وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية

قسم علم النفس

شعبة علم النفس العيادي

رقم التسجيل : 1635109865

صورة الجسد و تجربة الألم لدى مرضى الجنف (SCOLIOSIS)

مقدمة لنيل شهادة الليسانس LMD في التخصص علم النفس العيادي

من إعداد الطالبة:

عمرون أسماء

تحت إشراف الأستاذة:

د . بوعلاقة فاطمة الزهراء

السنة الجامعية : 2021/2020

شكر وعرفان

أتقدم بخالص التقدير والإحترام الى السيدة الدكتورة بوعلاقة فاطمة الزهراء على مساعدتي على اختيار هذا البحث وتوجيهي إلى غاية إنجازه

كما أخص بالذكر الساده الأساتذه الدكتورة– عزوق جميلة و بن زطة بلدية و بن تومي الطيب وأتقدم لهم بكامل الشكر والتقدير على متابعتهم وتوجيههم لي وإلى كامل أساتذه علم النفس

الإهداء

أهدي كل شكري وتقديري الى والدي العزيزين وعائلتي الكريمة

فهرس
المحتويات

1985
جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

فـــهـــرس المـــحتـــويـــــــــات

العنوان	الصفحة
الإهداء	أ
كلمة شكر	ب
فهرس المحتويات	ج
مقدمة	1
الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة	
تمهيد	2
إشكالية البحث	4
دوافع اختيار الموضوع	8
أهمية البحث	9
أهداف البحث	9
مصطلحات الدراسة	12
الفصل الثاني :صورة الجسد	
تمهيد	2
تعاريف صورة الجسم	2
صورة الجسم الموجبة و السالبة	3
إضطراب صورة الجسم	4
اختلافات بين الجنسين لصورة الجسم	5
الفصل الثالث : الجنف	
تعريف الجنف	7
من هي الفئة الأكثر عرضة للجنف	9
ما مدى خطورة الجنف	10
الفصل الرابع : تجربة الألم	
نظرية الألم	12
تصنيف الألم وفق المحاكات التشخيصية للدليل التصنيفي و التشخيصي للأمراض و الإضطرابات النفسية و العقلية	14
إفتراضات مدرسة التحليل النفسي Psychoanalysis للألم	16

مظاهر الألم النفسي	17
النظريات المفسرة للألم	18
إفتراضات مدرسة التحليل النفسي	18
نظرية التحكم	18
النظرية السلوكية و الألم المزمن	19
نموذج تجنب النشاط	20
النموذج المعرفي للخوف من الحركة أو إعادة الإصابة	21
العوامل الثقافية و الإجتماعية و الألم المزمن	22
العوامل الدينية	23
الفصل الخامس : الجانب التطبيقي	
الدراسة الإستطلاعية	25
تحديد المجال الزماني و المكاني للدراسة	25
منهج الدراسة	26
مواصفات حالات البحث و كيفية إختيارها	26
وصف أدوات البحث المستخدمة	27
دراسة الحالة **I**	28
دراسة الحالة **II**	45
مناقشة الفرضيات	64
الخاتمة	
ملخص الدراسة	
قائمة المصادر و المراجع	

مقدمة

1985
جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

مقدمة

ينعكس تشخيص الإصابة بمرض الجنف على حياة المريض بعدة أشكال، وتختلف ردَّة فعل المصاب بخصوص التعايش مع مرض الجنف من شخص إلى آخر.

فهذا الأمر لا يعدو بالنسبة لبعض المرضى أن يكون مجرد منغصات طفيفة، لا ترقى لتمثّل مشكلة أو عائقاً يؤثر على حياتهم اليومية. فيما يتجلى سكوليوز على شكل مرض مزمن مسبباً آلاماً في الظهر وتقييداً لحركة العمود الفقري لدى آخرين، مما يؤثر بشكل مباشر على حياتهم اليومية. ويمكن لبعض الحالات المرضية أن تتطور لتصل إلى مشاكل أكبر في كل من الجهاز التنفسي وجهاز القلب والأوعية الدموية.

تتأثر جودة حياة المرضى الذين يعانون من الجنف بعوامل عديدة منها:

تلعب شدة الحالة دوراً كبيراً في تحديد مدى تأثير المرض على الحياة اليومية للمريض. فمعظم مرضى الجنف يعيشون حياة طبيعية نسبياً دون تأثير واضح على نوعية حياتهم. وفي حالات قليلة، يمكن أن تتعارض هذه التشوهات مع حياة الشخص وتؤدي إلى محدودية في الحركة أو خلل في وضعية الجسم أو ألم مزمن أو حتى التأثير على وظائف الرئة.

نظراً لأن فترة المراهقة هي فترة حرجة ولها أثر كبير على التطور النفسي. فإن التشوه الناتج عن الجنف قد يضع درجة معينة من الضغط الاجتماعي والنفسي على المرضى، كما أن انحناءات العمود الفقري الأكثر حدة ستسبب ضغطاً نفسياً أكبر على المريض.

