



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة محمد خيضر بسكرة
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم: العلوم الاجتماعية

الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل: 12/PSY15

عنوان الأطروحة

الدلالات المرضية النفسية لدى مريضة سرطان الثدي وفق منهج العيش
- دراسة حالات وفق نظرية ألفرد أدلر -

أطروحة نهاية الدراسة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث في: علم النفس

التخصص: علم النفس المرضي للراشد

إشراف الأستاذ:

د. خالد خياط

إعداد الطالبة:

عائشة حوجو

أعضاء اللجنة المناقشة:

الصفة	الجامعة	الرتبة العلمية	الإسم و اللقب
رئيسا	بسكرة	أستاذة (ة)	عائشة نحوي عبد العزيز
مشرفا و مقررا	بسكرة	أستاذ محاضر (أ)	خالد خياط
عضوا مناقشا	قسنطينة (02)	أستاذ	عبد الوافي زهير بوسنة
عضوا مناقشا	قسنطينة (02)	أستاذ محاضر (أ)	عبد الحميد كربوش
عضوا مناقشا	بسكرة	أستاذ محاضر (أ)	لحسن لعقون

السنة الجامعية: 2018/2017

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر و عرفان

اللهم لك الحمد كالذي تقول، و خيرا مما تقول اللهم لك الحمد بجميع المحامد كلها

نحمد الله الحمد الطيب الكثير الذي يليق بوجهه و جلال إكرامه و رحمته التي فتح بها علينا فوفقنا و شرح قلوبنا للعلم و صل اللهم وسلم و بارك على خير البرية محمد و على آله و صحبه الطيبين.

انطلاقا من العرفان بالجميل، فإنه ليسرني وليثلج صدري أن أتقدم بالشكر والامتنان إلى أستاذي، ومشرفي الأستاذ الدكتور خياط خالد الذي مدني من منابع علمه بالكثير، والذي ما توانى يوما عن مد يد المساعدة لي، وحمدا لله بأن يسره في دربي ويسر به أمري فأثني تقديرا و احتراما على فضله حيث وجهني بالتأطير العلمي القيم و السند النفسي الصحيح في إتمام هذه الأطروحة.

كما أدلي بكلمة حق تحمل معها فيضا من الاحترام و التقدير و الامتنان الجميل للأستاذة: الدكتورة عائشة عبد العزيز نحوي و الأستاذ رحيم يوسف و الأستاذ عقابة عبد الحميد و الأستاذ راجي إسماعيل و الأستاذة سليمة حمودة لما قدموه من توجيه علمي وسند نفسي.

وكل الشكر و التقدير للأستاذ الدكتور بوسنة عبد الوافي زهير الذي أتاح لنا فرصة المشاركة و النجاح في مسابقة الدكتوراه. كما لا يفوتني في هذا المقام أن أثني فضلا على حالات الدراسة على تعاونهم معي أسأل الله لهم الشفاء.

و إلى كل أساتذتي في قسم علم النفس و زملائي وزميلاتي وكل من شجعني بالكلمة الطيبة

فهرس المحتويات	
الصفحة	الموضوع
أ	➤ فهرس المحتويات
ح	➤ فهرس الجداول
خ	➤ فهرس الأشكال
د	➤ قائمة الملاحق
الفصل الأول	
الإطار العام للدراسة	
02	1. مقدمة
06	2. الإشكالية
08	3. دوافع اختيار الموضوع
09	4. أهداف الدراسة
09	5. أهمية الدراسة
10	6. التعريف بالمصطلحات الأساسية لمتغيرات الدراسة
10	7. عرض الدراسات السابقة و التعقيب عليها
الجانب النظري	
الفصل الثاني	
الدلالات المرضية النفسية	
23	➤ تمهيد
المبحث الأول- الشخصية السوية	
23	1. الشخصية
27	2. الصحة النفسية
المبحث الثاني- نشأة الاضطراب النفسي	

35	1. نمو الاضطراب النفسي في الشخصية
39	2. الاضطراب النفسي
41	3. عوامل الإصابة بالاضطرابات النفسية
42	4. تشخيص الاضطرابات النفسية
44	5. تصنيف الاضطرابات النفسية
47	6. أعراض و دلالات الأمراض النفسية
المبحث الثالث-سيكوباتولوجية المرأة	
54	1. الصحة النفسية للمرأة.
59	2. الاضطرابات النفسية لدى المرأة.
63	➤ خلاصة
<u>الفصل الثالث</u>	
<u>المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة</u>	
66	➤ تمهيد
المبحث الأول- لمقاربة الطبية للسرطان عامة وسرطان الثدي خاصة	
أولاً- سرطان	
66	1. تعريف السرطان
68	2. عوامل الإصابة بالسرطان
68	3. الأعراض العامة للسرطان
ثانياً- سرطان الثدي	
69	1. تركيب الثدي
69	2. تعريف سرطان الثدي

70	3. مراحل الإصابة بسرطان الثدي
71	4. عوامل الإصابة بسرطان الثدي
74	5. أعراض سرطان الثدي
74	6. تشخيص سرطان الثدي
78	7. الآثار الجانبية لعلاج سرطان الثدي
المبحث الثاني- المقاربة السيكوسوماتية للسرطان عامة وسرطان الثدي خاصة	
78	1. السرطان كمرض سيكوسوماتي
83	2. العوامل النفسية المفسرة للإصابة بالسرطان
المبحث الثالث- البروفيل النفسي لمريضة سرطان الثدي	
89	1. الدلالات النفسية لمريضة سرطان الثدي
91	2. الدلالات المرضية لمريضة سرطان الثدي
96	➤ خلاصة
الفصل الرابع	
منهاج العيش	
98	➤ تمهيد
المبحث الأول- مفهوم منهاج العيش	
98	1. تعريف منهاج العيش
101	2. نشأة منهاج العيش و تطوره
103	3. رحابة منهاج العيش
المبحث الثاني- محددات منهاج العيش	
107	1. الشعور بالقصور
121	2. التعويض
126	3. ابتغاء السمو
134	4. الهدف الغائي
140	5. النزعة الاجتماعية

150	6. تشكيلة الأسرة
	المبحث الثالث - فحص و دراسة منهاج العيش
164	1. أنماط منهاج العيش
167	2. تحديد منهاج العيش السوي واللاسوي
169	3. قياس منهاج العيش
175	المبحث الرابع - منهاج العيش المرضي
182	➤ خلاصة
<u>الجانب الميداني</u>	
<u>الفصل الخامس</u>	
<u>الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية</u>	
186	➤ تمهيد
أولا الدراسة الاستطلاعية	
186	1. إشكالية الدراسة
186	2. أهداف الدراسة
187	3. منهاج الدراسة
187	4. أداة الدراسة
187	5. الإطار الزمني و المكاني للدراسة
187	6. نتائج الدراسة
ثانيا-الدراسة الأساسية	
189	1. منهج الدراسة
189	2. أدوات الدراسة
189	2.1 المقابلة العيادية
190	2.2 اختبار مقاييس الشخصية مينيسوتا متعدد الأوجه MMPI -2-

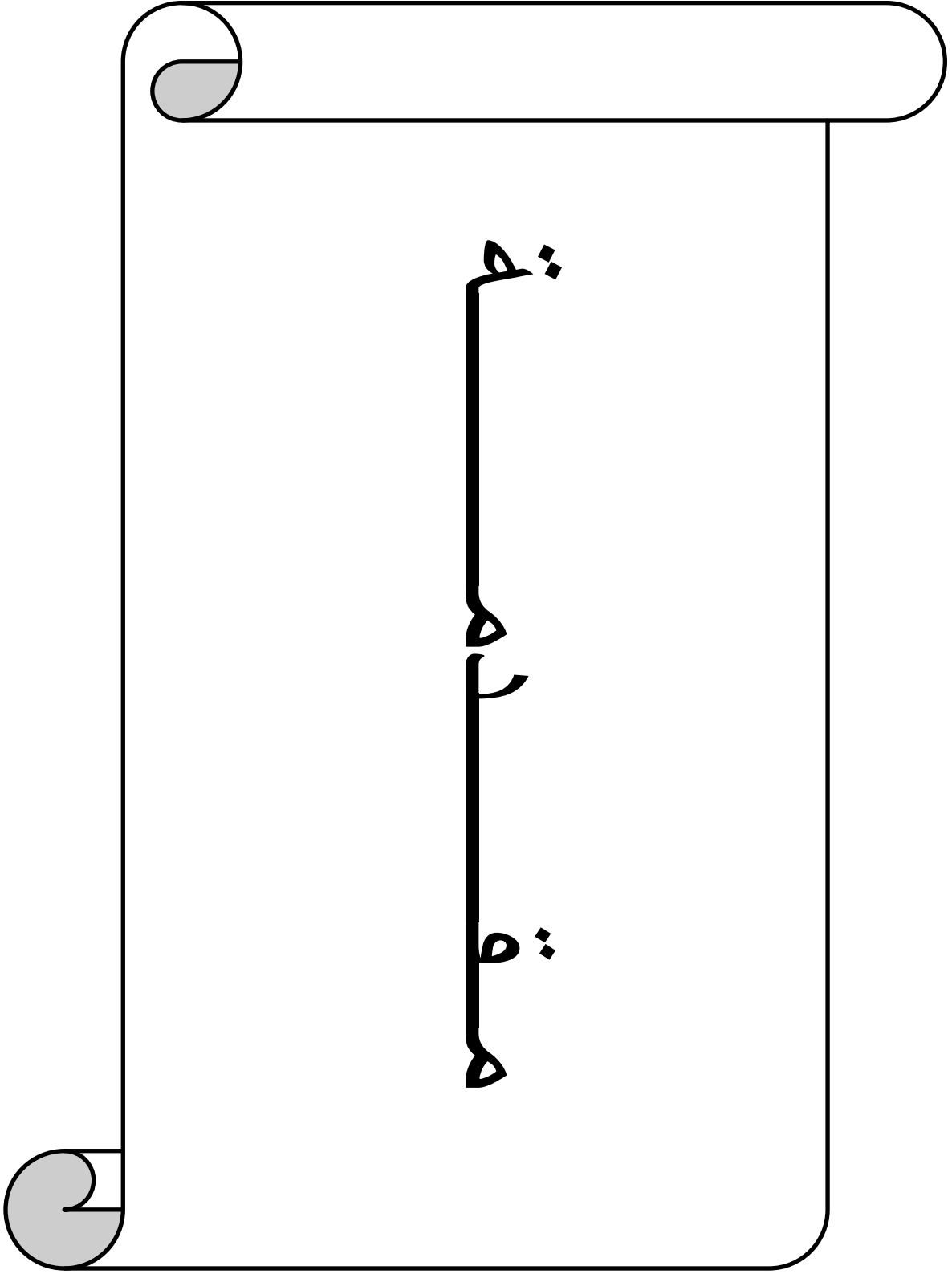
200	2.3 استبيان منهاج العيش
201	3. مجالات الدراسة
201	4. حالات الدراسة
202	➤ خلاصة
الفصل السادس	
عرض و مناقشة نتائج الدراسة	
204	➤ تمهيد
أولاً- الحالة الأولى	
204	1. تقديم الحالة
204	2. ملخص المقابلة
207	3. عرض و تحليل نتائج استبيان منهاج العيش
214	4. عرض و تحليل نتائج اختبار الشخصية مينيسوتا متعدد الأوجه MMPI-2
217	5. مناقشة عامة للحالة
222	ثانياً- الحالة الثانية
238	ثالثاً- الحالة الثالثة
251	رابعاً- مناقشة عامة للحالات
258	➤ خاتمة
260	➤ قائمة المراجع
➤ الملاحق	
➤ ملخصات الدراسة عربية-انجليزية-فرنسية	

فهرس الجد اول

الصفحة	العنوان	الرقم
72	يمثل إحتمال الإصابة بسرطان الثدي حسب الفئات العمرية	01
94	يمثل مراحل تطور القلق لدى مرضى السرطان	02
156	يوضح خصائص رتبة الميلاد النفسية	03
182	يبين الفروق بين الحاميات وآليات الدفاع	04
201	يوضح حالات الدراسة	05
207	يمثل تشكيلة الأسرة للحالة الأولى	06
214	يمثل تفريغ نتائج اختبار -2-MMPI للحالة الأولى	07
224	يمثل تشكيلة الأسرة للحالة الثانية	08
230	يمثل تفريغ نتائج اختبار -2-MMPI للحالة الثانية	09
239	يمثل تشكيلة الأسرة للحالة الثالثة	10
244	يمثل تفريغ نتائج اختبار -2-MMPI للحالة الثالثة	11

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
69	يمثل تشريح الثدي	01
71	يمثل مراحل تطور سرطان الثدي	02
82	يوضح كيفية التعرف على الخلية السرطانية و مهاجمتها	03



مقدمة:

يعتبر داء السرطان من أكثر الأمراض رهبة ووقعا في النفوس، إذ أنه غالبا ما يرتبط في أذهان الناس بالمعاناة الشديدة والموت المحتم. والسرطان هو اسم شامل لمجموعة من الأمراض تتميز بوجود ورم خارج عن السيطرة في الخلايا، وهي بنيات صغيرة تتركب منها الأعضاء و الأنسجة في الجسم (أورطال حورين 2010، ص4). ويعد سرطان الثدي أحد أكثر أنواع السرطانات ثقلا و عبئا على المرأة بشكل عام، نتيجة الانتشار المخيف لهذا الورم الخبيث. فعن هذا الداء، تشير أرقام منظمة الصحة العالمية إلى تسجيل 1.38 مليون إصابة جديدة بسرطان الثدي سنويا عبر مختلف دول العالم. أما عن الوضع في الجزائر، فأكد البروفيسور محسن بوبنيدر، رئيس مصلحة أمراض الثدي بمركز بيار وماري كوري بالجزائر العاصمة، أنه يتم سنويا تسجيل قرابة 12 ألف حالة جديدة لسرطان الثدي الذي تتفاعل عدة عوامل في ظهوره، مثل الوراثة والجينات، وحبوب منع الحمل، البدانة و قلة الحركة، يضاف إلى ذلك عامل التدخين. وأشار إلى أن تواصل اتساع رقعة العوامل التي تم ذكرها، سوف يساهم لا محالة في زيادة حالات سرطان الثدي بالجزائر، مشيرا إلى أن توقعات الوضع الصحي تشير إلى ترقب حدوث ارتفاع في عدد الحالات الجديدة لسرطان الثدي المسجلة سنويا، والتي من المنتظر أن تبلغ 15 ألف حالة جديدة في غضون عام 2020. (جريدة الخبر 2017). و تؤدي الإصابة بسرطان الثدي إلى اضطرابات جسمية كثيرة ومتنوعة كالاتهابات المختلفة، والشعور بالإجهاد والغثيان، وفقدان الشهية، والإسهال، وسقوط الشعر، وفقدان الخصوبة والقدرة الجنسية، واضطرابات الجهاز العصبي المركزي، وتغيرات الوزن. إضافة إلى ذلك هناك العديد من الدلالات النفسية التي تشير إلى احتمالية وقوع مريضة سرطان الثدي في شباك المرض النفسي. ضف إليها ما يمكن أن تعانيه المصابة من الآثار الاجتماعية الضاغطة، مثل فقدان الدخل، والانعزال الاجتماعي، والوصمة الاجتماعية.

في ظل الجهود العلمية المبذولة من قبل الباحثين في مجال الصحة، والتي جعلت السرطان يتصدر أولويات البحث العلمي الطبي، جاءت ضرورة البحث في الآثار النفسية تبعا لما تعانيه مريضة سرطان الثدي من آلام ومعاناة نفسية حادة ترتبط بخبر الإصابة وبالعواقب النفسية لإجراءات العلاج التي تشكل عبئا يزيد وضعها الصحي والنفسي سوءا. وقد تسهم هذه العوامل في تحويل مسار صحتها النفسية تدريجيا إلى منطقة اللاسوء وتقود إلى بروز ما يصطلح عليه الدلالات النفسية المرضية، ولا يتوقف الأمر على تحديد هذه الدلالات أو على قياس شدتها، بل يقتضي الأمر التقصي في تفسير هذه الدلالات المرضية النفسية.

ولدراسة الحياة النفسية ومختلف الظواهر والتظاهرات المرتبطة باضطراباتها، ظهرت العديد من المقاربات النفسية التي سعت إلى تفسيرها وفق أطر نظرية وبمفاهيم واصطلاحات خاصة بها. ومن بين المقاربات النظرية التي برزت في حقل علم النفس العيادي نجد مدرسة علم النفس الفردي التي اقترح مؤسسها ألفرد أدلر أن كافة الحياة النفسية تفسر وفق المفهوم الجامع "منهاج العيش".

فمفهوم منهاج العيش رحب يشمل العديد من تعابير علم النفس المرضي، وحتى الاضطرابات خفية الأعراض. هذه الأخيرة التي نجدها تطبع منهاج العيش الضال و التي لا تظهر في شكل أعراض مرضية واضحة بقدر ما تعبر عن سوء التوافق النفسي. ويشير دريكورز (Dreikurs, 1997) إلى وجوب أخذ منهاج العيش بالحسبان عند النظر في أي مشكلة نفسية لدى الفرد. وهو الأمر كذلك بالنسبة للعملية العلاجية (سليمان ربحاني و عادل طنوس، 2012، ص185).

إن التبصر بمنهاج عيش مريضة سرطان الثدي يسهم في كشف أبعاد حياتها النفسية بما فيها نظرتها لذاتها و للآخرين ولما صادفته من صعاب و مشكلات، ودوافعها الأساسية و طرقها الاعتيادية في السلوك إضافة إلى الكثير من الخبرات الماضية في حياتها. كل هذه

الأمر ستسهم في التنبؤ بالاضطرابات التي قد تعاني منها و فهم الهدف من الدلالات المرضية النفسية التي قد تظهر لديها.

مما سبق ذكره أصبح من المثير بالنسبة لنا البحث و بشكل أعمق في الدلالات المرضية النفسية و تفسيرها وفقا لمنهاج عيش مريضة سرطان الثدي، و بالتالي فقد قسمنا الدراسة إلى جانبين، الجانب النظري و يتضمن أربعة فصول:

- **الفصل الأول:** خصص لطرح إشكالية الدراسة و توضيح أهميتها و الأهداف المرجوة منها ، والتعريف بالمتغيرات الأساسية للدراسة.
- **الفصل الثاني:** و يتعلق بالدلالات المرضية النفسية، أين أدرجنا مفهومي الصحة النفسية في علاقتها بالصحة الجسدية و المرض النفسي.
- **الفصل الثالث:** خصص لعرض المقاربة الطبية التي تناولنا فيها مفهومي السرطان عامة و سرطان الثدي بشكل خاص و الأعراض و عوامل الإصابة و الآثار الجانبية للعلاج. أما المقاربة السيكوسوماتية فتناولنا فيها داء السرطان كمفهوم سيكوسوماتي و أهم العوامل النفسية المسببة للسرطان و سيكوباتولوجية مريضة سرطان الثدي.
- **الفصل الرابع:** تعلق هذا الفصل بعرض مفهوم منهاج العيش من حيث تعريفه و نشأته و سبل فحصه و دراسته و أخيرا استعراض منهاج العيش المرضي.

أما الجانب الميداني للدراسة فقد تضمن فصلين:

- **الفصل الخامس:** خصص لاستعراض الإجراءات المنهجية المتخذة لتطبيق الدراسة بدءا بالمنهج المعتمد و الأدوات العيادية المطبقة و عرض الحدود الزمنية و المكانية و حالات الدراسة.
- **الفصل السادس:** في هذا الفصل تم عرض نتائج الحالات و تفسيرها و انتهاء بالتحليل العام، و خاتمة.

الفصل الأول الإطار العام للدراسة

1. إشكالية الدراسة

يعد سرطان الثدي مرض العصر وأحد أبرز مخاوف المرأة وهم مشترك لكل النساء في الدول المتقدمة والنامية على حد سواء. وتعرف جمعية السرطان الأمريكية (American Cancer Society, 2014) سرطان الثدي بأنه ورم خبيث يسبب نمو غير طبيعي لخلايا الثدي، وعادة ما يظهر في القنوات والغدد الحليبية للثدي، ويمكن أن ينتشر إلى الأنسجة المحيطة به، أو إلى أي منطقة بالجسم.

وإن خبر تشخيص الإصابة بسرطان الثدي يمثل نقطة تحول أساسية في حياة المصابة. إذ يؤدي بها للانتقال من حالة السواء و الاستقرار النفسي إلى حالة غير متزنة ترتفع فيها احتمالات الإصابة بالمرض النفسي. ففي دراسة ل دفيد كيسان و آخرون (David Kissane David M Clarke , Sidney Bloch Luis Vitetta,) بعنوان "المرض النفسي و نوعية الحياة لدى النساء المصابات بسرطان الثدي المبكر". وهي دراسة وصفية عرضية طبقت بمستشفى "ملبورن" بفكتوريا و دامت الدراسة من شهر أكتوبر لسنة 1994 إلى شهر أكتوبر لسنة 1997، حيث هدفت لتحديد معدل انتشار الأمراض النفسية ووصف نوعية الحياة لدى النساء المصابات بسرطان الثدي أين أكدت أن 45 % من أفراد العينة يعانون من اضطرابات نفسية. لا يتوقف الأمر على ذلك وحسب. فبينما تعيش المريضة صدمة التشخيص و العملية الجراحية، عليها اتخاذ قرار العلاج الكيماوي. خاصة أن هذا الإجراء العلاجي يسبب تغيرات جسدية دائمة أو مؤقتة تقود إلى تغير وتبدل في صورة الجسم ويمكن أن تسبب تدني في تقدير الذات لدى المصابة، وفقدان عضو (الثدي) نتيجة الجراحة أو فقدان الشعور نتيجة العلاج الكيماوي تؤدي إلى تكون خبرة مخيفة ومهددة للسواء النفسي عند المصابة. وقد يرتبط تأثير هذه الخبرة بمدى إدراكها لتقييم الآخرين لهذه المظاهر الجسدية، وكثيرا ما تؤثر المظاهر الجسدية على التفاعل و التوافق النفسي والاجتماعي و الشخصي بالنسبة لمريضة سرطان الثدي. ففي دراسة لليسلاي (Leslie1995) خلصت إلى أن

تشخيص وعلاج سرطان الثدي أثر سلبا على المرأة المصابة بسرطان الثدي جسديا متسببا في حدوث تغيرات وتشوه في صورة الجسم إضافة إلى الاضطرابات النفسية. (صالح سلمان أبو معلا، 2016، ص72).

هذه الدراسات و غيرها تؤكد أن ما تعيشه المصابة خلال رحلة كفاحها ضد السرطان يحول أزمته من مشكلة بدنية إلى مشكلة نفسية واجتماعية وصحية مستعصية، و يتجلى ذلك في تزايد احتمالية ظهور بعض الدلالات النفسية المرضية التي تشير إلى قرب المصابة من منطقة اللاسواء ودائرة المرض. هذا الأخير-الاضطراب النفسي- الذي يعرفه الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM4) بأنه مجموعة أعراض سلوكية أو نفسية، عيادية تكون ذات معنى، تطراً على شخص ما و يصاحبها عادة شعور ملازم بالضيق، ومهما يكون أصل هذه الاضطرابات فإنها تعتبر كمظاهر لاختلال وظيفة سلوكية ، بيولوجية، أو نفسية لشخص ما. (أسماء بوعود، 2014 ، ص ص 30-32).

والدلالات المرضية النفسية التي يحتمل أن تظهر على مريضة سرطان الثدي لا تدهم حياتها فجأة. بل إن هناك عدة عوامل نفسية تحظى بحصة كبيرة في إدراك المصابة للألم الذي يسببه سرطان الثدي ولها التأثير القوي والمباشر على مختلف أوجه الدلالات المرضية النفسية التي تظهر لديها. وبعد الاستقصاء في منهاج عيش المصابة أحد المآخذ التي قد توفر قاعدة علمية نفس من خلالها هذه الدلالات المرضية النفسية. فالتجربة الشخصية للمصابة في معايشة مرض السرطان تعد مرحلة فارقة تختلف فيها المصابات من حيث الدلالات المرضية النفسية التي تظهرها و التي تعكس وجها مميذا لأسلوبها الخاص في مجابهة المرض و تخضع لذاتيتها و إدراكاتها وتمثلاتها ، ووحدتها النفسية. وفي هذا السياق يقول أدلر: "في فحص بنية شخصية ما، العقبة الرئيسية هي أن وحدتها وخصوصية منهاج عيشها وهدفها لا تبنى وفق الواقع الموضوعي بل وفق النظرة الذاتية التي يأخذها الفرد عن أحداث الدنيا" (Peluso, P,R. 2006. pp190-199).

على ذلك فإن الحكم على هذه الدلالات المرضية النفسية يقتضي دراسة و فحص منهاج عيش مريضة سرطان الثدي و تتبع آثار هذه الدلالات بين مختلف محددات منهاج العيش، كما يمكننا التنبؤ بشدة و طبيعة هذه الدلالات المرضية النفسية التي تعكس ردة الفعل النفسية للمريضة تجاه الإصابة بسرطان الثدي من خلال تحديد سواء أو لاسواء منهاج عيشها، فلا نستغرب أن تتجح المصابة سليمة منهاج العيش في مواجهة الخبرات الصدمية المتعلقة بالسرطان. وعلى العكس، يرجح لدى المصابة ذات منهاج العيش غير السوي معايشة مشكلات نفسية وعلائقية مستمرة. "إن معرفة منهاج العيش تجلب العديد من الفوائد، فمعرفة تشابه فك شفرة تغطي لغز شخصية الفرد وسلوكاته" (Lombardi et Al. 1996/2006. pp 214-215).

عموما فإن القول بأهمية الجانب النفسي من حياة مريضة سرطان الثدي، وضرورة الكشف عن الأعراض النفسية لاحتمالات الإصابة بالمرض النفسي، وأهمية فحص منهاج عيش المصابة الذي يساعدنا في التنبؤ بهذه الدلالات المرضية وتفسير أهدافها، يدفعنا وفضول علمي إلى البحث في الدلالات المرضية النفسية وتفسيرها وفق منهاج عيش المصابة وذلك من خلال طرح التساؤل التالي:

ماهي الدلالات المرضية النفسية لدى مريضة سرطان الثدي وفق منهاج العيش؟

2. دوافع اختيار الموضوع

إن جملة الدوافع سواء العلمية أو الشخصية التي قادتنا لانتقاء هذا الموضوع شملت كل المتغيرات بنفس الدرجة من الاهتمام حيث تلخص جملة الدوافع فيما يلي:

- الاهتمام بالمواضيع التي تمس المرأة وسيكولوجيتها واستقرارها النفسي والاجتماعي.
- الاهتمام بسرطان الثدي كأحد الأمراض العضوية الخطيرة التي لها جانب كبير من التأثير النفسي والاجتماعي على المرأة.

- الاهتمام بمواضيع علم النفس الفردي وربطها بالجانب المرضي للراشد.

3. أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى:

- الكشف عن أهم الدلالات المرضية النفسية التي إما أن تشير إلى وجود المرض النفسي أو النزوع لمرض نفسي معين لدى مريضة سرطان الثدي.
- فحص منهاج عيش مريضة سرطان الثدي وتحديد نمطه.
- تفسير الدلالات المرضية النفسية التي تظهر لدى كل حالة وفق منهاج عيشها.

4. أهمية الدراسة

تتسم هذه الدراسة بأهمية بالغة نظرا إلى أن:

- سرطان الثدي يشكل أحد أكثر أنواع السرطان انتشارا، ما حوله إلى خطر يهدد حياة الفرد عامة وحياة المرأة بشكل خاص خاصة في ضل نقص أو غياب التكفل النفسي اللازم بقضايا الصحة النفسية لهذه الفئة (مرضى السرطان).
- عينة الدراسة تعتبر فئة مهمة في المجتمع وذات سيكولوجية خاصة و هي المرأة.
- البحث في مفهوم "منهاج العيش" الذي تقل فيه الدراسات إلى جانب الأهمية النظرية كون فحص منهاج العيش يسمح بدراسة عميقة ذات أبعاد سيكولوجية مهمة في حياة وشخصية المصابة.
- تبحث هذه الدراسة في صلب علم النفس المرضي.

أما عن الأهمية التطبيقية فتتمثل في:

- أهمية النتائج التي نأمل أن التوصل إليها، كتوفير قاعدة بيانات حول الدلالات المرضية النفسية التي تظهرها مريضة سرطان الثدي وتفسير هذه الدلالات وفق منهاج عيش المصابة.

5. التعريف الإجرائي بمتغيرات الدراسة

- سرطان الثدي: هو شكل من أشكال السرطان تنمو فيه خلايا الثدي بشكل غير طبيعي ما يشكل خطر يهدد حياة المريضة
- مريضة سرطان الثدي: و هن النساء اللواتي شخصت إصابتهن بسرطان الثدي، و كن مستأصلات الثدي و يخضعن في أثناء إجراء الدراسة إلى العلاج الكيميائي في المؤسسة الاستشفائية الدكتور سعدان.
- الدلالات المرضية النفسية: هي جملة الأعراض التي تشير إلى نزوع مريضة سرطان الثدي لمرض نفسي معين أو لوجود المرض النفسي فعلا والتي يتم الكشف عنها من خلال اختبار الشخصية متعدد الأوجه MMPI2.
- منهاج العيش: هو الطريقة أو الأسلوب الفريد الذي يطوره الفرد خلال مراحل مبكرة من حياته و ينتهجه. بحيث يتضمن نظرتة لذاته وللآخرين وللدنيا وأساليب تعابيره النفسية السلوكية المختلفة. ويتم الكشف عنه من خلال استبيان منهاج العيش.

6. عرض الدراسات السابقة و التعقيب عليها

تمثل مراجعة الدراسات السابقة نقطة مركزية وأساسية للانطلاق في أي بحث أو عمل علمي، ولا جدل في اعتبارها القاعدة الرئيسة لبناء جهد بحثي رصين. لذلك سنستعرض جملة من الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية مع التعليق على هذه الدراسات و مقارنتها مع الدراسة الحالية من حيث: الأهداف، المنهج المتبع و أدواته، عينة الدراسة، و نتائجها.

أولاً: الدراسات المتعلقة بمتغير سرطان الثدي في علاقته بمتغيري الصحة و
المرض النفسيين.

1. دراسة فلو فيلد و آخرون Fallowfield A Hall (1990).

عنوان الدراسة : "الآثار النفسية الناتجة عن المعالجة الجراحية باستئصال الثدي التام أو الجزئي للمصابات بسرطان الثدي المبكر"، على عينية من النساء المصابات بسرطان الثدي عددهن (269) مريضة مستخدما في دراسته المنهج الوصفي المقارن وتم إعطاؤهن أداة الدراسة للإجابة عنها بأنفسهن قبل إجراء الجراحة ،وبعد أسبوعين من إجرائها وبعد ثلاثة أشهر من إجرائها، ثم بعد 12 شهراً من إجراء الجراحة، وجميع هذه المقابلات كانت فردية وشبه مقننة بعد العملية الجراحية، و قد أظهرت نتائج الدراسة أن:

- من بين (269) امرأة 31 امرأة فضلن عدم الخضوع للجراحة، و 120 امرأة فضلن استئصال الثدي، و 118 فضلن جراحة ترميم الثدي
- 43 امرأة من بين النساء اللواتي خضعن لجراحة ترميم الثدي يعانين من القلق و الاكتئاب و المشاكل الجنسية.
- لا توجد فروق دالة بين النساء اللواتي خضعن لاستئصال الثدي و اللواتي خضعن لترميم الثدي من حيث درجات القلق و الاكتئاب و المشاكل الجنسية.
- ما بين (159-244) امرأة يشعرن بالخوف من السرطان ومعاودة ظهوره أعلى من خوفهن لخسارة جزء من جسدهن، حيث تبين أنه يشكل دافعاً كبيراً لتقرير المريضات لنوع المعالجة الجراحية عند إتاحة الاختيار لهن.
- 28 % من النساء اللواتي خضعن لاستئصال الثدي في الدراسة البعدية كن يشعرن بالقلق مقارنة مع 26 % في الدراسة القبلية ، و 27 % من النساء في هذه الدراسة الذين خضعوا لترميم الثدي كن يشعرن بالقلق مقارنة مع 31 % في الدراسة القبلية.

- في كل من الدراسة القبلية و البعدية 21 % من النساء اللواتي خضعن لاستئصال الثدي يعانين من الاكتئاب ، و 19 % من النساء اللواتي خضعن لعملية الترميم في الدراسة البعدية يعانين من الاكتئاب مقارنة مع 27 % في الدراسة القبلية.

2. دراسة دفيد كيسان و آخرون أكتوبر 1994 - مارس 1997 (David Kissane , David M Clarke , Sidney Bloch , Luis Vitetta)

عنوان الدراسة: "المرض النفسي و نوعية الحياة لدى النساء المصابات بسرطان الثدي المبكر". و هي دراسة وصفية عرضية طبقت بمستشفى "ملبورن" بفكتوريا و دامت الدراسة من شهر أكتوبر لسنة 1994 إلى شهر أكتوبر لسنة 1997، و قد هدفت الدراسة لتحديد معدل انتشار الأمراض النفسية ووصف نوعية الحياة لدى النساء المصابات بسرطان الثدي في مرحلة مبكرة من العمر. و قد تكونت عينة الدراسة من (303) امرأة مصابة بسرطان الثدي المبكر يخضعن لعلاج نفسي جماعي متوسط عمرهن 46 سنة، و قد استخدمت في هذه الدراسة جملة من الأدوات هي : الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للصحة العقلية ، التشخيص النفسي العام من خلال مقابلة "موناش" للأمراض النفسية وجودة الحياة الصادر عن المنظمة الأوروبية للأبحاث، و استبيان جودة الحياة (QLQ) أما عن نتائج هذه الدراسة فقد جاءت كالتالي:

- 45 % (303/135) من أفراد العينة يعانون من اضطرابات نفسية.
- 42% (303/127) من أفراد العينة مصابات بالاكتئاب أو القلق أو كلاهما، بحيث سجلت 82 حالة مصابة بالاكتئاب البسيط أي بنسبة (27.1%) و 26 حالة مصابة بالقلق أي بنسبة (8.6%)، و 29 حالة مصابة بالاكتئاب الأعظم أي بنسبة (9.6%) و 26 حالة مصابة بالخوف أي بنسبة (6.9%) وقد سجلت 60 حالة أي نسبة (20%) من العينة مصابات باضطراب نفسي واحد.
- على مستوى جودة الحياة ما يقارب ثلث النساء المصابات بسرطان الثدي من عينة الدراسة يشعرن بأنهن أقل جاذبية بسبب فقدان الرغبة الجنسية ، و الشعور بالضيق الشديد بعد فقدان شعرهن.

- أخيرا ارتبطت صورة الجسم الجيدة مع الجراحة التي لم يتم فيها استئصال الثدي لدى بعض الحالات.

3. نبيلة باوية (2012/2013)

عنوان الدراسة: الدعم الاجتماعي و علاقته بالاحتراق النفسي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي ، بحيث هدفت الدراسة إلى كشف العلاقة الارتباطية بين كل من الدعم الاجتماعي الذي تلقاه مريضات سرطان الثدي و مستوى الاحتراق النفسي المسجل لديهن. وقد طبقت الدراسة على عينة متكونة من (230) امرأة مصابة بسرطان الثدي تم اختيارهن بطريقة قصديه ، و قد اعتمد الباحث على المنهج الوصفي موظفا بذلك أدوات من تصميمه بعد حساب الخصائص السيكومترية لها (أداة لقياس الدعم الاجتماعي ، و أداة لقياس الاحتراق النفسي)، أما بالنسبة للمعالجة الإحصائية للمعطيات ، تم الاعتماد على معامل الارتباط "بيرسون" و اختبار "ت" لدلالة الفروق. و قد توصل الباحث من خلال هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى مرتفع للدعم الاجتماعي لدى عينة الدراسة.
- وجود مستوى مرتفع للاحتراق النفسي لدى عينة الدراسة.
- عدم وجود علاقة ارتباطية بين الدعم الاجتماعي و الاحتراق النفسي لدى عينة الدراسة.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسية بين النساء المصابات بسرطان الثدي المتزوجات مرتفعات و منخفضات الدعم الاجتماعي.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسية بين النساء المصابات بسرطان الثدي غير المتزوجات مرتفعات و منخفضات الدعم الاجتماعي.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسية بين النساء المصابات بسرطان الثدي حديثا مرتفعات و منخفضات الدعم الاجتماعي.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسية بين النساء المصابات بسرطان الثدي قديما مرتفعات و منخفضات الدعم الاجتماعي.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسية بين النساء المصابات بسرطان الثدي ذوات المستوى التعليمي المرتفع مرتفعات و منخفضات الدعم الاجتماعي.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسية بين النساء المصابات بسرطان الثدي ذوات المستوى التعليمي المتوسط مرتفعات و منخفضات الدعم الاجتماعي.
- وجود فروق دالة إحصائية في الإنهاك الانفعالي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي ذوات الدعم العاطفي و المعلوماتي لصالح النساء المصابات ذوات الدعم المعلوماتي.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تبلد المشاعر بين النساء المصابات بسرطان الثدي ذوات الدعم العاطفي و المعلوماتي.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نقص الشعور بالانجاز لدى النساء المصابات بسرطان الثدي ذوات الدعم العاطفي و المعلوماتي.

ثانيا: الدراسات المتعلقة بمتغير منهاج العيش

1. دراسة سليمان ريحان و عادل طنوس (2012/2011)

عنوان الدراسة: " العلاقة بين أساليب الحياة وكل من القلق و الاكتئاب"، هدف الدراسة إلى كشف العلاقة بين أساليب الحياة و بين القلق و الاكتئاب. تألفت عينة الدراسة من (277) طالبا و طالبة موزعين على السنوات الدراسية الأربعة من طلبة كلية العلوم التربوية في الجامعة الأردنية. وقد إعتد الباحثين المنهج الوصفي موظفين الأدوات التالية: قائمة أساليب الحياة لكل من " مونس و كيرن و كيورليت " (1987) و مقياس القلق " لسبيلبرجر و جورستش و ولشن " (1970) وقائمة بيك للإكتئاب. وقد أظهرت نتائج الدراسة:

- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين أساليب الحياة و القلق باستثناء أسلوب الحياة المدلل و أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان.
- كما أشارت النتائج إلى ارتباط أسلوب الحياة المنتمي سلبا بالاكنتاب.
- و ارتباط أسلوب الحياة الضحية و المنتقم إيجابيا بالاكنتاب.
- كذلك أشارت النتائج إلى نسبة التباين الذي تفسره أساليب الحياة مجتمعة للتنبؤ بالقلق ليست ذات دلالة إحصائية حيث بلغت قيمة الإحصائي (ف = 1.72). في حين أن نسبة التباين الذي تفسره أساليب الحياة مجتمعة للتنبؤ بالاكنتاب (6.3 %) حيث بلغت قيمة الإحصائي (ف = 3.04).
- كما فسرت المجموعة الأولى من أساليب الحياة و التي تتسلف بالبحث عن الاستحسان الجماعي (المنتمي ، الباحث عن الاستحسان ن الضحية ، غير الكفو ، المدعن) ما مقدراه (4.6%) من التباين في الاكنتاب حيث بلغت قيمة الإحصائي (ف = 3.67).
- في حين لم تكن هناك قدرة تفسيرية ذات دلالة إحصائية للمجموعة الثانية من أساليب الحياة (المؤذي، المدلل، المتحكم، المنتقم) حيث بلغت قيمة الإحصائي (ف = 3.34).

2. دراسة خالد خياط(2012/2013)

عنوان الدراسة: دراسة منهاج العيش من خلال القصيدة الشعرية"دراسة نفسية فردية على شعراء صعاليك جاهليين"هدفت الدراسة إلى دراسة خصائص منهاج عيش الشاعر من خلال القصيدة العشرية. و قد اعتمد الباحث على المنهج العيادي باستخدام أداة تحليل المحتوى للوثيقة الشخصية التي تمثلت في قصيدة شعرية تروي السيرة الشخصية للشاعر. و طبقت الدراسة على حالتين من الشعراء الجاهليين الصعاليك (الشنفري الأزدي و عروة بن الورد).حيث أظهرت النتائج ما يلي:

- الشنفرى شخص عصابى يعانى من شعور جامح بالقصور، دفعه إلى السعى إلى التعويض عن هذا القصور بسلوكيات نشطة، غير أنها كانت تتسم بالاجتماعية و الهدم و ذات هدف غائى متمركز على الذات يفنقر إلى النزعة الاجتماعية الكافية لذلك فإن منهاج عيش الشنفرى من النمط "النشط الهدام".
- عروة بن الورد يحتضن درجة عالية من مشاعر القصور وقد سعى إلى تعويضها بسلوكيات نشطة تمثلت في تقديم الدعم و العناية بالآخرين، و هو مسعى يتسم بالنزعة الاجتماعية السوية، غير أنه اختار لبلوغ هذا الهدف النبيل وسيلة غير سوية ، تمثلت في الغزو و الإغارة على الأغنياء، وهو سلوك لا إجتماعى.بناء على ذلك يكون منهاج عيش عروة بن الورد من النمط "النشط البناء"

3. دراسة خولة عبد الكريم السعيدة و محمد إبراهيم الخطيب(2016)

عنوان الدراسة: "أساليب الحياة و علاقتها بالصحة النفسية لدى طلبة الجامعة"هدفت الدراسة إلى التعرف على أساليب الحياة لدى عينة من طلبة جامعة "جدارا" و علاقتها بمستوى الصحة النفسية لديهم.تكونت عينة الدراسة من (203) طالب من بينهم (123) ذكرا و (80) إناث.اختيروا بالطريقة المتاحة (المتيسرة). و تم استخدام مقياس أساليب الحياة الذي أعده مولينس و كيرن و كيورليت (Mulins, KernCu,rlette) و قام (الشخانة 2010) بتعريبه. و مقياس الصحة النفسية الذي أعده غولد بيرغ و ويليام (Gold-Birg&Williams) و قامت (الشهوان2002) بتعريبه.حيث أظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

- أكثر أساليب الحياة انتشارا بين الطلبة هو "الباحث عن الاستحسان".
- أقل أساليب الحياة انتشارا بين الطلبة هو "المنتمى".
- كانت العلاقة بين بعد الوظائف الاجتماعية دالة مع أسلوب الحياة المنتمى.
- الارتباط بين بعد الوظائف الاجتماعية غير دالة مع باقى أساليب الحياة.
- ارتبط بعد التحرر من القلق بأسلوب الحياة المتحكم بعلاقة طردية دالة إحصائيا.
- الارتباط بين بعد التحرر من القلق و باقى أساليب الحياة كان غير دال إحصائيا.

- ارتبط بعد الصحة النفس جسمية بأسلوب الحياة لمتحكم بعلاقة طردية دالة إحصائياً.
 - الارتباط بين بعد الصحة النفس جسمية و باقي أساليب الحياة كان غير دال إحصائياً.
- من خلال إطلاع الباحثة على الدراسات السابقة المتعلقة بمتغير الدلالات المرضية و متغير منهاج العيش و متغير سرطان الثدي و الدراسات التي تربط بين متغيرين على الأقل فهي قليلة جداً أما الدراسات التي تربط بين المتغيرات الثلاث للدراسة فهي غير متوفرة على حد إطلاع الباحثة خاصة في العالم العربي ، و هذا ما يزيد من أهمية الدراسة الحالية. أما ما خلصنا له من خلال إطلاعنا على الدراسات السابقة التي تم استعراضها:
- **من حيث أهداف الدراسة:** هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن الدلالات المرضية النفسية لمريضة سرطان الثدي و تفسيرها وفق منهاج العيش. وقد اشتركت بعض الدراسات السابقة مع هذه الدراسة من حيث الهدف في الكشف عن جوانب الصحة والمرض والآثار النفسية للسرطان على مريضة سرطان الثدي كدراسة (دفيد كيسان و آخرون أكتوبر 1994 - مارس 1997) و دراسة (فلو فيلد و آخرون 1990) و دراسة (شدمي رشيدة 2014-2015) ودراسة (نبيلة باوية 2012-2013). لكن جميع هذه الدراسات تناولت متغير المرض النفسي أو الآثار النفسية لسرطان الثدي في علاقته مع متغيرات أخرى باستثناء دراسة (شدمي رشيدة 2014-2015) التي تناولت واقع الصحة النفسية لمريضة سرطان الثدي.
 - أما فيما يخص متغير منهاج العيش فقد اشتركت جميع الدراسات المعروضة من حيث الهدف في دراسة منهاج العيش و تحديد نمطه غير أنها بحثت في هذا المتغير في علاقته مع متغيرات أخرى كالمرض النفسي والصحة النفسية باستثناء دراسة (خالد خياط 2012-2013) التي هدفت إلى دراسة خصائص منهاج عيش الشاعر.

– **من حيث المنهج:** اعتمدت جميع الدراسات السابقة المنهج الوصفي و ذلك على عكس الدراسة الحالية التي اعتمدنا فيها المنهج العيادي بتقنية دراسة الحالة باستثناء دراسة (خالد خياط 2012-2013) التي اعتمد فيها المنهج العيادي أيضا.

– **من حيث الأدوات:** اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على المقابلة العيادية و اختبار مقاييس الشخصية متعدد الأوجه للطبيب ماكنلي **Macknley** و النفساني هاتاوي **Hataway** و استبيان منهاج العيش الذي أعده **BIBLICAL COUNSELING CENTER** (2009). بينما اعتمدت الدراسات السابقة في غالبها على مقاييس من إعداد الباحثين كدراسة (شدمي رشيدة 2014-2015) التي أعدت مقياس الصحة النفسية و دراسة (نبيلة باوية) التي أعدت أداتين لقياس الدعم الاجتماعي والاحترق النفسي بينما اعتمدت دراسة (دفيد كيسان و آخرون) على الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للصحة العقلية، التشخيص النفسي العام من خلال مقابلة "موناش" للأمراض النفسية وجودة الحياة الصادر عن المنظمة الأوروبية للأبحاث، و استبيان جودة الحياة (QLQ) و دراسة (فلو فيلد و آخرون 1990) على المقابلة العيادية المقننة.

أما بالنسبة لمتغير منهاج العيش فقد اعتمدت كل من دراسة (خولة عبد الكريم السعايدة و محمد إبراهيم الخطيب 2016-2017) و (سليمان ربحان و عادل طنوس 2011-2012) على مقياس أساليب الحياة ل مولنس و كيرن و كيورليت (1987) و مقياس الصحة النفسية الذي أعده **غولد بيرغ و ويليام Gold-** (**Birg&Williams**) بالنسبة لدراسة (خولة عبد الكريم السعايدة و محمد إبراهيم الخطيب 2016-2017) ومقياس "القلق" لسبيلبرجر و جورستش و ولشن " (1970) وقائمة بيك للاكتئاب، بالنسبة لدراسة (سليمان ربحان و عادل طنوس 2011-2012). أما دراسة (خالد خياط 2012-2013) فقد اعتمدت على أداة تحليل محتوى الوثيقة.

– **من حيث العينة:** بالنسبة لمتغير سرطان الثدي في علاقته بالصحة والمرض النفسيين فقد اشتركت جميع الدراسات مع الدراسة الحالية من حيث العينة وهن

مريضات سرطان الثدي، في حين اختلفت الدراسات المتعلقة بمتغير منهاج العيش عن الدراسة الحالية من حيث العينة فقد طبقت دراسة (خولة عبد الكريم السعيدة و محمد إبراهيم الخطيب 2016-2017) ودراسة (سليمان ربحان و عادل طنوس 2011-2012) على طلبة جامعيين أما دراسة (خالد خياط 2011-2012) فقد اعتمدت على تحليل مضمون المحتوى لقصيدتي شعر يمثلان السيرة الذاتية لشاعرين جاهليين صعاليك.

- **من حيث النتائج:** بالنسبة للدراسات المتعلقة بمتغير سرطان الثدي في علاقته بالصحة والمرض النفسيين فقد أشارت نتائج الدراسات السابقة إلى أن الإصابة بسرطان الثدي تمثل ضغطا نفسيا و جسديا شديدين ذو تأثيرات نفسية ، فسيولوجية و نفس اجتماعية على المريضة. ففي دراسة (شدمي رشيدة 2014-2015). أشارت النتائج إلى وجود معاناة نفسية لمريضة سرطان الثدي، مع عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المتزوجات والعازيات. في حين لعب متغير المستوى التعليمي دورا في تحسين مستوى الوعي و الصحة النفسية بين المريضات. أما دراسة (نبيلة باوية 2012-2013) أشارت إلى ارتفاع الاحتراق النفسي لدى مريضات سرطان الثدي مع وجود فروق بين المريضات اللواتي يلقين دعم اجتماعي جيد و اللواتي لا يلقين دعما اجتماعيا، مع عدم وجود فروق دالة إحصائية تعزى لعامل الوضع الاجتماعي أو التعليمي. أما دراسة (دفيد كيسان و آخرون 1994-1997) فأشارت إلى أن 45% من عينة الدراسة يعانون من اضطرابات نفسية و ما يقارب ثلث النساء المصابات بسرطان الثدي من عينة الدراسة يشعرون بأنهن أقل جاذبية بسبب فقدان الرغبة الجنسية، والشعور بالضيق الشديد بعد فقدان شعرهن. أما دراسة (فلو فيد آخرون 1990) فقد أشارت إلى معاناة مريضة سرطان الثدي من القلق و الاكتئاب و المشاكل الجنسية مع وجود فروق دالة إحصائية بين النساء اللواتي خضعن لعملية ترميم الثدي و اللواتي خضعن لاستئصال الثدي.

أما بالنسبة لمتغير منهاج العيش فقد أفادت نتائج دراسة (خولة عبد الكريم السعيدة و محمد إبراهيم الخطيب 2016-2017) و دراسة (سليمان ربحان و عادل طنوس

2011-2012) بعلاقة منهاج العيش بتغيري الصحة و المرض النفسيين، كارتباط أسلوب الحياة الضحية و المنتقم إيجابيا بالاكتئاب في دراسة (سليمان ربحان و عادل طنوس 2011-2012) و ارتباط أسلوب الحياة المتحكم بعلاقة طردية دالة إحصائياً مع بعد التحرر من القلق. بينما أشارت دراسة (خالد خياط 2011-2012) إلى أن حالة الشنفري تشير إلى شخص عصابي ذو منهاج عيش من النمط النشط الهدام أما حالة عروة بن الورد فتشير إلى شخص سوي ذو من منهاج عيش من النمط النشط البناء.

الجلالين النظارين

الفصل الثاني الدلالات المرضية النفسية

❖ تمهيد

تعتبر الشخصية، اسم جامع مركب من الطبع، الصفات، الأحاسيس، الأفكار والسلوكيات المتأصلة والفريدة لدى شخص معين. فعندما تكون هذه التراكيب المختلفة للشخصية حادة، أو تفتقد إلى الليونة ودائمة التردد، تصبح هذه الشخصية مرضية. وصاحب هذه الشخصية سيفقد القدرة على التأقلم و التوافق النفسي و بالتالي سيكون أكثر عرضة للوقوع في الأزمات والمعاناة، عاجزا عن ممارسة حياة طبيعية. غير أنه في الغالب لا يعي إشكالية هذا الاختلاف، بل يكون على قناعة أن المشكلة التي تواجهه تكمن في الأشخاص والظروف المحيطة به. والاضطرابات النفسية التي يمكن أن تشكل خطرا يهدد استقرار الشخصية تتميز بدلالات و أعراض مختلفة تساهم في تصنيفها ضمن قوائم مرضية معينة كما تسمح بوضع التشخيص المناسب لكل اضطراب، وتفسر هذه الاضطرابات النفسية وفقا لعوامل وأسباب مختلفة سواء كانت تعود للشخص وبنيته أو للوراثة والبيئة المحيطة. وخلال هذا الفصل سنستعرض كل ما سبق ذكره من عناصر للتعرف على الشخصية في السواء و المرض وهو ما يساعدنا على رسم صورة واضحة عن مفهوم الدلالات المرضية النفسية.

المبحث الأول-الشخصية السوية

1. الشخصية: لغة كلمة "شخصية" جاءت مترجمة عن اللغة الفرنسية في الأصل التي استخدمت فيها كلمة شخص (Personne) في القرن الثاني عشر ميلادي. وهي مشتقة من الأصل اللاتيني (Persona)، وهذا الأصل «يدل في البداية على القناع الذي يضعه الممثل على وجهه أثناء أداء الدور المسند إليه، ثم صار بعد ذلك يدل على الدور نفسه. (محمد التويحي، 1993، ص ص 645-647).

لقد ذكر "البورت" (G. Allport) أن كل فرد يعرف ما هي الشخصية ولكن لا يستطيع أحد أن يصفها بدقة ... و هذا نتيجة ما تتصف به الشخصية كمفهوم من تعقيد

الفصل الثاني

الدلالات المرضية النفسية

و تركيب لذلك نجد العديد من التعريفات التي يمكن أن تضعنا نسقا عاما يحدد مفهوما الشخصية نذكر من بينها تعريف هذا الأخير:

البورت " (G. Allport): الشخصية هي التنظيم الديناميكي في الفرد لجميع التكوينات النفسية والجسمية وهذا التنظيم هو الذي يحدد الأساليب الفريدة التي يتوافق بها الشخص مع البيئة". (عثمان لبيب فراج وآخرون، 1966، ص4).

يمكن القول أن تعريف ألبرت (G. Allport) جاء شاملا لكل الجوانب التي تمس الشخصية سواء بشقها المادي (الجسمي) أو شقها الروحي النفسي ليخلص في الأخير إلى ذلك المزيج الديناميكي الذي صوره في مختلف التأثيرات المتبادلة بين الفرد وما يحيط به من الكائنات لخلق نمط من التوافق النفسي، والاجتماعي.

نظرية التحليل النفسي الكلاسيكية بزعامة سيجموند فرويد تبدو أكثر المدارس تجسيدا و عمقا من حيث وصفها للشخصية حيث قسم "فرويد" الشخصية إلى ثلاثة أجهزة نفسية: الهو-الأنا-الأنا الأعلى .

هذه الأقطاب الثلاثة تسعى بتفاعل مكوناتها و تجاذب أطرافها بدينامية عالية إلى تحقيق تكامل و توازن الشخصية حيث يمثل:

- ألهو الجانب البدائي الذي يسعى للإشباع العاجل للدوافع الأولية (الجنسية والعذوانية) إذا ما أثرت. فألهو تظهر في المراحل الأولى للتطور ولكن سرعان ما تكون تحت سيطرة "الأنا" (الجانب الإنساني) الذي يحاول تهذيبها وكبحها.
- أما الأنا يعتبر المحرك الأساسي للسلوك الاجتماعي المقبول من الآخرين. الأنا تحاول دائما السيطرة على ألهو، وذلك بإشباع هذه الدوافع بطريقة مقبولة اجتماعيا معتمدا في ذلك على آليات الدفاع التي تستخدم بشكل مرن و متنوع.

الفصل الثاني

الدلالات المرضية النفسية

– أما المكون الثالث من الشخصية فهو الأنا الأعلى الذي يتولد من حصيلة الخبرات التي تمر بها الأنا نتيجة احتكاكها بالواقع الاجتماعي بما فيه من قيم ومعايير. وهو يمثل "الضمير" الإنساني التي يجعلنا نسلك وفقا للمعايير والأخلاقيات والقيم السائدة في المجتمع. فالأنا الأعلى دائما يسعى إلى الكمال، ويحاول توجيه الفرد إلى السلوك المقبول اجتماعياً. لذلك عندما يحدث صراع بين ألهو والأنا الأعلى يبدو الأمر صعباً على الأنا ليتخذ قراراً، وهذا يوضح ترددنا في اتخاذ القرار في كثير من الأحيان. (عبد الحميد محمد الشاذلي، 2001، ص ص 272-273)

ألفرد أدلر (Adler Alfred) في كتابه "الطبيعة البشرية" فيرى أن الشخصية مفهوم اجتماعي ، ولا يمكننا الحديث عن مميزات الشخصية إلا إذا أخذنا في الاعتبار الفرد ، وعلاقته و ارتباطه ببيئته المحيطة. فإن الشخصية ما هي إلا موقف نفسي، فهي طبيعة، وقيمة، وطريقة الفرد في التعامل مع البيئة التي يعيش فيها ، وهي نمط السلوك الذي يتبعه الفرد في سعيه الحثيث لتحقيق التفوق من خلال شعوره الاجتماعي. (ألفرد أدلر 1931/ 2005، ص 163).

ترى الباحثة أن هذا التعريف قد أبرز الأهمية القصوى للنزعة الاجتماعية في بناء الشخصية وتكوينها ما يجعلها تتصف بالتكامل و الفردانية.

عموما تعتبر نظرية أدلر في الشخصية مختلفة تماما عن نظرية فرويد الذي اعتبر أن الصراع قائم بين الفرد و ذاته و الفرد و الآخرين أما أدلر قد اعتبر أن الناس حينما يتصارعون إنما هدف صراعهم هذا هو البحث عن الانسجام مع النفس و الآخرين و العالم.

كذلك وقع الاختلاف في تقدير معنى الحياة و طموحات الفرد التي همشها فرويد و عجز عن وضع إجابات للكثير من الأسئلة حولها في الوقت الذي كانت فيه معنى الحياة

الفصل الثاني الدلالات المرضية النفسية

و طموحات الفرد اهم الأسس التي قامت عليها نظرية أدلر حيث تتحدد حياة الإنسان النفسية بحسب ما يجري عليه معنى الحياة بالنسبة له. مستغلا بذلك قواه العقلية الديناميكية المتكاملة في منظومة واحدة بهدف تحقيق هذه الطموحات وعلى عكس هذا تمتعت اعتبر فرويد أن عقل الإنسان يتكون من قوى و مكونات مختلفة كثيرا ما يحدث الصراع فيما بينها. (فوزي محمد جبل ،2000،ص ص 305-306).

1.1 الشخصية بين السواء و الاضطراب:

إن سواء الشخصية أو اضطرابها أمر يتصف بالنسبية و المعيارية ، فما يعتبر سويا في مجتمع معين قد يعتبر غير ذلك في مجتمع آخر ، وتعتمد هذه الأحكام عادة على طبيعة السلوك الظاهر من قبل الفرد.

الشخصية السوية و المتكاملة هي التي لا يظهر عليها تناقض أو صراع أو عدم اتساق، بل تنتظم سماتها المختلفة في وحدة و تتألف قي صيغة ، وتخضع لتلك الصيغة. عكس ذلك تماما نجد أن الشخصية التي تتصف بعدم السواء هي شخصية مفككة إلى درجات تقبل التصدع والانحلال ، ويكون الشخص متقلبا في سلوكه ، غير ثابت في عمله و علاقاته و مزاجه ، و يظهر عليه التردد.(عبد المنعم الميلادي ، 2006،ص 56).

ويتم في هذا الإطار تعريف الشخصية اللاسوية من حيث سوية سلوكها أو عدمه، و تتميز الشخصية اللاسوية :

– بقدرة تكيفيه ضعيفة و العجز عن تحقيق التوافق بين الدوافع و الظروف الحاضرة ، و ما يتطلبه المستقبل.

– الميل إلى خلق المشكلات و العجز عن إيجاد حلول لها.

– الميل إلى الكشف عن أعراض طبية نفسية تحت تأثير الضغوط النفسية. (محمد جاسم العبيدي، 2011، ص 100).

2. الصحة النفسية:

1.2 مفهوم الصحة النفسية:

تعريف منظمة الصحة العالمية "الصحة النفسية هي حالة من الراحة الجسمية و النفسية و الاجتماعية و ليست الخلو من الاضطراب" (رشيد حميد زغير، 2010، ص18).

تشير الباحثة إلى أن هذا التعريف الموجز يحمل العديد من الإشارات الهامة التي تلخص خصائص الحياة النفسية السليمة:

- تمتع الفرد بصحة جسمية نسبية خصوصا تلك الأمراض ذات المنشأ النفسي أو الأمراض التي من شأنها أن تحدث اختلال في التوازن النفسي.
- اتسام الفرد بالحيوية و الفعالية في أداء عمله و مهامه و أدواره في المجتمع.
- تحليه بنظرة واقعية تسمح له بتقبل تلك التصدعات و الأزمات أو الصدمات التي يمكن أن تظهر بشكل مفاجئ غير متوقع مع قدرته الكاملة على تحمل هذه الأزمات و محاولاته في البحث عن حلول ملائمة لها.

في نفس الإطار تشير الأسس التي تقوم عليها النظرية الفردية لألفرد آدر إلى أن الصحة النفسية تتحدد من خلال "درجة النزعة الاجتماعية" التي يتحلى بها الفرد فيصبح بذلك الفرد السوي هو المثالي هو من يمتلك قدرا مثاليا من النزوع الاجتماعي ، حيث يصبح صاحب هذا النزوع الاجتماعي القوي أكثر انشغالا بإحراز الرضا عبر التغلب بصورة حسنة على العقبات التي تعتبر كذلك من قبل الآخرين و إن هدفه في السمو يتضمن مصلحة الغير

(Ansbacher, H.L & Ansbacher,R , 1956/1967.pp101).

الفصل الثاني الدلالات المرضية النفسية

من الواضح أن ما يشير إليه أدلر حول النزعة الاجتماعية يتضمن الأسس الجوهرية للتمتع بالصحة النفسية:

- القدرة على التوافق النفسي و الاجتماعي.
 - الرغبة في إحراز التفوق و التغلب على العقبات بصورة حسنة.
 - القدرة على التكيف مع ما يدور حولنا.
 - احتواء مصلحة الغير ضمن المصالح الشخصية.
- في وصف آخر أطلقه "ماير كليفورد بيرز" على الصحة النفسية أشار إلى أنها تلك المجهودات الثابتة المخططة التي تبذل للمحافظة على الصحة النفسية و الوقاية من الاضطراب العقلي. (محمود السيد أبو النيل، 2014، ص20).

يرى أصحاب نظرية التحليل النفسي أن الصحة النفسية تتحقق بقدرة الأنا على تحقيق التوازن و التوافق بين أجهزة الشخصية (مطالب ألهو و ضوابط الأنا الأعلى) (عبد السلام عبد الغفار ، 1976 ، ص ص 36-40).

2.2 نسبية الصحة النفسية:

تتبنى العديد من المدارس و النظريات في تعريفها للصحة النفسية مبدأ النسبية ، ما يعني أنها ليست بحالة ثابتة ، إما أن تتحقق أو لا تتحقق ، بل هي حالة ديناميكية متحركة ، نشطة تتغير من فرد إلى فرد و من وقت إلى آخر ، و لا يوجد حد فاصل بين الصحة النفسية والاضطراب النفسي لكن درجة اختلال هذا التوافق هي التي تبرز حالة الاضطراب عن حالة الصحة. فمن أركان الصحة النفسية إلى جانب انعدام النزاع الداخلي (الصراع) نجاح التكيف مع البيئة ونجاح التكيف هذا أمر نسبي (عبد الحميد محمد شاذلي، 2001، ص16).

الفصل الثاني الدلالات المرضية النفسية

فالتكيف مع البيئة نسبي وهي الناحية المتوقفة على النمو فقد يعد سلوكا سويا في مرحلة عمرية معينة كرضاعة الطفل حتى سن الثانية على حين يعد هذا السلوك غير سوي إن حدث في سن الخامسة. فالحكم على سلوك معين بأنه علامة على الصحة النفسية أو مؤشر للشذوذ النفسي يرتبط ارتباطا وثيقا بمرحلة النمو التي يمر بها الفرد ولذا فان الصحة النفسية من هذا المنطلق أمر نسبي. كما أن سلوك الفرد يختلف باختلاف الزمان والمكان هذا دليل آخر على نسبية الصحة النفسية. فما نعتبره سلوكا توافقيا في مجتمعنا منذ زمن مضى أصبح الآن سلوكا غير مقبول وما يعتبر سلوكا توافقيا في مجتمعة ما قد يعتبر سلوكا غير توافقي في مجتمع آخر . (عبد العزيز القوصي 1975، ص ص 50-51)

و تشير تقارير منظمة الصحة العالمية (2004) إلى أن كل من الصحة النفسية و الاعلالات النفسية تتحدد بعدة عوامل متداخلة نفسانية وبيولوجية و اجتماعية كصحة أو كاعتلال بصفة عامة. يتعلق البرهان باختصار الاعلالات النفسية التي يشترك فيها العالم المتقدم مع العالم النامي.

تتأثر الصحة النفسية للفرد بتلك العوامل نفسانية وبيولوجية و اجتماعية إضافة إلى تجارب الحياة اليومية في المدرسة والعائلة و الطريق و العمل ، و تؤثر الصحة النفسية بدورها عند كل فرد على ما سبق من العوامل ، ومن ثم تؤثر على صحة المجتمع و الصحة السكانية. (منظمة الصحة العالمية، 2004/2005، ص 17).

عموما فإن نسبية الصحة النفسية يمكن أن نلاحظها على مستويات عدة منها:

◆ **نسبية الصحة النفسية من فرد إلى آخر:** إن واقع اختلاف الناس من الناحية البيولوجية يقع كذلك من الناحية النفسية فإنهم يختلفون في الدرجة التي يحوزونها في الصحة النفسية.

◆ **نسبية الصحة النفسية لدى الفرد الواحد من وقت غلى آخر:** إن الفرد الذي يشعر بالسعادة و النشوة و الحبور في كل لحظة من لحظات حياته هو شخص غير موجود. كما يصبح نقيض ذلك أيضا، ما يحدث فعلا هو أننا نمر بكل المواقف على اختلافها صعودا ونزولا، ولاشك أن هذه الموقف أو الخبرات السارة و الغير سارة يمكن أن تحصى و تعد ولو على وجه التقريب ، وكلما زاد عدد المواقف أو الخبرات الايجابية و شعور الفرد بالسعادة بالنسبة إلى " المواقف السلبية وشعور الفرد بالتعاسة" يعد الفرد على درجة عالية مرتفعة من الصحة النفسية ، وعكس ذلك صحيح أيضا.

◆ **نسبية الصحة النفسية تبعا لمراحل النمو:** يتأثر تحديد الصحة النفسية بمراحل النمو المختلفة التي يمر بها الإنسان، و يتصل ذلك بما يسمى بالمعايير العامة أو الشائعة له. فإذا فهمنا الصحة النفسية على ضوء مفهوم السلوك السوي (العادي)، فإن إطلاقنا لوصف سوي يحمل في طياته حكما نسبيا ، فقد يعد سلوك ما سويا في مرحلة عمرية معينة ، كرضاعة الطفل لثدي أمه حتى سن الثانية، على حين يعد هذا السلوك غير سوي إن حدث في سن الخامسة. لذلك فإن الحكم على سلوك معين بأنه علامة على الصحة النفسية أو مؤشر للشذوذ النفسي يرتبط ارتباطا وثيقا بمرحلة النمو التي يمر بها الفرد ولهذا فغن الصحة النفسية من هذا المنظور أمر نسبي.

◆ **نسبية الصحة النفسية تبعا لتغير الزمان:** يعتمد تعيين السلوك الدال على الصحة النفسية على الزمان الذي حصل فيه هذا السلوك، ونقصد بالزمان هنا الحقبة التاريخية. و الأمثلة على ذلك كثيرة فقد كان اللص أسبرطة (حكومة مدينة في اليونان القديم) لا يعاقب إذ كان سلوكه هذا على انه دليل ذكائه ، و فطنه ، فقد نجح في أن يكون أذكى من شخص آخر لم يتخذ الحيطة اللازمة ، ولكن قد تغير الحكم على هذا السلوك حاليا و أصبح من الشذوذ أن يقوم الشخص بالسرقة و يصنف اعتبارا على ذلك ضمن الأشخاص غير الأسوياء.

◆ **نسبية الصحة النفسية تبعاً لتغير المجتمعات:** تختلف العادات و التقاليد من مجتمع إلى آخر اعتماداً على تغييرهما، فضلاً عن عوامل أخرى بطبيعة الحال - تختلف معايير السلوك الدال على الصحة النفسية أو الشذوذ النفسي و من المعروف أن المعايير الاجتماعية هي الاتجاهات و العادات و القيم التي توجه استجابات أعضاء الجماعة وتحقق تطابق في التصرفات أو في الأحكام. ومن الواضح جداً أن هذا المعيار يركز على مرجعية الجماعة للحكم على السلوك بأنه سوي أو غير سوي ، وهو ما يدفعنا للقول أن هذه المرجعية تجعل من معايير الصحة النفسية تختلف من مجتمع إلى آخر و بالتالي عدم ثباته وتغيره من بيئة إلى أخرى. فقد أظهرت الدراسات الميدانية في الأمراض النفسية ما تعتبره بعض المجتمعات اضطراباً يستحق العلاج ، يُنظر إليه في مجتمعات أخرى أنه نوع من السلوكيات المقبولة والمرغوب فيها.(مروان أبو حويج، عصام الصفدي، 2009، ص ص 62-63)

3.2 خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية:

تتميز الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية الجيدة بعدة خصائص تميزها عن

الشخصية المريضة من أهم هذه الخصائص:

أ. **التوافق:** و يتضمن هذا التوافق الرضا مع النفس و التوافق الأسري و التوافق الاجتماعي و المدرسي و المهني.

ب. **الشعور بالسعادة مع النفس ودلائل ذلك:**

– شعوره بالراحة النفسية مما يجلب له السعادة.

الاستفادة من حياته اليومية بالمصرات والهناء.

الشعور بالأمن و الطمأنينة و الثقة بالنفس.

إشباع حاجاته النفسية و دوافعه و أهدافه.

يتمتع باحترام النفس وتقبلها والثقة فيها و تقدير ذاته حق قدرها.

الفصل الثاني

الدلالات المرضية النفسية

ج. الشعور بالسعادة مع الآخرين:

- تقبل الآخرين وحبهم و الثقة فيهم.
- القدرة على إقامة علاقات إجتماعية طيبة ومستديمة مع الآخرين.
- القدرة على التعامل الاجتماعي السليم مع الآخرين.
- الانتماء للجماعة و القيام بدوره الاجتماعي المناسب.
- خدمة الآخرين و التضحية من أجلهم و قضاء حوائجهم.
- التعاون مع الآخرين و تحمل المسؤولية الاجتماعية.

د. تحقيق الذات واستغلال القدرات :

- أن يفهم الفرد نفسه تماما و يقيّمها تقييما موضوعيا.
- أن يعي تماما قدرته و إمكانياته و طاقاته و أن يتقبل نواحي القصور بها.
- أن يستغل طاقته و قدرته إلى أقصى حد ممكن.
- أن يضع لنفسه أهدافا و مستويات للطموح يسعى لتحقيقها في حدود إمكانياته و قدراته.

هـ. القدرة على مواجهة مطالب الحياة:

- النظرة الثاقبة و الموضوعية لمتطلبات الحياة اليومية و مشاكلها و الايجابية الجادة في مواجهة هذه المتطلبات و القدرة على حل المشكلات.
- القدرة على مواجهة المواقف الحياتية و إحاطتها و بذل جهد للتغلب على هذه الإحباطات وعدم الاستكانة لها.
- السيطرة على الظروف الاجتماعية الصعبة و التوافق معها
- أن يعسى للتعرف على كل ما هو جديد في مطالب الحياة و عدم الارتكاز على الأفكار القديمة و تخطيها.

و. السلوك العادي:

الفصل الثاني

الدلالات المرضية النفسية

- أن يتبع السلوك العادي المؤلف لدى الناس الأسوياء العاديين.
القدرة على التحكم في الذات و ضبط النفس و تحقيق الاتزان الانفعالي و البعد عن ثورات الغضب.
أن يبتعد على الدوافع التي تتناقض أهدافها مع قيم و معايير المجتمع وعدم السلوك فيها.

ز. العيش في سلامة وسلام:

- التخطيط للمستقبل بثقة و الأمل لتحقيق هذا التخطيط.
الإقبال على الحياة بصدر رحب و التمتع بها في جوانبها الايجابية.
التمتع بالصحة النفسية و الصحة الاجتماعية و السلام الداخلي و الاجتماعي.

ح. التكامل النفسي:

- الأداء الوظيفي المتكامل الذي يتناسق مع الشخصية ككل جسميا وعقليا وانفعاليا و اجتماعيا. التمتع بالصحة و مظاهر النمو العادي، فالتوافق التام بين الوظائف النفسية ليس له وجود ولكن درجات اختلال هذا التوافق هي التي تبرز حالة الاضطراب عن حالة الصحة. (صبره محمد علي، أشرف محمد عبد الغني، 2005، ص ص 38-51)

4.2 الارتباطات بين الصحة النفسية والصحة الجسدية:

يعتبر الجسم وسيطا بين البيئة الخارجية و بين الذات ككيتين نفسي. يؤدي الاضطراب الانفعالي و الضغط المزمن إلى إختلال هذا التوازن.
فكما أن الجسم يؤثر في الحالة الجسمية يؤثر في الحالة النفسية و السلوك كذلك تؤثر الحالة الانفعالية و السلوك في الجسم و الأعضاء و يبدو هذا بوضوح من خلال العلاقة المباشرة بين الانفعالات و الجهاز العصبي الذاتي الذي تنتقل له هذه الانفعالات عن طريق ما تحت المهاد (الهيبيوثلاموس). و الجهاز العصبي الذاتي أو المستقل

الفصل الثاني الدلالات المرضية النفسية

(الارادي) يترجم التوتر المنقول إليه إلى تغيرات عضوية جسمية. (محمد قاسم عبد الله، 2001، ص ص 330-331)

و الصحة النفسية الايجابية هي نسق من الميادين الرئيسية التي تشمل العافية والحالات الايجابية للعقل و النفس. وربما تؤثر على بدء الاعتلالات النفسية والبدنية و مساقاتها ونتائجها ، وعلى سبيل المثال فقد بينت البحوث الارتباطية بين الاكتئاب و القلق و الأمراض القلبية الوعائية و الدماغية الوعائية ، وتوثق جيدا دور الاضطرابات النفسية في زيادة سرعة التأثر نحو الأمراض البدنية و نتائجها الأسوأ. ومن المعروف أن المعتقدات النفسية كالتفاؤل و التمكّن والتفوق و الإحساس بالمعاني تقي الصحة النفسية و الصحة البدنية كذلك. بل إن المعتقدات المتفائلة غير الواقعية حول المستقبل ربما تكون واقيا صحيا للرجال المصابين بعدوى فيروس العوز المناعي الإنساني المكتسب. وعلى نحو مشابه فإن للصحة البدنية مساهمة مؤثرة على كل من الاعتلالات النفسية والبدنية وعلى نتائجها، تشمل هذه العلاقات المترابطة المفاهيم الشاملة للصحة.

كشف النتائج الحديثة لمسح مدينة نيويورك المجتمعي الصحي (مسح بالهاتف لعشرة آلاف من سكان نيويورك الذين يمثلون 33 مجتمعا) بأن الصحة العامة أضعف بثلاث مرات بين الناس الذين سجلوا ضوابط عاطفية هامة.، و تضعهم المعدلات العالية من التجارب للعديد من الظروف المزمنة في احتمالات خطر الموت المبكر ، والتي تتضمن ارتفاع الكولسترول و ارتفاع ضغط الدم والبدانة والربو و السكري.وغالبا ما كانوا ينهمكون في السلوكات المؤدية لزيادة المشاكل الصحة التي تتضمن عادات الخمول و التدخين و الشراب و الطعام السيء.(منظمة الصحة العالمية ، 2005/2004، ص ص 38-39).

المبحث الثاني - نشأة الاضطراب النفسي

1. نمو الاضطراب النفسي في الشخصية

إن نمو اضطراب الشخصية يتخذ أشكال عدة و لكن أسباب و ظروف نموه هي متشابهة جدا و مشتركة إلى حد ، ففي الغالب تنطلق عوامل ظهوره انطلاقا من الولادة مباشرة بما في ذلك ظروف الحمل. حيث يبدأ الطفل في إبداء محاولاته البدائية إلى الأكثر تطورا في تحقيق صيرورة التلاؤم مع البيئة ، من أجل أن يستمر في البقاء و التعايش مع محيطه بما يتوفر لديه و ما يفرضه عليه.

