

مميزات التوظيف العقلي لمرضى القلب للشخصية من النمط (أ) و(د) Mental functioning characteristics of heart disease's patients personality type (A) and (D)

حافري زهية غنية

جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2 (الجزائر)، hafrizahia@yahoo.fr

تاريخ النشر: 2021/12/30

تاريخ القبول: 2021/12/07

تاريخ الاستلام: 2021/08/03

ملخص:

تعتبر الدراسة الحالية دراسة رائدة تهدف على غرار ما تم تطويره في المجال السيكوسوماتي وباستخدام المنهج الوصفي لتقصي مميزات التوظيف العقلي لبروفيل الشخصية من النمط "أ" و "د" لدى 12 من الافراد المصابين بأمراض قلبية أو تعرضوا لنوبات قلبية.

لمعالجة موضوع الدراسة تم استعمال مقياسي النمط "أ" والنمط "د" لتوزيع افراد العينة إلى مجموعتين حسب نمط شخصيتهم. ثم تطبيق اختبار الروشاخ لتقصي مميزات التوظيف العقلي لدى افراد العينة من المجموعتين. توصلت نتائج الدراسة إلى أن التوظيف العقلي لدى أفراد العينة من الفئتين من مرضى القلب (النمط "أ" والنمط "د") كان هشاً، امتاز بفق في الفضاء الخيالي، عدم الإرصان العقلي والتميز التزوي ما يشير إلى عقلنة خائرة نسبياً، إضافة إلى عدم فعالية الدفاعات. إلا أنها كانت أكثر هشاشة وتدهورا وظيفيا لدى افراد العينة من النمط "د".

كلمات مفتاحية: مرضى القلب؛ الشخصية من النمط "أ" و "د"؛ السيكوسوماتية لتحليلية؛ التوظيف العقلي؛ اختبار الروشاخ.

Abstract:

The present study is considered as a pilot study which aims, according to what has been developed in the field psychosomatics and using the descriptive approach to explore mental functioning in 12 people with heart disease or cardiac arrest of personality types "A" and "D". Two "A" and "D" type scales were used to divide patients into two groups according to their personality type. followed by taking the Rorschach test to investigate the mental functioning of sample members from both groups.

The results of the study demonstrated that the mental functioning of members of the sample of heart patients (type "A" and "type" D) was vulnerable, characterized by poverty in imaginary space, relatively low mentalization, and ineffective defenses. However, it is a more fragile deterioration in type "D" patients.

Key words: heart disease; personality type (A) and (D); Analytical psychosomatics ; mental functioning; Rorschach test

مقدمة:

تأتي الأمراض القلبية الوعائية في صدارة أسباب الوفيات في جميع أنحاء العالم؛ ذلك أنّ عدد الوفيات الناجمة عن هذه الأمراض يفوق عدد الوفيات الناجمة عن أيّ من أسباب الوفيات الأخرى وفقاً لما ذكرته منظمة الصحة العالمية. وتبين من خلال ما قامت به هذه المنظمة من مقارنة لمعدلات الوفيات بين عامي 2000 و2011 عدم خضوع أسباب الوفيات لأيّ تعديلات خلال هذه السنوات إذ لا تزال امراض القلب السبب الرئيسي للوفيات، حيث قضى نحو 17.5 مليون نسمة حتفهم جرّاء الأمراض القلبية الوعائية في عام 2012، أي ما يمثل 31% من مجموع الوفيات في العالم (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2015). ويشير الأطباء إلى أن أغلبية أمراض القلب والأوعية الدموية يمكن الوقاية منها من خلال التصدي لعوامل الخطر كتجنب تعاطي التبغ والكحول وإتباع نظام غذائي صحي، تجنب السمنة والخمول البدني...إلى غيره من العوامل المؤدية إلى الأمراض القلبية. كما يرى المختصون النفسيون بضرورة الانتباه إلى الجانب النفسي لما له من تأثير واضح على التظاهرات الجسدية العرضية منها والمرضية؛ الأمر الذي أدى إلى بروز فروع جديدة في مجال علم النفس تهتم بدور الجانب النفسي كسبب مساهم في نشوء المرض أو كتشجيع على تفجيره واستمراريته، وأصبح يعطي بعداً جديداً للباثولوجيا الجسدية من خلال مقاربات استنبطت من إثراء نظري وتطبيقات طبي وممارسات عيادية كثيرة ساهم في بلورتها عدد من الفروع العلمية.

باتت الوحدة النفسية جسدية تطرح نفسها كضرورة ملحة في ممارسة كافة العاملين في ميدان الطب مهما كانت اختصاصاتهم ولم يعد بالإمكان نهج المنهج الطبي دون النظر إلى وجود خلفية ديناميكية نفسية للمظاهر العضوية. فبرز في هذا المضمار المقاربة السيكوسوماتية لمعرفة وفهم أحسن لسير وتطور المرض من خلال دراسة ظهوره، تأزمه وحالات انتكاسه عن طريق التركيز على كل ما يمكن اعتباره عوامل ضغط في أحداث الحياة اليومية في ارتباطها بالمتغيرات المحيطة لأجل توفير الوقاية والرعاية الصحية المناسبة للأفراد وحمايتهم من المخاطر الصحية التي قد يتعرضون لها في حياتهم.

وقد شغلت فكرة دور بعض السمات وبعض الشخصيات في تشجيع ظهور بعض الأمراض الجسدية العاملين في المجال الطبي واسترعت العديد من الاهتمامات منذ القدم، بدأت مع نظريات الأخلاط والأمزجة لهيبوقراط وصولاً إلى نظريات أنماط الشخصية "A/أ" و "B/ب" لصاحبها

فريدمان وروزنمان R. Rosenman et M. Friedman، والنمط "ج/ع" الذي استطاعت ليديا
تيموشوك Lydia Temoshok تمييزه لدى مرضى السرطان.

كما سعى التيار السيکوسوماتي منذ نشأته إلى استخراج بعض الخصائص المشتركة بين
المرضى المصابين باضطرابات سيکوسوماتية أو الجسدية بصفة عامة، وحاول كل من هيلين دينبار
Hélen Dunbar وفرانز ألكسندر Franz Alexander إيجاد ملامح شخصية المريض.

سمحت النتائج التي توصلت إليها Dunbar من خلال نظريتها الاستعدادية حول اختيار
العرض بوجود بناء وتكوين الشخصية وكذا وجود سمات تعمل على إشرط ظهور العرض
الجسدي. وهكذا وصفت Dunbar شخصية المصاب بضغط الدم والمصاب بداء السكري... ولاقت
نظريتها رواجا كبيرا في مجال علم نفس الصحة كما هو الحال بالنسبة لنظريات أنماط الشخصية
(Chemouni, 2000).

أما الكسندر ممثل النظرية الانفعالية، فقد ارتكزت تصوراتها على الخصوصية التي تنطلق
من مسلمة أساسها أن كل حالة انفعالية تحدد ظهور تناذرات فيزيوباتولوجية محددة. ويميز بين
الإصابات المتعلقة بالنشاط الزائد للجهاز السمبثاوي الذي يتحكم في ردود الفعل الحركية
للمقاومة والهروب المرتبط بالحالات الانفعالية النشطة العدوانية وبين تلك المتعلقة بالنشاط الزائد
للجهاز الباراسمبثاوي الذي يتدخل في حالة الراحة واستعادة الطاقة؛ أي تلك المرتبطة برودود
الأفعال غير النشطة، أين تلتقي هذه التقسيمات بنمط حياة فئتين من المرضى كما أشار إليه
الكسندر:

"ففي الحالة الأولى هم مرضى يمتازون بالنشاط الزائد، مقاومين يندرج تحته الضغط
الدموي، الصرع، السكري. وفي الحالة الثانية مرضى يبدون حاجة للتبعية والحاجة العاطفية
ويندرج تحتها مرضى الربو، القرحة المعدية، المعفج" (Chemouni, p. 548).

كما وضعت المدرسة السيکوسوماتية الباريسية من جانبها بصمتها في هذا المجال بالسعي إلى
فهم اعمق لبناء الجهاز النفسي وتوظيفه والبحث في التنظيم السيکوسوماتية والتطرق ليس فقط
لسمات شخصية الفرد؛ بل للتقصي في بنيته وخصوصية توظيفه العقلي وما يرتبط به من
مستويات في العقلنة، "حيث نوع البنية الأساسية ونوعية التوظيف العقلي في اجتماعه مع عوامل
أخرى هو ما يؤدي إلى الإصابة بأمراض جسدية دون أخرى" كما يرى (Marty, 1991).