وفقاً لدراسة بحثية حديثة، استُنتج أن الصورة الذاتية للشخص المصاب بالجنف مرتبطة عكسياً بزاوية انحناء العمود الفقري (كوب) وزاوية انحراف الصدر.

ووجدت دراسة أخرى أن المرضى الذين يعانون من الجنف الشديد مجهول السبب كانوا أكثر عرضة للمشاكل النفسية مقارنة بالمرضى الذين يعانون من الجنف المتوسط أو الخفيف.

تعدُّ البيئة الأُسرية من العوامل المؤثرة على كل من استجابة المريض للعلاج والتأثير على الجانب النفسي للمصاب.

كما أن لموقف الوالدين تجاه مرض جنف الأطفال عند ولدهم تأثير إيجابي للغاية على مواقف الطفل تجاه العلاج، وبالتالي تحسين نوعية حياتهم.

يعدُّ التعايش مع مرض الجنف تحدياً صعباً، خاصةً إذا تم تشخيص المرض في سن مبكرة. إذ يميل الأشخاص المصابون بالجنف عادةً إلى الشعور بالخوف من أي نشاط بدني، ولكن في الواقع هذه الأنشطة البدنية لها دور رئيس وفعّال في تحسين صحة الشخص وقبول مشكلته والتعايش معها، لمساعدته على أن يكون أكثر إنتاجية في الحياة، لا سيما خلال مراحل التعافي والشفاء ما بعد عملية الجنف.

وفيما يلي بعض النصائح حول كيفية التكييف مع الجنف::

- لا تنتظر كثيراً للبدأ بالعلاج

التدخل المبكر للعلاج يوقف تطور انحناء العمود الفقري في مراحل المرض الأولية، ويزيد من فرص تحسُّن حالة المريض.

- لا تنم على بطنك!

النوم على بطنك هو أسوأ وضع للنوم في حالات الجنف؛ لأنه يجعل العمود الفقري الصدري مسطحاً، وهذا يسرُّع في عملية تفاقم الحالة المرضية للجنف.

- لا تستخدم الهاتف المحمول بشكل مستمر

يعد استخدام الهاتف المحمول بشكل خاطئ من الأمور المؤثرة في حالات الجنف؛ إذ يسود بين الأفراد المفرطين باستخدام الهواتف المحمولة انحناء الرقبة الذي بدوره يضغط على النخاع الشوكي والأوعية الدموية المؤدية إلى النخاع الشوكي . وهو ما يؤدي إلى ألم مزمن في الرقبة وتفاقم إصابتهم بالجنف. لذلك وجب إمساك الهاتف على مستوى العين وإراحة عنق الرقبة.

- لا تحمل أشياء ثقيلة

يزيد حمل الأشياء الثقيلة من الضغط على عمودك الفقري، والذي له تأثير سلبي على حالتك المرضية.

كما يعدُّ حمل الحقيبة على كتف واحدة فقط أمراً غير صحي. ويجب ألا يتجاوز الوزن الإجمالي لحقيبة الظهر 10 بالمائة من وزن جسم طفلك.

- تجنب التمارين الصعبة والعنيفة

أمور يجب فعلها وتُعين في التعايش مع مرض الجنف:

- البدء بالتدخل العلاجي مبكراً
- استخدم الأرائك والمخدات عالية الجودة
- قم بتغيير موضع جسدك بشكل متكرر

إن الجلوس أو الوقوف في مكان واحد لفترة طويلة يضغط على العمود الفقري. لذا يجب عليك تغيير الوضعية عبر التمدد أو المشي قليلاً بقدر الإمكان. واختر لنفسك كرسياً يتمتع بدعم كبير للعمود الفقري عند اضطرارك للجلوس لفترات طويلة.

- التمدد وتمارين الإطالة

حيث تساعد تمارين الإطالة في تخفيف الشعور بالألم وعدم الراحة.

- ممارسة التمارين الرياضية لتقوية العضلات

التمارين الأساسية هي أفضل التمارين المناسبة للجنف؛ لأن العضلات الأساسية تدعم العمود الفقري، ومن المفيد العمل على تقويتها.

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

تمهيد :

إن القيام بأي بحث يتطلب تحديد مجموعة من المراحل تتماشى وفق الأهداف المسطرة من خلال القيام بتحضيرات النظرية التي تتضمن الكم الهائل من المعلومات و المعطيات الخاصة بموضوع البحث .

وهذه المعلومات تتضمنها إشكالية و تساؤلات تستوجب عليها القيام بعمل ميداني للتأكد من صحة الإقتراحات و إجابة عن الإشكالية المطروحة ،وهذا الأخير حسب المنهجية ومنه :

فإن الدراسة الحالية و الأساسية تحاول التعرف و الكشف عن تأثيرات صراعات الخفية لدى المراهق المصاب بالجنف (السكوليوز) و تصوره لصورة جسمه و المحيط الإجتماعي و مدى تأثير تجربة الألم على ذاته و إنفعالاته و علاقاته الأسرية و تفاعلاته المجتمعية.

