

"السياقات الدفاعية عند مرضى القصور الكلوي المزمن"

الأستاذة: بن عبد الرحمان أمال

جامعة الجزائر 2

ملخص المقال بالعربية:

تهدف هذه الدراسة للتعرف على أنواع السياقات الدفاعية عند المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، وتم ذلك باستعمال اختبارين إسقاطيين الروشاخ و تفهم الموضوع (TAT)، حيث كان التساؤل التالي: بما تتميز السياقات الدفاعية عند مرضى القصور الكلوي المزمن من خلال اختباري الروشاخ و تفهم الموضوع ؟. و حتي نجيب عنه نقترح الفرضيات التالية:

1- تتميز السياقات الدفاعية عند بمرض القصور الكلوي المزمن من خلال اختباري الروشاخ و تفهم الموضوع بالكف والتجنب؟.

1-1- تتميز السياقات الدفاعية في اختبار الروشاخ عند المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، بسياقات الكف و تجنب الصراع ، التي تظهر من خلال النقاط التالية:

- انخفاض الإنتاجية، و ارتفاع نسبة الرفض لديهم، و التكرار لمواضيع خاصة تلك التي تتعلق بمرضهم. وتوجه أغلب الأفراد في طرق التناول نحو الاستجابات الجزئية.

- ارتفاع الاستجابات الشكلية، خاصة السلبية منها والمحددات الحركية، اللونية والتظليلية، لكن أكثر ما يميزها هو رداءة نوعيتها و ارتباطها بالمرض.

- ارتفاع محددات المحتوى الخاصة بالدم، التشريحية، الإجابات الإنسانية الجزئية.

1-2- تتميز السياقات الدفاعية في اختبار تفهم الموضوع (TAT) عند المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن بسيطرة سياقات الكف و تجنب الصراع و سياقات الصلابة.

فكانت النتائج كالتالي: تبين أن مرضى القصور الكلوي المزمن يتميزت سياقاتهم الدفاعية بالكف و تجنب الصراع الذي انعكس في اختبار الروشاخ من خلال نوعية إنتاجهما الإسقاطي: "في انخفاض الإنتاجية و ارتفاع معدل الرفض و ارتفاع الإجابات الجزئية، وكذلك المحددات الشكلية و المحددات اللونية و الحركية، بحيث كانت محددات المحتوى أغلبها مرتبطة بالاستجابات التشريحية و الدم و المرض". وقد ظهرت السياقات الدفاعية في اختبار تفهم الموضوع عند هؤلاء المرضى من خلال: "سيطرت سياقات تجنب الصراع خاصة الكف و الرفض، وإفراط استثمار الواقع الخارجي و الاستثمارات النرجسية و عدم استقرار الحدود بين الداخل والخارج، تلمها سياقات الصلابة، كسياقات الوصف مع التعلق بالتفاصيل، الشك، التردد، العزل بين التصورات والإنكار".

The article' summary in english :

The study aims to recognize the kinds of defences processus at the patients of cronic renal insufficiency through the use of two projective tests: Rorschach and the understanding of the subject (TAT). The question was :what is the diffences precessus known by at the renal insufficiency patients through « Rorschach » tests and the subjet understanding (TAT)? to answer this question we suggest the following probabilities

1-The processus defences at the renal insufficiency patients Through Rorschach tests and the subject understanding (TAT) is known by suppression and avoidance.

- 1-1- defences processus at runal insufficiency in Rorschoch tests is known by suppression and ovoidance of conflict which appears in the following notes :
- Lown production ,high reject ,repetition of special subjects which has relation with this sickness and partial respond .
 - High formal rspond especially the negative ones. The movment, colour, and shadding, mostly is known designant by the bad quality and it is relation with this sickness.
 - Ogmentation of blood special content of blood and anatomy and human partial answers .
- 1-2- In subject understanding processus defences at runal insufficiency patients is known by dominion of suppression and ovoidance of conflict and solidity processus .
- The Results were the following :** diffences processus at runal insufficiency partients known by , suppression and avoidance of conflict which appeared in «Rorschoch » tests through the quality of projective production : low productivity ,high rejection level ,high partial answers and also formal movement , colour designant . where the content designant relatd with anatomy responds, blood and the sickness . In which concerns subject understanding tests deffences processus at runal insufficeny patients appeared in :
- Dominuon of avoidance of confclit processus especially supppression , rejection, much invenstenent extern reality and narcissus investenent and the non stability of borders between extern and intern. Fellowed by solidity processus such as description with interest in details luck of confidence, hesitation,separation,between imaginations and negation.

مقدمة:

إن تعرض الفرد إلى أشكال متعددة من الأخطار والتهديدات، تحدث صراعات نفسية مختلفة الشدة داخل الجهاز النفسي وتسير هذه الصراعات حسب ديناميكية الطاقة النفسية وطرق سيطرتها، فإذا سيطر الهو بشحناته الدافعة على بقية الأجهزة يتسم سلوك الفرد بالاندفاعية وعدم الاتزان، أما إذا خضع لسيطرة الأنا الأعلى اتصف تصرفه بالتمت الأخلاقي والتعصب، ولكن إذا خضع إلى الأنا كانت سلوكاته واقعية ومتزنة، هذا لأنه يتسلح بعدة وسائل وإمكانات لتعديل الوضعية الصراعية ويخفف من حدة القلق والتوترات وحل المشاكل بالطرق الواقعية، تسمي هذه الوسائل بالجيل الدفاعية أو آليات الدفاع النفسية "Mécanismes de défense" يستعملها الكبار والصغار، النساء والرجال، المرضى والأصحاء، بدرجات متفاوتة من حيث قدرة استخدامها، وإمكانية تواجدها، لهذا سنتناول الآليات

و السياقات الدفاعية التي تدل على إمكانات محددة عند كل فرد.

1- الإشكالية:

الكلية عضو من الأعضاء الأساسية التي تحافظ على التوازن الحيوي للإنسان، فإذا أصابها أي خلل ولو جزئياً أبطل وظائفها، مما يؤدي إلى ظهور أمراض كلوية متعددة، ومتفاوتة في درجة خطورتها، من الإصابة البسيطة إلى درجة إزمان المرض، فقد تظهر التهابات في الكلية، قصور كلوي حاد أو القصور الكلوي المزمن، الذي ركزنا عليه في هذه الدراسة حيث يعتبر مرض له خصوصيات في العملية العلاجية .

فهو نقص أو تراجع في قدرات الكلية على تأمين التصفية و طرح مخلفات الدم مراقبة توازن الجسم للماء والأملاح المعدنية وتنظيم ضغط الدم، وهو ينتج عن الأمراض التي تصيب الكلية، والتي تتميز بنقص عدد من النفرونات، هذه الوحدات الوظيفية التي هي وحدات أساسية للوظيفية الكبيبية " أين يتم التصفية " .

