مستخدمها للتفاعل مع تطبيقات الحاسوب الذي يهدف للدمج بين التعلم، التعليم و التدريب، الاتصال مع نزعة ترفيهية باستعمال التكنولوجيا المستقاة من العاب الفيديو و هو ما يلخصه Alvarez Julian, Djaouti Damien في المعادلة التالية:

سيناريو نفعي+ سيناريو فيديو مرح ⇦ العاب فيديو جدية

و يشير Alvarez et Djaouti بأنه يمكن لألعاب الفيديو الجدية أن تصنف في ثلاث فئات عريضة: ألعاب فيديو جدية لبث الرسائل، ألعاب فيديو جدية للتدريب، ألعاب فيديو جدية للتمويه. و يوضح الباحثين من خلال الشكل الموالي الفرق بين تطبيقات الألعاب الجدية: ألعاب الفيديو، ألعاب الفيديو الجدية، التطبيقات النفعية البحتة. (Alvarez et Djaouti, 2008, p. 92)

شكل رقم (03): الفئات الثلاث لتطبيق الألعاب الجدية
(Alvarez et Djaouti, 2008, p. 92)



و يضيف الباحثان بأن هذه الألعاب يتم استعمالها في العديد من الميادين، بدأ بمجال الدفاع الأمريكي كلعبة «America's Army» و التي هدفت لمحاكاة تمارين التدريبات العسكرية و لإعادة تقدير الجيش الأمريكي. كما استعملت في مجال السياسي خاصة بعد انفجارات 11 سبتمبر 2001. و أيضا في مجال التسويق كلعبة «Good Willie Hunting»، كما تستعمل أيضا بكثرة في مجال تقديم المعلومات و تثقيف الأفراد في مجال الصحة العامة مثلا كلعبة «Le sida et nous» أو لعبة «Sortez Revenez» كحملة للوقاية من تناول الكحول التي أطلقت للسلامة على الطرق. كما اتسع استعمال العاب فيديو الجدية لتشمل مجالات أخرى، كلعبة «Earthquake in Zipland» لتعليم الأطفال و مساعدتهم على تجاوز محنة طلاق الوالدين، لعبة «Ditto's keep safe adventure» التي تعلم الطفل كيفية الاحتراس من البيدوفيليا أو الاعتداء الجنسي عليهم. و لعبة «Water Busters» و«Les P'tits Repères» للحفاظ على البيئة. كما لم تستثني هذه الألعاب المجال الصحي الذي ظهرت فيه بقوة من مثل ألعاب: «Captain Novolin»، «Packy & Marlon»، «Bronkie the bronchiasaurus»، «Ben's Game» ، «Escape from Diab»، «Invasion from Inner Space»، «Re-Mission» و تندرج هذه الألعاب المخصصة في المجال الطبي في فئة محددة نجدها تحت مصطلح "ألعاب فيديو الصحة" «games health video». (Alvarez et Djaouti, 2008, pp16 ,46)

و قد تم تصنيف العاب الفيديو الجدية المكرسة لقطاع الصحة و التي يتم استثمارها حاليا بطريقة جد كبيرة في هذا القطاع. غير أن هذه الألعاب لا تتقاسم نفس الهدف و نفس المغزى النفعي. فبينما يتجه بعضها للتشخيص، فان أخرى تتجه للوقاية، كما تتوفر منها ما يتجه للإشهار و بعضها الآخر للتكوين،...إلخ. كما أن الفئات المستهدفة

تتنوع بين أطباء، طلبة، مرضى، باحثين و عامة الناس، لذا فقد قام(2008) Alvarez et Djaouti بتصنيفها تحت النموذج المسمى «G/P/F/P» (Gameplay/Purpose/Fonction/Publics)

7-9- تأثير ألعاب الفيديو في المجال الصحي من منظور نفسي:

سعى عدد من الباحثين لإظهار أهمية العاب الفيديو من الناحية النفسية لإبراز دورها في ظهور الخيالات و التأثير على الهوامات و تحريك بعض الميكانيزمات من تماهي و تماهي إسقاطي مع توفير فضاء للإسقاط و تفريغ للنزوات العدوانية و كذا أهميتها لتعديل السلوكات الصحية نذكر منهم:

Mark Griffiths ,Michael Stora, Debra Lieberman, Serge Tisseron Nathalie Natanson,, Mélanie Roustan, إلى غيرهم من الباحثين كل من وجهة نظره.

7-9- 1- ألعاب الفيديو من منظور مدرسة التحليل النفسي:

إن ثقافة أطفال و مراهقي اليوم هي ثقافة الصورة. فاستخدام العاب الفيديو هو الحديث فعلا بلغة هذه الفئة، بل و ابعد من ذلك كما يقول Michael Stora. فهناك تشابه جلي و واضح بين لاوعي الفرد و الواقع الافتراضي الذي تسمح به العاب الفيديو، فأخذ دور الشخصية التي يتحكم بها ويسيرها يسمح بالتعبير عن صراعاته اللاواعية (Stora, 2006, p.164). فألعاب الفيديو بما توفره من مساحة لإسقاط الهوامات، تعمل على تحرير الفرد من فضاءه المضطرب، فهي تساعد المراهق على مقاومة قلق الانهيار. فهي بمثابة هروب و إن كان مؤقتا من القلق على مصيره و تعمل على الحفاظ على هوامات الهيمنة على الزمن و الفضاء. و يرى المحلل النفساني و المختص في العلاج النفسي بألعاب الفيديو Michael Stora بأنه يمكن مقاربة أو مماثلة ألعاب الفيديو للأحلام، فهي خليط بين التفاعلية و السرد أين يمكن للاعب أن يبقى نشطا في وجه الوضعيات المقترحة، فمن خلال السيناريو الموضوع و بطريقة لا قصدية يعيد النظر في نزوات الحياة و الموت. كما يقوم بالإسقاط لحركاته النزوية الخاصة على شخصيات اللعبة، صديقة كانت أم عدوة، و تبرز السيرورات اللاواعية للتماهي أو التماهي المضاد. كما يمكن اعتبار بعض أجزاء اللعبة بمثابة أجزاء من الذات التي تحدثنا. و يؤكد المعالج النفساني على بعد الترميم الذي تحمله اللعبة في طياتها؛ و لان الشخصية المجسدة في اللعبة تتغلب على أصعب المحن، تحارب الأعداء الأكثر شراسة، تحقق أفضل النتائج فهي تكون بمثابة مخرج لكل نزواتنا العدوانية المكبوتة ومتنفسا لها. و على العموم كما يرى Stora (2006) فان هذه العوالم الافتراضية هي عوالم لتفتح الذات و تحقيقها فيها من الحرية لفك لتثبيطها و تسمح بإعادة النظر و العمل على صورة الذات. فهي فعليا مضادات اكتئاب تفاعلية *"Prozacs interactifs"* و فيه تحل الصراعات اللاواعية. (Natanson, 2009, p.72) و كون اللاعب يندمج في لعبة ما ويستجيب لرموزها فهي تعتبر بالنسبة له كنوع من الحقيقة التي يعيش فيها بواقعه وخياله، تعمل على تحريك العديد من الميكانيزمات الدفاعية. و قد تمّ تناول ألعاب الفيديو من منظور نفسي كموضوع مثالي، وكموضوع انتقالي و كفضاء انتقالي، لما له من تأثير واضح على البناء الشخصي للفرد.

1)- ألعاب الفيديو كموضوع مثالي:

يصبح البطل (شخصية اللّعبة) الموضوع المثالي للاعب، موضوع يلبّي الرغبات، ما يجعل الفرد يبني علاقات طيبة مع هذا الموضوع وهذا ما يقود اللاعب لنظام الإسقاط، إسقاط مثالي على الشخصية وإسقاط عدائي على كل من يقف ضد البطل. (Bannafoux, 2005, p.68)

2)- ألعاب الفيديو كموضوع انتقالي:

فاللعبة لا تنتمي لواقع اللاعب الداخلي ولا لواقعه الخارجي فهي لا تنتمي للحقيقة النفسية الداخلية ولا للعالم الخارجي رغم وجوده خارج الفرد وهي بمثابة موضوع رمزي يأخذ به أو يرفض يحب أو يكره، فاللعبة لا تمثل الجسم بذاته ولكن ترمز إليه.(Montanari, 2005, p.68) و يقول S.Missonier في ذلك "أن اللاعب يستعمل ديكور اللعبة واللعبة لذاتها كي يظهر اضطرارا تكراريا مشحونا بقلق اضطهادي، وكون اللعبة توفر التوهم والخيال فإن ذلك يسمح للفرد بإخراج صراعاته والتحكم فيها. (Civin, 2002, P.23)، فاللعبة كما يراها Winnicott هي موضوع انتقالي بين ما هو (أنا) و (لا أنا) بين ما هو خيال وما هو واقع، بين ما هو مبتكر وما هو معروض، فهي ليست الجسم و لا غياب هذا الجسم، فهو عبارة عن وسيلة نفسية لا تنتمي لواقع داخلي ولا لواقع خارجي و تسمح ببلوغ النضج.

3)- ألعاب الفيديو كفضاء انتقالي:

في هذا الفضاء يستعمل اللاعب مواضيع خارجية والتي يماثلها أو يطابقها مع حقيقته الداخلية، فمن خلال هذا الفضاء يكتشف الفرد أناه،وإن الإيمان بما يعرض من صور يساعد الفرد على مواجهة قلق التجزئة من منطلق أن الإنسان يصدق ما يراه. (Montanari, 2005, P.24) و يقول B.Bettell أنّ اللعب يسمح للفرد بالابتعاد عن فكرة التمركز حول الذات ليفهم أن المحيط والعالم الخارجي يمكنهما إثراء عالمه الداخلي. ليطور أحاسيسه، خياله وذكاؤه ليزود الفرد بالثقة، وتتكون لديه منابع قوة وثقة داخلية تسمح له بمواجهة المستقبل. (Civin, 2002, p.235)

4- ميكانيزمات الدفاع التي تحرّكها ألعاب الفيديو:

إن اللعبة بما تمثله من واقع جديد تدفع بالفرد لتحريك العديد من الدفاعات تساعده على التفريغ الانفعالي وتحرير الطاقة السلبية والتعبير عما يرهقه دون خوف من تلقي العقاب، كما تسمح له بإثراء وإنعاش حياته الحلمية و الخيالية. و نسعى هنا لفهم كيفية تحريك هذه الآليات واستغلالها، لاستثارة جانب التحكم والسيطرة عن طريق الفكر والفعل، ونذكر هنا:

- **التماهي:** و قد كتب فرويد عن التماهي بالبطل من خلال تناوله لتراجيديا "Hamlet"، إذ يقول بأن التماهي مع البطل "عبارة عن تماهي لا واعي لنزوات البطل والذي يحمل علامات أو رموز نزواتنا الخاصة بنا، فنحن من خلال ذلك نتخلص من القلق المرتبط بالضغوطات النزوية وهشاشة قدرتنا عن الكبت، و نقوم بتوفير الطاقة للمقاومة". (Seys, 2003, P.51)

و يضيف الباحث إلى أنّ ألعاب الفيديو تتكون من بطلين: بطل اللعبة، اللاعب البطل.

• أما البطل الأول، فيعتبر نموذجا ومنبعا لتماهي اللاعب والتوحد معه وهذا البطل يكون مزودا بقدرات محدّدة من مبتكر اللعبة.

• أما البطل الثاني، فهو الممثل والطرف الفعّال يتبع ما صمّم البطل لأجله من خلال إتباع التعليمات، ولكن تطوير اللعبة وتسييرها إنمّا يتمّ من طرف اللاعب الذي يقوم بوضع إستراتيجيته الخاصة به مستغلا كفاءته وسرعة التنفيذ والتحريك مما يمكن البطلين من إحراز التقدم في الوقت ذاته. كما أنّ التماهي مع شخصية اللعبة، لا تستوجب أن تكون من نفس جنس اللاّعب، فكما المراهق يمكنه التماهي بـ Tomb Raider ،كذلك المراهقة يمكنها تقمص والتوحد مع شخصية néo في «MATRIX»

وترى Virole (2003) أن التماهي بالمعنى الدقيق، يتمّ مع النشاط والفعل الذي تقوم به الشخصية الافتراضية وهذا ما تسميه بـ (progection par identification d'action) أي الإسقاط بالتماهي النشط. فالتماهي بالبطل، والذي يحمل كلّ الصفات المرغوبة، تسمح للمراهق بإعادة تأكيد وتقييم الذات وتعزيز نرجسيته، كما تسمح له بالاستقلالية و القدرة على تولّي أموره بنفسه وعدم التبعية و أخذ الدور السلبي، وتحمّل جزء من المسؤولية. (Montanari, 2005, p.87)

– **الإسقاط:** كما يدّل عليه المصطلح، فهو عبارة عن حركة تنطلق من المركز نحو المحيط، وهذا التحوّل في اللعبة ينطلق من الفرد (اللاعب) نحو الموضوع (مثيرات اللعبة)، من الداخل نحو الخارج ، فهي كما يقول فرويد "كسلوك موجه نحو المثيرات الداخلية التي شأنها مضاعفة الألم والتعامل معها كأنها خارجية وهذا ما يمكّن من استعمال دفاعات صاد الإثارات." (Raffy, 2002, p.253) ويقول S.Ali في كتابه « de la projection» أنّ الإسقاط يسمح بخلق حقيقة تسمح بالاندماج معها دون تحديد للأبعاد أو المسافات وهذا ما يستدعي خيال ضمن الواقع، فالإسقاط هو تلك العلاقة الخيالية مع العالم والتي تتوحد معه ليصبح الإسقاط والواقع شيء واحد وهي تستلزم الإدراك والفكر لتقحم على مستوى التمثيلة، الجسم الخاص [...] فالإسقاط إذن عبارة عن سيرورة دفاعية يسيّرها مبدأ اللذة، أين يدفع الفرد بالرغبات والمشاعر والصفات وحتى بعض "المواضيع" التي يرفضها في نفسه لتصبح خارجية، يمكنه التحكّم بها والنقمة عليها. (S.Ali, 2004, pp. 52,53)

فالإسقاط في ألعاب الفيديو، إنّما يتمّ من خلال إسقاط كلّ المشاعر العدائية ضد العناصر المهددة و العدوة، ومن خلال التحكّم بمصيرها فإنّ ذلك يحقق لذّة تسمح بتوسيع الخيال كمّا أشار سامي علي ليحدث اجتياف و استدخال وإدماج للبطل.

– **الخيال (التهوم):** يقول Raffy أنّ الحياة الهوامية تلعب دورا دفاعيا هاما ينشّط من خلال الأحلام الليلية ومعادلاتها النهارية (أحلام اليقظة، اللعب...) فاتحا المجال لآليات دفاعية أخرى بإخراج المكبوتات وتحقيق الرغبات حيث يصبح مدعما لهذه الآليات (Raffy, 2002, P.725) وكون اللعبة توفر التوهم والخيال فإن ذلك يسمح للفرد بإخراج صراعاته والتحكم فيها.

و لأن المرضى السيكوسوماتيون لا يتهاومون لقطع صلتهم مع اللاشعور، لأنّ ما قبل اللاشعور أصبح خارج الخدمة، فان اللعبة تعتبر كمدعّم لما قبل الشعور لما توفره من تمثيلات للصور و الكلمات حيث يمكن تمثيل câble usb بالحبل الذي يصل بين الشعور و اللاّشعور.

و على عكس التصورات السلبية المشكلة حول العاب الفيديو، فإن stora (2006) يرى بان ألعاب الفيديو لا تحدث انقطاعا مع الواقع و نفي للخيال بل فيه إعادة لتشكيله و تعمل على إظهار الخيال بطريقة لا يمكن توقعها. و هو ما صرح به أيضا الطبيب العقلي بمستشفى Marmottan من خلال شهاداته و تجربته الخاصة حتى مع الفصامين و أضاف أن هذه الألعاب لا تولد العدوانية كما يسعى البعض للترويج له، بل على العكس فهي تعمل على تقنينها. (Brizé, 2009, p.25)

7-9-2-العاب الفيديو من منظور معرفي سلوكي:

ترتبط اللعبة بالعديد من العمليات المعرفية، و لذلك تأثير على اتجاهات الفرد و وظائفه الإدراكية كما تشير إليه Lieberman (2002) . و انطلاقا من مبدأ ألبرت أليس في العلاج النفسي العقلاني و الانفعالي الذي يرى بان تغير مدركات الفرد و أفكاره الخاطئة و استبدالها بأفكار أو مدركات تبعث على الراحة و الاسترخاء، و انطلاقا أيضا من دراسات سكينر حول إمكانية تشريط الاستجابات العصبية وسيليا من خلال اكتساب و تعلم آلية السيطرة الإرادية (رّد الفعل الارتجاعي العضوي)، فإن ذلك سيساهم في تخفيف الأمراض العضوية.

و أظهرت الدراسات من خلال ما توصلت إليه الأبحاث العلمية حول المرونة الدماغية أن ألعاب الفيديو من شأنها التأثير على المدى القصير أو الطويل على العمليات المعرفية المرتبطة مع المواقف المعروضة تحديدا و التي يتم التعامل معها في العاب الفيديو. (Hodent-Villaman, 2007, p.68). حيث تشمل الوظائف الإدراكية على الوعي و الإدراك و التعلم، الذاكرة، الخيال، التمثيل، اللغة، المزاج التفاعلي و الإرادة. وسنتطرق هنا لذكر أهم الوظائف التي تخدم موضوعنا:

1)- الوعي: ويعتبر الوعي بإجماله (الشعور، ما قبل الشعور، اللاشعور)، الأساس الوظيفي الضروري من أجل السيّر الطبيعي للعمليات الإدراكية و الإرادية. و إنّ المعايشات العاطفية، المزاجية و المشاعر الإيجابية تؤديان إلى اتساع حقل الإدراك و الوعي وعلى العكس فإنّ الأحاسيس السلبية يؤدي إلى تضييقه.

2)- المزاج التفاعلي: من خصائص ألعاب الفيديو،المظهر التفاعلي، كوّن اللاعب يقوم بتطوير مجريات اللعب، فهو سيّد الموقف يملك القدرة على التغيير في مجريات الأحداث يطوّر خلالها بعض المهارات المعرفية وينميها، كقدرة الإدراك و تخزين المعلومات و بناء الأحكام و الوصول إلى استنتاجات.(Montanari,2005, p.81) و إنّ هذا المظهر التفاعلي يكون مصحوبا بمزاج تفاعلي، يتلقى الفرد الإثارة و يعايشها وجدانيا مع ما يصاحبها من تغيّرات على المستوى الغدي و إيصال كهربائي وهو ما أسماه Macleau بنظرية الدائرة العصبية

3)- التمثل أو التصور: وهنا لابد لنا من ذكر ما يسمى بالذاكرة التصورية mémoire eidétique و تعني القدرة عن استحضار الصور، الأصوات، أو الأشياء و تخيل أدق تفاصيلها. ففي لعب الفيديو يحدث الوصول إلى التصور التصوري Eidétisme، أي القدرة على استحضار الصور وتخيّل تفاصيلها وإضفاء بعض التفاصيل غير موجودة أصلا في الصورة وهذا التصور كما يعرفه Jaensch Erich في (Virole, 2006) تصور متطور بحيث يعيشه الفرد وكأنه الواقع الراهن، يتم معها استحضار الصور وحتى الصوت ليمتد هذا الوضع حتى خارج أوقات اللعب ويتم به استبدال التصورات السابقة. فنظرية "الصورة الإبصارية" ترى بأنّ ما نراه هو ابتكار من الدماغ الإبصاري و أن تأويل

ما تمّ إبصاره جزء لا يتجزأ من الإحساس، و ما نراه هو أكثر مما تتلقاه العين بكثير على غرار نموذج Akhter Ahsen المسمى بنموذج ISM (Image, Somatic, Meaning) حول الصور العقلية بإدماج ردود الفعل الجسدية الأساسية و ما يسنده الفرد من معنى، و هو ما يؤدي إلى تغيير و تصوراته السلبية مع أخرى نشطة. (Hochman , 2002, p. 117)

4)- التفكير و أثره على الصحة: من خلال التجارب والدراسات والتي دعمت بمعطيات موضوعية (بيولوجية خصوصا) نوه الباحثين بتأثير التفكير السلبي على الصحة وهذا ما أطلق عليه اسم التأثير السلبي nocebo effetلما للفرد من أفكار سلبية حول المرض السرطان خاصة، فنسبة 60-90% من الحالات المرضية يمكن أن تتفاقم بفعل التأثير المؤذي نتيجة الضغط النفسي والذي يتأثر بدوره بأفكار الفرد. و تعتبر ألعاب الفيديو الصحة كاستشارة للتفكير الإيجابي الذي يمكن أن يحسن الصحة من خلال التأثير الاسترضائي effet placebo، من منطلق الإيمان بفكرة ما أو الاعتقاد بها.(Lieberman, 2002, p.30) فالتفكير و استعمال الذاكرة و تركيز الانتباه كل ذلك يؤدي لزيادة نشاط العصبونات لنقل الرسائل العصبية، إذا لوحظ زيادة في نشاط المناطق الدماغية الخاصة بالعمليات المعرفية من خلال التصوير الطبقي البوزيتروني.

5)- الإرادة: تعدّ الإرادة حسب Zarifian العامل الأهم في دفع الفرد إلى القيام بسلوك ما، كما يرجع للمريض الدّور الرئيسي في تحمل مسؤولية شفاءه، إذ يعتبر الإرادة بمثابة طاقة كامنة و قاعدة طاقوية يمكن للفرد أن يتعرّف عليها، يحرّكها و يقوّيها لبلوغ ما يتوافق مع رغباته، أين يدخل الفرد في معركة بيّن شقّين لاواعيين متناقضين؛ شقّ يفضل الاستسلام و الرغبة في الموت وشقّ يفضل المواجهة والرّغبة في الشفاء، والإرادة تخرج الشقّ الأول مقوى من هذا النزاع، و هي بمثابة دعم للأدوية و التقنيات العلاجية الحديثة. يضيف قائلا بأنها ليست كالأدوية ذات معيار كمّي ولكن كيفي، مجتمعة مع عوامل أخرى تعمل على مضاعفة فرص الشفاء الذاتي .(Zarifian , 2005, p.130)

و عادة يمكن تمييز ثلاث أنواع من الاستخدام لألعاب الفيديو في المجال العلاجي كما ترى Virole (2003). حيث يرتكز الاستخدام الأول على الوساطة المعرفية و يتوافق الاستخدام الثاني مع الممارسات السلوكية، أما النوع الثالث من الاستعمال و هو الأكثر اتساعا. فانه يعنى بكل التقنيات أين تستخدم العاب الفيديو كواقع افتراضي و كفضاء لتحقيق ما هو واعي و غير واعي للمريض. و هذا الاستخدام الأخير هو ما يتم التركيز عليه و الاهتمام به في مجال العلاجات النفسية.

7-9-3- العاب الفيديو من منظور علم النفس العصبي المناعي:

من خلال المتابعات و النتائج المتوصّل إليها في تأثير ألعاب الفيديو الصحة في مجال علم النفس العصبي المناعي، أعرب Cole, Yoo, Knutson (2009) عن قدرة لعب الفيديو على تحقيق بعض المنافع الفسيولوجية قد يتراجع معها المرض، إذ لاحظوا أن مستوى نشاط الجهاز المناعي يكون أعلى خلال اللعب و بعده لما يحققه من بهجة و لذة من خلال إفراز أندروفينات المخ.

و أشار الباحثون في المجال أن تسيير الضغوط يعمل على تحريض العوامل المناعية في الجسم و أن اكتساب الروح القتالية مع القدرة على تسيير الضغوط و القيام بتقنيات الاسترخاء و بعملية التخيل تعمل على إثارة

الدفاعات المناعية و زيادة متوسط مدة العيش لدى المريض. و تتأكد هذه النتائج خاصة في مجال الأمراض السرطانية. و هو ما سعى فريق الطبيب Gruber في 1988 لتقديمه لمرضى السرطان للذين طلب منهم التدرب على تخيل معركة بين المرض و بين مكونات الجهاز المناعي. حيث توصل فريق البحث إلى أن الأشخاص الذين شاركوا في هذه الدراسة ظهرت لديهم زيادة في تصميمهم على التغلب على المرض، و أن هذه التدريبات تعمل إضافة إلى ذلك على زيادة تكوين الخلايا الليمفاوية، إنتاج الأجسام المضادة و خلايا انترلوكين 2 "interleukine-2" و التي لها دورها في تحفيز نشاط الخلايا القاتلة الطبيعية NK و خلايا T.

كما نوه Hiroshi Oyama بأهمية مجالات الواقع الافتراضي كطريقة للتدخل في ميادين الطب و مجال السرطانات خصوصا بإسناد تفسيرات علمية لها. فهي تساهم بتقديم الدعم النفسي للمرضى وتشجيع المرضى على اتخاذ أسلوب حياة نشط ضد السرطان. فالمرضى اللذين يتعاملون بطريقة نشطة ضد السرطان يعيشون لمدة أطول ممن لا يقاومون المرض و يعيشون أسلوب حياتهم بطريقة سلبية. و تفسير ذلك حسب الباحث هو أن التحفيز النفسي من شانه تفعيل نظامي الغدد الصماء والجهاز المناعي. فكلا النظامين لهما القدرة السريعة على إصلاح الأنسجة المتضررة جراء السرطان و إحداث تغييرات في خصائص السرطان نفسه. فالتحليل الكهربائي الحزيئي و التحاليل الجينية يمكنها أن تعطينا تفاسير واضحة و حل اللغز فيما يتعلق بالعلاقة الموجودة بين الدماغ و الفكر. و تستند الفكرة إلى فرضية أن الدماغ يمكنه إعادة تنظيم نفسه للتعويض عن عدم كفاية التناول الدوائي، عدم تكيف و/ أو تجدد الحركية في مناطق الاشتباك العصبي. (Oyama, 1998, p. 87)

8- الأساس النظري لتصميم لعب الفيديو الخاصة بتعديل السلوك الصحي:

لقد أثبتت العديد من الدراسات، في مختلف الأبحاث الطبّية أن ألعاب الفيديو التفاعلية الخاصة بالأمراض المزمنة من شأنها تحفيز الفرد على تغيير سلوكه الصحي، وقد تمّ تطوير هذه الألعاب في العيادة التجريبية «click health» بكاليفورنيا، بالاستناد إلى نظريات علم النفس السلوكي المعرفي، ونظريات اللعب ونظريات علم النفس الاجتماعي وبعض الدراسات المتخصصة، استخرجت من خلالها العوامل التي تتداخل في تطوير السلوك الصحي. وتتمثل هذه العوامل في:

1)- **نوعية اللعبة:** إذ إن نوعية اللعبة بما تحويه من عناصر التشويق والمتعة و الإبتكارية، لها دورها الفعّال في إقبال الفرد عليها أو النفور منها. و أثبتت دراسات Brown & al (1997) ودراسات Lieberman (2001) أنّ نسبة ممارسة الشباب لهذا النوع من ألعاب الفيديو الخاصة بألعاب الصحة، مماثل لنسبة ممارستهم لألعاب الفيديو الأخرى.

2)- **المفاهيم الذاتية و إدراك الموقف** : وهو ما أوضحته الأبحاث النظرية للتعلم الاجتماعي لـ Bandura و كذا حسب ما توصّلت إليه نظرية الدّور بأن تركّيز الاهتمام وتقليد الأدوار يتّجه نحو شخصيات تكون لها نفس المميّزات الخاصة بالفرد، و تمثل شخصيات ألعاب الفيديو المصدر الأساسي للتقليد بالنسبة لفئة الأطفال و المراهقين إن كان إدراكها بطريقة تتماشى ومفاهيمهم الذاتية الخاصة بهم. (Lieberman, 2001, p. 28)

3)- الفعالية الذاتية: توصلت دراسات ميدانية عديدة إلى أنّ تزايد الفعالية الذاتية، مع إتباع السلوكات الصّحية الصحيحة و إتباع التعليمات العلاجية، تؤدي لتطور و تدعيم الصحة ، كمّا تؤثر في مآلها، و من بين هذه الدراسات نجد دراسات Anderson,Funerell,Fitzgerald& Marrero(2000) و (Bandura 1997)

4)- إكتساب المعرفة وثقافة المرض: استنادا للنظريات المعرفية و الدراسات التي قام بها كل من Kulik&,Kulik و See Krendl &Lieberman توصلوا من خلالها إلى أن المعرفة و كسب المعلومات و الثقافة المرضية من شأنه تحسين السلوك الصحي و بالتالي تحسين الصحة، و أن أغلبية ألعاب الفيديو الصحة تهدف لتعريف المريض بمرضه. (Lieberman, 2001, p. 29)

5)- تقليد النموذج: يعتبر المراهقون الفئة الأكثر صعوبة في تغيير السلوكات كونهم في مرحلة انتقالية، أين يمثل التغيير فيها عاملا حسّاسا، إذ يسّعون فيها لإثبات ذواتهم و رفض السّلطة من خلال رفض التعليمات و النصائح المقدمة. و قد أثبتت دراسات Chaffee & Roser التي أشارت إليها Lieberman أنّ صحّة ذلك يتعلق بمصدر المعلومات و الطريقة المستخدمة، فإذا كانت الوسيلة مقنعة و تتوافق مع متطلباتهم العمرية و لا تشعرهم بالدونية و الهشاشة لتعطيهم الشعور بالتحكم و السيطرة، فان ذلك سيصبح مصدرا لتغيير أرائهم و قناعاتهم. و تعتبر لعب الفيديو بتحقّيقها للشروط المذكورة، من الوسائل المساعدة على إحداث التغيير في الأفكار و الآراء و عليه اكتساب السلوك الصحي السليم. (Lieberman, 2001, p. 29)

9- العاب الفيديو كوسيلة علاجية:

أصبحت في وقتنا الحالي العديد من الجامعات و المستشفيات تدعو لإدماج العاب الفيديو في تعديل السلوكات الصحية و تدخلها في العملية العلاجية إذ يتم استغلالها للتغلب على مشاكل السمنة، التوقف عن التدخين، إثراء التفاعل عند المتوحدين و التسيير الذاتي في الأمراض المزمنة. ففي اقل من 10 سنوات توصلت هذه الطريقة إلى نتائج جد مرضية فأصبحت كأداة لا غنى عنها في المجتمع الطبي سواء كان ذلك في الإصابات الجسدية أو الاضطرابات النفسية. و ما هي إلا البداية كما يقول René Trégouët في Alvarez (2007)

و قد توصل عدد من الباحثين لإيضاح أهمية العاب الفيديو في المجال العلاجي، بدأت في التعامل مع الاضطرابات النفسية كما ذهبت إليه Nathalie Natanson (2009) التي توازي العاب الفيديو بالحلم اليقظ إذ تعتبره كطريق نحو اللاشعور يسمح بإعادة تأهيل الخيال و إثراءه. و كذا Michael Stora (2006) الذي استعملها لمعالجة العديد من الاضطرابات النفسية بما تسمح هذه الألعاب كموضوع لذة بحل الصراعات اللاواعية. و توصل إلى أن هذه الألعاب تسمح من خلال القوة المجازية و الرمزية التي تحملها بإثارة عمل الإرصان النفسي. و يدعو حاليا إلى خطوة جديدة في المجال بتطوير العاب فيديو تهتم بالجانب النفسي للإصابات العضوية. كلعبة Re-mission الخاصة بالأمراض السرطانية. و هو ما يصبو إليه المعالج النفساني Michael Stora حاليا بسعيه لفتح معهد العوالم الرقمية بباريس.

فبعد النجاح الذي حققته العاب الفيديو في الولايات الأمريكية المتحدة و كندا، بدأت ثقافة إدماج العاب الفيديو تغزو عددا من المستشفيات الفرنسية كمستشفى لما لهذا العالم من تأثير و أهمية في نجاح علاج الأمراض العضوية

بما تطلقه من تأثير على الجانب النفسي. فالنجاح الافتراضي في هزم المرض يعتبر نجاحا حقيقيا بالنسبة للطفل و المراهق، بما يساعدهم على مواجهة بعض الوضعيات الصعبة و الحرجة. ففكرة تأثير العاب الفيديو سلبا على الأطفال قد تم تجاوزها. و علينا السير قدما لاستغلالها و اللحاق بالركب باستثمارها.(Stora, 2006, p. 172) و نفس الرأي أبداه Nicolas Brizé أيضا، إذ يرى في العاب الفيديو أملا و مقاربة جديدة مكملة للمقاربات العلاجية المتوفرة. (Brizé, 2009, p. 25)

9-1- نماذج من ألعاب الفيديو في مجال السرطانات:

ابتكرت عدد من العاب الفيديو الخاصة بمرض السرطان تم إطلاقها على شبكة الانترنت نذكر منها:

◆ **Cancer game** لعبة من ابتكار Yuko Oda et Dave kristula في 2003 باليابان يمكن اللعب بها فقط على شبكة الإنترنت (online) و لا يمكن تحميلها، وهدف اللعبة هو التخلص من القلق والتوتر المصاحب لتناول العلاج الكيميائي.

◆ لعبة **chemio captain** ابتكرت في انجلترا، تختص بتعريف المريض بمختلف علاجات السرطان وتأثيراتها الجانبية وكيفية تناولها و طرق تجنب مضاعفاتها.

◆ لعبة **ben's game** من ابتكار Eric John في (2005) و هي لعبة مخصّصة لأطفال دون سن الحادية عشر، انطلقت فكرتها من خلال موقع www.makewish.org ،أين كان المصابون بأمراض مزمنة يعربون عن أمنياتهم من خلال ركن (make a wish) أي (تمنى أمنية). وكان ben مصابا باللليكيميا، فتمنى لعبة فيديو تتوافق مع تصوره عن المرض وكيفية تحديده له، وهي عبارة عن لعبة برسومات جد مبسطة ولعب يتوافق ومستوى الأطفال، هدف اللعبة تحطيم الخلايا السرطانية وتجميع سبعة دروع محمية من سبعة وحوش لحماية نفسه من المؤثرات الجانبية للعلاج الكيميائي، تتكون اللعبة من 7 مستويات ومنطوقة بتسع لغات. هي ألعاب يمكن اللعب بها مباشرة عبر الانترنت.

◆ لعبة **رومسيون Re-Mission** تعتبر لعبة الفيديو رومسيون Re-Mission من آخر الابتكارات في مجال الأمراض السرطانية. و تفصيل ذلك ما سنتطرق إليه في ما يلي:

9-1-1- لعبة الفيديو رومسيون Re-Mission :

رومسيون لعبة فيديو من إنتاج منظمة HopeLab (مخبر الأمل)، و من ابتكار Omidyar Pam، هدفها الجمع بين الأبحاث العلمية والحلول المستجدة واستعمال التكنولوجيا لتحسين صحة وجودة حياة المراهقين والشباب المصابين بالسرطان. ارتأت هذه المنظمة الاستفادة من كل ما توفره هذه الوسيلة واستغلال قوة وجاذبية ألعاب الفيديو وميل فئة المراهقين والشباب لهذه الألعاب لتستعمل كوسيلة علاجية.

جاءت فكرة Re-Mission من خلال ما تصورته الدكتورة Omidyar في 2001 و هي باحثة مختصة بأمراض السرطان و علم المناعة. فبينما كانت تلاحظ في المختبر تحت المجهر الإلكتروني خلايا سرطانية تتضاعف أثناء عملها نهارا لتلاحظ ليلا عند رجوعها للبيت أفراد عائلتها يلعبون لعبة الفيديو و تنتبه إلى ما تثيره هذه

الألعاب من حماسة وقوة إرادة، فجاءتها فكرة ابتكار لعبة فيديو تسهم في مساعدة مرضى السرطان لتحدى مرضهم وإكسابهم القوة والإرادة لمواجهة مرضهم، وذلك بإعطائهم فرصة للقضاء على الخلايا السرطانية. وتجسّدت تصورات Omidyar من خلال تأسيسها لمنظمة HopeLab. و قد تمّ تصميم اللعبة بالتعاون مع مختصين في الأمراض السرطانية، علماء الأوبئة علماء الإحياء الخلوي، علماء النفس السلوكيين، مصممي ومخرجي ألعاب الفيديو وأيضا بالمشاركة النشطة لمراهقين مصابين بالسرطان وذلك خلال طول مدة تطوير اللعبة للتأكد من إستوفاء اللعبة لكل المشاكل اليومية التي يواجهونها في معركتهم ضد السرطان والنتيجة كانت: لعبة Re-Mission. و قد تم الإعلان عنها رسميا في وسائل الإعلام في 23 مايو 2006.

1)- وصف لعبة الفيديو Re-Mission:

لعبة فيديو موجهة للمراهقين المصابين بمرض السرطان (بكل أنواعه)، ناطقة باللغة الإنجليزية مع ترجمة كتابية (sous titrage) باللغة الإسبانية أو الفرنسية حسب الرغبة. الشخصية البطلة هي روكسي Roxxi الروبوت المجهري (nanorobot) الذي ينتقل داخل جسم المريض لمكافحة الخلايا السرطانية وتزويد المريض بالأدوية المرافقة لكل نوع سرطاني، تتعرض Roxxi لعدة تحديات وعليها تجاوز العقبات على مدار 20 مستوى في اللعبة في قالب هزلي وممتع. تم تصميم لعبة الفيديو Re-Mission على غرار ما تصورته الدكتورة West (في اللعبة) باعتمادها على ما تم التوصل إليه حاليا من ابتكار لطرق جديدة لتشخيص السرطان كبطاقات تعريف الورم و كذا من خلال العلاجات الجينية المستهدفة لتجنب تخريب الخلايا المجاورة و العلاجات بالمرسام الحراري.

و في سيناريو مشوق تفترض الدكتورة West: "أنه في2024 أصبحت النانو تكنولوجيا (التكنولوجيا المجهرية) حل ناجح للتداوي الجسدي و بأنها أحدثت ثورات في ميدان الذكاء الاصطناعي و أدّت إلى اختراع روبوتات مجهرية، و تعبتر Roxxi من أحدث هذه الربوتات التي تمتلك وعي و مزودة بذكاء اصطناعي قادرة على محاربة السرطان على مستوى الجينات في الخلية وتعتبر Roxxi روبوت اندرويد من النموذج RX5–E، اختصاصها مقاومة الأمراض السرطانية بأنواعه، سلاحها بندقية دواء متعددة الاستعمالات تتغير حسب تغير نوع السرطان. و قد صممت Roxxi لتحقن في جسم الإنسان المصاب بالسرطان و تقوم بمحاربة المرض على مستوى الخلية. كما تقوم بقياس حالة المريض و إعطاءه معلومات عن المرض و تساعده على معرفة العلاج الخاص به ومساعدته على الامتثال للشفاء. يرافق روكسي المرشد الهولوغرافي "هولو" من درجة 100smt يقدم المعلومات و النصائح لها قبل بدء المهمة ثم يختفي أثناء القتال ليواصل تقديم تعليماته واقتراحاته الصوتية لإرشادها وتوجيهها. و قد صممت اللعبة لمساعدة المراهقين المرضى لتدعيم وزيادة معارفهم حول السرطان وتحسين ثقتهم بقدراتهم و شعورهم بفعاليتهم الذاتية وتحسين جودة حياتهم.

2)- طريقة اللعب بلعبة الفيديو Re-Mission:

عندما تبدأ اللعبة أوّل مرة يقوم الهولوغرام بإعطاء 3 دروس أساسية لروكسي: درس في الحركات الأساسية، ودرس حول معلومات تخص السرطان، ودرس لكيفية تناول الدواء. ثمّ و في باقي المرّات و عند كلّ بداية للعبة، تظهر خريطة الولايات المتحدة الأمريكية. في البدء ولاية واحدة تكون متوفرة وممكنة اللعب، وكلّما أنجزت المهمة بنجاح ظهرت ولايات أخرى بقوائم مرضى آخرين. وهم عبارة عن مرضى حقيقين عددهم 20 مريضا كلّ يعاني من

سرطان معين، يتّبعون علاجهم على مستوى 34 مركز استشفائي، تمّ اختيارهم للمشاركة في تجربة لعبة Re-Mission،هده اللعبة التي تتميّز بما يلي:

- قبل بداية اللعب وللتمكن من الدخول في نظام اللعبة، يجب على اللاعب تسجيل اسمه والذي سيحفظ في ذاكرة الكمبيوتر، يساعد اللاعب في الاستمرار في اللعبة انطلاقا من المستوى الذي تمّ بلوغه آخر مرة.
- مستويات اللعبة تتدرج من الأسهل إلى الأصعب وكل مستوى يتمّ تجاوزه يزيد من خبرة اللاعب ويزوده ببعض الحيل تكون له بمثابة قاعدة ينطلق منها لمستويات لاحقة.

- تستلزم اللعبة وقتا طويلا لإتمامها (شهرين تقريبا) حيث كل مستوى منها يستدعى عدّة حصص متكررة وساعات كثيرة للتمكن من إنجاز المهمة بنجاح.

- اللعبة تتكون من عدة مستويات موزعة على 6 بلدان في خريطة الولايات المتحدة الأمريكية، والانتقال من مستوى لأخر (في البلد الواحد) يستلزم نجاحا للمهمة في المستوى الأول للتمكن من اللعب في المستوى اللاحق وتحقيق النجاح في جميع مستويات البلد الواحد هو ما يسمح بالانتقال للّعب في البلد الموالي وهكذا دواليك.

حيث يظهر على الشاشة:

* صورة المريض وترفق ببعض المعلومات الخاصة به، اسمه سنه جنسه، تاريخ ظهور المرض مع عرض مختصر للمرض والتشخيص

* وصف المهمة: إذ تقوم الدكتورة West بشرح المهمة.

* الأهداف: قائمة المهام الواجب إنجازها لنجاح المهمة ، وأثناء بداية المهام يقوم "هولو" المرشد الهولوغرافي بشرح خصائص المهمة و إعطاء بعض النصائح الواجب إتباعها لنجاح المهمة، ويبيّن لها الأجسام الصديقة التي ستساعدها و الأجسام العدوة التي يجب مقاتلتها.

تتكوّن اللعبة من 20 مستوى مقسمة على 6 بلدان و في كل مستوى منها هدف و مغزى معين تسعى اللعبة لإبلاغها للمراهق المصاب بالسرطان. و على المريض فهم الرسالة التي تسعى اللعبة لإبلاغها، ما يعني تعلم سلوكات صحّية صحيحة لتحسين جودة حياته من خلال شعوره بفعاليته الذاتية. سنقوم بعرض محتوى مستويات اللعبة في الفصل الرابع الخاص بجودة الحياة و الفعالية الذاتية، كوّن التعليمات و النصائح الواجب إتباعها هي الهدف المراد التوصل إليه.

9-1-2- الأساس العصبي لنقل رسائل لعبة الفيديو Re-Mission:

تزايد عدد الدراسات و الأبحاث حول تأثير العاب الفيديو على الدماغ بتزايد عدد العاب الفيديو و بتزايد عدد اللاعبين بها سواء كان ذلك في فئة الأطفال و المراهقين، الشباب و الراشدين أو حتى فئة المسنين. و ما يمكن الجزم به كما يقول Eleni Kardaras (2004) هو تأثير هذه الألعاب في سلوكات اللاعبين المنغمسين في اللعب و ردود أفعالهم أثناء ذلك أو في حالة فوزهم أو خسارتهم وما ينجم عنهم من تذمر و تعبيرات إيمائية، حركية و لفظية.

يجعلون من أنفسهم عرضة لملاحظة المحيطين أو عامة الناس في قاعات اللعب، و في بعض الأحيان عرضة لسخريتهم و انتقاداتهم غير شاعرين بمن يوجد حولهم. و من هنا يتساءل عن التغيرات الحاصلة في الدماغ للقيام بهذه السلوكات و باقي التغيرات التي تمس الجانب النفسي الانفعالي و الجسدي؟

و في دراسة البروفيسور Akio Mori بجامعة نيهون Nihon بطوكيو، نوه الباحث إلى تأثير العاب الفيديو على الأعصاب المحيطة و التي ترتبط بالأعضاء اللاإرادية الداخلية من خلال ما يتم تحريضه من الرسائل الكيميائية للأدرينالين و النورأدرينالين، حيث يتم الاستجابة للمواقف المعروضة في اللعبة باستجابات دماغية و ردود أفعال لا إرادية متوافقة مع ما يتم الاستجابة عليه في المواقف الحقيقية و كأن الفرد يختبر المواقف في واقع حقيقي. و هو ما يؤثر سلبا أو إيجابا على مزاج الفرد و سلوكاته. (Kardaras, 2004) .فالدماغ يحتوي على مليارات الخلايا العصبية و مليارات أخرى من الخلايا الضّامة، و هذه الخلايا تمر بحالة نشاط كهربائي لا ينقطع لنقل الرسائل الدماغية الصادرة و الواردة على امتداد سلسلة متشابكة من المحاور العصبية ثمّ تقوم المشابك العصبية والتي تمثل نقاط التقاء الأعصاب بدور الفيلتر الذي يصنف الرسائل الهامة فيفصلها عن الرسائل البسيطة غير المهمة، على أنّ تكّرار استخدام المسارات العصبية كما يرى Cole, Yoo, Knutson (2009) يؤدي إلى سهولة مرورها عبر المشابك العصبية إذ تخف الرقابة و يخف دورها كفيلتر في حالات التكرار. و معنى ذلك أن لعبة الفيديو Re-Mission و توجيهاتها تتحول إلى مألوفات عصبية يصعب تغييرها. و كون كل محور عصبي له علاقة بخلية لمفاوية، فإن ذلك يؤدي إلى تحريكها و تحريضها على الاستجابة للرسائل الدماغية و التي انطلقت أساسا من رسائل اللعبة.

و يعتبر سن الحادية عشر مرحلة اكتمال اكتساب الأعصاب المحيطة بمادة الميلين أو مادة النخاعين مما يعني سرعة نقل هذه الرسائل. و يستمد الدماغّ أهميته و قدراته من تفرعات نهاية المحاور. و هناك فرضيات تفترض أنّ نمو التفرعات العصبية و تزايدها يعودان إلى نوعية الخبرات و التي تتاح للفرد و تمتد لأواخر سنّ المراهقة و بداية سنّ الرشد. و فيه يقول JB. Brierley في Cole, Yoo, Knutson (2009) في كيفية عمل الدماغ بالنسبة للخيال أن الخيارات المتاحة للطفل من ألعاب حكايات و استكشاف تساعده على تنمية العضو الذي يتشكل تدريجيا نتيجة التفاعل بين برمجته الوراثية و بين الخبرات و البصمات التي تتركها فيه هذه الخبرات .

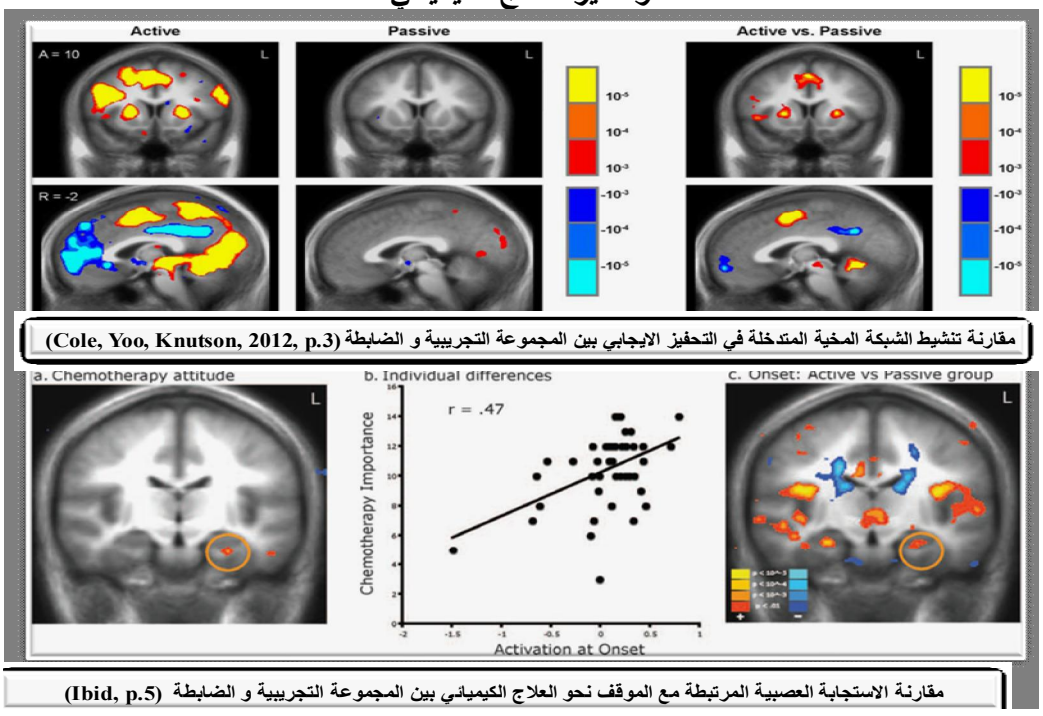
9-1- 3- منافع لعبة الفيديو Re-Mission الصحية:

أظهرت النتائج المقدمة في المؤتمر الدولي العاشر للطب السلوكي التي تقدم بها مخبر HopeLab أن للعبة الفيديو Re-Mission تأثيرها الواسع على وظائف المخ أين يتم تنشيط عدة مجالات رئيسية من الدماغ أثناء اللعب بما في ذلك البنى العصبية المتدخلة في الحوافز و الانفعالات، التعلم والذاكرة. كما توصلت نتائج دراسات أولية أخرى إلى أن فعالية لعبة Re-Mission نابعة من تأثيرها على السيرورات الانفعالية و التحفيزية. و قد تمّ اختبار Re-Mission على مستوى العديد من المؤسسات الصحية والمستشفيات وأقيمت تجارب على العديد من المراهقين والشباب لأجل تقييم تأثيراتها وللتأكد من عدم وجود مخاطر قدّ تعود سلبا على المريض. وركزت HopeLab دراساتها حول قدرة المرضى على الالتزام بتناول الدواء بكل دقة ومثابرة، حصولهم على معلومات تخص مرض السرطان، شعورهم بفعاليتهم الذاتية و تحسين جودة حياتهم. حيث أسفرت دراسة Kato & al (2008) التي أجريت على 375 مصاب بالسرطان اللذين تمّ اختيارهم من 34 مركزا استشفائي على مستوى الولايات المتحدة الأمريكية، كندا، واستراليا

من خلال النتائج التي أسفرت عليها، على احتفاظ أفراد العينة التجريبية اللذين لعبوا بلعبة Re–Mission الفيديو بكميات العلاج الكيميائي في دمائهم لمدة أطول، كما ساعدتهم على الانضباط لتناول العلاج الدوائي. و قام (2009) Steven W. Cole, Daniel J. Yoo, Brian Knutson من خلال تقديم أدلة علمية، إيضاحات جديدة حول التأثير الإيجابي للعبة Re–Mission، و كشفوا أن المشاركة الفعالة في هذه اللعبة يعمل على التنشيط القوي للشبكة المخية المتدخلة في التحفيز الايجابي المرتبط بالتغيرات في المواقف والانفعالات المساهمة في تحفيز والتزام اللاعبين بالسلوكات الصحية الإيجابية، و الالتزام بتناول المضادات الحيوية الموصوفة والعلاج الكيميائي خاصة و أن نتائج التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي (IRMf) قد أظهرت أن لعبة Re-Mission عملت على تنشيط مناطق متعددة من الدماغ بما في ذلك الدوائر الجوفية اللمبية "circuits mésolimbiques" التي تعمل على ربط الباحة الغشائية (l'aire tegmentaire ventrale: ATV) إلى مناطق الجهاز الحوفي و تفعيل البنى العصبية المتدخلة في إثارة الانفعالات و الدوافع الإيجابية، المنطق والذاكرة، كما أن له دور تدعيمي لإكساب المريض الشعور بالقوة، إذ تستعمل هذه الدوائر الدوبامين كناقل عصبي، و تكون الشبكات العصبية المرتبطة بالثواب (le putamen et le noyau accumbens, l'hippocampe) في غاية النشاط.

و كشفت Jennifer Aaker من جهتها أن ساعة من اللعب يوميا بلعبة الفيديو Re-Mission يمكنه أن يقود إلى بعض التغيرات التي من شانها أن تؤثر على السلوكات الصحية بين المراهقين و الشباب، في حين أن تلقي نفس المعلومات المقدمة من خلال المستويات المختلفة في لعبة Re-Mission دون المشاركة الفعالة في اللعبة لم يؤدي إلى أي تأثيرات على نشاط إثارة شبكة الدوافع الايجابية. فالشعور بالسيطرة يكسب المريض شعورا ايجابيا مما يخفض الشعور بالتعب و زيادة القدرة على تحمل العلاج الكيميائي.

شكل رقم (04): أهمية لعبة الفيديو Re-Mission في التحفيز الايجابي و تأثير العلاج الكيميائي



مقارنة تنشيط الشبكة المخية المتدخلة في التحفيز الايجابي بين المجموعة التجريبية و الضابطة (Cole, Yoo, Knutson, 2012, p.3)

مقارنة الاستجابة العصبية المرتبطة مع الموقف نحو العلاج الكيميائي بين المجموعة التجريبية و الضابطة (Ibid, p.5)

يمثل الشكل أعلاه أهمية لعبة الفيديو Re-Mission في التحفيز الايجابي و تأثير العلاج الكيميائي من خلال مقارنة تنشيط الشبكة المخية المتدخلة في التحفيز الايجابي بين المجموعة التجريبية و الضابطة و كذا مقارنة الاستجابة العصبية المرتبطة مع الموقف نحو العلاج الكيميائي بين المجموعة التجريبية و الضابطة. (Cole, Yoo, Knutson, 2012, pp.3,5)

و صرح Daniel J. Yoo, Brian Knutson أستاذي علم النفس وعلم الأعصاب في جامعة ستانفورد و Steve Cole أستاذ الطب في جامعة كاليفورنيا ولوس أنجلوس و نائب رئيس البحوث والتنمية في HopeLab إلى أن هذه الدراسة تسمح على صقل و تأكيد " وصفة النجاح" مع ضرورة استغلال ألعاب الفيديو في المجال الصحي. كما صرح باحثوا HopeLab تراجع السرطان لدى الكثيرين من المرضى اللذين تناولوا لعبة Re-Mission حيث شجعت اللعبة على تنشيط الشبكة المخية المرتكز على المكافأة الدماغية و تشجيع التحفيز الايجابي كما تمت الإشارة إليه.

و على غرار ما تم التوصل إليه من نتائج، يعمل M. Stora حاليا بطلب من مركز كوري " Institut Curie" بباريس على اختبار تأثير لعبة الفيديو Re-Mission من منظور نفسي تحليلي. كما تبدي مصلحة السرطان بمستشفى Georges Pompidou بباريس اهتمامها الكبير بلعبة Re-Mission. (Brizé, 2009, p. 30)

و بعد النجاح الذي حققته Re-Mission و ما أثاره من قوة و دافعية لمحاربة السرطان في دراسات مخابر HopeLab، فقد سعى الباحثون التابعون للمخبر إلى التطوير من اللعبة بحيث يمكن تحميلها مباشره من الانترنت و تعميم الاستفادة لأكبر عدد ممكن من المرضى المصابين بالسرطان في جميع أنحاء العالم دون ضرورة اللجوء للحصول على القرص المضغوط الخاص باللعبة. حيث أعيد تصميم رسومات اللعبة لتتوافق مع طريقة رسومات أكثر ألعاب الفيديو شعبية و هي لعبة «Reskin» هذا من جهة. كما سعى الباحثون لابتكار تصميم يتوافق أكثر مع الحالة الصحية للمرضى و مع الأدوات الالكترونية الحديثة التي يستسيغها المراهقين من جهة أخرى بحيث يمكن حملها إلى كل الأماكن و اللعب بها في كل الوضعيات، سواء كان مستلقيا في سريره أو في مكان آخر حسب رغبة المريض للعب بها في أوقات دون أخرى أو عند شعوره بالملل بسبب الروتين اليومي للإجراءات العلاجية أو في أثناء الساعات الطوال التي ينتظر فيها المريض نتائج تحاليله الطبية أو في انتظار زيارة طبيبه في قاعة الانتظار و ما يثيره هذا الوقت من تفكير سلبي حول وضعيته الصحية حسب شهادة عدد من المرضى. في حين يحتاج المريض في أوقات مماثلة إلى التفكير الايجابي و تشجيع الروح القتالية لديه كون ذلك مفتاح الاسترجاع و تراجع المرض. و النتيجة كانت لعبة Re-Mission 2 المطورة من لعبة Re-Mission لها نفس أهداف اللعبة الأصلية و مكونة من مجموعة ستة العاب. أعلن عنها في 29 أفريل 2013.

-Nanobot's Revenge - Leukemia - Nano Dropbot - Stem Cell Defender - Feeding
.Special Ops - Frenzy

و يمكن اللعب بلعبة Re-Mission 2 مباشرة و مجانا على الانترنت على الرابط :

http://www.re-mission2.org/games

خلاصة الفصل:

أكد علماء النفس و التربية عامة على أهمية اللعب وتوظيفه قي شتّى المجالات، كما أكدوا على أهمية اللعب كوسيلة لتنفيس الانفعالات و الرغبات المكبوتة، و كوسيلة علاجية تساعدهم للوصول إلى حالة من التوازن و الاستقرار النفسي الانفعالي.

و قد سعينا من خلال هذا الفصل تعريف اللّعب بصفة عامة بما له من أهمية حسب العديد من وجهات النظر إذ يرى Piaget من منظور معرفي أن ممارسة سلوك اللعب يحوّل المعلومات الواردة إليه من اللعبة عن طريق عمليتي التمثل والملائمة لتصبح جزءا لا يتجزأ من بنيته المعرفية. و يشكل اللعب حسب رأي المدرسة السلوكية وسيلة تمكن الطفل من بلوغ الهدف الذي يسعى إلى تحقيقه من خلال تعلم الربط بين ما هو مثير و السلوك الاستجابي. و اهتم كل من Dolllard, Millar, Bandura بأهمية المحاكاة في اكتساب الطفل السلوكيات المختلفة من خلال تمثيل الأدوار. كما عمدت المدرسة السلوكية المعرفية إلى استثارة العمليات المعرفية من خلال اللعب و اتخاذ الموقف إزاء ذلك و يرون أن الاعتقاد هو اكبر محرك للسلوك و انه بالإمكان تحريك السلوكات باتجاهات معينة حسب الاعتقاد السلبي أو الايجابي. أما من منظور تحليلي فإن سيغموند فرويد الذي استخدم اللعب لمعاينة الأمراض النفسية، فيرى بأن الطفل من خلال اللعب يخلق عالما من الأوهام والخيال من أجل تحقيق متعة خاصة بعيدة عما في واقعه و يلجأ عادة لأشياء ملموسة ليضفي عليه عالمه الخاص لكي يحقق مبدأ اللذة لنفسه، كما ترى ميلاني كلاين أن اللعب يمنح سبيلا للتفريغ.

كما تطرقنا لعرض مفصل لألعاب الفيديو بصفة خاصة لما توصل إليه العديد من الباحثين وما تمّ طرحه من وجهات النظر في المجال؛ أين يتم تناولها من منظور تحليلي كموضوع مثالي، وكموضوع انتقالي وكفضاء انتقالي يفر إليها الفرد من متناقصات مبدأ الواقع". فألعاب الفيديو كما تذهب إليه Renter(2005) مشكل بالحركات النزوية، يتم فيها اللعب مع الهوامات دون خوف من الممنوع، وحب دون خوف من الرفض، قتل افتراضي دون هدم أو تحطيم حقيقي". أما من منظور معرفي سلوكي، فإن ألعاب الفيديو ترتبط بالعديد من العمليات المعرفية و ما له تأثيره على اتجاهات الفرد و إدراكاته مع إمكانية تشريط الاستجابات العصبية وسيليا من خلال اكتساب و تعلم آلية السيطرة الإرادية. و استنادا أيضا لنظريات التعلم الاجتماعي حول تقليد النموذج، فإن شخصيات ألعاب الفيديو تمثل المصدر الأساسي للتقليد بالنسبة للمراهقين بحيث لا تشعرهم بالدونية و الهشاشة لتعطيهم الشعور بالتحكم و السيطرة ، لتصبح بالتالي مصدرا لتغيير أرائهم و قناعاتهم. فألعاب الفيديو بتحقّيقها للشروط المذكورة، تعتبر من الوسائل المساعدة على إحداث التغيير في الأفكار و الآراء و منه اكتساب السلوك الصحي السليم. كما أعرب الباحثون عن قدرة ألعاب الفيديو على تحقيق بعض المنافع الفسيولوجية، إذ لاحظوا أن مستوى نشاط الجهاز المناعي يكون أعلى خلال اللعب و بعده لما يحققه من بهجة و لذة من خلال إفراز أندروفينات المخ قد يتراجع معها المرض. أما من وجهة الأساس العصبي لنقل رسائل لعب الفيديو فان الباحثين يشيرون إلى أن خلايا الدماغ تمرّ بحالة نشاط كهربائي لا ينقطع، تنقل الرسائل الدماغية الصادرة و الواردة على امتداد سلسلة متشابكة من المحاور العصبية ما يعنى أن اللعبة و توجيهاتها تتحول إلى مألوفات عصبية يصعب تغييرها ما يسمح بتكوين حلقة للتعزيز الإيجابي.

و قد توصل Marc Griffiths (2008) من خلال دراساته العديدة إلى استغلال التأثير الايجابي لألعاب الفيديو لأجل صرف انتباه الأطفال في أثناء خضوع المرضى لعلاج فقر الدم المنجلي (drépanocytose) أو للعلاج الكيميائي، حيث لاحظ لديهم نقص في الألم و الشعور بالغثيان و كذا نقص في معدل الضغط الدموي و احتاجوا لكميات اقل من مسكنات الألم مقارنة بالمرضى اللذين خضعوا لنفس العلاج و لم تقدم لهم العاب الفيديو. مصرحا بأهمية هذه الألعاب خاصة في مجال علاج الأمراض السرطانية و تسيير الألم، إضافة إلى تنمية المهارات الاجتماعية. و إن لم يشر إليه صراحة لكن ما نوه به Griffiths قد يشكل بعض مؤشرات التسيير الذاتي للمرض.

وانطلاقا من منافع ألعاب الفيديو عامة وتأثيراتها الايجابية بما توفره من قوة وجاذبية وبما تحتويه من خصائص تحفيزية، فما هو دور ألعاب الفيديو في التسيير الذاتي للمرض؟

الفصل الثالث
التسيير الذاتي للمرض

تمهيد:

إنّ التقدم الحاصل في الميدان الطبي الحديث أدى بالمعالجين لصبغ مرضاهم بنظرة تقنية وعلمية دون الاهتمام كفاية بالمعيش النفسي للمريض وبالآثار الجانبية الجسدية والنفسية المترتبة على علاج المرض. فبينما تقترح طرق التعليم الكلاسيكية تزويد المريض بمعلومات عن مرضهم، فقد أصبح الاهتمام حاليا منصبا نحو تعليم الفرد كيفية التعامل مع مرضه و علاجاته و ما يترتب عليه من آثار جانبية. و ذلك من خلال تعلم كيفية التسيير الذاتي للمرض و أخذ الدور الايجابي في علاج مرضه دون الاعتماد على الطاقم الطبي لوحده أو دون تتبع المعلومات الصحيحة و السلوكات الصحية السليمة كونه يتلقى المعلومات من الخارج كطرف مفعول به دون أن تنطلق من رغبة المريض.

وتعتبر جودة الحياة من الرهانات الأساسية في الميدان الصحي، أصبح يأخذ بها في المجتمع الطبي ومؤسسات الصحة العامة لفهم الطريقة التي يعيش بها المريض مرضه، و التي ستكوّن جوهر الحكم الذي يكونه المريض عن مرضه و تصوره حول قابلية شفاءه و شعوره بفاعليته الذاتية. و هما المفهومين اللذان سنسعى للتفصيل فيهما بالتعريف بهما و ما يندرج تحتهما من خصائص و مميزات في علاقتهما بالصحة. و قبل ذلك نتساءل: ماذا يقصد بالتسيير الذاتي للمرض؟

1- التسيير الذاتي للمرض:

أصبح التسيير الذاتي مصطلحا رائجا في المجال علم النفس، يعتمد على إدراكات الفرد، اتجاهاته و تصوراته. يشير إلى الأساليب و المهارات و الاستراتيجيات التي تمكّن الفرد من توجيه أنشطته و سلوكاته بطريقة فعالة لتحقيق هدف ما، و تتضمن تحديد الأهداف والتخطيط و اتخاذ القرارات مع تتبع المهمة المسندة برغبة و إحساس بالقدرة على انجاز المهمة. (Lorig et Holman, 2003, p. 2)

و يشير التسيير الذاتي في المجال الطبي أو الرعاية الصحية إلى تدريب المهارات لدى المرضى الذين يعانون من العجز، الأمراض المزمنة أو الأمراض التطورية بتعليم المرضى كيفية رعاية أنفسهم و اتخاذ قراراتهم نحو صحتهم و القيام بالسلوكات الصحية الجيدة الذاتية من أنفسهم لا من خارجها. (Bodenheimer et al, 2002, p. 2468) و يضيف الباحث بأن التسيير الذاتي يساهم في تحسين النتائج الإكلينيكية و التوصل إلى الشعور بالفعالية الذاتية إضافة إلى تحسين جودة حياة المريض و يعتبر المفهومين من المفاهيم الرئيسة في التسيير الذاتي للمرض و يتحقق من خلال ثقة المريض بقدرته على القيام بسلوكات ضرورية و سليمة لتحقيق هدف معين.كل ذلك لأجل التحكم الجيد و تقليص من تعقيدات المرض. (Bodenheimer et al, 2002, p. 2469)

فبينما تقترح طرق التعليم الكلاسيكية تزويد المريض بمعلومات عن مرضهم يتلقاها بطرق تقليدية، فانه أصبح حاليا يستعان بالطرق التفاعلية و ألعاب الفيديو لتلقي هذه المعلومات. ففهم المعلومات المرتبطة بالمرض و استيعابها مع فهم النتائج المترتبة عن قراراتهم نحو صحتهم إضافة إلى التحاور مع الطاقم الطبي كلها تساهم في التسيير الذاتي الحسن للمرض. (Bodenheimer et al, 2002, p. 2469)

و تعتبر دراسات **(Brown & al, 1997)**، **(Lieberman, 2001)** حول العاب **الفيديو الجدية و العاب** فيديو الصحة أكثر تحديدا أول من نوهت بإمكانية تعليم التسيير الذاتي للمرض من خلال العاب الفيديو. و يقصد بتسيير المرض في الدراسة الحالية ما ينتج من شعور بالفعالية الذاتية و تحسن لجودة حياة مريض السرطان جراء اللعب بلعبة الفيديو Re-Mission و ما يتعلمه من رسائل ضمنية تنطلق من خلال مستويات اللعبة.

I- المبحث الأول: الفعالية الذاتية:

حظي مفهوم الفعالية الذاتية في السنوات الأخيرة بأهمية بالغة في مجال علم نفس الصحة لإسهامها كعامل وسيط في تعديل السلوك. وفقا لألبرت باندورا Albert Bandura، فان الشعور بالفعالية الذاتية تشكل عاملا مفتاحيا للسلوك الإنساني. فإن كان الفرد يشعر بعدم قدرته على تحقيق نتائج مرضية في مجال ما، فهو لا يسعى للمحاولة فيه. فاعتقاد الفرد بفعاليته يؤثر عمليا على جميع نشاطاته: في تفكيره، تحفيزه الذاتي، بشعوره و سلوكه (Lecomte, 2004, p.60) .

فما هي الفعالية الذاتية؟ ما هي أبعادها؟ مصادرها؟ العوامل المؤثرة فيها؟ مستويات تاثيرها؟ علاقتها بالصحة...؟

1- مفهوم الفعالية الذاتية:

يعد مفهوم الفعالية الذاتية من المفاهيم الأساسية و من البناءات النظرية التي تقوم على نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي لباندورا والتي باتت تحظى في السنوات الأخيرة بأهمية متزايدة في مجال علم نفس الصحة.

و كما أشار إليه مفتاح عبد العزيز (2010) فإن المراجع المتخصصة تستخدم ألفاظا مختلفة للإشارة إلى المفهوم؛ « Efficacy » و « Efficiency » و التي تؤخذ معان مترادفة في قواميس اللغة و هي على التوالي: الفاعلية و الكفاءة. و جدير بالذكر أن قواميس علم النفس قد تناولت مصطلح « Efficacy » بمعنى الفاعلية/ الفعالية، و مصطلح « Efficiency » بمعنى الكفاءة.

ويرى Hallin & Danaher في Hanover. B (2000) أن فعالية الذات هي ثقة الأفراد فيما يتعلق بقدرتهم على الأداء في المجالات المتنوعة ويكون لدى الفرد أكبر معرفة بنفسه إذا كانت لديه القدرة على إنجاز الهدف. تعتبر الفعالية الذاتية بمثابة آلية نفسية فعالة تعكس الحكم الذي يكونه الفرد بشأن قدراته على الأداء الناجح لمختلف الممارسات التي يقوم بها في حياته، كالسلوكات المرتبطة بالصحة... (Thibodeau et al, 2007, p.22) و يرتبط مفهوم فعالية الذات بطبيعة الأفراد و ما يمتلكون من قدرات في تحصيل المعارف والمهارات معتمدين على ذواتهم باستخدام استراتيجيات خاصة بهم على أساس إدراك فعالية الذات لديهم. (Bandura, 1986, p.33). و يؤكد باندورا أن تصورات الأفراد لفاعليتهم الذاتية هي أكثر التصورات تأثيراً في حياتهم اليومية وأكثر تأثيراً في اختيارهم ليكونوا بالتالي إما سلبيين أو إيجابيين في تقييمهم لذواتهم و عليها يصبح الأفراد ناجحون إذا امتلكوا فاعلية ذات مرتفعة أو سلبيين إذا امتلكوا فاعلية ذات منخفضة. (Bandura, 1997, p.141) كما أن الأفراد يوجهون أفعالهم من خلال التدريب على التفكير المسبق لأن الأحداث المستقبلية تتحول إلى حوافز لديهم وإن تحديد الأهداف يرفع من مستوى الدافعية وإنجاز الأداء.

2- تعريف الفعالية الذاتية:

يعرفها Bouffard-Bouchard et Pinard (1988) بأنها الحكم الذي يحمله الفرد عن قدرته للتنظيم و قدرته لاستعمال مختلف النشاطات المرتبطة بالعمل المراد تحقيقه أو الهدف المراد بلوغه. و تعني أيضا إيمان الفرد بقدرته و كفاءته لإنجاز مهمة بنجاح. و قد انطلق هؤلاء الباحثين في تعريفهم للفعالية الذاتية إلى النتائج المحقّقة في المجال العلمي باستنادهم للحقائق استنادا موضوعيا و ليس من خلال التصورات النظرية. (Galand et Vanlede, 2004, p.92) في حين يرى فيها Schwarzer (1994) على أنها بعد ثابت من أبعاد الشخصية، تتمثل في قناعات ذاتية في القدرة على التغلب على المتطلبات والمشكلات الصعبة التي تواجه الفرد من خلال التصرفات الذاتية . (Dumont et Acquaviva, 2007, p. 132)

و يعرفها Bandura بأنها اعتقاد الفرد بقدرته على تنظيم خطط التصرفات اللازمة لتحقيق نتائج مرغوبة. و تتعلق بمعتقدات الأفراد بقدراتهم على التصرف بطريقة تتحكم في الأحداث التي تؤثر على حياتهم. و تعتبر معتقدات الفعالية أساس القدرة البشرية على النشاط، حيث إذا لم يعتقد الفرد بقدرته على تحقيق النتائج التي يرغب بها، سيكون لديه عدد اقل من الدوافع للصمود و مواجهة العراقيل. (Scallon, 2007, p. 81)

و لقد أوضح كل من Vroom, Akinston أن مفهوم الفعالية الذاتية يلتقي مع المفاهيم الحديثة للحافز و يتقاطع معها في نقطة، حوّل أهمية الاعتقاد و الاتجاه و إيمان الفرد بقدرته على بلوغ الهدف ممّا يسهم في التزام الفرد لتحقيق النتائج المتوقعة.حتى و لو كان لكل مفهوم من هذه المفاهيم انطلاقاته و خصوصيته يبقي أن النتائج المتطوّرة في هذه المجالات نتائج متقاربة في ميدان البحث في علم النفس.(Galand et Vanlede, 2004, p.93)

3- تأثيرات الشعور بالفعالية الذاتية على الفرد:

أثبتت أبحاث Bandura, Zimmerman & al (1996) من خلال قياسهم للفعالية الذاتية، أنّه كلّما زاد اعتقاد الفرد بقدرته على تحقيق مهمة ما، كلّما زادت فعاليتهم , حيث كان يطلب من المشاركين تحديد درجة قدرتهم على انجاز مهمّة ما على سلم 10 و التنبؤ بما سيحققونه، ليستخلصا من خلال تجربتهما "أنّ ثقة الفرد بقدرته في إنجاز مهمة معينة تحدّد في جزء منها الكيّفية التي سيواجه بها هذه المهمة و أيضا مستوى النجاح الذي سيحققه. (Vanlede, Philippot, Galland, 2006, p.91) و إن شعوره بفعاليتة الذاتية كما يقول (Bandura, 2003, p.19) يدفعه:

- للتحدي باختيار نشاطات صعبة تسمح لهم بتطوير مهاراتهم بدلا من اختيار نشاطات يسهل تحقيقها بمعنى " خلق روح التحدي ".
- تسطير أو تحديد أهداف أكثر ارتقاءا.
- المواظبة و المثابرة ضد الصعوبات التي يواجهونها.
- تنظيم و تنسيق المجهودات.
- تسيير و التحكم بصورة أفضل في القلق و في حالاتهم الحصرية.
- التشبّث بالرأي و تعمّق الاتجاه.

4- مستويات تأثير الفعالية الذاتية:

تتحدد اعتقادات الأفراد بالفعالية الذاتية الطريقة التي يشعرون بها، و يدفعون أنفسهم للانجاز و تبني استراتيجيات فعالة لموجهة المواقف المختلفة. (Bandura, 1997, p. 45) و يؤكد (Bandura,1986, 1997, 2007) أن فعالية الذات تعمل على تنظيم و تفعيل السلوك و ضبطه من خلال سيرورات داخلية أساسية:

1)- سيرورات معرفية:

يقول Bandura في احد فرضياته بأن الكثير من التعلم الإنساني هو معرفي. فالشعور بالفعالية الذاتية يؤثر في النشاط المعرفي الذي ينعكس بدوره على تفاعلات الفرد. و عليه فإن سلوك الفرد بصفته هادفا تنظمه آراء و أفكار أو تصورات معرفية تشتمل على أهداف واضحة، فوضع الأهداف الشخصية تتأثر بشكل مباشر بإدراكنا لقدرتنا، فكلما تطور الإحساس بالفعالية الذاتية زاد تحقيق الأهداف السلوكية الصحية التي يضعها الناس لأنفسهم، و زادت رغباتهم و قدراتهم في تحقيقها أيضا كبير جدا. (مفتاح عبد العزيز، 2010، ص. 165)

2)- سيرورات ذات صلة بالدافعية:

ينظر عادة إلى الدوافع أو الحوافز على أنها المحركات التي تقف وراء سلوك الإنسان، فإدراك فعالية الذات يؤثر في الجهد الذي يبذله الأفراد و المثابرة عليه في وجه الصعوبات و التحديات التي تعترضهم، فكلما كان الشعور بالفعالية الذاتية كبيرا بذلت جهودا لتحقيق النجاح في انجاز الأداء. و يعتبر الرضى أو الاقتناع بالدافع الخارجي و الاهتمام بالنشاط المقدم من العوامل المحددة للتحفيز الداخلي الذاتي و هو ما يحقق التأثير الداخلي. (Lieury, 2000, p.94)حيث يستلزم هذا التحفيز التعرّف على الذات، الثقة في النفس و تأكيدها، التفاؤلية الاستعدادية

و توقعات الكفاءة، تغيّر في الموقف الوجداني و كذا مستوى التغير الانفعالي لقاء قيامه بفعاليات معينة مما يولّد تغيرا في الحالة النفسية و إسقاط الذات في المستقبل (Bouillerce et Rousseau, 2001, pp.37, 39) . كما يستدعي التحفيز عادة نموذجا يتماهى و يتوحد معه، يتعرف الفرد على نفسه من خلال نموذج مطمئن و مريح في اللاّحركية و العجز الذي يصيب الفرد. و يستدعي دوامه الرغبة في الاستمرارية، واختيار الوقت المناسب و اللاّزم أو الظروف الملائمة التي تساهم في تقوية الحافز. (Bouillerce et Rousseau, 2001,, p.56)، في حين تساهم النظرة السلبية نحو الحياة، توقعات عدم الكفاءة الذاتية، الإحساس بالظّلم و غياب العدل، مقاومة التغير حيث التحفيز يعني الرغبة و إرادة التغيير، الإنكار و الهروب و عدم المقاومة و اليأس و الخضوع. (Bouillerce et Rousseau, 2001, pp.12,16). فالأفراد الذين يتمتعون بفعالية ذاتية هم أكثر مثابرة في سلوكياتهم الصحية، بينما ذوي الفعالية الذاتية المتدنية هم أكثر عرضة للتشاؤم و اليأس، ويستسلمون بسهولة. (مفتاح عبد العزيز، 2010، ص. 165)

3)- سيرورات انفعالية:

يرى Bandura (1997) أن الشعور بالفعالية الذاتية يؤثر على استجابات الفرد الانفعالية و يحدد مستوى التوترات أو الاكتئاب الذي قد ينجم جراء تعرض الإنسان لمواقف ضاغطة. فالشعور بالفعالية الذاتية هم اقل توترا و أكثر ثقة و تركيزا في أدائهم، الأمر الذي يزيد من قدرتهم على المثابرة في سلوكاتهم الصحية.

4)- سيرورات ذات صلة بالاختيار:

يتجه الأفراد اللذين لديهم مستوى مرتفع من الشعور بالفعالية الذاتية إلى اختيار مهام يشعرون فيها بقدر عال من الثقة و الانجاز دون تجنب للتحديات الصعبة التي قد تعترض نشاطاتهم، لثقتهم بقدراتهم على النجاح و الاستفادة و تنمية الكفاءات من خلال هذه الاختيارات. (Bandura, 1997, p. 75)

5- <u>العوامل المؤثرة في الشعور بالفعالية الذاتية:</u>

إن ما سيتمّ عرضه في هذا العنصر هي حقائق تمّ التوصل إليها من خلال تجارب قام بها أصحابها في الميدان التعليمي و التربوي و هي نقاط يمكن استغلالها في موضوعنا هذا، كوّن الشعور بالفعالية الذاتية هو إيمان الفرد بقدراته و اعتقاده بكفاءته و تعتمد على توقعاته مما يخلق قناعات تكون أساس شعوره بفعاليته الذاتية.

و قد قام كل من (Brown & Multon) بين (1981- 1988) بتجارب عديدة و متكررة من حلال دراساتهما الطولية التتبّعية، توصلا من خلال تحليل للنتائج المتوصل إليها إلى وجود علاقة طردية بين الشعور بالفعالية الذاتية وبين توقع النتائج و المواظبة و ذلك مهما اختلفت الفئات العمرية للمشاركين و مستويات التجريب و كذا وسائل القياس و طرق التجريب.

و في دراسات أخرى في 1996 (Brown & Partland) أوضح أصحابها أنّ شعور الفرد بفعاليته الذاتية في ميدان ما يولد الثقة بالنفس و القدرة على التحكم و التسيير ليعمم اعتقاده بكفاءته و فعاليته في ميادين أخرى ليستخلصوا أن "إيمان الفرد بفعاليته يؤثر كثيرا في قدراته. كما قام فريق من الكبك (بكندا) في 1990 بدراسات حول

دور التغذية الراجعة في الشعور بالفعالية الذاتية، ليتوصّلوا إلى أن التشجيعات أو التثبيطات لها الدور الفعال في تعميق أو خفض الشعور بالفعالية الذاتية و ذلك مها كانت قدرات الفرد و هذا ما أكّد عليه Bandura .(Galand, Vanlede, 2004, P.6)

و في دراسات قام بها Bandura لقياس الشعور بالفعالية الذاتية بين مجموعتين (ضابطة و تجريبية) أوضح فيها أن الشعور بالفعالية الذاتية يتزايد في المجال التجريبي أكثر (كون التجربة بذاتها تعتبر محفزا). (Bandura, 2007, p.22). كما أشار باندورا أيضا إلى أهمية اعتقاد الفرد و إيمانه بقدراته و ثقته بها و ليس فقط امتلاك هذه القدرات مما يدعّم شعوره بفعاليته الذاتية و هذا ما ذهب إليه أيضا (Marquotte, Bouffard) في (p. 109 Galand & Philippot , 2004,) بقولهم " قد يتملك الفرد قدرات دون الإيمان بها فيؤثر سلبا على نتائجه و العكس صحيح"، كما أشاروا لمصدر المعلومات الذي له أثره الواضح على الإيمان بالفعالية الذاتية . و لقد تم تصنيف العوامل المؤثرة في فعالية إلى ثلاث مجموعات هي:

1)- التأثيرات الشخصية:

أشار زيمرمان (Zimmerman, 1989, pp. 1, 25) إلى أن إدراكات فاعلية الذات لدى الطلاب في هذه المجموعة تعتمد على أربع مؤثرات شخصية:

1- المعرفة المكتسبة :وذلك وفقاً للمجال النفسي لكل منهم.
2- عمليات ما وراء المعرفة :هي التي تحدد التنظيم الذاتي لدى المتعلمين.
3- الأهداف: إذ أن الطلاب الذين يركنون على أهداف بعيدة المدى أو يستخدمون عمليات الضغط لمرحلة ما وراء المعرفة قيل عنهم أنهم يعتمدوا على إدراك فاعلية الذات لديهم وعلى المؤثرات و على المعرفة المنظمة ذاتياً.
4-المؤثرات الذاتية :وتشمل قلق الفرد ودافعية مستوى طموحه وأهدافه الشخصية.

2)- التأثيرات السلوكية

وتشمل المجموعة الثانية على ثلاث مراحل (Bandura, 1997)

1- ملاحظة الذات :فملاحظة الفرد لذاته قد تمده بمعلومات عن مدى تق دمه نحو إنجاز أحد الأهداف.
2- الحكم على الذات : وتعني استجابة الطلاب التي تحتوي على مقارنة منظمة لأدائهم مع الأهداف المطلوب تحقيقها وهذا يعتمد على فاعلية الذات وتركيب الهدف.
3- رد فعل الذات الذي يحتوي على ثلاثة ردود:
- ردود الأفعال السلوكية وفيها يتم البحث عن الاستجابة التعليمية الجودة.
- ردود الأفعال الذاتية الشخصية وفيها يتم البحث عما يرفع من استراتيجياتهم أثناء عملية التعلم.
- ردود الأفعال الذاتية البيئية وفيها يبحث الطلاب عن أنسب الظروف الملائمة لعملية التعلم.

3)- التأثيرات البيئية:

في هذه المجموعة يؤكد (Bandura, 1997) على موضوع النمذجة في تغيير إدراك المتعلم لفاعلية ذاته مؤكداً على الوسائل المرئية.

6- أبعاد الفعالية الذاتية:

أشار (Bandura, 1986) إلى أن هناك ثلاثة أبعاد لتوقعات فاعلية الذات هي:

1- العمومية: وتعني انتقال التوقعات الفاعلة إلى مواقف متشابهة وانطباعات الآخرين وهي تختلف في عنونتها فمنها يكون محدداً لخلق توقعات التفوق أو تمتد لتشمل العلاج النوعي كما أن التفسيرات الوصفية وخصائص الشخص تؤثر في ذلك.

2- مقدار الفاعلية: ويتحدد بمستوى الإتقان وبذلك الجهد و الإنتاجية والدقة و التنظيم الذاتي.

4- **القوة:** وتتحدد في ضوء خبرة الفرد ومدى ملائمتها وكما أن الشعور بالفاعلية يعبر عن المثابرة الكبيرة والقدرة العالية التي تساعد الفرد أو الطالب في اختيار الأنشطة التي سوف تؤدى بنجاح . كما أن فاعلية الذات تتقوى من خلال أربع مصادر.

7- مصادر الشعور بالفعالية الذاتية:

إن شعور الفرد بفعاليته الذاتية و إدراكها لا يأتي من فراغ كما أشار إليه Bandura (1986)، بل يعتمد على تفاعل الفرد مع البيئة المحيطة به و الخبرات الاجتماعية التي يكسبها في هذا المجال. و قد حدّدها Bandura (1997) في 4 نقاط:

1- الأداءات الفعالة أو الانجازات الأدائية.
2- النمذجة أو الخبرات البديلة.
3- الإقناع الاجتماعي: يصل إليه الفرد من خلال التغذية الراجعة لأراء الأشخاص المهمين بالنسبة له .
4 - الحالة الفسيولوجية و الانفعالية للفرد.
و تفصيل ذلك ما يلي:

7-1- الأداءات الفعالة أو الانجازات الأدائية:

تعتبر هذه الأداءات من أكثر المصادر تأثيرا على خلق شعور قوي بالفعالية الذاتية، فالنجاحات تؤدي إلى اعتقاد القوي للفرد بفعاليته. (Lecomte, 2004, p. 62) فالتجارب ذات الدلالة في حياة الفرد و الأدلة الفعلية على إمكانية سيطرته أو نجاحه فيما يسعى لتحقيقه يعزز اقتناعه بامتلاكه للكفاءات الشخصية. و يرى الباحث في هذا الشأن أن اقتصار تجارب الأفراد على نجاحات سهلة يجعلهم يتوقعون نتائج سريعة ما يعرضهم للإحباط بمجرد

مواجهة عقبات بسيطة، في حين أن معنى الفعالية الذاتية السلس و المرن يقتضي تجارب يتم فيها التغلب على العراقيل بواسطة المجهود الشخصي المبذول. فالعقبات و العراقيل التي يواجهها الأفراد في مساعيهم تقدم لهم أهدافا مفيدة تعريفهم بأن النجاح يتطلب تقوية المجهودات، و منه يقتنع الأفراد بامتلاكهم القدرات اللازمة فيثابرون لمواجهة العراقيل و يتسنى لهم استرجاع قدراتهم بسرعة عقب الإخفاق. (Lecomte, 2004, p. 62) فمحاولات الإنسان للأداء الجيد و لانجاز و التفوق يعمل على تنمية الفعالية الذاتية، و عليه فان تكرار الأداء الناجح في نشاط معين ينمي شعور الفرد بفعاليته الذاتية و يزيد من قدرته و ثقته على ممارسة و أداء السلوك الملائم. فهي كما تمت الإشارة إليه يعتبر أهم مصدر للمعلومات ذات الصلة بالفعالية كونها تتبع من خبرات الفرد الحقيقية و ممارسته الأدائية الناجحة. (مفتاح عبد العزيز، 2010، ص. 163).

7-2- النمذجة أو الخبرات البديلة:

و فيه يميل الأفراد إلى ملاحظة الغير لأجل الاستفادة من خبراتهم و انجازاتهم. فالنمذجة تؤثر تأثيرا قويا على شعور الفرد بفعاليته الذاتية من خلال إدراك تشابه النماذج. (Bandura, 1997, p. 73) فملاحظة الآخرين و تقليدهم و خاصة النماذج الايجابية منهم يعلمنا كيفية اكتساب مهارات مقيدة و ينقل إلينا الشعور بالفعالية على أننا قادرون على تحقيق ممارسات مباشرة ناجحة مثلهم. (مفتاح عبد العزيز، 2010، ص. 163). و تعد هذه الخبرات الناجحة للنماذج مصدر تعزيز و تنمية للفعالية الذاتية، و كلما كان النموذج مشابها للفرد و حاملا لصفاته كلما زاد شعوره بفعاليته. و يضيف Schoewerer et Rosen, Gist أن استعمال الكومبيوتر بطريقة نشطة وتفاعلية أنجع من طريقة النمذجة و أفضل من الكلام أو النصح المقدم. (VanledeGaland et, 2004, p. 97)

7-3- الإقناع الاجتماعي:

يعد مصدر الإقناع الاجتماعي مصدرا هام و متغير أساسي يعمل على تنمية الفعالية الذاتية. يعتمد الناس في هذا الصدد على أفكار و آراء الآخرين و انطباعاتهم بصفة كبيرة في محاولة اقتناعهم بشأن قدرتهم على تحقيق انجازات هامة في أنماط حياتهم. (مفتاح عبد العزيز، 2010، ص. 163). و يرى Bandura أن الأفراد الذين يقتنعون لفظيا بامتلاكهم القدرات على التغلب و انجاز نشاطات معينة، تتوفر لديهم إمكانية لتعبئة مجهودات أكبر و تحمل عقبات اشد مقارنة باللذين يضمرون اعتقادات متدنية بفعاليتهم الذاتية و يشعرون بالعجز أمام العراقيل. (Bandura, 1997, p. 74)

7-4- الحالة الفسيولوجية و الانفعالية للفرد:

تؤثر الحالة الفسيولوجية و الانفعالية على الفعالية الذاتية و كذا على مختلف مجالات الوظائف العقلية، المعرفية، الحسية و العصبية، بحيث يعتمد الأفراد على حالاتهم الجسدية و الانفعالية للحكم على قدراتهم، إذ يفسرون استجاباتهم للضغوط كعلامات لهشاشتهم و ضعف فعاليتهم [...] فالمؤشرات الفسيولوجية للفعالية الذاتية تلعب دورا مهما في التأثير على الأنشطة الصحية و غيرها من الوظائف الفسيولوجية. كما تؤثر الحالة الانفعالية على حكم الأفراد على فعاليتهم الذاتية. فالانفعالات الايجابية تعزز هذه الكفاءة و تقويها، و يجد هؤلاء أن حالاتهم الانفعالية تعمل بمثابة طاقة داعمة لشعورهم بالفعالية، عكس الانفعالات السلبية المشحونة بالاكتئاب و القلق في إضعاف

اعتقادهم بفعاليتهم الذاتية. و في هذا الشأن لا تؤثر الضغوط و الاستجابات الفسيولوجية لها بقدر التأثير الذي تلعبه إدراكات و تفسيرات الأفراد له. (Bandura, 1997, p. 74 ,75)

و يمكن من خلال الحالة الفسيولوجية أن يتمكن الأشخاص إلى حد كبير من تحديد و معرفة مدى ثقتهم و قدرتهم على ممارسة سلوكات صحية معينة على مؤشرات فسيولوجية داخلية. فعدم ظهور علامات الاستثارة الفسيولوجية-(حالة التوتر و القلق بعد التخلي عن سلوك صحي سلبي أو بعد القيام بسلوك صحي ايجابي)- عند تعاملهم أو مواجهتهم مع موقف معين يشير إلى شعور متزايد بالفعالية على مواجهة ذلك التحدي بنجاح، و هم بالتالي أكثر احتمالا من غيرهم لتحقيق النجاح في ممارستهم المختلفة في أساليب الحياة. (مفتاح عبد العزيز، 2010، ص. 164)

8- الفعالية الذاتية في علاقتها بالصحة:

مما لا شك فيه أن هناك دورا لفعالية الذات في مجال الصحة حسب Schwarzer. و قد اتجهت الدراسات التي اهتمت بالفعالية الذاتية في مجال تعديل السلوكات الصحية و التصورات حول المرض إلى ثلاث طرق؛ حيث ركز المنظور الأولى و الأكثر تناولا في الدراسات إلى تحسين سلوكات خاصة و بلوغ درجات معينة من الفعالية الذاتية دون الاهتمام بما تتضمنه مراحل التعديل هذه، في حين اهتم المنظور الثاني بالفعالية الذاتية العامة للفرد و المرتبطة بمعتقدات الفرد نحو شعوره بفعاليته الذاتية على أن هذا الشعور يعمم في كل المجالات و من شأنه التأثير على مجموعة واسعة من السلوكات و المهارات الحياتية التي ينتقل إليها. أما المنظور الثالث فيركز لتشكيل الفعالية الذاتية على الحوافز الداخلية للفرد و الإرادة القوية و الرغبة في التغيير أو التعديل من سلوكاته، انطلاقا من تفاؤل الفرد و إيمانه بقدراته على التعديل و التغيير. و يعتبر هذا المنحى الأخير من أكثر نظريات السلوك الصحي شمولا، فهو من شانه أن يقلل من المخاطر المرتبط بمرضه و تفاديها، إضافة للتقيد بأسلوب حياة أكثر صحة و سلامة. (Schwarzer & Luszczynska, 2011, p. 59)

8-1-الفعالية الذاتية في إطار نظريات السلوك الصحي

غالبا ما يُعتمد الفعالية الذاتية في المجال الصحي بغرض تعزيز الحالة الصحية أو التعديل من السلوكات الصحية ، ونذكر في هذا المضمار ما جاء به Ajzen حول السلوك المخطط له، نظرية التعلم الاجتماعي لـ Bandura، نموذج التعديل لـ (Prochaska, DiClemente et Norcross)، مقاربة سيرورات العمل الصحي the Health Action Process Approach لصاحبها Schwarzer، بالإضافة إلى ما جاء به Lippke, et Ziegelmann حول مجموع المعارف و الادراكات التي قد تؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في السلوك الصحي. (Schwarzer & Luszczynska, 2011, p.57)

و حسب نظرية الفعالية الذاتية لصاحبها Bandura خصوصا؛ فإن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة إلاّ من خلال تنمية فاعلية الذات و الممارسة الفعالة للسلوكات لصحية الايجابية، أي عندما تصبح فعالية الذات متغيرا أساسيا في النشاط الفسيولوجي و الصحي للفرد. (مفتاح عبد العزيز، 2010، ص. 160) فالعادات التي يمتلكها الفرد و ما يرتبط به من سلوكات يمكنه التأثير سلبا أو إيجابا على صحة الفرد أما بتحسينها أو بإضعافها. و منه فان يمكن للأفراد أن يمارسوا نوعا من التحكم على حيوية و جودة صحتهم. حيث تميز النظرية بين ثلاث سيرورات للتغير

الإنساني: قرار تغيير العادات الحياتية، التحفيز و المثابرة اللازمة للنجاح لمن يرغب في التغيير، استرجاع التحكم بعد التعثر و الحفاظ على التغير الحاصل. (Bandura, 2003, p. 419)

و إنّ كيفية تصرف الفرد اتجاه المخاطر الصحية تتعلق بكيفية تقديره لهذه المخاطر وبالمقدار الذي يعتقد أنه يستطيع التأثير فيها، و يدخل في ذلك التصورات الذاتية حول المرض و حول القابلية الفعّالة لتجنب المرض. و حسب Bandura (1997) فإن سلوك الفرد يحدث وفقا لتوقعاته الخاصة بكل من توقعات النتائج و توقعات الفعالية. و لقد رفض كل من لشاير و كارفير 1992 في مفتاح عبد العزيز(2010) التمييز بين توقعات الموقف و توقعات النتيجة و توقعات الكفاءة، فخليط من هذه التوقعات يولّد لدى الفرد تفاؤلية إستعدادية تؤثر على مجرى المرض. و هذا ما أثبت صحته من خلال تجاربه المثمرة في دراسات معرفية قائمة على الصحة، و أن اختيار استراتجيات التغلب تتحدّد من خلال التفاؤلية و تسطير أهداف ملموسة لمجرى الشفاء، كما ترتبط هذه الاختيارات بالاعتقاد الذي يستمدّ طاقته من الامتلاك الشخصي للموارد الذاتية و تعتمد على إمكانات التصرف الذاتية والتي تتوفر من خلال الشعور بالفعالية الذاتية وهذا ما يدعوه لبشتاين بالتفاؤلية الفعّالة. و قد استطاع Bandura (2003) إثبات أنّ التشجيع التجريبي لتوقعات الفعالية الذاتية تتسبب في تقوية الجهاز المناعي، و أن خلق قناعات تفاؤلية ذاتية تصدّ إرهاقات الجهاز المناعي و كذا ارتفاع عتبة تحمّل الألم.

8-2- التأثيرات البيولوجية للفعالية الذاتية:

يمكن للفعالية الذاتية تنشيط العديد من العمليات البيولوجية، و تعمل بمثابة وسائط في حالة الصحة و المرض. و تظهر الآثار البيولوجية للفعالية الذاتية عند مواجهة عوامل ضاغطة؛ حادة كانت أو مزمنة. (Bandura, 1998, p.397) و يمكن لهذه الآثار أن تختفي عند القدرة على التحكم بها من خلال تأثيرها على المستوى العصبي الغددي. فالفعالية الذاتية تؤثر على بيولوجيا الجسم من خلال:

1- مواجهة الضغوط:

إن إدراك القدرة على التحكم الذاتي يسهل النشاط الإنساني، حيث تمثل الفعالية الذاتية مظهرا هاما من مظاهر هذا الإحساس بالتحكم كما توصل إليه Chawarzer (1992)، كما أسفرت نتائج دراسة Cozzarelli(1993) على نساء تعرضن للإجهاض على أهمية الفعالية الذاتية في التكيف مع الضغوط و تجاوزها. و فيه تؤكد النظرية المعرفية الاجتماعية إلى أن ردود الفعل السيئة تعود أساسا إلى ضعف الشعور بالفعالية في التحكم في التهديدات غير السارة، و التجارب المتعرض لها. فاعتقاد الأفراد بفعاليتهم يجعل هذه الضغوط غير مؤثرة. (Bandura, 1998,p . 396)

2- تنشيط إفراز الكاتيكولامينات:

تشير الكاتيكولامينات الى هرمونات الهروب والقتال، يتم إفرازها بواسطة الغدد الكظرية ، كرد فعل للتوتر والضغط، وهم جزء من الجهاز العصبي الودي (السمبثاوي). تعمل كهرمونات و نواقل عصبية و تشملالأدرينالين والنورأدرينالين و الدوبامين، تلعب دورا أساسيا في الآليات التي تربط الدماغ بباقي الجسم، و على إفراز هرمونات الضغط التي تحفز الجسد للاستجابة لمواجهة الضغط.

و تؤكد دراسة الاستجابات البيولوجية للتهديدات المدركة تحت مختلف مستويات الفعالية الذاتية على نتائج متباينة، حيث يرتبط غياب الشعور بالفعالية الذاتية باستجابات بيولوجية مكثفة للتهديدات عبر زيادة إفراز الكاتيكولامينات: Dopac, épinéphrine, norépinéphrine . و بعد تعزيز الفعالية الذاتية، فان إفراز هذه الهرمونات ينخفض نسبيا بالرغم من التعرض لنفس الوضعية التهديدية، و هو ما يعزز فكرة دور الفعالية الذاتية كدور معرفي وسيط في الاستجابات البيولوجية المؤثرة على صحة الفرد و مرضه. (Bandura, 1998, p. 401)

3- تنشيط الأندروفين:

تلعب هرمونات الأندروفين دور المورفين في إيقاف الألم. و يؤكد Bandura على أن غياب الفعالية الذاتية في القدرة على مواجهة الضغوط هو ما يؤدي إلى تحريض إفراز هذه المادة.

4- تنشيط الجهاز العصبي الذاتي:

أكدت دراسات Bandura على أهمية الاعتقاد بالفعالية الذاتية في التأثير على الجهاز العصبي الذاتي. حيث أكد من خلال النتائج التي أسفرت عليها دراسته على أشخاص مصابين بفوبيا الثعابين إلى نقص ظهور الاضطرابات أو التأثيرات على الجهاز العصبي (تسارع ضربات القلب، ارتفاع الضغط الشرياني) عند فئة الأفراد اللذين سجلوا قيمة مرتفعة لفعاليتهم الذاتية بسبب تجنبهم مواجهة المواقف التي اعتقدوا أنها تفوق قدراتهم. و قد دعمت هذه الفكرة خاصة بعد تعزيز اعتقاد هؤلاء الأفراد بفعاليتهم الذاتية، حيث أصبح بمقدورهم مواجهة نفس المواقف التي تم تجنبها دون حدوث لارتفاع نشاط الجهاز العصبي الذاتي.(Bandura, 1998, p. 398)

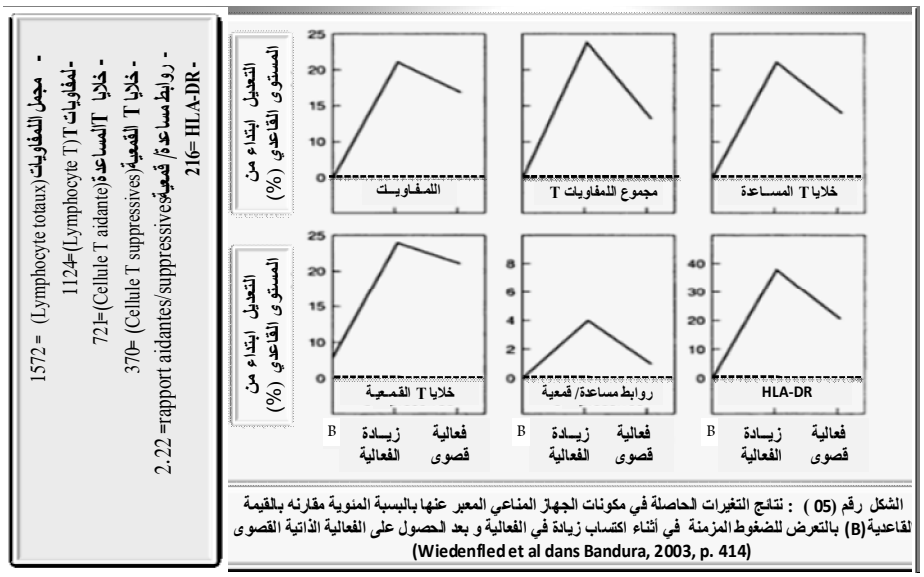
5- التأثير على الجهاز المناعي:

توصلت نتائج عدد من الدراسات تأثير العوامل النفس اجتماعية في الجهاز المناعي. حيث تحدث هذه التأثيرات المناعية التنظيمية (Immunorégulatrice) بواسطة الروابط العصبية: التشريحية، الكيميائية و الغدية الصماء (neuroanatomiques, neurochimique, neuroendocrinaux) الخاصة بين الجهاز العصبي المركزي و الجهاز المناعي. حيث يمكن للفعالية الذاتية أن تؤثر في الوظيفة المناعية من خلال ثلاث طرق أساسية: التوسط الضغوط، التوسط بالاكتئاب، و التوسط بالتعلم. (Bandura, 2003, p.412)

يقلل الشعور بالفعالية الذاتية من الخبرة الضاغطة و كذلك من النزعة الاكتئابية. و هو ما تدعمه الدراسات التجريبية التي توصلت إلى أن الأفراد اللذين تعرضوا لمثيرات ضاغطة و كان إدراكهم لقدرتهم على مواجهتها مرتفعا حيث ابدوا تغيرات اقل في مستوى الكفاءة المناعية. كما ارتبط الشعور بالرضا عن الفعالية الذاتية و الشعور بإمكانية مواجهة الضغوط و القدرة على إدارتها بمعدلات أعلى في عدد الخلايا المناعية، في حين يرتبط تدني مستوى الشعور بالفعالية الذاتية بالكف المناعي و بالأمراض المترتبة عنه. و قد توصلت دراسة Wiedenfled et al التي أجراها في 1990 على أفراد يعانون من الفوبيا القصوى بتعريضهم للضغوط المزمنة و تعزيز اعتقاد فعاليتهم الذاتية تجريبيا. حيث سعى الباحث لقياس قيم الفعالية، تنشيط الأجهزة المستقلة و النشاط العصبي/ الغدد الصماء و مختلف مظاهر النظام المناعي خلال ثلاث مراحل: مرحلة المراقبة القاعدية دون تعريضهم للضغوط الفوبية، مرحلة اكتساب الفعالية

و التي يتحصل فيها الفوبيين على شعور متزايد من الفعالية الذاتية من خلال سيطرة موجهة، و في مرحلة ثالثة فعالية قصوى لمواجهة الضغوط بعد حصولهم على الشعور الكامل بالفعالية الذاتية.

و يوضح الشكل(05) نتائج التغيرات الحاصلة في مكونات الجهاز المناعي. حيث بلغ متوسط القيم للمستوى القاعدي لمختلف التوظيفات المناعية:



الشكل رقم (05) : نتائج التغيرات الحاصلة في مكونات الجهاز المناعي المعبر عنها بالبسبة المئوية مقارنه بالقيمة القاعدية(B) بالتعرض للضغوط المزمنة في أثناء اكتساب زيادة في الفعالية و بعد الحصول على الفعالية الذاتية القصوى (Wiedenfled et al dans Bandura, 2003, p. 414)

لتدل النتائج المشار إليها في الشكل السابق إلى أن بناء شعور مرتفع من الفعالية للتحكم بالضغوط قد أدى إلى التعديل و التحسين من مختلف مكونات الجهاز المناعي، مع الإشارة إلى أن هذا التعديل والزيادة في الكفاءة المناعية لم يكن عابرا ارتبط بظروف التجربة فحسب، و لكن استمر مع مرور الوقت.(Bandura, 2003, p. 414) للقول بأن التحكم الجيد في الضغوط المزمنة لا تثير شعورا مرتفعا بالفعالية الذاتية فحسب و لكن تعمل أيضا على التعديل المستمر يمكنها أن تكون بمثابة عوامل حمائية ضد الآثار المناعية المضادة للضغوط النفسية. مع العلم أن الفعالية الذاتية المكتسبة بشكل حاسم يمكنها أن تقود إلى إحساس معمم بالقدرة على المواجهة أكثر من تلك الفعالية المكتسبة بطريقة شاقة جراء التعرض للضغوط المزمنة و اكتساب مهارة التحكم بالضغط يمكنه تحسين التوظيف المناعي. (Bandura, 2003, p. 415)

8-3- الأساس العصبي الفيزيولوجي للفعالية الذاتية:

في مقالة" العقل و الدماغ" التي كتبها Fischbach في Bouillerce et Rousseau (2001) يقول فيها: " بأنّه من خلال تكثيف البحث في الأساس العصبي للظواهر النفسية العقلية يفترض العلماء أن الفعاليات الذاتية تتعلق بأنواع مختلفة من الدفاعات العصبية في الدماغ وذلك من خلال كيفية عمل الخلايا العصبية وكيفية تخاطبها مع بعضها البعض، وكيفية انتظامها في شبكات موضعية أو منتشرة، وكيفية تغيّر الوصلات بين العصبونات بفعل الخبرة، ومن خلال التقدم الملحوظ في دراسة محتويات التحليل هذه، توصّل العلماء إلى وجود نوع من الدفاعات العصبية التي تظهر وتختفي في أزمنة وأماكن معينة داخل الدماغ. وعلاوة على ذلك فان العقل أكثر من مجرد وعي أو قشرة مخية فهو يشمل أيضا المحفزات و الأمزجة والرّغبات، فالفرد ليس جسدا آليا كما أن عواطفه تعتمد على

عمل العصبونات." لينهي Fischbach نصه بقوله أن حياتنا الوجدانية والفكرية تعتمد في حركتها وحياتها على عمل العصبونات وتواصلها داخل باحات الترابط بين مدخلات الدماغ ومخرجاته.

9- قياس الإحساس بالفعالية الذاتية:

يعتبر مقياس الفعالية الذاتية لصاحبه Ralf Schwarzer من أشهر المقاييس المستعملة في المجال، فهو مقياس يستعمل في العديد من الميادين العلمية، التربوية و النفسية يستند على علم النفس المعرفي. و يعتبر مقياس الشعور بالفعالية الذاتية الخاص بمرضى السرطان من المقاييس العالمية، تمّ بناؤه بالتعاون بين أطباء مختصين و عاملين في مجال الصحة، المرضى وعائلاتهم، تنطبق أسئلته على ما جاء في لعبة الفيديو Re-Mission لمعرفة دور هذه الأخيرة في تفعيل وتشجيع الإحساس بالفعالية الذاتية وسيتم تفصيل ذلك في الجانب التطبيقي.

المبحث الثاني: جودة الحياة:

تعتبر تربية مريض السرطان على المرض بالأخذ بعين الاعتبار اعتقاداته و تصوراته حول المرض، مآله و علاجه من الضروريات التي لا غنى عنها لأجل الحفاظ على جودة حياة جيدة. ففهم المرض و ما يرتبط به من علاجات و اكتساب مهارات يومية بتبني سلوكات صحية سليمة يعتبر أساسيا في مسار العلاج.

1- جودة الحياة مفهوم متعدد المرجعيات:

تشير جودة الحياة لمفهوم واسع الاستعمال و متعدد الجوانب، يرتكز على العديد من المجالات: الفلسفي، الاقتصادي و السياسي، النفسي و الاجتماعي، الطبي و العقلي، يستعمله كل باحث حسب مفهومه و ما يستدعيه مجال بحثه، حيث نجد في الأدبيات العديد من التعبيرات و التسميات التي تطلق على مفاهيم قريبة أو مماثلة: جودة الحياة، الحالة الصحية، جودة الاهتمام الصحي، الرضا عن الحياة... الخ . و هي مفاهيم تختلف حسب مظهرها: المظهر الموضوعي (ظروف الحياة، الحالة الوظيفية...)، المظهر الذاتي (الرضا، السعادة،الراحة الذاتية،...)، المكونات الجسدية (الصحة العضوية)، أو عقلية (الصحة النفسية)، أحادية البعد (غياب المرض)، ثنائية البعد (غياب المرض و توفر الراحة في الوقت ذاته). (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.44)

واتفق في مجمله على أنه مفهوم ذاتي متعدد الجوانب يصعب تحديده كما يشير إليه (Chateaux, Spitz, 2008) و يتم مقاربته من عدة وجهات نظر: خارجية (تقييم غيري من طرف الممرضين و الأولياء)، و وجهة نظر داخلية (تقييم ذاتي من طرف المريض ذاته) ما يسمح باستكشاف جودة الحياة في عدة ميادين، أربعة منها تعتبر أساسية: المجال النفسي و الذي يختص بانفعالات الفرد و الحالات العاطفية الايجابية؛ المجال الجسدي الذي يهتم بالصحة الجسدية و القدرات الوظيفية، المجال الاجتماعي الذي يشمل العلاقات و النشاطات الاجتماعية؛ المجال السوسيو اقتصادي الخاص بالرفاهية المادية.

2- تاريخ ظهور مفهوم جودة الحياة:

يعتبر مفهوم جودة الحياة مفهوم قديم ومفهوم عالمي رغم حداثته، وقد نقل عن سقراط قوله أنني أهتم بجودة حياتي أكثر من اهتمامي بعدد الأيام التي أعيشها". (Auquier et Iordonova, 2004, p.9). كما أشار إليه أرسطو في كتابه « L'Ethique à Nicomaque»، فهو كان يعتبر الحياة الجميلة كاختيار للوجود الذي يرغبه الفرد. (Fayers & Machin, 2007, p.5)

و قد ظهر مفهوم جودة الحياة في 1950 بعد الحرب العالمية الثانية كمفهوم عام، و قد استعمله الرئيس الأمريكي Lyndon.b.Johnson سنة 1964 في خطابه "The Great Society" ليبرز اهتمامه بجودة حياة شعبه. (Leplège, 1999, p.11). ثمّ ظهر في بعض النصوص وبطريقة رسمية في حوليات الطب الداخلي Annales de Médecine Interne في1966. و قد بدأ استعمال هذا المفهوم في الدراسات الطبية منذ السبعينات في مختلف الاختصاصات الطبية. و تجدر الإشارة أنه بدأ الاهتمام بجودة الحياة بداية في الدول الأنجلوسكسونية من طرف withley et Andrew (1976) لينتشر بعدها في باقي دول العالم و أصبح تكرس له مجلات خاصة كمجلة «Quality of Life Research, Journal for Quality of Life Measurement, Health and Quality of Life Outcomes» ، إضافة لمئات المقالات حول الموضوع. (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.44)

و يبدوا أن جودة الحياة كما يقول Brousse et. Boisaubert (2007) قد ظهر في أعقاب تطور الأسس الثلاث في المجال الطبي؛ المرض، المريض و الطب:

◆ فالأمراض قد غيرت وجهتها: فانطلاقة الطب الحديث خلال النصف الأول من القرن العشرين قد سمح بالسيطرة على اكبر الأمراض المعدية في الدول الصناعية. و تضاعفت أمد الحياة إلى ثلاث أضعاف على مدى القرنين الماضيين في أوروبا. و شهدت أواخر القرن العشرين عندئذ غزو الأمراض المزمنة التي لا تودي بالمآل الحيوي للفرد على المدى القصير و لذلك فإن علاجاتها سعت إلى البحث ابعد من الزيادة في البقاء على قيد الحياة فقط بتحسين الانعكاسات الجسدية، النفسية والاجتماعية للمرض، بمعنى المساهمة في تحسين جودة الحياة.

◆ تغيرت توقعات المرض: فالمريض قد تكيف مع مرضه و علاجه، و أصبح يسعى للحصول على المعلومات و التي يتم الحصول عليها من خلال التحاور مع طبيبه أو عن طريق الوسائط الإعلامية المتعددة و أصبح كل فرد يريد الحكم على صحته و إبداء وجهة نظره الخاصة.

◆ كما شهدت الإرادة الطبية و التكفل الصحي منعطفا واضحا: ففي نهاية القرن العشرين أيضا تحولت العلاقة طبيب– مريض و التي أخذت المنحى "الأبوي". فوضوح المعلومات و استقلالية المريض دفعت به للمشاركة في اتخاذ قراراته المتعلقة بالعلاج و تقديم أحكامه الذاتية، و هو ما شكل مفتاحا لفك عقدة العلاقة طبيب– مريض. فلم يصبح الطبيب المقرر الوحيد، و لأجل فهم أفضل لأولويات مريضه و اهتماماته أصبح يهتم ب جودة حياته. فمساهمة العلوم الإنسانية جنبا إلى جنب مع باقي العلوم التقنية "الصعبة و الجذابة " على حد تعبير الباحثين قد سمح بالانتباه أكثر لجودة حياة المرضى التي لم يكن يولى لها الكثير من الاهتمام و بالتالي الاستفادة بمكاسبها الثانوية. و عليه يحرص الأطباء لقياس جودة حياة مرضاهم. و انضم تبعا لذلك هذا المفهوم إلى باقي تدابير التقييم الطبي (البيولوجية، التحاليل، التصوير الطبي...) (Brousse et. Boisaubert, 2007, p. 459)

3- تعريف جودة الحياة:

طرحت العديد من التعاريف حول جودة الحياة، تختلف باختلاف المدارس والتوجهات واختلاف موضوع القياس والأهداف التي يسعى لتحقيقها. و يبقى كما يقول Bruchon-Schweitzer(2002) و Leplège (2008) أنه مفهوم يصعب إعطاء تعريف محدّد له كونه ذاتي و ضمني و متعددة العوامل. و تشير إلى تقدير الفرد داخليا لحياته الحالية. (Klein, 2011, p.28)

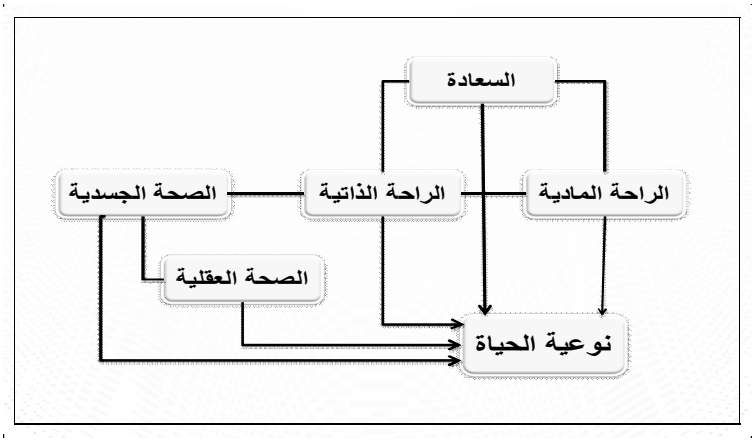
و تظهر جودة الحياة حسب Brousse, Boisaubert "كل الرضا و عدم الرضا الذي يختبره الفرد بخصوص حياته" و هي أيضا " ما يعكس تأثيرات المرض، علاجاته، قرارات الرعاية الصحية... على الحياة اليومية للمريض في محاولة للتقرب من وجهة نظره." (Brousse, Boisaubert, 2007, p.459)

وتعرفها منظمة الصحة العالمية OMS كما ذكره Fayers & Machin(2007) " بأنها إدراك الفرد لوضعه في الحياة ضمن محتواه الثقافي ونظام القيم الذي يعيش بداخله في علاقته مع أهدافه وتوقعاته، مصالحه، قيمه و تخوفاته. فهي حقل واسع يشمل الروابط المعقدة بين الصحة الجسدية للفرد وحالته النفسية، اتجاهات الفرد واعتقاداته الشخصية، علاقاته الاجتماعية وعلاقته مع بيئته المحيطه. و يضيف الباحث قائلا بأنها مجموع الظروف التي تساهم في جعل حياة الفرد حياة ممتعة ومريحة، سواء تلك الظروف الخاصة بالفرد أو الظروف الخاصة بالبيئة الخارجية أو الظروف التي تجمع بين الاثنين.(Peslin, 2004, p.11) و بأنها تستند إلى الحالة العقلية، النفسية والجسدية بدرجة أكثر وليس فقط الاهتمام بالحالة الصحية وغياب المرض العضوي، و جودة الحياة تعتمد على الحكم الذي يحمله الفرد عن نفسه. (Letzelter, 2000, p.5)

و تشير حسب Cook Gotay إلى حالة من الرفاهية التي تشمل على مكونين اثنين على الأقل: القدرة على تحقيق نشاطات الحياة اليومية و التي تعكس الرفاهية البدنية، النفسية، الاجتماعية، و رضا المريض بخصوص مستوى توظيفه و التحكم بالمرض. (Dolbeault et Brédart, 2005, p.8) و إلى المساحة و الفجوة بين توقعات المريض و انجازاته، حيث يرتبط تقلص هذه الفجوة مع جودة حياة أفضل حسب Calman. (Dolbeault et Brédart, 2005, p.8) و حسب Nordenfelt فإنه عادة ما يتم الخلط بين مفهوم جودة الحياة (Quality of life) بجودة الحياة المرتبطة بالصحة (health related quality of life) و الحالة الصحية (health status) الراحة الذاتية (well-being). حيث تعتبر جودة الحياة المفهوم الأكثر شمولية و الأكثر تكاملا، فجودة الحياة هي "تشكيلة لعدد من الأبعاد". و قد تشكل شيئا فشيئا على مر الزمان من خلال تكامل عدد من المؤشرات من أصل فلسفي، طبي و عقلي. و هو ما أوضحه Nordenfelt الذي أشار إليه Bruchon-Schweitzer (2002) في هذا الشكل:

شكل رقم (06): مؤشرات جودة الحياة حسب Nordenfelt

(Bruchon-Schweitzer, 2002, p.49)



وقد حاولت لجنة المصطلحات الإلمام بالمفهوم و مناقشة المفردات اللغوية العامة و المتخصصة منها. و في تحليل لغوي لعبارة " جودة الحياة" حاول كل من Candel et Dubois بالاعتماد على مقاربة معجمية إضافة للنصوص الطبية و مقالات في مجالات الصحة التعريف بحدود المفهوم سواء كان ذلك عند الطبيب أو المريض. و توصلا إلى أن القواميس العامة و القواميس الطبية المتخصصة تتفق على نفس التعريف " مجموع الظروف المساهمة في جعل حياة الفرد منسجمة...و بأنها تقييم إدراكات المريض حول تأثير المرض و علاجاته على راحته و رفاهيته". مع العلم كما يقول الباحثين بأنه و بالرغم من تطور المفهوم منذ الخمسينات عندما برزت العلاجات في حقل الأمراض المزمنة إلاّ انه لم يتطور على مرّ السنين، و على الرغم من استنباطه من القواميس و النصوص الطبية إلا انه مستوحى من الحقل النفسي أكثر منه من المجال الطبي.(Candel et Dubois, 2005, pp: 18, 19)

و على العموم، فقد قام (Klossek et al, 2003, p. 4), (poirier & al, 2010, p. 358) بتلخيص النقاط المشتركة بين عدد من التعاريف المقدمة حول جودة الحياة و تتمثل في:

- أهمية إدراك المريض لمرضه.

- جودة الحياة لا يرتبط بالصحة فحسب، فهو اشمل و أوسع من الحالة الصحية و الرفاهية.

- جودة الحياة متعددة العوامل، لديها العديد من الأبعاد في العديد من الميادين و لا يمكن أن تتلخص في مؤشر عام. فهي تعكس التوظيف الجسدي، النفسي و الاجتماعي، أو العوامل المؤثرة على هذه التوظيفات الثلاث.

- يمكن لجودة الحياة أن تتغير من ثقافة لأخرى.

- ترتبط جودة الحياة بالتقييم الذاتي و تختص بالتجارب الداخلية التي عاشها الفرد و بإدراكاته و المعنى الذي يسنده لتجربته استنادا لاحتياجاته ، مصالحه و توقعاته الجديدة. فكل فرد هو مرجعية ذاته.

4- أبعاد جودة الحياة:

يتفق الباحثون على اعتبار جودة الحياة كمفهوم متعدد الأبعاد تختلف باختلاف الأهداف التي يسعى لقياسها و التي تتلخص في اربع محاور أساسية تندرج تحتها باقي الأبعاد.

– بعد الصحة البدنية المشتملة على النشاطات اليومية، التبعية للأدوية و المساعدة الطبية، استقلالية الجسدية، الطاقة و الحيوية، القدرة على العمل.

– البعد النفسي السيكولوجي: صورة الجسم و المظهر، إدراك الصحة، المشاعر السلبية (الحصر، الاكتئاب، الحزن، اليأس...) و المشاعر الايجابية (التفاؤل، الرضا العام حول الحياة المعاشة...)، تقدير الذات، الاعتقادات الشخصية، التعلم و المعرفة...

– البعد الاجتماعي: العلاقات الشخصية، النشاطات المرتبطة بالأدوار الاجتماعية، المساندة الاجتماعية.

– البعد البيئي و المتضمن للموارد المالية، الحرية، الأمان، السلامة، العناية الطبية و الاجتماعية: إتاحة العناية و نوعيتها، ظروف الحياة والمحيط العائلي، فرصة الحصول على معلومات جديدة، الترفيه و النشاط... (Rotonda, 2011,p.12)

– البعد الجسدي: الألم، الوهن، الراحة، النوم، التغذية. (Brousse et. Boisaubert, 2007, p. 459)

و يضيف Avis, Smith, McGraw et al (2005) أبعادا أخرى تتمثل في البعد الاقتصادي، المادي و الروحي. حيث يتم تقييم هذه الأبعاد جميعها على مستويين: مستوى توظيف الفرد على هذه الأبعاد، و كذا رضاه عن مستوى هذا التوظيف.

5– لماذا الاهتمام بجودة الحياة ؟

أولت منظمة الصحة العالمية OMS في تقريرها حول « تكوين العاملين بمجال الصحة للقرن الحادي و العشرين: تحدي الأمراض المزمنة» في 2005، الأهمية الكبرى و الأولوية لتحسين جودة حياة المرضى. و هو ما أصبح يؤخذ به فعليا في كل الدول المتقدمة و أصبحت قوانين الصحة العامة تفرض ضرورة الاهتمام بها. فلماذا كل هذا الاهتمام بجودة الحياة؟

و كإجابة على التساؤل يقول رئيسي اللجنة التوجيهية لإعداد مخطط 2007–2011 لتحسين جودة حياة الأفراد اللذين يعانون من الأمراض المزمنة Castex et Houssin (2007):

1– لأنه كلما أشرك المريض في الاعتناء بمرضه و تسييره، كلما كان التكفل الطبي أكثر فعالية.

2– لأن العديد من المضاعفات يمكن تجنبها أن كان المريض على بينة من المخاطر المرتبطة بمرضه، و إن ساعدناه أيضا على اكتساب ردود فعلية جيدة.

3– بسبب الزيادة في أمد الحياة و التقدم الطبي، فسيكون هناك تزايد في نسبة الأشخاص الذين سيتعايشون مع المرض.

4– إلزامية التكيف مع نظام الرعاية الصحية.

5– و لأنه يمكن في الكثير من الحالات التقليص بطريقة معتبرة من الآثار الجانبية للأمراض على حياة المرضى، و من العجز الذي يسببه المرض و القيود التي يفرضها المرض عل المريض.

6–الحاجة لقياس أفضل لتأثير الأمراض على حياة المرضى، وبسبب غياب مؤشرات واضحة لقياس تأثير أو نجاح التكفل.

و سيساهم ذلك في مساعدة كل مريض على التعرف أحسن على مرضه لأجل التسيير الجيد له، توسيع الممارسة الطبية نحو الوقاية، تسهيل الحياة اليومية للمرضى و فهم أفضل لتأثير المرض و تبعاته على جودة حياتهم.

و قد أشار Conroy, Brédart et Briançon (2005) إلى أن النتائج المرتبطة بجودة الحياة تعكس إدراكات المريض حول مآل المرض لديه و الناجمة عن تأثير السيرورات النفسية مثل التفاؤل، الأمل و الروح القتالية. فتحسن جودة حياة المريض يحسّن من إدراكاته نحو الصحة و المجال الصحي بصفة عامة ليحصل تقبّلا للعلاج و الدواء.

6- جودة الحياة في علاقتها بالصحة:

تطوّر مفهوم الصحة بتطور نشاطات و أهداف الطب و لقد عرّفت OMS الصحة في1947 بأنها تكامل الراحة الجسدية، النفسية و الاجتماعية و ليس فقط غياب المرض. و فيه إشارة للاهتمام بجودة حياة المريض، كما ركزت هذه المنظمة (OMS) في تقرير لها أصدرته في 2003 على أهمية التكفل الجيد بالأفراد المصابين بأمراض مزمنة في 8 محاور نذكر من بينها: التغيّر الجذري و النموذجي لاهتمامات القطاع الصحي من خلال المرور من مقاربة بيوطبية تهتم بالمرض و المستشفيات لمقاربة شاملة تهتم بالصحة عموما و بجودة حياة المريض، كما دعت لتركيز العلاج و الاهتمام بالمريض و عائلته. (Auquier et Iordonova, 2004, p.13)

و يرى علماء النفس أنه لا يمكن التحكم في مفهوم و أهداف جودة الحياة إلا إذا نظرنا إليها من جانب : الصحة الجسمية، الصحة العقلية و الانفعالية، و التفاعل الاجتماعي (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2002) ، فمن خلال هذا الاتجاه لعلماء النفس نرى بأنهم يركزون في مضمونه على ما جاءت به منظمة الصحة العالمية في تعريفها لمفهوم الصحة، أي أن جودة الحياة بالنسبة إليهم مرتبطة بشكل وثيق بصحة الإنسان و كيفية الحفاظ عليها.

6-1- تطور مفهوم جودة الحياة في مجال الصحة:

بالرغم من ظهور جودة الحياة المرتبط بالصحة في 1990، إلا انه تجدر الإشارة أن الاهتمام الفعلي بجودة الحياة كما يعرف اليوم في اتصالها مع الصحة، بدأ في 25 أكتوبر 2002 فيLaribosière خلال الأيام العلاجية المقامة هناك في بحث حول المختبرات الصيدلانية و حول ترخيص بيع الأدوية. (Peslin, 2004, p. 19). و تهتم جودة الحياة المرتبطة بالصحة بمكونات جودة الحياة المرتبطة بالصحة، و تهتم بتأثير المرض أو التدخلات الصحية على الحياة اليومية للمريض من خلال وجهة نظره. (Lelorain, 2009, p.25) و عليه فمن المحتمل أن يكون من الوهم التمييز بين ما هو جودة الحياة العامة و جودة الحياة المرتبطة بالصحة.(Leplège, 2008, p. 196)

ارتكزت بداية أبحاث جودة الحياة المرتبطة بالصحة على تدخل الاضطرابات الوظيفية على الصحة، أدرج بعد ذلك التوظيف الاجتماعي، ثم إدراج البعد العقلي في بداية الثمانينات. و عليه تم الأخذ بعين الاعتبار الاعراضية النفسية و كذا الاعراضية الجسدية. فدراسة جودة الحياة المرتبطة بالصحة لم تعد تهتم بتقييم الأعراض المرتبطة

بالمرض فحسب، بل و بتقييم الأعراض الحصرية و الاكتئابية، و كذا تأثير المرض على المحيطين خاصة في الأمراض القلبية و السرطانية. (Rotonda, 2011,p.11)

6- 2- جودة الحياة في اقتصاد الصحة:

بالموازاة مع المؤشرات الكلاسيكية، كإحصائيات المرض و نسبة الوفيات فقد أصبح يعتمد على مقاييس جودة الحياة و التي أصبحت من الأدوات الأساسية لتقييم صحة الشعوب حيث يقوم الساسة في ميدان الصحة سنويا بتشجيع الباحثين و تمويل المختبرات بأموال ضخمة لتعميق البحث فيما يخص جودة الحياة و خاصة بالنسبة للأمراض المستعصية (كالسرطان ؛ السيدا ...) و ذلك من خلال البحث في أسباب تراجع المرض عند بعض المرضى؛ صمودهم و حتى نجاتهم في بعض الحالات حيث تعود هذه البحوث بالدرجة الأولى بالفائدة على ميزانية الدولة.(Letzelter, 2000, p.13)

ويقول Pascal Auquier et Teodora Iordonova (2004) أن المستحدث أو المستجد ليس البحث في جودة الحياةوإنما الإرادة الطبية في استعمال أداة للقياس تسمح بتكميم جودة الحياة هذه من خلال استجابات المريض عن الأسئلة المطروحة. و صرح Bergt Jônsson أنه "بينما كان الاهتمام في السبعينيات ينصب حوله القيمة والميزانية الطبية و المداخيل وفوائد الربح المحقّقة من التقدم الطبي فإنه بالموازاة وبعيدا عن النشاطات العيادية في المستشفيات والعيادات الطبية كانت تقام دراسات إبيديميولوجية استغلت لفهم تراجع أو تباطؤ المرض أو بالعكس استفحاله في أواخر الثمانينات في1987، لكن دون توفر مقياس معياري يعتمد عليه حيث ظهر بدايةَ مقياس Years Quality Ajusted Life:QALY ليترجم إلى اللغة الفرنسية AVAQ: Années de Vie Ajustées sur la Qualité،

ثمّ تمّ توسيع اهتمامات جودة الحياة إذ لم يعد يحدّد في أسئلة تقنية تخص القياس فقط وأصبحت أدواتها تجد معناها في رؤية تمسّ جوانب الفرد ككل، كوحدة ينتمي لمجتمع معين، لتصبح مسألة سياسية متجذّرة وعميقة. (Peslin, 2004, pp. 12, 13)

6- 3- تعريف جودة الحياة المرتبطة بالصحة:

طرحت العديد من التساؤلات حول اثر مختلف المتابعات العلاجية في الأمراض المزمنة من منظور الاهتمام النوعي (راحة المرضى) أكثر من الاهتمام الكمي (عدد السنوات المضافة لحياة المريض). (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 46). كما طرحت العديد من التعاريف حول جودة الحياة في ارتباطها بالصحة و اقترح الأطباء لتقليص تعريف جودة الحياة في المجال الطبي للمظاهر المرتبطة بالصحة أي بتلك التي يمكن تعديلها بالمرض و/ أو علاجه. و بالتالي نتحدث عن قياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (QdVLS) و التي تتضمن المجالات الجسدية، النفسية، العلائقية، الاعراضية، و مظاهر أخرى كصورة الذات...الخ. فإذا قياس QdVLS هو تقييمات ذاتية ترتكز على إدراك المريض لواقع حالته الصحية (Klein, 2011, p.28)، فالتعاريف المقدمة من طرف Health Related Quality Of Life حول جودة الحياة المرتبطة بالصحة أحدثت قطيعة مع تعريف منظمة OMS، حيث اقتصرت على مجال الصحة، الأعراض، العلاجات... (Samier, 2006, p. 13)

تعرف جودة الحياة المتعلقة بالصحة على أنها ":المستوى الأمثل للحالة النفسية والجسدية والدور و الأداء الاجتماعي الذي يقوم به الأفراد. و يتم تعريفها وظيفيا من خلال تصورات المرضى عن قدراتهم في أربع ميادين رئيسية: الرفاهية الجسدية و النشاطات اليومية، الرفاهية النفسية و العلاقات الاجتماعية و الأعراض. فجودة الحياة المرتبط بالصحة مفهوم متعدد الأبعاد، وتحديد هذه الأبعاد والأهمية النسبية المخصصة لها خلال القياس هي من القضايا الرئيسية كونه مفهوم فردي و ذاتي على حد سواء. فهو مفهوم نسبي و يشير لمستوى من الرضا في مقابل قدرات الفرد الحالية مقارنة مع ما يعتبره مثالي. و هو أيضا مفهوم ذاتي تطوري حسب مراحل المرض. (Brousse et. Boisaubert, 2007, p. 460)

و منه يمكننا القول أن جودة الحياة المتعلقة بالصحة تهدف إلى ارتقاء الفرد بصحته إلى أعلى المستويات بأكبر قدر ممكن في مختلف المجالات التي ترتبط بصحته الجسدية، العقلية، تفاعله الاجتماعي، التحكم في انفعالاته، مقاومة الآلام ...الخ.