وكان فريدمان وروزنمان قد أشارا إلى وجود نمط سلوك يشكل عامل خطر على صحة الأفراد. هو النمط (أ) المستهدف للإصابات القلبية. « وكشفت دراستهما على 3400 رجل تم تصنيفهم إلى نمط السلوك (أ) ونمط السلوك (ب) على أن الأفراد من النمط السلوكي (أ) لديهم استعداد للإصابة بمرض الشريان التاجي بدرجة 6.9 مقابل 1.9 من ذوي النمط السلوكي (ب)» (معمرية، 2012، ص. 96).

قامت بعدها العديد من الدراسات لتبحث في الخصائص المميزة لسلوك هذا النمط. وفي تمحيص للأدبيات التي تقدم بها الباحثون حول النمط (أ) «فان المسألة تتعلق بالخصوص بالصفات العدائية التي استرعت انتباه الباحثين، وتوصلوا إلى أن بعد العدائية يرتبط ارتباطا وثيقا بالاستجابات الفيزيولوجية إزاء مواقف الإجهاد، ويعتبره قرازياني وسويندسان & Graziani (2004) بمثابة "النواة السامة" "Noyau toxique" في النمط (أ)» (Consoli, 2013, p. 258). كما عبر شويتزر وبوجيت (Schweitzer & Boujut, 2014) عن "الريبة" "méfiance cynique" مشيرا بذلك إلى المكون المضر في سمات النمط (أ) والمتمثلة في النظرة السلبية للآخر، المشاعر العدائية والاستجابات العدوانية.

وفي المقابل، وحسب ما تم تسجيله من ملاحظات سريرية حول تزايد حالات الإصابة بالنوبات القلبية وحالات الوفاة بالسكتات القلبية، فإن ذلك قد دفع جوهان دونولوت Johan Denollet وزملاءه للبحث عن الأسباب الكامنة وراء ذلك؛ فكانت زيادة نسبة الكورتيزول من أهمها والتي ترتبط بدورها بسمات شخصية محددة صنفها Denollet بالشخصية من النمط "د" "D type". وتوصلوا من خلال إجراءهم لأكثر من 49 دراسة حول العلاقة بين الأمراض القلبية في ارتباطها بسمات هذا النمط إلى أن «التثبيط الاجتماعي والعاطفة السلبية من أكبر السمات المميزة لهذا النمط، وهو ما يهيئه للإصابة بأمراض القلب بأربعة أضعاف مقارنة بالشخصية من النمط (أ)» (Denollet & Van Heck, 2001, p. 466). كما يكون عرضة لخطر الموت المفاجئ. وتشارك هذه السمات في ظهور عامل آخر لا يقل خطورة وهو ارتفاع نسبة الكورتيزول الذي يؤدي في اجتماعها مع بعض العوامل النفس اجتماعية إلى إحداث قصور في القلب على المدى الطويل، (أمراض الشريان التاجي، الضغط الدموي، الجلطة القلبية.....الخ) وفيه يرى دونولوت «بضرورة التعرف على هؤلاء الأشخاص من النمط "د" لتجنبيهم الجلطات أو السكتات القلبية» (Denollet, 2000, p. 255).

اهتمت الدراسة التي قام بها بوقوسوفا وزملائه (Pogosova & al, 2018) من خلال برنامج COMET الاكلينيكية الابداعية بتقييم الانتشار والاختلافات بين الجنسين ذوي شخصية من النمط "د" على عينة 2775 (1997 من النساء، و778 من الرجال) من المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم و/أو مرض الشريان التاجي، كانوا يتعاقبون على العديد من المراكز الطبية في 30 مدينة في روسيا. تجاوزت أعمارهم 55 عامًا (7.9 ± 66.8 سنة). توصلت نتائج الدراسة إلى انتشار كبير للنمط "د" بين المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم و/أو مرض الشريان التاجي بنسبة 37.6% من مجمل افراد العينة. وظهرت هذه النسبة أكبر عند النساء 39.5% مقارنة بالرجال 32.9%. ويرجع ذلك أساسًا حسب الباحثين إلى سمة العاطفة السلبية التي جاءت الفروق فيها دالة بين الجنسين، ظهرت عند 59.8% من النساء مقابل 44.6% لدى الرجال ($p < 0.001$)، في حين جاءت نسب سمة الكف الاجتماعي متقاربة بين الفئتين (51.8% لدى النساء، و49.7% لدى الرجال) كما اهتمت دراسة دويجوندام ودونولوت (Duijndam & Denollet, 2019) بتقصي التثبيط الاجتماعي في عينات مرضى القلب وعموم السكان بلغ عددهم 899 من المشاركين البالغين. أكد تحليل النتائج قوة نموذج التثبيط الاجتماعي متعدد الأوجه المعتمد على ثلاثة عوامل مرتبطة بالتثبيط والحساسية والانسحاب وكانت العوامل الثلاث مستقرة بمرور الوقت (بعد 3 أشهر) وكانت النتائج مرتبطة ارتباطًا دالًا لدى عينة مكونة من 145 مريضًا بالقلب. مع الإشارة إلى أن مرضى القلب الذكور أبلغوا عن المزيد من التثبيط والانسحاب من المرضى الإناث في عينة الدراسة. كما خلص حسين بونقلو وزملائه (Hsin-BangLeu & al, 2019) من خلال نتائج الدراسة التي بحثت في العلاقة بين الشخصية من النمط "د" والنتائج السريرية لدى مرضى الشريان التاجي في مجموعات آسيوية من خلال تتبع لمدة سنة لـ 777 مريضًا؛ 122 (15.77%) منهم ذوي شخصية من النمط "د". وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هؤلاء المرضى لديهم نسبة عالية ودالة بخصوص الأحداث القلبية الوعائية المستقبلية (9.84% مقابل 4.58% ، $p = 0.018$)، الذبحة الصدرية (5.74% مقابل 2.44% ، $p = 0.049$). وخلص الباحثون بأنه يمكن تصنيف الشخصية من النمط "د" ضمن عوامل الخطر للإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية ويجب الأخذ بها للوقاية سواء للوقوع في المرض أو لأجل عدم تأزم حالة المريض بعد اجراءه للعمليات الجراحية الخاصة بأمراض القلب عامة.

وباستخدام التصوير المقطعي المحوسب متعدد الحلقات، وتحليل البيانات التي تم الحصول عليها بطريقة Agatston على عينة تكونت من 1595 مريض تتراوح أعمارهم بين 25 و 64 عامًا تم تقسيمهم إلى مجموعتين: 231 مريض بشخصية من النمط "د"، و 1379 مريض ليسوا من النمط "د" توصلت نتائج دراسة ايقورفينا راخ وزملائه (Igorevna Raykh & al; 2020) حول ارتباط الشخصية من النمط "د" وأمراض القلب، مستوى تكلس الشرايين التاجية خصوصاً، إلى اختلاف دال في نتائج CAC (coronary artery calcification) بين المجموعتين؛ 53.7 ± 689.3 لدى مرضى النمط "د"، و 47 ± 546.5 بدون النمط "د" ($p = 0,04$). أظهر المرضى من النمط "د" مستويات دالة من القلق والاكتئاب. وبأن الشخصية من النمط "د" ترتبط بمستويات عالية من CAC بغض النظر عن العمر، الجنس ونسبة السكري في الدم، التدخين وتعاطي الكحول ومؤشر كتلة الجسم، قيمة الضغط الدموي، نسبة الكوليسترول، سوابق الإصابة بالسكتة الدماغية، واحتشاء عضلة القلب،

واستنتج الباحثون أن الشخصية من النمط "د" ترتبط بقيم متوسطة أعلى من قيم CAC، وغالباً ما يتم الكشف عن التكلس الشديد للشرايين التاجية في الشخصية من النمط "د". ففي مجال الأمراض القلبية الشريانية، يعتبر الأخذ بعين الاعتبار للعوامل النفسية السابقة، المصاحبة أو التابعة لظهور المرض، من الضروريات في الممارسات الطبية. «ولأجل تسير المرض على نحو أفضل إن كان على المستوى التقني، التشخيصي، والعلاجي، فإن المعرفة المعمقة لشخصية مرضى القلب ومرضى الشريان التاجي بالخصوص، تعتبر من الأهمية بما كان في تحويل مسار المرض» (Lahlou & Consoli, 1998).