(Petit Larousse de Médecine, 2007, p 506)

تقلص هذه الوحدات الكبيبية هو السبب الرئيسي في عجز الكلية عن تصفية الدم وعدم تجدها يؤدي إلى إزمان المرض. تظهر أعراضه في فقدان الشهية، القيء، الغثيان، تشنجات عضلية وصعوبات في التنفس، ارتفاع ضغط الدم، احتباس البول، اضطرابات النوم بالإضافة إلى شحوب اللون، التعب، والألم.. الخ.

(M-A. Boubchir, 2004, pp 31-32)

وقد زادت نسبة الإصابة بالقصور الكلوي المزمن بأعداد هائلة في كل أنحاء العالم والجزائر خاصة، هذا راجع إلى التغيرات التي تحدث على الفرد نفسه والأوضاع المحيطة به. فقد وصل في الجزائر إلى 3 آلاف جزائري، أي نسبة الإصابة تصل إلى 327 مريضا معالجا لكل مليون ساكن بالجزائر.

(الجمعية الجزائرية لأمراض وفشل الكلى، 2014، ص 1)

ناهيك عن الذين لم يتعرضوا للعلاج بعد، بسبب عدم البروز النهائي للمرض، أو أخطاء في التشخيص للأفراد الذين شخّصت طبيا إصابتهم بمرض القصور الكلوي المزمن أو النهائي، يعيشون ظروف حياتية جديدة، و تقلب كل موازينها وتتغير معالمها عندهم، لأن هؤلاء المرضى يعانون من مرض مميت، وهم خاضعين نسبيا بشكل يومي لعملية تصفية الدم حتى يحافظوا على حياتهم ويجتنبوا الموت، وهذا العمل من الجانب التنظيمي ضروري لحياة الكلية. فيصبح المصاب مضطرا إلى العلاج عن طريق آلة تصفية الدم، ويعيش هذا الانتقال كصدمة أو هزة عنيفة لأنه يواجه موته: (تصفية الدم أو الموت).

إن هذه الظروف الحياتية الجديدة والإجبارية على المصاب، قد تؤدي إلى حدوث سلسلة من الاضطرابات يكون فيها المريض في ارتباك و توتر. فلا يتمكن من التوقف عن التفكير في عملية التصفية خاصة في البداية، أين يستعمل الطبيب العرق المركزي في الرقبة لإجراء عملية التصفية، قبل إجراء عملية الناصورة التي تقلل من هذه المعانات نوعا ما. دخول هذه التغيرات المفاجئة والغريبة تجعل المريض في حالة توتر وقلق وخوف مستمرة، تجعله يعاني من كوابيس متكررة وصعوبات في النوم والتركيز..... الخ. (D. Cupa, 1997, p1)

مما يدل على معاش نفسي سيء تظهر في تراكمات لا تطاق، تفسر في التصور الاقتصادي على أنها انكسار واسع لصادات الإثارات "Pare-excitations" المختصة أساسا في حماية الفرد من الإثارات الآتية من العالم الخارجي، والتي يمكن أن تدمره نتيجة شدتها. (ج. لابلانوشوج-ب. بونتاليس، 2002، ص. 298)

و هذا ما قد يحدث عند المريض الخاضع لتصفية الدم ويؤدي بحياته، نتيجة رفض هذه الإصابة، وقد تحرض هذه الحالة وتثير الجهاز النفسي. ويمكن أن يضعف الانفجار الليبيدي الحاصل بمظاهره الاقتصادي و ديناميكية الأنا، في دوره كصاد للإثارة، فتفشل دفاعاته و يعجز الأنا عن أداء وظائف الحماية وتحقيق التوازن النسبي . (S. Freud, 1981, p 77)

عملية تصفية الدم تسبب نسبيا القلق والخوف من الموت وقد تعيد الإجراءات العلاج المريض لمستوى الهوامات المرتبطة بالألم "عالية القدر، خيالية، خطيرة"، أو صور أخرى". فهو يرى أن من الواجب الاهتمام به، وهو في وضع التبعية التامة، كأنه رضيع عاجز عن التكفل باحتياجاته، هذه الصعوبات النفسية جزء منها يرتبط بهذا المرض المميت و الجزء التنظيمي للقوي الحيوي، وهي متعددة الجوانب الناتجة من المؤكد عن حيز الحداد اللانهائي، لأن

الاهتمام يحقق من الاستدعاءات المتكررة لهذا الجانب ولا تسمح بالنسيان الخاص بعمل الحداد، فيتعود المريض على العجز ويعيش به. (D. Cupa, et al, 2002, p 10)

وحسب مدرسة التحليل النفسي، ترى أن: "العودة إلى المراحل النفسية سابقة راجع إلى النكوصات التي توقظ الصراعات الطفلية غير المنحلة، وغير رصينة كالصراع الأوديبى مثلا ويحركهاومات جنسية أو ذكريات وتجارب المؤلمة التي ظلت مكبوتة، وهكذا إذا تلاقي تجربة شاقة برغبة لاشعورية يؤدي إلى اختلال توازن القوى النزوية وتوازن الأنا، فينتج عنه بئر لنظام صادات الإثارات وظهور الأعراض والكف. (R. Diatkine, 1982, p 91)

فبعض المصابين يدخلون في حياة طقسية "Ritualisée"، أين يحاولون مراقبة الأحداث، فيضعون لأنفسهم سيناريوهات و يدمجون ضمنها عملية تصفية الدم ومراقبة للمكان والآلة، وتؤدي عند الآخرين إلى ظهور أشكال نكوصية خطيرة، حتى يصبحوا كالأطفال الصغار خاضعين للقدرة الهوامية الفائقة. (D. Cupa, 1997, p1)

هذه الاستجابة النفسية تميز السياق الدفاعي لهؤلاء المرضى، و نجد أنها تختلف من فرد إلى فرد آخر عند المصابين بالقصور الكلوي المزمن، فإمكانياتهم على المواجهة واستعمال الأسلوب النفسي الآلي لحماية أنفسهم من القلق أو الإدراكات الحسية للخطر أو عوامل الضغط الداخلية أو الخارجية، تبين نوع السياق الذي يواجهون به التغيرات التي تحدث لهم. (J. Christopher Perry, et al, 2004, p6)

ويؤكد فرويد على هذه الإمكانيات و دورها في: "إقامة ارتباط وثيق بين أشكال خاصة من الدفاع وبين إصابات محددة..". (جان. لابانش و ج-ب. بونتاليس 2002، ص ص 132-133)

أي أن السياق الدفاعي النفسي، الذي يهدف للحفاظ على التوازن الداخلي للفرد يختلف باختلاف نوع الإصابة سواء كانت سيكوسوماتية، نفسية، أو عقلية.