فدراسة جودة الحياة في الطب تعتبر طريقة لتقييم الطريقة التي يحيا بها المريض مرضه يوميا، وهذا ما سيكون بمثابة قاعدة معلوماتية ينطلق من خلالها العيادي كمؤشر ومعيار لتوجيهه، كما يتخذها المعالج بنفس الأهمية لتناوله نتائج التحاليل أو الأشعة، الهدف منها، فردنه العلاج وجعل الطب ذو توجه إنساني دون أن تفقد متطلبات الطب قيمتها. (Letzelter, 2000, p.6) فالأبحاث الإكلينيكية لا يمكنها تجاهل تقييم جودة الحياة. (Brousse et. Boisaubert, 2007, p. 460)

6-4- مفهوم جودة الحياة في مجال السرطانات:

أظهرت التطورات التكنولوجية في السنوات الأخيرة تقدما ملحوظا، فازدادت التخصصات الطبية و الأطباء المختصين إضافة لإجراءات الخبرة التقنية المتزايد باستمرار، ناهيك عن الأدوات و الأجهزة الثقيلة التي ترغم الأطباء للتعامل معها بطريقة آلية تقنية و التقدم بإيقاع مكثف يُترك فيه مساحة صغيرة للتحاور و التعامل مع المريض كانسان له احتياجاته، مبتعدين بذلك عن انشغالات المريض الصحية، الجسدية، النفسية و الاجتماعية... و الاهتمام بتقدير جودة حياة المريض عامة.

و في مجال السرطانات ترتكز الهيكلة العلاجية على تنظيم متعدد التخصصات و تسمح بالتعاون بين عدد من المختصين المكلفين بالاهتمام و التكفل بالمريض. و يجمع هؤلاء المختصين على أهمية القيام ببعض التعديلات و التسوية باقتراح الرعاية على مقربة من المريض و الأخذ بعين الاعتبار خصائصه الفردية و مميزاته الشخصية، احتياجاته و توقعاته، و أصبح يُهتم بمكانة المريض في اخذ القرارات المتعلقة بمساره العلاجي لإعطاء المريض جزءا من مسؤولية علاجه و اخذ الدور الايجابي فيه والتعاون بين المريض و الطاقم الطبي المعالج. و أصبح الاهتمام في ميدان الأمراض السرطانية حاليا يوجه نحو الكم و الكيف في الوقت ذاته؛ بمعنى الاهتمام بعدد الأيام التي يعيشها و كذا نوعيتها. (Dolbeault et Brédart, 2005, p.7)

فالسرطان كمرض يستدعي العديد من العلاجات "العنيفة" من علاج كيميائي، جراحة، علاج إشعاعي، علاج هرموني...) يستوجب توجيه الاهتمام لجانب الجودة أكثر من توجيهه لإبقاء المريض على قيد الحياة. (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 46).

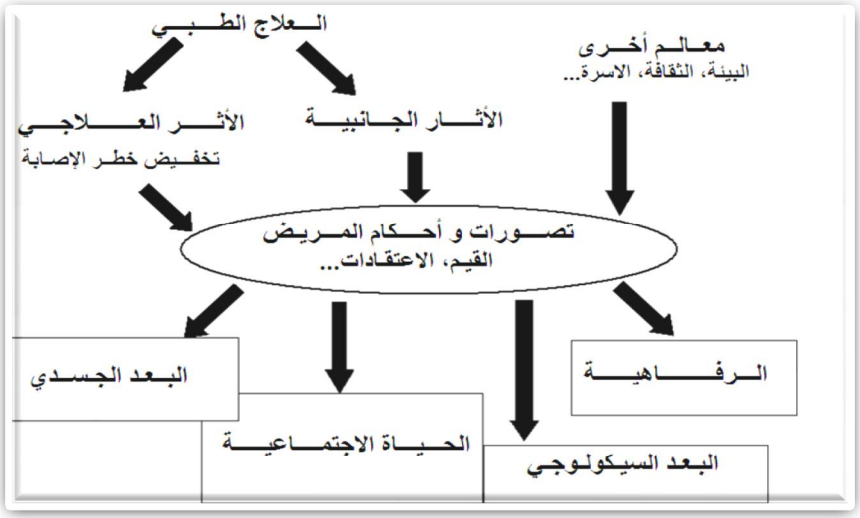
و تجدر الإشارة كما ذهب إليه (Dolbeault et Brédart, 2005) إلى أن الاهتمامات الأولى حول جودة حياة المرضى و البحوث التي أقيمت حول الموضوع انصبت بداية في مجال الأمراض السرطانية. فعندما يكون تمديد الحياة مستحيلا، فان جودة الحياة تصبح رهانا صعبا." (Bacqué, 2005, p. 3). هكذا تعبر الباحثة عن ضرورة الاهتمام بجودة حياة مرضى السرطان. و تسترسل قولها بان الاهتمام لم يعد موجها لعدد الأيام التي سيبقى المريض فيها على قيد الحياة و حسب بل بمعايير تقديره نحو ذاته، و لم يعد التقييم ينصب نحو تأثير السرطان و علاجاته على المرضى كما طالب به المختص في مجال العلاج الكيميائي الطبيب Karnofsky في 1949 ، بل الاهتمام بما يناسب المريض بإدماج مقاربة أخلاقية و الاهتمام بالقيم الإنسانية و التي أصبحت تُتناول بكثرة في ميادين البحث. (Dolbeault et Brédart, 2005, p.4)

فالمحاولات الأولى التي سعت إلى الاهتمام بجودة الحياة في مجال السرطانات تعود إلى Karnofsky et Burchenal في 1949 كما تمت الإشارة اله سابقا. حيث سعى الباحثين إلى ابتكار مقياس لتقييم تأثير السرطان و علاجاته على التوظيف الجسدي للمرضى المصابين بسرطان الرئة في أثناء خضوعهم للعلاج الكيميائي. و يتمثل في مقياس كارنوفسكي " échelle de Karnofsky KPS" و التي يقوم الطبيب المعالج بتقييمها دون الأخذ بعين الاعتبار لرأي المريض المعني، و يهتم بتقييم تأثير السرطان و علاجه على التوظيف الجسدي و درجة التبعية للمرض، فهو يهتم البعد الجسدي فقط. و يبتعد عن تعريف جودة الحياة المقدم في الوقت الحالي. (Klein, 2011, p.29). فمقياس كارنوفسكي يعرض مؤشرات تقدر بعشر درجات من 0 إلى 100، أي من عجز الاهتمام بالذات إلى القدرة على القيام بالنشاطات الاعتيادية حيث تشير النسبة 100% مثلا إلى غياب الإشارات الوظيفية أي غياب إشارات المرض، 50% إلى ضرورة تقديم مساعدة مؤقتة للمريض و العناية الطبية المعتادة، في حين تشير القيمة 0% إلى الموت. و تم بعدها و وضع تعاريف إجرائية خاصة بالمرض و تصميم أدوات خاصة لقياس جودة حياة المصابين بالسرطانات و التي لم تعد تقتصر على أضرار العلاج الخارجية لكنها وجهت خصيصا لإدراك المريض.

و يمكن اعتبار تشكيل مجموعة جودة الحياة EORTC (European Organisation for Research and Treatment) سنة 1986 كانطلاقة لتقييم جودة الحياة في مجال السرطانات، و هو ما يسمى حاليا بـ QLQ-C30، و في 1987 قام Zittoun et Schraub بإدراج جودة الحياة لأول مرة في فرنسا بمساعدة المؤسسة الفرنسية للسرطان. و في 1990 قام معهد الوطني للسرطان بالولايات المتحدة الأمريكية (NCI) National Cancer Institute بإنشاء ورشة لتحديد مكانة تقييم جودة الحياة في الدراسات الإكلينيكية للسرطانات. في 1993 بانجلترا، طالب مجلس البحوث الطبية (MRC) Medical Research Council بالتعاون مع وزارة الصحة بان تؤخذ جودة الحياة و المصاريف الصحية (اقتصاد الصحة) بعين الاعتبار في التجارب السريرية. كما ادمج وزير الصحة الفرنسي في 1995 تقييم جودة الحياة في البرامج الاستشفائية للبحوث السريرية الإكلينيكية. (Klein, 2011, p.29) .

شكل رقم (07): تحديد الميكانيزمات التي يؤثر بها العلاج على جودة الحياة

(Samier, 2006, p. 17)



و بسبب تعدد السرطانات إضافة إلى تعدد المتغيرات السوسيوديمغرافية للمرضى و كذا المتغيرات الطبية، فإن تأثير هذه المتغيرات على جودة حياة المرضى تجعل من الصعب وضع استنتاجات عامة. لذا فقد اهتم عدد من الباحثين (Le Corroller-Soriano, Bouhnik, Auquier) بجودة حياة مرضى السرطان خلال عدة مراحل بعد تعرضهم للإصابة السرطانية، جودة الحياة على المدى القصير و على المدى البعيد بعد السرطان. و هو ما لخصته (Lelorain, 2009, pp. 28,31) على النحو التالي:

1)- جودة الحياة على المدى القصير بعد السرطان: فيه 3 مراحل حسب ما تناولته دراسات Bloom في 2002، American Cancer Society و دراسة Drees في 2008. وتتمثل هذه المراحل في:

- السنة الأولى بعد تشخيص المرض"acute survival" و التي تهتم بالعلاج و تأثيراته الجانبية.
- السنة الثانية، الثالثة و الرابعة بعد التشخيص "extended survival" أين ما يزال خلل التوظيف الجسدي و النفسي حاضرا، إضافة للتخوف من احتمال انتكاس الحالة الذي يبقى واردا في هذه المرحلة.
- السنوات اللاحقة بعد ذلك "permanent survival" و التي تدعى بمرحلة تراجع المرض.

2)- جودة الحياة على المدى البعيد بعد السرطان: و تشير للمرحلة الممتدة بعد الخمس سنوات أو أكثر أن لم يحدث انتكاس لحالته الصحية، و هو ما يسمى بمرحلة الشفاء حسب ما اتفقت عليه المؤسسات الصحية الأوروبية و الأمريكية.

7- قياس جودة الحياة:

أدى تعدد المجالات التي يهتم بها مفهوم جودة الحياة المتعلقة بالصحة لمحاولة إيجاد مقاييس لضبط المفهوم في إطار محدد قدر الإمكان و تكميم تصورات المريض حول المرض و العلاج ليسهل التعامل معها. (Auquier et

إضافة للبحث عما يلاءم المريض وبالتالي العمل على تحقيق رغبات المريض، (Iordonova, 2004, p.19) ومساعدته على مواجهة مرضه بطرق وضمانات علمية، وتكفل نفسي. (Peslin, 2004, p.14) إذ يدرج الباحثان اوكوي و سيميوني أهمية تقييم جودة الحياة ضمن نقطتين أساسيتين؛ تلك الخاصة بالمريض لأجل تحسين الرضا نحو العلاج و العناية الصحية، تحسين تسيير المرض من طرف المريض، تحسين الالتزام بالعلاج، تحسين جودة العلاقة معالِج – معالَج هذا من جهة. و تلك الخاصة بالإكلينيكيين و الباحثين و أصحاب القرار لأجل مساعدتهم على التعرف على معايير الاستجابة للعلاج، مساعدتهم على اتخاذ القرارات في التطبيق العيادي و تسهيل الحوار مع المريض بخصوص مختلف الطرق العلاجية، و الاستناد إليه كمرشد لمآل النتائج المترتبة عن هذا العلاج.(Auquier et Simeoni, 2010, p.23)

و في إجابة على تساؤل سيلفان Slevin حول الجهة التي تستدعي الإجابة لقياس جودة الحياة؛ الطبيب أم المريض؟ أظهرت دراسة الباحث و جود علاقة ارتباطية ضعيفة بين القياس المنجز من طرف الأطباء حول المرضى و بين ذلك المنجز من طرف المرضى أنفسهم.(Samier, 2006, p. 14) و فيه تظهر ضرورة استجابة المريض بنفسه على المقاييس لأجل تقييم جودة حياته تقييما موضوعيا. (Candel et Dubois, 2005, p.19) و لقد قامت العديد من الدراسات للبحث عن الفروق التقيمية التي يسعى الطبيب المعالج للبحث عنها عن تلك التي يسعى المريض لتحقيقها وكذا عن تلك التي يسعى أقارب المريض التوصل إليها. فبينما يسعى الطبيب لتقييم الإشارات المرضية وأعراضية المرض، فإن أولويات تقييم المريض تتجه لما يشعر به، والسعي لتخفيف الإحساس باضطهاد المرض وعلاجه كما يدركها هو، بينما يولي الأقارب والمحيطين الأهمية الكبرى لسلوكيات وموقف المريض. (Peslin, 2004, p.14) كما يرى العديد من الباحثين (Auquier et Iordonova, 2004)، (Lelorain, 2009)، (Auquier et Simeoni, 2010) بضرورة الاهتمام بجودة الحياة حسب أراء أباء المفحوص إن كان هذا الأخير طفلا أو مراهقا.

و يتوفر حاليا 422 مقياس صادق حول جودة الحياة.(Samier, 2007, p. 18)؛ منها المقاييس العامة كمقياس SF-36 MOS : Short_Form 36 Medical Out cames Study، و مقاييس خاصة تسمح بتقصي دقيق للأبعاد المرتبطة بمرض معين، و تكون أكثر حساسية للتغيرات من المقاييس العامة. (Klein, 2011, p. 35) و يعتبر مقياس (Peds QL_{CM}) Quality of Life Pediatric scales Cancer Module

المصمم في مخابر MAPI من المقاييس الخاصة بأمراض السرطان عامة، و هو المقياس الذي تمّ اعتماده في دراستنا هذه والذي سيتم نتناوله بالتفصيل في الجانب التطبيقي.

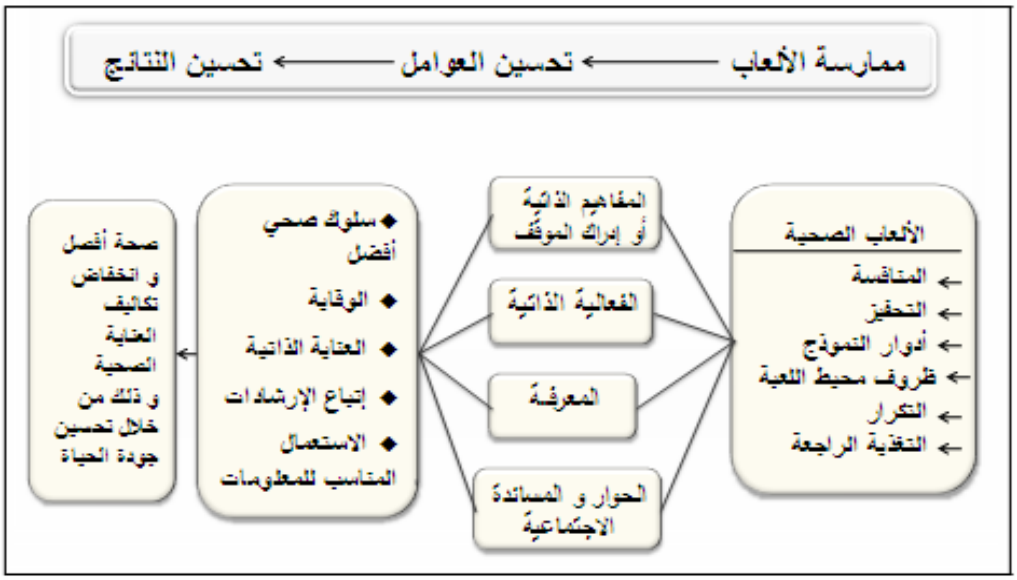
8- ألعاب فيديو الصحة في علاقتها بالشعور بالفعالية الذاتية و جودة الحياة:

يمثل هذا المخطط ارتباط للمتغيرات التي تمّ تناولها في موضوعنا في جزءه الأول، قد تمّ الاعتماد عليه من طرف المختصين في مخابر Hopelab لأجل تصميم لعبة Re-Mission

وبالاستعانة بما توصلت إليه Debra Lieberman (2002) حول فعالية العاب فيديو الصحة، حاولنا من خلال ما تم تقديمه في هذا الفصل و الفصل الخاص بالعاب الفيديو لاستيضاح بالشرح لكلّ عنصر من العناصر

المذكورة في المخطط، وهو بمثابة صورة شاملة لتوضيح مساهمة الشعور بالفعالية الذاتية و تحسين جودة الحياة في التوصل إلى السلوك الصحي السّليم و منه صحة أفضل بما تثيره ألعاب فيديو الصّحة .

شكل رقم (08) : مخطط توضيحي يبيّن كيفية تأثير ألعاب الفيديو في الصحة



9- مستويات لعبة Re-Mission في علاقتها بالشعور بالفعالية الذاتية و تحسين جودة الحياة:

كنا قد أشرنا إلى أنّه في كلّ مستوى من مستويات اللّعبة هدف ومغزى تسعى لإبلاغه للمريض، لأجل تحسين جودة حياته و شعوره بفعاليته الذاتية من خلال النصائح التي يقدمها الهولوغراف. و فيما يلي عرض مستويات اللعبة بالتسلسل الذي جاءت به.

البلد الأول:	**كاليفورنيا**	**CALIFORNIE**

❶ **المستوى الأول:** الاسم: John Davis / السن: 15 سنة / الجنس: ذكر

* التشخيص: Lymphome non-hodgkinien على مستوى الصدر ، تمّ تشخيص المرض عند جون و بدأ الأطباء معه العلاج الكيميائي و الذي أصبح يسبب له الإحساس بالغثيان و القيء .

* المهمة : تحطيم الخلايا السرطانية اللمفاوية (الكريفاوه) دون أي استثناء، فهي لها ميزة الاختفاء ثم الظهور مجددا و ميزتها أيضا الانقسام السريع .

* الهدف : مساعدة المريض على التحكم في حالة الغثيان لديه ,من خلال عملية الإسترخاء .

❷ **المستوى الثاني:** الاسم : Taylor Degrasso / السن : 17 سنة / الجنس: أنثى

* التشخيص: ورم دماغي Tumeur cérebrale (méduloblastome)

تعاني Taylor من ألام حادة في الرأس مع دوار و حالات من الذهول، تم الاستئصال الكلي للورم، و استتبع بست حصص من العلاج الإشعاعي للدماغ و النخاع الشوكي , حاليا تخضع لعلاج كيميائي أسبوعيا و أيضا دورات

من الفحص بالرنين المغناطيسي IRM و الفحص المقبل يجعل المريضة جد متوترة، و التوتر كما هو معلوم يؤدي إلى نشاط عصبي زائد .

* المهمة: البحث عن كل خلايا الورم الدماغي التي قد تكون تسللت في النخاع الشوكي و تحطيمها بسرعة لأنها تصبح صعبة البلوغ إذا تمكنت من التغلغل في نسيج النخاع.

* الهدف: على روكسي تجنب التيارات العصبية الكهربائية عند عبورها على طول النخاع الشوكي (بسبب التوتر) فهذا سيصيبها بالأذى أثناء إنجازها للمهمّة، و على روكسي تهدئة Taylor من خلال تعليمها تمارين التنفس العميق و الاسترخاء العضلي حتى تنقص من حدّة قلقها .

❸ **المستوى الثالث:** الاسم : Juan Lopez / السن 14سنة /الجنس :ذكر

*التشخيص: Leucémie myéloïde Aigue LLA ,(Artère fémorale)

مرت 3 أشهر على تشخيص المرض لدى Juan ،و هو يعاني من الحمى ،التعب ، وفقدان الوزن ، آلام في العظام و انتفاخ (تورّم) حول العينين، تراجع المرض لديه عند نهاية الدورة الثانية من العلاج الكيميائي، و لكن بعد مدّة، عاودت الحمى بالظهور بسبب نقص الكريات البيضاء في الدم، تمّ استشفاؤه وبعد استقرار الحالة رجع للبيت ليكمل علاجا بالمضادات الحيوية يتمّ تناولها عن طريق الفم.

*المهمة: إن ارتفاع درجة الحرارة راجع لتضاعف البكتريا، على روكسي استعمال كلّ المضادات الحيوية المتوفرة للقضاء على أكبر عدد من البكتيريا و عليها أيضا مراقبة الأعراض عند Juan وخاصة ارتفاع درجة الحرارة وأيضا تذكره من خلال أطراف.

الهدف: إتباع تعليمات الطبيب و تناول منتظم للدواء و عدم الانقطاع عن العلاج عندما يلاحظ تحسنا في الحالة الصحية.

❹**المستوى الرابع:** الاسم: Ryan Anderson / السن:16سنة / الجنس:ذكر

*التشخيص:Lymphome Non- Hodgkinien في الرئة اليمنى، يعاني Ryan منذ 3 أشهر من نقص في الوزن تعب زائد انتفاخ الطحال و عقد لمفاوية أدّت لظهور كتل بارزة على مستوى الصدر، خضع للعلاج الكيميائي مما سمح له بالدخول في مرحلة التراجع و لكن كثرة العلاجات الكيميائية تؤدي لانخفاض في عدد الكريات البيضاء في الدم، مما يجعل المريض عرضة للالتهابات و بسبب زيارة صديق مصاب بالزكام ، أصيب بالعدوى و ارتفعت حرارة جسمه و أصبح يعاني من التعب الزائد.

* المهمة : مراقبة Ryan و تنبيه (أطراف الاتصال) أي الطبيب المعالج عن كلّ الأعراض التي يمكن ملاحظتها و التي تدل على وجود التهابات ، و على روكسي التميّز بين أنواع البكتيريا و التعرّف على الأضرار التي تحدثها و قتلها من خلال مهاجمتها بالمضادات الحيوية .

*الهدف : تعرّف المريض عن قرب على مرضه و كل مايحيط به و يعمل على تفاقمه و التعرف على الأعراض الناتجة عن الالتهاب ،ثم ضرورة إخبار الطبيب بها و طلب النصح مع ضرورة تناول مضادات حيوية و تجنّب كلّ العوامل و كلّ ما من شأنه أن يصيبه بالبكتيريا و من ثمّ الالتهابات .

البلد الثاني : **كولورادو** **COLORADO**

❶المستوى الأول: الإسم: Jacob Meyers / السن: 16 سنة / الجنس : ذكر

*التشخيص : مرض Hodgkin (على مستوى الحوض)

بيّنت فحوصات الخزعة biopsie وجود خلايا لمفاوية وخلايا Reed –Sternberg الخاصة بمرض هودجيكن ، ولم يستجب المريض للعلاج الكيميائي مما ضاعف من عدد الخلايا اللمفاوية و أدى إلى تورّمها، وعليه فإن خضوع المريض لنوع جديد من العلاج أمر ضروري وهو عبارة عن علاج كيميائي جديد مكمّل بعلاج إشعاعي.

*المهمة : القضاء على كل الخلايا المصابة من خلال استعمال نوعين من الأسلحة، بندقية الشيميو وكذا الصواريخ والإشعاعات وإن مقاتلة الخلايا اللمفاوية في هذه المهمة صعبة فهي لا تموت بسهولة كونها طورّت مقاومة للعلاج الكيميائي الأول .

*الهدف: تعلم الصبر، والعلم أن العلاج يتطلّب وقتا حتى يأتي بنتيجة إيجابية والاستمرار في المحاولة وعدم اليأس فإنه يوجد عدة طرق ووسائل لمحاربة السرطان.

❷ المستوى الثاني: الإسم : Katie Johnson / السن :18 سنة / الجنس : أنثى

*التشخيص: (LLA) Leucémie Lymphocytique Aigue

بدأ المرض عند Katie منذ 6 أشهر، حينها كانت تعاني من تعب زائد، آلام في الساقين، إزرقاق على سطح الجلد ونزيف حاد في الأنف (رعاف) وبعد دورتين من العلاج الكيميائي، ارتفع عدد الكريات البيضاء، وعدد الصفائح الدموية ، ورغم النتائج الجيدة ، وكاحتياط قدمت لها أدوية كيميائية يتم تناولها عن طريق الفم.

* المهمة: مرافقة كاتي إلى بيتها للتمكن من متابعة الملاحظة العلاجية في البيت ، والدة Katie تقول أن ابنتها أصبحت لاتتغذى جيدا في الآونة الأخيرة وعلى روكسي مراقبة مستوى الطاقة لديها، ونصحها بالتغذية الجيدة والصحية و التأكد من متابعتها للعلاج الكيميائي عن طريق الفم.و تدّمير الخلايا السرطانية التي يمكنها الإختفاء.

* الهدف: تحريض المريض على التغذية الجيّدة و التزود بالطاقة و متابعة العلاج رغم إختفاء الأعراض.

❸ المستوى الثالث: الاسم: Jacob Meyers / السن: 16 سنة / الجنس: ذكر .

* حالةJacob تمّ التطرق إليها من قبل، و هي حالة تعرضت للإنتكاس بعد 3 أشهر من تراجع المرض لديه وفي هذه المرة عمد الأطباء لعلاجه بالعلاج الكيميائي المكثّف زائد علاج إنعاشي بالخلايا الأم.

*المهمة: تعتبر من أصعب المهام، فالسرطان قد يتمكّن من جاكوب لذا يستلزم خطة جديدة ، فهو جد ضعيف ولا يأكل أي شيء تقريبا، لذا على روكسي إقناعه بالأكل و التزود بالطاقة حتى يتمكن من مواجهة الكميات المعتبرة من العلاج الكيميائي.

* الهدف: عدم الإستسلام و متابعة العلاج مهما تعقّدت الأعراض .

البلد الثالث: **تكساس** **Texas**

❶ **المستوى الأول :** الإسم : Ian Washington / السن: 15 سنة / الجنس: ذكر .

*التشخيص: Sarcome d'Ewing (نوع من أنواع سرطان العظام)

أصيب أيان بهذا المرض منذ 4 أشهر وهو يعاني من آلام في الذراع الأيمن ، تختفي لتظهر مجدّدا و قد أكّدت فحوصات البيوبسي و الصور الإشعاعية التشخيص ، و بعد دورة من العلاج الكيميائي ظهرت عنده انتانات فمية و مخاطية ملتهبة جدّ حادة .

* المهمة: علاج الحلق المصاب بالالتهابات بسبب العلاج الكيميائي، في العادة تلتئم الالتهابات بصورة سريعة و لكن تناول العلاج الكيميائي يبطئ من التئامها .كما أنّ عدم اتباع قواعد النظافة اليومية للفم، يزيد من الالتهابات و التقرّحات المصحوبة بالآلام الحادة ، و لكي تتمّ المهمة بنجاح يجب أن يكون هناك تعاون بين روكسي و أيان فهذا الأخير عليه الاهتمام بنظافة فمه و على روكسي أن تساعده في استهداف التقرحات بمضادات حيوية لمساعدة التئام الجراح بمسكنات للألم .

*الهدف: تناول مسكنات الألم التي تستهدف التقرحات الفمية و الالتهابات البكتيرية و قبل ذلك إتباع قواعد النظافة و إستعمال فرشاة للأسنان طرية و تناول مأكولات رطبة حتى لا تخدش التقرحات.

❷ **المستوى الثاني:** الاسم: José Rodrigues / السن: 13 سنة / الجنس: ذكر.

*التشخيص: Hodgkin مرض الهدجكين

بعض ظهور الكتل بسبب العقد اللمفاوية توجّه José للطبيب، تمّ تشخيص مرضه منذ 3 أسابيع و هو يعاني من تعرق شديد في الليل، حمى و فقدان معتبر للوزن .

تسبّب العلاج الكيميائي لديه في إمساك شديد و José يتجاهل هذه الوضعية المزعجة له رغم تعليمات الطبيب حوّل استعمال المليّنات وشرب السوائل.

* المهمة: على روكسي تحديد مصدر الحمى ، فقد يكون الإمساك السبب الرئيسي لذلك ، و تطور الحالة يؤدي إلى تقرحات تصيب القولون بسبب البكتيريا كما أن كتل البراز الصلبة و الملتصقة بجدار المعي الغليظ يمكن أن تسبّب تمزقا في هذه الأغشية ما يؤدي للالتهابات الدموية، وعلى روكسي استعمال المليّنات و المضادات الحيوية لمنع البكتيريا من اختراق الجدار لتتسرب في الدم.

*الهدف: أخذ الاحتياطات اللاّزمة لتجنب الإمساك من تناول لأكل غني بالألياف، و تناول الكثير من السوائل و استعمال المليّنات عند الإمساك، كذا التنبه لأخطار الإمساك و بالتالي عدم تجاهل الوضعية ،كما تقدم روكسي بعض التعليمات للمريض للقيام ببعض التمارين الرياضية ما يجنّبه أخطار الإمساك.

❸**المستوى الثالث:** الاسم: Alisson Pryor / السن: 17 سنة / الجنس: أنثى .

* التشخيص: Leucémie Lymphoycetique Aigue (artère basilaire) تمّ تشخيص المرض لديها قبل عامين، تراجع المرض 3 أشهر بعد بداية العلاج أخر مرة تقدّمت للعلاج كان منذ 6 أشهر، و قد أظهرت فحوصات الدّم حاليا عودة الليكيميا، ما اضطرها لإعادة العلاج الكيميائي ،و قد أدى ذلك إلى حمى شديدة بسبب نقص في عدد الكريات البيضاء ، و هذا ما تسبب في التهاب دموي ، و بعد مدة استشفائية تحسنت حالتها رجعت للبيت على أن تتبّع علاجا بمضادات حيوية عن طريق الحقن.

* المهمة: الحقنة تجعل Alisson جدّ متوترة ، و على روكسي تذكيرها بأخذ الدواء و من ثم مساعدتها على التغلب على الالتهاب الدموي الذي أصابها و أيضا قتل و تدمير الخلايا المصابة ، و لكن في هذه المهمة المزدوجة يجب التركيز على علاج الالتهاب أولا.

* الهدف: إنهاء العلاج الموصوف و عدم توقيفه لمجرد اختفاء الحمى ، فالالتهابات يمكنها الاختفاء ثم معاودة الظهور و الظهور بقوة .

❹ **المستوى الرابع:** الإسم: Steven Donovon / السن: 18 سنة / الجنس: ذكر.

*التشخيص: Ostéosarcome سرطان العظام على مستوى الرجل اليمنى. منذ 7 أشهر ظهرت كتلة على مستوى فخذ Steven تم تشخيصها في ما بعد على أنها سرطان العظم تلقى العديد من العلاجات الكيميائية ، تمّ استئصال الورم لديه ، لكنه يجد الآن صعوبة في الحفاظ على التوازن بين مجموع العلاجات المكثّفة، فهو غالبا ما يتجاهل تناول الدواء ، و حتى الذهاب إلى المستشفى في المواعيد المحددة لأجل المراجعة الطبية ، و لأنه في مرحلة من العمر لا يمكن لوالديه إرغامه على تناول دوائه أو حتى مراقبته باستمرار، فلقد تدهورت حالته الصحية ما أدى لحالة انتكاسية عاود السرطان الظهور ثانية وهو الآن يستلّزم علاجا أكثر تركيزا.

*المهمة: على روكسي أن تتوغل داخل النسيج العظمي و تحطيم كل الخلايا السرطانية ، تفعيل Steven و تحريضه على تناول علاجه .

*الهدف: التحسيس بروح المسؤولية و التكفل بحالته الصحية و أيضا أن يكون فعالا و إيجابيا نحو مرضه مع وجوب إتباع التعليمات و التقدم للعيادة الطبية كما هو مسطّر.

البلد الرابع:	**أليينوا** **Illinois**

❶ **المستوى الأول:** الاسم: Tory Rigetti / السن: 16 سنة / الجنس: أنثى.

*التشخيص:(Leucémie Myéloïde Aigue (LMA على مستوى الشريان العضدي ، تلقت Tory تشخيص المرض لديها منذ 8 أشهر، و لأنه لا يوجد متبرعا بنخاع عظم يتوافق مع نخاعها العظمي ضمن أفراد عائلتها، فقد اقتصر العلاج معها بإتباع علاج كيميائي لعدة أشهر ، و لكن فحص روتيني لنخاع العظم بعد شهرين من توقف العلاج أظهر عودة اللكيميا وكان من حسن حظها وجود شخص في سجل المتطوعين بالنخاع ينسجم مع نخاع Tory، وقريبا ستتّم عملية الزرع.

*المهمة: بسبب وجود خلايا LMA في الدم والتي تسربت من مخ العظم وأيضا لكون Tory جدّ متوترة فإن ذلك أدى لزيادة الضغط الدموي وبالتالي سرعة جريان الدم في الشرايين وهذا ما يصعّب من مهمة روكسي التي تحاول إيصال الدواء الكيميائي والعلاج الخاص لقتل الخلايا المصابة، وعلى روكسي إفهام Tory أن الاسترخاء سيساعدها في تنشيط الشعيرات الدموية وتوسعها لإنقاص الضغط الشرياني.

* الهدف: الاسترخاء في حالات التوتر حتى يعطي العلاج الكيميائي مفعوله، لتفهم المريضة أن التوتر و القلق يقضي على العلاج ولا يعطيه الوقت الكافي للسريان الصحيح عبّر الدم وبالتالي نجاح العلاج.

❷ **المستوى الثاني:** الاسم: Sacha Nadinski / السن 15 سنة /الجنس أنثى

* التشخيص: Lymphome Non-Hodgkinien

بسبب عدم تناول الأدوية المليّنة للبراز،أصيبت Sasha بإمساك مزمن ولأنها لا تكلم الطبيب المعالج عن الأعراض بسبب خجلها، أدى ذلك لتأزم حالة الإمساك لديها ما تسبب في خرق جدار الأمعاء بسبب الكتل الصلبة من البراز، وهو ما مكّن البكتيريا من التسرب داخل الدم، وهي الآن تعاني من حمى شديدة وأعراض أخرى مخيفة، كما تعاني من انخفاض في ضغط الدم، تعب وإرهاق بسبب الإنتانات و الخمج.

* المهمة: على روكسي قتل أكبر عدد ممكن من البكتيريا حتى لا تتسرب جميعها داخل الدّم مما يزيد من تعقد الأمور، وعليها أيضا تحطيم كتل الفضلات الصلبة من خلال رميها بمليئات البراز، و توصل في الوقت المناسب المضادات الحيوية اللازمة وهذا بعد استلامها، حيث تستعجل Sacha بأخذ الحقن الضموريدية (intraveineuse) اللاّزمة لأجل تخفيض درجة حرارة الجسم والقضاء على الالتهابات.

* الهدف: ضرورة التحدث مع الفريق الطبي حول كلّ عرض يظهر عند المريض، واستعجال الاهتمام بالحالات الصحية قبل تفاقم الأعراض.

❸ **المستوى الثالث:** الاسم: Trish Knight / السن: 17 سنة / الجنس:أنثى.

* التشخيص: Ostéosarcome (سرطان العظم).

شخص المرض منذ شهرين ، حيث لاحظت Trish انتفاخا على مستوى الركبة في رّجلها اليسرى، و أدى العلاج الكيميائي لديها إلى ظهور العديد من الأعراض الجانبية كالقيء و التهابات المخاط التي امتدت إلى داخل المعدة مرورا بالبلعوم و المريء.

*المهمة: على روكسي إقناع Trish بغسل فمها ومضمضته بمحاليل صيدلانية بدون كحول.

ولأن المواد التي يتقيأها الفرد تكون مرتفعة الحموضة (بسبب العصارة المعدية) فإن ذلك يزيد من حدة الالتهابات المخاطية ممّا يبطئ عملية الشفاء ، وعلى روكسي مراقبة حالة الغثيان أولا قبل مهاجمة الالتهابات و الجروح التي سببتها. وتتمثل مهمتها في إقناع المريضة بغسل فمها باستمرار و انتظام للتخلّص من الالتهابات البكتيرية وأيضا وضع المراهم المسكنة للألم على التقرحات التي سببتها الالتهابات والابتعاد عن المأكولات الصلبة التي من شأنها خدش المسالك الهضمية.

*الهدف: تناول أكل رطب و كذا تناول البسكويت أو مواد من شأنها إنقاص درجة الحموضة في المعدة و بالتالي تخفيض الإحساس بالغثيان، أي تعليم المريض تقنيات التحكم في الغثيان.

❹ **المستوى الرابع :** الاسم: Melony Jones / السن:15 سنة / الجنس:أنثى.

*التشخيص: Ostéosarcome

تمّ استئصال الورم لديها و استتبع ذلك بـ 12 حصة من العلاج الكيميائي، وهي الآن في فترة نقاهة في المستشفى، تعاني من آلام حادّة بسبب الجراحة، وقد وصف الطبيب لها مسكنات للألم مع علاج فيزيائي.

*المهمة: التجول داخل العظم لتدمير الخلايا السرطانية أو أية مستعمرات سرطانية تطورت، إقناع Melony بضرورة تناول مسكنات الألم لتتمكن من القيام بالعلاج الفيزيائي و تمارين إعادة التأهيل.

*الهدف: أهمية إتباع العلاج الدوائي و تكامله مع العلاج الفيزيائي و تمارين إعادة التأهيل اللاّزمة.

البلد الخامس: **جورجيا** **GEORGIE**

❶

المستوى الأول: الاسم: Rajad Sulkar / السن:14سنة / الجنس: ذكر

*التشخيص:Hodgkin (أمام الحوض) رغم الحصول على 4 دورات من العلاج الكيميائي إلا أن الأعراض لم تتراجع وهذا ما يستلزم علاجا إشعاعيا مكمّلا و ذلك يسبب لـ Rajad توترا.

*المهمة: مهمة Roxxi تهدئة Rajad للتحرك بسهولة داخل الأنسجة و بالتالي القضاء على الخلايا اللمفاوية وبالخصوص خلايا Reed. Sternberg المميزة لمرض Hodgkin.

* الهدف: القيام بالاسترخاء لأجل فعالية العلاج و تعليم المريض هذه التقنية من خلال إعطاء التعليمة الخاصة بذلك، مع تشجيعه لقضاء الأوقات الممتعة من خلال استدعاء صديق أو القيام بنشاطات ترفيهية و بالتالي الابتعاد عن التفكير السلبي و المستمر في عواقب المرض و التّركيز الزائد على الأعراض.

❷ **المستوى الثاني:** الاسم: Darren King / السن: 16 سنة / الجنس: ذكر

*التشخيص: (LLA) Leucémie lymphoblastique Aigue

تلقى Darren تشخيصه منذ أيام قليلة و هو يعاني الآن من تعب زائد وفقدان وزن معتبر، حمى، آلام على مستوى عظام الحوض و ازرقاق في مناطق مختلفة من الجسم. سيقدّم له علاجه الكيميائي لأوّل مرّة، لكنه مازال يعاني من التعب الشّديد ونقص في الطاقة، ما يعود سلبا على المريض.

*المهمة: تزويد Darren بالطاقة قبل البدء بالعلاج الكيميائي وذلك من خلال تشجيعه على الأكل و التغذية السليمة و بالتالي التعويض عن كل نقص ينجم عن العلاج الكيميائي، و على روكسي لمحاربة الخلايا السرطانية و تركيز الاهتمام على تجميع الطاقة أولا لأن ما يتوفر لديها غير كاف لإتمام المهمة.

*الهدف: الوعي بأنّ التغذية الجيدة و الصّحية كفيلة بإعطاء الطاقة و التغلب على الخلايا السرطانية و أن قلة الأكل تحرّض الخلايا السرطانية على الانقسام والتي تقوم بمحاصرة الجهاز المناعي فتمنعه من القيام بعمله.

❸ **المستوى الثالث:** الاسم: Mark Yin / السّن: 17سنة /الجنس: ذكر

*التشخيص: Ostéosarcome

تمّ استئصال الورم من عظم الرّجل اليمنى لـ Mark ، و هو الآن في فترة نقاهة بالمستشفى، وقد لاحظ الأطباء وجود انتفاخ و احمرار على مستوى منطقة العملية الجراحية و يدل ذلك على وجود التهابات حادّة على مستوى العظم أو الأنسجة المحيطة

* المهمة: تذكير Mark بتناول المضادات الحيوية لمحاصرة الالتهاب و كذا مراقبة درجة حرارة جسمه .

*الهدف: إعطاء الأهمية للأدوية، و تناولها بانتظام

❹ **المستوى الرابع:** الاسم: Peter Smith / السن: 16 سنة / الجنس: ذكر.

*التشخيص: Tumeur Cérébrale ورم دماغي على مستوى المخيخ امتدّ إلى النخاع الشوكي و هو الآن يخضع لعلاج إشعاعي لتوقيف تنقّل السرطان.

يعاني من نوبات اختلاجية، تمّ التحكم فيها في بداية الأمر من خلال تناول الدواء المضاد للصرع و لأن هذا الدواء يكون متبوعا بأعراض جانبية مزعجة فقد توقف Peter عن تناوله ، فتضاعفت على إثر ذلك حدة و شدّة النوبات الصرعية.

*المهمة: على روكسي إقناع Peter تناول الدواء المضاد للصرع بانتظام لتقليل عدد التشنجات التي من شأنها أن تبطئ عمل روكسي و كذا مهاجمة الخلايا المصابة السرطانية المنتشرة في المخيخ و النخاع من خلال استهداف الخلايا المصابة بدقة ، دون أن إلحاق الضرر بالخلايا المجاورة السليمة، فتخريبها يؤدي لتوقف بعض الوظائف المرتبطة بالأعصاب المحيطة.

*الهدف: استعلام المريض بوجود تقنيات علاجية جديدة تستهدف الخلايا المصابة دون غيرها من الخلايا السليمة وعدم التخوّف من عواقب العلاجات، ما قد يشكّل فوبيا العلاج وبالتالي عدم فعالية العلاج، و إدراك المريض بوجود اهتمامات وتقدّم حاصل في علاج السرطانات في كلّ الميادين، و عدم الاستسلام و فقدان الأمل لمحاربة المرض.

البلد السادس: نيويورك NEW YORK

❶ **المستوى الأول:** الاسم: Jennifer Dolan /السّن:17 سنة / الجنس:أنثى

*التشخيص: Lymphome Non hodgkinien

رغم تعدد دورات العلاجي الكيميائي المرفق بالعلاج الإشعاعي إلا أن المرض لا يتراجع في حالة Jennifer، و في محاولة جديدة وافقت المريضة المشاركة في تجريب علاج مبتكر، و هو عبارة عن لقاح ضد السرطان. و لكي يتمكّن الباحثون من استخراج اللّقاح فإنه يستوجب أخذ عينة من الخلايا المصابة لديها و الذي سيكون قاعدة لتركيب اللّقاح الجديد في المختبرات .

* المهمة: على روكسي أخذ عينة من الخلايا اللمفاوية ، إستعمال Chimiokine لأجل توجيه الكريات البيضاء نحو العقد المصابة ليتمّ مهاجمتها (فيه إقناع للجهاز المناعي لمهاجمة الخلايا السرطانية بالتعاون مع الخلايا T) لأنّ المشكلة الأساسية في الأمراض السرطانية أنّ الكريات البيضاء لا تتعرّف على الخلايا السرطانية كخلايا دخيلة لذلك فهي لا تهاجمها

* الهدف :معرفة أن هناك تطور مستمر في الميدان الطبي للبحث عن علاجات ناجحة و أن هناك مجهودات تبذل للتغلب على المرض و أنّ المريض ليس وحيدا في معركته ضدّ السرطان و أن الأمل يجب أن يبقى قائما.

خلاصة الفصل:

يشير التسيير الذاتي للمرض في المجال الطبي إلى تدريب المهارات لدى المرضى و تعليمهم كيفية رعاية أنفسهم و اتخاذ قراراتهم السليمة نحو صحتهم و القيام بالسلوكات الصحية الجيدة بأنفسهم لأجل تحسين النتائج

الإكلينيكية و تقليص تعقيدات المرض. و يعتبر Bandura أن نظام اعتقاد الفرد حول شعوره بفعاليته الذاتية هو أساس تحفيزه، رفاهيته و انجازاته.

وقد تم التطرق في هذا الفصل إلى أهم الجوانب النظرية للفعالية الذاتية، بالبحث في تأثيرها على الفرد، و العوامل المؤثرة فيها، كما تم التفصيل في العلاقة بين الفعالية الذاتية و الصحة، و حاولنا إيضاح أهمية ذلك في الالتزام بالممارسة الصحية الايجابية من خلال كونها آلية نفسية فعالة يتعدى تأثيرها الممارسات السلوكية إلى الآثار البيولوجية، تصل لتقوية الجهاز المناعي حسب Bandura.

و يعتبر الاهتمام بفعالية مريض السرطان الذاتية بالأخذ بعين الاعتبار اعتقاداته و تصوراته حول المرض، مآله و علاجه من الضروريات التي لا غنى عنها لأجل تحسين جودة حياته التي تعتمد على الحكم الذي يحمله الفرد عن نفسه، يستند للحالة العقلية، النفسية والجسدية للفرد وليس فقط الاهتمام بالحالة الصحية وغياب المرض العضوي. و تعتبر دراسة جودة الحياة في الطب طريقة لتقييم الطريقة التي يحيا بها المريض مرضه يوميا. و تجدر الإشارة إلى أن الاهتمامات الأولى حول جودة حياة المرضى و البحوث التي أقيمت حول الموضوع انصبت بداية في مجال الأمراض السرطانية، فالسرطان كمرض يستدعي العديد من العلاجات "العنيفة" من علاج كيميائي، جراحة، علاج إشعاعي، هرموني... يستوجب توجيه الاهتمام لجانب الجودة أكثر من توجيهه لإبقاء المريض على قيد الحياة.

و نشير في الأخير إلى ما أكد عليه الباحثون حول أهمية الاستعانة بالطرق التفاعلية و العاب الفيديو التي تساهم في التسيير الذاتي الحسن للمرض، و هو ما سعينا إلى الإشارة إليه من خلال إبراز علاقة مستويات العاب فيديو الصحة عامة و لعبة Re-Mission خاصة بالشعور بالفعالية الذاتية و تحسين جودة الحياة.

فالحياة تكون ذات جودة عندما يكون للحياة معنى يرغب المريض بالتحدي لأجل عيشها و ذلك من خلال شعوره بفعاليته الذاتية، لا يهتم بعدد أيام حياته و لكن بالكيفية التي يعيشها، يتذوق معنى الحياة ليمر المريض من مرحلة كونه يبحث عن "البقاء على قيد الحياة" إلى أن "يعيش الحياة" على حد تعبير De Kernier (2010) أو كما يعبر عنها Marty (1998) بصد نزوة الموت و إحياء نزوة الحياة في قلب نزوة الموت باستعادة نزوة الحياة سيطرتها و سيادتها، مشيرا بذلك لإنعاش التوظيف لعقلي.

الفصل الرابع
التوظيف العقلي
في التنظيمة السيكوسوماتية

تمهيد:

شغل موضوع التوظيف العقلي للفرد على مرّ السنين اهتمام العديد من الباحثين و أثار الكثير من الجدل في مجال العلوم الإنسانية. و عادة ما يتم استعمال مفهوم التوظيف العقلي في المجال النفسي في العديد من التناولات النظرية لأجل العديد من الدلالات تختلف باختلاف التوجهات.

فما هو العقل؟ هل النفس هي العقل؟ و هل يمكن اختصار العقل في التفكير و العمليات المعرفية؟ هذه الأسئلة و أسئلة أخرى نحاول الإجابة عليها في عرضنا هذا لأجل حصر المفهوم و إبراز مقصودنا من التوظيف العقلي في هذه الدراسة، مكوناته و حركيته، إضافة إلى تحديد ابعاده و خصوصية هذا التوظيف لدى المريض السيكوسوماتي مع عرض خصوصية عناصر التكفل النفسي في الحقل السيكوسوماتي لأجل تحقيق انعاش التوظيف العقلي للمريض.

1- مفاهيم حول التوظيف العقلي:

1-1- بين العقل و النفس:

يشير مفهوم العقل حسب معجم علم النفس إلى وظائف تنظيم التسجيل و التحضير للحاء الدماغي أو إلى النشاط الشعوري بذاته، فالعقل من الكلمة اللاتينية de mens, mentalis يشير لمبدأ اللامادي، أي الموضوع غير الجسدي و المعارض للموضوع الجسدي، حيث يقصد بالعقل الإنساني "esprit humaine" مجموع الأفكار و المعارف و أحاسيس الإنسان. (Pongy et Babeau,2003, p.121) .

و يوضح Pongy et Babeau أنه لا يمكن التمييز صراحة بين مفهومي العقل و النفس، فالنفس المشتقة من اليونانية âme, psukhé تشير لمبدأ وجود الفكر و الأحاسيس في مقابل الجسد. و منه تعرف النفس بوصفها كمجموع الخواص النفسية للفرد و يتم نعتها بما يماثل و يطابق العقل و بما يشير للشعور، كما يعرف العقل بوصفه كعناصر عقلانية فكرية و يتم نعته كمتصل بالعقل و بالفهم و الإدراك، حيث يشير المرض العقلي لتلف في الوظائف النفسية. و منه فأن العقل يمتزج بالنفس و يختلط بها و يعرف احدهما عن طريق الأخر. و في استعارتهما شبّه الباحثين المفهومين بالثعبان الذي يعض على ذنبه. ومنه فإن العقل يسند له جانب الفكر الذي يصف قطب التمثيلات النفسية. . (Pongy et Babeau,2003, p.121)

1-2- بين التفكير و التوظيف العقلي:

في توضيح للفرق بين التفكير و التوظيف العقلي، ترى Schmid- Kitsikis أن تعريف التفكير يبعث لكل ما يمس الشعور و إلى كل ظاهرة نفسية واعية و كل مؤهل موضوعه المعرفة. ففي معناه الضيق يرتبط التفكير بالمجال المعرفي، أما في معناه الواسع فيرتبط بكل ما هو نفسي شعوري، و فيه يظهر موقف التركيز. و ترى الباحثة انه يمكن التمييز بين نوعين من التفكير: تفكير خاص تفردي و المتعلق بالرغبات و الحاجات العاطفية و العناصر المكبوتة في اللاشعور و التي يمكنها إعادة الظهور على شكل إرصانات رمزية، و التفكير الحذر الموجه نحو التكيف و الجتمعة التابع لحكم المنطق. و يتم تعريف التفكير أيضا من خلال الإنتاج الواعي أو الذي أصبح واعيا كالاستدلالات و البرهنة، الأحكام و الاقتراحات المنطقية، الصور العقلية، الذكريات، الهوامات و الخيالات الخاضعة للعمليات الثانوية. فهو ناتج لإجراء من التصور أو التمثيل الواعي. و بالتركيز على أعمال Bion و Freud،

استوحى Green (1973) أفكاره و افترض وجود تفكير لاشعوري يدعوه بالتفكير غير المُفكر فيه "La pensée non pensée" مشيرا في ذلك إلى الأحلام، الهوامات و زلات اللسان... فالسيرورات الأولية حسب رأيه عبارة عن تفكير، وأن تفكير السيرورات الثانوية- المعهود و المتعارف عليه- هو استجابة للتفكير الخاص بالسيرورات الأولية. (Schmid-Kitsikis, 1995, p.41) للقول بأن التفكير الخاضع للعمليات الثانوية ترتكز على اللاشعور و التي ينطلق اساسها من التفكير اللا شعوري.

لتخلص Schmid -Kitsikis إلى أن مفهوم "العقلي" يشير إلى معنى أوسع من مفهوم التفكير كونه يستلزم خاصية السيرورة المتزامنة و المتعاقبة للنشاط الدماغي و النزوي و التي تصل إلى أشكال من الارصان المكونة من تداخل التمثيلات و الترميز و كذا علاقة الفرد بالمواضيع." (Schmid-Kitsikis, 1995, p.43)

1-3- بين التوظيف العقلي و التوظيف الدماغي:

في بداية أعماله حول الهستيريا في 1895 كان فرويد قد أشار في أثناء شرحه للظواهر النفسية الذي قدمه للأطباء المختصين في الأعصاب من خلال "مشروع علم النفس العلمي" إلى ان سبب ظهور الهستيريا يرجع لاختلاف توزيع كمية الإثارات على مستوى النظام العصبي، و في تحليله لعصاب القلق بعد ذلك، اعتبر بأن نشاط النظام العصبي لمعالجة كميات الإثارة هو ما يسير الحياة العاطفية للحفاظ على ثبات مستوى الإثارات داخليا حينما تعمل الأحداث المثيرة و الناتجة من العالم الخارجي (الإثارات المدركة) و من العالم الداخلي (الحاجات) على تناميها و زيادتها. فيصبح للنظام العصبي إذا حسب فرويد إمكانية تفريغ التوترات الزائدة في السلوك و في الجسد على شكل ظواهر تحويلية، و لكن أيضا في ارتباط التداعيات بين التمثيلات و الآثار الذاكرتية لمختلف المعاشات السابقة، و هذا النموذج السابق من الهيجان و تفريغ التوترات هو ما ينظم سجل "العقلنة" كي تتولد عنه الرغبة. و عليه فإن التفريغ يحدث بكيفيتين: فإما أن تتسرب الإثارات دون منع و دون أي حاجز في حقل التمثيلات و يستثمر جزء منها بطريقة شاملة و يتشكل عنها الهلوسة، أو تحتبس ليتم تصريفها بكميات صغيرة في مخارج مختلفة و يتشكل عنها الفكر[...] و عليه فإن فرويد قد ادرج اكتشافه للعمليات النفسية الأولية و الثانوية ضمن مفهوم بيولوجي، إلا انه لابد من الإشارة إلى أنه لا يسوي حين يقترب إلى أقصى الدرجات من النموذج البيولوجي ما بين «الوظائف» الأولية و الثانوية للمتعضي و بين «العمليات» الأولية و الثانوية التي يجعل منها أسلوبين في النشاط الوظيفي للنفس حيث أسند فيما بعد العمليات الأولية للاشعور و العمليات الثانوية لما قبل الشعور.

و على غرار ما جاء به فرويد حول الجهاز النفسي، حاول Changeux توضيح بناء و نشاط هذا الأخير في جزء منه عن طريق النظريات الحديثة لتوظيف النظام العصبي و النظم العامة دون أن تؤثر نظرته على التأويل التحليلي، حيث استند لتوضيح تشكل المواضيع العقلية بتفسير النشاط الواسع و المتجانس بين عدد من العصبونات الموزعة بين مختلف الباحات الدماغية المحددة من خلال ميكانيزمات خلوية في ارتباطها بالتمثيلات الموجودة في كل ما يحيط بالفرد. ليشير الباحثين من هذه الزاوية إلى النشاط الفيزيولوجي و الإدراكات و الى المكتسبات التي أصبحت ذكريات، استحضار الترابط و تشكيل الخيال و الاستدلالات مستثنيا في ذلك الوظائف الحسية الحركية و الوظائف العاطفية الموجهة لسلوكات الفرد. .(De cerf, 1992, p.10)

و قد صرح Zarifian (2010) بوجود توظيف نفسي و توظيف دماغي، و في ذلك يقول "بأنهما شيئان لا يمكنني معرفة الروابط الموجودة بينهما و يثير لدي بعض نقاط الاستفهام؛ فأنا أدرك جيدا أن هناك علاقة بين الاثنين، و لا يمكن لأحد أن يُقَوِلني العكس، و لكن لا يسعني حاليا توضيح نوع العلاقة التي تربطهما."

و سنكتفي في دراستنا هذه للبحث عن وجود هذه العلاقة دون البحث في سيرورة هذا ال التوظيف كونه لا يعتبر موضوع دراستنا، كما أنه يستدعي تداخل العديد من التخصصات في العديد من المجالات النفسية و العصبية منها لتناوله بالبحث المعمق.

1-4- النشاط العقلي و التوظيف العقلي:

يهتم النشاط العقلي بمعالجة المعلومات و النشاطات المعرفية، حيث يمكن الاستدلال عليه من خلال السلوكات و التعبيرات و يتظاهر بنماذج معالجة المعلومات. فالنشاط العقلي كجزء من النشاطات المعرفية يفوق معالجة المعلومات الحسية المحيطية منها أو اللغوية فهي تسبق البرمجة الحركية، التنفيذ و التحكم في الحركات. و عليه فإن النشاط العقلي يمكن تعريفه من خلال طبيعة المعلومات التي يستند إليها و طبيعة المعلومات أو الأحكام التي ينتجها.(Richard, 1995, pp: 8,10) فالنتائج التي يستثار بها النشاط العقلي هو نتيجة المعالجة الحسية بالتعرف على الأشياء و خواصها و على الحركات و تتابع المعلومات، و هو ما يشكل أساس إدراك الأحداث. و تتمثل نتائج النشاط العقلي في نموذجين، الأول ذو منفذ خارجي من خلال ما يستتبع من سلوكات مباشرة: أي تقرير الفعل و التصرف. و الثاني يتجه إلى الداخل و تبقى في النظام المعرفي و التي تكون بمثابة معلومات محفوظة بالذاكرة تعمل على إثراءه و تدعيمه. فالنشاط العقلي مكون من المعالجة المتصلة و يعمل على دمج معلومات من طبيعة مختلفة كالمعلومات حول الوضعية، المعارف العلائقية و الإجرائية و معلومات حول المهمة. و عليه فان النشاط العقلي جد حساس لتأثير المحتوى؛ ليس فقط المحتوى الإدراكي و اللغوي و لكن أيضا سياق المدلولات و كذا سياق الوضعية و المهمة. فهذه النشاطات العقلية تكون في البداية شعورية و تتم بطريقة آلية أوتوماتيكية ثمّ تدمج لتصبح ذات فعالية. (Richard, 1995, pp: 8,10)

أما التوظيف العقلي، فينطلق من التوظيف النفسي الذي يتظمنه، هذا الأخير الذي يشمل إضافة إلى التوظيف العقلي؛ تنظيم الشخصية من صورة للجسد و تمثيل للذات، العلاقات مع الموضوع، نوعية القلق و حدته إضافة لنوعية الميكانيزمات الدفاعية المستعملة.

و قد قام الباحثون بدراسة سيرورات التوظيف العقلي و تحليله بالبحث المعمق عن الإثارات و التمثيلات ابتداء من فرويد الذي سعى لفهمها من خلال الحلم و ما يحققه من رغبات، و مرورا بيونع إلى ما يدعوه بالتمثيلات اللاواعية، ثمّ لاكان الذي قام من خلال حديثه عن مرحلة المرآة بتحليل دور الصورة الناتجة عن الوظيفة الإدراكية في تطوير التوظيف النفسي وصولا لبناء البعد الخيالي فالرمزي، كما سعى سبيتز للكشف عن نشاط السيرورات النفسية لأجل التعرف على أمجية الأم من خلال دور الإدراك و الذاكرة في بناء الإرصانات الأولية للمعيش العاطفي. و لا يمكننا في هذا المضمار تجاهل مجهودات Bion حول الأبحاث المجرات عن السيرورات النفسية و ما ينتج عنه من تمثيلات تحمل أثار التجربة الانفعالية سواء كانت تنتمي للعناصر الأولية *béta* أو لعناصر *Alpha* .

أما في المجال السيكوسوماتي فنجد Fain (1981) الذي سعى لتحليل الشروط الاقتصادية التي تعمل على تحويل الحركات النفسية و ما يرتبط بها من معاني إلى تمثيلات، حيث ينتج فشل التمثيلات من فيض الإثارة التي تتجاوزها و ينجر عن هذا الفشل تدخل غرائز الموت التي تعمل على إطفاء الإثارات المؤلمة و كذا النشاط النفسي ككل. (Decerf, 2002, pp.12,15) و هو ما أشار إليه Marty حول توليد توظيف عقلي مميّز لدى الفرد السيكوسوماتي.

2- فما هو التوظيف العقلي؟ و ما المقصود منه

يشير التوظيف العقلي حسب Pongy et Babeau (2003) لمجموع السيرورات و العمليات النفسية من أجل حل الصراع أو التأقلم معه، يخضع للعديد من الأسس التي تفسر في إطار اقتصادي و دينامي. و يعتمد على طبيعة الاستثارات الطاقوية كشرط مسبق و مبدأ التعقيل و الارصان النفسي في القيام بعمله. حيث يعتبر مفهوم غريزة الحياة و الموت كمصدر لهذه الطاقة المشكلة للإثارة، فهي تساهم في تطور و تنظيم الوظائف السيكوسوماتية المشكلة من الإثارات التي تتنقل عبر الجسد و النفس، وهو ما أشار إليه فرويد حول الإثارة النفسية و الإثارة على مستوى الدعامة العصبية أين يشكل الجسد مرساة لها. فالإثارة إذا على غرار ما ذهب إليه فرويد في بداية أعماله و مارتي و أيضا حسب الباحثين هي من طبيعة جسدية و ذات دعامة عصبية و خلطية خاصة (حسب الأبحاث الحديثة)، و هي أساس كل العمليات و السيرورات الحية و التي تتموضع في لب الوظيفة أو الوحدة النفسجسدية، وهي ما يشكل محرك الظواهر العقلية، السلوكية و الجسدية. تدرك في جزء منها في العواطف و الأحاسيس و الحواس، في حين جزءها الأكبر و الذي لا يمكن إدراكه يكون في اللاوعي النفسي و اللاوعي البيولوجي.

2-1- مكونات التوظيف العقلي

يرى أتباع المدرسة التحليلية أن المعنى الواسع للتوظيف العقلي يبعث إلى التوظيف النفسي. وأن التوظيف العقلي يكون كنتيجة عمل الارصان منذ منبع النزوة و وصولا لهذا الجزء من النشاط النفسي الخاص بالدينامية العقلية و أشكال تنظيمها و توظيفها، و ذلك من خلال الفهم لما قبل الشعور في علاقته بالشعور، و كذا العلاقات المقامة بين "الهو" و "الأنا". (Schmid- Kitsikis, 1995, p. 37)، حيث قام Marty و Debray في دراستهما على مرضى سوماتيون بتحديد مميزات التوظيف العقلي وصرحا بأن التوظيف الجيد للموقعية الأولى يضمن التوظيف الجيد للموقعية الثانية. ففي حين يضمن تموضع الموقعية الأولى واكتمالها توظيف القطب الرمزي (تكثيف-إزاحة) عن طريق التمثيلات، فان تموضع و اكتمال الموقعية الثانية يفضي إلى القطب الاقتصادي (النزعة إلى التفريغ) و تقديم علاوة على النزوات الشبقية و التي تضمن الارتباط بين النزوات و التمثيلات، النزوات التدميرية التي تمنع أو تهدم الروابط، مستتبعة نزعة الإشباع الفوضوي للنزوات الجزئية. (Debray, 1983b, p.528)

و تشير Anne Decerf إلى ما اتفق عليه جميع الباحثين سواء التحليليون منهم أو غيرهم- بياجي مثلا- الى كون التمثيلات و ما يرافقها من ربط و خيال و ترميز... هو ما يشكل لب التوظيف العقلي و الذي تم تقصيه من خلال ثلاث مظاهر: في المجال السلوكي بانطلاقها من سلوكات الفرد، من منظور دينامي بدراسة حركية أركان الجهاز النفسي و البحث عن الآليات و العمليات المشكلة للتوظيف العقلي و الذي يتولد من تمثيلات متناقضة

و البحث عن وضعية التوازن، و أخيرا من خلال التجديد الإبيستيمولوجي للنظرية السيكوديناميةDecerf, 2002,) p. 19)

كما يحدد Jeammet, Reynaud, Consoli (2001) أسس التوظيف العقلي من خلال مبدأ الثبات و الاضطرار التكراري للحفاظ على التوازن الداخلي، إذ يمكن مماثلته لمبدأ الهيموستازيا في الجانب الفيزيولوجي، حيث يتظاهر التوظيف العقلي على عدة مستويات و أشكال توظيف مختلفة تتمثل في:

– القدرة على الترميز و تختص بالتمثيلات و العاطفة، حيث تشير التمثيلة لمحتويات التفكير من أفكار و صور عقلية يمكن تمثيل نموذجه في إنتاج عقلي من خلال تذكر إدراكي سابق، في حين تعنى العاطفة بالتعبير العاطفي و الانفعالي الشديد او الخفيف، الجيد و السيئ، المصاحبة للأحداث الخارجية أو التمثيلات الداخلية.

– التوظيف بالسيرورات الأولية و يمتاز بخضوعه للعاطفة و هدفه الوحيد هو الإشباع الفوري للرغبة التي استثارتها و ترتبط هذه الاندفاعة نحو الإشباع الفوري و الشامل من خلال استعمال ميكانيزم الإزاحة و التكثيف. و باستعمال الطريقين المتاحين للتفريغ و الخاصة بالتفريغ في المخارج الحركية أو الإعاشية، و التفريغ من خلال الاستثمار المفرط للعالم الخيالي.

– التوظيف بالسيرورات الثانوية حيث ترتبط الطاقة بالتمثيلة بطريقة متوازنة و ترتبط التمثيلات من خلال سيرورات التفكير المنطقي و ليس بالشدة العاطفية التي استثمرت فيها فقط.

و بصفة عامة فإن التوظيف العقلي يرتبط بثلاث قطاعات: 1– ذلك الخاص بالعاطفة و التمثيلات المرتبطة به، 2– ذلك الخاص بالمجال الجسدي و الفضائي و الزمني، 3– و ذلك الخاص بالصراعات العلائقية و المعرفية. (Schmid– Kitsikis, 1995, pp:32, 36)

2–2– حركية التوظيف العقلي

ترى Schmid– Kitsikis أن تحري التوظيف العقلي إنما يتم من خلال ثلاث تعبيرات حركية:

1– أفقية: و المرتبطة بتنوع الإنتاجات المرصنة داخل نفس الوضعية كتنوع الاستراتيجيات المطورة و الاقتراحات المقدمة بغض النظر عن تلائمها أو عدم تلائمها مع الوضعية. و من الضروري هنا الاهتمام لقدرة الفرد على إبلاغ الآخر الإرصانات العقلية الناتجة.

2– **عمودية:** و الخاصة بالحركات و التحولات التي تقحم السلوكات، التمثيلات... و كل ما ينتجه الفرد بمستويات ارصان بترتيب مختلف. وهذه القدرة على التنقل في حركة الذهاب و الإياب خلال لحظات النكوص والتي نلتمس فيها العالم النزوي المكبوت و الغني بقوى الإدماج و إعادة البناء هو ما يشكل صحة التوظيف العقلي.

3– **وظيفية:** و المرتبطة باحتمال مرور الفرد من شكل لآخر من التوظيف العقلي. و من الضروري ترصد القدرة التي يظهرها الفرد في انتقاله بين مختلف هذه الأشكال بتحليله من خلال بعديه: الزمني و الشكلي.

- البعد الزمني: برصد المستوى المتزامن للقدرات الحدسية، التحكم الرجعي و سيرورة المحاولات و حركات التصاعد و النكوص بمعانيها الوظيفية (الانتظام البنائي، عدم استقرار تناقضاته، تحكمه المفرط، انهياره...) في المستوى التعاقبي أو التطوري.

- البعد الشكلي: برصد التوظيف العقلي المستثمر.

2-3- أبعاد التوظيف العقلي:

بالنظر لأعمال Bergeret (2003) و ما أشار إليه De Tychey & coll (1992) فإن مقاربة التوظيف العقلي و تقصيه يتم ادراكه من خلال ثلاث أبعاد: الفضاء الخيالي، العقلنة، فعالية الدفاعات. على أن الترميز هي العملية الأساسية التي توضح العقلنة و تتكون من مظهرين: نوعية الترميز للنزوات الجنسية و العدوانية، و نوعية الارتباط بين العاطفة و التمثيلات.

و يتميز التوظيف العقلي لدى المريض السيكوسوماتي بفقر هوامي و غياب للخيالات و نوعية خاصة من الأحلام، نوعية خاصة من التعقيل غير المرصن، ميكانيزمات دفاعية غير فعالة.

2-3-1- الفضاء الخيالي: Espace imaginaire

بسماعنا أو قراءتنا لمصطلح خيالي فغالبا ما نتوجه بأذهاننا إلى احدى أوائل ارصانات لاكان النظرية و ما جاء به في استعماله للسجلات الثلاث الاساسية لمجال التحليل النفسي (الواقعي، الرمزي و الخيالي). إلا اننا نود الاشارة الى اننا في تناول السيكوسوماتية فهو يرتبط بمحددات أوسع. و قبل عرض الفضاء الخيالي و ما يقصد به في مجال السيكوسوماتية سنتطرق بداية لمعنى الكلمة.

2-3-1- 1- تعريف الخيال و الخيالي:

تشير كلمة خيال (imagination) من اللاتينية (imaginatio, imaginationis) حسب قاموس Larousse للقدرة على انتاج الصور، التصورات وأفكار جديدة بإيجاد الفرد حلولا مبتكرة لمشكلاته. كما تشيير لقدرة العقل لاستدعاء أو استحضار الاشياء و الاحداث المعروفة و المدركة و الخبرات السابقة و التي تبقى حية على شكل صور عقلية. فهي عبارة عن الوظيفة التي يرى العقل من خلالها بشكل تجسدي تمثل الكائنات، الأشياء و الوضعيات و إن لم يختبرها بطريقة مباشرة. مع ضرورة التمييز بين ما هو خيال و القدرة على التمثيل العقلي، إذ يحتوي هذا الاخير على أي تصور و المتشكل من خلال الواقع المحيط، بينما يسمح الخيال بأكثر من ذلك. فبفضل الخيال لا نقوم بتمثيل الاشياء كم هي فحسب، و لكن ما كان أو يمكن ان تكون عليه و يتضمن مجال الماضي، الحاضر و المستقبل. أما ما هو خيالي (imaginaire) حسب نفس القاموس فتشيير الى ما يتم انشاؤه بواسطة الخيال.

أما في قاموس الاكاديمية الفرنسية في طبعتها التاسعة و جزءها الاول (Académie française, 1992) فإن كلمة خيالي (imaginaire) و التي تم استعارتها من الكلمة اللاتينية "imaginarius" أي "ما يوجد في الخيال"

فهي تصف ما يتم انتاجه في الخيال، و الذي لا يمكنه أن يكون على شكيلته تلك إلا في الخيال، و لا يوجد في الواقع.

فالخيالي يتطلب من الفرد استدعاء الصور المخزنة في ذاكرته أو خلق صور جديدة في ذهنه. و عليه فإن كل ما هو خيالي يشير الى الوعي بما هو غير واقعي و تمثيل ضمني للواقع في الوقت ذاته. و في ذلك يقول Georges Duby"أن الواقع و الخيال يشكلان مجموعا لا يمكن فصلهما، و يمكن فهم ما هو خيالي كمساحة فريدة من نوعها خاصة بكل فرد، أين يمارس الفرد قدرات خياله دون حواجز و دون متطلبات أو معوقات الواقع الخارجي. (Thollon Behar, 2006, p.16)

2-3-1-2- التناول التحليلي لوظيفة الفضاء الخيالي:

اتجه عدد من المحللين النفسانيين للتناول بالدراسة موضوع الفضاء الخيالي. و يعتبر فرويد الرائد الأول في ذلك. حيث شغل حيزا هاما في فكره و أعطاه أهمية كبرى من خلال حديثه عن الهوامات والفضاء الحلمي. ثم واصل مجموعة من تلامذته و اتباعه أبحاثه في هذا المجال في سعي منهم لفهم أهمية الوظيفة الخيالية في تشكل و ارصان الحياة النفسية، و فيه نذكر ما جاء به Winnicot و Bion في Harris (2004) بهذا الخصوص. حيث يرى Winnicot أن الفضاء الخيالي للطفل هو في الاساس خيال الام، فقدرات الام الحلمية تطلق بداية سيرورة التفكير منذ الاشهر الاولى من حياة الطفل لتستمر طوال مرحلة عدم التمايز بين الطفل و أمه. و يرى Bion أن الأم هي من تعطي معنى لمعيش الطفل الذي تحركه من خلال ترجمة تجارب رضيعها التي يصبح لديها معنى، و شيئا فشيئا وعقب تجارب الانفصال يبدأ الطفل بالتفردن لتشكيل أول فضاء للتفكير و المسمى بالفضاء الانتقالي. و كلما نمى الطفل ظهرت سيرورات رمزية أخرى في فضاء يتسع و يتنامى، حيث يعكس اللعب الرمزي و اللغة هذا التقدم ليصبح الخيالي فيما بعد مستقلا عن ذلك الخاص بالأم. و سيرورة التفردن تلك هي ما يقود الطفل للتفكير بطريقة مستقلة تبدأ منذ الطفولة و تستمر لسن الرشد.

و ينظر للفضاء الخيالي كاستعارة للفضاء النفسي، و يشكل الفضاء الخيالي بالنسبة للتمثيلات العقلية ما يشكله المسرح للممثلين. و في ذلك يقول Bergeret (2003) بأنها نشاط الأحلام و الهوامات التي نعييها أو لا نعييها و المشكّلة من الهوامات ما قبل الشعورية، الشعورية، اللاشعورية أو البدائية. فهو لديه قيمة دفاعية و حمائية الى الحد الذي يسمح بالتحرر، أقلها مؤقتا، من اقحام واقع تطفلي. فاستدعاء الخيال هي القدرة على توليد الهوامات، الاحلام التي تعمل عند الفرد على انطباع الصور و كيفية كونها و تشكلها بطريقة جدّ حية كما هو الحال في تمثيلات عالمه الحقيقي، و الشيء ذاته في نموذج تبادلاته مع الآخرين.

2-3-1-3- الفضاء الخيالي في التناول السيكوسوماتي:

تمرّ التبادلات بين الفرد و العالم المحيط بطريقة مبهمة و عجيبة بواسطة الجسد الخاص، هذا الجسد الذي يحمل غموضه هو الاخر و الذي لا يستسلم و لا يترك أن يستحوذ إلاّ بما تسمح به حدود قدراته؛ أي بقدرته على التحول من فضاء حقيقي الى فضاء خيالي. و سنتطرق في عرضنا هذا الى ما جاء به صاحب النظرية العلائقية

سامي علي حول الخيالي كونه تناول المفهوم بقوة في طرحه كما سنتطرق لتنظير بيار مارتي صاحب النظرية الاقتصادية في مجال السيكوسوماتية.

2-3-1-3-1 – سامي علي و باثولوجية التكيف أو كبت وظيفة الخيالي:

شكل الفضاء الخيالي لب نظرية سامي على. و في تفسيره لما يقصد بالفضاء الخيالي يقول Sami Ali (2004) أن الفضاء الخيالي يقع في الحدود بين الداخل و الخارج، و بين التمثيلة و التعبير و يقابل لتشكيلة واسعة من الظواهر؛ المرضية منها و السوية. حيث تحمل تشكيلته أو بنيته الخاصة ختم و علامة غموض جسده. و يذهب سامي علي إلى أن الخيالي مفهوم نفسي ثم جسدي، وهو ما يشكل الصحة و المرض. و في تفسيره للفضاء الخيالي ركز الباحث على ثلاث محاور أساسية للتوظيف و التي من خلالها ترتسم ثلاث أشكال مرضية كبرى تقحم النفس و الجسد في الوقت ذاته. و تتحدد محاور التوظيف هذه و ما يوافقها من أشكال مرضية من خلال مفهومين: الوظيفة الخيالية من جهة، و كبت الوظيفة الخيالية من جهة أخرى. حيث أن فهم تطور المفهومين هو ما يسمح باستنتاج مجمل الباتولوجية الإنسانية؛ النفسية منها و الجسدية.

و الخيالي بالنسبة لسامي علي مرادف للإسقاط، و لا يقصد بالإسقاط المفهوم الفرويدي حول الآلية الدفاعية. فالإسقاط بالنسبة لسامي علي مطابق للسيرورة الحلمية و إن كان يسند له قسطا من الوظيفة الدفاعية في بعض الأحيان. و في ذلك يقول الباحث " بالنسبة لنا، أن يحلم الفرد معناه أن يقوم بالإسقاط بصرف النظر عن كل رغبة أو ضرورة التمويه لتحقيقه. فالنشاط الحلمي يكتسب الذاتية و قيمة ايجابية واضحة.[...] فالإسقاط أبعد من أن يكون كميكانيزم دفاعي، فهنا لا وجود لاحتمال انشطار الفرد كي يخلق عالما خارجا عنه." (Sami Ali, 1998, p.137)

و ينبه Sami Ali (2004) إلى أنه لا يمكن اختزال الخيالي في التمثيلات عن طريق الصور، فهو له طابع الذاتية نفسها. فالخيالي ليس الحلم الليلي و حسب، فهو يتجدد في ظروف أخرى غير النوم. فمعادلات الحلم توافق سلسلة من الظواهر و التي عادة ما لا نقوم بربط إحداها بالأخرى " فكثيرة هي الأشكال التي تنشق من النشاط الحلمي في حالات أخرى غير حالات النوم كالهوامات، أحلام اليقظة، الهذيانات، الهلاوس، الاعتقاد، اللعب، النقلة، السلوك السحري.... و فيه ندرك أصل و انتساب الخيالي، و هو ما يسمح بالفهم التام لوحدة التوظيف النفسجسدي." (Sami Ali, 1998, p.82)

فالخيالي هو الذاتية بعينها، تُحول الفرد إلى مواضيع و إلى فضاء و زمن المواضيع: فالذاتية المطلقة تصبح موضوعية مطلقة." (Sami Ali, 1990, p.762) و ينتج خارج الفرد واقع هو الفرد، يؤمن به تماما مثلما يؤمن بالواقع خلال فترة النوم. ففي الحلم و معادلاته كل شيء يحدث لصالح توازن يختلف في كل مرة حسب اختلاف وضعيات الخيالي؛ أي بين اللاشعور، ما قبل الشعور و الشعور. (Sami Ali, 2003, p.11)

فالخيالي نفسي وجسدي، فهو عبارة عن " وظيفة تُبنى و تتشكل"، بناء تتوسطه العلاقة المبكرة أم– طفل. ، فالاتزان السيكوسوماتي الجيد يظهر من خلال التناوب المنتظم بين الشعور اليقظ (Sami Ali, 1990, p.762) بإيقاع بيولوجي مميز، إيقاع مرتبط بالثنائية نوم/ يقظة و تناوب النوم تتفاعل و الشعور الليلي. فالوظيفة الحلمية

البطيء و النوم المتناقض هذا من جهة، و دور الأم في تنظيم هذه الإيقاعات من جهة أخرى [...] فمن هذا الإيقاع المميز يتكون الزمن الذاتي للفرد، لتقوم الأم بعد ذلك بإدراج الزمن الاجتماعي في التنظيمة السيكوسوماتية لطفلها." (Sami Ali, 1990, pp: 217, 218)

و في هذا المضمار يطرح سامي علي فرضيته حول باتولوجية التكيف أو كبت وظيفة الخيالي. و يرى بوجود شكلين رئيسيين من الباتولوجية الإنسانية و التي تتحدد من خلال الخيالي و كبت وظيفة الخيالي: تتمثل في الأمراض النفسية و باثولوجية التكيف. (Sami Ali, 2010, p.85) حيث يشكل غياب الأحلام المثال النموذجي للكبت التام و المكتمل و الذي ينطبق على كل الوظيفة الخيالية. فكبت الخيالي كوظيفة يؤدي لتوسيع حقل الباثولوجية لتشمل العضوي أيضا. (Sami Ali, 1990, p.763)، ففي باتولوجية التكيف أو ما يدعوه بالتكيف المبتذل « Le banal» لا يوجد أحلام و لا هوامات و لا عواطف، و كأن كل شيء يفترض تقليصه حسب العالم الخارجي للفرد، و فيه يميل الفرد لتعويض فضاءه الخيالي الخاص بالفضاء الخيالي العام أين تحتل المعايير الاجتماعية و الثقافية الفراغ الذي تركته ذاتية الفرد التي انسحبت لصالح تلك المعايير لأجل التكيف مع الواقع و ظروفه و تجنب الوضعيات الصراعية فيحصل التكيف على حساب الحلم و معادلاته. فالمبتذل يوافق مجموع القواعد التكيفية التي يصل تطبيقها إلى إعادة إنتاج المماثل و الشبيه ليصبح متطابقا معه من خلال سلوك امتثالي. و هو ما يدعوه سامي علي بـ " الذاتية دون الفرد". (Sami Ali, 2010, p. 85) ومثل هؤلاء الأشخاص يعبر عنهم الباحث "بالمهذبين حتى الموت" « éduqueé à mort » (Sami Ali, 2006, p.19) و ما عبرت عنه أيضا Eloisa Castellano-Maury (2009) بـ " المهذب بخطورة"«dangereusement bien élevé» فهم مهذبون الى درجة يصبح أدبهم المبالغ فيه و تبنيهم لمتطلبات الجو الاسري و الاجتماعي ككل باستدخالها تهديدا لحياتهم النفسية و تحل محل فردنياته و ذاتيته. فبتكيفهم السلوكي المفرط و الباتولوجي، فإن أحلامهم و كل فضاءهم الخيالي يصبح امتثاليا أيضا و يقعوا بالتالي ضحية تأدبهم و تربيتهم التي لم تسمح لهم بالمعارضة أو ببناء فضاء خاص بهم؛ في فضاء ذاتي يتواجدون فيه. فهذا الكبت الطبائعي كما ينوه به الباحث هو ما يعود سلبا على كل المجال الخيالي. فالفرد هنا لا يقوم بأي شيء لأجل ذاته و لا يعي انه يمكن فعل شيء لأجل نفسه. (Castellano-Maury 2009, p.130) فالواقع كمعيار تكيفي يسجل في فضاء من القواعد ويأتي ليحتلّ مكان الخيالي الذي انسحب. (Sami ali, 2010, p.73)

و حسب ما يتعرض له الكبت من مصير و حسب عمل الخيالي ينتج عنه نوع من الباثولوجيا كما يرى Sami Ali (2000c). حيث قام بإدراج ثلاث احتمالات لمصير الكبت، الخيالي، نوع الباثولوجيا:

الاحتمال الأول: حدوث أمراض نفسية كما أشار إليه فرويد بالمرور بثلاث أوقات؛ الكبت- فشل الكبت- عودة المكبوت على شكل أعراض عصابية أو ذهانية، عابرة كانت أو مستمرة، و من جديد يظهر الخيالي الذي تمّ إقصاؤه سابقا، و إن حدثت جسدنة فإن ذلك يحصل في الجسم الخيالي من مثل النموذج الهستيري. حيث العلاقة مع الخيالي تكون علاقة ارتباطية ايجابية.

الاحتمال الثاني: لا يفشل الكبت دائما و بالتالي يتم الإبقاء عليه. و على خلاف فرويد الذي لم يتمكن من تحديد الباثولوجية المُنجرّة عن هذا الإبقاء للكبت على المستوى النفسي، فقد قدم سامي علي فرضية لوقوع أمراض عضوية ترمي للكبت الناجح للوظيفة الخيالية ينتج عنه نسيان الحلم إضافة لفقدان الاهتمام اتجاهها راجع لسحب استثمار

مفرط ما يؤدي لإتباع قواعد تكيفية لتعويض هذا الفراغ؛ بعبارة أخرى قطع الصلة مع الذات لتجنب الألم. فهنا يقع الكبت دون عودة المكبوت ما يؤدي إما إلى غياب الأحلام من الحياة النفسية أو تعديل توظيف الحلم بذاته. فتظهر أحلام العمل التي تبرمج من طرف الأنا الأعلى؛ تتميز بنقص الإرصان، فكأنه إنكار للحلم لأجل الاستمرار في العمل. فهو حلم لا يؤدي وظيفته المعهودة و ليس فيه تفريغ، و إن حدثت باثولوجيا فلا يمكنها إلا أن تكون جسدية تصيب الجسم الحقيقي.

الاحتمال الثالث: و النوع الثالث من الباثولوجية تكمن في المرور من الكبت غير الناجح إلى الكبت الناجح. في البداية تكون الأحلام موجودة بتوظيف نفسي شبيه بالعصاب النفسي قبل أن تضمحل جزئيا أو تختفي كليا و ذلك خلال مدة طويلة كافية لإحداث المرض، و يرجع هذا الاختلال في ظهور الأحلام لأسباب يصعب حصرها كلية و التي قد ترتبط بالحداد. فالتغير في التوظيف المرافق بالإحساس بالفقدان لا ينحصر في المجال النفسي و لكن عكس ذلك ينجر عنه تغير في الباثولوجيا، فتتحول من الجسم الخيالي للجسم الحقيقي و كل ما هو رمزي ينسحب شيئا فشيئا بطريقة تدريجية و سلسة ليدع المكان للاّشيء، و ينغمس الفرد بعدها أكثر فأكثر في وضعية اللامخرجية و على نحو متزايد يأخذ المرض العضوي بالتباعد عن الخيالي شيئا فشيئا.

و الجديد الذي جاء به Sami Ali (2000a) في مضمار الخيالي، مفاهيم التداخل المتبادل للمرور من فضاء ثنائي البعد في الأحلام و الهوامات إلى فضاء ثلاثي البعد في حقل الشعور، و كذا المفاهيم الخاصة بتموقع الجسدي في الفضاء النفسي. و التي تكون لها أهميتها لتأويل الإنتاج الخيالي.

2-3-1-3-2- بيار مارتي و خصوصية الأحلام السيكوسوماتية

عندما ننام ليس كل شيء فينا ينام، هكذا يعبر فرويد للإشارة إلى الحلم و يرى فيه الطريق الملكي نحو اللاشعور. وقد سعى فرويد و أتباعه من بعده إلى الربط بين محتويات الحلم و الحياة النفسية للفرد. حيث سعى Renè Kaes لتوسيع مجال أبحاثه حول الفضاء الحلمي مستدلا بما توصل إليه A.Ruffiot, Freud, Augoyard-Peters حول مفاهيم الفضاء الحلمي الذاتي الفردي المقفل و الفضاء الحلمي المشترك و المتقاسم بين عدد من الحالمين، كما أشار إلى ما يدعوه بالحبل السيكوسوماتي للحلم.(Kaes, 2002, p.25) . أما Bergeret فقد ركز على الأحلام و الأسباب المؤدية إلى ظهورها على نحو معين. و أشار للعلاقة الزمنية الموجودة بين ظهور المرض و الأحداث الصدمية و ما تتخذه من معنى عاطفي خاص أين يتم قمع هؤلاء الأفراد لعدوانيتهم خوفا من بروز نزواتهم الليبيدية و العدوانية في حياتهم الشعورية كونها تشكل تهديدا لهم، ما يؤدي لاختزال حياتهم الهوامية و الحلمية و تصبح بالتالي ذات دور براغماتي آلي" (Bergeret, 2003, p.240)

و غير بعيد عن تناول فرويد حول تدخل أركان الجهاز النفسي و الموقعية الأولى بأكثر تحديد، و أهمية العلاقات الأولى في بناء هذا الفضاء الحلمي على غرار ما ركز عليه سامي علي. تقدم مارتي بخصوصية الأحلام عند المريض السيكوسوماتي. إذ يفترض أن الأمر يتعلق بنمط خاص من الأحلام تنتج عن نمط خاص من الأعصبة. و تقول النظرية بأن هناك عدم كفاية الوظيفة الحلمية لدى المريض السيكوسوماتي هي انعكاس لعدم كفاية ما قبل الشعور و بالتالي اختلال التنظيم النفسي-جسدي ما يؤدي لظهور الأعراض المرضية الجسدية التي تنوب مكان الترميز في الأحلام. و يعطي مارتي للحياة الحلمية أهميتها سواء في تحديد بنية هؤلاء المرضى أو في اتخاذها

كطريقة علاجية لها خصوصيتها عند السيكوسوماتي، و يرى بأن الحياة الحلمية تختلف من فرد لآخر وفقا لبنيته الأساسية و الخصائص الاعتيادية و تغيرات التفاعل العقلي. و قد قسم مارتي الأنماط الحلمية للسيكوسوماتي إلى:

– **غياب الأحلام:** ليس غيابا حقيقيا للحلم و إنما كبت الحالم لأحلامه و محتوياتها قد يكون ناجما عن آليات دفاعية تمنعه من الظهور على ساحة الوعي. و كان B.Grunberger قد أقرّ منذ أكثر من ربع قرن على أن تذكر الحلم يستدعي أنا واعي متواجد في أثناء اليقظة، فلحظة اليقظة يصبح الحلم غير موجود في جزء منه أو كله بسبب استرجاع الكبت لنشاطه. (Puget dans Nakov, 2003, p.91) لنفهم من قول الباحث أن الرقابة وإن خفت و تنحت الأنا لبرهة لأجل استعادة تكيفها و توظيفها بإتاحة الفرصة للنزوات بالتعبير عن نفسها بطريقة مشوهة، فهي تسترجع سيادتها بسرعة و تستلم وظيفتها مباشرة لحظة الاستيقاظ ليدلّ على قوة تماسكها و تجانسها و أن تذكر الحلم يرتبط بقوة الأنا. في حين يشير عدم تذكر الحلم و نسيانه لهشاشة الأنا و وهنها. و هو ما اقره Marty (1998) حول عدم نفاذية ما قبل الشعور و وهن الأنا. فهذه الأحلام لا تعمل على تفريغ اللاشعور من الاستثارة الطاقوية السلبية بقدر ما تعمل على تعبئته بذلك، ما يوقع الفرد في لا مخرجية مع لاشعوره.

– **الأحلام العملياتية:** و هو ما يدعوها Marty et De M'Uzan (1963) بالأحلام البيضاء، يرى فيه الحالم مشاهد من حياته اليومية و يعيد استعراض أحداث النهار السابق أو ذلك الحلم الذي قد يستبق أحداث الغد. تمتاز هذه الأحلام بموضوعيتها، واقعيتها، سذاجتها و غياب التحوير المعتاد في الأحلام. حيث تعكس هذه الأحلام فقرا في محتويات ما قبل الشعور ونقص في التمثيلات، و هذه الأحلام الناتجة عن بقايا الذاكرة قصيرة المدى لا تحتوي على الكثير من الآثار و البقايا النزوية، وتعكس بعض التفاصيل الظاهرة في هذا النوع من الأحلام وجود خلل في تنظيم الجهاز النفسي للحالم، و ناتجة عن قصور واضح في الحركة المساهمة في ربط التصورات بعضها بالبعض الآخر و تتميز كما يقول سامي علي بغياب التكثيف و الإزاحة و بفقر التمثيلات الهوامية. (Calza et Contant, 2002, p.91)

– **أحلام تكرارية:** هي أحلام متكررة في شكلها تعكس زيادة في التهيج الذاكراتي، ناتجه عن تثبيت رضة حديثة العهد أو انعكاس حديث لتثبيتات عائدة إلى عهد الطفولة. و غالبا ما تأتي هذه الأحلام متكاملة و مرافقة للعصاب الصدمي، فهي كما يرى Raffy (2002) تفريغات تميز العصاب الصدمي بإصابات جسدية حقيقية و جروح ظاهرة، إذ يعكس هذا النوع من الأحلام الركود و عدم كفاية التمثيلات.

– **الأحلام الفظة:** يعود الفضل إلى Rosine Debray في تسميتها. و قد سميت بالأحلام الفظة بسبب غياب الدفاعات، المقاومة و الرقابة النفسية. تنتج عن الإثارة المبالغة و الفاضحة للاشعور و تعكس بفظاظة محتوياته و مكونات الهو برغباته الغريزية. و هي كما ترى Debray (1983a) تحوي مشاهد مباشرة للدوافع النزوية للحالم كالرغبة للسيطرة و الطاقة العدائية الفمية أو الشرجية أو الجنسية، ترى فيها مظاهر الإغواء، الخصاء أو المذبحة، زنا المحارم...الخ. و كأنها صور للاشعور الحالم الذي يتبدى بدون تدخل عناصر التشويه لعدم احتواءها لعلائم و بذور الصراعات النفسية. و سبب ذلك ليس غياب الصراع النفسي بل لعدم معالجة هذا الصراع من طرف الأنا حيث تم استبعاده من الساحة النفسية و اختزاله مباشرة في الجسد. و يرى Marty (1998) أنها تعكس عادة عصابا سيء التعقيل أو عصابا سلوكيا، أما على الصعيد الموقعي فهي تعكس وهن ما قبل الوعي و عدم كفايته، أما اللاوعي

فيتبدى بدون صراعات داخلية. و على العموم كما يخلص إليه مارتي فإن أحلام السيكوسوماتي لا تغذي سوى الطبقة السطحية للجهاز النفسي، تربط نشاط الحلم بالبقايا النهارية بطريقة مشتتة و واهية. فالفضاء الداخلي لهم لا يحتوي على مواضيع مستقرة و مطمئنة يمكن الاستناد عليها كمدعم لهواماتهم و أحلامهم.

2-3-1-3-3- تحرير الفضاء الخيالي و عودة الأحلام في التوظيف السيكوسوماتي

خلص عدد من الباحثين في المجال التحليلي ابتداء من فرويد على كون الجهاز النفسي يعمل دوما بنفس الكيفية التي يعمل بها نشاطه الحلمي. ليشير التعديل في هذا النشاط تعديلا للتوظيف النفسي. و قد أقرّ عدد من الباحثين إمكانية تعديل الفضاء الخيالي و النشاط الحلمي، و هو ما استخلصه أيضا Fain et David (1963) من خلال تناولهما بالتمحيص و التحليل للأدبيات و الدراسات التي أجريت على الأحلام و كيفية تطورها سواء مع تطور سن الطفل أو بالتكفل النفسي للحالمين.

أما بخصوص تحرير الفضاء الخيالي و عودة الأحلام في التوظيف السيكوسوماتي بعد خضوعهم للتكفل المناسب، فقد أكد المختصون في المجال و على رأسهم Sami Ali (2000a) بامكانية المرور من فضاء ثنائي البعد في الأحلام و الهوامات إلى فضاء ثلاثي البعد في حقل الشعور. و بعودة الأحلام عند المرضى السيكوسوماتون و تحسين وظيفة ما قبل الشعور حسب مارتي و زملائه.(Fain et David, 1963, p.263) إذ يرون أن هذا التعديل يمكن ملاحظته بسهولة خاصة مع المرضى السيكوسوماتيون أين يمكن فعليا إدراك القيمة العلاجية من خلال الأحلام و الهوامات و ما ينجر عنه من تحسن للعقلنة و إن كان التحسن بسيطا، و هو ما عبر عنه Quinodoz بخصوص الأحلام «بالأحلام التي تقلب الصفحة» للإشارة إلى الأحلام التي تنجح في عمل الإرصان فاتحة المجال للترميز بعد أن وجدت الأنا درجة معقولة من التجانس و التماسك. (Quinodoz dans Nakov, 2003, p. 107)

فالحلم على حد تعبير Gérard De Nerval في Nakov (2003) حياة ثانية تتاح للفرد، و ما اللحظات الأولى من النوم إلاّ صورة للموت. و فيه إشارة على غرار ما ذهب إليه مارتي لكون الحلم كتعبير و تشجيع لنزوة الحياة التي تدب في الحالم في مقابل النوم دون أحلام كتعبير لتمكن نزوة الموت من الفرد. في حين تشير عودة الأحلام إلى الربط و التجانس لأركان الجهاز النفسي و إعادة تنظيمه بسبب عودة نزوة الحياة. فالحلم هو ما يعمل على صد نزوة الموت، و في إنعاش الأحلام دليل على استعادة نزوة الحياة سيطرتها و سيادتها، ليستمر الطفل بالعيش داخل الراشد كما ترى Nakov.

و قد لاحظ معظم المعالجين النفسانيين تدهور الوظيفة الحلمية لدى مجمل المرضى العضوين في بداية الحصص العلاجية، هذه الأحلام التي يتم إنعاشها لدى العديد منهم كما يرى (Kaes dans Nakov, 2003, P.140) . حيث تتلخص مهمة الأخصائي السيكوسوماتي بالدرجة الأولى في هذا المضمار بتحرير القدرة الحلمية و العاطفة و إعادة إنعاش النشاط الحلمي عند مرضى لم يحلموا منذ أمد بعيد. و ينبه الباحثون في المجال السيكوسوماتي إلى أن عودة الأحلام تكون في البداية على شكل كوابيس تعكس بداية بروز ثغرة لوصل الحاضر بالماضي. Calza et Contant (2002) و بداية بروز العلاقات الصراعية في أحلام المريض Fain et David (1963). و على الرغم من محتوى القلق البارز في هذا النوع من الأحلام إلاّ أن فيها تحقيق لرغبة معينة و وظيفة

تخدم الجهاز النفسي، كون محتوياته النكوصية تشكل تهديدا مستمرا لتكامل أنا الحالم، و هو ما يبعث لإطلاق إشارة القلق في الأنا و الذي كان لوقت قريب خارج الخدمة ما يسهم في تحريك دفاعات الحالم و يقود شيئا فشيئا إلى إثراء الإرصانات و تطوير المادة الحلمية و الهوامية ما يسمح للمريض في الأخير الوعي بها. (Quinodoz dans Nakov, 2003, p. 119)

و كانت Louise Despert في Fain et David (1963) قد أشارت من خلال ملاحظاتها العيادية و ابحاثها التي قامت بها حول أحلام الأطفال إلى دور المثيرات الخارجية و البيئة المحيطة في إثراء الحياة الحلمية لدى هؤلاء إضافة إلى ثراء شكل التعبيرات في أحلامهم بفضل إسهامات مواضيع خارجية يتلقاها من خلال قصص خيالية و سرد قصص...إلخ، ما يشير إلى تأثير هذه البناءات – الايجابية و الثرية– في حياة اليقظة و تظاهرها، ليس كمواضيع يتم توهمها أو التوحد معها، و لكن بإثراء الإرصان و بطريقة كبيرة و واسعة لمحتوى الحلم. كما استنتج Tassin في (Nakov,2003) إلى أن إثارة مختلف الأحداث الجاذبة و المشكلة أثناء اليقظة هو ما يعمل على ارتسام صور الحلم، للقول بأن كل ما هو مثيرات خارجية جاذبة لها دورها في نوعية و تشكل الحلم. و يضيف Fain et David (1963) أنه و في التقاءهما بمرضى سيكوسوماتيون قد لاحظ أنه و بمجرد تمكن هؤلاء المرضى من التفكير في ألمهم فان ذلك يكون أفضل لهم و يحسن من حالتهم الصحية. وهنا نتساءل إن كان للعبة الفيديو Re-Missionبما تمتلكه من عناصر الجاذبية و الإثارة دور في ارتسام صور الحلم لدى المراهق و مساهمة في إثراء نوع الحلم و تشكله لديه؟ و هل الوعي بحقيقة مرضهم سيحسن من حالتهم الصحية من خلال سعيهم لتسيير مرضهم ذاتيا تسييرا حسنا؟

فالأحلام إذا، بشكلها أولا ثم بمحتواها تشكل عناصر أساسية للتشخيص، كما تحدد معالم رئيسية توجه المختص لتحديد نجاح الخطة و التقنية العلاجية من عدمها. كما يتخذها المعالج كمؤشر و معلم يوجهه بانتظام لتحديد أو تعديل الخطة العلاجية.

2-3-2- العقلنة: La mentalisation

يعتبر مفهوم العقلنة مفهوم حديث. و إلى وقت قريب لا نجد له تعريفا في القواميس الفرنسية. حيث يرجع أول استعمال لكلمة عقلنة لـ Edouard Claparède، ثم أصبح استعملاه متداولا في سنوات السبعينيات من القرن الماضي. تهتم العقلنة بأبعاد الجهاز العقلي و الذي لم يكن لوقت قريب موضوع دراسة خاصة، فهي تهتم بكمية و نوعية تمثيلات الفرد. (Marty et Nicolaidis, 1996, p.19) و عليه فان العقلنة ترجع لتمثيلاتنا، لصورنا النفسية و ديناميتهم. و الشيء الذي يؤكد عليه جلّ الباحثين في المجال هو ارتكاز العقلنة على قطب التمثيلات وهو ما يعبر عنه De M'uzan (2001) بقوله أن العقلنة تشير إلى الوظيفة التي تشكل أساسا القدرات العملية لما قبل الوعي، القدرة على رؤية الأشياء في الأشياء، و الولوج إلى الاستعارة. فاللاحقة «ation» تعني "العمل على..."، و منه فإن العقلنة حرفيا تعني العمل لجعل الشيء عقليا أي تحويله إلى عقلي. و عليه يمكن اعتبار العقلنة بأنه كل ما يتجه نحو القطب العقلي، أي القطب النفسي للتمثيلات[...] حيث يقصد بالتمثيلات تمثيل الأشياء و تمثيل

الكلمات التي نجدها في الأفكار، التفكير، أحلام اليقظة، الهوامات، عناصر الحلم، التخيل، الهذيانات. فهي ما يشكل مادة الترابطات الفكرية. (Pongy et Babeau, 2003, pp.122, 123)

و كملاحظة مبدئية لا يوجد اتفاق محدد حول مفهوم العقلنة و الذي يمس المظاهر الأكثر تعقدا في التوظيف النفسي. فتناول الأبعاد المرتبطة بالعقلنة و التي حددها الباحثين هو فقط ما سيسمح بتقصيها لأجل تناولها بالدراسة في فرضيات بحثنا. فماذا يقصد بالعقلنة و ما هي الأبعاد المشكلة لها؟

و هو ما سنحاول الإجابة عليه من خلال مختلف التصورات النظرية للمفهوم.

2-3-2-1- التصورات النظرية حول العقلنة

سنقوم في وقت أول التعرض للمفهوم من خلال التناول التحليلي بصفة عامة ، ثم نقوم بالتعمق في المفهوم في التناول السيكوسوماتي.

1. René Kaes (1981):

يركز الباحث على مفهوم "العمل النفسي" و يهتم في هذا المضمار بعمل الربط بين التمثيلة و العاطفة و جاء بمفهوم "perlaboration": أي "العمل من خلال..." و بالنسبة للباحث فإن العقلنة "تعني تشكيل- أو إعادة تشكيل- الرابط." (Kaes,1981,p.451) كما أعطى للعلاقات المبكرة مع الأم، مع الجسد و مع الجماعة، التأثير المجتمعي و الثقافي دورها في تشكيل نوعية العقلنة. (Kaes,1981,p, 459)

2 . Phillippe Jeammet (1990, 2001):

جاءت أراء Jeammet (1990) لتأكيد بعض مواقف Kaes حول العقلنة. و بالرغم من عدم تناوله الصريح للكلمة فقد أشار الباحث إلى العقلنة في أعماله العديدة من خلال استعمال مفاهيم الإرصان العقلي، الترميز، وظيفة التمثيل. كما أشار Jeammet (2001) لإمكانية ظهور العقلنة و تحسنها خلال سعيه لفهم فعالية بعض التأثيرات المدهشة و المفاجئة على قدرات العقلنة عند مراهقين يعانون من سلوكات مضطربة أثناء التكفل العلاجي و حاول اكتشاف خصوصية التوظيف العقلي عند هؤلاء في المستوى الدينامي و الاقتصادي و تمكن من استخراج أربعة أبعاد للعقلنة:

- يتمثل البعد الأول في الخلل الذي يقع في نشاط الربط الذي يكون مقطوعا عن العاطفة حيث أشار إلى الخلل على مستوى ما قبل الشعور الذي لا ينجز وظيفة الربط.
- يتمثل البعد الثاني في عمل الترميز و الذي عرفه الباحث كمكمل لعمل النفس.
- و تحدث في البعد الثالث عن استعمال للميكانيزمات الدفاعية البدائية و التي تكون مسؤولة عن ضعف العقلنة. هذه الأخيرة التي يمكن الاستدلال عليها من خلال الدرجة الضعيفة من الارصان الرمزي للنزوات العدوانية و الجنسية.
- أما البعد الرابع فيتمثل في ضبط الصراعات اللاواعية.

3. Luquet (1988)

بالنسبة للباحث، فإن مستوى العقلنة يرتبط بشكل وثيق و بدقة مع شكل التفكير، فكل فرد خلال حياته يمرّ من مستوى تفكير معين إلى مستوى آخر تبعا للأحداث التي يختبرها، إذ يرى بوجود:

- عقلنة أولية: و هو ما يشكل المظهر النفسي للنزوة، تستدعي إرصان تمثيلات الأشياء (المرئية منها و اللاواعية) التي يوفرها الارتباط بين التجارب الحسية القاعدية و الصور التي تكون جد بدائية، و هي ذات شحن عاطفي قوي، ينتج عنه الحفاظ على التوازن بين الشيء و تمثيلته و تعطي شكلا أساسيا للهوامات اللاواعية.
- العقلنة الرمزية الثانوية أو ما وراء الأولية: و تشكل الرموز الثانوية و التي من خلال التضاعف الكبير للترابطات التي ينتجها تصبح غير تجسُدية، تظهر غنية من المعاني المضاعفة و مرتبطة بشحن منقوص من العاطفة. و يظهر هذا النوع من التفكير في الأحلام، اللعب و الفن. ترتكز على السيرورات الأولية و تعمل بالخصوص على أن تنطوي على الإزاحة، التكثيف و الترميز.
- كما يشير الباحث لوجود تفكير ما قبل شعوري يدعوه بالتفكير البديهي ما وراء شعوري. يتميز بتأثره الشديد بالسيرورات الثانوية و ارتباطه المتكرر مع الكلمات و اللغة.
- مستوى رابع يتم بلوغه عن طريق الفكر و الذي يعتبره Luquet النشاط الأكثر تعقيلا انطلاقا من تجربة داخلية ممكنة البلوغ تسيطر فيها السيرورات الثانوية. و على التفكير الكلامي الأقل تزودا بالعاطفة أن يرتبط بالأفكار ما وراء الأولية و ما وراء شعورية كي يساهم في الحفاظ على اللغة الحية. و في الحالة المعاكسة تصبح لغة عقلانية منظمة و فقيرة.

و فيه نرى بأن Luquet قد أسس إطارا يقترب كثيرا من اتجاه Marty (1991) حول وجود أربع قنوات للتعبير و التي تعكس الحالات العقلية بمحتويات غنية أو فقيرة، يلخصها De tychey et col (2000):

1) النموذج الجسدي أين يعبر عن العاطفة حشويا من خلال الإحساسات الفيزيولوجية الداخلية المتنوعة، اضطرابات وظيفية و إصابات جسدية.
2) نموذج التعبير الحركي الذي يستتبع السلوك و الفعل أين تشكل العضلات الإرادية القناة المفضلة لها، و هو ما يتضمن التظاهرات الايجابية و السلبية في أن واحد.
3) قنوات التعبير من خلال الصور التي تهيمن عليها تمثيلات الأشياء و السيرورات الأولية (كالهوامات التي تتحقق في الأحلام مثلا).
4) التعبير اللفظي الذي يشتملا أساسا تمثيل الكلمات المشكل بالسيرورات الثانوية، يعبر عن العاطفة عن طريق اللغة المشتركة و المتعارف عليها اجتماعيا.

4. Jean Bergeret في De Tychey et col (1992, 2000)

أما Bergeret فإن و جهة نظره تختلف عن باقي الباحثين من منظور انه يميز بين الخيال و العقلنة. فالخيال بالنسبة له يحمل معنى جد واسع و يعرفه بكونه نشاط الأحلام و الهوامات التي نعيها أو لا نعيها، يتكون

من الهوامات ما قبل الشعورية و الشعورية و اللاشعورية أو البدائية" تتمثل وظيفته في تجنيب الفرد الإحساس بأنه مضغوط بحركات العوامل الخارجية الساحقة و المسيطرة. (De Tychey et col, 2000, p.473)، في حين يعرف العقلنة في حقل ضيق و يشير " للاستعمال العقلي للفضاء الخيالي". و منه فقد أعطى Bergeret أهمية كبرى للفضاء الخيالي و القدرة على إرصانها عقليا. و يعرف العقلنة على أنها " شكل من أشكال التوظيف الخيالي و المعارض للجسدنة و للسلوك أو المرور للفعل: " فالعقلنة عبارة عن الموقف الذي يعالج فيه الخيال، يُرصَن، و يستعمل كخيال أي على مستوى التمثيلات التي تبقى في المجال العقلي. فهو النشاط الأكثر نبلا من كل أشكال النشاط الخيالي، في حين يرمي المستوى المتوسط لهذا النشاط الخيالي إلى السلوك، أما مستواه الأكثر قدما فيرمي إلى الجسدي." (De Tychey et coll, 1992, p.50) وفي ترتيبه هذا يتوافق Bergeret بما جاء به Marty (1991) على كون التعبير الجسدي أقدم من التعبير السلوكي، هذا الأخير الذي يكون بالتأكيد أكثر قدما من اللغة المعبرة عن العقلنة التي أصبحت واعية.

• و الاستفهام الذي يطرح حول التعريف الذي قدمه Bergeret حول العقلنة هو استعماله لكلمة «موقف» «attitude» في حين نجد في تعريف باقي الباحثين للمفهوم استعمال كلمة « قدرة»«capacité» . و هنا نتساءل إن كان يذهب Bergeret وراء تعريفه إلى فكرة الإرادة، العزيمة، الرغبة؟

فحسب Bergeret يمر عمل العقلنة بنشاط التمثيل أي عمل ترميز النزوات الجنسية و العدوانية (عملية المعنى) و عمل الإرصان العقلي للعواطف (ارتباط تمثيلة/عاطفة). "فعمل العقلنة يمر بنشاط التمثيلات. فالعقلنة الحقيقية تستلزم أن ينطوي على إرصان عقلي للعاطفة إلى جانب الإرصان الرمزي و المكافئة للتنشيط الجنسي أو العدواني للنزوة." (De Tychey et coll, 1992, p,52) وفيه يتضح أن فكرة Bergeret تتفق مع تلك الخاصة بـ Jeammet (1990) الذي يركز على المظهرين الأساسين للعقلنة و المتمثلة في عمل الربط و عمل الترميز. لكن Bergeret يذهب إلى أبعد من ذلك إذ يعارض بين العقلنة و الجسدنة، و هو في ذلك يقترب من الحقل السيكوسوماتي و ما جاء به Marty و Debray في هذا المنحى، إلاّ انه يقترح نموذجا معقدا متفقا في ذلك مع Dejours، إذ يعطي أهمية لمعنى المرض على خلاف أتباع المدرسة السيكوسوماتية اللذين يرون أن العرض السيكوسوماتي خاليا من المعنى.

⁕ أما في المجال السيكوسوماتي التحليلي فإن العقلنة تغطي كل حقل الإرصان النفسي. فهي بالتالي تختص بصفة رئيسة النشاط التمثيلي و الهوامات و عمل الربط. (Aïsenstein et Smadja, 2004, p.190) و قد اهتم عدد من المحللين النفسانيين بأصل الإصابات الجسدية، إذ قاموا بتوجيه تنظيرهم حول حضور أو غياب السيرورات النفسية كمحددات للجسدنة. و منذ أن اهتم Marty و مدرسة باريس بتعميق تناول مفهوم العقلنة في المجال السيكوسوماتي ، تداول باحثون آخرون لتناوله حيث قدمت العديد من التعاريف و سنقوم بعرض البعض منها بما يخدم موضوع دراستنا.

5 . Marty (1990، 1991، 1996)

يعتبر Marty أول من استعمل مفهوم العقلنة في حقل السيكوسوماتية سنة 1970، و قد شكل المفهوم لب و محور تنظيره حيث اهتم مارتي بالسير العقلي للفرد، إذ يرجع الإصابة الجسدية إلى ضعف في العقلنة. و تبدأ

سيرورة الجسدنة عندما يصبح الفرد غير قادر على المعالجة العقلية للمتناقضات التي ترهقه. (Marty, 1996, p.14) و باعتبار كمية، نوعية، دينامية و ديمومة التمثيلات العقلية مهما كانت "سوية أو مرضية"، فإن هذا المفهوم تولد من ضرورة وضع تصنيف سيكوسوماتي. (Marty, 1996,p.20) و في تعريفه أقرن Marty نوعية العقلنة بنوعية النظام قبل الواعي حيث تهتم العقلنة بأبعاد الجهاز النفسي التي تخص نوعية و كمية التمثيلات و الارتباط فيما بينها في ما قبل الشعور و الذي يشكل الدعامة الأساسية لها. (Marty, 1991, p.15) و هو ما عبر عنه Smadja على لسان مؤسس نظرية الاقتصاد السيكوسوماتي Marty على أنها " القدرة على معالجة و إرصان التمثيلات النفسية للنزوة حسب البعدين الكمي و الكيفي".(Pongy, Babeau, 2003, p. 123)، أي أن العقلنة هي قدرة الجهاز النفسي على ربط الإثارة النزوية عن طريق شبكة التمثيلات، تداعي الأفكار المشحونة عاطفيا. و بهذا ترتبط العقلنة بنوعية التوظيف ما قبل الشعوري. فنظام ما قبل الشعور إذا يشكل دولب الحياة النفسية و عامل ربط بين تمثيلات الأشياء و تمثيلات الكلمات، حيث تقييم العقلنة يكافئ تقييم ما قبل الشعور، فمعايير العقلنة الجيدة كما أوضحها De Tychey تلخيصا لما جاء به مارتي تظهر من خلال: غلاظة طبقة التمثيلات المجمعة خلال تاريخ الفرد، سيولة انتقالها فيما بينها و بين مختلف الطبقات في ارتباط أفقي وعمودي، سيولتها عبر مختلف الأوقات و لكن أيضا حاليا، ديمومة توفر مجموع التمثيلات في كل وقت على المستوى الكمي كما على المستوى الكيفي. (De Tychey, 1997, p.47) في حين ترتبط معايير عقلنة خائرة أو ناقصة بتلف لإحدى أو كل هذه الأبعاد الثلاث و التي يصفها مارتي بالفجوة أو الفراغ الطبقي لتنظيم ما قبل الوعي. (Marty, 1990, p.45)

و بالتالي فمن وجهة نظر مارتي ليس هناك عضو مصاب بل هناك جهاز عقلي مختل، يظهر من خلال التدهور الوظيفي للموقعيتين. فإفلاس الموقعية الأولى يؤدي إلى خلل في القدرة على الإرصان العقلي، أما الموقعية الثانية فيمكن اعتبار أن عملها قد توقف حيث يصبح الأنا غير قادر على أداء وظيفته الدفاعية حيث يمكن للحركة ضد التطورية لخلل التنظيم أن تمتد لتصل إلى الميدان الجسدي.

و قد ميّز مارتي بين نوعين من سيرورات الجسدنة كما جاء في (Aïsenstein et Smadja. 2004. pp: 190,191)

– سيرورة الجسدنة الراجعة للنكوص و تتمثل في نوبات جسدية غير حادة و عكوسة، كنوبات الصداع والربو مثلا، تختفي لتظهر مرة أخرى بنفس الشكل عند نفس الشخص. تظهر عند أشخاص توظيفهم النفسي من النوع العصابي العادي يكون مستوى العقلنة لديهم مقبولا أو ضعيف الأداء. تحدث الجسدنة لتراجع متغيرات التوظيف النفسي و الذي يدعوه مارتي بعدم انتظام التوظيف العقلي، هدفها إراحة الأنا ليعيد تنظيمه و تكيفه.

– سيرورة الجسدنة عن طريق فك الترابط النزوي و تتمثل في الأمراض التطورية الخطيرة التي تهدد المآل الحيوي كبعض الأمراض المناعية الذاتية و الأمراض السرطانية. هذه السيرورة تتطور عند أشخاص ذوي تنظيمة غير عصابية للأنا، ما يعمل على فك الترابط النزوي الذي يعدّل من التوازن النفسي جسدي للفرد. ففي أثناء النمو تتطور لديه في وقت أول تعديلات نفس مرضية ثم في وقت ثان تعديلات فيزيوباتولوجية. و يلاحظ عند هؤلاء الأفراد عدد من الظواهر المجتمعة تدعى بالحياة العملية و نوع من الاكتئاب يسمى بالاكتئاب الأساسي و نوع من التفكير يسمى بالتفكير العملي. و لهذه

الأبعاد الثلاث يرى الباحثين بضرورة إضافة بعد رابع و المرتبط بسيطرة مبدأ الألم/اللذة أو أوتوماتيكية التكرار على النشاط التمثيلي.

6. Rosine Debray (1991a،1983، 1996 a)

لأكثر من عشرين سنة بالقرب من Marty، تأثرت Debray بتوجهات رائد مدرسة IPSO التي كانت تنتمي إليها. و لكنها ابتعدت قليلا من خلال تعريفها للعقلنة و التي أسندت لها وظائف محددة. (De Tychey et coll, 1992, p.48). فالعقلنة حسب الباحثة هي " القدرة التي يملكها الفرد لتحمل بل لمعالجة أو حتى مفاوضة القلق النفسي الداخلي و الصراعات البين شخصية أو الصراعات الداخلية." (Debray (1991,p.42 و كانت الباحثة قد أشارت إلى أن نوعية هذه القدرة ترجع لخصائص الأنا التي يصعب عليها معالجة و تسيير الصراعات لاسيما على مستوى تعبير النزوات العدوانية. إذ " لا يتوافر تكفل حقيقي بالصراعات الداخلية أو بين شخصية بسبب حساسية الفرد المفرطة و تعصبه لكل ما يبعث لتعبير عن العدوانية و كذا القلق و الاكتئاب." (Debray, 1983a, p.175)

فالباحثة كما يرى De Tychey (1997) بالإضافة إلى كونها تقحمنا في مقابل الإشكالية الأساسية للإرصان العقلي لعواطف الانزعاج و دور الميكانيزمات و طبيعة الصراعات. فهي تظهر مبدعة من خلال كلماتها المحددة حول نوعية العمل النفسي الممكن تحقيقه لمواجهة الصراعات " بين شخصية" و" الملازمة للحياة " و المرتبطة بوضوح مع الواقع الخارجي. فهي قد أضافت كما تنوه Diwo شيئا لم يتعرض له باقي السيكوسوماتيين من مثل مارتي، حيث أشارت إلى وزن عناصر الواقع الخارجي. (Diwo, 1997, p.94). و يعتبر تعريف Debray كما يرى (De Tychey et coll, 2000, p.471) تعريفا مهما كونه يركز:

1. على ضرورة عمل إرصان العواطف، خاصة عواطف الانزعاج (قلق، اكتئاب).
2. على المكانة المركزية لتنظيم الصراعات و على طبيعتهم التي لم تصبح نفسية داخلية فحسب و لكن أيضا خارجية (صراعات بين شخصية) مسندة ضمنيا أهمية و وزنا للواقع الخارجي.
3. و بطريقة غير مباشرة تجلب الباحثة انتباهنا إلى الأهمية الكامنة للدفاعات النفسية الداخلية.

و ترى Debray (1996a) أن إعادة إنعاش التوظيف العقلي يصبح ممكنا لدى المريض السيكوسوماتي من خلال قدرته على إقامة الروابط بين العاطفة و تمثيلاتها و اللجوء للكمونات العقلية الجيدة و الفعالة و التخفيف من واقع المرض الجسدي، إضافة إلى أهمية الإرصان الرمزي للنزوات العدوانية و الجنسية. كما ركزت على بعد الأمل و الامان لإحداث تغيير في التوظيف العقلي و على عامل الوقت؛ أي الوقت الضروري لاستعادة عمل العقلنة و الوقت الذي لا يجب تضييعه للقيام بتكفل نفسي قبل استفحال المرض كلية و تمكنه من الفرد، لأن التعامل مع النفس أهون من التعامل مع الجسد.

وهكذا، فإن وجهة نظر Debray تفتح العديد من الأبعاد و الأفاق و تنبهنا إلى بعض النقاط و التي يمكن تناولها بالبحث في دراستنا. كإمكانية إنعاش التوظيف العقلي خاصة إن بدأ العمل النفسي مع المريض في المراحل الأولى من المرض. ما يوجه اختيارنا لعينة البحث.

7- Lecours – Bouchard في De Tychey et col (2000)

تتمثل وظيفة العقلنة حسب Lecours – Bouchard في امتصاص التوترات الداخلية و كذا الخارجية. و قد سعى الباحثين لتوضيح معنى العقلنة و التمييز بينها و بين ما هو سيرورات التمثيل و بين الرمزية. هذه المفردات التي عادة ما يتم تناولها كمترادفات في أدبيات التحليل النفسي بالرغم من أن لكل منها وظيفتها الخاصة بها حسب رأي الباحثين. (De Tychey et col, 2000, p.473)

أ- التمثيلة: و تعرف كسيرورة الإرصان و استعمال لصورة عقلية ثابتة للشيء مكان الشيء ذاته. فهي تربط التجارب القاعدية للصور و الكلمات. لتشكل بالتالي أول مرحلة نحو الإرصان العقلي.

ب- الرمزية: تشير للوظيفة التي تربط التمثيلات العقلية التي تمّ تشكيلها سابقا. فالرمزية حسب الباحثين تقود في بعض الأحيان للاستعمال المجرد للتمثيلات لتحلّ محل المعالجة الملموسة للتجربة الحالية أو لأجل معارضتها. فهي بالتالي المرحلة الثانية و الأساسية لسيرورة العقلنة.

ت- العقلنة: و تعني المرتبة العامة للعمليات العقلية و التي تشمل التمثيلة و الرمزية و التي تفضي إلى تحويل و إرصان التجارب النزوية المشبعة بالعاطفة في البنيات العقلية التي أصبحت أفضل تنظيما.

8- Sami Ali (2006, 2000b)

يستند تنظير Sami Ali في كثير من النقاط إلى تنظير مارتي خاصة إن قمنا بالمقاربة بين حقل ما قبل الشعور عند مارتي و الفضاء الخيالي عند سامي علي هذا من جهة، و بين المكانة الكبيرة التي أسندها هذا الأخير "للعجز" و الذي يشير من خلاله إلى كبت الخيال و بين فقر ما قبل الشعور الذي تحدث عنه مارتي.

و نظرا للمفاهيم الكثيرة التي أتى بها سامي علي في تناوله للسيكوسوماتية، فإن الباحث لم يعر الكثير من الأهمية لوضع منحى خاص به حول العقلنة و سيرورتها معتمدا في ذلك و مكتفيا بما جاء به مارتي، إذ تنحصر محاولة التنظير حول العقلنة عند سامي علي في المكانة المركزية التي يسندها لسيرورات «الإسقاط» في علاقتها التحولية مع رؤية العينين و التحولات الحاصلة كانسجام نووي يربط العصبي المدرك على مستوى القشرة الدماغية "corticalisant" بالنفسي "mentalisant" و منه الجسد الخاص المتضمن في الجسد بالفضاء الخيالي كمفهوم نفسي. (Pongy et Babeau, 2003, p.144) فنموذج الجسدنة لا يندرج تحت بعد معين كالعقلنة التي أعطاها مارتي مكانة مركزية و أساسية في حدوث الجسدنة أو الأمراض السيكوسوماتية، فهي متعددة الأبعاد تسمح بقراءة منتظمة للظواهر دون أن تتقيد بنظام معين. و هو ما دعاه لوضع نموذج نظري عام يندرج ضمنه 12 زوجا من المتناقضات، ترتسم من خلالها الأبعاد الأساسية لظاهرة الجسدنة. (Sami Ali, 2006, p14, 15)

1- الجسم الحقيقي/ الجسم الخيالي.
2- معنى أولي للعرض الجسدي/ معنى ثانوي للعرض الجسدي.
3- الخيال (إسقاط)/ المبتذل (غياب الإسقاط).
4- توظيف سيكوسوماتي مشكل/ توظيف سيكوسوماتي في طور التشكل.
5- نكوص/ استحالة النكوص.
6- عرض عصابي أو ذهاني (ذو توظيف رمزي)/عرض جسدي موازي للعرض العصابي أو الذهاني.
7- كبت ناجح/ كبت غير ناجح.

8- كبت للمحتوى الخيالي/ كبت للوظيفة الخيالية.
9- لا مخرجية متجاوزة (الذهان)/ لا مخرجية غير متجاوزة (جسدنة).
10- سببية خطية/ سببية دائرية.
11- جسدنة عكوسة/ جسدنة غير عكوسة.
12- المرور من النفسي إلى الجسدي/ المرور من الجسدي إلى النفسي.

و كما يلخصه (Pongy et Babeau, 2003, p.143)، فإن ازدواج الارتباط المتبادل الايجابي أو السلبي هو ما يسير الحقل العام للسيكوسوماتية حسب سامي علي، حيث:

أ- الارتباط المتبادل الايجابي بين الإسقاط و الجسدنة، يؤدي في حالة التحويل الهستيري إلى باتولوجية نفسية بسبب إفراط الخيال.
ب- ارتباط متبادل سلبي بين الإسقاط و الجسدنة تصل إلى باتولوجية جسدية غير تحويلية بسبب نقيصة أو شائبة في الخيال.

و منه فان الإسقاط في الجسم الخيالي هو ما يساعد على تجنب الأمراض السيكوسوماتية أو الأمراض غير العكوسة كما يدعوها سامي علي. وهنا نتساءل إن كانت لعبة الفيديو Re-Mission تساعد على هذا الإسقاط على الجسم الخيالي و الذي تدعمه بطلة اللعبة Roxxi ليس لأجل انعكاس المرض و لكن على الأقل لمساعدة نجاح العلاجات و ربما تراجع المرض؟

9- Philip Pongy et Robert Babeau(2003)

انطلق الطبيبان العقليان Pongy et Babeau من الفكرة التي مفادها أن السيكوسوماتية الطبية كمقاربة نظرية و تطبيقية تعتمد على بناء و توظيف الجهاز النفسي كعوامل مساعدة للصحة و ظهور المرض، فالأخذ بعين الاعتبار الظواهر النفسية يوسع التناول العيادي و يقدم بعدا جديدا لفهم الفيزيوباتولوجيا، كما يفتح آفاقا جديدة و يزيد من الاحتمالات العلاجية.

و على غرار ما ذهب إليه مارتي و زملائه، فإن Pongy et Babeau (2003) يسندان أهمية كبرى للعقلنة لأجل السير الجيد للتوظيف العقلي و التوظيف النفسي الداخلي عامة. فالعقلنة الجيدة هو ما يسمح بتجاوز الصدمات، هذه الأخيرة التي تغزو الجهاز النفسي بفيض من الإثارة لدرجة أن تصفيتها و إرصانها بالوسائل المألوفة تنتهي بالفشل. مما يجر معه لا محالة اضطرابات تمنع المتعضي من القيام بوظيفته على اعتبار ان الجهاز النفسي يصبح غير قادر على تفريغ الإثارة. كما يؤدي اضطراب كمية الاستثارات الطاقوية للاصطدام بمجموع الوظائف السيكوسوماتية التي تؤدي إلى عدم الانتظام و بالتالي اختلال التوازن. فعدم انتظام الاستثارة الطاقوية المُنّجر و ظهور الخلل في عملية الإرصان العقلي هو ما يؤدي إلى التفكك السيكوسوماتي و ظهور الجسدنة. و عليه فإن التفكك السيكوسوماتي حسب الباحثين يرجع إلى مفهوم جد متداول في أدبيات التحليل النفسي ألا و هو مبدأ التعقيل.