ولأن شخصية الفرد وخصائصها تعتبر عاملاً وسيطاً يخفف أو يزيد من وطأة المواقف الضاغطة على الفرد كما أشار إليه Gordano، وكون النمطين "أ" و "د" بالرغم من كونهما مستهدفين للإصابة بالأمراض القلبية، إلا أن مريض القلب من النمط "أ" يمكنه التعايش مع المرض دون أن يكون بالضرورة سبباً لوفاته خاصة إن اهتم بالتسيير الذاتي لمرضه و اللجوء إلى استراتيجيات فعالة لمواجهة الضغوطات التي تعترضه، عكس النمط "د" الذي يمكنه أن يموت فجأة دون أن يكون قد قدم شكاوى سابقة أو مشاكل في القلب كما أوضحه (Consoli, 2013). وإجابة أيضاً لدعوة Denollet وزملائه في إحدى مقالاته (Denollet, 2010) Schiffer & Spek التي وجهها للمختصين النفسيين حول ضرورة تقصي التوظيف النفسي لهؤلاء الأشخاص لتجنيبهم

خطر النوبات أو السكتات القلبية. فإن الدراسة الحالية تعتبر دراسة رائدة أولية تهدف لدراسة بعض متغيرات الواقع الداخلي للنمطي الشخصية "أ" و"د" لأشخاص مصابين بأمراض قلبية أو تعرضوا لنوبات قلبية وذلك من خلال تقصي التوظيف العقلي للنمطين على غرار ما تم تطويره في المجال السيكوسوماتي. وجاء التساؤل العام للدراسة كالآتي:

بما يتميز التوظيف العقلي لدى مرضى القلب للشخصية من النمط "أ" والشخصية من النمط "د"؟

وهو ما سيتم الإجابة عليه من خلال الإجراءات الميدانية للدراسة، فبتحليل بروتوكولات الروشاخ وتحديد ابعاد المشكلة للتوظيف العقلي (الفضاء الخيالي- العقلنة- فعالية الدفاعات) فأننا نفترض وجود هشاشة في التوظيف العقلي (فضاء خيالي فقير، عقلنة خائفة، دفاعات غير فعالة) لكلا المجموعتين من أفراد العينة من مرضى القلب من النمط "أ" والنمط "د"، مع هشاشة وتدهور وظيفي أكبر لأفراد العينة من النمط "د". وعليه، فقد جاءت فرضيات الدراسة على النحو الموالي:

- هناك فروق بين افراد العينة من النمط "أ" و النمط "د" لوجود هشاشة في التوظيف العقلي لصالح افراد العينة من النمط "د"
- هناك فروق بين افراد العينة من النمط "أ" و النمط "د" لوجود فضاء خيالي فقير يظهر من خلال تدني عدد مؤشرات له لصالح افراد العينة من النمط "د"
- توجد فروق بين افراد العينة من النمط "أ" و النمط "د" في مستوى ضعف العقلنة يظهر من خلال تدني عدد ونوعية مؤشرات الروشاخ حول (الدينامية العاطفية، الترميز الجنسي والعدواني، الارتباط بين العواطف والتمثيلات) لصالح افراد العينة من النمط "د"
- هناك فروق بين افراد العينة من النمط "أ" و النمط "د" لوجود دفاعات غير فعالة تظهر من خلال العناصر الخمس المشيرة لفعالية الدفاعات لصالح افراد العينة من النمط "د"

1. الاطار المفاهيمي للدراسة:

1.1. انماط الشخصية Type de personnalité:

تعتبر الشخصية أهم محددات السلوك الإنساني، ويشير المصطلح إلى الشخص في شموليته وكيته نفسيا وجسديا. وقد أعطى البورت (1937) Allport، كاتل (1946) Cattell، أيزنك Eysenck

(1970)، جيلفورد (1959, 1975) Guilford وثيرستون (1947) Thurstone الأهمية الكبرى للسمات التي تشكل الوحدة الأساسية لقياس وتقييم الشخصية (Morizot & Le Blanc, 2003). ويتضح ربط سمات الشخصية بما هو نفسي وعضوي ومساهمتها في إنتاج السلوك الإنساني (أنماط السلوك). فمن خلال السمات يمكن تقييم الأنماط السلوكية أو أنماط الشخصية على غرار ما ذهب إليه عبد الخالق وزملائه، إذ «لا يمكن التفريق بين النمط السلوكي ونمط الشخصية كون هذه الأخيرة ترتبط بمنهج سلوكي معين يمكن من خلاله التدليل على أن صاحبه ينتمي إلى هذا النمط من الشخصيات أو ذاك» (معمرية، 2012).

1.1.1. نمط الشخصية "أ" "A" Type de personnalité:

يشار إليه حالياً بمصطلح «سلوك النمط "أ"» والتي تنتظم في سمة أو نمط في الشخصية» (معمرية، 2012، ص. 89). يتميز هذا النمط بأنه مسؤول عن استجابة مفرطة إزاء المواقف المجردة. فهو كما وصفه (الشريف، 2003) نمط أكثر من كفاح متواصل [...] مركب فعلي- انفعالي يستخدمه الافراد لمواجهة تحديات محيطهم. يتضمن هذا المركب مظاهر سلوكية كالعدوانية؛ فهم عدائيون وعدوانيون متسرعون، لديهم رغبة شديدة في المنافسة والسيطرة ورغبة قوية في الإنجاز قد ينافس ذاته. فهم نافذوا الصبر ويشعرون بإلحاح الوقت، يكون لديهم إحساس بأن الوقت يسرقهم وان مسؤولياتهم كبيرة. يسرون ويتحركون ويأكلون بسرعة يضعون عددا من الأعمال لانجازها في وقت قصير تتجاوز قدرتهم. فهم في حاجة لتحقيق ذواتهم والتفوق عليها، يميلون إلى تأكيد بعض الكلمات في أحاديثهم والاستعجال في نهاية الجمل التي ينطقونها، يتميزون بأسلوب انفجاري في الحديث وتوترات في عضلات وجوههم، يقاطعون من يحدثهم ويكملون كلامه. فأصحاب النمط "أ" يجدون صعوبة في الاسترخاء بدون عمل، يهتمون بالعمل وانجازه أكثر من التمتع بأدائه. فهو نمط يحب السيطرة نتيجة شعوره بعد الأمان الخفي والذي يعبر عنه بواسطة العدوانية المفرطة اتجاه الآخرين. ومثل هذه الجهود المستمرة كما يشير إليه كوينتاري (Schweitzer et Boujut, 2014) تنتج تنشيطا مفرطا للجهاز السمبثاوي تنجر عنه عواقب متعددة تتمثل في ارتفاع ضغط الدم، انقباض الاوعية الدموية، افراز مفرط للادرينالين. وهو ما لخصه (Consoli, 2013, p. 258) بقوله «أنهم اشخاص يمتازون بفرط نشاط الدورة الدموية العصبو-خلطية في مقابل الإجهاد، ومرشحون أكثر من غيرهم للإصابة بأمراض الشريان التاجي».

2.1.1. نمط الشخصية "د" "D" Type de personnalité:

طور مفهوم "النمط د" «type D» سنة 1998 من طرف Johan Denollet. يشير الحرف D إلى الكلمة الإنجليزية *distress* أي (المحنة والتعاسة)، ولكن أيضا كحرف يلي الحروف A, B, C في ابجدية اللغة الأجنبية والتي تصف باقي الأنماط.

تشير العاطفة السلبية حسب (Denollet, 2000) إلى «انفعالات سلبية ذات طابع اكتئابي تمتاز بالغضب والقلق الحاد. والأشخاص الذين لديهم عاطفة سلبية هم أشخاص لديهم ميل لاختبار المشاعر السلبية عبر الزمن يصعب تحملهم؛ فهم يمتازون بشعور غير سار ومثيرة للقلق، عدم الراحة العاطفية أو العقلية، ولديهم أعراض حصرية، لديهم الإحساس بعدم الرضا والسخط، التوتر والتهيج، الاستياء، وفي بعض الأحيان اللامبالاة نحو المحيطين، الانسحابية والشعور بالوحدة، برؤية سلبية وانفعالات سلبية نحو الذات، يتحيزون للاهتمام أكثر بالمؤثرات السلبية، زيادة في استذكار الأحداث الضاغطة والمجهدة ومبالغة في تقييم العلاقات بين إنسانية بالسلبية».

أما التثبيط الاجتماعي فيشير «للميل إلى الكف عن التعبير عن الذات في التفاعلات الاجتماعية؛ فهم متوترون كنتيجة لسوء الأحوال الاجتماعية التي يعيشونها راجع للشعور بعدم الأمن. يتجنبون الخطر الموجود في التفاعلات الاجتماعية مثل الانتقاد أو عدم الحصول على الموافقة من الآخر، لديهم مشكلة في تكوين الصداقات، والخوف من الرفض أو المعارضة» (Pederson & Denollet, 2006).