وحتى يتكيف المصاب بالقصور الكلوي المزمن نفسيا، إزاء تصفية الدم، تتدخل الأنا لمقاومة ما تدركه على أنه مهدد لتوازنها الداخلي، فتتبع مراحل متعددة ضرورية، لحشد بعض السياقات الدفاعية التي تمكنها من مواجهة قلق الموت، وانحطاط الصورة الجسدية، والتبعية للمتطلبات المفروضة عليه من المرض والعملية العلاجية. Defert, 1992, p 244(P).

فالقاصر كلويا لا يتقبل المرض، خاصة في الأشهر الأولى من الإصابة، ويحضر إلى المستشفى مضطرا إلى ذلك حتى يبعد بين حدود الحياة والموت، فهو متواجد في وضعية ناجي «survivant» فقط. (D. Cupa, et al, 2002, p 9)

السياق الدفاعي الذي يستجيب به القاصر الكلوي، قد يدل على دخول إلى مرحلة الاكتئاب الأساسي، الذي هو أسوأ اللحظات التي يعيشها الأفراد، ويرجعه "بيارمارتي" P. Marty، إلى: "الفقدان اليبدي، الذي يحدث دون مقابل، لأن اختلال التنظيمات والانشطار يتجاوز الميدان العقلي إلى الجسد، بحيث يحدث فقدان في الطاقة الحيوية دون تعويض، فغريزة الموت تصبح هي السيد في مساحات الإكتئاب الأساسي. (P. Marty, 1990, p 30)

هذه الاستجابة النفسية تنم عن استجابة اكتئابيه كسياق دفاعي معين، وغالبا ما تظهر في بداية المرض "المرحلة الأولى لتصفية الدم"، حتي يتمكن المريض من استعمال الطاقة النفسية اللازمة لتعديل، وإعادة الاستثمار في مشروع حياته من أجل البقاء. أو تنفذ هذه الطاقة مما يؤدي إلى محاولات الانتحار أو عدم الامتثال للعلاج. (J-P. Roques, 1983, p 976)

وقد توصل بعض الباحثون إلى أن نسبة شيوع الاكتئاب عند مرضى الخاضعين لتصفية الدم المتكررة تصل إلى 44 %، يخضع حوالي 26 % منهم للتدخل الطبي المتمثل في تناول عقاقير مضادة للاكتئاب. (J. Martinez-Ocana, et al, 2000, p169)

إن هذا السياق الدفاعي يبرز ضعف وهشاشة الأنا، التي لم تتمكن من استعمال الإمكانيات الدفاعية التكيفية المناسبة، فأنا المصاب بالقصور الكلوي المزمن غير مهيكل، وغير منظم يواجه الحياة بسياقات دفاعية غير فعالة، ولا يتمكن من حل الصراعات، ولا يستطيع السيطرة على الأمور وتغيرات التي تحدث. فهذا الإشكال هو الذي دفعنا إلى تناول هذه الدراسة في الإطار، والتي تهدف إلى التعرف على نوع السياقات الدفاعية عند المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

وحتى نتمكن من تحقيق هذا الهدف، استعملنا اختبارين الإسقاطين الروشاخ، وتفهم الموضوع (TAT) الذي يحتوي على شبكة التحليل البروتوكول للباحثة فيكا شنتوب المعدلة سنة 2001، والمقررة بالدليل التطبيقي لسنة 2003 (TAT)، لتعرف على نوعية السياقات الدفاعية عند الأفراد المصابين بمرض القصور الكلوي المزمن.

حيث كان التساؤل التالي :

2- الإشكال العام:

بما تتميز السياقات الدفاعية عند مرض القصور الكلوي المزمن من خلال اختباري الروشاخ وتفهم الموضوع (TAT)؟.

وحتى نجيب على الأشكال المطروح، نقترح الفرضيات التالية:

3- الفرضيات:

1-3- الفرضية العامة:

تتميز السياقات الدفاعية عند مرض القصور الكلوي المزمن من خلال اختباري الروشاخ وتفهم الموضوع (TAT) بالكف والتجنب؟.

2-3 - الفرضيات الجزئية:

1-2-3- الفرضية الجزئية الأولى:

تتميز السياقات الدفاعية في اختبار الروشاخ عند المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، بسياقات الكف والتجنب الصراع التي تظهر من خلال النقاط التالية:

- انخفاض الإنتاجية وارتفاع نسبة الرفض لديهم، والتكرار لمواضيع خاصة تلك التي تتعلق بمرضهم.
- توجه أغلب الأفراد في طرق تناولنا والاستجابات الجزئية.
- أما بالنسبة للمحددات فنفتراض ارتفاع الاستجابات الشكلية، خاصة السلبية منها والمحددات الحركية، اللونية والتظليلية، لكن أكثر ما يميزها هو رداءة نوعيتها وارتباطها بالمرض.
- ارتفاع محددات المحتوى الخاصة بالدم، التشريحية، الإجابات الإنسانية الجزئية.

2-2-3- الفرضية الجزئية الثانية:

تتميز السياقات الدفاعية في اختبار تفهم الموضوع (TAT) عند المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن بسيطرة سياقات الكف وتجنب الصراع وسياقات الصلابة التي تظهر من خلال:

- سيطرة سياقات تجنب الصراعات ، إفراط استثمار الواقع الخارجي والاستثمار النرجسي مع بروز للأساليب عدم استقرار الحدود والشك والتردد .

4- المنهج المستعمل في البحث:

لقد اعتمدنا في دراستنا على المنهج العيادي "دراسة حالة" ويهدف هذا المنهج إلى معرفة بنية الفرد النفسية ودينامكية الشخصية، و السياق الدفاعي الذي يستعمله الأفراد في مواجهة ضغوطات الحياة وهو يتناسب مع طبيعة الفرضيات المطروحة والتي لا يمكن دراستها إلا بهذا المنهج، الذي يساعدنا على تحقق من فرضيات البحث. فالمنهج العيادي هو دراسة وبحث كله "أفعال" أو "أحداث" بين علم النفس السوي أو المرضي، فضلا عن الأسباب الظاهرة و غير ظاهرة ، فهو يري حركة السياقات النفسية بالضبط ، كإشارة للمعرفة المفروضة.