و يتفق Pongy et Babeau مع عدد من الباحثين ذوي المنحى التطوري أو النوروبيولوجي (Morin, Edelman, Touzé,...) على أن نشوء العقلنة يشمل المظاهر المحتدة التطورية و التخلقية "aspects phylogénétiques et ontogénétiques" وكذا المظاهر النفسية العصبية "aspects neuro-psychologiques". إذ يرى الباحثين من ناحية المظهر التطوري بأن هناك ما هو سابق للعقلنة و ما هو لاحق لها و تتولد من التفاعل البنائي للكائن الحي في طريقة للنضج مع كائن حي آخر أكثر تطورا و نضجا و أكثر إطلاعا و خبرة منه. كما يشيران لوجود تقارب بين سيرورات النضج و التنظيم العصبي البيولوجي، وبين سيرورات النضج و التنظيم النفسي (أي العقلنة). و في هذا المنحى فإن "القشرنة الدماغية" إن صح التعبير أي "Corticalisation" و العقلنة "Mentalisation" هما سيرورتان تمسان سجلين مختلفين و لكن متشاركين و متماثلين في أسلوبهما. فهذين السجلين يرتبطان ارتباطا وثيقا؛ غير متجانسين في ركيزتهما، لكن متماثلين في أسلوبهما و هدفهما و المتمثل في تحقيق الهيموستازيا للمتعظي في سياق تفاعله و علاقاته. (Pongy et Babeau, 2003, p p.135, 136)

و خلص الباحثين من خلال استخراج نقاط الاتفاق بين مختلف التعاريف حول المفهوم في مجال السيكوسوماتية إلى أن العقلنة تشير إلى مجموع السيرورات النفسية التي تقود الاستثارات النزوية الجسدية لإنتاج التفكير و التعبير اللفظي. فهي تُعنى بمجموع السيرورات المتعلقة بالنشاط المتزامن للموقعيتين (الأولى و الثانية)، فهي بالتالي تشير للدينامية و السيرورة التي تفضي و تنتج نشاطا نفسيا جديدا ابتداء من القوس المنعكس كقاعدة عصبية وصولا للظواهر الواعية الأكثر تعقيدا. ويضيف الباحثان إلى أن مفاهيم العقلنة، الخيال و ما قبل الوعي ترتبط بقوة، لكن دون إمكانية اختزال أحدهم في الآخر.

وعلى غرار ما اتفق باقي الباحثين في تعريفهم للعقلنة، خلص الباحثان لاستخراج بعض النقاط و التي تتفق مع وجهة نظرهما حول العقلنة (Pongy et Babeau, 2003, pp:159, 160) تتمثل في:

- أن نقص العقلنة غير ثابتة و تتغير من مرض لآخر و من شخص لآخر.
- أن عجز العقلنة يكون في أغلب الحالات ثانويا، أما النقص البنائي للعقلنة فيكون نادرا.
- أن عجز العقلنة الأولي الذي يلاحظ في بعض الأمراض غالبا ما يكون ظرفي أكثر منه بنائي، يرجع في معظمه لتصدع اقتصاد الفرد قد ترتبط بظروف المعيش الصدمي.
- بعض حالات العجز في العقلنة العابر هي آليات دفاعية غير مكيفة لمواجهة المعيش الصدمي المؤلم.
- قمع العاطفة و التمثيلات يؤدي دوما إلى العجز في العقلنة.
- عجز العقلنة الأولي العابر أو البنائي يمكنه تشجيع ظهور الجسدنة.
- يمكن للمرض الجسدي أن يؤدي إلى عجز أو نقص العقلنة.
- مهما كان منبع و أصل عجز العقلنة، فان العلاج السيكوسوماتي يرتكز على إعادة التعقيل.
- العقلنة تتطور لدى المريض بمجرد أن تبتدئ السيرورة العلاجية.

2-3-2-2- تعريف شامل للعقلنة

كملخص لما جاء في التعاريف حول العقلنة، فهناك عدد من النقاط التي اتفق عليها الباحثون خاصة Marty (2000, 2001, 2004) (1990,1991, 1996), Bergeret (1999), Fonagy (1996), De Tychey على كون العقلنة كإحدى المخارج الثلاث المتوفرة لمعالجة الإثارات النزوية، حيث تشكل الجسدنة و التصرف السلوكي المخرجين الأخريين المتاحين. و على غرار ما ذهب إليه مارتي، اهتم Smadja (2001) بتوضيح العلاقة بين نوعية العقلنة و خطر الجسدنة. و بالنسبة له فإن العقلنة " تمثل أفضل حماية ضد الآثار المميتة للجسدنة، سواء كانت مرتبطة بالنكوص الجسدي و التي تسمح بإعادة تنظيم سريع، أو مرتبطة بالتفكك النزوي لتكون بالتالي ما سيسمح "بوقت لإعادة الربط" بعد المرض إما تلقائيا أو بفضل مساندة الأخر." (Smadja, 2001, p.43)

و لتوضيح الوظيفة الأساسية للعقلنة، نذكر تعريف De Tychey Et Lighezzolo الذي يعتبر شاملا لكل الوظائف التي تم ذكرها في مختلف التعاريف السابقة: إذ تشير العقلنة للقدرة على الترجمة إلى كلمات، تمثيلات لفظية قابلة للمشاركة مع الآخر. الصور و الانفعالات المحسوسة، حيث يعطى لها معنى قابلة لإبلاغها، مفهومة للشخص ذاته و للآخر [...] ما يستتبع عملية الترميز. وهذه الأخيرة تفترض أن تكون العاطفة التي يشعر بها تكون مرتبطة بكلمات تحددها كارتباط عاطفة– تمثيلة." (De Tychey Et Lighezzolo, 2004, p.58)

و يظهر من خلال التعريف الذي قدمه الباحثين بُعد جديد: بأن العقلنة ليست بقدرة داخلية و حسب و لكن بُعد يتم تقيمه من خلال ما يتم تقديمه و إبلاغه للأخر. وقد عمل De Tychey و عدد من زملاءه (Diwo, Donalder, Lighezzolo,...)على أجرأة العقلنة باستخراج مؤشراته من الروشاخ.

2-3-2-3- الجدول العيادي التشخيصي لتقييم نوعية التعقيل

يظهر التناول العيادي للتعقيل من خلال أدوات الاستقصاء السيكوسوماتيك كالملاحظة، الإصغاء في أثناء المقابلات، تطبيق الاختبارات الإسقاطية... و يحددها Pongy et Babeau (2003) في:

– المظهر الخارجي للمريض مع مراقبة إيماءاته، حركاته، نبرة صوته، نوعية نظراته و نوعية حضوره.
– ما ينتجه العميل، و ما يعرضه ليختبره المختص و ما يريد تقديمه لهذا الأخير عن نفسه.

و يعتبر وضع جدول عيادي لتشخيص نوعية العقلنة مهما في التناولات العيادية كونه يساعد المختص على التعرف عن وجود تطورات من عدمها بعد قيامه بعملية التكفل النفسي. ويرى Fain et David (1963) و Pongy et Babeau (2003) أن الاختلاف في العقلنة يظهر بمجرد أن تبتدئ السيرورة العلاجية و غالبا ما يتم ذلك منذ الحصة الأولى. و عليه فأن مستوى العقلنة الواجب أخذه بعين الاعتبار في ارتباطه بالجسدنة يختص بذلك الذي تم تقييمه خلال المقابلة الأولى قبل أي تأثير علاجي. و انطلاقا من ذلك، قام (Pongy et Babeau, 2003, pp:132, 133) بوضع جدول عيادي تشخيصي لتقييم نوعية العقلنة كما هو موضح.

	نوعية التعقيل جيدة	نوعية التعقيل سيئة

جدول رقم (01): الجدول العيادي التشخيصي لتقييم نوعية العقلنة

➢ **طريقة التفكير**	تفكير ذاتي يعبر عن رغبات الفرد. يسرد قصته و طريقة عيشه لها. صراعات داخلية و ميكانيزمات دفاعية، تسرب هوامي، توجيه الاهتمام للتصورات و المعاني المجردة.	تفكير عملي. تفكير عقلاني يخضع للسيرورات الثانوية. عقلانية تبريرية و لكن غير دفاعية. تقييم النشاطات في كل الأشياء و في كل الظروف
➢ **التعبير الشفوي**	خطاب مصور، استعاري، ذو دلالة شخصية، تجاذب الكلمات أو الشكل اللغوي. حسب الحالات يظهر الحياء، التحفظ، التمسرح الهستيري. تداعي الأفكار التلقائية. لحظات صمت يلاحظ فيها حياة هوامية (إيماءات هوامية) - تغير نبرة الصوت و طبقاته تبعا لتغير المواضيع و المواقف. -لا يلجأ كثيرا للتفاصيل الخارجية بقدر ما يلجأ للمعطيات النفسية الداخلية، يصف ظروف وقوع الحدث بطريقة مشحونة عاطفيا و انفعاليا. يلجأ بشدة لاستعمال العبارات المجازية و الاستعارات. و إن لم يستعمل التعبير الشفوي كثيرا فإن كلامه يكون ذو مغزى يمكن فهمه و استخراج الدلالات منه	صعوبة التحدث عن الذات. تعبير فقير، حيادي، عام. استعمال الكلمات و المعطيات المتداولة من وسطه الاجتماعي. يتحدث المريض عن قصته و كأنها قصة شخص آخر لا تعنيه. استعمال اللزمات اللفظية، اللجوء لاستعمال العبارات المشتركة بين الجميع بكثرة، أي انه لا يبدع. يستعمل نفس نبرة الصوت مهما كان الموضوع استعمال تفاصيل خارجية غير متناهية و وصف الظروف التي وقع فيها الحدث بدلا من العواطف المرتبطة بها. صمت فارغ، نجد الفرد ينظر للمختص و ينتظر توجيهه و عادة ما يجيب بأنه لا يفكر في شيء حينما تبدو عليه لحظات من التفكير، أو يسأل المختص أن يخبره عمّا يُفترض أن يُجيب به. - كلامه جدّ مباشر، عدواني ، يقوم بتفريغات هذائية دون ربطها بالتعبير العاطفي، و إن لم يلجأ للصمت، فإنه يتكلم كثيرا ليملأ الفراغ و يثرثر كي لا يقول أي شيء.
➢ **الانفعالات العواطف**	-تعبيرات مشحونة بالعواطف. -تظاهرات انفعالية مرتبطة بتوفر التمثيلات التي يمكن ملاحظة بروزها في تعبير الفرد عند التطرق للحديث عن صراعاته.	الخوف من أحاسيسه. -القليل من التعبيرات العاطفية. - صعوبة التعبير عن الانفعالات أو تظاهرات انفعالية حادة (كالضحك والبكاء...) دون محتوى تمثيلي، ترتبط بالضغط الداخلي أو بالادراكات. -عدم القدرة على التعبير عما يختلجه أو ما اختبره من أحاسيس.
➢ **التعبير الجسدي و السلوكي**	- تعبير حركي عصابي: التمسرح، اللزمات، حركات قهرية،... -تعبيرات جسدية في خلال حديثه. - نظراته تعبر عن معاشه (نظرة فيها إيحاءات) - إيماءات هوامية ذات دلالة نفسية - قلق مصحوب بتمثيلات.	-استثمار مفرط للحركة. ضغط غير مرتبط بمعاش محدد. فرط التوتر في العضلات، وضعية الجسم، الإشارات و الإيماءات، المتناقضة مع التعبير المنخفض، الهيجان و الإثارة أو الجمود. - تعبير في الفعل لا علاقة له بالأعراض العصابية. -عدوانية مباشرة أولية في العضلات. - فراغ في تعبيرات الوجه، الإيماءات والنظرات. -حصر أو قلق عائم مستتبع بالهيجان أو التخدر. - تظاهرات عصبية اعاشية و عصبية عضلية مفاجئة و غير متناسقة: السعال التشنجي المفاجئ، الفواق أو الحازوقة، حكة و حجرشة، التثاؤب المتعذر كبته، الحك القهري للرقبة، التنهد،...الخ
➢ **نمط الحياة**	- لديه علاقات شخصية متميزة. - تكيف متنوع أو صعوبات في التكيف	- في وضعيات العمل لا يمكنه إلا أن يكون فعالا أو بدون تدخل. يفعل الأشياء بطريقة آلية. توظيف عملياتي. - لديه الكثير من العلاقات لكن سطحية. لا يمكنه التفريق بين علاقاته السطحية و علاقاته العميقة و الحميمية. عدم القدرة على استثمار الآخرين، تبعية بدون مشاركة وجدانية أو تقمص وجداني. - تباين بين معاش صعب و سلوك امتثالي.

➢**ما قبل الشعور** ◆ **الغلاظة** ارتباط عرضي (من نفس المدة)	- توفر العديد من التمثيلات. - تداعي الأفكار بين الطبقات العرضية.	- انعدام أو نقص التمثيلات، أو وجود تمثيلات سطحية أو مقلصة تصل للإنتاج البسيط للمدركات الخارجية، تمثيل الأشياء الذي لا ينسجم مع سلسة التمثيلات اللاشعورية. - انعدام أو نقص التداعيات العرضية . - بروز ثغرات في اللاوعي.
◆ **السيولة** ارتباط طولي (من مدة مختلفة)	- تداعي الأفكار بين الطبقات الطولية	-غياب أو نقص التداعيات الطولية.
◆ **الديمومة**	- انتظام توظيف ما قبل الشعور: في الزمن و في نشاط أركان الجهاز النفسي.	عدم انتظام ما قبل الشعور.
➢ **ثراء ما قبل الشعور** الارتباط بالعاطفة	- ارتباط التمثيلات بالعاطفة بشكل متبادل.	انعدام أو نقص الارتباط بين التمثيلات و العاطفة أو العاطفة بالتمثيلة.
➢ **الإنتاج اللاشعوري**	- زلات لسان، نسيان. -نسيان الاستذكار. - أعراض وسمات عصابية: الفوبيات، الوسواس، التجنب، دفاعات هذائية، إغراء هروب، تعقلن ، تحفظ ، الكف، التثبيط، المقاومة، الشعور بالعار أو الشعور بالذنب، تبرير دفاعي...	- تفكير عملي (الحالي و الملموس في المستوى الأول) - لاشعور معطل لا يقوم بالإرسال. - مثال الأنا اكبر من الأنا المثالي
➢ **الهوامات**	- ثراء الهوامات . - القدرة على القيام بأحلام اليقظة. إنتاجات خيالية	غياب أو نقص الهوامات و الفضاء الخيالي.
➢ **الأحلام**	- أحلام ليلية مرصنة و مرمزة مع استعمال ميكانيزمات الإزاحة و التكثيف. -الغرابة المعتادة في الحلم السيرورات الثانوية (لارصان سرد الحلم.)	- غياب الأحلام أو نقص في ارصان الأحلام تقتصر على ما هو حالي و ملموس و البقايا النهارية. و تتمثل في أحلام فضة، تكرارية، عملياتية. -لا تظهر فيها الغرابة و تشبه التفكير في حالة اليقظة (سيرورات ثانوية).
➢ **النقلة الأولية**		- الحاجة للسيطرة و التحكم في المختص. - يتخذ موقف الانتظار، الحاجة للحصول على الشرح. - لا يستثير فكر المختص.
➢**النقلة المضادة الأولية**		ملل، تعب، تضايق و انزعاج، نفاذ الصبر والرغبة في الحركة، الإحساس المختص بأنه مراقب، صمت متعب، الإحساس بالإحراج، صعوبة استثارة هوامات و خيال العميل. شعور المختص و كأن لا شيء يحدث، غياب النقلة المضادة.

2-3-3- الميكانيزمات الدفاعية في التنظيمة السيكوسوماتية

إن متابعة تنظيم الجهاز النفسي الجسدي إنما يتم عن طريق العودة إلى مرحلة تكوين الوظائف الدفاعية، و هي متعددة و تختلف باختلاف المرضى و اختلاف المرحلة التكوينية و أيضا باختلاف درجات إرهاص أو تمثل الصراع الدفاعي، أي باختلاف درجة التعقيل حيث كمية تواجد الأنا، صلابتها أو وهنها و هشاشتها و اختلال تنظيمها و اختلالات ما قبل الوعي هي التي تحدد نوع الدفاع.

تصنف دفاعات المريض في حقل السيكوسوماتية على أنها بدائية و تتميز بعدم فعاليتها. و من الناحية الاقتصادية فبدلا من أن تتكفل الحياة العقلية بالطاقة الليبيدية لتضمن لها مخارج فعالة فإنها تفلت من الإمكانات العقلية للإرصان و يحدث اختزال بين الرغبة و تحقيقها كون الأنا هش و الجهاز النفسي غير كامل البناء لا يستطيع

معالجة الصراع كونه لا يستدخل، و هز ما يؤدي لإحداث خلل في التنظيمة الوظيفية و بالتالي اختزال الصراع في الجسد. و في المخطط الموالي توضيح لذلك.

شكل رقم (09): مخطط توضيحي لخصائص التنظيمة الدفاعية السيكوسوماتية

تجربة غير مشبعة ⇦ موت نفسي⇦ انشطار الأنا ⇦ تكون هوية سيئة ⇦ تكون جهاز نفسي هش مع غياب صاد الإثارات ⇦ توظيف إدراكي خاص⇦غياب قلق الإشارة ⇦ غياب تنبيه الأنا ⇦عدم إيقاظ الكمونات العقلية ⇦ تحريك آليات دفاعية غير فعالة ⇦عدم التزامن و التكيف بين الصراع و الذات ⇦ عدم استدخال الصراع ⇦ اختزال الصراع في الجسد.

و نهدف من خلال ما سنتطرق إليه فيما يلي؛ توضيح الطريقة التي تنتظم بها دفاعات المريض السيكوسوماتي و التي تتركز نحو توجيه تعبير النزوات العدوانية إلى الداخل؛ إلى الذات. حيث أجمع الباحثون Bergeret (1999), Debray(1991), De Tychey et col (2000), Smadja (2001), Dumet (2002), Dejours (2003) على العلاقة بين العقلنة والمعالجة النفسية للنزوات العدوانية. و إن نحن نهتم بتفريغ النزوات العدوانية، ذلك أنّ الجسدنة تشير لتفريغ هذه النزوات إلى الداخل كما اشرنا إليه هذا من جهة، و لأن طبيعة لعبة الفيديو Re-mission بما توفره من مثيرات و فرص لمهاجمة الخلايا السرطانية بالتماهي مع بطلة اللعبة قد تساعد على تفريغ النزوات العدوانية إلى الخارج من خلال ما يدعوه Virole (2003) بميكانيزم الإسقاط بالتماهي النشط (projection par identification d'action) الذي يستعمله اللاعب في أثناء تفاعله مع ألعاب الفيديو.

فألعاب الفيديو بما تمثله من واقع افتراضي كما تذهب إليه Renter(2006) مشكل بالحركات النزوية، بالتحكم المضاعف عن طريق المعرفة، واللعب مع الهوامات دون خوف من الممنوع، وحب دون خوف من الرفض، قتل افتراضي دون هدم أو تحطيم حقيقي فالتطور التقني يغيّر الإخراج ليتماشى مع ما يرضي الفرد، لينعكس الواقع النفسي في العالم الافتراضي"

و قد كتب فرويد عن التماهي بالبطل من خلال تناوله لتراجيديا " Hamlet " ، إذ يقول بأن التماهي مع البطل: "عبارة عن تماهي لا واعي لنزوات البطل والذي يحمل علامات أو رموز نزواتنا الخاصة بنا، فنحن من خلال ذلك نتخلص من القلق المرتبط بالضغوطات النزوية وهشاشة قدرتنا عن الكبت، و نقوم بتوفير الطاقة للمقاومة". (Seys, 2003, P.51) . فالتعبير النزوي و الذي له خصوصيته عند المريض السيكوسوماتي يستدعي استعمال عدد من الآليات الدفاعية و التي تصنف في حقل السيكوسوماتية على أنها بدائية، فما هي هذه الميكانيزمات؟

و قبل الإجابة على هذا التساؤل، نشير إلى أننا استندنا في دراستنا بخصوص التنظيمة الدفاعية للسيكوسوماتي على منطلقات فرضية Christophe Dejours (2003) الذي قام بالتفصيل في كيفية لجوء السيكوسوماتي لهذه الميكانيزمات من الناحية الموقعية، الدينامية و الاقتصادية، ما يؤدي لظهور الجسدنة و قام بصياغة فرضية جديدة كامتداد لنظرية فرويد أسماها بـ « الموقعية الثالثة » و التي أوضح فيها خصوصية تسلسل و تداخل هذه الآليات لدى السيكوسوماتيون من خلال تناول شامل للأفراد اللذين يدعوهم Dejours بالطبائعوباتيين «Caractéopathes» لوصف أشخاص ينتمون لما ذهب إليه Marty (1998) في تقسيمه للبنيات حول الأعصبة

الطبائعية و السلوكية و التي صنفها Dejours من جهته تحت تسمية «Les caractéroses » إذ يندرج ضمنها الأشخاص السيكوسوماتيون.

و على خطى بعض مسلمات التحليل النفسي، و استنادا لما توصل إليه مارتي و زملائه قام Dejours بتوضيح مختلف الآليات المترابطة و المرتبطة بالتنظيمة السيكوسوماتية و التي لخصها في:

1)- الاستذهان (التعقلن) Intellectualisation:

يعتبر من إحدى أنواع العزل يسمح بمقاومة بروز النزوات العدوانية عن طريق التبرير برجوعه إلى عالم الأفكار أي لعالمه الداخلي.

2)- الانشطار، الإنكار، الكف Le clivage, le déni, l'inhibition:

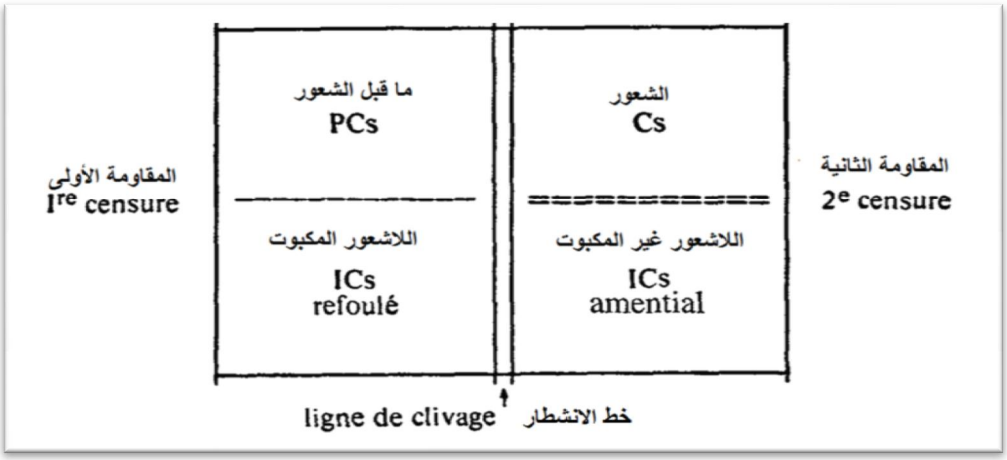
كما أوضحه Marty فإن الاكتئاب الأساسي و التفكير العملي يعتبران وجهتان لنفس الظاهرة، حيث نجد فقدان القيمة الرمزية للكلمات و الصور و الأفكار ما يؤدي للمعالجة الملموسة و الحالية للواقع. و سبب كل ذلك حدوثه بمعزل عن توظيف سابق و " بالتالي فإن الجهاز العقلي ينقسم إلى قسمين، مختزل ظاهريا إلى نوع من المظهر الثانوي للتقديم اللائق." (Marty, 1998, p.70) و قد يكون في كلام مارتي ما يشير لآلية الانشطار

و يعتبر الانشطار من بين أهم ميكانيزمات تطور الشخصية؛ يكون حاضرا منذ بداية الحياة النفسية للفرد و يسمح بتنظيم الانفعالات، الأحاسيس و التفكير. يتقدم بصفة أساسية سيرورات الاندماج و الجتمعة ويعتبر السلاح الأكثر بدائية ضد القلق. (Phaneuf, 2005, p.11)، كما أشار فرويد في مناسبات عدة لكونه سيرورة ينشق فيها "الأنا" لمواجهة واقع خطير. فهذا الميكانيزم إذا يسمح بالتحكم و السيطرة في القلق من خلال تقسيم نظرة الفرد للواقع و يساعد على التصرف في الوقت ذاته بطريقتين مختلفتين أو حتى متضادتين في بعض الأحيان، و عليه فان هذا الميكانيزم يساعدنا على إحداث توازن بين إدراكاتنا حول ما هو مهدد و ما هو مطمئن و يساعد الفرد على تقبل الوضعية بإحباطاتها.(Dejours, 2003, p.89)

وقد سعى Dejours التعمق في تناول المفهوم في المجال السيكوسوماتي، حيث انطلق من فرضية أساسية مفادها وجود شق بين اللاشعور المكبوت المكون من التصورات الذي تحدث عنه فرويد (Inconscient refoulé) واللاشعور غير المكبوت (Inconscient non refoulé ou Amential) المُشكل من خلال العنف المطبق من طرف الوالدين ضد فكر الطفل. (Dejours, 2003, p.85) ما يؤدي لمنع تشكل اللاشعور المكبوت بسبب عدم حدوث التحولات و التأويل لرسائل الراشد على حد تعبير الباحث. ومن بين النتائج الإكلينيكية؛ حدوث الجسدنة و لكن أيضا المرور إلى الفعل و العنف. و عليه فإن تكوين الانشطار هو ما سيسمح بمنع انطلاق أو هيجان هذه الإشارات ليحافظ الفرد على مظهره السوي نوعا ما، و يظهر نتيجة لذلك عند المرضى السوماتيون تفكير عملي. حيث ينجم غياب هذا التأويل الترابطي للواقع من غياب التأويل الهوامي المبتكر من طرف الفرد، و لهذا السبب يُنتج الفرد القليل من الأحلام أو على الأقل القليل من الأحلام المُرمِمَة و التي تعمل على إعادة التنظيم. و هذا التفكير العملي يوضع كحاجز ضد الإندفاعة الغريزية المتولدة من الالتقاء مع الإدراك العاطفي للواقع. فالتفكير العملي إذا

يقوم بالحفاظ على الانشطار حتى يتمكن الفرد من الاستمرار، أو بالأحرى استمرار توظيفه. (Dejours, 2003, p.88)

شكل رقم (10) : الانشطار ضمن مخطط الموقعية الثالثة لديجور (Dejours, 2003, p.93)



و قد سعى Dejours (2003) للبحث عن العلاقة الموجودة بين اللاشعور المكبوت و اللاشعور غير المكبوت، و بصفة عامة السيولة في داخل موقعية الانشطار. و باستعارة تعبير Fain حول "المنطقة الحساسة من اللاشعور" يرى Dejours أن هذه المنطقة تتواجد بين اللاشعورين (المكبوت و غير المكبوت)، و أن هذه المنطقة الدقيقة من الموقعية وغير المحمية جيدا بالبنية العليا للشعور و ما قبل الشعور، لا تعزل عن الواقع إلا عن طريق ميكانيزم وحيد و واحد فقط هو الإنكار و فيها يلاقي اللاشعور " الواقع عن طريق الإدراك" بحيث يبعد الإنكار الإدراك العاطفي. (Dejours, 2003, p.93) وعليه:

– فإذا سحب الإنكار، فان ردود الفعل السلوكية تثار، لان ما قبل الشعور لا يمكنه الحفاظ على وظيفته الترابطية، و العنف الغريزي الناجم عن اللاشعور غير المكبوت و الذي كان مسيطرا عليه عن طريق الإنكار لحد الآن قد استحدث من خلال الغضب و المرور إلى الفعل.

– أما إذا استعمل الشخص الكف الكثيف للفكر لمواجهة سحب للإنكار، فانه سيتجنب هيجان أو انطلاق هذا العنف الاضطراري ليظهر في هذه الحالة الجسدنة، لاسيما أنها تكون مجتمعة بالقمع، وتقلب الشحنة العدوانية ضد الذات أي نحو الجسد. وتعتبر الجسدنة المسلك الوحيد الممكن و المتوفر للفرد، إذ تمكّنه من الحفاظ على الانشطار و تسمح للشخص "بالحفاظ على الواجهة" في مقابل العنف، كونه الغاية التي يناضل الفرد أساسا ضده لأجل البقاء ضمن السواء نوعا ما. فالكف إذا يحافظ على الفرد بإبعاده عن الواقع المهدد و مصدر الخطر؛ كالمرور إلى الفعل، العواطف المؤلمة و التفريغ الاضطراري للعنف.

3)– القمع La répression :

يتحدث Sami Ali (2006) عن الكبت الناجح لوصف القمع، هذا الأخير الذي يتم استعماله من طرف الفرد عندما يتعذر استعمال طريقة الإسقاط إلى الخارج لتفريغ الإثارات المرتبطة بالنزوات العدوانية و هو ما يؤدي إلى الجسدنة. فالقمع يشكل نوع من الانفجار الداخلي و «الإسقاط الداخلي أو الإسقاط الجسدي» على حد تعبير Smadja (2001) قد يصل الحال لتحييّد الأحاسيس بتدمير الجسد. فالمهاجمة عن طريق القمع يتعلق بالاندفاعة الغريزية و التي يتم تفريغها في الجسد بطريقة مباغتة حتى قبل أن يتم إدراك ذلك، وهو ما يجعل نشاط الفرد عملياتي، آلي، تكراري، قد يصل لحد الشلل العقلي. (Dejours, 2003, p.109). في حين يتحدث André Green عن « صمم قمعي للنفس» للإشارة إلى الكيفية التي يمنع فيها القمع الارتباط الجسد–نفسي و يمنع النفس من القيام بعملها و المتمثل في ترجمة الأحاسيس الجسدية، فالجسدي الذي عليه تجاوز حاجز الجسد–نفسي يجد نفسه ممنوعا من الدخول إلى النفس أو مدفوع للعودة إلى مصدره." (Green, 1998, p44). و تضيف Deburge أن نتائج القمع هي من النمط الجسدي كونها تؤثر على الأشكال السابقة للتصورات النزوية، يعرقل الإدراك و يؤدي لخلل وظيفي خطير لما قبل الوعي و الذي يعرقل بدوره العقلنة. (Deburge, 2001, p.21)

أما Press فيرى في القمع عمل الأنا الواعي و الذي يهدف لمحو أو طمس العاطفة، مع الحفاظ على التصورات على مستوى ما قبل الوعي. فهو إذا عبارة عن ميكانيزم إرادي يهدف لمعالجة التصورات دون مبالاة و التي يمكنها الرجوع مرة أخرى إلى ساحة الوعي. و ميكانيزم القمع يتولد من خلال الأخلاقيات و اعتبارات القوى المعنوية و التربية الوالدية. (Press, 2001, pp.93,94)

و ذهبت Parat لوصف مسار تفكك النزوات الجنسية و العدوانية و إمكانية قمع النزوات العدوانية بمعزل عن قمع النزوات الجنسية. و تقول بأن النزوات العدوانية إن لم تجد طريقا تحوّل به أو تتسامى من خلاله يتم قمعها. هذا القمع الذي يعمل خصيصا على تفكك التمثيلة عن العاطفة لأجل تجنب و إلغاء الألم، لأن ما يتشكل عن التقاء التمثيلة بالعاطفة هو القلق المتفشي. وعليه يمكن استدعاء التمثيلة المزاحة و المعزولة عن العاطفة على مستوى ما قبل الوعي ثم الوعي دون ألم، أما العاطفة فإما أن تحول لعاطفة أخرى أو يتم كفّها. فتراكم العاطفة وركودها يؤدي لتزايد نسبة توتر الإثارة التي لا تجد لها مخرجا سوى طريق القلق أو المسالك الجسدية . (Parrat, 1991, p p.95,96)

و بالرغم من الدور الايجابي للقمع الذي قد يكون له دورا مساعدا في التكيف الاجتماعي، إلا أن المبالغة في استعماله يجّر إلى الامتثالية المفرطة، كما يمكنه في الحالات القصوى أن يمسّ الفكر و هوامات الفرد كما يرى Dejours (2009) و الذي ترجع جذوره إلى مرحلة الطفولة أين تم قمع الفكر من طرف آباء هؤلاء السوماتيون و بالتالي لا يتوفر للطفل أي فضاء لتفريغ نزواته. ما يحرض العنف أو القدرة التدميرية (Dejours, 2009, p.27) فهذا العنف القديم الذي يحمله كل واحد بداخله؛ إن لم يتم تمريره إلى الفعل، فانه سيتخذ مسارا خاصا يتمثل في القمع. و يقترح بالتالي فرضيته حول العنف المقموع كسيرورة مركزية لحدوث الجسدنة. (Dejours, 2009, p.54) ، و تقدم بعدها بالفكرة التي مفادها أن الكف في الفعل التعبيري عن الغضب (بقمعها) هو ما يجعل من الفرد هشا في وجه الآخر و هو ما يفتح المجال لفقدان التوازن الجسدي. (Dejours, 2003, p.30)

فعند السيكوسوماتي بدلا من أن يحدث التعبير من خلال المرور إلى الفعل الموجه للخارج في حركة تهديمية للمواضيع الخارجية، فإن مرور الفعل يحدث للداخل نحو الذات، مثله مثل الحالات الحدية أين يحدث المرور إلى الفعل من خلال الفعل الانتحاري، لكن الاختلاف يكمن في الكيفية فقط. فبينما يعبر عن الحركات العدائية ضد الذات في حالات الانتحار بطريقة "حيوانية" كما يقول Dejours فإنه في حالة السيكوسوماتي تقمع في المصدر أي في الجسد و ترجع إلى المصدر الجسدي من خلال الجسدنة، ليس خوفا من الآخر ولكن رغبة للاحتماء من "حيوانيته" (Dejours, 2003, p.58)

و في الأخير، نشير إلى ما ذهب إليه Marty (1990) و Deburge (2001) إلى أن قمع كل التوظيف العقلي من شأنه أن يؤدي إلى الجسدنة الخطيرة لأن عمل " قمع التصورات و السلوك مجتمعة بطريقة مستدامة، تقفل تماما الباب أمام مخارج "الهو" ومن المرجح تبعا لذلك ظهور الأمراض الأكثر خطورة" (Deburge, 2001, p.61) لتستخلص Xardel-Haddab (2009) أن عمل القمع على جهاز الفكر في اجتماعه مع كف الحركات العدائية يؤدي إلى تعميق الجسدنة.

و هنا نتساءل إن حدث تفريغ للحركات العدائية مع فرصة للتعبير عن الفكر بالاستناد لدعامة خارجية كلعبة الفيديو Re-Mission بتوجيه كل عدائيته و نزواته التدميرية نحو عناصرها و مثيراتها؛ إن كان ذلك سيؤدي لإنعاش التوظيف العقلي للمرضى؟

4)- الإرضاء عن طريق الإدراك La satisfaction par la perception:

تمّ تطوير هذا الميكانيزم من طرف Dejours (2009) مستندا في ذلك على التصورات النشوئية للاضطراب السيكوسوماتي و بالتركيز على غالبية المبادئ النظرية التي تشير إلى الدور المركزي للموضوع و السلوك الأمومي في ظهور الأمراض السيكوسوماتية. و هو ما أشارت إليه Debray التي تفترض أنه "و بسبب تهديد الفوضى المرتبطة بعلاقة غير آمنة كفاية مع المحيط، يظهر لدى الطفل في مرحلة جد مبكرة دفاع عن طريق إدراك الواقع الخارجي و الذي يأتي نوعا ما لطمس و محو كل إحساس داخلي لا يستند على أحاسيس جسدية حقيقية، حيث يساعد خلل التظيم على تحمل الفقدان." (Debray, 1983a, p.171). و يحتكر هذا الدفاع الواجهة على حساب ميكانيزمات الإسقاط و الاستدخال. و هو ما يجعل من هؤلاء الأشخاص جدّ حساسين لمحيطهم الخارجي و حركات الحضور/الغياب بسبب عدم القدرة على احتمال التغيرات في الواقع الخارجي ممهدا لحدوث الاختلال الجسدي. فهو بالتالي يعبر عن قصور في استدخال الموضوع ما يؤدي إلى التشبث بالمدركات الحسية للواقع الخارجي. (Debray, 1983a, p.178)

أما Dejours (2009) فيرى أن تطوير هذه الميكانيزم راجع بصفة خاصة للعنف الأبوي الذي كان ضحيته المرضى السوماتيون. و على خطى J.B. stora (1999) و Marty, De M'uzan, David (2010) يضيف Dejours أن "العنف الذي يصل للمحلل من هؤلاء المرضى خلال نشاط النقلة يهدف للقتل النفسي للمحلل و هو وريث العنف الذي تلقاه الطفل من و الديه و الذي أدى لموته النفسي." (Dejours, 2009, p.101). و بناءا عليه و لمواجهة هذا العنف، يقوم الشخص بالتمسك بإدراك الواقع. و هو ما يدعوه Dejours بـ «الإدراكات الواقية» « perceptions protectrices » و المرتبطة بخلل في معالجة الإثارات و ربطها على مستوى ما قبل الوعي.

كون أمهات هؤلاء الأطفال ينشئن أولوية الإشباع عن طريق الإدراك فيشكلن لديهم إحباطا و توظيفا عقليا خاصا بهم. و لأنه أيضا و بسبب المبالغة في استعمال هذا الميكانيزم فان ذلك يؤدي إلى التكشف الخافت للصراع النفسي أو حتى تخفيه و تجنبه، و عليه فان الإشباع عن طريق الإدراك يسمح بالبقاء في سجل الإدراك دون الوصول لسجل التمثيل العقلي و الذي يقتضي حتمية التكفل به من خلال ما قبل الوعي، و بالتالي المجازفة بظهور الصراع." (Dejours, 2009, p. 131) و يعتبر الاستثمار المفرط للواقع المدرك حسب Smadja من بين مؤشرات الحياة العملياتية و التي تسعى لحماية الأنا من القلق الناتج عن النقص على مستوى التمثيلات و الهوامات اللاواعية، و هو ما يقابل « طمس الإنتاج النفسي» الذي تحدث عنه الباحث و الذي يسمح بتميز الفرد و التعبير عن فردانيته لصالح الهدوء النفسي. (Smadja, 2001,p.41)

5)-الوصف القهري للواقع المدرك La description compulsive de la réalité perçue

يمثل هذا الميكانيزم نظيرا للإرضاء عن طريق الإدراك، و يشير إلى وصف وضعي للأحداث دون أي عمل للربط و هو خال من التعبير العاطفي و غير مشحون من الناحية الانفعالية، حيث يظهر عند المفحوص نوع من الإفراط في لجوءه لاستعمال الواقع دون أي ربط، عباراته غير دسمة من الناحية الرمزية و تكون خالية من الإيحاءات، تعبيره قصير، فقير و لا يترك مجالا لخروج الهوامات، يمتاز خطابه بغياب المتغيرات الترابطية، غياب التعليق و ازدواجية المعنى في كلماته بحيث لا يمكنه استثارة فكر الفاحص. (Dejours, 1995, p.77)

6)- النشاط L'activisme :

يعتبره الباحثون بمثابة السجل الذي يعرب من خلاله انتشار أو غلبة المدرك على التصور لدى المريض السيكوسوماتي، أين يتم تسيير الوضعيات الصراعية باللجوء إلى الفعل و لكن بالتوجه إلى الإثارة الحركية بدلا من التبصر و التفكير. يظهر الفرد فيها مشوشا و مضطربا و عاجزا عن التحكم في نفسه حتى ينتهي بأن يأخذ الاهتياج مكان التفكير réfléchie و التظاهرات الانفعالية. و تشيير Phaneuf أن بهذه الميكانيزم يتم استبدال التفكير و الانفعال بالحركية و الفعل. فيه حركات متواصلة و نشاط متواصل كستارة تنعكس عليها الانفعالات." (Phaneuf, 2005, p.15)

و بالنسبة لـ Dejours، فإن الفرد من خلال نوع من الاهتياج العقيم و التحركات العديدة يكون في سعي للبحث عن التهدئة بعيدا عن فضاءه النفسي من خلال الإدراك في الخارج، و هو ما يدعوه الباحث بالإدراك المهدئ «La perception calmante» و هذا البحث في الخارج هو بمثابة هروب من الأحاسيس المشحونة بالصدمات و التي تكون مصدر قلق ضمنيا. فالمريض و لأجل أن يعكس حالة الجسم و الحركات الغريزية التي تتطور، يبحث في الواقع عن الأشكال الخاصة التي تهدئه .(Dejours, 2003, p.79)

و عليه و لأجل معاكسة هذه الآلية و النشاط الزائد و الوصول إلى حالة من الهدوء الخارجي، ترى Phaneuf بضرورة تحقيق الهدوء الداخلي أولا و الذي لا يمكن التوصل إليه إلى من خلال تعبير المريض عن مخاوفه، أحاسيسه، رغباته و آماله و مساعدته على التفكير و التبصر، و العمل على تغيير هذا الميكانيزم باللجوء لاستعمال ميكانيزم تأكيد الذات بالتعبير عن انفعالاته و شعوره دون خوف أو تحوير لتفكيره. و كل ذلك يعتبر بمثابة

ترياق للسلبية و النشاط أو الحركية الزائدة. فكون الفرد يصل لتسمية معاناته، وصفها و التعبير عن رأيه تجعله يمر من الوضعية السلبية كضحية للموقف إلى الوضعية الايجابية البناءة لفهم ذاته و البحث في نفسه و الفكر عمّا يقويه. (Phaneuf, 2005, p.16)

و يهدف هذا الميكانيزم الدفاعي هو الآخر للوصول بالمريض إلى حالة من الهدوء النفسي و إطفاء الإثارات الداخلية. و هنا نطرح السؤال حول إمكانية الوصول إلى هذا الهدوء النفسي من خلال ما تعرضه لعبة الفيديو Re-mission من تبصير بالموقف و تعريف المريض على مرضه و تسميته دون خوف من التعامل معه، و تمنح له الفرصة للتعبير عن مخاوفه، أحاسيسه، و عن رغباته و آماله قد يصل معها إلى شعوره بفعاليته الذاتية ليأخذ الدور الايجابي في العملية العلاجية و الوصول إلى تأكيد ذاته.

7)- الحياة العملية La vie opératoire:

تشمل الحياة العملية نوع من التفكير العملي و الحوار العملياتي الذي يسبقما. و يشير Smadja إلى أن قمع هلوسة الرغبة هو ما يشكل قاعدة لحضور التفكير العملي الخالي من أي توطين نفسي، فهو عبارة عن تفكير آلي ميكانيكي، مجرد، حالي، ملموس، واقعي و خاضع لـ " امتثالية استبدادية مطلقة" هذه الأخيرة التي تمّ دمجها للتوظيف العقلي للفرد على شكل «أنا مثالي»، بعد أن كانت في البداية ناتجة لما كانت تمليه الأم على طفلها (Smadja, 2001,p.41) و هو ما يؤدي إلى ظهور بعض الصفات الظاهرة لدى المرضى، إذ يصفهم مارتي بأنهم أفراد في حياة عملية يوحون إليك بصورة ميت حي، يستسلمون لرتابة الحياة اليومية دون توظيف للمشاعر، تعكس انخفاض القدرة على التعقيل و فيه نوع من التفكير العملي الراهن و الملموس حيث المشاكل الحالية تشغل ساحة الوعي مع استثمار مفرط للواقع مرتبط بفقر في الحياة الهوامية و خالي من الترميز، فهو يرافق الأحداث أكثر من أن يمثلها و في الحقيقة هو عبارة عن –اللاتفكير– كونه فقد روابطه مع مصدره النزوي. (Ainsentein et Smadja, 2004, p.190) و هو ما يصفه Smadja بقوله : " كلام هذا التفكير لا يمتلك أي تمثيلة نفسية مرتبطة، فهو يصف واقع غير مأهول بالفرد، واقع أحدث قطيعة معه و مع عواطفه، تعبيره يأخذ شكلا إخباريا إعلاميا بحتا، و يلخص Smadja ذلك بقوله " التفكير العملي يقول الكلمات دون الأشياء" (Smadja, 2001,p.65). و يعبر عنها Sami Ali (2004) بإشكالية التعب، فاستثمار السيكوسوماتي المفرط لعالمه الخارجي يؤدي إلى إجهاد نفسي– جسدي يتمثل علاجه في الراحة، و بما أن السيكوسوماتي يدافع ضد الإتكالية و السلبية فهو يعتبر أن هذه الراحة ترمي إلى الإتكالية و عليه معاكستها بالحياة العملية المستمرة دون تفريغ الإثارة و هذا ما يسبب له التعب و الإنهاك. و تعادل المدرسة العلائقية التفكير العملي بمصطلح «المبتذل» Le banal. و في نظريته أمرضية التكيف أشار الباحث إلى الحياة العملية أين يكون الواقع ذو قيمة تكيفية، يسجل كطريقة عامة تظهر من خلال انسحاب الخيال. (Sami Ali, 1998, p.73)

و حسب التيار الفكري لـ Marty فإنه يوجد نوعين من التوظيف العملي و التي نظمها Smadja (2001) من خلال تمييزه بين «اللحظة العملية» الموافقة لزمن خلل التنظيم و الذي لا يسجل في الزمن يكون ذو علاقة مع الحدث الصدمي كميكانيزم دفاعي عابر، و بين «حالة الإزمان» الموافقة لحالة مبكرة من حياة الفرد و التي استمرت إلى سن الرشد كميكانيزم ثابت. ذهب مارتي إلى اعتبار الحياة العملية في ارتباطها بالاكتئاب الأساسي عملية دفاعية

لكل الجهاز النفسي تهدف السماح بالاحتفاظ على المكتسبات اللاحقة للتثبيت و إن كانت هذه المكتسبات تجد تعبيرا لها على شكل ميكانيكي آلي دون أي قيمة رمزية. (Marty, 1998, p.77) و بالتالي، فكأن هذا «الشلل العقلي» كما يرى مارتي هو ما يسمح بالبقاء على قيد الحياة و الحفاظ على الفرد.

و في مقاربة سيكوديناميةللتكتم، فان المفهوم يقترب في جزء كبير منه إلى ما أشار إليه مارتي حول الفكر العملياتي، بحيث يندرج التكتم ضمن مكوناته.(Hauwel & Pedinielli, 2008, p.278)،

و كما هو الحال بالنسبة لمقاربة التوظيف العملي «اللحظة العملية» و «حالة الإزمان» حسب مارتي، فقد اقترح Freyberger التمييز بين نوعين من التكتم: التكتم الأولي (كسمة) يكون فطريا ومستقر في الزمن ذو أصل عصبوبيولوجي و مقاوما لكل أنواع العلاج تقريبا، و التكتم الثانوي (كحالة)، يكون وظيفيا ينتج عن عوامل أو حوادث صدمية، عكوس و قابل للارتداد. (Zimmermann et al, 2008, p.122) إذ يفترض Mc Dougall (1989) أن التكتم (الثانوي) عبارة عن ميكانيزم دفاعي بدائي يظهر منذ الطفولة الأولى كحماية ضد قلق فقدان الموضوع الذي لم يتم تمثيله بسبب عدم القدرة على إدماجه كموضوع أمومي جيد، فهو بالتالي له وظيفة دفاعية ضد الألم النفسي، و عبارة عن ميكانيزم يسمح بالانقطاع عن الصراع النفسي لأجل تفادي النكوص للوضعية الفصاموبرانوية (لميلاني كلاين)، حيث يحدث انقطاع للعاطفة التي تتجمد، و يتلاشى تمثيل الكلمات. أما Montreuil et coll في (Evren et al, 2008) فهم يميلون للرأي القائل بالدور الدفاعي للتكتم أو ميكانيزم للمقاومة كرد فعل لشدة نفسية و كمخدر للانفعالات ما يسمح بتخفيف الانفعالات المؤلمة و ادخار الطاقة لأجل إدماج الوضعية الصعبة. و يضيف Zimmerman et al (2008) ان التكتم يرتبط بشدة بميكانيزم الإنكار. مع الإشارة إلى تصور Sifneos حول "ردود الفعل السوسيوثقافية" أو السيكوديناميةو المتمثل في الاستعمال المفرط لإنكار أو قمع العواطف التي يمكنها أن تشكل منشأ التكتم الثانوي. (Crocos et al, 2003, p.170) إذ يطلق عليه Crocos تسمية "الميكانيزم الدفاعي بجمود العاطفة". حيث تمثل الوضعية النكوصية الدرجة الدنيا من التفكير الذي يعتبر اصل و منشأ الحياة العملية بحيث يتولد عنه شكل من التواجد في العالم الذاتي يجنبه الوقوع في الاكتئاب الأساسي (Crocos et al, 2003, pp.164, 165)

- **و بصفة عامة و من خلال ما تمّ عرضه فإن الميكانيزمات التي يستعملها السيكوسوماتي تتم من خلال اللجوء إلى الواقع الخارجي و تفريغ النزوات العدوانية إلى الداخل:** فبسبب فقر الهوامات و الفضاء الخيالي، فإن الفرد السيكوسوماتي يلجأ إلى الواقع الخارجي من خلال ما يلتجأ إليه من استعمال ميكانيزمات تتمثل في الحياة العملية، الإرضاء عن طريق الإدراك، الوصف القهري للواقع المدرك، و تهدف هذه الميكانيزمات لتخفيف الفراغ الداخلي و إبعاد و إزالة الإثارات النزوية و لكن على حساب الجسد. و هو ما أشار إليه Brusset في قوله أن إنشاء استراتيجيات دفاعية ضد الفكر يميل لاستبعاد الفضاء النفسي الداخلي لتجنب المتناقضات غير المتكاملة و غير جدلية: بمعنى استعمال الدفاعات لطردها في الفعل و تكراره؛ أي في الجسد (الجسدنة) (Brusset, 2008, p.56) فضرورة الإدراك الواقعي تسجل تبعية الفرد و عدم قدرته عن الاستقلالية و البقاء خارج هذا الإدراك. و يرتبط ذلك بضعف القدرات الأمومية في البيئة الأولى للطفل، و الذي يمثل منطلق عجز توحيد النزوات الليبيدية و العدوانية. و هو ما يشكل مؤهلا لفك الربط النزوي لاحقا و يؤدي بالتالي لاستعمال ميكانيزمات دفاعية موجهة للداخل نحو الذات و استبطان تعبير النزوات العدوانية، و كأن الفرد يبحث عن الهدوء النفسي، الهدوء الخالص لتجنب مواجهة

إثاراته الداخلية. فهو يقوم بكف الفكر بالإضافة إلى قمع عواطفه، و يتم ردع النزوات العدوانية من خلال الانشطار و الذي يكّون حاجزا يمنع إظهارها و التعبير عن نفسها في الخارج، و هو ما يؤدي إلى الجسدنة. (Xardel-haddab, 2009, p.91) و على عكس باقي أغلبية الأفراد اللذين يقدمون أمراضا داخلية و توظيف نفسي موجه للخارج." (Brusset, 2008, p.55) فإن الفرد السيكوسوماتي يقدم مرضا في الخارج و توظيف نفسي موجه إلى الداخل.

2-3-4- العقلنة، الفضاء الخيالي في ارتباطهما بالتنظيم الدفاعي:

وفقا لـ de Tychey (1997) ، فإن العقلنة كي تتمكن من إتمام عملها الخاص بتحرير الصراعات، القلق، التوتر النزوي و معالجة الصراعات إضافة إلى القدرة على استخدام الخيال بهدف علائقي، فانها يجب أن ترتبط بمرونة دفاعية تسمح بإرصان العواطف على المستوى العقلي، لا سيما العواطف الخاصة بالقلق والاكتئاب، وأخيرا القدرة على إرصان الغمر النزوي الجنسي و العدواني على المستوى الرمزي. و على النقيض من ذلك، فإن العقلنة الخائرة المرتبطة بأشكال دفاعية صلبة، بدائية و فقيرة لا تلعب دورها الصاد و لا تؤخذ الواجهة، فلا تعمل على معالجة و إرصان النزوات لجعلها مقبولة يمكن إبلاغها للآخر، حيث يصبح التوجه نحو فعل سلوكي أو جسدي ممكنا. وبالتالي، فحسب Bergeret كما يرى de Tychey " فإن السلوك يستعمل الخيال في نموذج علائقي غير معقلن، و الذي يمر عن طريق الفعل بدلا من أن يعقلن في حين أن جزءا من الجسدي – النفسجسدي- يشكل طريقة لاستخدام الجسد كوسيلة لترجمة علائقية للخيال الذي لا يمكنه أن يمر لا عن طريق الخيال (اقلها بطريقة مباشرة) و لا عن طريق العقلنة". (deTychey, 1997, p.244) مشيرا بذلك إلى أن هيمنة استدخال العواطف العدوانية قد تصل إلى الكف و القمع.

وبالتالي كما ترى Haddab " فإن التوظيف الدفاعي في التنظيمة السيكوسوماتية يسيطر عليه الكف و استدخال النزوات العدوانية مع غياب تظاهرات القلق. في المقابل فإن حدوث التفريغ على المستوى السلوكي يكون مهيمنا بميكانيزم الإسقاط في التوظيف الدفاعي بتفريغ النزوات العدوانية إلى الخارج مع ظهور قلق واضح و كثيف. (Xardel-haddab, 2009, p.252)

3- التكفل النفسي في الحقل السيكوسوماتي:

إن تناول الأدوية دون الاهتمام بالجانب النفسي يؤدي للإدمان السيكولوجي على الدواء، مما يؤدي لعدم تحريك القوى الذاتية للمريض. فالعناية الطبية لوحدها ليست كفيلة لإحداث التوازن السيكوسوماتي، بل و قد يستثمر المريض مرضه كحجة لتعويض العناية الأمومية التي افتقرها في طفولته بالبحث عن هذه العناية الجسدية عند الطاقم الطبي لمعالجة هذا القصور بجسده كمكسب ثانوي. لكن بمساعدة المختص يمكنه من تعديل هذا الاستثمار بالبحث عن استثمارات ايجابية ذات منحى مختلف كي تضمن مخارج فعالة لتصريف الطاقة السلبية و إعادة التوازن الاقتصادي للمريض.

و كثيرا ما تم طرح التساؤل حول شكل التكفل العلاجي في المجال السيكوسوماتي و الذي أثارت الإجابة عليه على مرّ السنين الكثير من الجدل و النزاع الحاد خاصة بفرنسا، فبينما يرجح البعض التناول التحليلي البحت،

فإن آخرون (...C.Chiland, R.Diatkine, J.Bergès) يفضلون الابتعاد عن هذا المنحى من التكفل بالرغم من كونهم من رواد الفكر التحليلي و ينصحون بالاعتماد بدلا من ذلك على التناول المعرفي أو السلوكي. ذلك أن خصوصية هذا التكفل مع مريض بتنظيمه النفسي الخاص و سمات شخصية مميزة و نسيج علاقات من نوع استثناشي يصعّب من التكفل التحليلي.

فما هي خصوصية التكفل النفسي مع المريض السيكوسوماتي؟ فيما تتمثل خصوصية سمات شخصيته، و ما المميز لنسيج ربط علاقاته؟ و بعيدا عن نجاح طريقة علاجية دون أخرى هل يمكن للتدخلات النفسية دور لإحداث الإنعاش النفسي و للتوظيف العقلي ضمنيا لدى المريض السيكوسوماتي؟

3-1- خصوصية عناصر التكفل النفسي في الحقل السيكوسوماتي:

كعلاج مكمل و متوازي مع العلاجات الطبية و الدوائية الكلاسيكية، فإن العلاج النفسي للمرضى السيكوسوماتيون حسب الفكر التحليلي لرواد المدرسة السيكوسوماتية الباريسية يجب أن يقوم به مختصون مكونون في الحقل النظري و العيادي للتحليل النفسي ولديهم إضافة إلى ذلك تكوين معمق في الحقل السيكوسوماتي يسمح للمريض الوصول أو استرداد أحسن مستوى ممكن من توظيفه النفسي على أن يتم العلاج النفسي السيكوسوماتي حسب مارتي و أتباعه في في مكان خاص يسمح ببروز هذا التوظيف النفسي الفريد من نوعه؛ كمركز باريس للبسيكوسوماتيك (Ipso) أو عيادة محلل نفسي مختص في السيكوسوماتية. Debray (1996b) و هو ما أكد عليه أيضا Aïsenstein et Smadja (2004)، مع العلم أن مارتي قد أظهر في العديد من المناسبات سواء الكتابية منها أو الخطابية تشدده و صرامته حول "المخاطر"- خاصة تلك المتعلقة بمخاطر خلل التنظيم الجسدي- التي يمكن أن يقع فيها المريض بإقحامه في وضعية علاجية غير مناسبة." (Debray, 1996a, p.273)

فبسبب الهشاشة الاعتيادية للتوظيف النفسي للمريض السيكوسوماتي يرى رواد مدرسة باريس أن اختيار الإطار العلاجي يتسم بأهمية كبرى إذ ينصح باستعمال الأريكة و إتباع بروتوكول علاج التحليل النفسي الكلاسيكي بمعدل ثلاث مرات أسبوعيا للتعامل مع الحالات المرضية الجسدية الحميدة و القابلة للارتداد و التي يقترب توظيفها النفسي بالتوظيف العصابي. في حين ينصح باختيار الوضعية التقابلية وجها لوجه مع الأشخاص اللذين يتقدمون بأمراض جسدية خطيرة و تطورية و توظيف نفسي يهيمن عليه القصور النرجسي و الحياة العملياتية. مع إتباع قاعدة الاعتدال في عدد الحصص العلاجية خلال الأسبوع حيث ترتبط عدد الحصص بقدرة المريض و احتماله على مقابلة المحلل و الذي يشكل منبعا للإثارة بالنسبة له. فالباحثان يؤكدان على ضرورة حضور المحلل النفسي الذي يمثل السند النرجسي للمريض و الذي بدونه لا يمكن حدوث لأي تعديل أو تغيير نفسي دائم، مرجعيتهم في ذلك ما أشار إليها Marty حول «الوظيفة الأمومية في التحليل النفسي»، حيث يقوم المحلل بوظيفة ثنائية القطب؛ من جهة وظيفة الأم التي يقوم المعالج في أثناءها بمرافقة الحركات النفسية و التي ترتكز على الوضعية التقمصية النرجسية الأولية التي تهدف لتشكيل أو إعادة تشكيل صاد الإثارات عندما يتضح هذا الأخير غير كاف أو على العكس من ذلك لجلب مصادر جديدة للإثارة في حالة ظهور الاكتئاب الأساسي عند المريض. و من جهة أخرى وظيفة التأويل المعهودة في التحليل النفسي الكلاسيكي. وبعدها يمكن استرجاع الوضعية التحليلية الكلاسيكية في العلاج بانسحاب المحلل عندما تتحقق ظهور التعديلات النفسية لدى المريض. (Aïsenstein et Smadja, 2004, p.192)

و في نفس المنحى أيضا تركز Debray على العلاقة الإنسانية لأجل إعادة الإنعاش النفسي و تعتبرها بمثابة البطاقة الفاصلة لمساعدة المريض للالتزام في عمل العلاج النفسي، كما تهتم بنوعية علاقة النقلة- النقلة المضادة. (Debray, 1996a, p.202). و هم ما تؤكد عليه أيضا De Kernier لتأسيس العلاقة في العلاج النفسي مع مراهق يعاني من إصابة جسدية خطيرة، كما تؤكد على الوظيفة الأمومية للمعالج و التي تعتبرها كموقف مرافق لكل الحركات النفسية و التي تستند على المواقف التقمصية الأولية و النرجسية للمعالج نحو مريضه. " (De Kernier, 2010, p.147)

و ما يلح عليه الباحثين و بقوة هو ضرورة الحفاظ في كل الحالات على حيوية العلاقات العلاجية التي تعتبر الضمان للإنشاء النرجسي و ترتيب أو إعادة الانتظام المازوشي ما يفترض تبعا لهذا عدم ظهور الملل مع المريض في العلاج التحليلي السيكوسوماتي. " هذا الأخير الذي لا يستطيعه إلاّ محلل مدرب ومتحكم في حصته العلاجية و الذي لا يتأتى حسب رواد مركز IPSO إلا باكتساب فن الحوار اللائق و العديد من النشاطات اللغوية في العديد من المستويات دون التخلي في الوقت ذاته على هيئته التحليلية." (Aïsenstein et Smadja, 2004, p.193)

و برأينا فإن هذه المفارقة في توفر بعض المميزات الخاصة في هذا المعالج النفسي أو بالأحرى محلل نفسي و متحكم في فن الخطابة!!! لا يستطيعه إلا محلل نفسي متكون من طرف محللين محنكين ومن رواد مدرسة باريس للبسيكوسوماتيك. فضرورة توفر محلل نفسي محنك مع الحفاظ على حيوية العلاقة العلاجية و عدم انتشار الملل كشرط مسبق للنجاح في التعديل النفسي أمر صعب خاصة مع ما لاحظه مارتي حول خصوصية العلاقة في الجلسة العلاجية مع المريض السيكوسوماتي، لذا يدعو Taylor (2000) بضرورة إدخال بعض التعديلات على طريقة العلاج التحليلية كما يجب ان ينصب اهتمام المحلل لشكل و وظيفة الاتصال و ما يصدر عن المريض و ليس الاهتمام بالبحث عن تأويل المعنى الرمزي لأعراض المرض.

وقد أثير جدل كبير حول دور العلاجات التحليلية في التكفل بأشخاص يقدمون أمراض جسدية. و قد يكون عدم توفر معالجين بالمعايير المذكورة خارج مركز بيار مارتي للبسيكوسوماتيك هو ما أدى ببعض الباحثين بالرغم من انتماءهم للتيار التحليلي بالدعوة للابتعاد عن التكفل التحليلي السيكودينامي هذا من جهة، و ما لمميزات التوظيف العقلي للمريض السيكوسوماتي من تأثير على سير الحصة العلاجية كالتكتم و الحياة العملية و ما يندرج تحتهما من خصائص من جهة أخرى. و هو ما دعا ماك دوغال لوصف هؤلاء المرضى " كمضادين للتحليل" "Anti-analysants" أين تموت النقلة في أرضها قبل أن تولد. Mc Dougall (1989). و يؤكد Krystal و Ruesh في Sifneos (1995) في العديد من المناسبات على ضرورة تجنب العلاجات السيكودينامية مع المرضى السيكوسوماتيون و يوصون بدلا من ذلك باستعمال العلاجات التعليمية و الساندة. وكذلك بالنسبة R.Diatkine, J.Bergè, C.Chiland اللذين كانوا يرون في العلاج السلوكي المعرفي بتقديم المهام و الأدوات كطريق ممهد يسمح في وقت ثان بإدراج كل المعاني المرغوبة، و تقول Debray في تعليقها على ذلك "بأن ردّ الفعل في البداية قد يكون بشكل أوتوماتيكي، دفاعي. ولكن شيئا فشيئا يتطور الأمر ليرتبط باستثمارات أخرى. و المهم في الأمر أن يجد الفرد المتعة و يشعر بلذة المهمة المسندة له و لذة التحكم و التي تفتح المجال أمام إعادة الإنعاش النفسي، عند الاقتضاء من خلال الاستثمارات المعرفية،[...] و قد لا يحدث هذا الإنعاش النفسي ليتشكل بالتالي نوع من الإشراط،

لكن لا يمكن اعتباره كمصير سيء، و إن خيرنا بين الولوج لنوع من الإشراط أو لا شيء فإننا نفضل الإشراط." و بالرغم من تأكيد الباحثة لانتماءها و توجهها التحليلي ألا انها تشجع على القيام بكل ما من شأنه أن يساهم في الإنعاش النفسي للفرد و بكل الوسائل و أن كان بالتوجه السلوكي المعرفي. (Debray, 1996a, p.220) و أقرّت Debray (1997) بامكانية مساهمة طرق غير تحليلية في سيرورة إعادة الإنعاش النفسي.

و السؤال المطروح في هذا المضمار بغض النظر من نجاح طريقة تكفل دون أخرى، إن كانت الخصائص الشخصية للمريض السيكوسوماتي بما لها من خصوصية تساعد على نجاح تكفل دون التكفل التحليلي؟

3-2- الخصائص الشخصية للمريض السيكوسوماتي:

سعى رواد التيار السيكوسوماتي من خلال ملاحظاتهم العيادية لتحديد خصائص شخصياتهم، فبالإضافة إلى مساهمات المدرسة الفرنسية و الباريسية تحديدا لوصف هذه الخصائص، فقد تقدمت المدرسة الامريكية و مدرسة بوسطن على وجه التحديد باسهاماتها في هذا المضمار.

و قد أشار Marty & De M'uzan (1963) إلى ظهور بعض الصفات الظاهرة لدى المرضى تتمثل في التفكير الملموس و العملي، الاستثمار المفرط للواقع. فهم أشخاص لا يبدعون، كلماتهم تصف أفعالهم عن قرب لا تستتبع أي إرصان و خالية من النشاط الهوامي و كأن محتوى الهوام محتوى خطير وجب إقصاءه، يبقى الفرد لصيقا باستمرار مع تدفق إيماءاته، عالقا في الحالي. و إن حدث له إسقاط في المستقبل أو رجع إلى الماضي، فذلك يحدث بتفكيكه و تجزئته ويتناوله في الحاضر بطريقة مهيمنة على كل شيء من خلال تتابع الأحداث، اتصاله يكون في اتجاه خطي و محدود دون التفتح على واقع من ترتيب مختلف (عاطفي أو خيالي) حيث لا مجال لتوسيع و إثراء كلامه. أما عمله، فكأنه فرض عليه فرضا. و إن رافق سرده تظاهرات حسية- حركية، فهو ليس لتفسير الحركة أو العمل ولكن لمضاعفته. يضيف Smadja بأن الفرد يظهر و كأنه غريب عن ذاته و ليس حاضرا في قلب السيرورة و لكن شاهدا عليها من خلال الحركات الخارجية كالسلوكات و الطبع و ليس في المعيش الذاتي الداخلي و الانفعالي. يصبح الفرد و كأنه مفصول عن نفسه و عمّا يشكله عاطفيا. و لأنه منهمك بالحفاظ على بقاءه على قيد الحياة فإن التعبير العاطفي يصبح ثانويا وكمالي بالنسبة له. (Smadja, 2001, pp. 74,76)

كما اهتم Peter Sifneos & John Nemiah من مدرسة بوسطن بطريقة تعبير المرضى، إذ لاحظا أن ظهور الانفعالات لديهم تظهر بطريقة عنيفة و مباغتة و كأنها استجابة لمثير ما تزول بزوال الوضعية أي بمجرد تغيير الموضوع الذي أثارها، و عادة ما تكون هذه الانفعالات غير مرفقة بالإرصان الهوامي. فهي تظهر كاستجابة معزولة غير مستمرة، ترتبط بالمثير دون ربطها بما حدث قبله أو بعده و كأنه صمام يفتح و يغلق بطريقة مفاجأة. (Taylor, 1990, p. 775). و على غرار ما ذهب إليه Fenickel في 1945 بوصف سلوك هؤلاء المرضى بـ «النمط البارد انفعاليا» أو بـ «الأميين انفعاليا» على حد تعبيير Freedmann &Sweet في 1954، فقد أطلق Sifneos في 1972 مصطلح «التكتم» (Corcos & Speranza, 2003, p.44)

و قد سعى Sifneos & Nemiah في Corcos & Speranza (2003) لوصف التكتميون بأنهم أشخاص كئيبين، جامدين بلا حياة، مملين و غير معبرين. يجدون صعوبة كبيرة للتعرف و وصف أحاسيسهم الخاصة

و إبلاغها. يتعذر عليهم التمييز بين حالتهم الانفعالية و أحاسيسهم الجسدية، كلامهم نثري و مبتذل، نفعي و لا يثير الاهتمام. نمط تفكيرهم موجه نحو التفاصيل الخارجية للحياة اليومية مقابل توجهه نحو الحياة الهوامية و نحو الأحاسيس أو التجارب الداخلية. محدودية الحياة الخيالية و كذا نوع من التفكير الموجه نحو الملموس و الواقع، فهم اشخاص يهربون إلى الواقع من خيالاتهم المرعبة و لكن إلى واقع عديم الحياة و ميت. إضافة لذلك يشير Porcelli & Meyer (2002) إلى وجود درجة كبرى من الامتثالية الاجتماعية و التي توحي بالسواء عند هؤلاء الأفراد التكتميون، حساسين للنمطية الاجتماعية مع فرط في التكيف الاجتماعي و يقتدون بما على الآخر فعله. و يشبهم Taylor (1990)بالرجل الآلي، فهم يتطورون في الحياة بطريقة ميكانيكية و كأنهم يتبعون إرشادات كتيب التعليمات، فاقدين الاتصال بواقعهم النفسي. أما حياتهم العلائقية فتتميز بالصلابة إذ لا يسمحون لأي شيء يخرج منهم ما عدا الأعراض العضوية التي تكون عديمة المعنى أو أعراض غبية كما يدعوها Marty, De M'uzan, David (1994). يرتبطون في علاقاتهم بصورة رمزية بشكل وثيق بشريك (شخصهم المرجعي) يحاولون بمساعدته تثبيت مشاعر الهوية الغائبة لديهم و استقلاليتهم الناقصة من خلال منظومة تأمين خارجية ويجعلهم العجز في مشاعر القيمة الذاتية و الاستقلالية متعلقين بشدة بالتجانس مع هذا الشخص المرجعي. يدركون الآخرين بصورة غير دقيقة و غير سوية و يعيشون أنفسهم بأنهم منفصلين عن الآخر، وقد أطلق على هذه الطريقة من الخبرة و الإدراك تسمية «التضاعف الإسقاطي» أو التطابق مع الآخر كما ذهب إليه Sami Ali (1987)، فهم يرون الآخر بصورة آلية و كأنه نوع من صورة ذاتهم و يحاولون بهذا المحافظة على ارتباطهم الرمزي، فكونهم لا يتعرفون على مشاعرهم الخاصة، فهم لا يتعرفون على مشاعر الآخر ما يبعث لإدراكه كازدواج لذواتهم. (Taylor, 1990, p.771) كما أنهم بحاجة للإمتثال و مسيرين من طرف نموذج مثالي و جماعي، لا يستخدمون مفهوم "أنا" في سياق ممتلئ انفعاليا بالمعنى، يستصغرون مشاكلهم الشخصية و يفتقرون للمعارضة و لا يمكنهم رفض الآخر، لا يمكنهم التلفظ بـ "لا" و يميلون إلى الحل الوسط الذهبي و يخافون من رفض الآخر و ابتعاده. و كحل للخلل في مفهوم الفضاء و الزمان، يتبنى الفرد تكيفا مبالغا مع الزمن الاجتماعي و احترام مفرط للوقت و المواعيد كسد لثغرات الوقت الذاتي. (Sami Ali, 2004, p20.)

فإن كانت طبيعة علاقاتهم بين شخصية من الشكل الصلب غير النفوذ، فهل تختلف نوع العلاقة مع المختص في اطار الحصص العلاجية؟

3-3- طبيعة علاقة المريض السيكوسوماتي مع المختص:

تكون العلاقة مع المريض السيكوسوماتي من نوع السند أين ينتشر نوع من الملل و الفراغ، علاقاته فورية خالية من البناءات التحتية و الفوقية التي لا تبعث لأي شيء و لا توحي بشيء. (Marty, De M'uzan, 1963, p.354). ففقر الحوار لديه يحتاج أن يُغذى و يُنشط بما يوحي به المريض للفاحص، و قد يستجيب بطريقة آلية محاولا إقحام الفاحص في لعبة (مثير- استجابة) نشطة معتمدا عليه لسد ثغراته النفسية. (Marty, De M'uzan, David, 2010, p.10). و لا يمكنه التجوال بسهولة في ماضيه، فهو يميل لأن يُمتلك بالحاضر بسرد ما هو حالي بشكل نمطي لعدم قدرته على التجوال بسهولة مهما كان ثراء ما يسرده من كلام. (Dejours, 1997, p.4) و إن أعطى المريض سببية لمرضه بعد إلحاح الفاحص، فانه لا يظهر أي ربط في حديثه حيث يستند للجانب المادي الضيق لوصف الأحداث و الذي يشكله خلال فترة زمنية محدودة، و هي أحداث تخلوا من الجانب العلائقي دون أي

فرصة لحدوث الالتزام العاطفي في أثناء التقصي السيكوسوماتي سواء كان بالنسبة له أو للأخر حيث يجد المختص نفسه أمام «علاقة بيضاء». و إن أكثر من الحديث فهو حديث فارغ يسدّ به الثغرات و كأنه صدّ للتمثيلات، يتكلم كثيرا كي لا يقول أي شيء. (Taylor,1990, p.779)، خطابه خالي نسبيا من المرجعية الداخلية، و غالبا ما يشرع في وصف دقيق لأعراضه الجسدية و التي تترجم بعجز في وصف واضح لأحاسيسه الجسدية ودلالات الشدة الانفعالية". (Mariage et al, 2008, p.386) فالشخص في أثناء الحصة العلاجية «موجود لكن فارغ» على حد تعبير مارتي، و هو ما يضع المختص في حالة تردد و ارتباك أمام هذا الخلو الواضح من التماهيات ما قد يصعب عملية التكفل. فالآخر بالنسبة للسيكوسوماتي يعتبر إسقاط للذات، فهو مطابق له و مزود بنفس نظام تفكيره. (Nöel et Rimé, 1988, p.587)

كما لاحظ العديد من الباحثين عدم تطور عصاب النقلة عند هؤلاء المرضى و لا تظهر العفوية في إنتاجهم اللفظي ما يرغم الفاحص لبذل الكثير من المجهودات لإثراء الحصة العلاجية. لذا يدعو Taylor (2000) بضرورة إدخال بعض التعديلات على طريقة العلاج التحليلية إذ يجب ان ينصب اهتمام المحلل لشكل و وظيفة الاتصال و ما يصدر عن المريض و ليس الاهتمام بالبحث عن تأويل المعنى الرمزي لأعراض المرض.

و بعيدا عن نجاح طريقة علاجية دون أخرى و ما يهمنا أكثر معرفة إن كان للتدخلات النفسية دور لإحداث الإنعاش النفسي و للتوظيف العقلي ضمنيا لدى المريض السيكوسوماتي؟

3-4- الإنعاش النفسي لدى المريض السيكوسوماتي:

ترى Debray (1996a) أن الهدف من التدخلات النفسية هو الإنعاش النفسي و إعادة توجيه اهتمام المريض لتوظيفه السيكوسوماتي بصفة عامة. ففي حين يصرح Reiser أنه لا يمكن المعالجة العميقة لشخصية المريض السيكوسوماتي، إذ يعتقد أن مستويات ما قبل الكلام و ما قبل التناسلية من التأسيس و الاندماج النفسي لا يمكن بلوغها أو تنشيطها كونها تمثل مجازفة كبيرة و يصعب على المختص أن يلعب دورا ترميميا و تنظيميا للفرد. (Nöel et Rimé, 1988, p.587)، فإن Krystal يرى بإمكانية إحداث التغيير و التعديل لدى المريض السيكوسوماتي من خلال النشاط العلاجي الاستدراكي لقصور دور الأم الذي قد يؤديه المعالج. (Taylor, 1999, p.781) و في ذلك يشير Winnicott بأن المعالج الذي يمكنه الالتزام «باللعب» مع مريضه، يمكنه توسيع حياته الخيالية باستثارة تطور جديد لقدراته على «اللعب» مع الأحاسيس، الأفكار و الصور. (Taylor, 1999, p.783). و بالرجوع لكلام Aïsenstein et Smadja (2004) كما اشرنا إليه سابقا، فإنه يتضح وجود إشارة لإمكانية التعديل و التغيير النفسي.

وعموما فقد انقسمت أراء الباحثين في هذا المضمار الى نموذجين من التناول والتي نرى فيها إجابة عن تساؤلنا "إن كان الفرد محكوم عليه بالبقاء تحت وطأة تكوينه البنائي و عواقب الاهتمام الأمومي الناقص الخائر أم أنه يمكن إحداث تغير و تطورات في نفس الفرد و إنعاش توظيفه الجيد؟ و قد قام (De Tychey, 2010, pp.181,183) بتلخيصها فيما يلي:

• **النموذج الأول:** و يدعى بنموذج «عجز النقص» « Déficitaire de la carence» حسب De Tychey وهو ما أكده Marty في (2001) Fain الذي أشار إلى انه يمكن للإساءة الأمومية المبكرة تحت بعض الظروف إحداث عجز بنائي مستديم لتوظيف ما قبل الوعي، إن كان على المستوى الكمي (فقر عدد التمثيلات المبنية و المتوفرة)، أو على المستوى الكيفي (فقر تشكيلة التمثيلات المتوفرة). فحين يتشكل هذا العجز يصبح من الصعب ارتداده أو انعكاسه في بعض الحالات. ففي حين يتفق مع مارتي أصحاب النموذج العصبوفيزيزلوجي (Sifneos & Nemiah) في (1988) Nöel et Rimé لسبب وجود تشوه بيولوجي، و اصحاب نظريات التعلق ما بعد بولبي (2004) Fonagy بسبب التعديل البيولوجي، فإن عدد كبير من المختصين الإكلينيكيين لا يوافقونه و يصفون هذا المنحى بالمتشائم و يؤكدون على الإمكانية الدائمة للتغير و التطور في النفس.

• **النموذج الثاني:** و يدعوه De Tychey بنموذج «التوظيف الدفاعي و إعادة الإنعاش الهوامي». هنا يشير الباحث إلى ما ذهب إليه Debray (1996b)، Dejours (2003)، Crocos (2003) اللذين يعتقدون بإمكانية إعادة إنعاش التوظيف النفسي الدفاعي الناقص و غير الفعال كالتكتم و الحياة العملية و ما يندرج تحتهما من أبعاد من محدودية الحياة الخيالية، عدم القدرة على التعرف و التعبير اللفظي عن الانفعالات الخاصة... على أن إعادة الإنعاش الهوامي يكون أسهل كلما ابتعد التوظيف النفسي الأولي للفرد عن التوظيف العملي. (De Tychey, 2010, p.182)

و بدورنا نود أن نشير إلى ما نبه إليه Marty & De M'uzan حول أهمية عدم كسر أو تثبيط أي تمثيل أو إرصان هوامي قد يظهر عند فرد ذو تفكير عملي في أثناء الحصة العلاجية مهما كانت نوعية الهوامات، كما يقر الباحثان انه يمكننا فتح طريق للتمثيلات العقلية مهما كانت نوعيتها. (Marty & De M'uzan, 1963, p.354) و فيه نجد إشارة لإمكانية التعديل من التوظيف العقلي.

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى التوظيف العقلي و التعريف به عامة و تمييزه عن البعض المفاهيم المرتبطة به، ثم تطرقنا لخصوصية التوظيف العقلي في التنظيمة السيكوسوماتية و التفصيل فيما يشمله من أبعاد حسب ما أشار إليه De Tychey & coll (1992) و Bergeret (2003) و ما يتميز به عند المريض السيكوسوماتي من فقر هوامي و غياب للخيالات و نوعية خاصة من الأحلام، نوعية خاصة من التعقيل غير المرصن، ميكانيزمات دفاعية غير فعالة. كما سعينا للتفصيل في شكل التكفل العلاجي في المجال السيكوسوماتي و خصوصية عناصر هذا التكفل مع ما يكتسبه المريض السيكوسوماتي من خصائص شخصية و ما يميزه من نمط خاص في العلاقة مع المختص في أثناء الحصة العلاجية.

و بالرغم من الجدل الكبير الذي اثير حول دور العلاجات التحليلية في التكفل بأشخاص يقدمون أمراض جسدية من جهة، و تأكيد مارتي و زملائه من جهة أخرى على ضرورة الخضوع لهذا التكفل في مراكز خاصة و مع محللين بتكوين سيكوسوماتي تحليلي لأجل أحداث إنعاش في التوظيف العقلي، فإن المهم في العمل العلاجي كما اجمع عليه الباحثون أن يكون المختص في أثناء تكفله النفسي مبدعا يعمل على تنمية و تشجيع نسج الروابط النفسية الداخلية، فهو تكفل بشخص له تنظيمه النفسي الخاص أكثر من علاج للمرض أو إزالة للأعراض، تكفل

بشخص يحمل قصوره النرجسي و خلل في تنظيمه السيكوسوماتي. و من الضروري في أثناء ذلك العمل جنبا إلى جنب مع الطبيب المعالج على إشكالية المريض الظاهرة و الكامنة بالخصوص في حالة الأمراض الخطيرة و المستعصية لأجل إعادة تشكيل توازنه الاقتصادي و تعزيز نرجسيته وصولا إلى استقلاليته و تطوير الإبداع لديه بتشجيع الخيال و التعبير عما يختلجه لتشجيع تذوق معنى الحياة أو كما يعبر عنها مارتي إحياء نزوة الحياة فيهم و منه المرور بالمريض من مرحلة كونه يبحث عن " البقاء على قيد الحياة" إلى أن "يعيش الحياة"على حد تعبير De Kernier (2010)

و بين شدّ و جذب لآراء الباحثين حول إمكانية التعديل من الخصائص المميزة للمريض السيكوسوماتي و على غرار ما ذهبت إليه (Debray, 1996a, p.202) حول أهمية مرحلة المراهقة مع ما يصاحبها من تغيرات لتشكيل فرصة سانحة و مرحلة حساسة و فترة ملائمة لحث المراهق على الارتماء في هذه السيرورة و المرتبطة بإعادة الإنعاش أو التعديل النفسي. و على غرار ما ذهب اليه Ruesh في (1990) Taylor لاعتبار المرضى السيكوسوماتيون ذوي شخصيات طفولية، و يدعو المعالجين لمساعدتهم على التبصر و ملاحظة طبيعة اضطراباتهم المعرفية و اللجوء لاستعمال التماهي الإسقاطي بأكثر قوة. هنا نتساءل إن كان للعبة الفيديو دور مساهم لفتح الطريق أما هذه التمثيلات العقلية، و هل أن التماهي يحدث بطريقة سطحية مع بطله اللعبة، أم تماهي لا واعي لنزوات البطل والذي يحمل رموز نزوات المريض كما أشار إليه فرويد، أو تماهي إسقاطي نشط على غرار ما ذهبت إليه Virole (2003) ؟ بمعنى آخر هل يمكن لهذا النوع من التكفل أن يصل لمعالجة النواة الممرضة و إلى مستوى البناء، أم انه يتم معالجة الطبقات العصابية لشخصية المريض على غرار ما ذهب إليه Reiser فقط؟

و بصفة خاصة، هل يمكن للعبة الفيديو Re-Mission أن تساهم في إنعاش التوظيف العقلي الأكثر خللا في التنظيم؛ أي خلل التنظم التدريجي الذي يعاني منه مريض السرطان؟

الفصل الخامس
السرطان بين التناول الطبي و النفسي

تمهيد:

ليس السرطان فيروسا أو بكتيريا تهاجم أجسامنا بل هي إحدى خلايانا الخاصة الخاملة و الخطيرة و التي يحملها جميعنا دون استثناء، إلا أن هذه الخلية تتكاثر عند البعض دون البعض الأخر، تعمل في الخفاء بطريقة غير منتظمة لتتولد عنها الآلاف من الخلايا غير السليمة و تعيق التوظيف الجيد للأجهزة الحيوية في الجسم، لذا يتم نعته بالمرض الخبيث كونه لا يظهر إلاّ بعد مدة قد تطول أو تقصر حسب عدد من العوامل منها ما هو داخلي و منها ما هو خارجي.

و ما يزال العامل النفسي موضوع جدل بين عدد من الباحثين، وما تزال الفرضيات القائمة حول العلاقة بين ظهور السرطانات بمختلف أنواعه والمسببات النفسية محل نقاش منذ 1701 من طرف Gendron ثم Guy في

1846 إلى يومنا هذا.(Schraub, 2009, p114). ففي حين يرى فيه البعض منهم عامل أساسي لنشأة المرض مع توفر استعدادية بيولوجية و هو ما ذهبت إليه المدارس السيكوسوماتية و علم النفس العصبي، فإن مدارس أخرى ترى فيه عاملا مفجرا للمرض كالمدرسة الأمريكية التجريبية. و على طرف النقيض يرى بعض الأطباء و ما توصلت إليه بعض الأبحاث و الدراسات التي أقيمت في المجال عدم تدخل العامل النفسي في ظهور المرض. و بين شد و جذب حول السببية النفسية لنشوء المرض لم يتمكن أحد من الباحثين الجزم بتأكيد تأثير العوامل السيكولوجية في ظهور السرطان، إلاّ أن الباحثين في المجال اتفقوا على تدخل هذه العوامل لتشكيل أرضية خصبة لتنشيط الخلايا السرطانية أو على العكس من ذلك عدم تنشيطها بل وتثبيطها في بعض الحالات إن تم التكفل بالمرضى التكفل الجيد من الجانب النفسي إضافة للتكفل بالجانب الجسدي. ليشير ذلك إلى التكامل النفسي الجسدي (Horde, 2009)

و خلف الخمس أحرف المشكلة لكلمة سرطان يختفي عدو عنيد لا يستسلم بسهولة و يثير الكثير من المخاوف و الذعر، فما هي الحقيقة البيولوجية لهذا المرض؟ و هل ما زال بالإمكان صد فكرة تدخل العامل النفسي في ظهوره؟ و بعيدا عن التصورات التشاؤمية و الأوهام السلبية للمرض هل هناك من سبيل للتعافي من المرض أو أقلها تراجعه؟ هي كلها أسئلة سنحاول الإجابة عنها من خلال هذا الفصل و الذي سنقسمه إلى مبحثين؛ تناول طبي في المبحث الأول و تناول نفسي في المبحث الثاني.

و قبل التطرق إلى البعد النفسي و قراءة سيكوسوماتية لمرض السرطان و الذي سينال الحظ الأوفر من الطرح، حري بنا فهم الحقيقة البيولوجية للمرض و طرح قراءة مناعية، وراثية، فيروسية، غددية، هرمونية و خلوية جينية و التي ترتكز على أكثر من نصف قرن من الأبحاث في المجال الطبي.

I- المبحث الأول: السرطان في التناول الطبي

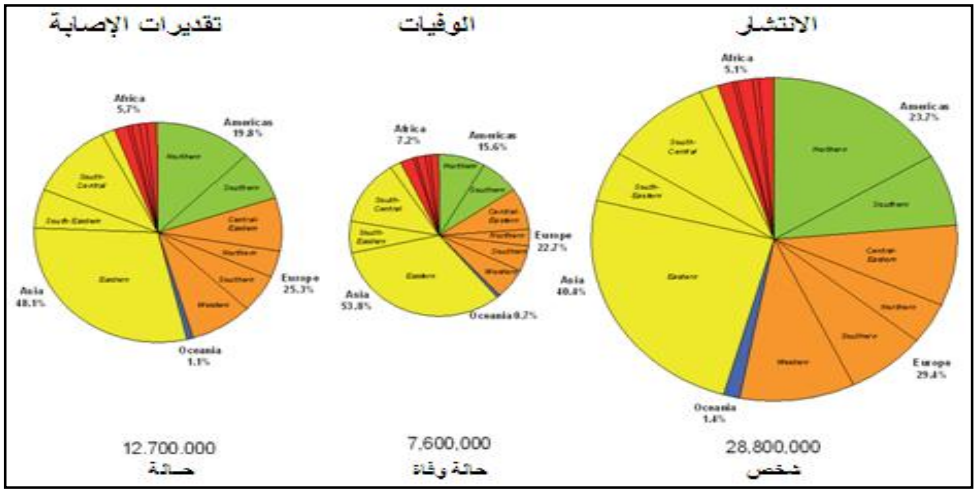
1- الإحصائيات المرتبطة بمرض السرطان:

أصبح السرطان يطرح مشكلة الصحة العامة سواء كان ذلك في الدول المصنعة أو الدّول السائرة في طريق النمو. و تم حاليا اكتشاف أكثر من 200 نوع من السرطانات كل منها تكتسب خاصيتها الأيضية، البعض منها مآلها في الشفاء يتجاوز نسبة 90% كسرطان الخصيتين مثلا، بينما تشكل أنواع أخرى نسب جد ضئيلة للتراجع و التعافي مثل سرطان الرئة و المبيضين. Delavigne (2009, p. 9) و بالرغم من احتمالات الشفاء لأكثر من 50% من المصابين، و المجهودات المتواصلة أن كان على المستوى الوقائي، التشخيصي و العلاجي، فإن المرض

ما يزال في تزايد مستمر و يثير الكثير من المخاوف. (Heather Chappell et al, 2012) و قد كشفت الدراسة التي قامت بها منظمة World Cancer Research Fund (WCRF) في 2011 إلى أن 12 مليون حالة سرطانية جديدة تسجل سنويا، و أن نسبة 20% من هذه الزيادة حسب نفس المنظمة قد سجلت خلال العشرية الأخيرة. و تشير التوقعات إلى أن إجمالي عدد الإصابة بالمرض سيرتفع بنسبة 50% خلال العشرين سنة القادمة، قد يصل سنة 2020 إلى 15 مليون إصابة حسب ما صرح به Gro Harlem Brundtland المدير العام لمنظمة الصحة العالمية OMS. و بالاستناد لإحصائيات (Globocan 2008, IARC, 2010) يتوقع خبراء OMS أن عدد الوفيات بسبب الإصابة السرطانية سيصل بين 2005 و 2015 إلى 84 مليون وفاة أن لم تتخذ الإجراءات اللازمة. و أن هذا العدد سيتزايد في الارتفاع ليصل إلى 13.1 مليون حالة وفاة لسنة 2030 لوحدها فيما بلغت حالات الوفيات إلى نحو 7.6 مليون عام 2008.

شكل رقم (11): تقديرات الإصابة، عدد الوفيات، انتشار السرطانات في العالم.

Globocan IARC 28/09/2011

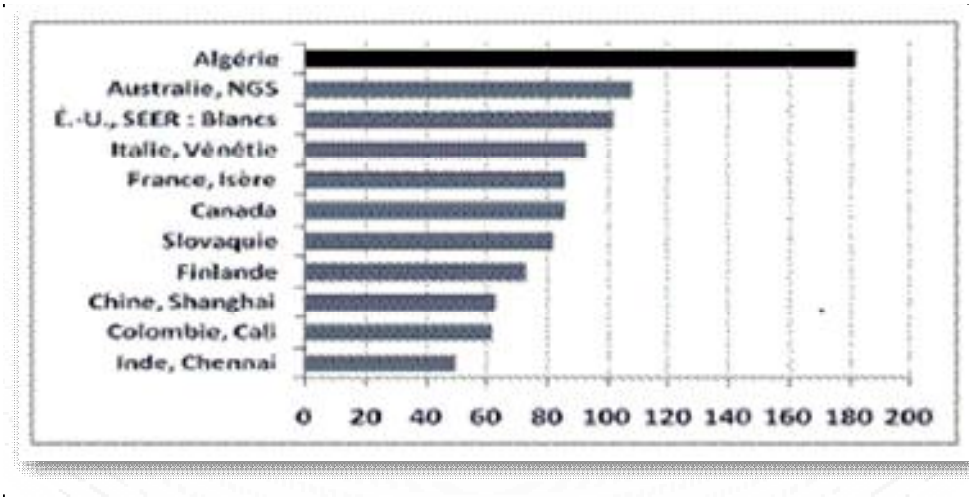


و قد أشارت أخر الإحصائيات التي صرح بها وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات جمال ولد عباس في إطار افتتاح اليوم العلمي للأنكولوجيا « السرطان: التحديات والابتكار التكنولوجي» إلى الارتفاع المستمر في عدد حالات الإصابات السرطانية بالجزائر. فبعدما كانت الزيادة السنوية تسير بمعدل 30 ألف إصابة جديدة قبل 2006، فقد سجل أزيد من 43.000 حالة في 2012. (Kourta, 2012, p.13) .

و في مقارنة بين الإصابات السرطانية في الجزائر ببعض المناطق الأخرى من العالم، صرح البروفيسور حامدي شريف الارتفاع الكبير الذي سجل في عدد الإصابات السرطانية بالجزائر. و الشكل الموالي يوضح ارتفاع عدد الإصابات السرطانية بالجزائر من فئة 20-44 سنة.

شكل رقم (12): مقارنة بين نسب الإصابات السرطانية بين الجزائر و باقي بعض دول العالم

(HAMDI CHERIF et Al, 2009, p. 151)



كما أكدت الأرقام المقدمة في اليوم التحسيسي الذي نظمته جمعية أمل بباتنة تصدر سكان ولايات الشرق القائمة في الأكثر إصابة بداء السرطان بنسبة 43%، واحتلت ولاية سطيف المرتبة الأولى التي سجلت بها أرقام مرتفعة تدل على خطورة زيادة انتشار هذا الداء. (مهري، 2010، ص.9)

2- نبذة تاريخية حول السرطان:

يحتل السرطان حاليا المرتبة الثانية من حيث الأسباب المؤدية للموت، و على الرغم من عدم التعرف عليه في مرحلة ما قبل التاريخ إلا انه يرجع في قدمه لقدم الحياة حيث اكتشف على فقرة عظام الديناصور. أما بالنسبة لسرطانات الإنسان فقد اكتشف في الجيزة بمصر سرطان في عظام المومياء يرجع تاريخها إلى 2900 سنة قبل الميلاد. كما كان كهان إلّه الطب Esculape « Asclépios » يصنفون السرطانات كأمراض خاصة على حدا و يدعونها بمصطلح « Karkinos » كونه يشبه في خصائصه خصائص الحيوان القشري "السلطعون" نسبة لشكل الورم الذي يرمي بجذوره في الأنسجة المجاورة ويغرسها في الأعضاء كما يغرس السلطعون مشابكه. (Bacqué et Baillet, 2009, p.17)

و إذا ما رجعنا لتاريخ ذكر السرطان لوجدنا أن بدايته ترجع للقرن الخامس قبل الميلاد من طرف الطبيب هيبوقراط الذي يعتبر أول من صنف السرطان بالتمييز بين التورم الحميد (carcinos)، السرطان القابل للشفاء (squirrhos)، و السرطان القاتل (carcinoma). حيث بقيت الفكرة هكذا إلى غاية القرن التاسع عشر. كما وجد ذكره في كتابات البردى المصرية للطبيب إمحوتب « papyrus de Imhotep » منذ 1800 سنة قبل الميلاد، إذ خصص فصلا كاملا لوصف الأورام و مختلف العلاجات التي كانت تستعمل في حينها. و يعتبر Claude Galien بروما أول من أطلق مصطلح "ورم" في القرن الثاني بعد الميلاد، حيث قام بوصفه و تشبيه ألمه بقرصة السلطعون، و بقيت هذه الفكرة متداولة إلى غاية القرن الثامن عشر أين كانت تسند له أوصاف الحيوانات التي تنقض على فريستها حتى الموت، و منه يمكن اعتبار Galien أول طبيب مختص في الأمراض السرطانية. (Delehedde, 2006, pp: 113,114)

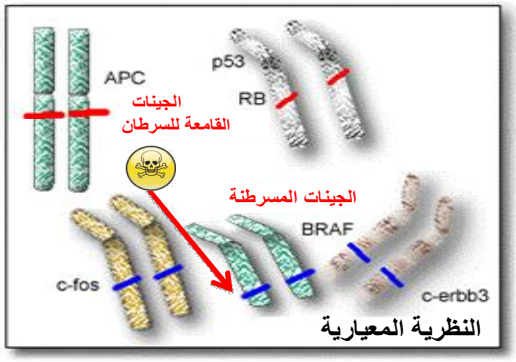
3- سيرورة حدوث السرطانات:

رغم الشوط الكبير الذي تم قطعه في مجال الأمراض السرطانية، و رغم التطور الحالي في المجال الطبي و تقنيات البحث و أدوات الكشف و التشخيص، إلى أنه ما يزال يثير الكثير من التساؤلات و يستدعي الكثير لفهم ملابساته. و تعتبر التحولات الخلوية الخبيثة و سيرورة تطور المرض إحدى هذه الملابسات التي يلفها الكثير من الغموض سعت العديد من النظريات لإعطاء تفسيرات لها.

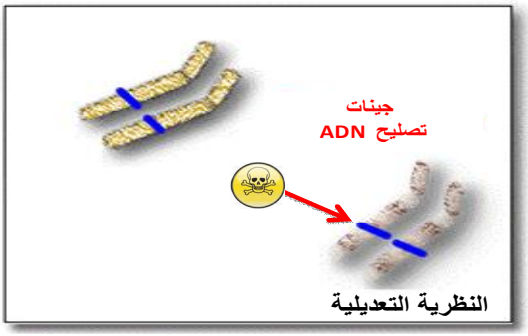
3-1- النظريات الباتوجينية لتفسير تطور السرطانات:

بذلت العديد من المجهودات و حقق الكثير من الخطوات في علم الوراثة الجزيئي و علم دراسة بروتينات الخلية "protéomique" للتعريف بميكانيزمات الأمراض الباتوجينية. و قد وضع الباحثون مخططا لأربع افتراضات (شكل رقم: 13) حول السببية النشوئية لمرض السرطان لخصها Zangrilli (2006) في:

1- النظرية المعيارية: المواد المسرطنة تؤثر تأثيراً مباشرا على تسلسل الجين في ADN المرتبط بجينات السرطان. فتحولات الجينات القامعة للسرطان تعمل على انخفاض أو اختفاء البروتينات المثبطة للنمو الخلوي المبرمجة ما يسمح للخلايا بالبقاء على قيد الحياة و الاستمرارية اللامتناهية على التكاثر. و في الوقت ذاته تتسبب تحولات الجينات المسرطنة في فرط نشاط الأونكوبروتين "oncoprotéines" التي تعمل على تنشيط النمو الخلوي. و فيه يلاحظ زيادة الأونكوبروتين المتلازم لنقص البروتينات المثبطة و التي تسهل نمو وتوسع الاستنساخ الخلوي دون توقف لغاية غزو هذه "المستعمرة" للنسيج المحيط للعضو الذي نشأت منه و تنتشر فيه.

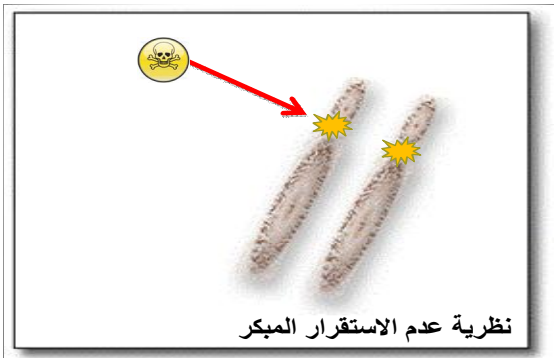


2-النظرية التعديلية: عدة عوامل يمكنها تعطيل واحد أو أكثر من الجينات الضرورية لتركيب أو إصلاح ADN. عندما تنقسم الخلية المشوهة، بحيث لا يمكن تصليح التحولات العشوائية، و الشيء ذاته بالنسبة لآلاف الموروثات الجينية المشوهة المتراكمة في الجينوم. و كما هو الحال في النظرية المعيارية، فإن تنشيط الأونكوبروتين "oncoprotéines" وإزالة بروتينات الجينات القامعة للسرطان تعمل على اختزال آليات التدمير الذاتي للخلية، مانعة بذلك لجوءها للموت المبرمج.

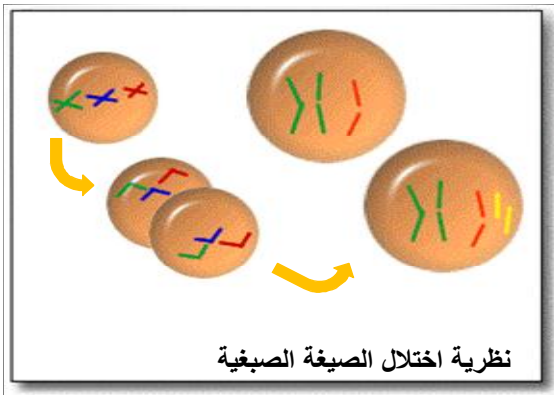


3- نظرية عدم الاستقرار المبكر: تعمل بعض العوامل على تحييد واحد أو أكثر من الجينات اللازمة لتصحيح الانقسام الخلوي. فعند تضاعف الكروموزومات تحدث أخطاء في النسخ: تكتسب بعض الخلايا البنت عدد خاطئ من الصبغيات أو الكروموزومات المجردة من ذراع الكروماتيد أو على العكس من ذلك مع زيادة

في هذا عدد من الأذرع. ثم تسوء هذه الانحرافات من جيل إلى جيل. و مع مرور الوقت تقل كمية البروتيناتالمختصة بقمع المسرطنات عن الحد اللازم و العتبة المحددة. و يعمل العدد المتراكم للجينات المسرطنة على تزايد تركيز الانكوبروتينات إلى مستويات خطيرة.


نظرية عدم الاستقرار المبكر

4- نظرية اختلال الصيغة الصبغية "aneuploïdie": الشذوذ الظاهر أثناء الانقسام الخلوي ينتج خلايا بنت مختلة في الصيغة الصبغية (كإتلاف ترتيب الشفرة الوراثية). فالصبغيات المشوهة تعمل على تعديل الآلاف من الجينات و مجموعات من الإنزيمات التي يفترض أن تساعد على نسخ أو إصلاح ADN المتوقف عن عمله. فالجزء الأكبر من الخلايا المشوهة تموت، في حين يبقى البعض من هذه الخلايا البنت المختلة في صيغتها الصبغية على قيد الحياة و التي تنتج بدورها خلايا مماثلة و تبقى هكذا حتى يتأكد "الاستنساخ" الخلوي الشاذ الذي يكتسب خصائص القوى السرطانية: فقدان تثبيط الاتصال، وتثبيط آليات تدمير الخلوي الذاتي، والقدرة على تحفيز نمو الأوعية الدموية وغزو الأنسجة المجاورة.


نظرية اختلال الصيغة الصبغية

و كما هو ملاحظ فان الافتراضات الأربع تشترك في تشوهات دالة في الموارد الجزيئية المحددة لخلل الترتيب في آليات الانقسام الخلوي الداخلي و في إشارات المتحكمة خارج الخلية و بين الخلايا.

3-2- التحولات الخلوية الخبيثة

يندرج تحت مصطلح التحولات الخلوية الخبيثة مجمل الحوادث التي تبدل خلية من الحالة العادية إلى حالة ورمية و يظهر ذلك من خلال تحولات مختلفة: مرفولوجية، بيوكيميائية، فقدان الميكانيزمات المنظمة للتكاثر و اختلالات بيولوجية و بالتالي اكتساب طبع وراثي متحول. (lacave, 2005,p.81)

و كتلخيص للنظريات الأربع المشار إليها سابقا، فإن القصة الطبيعية لمعظم الأورام الخبيثة حسب lacave (2005) تنقسم إلى أربع مراحل:

1-تحولات ورمية للخلية المستهدفة.

2-بروز المستعمرات الورمية المتحولة.

3-تضاعف الخلايا المتحولة.

4-الغزو الموقعي للخلايا الخبيثة و انتشارها في أماكن أخرى.

و نقطة حساسة يجب تناولها في هذا التسلسل كونها قد تستغل لتفسير تدخل العوامل النفسية في تطور السرطانات و هي: ما قبل السرطان– سرطان (précancer–cancer) و التساؤلات المطروحة هي:

– هل كلّ السرطانات تكون مسبوقة بمرحلة قبل سرطانيه؟

– هل كل مرحلة ما قبل سرطانية تؤدي حتما إلى السرطان؟

– و هل مرحلة ماقبل السرطان قابلة للإنعكاس؟

لنشوء السرطان تتعرض بعض الخلايا لتبدلات متزايدة التي تحولها من حالتها العادية عن طريق حالة وسطية أقل تكاثر أو انحلالا خلويا نحو حالة من نشوء و رمي حميد néoplasie bénigne إلى غزو سرطاني موضعي و أخيرا إلى سرطان "صريح" متنقل métastatique

Hyperplasie → régénération → pré cancer → cancer

و للمرور من حالة قبل سرطانية إلى حالة سرطانية يتعين وجود عبور نوعي و تغيرات دائمة و مستمرة لتنتج خلايا لانمطية تتكاثر بطريقة فوضوية سواء على المستوى المرفولوجي أو الوظيفي، و إن لم تجد ما يوقفها أدت إلى سرطانات خبيثة. (lacave, 2005, p. 167)

• **ما قبل السرطان pré cancer:** يحدث اختلال في التكاثر يمكن التعرّف عليه مرفولوجيا (لانمطية خلوية و اختلافات غير عادية) و يكون نتيجة لتحولات خلوية عديدة و تطورها إلى سرطان يكون بنسبة إحصائية عالية. و هناك العديد من الأشكال القبل السرطانية نميز منها le carcinome in situ الذي يعتبر الأكثر تطورا مقارنة بباقي ممثلات السرطانات من نوع la dyslapsie و Epitheliaux

• **هل كل مرحلة ما قبل سرطانية تؤدي حتما إلى السرطان؟**

كان الاعتقاد السائد أن تعدد الخلايا المتحولة و المتراكمة هي ما يشجع تحولها إلى خلايا سرطانية، لكن الدراسات الحديثة أثبتت أنّ تعدد الاختلال الخلوي لا ينشأ سرطانا بالضرورة. فنسبة تراكم مولدات سرطان الثدي لدى المرأة مثلا طوال حياتها يقدر بـ 30% إلى 35% عند نساء بلغن 40 سنة بإصابات بؤرية متعددة و كذلك ثنائية الجانب، و أن نسبة 50% من النساء بين 30–50 سنة يحملن استعدادات ما قبل سرطانية ممكنة التحول إلى سرطانات صريحة، لكن أغلبيتهن لا يتطور لديهن المرض. و كذلك بالنسبة الرجال في سن السبعين فما فوق، فأغلبيتهم حاملون لمولدات السرطان تعّم البروستاتة بكاملها لكن قليلا منهم يطور سرطانا خبيثا. و من هنا أقر الباحثون أنه ليس عدد الإصابات الخلوية البدائية أو تعدد البؤر الخلوية هي المسؤولية الوحيدة عن التطورات السرطانية ولكن أيضا عوامل أخرى لها القدرة على التأثير على التسلسل التطوري للخلية (lacave, 2005, pp.116,117)

• **هل ما قبل السرطان قابل للانعكاس؟**

هناك عدد من ما قبل السرطانات التي تنعكس بحيث لا تتحول إلى سرطانات خبيثة و قد أوضح العديد من الباحثين ذلك و أن تراجع الخلايا ما قبل السرطانية يقدر بنسبة 30% من الحالات، و تختلف هذه النتائج حسب اختلاف أنواع السرطانات و من شخص لآخر. (lacave, 2005, p.171)

4- أسبـاب ظهور السرطان:

رغم التقدم الحاصل في ميدان الطب و السعي الحثيث لكشف ملابسات المرض و تعيين أسباب الإصابة به، إلا أن الباحثين يقرّون بعجزهم عن فهم السلوك الخلوي المرضي رغم توصّلهم لتحديد الشفرة الوراثية. و لأن أغلب السرطانات تنحدر من خلية واحدة انقسمت بطريقة فوضوية ولكن على الرغم من ذلك تختلف مرحلة كمون تطور السرطان التي قد تطول أو تقصر و تمتد لثلاثين عاما في بعض الحالات، فكل ذلك جعل من الصعب كشف النقاب عن المسببات الكامنة لتطور المرض.

و يبقى كما أشار إليه Gauthier-Villars أن ما تم اكتشافه حول تطور السرطان يرجع في عمومه لحدوث تغيرات غير طبيعية في المادة المورثة للخلايا السرطانية حيث اتجهت البحوث إلى استقصاء ثلاث مجالات: أولها دراسة الأسباب المساهمة في حدوث التغييرات في المادة المورثة. ثانيها البحث في طبيعة الطفرات ومكان الجينات المطفرة. ثالثها تأثير تلك التغيرات على الخلية وكيفية تحويلها إلى خلية سرطانية مع تعريف خواص الخلية السرطانية. (Sommelet, Clavel et Lacour, 2009, p.136)

و على العموم يمكن إجمال مسببات السرطان إلى:

-**عوامل داخلية:** و تتمثل في عوامل وراثية، مناعية، هرمونية و عوامل غذائية، إما بنقص في الفيتامينات أ، ب، ج أو بسبب تناول أطعمة تحتوي على مواد مسرطنة.

-**عوامل خارجية:** الجسيمات المسرطنة كالنظائر المشعة، الأشعة البنفسجية A و B كليهما مجتمعة، مواد استهلاكية و بعض المعادن التي تتسبب في تدمير مباشر للحامض النووي بسبب كبر حجمها.

-**عوامل مسرطنة بيولوجية:** كالبكتيريا و الفيروسات. من مثل بكتيريا *Helicobacter pylori* المتسببة في سرطان المعدة. فيروس papillome المتسبب في سرطان عنق الرحم، فيروس الالتهاب الكبدي B.

- **مواد كيميائية مسرطنة:** كمادة Vinyle chlorites المستخدمة في صناعة البلاستيك، بعض المواد المستعملة في حفظ المواد الغذائية، العلاجات الهرمونية لسن اليأس و التي ينصح بمتابعة مكثفة بالماموغرام، و لو أن هذا الأخير أيضا أظهر مؤخرا تسببه في تكوين خلايا سرطانية عند بعض النساء.

5- تشخيص السرطان:

عادة لا تظهر أعراض السرطان حتى مراحل متقدمة من المرض، فيسعى الطبيب المعالج بعد أن يتبيّن وجود علامات دالة إلى جمع أكبر عدد من المعلومات للبحث عن تأكيدات من خلال الفحص الإبري أو الخزعة

"biopsie" بأخذ عينات نسيجية من الورم و فحصها، وكذا فحوصات براكلينيكية كفحوصات الدم و الاستكشاف بالأشعة كالأشعة المقطعية، الرنين المغناطيسي IRM، حقن الهواء في التجاويف و التصوير بالإشعاع النووي scintigraphie. (Delavigne, 2009, p35)

كما تم ابتكار طرق جديدة للتشخيص كبطاقة تعريف الأورام المتمثلة في علاج يستهدف الجين المسؤول عن الخلل الخلوي و ذلك من خلال تمييزه من بين 30000 جين التي تدرسها البطاقة و تعرف بنيتها جيدا. ففي تطبيق أولي، يمكن للبطاقة التعرف على مجموع الجينات لتعطي احتمالات الاستجابة للعلاج و بالتالي تجنب العلاجات غير اللازمة و غير الناجعة، ومنه فردنة التكفل العلاجي بالمريض. أما في تطبيق ثان فإنه يسمح بتطوير علاج خاص لتوجيه علاج خاص محدد نحو الجين بذاته و ليس للخلية بكاملها. (Bourgault et al, 2006, pp. 29, 31)

6- علاج السرطان:

لا يوجد سرطان واحد و إنما عدة سرطانات و لكل نوع منها معدل نموه وخصائصه، و يختلف نوع العلاج تبعا لذلك. و قد سمحت المجهودات و التدابير المتخذة حاليا لإثبات أن (5/1) حالات من المصابين بالسرطان قد امتدت مدة عيشهم إلى خمس سنوات بعد تشخيص المرض لديهم. و صحيح أن علاج السرطان صعب و لكن ليس دون أمل، إذ توجد عدة محاور كبرى تندرج تحتها باقي العلاجات :

1- الجراحة: تمثل الجراحة العلاج الأكثر نجاعة قد يرجع لها الجراح كطريقة علاجية مكملة، و في حالات نادرة كعلاج وقائي من السرطان باستئصال الأورام قبل السرطانية. و تسمح الجراحة بإيقاف المرض لمدة خمس سنوات أو أكثر و كون الجراحة لا يمكنها استئصال كل السرطانات المتنقلة يعاود السرطان الظهور نتيجة نمو الخلايا الخبيثة.(Delavigne, 2009, p.61)

2- **العلاج الإشعاعي:** و هو عبارة عن استخدام الأشعة الكهرومغناطيسية لتحطيم سلاسل الحمض النووي الريبي منقوص الاكسجين (ADN) و الحمض النووي الريبي (ARN) المسؤولين عن التكاثر الخلوي. و يلجأ إليه كعلاج داعم قبل، أثناء أو بعد الجراحة لتدمير الخلايا التي لا يمكن للجراح بلوغها، أو كعلاج منفرد في الحالات التي لا يمكن معها إجراء الجراحة كأورام الغدة النخامية أو أورام المخ التي قد يتسبب استئصالها في إتلاف بعض الوظائف. (Delavigne, 2009, p.81)

3- العلاج الدوائي: و يندرج ضمنه

• العلاج الكيميائي: و يتمثل في استعمال محاليلCytotoxiques، و عرف هذا العلاج تقدما باهرا من خلال النتائج المشجعة التي أدت لتمديد حياة بعض المرضى من خلال تأثيره على الخلايا السرطانية بإيقاف الانقسام الخلوي أو التأثير المباشر على ADN أو ARN، لكنه علاج يخلّف العديد من الآثار الجانبية المزعجة كالإحساس بالغثيان،التعب، سقوط الشعر... و حاليا أمكن التغلب نسبيا على هذه الآثار باستعمال غسيل للفم، ارتداء خوذة خاصة للتقليل من تساقط الشعر.((Delavigne, 2009, p.103)

• العلاج الهرموني: تهتم هذه العلاجات بعلاج السرطانات المتعلقة بالهرمونات كسرطان البروستات، الثدي و الدرقية، و قد سمح هذا العلاج بتوقيف تطور الأورام الأولية و أيضا الثانوية. (Delavigne, 2009, p.118)

• العلاج المناعي: هدفه إثارة دفاعات الجسم مثل مادة الأنترلوكينات التي تعمل كعوامل نمو الخلايا اللمفاوية، و قد ابدي هذا العلاج نتائج مبشّرة في علاج سرطان الكلى و الغدد اللمفاوية.(Delavigne, 2009, p.125)

• العلاج الخلوي المكمل: عبارة عن تشجيع لإنتاج خلايا تسبح في الدم تعمل على إعادة بناء الأنسجة التالفة لدى الفرد، كزرع النخاع أو زرع ذاتي لخلايا أصلية محيطية.

•العلاج بالطب التجانسي: أي علاج الداء بالداء و ينطلق مبدأه من أن تركيز ضعيف لمحلول معين يمكنه علاج ما قد يتسبب في استثارة المرض في حالة التركيز العالي لنفس المحلول. فهذا العلاج يعمل على إثارة ردود الفعل الطبيعية للجسم لمكافحة المرض. بدء استعمال هذا العلاج لأكثر من نصف قرن تقريبا غير انه أصبح مثيرا للكثير من الجدل في وقتنا الحالي. (Delavigne, 2009, p.137)

4- العلاجات المستهدفة: توصلت الأبحاث حاليا إلى تحديد الميكانيزمات التي تتحكم في التطور الفوضوي للخلايا فمن خلال الإيقاف النوعي لهذه الميكانيزمات يتوقف تطور السرطان.(Delavigne, 2009, p.118)

5- العلاج بالمرسام الحراري: هدفها تحطيم الورم داخل الجسم من خلال رفع درجة حرارته إلى 50 درجة مئوية خلال دقائق قليلة و ما استجد في هذه الطريقة هو مراقبة العملية بالتسليط الحراري و بتردد 1 مغاهرتز مباشرة نحو الهدف من خلال مراقبة العملية بالتصوير بالرنين المغناطيسيIRM. (Bourgault et al, 2006, pp. 34, 35)

6- اللقاح ضدّ سرطاني: و يعتبر من أحدث الطرق في العلاجات ضد السرطان ،حيث تأخذ عينة من الخلايا المصابة من الشخص بذاته، يتمّ من خلالها استخراج مصل مضاد للسرطان،وقد أثبتت هذه الطريقة نجاعتها في العديد من المرات . (Bourgault et al, 2006, pp. 34, 35)

* **العلاجات المريحة:** تسمح بتحسين نوعية الحياة من خلال معالجة الألم الناجم عن السرطان و كذلك أعراض المرض و ما يضاف إليها من توفير الراحة، الحوار، التفهم تسعى لعلاج المرض و تمديد مدة حياته و في نفس الوقت عيشها بأكثر راحة ممكنة. (Bourgault et al, 2006, pp. 34, 35)

7- تراجع المرض أم الشفاء من المرض؟

مرّ التعافي من مرض السرطان من 20/1 حالة إلى 2/1 من الحالات حيث يرجع ذلك إلى التشخيص المبكر للمرض. (Poncelet, 2007, p.22)، كما حققت العلاجات المتوفرة إضافة لذلك تقدما ملحوظا في نسبة علاجات المرض حيث ارتفعت نسبة مدة العيش إلى 5 سنوات، و هو ما صرح به المعهد الوطني للسرطان بفرنسا (INCa) في تقريره حول الشفاء من السرطانات حيث أظهرت نتائج دراستهم على 320.000 تم تشخيص الإصابة السرطانية لديهم أن 120.000 منهم سيتعافون من المرض. و فيه يوضح البروفيسور(2010) D.Marananchi رئيس معهد INCa إلى توضيح الحدود الفاصلة بين ما هو شفاء و بين ما هو تراجع المرض ويرى بضرورة الاهتمام بعامل الزمن لتوضيح الفرق بين المصطلحين. كما ينوه إلى أنه لا يوجد سرطان واحد و إنما عدة سرطانات و لكل

نوع منها معدل نموه وخصائصه، فهناك المآل السيء و المآل المتوسط و المآل الجيد للمرض. فالشفاء يختص بأنواع محددة من السرطانات دون أخرى مع الأخذ بعين الاعتبار مرحلة تقدم المرض أو مرحلة تشخيصه، و للحديث عن الشفاء يجب تجاوز مدة خمس سنوات على الأقل دون ظهور ارتكاسات بعد نهاية العلاج، مع الإشارة أنه لا يمكن الحديث عما يسمى بالشفاء التام 100%.

أما التراجع فيقصد به غياب كل أثر للسرطان بعد العلاج و غياب أعراض و إشارات المرض. و الحديث عن التراجع يكون قبل انتهاء السنوات الخمس، أي أن هناك دوما خطرا للإرتكاس ومعاودة السرطان أو ظهور السرطانات المتنقلة. و عليه فان الشفاء عبارة عن تراجع يمتد في الزمن لأكثر من خمس سنوات. غير أن بعض الخلايا يمكنها أن تفر من العلاج و تندس خفية بحيث لا يمكن ملاحظتها، و بالرغم من قلة عددها إلاّ أنها تعتبر كافية لإعادة تنشط سيرورة المرض شيئا فشيئا بعد العديد من السنوات لتكون سببا لمعاودة السرطان لاحقا. لذا فإن الكثير من الأطباء يترددون عن الإعلان أو النطق بكلمة "الشفاء" و يتخوفون من إعطاء الأمان للمرض. فالتعافي من السرطان كما يعبر عليه الأطباء هو إعطاء الأمان لخطر سيف داموقليس «Avoir une épée de Damoclès au-dessus de la tête» فالخطر يبقى دائما وارد، و عليه يجب إتباع فحوصات المراقبة بانتظام بعد نهاية العلاج و على المريض المداومة على زيارة الطبيب المختص كل ستة أشهر خلال الخمس سنوات الأولى ثم زيارة واحدة سنويا.

و تؤكد Poncelet (2007) بضرورة الاحتراس للمواقف أو الظروف الحياتية غير الملائمة، و تحذر من معاودة المرض بسبب التعرض لبعض الضغوطات النفسية و تدخل الجانب السيكوسوماتي في إعادة تنشيط الخلايا السرطانية النائمة. متسائلة عن تدخل هذا الجانب في طهور المرض أو معاودة ظهوره.

8- خصوصية الإصابة السرطانية في مرحلة المراهقة:

يرى كل من Sommelet, Clavel et Lacour (2009) بأنه لا يمكن معرفة نتيجة سرطان المراهق بالضبط فلا هي تنتمي لسجل الأطفال ولا لسرطانات الراشد. حيث تعتبر تشخيصات سرطانات المراهقين أكثر سوءا مقارنة بباقي الفئات، فهي أسوأ من تشخيصات سرطانات الأطفال بمرتين، كما أن مآل المرض أسوء لدى هؤلاء المراهقين و آمال الشفاء لديهم أقل نسبة من آمال شفاء سرطانات الأطفال. و من الملاحظات المتكررة لسرطانات المراهقين أيضا أن أغلبية المراهقين أقل التزاما بإتباع النظام العلاجي مقارنة مع الأطفال المرضى الأقل سنا والراشدين الأكبر سنا. و أوضح الباحث أن تزايد نسبة الإصابة السرطانية لدى هذه الفئة يرجع للإهمال الملاحظ للتكفل بهذه الفئة منذ عدد من السنين حيث لا يتم الاهتمام بهم لا على مستوى طب الأطفال و لا على مستوى أقسام الكبار.

و كما هو الحال في باقي الأمراض المزمنة، يشير Désandes إلى أن تعقيدات مرض السرطان و ثقل العلاج و ضرورة المداومة على زيارة الطبيب و الذهاب للمستشفى غالبا ما تكون السبب الكامن وراء ردود فعل الاستياء و التمرد على رفض العلاج و عدم تقبله. و أشار الباحث لما توصلت إليه دراسة Festa et al من نتائج و التي أظهرت أن ما يقارب 50% من المراهقين و الشباب المصابين باللكيميا أو الهودجكين كانوا لا يتناولون أدويتهم. كما أظهرت دراسات أخرى تمرد هذه الفئة على باقي النصائح المقدمة من طرف الطبيب المعالج و ذلك بعد رجوعهم إلى

البيت كعدم إتباع نظام غذائي صحي، فحوصات المتابعة...مع الإشارة إلى أن تعزيز المعلومات على المرض و تزويد المريض بما عليه معرفته حول المرض و علاجه و كذا تقديم المساندة له و الحفاظ على العلاقات اللازمة مع الوالدين و الأصدقاء هي كلها عوامل مساهمة لتحسين العلاقة العلاجية و التي تعمل على تدعيم التقبل العلاجي. (Sommelet, Clavel et Lacour, 2009, p.119)

8-1- ابيديميوبوجية مرض السرطان في مرحلة المراهقة بولاية سطيف:

أسفرت نتائج الدراسات الابيديميولوجية التي أقيمت بالمغرب العربي (الجزائر، تونس و المغرب) و التي قدمت في دورة Eurocancer الخامسة و العشرون التي انعقدت بباريس بين 19-21 جوان 2012 إلى أن 60% من حالات الإصابة السرطانية تقل أعمارهم عن 35 سنة. و قدم(2012) Hamdi chérif مع عدد من زملائه الأطباء في نفس الإطار نتائج الدراسة الابيديميولجية التي أجريت بولاية سطيف، حيث ركز في عرضه على الإصابات السرطانية في فئة المراهقين و الشباب بهذه الولاية. و أفاد بتسجيل 2912 حالة سرطانية من فئة المراهقين (15-19 سنة) بين 1986 و 2008 بنسبة 19%، حيث 57% منهم إناثا و 43% ذكورا. و يمثل سرطان العقد اللمفاوية نسبة 16,52% متبوع بسرطان الأنف-الحنجرة عند الذكور بنسبة 15,16%. كما يمثل سرطان الثدي النسبة الكبرى عند فئة الإناث بنسبة 30%، متبوع بسرطان العقد اللمفاوية بنسبة 12,06% و سرطان القولون المستقيم بنسبة 8%. (Hamdi chérif et al, 2012, p.151)

8-2- أنواع سرطانات المراهق:

يعتبر سرطان الدم (leucémie)، سرطان الجهاز اللمفاوي (lymphomes)، سرطان العظام (ostéosarcomes) من أكثر أنواع السرطانات التي تمس فئة المراهقين، و هذا لا يعني بأنه بمعزل عن باقي السرطانات، إذ تتمثل سرطانات الراشد عند هذه الفئة بـ 20%. (oppenheim, 2009, p. 39)

- **الليكيميا:** وهي نوعين

• ليكيميا كريفاوة الحادة:(LLA) leucémiée lymphocytique: سرطان يصيب الكريات اللمفاوية و تعتبر أكثر السرطانات انتشارا في فئة الأطفال والمراهق، يرجع سببها لعدم نضج الكريات اللمفاوية.

• ليكيميا النخاعي الحاد (LMA) leucémie myéloïde aigue: سرطان يصيب الأنسجة المنتجة للدم الذي يتواجد في نخاع العظم ينتشر أكثر عند أطفال العامين وعند المراهقين، يرجع لعدم نضج خلايا النخاع العظمي ليتكوّن les myéloblastes

- **سرطان الجهاز اللمفاوي:** ويشتمل نخاع العظم، العقد اللمفاوية، الطحال، الغدة الصعترية، و ذلك على مستوى الرقبة الصدر وبين عظام القص والعمود الفقري. وينقسم إلى نوعين:

• سرطان اللمف الهدجكيني lymphome hodgkinien

• سرطان اللمف غير الهدجكيني lymphome non hodgkinien: و له عدة أنواع و ينتشر عند الذكور أكثر منه عند الإناث.

– **سرطان العظام Ostéosarcome** : تكون فيه نسبة إصابة الذكور ضعف نسبة الإصابة عند الإناث، و نجد فيه أيضا sarcome d'ewing، حيث 90% من الأشخاص المصابين بهذا النوع من السرطانات أعمارهم تقل عن 20 سنة، و تظهر أكثر تطورا في عظام القدم، الذراع، منطقة الحوض وعظام الصدر.

8-3- المظاهر النفسية للإصابة السرطانية في مرحلة المراهقة:

تعتبر المراهقة مرحلة النضج التدريجي للجانب الجسدي و الجنسي، النفسي و الاجتماعي. و تختص بمرحلة (12–19 سنة) حسب تعريف منظمة الصحة العالمية (OMS). فبالإضافة إلى هذه التغيرات التي يمرّ بها المراهق في هذه المرحلة الحرجة كما يرى Désandes، فإن الإصابة بالسرطان تعتبر حدثا يصعب التعامل معه، فالمراهق توكل إليه مهمتين، مهمة تجاوز المرض ومهمة تجاوز المراهقة بحد سواء، حيث نوعية التجاوز هذا هو ما سيخلف أثاراه على الحياة الاجتماعية والجنسية للمراهق. فالمراهق ليس كباقي المرضى، فهو شخص مقبل على الحياة بكل قوة ، فظهور السرطان في هذه المرحلة سيكون بمثابة زلزال يهز مشروع حياته و طموحاته. فهو على عكس أبويه و الأطباء، لا يخاف من فشل العلاج و لا يولي الأهمية الكبرى لصحته بقدر ما يخاف على مظهره الجسدي و إبراز مفاتنه. (Désandes dans Sommelet, Clavel et Lacour, 2009, pp. 107,108)

و يذهب G.Marioni في (Razavi et Dauchy, 2010, p. 37) لطرح إشكاليتين في أثناء الإصابة السرطانية في مرحلة المراهقة:

– حيث تتمثل الإشكالية الأولى في تزاحم المرض مع خصائص مرحلة البلوغ، مرحلة يتم فيها إعادة بروز أفول عقدة الأوديب فتختلط الأوراق على متطلبات النمو لدى المراهق الذي عليه مواجهة عمل المراهقة و عمل المرض في الوقت ذاته أين يستوجب على كل من الجسم الجنسي و الجسم المريض القيام بعمل التمثيلات. فعمل الإرصان هذا يعتبر صعبا كون عمل المرض و عمل المراهقة يستدعيان سجلين مختلفين و متباينين في بعض الأحيان و قد يطغى أحدهما على الآخر. و قد يُصبغ المرض بخصائص المراهقة أو على العكس من ذلك – و هو الغالب– أن تستتر المراهقة خلف المرض، و يضع المراهق تساؤلاته الواعية و اللاواعية حول تحولاته الجسدية و ظهور جسمه الجنسي على جنب في نوع من الخمود و الانتظار، كما قد يؤجل تشكيل روابطه و علاقاته الاجتماعية مع المحيطين. و هي كما يدعوها الباحث مرحلة سيرورات عمل الحداد.

– أما الإشكالية الثانية التي تطرح نفسها في هذه الوضعية فتتمثل في تأثير المراهقة و ما يطرح من تساؤلات على تكيف المريض مع مرضه و علاجاته، ما قد يشكل أرضية خصبة لإثارة صراعات المرحلة [...] مع ما يرافقها من هوامات البلوغ و ما تثيره على مستوى بناء الذات و كذا معاشه الجسدي الذي يصبح جسدا غريبا باضطهاد مضاعف؛ في بعديه الليبيدي و العدواني. فهم كما يعبر عنهم (oppenheim, 2009, p.40) يشعرون بالضياع في عالمين مختلفين تماما: عالم المستشفى والعالم الخارجي، إذ يعتبرون مدة العلاج مدة انسحاب من الحياة. كما أن مواجهة التحولات الجسدية ورغباته التي يحملها عن مظهره وعلامات هويته الجنسية في مرحلة يشعر معها المراهق بخيانة جسده وانحطاط في قدراته الجسدية يؤدي لاضطرابات المراهق مع جسده و كذا لاضطراب في علاقته مع جسده، و هذا هو الشعور بالضياع: ضياع الذات، ضياع الهوية، ضياع العلاقات، ضياع الجسد وضياع الذاكرة.

II– المبحث الثاني: السرطان في التناول النفسي:

باتت الوحدة النفسجسدية تطرح نفسها كضرورة ملحة في ممارسة كافة العاملين في ميدان الطب مهما كانت اختصاصاتهم و لم يعد بالإمكان نهج المنهج الطبي دون النظر إلى وجود خلفية دينامية نفسية للمظاهر العضوية. لذا سنتناول في هذا المبحث المقاربة النفسية لمرض السرطان، البروفيل السيكولوجي لمريض السرطان، مميزاته النفسية، دفاعاته، و الطرق النفسية لعلاجه. فما تم تحقيقه من تطور مبهر في مجال علم الوراثة الجزيئي لا يمنعنا من تناول الدراسة في اتجاه آخر. و على غرار ما أثبتته الدراسات الحالية على كون السرطان مرض نظام راجع لسلسلة من التفاعلات الخلوية و ليس فقط مرض الخلية. (Reynaert et al, 2001, p.275) هنا نتساءل كما ذهب إليه الباحث و زملائه إن كان مرض النظام هذا ينطوي إضافة إلى ذلك عن مرض النظام النفسي؟ و هو ما سعى الباحثين اللذين افترضوا سببية نفسية نشوئية لمرض السرطان الإجابة عليه.