وعلى الرغم من كون أسباب ارتفاع المخاطر لدى نمط (د) غير واضحة بصفة نهائية، إلا أن الباحثين في مجال الطب وعلم النفس الجسدي قد أكدوا أن الزيادة في هرمون الكورتيزول تزيد من التوتر والقلق بشكل مضاعف لأشخاص من نمط (د) أكثر من غيرها من الأنماط الأخرى، ما يؤدي لتسريع دقات القلب وتوسيع الأوعية الدموية، الزيادة في ضغط الدم وزيادة في نسبة السكر في الدم، مما يجعل جهاز مناعة هذا النمط أكثر نشاطا مما كان، وبالتالي المزيد من الالتهابات ومنه إلى تلف الأوعية الدموية وتمزق لوحات تصلب الشرايين. وبالتالي يكون أصحاب النمط (د) أكثر عرضة لخطر الموت المفاجئ؛ فهم أكثر عرضة للجلطات والسكتات القلبية (Denollet, 2011).

2.1.. التوظيف العقلي:

يشير التوظيف العقلي (Fonctionnement mental) حسب بونجي وبابو Pongy et Babeau (2003) «لمجموع السيورورات والعمليات النفسية من أجل حل الصراع أو التأقلم معه. يخضع للعديد من الأسس التي تفسر في إطار اقتصادي ودينامي. ويعتمد على طبيعة الاستثارات الطاقوية كشرط مسبق ولمبدأ التعقيل والارصان النفسي في القيام بعمله». وبالنظر لأعمال بارجوري (2003) Bergeret ودو تيشي وزملائه (1992) De Tyche & coll، فإن مقارنة التوظيف العقلي وتقصيه يتم ادراكه من خلال 3 أبعاد: الفضاء الخيالي (L'espace imaginaire)، العقلنة (La mentalisation)، فعالية الدفاعات (Efficacité des defenses). على أن الترميز هي العملية الأساسية التي توضح العقلنة حسب الباحثين، وتتكون من مظهرين: نوعية ترميز النزوات الجنسية والعدوانية، ونوعية الارتباط بين العاطفة والتمثيلات. ويتميز التوظيف العقلي لدى المريض السيكوسوماتي عادة بفقر في الفضاء الخيالي والهوامي، تعقيل غير مرصن، ميكانيزمات دفاعية غير فعالة.

2. الإجراءات الميدانية للدراسة:

1.2. منهج الدراسة:

لمعالجة موضوع الدراسة تم الاستناد بداية لتطبيق استبيان لقياس نمط السلوك "أ" و مقياس النمط "د" لتوزيع أفراد العينة إلى مجموعتين. ثم تطبيق اختبار الروشاخ لتقصي التوظيف العقلي، للبحث عن الفروق في نوعية وعدد المؤشرات في تحليل سيكوغرام الروشاخ لدى أفراد العينة من المجموعتين باستخدام المنهج الوصفي.

2.2. عينة الدراسة:

من أصل 35 حالة تم الاتصال بهم، اخترنا 12 حالة لتكوّن عينة الدراسة الحالية، يشكون بإصابة بمرض الشريان التاجي، تم اختيارهم بطريقة قصدية من مجموع مرضى القلب المصابين بمرض الشريان التاجي. تم التأكد من وجود متغير نمط السلوك فيهم عن طريق استبيان قياس سلوك النمط "أ" ومقياس النمط "د" Ds14. 06 منهم تم الاتصال بهم بداية في اثناء زيارتهم الدورية للطبيب المختص في أمراض القلب والشرايين. و06 حالات تعرضوا لاحتشاء عضلة القلب (نوبة قلبية) IDM بطريقة مباغتة دون تقديم شكاوى سابقة لأعراض الإصابة بأي نوع من انواع

امراض القلب والذين تم نقلهم على وجه السرعة إلى مصلحة الاستعلاجات بالمستشفى الجامعي سعادنة عبد النور بولاية سطيف، تمت معاينتهم ومراقبتهم بمصلحة امراض القلب والشرابين بنفس المستشفى أين تم التواصل معهم. تم التواصل مع أفراد العينة بعد موافقتهم باجراء مقابلة أولية لأجل تمرير المقاييس الخاصة بأنماط الشخصية "أ" و "د" لأجل توزيع افراد العينة حسب نوعية نمطهم. وفي مقابلة ثانية تم تمرير اختبار الروشاخ على أفراد العينة كل على حدة.

3.2. أدوات جمع البيانات:

بغرض تحقيق أهداف الدراسة، شملت أدوات جمع بيانات الدراسة على:

1.3.2. استبيان نمط السلوك "أ" واستبيان نمط السلوك "د" لتوزيع افراد العينة إلى فئتين (النمط "أ" و "د").

• استبيان نمط السلوك "أ" من تصميم بشير معمري (2012)، يتميز بمعاملات صدق وثبات عاليين. يحتوي المقياس على 45 عبارة. وبالنسبة لطريقة التصحيح؛ فإنه يجاب عن بنود الاستبيان ضمن ثلاثة بدائل وهي (لا، قليلا، كثيرا). حيث تمنح لا درجة صفر، قليلا درجة واحدة، وتمنح كثيرا درجتان. والدرجة الخام للاستبيان ككل تتراوح نظريا بين 0 و 90 درجة. كلما كانت النتيجة مرتفعة عن المتوسط أي أكبر من 45 دلّ على كون الفحوص من ذوي سلوك نمط "أ".

تم اعادة حساب الخصائص السيكمومترية للاستبيان بعد تطبيقه على عينة تكونت من (86) فردا، تم جمع أدلة عن صدقه باستخدام ثلاث طرق؛ الصدق الداخلي، والصدق العاملي، والصدق التمييزي. كشفت معاملات ارتباط البنود بالأبعاد التي تنتمي إليها أنها مقبولة ودالة احصائياً عند مستوى 0,05، حيث تراوحت بين (0,33) و (0,64)، كما كشفت عن معاملات ارتباط مرتفعة ودالة احصائياً عند 0,01 بين الأبعاد، وبين الأبعاد والدرجة الكلية، فقد تراوحت بين (0,64) و (0,89). وأظهرت نتائج الصدق العاملي التوكيدي بأن النموذج المفترض ملائم لبيانات العينة، حيث أكدت نتائج مؤشرات جودة المطابقة مربع كاي (X^2) أنها غير دالة احصائياً عند مستوى 0,05، كما جاءت قيم تشبعات البنود بالعوامل التي تنتمي إليها أنها مقبولة تراوحت بين (0,36) و (0,78). وبينت الفروق بين الفئة العليا والفئة الدنيا (27 % أي 22 فرداً في كل فئة) في المقياس باستخدام اختبار "ت" أنها دالة احصائياً عند مستوى 0,01 لصالح الفئة العليا في سلوك النمط "أ" بأبعاده، مما يؤكد على القدرة التمييزية للاستبيان بأبعاده بين الفئة العليا والفئة الدنيا.

كما تم التحقق من ثبات درجات استبيان نمط السلوك "أ" باستخدام الاتساق الداخلي "ألفا" و"أوميغا" للأبعاد والمقياس الكلي. كشفت معاملات ثبات درجات استبيان نمط السلوك "أ" أنها مقبولة، حيث تراوحت معاملات ثبات "ألفا" و"أوميغا" للأبعاد بين (0,67) و(0,88)، والاستبيان الكلي (0,88)، و(0,93). وهذا يؤكد تمتع درجات استبيان نمط السلوك "أ" وأبعاده بالثبات. وعليه، فقد بيّنت الأساليب السيكمومترية المستخدمة على وجود أدلة مقبولة من صدق وثبات درجات استبيان نمط السلوك "أ"، وأن أدلة الصدق والثبات المجمعة كافية لاستخدامه في جمع بيانات الدراسة الحالية.

• استبيان نمط السلوك "د" يشار إليه بـ Ds14 (Denollet, 2005)، يحتوي على 14 بند. تم ترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية وقياس خصائصه السيكمومترية والتي أظهرت درجات صدق وثبات مرتفعة. تقدم للمفحوص البدائل (خطأ، خطأ نوعاً ما، دون رأي، صحيح، صحيح نوعاً ما) وتأخذ الأوزان الدرجات التالية: الإجابة (خطأ) تعطى صفر درجة، الإجابة (خطأ نوعاً ما) تأخذ 3 درجات، الإجابة (صحيح) تأخذ 4 درجات. من بين 14 بند توجد 7 بنود تقيس درجة العاطفة السلبية، تتمثل في البنود 2-4-5-7-9-12-13. أما 7 البنود الباقية تقيس درجة التثبيط الاجتماعي وهي (معكوسة) 1-3-6-8-10-11-14.