تسير صيرورة التوافق وفقا لاستعداداته الوراثية، إستراتيجيته النامية في المواجهة و في غالبية الحالات ينمو الأطفال الأصحاء ضمن اسر سوية و متوافقة بصورة سوية و محيطا أسريا قليل الازهاقات ، قويا مرنا يتيح له فرصة توكيد نفسه في المحيط.

تشير تواريخ الحالة لبعض المرضى أنهم فعلا عاشوا طفولة سيئة تفنقر لأدنى متطلباتها من تلبية حاجات فسيولوجية و مادية و كذلك عاطفية و معنوية، و لكن هذا لم يمنع من أن البعض الآخر منهم نما في ضمن ظروف أسرية أو بيئية ملائمة ظاهريا على الأقل. ويعتقد معظم العلماء بوجود استعدادات بيولوجية لدى بعض الناس الذين يعانون من اضطرابات في الشخصية، تصعب عليهم التلاؤم مع إرهاقات معينة. (الهاشمي لوكيا، عبد الوافي زهير بوسنة، 2014، ص167)

رائد علم النفس الفردي ألفرد أدلر في كتابه "معنى الحياة" أكد على دور الأبوين في بناء وتطوير شخصية الطفل ، وكذلك في تحديد أهم السمات المميزة له من خلال تلك الرابطة

الفصل الثاني

الدلالات المرضية النفسية

النفسية ، والجسمية التي يبنها كلا الوالدين مع طفلها ، والتي ستشكل نموذج لبناء مختلف العلاقات القادمة في حياة الطفل. كما أشار إلى تلك الأنماط العلائقية التي تبنى بين الإخوة والتي على أساسها يكون التأثير على شخصية الطفل.

منذ لحظة الولادة الأولى يسعى الطفل نحو ارتباطه بأمه ، ويكون تحقيق هذا الارتباط هو هدف جميع تصرفاته ، لفترة طويلة ستلعب الأم الدور الأساسي والحيوي في حياته، وسيكون اعتماد رضيعها عليها اعتمادا كليا ، وفي مثل هذه الظروف يمكن لقدرة الطفل على " التعاون " أن تنمو وتتطور. فالأم تعطي للطفل أول علاقة له بفرد آخر من الجنس البشري ، فالأم هنا تمثل الجسر الأول الذي يربط بينه وبين الحياة الاجتماعية.

بما أن هذه الرابطة قوية ومهمة ، فستساهم بشكل أساسي في أن تعدل أو تغير حتى بعض السلوكيات الموروثة بالتدريب ، والتعليم ، وإعطاء القدوة الحسنة من الأم.

إن مهارة الأم أو عدمها في نقل النماذج التربوية والسلوكية والأخلاقية تؤثر على كل الإمكانيات المستقبلية للطفل. فهناك مواقف جديدة تنشأ كل يوم ، يجب عليها أن تعطي فيها رأيها وخبرتها الشخصية وفهمها وتوافقها مع حاجات الطفل الشخصية.

إن ما يمر به الأطفال من خبرات لا يملي عليهم بالضرورة الأفعال التي يقومون بها ، ولكن ما يحدد شكل وطبيعة هذه الأفعال هو الاستنتاجات التي استخرجوها من مرورهم بهذه الخبرات ، وعندما نبدأ في التحقيق في ماضي الطفل ذي المشاكل فإننا غالبا ما نجد أن العلاقة بين الطفل و أمه كانت مليئة بالكثير من الصعوبات.

وهذا يعود بنا للحديث عن وجهة النظر الأساسية لعلم النفس الفردي: أنه لا توجد أسباب ثابتة لنمو وتطور الشخصية، ولكن الطفل يستخدم الخبرات التي يمر بها ليصل إلى هدفه عن طريق تحويل وتحويل فهمه الخاص لهذه الخبرات إلى أسباب تبرر النظرة التي ينظرها إلى الحياة

الفصل الثاني

الدلالات المرضية النفسية

إن دور الأب لا يقل أهمية عن دور الأم في تطوير وصقل شخصية الطفل وتحديد معالمها الأساسية فرغم أن اتصال الطفل بابيه يكون في بداية الأمر أقل من اتصاله بأمه فإنه فيما بعد يكون له تأثير كبير عليه.

يستحيل تدريب الأطفال على أنماط سلوكية أو تربية أو اجتماعية صالحة في ظروف أسرية سيئة لأنه يأخذ فكرة سيئة ومغلوطة عن طبيعة العلاقة مع الآخرين، فمثل هذه الأجواء السيئة تتسبب في إعاقة حادة لنمو وتطور شخصية الطفل ، فالجو الأسري يجب أن معدا من أجل تحقيق حياة صالحة مجدية من أجل الأطفال ومن أجل المجتمع أيضا.

للإخوة أيضا نصيبهم في ترك أثرهم الخاص على شخصية بعضهم البعض فإن مختلف الأدوار التي يلعبها كلا الوالدين في الأسرة قادرة على جعل الأطفال يتحولون إلى خبراء في اكتشاف طرق جديدة للحصول على الحب والإهتمام ، وعلى سبيل المثال فإن الطفل الذي تعرض لتدليل زائد يكون خائفا من أن يترك بمفرده في الظلام ، إن هذا الطفل ليس خائفا من الظلام في حد ذاته ، ولكن يستخدم الظلام في الحصول على شخص بجانبه(الأم / الأب).

في علم النفس الفردي ليس المهم هو كشف أسباب هذا الخوف الذي يشعر به الطفل ولكن التركيز منصب على اكتشاف وتحديد الهدف الذي يسعى إلى تحقيقه من خلال الخوف. فإن الأطفال الذي يستخدمون هذا الشعور (الخوف) يعتمدونه غالبا في بناء أسلوب حياتهم ويجعلونه جزءا من شخصياتهم.

هذه الأساليب أو غيرها من الطرق المختلفة التي يسلكها بعض الأبناء في تحقيق أهدافهم تختلف من طفل لآخر بحسب ترتيبه الولادي ، فنتباين درجة وحدة ظهور مثل هذه الأساليب لتصل إلى أقصاها لدى الطفل الذي يتعرض للتدليل الزائد وحتما سنجد أنه

الفصل الثاني

الدلالات المرضية النفسية

وبقدر الاهتمام الذي يتلقاه هذا الطفل المدلل سيكون مقدار الاهمال الذي سيتعرض له بقية الإخوة. أيضا ومن التأثيرات المهمة التي تظهر بين الإخوة هو ذلك التعاون الذي ينشأ بينهم والذي يشعرهم بأنهم جميعا على قدم المساواة ليتمتع جميع الأطفال داخل الأسرة الواحدة بقدر كافي من الشعور الاجتماعي.

يرى أدلر **Adler** في أمر التفرقة و التمييز أنه لن يكون مبالغا إذا ما قلنا أن ذلك سيتسبب في معاناة الطفل من "النقص في التحفيز العقلي" وإن لم يوقف هذا الوضع سيره في تحقيق أهدافه فإنه سيضطره إلى تغيير مجرى هذه الأهداف إلى طرق قد تكون غير واقعية أو أهداف غير مفيدة اجتماعيا. (ألفرد أدلر، 1931-2005، ص ص166-187)

يتم تشخيص الشخصية المضطربة وفقا للشروط التالية:

- عندما يكون النمط الدائم من التفكير والسلوك و الإدراك والمشاعر غير مرن و قليل التلاؤم
- عندما يلحق هذا النمط الضرر في كفاءة الوظائف المهنية منها والاجتماعية.
- عندما يقود إلى شكاوى و آلام وخيمة. (الهاشمي لوكيا، عبد الوافي زهير بوسنة، 2014، ص167)

إن الاضطراب النفسي لا يعتبر إبرازا شادا لخصائص الشخصية السوية العادية بقدر ما يعتبر وصفا يصور انحراف وبعد سلوك الفرد عن هذه الخصائص ، وقد فرق (فولدر و آخرون 1965) بين خصائص الشخصية كسمات و لاتجاهات من ناحية و أعراض الاضطراب و علاماته من ناحية أخرى و قد اعتمد في هذا التفريق على ثلاثة محكات هي:

- السمات توجد لدى كل فرد بينما الأعراض و العلامات لا توجد إلا في المريض عقليا فقط

– إن السمات و الاتجاهات منسجمة نسبيا مع الأنا بينما الأعراض و العلامات مؤلمة و موجعة إما للمريض أو لأصدقائه و ذويهم.

– إن السمات و الاتجاهات و بخاصة الأولى منها ثابتة باقية نسبيا ، بينما الأعراض زائلة عابرة نسبيا. (محمد جاسم العبيدي، 2011، ص101).

إن هذا الاختلاف في الوصف و التصوير ما بين اضطراب الشخصية و اختلال توازنها من جهة و الاضطراب النفسي من جهة أخرى لا ينفي أنذوي الشخصيات المضطربة و التي تميل إلى عدم السواء هم الأكثر عرضة للاضطراب النفسي.

2. الاضطراب النفسي:

في سياق حديثنا عن الصحة النفسية تم الإشارة إلى ما تلعبه في حياة الإنسان و المجتمع كافة من أهمية ، فهي كفيلة بمساعدة الفرد على انسياب حياته و جعلها خالية من التوترات و الصراعات المستمرة و تحقيق التوافق و الإقبال على الحياة بكل طاقة و حيوية إضافة إلى كونها تجعل الفرد أكثر قدرة على التكيف الاجتماعي مما يجعله يمتلك السلوك الذي ينال رضاه و رضى الذين يتعاملون معه. وبهذا سيعمل الفرد على ضمان حصانة كفيلة بوقايته من الوقوع في شباك الاضطراب النفسي أو ما يطلق عليه البعض بالتحصين النفسي و من أهم طرق الوقاية من ذلك هو المعرفة بأسباب و عوامل الإصابة بهذه الاضطرابات النفسية و تحديد الظروف التي تؤدي إليها من اجل ضبطها و تضيئيل احتمالات الإصابة بها.

و الاضطراب النفسي مصطلح الاضطراب النفسي حديث نسبيا وبدأ يحل محل "المرض النفسي" في كثير من دوائر الطب النفسي مراعاة لما قد يسببه لفظ المرض من آثار سلبية. كما قررت الجمعية الأمريكية للطب النفسي سنة "1980" إلغاء لفظ عصاب. (أشرف محمد عبد الغني، 2001، ص211).

الفصل الثاني الدلالات المرضية النفسية

في التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية و السلوكية (CIM10)، يشير مصطلح الاضطراب إلى وجود مجموعة من الأعراض و السلوكيات التي تكون محددة عياديا ، و يشتمل في معظم الحالات على مشاعر الضيق ، و اضطراب في الوظائف الشخصية.

وحسب الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM4)، فإنه لا يوجد تعريف إجرائي شامل لكل الاضطرابات ينطبق على كل الوضعيات. و الاضطراب النفسي (العقلي) يعرف بمفاهيم مختلفة مثل: معاناة، سوء التحكم بالذات ، ضرر ، إعاقة ، صلابة ، اللامنطقية ، انحراف إحصائي.

عموما يعرف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM4) الاضطراب النفسي بأنه مجموعة أعراض سلوكية أو نفسية ، عياديا تكون ذات معنى ، تطراً على شخص ما و يصابها عادة شعور ملازم بالضيق ، و مهما يكون أصل هذه الاضطرابات فإنها تعتبر كمظاهر لاختلال وظيفة سلوكية ، بيولوجية، أو نفسية لشخص ما.(أسماء بوعود،2014 ، ص ص 30-32).

جاء في التقرير السنوي لجمعية الطب النفسي عام (1952) أن الأمراض النفسية هي: " مجموعة الانحرافات التي لا تنجم عن علة عضوية أو تلف في تركيب المخ ..الخ" و معنى ذلك أن الاضطراب النفسي ليس جسميا أو عضوي المنشأ، بل هو اضطراب وظيفي في الشخصية لا يرجع إلى إصابة أو تلف في الجهاز العصبي و إنما يرجع أساسا إلى الخبرات المؤلمة ، أو الصدمات الانفعالية ، أو اضطرابات علاقات الفرد مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه و يتفاعل معه إلى غير ذلك من ألوان الخبرات المؤلمة التي يتعرض لها الفرد في ماضي حياته و خاصة في طفولته المتأخرة. (فوزي محمد جبل، 2000، ص 113).

الفصل الثاني الدلالات المرضية النفسية

في تعريف آخر لأنور حمودة البنة (2006) " حالة نفسية تصيب تفكير الإنسان أو مشاعره أو حكمه على الأشياء أو سلوكه وتصرفاته إلى حد تستدعي التدخل لرعاية هذا الإنسان ، ومعالجته في سبيل مصلحته الخاصة ، أو مصلحة الآخرين من حوله " .

أشار "أنور البنة" من خلال هذا التعريف إلى أننا نقول بوجود الاضطراب النفسي إذا كان هناك تغير في سلوك الإنسان أو تفكيره ومشاعره لدرجة تؤثر سلبيا في مجرى حياته ، أو لحد تسبب فيه الإزعاج الشديد له أو لغيره ممن حوله . ومن الأمور المساعدة هنا أن نتصور الصحة النفسية وكأنها مجال واسع يمتد بين الصحة التامة و الاضطراب الأكيد ، آخذين بعين الاعتبار أنه يصعب جدا التحديد الدقيق للنقطة التي تنتهي عندها الحالة الصحية لتبدأ الحالة المرضية غير السوية .وقد يتفاوت وضع الإنسان على هذا المجال بين الصحة و الاضطراب ، من وقت لآخر . وبين هذين القطبين هناك منطقة مبهمة في الوسط ، حيث يكون فيها بعض حالات القلق ، أو الاكتئاب الخفيف ، والتي قد يختلف الناس في تسميتها " بالاضطراب " ، أو أنها " حالة طبيعية في ظروف صعبة غير طبيعية " . ومن الحالات التي تقع في المنطقة المبهمة ، الحالات العاطفية والتي قد تكون ردود فعل (استجابات) متوقعة ، لبعض الحوادث ، مثل الحزن عقب وفاة قريب ، أو الأسى بعد عملية استئصال جراحية . (أنور حمودة البنا،2006، ص ص 15-17).

وقد أشار "فرويد" إلى أن الاضطراب النفسي هو كراهية النفس و الآخرين و العجز عن الإنجاز و الركود ، رغبة في الوصول إلى الموت.(إسماعيل أحمد محمود أحمد،2009، ص 21).

3. عوامل الإصابة بالاضطرابات النفسية:

يشير (حامد عبد السلام زهران،1979) على مبدأ تعدد وتفاعل الأسباب في ظهور الأمراض النفسية. فمن النادر أن نضع أيدينا على سبب واحد كالوراثة أو صدمة و نقول إنه

الفصل الثاني الدلالات المرضية النفسية

السبب الوحيد للاضطراب النفسي بل تتعد الأسباب و العوامل إلى الحد الذي يصعب فيه الفصل بينها و تحديد مدى أثر كل منها.

و تنقسم أسباب الأمراض النفسية إلى:

– **الأسباب الأصلية أو المهيئة:** هي أسباب غير مباشرة تمهد لظهور الاضطراب النفسي و تجعل الفرد أكثر عرضة للوقوع فيه إذا ما طرأ سبب مساعد أو أمر مرسب يعجل بظهور الاضطراب في تربة أعدتها الأسباب الأصلية أو المهيئة.

– **الأسباب المساعدة أو المرسبة:** هي الأسباب المباشرة و الأحداث التي تسبق ظهور الاضطراب النفسي مباشرة و تعجل بظهوره أي أنها القطرة التي تفيض الكأس و هي أسباب مفجرة للاضطراب ولا تخلقه.

– **الأسباب الحيوية البيولوجية:** وهي في مجملها الأسباب جسمية المنشأ أو العضوية التي تطرأ في تاريخ نمو الفرد.

– **الأسباب النفسية:** وهي أسباب ذات أصل و منشأ نفسي، وتتعلق بالنمو النفسي المضطرب خاصة في الطفولة و ما يتعلق بها من إشباعات نفسية و بيولوجية و علائقية.

– **الأسباب البيئية:** وهي الأسباب الخارجية التي تحيط بالفرد في البيئة أو المجال الاجتماعي. (حامد عبد السلام زهران، 1979، ص ص 109-111)

4. تشخيص الاضطرابات النفسية:

يعتبر التشخيص النفسي للاضطرابات و المشكلات النفسية عملية فنية تعتمد اعتماداً أساسياً على مهارة وخبرة الأخصائي النفسي و تسبقها في العادة عملية الفحص النفسي حيث أن الفحص الجيد هو أشاح التشخيص الموفق و العلاج السليم ، وتتم عملية الفحص النفسي في العيادة لتقدير إمكانات المفحوص و مشكلاته و اضطراباته.

الفصل الثاني الدلالات المرضية النفسية

و التشخيص النفسي هو الطريق الذي يؤدي إلى التعرف على الاضطراب أو الاضطراب كما يعني الفهم العميق و الشامل لسلوك المريض، ويقول بعض العلماء أن التشخيص هو عملية علاجية أكثر من مجرد تصنيف المريض ضمن فئة المرضى.

و قد لخص (عطوف ياسين) بتعريف شامل للتشخيص بأنه: التقييم العلمي الشامل لحالة المرضية محددة، و يتضمن المعلومات و الأعراض بنوعيتها (الكمي و الكيفي) ويتم بوسائل متعددة منها الاختبارات المقننة و غير المقننة، و المقابلة، و دراسة الحالة، و الملاحظة، و السجل المدرسي و الظروف العائلية و السجل الطبي و التقييم العصبي و يشير بدقة إلى أسباب الاضطراب المباشر و غير المباشر و يقوم بتحديد مكانها و طبيعتها و نوعها و حجمها و درجة حدتها دون الاكتفاء فقط بوصف الأعراض المرضية السطحية، و على هذا فالتشخيص العلمي يهيئ السبل لتخطيط برنامج علاجي قابل للتنفيذ. (زينب محمد شقير، 2002، ص36)

و يمر التشخيص النفسي بمراحل معينة أوجزها (ساند بيرج وتيلر) في النقاط التالية:

- 1.مرحلة الإعداد.
- 2.مرحلة التزويد بالمعلومات.
- 3.مرحلة معالجة المعلومات.
- 4.مرحلة اتخاذ القرار. (عطوف ياسين، 1986، ص138).

عموما تزداد أهمية التشخيص كلما كان مبكرا فالكثير من الأمراض تظهر أعراضها بشك مبكر و جلي للعيان مثل العاهات الجسمية و العقلية الشديدة. وقد تتأخر في الظهور مثل المشكلات الدراسية و سوء التوافق. وقد لا تظهر و يجهلها المريض مثل أعراض العصاب و الذهان، مما يؤخر تشخيصها و علاجها، لذلك من المفيد جدا

الفصل الثاني

الدلالات المرضية النفسية

التشخيص المبكر لهذه المشكلات و الأمراض النفسية ما قد يوفر الوقت و تأزم الوضع و انتقاء العلاج المناسب. (إجلال محمد سرى، 2000، ص 54)

إن التشخيص ليس عملية رص للوقائع بل تأويل لها ، بينها بناء جيداً في وحدة كلية تتيح فهم دلالة السلوك ، ووظيفته ، أي فهم الكائن في علاقته ببيئته ، و يتحقق ذلك بحركة دياليكتيكية للفكر، تمضي من الوقائع على الفرض التأويلي ن لتعود إلى وقائع أخرى تعدل الفرض الأصلي و هكذا.

فالتشخيص عملية دينامية تقوم على معايير مدروسة من أهمها في المنهاج

الإكلينيكي :

- **أولاً مبدأ التكامل:** ويعني إقامة كلية واحدة من المعطيات ن مما يتطلب الكشف عن العامل المشترك ن فالمعطيات التي تم جمعها ينبغي أن تتألف و تنظم، ضمن الشخصية برمتها، وفي وحدتها التاريخية، وفي علاقتها الراهنة بالبيئة.
- **ثانياً مبدأ التقاء الوقائع:**فالتأويل الذي تترد إليه كثير من الوقائع الواردة في الأحلام مثلاً، ينبغي أيضاً أن تترد إليه كثير من الوقائع المماثلة في المسالك اليومية للشخص، وضمن إطار الطرح العلاجي. (زينب محمد شقير، 2002، ص40).

5. تصنيف الاضطرابات النفسية:

إذا تتبعنا تاريخياً تصنيف الاضطرابات النفسية نجد أنه بدأ منذ الاعتقاد بأن الجان والعفاريت تسكن جسم الإنسان المصاب وتطور الحال بظهور العديد من الأنظمة التصنيفية وأكثرهم استخداماً :

- دليل التشخيص الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) والصادر عن رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية (APA) .

الفصل الثاني الدلالات المرضية النفسية

- التصنيف الدولي للأمراض (ICD) والصادر من منظمة الصحة العالمية (WHO) آخر طبقة منه هي الطبقة العاشرة (ICD-10) التي صدرت عام 1992.

ولقد تعرضت أنظمة تصنيف الاضطرابات لمجموعة من الانتقادات كأن كثير من الأعراض التي يمكن تشخيصها من كتب تصنيفي قد لا تعتبر في الحقيقة جوهرية أو شاذة إذا لم تتعارض مع أداء الفرد , كذلك تتعارض مع ما يعرف بالفوارق الفردية كما أن لها تأثيرات سلبية في تقدير الاضطراب لأنفسهم وتقدير الآخرين لهم , ومع هذا لا يمكن الاستغناء عنها.(حسام الدين عزب،2005،ص 22)

ويمكن تصنيف الاضطرابات النفسية بحسب الأعراض المميزة لكل نوع أو حسب الأسباب المؤدية لها ووفقا لآثار الناجمة عن وجودها.ومن المنطق عليه أن تصنيف الاضطرابات النفسية يتغير بتغير الزمان والمكان أيضا، ويرتبط هذا التغيير بما تسفر عنه الأبحاث العلمية في هذا المجال، إضافة إلى التغيرات الاجتماعية في العالم المتقدم و المتخلف.

و قد تنوعت الآراء و المذاهب في تقسيم الأمراض النفسية ووضع الأسس الصحيحة لدراستها، فنجد أن :

"وايت" "waytt" قد قسم الاضطرابات النفسية إلى ثلاثة أقسام:

- هستيريا: وقد خصها بكل العوارض الشاذة كفقد الحساسية و الشلل و ما شابه ذلك
- النيوراستانيا: خصها بجميع الحالات الاجهاد و الاعياء
- الهجاس السوداوي: للحالات التي يظهر أصحابها الحزن و القلق و التأثير.

أما "بيير جانبيه" فيختصرها إلى قسمين كبيرين و هما:

- الهستيريا: و التي هي -على حد تعريفه- الاضطراب تركيب الشخصية

الفصل الثاني

الدلالات المرضية النفسية

– **السيكاثينيا:** و تطلق على الحالات التي تظهر فيها عوارض غير العوارض الهستيرية.

أما "سيجموند فرويد" فينتحي في تقسيمه منحى آخر إذ يقسمها إلى اضطرابات فعلية و اضطرابات نفسية.

وبغض النظر عن هذه التصنيفات يمكننا أن نصف أربعة أنواع رئيسية للاضطرابات النفسية هي:

– **الاضطرابات الشخصية:** يشتمل هذا الصنف على عدة أنواع من الاضطرابات التي تشمل

المتغيرات السلوكية التي تعطل استمرار قيام الفرد بدوره مقارنة بما كان عليه.

– **الاضطرابات العصابية:** ونلاحظ درجة أشد من الأثر الناتج عنها بالنسبة للدور و

العلاقات و درجة من درجات التفكير من أمثلتها القلق العصابي.

– **الاضطرابات السيكوسوماتية:** وهي تعبر عن الأعراض الجسمية النفسية المنشأ، وهي تلك

الأعراض التي ترجع إلى أسباب نفسية من الدرجة الأولى و تتخذ من الجسم مجالا

للتعبير عن نفسها و من أمثلتها ضغط الدم و السكري.

– **الاضطرابات الذهانية:** هي الاضطرابات التي تؤثر بدرجة كبيرة على الدور الوظيفي للفرد

وعلى علاقته بذاته و بالآخرين و علاقته بالواقع المعاش بدرجة يصبح معها المريض

غير مسؤول عن تصرفاته نظرا للاضطرابات الحادة التي تصيب التفكير و تؤثر سلبيا

على العلاقة بالواقع، وغالبا ما ينفصل هذا المريض عن الواقع المعاش مكونا لنفسه عالما

خاصا به. (عبد الفتاح محمد دويدار، 2003، ص ص 185-188).

كما يظهر دليل التشخيص الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM IV) تصنيفا آخر

مفصلا للاضطرابات النفسية حيث يتكون دليل التشخيص الإحصائي الرابع من خمسة

محاور (مجالات) التي يمكن عن طريقها تقييم الاضطراب. المحاور الخمسة كالتالي:

الفصل الثاني

الدلالات المرضية النفسية

- **المحور الأول:** الاضطرابات السريرية (جميع الاضطرابات العقلية باستثناء اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي)
 - **المحور الثاني:** اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي.
 - **المحور الثالث:** الحالات الطبية العامة (يجب أن تكون ذات صلة بالاضطراب العقلي).
 - **المحور الرابع:** المشكلات النفسية والبيئية (على سبيل المثال، شبكة الدعم الاجتماعي المحدودة).
 - **المحور الخامس:** التقييم العالمي للأداء (يتم تقييم الأداء النفسي والاجتماعي والمتعلق بالوظيفة في سلسلة متواصلة بين الصحة العقلية والاضطراب العقلي المفرط). (عبير طوسون أحمد، 2012، ص ص 56-61)
- أما التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض (ICD) هو تصنيف تشخيصي قياسي دولي لمجموعة واسعة من الحالات الصحية. وتتكون من عشر مجموعات رئيسية:
- **F0:** الاضطرابات العقلية العضوية، بما في ذلك العرضية
 - **F1:** الاضطرابات العقلية والسلوكية نتيجة لتعاطي مواد ذات تأثير نفسي
 - **F2:** اضطرابات انفصام الشخصية والاضطرابات الفصامية والوهامية
 - **F3:** الاضطرابات [المؤثرة] في المزاج
 - **F4:** الاضطرابات العصبية والمتعلقة بالإجهاد والاضطرابات جسدية الشكل
 - **F5:** المتلازمات السلوكية المرتبطة بالاضطرابات الفسيولوجية والعوامل المادية
 - **F6:** اضطرابات الشخصية والسلوك عند البالغين
 - **F7:** التخلف العقلي
 - **F8:** اضطرابات التطور النفسي
 - **F9:** الاضطرابات السلوكية والعاطفية عادة ما تحدث في بداية الطفولة ومرحلة المراهقة

الفصل الثاني الدلالات المرضية النفسية

إضافة إلى ذلك مجموعة "الاضطرابات العقلية غير المحددة." (عبير طوسون أحمد، 2012، ص ص 101-117)

6. أعراض ودلالات الاضطراب النفسي:

1.6 مفهوم العرض

تعتبر دراسة أعراض الاضطرابات النفسية أمر ضروري من أجل التعرف على الأمراض وتمييز أنواعها، بجانب تاريخ الاضطراب وشكوى المريض، تقف الأعراض في المقدمة من أجل التوصل إلى التشخيص السليم، حيث لا توجد في الطب النفسي فحوصات الدم أو الأشعة لتساعد على عملية التشخيص كما هو الحال في فروع التخصصات الأخرى. وتظهر الأعراض المرضية في مختلف مجالات النشاط الإنساني، من سلوك وانفعال وتفكير وإدراك.

يشير فوزي محمد جبل (2000) إلى أن الأعراض تعتبر تعبيراً عن الاضطراب و مؤشر لوجود الاضطراب (محمد جبل، 2000، ص 118).

إجلال سري" (2000) تعرف الأعراض على أنها العلامات السلوكية التي تدل على وجود الاضطراب و تختلف الأعراض النفسية التي تظهر على المريض اختلافا كبيرا، فقد تكون شديدة واضحة ، و قد تكون مختفية لدرجة يصعب تمييزها إلا للمعالجين النفسانيين، أو عن طريق تطبيق بعض الاختبارات و المقاييس التي تحددتها و تشخصها(إجلال محمد سري، 2000، ص 49).

يعتبر العرض (رمزا) يعبر عن الحالة النفسية للمريض، فمثلا ارتفاع ضغط الدم قد يرمز إلى شدة الضغوط النفسية أو الاجتماعية التي يعاني منها المريض بانفعالات حادة، بينما يرمز الصداع الذي يرجع إلى أسباب نفسية إلى تزامن الأفكار و تصاعدها. و عادة ما يعبر العرض عن (معنى) و لكي نحدد هذا المعنى لابد أن نحدد العوامل التي أدت

الفصل الثاني

الدلالات المرضية النفسية

إلى ظهورها، فمثلا التبول اللاإرادي يعبر عن رغبة الطفل في استعطاف الأم التي بدأت تهتم بالوليد الجديد أو لكي يجذب انتباهه و اهتمام الأبوين به مرة أخرى ، و لكل عرض (وظيفة) و شأنه في ذلك شأن أي سلوك يسعى لخفض التوتر و إزالة القلق فمثلا مريض الوسواس القهري عندما يكرر غسل يديه فإنه يخض من توتره.

تظهر الأعراض عادة لدى المريض في كل مجموعة متداخلة يطلق عليها (زملة الأعراض) تأخذ شكلا معينا ، و تختلف في تجميعها من مريض لآخر ، و قد يدخل العرض الواحد في زميلات أو تشكيلات تميز أمراضا مختلفة. (فوزي محمد جبل،2000، ص ص 118-119).

2.6 أصل الأعراض:

يعتبر العرض مظهرا و علامة تكشف عن الحياة الشخصية للمريض ، و الأعراض ترتبط بالحياة المريض وليس لها معنى بعيد عنها و المواقف التي نشأت و تظهر فيها. ويمكن أن يكمن العرض في الموارد اللاشعورية ذات الصفات الدينامية الدافعة و التي يمكنها أن تسيطر على الشخصية على المستوى الشعوري ، و معظم المواد العقلية التي لا يمكن التعبير عنها شعوريا و صراحة تظهر في شكل أعراض. و قد يكمن أصل الأعراض في القلق و الشعور بالذنب ، و هنا يكون العرض حيلة للتعبير عن ذلك ، و تمثل الأعراض غالبا طرقا خاطئة للتوافق ، و حلولا عصائية للصراع ، و خطأ فاشلة للدفاع النفسي. (حامد عبد السلام زهران،2005، ص130).

3.6 أهداف الأعراض:

يحقق العرض النفسي نوعين من الأهداف :

– أهداف أولية: أهداف ذاتية يكون تحقيقها على حساب خسائر أخرى كأن يهدف العرض في صورته الأولية إلى خفض التوتر و إزالة القلق ، و حل الصراع من جانب الفرد و

كبت دوافعه المستهجنة و محاولة إشباعها بطريقة مقبولة نسبية، و لذا يهدف إلى تهدئة الضمير عن طريق عقاب الذات بواسطة هذا العرض.

– الأهداف الثانوية: و هي أهداف خارجية و استدرار العطف و لفت الأنظار و الحصول على مكاسب في العمل ، و الهروب من المسؤولية و تجنب الأعمال التي لا يحبها ، و الإحجام عن مواجهة المواقف الأليمة و السيطرة على الآخرين و التحكم فيها.(فوزي محمد جبل، 2000، ص 120)

4.6 تصنيف الأعراض:

تختلف الأسس التي يقوم عليها تصنيف الأعراض من حيث هي داخلية أو خارجية عضوية أو نفسية المنشأ ، و الوظيفة النفسية التي تظهر فيها الأعراض حيث قد تظهر في الوظائف العقلية العليا أو وظائف أعضاء الجسم أو النواحي الانفعالية أو النواحي الاجتماعية :

– الأعراض الداخلية: فهي التي لا تلاحظ مباشرة ولكن تلاحظ من تعبيراتها السلوكية مثل الخوف.

– الأعراض الخارجية: فهي علامات واضحة بادية للعيان فمنها إفراز العرق أثناء القلق أو الجمود في الفصام التخشبي.

– الأعراض عضوية المنشأ: تحدث نتيجة تغيرات و اضطرابات فسيولوجية أو اضطراب أي جهاز آخر، و قد تكون التغيرات نتيجة لعوامل داخلية مثل التغيرات التي تحدث داخل الجهاز العصبي كما في أورام المخ. وقد تكون نتيجة لعوامل خارجية كالعدوى أو التسمم، وقد يصاحب هذه الأعراض عضوية المنشأ أعراض نفسية نتيجة للاضطراب النفسي، وهذا ما نجده في الأمراض الجسمية في نفس الوقت.

– الأعراض نفسية المنشأ: فهي تنشأ عن العمليات النفسية المضطربة التي تسببها عوامل داخلية و عوامل خارجية تعتبر علامات على محاولة المريض في جهاده وحره ضد

الفصل الثاني الدلالات المرضية النفسية

مشكلاته. و الأعراض نفسية المنشأ تكون في الغالب تعبيراً عن اللاشعور ، و بالتالي فالمريض لا يعطي أصلها أو معناها ، إلا أنه يعي وجود ضغط داخلي فيوجه هذه الأعراض كأسلحة لمقاومة هذا الضغط. (حامد عبد السلام زهران، 2005، ص ص 135-136)

5.6 الأعراض العامة للأمراض النفسية:

إن الكشف عن الأعراض العامة للمريض يفرض علينا أن نتبع أسلوباً مفصلاً في فحص المريض حتى لا يفوتنا أي واحد من هذه الأعراض صغيراً كان أم كبيراً ، فنبدأ بفحص المظهر العام ، وننتهي إلى الفحص العضوي الشامل ، وبذلك يمكننا الاهتمام إلى كافة الأعراض ما ظهر منها وما بطن .

– **المظهر العام:** حيث يضطرب المظهر العام للمريض من حيث التكوين الخلقي و تغير في تعبيرات الوجه سواء حالة الملابس و الشعر و الحركة.

– **اضطراب الكلام:** يضطرب الكلام عند المريض النفسي:

– فمن حيث (الكم) قد يكون الكلام كثيراً بدون داع و تسمى بظاهرة التثرثرة، أو قد يقل الكلام لدرجة كبيرة مقتضبة ، وقد يفقد الكلام تماماً

– من حيث (سريان الكلام) قد يكون بطيئاً كما في الاضطراب الاكتئاب ، أو يكون سريعاً متصلاً كالاضطراب (الهوس)، أو قد وقف سريان الكلام.

– ومن حيث (مجرى الكلام) قد يتطرق الحديث على التفصيل و اتخاذ طرق جانبية أو قد يغير مجرى الكلام نهائياً استجابة لمؤثر خارجي أو كلمة عبارة وردت أثناء الكلام أو قد يتصف الكلام بأسلوبه و المصادمة و اللجلجة و التعلثم. (محمد أديب العسال ، 2001، ص ص 12-13).

– **اضطراب الفكر:** يضطرب فكر المريض النفسي فيجد صعوبة في التفكير كما في الاضطراب الاكتئاب

الفصل الثاني

الدلالات المرضية النفسية

- أو تتطلق الأفكار بصورة سريعة أو قد يتوقف التفكير و يعود مرة أخرى.
- أو قد يضطرب محتوى الفكر فيكون كثيرا و بشكل غير عادي.
- و قد يكون ضعيفا ، أو خلو الذهن من الأفكار.
- أو قد يضطرب محتوى الفكر اضطرابا نوعيا فينشغل الفكر حول موضوع معين يطغى على سائر الموضوعات الهامة الأخرى.
- أو التفكير في موضوعات تافهة شاذة غير منطقية (وسواس).
- أو تناقض الأفكار كوجود فكرتين متضادتين في ذات الوقت لا يستطيع أن يتخلص من إحداها.
- اضطراب الإدراك: و المعروف عن الإدراك أنه تلك العملية التي تعطى للشيء معنى ، فقد يضطرب الإدراك في صورتين:
- الخداع: وهو إدراك حسي خاطئ كثير الحدوث كأن تقابل شخصا في الطريق فتعتقد أنك تعرفه منذ مدة طويلة.
- الهلوسة: وهو إدراك حسي مع عدم وجود مثير حقيقي أي الإحساس بأشياء ليست لها وجود و يتوهم رؤيتها أو سماعها المريض بذاته دون غيره من المحيطين به كأن يرى أشياء وصور و ألوان و يسمع أصوات لا وجود لها.
- اضطراب العاطفة: العاطفة هي القوة الدافعة في الشخصية في الصحة و الاضطراب وقد تضطرب العاطفة من حيث النوع و الكم :
- من حيث النوع: فقد توجد لدى المريض لنفسي أنواع من الانفعالات في كثير من المواقف لا يستطيع التحكم فيها.
- من حيث الكم: فتوجد لديه مجموعة كثيرة من الانفعالات و هذه الكثرة تؤدي إلى تمزيق الشخصية.
- اضطراب الذاكرة: تضطرب الذاكرة لدى المريض في صورتين :

الفصل الثاني

الدلالات المرضية النفسية

- من حيث الكم وهو أن الذاكرة تشمل كل الأحداث القريبة و البعيدة فيحكي المريض تاريخ حياته كاملة بالساعات و الأيام بصورة تثير الملل ، او فقدان الذاكرة فقد يفقد المريض النفسي الذاكرة للأحداث البعيدة ،أو قد يفقد الذاكرة للأحداث القريبة و تسمى بالنسيان ن وقد تدخل بعض الفجوات حين يروى بعض الأحداث.
- من حيث النوع:فقد يضيف أحداث كاذبة إلى أحداث حدثت لا شعوريا تسمى (تزييف)، أو التحدث عن أحداث لم تحدث مطلقا و تسمى (التأليف و الفبركة)، او خداع الذاكرة كأن يقابل شخصا عرضيا و يعتقد أنه يعرفه تماما.
- اضطراب الوعي: الوعي هو اليقظة، ويعتبر النوم تعبير طبيعي للوعي ، وقد يضطرب النوم في عدة صور لدى المريض النفسي، فقد يكون النوم كثيرا كما في الهستيريا ، أو قليل النوم كما في الاضطراب الاكتئاب، أو يكون نومه متقطعا كما في حالة القلق و التوتر ،أو يضطرب نظام النوم فينام بالنهار ويصحو ليلا، أو قد يصاحب مظاهر أخرى كالكلام أو المشي أو الكوابيس.
- أيضا يصاحب اضطراب الوعي "الذهول" الذي يقلل وعي المريض و انتباهه بدرجة كبيرة و يقلل من استجابته للمؤثرات، أو الغيبوبة و فيها يفقد المريض النفسي الوعي مؤقتا فلا يستجيب لأي مؤثر مهما كانت قوته. و أيضا يصاحب اضطراب الوعي التوهان و هنا يعجز المريض النفسي عن التعرف الصحيح على ما في البيئة من أشخاص أو زمان أو مكان و أيضا من علامات اضطراب الوعي ازدواج إدراك البيئة و في هذه الحالة يدرك المريض النفسي أنه موجود في مكانين في آن واحد.
- اضطراب الحركة: يظهر اضطراب الحركة في عدة صور تلفت الانتباه من بينها النشاط الناقص ، عدم التوازن ، اللازمات الحركية ، السلوك العدوانى.
- اضطراب البصيرة: تضطرب البصير لدى المريض النفسي فلا يستطيع إدراك طبيعة المشاكل التي تواجهه ،أو تحديد أسبابها و أعراضها حتى يمكن إيجاد الحلول المناسبة لها

الفصل الثاني

الدلالات المرضية النفسية

- اضطراب الغذاء: تضرب حالة الغذاء لدى المريض النفسي فيفقد الشهية للطعام كما في حالة الاكتئاب أو القلق و بالتالي يصاب بالضعف العام ، أو يفرط في الأكل .أو يشعر بالجوع الكاذب كعملية تعويضه لدوافع جنسية مكبوتة.
- اضطراب المزاج: يضطرب الإخراج عند المريض النفسي و يظهر ذلك في عدة صور كالتبول اللاإرادي أو الإمساك أو الإسهال العصبي.
- اضطراب الحواس: تضطرب الحواس لدى المريض النفسي في شكل قصور لحواسه الخمسة أو أي منها.
- اضطرابات في الجهاز العصبي: مثل التشنج ن الصرع ن الشلل الهستيرى الذي يصيب الأطراف كما في الهستيريان أو الصدمات العصبية المختلفة ، أو في حاسة البصر.
- أعراض اجتماعية: يضطرب الجانب الاجتماعي لدى المريض النفسي مثل عدم التوافق الاجتماعي ن أو قد يفقد القدرة على تكوين علاقات اجتماعية أو تحقيق الصلات الاجتماعية و التفاعل، و غالبا ما يكون غير مقبول اجتماعيا و يلجأ في الانطواء و الانعزال و يهرب من تحمل المسؤولية الاجتماعية. (فوزي محمد جبل، 2000 ص ص 124-127).

المبحث الثالث - سيكوباتولوجية المرأة

1. الصحة النفسية للمرأة

موضوع الصحة النفسية بالنسبة للمرأة هو أمر بالغ الأهمية و الخصوصية، وعليه فهو يستدعي بالضرورة فهم تكوينها النفسي و العضوي ، خاصة أن لكل من - التكوين البيولوجي نو الإيقاع المتغير من طمث شهري إلى حمل إلى ولادة إلى رضاعة إلى انقطاع الطمث وما يصاحب هذه التغيرات من مظاهر فسيولوجية وانفعالية والوضع الاجتماعي لها الذي يضعها تحت ضغوط مستمرة ومتعددة و طابعها النفسي و الانفعالي

الفصل الثاني

الدلالات المرضية النفسية

المرتبط بالأمر سابق الذكر - علاقة وطيدة بشروط وأسباب ومؤشرات تمتعها بالصحة النفسية.

فالتكوين العضوي للمرأة يحتوي على الصفات الخلقية المتعلقة بشكل أعضاء جسمها الخارجية ووظيفة أجهزة الجسم الداخلية التي تختلف اختلافا تام عن الرجل، ولقد عني العلماء من قديم بفحص المرأة جسمانيا والمقارنة بينهما وبين الرجل فما تناوله الفحص في إيطاليا، لهيكل جسدها ودماعها وملامح وجهها ودمها وإفرازها وقوتها وأمراضها وشيخوختها وكذلك أطرافها، كان هدف الباحثين الأوائل في المدرسة الإيطالية إيجاد صلة ترابط واقتزان بين الخصائص الجسمانية للمرأة ونفسيتها بوجه خاص، وفي هذا الصدد صرح الأديب " Gulemichelet " أن المرأة لا تفعل أي شيء مثلنا وأنها تفكر وتتكلم وتتصرف بطريقة مغايرة لطريقتنا، وإن حركاتها تختلف عن حركاتنا وليست دورتها الدموية ذات الدورة الدموية لدينا ولا تتنفس بنفس الطريقة التي نتنفس نحن بها إضافة إلى ذلك فإن المرأة تتعرض بحكم تكوينها البيولوجي إلى تغيرات فيزيولوجية تؤدي إلى اضطرابات تؤثر على حالتها النفسية والعصبية مثال على ذلك: حالة الحيض وانقطاعها عند بلوغها سن اليأس، وحالة الحمل، وحالة الوضع، وحالة الرضاعة فهي في هذه المراحل التي تمر بها تكون أكثر انفعالية ومزاجية مما يجعلها أكثر قابلية للإثارة وسهلة الاستجابة للمؤثرات الخارجية.

ويقرر الأطباء الشرعيون والنفسيون أنه من خلال حالة الحيض تتأثر لدى المرأة القوة البصرية حتى أنه يضطرب لديها التمييز بين الألوان، وتكثر لديها آلام الرأس وفي بعض المواضع بالجسم ونقل مقاومتها العضلية وتزداد قابليتها للانفعال والقلق وعدم الإثبات، ويسود الانقباض من نشاطها الذهني وتتخذ شهيتها الجنسية صورة غير عادية حتى أن العالمين "طانزي" و "زيكارو" لاحظوا أن المصابات بالأمراض العصبية والنفسية أن الأعراض الانفعالية لأمراضهن تظهر على نحو أكثر حدة وشدة في حالة الحيض ، ،

الفصل الثاني الدلالات المرضية النفسية

كما أن الخلل أو الاضطرابات التي تصيب الإفرازات الغددية عند المرأة من حيث زيادتها أو نقصانها عن العدد المألوف قد يدفعها إلى الإصابة بالأمراض النفسية والعصبية ، كما أن زيادة إفرازات الغدة الكظرية يؤدي إلى تكوين شخصية ذات مزاج عنفواني تميل إلى الشراسة والحدة في الطبع وإلى الطبع وإلى العدوان والتهور.(وادي عماد الدين، 2010-2011 ، ص ص 55-56).

على الرغم من أن نسب الإصابة بالاضطرابات النفسية تكاد تتساوى بين النساء والرجال، إلا أن هناك فروقات كبيرة بين الجنسين في نمط الاضطراب النفسي، حيث يحدد الجنس الفرق في القوة والسيطرة لدى الرجل والمرأة على العوامل الاجتماعية والاقتصادية الخاصة بصحتهم النفسية وحياتهم ووضعهم الاجتماعي ومنزلتهم الاجتماعية وعلاجهم. كما ويؤثر نوع الجنس على قابلية التعرض للعوامل التي تزيد من احتمالية الإصابة بالأمراض النفسية.

تتحدد هذه الفروق أساساً من خلال خصوصية المرأة البيولوجية و التي سلف ذكرها إضافة إلى طابعها الأنفعالي الفريد و في هذا السياق حددت (كاميليا عبد الفتاح) في كتابها "سيكولوجية المرأة العاملة" السمات الأساسية للأنثوية في ثلاث نقاط مهمة نوردها باختصار:

– **النرجسية:** حيث تعتبر النرجسية أحد المظاهر الهامة للمراهقة إذ أنها تحمي الصغير من مشاعر الضعف أثناء جهاده للسيطرة على الواقع كما أنها تحميه من التشتت في تحقيق الذات.

و ترى "دويتش" أن استمرار وظيفة النرجسية إلى ما بعد المراهقة هي ميزة أنثوية و التي تشتق من حب الذات ذو النوع النرجسي ، ويفسر الكثير من الناس حقيقة أن نرجسية المرأة أقوى من الرجل على أساس خيبتها تجاه إحساسها بالنقص من تكوينها التناسلي

الفصل الثاني الدلالات المرضية النفسية

الجنسي و هذا الفرض يفسر لنا سبب اتجاه النرجسية نحو الانخفاض خلال مرحلة الأمومة ، فامتلاكها للطفل يعوضها الكثير من خسارتها السابقة كما أنها تستطيع صرف حبا للآخرين و خاصة لأطفالها.

إن المرأة النرجسية لديها رغبة في أن تحب فهي تكون مرنة و طيعة في المعاملة إذا ما شعرت بأنها محبوبة ، هذا النمط من النساء إذا كوفئن فإنهن يظهرن القدرة في الابتكار و الإنتاج دون أن يدخلن في صراعات تنافسية ، وتختلف آثار النرجسية بين النساء فقد تعمل على إثراء أو إفقار حياتها النفسية.

– **السلبية الأنثوية:** و هذه السلبية المقترنة بنشاطها الموجه نحو الداخل الذي يوازي نشاط الرجل الموجه للخارج ولكن نشاط المرأة الموجه للداخل يبدو أكثر حيوية و إيجابية بالنسبة لها و كما أن نشاطها الداخلي يوازي النشاط الذكري العدوانية. و إن مظاهر السلبية الأنثوية نجدها في مواضع شتى خاصة من الناحية البيولوجية، فالنسبة لوظيفة الخلايا الجنسية تكون البويضة ساكنة نسبيا سلبية استقباليا بينما الحيوان المنوي نشط متحرك، ثم أن تشريح الأعضاء الجنسية يوضح أن العضو الذكري أعد للاختراق الإيجابي بينما أعد الأنثوي للاستقبال السلبي.

– **المازوكية الأنثوية:** إن الفتاة السوية التي تتمتع بالصحة النفسية في فترة المراهقة تحاول غزو البيئة التي تعيش فيها بكل نشاط ، مكررة بذلك مجهود الطفولة ، الذي هو الدافع نحو التوافق و السيطرة على الواقع ، و هو الدافع الذي كان كامنا قبل البلوغ ، ولتوضيح فكرة المازوكية و السلبية الأنثوية يصبح افتراض الاتجاه الفعال المستقل للأنا شيئا على جانب كبير من الفائدة، ففي ضل هذا الافتراض لا يعني التوافق القبول السلبي ، ولكنه يعني المساهمة الكبيرة الايجابية بغرض التغيير و التأثير في البيئة في ضل التناقض الذي تعيشه بين تعلقها بأمها و شعورها بالنقص تجاه تكوينها الجنسي التناسلي الذي ورثته عنها مما قد يحول ذلك التعلق نحو الأب في مقابل تغير مشاعر المحبة لأمها

الفصل الثاني الدلالات المرضية النفسية

لمشاعر حقد و دونية ، فتعيش الفتاة و هي تبذل جهدا مضاعف لتسوية هذا الوضع و الانتقال من السلبية إلى تحقيق الذات و تعويض نقصها بتأديتها لأدوار عديدة في الحياة و هي بذلك تبذل الجهد المطلوب منها في تغير البيئة من حولها التي تفرض عليها تأثيرا كافا بالنسبة لعدوانها ونشاطها و هذا الكف يتوقف على مدى التأثيرات البيئية و قوة الدافع الايجابي عند الفتاة.(كاميليا عبد الفتاح ،1990، ص ص 14-17)

وفي هذا السياق يشير (محمد المهدي) إلى وضع المرأة النفسي و موقعها بين الصحة والاضطراب النفسي حيث يؤكد أن المرأة قبل المراهقة تكون أقل عرضة للاضطرابات النفسية ذات الصلة بالنمو العصبي، ولكن إذا تتبناها في مراحل نموها التالية نجدها تمثل غالبية المرضى النفسيين من حيث العدد ومن حيث احتياجاتهن للرعاية النفسية . وهناك بعض الاضطرابات التي تكاد تكون أكثر التصاقاً بالمرأة مثل اضطرابات الأكل والاكتئاب والاضطرابات النفسجسمية واضطرابات الجسدة في حين أن الفصام وإدمان الكحول والمخدرات تكون أكثر التصاقاً بالرجل. وإذا كانت المرأة سيئة الحظ مع الاكتئاب بالنسبة للرجل فإنها تبدو أحسن حظاً مع الفصام حيث وجد أنها أقل إصابة به إضافة إلى أن شدة الاضطراب تكون أقل واستجابتها للعلاج تكون أفضل ويبدو أن هذا يرجع لاختلافات جينية تؤدي إلى اختلافات في الحساسية للدوبامين. (محمد عبد الفتاح المهدي،2007،ص ص 17-21).

2. الاضطرابات النفسية لدى المرأة

1.2 الاضطرابات النفسية المرتبطة بالدورة الشهرية والعم و الحمل و الولادة

- كدر ما قبل الدورة الشهرية : يصيب 40 % من النساء، 2- 10 % من النساء يحتجن

لمساعدة طبية و الدعم النفسي إلى العلاج الدوائي مرورا بالرياضة البدنية.

- الاضطرابات النفسية أثناء الحمل : الاتجاهات نحو الحمل، الارتباط النفسي بين الأم

الفصل الثاني الدلالات المرضية النفسية

والجنين, سيكولوجية زوج المرأة الحامل, تأثير الحمل على العلاقة الزوجية, الحمل والعلاقة الجنسية, الاضطرابات النفسية المصاحبة للحمل, الوحم, الحمل الكاذب, القيء أثناء الحمل.

- الاضطرابات النفسية بعد الولادة : وتشتمل على:

أ - **كآبة ما بعد الولادة:** تحدث في 50% من النساء بعد الولادة بأيام قلائل في صورة اعتلال مزاج وسرعة بكاء وشعور بالتعب وقلق وسرعة استثارة. وتقل حدة الأعراض مع الوقت ولا تتطلب سوى الطمأنة والدعم النفسي من الأسرة .

ب - **ذهان ما بعد الولادة:** يحدث في 1-2 من كل ألف ولادة, وتكمن الخطورة في أن 5% من المريضات يقمن بالانتحار, في حين أن 4% يقمن بقتل أطفالهن, أي أن 9% من الحالات يحملن خطر الموت (للأم أو للطفل)

ومن الناحية الإكلينيكية يكون ذهان ما بعد الولادة قريبا من الاضطراب الوجداني ثنائي القطب أو الاكتئاب الجسيم المصحوب بأعراض ذهانية. وهو يحدث في أي وقت في السنة الأولى بعد الولادة, والوقت المتوسط لحدوثه هو من أسبوعين لثلاثة بعد الولادة, والوقت الأكثر توقعا هو ثماني أسابيع بعد الولادة. ويعتقد أن هذا الاضطراب يحدث نتيجة التغيرات الهرمونية السريعة بعد الولادة, أو الضغط الجسدي والنفسي لعملية الولادة, أو الإصابة ببعض الأمراض مثل تسمم الحمل أو بعض العوامل النفسية والاجتماعية. وحين يتم تشخيص هذا الاضطراب فيجب أن يؤخذ الأمر بجدية شديدة حيث إنه يعتبر أحد الطوارئ النفسية التي تحتاج لعناية خاصة وربما تحتاج لدخول المستشفى, والتعامل معه بمضادات الاكتئاب ومضادات الذهان والليثيوم وغيرها .

- **المرأة العاقر:** المرأة مسئولة عن 60% فقط من حالات العقم في حين يتحمل الرجل المسؤولية عن 40% من تلك الحالات, ومع هذا يقع اللوم والعبء النفسي على المرأة وحدها. وقد بينت الدراسات أن 80% من حالات العقم لا يوجد سبب عضوي يفسرها, وأن نسبة كبيرة من هذه الحالات تكمن وراءها عوامل نفسية نذكر منها:

الفصل الثاني

الدلالات المرضية النفسية

- عدم التوافق في العلاقة الزوجية: مما يؤثر على التوازن الهرموني وعلى انقباضات الرحم والأنابيب.
- وجود صراعات نفسية لدى المرأة حول فكرة القرب من الرجل وما يصاحب ذلك من مشاعر التحريم والاستنذار للعلاقة الجنسية وربما يصاحب ذلك إفراز مواد مضادة تقتل الحيوانات المنوية.
- الشخصية الذكورية العدوانية ، المرأة المسترجلة.
- الشخصية الأنثوية غير الناضجة بيولوجيا، ونفسيا.
- البرود الجنسي والذي يسببه أو يصاحبه نشاط هورموني باهت وضعيف.
- الزوجة التي تأخذ دور الأم لرجل سلبى واعتمادى.
- وجود رغبات متناقضة في الحمل وعدمه.
- شدة التعلق بالإنجاب واللهفة عليه واستعجاله مما يؤدي إلى نزول البويضة قبل نضجها.
- الصدمات الانفعالية المتكررة والتي تؤثر على الغشاء المبطن للرحم وتؤدي إلى انقباضات كثيرة وغير منتظمة في الأبواق والأنابيب والرحم وعنق الرحم.
- وأخيرا تكرار الإثارة الجنسية دون إشباع وهذا يصيب عنق الرحم بالاحتقان والجفاف والتلجج .
- **أزمة منتصف العمر:** وتحدث في كثير من النساء في بداية الأربعينات وأحيانا قبل ذلك حين يكبر الأبناء وينصرفون لحياتهم، وحين ينشغل الزوج بمسئوليته، وتجد المرأة نفسها وحيدة فتستغرق في التفكير في ماضيها وتشعر بالأسى والأسف على أشياء فاتتها وعلى أشياء فعلتها ثم تنتظر إلى حاضرها فتجده أقل بكثير مما كانت تحلم به فزوجها الذي عاشت معه لم يكن أبدا هو فارس أحلامها، وأبناءها الذين ضحت من أجلهم لم يحققوا طموحها ولم يشعروا بتضحيتها، وشبابها الذي كانت تعتز به وتركن إليه قد بدأ يتوارى وجمالها قد أخذ في الذبول، ثم تنتظر إلى المستقبل فتشعر بالخوف والضياع.

الفصل الثاني

الدلالات المرضية النفسية

وتختلف النساء في مواجهتهن لهذه الأزمة, فهناك نساء ناضجات يتقبلن الأمر بواقعية وتمر الأزمة بسلام خاصة حين تدرك نجاحاتها السابقة كأم وكموظفة وكزوجة وتعترف بالمرحلة العمرية التي تمر بها وتحاول رؤية مميزاتها والاستفادة منها.

وفريق ثاني يتحملن ويقاومن في صمت ويخفين معاناتهن عن حولهن ولذلك تظهر عليهن بعض الأعراض النفسجسمية أو اضطرابات الجسدية, وفريق ثالث يفضلن الانطواء والعزلة ويزهدن في الحياة أو ينصرفن إلى العبادة ويتسامين عن رغبات البشر ويشعرن بالصفاء والطمأنينة والأنس بالله, وفريق رابع يستغرقن في العمل والنشاط والنجاح في مجالات كثيرة على أمل التعويض عن الإحساس بالإحباط والفشل في الحياة الماضية, وفريق خامس يلجأن إلى التصابي والتصرف كمراهقات في ملابسهن وسلوكهن وربما تستعجل الواحدة منهن الفرصة التي تعتبرها أخيرة فتقع في المحذور الذي لم تقع فيه في شبابها, وفريق أخير يقعن في براثن الاضطراب النفسي كالقلق أو الاكتئاب أو الهستيريا أو أعراض الجسدية أو توهم الاضطراب أو الرهاب أو أي اضطراب نفسي آخر.

- ما بعد انقطاع الدورة (سن اليأس): نتيجة لانخفاض مستوى الهرمونات الأنثوية خاصة

الأستروجين تحدث بعض الأعراض النفسية مثل الاكتئاب والقلق يصاحبه بعض الاضطرابات الفسيولوجية كالإحساس بالسخونة يتبعه إحساس بالبرودة والعرق الغزير, والإحساس بالصداع والحرقان والسخونة في قمة الرأس مع اضطراب في النوم والشهية للطعام. وأحيانا تكون الأعراض بسيطة وتمر بسلام وتخف حدها مع الوقت، وأحيانا أخرى تكون شديدة مما يستدعي العلاج الطبي والنفسي. والعلاج التعويضي بالهورمونات يحسن الحالة الجسدية والجنسية ولكنه لا يؤثر بشكل مباشر على الحالة النفسية. (محمد عبد الفتاح المهدي ، 2007، ص ص 79-95).

2.2 الاضطرابات النفسية العامة

- **القلق النفسي:** عادة ما يسبق القلق ظهور الأنواع المختلفة من الأمراض النفسية ، أو يصاحبها ، إلا أنه في بعض الأحيان قد يكون هو العرض المرضي الوحيد المستمر دون أن يتطور إلى مرض نفسي معين ، ويطلق عليه عندئذ القلق العصابي . فإذا بالمرضى يظل قلقا خائفا من كل شيء ومن لا شيء في نفس الوقت ، ويظل يبحث عن شيء يبرر به خوفه أو يربطه به ، حتى أنه قد يلتمس لانزعاجه أوهى الأسباب وأقلها مدعاة للخوف والقلق ، ويكون قلقه وخوفه وتوتره أقوى كثيرا مما يتطلبه الموقف.(أنور حمودة البنا،2006، ص 88)

والقلق هو شعور غير سار، بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر ، مصحوب ببعض الإحساسات الجسمية ، وخاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي . أو هو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ، وبصحبها خوف غامض ، وأعراض نفسية جسمية . ويمكن اعتبار القلق انفعالا مركبا من الخوف وتوقع التهديد والخطر.(دافيد شيهان ، عزت شعلان،1988، ص ص 12-13)

- **توهم المرض:** يعرف توهم المرض بأنه مرض نفسي يتسم بخوف الشخص من إصابته بمرض خطير، حيث يقوم بتفسير ما يشعر به من إحساسات جسدية طبيعية أو غير طبيعية بأنها مؤشرات على إصابته بمرض ما. فعلى سبيل المثال، قد يعتقد المصاب بأن مجرد شعوره بالصداع بين الحين والآخر أو نسيانه لمكان مفاتيح سيارته مثلا يدل على إصابته بسرطان الدماغ أو مرض الزهايمار مما يجعله يزور طبيبا تلو الآخر للبحث عن تشخيص ما يشعر به من أعراض. (حامد عبد السلام زهران ،1977، ص ص 152-153)

- **نوبات الهلع:** هي حالات مفاجئة ومزعجة جدا تأتي في صور مختلفة أهمها الشعور بالاختناق، وسرعة ضربات القلب أو هبوط حاد ومفاجئ في القلب وأنه قد توقف أو كاد أن يتوقف، أو برودة وتتميل في الأطراف وعرق غزير أو ضعف في اليدين والقدمين مع

الفصل الثاني

الدلالات المرضية النفسية

الشعور بفقد التوازن واحتمالات السقوط، وتشعر المريضة أنها على وشك الموت أو أنها تموت فعلا، أو أنها على وشك فقد السيطرة أو الجنون، ولهذا تهرع إلى أقرب مستشفى أو طبيب فيقال لها بعد عمل الفحوصات أنها سليمة تماما، ولكنها لا تهدأ ولا تستريح لأن النوبة تباغتتها في أي وقت وفي أي مكان فتهدد سلام حياتها فتلزم بيتها وتصاب بالاكتئاب. وللأسف الشديد يتأخر ذهاب هذه المريضة للطبيب النفسي وتدخل في دوامة الفحوصات والتحاليل وتتردد على أطباء القلب والباطنة والصدر دون جدوى.

- **الاضطرابات النفسية ذات الشكل الجسدي** : فالمعاناة النفسية تتحول بلا وعي لأعراض جسمانية كي تأخذ مشروعية الشكوى وبالتالي العلاج والمساعدة) خاصة في مجتمعات لا تعترف بالمعاناة النفسية وتعتبرها ضعفا في الشخصية أو الإيمان أو أن المرأة لسبب أو لآخر لا تستطيع التعبير عن مشاعرها فيتولى جسمها هذه المهمة عنها وبذلك تكون الأعراض الجسمانية صرخة استغاثة لمن يهتم الأمر فعلا أو نداء قرب للزوج أو للأولاد.

- **المرأة والاكتئاب** : المرأة عرضة للاكتئاب أكثر من الرجل، وربما يكون السبب وراء ذلك التكوين العاطفي للمرأة أو خبرات التعلق والفقد الكثيرة في حياتها أو التغيرات البيولوجية المتلاحقة أو العمل المستمر بلا راحة أو كل هذه الأسباب مجتمعة. (محمد عبد الفتاح المهدي ، 2007، ص ص 95-122).

❖ خلاصة الفصل:

استعرضنا خلال هذا الفصل مفهوم قاعدي في علم النفس " الشخصية" بقطبيها السوي و غير السوي.حيث أدرجنا خلال ذلك مفهوم الشخصية السوية و الصحة النفسية و معاييرها و دلالاتها،وصولاً إلى نسبتها بين الأفراد و المجتمعات.أما الجانب غير السوي للشخصية فقد استعرضنا ضمنه مفهوم الاضطراب النفسي بما فيه عوامل الإصابة و الأعراض العامة

الفصل الثاني

الدلالات المرضية النفسية

للأمراض النفسية و التصنيفات العيادية المختلفة. أما في الجزء الأخير من هذا الفصل فقد استعرضنا فيه سيكوباتولوجية المرأة بما فيها صحتها النفسية و الاضطرابات التي تصيبها دوناً عن غيرها و بعض الاضطرابات العامة التي تشكل تهديداً لتوافقها النفسي.

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

❖ تمهيد

يأتي سرطان الثدي في مقدمة أنواع السرطان التي تصيب النساء في العالم المتقدم والعالم النامي على حدّ سواء. وتشخيص الإصابة بسرطان الثدي يشكل ضغط كبير على أي سيدة، حيث تختلف الاستجابات النفسية و التمثلات اتجاه هذه الإصابة وفقا للإحساس الداخلي للمريضة وبنيتها النفسية، قدراتها على التأقلم، المرحلة العمرية التي تمر بها (شابه، ناضجة، كبيرة في العمر) عند الإصابة بالمرض، وضعها الاجتماعي والعائلي، بيئتها الثقافية، الدعم المعنوي والمادي المتوفر في تلك الفترة وهو ما يؤثر لاحقا في تأقلم كل سيدة مع المرض.

المبحث الأول - المقاربة الطبية للسرطان عامة وسرطان الثدي خاصة

أولا-السرطان

1. مفهوم السرطان:

السرطان هو: مرض يتصف أساسا بنمو الخلايا بطريقة غير محكومة. و ينتج السرطان من تغيرات بعض في الخلايا يؤدي إلى نموها بطريقة غير طبيعية. وتكوين السرطان يتم بالتدرج و أثناء هذا الوقت تصبح الخلايا أكثر شذوذا من الخلايا السليمة، وتكتسب قدرة على الانقسام بسرعة غير عادية مؤديةً إلى تكوين الأورم الخبيثة.

مصطلح السرطان يغطي مجموعة واسعة من الأمراض، وتصنيفها وفقا للخلايا والأنسجة التي تتكون منها السرطانات. إن الورم الذي يتم تطويره في الأعضاء (الورم الأساسي) سيطعم عن بعد على أعضاء أخرى (الدماغ والرئة والكبد وما إلى ذلك)، من خلال القنوات الليمفاوية أو الدم. وتسمى هذه الأورام الثانوية ، والتي تتكاثر من خلال الورم الأم"

النقائل".(Larousse Medical, 1990, p169))

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيکوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

وهو ورم خبيث يتصف بطاقة غير محدودة لنمو الخلايا المستمر. هذه الخلايا الخبيثة إما أن تمتد محليا و تغزو و تدمر النسيج الطبيعي المجاور ، و إما أن تنتقل عبر الأوعية للمفاوية أو الأوعية الدموية إلى أمكنة أخرى من الجسم و تؤسس بؤرا نامية جديدة تسمى "البؤر السرطانية المتتقلة". هذه البؤر السرطانية المدمرة بدورها تدمر الأعضاء الجديدة.(خولة أحمد يحيى وأيمن يحيى عبد الله، 2010، ص 63).

السرطان عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تزيد عن مائة مرض، يجمع بينها عوامل مشتركة، وينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية DNA التي تمثل في خلايا الإنسان الجزء المسؤول عن السيطرة على نمو الخلايا و تكاثرها. فخلايا جسم الإنسان تتكاثر بشكل منتظم وبطيء ، لكن في حالة السرطان يحدث خلل في المادة الوراثية الجينية DNA مما يؤدي إلى تزايد سريع في نموها و انتشارها ومن المعروف أن الخلايا السرطانية عكس خلايا الجسم الأخرى لا تفيد الجسم بل تستنزف طاقاته و إمكاناته. (فيصل محمد خير الزراد، 2000، ص 54).

عموما هناك نوعان من الأورام:

- **أورام حميدة:** تتكون من خلايا غير سرطانية و يمكن استئصالها بالجراحة ، ولا تعود في غالب الأحيان. كما أنها لا تنتشر داخل الجسم و لا تؤثر في الأنسجة المجاورة لها و نادرا ما يكون لها تأثير خطير على حياة المصاب.
- **أورام خبيثة:** تتكون من خلايا سرطانية، تتكاثر بالانقسام و تدمر الخلايا و الأنسجة المجاورة إذا لم تعالج. و تنتقل مع مرور الوقت إلى أنحاء متفرقة من الجسم بواسطة الدورة الدموية أو النظام الليمفاوي.(فيصل محمد مكي أمين، 1990، ص 10).

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

2. عوامل الإصابة بالسرطان:

إن أسباب السرطان غير محددة بشكل عام. هنالك أنواع من السرطان سببها خلفية وراثية، ميل عائلي أو تعرض لعوامل خطر مختلفة. مثلا يسبب التدخين كل من سرطان الفم و الرئة و المريء و غير ذلك، وهو بمثابة سبب هام للموت من أمراض السرطان الأخرى. يمكن أن يسبب التعرض غير المراقب للشمس في تطور سرطان الجلد. ومن شأن التعرض للمواد المختلفة في الصناعة. (أور طال حوري ، 2010، ص ص 7-8)

3. أعراض السرطان:

يتظاهر السرطان بأعراض عديدة يمكن تقسيمها إلى ثلاثة أقسام:

- أعراض موضعية من الورم الأولي: ناجمة عن تدمير الأنسجة و الأعضاء المجاورة. و هذه الأعراض تشمل نمو كتلة الورم و الألم و النزيف و اضطراب وظيفة العضو المصاب.
- أعراض الانتقالات البعيدة: إن الانتقالات الورمية تشكل كتلا تنمو باضطراب ولذلك تظهر أعراض هذه الانتقالات مثل الأعراض السابقة بالإضافة إلى أمور أخرى كنبات الصراع أو الاختلاجات أو الكسور العظمية من غير سبب واضح.
- أعراض عامة: مثل نقص الوزن وسوء التغذية و الوهن و الضعف العام والشوارد و أملاح الجسم كارتفاع كلس الدم أو اضطراب هرموني. (نيكولاس جيمس، أسامة فاروق حسن، 2013، ص ص 34-37).

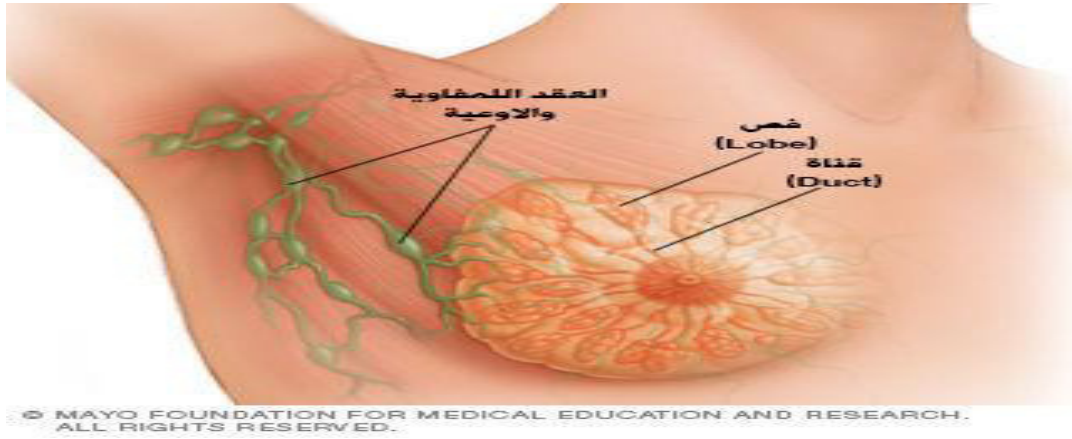
الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

ثانيا- سرطان الثدي:

1. تركيب الثدي:

الثدي هو غدة لبنية تحت الجلد و يوجد لدى المرأة و الرجل ويتكون من غد لإفراز اللبن أو الدهون (غدد لبنية - غدد دهنية) و قنوات تحمل اللبن من الغدة اللبنية إلى الحلمة. هذه ترتكز على عضلات خارج القفص الصدري و مجموعة من الأوعية الدموية و الأوعية اللمفاوية و الغدد اللمفاوية التي يقع بعضها داخل الثدي و البعض الآخر في الإبط و في القفص الصدري. (MACÉA, J. R. & FREGNANI, J. H. T. G,2006,p653)



الشكل رقم (01) يمثل تشريح الثدي

2. تعريف سرطان الثدي:

تعرف جمعية السرطان الأمريكية (American Cancer Society, 2014) سرطان الثدي بأنه ورم خبيث يسبب نمو غير طبيعي لخلايا الثدي ، وعادة ما يظهر في القنوات و الغدد الحليبية للثدي، و يمكن أن ينتشر إلى الأنسجة المحيطة به، أو إلى أي منطقة بالجسم ، ويحدث سرطان الثدي غالبا لدى النساء و يمكن أن يحدث لدى الرجال.

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

وتعرفه منظمة سرطان الثدي (Breast Cancer Organisation,2013) بأنه نمو غير منتظم لخلايا الثدي، ناتج عن طفرات أو تغيرات غير طبيعية في الجينات المسؤولة عن تنظيم نمو الخلايا ، و لمحافظة على صحتها.

3. مراحل تطور سرطان الثدي

- **المرحلة الصفيرية:** وهي اكتشاف مبكر جداً للورم وغالباً عن طريق الصدفة ولا يكون منتشرًا، ويكون العلاج جراحياً وهو عبارة عن رفع الورم من الثدي ويتبعه العلاج بالأشعة أو علاج آخر حسب رأي الطبيب المختص. وتتراوح نسبة الشفاء من المرض بين (98-99%) وتمتد الحياة لغاية عشر سنوات من العيش الخالي من المرض.
- **المرحلة الأولى:** الورم يكون حجمه أصغر من (2 سم) ولم ينتشر إلى الثدي الآخر، ويكون العلاج جراحياً برفع الثدي المصاب بالورم وفي بعض الأحيان يتبعه العلاج الإشعاعي، وفي أحيان أخرى ترفع العقد اللمفاوية تحت الذراع، ونسبة الشفاء فيها من (85-90%) وتمتد الحياة لغاية خمس سنوات من العيش الخالي من المرض.
- **المرحلة الثانية:** ويكون حجم الورم فيها ما بين (2-5 سم) ويكون قد انتشر في الغدد اللمفاوية تحت الإبط من الناحية المصابة نفسها من الثدي، ولا تكون الغدد اللمفاوية ملتصقة ببعضها أو بالنسيج المحيط بها ولا يوجد أي انتشار خارجي أو انتقالات بعيدة للورم مثلاً للكبد أو العظام أو الرئة أو الدماغ، ونسبة الشفاء فيها (60%) وتمتد الحياة لغاية خمس سنوات من العيش الخالي من المرض، وعلاج هذه المرحلة هو الجراحة، أو الجراحة مع العلاج الإشعاعي يتبعها العلاج الكيميائي مع /أو العلاج الهرموني وكذلك رفع العقد اللمفاوية تحت الذراع، ويكون العلاج الإشعاعي عادةً عندما يكون الورم غير منتشر إلى العقد اللمفاوية تحت الذراع وحجمه بين (1.5-4 سم)، وتسمى هذه المرحلة - Stage IIA - أما العلاج الكيميائي مع /أو العلاج الهرموني إذا كان حجم

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

الورم بين (2-4 سم) وانتشر إلى العقد اللمفاوية تحت الذراع، أو كان الورم أكبر من (4 سم) ولم ينتشر إلى تحت الذراع، وتسمى هذه المرحلة بـ - Stage IIB - .

– **المرحلة الثالثة:** وهي من المراحل المتأخرة للمرض ويكون حجم الورم فيها (5 سم) والغدد اللمفاوية ملتصقة ببعضها وبالنسيج المحيط لكن الورم لم ينتشر أو ينتقل انتقالات بعيدة ونسبة الشفاء حوالي (50%) وتمتد الحياة لغاية خمس سنوات من العيش الخالي من المرض، ويطلق على هذه المرحلة بـ - Stage III A - ويكون العلاج موضعياً بالجراحة مع الأشعة المناسبة، والعلاج الكيميائي مع/ أو العلاج الهرموني. أما في حالة كون الورم بأي حجم ولكنه انتشر إلى الجلد وجدار الصدر والعقد اللمفاوية للثدي فتسمى المرحلة بـ - Stage IIIB - ويكون العلاج هو العلاج الكيميائي مع الجراحة المناسبة بعد العلاج الكيميائي و/أو العلاج الهرموني.