وقد تصنف كإعاقة في حالة تفاقم الإصابة وزيادة درجات الإعوجاج إلى ما فوق 80° و على حسب سن المريض ايضا.

وقد أطلق المجتمع الإنساني على هذه الفئات التي تعاني من إعاقة مصطلحات مثل : معاق ، عاجز ، ذو عاهة، ذو حاجة خاصة ..و مهما تباينت المصطلحات فإنها تدور كلها حول شيء واحد ألا وهو ان المعاق فرد ينقصه شيء يعرقله عن مواجهة و مواصلة التفاعل الإجتماعي و أنه شخص مختلف عن الفرد العادي (د.رشاد علي عبد العزيز 2008 ،12)

ولكن في عموم حالات Scoliose التي لا تتعدى 50° أو حتى 80° قد لا تصنف كإعاقة كونها تغير شكلي و حد طفيف من الأنشطة فقط التي تستدعي جهدا عضليا كبيرا و هذا التصنيف بالذات يحتاج الكثير من الفحوصات و من ثم تقدير نسبة العجز .

الجنف أو السكوليوز أو إلتواء العمود الفقري الذي يصيب 2 % من السكان وقد إكتشفه أبوقراط من حوالي 2400 سنة ،ما قاله حينها لم يتغير إلى يومنا هذا في ما يخص الشرح المبكر و العلاج المبكر (معهد شياري ببرشلونة في دراسة حول مرض السكوليوزيس) .

فالجنف المجهول السبب الذي يعرف أيضا بـ AIS هو حالة تصيب الأطفال في عمر يتراوح بين 10 أعوام وسن البلوغ، يتميز بوجود إنحناء غير طبيعي في العمود الفقري نحو الجهة اليمنى أو اليسرى على شكل حرف S أو C .

وعموما يبقى المصابون به سليمين صحيا ،حيث يتمتع معظمهم بالنشاط الكامل على الرغم من الإنحناء في العمود الفقري لديهم ، ويعتبر جنف AIS ،إلى حد كبيرالنوع الأكثر شيوعا من أنواع الجنف بنسبة تصل إلى 4 % عند جميع الأطفال الذي يكتشف الجنف لديهم بين 9 و 14 عاما ،تفوق خطورة إصابة الفتيات أو الشابات به مقارنة بالفتيان أو الشبان، حيث أن من 60 إلى 80 % من الإصابات تحدث عند الإناث.

و غالبا ما يلاحظ جنف AIS من قبل طبيب الأطفال أو أثناء فحص المدرسة في بداية سن البلوغ أو أثناء فترة النمو ،كما يعتبر جنف AIS النوع الأقل إحتمالا للتفاقم في الإنحناء ،ولذلك يبدأ علاجه عادة عند إكتشافه فقط

(The spine Hospital, Michael ,Vitale MDMPH)[1].

فالإصابة بالجنف للمراهقين وفي هذا السن بالذات يسبب عوائق كثيرة على الناحية النفسية مما تسمح بظهور شخصية متمثلة في الحساسية الزائدة و الإنطواء و العزلة و القلق .

[1] National scoliosis : http://www.scoliosis.org.
NewYork presbyterian Hospital patient visitorguide: preparing for your child's stay: http://hyp.org/pdf/morganpreparing.englishweb.pdf.

ومن هنا سلطنا الضوء على هذا الموضوع للدراسة لأهميته و انتشاره وسط المراهقين و الأطفال في وقتنا الحالي ما ينتج عنه من انعطافات سلبية في مسار حياتهم.

فالمراهقة مرحلة مهمة من مراحل حياة الفرد ويعتبرها البعض منعطفا حاسما في مسار النمو (تغيرات بيولوجية و عقلية و على مستوى الحياة الإنفعالية) و التي تفرض عليه ظروف الحياة المختلفة من ضوابط ومعايير و أساليب التنشئة. (بوجادو ،2000، ص93).

من خلال اطلاعنا حول موضوع الدراسة، طرحنا الإشكالية التالية :

- ماذا ينقل لنا مريض (الجنف) من تجربة الألم ؟
- هل الصورة الجسدية لمريض الجنف ينقل لنا تجربة خاصة ؟
- هل تميز الصورة الجسدية لمريض الجنف بالهشاشة يناولنا تجربة ألم حسية و نفسية واضحة ؟
- هل هناك اختلاف في إدارة الألم وفق نوعية الصورة الجسمية لدى الذكور و الإناث ؟

وللإجابة على هذه التساؤلات نقترح الفرضيات التالية :

- ينقل لنا مريض الجنف تجربة ألم خاصة
- تتميز الصورة الجسدية لمريض الجنف بالهشاشة و يناولنا أيضا تجربة ألم حسية و نفسية واضحة
- وجود اختلاف في ادارة الألم وفق نوعية الصورة الجسمية لدى الذكور و الإناث

دوافع إختيار الموضوع :

- لمعرفة دوافع إختيار الموضوع و التي تكمن في الأسباب المؤدية للجنف و أثرها البالغ على صورة الجسد لدى المراهق و تجربة الألم لديه.