2.3.2.. اختبار الروشاخ لتقصي التوظيف العقلي لأفراد العينة من المجموعتين؛ إذ يتفق الباحثون أونزيو وشبار ودوبراي (1988) Chabert, (1996) Debray, (2004) Anzieu et Chabert على أن أشكال التوظيف النفسي التي يتم تحريكها في الوضعية الإسقاطية تعكس التنظيم العقلي للفرد. لذا فإن الأبعاد الثلاث للتوظيف العقلي يتم تقصيدها من خلال المعطيات المجمعة من اختبار بقع الحبر لهرمان روشاخ والذي سنعتمد في تمريره وتحليل نتائجه على الطريقة الكلاسيكية لنينا روش دو ترينبارغ وزملائها (1990) Nina Rausch de Traubenberg et al والطريقة التحليلية في المجال السيكموسوماتي لكلود دو تيشي وجوال ليغيزولو Claude De Tyche & Joelle Lighezzolo (1983).

3. عرض وتحليل نتائج الدراسة:

سمح تحليل بروتوكولات اختبار الروشاخ بالإجابة على فرضيات الدراسة:

1.3.1. هناك فروق بين أفراد العينة من النمط "أ" و النمط "د" لوجود هشاشة في التوظيف العقلي لصالح أفراد العينة من النمط "د"

سمح التحليل العام لبروتوكولات الروشاخ بإظهار هشاشة في التوظيف العقلي لدى أفراد العينة من الفئتين من المرضى (النمط "أ" والنمط "د")، امتاز بفقر في الفضاء الخيالي، عدم الإصرار العقلي والتميز النزوي ما يشير إلى عقلنة خائفة نسبيا، إضافة إلى عدم فعالية الدفاعات. إلا أنها كانت أكثر هشاشة وتدهورا وظيفيا لدى أفراد العينة من النمط "د". راجع لتدهور وتدني معايير ومؤشرات الروشاخ حول الأبعاد المشكلة للتوظيف العقلي الثلاث، والمتمثلة في (الفضاء الخيالي، العقلنة، فعالية الدفاعات). وتفصيل ذلك ما جاء في الفرضيات الجزئية.

1.1.3.1. هناك فروق بين أفراد العينة من النمط "أ" و النمط "د" لوجود فضاء خيالي فقير يظهر من خلال تدني عدد مؤشرات (R، K، k، TRI، A، FS، F، F^+ ...) لصالح أفراد العينة من النمط "د" حيث تشير R إلى عدد الاستجابات في الاختبار، K: المحددات الحركية الكبرى، k: الحركات الصغيرة (kan, kob, kp)، F: الاستجابات المحددة بالشكل، F^+ : الأشكال الجيدة، A: الاستجابات ذات المحتوى الحيواني، T.R.I: نمط الخبرة، FS: شكل ثنائي

جاءت النتائج وقيم المعايير حسب المؤشرات في الروشاخ لأفراد العينة من النمط "أ" وأفراد العينة من النمط "د" كما هو موضح في الجدولين المواليين (2،1): المؤشرات بالخط الغليظ في الجدول تدل على المؤشرات المطابقة للمعايير.

جدول 1

مؤشرات الفضاء الخيالي لأفراد العينة من النمط "أ"

المعايير \ الحالات	1	2	3	4	5	6	قيم المعايير
R : 30/ 20	17	23	21	19	18	19	6/2
K < أو = 3	1	2	2	0	0	2	6/0
4< k(kan,kob,kp)	2	6	1	0	2	4	6/1

6/3	42.1	55.5	68.4	47.6	26.1	58.8	F % : 75/50
6/2	81.2	70	52.6	68	58.3	30	85/70:F+%
6/1	31.5	55.5	52.6	42.8	56.5	23.5	50/ 35 :A%
6/5	5.75/2	3.7/0	1.75/1	3.5/2	5/2	3.5/1	T.R..I
6/3	0.5/4	2/2	4/1	4/1	2/6	0.5/2	FS
	8/2	8/2	8/3	8/4	8/4	8/2	مؤشرات وفق المعايير

المصدر: اعداد الباحثة؛ تم استخراجه من خلال بروتوكول الروشاخ لافراد العينة من مرضى القلب (نمط أ)

جدول 2

مؤشرات الفضاء الخيالي لأفراد العينة من النمط "د"

قيم المعايير	6	5	4	3	2	1	الحالات المعايير
6/0	16	13	16	12	19	11	30/ 20 :R
6/1	0	0	0	0	3	0	$K < 3$ أو $3 = K$
6/1	0	4	3	1	9	2	$4 < k(kan, kob, kp)$
6/5	68.7	61.5	56.2	50	26.3	72.7	F % : 75/50
6/1	59.0	87.5	69.2	58.3	60	81.2	85/70:F+%
6/3	50	69.2	50	41.6	63.1	55	50/ 35 :A%
6/1	1/0	1/0	3/0	1.5/0	1.5/3	0.75/0	T.R..I
6/2	1/0	0/4	0.5/3	0.5/1	2.25/9	1.5/2	FS
	8/2	8/1	8/2	8/2	8/4	8/3	مؤشرات وفق المعايير

المصدر: اعداد الباحثة؛ تم استخراجه من خلال بروتوكول الروشاخ لافراد العينة من مرضى القلب (نمط د)

من خلال تحليل بروتوكولات الروشاخ، فإن الفضاء الخيالي لأفراد العينة من الفئتين من المرضى (النمط "أ" و"د")، ظهر فقيرا ولم يتعدى عدد المؤشرات الموافقة للمعايير (8/4) بالنسبة للفئتين. سجل أغلبية أفراد العينة كف واضح في عدد الاستجابات؛ حالتين فقط من النمط "أ" حققا المعيار بهذا الخصوص. ظهر نقص في الاستجابات المنتمية للقطب الحركي لدى الفئتين. أما

العلاقة مع الواقع الخارجي فجاءت خائرة عند (12/10) من الحالات. بالرغم من تحقيق (10/8) من الحالات لنتائج معيارية حول الشكل (F%) 3 حالات في فئة النمط "أ" و 5 حالات في فئة النمط "د"، إلا أنها لم تتوافق مع نتائج (F⁺%). وتعتبر العلاقة مع الواقع الخارجي مشوهة بسبب التباين الواضح بين نسبة F% و F⁺%. وجاءت نتائج مؤشر الاستجابات الحيوانية (A %) موافقة للمعايير لأربع حالات، 3 منها في النمط "د". وجاءت الاستجابات الحيوانية بأشكال منقوصة و ترميزات سيئة. أما بالنسبة لنمط الخبرة TRI، حققت أغلبية الحالات (6/5) من النمط "أ" مؤشرا ايجابيا مقابل حالة واحدة فقط في النمط "د". أما FS كمؤشر ايجابي حققه ثلاث حالات من النمط "أ" وحالتين من النمط "د".

كخلاصة؛ ووفقا لما جاء في بروتوكول الروشاخ، فإن الفضاء الخيالي لجميع أفراد العينة يظهر كفضاء فقير وهو ما أشار إليه رواد المدرسة السيكوسوماتية (Marty & De M'uzan, 1963) في التنظيمات السيكوسوماتية وما تحدث عنه (Sami Ali (2010) حول باتولوجية التكيف أو كبت وظيفة الخيالي، حيث كلما اختل التنظيم السيكوسوماتي أصبح الفضاء الخيالي أكثر فقرا. ترجم فقر الفضاء الخيالي من خلال ضعف المؤشرات في بروتوكولات الروشاخ، غير ان فئة النمط "د" جاءت عدد معاييرها متدنية مقارنة بالنمط "أ". أما بخصوص مؤشر الشكل (F %) الذي جاءت الاستجابات فيه بكثرة من طرف حالات النمط "د" فهو يشير للتشبه بالواقع الموضوعي وضيق في الفضاء الخيالي يدل على أن الشكل يحتل مكانة اللون والحركة التي تعكس ثراء الفضاء الخيالي (de Tychey, Rebourog, Vivot (2000)، كما أكد (CHABERT (1988) أن هيمنة المدرك على الخيالي تتأكد كلما كان F% مرتفعا و F⁺% منخفضا، وهو ما تأكد عند المرضى من النمطين "أ" و "د"، فتحققت لدى مرضى النمط "د" (F%: 6/5 و F⁺%: 6/1) أكثر من النمط "أ" (F%: 6/3 و F⁺%: 6/2). إلا أنه وكما أكد عليه (Gaudriault, 2007)، فمن المهم عدم الاكتفاء بالتقييم الكمي فحسب، بل وبالإضافة إلى ذلك ضرورة تقصي التغيرات من خلال الاهتمام بالتغير في نوعية الاستجابات كون فعالية المقاربة من خلال النتائج الكمية (عدد الاستجابات مثلا) تعتبر محدودة. فتدقيق في نتائج F% و F⁺% تعتبر غير ناجحة، إذ نستنكر العلاقة مع الواقع الخارجي لديهم. فالعلاقة الخائرة مع الواقع الخارجي لا ترجع لعدم الاعتراف بالواقع الخارجي (كما هو الحال عند الذهاني) بل تسند لعدم التكيف معه باللجوء إليه ليس كوسيلة لحل الصراعات والتحرر الزوي من خلاله، ما يؤدي