– **المرحلة الرابعة:** وهي مرحلة تكون متأخرة جداً من المرض وتنتصف بالأنبثانات (الانتشار، metastasis)، وفيها ينتشر المرض إلى الكبد و/أو العظام، و/أو الرئتين، و/أو الدماغ، و/أو الثدي المقابل، وتعتبر هذه المرحلة سيئة للغاية ونسبة الشفاء فيها لا تتجاوز (10%) ولمدة خمس سنوات من العيش. والعلاج في هذه المرحلة هو العلاج الكيميائي و/أو العلاج الهرموني لتحطيم خلايا السرطان والسيطرة عليه، وفي بعض الأحيان يتبع بعلاج جراحي أو علاج إشعاعي للسيطرة على السرطان في الصدر (رونثال، سارة (2001، ص 178-203).



الشكل رقم(01) يمثل مراحل تطور سرطان الثدي

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيکوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

4. عوامل الإصابة بسرطان الثدي

أولاً- العوامل الأساسية:

✓ **العمر:** العمر هو الأكثر أهمية حيث يكون منحني الإصابة بالمرض تصاعدياً ما بين 30-70 سنة، ثم يحدث إنخفاض طفيف بعد سن الـ80 سنة (أنظر الجدول رقم -1-). بصفة عامة امرأة واحد ما بين 10 نساء ستتعرض للإصابة بسرطان الثدي خلال الثلاثين عاماً المتبقية لها من حياتها.

✓ **السوابق المرضية:** أفراد الأسرة من الدرجة الأولى للشخص المصاب بسرطان الثدي يكونون أكثر عرضة للإصابة بهذا المرض. ويرتفع احتمال الإصابة إذا حدثت السوابق المرضية العائلية في سن مبكرة أو إذا كانت من جهة الأم أو الأب (5-10% من سرطانات الثدي هي على الأرجح من أصل عائلي). و أمام الإصابات العائلية بسرطان الثدي يجب البحث في طفرة الجينات (**Mutation du gènes**) التالية: **BRCA1** أو **BRCA2**.

✓ **العوامل النسيجية:** فرط التنسج (**Les hyperplasies**) و هي عوامل إصابة عالية جداً و خاصة منها تلك اللانموذجية (**Atipiques**) (بناني عبد العزيز، 2014، ص 2)

الفئة العمرية	إحتمال الإصابة بالسرطان
أقل من 40 سنة	218/1 امرأة
40-49	62/1 امرأة
50-59	40/1 امرأة
60-69	26/1 امرأة
70-79	23/1 امرأة
79 فما فوق	14/1 امرأة

الجدول رقم (01) يمثل إحتمال الإصابة بسرطان الثدي حسب الفئات العمرية

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

ثانيا- العوامل الثانوية:

✓ **العمر عن بدء الدورة:** تتغير مستويات هرمون الأستروجين عند الإناث مع دورة الطمث. النساء اللواتي بدأن أول دورة حيضهن في سن مبكرة جدا قد يكن معرضات لزيادة طفيفة في مخاطر الإصابة بسرطان الثدي و ذلك بسبب تعرضهن للأستروجين لمدة أطول من غيرهن.

✓ **سن اليأس:** يعتبر تأخر سن إنقطاع الطمث من العوامل المؤدية إلى الإصابة بسرطان الثدي، هكذا يبدو أن الحياة التناسلية الطويلة تساهم في الزيادة من خطر الإصابة بسرطان الثدي.

✓ **العمر عند الحمل الأول و عدد الولادات:** يزداد خطر الإصابة بسرطان الثدي كلما تأخر سن الحمل الأول، كما قد ينخفض إذا حدث أول حمل قبل سن الثلاثين و يبدو أن كذلك لعدد الأطفال الذي يعد أمرا وقائيا ضد سرطان الثدي. فلحمل تأثير وقائي طويل المدى بفضل التمايز الذي يحدثه على مستوى غدة الثدي ، الشيء الذي يجعلها أقل حساسية لتأثير المواد المسرطنة.(بناني عبد العزيز ، 2014، ص 3-4)

✓ **الرضاعة الطبيعية:** تعتبر الرضاعة عاملا وقائيا ضد الإصابة بالسرطان. و إذا تمت الرضاعة لأكثر من سنة إلى سنتين ينخفض خطر الإصابة بسرطان الثدي بنسبة 4.3 % لكل سنة من الرضاعة الطبيعية. كما أن ارتفاع هرمون الحليب (البرولاكتين) يؤدي إلى انخفاض هرمون (الأستروجين) الشيء الذي يؤدي إلى تقليص مدة التعرض للأستروجين و بالتالي تقليص وقعه التسريعي على آليات تسرطن الثدي.

✓ **نمط الحياة:** زيادة وزن النساء في سن اليأس و شرب الكحول يعرض المرأة للإصابة بسرطان الثدي.(الدكتور حاتم الجبلي ، ب س ، ص 3)

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

5. أعراض سرطان الثدي

سرطان الثدي كغيره من أنواع السرطانات الأخرى قد تظهر أعراضه في شكل إشارات بسيطة سواء كانت مجتمعة أو قد يظهر عرض واحد منها فقط فسرطان الثدي لا يعطي في أول ظهره أعراض واضحة تؤكد الإصابة به. و نذكر من بين هذه الإشارات:

- ألم موضعي في ثدي أو تحت الإبط .
- تغير حجم أو شكل الثدي.
- وجود كتلة أو غلاظه في الثدي تحت الإبط .
- إفرازات دموية أو غير دموية من الحلمة .
- تغير في حجم أو لون الحلمة.

إن وعي المرأة بهذه الأعراض، و إكتشافها لها، و يستدعي منها اللجوء مباشرة إلى الفحص الطبي ما يساعد على الكشف المبكر للمرض و بالتالي اتخاذ الإجراءات العلاجية اللازمة.

6. تشخيص سرطان الثدي

- **الفحص الذاتي:** تقوم به السيدة بمفردها حوالي اليوم السابع (7-10) من الدورة الشهرية لكل امرأة تجاوزت الـ20 سنة.
- **الفحص الطبي:** يتم مرة كل 3 سنوات ما بين سن 20 إلى 40 ، ثم مرة كل سنة للسيدات اللواتي تجاوزنا الـ40 سنة.
- **الفحص الشعاعي الماموغرافي:** يتم مرة كل سنة ابتداء من سن 40 إلى 65. (ناجي الصغير، 2005، ص ص 60-62).

7. الآثار الجانبية لعلاج سرطان الثدي

يتم علاج سرطان الثدي في أغلب الأحيان بعدة طرق في نفس الوقت، فاذا ما تم الاكتشاف المبكر للورم وكان حجمه في حدود 3 سم، فلا يستلزم العلاج بالتدخل الجراحي

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

باستئصال الثدي ولكن يمكن استئصال الورم ذاته وعلاج باقي الثدي بالأشعة للقضاء على بقية الخلايا التي قد تكون نشطة، أما إذا كان الورم أكبر من ذلك أو كان قد انتشر إلى الغدد الليمفاوية فيضاف العلاج الكيميائي والهرموني إلى سياق العلاج، ومن الأساليب العلاجية لسرطان الثدي:

- التدخل الجراحي: يعتمد على حجم الورم ومدى انتشار المرض. حيث يتم استئصال الورم فقط (إذا كان صغيراً) أو استئصال الثدي ككل
- العلاج الإشعاعي: هو علاج موضعي يتم بواسطة استخدام أشعة قوية تقوم بتدمير الخلايا السرطانية لإيقاف نشاطها.
- العلاج الكيميائي: وهو علاج شامل يعطى بشكل دوري ويتم بالحقن عبر الوريد لقتل الخلايا السرطانية.
- العلاج الهرموني: يعمل هذا الأسلوب العلاجي على منع الخلايا السرطانية من تلقي واستقبال الهرمونات الضرورية لنموها وهو يتم عن طريق تعاطي عقاقير تغير عمل الهرمونات أو عن طريق إجراء جراحة لاستئصال الأعضاء المنتجة لهذه الهرمونات مثل المبايض. (رونثال سارة، 2001، ص ص 121-124).

1.7 المشاكل والآثار الجانبية للعلاج الإشعاعي:

إن استخدام أشعة (X) العالية الطاقة أو أشعة (Y) والتي لهما القدرة على اختراق الجلد، وتستخدم هذه المعالجة لعدة مرات ولفترات طويلة، وتبدو المنطقة المعرضة للإشعاع وكأنها مصابة بحرق شمسي وتكون جافة وخاصة المناطق المعرضة للاحتكاك مثل (تحت الإبطن وأسفل الثدي)، وإن من أكثر الآثار الجانبية للإشعاع هو التعب والإعياء بعد الأسبوع الثالث أو الرابع من المعالجة. وإن لهذه المعالجة تأثيرات نفسية إضافة للتأثيرات الجسمية،

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

حيث تشعر المصابة بالدوار ونقص الشهية، ويصبح الثدي المعالج أحياناً أصعب وأكبر حجماً بسبب تجمع السوائل فيه وتستمر هذه الحالة من (6-18) شهراً بعد المعالجة أو يصبح الثدي أصغر حجماً، وقد يصبح الجلد في المنطقة المعالجة أكثر أو أقل حساسية بعد العلاج الإشعاعي. وأحياناً تتعرض المناطق السليمة بالإشعاع مثل الحنجرة ويصبح البلع مؤلماً وكذلك التهاب الرئتين وهي حالة نادرة فتعاني المصابة من قصر النفس والسعال الجاف، ونادراً ما تتضرر الأضلاع فتتكسر بسبب ضعفها. نتيجة تأثير الإشعاع، وقد يحدث التهاب المريء فتسبب حرقة الفؤاد نتيجة خروج الحمض من المعدة إلى المريء مسبباً ألماً شديداً (روزنثال، 2001، ص، 178-186).

2.7 المشاكل والآثار الجانبية للمعالجة الكيميائية:

تكون المعالجة بالأدوية عن طريق الفم أو الحقن في الوريد أو العضلة، ويتم بدواء واحد أو بمجموعة أدوية ويجري الدواء في كامل الجسم ويعطى في دورات منتظمة لكي ترتاح المريضة ثم يعاود إعطاء الدواء لمرة أخرى، وقد تستمر المعالجة من ثلاثة إلى ستة أشهر، ولكن في الحالات المتقدمة من المرض تعطى المعالجة الكيميائية ثم توقف حتى انتهاء الدورة الشهرية للمصابة وقد تعاد مرة أخرى، وتختلف الآثار الجانبية للعلاج حسب نوع الدواء وحسب حالة المصابة، ويكون التأثير سريعاً في تقسيم الخلايا ومن ضمنها خلايا الدم.

وتشمل آثاراً حادة مثل الاضطرابات الهضمية ومثل الغثيان والتقيؤ وتبلغ ذروتها بين (12-36) ساعة بعد العلاج، وأيضاً سقوط الشعر وغالباً في الشهر الثالث أو الرابع بعد المعالجة ويكون شديداً في ثلث المريضات وعابر في كثير من الحالات وتحدث تقرحات في الأغشية المخاطية المبطنة للفم، وغشاء ملتحمة العين، والمثانة وقد يحدث النزف مع البول، وانخفاض كريات الدم البيضاء فتقل مقاومة المريضة للعدوى الجرثومية، وكذلك حدوث

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

انخفاض في الصفائح الدموية فيؤدي إلى حدوث النزف الدموي، وكذلك هناك تأثيرات شائعة للأدوية الكيميائية، ومنها التعب والضعف وآلام في أنحاء الجسم، وزيادة سريعة في الوزن وتعرق ليلي ودوار وتغير في حاسة الشم والتذوق وصداع وإسهال أو إمساك ووخز في الأصابع وفقدان القوة العصبية، وكذلك قد تتأثر المبايض فتظهر أعراض توقف الدورة الدموية مثل هبات الحرارة وقلّة الإفرازات وعدم انتظام الدورة وأخيراً تصبح المرأة غير قادرة على الإنجاب، وبخاصة عند النساء فوق سن (35 عاماً) فيصبح العقم دائماً، وكذلك تأثير العلاج على الجنين إذا كانت المريضة حاملاً. وبسبب هذه الآثار الجانبية للأدوية وكذلك بسبب استئصال الثدي وإدراك المريضة بأنها مصابة بالسرطان، فإنها تعاني من القلق والكآبة وتسمى الكآبة النفسية والنسيان (وتعرف بتأثير الدماغ الكيميائي)، أما بالنسبة للآثار المزمنة فهي احتمالية ونادرة الحدوث مثل ضعف عضلة القلب (عند استعمال الأدرياميسين)، وكذلك احتمالية الإصابة بسرطان ثانوي مثل اللوكيميا (سرطان خلايا الدم)، كذلك احتمالية الإصابة بالتهاب الكبد الكيميائي والتليف، وأمراض الرئة (مريم عيسى حسين كرسوع، 2012، ص ص 24-29).

3.7 المشاكل والآثار الجانبية للمعالجة الهرمونية:

وتعتبر هذه الآثار نادرة وخفيفة نسبياً، وأن عقار التاموكسفين يؤثر على إنتاج هورمون الاستروجين فيؤدي إلى ظهور أعراض سن اليأس مثل هبات الحرارة وقلّة الإفرازات وزيادة الوزن، وقد يحدث تخثر الدم في أوردة الساقين، وعدم انتظام الدورة الشهرية، وكذلك زيادة خطر الإصابة بعتام عدسة العين (Cataract)، وقد تتعرض النساء الشابات اللواتي يتعاطين دواء التاموكسفين إلى سهولة أكثر للحمل لذلك يجب مناقشة أساليب السيطرة على الحمل مع الطبيب المعالج، وقد يسبب دواء التاموكسفين سرطان بطانة الرحم ولكن بنسبة

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

أقل من الإصابة بسرطان الثدي الثاني في حالة عدم أخذ هذا الدواء (بكمان، روبرت و ويتاكر، تيريزا، 2001، ص 59-60).

4.7 المشاكل والآثار الجانبية للمعالجة البيولوجية:

أهم الأدوية البيولوجية هو دواء الهيرسيبتين (Herceptin)، ويستعمل في علاج سرطان الثدي المنتشر لمساعدة جهاز المناعة في مهاجمة الخلايا السرطانية والقضاء عليها وكذلك في مهاجمة أي أجسام غازية أخرى وبخاصة للمرضى الذين يخضعون للمعالجة الكيميائية والتي تؤثر على جهاز المناعة للجسم (الشحروري، 2004، ص:9). وأن التأثيرات الجانبية للعلاج البيولوجي تظهر غالباً خلال الجرعة الأولى من العلاج بالهيرسيبتين وتشمل الحمى والرعشة، والألم والنحول والغثيان والتقيؤ والإسهال والصداع وصعوبة التنفس وحكة الجلد، ويسبب العلاج أيضاً تلف القلب ويؤدي إلى عجز القلب، وقد يؤثر على الرئتين ويسبب مشاكل التنفس (<http://www.khcc.jo/ar/section>).

المبحث الثاني - المقاربة السيوكوسوماتية للسرطان عامة وسرطان الثدي خاصة

1. السرطان كمرض سيكوسوماتي

اهتمت البحوث والدراسات النفسية في ميدان الاضطرابات السيكوسوماتية و علم الأورام النفسي بشكل خاص بتحديد العلاقة التبادلية بين النفس والجسم في الأورام السرطانية. وأصبح من المسلم به حالياً السرطانات عامة يمكن أن تكون لها جذور نفسية ، ومن هنا نشأ فرع حديث من فروع الطب هو الطب النفسي الجسدي (السيكوسوماتي) ، يؤكد على دور الشخصية في الاختلال الوظيفي أو المرض الجسدي . ولقد صنفت كثيراً من الأمراض الجسمية باعتبارها اضطرابات سيكوسوماتية مثل مرض السرطان .

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

و الاضطرابات السيكوسوماتية :هي مجموعة من الأعراض والشكاوى التي تكون الأعراض فيها جسمية واضحة تماماً ، ويدخل ضمنها اضطراب أو خلل أو إصابة بعض الأعضاء أو الأجهزة في جسم الإنسان، ولكنها ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمتغيرات وعوامل نفسية أبرزها العوامل الدافعية والعوامل الانفعالية والوجدانية والضغط البيئي. (جبالي نور الدين،1989،ص19).

ويعرفها حسن عبد المعطي بأنها:"مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالأعراض الجسمية التي تحدثها عوامل انفعالية و التي تتضمن جهازا عضويا واحدا يكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقبل، وبذلك تكون التغيرات الفسيولوجية المتضمنة هي التي تكون في العادة مصحوبة بانفعالات معينة و تكون هذه التغيرات أكثر إصرارا و حدة، ويطول بقائها ويمكن أن يكون الفرد غير واعي شعوريا بهذه الحالة الانفعالية.(حسن عبد المعطي،2003، ص25).

ومن بين التعريفات التي تناولت السرطان كداء سيكوسوماتي نجد أن "Renard 2007" يعرفه بأنه:" مرض سيكوسوماتي لا ينتج فحسب عن الجانب الوراثي أو الانتقال الفيروسي، أو بكتيري. ولكن هو مرض جسدي يتدخل الجانب النفسي و الجانب العضوي في إحداثه. لأن الإنسان ليس جسم فقط أو جانب غير مادي نفسي او روعي فحسب و لكن اجتماع الاثنين.(Renard ,2007,p13)

أما "1987 Sami Ali" فيرى أن بعض أشكال السرطان تكون ناتجة عن " العيش في وضعية مأزقيه تؤدي إلى تدفق بيولوجي، و هذا الأخير يسجل تنظيم عقلي من مميزاته الصلابة، يتميز بكتب للوظيفة الخيالية ، و في نفس الوقت بطبع اكتتابي مسيطر. (Sami Ali ,1987,p31).

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

ومن التجارب التي أجريت على الحيوانات بهدف إثبات العلاقة التبادلية بين النفس و الجسد في داء السرطان كانت تجارب Mariot رئيس مصلحة طبية في Valence، قام بتهيئة صدمة معينة لهذه الحيوانات ، بحيث يضع هذه الحيوانات معزولة في أقباص مختلفة مهيناً لهم كل الوسائل اللازمة من إضاءة ، و أكل ، و شرب ثم يعرضهم لصددمات تؤدي بهم للإجهاد حتى يؤكد دور هذا الأخير في إحداث السرطان، حيث أكد أن: الإجهاد + الانعزال + وضعيات معيشية غير مكيّفة (القفس) = يؤدي بالحيوان إلى هشاشة و بالتالي يظهر السرطان.

و هذا ما أكد عليه الدكتور Geerd R H (1986) من خلال دراساته حول السرطان كمرض سيكوسوماتي حيث أكد على أنه "راجع إلى صدمة نفسية صراعية مأساوية معاشة في انعزالية". (فاسي آمال، 2011، ص ص 21-22)

أما علم المناعة النفسية العصبية -الذي يعرف بأنه العلم الذي يشتمل على الدراسات المتعددة التي تسمح بتناول التأثير السلبي للعوامل النفسية كالحزن على سبيل المثال في وظيفة الجهاز المناعي. فلفظ المناعة لنفسية العصبية يعلق عن الرابط بين الجانب النفسي و العصبي و الجهاز المناعي ، والجهاز الغددي الذي يعتبر وسيطاً بين الجهاز العصبي و المناعي. (قنون خميسة، 2013، ص54)

فيرى بعض علماء النفس و الأطباء المختصون في البحوث ذات الإطار (النفسي - المناعي - العصبي) أن المرض و بالتحديد الإصابات السرطانية هي من أقوى الاستجابات المناعية، حيث يرى L. Renard أنها تأتي نتيجة صراع قوي لم يستطع الإنسان حله عن طريق العمل العقلي النفسي، يتدخل الجهاز العصبي للإنسان لحماية شمولية الخطر الخارجي. بحيث يقوم بإنتاج ردود أفعال من شأنها حفظ توازن مؤقت (نفس - جسد) و هذا

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

لو كان على حساب الخلايا التي تكون الجسد.(قابلي حنان، 2010-2011، ص ص 52-53).

يضمن الجهاز المناعي الحماية للجسم بطريقة فعالة ضد البكتيريا و الفيروسات وذلك بواسطة جزيئات التعرف التابعة للخلايا للمفاوية والتي تمكنه من التمييز بين الذات و اللذات ،حيث تتم هذه العملية من خلال ثلاث مراحل:

- أ. التعرف على بنية مولد الضد بمساعدة المستقبلات النوعية للخلايا للمفاوية .
- ب. ضبط تطور هذه التفاعلات اتجاه مولد الضد سواء من حيث إنتاج الأجسام المضادة، أو من حيث انتشار الخلايا السامة.
- ج. إتلاف العامل الانتاني .

أثناء نمو السرطان فإن دور الجهاز المناعي يتحدد وفقا لما يعرف بنظرية المراقبة المناعية و التي تفترض أن الخلية السرطانية تحمل على سطحها بنية خاصة تختلف عن البنية الموجودة عند الخلية العادية و التابعة لنفس العضو ، وبهذا يتعرف عليها النظام المناعي على أنها مولد ضد في اغلب الحالات ، مما يحفز حدوث الاستجابة المناعية لإتلاف الخلايا الورمية .

عندما تتحول الخلايا العادية إلى خلايا سرطانية يتكون على سطحها مولد ضد ورمي نوعي ،فيتعرف عليه الجهاز المناعي ثم يبدأ بمهاجمة الخلايا السرطانية التي عرضت على سطحها مولدات الضد ، فهي أصبحت بمثابة جسم غريب و دخيل بالنسبة للجسم ، وهذا ما يعرف بالمراقبة المناعية ، ويرى أغلب الباحثين أن المناعة الخلوية هي الآلية التي يتم من خلالها إتلاف الأورام ، فالخلايا القاتلة k تقوم بالتأثير على مولد الضد الورمي النوعي ، مما يساعد على انحلال الخلايا الورمية وتلفها .

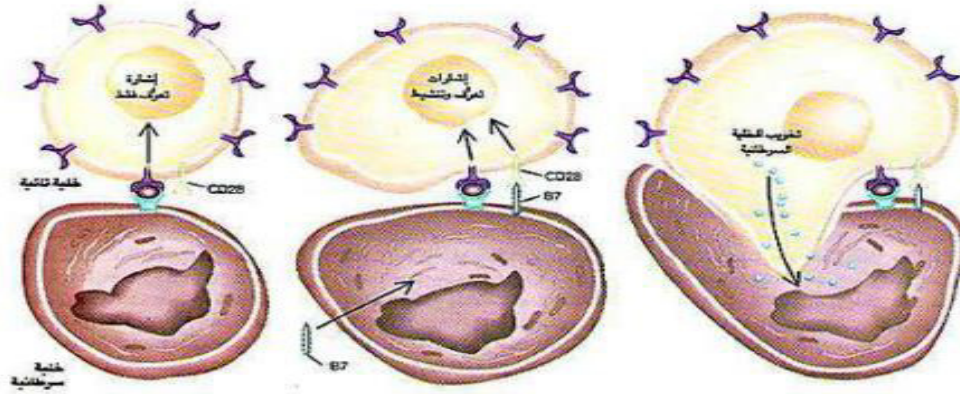
الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

كما أن وجود الخلايا اللمفاوية التائية يمكن من التعرف على مولدات الضد النوعية

الخاضعة بالأورام ، حيث تتسلل الخلايا القاتلة الطبيعية NK إلى غشاء الورم وتطلق سميتها في الخلايا الورمية، وتعتبر الخلايا الجذعية الخلايا الأكثر فاعلية في توليد عوامل سامة نوعية للخلايا الورمية فهي الخلايا المقدمة للمستضد (مولد الضد) CPA ، إلا أن النمو الطبيعي و المستمر للورم يؤثر على فاعلية الاستجابة المناعية .

والشكل الموالي يوضح كيفية مهاجمة الخلايا السرطانية :



الشكل (03) يوضح كيفية التعرف على الخلية السرطانية و مهاجمتها

إن بعض الخلايا السرطانية تفلت من المراقبة المناعية في إطار ما يعرف بالانفلات أو الهروب المناعي ، اين تقوم الخلايا السرطانية بنزع مولدات الضد على سطحها كي تفلت من تعرف الجهاز المناعي عليها ، أو يظهر مولد الضد على أشكال لا يمكن التعرف عليه من طرف الخلايا اللمفاوية T، إضافة إلى أن الخلايا السرطانية ليس لديها مولد الضد أو أن نسبته قليلة على سطحها وبهذا تبقى هذه الخلايا حية لا تتلف .

كما أنه من الناحية الطبية فإن تأثير السرطان يتزايد مع تقدم عمر المصاب ذلك لأن فعالية ونشاط النظام المناعي تقل مع تقدم العمر ، هذا بالإضافة إلى تأثير هذا المرض

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

على الأشخاص الذين يعانون من عجز مناعي سواء كان خلقي أو مكتسب نتيجة التعرض للإشعاعات أو الإصابة بالفيروسات كفيروس الإيدز الذي قد يؤدي أيضا إلى الإصابة بمرض السرطان ، حيث لوحظ أن نسبة 30 بالمائة من مرضى الإيدز يطورون أوراما خبيثة ، هذا بالرغم من الجهود المبذولة في علاج السرطان وذلك باستخدام ما يعرف العلاج المناعي و الذي يتطلب ثلاث خصائص رئيسية تتعلق بالمرحل الثلاثة للاستجابة المناعية وهي :

1. وجود بنية مرتبطة بالورم يمكن التعرف عليها أنها مولد الضد .

2. وجود نظام مناعي فعال لدى المريض .

3. حساسية وتجاوب الخلايا الورمية للإتلاف المناعي .

هذا ويقدم استعمال الغلوبولين المناعي IgE في العلاج المناعي أثناء الإصابة بالسرطان إجابيات مهمة مقارنة بالغلوبيولين IgE لأنه يمتلك شراهة كبيرة للارتباط على مستوى مواقع الأجسام المضادة اتجاه مولد الضد ، ومن جهة أخرى يعرض بشكل واسع للخلية المصابة بهدف عرض مولد الضد على الخلايا التائية لبدء الاستجابة .(قنون خميسة ،

2013،ص50-52)

وتشير الكثير من البحوث العلمية الجادة التي تناولت بالدراسة جهاز المناعة النفسية العصبية الآثار السلبية لبعض الانفعالات النفسية على تثبيط فعالية هذا الجهاز داخل الجسم. وهو ما توضحه بعض النماذج لتأثر جهاز المناعة بالضغط النفسي و إصابة الجسم ببعض الأمراض الجرثومية و الخمجية و السرطانية. (خالد محمود القاعود،2011،ص 108-109).

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

2. العوامل النفسية المفسرة للإصابة بالسرطان

1.2 العامل الوراثي: أشار (فيصل خير الزراد 2000) إلى دور عامل الوراثة و الاستعداد النفسي في الإصابة بسرطان الثدي يمكن أن تكون مساعدة أو مفجرة للسرطان التي منها ما يرتبط بالجانب النفسي الانفعالي وما يرتبط بالجانب الفزيولوجي ، حيث قسم العلماء هذه العوامل الوراثة إلى:

- وراثه تحمل حرف A وتسمى وراثه فيزيولوجية.
- وراثه تحمل رمز B و تسمى وراثه سيكولوجية.
- وراثه تحمل رمز C و تسمى وراثه روحية.

ولا يمكن دراسة الإنسان إلا من خلال تناول هذه الأطر الوراثة الثلاثة، بمعنى أن الإنسان يولد بمكتسبات وراثية يمكن أن تكون نفسية. بمعنى أن الوراثة النفسية تخلف آثار يمكن أن تسجل هذه الآثار في شكل بروفييل نفسي أو نمط شخصية معين قد يهيأ للإصابة بداء سيكوسوماتي معين. (فيصل خير الزراد، 2000، ص 221)

2.2 عامل الصدمة النفسية: و يعتبر العالم (سيمونز Simmans) في كتابه الشهير (المظاهر السيكوسوماتية للسرطان) من أبرز العلماء و الأطباء الذين درسوا الجذور النفسية الكامنة وراء السرطان. وقد توصلوا إلى الاستنتاجات أهمها أن هناك من الصدمات النفسية ما يعجل بظهور السرطان دون أن تكون تلك الصدمات هي السبب الأول للمرض

و حسب Alexander , Marty فإنه " ليس المرض هو الذي يؤدي إلى الصدمة لكن الصدمات السابقة هي التي تؤدي أو تولد المرض". فالصدمة باعتبارها حدث فصلي في حياة الشخص يتحدد بشدته و بالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه عاجز عن الاستجابة

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

حياله وبما يثير التنظيم النفسي من اضطراب ، و آثار دائمة و مولدة للمرض. فمثل هذه الوضعيات الضاغطة تهيب أرضية تساعد على ظهور داء السرطان(عطوف محمود ياسين 1988،ص ص 20-21)

و في دراسة تحليلية أجراها " هيلير " (Hiller 1989) عن العوامل النفسية المسببة للإصابة بسرطان الثدي لدى السيدات . وقد تبين ان القلق والاكتئاب وكبت مشاعر الغضب وعدم القدرة على التعبير عن الذات من اكثر العوامل النفسية المسببة لسرطان الثدي لدى السيدات. (فاخر نبيل الخليلي،2013،ص ص 39-41)

3.2 عامل الانفعالات: يرى هانز سيلبي بأن الانفعالات المصاحبة للانعصاب مثل الخوف و القلق و الاكتئاب، تنعكس على الجهاز الطرفي و الذي بدوره يؤثر مباشرة على وظيفة الهيبيوثلاموس و الغدة النخامية ، حيث أن هذه الغدة هي المهيمنة على عمل الجهاز الغددي فإن خلل هذه الغدة الرئيسية سوف يؤدي إلى اضطراب في النشاط الغددي الهرموني و هي ضمن ملاحظاته لدى كثير من مرضى السرطان حيث يلاحظ وجود خلل في نشاط الغدد بطريقة متكررة و ترتبط بالإصابة مع الأورام الخبيثة. (Selye.H,1976,p157)

ويرى الدكتور بار نارد أن "هناك أثراً للعوامل النفسية، وحالات القلق، واليأس، والخوف، والتوتر، التي قد تكون نتاجاً لأوضاع اجتماعية واقتصادية تزيد من أعباء الإنسان ومشكلاته، مما يترك أثرها الواضح في عضوية الإنسان بما فيها من اضطرابات عصبية وهرمونية تعتبر من أكبر العوامل المساعدة على حدوث السرطان ونموه أو تطوره، ومما لاشك فيه أن مثل هذه العوامل النفسية تنشط التربة السرطانية وتحثها على النمو والانتشار.(عطوف محمود ياسين،1988،ص 41)

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

وفي دراسة تحليلية أجراها " هيلير " (Hiller 1989) عن العوامل النفسية المسببة للإصابة بسرطان الثدي لدى السيدات . وقد تبين ان القلق والاكتئاب وكبت مشاعر الغضب وعدم القدرة على التعبير عن الذات من اكثر العوامل النفسية المسببة لسرطان الثدي لدى السيدات. (فاخر نبيل الخليلي،2013،ص ص 39-41)

وفي نفس سياق العوامل النفسية المسببة للسرطان يؤكد Kines على أن هناك علاقة بين الانفعالات وداء السرطان ، و قد قام بدراسة 1000 حالة لتشخيص أمراضهم، أن لدى هؤلاء المرضى نفس النمط الحياتي الذي يتميز بالانفعالات و مواقف عدة تتميز بالكتمان. (فاسي آمال،2011، ص 40)

ويؤكد "لاشمان" (Lashman, 1972) أنه منذ القرنين الماضيين أثبتت الملاحظات الأولية التي أجريت على مرضى السرطان ، أن هؤلاء المرضى كانت لديهم استجابات انفعالية سلبية من اكتئاب وحزن وبأس أو فقدان الأمل في الفترة التي تسبق المرض ، وقد أشار (Paget 1870) منذ أكثر من قرن - أن الشعور بالقلق وخيبة الأمل يزداد بزيادة انتشار الورم السرطاني في الجسم، وتبعه (Snow 1893) بدراسته التي أجراها على مرضى سرطان الثدي ، وتبين له أن ما عايشه هؤلاء المرضى من أحداث أليمة ، هو ما أدى لهم إلى الاكتئاب والحزن وفقدان الأمل وبالتالي إلى إصابتهم بالسرطان . (فاخر نبيل الخليلي،2013، ص 28)

و لقد أثبتت دراسات معاصرة على عينات عديدة مصابة بالسرطان و تمكن المحللون النفسانيون ملاحظة التالي:

أ. معظم النساء المصابات بالسرطان كن يعانين صعوبة في تقبلهن لذواتهن كما هي على عليها.

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

ب. معظم المصابات بالسرطان كن يعانين من مشاعر سلبية نحو الحمل و الولادة وغالبا ما يكون موضع الإصابة الثدي أو الحنجرة.

ج.معظم المصابين و المصابات يعانون من غيرة دفيئة من الأمهات في مجال الجنس و الإنجاب، و في أغلب الأحيان كانت عداوتهم مكبوتة.(عطوف محمود ياسين، 1988، ص ص 20-21)

4.2 عامل لشخصية: نمط الشخصية "ج": ظهر في أول الثمانينات من هذا القرن نمط حديث للشخصية، هو النمط " ج " أو ما يسمى بالشخصية المستهدفة للإصابة بمرض السرطان .

وتشير نتائج الدراسات إلى نجاح عدد من الباحثين في الكشف عن بعض سمات الشخصية المستهدفة للإصابة بالسرطان وقد تم ذلك على عينات مختلفة وبطرق متعددة القياس. إلا أن هناك بعض الصعوبات المنهجية في تحديد مفهوم هذا النمط ومكوناته.

<http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=22184>

و لقد تم الاتفاق على مثل هذه الصفات بعد ملاحظة التصرفات والتاريخ الشخصي والخاص للكثير من مرضى السرطان وقد اتفقوا جميعا على أن الشخصية السرطانية عادة ما تكون :
أ- من النوع اللطيف أو الهادئ غير العدواني الذي ليس على استعداد لإثارة المشاكل.
ب- تكون هذه الشخصية من عدة جوانب مناقضة للشخصية التي تصاب بالنوبة القلبية أو المعرضة للإصابة بها .

ت- - إن الشخص الأكثر عرضة للإصابة بالسرطان يكون أميل لحبس مشاعره وعدم التعبير عن غضبه .

ث- تحمل هذه الشخصية الكثير من الحزن والأسى المكبوت غير المعلن وهي المشاعر التي تقوض المناعة وتسمح بتشكيل خلايا خبيثة تحوله لخلايا السرطان القاتل فمن

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

المنطق أن نسلم بأن الكبت المفرط للمشاعر والغضب والحزن سوف يضر بالمناعة

لحد كبير. (رفيف هلال، 2008، ص ص 40-41)

5.2 المناعة النفسية العصبية: من أحدث الدراسات المثيرة للانتباه تلك التي قام بها جراح

السرطان الألماني hamer على مدى العشر سنوات الماضية على 20000 مريض

بالسرطان من كل الأنواع. وقد جاءت نتائج دراسته بمعلومات ثوريه مؤداها أن أشعه (X)

على المخ في كل الحالات أظهرت ظل مظلم في مكان ما بالدماغ ,ووجد علاقة بين

النقطة المظلمة في الدماغ ومكان السرطان في الجسم ونوع خاص من الصراع النفسي

الانفعالي لم يحل قبل ظهور المرض

وعلى أساس كشف hamer فان الصراع الضاغط الذي لم يحل هو صراع انفعالي

, وفي الدماغ تقع مراكز الانفعالات التي تطابق انفعالات

(الغضب_القلق_الحزن.....الخ)

وكل مركز انفعال يرتبط بعضو معين.وعندما ينهار المركز يرسل معلومات خاطئة

إلى العضو الذي يتحكم فيه ويبدأ في إنتاج خلايا مشوهه (خلايا سرطانية) ثم بدا

Hamer باستخدام العلاج النفسي كجزء هام في عمليه الشفاء ووجد أن الصراع عندما

يحل فان السرطان يتوقف عن النمو (الخلايا) وتختفي بقعه الظلام في الدماغ وتكشف

أشعه (X) الشفاء . وهنا نلاحظ التواصل السوي بين الجسم والعقل وان هناك عوامل نفسيه

وانفعاليه متضمنة في بداية مرض السرطان والشفاء منه.(سعد رفعت الورداني،ب س ،

ص ص 422-425)

بدر محمد الأنصاري في استعراضه لأهم الدراسات التي تناولت الشخصية

المستهدفة للإصابة بالسرطان ذكر دراسة " كونترادا " أثر العوامل النفسية الاجتماعية

والبيولوجية التي تربط بين الشخصية والأمراض الجسمية وبالتحديد السرطان

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

(Contrada, Leventhal & O'Leary 1990) ، ظهر أن التعرض للضغط النفسي يولد الشعور بالاكتئاب والذي بدوره يؤدي إلى ممارسات أو سلوكيات غير صحية تؤثر بشكل غير مباشر على أداء الخلايا الطبيعية القاتلة في جهاز المناعة مما تستهدف الفرد للإصابة بمرض السرطان. ويؤكد " عبد الله ، عبد الفتاح " (1995) أن هناك ثلاثة أسباب لحدوث السرطان :

الأول: يرجع إلى البيئة مثل التعرض للإشعاعات ، استخدام الكيماويات في الأدوية وبعض الصناعات ... الخ.

الثاني: عامل وراثي يتمثل في ضعف الجهاز المناعي.

الثالث: عامل نفسي يظهر من خلال متانة أو ضعف البناء النفسي في مواجهة الضغوط وأحداث الحياة المؤلمة منها والसार أيضا. وهذا الرأي يعتبر منطقيا ، حيث يمكن اعتبار الجينات أدوات المرض والبيئة بما تحمله من ضغوط نفسية هي الدفعة اللازمة لتغيير الشكل الوراثي لما تحمله الجينات من أدوات في شكل مرض من خلال استعداد نفسي، الأمر الذي يؤثر على جهاز المناعة ، وبالتالي يصاب بالمرض الذي يعتبر استجابة للضغوط ويتجلى التدهور النفسي المتمثل في الحالة الانفعالية مثل الاكتئاب ، القلق، الخوف ، الغضب ، التشاؤم ، وغيره. (فاخر نبيل الخليلي، 2013، ص ص 65-66)

المبحث الثالث-البروفيل النفسي لمريضة سرطان الثدي:

1. الدلالات النفسية الشخصية لمريضة سرطان الثدي:

لقد اهتم الباحثين في مجال الصحة النفسية بوضع ملامح واضح يحدد أهم الدلالات الشخصية و النفسية التي تتميز بها مريضة السرطان عامة و سرطان الثدي بشكل خاص.

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

خاصة أن الإصابة بهذا المرض تعتبر صدمة قوية على المصابة و المحيط الخاص بها ، و من أهم هذه الدراسات نجد:

دراسة " بيك " (Peck 1972) على خمسين سيدة لديهن أورام بالثدي ، وتتراوح أعمارهن بين 40 - 60 عاما ، وباستخدام مقابلة مقننه أظهرت نتائج الدراسة أن:

- 49 مريضة تعاني من القلق.

- 37 مريضة تعاني من الاكتئاب.

- 25 مريضة تعاني من الغضب .

وقارن (Jansen & Muenz, 1984) بين ثلاثة مجموعات من النساء الأولى من مرضى سرطان الثدي ، والثانية من مرضى الأمراض الغضروفية والثالثة من الذين يعانون من أي مرض . وتم تطبيق قائمة صفات الشخصية " لجون " (ACL) . وقد كشفت نتائج الدراسة عن اتسام مجموعة سرطان الثدي بالسمات التالية:

- الاكتئاب والتشاؤم.

- والجبن والخوف.

- والاجتماعية والهدوء.

- وعدم المنافسة وكبت مشاعر الغضب.

- وعدم الوعي بالذات.

- والخضوع والمسالمة عن المجموعات الأخرى.

وفى دراسة (Wirsching et. al, 1985) على 63 سيدة مصابه بسرطان الثدي تم تطبيق بعض استخبارات الشخصية عليهن قبل إجراء عملية جراحية لاستئصال أورام الثدي . وقد كشفت النتائج عن معاناتهن من: الاكتئاب والقلق والعدوانية والانتكال وعدم القدرة على التعبير الانفعالي والوسوسة الصحية .

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

كما قام (Jensen 1987) بالمقارنة بين عينة تجريبية قوامها (52) سيدة مصابه بسرطان الثدي وعينة ضابطة قوامها (34) من السيدات اللاتي يتمتعن بصحة جيدة ولا يعانين من أي مرض وباستخدام استخبارات التقرير الذاتي للشخصية كشفت نتائج الدراسة أن مرضى سرطان الثدي يعانون من: اليأس والشعور بالعجز و الانعصاب وعدم القدرة على التعبير الانفعالي مقارنة بالمجموعة الضابطة .

وقام " واطسون وزملائه " (Watson et. al, 1991) بدراسة على عينة قوامها 359 سيدة مصابه بسرطان الثدي في أولا مراحل تطوره وبعد مضي ثلاثة شهور من الإصابة بالمرض تم تطبيق بعض مقاييس الشخصية على أفراد العينة لمعرفة الآثار النفسية المترتبة على الإصابة بالسرطان . وقد أسفرت نتائج الدراسة عن:

- معاناة 16% من أفراد العينة من القلق.
 - ومعاناة 6% من الاكتئاب.
 - ومعاناة 80% من كبت الغضب.
 - ومعاناة 55% من الشعور بالعجز. (فاخر نبيل الخليلي،2013، ص ص15-19)
2. الدلالات النفسية الباثولوجية:

إن المصابة فور تلقيها لخبر الإصابة بالسرطان تشعر بتهديد لجسدها، يتفجر القلق و تبدأ المعاناة النفسية الصريحة، من توتر و اكتئاب و هواجس الموت و تلقي الخبر عادة ما يشكل شكلا من أشكال الأزمة الكبرى التي تمر بالإنسان فتترك أثر الصدمة إذ تمر المريضة بالمراحل التالية:

- أ. **طور الإنكار وعدم التصديق:** حيث يؤدي نبا الإصابة على تفجر نرجسية المريضة و عدم قدرتها على تحمل فكرة خيانة الجسد لها.
- ب. **طور الحسرة والحداد:** و يمكن ملاحظة ثلاث محاور رئيسية من الانفعالات وهي:

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

• محور القلق و الخوف.

• محور الحزن.

• محور الغضب.

ج. **طور المساومة والتقبل:** تتحول المشاعر هنا من العموميات إلى المسائل العملية من

حيث البحث عن إمكانية العلاج المتاح ومن ثم تبدأ الخطوات العلمية.

د. **طور التعايش و التكيف:** هنا تبدأ المصابة في محاولة إعادة بناء حياتها مع مراعاة

التغيرات الحاصلة على نمط الحياة. (سهام الكاهنة شرابن، 2010، ص 67)

مرور المصابة بصدمة خبر الإصابة بالسرطان قد يكون أولى خطواتها لظهور بعض

الدلالات السيكوباتولوجية وقد ظهرت أبحاث عديدة حاولت وضع خطوط عريضة لتبيان

مواطن الارتباط بين النفس و الجسد في حالات الإصابة بالسرطان عامة سواء كان ذلك من

حيث التغيرات التي تطرأ على البروفيل النفسي للمصابة أو صحتها النفسية. خاصة أن

الأمر لا ينتهي عند صدمة تلقي خبر الإصابة بل إن المصابة تجد نفسها أمام عوامل

متعلقة بالإمكانات المادية و مسؤولياتها و متاعب العلاج و آثاره على المدى الطويل ،

وبهذا يمكن أن تؤدي زيادة معاناة لمريضة إلى ظهور بعض الدلالات المرضية النفسية مثل:

– **الخوف من الموت:** يبدأ ظهور هذا النوع من الخوف فور تشخيص الإصابة

بالسرطان.

– **الخوف من المعاناة:** هذا الخوف مرتبط بفكرة ان مرض السرطان قاتل لا محالة و

يتدعم هذا الخوف من المعاناة التي تعيشها المصابة نتيجة الإجراءات العلاجية

المرهقة، إلى جانب معاناة المحيطين بها سواء لتعاطفهم معها أو نتيجة لضعف

قدرتها على تحمل مسؤولياتها.

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

- **الخوف من البتر:** يتكرر هذا الخوف منذ تشخيص الإصابة إلى غاية سماع قرار البتر ووصولاً إلى تنفيذه فتدور فيه المشاعر السلبية و الآثار النفسية حول فقدان عضو مهم وحساس لدى المرأة.
- **الخوف من تغيير صورة الجسم:** تتأثر المريضات بالكلمات التي توجه إليهن، والمتعلقة بسمية العلاج الكيميائي أو العلاج بالأشعة أو البتر و ما يلحق ذلك من آثار خارجية تفسر على أنها علامات بدء المعاناة و قرب الموت ما قد يطور اضطراب الشخصية لدى المرأة بسبب تدهور صورة الجسم و يؤدي ذلك على رفض العلاج الكيميائي أو الانتحار أو العزلة الاجتماعية بسبب فقد الشعر أو فقد عضو مهم من أعضاء الجسم. (<http://oncogeriatric.oncoba.fr>)
- وفي تجربة علمية أخرى أعطت نتائج لا نقاش فيها حول علاقة السرطان بالجانب السيكيوباتولوجي و بالشخصية تحديداً من قبل بعض الأطباء و النفسانيين الذين حاولوا فك بعض الرموز النفسية البيولوجية.
- حيث يقول (Reich Wilhelm, 1957) في مقدمة كتابه Biopathie du cancer أن الآلية الأساسية في مرض السرطان تتمثل في ضمور تدريجي لنظام الحياة و هذا الأمر يتضح بشكل أيسر مع قهر مقاومته على قبول العوامل المهمة الآتية:
- تقبل مفهوم الإصابة الداخلية.
- الاعتراف بدور الانفعالات في الإصابة الداخلية.
- الاعتراف بتكوين مواد حية نشيطة بحركات تلقائية من خلال مواد حية أخرى و غير حية. للتحكم في المستوى التجريبي و التقني الذهني ، لأننا حين نهتم بالسرطان نواجه مباشرة مشكل التكوين البيولوجي.

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

- حين نتفحص الأمراض السرطانية لابد أن نضع ضمن مجهوداتنا العلاجية الاضطراب الجنسي المهاجم للمريض و الذي يحاول دائما إخفائه.

من جهتها اهتمت **Elisabeth Ross** بالقلق لدى الأفراد المصابين بالسرطان و اعتبرته ظاهرة ديناميكية متطورة تتميز بـ (05) مراحل أساسية:

المرحلة	رد الفعل	النتيجة	التفسير
المرحلة الأولى	انكسار الجنسية و إمكانية الموت يعبر عنها المريض بت "ليس أنا".	الرفض أو العزلة	هروب من الواقع بعدم تقبل الخبر (التشخيص)
المرحلة الثانية	تظاهرات عدوانية تجاه الأصحاء "لماذا انا".	الغضب	رفض الفكرة
المرحلة الثالثة	تكيف نسبي مع الموت للحصول على وقت إضافي مع "الله أو الطبيب أو المحيطين".	المساومة	طريق لتأخير المحتوم
المرحلة الرابعة	تتميز بالاكنتاب فيقطع المريض. علاقته بالآخرين ويتخلى عن رغباته.	الاكنتاب	الحزن المصحوب بفقدان الموضوع المحبوب.
المرحلة الخامسة	تقبل الفكرة بانتظار شاق يحس فيه ببعده عن العالم.	التقبل	فقدان كل أمل في الحياة و دخول مرحلة هدوء.

الجدول رقم (02) يمثل مراحل تطور القلق لدى مرضى السرطان

إن العيش مع سرطان الثدي يتسبب في ظهور ضغوط لها تأثير نفسي شديد وتشمل: صورة الجسم، والمشاكل الجنسية، وصعوبات العلاقات الشخصية، والقلق، والخوف، والقلق

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

المتعلق بالبقاء على قيد الحياة، والخوف من رجوع السرطان، وإن أغلب المصابين بالسرطان تظهر عليهم أعراض خفيفة أو متقلبة من القلق والكآبة، وتتطور عند غيرهم لتصبح شديدة كالقلق المرضي والكآبة أو اضطرابات التوتر بعد الصدمة، وهذه الحالات تحتاج إلى علاج خاص (National Breast Cancer Centre ,2003,p:16).

وبعد تشخيص مرض السرطان، تكون المريضة في قلق مستمر بخصوص عودة المرض والخوف من الفحوصات الطبية وتستمر ربما لعدة سنوات، وبالرغم من أن القلق يعتبر كاستجابة طبيعية لحوادث الحياة الضاغطة إلا أن بعض حالات القلق يؤثر في العلاقات الاجتماعية أو المهنية والسلوك المتعلقة بالصحة، وإن المشاكل المصاحبة للقلق تتمثل في اليقظة الجسدية واضطراب النوم، وقلة التركيز، وضعف القدرة على اتخاذ القرار، والتهيج والغضب، وتجنب المواقف والحالات التي تسبب الألم والكرب، وكثرة طلب الاطمئنان، وقد تؤثر هذه الاستجابات وبشدة على وظيفة الشخص وعائلته .

و لقد أظهرت الكثير من الدراسات أن عودة السرطان يتعلق باضطرابات نفسية في أكثر من (50%) لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، وكذلك زيادة نسبة خطر الموت عند الانتكاسة بسبب الضغوط التي تتعرض لها المصابات بسرطان الثدي ومنها عدم التعاون (العجز) والتشاؤم، وقد يعود السبب في ذلك في كثير من الأحيان إلى الإجهاد النفسي الذي تعانيه مريضة سرطان الثدي و الذي يؤدي إلى تحديد النشاطات الاجتماعية. (الخطيب جمال،2007، ص ص 104-105)

و إن المصابات بسرطان الثدي تظهر عليهنّ نتائج نفسية بعد إجراء العملية الجراحية أكبر أحياناً من النتائج الفعلية، إذ ينعكس رد فعل العملية على الحالة النفسية العامة للمرأة كصوره صورة الجسد، فهي عبارة عن جزء من إدراك الذات وتعرف على أنها إدراك وتقييم

الفصل الثالث

المقاربة الطبية و السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي خاصة

وفكرة الشخص عن جسمه فيما يخص الشكل والحجم والتركيب ومدى ملاءمتها لمعيار المجتمع.

و إن لسرطان الثدي وعلاجه تأثيراً على القابلية الجنسية للمرأة، وكذلك نظرتها إلى صورة جسمها، ففقدان الثدي يعتبر صدمة قوية للمرأة لأنه يؤثر على أنوثتها وجنسها وإن التشوّه الذي ينجم عن الجراحة يمكن أن يكون لها أثر كبير على الصورة الذاتية للفرد المصاب بالسرطان، وذكرت الكثير من النساء صعوبات جنسية عقب استئصال الثدي ترتبط بالقلق الذي يعترينهن بشأن صورة جسدهن (الأنصاري، 1983، ص ص131-132).

❖ خلاصة الفصل

خلال هذا الفصل الذي استعرضنا فيه جانبيين أساسيين للسرطان عامة، وسرطان الثدي بشكل خاص وهما المقاربة الطبية للسرطان و قد أدرجنا ضمنها التعريف بمفهوم السرطان و سرطان الثدي و مراحل الإصابة بسرطان الثدي ثم الأعراض العامة لكليهما و الأسباب أو عوامل الإصابة ووصولاً إلى الآثار الجانبية لعلاج سرطان الثدي. أما بالنسبة الجانب الثاني الخاص بالمقاربة السيكوسوماتية للسرطان عامة و سرطان الثدي بشكل خاص فقد استعرضنا فيه تناول السيكوسوماتي للسرطان و العوامل النفسية المسببة للسرطان و أهم التناولات المفسرة للشخصية المستهدفة للشخصية المستهدفة للإصابة بالسرطان و أخيراً سيكوباتولوجية مريضة سرطان الثدي و التي تناولنا فيها جانبيين أساسيين و هما الدلالات النفسية و الدلالات المرضية لمريضة سرطان الثدي.

الفصل الرابع
منهاج العيش

❖ تمهيد

يعد علم النفس الفردي من النظريات النفسية المهمة التي اعتمدت على مبدأ الكلية في تفسير السلوك الإنساني، لذلك يرى ألفرد أدلر - رائد هذه النظرية - بأن الفرد بأكمله هو المسئول عن اتخاذ قراراته الحاسمة، و عليه فهو لا يؤمن بتقسيم الفرد إلى وظائف مجزأة بل يركز على وحدة التفكير و الشعور و الفعل و المواقف و القيم و العقل الواعي وغير الواعي. و تتركز هذه النظرية إلى جملة من المفاهيم المحورية التي تتحكم في أسلوب حياة الفرد و منهجه في العيش كتشكيلة الأسرة ، رتبة الميلاد النفسية ، الشعور بالقصور، و النزوع الاجتماعي ... و غيرها من المتغيرات النفسية التي تلعب دورا أساسيا في بناء منهاج عيش الفرد و تتحكم في أدائه في الحياة.

المبحث الأول - مفهوم منهاج العيش:

1. تعريف منهاج العيش:

أوجز أدلر مفهوم منهاج العيش بأنه "المصطلح الشامل المتضمن -إضافة إلى الغائية- وجهة نظر الفرد حول ذاته والدنيا، و طريقته الفريدة في السعي إلى هذا الهدف وفق وضعيته الخصوصية". وأكد أن منهاج العيش "يتحكم في أشكال التعبير"، بما في ذلك "الغرائز والاندفاعات و الشعور و التفكير و التصرف و الموقف حيال اللذة و الأذى، وأخيرا محبة الذات والنزعة الاجتماعية" (Adler,A.1933/1938. P8).

ووصفه في كتابه "تربية الأطفال" بأنه "الطريقة التي يعتمدها الفرد منذ مرحلة الطفولة في معالجة مشاعره و تجاوز الدونية و تحقيق الأهداف" (Adler.A,1927,p301). و أنه " حالة الفرد الفريدة التي تتكون من المجموع الكلي لدوافعه و اهتماماته و قيمته كما تظهر في سلوكه ككل و أسلوبه في الوصول إلى أهدافه(عياد إسماعيل صالح و حسن والي شيال، 2014، ص23).

الفصل الرابع

منهاج العيش

ويعرفه **جونين و كيرن** (Jonynien &Kern2012) بأنه المكونات المعرفية التي تشكلت لدى الفرد قبل عمر سبع سنوات، و ذلك ضمن منظومة التنشئة الأسرية و المهنية و شبكة العلاقات الاجتماعية(خولة عبد الكريم السعيدة و محمد إبراهيم الخطيب،2016، ص67).

ووصف **لمباردي و ملكيور و مرفي** منهاج العيش بأنه "مخطط طريقتنا في عيش حياتنا، فهو يحدد كيف يدرك الواحد منا المثير وكيف يؤوله وكيف يستجيب له. منهاج العيش مفهوم شمولي وكاسح ، نجده في كل ماهيات الأفراد و فعالهم، وهو مستمر عبر الزمن. يؤثر في طريقة عيش الفرد وشيخوخته ووفاته. لا شيء ينفصل عن منهاج العيش فصداه ينبعث من كل مكان". (Peluso, P,R. 2006. p191).

وعرفة **لمباردي (1975)** بأنه "الاستراتيجية التي يطبقها الناس لإحراز إحساس بالقيمة أو مكانة في هذا العالم. إنه طريقة منظمة ومنسجمة للنظر إلى الذات و الغير والتوافق مع الحياة بطريقة الفرد الخاصة". وميز **لمباردي (2006)** بين منهاج العيش واصطلاح الشخصية. هذه الأخيرة هي **تشكيلية** من كل ما يمتلكه الفرد، وهي اصطلاح وصفي. في المقابل، منهاج العيش هو **التعبير** عما لدى الفرد، هو اصطلاح حركي، منهاج العيش هو الشخصية قيد النشاط (Lombardi. 2006. p208).

آمن أدلر أن الفرد عنصر فعال في إبداع منهاج العيش. هذا الإبداع الذاتي يتم في سن مبكرة جدا يبني فيها الفرد منطقا خاصا به انطلاقا من نظرتة الذاتية للحياة. ذلك ما يتمثل في مجموع اتجاهاته و ردود أفعاله تجاه الحياة، وموقعه ضمنها. في هذا السياق يقول أدلر: " في فحص بنية شخصية ما، العقبة الرئيسية هي أن وحدتها وخصوصية منهاج عيشها وهدفها لا تبني وفق الواقع الموضوعي بل وفق النظرة الذاتية التي يأخذها الفرد عن أحداث الدنيا (Peluso, P,R. 2006. pp190-191).

عموما، يؤمن الأدلريون أن الفهم الكامل لشخص ما لا يتم إلا من خلال التعرف الصريح على منهاج عيشه. العوامل العضوية والبيئية تساهم في بناء منهاج العيش إلا أن

الفصل الرابع

منهاج العيش

أهميتها ثانوية، لأنهما -حسب أنسباخر(1977)- تفشلان في تفسير السلوك، بل إن عملية التأويل الفريد من قبل شخص ما واستجابته تبعاً لذلك هما ما يستحوذ على الأهمية الأولى. يقول أنسباخر(1978) أن الإنسان: "يفهم أكثر كوحدة، ذات منسجمة وذات موجهة. موضوع الإنسان المركزي ينعكس في كافة تصرفاته (كالسعي إلى الأمام والقصدية) المحددة من قبل قيمه الشخصية، أكثر من العوامل الفيزيولوجية، ومن خلال تفاعله مع بيئته(Lombardi. 2006. p208).

إننا لا يعيننا الماضي أكثر مما يعيننا المستقبل، ولفهم مستقبل فرد ما علينا فهم منهاج عيشه. حتى لو فهمنا الغرائز والمثيرات والدوافع وما شابه ذلك فإننا لن نستطيع التنبؤ بما سيحصل. وبعض النفسانيين يحاول تحصيل استنتاجات تقوم على ملاحظة السلوك الغريزي أو محاصيل الصدمة. لكننا بفحص أدق سنجد أن كل هذه العناصر تفترض مسبقاً منهاج عيش ثابت. وهكذا كلما وقع مثير فإنه فقط يعمل على تعزيز (تقوية) منهاج العيش.

ولأن للأفراد مناهج عيش فإن بالإمكان أحياناً التنبؤ بمستقبلهم فقط عن طريق الحوار معهم وطرح الأسئلة عليهم. الأمر يشبه النظر إلى المشهد الأخير من مسرحية ما أين تحل كافة الألغاز. يمكننا صياغة تنبؤات في هذا السياق لأننا نعرف الخطوات المعتادة، أي صعوبات ومسائل الحياة (Adler,A. 1927/1997. pp46-47).

من خلال ما تم استعراضه نستنتج أن منهاج العيش هو نتاج إبداعي شخصي فريد يظهر في شكل خطة أو إستراتيجية موحدة ومنظمة ومنسجمة ونشطة فهي قابلة للتعديل وتستمر مع الفرد حتى الوفاة. وهو يتميز بما يلي:

- يبني و يعتمد منهاج العيش منذ الطفولة.
- هو من إبداع الفرد بنفسه ثم يخضع له.
- خاضع لمبدأ الفردانية ووحدة الشخصية.

الفصل الرابع

منهاج العيش

- يتضمن وجه نظر الفرد تجاه ذاته و الآخرين و الدنيا، و الهدف الغائي للفرد و سعيه الحثيث لتجاوز مشاعر القصور القاعدية، علما أن هذا الهدف هو نتاج منهاج عيشه.
- هو إستراتيجية تبنى بشكل واعي أو غير واعي ونعيش بها و نطبقها في حياتنا الواعية و اللاواعية (الأحلام).
- منهاج العيش مستمر، و نشط ، و قابل للتعديل.
- قابل للقياس و الفحص و يساعد على التنبؤ بما ستؤول إليه سلوكيات و انفعالات و أهداف الفرد في الحياة.

2. نشأة منهاج العيش وتطوره:

يتطور منهاج العيش خلال التجارب الحياتية المبكرة للفرد في أسرته، فالأسرة لها دور بارز في تشكيل توجهات أطفالها نحو الاتجاه المفيد في الحياة (النمط المفيد اجتماعيا) أو نحو الاتجاه الضار من الحياة (النمط العقم اجتماعيا). إذ يعتقد أدلر بأن الأفراد يطورون أسلوب حياتهم خلال السنوات الأولى من العمر، في محاولاتهم للتغلب على مشاعر النقص التي تتطور لديهم خلال فترة الطفولة. الفترة التي يشعر فيها الطفل بالضعف وسهولة العطب (سليمان ريحاني و عادل طنوس، 2012، ص 184).

بعد الميلاد يصادف الطفل عالما مجهولا و نمط عيش عليه أن يتعلمه. فوق هذا عليه أن يتعلم قواعد الجماعة الإنسانية، وأداء الوظائف والتحكم في المسائل التي وضعتها الحياة. في البداية لا يرى الطفل -من الحياة ومن الجماعة الإنسانية- سوى ذلك الجانب الذي تحدده بيئته، أي الأسرة التي يعيش في كنفها. بالنسبة إليه هذه البيئة تعني الحياة. وأفراد أسرته يمثلون الجماعة الإنسانية، وهو يحاول أن يوافق نفسه معهم. يسعى الطفل إلى الحفاظ على نفسه داخل هذه الجماعة الملموسة عن طريق مختلف الإنجازات المحققة والمميزات وأنماط السلوك والقدرات والحاميات (التصنعات)... وغيرها.

الفصل الرابع

منهاج العيش

لو فحصنا هذه الوضعية بعمق لوجدنا أن الطفل سوف يحاصره انطباع مفاده أن العقبات التي تواجهه شخصيا هي العقبات المطلقة للحياة. ولا يدرك أن أفراد محيطه الآخرين ينهكون في صراعات ذات طبيعة مغايرة تماما. إن ذكاءه النامي يحثه على تجاوز صعوبات وضعيته طالما بدا ذلك ممكنا فرديا ودون مساعدة. هذا ما يفسر لمَ ينمي طفل الرابعة إلى السادسة من العمر طبعاً محدداً، ولمَ يعسر بعد ذلك أي تغير جذري في طبعه.

الطبع هو -إذن- بروز لمخطط معين خطّه الطفل وسيلتزم به مدى حياته. مخطط عيش الطفل لا ينبثق عن خصوصية معينة ولا عن خبرات معزولة، بل ينبثق عن تكرار ثابت لعقبات معينة -حقيقية كانت أو وهمية- يصادفها الطفل. سيكشف كل طفل عن طرق خاصة ووسائل تبدو خادمة لمخططه الخاص. يصدر عن مخطط عيش الفرد الخاص منهاج العيش الذي سوف يميزه هو وكل ما يفعله. إن أفكاره وتصرفاته وأمانيه تستولي عليها رموز محددة وتتسجم مع أساليب محددة. منهاج العيش يشبه مقطعا رئيسيا خاصا في مقطوعة موسيقية ، فهو يزود حياتنا بإيقاع التواتر (المعاودة). كلنا سوف نبدي مقاومة باسلة لكل محاولة تصبو إلى تغيير منهج عيشنا مهما كانت مبرراتها.

إضافة إلى الصعوبات التي تواجه الطفل في بؤرة أسرته، تلعب البيئة الاجتماعية للطفل دورا هاما في تثبيت مخطط العيش. وضعية الأسرة في الجماعة يمكن أن تدفع الطفل إلى استخلاص أن الحياة في الجماعة تتطوي على بعض المخاطر الاجتماعية والاقتصادية. يمكن للظروف الاجتماعية أن تحدد الآراء التي يصيغها الطفل حول وضعيته بين رفاقه وأقرانه في اللعب، وباختصار وضعيته بين كل أشباهه من البشر. وبغية التعايش مع كل هذه المخاطر سوف يحاول صياغة مخطط محدد.

نحن مجبرون على النظر إلى كل ما نراه وإلى كل خبراتنا من خلال منطقتين متحيزتين لو أردنا حماية أفكارنا الخاطئة حول الحياة وذواتنا التي شكلناها في طفولتنا. نمط المنطق الذي يبينه كل شخص يبدو مسوغا لسلوكه الخاطيء، وبقيه من إدراك أن أغلب صعوبات

وإخفاقات حياته هي النتائج المنطقية للأخطاء التي يتضمنها مخطط عيشه (Dreikurs.R
1935/2006,pp70-72)

من خلال استعراض رأي أدلر في ما يخص نشأة منهاج عيش الفرد فإننا نستنتج أن الفرد خلال كفاحه من أجل التفوق و تجاوز مشاعر القصور سيبدع ويطور منهاج عيش يتضمن نظرتة لذاته و للآخرين و للحياة. فإلى جانب خبرات الطفولة و ذكرياته الباكرة. تتدخل عدة عناصر مهمة في تنشئة و بناء هذا القانون الدينامي، ومن أهمها على الإطلاق تلك العلاقة الغريزية التي يبنها الطفل مع (الأم) و مع تشكيلة أسرته بشكل عام، ثم ينتقل التأثير إلى البيئة الاجتماعية (الأقران بشكل خاص) التي تلعب دورا لا يقل أهمية عن الأسرة في تثبيت مخطط العيش.

3. رحابة منهاج العيش

رغم أن علم النفس الفردي يملك أقدم منظومة في العلاج النفسي، إذ بدأت سنة 1911، قبل المقاربة السلوكية التي تأسست بناء على مراسلة جون وتسون إلى جامعة كولمبيا سنة 1913، إلا أن الأدلريين جد حديثين في عالم البحث. معلوم أن أهم موجبات الاعتراف والقبول في الوسط العلمي ومجتمع العلاج النفسي يجلبها الإثبات التجريبي. في هذا السبيل جاءت إحدى أقوى مصادر دعم صلاحية نظرية أدلر ومفاهيمها من أبحاث مستقلة تطرقت إلى مفاهيم قدمها باحثون غير أدلريون.

1.3 منهاج العيش والتصنيفات العيادية:

يكتسي منهج التقدير أهمية بالغة في علم النفس، فبمقدار ما تتسع الجداول التشخيصية بمقدار ما يزداد الميل إلى التقدير والاقتصاد في الاضطرابات. والمفهوم الأدلري "منهاج العيش" يلبي رغبة التقدير لأنه اصطلاح خصب يحافظ على شموليته مهما كانت التصنيفات والتقسيمات، فمفهوم منهاج العيش رحب يشمل العديد من تعابير علم النفس المرضي، وحتى الاضطرابات خفية الأعراض.

هذه الأخيرة يطبعها -عموما- ميل إلى سوء التوافق أكثر منه إلى الأعراض الظاهرة، وهي ما نعتبره منهاج عيش ضالة. لذلك، تبعا لأهمية ورحابة منهاج العيش فمن غير المفاجئ أن يتعايش مع بعض البناءات النظرية وأن يلازم كافة أنماط السلوك، فالعديد من أنماط السلوك الشاذ -مثلا- لا تتعدى كونها تعابيرا عن منهاج عيش ضالة. تشمل التصنيفات العيادية التي سنتناولها كلا من: أساليب الشخصية والأساليب العصابية واضطرابات الشخصية والأساليب الأكاديمية ... إلخ. وفيما يلي سنستعرض كيف يتعايش منهاج العيش مع هذه التصنيفات التشخيصية واحدة بواحدة.

1.1.3 أساليب الشخصية

بروح فرويدية وضمن إطار العلاج المختصر، وضع هوروفيتز ومعاونوه (1984) مفهوم أساليب الشخصية، مشيرين به إلى قائمة من حالات العقل ومفاهيم الذات وأنماط العلاقات وأساليب مواجهة الضغط والدفاع ضد التهديد. ويتضمن هذا المفهوم الأساليب المميزة لتعديل الإدراكات والأفكار والمشاعر والقرارات والخطط والتصرفات (Lombardi et Al. 1996/2006. p208).

أسلوب الشخصية مفهوم شاسع، يمكنه أن يشير -من جهة- إلى أنماط السلوك المختلفة الظاهرة في عدة جوانب من حياة الفرد، ويمكن أن يشير كذلك إلى سمات الشخصية التي تميظ اللثام عنها المناسبات الضاغطة. قدمت هذه الأساليب كبديل عن المحور الثاني من الدت إ-4 DSM-IV الخاص باضطرابات الشخصية، لأنه يتسم بالمحدودية ما دام يفشل في احتواء مفهوم الذات وإدراك الموضوع. وعلى نفس المنوال، يفوق منهاج العيش تصنيف الدت إ-4 DSM-IV فهو يتجلى بوضوح في اضطرابات المحور الثاني، كما أشرنا إليه أعلاه؛ كما يتجلى في اضطرابات المحور الأول كاضطراب الإجهاد بعد الصدمي أو اضطراب الضبط. والاعتراف بمنهاج العيش ضروري لتسهيل علاج اضطرابات المحور الأول (Lombardi et Al. 1996/2006. pp208-209).

2.1.3 الأساليب العصابية :

وصف أنجيلال (1956) العصاب أنه جامع، هو الطريقة العامة التي يعيش بها فرد ما حياته، وليس نقصا خصوصيا في شخصية سليمة. إن صحت العبارة، يسهل تخطي العصاب دون المقاومة القوية التي يبديها الفرد، وهذا عموما جزء من العصاب. قوة العصاب لا تتبع من تشابكات مميزاته مع الشخصية، بل من التنظيم العصابي لهذه الشخصية. هناك تنظيم معين للشخصية يقود إلى العصاب، بأهدافه الخاصة واتجاهاته ودوافعه. يمكن اعتبار هذا الاستعداد المسبق في حد ذاته عصابا، بالأعراض العصابية التي تظهر في شكل تظاهر للشخصية الضالة المستترة (Lombardi et AL. 1996/2006.p209)

لم يعد مصطلح العصاب واردا كتصنيف تشخيصي ضمن الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM-IV (المعتمد من قبل جمعية الطب النفسي الأمريكية 1994 . APA). هذا الغياب يوحي بأنه -بدرجة أكبر- عبارة عن منهاج عام للسلوك، و- بدرجة أقل- اضطرابا سريريا. ويمكن تعريف الأساليب العصابية بتقطيع الاصطلاح نفسه. الأسلوب يشير إلى الطريقة المميزة لاشتغال الفرد ونلاحظها من خلال تصرفاته وسلوكاته الخصوصية.

والمقصود بالأسلوب العصابي أن هذا الاشتغال يكون خلقيا للظروف العصابية والخبرات الذاتية الجزئية وأنماط التفكير ومعايشة الانفعالات. عرف كرسون و بوتشو الأساليب العصابية بكونها ميولا خافية الأغراض تجاه اللاتوافق [اللانسجام]؛ لكنها غير مجسدة باللموس أي بأعراض ظاهرة.

بناء على ذلك، بصفة منهاج العيش يحتضن كافة حياة الفرد الفريدة بما فيها الشخصية، فإن العصاب -كتجسيد لتنظيم شخصية ضال- هو أيضا تجسيد لمنهاج العيش. في وصفه للعصاب الوسواسي القهري، استخدم شبيرو (1965) كلمة "التصلب" (أسلوب من التفكير المصنف غير المرن) لتصوير سمة شخصية ضالة أو مركبة لأسلوب عصابي وسواسي قهري؛ هذه الأعراض أو السمات تتسجم مع اتجاهات الفرد وأنماط تفكيره

الفصل الرابع

منهاج العيش

وخبراته الذاتية، هي ليست أمورا مخططا لها مبدعة إدراكيا، ولا هي متعارضة مع المسعى العام للشخص الكل. كل الأعراض تميل إلى إعطاء معنى عند الأخذ في الاعتبار النهج العصابي لهذه الاتجاهات أو أنماط التفكير أو الخبرات الذاتية. لذلك يقول لمباردي ومعاونوه أن "الأسلوب العصابي هو الاشتقاق المباشر لصيغة منهاج عيش الفرد الخاطئ في تعابيره و حركته صوب الهدف " (Lombardi et Al .1996/2006. p 210)

3.1.3 الشخصية قبل المرضية :

تعرف الشخصية قبل المرضية أنها الشخصية كما كانت قبل حلول المرض، إنها الشخصية السابقة للحدث الصدمي الذي ترتبت عنه الأعراض والسلوكات المرضية. عندما تقع حوادث ما أو أمراض أو كوارث طبيعية أو أي أمر شديد الضغط فإن استجابة الفرد تتبع خبراته السابقة وجلد منهاج عيشه. هذه وجهة نظر أشار إليها اليونانيون والرومان؛ منهم الطبيب الروماني أراطس الذي يرى أن الاضطرابات الانفعالية ليست سوى اشتداد أو مبالغة في سمات الشخصية السوية.

جرت أبحاث وانبتقت تنظيرات حول كيفية استجابة الأفراد الأسوياء للمواقف الضاغطة مقارنة بالأشخاص ذوي اللاتوافق المسبق. من جهة، هناك وجهة نظر ترى أن الاضطراب النفسي يمكن أن يصدر عن فرد سوي وسليم. بالمقابل هناك وجهة نظر أخرى ترى أن المشكلات يرجح حدوثها لذوي القابلية للجرح والمعرضون للمخاطر على خلفية شخصياتهم قبل المرضية. وفق هذه النظرة الأخيرة فإن ما يسمى ب الشخصية قبل المرضية عامل يسهل طفو المشكلات ؛ مثلا ، آثار الضربات الأكثر ظهورا على ضحاياها نراها على الأشخاص ذوي السوابق الصعوبية.

من غير المتوقع أن لا تؤثر شخصية الفرد ومستوى ضبطه في كيفية تأويل والاستجابة لعامل ضاغط معين. لا يتعلق الأمر بمجرد امتلاك الفرد سوابق مرضية بل يخص نوع شخصيته والسمات التي يمتلكها وكذلك آماله وتوقعاته. بعبارة أخرى، الشخصية قبل المرضية هي متغير ضمن منهاج العيش. ليس فقط أن منهاج العيش متلائم عبر الشخصية

برمتها، بل هناك أيضا تلاؤم مؤقت. الشخصية قبل المرضية تحدد تأويل وردود أفعال الفرد أمام العامل الضاغط ، وكذلك الاستجابات اللاحقة ، بما في ذلك الانتكاسات والشفاء. ويسبب تلاؤم منهاج العيش، لا نستغرب أن ينجح الأفراد سليمو منهاج العيش في مواجهة الخبرات الصدمية أكثر. وعلى العكس، يرجح لدى الأشخاص ذوي منهاج العيش الضال معاشية مشكلات مستمرة. إن معرفة منهاج العيش تجلب العديد من الفوائد، فمعرفته تشابه فك شفرة تغطي لغز شخصية الفرد وسلوكاته (Lombardi et Al. 1996/2006. pp 214-215)

المبحث الثاني - محددات منهاج العيش

1. الشعور بالقصور:

إن إحدى المركبات الرئيسية في نظرية أدلر هي "الشعور بالقصور" والعديد من العناصر البنائية لعلم النفس الفردي تقوم على أساسه، فهو العنصر الأقدم فيها، هو العنصر القاعدي. ومن ثم يعد الشعور بالقصور مفتاح فهم العناصر الأخرى مثل سعي الفرد. وهو - فوق ذلك- أشهر المفاهيم الأدلرية، وقد دخل حتى على الثقافة العامة والشعبية. لكن رغم كل ذلك، بقيت أدبياته غير واضحة. إن الشعور بالقصور عالمي وهو ليس إصابة. بل -هو بدل ذلك- محفز للنمو العادي. وقد أكد أدلر أن "كوننا بشرا يعني شعورا بالقصور".

لكن أنسباخر يقول أن أواخر أعمال أدلر وضعت الشعور بالقصور ثانويا في السعي (نحو التفوق أو التجاوز أو الكمال مثلا)؛ وهذا ما قاد إلى تغير في ركيزة النظرية مذ ذاك. لكن لا يبدو ممكنا أن يسعى أحد ما إلى التجاوز إلا إذا وُجد شيء نريد تجاوزه، هذا ما تدعمه كتابات أدلر. هو لم ينتكر لوجود مشاعر القصور ولا تنكر لأهميتها رغم أنه خصص حيزا أكبر في كتاباته الأخيرة للسعي والنزعة الاجتماعية. وتحول إدراك أدلر للشعور

بالقصور على أنه حاصل المقارنة مع الأهداف التي يسعى الفرد نحو بلوغها (Dixon & Strano. 1989/2006. pp365-366).