وقد نظر المنهج العيادي في قيادة الاحتمالات الخاصة، و قوم كذلك بأمانة قدر المستطاع استعمال الكينونة والنشاط عند الكائن الإنساني الصلبة (المتماسكة)، و الكاملة (التامة)، و تقويماته مع هذه الحالات، فقد أثبت البحوث العلاقة الموجودة بين الإحساس و البنية ، و سر التكوين و كشف عن الصراعات التي عللت، و سعي هادفا إلى القضاء على هذه الصراعات و سمح بتحقيق نتائج و جبهة مع الآخرين، و تخفيف المعاناة النفسية عندهم. (K. Chahraoui ; H. Benony, 2003, p11)

يعرفه روجي بيرون "R. Perron" على أنه: "منهج يسمح بمعرفة السير النفسي الذي يهدف إلى تكوين بنية معقولة لأحداث نفسية صادرة من فرد معين". (R. Perron, 1979, p 38)

وقد استعملنا اختبارين الإسقاطيين اختبار الروشاخ و اختبار تفهم الموضوع (TAT) من هذا المنهج بهدف التعرف على نوعية السياقات الدفاعية عند الأفراد المصابين بمرض بالقصور الكلوي. فالاختبارات النفسية الاسقاطية تستعمل للكشف عن نوع السياقات الناتجة عن الاستجابة النفسية للمريض القاصر كلويا، لهذا أخذنا التقنيتين الاسقاطيتين، هما من أشهر التقنيات المستعملة في المنهج العيادي .

5- ميدان البحث:

و قمنا بإجراء هذا البحث مع الأفراد المصابين بالقصور الكلوي المزمن في مستشفى الدكتور قضي بكير بمصلحة تصفية الدم ، تم فتح هذه المصلحة في 16 أفريل 1994 بعدد محدود من آلات التصفية "Générateurs"، وبعد التزايد المستمر للمرضى ، أصبحت هذه المصلحة تحتوي على 20 آلة تصفية الدم مرفقة بـ 20 سرير، يستعمل اثنان منها للحالات الاستعجالية ، و يحتوي الطاقم الطبي على 5 أطباء (طب عام) وطبيبة مختصة في أمراض الكلي و أمنية طبية ، و 19 ممرض و ممرضة يقومون بمراقبة ضغط الدم ، وزن المريض و إيصاله بآلة التصفية ومتابعة هذه العملية حتى تتم بنجاح، و يخرج المريض وقد تخلص من الشوائب و المواد الزائدة في جسمه ، و تستوعب هذه المصلحة 79 مريض يقومون بتصفية الدم 4 ساعات في اليوم، يكون ذلك يوم بيوم لكل مريض ، أي ثلاث أيام بمعدل 12 ساعة في الأسبوع، فإن ثقل هذه العملية العلاجية يؤثر كثيرا على الحالة النفسية للمريض.

يتوزع المرضى في هذه المصلحة على قاعتين "قاعة لنساء و قاعة لرجال"، و تتم العملية العلاجية بفوجين: الفوج الأول في الفترة الصباحية تبدأ على الساعة الخامسة صباحا حتى الثانية عشر والفوج الثاني في الفترة المسائية ابتداء من الثاني عشر و نصف زوالا حتى الرابعة و نصف مساء .

6- معايير انتقاء مجموعة البحث:

اعتمدنا في تكوين مجموعة بحثنا على المعايير الأساسية التالية :

- أن تكون أعمارهم ما بين 20- 45 سنة ، أقل من 20 لأن البيئة النفسية والتوظيف العقلي، يكون قد اكتمل في هذه السن و أكثر من 45 يدخل في مرحلة الشيخوخة و تظهر عدة اضطرابات.
- أن تضم مجموعة البحث الجنسين معا.
- موافقة المبحوثين على المشاركة في البحث و اكتفينا بالموافقة اللفظية.

- أن يكون المريض مصاب بالقصور الكلوي النهائي، مرض مشخص من طرف طبيب مختص في أمراض الكلى "Néphrologue" و الخاضعين لتصفية الدم بالمستشفى.
- أن لا يكون المريض فاقد للبصر، لأننا سنقدم له اختبارين اسقاطيين ،رائز الروشاخ وتفهم الموضوع "T.A.T".
7- مجموعة البحث:

تضم مجموعة بحثنا الأفراد المصابين بالقصور الكلوي المزمن الخاضعين لعملية تصفية الدم (الهيموداياليز) بمستشفى غرداية . بحيث تحتوي هذه المجموعة على: 10 حالات مرضى بالقصور الكلوي المزمن، تتراوح أعمارهم بين 20 و 45 سنة، كلهم يشتركون في خاصية أساسية في البحث وهي إصابة بمرض القصور الكلوي المزمن والخضوع لعملية تصفية الدم بالمستشفى ، أي لا عن طريق التصفية البيروتينية (Dialyse Péritonéale) ، هذا ما يسمى بطريقة الانتقاء المقصود في البحث.

بعد تحصلنا على قائمة المرضى في مصلحة تصفية الدم، حصرناهم حسب معايير انتقاء مجموعة البحث ، فتحصلنا على 30 حالة حسب الشروط: "تشخيص المريض ، السن، مدة الإصابة به "، ثم نزعنا منهم 16 حالة لعدم توافقهم مع شرط السن ، فقد كان أغلبهم يتجاوز 45 سنة. بقي 14 حالات الغي منهم اثنان لفقدنهما البصر، و اثنان آخرين واحد لرفضه تطبيق الاختبارات الاسقاطية ، رغم أننا أخذنا موافقته على المشاركة في البحث، و المريضة الأخرى لم نتمكن من إكمال بروتوكول (T.A.T) لاضطرابها مغادرة المكتب عند وصول وسيلة النقل، وكان ذلك من معيقات البحث.

8- عرض نتائج الدراسة:

وبعد تحليل بروتوكولات اختباري الروشاخ و تفهم الموضوع وحصرها ، وقد بينت أن هناك مميزة السياقات الدفاعية ، من حيث النوعية والكمية عن مرضى القصور الكلوي المزمن.

8-1- عرض نتائج اختبار الروشاخ :

8-1-1- عدد الإجابات (R):

تميزت السياقات الدفاعية عند مرضى القصور الكلوي المزمن بإجابات أقل من 18 إجابة ، وهي لا يتوافق مع النسب العادية للمعايير التي تكون ما بين (20-30) إجابة.

الجدول رقم (1): متوسط الإجابات واستجابات الرفض .

مجموعة البحث	
متوسط الإجابات R	14 إجابة
متوسط إجابات الرفض Refus	3

تعليق الجدول :يوضح الجدول متوسط عدد الإجابات و عدد إجابات الرفض أي نسبة الإنتاجية عند الأفراد المصابين بمرض القصور الكلوي المزمن.