لاستثماره من خلال الالتزام بما هو واقعي وملمس كما أكد عليه (De Tychey & Lighezzolo, 1983 و Marty (1991)

أما مؤشر الاستجابات الحيوانية (A%)، فقد جاءت موافقة للمعايير لـ 3 حالات لدى النمط "د"، غير أن بقية الحالات جاءت نسبة الاستجابات الحيوانية لديها مرتفعة أكثر مقارنة بالنمط "أ" التي حققت حالة واحدة فقط المعيار بهذا الخصوص؛ ما يشير إلى فقر أكثر في الفضاء الخيالي لدى حالات النمط "د" وعلى هيمنة المدرك على الخيالي حسب (Chabert 1988 و de Tychey, Rebourg, Vivot (2000). أما بالنسبة لما يشعر به الحالات من نزعة انبساطية أو انطوائية، فإنه وبالرغم من تحقيق النمط "أ" لعدد أكبر من المعايير إلا أن المؤشرين الخاصين بالأنماط لا يسيران في نفس الاتجاه بالنسبة لأغلبية أفراد العينة من النمط "أ" و "د". فحسب نفس الباحثين، فإن مؤشر نمط الخبرة (TRI) وقانون إدراك التحقق الزوي (FS) التي تميل نحو التضيق أو النمط المضيق تشير لهيمنة المدرك على الخيالي.

2.1.3. هناك فروق بين أفراد العينة من النمط "أ" والنمط "د" في مستوى ضعف العقلنة يظهر من خلال تدني عدد ونوعية مؤشرات الروشاخ حول (الدينامية العاطفية، الترميز الجنسي والعدواني، الارتباط بين العواطف والتمثيلات) لصالح أفراد العينة من النمط "د" يتضح من خلال استجابات أفراد العينة من الفئتين وجود محدودية بخصوص التعبير النزوي الموضوعي الصريح و التعبير النزوي اللاموضوعي الصريح والحيادي. بمقارنة نتائج النسب بين الفئتين (نمط "أ" ونمط "د")، فقد سجل الكثير من التعبير النزوي الموضوعي الحيادي وطغى هذا النوع من التعبير على إجابات أفراد العينة من الفئتين لم تمكننا من تمييز الفروق بينهما. أما في محور العدوانية، وجود القليل من الإجابات حول التعبير عن العدوانية النشطة الموضوعية منها واللاموضوعية. وجاءت النتائج حول التعبير العدواني (الموضوعي واللاموضوعي) النشط لدى أفراد العينة من الفئتين قليلة، وجاء التعبير العدواني السلبي والتعبير العدواني الكامن معتبرا لهما أيضا. إلا أن الدرجات المجمعة للتعبير العدواني الموضوعي النشط واللاموضوعي النشط ظهرت مرتفعة أكثر لدى فئة النمط "أ" ونسب الإجابات المجمعة للتعبير العدواني الموضوعي واللاموضوعي السلبي مرتفعة لدى النمط "د".

وظهر ترميز النزوات الجنسية غير مرصن نسبيا لدى أفراد العينة من الفئتين، ومتوسط مؤشر الإحصان الرمزي (IES) جاء أقل من القيمة 0,5. أما نوعية ترميز النزوات العدوانية فتشير

النتائج لنوعية سيئة من الترميز العدواني لدى افراد العينة من الفئة "د" حيث ظهر هذا المؤشر متدنيا وجاء في بعض الحالات سلبيا (في البطاقة X: هذي عنكبوت ملبزة) أما أفراد العينة من النمط "أ" فحققت مؤشر إرصان رمزي جيد نوعا ما (VII : زوج نمورة عندهم مخالف) لدى أغلب الحالات في هذا النمط.

أما ربط عاطفة/ تمثيلة ظهر انخفاض عدد الإجابات الشكلية اللونية ذات الربط الناجح والإجابات التي تشير إلى غياب العواطف المرتبطة بالتمثيلة بمحددات بسيطة مرتفعة جدا غمرت إنتاجية البرتوكول عند أفراد العينة من المجموعتين، حيث اغلب هذه الإجابات ذات إطار شكلي خائر. كما ظهرت محدودية في إسقاط العاطفة الخام والمحددات المشيرة لبداية الإرصان. أما الإجابات بمحددات الربط الناجح فجاءت متوسطة لدى أفراد العينة من النمط "أ"، وضعيفة في النمط "د". ومنه فإن الربط بين العاطفة والتمثيلة لا يمكن اعتباره ناجحا لدى أفراد العينة من الفئتين خاصة عند فئة النمط "د".

كخلاصة، فإن العقلنة تظهر خاترة نسبيا لدى فئتي المرضى من النمط "أ" و"د"، وهو ما يظهر لدى المرضى السيكوسوماتيون كما أشار إليه (1991) Marty، (1996) Debray، وأن عجز العقلنة يمكنه تشجيع ظهور الجسدنة (2003) Pongy et Babeau. ففي حين جاء التعبير النزوي والتميز الجنسي متقاربا في نتائجه بين الفئتين، والتعبير عن العدوانية متفاوت في جزء منه فقط لصالح النمط "أ"، فإن الاختلاف بين إجابات النمط "أ" و"د" ظهر جليا في نوعية ترميز النزوات العدوانية وبعض مؤشرات ربط العاطفة/ تمثيلة.

3.1.3. هناك فروق بين افراد العينة من النمط "أ" و النمط "د" لوجود دفاعات غير فعالة تظهر من خلال العناصر الخمس المشيرة لفعالية الدفاعات (شكل التعبير اللفظي، سوء التكيف مع الواقع الخارجي، مؤشر IES النزوات الجنسية والعدوانية، المستوى الدينامي، النبوة الانفعالية) لصالح افراد العينة من النمط "د"

أظهرت نتائج بروتوكول الروشاخ لدى أفراد العينة من النمطين "أ" و"د" بخصوص عناصر فعالية الدفاعات الخمس بان الدفاعات التي لجأ إليها أغلبية أفراد العينة من الفئتين "أ" و"د"؛ غير فعالة، إلا أنها كانت اقل فعالية لدى افراد العينة من المرضى من النمط "د" مقارنة بالمرضى من النمط "أ". وهو ما يسير في اتجاه ما أشارت إليه (Xardel-haddab, 2009, p.91) حيث

"استعمال ميكانيزمات دفاعية موجهة للداخل نحو الذات وأن كف تعبير النزوات العدوانية فيه بحث عن الهدوء الخالص لتجنب مواجهة الاثارات الداخلية، فهو يقوم بكف الفكر بالإضافة إلى قمع عواطفه، ويتم ردع النزوات العدوانية، وهو ما يؤدي إلى الجسدية.

- ففي أشكال التعبير اللفظي: لجوء لاستعمال العديد من الاحتياطات اللفظية (البطاقة III: هنا كلي يشبه لجنحين تاع فراشة ...)، البحث عن السند بتحر الدعم من العالم الخارجي إضافة إلى العديد من الانتقادات (انتقاد الموضوع أو الانتقاد الذاتي) كما في الاستجابة على البطاقة VI على التوالي : (كشما راكي تشوفي هنا؟؟ ... ما كانش حاجة باينة هنا...ما فهمتاش)

- أما بخصوص احتواء السيرورات الأولية، ظهر إخفاق في اللجوء للسيرورات الثانوية، ويشير فشل الترميز لبروز وغمر كثيف للسيرورات الأولية بترميز سيء للعدوانية والجنسية (الدم يسيل من راسها) ظهر من خلال ضعف مؤشر IES النزوات الجنسية والعدوانية، حيث تم التعبير عن العدوانية بطريقة متدهورة من الترميز الجيد إلى ترميز أقل إحصانا إلى تعبير بطريقة فضة (B → D → E) من مثل (I : رأس ذيب، VI جلد، جاي تاع ذيب مسلوخ، VII : كلي هيكل عظمي تاع واحد عندو مدة من لي مات ، شوفي متحلل ناقصين منه طراف خطراکش هنا في النص فرغان...)، كما جاء الترميز الجنسي الأنثوي والقضيبي سيئا وغير ناجح (IES= 0.33) في البطاقة X مثلا: (في الترميز القضيبي : العمود الفقري (الرمادي من فوق)، والترميز الانثوي: هذا Bassin (الازرق المركزي)، كاين ثاني الدم هنا) مع رفض البطاقتين المشبعة بالتفاصيل الأنثوية وغياب الترميز القضيبي على البطاقات المشبعة بالتفاصيل القضيبيية عند أغلبية افراد العينة من مرضى النمط "د".