في أحد أواخر كتب أدلر، عدّد الافتراضات القاعدية لنظريته فيما يلي:

- شعور بالقصور مشترك بين البشر.

- من خصائص الحياة أن يسعى الفرد إلى تجاوز قصوره.

- يخضع توافق الفرد و المجتمع إلى مدى نمو النزعة الاجتماعية.

إن تطور افتراضات أدلر قاد إلى عنصر "منهاج العيش"، حسب دوتر (1962). وبالتالي يمكن أن نستدل بأن أساس منهاج عيش الفرد هو الشعور بالقصور.

1.1 تعريف الشعور بالقصور:

غالبا ما كتب أدلر عن الشعور بالقصور على أنه إحساس الفرد بأنه في موضع دوني. وعادة ما يتعامل الباحثون مع شعور غير سوي بالقصور أو عقدة قصور. وينظر إلى هذا الشعور على أنه "مقارنة للذات" يقوم بها الفرد منذ الوهلة التي يقدر فيها الطفل على التفاعل مع الأفراد المحيطين به. (Dixon & Strano. 1989/2006. p366).

رأى أدلر أن الشعور بالقصور ينتج جزءه الأكبر من المقارنات التي يعقدها في طفولته بينه وبين أفراد أسرته. وشدد موساك (1977) بدوره على الطبيعة المقارنة للشعور بالقصور. فعرف -أولا- مفهوم الذات على أنه الاتجاهات المعزاة إلى الذات، وبعد ذلك أكد أن كل مجالات الشعور بالقصور تُقيّم على أساس مقارنة مع مفهوم الذات.

عندما يأتي الفرد إلى الدنيا، فإنه -طفلا- يجد نفسه في موضع العاجز وغير القادر. ورغم أن هذا الأمر مشترك بين كل المواليد الجدد والأطفال إلا أن طبيعة الموقف تساهم في

ظهور إحساس بأنه "أقل من". ومن ثم عرف علماء النفس الفرديين -عموما- "الشعور بالقصور هو مقارنة للذات تعقد منذ أن يتمكن الأطفال من التفاعل مع المحيطين بهم".

(Dixon & Strano. 1989/2006. pp366-367 / Al Milliren & Al. 2006, p351).

ويرى دريكورس (1979) أن الشعور بالقصور هو افتراض كون الفرد ذا قصور بدني أو اجتماعي أو قصور مقارنة مع الأهداف والمعايير الشخصية له. إن أولى مجالات القصور المدرك هي مقارنة مفهوم الذات مع صورة ذات مثالية تتضمن الخصائص البدنية. وينظر إلى ثاني مجال ك تناقض بين مفهوم الذات وتقييمات الفرد للمحيط، بما في ذلك المحيط الاجتماعي. أما آخر مجال -والذي اعتبر شكلا من أشكال الذنب- فهو يعرف على أنه التناقض بين مفهوم الذات والقانون الأخلاقي للفرد

1.2 أنواع القصور

1.1.2 القصور الخلقي (العضوي) :

وصف أدلر العضو القاصر على أنه "حالة منقوصة (غير مكتملة) للأعضاء المكناة قاصرة، أو توقفت في نموها غالبا ما يكون جلي الوضوح، أو نقص في نسيجها البنائي (الخلوي وعجزها الوظيفي)، أو رفضها الاشتغال في المرحلة بعد الجنينية" (ADLER, Alfred. 1912. p25). يستغرق العضو القاصر وقتا أطول ليتمكن من الأداء العادي لوظائفه، وقد لا يتمكن أبدا؛ ويعاني خلال هذه العملية سلسلة من الاضطرابات التي لا يتجاوزها إلا باستخدام نشاط دماغي زائد (SPERBER, Manes. 1972. p45).

في دراسته حول قصور الأعضاء (1907) ألح أدلر على التنسيق بين قصورات متزامنة، ف "عندما تتصادف لدى فرد عدة أعضاء قاصرة سينشأ بينها نوعا ما حلف سري" (ADLER, Alfred. 1912. p26). قادت ملاحظات أدلر إلى نفس النتائج التي آل إليها

الفصل الرابع

منهاج العيش

"كيرل" وأعلن عن وجود تنسيق بين قصورات الجهاز التناسلي وقصورات الأعضاء الأخرى بحيث "لا يوجد قصور في أي عضو دون أن يلازمه في الجهاز التناسلي". تترافق صعوبة التوافق العضوي مع الحياة صعوبات أخرى من طراز نفسي هي الكفاح ضد هذه الصعوبات وتجاوزها، وهذا ما يولد سلوكيات نفسانية وسمات طبيعية أصلية وهنا بالضبط يمكن عقل المرور من الظواهر الجسمانية إلى الوظائف النفسانية (SPERBER,Manes. 1972.p27 & p45).

أدلى الذي فهم المرض "كنتاج لقصور عضوي من جهة وتدخلات خارجية من جهة أخرى"، أكد أنه انطلاقاً من اللحظة التي ينفصل فيها الفرد عن عضوية أمه "تباشر أعضاؤه وأجهزته القاصرة معركتها مع الحياة، معركة أشرسا وجهادا أحمى وطيسا من جهاد الأعضاء السوية". عدد الضحايا المتساقطة خلف هذه المعركة أكبر بكثير من عدد المتساقطة جراء الحوادث والمآسي الأخرى للحياة (ADLER,Alfred. 1912. p27).

الطفل قاصر التكوين-الذي يمكن أن يشبه إليه من حيث النمو العقلي البطيء والتهيؤ للعصاب، كلا من الطفل البشع الخلقة والطفل المرّى بفضاضة غليظة والطفل المدلل جدا- يسعى بحماس أكثر من الطفل السليم إلى الارتياح من متاعب الحياة الشتى. هو يسعى إلى الهروب نحو مستقبل أبعد ما يمكن عن القدر الحزين الذي يحس أنه يتهدده. ولكي يتحصن ضد تقلبات الحياة لسبب فقدان التوجه الذي تعانیه حياته فإنه يلجأ إلى بنية إضافية.

هذا الطفل يحلل نفسه أولاً، ويطلع على مقدار عجزه وقصوره وهوانه وحرمانه من الأمن، وبالتالي يحدد مجموع مآسيه، هذه نقطته الثابتة الأولى. لكي يحدد وجهته لابد أن يتخذ نقطة ثابتة ثانية: أباه -أو أمه- الذي ينسب إليه كل قوى هذا العالم. بحشو هذا المعيار في فكره ونشاطه وبسعيه نحو الهروب من لا أمنه والالتحاق بمنزلة الأب القدير ولم

لا تجاوز هذا الأب، فإنه يكون قد خطى "خطوة جريئة غادر بها واستنفر الأرضية الصلبة للواقع لينغمس في حلقة الوهم" (ADLER, Alfred. 1912. pp30.31).

لا يشعر الطفل بالارتياح في هذه الوضعية ويُحتمل أن يستخلص منها استنتاجات متشائمة يمكنها أن تؤثر على سلوكه المستقبلي حتى إن اختفى عجزه الوظيفي الأولي فيما بعد. العديد من الأطفال عانوا من الكساح في حقبة من حياتهم ولا يزالون يحملون آثاره جسمانيا، أما نفسانيا فيبقى لديهم الشعور بالخيبة التي أصابتهم طوال مرضهم والميل نحو التشاؤم. ينتبهون إلى السهولة التي يتصرف بها أصحابهم ويتحطمون بفعل شعورهم بالقصور، فيقل تقديرهم لذواتهم ويتبنون أحد هذين الاتجاهين : إما أن يفقدوا كلياً ثقتهم بأنفسهم ويبدلون جهدا ضئيلا في سبيل التقدم، والأرجح أنهم لا يبذلون بتاتا. وإما أن حالتهم التي تبدو مقنطة لهم تحفزهم على استدراك زملائهم المحظوظين في اللعب غاضين أبصارهم عن إعاقاتهم الجسمانية (ADLER, Alfred. 1930c. pp83-84).

على العموم، يمكن استخلاص أن الأطفال الذين جاءوا إلى الدنيا بأعضاء متفاوتة القصور، يميلون إلى اتخاذ موقف تجاه الحياة والناس مختلف عن موقف الذين ذاقوا لذائذ الوجود مبكرا. هم تحديدا من يدركون أكثر آثار ثقل الحياة التي نجا منها غيرهم، وقد ينشأ عن هذا مفهوم تشاؤمي للعالم. يمكن أن نضع كمبدأ أن هؤلاء الأطفال يباشرون كفاحا مريرا مع الحياة ولا يميلون إلى الإحساس بتساويهم مع أترابهم في العدة وفي حق الانضمام إليهم وتوحيد المصالح معهم. شعورهم بالقصور هذا يدفعهم بالتالي أكثر من غيرهم إلى الإفصاح عن انتظاراتهم وعن حقهم في إصدار مطالب (ADLER, Alfred. 1927/1949. pp63-71). خاصة إذا أدرك الطفل أن قصوراته وعجزه وضعفه وسائل تسمح له بضمان مساعدة ودعم من محيطه وبجلب الانتباه نحوه. هذا ما يؤدي بهم إلى تشويه نزعتهم الاجتماعية ويقودهم إلى إصدار تعليمة لأنفسهم بالاهتمام بذواتهم فحسب والانشغال بخلق

انطباع لدى المحيط العام أكثر من انشغالهم بمصالح الآخرين. غير أننا لا بد أن نذكر بقانون العلية الجدلية الأدلرية.

يرى أدلر أن نمو الطفل لا يتحدد باستعداداته ولا ببيئته الموضوعية، وإنما "بتأويله للعالم الخارجي والعلاقة التي يقيمها معه". وعلى هذا الأساس يمكن للطفل السقيم أن يكون متزن النفس إن واجه الحياة بشجاعة رغم عيوبه الجسمانية. بالمقابل يمكن أن يكون صحيح الجسم مضطرب النفس إذا قاده تعاقب ظروف مكروهة إلى سوء تقدير كفاءته. فالفشل في أداء مهمة أو تخطي عقبة معينة يمكن أن يقوده إلى الاعتقاد بعجزه، يقدم أدلر مثالا غاية في الفطنة عن هذا الفشل: إن الصعوبات في تعلم السباحة هي تعبير مذهل عن الشعور بالقصور. الطفل الذي يتعلم العوم بسرعة يبرز استعداده لتخطي عقبات أخرى. في الحالة المعاكسة يكون قد أفصح عن نقص في الثقة بنفسه كما في مدرسه (ADLER,Alfred. 1930c. pp.84-87).

من الضروري تصحيح خطأ شائع حول مفهوم الشعور بالقصور مفاده أن هذا الشعور ينشأ فقط عن وجود قصورات تكوينية ويكون انعكاسا وامتدادا لها. هذا الخطأ قد يكون نتج أساسا عن كتاب دراسة حول قصور الأعضاء الذي لم يستعمل فيه أدلر مصطلح المشاعر بناتا واقتصر على دوره كطبيب عام مركزا على الجانب العضوي. وهذا ما يؤكد ما قلناه سابقا من أنه لم يكن يفكر في أن يصبح نفسانيا وإنما دفعته دراساته في هذا الاتجاه.

هذا الخطأ جعل نظرية أدلر تبدو محدودة جدا ومحصورة على قاصري الأعضاء. طبعا هذه ليست سمة تفكير أدلر الذي أبعد ما يكون عن المحدودية التي غير ديانتته لأجل التبرأ منها.

يعلم الجميع أن النقص العضوي لا يكفي وحده أبداً لخلق مشاعر القصور، ضف إلى ذلك أن في الكثير من الحالات لا تكتشف مثل هذه الخصوصيات العضوية بل تجهل طوال الحياة، فأغلب الناس يبدون جهلاً مذهلاً بأجسامهم حتى بعد زمن طويل من تخطيهم لمرحلة الطفولة إلا إذا نبهتهم أوجاع معينة إلى اشتغال أو عطب بعض أعضائهم (SPERBER,Manes. 1972. pp.45-46).

2.1.2 القصور الخُلقي : (الشعور بالقصور)

لقطع دابر سوء الفهم الذي شاع أعلن أدلر في كتابه "معنى الحياة" أن "كونك إنسان هو إحساس بالقصور" (ADLER,A. 1933a. p62). وقبل ذلك بسنوات كان قد أكد أن "الشعور بالقصور عام جدا يشمل كل طفل"، بفعل وجوده بين البالغين حيث يُحمل على اعتبار نفسه صغيراً وضيئلاً ويقمّ نفسه على أنها ناقصة وقاصرة. وبفعل هذا التهيؤ يقتنع بعجزه عن أداء المهام المنوطة له بدقة وبراعة (ADLER,A. 1927/1949. p64).

ولبيان أهمية الشعور بالقصور يؤكد أدلر أنه "شرّ مضم وقاس، على الأقل خلال زمن اجتياز عقبة أو إشباع حاجة أو تخفيض توتر ما. هو شعور ولد ونما طبيعياً وهو يشبه توتراً مؤلماً يقتضي حلاً مريحاً. هذا الحل لا يكون بالضرورة حسناً كما يدعيه فرويد؛ بل يرفقه شعور بالرضا، وهذا ما يطابق مفهوم نيتشه" (ADLER,A. 1933a. pp62-63).

بالنسبة لعلم نفس حواريّ كعلم النفس الأدلري الذي يعتبر كل إنسان أكثر من كونه "أنت" أو "هو"، الأهم بالدرجة الأولى هو أن من يخاطبه هذا العلم سيتعرف على نفسه من خلاله ويحس فعلاً وفوراً بأنه يمسه، سواء شاء أو أبى.

نحن نسلم بأن كل إنسان يحس فوراً بأنه معني بكلمة شعور بالقصور إلا إذا كان بليداً. حتى من يكره أن يطبقه على نفسه لا يفلت أبداً من "يقينية أن الشعور بالقصور يعنيه ويصيبه ويميط لثامه". لإدراك هذا المعنى يكفي أن نعرف أن كل سمة مهما كان نوعها وكل

الفصل الرابع

منهاج العيش

موقف أو حدث أو فعل أو تجربة تستطيع أن تخلق شعورا بالقصور بإمكانه أن يطفو في أي سن؛ لكنه غالبا ما يظهر في سن الصيرورة أي خلال سنين تشكل الطبع.

قبل كل شيء يلزمنا تذكر أن الشعور بالقصور يجد له أرضية خصبة ممهدة بمجرد هبوط العضية الفردانية من جنة الرحم إلى سطح الأرض. العجز عن الحركة هو شعور بالقصور والعجز عن إشباع الحاجات فردانيا هو شعور بالقصور والتبعية للآخرين في قضاء الحوائج هي شعور بالقصور (SPERBER,Manes. 1972. Pp116-117).

تحدث أدلر عن أن ظروف الحياة الباكرة للإنسان تساهم في نشأة مشاعر القصور، التي تستمر في التفاقم كلما قارن الأطفال أنفسهم مع مثالية كمال لا يمكن مضاهاتها مجسدة في أوليائهم؛ وكلما تعرفوا على ضعفهم أمام الطبيعة تضاعف شعورهم بالقصور. هذا قد يكون في ظروف الإهمال أو التدليل أو اللاأهلية أو التشوه. كانت فكرة أدلر أن هذه الظروف الخاصة توجب شعورا بالدونية. (Al Milliren & Al. 2006. pp351-352)

إن سكان عالم الطفل هم مخلوقات ذوات مواهب وموارد أكبر. يبدو للطفل كل الناس أكبر أو أسرع أو أحسن أو أذكى أو أكفأ؛ وبالتالي يبدأ الفرد حياته بتبعيته لكل الآخرين لأجل البقاء. ومن خلال صغر أجسامهم وضعف قوتهم أمام الطبيعة وتبعيتهم للآخرين في الرعاية والحماية، يدرك الأطفال قصورهم في سن باكرة.

منذ أول وهلة يتمكن فيها الطفل تمييز ذاته عن محيطها يشرع الطفل في عقد المقارنات. ف الشعور بالقصور هو مقارنة للذات تعقد منذ أن يتمكن الأطفال من التفاعل مع المحيطين بهم. يستمر تفاقم هذا الشعور بالقصور من خلال المقارنة بين ذواتهم ومثالية كمال غير قابلة للبلوغ، حددها لهم أولياءهم. ومن ثم يشعر الأطفال بالقصور، وقد لا يكون شعورا واعيا. وهكذا، نبدأ حياتنا من موضع "قصور مشعور" (Dixon & Strano.)

(1989/2006. pp366-367 / Al Milliren & Al. 2006. p351)

الفصل الرابع

منهاج العيش

من جهة ثانية، اعتقادنا أننا صغار جدا أو كبار جدا ؛ انتباهنا لكوننا نشبه أيا كان أو جد مختلفين عن الجميع : لدينا جمجمة دائرية أو متطاولة و شعر أسود أو أصفر أو مخوتم ... إلخ؛ لدينا آباء خارقوا الجمال أو بليغوا البشاعة، آباء جد فخورين أو متواضعون ...؛ نشعر أننا مكروهون أو مهمشون في المجتمع أو -على العكس- ملحوظون باستمرار أو محاطون بالشبهة، نسمع دوما ثناء على ميزات نحن نفتقر إليها وملاما على عيوب لا نستطيع نحن إخفاءها أبدا (SPERBER,Manes. 1972. p.117). كل هذه العوامل وأخرى لم نذكرها تجعل الطفل يتخندق في نفس وضعية قاصري الأعضاء ويتساوى معهم في حمل شعور ضالة قيمته عن خطأ أو صواب. بإمكاننا تعداد ما لا حصر له من العوامل التي تستطيع أن تولد شعورا بالقصور لكننا سوف نكتفي بما رآه أدلر مهما.

إضافة إلى العوامل العضوية، أكد أدلر على تدخل الأخطاء التربوية ؛ فالمطالبة الكبيرة للطفل تشدد في وجدانه شعوره بانعدام فائدته، نفس الشيء إذا نبهنا بعض الأطفال باستمرار إلى ضعف أهميتهم وصغرهم وقصورهم. بعضهم الآخر يعامل كلعبة ووسيلة تسلية أو ينظر إليه كملكية تجب العناية الخاصة بها أو كعبء ثقيل. وغالبا ما تتصادف هذه الأهواء مع بعضها وهي بهذا تحسس الطفل أنه هنا لإرضاء أو إزعاج البالغين فقط (ADLER,A. 1927/1949. pp64-71).

كما ركز أدلر على مشاعر القصور الناجمة عن وضعية غير مستحبة ضمن تسلسل الإخوة، أو عن وضعية اجتماعية أو اقتصادية أو دينية أو وطنية تعيشها العائلة، أو عن إخفاقات هائلة أو حوادث أو أخطاء أو ضلالات؛ كل هذا يشرط طفو شعور بالقصور متفاوت الحدة غير أنه لا يسببه حتما (SPERBER,Manes. 1972. p.117).

إن الشعور العميق بالقصور الذي يترعرع داخل وجدان الطفل يمكن أن يتعرض لتضخيم بفعل بعض خصائص الوجود، من بينها عدم حمل الطفل محمل الجد، وجعله يستنتج أنه لا يعني شيئا ولا يملك حقا ولا بد عليه أن يترك مكانه دوما للكبار وأن يلتزم

الصمت ... ونحو ذلك. إضافة إلى ذلك، يكبر العديد من الأطفال مع خشية دائمة أن كل ما يفعلون سينقلب إلى سخرية بهم. إن العادة السيئة للسخرية من الأطفال بينة الأذى على نموهم. هناك من تمكث خشية السخرية منه إلى آخر أيامه. حتى الكبار غالبا ما يعجزون عن التخلص منها (ADLER,A. 1927/1949. p65). كما أننا نصادف غالبا مشاعر قصور لا تبدو محفزة من طرف أي داع مقبول. يستطيع كل فرد تذكر نزقات طفولته والأذى الذي سببته له، ثم يكتشف يوما ما أن هذا لم يتركز إلا على غلطة أو سوء فهم نشأ عن كلمة من بالغ أو مزحة حمقاء أحسن من لم يأخذها بجدية (SPERBER,Manes.) (1972. pp.117-118).

على العموم، رغم أن مشاعر القصور ليست دوما مبررة إلا أنها لها دائما قاعدة معينة. تلك هي القوة الدافعة، نقطة انطلاق ونمو كل اندفاعات الطفل نحو تحديد هدف يرجو منه كل تهديئة وكل حفظ لمستقبله الحياتي ونحو تعبيد مسلك يبدو له قادرا على إيصاله لهدفه (Adler,A. 1927/1949. p64).

إن الوقوع في موقف "النقص المشعور" ليس سلبيا بالضرورة، فالإحساس بالقصور - رغم أنه قد لا يكون شعورا واعيا- إلا أنه يساهم في الدافعية نحو النمو السليم إذ هو ما يخلق سعيا: سعيا نحو التجاوز، نحو تحقيق القيمة، نحو التحكم في حياتنا.

ميز أدلر بين فئتين من مشاعر القصور. أولاهما فئة مشاعر القصور [القاعدية] المشتركة بين البشر. أما ثانيهما فهي مشاعر القصور المبالغة. كلتا الفئتين تقود إلى سعي للتجاوز، سعي لإحراز القيمة. لقب أدلر هذا بـ "الكمال المدرك"، وهو عبارة عن نظرة وهمية لكيف يمكن أن تتحسن الأمور. إنها خطتنا المتبناة لكيفية تحسين أو تغيير الأمور.

الفصل الرابع

منهاج العيش

كل فرد يبدع في طفولته الباكرة (قبل سن السادسة، عادة) نظريته الخاصة والفريدة لذاته وللآخرين والدنيا، وكيف ينبغي أن يسير في هذه الدنيا. جل هذه الخطة يصاغ في وقت لم تكن فيه لدينا وسائل الشروع في إنجاز الاستخلاصات التي بلغناها.

كلما نمونا وارتقينا - عن طريق عمليات المحاولة والخطأ - نبدأ في اكتساب أو إبداع السلوكيات التي -نراها- ستقودنا إلى هذه النجاحات الوهمية. إنها خريبتنا لبلوغ ما ينبغي أن نكونه حين "تكبر". بعض السلوكيات ستكون نافعة وستسلك مسار النزعة الاجتماعية فتفيدنا في التحرك نحو الآخرين ومعهم في روح جماعية. وهناك سلوكيات أخرى قد تبدو عديمة الفائدة فتبعدنا أو تضعنا في طريق مضاد للآخرين، ربما دون أن نملك الوعي بذلك. (Al Milliren & Al. 2006. p352).

إذن، تصبح مشاعر القصور القوة الدافعة لكل فرد. والاتجاه الذي ستأخذه يخضع إلى الدرجة التي بلغتها نزعته الاجتماعية، التي ستحدد ما إن سيكون سلوك الفرد مثمرا أو عقيما. في كلا الاتجاهين، هذه السلوكيات هي من إبداعنا الخاص وهي تساهم -من منظور شخصي- في الكيفية التي نتحرك بها من "القصور المشعور" إلى "الكمال المدرك". وتصبح هذه السلوكيات العربية التي تقلنا لنغدو "أفضل من" أو "أذكى من" أو "أقدر من" أو "أهم من". ورغم أن الهدف الغائي إيجابي دوما إلا أن السبل التي نتبناها لبلوغه قد لا تكون كذلك. (Dixon & Strano. 1989/2006. p367 / Al Milliren & Al. 2006. p352).

بالنسبة لأدلى، لا يتخذ الإحساس بالدونية دلالة نفسانية إلا إذا كانت الآلية المساعدة على النجاح في معركة التفوق معطلة، أو إذا أخذ هذا الشعور أبعادا لا تطاق عندما يحدث رد فعل نفساني عن قصور عضوي: نحن هنا أمام عقدة قصور. هذا الشعور الشاذ بضالة القيمة يسعى بالضرورة إلى تحصيل تعويضات سهلة وإشباعات سطحية، وفي نفس الوقت يبالغ في تضخيم العوائق ويثني من شجاعة الفرد ويقطع الطرق المؤدية إلى النجاح. (ADLER, A. 1930c. p69).

3.1 عقدة القصور :

حظي أدلر بالاعتراف بكونه مبدع اصطلاح "عقدة القصور". ويعود الفضل في الجزء الأكبر من شهرة أدلر إلى هذه العقدة. وعكس الاعتقاد السائد -بفعل معلومة غالطة أو مغرصة- فإن براءة هذا المصطلح تعود لألفرد أدلر وليس لسيقموند فرويد.

أدخل مصطلح العقدة إلى علم النفس من طرف "يونغ" ، الذي عرفه كالآتي : "هي شظايا من الشخصية النفسانية، كتل نفسانية المحتوى انفصلت عن الوعي لتعمل لحسابها الخاص -متبعة نمط وجودها الخاص- داخل فلك اللاوعي أين تستطيع في كل لحظة أن تدعم أو تثبط أفعالا واعية" (SPERBER,Manes. 1972. p115).

كانت نظرية الشعور بالقصور الأدلرية مستقلة تماما عن نظرية العقدة في بدايات أبحاث أدلر حول قصور الأعضاء، ومصطلح عقدة القصور الذي استعمله لاحقا لا ينطبق إلا جزئيا على تعريف "يونغ" لها. وهناك من اعتبر أن أدلر قدم هذا الاصطلاح على سبيل الدعابة والمزاح، رغم أننا غير متأكدين من ذلك إلا أنه قد يبدو أمرا واردا. في بواكير القرن العشرين، كان علماء النفس منشغلين بوصم مجموعات السلوكيات بـ "العقد"، كان لفرويد عقدة أوديب وكان يونغ عقدة إلكتره، فربما ارتأى أدلر أن من الطريف أن تكون له هو كذلك عقدة. فمن السهل تخيل أدلر بومضة بريق في عينه وهو يفكر بطريقة يتعمد فيها المشاكسة .. والآن قد صار لدي عقدة القصور" (Al Milliren & Al. 2006. p353).

أقر أدلر بأهمية عقدة القصور في كل حالات الفشل النمطي، لكنه وقع في إشكالية :

- كيف تنشأ عقدة القصور؟ أي كيف يتطور الشعور بالقصور إلى عقدة قصور عقب الاصطدام مع مشكلة حيوية ؟

اجتهد أدلر طويلا لإيجاد حل لهذه المسألة التي خلص في حلها إلى أن "عقدة القصور ... تتفسر بنقص فادح في النزعة الاجتماعية" (ADLER,A. 1933a. p72).

هذا التعريف الأدلري يبتعد عن المفهومين اليونغي والتحليل النفسي جوهريا، لأنه

يتجنب شطر قسم من الشخصية بل يحافظ على وحدتها ويأخذها ككل لا يتجزأ (AI

Milliren & AI. 2006. p353). فلتشخيص "عقدة قصور" لدى شخص ما تقول ألكسندرا

أدلر:

"تقول أن شخصا ما يعاني عقدة قصور حين يستجيب جبريا لوضعية معيقة دون

محاولة تصحيح أو تحسين رد فعله. لا ينبغي الخلط بين هذا و "الشعور بالقصور" الحاضر

في كل شخص في بعض المواقف، وبالخصوص في وجدان كل طفل، فهو شعور عادي

يحث الفرد على إحراز تطور مستقبلي ناجح".

ويكشف بيكهارد (1978) أن مشاعر القصور غير اللاتقة تأتي من الأهداف

الخاطئة، بكونها متمركزة على الذات عوض الشعور بالرابطة الإنسانية. منبع الخطأ -حينما

تكون مشاعر القصور هي الاستجابة لموقف ما- هو النقص في النزعة الاجتماعية (AI

Milliren & AI. 2006. p354).

يرى أدلر أن بعض المواقف الخاصة -مثل القساوة المفروضة في بعض فترات

التربية- يمكن أن ترفع من حدة مشاعر القصور، وتصير شوكة دقتهم في طفولتهم المبكرة

جدا لا يتخلصون منها لاحقا. إن البرودة التي تفرضها عليهم تثبطهم وتحملهم على الامتناع

عن تجديد محاولاتهم التقرب من محيطهم بصورة تجعلهم يعتقدون في نهاية المطاف أنهم

أمام عالم جامد (غير حساس) يستحيل الارتباط معه (ADLER,A. 1927/1949.)

(p71).

بعض الناس يفقد شجاعته (يخور) خلال اجتهاده لتجاوز قصوره أو إثبات موقفه. قد

يفتقد هؤلاء الناس إلى الشجاعة لمقاربة مسائل الحياة أو ربما يستدعي منهاج عيش مرضي.

الفصل الرابع

منهاج العيش

هذه الحال الأخيرة هي ما أطلق عليه "عقدة القصور" وهي تصف شخصا يقول أو يشعر أنه عاجز عن حل مشكلة حاضرة أمامه (Al Milliren & Al. 2006. p354).

لا يجب أن ننخدع إن لاحظنا بعض الأشخاص المنقوصي النزوع الاجتماعي يبدون أحيانا تظاهرات شعور بالقصور وليس عقدة قصور. يعلل أدلر هذا بكون هؤلاء الأشخاص منقوصي النزوع قد توفر لهم العيش في وسط مريح أو ظروف مريحة. على العموم في حضور عقدة قصور ستكشف سوابق العميل وسيرته المبكرة على أنه قد دُئل في طفولته أو عانى نمو غير كاف للأعضاء أو قاسى إحساسا بأنه قد أهمل خلال طفولته (ADLER,A. 1933a. p72).

ببساطة، إن القصور هو إحساس دائم -سواء واع أو غير واع- بالضعف، غالبا ما يرافقه الميل إلى تحقير الذات، وأحيانا يعقب بسلوك عدواني ملحوظ يسعى إلى فيق التعويض. هذا التعويض الفائق هو الباعث على كل من الانجازات والتصرفات والاجتماعية. بعبارات أخرى، مشاعر القصور هي منبع دافعية الإنسان الموجهة نحو هدف إحرار القيمة. منذ أول نفس نستنشقه بعد ولادتنا، نباشر يومنا مع مشاعر قصور كبوصلة تهدينا سبل استكشاف الحياة... في غالب الأحيان، تقودنا مشاعر القصور للتعويض بسبل نافعة وتسعى إلى حل المشكلات بحيث يستفيد الغير تماما مثلنا. ورغم أن القصور في أول وهلة يبدو سلبيًا إلا أن بإمكانه أن يقود الفرد -على المسلك الإيجابي- للسعي إلى التنافس في مواجهة تحديات الطبيعة لبلوغ الكمال المدرك (وليس مجرد التفوق على الآخرين)، وللتحرك نحو إثبات الذات لبلوغ قيمة شخصية والمساهمة في ترقية الجماعة خلال ذلك (AlMilliren & Al. 2006. pp360-361).

2. التعويض

من المسلم به أن الأعضاء الحيوية الأساسية إذا كانت ضعيفة فإن رد فعلها يجسده تطوير مدهش لنتائج اشتغالها ولو بنجاح طفيف. هكذا إذا لاقت الدورة الدموية صعوبات ما فإن القلب يضاعف قوى أعماله، ويستجمع طاقته الكامنة من كافة نقاط الجسم ويزداد كبرا وحجما حتى يفوق حجم القلب العادي النشاط (ADLER,A. 1927/1949. p68).

تطرق مالتزر إلى موضوع الأمن بطريقة أكثر تفصيلا وعمقا في " كتابات هارفارد" سنتي 1906 و 1907. وقد توصل إلى أن "العضو المتلف يعوض بآخر، والعضو المصاب تخلق لديه طاقة معوضة. وعضو واحد يكفي غالبا لأداء وظائف حيوية عدة. فالحياة خاضعة لقاعدة حفظ الذات وتكتسب انطلاقا من نموها البيولوجي الطاقة والقدرة على تحقيقها (ADLER,A. 1933a. p63). والعضو النفساني لا يخالف هذا الأمر: تحت تأثير الصغر والضعف والشعور بالقصور سيسعى بجهد جبار إلى التحكم في هذا الشعور وسيندفع نحو إزالته والتخلص من العذاب الحقيقي الذي يسببه (ADLER,A. 1927/1949. pp68-69).

إن مصطلحي "التعويض" و "فيق التعويض" من بين أبكر أفكار أدلر. لقد قدمها أولا سنة 1907 في أول كتاب له "التعويض النفساني لحالة القصور العضوي". بيّن فيه أدلر أن الشذوذات التكوينية والوراثية لا يجب أن تعتبر ببساطة كمصدر لانحطاط النوع، بل كذلك كسبب للنشاطات التعويضية وفيق التعويضية ولظواهر الترابط ذات الدلالة التي يساهم فيها النشاط النفساني بقسم رئيسي، خاضعا في ذلك إلى الإكراه (ADLER,A. 1930a. p45).

كما بيّن أدلر فيه الكيفية التي تعوض بها الأجهزة العضوية عن ضعف أو تلف بعضها، وكيف تصبح أحيانا أقوى حتى من العضو العادي من خلال هذه الجهود التعويضية (مثلا، تتسع إحدى الكليتين ويزداد نشاطها لتعوض عن عدم كفاية الأخرى). ووصف أدلر في هذا

العمل دور العمليات النفسية في مساعدة هذه العملية التعويضية، حيث تحدث بـ "نشاط أكبر من جانب النفس".

ويمكن اعتبار "دراسة في القصور العضوي" مثالا مبكرا للطب النفسي الجسدي. إذ فحص فيها أدلر التفاعل بين العوامل البيولوجية والنفسية، مقدما مثالا لصبية ذات قصور وظيفي في الجهاز الهضمي تنقياً أو يصيبها إسهال إذا ما عاشت تقلبات انفعالية. لاحظ أدلر أيضا أن الأفراد ذوي الصعوبات المماثلة سيعوضون من خلال المهنة، كأن يصبحوا طباطخين مثلا (Hjertaas, Trevor. 2006. p377).

1.2 تعريف التعويض :

يقول باكمان و ديكسون أن الاصطلاح الأدلري "التعويض" يزود بإطار واسع تتدرج تحته أنماط شتى من السلوكيات التعويضية المدفوعة بالقصورات العضوية أو النفسية التي يمكن تحليلها. وذكرنا تعريف التعويض الذي ورد ضمن "قاموس المصطلحات النفسية" الذي أعده انقلش و انقلش سنة (1958) حيث عرفاه بأنه "الفعل الذي يصبو إلى تضييد نقص أو افتقار في الميزات الشخصية أو المكانة، أو الفعل الذي يحقق إشباعا جزئيا حين يتعرقل الإشباع المباشر". وحسب انقلش وانقلش، هذه المجهودات الرامية إلى تعويض الخسائر يمكن أن تتخذ اتجاهات عدة :

- تنمية نشاط مغاير أو بديل ...

- أو تعقب الهدف الأصلي بجهد حماسي غير مألوف ...

- أو تعديل أو إنكار قيمة الهدف الأصلي. هذا الأخير يمكن أن يعادل باستراتيجية "العنب الحامض" التي أشار إليها موساك و مانياثشي (1998). من المهم الاعتقاد بأنها تعويض نفسي، رغم أن أغلب الأدلريين لا يميلون إلى اعتباره كذلك.

في مقالته "الشعور بالقصور والسعي نحو الاعتراف" (1927) أوضح أدلر أن أي جهود تعويضية ستكون وفق وجهة الهدف الغائي الوهمي. يقول أنسباخر و أنسباخر أن: "الهدف الوهمي هو -بطرق شتى- قطعة للفرد ... كما لو كانت ... تخدم وظيفتين

تعويضيتين : (1) تعطي إشارة الانطلاق للتعويض. (2) تخلق مشاعرا إيجابية في الوقت الحاضر مما يخفف من مشاعر القصور [منذ أن يشرع الفرد في طمأنة نفسه بأن النجاح يمكن أن يحرز مستقبلا] (Hjertaas, Trevor. 2006. pp378-379).

إن كون هذا التعويض سيسير في وجهة الهدف الغائي الوهمي أمر هام ما دام يستلزم أن فيق التعويض هو "كأن" وهمية أخرى. فالأسلوب جد الشائع الذي يستخدمه الشعور بالقصور الطفولي لتفادي تعريته يظهر على شكل إبداع وبنية نفسانية فورية معوضة، تحفظ الاتزان بواسطة عدد مجتمعية المصدر أو بمنهاج عيش عصابي (ADLER,A. 1930a. p.45). الشخص الذي يعاني يمكن أن يحدث نفسه بأقوال مثل: "قد أكون بشعا جدا، لكن إن تعلمت رسم صور جميلة فإن جمال روحي سيتجلى ومحدوديتي البدنية لن تبقى لها أهمية". هذا وهم نافع، إنه قناعة، ولهذا يصعب قياسه بطرق مباشرة، لكن يمكن فهمه ظاهريا.

وأضاف أدلر أن رغبة التعويض يمكن أن تغدو اندفاعا مفرطا وظاهرا في الجانب الضار من الحياة مثل "ابتغاء القوة" (Hjertaas, Trevor. 2006. p380) :
"حيثما يشتد الشعور بالقصور إلى درجة إيمان الطفل بأنه لن يتمكن من تعويض ضعفه أبدا ، فإن الخطر يبرز ذلك في سعيه نحو فيق التعويض ، سيتحرى قلب الموازين . قد يغدو ابتغاء القوة و السيطرة مبالغين و شديدين إلى حد اعتبارهما مرضيين . علاقات الحياة اليومية لن ترضي مثل هذا الطفل تحركاتهم - المكيفة تماما على الهدف الغائي - ينبغي أن تجلب لهم بعض الالتفات من الغير . إنهم يسعون إلى تأمين وضعيتهم في الحياة بمجهودات خارقة للعادة ، مع تسرع أكبر و قلة صبر ، و مزيد من الاندفاعات القوية ، دون مراعاة لأي شخص آخر ... إنهم في مواجهة العالم و العالم في مواجهتهم " (Adler,A 1927. p15).

وأشار أدلر أن الأخصائي العيادي يمكن أن يستشف هذا السعي المبالغ نحو القوة في عدة ظروف نفسية مرضية: الجنوح والشخصية المضادة للمجتمع والظروف العصابية (منها

الفصل الرابع

منهاج العيش

القلق والاكنتئاب واضطرابات الشخصية) والذهان وإدمان الخمر والمخدرات. بعض المحاولات التعويضية قليلة النفع نجدها في بعض دراسات حالات قامت بها سيدلر (1947).

مهما يكن، إن شعر الفرد بأنه ذو علاقات طيبة مع الناس وشعر بالمساواة معهم (عبر الجهود التعويضية) فإن هذا الفرد سيجد حلا لصعوبات الحياة في الجانب المفيد منها. وآمن أدلر أن الطفل يمكن أن يشجع في اتجاه التعويض المفيد من خلال التدخلات النشطة من قبل الأولياء أو المعلم. إن ثمنوا ما قام به الطفل بصواب وعززوا قدرته على المثابرة والتعلم وزيادة الانجازات، ومن ثم تحسيسه بأنه ذو قدرات فإن هذا الطفل سيجد الشجاعة لتجاوز كافة العقبات. مثل هذه التفاعلات سميت لاحقا "بالمراآتية" و "آداء الوظيفة ذات-موضوع" من قبل هينز كهوت التي رأت أنها أساسية لنمو إحساس صحي بالذات.

أوضح أنسباخر وأنسباخر أن تفكير أدلر -خلال تطويره لمبدئه الدينامي حول التعويض عن قصور ذاتي- قد انطلق من التعويض عن قصور عضوي، ليمر إلى غريزة العدوانية، ثم إلى الاسترجال، ثم لاحقا انتقل إلى المظاهر المتنوعة لابتغاء السمو، ليختتم رحلته بابتغاء الكمال. هذه الاصطلاحات تتضمن فكرة السعي إلى تجاوز شعور بالنقص أو الافتقار. لذلك، يمكن النظر إلى فيق التعويض كمتغير لابتغاء الكمال. لم يكن أدلر يهتم - في البداية- بالتعويض عن القصور النفسي، بل انصب اهتمامه على تعويض قصور الأجهزة العضوية، وأن التطور في اهتمامه حدث بعد ثلاث سنوات. عند هذه المحطة، "الاتجاهات والآراء" أصبحت جوهر علم النفس الفردي. وبالتالي، فإن الفرد يعوض فقط ما يشعر شخصيا بأنه قاصر فيه (Hjertaas, Trevor. 2006. pp379-380).

تطوّر تفكير أدلر إلى هذه النقطة، مع بقاءه موازيا لصياغته الأصلية : "آلية المسعى التعويضي التي تسعى بها النفس إلى التخلص من مشاعر القصور المضنية تجد لها نظيرا في العالم العضوي. من المنفق عليه أن الأعضاء الأساسية للجسم تبدي نموا أكبر وآداء أنشط إذا ما تعرضت لتلف أو تعرضت وظيفتها للاضمحلال. بالمثل، تحت ضغط الشعور

الفصل الرابع

منهاج العيش

بالقصور والاعتقاد المضني بأن الفرد صغير وعاجز، نجد النفس تحاول بكل ما أوتيت من قوة لتسود على هذا [الشعور المضني بالقصور] (Adler,A. 1927. p15).

كما قال أدلر أيضا : "إن الأطفال ذوي قصور عضوي أو الضعاف أو الخرق أو المرضى أو متأخري النمو أو البشعين أو المشوهين أو الذين احتفظوا بأشكال السلوك الصبغانية، كلهم عرضة لإضمار مشاعر القصور من خلال علاقاتهم بالمحيط [مشاعرا قوية بالقصور، حسب الصيغة المعدلة]. يتقل هذا الشعور كواهلهم، وسيستهدفون تجاوزه بكل الوسائل" (Hjertaas, Trevor. 2006. p378).

2.2 أنواع التعويض :

يكشف موساك و مانياتشي (1999) أن الجهود التعويضية يمكن أن تتخذ مكانها مباشرة في المجال الذي يشعر فيه بالنقص، أو تكون غير مباشرة في مجال آخر، أو عبر فيق التعويض.

1.2.2 التعويض المباشر : عرف موساك و مانياتشي (1999) التعويض المباشر بأنه "التعويض ضمن المجال [الذي] ينطوي نمطيا على مواجهة العقبة حتى لو بدت تحديا عسيرا". على سبيل المثال : إن انكسرت ذراعي فإني أتعلم العمل بالجبرة، إن عميت أتعلم المشي بالعصا أو بكلب مدرب، وما شابه ذلك. وتشير النصوص غالبا إلى هيلن كيلر و تدي روزفلت و دموسثانث في هذا الصدد.

2.2.2 التعويض غير المباشر : عرفه موساك و مانياتشي (1999) بأنه "التعويض في مجال مغاير يستلزم العمل على تنمية مجال ما إذا كان الآخر منقوصا". على سبيل المثال، قد أكون ضعيفا في الدراسة لكنني باستطاعتي أن أصبح رياضيا ممتازا.

3.2.2 التعويض بالتهرب : أشارت سيدلر (1947) إلى أن بعض حالات التعويض غير المباشر قد تكون تهريا: "من المعقول افتراض أن الشخص الخجول أو الخواف أو المتردد لا يكيف نفسه على الإخفاقات بمواجهة الصعوبة، بل سيتقاضي المشكلة، ومن ثم سيندفع نحو حقل آخر لأجل التعويض الفائق. وهناك أفراد يعوضون عن القصورات البدنية بالذكاء أو

القدرة على التعبير الجيد أو إنجازات أخرى مماثلة" (Hjertaas, Trevor. 2006. p381).

3. ابتغاء السمو

إننا نكتشف في حدود خبرتنا أن الطفل -كالراشد- يملك دينامية تسوقه إلى فرض نفسه على كل الظروف. فالطبيعة الإنسانية لا تسمح بأي خضوع دائم، لقد انقلبت البشرية حتى على آلهتها. إن مشاعر البخس أو الحقرة أو الارتياح تولد دائما الرغبة في الارتفاع بغية الحصول على نوع من التعويض والإحساس بالكمال (ADLER,A. 1930c. p38).

الطفل -إن لم يكن شاذًا، أبلها مثلا- يجد نفسه تحت إكراه هذا النمو الصاعد الذي يحث الجسم والروح على النمو. الكفاح من أجل النجاح قد سطرته له الطبيعة: صغره وضعفه وعجزه عن إشباع حاجاته الفردية والإهمالات المتفاوتة الدرجة، كلها تعد محفزات حاسمة لنمو قوته. تحت ضغط وجوده المنقوص يبدع أشكال حياة جديدة وأحيانا أصيلة. هذه الألعاب -الموجهة دوما نحو هدف مستقبلي- هي علامات على قوته الإبداعية التي لا يمكن إطلاقا تفسيرها بمنعكسات شرطية. إنه يبني باستمرار لبناته في غياهب المستقبل، مدفوعا بضرورة التغلب. مفتونا بالـ "يجب عليك" -التي تطرحها عليه الحياة- ينساق خلف الرغبة المتنامية باستمرار في بلوغ هدف غائي أسمى من المصير الأرضي الذي قضي له (ADLER,A. 1933a. p64). إن الشعور بالقصور واللامن والنقص هو الذي يدفعنا لاتخاذ هدف في الحياة، وهو ما يساعد على تكوّنه (ADLER,A. 1927/1949. p65).

نستطيع إثبات أن بعض الخصوصيات لدى الأطفال تخون عمل القوى المحيطة التي تنمي بدواخلهم مشاعرا بالقصور والضعف والارتياح، فتمارس بدورها فعلا تحفيزيا على كافة حياتهم النفسية، ولا يبقى لديهم حينها سوى هذا الهدف في أذهانهم: التحرر من هذا الوضع وبلوغ مستوى أعلى والوصول إلى شعور بالمساواة. يتخذ الطفل هدفا يتعالى كلما اشتد شغفه

الفصل الرابع

منهاج العيش

بالسمو، ويسعى إلى إثبات قوته بنفسه بوسائل تفوق غالبا حدود الإمكانيات البشرية (ADLER,A. 1930c. p38).

منذ السنين الأولى للطفولة تظهر الرغبة في احتلال المراتب الأولى وجلب اهتمام الأولياء. هذه تمثل الدلالات الأولى لهذه الدافعية المفتوحة -نحو التقدير والرفعة- التي تنمو تحت تأثير الشعور بالقصور وتحمل الطفل على تحدد هدف يظهره ساميا في وسطه المحيط (ADLER.A,1927/1949,pp65-66). إن الموروث الجسماني والنفساني للطفل -المعبر عنه في الإمكانيات- لا يكتسب قيمة إلا إذا كان مستغلا وقابلا للاستغلال في تحقيق الهدف الغائي. كل ما نجده لاحقا في نمو الفرد قد نشأ عن استغلال المادة الموروثة، ويدين برقيته إلى القوة الإبداعية للطفل. هذا ما يبين الأهمية الفائقة للذخيرة التي تشكلها المادة الموروثة.

منذ تبنيه لفكرة هدف السمو لم تتغير أطروحة أدلر في وصفه للقوة الدينامية الحاكمة وهي الشخص من القصور نحو السمو، من الأسفل نحو الأعلى. غير أن معنى السمو-أو الأعلى أو نقطة الهدف الخصوصي- عرف تغيرا كبيرا. في البداية كان الأعلى هو الرجولة والقوة وتقدير الذات، كل هذه الأهداف عبر عنها في مصطلحات خاصة للفرد. في تلك الحقبة المبكرة كان أدلر طبيبا نفسانيا يكتب بمصطلحات العميل العصابي، وكان العصابي هو المشار إليه على أنه يشخص نحو إعلاء تقدير ذاته أو الحفاظ عليه. وعندما عمم أدلر انطلاقا من العصابي، وصف الفرد السوي على أنه يسلك نفس الدرب لكن بوضوح ودرجة أقلين؛ كان العصابي إطاره المرجعي ومعيار المقارنة إن صح القول.

لاحقا أصبح الأعلى -عند أدلر- يعني الكمال أو العصمة أو الغلبة. هذه الأهداف لم تعد تعبر كليا بمصطلحات الذات بل يمكن أن تطبق على المواضيع الخارجية كذلك. إن الغلبة تستند على الحواجز الدخانية وتستند عادة على الخارجية في نفس الوقت. والعصمة عادة ما تستند إلى عقبة والكمال إلى إنجاز أو منتج. عندما انتقل أدلر إلى هذه المصطلحات لم تعد مرجعيته العصابي بل الإنسان عموما: "الفرد السليم النفس". وعندما

عمّم حينها فقد انطلق من السوي نحو الشاذ؛ الشاذ كذلك يشخص نحو الكمال رغم أن هذا يصعب التعرف عليه (-ANSBACHER,H.L& ANSBACHER,R. 1956. pp101-102).

قد يسأل سائل: ما سر هذا التغيير في المرجعية من الشاذ إلى السوي؟

نقول أن أدلر رسم مرجعيته -في البداية- انطلاقاً من متعاليه العصائبيين. ويتمعنه في الأشخاص الأسوياء اعتقد أنهم لا بد أن يكونوا كأولئك مع فارق في الدرجة، بحيث يبدي الفرد السوي حدة وتعنتاً أقلين لهدف السمو واستعجالاً أقل لبلوغه عما لدى الشاذ. والتحفز الكبير لدى العصابي ينبع من شعوره الكبير بالقصور.

طور أدلر معياراً للسواء -طيلة الفترة بين (1920 - 1930)- عندما أعاد صياغة نظريته الحافزية بمصطلحات السواء. وأصبح مفهوم "النزعة الاجتماعية" معياره الشامل. الفرد السوي المثالي هو من يمتلك قدراً مثالياً من النزوع الاجتماعي. إن العصابي ينشغل أكثر بتقدير ذاته متخذاً هدفاً شخصياً للتفوق، في حين يكون الفرد السوي -بفضل نزعته الاجتماعية الهائلة- أكثر انشغالاً بإحراز الرضا عبر التغلب بصورة حسنة على العقبات التي تعتبر كذلك من قبل الآخرين. إن هدفه في السمو يتضمن مصلحة الغير. هكذا أصبح الاختلاف الحافزي بين السوي والشاذ كفيلاً أكثر منه كمياً. فبينما يتحفز الشاذ في وجهة بحث خاص وتمركز حول الذات، يتحفز السوي في وجهة الحس الجماعي لأنه متمركز حول العقبة في سعيه (ANSBACHER,H.L&ANSBACHER,R. 1956. pp101).

في توجيه اتخاذ الهدف السامي تتدخل درجة النزوع الاجتماعي أو النزعة الإنسانية. لا يمكن تثمين الطفل أو البالغ إلا من خلال المقارنة بين نزعته الإنسانية وحصّة دافعيته نحو الاقتدار والسمو على الغير. يجب أن يفصل الهدف بحيث يتيح تحصيله لصاحبه فرصة الشعور بالسمو وتتسم شخصيته بالرزانة التي تظهر الحياة جديرة بأن تُحيا. هذا الهدف هو أيضاً ما يمنح قيمة للانطباعات ويوجه ويؤثر في الإدراكات ويعطي شكلاً للتصورات ويسير القوة المبدعة -التي تخلق تصوراتنا- ويصوغ ذكرياتنا أو يقصّيها بالنسيان.

الفصل الرابع

منهاج العيش

عن طريق وهم -بنوع من القوة المبدعة الحقيقية- نتعلق بنقطة منخرسة لا تتواجد على أرض الواقع تماما كما نعمل عندما نقسم الأرض بخطوط وهمية لكننا نأخذها كمسلمات. في كل حالات الأوهام النفسانية نحن أمام ظواهر من النوع الآتي: نحن نضع نقطة ثابتة. رغم أن فحصا أكثر تدقيقا يقنعنا بأن هذه النقطة عديمة الوجود إلا أننا ننتهج هذا النهج لكي يتوفر لدينا توجه في فوضى الحياة فقط، لكي نتمكن من إجراء حساب ما. وكل شيء -بدء بالانطباع- يتحول لدينا إلى ميدان قابل للحساب يسهل علينا التصرف، وهذه هي فائدة وضع هدف ثابت عندما نقيم حياة نفس إنسانية ما (-ADLER,A. 1927/1949. pp66-67).

يجدر بنا -الآن- التساؤل الآتي: هل يمكن أن يستثمر السعي نحو القوة بطريقة نافعة؟

نقول: هذا ممكن جدا وصعب جدا في آن واحد. صعوبته -حسب أدلر- تأتي من كون الفترة التي يظهر فيها هذا الميل يعسر أثناءها التفاهم مع الطفل. كما أن الأطفال لا يفصحون بصراحة عن هذه الدافعية بل يسترونها ويشغّلونها في سرّية، مقتنعين إياها بالنية الحسنة والمشاعر الدافئة ويتحاشون بحشمة أن يفاجؤوا متلبسين. ليس إلا لاحقا يمكن الإيضاح والتدخل في النمو المشوب لتسويته. بيد أن التواجد رفقة الطفل يوفر إمكانية الفعل في هذا الاتجاه إذا عملنا على تنمية النزعة الإنسية الحاضرة في نفس كل طفل بحيث لا تسيطر عليها الدافعية نحو القوة.

إن التعطش المستبد إلى القوة -الذي لا يعترض ويجتهد في التضاعف- يخلق اضطرابا في النمو النفساني الطفلي، بحيث إن تفاقمت إرادة إحراز الأمن والقوة فإنها يمكن أن تحط من الشجاعة إلى حضيض الوقاحة ومن الطاعة إلى المداراة ومن الحنان إلى حيلة موجهة نحو تحقيق تنازل الآخرين والحصول على طاعتهم وخضوعهم. كل سمات الطبع قابلة بالتالي لأن تضم إلى طبيعتها الصريحة المظهر مساهمة من قبل المطاردة الداهية لهدف السمو (ADLER,A. 1927/1949. pp66-67).

الفصل الرابع

منهاج العيش

إن هوى السمو مرتبط ببعض سمات الطبع البارزة. عندما تكون إرادة إثبات الذات قوية فإن عنصرا من الغيرة يظهر حتما. أطفال هذه الفئة يألفون بسهولة تمنى كل أنواع الشرور لخصومهم. إنهم قد لا يكتفون بهذه الأمنية بل يذهبون إلى غاية ظلمهم لمضايقتهم، وهذا ما يقودهم غالبا إلى العصاب. يمكن أن يبدأوا من حين إلى آخر سمات إجرامية حقيقية.

هذا الصنف من الأطفال يستطيع الوشاية وخيانة الأسرار الأمنية وحقر زميل ما بغية إعلاء قيمته الشخصية، خاصة عندما يحس أنه محل الأنظار. لا ينبغي على أحد التفوق عليه: سواء أسما هو أو انحط الآخر، فهو لا يكثر. عندما يقوى هوى القوة أكثر فإنه سوف يعبر عن نفسه في النية السيئة والبغضاء. هؤلاء الأطفال يبدأون دوما اتجاه كفاحيا وروح تحد ينكشفان في هيئتهم الخارجية: في بريق أعينهم وفي انفجاراتهم الغضبية الفجائية وفي تلهفهم على محاربة أعداء خياليين. بالنسبة لهؤلاء الأطفال، موقف الاختبار جد شاق عليهم لأنه وسيلة سهلة لكشف ضالة قيمتهم المحتملة.

يظهر هوى السمو كذلك في الألعاب، بمنعه الطفل مثلا أن يلعب دور الحصان عندما يكون آخرون فرسانا. سيرغب هذا الطفل دوما في الحُطي بهذا الدور ويحاول دوما القيادة والتسيير. فإن كانت خبرته الماضية تمنعه من أداء هذا الدور فسيكتفي بعرقلة لعب الآخرين. وإن قلّصت الإخفاقات الكثيرة شجاعة هذا الطفل فإن طريق طموحه سوف يعترض وكل موقف جديد سيجعله يولّي أدباره عوض تحفيزه على التقدم إلى الأمام. أما الأطفال الطموحون الذين لم يفقدوا شجاعتهم بعد فسيبدأون استعدادات للألعاب التنافسية بشتى أنواعها، وفي حالة الإخفاق سيبدأون ذهولا.

إن شدة ووجهة هوى إثبات الذات يمكن أن تستخلصا من اختياراتهم : الألعاب والحكايات والشخصيات التاريخية... إلخ. لدى البالغين نجد غالبا شخصية نابليون تظهر ملائمة تماما لأن تكون نموذجا للأفراد المعجبين بأنفسهم. ظهور جنون العظمة في الأحلام هو دوما علامة شعور قوي بالقصور، إنه بالفعل يحفز الأشخاص المحبطين على السعي

الفصل الرابع

منهاج العيش

إلى الإشباع والسكر في مشاعر غريبة عن الواقع. ويحدث غالبا أن نجد نفس العرض في الأحلام الليلية (ADLER,A. 1930c. pp39-40).

لقد رأينا أن الأطفال يكافحون لأجل النمو. ويجب على الولي أو المربي توجيه هذا الكفاح في وجهة خصبة ومفيدة من جهة، ومن جهة أخرى السهر على ضمان السلامة العقلية النفسية والسعادة دون عصاب أو اختلال ... إجمالا، لا بد أن يتواجد بين الفعل ومنطق الواقع نقطة التقاء تبين إن كان الإنجاز ذا رابطة مع حاجة الجماعة. إن التركيبية الكونية للأشياء تستخدم سلم قيم، وعاجلا أو آجلا سيظهر تعارض أو اتفاق بين الفعل المراد تقييمه. هذه المرجعية، ولحسن الحظ أننا في الحياة اليومية لا نواجه غالبا موقفا يقتضي تقنية معقدة للموازنة (ADLER,A. 1930c. pp57-58).

لو تأملنا الوجهات المختلفة التي يسلكها الأطفال في كفاحهم من أجل النمو ستظهر اختلافات يمكن تقسيمها إلى عدة فئات، يستحيل تصنيفها بصفة دقيقة لأنها غير محدودة. هي تتحدد مسبقا بدرجة ثقة الأطفال بأنفسهم؛ أولئك الذين لم يتأخر نموهم يصبّون نضالهم في قنوات مفيدة وسيحاولون استرضاء معلمهم والتظاهر بالأدب ومتابعة تلميذ عادي، لكننا نعلم حسب خبرتنا أنهم لا ينتمون إلى الأغلبية. وآخرون يودون التفوق على أصحابهم ويبدون في سبيل ذلك حماسة مشبوهة. في هذا الصنف من الكفاح لا تولى غالبا أهمية كبرى لهذا الطموح المبالغ، لأننا ألفنا اعتبارها فضيلة وتحفيز الطفل على مواصلة جده.

على العموم، هذا غلط لأن هذا الطفل سيعاني عندما تدفع هذه الروح إلى أقصاها. إن الطموح المبالغ يولد توترا لا يتحملة الطفل إلا لفترة ما ثم تبرز إشارات تدل على ضخامة الجهد. أحيانا يمكن للطفل أن يقضي كثيرا من وقته في المنزل مع كتبه في حين أن نشاطاته الأخرى تعاني. إنه يتجنب المسائل الأخرى فقط لأنه يتوق بشدة لأن يكون متصدر قسمه. هذا الحل لا يبدو لنا مرضيا كليا، لأنه لا يدع الطفل يتفتح إطلاقا سواء على المستوى النفساني أو الجسماني (ADLER,A. 1930c. pp41-42).

الفصل الرابع

منهاج العيش

بتنظيم حياته على أساس التفوق على كل الآخرين، فإن الطفل لم يختَر الطريقة الملائمة لنمو طبيعي. ستأتي اللحظة التي نقول له فيها بعدم قضاء كل هذا الوقت مع الكتب وإنما يتوجب استنشاق الهواء واللعب مع الخلان والانشغال بشيء آخر. كالحالة الآنفة، هذا الصنف من الأطفال لا ينتمي إلى الغالبية، إلا أنه شائع الظهور .

إن الأطفال المفرطي الطموح لا يهتمون إلا بالنتيجة النهائية: الاعتراف بنجاحهم. النجاح في حد ذاته لا يرضيهم إذا لم يؤخذ في الاعتبار. نعلم أن في غالب الأحيان يُستحسن أن يحافظ الطفل على اتزانه النفساني أمام العقبات أكثر من محاولة السيطرة عليها كلها دفعة واحدة، لكن الطفل الذي اندفع في هذه الوجهة الطموحة لا يعلم ذلك ويظن استحالة العيش دون إعجاب الآخرين. يقع الأطفال الجد طموحين في وضعية مكروهة، لأننا ألفنا الحكم عليهم من خلال نجاحاتهم وليس من خلال التحضير الذي تلقوه لمواجهة العقبات والتغلب عليها. في حضارتنا المعاصرة، نحن أكثر اهتماما بالنجاح البارز أكثر من التربية الرشيدة، رغم أننا نعلم أن النتيجة المحصلة بدون عرق هي نتيجة عابرة.

لا يجدي -إذن- تحريض الطفل على الطموح بل الأجدر بنا تدريبه على الشجاعة والكياسة والثقة بالنفس والاعتقاد أن إخفاقا ما لا ينبغي أن يثبط شجاعته بل يجب التكفل به كمسألة جديدة. بعض الأطفال يبدوون التعبير عن نضالهم بهذا الشكل، لكنهم يتخلون عنه بعد حين، لأنه يبدو لهم مستحيلا، فطفل ما قد تقدم عليهم كثيرا. بعض المعلمين يعامل التلاميذ الذين لا يبدوون طموحا مقبولا بقسوة ويعطونهم نقاطا ضعيفة بغية إفاقتهم. أحيانا ينجح هذا الأسلوب لأن الطفل ما زال يحتفظ ببعض الشجاعة، لكن لا ينبغي أن يُعتاد استعمالها. إن الأطفال القريبين من المشارف الخطيرة للمشوار الدراسي يضطربون كليا، وهذا النوع من المعاملة يصيرهم أغبياء ظاهريا.

على العكس الأطفال المعاملون بطيبة وعناية وتفهم يدهشوننا بذكائهم وقدراتهم اللذان لا يقبلان للطعن (ADLER,A.1930c.pp42-47). صحيح أن الأطفال الذين يتحولون بهذه الصفة يبدوون من جهتهم طموحا لأنهم يخشون السقوط مجددا في الوضعية السابقة. فلا

يزال أمام أعينهم أسلوب حياتهم القديم وإخفاقاتهم الماضية، الذين يعملون كإشارات إنذار ويدفعونهم باستمرار نحو الأمام. ولاحقا يتصرف كثير منهم كأنه يسكنه جان، منشغلا ليلا نهارا، معانيا من العياء الذهني، ظانا أن جهوده غير كافية (ADLER,A.1930c. p47).

إن درجة فعالية الشعور بالأمن والقصور تتبع أساسا للقدرة التفهيمية للطفل. أكيد أن الدرجة الموضوعية مهمة ويشعر بها الفرد، لكن لا يمكن أن ننتظر من الطفل أن يحصل على تقييمات دقيقة، ولا حتى من طرف البالغ أيضا. تخلق هنا صعوبات هائلة. طفل ما كبر في ظروف معقدة جدا فإن الغلط في تقدير درجة قصوره ولا أمنه يستحيل تفاديه تقريبا. هذا تقريبا طبيعي جدا. غير أن طفلا آخر يمكن أن يقيم وضعيته بصفة أحسن.

إجمالا، يأخذ دوما في الحسبان شعور الطفل الذي يتأرجح يوما بيوم إلى أن يجد نفسه أخيرا قد تعزز وتمتّن -بطريقة أو بأخرى- ليظهر في صورة "تقدير الذات"؛ هكذا يتحقق المنفذ -التعويض- الذي يبحث عنه الطفل لشعوره بالقصور ويتحرر اتخاذ الهدف بصفة مترابطة.

1.3 عقدة السمو :

هنا نطرح السؤال التالي: أين يكون الميل إلى النجاح والنصر في حالة عقدة القصور؟ هذا السؤال قد وجد جوابه: إن الميل إلى السمو يرمي الفرد بعيدا عن منطقة الخطر، حالما يتهده فشل بفعل نقص نزعته الاجتماعية، وهذا ما يظهر في حفاظه على وضعية الفرد فوق خط التقاعد أمام المسألة الاجتماعية أو في دفعه إلى اللف والدوران حوله. متمسكا بالمقابلة "نعم- لكن" التي تفرض عليه رأيا، يأخذ الـ "لكن" في الاعتبار الأكثر ويحتفظ بتركيزه على الانشغال فقط -أو تقريبا- بآثار حالته الصدمية. إن الأمر يتعلق بفرد -مجرد من النزوع الاجتماعي منذ طفولته- انشغل فقط تقريبا بشخصه وبنعيمه ونقمته.

حتى حيثما يعاني الأفراد -مثلما في العصاب- فهم منشغلون أكثر بوضعيتهم المصلحية (أي بمعاناتهم) ولا يفهمون كيف أدى سبيل معاناتهم إلى تحررهم من واجباتهم

تجاه الحياة. كلما ازدادت المعاناة كلما قلّ اضطرابهم وطال بقاؤهم جاهلين بالاتجاه الحقيقي للحياة.

إن عقدة القصور تبدو في أغلب الأحيان مرتسمة بوضوح في اتجاه وسمات الطبع ورأي الفرد المقتنع بمواهبه وقدراته الخاصة الفائقة للمعدل المتوسط للبشر (ADLER,A. 1933a, pp72-77). أما " عقدة سمو " فيمكن أن تظهر عن طريق المقتضيات المبالغة المفروضة على الذات وتجاه الآخرين: عُجب فيما يخص المظهر الخارجي سواء مَيّز هذا أو أهمل، واللباس الغريب، والطريقة الجد مسترجلة لدى النسوة والجد مستأنثة لدى الرجال؛ الغطرسة والجياشة العاطفية والتبجح والتصرفات المستبدة والميل إلى التحقير، والتشخص بالأبطال؛ الميل إلى الارتباط بالشخصيات المهمة أو قيادة الضعفاء والمرضى والأشخاص الأقل أهمية، وتضخيم الميزات الخاصة والتعسف في استغلال أفكار راقية وتيارات فكرية تستخدم في تحقير الآخرين؛ كل هذا يمكن أن ينبه ويكشف عن عقدة سمو .

نفس الشيء بالنسبة للمبالغات الوجدانية مثل الغضب والرغبة في الانتقام والحزن والحمية والقهقهة المعتادة والنظر المتحاشي وعدم الانتباه إلى المحادثة وانحراف الفرد عن هذه نحو ذاته، والحمية المعتادة في المناسبات التافهة غالباً؛ كلهم يعربون عن شعور بالقصور يحمل إلى عقدة سمو. كذلك التقبلات الساذجة والإيمان بالقدرات التأثيرية السحرية ونحوها والمواهب الشعوذية يوظفون الاشتباه في وجود عقدة سمو. وفي حالة التثبيت الدقيق من هذه الدقائق، لا يجب أن ننسى لا معصومية البشر التي تجعل الخصال النبيلة والثرينة يمكن أن تخور أمام ضلالة عقدة سمو (ADLER,A. 1933a. pp76-77).

4. الهدف الغائي:

نحن نقرر "معنى الحياة" بالنسبة إلينا خلال السنين الخمس الأولى من وجودنا على الأرض. هذه ليس حقيقة مجردة مثل الحسابات الرياضية، إلا أن محاولات التحسس الدائم

في الظلام واختبار مشاعر جديدة لا نستطيع فهمها تماما ومحاولة فهم تلميحات الآخرين وشرحها بطريقة مناسبة لنا، كل هذا يؤدي إلى التعريف الفريد الخاص بنا لـ"معنى الحياة" (أدler ألفرد. 2005/1931. ص ص 88-89).

ففي إطار بحثه عن التعويض عن قصور فعلي أو مشعور، يسعى الطفل إلى اكتساب وجهة نظر تمكنه من إدراك المسافات التي تفصله عن المسائل الأساسية للحياة. ولأن الطفل يجد وجهة النظر هذه في تحقير قيمة نفسه، فإن وجدانه يشرع في اختلاق أفكار جديدة بمساعدته على بلوغ الأهداف التي يتوق إليها. وبغية التمكن من التصرف والتوجه يستخدم الطفل مخطوطا عاما يماثل ميل الروح الإنسانية إلى استعمال أوهام وفروض لتأطير وضبط كل ما في الدنيا من فوضى وصفاء وغموض، مثل ما نقوم به نحن عندما نقسم الكرة الأرضية إلى خطوط طول ودوائر عرض: هذه -في الحقيقة- هي وسيلتنا الوحيدة لتحديد نقاط ثابتة والربط بينها. في كل هذه الانتهاجات -والله يعلم إن كانت واسعة الاستعمال من قبل الانسان- يتم إدخال مخطوط مجرد وخيالي على حياة ملموسة وحقيقية. والحس الإنساني السليم -بموجب قدرته الحدسية والتجريدية- يستحوذ على الأهداف ويتخذها كنقاط ثابتة ويؤولها تأويلا حساسا (ADLER, Alfred. 1912. p44).

بطريقة مشابهة نحن نقرر ماهية وطبيعة "هدف التفوق". إنه دافع قوي وميل شديد للحركة يستمر طوال حياة الفرد. وعادة ما يكون الفرد غير واع تمام الوعي بهدفه في تحقيق وإثبات "التفوق"، فهو يكون غير قادر على وصف وتعريف هدفه هذا. هو يعرف أهدافه الوظيفية ولكنه لا يعرف هدفه الغائي؛ وحتى إذا كان الهدف الغائي محددًا بوضوح فإن هناك آلاف الطرق المؤدية لتحقيق هذا الهدف الغائي (أدler ألفرد. 2005/1931. ص 89). إن الهدف القائم على أن يكون صاحبه كبيرا وقويا وأن يكون رجلا، يمثله شخص الأب والأم والمعلم والفارس وسائق القطار... إلخ. من جهة أخرى، سيرة الأطفال واتجاهاتهم وحركاتهم التي يتقصدون بها أحد أولئك الأشخاص وكذا ألعابهم ورغباتهم وأحلامهم

الفصل الرابع

منهاج العيش

وقصصهم وأفكارهم حول مهنتهم المستقبلية، كل هذه تبيّن أن قوى التعويض انطلق نشاطها في إبداع عُدّة لأجل الدور المستقبلي (ADLER, Alfred. 1912. pp44-45).

هكذا يتضح أن مهما اختلفت قدرات واهتمامات الأشخاص فإن سلوكهم هو الذي يشير بوضوح إلى حقيقة أهدافهم الغائية. عندما يكون الهدف محددا بوضوح فإن إمكانيات الفرد الكامنة تكون محكومة بهذا الهدف ومناسبة له تماما. لكن الهدف المرحلي -البدائي- سيحاول دائما تغيير حدود هذه الإمكانيات الكامنة ليناسب التعريف الذي أعطاه ذلك الفرد لـ"معنى الحياة" وهدفه الغائي في تحقيق وإثبات التفوق. لهذا سيكون علينا دائما أن ننظر إلى ما هو تحت السطح. ربما يغير الفرد الطريقة التي حدد بها هدفه تماما مثلما يغير أحد المظاهر الخارجية لهدفه المعلن، وبالتحديد وظيفته في المثال السابق. وبالتالي علينا فحص الوعي الكامن لهذا الفرد -اللاوعي- وما يحاول إخفائه. على سبيل المثال، إذا أخذنا مثلا غير منتظم (لا تتساوى أضلاعه) ووضعناه في أوضاع مختلفة تظهر عدم انتظامه، فإن كل وضع سوف يعطينا مثلا مختلفا عن الوضعين الآخرين، لكننا نعرف بالتأكيد أن المثلث هو نفسه ولم يتغير. هذا هو حال الهدف المرحلي -البدائي- فهو ثابت لا يتغير وما يتغير هو وضع هذا الهدف المرحلي. وبعبارة أخرى، إن مكونات الهدف المرحلي لم يتم التعبير عنها بطريقة كاملة من خلال أي من أوجه السلوك، ولكننا نتعرف على الهدف المرحلي من خلال جميع الأوضاع التي يتخذها.

لا يجوز إخبار فرد ما بأن سعيه لتحقيق "التفوق" يمكن بلوغه لو أنه قام بهذا الفعل أو ذاك طبيعيا، لأن السعي لتحقيق التفوق مسألة مرنة، وكلما كان الفرد طبيعيا وفي حالة صحية جيدة فسيتمكن من إيجاد طرق جديدة ومختلفة للسعي نحو هدفه في تحقيق "التفوق" كلما وجد أحد الطرق مسدودا. لكن العصائبيين يركزون أنظارهم على الهدف ويقولون: "أنا أريد هذا .. ولن أقبل بديلا منه" (أدler ألفرد. 2005/1931. ص ص 90-91).

سليما كان أو عصائبيا، يجد المرء نفسه في كل مرحلة من مراحل نموه النفساني متعلقا بحلقات مخطوطه: العصائبي -الذي أدار ظهره للواقع- لم يعد يؤمن إلا بوهمه، والإنسان

الفصل الرابع

منهاج العيش

السليم لا يستخدم الوهم إلا لبلوغ هدف واقعي. إن محتوى هذا المخطوط يختلف من طفل إلى آخر، وغالبا ما يتبع رتبة ميلاده داخل نفس العائلة. يصبح البحث عن موقع حصين ومركزي مسألة غير قابلة للحل بالنسبة للبعض، لكن ما يدفع في كل الحالات بحزم إلى استعمال المخطوط هو اللأمن الذي يميز الطفل والمسافة الكبيرة التي تفصل الطفل عن الرجل بقوّته ومقامه الرفيع وامتيازه اللذين يحدسهم الطفل ويتيقن منهم (ADLER,Alfred. 1912. pp44-45).

إن هناك عاملا مشتركا بين جميع الأهداف التي تسعى لتحقيق "التفوق" ألا وهو السعي للوصول إلى حالة ما يشبه الإله الخالق، حتى إننا نجد بعض الأطفال الذين يعبرون عن هذا السعي بطريقة واضحة عندما يقولون: "أنا أرغب في أن أكون إلهًا". والكثير من الفلاسفة تملكهم الفكرة نفسها، وبعض المعلمين يرغبون في تدريب وتعليم الأطفال حتى يصبحوا شيئا للإله. وفي العقائد القديمة يمكننا أن نرى الهدف نفسه بوضوح، فالمؤمنون بهذه العقائد يحاولون تدريب وتعليم أنفسهم للوصول إلى درجة تجعل منهم أشباه الإله. هذا المفهوم يظهر أيضا -بصورة أكثر تواضعا- في فكرة "الرجل المتفوق". ولعل من الأمور التي تدعو إلى التأمل في ما حدث لنيتشه، فعندما أصابه الجنون قام بإرسال خطاب إلى "ستريندبرغ" ووقعه باسم: "المصلوب". إن الشخص المجنون يعبر بصراحة عن هدفه في إحراز التفوق بالوصول إلى حالة "شبه الإله" عندما يقول: "أنا نابليون" أو "أنا إمبراطور الصين". إنه يعبر عن رغبته في أن يكون مركزا لاهتمام العالم كله ومحور تفكيره، أن يكون على اتصال بالعالم أجمع بحيث يستطيع سماع جميع المحادثات ومعرفة كل ما يحدث، إنه يرغب في الحصول على قدرة التنبؤ بالغيب وامتلاك قوى غير طبيعية (أدler ألفرد. 2005/1931. ص91).

وربما يمكن رؤية ذلك الهدف بوضوح عندما يعبر الكثير عن رغبتهم في معرفة كل شيء، وفي الاستحواذ على مصادر الحكمة اللامنتهية، أو في الرغبة لأن تمتد وتطول حياتنا إلى الأبد، سواء كانت حياتنا على الأرض أو أن نتخيل عودتنا للحياة على الأرض

الفصل الرابع

منهاج العيش

مرات عديدة عن طريق تناسخ الأرواح، أو عن طريق الإيمان بخلودنا في العالم الآخر؛ إن كل هذه التوقعات مبنية كلها على رغبة في الوصول إلى حالة "شبه الإله". في التعاليم الدينية الرب وحده هو الكائن الخالد.. وحتى من لا يؤمن بوجود الله يرغب في غزو فكرة الألوهية، وفي أن يصبح مساويا أو أعلى من الإله مرتبة إذا كان هذا ممكنا. ويمكننا اعتبار هذا هدفا غير معتاد في قوته لتحقيق التفوق (ADLER,Alfred. 1912. pp44-45).