1- العوامل النفسية و ظهور السرطان بين الواقع و الأسطورة :

منذ القدم، سعت العديد من النظريات للبحث عن الإشارات الرابطة بين العوامل النفسية و ظهور الإصابة السرطانية. و كان Gallien 200 سنة قبل الميلاد قد أشار للعلاقة السببية للعوامل النفسية بربط المزاج السوداوي مع ظهور سرطان الثدي عند بعض النساء. و أعلن Nunn في 1822 عن تأثير العوامل الانفعالية في تطور السرطانات.، (Stora, 1999, p.138) و يعتبر الطبيب *Siemens* 1956 أول من أوضح بتفسير علمي على وجود هذه العلاقة، إذ يتمثل رأيه في أن هناك من الصدمات النفسية ما يعجّل ظهور السرطان دون أن تكون تلك الصدمات هي السبب الأولي للمرض، فاضطراب الوظائف الغددية الهرمونية تثيرها الضغوط الانفعالية خاصة تلك المتعلقة بمشكلات الطفولة.(Amami et al, 2006, p684) . و من خلال تطبيق اختبار الرورشاخ في دراسة قام بها Klopfer في 1957على المصابين بالسرطان، استطاع هذا الأخير تمييز المتغيرات النفسية لدى هؤلاء المرضى و التي تساهم بقدر كبير في تحريض المرض. كما قام بتدعيم دراسته بنتائج مماثلة من خلال إجراء مقياس MMPI حيث خلص إلى أن القدرة على مقاومة السرطان ذات علاقة بالميكانيزمات المناعية و المرتبطة خصوصا بالإفرازات فوق الكظرية و التي تتأثر بحالات الحصر و القلق. و عمد Leshan بعدها سنة 1978 لإبراز السمات و المميزات المشتركة بين المصابين بالسرطان .(Amami et al, 2006, p684) فالعلاقة بين الأحداث النفسية و الجسد باتت حقيقة واضحة كما يرى Zarifian، حتى انه يتم حاليا أخذها بعين الاعتبار من طرف المختصين في مجال السرطانات اللذين يسعون للبحث عن هذه العلاقة و كيفية إثارتها للتحولات الخلوية. (Zarifian, 2010, P. 255)

و سعى الطبيب Michel Moirot (2008) إلى توضيح الطريقة التي يستجيب فيها الانقسام الخلوي و مختلف مستويات ضبطها إلى بعض التغيرات النفسية الطارئة على الفرد كوفاة احد الوالدين أو وضعية غير عكوسة يشعر الفرد فيها بحالة من العجز و عدم القدرة على الفعل لتغيير وضعيته. كما استدل Moirot بملاحظات الأطباء البريطانين اللذين كلفوا برعاية مجتمع كوراكورام" قبيلة هونزا" الواقع شمال كشمير لإبراز دور العوامل النفسية في إظهار الأمراض عامة و السرطانات خاصة. حيث استرعى الغياب التام للإصابات السرطانية عند السكان الأصليين مقارنة بالمجتمعات المدنية أو باقي المجتمعات في القرى القريبة انتباه الأطباء. و بعد تمحيص للظروف المحيطة أسند الباحثون ذلك لنمط عيشهم البسيط الخالي من كل الضغوط النفسية و اكتسابهم لبعض السمات

الشخصية الايجابية الواضحة ناهيك عن الظروف البيئية الصحية، و كل ذلك أدى إلى توليد توازن نفسي عقلي و عاطفي واضح، "فهم قوم يجهلون حتى معنى كلمة سرطان" كما يقول الباحث. (Moirot, 2008, p.36)

كما كان للدكتور Léon Renard (2007) رأيا واضحا حول أثر العوامل النفسية من قلق و يأس و خوف و توتر على عضوية الإنسان من خلال اضطرابات عصبية هرمونية و التي تعتبر من أكبر العوامل المساعدة على حدوث السرطان و تطوره، و يرى بأن العوامل النفسية لا تساهم فقط في التهيئة لانتشار السرطان و إنما تصاحب ظهوره و نهايته، فالإنسان ليس جسم بيولوجي أو مادي فقط، و لا جانب نفسي أو روحي فقط، و لكن اجتماع بين الإثنين. (Renard, 2007, p13) و على خطى G.Groddeck et H.Laborit يرى Renard (2007) أن المرض ما هو إلا رسالة تعبيرية ينكرها المريض أو يرفضها و يعبر عنها بالتالي عن طريق الجسم. فكما للنفس دور في المرض فهي لها دورها في الشفاء أين يولي للقوى النفسية و المشاركة الفعالة للمريض أهمية كبرى فيه.

كما أشار مارتي و زملائه إلى وجود علاقة بين النظام الهرموني و العوامل السيكوسوماتية، و يقرون بأن الحقيقة البيولوجية لوجود شبكة نفسية–جسدية اصبحت واضحة على نحو متزايد بفضل الاتصالات الداخلية التي يمكن إثباتها بين مختلف تنظيم الاجهزة: الهرمونية، المكونات الدموية و العصبية على غرار ما ذهب إليه Weigent.D &_Blalock JE و Roth.J . (Jasmin et al, 2007, p.168)

و على طرف النقيض يرى البعض الآخر عدم تدخل العوامل النفسية في ظهور السرطانات. و في تحليل وصفي للكتابات التي تم تجميعها للدراسات باللغة الانجليزية لوحدها خلال الأربعين سنة الماضية من قاعدة Medscape / Medline and Pubmed ، إضافة إلى ما تم نشره من دراسات في مراجع editions of Current Contents و Social and Behavioral Sciences edition سعى Garssen Bert لتوضيح ما جاء حول العلاقة بين العوامل النفسية و ظهور السرطان. و من بين 91 دراسة توصل الباحث إلى أن 21 منها فقط قد توصلت إلى إثبات العلاقة بين المتغيرين في حين 70 دراسة منها لم تثبت هذه العلاقة كونها لم تتبع منهجية سليمة في البحث. (Garssen, 2004, p.319) كما يعتبر Schraub أن 32 دراسة فقط من بين الدراسات التي نشرت ابتداء من 2003 في قاعدة Medline مستوفاة للشروط المنهجية و التي يمكن الاعتماد على صحة نتائجها. فبينما أظهرت 18 دراسة من بين هذه الدراسات عدم وجود علاقة بين العوامل النفسية و احتمالية ظهور السرطان، فان 14 دراسة الباقية أثبتت صحة الفرضية التي ترى بوجود هذه العوامل و المتمثلة في الضغط، أحداث الحياة، الاكتئاب، التكتم، الشخصية... كعوامل مساعدة على ظهور الإصابات السرطانية.(Schraub, 2009, p114) و هي النقاط التي سنسعى لتناولها فيما يأتي لتوضيح ما توصلت إليه الدراسات بين هذا الشد و الجذب في العلاقة بين هذه المتغيرات و بين ظهور الإصابات السرطانية. و يبدو أن المحددات النفسية والاجتماعية كما يقول Eskelinen & Ollonen (2011) باتت تطرح نفسها بشكل كبير تتدخل كعامل خطر هام لتكوين السرطان خاصة و إن تفاعلت هذه المحددات مع عوامل خطر أخرى كالتدخين، والتأثيرات الوراثية...إلخ.

1-1- السرطان و النظام المناعي في علاقته بالضغط:

سعت العديد من الدراسات لإثبات العلاقة بين الضغط و ظهور السرطانات. وقد مرت هذه الدراسات بعدة مراحل؛ حيث تميزت مرحلة 1950- 1960 بتوصل الباحثين لإثبات العلاقة بين الضغط و عملية تسريع نمو الأورام مع تقليص إنتاج الأجسام المضادة، و في 1980 توصل الباحثون لإيجاد العلاقة بين السرطان وبين شدة و نوعية الضغط، حيث استمرار الضغط النفسي لمدة طويلة يصبح الضغط معها مزمنا مع ما يرافقها من هشاشة نفسية حادة قد يتسبب في إضعاف النظام المناعي في الجسم ليصبح أكثر عرضة للأمراض السرطانية. (Vissoci et al,2004, p. 618) فالتنشيط المستمر لمحور ما تحت المهاد النخامي و الأدرينالين في الضغط المزمن يعمل على تقليص الاستجابة المناعية و يساهم في ظهور و تطور بعض أنواع السرطانات. (Chandwani et al, 2012, p.236)

فالأدبيات و الكتابات كما يرى Bryla.C.M (1996) في Jadoulle (2004) تحتوي ما يكفي من الأدلة للدفاع عن الفكرة القائلة بوجود علاقة سببية بين الظعوط و السرطانات، و فيه أظهرت نتائج الدراسات الطبية انه يمكن للضغط النفسي إحداث تقليص للميكانيزمات الدفاعية الجسمية و التي لخصها J.M.Thurin, 2005, p.) (236 في ثلاث مستويات:

- تخفيض نشاط الخلايا القاتلة الطبيعية NK
- دفاع جسدي من خلال تحطيم العوامل الكيميائية المسرطنةَ بواسطة الإنزيمات، ثم التعرف على ADN و السعي لتصليحها، بعد ذلك تحطيم ADN المتحول عن طريق الجهاز المناعي.
- موت الخلايا المبرمجة: حيث يظهر بداية انقطاع خلوي، ثم انتشارها و بعد ذلك تمايزها. ما قد يؤدي إلى موت خلوي للخلايا التي لا يمكن إصلاحها.

و يرى Chandwani et al (2012) بأن التطورات الحديثة الحاصلة في مجال علم المناعة العصبي جاءت لتعزز فرضية النشوئية النفسية للسرطانات، وقد أُثبت حاليا انتماء الخلية لنظام معقد يقحم عدد من ميكانيزمات التواصل و التفاعل بين الجهاز العصبي المركزي و بين أنظمة الغدد الصماء و الأجهزة المناعية. هذه الأنظمة تتقاسم مستقبلات مشتركة، مما يوحي بأن الدماغ يلعب دور تنظيمي في الاستجابة المناعية. و هو ما صرح به باحثون أستراليون في 12 ديسمبر2005 وجود إثباتات حالية حول آلية تفاعل نفس-جسد في إظهار الأمراض الجسدية، وأنهم نجحوا في الإثبات علميا تأثير الضغط النفسي على صحة الفرد مسببا بذلك أمراضا من أبسط أنواع الزكام إلى السرطان حيث اكتشف في معهد « كارفن» بسيدني «Garvan Institute of Medical Research» نوع الهرمون الذي تفرزه الأعصاب بكميات كبيرة و الذي يعمل على كبح جهاز المناعة و يسمى بهرمون نوروبيبتيدY (NPY). و يؤدي هذا الهرمون إلى فرط تنبيه الجملة العصبية فتعمل على تخفيض جهاز مناعة البدن وإضعاف توليد خلايا T المناعية القاتلة للبكتيريا و الخلايا السرطانية و صرحت Fabienne Mackay عضو في فريق البحث (Wheway, Herzog & Mackay, 2007) أنه "كانت هناك أدلة غير مباشرة على العلاقة بين الدماغ و جهاز المناعة لكن الآن عثرنا على صلة الوصل."

و في دراسة حديثة نشرت في دورية « Nature Journal» جاء فيها أن الضغوط تكون بمثابة "معبر" للطفرات السرطانية عن طريق تغيير الخلايا لأنشطتها الأيضية التي تؤدي في النهاية إلى الإصابة بأورام خطيرة. (Goymer, 2006, p.695)، و نفس التصريحات قدمها Tian Xu نائب رئيس معهد Genetics و المركز

الوطني للسرطانHHMI (Howard Hughes Medical Institute) في 13 جانفي 2010. إذ صرح الباحث بان مستوى مرتفع من الضغوط يعمل على إرسال إشارات إلى الجسم ما قد يحرض الخلايا على تطوير السرطانات. (Xu & al, 2010)

فمقاربة الضغوط في العلوم الإنسانية يتم من خلال طريقتين من البحث: طريقة بيولوجية من خلال البحث في كيمياء الجسم و الإفرازات الهرمونية و الغدية... و طريقة نفس- اجتماعية. فبعد تجاوز فرضية تسريع الضغوط لنمو الخلايا السرطانية و مساهمتها في تقليص إنتاج الأجسام المضادة كما يرى Chandwani et al (2012)، فإنه أصبح حاليا يهتم بتأثير العوامل النفسية الاجتماعية.

1-2- أحداث الحياة و السرطان

أقيمت العديد من الدراسات لأجل البحث في العلاقة بين أحداث الحياة و ظهور السرطانات. و تعتبر الدراسة التي أشارت إليها Poncelet (2007) و التي قام بها Leshan(1978) على عينة قوامها 500 مصاب بالسرطان من أهم الدراسات المبكرة في المجال حيث توصلت الدراسة إلى استنتاج مفاده اشتراك هؤلاء المرضى في أربع خصائص مميزة تتمثل في:

1- وجود تاريخ لفقدان علاقة مهمة في تاريخ طفولة هؤلاء المرضى استتبع بالانعزال مع فقدان الأمل و صعوبات في العلاقات بين إنسانية في مرحلة المراهقة أو الشباب.
2- عدم القدرة على التعبير عن مشاعر العدوانية و الغضب.
3- وجود قدر ملحوظ من كراهية الذات وفقدان الثقة بالنفس.
4- عدم القدرة على حل التوترات الماضية.

و نفس النتائج أسفرت عنها دراسة W.Green في Schwarz (2007)، دراسة Geyer (1991 ; 1993) في Phyllis & al (2000)، و دراسة Reynaert, Libert, Janne (2001) حول وجود حالات الفقدان حقيقية كانت أو هوامية لموضوعات شخصية أو مادية، تواجد الفرد في وضعية لامخرجية واقعية و بالتالي لامخرجية نفسية، عدم القدرة على مواجهة الضغوطات و إرصانها عقليا. كل ذلك يؤدي لخلق جو ملائم لتطور السرطان في وقت يكون فيه الجسم عاجزا عن الدفاع عن نفسه (أسباب بيولوجية). في حين يتفق Vissoci et al (2004) مع Gerits (2000),Fox (1995)من جهة أخرى عن ضرورة الاحتراس من نتائج الدراسات التي تأكد العلاقة بين الضغوط و الإصابة السرطانية، إذ يرون عدم استوفاءها للدلائل و الشروط المنهجية الواضحة.

1-3- الاكتئاب و نشأة السرطان:

يعتبر الاكتئاب من بين العوامل التي يمكنها تشكيل عامل خطر لنشوء السرطان حسب بعض الباحثين. و قد أعير الكثير من الاهتمام لهذا العامل و أقيمت العديد من الدراسات لأجل تأكيد الفرضية. حيث توصل Jadoulle و زملائه في 1966 إلى الإقرار بوجود علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين مستوى الاكتئاب، اليأس و خطر الإصابة السرطانية.(jadoulle et al, 2004, p.255)

و في دراسة تتبعية دامت 20 سنة على 2020 رجل قام بها persky et al في 1987 من خلال ضبط بعض المتغيرات التي قد تؤثر على نتائج الدراسة كسن أفراد العينة، التدخين، تناول الكحول، المهنة، التاريخ الأسري، مؤشر الكتلة الجسدية، نسبة الكلسترول في الدم وبعض تحاليل الدم ككل. توصل الباحثون لاستنتاج الدور الأساسي الذي يلعبه الاكتئاب للوقوع في مرض السرطان. في حين توصل Zononderman et al في 1989 في دراستهم التتبعية التي دامت عشر سنوات إلى نتائج معاكسة بالرغم من ضبطهم لنفس المتغيرات. (schraub, 2009, p120)

و في عرض للأدبيات و تمحيص للدراسات التي أثبتت العلاقة السببية بين الاكتئاب و ظهور السرطان، فإن الدراسات ما وراء التحليلية – كدراسة Mc Gee et al في 1994، دراسة Mc Keen et al في 1999، دراسة Butow et al في 2002– توصلت إلى عدم الإثبات الصريح لهذه الدراسات للنظرية القائلة بدور الاكتئاب كعامل خطر لحدوث السرطان. (Ammami et al, 2006, p.684)

كما أقر Dalton et al سنة2002، و Bergelt et al في دراسته سنة 2005 إلى وجود علاقة عكسية بين الاكتئاب و ظهور السرطان، بحيث كلما زادت النتائج الخاصة بمقياس الاكتئاب كلما كان احتمال الوقوع في مرض السرطان ضئيلا. و قد تكون النتائج المتوصل إليها حول هذه العلاقة بين المتغيرين تأكيد لما جاء به Marty (1988) و ما توصلت إليه مدرسة باريس للبسيكوسوماتيك حول الاكتئاب الأساسي؛ بمعنى غياب الأعراض المعهودة للاكتئاب قبل الإصابة بالمرض.

غير أن جميع الباحثين يتفقون على أن اقتران الحالات الاكتئابية على المدى الطويل بالسلوكات غير الصحية يعمل على تشجيع ظهور المرض، كما يرون أن الاكتئاب من شأنه في حالة الوقوع في المرض تعميق المرض و التقليل من احتمالات تقبل العلاج. (Ammami et al, 2006, p.684)

1-4- الشخصية و السرطان:

كانت مساهمة العوامل النفسية الاجتماعية لظهور مرض السرطان في السنوات الثلاثين الأخيرة أحد الموضوعات البحثية المهمة، و الفرضية القائلة بارتباط بعض الخصائص الثابتة في شخصية الفرد بخطر تطوير بعض الأمراض فرضية قديمة قدم الزمان، ابتدأت مع نظريات الأخلاط و الأمزجة في الطب القديم وصولا إلى النظريات الاستعدادية (F.Alexander, H.Dunbar) و نظريات الأنماط "أ" A و "ب" B في 1959 لصاحبيها R.Rosenman et M.friedman.

وفي1987 استطاعت L.Temoshok تمييز السلوك الانفعالي لمرضى السرطان لتضعه تحت نمط "ج" C و الذي تعرفه على أنه عامل خطر في ظهور وتطور السرطان، و تتمثل مميزاتها الأساسية في ميل لقمع العواطف مثل القلق والغضب، تطوير مشاعر اليأس والعجز،اللطف والهدوء، التعاون الثبات أمام المصائب احترام السلطة عدم إثبات الذات، و العجز عن التعبير عن الانفعالات.

و بدأت دراسة الروابط بين سمات الشخصية في علاقتها بظهور السرطان منذ منتصف عام 1960. وظهرت هناك فترتين أساسيتين ميزتا تطور الفكر حول هذا الموضوع. و لقد فسرت نتائج البحوث في أوائل عام 1990

لصالح وجود شخصية تحمل الاستعدادية للوقوع في المرض، غير أن هذه الآراء تغيرت في غضون الخمسين سنة الماضية . (Blatný & Adam, 2008, p.638)

وتوصلت دراسة Grossarth-Maticek التتبعية سنة 1988 لمدة 10 سنوات على عينة قوامها 2563 فردا توفر بعض سمات عند هؤلاء و تمثلت في: الاكتئاب، اليأس، سرعة الاستثارة، الغضب، التعقلن، عدم الانفعال و غياب التعبير الانفعالي، الحاجة للعلاقات بين شخصية المنسجمة. (Eskelinen & Ollonen, 2011,p.4010) ، كما أظهرت Kissen et Eysenck (1962) في (Hagen Liste, 1999) و دراسة Greer et Moris (1978) Morris et al (1981) في (Schraub, 2009, p.117) إلى وجود علاقة بين المتغيرين. في حين يرى Faller et all (1996) بأن تلك السمات المدرجة تحت النمط "ج" ما هي إلا ردود فعلية تظهر بعد الإصابة بالمرض و لا تتدخل في الإصابة السرطانية. (Jadoulle, 2004, p.251)

و في تعليقه يرى Hagen Liste (1999) أن اختلاف نتائج الدراسات في هذا المضمار إنما يرجع إلى زمن إجراء الدراسة و تقييم المتغيرات المراد بحثها. فبينما تناولها بعض الباحثين قبل الإصابة بالمرض فإن البعض الأخر قام بالدراسة بعد الإصابة بالمرض. كما يرى Schwarz et al (2007) أيضا بأن الدراسات التي قامت بفحص الشخصيات من النمط "ج" في الظروف قبل المرضية قد أقيمت على أشخاص طوروا في سن مبكرة طرق دفاعية تعمل على العرقلة و الكبح المزمن للاحتياجات النفسية و العاطفية أين يؤدي كبح هذه الاحتياجات و الذي يصبح كنمط شخصية مستقر عند الفرد في تزامنه مع مراحل الضغط إلى التأثير على الجهاز المناعي. أما ما يتم تقييمه بعد الإصابة السرطانية فغالبا ما يكون مرتبطا بسمات ناتجة عن التأثيرات الراجعة للمرض بذاته إضافة إلى السمات الأصلية للمريض. و يعقب Amami et al (2006) أن الجدال القائم حول ارتباط نمط الشخصية مع ظهور السرطان، إنما يختص باستثارة هذا النمط من الشخصية للجهاز المناعي، و ليس كعوامل مساهمة في ظهور السرطان، مشيرا بذلك تأييده لتدخل هذا العامل في ظهور المرض.

و يؤكد Fernández-Ballesteros (2001) أنه و على الرغم من النقد الكثيف الذي لاقته نتائج الدراسات المقدمة إلا أن اتفاقها على وجود صفة القمع للانفعالات السلبية وصعوبة التعبير عن الغضب و العدوانية و صعوبة في التعامل مع الإجهاد لا يدع مجالا للشك، للقول بأنها السمة المشتركة التي اتفق الباحثون على توفرها عند مرضى السرطان.

1-5- السرطان والتكتم (Alexithymie):

و كما هو الحال بالنسبة للدراسات حول نمط الشخصية، فان الدراسات التي تربط بين التكتم و السرطان هي بين تأييد و رفض للعلاقة بين المتغيرين. و توصل Stavraky et coll. (1988) إلى إثبات علاقة ارتباطية بين سرطان الرئة و الشخصية المتحفظة، و هو ما قاربه الباحث كميل لقمع الانفعالات السلبية. كما أظهرت دراسة Todarello et al (1989) على 200 امرأة تقدمن للفحص العيادي وجود سمات تكتمية في فئة النساء المصابات بالسرطان. وفي نفس المضمار توصلت دراسة Jasmin et al (1990) إلى إيجاد علاقة ارتباطية دالة بين توفر سمات نفسية سيكوسوماتية (أي كل ما يندرج تحت مفهوم التكتم و الحياة العملية) و بين الإصابة السرطانية. كما

UNIVERSITE SETIF2

استخلص Mc Kenna et al (1999) في دراسته الوصفية ما وراء تحليلية لـ46 دراسة سابقة وجود علاقة ارتباطية دالة بين قمع الانفعالات و السرطان عند نساء يتجنبن الصراع.(Jadoulle,2004, pp :250,251)

و من بين ثمان دراسات قام Garssen (2004) بالتمحيص فيها وتحليلها توصل الباحث إلى تمييز خمس دراسات مستوفاة للخطوات المنهجية السليمة Stavraky et al (1980)، Dattore et coll (1988)، Kreitler Chaitchik, & Kreitler (1993) و التي تظهر بوضوح العلاقة بين سمتي قمع الانفعالات وصعوبة التعبير عن الغضب و العدوانية و بين ظهور السرطان مع الإشارة إلى أن دراسة Epping-Jordanie, Compas et Howell (1994) قد أكدت نتائجها عن قمع معرفي لمريض السرطان، أي قمع الأفكار التي تدور حول المرض و ليس قمع الانفعالات السلبية. أما الدراسات الثلاث الباقية: Persky et coll (1987)، Hahn & Petitti (1988)، Bleiker (1995) فلم تتوصل إلى إيجاد علاقة ارتباطية بين هذه المتغيرات. (Garssen, 2004, p.324)، و هو ما توصلت إليه أيضا نتائج دراسة Grennberg et Dattore (1983) التتبعية على 181 رجل. (Jadoulle, 2004, p.251) و كذا دراسة Anagnostopoulos et al (1993) على 448 امرأة التي توصلت إلى عدم وجود ارتباط دال بين التكتم و السرطان.(Eskelinen & Ollonen, 2011)

و كخلاصة نقول كما قال Schwarz و زملائه " و إن لم يكن بالإمكان تأكيد تأثير العوامل النفسية و الاجتماعية المحضة في ظهور السرطانات، إلا انه يمكننا الحديث عن." (Schwarz, 2007, p.971)

و بين شد و جذب لآراء الباحثين حول تأثير العوامل السيكولوجية في ظهور السرطان، وبين مؤيد و رافض لها، إلاّ أن الباحثين في المجال كما ذكر(Horde, 2009) اتفقوا على تدخل هذه العوامل لتشكيل أرضية خصبة لتنشيط الخلايا السرطانية أو على العكس من ذلك عدم تنشيطها بل وتثبيطها في بعض الحالات إن تم التكفل بهم التكفل الجيد من الجانب النفسي إضافة للتكفل بالجانب الجسدي.

و على العموم و إن تم التسليم بالفرضية القائلة بعدم تدخل العامل النفسي في نشوء المرض، إلا أن لا يمكن إنكار دوره الذي لا يستهان به قبل تشخيص السرطان و لكن أيضا في كل مرحلة من مراحل تطور المرض؛ قبل تشخيصه، في أثناء إخبار المريض بتشخيص مرضه، أثناء مرحلة العلاج، مرحلة تراجع المرض و حتى عند انتكاس الحالة المرضية.

2- السرطان في مختلف التناولات النظرية النفسية:

حاولت العديد من التيارات النفسية إدراج وجهة نظرها لمرض السرطان، و فيما يلي توضيح لذلك.

2-1- هانز سلي Hans Selye و مساهمة الشدة و الإجهاد في إحداث السرطان:

أكد Selye و البعض من زملائه الفيزيولوجيون على حجم انعكاسات الحياة العلائقية على توازنه العضوي (الهرموني، الأيضي، المناعي). و في مراجعة لدراساته فقد دعا الباحث للتمييز بين الإجهاد الجيد و الصالح "enstress" و بين الإجهاد كمنبع للضرر "distress"، و استنتج عميد النظرية الفزيولوجية Hanz Selye أنّ التهديدات البيئية و المزمنة و الثابتة لمدة طويلة تؤثر في العمليات المستقلة و التوازن الفسيولوجي للكائن الحيّ،

و إن تطوّرت تلك المرحلة و استمرت أدّت إلى ظهور المرض العضوي من خلال زيادة في إفراز الأدرينالين. (Calza et Contant, 2001, p17)حيث اكتشف أن آثار الضغط المزمن على الجسم يلغي الجهاز المناعي المسؤول عن تحطيم الخلايا أو الأجسام الميكروسكوبية الغريبة عن الجسم مما يشجع نموها و تطورها لتكون سرطانا ضخما. (Simonton et al, 2007, p. 41) و استخلص Henri Laborit من خلال مراجعته لأعمال الباحثين الأمريكيين عامة و أعمال Selye خصيصا، أن عدم حل المشاكل التي يتعرض لها الفرد تؤدي إلى إطالة وقت الإجهاد في حين يستمر نظام التثبيط في النشاط من خلال إفراز مادة قليكوكورتيكويد "glucocorticoïdes". فالأمراض السيكوسوماتية عامة و السرطان ضمنيا كما يرى Moirot ما هي في هذا النموذج الدينامي إلا نتيجة لتثبيط النشاط المكافئ.**(Moirot , 2008, p.30)**

2-2 - السرطان من منظور علم المناعة النفسي–عصبي (النظرية المناعية):

طوّرت Elisabeth Mousson نظريتها حول هذا العلم إذ جمعت بين نظرية Selye و النموذج الإنهياري كما رسمه Seligman و خلصت للقول، بأن ردود الكائن الحي غير مرتبطة بالحادث الصدمي بذاته وإنما القدرة أو عدم القدرة على مواجهة الحدث والسيطرة على الموقف لإضعاف مقاومة الجسد للالتهابات و الأورام بالتأثير على جهازهم المناعي من خلال تدني إنتاج خلاياهم اللمفاوية و مضادات الأجسام، فالشدة النفسية المزمنة تحدث إفراطا في إفراز الكورتيزول القشري وهو ما يثبط إنتاج الخلايا المناعيةT4، إضافة لبعض الأفكار المتعلقة بالخلفية الجينية للقدرة على المواجهة، كما أن زيادة إفراز أفيونات المخ تتسبب في قمع ردود الفعل المناعية. كما أظهرت العديد من الأبحاث وجود إفرازات دماغية بالغة التعقيد ومجهولة الآلية. و توصل علماء أعصاب من خلال دراساتهم لفهم آليات إضعاف جهاز المناعة من خلال سعيهم لفهم حقيقة المسلك التي يستطيع الدماغ التحدث مع نظام المناعة إلى إيجاد حلقة الربط بين الغدد، الدماغ، الجهاز المناعي. و بعد بحث حثيث عن نهاية العصب وجد الباحثون عند الجانب الأيمن للخلية العصبية اتصالا محكما بينه و بين الخلية اللمفاوية التي تتصل مباشرة مع خلية العصب، ليتم بالتالي اكتشاف اتصال مباشر بين نظامين: النظام الدماغي ونظام المناعة. (Altintaş, 2006, p.61)

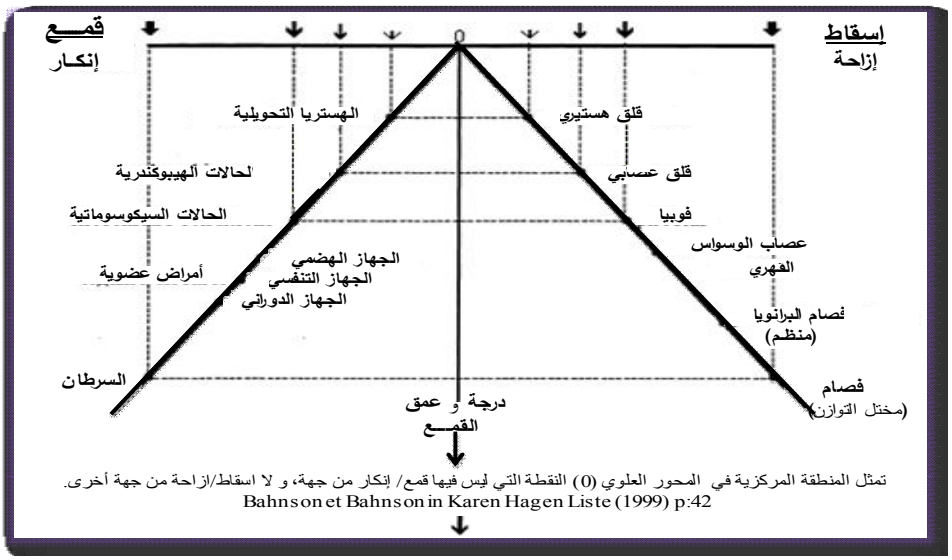
2-3- السرطان من منظور السيكوسوماتية التحليلية:

يشير التحليل النفسي إلى أن إنبناء الشخص إنما يتم من خلال علاقته بجسده. فمع كل صدمةأو رضة نفسية في مرحلة من مراحل حياته يعود الفرد و ينكص ليعيش مرحلة سابقة أين كان النظام التبادلي و التفريغ النزوي يحصل من خلال التظاهرات الجسدية، و إذا ما استمر تراجع مستوى تنظيمه النفسي جسدي حدث خللا أدى إلى الوقوع في الأمراض و الاختلالات الجسدية الكامنة. هكذا تدور الفكرة العامة حول التصورات النشوئية للاضطراب السيكوسوماتي. و قد برز عدد من الباحثين اللذين سعوا لتفسير المرض على أساس اندراجه في حقل السيكوسوماتية، حيث تم تناوله من منطلقات مختلفة كل من منظوره الخاص. و يعتبر Groddeck في هذا المنحى أول من أشار إلى كون السرطان مرضا سيكوسوماتيا و ذلك في نهاية الحرب العالمية الأولى. (Moirot , 2008, p.21) ثم توالت التفسيرات حول ذلك سواء كان في المدارس الأنجلوسكسونية أو المدارس الفرونكفونية.

2-3-1- دراسات أولية حول السرطان كمرض سيكوسوماتي؛ باهونسون و آخرون:

اعتمد **C.B. Bahnson et M.B. Bahnson** من فيلاديلفيا سنة 1964 على إسهامات McDougall لتفسير وجهة نظرهما حول السرطان، إذ يعتبران الإصابة السرطانية بصفة خاصة كنكوص نحو وسائل طفلية من التوظيف أين يحدث اختزالا في استعمال اللغة و اختزالا في اللجوء إلى السيرورات الثانوية باللجوء لاستعمال السيرورات الأولية كشكل مبكر من الدفاعات البدائية. و يقدم الباحثان نموذجا يقومان فيه بالمقارنة بين مختلف الاضطرابات السيكوسوماتية بمختلف أشكال الاضطرابات النفسية و ذلك وفقا لدرجة عمق النكوص كما هو موضح في الشكل الموالي:

شكل رقم (14) : نموذج تكامل نفس- جسد في اختيار العرض النكوصي.



و ترى الطبيبة العقلية Marjorie Bahnson و النفساني Claus Bahne Bahnson بأن السرطان و الفصام كلاهما ينتج عن الحرمان المبكر و النكوصات الحادة، مع التأكيد أن الوقوع في احدهما يجنب الوقوع في الآخر. فهم في ذلك يذهبان إلى ما جاءت به McDougall في كتابها "مسارح الجسم" «Théâtres du corps » ، و إلى ما أشار إليه Moirot (2008) أيضا حول كون السرطان كبديل للذهان. فالنكوص حادا كان أو جزئي؛ إما أن يحدث في الاتجاه الجسدي أو الاتجاه النفسي، و قلما يترافق النكوص النفسي بالنكوص الجسدي. فالسرطان من الناحية البيولوجية حسب الباحثين هو شكل من أشكال النكوص على المستوى الخلوي الذي يترافق مع النكوص النفسي الحاد، حيث تحدث السيرورات النفسية و البيولوجية جنبا لجنب و بطريقة متزامنة. فكما هو الحال في الفصامات أين يحدث نكوص للبنيات النفسية القديمة، فإنه يحدث نكوص للنموذج البدائي للسلوك الخلوي في السرطانات حيث تسلك الخلية السرطانية سلوك الخلية الملقحة في سرعة تكاثرها و انتشارها. (Moirot, 2008, p. 42) كما يعطي الباحثين أهمية للمازوشية كبعد يتدخل في ظهور السرطانات، إضافة إلى بعض السمات الشخصية و المتمثلة في عدم القدرة على الابتكارية في إقامة علاقات مع المحيطين، فعلاقتهم تلفها الرتابة الفارغة، يسعون دائما لعزل عواطفهم التي يمكنها أن تستيقظ فجأة مشكلة تهديدا لهم. (Moirot, 2008, p. 28)

أما **Graham Benedette** في 1969 فتناوله للسرطان كان من ترتيب مختلف عن ذلك الذي اهتم به الباحثين Bahnson. فتنظيره يمتد من الخلوي إلى المجتمع و يدعو بضرورة تفسير سيرورة تشكل السرطان على أساس بيولوجي–نفسي–اجتماعي، إذ يرى من السهولة بما كان التسليم بقدرة تأثير الجانب النفسي و الثقافي للفرد –وان كانت غير مادية- على الجانب المادي له، أي على الجانب العصبي الهرموني و المناعي. كما أعطى أهمية لمفهوم الاغتراب الحاصل على المستويين: النفسي و البيولوجي. فالخلايا السرطانية الغريبة عن مجمل العضوية تنشأ عند فرد غريب عن أحاسيسه التي لا يمكنه ترجمتها.

و في مزيج بين عدد من وجهات النظر أشارت V.Allison Tenney في 1978 على غرار ما ذهب إليه Leschan إلى كون السرطان مرض سيكوسوماتي يجد جذوره في تاريخ أشخاص تميزت طفولتهم بالانعزال العاطفي و الاجتماعي. فهم أشخاص مشبعين بكراهية الذات و المشاعر التدميرية بسبب الخبرات السلبية في طفولتهم، و لكنهم على الرغم من ذلك تمكنوا من عيش حياة عادية باستثمار عاطفي لمواضيع أخرى. و إن تم فقدان تعلقهم النرجسي المستثمر في المواضيع البديلة تلك لسبب أو لآخر فإن ذلك يقودهم لفقدان سببية وجودهم. و فيه إشارة إلى ما ذهب إليه Marty حول نزوة الموت.

كما اهتمت Tenney بالبحث عن معنى المرض على غرار ما ذهب إليه Groddeck، و كذا بموضوع اختيار العضو كما ذهب إليه Alexander. و تشير الباحثة إلى أهمية فهم المعنى النفسي لاختيار العضو من جهة و للإصابة الورمية الحميدة أو الخبيثة من جهة أخرى. فالعضو المصاب برأيها عبارة عن تمثيل جسدي دقيق للمنطقة التي حدث فيه احتباس الصراع النفسي بالتحديد، و كأن العضو المصاب يعمل على إعادة رسم توضيحي للصراع و رواية كيفية حدوثه، فالمرض عامة يصيب عضو خال من المعنى تم سحب الاستثمار منه، و ما السرطان إلاّ ترجمة لهذا الصراع العميق غير المحلول و الذي تم توزيعه على ساحة الجسد ككل كتخفيف لثقل الصراع. (Hagen Liste, 1999, p.43) كما يرجع ارتفاع نسبة إصابات سرطان الثدي برأيها إلى مظهر من مظاهر التغريب المتنامي بين دور الأم كراعية و بين المجتمع ككل. ففقدان المرأة لهذا الدور لسبب أو لآخر مع عدم القدرة على إيجاد موضوع تعويضي لاستثمار رعايتها خاصة مع متطلبات الوقت الحالي و الحياة الصناعية التي تتطلب منها الكثير يؤدي لإصابة العضو الذي لا يمكن استبداله بموضوع آخر. ففقدان علاقة مستثمرة في موضوع العمل لمساعدة مسيرة النمو الذي حل محل الدور الأمومي و الرعاية الأمومية التي تعتبر كمخرج و إعادة استثمار لما تم فقدانه يؤدي إلى إصابة العضو الذي لم يصبح حاملا للمعنى، ألا و هو الثدي الذي يرمز للعاطفة بامتياز بالنسبة للمرأة. (Brownlee, Leventhal & Leventhal, 2000, p. 372)

2-3-2- البناء الأسري و تصدع التعبير كعوامل لظهور السرطان عند قير Guir

يعتبر Jean Guir من مناصري جاك لاكان، و يشير إلى أن المظاهر السيكوسوماتية تبعث لكيفية بروز اللغة عند الشخص. كما يهتم بالقصة العائلية كختم يطبع الإصابة السيكوسوماتية، تظهر ديناميتها و يرجع تشكلها إلى ثلاث مراحل:

- ففي وقت أول: يحدث انفصال مفاجئ و عنيف مع احد المواضيع المحبوبة في الطفولة.

- و في وقت ثان: يتكرر هذا الانفصال في الواقع، حيث يلعب الترميز في الانفصال الحالي تذكيرا بالموضوع المفقود سابقا.
- أما في وقت ثالث: و غالبا ما يقع في السنة اللاحقة للانفصال الثاني تظهر الإصابة العضوية.

يظهر الانفصال في الطفولة عادة في المرحلة التي يصبح فيها الطفل يأكل أو في المرحلة التي يظهر فيها طلبه للآخر. لكن استجابة الموضوع له تكون على شكل استجابة لحاجة و ليس لرغبة. فهذه الحاجة يتم استثارتها و إشباعها من خلال مدلولات الآخر كاستجابة اشراطية كلاسيكية، فبعض المدلولات التي يكلف بها المريض السيكوسوماتي تدفعه للاستجابة في مجال الحاجات دون مجال الرغبة، ما يقوده لوضعية استجابة الرضيع التابع لأمه. (Guir, 1983, p. 7) فبسبب تصدع التعبير في بعض نواحي الخطاب، فان الجسد يستجيب بطريقة معينة لتوضيح الكيفية التي يتعايش فيها الجسد مع اللغة. فالثغرات المتشكلة في سياق حديث المريض هو ما يؤدي لانطلاق السيرورة الجينية المتصدعة، فالعرض يظهر كبديل عما لم تستطع الكلمات تبليغه، شاهدة عن عجز الفرد للتعبير عن رغباته. يتم ترجمته من الجانب النفس الفيزيولوجي كاستحالة تطوير إجابة ملائمة مع وضعية الرغبة. أما في الجانب العضوي فتشير لوضعية عدم التكيف العضوية مع خلل التوازن و الشدة. (Liart, 2012, p.142)

و يرى Patrick Schmoll في Liart (2012) على لسان Guir أن البحث عن الأبعاد التاريخية، الأسرية و الاثنولوجية في الانقطاع الحاصل في الخطاب هو ما يسمح بفهم أفضل لتاريخ ظهور سيرورة الأورام، تموقعها، فضلا عن تكوينها الخلوي و حتى انتشارها في بعض السرطانات.

و في نفس المنحى يرى بعض المحللين الفرنسيين N.Luttenschlager, K. Taghva-Passand , N. Moegien, Ch. Schaffhauser, P. schmoll بضرورة دراسة البناء الأسري في المقاربة السيكوسوماتية لمرضى السرطان مع تركيز الاهتمام على دور اللغة في انطلاق، تطور، تراجع و الشفاء من السرطان.

2-3-3- السرطان كانشطار و حماية للكيان الوجودي عند ماك دوجال Mc Dougall:

طورت Joyce McDougall تصور خاص بها حول السيكوسوماتية، فهي تضع العصابات و الذهانات في مقابل السيكوسوماتية و التي تقاربها بالعصابات الراهنة. فبينما يكون الصراع في العصابات و الذهانات نفسيا يختص بالحياة الداخلية أو الواقع أين يحدث لعب الدراما على ساحة الخيال حيث التحويل الهستيري يكون نتيجة لصراع نفسي، فإنه في السيكوسوماتية يلعب على مسرح الجسم.

و اهتمت الباحثة بالعلاقات المبكرة للطفل مع الموضوع الأمومي. فتوفر"الأم المطمئنة" على حد تعبير McDougall و التي يمكنها تفسير و معالجة احتياجاته هو ما سيشكل ذخرا نفسيا له في حياته المستقبلية لفك ترميز تجاربه النفسية. فعلى الطفل و الراشد لاحقا أن يجد تعبيرات تكيفية لاحتياجاته النرجسية، العدوانية و الليبيدية في علاقاته و حياته الإبداعية. و هو ما لا يستطيعه الطفل إلا أن قام بإستدخال الأم الكفؤة وجدانيا كموضوع مطمئن تسمح له بتكوين التمثيلات. و غياب هذه الأم هو ما سيشكل نقصا في قدرة الطفل التمثيلية تستحيل معها المعالجة الخيالية في سن لاحقة لتصبح معالجته من النمط النفس- جسدي كما في صغره باللجوء لميكانيزمات بدائية أين كان السبيل الوحيد المتوفر له يتمثل في جسده الخاص. (Hagen Liste, 1999, p.41)

كما تعطي McDougall لطريقة تعامل الآباء مع أطفالهم أهمية كبرى، فمن خلال رفض الآباء للحياة النفسية لأبنائهم و إرغامهم على القيام بسلوكات، القول أو التفكير في أشياء لا يرغبون بها يؤدي إلى حث انخفاض القيمة على الساحة العقلية للطفل ما يتسبب في الاستجابة السيكوسوماتية. كما تركز الباحثة على الخطر العلائقي المسمى بالربط الملتزم أو الربط المزدوج؛ أين يرغم الطفل للالتزام بأمرين متضادين من طرف الوالدين المتناقضين و المتسلطين. (Le François, 2008). فعندما تقمع الروابط العاطفية و لا تجد مجالا للتعبير يحدث انشطار بين النفس و الجسد و يفسح مجالا للراحة لصالح العمليات الأولية و الثانوية في الوقت ذاته. وإن لم تشر إليه صراحة فان McDougall تدرج مرض السرطان ضمن الأمراض السيكوسوماتية.(Hagen Liste, 1999, p.41)

2-3-4- مارتي Marty و مميزات التوطيف العقلي لدى مريض السرطان:

إذا ما أردنا إيجاز نظرية الاقتصاد السيكوسوماتي ومبدأ التنظيم برأي مارتي فإننا نقول بأن التنسيق التدريجي للجهاز النفسي–جسدي المعتمد على مبادئ البنية الأساسية، التنظيم و اختلاله، النكوصات و مسالك إعادة التنظيم يستند إلى ثنائية العلاقة بين غريزتي الحياة و الموت اللتان تتناوبان السيطرة على جهاز نفس–جسد، بحيث تشجع غريزة الحياة التنظيم في حين تؤدي سيطرة غريزة الموت لخلل التنظيم، و بتفاعل هاتين الحركتين يتولد تنظيم سيكوسوماتي و تنظيم عقلي خاص بكل فرد يرجع لنقاط التثبيت التي تكونت لدى الفرد أثناء حركاته التطورية في السلسلة المركزية أو السلاسل التطورية الجانبية بحيث تكون مرجعا ينكص إليه الفرد حين تعرضه للصدمات لتؤمن له دفاعا فعالا.(Debray,1983,p. 20

وقد ميّز Marty نوعين من السيرورات الجسدية

– سيرورة الجسدنة الراجعة للنكوص و تتمثل في نوبات غير حادة قد تختفي لتظهر مرة أخرى بنفس الشكل عند نفس الشخص أين يكون مستوى العقلنة مقبولا و هذا ما يسميه مارتي عدم تنظيم التوظيف العقلي، هدفها إراحة الأنا ليعيد تنظيمه و تكيفه.

– سيرورة الجسدنة عن طريق فك الترابط النزوي و تتمثل في الأمراض التطورية الخطيرة التي تهدد المآل الحيوي كبعض الأمراض المناعية الذاتية و الأمراض السرطانية. (Smadja. 2004. pp. 189.190)

و بالنسبة لمرضى السرطان، يرى Marty (1976) بأنهم أفراد مصابون بخلل تنظيم تدريجي لم يجد ما يوقفه، و هو ما أكد عليه في دراسته بين 1984-1988 في مركز IPSO مع مجموعة من الأطباء المختصين في الأمراض السرطانية المكلفون بالمتابعة الطبية لمجموعة من النساء اللاتي تقدمن للفحص الطبي لتشخيص أورام الثدي البارزة لديهن. حيث اظهر التقييم السيكوسوماتي لـ 77 حالة بعد 9 أشهر من المتابعة إلى غياب السرطان في حالات التعقيل الجيد (58 حالة)، و ظهور الإصابة السرطانية لدى 3/1 الحالات الباقية (19) التي امتازت بدرجات تعقيل سيئة. (Jasmin et al, 2007, 169) و توصل مارتي من خلال دراسته إلى نتائج تؤكد على أن الأشخاص الذين لا يملكون تثبيتات صلبة و قوية تدعم نمطهم العقلي، يبقون غالبا سريعي العطب و ضعيفي المقاومة أمام الإصابات الجسدية، فتعارض غرائز الحياة مع غرائز الموت و وجود كميات كبيرة من الإثارة يعجز النشاط العقلي عن تسيرها و بالتالي سيطرة نزوات الموت في حركة تدميرية تؤدي إلى حركة ضد تطورية و إلى خلل التنظيم التدريجي مع

عدم القدرة على إعادة التنظيم و عدم القدرة على معالجة التوترات عقليا أو التعامل معها نفسيا بسبب غيابها ما يؤدي إلى اختزالها على الساحة الجسدية. (Marty 1976 p 170)

والجديد الذي جاءت به مدرسة باريس للبسيكوسوماتيك (1988) Marty et Stora ؛ اعتمادها على مبدأ الترميز في التصنيف السيكوسوماتي كما هو الحال في التصنيف الطبي. و ترسيخا لصورة مختصرة للعلائم النفسية المصاحبة للأمراض السرطانية و المناعية وضع مارتي الترميز التالي: 211 ، 217 ، 431 ، 802 ، 804. والذي يعني وجود: قلق متفشي، انهيار كامن، أنا مثالي مهيمن، انهيار أساسي، اختلال تنظيم تدريجي. أما بالنسبة للبنية الأساسية لمرضى السرطان، فهي تختلف حسب نوع السرطان وخطورة المرض، فكلما زادت الحدّة، نجد معالم بنية عصاب سلوكية مع نشاط عقلي خاص يتجه نحو خلل تنظيم تدريجي عميق.

2-3-5- نشأة السرطان حسب النظرية العلائقية لسامي علي Sami Ali:

في قراءة سيكوسوماتية للسرطان في تحرّ الذات/اللاّذات، يرى سامي علي أنّ التّبدلات الجينية تنته بأن تحول الذات إلى اللاذات دون أن يتعرف الجهاز المناعي على اللاّذات كمختلف عن الذات و على هذا الأساس لا يحرض النشوء السرطاني تكون المضادات الجسدية، فالهوية الشخصية تتزعزع في أساسها البيولوجي دون الوصول للتمييز بين الذات/ اللاذات في مرحلة وجب التمييز بينهما، و يرى S.Ali في (Calza et Contant, 2002) أن السرطان يمكن أن يظهر في لامخرجية مرتبطة بفقدان يستشعره في القلق و يتكبده واقعيا في الاكتئاب. فاجتماع كبت ناجح لوظيفة الخيال مع وضعية لامخرجية تؤدي لغياب النشاط الإسقاطي، و بالتالي إصابة الجسد الحقيقي بدلا من التفريغ في الجسم الخيالي. إضافة لذلك يقول الباحث في كتابه «l'impasse» أنه توجد أربعة أنواع من اللامخرجية و أن المريض يحاول التكيّف مع الواقع الذي يظهر متعددا. و من خلال الكبت في الوظيفة الخيالية فهو يسعى للتكيف. ففي الحين الذي يفترض أن يحقق الحلم الراحة، فإنه يصبح على العكس من ذلك جالبا للمشاكل و يحدث خلال هذا السعي للتكيف خلال الأوقات المفروضة للحلم تراكم، كما تبلغ الموضوعية أوجها لكن مع غياب الفرد. حيث يشير غياب الأحلام لغياب ثنائية الجسم الحقيقي و الخيالي، إضافة إلى عدم القدرة على تجاوز الصدمة لغياب الإسقاط الذي يحققه الحلم. (Sami Ali, 2004, pp : 6,7).

و يخلص الباحث إلى أن مريض السرطان تلُفه اللامخرجية من كل النواحي" ففي طفولة الفرد كل شيء نظم ليجد الفرد نفسه في لامخرجية تتصادف مع الحياة ذاتها ليمرّ على الحياة بلا مخرجية علائقية تحكمت في ماضيه و تنظم حاضره و تسطر مستقبله." فالزمنية عند مريض السرطان هي العامل المحدد بالدرجة الأولى، كما أنّ السيرورة التي تحدث على المستوى العلائقي هي نفسها على المستوى البيولوجي. (Sami Ali, 2004, pp. 8, 10) و يرجع التظاهرات المرضية إلى مرحلة تكوين مفاهيم الفضاء لدى الطفل، مركزا على أهمية البعد الثالث في مفهوم الفضاء، فالجسم يدرك في زمن و فضاء قام هو ببنائه كمحددات جسدية لا يمكن فصلهما عن تنظيمة الفكر، فإذا أصبح الوقت انعكاسيا والفضاء غير انعكاسي، فإنّ الفكر يجد نفسه في لامخرجية حيث ترتبط بمدة اللامخرجية و التي تؤدي في طول مدتها لتعب الجهاز المناعي .(Calza et Contant, 2002, p.17)

2-3-6- السرطان كاستمرارية عضوية لسيرورة الحدادا عند موارو Moirot

يؤكد Michel Moirot **على كون السرطان كمرض سيكوسوماتي، و قد سعى** من خلال تمحيصه لدراسة حالة عدد من الشخصيات المعروفة التي أصيبت بالسرطان إضافة إلى دراسته لمجموعات دينية كاثوليكية و إجراء دراسة مقارنة بين تاريخ مجموعة من الرهبان المصابين بالسرطان و الأصحاء إلى استخراج بعض النقاط التي شكلت أحداث وجودية لأصحابها: كموت غير محتمل لأحد الأقارب، عدم اكتمال عملية الحداد، شعور الفرد بمسؤوليته في موت احد المقربين، العيش في حالة من العزلة، الشعور بقلة القيمة في الأسرة، و بكونه كبش فداء في العديد من الوضعيات و عدم القدرة على تجاوز معاناته التي اختبرها في طفولته، الشعور بالخزي لعدم قدرته على انجاز أعماله بطريقة جد متقنة يسعى فيها للكمال ما يوقعه في الشعور بالذنب و وخز الضمير ليجد نفسه ضحية رتابة حياته، عدم تقبل الوضعية الحالية و الرغبة في الموت، غياب الحماية الوالدية، طفولة تعيسة و تأديب صارم ما ينشأ لديه أنا أعلى قاص وقهري، اختيار موضع الإصابة السرطانية يحدث بطريقة انتقائية لأعضاء غير مستعملة وغير مستثمرة كمواضيع وجب إقصاءها من الجسد الخاص. **(**Moirot , 2008, p. 22**)** و يلخص الباحث ذلك في المازوشية التي تظهر في العديد من الحالات و الرغبة في التدمير الذاتي "autodestruction" فكما هو الحال في السرطان الذي يشكل تدميرا للذات "destruction de soi-même" فإن الخلايا تسعى لتدمير ذاتها عندما تجد في الحالة الداخلية للفرد مكونا يتجه نحو تدمير الذات. و يصل Michel Moirot في الأخير للقول بان السرطان يحدث في مصار غير نفعي للعضوية، أو بالأحرى ما يعتبره الفرد خارج المخطط الجسدي مع رغبه في تدمير الذات.

كما اهتم Moirot بمفهوم "الأرضية العاطفية" و تسييرها اللاواعي في تحديد المرض عند أشخاص يحملون ميولات تحطيمية للذات مع عدم القدرة على الفعل. و هذه المفاهيم كما يرى الباحث تعتبر ضرورية لفهم ظاهرة التسرطن. و يستنتج على غرار ما ذهب إليه Gotthard Booth بأن السرطان ما هو إلاّ معادل عضوي و استمرارية لسيرورة الحداد، حيث يقع المريض في مأزقية عاطفية بسبب تعلقه الوجداني بالموضوع المفقود و يتصرف كما لو كان مسؤولا أو مذنبا لكونه هو نفسه من تسبب في هذا الحداد. **(**Moirot**,** 2008, pp.28,29**)**

و عليه، فإن تنشيط الدفاعات المناعية ترتبط بالرغبة في العيش و غياب التناقض بين الفرد و ما يحيطه و غياب الرغبة في العقاب و التدمير الذاتي. فالخلل لا يقع على مستوى دفاعات الجسم و مناعته بقدر ما يرتبط بخضوع هذه الدفاعات و استجابتها لميولات الفرد و رغبته. (Moirot, 2008, p.41)

2-3-7 - السرطان من وجهة نظر تكاملية عند ستورا Jean Benjamin Stora

كان للباحث رأيا واضحا في ظهور الأمراض السرطانية، و يمكن تقسيم و جهة نظره إلى مرحلتين متكاملتين من الطرح معتمدا في ذلك على مبادئ البسيكوسوماتيك لمدرسة باريس التي كان ينتمي إليها.

المرحلة الأولى: تبني Stora أفكار زميله Marty، و يُرجع الإصابة السرطانية إلى وجود حركات خلل التنظيم التدريجية بإتباع مخطط محدد يتمثل في: تراكم الإثارة على المستوى النفسي الوجداني⇦ غياب إمكانية الإرصان العقلي⇦ نقص احتمال التفريغ على المستوى السلوكي⇦ خلل التنظيم العقلي الراجع لسرعة أو بطئ شبكة ترابطات الأفكار⇦ اكتئاب أساسي مع حياة عملياتية في بعض الأحيان⇦ قلق متفش يشير لحالة الشدة السيكوسوماتية للفرد ⇦ خلل تنظيم جسدي راجع لتعدد الإصابات المرضية التي يمكنها أن تشكل الأعراض الجسدية الأولى لخلل التنظيم

التدريجي ⇦ ظهور مرض خطير (السرطان). حيث يمكن لظهور المرض أن يطول أو يقصر حسب الفرد ومرحلة الكمون. (Stora, 1999, p.140)،

غير أن Stora لم يقر بفرضية تأثير التنظيمات العقلية لوحدها في أحداث المرض، و هو ما دفعه لتعميق أبحاثه في مجال علم النفس العصبي المناعي في مرحلة ثانية و الإقرار ببعض النتائج.

المرحلة الثانية: وفي نظرة تسلسلية، يرى Stora بضرورة مقاربة شاملة لسيرورات الجسدنة و الأخذ بعين الاعتبار مجمل المتغيرات النوعية (مستندا و مستدلا لما جاءت به مدرسة باريس للبسيكوسوماتيك) و الكمية (الأسس البيولوجية...) للوحدة النفسجسدية للفرد. فنموذجه عبارة عن نموذج دينامي للعلاقات المتبادلة بين النظام النفسي، الجهاز العصبي المركزي، الجهاز العصبي المستقل، الجهاز المناعي، النظام الجيني. و يفسر سيرورة الجسدنة و الإصابة السرطانية ضمنيا من وجهة نظر تكاملية وفقا لخمس مستويات مصحوبة بميكانيزمات عصبية و عصبوهرمونية. و يشمل تفسيره حقل التحليل النفسي، الطب، علم الأعصاب مع لجوء لنظرية النظم لصاحبها (Von Bertalanffy) مع اقتراح متغيرين لفهم مقاربته:

1- نموذج السيطرة المزدوجة:

2- النظم الفرعية الأساسية الأربع للاستجابة العصبية للانفعالات

و على هذا الأساس تنتج خمس مستويات للجسدنة، حيث تكون الاستجابة النفسية في المراحل الأولى متكيفة مع كمية الإثارات و لا ينجم عنها أي اضطراب جسدي، ثم وحسب مستوى الدفاعات النفسية و نوعية العقلنة تبدأ مظاهر جسدية في الظهور مع المشاركة التدريجية للأنظمة العصبية و المناعية. تتكاتف هذه الأنظمة مع الجهاز النفسي لأجل تحقيق التوازن و الوصول إلى حالة من الهيموستازيا. و في حالة عجزها يظهر عدم التنظيم مع اختلالات وظيفية تؤدي لأمراض خطيرة، تشترك فيها الأجهزة الخمسة المذكورة أعلاه. و يصنف الباحث السرطان ضمن أمراض المرحلة الرابعة المشتملة على الأمراض الخطيرة أين يحدث بروز للنزوات العدوانية المميتة التي لا يمكن التحكم بها بسبب فك الترابط النزوي و التي تصل إلى خلل تنظيم الأنا.(Stora, 2012, pp : 28,30)

و من هنا يوضح J.B.Stora بالاعتماد على عدد من النظريات و الأسس العلمية كيفية تداخل عدد من الأنظمة النفسية منها، البيولوجية، العصبية، و الميكانيزمات الهرمونية و العصبية الهرمونية و الجينات في تطوير السرطانات عند شخص تلقى صدمات نفسية.

3- البروفيل السيكولوجي لمريض السرطان:

تمّ الاعتماد على مجموعة من الدراسات التي قام بها أصحابها لتوضيح البروفيل السيكولوجي لمريض السرطان نذكر منها:

- دراسة Leshan & Worthincton اللذان خلصا من خلال مقارنتهما لـ 500 حالة مصابة بالسرطان مع أفراد يتمتعون بصحة جيدة على وجود قدر ملحوظ من كراهية الذات وفقدان الثقة بالنفس، عدم القدرة على التعبير عن مشاعر العدوانية و الغضب. (Phyllis & al, 2000,p.174)

•أما Dunbar في (Pongy et Babou, 2003) فقد سعت في نظريتها الاستعدادية لوصف النموذج النفسي للمصاب بالسرطان، إذ ترى بأنهم أكثر تعرضا للإجهاد، جد متعاونيين، يتطلعون لإرضاء الغير، يتسمون بالحصر و مفرطي الإحساس.

• كما أسند Grossarth-Maticek في Eskelinen & Ollonen (2011) بعض السمات لمرضى السرطان و المتمثلة في: الاكتئاب، اليأس، سرعة الاستثارة، الغضب، التعقلن، عدم الانفعال، عدم القدرة على التعبير الانفعالي، الحاجة للعلاقات بين شخصية المنسجمة.

• و أضاف G.Matiek و Eysenck et al في Schraub (2009) أنّ سمات طبعهم تتمثل في: الطيبة، الرزانة، الصبر، الاستعدادية لتقبل المصاعب و الضغوطات الاجتماعية، وأنهم يمتازون بالامتثالية و الخضوع الاجتماعي، يتجنبون بنشاط كل الصراعات وقمع كل التظاهرات العدوانية، صعوبة التعبير و الإحساس بالانفعالات السلبية و الغضب خاصة، كل ذلك مرفق بالإحساس باليأس و العجز.

كما اتجهت دراسات أخرى لتحديد نمط شخصية المصابين بالسرطان، و يرجع الفضل أول مرة لكل من Morris & Greer في 1980 لإدراج النمط « C » أو ما يسمى بالشخصية المستهدفة للإصابة بمرض السرطان. (Vollrath, 2006, p40) ثم قامت Lydia Temoshok, في 1987 بتطويره و وصفه على أنه نمط يتميز بقمع الانفعالات خاصة السلبية منها كالغضب، الميل للتضحية بالنفس دون التعبير عن المطالب الفردية. و قد سعت Temoshok و Fox لوصف المريض بطبيعة السلوك على أنه محب واجتماعي لطيف، هادئ و صبور، فهو في حياة عملية متقن للعمل متقبل من المجتمع يتهرب من النزاعات الشخصية، يتمسك بالروتين و ميال للموافقة والانصياع، ليس لديه الثقة في نفسه و غير مؤكد لذاته و مضحى بها، فهو شخص جد متعاون، يتميز بعدم المنافسة، الاستجابة لرغبات الآخرين وعدم التسلط، تجنب السلوكات التي يمكنها أن تحرج الآخرين، الامتثال لمواصفات السلوك المتعارف عليه والحفاظ على مظهر اللطف، نظرته إلي الواقع الخارجي تكون معقلنة ومجردة من العواطف (الاستذهان)، الميل إلي مشاعر العجز واليأس، العجز عن تفريغ التوتر و الإفصاح عما يستبد به من انفعالات و قمع الانفعالات السلبية و يعجز عن التعبير عن غضبه و عدوانيته في وقت يسعى فيه للحفاظ على واجهة قوية و سعيدة. يتحكم في غضبه لأجل الحفاظ على العلاقات بين شخصية والحفاظ على صورة جيدة عن نفسه كشخص محبوب حتى لا يتم رفضه.(Blatný & Adam, 2008, p.639)

• وفي عرضHagen Liste لبعض آراء الباحثين و ما توصلوا إليه في دراساتهم، يذكر الباحث ما توصل إليه Bahnson et Bahnson حول وجود سمات قمع العدوانية و مشاعر كامنة بالذنب و التي يلجأ إليها المريض كآليات لدفاع الأنا. و كشف Bacon et al على وجود بنية مازوشية عند المصابين بالسرطان، إضافة إلى عدم القدرة على مواجهة الغضب و العدوانية و العدائية، كل ذلك مقنع بمظهر من اللطف و البشاشة و يسعون لتجنب الخلاف و الصراعات و الالتزام بالمعايير الاجتماعية على نحو أكثر تواترا من الأصحاء كما أنهم أقل قدرة على المنافسة. (Hagen Liste, 1999, pp 37,39)

• أما Marty فيصفهم بسلوك تكتمي، يتميز بعدم القدرة على الترميز و التعبير عن الانفعالات، إضافة لتناذر السلوك الفارغ و الذي يعبر عن هشاشة السيكوسوماتي، شاهد عن اضطراب في التنظيم العاطفي مما يتولد عنه عدم

التفرقة في إقامة العلاقات مع الغير راجع لغياب قلق الشهر الثامن و الموضوع الانتقالي. و غالبا ما نجد لدى هؤلاء المرضى وصفا دقيقا للظروف الواقعية القائمة، أو سرد للحوادث الجسدية أو لتصرفات معينة دون ذكر الأهمية الانفعالية ، يهربون إلى الواقع من خيالاتهم المرعبة و لكن إلى واقع عديم الحياة، لا يستخدمون مفهوم "أنا" في سياق ممتلئ انفعاليا بالمعنى، يستصغرون مشاكلهم الشخصية و يفتقرون للمعارضة و لا يمكنهم رفض الآخر، و لا يمكنهم التلفظ ب "لا" ، يميلون إلى الحل الوسط الذهبي و يخافون من رفض الآخر و ابتعاده، حساسين للنمطية الاجتماعية مع فرط في التكيف الاجتماعي، لتظهر العديد من الظواهر مجتمعة تميز هؤلاء المرضى تدعى بالحياة العملية، فهم أفراد في حياة عملية يوحون بصورة ميت حي كما يصفهم مارتي (Smadja, 2004, p.189)

• ويرى Sami Ali بأن مريض السرطان يعاني من لا مخرجية زمنية و يعيشون الوقت في إستعجال مصطنع و كأن كل شيء يجب حله و تناوله بشكل لحظي دون تأخير و كأن الوقت به فراغات يجب سدّها. (Sami Ali, 1998 , p86) كما أن مريض السرطان يعاني من المحاولات المستمرة للتكيف مع الواقع؛ كل الواقع بتعدد أوجهه، يعاني من حالات كبت في الوظيفة الخيالية و غياب للأحلام و إن ظهرت هذه الأخيرة فتظهر على شكل أحلام فضولية وغرابة و تزوده أحلامه بالمشاكل و الهموم بدلا من إحداث تفريغ لها، ليقع في لا مخرجية أعقد منها. (Sami Ali, 2000, pp.6,7)

◆ و يبقى كما يرى Dalton et al (2002) أنه لا يمكن إسناد نموذج بروفيل سيكولوجي خاص بمرض السرطان فهو مرض متعدد الجوانب و متعدد الأنواع، فلا يوجد سرطان واحد و إنما عدد من السرطانات.

4- التصورات الجماعية لمرض السرطان:

تشكل التصورات الفردية و الجماعية لمرض السرطان محورا أساسيا في المجال النفسي لعلم الأورام "السيكو-انكولوجيا". فغالبا ما تشكل هذه التصورات عند المريض و المعالج عوائق تحول دون الوقاية، فحص و علاج السرطان. و بالرغم من تقدم العلوم الطبية و الطرق العلاجية إلاّ أن هناك عدد من الأفكار المرتبطة بخطورة المرض بقيت عالقة في الخيال الجمعي للأفراد. فبينما كانت تسند له قديما مرجعية خارجية راجعة لخلل توازن الفرد في الفضاء و عدم توافقه مع وضعية النجوم، أو بسبب إلقاء التعويذات و السحر من الآخر، فانه حاليا تسيطر الأفكار بإسنادها لمرجعية داخلية مرتبطة بسلوكات الفرد ذاته و ما يرتكبه من ذنوب، أين يظهر السرطان كتكلفة للعصيان و دين يجب دفعه.(Bacqué, 2009a, p.131). و يشار السرطان إلى الفحش و البذائة بأتم معنى الكلمة، فهو فأل سيء و سوء طالع، شنيع و ممقوت، بغيض ماكر...، إنه الخبيث الغادر، القاسي عديم الرحمة (Pucheu in Dolbeault et al, 2007, p.51). ويصفه Ben Soussan et Dudoit (2009) إلى الخوف و الشر الذي يهدد الفرد و كأنه وصمة عار يستدعى الاستبعاد، جسم غريب يُرفض ينبغي إجلاءه و طرده، شعور بالذنب، عقاب و لعنة... يخيف المريض و الطبيب و الأخصائي النفساني على حد سواء.

كما سعى فرويد الذي عانى من سرطان الفك لمدة 13 عاما لإعطاء تصوره حول المرض فوصفه بذلك الأجنبي في داخل الفرد أو الغريب "unheimlichkeit" المخيف على حد تعبيره. إذ يسند للخلية السرطانية خاصية مميزة واصفا إياها بالنرجسية كونها تتكاثر لأجل مصلحتها الخاصة متخلية عن المستقبل المشترك للعضوية و الذي نسيت أنها تنتمي إليه. (Pujol, 2009, p. 131). و فيه تقول الباحثة أن الخلايا تتنافس و كأنها تنمي خواص غريبة

فيها(فقدان التثبيط، الأبدية، النزوح و الترحال، تضاعف غير متحكم فيه) كل ذلك لأجل حسابها الخاص، محطمة بتأن ما يؤويها من أنسجة في الوقت الذي تحطم فيه ذاتها. (Pujol, 2009, p. 132).

و بالرغم من التطور المستمر في مجال علاج السرطان حاليا، إلا أن سمعته و مآله السيئين تجعل منه مرادفا للألم، المعاناة و الموت في المخيال الجمعي، و يتم وصفه باستعارات وحشية و رهيبة، من مثل "طاعون العصر"، "المرض الخبيث"... (Marx et Reich, 2009 ; p.129). حتى أن الأطباء و المختصون، يستعملون مفردات عسكرية لمواجهة المرض من مثل "مكافحة السرطان"، "مقاومة السرطان" "حرب وقائية" "غزو سرطاني" "اجتياح" "مستعمارات سرطاني "... في تشبيه السرطان كمقاتل عنيد وجبت محاربته و مجابهته. (Marx et Reich, 2009, p.55)

و توصل Moulin و زملائه من خلال تحليل التصورات الاجتماعية بفرنسا إلى وجود تصورات سلبية حول المرض ترجع لارتفاع نسبته الابيديميولوجية إضافة للمعاناة التي تنجر عنه و مآله السيئ، كما ترتبط بما ينتج عنه من تصورات ثقافية حول السلوك الصحي و إمكانية الشفاء. (Moulin, 2005, p. 246) كما أسفرت نتائج آخر الإحصائيات التي قام بها المعهد الوطني للوقاية والتعليم الصحي (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) (Inpes) في 2010 بفرنسا على 4000 شخص تراوحت أعمارهم بين 15-85 سنة، فإن 60 % منهم يعتبرون السرطان من أكثر الأمراض خطورة فهو المرض الخبيث اللعين، و صرح 37% من أفراد العينة العامة أن السرطان موضوع تابو، لا يمكن تناوله في أحاديثهم بسهولة. (Beck et Gautier, 2012).

و على العموم، فعند ذكر كلمة «سرطان»، فان ثلاثة من الأفكار تتبادر للذهن بصورة تلقائية كما يرى Pujol (2009): الواقع (المظهر المجسد)، الخيال (ما يمثله على المستوى الاجتماعي)، الرمزي (ما هو مشترك بين التمثيل الاجتماعي و ما يمثله للفرد). و يبقى أن ما يهم الطبيب في التطبيق الطبي قبل كل شيء هو ما تعبر عنه Pucheu بـ "نظرية المريض" و تصوراته، دون إلقاء للأحكام على المريض مهما كانت توجهاته، لكن على العكس من ذلك عليه أن يستغلها كنقطة انطلاقة كي يوجهه تدريجيا إلى تحويل تصوراته للأفضل حتى يتكيف مع مرضه و علاجاته. (Dolbeault et al, 2007, p.56)

4-1- التصورات المشكلة حول السرطان في الجزائر:

ترمز كلمة سرطان في المجتمع الجزائري لعدة معاني مثل القاتل، الخبيث، الفتاك... شيء خفي ومخجل لا يذكر أمام الصغار ولا حتى أمام الكبار و لا يصرح به، وكأن الصمت يمنع انتشار المرض يصيب من يستمع لذكره بالعدوى، بل وتجد الكثير منهم يستعيذ بالله منه كما يستعاذ من مس جني.

و في مقاربة انثروبولوجية طبية لتمثلات مرض السرطان في المجتمع الجزائري التي قام بها حمودي جمال في دراسته، توصل الباحث في إلى إظهار بعض النسب المرتفعة حول نعت المرض بنعوتات مختلفة و عدم ذكره باسمه الحقيقي حتى عند الفئات المتعلمة، حيث يتم نعته بـ "هذاك المرض"،" هذاك الهم "، "مرض الخنزير، "مرض عقاب اللّه"،"المرض الخامج "...الخ. كما أسفرت نتائج الدراسة لوجود علاقة بين ذكر اسم السرطان و إثارة المخاوف سواء كان ذلك عند المرضى، الممرضين أو حتى في فئة الأطباء، إذ يرمز في المخيال الشعبي لفكرة الوحش الّذي لا يهزم (حمودي، 2006، ص. 131)

كما توصل Mustapha Maaoui (2009) في بحث استقصائي حول التصورات المرتبطة بالسرطان في الجزائر إلى انه يتم تسمية السرطان في العائلة الجزائرية "خنزير" «khenzir» و التي تمّ توارثها من الحقبة الاستعمارية، إذ شبهوها من الوجهة الصوتية بكلمة «cancer»، و فيه إشارة لرفضه كما يرفض الخنزير الحيوان المحرم في الشريعة الإسلامية. فمماثلة السرطان بحيوان مشين و شنيع تحول المريض لشخص منحرف و بالخصوص إلى شخص مذنب و هو ما أدى بالعديد من النساء و الرجال لإخفاء تشخيص السرطان لديهم خاصة في السرطانات التي تصيب المناطق الجنسية التناسلية أين يأخذ المرض معنى في إطار هذه الاعتقادات. (Bacqué, 2009b, p.5)

و على كل فلا تهم التسمية التي تطلق على المرض، بقدر ما تهم الرمزية التي تحملها وما تحركه من تداعيات، لأن التصورات التي يحملها المريض عن مرضه عل غرار ما ذهبت إليه Pujol تبعث بالمريض لتطوير بعض الردود الفعلية المتمثلة في المخاوف الكبيرة المتوارثة من نظرة المجتمع حول المرض، إحساسه بالذنب، قلق و حصر...الخ. (Pujol, 2009, p.54) كما أن التفسير الذي يسنده مريض السرطان لمرضه لابد أن يكون معترفا به من طرف الطبيب للوصول إلى حوار طبي بناء، سواء كان ذلك عند إبلاغ المريض بتشخيص مرضه أو في أثناء متابعته العلاجية.

5- خصوصية الإفصاح عن الإصابة السرطانية:

أسند في السنوات الأخيرة في الدول الأمريكية و الأوربية الكثير من الأهمية لضرورة الإفصاح عن تشخيص مرض السرطان للمريض. و قد تم في 2003 ضمن مخطط المعهد الوطني للسرطان بفرنسا (INCa; l'Institut national du cancer) وضع التدابير اللازمة لكيفية و خصوصية هذا الإبلاغ. (Reich, 2008, p. 118) ، فاتجاه منحى الاتصال إلى طريقة إرسال/استقبال المعلومات لا تفقد للعلاقة طبيب/مريض حيويتها فحسب، بل تفقدها طابعها العاطفي أيضا و لا تسمح بالارتباط المعرفي و كذا العاطفي في ظل ما يحمله المريض من تمثيلات عن مرضه. (Bacqué, 2011, p.175). فالإبلاغ بطريقة مباغتة دون سبق تحضير يصيب المريض بالذهول و يحدث لديه احتباسا للعواطف و الانفعالات و الأفكار المنطقية، يشعر معها المريض بنزيف هوامي، يحدث فراغا في جهازه النفسي أو كما تعبر عنه الباحثة "بالثقب الأسود" وظهور اكتئاب بالمعنى الجسدي و ليس اكتئابا بالمعنى النفسي. ففي وقت أول لا تظهر عواطف اكتئابية؛ لا حزن و لا وجود لأفكار تشاؤمية لأن المريض يكون قد مر إلى الجانب الآخر؛ إلى الموت، فهو يرى نفسه ميتا. (Bacqué, 2011, p.173) ، فالسرطان يعني تحديد موعد مع الموت، ليس الموت الذي نعرفه و الذي قد يأتي من الخارج بغتة، بل هو موت مستدخل كُشِفَت أوراقه. (Bacqué, 2008,p. 173)، فهو «مرور إلى البعد الرابع». (Ben Soussan et Dudoit, 2009, p.72)

ففي إطار الإعلان عن تشخيص السرطان، غالبا ما يكون الكلام الطبي مباغتا و مدمرا لمريض غير مستعد لتلقيه و سماعه. و غالبا ما ينتقل القلق الذي يشعر به الطبيب الذي يقوم بالإفصاح عن المرض و الذي يتساءل عن كيفية الإعلان عن الخبر إلى المريض الذي ينتظر تلقي الخبر و يتساءل عما سيخبره به و كيف عساه تجاوز ذلك؟ فمن غريب المفارقات في إفصاح السرطان كما يقول Nicole Alby في (Reich, 2008) "أن الطبيب لا يرغب إبلاغ المريض بما لا يرغب هذا الأخير سماعه." فهو تجرؤ لخوض تجربة التكفل بما يحسّه كل طرف من الطرفين

ما يدفع بالطبيب لتبني طرق دفاعية و استراتيجيات تكيفية بالتركيز على التفاصيل الطبية و التقنية و تجنب الاهتمام بالردود الفعلية لمريضه، قد يحيد عن الأسس السليمة للإفصاح عن المرض، ما يؤدي لتشنج العلاقة بين المريض و طبيبه، غياب الثقة و عدم تقبل العلاج، فخصوصية الإفصاح عن السرطان بما يحمله المريض و طبيبه من تصورات قد تشكل لبسا تأثر في كيفية استيعاب المريض لمرضه و معالجة الأمور المرتبطة به. و هو ما يستدعي خطوات محددة تتلاءم مع كل حالة حسب حاجته و مصادره.

و قد سعى (Reich, 2008, p. 118) إلى تسطير بعض القواعد التي يجب على الطبيب أو الممارس المكلف بتبليغ المريض بتشخيص مرضه الالتزام بها، تتمثل في:

- تهيئة الجو الملائم و مكان هادئ و طبيب متفرغ.
- ضرورة الاستماع لقصة المريض، السوابق المرضية الفردية منها و الأسرية، معلوماته عن المرض و ما يمكنه استيعابه.
- الإفصاح عن المرض يكون بطريقة متدرجة مع تأكد الطبيب من حين لأخر مستوى فهم المريض لما تم إبلاغه إياه و استعداديته لمتابعة حديثه.
- تجنب إغراق المريض بزخم من المعلومات لتجنب ظاهرة التعتيم و تجنب تلاشي المريض و إصابته بالصعق و الصمم الانتقائي.
- أهمية حضور احد أقارب المريض و الذي سيكون بمثابة سند له مع إعطاء نظرة أمل في المستقبل.
- ترك فرصة للمريض للتعبير عن نفسه و مشاعره و عدم التسرع في تهدئته و طمأنته و خاصة عدم إسكاته عندما يريد التعبير عن رأيه.
- على المعالج طرح الأسئلة اللازمة واختيار الكلمات الصحيحة التي تستثير استجاباته حول انفعالاته و إفهام المريض أنه يتفهم مخاوفه وأنك سيكون معه في رحلته لمحاربة مرضه.
- و تضيف (Bacqué, 2008, p. 176) نقطة حساسة غالبا ما يتطرق لها المريض في محادثته مع طبيبه ألا و هي مسألة الموت و التي عادة ما يلجأ إليها المريض بطريقة تهكمية أو في مناخ قلق و اكتئابي، و على الطبيب في هذه الموقف عدم التهرب من الجواب بتأمينه و استصغار المرض بتأكيد شفاءه، بل عليه السماح للمريض بالحديث عن الموضوع و الإصغاء لمخاوفه و انشغالاته.

و على غرار برتوكول Buckman الذي حدده في ست نقاط، قامت Bacqué (2011) بتوضيح الخطوات الواجب إتباعها لأجل الإفصاح للمريض عن تشخيص السرطان لديه في الجدول الموالي.

جدول رقم "02) : يوضح مراحل الإفصاح عن الإصابة السرطانية للمريض (Bacqué, 2011, p. 19)

قبل الإبلاغ: التحضير (من خلال الإجابة على التساؤلات المطروحة...)
من هو المريض؟ كيف كانت سيرته قبل التقدم للفحص؟ هل تقدم للفحص مع مقربيه؟ كيف يمكن تخصيص مساحة نفسية خاصة به؟ كيف تبدو العلاقة طبيب-مريض؟ ما الذي يشعر به الطبيب؟ ما هي العناصر الكامنة التي يستخلصها الطبيب وراء هذا المريض؟ وضع إطار للعلاقة لموازنة الوضعية و التحضير لخطة علاجية مشتركة.
ما الذي يعرفه المريض؟
بفضل الإصغاء الجيد و النشط، يمكن للطبيب فهم بعض التصورات التي يحملها المريض عن مرضه، عن العلاج، الموت... ما الذي يعرفه المريض عن مرضه؟ و ما هو تفكيره نحو المرض؟

ما الذي يمكن للمريض سماعه؟
التقدم خطوة بخطوة في محاولات لإخباره بالتشخيص و تأجيل الأمر إن كان المريض يلجأ لدفاعات صلبة. قلة استعمال المفردات التقنية و الطبية باللجوء لاستعمال وصف المريض لإعطاء معنى للمرض.
تقاسم المعلومات و الإفصاح عن الاسم المتداول للمرض
بعد كل سلسلة من المعلومات يقوم الطبيب بالتلخيص. التناوب بين الإخبار الموضوعي و العلاقة الذاتية بتفهم المريض حتى يأخذ الإفصاح صبغة إنسانية. استعمال اللغة المتداولة على أن تكون واضحة و بسيطة. التأكد من استيعاب المريض للمعلومات بطرح الاسئلة من حين إلى آخر. عدم تصريف الردود الفعلية المبالغ فيها أو الاكتئابية و محاولة تقييمها بما يتم اللجوء إليها عادة لمواجهة ردود فعلية مماثلة.
السماح بالردود الفعلية العاطفية للمريض
و هو ما يجب أن يستمر أثناء كل المقابلة. التعرف على ردود فعل المريض و محاولة التعبير عنها بإيجاد الكلمات الصحيحة لها. تعبير المعالج عن تفهمه الطبي لحالته المرضية و ردود أفعاله. تسطير الخطوات العلاجية المشتركة، و بكل شفافية يقدم الطاقم الطبي اللذين سيتعامل معهم أثناء خضوعه للعلاج.
تلخيص الوضعية و تحضير المتابعة العلاجية
تلخيص المقابلة ينتهي بطرح الأسئلة عن رأيه؟ عن ما فهمه؟ عن شعوره؟ مساعدته لتسهيل عملية الإفصاح للأهل و المقربين. الاتفاق على الاشتراك في الخطة العلاجية و عدم التخلي عنه

ففي حين يسعى الباحثون و تتكاتف جهودهم أطباء مختصون و نفسانيون لتحسين ظروف إخبار المريض بمرضه و إيجاد أنجع الطرق لتجنب إصابة المريض بصدمة التشخيص و التي قد يكون لها تأثيرها العميق على شل العلاقة طبيب/مريض و على التقبل العلاجي، فان الملاحظ في أغلبية مصالح علاج السرطانات بالجزائر تجنب الطبيب إخبار المريض راشدا كان أو مراهقا بتشخيص المرض لديهم. و قد أسفرت نتائج دراسة حمودي (2006) على أن 20% من الأطباء و 64 % من الممرضين في عينة البحث يفضلون عدم إخبار مريض السرطان بتشخيص مرضه. بالرغم من أن دراسة Eiser في 1992 قد توصلت إلى أنه" حتى أطفال 3–4 سنوات يمكنهم فهم ما يجري لهم خلال مرضهم، و يكفي فقط أن نعرف كيفية ابلاغهم بذلك". (Oppenheim, 2009, p.10) و تبقى المعادلة كما يقول اوبنهايم: "أنا أعرف أنك تعرف أنني أعرف أنك تعرف، لكن..."

فإخفاء الحقائق عن المريض و إبقاء الأمر سرا لا يسمح بالحوار بينه و بين أهله أو بينه وبين الفريق المعالج. كما أن عدم تعبير المريض عن وجهة نظره تدفعه للجوء إلى السلبية بسحب الاستثمار من العلاج أو حتى رفضه، كما قد يؤثر ذلك سلبا على حياتهم المستقبلية فيعطيهم إحساسا بالخجل والهشاشة و الشعور بالظلم والغضب اتجاه الآخرين كونه اتخذ دورا سلبيا في مرضه.(Oppenheim, 2009, p. 40)

6- ردود الفعل النفسية عند تلقي خبر الإصابة بالسرطان:

إن اكتشاف الفرد إصابته بالسرطان يعتبر بمثابه صدمة تبلغ في قوتها صدمات الحرب و الزلازل و صدمات الاغتصاب، تدفع به للبحث عن المغزى أو المعنى؛ إما عن طريق تأويل الحدث أو عن طريق إسناد مدلولات لها في سعي للبحث عن سببيته و التي تنطلق من معتقداته وتفكيره السحري و مقارنة ذاته في وسطه الاجتماعي. (Marx et Reich, 2009 ; p.129) كل ذلك تسيره أفكار عقلانية و لا عقلانية بين شد و جذب، بين تناقض و معارضة، كردود فعلية لهذا المرض "اللعين، الخبيث" في سعي للتكيف مع الوضعية الجديدة. (Ben Soussan et Dudoit, 2009, p.35،

و في سرد الطبيبة Nusbaum لتجربتها عند تلقي خبر إصابتها بالسرطان تقول" أنها الصاعقة، فالقوة الإرهابية لكلمة "سرطان" أفقدتني كل معالمي و بقي صدى الكلمة يتردد وراء كل أفكاري تثور كأمواج عاتية في شعوري، كأن حماما من الانفعالات أغرقني، و كأن كل شيء بداخلي قد سحق و أبيد و حل محله السرطان، فقط السرطان هو ما بقى يغمرني." (Nusbaum-Topp, 2012, p .15)

أما عن وصف Sami Ali (2000) فهو يرى بأن وقع الإصابة بالمرض يمكن وصفه كمحاولة أخيرة لإعادة تنظيم الوقت و الفضاء، حيث يصبح الزمن تراجعي مختزل ليصل في عجالة للحاضر و المستقبل. يحدث انتظام للوقت بسرعة، لكن انتظام بطريقة عملية أين لا يسمح للخيال بالتمثل لتظهر المعالم الكبرى لتغيرات الوقت، و يجد نفسه يسبح في فضاء "اللافضاء" و في وقت "اللاوقت" فهو ينظم وقتا في فضاء لا وجود فيه لمعنى الوقت و الفضاء.

و بسبب ما يرتبط بالسرطان من تصورات اجتماعية و ثقافية، فان الفرد فور تلقيه خبر إصابته بالسرطان يشعر بتهديد جسده له، يتفجر قلقه و تبدأ معاناته النفسية الصريحة، ويظهر هوام الموت الذي يهدده، لتتبدى المظاهر النفسية المصاحبة لذلك بمراحل يلخصها Bacqué et Baillet (2009) في:

– مرحلة عدم التصديق :حيث يؤدي نبأ الإصابة لتفجّر نرجسية المريض مع عدم قدرته على تحمل فكرة "خيانة الجسد له".

– المرحلة الهستيرية: يلجأ إليها المريض كميكانيزم دفاعي كمحاولة لاستثارة نزوة الحياة.

– المرحلة الواقعية: اقتناع المريض بخيانة الجسد له، تنتج ردود فعلية تختلف باختلاف شخصيات الأفراد، إضافة إلى درجة خطورة المرض، نوعيته.

من جهتها ذكرت Elisabeth Kübler-Ross في (Reich, 2008, p. 120) مراحل ردود أفعال المرضى عند إبلاغهم بتشخيص إصابتهم بالسرطان:

– الإنكار و الرفض بعدم تقبل الخبر: يعبر عنها المريض بـ :" لا... ليس أنا، مستحيل"

– الاستياء و التمرد و الغضب يعبر عنها بـ " لماذا أنا".

– يحدث فيها التفاوض و المساومة "قد يكون هناك خطأ في التشخيص" من خلال التكيف النسبي مع فكرة الموت للحصول على وقت إضافي كطريقة لتأخير المحتوم.

– الحزن المصحوب بفقدان الموضوع المحبوب و انهيار يتميز بالاكتئاب يعبر عنه بـ " ذلك شيء شاق و لا يمكنني المواجهة."

– فقدان الأمل " للأسف، لا يوجد أمل". فيقطع المريض العلاقة بالآخرين ويتخلى عن رغباته

– الانقياد و الاستسلام و دخول في مرحلة هدوء "ما فائدة الاستمرار؟؟؟" "افعلوا ما شئتم بي..." يحدث فيها تقبل الفكرة بانتظار شاق يشعر فيه ببعده عن العالم.

و يرى Edery (2011) أن مريض السرطان يمرّ بعدة مراحل للتكيف النفسي في مواجهته لمرضه، و هذه الجهود للتكيف النفسي تترجم بمجموعة من الردود الفعلية النفسية، الانفعالية، المعرفية و السلوكية. فالإفصاح عن تشخيص المرض لا يرتبط بالمريض المصاب بالسرطان فحسب و لكن أيضا بالطبيب المعالج المتجاوز بتصوراته هو الآخر و ميكانيزماته التكيفية والذي عليه أن يمتلك «استراتيجيات التنظيم الانفعالي» حسب Desauw et al

لأجل مواجهة مهمة حساسة و إبلاغ المريض بمرضه، و كل ما يستتبعه من ردود فعلية و ميكانيزمات دفاعية. (Marx et Reich, 2009, p.129) و يحذر Reich الأطباء من مواجهة ميكانيزمات المريض اللاشعورية و المتمثلة في مواقف العدوانية و الغضب بآليات تنم عن قيام نقله مضادة سلبية تجاه المريض. (Reich, 2008, p. 120)

7- الميكانيزمات الدفاعية و التكيفية لمواجهة السرطان:

إن الظهور المباغت للسرطان في حياة الفرد يحدث فجوة في حياته كلحظة تستوقفه لتذكره فجأة بأنه ليس خالدا و أبديا و انه سيضطر لمواجهة الموت لا محالة. فلا وجود للكلمات في هذا الموقف الذي يعجز المريض عن وصفه، ففيه تعجز القدرات الإرصانية و تغيب فيه العبارات التي يمكنها أن تخترق هذا الذهول. (Puy-Pernias, 2002, p.11) و في ذلك تقول Richard (2004) بأن السرطان يحدث تصدعا في مسار الحياة و تمزق في أواصر العلاقة، فالموت موجعة بما تثيره من تفكير لدى المصاب في الانفصال عن أحباءهم، عدم اكتمال مهامهم و مشاريعهم، مسؤولياتهم، فقدان لقدراتهم و ما يستدعيه المرض من اعتمادية. فالشعور بتهديد الجسم والهوية الأسرية و الاجتماعية تعيد تنشيط القلق اللاواعي البدائي لدى الفرد و المرتبطة بالنزوات التهديمية و الهوامات الطفلية وما يولده من شعور بالذنب الشديد.

و لأجل مواجهة محنة المرض و تهديداته و كل ما يستتبعه من حالة حصر و قلق، فإن المريض يلجأ لعدد من الميكانيزمات و التي غالبا ما تظهر بقوة في الإطار الانكولوجي حسب ما ذهب إليه عدد من الباحثين و المختصيين النفسانين في المجال Kübler-ross (1969) ، Ruszniewski (1999) ، Puy-Pernias (2002)، Richard (2004)، Phaneuf (2005) . إذ تتمثل أهم هذه الميكانيزمات كمظاهر حمائية تهدف لاحتمال واقع المرض الذي يهدد وجوده للحفاظ على تماسكه و وحدته النفسية.

و في معادلة لجمع بين ما تطرقت إليه Kübler-ross حول المراحل الخمس للردود الفعلية لتشخيص المرض و الميكانيزمات الدفاعية التسع و التي يلجأ إليها مريض السرطان و التي وصفتها Martine Ruszniewski في كتابها «Face à la maladie grave » قام Lacroix (2006) بتلخيص هذه الميكانيزمات. تتمثل على التوالي :

1- **الرفض Le Refus :** أول ما يلجأ إليه مريض السرطان في البداية كاستجابة ايجابية و حمائية تسمح بالتخفيف من عنف صدمة الإفصاح عن المرض. فالمريض يحمي نفسه من الحقيقة الفضة و المؤلمة حيث يكوّن هذا الميكانيزم كفيلتر إدراكي للتخفيف من هول الصاعقة.

2- الاهتياج L'irritation: تبرز فيه عدوانية المريض في كل الاتجاهات و التي يصعب تحملها سواء كان ذلك من طرف الطاقم الطبي أو الأسرة. فالسرطان يأتي ليخيب آمال المريض دون القدرة على بلوغ أهدافه المسطرة و التي عمل جاهدا خلال سنين حياته الماضية في سبيلها. فهذا الاهتياج و ثورة التمرد عبارة عن إسقاط لغضبه على أشخاص يمكنهم التمتع بما لا يستطيعه هو، فيشعر بالظلم و العجز و التبعية. فهو بمثابة صرخة يخبر بها المحيطين انه ما يزال حيا و لا يجب نسيانه، فهو لم يمت بعد.

3- المساومة Le marchandage: تأتي هذه المرحلة كمحاولة لتأخير الحدث المحتوم "حسب ما يحمله من تصورات حول المرض كمسار حتمي للموت المستعجل"، فيسعى لمساومة الطبيب المعالج و الطاقم الطبي في

رغبته للعيش أكثر لأجل تحقيق بعض أمانيه و أماني مقربيه بحضور مناسبة ما أو حدث ما في أسرته، حيث يطلب المزيد من الأدوية و الرغبة الجامحة لتمديد حياته لبضعة أيام.

4- الاكتئاب La dépression : هو اكتئاب صامت يعمل على تعميق الشرخ بين المريض و كل المحيطين به. فبعد استيعاب المريض لحقيقة مرضه و ما عليه مواجهته، غالبا ما يدخل في مرحلة من التقهقر و الانسحاب دون هدف و دون مشروع حياة، فينعزل شيئا فشيئا و يصبح سريع الاستثارة كونه فقد ريتم نشاطه اليومي و شبكة علاقاته، مدرسته أو عمله، زملائه، معالمه، هويته و أدواره، محدود في حركاته و مقيد بقوانين مجبر على إتباعها و التعامل مع أشخاص لم يخترهم و لا يرغب بهم. و فيه يشير Lacroix (2006) إلى ما ذكرته Kübler-ross حول تمييزها لنوعين من الاكتئاب: اكتئاب إستجابي لفقدان ظروف ما قبل المرض « la dépression de réaction »، و اكتئاب التحضير لما سيتم فقدانه « la dépression de préparation ». ففي ظل فقدان المريض لمعالمه الاجتماعية، العاطفية، الجسدية و معالم هويته، فانه يدخل في مرحلة من السلبية الصبيانية كمواساة لمخاوفه و رغبة في تعزيته كالطفل المحبوب المحاط بالرعاية و الحماية. كما قد يفر آخرون في النسيان و الهروب بالنوم المتواصل.

5- **التقبل L'acceptation :** و هو ما تفضل Rusniewski أن تدعوه بروح النضال أو التسامي من خلال إسناد معنى للمرض و تصبح تجربة مرضه بناءة لغيره دون أن يدل ذلك بالضرورة على تقبله لمرضه. فهو بالتالي يختلف عما تدعوه Kübler-ross بالتقبل. فهي لا تعني مرحلة من البهجة و التجاوز بل هي حالة من الفراغ العاطفي و التصحر في المشاعر، فبينما يجد المريض نوعا من السلام، فإن دائرة اهتماماته تضيق و يفضل البقاء و حيدا، تتقلص كلاماته إلى حركات مجاملة دون استثمار لما هو حاصل حوله، فهو بمثابة رغبة في الراحة قبل الدخول في رحلته الطويلة.

و في الأخير يؤكد Lacroix (2006) بأن هذه الميكانيزمات المرتبطة بالمراحل الخمس ليست مسارا حتميا فهي تختلف من حالة إلى أخري تتدخل فيها فردانية المرضى و ظروف مرضهم ، غير أن الأمل كآخر ميكانيزم هو ما يستمر لدى الكثيرين منهم رغبة في العيش و الاستمرارية.

أما Puy-Pernias (2002) فإن تقسيمه لهذه الميكانيزمات هي من شكل آخر :

- **دفاعات هوسية** بظهور وجهة مطمئنة و سمات هوسية مع مزاج حماسي، يظهر في كلام المريض القدرة على التصدي و الترفع عن الاستسلام للمرض مع أحاسيس الرفعة و القوة لصد المرض و قهر الموت. كأنه معصوم من المرض و يمكنه إبعاد الموت عنه، يتوهم بأنه خالد لا ينطبق مع معايير الموت، كل ذلك في سعي لتجنب غمر القلق و الحصر و ما يلفه من رموز حول المرض.
- **دفاعات وسواسية** لأجل مقاومة قلق الموت و ذلك من خلال محاولة التعرف الشامل و الإلمام بكل المعلومات الخاصة بالمرض و الانتظام المفرط في إتباع النصح دون إبداء لقلق أو الحصر كطريقة هروبية و تجنبية لمواجهة ما لا يمكن تجنبه و احتماله. فهذا الالتزام بالتعليمات الطبية العلاجية تكسبه نوع من التملك و التحكم ليحد من اقتحام العواطف و غزوها المفاجئ له و كذا الحد من التظاهرات الموضوعية التي تضايقه و ترهقه.
- **العدوانية** بعد طول مدة العلاج و عدم تراجع المرض،تظهر العدوانية الراجعة للإحساس بالتخلي. فيه إسقاط للقلق على الآخر كدفاع للحفاظ على وحدته النفسية.

– **ميكانيزمات تكيفية:** تسمح هذه الميكانيزمات بتحمل الواقع غير المحتمل.

و إن لم تنجح هذه الدفاعات في التخفيف على المريض فحينئذ لا تؤدي دور عملها الإرصاني و تصبح مكلفة و شاقة، هنا تنحرف هذه الميكانيزمات إلى استجابات نفسية مرضية فتشغل الوضعية الاكتئابية و السوداوية مكان النكوص، و يحل فقدان توازن الفصامي محل الإنكار، المرور إلى الفعل مكان إسقاط القلق على الآخر، و الهذيان الهوسي بدلا من طريقة التفكير السحري.

8- الاضطرابات النفسية المرتبطة بمرض السرطان:

يسطر مرور الأزمة المرضية بمراحل متفاوتة من الصعوبة و ردود أفعال المريض تختلف من شخص لآخر تبعا لحياتهم الخاصة، خصائصهم الاجتماعية المحيطة بهم و استعداديتهم الشخصية. فهناك المريض الخاضع و المستسلم لوضعه، و هناك المريض المحبط اليائس، والمريض اللاجئ للمرض، المريض القدري كما يرى Edery (2011)، لكن يبقى أن هناك اضطرابات انفعالية يتقاسمها المرضى مهما كانت مواقفهم من المرض. فنسبة 50% من المرضى يعانون اضطرابات عقلية حقيقية بمدّة وحدّة مختلفة حسب الحالة مشيرا إلى ما توصل إليه Massie & Holland إلى أن 30 % من المرضى يمرّون باضطرابات في التكيف، مع مزاج اكتئابي و/أو حصري، بينما 20% الباقية يطوّرن اضطرابات اكتئابية حصرية و عضوية، فحدّة الأعراض الجسدية تجعل من تشخيص الاكتئاب صعب الطرح، فقد يرّد الامتناع عن الأكل، الألم و الإحساس بالغثيان التعب والإنهاك الذي يعانيه المريض أو لأسباب أخرى تتعلق بالعلاج. و يستتبع ذلك ظهور لليأس و الشعور بالحصر، تشاؤم، خوف و إنكار للمرض، كما يلجأ آخرون للصمت كحماية للأشخاص المقربين و كحماية لأنفسهم من المرض. إضافة لكل ذلك، فهو يعاني من مشاكل نوعية كاختلالات في صورة الجسم و بعض الاضطرابات الجنسية.

و تقترح Dolbeault وصفا عاما للاضطرابات النفس مرضية التي يتم ملاحظتها كثيرا في السرطانات و التي أدرجتها الباحثة في محورين اثنين: محور عرضي و الذي يقترب من الوصف النزوغرافي الكلاسيكي للاضطرابات العقلية و يندرج تحته القلق، الاكتئاب، خطر اللجوء للانتحار و الخلط العقلي. و محور علائقي يرجع لاضطرابات الشخصية المختلفة و المرتبط بالتفاعلات بين المريض و المعالجين، أو بين المريض، أسرته و المعالجين. (Dolbeault, 2007,pp. 40-47)

و ترى Audet-Lapointe (2011) أن السرطان يعتبر تحديا انفعاليا سواء كان ذلك لحظة الإفصاح عن تشخيص المرض، تقصي المرض، مرحلة العلاج، الآثار الجانبية أو في مرحلة المتابعة، إذ ينتج هذا التحدي عن ما تدعوه الباحثة (CINE) le manque de **C**ontrôle,l'**I**mprévisibilité, la **N**ouveauté et la menace à l'**E**go المرتبط بالضغط النفسي الذي يتسبب فيه الوعي بخطورة المرض. مشيرة إلى غياب التحكم، عدم إمكانية التنبؤ، الجدة و تهديد الأنا، ما يعني: فالمرض يعاش كفقدان التحكم في الجسم كون السببية الدقيقة للسرطان غير واضحة. و لا يمكن التنبؤ بنجاح العلاج و يستحيل التأكد من غياب الانتكاس. فمسار المجال الأنكولوجي مليء بالمستجدات سواء في اكتشاف سببيته، طرق علاجه، الآثار الناجمة عنه، أو المجال الطبي ككل. فالعيش مع السرطان يضع المريض في مواجهة للموت، يستتبع تغيرات على المستوى العلائقي، يصيب تقدير الذات و صورة الجسم... مما يتسبب في تهديد الأنا. فالسرطان كما يرى Ben Soussan Et Dudoit (2009) يجبر المريض على مناقشته مفاهيمه حول الموت وتثير خيالاته وتصوراته الخاصة حول هوام الموت، قد ينكص جراءها ليصل إلى

حالات من الذهان، وعند آخرين يتمثل مركب لازار المميز بحالات اكتئابية حادة مع كوابيس و حصر مزمن و إحساس بالغرابة.

فهذه الردود الانفعالية كما يرى Bendrihen et Rouby في Dolbeault et al (2007) ستؤثر في كل مرحلة من المرض على عملية التكامل المعقد بين التجارب الماضية، إدراك التهديدات المستقبلية و المصادر الشخصية أو الاجتماعية المتوفرة له. فعلى المريض مواجهة، ليس فقط تشخيص المرض و لكن أيضا العلاج مع ما يتبعها من آثار جانبية شاقة.

9- التكفل النفسي بمرضى السرطان:

إن تناول الأدوية دون الاهتمام بالجانب النفسي يؤدي للإدمان السيكولوجي على الدواء، مما يؤدي لعدم تحريك القوى الذاتية، فخصوصية مرض السرطان يستلزم رسما لإستراتيجية خاصة للتكفل النفسي بالمرضى تكون مسايرة للعلاج الطبي للحيلولة دون مضاعفات المرض و سعيا لتخفيف من آثار الصدمة النفسية والحالة الانفعالية الناتجة. و هو ما ذهب إليه Desclaux بضرورة التكفل النفسي بمرضى السرطان، ذلك أن الشدة النفسية التي يمر بها المريض إضافة إلى السلوكات الصحية غير سليمة و ما يصاحبها من تقهقر لنوعية حياة المريض تستدعي عدد من التدخلات النفسية، و لا يوجد حسب الباحث تصنيف محدد و متفق عليه حول نوعية هذه التدخلات، مشيرا إلى أن ما اقترحته Hubert يعتبر شاملا و مثير للاهتمام في المجال النفسي لعلم الأورام (psycho-onchologie)، حيث تصنف بترتيب تصاعدي التخصصات العلاجية التي تشمل التدخلات النفسية الواجب تناولها تحت ثلاث فئات: تدخلات الأزمات و الدعم، النصيحة و إعادة التأهيل، العلاجات النفسية. (Desclaux, 2007, p. 67)

و بالنسبة للمراهق فإنه من الصعب إيجاد الطريقة المناسبة للتكفل النفسي بهم، وذلك لصعوبة التعامل معهم و صعوبة كشف الشدة النفسية عند أغلبيتهم. (Dauchy et Razavi, 2010, p. 173) و حول هذه النقطة الأخيرة نوهت Julie Beckers بالنتائج التي توصلت إليها العديد من الدراسات التي أقيمت على المراهقين المصابين بالسرطان، حيث أثبتت ظهور نسب ضعيفة من مستويات الاكتئاب و درجات الحصر و الشدة النفسية سواء كان ذلك في مرحلة التشخيص، العلاج أو حتى تراجع المرض. .(Dauchy et Razavi, 2010, p. 62) . و قد يشير ذلك إلى ما يدعوه مارتي بالاكتئاب الأساسي. و مهما كان ما يعاني منه هؤلاء المراهقين، فإنه من الضروري الاهتمام و التكفل الملائم بهذه الفئة، كون غياب هذا التكفل سيؤثر بصورة مباشرة على نوعية حياتهم، ما يستدعي تطوير مؤسسات للتكفل النفسي في مصالح الأنكولوجيا سواء ظهرت الاضطرابات و أعراض الشدة النفسية أم لم تظهر. (Dauchy et Razavi, 2010,p. 174)

10- نماذج المقاربة العلاجية النفسية لمرضى السرطان:

10-1- العلاج الجمعي التعبيري الداعم :

تعتبر صعوبة التواصل مع الأهل و المقربين و الأصدقاء حول موضوع السرطان شيء مشترك بين عدد من المرضى ينتج عنه كما يرى Ilario Rossi (2011) انغلاق على الذات و انسحاب، استياء و إحساس بالغم و المرارة، الغضب...، حيث تسمح هذه التقنية لكل مريض ضمن نطاق الجلسة العلاجية أن يعبر عن متاعبه و انفعالاته المرتبطة بمرض السرطان بإحداث تعزيز داخلي و تدعيم خارجي للمخزون الايجابي للفرد و التخلي عن كل ما من شأنه أن يعود سلبا على مسار مرضه و علاجه. فتجربة السرطان كما يؤكد الباحث غالبا ما تمر عن

طريق الكلام، كونها تتعرض لعدة سجلات شاركت في تجربة المرض: طبية، أسرية واجتماعية... و في الوقت ذاته تتناول بعض الأبعاد النفسية، السيكوسوماتية، الرمزية، الروحية... و يشير إلى أن هذه التقنية لا تساهم في تجاوز الشدة و القلق الذي يعانيه المريض فحسب و لكن أيضا لتجديد الأبعاد المعرفية، الحسية و الانفعالية لأجل حل و فك الانحباس على المستوى النفسي و الجعل من الجسم جهاز قادر على الفعل و التفاعل و قادرا على تعزيز ذاته و تدعيمها. فالمحادثات و التواصل تكون بمثابة سند و دعم للفرد تسمح باستكشاف ما مضى و ما يدور في الحاضر و ما يتأمله في المستقبل، كل ذلك قد يكون له قدرته على تجديد الجسم واستعادة الوجود، لكي لا تصبح الإجراءات العلاجية كمعركة ضد المرض فحسب و لكن كإعادة لإدماج الذات في الجسم الخاص، و تحويل الجسد من موضوع للمريض إلى ذات فاعلة في جسم المريض من خلال إنعاش كمونات الجسم سواء كانت الطاقوية منها، العقلية أو الجسدية. (Rossi, 2011, pp. 33,34)

و قد قام Surugue et Lecourt (2008) في دراستهما التتبعية بتطبيق هذا العلاج على 36 امرأة مصابة بسرطان الثدي و توصلا إلى نتائج شدت انتباه المجتمع الطبي، حيث أظهرت النساء اللاتي خضعن للعلاج تحسنا بالموازنة مع النسوة المريضات اللاتي لم يتلقين هذا العلاج، كما و أنهن أظهرن وضعية مناعية متحسنة مقارنة بمريضات الضبط التجريبي. و استنتج الباحثين أن هذه الطريقة سمحت بتحريك قوى داخلية و عملا نفسيا كانت له القدرة على إعادة تنظيم أركان الجهاز النفسي، بحيث سمحت معالجة الصراعات النفسية و معالجة الجسد الجنسي الرمزي في ترميم الجسد البيولوجي.

10-2- التصور الذهني (التخيل):

تعتبر طريقة Carl Simonton الطبيب المختص في الأمراض السرطانية و الباحث العالمي في مجال علم النفس العصبي المناعي من بين ابرز الطرق العلاجية النفسية في مجال الأمراض السرطانية بأنواعه منذ السبعينيات. و يعمل الباحث حاليا لإدراجها ضمن العلاج الدوائي على مستوى المستشفيات. ويشير Simonton et al (2007) إلى أنه علاج سلوكي معرفي مكمل للعلاجات الدوائية يسعى لاستكشاف معتقدات و تصورات المريض حول ماهية السرطان، علاجه، دور الجسم في الشفاء، الحياة و الموت، يرتكز على تشجيع النظرة الايجابية و الأمل في الحياة و يهتم بالفرد في شموليته؛ جسدا نفسا و روحا و يحفز الشفاء الذاتي. تقوم هذه الطريقة على الإيحاءات و التبصر و بناء الصور العقلية النشطة الإيجابية لإيجاد السلام الداخلي و إحداث الانسجام بالوصول إلى الاسترخاء التام و تشجيع التمثيلات الصورية و استعمال التخيل الرمزي لتمثيل المرض و الصحة. كتخيل جهاز المناعة كقوة فائقة في حالة حرب ضد الخلايا سرطانية كمدافع و صواريخ أو كسمك قرش بداخل الجسم يلتهم كل ما يصادفه في طريقه من أورام سرطانية. و تتمثل المبادئ التي اعتمدها Simonton على المعادلة التالية:

- تأثر انفعالاتنا و بطريقة معتبرة في حالتنا الصحية و في الشفاء.
- تؤثر الاعتقادات العميقة و المواقف في انفعالاتنا، لتساهم بالتالي في صحتنا.
- يمكننا التأثير في معتقداتنا، مواقفنا و انفعالاتنا، ما يمكن أن يؤثر بالتالي في صحتنا.
- طرق التأثير في معتقداتنا، مواقفنا، انفعالاتنا يمكن تعلمها و اكتسابها.
- و من بين القوى الحركية الفعالة في جهازنا المناعي و أجهزة الشفاء الأخرى، هي انفعالاتنا.

و توصل Simonton من خلال تطبيق طريقته 3 مرات يوميا على نساء مصابات بسرطان الثدي لنتائج سريرية جيدة و معتبرة، حيث سجل تحسنا في نوعية الحياة عند نساء العينة التجريبية و امتدادا لمدة الحياة بنسبة

الضعفين لديهن مقارنة بنساء العينة الضابطة. و أصبحت هذه الطريقة العلاجية تعتمد حاليا و يتم تناولها كطريقة مكملة للعلاجات الدوائية من طرف العديد من الأطباء بأمريكا نذكر منهم B.Seagal, D. Chopra

10-3- علاج إعادة التصنيع المعرفي وإزالة الحساسية عن طريق تحريك العين EMDR :

طرحت Francine Shapiro (2007) برتوكولا خاصا لعلاج مرضى السرطان و ذلك بعد أن اختبرته على نفسها كونها كانت مصابة بالسرطان، و يتمثل في إعادة التصنيع المعرفي وإزالة الحساسية عن طريق تحريك العين Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). تقوم فلسفته العلاجية على دور التخيل الموجه في تقوية جهاز مناعة البدن و خلق صورة ذهنية إيجابية الذي يمكن تثبيته في ذهن المريض عن طريق جولات تحريك العين على آلة تتحرك فيه نقطة الضوء ذهابا و إيابا، و يعتبر الاعتقاد بقبول هذا التخيل من جانب المريض شرط أساسي لفعالية هذا العلاج حيث تندمج الصورة التخيلية مع الموقف الإيجابي معا، مع مباشرة تحريك العينين. و تركز Shapiro إلى أن هذه الطريقة لا تعتني بالسجل اللفظي فحسب و لكن أيضا كل سجلات التمثيلات: الإدراكية، المعرفية، الانفعالية، الجسدية .

10-4- العلاج عن طريق المحاورات الجسمية:

يعود هذا العلاج في أساسه لنظرية "Wilhelm Reich " حول الدروع العضلية والعلاج الاسترخائي كما تعتمد على نظرية ألكسندر من خلال تنشيط المخطط الطاقوي أين حدث الانحباس. وهذه الطريقة العلاجية عبارة عن دعوة لظاهرة الإزاحة و التفريغ نحو الخارج. بالنسبة لـ "رايخ" فهو يسعى للرجوع إلى السلسلة النفس_جسدية و التي تكوّنت بسببها الأمراض نتيجة لإتحاد الدفاعات النفسية والدفاعات العضلية جنبا إلى جنب خلال مراحل النمو، وعليه فإنّ فكّ المعادلة بالتخلص من الكف النفسي يؤدي للتخلص من الكف العضلي ومنه للتخلص من القمع الانفعالي و التخلص من الدفاعات النفسية، التخلص من المقاومة والتخلص من الصراعات النفسية وخاصة الصراع النزوي الأصلي مما يؤدي لسريان الطاقة في جميع الجسم وإعادة تنظيم الجملة العضلية المتدهورة. فلمس المريض فيه بعث رسالة للاوعي المريض الذي يمكنه حينها فهم ما يعبر عنه هذا التوتر و ما يحمله من معنى عن البناء و الربط الدينامي و التبادلي بين كل جزء في الجسم مع مجموع باقي الجسم و مع الاسترخاء والتهوية الدماغية يحصل التوازن النفسي الجسدي. (Paumelle, 2001, pp. 25,26) و يشير الباحث إلى أن العلاج عن طريق المحاورات الجسمية يجب أن يستعمل بشكل منسق في علاج مرضى السرطان لإيصال المريض لتمثيل جسمه في الفضاء و ترميم صورة جسده و بالتالي تحقيق وظيفتين: وظيفة البناء كشكل و وظيفة البناء كمحتوى له معنى. فهو علاج يهدف لمساعدة الفرد التعرف على الحدود المكانية الحقيقية لجسده لتساعده بالتالي على تعويض صعوباته الإسقاطية.

و في نفس المضمار سعت Joëlle Thirionet بمركز « Ressourcements » ببلجيكا لتطوير طريقة علاجية تعتمد على المحاورات الجسمية تدعى بالعلاج النفس–جسمي التطوري La Thérapie Psycho-corporelle Evolutive التي تنظر للفرد ككل بإدماج مختلف الأبعاد: الجسدية منها، الانفعالية، العقلية و الروحية. يهدف هذا العلاج أساسا إلى تفكيك العقد الأولية بالغوص في الطبقات العميقة من كيانه و بالخصوص إلى مستوى الذاكرة الخلوية « la mémoire cellulaire». فهي عبارة عن تكفلات علاجية فردية تحترم فيها

إيقاعات الفرد حتى يتمكن تدريجيا من فهم مختلف مسببات مرضه و استياءه، حيث يعمل المختص النفسي على تعزيز ثقته بذاته و بقوته الداخلية. (Thirionet, 2008)

10-5- العلاج النفسي الساند:

يعتبر العلاج الداعم أو المساند من أكثر العلاجات النفسية استعمالاً و لا يعتمد على نظريات محددة. و هو كما ذهب إليه Schmitt (2012) يعتمد على القوة الداخلية للفرد و على التجاوب الانفعالي مع المعالج. يهدف العلاج لإعادة التوازن الانفعالي للفرد بالتنفيس عن انفعالاته ومخاوفه و التكيف مع ما يؤثر على نشاطه اليومي و التوافق مع الظروف الحالية التي لا يمكن تغييرها، يلجأ فيها المعالج لتقوية الثقة و الأمل و تقدير المريض لذاته خاصة شعوره بكفاءته الذاتية للتخلص من معاناته. يعتمد على اكتشاف الفرد لايجابياته الذاتية أو تلك الموجودة في البيئية المحيطة، فهو علاج يتعامل مع الجزء السليم من الشخصية وينميها ويترك جزء من المرض لتناول الأدوية مما يزيد من تحسنه بشكل ايجابي وسريع. فهو علاج يهتم بالواقع الراهن للمريض و لا يبحث بعمق في التاريخ الطفولي، كما لا يهتم بالتغيير في البناء والتنظيم الدينامي للشخصية. يستعمل في الحالات التي يكون المريض بحاجة إلى تقبل مرضه والتعايش معه. و يركز المعالج فيه على الأسس الداعمة لكل مريض بما يتناسب مع حالته و تعديل سلوكاته الصحية عن طريق الفهم والمنطق ليصل لأفضل النتائج. و قد أظهر الطبيب العقلي الأمريكي David Shpigel في دراسته 1989 نجاح هذه الطريقة العلاجية مع مريضات سرطان الثدي في مرحلة متقدمة من المرض و أسفرت نتائجها على امتداد مدة العيش قدر الضعفين عند نساء العينة التجريبية مقارنة بنساء لم يخضعن لهذا العلاج. كما سجلت نساء العينة التجريبية تحسنا في نوعية الحياة. كما سعى الباحث لتأكيد نتائج دراسته في دراسة أخرى قام بها في 2007.

10-6- العلاج عن طريق الاسترخاء:

يرى Michel Sapir بأن الاسترخاء يشجع إثارة الإنتاج الهوامي للفرد و هذه التقنية لا تعمد إلى البحث عن الاسترخاء الجسدي فحسب و الإحساس بالراحة، و إنما الوصول لبعد اللاوعي و التركيز على أجزاء الجسم لتحقيق رابط قطع بسبب الكبت أو النسيان. فالاسترخاء هنا يسمح بوضعية نكوصية أين يتم توظيف نفسي لإيجاد نوع من الإرصان الكلامي الذي من خلاله يتم تفريغ القلق المرفق وهو ما يسمى ببروتوكول الاسترخاء حسب Sapir. فواقع هذه التقنية هو واقع « قُل للجسم» والذي يتحول ويعود في مقابل ذلك « قول الجسم». فالاسترخاء له وظيفة تحديد الجسم برسم الشكل و الحدود، يسمح بتوضيح ما بين الداخل و الخارج إما بتقليص الجسم لحدوده أو العكس بتمديده. (Paumelle, 2001, p.69)

10-7- العلاج عن طريق التحليلي النفسي:

يرى Moirot (2008) بأنه من المنطقي علاج السرطان باللجوء للبحث عن الأسباب العميقة الكامنة وراء ظهور السرطان، فباستثناء الحالات المستعصية و التي تستدعي تدخلا طبيا استعجاليا، فإن التحليل النفسي يفرض نفسه كضرورة لمعالجة السرطانات إن كانت طاقته الليبيدية و عمره يسمح بذلك. فبالإضافة لاعتمادها على المريض بذاته، يؤكد Moirot بضرورة الالتزام بست نقاط لنجاح العلاج:

1- معرفة الصدمة غير العكوسة التي كانت سببا في تطوير السرطان و التي ظهر إكلينيكيا جراءها.

2- دراسة تاريخ المريض و البحث في التاريخ (غالبا ما تكون في سن 5-6 سنوات) الذي حدث فيه القلق و ما رافقها من هوامات التحطيم مع ما أحدثته من احتباس.

3- توعية المريض بأهمية صدمته الانفعالية، و فهم كيفية ردة فعله و تصرفه إزاءها، سواء كان ذلك في المجال الاجتماعي أو تعامله مع الحدث أو العناصر المُحددة بالنسبة له.

4- دراسة درجة القدرة الهوامية للمريض و نوعيتها، و التي تكون غالبا من النوع السلبي و العقاب الذاتي.

5- على المريض الوصول إلى تحييد ميولاته السلبية، و فهم معنى المرض.

6- و إن لم يفلح المحلل في إحداث تعديل في شخصية المريض، فعليه إذا توفير للمريض "الموضوع المفقود" الذي أدى فقدانه إلى التسرطن. و فيه إشارة إلى إعادة استثمار مواضيع بديلة للموضوع المفقود و الذي تم سحب الاستثمار منه و تشجيع لنزوة الحياة على غرار ما ذهب إليه بيار مارتي.

ويؤكد الباحث بضرورة التركيز على محاولة تعديل المحيط الاجتماعي و العاطفي لمريض السرطان. ,2008 (Moirot pp.66,67)

كما أشار Marty في نفس المضمار إلى «الوظيفة الأمومية في التحليل النفسي» حيث يقوم المحلل بوظيفة ثنائية القطب؛ من جهة وظيفة الأم التي يقوم المعالج في أثناءها بمرافقة الحركات النفسية و التي ترتكز على الوضعية التقمصية النرجسية الأولية التي تهدف لتشكيل أو إعادة تشكيل صاد الإثارات عندما يتضح هذا الأخير غير كاف، أو على العكس من ذلك لجلب مصادر جديدة للإثارة في حالة ظهور الاكتئاب الأساسي عند المريض. و من جهة أخرى وظيفة التأويل المعهودة في التحليل النفسي الكلاسيكي و ذلك لأجل تحقيق ظهور التعديلات النفسية لدى المريض و إنعاش نشاطه العقلي و منه إحداث تغيير على المستوى العضوي. (Aïsenstein et Smadja, 2004, p.192)

خلاصة الفصل:

يحتل السرطان حاليا المرتبة الثانية من حيث الأسباب المؤدية للموت. و خلف الخمس أحرف المشكلة لكلمة سرطان يختفي عدو عنيد لا يستسلم بسهولة و يثير الكثير من المخاوف و الذعر. و قد سعينا من خلال هذه الفصل في مبحثه الأول إلى فهم البعض من الحقيقة البيولوجية لهذا المرض و الإحصائيات المرتبطة به عالميا، وطنيا و محليا سواء كان ذلك بالنسبة لعامة الناس أو لفئة المراهقين بأكثر تحديد، مع التطرق لخصوصية مرض السرطان في مرحلة المراهقة و تأثيراته النفسية عليه.

أما في المبحث الثاني فتطرقنا إلى البعد النفسي من خلال عرض الدراسات التي بحثت في العلاقة بين العوامل النفسية و ظهور السرطان كضغوط الحياة و ما تثيره من تغيرات في الجهاز المناعي، الاكتئاب، الشخصية و التكتم كعوامل مساعدة على تطور المرض. كما تطرقنا أيضا لطرح مختلف التناولات النظرية لظهور المرض ابتداءا من نظرية الإجهاد لهانز سلي و مساهمة الشدة في إحداث السرطان، مرورا بالنظرية المناعية وصولا لمنظور السيكوسوماتية التحليلية و النظرية التكاملية حول ظهور السرطانات.

و بالرغم من التطور المستمر في مجال علاج المرض، و المرور من السببية الرمزية لظهور المرض إلى مرض له أسبابه العلمية، إلا أن مآله و سمعته السيئة تجعل منه مرادفا للألم، المعاناة و الموت في الخيال الجمعي، ما يبعث بالمريض لتطوير بعض الردود الفعلية و بعض الاضطرابات النفسية عند تلقي خبر الإصابة بالسرطان ما

يستدعي سلوك طريقة خاصة و خطوات محددة لأجل الإفصاح للمريض عن تشخيص المرض لديه، و مساعدة المريض لتحريك دفاعات ايجابية تكيفية لمواجهة السرطان مع ضرورة التكفل النفسي به بتعديل تصوراته التي يحملها عن مرضه كونها هي الموجه لقراراته اتجاه صحته بتوفير كل ما من شانه تزويد المرضى صغارا كانوا أو كبارا بمعلومات حول حقيقة المرض حتى لا يترسخ الفكر الانهزامي لديهم، ما يسمح بتراجع المرض أو حتى الشفاء منه. و ما لعبة الفيديو Re-Mission إلا طريقة من بين هذه الطرق التي تتوافق مع رغبات المراهق الذي يتطلع إلى كل ما هو تكنولوجيا حديثة تتلائم و متطلبات العصر الذي يعيش فيه.

و لان السرطان على غرار ما ذهبت إليه مدرسة باريس للبسيكوسوماتيك يرجع إلى خلل في التنظيم التدريجي و يمس الطبقات العميقة من شخصية الفرد و توظيفه العقلي، هنا نتساءل عن إمكانية مساهمة هذه اللعبة في إحياء نزوة الحياة في قلب نزوة الموت لدى المراهقين المصابين بالسرطان؟

و هو ما سنسعى للإجابة عليه من خلال تأكيد فرضياتنا أو نفيها بما سنقوم بتناوله في الجانب الميداني من الدراسة الحالية.

الفصل السادس
الدراسة الميدانية
و إجراءاتها

تمهيد:

بعدما تمّ تقديمه في الجانب النظري و الذي يعد كقاعدة ومنبع أساسي لمعرفة الحقائق المتعلقة بمتغيرات الدراسة، نأتي في هذا الجانب لتوضيح خطة الدراسة الميدانية وإجراءاتها المنهجية للتأكد من صحّة الفرضيات بطريقة منهجية. سنقوم بتوضيح قبل عرض ما تمّ التوصل إليه من نتائج أهمّ الإجراءات المنهجية المتبعة. حيث يتناول هذا الفصل عرضا لمنهج الدراسة، عرضا لعينة الدراسة و مواصفاتها و المعايير المعتمدة لتحديدها و الإجراءات التي اتبعت لاختيارها. ثم عرضا تفصيليا للأدوات التي تم استخدامها و كيفية حساب خصائصها القياسية ثم الأساليب الإحصائية المستخدمة في الشطر الأول من الدراسة و كذا الأدوات المستخدمة في الشطر الثاني من الدراسة و المرجعية المعتمدة لتمرير و استخراج مؤشرات الاختبار. يلي ذلك عرضا لخطوات الدراسة المتبعة و برتوكول إجراءها.

1 - منهج الدراسة:

إن طبيعة موضوع البحث هي التي تفرض على الباحث إتباع منهج دون آخر يتماشى مع ما تحمله الظاهرة المراد دراستها من مميزات وخصائص وما يريد الباحث التوصل إليه. وطبيعة الدراسة الحالية تستدعى استخدام المنهج الشبه تجريبي كونه الأنسب لتحقيق أهداف الدراسة.

و سعيا منا للتعرّف على أي تغير قد يحدثه المتغير التجريبي (المستقل) والذي يمثل لعبة الفيديو المسماة رومسيون Re-Mission في عينة البحث. اعتمدنا على طريقة المجموعة التجريبية الواحدة والمجموعة الضابطة الواحدة. و بهدف الوقوف على دور لعبة الفيديو Re-Mission في شعور المراهق المصاب بالسرطان في المجموعة التجريبية بفعاليته الذاتية و تحسين جودة حياته، فقد سعينا للبحث عن الفروق بين متوسطي نتائج مقياسي PedsQl $_{C.M}$, SEP في القياس البعدي للمجموعتين: المجموعة التجريبية التي أدخل عليها المتغير التجريبي و التي قدّمت لها لعبة الفيديو Re-Mission، و المجموعة الضابطة التي قدمت لها لعبة الفيديو Indiana Jones. و نفس المنهج اتبع حول اختبار الروشاخ الذي تمّ تمريره على الطريقة الكلاسيكية التحليلية للباحثين Claude De Tychey & Joelle Lighezzolo (1983). و بهدف الوقوف على مساهمة لعبة الفيديو Re-Mission في إنعاش التوظيف العقلي لدى المراهق المصاب بالسرطان، فقد سعينا للبحث عن الفروق في نوعية وعدد المؤشرات في تحليل سيكوغرام الروشاخ البعدي للمجموعتين التجريبية و الضابطة اعتمادا على ما أسفرت عليه إنتاجية البروتوكولات القبلية.

2- عينة الدراسة و مواصفاتها:

بسبب انقسام الدراسة الحالية إلى نوعين من التناول؛ فقد تمت مقاربة الشطر الأول منها و الخاص بالتسيير الذاتي للمرض بالاعتماد على نظرية التعلم الاجتماعي لألبرت بوندرا Albert Bandura، أما الشطر الثاني من الدراسة و المتعلق بالتوظيف العقلي فتمت مقاربته بالاستناد لمنطلقات مدرسة البسيكوسوماتيك التحليلي لبيار مارتي Pierre Marty. و عليه؛ فإن تحديد العينة لها خصوصيتها لهذين الشطرين من الدراسة و هو ما سيتم تفصيله فيما يأتي:

2-1- عدد أفراد العينة:

اشتملت عينة الدراسة في مجملها على (79) مراهق و مراهقة مصابين بالسرطان، وسعيا منا لتجنب عوائق الهدر التجريبي فقد حاولنا توسيع حجم العينة أكثر من ذلك بسبب خصوصية المرض، لكن وبسبب جهل – أو بالأحرى تجاهل– العديد من المراهقين لتشخيص المرض لديهم والذي يعتبر شرطا أساسيا في الدراسة الحالية، فقد تعذر علينا ذلك خاصة و أن الطاقم الطبي بما فيهم المختصين النفسانيين قد ألحوا علينا بعدم مصارحة المراهقين المرضى بتشخيص مرضهم بالرغم من علمهم بذلك.

تم إقصاء إجابات (16) حالة على أدوات الدراسة بسبب وفاة (07) حالات و عدم إمكانية الاتصال بـ (09) حالات لإجراء القياس البعدي. و بالتالي فقد بلغ العدد الإجمالي لأفرد عينة الدراسة الأساسية (63) مراهقا و مراهقة مصابين بالسرطان، تراوحت أعمارهم بين (13) و (18) سنة بمتوسط حسابي قدر بـ (16) سنة تقريبا ($\bar{x}$= 15.73) و انحراف معياري (σ=1,65). تم تشخيص حالاتهم منذ مدة زمنية تراوحت بين (6) إلى (13) شهرا بمتوسط حسابي قدر بـ (8) أشهر. تم تقسيم العينة إلى مجموعتين: (32) مراهق في المجموعة التجريبية، و (31) مراهق في المجموعة الضابطة؛ وزعوا بطريقة عشوائية طبقية من العينة الكلية. حيث بلغ عدد الإناث في عينة الدراسة (24) مراهقة بنسبة 42.85% من مجموع أفراد العينة؛ (12) منهن في المجموعة التجريبية و (12) في المجموعة الضابطة، في حين بلغت نسبة الذكور 57.14% أي ما يعادل 39 مراهقا؛ وزعوا إلى (20) مراهق في المجموعة التجريبية و (19) مراهق في المجموعة الضابطة كما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم (03) : خصائص العينة الكلية المعتمدة في الدراسة

السن	التكرارات	الجنس		مجموعة تجريبية		مجموعة ظابطة	
		إنـاث (ث)	ذكور (ذ)	(ث)	(ذ)	(ث)	(ذ)
13	08	3	5	1	3	2	2
14	09	4	5	2	3	2	2
15	10	4	6	2	3	2	3
16	12	5	7	3	3	2	4
17	13	4	9	2	5	2	4
18	11	4	7	2	3	2	4
	63	24	39	12	20	12	19
		63		32		31	
		63		63			

2-2- معايير اختيار أفراد العينة الكلية:

لتحديد عينة الدراسة الحالية، اعتمدنا على بعض المعايير العامة الواجب توفرها في العينة لتناول الدراسة في شطريها الأول و الثاني، كما تم تحديد بعض المعايير الخاصة بالشطر الأول من الدراسة المتعلق بالتسيير الذاتي للمرض، و كذا تحديد معايير خاصة بالشطر الثاني من الدراسة و المتعلق بالتوظيف العقلي.