- عدم تطرق البحوث السابقة إلى موضوع الجنف و دراسته من متغيرات كثيرة و علاقته بالصورة الجسمية و تجربة الألم لدى المراهق .
- إحاطة بفئة المراهقين المصابين بالجنف وكشف الضغوطات النفسية و الصراعات التي تؤثر على حياتهم.
- معرفة إذا كان هناك تقبل للصورة الجسمية و توافقه مع الذات و الآخرين.
- وكيف يتعامل هذا المراهق مع تجربة الألم لديه.

أهداف البحث :

من بين الأهداف الرئيسية لكل دراسة هو الوصول إلى نتائج ،وفي دراستنا نهدف إلى الكشف عن تأثيرالسكوليوز على صورة الجسد وتجربة الألم لدى المراهق ونسعى إلى :

- اكتساب الخبرة في مجال التعامل مع المواقف الحساسة .
- الاجابة على فرضيات البحث و التساؤلات الواردة في اشكالية البحث.
- معرفة ما إذا يوجد تأثير للجنف على صورة الجسم وتجربة الألم لدى العينة المدروسة.
- معرفة ما إذا كانت توجد فروق فردية بين الجنسين (ذكور /إناث) في التعامل مع تغير الصورة الجسمية و تجربة الألم.
- معرفة دور المجتمع في اضطراب صورة الجسم للمراهق المصاب من خلال نظرة السلبية له.

الفصل الثاني

صورة الجسد

تـمـهـيـد:

يحمل كل فرد صورة عقلية مثالية لذاته الجسمية و يستعمل هذه الصور لقياس المفاهيم المتعلقة بصورة الجسم، و يتبدل كل من إدراك الفرد و مفاهيم صورة الجسم الوجدانية، و يؤثر كل منهما على إدراك و ردود الفعل النفس إجتماعية و تتأثر الحالة النفس إجتماعية غالبا بمثل هذه العوامل التي تعيق صورة الجسمية كالقلق و التوتر و الضغط النفسي و إكتئاب و مخاوف تقبل الذات و الرضا عن الحياة، و هذا أمر يعكس على توافقه النفسي و الاجتماعي .

1/ تعاريف لصورة الجسم:

لغويا و إصطلاحي في صورة الجسم :

صورة الجسم لغتا:

هي من كلمة الجسدو لإشتقاق كلمة الجسد أي صار ذا جسد، وهو ما يعرف باسم التجسد ، كلمة الله طبيعية بشرية في أحشاء مربع العدراء و الجسم هو بدن و البدن هوكل من له طول و عرض و عمق.

إصطلاحا:

صورة الجسم هو جسدو هو مفهوم سملكه كل فرد حي من جسمه كثيرا في مكان يستقل طبيعة وجوده من كل أشكال أخرى و صورة الجسم هو مفهوم دينا ملكي خاضع للتعديل تحت تأثير عناصر و تعاملات مختلفة [1].

يرى كمال دسوقي (1988)، أن صورة الجسم هي الصورة أو التصور العقلي الذي عند المرء عن جسمه الخاص أثناء الراحة أو في الحركة في أُية لحظة و هي مستمدة من الإحساسات الباطنة و التغيرات الهيئة و الإحتكاك بالأشخاص و الأشياء في الخارج، و الخبرات الإنفعالية و الخيلات.

(كمال دسوقي -1988 – ص191)

[1] مجمد النوبي ، محمد علي ،2010ص116

2صورة الجسم عبارة عن صورة ذهنية تكونها عن أجسامنا ككل بما فيها الخصائص الفيزيقية و الخصائص الوظّيفية و إتجاهاتنا نحو هذه الخصائص، كما أن صورة الجسم تنبع من مصادر شعورية و أخرى لا شعورية و تتمثل مكونا أساسيا في مفهومنا عن ذواتنا .
(جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي ، 1989، ص248)

3/لقد جاءني تعريف *ستافيري* على أن صورة الجسم لها أثر بالغ على تفاعل الفرد الاجتماعي، و يؤثر نتائج هذا التفاعل على نمو و تطور الشخصية، و يتضح ذلك من خلال محاولة الأفراد الذين يدركون أنفسهم على سبيل المثال بأنهم ذو قامة قصيرة أو من ذوات السمنة المفرطة خوفا مما قد يصدره الآخرون عليهم من أحكام سلبية، و لذا فإنهم غالبا ما نجدهم أكثر إنطواء و عزلة و أكثر ما يميز سلوكهم الخجل و التوتر.