متوسط إنتاجية R=14 وهي بعيدة عن المعايير والتي تتراوح ما بين (20-30) مما يدل على الكف و سوء التوافق الانفعالي والانسحاب الاكتنائي و شدة الرقابة. فقد تميز بروتوكول الأفراد المصابين بالقصور الكلوي المزمن بقلّة الإنتاجية وطول زمن الرجوع و سياقات التجنب والشك والتردد، في معظم الإجابات من خلال استعمال الكلمات التحفظية كأن يقول: "شغل، تقولي، بلاك، تبان"، "تقولي نارراهي شاعلة في الغابة".

و قد ظهر البكاء: "دموع في عيني المبحوص أثناء التطبيق"، و أثناء السكوت عند المبحوصين من المجموعة البحث. فقمنا بتشجيعهما على المواصلة و كانت أغلب الإجابات عند المبحوصين بصوت خافت حتى يصبح الخطاب غامض وغير مفهوم. زمن الكمون طويل و الصمت المتكرر أثناء السرد ، الذي يشير إلى الكف والشك.

و كان الرفض بمعدل لوحة في كل بروتوكول عند مجموعة البحث ، بحيث ظهر الرفض عند 3 أفراد من المجموعة البحث، مما يدل شدة الكبت و الكف وعدم الاهتمام بالعالم الخارجي. وسوف نعطي أمثلة عن ذلك للمبحوصة فاطمة التي رفضت اللوحة VI: 14 " ما نعرف واش نقولك ، ما نعرفش واش هي(ترجع اللوحة)"، و زين العابدين رفض اللوحة IV: 17 "هادي منعرفش، ولا والوا ما نعرفش.. ما علاباليش". 37، كذلك حسين رفض اللوحة VI: 13 "إستغفر الله ، هذا تصاور عمري ما جازوا على عينا .. 1' و 20"، بحيث أن هذه اللوحة VI تشير إلى تصورات خيالية مرتبطة بالتشريح والاعتداء على الحدود والغشاء الجسدي ، مما ينشط إشكالية الإخفاء واللوحة VI ترتبط بالعلاقة الأبوية.

2-1-8- التكرار:

الجدول رقم(2): متوسط التكرارات في بروتوكولات مجموعة البحث.

مجموعة البحث	متوسط التكرارات
2	

تعليق الجدول: يوضح هذا الجدول متوسط التكرارات عند الأفراد المصابين بمرض القصور الكلوي.

سيطر سياق التكرار عند الأفراد مجموعة البحث ، المصابين بمرض القصور الكلوي المزمن، و قد إرتبطت التكرار في بعض البروتوكولات عند الأفراد المصابين بمرض القصور الكلوي المزمن بالموضوعات التي تتعلق بالإصابة بالقصور الكلوي المزمن، كوسيلة لتفريغ القلق الذي يعاني منه هؤلاء المرضى، و كانت أغلبها تدور حول: "لكلي كي يمرضوا، كلوتي" و التكرار في الدم ، في الأعضاء التشريحية الداخلية (قلب ، الكلية، كرش ، رئتتين) و قد ارتبطت بالحيوانات المفترسة ، وحش ، رجل ضخم ، كتعبير عن الخوف من المرض وانبثاق للمشاعر قلق الموت، خاصة مع اللوحات التي لونها أسود، فالتكرار هو محاولة من المبحوصين على إرصان كل ما يتعلق بهذا الموضوع.

3-1-8- طرق التناول الشاملة و الجزئية (G,D):

الجدول رقم (3): معدل نسب طرق التناول الشاملة و الجزئية.

طرق التناول	مجموعة البحث
إجابات كلية G	43%
إجابات جزئية D	57%

تعليق الجدول: يوضح هذا الجدول معدل النسب المئوية لطرق التناول الفكري التموقعات أي التناول الكلي أو الجزئي، الذي يكشف عن كيفية استغلال الفرد لإمكانياته الإبداعية عند المجموعة البحث.

حيث لاحظنا أن الإجابات الشاملة للأفراد المصابين بالقصور الكلوي المزمن كانت: 43% ، أما الإجابات الجزئية فكانت تتميز أكثر عند للأفراد المصابين بالقصور الكلوي المزمن 57% ، مما يدل على أن هؤلاء المرضى يحاولون تخفيف من حدة التوترات و القلق الناتج عن الإصابة بمرض عضوي مزمن، عن طريق تفريغها بكميات صغيرة و تكرار معاشة جانب من جوانبها ، وهو التجربة ، التشتت، الإنشطار و التشوه ، الذي حدث في صورة الذات ، الذي يظهر خاصة في الاستجابات الجزئية البشرية و الاستجابات الجزئية التشريحية و الدم .

و قد ارتبطت أغلبها بالإجابات الشكلية السلبية F- أو بأشكال غير محدد F+ و الذي يشير إلى نوعية التفكير غير محددة اتجاه المادة و التعامل مع العالم الخارجي و عدم كفاية المخطط الجسدي .

تميزت الاستجابات برداء نوعيتها ، بأنها محملة بالقلق و الخوف من الموت وهي مرتبطة مرض القصور الكلوي ، كأن يقول: "لكي كي يمرضوا، كلية مفتة ، بعض إنسان، الدم راه يسيل من لكلا ، كلاوي راحوا دخلهم المرض ، هذي كلوتي" ، و ذكر أدوات العلاج : "الفراشة نتاع الممرضة باش ديرلي السيروم و بسيف لصابولي العرق...الخ" ، و فظهور الإجابات الكلية عند الأفراد المصابين بالقصور الكلوي المزمن، يدل على إمكانية الرجوع إلى الموضوع الكلي، أي اتخاذ الذات ككيان كامل و كلي بالنسبة للموضوع ، عكس المرضى الذين يعانون انشطار و تجزئة على مستوى الذات، فهي ميكانيزم دفاعي ضد القلق الذي تثيره اللوحات .

فتميزت بروتوكولات الأفراد المصابين بالقصور الكلوي المزمن بالكف و تجنب الصراع و سياقات الصلابة ، ظهرت في اختبار الروشاخ من خلال: فقر في الإنتاجية لدى هؤلاء المرضى ، كما أن هناك ارتفاع في نسبة الرفض التكرار لديهم خاصة في المواضيع المتعلقة بالحالة المرضية. و كما غلب على طرق التناول للبروتوكولات الاستجابات الجزئية الكبيرة بطريقة جد واضحة و تلتها في الترتيب الاستجابات الكلية و هذا بالنسبة لكل أفراد مجموعة البحث، ولكنها كانت ذات نوعية رديئة و ارتبطت بالمرض.

4-1-8 - المحددات الشكلية :

الجدول رقم (4): معدل نسب المحددات الشكلية F.