متى ما حدد الشخص هدفه في إحراز التفوق فإن كل أفعاله تكون متسقة مع هذا الهدف فلا يكون هناك أي أخطاء في منهاج عيشه. كل عادات وسلوك هذا الفرد مناسبة تماما للوصول إلى هدفه المعلن. إن منهاج عيش جميع المجرمين والعصابيين ومدمني الخمر والأطفال الصعاب والشاذين جنسيا تعكس السلوك المناسب الذي يمكنهم -حسب اعتقادهم- من إحراز التفوق. ومن غير الممكن نقد سلوكهم ذاته، فهو السلوك الذي يجب عليهم الأخذ به لإحراز هدفهم في التفوق (أدلر ألفرد. 2005/1931. ص92).

الانتباه والشك والحذر وكافة سمات الطبع الأخرى وكل العدد النفسانية والجسمانية، بل-قبل كل شيء- تقدير كل ما عاناه الفرد والحكم الذي يصدره عن كافة وقائع حياته الدخالية، كل ذلك خاضع إلى الهدف الغائي للسمو، وإن كانت هذه الظواهر كلها تحمل في طبيعتها وتكشف للعارف دينامية بموجبها تشخص من الأسفل نحو الأعلى.

إن إثارة كل خطوط هذه القوى وتثبيت الهدف الغائي البعيد وطريقة التصرف تجاه السمات المنحطة، التي يفضل ظهورها في مناسبات ثانوية لأجل التمكن من محاربتها بفعالية أكبر عبر الاسترجال في المناسبات الهامة والرئيسية. كل ذلك يعتبر فعل عاملٍ مطابقٍ للذي يحدث التعويضات العضوية: إنه الميل إلى الاتزان، الميل الذي يظهر في المحاولات الدؤوبة لسد ثغرات القصور الوظيفي بمضاعفة النشاط. أما في الحياة النفسانية: فإنه الميل إلى الأمن، هذا الذي بموجبه يجعل الفرد من ابتغائه القوة والرجولة الموضوع الرئيسي والشغل الجوهري لحياته، هروبا من شعوره باللامن (ADLER,Alfred. 1912. pp47-48).

الفصل الرابع

منهاج العيش

كانت المشاكل تعالج من خلال أعراضها فقط، وعلم النفس الفردي يعارض تماما هذا الأسلوب في كل من الطب والتعليم. عندما يتخلف الأطفال في مادة مثل الحساب فإنه من غير المفيد أن نركز انتباهنا على هذا الجانب وحده. ربما يكون هدف الأطفال هو محاولة مضايقة المعلم للحصول على المزيد من وقته واهتمامه كما في المثال السابق، أو الهروب والتخلص من المدرسة نهائيا إذا ما تم فصلهم. ولو أننا حاولنا منعهم من استخدام طريقة ما فإنهم سيجدون طريقة أخرى للوصول إلى هدفهم. وسنرى الشيء نفسه مع الأشخاص البالغين الذين يعانون من العصاب.

كل الأشخاص الذين يعانون من الأمراض العصبية، ليس الخطأ في الوسائل التي اختاروها إنما الخطأ يكمن في هدفهم المعلن، وهو ما علينا أن نحاول تحسينه إذا ما أردنا علاج المشكلة من جذورها. عندما نغير الهدف فإن عاداتهم النفسية ومواقفهم القديمة سوف تتغير بالتبعية، وسوف يكتسبون عادات نفسية ومواقف جديدة تتناسب مع هدفهم الجديد (أدler ألفرد. 2005/1931. ص ص 93-96).

إن السعي الحثيث لتحقيق السمو هو الذي يحفز كل البشر، وهو المصدر لكل مساهمة نقوم بها لترقية الحضارة. كل حياتنا كبشر تنشأ من مثل تلك الأفعال من أولها إلى آخرها، ومن السالب إلى الموجب، ومن الهزيمة إلى النصر. إن الأفراد الذين يتمكنون من التحكم الحقيقي في مشاكل الحياة هم وحدهم الذين يظهرون - في سعيهم الحثيث نحو السمو - القدرة على المساهمة في تحسين حياة باقي أفراد المجتمع. لو أننا عالجننا مثل هؤلاء الأشخاص بهذه الطريقة، فإننا سنجد أنه من السهل إقناعهم بأن كل ما يعتبره البشر ناجحا وذو قيمة هو ما تأسس في الأصل على التكافل، هذه هي البديهية الكونية للجنس البشري. إن كل ما نبحث عنه في السلوك والمثاليات والأهداف والأفعال وخصائص الشخصية هو أن تكون كل هذه الأمور قادرة على خدمة هدف التكافل بين البشر (أدler ألفرد. 2005/1931. ص ص 101-103).

5. النزعة الاجتماعية:

1.5 ماهية النزعة الاجتماعية :

عرف مفهوم النزعة الاجتماعية الأدلري تأويلات متعددة من قبل مختلف الأشخاص. هذا المفهوم معقد جدا ذو تشعبات عديدة صعبت من مهمة وضع تعريف عملي له. كتب أدلر في كتابه "مشكلات عصابية" (كتاب "العصاب" - في النسخة العربية) أن الفرد ذي النزعة الاجتماعية "يشعر أنه في داره في الدنيا ويشعر أن وجوده يستحق العناء بمقدار ما هو مفيد للآخرين، ويقدر ما يتخطى مشاعر القصور المشتركة بدلا من مشاعر قصوره الفردي". وعرض أدلر النزعة الاجتماعية بلغة مسقط رأسه الألمانية، وتبنى لها المقولة الانجليزية "النظر بعين الآخر، والسمع بأذن الآخر، والإحساس بقلب الآخر" (Bass . M.L et al. 2002. pp123-124). وعرفها تلامذته وأتباعه تعريفات شتى، فقد عرفها أنسباخر (1991) بأنها "الانشغال بانشغالات البشرية". وفي دراسته التجريبية حول النزعة الاجتماعية، قدم كرنيدال تعريفا إجرائيا لها على أنها "الانشغال والاهتمام بـ الآخرين" كشرط ضروري في القياس (1981) (Stasio & Capron. 1998/2006. p175).

وفي أبسط حد لها -حسب هانا- تعرف النزعة الاجتماعية بأنها " قدرة طبيعية على مطابقة الذات مع جماعة أعظم، وحتى مع الإنسانية برمتها، باعتبار كفاحات العديد لأن لا يكونوا سوى ذواتهم نفسها. هنا تشرع طبيعة والحدود بين الذات والآخر في المآل إلى الغموض. يقول أدلر أن "محدودية الذات" هي "ضغط اصطناعي" على الطفل طيلة فترة تربيته، وعن طريق الحالة الحالية لبنيتنا الاجتماعية تضلل القوة الإبداعية للطفل باتجاه "حدود الذات". إن جزء من العملية التي يتحرك بها الفرد لتخطي حدود ذاته تتضمن مطابقة الذات مع ذات أو ذوات أخرى. وقد لاحظ أدلر أن التعاطف هو المفتاح الذي يحدث من خلاله هذا التحول للذات. وصفه الشهير للتعاطف كان بعبارة "النظر بعين الآخر، والسماع

الفصل الرابع

منهاج العيش

بآذان الآخر، والإحساس بقلب الآخر" (Hanna.F.J. 1996. pp424-425). وأردف أدلر أن التعاطف هو جوهر النزعة الاجتماعية .

وأميل هاهنا إلى الأخذ أكثر بتوضيحات وآراء أنسباخر و أنسباخر لمفهوم "النزعة الاجتماعية". هما يعتبران أنها تشمل مشاعر الفرد تجاه الغير والذات، والجماعات، والحاضر تماما كالمستقبل، وهي تميل تجاه الغيبيات، والكون الذي تعيش فيه الجماعة البشرية. فالشعور الاجتماعي هو شعور وحالة سلبية للعقل، أما الانشغال فهو العملية الاندفاعية والسلوكية التي تمت من خلالها التصرفات (Bass.M.L et al 2002. p124).

وقد ميز فيها أنسباخر بين بعدين : "الموضوع" و "العملية". يشير بعد "الموضوع" إلى ماهية "الاجتماعي"، بينما ترتبط "العملية" بمعنى "النزعة" بالنسبة للسالف، أي نطاق التأويلات من الضيق إلى الأوسع. في أوسع معناها أو أرقى أشكالها، تتطوي النزعة الاجتماعية على موقف إيجابي ليس تجاه البشرية كلها فحسب، بل يمكن أن تتسع أيضا إلى الكون برمته. بالنظر إلى بعد "العملية" يبدو لـ كرنندال أن أدلر قصد ضم ثلاثية المفاهيم الكلاسيكية للطبيعة الإنسانية : التفكير والشعور والتصرف. (هذه المركبات -إضافة إلى اعتبارات أخرى- هي التي جعلتني أتبني اصطلاح النزعة الاجتماعية في تعريبي للمفهوم بين طيات هذا البحث). فيما يخص العمليات المعرفية، أكد أدلر على أهمية تنمية الفرد لفهم تعاطفي للآخرين، ونظر إلى النزعة الاجتماعية كعنصر أساسي للحس الجماعي.

يتضح جانب "النزعة" في النزعة الاجتماعية من خلال الإشارات الأدلرية الدائمة إلى المشاعر أي الموقف الإيجابي تجاه الآخرين والاعتناء برفاهيتهم وحديثه عن التعاطف الصادق كأنقى (أخلص) تعبير عن النزعة الاجتماعية. بالموازاة مع المشاعر، من الواضح في كتابات أدلر أن السلوك الصريح هو اختبار صارم لنزعة الشخص الاجتماعية، هذه الأخيرة تتضمن سلوكا موجها نحو المساهمة في رفاهية الجنس البشري (Crandall.J. 1975/1991. pp106-107).

وأوضح أنسباخر أن الجوانب المفتاحية للنزعة الاجتماعية تتضمن اهتماما حقيقيا برفاهية المجتمعات المستقبلية والإيمان بأن النزعة الاجتماعية لابد أن تنتشر (تزرع وتغشى) في حياتنا اليومية (Stasio & Capron, 1998/2006, pp174-175). وقد تحدث أنسباخر (1991) عن النزعة الاجتماعية كـ "ارتباط عام" مع الكائنات والأشياء. وذكر قول أدلر بأن "النزعة الاجتماعية هي في الواقع شعور كوني، هي انعكاس لانسجام كل الأشياء الكونية التي تعيش فينا ... والتي تعطينا القدرة على التعاطف مع الأشياء المتواجدة خارج أجسامنا" (Hanna.F.J. 1996. p425).

في الأخير تجب الإشارة إلى أحد أخطاء فهم اصطلاح النزعة الاجتماعية الذي نبه إليه أدلر واستبعده في قوله : "لا يتعلق الأمر بأي جماعة معاصرة أو جمعية، و لا بتشكيلات سياسية و لا دينية . بل بالعكس، إن الهدف الأنسب للكمال يجب أن يكون هدفا يقوم على مجتمع مثالي يجمع بين كل البشر، يكون أسمى مدى للرفي". لأن من الواضح أن الالتزام بتعاليم بعض الجمعيات المعاصرة لا يرتبط حتما بالصحة العقلية (Bickhard 1976/2006, p152). ومن ثم، لا تشير النزعة الاجتماعية إلى مشاعر الانتماء إلى جماعة أو طبقة من الناس في الحاضر، بل هي تخص شعورا بالكل، تحت هيئة الخلود. إنها تعني سعيا نحو جماعة "كما يمكن تصورها لو أن البشرية قد بلغت هدف الكمال" (Stasio & Capron . 1998/2006 . p175).

2.5 نشأة ونمو النزعة الاجتماعية :

إن نفس الطفل تملك طاقات هذا النمو، إنه يجري أولا خلال الاتصال مع الأم لأنها الشخص الأول الذي يتعلق به، والأهمية الفائقة للأم في هذه المسألة تتجلى بوضوح. هي تمثل الـ"أنت" المجدد للاتجاه الاجتماعي عند الطفل إذ تزوده بمثال اجتماعي جدير بالثقة. هنا تكمن أول وظيفة أمومية جسيمة، إنها تتمكن في عتبة (الحد الأدنى) نمو النزوع الاجتماعي. الميراث البيولوجي للنزعة الإنسانية (أي الطفل) موكل إلى رعايتها (الأم) (Adler.A. 1929. pp.150-152 / Adler.A. 1927. p134)

الفصل الرابع

منهاج العيش

في الحركات الساذجة أثناء التحميم وفي كل ما تقوم به الأم لأجل الطفل وفي كل ما يتطلبه هذا العاجز، يمكن أن تتعزز أو تعاق الصلة. في علاقاتها مع الطفل، فهمها ومهاراتها وسيلتان حاسمتان. ولا نريد أن ننسى أن الطفل بنفسه يستطيع أن يجبر الأم على التواصل عن طريق الصراخ والمواقف العصيانية، لأنه سيتحرك لديها الميراث البيولوجي للعاطفة الأمومية. ذاك الجزء القاهر من النزعة الإنسية قد يُترك للَبوار في الظروف المكروهة بفعل مخاوف مبالغة لدى الأم أو خيبات أو آلام أو أمراض أو نقص فادح في النزعة الاجتماعية، لكن الاكتساب التطوري للحب الأمومي غالبا طاغي القوة لدى الحيوانات والبشر لدرجة تجعله يتعدى بسهولة غريزتي الغذاء والجنس (Adler.A. 1933a. p134)

أما وظيفة الأم الثانية فتتمثل في تحضير الطفل لمجابهة مسائل الحياة وتوسيع اهتمامه إلى الآخرين وإلى الحياة الاجتماعية، إذ لا بد أن تعرف كيف توقظه إزاء أبيه وكل عناصر إخوته (Adler.A.1929. pp150-151). ما يتوجب على الأم من هذه الزاوية التتموية التطورية والاجتماعية هو تنشئة طفل متكافل في أقرب الآجال وشريك يحب المساعدة، فإن عجزت كفاءاته أفسح المجال لمن يساعده بصدر رحب.

يمكن كتابة مجلدات عن هذا الطفل، لكننا نكتفي بالإشارة إلى أن إحساسه في بيته هو: أنه عضو كامل في العائلة، ذو حقوق مساوية للآخرين، حامل لاهتمام متزايد بأبيه وإخوته وأخواته، ولاحقا تجاه كل أفراد محيطه. وهكذا يتخلى مبكرا عن بقائه عالية ليصبح متعاوناً، ويشعر حينئذ بالارتياح، وينمي هذه الشجاعة والثقة النابعة من صلته مع محيطه.

أما الصعوبات التي يبديها الطفل في اضطرابات وظيفية إرادية أو غير إرادية (كالتبول والحشر وعسر الهضم) فتصبح بالنسبة إليه وإلى محيطه مشكلات يستطيع حلها بنفسه. هذه الظاهرة لا تنشأ أبداً عند من ميله إلى التكافل كبير بما فيه الكفاية، وكذلك حال العيوب المتعلقة بمص الأصابع وقضم الأظافر وتنقية الأنف بالأصبع وبلع قطع غذائية ضخمة. كل هذه اللزمات لا تظهر إلا إذا رفض الطفل التكافل، وهذا يتجلى حصريا تقريبا لدى الأطفال المدللين الذين - بهذا - يحاولون إجبار المحيط على بذل جهد إضافي. وتظهر هذه

العيوب في نفس الآن مع عقوق معطن أو متستر، وهي علامات ظاهرة لنشور اجتماعي (Adler.A. 1933a. pp135-136).

نحن نسلم بأن أهمية التواصل الأمومي ذات مقدار معتبر في تنمية النزعة الإنسانية، ومن المحتمل أننا ندين للنزوع إلى الاتصال الأمومي بالقسط الأكبر من النزعة الاجتماعية لدى البشر، وبالتالي الجوهر الرئيسي للحضارة البشرية. إن التخلي عن هذه الرفاعة لرقى البشرية سيحمل إلينا ورطة كبرى لأننا لن نستطيع تعويضه بشيء كاف تقريبا، هذا إن غضضنا البصر عن كون الشعور بالتواصل الأمومي سيؤود بشراسة ضد تهديمه لأنه خاصية تطويرية غير قابلة للهدم. وقد لاحظ أدلر (1933) أن الصلة الجيدة مع الأب أو الأجداد لا تكفي غالبا لملاء هذا الفراغ. ويمكن بصفة عامة القول أن الصلة الجيدة مع الأب أكثر من الأم تفصح عن الفشل من جهة الأخيرة، مما يعني تقريبا دوما مرحلة ثانية في حياة الطفل الذي خيبتة أمه خطأ أو صوابا منها (Adler.A. 1933a. pp134-135).

3.5 معيقات النمو السوي للنزعة الاجتماعية :

إن الأفراد الذين لا يتواجدون في الصف الأول من النشاطات النافعة اجتماعيا؛ وإن حملتهم ظروف رعدة إلى ذلك فلن يحسنوا الحفاظ على وضعيتهم. هم ليسوا شعبيين، ويخفقون في الإجابة على مسائل الحياة الثلاثة (الصدقة والمهنة والحب) بفعل نقص اهتمامهم بالآخرين وكونهم غير محضرين لهذا النهج، بينما حلّ هذه المسائل لا يتواجد خارج المسلك المؤدي إلى المجتمع (Adler.A. 1929. p152). لكن ما الذي أخرجهم عن هذا المسلك؟ أو بالأحرى ما الذي أعاق النمو السليم لنزعتهم الاجتماعية؟

يجيب أدلر: "في بحثنا عن المواقف التي تعترض الطفل وتدفعه في وجهة مستهجنة، وتعرّس -وغالبا ما تمنع- نمو النزعة الاجتماعية لديه، سنصادف دوما هذه المشاكل الخطيرة ذات الأهمية القصوى: مشكلتي الطفل المدلل والمنبوذ ومشكلة القصور العضوي الفطري" (Adler.A. 1933a. pp133-134)

الفصل الرابع

منهاج العيش

إن تأثير هذه العوامل فيما يخص بداية ونهاية فاعليتها لا يختلف من حيث اتساعه ودرجته واستطالته الزمنية فحسب، بل يختلف بالأخص من حيث الاستثارة والانفعالات اللامعدودة التي يخلقها لدى الطفل. موقف الأطفال أمام هذه العوامل لا يتبع التجربة والخطأ فحسب بل يتبع بالأخص وبصفة قطعية طاقة نمو الطفل وقدرته الإبداعية التي يمكن التعرف الكافي عليها من خلال نشاط أو خمول الجسم والروح.

بالإمكان معرفة إن كان طفل ذو الأربعة أعوام أو خمسة يهتم بالآخرين أو لا، وهل هو كائن اجتماعي بآتم معنى الكلمة. إن الطفل المزاجي والعصابي والجانح وكذا المترشح للانتحار والعاهرة والشاذ الجنسي، كلهم ذوو نزعة اجتماعي ضعيفة وليسوا متواصلين مع الآخرين بصفة كافية (Adler.A. 1929. p151). والسكر والإدمانات -بصفتها وسائطا للتملص من الواجبات الاجتماعية- كلها شهوات لا يستطيع المرء الفقير النزعة الاجتماعية الهارب من المسائل المجتمعية مقاومتها إلا بصعوبة لو اعترضت سبيله بقوة زائدة.

إن الشيخوخة والموت لا يفزعان المقتنع بخلوده في صورة أبنائه وفي ضمير مساهمته في الحضارة المتنامية، لكن غالبا ما يظهر خوف من اضمحلال مطلق يبرز في انحطاط جسماني سريع وتزعزع نفساني. نجد غالبا النسوة جد مصدومات بفعل توهمهن لمخاطر سن اليأس، خاصة اللواتي لا تعيّن قيمة المرأة بميزان التكافل وإنما بميزان الحسن والشباب؛ هؤلاء تعانين بصفة مذهلة وتبنين غالبا موقفا عدائيا كأنه دفاعي ضد جور ما، وتقعن في حالة اكتئابية يمكن أن تنتهي بهن إلى سوداوية (Adler.A. 1933a. p44).

منعرج خطير آخر على نمو النزعة الاجتماعية تشكله شخصية الأب. لا يحق للأم أن تحرم الأب من فرصة بناء علاقة مع الطفل بالصفة الحميمة الأمكن مثلما يحدث في حالة الطفل المدلل جدا من طرف الأم أو في حالة نقص النزوع الاجتماعي لدى الأب أو في حالة نفور الطفل منه. لا ينبغي أن يُقدّم الأب للطفل كمصدر تهديد أو مؤرّع عقوبات، بل على الأب تخصيص وقت كاف يقضيه قرب الطفل وأن يبدي عاطفة كافية تجاهه كي لا تقهقره الأم إلى الواجهة الخلفية. كما لا ينبغي له استبعاد الأم من خلال حنان جامع.

الفصل الرابع

منهاج العيش

بعض الآباء يفرض تأديبا فضا على الطفل بغية تقويم الحنان الأمومي الجامح. هذا خطأ فادح لأنه يقرب الطفل أكثر من أمه. كذلك الحال بالنسبة لمحاولة فرض الأب سلطته ومبادئه على الطفل، فهذا إن جلب له طاعة الطفل فإنه لن يخلق أبدا روح التكافل والنزوع الاجتماعي. إن عصبية الآباء والخلافات الأسرية والتباينات في التربية عوامل يمكن أن تتلف بسهولة نمو النزعة الاجتماعية (Adler.A. 1933a. pp135-137). ولا ينبغي أبدا تذكير الأطفال بصغرهم ونقص معرفتهم وضعفهم، إنما يجب فسح المجال نحو تدريب شجاع لهم والسماح لهم إن أبدوا اهتماما نحو أمر معين، كما يجب تفادي أي إقصاء جد واضح للطفل من مجتمع البالغين، إنما علينا إخبارهم أن البداية فقط صعبة.

ومن الضروري إعطاء الحرية المطلقة للأطفال في الكلام وطرح أسئلة. إن السخرية من الطفل والضحك عليه وتوبيخه ومعايرته بأطفال آخرين، كل هذا يتلف العلاقة وقد يؤدي إلى موقف متمزمت كالخجل أو شعور جامح بالقصور.

في المقابل، من الأمور المؤذية للنزعة الاجتماعية إعطاء الطفل انطبعا قويا بقيمته الشخصية دون أن يقدم مساهمة أو يبذل مجهودا يعبر عن استحقاقه لها. مرض الطفل يمكن أن يشكّل كذلك عائقا خطيرا على نمو النزعة الاجتماعية بنفس خطورة العوائق الأخرى إن حدثت خلال السنين الخمس الأولى (Adler.A. 1933a. pp.137-138).

إن إرهاب الطفل بتكاليف مبالغ لطاقاته الجسمانية والنفسانية قد يحمله بسهولة -بفعل التعب والملل- على اتخاذ موقف اعتراضى يضر بعلاقته بالحياة، فالتعليمين الفني والعلمي لا بد أن يلائما إمكانية تصورات الطفل، لهذا وجب وضع حد للإلحاح المتمزمت من قبل بعض المربين على الرغبة في تفسير الظواهر الجنسية للأطفال؛ تجب الإجابة فقط عندما يسأل الطفل أسئلة -متفاوتة الدقة- حول الموضوع بالصيغة التي نتأكد بها أن الطفل يستطيع تصور المعلومة.

على أي حال، لا بد أن يلحق الطفل مبكرا القيم المتساوية للجنسين ودوره الجنسي، لأن في الحالة العكسية كما اعترف فرويد يمكن أن يغترف الطفل من حضارتنا المتقهرة فكرة

أن المرأة تمثل درجة سفلى. هذا يمكن أن يحوّل الصبيان بسهولة إلى متكبرين بما تحمله هذه الصفة من عواقب وخيمة على المجتمع، ويحوّل الفتيات إلى مسترجلات بما تحمله هذه الصفة من مفاسد، لأن الارتياب حول جنسهم يُتبع بتحضير منقوص لدورهم الجنسي مما يخلّف تبعات مدمرة شتى (Adler.A. 1933a. p138).

4.5 وظيفة النزعة الاجتماعية :

بالإضافة إلى الوظيفة الأساسية للنزعة الاجتماعية والمتمثلة في كونها معيار الصحة

النفسية، هناك دوران أساسيان آخران حاول أدلر أن يجعل النزعة الاجتماعية تؤديهما :

- أن تكون أساسا للأخلاق والحكم الأخلاقي .

- أن تكون أساسا للمعاني لدى الإنسان .

ويبدو أن معنى كلمة "أساس" هو نفسه في الحالات الثلاث :

- النزعة الاجتماعية هي الأخلاق والمعنى والصحة النفسية، يعني أنها أمور متطابقة. ولو أخذناها لغويا، ستستلزم هذه الوظائف مجتمعة أن النزعة الاجتماعية والأخلاق والمعنى والصحة النفسية هي كلها تسميات مختلفة لنفس المفهوم.

- النزعة الاجتماعية هي ضرورية وكافية -في آن واحد- للأخلاق والمعنى والصحة النفسية، أي أن النزعة الاجتماعية محتواة في كل من تلك الثلاث، وهم بدورهم محتوون في النزعة الاجتماعية (Bickhard & Ford. 1976/2006. pp158-159).

إن النزعة الاجتماعية لبنة مركزية في النظرية الأدلرية .. وقد كشف كرنال أن المفهوم أدلر المبكر للنزعة الاجتماعية كان مفاده أنها "تقدير الأشياء الخارجية عن الذات"، ثم عدّله فأصبح المكون الأساسي للشخصية الصحيحة. اعتبر كرنال أن النزعة الاجتماعية تؤثر في انتباه الفرد وإدراكه وتفكيره وسلوكه الظاهر نظرا لكونهم يرتبطون بالتكافل والمساعدة والمشاركة والمساهمة (Ostrovsky.M & al. 1992. p220).

يمكن فهم النزعة الاجتماعية كمعيار للصحة النفسية من خلال نظرية أدلر حول الشخصية كدينامية موحدة ثابتة. تتجلى دافعية الإنسان في شكل السعي نحو التفوق أو

الفصل الرابع

منهاج العيش

الكمال؛ هذا المسعى تعويضي يتولد في الطفولة من مشاعر العجز والقصور المرتبطة بالمحيط. هذا السعي هو من أجل "الفتح والأمن أو الشدة (من الأصغر إلى الأكبر)، ويكون إما في الاتجاه الصائب أو في الاتجاه الضال ... الاندفاع من الأدنى إلى الأعلى لا يتوقف أبدا" (Stasio & Capron. 1998/2006. pp.175-176).

وبالتالي، الفرد السوي الذي يسعى نحو "الكمال أو الاكتمال أو التجاوز" من خلال النزعة الاجتماعية هو فرد نافع لرفاهية الآخرين. بناء على ذلك تمكن أدلر من الاستدلال على أن "النزعة الاجتماعية هي بارومتر للسواء الطفلي. إن المعيار الذي ينبغي الرجوع إليه .. هو درجة النزعة الاجتماعية التي يبديها الطفل أو الفرد" .

في المقابل، يؤكد أدلر(1931) أن "كل الإخفاقات من عصابات وذهانات وإجرام وإدمان ومشاكل الطفولة وانتحارات وشذوذات وعهر، هي إخفاقات لأنها نقص في النزعة الاجتماعية"، وأوضح أيضا أن "كل ما يشكل إخفاقا هو كذلك لكونه يعيق النزعة الاجتماعية سواء عند الأطفال أو العصائبيين أو المجرمين أو الانتحاريين". وأشار إلى النزعة الاجتماعية على أنها "حجر الزاوية للصحة النفسية". وكتب أنسباخر (1991) أن "النزعة الاجتماعية هي معيار الصحة النفسية" (Bickhard & Ford. 1976/2006. pp152-) (167 / Bass .M.L et al. 2002. p124).

حسب أدلر يسعى العصائبي نحو السمو الشخصي دون نظر إلى النزعة الاجتماعية أو السلوك النافع: "في العصاب نحن دائما نواجه هدفا عاليا للسمو الشخصي .. مثل هذا .. الهدف الشخصي للسمو ينذر بنقص في مقدار النزعة الاجتماعية .. إن كلا من السعي نحو السمو الشخصي ونقص النزعة الاجتماعية خاطئ. لكنهما ليسا خطأً اثنان ارتكبهما الفرد، بل هما الخطأ نفسه (خطأ واحد)" (Bickhard & Ford. 1976/2006. p167).

فالسعي في العصابات يتوجه نحو "الاعتزاز بالذات" أو "القوة" أو "الذكاء الشخصي" أو "إحراز اللذة" أو "السمو الشخصي" بمجهودات الفرد للاحتماء من مشاعر القصور القوية المتأججة. وهكذا فالعصائبي يسعى نحو زيادة الممتلكات والقوة والتأثير، ونحو الحط من قدر

الفصل الرابع

منهاج العيش

الآخرين والاحتيايل عليهم". في حين أن النزعة الاجتماعية -كما أقر موزديرز و كراوس (1996)- تتداخل مع عناصر كالإيثار والسلوك المؤيد اجتماعيا، ويحتاج إليها في الصلات العلائقية (Stasio & Capron . 1998/2006 . p176).

هكذا نرى بوضوح أدلر يطابق بين النزعة الاجتماعية والصحة النفسية، إضافة إلى استلزام أن النزعة الاجتماعية ضرورية وكافية للصحة النفسية. إن مصطلحي الصحة والمرض النفسيين ينطويان على قضيتي "وظيفية" و "لاوظيفية" العمليات النفسية لدى الفرد. ومفهوم النزعة الاجتماعية ينطوي على استعداد نحو نوع من الأداء الوظيفي من قبل الفرد. الإنسان كاجتماعي والإنسان كبشري يحددان البدائل الحالية المتعلقة بنوع الأداء الإيجابي. وبالتالي، فالنزوع الاجتماعي -الأداء الإيجابي- ستبدو متسقة مع الصحة النفسية، وأيضا أداء إيجابيا. في حين النشوز الاجتماعي -الأداء السلبي- سيبدو متسقا مع المرض النفسي، وأيضا مع الأداء السلبي (-Bickhard & Ford. 1976/2006. pp167-)

(168)

6. تشكيلة الأسرة

تشكيلة الأسرة اصطلاح يستخدم لوصف إدراك الطفل لمحيطه المركزي أي الأسرة، ومن ثم التأثيرات المركزية والأهم على نمو شخصية الطفل. ينبغي النظر إليها شموليا، إنها تتضمن كافة جوانب الأسرة التي يمكن أن تؤثر في نظرة الطفل إلى ذاته والعالم؛ وبالتالي الكيفيات التي يشعر أو يدرك بها الطفل ما ينبغي عليه أن يكونه أو ما ينبغي فعله لتحقيق الانتماء، واتخاذ مكان في العالم، والشعور بالقيمة (-Manaster,G,J.2006. pp298-)

(299)

أجزاء تشكيلة الأسرة التي ينظر إليها الأدلريون عموما غالبا ما يجمعونها(أو يستخرجونها) من تعاليق أو سلوكيات كافة أفراد الأسرة في جلسة إرشاد أسري، أو من راشد يتذكر كيف كان يرى ويفهم مختلف جوانب الأسرة حينما كان صغيرا. في جوهرها،

الفصل الرابع

منهاج العيش

تتمنا المعلومة التي تخص تشكيلة الأسرة إذا كانت ذات علاقة مع المواقف والقيم وسلوك وشخصية كل فرد، وكذلك الأزواج المركزية مثل الأبوين، وكذلك الحال بالنسبة لتكتلات الإخوة (عادة الإخوة المتقاربين في العمر). باختصار، ننظر إلى اتجاهات وقيم وسلوكات وشخصية كل ولي، مع التشديد على الاتجاهات نحو أدوار الجنسين والاتجاهات والقيم المشددة، وأي هاته الأمور يشترك فيها الوليان أو يتصارعان حولها.

من هذه البيانات ترسم صورة عامة عن مزاج ومناخ الأسرة وعن التحالفات والقيم المتحكمة والقيم الخاصة والتوترات السلوكية. تختتم هذه الصورة العامة بنظرة بانورامية حول الموضوع الذي يرى الطفل أن عليه أن يحتله. ويلج الأدليون على أن الطفل ينطلق من هذه الصورة ليحدد كيف يكون وكيف يفعل حتى يتحصل على مكانة وقيمة في الأسرة، ويتم هذا التحديد بالانتقاء من الخيارات التي يراها أو يتخيلها.

بتحديد القيم والاتجاهات والسلوكات والشخصيات ذوات الدلالة التي يتعرف عليها الطفل في كنف الأسرة مع توفيقاتها داخل الأسرة، يمكن للنفساني الملاحظ أن يحدد المركزية منها بالنسبة لنظرة الطفل، وهي التي تشكل -بدورها- الطفل؛ ومن المحتمل أن تشكل الإبداع الفريد الخصوصي للراشد والمتمثل في منهاج العيش.

إن النضالات والصراعات داخل التكتلات الأخوية تدور -في كثير الأحيان- حول تثمين الطيبة أو السوء (أي كونه طيباً أو سيئاً بصفته صيباً أو صيبية)، وتثمين النجاح أو الإخفاق ووسائل كونه كذلك (مثل إحراز الانتباه أو الإعجاب أو السيطرة أو حجز المكان الأول) (Manaster,G,J.2006. pp299-301).

1.6 رتبة الميلاد النفسية :

عرف كامبيل ومعاونوه رتبة الميلاد النفسية على أنها: "الخصائص السلوكية والشخصية التي أشار إليها الأدليون بأنها مشتركة بين كل وضعية ترتيب ميلادي".

الفصل الرابع

منهاج العيش

ويعتبرها مناسر متعلقة بالعملية أكثر من تعلقها بالمضمون، ويعرفها بأنها " الإحساس الذي يشعره الطفل تجاه كونه البكر أو الأوسط أو الأصغر أو الوحيد بكل ما يعنيه ذلك للطفل (Manaster,G,J.2006.pp302-303).

وقد أشار أدلر إلى سوء فهم تعرضت له أطروحته حول التصنيف وفق الوضعية في الأسرة. ويزيل شولمان و موساك هذا اللبس بتمييزهما بين ترتيب الولادة الزمني ورتبة الميلاد النفسية. إن ترتيب الميلاد الزمني هي موقع الأطفال ضمن التشكيلة الأسرية؛ أما رتبة الميلاد النفسية للأطفال فهي الطريقة التي يتموضعون بها أو يدركون بها أنفسهم في البنية الأسرية. بحكم وضعية رتبة ميلادهم، لا يبدي الأفراد بالضرورة أي سمات أو أنماط مشتركة لدى الأشخاص ذوي نفس رتبة الميلاد (Campbell,L et al .1991.p325). يقول أدلر: "ليس رقم الطفل في الترتيب التسلسلي للولادات هو الذي يؤثر في طبعه، بل الوضعية التي يزداد تحت وطأتها، والطريقة التي يؤول بها هذه الوضعية". (Adler.A.) p307.(1937/2006).

إن الوضعية النفسية للشخص ذات أهمية قصوى، حسب مناستر و كورسيني. كل شخص له مكانة مدركة من قبله داخل أسرته. هذه الوضعية المدركة يمكن أن تكون أو لا تكون نفس المكانة الترتيبية الزمانية ضمن الولادات الأسرية. هذه الوضعية المدركة هي رتبة الميلاد النفسية للفرد (Campbell,L et al. 1991. p325). ويؤكد جردان و وايتسايد و مناستر أن رتبة الميلاد النفسية متغير في غاية الأهمية ضمن دراسات رتبة الميلاد. وقد حاول عدد قليل من الدراسات تصنيف الأفراد وفق رتبة ميلادهم النفسية بدلا من الزمنية.

آخذا بعين الاعتبار إدراك الشخص للوضعية التي ولد فيها، صاغ أدلر (1928) بعض الفرضيات العامة حول رتبة الميلاد. هذه الأوصاف تدعمت بالأدبيات عبر الزمن، حسب دريكورس و سولتزر، و بيبر، و سويني. كما نبه أدلر وكافة الباحثين المذكورين إلى أن الأطفال يتخذون -باكرا- قرارات تتعلق بمكانتهم ضمن الأسرة، يؤسسونها وفق إدراكاتهم الإبداعية الفردية. وبالتالي، العمل الأهم هو فهم رتبة الميلاد النفسية للشخص. كذلك، ينبغي

الأخذ بعين الاعتبار متغيرات مثل الجنس والفاصل الزمني بين الولادات والجو الأسري (Campbell,L et al. 1991. p326). وبناء على ذلك يشدد أدلر على حقيقة أن منهاج عيش الطفل ذي رتبة ولادة معينة قد يظهر لدى طفل آخر ذي رتبة ميلاد مختلفة إن كانت وضعيته ضمن الأسرة مشابهة (Adler,A. 1937/2006. p314).

سنعرض فيما يلي أهم الخصائص النفسية المشتركة التي لاحظها على كل رتبة ميلاد. ورغم أن الحديث الأدلري يبدو كأنه يخص رتبة الولادة الزمنية إلا أنه في الحقيقة يتحدث عن رتبة الميلاد (الوضعية) النفسية.

1.1.6 وضعية الطفل الأول (البكر):

يحتل الابن البكر مكانة فريدة ويعيش موقفا فريدا، فهو قد كان الطفل الوحيد لمدة معينة في بداية حياته. ونظرا لكونه مركز الاهتمام الوحيد فهو عموما يحظى بالدلال. في هذه الوضعية نجده يشبه الطفل الأوحد، ولا يمكن تفادي التذليل في كلتا الحالتين غالب الأحيان.

ويعاني الطفل البكر عادة من التغير الكبير في وضعيته حيث يسحب من تحته البساط حينما يزداد المولود الثاني، وقد يعيش خبرة صادمة عندما يزداد الأخ الجديد. هذا الحدث المأساوي يغير وضعية الطفل ونظرته للعالم. عموما، لا يتم تحضير الطفل لهذا التغير، فيشعر بأنه فقد موضعه كمركز للمحبة والانتباه. ويقوده هذا إلى توتر شديد لأنه ابتعد عن هدفه. ومن هنا يباشر سعيه نحو استرجاع أفضليته (Adler,A. 1937/ 2006. Pp307-308 / Feist & Feist. 2006. P85).

إن خلع الطفل البكر من قبل طفل تال قد يدفعه إلى الابتعاد عن الأم في اتجاه الأب، ويكون لديه موقفا انتقاديا تجاه الأم سيستمر إلى الأبد. هذا النوع من الأشخاص يخشى دوما أن يزاح إلى الخلف طيلة حياته. ونلاحظ أنه في علاقاته العاطفية كلها سيميل إلى التقدم

الفصل الرابع

منهاج العيش

خطوة والتراجع خطوة حتى لا يحدث أي حسم نهائي للأمر. سيشعر دوما بأنه محق في مخاوفه لأن المواقف السعيدة لا تدوم.

قد يحافظ البكر على حظوته لدى الأولياء بحيث تكون حميميته معهما غير قابلة للاستبدال. قد يرجع الفضل إلى حسن طبيعي ولادي ونمو حسن لديه، أو قصور في الطفل الثاني كبشاعة في المظهر أو إعاقة عضوية أو سوء طباع. في مثل هذه الحالة، الطفل الثاني هو من سيصبح المشكلة أما البكر فيرجح أن ينمو نمواً جيداً.

إن الطفل البكر عادة ما يكون مؤمناً شديداً بالقوة والقانون، ويرجع جزء من هذه الميزة إلى كونه غالباً ما يجد نفسه مكلفاً بتمثيل السلطة الأبوية. هذه الحقيقة البديهية جلية في التقاليد القديمة الراسخة حول الذكورة، وغالباً ما نلاحظها في الأعمال الأدبية وسير العلماء والسياسيين والفنانين، تماماً مثلما نجده عند الناس البسطاء. حتى لو كان الرجل ثورياً سنجد أنه يضم ميولاً محافظة، كما هي حالة روبسبير (Adler.A. 1937/2006. P p308-). (311).

2.1.6 وضعية الطفل الثاني :

إن الطفل الثاني في وضعية مغايرة جداً، هو لم يعيش أبداً خبرة أن يكون وحيداً. ورغم أنه يفضل في البداية إلا أنه لا يكون أبداً مركز الاهتمام الأوحد. لذلك يباشر الطفل الثاني الحياة في ظرف أحسن لنمو التكافل و النزعة الاجتماعية. منذ البداية، الحياة بالنسبة إليه هي عبارة عن سباق؛ الطفل البكر يحدد الوتيرة والطفل الثاني يحاول تجاوزه. ما ينتج عن هذه المنافسة بين الطفلين يخضع لمقدار شجاعتهم وثقتهم بأنفسهم. الطفل الثاني النموذجي ينمو وينضج في اتجاه تنافسية معتدلة، ورغبة سليمة في التغلب على الخصم البكر.

كقاعدة، مهما كان الحال، فإن الطفل الثاني في وضعية أحسن من الطفل الأول. حسب أدلر، إلى حد ما ، تتشكل شخصيات الأطفال الثواني بناءً على إدراكهم لموقف الطفل

الفصل الرابع

منهاج العيش

البكر تجاههم. الطفل البكر أرنب السباق يحفزه على بذل الجهد. إذا كان موقف الطفل البكر يتسم بالكراهية المطلقة والانتقام فقد نجد الطفل الثاني يصبح جد متنافس وخوارا جدا. أيضا، من الشائع لدى الطفل الأول تعجيل خلع نفسه عن طريق المصارعة ضد الخلع بغيره وحسد وعدائية، وهذا ما يحط من أفضليته لدى الأولياء. إن الطفل الثاني يكون في أسوأ وضعية عندما يكون الطفل الأول لامعا (Adler,A. 1937/2006. P311 / Feist & Feist.) (2006. Pp85-86).

مهما يكن الحال، نظرا لشعوره بأن الحياة عبارة عن سباق فإن الطفل الثاني عادة ما يجعل نفسه أكثر تصنعا، وإذا ما بقيت لديه الشجاعة فإنه يسير في طريق التغلب على الطفل الأول في عقر داره. وإذا ما قلت شجاعته بعض الشيء فإنه سيختار تجاوز الأكبر في مجال آخر. إن نجاح الثاني في سباقه هذا فسيميل إلى تنمية اتجاهات ثورية تشعره أن كل سلطة قابلة للتحدي. وأما إذا ما قلت أكثر فسيصبح انتقاديا وعدائيا أكبر من العادة، وبطريقة شخصية غير موضوعية. يظهر هذا الموقف في الطفولة مرتبطا بتفاهات : سيفضل النافذة مغلقة إذا فتحها الأكبر، ويطفئ النور إذا أشعله الآخر، ويبقى دوما معارضا ومناقضا (Adler,A. 1937/2006. P313 / Feist & Feist. 2006. Pp85-86).

في حياته اللاحقة، نادرا ما يتمكن الطفل الثاني من تحمل القيادة الصارمة من قبل الآخرين أو تقبل فكرة "القوانين الأزلية". سيميل أكثر إلى الاعتقاد صوابا أو خطأ- بأنه لا توجد قوة في هذا العالم لا يمكن هزمها. وعيا مني بثوريته، فقد عرفت جيدا نزرا من الحالات يستخدم فيها الطفل الثاني أغرب الوسائل لتقويض السلطة الحاكمة أو التقاليد (Adler,A.) (1937/2006. Pp313-314).

3.1.6 وضعية الطفل الأصغر :

الطفل الأصغر -أيضا- نمط متميز، يكشف عن بعض خصائص منهاج عيش نادرا ما فشلنا في التعرف عليه. لقد كان دوما رضيع العائلة ولا يعيش أبدا مأساة الخلع من قبل

الفصل الرابع

منهاج العيش

طفل أصغر، هذا الخلع الذي يعد قدرا لكل الأطفال الآخرين. تبعا لذلك فإن وضعيته حسنة، وأن الحالة الاقتصادية للعائلة عادة ما تتحسن في أعوامها المتأخرة. يتصادف مع ذلك انضمام الأبناء الأكبر إلى أوليائهم في تدليل الطفل الأصغر، الذي يكون بذلك مغمورا جدا بالدلال. وقد لاحظ أدلر وآمن أن الأطفال الأصغر هم غالبا الأكثر تدليلا.

ومن جهة أخرى، يمكن أن يكون الأصغر محفزا جدا من قبل الأكبر. غالبا ما نجد لديه دافعية أكبر لتجاوز الإخوة الأكبر، سيباشر التنافس ساعيا إلى تجاوز كل أولئك الذين يحددون له الوتيرة. وسنجد من الأصغر من سيصبحون أسرع العدائين، وأحسن الموسيقيين، والرياضيين الأكثر قدرة، والطلبة الأكثر طموحا. في العديد من الحالات يفشل في هذا الأمر، لذلك غالبا ما يبحث الطفل الصغر عن حقل آخر للنشاط بعيدا عن حقل أعضاء الأسرة الآخرين، وفي هذه الحالة أعتقد أنه يعطي مؤشرا على جبن مخفي (Adler,A.1937/2006.p314 / Feist & Feist.2006.p86).

4.1.6 وضعية الطفل الأوحده :

باعتباره يحتل مركز المكان دون جهد وكونه يدلل عموما فإنه يشكل منهاج عيش ينادي فيه بأن يكون مسنودا من قبل الآخرين وأن يكون مسيرا لهم في نفس الوقت. الأطفال الأوحده يعيشون في وضعية تنافسية فريدة، ليس مع الإخوة والأخوات بل مع الأب والأم. وكونهم يعيشون في عالم راشد كله غالبا ما يجعلهم يطورون شعورا مبالغا بالسيادة (السمو) ومفهوم ذات مضخم.

في جل الأحيان يتزعزع الطفل الأوحده في محيط حميمي. وغالبا ما يكون حلوا وحنونا، وقد ينمي في حياته اللاحقة سلوكيات إغرائية لاستمالة الآخرين، لأنه درب نفسه على هذا الأمر في حياته الباكرة والمتأخرة. عادة ما يكون أكثر تعلقا بالولي الأكثر عناية به -وهو الأم عموما- وفي بعض الحالات ينمي توجهها كارها تجاه الولي الآخر (Adler,A.) (1937/2006. Pp317-321 / Feist & Feist. 2006. p86).

الفصل الرابع

منهاج العيش

في الحقيقة، الخصائص التي اقترحها أدلر حسب رتبة الميلاد هي عموميات.. وفي الواقع، إن الجهد الدعوب المبذول للمزاوجة بين خصائص الشخصية ووضعيات رتبة الميلاد، لم يحقق سوى نجاحات متواضعة في أحسن أحواله. ولاحظ مناستر أن العديد من الدراسات التي تناولت رتبة الميلاد قدمت نتائج متعارضة وغير دالة.

ومع كل ذلك لا يزال الأدليون يقولون بأن جزءا كبيرا من نمو الشخصية يتم من خلال الأخوة، من خلال تشكيلة الأسرة. هذا التأكيد يحتاج إلى دفع الجهود البحثية. ينبغي اعتماد تصاميم بحثية تأخذ بعين الاعتبار جوانب أخرى من الأسر وتستقصي توزيعها وآثارها على جماعات الإخوة (Manaster,G,J.2006.p305).

قام فيست و فيست بحوصلة بعض الصفات المحتملة وفق رتبة الميلاد كالآتي:

رتبة الميلاد	السمات الإيجابية المحتملة	السمات السلبية المحتملة
الطفل البكر	- نافع و حامى للآخرين - منظم جيد	- شديد القلق - شعور مبالغ بالقوة. - كراهية لا واعية - شديد الانتقاد للغير - يتصارع لتحقيق القبول. - دوما "محق" بينما الغير "مخطئ". - غير متكامل.
الطفل الأوسط	- شديد الدافعية - متكافل - معتدل التنافسية	- شديد التنافسية. - حوار بسهولة .
الطفل الأصغر	- واقعي الطموح	- منهاج عيش مدلل - تابع للآخرين. - يرجو التفوق في كل شيء. - غير واقعي الطموحات .

الفصل الرابع

منهاج العيش

- مشاعر مبالغة بالسمو - مشاعر منخفضة بالتكافل - إحساس مضخم بالذات - منهاج عيش مدلل .	- ناضج اجتماعيا	الطفل الأوحـد
--	-----------------	---------------

الجدول (03) يوضح خصائص رتبة الميلاد النفسية (Feist & Feist. 2006. p87).

2.6 تأثيرات الوالدين

1.2.6 تأثيرات دور الأم :

منذ الولادة يسعى الطفل نحو الارتباط بأمه، ويكون تحقيق هذا الارتباط هو هدف جميع تصرفاته، فلهشهور كثيرة قادمة سوف تلعب الأم الدور الأساسي والحيوي في حياته، وسيكون الطفل معتمدا بصورة كاملة عليها. وفي مثل هذه الظروف يمكن لقدرة الطفل على "التعاون" أن تتطور وتنمو. تعطي الأم الطفل أول علاقة له بفرد آخر من الجنس البشري، وبالتالي تكون أول شيء يهتم به الطفل بعد ذاته. الأم هنا تمثل الجسر الأول الذي يربط بينه وبين الحياة الاجتماعية، والطفل الذي لا يرتبط بأمه على الإطلاق -أو بأي شخص آخر يحل محلها- فلا بد أن يواجه الموت (أدلر، ألفرد. 1931/2005. ص ص163).

نحن نستطيع أن نرى موقف الأم في جميع نشاطاتها، فعندما تلتقط الطفل وتحمله وتتكلم معه وتنظفه وتغذيه، فما كل ذلك إلا فرص لزيادة الارتباط بين الأم وطفلها، وإذا كانت الأم غير ماهرة في مثل هذه المهام أو غير مهتمة بإنجازها على الوجه الأكمل، فإن الطفل سيلاحظ هذا وسيقاومها. لو أنها على سبيل المثال لا تعرف كيف تقوم بإعطاء الطفل حمامه فإن الطفل سيجد أن وقت الحمام سيغدو وقتا عصيبا ولن يستمتع بالتجربة ولن يرغب في تكرارها. وبدلا من أن يزداد ارتباطه بأمه فإنه سيحاول التخلص منها والابتعاد عنها.

الفصل الرابع

منهاج العيش

لو أن المرأة تمكنت من أن تنظر إلى بناء الأسرة والأعمال المنزلية على أنها "فن جميل" تستطيع بواسطته -إذا أرادت- أن تضيف البهجة على حياة الآخرين، فهي تستطيع أن تجعل منه مهمة مساوية في أهميتها لمهام الرجل، لا عملاً أحقر من أن يقوم به الرجل. عندما لا يعطى دور المرأة حق قدره فإننا نفقد التناغم الذي يجب أن يسود الحياة الزوجية، وكل امرأة تنظر باحتقار لمهام الأمومة سيصعب عليها تعلم المهارات اللازمة للقيام بمهامها، كما أنها ستجد أن محاولة فهم الأطفال والتعاطف معهم مهمة شاقة لا رغبة لها في القيام بها. سيصعب عليها -أيضاً- الارتباط بأطفالها لأن هدفها في "التفوق" سوف يمنعها من ذلك. هدفها لا يشابه هدف غيرها من الأمهات، فهي غالباً ما تكون منشغلة بمحاولاتها الدائمة لإثبات تفوقها الشخصي. وعندما ننظر إلى الأمور بوجهة نظر أم تبحث عن التفوق الشخصي فإن الأطفال سيتحولون إلى عبء ومضيعة لوقتها وتشتيت لجهودها المركزة لتحقيق هدفها. وعندما نقف أثر الكثير من حالات الفشل في الحياة فإننا دائماً ما نجد الأم التي لم تؤد وظائفها بطريقة كافية وسليمة، ولم تعط طفلها ما كان في حاجة إليه حتى يبدأ معركة الحياة وهو مستعد لمواجهة مشاكلها. عندما تفشل الأم، وتكون غير راضية بالمهام الموضوعية على عاتقها ولا تهتم بأطفالها، فإن الجنس البشري يكون في خطر بالغ.

إن الأساس الذي بنيت عليه غريزة الأمومة هو -أساساً- غير جنسي بل ينبع من هدف التعاون. إن الأم تعتبر الأطفال جزء من نفسها وتتنظر إليهم على أنهم حلقة الوصل بينها وبين الحياة بأكملها. هذا يشعرها بأن لديها القوة والقدرة على منح الحياة والموت. ونستطيع أن نجد في كل أم الشعور بأنها -من خلال أطفالها- قد استطاعت بالفعل أن تخلق شيئاً ما، وهذا يشعرها بأن لها بعض قدرات الله. ويمكن القول بأن رغبة المرأة في أن تصبح أما ما هي إلا أحد جوانب السعي نحو تحقيق "التفوق" ومحاولة البشر التشبه بالله. كما أن هذه الرغبة تعطينا مثلاً واضحاً عن الكيفية التي يستخدم بها هذا الهدف من أجل البشرية ومن أجل الاهتمام بالآخرين، وفي تناسق مع أعرق المشاعر الاجتماعية (أدler، ألفرد. 2005/1931. ص ص 163-168).

الفصل الرابع

منهاج العيش

إن الأم ترتبط بأطفالها وبشريك حياتها، وبكل المجتمع المحيط بها. هذه الروابط الثلاث يجب أن تعطى قدراً متساوياً تماماً من الاهتمام، فكل منها يجب أن يواجه باستخدام الهدوء والمنطق السليم. وعندما تركز الأم على الرابطة التي تربطها بأطفالها فإنها تصبح غير قادرة على تجنب تدليلهم بطريقة مبالغ فيها. هذا سيجعل من الصعب عليهم تحقيق نمو وتطور صحي مستقل، كما أن قدراتهم على التعاون مع الآخرين سوف تتأثر أيضاً.

التصرف الصحيح هو أنه "على الأم بعد أن تتجح في توثيق صلاتها بأطفالها أن تعمل على توسيع اهتماماتهم حتى تشمل الأب أيضاً". وسيكون من المستحيل عليها إنجاز وتحقيق هذه المهمة إذا لم تكن هي نفسها مهتمة اهتماماً حقيقياً بالأب. عليها أيضاً أن توجه اهتمام الأطفال نحو بيئتهم الاجتماعية، مثل الأطفال الآخرين في العائلة والأقارب والأصدقاء وباقي أعضاء المجتمع عموماً. كل هذا يضاعف من حجم مهمتها، لأنها تعطيهم المذاق الأول من خبرة التعامل مع شخص يستحق الثقة، ثم عليها أن تجعلهم مستعدين لأن يشملوا بهذه الثقة باقي أفراد المجتمع.

لو أن الأم تهتم فقط بجعل الأطفال مرتبطين بها فإن الأطفال سيرفضون -فيما بعد- كل المحاولات التي تبذل لجعلهم مهتمين بالمجتمع، وسيبنظرون إلى أمهم على أنها مصدر العون والتأييد، وسيشعرون بالعداء تجاه أي شخص يحاول منافستهم في الحصول على حبها واهتمامها (أدلر ألفرد. 2005/1931. ص ص 168-169).

وعقدة أوديب -طبقاً لما قاله فرويد- تقترض أن الفتى لديه الميل لأن يقع في حب أمه ويرغب في أن يتزوجها، وأنه لهذا يكره أباه ويرغب في قتله. لكن مثل هذا الخطأ لا يمكن أن يظهر لو أننا تفهمنا نمو وتطور الأطفال بطريقة صحيحة. في الحقيقة، إن عقدة أوديب تظهر في الطفل الذي يرغب في أن يظل مركز اهتمام أمه وأن يتخلص من أي شخص آخر. إن مثل هذه الرغبة ليست رغبة جنسية، إنما هي رغبة في الاستحواذ على الأم وفي التحكم الكامل فيها وفي جعلها خادمة دائمة له. هي ممكنة الحدوث للطفل الذي تعرض لكثير من تدليل أمه الزائد عن الحد، طفل لا يشعر بأي اهتمام نحو باقي أفراد المجتمع.

الفصل الرابع

منهاج العيش

هكذا فإن عقدة أوديب ما هي إلا ناتج اصطناعي للأخطاء التي ارتكبت في تنشئة الطفل. ولا يوجد أي سبب على الإطلاق يجعلنا نفترض وجود غرائز موروثة تدفع لمثل هذا النمط من السلوك. كما لا يوجد أي سبب جنسي يدفع لمثل هذا النوع من الشذوذ (أدler ألفرد. 2005/1931. ص ص 168-171).

إن أهمية حب الأم ورعايتها لطفلها تغدو واضحة إذا ما عرفنا أن العديد من الأطفال ذوي المشاكل يخرجون من بين الأطفال الأيتام المحرومين من وجود الأم على وجه الخصوص.

6. 2. 2 تأثيرات دور الأب :

إن دور الأب له نفس أهمية دور الأم، ورغم أنه يكون -في بداية حياة كل طفل- أقل اتصالاً به من الأم فإنه فيما بعد يكون له تأثير كبير عليهم. لقد سبق أن وصفنا بعض الأخطار التي تحدث. عندما لا تستطيع الأم زيادة اهتمام أطفالها ليمتد ويشمل الأب فإن الطفل يعاني من انسداد خطير في مشاعره ويصبح غير قادر على تنميتها وتطويرها لتشمل المجتمع من حوله. أيضاً عندما يكون الزواج غير سعيد فإن الموقف يكون متفجراً وملئاً بالأخطار التي تهدد الأطفال (أدler، ألفرد. 2005/1931. ص ص 172-173).

إذا كان الأب سريع الغضب وعصيباً وكان دائماً ما يحاول الهيمنة والتسلط على باقي أفراد الأسرة فإن أبناءه الذكور سيحتفظون بوجهة نظر خاطئة عن واجبات وحقوق الرجل. كما أن بناته سيعانون الأمرين، وفيما بعد عندما تصل الواحدة منهن إلى مرحلة البلوغ فإنها ستتصور أن جميع الرجال طغاة، ولن يكون الزواج بالنسبة إليها سوى نوعاً من الخضوع والعبودية. وفي بعض الأحيان -بعد الوصول إلى مرحلة البلوغ- قد تحاول أن تحمي نفسها من الرجال عن طريق خلق علاقات جنسية بغيرها من النساء.

إن دور الأب يمكن تلخيصه في كلمات قليلة : يجب عليه إثبات صلاحيته كرفيق جيد لشريكة حياته ولأطفاله وللمجتمع من حوله. كما عليه التعامل مع مسائل الحياة -العمل

الفصل الرابع

منهاج العيش

والصداقة والحب والزواج- بطريقة مناسبة. وعليه أيضا أن يتعاون -على قدم المساواة- مع شريكة حياته في رعاية وحماية الأسرة. وعليه أن يتذكر دائما أن دور المرأة له نفس أهمية دور الرجل، ومهمته في الحياة ليست خلع الأم من على العرش والجلوس مكانها، إنما العمل معها على قيادة سفينة هذه الأسرة إلى بر الأمان.

وبالرغم من أن معظم -أو كل- دخل الأسرة يأتي منه فإن عليه أن يشارك الجميع فيه. يجب ألا يتظاهر بأن كل العطاء من عنده وأن كل الأخذ من الآخرين. فحقيقة الأمر في الزواج المثالي أن الزوج يكسب دخل الأسرة نتيجة لعملية تقسيم العمل داخل الأسرة ليس إلا. إن الكثير من الآباء يستخدمون وضعهم الاقتصادي كوسيلة للتحكم في أفراد الأسرة، ونحن نعلم أنه يجب ألا يكون هناك من يتحكم في الأسرة وأن كل مناسبة تخلق الشعور بعدم وجود مساواة يجب تجنبها.

إن كل أب يجب أن يكون على علم بأن حضارتنا قد أعطت للرجل وضعا متميزا لا يستحقه، وأنه كنتيجة لهذا فإنه عندما تزوج فإن الزوجة كانت خائفة من أن يتم التحكم فيها وأن توضع في موضع دوني. لذلك يجب عليه أن يعرف أن زوجته ليست في مستوى دون مستواه لمجرد أنها امرأة، ولأنها لا تستطيع أن توفر الدخل المادي الذي يستطيع أن يوفره هو. وبصرف النظر عن قدرة المرأة على المساهمة في إعالة أسرتها (ماديا) فإنه إذا كانت الحياة العائلية وظيفية تعاونية، فلن يكون هناك مجال للتساؤل عن قام بتوفير المال وكيفية تقسيمه (أدلر ألفرد. 1931/2005. ص ص 174-175).

إن تأثير الأب على أطفاله مهم جدا. الكثير من الأطفال ينظرون إلى الأب طوال حياتهم على أنه القوة التي يجب أن يحتذى بها، أو على أنه العدو الأكبر. والعقاب -خاصة العقاب الجماعي- يكون دائما ضارا جدا بالأطفال، وأي تعاليم لا يمكن تدريسها عن طريق المحبة والتعاون هي تعاليم خاطئة. ومن سوء الحظ أن يكون دور الأب هو معاقبة من يخطئ في الأسرة خاصة الأطفال. إن جعل معاقبة الأطفال من اختصاص الأب وحده يكشف إيمان الأم أن المرأة غير قادرة على تربية أطفالها وتقويمهم، وأنها مخلوق ضعيف في

الفصل الرابع

منهاج العيش

حاجة إلى ذراع الرجل القوي. فعندما تهدد الأم طفلها قائلة: "انتظر حتى يأتي والدك وسترى نوع العقاب الذي سيلحق بك" فإنها بهذا القول قد أعدت طفلها لتقبل فكرة أن الأب هو السلطة النهائية التي لا نقض لحكمها، وأن الأب هو القوة الحقيقية في الحياة. مثل هذا السلوك يجعل العلاقة بين الأب والأطفال غير مستقرة، ويجعلهم يخافونه أكثر مما يحبونه. وبدلاً من أن ينظروا إليه على أنه صديق جيد يمكن الاعتماد عليه فإنهم يتجنبونه ويخفون الأشياء التي تحدث في حياتهم عنه.

إذا كان الأب يقوم بواجبه على الوجه الأكمل في مواجهة مسائل الحياة فإنه سيصبح جزءاً متكاملًا من العائلة وزوجاً مخلصاً وأباً صالحاً ويجب أن يتعامل مع الآخرين ببساطة، وأن يكون قادراً على خلق الأصدقاء. عندما يخلق الأب أصدقاءً جددًا فإنه يجعل عائلته جزءاً من المجتمع الواسع الذي حولهم، كما أنه لن ينعزل أو يتزمت في التزامه بالأفكار التقليدية (العادات والتقاليد). والتأثيرات الخارجية للمجتمع ستجد طريقها إلى عقول أفراد الأسرة، وستفتح الطريق أمام الأطفال لزيادة نزعتهم الاجتماعية وتكافلهم. فمن المفيد جداً لنمو وتطور الأطفال أن يتعلموا أن الأسرة ما هي إلا وحدة في المجتمع الكبير، وأن هناك الكثير من الأفراد الذين يستحقون الثقة خارج حدود الأسرة (أدلر ألفرد. 2005/1931. ص ص 176-177).

3.6 المناخ الأسري

يقصد به الطابع العام للحياة الأسرية من حيث توفر الأمان والتعاون والتضحية، ووضوح الأدوار وتحديد المسؤوليات، وأشكال الضبط، وأسلوب إشباع الحاجات، وطبيعة العلاقات الأسرية، ونمط الحياة الروحية، والدينية، والأخلاقية التي تسود الأسرة الواحدة مما يعطيها شخصية أسرية عامة فنقول: عن هذه أسرة سعيدة وتلك أسرة خلوقه والأخرى أسرة مثقفة.... الخ. (خليل محمد محمد بيومي، 2000، ص 16)

من خلال هذا التعريف يتضح أن المناخ الأسري هو مختلف التفاعلات والتأثيرات المتبادلة داخل الأسرة، والنتيجة عن أنماط علائقية مختلفة، وأدوار متباينة تسمح بتقشي

الفصل الرابع

منهاج العيش

جو عائلي معين يميز كل أسرة عن بقية الأسر. وذلك بحسب ما تتبناه هذه الأسر من افكار ومعتقدات و اخلاق وسلوكيات ...الخ.

في تعريف آخر لـ حافظ 1997 يرى بانه الجو الذي ينمو فيه الطفل ، وتتشكل من خلاله الملامح الأولى للشخصية ، وهو مصدر الإشباع لحاجاته وإستثمار طاقاته ، وتنميتها ، وفي سياقها يتعرض الطفل لعملية التنشئة الأسرية ، وفقا لأساليب معينة ، ويشعر بردود الأفعال المباشرة اتجاه محاولاته لتكوين شخصية مستقلة لها طابعها و أهدافها الخاصة. (حافظ نبيل سميرة ، 1997، ص23)

في هذا التعريف ركز الكاتب اهتمامه على ما يحدثه المناخ الأسري من تأثيرات محورية في صقل وبناء شخصية الطفل وفقا للأساليب التربوية ، وردود الأفعال المختلفة والعلاقات السائدة داخل الأسرة.

أما في علم النفس الفردي والذي أولى اهتماما كبيرا للمناخ الأسري كعامل حسم لبناء شخصية الطفل و تأسيس أسلوب حياته ، و وضع الخطوط العريضة لتحقيق أهدافه ، فيشير "الأدلريون" إلى أنه في كل أسرة ينشأ ما يمكن أن نصلح عليه مناخا أو جوا أسريا يميز كيفية ارتباط أفراد الأسرة ببعضهم البعض....

العلاقة بين الوالدين هي غالبا أوضح مؤشر على ما ستؤول اليه كينونة الأسرة من حيث التفاعل. يقدم الوالدان نموذجا لكيفية ارتباط أحد الجنسين بالجنس الآخر، و كيفية العمل والمساهمة في الحياة، وكيفية التعامل مع الناس. (خياط خالد ، 2014، ص 76)

في هذا التعريف ركز أدلر اهتمامه على النماذج العلائقية السائدة داخل الأسرة خاصة العلاقة بين الوالدين والتي اعتبرها أدلر مؤشر واضح وصادق لما ستؤول اليه كينونة الأسرة وبالتالي ستكون هذه العلاقة هي نموذج يمكن للطفل تعميمه على بقية العلاقات الأخرى. خاصة تلك العلاقات التي تفرض اقتسام الأدوار حسب الجنس.

4.6 القيمة الأسرية

الفصل الرابع

منهاج العيش

إن ما توليه الأسرة قيمة خاصة يلعب دورا هاما في نمو الأطفال والحياة الأسرية والقيمة الأسرية تتشأ عندما يدعم كلا الأبوين نفس الموضوع أو المجال أو النشاط ويوليانيها أولوية خاصة في المنظومة الأسرية، فإن أدلر Adler يسميها "القيمة الأسرية" لأنها قيمة لا يمكن تجاهلها ، وتفرض على كل طفل أن يتخذ اتجاهها وضعية تختلف بحسب إدراك الطفل لها ، فهناك من يتخذ وضع الموالاة ، ويواصل في الحفاظ على هذه القيمة ، وهناك من يعاديهها تماما ويعمل على دحضها ، والبعض الآخر يتخذ وضع الوسط ويعمل على تعديل هذه القيمة بحسب ما يتلائم مع أسلوب حياته. (خياط خالد ، 2012-2013، ص 100)

يبدو أن القيمة الأسرية حسب ما أورده أدلر Adler من مفهوم تحتل مكانة لا تقل أهمية عن مكانة المناخ الأسري في صقل شخصية الطفل وبناء موقفه اتجاه ما ستؤول إليه الأسرة ، وما سيكون عليه هو مستقبلا ، وما عليه القيام به ، ويبدو أن القيمة الأسرية تتفق في درجة الأهمية و التأثير داخل كل أسرة ، ولكن تختلف وتتباين في موضوعها ومجالها فيمكن أن تكون القيمة الأسرية هي الدراسة ، الرياضة ، الفن ، التدين ، أو أن تكون هي أحد الجنسين خاصة منها الذكر.

المبحث الثالث - دراسة وفحص منهاج العيش:

1. أنماط منهاج العيش :

في الحقيقة، لا يمكن تقسيم البشر إلى أصناف لأن لكل إنسان منهاج عيش فردي تماما. ومثلما لا نجد ورقتي شجرة متطابقتين فإننا لا نجد إنسانين متشابهين مطلقا. وإذا تحدثنا بعد ذلك على الأصناف فلا يعدو ذلك عن كونه أداة عقلية لكشف التشابهات بين الأفراد (Adler.1927/1997.p 48). يقول أدلر: "الكائن البشري لا يمكن أن يصنف أو يفيأ ... إن التصنيف ميل لا ينبغي الركون إليه أبدا في العمل الميداني. إنني لأغراض تعليمية فحسب، لتسليط الضوء على مساحة رحبة، حددت أربع أنماط مختلفة لكي أصنف

-مؤقتا- موقف وسلوك الأفراد تجاه المشكلات الخارجية" (Ansbacher,H,L.2006. p258). ومثلما نبه أدلر، سيسهل علينا رسم استخلاصات أوضح إذا ما وضعنا تصنيفا عقليا ودرسنا الخصوصيات الخاصة. غير أننا مع فعلنا هذا لا ينبغي أن نورط أنفسنا في استعمال نفس التصنيف أبد الدهر. بل علينا استخدام التصنيف الأكثر نجاعة في استخراج تشابه خصوصي ما. أما من يتبنى الأصناف والتصنيفات بجدية كبيرة فإنه قد مال إلى وضع الناس في محور ضيقة، ومن ثم سوف يفشل في إدراك كيف يمكن أن يوضعوا ضمن تصنيفات أخرى (Adler.1927/1997.p 48).

1.1 تصنيف أدلر ورودف دريكورس السلوكات وفق بُعدين رئيسيين:

1.1.1 بعد النشاط: السلوك إما أن يكون نشطا أو خاملا. وقد ربط هذا البعد بمقدار الثقة بالنفس والشجاعة وتقدير الذات ونظائرها. يقول دريكورس: "أن يستجيب الطفل بنشاط أو بخمول أمر يخضع لثقته بنفسه وشجاعته. هذا النمط القاعدي ... يعكس تقييم الطفل لذاته".

2.1.1 بُعد الجدوى: السلوك إما أن يستخدم طرقا بناءة أو هدامة. وهذا البعد يرتبط بمقدار النزعة الاجتماعية. يترافق مع النمط البناء الإفادة ودرجة كافية من النزعة الاجتماعية، بينما يترافق مع النمط الهدام العقم ونقص النزعة الاجتماعية.

2.1 تصنيف أدلر لمناهج العيش :

حين قدم أدلر مفهوم "النشاط" كمتغير للشخصية، قال إنه بربطه بـ "النزعة الاجتماعية" سد "يفتح أسلوبا جديدا كليا وقابلا لتقييم لفائدة المعالجة الطبية النفسية والتربية والوقاية". وقد وصف أدلر (1935) خصائص كل نمط كالاتي:

1.2.1 النمط المفيد اجتماعيا : هو نمط "محضّر للتكافل والمساهمة. يمكننا أن نجد (لديه) دوما مقدارا من النشاط ... يتجاوب مع حاجات الآخرين. إنه (نمط) نافع وسوي ومنغمس في مسعى ترقية البشرية".

2.2.1 النمط العقيم اجتماعيا : هو النمط الأكثر شيوعا، حسب أدلر. منهم من "ينتظر كل شيء من الآخرين ويتكل على الغير. يطلق عليه "النمط الأخاذ". ومنهم من "يظهرون منذ

طفولتهم وطيلة حياتهم طباع السيطرة والتحكم -بدرجات متفاوتة- في كافة علاقاتهم، إنهم "النمط المتحكم". إذا تعرض لموقف صعب فإن "شخص هذا النمط يتصرف بطريقة لاجتماعية. أكثرهم نشاطا يصبح منحرفا أو مستبدا أو ساديا". ومنهم من "يحاول فقط أن يتجنب المشكلة، في جهد لتفادي الإخفاق"، وهذا هو "النمط المتهرب". وقد أكد أدلر أن العصابات والذهانات تعشش هنا، في هذا النمط (Ansbacher,H,L.2006.pp257-260).

3.1 تصنيف دريكورس لمناهج العيش :

رتب دريكورس أصناف مناهج العيش وفق درجة النزعة الاجتماعية، وهي:

نشط بناء - وخامل بناء - ونشط هدام - وخامل هدام

(Ansbacher,H,L.2006.pp260-261).

وقد تبنى بيبر (1980) تصنيف دريكورس ووصف خصائص طفل كل نمط كآتي:

1.3.1 النشاط البناء: نمط جد متكافل ومتوافق، يمكن أن يكون الطفل طموحا جدا ويسعى إلى النجاح.

2.3.1 النشاط الهدام: نمط قد يكون متحديا أو مهرجا أو غير محترم. هذا الطفل قد يسعى إلى الإثارة أو المعارضة للفت الانتباه.

3.3.1 الخامل البناء: نمط يتضمن أطفالا أكثر خمولا في تصرفاتهم، لكنهم يعملون في الجانب المفيد من الحياة. قد يكونوا مقبولين على ما هم عليه، ويمكن أن يكونون مدللين وحساسين.

4.3.1 الخامل الهدام: هذا النمط يتضمن الأطفال المتسمين بالكسل، أو التبعية أو الخوفين. يمكن أن يكونوا كذلك نسائين ومتشائمين وأحيانا حيليين.

وقد حدد بيبر السلوكات الطبيعية التي يمكن أن تتبناها مختلف هذه الأنماط في:

لفت الانتباه أو صراع القوة، أو الانتقام أو العجز (Thor.M.Johnson, 2006, pp234.235).

الفصل الرابع

منهاج العيش

هذا التقسيم الذي قدمه دريكورس وشرحه بيبير هو نفسه التقسيم الذي قدمه أدلر، مع اختلافات في بعض التسميات والاهتمامات. ففي الوقت الذي ركز التصنيف الأدلري على بعد "النشاط"، اتجه تركيز دريكورس نحو بعد "النزعة الاجتماعية". وهذا ما قاد إلى اختلاف في الترتيب، لكنه يؤثر في ماهية الأنماط الناتجة. وهناك أحد الاختلافات الأخرى، وهو يتعلق بالثقة بالنفس والشجاعة. في هذا الصدد، لم يفرق دريكورس بين النشاط البناء والهدام، واعتبر أن نشاط الطفل "يخضع لثقته بنفسه وشجاعته". أما أدلر -متحدثاً عن الراشد- فأكد أن "النشاط يجب ألا يخلط مع الشجاعة .. إن نشاط الطفل الذي يلعب الألعاب ويتكافل ويشارك في الحياة هو الذي يمكن أن يعد ك شجاعة". والجريمة -وهي تقتضي أيضا نشاطا- فهي "تقليد جبان للبطولة". إن ثقة المجرم الظاهرية بنفسه مخادعة، "هو يخفي شعوره بالعجز بتتمية عقدة تفوق رخيصة" (Ansbacher,H,L.2006,pp261-262).

2. تحديد منهاج العيش السوي واللاسوي :

في علم النفس الفردي، عندما نتحدث عن فرد غير متوافق اجتماعيا فإننا نقصد ذلك الذي يعيش عقيما خاو من النزوع الاجتماعي. هذا أحد سبل تصنيف الأفراد وربما يكون أهم سبيل. أما الأشخاص الذين نعتبرهم مرجعيتنا في قياس التباينات، فإنهم يعيشون عيشا اجتماعي التوجه، وكذلك طريقتهم في العيش. وسواء قصدوا ذلك أم لم يقصدوه، فإن المجتمع ينال بعض المنافع من عملهم.

كذلك، من وجهة نظر نفسية هم يملكون طاقة وشجاعة لمواجهة مسائل الحياة والصعوبات عندما تأتيهم. كلتا هاتين الميزتين تفتقدان في حالة المعتلين نفسيا: فلا هم متوافقون اجتماعيا، ولا هم متوافقون نفسيا أمام مسائل الحياة اليومية

(Adler.1927/1997,p 49).