و لأجل الضبط الجيد لبعض المتغيرات الدخيلة، فقد سعينا لتوافر التماثل نوعا ما للسمات و المؤشرات بين المجموعتين؛ الضابطة و التجريبية كانطلاقة متكافئة بين المجموعتين و كضرورة ملحة لتحديد العلاقة بين المتغير المستقل و التابع. و عليه فإن المعايير المعتمدة لتحديد أفراد العينة تمثلت في:

- ✓ اختيار أفراد العينة في سن المراهقة تتراوح أعمارهم بين 13-18 سنة.
- ✓ أن يكون جميع أفراد العينة مصابين بالسرطان، و جميعهم خاضع للمعاينة العلاجية و العلاج الكيميائي
- ✓ أن يكون جميع أفراد العينة دون استثناء (و لو ضمنيا في حديثهم أو تصريحهم للمختصين النفسانيين اللذين يتعاملون معهم) على علم بتشخيص المرض لديهم، ذلك أن لعبة الفيديو Re-Mission تهدف لتعريف مريض السرطان بمرضه، كما أن المقاييس المستعملة في الدراسة تتضمن عبارات تشير إلى إصابة العميل بالسرطان. و من جهة أخرى حتى لا يعزى حدوث التغيرات في المجموعتين أو عدم حدوثها لعدم علم أفراد المجموعة الضابطة بتشخيص المرض لديهم.
- ✓ انطلاقا من أهمية اتفاق ظروف التجربة مع واقع أفراد العينة المعتمدة في الدراسة، فقد اعتمدنا على عينة يمتلك جميع أفرادها على كمبيوتر هذا من جهة، و أن يكون جميعهم قد لعب سابقا لثلاث من ألعاب الفيديو على الأقل و يعرف كيفية التعامل مع جهاز الكمبيوتر من جهة أخرى حتى لا يعزى التغير الحاصل للمثيرات المستجدة (أي اللعب بلعبة الفيديو) على المراهقين.
- ✓ سعينا بمساعدة الطاقم الطبي لاختيار عينة متجانسة فيما يخص مرحلة ظهور المرض و درجة خطورته، كما ارتأينا تجنب الحالات المرضية أين يكون السرطان لديهم في مراحل متقدمة، أي تجنب حالات الإصابة بالسرطانات المتنقلة (métastase).

و عليه فقد تم اختيار أفراد العينة الشاملة للدراسة في البداية بشكل قصدي، و للتأكد من الحصول على عينتين متجانستين و التحرر من أثر المتغيرات الطفيلية لأجل تقييم شعور المراهق بفعاليته الذاتية و تحسن جودة حياته بتطبيق مقياسي PedsQl $_{C.M}$, SEP فقد ركزنا بالإضافة إلى ذلك:

- ✓ توسيع حجم العينة إلى الحد الأقصى الممكن، و حاولنا لأن تشمل على أكثر من (30) فردا في كل مجموعة على غرار ما ذهب إليه روسكو.
- ✓ توزيع مفردات العينة بطريقة طبقية عشوائية متزنة (سن و جنس) بين المجموعتين؛ التجريبية و الضابطة.
- ✓ تطبيق اختبار"ت" لدلالة الفروق للتحقق من التكافؤ بين المجموعتين كما هو موضح أدناه.

2-3-اختبار "ت" لتجانس المجموعتين قبل إجراء التجربة:

1)- تجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية قبل إجراء التجربة: (درجات الشعور بالفعالية الذاتية)

بعد إجراء القياس القبلي لمقياس الشعور بالفعالية الذاتية على المجموعتين الضابطة والتجريبية اللتان تم اختيارهما لإجراء التجربة، قمنا بتطبيق اختبار "ت" لدلالة الفروق للتأكد من تكافؤ المجموعتين الضابطة والتجريبية.

جدول رقم (04): نتائج اختبار ت لتجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس الشعور بالفعالية الذاتية SEP

	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق في المتوسط الحسابي	قيمة T	الدلالة
المجوعة الضابطة	31	86.90	15.16			
المجموعة التجريبية	32	88.50	13.50	1.59	0.44	0.66

- قيمة "ت" غير دالة عند مستوى 0.05.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن قيمة "ت" المحسوبة قدرت بـ (0.44) و أن قيمة الدلالة المحسوبة (0.66) أكبر من الدلالة المعتمدة (0.05، و 0.01)، ما يدل على انه لا توجد فروق بين درجات أفراد العينة الضابطة والعينة التجريبية في القياس القبلي، ما يشير إلى أن العينيتين الضابطة والتجريبية متكافئتين في الشعور بالفعالية الذاتية قبل إجراء التجربة.

2)- تجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية قبل إجراء التجربة: (درجات جودة الحياة لدى المراهق)

بعد إجراء القياس القبلي لمقياس جودة الحياة على المراهق من المجموعتين الضابطة والتجريبية اللتان تم اختيارهما لإجراء التجربة، استخدمنا اختبار "ت" لدلالة الفروق للتأكد من تكافؤ المجموعتين.

جدول رقم (05): نتائج اختبار" ت" لتجانس المجموعتين على مقياس جودة الحياة PedsQl C.M الموجه للمراهقين

	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق في المتوسط الحسابي	قيمة T	الدلالة
المجوعة الضابطة	31	1200.80	160.01			
المجموعة التجريبية	32	1246.09	180.51	45.28	1.05	0.29

- قيمة "ت" غير دالة عند مستوى 0.05 .

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن قيمة "ت" المحسوبة قدرت بـ (1.05) وأن قيمة الدلالة المحسوبة (0.29) أكبر من الدلالة المعتمدة (0.05، و 0.01)، ما يدل على عدم وجود فروق دالة بين درجات أفراد العينة الضابطة والعينة التجريبية في القياس القبلي، ما يشير إلى أن العينيتين الضابطة والتجريبية متكافئتين في جودة الحياة لدى المراهق قبل إجراء التجربة.

3)- تجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية قبل إجراء التجربة:(درجات جودة الحياة لآباء المراهقين)

بعد إجراء القياس القبلي لمقياس جودة الحياة لآباء المراهقين على المجموعتين الضابطة والتجريبية اللتان تم اختيارهما لإجراء التجربة، استخدمنا اختبار"ت" لدلالة الفروق للتأكد من تكافؤ المجموعتين.

جدول رقم (06): نتائج اختبار "ت" لتجانس المجموعتين في مقياس جودة الحياة PedsQl C.M الموجه لآباء المراهقين.

	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق في المتوسط الحسابي	قيمة T	الدلالة
المجوعة الضابطة	31	1134.67	177.44			
المجموعة التجريبية	32	1140.62	175.37	5.94	0.13	0.89

- قيمة "ت" غير دالة عند مستوى 0.05.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن قيمة "ت" المحسوبة قدرت بـ (0.13) وأن قيمة الدلالة المحسوبة (0.89) أكبر من الدلالة المعتمدة (0.05)، ما يدل على عدم وجود فروق دالة بين درجات أفراد العينة الضابطة والعينة التجريبية في القياس القبلي، ما يشير إلى أن العينيتين الضابطة والتجريبية متكافئتين في جودة الحياة لدى آباء المراهقين قبل إجراء التجربة.

- يتضح من خلال نتائج أفراد العينة أن المجموعتين الضابطة والتجريبية متكافئتين من حيث الشعور بالفعالية الذاتية بالنسبة للمراهقين. ومتكافئة أيضا من حيث جودة الحياة سواء بالنسبة للمراهقين أو أحد آباء المراهقين. ما يشير إلى أن أي تحسَن في درجات أفراد المجموعة التجريبية راجع إلى تأثير لعبة الفيديو Re-Mission وليس إلى عوامل أو متغيرات أخرى دخيلة.

2-4- خصائص أفراد العينة حول التوظيف العقلي و المرجعية المعتمدة لتحديدها:

بالإضافة إلى ما نبهتنا إليه وجهة نظر Debray (1996a) و (Briquet et Mariage, 2008) حول بعض النقاط و التي تدعم اختيارنا للعينة في الشطر الثاني من الدراسة الحالية؛ كإمكانية إنعاش التوظيف العقلي في مرحلة المراهقة خاصة إن بدأ العمل النفسي مع المريض في المراحل الأولى من المرض قبل تمكن المرض كلية من الفرد و استفحاله. و كذا ما ذهب إليه (Sultan et Porcelli, 2004, p.76) و (Sanglade;1983 1987) في (Bayle; Legrot-Roussel, 2006, p.409) حول ضرورة التركيز في التناول على الخصوصية النفسية الداخلية للفرد إضافة للشروط الخارجية كتجانس السن، مدة الإصابة بالمرض، وضعيات العلاج، و الحالة المرضية للفرد كمرحلة تطور المرض و خطورته. كون هذه العوامل قد تكون لها تأثيرها الكبير على المتغيرات السيكولوجية كدرجة الحصر و القلق والتي بدورها لها تأثيرها على المتغيرات النفسية المراد تقييمها أو تقصيها. و كما أشارت إليه Debray (1983) و O.Bayle في (legrot- Roussel,2006) فإن الهشاشة النفسية تكون كبيرة كلما كان خلل التنظيم الجسدي عميقا.

لذا فقد تم الاعتماد على بعض منطلقات مدرسة باريس للبسيكوسوماتيك حول التصنيف السيكوسوماتي لأجل مراعاة الإعتدالية في توزيع العينتين التجريبية و الضابطة و تحقيق ما أمكن انطلاقة متكافئة نسبيا لأفراد العينة من المجموعتين. يركز هذا التصنيف على الخصائص الفردية للشخصية و على التنظيم النفسجسدي الخاص بكل مريض. فهو تصنيف يذهب إلى ما وراء الملاحظات و المظاهر العيادية التقليدية كما أشار إليه مارتي، إذ يعتبر التطبيق العملي لهذا التصنيف الطريقة الأمثل لتحديد عينة الدراسة، خاصة و أنه يتحلى بالإيجاز و قدرته على التكيف مع التطورات المرضية [...] و بأنه ذو طابع توجيهي. (مارتي، ستورا، النابلسي،1988، ص ص. 115،117)

و لتحديد العينة في هذا المضمار، فقد تم الارتكاز على الدعامات الأساسية الثلاث لهذا التصنيف: البنية الأساسية، المميزات العظمى الاعتيادية، الخصائص العظمى الحالية. و فيما يلي تفصيل ذلك:

1- البنية الأساسية: و حسب مارتي و زملائه فان السرطان عامة ينتمي لسجل عصابات السلوك التي تعتبر غير قابلة للتعديل لدى البالغين، لذا فقد تم اختيار عينة البحث من المراهقين (13-18) دون الشباب (19-25) بالرغم من أن لعبة الفيديو Re-Mission صممت للفئتين من المرضى.

غير أنه و كما أوضحه Marty et Stora (1988) يوجد عدد من السرطانات و ليس سرطانا واحدا مما يجعله يندرج ضمن بنيات إما أن تكون حسنة التعقيل، غير مؤكدة التعقيل أو سيئة التعقيل. حيث كلما ساء التعقيل دلّ على خلل تنظيم أعمق يستعص معها إعادة التنظيم و منه إعادة إنعاش التوظيف العقلي. و هو ما دفعنا لاختيار العينة في الشطر الثاني من الدراسة من مراهقين لديهم نفس نوعية السرطان و من نفس الدرجة تقريبا حسب ما حدده الأطباء هذا من جهة. كما أشار الباحثين من خلال ما أثبتاه في دراستهما الإحصائية وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المؤشرات الطبية و بين البنية الأساسية من ناحية اقتران سوء التعقيل بارتفاع الإصابات المرضية، ما دفعنا من جهة أخرى لاختيار عينة مصابة بمرض السرطان و فقط.

2- المميزات العظمى الاعتيادية: ويقصد بها المميزات التي تطبع عادة سلوك المريض و شخصيته، يصنف Marty et Stora (1988) هذه المميزات في 57 باب و يمكن تمييز 08 مميزات على الأكثر عند المريض الواحد، حيث الزيادة إلى أكثر من ذلك من شأنه إعطاء نتائج غير مؤكدة الدلالة على غرار ما ذهب إليه الباحثين.

3- الخصائص العظمى الحالية: و تجمع هذه الخصائص المعطيات الفورية من الأعراض الواضحة، سوابق المريض، نمط الحياة الحالي. و تصنف هذه الخصائص في 19 بابا.

➢ و حتى لا تعزى أي تغيرات قد تحصل في نوعية التوظيف العقلي للبنية الأساسية للمراهق، مميزاته العظمى الاعتيادية أو خصائصه العظمى الحالية، فقد اجتهدنا لتحقيق التجانس بين أفراد العينة في المجموعتين (التجريبية و الضابطة) (و إن كان من الاستحالة بما كان الحصول على توافق أو تشابه بين التوظيف الداخلي للأفراد مهما كانت السلوكات الظاهرة و الظروف المحيطة متشابهة أو متطابقة)، قمنا بتحديد المعايير التالية:

- ✓ تجانس أفراد العينة فيما يخص مرحلة تطور المرض و درجة خطورته.
- ✓ تحديد نوعين من الإصابة السرطانية (سرطان الدم و مرض هدجكين) كونها الأمراض أكثر توفرا في عينة الدراسة، إضافة إلى أن خصوصية المرض قد تشير إلى التماثل في نوعية التنظيم العقلي للمرضى نسبيا.
- ✓ بالنسبة للبنية الأساسية، تم اعتماد مراهقين لديهم مؤشر طبي واحد فقط (إصابة سرطانية دون أن ترافقها إصابات أو أمراض جسدية أخرى)، ما يشير إلى درجة تعقيل حسنة نسبيا.
- ✓ بالنسبة للمميزات العظمى الاعتيادية؛ فقد اشترك أفراد العينة نسبيا في بعض المميزات و التي يمكن تصنيفها ضمن سبع أبواب و تتمثل في: غياب الذهانات، غياب الشذوذ، وجود حالات حداد غير معبر عنها سبقت ظهور المرض، تغيرات ملحوظة للاقتصاد العلائقي في فترة ما قبل البلوغ، غياب اختلالات التنظيم المتكررة (موجات الأمراض) أو تراجع السرطان ثم انتكاس الحالة، عدم الخضوع لعلاجات نفسية سابقة، عدم رفض الواقع و التهرب من الحقيقة (ما يستلزم اعتراف المراهق الصريح بإصابته بالمرض).
- ✓ أما بالنسبة للخصائص العظمى الحالية؛ فبالإضافة لعدم الخضوع للتكفل النفسي و وجود حداد حديث غير معبر عنه، يركز Marty et Stora (1988) على غياب محاولات انتحارية حديثة.

و لغائية خاصة ترتبط بتحليل الاختبارات الإسقاطية و التي تستدعي جهدا ووقت كبيرين، فإن الطبيب العقلي والمحلل النفساني Bernard Golse في (Besson Jaoul, 2008) يرى بإمكانية المرور (أو الانزلاق) من الدراسة الإحصائية إلى دراسة الحالة بالتقليص من عدد العينة هذا من جهة. و لأجل تحقيق التجانس بين العينتين؛ التجريبية و الضابطة، بالاعتماد على الدعامات الثلاث المذكورة أعلاه من جهة أخرى، فإن ذلك قد حال دون القدرة على توسيع حجم العينة و إمكانية الاختيار العشوائي لأفرادها. و عليه فقد تم اختيار أفراد العينة للإجابة عن فرضيات الدراسة في هذا الشطر من الدراسة بطريقة قصدية من العينيتين التجريبية و الضابطة كل على حده. فبعد السعي لتحقيق التجانس بين المجموعتين من خلال المعايير الثلاث (البنية الأساسية، المميزات العظمى الاعتيادية الخصائص العظمى الحالية)، و بعد الاستغناء عن بعض بروتوكولات الروشاخ بسبب ضعف عدد الاستجابات على الاختبار، فقد بلغ عدد العينة في الشطر الثاني من الدراسة الحالية و الخاص بالتوظيف العقلي (10) حالات (03) منهم من الإناث و (07) من الذكور ؛ تم توزيعهم على المجموعتين ، ثلاث ذكور وأنثيين في المجموعة التجريبية و أربع ذكور و أنثى واحدة في المجموعة الضابطة.

- و عليه فإن عينة الدراسة قد تكونت من 63 مراهقا و مراهقة لمعالجة فرضيات الدراسة في شطرها الأول، 10 حالات منها تمّ اختيارهم لمعالجة فرضيات الدراسة في شطرها الثاني.

3- الحدود الزمنية و المكانية للدراسة:

أجريت الدراسة ضمن حدود زمنية و مكانية ارتبطت بخصائص العينة في الدراسة و الظروف المسموح بها في مصالح المستشفيات و ما يفرضه علينا الأطباء المسئولين على القسم، و تتمثل في:

- تطبيق أدوات الدراسة في اغلب الحالات حين توجه المراهقين للمستشفى لإجراء الفحوصات الطبية و/أو لأجل الخضوع للعلاج الكيميائي، غير أن بعض الحالات أجريت معها المقابلات خارج المستشفى بسبب رفض الأطباء المسؤولين عن القسم الرفض القاطع لتواجد النفسانيين في القسم أو المصلحة، كما استدعى ذلك الاستعانة ببعض الأخصائيين النفسانيين لتطبيق أدوات الدراسة.
- ضرورة احترام الحالة النفسية و الصحية و الجسدية للمراهقين، و هو ما ألزمنا مرارا لتأجيل تطبيق الاختبارات في حينها بسبب التعب الجسدي الراجع لمشقة التنقل و تبعات العلاجات الكيميائية، ما دفعنا إضافة إلى ذلك لتطبيق الاختبارات قبل الخضوع للعلاج الكيميائي.

و قد تم انجاز الدراسة الميدانية لأكثر من ثلاث سنوات، امتدت من فيفري 2010 إلى غاية اكتوبر 2013 و ذلك بقسم الأنكولوجيا (Service d'oncologie) بمصلحة طب الأطفال/ وحدة الأنكولوجيا بالمركز الإستشفائي سعادنة عبد النور أم/ طفل بولاية سطيف ومصلحة أمراض الدم التابعة لنفس المستشفى، المركز الصحي بالهضاب بولاية سطيف، وحدة الأنكولوجيا الطبية بواد أميزور ببجاية، مركز مكافحة السرطان بيار و ماري كيري الواقع ضمن مستشفى مصطفى باشا بالعاصمة مصلحة الأورام الطبية، كما تم الاتصال ببعض الحالات عن طريق بعض الأخصائيين النفسانيين بولايات البرج، قسنطينة، ميلة.

خضعت المجموعتان التجريبية و الضابطة إلى قياسات قبلية و قياسات بعدية شملت مجموع الأدوات المعتمدة في الدراسة بفاصل زمني قدر بـ (06) أشهر على الأقل بعد التطبيق القبلي، ذلك أنها قدرت بالمدة القصوى لإنهاء اللعب بلعبة الفيديو Re-Mission بالنسبة لجميع أفراد العينة و خاصة أن بروتوكول هذا النوع من الدراسات يستدعي عدم تحديد وقت معين للعب على غرار ما ذهب إليه M.Stora (2002)، بل لأن ينطلق من رغبة المراهق

للعب في أوقات معينة دون أخرى و رغبة للاستمتاع باللعب و تحقيق اللذة و المرور حسب وصف Winicott من (Game) إلى (Play). ثمّ إن (Porcelli et al, 2002) و(2010) de Tychey يرون بضرورة إعادة تطبيق الروشاخ بعد مضي 06 أشهر على الأقل من التطبيق الأولي كونها تعبر أكثر صدقا عن الاستجابات التي يقدمها العميل.

4- أدوات الدراسة:

لأجل تقييم التغيرات الحاصلة إن كان على المستوى الخارجي المدرك و المتمثل في تغيير السلوكات و بعض المعارف حول المرض هذا من جهة، و تقييم التغيرات الحاصلة على مستوى الواقع النفسي الداخلي و المتضمن للتوظيف العقلي من جهة أخرى، فقد تم الاستناد للأدوات التالية:

1- أدوات لتقييم التسيير الذاتي للمرض المتمثلة في مقياس الشعور بالفعالية الذاتية SEP (الملحق رقم1) و مقياسي جودة الحياة $PedsQl_{C.M}$ احدهما موجه للمراهق و الآخر لإحدى والديه. (الملحق رقم 2، 3)

2- حددت أدوات تقصي التوظيف العقلي في البداية في اختبار الروشاخ (الملحق رقم 4). و كان من المفترض إضافة إلى ذلك تطبيق اختبار تفهم الموضوع (TAT)، و ذلك انطلاقا من دعوة العديد من الباحثين و منهم Anzieu et Chabert (2004) بأهمية التناول المزدوج لهذين الاختبارين المتكاملين؛ إذ يسمحان بوفرة و غزارة الاستجابات و البحث المعمق للسيرورات التي يثيرها الاختبارين أو احدهما. لكن و بسبب طول مدة الاختبارين، إضافة للحالة الصحية للمراهقين و المرتبطة بخصوصية المرض، تعذر علينا تطبيق اختبار TAT مع أغلبية المراهقين حسب ما كان يستدعيه تطبيق بروتوكول البحث، و ذلك بسبب مغادرة بعض الحالات من المراهقين للمستشفى بعد المعاينة أو بعد تلقي العلاج. كما أن الملل الذي لاحظناه على بعض المراهقين أثناء تمرير اختبار TAT، دفعنا للاستغناء عن تطبيق اختبار تفهم الموضوع لتجنب عدم مصداقية الإجابات التي قد يجيب عليها المراهق، ما قد يكون له تأثيره على مصداقية نتائج الدراسة. و فيما يلي تقديم مفصل لأدوات الدراسة:

أولا: أدوات تقييم التسيير الذاتي للمرض:

و هي مقاييس تم ابتكارها في مجال الصحة والأمراض المزمنة بصفة عامة، تناولنا منها المقاييس الخاصة بمرضى السرطان. و تتمثل في مقياس الشعور بالفعالية الذاتية SEP و مقياسي جودة الحياة $PedsQl_{C.M}$؛ أحدهما موجه للمراهق المصاب بالسرطان و الآخر موجه للآباء.

بعد ترجمة المقاييس الثلاث من اللغة الانكليزية إلى اللغة العربية، قمنا بعرض المقاييس المترجمة على المحكمين من أساتذة مختصين بعلم النفس و متحكمين باللغتين العربية و الانجليزية، بهدف التحقق من صحة الترجمة و الصياغة.

و على أساس الملاحظات المقدمة قمنا ببعض التعديلات على صياغة المقياس. و لأجل الحصول على أكبر عدد ممكن من العينة قمنا بالاستعانة ببعض الزملاء من المختصين النفسانيين في مراكز و مصالح علاج السرطانات بولاية الجزائر العاصمة، قسنطينة، بجاية، البرج و ورقلة. بالمركز الصحي بالهضاب، طب الأطفال

وحدة الأنكولوجيا، مصالح الدم و خلايا المتابعة لمرضى لسرطان بولاية سطيف و جمعيات مرضى السرطان بولاية سطيف. ثم قمنا بتمرير المقياس في التطبيق الأول على عينة قوامها (57) مراهق مصاب بالسرطان. و بعد استبعاد أوراق الإجابة غير المكتملة و البالغ عددها 23 ورقة، أصبح عدد العينة المعتمدة (ن=34). ثم قمنا بحساب الخصائص القياسية المرتبطة بثبات المقاييس، أما عن الصدق، فقد اثبت أصحاب المقياسين صدقها.

أما عن دوافع اختيار مقياس SEP و مقياسي $PedsQL_{CM}$ فترجع إلى:

– كونها مقاييس خاصة موجهة لمرضى السرطان، تعبر بنودها عن سائر المثيرات التي يمكن أن يعاني منها مرضى السرطان و تمسّ جميع السلوكات التي تميّز هذه الفئة من المرضى.

– إلمامها بأبعاد المشكلة و استيعابها للتراث العلمي الخاص بمتغيرات الدراسة. خاصة و أنها صممت بالتعاون بين أطباء مختصّين و مراهقين مرضى مصابين بالسرطان تمس جميع أنواعه.

– بساطة المقاييس و وضوحها، اختصارها و سهولة تطبيقها.

– تم تطبيق مقياس جودة الحياة على المراهقين و إحدى آبائهم انطلاقا من آراء العديد من الباحثين اللذين يرون بضرورة هذا التمرير المضاعف كما اشرنا إليه في الدراسات السابقة و في الفصل الخامس. "ففي إطار أمراض الأطفال و المراهقين، فإن العميل هو الطفل و الولي في الوقت ذاته، كون الآباء هم من يشرفون على أبناءهم" على حد تعبير (Brown et al, 1996)

1)– مقياس الشعور بالفعالية الذاتية Sentiment d'Efficacité Personnelle:

يرمز له بـ (SEP)، تمّ تصميمه بمخبر HopeLab بإشراف Veronica Marin- Bowling يسعى لتقييم الشعور العام للفعالية الذاتية و التسيير الذاتي للسلوك الصحي. و قد أثبت المقياس صدقه و ثباته، و تمت آخر مراجعة لمصداقية المقياس سنة 2005 من طرف فريق عمل مخبر HopeLab. يحتوي المقياس على 27 بندا، صمم خصيصا لتقدير التغيّرات الحاصلة في الشعور بالفعالية الذاتية بعد تناول المراهق للعبة الفيديو Re-Mission، يربط بين المثيرات المعروضة في اللعبة في كل مستوي من مستوياتها و بين محاور و بنود المقياس، يشمل كل ما جاء من تعليمات و نصائح الهولوغرف والأهداف التي كانت تستشار في كل مستوى. بمعنى أن هناك توافق بين تصميم لعبة الفيديو Re-Mission و تصميم مقياسSEP. توزع بنود المقياس على 3 أبعاد رئيسية: تسيير الأعراض، العلاج، الاتصال. و يندرج تحت هذه الأبعاد 14 محورا ، و هو ما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم (07) يوضح بنود الأبعاد الرئيسية لمقياس SEP و المحاور المندرجة ضمنها

الأبعاد	بنود الأبعاد الرئيسية	المحاور	بنود المحاور
تسيير الأعراض 13 بند 7 محاور	**1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 9، 10، 11، 12، 14، 16**	1- تسير الغثيان	1، 2
		2- تسير الألم	3، 4، 5
		3- تسير حالة الحصر	6 ، 7
		4- تسير التغذية	14
		5- تسير الإمساك	16
		6- تسير التهاب المخاط	9، 10
		7- تسير الالتهاب	11 ، 12
العلاج 5 بنود		8- المحور المرتبط بالعلاج الكيميائي	18
		9- المحور المرتبط بالألم	8

	4 محاور	**27،18،15،13،8**	10-المحور المرتبط بالمضادات الحيوية	13 ، 15
			11- المحور المرتبط بمواعيد الفحوص	27
1-	**الاتصال**	**17، 19، 20، 21،**	12- التواصل مع الفريق الطبي	17، 19 ، 20
	9 بنود	**22، 23، 24، 25،**	13-التواصل مع العائلة و الأصدقاء	21 ، 22 ، 24 ،25
1-	3 محاور	**26**	14- التواصل بصفة عامة	23 ، 26

الشروط القياسية لمقياس الفعالية الذاتية SEP:

أثبت مقياس SEP صدقه في دراسة (Marin- Bowling & al, 2005) على عينة قوامها 195 مراهق مصاب بالسرطان أجريت في المراكز الصحية بكندا، استراليا و الولايات المتحدة الأمريكية. و قد أظهرت النتائج معاملات صدق مرتفعة بلغت قيمتها 0,88. و لأنه قمنا بترجمة المقياس و للتأكد من صحة الترجمة و صياغة العبارات باللغة العربية من خلال تقييم المحكمين، فقد سعينا لتقدير ثبات المقياس. حيث استخدمت أكثر من طريقة لحساب ثبات المقياس، و ذلك للتدقيق في صلاحية الأداة إمبريقيا في جمع المعلومات عن الشعور بالفعالية الذاتية. و اعتمدنا في حساب ثبات المقياس على طريقتين: طريقة الاتساق الداخلي و تحليل التباين أحادي الاتجاه (ANOVA). كما اعتمدنا على طريقة التطبيق وإعادة التطبيق. و تمّ حساب الثبات عن طريق برنامج الحزم الإحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS. Ver 12. Fr). و جاءت النتائج كالآتي:

1- طريقة الاتساق الداخلي:

جاءت النتائج عن طريق معادلة الاتساق الداخلي لـ ألفا كرونباخ Alpha Cronbach كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول (08): يوضح معاملات الاتساق الداخلي لمقياس SEP

		عدد البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التباين	قيمة α
المقياس الكلي		27	91.17	11.55	133.54	**0.78**
مقاييس فرعية	**تسيير الأعراض**	13	28.64	12.36	152.78	**0.92**
	العلاج	05	87.35	3.24	10.50	**0.92**
	الاتصال	09	53.79	5.45	29.80	**0.80**

و حسب النتائج المشار إليها، فإن مقياس الشعور بالفعالية الذاتية يمتاز بثبات مقبول إلى حد بعيد، حيث بلغت قيمة معامل الاتساق الداخلي لألفا كرونباخ 0.78. أما فيما يتعلق بالمقاييس الفرعية للاختبار جاءت معاملات ثباتها مرتفعة أيضا. فبالنسبة للمقياسين الفرعيين "تسيير الأعراض والعلاج" فقد بلغت قيمة الثبات 0.92، كما بلغت قيمة معامل الثبات بالنسبة للمقياس الفرعي "الاتصال" قيمة 0.80.

كما أظهرت الإحصاءات الشاملة عن بنود المقياس في حالة حذف بند ما، قيم معامل اتساق داخلي ألفا كرونباخ مرتفعة تتراوح بين 0.74 و 0.79 كما هو موضح في الجدول المرفق في الملحق (21).

و جاءت قيمة تحليل التباين «F» من خلال تحليل التباين أحادي الاتجاه (ANOVA) دالة إحصائيا حتى عند مستوى الدلالة 0.00، وبالتالي توجد فروق بين الأفراد في استجاباتهم لبنود مقياس الشعور بالفعالية الذاتية. وهذا ما يجعل المقياس ثابت و هو ما أكدته قيمة معامل الثبات لـ ألفا كرونباخ.

جدول (09): تحليل التباين أحادي الاتجاه (ANOVA) لمقياس SEP

		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Entre les personnes		163.220	33	4.946		
Intra-population	Entre éléments	3197.296	26	122.973	112.837	.000
	Résidu	935.074	858	1.090		
	Total	4132.370	884	4.675		
Total		4295.590	917	4.684		

Moyenne générale = 3.3769
La matrice de covariance est calculée et utilisée dans l'analyse.
Même que la valeur de « F » est significatif jusqu'au P=0.00.

2- طريقة التطبيق و إعادة التطبيق:

قمنا بتطبيق المقاييس في التطبيق الأول على العينة المعتمدة، و بعدة مدة زمنية قدرت بـ 15 يوم، قمنا بإعادة تطبيق المقياس على العينة نفسها. ثم تمّ حساب معاملات الارتباط بيرسون Pearson بين نتائج التطبيقين الأول و الثاني، و تحصلنا على النتائج التالية كما يوضحه الجدولين الآتيين:

جدول (10): معامل الارتباط بين نتائج التطبيق الأول و التطبيق الثاني على مقياس SEP

		Test	Retest
Test	Corrélation de Pearson	1	.962(**)
	Sig. (bilatérale)		.000
	N	34	34
Retest	Corrélation de Pearson	.962(**)	1
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	34	34

	التطبيق	إعادة التطبيق
التطبيق	1	**0.96** **
إعادة التطبيق	**0.96** **	1

**الارتباط دال عند 0.01 (ثنائي الحد)

أسفرت نتائج حساب معاملات الاستقرار باستخدام معامل بيرسون للمقياس بين التطبيق الأول و الثاني قيمة (0.96) و هو معامل ارتباط مرتفع و يظهر علاقة قوية، و هي دالة عند 0.01، كما جاء معامل الارتباط بين التطبيقين الأول و الثاني مرتفعا بالنسبة للمقاييس الفرعية (أبعاد المقياس): تسيير الأعراض (0.98)، العلاج (0.82)، الاتصال (0.92). و هي معاملات دالة عند 0.01

جدول (11): معاملات الارتباط بين نتائج التطبيق الأول و الثاني على أبعاد مقياس SEP

	التطبيق			
		تسيير الأعراض	العلاج	الاتصال
إعادة التطبيق	تسيير الأعراض	**0.98** **		
	العلاج		**0.82** **	
	الاتصال			**0.92** **

**الارتباط دال عند 0.01 (ثنائي الحد)

و انطلاقا من الاتساق الداخلي لـ ألفا كرونباخ α لمقياس الفعالية الذاتية SEP، و قيم تحليل التباين «F» الدالة إحصائيا حتى عند مستوى الدلالة 0.00، و معاملات ارتباط بيرسون القوية و الدالة عند 0.01، و هي مؤشرات دالة على استقرار النتائج؛ نخلص إلى أن المقياس يمتاز بثابت مرتفع.

★ و من هنا يتضح أن الشروط القياسية لمقياس SEP، يمتاز بصدق و ثبات مرتفعين، ما يدل على صلاحية استخدامه في جمع البيانات عن الشعور بالفعالية الذاتية عند مرضى السرطان.

2-1- كيفية تقييم نتائج مقياس الفعالية الذاتية SEP:

يتوفر للعميل 8 بدائل (من 0 إلى 7) على المقياس للإجابة عمّا يمثله الاقتراح من سهولة أو صعوبة حول ما يتضمنه البند. و لتقييم نتائج مقياس SEP يجب إتباع الخطوات التالية:

1- تحويل علامات بنود المقياس من خلال إعطاء قيم عكسية للبدائل. فباستثناء 0=0، فإن تقييم باقي الاستجابات يكون كالتالي:

1 =7، 2=6، 3= 5 ، 4 = 4 ، 5=3، 6=2، 7= 1

2- حساب النتائج العامة للمقياس: و يتم الحصول عليها من خلال جمع قيّم كل البنود الصحيحة. و يقصد بالبند الصحيح؛ البند الذي تمّت الاستجابة عليه بقيمة تختلف عن الصفر (أي من1 إلى7)، أما البند الذي تمت الاستجابة عليه بالصفر(0) فيعتبر بند ملغى لا يتمّ حسابه.

و بعد تحويل النتائج و التي تنحصر في المجال [0- 189]، فإن القيمة 189 تشير لأكبر قيمة يمكن تحقيقها للإدلاء بأكبر درجة عن الشعور بالفعالية الذاتية و الذي سيكون بمثابة محك يتم على أساسه تقييم هذه الأخيرة من خلال الاقتراب أو الابتعاد عنه.

★ تمثل القيمة 95 متوسط القيمة التي على أساسها يتم تقييم الفعالية الذاتية، بحيث كلما كانت نتائج المتوسط الحسابي على المقياس ككل مرتفعة أكثر و تقترب من القيمة (189) دلت على شعور مرتفع بالفعالية الذاتية.

3- حساب نتائج أبعاد المقياس: كما تمت الإشارة إليه، فإن المقياس يشمل على 3 أبعاد (تسيير الأعراض، العلاج، الاتصال) يتمّ حساب نتائجها من خلال جمع كل القيم الصحيحة بكلّ البنود الخاصة بالبعد المستجاب عليه و تقسيمها على عدد البنود الصحيحة في البعد و ذلك للحصول على نسبة كل بعد من الأبعاد الثلاثة. و سنقوم بحساب النتائج العامّة للمقياس وكذا حساب نتائج الأبعاد الثلاثة للمقياس، ما يمكننا من مقارنة النتائج القبلية و البعدية، ثمّ مقارنتها على ضوء ما جاء في القياس القبلي و البعدي لمقياس SEP في المجموعتين الضابطة و التجريبية.

2- مقياس جودة الحياة الخاص بمرضى السرطان: Pediatric Quality of Life Inventory :cancer module

يرمز له بـ $PedsQl_{C.M}$. ابتكر المقياس في مخابر MAPI من طرف James.w.Varni بالتعاون مع رئيس قسم أمراض الدم و السرطان Ernest Katz و كذا عاملين في مراكز الأطفال المصابين بالسرطان بكل أنواعه بكاليفورنيا و المرضى أنفسهم.

يهدف $PedsQl_{C.M}$ لقياس جودة الحياة و مدى تحسنها، و ذلك حسب إدراك المراهق لجودة حياته في ارتباطها مع الصحة الجسدية و الحالة النفسية و علاقاته الاجتماعية، حيث يتم تقييم الصحة الذاتية و تقييم الوالدين لتحسن

الظروف المتعلقة بالصحة و ملاحظتهم للتغيرات الحاصلة و المرتبطة باتجاهات الابن التي تظهر على مستوى السلوكات و هو ما يتحقق من خلال تمرير مقياسي PedsQl $_{C.M}$؛ أحدهما موجه للمراهق المصاب بالسرطان و الآخر لإحدى والديه. يحتوي المقياس على27 بند، يمتاز بالمرونة إذ يمكن استعماله في العيادات و المصالح الصحية لكل أنواع السرطانات، يمتاز بحساسيته للتغيرات و تمت آخر مراجعة له في 2007. و قد أثبت المقياس صدقه و ثباته. و هو عبارة عن مقياس متعدد الأبعاد (08 أبعاد) تدور محاوره حول قياس التوظيف النفسي الانفعالي، الجسدي، الاجتماعي، المدرسي، التسيير المرضي، الاتصال كما يوضحه الجدول الموالي:

الجدول رقم (12) يوضح أبعاد مقياس PedsQl $_{C.M}$

الأبعاد	عدد بنود الأبعاد
1- الأوجاع والألم	بندين
2- الغثيان	5 بنود
3- مشاكل الحصر المتعلقة بالإجراءات العلاجية	3 بنود
4- مشاكل الحصر المتعلقة بالمعالجة	3 بنود
5- مشاكل المخاوف والقلق	3 بنود
6-مشاكل معرفية	4 بنود
7- مشاكل حول إدراك المظهر الجسدي	3 بنود
8- الاتصال	3 بنود

1)-الشروط القياسية لمقياسي جودة الحياة PedsQl $_{C.M}$:

أثبتت دراسة (Varni James & al, 2002) على عينة من المرضى المصابين بالسرطان في مراكز و مستشفيات السرطان بسان دياغو و لوس أنجلس. بلغ عدد الأسر الإجمالي 339 أسرة، تم تمرير المقياس على220 مراهق و على 337 من الآباء. أظهرت النتائج أن المقياس يتمتع بصدق عال بلغت قيمته 0.72 عند فئة المراهقين و 0.91 عند آبائهم. ليقرّ الباحثون صلاحية المقياس للاستعمال سواء كان ذلك في مجال البحث، التجارب السريرية أو الممارسة العيادية. و نفس النتائج أسفرت عليها دراسة (Varni James & al, 2007) قمنا بترجمة المقياس للتأكد من صحة الترجمة و صياغة العبارات باللغة العربية من خلال تقييم المحكمين، سعينا لحساب ثبات المقياس.

- الثبات:

اعتمدنا لحساب ثبات مقياس PedsQl $_{C.M}$ على طريقتين: طريقة الاتساق الداخلي و طريقة التطبيق وإعادة التطبيق. و تمّ حساب الثبات عن طريق برنامج الحزم الإحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS. Ver 12. Fr). و جاءت النتائج كالتالي:

-طريقة الاتساق الداخلي:

جاءت النتائج عن طريق معادلة الاتساق الداخلي لـ ألفا كرونباخ Alpha Cronbach حول مقياسي PedsQl $_{C.M}$ الموجه احدهما للمراهق و الآخر لإحدى أبويه كما يوضحه الجدول الموالي:

جدول (13): يوضح معاملات الاتساق الداخلي لمقياس PedsQl $_{C.M}$ عند المراهقين و آبائهم

		عدد البنود	المتوسط الحسابي		انحراف معياري		التباين		قيمة α	
			المراهق	الآباء	المراهق	الآباء	المراهق	الآباء	مراهق	الآباء
المقياس الكلي		27	50.55	47.38	14.04	13.64	197.2	186.3	**0.93**	**0.93**
المقاييس الفرعية	الأوجاع و الألام	02	3.32	2.14	2.12	1.84	4.52	2.40	**0.94**	**0.96**
	الغثيان	05	9.52	7.85	3.80	4.02	14.49	16.19	**0.95**	**0.95**
	الإجراءات العلاجية	03	6.02	5.47	1.96	2.07	3.84	4.31	**0.99**	**0.98**
	الحصر العلاجي	03	3.97	4.02	1.71	1.66	2.93	2.75	**0.94**	**0.89**
	مخاوف و انشغالات	03	6.55	6.64	2.90	2.93	8.43	8.59	**0.95**	**0.94**
	صعوبات معرفية	05	8.20	8.32	2.35	2.29	5.56	5.25	**0.80**	**0.75**
	إدراك مظهر الجسد	03	6.20	6.20	3.43	3.46	11.80	11.98	**0.97**	**0.98**
	الاتصال	03	6.73	6.70	2.31	2.08	5.35	4.33	**0.95**	**0.93**

يمتاز مقياس جودة الحياة PedsQl $_{C.M}$ بثبات مقبول بدرجة جد مرتفعة، حيث بلغت قيمة معامل الاتساق الداخلي لألفا كرونباخ 0.93 سواء كان بالنسبة للمقياس الموجه للمراهق أو ذلك الموجه لإحدى آبائهم. أما فيما يتعلق بالمقاييس الفرعية، فكانت معاملات ثباتها مرتفعة أيضا. حيث بلغت معاملات الثبات على الأبعاد عند المراهق ثم الآباء على التوالي: (الأوجاع و الآلام 0.96/0.94)، (الغثيان 0.95/0.95)، (حصر الإجراءات العلاجية 0.98/0.99)، (المعالجة 0.89/0.94)، (المخاوف والانشغالات 0.94/0.95)، (صعوبات معرفية 0.75/0.80)، (إدراك المظهر الجسدي 0.98/0.97)، (الاتصال 0.93/0.95).

كما أظهرت الإحصاءات الشاملة عن بنود المقياس في حالة حذف بند ما، قيم معامل اتساق داخلي ألفا كرونباخ مرتفعة تتراوح بين 0.93 و 0.94 بالنسبة للمراهقين، و بين 0.92 و 0.93 عند آباءهم كما هو موضح في الجداول المرفقة في الملحق (22، 23) على التوالي.

و جاءت قيمة تحليل التباين «F» من خلال تحليل التباين أحادي الاتجاه (ANOVA) دالة إحصائيا حتى عند مستوى الدلالة 0.00 سواء بالنسبة للمقياس الموجه للمراهقين (F=8.950) أو ذلك الموجه لآباء (F=11.552) كما هو موضح في الجداول أدناه. وعليه توجد فروق بين الأفراد في استجاباتهم لبنود مقياس PedsQl $_{C.M}$ ما يجعل المقياس ثابت، و هو ما أكدته قيمة معامل الثبات لـ ألفا كرونباخ.

جدول (14): تحليل التباين أحادي الاتجاه (ANOVA) لمقياسي PedsQl $_{C.M}$

تحليل التباين أحادي الاتجاه (ANOVA) لمقياس PedsQl $_{C.M}$ الموجه للمراهقين

		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Entre les personnes		241.125	33	7.307	8.950	.000
Intra-population	Entre éléments	106.882	26	4.111		
	Résidu	394.081	858	.459		
	Total	500.963	884	.567		
Total		742.088	917	.809		

Moyenne générale = 1.8725
La matrice de covariance est calculée et utilisée dans l'analyse.

تحليل التباين أحادي الاتجاه (ANOVA) لمقياس PedsQl $_{C.M}$

		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Entre les personnes		227.705	33	6.900	11.552	.000
Intra-population	Entre éléments	142.647	26	5.486		
	Résidu	407.501	858	.475		
	Total	550.148	884	.622		
Total		777.853	917	.848		

Moyenne générale = 1.7549 La matrice de covariance est calculée et utilisée dans l'analyse.	الموجه لآباء لمراهقين

- **طريقة التطبيق و إعادة التطبيق:**

تم تمرير المقاييس في التطبيق الأول على العينة المعتمدة (ن=34) و أبائهم، و بعد 15 يوم تمّ إعادة تطبيق المقياس على العينة نفسها(مراهقين و آباء) و قمنا بحساب معاملات الارتباط بيرسون Pearson بين نتائج التطبيقين الأول و الثاني، و أسفرت نتائج حساب معاملات الاستقرار باستخدام معامل بيرسون لمقياس PedsQl $_{C.M}$ بين التطبيق الأول و التطبيق الثاني قيمة (0.98) بالنسبة للمراهقين، و قيمة (0.97) لآبائهم. و هي معاملات ارتباط مرتفعة، تظهر علاقة قوية و دالة عند 0.01

كما جاء معامل الارتباط بين التطبيقين؛ الأول و الثاني مرتفعا بالنسبة لجميع أبعاد المقياس تراوحت بين (0.82) و (0.95) بالنسبة للمراهقين، و بين (0.85) و (0.96) بالنسبة للآباء.

جدول (15): معاملات الارتباط بين نتائج التطبيقين الأول و الثاني على أبعاد مقياسي PedsQl $_{C.M}$

	التطبيق								
إعادة التطبيق		الأوجاع و الألام	الغثيان	الإجراءات العلاجية	المعالجة	المخاوف الانشغالات	صعوبات معرفية	إدراك مظهر الجسد	الاتصال
	الأوجاع و الألام	م:0.82 آ:0.85							
	الغثيان		م:0.94 آ:0.94						
	الإجراءات العلاجية			م:0.84 آ:0.89					
	المعالجة				م:0.88 آ:0.86				
	المخاوف والانشغالات					م:0.94 آ:0.95			
	صعوبات معرفية						م:0.87 آ:0.90		
	إدراك مظهر الجسد							م:0.95 آ:0.96	
	الاتصال								م:0.89 آ:0.87

الارتباط دال عند 0.01 (ثنائي الحد) بالنسبة لجميع الأبعاد **م:** مراهق **أ:** أباء

و انطلاقا من الاتساق الداخلي لـ ألفا كرونباخ α لمقياس جودة الحياة PedsQl $_{C.M}$ ، و قيم تحليل التباين «F» الدالة إحصائيا حتى عند مستوى الدلالة 0.00، و معاملات ارتباط بيرسون القوية و الدالة عند 0.01. و هي مؤشرات دالة على تجانس النتائج؛ نخلص إلى أن المقياس يمتاز بثابت مرتفع.

★ و من هنا يتضح أن الشروط القياسية لمقياسي PedsQl $_{C.M}$ ، تمتاز بصدق و ثبات مرتفعين، ما يدل على صلاحية استخدامه في جمع البيانات عن جودة الحياة عند مرضى السرطان.

2)- كيفية تقييم نتائج مقياس جودة الحياة $PedsQl_{C.M}$

تعطى للمراهق خمس اختيارات للإجابة و لكل اختيار درجة تقابلها من 0 إلى 4. تكون الاستجابة ذاتية يجيب عليها المريض و إحدى والدية، على أن لا يتمّ مناقشة أسئلة المقياس بين الآباء والأبناء لغاية الانتهاء من الإجابة عن البنود حتى لا تتأثر استجابة أحدهما بالآخر.

1- حساب نتائج المقياس: يقدم المقياس 5 بدائل للاستجابة من 0 إلى 4 و يتم تحويل الأرقام عند حسابها و معادلتها بقيم من 0 إلى 100 حيث:

100 = 0، 75 = 1، 50 = 2، 25= 3، 0 = 4

يتم تقيّم نتائج المقياس من خلال مقارنتها مع اكبر درجة يمكن تحقيقها على المقياس ككل و المقدرة بالدرجة 108 قبل تحويل النتائج و التي تشير إلى ادني مستوى لجودة الحياة. و بعد تحويل النتائج التي تنحصر في المجال [0- 2700]، فإن الدرجة 2700 تشير إلى أكبر قيمة يمكن تحقيقها و التي تدل على أقصى مستوى جودة حياة يمكن بلوغه، في حين تشير القيمة 0 إلى ادني مستوى جودة حياة.

★ تمثل القيمة 1350 متوسط القيمة التي على أساسها يتم تقييم جودة الحياة، حيث كلما كانت نتائج المتوسط الحسابي على المقياس ككل مرتفعة أكثر و تقترب من القيمة (2700) دلت على وجود مشاكل أقل و مستوى جودة حياة مرتفع.

2- حساب نتائج الأبعاد: تحسب النتائج حسب الأبعاد من خلال المعادلة التالية:

3-

المتوسط الحسابي (هـ) = مجموع قيم البنود الخاصة بالبعد المستجاب عليها / عدد البنود المستجاب عليها في البعد

أساليب التحليل الإحصائي:

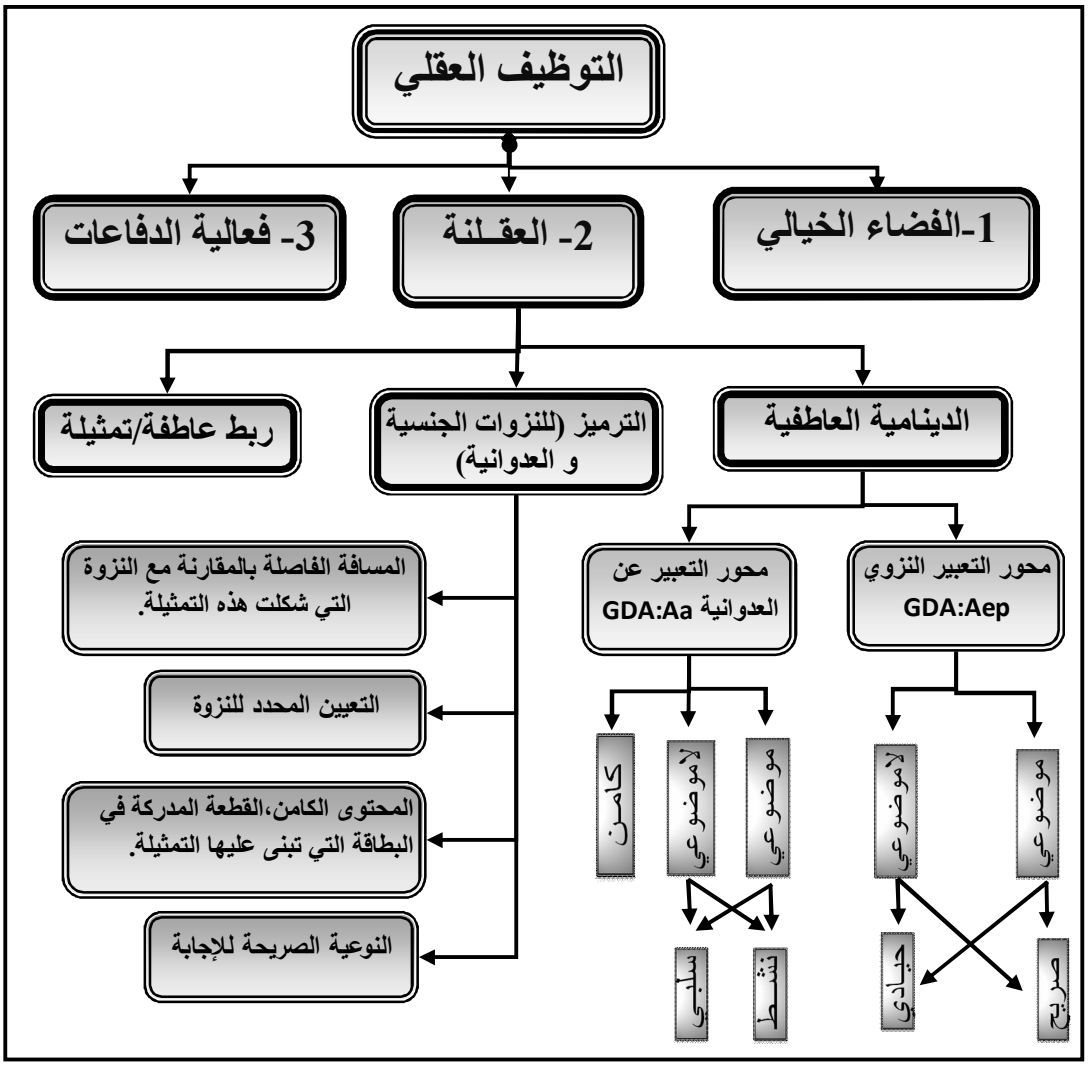
للإجابة عن أسئلة الدراسة في شطرها الأول، فقد تم اللجوء لحساب المتوسطات الحسابية. كما استخدمنا اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات نتائج أبعاد المقاييس المستعملة في الدراسة: SEP و $PedsQl_{C.M}$، كونه يعتبر من مقاييس دلالة الفروق بين المتوسطات للعينات المرتبطة وغير المرتبطة، المتساوية وغير المتساوية، لذا اعتمدنا على هذا الاختبار أيضا للبحث عن مدى تجانس العينتين و اعتدالية التوزيع التكراري لكل من عينتي البحث. و لمعالجة بيانات الدراسة لجأنا لاستعمال برنامج الحزم الإحصائية (SPSS. Ver. 12 Fr). هذا بالإضافة إلى ما سبق وصفه من أساليب إحصائية لحساب معاملات الصدق والثبات.

ثانيا- أدوات تقصي التوظيف العقلي:

تعتبر الأدوات الإسقاطية من أهم الأدوات لتقصي التوظيف العقلي. و يعتبر Phillipe Jeammet (1993) من أكبر المناصرين و المدافعين عن الأدوات الإسقاطية التي يرى فيها أدوات أساسية لفهم التوظيف النفسي. كما يتفق الباحثون Debray(1997) ، Anzieu et Chabert (2004)، Chabert (2012) على أن أشكال التوظيف النفسي التي يتم تحريكها في الوضعية الإسقاطية تعكس التنظيم العقلي للفرد. كون الفرد في أثناء الاختبار الإسقاطي

يتأرجح بين الداخل و الخارج، بين الذاتية و الموضوعية، بين تكوين الإجابات و الإرصان. فمن خلال الاختبارات الإسقاطية يتم حثّ نشاط نفسي نلتمس من خلاله كما ترى Chabert (1988) حلا وسطا بين مستلزمات الواقع الخارجي و ضغوطات العالم الداخلي. فهي تعتبر وضعية حساسة بالنسبة للمريض السوماتي كون اختلالات التوازن الخطيرة للاقتصاد السيكوسوماتي لا تشجع لديهم الإرصان النفسي. فالاختبارات الإسقاطية كما يرى (Anzieu et Chabert, 2004) بالرغم من كونها لا تستكشف اللاوعي– لأن ما يتم مقاربته في الحقيقة هو ما قبل الوعي– إلاّ انه يمكن وصفها كسيرورة تحليلية مختصرة، تعطي للفرد حرية قول ما يريده دون ضوابط زمنية و تسمح بظهور الرموز الكامنة. و تبعا للأهداف المسطرة في الدراسة الحالية فإن اللجوء لاستعمال الأدوات الإسقاطية يعتبر جد أساسي لتقصي التوظيف العقلي و الذي تتمثل أبعاده في: نوعية الفضاء الخيالي، القدرة على الإرصان العقلي و ما يندرج عنه من ديناميةعاطفية، ترميز و ربط عاطفة/ تمثيلة، و أخيرا فعالية الدفاعات و هو ما يوضحه الشكل الموالي:

شكل رقم (15) : مخطط توضيحي لمحددات التوظيف العقلي



1- الأداة الإسقاطية: اختبار الروشاخ

تعرف Nina Rausch de Traubenberg الروشاخ " كعينة من السلوكات الأكثر غنى و الأكثر تعددا للوجهات التي يمكن الحصول عليها، فالتفاعل بين السيرورات الإدراكية، المعرفية، الانفعالية، الاجتماعية التي يسمح باقتنائها تشكل ضمانة هذا الغنى" (Rausch de Traubenberg,1993, p.13) و أكد de Tychey من جهته على الأهمية الكبرى للروشاخ و الذي "يسمح بمقاربة سيرورات التوظيف العقلي، حيث يمكن استعماله بهدف بحثي دون إحداث اضطراب أو تشويش في دينامية العلاقة مع العميل." (Tychey de, 1997, p.40)

تم تصميم الاختبار من طرف هرمان روشاخ (1921) تحت تسمية (Kleks) أي بقع الحبر. وقد استند لوضع الاختبار على المسلمة النظرية القائلة بأن فعل الإدراك يكشف عن ميكانيزمات نفسية للفرد من خلال علاقته بالعالم. و يقوم اختبار الروشاخ على أساس افتراض العلاقة بين الإدراك و الشخصية، حيث يعكس إدراك الفرد لبقع الحبر طبيعة وظائفه النفسية، وذلك من خلال استثارة البقع بغموضها لاستجابات مرتبطة بحاجات الفرد و خبراته السابقة وأساليبه المعتادة للاستجابة للمثيرات المختلفة، ذلك أن البقع ليست موضوعات مقننة اجتماعيا تستوجب استجابات محددة أو مقبولة ثقافيا.

يتكون الروشاخ من عشر بطاقات تحتوي كل منها على بقعة مشابهة لبقعة الحبر المتناظرة الجانبين، تتكون خمسة منها من اللونين الأسود والرمادي على درجات مختلفة من التظليل والتلازم تعرف بالبطاقات اللاّلونية، في حين تتكون الخمس الأخرى من نفس اللونين إضافة إلى ألوان أخرى و ذلك أيضا على درجات مختلفة من التظليل و التلازم و تعرف بالبطاقات اللونية.

فكون اختبار الروشاخ يتجه من الإدراكي إلى الإسقاطي ويعكس الواقع الداخلي للفرد بحيث يأخذ بعين الاعتبار كيفية تسيير القلق و نوعية الميكانيزمات الدفاعية، مدى قوة الأنا أو هشاشتها، التكيف مع الواقع الخارجي. فان كل هذه النقاط تجعل من الاختبار كمساحة لاختبار العمليات الترميزية لدى الفرد. (Vermeylen et al, 2005, p.390). فهو يعتبر أساسي لإظهار إطار العقلنة لأجل فهم نوعية عمل الربط النزوي و الدينامية المشتركة، هذه المعايير التي تعتبر كمرجعية لتقصي ما قبل الوعي، هذا الأخير الذي يتم من خلاله تحديد نوعية الهوامات و فقرها." (Roussel, 2006, p.27)، فاللجوء لاستعمال الروشاخ يسمح بتعميق و إظهار جوانب التوظيف النفسي للفرد كالعقلنة، حيث تستثير التعليمة لدى الفرد قدرات ترابطية كونها "تدفع الفرد تبعا لغزارة فضاءه الخيالي ما قبل الواعي و مرونة دفاعاته على إخراج العناصر المعاشة إلى السطح، و كذا السيناريوهات العلائقية، عواطفه، استثماراته للمواضيع السابقة و الحاضرة، و كذا استحضار بعض الصراعات". (Tychey, 1994, p.20)

و من ناحية أخرى، فإن المرجعية التحليلية تستند إلى كون الروشاخ يعمل على توضيح الميكانيزمات النفسية الداخلية و بين ذاتية. فهو يسمح بملاحظة دينامية التغيرات–إن وجدت– أو على العكس من ذلك؛ جمود و عدم تغير في الحالة النفسية و صعوبة في استثارة الصراع في النزوات الجنسية و العدوانية و صعوبة العقلنة (Bacque, 2008, p.10). و من هنا فان الروشاخ يسمح بلمح و استيضاح التغيرات الحاصلة على مستوى التوظيف النفسي و العقلنة بصفة خاصة بين وضعية و أخرى أو بين حال و حال، و هو ما أكدت عليه دراسة (Gaudriault,

(2007 و دراسة (Tychey, 2010 حول حساسية الروشاخ لإظهار التغيرات أو التعديلات على مستوى التوظيف النفسي بين التطبيق القبلي و البعدي إن وجدت.

و إن نحن فضلنا الاستناد لاختبار الروشاخ في دراستنا، ذلك أنه و بالإضافة إلى ما أقرته المدرسة الباريسية للبسيكوسوماتيك، فإن معظم الدراسات التي أنجزت بواسطة اختبارالروشاخ؛ Diwo (1997)، Tychey (1997, 2010)، Tychey, Diwo et Dollander (2000)، Sultan et Porcelli (2004)، Bacqué (2008)، Smaniatto (2008)، Xardell-Haddab (2009) إلى غيرها من الدراسات في المجال تؤكد على إمكانية تقصي التوظيف العقلي من خلاله، سواء كان ذلك في الوضعية العلاجية أو البحثية مع ضرورة تقصي التغيرات من خلال التغير في نوعية الاستجابات و ليس من خلال التغير الكمي فقط كما أشار إليه (Gaudriault, 2007)

و بالرغم من الانتقادات التي وجهت للروشاخ لتدخل العوامل الذاتية فيها مما يبعدها عن الموضوعية التي يجب أن تتوفر في الاختبارات بالمعنى الدقيق و ضعف صدقها من الناحية الإحصائية إلاّ أن مصداقيته تأكدت مع مرور تكرار استعماله و الاعتراف بدقته كأداة تقييمية، خاصة بعد مقارنته نتائجه بنتائج الاختبارات الموضوعية و المقاييس المعروفة بخصائصها السيكومترية الجيدة. و أكدوا على فعاليته خاصة في المجال الطبي و التناولات النفسجسدية. Sultan Porcelli (2010) و يرى Sultan (2004) بضرورة استعماله كأداة مكملة لباقي أدوات البحث، و انطلاقته في ذلك عدم تلاءم و كفاية المقاييس لتقصي التوظيف النفسي، فهي محدودة لا يمكنها الوصول لمحتويات اللاشعور. و يقرّ بأن الروشاخ معيار جيد يمكن الوثوق به شرط الاعتماد على بروتوكولات محددة بالاستناد لأصحاب الاختصاص. لذا و لأجل المقاربة الشكلية و تقييم برتوكول الروشاخ فقد تم الاعتماد على أحدث الكتب حول الموضوع و التي قام كل من C. Chabert و N.Rausch de traubenberg بمراجعتها، تمثل الكتاب الأول في الدليل الجديد لتقييم أشكال الروشاخ «Nouveau manuel de cotation des formes au Rorschach » للباحثين C.Azoulay , M.Emmanuelli (2012) ، و تمثل الكتاب الثاني في دليل اختبار الروشاخ «Manuel du test de Rorschach : Approche formelle et psychodynamique» لمجموعة من الباحثين Richelle Jacqueline et coll (2010)

1-1- المرجعية المعتمدة لتمرير اختبار الروشاخ لتقصي التوظيف العقلي:

تم الاستناد إلى نظرية التحليل النفسي التي تعد المرجعية الأساسية في الشطر الثاني من الدراسة الحالية و سنعتمد لتمرير اختبار الروشاخ على الطريقة الكلاسيكية التحليلية، إضافة إلى ما اقر به Claude.de Tychey et Joelle Lighezzollo (1983) في المجال السيكوسوماتي. حيث يمكن لهذا النوع من التمرير مقاربة عدة تفرعات للتوظيف العقلي و التي تشكل فرضيات الدراسة الحالية في جانبها السيكوديناميي: نوعية الفضاء الخيالي، القدرة على الإرصان العقلي و ما يندرج عنه من ديناميية عاطفية، الترميز و الربط عاطفة/تمثيلة و فعالية الدفاعات.

و يمر تطبيق اختبار الروشاخ على ثلاث مراحل:

- **المرحلة الأولى:** تمرير البطاقات بالترتيب من الأولى إلى العاشرة مع تسجيل وضع البطاقة، طريقة تقليبها و تسجيل الزمن.

- **المرحلة الثانية:** تسجيل الاستجابات وفق ثلاث أعمدة (المكان، المحددات، المحتوى) ثم القيام بالتحقيق الذي يبدأ بعد الانتهاء من البطاقة العاشرة التي ما تزال في يد المفحوص في ترتيب تنازلي لحد البطاقة الأولى. بغرض التحقق حول مكان الاستجابة، العوامل المحددة للإدراك و معرفة محتوى الاستجابة إضافة لتدوين الاستجابات التي يضيفها العميل أن وجدت في أثناء التحقيق.

-**المرحلة الثالثة:** يطلب من العميل اختيار البطاقتان المفضلتان لديه، البطاقتان المرفوضتان لديه، البطاقتان اللتان يسندهما للأب، البطاقتان التي يسندهما للأم، البطاقتان التي يسندهما لنفسه. و في كل الحالات لماذا؟

1-2- المرجعية المعتمدة لاستخراج مؤشرات اختبار الروشاخ لتقصي التوظيف العقلي:

لأجل التناول بالتحليل للنقاط المذكورة أعلاه (نوعية الفضاء الخيالي، القدرة على الإرصان العقلي و ما يندرج عنه من دينامية نزوية، الترميز و الربط بين العواطف و التمثيلات و فعالية الدفاعات) من خلال ما تمّ جمعه في بروتوكول الروشاخ فإننا سنستند إلى عدة مؤشرات و التي تعتبر حسب العديد من المحللين: Tychey, Rebourg,Vivot (1992)، Diwo (1997) ، Lighezzollo et de Tychey(2004)، Tychey (2010) ... مكملة لبعضها البعض حيث سنعتمد على:

- المؤشرات التي أعدّها de Tychey و زملائه مند 1983 بالنسبة لاختبار الروشاخ في المجال السيكوسوماتي.
- بالاستناد لأعمال Rausch de Traubenberg et Coll (1990); (1991) في تطبيق الروشاخ.
- أما بخصوص الوظيفة الرمزية فإن مرجعيتنا في ذلك؛ مؤشرات الإرصان الرمزي Indice (IES) d'Elaboration Symbolique التي قام CASSIERS (1968) بتطويرها و راجعها بعد ذلك de Tychey Et Coll (1992) و قام الباحث بإضافة معيارين جديدين.

1-3- مؤشرات التوظيف العقلي في ضوء اختبار الروشاخ:

بإتباع أعمال Bergeret (1974) و de Tychey & al (1991) فان مقاربة النشاط العقلي إنما يتم من خلال ثلاث أبعاد: الفضاء الخيالي، العقلنة، فعالية الدفاعات.

و قد سمحت العديد من الأعمال كما أشرنا إليه سابقا Chabert (1983, 1988)، Rausch de Traubenberg et coll (1990) ;(1993)، و لكن خاصة أعمال de Tychey, Rebourg et Tychey, Vivot (1992), de Diwo et Dollander (2000) حول أجرأة مفاهيم العقلنة و الفضاء الخيالي من خلال اختبار الروشاخ باستخراج عدد من المؤشرات لتقييم التوظيف العقلي. و فيما يلي توضيح لهذه المؤشرات حسب كل بعد من أبعاد التوظيف العقلي.

1-3-1- الفضاء الخيالي: (الملحق رقم 10)

تم استخراج عدد من المؤشرات الدالة على فقر الفضاء الخيالي التي أشار إليها de Tychey et coll (1992, 2000) و تتمثل في :

- انخفاض في الإنتاجية العامة على الاختبار **(ج** منخفض)
- نقص الاستجابات المنتمية للقطب الحركي، أي تلك التي تدمج الحركة
- زيادة الاستجابات الشائعة **(شا)** و الشكلية **(ش+%)**
- رد فعل مبالغ فيه للون و الذي يشهد عليه من خلال صدمة اللون و صدمة اللون الأحمر.

- ارتفاع الاستجابات التشريحية.

و أضافت Rausch de Traubenberg et coll (1990) ;(1993)، مؤشرات أخرى مكملة تتمثل في:

- ارتفاع الاستجابات الحيوانية حيو%
- تعقلن مفرط مقابل البطاقة (المرجعية المتكررة للتناظر، محتويات ذات شكل تجريدي).
- غياب الحساسية لرموز البطاقات (أي عدم القدرة على استيعاب المحتوى الكامن للبطاقات).

و يقترح de Tychey et coll (1992, 2000) مؤشرين إضافيين:

- الانسحاق بالواقع (نوع من التعبير المتضمن لدلالات الانتقاد للمواضيع، مرجعية شخصية)
- خيالي زائف أو الشبه خيالي (انزلاق إدراكي- إسقاطي)

و كحوصلة و على غرار ما ذهبت إليه Diwo (1997, pp:131,132) فإنه يتم الاستناد لخمس مؤشرات لتقييم الفضاء الخيالي و عليه :

● **ج (R):** كلما كان العدد الإجمالي على الاختبار مرتفع، كلما كان الفضاء الخيالي ثريا، و العكس بالعكس فكلما كان عدد الإجابات منخفضا كلما كان الفضاء الخيالي فقيرا.

● **T.R.I:** نمط الخبرة (Type de résonance intime) هي الصيغة التي تقيم العلاقة بين مجموع الإجابات التي تشير للحركات البشرية (حربشر) و مجموع ترجيح الإجابات التي تشير للون (ل، ل ش، ش ل، لَ، لَ ش، ش لَ) . فهذا النمط للصدى الحميمي يمكن أن يكون من النمط المضيق (0/0)، يميل نحو التضيق (1/1، 0/1 أو 0/1)، انطوائي (عندما تهيمن الحركة) و تكون خالصة أو متمددة حسب مجموع الإجابات اللونية إن كانت =0 أو > 0 ، انبساطي (عند هيمنة اللون) و تكون خالصة أو متمددة حسب مجموع حر بشر الذي =0 أو >0.

و عليه فكلما كان نمط الخبرة (T.R.I) متمددا، كلما كان الفضاء الخيالي ثريا، و كلما كان نمط الخبرة يميل نحو التضيق أو يكون مضيقا كلما كان هذا الفضاء الخيالي فقيرا و كانت هناك صلابة في التوظيف العقلي و الدفاعات...

و بأكثر دقة تحدد Diwo(1997) مؤشرات ثراء الفضاء الخيالي في: T.R.I انطوائي أو انبساطي المتمدد صراحة، بمعنى أين يكون إحدى القطبين (قطب اللون للانطوائي و قطب الحركة للانبساطي) اكبر من 1، و العكس، كمؤشر لفضاء خيالي فقير، فإن T.R.I يكون من النمط المضيق أو يميل نحو التضيق، أو متمدد على نحو ضعيف، بمعنى أين يكون إحدى القطبين (اللون للانطوائي و الحركة للانبساطي) أقل من 1.

● **حر بشر+حرحيو (K +k)**: مجموع الإجابات الدالة على القطب الحركي، بمعنى إلى الحركة (حربشر، حر ج، حرحيو، حرشيء) فكلما كان عدد هذه الإجابات مرتفعة، كلما كان الفضاء الخيالي ثريا، و على العكس، فكلما كان هذا العدد ضعيفا كلما كان هذا الفضاء فقيرا.

● **ش% (F%)**: نسبة الإجابات المشيرة للشكل مهما كانت نوعيته (محددات الشكل ش+ أو ش-). كلما كانت هذه النسبة مرتفعة، كلما كان الفضاء الخيالي فقيرا، كونها تحتل مكانة اللون و الحركة التي تعكس ثراء الفضاء الخيالي، فغلبة الشكل و الذي يمكنه إضافة إلى ذلك أن لا يكون من نوعية جيدة يشير للتشبث بالواقع الموضوعي و ضيق في الفضاء الخيالي...

● **حيو% (A%)**: نسبة الإجابات الحيوانية، هنا أيضا كلما كانت هذه النسبة مرتفعة، كلما كان الفضاء الخيالي فقيرا...

◆ سنقوم بتسجيل نتائج أفراد المجموعتين التجريبية و الضابطة حول هذه المؤشرات. وبحسب عدد المؤشرات الموافقة للمعطيات المعيارية نستنتج غنى أو فقر الفضاء الخيالي لأفراد العينة من المجموعتين. ثم نقوم بمقارنة الفضاء الخيالي بين تطبيق قبلي و بعدي للمجموعة التجريبية و الضابطة كل على حدا، ثم مقارنة المجموعتين لملاحظة إن كان هناك أي تغيرات في الفضاء الخيالي عند المجموعتين بعد إدخال المتغير التجريبي.

1-3-2- العقلنة:

تم استخراج الأبعاد المشكلة للعقلنة بالاعتماد على التعاريف المقدمة حول المفهوم، و قد ركز kaes (1981)، Jeammet et Birot (1994)، Marty(1990)، Debray (1990, 1991b)، Bergeret (1992) في تعريفهم على التعبير النزوي و أيضا على بعد الإرصان الرمزي للنزوات العدوانية والجنسية كمظهر أساسي للعقلنة، كما أشاروا إلى نشاط الربط بين العاطفة و التمثيلة كبعد أساسي في العقلنة. و على هذا الأساس سعى de Tychey et coll (1992) و Diwo (1979) لتحديد المؤشرات الخاصة بالعقلنة و المتمثلة في التعبير النزوي، الترميز الجنسي و العدواني، الارتباط بين العواطف و التمثيلات. حيث يتم تقييم هذه الأبعاد وفقا لعدة محاور. و لمقاربة نوعية العقلنة، سنستند للعناصر المشكلة من الروشاخ:

1- التعبير النزوي: تعرف N.Rausch de Traubenberg et al, (1990) التعبير النزوي كـ "إسقاط النزوات الليبدية وكذا العدوانية،[...] المرتبطة أو غير المرتبطة، إن كانت تحت سيطرة السيرورات الأولية أو مسيرة بالعمليات الثانوية". و بالاستناد لأعمال الباحثة كمرجعية، فإنه يتم مقاربة هذا التعبير بفضل شبكتين (شبكة الدينامية العاطفية التي يندرج تحتها محورين) قامت الباحثة بتطويرهما.

أ)- شبكة الدينامية العاطفية: محور التعبير النزوي **GDA:Aep**
Grille de la Dynamique Affective: Axe de l'expression pulsionnelle
ب)- شبكة الدينامية العاطفية: محور التعبير عن العدوانية**GDA:Aa**
Grille de la Dynamique Affective: Axe de l'agressivité

أ) - محور التعبير النزوي (الملحق رقم 11-1)

في هذه الشبكة، نميز بين سجلين: التعبير النزوي الموضوعي، التعبير النزوي اللاموضوعي.

☆- التعبير النزوي الموضوعي:

و تختص بمحتويات في حالة حركة، كلية أو جزئية (بشر، حيو، بشرح، حيوج) و التعبير النزوي الموضوعي يمكنه أن يكون **صريحا أو حياديا**.

* ففي حالة **التعبير النزوي الصريح**، يمكن تمييز ثلاث حالات:

•الحركة النزوية تسند لشخص واحد، و تتظاهر في **استجابة دينامية** تشتمل على فعل حركي (ضحك، جري، النظر،...) وهذه الاجابة يتم تقديرها بـ **1**

•الحركة تسند **لعدة أفراد دون أن تكون تفاعلات بينهم**.(دبين صاعدين...) هذه الإجابة يتم تقديرها بـ **2**

•**عدة أفراد يدخلون في علاقة** (يتبادلون، يلعبون مع بعض، يتعاونون...) هذه الإجابة تقدر بـ **3**

* و بالعكس، فإن الحركة النزوية تعتبر "**حيادية**" في حالتين:

•**غياب الحركة**، وضعية (حيوانات مسحوقة؛ مقتولة، خفاش بالظهر، إنسان نائم أو مستلقي...)

•عندما يكون التعبير النزوي في كل هذه الكيفيات لديها كدعامة تمثيلة جزئية. (فم مفتوح، ذراعين متأرجحتين، عينان تنظران، رجلان متباعدتان، فراشة فاتحة جناحيها ...)

☆–**التعبير النزوي اللاموضوعي:** و تشمل المحتويات الجامدة (مادة، شيء، لباس،...)

• في حالة **التعبير النزوي الصريح**، فإن العناصر الجامدة تدخل في الفعل دون ضرورة اللجوء للدخول في حركة (قطرات دم سائلة، ثلج ذائب، بقع حبر مبعثرة أو مرشوشة، بركان ثائر...)

• **التعبير النزوي الحيادي** يتضح من خلال محتويات تمثل العناصر الطبيعية أو المصنعة الحاملة لدينامية ضمنية ولكن ليست في نشاط (صاروخ، بركان...)

ب)– محور التعبير على العدوانية (الملحق رقم 11-2)

بالرغم من إدراج هذا المحور في الخانة السابقة فقد تمّ عزلها من أجل ملاحظة إن تمت تصفية التعبيرات النزوية من العدوانية أم لا. و نميز ثلاث سجلات: العدوانية الموضوعية، العدوانية اللاموضوعية، العدوانية الكامنة.

☆– **العدوانية الموضوعية:**

و تشير للتعبير عن العدائية أو التدمير المعبر عنها من خلال التمثيلات في حالة الحركة، كلية أو جزئية سواء حدث تفاعل أم لم يحدث.

تعتبر "**نشطة**" إن كان المحتوى يشمل على فعل حركي (شخصان يتصارعان، وحش مخيف،...)

أو "**سلبية**" عند التعرض أو وقوع الفعل عدائي (حيوان مشرح، مذبوح، شخص مقطوع الرأس....)

☆– **العدوانية اللاموضوعية:**

يعبر عن العدوانية من خلال المحتويات الممثلة لقوى التدمير أو الظواهر الطبيعية.

و يقال عنها "**نشطة**" عندما تكون النهاية الحتمية للفعل هدامة أو محطمة (العاب نارية، بركان ثائر...)

و "**سلبية**" عندما تكون التمثيلة كنتيجة لفعل عدواني على محتوى جامد (دم مكلكل، بقع حبر مبعثرة...)

☆– **العدوانية الكامنة:**

و تتضمن كل الاستجابات ذات الرمزية الفمية، الشرجية، التناسلية، القضيبية، العدوانية أين لا تسمح ميكانيزمات العزل بالتعبير الصريح، كما أن تقييم السلبية و النشاط يستحيل تحديدها. (دم، رأس تنين، ساحرة، مشعوذة، نمر، عقرب، قط بمخالب، اسنان بارزة...)

◆ و على غرار مجاميع هذه التقديرات، نقوم بحساب الدرجات المتحصل عليها من طرف أفراد العينتين و المرتبطة بالتعبير النزوي الموضوعي و اللاموضوعي، الصريح و الحيادي، و تعبير العدوانية الموضوعية و اللاموضوعية النشطة، السلبية و الكامنة.

نقوم بمقارنة الدرجات المتحصل عليها في المحورين بين قياس قبلي و بعدي لأفراد العينة التجريبية وكذلك بالنسبة للعينة الضابطة كل على حدا. كما سنقوم بحساب نسبة كل فئة من هذه الفئات بالنظر إلى مجموع الاستجابات لأجل ضبط أفضل لما تمّ التوصل إليه.

2– الترمـيز:

بالاستناد لأعمال Cassiers (1968) كمرجعية حول هذا المحور، سندرس نجاح أو عدم نجاح الترميز للنزوات الجنسية: القضيبية و الأنثوية (الملحق رقم 11–3) و العدوانية (الملحق رقم 11–4). و لأجل مقاربة مستوى و نوعية الترميز، وضع الباحث عاملين من خلالهما نتوصل إلى تحديد ذلك، و يتمثل في:

أ) <u>المسافة الفاصلة بالمقارنة مع النزوة التي شكلت هذه التمثيلة.</u>

في البطاقة II (Ddi) مثلا، فيما يخص الترميز للأنوثة، فإن المسافة بين التمثيلة و النزوة تكون أكثر اتساعا في الاستجابة "قارورة عطر" منه في المحتوى "رحم" أين تظهر النزوة في حالتها «الخام». أو كأن يقول عضو ذكري في الجانب العلوي للبطاقة VI مثلا و التي تعتبر عن النزوة الجنسية بطريقة فضة، في حين يشير القول بدلا عن ذلك عصا أو صاروخ، قيتارة عن عمل إرصان رمزي جيد.

– و الشيء ذاته بالنسبة للجانب العدواني، ففي البطاقة VIII مثلا تمتد من امرأة إلى امرأتان تتصارعان، أو كلبان ينبحان إلى أسد.(De Tychey, 1991, p.101)

ب) <u>التعيين المحدد للنزوة: (الملحق رقم 5)</u>

في المثال السابق "قارورة عطر"، لا تظهر المسافة الفاصلة بالنسبة للنزوة الجنسية فحسب و لكن بالإضافة إلى ذلك، فإن الموضوع الذي تمّ تمثيله ذو قيمة في المجتمع. و تبعا لهذه المعايير، فإن Cassiers (1968) يميز أربع مستويات من الترميز النزوي (E-D-C-B) و التي يمنح لها ترتيبا تنازليا من الترميز، بحيث: **B و C** توافقان أعلى مستوى للترميز، أما **D و E** فتشيران للترميزات الأكثر ضعفا و للاستجابات الفضة القريبة من التعبير النزوي الخام.

- كل استجابة من الصنف B تقيم بـ **(2+)** مثلا: أسد — B = مجموع الإجابات B x 2
- كل استجابة من الصنف C تقيم بـ **(1+)** مثلا: ذئب يعوي — C = مجموع الإجابات C x 1
- كل استجابة من الصنف D تقيم بـ **(1-)** مثلا: هيكل عظمي — D = مجموع الإجابات D x (-1)
- كل استجابة من الصنف E تقيم بـ **(2-)** مثلا: جسد مسحوق — E= مجموع الإجابات E x (-2)
- أما بالنسبة للإجابات من المستوى **(A)** المرتبطة بالواقع المحسوس(خفاش، فراشة، جلد حيوان...) فهي حيادية على مستوى الترميز و لا يتم تناولها بعين الاعتبار لتقييم هذا المؤشر.

و على غرار هذه التقييمات، يمكن تحديد نوعية الترميز من خلال حساب **مؤشر الإرصان الرمزي(IES)** للنزوات الجنسية و العدوانية : و الذي يساوي مجموع (B+C+D+E) / العدد الإجمالي للترميزات

$$\textbf{(IES)}\ \text{Indice d'Elaboration Symbolique} = \frac{\Sigma(B+C+D+E)}{T=\text{Nombre total des symbolisation}}$$

و يمكن اعتبار الترميز ناجحا عندما يكون المؤشر **IES > من 0.5**

من ناحية أخرى، يرى De Tychey et al (2000) بضرورة الآخذ بعين الاعتبار مؤشرين إضافيين لأجل تحديد مستوى الترميز:

ج) <u>المحتوى الكامن، و القطعة المدركة في البطاقة التي تبنى عليها التمثيلة.</u>

فالترميز الأنثوي المدرك في تفصيل قضيبي لا يمكن تقديره كترميز ناجح بسبب انعكاس الموضوع الجنسي. فالاستجابات من هذا النوع إذا لا تأخذ بعين الاعتبار لحساب IES.

د) <u>النوعية الصريحة للإجابة</u>

الترميز من المستوى B أو C المقدرة بـ (ش-) لا تعتبر ناجحة و لا يتم إدراجها في حساب IES.

من ناحية أخرى، يرى الباحث بضرورة منح انتباه خاص لمستوى الترميز لنزوات البطاقات التالية:

•البطاقتين **IV** و **VI** المشبعة بالتفاصيل القضيبية: هل يتمكن العميل من إدماج هذه التفاصيل في ترميز قضيبي ثانوي (secondarisé) أم لا.

• البطاقتين **VII**و**IX** ، تركيبتهما المجوفة تبعث إلى الترميز الأنثوي.

• البطاقتين **II** و**III**، وجود اللون الأحمر يبعث إلى معالجة النزوات العدوانية.

و قد يذهب العميل إلى أبعد من الترميز، و يظهر ثلاث مواقف لمواجهة إعادة التنشيط هذا:

° **معالجة واقعية و ملموسة للأحمر (Traitement factuel)** دون إرصان للنزوة العدوانية.

° **تجنب الأحمر** (قمع النزوات العدوانية، خاصة إن كانت غير مرصنة من خلال التمثيلات الأخرى في البروتوكول).

° **ذهول تام أمام الأحمر** (صدمة اللون الأحمر).

و حسب De Tychey et al (2000)، فإن الفئة E و التي تشتمل كل الإجابات الفضة (الجنسية و/أو العدوانية) لا تعني الفشل التام، فعلى كل، فإن العميل في هذه الوضعية قد أنتج تمثيلة. في المقابل، فإن «الإخفاق الحقيقي » Le véritable ratage يتحدد عند مستوى استحالة إنتاج التمثيلة أصلا.

◆ سنقوم إذا بحساب كل من المحتويات التي تنتمي للحركات النزوية الجنسية و العدوانية لأجل تحديد مستوى (E,D,C,B) الترميزي. وسنعتمد في ذلك على قائمة Cassiers (1968)، و المُكمَلة بأعمال R.Diwo (1997) التي قامت بترتيب مختلف أمثلة الترميز حسب المستويات المذكورة. و هكذا، سنحصل إذا على مؤشرين للإرصان الرمزي **(IES)**، و سنقوم بمقارنة **(IES)** الجنسي و العدواني في المجموعتين التجريبية و الضابطة كل على حدا بين قياس قبلي و بعدي.

3- ربط عاطفة/ تمثيلة: (الملحق رقم 11-5)

إن عمل الربط بين العواطف و التمثيلات حسب de Tychey& al (2000) يعبر عنها " بقدرة الفرد للجوء إلى السيرورات الثانوية لأجل تحقيق تسوية بين الواقع الداخلي المشكل بالعاطفة و الواقع الخارجي." و في الروشاخ، يعتبر المظهر اللوني للبطاقات مؤشر قوي عن العاطفة (فق، ض، لَ، ل). و حسب De Tychey و زملائه، فإن الطريقة التي يتم بها إسقاط العواطف تكشف عن نوعية عمل الربط. وفي هذا نميز أربع حالات:

• **غياب العواطف المرتبطة بالتمثيلة:** و نجد فيها (ش، حربشر، حرحيو...) لوحدها.

• **إسقاط العاطفة بطريقة فظة:** لَ خالص، ل خالص، ض خالص، فق خالص.

• **تبدأ العواطف بالإرصان** عندما يكون اللون مرتبط بمحدد شكلي (ل ش، لَ حربشر، فق ش،...)

• و أخيرا، يعتبر **عمل الربط ناجحا** عندما لا تسيطر شحنة العواطف، و لكن تكون مضبوطة بمحدد شكلي أو لوني متطابقة مع الإطار الإدراكي الصحيح (ش ل، ش لَ، ش ض، ش فق، حريشر ل،...)

◆ سنقوم بحساب عدد التمثيلات البسيطة، التعبيرات الخالية من العواطف، الربط الناقص و الربط الناجح. و لمقروئية أفضل، نقارب هذه المعطيات إلى العدد الإجمالي للاستجابات (النسبة). و لأجل تقدير نوعية الربط بين العاطفة و التمثيلات لدى أفراد العينة من المجموعتين، نقوم بمقارنة عدد الربط الناجح (ش ل، ش لَ، ش ض، ش فق، حر بشر ل، حرحيو لَ...) بين قياس قبلي و بعدي.

◆ سنقوم بتسجيل نتائج أفراد المجموعتين التجريبية و الضابطة حول هذه الأبعاد الثلاث، و على أساسها نستنتج نوعية العقلنة لأفراد العينة من المجموعتين. وحول هذه الأبعاد الثلاث، نقوم بمقارنة نوعية العقلنة بين قياس قبلي و بعدي لأفراد العينة التجريبية وكذلك بالنسبة للعينة الضابطة كل على حدا، لملاحظة إن حصل إنعاش لها و تحسن في نوعيتها عند المجموعة التجريبية بعد إدخال المتغير التجريبي.

1-3-3- فعالية الدفاعات: (الملحق رقم 12)

لمقاربة الطابع التكيفي في مقابل الطابع الدفاعي للآليات الدفاعية، سنستند لأعمال de Tychey (1982) من خلال مؤشرات الروشاخ. و حسب الباحث يمكن مقاربة هذا البعد من خلال 5 عناصر:

1. **موضوع الاستجابات:** حيث تعكس فجاجة المحتويات المسقطة بروز السيرورات الأولية. فإن الدرجات الضعيفة لمؤشر IES النزوات الجنسية و العدوانية يعكس فشل العمليات الثانوية.
2. **شكل التعبير اللفظي:** يمكن للاحتياط اللفظي أن يضعف نجاح الكبت.
3. **التكيف مع الواقع الخارجي:** نوعية الإطار الشكلي المحقق بفضل ش+% البسيط و الموسع يدل على مؤشر جيد لقدرة الشخص على اخذ الواقع الخارجي بعين الاعتبار.

و بالنظر لنوعية الإطار الشكلي و الموضوع، فان فعالية العمليات الدفاعية تتموقع حسب سلسلة من التعبيرات التي يمكنها أن تمتد من تعبير التمثيلات الثانوية ذات الإطار الشكلي الجيد، إلى إسقاط التمثيلات الفضة ذات الإطار الشكلي السيئ و هو ما يوضح الإخفاق التام للعمليات الدفاعية.

4. **فعالية الدفاعات على المستوى الدينامي:** دراسة دينامية البطاقة و الدينامية بين البطاقات تسمح بإظهار قدرة الأنا على العمل من جديد بنمط السيرورات الثانوية بعد صدمة أو تنشيط للصراع...
5. **تقييم النبرة الانفعالية:** من الضروري الانتباه للعواطف التي يعبر عنها الشخص نحو التمثيلات التي يقوم بإسقاطها (الفُكاهة، التعجب، عبارات الانزعاج...)

★- فهذه العناصر الخمس هو ما يسمح باستنتاج فعالية العمليات الدفاعية المستعملة. سنقوم بتسجيل نتائج أفراد المجموعتين حول هذا البعد. و على أساسها نستنتج فعالية الدفاعات لديهم. ثم نقوم بمقارنة فعالية الدفاعات بين قياس قبلي و بعدي لأفراد العينة في المجموعتين؛ التجريبية و الضابطة كل على حدا للبحث إن ظهر تحسن في فعالية الدفاعات في المجموعة التجريبية بعد دخول المتغير التجريبي

5- خطوات إجراء الدراسة:

– بعد استلام نسخ لعبة الفيديو Re-Mission من منظمة HopeLab تم الاتصال بالجهات المعنية قصد الحصول على الموافقة لإجراء الدراسة.

– تم تقديم موضوع الدراسة و عرضه مع عرض لعبة الفيديو Re-Mission على أطباء و أطباء مقيمين و عاملين بمصلحة طب الأطفال/ وحدة الأنكولوجيا بالمركز الاستشفائي سعادنة عبد النور أم/ طفل بولاية سطيف بطلب من رئيس القسم البروفيسور بيوض و تحت إشراف البروفيسور لخضاري. كما تمّ تقديم الدراسة و عرضها أيضا بمصلحة أمراض الدم على مستوى المستشفى الجامعي سعادنة عبد النور و ذلك تحت إشراف البروفيسور حامدي و البروفيسور حمودة. و نفس الشرح قدم للمسؤولين في باقي مصالح و وحدات أمراض السرطان.

– قمنا بترجمة نصوص و محتويات القرص المدمج للعبة ليقوم مختص في مجال تقنيات الإعلام الآلي ببعض التعديلات للتمكن من إعادة تسجيل الصوت، دوبلاج و مكساج باللغة العربية حتى يتمكن المراهقين من فهم اللعبة كونها ناطقة باللغة الإنجليزية ما قد يشكل عائقا للمراهق في فهم رسائل اللعبة، إذ ركزنا على الدروس و التعليمات المقدمة في بداية اللعبة حول كيفية اللعب و بعض الحيل حول اللعبة و ما تسعى لإبلاغه للمراهق المصاب بالسرطان و مخاطبته عما عليه القيام به، إضافة إلى تعليمهم بعض مهارات اللعب. كما قمنا بترجمة كتيب التعليمات المرفق مع اللعبة. (ملحق رقم 25)

– بعد ترجمة مقياس الشعور بالفعالية الذاتية SEP ومقياسي جودة الحياة PedsQL $_{C.M}$ و لأجل التحقق من الشروط السيكومترية للمقاييس المستعملة في الدراسة، تم تمرير المقاييس خصيصا على مرضى السرطان كما أكد عليه (Varni James & al, 2002) لأجل حساب خصائصها السيكومترية.

– بعد التأكد من صدق وثبات المقاييس من جهة و أخذ موافقة بعض الأطباء المسؤولين لإجراء الدراسة كل على مستواه في بعض المصالح و الوحدات من جهة أخرى ، تم على إثر ذلك تحديد المصالح التي يمكن إجراء الدراسة فيها.

– أخذ موافقة الأهل لمشاركة أبنائهم في الدراسة وذلك بعد تزويدهم بمعلومات حول اللعبة و تقديم شروحات تخصّ مشروع الدراسة.

– قمنا بمقابلة أفراد العينة التي تم اعتمادها في الدراسة و التعرف عليهم، ثم تمرير أدوات الدراسة عليهم في تطبيق قبلي بإتباع برتوكول خاص، تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين، ثم توزيع لعبة الفيديو Re-Mission على أفراد العينة التجريبية كما قمنا بتوزيع لعبة الفيديو Indiana Jones، على أفراد العينة الضابطة.

– و بمساعدة المختصين النفسانيين اللذين كانوا في علاقة مستمرة مع المراهقين أثناء تواجدهم بالمستشفى، حرصنا على إتمام أفراد العينة اللعبة إلى آخرها و بلوغ جميع مستويات اللعبة، كما تمت الاستعانة بهم لأجل تمرير المقاييس.

– بعد مرور ستة أشهر، قمنا بإعادة تمرير أدوات الدراسة في تطبيق بعدي بإتباع نفس برتوكول التطبيق القبلي كما هو موضح فيما يأتي.

6- بروتوكول الدراسة:

هدف البروتوكول المتبع في الدراسة الحالية للبحث عن وجود أي تغير قد يحدثه المتغير المستقل و المتمثل في لعبة الفيديو Re-mission بين تطبيق قبلي و بعدي لدى أفراد العينة حول شعوره بفعاليته الذاتية و تحسن جودة حياته، هذا من جهة. ومن جهة أخرى تقصي إنعاش التوظيف العقلي الذي يظهر من خلال تحسن الفضاء الخيالي، و الربط بين التمثيلات و العواطف، نوعية التفريغ النزوي العدواني و الجنسي أو التحسن في القدرة على العقلنة

بصفة عامة و استعمال الدفاعات بطريقة فعالة في تطبيق بعدي. حيث هدف التمرير المتسلسل لبروتوكول البحث للتعرف على دينامية خاصة، حاولنا تقصيها بتجنب مواقف عدم الثبات الجسدي و النفسي للعميل و المرتبطة بطبيعة مرضه. حيث تم تطبيق أدوات البحث و تكيفها حسب حالة المريض النفسية، الصحية و الجسدية. و لأجل تجنب إتعاب المريض أو إصابته بالملل بسبب تعدد الأدوات فقد تم تمرير بروتوكول البحث على ثلاثة مراحل:

1) قمنا في وقت أول بإجراء مقابلة مختصرة بدأت بقسم استهلالي بتقديم الباحثة لموضوع البحث و تقديم بعض الشروح، هدفنا من خلال ذلك خلق علاقة بين الباحث و المراهق، ثم تم تمرير مقاييس SEP و PedsQl $_{C.M}$.

2) في وقت ثان و غالبا ما كان ذلك في اليوم الموالي، و بهدف الحصول على دينامية خاصة تتصح بها Legros-Roussel (2006) والحصول على استجابات جيّدة تمر من الاستثارة اللفظية إلى الاستثارة السيكودينامية. و لأجل تعميق العلاقة مع العميل و كسب ثقته قبل مواجهته بالمظهر المبهم للروشاخ قمنا بالسؤال عن البيانات الشخصية. للمراهق حول سنه، مستواه الدراسي، مدة تواجده بالمستشفى.....الخ

3) و في وقت ثالث تطبيق اختبار الروشاخ، ثم إعادة الاستثارة اللفظية بوضع العميل في وضعية إعادة الإنتاج اللفظي في أثناء مقابلة تمرير الروشاخ الذي استتبع بطرح أسئلة مغلقة و محددة سعينا من خلالها استكشاف طبيعة الفضاء الخيالي و التي لا يمكن لاختبار الروشاخ الإجابة عنها تمثلت في (03) أسئلة حول النشاط الحلمي المراهق؟ هل يتهوم أم لا؟ و إن كان لديه إسقاطات في المستقبل؟ للبحث إن حدث تطور و تحسن في هذه المؤشرات بعد دخول المتغير التجريبي. و تعمدنا أن تطرح هذه الأسئلة في آخر البروتوكول حتى لا تستثير خصوصية الأسئلة بعض الإيحاءات و التي قد تؤثر على إجابات اختبار الروشاخ و التي قد يرى فيها العميل نفسه ملزما بالاستجابة على غرارها.

☑ **و عليه فإن تمرير مجمل هذه الاختبارات هو ما يسمح بالحصول على رؤية شاملة للتعديلات الحاصلة إن وجدت؛ سواء كان ذلك على المستوى الخارجي (الفعالية الذاتية و جودة الحياة) أو على المستوى الداخلي (التوظيف العقلي) لأفراد عينة البحث. كما أن البروتوكول المذكور من تمرير الاختبارات و طريقة تحليلها هو ما يسمح بقبول أو على العكس رفض الفرضيات المطروحة في الدراسة الحالية.**

الفصل السابع
عرض و مناقشة
نتائج الدراسة

<u>أولا :عرض و مناقشة نتائج فرضيات التسيير الذاتي للمرض:</u>

لاختبار صحة الفرضيات حول التسيير الذاتي للمرض اعتمدنا في تحليل النتائج على البرنامج الإحصائي (SPSS. Ver 12) باستخدام اختبار" ت" T لعينتين مستقلتين.

1- عرض و مناقشة نتائج الفرضية ف أ.1:

تذكير بالفرضية ف أ.1: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي نتائج القياس البعدي في المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في الفعالية الذاتية لدى المراهق المصاب بالسرطان.

الفرض البديل: $H1 : \mu1 - \mu2 \neq 0$

الفرض الصفري: $H0: \mu1 - \mu2 = 0$

1-1- عرض نتائج الفرضية ف أ.1:

وفقا لما جاء في المقاييس القبلية كما هو موضح في الجدول (04، ص. 214)، خلصنا إلى وجود انخفاض في الشعور بالفعالية الذاتية لدى مرضى السرطان من المجموعتين التجريبية و الضابطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي على النتائج العامة للمقياس قيمة 86.90 بالنسبة للمجموعة الضابطة و 88.50 بالنسبة للمجموعة التجريبية. ما يشير لكونها بعيدة بدرجة كبيرة عن المحك الذي تم تحديده و المقدر بـ (189 درجة) و أقل من المتوسط (94.5).

و بعد التجربة و تناول المجموعة التجريبية للعبة الفيديو Re-Mission جاءت نتائج الاختبار البعدي على مقياس الشعور بالفعالية الذاتية كما هو موضح في الجدول أدناه

جدول رقم (16): نتائج اختبار "ت" للفروق بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على الاختبار البعدي للشعور بالفعالية الذاتية.

المجموعة	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق في المتوسط الحسابي	درجة الحرية	قيمة "T"	الدلالة الإحصائية
الضابطة	31	94.54	11.98	56.60	61	*21.19	0.000
التجريبية	32	151.15	9.05				

*قيمة T دالة عند 0.05 ، 0.01، 0.000

يتضح من اختبار "ت" للمقارنة بين المتوسطين الحسابيين للمجموعتين الضابطة و التجريبية وجود فرق دال إحصائيا بين المتوسطين الحسابيين لصالح أفراد المجموعة التجريبية، حيث قدرت قيمة "ت" (21.19) بدرجات حرية (61) وبذلك نرفض الفرض الصفري لأن قيمة الدلالة المحسوبة (0.000) أقل من (0.05) و (0.01)، وهو ما أشارت إليه قيمة المتوسطين الحسابيين، حيث أن المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية (151.15) أكبر من المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (94.58). ما يشير إلى أن المجموعة التجريبية استفادت من المعالجة التي تلقتها، ما يدل على وجود دور ايجابي للعبة الفيديو Re-Mission في الشعور بالفعالية الذاتية لدى المراهقين المصابين بالسرطان من أفراد العينة التجريبة.

كما يتضح من اختبار "ت" للمقارنة بين المتوسطين الحسابيين للمجموعتين الضابطة و التجريبية على أبعاد مقياس SEP (تسيير المرض، الاتصال، العلاج) كما هو موضح في الملحق (رقم 14 ، ص.349) وجود فرق دال إحصائيا بين المتوسطين الحسابيين لصالح المجموعة التجريبية، حيث قدرت قيمة "ت" على الأبعاد الثلاث على التوالي بـ (14.24) بدرجات حرية (48.59)، بـ (14.20) بدرجات حرية (61) و بـ (15.21) بدرجات حرية (61). و منه فإن الشعور بالفعالية الذاتية لدى المراهقين المصابين بالسرطان من أفراد العينة التجريبية قد مسّ كل أبعاد الفعالية الذاتية.

و على الرغم من التحسن الطفيف في شعور أفراد العينة الضابطة بفعاليتهم الذاتية حسب ما أسفرت عليه نتائج المتوسطات الحسابية في القياس البعدي على مقياس SEP إلا أنها ما تزال بعيدة عن المحك المحدد. ما يشير

إلى عدم استفادة المجموعة الضابطة من لعبة الفيديو Indiana Jones، التي تلقتها بخصوص الشعور بالفعالية الذاتية.

1-2- مناقشة نتائج الفرضية ف أ.1:

تشير نتائج القياس القبلي على مقياس SEP حول قيم المتوسطات الحسابية لأفراد العينة من المجموعتين الضابطة و التجريبية إلى أن أفراد العينة من المجموعتين يجدون صعوبة في القيام ببعض المهام أو النشاطات المتعلقة بمرض السرطان لديهم من خلال صعوبة تسيير الأعراض الخاصة بالمرض و الصعوبات المرتبطة بالعلاج من ألم و غثيان، حالة الحصر، الالتهاب... و الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي بصفة عامة، و بالتالي القيام ببعض السلوكات غير الصحية كعدم تجنب كلّ ما من شأنه أن يأزم من حالتهم المرضية كعدم إتباع قواعد النظافة الصحية و تجنب الإمساك و رفض الأكل أو الأكل بكميات قليلة ... كما أسفرت النتائج عن نقص الحوار و الاتصال مع الطبيب و الطاقم الطبي و طلب النصح منهم و كذا رفض مناقشة أمور تخص المرض و أحاسيسهم نحوه مع أولياءهم و الأصدقاء.

و للإجابة عن السؤال الأول للدراسة بخصوص التسيير الذاتي للمرض، فقد دعمت نتائج القياس البعدي على مقياس SEP الفرضية الأولى. حيث أظهرت النتائج تحسنا واضحا في قيم المتوسطات الحسابية لأفراد العينة التجريبية حول مقياس SEP و التي تقترب من المحك الذي تم تحديده و المقدر بـ (189 درجة)، ما يشير إلى تحسن شعور أفراد العينة التجريبية بفعاليتهم الذاتية و ما يندرج ضمنها من أبعاد.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه بعض الدراسات التي تتشابه مع سياق دراستنا حول دور مجالات التفاعل بصفة عامة و ألعاب الفيديو الجدية و العاب فيديو الصحة خاصة في الشعور بالفعالية الذاتية. حيث خلصت نتائج دراسة (Brown & al, 1997) و (Lieberman, 2001)، (Kato & al, 2008) إلى ظهور التحسن في مستوى الشعور بالفعالية الذاتية عامة لدى أفراد العينة التجريبية، و هو ما دعمته النتائج التي توصلنا إليها في دراستنا في 2007. كما توصلت كل من دراسة (Legeron & al, 2003)، (Vilozni, 2005)، (Bingham & al, 2010) إلى إثبات فعالية العاب الفيديو فيما يشمله مقياس SEP في الدراسة الراهنة من أبعاد كتعلم السلوكات الصحية الجيدة، إضافة إلى مساهمتها في تطوير المهارات الأساسية المساعدة على أداء المرضى لنشاطاتهم اليوميّة بكفاءة و تسيير الانفعالات التسيير الحسن.(Stockdale, 2004)، (Merry et al, 2012) و هو ما تتفق عليه نتائج الدراسة الحالية، إضافة إلى توافق نتاجها مع ما توصلت إليه **دراسة** (Brown & al, 1997)، (Lieberman, 2001)، (Kato & al, 2008) حول تحسن مستوى الحوار وثراء النقاش لدى أفراد العينة التجريبية حول المرض مع المحيطين بهم (أولياء، أصدقاء و طاقم طبي).

و بالرغم من تلقي أفراد العينة الضابطة للعبة الفيديو Indiana Jones، إلا أن محتوى اللعبة لا يحمل رسائل ضمنية لتعليم السلوكات الصحية السليمة و التعريف بالمرض، و قد يكون للمحتوى الترفيهي للعبة تأثيرها في مجال آخر، إلا أن النتائج لم تسفر عن تحسن في مستوى شعور أفراد العينة الضابطة بفعاليتهم الذاتية كما هو الحال في ظهور دور لعبة الفيديو Re-Mission في شعور أفراد العينة التجريبية بفعاليتهم الذاتية.

✓ **و منه، فإن الفرضية ف أ.1 حول دور لعبة الفيديو رومسيون في شعور المراهق المصاب بالسرطان بفعاليته الذاتية قد تحققت.**

2- عرض و مناقشة نتائج الفرضية ف أ. 2:

تذكير بالفرضية ف أ.2: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي نتائج القياس البعدي في المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في جودة حياة المراهق المصاب بالسرطان.

الفرض البديل: $H1 : \mu1 - \mu2 \neq 0$

الفرض الصفري: $H0: \mu1 - \mu2 = 0$

2-1- عرض الفرضية ف أ.2:

وفقا لما جاء في المقاييس القبلية كما هو موضح في الجدول (05، ص. 214)، خلصنا إلى وجود انخفاض في مستوى جودة الحياة لدى مرضى السرطان من المجموعتين التجريبية و الضابطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي على النتائج العامة للمقياس قيمة (1200.80) بالنسبة للمجموعة الضابطة و (1246.09) بالنسبة للمجموعة التجريبية. ما يشير لكونها بعيدة بدرجة كبيرة عن المحك الذي تم تحديده و المقدر بالقيمة (2700) و أقل من المتوسط (1350).

و بعد التجربة و تناول المجموعة التجريبية للعبة الفيديو Re-Mission جاءت نتائج الاختبار البعدي على مقياس جودة الحياة الموجه للآباء كما هو موضح في الجدول أدناه.

جدول رقم (17): نتائج اختبار "ت" للفروق بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على الاختبار البعدي لجودة الحياة لدى المراهق المصاب بالسرطان

المجموعة	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق في المتوسط الحسابي	درجة الحرية	قيمة "T"	الدلالة الإحصائية
الضابطة	31	1209.67	161.97	628.60	61	*14.40	0.000
التجريبية	32	1838.28	183.38				

*قيمة T دالة عند 0.05 ، 0.01، 0.000

يتضح من اختبار «ت" للمقارنة بين المتوسطين الحسابيين للمجموعتين الضابطة و التجريبية وجود فرق دال إحصائيا بين المتوسطين الحسابيين لصالح المجموعة التجريبية، حيث قدرت قيمة "ت" (14.40) بدرجات حرية (61) وبذلك نرفض الفرضية الصفرية لأن قيمة الدلالة المحسوبة (0.000) أقل من (0.05) و (0.01)، وهذا ما أشارت إليه قيمة المتوسطين الحسابيين، حيث أن المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية (1838.28) أكبر من المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (1209.67). مما يشير إلى أن المجموعة التجريبية استفادت من المعالجة التي تلقتها. وبالتالي ساهمت لعبة الفيديو Re-Mission في تحسين جودة حياة المراهقين المصابين بالسرطان في المجموعة التجريبية.

كما يتضح من اختبار "ت" للمقارنة بين المتوسطين الحسابيين للمجموعتين الضابطة و التجريبية في القياس البعدي على أبعاد مقياس $PedsQL_{C.M}$ (الغثيان، مشاكل الحصر المتعلقة بالإجراءات العلاجية، مشاكل الحصر المتعلقة بالمعالجة، مشاكل المخاوف والقلق، مشاكل معرفية، مشاكل حول إدراك المظهر الجسدي، الاتصال) كما هو موضح في الملحق (رقم 15، ص:350،351) وجود فرق دال إحصائيا بين المتوسطين الحسابيين لصالح المجموعة

التجريبية، حيث قدرت قيمة "ت" على الأبعاد المذكورة على التوالي بـ (8.39) بدرجات حرية (61)، بـ (6.52) بدرجات حرية (61) و بـ (9.12) بدرجات حرية (61)، بـ (6.10) بدرجات حرية (53.14)، بـ (7.14) بدرجات حرية (61) و بـ (5.72) بدرجات حرية (54.95) و بـ (9.06) بدرجات حرية (55.86). غير أنه لا توجد فرق دال إحصائيا بين المتوسطين الحسابيين للمجموعتين الضابطة و التجريبية على البعد الأول حول المشاكل المرتبطة بالأوجاع و الألم حيث قدرت قيمة "ت" (0.40) بدرجات حرية (61). و منه فإن تحسن جودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالسرطان من أفراد العينة التجريبية قد مسّ كل أبعاد جودة الحياة ما عدا البعد الأول الخاص بالأوجاع و الألم.

2-2- مناقشة نتائج الفرضية ف أ.2:

تشير نتائج القياس القبلي على مقياس $PedsQL_{C.M}$ حول قيم المتوسطات الحسابية لأفراد العينة من المجموعتين الضابطة و التجريبية إلى انخفاض في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة من المجموعتين و هو ما يتفق مع ما تم التوصل إليه في الدراسة التي قمنا بها في 2007 و كذا مع نتائج دراسة (Kato & al, 2008) و دراسة (Fonseca et coll, 2011). فتدني النتائج في مستوى جودة الحياة تشير إلى تدني أبعاد جودة الحياة بخصوص المجالات المرتبطة بالمرض و بالآثار الجانبية له و العلاجات التي تعيق حركة المريض و قدرته الجسدية و بالتالي إعاقته للقيام بأعماله اليومية.

و للإجابة عن السؤال الثاني للدراسة بخصوص التسيير الذاتي للمرض، فقد دعمت نتائج القياس البعدي على مقياس $PedsQL_{C.M}$ الفرضية الثانية. حيث أظهرت النتائج تحسنا في قيم المتوسطات الحسابية لأفراد العينة التجريبية حول المقياس ما يشير إلى تحسن مستوى جودة حياة أفراد العينة التجريبية. و هو ما توصلنا إليه أيضا في نتائج الدراسة التي قمنا بها في 2007 و كذا مع نتائج دراسة (Brown & al, 1997)، (Lieberman, 2001) ، (Kato & al, 2008). كما خلصت دراسة (Newton, 1983) على إمكانية إحداث تحسن واضح و ارتفاع في نتائج جودة الحياة باستعمال التخيل لمهاجمة الخلايا السرطانية، حيث يصبح التخيل أكثر نجاعة عند الاستعانة بباقي الحواس كما هو الحال في العاب الفيديو كما أقره الباحث.

غير أن تدقيق في النتائج البعدية على أبعاد مقياس $PedsQL_{C.M}$ تظهر أن التحسن حدث بدرجة اكبر في البعد الثالث الخاص بنقص المشاكل مع حصر الإجراءات العلاجية، وهو ما أسفرت عليه نتائج دراسة (Peslin, 2004) حول تخفيف الإحساس باضطهاد المرض وعلاجه. كما ظهر التحسن في البعد الثامن الخاص بالاتصال و الذي قد يرجع لتشجع لعبة الفيديو Re-Mission و تحريضها على الاتصال للحصول على معلومات حول المرض و كيفية علاجه مع الفريق الطبي، الأولياء و المحيطين و مع الأصدقاء المقربين على غرار ما ذهبت إليه دراسة (Cappe et coll, 2007). و تشجيع العاب فيديو الصحة على تحسين مستوى الحوار والنقاش بين الآباء و المرضى حول المرض كما خلصت إليه دراسة (Brown & al, 1997).

في حين أظهرت نتائج القياس البعدي للبعد الأول حدوث تحسن جد طفيف بخصوص الأوجاع و الآلام الذي يعاني منه أفراد العينة التجريبية بحيث لم يكن دال إحصائيا مقارنة بالمجموعة الضابطة. و عليه فإن نتائج الدراسة الراهنة لا تتفق مع ما توصلت إليه دراسة (Krishna & al, 2003) على مرضى الربو حول وجود علاقة ارتباطية بين جودة الحياة و تعديل الصحة الجسدية للمرضى، و قد يرتبط ذلك بطبيعة المرض أين يعتبر السرطان مرض أكثر تعقيدا من مرض الربو.

لكن تدقيق في نتائج المجموعتين الضابطة و التجريبية على هذا البعد بين قياس قبلي و بعدي (الملحق رقم 15)، نجد أنه و بالرغم من عدم وجود فرق دال إحصائيا بين المتوسطين الحسابيين للمجموعتين حول هذا البعد، إلا أن الملاحظ وجود استقرار أو تحسن طفيف بين القياس القبلي و البعدي لكل أفراد المجموعة التجريبية، في حين نجد تراجع النتائج البعدية لـ (06) حالات في القياس البعدي في المجموعة الضابطة. ثم أن التحسن حول هذا البعد حصل حول البند الثاني و الذي جاء فيه التساؤل صريحا حول الألم (لدي آلام كثيرة) بمتوسط حسابي بلغ (14.84). في حين بلغ المتوسط الحسابي على نفس البند (3.22) لدى المجموعة الضابطة. كما يبلغ المتوسط الحسابي للبعد ككل (27.34) بالنسبة للمجموعة التجريبية و (7.25) للمجموعة الضابطة، و هو ما يمكن اعتباره تحسنا و نقصان للألم بالنسبة لمرض السرطان و ما له من خصوصية و ما يستتبعه من تعقيدات.

و عموما و على غرار ما توصلت إليه دراسة (Cappe et coll, 2007) على كون درجة الحصر تؤثر على جودة حياة المرضى أكثر من خطورة المرض. و أن تجنب الحالات الحصرية، التوتر، الانفعالات، اكتساب القدرة على التعبير عن قلقهم و مناقشة أحاسيسهم المرتبطة بالمرض تساهم بدرجة كبيرة في الحفاظ على مستوى مرتفع لجودة الحياة، و على غرار أيضا ما أظهرته مجالات التفاعل من فعالية في تعليم السلوكات الصحية و تطوير المهارات الأساسية المساعدة على أداء المرضى لنشاطاتهم اليوميّة بكفاءة ما يساهم في تحسين مستوى جودة حياتهم. **كدراسات** (Brown & al, 1997)، (Lieberman, 2001)، (Krishna & al, 2003)، (Wilkinson &Goh, 2008)، و ما توصلت إليه نتائج دراسة (Gershon & al, 2004) حول الانخفاض الواضح في درجات الحصر، انخفاض السلوكات الحصرية و التوتر و نقصان الألم عند الحالة التي يُقدم لها الترفيه بالمشاركة التفاعلية و وجود علاقة ارتباطية دالة بين النتائج العامة لجودة الحياة و الأعراض الاكتئابية حسب دراسة (Catunda et Lemétayer, 2011)، فقد سجل أفراد العينة التجريبية في الدراسة الحالية تحسنا واضحا في جودة حياتهم في ارتباطها بالأبعاد المذكورة.

✓ **و منه، فإن الفرضية ف أ.2 حول دور لعبة الفيديو رومسيون في تحسين جودة الحياة لدى المراهق المصاب بالسرطان قد تحققت.**

3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية ف أ.3:

تذكير بالفرضية ف أ.3: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي نتائج القياس البعدي في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في تقديرات الآباء حول جودة حياة المراهق المصاب بالسرطان.

الفرض البديل: $H1 : \mu1 - \mu2 \neq 0$

الفرض الصفري: $H0: \mu1 - \mu2 = 0$

3-1- عرض نتائج الفرضية ف أ.3:

وفقا لما جاء في المقاييس القبلية كما هو موضح في الجدول (06، ص.521)، خلصنا إلى وجود انخفاض في مستوى جودة الحياة لدى مرضى السرطان من المجموعتين التجريبية و الضابطة حسب آراء آباءهم، حيث بلغ

المتوسط الحسابي على النتائج العامة للمقياس قيمة (1134.67) بالنسبة للمجموعة الضابطة و (1140.62) بالنسبة للمجموعة التجريبية. ما يشير لكونها بعيدة بدرجة كبيرة عن المحك الذي تم تحديده و المقدر بالقيمة (2700) و أقل من المتوسط (1350).

و بعد التجربة و تناول المجموعة التجريبية للعبة الفيديو Re-Mission جاءت نتائج الاختبار البعدي على مقياس جودة الحياة الموجه للآباء كما هو موضح في الجدول أدناه.

جدول رقم (18): نتائج اختبار "ت" للفروق بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على الاختبار البعدي لجودة حياة المراهقين المصابين بالسرطان حسب آراء آبائهم.

المجموعة	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق في المتوسط الحسابي	درجة الحرية	قيمة "T"	الدلالة الإحصائية
الضابطة	31	1075.80	145.70	704.66	61	*13.67	0.000
التجريبية	32	1780.46	248.44				

*قيمة T دالة عند 0.05 ، 0.01، 0.000

يتضح من اختبار "ت" للمقارنة بين المتوسطين الحسابيين لآباء المجموعتين الضابطة و التجريبية وجود فرق دال إحصائيا بين المتوسطين الحسابيين لصالح المجموعة التجريبية، حيث قدرت قيمة "ت" (13.67) بدرجات حرية (61) وبذلك نرفض الفرضية الصفرية لأن قيمة الدلالة المحسوبة (0.000) أقل من (0.05) و (0.01)، و هذا ما أشارت إليه قيمة المتوسطين الحسابيين، حيث أن المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية (1780.46) أكبر من المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (1075.80). مما يشير إلى أن المجموعة التجريبية استفادت من المعالجة التي تلقتها. وبالتالي ساهمت لعبة الفيديو Re-Mission في تحسين جودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالسرطان حسب آراء آبائهم.

كما يتضح من اختبار "ت" للمقارنة بين المتوسطين الحسابيين لآراء آباء المجموعتين الضابطة و التجريبية في القياس البعدي على أبعاد مقياس $PedsQL_{C.M}$ (الغثيان، مشاكل الحصر المتعلقة بالإجراءات العلاجية، مشاكل الحصر المتعلقة بالمعالجة، مشاكل المخاوف والقلق، مشاكل معرفية، مشاكل حول إدراك المظهر الجسدي، الاتصال) كما هو موضح في الملحق (رقم16، ص:352، 353) وجود فرق دال إحصائيا بين المتوسطين الحسابيين لصالح المجموعة التجريبية، حيث قدرت قيمة "ت" على البعد الأول حول المشاكل المرتبطة بالأوجاع و الألم عند (0.05) بـ (2.58) بدرجات حرية (50.62)، و قدرت قيمة "ت" عند 0.05، 0.01، 0.000 على باقي الأبعاد المذكورة أعلاه على التوالي بـ (8.75) بدرجات حرية (61)، بـ (7.32) بدرجات حرية (61) و بـ (7.26) بدرجات حرية (61)، بـ (8.80) بدرجات حرية (61)، بـ (8,28) بدرجات حرية (61) و بـ (6.33) بدرجات حرية (61) و بـ (9.00) بدرجات حرية (61). كما يوجد فرق دال إحصائيا بين المتوسطين الحسابيين للمجموعتين الضابطة و التجريبية. و منه فإن تحسن جودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالسرطان من أفراد العينة التجريبية قد مسّ كل الأبعاد حسب آراء آباءهم.

3-2- مناقشة نتائج الفرضية ف أ.3:

تظهر نتائج القياس القبلي على مقياس $PedsQL_{C.M}$ الموجه إلى الآباء نفس الدلالات التي جاءت في نتائج المراهقين من أفراد العينة في القياس القبلي. حيث تشير نتائج قيم المتوسطات الحسابية لآباء أفراد العينة من المجموعتين الضابطة و التجريبية إلى انخفاض في مستوى جودة الحياة لدى أبناءهم. و هو ما يتفق مع ما تم التوصل إليه في الدراسة التي قمنا بها في 2007 و كذا مع نتائج دراسة (Kato & al, 2008) .

و للإجابة عن السؤال الثالث بخصوص التسيير الذاتي للمرض، للدراسة فقد دعمت نتائج القياس البعدي على مقياس $PedsQL_{C.M}$ الفرضية الثالثة. حيث أظهرت النتائج تحسنا في قيم المتوسطات الحسابية لآباء أفراد العينة التجريبية حول المقياس ما يشير إلى تحسن مستوى جودة حياة أفراد العينة التجريبية. و هو ما توصلت إليه الدراسة التي أجريناها في 2007 و كذا مع نتائج دراسة (Brown & al, 1997)، (Lieberman, 2001)، (Kato & al, 2008)، و دراسة (Spitz et Chateaux, 2008) و (Gershon & al, 2004) من خلال ما سجله الآباء من ملاحظة سلوكات أبنائهم.

و تدقيق في النتائج البعدية لآباء المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس $PedsQL_{C.M}$ تظهر أن التحسن حدث في جميع أبعاد المقياس، و تظهر نتائج البعد الأول الخاص بالمشاكل التي يعانيها المراهق و المرتبطة بالأوجاع و الآلام الأقل عرضة للتحسن و هي موافقة لما جاء في نتائج القياس البعدي لأفراد العينة التجريبية و التي قد ترجع كما أشرنا إليه لطبيعة مرض السرطان.

و قد سمحت لنا النتائج التي تمّ حسابها في القياس البعدي لآباء المراهقين في كلتا المجموعتين، الضابطة و التجريبية بتدعيم الفرضية الثانية و التي كانت نتائجها جد متقاربة مع نتائج الأبناء كما أوضحنا.

✓ **و منه، فإن الفرضية ف أ.3 حول دور لعبة الفيديو رومسيون في تحسين جودة حياة المراهق المصاب بالسرطان حسب تقديرات آباءهم قد تحققت.**

4- عرض نتائج الفرضية ف أ.4:

تذكير بالفرضية ف أ.4: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي نتائج القياس البعدي في المجموعة التجريبية في الفعالية الذاتية وفقا لمتغيَر السن.

الفرض البديل: $H1 : \mu1 - \mu2 \neq 0$

الفرض الصفري: $H0: \mu1 - \mu2 = 0$

- عرض نتائج الفرضية ف أ.4:

لاختبار صحة الفرضية، استخدمنا اختبار "ت" لعينة واحدة و جاءت النتائج كما يوضحه الجدول الموالي:

متغيَر السن	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق في المتوسط الحسابي	درجة الحرية	قيمة "ت"	الدلالة الإحصائية
13-15 سنة	14	150.64	9.92	0.91	30	*0.27	0.78

16-18 سنة	18	151.66	8.59				

جدول رقم (19): نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي للشعور بالفعالية الذاتية حسب متغير السن.

*قيمة "ت" غير دالة عند 0.05

يتضح من الجدول (21) أن الفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي للشعور بالفعالية الذاتية حسب السن غير دال، وهذا ما توضحه الدلالة الإحصائية لاختبار "ت" (الملحق 17، ص. 354). حيث قدرت قيمة "ت" (0.27) بدرجات حرية (30) وبذلك نقبل الفرضية الصفرية و نرفض الفرضية البديلة عند مستوى دلالة 0.05، و عليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي للشعور بالفعالية الذاتية تعزى لمتغير السن. و يمكن إدراك عدم وجود فروق من خلال نتائج الجدول أعلاه، و الذي يكشف عن التقارب الواضح بين المتوسط الحسابي للفئة (13-15سنة) و الفئة (16-18 سنة) و المقدرة على التوالي بـ: (150.64) و (151.66) درجة على مقياس SEP. ما يدل على عدم تأثير عامل السن في شعور المراهقين المصابين بالسرطان بفعاليتهم الذاتية لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

✓ **و منه، فإن الفرضية ف أ.4 حول** دور لعبة الفيديو رومسيون في شعور المراهق المصاب بالسرطان بفعاليته الذاتية وفق متغير السن لم تتحقق.

5- عرض نتائج الفرضية ف أ.5:

تذكير بالفرضية ف أ.5: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي نتائج القياس البعدي في المجموعة التجريبية في الفعالية الذاتية وفقا لمتغيَر الجنس.

الفرض البديل: $H1 : \mu1 - \mu2 \neq 0$

الفرض الصفري: $H0: \mu1 - \mu2 = 0$

لاختبار صحة الفرضية، استخدمنا اختبار "ت" لعينة واحدة و جاءت النتائج كما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم (20): نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي للشعور بالفعالية الذاتية حسب متغير الجنس.

متغيَر الجنس	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق في المتوسط الحسابي	درجة الحرية	قيمة "T"	الدلالة الإحصائية
ذكور	20	153.50	8.33	6.25	30	*1.97	0.057
إناث	12	147.25	9.19				

*قيمة "ت" غير دالة عند 0.05

يتضح من الجدول (20) أن الفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي للشعور بالفعالية الذاتية حسب متغير الجنس غير دالة، وهذا ما توضحه الدلالة الإحصائية لاختبار "ت" (الملحق 18، ص.354). حيث قدرت قيمة "ت" (1.97) بدرجات حرية (30) وبذلك نقبل الفرضية الصفرية و نرفض الفرضية

البديلة عند مستوى دلالة 0.05، و عليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي للشعور بالفعالية الذاتية تعزى لمتغير الجنس. و تظهر القيم في الجدول أعلاه عدم وجود فروق بين المتوسطات الحسابية، إذ قدر بـ (153.50) عند الذكور، و بـ (147.25) عند الإناث. ما يوضح عدم تأثير عامل الجنس في شعور المراهقين المصابين بالسرطان بفعاليتهم الذاتية لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

✓ **و منه، فإن الفرضية ف أ.5 حول** دور لعبة الفيديو رومسيون في شعور المراهق المصاب بالسرطان بفعاليته الذاتية وفق متغير الجنس لم تتحقق.

6- عرض نتائج الفرضية ف أ.6:

تذكير بالفرضية ف أ.6: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي نتائج القياس البعدي في المجموعة التجريبية في جودة الحياة وفقا لمتغيَر السن.

الفرض البديل: $H1 : \mu1 - \mu2 \neq 0$

الفرض الصفري: $H0: \mu1 - \mu2 = 0$

لاختبار صحة الفرضية، استخدمنا اختبار "ت" لعينة واحدة و جاءت النتائج كما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم (21): نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي لجودة الحياة حسب متغير السن.

متغيَر السن	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق في المتوسط الحسابي	درجة الحرية	قيمة "T"	الدلالة الإحصائية
15-13 سنة	14	1828.57	211.64	17.26	30	*0.26	0.79
18-16 سنة	18	1845.83	164.10				

*قيمة "ت" غير دالة عند 0.05

جاءت نتائج الفروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي لجودة الحياة حسب السن غير دالة، وهذا ما توضحه الدلالة الإحصائية لاختبار "ت" (الملحق 19، ص.354). حيث قدرت قيمة "ت" (0.26) بدرجات حرية (30) وبذلك نقبل الفرضية الصفرية و نرفض الفرضية البديلة عند مستوى دلالة 0.05، و عليه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في المقياس البعدي لجودة الحياة تعزى لمتغير السن. و يكشف الجدول أعلاه عن التقارب الواضح بين المتوسطات الحسابية للفئة (13-15سنة) و الفئة (16-18 سنة) المقدرة على التوالي بـ: (1828.57) و (1845.83) درجة على مقياس PedsQL. ما يدل على عدم تأثير عامل السن في جودة حياة المراهقين المصابين بالسرطان لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

✓ **و منه، فإن الفرضية ف أ.6 حول** دور لعبة الفيديو رومسيون في تحسين جودة حياة المراهق المصاب بالسرطان وفق متغير السن لم تتحقق.

7- عرض نتائج الفرضية ف أ.7:

تذكير بالفرضية ف أ.7: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي نتائج القياس البعدي في المجموعة التجريبية في جودة الحياة وفقا لمتغيَر الجنس.

الفرض البديل: $H1 : \mu1 - \mu2 \neq 0$

الفرض الصفري: $H0: \mu1 - \mu2 = 0$

لاختبار صحة الفرضية، استخدمنا اختبار "ت" لعينة واحدة و جاءت النتائج كما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم (22): نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي لجودة الحياة حسب متغير الجنس.

متغيَر الجنس	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق في المتوسط الحسابي	درجة الحرية	قيمة "T"	الدلالة الإحصائية
ذكور	20	1801.25	193.21	98.75	30	*1.50	0.14
إناث	12	1900.00	153.74				

*قيمة "ت" غير دالة عند 0.05

يتضح من الجدول (24) أن الفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي لجودة الحياة حسب متغير الجنس غير دال، وهذا ما توضحه الدلالة الإحصائية لاختبار "ت" (الملحق 20). حيث قيمة "ت" (1.50) غير دالة عند مستوى دلالة 0.05 (درجة الحرية =30 والدلالة الإحصائية=0.14). وبذلك نقبل الفرضية الصفرية و نرفض الفرضية البديلة. و عليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي لجودة الحياة تعزى لمتغير الجنس. و تظهر القيم في الجدول أعلاه عدم وجود فروق دالة في المتوسطات الحسابية، إذ قدر بـ (1801.25) عند الذكور، و بـ (1900) عند الإناث. ما يوضح عدم تأثير عامل الجنس في جودة حياة المراهقين المصابين بالسرطان في المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

✓ **و منه، فإن الفرضية ف أ.7 حول** دور لعبة الفيديو رومسيون في تحسين جودة حياة المراهق المصاب بالسرطان وفق متغير الجنس لم تتحقق.

8- مناقشة عامة لنتائج فرضيات التسيير الذاتي للمرض:

جاءت نتائج الدراسة الحالية بنفس اتجاه ما تم افتراضه، حيث أظهرت النتائج تحسنا في نتائج القياس البعدي لأفراد العينة من المجموعة التجريبية حيث:

1- ظهر تحسن واضح في نتائج مقياس الشعور بالفعالية الداتية SEP ما يشير إلى استفادة المجموعة التجريبية من المعالجة التي تلقتها، و منه بروز دور لعبة الفيديو Re-Mission في الشعور بفعاليتهم الذاتية.