4و يتبنى الباحث تعريف *زينب شقير*(2005)بأنه صورة ذهنية و عقلية التي يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية و أعضائه المختلفة، و قدرته على توظيف هذه الأعضاء و إثبات كفاءتها، و ما قد يصاحب ذلك من مشاعر (أو إتجاهات) موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الذهنية للجسم. (شقير زينب ،2005: 304)

مما سبق يتضح لنا أن كلامنا له صورة عن نفسه في عقله، تلك الصورة تقترن باعتقادنا عن كيفية إدراك الآخرين لنا، فصورة الجسم خبرة شخصية تعتمد على كيف يرى الفرد نفسه، و ككيف يدرك الأشخاص أجسامهم. و كيف يدركون أنفسهم. كما تشمل صورة الجسم الأفكار و مشاعر و تصورات الذات، كما تعرف صورة الجسم بأنها وجهة نظر الناس عن ذاتهم الجسمية.

2/ صورة الجسم الموجبة و السالبة :

تعريف صورة الجسم : تعرف على أنها تصورات و أفكار و مشاعر حول الجسد و التجربة الجسدية أو كتمثيل داخلي للمظهر الخارجي للفرد [2].

[2] Cash TF P********* T. Body images: development, deviance, and change. New York :Guilford press;1990.

تتكون لدى الإنسان بعد الولادة القدرة على التعرف على مكوناته و أجزائه الجسمية ككائن مستقل عن أمه بعد تعرفه على أناه ، و بنمو الفرد تتطور لديه القدرة على تكوين مقارنات بينه و بين الأشخاص في مثل عمره أو الأكبر منه.

و تتكون لدى الطفل الصورة الجسمية الإيجابية عند قدرته على ايجاد تطابقات واقعية بينه و بين أقرانه من حوله و حين يتعرف الطفل أن الجسم لديه أشكال و أحجام مختلفة في مراحل النمو تزداد ثقته بنفسه و تقديره لذاته كشخص طبيعي ينتمي إلى محيطه الذي يحويه و لا يختلف عنهم .

أما الصورة الجسمية السلبية فتتكون عندما يدرك أن ما يراه في جسمه لا يتوافق طبيعة الواقع لغيره ،و يربط ذلك بوجود خلل و تشوه في شكله و حجمه وهذا ما يسبب شرخا في نفسه ، فيبدأ بالانزواء بنفسه و الخجل و الإشمئزاز من شكله و حجمه لإنخفاض تقدير الذات لديه .

3/ اضطراب صورة الجسم :

يمكن أن يؤدي إلى مخاوف المظهر لدى مرضى الجنف المراهقين (الجنف مجهول السبب) إلى ضائقة نفسية وضعف في الأداء اليومي و المعروف بإسم اضطراب صورة الجسد، نظرا لإزدياد الدراسات حول صورة الجسد خاصة في الحالات الطبية المتعلقة بالمظهر [3] على الرغم من وجود العديد من المقاييس و لكن توجد أدوات تثبت النتائج حول تقييم اضطراب صورة الجسم و هو كيان متميز في فئة الجنف لدى المراهقين ،(على سبيل المثال نأخذ أداة SRS-22 عناصر مثل " هل تشعر بالجاذبية مع حالة ظهرك الحالية ؟ " لكن هذه الأسئلة لا تقيس الإنشغال العقلي أو السلوك ،و الذي يمثل اضطراب في صورة الجسم المرتبط بالسكوليوز .

[3] Thompson JK Heinberg LJ Altabe M, Exacting beauty : Theory assessment ,and treatment of body images disturbance .Washington DC :American psychological Assosciation ,1999.

يمكن ان تترك هذه التجربة وجود تشوه كبير في العمود الفقري لدى المراهقين عرضة للمضايقة و مشاعر الوعي الذاتي التي تساهم في تطوير اضطراب صورة الجسم ،و الذي ارتبط بالاكتئاب و تدني إحترام الذات و القلق الإجتماعي وسوء النظرة للحياة، فقد يتسبب في حدوث مشكلات في التفاعلات الإجتماعية مثل تكوين صداقات و الإنضمام إلى مجموعة الأقران و التي تعد معالم تنموية مهمة .

غالبا ما يفترض أن شدة اختلاف المظهر ستتنبأ بدرجة المشكلات النفسية و الاجتماعية ،و مع ذلك فإن الإدراك الذاتي للفرد لشدة التشوه يمكن أن يكون أكثر تنبؤا بالضيق النفسي و الاجتماعي و الضعف في الآداء و بالتالي :فإن صورة الجسد هي بناء حاسم للتقييم و الفهم فيما يتعلق بتكيف الشباب مع اختلاف المظهر[4].