وهكذا يمكننا استخلاص أن أدلر صنف منهاج العيش وفق معياره للصحة النفسية وهو النزعة الاجتماعية. من ثم كان منهاج العيش السوي عند أدلر يتمثل في النمط المفيد اجتماعيا، أما منهاج العيش اللاسوي فهو النمط العقيم اجتماعيا. ويوازي هذا التقسيم

الفصل الرابع

منهاج العيش

التصنيف الآخر الذي وضعه دريكورس، وهو أكثر تدقيقاً. يجعل دريكورس منهاج العيش السوي يشمل النمط النشط البناء والخامل البناء، مع أفضلية صحية للنشط. ويعتبر منهاج العيش اللاسوي يشمل النمط النشط الهدام والخامل الهدام، مع أسوأية مرضية للنشط الهدام.

3. قياس منهاج العيش :

رغم أن دراسة منهاج العيش موضوع رئيسي في علم النفس الأدلري إلا أن الأبحاث فيه كانت قليلة، وهذا راجع لكون مقابلة منهاج العيش يتطلب إتقانها من ساعة إلى ساعتين من الزمن، يضاف إلى ذلك كون طبيعة منهاج العيش في حد ذاته تضيف متغيرات غير مضبوطة إلى دراسته. من جهة أخرى، إن كلا من الطبيعة الخصوصية لمناهج العيش والإرباك النابع من كون الأنماط لا بد أن تعرف مسبقاً ساهما في الاعتقاد الخاطئ بأن منهاج العيش غير قابل للقياس. (Wheeler & Al. 1991/2006. pp217-218).

أول خطوة في سبيل استكمال مهمة البرهان التجريبي على نظرية علم النفس الفردي هي إثبات أن المفاهيم النظرية التي وضعها أدلر وأتباعه موجودة على أرض الواقع، وأنها قابلة للقياس. طبعاً الوجهان الاثنان لصدى أي نظرية هما: قدرتها التنبؤية، وقابلية مفاهيمها الأساسية للتصريف (هذا ما يثبتها تجريبياً أو يدحضها).

بالنسبة لعلم النفس الفردي يرى ويلر وأعوانه أنه في الوقت الذي نجد فيه الكثير من المفاهيم الشائعة التداول في الإرشاد والعلاج النفسيين (مثل اللاوعي، والنماذج البدائية، والهو... إلخ) لم تجد لها هذا المعيار الإثباتي، فإننا نجد العديد من أطروحات علم النفس الفردي - منهاج العيش - ذات ميزات تسهل قياسها. فمنذ أواسط التسعينات حدثت ثورة في منهجية البحث (فعالية الدراسات، المنهجية الكمية، نمذجة المعادلة البنوية) التي تجعل من تحليل المسرودات ممكنة. بالتأكيد، جعلت الأدوات - مثل الـ BASIS-A - قياس منهاج العيش مهمة ممكنة، وكذا المساعدة في القيام بالبحوث حول جوانب منهاج العيش. (Peluso, P, R.2006.pp199-200).

الفصل الرابع

منهاج العيش

منذ أواسط التسعينات أحدث البحث الكيفي مداخلة قوية ضمن مجالات العلاج كسبيل بديل لإنتاج المعرفة وتقييم الظاهرة الملاحظة خلال العلاج. مناهجه غالبا ما تؤكد على السياق أو منظور المفحوص على حساب الموضوعية. وعادة ما تدمج تشفير السلوك المسجل سمعيا أو بصريا (كالروايات). وتحليلاتها عادة ما تأخذ شكلا وصفيا، وقد تتضمن تكرارات أو نسبة ظهور السلوك الملاحظ. هذا ما يسمح بمضاعفة أعداد البحوث الطبيعية الأكثر ملاءمة للممارسين.

في الواقع، ينظر إلى البحث الكيفي كمنهج فعال في ملاحظة الظاهرة الطبيعية وصياغة الفرضيات (البحوث الاستطلاعية). أما عيبها فهو أن تشفيرها يستهلك وقتا وجهدا معتبرين. غير أن الاستعانة بالبرمجيات الحاسوبية جعل هذا النوع من البحوث أسهل. هكذا أصبح تحليل الروايات -كأنها عبارة عن حوار حول منهاج العيش- في المتناول أكثر، وبإمكانه إعطاء معلومات كيفية جيدة لأبحاث إثبات الصلاحية (دراسات الفاعلية والمقدورية معا) (Peluso, P, R.2006.p201).

يمكننا بناء اختبارات الشخصية بعدة طرق مختلفة تتضمن جوانب عقلانية ونظرية من جهة، ومن جهة أخرى طرق تجريبية كالجماعة الفارقة والتحليل العاملي. ومع ذلك الاختبارات المعاصرة يؤمنون باستخدام العديد من هذه الأساليب. يقول لانيون وقودستاين (1982) أن الأسلوب المتوازن والمتقن ينبغي أن يتضمن الانتقاء الابتدائي (المسبق) للمثيرات الاختبارية القائمة على اعتبارات نظرية أو عقلانية مع التحليل العاملي لبلوغ الاتساق الداخلي والدقة الكبيرة المبنية على النتائج التجريبية القطعية.

ورغم أن هذا المنحى في إعداد الاختبارات يستهلك وقتا وجهدا كبيرين، إلا أنه عموما ينظر إليه أنه نموذج مثالي في بناء الاختبارات مستقبلا. ويعد سلم ميلون العيادي المتعدد الأوجه مثلا للاختبارات التي توافق بين المقاربات النظرية والتجريبية. سلم منهاج عيش الشخصية كذلك يفعل (Wheeler & Al. 1991/2006. p218).

الفصل الرابع

منهاج العيش

إن ويلر والكثير من الباحثين الأدلريين يؤمنون بأن منهاج العيش قابل للقياس بطريقة موثوقة وصادقة وباستخدام مقاييس الـ "ورقة و قلم"، نظرا لنجاح العديد من الأبحاث في إثبات وجود تطابقات أساسية بين منهاج العيش الأدلرية. مثلا، " م م ع ش " مؤشر منهاج عيش الشخصية "LSPI" هو مقياس اشتق تجريبيا من محاور منهاج العيش، وهو يقوم على افتراض أن رغم وجود اختلافات بين منهاج عيش الأفراد إلا أن بالإمكان قياس التقاربات والاستفادة منها في فهم الفرد؛ وكذا تحديد علاقة منهاج العيش ببعضها البعض، وبالمتغيرات المتنوعة الأخرى. (Wheeler & Al. 1991/2006. pp217-218).

في هذا النهج، زودت إحدى أئمن الأدوات (وهي السلم الأدلري القاعدي للنجاح العلائقي - صيغة الراشد BASIS-A الذي أعدته كل من ويلر وكرن وكورلات، سنة 1993) الباحثين بوسيلة يباشرون بها الإجابة عن بعض الأسئلة المتعلقة بخصائص منهاج العيش. في الحقيقة، الـ "س.ا.ق.ن.ع - ر/BASIS-A" هو تدقيق لـ"مؤشر منهاج عيش الشخصية L.S.P.I" الذي وضعه ويلر ومعاونوه سنة 1991. وقد أعد الـ "س.ا.ق.ن.ع - ر" لغرضي البحث والاستخدام العيادي معا، وهو يقيس بالخصوص استجابات الفرد عبر مواضيع هامة تكشف عن منهاج عيشه في تعابيره الحالية.

وقد أكد أكشتاين (2003) أنه اختبار منهاج العيش الأكثر إثباتا تجريبيا. وكشهادة له، تمت مراجعته في الدليل السنوي للقياسات العقلية (1998) الذي أعطاه تقديرا حسنا، ووصفت نتائج تطبيقاته بالإيجابية. كما أكد العديد من الباحثين صلاحية استخدامه في دراسة منهاج عيش مرتكبي العنف الأسري والمحبوسين والمراهقين العدوانيين؛ كما تم استخدامه أيضا لتقييم الفعالية الذاتية وأسلوب التعلق والإجهاد واضطرابات الأكل والإدمان؛ وكل هذا على سبيل الذكر لا الحصر (Peluso, P, R. 2006. p198)

1.3 مؤشر منهاج عيش الشخصية :

رأى أدلر أن الشخصية تتشكل أساسا في سن مبكرة. لذلك استخدم "م.م.ع.ش" عبارات تسلط الضوء على الإدراكات المتعلقة بأحداث الطفولة. تبدأ كل مفرداته بالتعبير التالي:

الفصل الرابع

منهاج العيش

"عندما كنت طفلا ،.....". وعلى المفحوص أن يحدد تطابق هذه العبارة عليه من "معارض جدا " إلى "موافق جدا " مروراً بخيارات وسطى. ولأن المفردات تتعلق بأحداث طفولية فإنها ينبغي أن تقلل من الدفاعية [المقاومة] لأن هذه الأخيرة تميل إلى النشاط حين يكون على المفحوص الإقرار بسلوكات سلبية في الوقت الحاضر. وبالتالي فعامل القبول الاجتماعي خفف نوعاً ما. إن تقديم عدة خيارات استجابة يسمح للأفراد بإسقاط تأويلهم الخاص للدرجة التي تنطبق بها المفردة عليهم، **بل كيف أول الفرد هذا الموقف.** هذا يتيح اختلافات في الإدراكات عبر الزمن. فيما يلي سنقوم بوصف تطور "م.م.ع.ش" وتقديم تقرير الإثباتات [التطبيقية] البحثية المتوفرة إلى غاية اليوم. سنقدم كلا من الصدق والثبات . (Wheeler & Al. 1991/2006. pp218-219).

أ- صدق المؤشر:

استعان الباحثون بعدة طرق لإثبات صدق البناء. بعد تطبيق ويلر الأول (1980) للتحليل العاملي ثم تدقيق البناءات، أضيفت عبارات جديدة ثم أعيد حساب التحليل العاملي (من طرف مولىس.1984). وتم إدراج طبيعة العوامل ضمن تعريف البناءات. وقد دعمت تشكيلة العبارات توقعات الباحثين عموماً بعد التحليل العاملي، وساهمت في إثبات صدق بناء سلم منهاج عيش الشخصية. (Wheeler & Al. 1991/2006. pp 221-222).

ب- ثبات المؤشر:

تم حساب معامل ألفا لكل محور من "م.م.ع.ش" المطبق على مجموعة ضابطة فقدم ثباتاً عالياً يتراوح بين 0,82 إلى 0,93. أما معاملات ثبات تطبيق وإعادة تطبيق الاختبار - فعلى العموم - دعمت ثبات المؤشر عبر مدة تمتد من أسبوع إلى عشرة أسابيع. وقد تراوح الثبات عبر شهر واحد بين 0,64 إلى 0,94 (Wheeler & Al. 1991/2006. pp220- 0,94). (221).

2.3 وصف المؤشر (مؤشر منهاج عيش الشخصية):

يتألف "م.م.ع.ش" من محور يقيس النزعة الاجتماعية ، وسبعة مواضيع . وهم الآتي :

الفصل الرابع

منهاج العيش

- **محور النزعة الاجتماعية:** يقيس هذا المحور النزعة الاجتماعية و يدور موضوعه حول قياس اتجاه الفرد نحو الانتماء إلى العالم و قدرته على مواجهة مسائل الحياة تكافليا. وهو يعتبر قياسا للصحة العقلية وفق تعريف أدلر للنزعة الإجتماعية. وقد أثبتت الأبحاث صلاحية هذا المحور حيث وجدت ارتباطات إيجابية بين نتائجه ونتائج اختبارات أخرى طبقت على الأسوياء (كطلاب المدارس...). بالمقابل وجدت ارتباطات سلبية بينه وبين اختبارات طبقت على غير الأسوياء (كالمكتئبين والمعتلين النفسيين والفصامين... وغيرهم).

الموضوع 1- (المواءمة/نشطة): يتعلق هذا الموضوع بابتغاء القبول من الآخرين عن طريق جهود نشطة للنجاح.تقييم الذات ينبثق عن مصادر خارجية،و هناك مخاوف من ارتكاب أخطاء و التعرض للنبذ من قبل الآخرين. وجد صولس (1987) أن اختبار "مايرس - بريقس" عجز عن التمييز بين البائعين الفاعلين و البائعين الفاشلين في محل بيع تجزئة كبير،بينما استطاع موضوع المواءمة النشطة (ل س م ع ش) والسن التمييز بين المجموعات.

الموضوع 2- (المواءمة/خاملة): يتعلق بمسايرة الآخرين والخضوع السلبي. يبدو هذا الموضوع مطابقا لفكرة موزاك عن الشخص الذي يحتاج أن يكون طيبا. وجد ويلر(1990) ارتباطا سلبيا لهذا الموضوع مع حالات التدمير الذاتي المزمن لإدمانات (Wheeler & Al. 1991/2006 .pp222-223)

الموضوع 3- (التحكم/نشط): هذا الموضوع يعكس حاجة إلى التحكم النشط في الآخرين.عبارته تتعلق بقيادة و توجيه نشاط الجماعة. و قد دعمت دراسات عدة صدق نتائج هذا الموضوع كدراسات موزاك، و جونستون (1988) وويلر(1990) و يوينتون(1988).

الموضوع 4- (التحكم/خامل): يتعلق بالتبعية للغير و يعكس استخدام الأشكال السلبية للتحكم.يبدو أن هذا الموضوع (ص223) يعكس شخصا مدللا ويسعى لبلوغ مراده. الدراسة الوحيدة المجراة إلى غاية الحاضر عكست ارتباطا إيجابيا صغيرا مع إثبات الذات لدى طلبة

الفصل الرابع

منهاج العيش

المدارس. ورغم أن موضوع التحكم الخامل يملك قاعدة نظرية في علم النفس الفردي وقاعدة تجريبية في التحليل العاملي، إلا أنه قد لا يجد له دورا فاعلا في الميدان التطبيقي.

الموضوع 5- (الاستغلال/نشط): يصاحب هذا الموضوع سلوكيات تنوي إيذاء الآخرين و يبدو ذا علاقة مع هدف الانتقام الذي وضعه دريكورس. [و قد أثبتت الدراسات التي أشرنا إليها سابقا صدق نتائج هذا الموضوع].

الموضوع 6- (الاستغلال/ خامل): يصف هذا الموضوع مدى إحساس الفرد بتعرضه للأذى من قبل الآخرين. عباراته تعكس علاقات سلبية مع الوالدين. و يبدو مطابقا للضحية عند موزاك. وقد تدعمت نتائجه بنتائج الدراسات المشار إليها آنفا... كما وجد ارتباط سلبي بين موضوع الاستغلال الخامل والنزعة الاجتماعية.

الموضوع 7- (إبداء القصور): الموضوع 7 يعكس مشاعر اللاقيمة والعجز عن منافسة الآخرين. يبدو أن الموضوع يعكس نقسا فادحا في الشجاعة، و يبدو مطابقا للشخص اللاكفؤ عند موزاك. وقد وجد ويلر ووايت (1989) ارتباطا إيجابيا بين الموضوع 7 ونقص الضبط الخارجي ، كما وجده ويلر (1990) يرتبط إيجابيا مع حالات التدمير الذاتي المزمّن ومع القلق الظاهر، وكذلك الحال مع سلمين لقياس الاكتئاب (جونستون. 1988) ومع حالات الاعتداء على الأطفال الكامنة (ويلر وبراسوال وميلنر. 1990). بالإضافة إلى ذلك، وجدت ارتباطات سلبية مع محور النزعة الاجتماعية (موليس. 1987، ساولس. 1987؛ جونستون. 1988)

أجريت العديد من الدراسات لاستكشاف علاقة المواضيع السبعة مع محور النزعة الاجتماعية. وقد بينت النتائج أن للموضوعين 6 و 7 (الاستغلال السلبي وإبداء القصور) علاقة سلبية متوسطة الشدة مع النزوع الاجتماعي. وبعبارة أفصح، إذا زادت درجة هذين الموضوعين كانت النزعة الاجتماعية منخفضة الدرجة. (Wheeler & Al. 1991/2006. pp223-225).

الفصل الرابع

منهاج العيش

من المفرح أن النتائج التجريبية التي طبقت أداة "س.م.ع.ش" توافقت مع تنبؤات النظرية الأدلرية. ومحصول النتائج المجتمعة لدينا إلى غاية الوقت الراهن مدهشة. أما محور النزعة الاجتماعية فيبدو مقياسا قويا للصحة العقلية. إضافة إلى ذلك يبدو أنه يقيس أمرا آخر يختلف عما يقيسه سلم كراندال للنزعة الاجتماعية، إذ أنه يعكس - فوق ذلك- الأسلوب الشخصي الظاهر والانشرح للجلسات الاجتماعية، والميل إلى التوجه نحو الآخرين. إن الارتباط السلبي الحتمي مع مقاييس المرضية النفسية يفترض أنه عندما يكون النزوع الاجتماعي عاليا فإننا سنجد أسلوبا علائقيا صحيحا.

على كل، استخدم سلم منهاج عيش الشخصية لأبعد الحدود واستخدم أساسا لأغراض بحثية. إضافة إلى ذلك، كانت مساهمته معتبرة في فهم منهاج العيش الأدلرية وفي الإرشاد والعلاج النفسيين. وباعتباره مكملا لمقابلتي منهاج العيش والذكريات الباكرة اللتان تزودان بمعلومات قيمة عن فردانية الشخص، فإن بإمكان "م.م.ع.ش" تزويدنا بالمعلومات اللازمة لعقد مقارنة بين منهاج عيش شخص وغيره. وبتكاثف الأبحاث والمفاهيم سيصبح أكثر دقة ويقدم مساهمات أكبر في فهم منهاج العيش. (Wheeler & Al. 1991/2006. pp225-226). وقد ابتغى معدو السلم -ونقدر أنهم قد نجحوا في- أنهم قدموا مثالا قويا عن فكرة أن منهاج العيش قابل للقياس بطريقة صادقة ومقبولة.

عموما، مادام منهاج العيش رحب كما قال لمباردي ومعاونوه (1996)، ومادام قابلا للقياس كما بين ويلر وآخرون (1991) فلن يكون عسيرا القيام بخطوة إثبات التنبؤات الكامنة للنظرية، ثم تعميمها على باقي المدارس والمقاربات النفسية. التحدي الذي يواجه الأدلريين هو أن يتحلوا بـ "شجاعة اللامعصومية" وبذل الجهد في سبيل البحث العلمي، والشروع في العمل الذي طالما نادى به العديد من الباحثين (Peluso, P, R. 2006. pp203-204) لكن يتوجب علينا تنبيه الباحثين النفسانيين الفرديين إلى ضرورة اجتناب معاينة الأفراد بحميّة إنتاج البحث، وعلى هذا الأساس كان قياس منهاج العيش أعسر من تعريفه. ففي كتاباته قدم أدلر للباحثين الأدلريين تحذيره وتشجيعه في آن واحد :

الفصل الرابع

منهاج العيش

"إن الأنماط و التظابقات و التشابهات كثيرا ما تكون وحدات تدين فقط بوجودها لفقر لغتنا التي تعجز عن إعطاءنا تعبيراً بسيطاً عن المبهمات الحاضرة دائماً أو الناتجة عن احتمالات إحصائية. وضوح وجودها لا يسمح أبداً بأن نحط من قيمتها بحصرها في قاعدة ثابتة، فمثل هذا الوضوح لا يجلب لنا أي فهم مقارب لحالة الفرد. إنها تستخدم فقط في تسليط الضوء على حقل النظر الذي تتموقع فيه حالة الفرد بفردانيتها. فالكشف عن شعور قوي بالقصور . مثلاً . لا ينبؤنا بأي شيء بعد عن طبيعة وخصوصيات حالة الفرد. لا يمكن التعبير عن فردانية الفرد بـ " معادلة قصيرة "، و القواعد العامة . حتى تلك التي طرحها علم النفس الفردي هي إبداعية الشخصي . لا ينبغي النظر إليها أكثر من كونها مساعدات على تنوير أولي لحقل الرؤية الذي يتواجد فيه الفرد الفريد أو ينعدم فيه وجوده ."

هكذا حذر أدلر الممارسين العياديين الذين يقتصر اعتمادهم على "القوانين العامة" من إملاء معالجاتهم على الأفراد. في وجدان الفرد، نعلم قيمة هذه الصيغ القاعدية في تسليط الضوء على الخطوط الرئيسية الموجهة للمفحوص، والتزويد ببعض المناهج لإعداد التنبؤات (على الأقل للأخصائي). بالموازاة، بالنسبة للباحثين، هذا التنوير الذي تقدمه القواعد العامة هو قابل للتقييم في فحص القدرة التنبؤية للنظرية الأدلرية، فحسب كرن ومعاونيه (1993) محصول أي تقييم أو قياس هو التزويد بـ "نقطة انطلاق نحو فهم غايات الفرد ومساعدته ومنطقه الشخصي". وبهذه الروح صيغ الـ"س.ا.ن.ق.ع - ر" (BASIS-A) وينبغي أن تصاغ أي أداة أخرى، وكذا إبراز فعاليتها (Peluso, P, R. 2006. pp198-199)

المبحث الرابع - منهاج العيش المرضي

إن دراسة "رأي" فرد ما حول "معنى الحياة" هو دراسة قانون سير تفكيره وعاطفته ونشاطه. آراء الأفراد في ألوف تغيراتها يمكن حتماً أن تتعارض مع الواقع ومتطلباته الاجتماعية. الرأي الخاطيء لإنسان ما حول نفسه وحول مسائل الحياة سيصطدم عاجلاً أو آجلاً بالمعارضة الصارمة للواقع الذي يطالب بالحل في اتجاه النزعة الاجتماعية. ما يقع

الفصل الرابع

منهاج العيش

بمناسبة هذا التصادم يمكن أن يشبه بوقع الاصطدام، لتظهر التظاهرات الجسمانية والنفسانية التي اصطلح على مجموعها بعقدة القصور، التي يلتبس الميل الدعوب إلى السمو إخفاءها بعقدة سمو ترمي إلى مظهر من السمو الشخصي خارج عن النزعة الاجتماعية.

لو تأملنا بوضوح التظاهرات التي تبرز في حالات الإخفاق لقادنا البحث عن أسبابها إلى تحضير ناقص يعود تاريخه إلى الطفولة الأولى. بهذا التعمق يتسنى لنا تحصيل صورة سابقة لمنهاج العيش الموحد لدى فرد ما، ويتسنى لنا في نفس الوقت-في حالات الإخفاق- تقدير درجة التباعد والنزعة الاجتماعية التي تبرز دوما كمنقص في التأهب للانضمام إلى الآخرين. إن رأي الفرد المخطئ لن يحمله رغم ذلك على البحث عن تعديل، وسعيه إلى السمو الشخصي يواصل طريقه. ولا يدوم تبعا لذلك إلا انحصاراً متفاوت الأهمية في حقل للفعل، واستبعاداً للواجب مرتبطاً باحتمال إخفاق منهاج العيش، وتقاعداً أمام المسائل التي يتطلب حلها تحضيرا أحسن لقانونه الدينامي.

وقع الاصطدام يظهر في الميدانين النفسي والجسمي. يحقّر بقايا النزعة الاجتماعية فيحدث كافة أشكال الإخفاقات في الحياة بإرغام الفرد إما على الانعزال (كما هي الحال في العصاب) أو على التسرب مع النشاط المتبقي الذي لا يعني أي قدر من الشجاعة (وهو سبيل الفعل المضاد للمجتمع).

في كل الحالات من الواضح أن الرأي يطابق الصورة التي يكونها الفرد عن العالم والتي تحدد فكره وعاطفته وإرادته وفعله. هنا المعنى الحقيقي للحياة يتجلى في المقاومة التي يلاقيها الفرد عندما يتصرف بطريقة خاطئة.

إن مسألة التعليم والتربية والعلاج هي ربط جسر بين هاتين المعطاتين: المعنى الحقيقي للحياة والتصرف الخاطئ للفرد. ومهمة المربي والمعلم والطبيب والنفساني هي رفع درجة النزوع الاجتماعي، وبالتالي تقوية شجاعة الفرد عن طريق تفهم الأسباب الحقيقية لإخفاقه، بتسليط الضوء على رأيه الضال وعلى المعنى الخاطئ للحياة الذي استبدل به

الفصل الرابع

منهاج العيش

الصحيح، ثم تقريبه من المعنى الذي فرضته الحياة على البشر الآخرين.

(ADLER,A.1933a.pp24-30).

ليس من السهل حمل شخص متصادم مع المقتضيات الاجتماعية على إدراك سلوكه الضال. منهاج عيش الطفل الصعب سيذود ضد كل تغيير. المربي الفاضل "بيستالوزي" كان قد نبه إلى أن: "لو اجتهدت لتحسين طبع طفل متروك فسيكون دوماً ضدك وسيجعل سعيدك عسيراً. إنه دفاع منهاج العيش المبرمج الذي يرفض أي تحويل فيه، بل يريد مواصلة العمل في اتجاهه مثل برمجيات (ADLER,A.1929.p151).

ما نقر به دوماً لدى الأطفال الصعاب هو انخفاض في الشجاعة أمام بعض المشاكل. نستطيع أن نساند فكرة أن الطفل المزاجي لا يتوفر على "كمية" كافية من الشجاعة لإعادة الاستيلاء على الوضعية الرغدة القديمة عن طريق مجهودات في الضفة المفيدة من الحياة (ADLER,A.1929.p64). عندما تقف مشكلة عليه يخاف، وعض مواجهتها تجده يظن أنه أخطأ الطريق بسبب مصادفته لهذه الصعوبات (ADLER,A.1930c.p59)، فيجتهد للنجاح عبر سبيل أيسر يحس فيه أنه قوي ويعفيه من الاضطرار إلى الشجاعة.

سنجد الجبن دوماً كلما تحرك امرئ في الضفة الضارة من الحياة، لأنه لا يرى نفسه قويا إلى درجة القدرة على حل مشاكله فيبحث باستمرار عن وسائل لإراحة وجوده. المجرم لا يملك شجاعة ويجتهد عبر الحيلة لأن يكون أقدر من الغير وليحرز انتصارات على أمثاله. لو تأملنا لصا أو سارقاً سيتبين لنا أنه لا يأتي فعلته إلا إذا كان المنزل خالياً من أي شخص، هو مسبقاً سيكون الأقوى. والسفاح لا يهاجم ضحيته إلا إذا كانت أضعف منه. سنتغير أمور كثيرة في هذا المجال لو أفهمنا الجماعات أن الجريمة لا يمكنها أن تقترب إلا حينما فقد فرد شجاعته. ليس فخراً خرق قوانين البلاد، ولا بد علينا إفهام الناس أن الجريمة تعبير على الجبن (ADLER,A.1929.p64).

لو تطوعنا لمعالجة طفل صعب وجب علينا التسلح بصبر جسيم وحفه بالصدقة والعاطفة، لأن الطفل محتاج إلى الدفء الأدمي. لا بد أن يشعر أننا مهتمون به حتى لو لم

الفصل الرابع

منهاج العيش

يدرك غاية ذلك. سيدد نفورا من الفرد الذي يبدي السمات الطبيعية للشخص الأناني المنشغل بنفسه فقط. وإن أردنا تنشيط الحس الاجتماعي لدى الطفل فإننا سنجد في الوظيفتين الرئيسيتين للأمر موجّهات قيّمة : ينوء بنا ربح تعاطف الطفل وبعدها توجيهه نحو أشخاص آخرين (ADLER,A.1929.pp151-152).

لا ننسى كذلك أن الأفراد يعجزون عن فهم التناسق والهيكل العظمي لمنهاج سيرتهم، لأنهم لا يقدرون حياتهم وفق منظور منطقي وموضوعي. والأطفال عندما يزيغون عن الطريق الرشيد فإنهم لن يكونوا في موضع سانح لاستخلاص عبرٍ بناة من تجاربهم السالبة، لأنهم لا يفهمون دلالة مشكلتهم. لذلك وجب تمرين الطفل على تقدير حياته، لا كتعاقب أحداث منعزلة وإنما كشعاع موجه يصل بين كل حوادث حياته. ما من حدث يمكن أن يخرج عن السياق العام لحياته، وكل ما يحدث لا يفسر إلا بدلالة ما حدث سابقا. إن فهمَ الطفل هذا الأمر سيصبح قادرا على إدراك سبب زيغته عن سواء السبيل.

هذه المهمة لن تنجز إلا إذا توفرت لدينا معرفة معمقة بمسائل الحياة مع فحص هذه الحقائق: الشعور بالقصور و الميل إلى التعويض و النزعة الاجتماعية. هذا الفحص هو نفسه المستخدم في علم النفس التجريبي أو في الفحص الوظيفي لبعض الحالات الطبية. لكن هنا الحياة هي التي تفرض اختياراتها، نظرا للارتباط العميق للفرد بمسائل الحياة بحيث يستحيل اجتناب الفرد -بصفته كلاً- من روابطه مع الحياة أو بالأحرى من المجتمع.

تقنية علم النفس الأدلري لاستكشاف منهاج العيش تفترض كخطوة أولى: معرفة مسائل الحياة وفرائضها على الفرد. سنرى أن حلها يقتضي درجة معينة من النزعة الاجتماعية، وصلة وثيقة مع مجموع الحياة، واستعدادا لمخالطة أشخاص آخرين والتكافل معهم. إن افتقد هذا الاستعداد فإننا نستطيع افتراض شعور حاد بالقصور مع كل رواياته المختلفة وكل عواقبه التي تظهر عموما في موقف متردد وهروبي

(ADLER,A.1933a.pp29-30)

1. منهاج العيش والحاميات:

آمن أدلر أن الناس يبدعون أنماطا من السلوك لحماية شعورهم المغالي بتقدير الذات من أن يفضح أمام الناس. هذه الإجراءات الحمائية المسماة "الحاميات" (وقد تسمى التصنعات، خاصة في بعض المواقف) تسمح للناس بأن يخفوا صورة ذاتهم المضخمة والحفاظ على منهاج عيشهم الحالي. يمكن مقارنة الحاميات الأدلرية بآليات الدفاع الفرويدية. كلاهما تأسس على فكرة أن الأعراض تتشكل كحماية ضد القلق، لكن هناك اختلافات معتبرة بين كلا المفهومين. تعمل آليات الدفاع لا واعيا لحماية الأنا من القلق، بينما الحاميات الأدلرية هي واعية بصفة واسعة، وتشكل درعا واقية يحتمي فيها تقدير الذات الهش ضد الانفضاح أمام الناس. وآليات الدفاع الفرويدية مشتركة بين كافة الناس، في حين أن أدلر لم يتطرق إلى الحاميات إلا بنسبتها إلى تشكيل الأعراض العصابية. إن الأعدار والعدوانية والتقهقر (الانسحاب) حاميات مشتركة، كل منها صيغ لحماية منهاج عيش الفرد الحالي والحفاظ على الشعور الوهمي العالي بقيمة الذات (Feist & feist.2006.p81).

1.1 أنواع الحاميات (التصنعات):

1.1.1 التسويغ: إن اختلاق الأعدار هي أكثر الحاميات اشتراكا. ويعبر عنها نمطيا بالصيغ: "نعم...، لكن... أو "لو أن...". في التسويغ بـ "نعم..، لكن..". يصرح الناس أولا بما يزعمون أنهم كانوا سيفعلونه -أمر يبدو مستحبا لدى الآخرين- ثم يتبعونه بـ "عذر" ما. ستقول امرأة: "نعم، أود أن أذهب إلى المدرسة، لكن أطفالى يطالبون بالكثير من العناية". و يقول مُسير: "نعم، أنا موافق على اقتراحك، لكن إدارة الشركة لا تسمح بذلك". أما في الصيغة "فقط لو أن"، فإننا أمام نفس العذر معبر عنه بتعبير مغاير. "لو كان زوجي شخصا أكثر تشجيعا لكنت أسرع تقدما في وظيفتي"، و "لو أنني لم أعاني من هذا القصور البدني لنافست بنجاح على هذا العمل". هذه الأعدار تحمي تقدير ذات منخفض -لكنه يتصنع لارتقاعه- ويخادع بجعلهم يعتقدون (يؤمنون) أنهم أسمي مما هم عليه (Feist & feist.2006.p82).

2.1.1 العدوان: الحامية المشتركة الثانية هي العدوان. أكد أدلر أن بعض الناس يستخدمون العدوان لحماية عقدة سموهم المغالى فيه، وذلك حماية لتقدير ذاتهم الهشة. حامية العدوان قد تأخذ شكل السخرية أو الاتهام أو اتهام الذات.

أ. **السخرية:** هي الميل إلى تحقير إنجازات الغير وتعظيم الإنجازات الشخصية. هذه الحامية ضرورية الحضور في السلوكات العدوانية، منها الانتقاد والنميمة والغيبة. قد يقول شخص ما: "أرجح أن السبب الوحيد لتمكن زيد من الحصول على هذه الوظيفة هو كونه ابن المدينة". وقد يقول آخر: "لو أمعنت النظر لانتبهت أن عمرو يسعى جاهدا لتفادي العمل".

إن النية وراء كل أفعال السخرية هو تصغير شخص آخر حتى يصبح المتكلم - بإجراء مقارنة - في موضع أسمى منه .

ب. **الاتهام (التلفيق):** هو الميل إلى لوم الآخرين عن الإخفاقات الذاتية والسعي إلى الانتقام، ومن ثم حماية تقدير ذاته الضعيف. قد يقول هذا الشخص: "تمنيت أن أكون فنانا لكن والداي أرغماني على الالتحاق بمدرسة الطب. الآن أنا أشتغل وظيفة تجعلني تعيسا".
آمن أدلر أن هناك عنصرا من التلفيق العدواني في كافة منهاج العيش السقيمة، فالأشخاص المصابون يعملون على جعل الأشخاص المحيطين بهم أكثر تعاسة منهم.

ج. **اتهام الذات:** الشكل الآخر من العدوان العصابي هو تعذيب الذات وإدانته. بعض الناس يعذبون ذواتهم باستخدام الماسوخية أو الاكتئاب أو الانتحار، مستغلين (مستثمرين في) هذا التعذيب لجرح الأشخاص الأقرباء منهم. إن الشعور بالذنب هو غالبا عدوان وسلوك لإدانة الذات. قد يقول هذا الشخص: "أشعر بالحرج لأنني لم أكن أطيب مع جدتي حين كانت على قيد الحياة. الآن فات الأوان".

إن إدانة الذات هي نقيض التلفيق، رغم أن كلاهما يشخص نحو إحراز سيادة شخصية. ففي التحقير يقوم الأشخاص الذين يشعرون بالقصور بالتقليل من قيمة الآخرين حتى

يظهروا بشكل مستحسن؛ أما في إدانة الذات فيقلل الأشخاص من قيمة ذواتهم لتسبب المعاناة للغير في الوقت الذي يحمون فيه شعورهم المضخم بتقدير الذات.

3.1.1 التهرب: يمكن أن يتوقف نمو الشخصية إذا ما تفادى الأشخاص العقبات. أشار أدلر إلى هذا الميل باصطلاح التهرب (التقهقر)، أو الاحتماء باتخاذ مسافة فاصلة. بعض الناس يفرون -لا واعيا- من مشكلات الحياة عن طريق اتخاذ مسافات فاصلة بين أنفسهم وبين هذه المشكلات (Feist & feist.2006.pp82-83). وقد تعرف أدلر على أربع أساليب من الاحتماء بالتهرب : التراجع، والتسمر، والتردد، واختلاق العقبات.

أ. **التراجع:** هو الميل إلى حماية الهدف الغائي الوهمي السیادي بالعودة نفسيا إلى مرحلة حياتية أكثر أمنا، إنه العودة إلى بواكير حقبات الحياة الأكثر رغدا. التراجع مفهوم يتشابه مع النكوص الفرويدي في كونهما ينطويان على محاولة العودة إلى البواكير، إلى حقة حياتية أرغد. لكن في الوقت الذي نجد فيه النكوص يتموضع لا واعيا ويحمي الناس من خبرات القلق الباطني، نجد أن التراجع يمكن أن يكون أحيانا -واعيا- ومتوجها نحو الحفاظ على هدف سيادي مضخم. التراجع معد لاستجلاب العطف، وهو التوجه الضار المتاح بسخاء للأطفال المدللين.

ب. **التسمر:** يمكن اختلاق الابتعاد النفسي أيضا عن طريق التسمر في المكان. هذا الميل الهروي شبيه بالتراجع لكنه -عموما- غير متزن إلى حد ما يكون عليه التراجع. ببساطة المتسمرون لا يتحركون في أية وجهة، ومن ثم يتفادون كل مسؤولية عن طريق تأمين أنفسهم ضد أي تهديد (احتمال) فشل. إنهم يحمون طموحاتهم الوهمية لأنهم لا يفعلون أبدا شيئا يدل على عجزهم عن تحقيق أهدافهم. الشخص الذي لا يتوجه أبدا إلى الثانوية لن يمنع من دخولها، والطفل الذي يخجل مبتعدا عن الأطفال الآخرين لن يتعرض للإقصاء من طرفهم. بالامتناع عن الفعل يحفظ الناس تقدير ذاتهم ويحمون أنفسهم من الفشل.

الفصل الرابع

منهاج العيش

ج. **التردد:** هو الأسلوب الأقرب إلى التسمر. بعض الناس يترددون أو يتأرجحون حين تواجههم مشكلات صعبة. تماطلاتهم تعطيهم عذرا في نهاية المطاف: "لقد فات الأوان الآن".

آمن أدلر أن أغلب السلوكات القهرية تحاول إضاعة الوقت. قهريات غسل الأيدي والرجوع على نفس الخطى والتصرف بطريقة وسواسية منظمة وتهديم الأعمال المنجزة في بدايتها والتخلي عن العمل قبل إنهائه، هي كلها أمثلة عن التردد. رغم أن التردد قد يبدو للآخرين انهزاما للذات، إلا أنه يسمح للأفراد العصائيين بالحفاظ على شعورهم المضخم بتقدير الذات.

د. **اختلاق العقبات :** الحامية التهريية الأقل قسوة هي اختلاق العقبات. بعض الناس يبنون بيوتا من القش ليظهروا أن بإمكانهم تهديمها. بتخطي العقبة يحمون تقدير ذاتهم وهيبتهم. فإذا فشلوا في تجاوز الحاجز فبإمكانهم دائما اللجوء إلى عذر ما. يمكننا تلخيص الفروق بين الحاميات الأدلرية وآليات الدفاع الفرويدية في النقاط التي ضمها الجدول التالي :

آليات الدفاع الفرويدية	الحاميات الأدلرية
- موجودة لدى كل فرد.	- تقتصر غالبا على بناء منهاج عيش عصابي
- تحمي الأنا من ألم القلق.	- تحمي تقدير الذات الهش للفرد من الانفضاح أمام الملاء .
- تعمل فقط على مستوى اللاوعي.	- جزء منها واعية.
- تتضمن أنواعها المشتركة :	- تتضمن أنواعها المشتركة :
- الكبت - تشكيل رد الفعل - الإزاحة	-التسويغ.
- التثبيت - النكوص - الإسقاط	-العدوان: - التحقير- التلفيق- اتهام الذات.
- الاجتياف (الاستدخال) - التسامي	-التهرب : -التراجع- التسمر- التردد

الفصل الرابع منهاج العيش

-اختلاق العقبات.

الجدول رقم (04). يبين الفروق بين الحاميات وآليات الدفاع (Feist & feist.2006. pp83-84).

❖ خلاصة الفصل

قدمنا في هذا الفصل التناول النظري لمفهوم منهاج العيش و ذلك انطلاقا من مجموعة تعريفات توضح هذا المفهوم. والتي وضعها رواد علم النفس الفردي و على رأسهم ألفرد أدلر، إضافة إلى إبراز كيفية نشأة و تطور منهاج العيش عند الفرد ثم استعراض جملة المحددات الأساسية لمنهاج عيش الفرد إنطلاقا من "عقدة القصور" التي تعد أساس بناء منهاج العيش و أحد المحركات القاعدية لصياغة أهدافه الغائية و مرورا بالنزعة الاجتماعية التي تعتبر أحد المحددات الأساسية لمنهاج العيش و معيارا للصحة النفسية في علم النفس الفردي. تناولنا أيضا في هذا الفصل فحص و دراسة منهاج العيش حيث بينا من خلاله معايير الحكم على سواء و صحة منهاج العيش من عدمه و أخيرا تناولنا منهاج العيش المرضي و أهم دلائله النفسية.

الخطاب الإسلامي

الفصل الخامس
الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

➤ تمهيد

يستعرض هذا الفصل جملة الإجراءات المنهجية المتبعة لإجراء الدراسة الميدانية، حيث انطلقنا في ذلك بإجراء دراسة استطلاعية بغرض استكشاف ميدان و حالات و ظروف إجراء الدراسة الرئيسية، و وصولا إلى عرض إجراءات الدراسة الأساسية بما فيها المنهج المستخدم ، والتقنيات المعتمدة ، و الأدوات العيادية التي تم توظيفها، و استعراض ميدان إجراء الدراسة و حدودها الزمانية و المكانية، وأخيرا عرض خصائص و طريقة انتقاء الحالات.

أولا- الدراسة الاستطلاعية:

الدراسة الاستطلاعية أو الكشفية تهدف إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة و كشف جوانبها و أبعادها من منطلق أن هذا النوع من البحوث يساعد الباحث في صياغة مشكلة البحث صياغة دقيقة تمهيدا لبحثها بحثا متعمقا في مرحلة تالية أيضا لكونها تساعد الباحث في وضع الفروض المتعلقة بمشكلة البحث التي يمكن إخضاعها للبحث العلمي الدقيق. (عبد الفتاح محمد دويدار، 1999، ص129). إذ يستحسن قبل البدء في إجراءات البحث و بصفة خاصة في البحوث الميدانية القيام بدراسة استطلاعية للتعرف على الظروف التي سيتم فيها إجراء الدراسة الميدانية.

1. إشكالية الدراسة الاستطلاعية:

قامت الباحثة بإجراء الدراسة الاستطلاعية في ضل إشكالية تتلخص حول التساؤل التالي:

كيف نقيم الوضعية النفسية لمريضة سرطان الثدي؟

2. أهداف الدراسة:

ومن خلال هذه الدراسة الاستطلاعية قامت الباحثة بتحديد أهداف نظرية وتطبيقية

وتلخصت في:

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

- ✓ الهدف الرئيسي للدراسة الاستطلاعية و هو تقييم الوضعية النفسية لمريضة سرطان الثدي.
- ✓ استكشاف ميدان الدراسة و التأكد من إمكانية العمل الميداني.
- ✓ التحقق من قابلية الموضوع للدراسة.
- ✓ التقرب من مجتمع الدراسة و فحص قابليته للبحث.
- ✓ تحديد إجراءات التطبيق والأدوات المناسبة.
- ✓ فحص مدى توفر التراث النظري الخاص بمتغيرات الدراسة.

3. منهج الدراسة:

بناء على طبيعة الهدف الرئيسي للدراسة الاستطلاعية فقد اتبعنا المنهج الإكلينيكي الذي ارتأت الباحثة إلى أنه المنهج الأنسب لتقييم الوضعية النفسية لمريضة سرطان الثدي.

4. أداة الدراسة:

المقابلة العيادية: و لقد اعتمدنا في تحقيق الهدف الرئيسي للدراسة الاستطلاعية و هو "تقييم الوضعية النفسية لمريضة سرطان الثدي" على المقابلة العيادية و التي تم تطبيقها مع الأخصائية النفسانية داخل مصلحة الأورام السرطانية،و التي لها صلة مباشرة بمجتمع الدراسة.

5. الإطار الزمني و المكاني للدراسة:

أجريت هذه الدراسة خلال شهري أبريل وماي 2016.

أما عن المجال المكاني للدراسة فقد طبقت في مصلحة الأورام السرطانية بالمؤسسة الإستشفائية الدكتور سعدان بيسكرة.

6. نتائج الدراسة:

توصلنا من خلال الاستطلاعية إلى ما يلي:

- وجود مؤشرات تشير إلى المعاناة النفسية التي تعيشها مريضة سرطان الثدي، وعليه فقد تم التحقق من قابلية دراسة هذا الموضوع.

- التقرب من حالات الدراسة والعمل مع (3) حالات توفرت فيهن الشروط و الخصائص المطلوبة لإتمام إجراءات الدراسة الميدانية. حيث أجرينا معهن تطبيق الدراسة لتجريب وفحص مدى قابلية الحالات للتجاوب مع الفحص النفسي المطبق والأدوات. علما أن إحدى الحالات توفيت، وتراجعت الحالة الثانية عن استكمال بقية الفحص (اختبار مقاييس الشخصية متعدد الأوجه-2-) نتيجة تدهور وضعيتها الصحية، أما الحالة الأخيرة فقد تجاوبت مع الفحص مع ترك عدد كبير من عبارات اختبار مقاييس الشخصية متعدد الأوجه-2- بدون إجابة.

- بناء على قدرة الحالات على التجاوب مع أدوات البحث تم تحديد الأدوات العيادية المناسبة لتحقيق أهداف الدراسة الرئيسية لاحقا، رغم صعوبة تطبيق هذه الأدوات التي تستهلك منا وقتا طويلا وجهدا من حالات الدراسة علما أنهم يعانون وضعفا صحيا صعبا و خاصا. وهو ما شكل صعوبة في تطبيق هذه الأدوات فالأمر تطلب من الباحثة مراعاة الظروف الصحية لحالات الدراسة.

- تمكنت الباحثة خلال الدراسة الاستطلاعية من الاطلاع و الإلمام بالتراث النظري الخاص بمتغيرات الدراسة وجمع عدد من الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية.

ثانيا - الدراسة الأساسية:

1. منهج الدراسة:

بناء على أهداف الدراسة و طبيعتها فقد اعتمدت الباحثة على المنهج الإكلينيكي الذي يقوم على دراسة الفرد تحت ظل إشكالية تستدعي التفسير. ويعرف هذا المنهج على أنه الطريقة التي تعنى بالتركيز على الفردية التي تمثل الظاهرة المراد دراستها حيث يقوم الباحث باستخدام أدوات البحث النفسي المختلفة. والتي تمكنه من دراسة الحالة دراسة شاملة، ومعمقة حتى يصل إلى فهم العوامل العميقة في شخصية المبحوث والتي تأثرت بالظاهرة موضوع الدراسة أو أثرت فيها (فرج عبد القادر طه ، 2000، ص 91).

و قد اعتمدنا على طريقة دراسة الحالة حيث يشير هذا المصطلح إلى عملية جمع البيانات و إلى استخدام هذه البيانات إكلينيكيًا و يمكن تعريفها على أنها: صياغة نفسية حول الأسباب والغايات والمؤشرات الراسخة في شخصية فرد بعينه أو سلوكياته أو مشكلاته النفسانية أو السلوكية (خالد خياط، 2016 ، ص 8).

تم اختيار المنهج العيادي نظرا لكونه المنهج الأنسب لتحقيق أهداف الدراسة التي تستدعي الفحص والدقيق وجمع أكبر قدر من المعلومات حول حالات الدراسة. وذلك باعتماد طريقة دراسة الحالة التي سمحت لنا بتوظيف هذه البيانات إكلينيكيًا لفحص وتفسير الدلالات المرضية النفسية و منهاج عيش حالات الدراسة بشكل معمق ودقيق.

2. أدوات الدراسة:

1.2 المقابلة العيادية:

اعتمدنا استخدام المقابلة الإكلينيكية النصف موجهة خلال هذه الدراسة بهدف جمع البيانات الأولية حول الحالات و الظروف المعيشية الخاصة بهم بما في ذلك ظروف

المرض لذلك فقد تضمنت هذه المقابلة بعض الأسئلة الروتينية حول البيانات الشخصية و الأسرية، وكذلك ظروف الإصابة بالسرطان. و تعتبر المقابلة العيادية أحد أهم الوسائل الرئيسية التي يستخدمها الأخصائي النفسي، ويعتمد عليها في جمع أكبر قدر ممكن من البيانات، والمعلومات حول الحالات المدروسة مما يساعد على عمليتي التشخيص، والعلاج. وخلال المقابلة العيادية تمت ملاحظة وتسجيل بعض الاستجابات غير اللفظية التي صدرت عن حالات الدراسة أثناء إجراء الحوار العيادي وتطبيق الاختبارات النفسية، وذلك بهدف جمع أكبر قدر من البيانات اللفظية وغير اللفظية حول حالات الدراسة.

2.2 اختبار مقاييس الشخصية مينيسوتا متعدد الأوجه -2- MMPI

قام بوضع اختبار مينيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية اثنان من جامعة مينيسوتا Minniesota خلال الفترة ما بين 1930-1940 ، هما الطبيب ماكنلي Macjnley و النفسي هاتاوي Hataway.

وضع هذا الاختبار أساسا ليمد النفسي بصورة متكاملة عن جميع الجوانب الهامة المتعددة في شخصية الفرد و التي تتمثل في درجات على المقاييس المختلفة التي يحتويها الاختبار. (فيصل عباس، 2003، ص 145).

يتكون هذا الاختبار في نسخته المختصرة من (370) عبارة يجاب عنها ب (V) او (F) صح أو خطأ و تنقسم هذا المقاييس إلى (4) مقاييس تصحيح و (10) مقاييس عيادية.

• مقاييس الصدق وهي تشمل أربعة مقاييس:

1- مقياس (?) لا أستطيع أن أقرر: وهو يعنى أن الدرجة على هذا المقياس هي عدد العبارات التي لم يجيب عنها المفحوص بنعم أو لا، وكلما ارتفعت الدرجة على هذا المقياس دل ذلك على محاولة هروب المفحوص من الإجابة، وهذا بالطبع له دلالاته الإكلينيكية. و

يستحسن أن لا يترك المفحوص عدد كبير من الإجابات دون أخذ القرار في الإجابة عنها (30 سؤال) لأن ذلك يقلل من صدق الصفحة النفسية.

2- مقياس (L) مقياس الكذب: وتعتبر الدرجة على هذا المقياس بإجابة المفحوص على 15 عبارة تتضمن كلها أمورا مقبولة اجتماعيا إلا أنها لا تنطبق عادة على الناس في عالم الواقع ومن أمثلة ذلك (لا أقول الصدق دائما)، وعلى الرغم من أن الإجابة على هذه العبارة تكون بنعم إلا أن الإجابة المقبولة اجتماعيا هي "لا". وعلى هذا فإن الفرد الذي يحاول أن يظهر نفسه في صورة مقبولة يحصل على درجة مرتفعة على هذا المقياس.

3- مقياس (K) مؤشر الصدق: يشير هذا المقياس والدرجة عليه، عن اتجاه المفحوص نحو الاختبار هل هو متعاون في أجابته أم لا و هو أكثر السلام تعقيدا. يقيس الاتجاه الدفاعي الذي يستعمل لتصحيح آثار الاتجاه الإنكاري للمشكلات إذ أن المفحوص يحاول الظهور في أحسن صحة نفسية.

4- مقياس (F) إجابات دون تبصر أو عشوائية: من العبارات التي لوحظ أن الأفراد الأسوياء قل أن أجابوا عنها بالصورة التي تصحح بها، بحيث يحصل المفحوص العادي على (7 درجات خام) أو أقل. وترتفع الدرجة إذا لم يستطع المفحوص أن يعطي إجابة مميزة لسبب من الأسباب كأن يكون غير قادر على القراءة والفهم بدرجة معقولة أو أن يكون مهملا في أجابته بغير قصد. غير أن الدرجة ترتفع على هذا المقياس أحيانا نتيجة أنواع معينة من المرض النفسي خاصة في الحالات الشبيهة بالفصام وحالات الانقباض. (محمد شحاتة ربيع، 2008، ص ص 352-353)

• المقاييس الإكلينيكية ودالاتها

1- مقياس توهم المرض: (Hs) يتكون من 32 عبارة تكشف عن مدى الاهتمام الزائد بالوظائف البدنية و القلق على الصحة بدون سبب عضوي واضح, و يرتبط ارتفاع الدرجة بالاكنتئاب, قد يتصف الأشخاص الذين يحصلون على درجة معيارية في المدى المرتفع إلى الأنانية أو النرجسية و النظرة التشاؤمية للحياة و الانسحاب و العدائية الكامنة لكونه لا يعبر عن شكواه بالقدرة اللفظية ويستخدم بدنه للشكوى من أجل الحصول على المكاسب, ومثل هؤلاء الأشخاص يواظبون على زيارة الأطباء بحجة وجود شكوى بدنية و يحتاجون إلى جهود كبيرة للطمأنه و التدخل بالعلاج النفسي بشكل متحفظ لكونهم يقاومون أي صورة من صور العلاج النفس

أما الدرجات في المدى المتوسط فتكشف عن أن الشخص قد يعاني من مشكلات بدنية فعلية و ينشغل بصورة معقولة على صحته

أما الدرجات في المدى المنخفض فقد تشير إلى خلو المفحوص من الشكاوى البدنية أو تكشف عن إنكاره لوجود شكوى بدنية خاصة لدى اختيار الأفراد في الوظائف التي تتطلب كفاءة بدنية عالية.

2- مقياس الإكتئاب: (D) يتكون المقياس من 57 عبارة تقيس أعراض الإكتئاب مثل الانقباض و الحزن و التعاسة و التشاؤم نحو مستقبل حالته و التفكير في الانتحار أو الإقدام عليه مع مشاعر عدائية تجاه نفسه و اتهام الذات و الشعور بالذنب و التأخر النفسي الحركي و التعب و رفض الحديث مع الشكاوي البدنية و الأحلام المزعجة و عدم الاستقرار و اضطراب النوم و يغلب أن يكون الاكتئاب قد سبق تشخيصه إكلينيكيًا.

إذا كانت الدرجات التي تقع في المدى المتوسط فتشير إلى معاناة الفرد من بعض أعراض الاكتئاب الموقفي العابر و الذي يستطيع أن يتعايش معها.

أما الدرجات في المدى المنخفض فتشير إلى أن الشخص يقظ و نشط ومنفتح اجتماعياً.

3- مقياس الهيستيريا: (Hy) يتكون من 60 عبارة للكشف عن المؤشرات التشخيصية للهيستيريا و الذين يتعاملون مع الضغوط و الهموم بأعراض و شكاوى بدنية. و قد لا يعاني الشخص من أي أعراض إلا تحت ظروف ضاغطة و تزول الأعراض مع زوال حالة الكرب أو الضغط. و غالباً ما يفتقد أصحاب الدرجة المرتفعة إلى الاستبصار بحقيقة أعراضهم مع التمرکز حول الذات و النرجسية و طلب التعاطف الزائد من الآخرين بطريقة ملتويه و إذا لم يستجيب الآخرين لحاجاتهم فإنه يصبح عدائياً، و لكنه ينكر هذه المشاعر و لا يصرح بها، كما أنه يتصفون باللباقة و التودد و الحماس إلا أن علاقاته الشخصية سطحية و يهتم فقط بالذين يمنحونه ما يريد من حب و اهتمام أكثر مما يبادلهم العطاء، و قد يسلك بطريقة استعراضية مع نقص استبصاره بأسباب سلوكه بهذه الطريقة

أما الدرجات في المدى المتوسط فهم أشخاص يميلون إلى الاستعراض و السطحية و الانبساط و يتمركزون قليلاً حول ذواتهم و يحبون التفاوض و سماع الأخبار الجيدة.

4- مقياس الانحراف السيكوباتي: (Pd) يحتوي على 50 عبارة تقيس اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، فالدرجة المرتفعة تشير إلى صعوبة اتساق قيم الفرد مع القيم و المعايير الاجتماعية و قد يقدم على السلوك الإجرامي و الكذب و الغش و السرقة و الانحراف الجنسي و الإدمان مع رفضه للسلطة و اضطراب علاقاته بالأسرة و الآخرين و في الغالب ما يكون التحصيل الدراسي منخفضاً و يغير الأعمال مع عدم توافقه الزواجي. كما أنه يتصف بالاندفاعية و لا يستطيع أن يؤجل إشباع حاجاته و لا يخطط لسلوكه و لا يقدر عواقب أفعاله المنحرفة، كما يتصف أحياناً بالخداع و الانبساطية المتطرفة و العدوانية و الداء و الغيظ و الاستياء مع السخرية و التهكم و الدخول في صدام مع القانون كما يشعر في أوقات كثيرة بالسأم و الفراغ، مع ميوله التخريبية للممتلكات العامة.

أما الدرجة المتوسطة فتشير إلى شخص يبدو منشغلا بالقضايا الاجتماعية البسيطة و يحاول أن يتغلب على مشكلات أسرية و قد يكون في مواجهة صراع راهن قد تزول أسبابه و يعود للمستوى الطبيعي .(محمد شحاتة،2013، ص ص456-458).

أما الدرجة المنخفضة فتشير إلى شخص لديه بعض الشكاوي من السلطة و الملل و الاستياء .

أما الدرجة المنخفضة الحد الأدنى فإن الشخص غالبا ما يميل إلى التصلب و التقليدية و يستطيع أن يتحمل الإحباط و الملل و قد لا يكون مهتما بالنشاط الجنسي الغيري .

5-مقياس الذكورة ١ الأنوثة:(Mf) يحتوي على 56 عبارة ذات مضامين مختلفة تشمل الاهتمامات المهنية و الهوايات و التفضيلات الجمالية و الدينية و الفعالية مقابل السلبية و الحساسية الشخصية .

تشير الدرجات المرتفعة لدى الذكور و الإناث إلى الانشغال بمشكلات جنسية مثلية كامنة أو صريحة .

تشير الدرجة فوق المتوسط 60 إلى 50 لدى الذكور إلى قصور الاهتمامات الجنسية الذكورية لدى الذكور مع وجود اهتمامات جمالية و فنية و يمكنه أن يشارك في الأعمال المنزلية و رعاية الأطفال بدرجة زائدة عما يقوم به الذكور العاديين .

تشير الدرجة فوق المتوسط 60 إلى 50 لدى الإناث إلى رفض للدور الأنثوي و لديها اهتمامات رياضية و الفروسية والصيد .

أما الدرجات في المدى المتوسط إلى وجود اهتمامات ذكرية مؤكدة و يؤدون أدوارهم الذكورية بكفاءة و يميلون الى اختيار الأعمال التي تحتاج إلى القوة و ممارسة الرياضة الأنشطة الذكورية الأخرى .

أما أصحاب الدرجات المنخفضة أقل من المتوسط فيكون الذكر لديه اهتمامات ذكورية عادية او تقليدية و يغلب عليه اختيار الأعمار و الدراسة الذكورية مثل التعليم الفني و الهندسة و الزراعة وما إلى ذلك. أما أصحاب الدرجات المنخفضة من الإناث تشير إلى وجود اهتمامات أنثوية أقل من المعتادة.

6- مقياس البارنويا: (Pa) يحتوي 40 عبارة تتناول الحساسية في العلاقات الشخصية المتبادلة والحرفية الذاتية بالأخلاقيات والتشكك مع عبارات تكشف بصورة واضحة عن الإعتراف بالهواجس والعمليات الفكرية البارنوية.

تشير الدرجة المرتفعة إلى وجود مظاهر ذهانية من قبيل اضطراب التفكير والهواجس الإضطهادية والشعور بالعظمة مع الهلوس المرجعية والشعور بالإستياء والغضب والحد والتذمر ،وتتشابه هذه المظاهر مع حالات الفصام البارناوي و هذاء الاضطهاد والعظمة. تشير الدرجة فوق المتوسط إلى وجود اتجاهات بارنوية مع شدة الحساسية تجاه وجهات نظر الآخرين مع لوم الآخرين على ما هو فيه من مشاكل شخصية ،شكاك وعدائي وحاقد وساخط وحرفي في أخلاقياته ويبالغ في العدوانية.

أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير إلى شخص لديه قدر من الحساسية وبعض الشكوك مثل معظم الناس.

أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى نقص في الحساسية والوعي بدوافع الآخرين مع وجود اهتمامات ضيقة ، و إذا كان من الدارسين فربما يكون مستواه الدراسي منخفض.

7- مقياس الفصام: (SC) يحتوي على 78 عبارة تغطي معظم مضامين الفصام.

تشير الدرجة المرتفعة إلى احتمالية وجود حالة ذهانية مع مظاهر الخلط والارتباك مع ظهور الهلوس والهواجس ونقص القدرة على الحكم ، في حال إذا سبق تشخيص الذهان . أما في

حالة لم يتم تشخيص الذهان فإن الدرجة المرتفعة تشير الى وقوع الشخص في حالة من الذعر الشديد وغالبا ما يحصل نزلاء المستشفيات النفسية على درجة عالية على هذا المقياس.

كما تشير الدرجة المرتفعة خارج التشخيص السيكايتري (الطب النفسي) إلى أن الشخص يعيش حياته بالنمط الفصامي و كأنه ليس بجزء من العالم الاجتماعي حيث يشعر بالعزلة والاعترا ب والغموض والخجل والتحفظ في علاقاته بالآخرين مع عدم قدرته على التعبير عن مشاعره العدوانية وغضبه ويستجيب للضغوط بالانسحاب أو الهروب إلى أحلام اليقضة. أما الدرجة في المدى فوق المتوسط فتشير الى : شخص يفكر بطريقة مختلفة عن الآخرين ، وقد تعكس ابتكاره مع حذره الشديد أو العمليات شبه الفصامية الحقيقية ويميل إلى تجنب الواقع بالهروب إلى أحلام اليقضة.

أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير الى : شخص عادي إذا لم يكن له تاريخا مع الفصام المزمن الذي يتعايش معه.

أما الدرجة في المدى دون المتوسط فتشير إلى شخص عادي وواقعي ينقصه الاهتمام بالقضايا النظرية أو الفلسفية ، يميل إلى الأعمال الدقيقة وينقصه البعد الخيالي ويميل إلى التفكير العياني.

-8- مقياس السيكاثينيا: (Pt) يتكون من 48 عبارة تتناول الزملة العصبية المعروفة باسم السيكاثينيا. هذه الزملة تحتوي على عصاب الوسواس القهري والمخاوف المرضية والقلق والاندفاعية.

تشير الدرجة المرتفعة إلى معاناة الشخص من الاضطراب النفسي وعدم الارتياح والقلق والتوتر والاهتياج والانزعاج في مواجهة أصغر المشكلات وتنتابه حالة من الرعب والعصبية والهباج وصعوبة التركيز ، وهو من الشخصيات النمطية ويتصف بالجمود

والتصلب في الأخلاق والمعايير ولا يفضل الاحتكاك المباشر بالآخرين ، وتتحصر علاقاته الشخصية بأفراد أسرته.

وتشير الدرجات في المدى المتوسط : الى شخص يعاني بعض الوسواس والقلق والمخاوف ويتصف بالدقة والنظام ويجد صعوبة في اتخاذ القرار ولكن مشكلته لا تشكل مشكلة كبرى تحتاج الى تدخل علاجي. وهو شخص عادي يستطيع القيام بالعمل وتحمل المسؤولية دون قلق لا مبرر له.

والدرجة في المدى دون المتوسط تشير إلى شخص يشعر بالأمن والارتياح مع نفسه ومستقر انفعاليا ، مثابر ومتحرر من القلق ولديه القدرة على تحمل المسؤولية.

9- مقياس الهوس الخفيف: (MA) ويحتوي على 46 عبارة تتناول المستويات الخفيفة من الحالات الهوسية والتي تتصف بحالة مزاجية منتشبة ولكن غير مستقرة مع زيادة الحركة وطيران الأفكار والثرثرة مع الشعور بالعظمة والتمركز حول الذات وقابلية للهياج.

تشير الدرجة المرتفعة إلى معاناة الشخص من حالة هوس ربما تكون مصحوبة بهلاوس وهواجس العظمة مع النرجسية و السطحية في العلاقات الاجتماعية والتقلب المزاجي والاندفاعية وفي أطوار أخرى قد يعبر عن حالة اكتئابية حادة إذا كان مصابا بالجنون أو ذهان الهوس . الاكتئاب.

أما الدرجة في المدى فوق المتوسط : تشير الى حالة هوسية خفيف ويتصف بالنشاط الزائد والكذب و اللواقعية والثرثرة مع كثرة الاهتمامات و الأعمال التي لا تكتمل مع تشتت طاقته ويشعر بالعظمة و الأهمية ويرى أن إمكانياته غير محدودة.

أما الدرجات في المدى المتوسط فتشير إلى شخص انبساطي لديه طاقة زائدة لا يقبل القيود من الخارج ، وقد يثور ويعبر بصورة ظاهرة عن عدم رضاه ولديه القدرة على التواصل

الاجتماعي ومحبوب من الآخرين ولكن علاقاته لا تتصف بالعمق ولكنه يستطيع التوافق بصورة سوية.

أما الدرجة في المدى دون المتوسط : شخص يمكن الاعتماد عليه والثقة فيه يتصف بالنضج ولكنه لا يقبل بصورة زائدة على الأنشطة الاجتماعية لأنه محدود الطاقة وقد يعاني من التعب و الإجهاد والمشاعر الاكتئابية الموقفية.

0- مقياس الانطواء الاجتماعي: (Si) يحتوي على 69 عبارة تتناول تقييم بعد الانطواء . الانبساط تشير الدرجة المرتفعة إلى أن الشخص يعاني من الانطواء الاجتماعي و لا يرتاح للمواقف الاجتماعية ويشعر بالعزلة والخجل والتحفظ والجبن والتجنب ويفضل الوحدة على أن يكون مع الآخرين وتنقصه الثقة بالنفس ويعاني من الضبط الزائد وتنقصه القدرة على اتخاذ القرار .

أما الدرجة في المدى فوق المتوسط فتشير إلى أن الشخص يفضل الوحدة على أن يكون مع الآخرين وقد يفضل أن يكون مع جماعة صغيرة من الأصدقاء و لا يرحب بالزحام .
أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير إلى شخص عادي يحتفظ بتوازنه بين الانطواء و الانبساط في اتجاهاته وسلوكه. (لويس كامل مليكة، 2000، ص ص 60-78).

• التفسير النفسي للصفحة الإكلينيكية:

بعد تطبيق هذا الاختبار يتم استخراج الدرجات الخام للمقاييس العيادية الـ 10 و مقاييس الصدق الـ 4، ثم تحول هذه الدرجات الخام إلى درجات معيارية تائية، و يتم تفريغها على ورقة الصفحة النفسية أو (البروفيل النفسي).

بعد فحص صدق المقاييس يتم ترتيب هذه المقاييس ترتيبا تنازليا أي من المقياس الذي سجل عليه المفحوص أعلى درجة معيارية تائية إلى الأقل تماما. ثم ترمز هذه

المقاييس حسب المجال الرقمي الذي تنتمي إليه و يتم وضع خط تحت المقاييس التي تنتمي لنفس المجال.

بعد ذلك يتم تفسير البروفيل النفسي على أساس أعلى درجتين أو 3 درجات على القاييس.
(أحمد محمد عبد الخالق، 2007، ص254)

3.2 استبيان منهاج العيش

استبيان منهاج العيش أعده (2009) BIBLICAL COUNSELING CENTER

وهو أداة بحثية تقوم على الأولويات الأدلرية في البحث و التقصي التي تنص على استحصال بيانات كمية ونوعية على نحو يتسم بأكبر قدر من المرونة في التطبيق ومراعاة مبدأ الوحدة النفسية الذي تنص عليه مقارنة علم النفس الفردي. حيث أن هذا الاستبيان لا يستدعي استخدام عبارات ثابتة أو تفسيرات جاهزة. ومن خلال تطبيق هذا الاستبيان يتمكن الباحث من دراسة وتحديد نمط منهاج عيش المفحوص وذلك بفحص العناصر التي تتوزع على المحاور التالية:

1. محور تشكيلة الأسرة ورتبة الميلاد النفسية: يتضمن هذا المحور (7) عناصر أساسية و هي:

1.1 ملء استمارة تشكيلة الأسرة التي تتضمن كافة البيانات المتعلقة بأفراد تشكيلة الأسرة (تاريخ ميلاد الأبوين و تاريخ زواجهما، تاريخ ميلاد المفحوص و بقية الإخوة مرتبة بشكل تسلسلي مع ذكر الصفات المميزة لهم، و تاريخ الوفاة إن وجد).

2.1 وصف الذات بالنسبة للمفحوص داخل تشكيلة الأسرة و تحديد طبيعة العلاقات بينه و بين بقية الإخوة من حيث الأقرب و الأبعد عنه و تقصي أسباب هذا التفضيل من عدمه.

3.1 وصف العلاقات بين الإخوة بعضهم البعض.

4.1 تحديد التحالفات القائمة داخل تشكيلة الأسرة و تحديد مواضيع هذه التكتلات.

5.1 وصف الأبوين و طبيعة العلاقة بينهم و بين باقي عناصر تشكيلة الأسرة و تحديد الابن المفضل لدى الأبوين وموقف المفحوص حيال ذلك.

6.1 وصف العلاقة بين الأبوين و أي الطرفين هو الأكثر نشاطا و فعالية في هذه العلاقة و تحديد موقف المفحوص من ذلك.

7.1 العنصر الأخير يتعلق بوصف الأشخاص الإضافيين لتشكيلة الأسرة إن وجد(الجد، الجدة، العم ، الخال...الخ) و طبيعة العلاقة بينهم.

2. محور الذكريات الباكرة: يطلب الفاحص خلال هذا المحور من المفحوص استرجاع وسرد

3 ذكريات و يفضل أن تكون ذكريات باكرة تعود لمراحل مبكرة من الطفولة. و التي تعد من أكثر التعابير النفسية دلالة على منهاج عيش الفرد، و لا يهم ما إذا كانت الذكرى هي فعلا أول ذكرى أم أن الطفل انتقاها من بين ذكريات كثيرة هي ، حقيقية أم أنها وهمية. ذكرى كاملة التفاصيل أم أنها ناقصة أو مشوهة. لا يشترط أن تكون ذكرى سارة أو أليمة، بل أن يسردها المفحوص على أنها حدثت له مهما كان محتواها.

3. محور الأحلام: المقصود بها أحلام المنام وليس أحلام اليقظة، يطلب الفاحص خلال هذا

المحور من المفحوص ذكر 3 أحلام باكرة أو متكررة بشكل دائم أو كان لها تأثير قوي عليه. وقد أكد أدلر على مصداقية استخدام تحليل الأحلام في دراسة منهاج العيش ذلك أن شخصية الفرد ثابتة لا تتغير سواء كان هذا الفرد في حالة صحو، أو في حالة نوم. لكن في حالة النوم تكون ضغوط المتطلبات الاجتماعية أقل حدة مما يوفر لنا بيانات حقيقية عن شخصية الفرد و منهاج عيشه.

ويتم تطبيق هذا الاستبيان بشكل كتابي كتقرير ذاتي، ويطبق عن طريق المقابلة.

3. مجالات الدراسة:

1.3 المجال المكاني: بما أن الدراسة تناولت بالبحث مريضة سرطان الثدي فقد تم إجرائها

بمصلحة الأورام السرطانية بالمؤسسة الاستشفائية الدكتور سعدان - بسكرة.

2.3 المجال الزمني: لقد أجريت الدراسة الأساسية خلال السنة الدراسية 2016-2017.

3.3 المجال البشري: يتمثل المجال البشري للدراسة في مجموعة النساء الراشدات المصابات

بسرطان الثدي و اللواتي خضعن لعملية استئصال الثدي - بولاية بسكرة.

4. حالات الدراسة:

بما أن الدراسة تناولت بالبحث مريضة سرطان الثدي فقد تم انتقاء حالات الدراسة بطريقة

قصديه مع مراعاة توفر الشروط التالية:

- السن: أن تكون الحالة راشدة.
- الوضعية الاجتماعية: أن يكن متزوجات و ذلك لتناسق الحالات و تقادي وجود فروق تعزى لعامل الوضعية الاجتماعية.
- الوضعية الصحية: أن تكون الحالة مستأصلة الثدي و في مرحلة العلاج الكيميائي.
- المستوى التعليمي: أن تكون الحالة قادرة على القراءة و الكتابة و ذلك مراعاة لطبيعة الأدوات العيادية المستخدمة.

رقم الحالة	الرمز	السن	الحالة الاجتماعية	المستوى التعليمي
الحالة الأولى	ل	39 سنة	متزوجة	السنة 9 أساسي
الحالة الثانية	ف	36 سنة	متزوجة	جامعي
الحالة الثالثة	ع	48 سنة	متزوجة	أساسي

الجدول رقم(05) يوضح حالات الدراسة

❖ خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى الدراسة الاستطلاعية بما فيها المنهج المعتمد و الأدوات المطبقة خلالها و الأهداف المرجوة منها و النتائج التي خلصنا إليها. ثم خصص الجزء الموالي من هذا الفصل لاستعراض الإجراءات المنهجية للدراسة الرئيسية. بما فيها المنهج المعتمد و قد وقع اختيارنا على المنهج العيادي باستخدام تقنية دراسة الحالة، و الأدوات العيادية المطبقة وهي اختبار الشخصية مينيسوتا متعدد الأوجه-2 و استبيان منهاج العيش و المقابلة العيادية. كما قمنا بإيضاح الحدود الزمنية و المكانية و البشرية للدراسة الرئيسية و في الأخير عرض خصائص حالات الدراسة.

الفصل السادس
عرض و مناقشة نتائج الدراسة

❖ تمهيد:

بعد الحرص على انتقاء المنهجية العلمية الصحيحة و الأدوات العيادية اللازمة و التحقق من ميدان الدراسة. وهي الإجراءات التي تم استعراضها في الفصل السابق. وبعد التطبيق سنقوم خلال هذا الفصل بعرض و مناقشة نتائج حالات الدراسة إضافة إلى تقديم مناقشة عامة حول الحالات.

أولاً- الحالة الأولى

1. تقديم الحالة

الاسم : ل

السن : 39 سنة

المستوى التعليمي: السنة 9 أساسي

الحالة الاجتماعية: متزوجة و أم لـ 3 أطفال

الوضع الاقتصادي: جيد

الترتيب بين الإخوة: البكر.

2. ملخص المقابلة:

تم إجراء هذه المقابلة لهدفين محددين أولاً كتمهيد لتطبيق بقية الأدوات العيادية وثانياً لجمع بعض البيانات حول الحالة وظروفها وظروف الإصابة بالسرطان ومجمل ردود أفعالها حوله. وقد كانت الحالة جد إيجابية ومتعاونة معنا خلال المقابلة حيث خلصنا إلى ما يلي:

الحالة (ل) سيدة تبلغ من العمر 36 سنة عاشت في أسرة نووية مكونة من الأب و الأم و 7 إخوة هي أكبرهم عاشت تلك الفترة في ظروف اقتصادية وعائلية جيدة جدا. حاليا هي متزوجة وأم ل3 أطفال ربة بيت تعيش في وضع اقتصادي جيد رغم بعض الظروف العائلية الضاغطة على حد وصفها. اكتشفت الحالة صدفة وجود كتلة تحت الإبط مما جعلها تتوقع مباشرة أنها مصابة بالسرطان، حيث ذكرت "بالصدفة برك مسيت تحت طابقي لقيت وليس ثم ثم حطيت 50% بلي هو هناك المرض مش عارفة علاه بصح رحت للطبيب وانا عندي شك كبير بلي هو". ارتبط هذا الترقب بمرض أم زوج الحالة التي توفيت قبل 4 سنوات بنفس المرض ورغم ذلك فإن حالة مرت فعلا بصدمة التشخيص وشعرت بضيق لمعرفة أنها مصابة بالسرطان. وهذا ما وصفته بقولها "كنت حاسة بروحي بلي عندي هناك المرض بصح كي دارولي التحاليل تشوكيت وبكيت وحسيت بشيء ما نقدرش نوصفها لك".

أشارت أن خبر استئصال الثدي لم يكن أمرا مفاجئا لها فهي تعي تماما تبعات الإصابة بهذا المرض، إلا أنها اعتبرت ذلك بتر لجزء كبير من أنوثتها "كنت عارفة بلي لي عندها السرطان ينحولها صدرها بصح الواحد يحس بنقص".