فالسلوكات غير الصحية و الانخفاض في الشعور بالفعالية الذاتية المسجلة قبل إجراء التجربة قد ترتبط بصعوبة المرض و خطورته و تبعات العلاج الكيميائي و أيضا لجهل السلوكات الصحية السليمة بسبب التخوفات

المتعلقة بالمرض كما قد يرجع عدم إتباع النظام العلاجي حسب التعليمات و عدم المواظبة عليه لإنكار المرض أو التصورات المشكلة حول العلاج كمنبع للضرر بسبب الآثار الجانبية له، و تصورات المريض حول مرضه كموضوع تابو لا يجب الخوض فيه و مناقشته مع المحيطين و رفض مناقشة أمور تخص المرض و أحاسيسهم نحوه مع الأولياء و الأصدقاء المقربين خاصة مع غياب الثقافة المرضية حول السرطان.

و قد يرجع شعور أفراد العينة التجريبية اللذين تناولوا لعبة الفيديو Re-Mission بفعاليتهم الذاتية مع ظهور التحسن في القيام ببعض المهام أو النشاطات المرتبطة بمرضهم على مستوى كل الأبعاد، لفهم المرضى لطبيعة مرضهم و تعلم طرق وكيفية التصدي له بتعديل تصوراتهم نحو إمكانية التغلب على مرض السرطان و عدم الاستسلام له من خلال القيام بالسلوكات الصحية اللاّزمة و الصحيحة و التي تعلموها من خلال مستويات لعبة الفيديو Re-Mission. فألعاب الفيديو الصحية كما توصلت إليه دراسة (Bingham & al, 2010)، (Merry et al, 2012) تساهم في التحسيس بخطورة إتباع السلوكات الصحية الخاطئة و تقديم البديل لتعلم السلوكات الصحية السليمة من خلال ما تكسبه من معلومات حول المرض، و هو ما أوضحته أيضا نتائج دراسات (Brown & al, 1997)، (Lieberman, 2001)، (Krishna & al, 2003)، (Cappe et coll, 2007). هذه السلوكات الصحية التي يمكن تعلّمها في الدراسة الحالية كما اشرنا إليه من خلال مستويات لعبة Re-Mission. خاصة فيما يرتبط بـ:

– تسيير الأعراض و العلاج المرتبط بالمرض كالقيام بعملية الاسترخاء و تمارين التنفس العميق للإنقاص من حدة الألم و القلق و تسيير الغثيان.

– إتباع قواعد النظافة الصحية ما يساعد جهازهم المناعي في التصدي للمرض كالأكل بكميات معتبرة لتزويد أجسامهم بالطاقة، أو من خلال تجنب الإمساك الذي قد يؤدي لتسرب البكتيريا في الدم و تجنب التقرحات الفمية من خلال الاهتمام بنظافة الأسنان و اليدين لتجنب الجراثيم و البكتيريا.

– تناول المضادات الحيوية لتسيير الالتهابات و الحفاظ على مستوى عال من الكريات البيضاء في الدم و التي ستساهم في تقوية الجهاز المناعي.

– و كذا المواظبة على تناول العلاج الكيميائي عن طريق الفم أثناء تواجده في البيت و التقدم للعيادة الطبية برضا و رغبة و طلب النصح من الأطباء.

– تحسن في مستوى الحوار والنقاش بين المرضى و المحيطين بهم حول المرض.

و من هنا جاء تأكيد الفرضية الأولى حول دور لعبة الفيديو Re-Mission في شعور المراهق المصاب بالسرطان بفعاليته الذاتية.

2– ظهر تحسن واضح في نتائج مقياس $PedsQL_{C.M}$ ما يشير إلى استفادة المجموعة التجريبية من المعالجة التي تلقتها، و بالتالي بروز دور لعبة الفيديو Re-Mission في تحسين جودة حياتهم، حيث أصبحوا يعانون من مشاكل أقل فيما يخص الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي كنقص حالات الغثيان بسبب قدرتهم على تسييرها من خلال ما تعلموه من تقنيات، التسيير و التحكم بصورة أفضل في القلق و في حالاتهم الحصرية سواء المرتبطة بالإجراءات العلاجية أو العلاج، مخاوف و انشغالات أقل من مآل المرض و معاودته ، كما ظهر تحسن في المجال المعرفي و إدراك المظهر الجسدي لأفراد العينة التجريبية و كذا بعد الاتصال؛ إن كان مع الفريق الطبي، الأولياء

أو الأصدقاء و المقربين. و منه تحقق الفرضية الثانية حول دور لعبة الفيديو Re-Mission في تحسين مستوى جودة حياة المراهق المصاب بالسرطان.

و على غرار ما توصلت إليه دراسة (Wilkinson &Goh, 2008) إلى كون تدنى مستوى جودة الحياة فيما يخص البعد النفسي يرجع لشعور المريض بالعجز و فقدان الثقة في قدراته و فعاليته الذاتية وفقدان الأمل في الشفاء و غياب الروح التفاؤلية. و أن درجة الحصر تؤثر على جودة الحياة أكثر من خطورة المرض، بحيث يساهم تحقيق بعض الاتزان النفسي و تجنب الحالات الحصرية، التوتر، الانفعالات و قدرة تعبير المريض عن قلقه و مناقشة أحاسيسه المرتبطة بالمرض في الحفاظ على جودة حياته بدرجة كبيرة. (Cappe et coll, 2007) هنا نقول بان ما سجله أفراد العينة التجريبية من تحسن في البعد النفسي هو ما يكون قد ساعد على تحسين جودة حياتهم قد ترجع لاستبدال الأفكار السلبية التي كانت ترتبط بالمرض بأخرى ايجابية كما خلص إليه (Merry et al, 2012) في دراستهم. لأن الأحاسيس السلبية التي ينسبها المريض لمرضه يرتبط بقوة بسوء جودة الحياة كما خلص إليه (Spitz et Chateaux, 2008)

3– سمحت نتائج القياس البعدي لآباء المراهقين في كلتا المجموعتين، الضابطة و التجريبية بتدعيم الفرضية الثانية و التي كانت نتائجها جد متقاربة مع نتائج الأبناء كما أوضحنا، و منه تحقق الفرضية الثالثة حول دور لعبة الفيديو Re-Mission في تحسين مستوى جودة حياة المراهق المصاب بالسرطان حسب آراء آبائهم.

فقد أظهرت لعبة الفيديو Re-Mission فعاليتها في تعليم السلوكات الصحية من خلال شعور أفراد العينة التجريبية بفعاليتهم الذاتية و بالتالي تطوير المهارات الأساسية المساعدة على أداء المرضى لنشاطاتهم اليوميّة بكفاءة ما يساهم في تحسين مستوى جودة حياتهم. و بالتالي تحسن في نتائج التسيير الذاتي للمرض على غرار ما توصلت إليه دراسة (Brown & al, 1997)، (Lieberman, 2001)، (حافري زهية، 2007)، (Kato & al, 2008). و على عكس دراسة (Jennings & al, 2009) الإرشادية عن طريق الانترنت التي لم يكن لها أثر على شعور المرضى المشاركين بفعاليتهم الذاتية و لا تحسن في نوعية حياتهم كونه تلقاها على شكل معلومات و إرشادات. فإن فعالية العاب فيديو الصحة قد ترجع لتفاعل الطفل مع شخصيات اللعبة الذي يأخذ دور البطل و يقوم بالسلوكات الصحية بنفسه ويكررها حسب ما يتطلبه الفوز في اللعبة. إضافة إلى التماهي بالبطل، هذا الأخير الذي يحمل كلّ الصفات المرغوبة و التي تسمح للمراهق بإعادة تأكيد وتقييم ذاته وتعزيز نرجسيته، كما تسمح له بالاستقلالية و القدرة على تولّي أموره بنفسه وعدم التبعية و أخذ الدور السلبي، وتحمّل جزء من المسؤولية كما تقول . (Montanari,2005, p.87)

و جاءت نتائج فرضيات التسيير الذاتي للمرض بخصوص متغير السن و الجنس عكس ما تم افتراضه. حيث أسفرت النتائج على عدم تأثير عامل السن و الجنس على شعور المراهقين المصابين بالسرطان في المجموعة التجريبية بفعاليتهم الذاتية في القياس البعدي. و هو ما يتفق مع نتائج دراسة (Lieberman, 2001)، (Kato & al, 2008) حول التحسن في مستوى الشعور بالفعالية الذاتية لدى جميع أفراد العينة التجريبية دون وجود فروق تعزى لمتغير السن و الجنس.

كما أسفرت النتائج على عدم تأثير عامل السن و الجنس في مستوى تحسين جودة حياة المراهقين المصابين بالسرطان في المجموعة التجريبية في القياس البعدي. و على عكس نتائج الدراسة الحالية، خلصت دراسة (Cappe

et coll, 2007) إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين جودة الحياة و متغير الجنس وخطورة مرض الربو. و بالرغم من ظهور التحسن على المستوى الصحي و وجود علاقة ارتباطية سلبية بين سن الأطفال و عدد الزيارات للمصالح الإستعجالية حسب دراسة (Krishna & al, 2003)، إلا أن نتائج هذه الدراسة أسفرت عموما على عدم وجود فروق دالة بين نتائج مقياس جودة الحياة و متغير السن و هو ما يتفق مع ما تم التوصل إليه في الدراسة الحالية. كما جاءت نتائج الدراسة الراهنة متشابهة مع ما أسفرت عليه بعض الدراسات التي تتشابه مع سياق دراستنا حول دور العاب فيديو الصحة في تحسين جودة الحياة حسب عامل السن و الجنس. حيث خلصت نتائج (Lieberman, 2001)، (Kato & al, 2008)، (Fonseca et coll, 2011) لعدم وجود فروق دالة بين نتائج مقياس جودة الحياة و متغير السن و الجنس. و قد يرجع ذلك إلى خلق روح التحدي لدى المرضى ككل و الرغبة في الشفاء ما عمل على تشجيع شعورهم بفعاليتهم الذاتية و تحسين جودة حياتهم هذا من جهة. و استساغة المراهقين عامة لهذه الألعاب التي تواكب ميولات و رغباتهم من جهة أخرى. و بالرغم من كون بطلة لعبة رومسيون من جنس أنثوي، إلا أن ذلك لم يؤثر على نتائج الدراسة لدى الذكور و اللذين لم يظهروا فروقا دالة بينهم و بين الإناث بخصوص التسيير الذاتي للمرض، قد يرجع لما أشار إليه Seys (2003) حول التماهي مع شخصيات العاب الفيديو التي لا تستوجب أن تكون من نفس جنس اللاّعب.

✓ **و من هنا جاء تأكيد الفرضية العامة الأولى حول دور لعبة الفيديو Re-Mission في التسيير الذاتي للمرض لدى المراهق المصاب بالسرطان.**

ثانيا :عرض و تحليل نتائج فرضيات إنعاش التوظيف العقلي:

بسبب حساسية الروشاخ لإظهار التغيرات أو التعديلات على مستوى التوظيف النفسي بين التطبيق القبلي و البعدي، فإننا سنسعى إلى تقصي التغيرات الحاصلة، ليس من خلال التغير الكمي فقط و الذي يعتبر محدودا، و لكن أيضا من خلال التغير في نوعية الاستجابات كما أكد عليه (Gaudriault, 2007) و (Tychey,2010). لذا سنتناول بالتحليل لنتائج التطبيق القبلي حتى نتمكن من التعرف على أي تغير قد يحدث بين التطبيق القبلي و البعدي. و لأن مريض السرطان له تنظيمته السيكوسوماتية الخاصة، فقد ارتأينا التفصيل في فرضيات التوظيف العقلي لتقصي أي تغير قد يحدثه المتغير التجريبي أو لا يحدثه.

I- عرض و تحليل نتائج الفرضية ف ب.1:

تذكير بالفرضية الإجرائية ف ب. 1: يظهر الفضاء الخيالي أقل تدهورا لدى المجموعة التجريبية من المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي من خلال تحسن مؤشرات الروشاخ (عدد الإجابات، المحددات الحركية الكبرى والصغرى، TRI، FS...).

أظهرت نتائج بروتوكول الروشاخ في التطبيق القبلي فضاء خياليا جد فقير في كلتا المجموعتين التجريبية و الضابطة قبل إدخال المتغير التجريبي كما يتضح في الجدولين المواليين:

جدول رقم (23): مؤشرات الفضاء الخيالي لأفراد العينة التجريبية في التطبيق القبلي

الحالات / المعايير	مروة	احمد	أكرم	سامي	كريمة	الحالات المحققة للمعيار

ج: 30/20 إجابة	12	16	13	16	13	**5/0**
حر: K ≤ 3	0	0	0	0	0	**5/0**
ح : k > من 4	1	0	4	3	1	**5/0**
ش%: 75/50 %	**%50**	**%56.25**	**%61.53**	**%68.75**	%46.15	**5/4**
ش+%:85/70 %	%58.33	%69.23	%87.5	% 59.09	**% 84.61**	**5/1**
حيو% : 50/35 %	**%41.66**	**%50**	%69.23	**%50**	**% 46.15**	**5/4**
T.R..I: انبساطي أو انطوائي موسع	1.5/0	3/0	1/0	1/0	3/0	**5/0**
FS: انبساطي أو انطوائي موسع	0.5/1	0.5/3	0/4	1/0	0.5/1	**5/0**
عدد المؤشرات الموافقة للمعايير	**8/2**	**8/2**	**8/1**	**8/2**	**8/2**	

ملاحظة: المؤشرات بالخط الغليظ تدل على تلك المؤشرات المطابقة للمعايير.

جدول رقم (24): مؤشرات الفضاء الخيالي لأفراد العينة الضابطة في التطبيق القبلي

الحالات / المعايير	**ماسينيسا**	**وليد**	**مهند**	**الهام**	**أشرف**	**الحالات المحققة للمعيار**
ج: 30/20 إجابة	13	16	12	16	11	**5/0**
حر: K ≤ 3	0	1	0	1	0	**5/0**
حر : k > من 4	1	0	0	1	2	**5/0**
ش%: 75/50 %	**%53.84**	%93.75	**%75**	**%56.25**	**%72.72**	**5/4**
ش+%:85/70 %	%50	%53.33	%44.44	%66.66	**%81.25**	**5/1**
حيو% : 50/35 %	**%38.46**	**% 50**	**%50**	%31.25	% 54.54	**5/3**
T.R..I: انبساطي أو انطوائي موسع	3.5/0	0/1	1/0	**2.5/1**	0.75/0	**5/1**
FS: انبساطي أو انطوائي موسع	2/0	0/0	0.5/0	1/1	**1.5/2**	**5/1**
عدد المؤشرات الموافقة للمعايير	**8/2**	**8/1**	**8/2**	**8/2**	**8/3**	

❍ وفقا لما جاء في بروتوكول الروشاخ في التطبيق القبلي كما هو موضح في الجدولين (الجدول رقم 24،23)، فإن الفضاء الخيالي لأفراد العينة من المجموعتين التجريبية و الضابطة يظهر كفضاء فقير حيث لم يتعدى عدد المؤشرات الموافقة للمعايير 8/3 بالنسبة للمجموعتين التجريبية و الضابطة، كما أن ذلك تم تحصيله عند حالة واحدة فقط، في حين تحصلت (7) حالات على مؤشرين من بين المؤشرات الثمانية الموافقة للمعايير، و سجلت حالتين من أفراد العينة مؤشر واحد فقط.

سجل أفراد العينة من المجموعتين التجريبية و الضابطة كف واضح في عدد الاستجابات، حيث لم يتجاوز عدد الاستجابات 16 إجابة بالنسبة لأفراد العينة من المجموعتين. و فيما عدا الحالتين (وليد، إلهام) من المجموعة الضابطة التي جاءت بإجابة واحدة حول الحركات الكبرى أي الحركات البشرية (حر بشر) ، فإن باقي الحالات لم تنتج أي استجابة حركية. و منه فإن جميع أفراد العينتين لم يحققوا المعايير الخاصة بالحركات الكبرى. أما بخصوص الحركات الصغرى و بالرغم من إنتاج الحالة (أحمد، أكرم) من المجموعة التجريبية لعدد من الاستجابات الحركية الصغرى إلا أنها لم تصل إلى المعايير المطلوبة.

و جاءت العلاقة مع الواقع الخارجي خائرة عند (10/9) من الحالات. فبالرغم من تحقيق(10/8) من الحالات لنتائج معيارية حول الشكل (ش%): (4) حالات في المجموعة التجريبية و (4) حالات في المجموعة الضابطة، إلا أنها لم تتوافق مع نتائج (ش$^{+}$%).

أما نتائج مؤشر الاستجابات الحيوانية (حيو%)، فقد جاءت موافقة للمعايير بالنسبة لسبع حالات، أربع حالات في المجموعة التجريبية و ثلاث حالات في المجموعة الضابطة.

أما نمط الخبرة TRI، فقد جاء المؤشر ايجابيا بالنسبة لحالة واحد فقط في المجموعة الضابطة. كما جاء FS أيضا كمؤشر ايجابي لحالة واحدة فقط بين أفراد العينة في المجموعة الضابطة. و فيما عدا الحالة (سامي) في المجوعة التجريبية و (ماسينيسا، وليد) في المجموعة الضابطة ، فإن هذين المؤشرين الخاصين بالأنماط لا يسيران في نفس الاتجاه بالنسبة لباقي أفراد العينة من المجموعتين التجريبية و الضابطة.

و منه و كخلاصة حول نتائج التطبيق القبلي لاختبار الروشاخ حول الفضاء الخيالي:

– في المجموعة التجريبية: حصلت حالة واحدة على 8/1 من المؤشرات الموافقة للمعايير، و أربع حالات على 8/2 من المؤشرات الموافقة للمعايير. حيث لم تحقق أي حالة من الحالات الخمس المعيار حول عدد الاستجابات و كذا حول المحددات الحركية الكبرى و الصغرى. 5/4 من الحالات حققت المعايير بخصوص مؤشر الشكل (ش%)، حالة واحدة مؤشر الشكل (ش+%)، 4 حالات حققت مؤشر الاستجابة الحيوانية، و لم تحقق أي حالة مؤشر نمط الخبرة (TRI) و كذا مؤشر القانون الثانوي لإدراك وجود التحقق النزوي (FS).

– أما في المجموعة الضابطة: حصلت حالة واحدة على 8/1 من المؤشرات الموافقة للمعايير، ثلاث حالات على 8/2 من المؤشرات الموافقة للمعايير و حالة واحدة على 8/3 من المؤشرات الموافقة للمعايير. حيث لم تحقق أي حالة من الحالات الخمس المعيار حول عدد الاستجابات و كذا حول المحددات الحركية الكبرى و الصغرى، 5/4 من الحالات حققت المعايير بخصوص مؤشر الشكل (ش%)، و حالة واحدة مؤشر الشكل (ش+%)، 3 حالات حققت مؤشر الاستجابة الحيوانية. حالة واحدة حققت مؤشر نمط الخبرة (TRI)، و حالة واحدة أيضا حققت مؤشر (FS).

➢ و عليه، و وفقا لما جاء في بروتوكول الروشاخ في التطبيق القبلي فإن الفضاء الخيالي لأفراد العينة من المجموعتين التجريبية و الضابطة يظهر كفضاء فقير يترجم من خلال ضعف المؤشرات (عدد الاستجابات، المحددات الحركية الكبرى و الصغرى، ش+، TRI، FS). أما بخصوص مؤشر الشكل (ش%) و مؤشر الاستجابات الحيوانية (حيو%) فقد جاءت موافقه للمعايير لـ (10/8) حالات في المجموعتين التجريبية و الضابطة. لكن و على الرغم من ذلك، فإن عدد المؤشرات الموافقة للمعايير بخصوص الفضاء الخيالي لم يتعدى 8/3 من المعايير.

❐ أما في التطبيق البعدي لدى أفراد العينة من المجموعة التجريبية ، فقد جاءت نتائج بروتوكول الروشاخ حول الفضاء الخيالي كما هو موضح في الجدول الموالي:

الحالات / المعايير	مروة	احمد	أكرم	سامي	كريمة	الحالات المحققة للمعيار
ج: 30/20 إجابة	**20**	**23**	19	**21**	**23**	**5/4**

حر بشر: K ≤ 3	**3**	**5**	**3**	2	2	**5/3**
حر : k > من 4	**7**	4	**9**	**6**	1	**5/3**
ش%: 75/50 %	%35	%26.08	%26.31	%26.08	%47.61	**5/0**
ش+%:85/70 %	%50	%91.66	%60	% 58.33	**%70**	**5/1**
حيو% : 50/35 %	**%35**	**%43.4**	%63.15	% 56.52	**% 42.85**	**5/3**
T.R.I: انبساطي أو انطوائي موسع	**4.25/3**	**2.5/5**	**1.5/3**	**5/2**	**3.50/2**	**5/5**
FS: انبساطي أو انطوائي موسع	**1.5/7**	**1.5/5**	**2.25/9**	**2/6**	**4/1**	**5/5**
عدد المؤشرات الموافقة للمعايير	**8/6**	**8/5**	**8/4**	**8/4**	**8/5**	

جدول رقم (25): مؤشرات الفضاء الخيالي لأفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي

على خلاف نتائج التطبيق القبلي أين حدث كف في عدد الاستجابات لدى جميع أفراد العينة التجريبية، فإنه في التطبيق البعدي سجلت (4) حالات العدد المعياري للاستجابات و إن كانت في حدها الأدنى.

كما أظهرت نتائج التطبيق البعدي تزايدا في عدد الحركات الكبرى (حر بشر) عند جميع أفراد العينة التجريبية، و إن لم تحقق الحالتين (سامي، كريمة) المعيار المطلوب.

و فيما عدا الحالة (سامي) الذي لم تسجل فرقا بين نتائج التطبيق القبلي و البعدي بخصوص القيم المعيارية الخاصة بالحركات الصغرى، فإن باقي الحالات قد سجلت ارتفاعا معتبرا في عدد هذه الحركات و حققت (3) حالات المعيار المحدد.

حقق 5/4 من حالات المجموعة التجريبية لمؤشر الواقع الموضوعي (ش%) في التطبيق القبلي، أما في التطبيق البعدي فإن نتائج جاءت خائرة عند جميع أفراد العينة و سجل جميعهم في هذه المجموعة تدني لقيم هذا المؤشر.

لم يسجل تحسن في عدد الحالات الموافقة للمعايير بخصوص الواقع الذاتي، حيث سجلت حالة واحد للمعيار و الذي جاء في حده الأدنى. و في حين سجلت الحالة (أحمد) ارتفاعا كبيرا في قيمة ش+% مقارنة بالتطبيق القبلي، فإن باقي الحالات سجلت انخفاضا في قيمة هذا المعيار. و عليه فإن العلاقة مع الواقع الخارجي تعتبر خائرة عند جميع الحالات. إذ لم تتوافق نتائج (ش%) مع نتائج (ش$^{+}$%) بل وجاءت أكثر تباينا مقارنة بالتطبيق القبلي.

أما نتائج مؤشر الاستجابات الحيوانية (حيو %)، فقد جاءت موافقة للمعايير بالنسبة لثلاث حالات في التطبيق البعدي مقابل أربع حالات في التطبيق القبلي، ليشهد عن تدني مستوى المؤشر الحيواني في التطبيق البعدي. إلا أنه سجل انخفاض في نسبة الاستجابات الحيوانية.

و عدا مؤشر نمط الخبرة (TRI) و(FS) ، فلا يوجد مؤشر آخر تحقق عند جميع أفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي. هذان المؤشران اللذان لم يتحققا لدى أي فرد في نفس المجموعة في التطبيق القبلي. و فيما عدا الحالة (مروة)، فإن هذين المؤشرين الخاصين بالأنماط يسيران في نفس الاتجاه عند أفراد العينة في المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي.

– و عليه، فإن الفضاء الخيالي لأفراد العينة من المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي يظهر كفضاء غني نسبيا بالنسبة لثلاث حالات من أفراد العينة. أما الفضاء الخيالي لحالتين (أكرم، كريمة) فقد جاء اقل غنى من الفضاء الخيالي لدى هذه الحالات و لكن أكثر ثراء مقارنة بالتطبيق القبلي. كما أظهرت النتائج توافق 5/4 من الحالات مع المعيار حول عدد الاستجابات، 5/3 من الحالات المعيار حول المحددات الحركية الكبرى و كذا الصغرى. في حين

لم تحقق أي حالة المعايير بخصوص مؤشر الشكل (ش%)، و حالة واحدة مؤشر الشكل (ش+%)، 3 حالات حققت مؤشر الاستجابة الحيوانية، و حققت جميع الحالات مؤشر نمط الخبرة (TRI) و مؤشر القانون الثانوي لإدراك وجود التحقق النزوي (FS).

➢ **و على العموم فقد ظهر الارتفاع في عدد المؤشرات جليا لدى جميع الحالات و كذا في عدد الحالات المحققة للمعايير لدى أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي.**

❐ أما عن نتائج بروتوكول الروشاخ حول الفضاء الخيالي في التطبيق البعدي لدى أفراد العينة من المجموعة الضابطة فقد جاءت كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم (26): مؤشرات الفضاء الخيالي لأفراد العينة الضابطة في التطبيق البعدي

الحالات / المعايير	ماسينيسا	وليد	مهند	الهام	أشرف	الحالات المحققة للمعيار
ج: 30/20 إجابة	17	19	18	19	14	**5/0**
حربشر: K ≤ 3	1	0	0	2	0	**5/0**
حرحيو: k > من 4	2	0	2	4	**5**	**5/1**
ش%: % 75/50	**%58.82**	**%68.42**	**%55.5**	%42.10	%42,85	**5/3**
ش+%: % 85/70	%30	%52.63	**%70**	**%81.25**	%91.66	**5/2**
حيو% : % 50/35	%23.52	% 52.63	% 55.5	%31.57	%57.14	**5/0**
T.R..I: انبساطي أو انطوائي موسع	**3.25/1**	**1.75/1**	3.75/0	**5.75/2**	3.75/0	**5/3**
FS: انبساطي أو انطوائي موسع	0.5/2	**4/1**	2/2	0.5/4	**5 /1**	**5/2**
عدد المؤشرات الموافقة للمعايير	**8/2**	**8/3**	**8/2**	**8/2**	**8/2**	

و يظهر من خلال نتائج التطبيق البعدي تزايدا لعدد الاستجابات لدى جميع أفراد العينة الضابطة مقارنة بعددها في التطبيق القبلي، إلا أن جميع أفراد العينة من المجموعة الضابطة لم يتحقق لديها هذا المعيار.

أما نتائج التطبيق البعدي بخصوص عدد الحركات الكبرى (حر بشر) فلم تظهر النتائج أي تحسن لدى أفراد العينة في المجموعة الضابطة، بل ظهر تراجع طفيف في عدد هذه الحركات لدى الحالة (إلهام).

أما بخصوص القيم المعيارية الخاصة بالحركات الصغرى، فقد أظهرت النتائج الزيادة في عددها في البرتوكول لدى (3) حالات و جاء عدد المؤشرات الحركية الصغرى موافق للمعيار عند حالة واحدة (أشرف).

و سجل (5/4) من أفراد العينة الضابطة نقصا في نسبة (ش%) في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي، و جاءت النتائج موافقة للمعيار لثلاث حالات مقابل أربع حالات في التطبيق القبلي. غير أن التكيف مع الواقع الخارجي جاء خائرا عند 5/4 من الحالات في المجموعة الضابطة اللذين لم يحققوا نتائج معيارية بخصوص الواقع الذاتي. و عليه فإن العلاقة مع الواقع الخارجي تعتبر خائرة عند أغلبية الحالات (5/4)، إذ لم تتوافق نتائج (ش%) مع نتائج (ش$^{+}$%) بل وجاءت النتائج أكثر تباينا مقارنة بالتطبيق القبلي.

أما نتائج مؤشر الاستجابات الحيوانية (حيو %)، فقد جاءت غير مطابقة للمعايير بالنسبة لجميع أفراد العينة الضابطة في التطبيق البعدي مقابل ثلاث حالات في التطبيق القبلي، ليشهد عن التدني الواضح في مستوى المؤشر الحيواني في التطبيق البعدي، إلا أنه سجل ارتفاع في نسبة الاستجابات الحيوانية بالنسبة لثلاث حالات.

أما مؤشر نمط الخبرة (TRI)، فقد تحقق عند (3) حالات في التطبيق البعدي مقابل حالة واحدة في التطبيق البعدي. كما سجلت حالتين معيار القانون الثانوي (FS) في التطبيق البعدي مقابل حالة واحدة في التطبيق القبلي. مع العلم أن هذين المؤشرين الخاصين بالأنماط يسيران في اتجاه مختلف عند أفراد العينة الضابطة في القياس البعدي.

– و منه، يظهر فقر الفضاء الخيالي لدى أفراد العينة من المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي ، و لم يظهر التحسن جليا في عدد المؤشرات و كذا في عدد الحالات المحققة للمعايير. و قد سجل ارتفاع في عدد المؤشرات الموافقة للمعايير لحالة واحدة فقط (وليد) و تدني عدد هذه المؤشرات عند الحالة (أشرف)، بينما احتفظ باقي أفراد العينة بنفس عدد المؤشرات مقارنة بالتطبيق القبلي. كما لم تظهر اختلافات واضحة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي بخصوص عدد الحالات المحققة للمعايير حول عدد الاستجابات و عدد الحركات الكبرى و الصغرى بالرغم من ارتفاع عددها نسبيا عند بعض الحالات إلا أنها لم تحقق المعيار المطلوب. كما سجل تراجع واضح حول الاستجابات الحيوانية، إذ لم تحقق أي حالة المعيار المحدد لذلك. و ظهر ارتفاع في عدد الحالات المحققة لمؤشر نمط الخبرة (TRI) في التطبيق البعدي، إلا أنها لا تسير في نفس اتجاه القانون الثانوي.

و على العموم لم يظهر ارتفاع معتبر في عدد المؤشرات لدى جميع الحالات و كذا في عدد الحالات المحققة للمعايير لدى المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي.

➢ و عليه، و وفقا لما جاء في بروتوكول الروشاخ في التطبيق البعدي يظهر الفضاء الخيالي لدى أفراد العينة التجريبية أقل تدهورا في القياس البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي، و عدا فشل التكيف مع الواقع الخارجي فقد ظهر تحسن واضح في عدد و نوعية باقي مؤشرات الروشاخ، في حين ظهر عند أفراد العينة الضابطة فقر الفضاء الخيالي إذ لم يسجل أفراد العينة ارتفاعا في عدد المؤشرات الموافقة للمعايير، و سجل تحسن جد طفيف عند حالتين فقط في عدد هذه المؤشرات بين تطبيق قبلي وبعدي لم تكن كافية لتحقيق المعايير المطلوبة. و عدا الارتفاع الطفيف في مؤشر نمط الخبرة (TRI) و قانون إدراك التحقق النزوي (FS) ، ظهر تدني في عدد الحالات المحققة المعايير لدى أفراد العينة في المجموعة الضابطة.

➢ من خلال عرض نتائج البرتوكول كميا، يتضح في التطبيق البعدي عند أفراد العينة التجريبية زيادة واضحة في عدد مؤشرات الروشاخ الدالة على تحسن نوعية فضاءهم الخيالي ، كما سجل ارتفاع لعدد الحالات المحققة للمعايير. فالفضاء الخيالي لأفراد العينة من المجموعة التجريبية يظهر كفضاء غني نسبيا و يظهر أكثر ثراء لدى جميع أفراد العينة مقارنة بالتطبيق القبلي.

إلا أنه و كما أكد عليه (Gaudriault, 2007)، من المهم عدم الاكتفاء بالتغير الكمي فحسب، بل و بالإضافة إلى ذلك ضرورة تقصي التغيرات من خلال الاهتمام بالتغير في نوعية الاستجابات كون فعالية المقاربة من خلال النتائج الكمية (عدد الاستجابات مثلا) تعتبر محدودة.

و عليه، و من خلال التناول الكيفي لبرتوكول الروشاخ، فبالرغم من حصول أفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي على عدد كبير من المؤشرات حول ثراء الفضاء الخيالي، إلا أن تدقيق في نتائج ش% و ش+% تعتبر غير ناجحة، إذ نستنكر العلاقة مع الواقع الخارجي لديهم. فالعلاقة الخائرة مع الواقع الخارجي لا ترجع لعدم الاعتراف بالواقع الخارجي (كما هو الحال عند الذهاني) بل تسند لعدم التكيف معه باللجوء إليه ليس كوسيلة لحل الصراعات

و التحرر النزوي من خلاله، ما يؤدي لاستثماره من خلال الالتزام بما هو واقعي و ملموس (كما هو الحال عند السيكوسوماتي)

و ما يلاحظ في تحليل نتائج برتوكول الروشاخ لأفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي، هيمنة اللجوء إلى الواقع الذاتي على حساب اللجوء إلى الواقع الموضوعي. إلا أن اللجوء إلى الواقع الذاتي حدث فيه انغماس عند حالتين (أحمد، سامي) حيث ارتفعت نسبة ش+% مقارنة بالتطبيق القبلي، ما يشير إلى هيمنة المدرك على الخيالي حسب Chabert (1988) و de Tychey, Rebourg, Vivot (2000) في حين سجل باقي أفراد العينة انخفاضا لهذه القيمة مقارنة بالتطبيق القبلي. غير أنه و كما أكدت عليه Chabert (1988) تتأكد هيمنة المدرك على الخيالي كلما كان ش% مرتفعا و ش+% منخفضا، و العكس بالعكس. و هو ما تحقق لدى أفراد المجموعة التجريبية من خلال ما ظهر من تدني قيم ش% لدى جميع أفراد العينة في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي هذا من جهة، إضافة إلى انخفاض قيم ش% مقارنة بقيم ش+% لدى جميع أفراد العينة أيضا، ما يشير إلى لجوء أفراد العينة إلى الخيالي أكثر منه إلى المدرك.

و بالرغم من تدني عدد الحالات المحققة للمعايير بخصوص الاستجابات الحيوانية (حيو%)، إلى أنه يلاحظ انخفاض قيم النسب الخاصة بهذا المؤشر في التطبيق البعدي عند 5/4 من الحالات في المجموعة التجريبية، ما يشير هو الآخر إلى اتساع الفضاء الخيالي عند أفراد هذه العينة في التطبيق البعدي، حيث كلما ارتفعت نسبة الاستجابات الحيوانية (حيو%)، دلت على هيمنة المدرك على الخيالي حسب Chabert (1988) و de Tychey, Rebourg, Vivot (2000). و حسب نفس الباحثين أيضا، فإن مؤشر نمط الخبرة (TRI) و قانون إدراك التحقق النزوي (FS) التي تميل نحو التضيق أو النمط المضيق تشير إلى هيمنة المدرك على الخيالي، و قد حقق جميع أفراد العينة في المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي المعيار المطلوب لهذين المؤشرين، مع تحسن (TRI) (FS) و الذي جاء من النمط الذي يميل نحو التضيق و النمط المضيق عند (أكرم و سامي) على التوالي في القياس القبلي ليصبح من النمط الموسع في التطبيق البعدي. كما أن هذين المؤشرين الخاصين بالأنماط يسيران في نفس الاتجاه في التطبيق البعدي لجميع أفراد العينة التجريبية باستثناء (مروة).

و عليه و بالرغم من عدم تحقيق جميع الحالات في المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي للمعايير الخاصة بمؤشرات الروشاخ كميا، إلا أن تحليل الروشاخ نوعيا يشير إلى تحسن الفضاء الخيالي لدى جميع أفراد المجموعة التجريبية. و في هذه النتائج تأكيد لما أشار إليه (Gaudriault, 2007) على كون التغيرات الحاصلة لا تحدث بنفس الطريقة عند الجميع باعتبار أن كل حالة هي حالة فريدة و لا يحدث التغيير لديهم في نفس الأبعاد النفسية.

– أما عند أفراد العينة الضابطة، فيتضح في التطبيق البعدي من خلال عرض نتائج البرتوكول كميا عدم تحسن الفضاء الخيالي عند جميع أفراد العينة. حيث سجل استقرار في عدد مؤشرات الروشاخ الموافقة للمعايير عند حالتين، و على العكس من ذلك انخفاض عدد هده المؤشرات عند حالتين. و الارتفاع الوحيد في هذه المجموعة حققه (وليد)، إذ يرجع التحسن في النتائج إلى مؤشر نمط الخبرة (TRI) و قانون إدراك التحقق النزوي (FS) في القياس البعدي. و يفسر ذلك كيفيا إلى لجوءه للفضاء الخيالي و عدم هيمنة المدرك على الخيالي، خاصة و أن قيم (TRI) و (FS) جاءت موافقة للمعايير في التطبيق البعدي بعد أن ظهرت خائرة في التطبيق القبلي بنمط يميل إلى التضيق و إلى النمط المضيق على التوالي، إلا أن هذين المؤشرين لا يسيران في نفس الاتجاه للإشارة إلى عدم التحسن في التحقق النزوي. ما يضعف نوعية الفضاء الخيالي. كما ظهر انخفاض في قيمة ش%، غير أن عدم ارتفاع قيم

اللجوء للواقع الذاتي أدى إلى إضعافها لتبقى هيمنة الواقع الموضوعي على حساب الواقع الذاتي خاصة مع غياب الحركات الكبرى و الصغرى، ما يشير إلى فقر الفضاء الخيالي لديه رغم التحسن الظاهر في عدد المؤشرات الموافقة للمعايير.

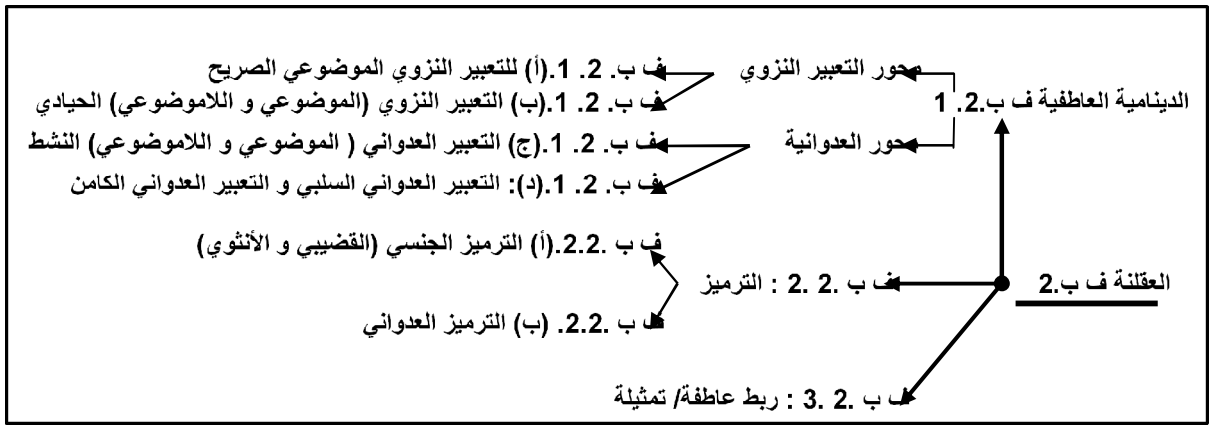
و كخلاصة: فقد ظهر الفضاء الخيالي لدى أفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي أقل تدهورا مقارنة بالقياس القبلي من خلال تحسن في عدد مؤشرات الروشاخ (عدد الاستجابات، المحددات الحركية الكبرى و الصغرى، TRI، FS...)، في حين لم يظهر عند أفراد العينة الضابطة تحسن في هذه المؤشرات بين قياس قبلي وبعدي.

✓ **و منه، فإن الفرضية ف ب.1 حول دور لعبة الفيديو رومسيون في إثراء الفضاء الخيالي قد تحققت.**

II- عرض و تحليل نتائج الفرضية ف ب.2:

تذكير بالفرضية الإجرائية ف ب. 2: تظهر القدرة على العقلنة من نوعية أفضل في المجموعة التجريبية من المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي من خلال تحسن مؤشرات الروشاخ حول (الدينامية العاطفية **ف ب .2.1)**، (الترميز الجنسي و العدواني **ف ب.2. 2)**، (الارتباط بين العواطف و التمثيلات **ف ب .2 .3)**.

و فيما يلي التذكير بالمخطط التوضيحي حول فرضيات العقلنة:



2-1- عرض و تحليل نتائج الفرضية ف ب. 2 .1 :الدينامية العاطفية،

- تظهر القدرة على العقلنة من نوعية أفضل في المجموعة التجريبية من المجموعة الضابطة في القياس البعدي من خلال تحسن مؤشرات الدينامية العاطفية. و فيه أربع فرضيات جزئية تتوزع على:

1- محور التعبير النزوي: ف ب. 2. 1.(أ)، ف ب. 2. 1.(ب)

2- محور العدوانية: ف ب. 2. 1.(ج)، ف ب. 2. 1.(د)

1- محور التعبير النزوي:

➢ **ف ب. 2. 1.(أ)** : يظهر التعبير النزوي من نوعية أفضل من خلال ظهور المزيد من التعبير النزوي الموضوعي الصريح في المجموعة التجريبية منه في المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي.

➢ **ف ب. 2. 1.(ب):** يظهر التعبير النزوي من نوعية أفضل من خلال الانخفاض المسجل في الدرجات المجمعة للتعبير النزوي الموضوعي الحيادي و اللاموضوعي الحيادي في المجموعة التجريبية منه في المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي.

الجدول (27): الدينامية العاطفية؛ محور التعبير النزوي لأفراد العينة التجريبية في التطبيق القبلي

محور التعبير النزوي		مروة	أكرم	أحمد	سامي	كريمة
موضوعي	صريح	1	1	1	0	0
	حيادي	4	8	11	7	7
لا موضوعي	صريح	1	0	0	0	0
	حيادي	1	0	0	0	0

الجدول (28): الدينامية العاطفية؛ محور التعبير النزوي لأفراد العينة الضابطة في التطبيق القبلي

محور التعبير النزوي		ماسينيسا	وليد	الهام	أشرف	مهند
موضوعي	صريح	1	0	1	1	0
	حيادي	1	1	6	2	6
لا موضوعي	صريح	0	0	1	1	0
	حيادي	0	0	1	0	0

❍ يتضح من خلال استجابات أفراد العينة من المجموعتين التجريبية و الضابطة في التطبيق القبلي كما هو موضح في الجدولين (29، 30) وجود محدودية بخصوص التعبير النزوي الموضوعي الصريح، و التعبير النزوي اللاموضوعي الصريح و الحيادي.

فبينما سجل أفراد المجموعة التجريبية 3 إجابات حول التعبير النزوي الموضوعي الصريح من مجموع استجابات التعبير النزوي البالغ عددها 42 إجابة أي ما نسبته 7% تقريبا، فإن أفراد المجموعة الضابطة سجلوا 22/3 من نفس نوع التعبير أي ما نسبته 14% تقريبا.

أما بخصوص التعبير النزوي اللاموضوعي فقد سجل أفراد العينة التجريبية ما نسبته 2% بالنسبة للتعبير الحيادي. أما المجموعة الضابطة فقد جاءت نتائج هذا النوع من التعبير بنسبة 5% تقريبا.

و ارتكزت إجابات التعبير النزوي لدى أفراد العينة من المجموعتين، التجريبية و الضابطة حول التعبير الموضوعي الحيادي، حيث جاءت معظم إجابات أفراد العينة من المجموعتين حول هذا النوع من التعبير، أي بنسبة 90% لدى المجموعة التجريبية و بنسبة 73% لدى المجموعة الضابطة.

و عليه، فقد جاءت النتائج حول التعبير النزوي الموضوعي الصريح ضعيفة لدى أفراد العينة من المجموعتين التجريبية و الضابطة في التطبيق القبلي. مع وجود الكثير من التعبير النزوي الموضوعي الحيادي لدى أفراد العينة من المجموعتين التجريبية و الضابطة في تطبيق القبلي.

❐ أما في التطبيق البعدي، فقد جاءت نتائج الروشاخ في شبكة الدينامية العاطفية لأفراد العينة من المجموعة التجريبية حول التعبير النزوي كما هو موضح في الجدول الموالي:

الجدول (29): الدينامية العاطفية؛ محور التعبير النزوي لأفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي

محور التعبير النزوي		مروة	أكرم	احمد	سامي	كريمة
موضوعي	صريح	8	6	7	3	8
	حيادي	4	7	4	5	5
	صريح	1	1	1	0	0

لا موضوعي	**حيادي**	0	0	0	1	0

يتضح من خلال استجابات أفراد العينة في المجموعة التجريبية وجود محدودية بخصوص التعبير النزوي اللاموضوعي الصريح و الحيادي كما في نتائج التطبيق القبلي. في حين ظهر تباين بين نتائج التعبير النزوي الموضوعي الصريح و الحيادي بين تطبيق قبلي و بعدي كما يوضحه الجدول الموالي:

جدول (30): الدينامية العاطفية، محور التعبير النزوي
مقارنة بين نتائج التطبيق القبلي و البعدي للمجموعة التجريبية

محور التعبير النزوي		التطبيق القبلي	التطبيق البعدي
موضوعي	**صريح**	**3** **مَ = 0.6** أي ما يمثل: **4.28%** من إجمالي الإجابات و **7.14%** من الإجابات ذات التعبير النزوي	**32** **مَ = 6.4** أي ما يمثل: **30.18%** من إجمالي الإجابات و **52.45%** من الإجابات ذات التعبير النزوي
	حيادي	**37** **مَ = 7.4** أي ما يمثل: **52.28%** من إجمالي الإجابات و **88.08%** من الإجابات ذات التعبير النزوي	**25** **مَ = 5** أي ما يمثل: **23.58%** من إجمالي الإجابات و **40.98%** من الإجابات ذات التعبير النزوي
لا موضوعي	**صريح**	**1** **عند حالة واحدة (1/1)**	**3** عند 3 حالات (3/3)
	حيادي	**1** عند حالة واحدة (1/1)	**1** عند حالة واحدة (1/1)
الاستنتاج		مجموع التعبيرات النزوية **70/42 =** أي ما يعادل **60%** من الإجابات **مجموع التعبيرات النزوية الموضوعية و اللاموضوعية الحيادية = 70/38** أي ما يمثل: **54.28%** من إجمالي الإجابات و **90.47%** من الإجابات ذات التعبير النزوي	مجموع التعبيرات النزوية **106/ =61** أي ما يعادل **57.54%** من الإجابات **مجموع التعبيرات النزوية الموضوعية و اللاموضوعية الحيادية = 106/26** أي ما يمثل: **24.52%** من إجمالي الإجابات و **42.62%** من الإجابات ذات التعبير النزوي

تظهر النتائج في الجدول انخفاض طفيف في عدد الإجابات ذات التعبير النزوي عموما من إجمالي الإجابات: جاءت بنسبة 60% في التطبيق القبلي مقابل 57.54% في التطبيق البعدي. و على الرغم من ذلك فإن التباين كما اشرنا إليه يظهر واضحا في نوعية التعبير النزوي الموضوعي الصريح بمتوسط حسابي قدر بـ 0.6 في القياس القبلي مقابل 6.4 في التطبيق القبلي، إذ سجل فيه زيادة معتبرة بنسبة 30.18% من إجمالي الإجابات و 52.45% من الإجابات ذات التعبير النزوي في التطبيق البعدي مقابل 4.28% من إجمالي الإجابات و 7.14% من الإجابات ذات التعبير النزوي في التطبيق القبلي.

كما ظهر التباين بين المتوسطات الحسابية للتعبير النزوي الموضوعي الحيادي بانخفاضه في التطبيق البعدي، قدر المتوسط الحسابي بـ 5 إجابات لكل حالة في التطبيق البعدي بعد أن قدر بـ 7.4 إجابة لكل حالة في

التطبيق القبلي. ما يمثل 23.58% من إجمالي الإجابات و 40.98% من الإجابات ذات التعبير النزوي في التطبيق البعدي مقابل 52.28% من إجمالي الإجابات و 88.08% من الإجابات ذات التعبير النزوي في التطبيق القبلي. كما جاءت مجموع التعبيرات النزوية الموضوعية و اللاموضوعية الحيادية في التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية أقل من نصف ما جاء حول مجمل هذا التعبير في التطبيق القبلي. بنسبة 54.28% من إجمالي الإجابات في التطبيق القبلي و 24.52% من إجمالي الإجابات في التطبيق البعدي. و 90.47% من الإجابات ذات التعبير النزوي في التطبيق القبلي مقابل و 42.62% من الإجابات ذات التعبير النزوي في التطبيق البعدي.

➢ و كخلاصة، فقد ظهرت زيادة جد معتبرة في التعبير النزوي الموضوعي الصريح عند أفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي قدرت بسته إضعاف تقريبا، في حين انخفض مستوى التعبير النزوي الموضوعي الحيادي و مجموع التعبيرات النزوية الموضوعية و اللاموضوعية الحيادية في التطبيق البعدي إلى أكثر من نصف النسبة مقارنة بالتطبيق القبلي.

❐ أما في التطبيق البعدي لأفراد العينة من المجموعة الضابطة، فقد جاءت نتائج الروشاخ في شبكة الدينامية العاطفية حول التعبير النزوي كما هو موضح في الجدول الموالي:

الجدول (31): الدينامية العاطفية؛ محور التعبير النزوي لأفراد العينة الضابطة في التطبيق البعدي

محور التعبير النزوي		ماسينيسا	وليد	الهام	أشرف	مهند
موضوعي	صريح	2	2	1	2	0
	حيادي	0	6	8	5	8
لا موضوعي	صريح	3	0	3	1	1
	حيادي	0	0	0	0	1

تظهر إجابات أفراد العينة في المجموعة الضابطة وجود محدودية بخصوص التعبير النزوي اللاموضوعي الحيادي كما في نتائج التطبيق القبلي. في حين ظهر التعبير النزوي الموضوعي الصريح و الحيادي و كذا التعبير اللاموضوعي الصريح في التطبيق البعدي ضعف ما جاء في التطبيق القبلي و في الجدول الموالي توضيح لذلك:

جدول (32): الدينامية العاطفية، محور التعبير النزوي
مقارنة بين نتائج التطبيق القبلي و البعدي للمجموعة الضابطة

محور التعبير النزوي	التطبيق القبلي	التطبيق البعدي

موضوعي	**صريح**	**3** **مَ = 0.6** أي ما يمثل: **4.41%** من إجمالي الإجابات و **13.63%** من الإجابات ذات التعبير النزوي	**7** **مَ = 1.4** أي ما يمثل: **8.04%** من إجمالي الإجابات و **16.27%** من الإجابات ذات التعبير النزوي
	حيادي	**16** **مَ = 7.4** أي ما يمثل: **23.52%** من إجمالي الإجابات و **72.72%** من الإجابات ذات التعبير النزوي	**27** **مَ = 5** أي ما يمثل: **31.03%** من إجمالي الإجابات و **62.79%** من الإجابات ذات التعبير النزوي
لا موضوعي	**صريح**	**2** عند حالتين (2/2)	**8** عند 4 حالات
	حيادي	**1** عند حالة واحدة (1/1)	**1** عند حالة واحدة (1/1)
الاستنتاج		مجموع التعبيرات النزوية **= 68/22** أي ما يعادل **32.35%** من الإجابات **مجموع التعبيرات النزوية الموضوعية و اللاموضوعية الحيادية = 68/17** أي ما يمثل: **25%** من إجمالي الإجابات و **77.27%** من الإجابات ذات التعبير النزوي	مجموع التعبيرات النزوية **= 87/43** أي ما يعادل **49.42%** من الإجابات **مجموع التعبيرات النزوية الموضوعية و اللاموضوعية الحيادية = 87/28** أي ما يمثل: **32.18%** من إجمالي الإجابات و **65.11%** من الإجابات ذات التعبير النزوي.

بارتفاع عدد الإجابات في بروتوكول الروشاخ، ارتفع عدد الإجابات ذات التعبير النزوي عموما: حيث أصبحت نسبتها تعادل 49.42% في التطبيق البعدي بعد أن سجلت نسبة 32.35% في التطبيق القبلي. إلا أن نوعية تعبير النزوات ساءت وهو ما ظهر من خلال ارتفاع قيمة المتوسط الحسابي للتعبير النزوي الحيادي؛ 27 في التطبيق البعدي مقابل 16 في التطبيق القبلي. كما ظهرت الزيادة واضحة للتعبير الموضوعي الحيادي في إجمالي الإجابات و المقدر بـ31.03% في التطبيق البعدي مقابل 23.52% في التطبيق القبلي. إلا أن هذا النوع من التعبير بالنسبة للإجابات ذات التعبير النزوي قد انخفض قليلا في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي و جاءت النسب على التوالي: 62.79% مقابل 72.72%. كما ظهر التعبير النزوي الموضوعي الصريح في التطبيق البعدي مضاعفا بالنسبة للتطبيق القبلي، و قدر المتوسط الحسابي بـ 7 إجابات في التطبيق البعدي مقابل 3 إجابات في التطبيق القبلي، أي ما يمثل: 8.04% من إجمالي الإجابات و 16.27% من الإجابات ذات التعبير النزوي في التطبيق البعدي مقابل 4.41% من إجمالي الإجابات و 13.63% من الإجابات ذات التعبير النزوي. و بعد أن تم التعبير النزوي اللاموضوعي الصريح من طرف حالتين فقط في المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي، فأن أربع حالات قدمت هذا النوع من التعبير ما أدى إلى ارتفاع عدد الإجابات حوله بأربعة أضعاف في التطبيق البعدي.

أما عن مجموع التعبيرات النزوية الموضوعية و اللاموضوعية الحيادية في التطبيق البعدي لدى المجموعة الضابطة، فقد سجل ارتفاع في نسبة التعبير بما يعادل 32.18% من إجمالي الإجابات في التطبيق البعدي مقابل

25% في التطبيق القبلي، غير أن التعبير النزوي الحيادي (الموضوعي و اللاموضوعي) بالمقارنة بالتعبير النزوي عامة قد انخفض قليلا، قدر بنسبة 65.11% في التطبيق البعدي مقابل 77.27% في التطبيق القبلي.

و كخلاصة، فقد ظهرت زيادة طفيفة في نسب التعبير النزوي الموضوعي الصريح و التعبير النزوي الموضوعي الحيادي و مجموع التعبيرات النزوية الموضوعية و اللاموضوعية الحيادية عند أفراد العينة الضابطة في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي.

و في الجدول الموالي مقارنة بين نتائج المجموعتين التجريبية و الضابطة بين تطبيق قبلي و بعدي حول التعبير النزوي الصريح و مجموع التعبيرات النزوية الموضوعية و اللاموضوعية الحيادية:

جدول (33) : مقارنة بين نتائج المجموعتين التجريبية و الضابطة بين تطبيق قبلي و بعدي حول التعبير النزوي

محور التعبير النزوي	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة	
	التطبيق القبلي	التطبيق البعدي	التطبيق القبلي	التطبيق البعدي
التعبير الموضوعي الصريح:	3 مَ = 0.6	32 مَ = 6.4	3 مَ = 0.6	7 مَ = 1.4
إجمالي الإجابات	%4.28	%30.18	%4.41	%8.04
إجابات ذات تعبير نزوي	%7.14	%52.45	%13.63	%16.27
مج التعبيرات النزوية الموضوعية واللاموضوعية الحيادية:	70/38 =	106/26 =	68/17 =	87/28 =
إجمالي الإجابات	%54.28	%24.52	%25	%32.18
داخل الإجابات ذات التعبير النزوي	%90.47	%42.62	%77.27	%65.11

1- بمقارنة نتائج النسب كما هو موضح في الجدول أعلاه. فقد جاءت النتائج حول التعبير النزوي الموضوعي الصريح ضعيفة لدى أفراد العينة من المجموعتين التجريبية و الضابطة في التطبيق القبلي. في حين سجل الكثير من التعبير النزوي الموضوعي الحيادي و خاصة بمقارنتها بالإجابات ذات التعبير النزوي، حيث طغى هذا النوع من التعبير على إجابات أفراد العينة الكلية. أما في التطبيق البعدي فسجل المزيد من التعبير النزوي الموضوعي الصريح عند أفراد العينة التجريبية بنسبة جد معتبرة، أما الزيادة عند أفراد العينة الضابطة فجاءت جد طفيفة.

- **ومنه فان الفرضية [ف ب. 2. 1.(أ)]** قد تحققت حيث ظهر التعبير النزوي لدى أفراد العينة التجريبية من نوعية أفضل في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي من خلال ظهور المزيد من التعبير النزوي الموضوعي الصريح عند أفراد العينة التجريبية منه عند أفراد العينة الضابطة.

2- في التطبيق البعدي تراجعت نسبة الإجابات المجمعة للتعبير النزوي الموضوعي و اللاموضوعي الحيادي في المجموعة التجريبية بالنصف مقارنة بالنسب المسجلة في التطبيق القبلي. في حين سجل أفراد العينة الضابطة زيادة في الإجابات المجمعة للتعبير النزوي الموضوعي و اللاموضوعي الحيادي في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي و إن حقق بعض الانخفاض في هذا النوع من التعبير داخل الإجابات ذات التعبير النزوي.

- **و منه فإن الفرضية [ف ب. 2. 1.(ب)]** قد تحققت حيث ظهر التعبير النزوي لدى أفراد العينة التجريبية من نوعية أفضل في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي من خلال الانخفاض المسجل في الدرجات

المجمعة للتعبير النزوي الموضوعي الحيادي و اللاموضوعي الحيادي عند أفراد العينة التجريبية، منه عند أفراد العينة الضابطة.

➢ **و عليه، فإن الفرضية ف ب.2. 1. حول التعبير النزوي قد تحققت.**

2- محور العدوانية:

➢ **ف ب. 2. 1.(ج):** يظهر التعبير العدواني من نوعية أفضل من خلال الارتفاع المسجل في الدرجات المجمعة للتعبير العدواني الموضوعي النشط و اللاموضوعي النشط في المجموعة التجريبية منه في المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي.

➢ **ف ب. 2. 1.(د):** يظهر التعبير العدواني من نوعية أفضل من خلال الانخفاض المسجل في الدرجات المجمعة للتعبير العدواني السلبي و الكامن في المجموعة التجريبية منه في المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي.

الجدول (34) : الدينامية العاطفية؛ محور العدوانية لأفراد العينة التجريبية في التطبيق القبلي

محور العدوانية		مروة	أكرم	أحمد	سامي	كريمة
موضوعي	نشط	0	1	3	0	1
	سلبي	2	4	3	3	6
لا موضوعي	نشط	0	0	0	0	0
	سلبي	0	0	0	0	0
كامن		7	6	8	9	5

الجدول (35) : الدينامية العاطفية؛ محور العدوانية لأفراد العينة الضابطة في التطبيق القبلي

محور العدوانية		ماسينيسا	وليد	الهام	أشرف	مهند
موضوعي	نشط	1	0	0	0	0
	سلبي	1	1	1	3	4
لا موضوعي	نشط	0	0	0	0	0
	سلبي	1	0	0	1	0
كامن		4	5	9	3	4

❍ يتضح من خلال بروتوكول الروشاخ لأفراد العينة من المجموعتين التجريبية و الضابطة في التطبيق القبلي كما هو موضح في الجدولين (36، 37) وجود القليل من الإجابات حول التعبير عن العدوانية النشطة الموضوعية منها و اللاموضوعية. فبينما سجل أفراد المجموعة التجريبية 5 إجابات حول التعبير العدواني الموضوعي النشط من مجموع استجابات التعبير العدواني البالغ عددها 58 إجابة أي ما نسبته 8.62%، فإن أفراد المجموعة الضابطة سجلوا 38/1 من نفس نوع التعبير ما تقارب نسبته 2.63%. أما بخصوص التعبير النزوي اللاموضوعي النشط فجاءت النتائج منعدمة لأفراد العينة من المجموعتين.

و ارتكزت الإجابات لدى أفراد العينة من المجموعتين، التجريبية و الضابطة حول التعبير العدواني الكامن، حيث جاءت معظم إجابات أفراد العينة من المجموعتين حول هذا النوع من التعبير، أي بنسبة 50% لدى المجموعة التجريبية و بنسبة 36.76% لدى المجموعة الضابطة. أما التعبير العدواني السلبي فقد سجل أفراد العينة التجريبية ما نسبته 25.71% من إجمالي الإجابات، و ما نسبته 14.70 من إجمالي الإجابات في المجموعة الضابطة.

و عليه، فقد جاءت النتائج حول التعبير العدواني (الموضوعي و اللاموضوعي) النشط لدى أفراد العينة من المجموعتين التجريبية و الضابطة في القياس القبلي قليلة. كما جاء التعبير العدواني السلبي و التعبير العدواني الكامن معتبرا لدى أفراد العينة من المجموعتين التجريبية و الضابطة في تطبيق قبلي.

❐ أما في التطبيق البعدي، فقد جاءت نتائج الروشاخ في شبكة الدينامية العاطفية لأفراد العينة من المجموعة التجريبية حول التعبير العدواني كما هو موضح في الجدول الموالي:

الجدول (36) : الدينامية العاطفية؛ محور العدوانية لأفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي

محور العدوانية		مروة	أكرم	أحمد	سامي	كريمة
موضوعي	نشط	3	0	1	3	2
	سلبي	2	2	1	1	4
لا موضوعي	نشط	0	0	0	0	0
	سلبي	0	0	0	1	0
كامن		8	11	13	9	7

كما في نتائج التطبيق القبلي، يتضح من خلال استجابات أفراد العينة في المجموعة التجريبية انعدام التعبير العدواني اللاموضوعي النشط و السلبي (إجابة واحدة فقط). في حين ظهر بعض الاختلاف بين التطبيق القبلي و البعدي حول نتائج التعبير العدواني الموضوعي النشط و السلبي و التعبير العدواني الكامن. و هو ما سنقوم بتفصيله في الجدول الموالي:

جدول (37) : الدينامية العاطفية، محور التعبير العدواني
مقارنة بين نتائج التطبيق القبلي و البعدي للمجموعة التجريبية

محور العدوانية		التطبيق القبلي	التطبيق البعدي
موضوعي	نشط	**5** **عند 3 حالات**	**9** **عند 4 حالات**
	سلبي	**18 عند 5 حالات** **مَ = 3.6** أي ما يمثل: **25.71%** من إجمالي الإجابات و **31.03%** من الإجابات ذات التعبير العدواني	**10 عند 5 حالات** **مَ = 2** أي ما يمثل: **9.43%** من إجمالي الإجابات **14.70%** من الإجابات ذات التعبير العدواني
لا موضوعي	نشط	**0**	**0**
	سلبي	**0**	**1**
كامن		**35** **مَ = 7** أي ما يمثل: **50%** من إجمالي الإجابات و **60.34%** من الإجابات ذات التعبير العدواني	**48** **مَ = 9.6** أي ما يمثل: **45.28%** من إجمالي الإجابات و **70.85%** من الإجابات ذات التعبير العدواني
الاستنتاج		مجموع التعبيرات العدوانية **= 70/58** ما يعادل **82.85%** من مجمل الإجابات **مجموع التعبيرات العدوانية الموضوعية و اللاموضوعية النشطة** **= 70/5** ما يمثل: **7.14%** من إجمالي الإجابات و **8.62%** من إجابات التعبير العدواني.	مجموع التعبيرات العدوانية **= 106/68** ما يعادل **64.15%** من مجمل الإجابات **مجموع التعبيرات العدوانية الموضوعية و اللاموضوعية النشطة** **= 106/9** ما يمثل: **8.49%** من إجمالي الإجابات و **13.23%** من إجابات التعبير العدواني.

	مجموع التعبيرات العدوانية الموضوعية و اللاموضوعية السلبية = 70/18 ما يمثل: **25.71%** من إجمالي الإجابات و **31.03%** من إجابات التعبير العدواني	مجموع التعبيرات العدوانية الموضوعية و اللاموضوعية السلبية = 106/11 ما يمثل: **10.37%** من إجمالي الإجابات و **16.17%** من إجابات التعبير العدواني.

تظهر النتائج انخفاض في عدد الإجابات ذات التعبير العدواني عموما من إجمالي الإجابات: جاءت بنسبة 82.5% في التطبيق القبلي مقابل 64.15% في التطبيق البعدي. و يرجع ذلك إلى الانخفاض في التعبير العدواني الموضوعي السلبي الواضح بمتوسط حسابي قدر بإجابتين لكل حالة حول هذا النوع من التعبير في القياس البعدي مقابل 3.6 إجابة لكل حالة في التطبيق القبلي. إذ سجل انخفاض معتبر حول هذا النوع من التعبير، أي ما يماثل 9.43% من إجمالي الإجابات و 14.70% من الإجابات ذات التعبير العدواني في التطبيق البعدي مقابل 25.71% من إجمالي الإجابات و 31.03% من الإجابات ذات التعبير النزوي في التطبيق القبلي. كما ظهر التباين بين المتوسطات الحسابية للتعبير العدواني الكامن بارتفاع عدد الإجابات حول هذا التعبير في التطبيق البعدي، قدر المتوسط الحسابي بـ 9.6 في التطبيق البعدي بعد أن قدر بـ 7 إجابة لكل حالة في التطبيق القبلي. ما يمثل 50% من إجمالي الإجابات و 60.34% من الإجابات ذات التعبير العدواني في التطبيق القبلي، في حين سجل في التطبيق البعدي بعض الانخفاض الطفيف في نسبة التعبير العدواني الكامن و المقدر بـ 45.28% من إجمالي الإجابات و لكن يلاحظ ارتفاع هذا النوع من التعبير مقارنة بالإجابات ذات التعبير العدواني، حيث قدرت بـ 70.85% .

و على العموم فقد سجلت بعض الزيادة في مجموع التعبيرات العدوانية الموضوعية و اللاموضوعية النشطة في التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية مقارنة بما جاء في التطبيق القبلي. و سجلت نسبة 8.49% من إجمالي الإجابات في التطبيق البعدي مقابل 7.14% في التطبيق القبلي. و 13.23% من الإجابات ذات التعبير العدواني في التطبيق البعدي مقابل 8.62% في التطبيق القبلي. أما مجموع التعبيرات العدوانية الموضوعية و اللاموضوعية السلبية، فقد ظهر الفرق واضحا بين نتائج التطبيق القبلي و البعدي. و سجل نقص في هذا النوع من التعبير لدى المجموعة التجريبية لأقل من نصف ما جاء حول مجمل هذا التعبير في التطبيق القبلي. بالنسبة لإجمالي الإجابات جاءت بنسبة 25.71% في التطبيق القبلي و 10.37% في التطبيق البعدي. أما بخصوص نسبة هذه الفئتين من التعبير داخل الإجابات ذات التعبير العدواني فسجلت 31.03% في التطبيق القبلي و 16.17% في التطبيق البعدي.

و كخلاصة، فقد ظهرت زيادة طفيفة في التعبير العدواني النشط لدى أفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي، كما سجل انخفاض طفيف في التعبير العدواني الكامن في البرتوكول، غير أن نسبته ارتفعت داخل الإجابات ذات التعبير العدواني، أما مجموع التعبيرات العدوانية الموضوعية و اللاموضوعية السلبية فقد جاءت منخفضة في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي.

❐ أما في التطبيق البعدي لأفراد العينة من المجموعة الضابطة، فقد جاءت نتائج الروشاخ في شبكة الدينامية العاطفية حول التعبير العدواني كما هو موضح في الجدول الموالي:

الجدول (38) : الدينامية العاطفية؛ محور العدوانية لأفراد العينة الضابطة في التطبيق البعدي

محور العدوانية		ماسينيسا	وليد	الهام	أشرف	مهند
موضوعي	نشط	3	1	1	2	2
	سلبي	1	4	2	5	7
لا موضوعي	نشط	0	0	3	0	0
	سلبي	0	0	0	0	0
كامن		5	6	9	6	6

ظهر في التطبيق البعدي الكثير من التعبير العدواني في إجابات أفراد المجموعة الضابطة، و ما عدا التعبير العدواني اللاموضوعي السلبي الذي جاء منعدما كما في التطبيق القبلي، فقد سجل ارتفاع في التعبير العدواني الموضوعي و اللاموضوعي النشط، و كذا في التعبير الموضوعي السلبي. أما التعبير الكامن فقد ظهر منخفضا في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي. و تفصيل ذلك نوضحه من خلال النتائج المدونة في الجدول أدناه:

جدول (39) : الدينامية العاطفية، محور التعبير العدواني
مقارنة بين نتائج التطبيق القبلي و البعدي للمجموعة الضابطة

محور العدوانية		التطبيق القبلي	التطبيق البعدي
موضوعي	نشط	**1** عند حالة واحدة	**9** عند 5 حالات
	سلبي	**10** عند 5 حالات مَ = **2** أي ما يمثل: **14.70%** من إجمالي الإجابات و **26.31%** من إجابات التعبير العدواني	**19** عند 5 حالات مَ = **3.8** أي ما يمثل: **21.83%** من إجمالي الإجابات و **30.15%** من إجابات التعبير العدواني
لا موضوعي	نشط	**0**	**3** عند حالة واحدة
	سلبي	**0**	**0**
كامن		**25** مَ = **5** أي ما يمثل: **36.76%** من إجمالي الإجابات و **65.78%** من إجابات التعبير العدواني	**32** مَ = **6.4** أي ما يمثل: **36.78%** من إجمالي الإجابات و **50.79%** من إجابات التعبير العدواني
الاستنتاج		مجموع التعبيرات العدوانية = **68/38** ما يعادل **55.88%** من مجمل الإجابات **مجموع التعبيرات العدوانية الموضوعية و اللاموضوعية النشطة** = **68/1** ما يمثل: **1.47%** من إجمالي الإجابات و **2.63%** من إجابات التعبير العدواني **مجموع التعبيرات العدوانية الموضوعية و اللاموضوعية السلبية** = **68/12** ما يمثل: **17.64%** من إجمالي الاستجابات و **31.57%** من إجابات التعبير العدواني	مجموع التعبيرات العدوانية = **87/63** ما يعادل **72.41%** من مجمل الإجابات **مجموع التعبيرات العدوانية الموضوعية و اللاموضوعية النشطة** = **87/12** ما يمثل: **13.79%** من إجمالي الإجابات و **19.04%** من إجابات لتعبير العدواني **مجموع التعبيرات العدوانية الموضوعية و اللاموضوعية السلبية** = **87/19** ما يمثل: **21.83%** من إجمالي الاستجابات و **30.15%** من إجابات التعبير العدواني.

ارتفعت عدد الإجابات ذات التعبير العدواني في التطبيق البعدي بما يعادل 72.41% في التطبيق البعدي بعد أن سجلت نسبة 55.88% في التطبيق القبلي. فبعد ما سجلت حالة واحدة في المجموعة الضابطة التعبير العدواني النشط، فقد ظهر هذا النوع من التعبير لدى جميع أفراد العينة الضابطة في التطبيق البعدي، كما طهر التعبير العدواني اللاموضوعي النشط عند 3 حالات ضمن أفراد العينة من هذه المجموعة بعد أن تم تغييب هذا النوع من

التعبير في التطبيق القبلي. حيث ارتفعت نتائج مجموع التعبيرات العدوانية الموضوعية و اللاموضوعية النشطة في التطبيق البعدي. فبعد أن مثلت 1.47% من إجمالي الإجابات و 2.63% من الإجابات ذات التعبير العدواني في التطبيق القبلي، أصبح يمثل 13.79% من إجمالي الإجابات و 19.04% من الإجابات ذات التعبير العدواني في التطبيق البعدي. و بالرغم من انخفاض نسبة التعبير العدواني الكامن داخل الإجابات ذات التعبير العدواني في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي، إلا أن المتوسط الحسابي لهذا النوع من التعبير ارتفع في التطبيق البعدي لدى أفراد العينة الضابطة و جاءت على التوالي بالقيمة (مَ=5) و (مَ= 6.4). أما مجموع التعبيرات العدوانية الموضوعية و اللاموضوعية السلبية، فقد ارتفعت نسبتها في التطبيق البعدي، و شكلت ما يعادل 21.83% من إجمالي الاستجابات بعد أن ظهرت في التطبيق القبلي بنسبة 17.64%.

و كخلاصة، ظهر ارتفاع في مجموع التعبيرات العدوانية الموضوعية النشطة، وانخفاض في التعبير العدواني الكامن داخل الإجابات ذات التعبير العدواني بالرغم من حفاظها على نفس النسبة في محمل الإجابات في البرتوكول. أما مجموع التعبيرات العدوانية الموضوعية و اللاموضوعية السلبية، فقد سجل ارتفاع في عدد هذه التعبيرات عند أفراد العينة الضابطة في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي.

و في الجدول التلخيصي الموالي مقارنة بين نتائج المجموعتين التجريبية و الضابطة بين تطبيق قبلي و بعدي حول مجموع التعبيرات الموضوعية العدوانية النشطة و التعبير العدواني الكامن و مجموع التعبيرات العدوانية الموضوعية و اللاموضوعية السلبية:

جدول (40) : مقارنة بين نتائج المجموعتين التجريبية و الضابطة بين تطبيق قبلي و بعدي حول التعبير العدواني

محور التعبير النزوي	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة	
	التطبيق القبلي	التطبيق البعدي	التطبيق القبلي	التطبيق البعدي
مجموع التعبيرات العدوانية الموضوعية و اللاموضوعية النشطة	**7/5**	**106/9**	**68/1**	**87/12**
إجمالي الإجابات	**%7.14**	**%8.49**	**%1.47**	**%13.79**
داخل الإجابات ذات التعبير العدواني	**%8.62**	**%13.23**	**%2.63**	**%19.04**
التعبير العدواني الكامن:	**مَ = 7**	**مَ = 9.6**	**مَ = 5**	**مَ = 6.4**
إجمالي الإجابات	**%50**	**%45.28**	**%36.76**	**%36.78**
داخل الإجابات ذات التعبير العدواني	**%60.34**	**%70.85**	**%65.78**	**%50.79**
مج التعبيرات العدوانية الموضوعية و اللاموضوعية السلبية	**70/18 =**	**106/11 =**	**68/12 =**	**87/19 =**
إجمالي الإجابات	**%25.71**	**%10.37**	**%17.64**	**%21.83**
داخل الإجابات ذات التعبير العدواني	**%31.03**	**%16.17**	**%31.57**	**%30.15**
التعبير العدواني الكامن + مج التعبيرات العدوانية الموضوعية و اللاموضوعية السلبية	**مج =53** **%75.71**	**مج = 59** **%55.66**	**مج = 37** **%54.41**	**مج = 51** **%58.62**

بمقارنة نتائج النسب بين تطبيق قبلي و بعدي حول التعبير العدواني كما هو موضح في الجدول أعلاه، فقد جاءت نتائج المجمعة حول التعبير العدواني الموضوعي و اللاموضوعي النشط ضعيفة لدى أفراد العينة من المجموعتين التجريبية و الضابطة في التطبيق القبلي. في حين سجل ارتفاع في عدد الإجابات ذات التعبير العدواني السلبي و كذلك الكثير من التعبير العدواني الكامن و خاصة بمقارنة هذه الأخيرة بالإجابات ذات التعبير العدواني، أين طغى هذا النوع من التعبير على إجابات أفراد العينة الكلية.

أما في التطبيق البعدي فقد سجل المزيد في مجموع التعبيرات العدوانية الموضوعية و اللاموضوعية النشطة عند أفراد العينة التجريبية و أفراد العينة الضابطة، غير أن نسبة الزيادة في المجموعة الضابطة حول هذا النوع من التعبير جاءت جد مرتفعة و بلغت 10 أضعاف النسب المحققة في التطبيق القبلي.

- **و منه، فإن الفرضية [ف ب. 2. 1.(ج)]** لم تتحقق، حيث ظهر التعبير العدواني لدى أفراد العينة التجريبية من نوعية أفضل في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي من خلال الارتفاع المسجل في الدرجات المجمعة للتعبير العدواني الموضوعي النشط و اللاموضوعي النشط، لكن هذا التحسن ظهر أيضا في المجموعة الضابطة، بل و سجل الارتفاع عند أفراد العينة الضابطة أكثر منه عند أفراد العينة التجريبية.

أما بخصوص التعبير العدواني الكامن في التطبيق البعدي فقد سجل تراجع طفيف في نسبه الإجابات حول هذا النوع من التعبير عند أفراد العينة التجريبية بينما احتفظ أفراد العينة الضابطة على نفس النسبة، غير أن نسبة الإجابات من هذا النوع داخل الإجابات ذات التعبير العدواني قد ارتفع في المجموعة التجريبية، بينما انخفض لدى المجموعة الضابطة. و أظهر التطبيق البعدي ارتفاع في نسب الإجابات المجمعة للتعبير العدواني الموضوعي و اللاموضوعي السلبي. أما في المجموعة التجريبية، فقد تراجعت نسبة الإجابات المجمعة للتعبير العدواني الموضوعي و اللاموضوعي السلبي بالنصف مقارنة بالنسب المسجلة في التطبيق القبلي. إلا أن تمحيص في النتائج المجمعة للتعبير العدواني الكامن و مجموعة التعبيرات العدوانية الموضوعية و اللاموضوعية السلبية تفسر التناقض المسجل بين إجمالي الإجابات للتعبير العدواني الكامن و التعبير داخل الإجابات ذات التعبير العدواني لدى أفراد العينة من المجموعتين؛ التجريبية و الضابطة . و على العموم فقد جاءت نتائج هذه الفئات من التعبير لصالح المجموعة التجريبية، إذ سجل تراجع واضح و انخفاض معتبر في نسب هذا النوع من التعبير. في حين سجل ارتفاع طفيف في هذه النسبة لدى أفراد العينة الضابطة في التطبيق البعدي.

- و منه، **فإن الفرضية [ف ب. 2. 1.(د)] قد تحققت،** حيث ظهر التعبير العدواني لدى أفراد العينة التجريبية من نوعية أفضل في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي من خلال الانخفاض المسجل في الدرجات المجمعة للتعبير العدواني السلبي و الكامن عند أفراد العينة التجريبية، منه عند أفراد العينة الضابطة.
- **و عليه، فإن الفرضية ف ب.2. 1. حول التعبير العدواني قد تحققت جزئيا.**

2-2-عرض و تحليل نتائج الفرضية ف ب.2 .2 : الترميز

– الفرضية الإجرائية ف ب.2 .2:

تظهر القدرة على العقلنة من نوعية أفضل في المجموعة التجريبية منه في المجموعة الضابطة في القياس البعدي من خلال تحسن مؤشرات الروشاخ حول الترميز. و فيها فرضيتين جزئيتين

1) نوعية ترميز النزوات الجنسية ف ب 2. 2 .(أ)

2) نوعية ترميز النزوات العدوانية ف ب 2. 2.(ب)

1) ترميز النزوات الجنسية: ف2. 2. 2.(أ) : يظهر ترميز النزوات الجنسية من نوعية أفضل من خلال ارتفاع مؤشر الإرصان الرمزي (IES) الجنسي في المجموعة التجريبية منه في المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي.

جدول (41) : ترميز النزوات الجنسية (IES): لأفراد العينة التجريبية في التطبيق القبلي (عدد و نوعية الترميز القضيبي و الأنثوي)

		مروة	احمد	اكرم	سامي	كريمة	المجموع
الترميز القضيبي	B	1		3	1		5
	C	1	1	1		2	5
	D		2	1	(2+)		3 (2+)
	E						0
الترميز الأنثوي	B						0
	C		1	1			2
	D	(1+)			(1+)		(2+)
	E	1	2		(1+)	3	6 (1+)
IES النزوات الجنسية		**0.25**	**0.66-**	**1.16**	**0.4**	**-0.8**	**0.07 حالة واحدة> 0.5 4 حالات < 0.5**

ملاحظة: يشير الرقم بين قوسين إلى ترميز بإطار شكلي خائر، تسند له القيمة صفر (0) و لا يتم تناوله في حساب (IES)

جدول (42): ترميز النزوات الجنسية (IES): لأفراد العينة الضابطة في التطبيق القبلي (عدد و نوعية الترميز القضيبي و الأنثوي)

		ماسينيسا	وليد	مهند	الهام	أشرف	المجموع
الترميز القضيبي	B	1	(1+)	1	1	1	4 (1+)
	C				1 (1+)		1 (1+)
	D			(1+)			(1+)
	E		(1+)				(1+)
الترميز الأنثوي	B		(1+)				(1+)
	C				(1+)		(1+)
	D		(1+)	(1+)	1		1 (2+)
	E	1		1	1 (1+)		3 (1+)
IES النزوات الجنسية		**0**	**0**	**0**	**0**	**0← (2)**	**0** 5 حالات < 0.5

❍ في التطبيق القبلي و كما هو موضح في الجدولين (43،44) فما عدا الحالة (3) في المجموعة التجريبية، فإن ترميز النزوات الجنسية جاءت خائرة لدى باقي أفرد العينة من المجموعتين التجريبية و الضابطة. فبالرغم من الترميز القضيبي من النوعية الجيدة للحالة (1) في المجموعة التجريبية، و (1)، (4) في المجموعة الضابطة ، فقد تم إفشالها بالترميز الأنثوي من النوعية السيئة.

و قد جاء متوسط مؤشر الإرصان الرمزي (IES) جد خائر بالنسبة للمجموعتين. فبينما سجلت المجموعة التجريبية (IES) قدر بـ (0.07)، فإن (IES) المجموعة الضابطة جاء منعدما بسبب الترميزات الأنثوية منها و القضيبية الجيدة التي كانت تناقضها بالترميزات السيئة، إضافة إلى هيمنة الإطار الشكلي الخائر على نصف الإجابات ذات الترميز الجنسي.

❐ أما في التطبيق البعدي في المجموعة التجريبية ، فإن ترميز النزوات الجنسية ظهرت جيدة و جاءت قيمة مؤشر الإرصان الرمزي (IES) مرتفعا لدى جميع أفراد العينة ، و بالرغم من أن الترميز الجنسي لدى الحالة (2) جاء في الحدود المعيارية، إلا انه تحسن كثيرا مقارنة بالترميز الجنسي في التطبيق القبلي الذي جاء خائرا. و على العموم، فقد تحسنت نوعية الترميز الجنسي لدى أفراد العينة التجريبية و سجلت مؤشر (IES) مرتفع قدر بـ (0,89) و في الجدول الموالي توضيح لذلك:

جدول (43): ترميز النزوات الجنسية (IES): لأفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي (عدد و نوعية الترميز القضيبي و الأنثوي)

		مروة	احمد	أكرم	سامي	كريمة	المجموع
الترميز القضيبي	B	(1+)8	4	8	(2+) 6	(1+) 8	(4+) 34
	C		4			1	5
	D	(1+)	4	(1+) 1	(1+)		(3+) 5
	E						0
الترميز الأنثوي	B		2	1	(1+) 1		(1+) 4
	C	(1+)			1		(1+) 1
	D	(3+)			(1+) 1	(2+)	(6+) 1
	E	2	2	1	1	1	7
IES النزوات الجنسية		**0.75**	**0.5**	**1.25**	**0.8**	**1.15**	**0.89** **4حالات > 0.5** **حالة واحدة =0.5**

و من خلال مقارنة عدد و نوعية الترميز الجنسي لدى المجموعة التجريبية بين تطبيق قبلي و بعدي فقد جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول (44) : ترميز النزوات الجنسية
مقارنة بين نتائج التطبيق القبلي و البعدي للمجموعة التجريبية

		التطبيق القبلي	المتوسط	التطبيق البعدي	المتوسط
الترميز القضيبي	B	5	مَ =1 شكلت 33.33 % من الترميزات القضيبية	(4+) 34	مَ = 6.8 شكلت 66.66 % من الترميزات القضيبية
	C	5	عند 4 حالات: شكلت 33.33% من الترميزات القضيبية	5	عند حالتين: شكلت 9.80% من الترميزات القضيبية
	D	(2+) 3	عند 3 حالات: شكلت 20% من الترميزات القضيبية	(3+) 5	عند 4 حالات: شكلت 9.80% من الترميزات القضيبية
	E	0		0	
مجموع الترميزات القضيبية		**(2+) 13** **15=**	**مَ = 3**	**(7+) 44** **51=**	**مَ = 10.2**

الترميز الأنثوي	B	0		(1+) 4	عند 3 حالات: شكلت 19.04% من الترميزات الأنثوية
	C	2	عند حالتين: شكلت 18.18% من الترميزات الأنثوية	(1+) 1	عند حالتين: شكلت 4.76% من الترميزات الأنثوية
	D	(2+)		(6+) 1	عند 3 حالات: شكلت 4.76% من الترميزات الأنثوية
	E	(1+) 6	عند 4 حالات: شكلت 54.54% من الترميزات الأنثوية	7	مَ = 1.4 شكلت 33.33% من الترميزات الأنثوية
مجموع الترميزات الأنثوية		**11= (3+) 8**	**مَ = 2.2**	**(8+) 13 21=**	**مَ = 4.2**
مجموع الترميزات الجنسية		**= (5+) 21 26**	**مَ = 5.2**	**(15+) 57 72=**	**مَ =14.4**

تظهر المقارنة بين نتائج التطبيق القبلي و البعدي للمجموعة التجريبية ارتفاع معتبر في إنتاجية الترميزات الجنسية القضيبية منها و الأنثوية. بمتوسط حسابي قدر بـ 14,4إجابة ذات ترميز جنسي في التطبيق البعدي مقابل 5.2 في التطبيق القبلي. لكن هذه الترميزات ارتكزت في كلا التطبيقين على الترميزات الجنسية القضيبية بنسبة 57.69% من مجموع التعبيرات الجنسية مقابل 42.30% للترميزات الجنسية الأنثوية في التطبيق القبلي، و بنسبة 70.83% للترميزات القضيبية مقابل 29.16% للترميزات الأنثوية في التطبيق البعدي. و قد ظهرت هيمنة الترميزات الجيدة على الترميز القضيبي عموما مع ارتفاع نسبة هذه الترميزات الجيدة في التطبيق البعدي لترتكز الترميزات الجيدة على الفئة (B) بنسبة 66.66% بعد أن توزعت على الفئتين (B) و (C) كل منهما بنسبة 33.33%. كما تراجعت نسبة الترميزات القضيبية السيئة لتصبح بنسبة 9.80% بعد أن جاءت في التطبيق القبلي بنسبة 20%.

أما الترميزات الأنثوية فيلاحظ هيمنة الترميزات السيئة من الفئة (E) بنسبة 54.54% في التطبيق القبلي و بنسبة 33.33% في التطبيق البعدي. إلا انه حققت بعض نتائج الترميز الجنسي الأنثوي الجيد ليشكل نسبة 19.04% من الفئة (B) مقابل الغياب التام لهذا النوع من الترميز في التطبيق القبلي.

و على العموم فقد تحسن نوع الترميز الجنسي لدى أفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي، و يرجع ارتفاع قيمة مؤشر الإرصان الرمزي (IES) إلى تحسن مستوى الترميز القضيبي بالدرجة الأولى.

❐ أما في التطبيق البعدي في المجموعة الضابطة ، فبالرغم من الارتفاع المعتبر في إنتاجية ترميز النزوات الجنسية إلا أنها ظهرت خائرة بالنسبة لجميع أفراد العينة، و جاءت قيمة مؤشر الإرصان الرمزي **(IES)** لديهم اقل من 0,5 بكثير. كما جاء متوسط **(IES)** للمجموعة الضابطة بقيمة سلبية قدرت بـ (0.008−) يرجع للإطار الشكلي الخائر الذي اسقط على القطع المدركة في البطاقات، و لهيمنة الترميز الأنثوي الفئة (E) على الترميزات الجنسية. و هو ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (45): ترميز النزوات الجنسية (IES): لأفراد العينة الضابطة في التطبيق البعدي (عدد و نوعية الترميز القضيبي و الأنثوي)

		ماسينيسا	وليد	مهند	الهام	أشرف	المجموع
الترميز القضيبي	B	1 (1+)	1	3 (1+)	1	3	9 (2+)
	C	1	2		2	1	6
	D	(2+)	1	1		(1+)	2 (3+)
	E		(1+)		(1+)	1	1 (2+)
الترميز الأنثوي	B	1		(1+)		1	2 (1+)
	C						0
	D		(1+)		(1)+1	(1+)	1 (3+)
	E	3	1	2 (1+)	3 (2+)	3	12 (3+)
IES النزوات الجنسية		- 0.11	0.14	0.11	-0.27	0.09	- 0.008 5 حالات > 0.5

ملاحظة: يشير الرقم بين قوسين إلى ترميز بإطار شكلي خائر، تسند له القيمة صفر (0) و لا يتم تناوله في حساب (IES)

من خلال مقارنة عدد و نوعية الترميز الجنسي لدى المجموعة الضابطة بين تطبيق قبلي و بعدي فقد جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول (46) : ترميز النزوات الجنسية
مقارنة بين نتائج التطبيق القبلي و البعدي للمجموعة الضابطة

		التطبيق القبلي	المتوسط	التطبيق البعدي	المتوسط
الترميز القضيبي	B	4 (1+)	مَ =0.8 شكلت 44.44 % من الترميزات القضيبية	9 (2+)	مَ = 1.8 شكلت 36 % من الترميزات القضيبية
	C	1 (1+)	عند حالة واحدة: شكلت 11.11% من الترميزات القضيبية	6	عند 4 حالات: شكلت 24% من الترميزات القضيبية
	D	(1+)		2 (3+)	عند 4 حالات: شكلت 8% من الترميزات القضيبية
	E	(1+)		1 (2+)	عند 3 حالات: شكلت 4% من الترميزات القضيبية
مجموع الترميزات القضيبية		**5 (4+) 9=**	**مَ =1.8**	**18 (7+) 25=**	**مَ = 5**
الترميز الأنثوي	B	(1+)		2 (1+)	عند 3 حالات: شكلت 9.09% من الترميزات الأنثوية
	C	(1+)		0	
	D	1 (2+)	عند 3 حالات: شكلت 11.11% من الترميزات الأنثوية	1 (3+)	عند 3 حالات: شكلت 4.5% من الترميزات الأنثوية
	E	3 (1+)	عند 3 حالات: شكلت 33.33% من الترميزات الأنثوية	12 (3+)	مَ = 2.4 شكلت 54.54% من الترميزات الأنثوية
مجموع الترميزات الأنثوية		**4 (5+) 9=**	**مَ = 1.8**	**15 (7+) 22=**	**مَ = 4.4**
مجموع الترميزات الجنسية		**9 (9+) 18 =**	**مَ = 3.6**	**33 (14+) 47=**	**مَ =9.4**

في مقارنة بين نتائج التطبيق القبلي و البعدي للمجموعة الضابطة يظهر ارتفاع معتبر في إنتاجية الترميزات الجنسية القضيبية منها و الأنثوية. بمتوسط حسابي قدر بـ 9,4 إجابة ذات ترميز جنسي في التطبيق البعدي مقابل 3.6 في التطبيق القبلي. توزعت في كلا التطبيقين بين الترميزات الجنسية القضيبية و الترميزات الجنسية الأنثوية. و بينما ظهرت هيمنة الترميزات الجيدة على الترميز القضيبي في التطبيق القبلي بنسبة 55.55%، فإن الترميز الأنثوي ظهرت فيه هيمنة للترميزات السيئة بنسبة 44.44%. أما في التطبيق البعدي فقد توزعت الترميزات الجنسية القضيبية و الأنثوية بين ترميزات جيدة و ترميزات سيئة، حيث سجل تحسن طفيف في نوعية الترميز القضيبي و سجلت نسبة 60% في التطبيق البعدي. بينما تدنى مستوى الترميز الأنثوي و جاءت اكبر نسبة لهذا الترميز من الفئة (E) بنسبة 54.54% بعد أن مثلت في التطبيق القبلي ما نسبته 33.33% مشيرا لفظاظة المدركات (دم). و بالرغم من تحقيق بعض الترميزات الجيدة إلا أنها لم تكن كافية لتحقيق مؤشر إرصان رمزي (IES) جيد في التطبيق البعدي، إذ تلاحظ إضافة لنوعية الإرصانات السيئة ظهور إسقاطات لترميزات جنسية بإطار شكلي خائر ساهم هو الآخر في تدني مؤشر (IES).

و على العموم و بالرغم من إسقاط العديد من الترميزات الجنسية الأنثوية و القضيبية في التطبيق البعدي لدى أفراد العينة من المجموعة الضابطة، إلا أنها جاءت من نوعية سيئة شاهدة على فظاظة بعض محتويات المدركات و تراجع مستوى الترميز.

و في الجدول التلخيصي الموالي مقارنة بين نتائج المجموعتين التجريبية و الضابطة بين تطبيق قبلي و بعدي حول مجموع الترميزات الجنسية:

جدول (47) : مقارنة بين نتائج المجموعتين التجريبية و الضابطة بين تطبيق قبلي و بعدي حول الترميز الجنسي

	نوعية الترميز	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة	
		التطبيق القبلي	التطبيق البعدي	التطبيق القبلي	التطبيق البعدي
الترميز الجنسي	B	5	(5+) 38	(2+) 4	(3+) 11
	C	7	(1+) 6	(2+) 1	6
	D	(4+) 3	(9+) 6	(3+) 1	(6+) 3
	E	(1+) 6	7	(2+) 3	(5+) 13
مجموع الترميزات الجنسية		(5+) 21 **مَ = 5.2**	(15+) 57 **مَ =14.4**	18 = (9+) 9 **مَ = 3.6**	47= (14+) 33 **مَ = 9.4**
متوسط IES النزوات الجنسية		**0.07**	**0.89**	**0**	**-0.008**

كما هو موضح في الجدول التلخيصي لمقارنة النتائج بين تطبيق قبلي و بعدي حول الترميز الجنسي، فقد سجل ارتفاع معتبر في عدد الترميزات الجنسية عند أفراد العينة التجريبية و أفراد العينة الضابطة في التطبيق البعدي، و هو ما أظهره التباين الواضح بين قيم المتوسطات الحسابية لهذه الترميزات بين تطبيق قبلي و بعدي.

أما عن نوعية الترميزات الجنسية، فقد سجل تضاعف عدد الترميز الجنسي السيئ من الفئة (D) لدى أفراد العينة من المجموعتين، التجريبية و الضابطة. و في حين احتفظ أفراد العينة التجريبية على نفس عدد الترميزات الخائرة من الفئة (E) بين تطبيق قبلي و بعدي، فإن هذا النوع من الترميز قد تضاعف لأكثر من ثلاث مرات في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي في المجموعة الضابطة و هو ما يفسر تدني قيمة متوسط مؤشر الإرصان

الرمزي IES النزوات الجنسية لدى هذه المجموعة رغم تسجيل الزيادة في عدد الترميزات الجيدة من الفئة (B) و(C) لديهم و التي قدرت بالضعفين في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي. أما في المجموعة التجريبية فقدرت الزيادة في عدد الترميزات الجيدة (الفئة B وC) بثلاثة إضعاف تقريبا في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي؛ ما ساهم في تسجيل ارتفاع قيمة متوسط مؤشر الإرصان الرمزي IES النزوات الجنسية لدى هذه المجموعة.

➢ و عليه، فقد ظهر ترميز النزوات الجنسية سيئ لدى أفراد العينة من المجموعتين التجريبية و الضابطة في التطبيق القبلي، ظهر مؤشر الإرصان الرمزي (IES) أقل بكثير من القيمة 0.5، أما نتائج التطبيق البعدي فقد أظهرت نوعية أفضل من الترميز الجنسي عند أفراد العينة التجريبية، و مؤشر إرصان رمزي (IES) مرتفع، في حين لم تتحسن نوعية الترميز الجنسي لدى أفراد المجموعة الضابطة و جاء المؤشر (IES) سلبيا و أقل بكثير من القيمة 0.5.

و منه، فإن الفرضية [ف ب.2. 2.(أ)] حول الترميز الجنسي قد تحققت.

2)- نوعية ترميز النزوات العدوانية ف2. 2. 2.(ب): يظهر ترميز النزوات العدوانية من نوعية أفضل من خلال ارتفاع مؤشر الإرصان الرمزي (IES) العدواني في المجموعة التجريبية منه في المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي.

جدول (48): ترميز النزوات العدوانية (IES) لأفراد العينة التجريبية في التطبيق القبلي (عدد و نوعية ترميز النزوات العدوانية)

		مروة	احمد	أكرم	سامي	كريمة	المجموع
ترميز العدوانية	B	2	(1+) 1	4	(1+) 3	2	(2+) 12
	C	(1+) 2	5	2	3	1	(+1) 13
	D	(3+) 1	(1+)3	(1+) 3	(5+) 1	(1+) 6	(11+) 14
	E	1	(1+) 1	1		(1+) 1	(2+) 4
IES النزوات العدوانية		0.3	0.15	0.45	0.61	-0.18	0.26 1 حالات < 0.5 حالة واحدة <0.5

ملاحظة: يشير الرقم بين قوسين إلى ترميز بإطار شكلي خائر، تسند له القيمة صفر (0) و لا يتم تناوله في حساب (IES)

جدول (49): ترميز النزوات العدوانية (IES) لأفراد العينة الضابطة في التطبيق القبلي (عدد و نوعية ترميز النزوات العدوانية)

		ماسينيسا	وليد	مهند	الهام	أشرف	المجموع
ترميز العدوانية	B		(2+) 1	1	4	2	(2+) 8
	C	1			(1+) 1	1	(1+) 3
	D	(2+) 4	(2+)	(2+) 3	(2+) 4	(1+) 3	(9+) 14
	E		1	(2+)			(2+) 1
IES النزوات العدوانية		-0.42	0	-0.12	0.41	0.28	0.03 5 حالات < 0.5

❍ تشير النتائج الظاهرة في الجدولين (50،51) لنوعية سيئة من الترميز العدواني لدى افرد العينة من المجموعتين التجريبية و الضابطة في التطبيق القبلي، فما عدا حالة واحدة في المجموعة التجريبية حققت مؤشر إرصان رمزي جيد (IES=0.61)، فإن هذا المؤشر جاء عند باقي أفراد العينة من المجموعتين؛ التجريبية و الضابطة متدنيا و لم يحقق المعيار المطلوب. فبينما سجلت المجموعة التجريبية (IES) قدر بـ (0.26)، فإن (IES) المجموعة

الضابطة قدر بـ (0.03). و بالإضافة إلى هيمنة الترميزات السيئة من الفئة (D) في ترميز العدوانية، فإن عدد كبير منها جاء بإطار شكلي خائر.

❐ أما في التطبيق البعدي، فإن ترميز النزوات العدوانية في المجموعة التجريبية جاءت من نوعية جيدة في عمومها و حققت ارتفاع في قيمة مؤشر الإرصان الرمزي (IES= 0.68)، حققت (3) حالات قيمة اكبر من 0.5، بينما جاء هذا المؤشر في الحدود المعيارية لدى الحالة (1)، كما يتضح في الجدول:

جدول (50): ترميز النزوات العدوانية (IES) لأفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي (عدد و نوعية ترميز النزوات العدوانية)

		مروة	احمد	أكرم	سامي	كريمة	المجموع
ترميز العدوانية	B	4	(1+) 5	6	(1+) 6	(1+) 5	(3+) 26
	C	(1+) 2	2	3	3	2	(+1) 12
	D	(2+)	6	(1+) 3	(2+)	(2+) 3	(7+) 12
	E	(1+) 2		1	1		(3+) 4
IES النزوات العدوانية		0.5	0.42	0.71	1.08	0.69	0.68 3 حالات > 0.5 حالة واحدة =0.5 حالة واحدة < 0.5

بمقارنة عدد و نوعية الترميزات الجنسية في المجموعة الضابطة بين تطبيق قبلي و بعدي، جاءت النتائج كما في الجدول الموالي:

جدول (51) : ترميز النزوات العدوانية
مقارنة بين نتائج التطبيق القبلي و البعدي للمجموعة التجريبية

		التطبيق القبلي	المتوسط	التطبيق البعدي	المتوسط
ترميز العدوانية	B	(2+) 12	مَ =2.4 شكلت 20.33% من الترميزات العدوانية	(3+) 26	مَ = 5.2 شكلت 38.23 % من الترميزات العدوانية
	C	(+1) 13	مَ= 2.6 شكلت 22.03% من الترميزات العدوانية	(+1) 12	مَ = 2,4 شكلت 17.64% من الترميزات العدوانية
	D	(11+) 14	مَ = 2.8 شكلت 23.72% من الترميزات العدوانية	(7+) 12	مَ = 2,4 شكلت 17.64% من الترميزات العدوانية
	E	(2+) 4	عند 4 حالات: شكلت 6.77% من الترميزات العدوانية	(3+) 4	عند 3 حالات: شكلت 5.88% من الترميزات العدوانية
مج الترميز العدواني		59= (16+) 43	مَ= 11.8	68= (14+) 54	مَ= 13.6

من خلال النتائج الظاهرة في الجدول (53) لمقارنة نتائج المجموعة التجريبية بين تطبيق قبلي و بعدي، فقد سجل ارتفاع في إنتاجية الترميزات العدوانية بمتوسط حسابي قدر بـ 13.6 إجابة ذات ترميز عدواني في التطبيق البعدي مقابل 11.8 في التطبيق القبلي مع الإشارة إلى استمرار هيمنة الإطار الشكلي الخائر على العديد من الإسقاطات حول القطع المدركة في البطاقات. و قد توزعت هذه الترميزات العدوانية بين ترميزات جيدة بنسبة 42.37% و ترميزات سيئة بنسبة 30.50% مع هيمنة للإطار الشكلي الخائر في هذا النوع الأخير من الترميز. أما في التطبيق البعدي، و بالرغم من تراجع نسبة الترميزات العدوانية من الفئة (C) حيث أصبحت نسبتها تقدر بـ

17.64% مقابل 22.03% في التطبيق القبلي، إلا أن ذلك جاء لصالح الزيادة في عدد الترميزات العدوانية الجيدة من الفئة (B)، حيث سجل تضاعف لهذا النوع من الترميز بنسبة 38.23% في التطبيق البعدي مقابل 20.33% في التطبيق القبلي. كما سجل تراجع نسبة الترميزات العدوانية السيئة لتصبح بنسبة 17.64% و 5.88% للفئتين (D)و (E) على التوالي في التطبيق البعدي بعد أن جاءت في التطبيق القبلي بنسبة 23.72% بالنسبة للفئة (D) و 6.77% للفئة (E). و على العموم فقد ظهر تحسن في نوعية الترميز العدواني لدى أفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي بقيمة مؤشر الإرصان الرمزي (IES) مرتفع.

❑ أما في التطبيق البعدي للمجموعة الضابطة، فبالرغم من الارتفاع المعتبر في إنتاجية ترميز النزوات العدوانية إلا أنها ظهرت خائرة بالنسبة لجميع أفراد العينة، و جاءت قيمة مؤشر الإرصان الرمزي (IES) لديهم اقل من 0,5 بكثير. كما جاء متوسط (IES) للمجموعة الضابطة بقيمة سلبية قدرت بـ (0.34−) يرجع لهيمنة الترميز العدواني من الفئة (D) و بالخصوص للزيادة في بروز الترميزات العدوانية من الفئة (E) في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي. و هو ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (52): ترميز النزوات العدوانية (IES) لأفراد العينة الضابطة في التطبيق البعدي (عدد و نوعية ترميز النزوات العدوانية)

		ماسينيسا	وليد	مهند	الهام	أشرف	المجموع
ترميز العدوانية	B		1	(1+) 2	2	4	(1+) 9
	C	1	1	1	1	2	6
	D	(4+) 2	(2+)4	(2+) 4	(2+) 7	(1+) 3	(11+) 20
	E	2	3	(2+) 3	(1+) 2	3	(3 +) 13
IES النزوات العدوانية		**-0.44**	**-0.63**	**-0.33**	**-0.4**	**0.07**	**-0.34** 5 حالات < 0.5

و من خلال مقارنة عدد و نوعية الترميز العدواني لدى المجموعة الضابطة بين تطبيق قبلي و بعدي فقد جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول (53) : ترميز النزوات العدوانية
مقارنة بين نتائج التطبيق القبلي و البعدي للمجموعة الضابطة

		التطبيق القبلي	المتوسط	التطبيق البعدي	المتوسط
ترميز العدوانية	B	(2+) 8	عند 4 حالات: شكلت 20% من الترميزات العدوانية	(1+) 9	عند 4 حالات: شكلت 14.28 % من الترميزات العدوانية
	C	(1+) 3	عند 3 حالات: شكلت 7.5% من الترميزات العدوانية	6	مَ = 1.2 شكلت 9.5% من الترميزات العدوانية
	D	(9+) 14	مَ = 2.8 شكلت 35% من الترميزات العدوانية	(11+) 20	مَ = 4 شكلت 31.74% من الترميزات العدوانية
	E	(2+) 1	عند حالتين: شكلت 2.5% من الترميزات العدوانية	(3 +) 13	مَ = 2.6 شكلت 20.63% من الترميزات العدوانية
مج الترميز العدواني		**40= (14+) 26**	**مَ= 8**	**63= (15+) 48**	**مَ= 12.6**

في مقارنة بين نتائج التطبيق القبلي و البعدي للمجموعة الضابطة يظهر ارتفاع معتبر في إنتاجية الترميزات العدوانية بمتوسط حسابي قدر بـ 12.6 في التطبيق البعدي مقابل 8 في التطبيق القبلي مع الإشارة إلى استمرار هيمنة الإطار الشكلي الخائر على العديد من الإسقاطات حول القطع المدركة في البطاقات. و توزعت الترميزات العدوانية بين ترميزات جيدة و سيئة مع هيمنة الترميز العدواني من الفئة (D) في كلا التطبيقين، إضافة لهيمنة الترميز من الفئة (E) في التطبيق البعدي، ما أدى إلى تراجع نوعية الترميزات العدوانية. و بالرغم من تراجع نسبة الترميز العدواني من الفئة (D) لتصبح بنسبة 31.74% في التطبيق البعدي مقابل 35% في التطبيق القبلي، إلا أن ذلك لم يكن كافيا لتحقيق مؤشر إرصان رمزي(IES) جيد في التطبيق البعدي، بسبب تقهقر نوعية الترميز و ارتفاع نسبة الترميز السيئ من الفئة (E) و الذي سجل بنسبة 20.63% في التطبيق البعدي بعد أن كانت نسبته تقدر بـ 2.55% فقط في القياس القبلي.

و على العموم و بالرغم من إسقاط العديد من الترميزات العدوانية في التطبيق البعدي لدى أفراد العينة من المجموعة الضابطة، إلا أنها معظمها جاء من نوعية سيئة شاهدة على الغمر النزوي العدواني تراجع معها مستوى الترميز العدواني.

و في الجدول التلخيصي الموالي مقارنة بين نتائج المجموعتين التجريبية و الضابطة بين تطبيق قبلي و بعدي حول الترميز العدواني:

جدول (54) : مقارنة بين نتائج المجموعتين التجريبية و الضابطة بين تطبيق قبلي و بعدي حول الترميز العدواني

	نوعية الترميز	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة	
		التطبيق القبلي	التطبيق البعدي	التطبيق القبلي	التطبيق البعدي
الترميز العدواني	B	(2+) 12	(3+) 26	(2+) 8	(1+) 9
	C	(+1) 13	(+1) 12	(1+) 3	6
	D	(11+) 14	(7+) 12	(9+) 14	(11+) 20
	E	(2+) 4	(3+) 4	(2+) 1	(3 +) 13
مجموع الترميزات العدوانية		(16+) 43 **مَ = 11.8**	(14+) 54 **مَ =13.6**	(14+) 26 **مَ = 8**	(15+) 48 **مَ = 12.6**
متوسط IES النزوات العدوانية		**0.26**	**0.68**	**0.03**	**-0.34**

كما هو موضح في الجدول أعلاه، سجل في التطبيق البعدي ارتفاع معتبر في عدد الترميزات العدوانية عند أفراد العينة من المجموعتين التجريبية و الضابطة ، و هو ما أظهره التباين الواضح بين قيم المتوسطات الحسابية لهذه الترميزات بين تطبيق قبلي و بعدي.

أما عن نوعية الترميزات العدوانية، فقد سجل تراجع نسبة الترميز العدواني السيئ من الفئة (D) لدى أفراد العينة التجريبية و الضابطة. و لكن هذا التراجع كان لصالح الزيادة في عدد الترميزات الجيدة في المجموعة التجريبية و خاصة لصالح الترميز العدواني من الفئة (B) حيث تم تسجيل تراجع في نسب الترميز العدواني من الفئة (C) لدى هذه المجموعة أيضا. في حين كان تراجع الترميز العدواني السيئ من الفئة (D) لدى أفراد العينة في المجموعة الضابطة بسبب تدني نوعية الترميز و تراجعه بطريقة متدهورة من الترميز السيئ إلى الترميز بطريقة فضة، أي الانتقال لهيمنة الترميز العدواني من الفئة (D) إلى الفئة (E) بين تطبيق قبلي و بعدي. كما سجل لدى المجموعة

الضابطة على عكس المجموعة التجريبية تدني في مستوى الترميزات العدوانية من الفئة (B) و التي تحققت بنسبة الضعف تقريبا عند المجموعة التجريبة في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي. وعلى خلاف التطبيق القبلي الذي اظهر تدني قيمة مؤشر الإرصان الرمزي عند أفراد العينة من المجموعة التجريبية، فـقد جاءت قيمة متوسط IES النزوات العدوانية محققة للمعيار المطلوب لدى هذه المجموعة في التطبيق البعدي. أما عند أفراد العينة في المجموعة الضابطة فلم يتحقق معيار هذا المؤشر في كلا التطبيقين؛ القبلي و البعدي، و لم يحدث تحسن لنوعية الترميز العدواني و جاءت قيمة متوسط IES النزوات العدوانية أقل بكثير من القيمة 0.5.

- و عليه، فقد ظهر ترميز النزوات العدوانية سيئ لدى أفراد العينة من المجموعتين التجريبية و الضابطة في التطبيق القبلي، و ظهر مؤشر الإرصان الرمزي (IES) أقل بكثير من القيمة 0.5، أما نتائج التطبيق البعدي فقد أظهرت نوعية أفضل من الترميز العدواني لدى أفراد العينة التجريبية، و مؤشر إرصان رمزي (IES) مرتفع، في حين لم تتحسن نوعية الترميز العدواني لدى أفراد المجموعة الضابطة و جاء المؤشر (IES) سلبيا و أقل بكثير من القيمة 0.5.

- **و منه، فإن الفرضية [ف ب.2. 2.(ب)] حول الترميز العدواني قد تحققت**
  - **و عليه، فإن الفرضية ف ب.2. 1. حول الترميز قد تحققت.**

2-3- عرض و تحليل نتائج الفرضية ف ب .2 .3 : ربط عاطفة/ تمثيلة

الفرضية الإجرائية ف ب .2 .3: تظهر القدرة على العقلنة من نوعية أفضل من خلال ارتفاع عدد إجابات الربط بين العاطفة والتمثيلة في المجموعة التجريبية منه في المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي.

جدول (55): نوعية الربط بين العاطفة و التمثيلة لدى أفراد العينة التجريبية في التطبيق القبلي

	مروة	احمد	أكرم	سامي	كريمة	المجموع
ش،حر، حرحيو...	12/(4-)6	16/(5-)10	13/(2-)11	16/(7-)11	13/(2-)6	70/ (20-)44
ل، لَ، ض،...	12/1	16/1	13/0	16/0	13/0	70/2
ض ش، ل ش،...	12/0	16/0	13/0	16/0	13/1	70/1
ش ل، ش لَ، حرش، ش ض، حرل، ش فق..	12/ 5 (1-)	16/5	13/2	16/(2-)5	13/ 6 (1-)	70/(4-) 23

ملاحظة: الأرقام الواردة بين قوسين تشير إلى إجابات بإطار شكلي خائر لا تعتمد في تقييم الربط بين العاطفة و التمثيلة.

جدول (56) : نوعية الربط بين العاطفة و التمثيلة لدى أفراد العينة الضابطة في التطبيق القبلي

	ماسينيسا	وليد	مهند	الهام	أشرف	المجموع
ش،حر، حرحيو...	13/(4-)8	16/(8-)16	12/(5-)9	16/(3-)11	11/(2-)8	68/(22-)52
ل، لَ، ض،...	13/0	16/0	12/0	16/1	11/1	68/2
ض ش، ل ش،...	13/3	16/0	12/1	16/0	11/0	68/4
ش ل، ش لَ، حرش، ش ض، حرل، ش فق..	13/(1-)2	16/0	12/2	16/(2-)4	11/2	68/(3-)10

- في التطبيق القبلي، أسقطت المجموعة التجريبية 44 تمثيلة بمحددات بسيطة (ش، حر، حرحيو...) ، حيث 20 منها ذات إطار شكلي خائر. في حين تم إسقاط 52 من التمثيلات بمحددات بسيطة في المجموعة الضابطة حيث 22 من بين هذه الإجابات ذات إطار شكلي خائر. كما تم إسقاط العاطفة الخام من خلال محدد اللون لحالتين في المجموعة التجريبية و حالة واحدة في المجموعة الضابطة. تبدأ العواطف بالإرصان عند حالة

واحدة في المجموعة التجريبية، و عند أربع حالات في المجموعة الضابطة. كما أنتج فراد العينة من المجموعة التجريبية 23 إجابة كان عمل الربط فيها ناجح باستثناء 4 إجابات بسبب الإطار الشكلي الخائر. أما أفراد العينة من المجموعة الضابطة فقد اسقطوا 10 إجابات بمحددات الربط الناجح في حين أن 3 إجابات منها ذات إطار شكلي سلبي.

و إجمالا فقد جاءت الإجابات التي تشير إلى غياب العواطف المرتبطة بالتمثيلة بمحددات بسيطة مرتفعة جدا غمرت إنتاجية البرتوكول عند أفراد العينة من المجموعتين، حيث نصف هذه الإجابات جاءت بإطار شكلي خائر. في حين ظهرت محدودية في إسقاط العاطفة الخام و المحددات المشيرة لبداية الإرصان. أما الإجابات بمحددات الربط الناجح فجاءت متوسطة لدى أفراد العينة التجريبية، و ضعيفة في المجموعة الضابطة. و منه فإن الربط بين العاطفة و التمثيلة لا يمكن اعتباره ناجحا لدى أفراد العينة من المجموعتين و بالخصوص عند أفراد العينة الضابطة.

❑ أما في التطبيق البعدي للمجموعة التجريبية ، فبالرغم من الإنتاجية المعتبرة للتمثيلات التي تم إسقاطها بمحددات بسيطة، فان الإجابات بربط ناجح بين التمثيلة و العاطفة تم إسقاطها بغزارة في برتوكول أفراد العينة. أما إسقاط العاطفة الخام و المحددات التي تشير إلى بداية الإرصان فمازالت تشكل أقلية في إنتاجية أفراد العينة التجريبية.

و في الجدول التالي توضيح لذلك:

جدول (57) : نوعية الربط بين العاطفة و التمثيلة لدى أفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي

	مروة	احمد	اكرم	سامي	كريمة	المجموع
ش،حر، حرحيو...	20/(5-)8	23/(5-)10	19/(2-)10	21/(3-)11	23/(3-)8	106/(18-)47
ل، لَ، ض،...	20/1	23/0	19/0	21/0	23/0	106/1
ض ش، ل ش،...	20/1	23/3	19/0	21/0	23/0	106/4
ش ل، ش لَ، حرش، ش ض، حرل ...	20/10	23/10	19/9	21/10	23/15	106/54

و في مقارنة لنوعية الربط بين العاطفة و التمثيلة لدى أفراد العينة التجريبية بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي، فإننا سنلخص ذلك في الجدول الموالي.

جدول (58): مقارنة نوعية الربط بين العاطفة و التمثيلة لدى أفراد العينة التجريبية بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي

	تطبيق قبلي	العدد الكلي للإجابات ذات المحدد: ل، ض، فق	تطبيق بعدي	العدد الكلي للإجابات ذات المحدد: ل، ض، فق
ش، حر، حرحيو... خالصة	70/ (20-)44 مَ = 8.8 ما يمثل 62.85% من مجمل الإجابات	**26** **مَ = 5.2** **أي: 37.14% من الإجابات**	106/ (18-)47 مَ = 9.4 ما يمثل 44.33% من مجمل الإجابات	**59** **مَ = 11.8** **أي: 55.66% من الإجابات**
ل، لَ، ض،... خالص	70/2 عند حالتين		106/1 عند حالة واحدة	
ض ش، ل ش، ...	70/1 عند حالة واحدة		106/4 عند حالتين	
ش ل، ش لَ، حر ل، ش ل، ش ض...	70/(4-) 23 مَ = 4.6 (0.8-) = 3.9 ما يمثل 32.85% (5.7%-) = 27.15%		106/54 مَ = 10.8 ما يمثل 50.94%	

❍ تظهر العديد من الإجابات بمحددات بسيطة في برتوكول أفراد العينة التجريبية في التطبيق القبلي و كذا التطبيق البعدي. قدر المتوسط الحسابي حولها بـ 9.4 في التطبيق البعدي مقابل 8.8 في التطبيق القبلي مع هيمنة الإطار الشكلي الخائر على 3/1 هذه الإجابات. غير أن نسبة الإجابات بمحددات بسيطة تراجعت بين التطبيقين، فبينما مثلت ما نسبته 62.85% من مجمل الإجابات في التطبيق القبلي، فقد سجل ما نسبته 44.33% من مجمل الإجابات في التطبيق البعدي.

و ظهر المتوسط الحسابي لمجمل الإجابات ذات إحدى المحددات اللونية، التضليلية أو الفاتحة قاتمة في التطبيق البعدي ضعف القيمة المحققة في التطبيق القبلي بمتوسط حسابي قدر بـ 5.2 مقابل 11.8 على التوالي . حيث أسقطت أكثر من نصف الإجابات(55.66%) بإحدى هذه المحددات على الأقل في التطبيق البعدي، مقابل ثلث الإجابات التي اشتملت على إحدى هذه المحددات أي ما نسبته 37.14% في التطبيق القبلي. و قدر نسبة الإجابات التي يغيب فيها الربط بين العاطفة و التمثيلة بـ 65% في القياس القبلي، بينما انخفض إلى 45.28% في التطبيق البعدي ليشير إلى هيمنة الإجابات ذات الربط بين العاطفة و التمثيلة.

و عليه فإن النتائج البعدية لأفراد العينة في المجموعة التجريبية تشير لارتفاع في عدد الإجابات بربط ناجح بين العاطفة و التمثيلة ، بمتوسط حسابي قدر بـ 10.8 في التطبيق البعدي مقابل 3.9 في التطبيق القبلي. إذ يعتبر الربط ناجح لـ 27.15% من الإجابات ذات إحدى المحددات اللونية التضليلية، الفاتحة قاتمة على الأقل في التطبيق القبلي. بينما تضاعف عدد الإجابات المحتوية على إحدى هذه المحددات على الأقل بربط جيد في التطبيق البعدي بنسبة 50.94% من الإجابات.

❑ أما في التطبيق البعدي للمجموعة الضابطة، فإن عدد الإجابات بمحددات بسيطة جاءت متقاربة مع عددها في التطبيق القبلي، في حين يظهر ارتفاع معتبر لعدد الإجابات بربط ناجح بين التمثيلة و العاطفة. أما إسقاط العاطفة الخام و المحددات التي تشير إلى بداية الإرصان فجاءت كما في التطبيق القبلي محدودة في إنتاجية أفراد العينة الضابطة كما هو موضح في الجدول.

جدول (59) : نوعية الربط بين العاطفة و التمثيلة لدى أفراد العينة الضابطة في التطبيق البعدي

	ماسينيسا	وليد	مهند	الهام	أشرف	المجموع
ش،حر، حرحيو...	17/(7-)10	19/(5-)13	18/(3-)11	19/(2-)9	14/(1-)7	87/(18-)50
ل، لَ، ض،...	17/0	19/0	18/0	19/2	14/0	87/2
ض ش، ل ش،...	13/(1-)2	19/0	18/(1-) 2	19/1	14/1	87/(2-) 6
ش ل، ش لَ، حرش، ش ض، حرل، ش فق..	13/(3-)5	19/6	18/(3-) 5	19/(1-)7	11/6	87/(7-)29

و في الجدول الموالي مقارنة لنوعية الربط بين العاطفة و التمثيلة لدى أفراد العينة الضابطة في التطبيق القبلي و التطبيق البعدي.

جدول (60): مقارنة نوعية الربط بين العاطفة و التمثيلة
لدى أفراد العينة الضابطة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي

	تطبيق قبلي	العدد الكلي للإجابات ذات المحدد: ل، ض، فق	تطبيق بعدي	العدد الكلي للإجابات ذات المحدد: ل، ض، فق
ش، حر، حرحيو... خالصة	68/(22-)52 مَ = 10.4 ما يمثل 76.47% من مجمل الإجابات		87/(18-)50 مَ = 10 ما يمثل 57.47% من مجمل الإجابات	
ل، لَ، ض،... خالص	68/2 عند حالتين	**16** **مَ = 3.2** **أي:** **23.5% من الإجابات**	87/2 عند حالة واحدة	**37** **مَ = 7.4** **أي:** **42.52% من الإجابات**
ض ش، ل ش، ...	68/4 عند حالتين		87/(2-) 6 عند 4 حالات	
ش ل، ش لَ، حر ل، ش ل، ش ض...	68/(3-)10 مَ = 2 (0.6-) = 1.4 أي: 14.70% (4.41-%) = 10.29%		87/(7-)29 مَ = 5.8 (1.4-) = 4.4 أي: 33.33% (8.-%) = 25.33%	

ظهر العديد من الإجابات بمحددات بسيطة في برتوكول أفراد العينة الضابطة في التطبيق القبلي و التطبيق البعدي. و تساوت قيم المتوسطات الحسابية بين التطبيقين حول هذه المحددات مع هيمنة الإطار الشكلي الخائر على 3/1 هذه الإجابات تقريبا. غير أن نسبة الإجابات بمحددات بسيطة تراجعت بين التطبيقين، فبينما مثلت ما نسبته 76.47% في التطبيق القبلي، فقد سجلت ما نسبته 57.47% في التطبيق البعدي.

و ظهر المتوسط الحسابي لمجمل الإجابات ذات إحدى المحددات اللونية، التضليلية أو الفاتحة قاتمة في التطبيق البعدي أكثر من ضعف القيمة المحققة في التطبيق القبلي بمتوسط حسابي قدر بـ 3.2 مقابل 7.8 على التوالي. و تم إسقاط 42.52% بإحدى هذه المحددات على الأقل في التطبيق البعدي، بعدما جاءت بنسبة 23.5% في التطبيق القبلي. و قدرت الإجابات التي يغيب فيها الربط بين العاطفة و التمثيلة بـ 79.44% في القياس القبلي و انخفض في التطبيق البعدي إلى ما نسبته59.77% ليشير إلى ارتفاع عدد الإجابات ذات الربط بين العاطفة و التمثيلة.

و تشير النتائج البعدية لأفراد العينة في المجموعة الضابطة إلى ارتفاع عدد الإجابات بربط ناجح بين العاطفة و التمثيلة، بمتوسط حسابي قدر بـ 4.4 في التطبيق البعدي مقابل 1.4 في التطبيق القبلي. إذ يعتبر الربط ناجح لـ 10.29% من الإجابات ذات إحدى المحددات اللونية. التضليلية، الفاتحة قاتمة على الأقل في التطبيق القبلي. بينما تضاعف عدد الإجابات المحتوية على إحدى هذه المحددات على الأقل بربط جيد في التطبيق البعدي بنسبة 25.33% من الإجابات.

جدول (61) : مقارنة بين نتائج المجموعتين التجريبية و الضابطة
بين تطبيق قبلي و بعدي حول نوعية الربط بين العاطفة و التمثيلة

المحددات	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة	
	التطبيق القبلي	التطبيق البعدي	التطبيق القبلي	التطبيق البعدي
إجابات بمحددات بسيطة خالصة	70/(20-) 46 ما يمثل **65.71 %** من مجمل الإجابات	106/(18-) 48 ما يمثل **45.28%** من مجمل الإجابات	68/(22-)52 ما يمثل **76.47%** من مجمل الإجابات	87/(18-)50 ما يمثل **57.47%** من مجمل الإجابات
مجموع الإجابات ذات المحدد: ل، ض، فق	26 **37.14%** من الإجابات	59 **55.66%** من الإجابات	16 **23.5%** من الإجابات	37 **42.52%** من الإجابات
إجابات بربط ناجح	70/(4-) 23 **27.15%**	106/54 **50.94%**	68/(3-)10 **10.29%**	87/(7-)29 **25.33%**

يتضح من النتائج المسجلة في القياس القبلي للمجموعتين التجريبية و الضابطة كما هو موضح في الجدول أعلاه وجود نسبة كبيرة من الإجابات بمحددات بسيطة تجاوزت بكثير نسب الإجابات التي تربط العاطفة بالتمثيلة، و بالخصوص في المجموعة الضابطة أين تضاعف عدد الإجابات بمحددات بسيطة بسبع مرات عدد الإجابات التي تربط العاطفة بالتمثيلة. و أظهرت النتائج البعدية لكلا المجموعتين تضاعف نسب الإجابات بالربط الناجح بين التمثيلة و العاطفة على حساب الإجابات بمحددات بسيطة، هذه الأخيرة التي تراجعت في كلتا المجموعتين. مشيرة بذلك لتحقيق المجموعتين نتائج متقاربة حول هذا البعد. و بالرغم من تحقيق المجموعة التجريبية لنوعية أفضل للربط بين العاطفة و التمثيلة في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي من خلال ارتفاع عدد الإجابات الشكلية اللونية، إلا أن أفراد العينة من المجموعة الضابطة حققوا نفس النتيجة حول تحسن نوعية الربط، و لم يحصل التمايز بين النتائج المحققة في التطبيق البعدي للمجموعتين. للقول بان التغير الحاصل في نوعية هذا الربط لا يعزى بالضرورة للمتغير التجريبي.

➢ و منه فإن **الفرضية [ف ب .2 .3]** حول ربط عاطفة/ تمثيلة لم تتحقق.

★ و قبل تقديم الاستنتاجات حول الفرضية الثانية بخصوص التوظيف العقلي، فسنحاول من خلال عرض الفرضيات المرتبطة بأبعاد العقلنة إبراز أي الفرضيات تحقق و أي منها لم يتحقق:

- الفرضية [ف ب. 2. 1.(أ)] قد تحققت.
- الفرضية [ف ب. 2. 1.(ب)] قد تحققت

➢ **و منه، فإن الفرضية ف ب.2. 1. محور التعبير النزوي تحققت**

- الفرضية [ف ب. 2. 1.(ج)] لم تتحقق
- الفرضية [ف ب. 2. 1.(د)] قد تحققت

➢ **و منه، فإن الفرضية ف ب.2. 1. محور التعبير العدواني قد تحققت جزئيا.**

و بالتالي فان الفرضية ف ب. 2 .1 حول الدينامية العاطفية تميل إلى أن تتحقق.

- الفرضية [ف ب.2. 2.(أ)] حول الترميز الجنسي قد تحققت
- الفرضية [ف ب.2. 2.(ب)] حول الترميز العدواني قد تحققت

و عليه، فإن الفرضية ف ب.2. 1. حول الترميز قد تحققت.

الفرضية [ف ب .2 .3] حول ربط عاطفة/ تمثيلة لم تتحقق.

من خلال النتائج المحققة في التطبيق البعدي، فإن العقلنة تظهر من نوعية أفضل لدى أفراد العينة التجريبية منه لدى أفراد العينة الضابطة، حيث تحسنت نوعية العقلنة في المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي في الكثير من الإبعاد. إلا أن التحسن في نوع الربط بين العاطفة و التمثيلة لم يأتي مؤكدا، حيث حققت المجموعة الضابطة أيضا تحسنا مماثلا في نوعية الربط الناجح بين العاطفة/التمثيلة و الذي قد يعزى لمتغيرات أخرى كما و انه قد يعزي للمتغير التجريبي في المجموعة التجريبية؛ أي للعبة الفيديو رومسيون؟ أما بخصوص التعبير العدواني، فلم تتحقق الفرضية حوله هو الآخر، فبالرغم من ظهور التعبير العدواني لدى أفراد العينة التجريبية من نوعية أفضل في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي بخصوص التعبير العدواني النشط، لكن هذا

التحسن ظهر أيضا في المجموعة الضابطة، بل و سجل الارتفاع عند أفراد العينة الضابطة أكثر منه عند أفراد العينة التجريبية.

- و عليه فان فرضيات العقلنة لم تتأكد تماما، و تحققت جزئيا. غير أن تقييم العقلنة يستلزم تقييم نجاح أبعادها الثلاث مجتمعة وهو ما تحقق في المجموعة التجريبية و لم يتحقق في المجموعة الضابطة. ما يسمح بقبول الفرضية

III- عرض و تحليل نتائج الفرضية ف ب.3:

تذكير بالفرضية الإجرائية ف ب.3:

تستخدم الميكانيزمات الدفاعية بطريقة أكثر فعالية من خلال تحسن عناصر فعالية الدفاعات (مؤشر IES النزوات الجنسية و العدوانية، شكل التعبير اللفظي، المستوى الدينامي...) في المجموعة التجريبية منه في المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي.

للإشارة: لا نهتم في تناولنا بنوعية الميكانيزمات المستعملة من طرف أفراد العينة و التي قد تنتمي لأي سجل من السجلات الثلاث كون التنظيمة السيكوسوماتية كلية التواجد، لكن اهتمامنا سينصب حول فعالية الدفاعات من عدمها. و لكون فعالية الدفاعات تسند لاجتماع 5 عناصر يتم تناول كل منها على حدا، و بسبب عدم إمكانية حسب النسب المئوية و طرح المتوسطات الحسابية، سنقوم في عرضنا للنتائج بتفريغها في جداول لإبراز عناصر مقاربة فعالية الدفاعات بالتفصيل من خلال عرض نتائج التطبيق القبلي ثم البعدي للمجموعتين؛ التجريبية و الضابطة.