المحددات	مجموعة البحث
الشكلية F	82 %
الشكلية الموجبة F+	57 %
الشكلية السلبية F-	26 %

تعليق الجدول: يوضح هذا الجدول معدل النسب المئوية للمحددات الشكلية F والشكلية الإيجابية F+ والشكلية السلبية F- التي تعتبر كسياقات دفاعية أولية أمام القلق أو التوترات الناتجة عن منبهات اللوحات لمجموعة البحث. تشير النتائج الموضحة في الجدول للجوء إلى الاستجابات الشكلية ، حيث أنها تسيطر عند المصابين بالقصور الكلوي المزمن 82% ، و ذلك لبروز الاستجابات الحركية (K, kan, kob) و اللونية C المرتبطة بالسياق الدفاعي الذي واجه به هؤلاء المرضى، الإصابة بهذا المرض العضوي المزمن ، مما يدل على فشل الفكر في احتواء و إدماج المنبهات الخارجية.

أما نوعية الإجابات الشكلية ، فجاءت الإجابات الشكلية الموجبة أقل عند المجموعة البحث المصابين بالقصور الكلوي المزمن 57% وهي بعيدة عن المعايير العادية ، مما يدل صعوبات في التكيف و عدم الاستقرار العاطفي و الانطواء على الذات وترويضهم حالة من صعوبات في التركيز وضعف القدرة على الملاحظة .

أما الإجابات الشكلية السلبية F- ظهرت بشكل أكبر عند هؤلاء المرضى 26% فكانت غير ملائمة وغير واضحة ، متدهورة و لا تتلاءم مع مضمون اللوحة ، مما يشير إلى عدم القدرة على التمييز و التحكم في الأشياء و عجز فكري والابتعاد عن الواقع .و قد برزت المحددات الإيجابية السلبية كذلك عندهم ، الذي يدل على تحديد التفكير و غموضه و الشك و التردد و الخوف و الحذر عند اتخاذ القرارات ، أي أنا ضعيف غير متحكم.

إذن فشل الإدراك عند المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن و السياق الدفاعي النفسي السيئ يؤدي إلى إجابات شكلية سلبية رديئة النوعية و الخطيرة و المصنوعة بشحنات انفعالية عدوانية من النوع المرضي .

استعمل الأفراد المصابين بالقصور الكلوي المزمن للمحددات الشكلية بالدرجة الأولى، يرجع إلى بروز المحددات الحركية و التظليلية و اللونية عندهم، مما يدل على العدوانية الموجهة نحو الذات والآخرين وقدرات تفتت المحددات الشكلية السلبية والسلبية الإيجابية.

كما ظهرت المحددات اللونية التي كانت من نمط واحد استجابات لونية- شكلية والاستجابات فاتحة-قائمة. و لقد تميزت بروتوكولات الأفراد المصابين بالقصور الكلوي المزمن بارتفاع محددات المحتوى الخاصة بالدم، التشريحية، والإجابات الجزئية البشرية وكانت متنوعة رديئة إذا ارتبطت بالمرض وبمشاعر الخوف و القلق.

5-1-8 - المحددات الشكلية الفاتحة القائمة FClob:

الجدول رقم (5): معدل نسب المحددات الشكلية الفاتحة- القائمة .

المحددات	مجموعة البحث
المحددات الشكلية الفاتحة القائمة	6 %

تعليق الجدول: يوضح هذا الجدول معدل النسب المئوية للمحددات الفاتحة- القائمة، التي تدل على الانجذاب نحو الفراغ و النقص عند مجموعة البحث.

برزت المحددات الفاتحة القائمة بكثرة في بروتوكولات مرضى القصور الكلوي المزمن، خاصة فيما يتعلق بهذا المرض المميت ، يدل على الخوف و العدوان المقلق و الاكتئاب.

و التعبير عن مواقف الهروب من طرف المرضى ظهرت في الغالب بما ترافقت الاستجابة النفسية بنوبات البكاء ، كأن يقول: "حيوان مفترس ، أرنبين مجروحين ، هذا وحش مرعب، حيوان ضخم يخوف ، تقول شي غول، حبوا يمدوا لطفل هذا المرض الوحش، هنا أساسين يلقطوها يخوفوا..الخ". الذي يشير إلى قلق عميق حتي أن المفحوص لا يستطيع ضبطه، و هو شخصية قابلة للإهيار والاستسلام للإنفعالاته ، وهذا ما يميز مريض القصور الكلوي النهائي فهو شخصية اعتمادية و تكاليف.

6-1-8 - المحتويات البشرية H:

الجدول رقم (7): معدل النسب المئوية للمحتويات البشرية .

المحتويات البشرية H	مجموعة البحث
	20%

المحتويات البشرية Hd	40%
----------------------	-----

تعليق الجدول: يوضح هذا الجدول معدل النسب المئوية للمحتويات البشرية و الأجزاء الإنسانية عند المجموعة البحث، والتي تدل على قدرة المفحوص على تكوين علاقات بشرية.

ظهرت بنسبة 20% عند هؤلاء المرضى، حيث كانت رديئة النوعية تدل على الخوف و القلق وتعكس انطباعاتهم السيئة عن الصورة الإنسانية وتشوه صورة الذات عند هم، وذلك من خلال ذكر صور إنسانية مشوهة، مريضة أو محطمة، كأن يقول المريض: "إنسان وراه حاكم في لكلى نتاعوا"، في اللوحة III: "شغل بعض إنسان، شغل إنسان رافد حاجة مابانت إنسان ولا حيوان، وحش يتهز، شغل رجل ضخيم و برأس صغير و ذيل، شخصان يختصمان، زوج نساء إفريقيات"، وجهين متقابلين (في الأجزاء الإنسانية Hd هذي تخوف تقول شي غول، رأس عندوا واحد الشعر". و في الأجزاء الإنسانية Hd: "موستاش نتاع راجل"، مما يعكس القلق النفسي و شدة الخوف و الرعب وقوة المعانات التي يعايشها هؤلاء المرضى .

ظهرت الاستجابات الجزائية الإنسانية Hd عند المرضى بنسبة 40%، مما يدل على أن الصورة الكاملة للأنسان يشكل مصدر التهديد و أنها تصورات مكبوتة تشير إلى قلق الانشطار الخاص بالجسد كعضوا مقطوع ، مفقود ، مثقوب أو جسم ميثور وتبين الوسواس المرضية وقلق التفكك.

7-1-8 - المحتويات التشريحية و الدموية (Anat, Sg):

الجدول رقم(8): معدل النسب المئوية للمحتويات التشريحية و الدموية.