أكدت الحالة (ل) أن صراعها ليس مع السرطان ولكن مع العلاج ونتائجه "شوفي أنا قبل فانت عليا عجوزتي عشت معاها كل شيء الشيمي والجراحة ونسمع يقولو الدواء يضر والعملية وراكي تعرفي 4 سنوات قبل ما نمرض أنا وتوفات بصح من بعد ما مرضت أنا عرفت بلي مش الصراع مع المرض الصراع مع الدواء". وهذا ما يؤكد فكرة شعورها بالنقص من فقدان جزء كبير من أنوثتها. فالحالة لا تخشى الموت بقدر ما تخشى من تشوه صورة جسمها، وقد أشارت إلى ذلك في موضع ثاني قائلة "أنا نشوف فيه كي دودة تمشي و تاكل في أعضاء الواحد. كي ديريلها الدواء تتقلص و كي تحبسي ترجع تاكل ، بصح علبالي بلي نموت في نهار مش رح يقدمني ولا يوخرنني نهار. متعايشة معاه كأنه سكر ولا ضغط. لفظ "دودة" و "تاكل" تشير إلى شعور بالنقص الجسمي المستمر ومن ثم النفسي

والخوف من فقدان الذي تشعر به الحالة في كل مرة تفقد فيه عضوا مهما يعكس أنوثتها (نثدي، شعر... إلخ).

أكدت الحالة أن ظروفها العائلية اختلفت بعد المرض، فهذا الوضع الضاغط جعلها تكسب شفقة المحيطين بها وتتخلص من بعض الأعباء الاجتماعية والضغوطات التي عانت منها قبل المرض. هذا إلى جانب تحسن علاقتها مع الزوج والتأكد من مشاعره الإيجابية ناحيتها. وهي بذلك حققت أهدافا أساسية من خلال وضعية المرض، وقد أشارت إلى ذلك بقولها "قبل المرض كنت شوية عايشة ظروف اجتماعية ضاغطة علي ... الرجل صعب ياسر وعندهم نقص كبير في احترام المرأة، بصح بعد المرض "عسى أن تكرهوا شيئا وهو خير لكم" وليت خير من بكري. المهم حاطينك مريضة ما يقلقوك ما يتعبوك وتنقص عليك العسة والله بعد المرض أحسن. قبل المرض كنت بصحتي بصح نفسيتي تعبانة". كما أشارت الحالة إلى أن وضعية المرض دفعنها للالتفات إلى رغباتها وتحقيق ذاتها وتحسين وضعيتها كنوع من التعويض "تمارس حياتي عادي بالعكس فقت لدنيتي ... المرض هذا نقولو يعطيك الصحة وبارك الله فيك".

3. عرض و تحليل نتائج استبيان منهاج العيش

1.3 تشكيلة الأسرة:

رتبة الميلاد	الجنس	تاريخ الميلاد	الصفات المميزة
الأول	أنثى	1979	طيبة - حنونة - كريمة
الثاني	أنثى	1981	عصبية - غيرة حساسة
الثالث	ذكر	1982	عصبي - متسرع - حنون
الرابع	أنثى	1984	متأثرة - حنونة - نية
الخامس	ذكر	1987	عصبي - متوتر - طيب

السادس	ذكر	1990	كوميدي - حركي - طيب
السابع	ذكر	1996	حنون - أكول - متخلق
الثامن	أنثى	1997	دلوعة- حنونة - بريئة

الجدول رقم (06) يمثل تشكيلة الأسرة للحالة الأولى

عاشت الحالة الأولى طفولتها في أسرة نووية مكونة من الأبوين و 7 إخوة (4 ذكور و 3 إناث)، ترتيبها الولادي هو "البكر". وقد أشارت في العديد من المواضيع إلى كونها مرتاحة في هذه الوضعية حيث أنها تعيش دور الأخت الكبرى وعماد الأسرة بشكل متقن، وأكدت على أنها تحل محل الأم في الكثير من المواقف وأن كلامها مسموع وأمرها مطاع من قبل الإخوة. في مقابل ذلك هي ترعاهم بعناية وتسدي لهم النصح وتعاملهم بحنان ورفق.

أكدت الحالة في المحور الأول أنها كانت طفلة خجولة وهادئة ومطبعة، وظهر ذلك من خلال قولها "كنت نحشم بزاف وثقيلة بزاف ما نهدرش وعاقلة ونحشم بزاف خلاص". أما عن أقرب الإخوة لها فقد أشارت أن الجميع قريب من قلبها لأنها الأخت الكبرى وهي من يؤمن لهم الرعاية والحنان تماما مثل الأم. وقد كان الأخ الأكبر بين الذكور هو من يشاركها هذه الصفات لذلك هو الأشبه بها، وأكدت أن علاقتها به جيدة جدا مشيرة إلى ذلك بقولها "حنين عليا بزاف". وفي هذه الصفات أيضا اشتركت مع الأخت الصغرى التي أشارت إلى أن علاقتها بها أيضا جيدة وهي أشبه بعلاقة أم وبناتها من علاقة أخوات. وعلى نفس النحو كانت علاقتها بالأخ السابع الذي تكفلت بتربيته نتيجة انشغال الوالدة بمرض الأخت الصغرى. وقد أكدت بأن الأخت الرابعة هي أكثر أخواتها عطا عليها لذلك تأثرت تأثرا شديدا بمرضها وهو ما أكدت عليه الحالة بقولها "مع الرابعة علاقة حميمية فوق الطاقة كي مرضت جهلت وطيشت دارها و اولادها وراجلها قالت غير ليلى لي ما تمرضش". في حين أن الأخ الخامس وصفته بالعصبي والاندفاعي وكان أكثرهم بعدا عنها. أما الأكثر اختلافا

عنها فكانت الأخت الثانية التي يبدو أنها شديدة الغيرة منها إضافة إلى أنها تتصف بالقسوة والتعصب وهي غير مطيعة على عكس الحالة، لذلك وصفتها بالمضطربة والعنيفة.

لقد أشارت الحالة إلى أن العلاقات بينها وبين الإخوة وبين بعضهم البعض حميمية لدرجة كبيرة بغض النظر عن بعض الاختلافات الطبيعية. وقد تأكدت هذه الحقيقة في المحور الثاني حيث أشارت إلى ذلك بقولها "أنا و خاوتي مع بعضانا نشوفو لوجوه بعضانا و نوليو لبعض و نكبرو ببعضنا و نوقفو مع بعض متفاهمين لآخر". ومع ذلك فقد ساهمت بعض الصفات في أن تولد بعض التكتلات بين الإخوة حيث أكدت بقولها على وجود تحالف بين الأخت الثانية و الأخ الخامس: "الثانية والخامس ما تدخيش بيناتهم". فرغم أن شجاراتهم كثيرة ولكن الطبع العصبي والعنف جمعهما. كذلك أشارت إلى التحالف القائم بين الأخ السابع و الأخت الصغرى وقد وصفتهما بالتوأم. كذلك أكدت على التحالف القائم بينها وبين الأخ الثالث الذي يشاركها في العديد من الصفات. وإلى جانب هذا أشارت الحالة إلى أن هناك نزاع دائم قائم بين الأخوين الثالث والخامس نتيجة اختلافهما الشديد في الطبع، وقد أكدت تحيزها للأخ الثالث بقولها "إذا احتكو ياسر يتشاجرو - لحق نجي مع الثالث لأنني نعرفو عاقل و يشفني حتى ولادو عزاز".

أما عن محور العلاقات بين الإخوة و الوالدين فأهم ما ورد فيه هو كون الحالة هي الأكثر شبها بالأم أما الأخ الثالث فهو الأكثر شبها بالأب. هذا وقد أشارت إلى كونها المفضلة لدى الوالد و هو ما يثير غيرة الأخت الثانية في حين أن تتقاسم التفضيل مع الأخ السادس بالنسبة للأم.

أكدت الحالة خلال محور العلاقة بين الأبوين على أنها علاقة ودية مبنية على الحب و الاحترام وتشارك القرارات وهو ما أشارت إليه بقولها "علاقة ودية مليحة و تزوجو عن حب متهلين في بعض" و مع ذلك فقد أشارت إلى كون الأب هو القوام في الأسرة إلى أنه أكثر جدية و حزما من الأم و ذلك من خلال قولها "الأب كان شوية عنصري يحب الذكور

بصح عاطينا الحنانة وجددي معانا ما يحبش نغلطو - أما الام طاوعنا وتتفهنا خاصة في المراهقة و تتماشى معانا" لذلك أكدت الحالة انحيازها الأكبر للام و تعاطفها معها.

2.3 الذكريات الباكرة

أولا - سرد الذكريات الباكرة للحالة الأولى:

الذكرى الأولى (5-6 سنوات): كانت جداتي أم بابا مريضة تحتضر و الليلة اللي

راح تموت، عندي خويا عمره 7 أشهر طلّيت عليه لقيتو يبكي تحملت مسؤوليته وهزيتو نضفتلو وقمطتو ودخلتو لأمي، و حاروا فيا كيفاه وضحكوا بتخبية وكي كبر حكيتها لو. و وقتها حسيت كي شغل اعجبتهم، وحتى القماطة جات مسقمة.

الذكرى الثانية (8 سنوات): عقب كاميو قاس خويا صغير تكسر وعندي اختي أقل منه

بعام ترضع، ثم بعثوه لخنشلة وراحت أمي معاه (أمي). تحتمت الطفلة هذيك تقعد عندي باتت عندي بتنا قاعدين هي تبكي وانا نبكي معاها وكي تضحك نضحك معاها وانا نواسي فيها ونضحك فيها خاطر هي ترضع تفضت. وقالوا لي خالاتي وعماتي علاه ما جبتيها لناش، قلت لهم: لا، نتحمل مسؤوليتها. هاي فانت الليلة وسكتها. وحتى بعد ما روحت أمي (أمي) بقيت متحملة مسؤوليتها. وقتها حسيت بشجاعة وتحمل مسؤولية و قدرت عليها.

الذكرى الثالثة (4 سنوات): بابا راح لتونس هو وخالي و عمي يحوس، وأنا بقيت

نسنى فيه بفارغ الصبر حبيت نشوف وش رح يجيب لنا. جاب لأخواتاتي للزوج لبسة كيف كيف وأنا لبسة خلاف عليهم روبة زرقة، لضرك راهي مخبية في دار بابا، نتفكرها لضرك. قلت له علاه جبت لي خلاف عليهم، قالي خاطر انتي مش كيفهم، انتي لكبيرة حسيت روحي كي شغل خلاف على خاوتي وعندي معزة خاصة في قلب بابا.

ثانيا _ تحليل الذكريات الباكرة للحالة الأولى:

من خلال سرد الحالة لأولى ذكرياتها التي تركت وقعا قويا على بنائها النفسي و بلورت المعنى الجوهرى للحياة بالنسبة لها يمكننا أن نقف على عدة نقاط أساسية تمكننا من خلالها من فك شفرات هذه الذكريات الباكرة. فبالنسبة لتاريخ الذكريات لم تحدد الحالة أي تاريخ إلا بعد طلب منا، ولكنها ذكرت بعض الأحداث الأساسية التي ارتبطت زمنيا وبشكل وثيق بكل ذكرى. وشكل كل حدث مطلقا لهذه الذكريات، بحيث استهلكت أولى ذكرياتها بواقعة أليمة وهي مرض، واستحضار الجدة "كانت جداتي أم باب مريضة تحتضر". وكذلك هو الأمر بالنسبة للذكرى الثانية التي ارتبطت أيضا بحدث غير سار تعلق بحدث مرور أصاب شقيقها الصغير الذي من المفترض أن يكون تحت حمايتها "عقب كاميو و قاس خويا الصغير وتكسر". أما آخر ذكرياتها ورغم أن مطلعها لم يحمل حدثا مؤلما لكن الذكرى ارتبطت بفكرة السفر والفقدان والانتظار، لذلك فإن وجهة النظر الأساسية حول الحياة للحالة مرتبطة بفكرة الألم والمرض والفقدان.

أما عن الشخصيات الفاعلة في هذه الذكريات فقد شملت مختلف أفراد الأسرة النووية و الممتدة ، ولكن البطل الرئيسي و الشخصية الفاعلة في كل ذكرى هو "الأب" و الذي يبدو مصدرا للعطف و العناية بالنسبة لها و بشكل خاص و هذا ما أكدته من خلال سردها للذكريات. عموما لقد أبدت الحلة درجة مرتفعة من النزعة الاجتماعية التي أظهرتها من خلال تكافلها مع كل أفراد الأسرة بشكل خاص الأم حيث زادت شدة النزوع الاجتماعي لديها بعد حادث الأخ الذي أرغمها على تحمل مسؤولية الأخت الصغرى كنوع من التعويض و التكفير عن ذنبها بعد إهمالها للأخ و قد ظهر هذا من خلال قولها " تحتمت الطفلة هذيك تقعد عندي باتت عندي بتنا قاعدين هي تبكي وانا نبكي معاها و كي تضحك نضحك معاها و انا نواسي فيها ونضحك فيها خاطر هي ترضع تפטت و قالولي خالاتي وعماتي علاه ما جبتيهناش قلت لهم لا نتحمل مسؤوليتها". أما عن المضمون أو الموضوع

الجوهري لكل ذكرى فلم يختلف كثيرا فقد ارتبط بمجمل الأمر بلفت الانتباه وإحراز التفوق بأداء مهام تفوق سنها و قدراتها. كما تضمنت كلا الذكرتين الأولى و الثانية رغبة في تثبيت الانتباه على العناصر المكروهة في الدنيا من خلال الإشارة إلى حوادث متمحورة حول الألم و الخطر. أما درجة نافية الحالة فقد كانت عالية جدا تحركت بها نحو النشاط و التفاعل و أثبتت من خلالها قدرة عالية على الاستقلال بذاتها و استعداد عالي للمساهمة في الحياة العامة. وقد كانت الانفعالات القوية و المتنوعة التي أظهرتها الحالة -سواء التي ظهرت داخل الذكرى أو تلك المترتبة عن مجرياتها و المترسبة عقب الذكرى- مؤشرا قويا على جوهرية هذه الذكريات وارتباطها الصريح بالاهتمام الرئيسي الذي بنت عليه منهاج عيشها وشعورها تجاه ذاتها والآخرين والدنيا من حولها. حيث أبدت انفعالات جد إيجابية اتجاه تحملها لمسؤولية إخوتها وتكافلها مع بقية أفراد الأسرة في مقابل بعض المشاعر السلبية التي تملكها بالندم و الشعور بالذنب نتيجة إهمالها لأخ الصغير. أما عن النمط الذي تنتمي إليه الحالة فقد أكدت كثرة الأفعال المستخدمة أنها تنتمي للنمط الحركي النشط.

3.3 الأحلام:

أولا _ سرد أحلام الحالة الأولى:

الحلم الأول: (16 سنة) كنت مخطوبة لولد عمي وما ديتوش بسبب المشاكل العائلية. وكان يسكن بحذانا. المهم في أيام الفراق هذيك لقيتو في المنام قال لي: اسمعي راكي وجه الخير على باباك. وأنا كنت لابسة جبة فرقاني في هذاك النوم، وكنت فرحانة. وكي نضت بقيت فرحانة ومتفائلة. اعجبتي هذيك المنامة اعجبتي حتى مرضي ما حسيتلوش طول، حسيت بلي هذي المنامة سبب فرج ليا. حتى العمرة ورحت درت عمرة.

الحلم الثاني: (20 سنة) في دارنا عندنا فيراندا. وأنا شفت بلي خرجت شجرة من الحي، وأنا واقفة نتفرج شفت شجرة تخرج من الحيط والورد ينزل عليا كي الرسوم المتحركة. قالت لي

أمى (أمى) هذي تضحك لك الدنيا. وقتها حسيت روحي فرحانة وحائرة. وكي فطنت بقيت روحي حائرة وفرحانة و هذيك الشجرة والورد لضرك نتخيل فيهم.

الحلم الثالث: (36 سنة) ديما نحلم روحي شعري طويل وهو صح كان طويل. تعجبني روحي بيه هكاك. وضرك راه راح. وكي نطقن نبقى فرحانة وتعجبني روحي بيه.

ثانيا - تحليل أحلام الحالة الأولى:

لقد اتضح الارتباط الشديد بين أحلام و ذكريات الحالة خاصة من حيث الموضوع و الشخصيات البارزة فقد أكدت الحالة من خلال الحلم الأول القيمة الكبيرة التي توليها للأب في قولها " قالي اسمعي راكي وجه الخير على باباك". وهذا ما يؤكد فكرة التفضيل والتميز بالنسبة للحالة، فحتى في أحلامها تؤكد علاقتها القوية مع الأب. وقد أشارت إلى تفاؤلها بهذا الحلم، هذا من جهة أما من جهة أخرى فقد أشارت في نفس الحلم أن مرضها كان حدث سار بالنسبة لها فبعد إصابتها بالسرطان تغيرت حياتها إلى الأفضل وعادت من جديد هي محور الاهتمام بالنسبة للعائلة بعد أن فقدت هذه المكانة بعد الزواج.

نفس الأمر تكرر في الحلم الثاني فقد جاء مؤكدا على أن الحالة هي دائما في وضع خاص وفريد وذات مكانة مميزة وهي محور الاهتمام ومركز الانتباه.

أما عن الحلم الأخير فإن له ارتباط كبير بوضعها الحالي (المرض) وتشوه صورة الجسد بالنسبة لها وفقدان شعرها بسبب العلاج الكيماوي.

4.3 منهاج عيش الحالة الأولى

أ. تأثيرات العائلة:

✓ رتبة الميلاد النفسية: من خلال ما أوردته الحالة الأولى في هذه المحاور السابقة اتضح بشكل جيد أن رتبة ميلادها النفسية متطابقة مع ترتيبها الولادي الزمني وهي "البكر". وقد انعكس ذلك في الصفات التي ذكرتها إلى جانب الدور الذي تلعبه داخل تشكيلة الأسرة. وقد

أوضحت تماما موقفها من هذه الرتبة حيث أبدت ارتياحها الشديد كونها الكبرى وذلك من خلال قولها "لأنني الأكبر يطيعوني و عاطييني قيمة شغل أهمهم و يشاوروني" و قولها " كنت فرحانة وحاسة روعي مميزة ملي زدت و أنا كبيرة وكبيرة في كل شيء - الثانية برك تغير الباقي موافقتي" إضافة إلى أنها أكدت ذلك من خلال ذكرياتها الباكرة.

✓ **المناخ الأسري:** أوضحت الحالة أن المناخ السائد في الأسرة حميمي و ودي أساسه التعاون والتكافل. وأكدت على القرب الشديد سواء بين الإخوة أو بين الأبوين أو بين الأبوين وبقية الأبناء، وظهر ذلك في قولها "أنا وخاوتي مع بعضانا نشوفو لوجوه بعضانا و نوليو لبعض و نكبرو ببعضنا و نوقفو مع بعض متفاهمين لآخر" و قولها "متفاهمين لأبعد الحدود - كان يتوددو لبعضهم قدامنا و بابا يوصينا عليها و يقلنا كل إلا لعجوز راهي شريكة عمري".

✓ **القيم الأسرية:** أكدت دعم كلا الأبوين لها فقد كانت الطاعة والخضوع لكلا الأبوين. وقد أشارت الحالة إلى أنها تؤيد هذه القيمة وتدعمها، وهو الأمر الذي مكنها من احتلال قيمة لدى الأبوين، حيث أكدت ذلك بقولها "أنا والأخ الأكبر لأننا عاقلين وناخذو الراي وحنان و نطاوعوهم و ما نقلقوش".

ب. **النزعة الاجتماعية:** أظهرت الحالة قدر عالي جدا من النزوع الاجتماعي و التكافل و النشاط الموجه نحو الإحسان للآخرين و هو مسعى يتسم بالنزعة الاجتماعية السوية.

ج. **الشعور بالنقص و التعويض:** ظهرت مشاعر قصور أو نقص القاعدي السوي المشترك بين بني البشر. ومشاعر الذنب التي تملكها بسبب إهمالها لرعاية الأخ الأصغر مكنتها من تعويض مشاعر العجز الإضافية الناجمة عن عدم قدرتها على رعاية الأخ بالشكل المطلوب. وقد دفعها ذلك إلى مضاعفة جهدها لحمايته و بقية الإخوة و لعب أدوار تفوق سنها و جهدها.

د. **الهدف الغائي:** لعب الأدوار الأولى.

4. نتائج الاختبار النفسي MMPI2

1.4 التحليل الكمي:

	؟	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	MF	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
NB	20	8	15	7	10	19	13	16	22	10	26	30	23	31
V .A	/	/	/	/	4	/	/	3	/	/	7	7	1	/
NBc	/	/	/	/	14	/	/	19	/	/	33	37	24	/
NT	/	64	76	34	47	46	34	43	80	52	57	63	62	53

الجدول رقم (07) يمثل تفرغ نتائج اختبار MMPI-2

رمز ولش يكون كالآتي:

5,,89-760/124:3#F,L-K#

حساب متوسط وضوح البروفيل:

$$M = \frac{Hs + D + Hy + Pd + Pa + Pt + Sc + Ma}{8}$$

$$M = \frac{14 + 19 + 13 + 19 + 10 + 33 + 37 + 24}{8}$$

$$M = 21.12$$

بما أن متوسط وضوح البروفيل = (21.12 > 45) فإن الحالة سوية و لا تعاني من مرض عقلي مشخص.

2.4 التحليل الكيفي:

أولا/ مناقشة مقاييس الصدق ودلالاتها التفسيرية:

المقياس (?): تحصلت الحالة على الدرجة 20 ($30-11 = ?$) و هو ما يشير إلى أن الحالة ذات دفاعية عالية ما جعلها تجيب على فقرات الاختبار بحذر شديد، كما تشير هذه الدرجة إلى وجود نزوع مرضي لأحد الاضطرابات.

مقياس الكذب L: تحصلت الحالة الأولى على درجة تائية معيارية (64) (ت > 60) و هو ما يشير إلى صفحة نفسية صادقة و أداء مناسب بقدر متوسط ، كما تشير الدرجة المنخفضة للحالة على مقياس الكذب على قدرتها للاعتراف بالأخطاء الصغيرة ، وقدرتها على التواصل الجيد.

مقياس التكرار F: تحصلت الحالة على درجة معيارية تائية (76) (ت = 65-79) ما يشير إلى اضطراب عصابي أو ذهاني شديد إضافة إلى أن الحالة ذات مزاجية عالية و تعاني القلق و مشاعر عدم الرضى.

مقياس التصحيح K: تحصلت الحالة على درجة معيارية تائية (34) (ت > 40) ما يشير إلى محاولة المفحوصة تزيف استجاباتها أو المبالغة فيها.

ثانيا: مناقشة المقاييس الإكلينيكية و دلالاتها التفسيرية:

1. مقياس توهم المرض (Hs): تحصلت الحالة على درجة تائية معيارية (47) (ت = 40-

59) و التوصيف (عادي) ما يشير إلى أن الحالة ذات نزوع مرضي ضمن المتوسط.

2. مقياس الاكتئاب (D): قدرت الدرجة التائية المعيارية للحالة ب (46) (ت = 40-59) و

التوصيف (عادي) و الدلالة التفسيرية لذلك هو أداء ضمن المتوسط.

3. مقياس الهستيريا (Hy): تحصلت الحالة على درجة تائية معيارية (34) (ت = 40-59) و

التوصيف هنا (عادي) أما الدلالة التفسيرية فتشير إلى أداء ضمن المتوسط.

4. مقياس الانحراف السيكوباتي(Pd): تحصلت الحالة على درجة تائية معيارية (42) (ت) = 40-59) و التوصيف هو (عادي) ، و الدلالة التفسيرية تشير إلى أن المفحوصة ذات أداء متوسط على هذا المقياس.
5. مقياس الذكورة و الأنوثة(Mf): بلغت الدرجة التائية المعيارية للحالة (80) (ت < 75) و هي تشير إلى رفض الأنشطة النسوية التقليدية، النشاط و الصرامة و الثقة في النفس و الانبساط مع احتمال وجود مشاكل جنسية.
6. مقياس البارنويا(Pa): تحصلت الحالة على درجة معيارية تائية (52) (ت = 40-59) و التوصيف في هذه الحالة هو (عادي) ما يشير إلى أداء ضمن المتوسط على هذا المقياس.
7. مقياس الوهن النفسي(Pt): تحصلت الحالة على درجة تائية معيارية (57) (ت = 40-59) و التوصيف (عادي) أما الدلالة التفسيرية فتشير إلى أداء ضمن المتوسط.
8. مقياس الفصام(Sc): تحصلت الحالة على درجة تائية معيارية (63) (ت 60-74) و التوصيف في هذه الحالة (ملحوظ) و دلالاته التفسيرية هي أن الحالة تعيش أسلوب حياة فصامي ،إضافة إلى المعاناة من الخوف وتشوش الذهن و المبالغة في الخيالات و أحلام اليقظة.
9. مقياس الهوس الخفيف(Ma): تحصلت الحالة على درجة تائية معيارية (62) (ت = 60-69) و هي درجة تشير إلى أداء (ملحوظ ضمن العادي) و الدلالة التفسيرية لذلك هو أن الحالة ذات طبع انبساطي و مليئة نشيطة و ذات حس إبداعي.
10. مقياس الانطواء الاجتماعي(Si): تحصلت الحالة على درجة تائية معيارية (52) (ت = 40-59) و التوصيف (عادي) أما الدلالة التفسيرية فتشير إلى أداء ضمن المتوسط.
- من خلال عرض و تفسير المقاييس العيادية و التأكد من صدقها اعتمدنا في تفسير الصفحة النفسية للمفحوصة على أعلى مقياسين وهما: 9/8

5 التحليل العام لنتائج الحالة الأولى:

اعتمادا على نتائج الأدوات العيادية المستخدمة لكشف الدلالات المرضية النفسية

لدى الحالة و جمع الدعامات الأساسية لمرضاها ننتج ما يلي:

أشارت نتائج المقابلة العيادية إلى أن مرور والده زوج الحالة بتجربة مشابهة لمرضاها

ساهم في رسم صورة واضحة عن طبيعة المرض و نتائجه، فأشارت الحالة إلى أنها كانت

تتوقع إصابتها بالسرطان وتترقب ذلك، وهو ما ارتبط إيجابيا بنتائج تحليل الذكريات البكرة

التي أشارت إلى أن الفكرة الأساسية للحالة عن الحياة مرتبطة بالألم و المرض و فقدان،

حيث يشير أدلر أننا "نستخلص من ذكرى الوفاة أو المرض موضوعا نفسانيا رئيسيا يتعلق

بالخوف من فقدان أو الفراق أو المرض أو الألم". (Alfred;A;1933;P199). ورغم ذلك

فإن تجربة استئصال الثدي وما يتبعه من نتائج للعلاج الكيميائي (سقوط الشعر و زيادة أو

فقدان الوزن). قد سبب لها حالة من الإحباط وتشويه صورة الجسم ففي دراسة لليسلاي

(Leslie1995) خلصت إلى أن تشخيص وعلاج سرطان الثدي أثر سلبا على المرأة

المصابة بسرطان الثدي جسديا متسببا في حدوث تغيرات وتشوه في صورة الجسم إضافة إلى

الاضطرابات النفسية. (صالح سلمان أبو معلا، 2016، ص72) من النتائج الهامة أيضا هو

أن الحالة تحقق أهدافا أساسية من خلال الإصابة بالسرطان وذلك من خلال كسب تعاطف

الآخرين و الحصول على الاهتمام و تحسين وضعها الاجتماعي. هذا الدعم ساهم في

تحسين مستوى توافق الحالة مع المرض "فالدعم الاجتماعي يعد تدخلا نفسيا واجتماعيا مهما

لمريضات سرطان الثدي فيما يتعلق بالتكيف النفسي والحفاظ على الثقة بالنفس والتخفيف

من الأعراض النفسية المصاحبة لأنواع العلاجات المختلفة التي تتعرض لها المريضة،

وتعزيز تكيفها مع المرض" (Savetina & Nastran,2012,Pp298-299)

أما نتائج اختبار مقاييس الشخصية متعدد الأوجه فقد اعتمدنا فيه على أعلى مقاييسين (9.8) والذي يحتمل الدلالات المرضية النفسية التالية:

- 1 - الحالة تتميز بالانسحاب الاجتماعي.
- 2 - عدم الارتياح في العلاقات بين الجنسين، وسوء التكيف الجنسي.
- 3 - مفرطة النشاط وعاطفية وشديدة الحماس.
- 4 غير واقعية في تقييم نفسها، و تعاني من مشاعر الدونية وعدم الكفاية و انخفاض احترام الذات والمشاركة المحدودة في المواقف التنافسية.
- 5 الحالة تتوقع المزيد من الآخرين و تطلب الكثير من الاهتمام، و كثيرا ما تشعر بالعدائية عندما لا يتم تلبية مطالبها.
- 6 إضافة إلى أن ارتفاع الدرجة التائية على مقاييس الذكورة و الأنوثة يشير إلى رفض الأنشطة النسوية التقليدية، النشاط و الصرامة و الثقة في النفس و الانبساط مع احتمال وجود مشاكل جنسية.

أما نتائج استبيان منهاج العيش فتشير إلى أن الحالة ذات الترتيب الولادي "البكر" علما أن وضعية هذا الطفل فريدة. ويعيش فيها موقفا فريدا، فقد كان الطفل الوحيد لمدة معينة منذ بداية حياته. ونظرا لكونه مركز الاهتمام سيحظى بقدر كبير من الدلال، لكنه حتما سيعيش خبرة صادمة عند زيادة المولود الثاني. يحتمل أن يتحلى هذا الطفل بسمات ايجابية كأن يكون منظم ، حامي ونافع للآخرين ، كما قد يحتمل ذلك سمات سلبية كالقلق الشديد ، الشعور المبالغ بالقوة ، الانتقاد للغير ، و دائم ادعاء الأحقية على الغير.(خالد خياط ، 2014، ص 80). و قد لمسنا العديد من هذه الصفات لدى الحالة، حيث أبدت قدرا عال من المسؤولية و القدرة على لعب الأدوار الأولى والقائد في الأسرة و العمل على حماية بقية الإخوة، ومن ثم تحقيق شعور التفوق و السيطرة و لفت الانتباه خاصة أن القيمة الأسرية تمحورت حول الطاعة و إبداء الخضوع للوالدين.

كما أشارت نتائج استبيان منهاج العيش مع الحالة الأولى أنها من النمط النشط، وهو ما انعكس في ذكرياتها الباكرة نتيجة الاستخدام المكثف للأفعال التي صرفت أغلبها في زمن الماضي، ما يوحي باتجاه الحركة التعويضية نحو الماضي نظرا لأن فرصها لبلوغ هدفها الغائي (لفت الانتباه ، إحرار التفوق) كانت أوفر في تلك المرحلة.

أشارت بعض استجابات الحالة خلال الاستبيان بما في ذلك الذكريات الباكرة تمكن مشاعر الذنب منها نتيجة تقصيرها في حماية الأخ الصغير و هو ما بدا واضح من خلال ذكر موقف تعرض هذا الأخ لحادث في مطلع الذكرى الثانية. في مقابل ذلك أثبتت نزوع قوي لابتغاء السمو وتحقيق الكمال وبلوغ الصورة المثالية حتى من خلال أحلامها و ذكرياتها التي تأخذ فيها دور البطل أو العميد والقائد، أما عن نظرتها للآخرين فقد أشارت استجاباتها في مختلف محاور الاستبيان بما في ذلك الذكريات الباكرة على وجود درجة مرتفعة جدا من النزوع الاجتماعي ، و لكن هذه النزعة الاجتماعية القوية تضمنت غاية أساسية وهي لفت الانتباه و تمركز الأنظار حولها، هذه الرغبة الملحة في تمركز الأنظار حولها ظهرت من خلال طريقتها في سرد الذكريات الذي اعتمدت فيه السرعة في العرض و الاختصار ، كم قد يدل هذا الأسلوب على خوفها من الفشل أو ظهور عقبات تعرقل سعيها للفت الانتباه. وعلى هذا الأساس فقد تمحور الهدف الغائي للحالة حول لفت الانتباه. و قد اختلف أسلوبها في ذلك قبل المرض و بعده حيث اعتمدت في البداية على لعب دور العميد في الأسرة و عاشت خصوصية الطفل البكر بامتياز في حين هي تستفيد من وضعية المرض بعد ذلك في بلوغ هدفها وهذا ما يحدده منطقتها الشخصي الذي يتمحور حول فكرة المرض لتحقيق لذة العيش بالنسبة لها.

من خلال ما تقدم من بيانات نفسية حول الحالة يمكن أن نخلص إلى العديد من نقاط التتابع و الارتباط بين الدلالات المرضية النفسية التي ظهرت من خلال الإختبار النفسي و منهاج عيش الحالة حيث:

- 1 نفسر كل من فرط النشاط و الحماس و العاطفية بارتفاع النزعة الاجتماعية فالحالة تنتمي إلى "النمط النشاط البناء" أو "النمط النافع اجتماعيا" كما يصفه أدلر ألفرد "هو نمط محضر للتكفل و المساهمة، يمكننا أن نجد لديه دوما مقدارا عال من النشاط ... ويتجاوب مع حاجات الآخرين له إنه نمط نافع وسوي" (Ansbacher ,H,L.2006.Pp257-260). إضافة إلى أن هذا النزوع أسهم بشكل كبير في عدم ظهور دلالات نفسية مرضية ملحوظة و مشخصة لدى الحالة فالنزوع الاجتماعي هو مؤشر مطابق للصحة النفسية كما أن ذلك أسهم بشكل مباشر في رفع التكيف لدى الحالة وخفض الأعراض النفسية لديها لأن "النزوع الاجتماعي يوفر لكل فرد إحساسا بالأمن الذي يوفر السند الرئيسي لنا في الحياة" (Adler.A.1927,P144)
- 2 كما ترتبط الدلالات المرضية المرتبطة بتوقع المزيد من الآخرين بالسمات السلبية المحتملة للأفراد ذوي الترتيب البكر الذي " قد يحتمل (كذلك) سمات سلبية كالقلق الشديد والشعور المبالغ بالقوة والانتقاد للغير ودائم ادعاء الأحقية على الغير و توقع المزيد من قبلهم".(خالد خياط ، 2014 ، ص 80).
- 3 تشير نتائج الاختبار النفسي إلى أن الحالة تتميز بالتقييم غير الواقعي لذاتها. ويتأكد ذلك من خلال وصف الحالة لوضعيتها الضاغطة مع المرض بشكل إيجابي وهو الأمر الذي يتعارض مع أعباء المرض وتأثيراته السلبية وذلك راجع إلى تحقيقها لأهداف نفسية أساسية مرتبطة بسعيها للتميز واحتلال المراكز الأولى حيث تحسنت وضعيتها الاجتماعية و تمركز الاهتمام عليها بعد مرضها. وهذا يتطابق بشكل واضح مع نتائج منهاج العيش التي تشير إلى أن الحالة كانت تسعى إلى بلوغ هدفها في إحراز المكانة الأولى من خلال تحمل أعباء تفوق قدرتها وسنها. وقد تجلّى ذلك في الذكريات الباكرة للحالة أين قامت بأداء دور يفوق سنها رغم وجود الأم في الذكرى الأولى (خويا عمره 7 أشهر طلّبت عليه لقبّيتو يبكي تحملت مسؤوليته و هزيتو نضفتلو و قمطتو ودخلتو لامي و حارو فيا كيفاه وضكو بتخبية)، وحتى في وجود البديل للأم في الذكرى الثانية (تحتمت الطفلة هذيك تقعد عندي ... و

قالولي خالاتي وعماتي علاه ما جبتيهناش قلتهم لا نتحمل مسؤوليتها ... و حتى بعد ما روحت ما (امي) بقيت متحملة مسؤوليتها).

4 الدلالات المرضية النفسية التي تشير إلى الانسحاب الاجتماعي و سوء التكيف الجنسي و مشاعر الدونية و عدم الكفاية إضافة إلى ارتفاع درجة مقياس الذكورة والأنوثة بشكل ملحوظ، مما يشير إلى أن الحالة تعاني من رفض الأدوار النسوية واحتمال وجود اضطرابات جنسية ارتبطت إلى حد كبير بالأعراض النفسية الناجمة عن صدمة التشخيص و استئصال الثدي و نتائج مختلف العلاجات التي تتبع الجراحة. وقد أكدت دراسة لفانجز وآخرين (Fanges et al.2012) بعنوان "أثر الجراحة وإعادة ترميم الثدي أو استئصاله على صورة الجسم لمريضات سرطان الثدي" أن هؤلاء المريضات يعانين من اضطراب صورة الجسم. كما يحتل الدور الجنسي مكانة هامة عند المريضات نظراً لأثره على صورة الجسم واحترام الذات وضم إلى ذلك الاعتقاد السائد بانتقال العدوى من المريضة المصابة، مما يجعل هذه العلاقة تكاد تكون معدومة (صالح سلمان أبو معلا، 2016، ص72).

ثانيا-الحالة الثانية

1. تقديم الحالة:

الاسم : ف

السن : 36 سنة

المستوى التعليمي : جامعي

الحالة الاجتماعية : متزوجة و أم لـ 4 أطفال

الوضع الاقتصادي: جيد (موظفة)

الترتيب بين الإخوة: الخامس.

2. ملخص المقابلة

الحالة "ف" هي سيدة تبلغ من العمر 33 سنة متزوجة و أم لـ 4 أطفال موظفة في الجامعة. عاشت في أسرة مكونة من 7 أخوات بنات و أخ ذكر وحيد يكبر الحالة بـ 17 سنة. يوجد تاريخ مرضي للعائلة فيما يخص السرطان فقد توفيت كل من العمة و الخالة بهذا الداء إضافة إلى إصابة كل من الأختين بهذا المرض. جرت المقابلة في ظروف عادية، تحلت فيها الحالة بالاجابية والتعاون حيث ذكرت الحالة أنها اكتشفت إصابتها بالسرطان سنة 2016 بعد إجراء بعض الفحوصات الروتينية بسبب تكيسات تحت الإبطن، علما أنه هناك تاريخ عائلي فيما يخص السرطان فكل من أختيها مصابتين بنفس المرض وهذا إلى جانب خالتها وعمتها لذلك فقد أشارت الحالة أنها سرعان ما استوعبت صدمة التشخيص فقد كانت تتوقع الإصابة بنفس المرض. لكن ردود فعلها اشتدت بعد إجراء الجراحة فالحالة لم تتقبل بتر عضو مهم بالنسبة لها كامرأة فقد أشارت إلى ذلك قائلة "غايضتني روعي ومن داخل مانيش متقبلة وخاصة يتنحى مني حاجة من الأنوثة تاعي كي نشوف روعي في

المرآة تغيضني روعي كي نشوف جسمي" وأيضاً قولها "مع راجلي ثاني شوية شوية عندي شهرين برك ملي بديت نحي حوايجي قدامو.

أوردت الحالة خلال المقابلة أنها اطلعت على بعض المعلومات حول السرطان وتتابع حالتها وحظوظ الشفاء منه، ورغم ذلك فقد وصفته قائلة "حاجة تاكلك من جسمك حاجة عزيزة عليك ودمر لك حياتك وتنقص لك من السعادة و le charme تاع الحياة".

أكدت الحالة أنها تلقى مساندة اجتماعية قوية من قبل أسرتها و أسرة الزوج و بشكل خاص من قبل الزوج "دار شيخي عادي يقولولي كيفو كيف أي مرض السكر و لا الضغط و دارنا عادوا موالفين بيه المرض و راجلي مشاء الله مساعدني وواقف معايا في كل شي". أما عن حياتها عقب المرض و مشاريعها المستقبلية فأشارت الحالة أنها أصبحت تعجز عن القيام ببعض الأمور إضافة إلى ميلها للعزلة وتجنب التواجد في المناسبات الاجتماعية"من ناحية الجهد في الدار كايين ياسر حوايج ما نقدرش نديرهم.... من ناحية الخرجات و المناسبات وليت نتهدد باه نروح بكري كنت نمشط ونعدل و نلبس و بلا حجاب و ضرك وليت لازمني ندير خمار غير هذاك النهار عرضوني لعرس تهددت باه نروح لآخر دقيقة باه رحت و درت خمار في لول جاتني صعبة من بعد خلاص بصح قعدت مع دار شيخي و ما حكيتش مع ناس الكل".ورغم ذلك هي تأمل في مواصلة دراستها و ممارسة حياتها بشكل عادي "إن شاء الله رح نكمل ماستر العام الجاي و نكمل الدكتوراه علاه لا".

3. عرض و تحليل نتائج استبيان منهاج العيش

1.3 تشكيلة الأسرة:

الفصل السادس

عرض و مناقشة نتائج الدراسة

رتبة الميلاد	الجنس	تاريخ الميلاد	الصفات الثلاث
الأول	ذكر	نوفمبر 1961	طيب-غير اجتماعي-متعصب قليلا
الثاني	أنثى	مارس 1963	طيبة-حنونة-كتومة
الثالث	أنثى	سبتمبر 1966	اجتماعية-طيبة-تتكلم كثيرا
الرابع	أنثى	أكتوبر 1969	عزيزة النفس-طيبة-اجتماعية
الخامس	أنثى	مارس 1975 (توفيت في نفس السنة)	/
السادس	أنثى	ديسمبر 1978	بسيطة - طيبة - اجتماعية بنسبة متوسطة
السابع	أنثى	نوفمبر 1980	انطوائية-طيبة-غير اجتماعية
الثامن	أنثى	أوت 1984	طيبة- اجتماعية-مرحة
التاسع	أنثى	فيفري 1986	مرحة-اجتماعية-طيبة

الجدول رقم (08) يمثل تشكيلة الأسرة للحالة الثانية

عاشت الحالة داخل أسرة نووية مكونة من الأب و الأم و 6 إخوة بنات و أخ ذكر وحيد يكبر الجميع إضافة إلى أخت أخرى توفيت في نفس سنة الولادة. الحالة تحتل بذلك الترتيب التسلسلي الخامس بين الإخوة وقد كانت الحالة ذات مكانة مميزة بالنسبة للأم ذلك أنها ولدت بعد 9 سنوات من الانتظار خاصة أن الأخت التي تسبقها توفيت في نفس سنة الولادة كما أسلفنا الذكر .

إجمالاً لديها علاقة جيدة مع مختلف أعضاء الأسرة حيث أكدت أنها "محبوبة من عند الكل ولكن عاقلة وناخذ الراي". غير أنها أشارت إلى قربها الشديد من الأختين السابعة

والثامنة وأنهما مطيعتان لها، أما الأشبه بها فهي الأخت الصغرى التي تشاركها الهدوء والطيبة، في حين أن الأخ الوحيد يبدو الأكثر بعدا عنها وعن بقية الأخوات بالمجمل. ذكرت الحالة في المحور الثاني أن طبيعة العلاقات بين الإخوة عادية باستثناء الأخت التي تليها فهي منطوية على حد وصفها إضافة إلى الأخ البكر الذي يضع حدود في علاقته مع بقية الأخوات إضافة إلى أن علاقته بهم تأخذ منحى الوصي والمسئول أكثر من علاقة أخوة حميمة.

في محور التحالفات داخل الأسرة أشارت الحالة إلى أن هناك تكتلين في الأسرة حيث يشكل كل من الإخوة الأربع الأكبر فريقا والأربعة الأصغر فريقا آخر. كما أكدت أن الإخوة الأكبر يتولون رعاية بقية الإخوة، كما أشارت إلى أن الأخ البكر يمثل حزبا لوحده كونه الذكر الوحيد ويختلف في طباعه اختلافا شديدا عن بقية الأخوات.

أما في المحور الرابع فقد أشارت إلى أنها الأكثر شبها بالأم من حيث الشكل والصفات فهي بذلك تشاركها الخجل والطيبة بينما يختلف كلاهما تماما عن الأخت الثانية التي تتصف بالاجتماعية المفرطة على حد تعبيرها. في حين أن الأب يشترك في كثير من الصفات مع الذكر الوحيد والذي يضع بدوره حدود لعلاقته مع بقية الأخوات. كما أكدت أن الأخ البكر هو المفضل لدى كلا الأبوين كونه الذكر الوحيد، وكذلك هي الأخت الأخيرة كونها الصغرى في الأسرة ، وهذا الأمر لا يشكل أي إزعاج بالنسبة لبقية الإخوة.

2.3 الذكريات الباكرة

أولا / سرد الذكريات:

الذكري الأولى: (7-8 سنوات) تبان لي كنت نقرا سنة ثانية ابتدائي خرجت أنا الخامسة حطني بابا في حجره وهو فرحانان بيا قالي قداه خرجتي نفلو واحد زوج ثلاثة ربعة خمسة وهو يضحك وقتها حسيت بالفرحة والحنان تاع الأب كي يفرح بيك.

الذكرى الثانية: (18 سنة) كي مات جدي في 1996 مع أنه ماكانش عايش عندنا بصح كي مرض جانا ودخل فينا اثر فينا ياسر موته وليت نتحضرن في العباد ونبكي وكي جات مرتو وولادو وليت نعيط وقلتلهم كي كان حي ما حوستوش عليه.

الذكرى الثالثة: (23 سنة) وقت خطبتي وزواجي كاين حوايج ملاح وحوايج مش ملاح المهم الشي لمليح كي نتفكر كي جاو خطبوني ولبسولي la bague حسيت بفرحة كي شغل حاجة بقيتي تستتاي فيها وتتحقق خاصة سنتيت 4 سنوات.

ثانيا / تحليل الذكريات الباكرة للحالة الثانية:

خلال سرد الحالة لذكرياتها لم تقم بتحديد الفترة الزمنية بشكل دقيق وبرغم ذلك كانت تذكر أحداث من خلالها كان يسهل علينا تحديد سنها في ذلك الوقت، فأولى ذكرياتها كانت خلال مراحل التعليم الابتدائي تقريبا في سن السبعة إلى ثمانية سنوات. خلال هذا العمر ولدت الأخت الصغرى للحالة وهو الأمر الذي جعلها تخاف من فقدان مكانتها في الأسرة وعند الأب. استهلت الحالة هذه الذكرى وذلك بعد تحديد المرحلة الزمنية بـ "خرجت أنا الخامسة وحطني بابا في حجرو وهو فرحان بيا". هذه الانطلاقة تحدد لنا أمرين أساسيين وجوهريين في تحديد منهاج عيش الحالة: أولا تميز الحالة وتفوقها وثانيا حفاظها على مكانتها لدى الأب رغم ولادة الأخت الصغرى. والمثير في الأمر هو أن الحالة ذكرت الأب كشخصية بطة أو مميزة في ذكراها ما يشير إلى خلل ما في العلاقة مع الأم وهذا الخلل قد يكون نتيجة انشغال هذه الأخيرة بولادة طفلة جديدة. أيضا من الواضح أن الحالة قد استطاعت في هذه الذكرى أن تطمئن لوضعها بالنسبة للأب بعد أن كانت تجهل هذا الأمر واتضح ذلك بقولها "وقتها حسيت بالفرحة والحنان تاع الأب كي يفرح بيك". أما الموضوع الجوهري للذكرى فيبدو واضحا أنه يخص الهدف الغائي للحالة وهو إحراز المكانة وابتغاء السمو، وقد بدا هذا واضحا من خلال الانفعالات المرتبطة بالذكرى التي تبعث للسعادة والفرح بالنسبة لها.

أما الذكرى الثانية فقد تضمنت تحديدا دقيقا من خلال ذكر السنة التي وقعت فيها الذكرى (1996) بحيث يبدو أن هذه الواقعة تركت أثرا بليغا بالنسبة للحالة، وهذا الأثر لا يرتبط بحالة الوفاة بقدر ما هو مرتبط بتلك التفاصيل الدقيقة التي حدثت حينها. فقد كان ذكر الحالة للوفاة كتحديد للمرحلة فقط بينما مطلع الذكرى تحدد في قولها "مع أنه ماكانش عايش عندنا بصح كي مرض جانا ودخل فينا". يشير هذا المطلع إلى درجة التكافل الاجتماعي داخل تركيبة الأسرة حيث أن هذا الجد لجأ إليهم خلال فترة مرضه و ضعفه. والموضوع الجوهرى لهذه الذكرى كان هو الخوف من فقدان أو الألم والخوف من المرض والموت الذي يمثل موقف ضعف قد يتخلى فيه عنك أقرب الناس. وقد ارتبطت هذه الذكرى ببعض الانفعالات السلبية على عكس الذكرى السابقة.

أما الذكرى الثالثة فقد كانت ذكرى مبتورة بحيث سردت الحالة أنها عاشت خلالها وقائع سلبية وأخرى إيجابية. ورغم ذلك ركزت على الإيجابي فيها وهو أنها حققت ما كانت تطمح إليه بعد انتظار. لم تذكر الحالة أي شخصية بارزة بل كانت هي بطلة الذكرى. أما عن الموضوع الرئيسي فقد كان الشعور بالحرمان ثم التخلص منه بعد انتظار طويل. عموما من خلال سرد الحالة لذكرياتها اتضح أنها كانت ذات درجة عالية من النشاط خلال الذكرى الأولى والثانية ولكن هذا النشاط كان متمركزا على الذات. كما اتضح لنا أن الحالة من النمط الانفعالي وذلك لكثرة الانفعالات والمشاعر التي عبرت عنها بشكل واضح خلال سردها لوقائع كل ذكرى.

3.3 الأحلام

أولا / سرد الأحلام:

الحلم الأول: (10-11 سنة) نحلم روجي نجري بلحفا من بعد نلقى روجي في نفس البلاصة ونحس روجي fatigué ونحير كيفاه نجري ونبقى في نفس البلاصة.

الحلم الثاني: (20 سنة) عام الباك تاعي حلمت كي شغل قسم كامل داونا مش عارفة وين وكاين وحد لعقة ضيقة ما تعقبش عبد كاين عباد عقبو عادي بسهولة وعباد ما عقبوش. من بعد قلت والله غير نجرب وعقت. كي حلمتو نضت فرحانة فسرتو لروحي بلي رح ندي الباك.

الحلم الثالث: (33 سنة) قداش من خطرة نحلم بلي يطحلي سنة من سنية ويسيل الدم نحير وش معناها.

ثانيا / تحليل الأحلام:

الأحلام لم تبتعد كثيرا في موضوعها الجوهري لذكريات الحالة، فقد تضمن الحلم الأول مشاعرا واضحة تشير إلى الخوف من الفشل. أما الحلم الثاني فقد تضمن مشاعرا أكثر إيجابية. وكلا الحلمين يرتبطان بالذكرى الأولى وذلك لاشتراكهما في موضوع التفوق و إحراز المكانة. أما الحلم الأخير فإنه يرتبط إلى حد كبير بمرض سرطان الثدي فوقوع السن وسيلان الدم يشير بطريقة رمزية إلى بتر الثدي والألم الجسمي. وتكرار الحلم كثيرا يعبر عن وقعه النفسي الشديد على الحالة.

4.3 منهاج عيش الحالة الثانية:

من خلال استعراض بيانات استبيان منهاج العيش مع الحالة الثانية يمكننا القول أن الدعامات الأساسية لمنهاج عيشها تشمل كونها من النمط الانفعالي النشط، فقد بدت ذكريات الحالة مشحونة انفعاليا وتميزت بكثرة الأفعال. عموما يمكننا أن نخلص أن منهاج عيش الحالة يتميز ب :

أ. تأثيرات العائلة:

✓ رتبة الميلاد النفسية: تحتل الحالة وضعية الطفل الأوسط داخل تركيبة الأسرة ولكن وضعيتها تبدو أكثر خصوصية واختلافا عن بقية الأشخاص من ذوي نفس الرتبة. وذلك اعتبارا لفارق السن الكبير بينها وبين الأخت التي تسبقها.

✓ **المناخ الأسري:** إن المناخ الأسري السائد يفتقر لفرص المنافسة تسوده السيطرة الذكورية من خلال سلطة الأب أولاً ثم سلطة الأخ البكر تالياً، كذلك العلاقة بين كلا الأبوين عادية جداً وتقليدية لأبعد الحدود. ومن بين التأثيرات الأسرية الواضحة التي عاشتها الحالة هو وجود ذكر وحيد بين بقية الأخوات وهو الأمر الذي قلص مجال المنافسة بينهن فأظهرت الحالة قناعة واضحة بأن الذكر الوحيد سيحتل مكانة فريدة لا محالة. هذا إلى جانب الجو الأسري التقليدي الذي يخلو من فرص المنافسة ويتميز بالسيطرة الأبوية الذكورية إلى جانب غياب سيطرة الأم وضعف تأثيراتها مقارنة بالأب. أما عن العلاقة بين الإخوة فتبدو التحالفات واضحة جداً بحيث يشكل الأربع الإخوة الكبار حلفاً أما الأربع الصغار حلفاً آخر، كذلك نجدا تكتلات أخرى ينقسم فيها الإناث في مقابل الذكر الوحيد.

✓ **القيمة الأسرية:** لقد تحددت القيمة الأسرية بشكل واضح من خلال قول الحالة أن كلا الأبوين يقدس الأخ البكر كونه الذكر الوحيد، إضافة إلى كونه يمتلك سلطة مطلقة داخل الأسرة وقيمة مميزة مقارنة ببقية الأخوات لذلك فالقيمة الأسرية هي "تفضيل الذكر" وإبداء الطاعة له.

ب. **النزعة الاجتماعية:** ظهرت لدى الحالة بعض المؤشرات الضعيفة للتمركز على الذات والميل للانفصال والنشاط الموجه نحو الداخل، لذلك يمكن وصفها بنقص النزعة الاجتماعية.

ج. **الشعور بالنقص والتعويض:** تشير جملة المقارنات التي تضعها الحالة حول وضعية الأخ البكر والذكر الوحيد نتيجة سيطرته وغلبته على بقية الأخوات الإناث إلى وجود مشاعر قصور مرتبطة بانتمائها الجنس الأنثوي. ساهمت في انخفاض درجة نفعية الحالة وضعف روح المنافسة أو اختفائها تماماً مع السيطرة المفرطة للذكر الوحيد الذي استحوذ على كافة فرص النشاط في الأسرة. أما عن الحركة التعويضية بالنسبة لها فهي ذات اتجاه نحو المستقبل من خلال السعي إلى تطوير الذات.

د. الهدف الغائي: تمحور الهدف الغائي للحالة حول الحفاظ على المكانة والسعي لبلوغ النمو، أما أسلوبها في ذلك فقد كان متمركزا حول الذات و لكنه بعيد كل البعد عن الاتكالية واستغلال الآخرين في تحقيق ذلك.

4. عرض و تحليل نتائج الاختبار النفسي MMPI2

1.4 التحليل الكمي:

	؟	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	MF	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
NB	0	09	1	15	7	26	14	16	34	10	13	12	22	37
V .A	/	/	/	/	8	/	/	6	/	/	15	15	03	/
NBc	/	/	/	/	15	/	/	22	/	/	28	27	25	/

الجدول رقم (09) يمثل تفرغ نتائج اختبار -MMPI-2

رمز و لث يكون كالآتي:

9+20-651/874:3# L,K/F#

حساب متوسط وضوح البروفيل:

$$M = \frac{Hs + D + Hy + Pd + Pa + Pt + Sc + Ma}{8}$$

$$M = \frac{15 + 26 + 14 + 22 + 10 + 28 + 27 + 25}{8}$$

$$M = 20.87$$

بما أن متوسط وضوح البروفيل = (45 > 20.87) فإن الحالة سوية و لا تعاني من مرض عقلي مشخص.

2.4 التحليل الكيفي:

أولا/ مناقشة مقاييس الصدق ودلالاتها التفسيرية:

المقياس (?): قدرت درجات هذا المقياس بـ (0) درجة (? > 11) ذلك أن الحالة أجابت على كل عبارات المقياس دون استثناء و هذا يشير إلى ارتفاع درجة الصدق في الصفحة النفسية الخاصة بالحالة.

مقياس الكذب L: بلغت الدرجة المعيارية التائية لمقياس الكذب (68) (ت = 65-79) و هو ما يشير إلى أن الحالة تحاول تزييف استجاباتها إلى الأحسن وتصنع شخصية مثالية.

مقياس التكرار F: قدرت الدرجة المعيارية التائية للحالة على هذا المقياس بـ (37) (ت > 50) هذا الأمر يشير إلى احتمالية خلو المفحوصة من الاضطرابات النفسية ، كذلك تشير إلى احتمالية أن تكون الاستجابات نتاج مسايرة اجتماعية عالية فحسب.

مقياس التصحيح K: قدرت الدرجة التائية المعيارية للحالة على هذا المقياس بـ (51) (ت = 40-55) و تشير هذه الدرجة إلى تقدير ذات متوازن يتضمن إدراك السلبيات و الإيجابيات، إضافة إلى تكيف جيد ، و تميز المفحوصة بالذكاء و الاستقلالية.

ثانيا: مناقشة المقاييس الإكلينيكية و دلالتها التفسيرية:

1. مقياس توهم المرض (Hs): بلغت الدرجة المعيارية التائية للحالة على هذا القياس (50) (ت = 40-59) و تشير هذه الدرجة إلى احتمالية النزوع بدرجة منخفضة جدا أي ضمن المتوسط.

2. مقياس الاكتئاب (D): قدرت الدرجة المعيارية التائية للحالة على هذا المقياس بـ (60) (ت = 60-69) و تشير هذه الدرجة إلى احتمالية وجود اكتئاب متوسط و النزوع إلى القلق ، و عدم الرضا عن الحياة بشكل مجمل. إلى جانب وجود بعض الشكاوى الجسدية و سوء تقدير الذات و الانسحاب و التحفظ.

3. مقياس الهستيريا (Hy): بلغت الدرجة المعيارية التائية للحالة على هذا المقياس (35) (ت > 44) و تمثل هذه الدرجة المنخفضة فئة الأشخاص الفاترين ، المتصلبين و الوجدانيين و

الذين تظهر عدوانيتهم في شكل تهكم وسخرية من الآخرين ، و مع ذلك تبقى هذه الدرجة تشير إلى نزوع معتدل (ضمن المتوسط للهستيريا).

4. مقياس الانحراف السيكوباتي (Pd): بلغت الدرجة المعيارية التائية على هذا المقياس (47)

(ت = 40-59) و تشير هذه الدرجة المنخفضة إلى أداء عادي ضمن المتوسط و هذه

الدرجة المعتدلة توجد عادة لدى الأفراد التقليديين الأخلاقيين الممثلين و السلبيين ، و عادة

ما تكون مجالات اهتماماتهم محدودة.

5. مقياس الذكورة و الأنوثة (Mf): بلغت الدرجة المعيارية التائية على هذا المقياس (50) (

ت = 40-59) ما يشير إلى أداء عادي ضمن المتوسط.

6. مقياس البارانويا (pa): قدرت الدرجة المعيارية التائية للحالة على هذا المقياس ب (52) (ت

= 45-59) رغم ان هذه الدرجة المنخفضة لا تمثل النزوع القوي للإصابة بهذاء العظمة إلا

أنها تشير إلى احتمال شخصية ساذجة سهلة الانخداع ، و شخصية منسحبة في دفاع دائم.

7. مقياس البسيكاستينيا (pt): قدرت الدرجة المعيارية التائية لهذا المقياس ب (48) (ت = 40-

59) و هي درجة ضمن الأداء العادي (ضمن المتوسط) ما يشير إلى شخصية ذات طابع

هادئ قليلة الانفعال ، قليلة الاهتمام بالوضعيات ذات المسؤولية.

8. مقياس الفصام (Sc): بلغت الدرجة المعيارية التائية على هذا المقياس (48) (ت = 40-

59) و تشير هذه الدرجة إلى النزوع العادي (ضمن المتوسط).

9. مقياس الهوس الخفيف (Ma): قدرت الدرجة المعيارية التائية على هذا المقياس ب (65) (

ت = 60-69) ما يشير إلى أن المفحوصة نشطة ، مليئة بالطاقة و تمتلك روح الإبداع.

10. مقياس الانطواء الاجتماعي (Si): قدرت الدرجة المعيارية التائية للحالة على هذا المقياس

ب (60) (ت = 60-71) و تشير إلى احتمالية النزوع إلى الانطواء الاجتماعي حيث تتميز

المفحوصة بالطبع الخجول، منطوية و تميل للاكتئاب ، قليلة الاهتمامات ، منسحبة و ذات

تقدير ذات سيء.

من خلال عرض و تفسير المقاييس العيادية و التأكد من صدقها اعتمادنا في تفسير الصفحة النفسية للمفحوصة على أعلى 3 مقاييس وهما: 0/2/9

5. التحليل العام للحالة الثانية

بناء على نتائج الأدوات العيادية الموظفة لكشف الدلالات النفسية المرضية وفحص منهاج عيش الحالة فقد خلصنا إلى ما يلي:

أولاً من خلال المقابلة العيادية التي تمحورت حول الإصابة بالسرطان ومجمل ردود أفعالها حوله، فقد أكدت الحالة أن صدمة تشخيص الإصابة بالمرض لم تكن أقوى من صدمة الجراحة و بتر عضو مهم بالنسبة لها. إن الثدي الذي كان مصدر الحياة دوماً أصبح الآن مصدر الموت بالنسبة لها. إضافة إلى تشوه صورة الجسم واهتزاز ثقته بنفسها حيث أن الثدي يمثل الجزء الأكبر من الجمال واستئصاله يؤدي إلى تشويه هذا المظهر الجمالي. في دراسة فوبار و آخرون (Fobair et al;2006) والتي تناولت صورة الجسم و المشاكل الجنسية لدى النساء اللواتي تقل أعمارهن عن 50 سنة المصابات بسرطان الثدي، وجد أن بتر الثدي وما يعقبه من علاجات وما يترتب عليه من فقدان للشعر و زيادة في الوزن وانخفاض احترام الذات و صعوبة فهم مشاعر الشريك، عوامل أدت إلى تدني صورة الجسم وظهور الصعوبات والمشاكل المتصلة بالحياة الجنسية (صالح سلمان أبو معلا، 2016، ص ص 71-72). وهذا ما دفع بالحالة على تجنب التواجد في المناسبات العائلية والميل للعزلة والتمركز حول ذاتها وحول تحقيق أهدافها بعيداً عن الآخرين، رغم أن الحالة تلقى مساندة اجتماعية و مساندة جيدة من قبل الزوج.

نتائج اختبار مقاييس الشخصية متعدد الأوجه MMPI-2 : اعتمادنا في تفسيره على

أعلى 3 مقاييس (0.2.9) و الذي تدرج ضمنه جملة الدلالات المرضية النفسية التالية:

- التمركز حول الذات وشديدة المراقبة لنفسها، وحريصة، وحذرة.

- القلق بشأن تحقيق مستوى عال و الخوف من الفشل.
- التوتر، والشكاوى الجسدية.
- غلبة مشاعر الحرمان و عدم الكفاية.
- مؤشرات النزوع المرضي للذهان، و قد ظهر ذلك من خلال قلة الاهتمام بالآخرين وضعف الروح العملية والحساسية الشديدة.
- أما نتائج استبيان منهاج العيش :
- أوضحت أن الحالة ذات رتبة ميلاد النفسية للطفل البكر، وهو وضع فريد يجد الطفل نفسه فيه مجبرا على المنافسة والسعي للحفاظ على مكانته داخل الأسرة، فهذا الطفل لم يعيش خبرة أن يكون وحيدا، وغالبا ما يحدد هذا الطفل البكر وتيرة السباق للتنافس على هذه المكانة مع إخوته (ألفرد أدلر ، 2005/1931، ص ص 188-195). يبدو أن وضع الحالة يأخذ منحى خاصا جدا حيث أن فارق السن بينها وبين الطفل الذي يسبقها يتجاوز الخمس سنوات، وهذا ما يجعل مجموعة الأسرة تنشطر إلى تشكيلتين، تكون فيها الحالة هي الطفل الأكبر للتشكيلة الثانية.
- نظرا لكون الأخ الذكر هو الابن الأكبر في العائلة وفي نفس الوقت الذكر بين إخوته فقد حظي بمكانة وقيمة تفضيلية لدى الوالدين، هذا ما جعل القيمة الأسرية تتمثل في تفضيل الذكورة وفي إبداء الطاعة والمسايرة للذكور في الأسرة (أي الأب والأخ).
- إن ضعف تأثيرات الأم وانسحابها أمام قرارات الأب وقوة تأثيراته، ساهم في أن يكون الجو الأسري الذي ترعرعت فيه الحالة جد تقليدي تسوده السيطرة الذكورية من خلال سلطة الأب أولا ثم سلطة الأخ البكر تاليا. إضافة إلى أن العلاقة بين الأبوين عادية جدا وتقليدية لأبعد الحدود يغيب فيها الأداء الإيجابي للأم و الهيمنة الواضحة للأب. وهذا الأمر الذي ساهم في ضعف النزوع الاجتماعي لدى الحالة، مثلما يشير ألفرد أدلر إلى أن فعالية الأم في خلق إثبات فعاليتها داخل الأسرة وقدرتها على خلق روح التعاون مع الطفل هو أول خطوة لبداية بناء علاقته بالعالم الخارجي". أما وظيفة الأم الثانية فتتمثل في تحضير الطفل لمجابهة

مسائل الحياة وتوسيع اهتماماته إلى الآخرين وإلى الحياة الاجتماعية" (Adler.A.1929. Pp 150-151). كذلك هو الأمر بالنسبة للأب فعليه إثبات كفاءته كشريك للأب بدلاً من أن يعمل على قمع سلطتها وتحقير دورها داخل بناء الأسرة، فالزواج شراكة لا يجب أن يحتل فيها أحد الشريكين منزلة أعلى من الآخر. كذلك من بين الدعامات الأساسية لمنهاج عيش الحالة نجد اضطراب العلاقة مع الأم بشكل ضمني وقد ظهر ذلك من خلال أولى ذكريات الحالة التي كان بطلها الأساسي هو الأب مع غياب كلي للأم، وقد أوضح ذلك أدلر في قوله: "ونحن نعلم أن الاهتمام بالوالد هو المرحلة الثانية من مراحل النمو دائماً، ففي المرحلة الأولى يكون الطفل في حاجة دائمة لأمه، لهذا فإنه يلتصق بها بكل كيانه. لو أن الطفل يتجه بكيانه نحو الأب يعني أن الطفل غير سعيد أو غير مكثف بوضعه مع الأم" (ألفرد أدلر 1931/2005، ص116).

- بالحديث عن الجو الأسري فإن العلاقة بين الإخوة فيشكل الإخوة الكبار تشكيلة و الإخوة الصغار تشكيلة ثانية. أما التحالفات فتتقسم فيها الأسرة إلى حلف الإناث في مقابل الذكر الوحيد الذي يفرض سيطرة قوية داخل الأسرة. هذا ما قلل فرص المنافسة بالنسبة لبقية الإخوة وللحالة بشكل خاص. والتفضيل الذي حظي به الذكر ساهم بشكل خاص في تفاقم مشاعر النقص لدى الحالة بفعل المقارنة التي تعقدها بين قيمتها وقيمة الأخ المفضل في الأسرة. عموماً، أكد ألفرد أدلر على خطورة التمييز بين الأبناء حيث كتب: "إن التمييز في المعاملة هو أمر بالغ الخطورة، ومعظم الإحباط الذي يحدث للطفل يكون مصدره هو الشعور بأن هناك طفلاً آخر مفضل لديه ... فالفتيان مميزون ومفضلون على الفتيات وهذا يجعل حدوث عقدة النقص شائعاً جداً بين الفتيات" (ألفرد أدلر، 1931/2005، ص 181).
- من الدلالات البارزة في منهاج عيش الحالة هو سعيها الحثيث لإحراز المكانة وابتغاء السمو بشكل دائم لذلك فإن الحركة التعويضية بالنسبة لها متجهة نحو المستقبل، ولكن هذه الدرجة العالية من النشاط متمركزة حول الذات لذلك فإن النزعة الاجتماعية للحالة متدنية نوعاً ما. الذكريات الباكرة أشارت إلى أن الحالة تخشى فقدان وتترقب المرض والألم، وقد بدا ذلك

واضحا من خلال سردها لذكرى الجد الذي تخلى عنه أقرب من هم إليه في مرضه، كما سردت لنا شدة انفعالها وغضبها من هذا التصرف. والذكريات البكرة المتمحورة حول المخاطر و الحوادث (مرض و وفاة الجد) تكشف حسب أدلر عن ميل شديد إلى تثبيت الانتباه على العناصر المخيفة والمكروهة في الحياة (Alfred; A; 1933;P198-199).

من خلال ما تقدم من بيانات نفسية حول الحالة وبعد الفحص والتحليل خلصنا إلى أن الدلالات المرضية النفسية للحالة ترتبط ارتباطا وثيقا بمنهاج عيشها وذلك في النقاط التالية:

1. ارتبط الدلالات المرضية النفسية التي تشير إلى النزوع المرضي للذهان(قلة الاهتمام بالآخرين وضعف الروح العملية والحساسية الشديدة) بنقص النزعة الاجتماعية رغم أنها تصنف ضمن النمط "الخامل البناء" و هو نمط يتضمن الأطفال الأكثر خمولا في تصرفاتهم و لكنهم يعملون في الجانب المفيد من الحياة حيث تتمركز أهدافها حول ذاتها نسبيا. فألفرد أدلر في نظرية علم النفس الفردي يشير إلى أن النزعة الاجتماعية هي معيار الصحة النفسية، حيث كلما انخفضت درجة النزوع الاجتماعي ازداد الميل إلى اللاسواء: "النزعة الاجتماعية هي بارومتر للسواء الطفلي، إن المعيار الذي ينبغي الرجوع إليه هو درجة النزعة الاجتماعية التي يبديها الطفل أو الفرد". (خالد خياط2012/2013، ص ص91-92)

2. أما الدلالات المرضية النفسية المرتبطة بشدة حساسيتها اتجاه ضغوطات الحياة ومراقبتها لذاتها فارتبطت بضعف العلاقة مع الأم وغياب تأثيراتها مما أثر بشكل مباشر على مقدار النزعة الاجتماعية للحالة ومقدار الثقة والشجاعة الذي يمكنها من مجابهة صعوبات وضغوطات الحياة حيث أن "وظيفة الأم تتمثل في تحضير الطفل لمجابهة مسائل الحياة وتوسيع اهتماماته إلى الآخرين و إلى الحياة الاجتماعية " (Adler.A.1929. Pp) (150-151).

3. و قد تجسدت الدلالات المرضية النفسية المتعلقة بالقلق بشأن تحقيق مستوى عال والخوف من الفشل، بالذكريات البكرة للحالة حيث كان هذا الخوف وترقب الفشل الموضوع الجوهرية

لذكريات الحالة. وقد أشار ألفرد أدلر إلى أن الأحداث التي يتذكرها الفرد في طفولته قريبة جدا من الاهتمام الرئيسي للفرد ... فإن عرفنا الاهتمام الرئيسي فإننا سنعرف هدفه الرئيسي ومنهاج عيشه (ألفرد أدلر، 1931/2005، ص107).

4. كما ارتبطت الدلالات المرضية النفسية المتعلقة بالنمط المطيع و المقموع وغلبة مشاعر الحرمان وعدم الكفاية. ونعزو ذلك لطبيعة الجو الأسري الذكوري الذي يفرض الطاعة والقمع للأنتى مما دفع الحالة إلى تشكيل منهاج عيش من النمط النشط غير النافع، تميزت فيه الحالة بنقص الثقة في النفس إضافة إلى الانسحاب. وقد أشار "ألفرد أدلر" في هذا السياق إلى أن الأب سريع الغضب والمهيمن داخل الأسرة يقدم نموذجا خاطئا لأبنائه الذكور عن حقيقة دور الأب، أما بناته فسيعانون من الإحباط وستتمو لديهم مشاعر النقص مما يساهم بشكل أو بآخر في سوء تقدير الذات وبناء شخصية مقموعة وخاضعة (ألفرد أدلر، 1931/2005، ص ص 172-174)

5. أخيرا فإن الدلالات المرضية النفسية المتعلقة بالشكاوي الجسدية والتوتر ارتبطت بمشاعر الخوف من فقدان السند والخوف من المرض والألم في منهاج العيش. وهذين الأمرين (الخوف من فقدان المرض والألم) شكلا معنى الحياة بالنسبة للحالة وهو ما عكسته الذكرى الثانية المتعلقة بمرض ووفاة الجد. وفي هذا الصدد أشار ألفرد أدلر إلى أن "أي شخص يكره فعلا من الأفعال فإنه يحاول تبرير هذه الكراهية عن طريق اختيار حدث من الخبرات التي مر بها وتحميل هذا الحدث وزر تلك الكراهية". (Alfred;A;1933;P199)

ثالثا-الحالة الثالثة

1. تقديم الحالة:

الاسم : ع

السن : 48 سنة

المستوى التعليمي: إكمالي

الحالة الاجتماعية: متزوجة و أم لـ 6 أطفال

الترتيب بين الإخوة: الثالثة.

2. ملخص المقابلة:

الحالة "ع" هي سيدة تبلغ من العمر 48 سنة متزوجة و أم لـ 4 أطفال وماكنة بالبيت عاشت في أسرة مكونة من 6 أطفال بحيث تحتل الترتيب الولادي الثالث. أكدت الحالة أنها كانت طفلة ذكية ومدللة من قبل الوالد. لا يوجد تاريخ مرضي في العائلة فيما يخص السرطان. جرت المقابلة مع الحالة في ظروف عادية ومساعدة. لكن لم تبدي تعاونها معنا فقد كانت إجاباتها مختصرة ومكررة. فقد أشارت في البداية أن إصابتها بالسرطان لم يكن أمرا مفاجئا فقد كانت تتوقع ذلك بسبب وجود كتلة على مستوى الثدي منذ سنة 2015 غير أن الخوف جعلها تأجل عملية الكشف في كل مرة. وقد أشارت أن إصابتها بالسرطان أمر عادي من خلال قولها "عادي هذا قضاء و قدر" ولكن نبرة صوتها وإيماءاتها كانت توحي بتأثر الحالة خاصة عند طرح موضوع الجراحة. أكدت الحالة أن ما كانت تعرفه عن السرطان هو أنه مرض مزمن نهايته الوفاة من خلال قولها "تعرفو بلي مرض مزمن ما يروحش حتى يدي لعبد معاه". أما عن فكرة الآخرين حول مرضها فقد ذكرت أن بعض التعليقات سلبية "كل واحد وش يقول ... واحد غايضاتو وواحد يقول كاش ما خدمت في

دنيته هائي تسلك". وقد أكدت أن حياتها اختلفت كثيرا عما كانت عليه قبل المرض خاصة من الناحية الجسدية وأبدت استيائها الشديد من ذلك بقولها "يا حسراه وش كنت بكري نقتل ونطيب لكسرة وندشش، بصح ضرك ما عدت نقدر ندير والو نشري كل شيء من برا". أشارت الحالة أن كل ما تأمل إليه هو راحة أبنائها ونجاحهم.

3. عرض و تحليل نتائج استبيان منهاج العيش

1.3 تشكيلة الأسرة:

رتبة الميلاد	الجنس	تاريخ الميلاد	الصفات المميزة
الأول	ذكر	1965	سريع الغضب
الثاني	أنثى	1967	عاقلة- رزينة
الثالث (الحالة)	أنثى	1969	طيبة - ذكية-حنونة
الرابع	ذكر	1971	سريع الغضب
الخامس	أنثى	1973	منطوية - خجولة -
السادس	ذكر	1976	جنون-طيب-كريم

الجدول (10) يمثل تشكيلة الأسرة للحالة الثالثة

عاشت الحالة داخل أسرة نووية مكونة من الأب و الأم و 6 أبناء. تحتل الترتيب التسلسلي الثالث بين الإخوة. أشارت الحالة إلى كونها عاشت طفولة مميزة حظيت فيها برعاية خاصة من الأب. وصفت نفسها خلال الطفولة بأنها طفلة جد ذكية مدللة جدا من طرف الأب "كلمتي مسموعة عند بابا". فيما يخص العلاقات داخل الأسرة أشارت الحالة إلى قربها الشديد من الأخ الأصغر الذي وصفته بطفلها المدلل حيث شبهته بنفسها في كل تصرفاتها و شخصيتها. في حين أكدت أن علاقتها جد سطحية مع الأخت التي تكبرها خاصة أنها ذات طباع مختلفة عنها فوصفتها بالمنغلقة والكتوم. و قد انقسمت التحالفات

داخل تشكيلة الأسرة إلى تكتلين: الأول يجمع الأم و كل من الأختين (الثانية و الخامسة) و الأخ الذكر (الرابع). أما التكتل الثاني فيجمع بين الحالة و الأخوين الأكبر و الأصغر.