جدول (62) : فعالية الدفاعات لدى أفراد العينة التجريبية في التطبيق القبلي

المؤشرات		مروة	أكرم	أحمد	سامي	كريمة
شكل التعبير اللفظي	الاحتياط اللفظي	+++ (6)	++(5)	+(3)	+++(6)	+++(6)
	نقد ذاتي	++ (4)	++(5)	+++(6)	+(2)	++(4)
	انتقاد الموضوع	(1)	(4)	++(4)	(1)	+(2)
	صيغة الجمع «ON» و المبني للمجهول	+	/	++	+++	/
	تعليق	+++	++	+++	+	+
	البحث عن السند	+++ (7)	+(3)	+++(7)	+++(8)	++(4)
	الكف	+++ (7)	++(4)	+++(6)	+++(7)	++(5)
مواضيع الإجابات (السيرورات الأولية)	IES النزوات الجنسية	0.25	1.16	-0.66	0.4	-0.8
	IES النزوات العدوانية	0.3	0.45	-0.15	0.61	-0.18
التكيف مع الواقع	ش+%	%58.33	%87.5	%55.5	%59.09	%91.66
	ش+% الموسع	%75	%91.66	%69.23	%71.87	%95.45
فعالية الدفاعات على المستوى الدينامي	حركة نكوصية داخل البطاقة	III: ج5/ج6	X: ج12/ج13		I: ج1/ج2 V : ج8/ج9 VIII:ج11/ج12	VII:ج8/ج9 X: ج12/ج13
	حركة تطورية داخل البطاقة	/	/	I : ج1/ج2 X:ج14/ج15	/	/
	حركة نكوصية بين البطاقات	VI← V IX← VIII	III←II	III←II VII←VI IX← VIII	/	/

	حركة تطورية بين البطاقات	II←I V←IV VIII← VII	IV←III	IV ← III VIII ← VII	II←I VII← VI	II←I IX← VIII
النبرة الانفعالية	عاطفة ايجابية	+	+	+	++	/
	عاطفة سلبية	+	/	+	+	+

جدول (63): فعالية الدفاعات لدى أفراد العينة الضابطة في القياس القبلي

المؤشرات		ماسينيسا	وليد	مهند	الهام	أشرف
نوع التعبير اللفظي	الاحتياط اللفظي	(8)+++	(8)+++	(5)++	(5)++	(4)++
	نقد ذاتي	(10)+++	(5)++	(3)+	(5)++	(5)++
	انتقاد الموضوع	(5)++	(2)+	(1)+	(7)+++	(4)++
	صيغة الجمع «ON» و المبني للمجهول	+++	/	+	++	+++
	تعليق	+	++	/	++	++
	البحث عن السند	(5)++	(5)++	(4)++	(3)+	(2)+
	الكف	(8)+++	(6)+++	(8)+++	(6)+++	(10)+++
مواضيع الإجابات (السيرورات الأولية)	IES النزوات الجنسية	0	0	0	0	0
	IES النزوات العدوانية	-0.42	0	-0.12	0.41	0.28
التكيف مع الواقع	ش+%	%50	%53.33	%44.44	%66.66	%81.25
	ش+% الموسع	%61.11	%56.25	%54.54	%80	%81.25
فعالية الدفاعات على المستوى الدينامي	حركة نكوصية داخل البطاقة		VIII ج12/ج11 ج16/ج15:X	I: ج2/ج1 II: ج4/ج3 III:ج6/ج5	I: ج2/ج1	/
	حركة تطورية داخل البطاقة	VI:ج7/ج6 X : ج13/ج12	VII ج9/ج8		III ج6/ج5	III:ج3/ج2 X: ج10/ج9
	حركة نكوصية بين البطاقات	II← I VI← V VII← VI IX← VIII	II← I V← VI	VII← VI IX ← VIII	III←II IX ←VIII	II←I VI← V IX← VIII X← IX
	حركة تطورية بين البطاقات	V← IV VIII←VII	IV ← III X← IX	II ←I III←II IV← III VIII ←VII	II ←I X← IX	VII ←VI
النبرة الانفعالية	عاطفة ايجابية	/	+	+++	+	+
	عاطفة سلبية	/	/	/	/	/

ملاحظة: كل نقطتين تقيم بإشارة +

❍ و من خلال نتائج بروتوكول الروشاخ في لتطبيق القبلي لدى أفراد العينة من المجموعتين؛ التجريبية و الضابطة كما جاء في الجدولين (64،65) يتضح:

- بخصوص أشكال التعبير اللفظي: اللجوء لاستعمال العديد من الاحتياطات اللفظية لدى أفراد العينة من المجموعتين؛ التجريبية و الضابطة. ظهر العديد من الانتقادات لدى أفراد العينة من المجموعتين، سواء تلك الخاصة بانتقاد الموضوع أو الانتقاد الذاتي. إضافة إلى البحث عن السند بتحر الدعم من العالم الخارجي. كما نجد أغلبية أفراد العينة يلجئون لمحاولات استثارة النقاش و تبادل الحوار مع الفاحص لأجل إنشاء تواطؤ معه و إشراكه في إجاباته من خلال التعليقات المقدمة حول الاختبار أو وضعيات التمرير، حيث كلما كانت هذه التعليقات كثيفة دلت على وجود إضعاف للميكانيزمات الدفاعية. كما ظهر تعميم الصياغة كثيفا في إنتاج أغلبية أفراد العينة من

المجموعتين: التجريبية و الضابطة أين قام أفراد العينة بإبعاد المدركات بعدم إسناد الإجابات لأنفسهم بهدف التقليل من شحنتها الطاقوية و بالتالي الانحراف عن الدفاعات الفعالة بتحوير الإجابات في صيغة عامة و مبنية للمجهول إضافة إلى ما ظهر من كف مكثف.

- أما بخصوص احتواء السيرورات الأولية و كما تمت الإشارة إليه سابقا عند تناول نوعية الترميزات، فما عدا الحالة (2) بخصوص مؤشر الإرصان الرمزي للنزوات الجنسية و الحالة (4) بخصوص مؤشر الإرصان الرمزي للنزوات العدوانية، فقد ظهر إخفاق في اللجوء للسيرورات الثانوية، و يشير فشل الترميز إلى بروز و غمر كثيف للسيرورات الأولية.

- و باستثناء الحالة 5 في المجموعة الضابطة ، يتضح سوء التكيف مع الواقع الخارجي عند باقي الحالات. فشلت الميكانيزمات الدفاعية المستعملة (الإسقاطات) في الحفاظ على العلاقة مع الواقع و دعم السيرورات الثانوية. و بالرغم من البروتوكولات الواقعية (باللجوء إلى الاستذهان)، إلا أن الدفاعات تعتبر غير فعالة للحفاظ و تأكيد العلاقة مع الواقع (ليس لعدم الاعتراف بالواقع الخارجي بل لعدم التكيف معه و بالتالي اللجوء إليه ليس كوسيلة لحل الصراعات بل استثماره بطريقة مكثفة و مفرطة، و إن غاب الإطار الشكلي الجيد).

- أما على المستوى الدينامي، ظهرت هيمنة الحركات النكوصية لدى أفراد العينة من المجموعتين؛ التجريبية و الضابطة؛ هيمنة الحركات النكوصية داخل البطاقة بالدرجة الأولى لدى المجموعة التجريبية، كما أن هذا النوع من الاستجابات يمتد في بعض الحالات إلى دينامية داخل الإجابة بظهور نكوصات داخل الإجابة الواحدة من خلال تقهقر نوعية المدرك و نزع الحيوية، تدهور الترميز أو إسقاطات فضة. كما ظهرت لدى المجموعة الضابطة حركات نكوصية بين البطاقات على نطاق واسع. و بالرغم من ظهور حركات تطورية بين البطاقات بكثافة لدى أفراد العينة من المجموعتين،التجريبية و الضابطة، إلا أن جميعهم يجد صعوبة كبيرة في الوصول إلى التحرر النزوي (فالحركات التطورية قلّ ما ساهمت في التحرير النزوي). و تجدر الإشارة إلى أن أغلبية بروتوكولات أفراد العينة من المجموعتين،التجريبية و الضابطة انتهت بعدم التحرر النزوي، حيث ظهر في نهاية البروتوكولات حركات نكوصية (أما داخل البطاقة أو بين البطاقات)، و بالرغم من الحركة التطورية الطفيفة بين البطاقات في إجاباتهم في آخر البرتوكول إلا أنها غالبا ما تنتهي باللجوء إلى إجابات بدائية (تشريحية) إضافة إلى البحث عن السند ليدل على عدم التحرر النزوي.

- أما في النبرة الانفعالية، فيمكن اعتبار العواطف شحيحة و فقيرة في البروتوكولات لأفراد العينة من المجموعتين؛ التجريبية و الضابطة، سواء كانت العواطف الايجابية منها أو السلبية، بحيث انه يصعب تقييم النبرة الانفعالية لدى غالبية أفراد العينة مع وجود إشكالية في الربط بين العاطفة و التمثيلة لديهم يرجع لفقر التعبير العاطفي.

➢ و عليه، فان العمليات الدفاعية ظهرت في القياس القبلي غير فعالة لدى أفراد العينة من المجموعتين؛ التجريبية و الضابطة. حيث (سوء نوعية التعبير اللفظي، بروز السيرورات الأولية و ضعف مؤشر IES النزوات الجنسية و العدوانية، إطار شكلي سيء و عدم التكيف مع الواقع الخارجي، عدم فعالية الدفاعات على المستوى الدينامي، و تقييم سيء للنبرة الانفعالية)

❑ أما في التطبيق البعدي فجاءت النتائج لأفراد العينة التجريبية كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول (64): فعالية الدفاعات لدى أفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي

المؤشرات		مروة	أكرم	أحمد	سامي	كريمة
شكل التعبير اللفظي	الاحتياط اللفظي	++ (5)	+(3)	+(2)	+(2)	+(2)
	نقد ذاتي	+ (3)	++(5)	++(4)	+(2)	+(3)
	انتقاد الموضوع	(1)	(1)	/	/	++(4)
	صيغة الجمع «ON» و المبني للمجهول	++	/	/	+++	+
	تعليق	+	++	/	+	+++
	البحث عن السند	/	+(2)	(1)	+(2)	+(2)
	الكف	++ (4)	++(4)	++(4)	+(3)	+(3)
مواضيع الإجابات (السيرورات الأولية)	IES النزوات الجنسية	0.75	1.25	0.5	0.8	1.15
	IES النزوات العدوانية	0.5	0.71	0.42	1.08	0.69
التكيف مع الواقع	ش$^{+}$%	%50	%60	%91.66	%70	%58.33
	ش$^{+}$% الموسع	%68.18	%83.33	%97.05	%82.35	%85.29
فعالية الدفاعات على المستوى الدينامي	حركة نكوصية داخل البطاقة	:VIII ج16/ج15 :X ج20/ج19	:II ج3/ج2 : III ج6/ج5		10/ج9 : V	:IV ج10/ج9 :IX ج18/ج17 :X ج22 /ج21
	حركة تطورية داخل البطاقة	I:ج2/ج1 II: ج4/ج3 IV: ج9/ج8 VI:ج12/ج11 X:ج19/ج18	II: ج4/ج3	I:ج2/ج1 :VI ج11/ج10	:X ج20/ج19	VII ج15/ج14 :IX ج19/ج18 :X ج23 /ج22
	حركة نكوصية بين البطاقات	II←I IV←III VI← V	←VIII IX		IX← VIII	VII ← VI
	حركة تطورية بين البطاقات		IV←III VII← VI X←IX		VI← V X← IX	V← IV
النبرة الانفعالية	عاطفة ايجابية	+++	+++	+	++	/
	عاطفة سلبية	+++	+	++	+	/

و لمقروئية أفضل سنقوم بتلخيص هذه النتائج في جدول مقارن بين التطبيقين؛ القبلي و البعدي للمجوعة التجريبية ثم المجموعة الضابطة لتمييز أي تغير قد يحدث بين التطبيقين لكل حالة على حدا، ثم مقارنة نتائج المجموعة التجريبية بالمجموعة الضابطة في جدول توضيحي شامل لملاحظة الاختلاف في نوعية عناصر مقاربة فعالية الدفاعات إن وجدت.

جدول (65) : مقارنة عناصر المقاربة لفعالية الدفاعات لدى أفراد العينة التجريبية بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي

فعالية الدفاعات حول:		مروة		احمد		اكرم		سامي		كريمة	
		ق	ب	ق	ب	ق	ب	ق	ب	ق	ب
أشكال التعبير		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
احتواء السيرورات الأولية		O	~	O	O	O	X	O	X	O	X
الحفاظ على التكيف مع الواقع		~	O	O	O	O	~	~	X	O	O
النبرة الانفعالية		~	X	~	X	O	X	X	X	O	O
على المستوى الدينامي	داخل البطاقة	O	X	X	X	O	O	O	~	O	X
	بين البطاقات	O	O	~	X	X	X	~	X	~	O
العناصر المحققة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي		(~)2	(X)2 (~)1	(X)1 (~)1	(X)3	(X)2	(X)3 (~)1	(X)1 (~)2	(X)4 (~)1	(X)1 (~)1	(X)2

توضيح:

ق : تطبيق قبلي ب : تطبيق بعدي

\+ : وجود أشكال التعبير التي تضعف فعالية الدفاعات

X : فعال O : غير فعال ~ : تقريبا

من خلال النتائج الظاهرة في الجدول التلخيصي لمقارنة عناصر مقاربة فعالية الدفاعات لدى أفراد العينة التجريبية بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي، تتضح الزيادة بخصوص بعض هذه العناصر، غير أنها زيادة طفيفة جدا تمس إحدى العناصر أو ثلاث عناصر بالأكثر، و بالرغم من تسجيل بعض التحسن في فعالية الدفاعات، إلا أنها لم تتحقق مجتمعة لدى الحالات في أفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي. حيث مازالت تهيمن بعض أشكال التعبير اللفظي التي تفشل الميكانيزمات الأكثر إرصانا، و بالخصوص الاحتياط اللفظي، النقد الذاتي و الكف المكثف. غير أن أشكال التعبير اللفظي ظهرت بكثافة أقل، أي بنصف ما ظهر في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي ما سمح بنجاح بعض الميكانيزمات الدفاعية.

و جاء احتواء السيرورات الأولية ناجحا لثلاث حالات بعد أن جاء خائرا بالنسبة لجميع الحالات في التطبيق القبلي. في حين تأكد التكيف مع الواقع لحالة واحدة فقط في التطبيق البعدي بعدما كان خائرا لدى جميع أفراد العينة. غير أن أغلبية الحالات (5/4) في التطبيق البعدي سجلوا تحسنا واضحا في النبرة الانفعالية، إضافة إلى غنى بروتوكولات جميع أفراد العينة بالعواطف، كما ظهرت الاستجابات اللونية و الناجحة الربط في البطاقات اللالونية في بعض بروتوكولات أفراد العينة ما يشير للجوء إلى الخيال. و بالرغم من عدم تحسن النبرة الانفعالية لدى حالة واحدة (5)، إلا انه و بالرجوع إلى البرتوكول البعدي للروشاخ نجده بروتوكولا مغمورا عاطفيا عمل على إرصان بعض الاستجابات التي أحدثت خللا في تنظيمه.

أما على المستوى الدينامي، و كما هو موضح في جداول موازنة فعالية الدفاعات (في الملاحق)، فقد مكنت الميكانيزمات التي تم اللجوء إليها من التحرر النزوي لدى بعض أفراد العينة كاللجوء لاستعمال الكبت و اللجوء الناجح للواقع الخارجي و الاستذهان... و غالبا ما كانت تستتبع الحركات النكوصية (بين البطاقات و داخل البطاقة) بحركات تطورية لدى البعض من أفراد العينة لتشير إلى فعالية بعض الدفاعات خاصة و أنها محررة من أشكال التعبير اللفظي نسبيا. حيث سمحت محدودية اللجوء إلى الاحتياط اللفظي و النقد الذاتي بفعاليتها لدى البعض الآخر من أفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي. في حين كانت تفشل الدفاعات بسبب التركيز على داخل الجسم بإطار شكلي خائر هذا من جهة و عدم التحرر النزوي في آخر البرتوكول من جهة أخرى بسبب

الحركات النكوصية و الشكل السلبي. كما لوحظ في بعض البروتوكولات التشبث بكل ما هو ملموس ما يؤدي لغياب الدينامية في البرتوكول. و على كل و كما هو واضح في الجدول أعلاه، فقد سجل تحسن في الحركات التطورية داخل البطاقات أكثر منه بين البطاقات، مشيرا بذلك إلى أن الحركات النكوصية كانت تستتبع بحركات تطورية. إلا أنه و بالتمحيص في نتائج الجدول، تظهر إشكالية في الدينامية بين البطاقات، إذ لم يحقق أفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي نجاحا واضحا للدينامية "بين وداخل" البطاقة مجتمعة صراحة، و تظهر هذه الدينامية ناجحة نسبيا لدى حالة واحدة فقط (2) غير أن ذلك يعزى للنتائج الايجابية المحققة في التطبيق القبلي.

و منه، فقد حقق أفراد العينة التجريبية فعالية أفضل للدفاعات في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي و إن لم تظهر فعاليتها على مستوى العناصر الخمس.

❑ أما في المجموعة الضابطة، فلم يظهر تحسن واضح على مستوى العناصر الخمس لمقاربة فعالية الدفاعات بين تطبيق قبلي و بعدي، و في الجدول المولي توضيح لذلك:

جدول (66) : فعالية الدفاعات لدى أفراد العينة الضابطة في القياس البعدي

المؤشرات		ماسينيسا	وليد	مهند	الهام	أشرف
نوع التعبير اللفظي	الاحتياط اللفظي	++(5)	+++(7)	+++(8)	++(5)	++(5)
	نقد ذاتي	+++(6)	+++(7)	++(5)	++(4)	++(5)
	انتقاد الموضوع	+(3)	++(4)	+(2)	++(4)	(1)
	صيغةالجمع«ON» و المبني للمجهول	+++	+++	++	+++	+++
	تعليق	++	/	/	++	+++
	البحث عن السند	+++(7)	+(3)	+(2)	+(3)	+(2)
	الكف	++(4)	++(5)	++(5)	+++(6)	+++(7)
مواضيع الإجابات (السيرورات الأولية)	IES النزوات الجنسية	- 0.11	0.14	0.11	-0.27	0.09
	IES النزوات العدوانية	-0.44	-0,63	-0.33	-0.4	0.07
التكيف مع الواقع	ش+%	%30	%52.63	%70	%81.25	%91.66
	ش+% الموسع	%46.15	%80	%80	%87.5	%94.44
فعالية الدفاعات على المستوى الديناميي	حركة نكوصية داخل البطاقة	II: ج2/ج3 VIII: ج11/ج 12 X: ج15/ج16	I ج1/ج2 V: ج8/ج9 X: ج18/ج19	I: ج1/ج2 II: ج3/ج4 III:ج5/ج6 VI: ج7/ج 8 X:ج16/ج17	I: ج1/ج2 II: ج4/ج5 III: ج6/ج7 IX: ج15/ج16 X: ج18/ج19	VIII: ج10/ج11
	حركة تطورية داخل البطاقة	III ج5/ج6 :	II ج3/ج4			VI ج7/ج8
	حركة نكوصية بين البطاقات	IV ← III VI← V	VII←VI IX← VIII	VII← VI IX ← VIII		VI← V VII←VI X← IX
	حركة تطورية بين البطاقات	V← IV VIII ←VII X← IX	VI← V VIII ←VII X← IX	II← I III←II IV ← III V ← IV VIII ←VII X← IX	II← I III←II IV ← III X← IX	VIII ←VII IX ←VIII
النبرة الانفعالية	عاطفة ايجابية	++	/	/	++	/
	عاطفة سلبية	+++	+++	/	/	+

و في الجدول الموالي (69) تلخيص لنتائج الجدولين الخاصين بفعالية الدفاعات لدى أفراد العينة من المجموعة الضابطة (65،68)، لأجل مقارنة النتائج القبلية و البعدية في هذه المجموعة.

جدول (67) : مقارنة عناصر المقاربة لفعالية الدفاعات لدى أفراد العينة الضابطة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي

فعالية الدفاعات حول:		ماسينيسا		وليد		مهند		الهام		أشرف	
		ق	ب	ق	ب	ق	ب	ق	ب	ق	ب
أشكال التعبير		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
احتواء السيرورات الأولية		O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
الحفاظ على التكيف مع الواقع		O	O	O	~	O	X	~	~	X	O
النبرة الانفعالية		O	X	O	~	~	O	O	O	O	O
على المستوى الدينامي	داخل البطاقة	X	O	O	O	O	O	O	O	X	~
	بين البطاقات	O	~	O	X	~	X	~	X	O	~
العناصر المحققة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي		(X)1	(X)1	0	(X)1 (~)2	(~)2	(X)2	(~)2	(X)1	(X)2	(~)2

لا يظهر التباين واضحا بين نتائج التطبيق البعدي مقارنة بنتائج التطبيق القبلي لدى أفراد العينة الضابطة، و رغم التحسن الطفيف في بعض عناصر مقاربة فعالية الدفاعات، إلا أن التحسن على مستوى هذه العناصر كان يحدث على حساب مستويات أخرى من العناصر الخمس، كما أنها لم تتحقق مجتمعة لدى أفراد العينة الضابطة في التطبيق البعدي. و مازالت الهيمنة الكثيفة لمختلف أشكال التعبير اللفظي، و بالخصوص الاحتياط اللفظي، النقد الذاتي و الكف المكثف. و لم يحدث تراجع لأشكال لتعبير اللفظي التي تضعف فعالية الآليات الدفاعية الأكثر إرصانا.

أما احتواء السيرورات الأولية فقد جاء كما في التطبيق القبلي خائرا لدى جميع أفراد العينة من المجموعة التجريبية. في حين تحقق التكيف مع الواقع لحالة واحدة فقط في التطبيق البعدي، و تراجع التكيف عند حالة أخرى مقارنة بنتائج التطبيق القبلي. و على الرغم من ظهور بعض العواطف عند أغلبية الحالات، إلا أن النبرة الانفعالية تحسنت عند حالة واحدة فقط تأكدت فيها العواطف الايجابية و السلبية منها. و بالرغم من عدم تحسن النبرة الانفعالية بظهور العواطف السلبية و الايجابية مجتمعة، إلا أن تحسنا واضحا ظهر في العواطف الايجابية، كما جاءت النتائج البعدية لأفراد العينة في هذه المجموعة حول الربط بين العاطفة و التمثيلة ناجحا، و عليه فلا يمكن اعتبار النبرة الانفعالية خائرة لدى أفراد المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي كونها حققت بعض التحسن مقارنة بالتطبيق القبلي.

أما على المستوى الدينامي، فقد ظهر تحسن واضح بخصوص الدينامية بين البطاقات لدى جميع أفراد العينة الضابطة، غير أن هيمنة الحركات النكوصية داخل البطاقات لم تسمح بالتحرر النزوي. و كما هو موضح في جداول موازنة فعالية الدفاعات (في الملاحق)، فان بروتوكولات أفراد العينة انتهت بحركات نكوصية لم تسمح بالتحرر النزوي و احتواء العدوانية غير المرصنة. غالبا ما كانت ترجع للتركيز على داخل الجسم و الإطار الشكلي غير المؤكد أو الخائر، كما عملت أشكال التعبير اللفظي على إضعاف الميكانيزمات الأكثر إرصانا و ظهر غمر للاحتياطات اللفظية أدى إلى استعمال الكبت بطريقة لا يسمح فيها بالتطور و التحرر الحقيقي من الحركة النزوية.

كما سجل لجوء مكثف للواقع الخارجي و للاستذهان، غالبا ما كانت تفشل بسبب الإطار الشكلي، ما أدى إلى نمطية البرتوكولات و اللجوء إلى كل ما هو واقعي و التشبث بما هو ملموس دون تحريك لدينامية داخلية.

و منه، فان النتائج التطبيق البعدي لأفراد العينة الضابطة تظهر عدم تراجع عدد أشكال التعبير اللفظي المساهمة في إفشال الدفاعات، كما أن أغلبية التعبير النزوي كان تسيره السيرورات الأولية ما أدى إلى فشل مواضيع الإجابات النزوية و الجنسية. غير أن بعض التحسن الطفيف ظهر في النبرة الانفعالية و كذا في الدينامية بين البطاقات، و على الرغم من ذلك، فان ذلك لم يكن كافيا لتحسين فعالية الدفاعات في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي.

و في الجدول الموالي مقارنة للنتائج القبلية و البعدية للمجموعتين؛ التجريبية و الضابطة حول عناصر مقاربة فعالية الدفاعات.

جدول (68) : مقارنة بين نتائج المجموعتين التجريبية و الضابطة بين تطبيق قبلي و بعدي حول عناصر مقاربة فعالية الدفاعات

فعالية الدفاعات حول :	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة	
	التطبيق القبلي	التطبيق البعدي	التطبيق القبلي	التطبيق البعدي
أشكال التعبير	0	0	0	0
احتواء السيرورات الأولية	0	3(X) و 1(~)	0	0
الحفاظ على التكيف مع الواقع	3(X) و 2(~)	1(X) و 1(~)	1(X) و 1(~)	1(X) و 2(~)
على المستوى الدينامي	2(X) و3 (~)	6(X) و 1(~)	2(X) و 2(~)	3(X) و 3(~)
النبرة الانفعالية	1(X) و 2(~)	4(X)	1(~)	1(X) و 1(~)

و كتلخيص لنتائج العناصر الخمس حول فعالية الدفاعات (شكل التعبير اللفظي، مواضيع الاستجابات، التكيف مع الواقع الخارجي، فعالية الدفاعات على المستوى الدينامي، تقييم النبرة الانفعالية)، فان الدفاعات التي لجأ إليها أغلبية أفراد العينة من المجموعتين؛ التجريبية و الضابطة في القياس البعدي تظهر غير فعالة و إن أظهرت المجموعة التجريبية فعالية أفضل لهذه الدفاعات في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي. و يرجع ذلك لفشل بعض الدفاعات الأكثر إرصانا بسبب الإطار الشكلي الخائر و اللجوء إلى محتويات بدائية تشريحية، كما تم إضعافها بشكل التعبير اللفظي و إن سجل تراجع في عددها ما سمح بفعالية الدفاعات. كما سمح التحسن الواضح في احتواء السيرورات الأولية و اللجوء لاستعمال السيرورات الثانوية الراجع لتحسن الدينامية داخل و بين البطاقات على فعالية البعض من هذه الدفاعات. و بالإضافة إلى الربط الناجح بين العاطفة و التمثيلة كما تمت الإشارة إليه سابقا، فقد ترافق ذلك بظهور نبرة انفعالية من نوعية أفضلن إذ برزت العواطف الايجابية و السلبية لدى أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي. و قد يرجع فشل العديد من الدفاعات إلى التراجع الحاصل في التكيف مع الواقع الخارجي مقارنة بالتطبيق القبلي. و أصبح التكيف متجها نحو الواقع الذاتي أكثر منه نحو الواقع الموضوعي، بطريقة مفرطة عند بعض الحالات.

أما في المجموعة الضابطة فما عدا الحركية على المستوى الدينامي، فلم يظهر تحسن واضح حول العناصر الخمس لمقاربة فعالية الدفاعات. حيث برزت السيرورات الأولية بأكثر قوة، كما ظهرت محدودية في بروز النبرة الانفعالية سواء كانت العواطف الايجابية أو السلبية. و بالرغم من التكيف الجيد لبعض أفراد العينة مع الواقع الخارجي، إلا أن العمليات الدفاعية تعتبر غير فعالة بسبب هشاشتها مقابل التعامل مع الغمر النزوي الجنسي و العدواني، و عدم تحرره في أخر البرتوكول لدى جميع أفراد العينة.

و عليه، و إن لم تظهر فعالية الدفاعات على مستوى العناصر الخمس لدى أفراد العينة من المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي، إلا أنها تظهر من نوعية أفضل مقارنة بالتطبيق القبلي ، في حين لا يظهر هذا التحسن لدى أفراد العينة في المجموعة الضابطة.

- **و منه فان الفرضية [ف ب 3] حول فعالية الدفاعات قد تحققت.**

4- مناقشة عامة لنتائج فرضيات التوظيف العقلي:

في الدراسة الحالية لم تتأكد جميع فرضيات إنعاش التوظيف العقلي. ففي حين تحققت فرضية البعد الأول حول دور لعبة الفيديو Re-Mission في إثراء الفضاء الخيالي و البعد الثالث حول فعالية الدفاعات عند أفراد العينة التجريبية بعد التجربة، فإن الفرضية حول العقلنة لم تتأكد تماما بسبب التحقق الجزئي لفرضية التعبير العدواني و عدم تحقق فرضية الربط عاطفة/ تمثيلة.

ظهر الفضاء الخيالي لأفراد العينة من المجموعتين التجريبية و الضابطة في التطبيق القبلي كفضاء فقير، وهو ما أشار إليه رواد المدرسة السيكوسوماتية في التنظيمات السيكوسوماتية و ما تحدث عنه(2010) Sami Ali حول باتولوجية التكيف أو كبت وظيفة الخيالي، حيث كلما اختل التنظيم السيكوسوماتي أصبح الفضاء الخيالي أكثر فقرا و هو ما ظهر لدى المراهقين المصابين بالسرطان في التطبيق القبلي. أما في التطبيق البعدي فقد أظهرت النتائج تحسنا في نتائج المجموعة التجريبية إذ ظهر الفضاء الخيالي أكثر ثراء لدى جميع أفراد العينة مقارنة بالتطبيق القبلي. كما ظهر اللجوء إلى الخيالي واضحا لدى جميع أفراد العينة و هو ما نوهت به (1988) Chabert حول ارتفاع عدد الحركات البشرية و انخفاض قيم ش% مقارنة بقيم ش+%، و نفس التفسير بخصوص انخفاض نسب الاستجابات الحيوانية و تحسن نوعية نمط الخبرة و القانون الثانوي لإدراك التحقق النزوي حسب ما أشار إليه Chabert (1988) و de Tychey, Rebourg, Vivot (2000).

و عملا بما أشار إليه Fain et David (1963)، Sami Ali (2000a) بخصوص تحرير الفضاء الخيالي و عودة الأحلام في التوظيف السيكوسوماتي، و ضرورة الاهتمام بعمل الأحلام عند مريض السرطان الذي له دلالته الخاصة كما أكد عليه Briquet et Mariage (2008). فقد أظهرت الإجابات في المقابلة البعدية ظهور أحلام عملياتية، بعد أن كانت تغيب الأحلام عند أفراد المجموعة التجريبية حسب المقابلة الأولى، و أصبح اللجوء بكثرة إلى هوامات ترتبط بتخيل بطلة اللعبة Roxxy في الأوقات الحرجة من المرض أو عند الشعور بالانزعاج من المرض، و اللجوء إلى إسقاط الذات في المستقبل بعد أن كانت تسيطر عليهم هوامات الموت و الخوف من المجهول. و هو ما يشهد عن تحرير الفضاء الخيالي و عودة الأحلام في توظيف المراهقين في المجموعة التجريبية، و إن كانت هذه الأحلام و الهوامات عملياتية، غير انه و كما أشار إليه Calza et Contant (2002) فإن هذه الأحلام تكون كبداية لبروز ثغرة وصل الحاضر بالماضي و فتح مجال لخروج الهوامات و الأحلام، أو بداية بروز العلاقات الصراعية في أحلام المريض Fain et David (1963). ما يمهد طريقا للإرصان في وقت لاحق. و قد تكون لعبة الفيديو Re-Mission كمثير خارجي أو"إسهامات خارجية" على حد تعبير Despert في (Fain et David, 1963) أو كحدث جاذب كما أشار إليه Tassin في (Nakov,2003) دور في ثراء شكل التعبيرات الحلمية عند المراهقين. و هو ما نوهت به Briquet et Mariage (2008) على أن توفير المساندة من خلال الأدوات الإسقاطيه كالعاب الفيديو يوفر للمريض فضاء للخيال و الهوامات. و عليه يمكن اعتبار لعبة الفيديو Re-Mission

كطريق ممهد لبداية إنعاش الفضاء الخيالي ربما سمح بالإسقاط على الجسم الخيالي على حد تعبير سامي علي، اسقاط دعمته بطلة اللعبة Roxxi من خلال التوحد معها.

أما بخصوص العقلنة، و إن لم تتأكد الفرضية حولها بسبب تسجيل أفراد العينة الضابطة كما في المجموعة التجريبية لنتائج مرتفعة حول التعبير العدواني الموضوعي النشط و اللاموضوعي النشط، و ربط ناجح بين العاطفة و التمثيلة بحيث لا يمكن تأكيد عزو هذا التحسن في النتائج البعدية للعبة الفيديو رومسيون.

و قد سمحت لعبة الفيديو Re-Mission في المجموعة التجريبية ببروز التعبير النزوي الصريح بكثافة، و نوعية أفضل من التعبير العدواني النشط ما يساهم في فتح المجال لبروز العقلنة. و قد أشارت (Millar, 2002, p.52) إلى أهمية اللعب عامة في ظهور الهوامات اللاواعية، ليصبح نشاط اللعب مركزا على التعبير عن الدوافع الغريزية والجنسية والعدوانية المتجهة نحو الموضوع، حيث يسمح اللعب الرمزي كما ترى كلاين بالبلوغ الرمزي للرغبة، إظهار المخاوف و الإحباطات و تمنح سبيلا للتفريغ. كما أشارت Renter (2006) ، إلى أن ألعاب الفيديو بما تمثله من واقع افتراضي مشكل بالحركات النزوية . تسمح بالتماهي مع البطل "أي بطل اللعبة". فهو عبارة عن تماهي لا واعي لنزوات البطل والذي يحمل علامات أو رموز نزوات اللاعب الخاصة تساهم في التخلص من القلق المرتبط بالضغوطات النزوية وهشاشة قدرته على الكبت كما يرى فرويد في (Seys, 2003). و فيها تحرير جهاز الفكر و الحركات العدوانية Xardel-Haddab (2009) بتوجيه كل العدائية و النزوات التدميرية نحو عناصر لعبة الفيديو Re-Mission و مثيراتها كدعامة خارجية حتى لا يحدث التفريغ نحو الداخل و ضد الذات. خاصة و أن المريض السيكوسوماتي يعاني من عدم قدرته على إيذاء الآخر ما يجعله يفرغ عدوانيته في ذاته أو داخل جسده للاحتماء من "حيوانيته" على حد تعبير (Dejours, 2003). فلعبة الفيديو Re-Mission تعتبر كفرصة للتعبير عن العدوانية دون شعور بالذنب و تسمح باللعب مع الهوامات دون خوف من الممنوع حسب وصف Renter(2006). و هو أيضا ما فسر به Michael Stora (2002) التغير الحاصل عند تناول الأطفال للعبة الفيديو « Ico » في دراسته، إذ يرى بأن العاب الفيديو تسمح للاعب بالتحكم و السيطرة من خلال تسيير الصور و تغيير مجرى الأمور لتمر النزوات العدوانية و نزوة السطو عبر قبضة اليد. و طبيعة لعبة الفيديو Re-Mission بما توفره من مثيرات و فرص لمهاجمة الخلايا السرطانية بالتماهي مع بطلة اللعبة قد ساعدت على تفريغ النزوات العدوانية إلى الخارج و سمحت بالتحرر النزوي من خلال ما يدعوه Virole (2003) بميكانيزم الإسقاط بالتماهي النشط الذي يستعمله اللاعب في أثناء تفاعله مع ألعاب الفيديو. فقد سمحت لعبة الفيديو Re-Mission بطرح النزوات العدوانية على مواضيع خارجية يمكنها تحمل التماهي الإسقاطي ما أدى للتعبير النزوي النشط. و هي النتائج التي توصل إليها Briquet et Mariage (2008) أيضا. و يضيف الباحثان أن إرصان الصراعات مع هذه المواضيع الخارجية عن طريق الإسقاط تسمح تنشيط السيرورة الترميزية. و هو ما تم التوصل إليه في نتائج الدراسة الحالية أيضا، إذ ظهر الإرصان الناجح للنزوات الجنسية و العدوانية لدى أفراد العينة التجريبية في نتائج التطبيق البعدي. و تشير Debray (1996a) إلى أن إنعاش التوظيف العقلي و الإرصان الرمزي للنزوات العدوانية و الجنسية يصبح ممكنا عند توفير الأمل و الأمان، و قد يكون الإحساس بالفعالية الذاتية و الأمل و الإحساس بالأمن الذي تم تشجيعه بلعبة الفيديو Re-Mission دور في بروز الإرصان الرمزي للنزوات العدوانية و الجنسية، إضافة إلى ما ظهر من ربط ناجح بين العاطفة و التمثيلة. كما ظهرت لدى أفراد المجموعة التجريبية في المقابلة و في أحلامهم

و هواماتهم، تمثيلات معبئة بالعاطفة لها علاقة بمحتوى اللعبة، و هو ما يتفق مع النتائج التي أسفرت عليها دراسة Stora (2003) و ما توصلت إليه أيضا Kernier (2009) في دراستها لحالة Chloé.

أما بخصوص الدفاعات لدى أفراد العينة من المجموعة التجريبية، و إن لم تظهر فعاليتها على مستوى العناصر الخمس، فقد ظهرت في التطبيق البعدي من نوعية أفضل مقارنة بالتطبيق القبلي، و قد تكون لعبة الفيديو Re-Mission بما سمحت به من إعادة لتقدير الذات الواضح في بروتوكولات أفراد العينة من جهة و انخفاض اللجوء إلى أشكال التعبير من جهة أخرى هو ما سمح بفعالية الدفاعات، لأنه و كما أقرّه Briquet et Mariage (2008) فإن اللجوء إلى إدخال مواضيع تسمح بالتماهي الإسقاطي هي بمثابة فرص لإعادة الشحن النرجسي (renarcissisation) و هو ما ظهر في الدراسة الحالية من خلال الانخفاض المسجل في النتائج البعدية حول محدودية اللجوء لاستعمال الاحتياطات اللفظية مقارنة بالتطبيق القبلي، هذه الاحتياطات اللفظية التي تعمل على إضعاف الدفاعات الأكثر إرصانا و خاصة ميكانيزم الكبت. كما سجل نقص واضح في إنقاص القيمة و زيادة تقدير الذات من خلال انخفاض اللجوء لاستعمال انتقاد الموضوع و النقد الذاتي في إنتاجيتهم في التطبيق القبلي. ثم أن اللجوء للبحث عن السند المكثف في التطبيق القبلي تشير إلى هشاشة الدفاعات النفسية الداخلية و صعوبة الولوج إلى العالم الداخلي، حيث سمح تحرر الفضاء الخيالي إلى تناقص البحث عن الاستعانة بالفاحص في التطبيق البعدي، كما سجل تناقص في عدد التعليقات التي تهدف عادة إلى الهروب من العالم الداخلي خوفا من تفريغ محتوياته غير المرصنة، مشيرة بذلك للجوء إلى الواقع الذاتي بدلا من الواقع الموضوعي و هو ما برز في قيم ش% و ش+%، و على العموم فقد ساهم انخفاض اللجوء إلى أشكال التعبير اللفظي و في بعض الأحيان محدوديتها، في فعالية بعض الدفاعات و التي جاءت أفضل بكثير عند المجموعة التجريبة في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي و مقارنة بالمجموعة الضابطة. أما باقي عناصر مقاربة الدفاعات (مؤشر IES النزوات الجنسية و العدوانية، المستوى الدينامي، النبرة العاطفية) فقد جاءت موافقة للمعايير كما تمت الإشارة إليه، بإرصان ترميز جنسي و عدواني ناجح، اللجوء إلى السيرورات الثانوية بطريقة أفضل مقارنة بالتطبيق القبلي، كما جاء التكيف مع الواقع من نوعية جيدة، مع ظهور بعض النبرة العاطفية في التطبيق البعدي مقابل فقرها في البروتوكولات القبلية. هي عناصر ساهمت في فعالية بعض الدفاعات و سمحت ببعض التحرر النزوي مقارنة بالتطبيق القبلي و مقارنة بالتطبيق البعدي للمجموعة الضابطة أين تظهر الدفاعات جد خائرة. و على كل و كما أشار إليه Stora (2003)، فإنه يمكن مماثلة العاب الفيديو بالأم الجيدة كفاية، فهي لا توفر اللذة المطلقة كونه يختبر بعض الإحباطات في بداية اللعبة و تكافؤه عندما ينجح . وهو ما يساهم بتبني ميكانيزمات أكثر قوة حتى يندمج مع اللعبة.

و على العموم،فقد سجل أفراد العينة التجريبية في التطبيق البعدي ثراء في الفضاء الخيالي مقارنة بالتطبيق البعدي، في حين لم يسجل أفراد العينة الضابطة انتعاشا للفضاء الخيالي. كما ظهرت العقلنة من نوعية أفضل لدى أفراد العينة التجريبية منه لدى أفراد العينة الضابطة هذا من جهة، كما تحسنت نوعية العقلنة في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي في الكثير من الإبعاد من جهة أخرى. و بالرغم من تسجيل المجموعة الضابطة كما في المجموعة التجريبية ظهور ارتفاع في نتائج التعبير العدواني النشط، و حققت تحسنا في نوعية الربط بين العاطفة/ التمثيلة، إلا أن تقيم العقلنة يتم من خلال تقييم أبعادها الثلاث التي تكونها، و كون نتائج الأبعاد الثلاث مجتمعة قد أظهرت تحسنا واضحا في التطبيق البعدي في المجموعة التجريبية، فإن ذلك يشير إلى تحسن القدرة على العقلنة

لديهم . كما ظهر تحسن واضح في عناصر مقاربة فعالية الدفاعات في المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي في حين لم يسجل أفراد العينة الضابطة تحسنا في هذا البعد في برتوكولات الروشاخ البعدية. و عليه فان النتائج المسجلة حول إنعاش التوظيف العقلي تظهر استفادة المجموعة التجريبية من لعبة الفيديو رومسيون.

✓ **و من هنا جاء تأكيد الفرضية العامة الثانية حول دور لعبة الفيديو Re-Mission في إنعاش التوظيف العقلي لدى المراهق المصاب بالسرطان.**

ثالثا: التقييم العام لنتائج الدراسة:

انطلقت الدراسة الراهنة من إشكالية مفادها دور لعبة الفيديو الصحة "رومسيون" في التسيير الذاتي للمرض من خلال شعور المراهق المصاب بالسرطان بفعاليته الذاتية و تحسين جودة حياته، كما اهتمت بالبحث عن دور اللعبة في إنعاش التوظيف العقلي من خلال إثراء فضاءه الخيالي من جهة و تحسين قدرته على الإرصان العقلي بما يشمله من تدعيم للدينامية العاطفية و ترميز مرصن للنزوات الجنسية و العدوانية إضافة إلى الربط الناجح بين العاطفة و التمثيلة من جهة أخرى، و تعزيز لفعالية الدفاعات من جهة ثالثة. و قد أسفرت نتائج الدراسة الحالية عن تحقق كل فرضيات التسيير الذاتي للمرض، في حين جاءت نتائج إنعاش التوظيف العقلي غير مؤكدة في البعض من الفرضيات الجزئية التي تندرج تحت بعد العقلنة ونشير في ذلك تحديدا إلى التعبير النزوي العدواني و الربط عاطفة/ تمثيلة، و إن لم تتأكد الفرضيات بخصوصها، فليس لأنها جاءت عكس اتجاه ما تم افتراضه بخصوص المجموعة التجريبية، و لكن لتحقق الفرضية في المجموعة الضابطة، ما يدعنا نفترض أن التغير الحاصل قد يرجع لمتغيرات أخرى لا تعزى بالضرورة للمعالجة بلعبة الفيديو رومسيون، و على العموم فقد أسفرت نتائج الدراسة على:

➢ **الفرضية العامة الأولى حول التسيير الذاتي للمرض جاءت على النحو التالي:**

– ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية وبين متوسط درجات المجموعة الضابطة في مقياس الشعور بالفعالية الذاتية لدى المراهقين المصابين بالسرطان في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

– ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية وبين متوسط درجات المجموعة الضابطة في مقياس جودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالسرطان في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

– ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية وبين متوسط المجموعة الضابطة في مقياس جودة الحياة لدى آباء المراهقين المصابين بالسرطان في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في مقياس الشعور بالفعالية الذاتية لدى المراهقين المصابين بالسرطان في القياس البعدي تعزى لمتغير السن.

– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في مقياس الشعور بالفعالية الذاتية لدى المراهقين المصابين بالسرطان في القياس البعدي تعزى لمتغير الجنس.

– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في مقياس جودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالسرطان في القياس البعدي تعزى لمتغير السن.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في مقياس جودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالسرطان في القياس البعدي تعزى لمتغير الجنس.

✓ و **عليه جاء تأكيد الفرضية العامة الأولى حول دور لعبة الفيديو Re-Mission في التسيير الذاتي للمرض لدى المراهق المصاب بالسرطان.**

ففعالية لعبة الفيديو Re-Mission كما تشير اليه (Lieberman, 2001) بخصوص العاب فيديو الصحة عامة ترجع لتفاعل الطفل مع شخصيات اللعبة أين كان يمثل فيها دور البطل و يقوم بالسلوكات الصحية بنفسه ويكررها حسب ما يتطلبه الفوز في اللعبة. و تضيف الباحثة إلى أن استعمال وسيلة مقنعة تتوافق مع متطلباتهم العمرية و لا تشعرهم بالدونية و الهشاشة لتعطيهم الشعور بالتحكم و السيطرة، يصبح مصدرا لتغيير أرائهم و قناعاتهم. فاللعب الفيديو بتحقّيقها للشروط المذكورة، من الوسائل المساعدة على إحداث التغيير في الأفكار و الآراء و منه اكتساب السلوك الصحي السليم. فالتفاعل مع العاب الفيديو هو ما يولد الشعور بالفعالية الذاتية والثقة في النفس **و** تحسين جودة حياتهم بصفة عامة كما خلصت إليه الباحثة **و منه** التسيير الذاتي للمرض.

➢ **أما نتائج الفرضية العامة الثانية حول إنعاش التوظيف العقلي فقد جاءت على النحو التالي:**

– ظهر الفضاء الخيالي أقل تدهورا لدى المجموعة التجريبية من المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي من خلال تحسن مؤشرات الروشاخ (عدد الإجابات، المحددات الحركية الكبرى والصغرى، TRI،...)

– ظهرت القدرة على العقلنة من نوعية أفضل في المجموعة التجريبية من المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي من خلال تحسن مؤشرات الروشاخ حول الدينامية العاطفية: التعبير النزوي ، الترميز الجنسي و العدواني، لكنها لم تتأكد جزئيا بخصوص الدينامية العاطفية: التعبير العدواني، كما لم تتحقق بخصوص البعد الثالث في العقلنة الخاص بالربط بين العواطف و التمثيلات.

– استخدمت الميكانيزمات الدفاعية بطريقة أكثر فعالية من خلال تحسن عناصر فعالية الدفاعات (مؤشر IES النزوات الجنسية و العدوانية، شكل التعبير اللفظي، المستوى الدينامي...) في المجموعة التجريبية منه في المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي.

إلى أن النتائج المحققة بخصوص العقلنة لا تنفي ظهور تحسنها في اجتماعها مع باقي الأبعاد المشكلة للتوظيف العقلي من زيادة في التعبير النزوي الصريح و انخفاض التعبير العدواني السلبي و الكامن، و الترميز الجيد للنزوات الجنسية و العدوانية و هو ما تحقق لدى أفراد العينة التجريبية في حين لم يحقق أفراد العينة الضابطة هذه النتائج مجتمعة بالرغم من اشتراكهم مع المجموعة التجريبية في تحقيق نتائج جيدة بخصوص التعبير العدواني النشط و ربط عاطفة/تمثيلة. و منه، وإن لم تتأكد فرضية العقلنة كما كان متوقعا، إلا أنه لا يمكن رفض الفرضية خاصة و أن تقييم العقلنة يستلزم تقييم نجاح أبعادها الثلاث وهو ما تحقق في المجموعة التجريبية و لم يتحقق في المجموعة الضابطة هذا من جهة، كما أن عدد أفراد العينة من المجموعتين محدود لا يسمح بتأكيد الرفض. و عليه فإن العقلنة تقيم بنوعية أفضل لدى أفراد العينة التجريبية مقارنة بالتطبيق القبلي. و على غرار ما أشار إليه (1991) Marty، Debray (1996a) Diwo (1997)، Pongy et Babeau (2003) حول ارتباط العقلنة بنوعية التوظيف ما قبل الشعوري، فقد تكون لعبة الفيديو Re-Mission أحدثت تعديلا في التوظيف ما قبل الشعوري لدى أفراد العينة

التجريبية بما أثارته من إرادة عزيمة و رغبة كما أشار إليه Bergeret في تعريفه للعقلنة كـ « قدرة». (De Tychey et col, 2000)

و على العموم، فإن ثراء الفضاء الخيالي و التحرر الواضح في الدينامية العاطفية من تحرر نزوي و تعبير عدواني، إضافة إلى إرصان النزوات الجنسية و العدوانية و الربط الناجح وفعالية الدفاعات كما جاء في برتوكولات الروشاخ البعدية للمجموعة التجريبية فيها إشارة لبداية إنعاش التوظيف العقلي لدى أفراد العينة على غرار ما جاءت به Debray (1996a) و Pongy et Babeau (2003). للقول بأن المراهقين المصابين بالسرطان في المجموعة التجريبية استفادوا من لعبة الفيديو Re-Mission.

✓ **و من هنا جاء تأكيد الفرضية العامة الثانية حول دور لعبة الفيديو Re-Mission في إنعاش التوظيف العقلي لدى المراهق المصاب بالسرطان.**

و عليه يمكن اعتبار لعبة الفيديو Re-Mission كطريقة للتدريب على السلوكات الصحية بنقل المريض من السلبية إلى الإيجابية، و من مفعول به إلى فاعل، و من مستسلم خاضع إلى مسيطر متحكم لتحدي المرض و بأن يتخذ موقفا من مرضه من خلال إيمانه بقدرته على مصارعة مرضه لتبنى لديه قناعات قوية من خلال شعوره بفعاليته الذاتية و السعي لتحسين جودة حياته قد يصل لتحريك آليات الشفاء الذاتي لديه. و عليه و بصفة مختصرة نقول : ساهمت اللعبة في خلق إحساس التحدي لدى المراهق و تحفيزه على التغلب على مرضه من خلال شعوره بفعاليته الذاتية و السعي لتحسين جودة حياته و تحمل جزء من مسؤولية شفاءه بأخذ الدور الإيجابي في عملية العلاج و كان لها بالتالي دور في التسيير الذاتي للمرض.

ومن وجهة نظر سيكوسوماتية تحليلية، فقد ظهر تنشيط للوظيفة الخيالية من خلال ما وفرته اللعبة من تشجيع للخيال و بناء للرموز و هذا ما يؤدي لاستثمار مضاد للجانب الجسدي من خلال استثمار الوظيفة الذهنية و إزاحة الشحنة خارج الجسم الحقيقي و رميها في الجسم الخيالي و استبدال هوام الموت الذي كان يسيطر على المريض بهوام التحكم و السيطرة و تحول مبدأ التكرار الحاصل على المستوى النفسي عند السيكوسوماتي إلى مبدأ خاضع للواقع الخارجي من خلال تكرار اللعب في مستويات اللعبة و التعرف على المرض والاعتراف بضرورة التصدي له. كما تعتبر تسمح بالتماهي الإسقاطي للمريض هي بمثابة فرصة لإعادة الشحن النرجسي، تسمح بإرصان الصراعات مع الواقع الخارجي و تنشيط السيرورة الترميزية و تحريك الدفاعات من خلال التماهي بالبطلة روكسي التي تحمل الصفات التي يرغبها المراهق ما يسمح بتأكيد ذاته و تعزيز نرجسيته، كما سمح الإسقاط و التماهي الإسقاطي بالتفريغات الطاقوية والشحنات العدوانية على عناصر اللعبة و التخلص من القلق و المخاوف المرتبطة بخطورة المرض بالتركيز على الاحتمالات السلبية لتظهر بدلها روح تفاؤلية ورغبة في الشفاء يتم من خلالها إحياء نزوة الحياة لديهم و المرور من وضعية "البقاء على قيد الحياة إلى الحياة" Briquet et Mariage (2008) و ربما تحريك آليات الشفاء الذاتي بما يتم استثارته من حركية في الجهاز الدماغي فيؤثر على الجهاز العصبي الغدي و زيادة النشاط اللمفاوي كما توصلت إليه دراسة (Newton, 1983)، (Simonton et al, 2007)، (Kato & al, 2008)

فزرع الأمل في نفس المريض كما خلصت إليه دراسة (Newton, 1983) و دراسات (Simonton et al, 2007) يعتبر ضروريا لنجاح علاج السرطان بتشجيع النظرة الايجابية و الأمل في الحياة و تجاوز المشكلات

باستبدال الأفكار السلبية بأخرى ايجابية.(Merry et al, 2012) . و عليه يمكن اعتبار لعبة الفيديو Re-Mission كعلاج مكمّل للعلاجات الدوائية تعمل على تعديل معتقدات و تصورات المريض حول ماهية السرطان، علاجه و تدعوه لإعادة التفكير في ثقته حول المعاني و إعادة النظر في مختلف تمثيلاته و تصوراته. Roustan (2003). و قد تكون الحالات في المجموعة التجريبية تعلمت بعد الخضوع للتجربة لأن تصبح مقاومة و مكافحة للمرض بخلق روح التحدي لديهم على غرار ما ذهب إليه. (Legeron & al, 2003)، (Bingham & al, 2010)

الخـــاتمة:

إن حياة الفرد عامة و مريض السرطان خاصة ليست بعدد الأيام أو السنين التي سيعيشها و لكن بطريقة الحياة و جودتها مع وجود الأمل و الشعور بالفعالية الذاتية. وإن غياب الثقافة المرضية، و البناء الخاطئ للأفكار، والتصورات السلبية التي يحملها المريض عن مرضه وغياب الحوار إن كان في الإطار العائلي أو الطبي، كل ذلك من شأنه استنفاذ مصادر طاقة المريض النفسية مما لا يبقي للجسم طاقة كافية لمقاومة السرطان لديه. و إن الكيفية التي يتصرف بها المريض اتجاه المخاطر الصحية تتعلق بكيفية تقديره لهذه المخاطر وبالمقدار الذي يعتقد أنه يستطيع التأثير فيها، وهذا ما يستدعي ضرورة التثقيف النوعي للمريض حول مرضه و أيضا تعلم المهارات الحياتية المتعلقة بالسلوكات الصحية و البحث في النفس عما يساعد على التصدي للمرض وآثاره الجانبية مما يخلّصه من الوضعية السلبية سواء للأدوية أو الطبيب المعالج وحتى تجاه مرضه. و هو ما وفرته لعبة الفيديو Re-Mission فقد ساهمت هذه اللعبة بما تتوفر عليه من قوة وجاذبية و بما تحتويه من خصائص تعتبر من مستلزمات التحفيز في تفعيل الشعور بالفعالية الذاتية و تحسين جودة حياة المريض للتوصل إلى السلوك الصحي السّليم بإتباع كل السلوكات السليمة وتجنب كل ما من شأنه أن يأزم حالتهم المرضية. و على العموم فقد أظهرت النتائج المتحصل عليها في المجموعة التجريبية تغيرات واضحة على المرضى مسّت أبعاد حياتهم النفسية الذي ظهر من خلال انخفاض درجة الحصر و القلق، أبعاد حياتهم الجسدية من خلال المثابرة على العلاج و تجنب كل ما من شأنه أن يأزم من حالتهم المرضية للوصول إلى صحة أفضل. و من الناحية الاجتماعية التواصل و تبادل الحوار مع الأطباء والأولياء و الأصدقاء بخصوص المرض. و قد ساعدت لعبة الفيديو Re-Mission المراهقين المصابين بالسرطان في المجموعة التجريبية على التخفيف أو التخلص من الوضعية السلبية و استثارة جانب التحكم والسيطرة و تجنب الخضوع و الاستسلام بتبني مواقف ايجابية تجاه المرض بفضل حلقة التعزيز الإيجابي من خلال تكرار اللعبة و توجيهاتها على غرار ما جاء به علم بيولوجيا الأعصاب، لتتحول رسائلها إلى مألوفات عصبية قد تؤثر بدورها على الخلايا اللمفاوية المتصلة بها كاستجابة للرسائل الدماغية و التي انطلقت أساسا من رسائل اللعبة، ظهرت معها إرادة قوية و روح التحدي والرغبة في الشفاء من خلال تسييرهم الذاتي لمرضهم بشعورهم بفعاليتهم الذاتية و تحسين جودة حياتهم.

كما دفعت اللعبة بما تمثله من واقع جديد بالمراهقين في المجموعة التجريبية لتحريك العديد من الدفاعات، تساعد على التفريغ الانفعالي وتحرير الطاقة السلبية، تسمح لهم بما تحتويه من مثيرات سمعية بصرية في إثراء و إنعاش فظائهم الخيالي ليحصل بالتالي تفريغا في الجسم الخيالي أو الافتراضي بدلا من الجسم الحقيقي من خلال التوحّد مع النموذج، كما سمحت بما توفره من تمثيلات للصور و الكلمات في إثراء الربط الناجح بين العاطفة و التمثيلات. ما يدعم إمكانية فتح الطريق للإنعاش النفسي في المجال السيكوسوماتي و خاصة في مرحلة المراهقة

على غرار ما أشار إليه عدد من الباحثين التحليلين و إن حدث هذا الإنعاش بنوع من الإشراط و الذي لا يمكن اعتباره كمصير سيء كما أقرت به Debray (1997)، " فإن خيرنا بين الولوج لنوع من الإشراط أو لا شيء؛ فإننا نفضل الإشراط" كما تضيف الباحثة، إذ ترى بإمكانية مساهمة طرق غير تحليلية في سيرورة إعادة الإنعاش النفسي. و تذهب لتشجيع إدراج كل ما من شأنه أن يساهم في الإنعاش النفسي للفرد و بكل الوسائل و إن كان بالتوجه السلوكي المعرفي رغم انتماءها التحليلي.

و عليه يمكن اعتبار لعبة الفيديو Re-Mission بمثابة الخيط الرابط بين ما هو بيولوجي و ما هو سيكولوجي يتخذ معها المراهق موقفا من مرضه من خلال تعميق اعتقاده حول قدرته على مصارعته ليصبح دليلا يسترشد به لتوجيه سلوكه الصحي. كما ساهمت في إعطاء المرض حجمه الحقيقي دون تهويل أو تهوين ليصبح التعامل معه دون خوف والتحدث عن مسبباته في أدق أجزائه بعد أن كان يخشى التفوه بكلمة "سرطان". كما شكل التماهي الإسقاطي ببطلة اللعبة فرصة لإعادة الشحن النرجسي و عمل السلك الرابط بين المريض و الكمبيوتر بإعادة الرابط الذي فقده المراهق مع ما قبل شعوره من خلال وعيه بوجود واقع غير واقع مرضه و بقدرته على تحويل هذا الواقع بتشجيع نزوة الحياة لديهم. فالشعور بالأمان يؤدي لفتح مجال التوازن السيكوسوماتي بإحياء نزوة الحياة في قلب نزوة الموت.

فاللعبة كموضوع مثالي و كموضوع انتقالي و كفضاء انتقالي و ما تمتلكه من خصائص ، يمكن اعتبارها كطريقة للتدريب على إثارة الحافز النفسي لنقل المريض من السلبية إلى الإيجابية و من مفعول به إلى فاعل و من مستسلم خاضع إلى مسيطر متحكم، و كل ذلك يخلق قوة الإرادة اللازمة لتحدي المرض و الشعور بأمل جديد من خلال إعطاء فرصة لإعادة المهمة Re-Mission و الخروج بالمراهقين من وضعية «البقاء على قيد الحياة إلى الحياة» و ربما تحريك آليات الشفاء الذاتي .

و في الأخير، فقد ساهمت هذه الدراسة في إدخال تقليد جديد على الدراسات النفسية من خلال استغلال التطورات في مجال التكنولوجيا و المعلوماتية باستغلال جانبها الايجابي في الميدان الطبي. فهي لا تشفي المريض، و لكن يمكن اللجوء إليها كعلاج مكمل للسرطان و مقاومة المرض خاصة في مرحلة المراهقة أين تعتبر الإصابة بالسرطان حدثا يصعب التعامل معه، إذ توكل للمريض في هذه المرحلة مهمتين، مهمة تجاوز المرض ومهمة تجاوز المراهقة على حد سواء، فاللجوء إلى وسيلة مقنعة تتوافق مع متطلباتهم العمرية و لا تشعرهم بالدونية لتعطيهم الشعور بالتحكم و السيطرة و استدخال مواضيع تسمح بالتماهي الإسقاطي هي بمثابة فرصة لإعادة الشحن النرجسي و فرصة للتخفيف من وطأة المرض كما تفتح آفاقا جديدة للبحث بنشر ثقافة العاب فيديو الصحة في الجمعيات و المستشفيات المختصة بالأمراض المزمنة عامة كوسيلة مكملة للعلاج الدوائي خاصة و أن هذه الألعاب أصبحت تتوفر حاليا لتشمل العديد من الأمراض.

مقترحات الدراسة

من بين التوصيات التي يمكن أن تنبثق عن نتائج الدراسة الحالية نذكر:

– تجسيد وجهات النظر التي تسعى لمساعدة المريض و المعالج على حد سواء في تخطي أزمة المراهق المصاب بمرض السرطان خاصة مع غياب الثقافة المرضية.

– نشر لعبة الفيديو Re-Mission و استعمالها كطريقة مساعدة للتسيير الذاتي للمرض.

– اتخاذ تدابير سياسية وطنية للتعاون بين الباحثين في الصحة النفسية و المؤسسات الإستشفائية لتسهيل عملية التعاون لتحسين مستوى صحة المرضى و الاهتمام خاصة بجودة حياته و السعي لتخفيف الإحساس باضطهاد المرض وعلاجه.

– إعادة النظر حول إدراج لعب الفيديو كوسيلة مساعدة على العلاج ضمن الوسائل العلاجية المستعملة في المؤسسات الصحية العامة وتسهيل اقتناءها و اعتمادها من طرف الجمعيات والمرضى.

– ضرورة الاهتمام بمرضى السرطان في بدايته، بإدراج التكفل النفسي المستعجل لإيقاف تعطل إصابات الأنا في بداياتها.

– ضرورة إعطاء فرصة للمرضى في أقسام انكولوجيا الطفل للتعبير و تمثيل معاناتهم خاصة في مراحل العلاج الكيميائي حتى يسمح لهم بتفريغ عدوانيتهم لصد ثورة السرطان و تعقيداته عليهم.

– البحث في تحيين موضوع العاب الفيديو و ما توصلت إليه الدراسات العالمية لنشر ثقافة تساند و تتكفل بالمرضى المصابين بالسرطان خاصة الأطفال منهم و المراهقين.

– كما نؤكد على ما خلصت إليه الفدرالية البلجيكية ضد السرطان Fédération belge contre le cancer (2002) من توصيات و التي تتلخص في:

– ضرورة تحسين نوعية حياة المرضى المصابين بالسرطان و خاصة في أثناء مرحلة الخضوع للعلاج.

– أهمية مساندة الأهل و المقربين ليتمكنوا هم بدورهم الاستجابة بفعالية لتطلعات المرضى وانشغالاتهم.

– ضرورة تحسين الخدمات الطبية، الاجتماعية لأجل لتكفل الجيد بالمريض حتى يتمكن هذا الأخير من التعبير عن مخاوفه و انشغالاته.

أما الاقتراحات المرتبطة بالدراسة الراهنة فتتمثل في :

– ضرورة إجراء المزيد من الدراسات في نفس مجال البحث لفحص الموضوع بصورة أعمق كون الدراسة الحالية محدودة الزمان و المكان و محصورة لدى فئة محددة من العمر و نوع السرطان.

– توسيع مجال الدراسة على عينة أكبر على المستوى الوطني.

– ضرورة إجراء المزيد من الدارسات حول دور لعبة الفيديو رومسيون في التسيير الذاتي للمرض في ظل بعض المتغيرات: الاقتصادية، الاجتماعية و المناخ الأسري، الثقافية و خاصة المستوى التعليمي للوالدين.

– ضرورة إجراء المزيد من الدارسات للكشف عن العلاقة الكامنة بين الفعالية الذاتية و جودة الحياة لدى مرضى السرطان.

– ضرورة إجراء المزيد من الدارسات للكشف عن العلاقة بين التسيير الذاتي للمرض و إنعاش التوظيف العقلي لدى مرضى السرطان.

تساؤلات و آفـــاق مستقبلية:

بالرغم من المجهودات الجبارة المنجزة في السنوات الأخيرة لقهر الأمراض السرطانية يبقى أنه مهما كان مآله و علاجه تجربة تزعزع كل معالم الفرد خاصة أن كان مراهقا، سواء في علاقته بجسده أو بعائلته أو مجتمعه ما يعود سلبا على إحساسه بهويته و كيانه و ثقته بنفسه تستدعي مساعدة نفسية و استثمارا للجانب الإيجابي له و مساعدته على تجاوز هذه المرحلة من حياته بالمحافظة على ديناميته الأساسية. و قد أثارت لدينا بعض التساؤلات التي

شكلناها في أثناء انجاز دراستنا وكذا اتصال الحالة منيرة في المجموعة التجريبية و إلحاحها المستمر بحثا عن المساندة النفسية حول كيفية استرجاع ثقتها بنفسها بعض الملاحظات على كون مرحلة المرض بصفة عامة كمرحلة للانسحاب من الحياة، أين يظهر هزم المرض من الأولويات التي يخوضها المريض في معركته ضد مرضه، يضع جانبا كل استثماراته و يوجه طاقته النفسية للتغلب على المرض دون الاهتمام بتشكيل هويته الجنسية أو الشخصية بالخصوص في مرحلة المراهقة كمرحلة حرجة يتم فيها بناء التصور الذاتي للجسم في مرحلة للتغيرات الفيزيزلوجية و الثورة الهرمونية أين توكل للمراهق مهمتين، مهمة تجاوز المرض ومهمة تجاوز المراهقة على حد سواء. و هو ما دفعنا لطرح بعض الإشكاليات التي برزت في أثناء دراستنا و ما أسفرت عليه برتوكولات الروشاخ لدى أفراد العينتين في المجموعتين؛ التجريبية و الضابطة.

– تتمثل الإشكالية الأولى فيما أشار إليه G.Marioni في (Razavi et Dauchy, 2010) حول اضطهاد الجسد المضاعف في بعديه الليبيدي و العدواني في أثناء الإصابة السرطانية في مرحلة المراهقة كأرضية خصبة لإثارة صراعات المرحلة مع ما يرافقها من هوامات البلوغ و ما تثيره على مستوى بناء الذات و كذا معاش الجسد كجسد مضطهد يتهدد صورة الجسم بسبب تبعات العلاج الكيميائي يشعر معها المراهق بخيانة جسده وانحطاط في قدراته الجسدية يؤدي لاضطرابات المراهق مع جسده و كذا لاضطراب في علاقته مع جسده، فهو كما يشير إليه Désandes في (Sommelet, Clavel et Lacour, 2009) لا يخاف من فشل العلاج و لا يولي الأهمية الكبرى لصحته بقدر ما يخاف على مظهره الجسدي و إبراز مفاتنه. فما دور العاب فيديو الصحة في التعديل من صورة الجسم و تقدير الذات، خاصة و انه برز في بروتوكولات الروشاخ تحسنا واضحا لدى أفراد العينة التجريبية مؤشرات حول التحسن في هذين المجالين من خلال نقص محددات التشويه و إنقاص القيمة لديهم في العمود الكيفي لديهم. فهل حدث إعادة بناء التصور الذاتي للجسم ؟ هل ساهمت لعبة الفيديو Re-Mission باستثمار ما هو خارجي لسدّ ثغرات الذات لديه ما سمح بتعديل اضطرابات صورة الجسم التي كان يعاني منها و إعادة تقدير ذاته؟

– أما الإشكالية الثانية فتتمثل حول مصير النزوات الجنسية في مرحلة تزاحم المرض مع خصائص مرحلة البلوغ أين تستتر المراهقة خلف المرض، و كيفية تمثيل الجسم الجنسي في الجسم المريض. خاصة وان التعبير الجنسي و الترميزات الجنسية ظهرت من نوعية سيئة في المجموعتين التجريبية و الضابطة في التطبيق القبلي. و إن تحسن هذا النوع من التعبير و ترميزه في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، إلا أن الملاحظ ظهور الكثير من مؤشرات الثنائية الجنسية النفسية لدى أفراد العينة التجريبية، ناهيك عن أفراد العينة الضابطة. فما مصير النزوات الجنسية لدى المراهقين اللذين أرهقهم السرطان؟ و ما مصير هويتهم الجنسية و حياتهم الجنسية في مرحلة الرشد؟

– و تتمثل الإشكالية الثالثة في مصير النزوات العدوانية لدى مرضى السرطان، حيث ظهر تفريغا فظا للنزوات العدوانية و الكثير من النزوات الكامنة مع ارتفاع عدد مؤشرات الروشاخ حول كبت العدوانية لدى أفراد العينة في المجموعتين؛ التجريبية و الضابطة في التطبيق البعدي، فما مصير تفريغ النزوات العدوانية لدى مرضى السرطان بصفة عامة؟ و ما هي خصوصية هذا التفريغ في مرحلة المراهقة؟ و هل يمكن اعتبار ألعاب الفيديو عامة و ألعاب الفيديو خاصة كطريقة لتفريغ هذه النزوات العدوانية؟ خاصة وانه حدث تحسن في نوعية التعبير العدواني في المجموعتين التجريبية و الضابطة و لو أن ترميزها جاء من نوعية أفضل لدى أفراد المجموعة التجريبية؟ و هل يمكن اقتراح برامج علاجية نفسية لتعليم طرح النزوات العدوانية إلى الخارج بترميزات جيدة؟

– هل يمكن اعتبار الروشاخ كطريقة من طرق التفريغ و التنفيس عن النفس؟ و هل تساهم الاختبارات الإسقاطية عامة و اختبار الروشاخ خاصة بما يثيره من إسقاطات و سلوكات حركية جسدية للتعديل الهيميوستازي لدى المرضى السيكوسوماتيون؟ خاصة و أن تطبيق و إعادة تطبيق الروشاخ على أفراد العينة في المجموعتين أظهر استثارة للاستجابات و تعديلا في نوعية البطاقات و وقت زمن الرجع؟

– و بسبب تشعب أبعاد التوظيف العقلي ما يستدعي دراسة قائمة بذاتها، نتساءل إن كان للتسيير الذاتي للمرض دور في إنعاش التوظيف العقلي عند المراهق المصاب بالسرطان الذي تناول لعبة الفيديو Re-Mission؟

– العاب الفيديو الصحة و لعبة الفيديو Re-Mission ضمنيا، و إن أظهرت نجاعتها في المجال الطبي فلا يمكن اعتبارها كافية لتعويض الحضور الشخصي للمختص و كبديل عن الوظيفة الأمومية على حد تعبير السيكوسوماتيون التحليليون. فما مدى نجاعة لعبة الفيديو Re-Mission إذا اقترنت بعلاج نفسي ساند أو علاج سيكوسوماتي تحليلي؟

– و لأن رسائل الأمل المستقبلة شفهيا و التي تناقضها الرسائل غير الشفهية التي تحمل في طياتها اليأس و الشعور بالعجز لها دورها السلبي في السيرورة العلاجية كما ذهب إليه Bernauer Newton (1983) ، هنا نتساءل عن أهمية إيمان الطبيب المعالج بشفاء مريضه و التي يبلّغها لمريضه و يدركها هذا الأخير و بدور الجانب النفسي في إحداث تعديل في الحالة الجسدية لدى مرضاهم، كما نتساءل عن العلاقة بين تصورات الطبيب المعالج بالجانب السيكوسوماتي و تقبل العلاج الدوائي لمرضاه؟

– و بسبب الثقافة التي تلف المرض و إخفاء التشخيص على المريض سواء كان مراهقا أو راشد بحيث لا يمكنه التعبير عن وجهة نظره، نسأل إن كان لا يحق للمريض معرفة تشخيص مرضه ليقرر نهاية قصته؟ و إلى متى يبقى السرطان موضوع حرج و سري للغاية في مجتمعنا؟ وما حال الأهل الذين ضاع منهم أبنائهم فجأة دون القدرة على التعبير أو الحوار معهم ومناقشة أحاسيسهم بسبب إخفاء تشخيص مرض أبنائهم عنهم؟ و ما هي أنجع الطرق لتبليغ المريض و أهله بتشخيص المرض في ثقافتنا حتى لا يشكل ذلك صدمة قد يعمق من خلل تنظيمه؟

هي كلها تساؤلات تبحث عن إجابات و تفتح آفاق مستقبلية تستدعي تناولها بالبحث و الدراسة.

الصعوبات التي واجهت الباحثة في أثناء إجراء الدراسة:

عادة ما يجد الباحث نفسه أمام بعض المعوقات و الصعوبات التي قد تعتريه في طريق انجاز دراسته، و يمكن إجمال بعض الصعوبات التي واجهتنا في أثناء انجاز هذه الرسالة في:

– صعوبات بخصوص اختيار أفراد العينة ما دفع لمحدودية عدد أفراد العينة. و الراجع لخصوصية المرض و مشاكل الهدر التجريبي من جهة، و ضرورة علم جميع أفراد العينة دون استثناء بتشخيص المرض لديهم من جهة أخرى، ذلك أن لعبة الفيديو Re-Mission تهدف لتعريف مريض السرطان بمرضه، كما أن المقاييس المستعملة في الدراسة تتضمن عبارات تشير إلى إصابة العميل بالسرطان، ما يستدعي تجنب الحالات التي ليس لديها علم بتشخيص مرضها حتى لا يشكل ذلك صدمة لديهم.

– تعصب بعض الأطباء و مسؤولي الأقسام و تصعيب منحنا إذنا بإجراء الدراسة أو حتى الدخول لهذه الأقسام للاطلاع على عينة الدراسة، و الراجع لعدم اعترافهم بأهمية الجانب النفسي في مجال السرطانات، على أن المرض سببه عضوي بحت و لا يمكن لأي تكفل نفسي مهما كان نوعه أحداث تعديل في الحالة الجسدية لمرضاهم. ما دفعنا للتوجه إلى الاطلاع على أفراد العينة في أثناء ساعات الزيارة و الاستعانة ببعض الأخصائيين لتطبيق أدوات الدراسة بعد اطلاعهم و تدريبهم على الطريقة الصحيحة الواجب إتباعها لأجل ذلك.

– صعوبة الحصول على برتوكولات روشاخ عديدة بسبب خصوصية التنظيمة السيكوسوماتية لمرضى السرطان و صعوبة استثارة خيالاتهم و هواماتهم ما يؤدي لإسقاطات قليلة و إنتاجية شحيحة، ما دفعنا للتخلي عن العديد من البرتوكولات و منه محدودية عدد أفراد العينة بخصوص الشطر الثاني من الدراسة.

– و بسبب خصوصية المرض و تبعات العلاج الكيميائي و لأجل تجنب إتعاب المريض، تعذر علينا تطبيق اختبار TAT و الروشاخ مع أغلبية المراهقين حسب ما كان مخططا في بروتوكول البحث بسبب طول مدة الاختبارين، ثم إن أغلبية المرضى كانوا يغادرون المستشفى بعد المعاينة أو بعد تلقي العلاج. و أظهرت الحالات التي أمكننا تطبيق اختبار TAT معهم نوعا من الملل، ما دفعنا للاستغناء عن تطبيق هذا الاختبار لتجنب عدم مصداقية الإجابات التي قد يجيب عليها المراهق، ما قد يكون له تأثيره على مصداقية نتائج الدراسة.

– و تكمن الصعوبة الأكبر في تحليل بروتوكولات الروشاخ لهذه الفئة من المرضى بسبب تنظيماتهم السيكوسوماتية و إسقاطاتهم غير المرصنة و الغمر النزوي المسير بالسيرورات الأولية، ما آثار لدينا بعض الهوامات اللاشعورية خاصة مع ما نحمله من تصورات لاواعية حول المرض تجذرت في هواماتنا، ما دفعنا لتحليل برتوكولات الروشاخ على مراحل متقطعة و متباعدة بين كل بروتوكول و آخر حفاظا على تجانس جهازنا النفسي و تنظيمنا السيكوسوماتي. فتحليل البرتوكولات من هذا النوع مع ما يحمله الفرد من تصورات خفية لاواعية حول المرض، و المعايشة المتكررة لحالات الوفاة المتكررة لأفراد تم استثمارهم و إن كانت بطريقة جزئية فيه تلاعب و اختلال بالجهاز النفسي للمفحوص قد يؤدي لاستدخال المرض. و فيه نرى بضرورة توظيف أخصائيين نفسانيين يتمتعون بالحصانة النفسية و يمتلكون سمكا نفسيا حمائيا

حتى يمكنهم التعامل مع هذه الفئة من المرضى، ما يستدعي تثقيف الأخصائيين بخصوص المرض مع ضرورة فهمهم للتنظيمة السيكوسوماتية لمرضى السرطان، و تقديم مساعدات نفسية لهم من وقت لأخر.

– ضرورة توظيف أخصائيين ملمين بمرض السرطان من كل جوانبه، لديهم تثقيف نوعي حول التعامل مع هذه الفئة من المرضى و جديرين بالعمل في مجال الأنكولوجيا، و أقسام معالجة السرطانات، خلايا المتابعة لمرضى السرطان...

تم بحمد الله و عونه

قـائـمة المـراجع

المراجع باللغة العربية:

1- حمودي جمال (2006)، تمثلات المجتمع الجزائري لمرض السرطان: المركز الاستشفائي الجامعي بتلمسان نموذجا. مقاربة انثروبولوجية طبية، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في الأنثروبولوجيا، جامعة أبي بكر بلقايد- تلمسان.

2- صوالحة محمد أحمد (2004)، علم نفس اللعب، عمان، الأردن، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة.

3- مارتي بيار، ستورا جون بنجامان، النابلسي محمد أحمد (1992)، مبادئ السيكوسوماتيك و تصنيفاته، باتنة، الجزائر، دار الهدى.

4- مفتاح محمد عبد العزيز (2010)، مقدمة في علم النفس الصحة: مفاهيم نظريات نماذج و دراسات،الأردن، دار وائل للنشر و التوزيع.

5- مهيرة سليمان (2010)، تسجيل 9 آلاف إصابة سنويا في الجزائر والخلطات تأزم وضعية المرضى: سكان الشرق هم الأكثر إصابة بداء السرطان و سطيف في المقدمة، جريدة الشروق، الاثنين 29 نوفمبر 2010، العدد 3128 ص. 9.

6- هنداوي علي (2003)، سيكولوجية اللعب، الأردن، عمان، دار حنين للنشر و التوزيع.

المراجع باللغة الفرنسية:

7- ACADEMIE FRANÇAISE,(2011), Dictionnaires de l'Académie française, 9ème édition, Paris, édition Imprimerie nationale.

8- ADAM Z . BLATNÝ M (2008), Type C personality (cancer personality: current view and implications for future research, Vnitr Lek. Volume 6, n° 54, pp:638-45. classé pour Medline / PubMed. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18672576 dernière visite: 20/05/2012.

9- AÏSENSTEIN.Marielle, SMADJAClaude,(2004), Pour une approche psychosomatique, Journées annuelles de diabétologie de l'Hotel-Dieu, 13-14-15 mai 2004, Flammarion, Paris, Médcine-sciences. http:/www.medcine.flammarion.com derniere viisite :16/02/2011.

10- AIT-KACI Faiza (2010), Un travail d'élaboration psychique lors de la traversée du cancer :le cas de Francine, Revue Psycho-Oncologie, Vol 4, pp:203-206, Springer-Verlag France.

11- ALTINTAS.A, HEKIM .N, AKSOY.M (2006), Neuro-immuno-endocrinology : the effects of *immune system* on neuroendocrine function, NeuroImmuno Modulation, n° 9, pp:55-64.

12- ALVAREZ Julian (2007), Du jeu vidéo au serious game Approches culturelle, pragmatique et formelle, Sous la direction de Jean-Pierre JESSEL, thèse pour l'obtention de doctorat Spécialité science de la communication et de l'information , Université Toulouse II - Toulouse le Mirail.

13- ALVAREZ Julian, DJAOUTI Damien (2008), Une taxinomie des Serious Games dédiés au secteur de la santé, Revue REE N°11, Décembre 2008, pp : 91-102.

14- AMAMI.O, AKROUT.R, BEN THABET-KAMOUN (2006), Psychogenèse du cancer, l'Information Psychiatrique. Volume 82, Numéro 8, Question ouverte , Octobre 2006, pp : 683-688

15- ANZIEU Didier, CHABERT Catherine (2004), Les méthodes projectives, collection : manueis Quadrige, Paris, PUF.

16- AUDET-LAPOINTE Marika (2011), Un diagnostic de cancer : un défi émotif, clinique d'onco-psychologie de PSYmedicis/Fondation québécoise du cancer

http://www.psymedicis.com/Files/diagnostic_de_cancer_et_emotions.pdf dernière visite: 04/07/2012.

17- AUQUIER Pascal, IORDONOVA Teodora (2004), qualité de vie et santé, Marseille édition système SLENARI

18- AUQUIER.P, SIMEONI.MC, (2010), Qualité de Vie et Cancer: Bilan, incitations et perspectives de recherche , Journées Scientifiques INCA (1 Juin 2010) qualité de vie et maladies chroniques : concepts, usages, limites et déterminants, université de la méditerranée, Aix-Marseille II.

19- AVIS .N.E., SMITH.K.W, MCGRAW.S, SMITH.R.G, PETRONIS.W.M, CARVER.C.S (2005), Assessing quality of life in adult cancer survivors (QLACS). Quality of Life Research, vol 4 n°14, pp : 1007-1023.

20- AZOULAY Catherine, EMMANUELLI Michèle (2012), Nouveau manuel de cotation des formes au Rorschach, Dunod

21- BACQUE Marie-Frédérique (2005), Politique et qualité de vie, Revue Francophone de Psycho-Oncologie, vol 4 n°1, Springer pp : 3-6.

22- BACQUE M.F (2008), Travail psychique et difficultés de mentalisation aux épreuves projectives : l'hypothèse de fragilité psychosomatique, Communication personnelle, Société du Rorschach, Nov. 2008, p:1-28.

23- BACQUE M.F(2009a), Un catalogue d'idées reçues sur le cancer, Psycho-Oncologie n° 3, pp:131-133, Springer-Verlag.

24- BACQUE M.F(2009b), La charge symbolique du cancer, Psycho-Oncologie n° 3, pp:4-6, Springer-Verlag.

25- BACQUE M. F (2011), Les principes de l'annonce d'une maladie grave, Dans Annoncer un cancer, diagnostic, traitements, rémission, rechute, guérison, abstention…, sous la direction de Bacqué.M.F, collection psycho-onchologie, Springer-Verlag France, Paris, pp :1-20

26- BACQUE M.F, BAILLET F (2009) La force du lien face au cancer. Paris,Odile Jacob.

27- BANDURA,A (1986). Social Foundation of Thought and action Asocial Cognitive Theory, Englewood clifts N.J. Prentice hall.

28- BANDURA,A (1997), Self Efficacy. The Exercise of Control. WH Freman and Company. New York.

29- BANDURA,A (2007).Auto-efficacité :Le sentiment d'efficacité personnelle, Bruxelle, de Boeck.

30- BARANOWSKI Tom, BUDAY Richard, THOMPSON Debbe (2009), Playing for Real: Video Games and Stories for Health-Related Behavior Change,American Journal of Preventive Medecine , vol 34 ; issue 1 ; pp :74 ,82.

31- **BECK** François**, GAUTIER** Arnaud **(2012) , Les représentations de la population sur les cancers et leurs facteurs de risques**. Baromètre cancer 2010 http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BaroCancer2010/index.asp dernière visite:09/02/2013.

32- BEN SOUSSAN Patrick, DUDOIT Éric (2009), Les souffrances psychologiques des malades du cancer: comment les reconnaitre ? comment les traiter? Sous la direction de Daniel Serin, collection depistage et cancer, Springer-Verlag France, Paris

33- BENDRIHEN Nicolas, ROUBY Pascal (2007), Adaptation, coping strategies d'ajustement et mécanismes de défense, dans :La Psycho-oncologie, Dolbeault Sylvie, Dauchy Sarahet al, , Paris, John Libbey Eurotext.

34- BERGERET Jean (1999), Etat limite et dépressivité, dans : L'oeuvre de Jean BERGERET , d'une pratique à la théorie de la clinique sous la dir. Vermorel H. et col., Delachaux et Niestlé, , pp :215-232.

35- BERGERET. J, (2003), La personnalité normale et pathologique, 9éme édition, Collection psychisme, Paris, Dunod.

36- **BERNAUER Newton. W** (1983), The use of hypnosis in the treatment of cancer patients,American Journal of Clinical Hypnosis, n° 25/2-3, pp :104-113.
37- BESSON JAOUL Monique.M (2008), Infertilite masculine et blessures symboliques dans la filiation: Une étude comparative et psychodynamique, Sous la direction de: Bernard Golse , Doctorat : Medecine Scientifique et Psychanalyse, Champ disciplinaire: Psychopathologie Psychanalytique, Universite Paris VII – Denis Diderot
38- BETTEVY .F, DUFRANC.C, HOFMANN.G (2006), Critères de qualité de l'annonce du diagnostic : point de vue des malades et de la ligue nationale contre le cancer, Risques & Qualité Volume III - n°2, pp : 67-72.
39- BINGHAM.P. M, BATES.J.HT, THOMPSON- FIGUEROA.J, LAHIR.T (2010), A breath biofeedback computer game for children with cystic fibrosis, clinicalpediatrics, N° 49, p : 337-342
40- BODENHEIMER Thomas, LORIG Kate, HOLMAN Halsted, GRUMBACH Kevin (2002), Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care, JAMA : the Journal of the American Medical Association, November 20, Vol 288, No. 19, pp : 2467-2475. http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=195525 dernière visite: 15/10/2010.
41- BONNAFOUX Aurélie (2005), l'énamoration d'un objet virtuel durant l'adolescence, mémoire de maîtrise de psychologie clinique, université de Paris 10ème
42- BOUILLERCE Brigitte, ROUSSEAU Françoise (2001), savoir se motiver, 2ème édition, Paris, édition Retz.
43- BOURCAULT Pierrick (2006), Thérapie génique : le début d'une nouvelle ère? magazine d'information et de prévention de la Ligue nationale contre le cancer : vivre, savoir prévenir et agir, décembre 2006, 4e trimestre n°332.
44- BRIQUET Laurent, MARIAGE André **(2008), Incidence du suivi psychologique sur le fonctionnement psychique de l'enfant atteint d'un cancer, Revue Psycho-Oncologie Vol 2, pp: 100–108. Springer-Verlag France.**
45- BRIZE Nicolas (2009), 3ème assises du jeu vidéo, Colloque IDATE : Jeu vidéo : quelle place pour la France et l'Europe dans une compétition mondialisée ? Paris 30 avril 2009, Palais Bourbon.
46- BROUSSE.C, BOISAUBERT.B (2007), La qualité de vie et ses mesures, La Revue de médecine interne, vol 28 n° 7, pp : 458–462.
47- **BROWN.S.J, LIEBERMAN, DA, GEMENY, BA, FAN, YC, WILSON, DM, & PASTA, DJ (1997).Educational video game for juvenile diabetes: Results of a controlled trial. Medical Informatics Volume 22, N°1, pp: 77-89.**
48- BROWNLEE Susan, LEVENTHAL Howard, LEVENTHAL Elaine A.(2000), Regulation, Self-Regulation, and Construction of the Self in the Maintenance of Physical Health, Handbook of Self-Regulation , edited by Monique Boekaerts ; Elsevier Inc, pp : 369–416.
49- BRUCHON-SCHWEITZER Marilou (2002), Santé, bien-être et qualité de vie, In: M. Bruchon-Schweitzer, Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes, Paris, Dunod, pp. 9–93
50- BRUCHON-SCHWEITZER.M (2005), Psychologie de la santé ; modèles, concepts et méthodes, 2e édition, Collection: Psycho Sup, Dunod.
51- BRUSSET.B (2008), Névroses et états limites, In : Traité de psychopathologie de l'adulte : Les névroses, Paris : Dunod, , p.281-356.
52- CALZA André, CONTANT Maurice (2002), Le symptome psychosomatique : un langage du corps à décoder, Paris, Ellipses.
53- CANDEL.D, DUBOIS.D (2005), Vers une définition de la «qualité de vie»?, Revue Francophone de Psycho-Oncologie, vol 4 n°1, Springer pp : 18-22.

54- **CAPPE.E, LEFEVRE.F, GRIMFELD.A , BOBET.R** (2007), La qualité de vie d'enfants asthmatiques participant à un programme d'éducation à la maladie, Pratiques Psychologiques, Volume 13, Issue 3, September 2007, Pages 309-326.

55- CASSIERS Léon (1968), Le psychopathe délinquant : Étude expérimentale à travers le Rorschach, Bruxelles,Dessart.

56- CASTEX Jean, HOUSSIN Didier (2007), Amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, Ministère de la santé et des Solidarités.Plan 2007-2011. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf dernière visite: 27/09/2011.

57- CHABERT Catherine (1983), Modalité du fonctionnement psychique des adolescent à travers le Rorschach et le T.A.T, Psychologie Française,Vol 2,n°, pp:187-194.

58- CHABERT.C (1988), Les méthodes projectives en psychosomatique, Encycl. Médicale Chirirgucale, Psychiatrie, Paris, Elsevier.

59- Chabert.C (1997).Le Rorschach en clinique adulte, interprétations psychanalytiques. Paris :Dunod.

60- CHABERT.C(2012), La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach, 3eme édition, Paris , Dunod.

61- CHANDWANI Kavita.D, RYAN Julie.L, Luke, PEPPONE. J, JANELSINS Michelle.M (2012), Cancer-Related Stress and Complementary and Alternative Medicine: A Review, Evidence-Based Complementary and Alternative Médicine Hindawi Publishing Corporation, Volume 2012, pp :234-249.

62- **CHATEAUX Véronique, SPITZ Elizabeth** (2008), Qualité de vie des enfants asthmatiques : impact du sentiment d'efficacité personnelle, du ressenti des enfants, et de la gestion de l'asthme par les parents, Psychologie Française, Volume 53, Issue 4, pp :437-448

63- **CIVIN Michael** (2002), *Psychanalyse du Net* : mâle, femelle , e-mail, traduit en français et préface de S. Missonnier, Paris, Hachette-Littératures.

64- COLE SW, YOO DJ, KNUTSON B (2012) Interactivity and Reward-Related Neural Activation during a Serious Videogame, Journal PLoS ONE, volume 7 issue 3, Editor: Shu-ichi Okamoto, Sanford-Burnham Medical Research Institute, United States of America, www.plosone.org dernière visite : 19/07/2011.

65- Conroy.T, Brédart.A, Briançon.S (2005), Valeur pronostique des mesures de qualité de vie en cancérologie, Revue Francophone de Psycho-Oncologie, vol 4 n°1, Springer pp : 23-28.

66- CORCOS Maurice, SPERANZA Mario (2003), Psychopathologie de l'alexithymie, Paris, Dunod.

67- DALTON.S.O, E.H. BOESEN, ROSS. L, SCHAPIRO. I.R, JOHANSEN.C (2002), Mind and cancer: do psychological factors cause cancer? European Journal of Cancer, Volume 38, Issue 10, July 2002, Pages 1313–1323

68- DAUCHY Sarah, RAZAVI Darius (2010), L'adolescent atteint de cancer et les siens: quelle détresse, quelles difficultés, quels souhaits d'aide? France, Springer Verlag.

69- DEBRAY Rosine (1983a), L'équilibre psychosomatique. Organisation mentale des diabétiques, Paris, Dunod.

70- DEBRAY.R (1983b), Préconscient et maladie somatique: Quelques interrogations actuelles, Revue Française de psychanalyse, 1983, 2, 527-538.

71- DEBRAY. R (1991), Réflexions actuelles sur le développement psychique des bébés et le point de vue psychosomatique, Revue française de psychosomatique, n°1 , p.41-57.

72- DEBRAY.R (1990), Quand trop de réalité fige la remémoration, Revue Française de Psychanalyse, Remémoration et prise de conscience, volume 54,n°4, pp 931-945.

73- DEBRAY.R (1996a), Clinique de l'expression somatique, Psychanalyse des liens psyché-soma, Paris, Delachaux et Niestlé.

74- DEBRAY.R (1996b), Développement psychique et évolution des conduites de jeu, Revue Française se Psychosomatique, n°9, pp: 183-195.

75- DEBRAY.R,(1997), Apprendre À Penser - Le Programme D'enrichissement Instrumental De R. Feuerstein, Une Issue À L'échec Scolaire, Suisse, Georg Editeur.
76- DEBURGE Anne (2001), La levée de la répression en psychosomatique, Revue française de psychanalyse, Paris, PUF, pp : 11-27.
77- DECERF Anne, (2002), Aux source du fonctionnement psychique, Bruxelles, Les presses de l'Université Laval0 Presse Univers.
78- DEJOURS Christophe (1995), Doctrine et théorie en psychosomatique, *Revue* française de psychosomatique, n°7, p : 61-80.
79- DEJOURS.C (1997), Le choix de l'organe en psychosomatique, Psychologie clinique et projective, volume 3, p.3-17.
80- DEJOURS .C (2003), Le corps, d'abord. Corps biologique, corps érotique, sens moral, Paris , Payot.
81- DEJOURS.C, (2009), Les dissidences du corps : Répression et subversion libidinale en psychosomatique, Paris, PAYOT.
82- DELAVIGNE Valérie(2009), Les cancers, France, Springer-Verlag.
83- DELEHEDDE Maryse (2006), Que sait-on du cancer ? Publié avec le concours du Centre National du Livre, France,EDP Sciences .
84- DELPUECH Yannick, VIGNAUD Christine (2012), Jeu et symptôme en thérapie familiale psychanalytique, Le journal des psychologues, n° 299 - Juillet-Août 2012, pp. 38-41.
85- DESCLAUX Bernard (2007), Quelles prises en charge psychiques pour le patient cancereux?, La relation entre psychisme et cancer, les entretiens du Carla, n° 2, Cancéropôle et laboratoire Pierre Fabre. pp: 64-71. www.entretiens-du-carla.com dernière visite :10/05/2012
86- DICTIONNAIRELAROUSSE,http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/imagination/41617#41520 dernière visite: 13/09/2012.
87- DIWO Rosine, (1997), Evénements de vie, mentalisation, somatisation et tentative de suicide : approche comparée à l'adolescence, Thèse de doctorat en psychologie, Université de Nancy 2
88- DOLBEAULT Sylvie (2007), Quelles sont les conséquences psychiques qui se révèlent chez le patient atteint de cancer? , La relation entre psychisme et cancer, les entretiens du Carla, n° 2, Cancéropôle et laboratoire Pierre Fabre. pp: 38-49. www.entretiens-ducarla.com dernière visite : 12/06/2012.
89- DOLBEAULT Sylvie, BREDART Anne (2005), Évaluation de la qualité de vie en oncologie, Revue Francophone de Psycho-Oncologie, vol 4 n°1, Springer pp : 1-2/ 7-17
90- DUCROCQ Henry Samuelle (2011), Les jeux sérieux, des jeux vidéo pour mieux apprendre, former ou soigner, UQAT, Qc, Canada. www.jeuxserieux.com. dernière visite : 06/03/2011.
91- DUMET Nathalie (2002), Clinique des troubles psychosomatiques, Approche psychanalytique, Paris, Dunod.
92- EBGUY Robert(2005), enjeux pour adolescents et jeux vidéo. http://media-awareness.ca/fre dernière visite : 06/03/2011.
93- EDERY Livia (2011), Facteurs psychologiques impliqués dans l'annonce du diagnostic de cancer, Dans Annoncer un cancer, diagnostic, traitements, rémission, rechute, guérison, abstention…, sous la direction de Bacqué.M.F, collection psycho-onchologie, Springer-Verlag France, Paris, pp : 81-94.
94- ELOISA CASTELLANO-Maury (2009), De la structure psychosomatique au processus de somatisation, conférence donnée à l'Association Internationale de Psychosomatique Pierre Marty (AIPPM), Madrid.
95- EMMANUELLI Michèle, AZOULAY Catherine (2001), Les épreuves projectives à l'adolescence, Approche psychanalytique, Paris, Dunod.

96- ESKELINEN Matti, OLLONEN Patrick (2011), Assessment of cancer-prone personality' characteristics in healthy study subjects and in patients with breast disease and breast cancer using the commitment questionnaire: a prospective case-control study in Finland , Anticancer Res. Nov;31(11) pp:4007-4013. classé pour Medline / PubMed. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22110235 dernière visite: 03/04/2012.

97- EVREN Cüneyt, EVREN Bilge, DALBUDAK Ercan, ÇAKMAK Duran (2008), Alexithymia and personality in relation to social anxiety in male alcohol-dependent inpatients, *Noropsikiatri Arsivi / Archives of Neuropsychiatry, n° 45,pp:*72-77

98- FAIN Michel (1981), vers une conception psychosomatique de l'inconscient, Revue françaises de psychanalyse, n° 45, p: 281-292.

99- FAIN.M (2001), *La fonction maternelle selon Pierre Marty*, Revue française de psychosomatique, 2001/2 (n° 20) 192 pages Editeur P.U.F.

100- FAIN Michel, DAVID Christian (1963), Aspects fonctionnels de la vie onirique, chapitre V: Rêve et examen clinique, Revue française de psychanalyse, n° spécial contenant les rapports du XXIIIe Congrès des Psychanalystes de langues romanes, Paris, PUF. pp 297-307.

101- FAYERS Peter, MACHIN David (2007), quality of life : Assesment, analysis and interpretation, 2nd edition, Chichester, England, John Wiley edition.

102- FEDERATION BELGE CONTRE LE CANCER (2002) Cancer et qualité de vie, où en est-on ? http://www.communautécancer.be dernière visite: 08/06/2012.

103- FERNANDEZ-BALLESTEROS Rocio (2001), Cancer-prone Personality, Type C, International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. SD, pp :1439–1443.

104- FISCHER Gustave-Nicolas (2008), L'expérience du malade : l'épreuve intime, paris, Dunod.

105- FONAGY Peter, (2004), Théorie de l'attachement et psychanalyse, Ramonville St Agne, France, Erès.

106- FONSECA.M, MISSOTTEN.P, ETIENNE.A-M, DUPUIS.G, LEMÉTAYER.F SPITZ.E (2011),Étude de la qualité de vie entre enfants atteints de cancer et enfants tout-venant, La pratique: un lieu de théories, 53ème Congrrès National de la SociétéFrançaise de Psychologie, du 6 au 9 septembre 2011. UFR Sciences Humaineset Arts, Campus du Saulcy.Metz, France,pp: 309-311.

107- FORTIN Tony, MORA Philippe, TREMEL Laurent (2005), *Les jeux vidéo: pratiques, contenus et enjeux sociaux*, L'Harmattan.

108- GALAND Benoît, VANLEDE Marie (2004), Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'apprentissage et la formation : quel rôle joue-t-il ? D'où vient-il ? Comment intervenir ? dans Philippe Carré, De l'apprentissage social au sentiment d'efficacité personnelle: autour de l'œuvre d'Albert Bandura, Revue Savoir, Hors série, Université Paris X Nanterre, pp : 71-116

109- GARSSEN Bert (2004), Psychological factors and cancer development: Evidence after 30 years of research, Clinical Psychology Review, Volume 24, Issue 3, July 2004, pp : 315–338

110- GAUDRIAULT Pierre (2007), Évolution des représentations psychiques au cours de la psychothérapie verbale : Apport du Rorschach, pratique psychologique, Vol 14n°1 pp : 79-88.

111- GERSHON. J, ZIMAND. E, LEMOS.R, OLASOVROTHBAUM. B, HODGES.L (2004),Use of virtual reality as a distractor for painful procedures in a patient with pediatric cancer: a case study, CyberPsychology& Behavior. December 2003, Volume 6 N°6, pp: 657-661.

112- GOYMER Patrick (2006), Stress and cancer, Nature Reviews Cancer, N°6, September 2006, pp : 658,659.

113- GREEN.André (1998), Théorie, dans: Interrogations psychosomatiques, Débats de psychanalyse, sous la direction de Fine A. Schaeffer J, Paris, PUF, pp :17-54.

114- GRIFFITHS Mark (2008), Videogames - useful in healthcare, Journal of Pediatric , n° 2, pp: 152-161.
115- GRO HARLEM BRUNDTLAND (2012), *Cancer - World health* Organization *statistics 2012* report www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/index.html dernière visité: 02/04/2013.
116- HAGEN LISTE Karen (1999), Breast cancer, personality and the feminine role, Patient Education and Counseling, Volume 36, Issue 1, 1 January 1999, pp : 33–45
117- HAMDI CHERIF Mokhtar, MAHNANE.A ,ZAIDI.Z et al (2012), Cancers des adolescents et jeunes adultes : particularités épidémiologiques « Une étude chez les jeunes sétifiens », Eurocancer 2012, Congrès de la Société Méditerranéenne Francophone de Cancérologie (SMFC), Paris, John Libbey Eurotext, pp : 149-152. http://eurocancer.jle.com/articles/2012/149.htm dernière visité: 02/04/2013.
118- HANOVER Bill (2000). Investigation of The Role on the Gender in Developing Self-Efficacy, The Development Social Psychology of Gender N.J Lawrence Erlbaum Associates, p 177-206.
119- HARRIS Paul.L (2004), Imaginer pour grandir : Entretien avec Paul L. Harris, revue sciences humaines Hors-série N° 45 - Juin-Juillet-Août 2004 (L'enfant)
120- HAUWEL FANTINI C, PEDINIELLI.Jean Louis (2008), De la non-expression à la surexpression des émotions ou comment l'expérience émotionnelle repose la question des liens entre sexe, alexithymie et répression, Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 166, Issue 4, Mai 2008, Pages 277-284
121- HEATHER Chappell et collectif (2012), Statistiques canadiennes sur le *cancer 2012*, Société canadienne du cancer, Canada, Registres provinciaux et territoriaux du cancer, Agence de la santé publique du Canada. https://www.cancer.ca/Aboutcancer dernière visité: 03/04/2013.
122- HERVE Marie-Joëlle (2002), observance à l'adolescence, 4° Journée de Médecine et Santé de l'Adolescent -14 décembre 2002- Tours, Poitiers , F.I.R.E.A éditeurs.
123- HOCHMAN Judith (2002). Ahsen's Triple Code Model of dynamic imagery and mindbody connection, in: contemporary psychology. Journal of Mental Imagery, volume 26 n°(1&2), pp :111-138.
124- HODENT-VILLAMAN Celia (2007), Les jeux videos sont-ils bons pour le cerveau ? Revue Sciences Humaines : La guerre des idées N° 178, pp : 67-68.
125- **HORDE Pierrick (2009), le cancer peut il être provoqué par des causes psychologique? Santé medcine.net** dernière visite: 28/02/2012.
126- IARC (2010), Globocan 2008 Estimated cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Disability-adjusted life years statistics world, Section of Cancer Information. http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp dernière visite: 02/04/2013.
127- IDATE (2013), Le marché mondial des jeux vidéo (2013-2016), http://www.afjv.com/news/2194_marche-mondial-jeux-video.htm dernière visite: 07/05/2013.
128- ILARIO Rossi (2011), La parole comme soin : cancer et pluralisme thérapeutique, Anthropologie et santé , revue internationale d'anthropologie de la santé, n° 2. consulté le 11 mars 2013 http://anthropologiesante.revues.org/659 dernière visite: 11/08/2012.
129- JADOULLE Vincent, OGEZ David, ROKBANI Leila (2004), Le cancer, défaite du psychisme ?,Bulletin cancer, n°91 , pp :249-356.
130- Jasmin Claude, Lé Monique, Marty Pierre et al (2007), Facteurs psychologiques et risque du cancer du sein : résultats d'une etude cas-témoins, Revue française de psychosomatique, volume 1 n° 31, Paris, PUF, pages 155 à 171.

131- JEAMMET Phillipe (1990), Fonctionnement psychique à l'adolescence et travail de représentation, Conférence inaugurale in Rorchachiana XVIII, paris, Editions du centre de psychologie Appliquée, pp: 21-30.
132- JEAMMET Phillipe, Reynaud Michel, Consoli Silla (2001) , psychologie médicale, 2ème édition Paris, Abrégés - Masson.
133- JENNINGS Amy, POWELL John, ARMSTRONG Natalie, STURT Jackie, DALEN Jeremy (2009), A virtual clinic for diabetes self-management: pilot study, the Journal of Medical Internet Research, Vol 11, n° 1. (http://www.jmir.org) 21/06/2012.
134- KAES René, (1981), Elément pour une psychanalyse des mentalités, Bulletin de Psychologie, XXXIV, 250, pp:451,463.
135- KARDARAS Eleni (2004), The effect of video games on the brain, Bilogy, Neurobiology and Behavior, n°202. http://serendip.brynmawr.edu/exchange/node/1742 dernière visite: 26/11/2011.
136- KATO Pamella.M, COLE Steve.W, BRADLYN Andrew.S, POLLOCK Brad.H (2008), A video game improvesbehavioraloutcomes in adolescents and young adults with cancer: a randomized trial, official journal of the American Academy of Pediatrics , Pediatrics n° 122, pp : 305-617.
137- KERNIER (de) Nathalie,(2010), Face à la désorganisation somatique, animer la psyché, Pratique psychologique, vol 16, pp: 141-156. , Paris, Elsevier Masson.
138- KLEIN Delphine (2011), Qualité de vie et réinsertion à long terme après un cancer du sein en France, Thèse pour l'obtention du titre de docteur dans le domaine des sciences médicales, spécialité : recherche clinique, innovation technologique, santé publique, Ecole Doctorale des Sciences de la Vie et de la Santé, Université de Strasbourg.
139- KLOSSEK Jean-Michel et collectif (2003), Qualité de vie: du nez aux bronches, paris, John Libbey Eurotext.
140- KOURTA Djamila (2012) , Le phénomène inquiète les spécialistes :Hausse des cancers chez les jeunes Algériens, El Watan Le quotedien indépendant, Dimanche 24 juin 2012 , N° 6594, p.13
141- KRISHNA.S, FRANCISCO.B, Balas.E, KÖNIG.P, GAVIN.R, MADSEN.R.W (2003) Internet-Enabled Interactive MultimediaAsthma Education Program: A Randomized Trial, PÉDIATRIE volume 111 n ° 3, pp : 503-510.
142- LACAVE Roger, LARSEN Christian Jacques, ROBERT Jacques (2005), Cancérologie fondamentale, Montrouge, France édition John Libbey Eurotext.
143- LACROIX.S (2006), Les mécanismes de défense des soignants, Staff des Jeudis du Réseau de Soins Palliatifs de l'Estuaire de la Loire. http://www.respel.org/fileadminmécanismesdedefense.pdf consultée le: 20/03/2013 .
144- LE FRANÇOIS Béatrice (2008), Regard actuel sur le modèle *psychosomatique* de Joyce *McDougall*. ipso-marty.org/lien_lefrancois.html dernière visite : 24/11/2011 .
145- LECOMTE Jacques (2004), Les applications du sentiment d'efficacité personnelle, Savoirs, 2004/5 Hors série, l'Harmattan, p. 59-90.
146- LEGERON.P, ROY. S, KLINGER .E, CHEMIN. I, LAUER. F, MACQUERON.G, NUGUES P (2003), Thérapie par réalité virtuelle dans la phobie sociale : Etude préliminaire auprès de 36 patients, Journal de thérapie comportementale et cognitive, vol. 13, n°3, pp. 113-127, Paris, Masson.
147- LELORAIN Sophie (2009), Qualité de vie et développement post-traumatique de patientes en rémission a long terme d'un cancer du sein, Thèse pour l'obtention du grade de docteur, Thèse dirigée par Agnès FLORIN, Université de Nantes, Ecole Doctorale 504 : Cognition, Education, Interactions.
148- LENORMAND Marie (2012), Le jeu et les jeux dans la clinique de l'enfant, Le journal des psychologues, n° 299 - Juillet-Août 2012, pp : 33-37.

149- LEPLEGE Alain (1999), Les mesures de la Qualité de vie, Que sais-je , PUF
150- LEPLEGE.A (2008), Réflexions sur la mesure de la qualité de vie en cancérologie. In DREES (Ed.), *La vie deux ans après le diagnostic de cancer* (pp. 195-203). Paris: La Documentation Française.
151- LESPINASSE François, PEREZ José (2010), Un atelier thérapeutique « jeux vidéo » en hôpital de jour pour jeunes enfants, Dossier spécial : Le virtuel, les nouvelles technologie de l'information et de la communication (NTIC) et la santé mentale. Carnet Psy. http://perso.wanadoo.fr/fr.lespinasse dernière visite: 14/06/2012
152- LEVRIER Katia, NIELSEN TORE .A, MONTPLAISIR Jacques (2011), Dreaming correlates of alexithymia among sleep-disordered patients, Journal of Sleep Research, Dreaming, Vol 21 n°1, pp :16-31.
153- LIART Monique (2012), Psychanalyse et psychosomatique: Le corps et l'écrit, paris, l'Harmattan.
154- **LIEBERMAN** DEBRA **(2001), Management of chronic pediatric diseases with interactive health games: Theory and research findings, Journal of Ambulatory Care Management, vol 24 n°1, pp : 26-38.**
155- LIEURY Alain (2000), Manuel de psychologie générale : Cours et exercices, Paris, Dunod,
156- LIGHEZZOLLO Joelle, TYCHEY (de) Claude (2004), La résilience, se (re)construire après le traumatisme, Editions in Press,.
157- LORIG Kate, HOLMAN Halested (2003), Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms, Annals of Behavioral Medicine, volume 26 n°1, pp: 1-7. classé pour Medline / PubMed. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12867348 dernière visité: 04/04/2012.
158- LUMINET Olivier, ZECH Emanuelle, RIME Bernard, WAGNER, H.L (2000) , Predicting cognitive and social consequences of emotional episodes: The contribution of emotional intensity, the Five Factor Model and alexithymia. Journal of Research in Personality, n°34, pp : 471-497.
159- LUMLEY, Mark.A, BAZYDLO.R. A (2000), The relationship of alexithymia characteristics to dreaming, Journal of Psychosomatic Research, 48, 561-567.
160- LUMLEY M.A., NEELY C., BURGER A.J.(2007), The assessment of alexithymia in mediacl settings: implicatiosn for undertsanding and treating health problemns, In:Journal of personnality assessment,vol3, n°89, pp:230-247.
161- LUQUET Pierre (1988), Le changement dans la mentalisation, Revue Française de Psychanalyse,45 ,p.1022-1028
162- LY Adama (2011), Progression des cancers en Afrique : caractéristiques, altérité, nouvelles approches de santé publique, dans Dominique Kerouedan :Santé internationale, France, Presses de Sciences Po. , pp : 121-140.
163- MAAOUI Mustapha (2009), Les cancers entre hier et aujourd'hui: de la colonisation à la régression. Le point en Algérie, Psycho-Oncologie, volume 3 n° 1, pp:19-23.
164- MAPI www.qolid.org derniere visite : 24/11/2010.
165- MARANANCHI Dominique (2010), La rémission, la guérison, Institut National du Cancer, http://www.e-cancer.fr/84-linstitut-national-du-cancer/un-rapport-sur-la-survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france dernière visite: 22/04/2013.
166- MARIAGE André, CUYNET Patrice, GODARD Bénédicte (2008), Obésité et alexithymie à l'épreuve du Rorschach. Le poids des émotions, L'Évolution Psychiatrique, Volume 73, Issue 2, pp: 377-397
167- MARIN- BOWLING veronica, BEALE Ivane, GUTHRIE Nicole, KATO Pamella (2005), Self efficacy, Young Cancer Patients' Perceptions of a Video Game Used to Promote Self

Care, International Electronic Journal of Health Education, v9 p202-212. http://member.aahperd.org/iejhe/template.cfm?template=currentIssue.cfm#volume9 dernière visité: 02/04/2011.

168- MARTY Pierre (1991), Mentalisation et psychosomatique, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond.

169- MARTY.P (1998a), les mouvements individuels de vie et de mort ,Paris, Payot.

170- Marty.P (1998b), L'ordre psychosomatique, Paris, Petite Bibliothèque Payot.

171- Marty Pierre, De M'Uzan Michel (1963), La pensée opératoire, Revue française de psychanalyse, n° spécial contenant les rapports du XXIII e Congrès des Psychanalystes de langues romanes, Paris, PUF. pp 345-365.

172- Marty Pierre, de M'uzan Michel, David Christian (2010), l'investigation psychosomatique, 3ème édition, collection Quadrige**,** Paris, PUF.

173- Marty Pierre, Nicolaidis Nicolas (1998), Psychosomatique, Paris, L'esprit du temps, collection perspectives psychanalytique.

174- Marty.P, Stora.Jean Benjamin (1988), La classification psychosomatique: Marty/Ipso, méthodes d'aide au diagnostique des organisations psychosomatiques et des maladies somatique, Suisse, Medcine et Hygiene.

175- Marx Elianne, Reich Michel (2009),Croyances, idées reçues et représentations de la maladie cancéreuse , Psycho-Oncologie Springer-Verlag, n° 3, pp:129-130

176- Mc Dougall. J (1989), Plaidoyer pour une certaine anormalité, Paris, Gallimard.

177- MILLAR Susanna (2002), psychologie du jeu chez les enfants et les animaux, 3ème édition, Paris, Petite Bibliothèque Payot.

178- MOIROT Michel (2008), Origines des cancers Traitement et prévention, Paris, édition Andrillon.

179- MONTANARI Sonia (2005), l'identification Au Héros dans les jeux vidéo, maîtrise de psychologie clinique, sous la direction de Sylvain Missonnier, université Paris X ème Nanterre.

180- MOULIN Pierre (2005), Imaginaire social et cancer, XXIIe congrès de la Société Française de Psycho-Oncologie Lille, France, 01-02/12/2005, **Cancers, croyances & spiritualités,** Revue Francophone de Psycho-Oncologie, vol. 4, n° 4, 2005/12, pp : 261-267.

181- MOUYSSET jean-Loup et al (2012), Vivre aujourd'hui, penser demain, colloque "Un Autre Regard sur le Cancer", ouvrage édité par et au profit de l'association ressource. France. http://www.centreressource.org/tl_files/documents/colloque_2012.pdf dernière visite: 02/02/2013.

182- M'UZAN De Michel (2001), « Michel de M'Uzan » Interviewé par Claude Smajda et Gérard Szwec, Revue française de psychosomatique, 2001/1 no 19, p. 145-160.

183- NAKOV Anastasia et collectif (2003), Le rêve dans la pratique psychanalytique, Paris, Dunod.

184- NATANSON Madeleine (2009), Itinéraire entre rêve, jeu et réalité, L'esprit du temps Imaginaire & Inconscient, n° 23, p. 65-75.

185- NUSBAUM-TOPP Catherine, TOPP Andreas (2012), Le cancer n'est pas une mauvaise grippe, France, édition BoD - Books on Demand.

186- OPPENHEIM Daniel (2009), grandir avec un cancer, Bruxelles, 2eme édition, Bruxelle, de Boeck.

187- Oppenheim.D (2011), L'enfant très malade: approché dans ses dessins, Condé-sur-Noireau, France, editions de l'olivier, Penser/Rêver.

188- OYAMA Hiroshi (1998), Virtual Reality for the Palliative Care of cancer, in : Virtual Reality in Neuro-Psycho-Physiology, England, IOS Press , Giuseppe Riva Editor .

189- PARAT Chatherine (1991), A propos de la répression, Revue française de psychosomatique, n°1, pp : 93-111.
190- PAUMELLE Henri (2001), le rôle du corps en psychothérapie, Paris, Dunod .
191- PESLIN Natasha (2004), La valorisation des critères de qualité de vie dans les essais cliniques et leur place dans l'évaluation médico-économique des médicaments (Amélioration du Service Médical Rendu), Paris, PUF.
192- PHANEUF Margot (2005), Mécanismes d'adaptation et de défense chez le malade cancéreux, Préparé pour l'Université d'Évora, et l'École Universitaire Bissaya-Baretto, Coimbra, Portugal.
193- PHYLLIS BUTOW N, HILLER.J. E, PRICE.M. A, THACKWAY.S.V, KRICKER.A, TENNANT.CH (2000), Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer, Journal of Psychosomatic Research,Volume 49, Issue 3, September 2000, pp : 169–181.
194- POIRIER. A. L, COMMER Jean Marie, KWIATKOWSKI Fabrice (2010), Qualité de vie et transfusion en cancérologie: revue de la littérature, RevueTransfusion Clinique et Biologique, vol17 n° 5, pp : 357–361.
195- PORCELLI Piero, MEYER Gregory(2002), Construct validity of Rorschach variables for Alexithymia, psychosomatics, vol 43/5, pp. 360-369.
196- PONCELET virginie (2007), Cancer et histoire de vie : la part psychosomatique, thèse de doctorat, prometteur Brackelaire Jean-Luc, UCL Louvain, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation.
197- PONGE Philip, BARBEAU Robert (2003), *Psychosomatique* et *médecine*, France, Edition Sauramps médical.
198- PRESS Jacque (2001), Mécanismes de répression, travail de contre-transfert et processus de somatisation, Revue de psychanalyse, Paris : PUF
199- PRIMACK Brian A & al (2012), Role of video games in improving, health-related outcomes : a systematic review, American Journal of Preventive Medicine, Published by Elsevier Inc, Vol 42,issus 6, pp:630–638.
200- PUCHEU Sylvie (2007), Les représentations des patients, dans Dolbeault Sylvie, Dauchy Sarahet al, La Psycho-oncologie, Paris, John Libbey Eurotext.
201- PUJOL.Jean Louis (2009), Les représentations sociales et individuelles du cancer du poumon, Revue de Pneumologie Clinique n° 65, Elsevier Masson,France, pp : 54-57.
202- PUY-PERNIAS. S (2002), Les mécanismes de défense en cancérologie, la lettre de sénologue, n° 18, Dec 2002 ; pp : 11-12. http://senologie.edimark.fr/publications/articles/les-mecanismes-de-defense-en-cancerologie/6067 dernière visite: 08/06/2012.
203- RAFFY Alex (2002), les psychanalystes et le développement de l'enfant, Paris, Erès.
204- RAHMANI Esmaeel, BOREN Suzanne Austin (2012), Videogames and Health Improvement: A Literature Review of Randomized Controlled Trials, Games for Health Journal. vol 1, issue 5, pp: 331-341.
205- RAUSCH DE TRAUBENBERG Nina (1993), La pratique du Rorschach, 7e édition, Paris, PUF, collection le psychologue.
206- RAUSCH DE TRAUBENBERG.N , BLOCH-LAINE.F, BOIZOU M.F, DUPLANT.N, MARTIN.M, POGGIONOVO.P, (1990), Modalité d'analyse de la dynamique affective au Rorschach: Grille de la dynamique affective, Revue de Psychologie Appliquée, N° 40 vol 2, pp:245;258.
207- RAUSCH DE TRAUBENBERG.N, BLOCH-LAINE.F, DUPLANT.N, MARTIN.M, POGGIONOVO.P (1993), Le Rorschach à l'adolescence: la clinique du normal, Bulletin de la société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Française, n° 37, pp:7-39.

208- REICH Michel (2008), Le médecin face à l'annonce d'un diagnostic de cancer : Dr Jekyll et Mr Hyde, dans : Les vérités du cancer - Partager l'information, installer la relation de Marie-Frédérique Bacqué, collection psycho-onchologie, Springer-Verlag France, Paris, pp : 117-131.
209- Re-Mission organization, www.re-mision.org/ dernière visite: 25/06/2013.
210- RENARD Léon (2007), *Le Cancer apprivoisé*: les ressources insoupçonnés de l'être humain, France, Éditions Quintessence.
211- RENTER Liliane (2006), tuer virtuellement sans détruire vraiment, http://Tecfa.unige.ch /htm dernière visite: 22/06/2010.
212- REYNAERT Christine, LIBERT Yves, JANNE Pascal, (2001), Psychogenèse du cancer : vers une piste psychoneuro-endocrino-immunologique? Ann Med Psychol n° 159, pp: 273-284.
213- RICHARD Jean-François (1998), Les Activités Mentales: Comprendre, Raisonner, Trouver Des Solutions , 3eme édition, Paris, Armond Colin,
214- RICHARD Marie-Sylvie (2004), Soigner la relation en fin de vie : Familles, malades, soignants, Collection: Santé Social, paris, Dunod.
215- RICHELLE Jacqueline DEBROUX Pierre, NOOSE (De) Lisa & coll (2010), Manuel du test de Rorschach : Approche formelle et psychodynamique, Bruxelle, De Boeck
216- ROTONDA Christine (2011), Qualité de Vie et Fatigue en Cancérologie : Cancer colorectal et Cancer du sein, Thèse pour l'obtention du titre de docteur de l'université Henri Poincaré, Mention : Sciences de la Vie et de la Sante, Ecole Doctorale BioSE (Biologie-Sante-Environnement), Université de Nancy.
217- ROUSSEL Sophie (2006), Destins pulsionnels chez les adultes atteints de mucoviscidose, Psychologie clinique et projective, volume 12, pp : 403-428.
218- ROUSSEL Sophie (2007), Les régulations de l'homéostasie chez l'adulte atteint de mucoviscidose– enjeux thérapeutiques, Pratiques psychologiques , volume 13, pp : 21-41.
219- ROUSTAN Mélanie (200 3), La pratique du jeu vidéo: réalité ou virtualité, Paris, Editions L'Harmattan.
220- SAINT-MARTIN.E (2008), Virtual Iraq: le jeu vidéo comme thérapie, France 24, l'actualité international. http://www.france24.com/fr/20080703-fr-reportage-etats-unis-irak-guerre-marines-soldats-traumatises-medecine. dernière visite: 11/09/2012.
221- SALLY Merry, STASIAK.K, SHEPHERD.M, FRAMPTON.C , FLEMING.T, MATHIJS.F.G (2012),The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial, *BMJ* (British Medical Journal), n°344, p.2598
222- SAMI-ALI Mahmoud (1990), Imaginaire et pathologie : une théorie de la psychosomatiqu, in Revue française de psychanalyse, LIV, n°3 (La déliaison psychosomatique), p. 761 – 767.
223- SAMI-ALI.M (1998), Le Corps, l'Espace et le Temps, Paris, Dunod.
224- SAMI ALI (2000a), l'espace imaginaire, Paris, Gallimard.
225- SAMI ALI .M (2000b), L'impasse relationnelle temporalité et cancer ,1ère édition Paris, Dunod.
226- SAMI ALI.M (2000c), Le banal, Paris, collection : connaissance de l'inconscient, Gallimard.
227- SAMI-ALI.M (2003), Corps et âme : pratique de la théorie relationnelle, Paris, Dunod.
228- SAMI ALI.M (2004), De La projection, Paris: Payot.
229- SAMI ALI (2006), pensez le somatique imaginaire et pathologie, Paris, Dunod.
230- SAMI ALI.M (2010), Corps réel, corps imaginaire: pour une épistémologie du somatique, 3eme édition, Paris Dunod.

231- SAMIER Julien (2006), Qualité de vie et études cliniques, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie, Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université de Lille 2.
232- SCALLON Gérard (2007), L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences, Collection : pédagogies en développement , Bruxelles, De Boeck Supérieur
233- SCHMID- KITSIKIS Elsa, (1995), Théorie et clinique du fonctionnement mental, Bruxelle, Pierre Mardaga éditeur.
234- SCHMITt Laurent (2012), Psychothérapie de soutien, Collection Pratiques en psychothérapie, France, Elsevier Masson.
235- **SCHRAUB Simon (2009),** Existe-t-il un lien entre un événement psychique et le risque de survenue d'un cancer **?, dans : Revue d'épidémiologie et de santé publique, volume 57 n°2,** pp : 113–123.
236- SCHWARZ Sabine, MESSERSCHMIDT Heidrun , DÖREN Martina (2007), Psychosocial risk factors for cancer devlopment, Med Klin (Munich) volume 12 n° 102, pp : 967- 979. classé pour Medline / PubMed http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18075717 dernière visite: 03/05/2011.
237- SCHWARZER Ralf, LUSZCZYNSKA Aleksandra, WIEDEMANN Amelie U (2011), Perceived Self-Efficacy in Health Behaviour Change, Health Psychology, n° 36, pp:54-63.
238- SEYS Bertrand (2003), la question du corps dans les usages d'internet et des jeux vidéo, Brest, édition Marsouin.
239- SHAPIRO Francine (2007), Manuel d'EMDR (Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires) Principes, protocoles, procédures, collection: Développement personnel et accompagnement, InterEdition.
240- SIFNEOS Peter.E.(1995), Psychosomatique, alexithymie, et neurosciences, Revue française de psychosomatique, n°7, pp :27-35.
241- SIMONTON Carl, MATTHEWS-SIMONTON Stephanie, CREIGHTON Jame (2007), Guérir envers et contre tout : Le guide quotidien du malade et de ses proches pour surmonter le cancer, collection : Réalités psychologiques, Desclée de Brouwer
242- SMADJA Claude (2001), La vie opératoire, études psychanalytiques, Paris, PUF, collection Le fil rouge.
243- SOMMELET Danielle, CLAVEL Jacqueline, LACOUR Brigitte (2009), Épidémiologie des cancers de l'enfant, France, Springer-Verlag
244- STOCKDALE Steven (2011), Neuro-feedback d'un programme d'entrainement cérebral du jeu vidéo Brainage, Bulletin excellence, volume 2, n° 1. Réseaux de centred'excellence. http:// www.nce-rce.gc.ca
245- STORA Jean Benjamin (1999), Quand le corps prend la relève : stress, traumatismes et maladies somatiques, Paris, Odile Jacob.
246- STORA J.B (2012), Le rôle de l'appareil psychique, des mécanismes neuronaux et neurohormonaux dans les somatisations : l'approche de la psychosomatique intégrative, Annales Médico-Psychologiques, France, Elsevier Masson, 170, pp : 26–31.
247- STORA Michael(2002), **Histoire d'un atelier jeu vidéo « Ico », histoire interactif pour des enfants en manque d'interactions,** OMNSH - Observatoire des Mondes Numériques en Sciences Humaines. http:// www.Omnsh.org dernière visite: 15/02/2011.
248- STORA.M (2006), **Guérir par le virtuel** , Une nouvelle approche thérapeutique**, Paris,** Presses De La Renaissance.
249- SULTAN Serge (2010), Translational Research Experiences in Health Psychology with the Rorschach, Rorschachiana, Hogrefe Publishing, n° 31, 113–116.
250- SULTAN Serge, PORCELLI Piero (2004), Rorschach et maladies somatiques: Applications et éléments de validité, Psychologie française volume 46, p: 63–79

251- SURUGUE Pascale, LECOURT Édith (2008), Groupes de parole et cancers du sein : une expérience de sept ans, Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, vol 1, n° 50, Editeur Eres, pp : 175-184

252- TAVAKOTI Madjid (2011), Le jeu chez l'enfant, Paris, Editions Publibook, société des écrivains.

253- TAYLOR Graeme. J (1990), La pensée opératoire et le concept d'alexithymie, dans : la déliaison psychosomatique, traduction Marie Claire Durieux, Revue Française de Psychanalyse , Tome LIV, Paris, PUF, pp : 769- 783.

254- TAYLOR Graeme.J,(2000), Recent developments in alexithymia theory and research, Canadian Journal of psychiatrie, n° 45, pp: 134-142.

255- THIRIONET Joëlle (2008), Présentation de *la Thérapie Psycho-Corporelle Evolutive*, centre ressourcement, Ecole Belge de Therapie et Pratiques Psycho-Corporelles.home.scarlet.be/~pmouchet/tpce/index.htm dernière visite: 04/02/2013.

256- THOLLON BEHAR Marie Paul (2006), L'imaginaire dans le dévloppement de l'enfant, Le journal des professionnels de l'enfance, N° 39 (mars-avril) pp: 15-18.

257- THURIN Jean Michel (2005), Stress, immunité, cancer… un enchainement si simple? Revue Francophone de Psycho-Oncologie, Cancers, croyance & spiritualité,(December), Vol 4, Issue 4, pp :235-236.

258- TYCHEY (de) Claude (1997), L'approche des dépressions à travers le test de Rorschach, point de vue théorique, diagnostique et thérapeutique, France, EAP (Editions et Applications Psychologiques).

259- TYCHEY (de) Claude (2010), Alexithymie et pensée opératoire: Approche comparative clinique projective franco-américaine, psychologie clinique et projective, vol 16, pp:177-206.

260- TYCHEY (de) Claude, DIWO Rosine, DOLLANDER Marianne (2000), La mentalisation: approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach, Bulletin de psychologie, tome 53, issue 4, pp : 469-480.

261- TYCHEY (DE).C, DOLLANDER.M (2002), Deuil compliqué et fonctionnement intrapsychique: approche clinique et projective, Psychologie Cliniques et Projective, vol 8, pp: 241-264.

262- TYCHEY (DE).C, LIGHEZZOLO, J. (1983). A propos de la dépression « limite » : contribution du test du Rorschach en passation « classique » et « analytique ». Psychologie Française, volume 28, n° 2, pp :141-155.

263- TYCHEY (DE).C, REBOURG Christine, VIVOT Martine (1992), Etude comparée des conceptions de l'imaginaire et de la mentalisation : réflexions sur leur opérationnalisation au test du Rorschach, Bulletin de la Société du Rorschach et des méthodes projectives de langue Française, n° 35, pp:45-66.

264- VANLEDE Marie, PHILIPPOT Pierre, GALAND Benoît (2006). Croire en soi : le rôle de la mémoire autobiographique dans la construction du sentiment d'efficacité. Dans : B. Galand et E. Bourgeois (Eds), (Se) Motiver à apprendre. Paris : PUF.

265- VARNI James.W, BURWINKLE TASHA M, KATZ Ernest.R, MEESKE Kathy, DICKINSON Paige (2002), The PedsQL in Pediatric Cancer :Reliability and Validity of the Pediatric Quality of Life Inventory Generic Core Scales, Multidimensional Fatigue Scale, and Cancer Module, American Cancer Society, Vol 94, n°7, pp : 2090- 2106. http://www.pedsql.org dernière visite: 24/02/2011.