- جاء الإطار الشكلي سيء وعدم التكيف مع الواقع الخارجي، حيث يشير الارتفاع الكبير لنسبة للمؤشرات الشكلية F و F+ الممتد (أكثر من 60%) إلى اللجوء الكثيف للواقع الخارجي بطريقة موضوعية. بروتوكولات فيها العديد من اللجوء الى ما هو ملموس، لكن غير متحكم به بطريقة جيدة ليسمح بالتكيف مع الواقع واستثماره بطريقة مكثفة ومفرطة. بدا الإطار الشكلي خائرا ويرجع للتركيز على الجسم والتفريغ النزوي كما تقدم في مثال البطاقة العاشرة أعلاه.

- أما على المستوى الدينامي، ظهرت هيمنة الحركات النكوصية، فبينما ظهرت هيمنة الحركات النكوصية داخل البطاقات وبين البطاقات من خلال عدد الاستجابات ونوعيتها وشكلها الخائر، إضافة إلى النكوص في التعبير واستعمال العديد من الاحتياطات اللفظية والمورور من السيرورات الثانوية إلى السيرورات الأولية بترميزات جنسية وعدوانية من جيدة إلى سيئة أو فضة، ظهرت

النكوصات داخل البطاقة بالدرجة الأولى لدى فئة المرضى من النمط "أ"، (كما في البطاقة III: هذا بابيون (فراشة) ثم في الإجابة التي بعدها في نفس البطاقة: هذي (اللون الأسود) راس نملة منصل رجلها جيمة ورأسها جيمة) وفي بعض الحالات إلى دينامية داخل الإجابة بظهور نكوصات داخل الإجابة الواحدة (البطاقة II: هذو زوج فيلة كانوا يشطحو ومن بعد تقلقو وتهاشو وسال الدم من رأسهم ورجلهم)، فقد ظهرت لدى فئة المرضى من النمط "د" حركات نكوصية بين البطاقات على نطاق واسع ولم تمكن ظهور حركات تطورية بين البطاقات بكثافة ما أدى إلى عدم التحرر النزوي. (البطاقة V: هذا خفاش، ثم في البطاقة التي بعدها هذا جلد، جاي تاع ذيب مسلوخ)

- أما في النبرة الانفعالية، فتقييمها جاء سيئا ويمكن اعتبار العواطف شحيحة وفقيرة في البروتوكولات، سواء كانت العواطف الايجابية منها أو السلبية (الفُكاهة، التعجب، عبارات الانزعاج...) وظهرت خاصة من خلال عبارات الانزعاج وعلامات لتعجب في الاستجابات لدى غالبية أفراد العينة مع وجود إشكالية في الربط بين العاطفة والتمثيلة لديهم، يرجع لفقر التعبير العاطفي إضافة إلى عدم قدرة أفراد العينة للجوء إلى السيرورات الثانوية لأجل تحقيق تسوية بين الواقع الداخلي المشكل بالعاطفة والواقع الخارجي. حيث كانت أغلبية الاستجابات تربط التمثيلات بعناصر واقعية من الحياة الواقعية (استذهان) وكانت الارتباطات تختص بما هو ملموس دون تعبير عن العواطف وجاء الربط بين اللون والشكل شحيحا في البروتوكولات (FC, FC', FE, FClob, KC, KC'...) حيث غلبت الاستجابات التي يظهر فيها غياب العواطف المرتبطة بالتمثيلة (kan, K, F...) أو إسقاطات للعاطفة بطريقة فضة C' خالص، C خالص، E خالص، Clob خالص. وبالرغم من بعض الاستجابات المرتبطة بمحدد شكلي أو لوني (CF, C'K, ClobF,...) المشيرة إلى بداية العواطف بالارصان، إلا أنها كانت قليلة ومحدودة خاصة عند افراد العينة من مرضى النمط "د".

وبتجميع العناصر الخمس وتحليلها، يتضح من خلال نتائج بروتوكول الروشاخ لدى أفراد العينة من الفئتين بان الدفاعات التي لجأ إليها أغلبية أفراد العينة من الفئتين "أ" و"د"؛ غير فعالة، إلا أنها كانت اقل فعالية لدى افراد العينة من المرضى من النمط "د" مقارنة بالمرضى من النمط "أ".

• ووفقا لـ (De Tychey 1997)، فإن العقلنة كي تتمكن من إتمام عملها الخاص بالتحريز النزوي ومعالجة الصراعات إضافة إلى القدرة على استخدام الخيال بهدف علائقي، فإنها يجب أن ترتبط بمرونة دفاعية تسمح بإرصان العواطف على المستوى العقلي، لذا فبسبب اختلال الابعاد الثلاث

المتشابكة أدت إلى هشاشة في التوظيف العقلي لدى أفراد العينة من المرضى من النمطين "أ" و "د"، لكنه جاء أكثر هشاشة واحتلالاً لدى أفراد العينة من مرضى النمط "د".

خاتمة:

يتضح من خلال ما توصلت إليه الدراسة الحالية حول أبعاد التوظيف العقلي وفقاً لما جاء في بروتوكول الروشاخ، بأن الفضاء الخيالي لجميع أفراد العينة من مرضى القلب يظهر كفضاء فقير يترجم من خلال ضعف المؤشرات، غير أن فئة النمط "د" جاءت عدد معاييرها متدنية مقارنة بالنمط "أ". أما بخصوص مؤشر الشكل (ش%) فقد جاءت الاستجابات فيه كثيرة من طرف حالات النمط "د" ما يشير للتشبث بالواقع الموضوعي و ضيق في الفضاء الخيالي كما تظهر الاستجابات الحيوانية لدى النمط "د" ما يشير إلى فقر أكثر في الفضاء الخيالي لدى حالات النمط "د".

أما العقلنة تظهر خاتمة نسبياً لدى الفئتين من مرضى القلب من النمط "أ" و "د"، ففي حين جاء التعبير النزوي والرميز الجنسي متقارباً في نتائجه بين الفئتين، والتعبير عن العدوانية متفاوت في جزء منه فقط لصالح النمط "أ"، فإن الاختلاف بين إجابات النمط "أ" و "د" ظهر جلياً في نوعية ترميز النزوات العدوانية وبعض مؤشرات ربط العاطفة/ تمثيلة التي ظهرت أكثر تدنياً لدى فئة النمط "د". وهو ما يشير إلى مركب السلوك العدواني وعدم تفريغ النزوات العدوانية بطريقة ايجابية راجع للرميز السيئ للعدوانية.

ظهرت الدفاعات غير فعالة لدى أفراد العينة من مرضى القلب ككل. حيث (سوء نوعية التعبير اللفظي، بروز السيرورات الأولية وضعف مؤشر IES النزوات الجنسية والعدوانية، إطار شكلي سيء وعدم التكيف مع الواقع الخارجي، عدم فعالية الدفاعات على المستوى الدينامي، وتقييم سيء للنبرة الانفعالية) وجاءت أكثر تدني لدى المرضى من النمط "د".

هي كلها دلالات على توظيف عقلي سيئ على غرار ما ذهب مارتى حول سوء التوظيف لدى المريض ذو التنظيمة السيكوسوماتية. وأنه كلما زاد خلل التنظيم كلما أدى ذلك إلى الاختلال الجسدي بسبب سيطرة نزوة الموت. وقد يكون نقص ترميز العدوانية الذي ظهر في تحليل بروتوكول الروشاخ لدى فئة المرضى من النمط "د" هو ما يؤدي إلى التفريغ المبالغت على مستوى جسدي، واختزال العدوانية غير المرصنة التي لا تجد لها مخرجة كما يرى رواد السيكوسوماتية إن كان على المستوى النفسي أو السلوكي الراجعة للسمات التي يتسم بها أفراد العينة من المرضى من فئة "د".