4/اختلافات بين الجنسين لصورة الجسد :

كشفت الدراسات أن الذكور و الإناث لهم إختلافات كثيرة في إدراكهم لصورة الجسم

(Brennanetal,2010,Shaheen et al,2016) و أفادت أيضا ان الإناث كن اقل رضا عن شكل أجسادهن من الذكور، فالذكور أكثر إحتمالا لمدى التغييرات التي تطرأ على أجسامهم خلال تطور إعوجاج العمود الفقري فهم اكثر صلابة في المراحل الأولى و تقبل ذاتهم على خلاف الإناث فهم أكثر حساسية فيما يتعلق بشكلهن الخارجي و انحناء العمود الفقري يسبب قلقا شديدا و ضغوطات نفسية إلى ما سوف تؤول إليه حالتهم مع مرور الوقت.

أما مع تطور المرض فكلا الجنسين يعبرون عن اعتراضهم الشديد وعدم تقبلهم لشكلهم و اختلافهم عن غيرهم و سرعان ما يزول ذلك الاعتراض إلى يأس شديد و اكتئاب و انزواء.

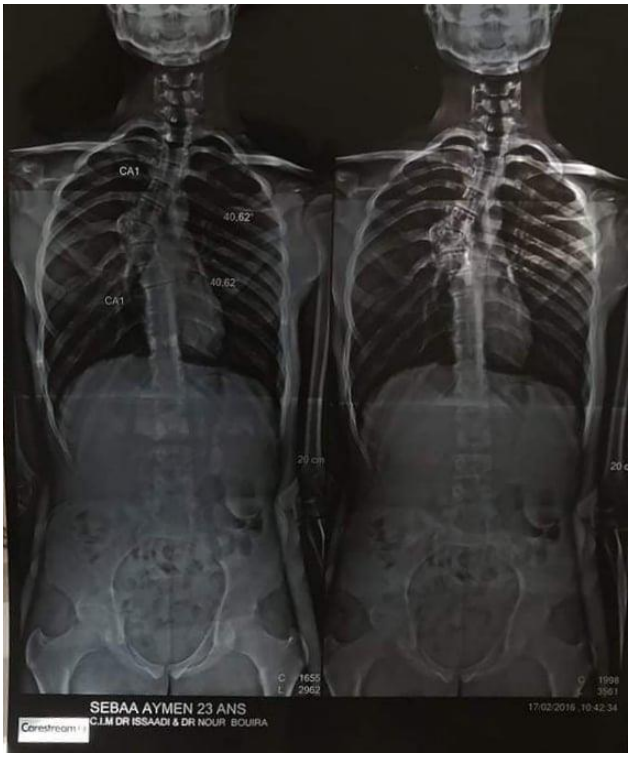
[4] Coffey L Gallagher P Horgan O Desmond D Maclochan M. Psychosocial adjustment to diabetes related lower limb amputation. Diabet Med. 2009 oct;2b(10): 1063-7[PubMed].

الفصل الثالث

الجنف

تعريف الجنف : الجنف او السكوليوز هو تشوه ثلاثي الأبعاد (Three dimensional deformity) في العمود الفقري و القفص الصدري .قد يتطور كإنحناء أولي (ابتدائي) يشبه الحرف (C) أو كإنحنائين انحناء أولي مع انحناء آخر مرافق يشكل معه حرف (S)

قد يظهر الجنف في الجزء العلوي من الظهر (منطقة الصدر Thorasic) أو اسفل الظهر (Lombar) ،و لكنه يتطور بشكل أكثر شيوعا في المنطقة الواقعة بين منطقتين الصدر و المنطقة القطنية (المنطقة الصدرية القطنية)، يحاول الطبيب تحديد الجنف من خلال شكله (شكل الانحناء) وموقعه و اتجاهه و حجمه و سببه إذا أمكن، أما تحديد شدته يكون من خلال مدى انحناء العمود الفقري و زاوية دورانه و قد يكون التشوه دائم في حالة التشوهات الخلقية للفقرات (Congenital scoliosis)



سكليوز مع تشوه خلقي لشاب يبلغ من العمر 23 سنة

أو تكون بسبب انحناءات قابلة للتقويم اعوجاج الكتف أو الحوض .....

سكوليوز 80 درجة لمراهق يبلغ من العمر 19 سنة

سكوليوز 45 درجة لفتاة تبلغ من العمر 13 سنة

وشكل الجنف المكتسب قد ينقسم إلى قسمين :

- **أ/** الجنف الثانوي (معروف السبب) شكل الأطفال، اعتلال عضلي، خلل في التمثيل الغذائي و التغذية ،الغدد الصماء.....
- **ب/** الجنف إيديوباتيك (Idiopathic scoliosis) أو الجنف مجهول السبب و هو من أكثر الحالات شيوعا و يمثل 80-90 % من الحالات، و يكون التشوه في انحراف جانب العمود الفقري مع دوران الفقرات و يحدث في الغالب خلال مراحل النمو الأولى ،يصنف الجنف حسب (موقع الإعوجاج) و العمر و درجة الإعوجاج.[5]