العلاقة بين الأبوين كانت تقليدية فقد كان الأب صاحب القرار الأول والأخير، غير أنه كان يغيب لفترات طويلة عن البيت لظروف العمل. وقد وصفت الحالة والدها بالحنون، وكانت تؤكد في كل مرة قربه منها وتفضيله لها. وقد أكدت على أنها تحظى هي والأخوين الأكبر والأصغر بمكانة خاصة لدى الأب. أما الأم كانت هادئة جدا، وتفضل بقية الإخوة فوصفت هذه العلاقة بقولها "أنا و الكبير و الصغير أولاد أبي والبقية أولاد أمي هي معوضتهم".

2.3 الذكريات الباكرة

أولا/سرد الذكريات:

الذكرى الأولى: كنت في عمري 4 سنوات يجي أبي من فرنسا يجيب لي كل شيء كان ملبسني 4 خلاخل في رجليا. يجييلي روبة و سباط و وين يروح نروح معاه. نشفالو كان يلعب ديمينو و أنا صغيرة نرقد ورا الباب وين لبلاصة لي يلعب فيها و هزني و داني.

الذكرى الثانية: كي كان عمري عام لاصقة فيه (تقصد الأب) ياسر كي يرقد نرقد حذاه حبست البول بكري قاتلي أمي كنت تتوضي تلقايه دار على الجنب الآخر تتوضي و تروحيلو على الجنب الآخر.

الذكرى الثالثة: بكري 12-13 سنة رحنا للصحراء بابا عندو الأرض يحرث رحنا أنا وياه و أمي و أنا نعاونو يوريلي كيفاه نحصد و ننحي لفريك و كي نعودو مروحين يصطادلي جربوع يضربو يدوخو و يذبحو يقلي كي تكوني نتي نلقى ياسر وجه خير.

ثانيا/ تحليل الذكريات الباكرة للحالة الثانية:

من خلال تأويل الذكريات المسرودة من قبل الحالة تم تسجيل بعض الملاحظات الهامة التي يمكن اعتبارها مفاتيح جوهرية لفهم وفحص منهاج عيشها. حيث ظهر اهتمام الحالة الشديد بهذه الذكريات من خلال التأكيد على تاريخ حدوث كل ذكرى منطلقة بالذكرى الأولى التي حدثت في سن الرابعة، أما الذكرى الثانية فتبدو من نسج خيال الحالة وذلك لصغر سنها خلالها إذ كانت تبلغ من العمر سنة واحدة، وأخيرا الذكرى الثالثة التي كانت تبلغ فيها من العمر 12 أو 13 سنة. إن الأمر الذي يثير اهتمامنا ليس تاريخ الذكرى بحد ذاته رغم أنه يبرز بوضوح ثقل الدلالة النفسية لها، بل الأهم هو الموضوع الرئيسي للذكريات والشخصيات الرئيسية فيها. كان الأب هو الشخصية البارزة والوحيدة في كل ذكرى باستثناء ظهور ثانوي للأم في الذكرى الأخيرة وقد كان هذا الظهور في مطلع كل ذكرى سواء بشكل ظاهر أو ضمني، ما يشير إلى وجود خلل معين أو فشل في بناء علاقة تعاونية إيجابية مع الأم. ذلك أن العلاقة مع الأب في الغالب تشكل المرحلة الثانية من النمو فإذا عجز الطفل أو الأم أو كلاهما في بناء علاقة تعاونية جيدة أو شعر الطفل بأنه غير سعيد أو غير مكثف في علاقته مع الأم ينتقل بكيانه مباشرة لإقامة العلاقة مع الأب. وما يلاحظ على هذه الحالة أن هذا الانتقال في العلاقة حدث بشكل مبكر جدا في حدود السنة الأولى من عمرها. ولا يبدو الأمر غريبا إذ أنها حققت الاكتفاء الذي تسعى إليه من الاهتمام و العطف من الأب، حيث دار الموضوع الرئيسي في كل من الذكريات حول هذا الاهتمام والتدليل الذي حظيت به الحالة. فنتجت عنه تبعية شديدة للأب من جهة و إقصاء بقية الإخوة أو أفراد الأسرة بشكل عام من الذكريات. ما يشير إلى منهاج عيش مدلل يتضمن نزعة اجتماعية منخفضة، وقد تأكد هذا الأمر من خلال درجة نشاط ونافعية الحالة التي تمحورت حول ذاتها بشكل رئيسي. لقد أبدت الحالة درجة عالية من التنافس والنشاط للفوز بمكانة خاصة لدى الأب و من ثم المحافظة عليها. وتصنف الحالة ضمن النمط الحركي حيث ذكرت في أكثر من موضع اهتمامها بالسفر والتنقل مع الأب و مساعدته في بعض المهام.

لقد تمحورت كل اهتمامات الحالة حول الأب وسعيها لكسب رضاه واهتمامه بها مقابل غياب صورة الأم. وهذا ما يشير إلى منهاج عيش مدلل حيث أكدت الحالة قلقها من البقاء بمفردها و خسارة التبعية للأب من خلال تكرارها لوجود الأب في كل ذكرى وغالبا في نفس مكان تواجده. أما عن الانفعالات التي ارتبطت بهذه الذكريات فقد كانت سارة ومفرحة سواء خلال وقوع الذكرى أو أثناء سردها وهو ما بدا واضحا على الحالة أثناء إجراء المقابلة.

3.3 الأحلام

أولا / سرد الأحلام:

الحلم الأول: حلمت و أنا مزوجة حامل بأولادي التوأم عندنا طبسي أبيض و الباب يتفتح و الصحن طائر في الهواء نصفه بطيخ و نصفه دلاع و طائر في لهواء و صح جبت توأم طفلة و طفل.

الحلم الثاني: كنت صغيرة 15 سنة أختي كانت رح تتزوج و أبي راح لفرنسا حلمت بلي طبطب الباب و جا أبي و جاب فليزا و صح صرا كيف لنام راح أبي لفرنسا و طبطب الباب فتحت نلقاه هو مدلي الفاليزا و دخل. **ثانيا/ تحليل الأحلام:**

ارتبطت الأحلام بشكل واضح مع ذكريات الحالة من حيث الرغبة في الأخذ و الحصول و الارتباط بالأب و قد ظهرت نفس الانفعالات كما نلمس من خلال أحلام الحالة المثالية في وصف و تضخيم الذات.

4.3 منهاج عيش الحالة الثالثة:

أ. تأثيرات العائلة

✓ **رتبة الميلاد النفسية:** يبدو واضحا أن الترتيب التسلسلي للحالة هو الثالث، ولكن ذلك لا ينطبق تماما مع رتبة الميلاد النفسية. اعتبارا أن الحالة تعيش وضعا مميزا جدا بين الأخوين الأكبر والأصغر وحالة من التنافس الشديد على كسب القدر الأكبر من اهتمام الأب و بدا

ذلك واضحا من خلال قولها "أنا ولكبير والصغير اولاد أبي". لذلك فرتبة الميلاد النفسية خاصتها هي الأصغر بحكم فرق السن بينها وبين الأخ الصغير (7 سنوات).

✓ **المناخ الأسري:** يبدو من خلال وصف الحالة أن المناخ الأسري كان جد حميمي تسوده قوامة الأب وعطفه ورعاية الأم في غيابه بحكم طبيعة عمله، كما أشارت الحالة إلى أن العلاقة بين الإخوة علاقة طيبة جدا يحث فيها كلا الأبوين على توطيد المودة والألفة بينهم. ورغم ذلك تبقى التحالفات الأخوية القائمة بين الحالة والأخوين الأكبر والأصغر في مقابل بقية الإخوة سببا في وجود منافسة حادة في نيل رضا كلا الأبوين.

✓ **القيمة الأسرية:** لقد تحددت القيمة الأسرية بشكل واضح من خلال قول الحالة أن كلا الأبوين يدعمان الخلق الطيب وحسن المعاشرة بين الإخوة وتوطيد العلاقات بينهم.

ب. **لنزعة الاجتماعية:** يمكننا وصف النزوع الاجتماعي للحالة بالانخفاض، حيث أن هدفها الغائي متمركز حول ذاتها تسعى من خلاله إلى اعتلاء عرش الأسرة و الحفاظ على ذلك وهو مسعى يتسم بالنزعة الاجتماعية غير السوية.

ج. **الشعور بالقصور والتعويض:** تعاني الحالة مشاعر القصور نتيجة ضعف و فتور العلاقة مع الأم حيث فقدت بذلك مشاعر الحب و العطف اللازمة و انتقلت بذلك لبناء علاقة تعويضية مع لذلك فهي تعاني من نقص الشجاعة وضعف القدرة على الاستقلالية عن الأب و الحركة التعويضية بالنسبة لها باتجاه الماضي.

د. **الهدف الغائي:** تمحور الهدف الغائي للحالة حول الحفاظ مكانتها لدى الأب و الاستحواذ عليها.

4. عرض وتحليل نتائج الاختبار النفسي MMPI2

1.4 التحليل الكمي:

	؟	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	MF	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
NB	18	8	10	12	12	21	24	19	19	17	17	23	23	25
V .A	/	/	/	/	6	/	/	5	/	/	12	12	2	/
NBc	/	/	/	/	18	/	/	24	/	/	29	35	25	/
NT	/	64	62	44	58	49	53	52	87	75	50	60	65	46

الجدول رقم(11) يمثل تفرغ نتائج اختبار MMPI-2

رمز و لث يكون كالاتي:

5,,6,9+8-1347/20:LF-K:

حساب متوسط وضوح البروفيل:

$$M = \frac{Hs + D + Hy + Pd + Pa + Pt + Sc + Ma}{8}$$

$$M = \frac{18 + 21 + 24 + 24 + 17 + 29 + 35 + 25}{8}$$

$$M = 24.12$$

بما أن متوسط وضوح البروفيل = (45 > 24.12) فإن الحالة سوية و لا تعاني من مرض عقلي مشخص.

2.4 التحليل الكيفي:

أولا/ مناقشة مقاييس الصدق ودلالاتها التفسيرية:

المقياس (?): بلغ عدد الإجابات المتروكة (18) إجابة ما يشير إلى أن الحالة أجابت بشكل

حذر جدا مع تركها لجميع العبارات التي تشير أو تحتوي على عبارة (جنس أو جنسية)

مقياس الكذب L: بلغت الدرجة التائية لهذا المقياس (64) أي (ت > 65) ما يشير إلى

صفحة نفسية صادقة و أداء ضمن المتوسط.

مقياس التكرار F: الدرجة التائية على هذا المقياس (62) أي (ت=50-64) وهو ما يشير إلى وجود خلل في بعض الجوانب (العمل، الصحة، الحياة الاجتماعية) لدى الحالة.

مقياس التصحيح K: قدرت الدرجة التائية على هذا المقياس ب(44) أي (ت=40-55) ما يدل على أن الحالة تتسم بالذكاء و تقييم ذاتها بشكل متوازن.

ثانيا: مناقشة المقاييس الإكلينيكية و دلالتها التفسيرية:

1. **مقياس توهم المرض (Hs):** بلغت الدرجة التائية على هذا المقياس (58) حيث (ت=40-59) و هو ما يشير إلى غياب الوسوس المرضية و أداء الحالة ضمن المتوسط.

2. **مقياس الاكتئاب (D):** قدرت الدرجة التائية على هذا المقياس ب (49) أي (ت=40-59) حيث يشير ذلك إلى أداء عادي ضمن المتوسط ، كما تشير النتيجة إلى تقدير عال للذات و اعتقاد بقبول الآخرين.

3. **مقياس الهستيريا (Hy):** بلغت الدرجة التائية على هذا المقياس (53) حيث (ت=40-59) ما يشير إلى أداء عادي ضمن المتوسط.

4. **مقياس الانحراف السيكوباتي (Pd):** بلغت الدرجة التائية على هذا المقياس (53) حيث (ت=40-59) ما يشير إلى أداء عادي ضمن المتوسط.

5. **مقياس الذكورة و الأنوثة (Mf):** بلغت الدرجة التائية على هذا المقياس (87) حيث (ت < 80) و هو ما يشير إلى رفض الحالة للأدوار النسوية التقليدية و ارتفاع الثقة بالنفس و الإنبساط و و ظهور إتجاه معارضة و سيطرة التي قد تظهر في شكل عدوانية.

6. **مقياس البارنويا (Pa):** قدرت الدرجة التائية على هذا المقياس ب (75) حيث (ت < 70) و هو ما يشير إلى إحتمالية وجود ذهان هذائي مشخص، حيث تشير هذه الدرجة أن الحالة تتميز بقوة الشخصية و قدرتها على فرض شخصيتها على الآخرين، و ظهور النرجسية و الشك في من حولها.

7. مقياس الوهن النفسي (Pt): قدرت الدرجة التائية للحالة على هذا المقياس بـ (50) حيث

(ت=40-59) و هو ما يشير إلى أداء عادي ضمن المتوسط على هذا المقياس.

8. مقياس الفصام (Sc): بلغت الدرجة التائية على هذا المقياس (60) حيث (ت=60-74) ما

يشير إلى احتمالية أسلوب حياة فصامي تسيطر عليه الخيالات و أحلام اليقظة و تشوش
الذهن.

9. مقياس الهوس الخفيف (Ma): بلغت الدرجة التائية على هذا المقياس (65) حيث أن

(ت=60-69) ما يشير إلى أن الحالة ذات طبع انبساطي و نشط.

10. مقياس الانطواء الاجتماعي (Si): بلغت الدرجة التائية على هذا المقياس (46) حيث

(ت=40-59) ما يثي إلى أداء عادي ضمن المتوسط للحالة على هذا المقياس.

من خلال عرض و تفسير المقاييس العيادية و التأكد من صدقها اعتمادنا في تفسير

الصفحة النفسية للمفحوصة على أعلى مقياسين و هما 9/6

5. التحليل العام للحالة الثالثة

بناء على نتائج الأدوات العيادية الموظفة لكشف الدلالات النفسية المرضية و فحص

منهاج عيش الحالة فقد خلصنا إلى ما يلي:

بداية نتائج المقابلة العيادية التي خلصنا من خلالها إلى ما يلي:

- راودت الحالة مخاوف و شكوك حول الإصابة بالسرطان و هو الأمر الذي دفعها لتأجيل

عملية الكشف في كل مرة، إضافة إلى المخاوف التي ارتبطت بمسألة إخبار باقي أفراد

الأسرة و بشكل خاص الأبناء حيث تلجأ كثير من السيدات اللواتي تراودهن شكوك حول

الإصابة بسرطان الثدي أو تأكدت إصابتهم به إلى تأجيل الكشف و الفحص ، أو إخفاء

خبر الإصابة ، فبعد استيعاب الصدمة الأولى تكون مسألة إخبار الأسرة المعضلة الحقيقية

التي تواجهها المصابة، فالخوف من ردة فعل الزوج سبب رئيس في تباطؤ المصابة في

الإعلان عن مرضها. فالمصابة عادة عندما تكتشف بنفسها أحد أعراض سرطان الثدي، أو

عندما يخبرها الطبيب المختص بذلك ، تأخذ ردود فعلها النفسية نفس مراحل الصدمة حيث قد يتبعها نوع من الإنكار وعدم التصديق، و هذا الأمر قد يدفع المصابة للتظاهر بقدرتها على إحتواء الإحساس بالألم.

- ذكرت الحالة أن كل ما تعرفه عن سرطان الثدي هو " نعرفو بلي مرض مزمن ما يروحش حتى يدي العبد معاه." و ذلك يرتبط عادة بالخوف من الآلام والعذابات الجسدية التي تتوقع أن تتعرض لها ، ويستمر هذا الخوف بالتعاطم ليصل بها إلى تمثل الموت تحت تأثير الفكرة المغلوطة الشائعة (سرطان الثدي لا شفاء منه)

- أكدت الحالة إلى أن حياتها تأخذ منحى سلبي بعد الإصابة بالسرطان و قد ربطت ذلك بعدم قدرتها على أداء دورها كزوجة و كأم " يا حسراه وش كنت وش وليت ما وليتش نقدر نقوم لعائلتي... ما عدت نقدر ندير والو" حيث أن غالبية مرضى السرطان يظهرون فقدان السيطرة على أحداث الحياة و التغيير في القدرة على أداء الأدوار الأسرية و الوظيفية و في شكل الجسم و صورته(American cancer society,2016).

أخيرا أشارت الحالة أن تعليقات المحيطين بها كثيرا ما تكون سلبية و عدوانية من خلال قولها "كل واحد وش يقول ... واحد غايضاتو وواحد يقول كاش ما خدمت في دنيته هاي تسلك" و هذا ما يقترن بالآثار النفسية و الاجتماعية الناجمة عن صدمة الإصابة بالسرطان كالشعور بالقلق و الاكتئاب و الانعزال و الوصمة الاجتماعية بشكل خاص(جهاد براهيمية و نادية بوشلاق،2016، ص2)

بناء على نتائج اختبار مقاييس الشخصية متعدد الأوجه-2 تشير إلى أن الحالة تنتمي إلى النمط 9/6، وتوصلنا إلى استخراج الدلالات النفسية المرضية التالية:

- عادة ما يصنف الأشخاص الذين ينتمون لهذا النمط بأنهم فصاميين وقد تظهر لديهم هلاوس و أوهام، ويعانون من تشوش الذهن. تبعا لذلك تصنف هذه الحالة ضمن النمط الفصامي.
- معتمدة على الآخرين، بحاجة إلى تعاطف الآخرين معها.

- سريعة الانفعال، والمبالغة في ردود الأفعال اتجاه الضغوطات البسيطة، وتستجيب لها بالانسحاب أو البكاء.
 - تفقد الشعور بالأمان وتشعر بالتهديد سواء بشكل فعلي أو توهم.
 - إضافة إلى أن ارتفاع الدرجة التائية على مقياس الذكورة و الأنوثة يشير إلى رفض الأنشطة النسوية التقليدية، النشاط والصرامة والثقة في النفس والانبساط مع احتمال وجود مشاكل جنسية.
- أما عن نتائج استبيان منهاج العيش فقد توصلنا إلى أن الحالة :
- رتبة الميلاد النفسية للحالة هي الأصغر وهو ما لا يتطابق مع الترتيب الولادي الزمني اعتبارا أن الحالة تعيش وضع مميزا جدا بين الأخوين الأكبر والأصغر "أنا ولكبير و الصغير أولاد أبي"، حيث يشكل هذا الثلاثي تشكيلة منفصلة تماما عن بقية الإخوة الذين يشكلون تحالفا مع الأم. كما أن فارق السن بينها وبين الأخ الأصغر يفوق الـ 5 سنوات، مما يجعل منهاج عيشها بني على أساس أنها طفل أصغر.
 - فشل في بناء علاقة تعاونية إيجابية مع الأم، مما أدى إلى غياب الأم في ذكريات الحالة وعوضها الحضور المكثف للأب. ذلك أن العلاقة مع الأب في الغالب تشكل المرحلة الثانية من النمو فإذا عجز الطفل أو الأم أو كلاهما في بناء علاقة تعاونية جيدة أو شعر الطفل بأنه غير سعيد أو غير مكثفي في علاقته مع الأم ينتقل بكيانه مباشرة لإقامة العلاقة مع الأب، و ما يلاحظ على الحالة أن هذا الانتقال في العلاقة حدث بشكل مبكر جدا في حدود السنة الأولى من عمرها.
 - منهاج عيش مدلل يطبعه تبعية شديدة للأب بصفته الشخص المدلل للحالة من جهة، وإقصاء بقية الإخوة أو أفراد الأسرة بشكل عام من الذكريات بصفقتهم منافسين لها على الأب.
 - أبدت الحالة درجة عالية من التنافس و النشاط للاستحواذ على عطف الأب واهتمامه.
 - نزعة اجتماعية منخفضة، تتضح من خلال انحصار قطر العلاقات مع الأب فقط، وهو ما يتعارض مع النزعة الاجتماعية التي تتطلب التوسع في العلاقات بدلا من اختصارها في شخص واحد.

- الحالة من "النمط الأخاذ" وهو نمط يدرجه أدلر في تصنيفه لمناهج العيش ضمن "النمط العقيم اجتماعيا".

من خلال ما تقدم من نتائج نخلص إلى مختلف الدلالات النفسية المرضية التي ظهرت لدى الحالة ذات ارتباط وثيق بطبيعة منهاج عيشها حيث:

1- إن الدلالات المرضية النفسية التي تشير إلى المرض العقلي (الفصام) لدى الحالة ترتبط بانخفاض في النزعة الاجتماعية مما يدل على أن الحالة تميل إلى اللاسواء، لأن أدلر اعتبر النزعة الاجتماعية معيار السواء واللاسواء. والحالة ذات منهاج العيش المدلل من "النمط الأخاذ"، وهو نمط يصفه ألفرد أدلر "بالنمط العقيم اجتماعيا"، حيث أكد أن العصابات والذهانات تعشش هنا في هذا النمط. (Ansbacher,H,L2006;Pp257-260)

2- إن الدلالات المرضية النفسية التي تشير إلى أن الحالة سريعة الانفعال وتبالغ في ردود الأفعال اتجاه الضغوطات البسيطة وتستجيب لها بالانسحاب أو البكاء، ترتبط بنقص الشجاعة لدى الحالة. وهذه ميزة جوهرية لدى الطفل المدلل الذي يظهر تبعية شديدة للشخص المدلل (الأب) وقصورا واضحا في مواجهة الضغوطات، ويصنف أدلر الطفل المدلل ضمن الأطفال الصعاب الذين تتخفف لديهم الشجاعة عند مصادفتهم لهذه المشكلات فيجتهدون للنجاح عبر سبيل أيسر يحسون فيه أنهم أقوى ويعفيهم من أن يضطروا للشجاعة. (خالد خياط، 2013/2012، ص ص 77-78).

3- إن الدلالات المرضية النفسية التي تشير إلى أن الحالة معتمدة على الآخرين وبحاجة إلى تعاطفهم معها ترتبط بكون الحالة ذات تبعية شديدة للأب حيث يؤكد ألفرد أدلر أن الطفل الأصغر قل ما يستطيع الاستقلال بذاته والانفصال عن أبويه لذلك هو يعيش حالة قلق من أن يفصل عنهما نتيجة ما يتسم به من تبعية للوسط. يقول أدلر: "إن الطفل المدلل لا يستطيع أن يستقل بذاته أبدا، لأن الشجاعة تتقصه ولن يتمكن من تحقيق النجاح بمجهوده الشخصي" (ألفرد أدلر ، 2005/1931، ص ص 194-195). وكثيرا ما تشتد هذه التبعية في حالة الطفل المدلل، حيث أشار ألفرد أدلر في كتابه معنى الحياة أن "هؤلاء المدللون يعتبرون أن العالم قد فشل في إعطائهم ما يستحقونه بجدارة. فقد تم تدريبهم منذ نعومة أظفارهم على الأخذ... دون العطاء فقد كان جميع من حولهم يقومون بدور الخدم لهم... حتى أنهم فقدوا القدرة على الاستقلال بأنفسهم".

4- إن الدلالات المرضية النفسية التي تفيد بأن الحالة تفقد الشعور بالأمان وتشعر بالتهديد سواء بشكل واقعي أو مدرك ترتبط بمشاعر القصور التي تعانيها الحالة والتي نتجت بالأساس من اضطراب العلاقة مع الأم إضافة إلى انخفاض النزوع الاجتماعي. في هذا الصدد يشير ألفرد أدلر إلى أنه إذا افتقر الفرد إلى الاهتمام بالآخرين (النزعة الاجتماعية) انجرت عن ذلك مشاكل ... لا محالة تقود إلى الإحساس بالمنافسة والاغتراب و اللأمن والقصور (خالد خياط، 2013/2012، ص ص 79-81). وقد تأكدت هذه المشاعر من خلال التبعية الشديدة التي أظهرتها الحالة اتجاه الأب ومنافستها الشديدة للاستحواذ على المكانة وعلى عطفه بشكل خاص. وبالتالي ابتغاء السمو الشخصي بدلا من العمل الجماعي "فالنزوع الاجتماعي يوفر لكل فرد إحساسا بالأمن الذي يمثل السند الرئيسي لنا في الحياة". (ألفرد أدلر، 2005/1931، ص 26).

5- أخيرا فإن الدلالات المرضية النفسية التي تشير إلى رفض الأدوار النسوية التقليدية ووجود مشاكل جنسية لدى الحالة يرتبط بعاملين أساسيين هما: أولا، فإن رفض الأدوار النسوية يرتبط بسوء العلاقة مع الأم وفتورها، في مقابل قوة ومتانة العلاقة مع الأب. ورغم طول فترات غيابه عن البيت إلا أن تأثيرات الأب كانت أقوى وسيطرته كانت أشد في مقابل انسحاب الأم وضعف تأثيراتها. وفي هذا السياق أشار ألفرد أدلر "إن الأب الذي يكون رمز القوة داخل الأسرة وتعدد مرات دخوله وخروجه والغموض المحيط به كل ذلك يثير اهتمام الأطفال أكثر بكثير من الوجود الدائم للأب داخل المنزل. والطفل يرى أن الأب هو من يحدد خطوات الأسرة ويخطط لمستقبلها ويظهر في كل مكان على أنه قبطان سفينة الأسرة ... إن كل الامتيازات التي يحظى بها الرجل قد تسببت في العديد من المتاعب في نمو و تطور نفسية المرأة حتى أنه يوجد رفض داخلي للدور الأنثوي" (ألفرد أدلر، 2005/1931، ص ص 127-128). أما العامل الثاني المرتبط بوجود مشاكل جنسية، فهو فقدان الحالة لعضو مهم جدا من جسمها (الثدي) نتيجة الإصابة بالسرطان إضافة إلى فقدان الشعر وتوقف الخصوبة وضعف القدرة الجنسية. هذه التغيرات الناتجة عن العلاج تؤثر على معاش وخيالات والحياة الجنسية وهي من الميادين الأكثر تأثرا بالإصابة بالسرطان ... هذه العلاجات تؤثر على وحدتها الجسمية (شدمي رشيدة، 2015/2014، ص 136).

رابعاً - مناقشة عامة للحالات

في إطار دراسة الدلالات المرضية النفسية لدى مريضة سرطان الثدي وفق منهاج

العيش، وبناء على ما تم التوصل إليه من نتائج فحص وتحليل استبيان منهاج العيش واختبار مقاييس الشخصية متعدد الأوجه -2- للحالات الثلاث. وفي ضوء ما سلف عرضه من إطار نظري ودراسات سابقة وانطلاقاً من الأهداف المرجوة من الدراسة وهي:

- الكشف عن أهم الدلالات المرضية النفسية لدى مريضة سرطان الثدي.
- فحص منهاج عيش مريضة سرطان الثدي والكشف عن طبيعته وأهم دعائمه.
- تفسير الدلالات المرضية النفسية التي تظهر لدى كل حالة وفق منهاج عيشها.

نخلص إلى النتائج التالية :

بداية ظهر لدى حالات الدراسة دلالات مرضية نفسية تشير إلى الألم و المعاناة النفسية التي تعيشها مريضة سرطان الثدي على مر مراحل الإصابة ومع مختلف إجراءات العلاج. حيث تشاركت الحالات الثلاث في بعض الدلالات المرضية النفسية وهي:

- التمرکز حول الذات و الانسحاب الاجتماعي.
- تشوه صورة الجسم و المشاكل الجنسية.
- سوء تقدير الذات أو انخفاض احترام الذات و مشاعر الذنب.
- عدم الكفاية و الحاجة للاهتمام و انعدام الشعور بالأمن.

هذه الدلالات المرضية النفسية هي استجابات الحالات للوضع الضاغط

الذي يعيشه نتيجة الإصابة بالسرطان و ما يتبعه من إجراءات علاجية مرهقة و مؤلمة. فإن العيش مع سرطان الثدي يتسبب في ظهور تأثير نفسي شديد يشمل صورة الجسم، والمشاكل الجنسية، وصعوبات العلاقات الشخصية، والقلق، والخوف، والقلق المتعلق بالبقاء على قيد

الحياة، و أغلب المصابات بالسرطان تظهر عليهن أعراض خفيفة أو متقلبة من القلق والكآبة، و قد تتطور لتصبح شديدة. (National Breast Cancer Centre, 2003,p:16)

إحدى الخسائر العضوية التي يخلفها السرطان هي استئصال الثدي المصاب، مما يؤثر على صورة الجسد نتيجة استئصال العضو الذي يمثل رمز الأنوثة. بالنسبة لحالات الدراسة مس الاستئصال تصوراتهن وإدراكهن حول أجسادهن وقدرتهن على ممارسة حياتهن بالشكل المعتاد وبنفس القدر من الثقة، ويرتبط ذلك بشكل مباشر بدرجة تقديرهن لذاتهن، و انعدام مشاعر الأمن لديهن و اضطراب و فتور العلاقات الشخصية. ففي دراسة **لديفيد كيسان و آخري (David kissane et al.2004)** بعنوان "أثر سرطان الثدي في النساء على صورة الجسم و النشاط الجنسي" أشارت إلى أن هناك فروق واضحة في نظرة المريضات بسرطان الثدي إلى صورة الجسم و النشاط الجنسي و يرجع ذلك للتشخيص و العلاج و الذي يؤثر بشكل جوهري على الوظيفة الجنسية وصورة الذات والعلاقات الشخصية وفقدان الرغبة الجنسية (صالح سلمان أبو معلا، 2016، ص71).

إن استئصال الثدي و ما تبعه من نتائج سلبية ساهمت في فقدان أهم الوظائف الأنثوية لحالات الدراسة (فقدان الخصوبة و اختلال النشاط الجنسي) سبب قصورا عضويا ساهم في اهتزاز الهوية الأنثوية (الجنسية) لحالات الدراسة حيث أن القصور العضوي هو عامل مثير للشعور بالقصور النفسي. ففي دراسة **لأدلر (1907)** حول قصور الأعضاء ألح على التنسيق بين قصورات متزامنة ف"عندما تتصادف عند الفرد عدة أعضاء قاصرة سينشأ بينها نوعا ما حلف سري" (Adler Alfred,1912,p26). قادت هذه الملاحظات إلى نفس النتائج التي أل إليها **"كيرل"** الذي أعلن عن وجود تناسق بين قصورات الجهاز التناسلي و قصورات الأعضاء الأخرى بحيث "لا يوجد قصور في أي عضو دون أن يلزمه في الجهاز التناسلي". وترافق صعوبة التوافق العضوي صعوبات أخرى على الصعيد النفسي

نتيجة الكفاح ضد هذه الصعوبات. وهذا ما يولد دلالات نفسية وسلوكية وسمات طبيعية. فيمر هذا القصور العضوي إلى القصور النفسي بمختلف نواحيه (خالد خياط، 2012/2013، ص 48).

من الآثار النفسية الهامة التي أحدثها القصور العضوي لدى الحالات مشاعر الذنب التي تمثل الوجه الظاهر للشعور بالعجز لديهن أي عجزهن عن القيام بمهامهن العائلية المعتادة و اضطرارهن لطلب المساعدة من الغير. في هذا السياق أشار أدلر إلى أن "العجز عن الحركة هو شعور بالقصور والعجز عن إشباع الحاجات فردانيا هو شعور بالقصور والتبعية للآخرين في قضاء الحوائج هي شعور بالقصور (SPERBER,Manes,1972,) (Pp116-117). رغم أن هذا القصور يرتبط أساسا بالمشاكل والآثار الجانبية للعلاج الجراحي فان المصابة بعد إجراء هذه العملية تعاني من الألم في نفس منطقة العملية ومن خطر التهاب الجرح وسوء التئامه والنزيف فيه وردة فعل المخدر المستعمل. وكذلك يصبح الجلد في منطقة الصدر مشدوداً والعضلات تصبح غير مرنة وصلبة في الكتف والذراع. وقد تعاني المصابة أيضاً من الخدر والتتمل في منطقة الصدر وتحت الإبط والكتف خلال العملية. كما قد ترتبط هذه المشاعر بعجزهن عن الإنجاب وفقدان خصوبتهن وفقدان القدرة أو الرغبة الجنسية نتيجة فقدان الثدي أو فقدان الشعر. حيث يعتبر فقدان الشعر من أكثر الأعراض المكروهة لدى المصابة فتعتبره اعتداء آخر على أنوثتهن بعد فقدان الثدي. هذه التغيرات في صورة الجسم تعزز وجهة نظر الحالات بأنهن مشوهات عرضة للهجوم من قبل الأزواج.

الانسحاب الاجتماعي يكون وجهاً آخر للضرر النفسي الذي يحدثه القصور العضوي نتيجة التشوه الجسدي و اهتزاز صورة الجسم واحترام الذات لدى حالات الدراسة، حيث أكدت الحالة الثانية على صعوبة مواجهة المجتمع و إعادة اندماجها فيه بعد الإصابة بالمرض و خاصة بعد فقدان الثدي و سقوط الشعر "من ناحية الخرجات و المناسبات وليت نتهدد باه

نروح بكري كنت نمشط ونعدل و نلبس و بلا حجاب و ضرك و لويت لازمني ندير خمار غير
هذاك النهار عرضوني لعرس تهددت باه نروح لآخر دقيقة باه رحت و درت خمار في لول
جاتني صعيبة من بعد خلاص بصح قعدت مع دار شيخي و ما حكيتش مع ناس الكل".
فمشاعر القصور النفسي والتي هي وليدة القصور العضوي (فقدان الثدي) تتعزز من خلال
المقارنات التي تعقدها مريضة سرطان الثدي مع الصورة المثالية للجسد الأنثوي بالنسبة
للآخرين وهو ما يخلق رغبة دفينية في الانسحاب الاجتماعي و تفادي المناسبات و
التجمعات التي يمكن أن تكشف لهم نواحي هذا القصور. وقد أكد دريكورس (1979) أن
الشعور بالقصور هو افتراض كون الفرد ذا قصور بدني أو اجتماعي أو قصور مقارنة مع
الأهداف والمعايير الشخصية له. إن أولى مجالات القصور المدرك هي مقارنة مفهوم الذات
مع صورة ذات مثالية تتضمن الخصائص البدنية. وينظر إلى ثاني مجال ك تناقض بين
مفهوم الذات وتقييمات الفرد للمحيط، بما في ذلك المحيط الاجتماعي. أما آخر مجال -
والذي اعتبر شكلا من أشكال الذنب- فهو يعرف على أنه التناقض بين مفهوم الذات
والقانون الأخلاقي للفرد" (خالد خياط2012،/2013،ص37).

رغم تشارك حالات الدراسة بعض الدلالات المرضية النفسية إلا أن هناك العديد من
الدلالات المرضية الأخرى التي تختلف فيها من حيث نوعها و شدتها. فقد بدت الحالة الثالثة
الأكثر نزوعا للإصابة بالمرض النفسي إذ بلغت الدرجات التائية على بعض المقاييس
العيادية لديها حدود اللاسواء. في حين بدت الحالة الثانية أقل نزوعا للإصابة بالمرض
النفسي مقارنة بالحالة الثالثة، وهو كذلك بالنسبة للحالة الأولى. و في هذا السياق لابد من
الإشارة إلى أن هناك عدة عوامل مهمة تحدد نوع و درجة هذه الدلالات المرضية النفسية
كالمعلومات الطبية عن المرض، الإحساس الداخلي للمريضة، و استعدادها النفسي، وضعها
الاجتماعي والعائلي، بيئتها الثقافية، ردود الأفعال المثارة من قبل المحيطين بها، و الدعم
المعنوي والمادي المتوفر في تلك الفترة. و قد تأكد لنا أثر هذه العوامل من خلال نتائج

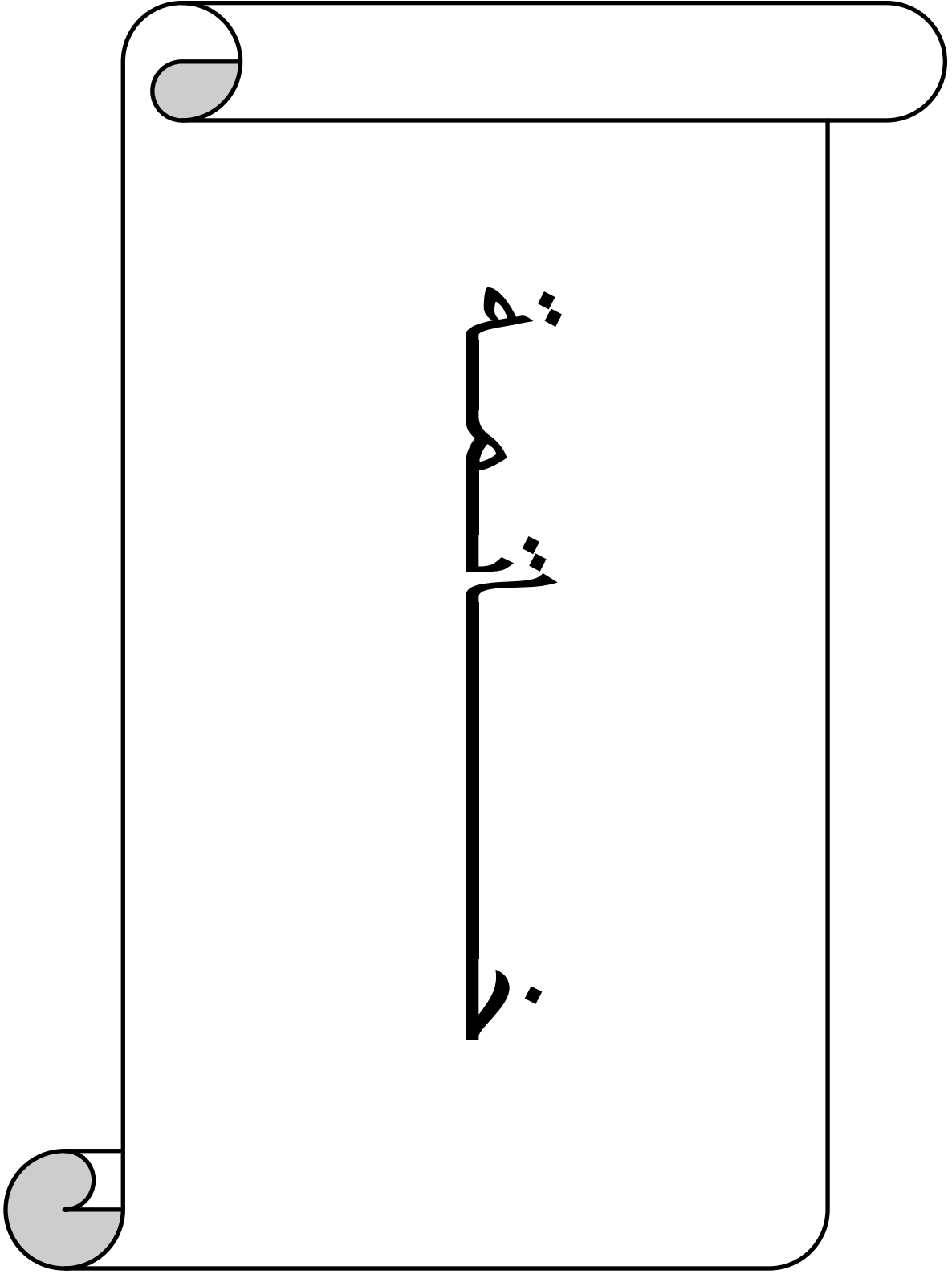
المقابلة العيادية مع حالات الدراسة، حيث بدت فكرة كل من الحالة الأولى و الثانية حول السرطان و مفهومهما عنه أكثر واقعية و ذلك نظرا للمستوى الثقافي لكل منهما إضافة إلى وجود تاريخ مرضي عائلي للحالتين فيما يخص مرض السرطان وهو ما ساهم في تقديم فكرة واضحة عن طبيعة المرض و إجراءات العلاج و حظوظ الشفاء منه. في حين بدت الحالة الثالثة أقل خبرة و أكثر سلبية من حيث فكرتها حول مرض السرطان. ذلك أن كل ما يتصل بتقبل المرض واتباع العلاج بشجاعة يتطلب الكثير من الوعي لمحاربة القلق الذي يترافق مع المرض واستبدال الأفكار السلبية المرتبطة بهويتها كامرأة بأخرى إيجابية تساعد على استعادة ثقتها بنفسها وبقدراتها دون أن تتأثر بالتغيرات التي تحصل في مظهرها جراء المرض والعلاج.

هذه الفروق في نوع و شدة الدلالات المرضية النفسية لا تمثل إلا جزء بسيط من بقية العوامل التي تكون سببا جوهريا لظهور هذه الدلالات المرضية النفسية دون عن غيرها، فقد اعتبر ألفرد أدلر أن أكبر المقاربات مصداقية في استكشاف شخصية المفحوص هي: الذكريات الطفولية الباكرة و الأحلام، موضع الطفل داخل تشكيلة الأسرة، صعوبات الطفولة ، و طبيعة العامل الخارجي الذي قد سبب المرض. (Ansbacher & Ansbacher 1964,p350). كل هذه العوامل تكشف منهاج عيش الفرد و أسلوبه المميز و طريقته الفريدة في الحياة.

لقد أكدت نتائج الدراسة الحالية نقاط التقاطع التي ربطت بين منهاج عيش كل حالة و أسلوبها الفريد الذي تسلكه في الحياة و الدلالات المرضية النفسية التي تظهر لديها. و قد كان للنزعة الاجتماعية و الجانب العلائقي داخل تشكيلة الأسرة الدور الجوهري في ظهور هذه الدلالات المرضية النفسية. سواء من خلال وصف الذات والعلاقات داخل الأسرة أو من خلال سرد الذكريات الباكرة لهن، بحيث خلصنا إلى أن:

- الحالة الأولى و التي تصنف ضمن "النمط المفيد اجتماعيا" أي "النشط البناء" و هو نمط يتضمن الأشخاص المتكافلين و المتوافقين، يكون فيه الفرد طموحا جدا و يسعى إلى النجاح، و في مقابل ذلك قد كانت الحالة الأكثر ميلا إلى السواء بين الحالات الثلاث ، و هذا النمط يوازي منهاج العيش السوي حسب تقسيم الفرد لمناهج العيش.
- أما الحالة الثانية و التي تصنف ضمن "النمط الخامل البناء" و هو نمط يتضمن الأشخاص الأكثر خمولا في تصرفاتهم، لكنهم يعملون في الجانب المفيد من الحياة. وفي مقابل ذلك فقد كانت الحالة أكثر ميلا للسواء رغم بروز بعض الدلالات المرضية النفسية الحادة.
- أما الحالة الثالثة و التي انتمت "للنمط العقيم اجتماعيا" أو "الأخاذ" كما يصفه أدلر في تصنيفه لمناهج العيش و هو النمط الذي تعشش فيه الذهانات و العصابات فقد كانت أكثر الحالات ميلا للسواء. و قد برزت لديها دلالات مرضية نفسية حادة تشير إلى احتمالية وجود مرض نفسي مشخص لديها.

إن الحكم على سواء أو عدم سواء منهاج عيش كل حالة من حالات الدراسة يجعلنا نتحدث عن درجة توافقهم و توجههم الاجتماعي الذي يعتبر معيارا للسواء و الصحة النفسية أو نقص و تدني النزعة الاجتماعية و الذي يعد معيارا للسواء و مؤشرا للمرض النفسي. و قد تأكد لنا ذلك من خلال الدلالات المرضية النفسية لدى كل حالة بحيث أن الأعراض المرضية النفسية للحالة الأولى و الثانية كانت أقل حدة من الحالة الثالثة التي ارتفعت مؤشرات السواء لديها في أكثر من مقياس عيادي. و في هذا السياق نشير إلى تقسيم "دريكورس" لمناهج العيش الذي صنف فيه كل من النمط النشط البناء(المفيد اجتماعيا) و النمط الخامل البناء ضمن منهاج العيش السوي مع أفضلية صحية للنشط. و النمط النشط الهدام و الخامل الهدام ضمن منهاج العيش السوي مع أسوأية مرضية للنشط الهدام.



خاتمة:

تمثل تجربة سرطان الثدي تحدياً كبيراً للعديد من الإجهادات الجسدية والنفسية والاجتماعية، وحتى المادية التي تواجهها المصابة في حياتها؛ وهو ما يسهم في ظهور العديد من الدلالات النفسية التي تقترب بالمصابة من الوقوع في دائرة اللاسوء، وبالتالي تهدد أمنها واستقرارها النفسي. وتشتد وتتباين هذه الدلالات المرضية النفسية وفقاً لمنهاج عيش المصابة، والذي يتضمن نظرتها لذاتها وللآخرين وللسرطان كتجربة قاسية. كما يتضمن هذا المفهوم أهدافها الغائية التي من المرجح أن تبنى بشكل خاطئ وهو ما يساهم في ظهور بعض الانفعالات والسلوكيات المرضية. فهذه الدلالات المرضية النفسية تخضع لمبدأ الفردانية والذاتية والوحدة النفسية التي تقر بها فلسفة منهاج العيش. وقد توصلنا في هذه الدراسة على ثلاث حالات مريضات بسرطان الثدي إلى وجود دلالات مرضية نفسية أكدت المعاناة النفسية التي تعيشها الحالات نتيجة الإصابة بسرطان الثدي. حيث اشتركن في التمرکز حول الذات و الانسحاب الاجتماعي وتشوه صورة الجسم والمشاكل الجنسية وسوء تقدير الذات ومشاعر الذنب وعدم الكفاية والحاجة للاهتمام وانعدام الشعور بالأمن. كما انفردت كل حالة ببعض الدلالات المرضية النفسية التي خضعت لنمط منهاج عيش كل حالة.

كشفت النتائج عن نمط منهاج عيش كل حالة حيث أن الحالة الأولى ذات منهاج عيش من النمط المفيد اجتماعياً والحالة الثانية من النمط الخامل البناء والحالة الثالثة من النمط العقيم اجتماعياً. كما سمحت النتائج بتفسير هذه الدلالات المرضية النفسية وفق منهاج عيش كل حالة أين تأكد للباحثة وجود نقاط تقاطع بين منهاج عيش كل حالة وأسلوبها الفريد الذي تسلكه في الحياة والدلالات المرضية النفسية التي تظهر لديها. كانت النزعة الاجتماعية عامل فاصل في تحديد سواء أو عدم سواء منهاج عيش كل حالة حيث اتسم منهاج عيش كل من الحالة الأولى والثانية بالسواء بينما ساهم افتقار الحالة الثالثة للنزعة الاجتماعية في لا سواء منهاج عيشها.

في الختام تعتبر هذه الدراسة نقطة من نقاط الانطلاق للخوض في عدة دراسات تطبيقية أخرى نحاول من خلالها استغلال محتويات الدراسة الحالية في بناء برامج علاجية تقوم على إعادة تصحيح وتقويم منهاج العيش الذي تنبثق عنه هذه الدلالات المرضية النفسية وفي تفسيرها.

قائمة الأمر اجمع

أولاً- المراجع باللغة العربية

1. إجلال محمد سرى.(2000). علم النفس العلاجي، ط2، عالم الكتاب للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة، مصر.
2. أحمد محمد عبد الخالق و مایسة أحمد النیال(2006). مقدمة لدراسة الشخصية، دار المعرفة الجامعية، مصر.
3. أسماء بوعود(2014)، الاضطرابات النفسية بين السيكولوجيا الحديثة و المنظور الإسلامي، إصدارات مؤسسة العلوم النفسية العربية، الجزائر.
4. إسماعیل أحمد محمود أحمد.(2009). الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الفلسطينية وعلاقته ببعض المتغيرات ، رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير، تخصص الإرشاد النفسي منشورة، الجامعة الإسلامية ، غزة ، فلسطين.
5. إسماعیل صالح عیاد، حسن والي شیال.(2014) أساليب الحياة و علاقتها بالتوافق الأسري لدى معلمي مرحلة الدراسة الابتدائية، مجلة أبحاث البصرة، المجلد 39، العدد 04، العراق.
6. أشرف محمد عبد الغني(2001) المدخل إلى الصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية، مصر.
7. الأنصاري، حمدي (1983). السرطان، الطبعة الأولى، دار العلوم للطباعة والنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية.
8. ألفرد أدلر.(1931). الطبيعة البشرية ، ط1، ترجمة عادل نجيب بشرى، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة ، مصر ، 2005.
9. ألفرد أدلر.(1931). معنى الحياة، ط1، ترجمة عادل نجيب بشرى، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة ، مصر ، 2005.
10. ألفرد أدلر (1931). سيكولوجيتك في الحياة كيف تحياها. ترجمة عبد العلي الجسماني ، الدار العربية للعلوم ، بيروت ، 1996.

11. آمال فاسي.(2011).الاكتئاب الأساسي لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز ،
مذكرة ماجستير منشورة في علم النفس العيادي تخصص اضطرابات نفس جسدية ،
جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر .
12. أنور حمودة البنا.(2006)الأمراض النفسية و العقلية، مكتبة جامعة الأقصى، غزة،
فلسطين.
13. الهاشمي لوكيا و عبد الوافي زهير بوسنة(2014). حول مفهومي النفس و الشخصية،
دار الهدى للطباعة و النشر و التوزيع، الجزائر.
14. بكمان، روبرت و ويتاكر، تيريزا (2001). كيف تعالج نفسك؟ سرطان الثدي، أكاديميا
إنترناشيونال للنشر والتوزيع، بيروت.
15. جهاد براهيمية و نادية بوشلاق. (2016). الألم النفسي لدى مرضى السرطان دراسة
ميدانية، مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية، العدد27، جامعة قاصدي مرباح ورقلة،
الجزائر.
16. حافظ نبيل سميرة.(1997). مقدمة في علم النفس الاجتماعي ، مكتبة زهراء الشرق،
القاهرة ، مصر .
17. حامد عبد السلام زهران.(2005). الصحة النفسية و العلاج النفسي ، ط4، عالم الكتب،
مصر .
18. حامد عبد السلام زهران.(1979). الصحة النفسية و العلاج النفسي ، ط2، عالم الكتب،
مصر .
19. حامد عبد السلام زهران. (1977). الصحة النفسية والعلاج النفسي ، عالم الكتب،
ط2 ، القاهرة .
20. حسام الدين عزب.(2005). محاضرات في علم النفس المرضي، مطبوعات جامعة عين
شمس،مصر .
21. حسن عبد المعطي.(2003).الأمراض السيكوسوماتية، مكتبة دار الشرق ، القاهرة.

22. حنان قابلي. (2010-2011). الدينامية الإبداعية لدى الطفل المصاب بالسرطان، مذكرة ماجستير منشورة تخصص علم النفس العيادي، جامعة مولود معمري تيزي وزو، الجزائر.
23. حوري أورتال. (2010). كل ما أردت معرفته عن السرطان و لم تجرأ على السؤال، تعريب فاتن غطاس، جمعية مكافحة السرطان في المجتمع العربي، القدس، 2010.
24. خالد خياط. (2016). مبادئ ومنهجية دراسة الحالة، مجلة أبحاث نفسية وتربوية، العدد 8، جامعة قسنطينة 2، دار الهدى للطباعة والنشر و التوزيع، عين مليلة، الجزائر.
25. خالد خياط. (2013/2012). دراسة منهج العيش من خلال القصيدة الشعرية-دراسة نفسية فردية على شعراء صعاليك جاهليين-رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر.
26. خالد خياط. (2014). رتبة الميلاد النفسية . مفهوم مركزي في العلاج النفسي الفردي، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 36-37، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر..
27. خالد محمود القاعود. (2011). الأثر السلبي للقلق و الاكتئاب على جهاز المناعة و الصحة، مجلة فيلادلفيا الثقافية، العدد السابع، جامعة فيلادلفيا ، الأردن.
28. خليل محمد محمد بيومي. (2000). سيكولوجية العلاقات العائلية ، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة ، مصر.
29. خميسة قنون. (2013/2012). الاستجابة المناعية و علاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، غير منشورة، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.
30. خولة عبد الكريم السعيدة و محمد إبراهيم الخطيب. (2016). أساليب الحياة و علاقتها بالصحة النفسية لدى طلبة الجامعة، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث و الدراسات التربوية و النفسية، المجلد السادس، العدد (9)، عمان، الأردن.
31. خولة أحمد يحيى و أيمن يحيى عبد الله. (2010). التربية الخاصة و أطفال مرضى السرطان ، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، الأردن.

32. خيرية عبد الله البكوش. (2014). العلاقة بين الأمل و الشعور بالألم لدى عينة من مرضى السرطان، المجلة الجامعة العدد السابع عشر المجلد الثاني، جامعة الزاوية، مصر.
33. دافيد شيهان. (1988). مرض القلق، ترجمة عزت شعلان، عالم المعرفة للنشر والتوزيع، الكويت.
34. رأفت السيد أحمد عسكر (2004) علم النفس الاكلينيكي-التشخيص و التنبؤ في ميدان الاضطرابات النفسية و العقلية، النشر للمؤلف، مصر.
35. رشيد حميد زغير (2010). الصحة النفسية و المرض النفسي و العقلي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، مصر.
36. رفيف هلال. (2008). الشخصية السرطانية، مجلة الوحدة يومية سياسية تصدر عن مؤسسة الوحدة للصحافة و الطباعة و النشر و التوزيع، اللاذقية ، سوريا.
37. رشيدة شدمي. (2015/2014). واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، غير مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي غير منشورة، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر.
38. رونثال، سارة (2001). المرجع الأول حول سرطان الثدي: كل ما يجب معرفته حول اكتشاف المرض وعلاجه والوقاية منه، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.
39. زينب محمد شقير. (2002). علم النفس العيادي و المرضى للأطفال و الراشدين، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع، عمان، الأردن.
40. سامي محمد هاشم. (جوان 2014). الذكاء الانفعالي وعلاقته بالصحة النفسية، مجلة دراسات عربية في علم النفس، العدد 03، مصر.
41. سليمان ريحاني و عادل طنوس. (2012). العلاقة بين أساليب الحياة و كل من القلق و الاكتئاب، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، المجلد الثامن، العدد (3)، عمان، الأردن.

42. سهام الكاهنة شرابين. (2010/2009). مساهمة نفسية في دراسة ما قبل الحداد عند والدي الطفل المصاب بسرطان في مرحلته النهائية، مذكرة ماجستير مقدمة في علم النفس العيادي منشورة، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر.
43. صبره محمد صالح سلمان أبو معلا. (2016). برنامج علاجي قائم على المرونة الإيجابية لخفض حدة الاضطرابات النفسية لمريضات سرطان الثدي في غزة، رسالة دكتوراه مقدمة لنيل درجة دكتوراه الفلسفة في التربية تخصص صحة نفسية و إرشاد نفسي منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة.
44. ص. بورويلة. (15-أكتوبر-2017). 12 ألف إصابة جديدة بسرطان الثدي سنويا في الجزائر، جريدة الخبر، الجزائر.
45. عبد الحميد محمد الشاذلي (2001). الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية ، الإسكندرية ، مصر.
46. عبد السلام عبد الغفار (2007). مقدمة في الصحة النفسية، دار الفكر، عمان، الأردن.
47. عبد العزيز القوسي. (1975). أسس الصحة النفسية، طباعة النهضة المصرية، القاهرة، مصر.
48. عبد العزيز بناني. (2014). سرطان الثدي، مجلة الصحة المغربية، العدد 8 ، الجمعية المغربية للتواصل الصحي، المغرب.
49. عبد الفتاح محمد دويدار (2005). في علم النفس المرضي و الطبي و الاكلينيكي، دار المعرفة الجامعية للطبع و النشر و التوزيع، الإسكندرية ، مصر.
50. عبد المنعم الميلادي (2006). الشخصية و سماتها، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية ، مصر.
51. عبد المنعم الميلادي (2004) الأمراض و الاضطرابات النفسية ، مؤسسة شباب الجامعة ، مصر.

52. عبير طوسون أحمد. (2012). الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، دار الزهراء للنشر والتوزيع، الرياض.
53. عثمان فرج لبيب وآخرون. (1966). الشخصية والصحة النفسية ، مكتبة العرفان، بيروت ، لبنان.
54. عطوف محمود ياسين. (1988). الأمراض السيكوسوماتية ، منشورات يحسون الثقافية، بيروت، لبنان.
55. عطوف محمود ياسين. (1986). علم النفس العيادي الاكلينيكي، ط2، دار العلم للملايين، بيروت ، لبنان.
56. عماد الدين وادي. (2010-2011). السلوك الإجرامي عند المرأة ، مذكرة ماجستير تخصص علم العقاب و علم الإجرام ، جامعة الحاج لخضر باتنة.
57. علي و أشرف محمد عبد الغني. (2005)، الصحة النفسية (بين النظرية والتطبيق)، دار المعرفة الجامعية، مصر.
58. فرج عبد القادر. (1993). معجم علم النفس و التحليل النفسي، ط2 ، دار النهضة العربية، بيروت.
59. فوزي محمد جبل (2000). الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، الإسكندرية ، مصر.
60. فيصل عباس. (2003). قياس الشخصية -دراسة حالات عيادية- دار المنهل اللبناني مكتبة رأس النبع، لبنان.
61. فيصل محمد مكي أمين. (1990). السرطان مرض العصر الحقيقة و الوهم، منشورات معهد سكينه، الإسكندرية، مصر.
62. فيصل محمد خير الزراد. (2000). الأمراض النفسية-جسدية (أمراض العصر)، دار النفائس، بيروت.

63. كاميليا عبد الفتاح .(1990). سيكولوجية المرأة العاملة ، نهضة مصر للطباعة والنشر و التوزيع، مصر .
64. لويس كامل مليكة.(2000). دليل اختبار الشخصية المتعدد الأوجه، ط6، مكتبة لأنجلو المصرية، مصر .
65. نيكولاس جيمس.(2013). السرطان مقدمة قصيرة جدا، تعريب أسامة فاروق حسن، طباعة مؤسسة هنداوي للتعليم و الثقافة، مصر .
66. مجدي أحمد محمد عبد الله (2006). علم النفس المرضي - دراسة في الشخصية بين السواء و الاضطراب، دار المعرفة الجامعية ، مصر .
67. محمد أديب العسال.(2001). دليل الصحة النفسية للأطباء و العاملين في الرعاية الصحية الأولية، منظمة الصحة العالمية، دمشق .
68. محمد التويحي.(1993). المعجم المفصل في الأدب، ج2 ، دار الكتب العلمية ، بيروت ، لبنان .
69. محمد جاسم العبيدي(2011). علم النفس الشخصية، دار الثقافة للنشر و التوزيع، مصر .
70. محمد شحاتة ربيع.(2008). قياس الشخصية، ط1، دار الميسرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، الأردن .
71. محمد شحاتة ربيع.(2013). علم النفس الشخصية، دار الميسرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، الأردن .
72. محمد عبد الفتاح المهدي.(2007). الصحة النفسية للمرأة، ط1، دار اليقين للنشر و التوزيع، القاهرة، مصر .
73. محمد قاسم عبد الله.(2001). مدخل إلى الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة والنشر و التوزيع، عمان .

74. مروان أبو حويج و عصام الصفدي.(2009). مدخل إلى الصحة النفسية، دار المسيرة لطباعة والنشر و التوزيع، الأردن.
75. محمود السيد أبو النيل.(2014/2013). الصحة النفسية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
76. مريم عيسى حسين كرسوع .(2012). مرض السرطان في قطاع غزة، مذكرة ماجستير في الجغرافيا الطبية منشورة ، الجامعة الإسلامية ، غزة.
77. منظمة الصحة العالمية (2004) ، تعزيز الصحة النفسية، ترجمة المكتب الإقليمي للشرق المتوسط ، القاهرة ، 2005.
78. منظمة الصحة العالمية، تعزيز الصحة النفسية ، 2005/2004.
79. ناجي الصغير.(2005). ألف باء أمراض الثدي من الوقاية إلى العلاج، الدار العربية للعلوم، لبنان.
80. نبيلة باوية.(2013/2012). الدعم الاجتماعي و علاقته بالاحتراق النفسي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص علم النفس الاجتماعي غير منشورة، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
81. نور الدين جبالي.(1989). علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية ، دراسة مقارنة لحالات القرحة المعدية وحالات السكري ، رسالة ماجستير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.

ثانياً-المراجع باللغة الأجنبية:

82. ACÉA, J. R. & FREGNANI, J. H. T. G.(2006). Anatomy of the thoracic wall, axilla and breast. Int. J. Morphol. International Journal of Morphology. e São Paulo, Brasil.
83. ADLER, Alfred.(1912).Le Tempérament Nerveux.www.Uqac.ca.

84. Ansbacher, H.L & Ansbacher,R.(1956).**The Individual Psychology of Adler Alfred.** Harper TorchBook.New York 2nd ED.1967.
85. ADLER,Alfred (1926).**Enfants difficiles.** www.uqac.ca
86. ADLER,Alfred (1927).**Connaissance de l'Homme.** P.B.Payot. Paris.1949
87. ADLER,Alfred (1927).**Science of Living.** Allen & Unwin Ltd. London. 1930.
88. ADLER,Alfred (1927).Understanding Life. Oneworld Publications. Oxford.England. 1997.
89. ADLER,Alfred (1929).**Ecole et Psychologie Individuelle Comparée.** P.B.Payot.Paris.1975.
90. ADLER,Alfred (1930.a).**Pratique et Théorie de la Psychologie Individuelle Comparée.**vol 1. www.uqac.ca
91. ADLER,Alfred (1930.c).**Education des Enfants.** P.B.Payot. Paris. 1977.
92. ADLER,Alfred (1933.a).**Le Sens de la Vie.** www.uqac.ca
93. ADLER,Alfred (1937).**Position in Family Constellation Influences Life-Style.** In:SLAVIK,S & CARLSON,J.(2006). **Readings in the Theory of Individual Psychology.** Routledge. New York. 2006.
94. ADLER,Alfred (1933). **Social Interest** : a Challenge to Mankind.
95. American Cancer Society.(2014).**Breast cancer** , U.S.A.
96. Breast Cancer Organisation.(2013).U.S.A.
97. Ansbacher, H.L.(2006). **The Relationship of Dreikurs four Gouals of Children's Disturbing Bihaviour to Adler's Social Interest-Activity Typology.** In: SLAVIKS & CARLSON,J(2006) **ReAdings in the Theory of Individual psychology.** Routledge.New York.2006.
98. Ansbacher, H.L & Ansbacher,R.R(Eds).(1964).**Alfred Adler:superiority and social interest.** Evanstonil: northwestern university press.(1964).

99. BASS,M,L et al.(2002).**Social Interest: a Meta-Analysis of a Multidimensional Construct.** In: SLAVIK,S & CARLSON,J (2006).**Readings in the Theory of Individual Psychology.** Routledge. New York. 2006.
100. BICKHARD,M,H & FORD,B,L (1976).**Adler's Concept of Social Interest: a Critical Explication.** In: SLAVIK,S & CARLSON,J (2006).**Readings in the Theory of Individual Psychology.** Routledge. New York. 2006.
101. CAMPBELL,L et al.(1991).**The Relationship of Psychological Birth Order to Actual Birth Order.**In: SLAVIK,S & CARLSON,J(2006).**Readings in the Theory of Individual Psychology.** Routledge. New York.2006.
102. CRANDALL,J,E (1975).**A Scale for Social Interest. Individual Psychology.**Vol 47. No 1. March 1991. University of Texas Press. Austin. USA. 1991.
103. DAVID,Kissane&Al.(August1998).**Psychological Morbidity And Quality Of Life In Australian Women With Early-Stage Breast Cancer: A Cross-Sectional Survey,**Medical Journal Of Australia,Volume 169,Australia.
104. Domart.A & Bourneuf.J,**LAROUSSE Medical.**(1990).Librairie Larousse, paris
105. DIXON,P,N & STRANO,D,A.(1989).**Th Measurement of Inferiority:a Review and Directions for Scale Development.** In:SLAVIK,S & CARLSON,J.**Readings in the Theory of Individual Psychology.**Routledge.New York. 2006.
106. Fallowfield A Hall.(Septembre 1990). **Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial** ,British Medical Journal, Voulume301.
107. FEIST ,F & FEIST,G.J.(1998).**Theories of Personality.** McGraw-Hill. Boston. USA. 6thEd. 2006.
108. HANNA,F,J (1996). **Community Feeling,Empathy and Intersubjectivity:a Phenomenological Framework.**In:

- SLAVIK,S & CARLSON,J.(2006).**Readings in the Theory of Individual Psychology**.Routledge. New York. 2006.
109. HJERTAAS, Trevor (2006).**Overcompensation in Adlerian Theory**.In: SLAVIK,S & CARLSON,J (2006). **Readings in the Theory of Individual Psychology**. Routledge. New York. 2006.
110. LOMBARDI et Al (1996). **Ubiquity of Life-Style**. In: SLAVIK,S & CARLSON,J. **Readings in the Theory of Individual Psychology**. Routledge. New York. 2006.
111. MILLIREN,A et Al (2006).**The Movement from “Felt Minus” to “Perceived Plus”:Understanding Adler’s Concept of Inferiority**.In:SLAVIK,S & CARLSON,J (2006). **Readings in the Theory of Individual Psychology**. Routledge. New York. 2006.
112. MANASTER,G,J.(2006).**Family Constellation: Meaning, Research and Future Research**. In:SLAVIK,S &Carlson,J (2006).**Readings in the Theory of Individual Psychology**.Routledge. New York. 2006.
113. National Breast Cancer Centre (2003). **Clinical practice guide lines for the psychosocial care of adults with cancer**, Endorsed April, NHMRC.
114. OSTROVSKY,M et al (1992).**Promoting Moral Development Through Social Interest in Children and Adolescents**. **Individual Psychology**.Vol 48. No 2. June 1992. University of Texas Press. Austin. USA. 1992.
115. PELUSO,P,R (2006). **Style of Life**. In: SLAVIK,S & CARLSON,J (2006). **Readings in the Theory of Individual Psychology**. Routledge. New York. 2006.
116. Renard L.(2007). **Le cancer apprivoisé les ressources Insoupçonnées de l'être humain**, édition quintessence France.
117. Sami Ali .(1987). **La Pensée Le Somatique Imaginaire Et Pathologie**, Edition, Dunod, Paris.

118. Savetina,M.&Nastran,K.(2012).**Family relationships and post-traumatic growtin breats cancer patients**. Psychiatrai danubina ,24(3).
119. Selye.H.(1976).**The Stress Of Life**: Revised Edition,New York,McGrawhill. Pdf
120. SCHAFFER,Herbert (1975).Avant Propos dans : Adler,A (1929).**Ecole et Psychologie Individuelle comparée**. P.B.Payot. Paris.1975.
121. SPERBER,Manes (1926). **Alfred Adler et la Psychologie Individuelle**. Idées/Gallimard. France. 1972.
122. STASIO,M,J & CAPRON,E,W.(1998).**Social Interest as a Distinct Personality Construct**. In: SLAVIK,S & CARLSON,J (2006).**Readings in the Theory of Individual Psychology**. Routledge. New York. 2006.

ثالثا-المواقع الالكترونية:

123. الجمعية العالمية للطب النفسي 2010 بتاريخ 5-11-2016 على الساعة 12:02

على الرابط <http://www.wpanet.org>

124. الخطيب، جمال (2007). **الدليل العلمي للعاملين النفسيين والاجتماعيين مع**

مرضى السرطان، على الرابط:

available from; <http://www.dahsha.com/viewarticle.php?id=24228>

125. الوناس مزياي.(2012). **إشكالية البحث في العلوم الاجتماعية-أدوات جمع**

البيانات-مقال علمي منشور على الموقع الإلكتروني لجامعة قاصدي مرباح ورقلة:

https://manifest.univ-ouargla.dz/documents/Archive/Archive%20Faculte%20des%20Sciences%20Sociales%20et%20Sciences%20Humaines/Forum-problematique-revue-de-sciences-sociales-en-Algerie/Meziani_elouanness.pdf

126. حاتم الجبلي (24-10-2016/22:14) على الرابط:
http://www.nasserinstitute.com/Medical_advice/-Breast_cancer.pdf
127. سعد رفعت الورداني، العلاج بالضحك صرعة جديدة في عالم الطب، بتاريخ 6-11-2016 الساعة: 16:31 على رابط :
<http://www.slideshare.net/kotobarabia/6246>
128. عبد الرحمن جازية على موقع:
www.jazieh.com/index.php/posts/viewpart/3/18 , Pp 6-7
129. فاخر نبيل الخليي.(2013).الشخصية المستهدفة للإصابة بالسرطان، نقلا عن بدر الدين الأنصاري، مقال علمي منشور على موقع:
<http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=22184> يوم 3-05-2017 الساعة 8:47
130. American cancer society. Anxiety, **Fear and Depression**. 14/4/2016. Available from:
http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/emotional_sideeffects/anxiety-feardepression-and-cancer
131. <http://oncogeriatie.oncobn.fr/wp-content/uploads/2014/10/La-douleur-chez-la-personne-âgée-atteinte-de.pdf> (04-10-2016/11:12)
132. E. M. Sternberg - Ph. W. Gold (27-10-2016/18:58) على الرابط:
<http://www.oloommagazine.com/Articles/ArticleDetails.aspx?ID=1081>
133. <http://www.khcc.jo/ar/section-10-21/الآثار-الجانبية-الشائعة>
[19:13/2016](http://www.khcc.jo/ar/section-10-21/الآثار-الجانبية-الشائعة)

ملخص الدراسة

ملخص الدراسة:

تتتمي هذه الدراسة الميدانية إلى الدراسات العيادية في ميدان علم النفس المرضي للراشد. وقد هدفت إلى الكشف عن الدلالات المرضية النفسية لدى مريضات سرطان الثدي وتفسيرها وفق منهاج العيش. وذلك بالإجابة على التساؤل التالي: ماهي الدلالات المرضية النفسية لمنهاج عيش مريضة سرطان الثدي؟ ولإتمام هذه الدراسة وفق منهجية علمية صحيحة تم تقسيم العمل إلى جانبين: نظري وميداني. وقد خصص الجانب النظري لاستعراض التراث النظري الخاص بمتغيرات الدراسة (الدلالات المرضية النفسية وسرطان الثدي ومنهاج العيش). أما الجانب الميداني فقد اعتمدت فيه الباحثة على المنهج العيادي باستخدام تقنية دراسة الحالة. حيث تم تطبيق الأدوات العيادية التالية: استبيان منهاج العيش لـ (2009) BIBLICAL COUNSELING CENTER واختبار مقاييس الشخصية مينيسوتا متعدد الأوجه -MMPI-2 للطبيب ماكنلي Macjnley والنفساني هاتوي Hataway، والمقابلة العيادية، على (03) حالات من مريضات سرطان الثدي. وقد خلصنا إلى النتائج التالية:

1. تتتمي الحالة الأولى إلى النمط المفيد اجتماعيا و قد أظهرت الدلالات المرضية التالية: تتميز بالانسحاب الاجتماعي مع عدم الارتياح في العلاقات بين الجنسين، وسوء التكيف الجنسي ومفرطة النشاط وعاطفية وشديدة الحماس وغير واقعية في تقييم نفسها، وتعاني من مشاعر الدونية وعدم الكفاية وانخفاض احترام الذات. الحالة تتوقع المزيد من الآخرين وتطلب الكثير من الاهتمام وتتميز برفض الأنشطة النسوية التقليدية، والنشاط والصرامة، والثقة في النفس، والانبساط مع احتمال وجود مشاكل جنسية.
2. تتتمي الحالة الثانية إلى النمط الخامل البناء وقد أظهرت الدلالات المرضية النفسية التالية: التمرکز حول الذات وشديدة المراقبة لنفسها، والقلق بشأن تحقيق مستوى عال والخوف من الفشل والشكاوى الجسدية وغلبة مشاعر الحرمان، وعدم الكفاية ومؤشرات النزوع المرضي للذهان.
3. تتتمي الحالة الثالثة إلى النمط العقيم اجتماعيا حيث أظهرت الدلالات المرضية النفسية التالي: النزوع المرضي للفصام ومعتمدة على الآخرين وسريعة الانفعال، والمبالغة في ردود الأفعال اتجاه الضغوطات البسيطة وتفقد الشعور بالأمان وتشعر بالتهديد سواء بشكل فعلي أو توهم ورفض الأنشطة النسوية التقليدية، مع احتمال وجود مشاكل جنسية.

Abstract:

This field study belongs to clinical studies in the field of pathological psychology. The aim of this study was to detect the psychological indications of breast cancer patients and their interpretation according to the life style. In order to answer the following question: What are the psychological pathological signs of the lifestyle of a breast cancer patients? To complete this study in a correct scientific methodology, the work was divided into two parts: theoretical and practical. The theoretical part was devoted to the review of the theoretical literature about the study variables (psychological signs, breast cancer, lifestyle). In the practical part, we applied the clinical approach using the case study technique. The following clinical tools were applied the life-style questionnaire, the mmpi2 test, and the clinical interview. These clinical tools were applied on (03) women with breast cancer and we have reached the following conclusions:

1. The first case belongs to the socially useful pattern and has shown the following psychopathological indications: she is characterized by social withdrawal and sexual maladjustment, hyperactive and emotional, unrealistic in self-evaluation, suffering from feelings of inferiority and low self-esteem and reject traditional female activities
2. The second case belongs to the pattern: passive - useful and has shown the following pathological indications: she is characterized by introversion and self-monitoring, she has anxiety about achieving high level and fear of failure, physical complaints, feelings of deprivation, and inadequacy and signs of Psychosis.
3. The third case belongs to the style passive-destructive mode. She has shown the following psychopathological indications: She is characterized by Signs of schizophrenia, dependent on others, irritable, exaggerated reactions to simple pressures, lost of sense of security, feeling threatened and reject of traditional female activities, with the possibility of sexual problems.

Résumé:

Cette étude de terrain appartient à des études cliniques dans le domaine de la psychologie pathologique. Le but de cette étude était de détecter les indications psychologiques des patientes atteintes d'un cancer du sein et leur interprétation en fonction du style de vie, pour répondre à la question suivante: Quels sont les signes psychologiques pathologiques du style de vie d'une patiente atteinte de cancer du sein? Pour compléter cette étude selon une méthodologie scientifique correcte, le travail a été divisé en deux parties: théorique et pratique. La partie théorique a été consacrée à la présentation de la littérature théorique des variables d'étude (signes psychologiques, cancer du sein, style de vie). Dans la partie pratique, on a appliqué l'approche clinique en utilisant la technique de l'étude de cas. Les outils cliniques suivants ont été appliqués: le questionnaire de style de vie, le test mmpi2 et l'entretien clinique. L'étude a été appliquée à (03) les femmes avec le cancer du sein et nous avons atteint les conclusions suivantes:

1. Le premier cas appartient au type actif-utile et a montré les indications pathologiques suivantes: elle se caractérise par un retrait social et une inadaptation sexuelle, hyperactive et émotionnelle, irréaliste dans son évaluation, souffrant de sentiments d'infériorité et de faible estime de soi, exige beaucoup d'attention sur elle, rejette les activités féminines traditionnelles.
2. Le deuxième cas appartient au type: socialement inactive-constructive et a montré les indications pathologiques suivantes: Elle est caractérisée par introversion et peur de l'échec, plaintes physiques, sentiments de privation, insuffisance et des signes de psychose.
3. Le troisième cas appartient au style socialement inactif. et a montré les indications pathologiques suivantes: Elle est caractérisée par des signes de schizophrénie, dépendante des autres, des réactions irritables, exagération des réponses aux pressions simples, perte du sens de la sécurité et sentiment d'être menacée, rejet des activités féminines traditionnelles avec la possibilité de problèmes sexuels.