المحتويات	مجموعة البحث
التشريحية Anat	17%
الدموية Sg	4%

تعليق الجدول: يوضح هذا الجدول معدل النسب المئوية للمحتويات التشريحية و الدم التي تدل على الإنشغلات تجاه الصحة أو الموت في بعض الأحيان، عند المجموعة البحث.

فوجدنا أن الاستجابات التشريحية كانت بنسبة 17% هؤلاء المرضى، خاصة المرتبطة بالقصور الكلوي المزمن، التي لها طابع خاص بالصورة الجسدية كأن يقول المريض: "هذه كلية، وقيلا لكلى كي يمرضوا، عروق لكلى، هذا حوض، هذه رثتين، عمود فقري، كرش نتاع بنادم، هذا قلب، عظام الصدر، قفص صدري... الخ. مما يشير إلى الإنشغلات تجاه الجسد و الصحة و الموت في بعض الأحيان و مما يدل على واقع داخلي منفجر و غير متناسق .

و فيما يخص الإجابات ذات المحتوي الدموي كانت بنسبة 4% عند مرضي القصور الكلوي المزمن وهذا راجع إلى الاتصال المباشر و تقريبا اليومي بالدم، بما أنهم يتعرضون إلى تصفية الدم يوم بيوم أي 3مرات في الأسبوع لمدة أربع ساعات، و هو يري الدماء تخرج من جسمه و تدخل إلى آلة ثم تعود إليه مرة أخرى، مما يدل على فقدان السيطرة على ردود أفعال الوجدانية أي نقص المراقبة الإنفعالية، و عدم القدرة على التحكم في العدوانية. ولكن من الملاحظ عدم ذكر الدم في بعض البروتوكولات المفحوصين أمثال: أحمد، ياسين، علاء، حنان، الزهرة خديجة، انتصار. خاصة في اللوحتين I و III كأسلوب دفاعي يتميز بالكف و التجنب الشديد إلى العناصر المقلقة و انكار الدم و بالتالي انكار

المرض ورفضه، أي أن هناك تثبيت على المرض وعدم قدرة على تقبله و القيام بالحداد النفسي حول فقدان وظيفة الكلية، الذي يحتاج إلى تعويضه بألة تصفية الدم هذه العملية العلاجية القاسية .

9-2- تحليل نتائج اختبار تفهم الموضوع (TAT):

تميزت السياقات الدفاعية في اختبار تفهم الموضوع (TAT) عند المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن ، بسيطرة سياقات الكف وتجنب الصراع و سياقات الصلابة التي تظهر من خلال:
- إفراط استثمار الواقع الخارجي وعدم استقرار الحدود و يليه الرجوع إلى الواقع الخارجي .
الجدول رقم (9): يبين معدل متوسط السياقات الدفاعية .

السياقات A	السياقات B	السياقات C	السياقات E
متوسط السياقات الدفاعية عند مرضى القصور الكلوي المزمن	56	14	77
8			

تعليق الجدول: يوضح هذا الجدول متوسط السياقات الدفاعية (E,C,B,A) عند المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن.

بعد ما قمنا بتحليل بروتوكولات اختبار تفهم الموضوع (TAT)، تبين أن هناك سيطرة سياقات تجنب الصراع على باقي السياقات الدفاعية الأخرى عند المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن ، بحيث كان الإنتاج الإسقاطي على العموم فقيراً ويتميز بالكف والتجنب والاستثمار النرجسيو الإفراط في استثمار الواقع الخارجي وعدم استقرار الحدود ، وبذلك استعمال المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن لأغلب سياقات تجنب الصراع.

وقد ظهرت سياقات الكبت و الكف و التجنب عند الأفراد المصابين بالقصور الكلوي المزمن، من خلال اختبار تفهم الموضوع (TAT). سياقات تجنب الصراع بمتوسط (C) = 77 بين 10 حالات و قد طغى أسلوب (CI-1) = 39 الميل إلى الاختصار، زمنا لكمون الطويل، الصمت الهام أثناء السرد، أهمية طرح الأسئلة و الميل إلى الرفض أو الرفض. إلى الاختصار، زمنا لكمون الطويل، الصمت الهام أثناء السرد، أهمية طرح الأسئلة و الميل إلى الرفض أو الرفض. (CF-1) الرجوع إلى الواقع الخارجي بشكل تملصي والتأكيد على ما هو يومي وحيالي و القيام بالفعل. (CI-3) ذكر عناصر مقلقة متبوعة أو مسبقة بتوقفات في الخطاب و CL عناصر عدم استقرار الحدود خاصة (CL-1) مسامية الحدود (بين الراوي، موضوع القصة، بين الداخل والخارج).

وقد ترجم الكف الذايم بروتوكولات المبحوثي (CI-1) بزمن الكمون الأولي الطويل و الصمت الهام أثناء السرد و الميل إلى الاختصار و أهمية طرح الأسئلة و الميل إلى الرفض أو الرفض. كذلك لجوء الأفراد إلى إفراط في استثمار الواقع الخارجي (CF) خاصة (CF-1) الرجوع إلى الواقع الخارجي بشكل تملصي والتأكيد على ما هو يومي وحيالي و القيام بالفعل.

وقد طغى أسلوب (CI-2) الذي يظهر في أسباب صراعية غير محددة، البساطة، عدم التعريف بالأشخاص، وقد ظهر بكثرة (CI-3) العناصر المقلقة المتبوعة أو المسبقة بتوقفات في الخطاب، وتليه العناصر التي تدل على عدم استقرار الحدود خاصة (CL-1) مسامية الحدود (بين الراوي، موضوع القصة، بين الداخل والخارج). و (CL-2) الاعتماد على المدرك أو الحسي. وقد برزت السياقات المرتبطة بالاستثمار النرجسي في كل البروتوكولات خاصة منها (CN-4) التأكيد على الحدود والأطر و على الخصائص الحسية و (CN-3) نسج قصة على منوال لوحة فنية "وجدان معنون" وضعية تعبر عن وجدانات، و السياقات المضادة للإكتئاب ظهرت منها (CM-1) التأكيد على وظيفة إسناد

الموضوع (قيمة إيجابية أو سلبية) الطلبات الموجهة للأخصائي العيادي و(CM-3) حركات إستدراية، تعبير مفاجئ في الأفكار، طرفة، توجيه غمرة للفاحص، السخرية، فكاهة.

في المرتبة الثانية ظهرت سياقات الصلابة عند المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن و قد كان متوسط إستعمال هذا السياق $A=56$ ، خاصة منه (A1-1) الوصف مع التعلق بالتفاصيل تبرير أو بدون تبرير التفاسير، أي الرجوع إلى الواقع الخارجي. خاصة (A3-1) الشك، التحفظات الكلامية، التردد بين التفاسير المختلفة، الثثرة و (A3-3) التكوين العكسي.