من هي الفئة الأكثر عرضة للجنف :

الجنف مجهول السبب وهو الشكل الأكثر شيوعا، يحدث دائما تقريبا أثناء طفرة خلال مراحل النمو قبل و أثناء فترة المراهقة مباشرة ، ويمكن أن يحدث أيضا عند الأطفال الصغار و حتى الرضع، (2 % - 3%) من المراهقين يعانون من انحناء و بمقدار 10 درجات او أكثر و لكن فقط 0.3 % -0.5% منهم لديهم انحناءات أكثر حدة (أكثر من 20 %) يحدث انحناء **طفيف** بشكل متساو عند الفتيات و الفتيان و من الرجح أن يحدث تقدم في درجة الانحناء عند الفتيات بنسبة 10 مرات.

1. الأشخاص الذين يعانون من مشاكل على مستوى المفاصل و العضلات هم الأكثر عرضة للإصابة بالجنف، بحوالي 10 %من الفتيات المصابات بمتلازمة تيرنر (مرض وراثي) يصابون بالجنف .
2. الرياضيون الشباب أفادت دراسة أجريت عام 2000 م أن الفتيات الصغيرات اللائي يمارسن الجمباز الإيقاعي كان لديهن خطر الإصابة به بمقدار 10 أضعاف .بحيث يرجع هذا الخطر إلى 3 عوامل متزامنة :اختلال في الوزن ،ارتخاء المفاصل ،تأخر

[5] W.P.Blount scoliosis and the milwaukee brace, Bull Hosp. Joint disc,1958;19:152-165.

ظهور سن البلوغ (يعد تأخر الدورة الشهرية أحد عوامل الخطر الشائعة لدى جميع الرياضيات الشابات مثل الكسور ،الاجهاد و حتى الجنف في حد ذاته)

فكلما زادت زاوية الإنحناء ،زادت المخاطر ،فإت الشباب الذين تم تشخيصهم بإنحناء بدرجة 30 معرضون لخطر التقدم بنسبة 60 % ،ومع انحناء 50 درجة لخطر 90 % [6].

ما مدى خطورة الجنف :

تعتمد شدة الجنف على درجة الانحناء و ما اذا كان يهدد الأعضاء الحيوية و خاصة القلب و الرئتين ،ويجدر الإشارة إلى أن النشاط العقلي بشكل عام للمرض به يكون طبيعيا.

[6] Suken A.Shah ,MD. Pediatric orthopedic and scoliosis surgery .Departement of orthopedics 1600 Rockland Rood Wilington.

الفصل الرابع

تجربة الألم

1/ نظرية الألم :

يعتبر الألم من أكثر الظواهر الغامضة التي لا يمكن اعطائها معنى محدد ،و ذلك لكونه خاضعا لما يعتمده الإنسان في تقسيم مستوياته أو متى يضيف ألما بالنسبة إليه .فالألم يعتبر من الخبرات المبكرة التي يعيشها الإنسان من اللحظات الأولى من العمر وحتى الممات ،فلا يوجد انسان على وجه الأرض لم يتعرض بوجه أو بآخر لأحد مظاهر الألم.

فيتحدد معنى الألم لدى الشخص كلما كان تعرضه إليه متواصلا، او اكان بمستوى علي في فترة معينة (مكثير قوي) ، أما قيمته فتظهر أعراضه و تجليها للشخص ليتمكن من رؤيتها و تميزها ،كتغير شكل جسد الشخص و تغيير الشخص لنفسه كشخص غير طبيعي ،و تزداد قيمة ذلك الألم بتجسد الصورة و تأصل الألم (من ضعيف إلى مزمن).

و هنا يتغير منظور الألم من فسيولوجي حسي عصبي إلى ألم نفسي يتجسد فيها معنى الألم ويحاط به الشخص بكل أبعاده .

قدمت الجمعية الأمريكية العالمية لدراسة الألم (**LASP**) تعريفا للألم بأنه خبرة انفعالية و حسية و غير سارة مرتبطة بوجود ضرر حقيقي أو كامن في النسيج الحي أو يمكن وصفه من خلال مفاهيم مثل هذا الضرر.

ويتحدد معنى الألم أيضا و تحديدا لدى مرضى الجنف بفترة اصابة الشخص به سواءا في فترات متقدمة من العمر ،فترات الطفولة مبكرة أو بعد البلوغ أو في مرحلة النضج. فتحدد فترة الصابة بالجنف أو المرحلة التي أصيب بها الشخص، ويعد العمر المرحلي من حياة الشخص مهما جدا في قيمة النضج النفسي و البدني و كيفية تعامله مع الألم ،من خلال الحيل الدفاعية (النقل ،الاستبدال ،الكبت).

فإذا تعرض الشخص للجنف مبكرة فيتكون لديه صورة جسدية مع الألم مزمن في مراحله الأولى قبل نضجه النفسي و تحقق التوازن النفسي لديه .