قد تساعد نتائج الدراسة الحالية في طرح بعض طرق التكفل والعلاج في سعي لانعاش التوظيف العقلي لدى مرضى القلب من ذوي النمط "أ" و"د" بمحاولة تعديل السمات المشكلة لهم، وخاصة بالنسبة للنمط "د" بسبب عدم وجود إنذارات مسبقة وحدث الموت فجأة. لذا فمن الضروري:

- تقديم الدعم الاجتماعي الكثيف للفئة من "د" وتشجيعهم على التعبير عن عدوانهم بطريقة ايجابية؛ خاصة وأنهم يعانون كفا وتثبيطا اجتماعيا ويميلون إلى الكف عن التعبير عن الذات.
- تعزيز المشاعر الايجابية على حساب المشاعر السلبية خاصة من طرف الأسرة والمحيطين كونهم يختبرون العاطفة السلبية. وفيه أيضا محاولة لإعادة إنعاش فضاءهم الخيالي.
- تحقيق نوع من الأمن النفسي من خلال التقنيات الاسترخائية التي يتم تعليمها للمرضى من هذا النمطين.
- مساعدة المرضى على الارصان النفسي بإيجاد مخرجة لصراعاتهم الداخلية والخارجية، وتعزيز كموناتهم العقلية.
- تعزيز دفاعات المريض النفسية لان تصبح أكثر فعالية.
- فهم كيفية ضبط الانفعالات لدى مرضى القلب لأجل تعليم المريض كيفية تسييرها التسيير الحسن.
- إجراء دراسات معمقة حول مصير النزوات العدوانية لدى المرضى من الفئتين (النمط "أ" و"د")
- وبصفة عامة، إجراء الدراسة على عينة أوسع لأجل الحصول على نتائج أعمق يمكن تعميمها.

قائمة المصادر والمراجع:

1. الشريف، ليلى. (2003). أساليب مواجهة الضغط النفسي وعلاقته بنمطي الشخصية (أ-ب) لدى أطباء الجراحة القلبية والعصبية والعمامة. [رسالة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس غير منشورة]. كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا؛
2. تواتي، نورة. (2012). علاقة الأنماط السلوكية "أ. ب. ج" بالإصابة ببعض الاضطرابات النفسية (الاكتئاب، السيكوباتية، الهستيريا، الوسواس): دراسة مقارنة بين الأسوياء وغير الأسوياء. [أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي]. كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس، جامعة الجزائر 2، الجزائر؛
3. معمري، بشير. (2012). سلوك النمط (أ) وتصميم استبيان لقياسه وتقنيته على البيئة الجزائرية، المجلة العربية للعلوم النفسية، اصدار مؤسسة العلوم النفسية العربية، تونس، المجلد التاسع، العدد 36، ص.ص. 88-110؛
4. Anzieu, D et Chabert, C, (2004). Les méthodes projectives. PUF, Paris;
5. Bergeret, J, (2003). La personnalité normale et pathologique (9^{ème} édition). Dunod, Paris;
6. Chabert, C, (2004). Les méthodes projectives. PUF, Paris;
7. Chemouni, J. (2000). Personnalité, spécificité et structure en psychosomatique, L'Evolution Psychiatrique, France, vol 65, n° 3, p.p.539-557.

8. Consoli, S M, (2013). Personnalité et maladies somatiques" in Les personnalités pathologiques, Sous la direction de Julien-Daniel Guelfi et Patrick Hardy. Lavoisier, Paris;
9. Debray, R, (1996). Clinique de l'expression somatique. Delachaux et Niestlé, Paris;
10. Duijndam. S, Denollet. J (2019), Social inhibition in population-based and cardiac patient samples: Robustness of inhibition, sensitivity and withdrawal as distinct facets, General Hospital Psychiatry, Volume 58, pp: 13-23;
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834318304845> visited (25 oct 2021)
11. Denollet, J. (2000). Type D personality A potential risk factor refined, Journal of Psychosomatic Research, vol 49, n° 4, p.p 255-266;
12. Denollet, J. (2005). Ds 14 standard assessment of negative affectivity, social inhibition and type D Personality, psychosom med, vol 67, n° 1, p.p 89-97;
13. Denollet, J & Van Heck Guus, L. (2001). Discussion Psychological risk factors in heart disease: What Type D personality is (not) about, Journal of Psychosomatic Research, vol 51, n° 3, p.p 465-468,
14. Denollet, J; Schiffer, A & Spek, V (2010, sep 3). A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on the type D (distressed) personality profile, Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes published by the American Heart Association, n° 3, p.p.546-557. <http://circoutcomes.ahajournals.org/cgi/content/full/3/5/546> visited (28 juin 2019)
15. Igorevna Raykh.O, Nikolayevich Sumin. A, Nikolayevich Kokov. A & al (2020), Association of type D personality and level of coronary artery calcification, Journal of Psychosomatic Research, Volume 139, 110265;
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399920308278> visited (25 oct 2021)
16. Jourdy, R et Petot, J-M. (2016). Relations entre traits de personnalité et dépression au niveau des cinq grands facteurs et de leurs facettes, L'évolution psychiatrique, vol 82, n° 4, p.p.721-731;
17. Lahlou, K et Consoli, S. (1998). Stress, personnalité et maladies cardiovasculaires, La Revue de Médecine Interne, Médecine psychosomatique, vol 19, Supplément 3, p.p.339-342;
18. Hsin-BangLeu, Wei-HsianYin, Wei-KungTseng & al (2019), Impact of type D personality on clinical outcomes in Asian patients with stable coronary artery disease, Journal of the Formosan Medical Association, Volume 118, Issue 3, p.p: 721-729;
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929664616304697> visited (25 oct 2021)
19. Mariage, A et Schmitt-Fourrier, F. (2006). Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping: Etude auprès de personnels soignants, Le travail humain, Vol. 69, n° 1, p.p.1-24;
20. Marty, P (1991). Mentalisation et psychosomatique. Les Empêcheurs de penser en rond, France;
21. Marty. P, De M'Uzan.M (1963), La pensée opératoire, Revue française de psychanalyse, n° spécial contenant les rapports du XXIII^e Congrès des Psychanalystes de langues romanes, Paris, PUF. p.p. 345-365;
22. Morizot, J & Le Blanc, M. (2003). Continuity and change in personality traits from adolescence to midlife: A 25-year longitudinal study comparing representative and adjudicated men, Journal of Personality, vol 71, n° 5, p.p 705-755;
23. OMS (2017, Mai 17), Maladies cardiovasculaires, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds> visité le (12 Mai 2019)
24. Pederson, S & Denollet, J. (2006). Is Type D Personality Here to Stay? Emerging Evidence Across Cardiovascular Disease Patient Groups, Current Cardiology Reviews, vol 2, n° 3, p.p 205-213;
25. Pogossova.N, BoytsovS, Oganov. R & al (2018), Prevalence and Gender Differences In Type D Personality In Patients With Hypertension and/or Coronary Heart Disease, Global Heart, Vol 13, Issue 4, p: 485;
26. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S221181601830538> visited (26 oct 2021)
27. Pongey, P et Barbeau, R, (2003). Psychosomatique et médecine. Edition Sauramps médical, France;
28. Schweitzer, M.B et Boujut, E, (2014). Psychologie de la santé: Concepts, méthodes et modèles (2^{ème} édition). Dunod, France;

29. Rausch De Traubenberg, N; Bloch-Laine, F; Boizou, M.F; Duplant, N; Martin, M; Poggionovo, P. (1990). Modalité d'analyse de la dynamique affective au Rorschach: Grille de la dynamique affective, Revue de Psychologie Appliquée, vol 2, n° 40, p.p 245-258;
30. Tychev (De).C (1997), L'approche des dépressions à travers le test de Rorschach, point de vue théorique, diagnostique et thérapeutique, France, EAP.
31. Tychev (De). C , Lighezzolo, J. (1983). A propos de la dépression «limite»: contribution du test du Rorschach en passation «classique» et «analytique», Psychologie Française, vol 28, n° 2, p.p.141-155;
32. Tychev (De).C, Rebourg.Ch, Vivot.M (1992), Etude comparée des conceptions de l'imaginaire et de la mentalisation : réflexions sur leur opérationnalisation au test du Rorschach, Bulletin de la Société du Rorschach et des méthodes projectives de langue Française, n° 35, p.p.45-66;
33. Tychev (De), C et Dollander, M. (2002). Deuil compliqué et fonctionnement intrapsychique: approche clinique et projective, Psychologie Cliniques et Projective, vol 1, n° 8, p.p.241-264;
34. Xardell-Haddab Hamida (2009), Névrose, psychosomatique et fonctionnement limite, Approche clinique projective : Du destin des pulsions agressives, sous la direction de Claude de Tychev, these pour l'obtention de doctorat, mention : Psychologie clinique et pathologique, universite de Nancy II.

كيفية الاستشهاد بهذا المقال وفق نظام توثيق الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA الإصدار السابع (7):

حافري زهية غنية. (2021). مميزات التوظيف العقلي لمرضى القلب للشخصية من النمط (أ) و (د). آفاق فكرية،

سيدي بلعباس (الجزائر)، 9 (3)، 725-703 : رابط المجلة

<https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/396>