إذن إن نسبة سياقات تجنب الصراع تلتها أساليب الصلابة A كذلك (A2-3) إستثمار الواقع الداخلي من خلال الإنكار و قد ظهر في كل البروتوكولات (A2-4) التأكيد على الصراعات الشخصية الداخلية ذهاب وإياب بين التعبير النزوي والدفاع. كما برزت أساليب دفاعية من النمط الإستحوازي و (A2-3) الإنكار و (A3-4) العزل بين التصورات أو بين الوجدانات/وجدانات مبسطة.

أما أساليب المرونة في المرتبة الثالثة و كان متوسط استعمالها بين المرضى $B=14$ وكانت خاصة بأسلوب (B2-1) الدخول المباشر في التعبير، تعاليق الشخصية (B1-2) إدخال أشخاص غير موجودين في الصورة وأساليب النمط الهستيري (B3-1) تسبيق وجدانات لخدمة كبت التصورات .

آخر أسلوب في الترتيب هو السياقات الأولية بمتوسط $E=8$ ، خاصة منها (E1-2) إدراك تفاصيل نادرة أو غريبة مع أو بدون تبريرات إعتباطية. (E1-4) إدراك مواضيع محطمة أو أشخاص مرضى، مشوهين . كثافة الإسقاط ظهرت في (E2-1) عدم ملائمة الموضوع للمنبه - تحفظات، التخريف بعيدا عن الصورة- الرمزية المعنوية و (E2-2) ذكر موضوع سيء، موضوع إضطهاد، البحث الإعتباطي عن المراد من الصورة أو السمات أو الهيئات مثله من النمط العظامي، وقد ظهرت (E4-1) إضطرابات على مستوى الخطاب. انفجارات لفظية و (E4-2) عدم التحديد غموضه الخطاب. إذن إن السياقات الدفاعية عند الأفراد المصابين بالقصور الكلوي المزمن تتميز بالكف و تجنب الصراعات و الكبت و أساليب الصلابة.

الخلاصة:

إن الإصابة بالأمراض العضوية خاصة منها المزمنة تشكل اضطرابات نفسية بالنسبة للمرضى ، مما يسبب جرح نرجسي على مستوى النفسي يتعلق بالجسد ، إلا أنها تختلف في شدتها حسب نوعية المرض و طريقة العلاج. فمرض القصور الكلوي المزمن من الأمراض العضوية الحادة التي تتطلب متابعة علاجية دقيقة بالخضوع إلى عملية تصفية الدم، يوم بيوم أي أن المريض يبقى تحت حالة من الضغط و التوتر خاصة في بداية المرض وخاصة عندما يظهر بشكل فجائي، هذا الذي يشكل هزة في كيان المريض ، يدفعه الى استعمال كل إمكانياته النفسية حتى تستنفد في مواجهة هذه الوضعية الجديدة ويستعمل الجهاز النفسي مختلف السياقات الدفاعية لمواجهة هذا المرض المزمن . إذن إن السياقات الدفاعية عند الأفراد المصابين بالقصور الكلوي المزمن تتميز بالكف و تجنب الصراعات و الكبت وأساليب الصلابة.

وفي الأخير نقدم بعضا لاقتراحات من أجل مواصلة هذا البحث:

- إن المعاناة التي يعيشها المرضى بالقصور الكلوي المزمن تستوجب الاهتمام والمساندة النفسية و العناية الجسدية والقيام بإعداد برنامج علاجي خاص بهؤلاء المرضى يخفف من معاناتهم.
- يجب أن نقوم بدراسات أكثر على الأفراد المتكيفين اجتماعيا. حتى نتمكن من حصر المعايير العادية للبيئة الجزائرية للمفتوجالاسقاطي في اختبارالروشاخ تفهم الموضوع .
- الاهتمام أكثر بدراسة مختلف اضطرابات النفسية، حتى نتمكن من القيام بالوقاية من عواقبها الوخيمة .

المراجع بالعربية

1. الجمعية الجزائرية لأمراض وفشل الكلى، 2014.
2. لا بلانش. حان و بونتاليس. ج- ب. " معجم مصطلحات التحليل النفسي". ترجمة حجازي مصطفى، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات، ط4، 2002.

بعض المراجع باللغة الفرنسية:

3. Boubchir. M-A : "Monographie sur l'insuffisance rénale chronique", office des publications universitaires, 2004.
4. Christopher Perry. J,et all:" Échelés d'évaluation des mécanismes de défense",Paris, Masson, 2004.
5. Cupa. D ,et al: "Psychologie en néphrologie ", Paris, édition EDK , 2002.
6. Cupa. D : "Peut-on vivre libre et heureuse en hémodialyse ? ", Paris, dans le dialogue 85, actualités internationales, 1997,p.1-2.
7. Defrt. P : "Mécanismes de défense de l'hémodialysé chronique"in semaine des Hôpitaux ,Paris , 68, N°09, 1992, pp244-245.
8. Diatkine. R : "L'après-coup du traumatisme", Paris, dans quinze études psychanalytiques sur le temps traumatisme et après-coup. Guill- Auminj, Privat, 1982, P.91-102.
9. Foulard.F-B;Chabert.C:" Nouveau manuel du T.A.T",Paris, Approche psychanalytique, Dunod , 2^{ème}, 2003.
10. Freud. S : "Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort", Paris, dans l'essai de psychanalytique , Payot, 1981, P.9-10.
11. Marty. P : "La psychosomatique de L' adulte ", Paris, que sais je, P.U.F,1990.
12. Petit Larousse de La Médecine 4500 Articles, ISBN, Pour la présente édition ,2007.
13. Roussillon.R,et all : "Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale", Paris, Masson, 2007.
14. Roques. J-P : "Etudes des troubles psychiatriques et des effets traumatiques liés a l'hémodialyse chronique", dans l'évolution psychiatrique, tome 48 fascicule 4, Paris, 1983.
15. Martinez- Ocana. J ,et all : "Insufficient diagnosis and treatment depression in dialysis patients ,factors associated to depression and implication on quality of life lisbon peteson portugal": XLI congres of the european renal association european dialysais and transplant association, 2000.
16. Perron. R: "Les Problèmes de la preuve dans les démarches de la psychologie dite clinique. Plaidoyer pour l'unité de la psychologie", paris, dans la Psychologie Française,N°24,1979, pp 38-39.
17. Chahraoui . K ; Benony . H: "Méthodes, évaluations et recherches en Psychologie clinique", Paris, Dunod, 2003