266- VARNI James W, LIMBERS Christine. MS, BURWINKLE TASHA,M (2007), Literature Review: Health-related Quality of Life Measurement in Pediatric Oncology: Hearing the Voices of the Children, Journal of Pediatric Psychology, Published by Oxford University Press on behalf of the Society of Pediatric Psychology, vol 32, n° 9, pp : 1151–1163.

267- VERMEYLEN.N, BAUWENS.F, LEFEBVRE.A, LINKOWSKI.P (2005), Le test de Rorschach et la pensée opératoire dans l'approche théorique du transsexualisme, Annales Medico Psychologiques Vol 163, pp:387-393.

268- VILOZNI.D, BARAK .A, EFRATI .O, AUGARTEN A, SPRINGER.CH, YAHAV.Y, BENTUR.L (2005), Le rôle des jeux vidéo dans la spirométrie chez des enfants d'âge pré-scolaire asthmatiques ou en bonne santé, Journal **Chest n° 128, pp:1146-1155.**

269- VIROLE Benoît (2003), Du bon usage des jeux vidéo et autres aventures virtuelles, Paris, Hachette littératures

270- VISSOCI Reiche EM, ODEBRECHT NUNES Vargas S, KAMINAMI Morimoto H.(2004), Stress, depression, the immune system, and cancer, Lancet Oncology journal, Volume 5, issue 10, pp: 617-625. classé pour Medline / PubMed. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15465465 dernière visite: 02/06/2012.

271- VOLLRATH Margarete.E (2006), Handbook of Personality and Health, , Chichester, England John Wiley edition.

272- WHEWAY Julie, HERZOG Herbert, MACKAY Fabienne (2007), NPY and receptors in immune and inflammatory diseases, *Curr Top Med Chem,* vol 7 n°17, pp:1743-1752.

273- WILKINSON Nathan, DION Goh .H (2008), Virtual Reality Therapy Shows Promise for Stroke Patients, International Journal of Social Psychiatry, Vol 54(4), pp : 370–382.

274- *World Cancer Research Fund* WCRF (2011), *Cancer statistics* www.wcrf.org/cancerstatistics/index.php dernière visite: 10/04/2013.

275- XARDELL-HADDAB Hamida (2009), Névrose, psychosomatique et fonctionnement limite, Approche clinique projective : Du destin des pulsions agressives, sous la direction de Claude de Tychey, these pour l'obtention de doctorat, mention : Psychologie clinique et pathologique, universite de NANCY II.

276- XU Tian, WU Ming, CARLOS José (2010), Stress Induced Tumor Formation: The Interaction Between Rasv12, JNK Signaling, and Stress, Yalles scientific journal. www.yalescientific.org

277- ZANGRILLI Quirino (2006), cancer et psyche: entre intervention scientifique et position d'omnipotence, traduction liliane salvadori, journal "il corriere della sera",italia, psicosomatica. http://www.psicoanalisi.it/psicoanalisi/psicosomatica/articoli/psomafrench1119.htm dernière visite : 25/03/2013 .

278- ZARIFIAN Edward (2005), la force de guérir, Paris, édition Odile Jacob.

279- ZARIFIAN.E (2010), Les jardiniers de la folie, Paris, édition Odile Jacob.

280- ZIMMERMANN Gregoire, SALAMIN Virginie, REICHERTS Maïca (2008), L'alexithymie aujourd'hui: essai d'articulation avec les conceptions contemporaines des émotions et de la personnalité, psychologie française, volume 53, pp: 115-128.

الملاحـــق

ملحق رقم (01) مقياس الشعور بالفعالية الذاتية

رقم التعريف	تاريخ ملء الاستمارة		الرمز

تعليمة: نرجو منك الإحاطة بدائرة حول كل سؤال يصف بدقة درجة السهولة أو الصعوبة التي تجدها في القيام ببعض النشاطات.
حاول الإجابة بكل صراحة و صدق عن شعورك تجاه كل سؤال.

0 = لا ينطبق علي، 1= سهل جدا، 2= معتدل السهولة، 3= نوعا ما سهل 4= لا صعب و لا سهل، 5= نوعا ما صعب، 6= معتدل الصعوبة، 7= صعب جدا

إلى أي درجة تجد سهلا أو صعبا ما يلي:

1	ممارسة تمارين التنفس العميق للتمكن من السيطرة على الشعور بالغثيان	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
2	التأكد من توفر بعض البسكويت أو الحلويات للتغلب على الشعور بالغثيان	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
3	القيام بنشاطات ترفيهية لتخفيف الألم (مشاهدة التلفاز أو التحدث مع الأصدقاء)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
4	القيام بتمارين التنفس العميق لتخفيف بعض الآلام البسيطة	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
5	إرخاء جسدك عندما تتألم كثيرا.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
6	القيام بنشاط ترفيهي لكي تنقص من حدة قلقك، كاستضافة صديق في المنزل.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
7	إرخاء جسدك لإنقاص حدة القلق.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
8	تناول الأدوية المسكنة للألم لأجل تخفيف الأوجاع.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
9	غسل الفم و تنظيف الأسنان بطريقة منتظمة للوقاية من تقرحات الفم.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
10	التأكد من تناول أطعمة رطبة و طرية عندما يكون فمك به تقرحات.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
11	تجنب الأفراد المرضى كوقاية من العدوى.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
12	غسل اليدين بانتظام للوقاية من العدوى	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
13	تناول المضادات الحيوية حسب التوجيهات للوقاية من العدوى.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
14	تناول كميات كافية من الطعام لتجنب فقدان الكثير من الوزن.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
15	إتمام تناول كل جرعات المضادات الحيوية لمعالجة العدوى حتى و أن اختفت جميع الأعراض.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
16	القيام بالاحتياطات اللازمة لتجنب الإمساك.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
17	التحدث مع احد أعضاء الفريق الطبي عن الإمساك الذي يصيبك.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

18	تناول العلاج الكيميائي –عن طريق الفم- بطريقة منظمة حسب التعليمات.	0	1	2	3	4	5	6	7
19	الحديث لأحد أعضاء الفريق الطبي عن الأعراض و الآثار الجانبية التي تمر بها	0	1	2	3	4	5	6	7
20	ا لطلب من احد أعضاء الفريق الطبي الإجابة عن كل أسئلتك حول السرطان الذي تعاني منه و علاجه.	0	1	2	3	4	5	6	7
21	التحدث مع احد والديك عن مرضك و كيفية علاجه.	0	1	2	3	4	5	6	7
22	التحدث مع احد والديك عن أحاسيسك كونك تعاني من مرض السرطان.	0	1	2	3	4	5	6	7
23	تشعر بالراحة عندما تخبر الآخرين عن إصابتك بالسرطان.	0	1	2	3	4	5	6	7
24	التحدث عن السرطان مع أصدقاءك المقربين.	0	1	2	3	4	5	6	7
25	التحدث مع أصدقاءك عن أحاسيسك لكونك تعاني من مرض السرطان.	0	1	2	3	4	5	6	7
26	تقديم للآخرين معلومات حول السرطان و علاجه.	0	1	2	3	4	5	6	7
27	تحضر للعيادة الطبية حسب المواعيد.	0	1	2	3	4	5	6	7

ملحق رقم (02) مقياس جودة الحـــــياة
مــوجـــــه للمراهقيـــــن(13-18سنة)

PedsQL Cancer Module
Adolescent

رقم التعريف	تاريخ ملء الاستمارة		الرمز

التعـلـيـمـة: ستجد في الورقة المرفقة قائمة ببعض الأشياء أو الوضعيات تمثل مشكلة بالنسبة لك . هل يمكنك تحديد إلى أي درجة يمكن لهذه الأشياء أن تكون مشكلة بالنسبة لك خلال **الشهر الماضي**. وذلك بإحاطة الرقم الذي تراه مناسبا بدائرة

0 - إذا لم تمثل لك **أي إشكال بالمرة** ..... **0- jamais**

1- تقريبا لم تمثل لك أي إشكال ..... **1- presque jamais**

2- في بعض الأحيان تمثل إشكالا لي ..... **2- par fois**

3-غالبا تمثل إشكالا لي ..... **3- souvent**

4-تقريبا كل يوم تمثل لي إشكال ..... **4- presque toujours**

* لا يوجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، و إذا تم تفهم الأسئلة المطروحة لا تتردد في طلب المساعدة.

خلال **الشهر الماضي** إلى أي درجة عانيت من هذه **المشاكل**

الأوجاع و الآلام (مشاكل مع...)	أبدا	تقريبا	في بعض الأحيان	في كثير من الأحيان	تقريبا كل يوم

1. لدي آلام في المفاصل / أو في العضلات	0	1	2	3	4
2.لدي آلام كثيرة	0	1	2	3	4

الغثيان (مشاكل مع...)	أبدا	تقريبا	في بعض الأحيان	في كثير من الأحيان	تقريبا كل يوم
1.أصبح مريضا في معدتي عندما أتناول الدواء	0	1	2	3	4
2.ذوق الطعام غير جيد بالنسبة لي .	0	1	2	3	4
3.أصبح مريضا عندما أفكر في العلاج الدوائي	0	1	2	3	4
4.أحسّ أنني جد مريض في معدتي لأتمكن من الأكل	0	1	2	3	4
5.بعض الأطعمة و الروائح تجعلني مريضا في معدتي	0	1	2	3	4

حصر الإجراءات العلاجية (مشاكل مع...)	أبدا	تقريبا	في بعض الأحيان	في كثير من الأحيان	تقريبا كل يوم
1.ابر الحقن (تحاليل الدم الحقن الضموريدية) تجعلني مريضا	0	1	2	3	4
2.أصاب بالخوف عندما يكون علي القيام بتحاليل الدم	0	1	2	3	4
3. أصاب بالخوف عندما يكون علي حقني	0	1	2	3	4

الحصر العلاجي (مشاكل مع...)	أبدا	تقريبا	في بعض الأحيان	في كثير من الأحيان	تقريبا كل يوم
أصاب بالخوف عندما أكون بانتظار الطبيب	0	1	2	3	4
2. أصاب بالخوف عندما يكون على الذهاب إلى الطبيب	0	1	2	3	4
3.أصاب بالخوف عندما يكون على الذهاب إلى المستشفى	0	1	2	3	4

المخاوف و الانشغالات (مشاكل مع...)	أبدا	تقريبا	في بعض الأحيان	في كثير من الأحيان	تقريبا كل يوم
1.أنشغل بالآثار الجانبية للعلاج	0	1	2	3	4
2. أنشغل بنجاح أو عدم نجاح العلاج الدوائي	0	1	2	3	4
3.أتخوف من معاودة السرطان لدي أو من الانتكاس	0	1	2	3	4

صعوبات معرفية (مشاكل مع...)	أبدا	تقريبا	في بعض الأحيان	في كثير من الأحيان	تقريبا كل يوم
1- يصعب على التخيل عندما يتعلق الأمر بأشياء تخيفني	0	1	2	3	4
2 - يصعب علي حل تمارين الرياضيات	0	1	2	3	4
3- يصعب عليا كتابة وظائفي المدرسية أو تقديم البحوث (العروض)	0	1	2	3	4
4- يصعب علي الانتباه للأشياء	0	1	2	3	4
5- يصعب علي تذكر ما قرأته	0	1	2	3	4

إدراك المظهر الجسدي (مشاكل مع...)	أبدا	تقريبا	في بعض الأحيان	في كثير من الأحيان	تقريبا كل يوم
1.أحس أن مظهري غير لائق	0	1	2	3	4

2. لا أحب أن يرى الغير أثار جراحي	0	1	2	3	4
3.انزعج عندما ينظر الغير إلى جسدي	0	1	2	3	4

الاتصال (مشاكل مع ...)	أبدا	تقريبا	في بعض الأحيان	في كثير من الأحيان	تقريبا كل يوم
1.يصعب علي إخبار الطبيب و الممرضات عن حالتي	0	1	2	3	4
2.يصعب علي طرح الأسئلة على الطبيب أو الممرضات	0	1	2	3	4
3.يصعب علي إعطاء شروحات حول مرضى للآخرين	0	1	2	3	4

ملحق رقم (03) مقياس جودة الحـــــياة
مــوجـــــه لآباء المراهقيـــــن

PedsQL Cancer Module
Parents

رقم التعريف | تاريخ ملء الاستمارة | الرمز

التعـلـيـمـة: ستجد في الورقة المرفقة قائمة ببعض الأشياء أو الوضعيات قد تمثل مشكلة بالنسبة لابنك . هل يمكنك تحديد إلى أي درجة يمكن لهذه الأشياء أن تكون مشكلة بالنسبة له خلال **الشهر الماضي**. وذلك بإحاطة الرقم الذي تراه مناسبا بدائرة

0 - إذا لم تمثل لك **أي إشكال بالمرة** ..... **0- jamais**

1- تقريبا لم تمثل لك أي إشكال ..... **1- presque jamais**

2- في بعض الأحيان تمثل إشكالا لي ..... **2- par fois**

3-غالبا تمثل إشكالا لي ..... **3- souvent**

4-تقريبا كل يوم تمثل لي إشكالا ..... **4- presque toujours**

* لا يوجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، و إذا تم تفهم الأسئلة المطروحة لا تتردد في طلب المساعدة.

خلال **الشهر الماضي** إلى أي درجة عانى ابنكم من هذه **المشاكل**

الأوجاع و الآلام (مشاكل مع...)	أبدا	تقريبا	في بعض الأحيان	في كثير من الأحيان	تقريبا كل يوم
1.يعاني آلام في المفاصل و/أو في العضلات	0	1	2	3	4
2.لديه الكثير من الآلام	0	1	2	3	4

الغثيان (مشاكل مع...)	أبدا	تقريبا	في بعض	في كثير من	تقريبا

1.أصبح يعاني من الغثيان خلال العلاج الدوائي	0	1	2	3	4
2.لا يتلذذ الطعام	0	1	2	3	4
3.أصبح يعاني من الغثيان عندما يفكر في العلاج	0	1	2	3	4
4.يشعر بالغثيان عندما يأكل	0	1	2	3	4
5.بعض الأطعمة و الروائح تجعله مريضا في معدته	0	1	2	3	4

حصر الإجراءات العلاجية (مشاكل مع...)	**أبدا**	**تقريبا**	**في بعض الأحيان**	**في كثير من الأحيان**	**تقريبا كل يوم**
1.ابر الحقن (تحاليل الدم، ضموريدية) تسبب له/لها ألاما.	0	1	2	3	4
2.يصاب بالحصر عندما يراد أخذ عينات من الدم منه.	0	1	2	3	4
3.يصاب بالحصر عندما يراد حقنه (تحاليل الدم، ضموريدية)	0	1	2	3	4

الحصر العلاجي (مشاكل مع...)	**أبدا**	**تقريبا**	**في بعض الأحيان**	**في أكثر من الأحيان**	**تقريبا كل يوم**
1.يصاب بالحصر عند انتظار لقاء الطبيب	0	1	2	3	4
2.يصاب بالحصر عندما يكون ذاهبا للطبيب	0	1	2	3	4
3.يصاب بالحصر عندما يكون ذاهبا للمستشفى .	0	1	2	3	4

المخاوف و الانشغالات (مشاكل مع...)	**أبدا**	**تقريبا**	**في بعض الأحيان**	**في كثير من الأحيان**	**تقريبا كل يوم**
1.ينشغل بالآثار الجانبية للعلاج الكيميائي	0	1	2	3	4
2.يتخوف من عدم نجاح العلاج الدوائي	0	1	2	3	4
3.يتخوف من معاودة ظهور السرطان أو من الانتكاس	0	1	2	3	4

صعوبات معرفية (مشاكل مع...)	**أبدا**	**تقريبا**	**في بعض الأحيان**	**في كثير من الأحيان**	**تقريبا كل يوم**
1.يعاني صعوبة في التخيل عندما يتعلق الأمر بأشياء تخيفه	0	1	2	3	4
2.يعاني مشاكل في كتابة الوظائف المدرسية	0	1	2	3	4
3.يعاني صعوبات في الانتباه للأشياء	0	1	2	3	4
4.يعاني صعوبات في تذكر ما قرأه	0	1	2	3	4

إدراك المظهر الجسدي (مشاكل مع...)	**أبدا**	**تقريبا**	**في بعض الأحيان**	**في كثير من الأحيان**	**تقريبا كل يوم**
1.يشعر بأن مظهره غير لائق	0	1	2	3	4
2.لا يجب أن يرى الغير أثار جراحه (ندبه)	0	1	2	3	4

3.ينزعج عندما ينظر الآخرون إلى جسده	0	1	2	3	4

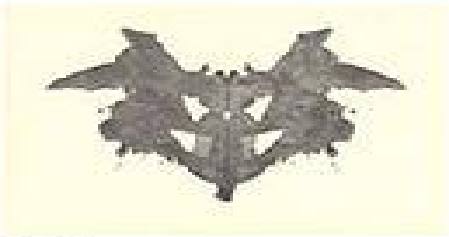
الاتصال (مشاكل مع ...)	أبدا	تقريبا	في بعض الأحيان	في كثير من الأحيان	تقريبا كل يوم
1.يجد صعوبة لإخبار الطبيب و الممرضات عن حالته	0	1	2	3	4
2.يجد صعوبة في طرح الأسئلة على الطبيب أو الممرضات.	0	1	2	3	4
3.يجد صعوبة في إعطاء شروحات حول مرضه للآخرين	0	1	2	3	4

ملحق رقم (04) بطاقات الروشاخ

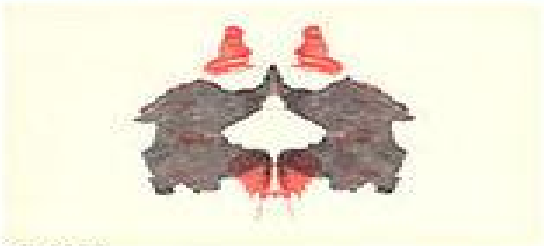
تكون **تعليمة اختبار الروشاخ** على الشكل التالي: سأريك عشر بطاقات وقل لي ماذا ترى فيها، فبماذا توحي لك أو ما الذي تصوره لك؟ انظر في البطاقة كما تشاء " أي في الاتجاه الذي تريده"، و كل ما أريده هو أن تقول لي على كل شيء تراه و كل ما يمكنك أن تتخيله ".

-" لديك كل الوقت الذي تحتاجه للتعبير ولا يوجد هناك إجابات صحيحة و أخرى خاطئة" . (هي مسألة تخيل و كل شخص يدلي بالأشياء التي تتراءى له)

UNIVERSITE SETIF2

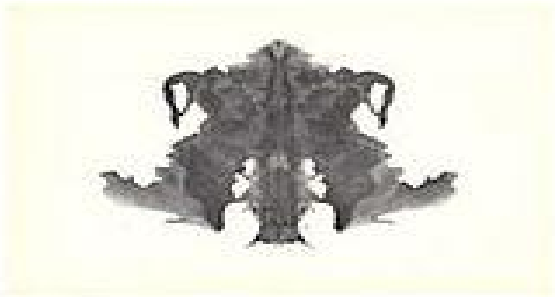


Plaat I



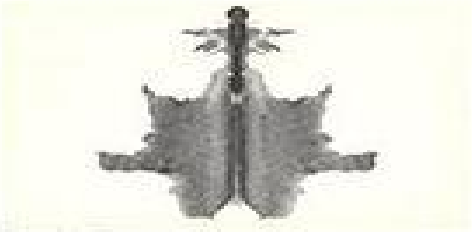
Plaat II

Plaat III

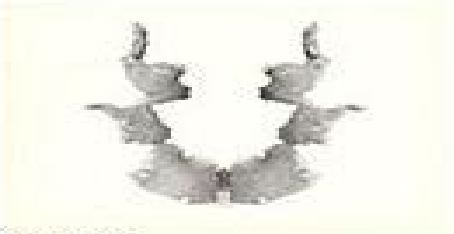


Plaat IV

Plaat V



Plaat VI



Plaat VII

Plaat VIII

Plaat IX

Plaat X

<u>ملحق رقم (05)</u>

<u>قائمة الترميزات القضيبية، الأنثوية و العدوانية؛ فئة E, D, C, B</u>

بالاستناد لأعمال(1997) Diwo, (1968) Cassiers كمرجعية.

الفئـــة C			
المحتوى	العدوانية	الأنثوية	القضيبية

الفئـــــة B			
المحتوى	العدوانية	الأنثوية	القضيبية
إنساني	وحش، وحش له قرون شيطان، غول، عملاق أشخاص ينظرون إلى بعضهم البعض، يحيون بعضهم البعض، أو يتواجهون وجها لوجه... شخص يرى من الوراء (من الظهر) (...)		لحية طويلة جديلة شعر Queue de cheval انف جد طويل أعين، ذقن، أذنين مدببتين، ضفيرة،"كعكية" Chignon قارورة عطر، رشاشة بودرة... موزة (...)
حيواني	عقرب، أسد، ذئب، تنين، ديناصور حشرة بفك علوي أخطبوط نسر رأس الكبش، الرام، الثور دبور، عنكبوت، بق حشرات ضارة بأرجل معكوفة أو ملتفة ثور، خنزير أو خنزير بري شيطان له قرنين شكل التمساح وحيد القرن بقرون قرون (...)		قرن، قرن استشعار عنق إوزة رأس الرام bélier أنف حيوان (خطم) Museau خرطوم الفيل، ذيل طويل آذان حادة، أسنان حادة، ريش رأس إوزة، فيل، رأس سلحفاة اليعسوب، سحلية شراغيف (فرخ الضفدع) دودة (الأرض، الرمل...) شرنقة،حلزون، رخوي Limace حورية البحر (...)
نباتي		تاج الزهرة يقطين زهرة تتفتح (الورد، السحلبية...) (...)	جذع الشجرة مدقة الزهرة (الجزء المركزي المدبب في الزهرة) Pistil ، ساق الزهرة جزر، فجل شجر التنوب (الصنوبر)، نخلة (...)
الجماد	قناع الذئب عمود كهربائي صاروخ طائرة دبابة خوذة مركبة فضائية سهم رمح جزازة العشب (...)	مقطع، مزهرية، أصيص إناء، وعاء، نافورة دلو، كأس، بركة جرس، قصعة، جفنة، غلاية... إبريق، جرة، قدر،أصيص كل ما له شكل القوص قيتارة، ربابية، سلة، قفة صدفة، قوقعة فستان، تنورة، شال، خمار، لباس سترة... بحيرة،مدخل مغارة، كهف صخرة بها ثقب جسر، قناة، نفق (...)	برج ايفل عمود كهربائي، صاروخ طائرة، طائرة ورقية، مركبة فضائية سروال، ملابس السهرة للرجال (smoking) لباس رسمي أو طاقم (costume)، ربطة عنق،احذية بكعب عال قلنسوة، قبعة مدببة عصا، رمح، سهم ميكرفون القش كرسي كبير، عالي راية، علم أهرام، منارة، قمة جبل، بركان (...)

إنساني	امرأة شريرة، شرسة، ساحرة مصاص دماء، أسنان إنسان فضائي إنسانين في وضعية ظهر لظهر شيطان مع أسنان بارزة رأس بأعين شريرة غضب شخصين يجريان لأجل أن يتقاتلا سحرة يلقون تعويذات جدة في وضعية قرفصاء رجل يقرع الطبل وجه يخرج لسانه إلى الخارج فتيات يتشاجرن (يضربن بعضهن البعض بالأيدي) (...)	نهد، صدر ورك فم بطن تجويف الحوض، تجويف العينين الحلق، العنق (...)	رجلين متلاصقتين، مستدقة الأطراف، مشدودة للأمام، رجلين كبيرتين (...)
حيواني	دب يضرب بيديه (يصفق) حيوانات تقبل بعضها البعض منقار، كماشة، مخالب فم مفتوح الدفاع عنكبوت تعض فراشة مقطوعة الرأس أو بدون رأس فأر مشرح، مقطع، مقسم، مجزأ دب مشوه رأس كلب يصرخ قرد يتظارف (faire la grimace) سلطعون بملاقط، حيوان بمخالب حيوان يعض، يلدغ، يهجم... عصفور (طير) يسقط أو يقع وحش يقذف النار حشرة محصورة بين صخرتين ذئب مقطع لنصفين أرجل الأخطبوط وحشين متشابكين كلب ينبح عنكبوت بدون أرجل اللسان الماص عند الحشرات، لسان الثعبان (...)		منقار شعر حيواني دفاع أرجل بها وبر، بها شعر، أرجل ملتوية... اللسان الماص عند الحشرات الاجزاء الحادة اللاسعة (...)
	أوراق ميتة، مقطعة، متلفة		
الفئـــة E			
النباتي	أغصان متساقطة (...)		
	العدوانية	**الأنثوية**	**القضيبية**
الجماد	بركان، فوهة بركان العاب نارية سيف، سكين مركبة فضائية تحط على الأرض منجل، مفرمة (...)	حمالة صدرية مياه/ منبع/نهر جاري (...)	صنارة، كلاّب، معقف (...)

تابع الملحق رقم (05)

إنساني	دم (أجزاء من الجسم بها دم) الموت،... جسم مسحوق جسم متحلل	دم، العادة الشهرية المهبل بين الساقين ساقين متباعدتين (_ _)	قضيب/ العضو التناسلي (العورة)/ ذكر الجماع الشرج
الفئـــة D			
المحتوى	**العدوانية**	**الأنثوية**	**القضيبية**
حيواني	دم (لطخات، جسم حيواني ينزف) عنكبوت مسحوق بالقدم هيكل عظمي (جمجمة، رأس ميت دبور يلسع (...)	دم ثدي	
نباتي	إصابة، جرح، كدمة جثة، الموت، صورة العنف	حوض صدر	
الجماد	قذارة (_ _) جسم دون رأس	(...)	
إنساني	قطع من الشيطان عفريت (شيطان) من الجحيم باطن الجسم الإنساني رئة، قلب، القناة الهضمية العمود الفقري، عظم ، بصمات أشخاص يضربون بعضهم بعضا، يتشاجرون، يتواجهون، يصيحون (...)		
حيواني	حيوانات مسحوقة، مقطعة إلى أشلاء حيوان ميت، مجروح حيوان يمسك بحيوان آخر ليأكله وحش مشوه، مبتور، أعضاء ممزقة حيوانات تصرخ، تصدر /أصوات رأس الثور (...)		
نباتي	نبتة أوراق الشيطان المميتة (...)		
الجماد	نار، حريق، صاعقة، انفجار نووي بركان ينفث الحمم سحابة ذرية أسلحة (بندقية، مسدس...) فأس، مشرط إسقاط بقع الحبر بقع الدم مفرقعات تنفجر (...)		

تابع الملحق رقم (05)

ملحق رقم (06)

مؤشرات و معايير سيكوغرام الروشاخ

★ **ج** = المجموع الكلي لعدد الاستجابات في البروتوكول (المعيار= من 20 إلى 30 إجابة)

★ **ج/ت** = الوقت الإجمالي لكل إجابة (المعيار=45 ثا)

حيث متوسط زمن الاستجابة = الزمن الكلي/ عدد الاستجابات

★ **ك%**= نسبة الاستجابات الإجمالية (المعيار=30 %) حيث تساوي :

(مج ك + ك ف...x 100)/ج (∑G + Gbl…. 100) / R

★ **ج%** = نسبة الاستجابات التفصيلية الكبيرة (المعيار= من 50 إلى 60 %) حيث تساوي :

(مج ج+ ج جـ...x100)/ج (∑D + Dbl….x 100) / R

★ **ش%** = نسبة الاستجابات المحددة بالشكل (المعيار= من 50 إلى 75%) حيث تساوي:

[مج (ش$^{+}$ + ش$^{-/+}$ + ش$^{-}$) x100] /ج [∑ (F^{+} + $F^{+/-}$+ F^{-}) x 100] / R

★ **ش% (الموسع)** = نسبة الاستجابات المحددة بالشكل و الحركات (المعيار= من 60 إلى 85 %)

ش% (الموسع) = مجموع كلي ش+حربشر+حرحيو+ ش ل + ش ض + ش فق x100/ج

F% élargi= Nbre T F+K+kan+FC+FE+FClob x 100/R

★ **ش$^{+}$%**= نسبة الاستجابات المحددة بشكل جيد (المعيار= من 70 إلى 85 %) حيث تساوي:

$$\frac{\text{مج ش+ + [ش+/-/2] x100}}{\text{ج (ش+ + ش+/- + ش-)}} \qquad \frac{\sum F^{+} + [F^{+/-}/2]\,x\,100}{R\,(F^{+} + F^{+/-} + F^{-})}$$

★ **ش$^{+}$ % (الموسع)**= (ش+)+ (ش+/-) +(حربشر) + (حرحيو) + (ش ل) + (ش ض)+ (ش فق)
عدد الاستجابات بمحددات شكلية

F+% élargi= (F+) + ($F^{+/-}$/2) +(K) +(kan) + (FC) +(FE)+(FClob)
Nbre R à dominante formelle (= numérateur du F% élargi)

★**TRI (Type de résonance intime):** أي نمط الرجع الحميم أو نمط الخبرة، له قيمة طبائعية و يعبر عن تناسب المظهر الانطوائي و المظهر الانبساطي للفرد (أي النسبة بين عدد استجابات الإحساس بالحركة البشرية "حر" بالنسبة للنزعة الانطوائية و بين مجموع الاستجابات اللونية " ل" الخاص بالنزعة الانبساطية)، و تشير للطريقة التي يشعر بها الفرد و ليس بالضرورة الطريقة التي يتصرف بها.

حيث كل استجابة حركية "حر" تقدر بدرجة واحدة : **حر** =1

$$\textbf{TRI} = \frac{(\sum K + KC\ldots)}{(\sum C + + FC + CF\ldots)} \qquad \textbf{TRI} = \frac{(\text{مج حر بشر + حر بشر ش....})}{(\text{مج ل + ش ل+ ل ش... })}$$

الترجيح

ل = 1.5
ل ش= 1
ش ل= 0.5

*- **نمط مضيق Coarté :** يخلو من كل الاستجابات اللونية و الحركية ∑ K et ∑C = 0

*- **نمط يميل نحو التضيق Coartatif:** ∑K / ∑C = 1/1 ; 0/1 ; 1/0

*-**المنطوي Introversif:** ∑K > 1 >∑C (خالص إن كان ∑C= 0 ؛ موسع إذا كان ∑C ≥ 1)

*- **المنبسط Extratensif:** ∑K > 1 >∑C (خالص إن كان ∑K= 0 ؛ موسع إذا كان ∑K ≥ 1)

*- **نمط متكافئ الانطواء و الانبساط Ambiéqual**: يتساوى فيه مجموع الاستجابات الحركية مع الاستجابات اللونية . ∑ K= ∑C > 1

FS = قانون ثانوي، يدرك وجود التحقق النزوي

FS=(مج حرحيو+حرشيء+ حرجـ....) / (مج ض+ ش ض+ ض ش...)

FS = (∑kan+ kob + kp…) / (∑E+ +FE+EF…)

<u>الترجيح</u>

ض=1.5

ض ش=1

ش ض= 0.5

*- **نمط مضيق Coarté** :يخلو من كل الاستجابات اللونية و التضليل ∑ k et ∑E = 0

*- **نمط يميل نحو التضيق Coartatif**:1/0 ; 0/1 ; 1/1 =∑E / ∑k

*-**المنطوي Introversif:** ∑k > 1 >∑E (خالص إن كان ∑E= 0 ؛ موسع إذا كان ∑E ≥ 1)

*- **المنبسط Extratensif:** ∑E > 1 >∑k(خالص إن كان ∑k= 0 ؛ موسع إذا كان ∑K ≥ 1)

*- **نمط متكافئ الانطواء و الانبساط Ambiéqual**: يتساوى فيه مجموع الاستجابات الحركية مع الاستجابات التضليلية. ∑ K= ∑E > 1

RC%= يظهر قابلية الاستجابة للألوان و تأثير المثيرات الخارجية و تختص بالبطاقات 8، 9، 10.

حيث :R / (∑ R {pl: 8, 9,10}x 100))

الانبساط> 40%

الانطواء:40%<RC%> 30%

متكافئ الانطواء و الانبساط< 30%

★ **بشر%** = النسبة المئوية للاستجابات ذات المحتوى الإنساني، حيث:

ج/ (100x ... مج بشر + ج بشر) ∑ H + Hd … x 100) / R)

★ **حيو%** = النسبة المئوية للاستجابات ذات المحتوى الحيواني (المعيار: من 35 إلى 50%) حيث:

ج/ (100x ... مج حيو + ج حيو) ∑ A+ Ad … x 100) / R)

شا= عدد الشائعات، المعيار (بين 5 - 7 شا)

★ **IA%** = علامات القلق و تتمثل معادلة القلق فيما يلي :

ج /(100x جنس+ تشر+ دم+ بشر مج ج) ∑Hd+ Sg + Anat + Sx x 100) / R)

(المعيار أقل من 11% ، حيث الزيادة على هذه النسبة يدل على قلق كبير)

★ **العمود الكيفي** = (صدمة؛ غياب الحيوية، احتياط لفظي، نقد ذاتي، تكرار، ترميز...)

بشر= استجابة بشرية، **حيو**= استجابة حيوانية؛ **تشر**= استجابات تشريحية؛ دم ؛ جنس ؛ **طبيـ** = طبيعة ؛ **نبـ** = نباتي؛ **ش** = شكل ؛ الكل = ك ؛ الجزء = ج ؛ حركة = حر (الحركات الكبرى التي تحتوي على الشخص بمجمله ، أما الحركات الصغرى فتتمثل في: حركة بشرية جزئية = **حرج** ؛ حيوانية = **حرحيو** ؛ الأشياء التي ترى في حركة = **حرشيء**، **k** = عدد الحركات الصغرى؛ **ل** = لون، (**ل'**= اللون الأبيض، الرمادي أو الأسود ؛ **ل** = باقي الألوان)؛ **ض**= تضليل أي الاستجابات التي تتضمن التضليل (انطباع السطح و الملمس de texture مثل النعومة و الخشونة؛ انطباع الانتشار de diffusion الخاصة بالعمق و الأبعاد الثلاث مثل الضباب، الدخان، السحاب؛ انطباع الرسم المنظوري de perspective الخاص بامتداد البعد الثالث المسقط على مسطح ذي بعدين مثل الخرائط الطبوغرافية، الأشعة X)؛ **ف** = الفراغ الأبيض؛ =**فق** استجابات فاتحة-قاتمة؛ ← = نزعة...

ملحق رقم (07)
قائمة الشائعات في اختبار الروشاخ

اللوحة I:عصفور، خفاش، فراشة (الكل)
اللوحة II : /
اللوحة III : شخصين (الأسود)؛ ربطة عنق الفراشة، فراشة (الأحمر المركزي)
اللوحة IV: جلد حيوان (الكل)
اللوحة V : عصفور، خفاش، فراشة (الكل)
اللوحة VI: جلد حيوان
اللوحة VII: /
اللوحة VIII : حيوانين (الجزء الوردي)
اللوحة IX : /
اللوحة X: سلطعون ، عنكبوت (الأزرق على الجانبين)

ملحق رقم (08)
الدلالات الكامنة في بطاقات الروشاخ

البطاقةI: بطاقة الدخول في وضعية جديدة و كيفية تصدي المفحوص للوضعيات الجديدة؛ و قد تكون هناك صدمة أولية حيث تعد الاستجابة شائعة "شا" الدفاع الأكثر شيوعا ضد هذه الصدمة.
و فيها تحريك مزدوج : نرجسي (فيه إسقاط لتمثيل الذات و لصورة الجسد الموحدة أو غير الموحدة)، و موضوعي (علاقة مع الصورة ما قبل تناسلية كموضوع أول)

البطاقةII: بطاقة العدوانية؛ الفجوة المركزية و التكوين الثلاثي الألوان (الأسود، الأبيض، الأحمر) تختبر assises الجسدية (الانكسار الأساسي، الجروح، الثقوب...) و يبعث أيضا إلى الاستثمارات النزوية التي تحركها القوى الليبيدية و/أو العدوانية.

البطاقةIII: بطاقةالتقمص؛ وجود الأحمر يشير دائما إلى معالجة النزوات الليبيدية و العدوانية. و من جهة أخرى تضع اللوحة صلابة المخطط الجسدي (التمثيل الإنساني القوي) و تلتمس التقمصات الجنسية (الازدواجية الجنسية)

البطاقةIV : البطاقة الأبوية؛ تبعث لتمثيلات القوة (massivité)، بطاقة ذات رمز أبوي، أقلها القوة القضيبية يمكنها أن ترتبط بالصور الذكورية أو بالصور الأنثوية (ما يدعو لافتراض أنا أمومي قضيبي). فهي تهتم rend compte بوضعية الفرد إزاء تمثيلات القوة : وضعية سلبية أو وضعية نشطة مع تقمص لقوتهم الدينامية.

البطاقة V: بطاقة تمثيل الذات؛ كما تشكل أيضا اختبارا للواقع الأساسي بما يحمله من محتوى de part son contenu très figuratif

البطاقةVI: بطاقة جنسية؛ تبعث للنزوة الجنسية (الذكورية، الأنثوية، ازدواجية الجنس)

البطاقةVII: بطاقة الأمومة؛ الحضور المكثف للأبيض المقترن بالفراغ met à l'épreuve حدود الداخل/الخارج. و هي أيضا بطاقة الترميز الأمومي و الأنثوي (المظهر المقعر). كما تبعث أيضا للعلاقات المبكرة (الامتزاجية، غياب الأمان، الغبطة...). و تسمح على مستوى التقمصات بتحديد موقع الفرد إزاء النموذج الأنثوي (المعارضة/ الانقياد ؛ التثمين/ عدم التثمين...)
مع الإشارة إلى أن البطاقات ذات الألوان الفاتحة تعمل على الاستثارة النزوية و الانفعالية القوية و تسمح بمقاربة علاقات الفرد مع محيطه.

البطاقةVIII: بطاقة العلاقة مع البيئة المحيطة و الاحتكاك بالعالم الخارجي.

البطاقةIX: بطاقة رحمية (planche utérine)؛ اختبار حدود داخل/ خارج، بطاقة العلاقات قبل التناسلية و النكوص نحو ما هو بدائي. و تدعى أيضا ببطاقة الأمومة.

البطاقةX: بطاقة التجزئة؛ اختبار القدرات حول الإعراب عن الوحدة الجسدية و وحدة الهوية؛ و يمكن اعتبارها كبطاقة التفردن و الانفصال.

ملحق رقم (09)

سيكوغرام اختبار الروشاخ

الاسم: **التاريخ :** **الجنس** **السن:** **المستوى التعليمي:** **الموضوع:** **الملاحظات العيادية أثناء التمرير:**				
السيكوغرام				
الإنتاجية	**Appréhension**	**المحددات**	**المحتوى**	**العمود الكيفي**

ج=		ش=	بشر=	الاحتياط
	العدد %	ش$^{+}$=	(بشر)=	اللفظي:
الزمن الكلي:	ك=	ش$^{-}$=	ج يشر=	التدوير:
متوسط الزمن/ ج:	ج=	ش$^{+}$/$^{-}$ =	ج (بشر)=	كبت العدوانية:
متوسط زمن	جج=		بشر%=	نقد ذاتي:
الرجع:	ج/ابيض=	ش%=		انتقاد
الرفض:	ج°/ جi=	ش% الموسع=	حيو=	الموضوع:
		ش$^{+}$%=	(حيو)=	كف:
		ش% الموسع=	ج حيو =	أو:
= TRI			ج (حيو)=	بحث عن السند:
النمط:		حر بشر=	حيو%=	كبت قضيبي:
		حر حيو=		تماهي اسقاطي:
FS:		حر ج=	تشر=	الحساسية
النمط:		حر شيء=	دم=	للفراغ:
		حر ل=	جنس=	تشويه:
=RC%		حر حيو ل=	نبات=	نزع الحيوية:
		حر شيء ل=	شيء=	وضعية سلبية:
		حر ج ل=	جلد=	رمز انثوي:
		...	=Frag	صدمة ل:
		ل=	فن=	صدمة حر:
		لَ=	...	التكرار:
		ش ل=	...	مرجعية رمزية:
		ش لَ=	....	استذهان:
		ل ش=		الابعاد MAD:
		لَ ش=	شا=	التناضر
		...	شا%=	تقمص جنسي:
		ض=		...
		فق=	=% IA	...
		ش ض=		
		ش فق=		
		ض ش=		
		فق ش=		
		...		
الاختيار + :				
الاختيار - :				

ملحق رقم (10)

الفضاء الخيالي: (De Tychey, Rebourg & Vivot, 1991)

المؤشرات/ المعايير	النتائج
ج: 30/20 إجابة	
حر أكبر أو يساوي 3	
ح اكبر من 4	
ش% : 75/50 %	
ش+%: 80/75 %	
حيو%:50/35 %	
T.R.I انطواء، انبساط موسع	

FS انطواء/ انطواء موسع	
عدد المؤشرات الموافقة للمعايير	

ملحق رقم (11-1)

العقلنة: قائمة الدينامية العاطفية؛ محور التعبير النزوي: (Rauch de Traubenberg & al, 1990)

محور التعبير النزوي		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	XI	X	النتيجة
موضوعي	صريح											
	حيادي											
لا موضوعي	صريح											
	حيادي											

ملحق رقم (11- 2)

العقلنة: قائمة الدينامية العاطفية؛ محور العدوانية (Rauch de Traubenberg & al, 1990)

محور العدوانية		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	XI	X	النتيجة
موضوعي	نشط											
	سلبي											
لا موضوعي	نشط											
	سلبي											
كامن												

الملحق رقم (11- 3)

العقلنة: نوعية الترميز الجنسي القضيبي و الأنثوي

□- الترميزالقضيبي

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	XI	X
B +2										
C +1										
D -1										
E -2										

▪ردود الفعل على البطاقات IV و VI المشبعة بالتفاصيل القضيبية

البطاقة IV	
البطاقة VI	

□- الترميز الأنثوي

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	XI	X
B +2										
C +1										
D -1										
E -2										

▪ردود الفعل على البطاقاتVIIو IX المدعوة ببطاقات الأمومة

البطاقة VII	
البطاقة IX	

الملحق

ق رقم (11- 4)

العقلنة: نوعية ترميز العدوانية

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	XI	X
B +2										
C +1										
D -1										
E -2										

- **ردود الفعل على البطاقات II و III المشبعة بالتفاصيل القضيبية**

البطاقة II	
البطاقة III	

الملحق رقم (11- 5)

العقلنة: نوعية ارتباط العاطفة/ التمثيلة.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	XI	X	النتيجة
ش،حر، حرحيو...											
ل، لَ، ض،...											
ض ش، ل ش،...											
ش ل، ش لَ، حرش...											

ملحق رقم (12)

موازنة فعالية الدفاع

المعايير	النتائج
موضوع الاستجابات الإجابات الفضة مقابل الإجابات الخاضعة للسيرورات الثانوية	
شكل التعبير اللفظي	
التكيف مع الواقع الخارجي ش+% و ش+% الموسع	
فعالية الدفاعات على المستوى الدينامي الدينامية داخل و بين البطاقات	
تقييم النبرة الإنفعالية العواطف المرتبطة بالتمثيلات	

ملحق رقم (13)

مؤشرت الروشاخ حول الميكانيزمات الدفاعية عند المريض السيكوسوماتي: بالاستناد لأعمال

- التعقلن (الاستذهان) : يستعمل الفكر و الكلمات لأجل إبعاد الحركات النزوية العدوانية
- الحياة العملية مستوى الترميز يكون سيئا حول التعبير النزوي العدواني خاصة في البطاقات II و III تنتمي للفئة E, D من قائمة Cassiers (1986) و التي أكد عليها فيما بعد C.de Tychey (1990, 1991)

- IESيكون اكبر من 0.5 +
- الربط عاطفة/تمثيلة يكون من نوعية سيئة، بل غائب تقريبا: بحيث لا يمكن للمفحوص الولوج لعالمه الداخلي، و لا تظهر لديه قدرة لربط اجاباته بعالمه الداخلي.

- بالنسبة لفضائه الخيالي، يكون TRI و FS من النمط الذي يميل إلى التضيق أو المضيق.
- عدد الإجابات منخفض
- ش(F%)% مرتفع
- القليل من الحركات الكبرى (K) و القليل من الحركات الصغرى (k)
- تنوع خفيف في المحددات
- غياب الحساسية للمحتوى الكامن للبطاقات
- حيو% (A%) مرتفع
- التعرض للعدوانية فق (clob) ، مواضيع جنسية و عدوانية فضة
- تكرر المواضيع المتعلقة بالمرض

أما بالنسبة للدفاعات فتكون بصفة خاصة مزيجا من القمع على جهاز الفكر، و كف الحركات العدائية و كل ما يندرج تحت الحياة العملية بصفة عامة. كما أن ذلك لا يمنع من ظهور بعض الميكانيزمات التي تنتمي لإحدى السجلات الثلاث المعروفة، كون التنظيمة السيكوسوماتية هي كلية التواجد كما اشرنا إليه سابقا. و تتجلى مؤشرات الروشاخ حول الميكانيزمات التي يستعملها مريض السرطان كما يلي:

- القمع:
  - ✓ تجنب اللون الأحمر في اللوحات 2 و 3 و هو ما يستدعي المحور النزوي العدواني.
  - ✓ صدمة الحركة، حركة مكبوتة، حركة مقموعة، ظهور استجابات الإحساس بالحركة الجزئية (kp)
  - ✓ استذهان
  - ✓ يظهر في السلوك العام بعض التهيج الحركي
  - ✓ ميل نحو النمط المضيق
  - ✓ إسناد العدوانية محتمل لباقي البطاقات
- الكف: يظهر الكف بكثافة في بروتوكول المرضى السوماتيون
  - ✓ تقلص عدد الاستجابات.
  - ✓ العديد من لحظات الصمت
  - ✓ تعبير نوعا ما فقير، يشير لمحاولة صد الإسقاط و كل تضمين للذاتية مع ظهور العديد من الشائعات، التحفظ في الإجابة (استعمال الإجابة في سياق الجمع "On"، أشخاص، مخلوقات، ....)
  - ✓ TRI و FC تتوافق مع الفضاء الخيالي (يميل نحو التضيق أو المضيق) مع ش % مرتفع و ش$^{+}$% مرتفع أيضا.
  - ✓ صدمة اللون، و صدمة اللون الأحمر.
  - ✓ عدم الاستعدادية للتبادل مع المفحوص، غياب تمثيل العواطف figurablilité، و عدد من الآليات النرجسية.

- الانشطار:
  - ✓ تناوب التحكم الشكلي الجيد و الغمر النزوي بتفريغات مباغتة.
  - ✓ محتوى الإجابات يكون واضح التباين في البطاقة الواحدة أو بين بطاقتين، و إسناد لون يقترب من اللون الموجود في البطاقة و ليس اللون بذاته.
- هيمنة المدرك على الخيالي:
  - ✓ وجود مرتفع للاستجابات التشريحية التي تنقط بـ ش$^{-}$
  - ✓ معالجة حالية و ملموسة للبطاقات
  - ✓ نزعة للتعقلن
  - ✓ نزعة لعزل العواطف يستدل عليه من خلال مجموع الإجابات اللونية ل المنخفض و ش% المرتفع
  - ✓ ش% مرتفع و ش$^{+}$% منخفض و استجابات تشريحية حسب CHABERT (1988)
  - ✓ ارتفاع الإجابات شا
  - ✓ قله الإجابات المبتكرة

- معالجة القلق :
  - ✓ مؤشر القلق يكون أقل من 11%
  - ✓ تفاعل حسي خاص باللون الأسود مع ظهور فق،لَ، ض، حر منعزلة (خالصة)
  - ✓ تظاهرات جسدية و سلوكية للقلق (إيماءات، تدوير البطاقات، تعرق، احمرار، لمس أجزاء من الجسم، الضحك، الابتسامة....

ملحق رقم (14): نتائج أبعاد الشعور بالفعالية الذاتية في القياس البعدي

نتائج البعد الأول: تسيير الأعراض

Test-t

Statistiques de groupe

	Group1	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Resultats Gestion des Symptomes	Experimental	32	80.1563	6.28931	1.11180
	Control	31	48.8387	10.56440	1.89742

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
Resultats Gestion des Symptomes	Hypothèse de variances égales	13.064	.001	14.351	61	.000	31.31754	2.18231	26.95373	35.68135
	Hypothèse de variances inégales			14.241	48.594	.000	31.31754	2.19916	26.89722	35.73786

نتائج البعد الثاني:العلاج

Test-t

Statistiques de groupe

	Group1	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Resultats de Traitement	Experimental	32	29.2813	2.08271	.36818
	Control	31	21.1935	2.42788	.43606

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
Resultats de Traitement	Hypothèse de variances égales	.000	.985	14.206	61	.000	8.08770	.56930	6.94931	9.22610
	Hypothèse de variances inégales			14.171	59.001	.000	8.08770	.57070	6.94573	9.22968

نتائج البعد الثالث:الاتصال

Test-t

Statistiques de groupe

	Group1	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Resultats de Communication	Experimental	32	41.7188	4.20625	.74357
	Control	31	24.5161	4.76005	.85493

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
Resultats de Communication	Hypothèse de variances égales	.440	.510	15.213	61	.000	17.20262	1.13080	14.94145	19.46380
	Hypothèse de variances inégales			15.183	59.567	.000	17.20262	1.13305	14.93585	19.46939

ملحق رقم (15): نتائج أبعاد جودة الحياة لدى المراهقين في القياس البعدي

نتائج البعد الأول: الأوجاع والآلام

Test-t

Statistiques de groupe

	Group	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Resultats de Douleur	Control	31	132.2581	43.87176	7.87960
	Experimental	32	128.1250	36.89020	6.52133

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
Resultats de Douleur	Hypothèse de variances égales	.920	.341	.405	61	.687	4.13306	10.19991	-16.26291	24.52904
	Hypothèse de variances inégales			.404	58.577	.688	4.13306	10.22819	-16.33659	24.60272

نتائج البعد الثاني: الغثيان

Test-t

Statistiques de groupe

	Group	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Resultats de Nausée	Control	31	221.7742	61.82702	11.10446
	Experimental	32	349.2188	58.71074	10.37869

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
Resultats de Nausée	Hypothèse de variances égales	.040	.841	-8.392	61	.000	-127.44456	15.18688	-157.813	-97.07651
	Hypothèse de variances inégales			-8.385	60.574	.000	-127.44456	15.19955	-157.842	-97.04685

نتائج البعد الثالث: مشاكل الحصر المتعلقة بالإجراءات العلاجية

Test-t

Statistiques de groupe

	Group	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Resultats de Problèmes d'anxiété Procedurale	Control	31	152.4194	41.00551	7.36481
	Experimental	32	221.8750	43.41752	7.67520

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
Resultats de Problèmes d'anxiété Procedurale	Hypothèse de variances égales	.213	.646	-6.524	61	.000	-69.45565	10.64696	-90.74556	-48.16573
	Hypothèse de variances inégales			-6.530	60.962	.000	-69.45565	10.63716	-90.72622	-48.18507

نتائج البعد الرابع: مشاكل الحصر المتعلقة بالمعالج

Test-t

Statistiques de groupe

	Group	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Resultats d'anxiété de Traitement	Control	31	117.7419	47.95551	8.61306
	Experimental	32	225.0000	45.34812	8.01649

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
Resultats d'anxiété de Traitement	Hypothèse de variances égales	1.505	.225	-9.124	61	.000	-107.25806	11.75584	-130.765	-83.75081
	Hypothèse de variances inégales			-9.116	60.531	.000	-107.25806	11.76643	-130.790	-83.72593

تابع الملحق رقم (15)

نتائج البعد الخامس: مشاكل المخاوف والقلق

Test-t

UNIVERSITE SETIF2

Statistiques de groupe

	Group	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Resultats de Phobie	Control	31	112.9032	58.04846	10.42581
	Experimental	32	189.8438	40.09031	7.08703

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
Resultats de Phobie	Hypothèse de variances égales	5.494	.022	-6.138	61	.000	-76.94052	12.53467	-102.005	-51.87591
	Hypothèse de variances inégales			-6.103	53.148	.000	-76.94052	12.60649	-102.224	-51.65675

نتائج البعد السادس: مشاكل معرفية

Test-t

Statistiques de groupe

	Group	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Resultats des Problèmes Cognitives	Control	31	258.0645	52.59400	9.44616
	Experimental	32	342.9688	41.26741	7.29512

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
Resultats des Problèmes Cognitives	Hypothèse de variances égales	1.324	.254	-7.141	61	.000	-84.90423	11.88947	-108.679	-61.12978
	Hypothèse de variances inégales			-7.114	56.877	.000	-84.90423	11.93519	-108.805	-61.00332

نتائج البعد السابع: مشاكل حول إدراك المظهر الجسدي

Test-t

Statistiques de groupe

	Group	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Resultats de Problèmes de Perception Physique	Control	31	102.4194	64.66414	11.61402
	Experimental	32	184.3750	47.41291	8.38150

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
Resultats de Problèmes de Perception Physique	Hypothèse de variances égales	4.777	.033	-5.750	61	.000	-81.95565	14.25321	-110.457	-53.45459
	Hypothèse de variances inégales			-5.722	54.959	.000	-81.95565	14.32254	-110.659	-53.25216

نتائج البعد الثامن: الاتصال

Test-t

Statistiques de groupe

	Group	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Resultats de Communication	Control	31	112.0968	41.76869	7.50188
	Experimental	32	196.8750	31.59088	5.58453

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
Resultats de Communication	Hypothèse de variances égales	4.929	.030	-9.105	61	.000	-84.77823	9.31129	-103.397	-66.15914
	Hypothèse de variances inégales			-9.065	55.861	.000	-84.77823	9.35228	-103.514	-66.04233

ملحق رقم (16): نتائج أبعاد جودة الحياة لدى آباء المراهقين في القياس البعدي

نتائج البعد الأول: الأوجاع والآلام

Test-t

Statistiques de groupe

	Group	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Resultats de Douleur	Group Contol	31	124.1935	40.04366	7.19205
	Group Experimental	32	146.0938	25.48669	4.50545

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence Inférieure	Supérieure
Resultats de Douleur	Hypothèse de variances égales	7.668	.007	-2.598	61	.012	-21.90020	8.42896	-38.75495	-5.04545
	Hypothèse de variances inégales			-2.581	50.622	.013	-21.90020	8.48674	-38.94113	-4.85927

نتائج البعد الثاني: الغثيان

Test-t

Statistiques de groupe

	Group	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Resultats de Nausée	Group Contol	31	211.2903	59.80479	10.74126
	Group Experimental	32	345.3125	61.70870	10.90866

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence Inférieure	Supérieure
Resultats de Nausée	Hypothèse de variances égales	.001	.980	-8.750	61	.000	-134.02218	15.31700	-164.650	-103.39394
	Hypothèse de variances inégales			-8.754	61.000	.000	-134.02218	15.30926	-164.635	-103.40942

نتائج البعد الثالث: مشاكل الحصر المتعلقة بالإجراءات العلاجية

Test-t

Statistiques de groupe

	Group	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Resultats d'anxiété Procédurale	Group Contol	31	133.0645	38.93750	6.99338
	Group Experimental	32	205.4688	39.52050	6.98630

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence Inférieure	Supérieure
Resultats d'anxiété Procédurale	Hypothèse de variances égales	.102	.751	-7.323	61	.000	-72.40423	9.88750	-92.17552	-52.63295
	Hypothèse de variances inégales			-7.325	60.982	.000	-72.40423	9.88513	-92.17090	-52.63757

نتائج البعد الرابع: مشاكل الحصر المتعلقة بالمعالجة

Test-t

Statistiques de groupe

	Group	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Resultats d'Anxiété de Traitement	Group Contol	31	115.3226	44.10094	7.92076
	Group Experimental	32	193.7500	41.63978	7.36094

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
Resultats d'Anxiété de Traitement	Hypothèse de variances égales	.336	.565	-7.260	61	.000	-78.42742	10.80304	-100.029	-56.82540
	Hypothèse de variances inégales			-7.253	60.514	.000	-78.42742	10.81304	-100.053	-56.80189

تابع الملحق رقم (16)

نتائج البعد الخامس: مشاكل المخاوف والقلق

Test-t

Statistiques de groupe

	Group	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Resultats de Phobie	Group Contol	31	87.0968	45.58461	8.18724
	Group Experimental	32	187.5000	44.90133	7.93751

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
Resultats de Phobie	Hypothèse de variances égales	.038	.846	-8.807	61	.000	-100.40323	11.40051	-123.200	-77.60650
	Hypothèse de variances inégales			-8.805	60.863	.000	-100.40323	11.40328	-123.207	-77.59991

نتائج البعد السادس: مشاكل معرفية

Test-t

Statistiques de groupe

	Group	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Resultats des Problèmes Cognitives	Group Contol	31	202.4194	54.14288	9.72435
	Group Experimental	32	317.9688	56.52375	9.99208

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
Resultats des Problèmes Cognitives	Hypothèse de variances égales	.386	.537	-8.282	61	.000	-115.54940	13.95258	-143.449	-87.64948
	Hypothèse de variances inégales			-8.287	60.993	.000	-115.54940	13.94291	-143.430	-87.66876

نتائج البعد السابع: مشاكل حول إدراك المظهر الجسدي

Test-t

Statistiques de groupe

	Group	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Resultats des Problèmes de Perception d'Aspect Physique	Group Contol	31	99.1935	51.43113	9.23730
	Group Experimental	32	182.8125	53.29373	9.42109

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
Resultats des Problème de Perception d'Aspect Physique	Hypothèse de variances égales	.000	.988	-6.334	61	.000	-83.61895	13.20169	-110.017	-57.22054
	Hypothèse de variances inégales			-6.338	60.999	.000	-83.61895	13.19412	-110.002	-57.23568

نتائج البعد الثامن: الاتصال

Test-t

Statistiques de groupe

	Group	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Resultats de Communication	Group Contol	31	103.2258	39.12690	7.02740
	Group Experimental	32	201.5625	47.06614	8.32020

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
Resultats de Communication	Hypothèse de variances égales	1.696	.198	-9.003	61	.000	-98.33669	10.92296	-120.179	-76.49488
	Hypothèse de variances inégales			-9.029	59.642	.000	-98.33669	10.89082	-120.124	-76.54911

ملحق رقم (17)
فروق نتائج الفعالية الذاتية في القياس البعدي للمجوعة التجريبية حسب السن

Statistiques de groupe

	Age	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
TotalSEPexpérimentation	13-15 ans	14	150.6429	9.92748	2.65323
	16-18 ans	18	151.5556	8.59701	2.02633

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
TotalSEPexpérimentatic	Hypothèse de variances égales	.226	.638	-.278	30	.783	-.91270	3.27741	-7.60606	5.78066
	Hypothèse de variances inégales			-.273	25.860	.787	-.91270	3.33851	-7.77692	5.95152

قيمة T

(0.27) غير دالة عند 0.05.

ملحق رقم (18)
فروق نتائج الفعالية الذاتية في القياس البعدي للمجوعة التجريبية حسب الجنس

Statistiques de groupe

	Sexe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
TotalSEPexpérimentation	Masculin	20	153.5000	8.33824	1.86449
	Féminin	12	147.2500	9.19610	2.65468

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
TotalSEPexpérimentati	Hypothèse de variances égales	.055	.816	1.976	30	.057	6.25000	3.16316	-.21003	12.71003
	Hypothèse de variances inégales			1.927	21.500	.067	6.25000	3.24402	-.48677	12.98677

قيمة T (1.97) غير دالة عند 0.05.

ملحق رقم (19)
فروق نتائج جودة الحياة في القياس البعدي للمجوعة التجريبية حسب السن

Statistiques de groupe

	Sexe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Resultats de QVA	Masculin	20	1801.2500	193.21978	43.20526
	Féminin	12	1900.0000	153.74122	44.38127

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
Resultats de QV	Hypothèse de variances égales	.310	.582	-1.504	30	.143	-98.75000	65.63684	-232.798	35.29831
	Hypothèse de variances inégales			-1.594	27.454	.122	-98.75000	61.93861	-225.739	28.23931

قيمة T (1.50) غير دالة عند 0.05

ملحق رقم (20)
فروق نتائج جودة الحياة في القياس البعدي للمجوعة التجريبية حسب الجنس

Statistiques de groupe

	Age	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Resultats de QVA	13-15 ans	14	1828.5714	211.64583	56.56473
	16-18 ans	18	1845.8333	164.10407	38.67970

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
Resultats de QV	Hypothèse de variances égales	1.009	.323	-.260	30	.797	-17.26190	66.35272	-152.772	118.24843
	Hypothèse de variances inégales			-.252	23.989	.803	-17.26190	68.52509	-158.694	124.17035

قيمة T (0.26) غير دالة عند 0.05

ملحق رقم (21)
قيم معامل اتساق داخلي ألفا كرونباخ لمقياس SEP

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
item1	88.6765	117.013	.621	.	.756
item2	88.7059	121.062	.724	.	.759
item3	88.6471	121.932	.453	.	.766
item4	88.9412	108.481	.731	.	.742
item5	89.5000	107.530	.639	.	.747
item6	89.0882	118.447	.515	.	.761
item7	89.5588	106.072	.665	.	.745
item8	89.3235	133.135	-.008	.	.784
item9	89.1471	118.857	.628	.	.758

item10	89.2059	119.017	.479	.	.763
item11	89.1176	111.380	.592	.	.752
item12	89.1176	113.743	.515	.	.758
item13	89.4412	138.193	-.309	.	.793
item14	88.4706	118.681	.712	.	.756
item15	89.4118	138.553	-.334	.	.794
item16	88.4706	119.651	.660	.	.758
item17	85.5294	130.499	.012	.	.795
item18	89.4412	137.527	-.258	.	.793
item19	85.3235	126.589	.184	.	.780
item20	85.3529	131.266	.023	.	.789
item21	84.8824	134.168	-.070	.	.785
item22	85.3824	135.092	-.138	.	.786
item23	85.2059	129.926	.206	.	.777
item24	85.0294	132.696	.022	.	.783
item25	84.8235	134.574	-.092	.	.787
item26	85.2647	129.534	.234	.	.776
item27	89.5294	138.257	-.281	.	.795

ملحق رقم (22)

قيم معامل اتساق داخلي ألفا كرونباخ لمقياس PedsQl C.M لدى المراهقين

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
item1	48.9706	184.939	.395	.	.938
item2	48.8235	182.938	.425	.	.938
item3	48.6765	185.680	.557	.	.935
item4	48.5882	183.462	.611	.	.934
item5	48.9412	182.845	.524	.	.936
item6	48.5588	180.921	.715	.	.933
item7	48.5000	181.167	.705	.	.933
item8	48.5294	188.257	.464	.	.936
item9	48.5588	187.466	.527	.	.936
item10	48.5588	187.466	.527	.	.936
item11	49.7647	182.791	.668	.	.934
item12	48.9706	185.484	.849	.	.933
item13	48.9706	185.484	.849	.	.933
item14	48.2647	183.049	.598	.	.935
item15	48.3824	184.668	.461	.	.937
item16	48.4706	176.075	.612	.	.935
item17	48.7941	181.684	.550	.	.935
item18	48.4412	204.981	-.579	.	.943
item19	49.1176	188.410	.623	.	.935
item20	49.1176	188.410	.623	.	.935
item21	49.1176	188.410	.623	.	.935
item22	48.3529	172.720	.812	.	.931
item23	48.5882	168.371	.868	.	.930
item24	48.5294	167.893	.905	.	.930
item25	48.3824	180.486	.755	.	.933
item26	48.3824	180.486	.755	.	.933
item27	48.1765	186.816	.439	.	.937

ملحق رقم (23)

قيم معامل اتساق داخلي ألفا كرونباخ لمقياس PedsQl C.M لدى آباء المراهقين

Statistiques complètes sur les éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
item1	46.3824	170.728	.589	.	.928
item2	46.2353	169.337	.669	.	.927
item3	45.7059	173.244	.532	.	.929
item4	45.5294	171.469	.658	.	.927
item5	45.8235	170.089	.635	.	.928
item6	45.7647	173.943	.572	.	.929
item7	46.2353	168.428	.658	.	.927
item8	45.5294	177.893	.423	.	.930

item9	45.5588	177.466	.468	.	.930
item10	45.5882	176.250	.492	.	.930
item11	46.5294	173.651	.617	.	.928
item12	45.8235	174.271	.791	.	.927
item13	45.7647	175.822	.783	.	.928
item14	45.0882	172.386	.602	.	.928
item15	45.2059	173.441	.486	.	.930
item16	45.2059	166.108	.569	.	.930
item17	45.6765	175.013	.389	.	.932
item18	45.3235	193.377	-.538	.	.938
item19	45.8529	178.857	.473	.	.930
item20	45.8824	177.622	.623	.	.929
item21	45.8529	178.614	.549	.	.929
item22	45.2353	162.610	.777	.	.925
item23	45.3824	159.274	.840	.	.924
item24	45.3235	159.377	.858	.	.923
item25	45.2059	175.623	.574	.	.929
item26	45.2059	175.623	.574	.	.929
item27	45.0294	176.332	.410	.	.931

ملحق قائمة الاساتذة المحكمين

و هم على التوالي:

– د. بوعلي نور الدين/ أستاذ محاضر، علم النفس التنظيم و العمل بجامعة سطيف 2.

– د. خالد الجابر/ أستاذ مساعد و طبيب نفساني، جامعة الملك سعود بن عبد العزيز للعلوم الصحية بالرياض. المملكة العربية السعودية.

– د. قادري حليمة / أستاذة محاضرة أ، علم النفس العام كلية العلوم الاجتماعية بجامعة و هران.

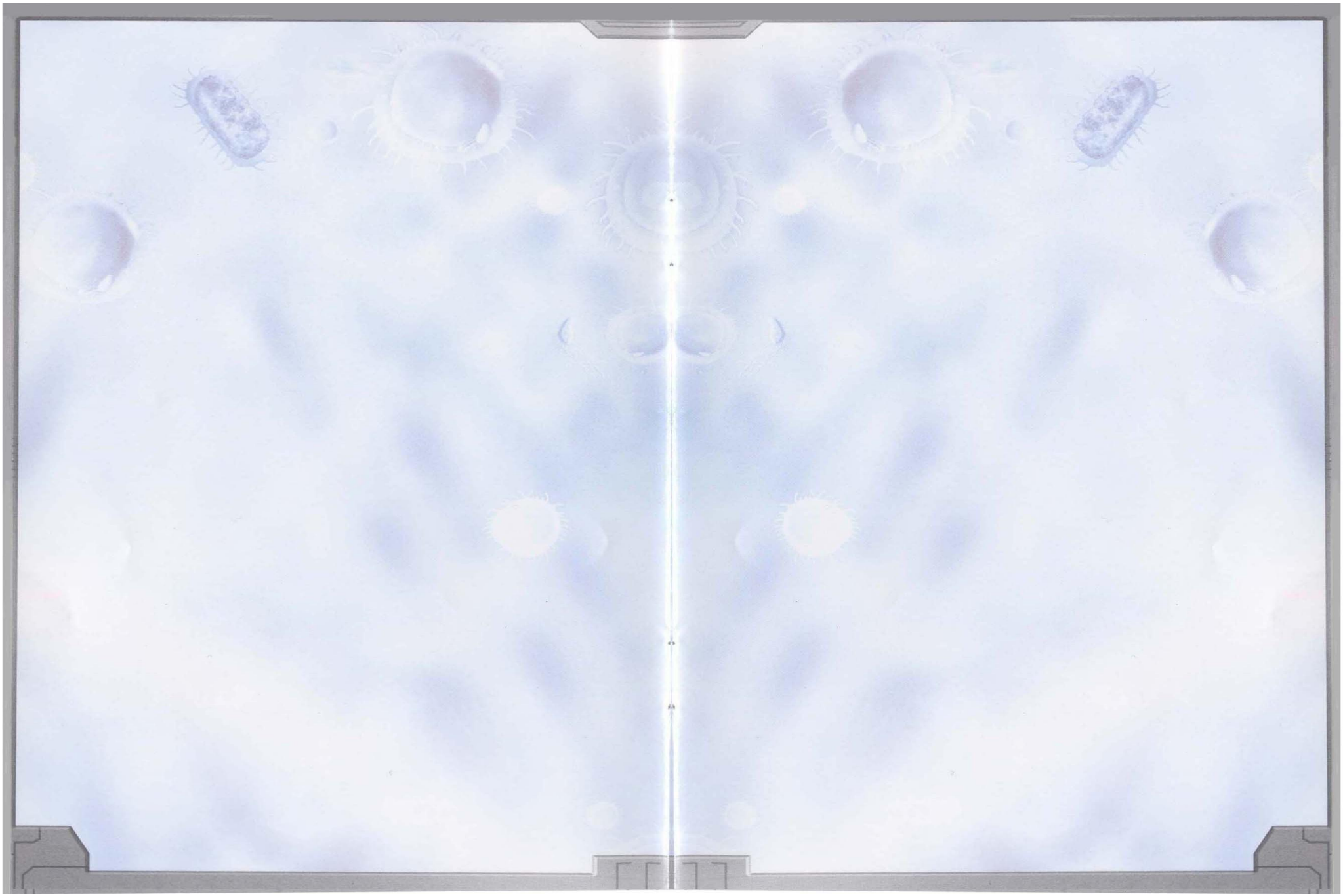
– د. وليد سرحان/ أخصائي في الطب النفساني بمستشفى الرشيد و محاضر بقسم علم النفس بالجامعة الأردنية.

– أ. الأحمر جمال أستاذ مساعد، علم الاجتماع التنمية كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية بجامعة سطيف 2.

ملحق: كتيب التعليمات للعبة الفيديو Re-mission مترجم باللغة العربية

ReMission
TEEN
T
CONTENT RATED BY
ESRB
HOPELAB

UNIVERSITE SETIF2



UNIVERSITE SETIF2

مـقدمة

هوبلاب جمعية ذات طابع غير نفعي،أسست في عام 2001، متخصصة في تطوير أدوات في ذروة التطور التكنولوجي لصالح الشباب المصابين بالأمراض المزمنة. مهمتنا ترتكز على الدمج بين البحث العلمي على مستوى عال مع حلول مبتكرة موجهة لتحسين الصحة و نوعية الحياة للشباب.

للحصول على معلومات وافية بخصوص HopeLab زوروا موقع www.Hopelab.org.

الآن و قد أصبحت لعبتنا قي متناولك، ألتحق بنا في مجمعنا.

www.Re-mission.net

ستجد منتديات للتحدث، معلومات متعلقة باللعبة و كم معتبر من المعلومات موجهة خصيصا للمراهقين الذين يقاومون السرطان. لمعلومات أكثر زوروا موقعنا.

www.Re-mission.net

تاريخ المشروع

منذ عام 2024 أصبحت النانو تكنولوجيا (التكنولوجيا المجهرية) حل ناجع للتداوي الجيني Thérapie (Génétique) و الإدخال الموجه للأدوية (Insertion Ciblée).

حدثت ثورات في في ميدان الدارات المجهرية و هي ميدان الذكاء الإصطناعي أدت إلى اختراع روبوتات مجهرية قادرة على تسيير عمليات مستقلة على أساس عمليات مبرمجة مسبقا كذلك على أساس التعلم.

الدكتورة "واست" طبقت هذه التكنولوجيا في مجال علم الأدوية، وقامت باختراع برنامج نانوتكنولوجي لمعالجة الأمراض المزمنة، والذي طورت من أجله روبوتات مجهرية تمتلك وعي و مزودة بذكاء إصطناعي و هي قادرة على محاربة الأمراض على مستوى الخلية.

في عام 2025، استطاعت التجارب المخبرية الأولى التي أجريت على الإنسان أن تحقق عددا من النجاحات مع SMT 100، و هو الجيل الأول من الربوتات المجهرية الموجهة لمحاربة السرطان. النموذج

RX5-E ROXXY

النوع: RX روبو أندرويد بتكنولوجيا مجهرية.

القامة: 510 نانو متر (510×10^{-9}).

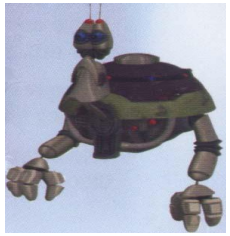
الذكاء الإصطناعي: الجيل الخامس، إدراك للذات و قدرات عالية للتعلم.

الدرجة: E- هيكل قتالي Endrotope.

الإختصاص: مقاومة الأمراض المزمنة.

المستشار المدمج: SMT 100.

المرشد الهولوقرافي



يرافق روكسي مرشد هولوقرافي من درجة SMT 100 و قد تم إدراج مقياس الذكاء الإصطناعي لعينة من هذا النموذج (الذي هو الآن خارج الخدمة) داخل العقل الإلكتروني لروكسي، هو يتصرف كمرشد و مرافق هولوقرافي. هذا المرشد لا يظهر خلال القتال، و لكنه يواصل تقديم إقتراحات صوتية و نصائح مناسبة، خاصة على شكل سهام توجه هولوقرافية.

لكي تبدأ اللعبة

بإمكانك بداية اللعبة خلال نقر مرتين على إيقونة Re-mission الذي يوجد على سطح مكتب ويندواز أو عن طريق الدخول إلى شريط المهام ثم اختيار:

Démmarer/Tous les programmes/HopeLab/Re-mission/Re-mission.

بعد تحميل اللعبة، إختر واحدة من اللغات المتوفرة: الإنكليزية، الفرنسية أو الإسبانية.

بعد استعراض شاشات الترحيب، تظهر شاشة تسجيل/إنهاء.

ملاحظة: إذا بقيت اللعبة ساكنة لعدة ثوان، تنطلق مشاهد إستعراضية للعبة بشكل تلقائي. انقر على الفأرة أو اضغط على أي مفتاح من لوحة المفاتيح لوقف الإستعراض.

اختر تسجيل كي تمر إلى شاشة الوصل (Connexion).

اختر Nouveau لكي تمر إلى الشاشة التي تسمح لك بإدخال إسم اللاعب.

لكي تقوم بتسجيل لاعب جديد، اعطه إسما عن طريق نقر الحروف على الجدول بواسطة الزر الأيسر للفأرة، أو باستعمال مفتاح "رجوع للخلف".

عندما تنتهي من إدخال الإسم، اختر Accepter.

بعد ذلك تظهر لك شاشة التعليمات. اختر الدرس الأول: الحركات الأساسية.

نقترح عليك إكمال الدروس الثلاثة للتعليمات قبل الشروع في المهام الحقيقية.

عندما تكون مستعدا، عد إلى قائمة الإختيارات الأساسية.

في المرات القادمة، حين تقوم بتحميل إسمك المسجل، سوف تمر مباشرة إلى قائمة الخيارات الأساسية. و تستطيع مع ذلك الرجوع إلى دروس التعليمات بالتأشير على الخيار المناسب في القائمة.

(Esc)ملاحظة: حينما تكون متواجدا في أي اختيار، يمكنك الضغط على مفتاح هروب كي تعود إلى الشاشة السابقة.

لكي تبدأ مهمة

في قائمة الخيارات، قم بالتأشير على "بدء مهمة". ستظهر لك شاشة تحديد موقع المرضى. هذه الشاشة عبارة عن خريطة الولايات المتحدة. ولاية واحدة ستكون متوفرة في البداية، إنها ملونة بالأخضر. كلما أنجزت مهام جديدة ستظهر لك ولايات أخرى. اختر "كاليفورنيا" و ستتحصل على قائمة المرضى. المريض الأول المتوفر هو "جون دافيس". كلما اجتزت مهمة بنجاح، سوف يضاف مريض آخر إلى هذه القائمة.

قم باختياره و ستشاهد المظهر الخاص به عبر الشاشة. انقر على الأسهم كي تشاهد المعلومات التالية:

- تاريخ المريض: عرض مختصر للمريض مع التشخيص الخاص به.
- وصف المهمة: الدكتورة "West" تقوم بشرح المهمة.
- الأهداف: قائمة المهام الواجب إنجازها كي تتم المهمة بنجاح.

حينما تكون مستعدا، انقر على "ابدأ" و ستحمل اللعبة في ذاكرة الكمبيوتر. حينما ينتهي التحميل، انقر على الزر الأيسر للفأرة أو اضغط على مفتاح ''Entrer''

كي" تواصل اللعبة.

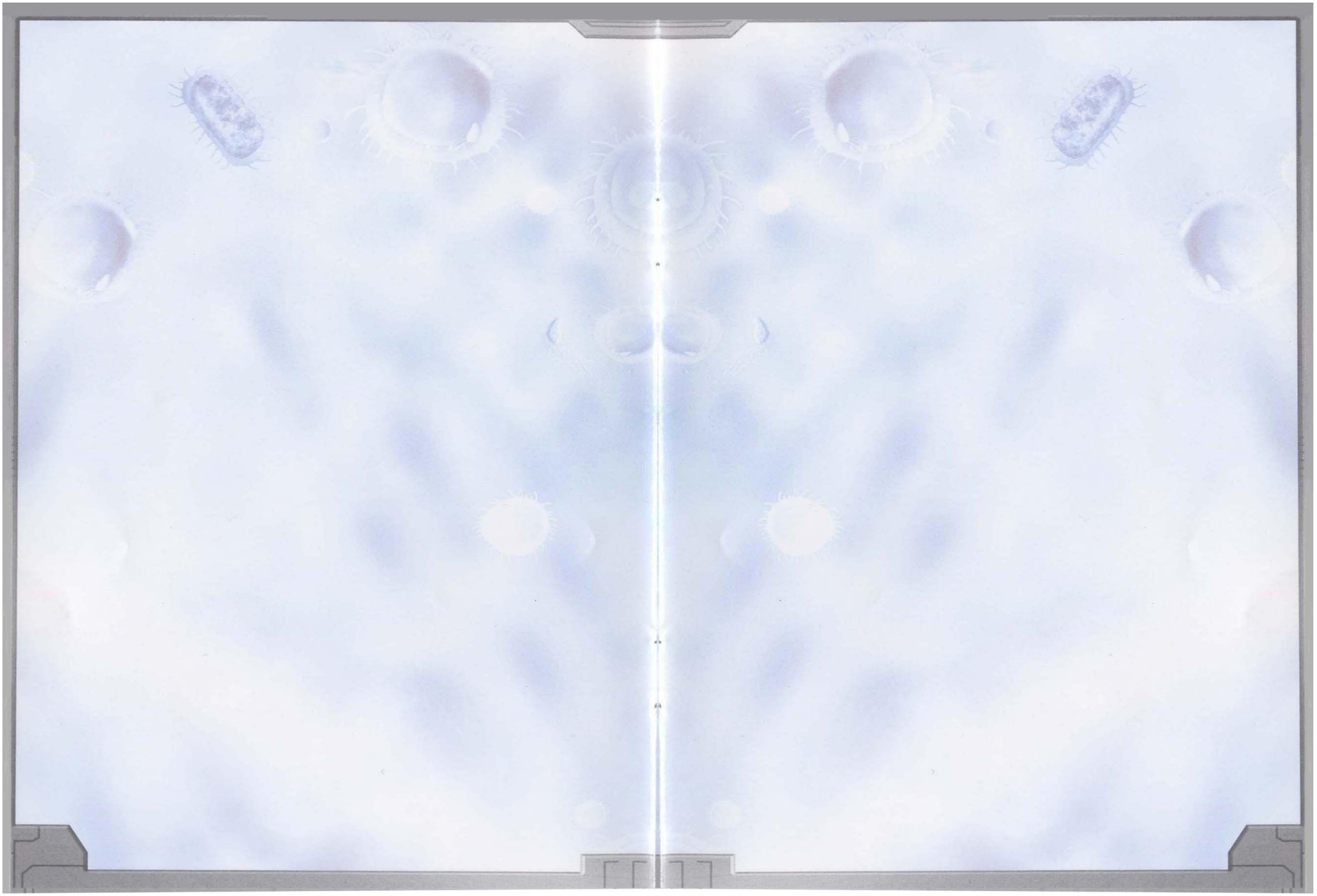
يلي ذلك عرض خاص بشرح خصائص اللمهمة. أنت تقوم بدور روكسي: روبو شبه بشري بتكنولوجيا مجهرية، يتم حقنه داخل جسم المريض.

انظر إلى الجدول على الصفحة لمعلومات إضافية خاصة بلوحة التحكم. المكونات الأساسية للوحة التحكم هي:

- رادار: يمثل مشهد فضائي للأماكن المحيطة.
- مؤشر الطاقة: الذي يمثل مستوى الطاقة عند "روكسي".
- الإشارات الحيوية عند المريض: النبضات، درجة الحرارة، درجة الغثيان.
- مؤشرات مستويات الذخيرة المتوفرة في سلاح "روكسي".
- سهم توجيه الذي يقوم بقيادة "روكسي" إلى الأهداف القريبة، إذا كانت هذه الأهداف لا تظهر على الرادار.

إن منظومة التصويب في سلاحك تقوم بتحديد الأهداف تلقائيا. استعمل أقفال لوحة المفاتيح و حركات الفأرة المدرجة في قائمة "التحكم" لتقوم بتحريك

UNIVERSITE SETIF2



التحكم

القوائم

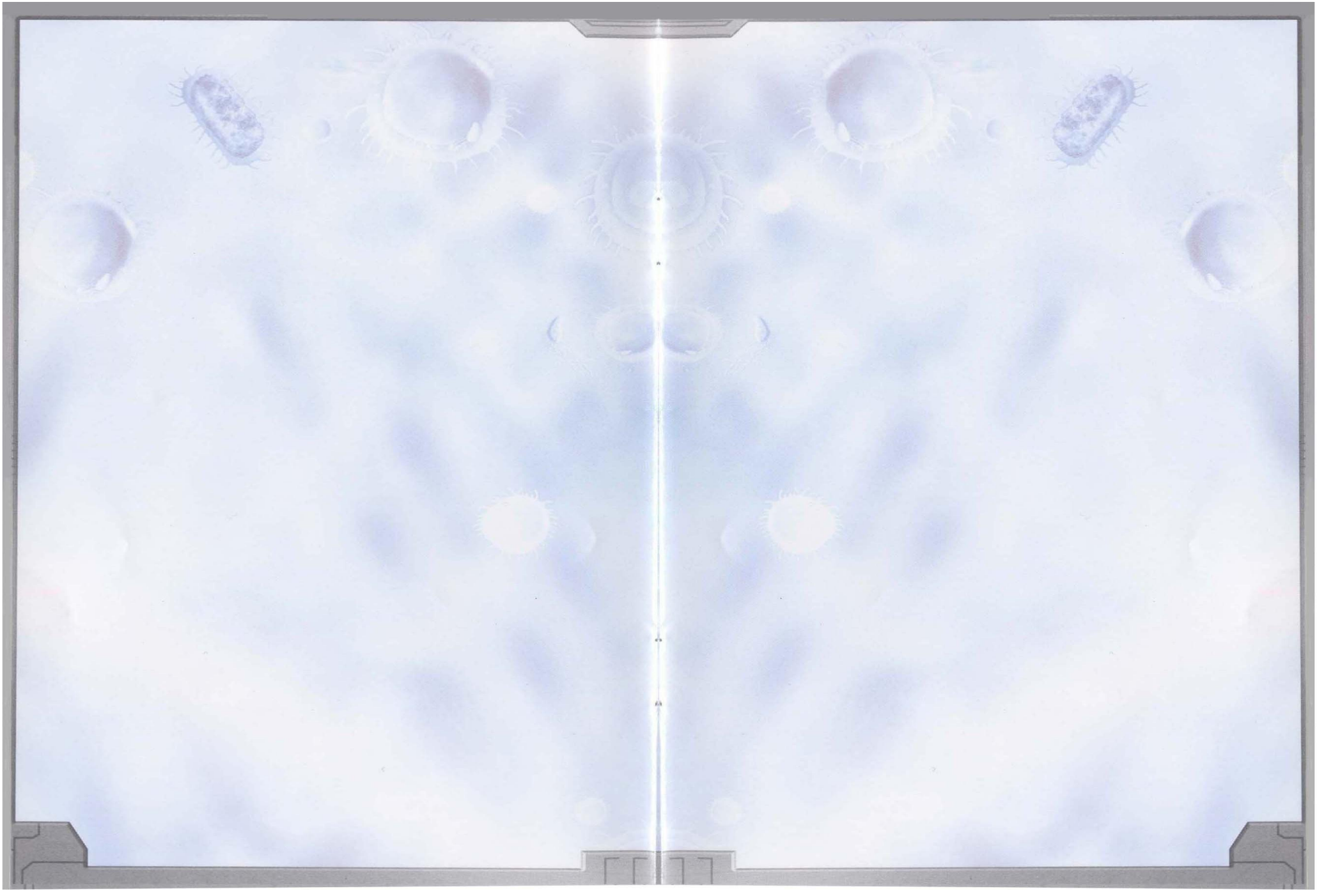
وضيفة	لوحة التحكم
إنتقاء الإختيار الحالي	Retour
الخروج من القائمة الفرعية الحالية	Esc
تحويل الإختيار إلى أعلى/أسفل	الأسهم أعلى و أسفل
تحويل الإختيار إلى اليمين/اليسار	الأسهم اليمين و اليسار
حذف حرف	Supp

التحكم خلال اللعب

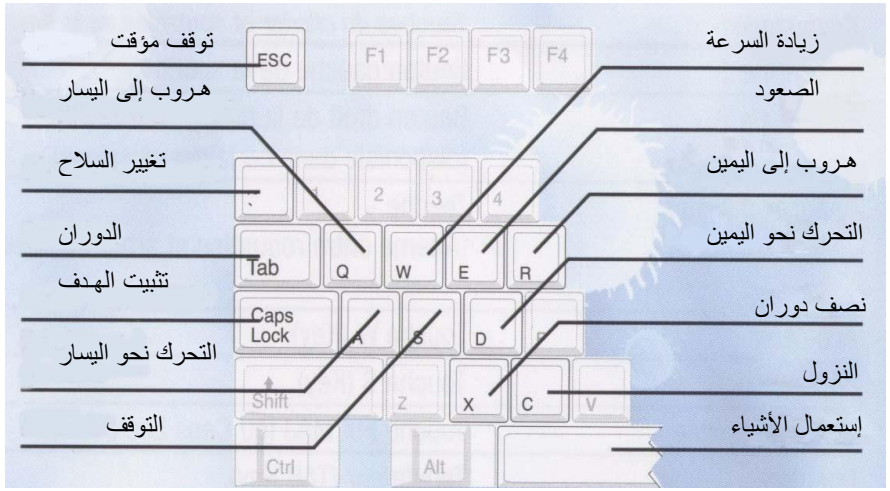
وضيفة	لوحة التحكم و التحكم عن طريق الفأرة
ارمي بالسلاح 1	الزر الأيسر للفأرة
ارمي بالسلاح 2	الزر الأيمن للفأرة
تغيير السلاح	المفتاح ~
زيادة السرعة	المفتاح W
التوقف	المفتاح S

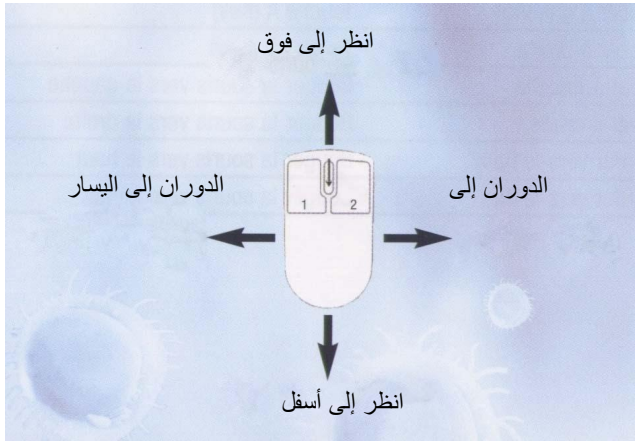
ملخص التحكم خلال اللعب

UNIVERSITE SETIF2

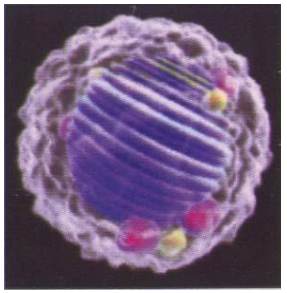


UNIVERSITE SETIF2





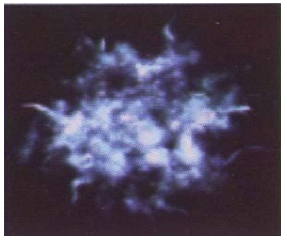
الأجسام الصديقة



خلايا B و الخلايا العصبية

تتوفر هذه الخلايا السليمة في لعبة **Re-Mission** في الدم وفي الجهاز اللمفاوي ،

و إن إصطدام اللاعب بها يغير من مسار **Roxxi** و على اللاعب تجنبها و المحافظة عليها و عدم تحطيمها فهي تهاجم الجراثيم .

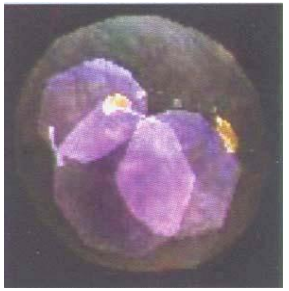


تعريفها: هي خلايا تنتمي للجهاز المناعي، الخلايا **B** تفرز أجسام مضادة في سوائل الجسم لمهاجمة الميكروبات مباشرة، أما الخلايا العصبية فهي تساعد على تنظيم الجهاز المناعي بتزويد الخلايا المناعية بجزئيات الجراثيم الممضوغة لتنشيط الخلايا المناعية.

الصفائح : في لعبة **Re- Mission** لا تمثل الصفائح أي عائق على حركات **Roxxi** عبر الدم.

تعريفها : هي عبارة عن خلايا دموية تساعد على تخثر الدم، و تحمي من الإدماء الكثير

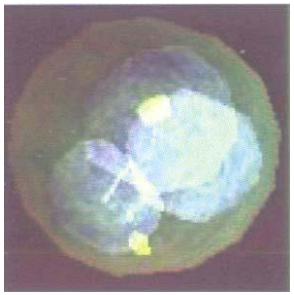
و الغير العادي للنزيف الدموي و ذالك من خلال انتقالها عبر الجسم لمكان الإصابة أو الجرح لتقوم بترميمه و إصلاح العطب ويتم إنتاج هذه الصفائح في نخاع العظم .



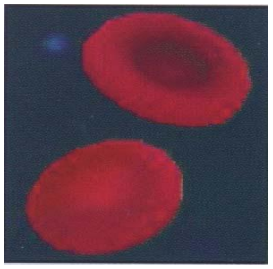
الخلايا البلعمية و خلايا T :

بإستعمال بندقية مميزة تستهدف بعض البكتيريا ، فإن هذه الخلايا البلعمية و خلايا

T تقوم بمحاربتها وبلعها.



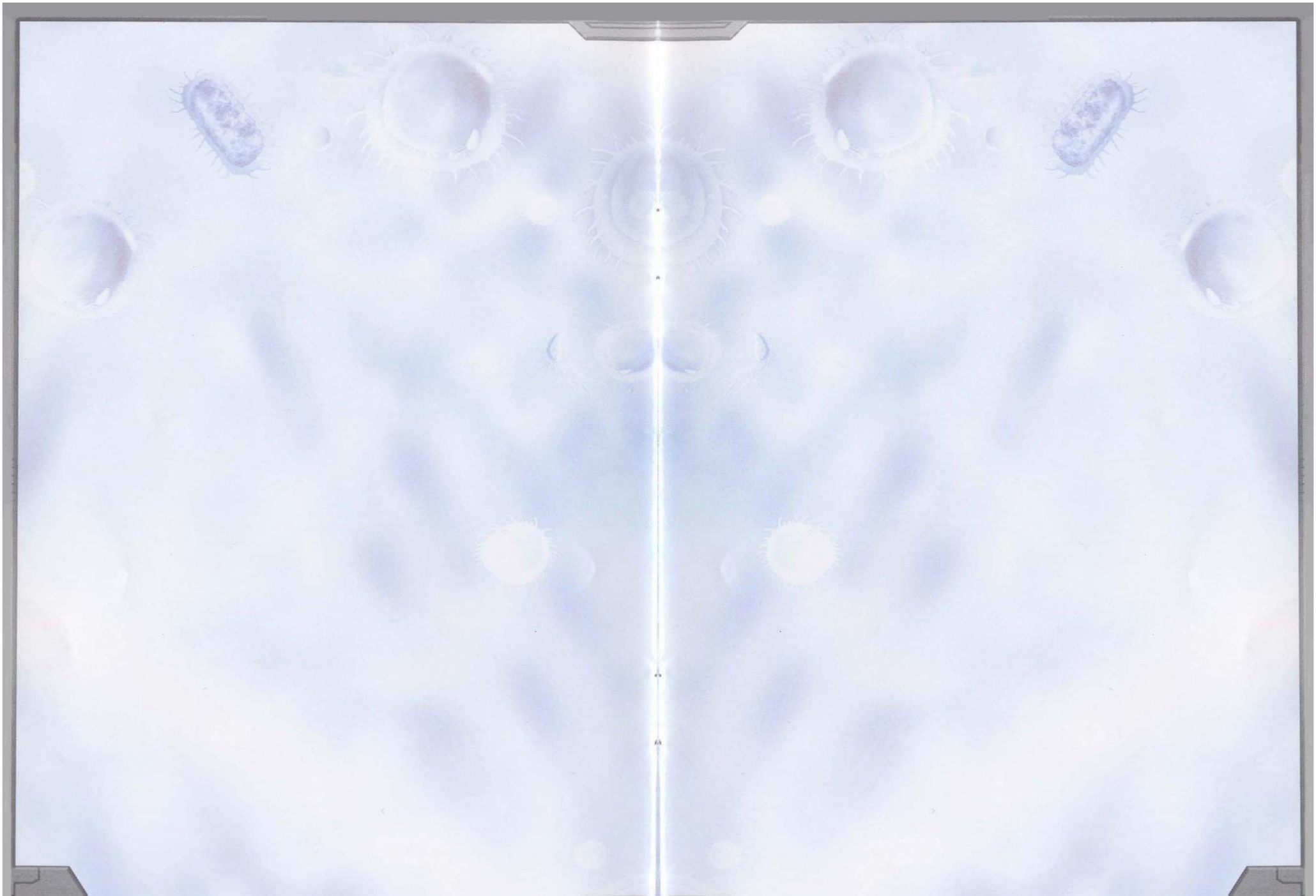
تعريفها:هي خلايا تنتمي للجهاز المناعي،فالخلاياالبلعمية تحاصر البكتيريا و تهاجمها وتبتلعها ، أما الخلايا T فتقوم بتنشيط وتحفيز مختلف أجزاء الجهاز المناعي



الكريات الحمراء: إن اصطدام **Roxxi** بالكريات الحمراء يقلل من حركتها.

تعريفها: يتم إنتاجها عن طريق الخلايا الأم و الأصلية في نخاع العظم ، تنتقل عبر الدم لتنقل الأوكسجين لكل أجزاء الجسم ، ويؤدي إنخفاض عدد للكريات الحمراء إلى "الأنيميا" و حالة من التعب بسبب نقص الطاقة التي يوفرها الأوكسجين .

UNIVERSITE SETIF2

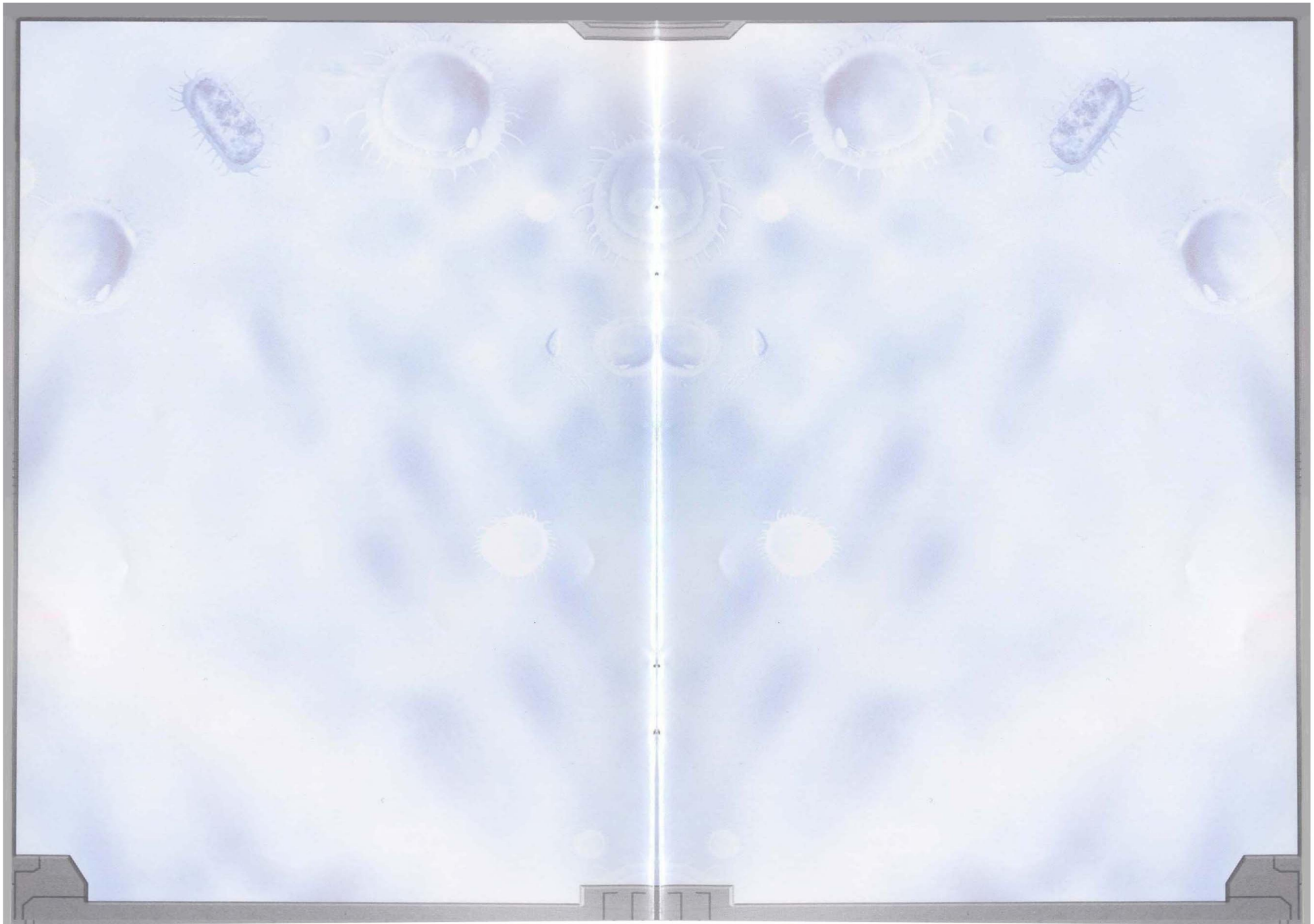


الكرية الدهنية: تتواجد هذه الكريات في نخاع العظم فقط ويمكنها عرقلة حركات **Roxxi**

الخلايا اللمفاوية (اللمف): في اللعبة يجتمع اللمف في مستعمرات و ينقسم بسرعة و عند دخول **Roxxi** في حقل المعركة ، يتجه نحوها اللمف بسرعة و يسبب لها أضرارا، بعضها جد عدائية و يقاوم هجمات أسلحة الشيميو بأكثر قوة .

تعريفها: يظهر اللمف في أمراض هودجكين Hodgkin و أيضا الامراض غير هودجكينية non Hodgkinien ، و يمكنه الانفصال و الإنتقال عبر الجسم ليكون مستعمرات جديدة ، ينتج اللمف من العقد أو

UNIVERSITE SETIF2

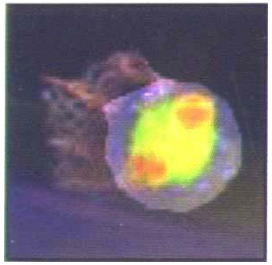


الأجسام العدوة

البكتريا: في لعبة Re Mission يوجد عدة أنواع من البكتريا التي تعمل على مضايقة **Roxxi** فبعضها يرتطم بالجدار لترتد نحو روكسي لمهاجمتها ، ونوع أخر يلتصق بـ **Roxxi** لامتصاص طاقتها .

تعريفها : البكتريا، عبارة عن مكونات أو أجسام مجهرية وحيدة الخلية تتسبب في العديد من الأمراض ، كما توجد بعض الأنواع من البكتريا الغير الضارة و أنواع أخرى لها دور نفعي يعود على الفرد بالفائدة .

و بالنسبة لأفراد يمتلكون جهازا مناعيا ضعيفا ، تعتبر البكتريا قاتلة في بعض الأحيان .



خلايا الأورام المخية: في اللعبة ، الخلية السرطانية من ورم دماغي يمكنها الانتقال عبر كل المستويات .

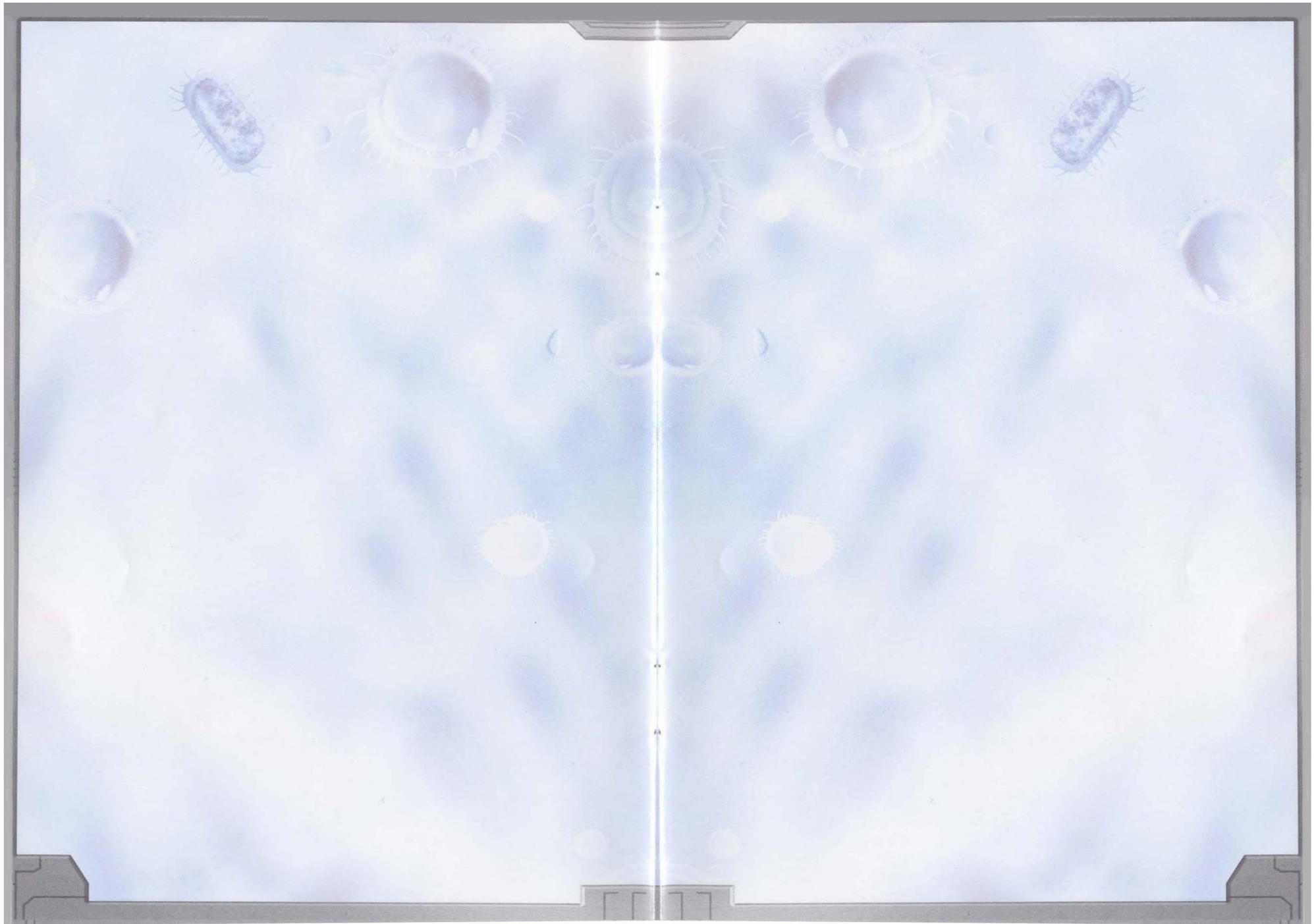
و تتولد عنها خلايا لها القدرة على التحكم بها ، قد تلتصق كتلا من هذه الأورام المخية في الأنسجة المحيطة التي تتشبث بها لها القدرة على التضاعف و تهاجم **Roxxi** (بنسختها المضاعفة) ، كما يمكن أن تتواجد حرة تسبح بكل طلاقة ، لتهاجم **Roxxi** من خلال تصويب الرميات عليها .

تعريفها : هي عبارة عن نمو غير عادي لخلايا سرطانية في الدماغ يمكنها أن تستنسخ نفسها لتكون سرطانات ثانوية متنقلة تغزو كل أنحاء الجسم تتولد عنها مستعمرات جديدة في مناطق عدة .

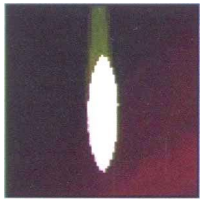
خلايا ابيضاض الدم: في لعبة Re- Mission تجتمع هذه الخلايا في مجموعات ثم تنقسم ليتزايد عددها ، أغلبية هذه الخلايا تهاجم **Roxxi** من خلال الإقتراب منها، كما يمكنها تصويب الرميات في اتجاه **Roxxi** i، و تتوفر خلايا أخرى من هذا النوع ولكن أكثر حجما وسرعة مقارنة بباقي الخلايا من نفس النوع، لها ميزة المقاومة لصد أسلحة **Roxxi** وعند تنقلها وفي أثناء حركتها تتولد عنها خلايا ابيضاض دم جديدة.

تعريفها: خلايا ابيضاض الدم، خلايا شابة تتكاثر بطريقة الاستنساخ بدون توقف ، وهذا ما يضغط و يخنق الخلاياالمعادية المتواجدة في نخاع العظم،تكوّن سرطانات متنقلة، تنفصل عن بعضها لتنتقل عبر كل أجزاء الجسم.

UNIVERSITE SETIF2



الأجسام العدوة

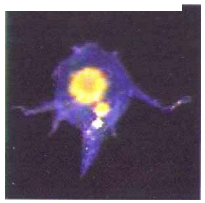


قطرات المخاط و الوحل المخاطي:

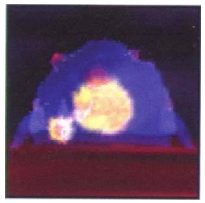
هي عبارة عن سوائل تطلقها التعفنات البكتيرية و إن سقوطها على روكسي ينقص من مستوى طاقتها و التصاق الوحل المخاطي بالغشاء المخاطي من شأنه إلحاق الضرر بروكسي إن ار تطمت به.

التقرحات الفمية: توجد التقرحات الفمية على مستوى الحلق و تتسبب في إحداث عطب **Roxxi**إن لم يتم تجنبها ، كما تتسبب في تفجير المخاط الذي يلحق ضررا بـ **Roxxi** .

تعريفها: هي عبارة عن التهابات تصيب الأنسجة الرخوية داخل الـ



خلايا الورم العضمي: في اللعبة تنتقل هذه الخلايا في مجموعات لتقوم بالهجوم مثنى مثنى، قد تختفي في مناطق عدة على مستوى العظم ، لتهاجم **Roxxi** برميها بدفعة من تورمات عظمية .



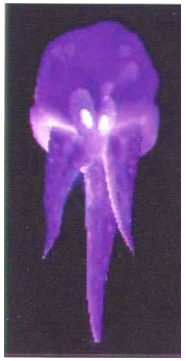
تعريفها: تتضاعف هذه الخلايا على شكل مستعمرات ، تشكل سرطانات ثانوية متنقلة عبر جميع أجزاء الجسم لتظهر في مناطق جديدة ، تتكون من خلال خلايا مسؤولة عن إنتاج الخلايا العظمية ولكن بطريقة فوضوية غير محكومة ، كما تنتج مادة لزجة (Ostuim) و التي تتصلب لتكون

الذبذبات العصبية: في اللعبة الذبذبات العصبية تظهر على شكل ذبذبات كهربائية ،تأتي نتيجة للإجهاد (stress) و الخوف والقلق، يتم تفريغها في الدماغ و في العمود الفقري لتلحق ضررا بـ **Roxxi** . بعض هذه الشحنات يظهر بصفة ثابتة، بينما البعض الآخر منها تفتح و تغلق بشكل دوري ، وقد يحدث تفريغا لهذه الشحنات بين الأقواس العصبية ، و يمكن التقليل من تواتر هذه الشحنات من خلال تشغيل طرفي الاتصال الذي يعطيه تعليمة الاسترخاء .

تعريفها: تنتقل السيالة العصبية من عصب لآخر من خلال إفرازات و تركيبات كيماوية تسمى بالنو اقل العصبية .

قطع القذارة: عبارة عن تجمع للفضلات على مستوى القولون، يمكن لهذه القطع الحادة أن تخترق جدار القولون لتتسبب في إنتانات بكتيرية ، و عندما تحطم روكسي تكتل الفضلات هذا ، يتفجر إلى عدة أجزاء صغيرة على شكل شظايا ، و في حالة ارتطامها بروكسي تسبب لها جروح، كما يمكن أن تلتصق هذه الشظايا بالدرع الذي ترتديه **Roxxi** فتبطئها

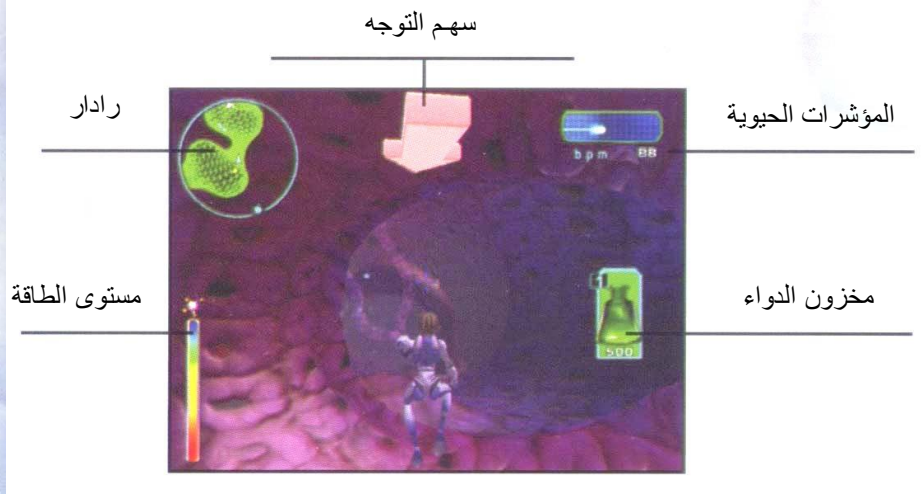
تعريفها: قطعة قذارة إمتص منها الماء ، صلبة، تشبه الصخر .



خلايا Reed Sternberg : عادة نجدها في اللعبة محاطة بدرع من خلايا T الميتة مما لا يسمح لروكسي التصويب عليها بدقة ، و يجب تحطيم خلايا T الميتة أولا لتتمكن من إلحاق الضرر بخلايا Reed Sternberg و يمكن لهذه الأخيرة أن تهاجم **Roxxi** من خلال رميها بخلايا T الميتة أو بالبروتوبلازم

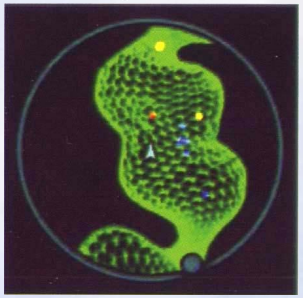
تعريفها: هي خلايا خاصة بمرض Hodgkin فقط تشكل سرطانات ثانوية تنفصل لتنتشر عبر الجسم و تظهر بالتالي في مناطق جديدة.

لوحة القيادة



لوحة التحكم :

تظهر على الشاشة صورة تقريبية لجسم المريض ، و تمثل البيئة الحالية أو مكان تواجد **Roxxi**، وكذا مكان تواجد الخلايا، التفاعلات الكيميائية، و قد تم تكبير هذه العناصر ليتمكن اللاعب من التعرف عليها



رادار: يظهر في الركن العلوي من يسار الشاشة ، يعطي صورة مسحية للمناطق المحيطة لمكان تواجد **Roxx**

الإتجاه الحالي

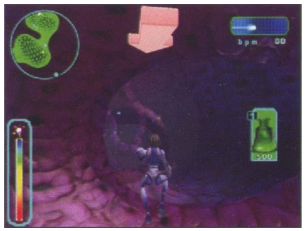
الإتجاه الحالي للجسم

خلية سرطانية و بكتيرية

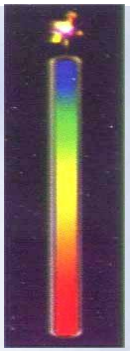
خلية صديقة

شاشة الذخيرة و الإتصال

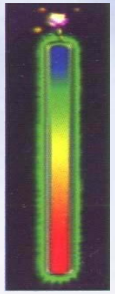
سهم القيادة: توجه لأقرب هدف إن لم يظهر هذا الأخير في حقل الرؤية على الشاشة، و يتغير لون السهم تبعا لطبيعة الهدف، فبينما السهم الأحمر يدل على مجموعة الأعداء ،فإنّ السهم الأصفر يدل على وجود مخزون يمكن الاتصال به و الاستفادة منه. و يوجد 5 أنواع من الخزانات.



مستوى الطاقة: و الذي يظهر في الركن السفلي من الشاشة و يدل على مستوى طاقة **Roxxi**.



مؤشرالطاقة: هذا اللوح الملون يستعمل لقياس طاقة **Roxxi** و إذا تمّ استنفاذ كل مخزون الطاقة ، فلا يمكن لها إتمام المهمة.

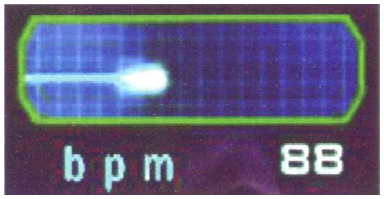


الدرع الواقي للطاقة: عندما يتم تشغيل هذا الدرع فإن لونا أخضرا سيشع ليحيط مؤشر الطاقة، و كلما زاد امتصاص درع **Roxxi** لهجمات العدو كلما نقصت حدة إشعاعه.

المؤشرات الحيوية للمريض

: يشير الجزء الظاهر في الركن العلوي على يمين الشاشة عن الإشارات الحيوية للمريض و التي تعتبر

مخزون الأدوية : النافذة الموجودة في الركن السفلي الأيمن للشاشة ، يمثل الأدوية التي تستعملها **Roxxi** كذخائر تزود بها أسلحتها و يوجد عدة أنواع من الأدوية المتوفرة في اللعبة ، كل نوع منها يمكن أن يتوفر من خلال الكبس على زرّ معين .



مؤشر النبض يبين عدد ضربات القلب في الدقيقة ، حيث الإجهاد، القلق و الغثيان يمكنها التأثير على ريتم نبض القلب .

بندقية الشيميو: و تمثل الذخائر المعبئة في بندقية الشيميو و هي أول الذخائر المتوفرة لـ **Roxxi** في بداية اللعبة من خلال الكبس على الزر اليسار للفأرة (سلاح 1)

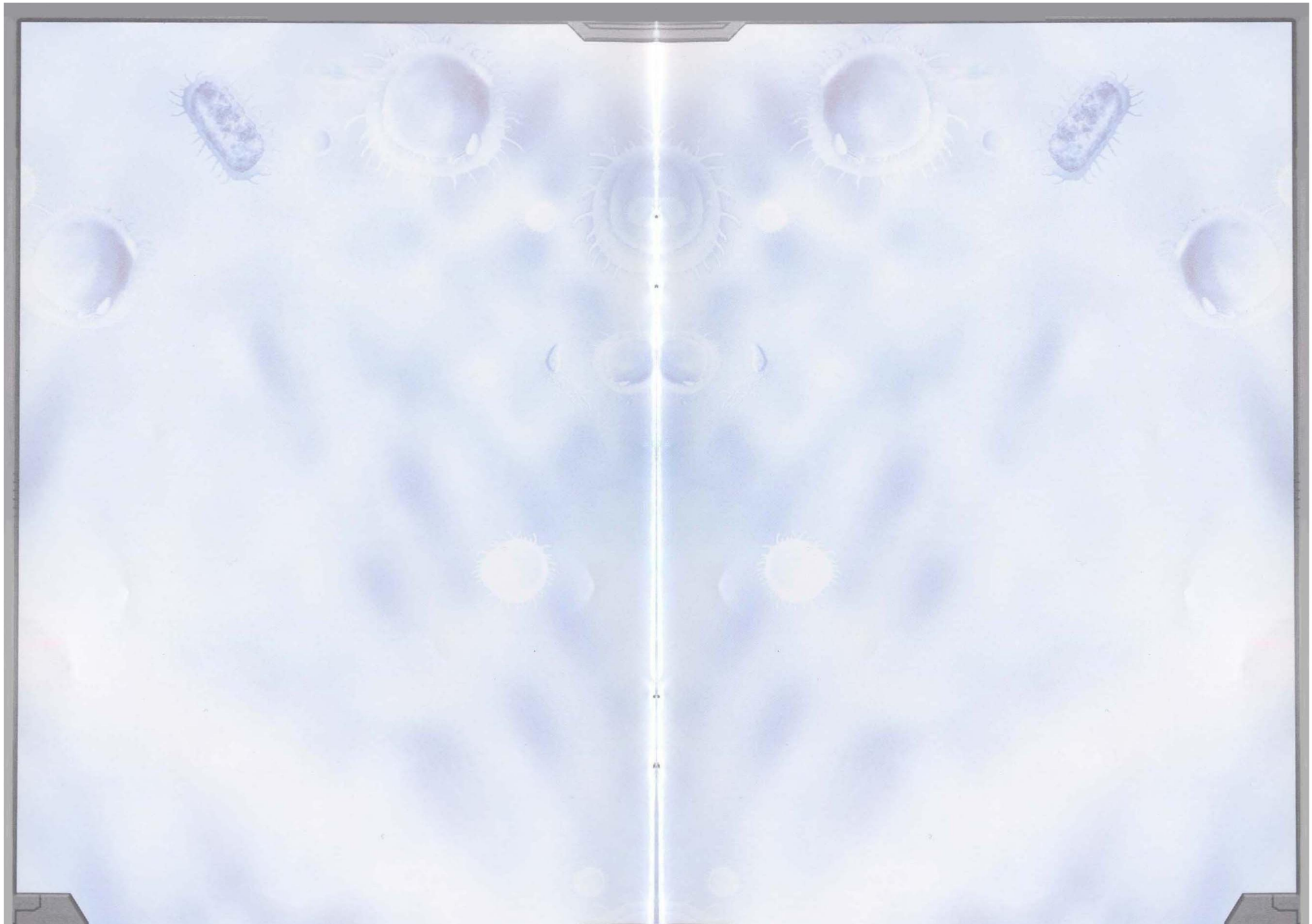
مؤشر يدل هذا اللوح عن حالة الإحساس بالغثيان.و كلما ارتفع المؤشر زاد الإحساس بالغثيان، وعندما يقوم اللاعب بمساعدة المريض على مراقبة الغثيان ، يلاحظ انخفاضا في المؤشر.

بندقية المضادات الحيوية : و تمثل ذخائر المضادات الحيوية المتوفرة في بعض المهام يمكن استعمال نوعين من الأسلحة حيث يشتغل الزر اليمين للفأرة لأجل رمي المضادات الحيوية (سلاح 2)

مؤشر الحمى: يبين هذا المؤشر مستوى حرارة المريض في المهام التي يسعى فيها اللاعب التحكم في الأمراضالإنتانية.تفشل المهمة عندما لا يتم التحكم في درجة الحرارة بسبب تكاثر البكتيريا التي تتسبب في الحمى.

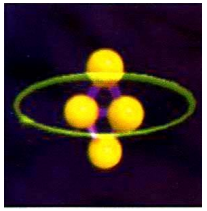
الصواريخ: يمكن استعمال هذا النوع من الأسلحة عن بعد، لها قوة كبيرة، و تتسبب في خسائر فادحة للعدو يمكن استعمالها عند توفرها في بعض المهام عند كبس زر " تغيير الأسلحة" على لوحة التحكم

UNIVERSITE SETIF2

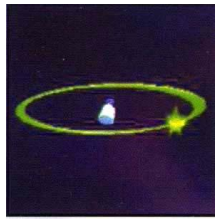


UNIVERSITE SETIF2

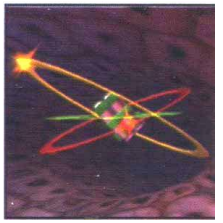
مخزون التعبئة



مقوية الطاقة يمكن إعادة شحن طاقة **Roxxi** من خلال استهلاك بعض المقويات المتوفرة في الأغذية التي يتناولها المريض، فكلما تناول المريض أكلة زادت طاقته، ويختلف حجم هذه المقويات تبعا لاختلاف نوعية الطعام والكمية المستهلكة .



مقوية الذخائر لاعادة شحن أسلحة **Roxxii** ويتوفر منها عدة أحجام و التي تزود **Roxxi** بكميات ملائمة لحجم المقويات



مقويات الصواريخ : تزود **Roxxii** بصواريخ الشيميو أو بصواريخ المضادات الحيوية و إستعمال زر (تغيير الأسلحة) يسمح لروكسي بإستعمال متبادل بين الأسلحة المتوفرة في المهمة وبين هذه المقويات.

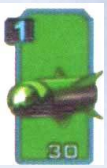
مقويات الدرع الواقي: يتم جمع هذه الأشياء لأجل تقوية الدرع الواقي مما يوفر مزيدا من الطاقة لـ **Roxxi** لتصل إذا كان العدد المجمع كبيرا لامتصاص هجمات العدو.

UNIVERSITE SETIF2

أسلحة العلاج الكيميائي

بندقية الشيميو: و هي سلاح العلاج الكيميائي الأساسي

بندقية الشيميو الخارقة : و هي ذات نوعية رفيعة يمكنها رمي القذيفة بسرعة خارقة.



صاروخ الشيميو: تقذف الكيمياويات لتنفجر ويتسع حقلها لتحطم أكبر عدد من الخلايا السرطانية.

صاروخ الشيميو الخارق: يتواجد بعدد أقل من سابقتها ، و تستعمل القوة القصوى للعلاج الكيميائي.

كبسولة الشيميو: محتويات الشيميو هذه جدّ مركزة تتواجد في أماكن إستراتيجية في الجسم لبعض المرضى ، و لتحرير محتوى هذه الكبسولات على روكسي رميها بالبندقية .

قنبلة الشيميو: يتم تفجيرها في أماكن تمّ تحديدها مسبقا خلال المهمة.

ذخيرة المضادات الحيوية

بندقية المضاد الحيوي: وهو سلاح المضاد الحيوي الأساسي

بندقية المضاد الحيوي الخارق: عبارة عن نوع أكثر تطورا من سابقتها ترمي بأكثر دقة و تحديد، و أبعد وأسرع من البندقية الأساسية.

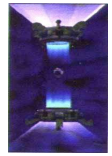
صاروخ المضادات الحيوية: مقذوفاته المتفجرة تلتقي حول الهدف لتلحق أضرار جسمية بالبكتيريا.

صاروخ المضادات الحيوية الخارق: مقذوفاته من نوعية رفيعة تضرب بشدة بشعاع ذو فعالية عالية.

مسجل البكتيريا

بندقية الإشعاع: تقذف حزمة من الإشعاعات عالية الطاقة.

الحزمة الإشعاعية : تعيد شحن أسلحة روكسي الإشعاعية عندما تمر من خلالها ، كما أنها تحطم و تقتل كل الأجسام العدوة التي تدخل ضمن حقلها ، و ميزتها أنها تظهر لفترة وجيزة ثم تختفي و لكن يمكن إعادة إظهارها من خلال تفعيل و تشغيل اتصال الإشعاع.

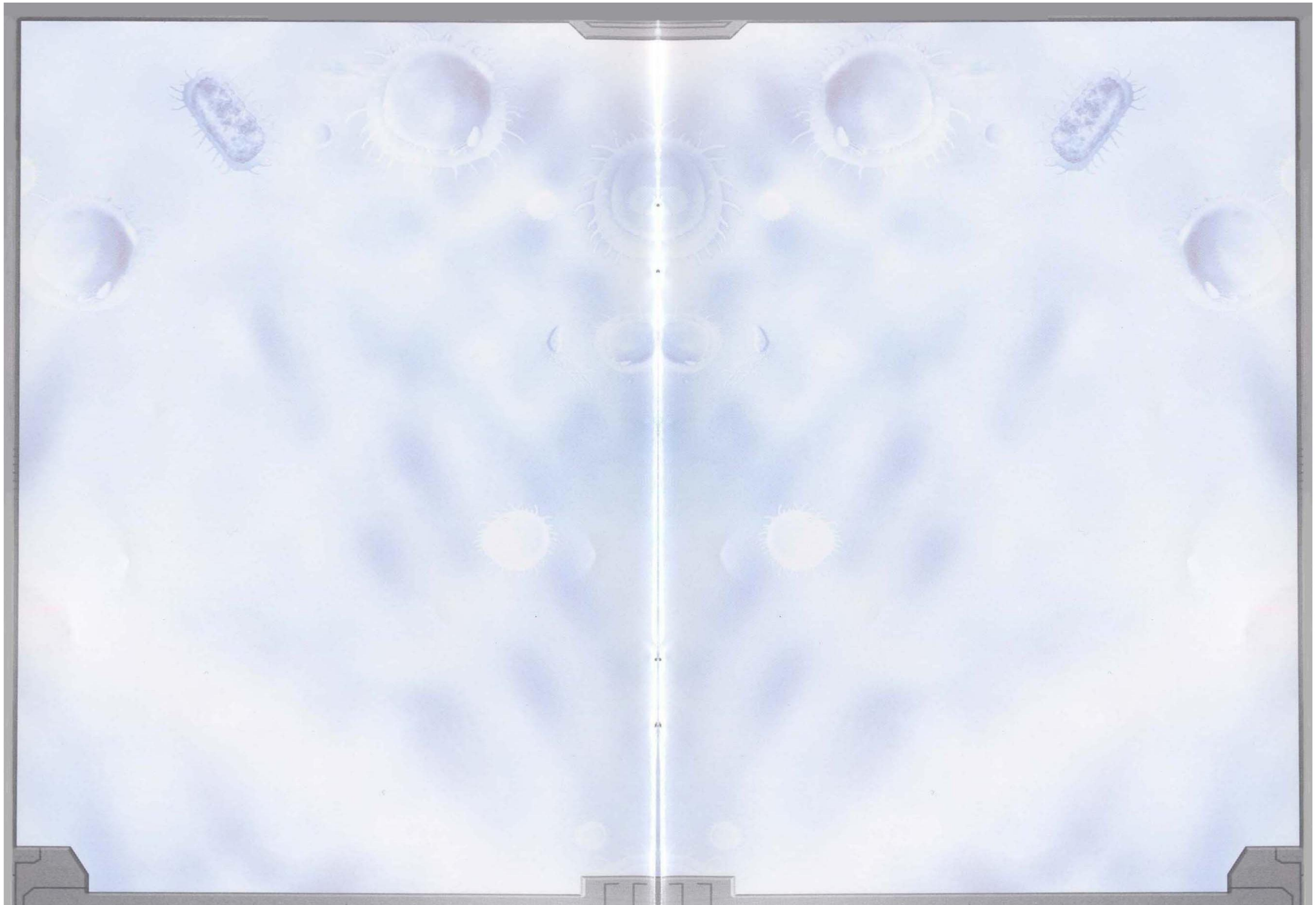


المؤونة و المخزون

مستودع الأسلحة : يمكن لروكسي في أثناء المهمة عند استنفاذ طاقتها و أسلحتها أن تستنجد بهذه المئونة (إن توفرت طبعا) لتعوض بها السلاح الكيميائي أو قنابل الشيميو ،أ و أي سلاح آخر .

الأسلحة المتطورة : وهي عبارة عن أسلحة لتفعيل الأدوية بأكثر قوة و/ أو أكبر سرعة تستعملها روكسي في إنتظار استرجاع الأسلحة (من بندقية أو صاروخ) إلى مستواه

UNIVERSITE SETIF2



ذخيرة أخرى

أسلحة إضافية : بندقية ملينة تعمل على تليين الفضلات الصلبة.

مسكن الألم: يعمل على التئام الجراح و تقوم بتزويد المريض بأدوية مسكنة للألم.

شيميوكين : يعمل هذا السلاح على إثارة النشاط المناعي للكريات البيضاء.

شاشات النصائح

أطراف الاتصال: يمكن لروكسي أن تتصل بالعالم الخارجي و تتلقى التعليمات منهم من خلال طرفي الإتصال. و هي عبارة عن أجسام مجهرية موزعة بأحكام في أماكن إستراتيجية تمّ زرعها في الجسم و هي عبارة عن إتصال لاسلكي يربطه بالطبيب، و هناك أطراف محادثة محاطة بالأعداء لا يمكنها أن تشتغل دون التخلص من هذه الأعداء و تحطيمها.

إتصال الدواء : يذكر هذا الاتصال المريض بتناول الدواء الكيميائي و المضادات الحيوية و ذلك يكسب ذخائر لروكسي.

إتصال الطاقة: يطلب هذا الاتصال من روكسي التغذي و الأكل لتوليد الطاقة لها.

إتصال التحادث : يسمح هذا الاتصال بتوضيح الأعراض و الإشارة إليها سواءا للمريض أو الطبيب لكي يمكنهما تحديد العلاج المناسب.

ينصح الاتصال القيام بعملية الاسترخاء لأجل التحكم في الغثيان و القيء و التحكم في القلق اوالألم و هي تسمح لروكسي التنقل بكل سهولة في جسم المريض.

الاتصال الإشعاعي: وهي تعمل على تحريض وصول حزمة من الإشعاعات في الجوار بسرعة، ويسمح حجم روكسي الصغير و إمكانيتها بتوجيه إشاعات بكل دقة لتستهدف الأورام و الخلايا السرطانية.

للحصول على معلومات وافية بخصوص HopeLab زوروا موقع
.www.Hopelab.org