فيتميز مرض الجنف بتركيزهم الشديد على العرض الجسدي و تغيرات الصورة الجسدية و الوظيفية لديهم ، و غالبا ما يتوقعون أسوء الأعراض و يترصدون دوما طريقة و مراحل تطور المرض لديهم و كيف يمكن تجنب أصعب الأعراض و عادة ما ييأس بعضهم عند تطور المرض و تفاقمه بظهور آثار المرفولوجية بإعوجاج واضح و مرافقته بتغيرات في المنحنى الخارجي للجسد، انحناء الكتف ،بروز (ظهور التحدب) ، اعوجاج القفص الصدري.....

فتزداد عندهم الرغبة الكبيرة بالرعاية الطبية و المتابعة لحالتهم فتصبح الشواغل الصحية موضع تركيز في حياتهم، بحيث يصعب التعامل معها، مما يؤدي إلى العجز حينما يدرك الشخص أنه لاجدوى من تعاطي الأدوية و المسكنات ،فيدخل بعدها المريض في دوامة من الضغوطات النفسية و قد تتطور في أغلب الحالات إلى اضطرابات نفسية و سلوكية و قد تشمل على :

- قلق مستمر بشأن المرض و تطوره .
- الخوف من النشاط الجسدي الذي قد يسبب تفاقما للمرض .
- زيارات متكررة للعناية الصحية التي لا تهدئ من مخاوفه و تزيدها سوءا .

تصنيف الألم وفق المحاكات التشخيصية للدليل التصنيفي و التشخيصي للأمراض و الإضطرابات النفسية و العقلية :

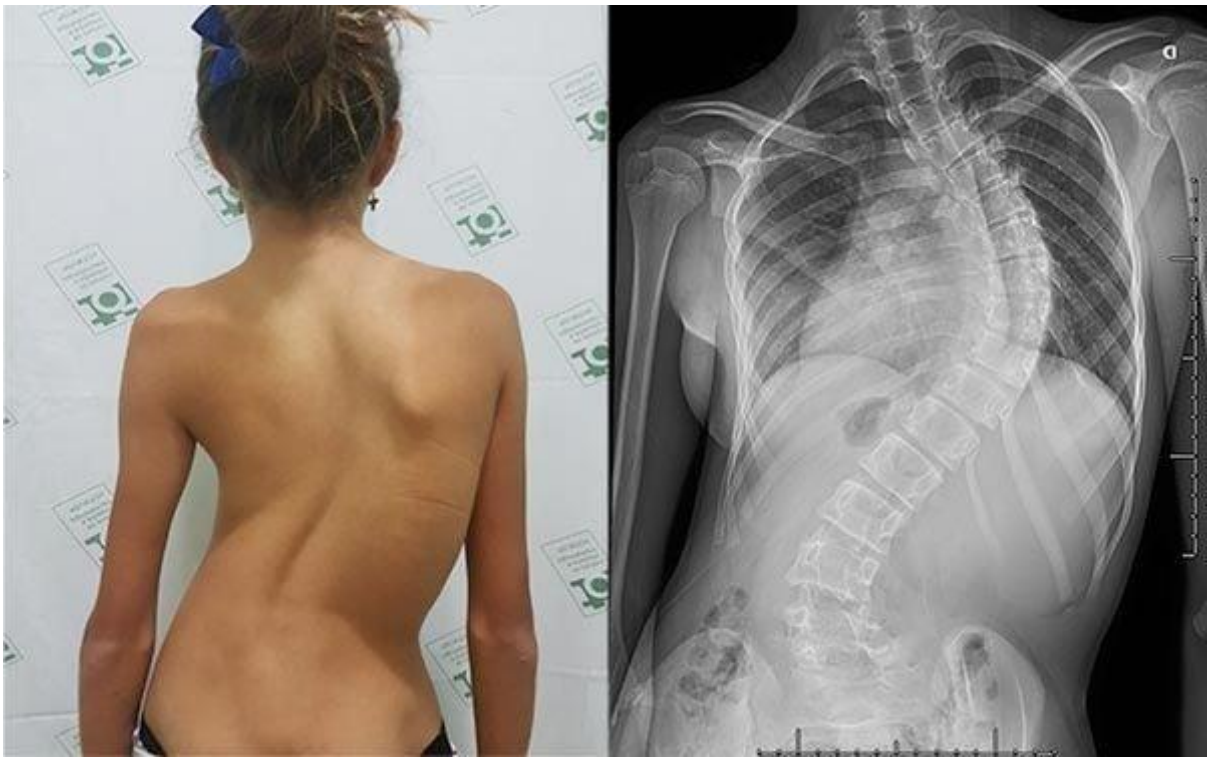
من الاصدار الثالث من هذا الدليل DSM III تم تقديم مصطلح الإضطراب الألم النفسي المنشأ Psychogenic pain (APA,1980)، ليصنف بهذا التشخيص المرضي الذين يعانون لفترة طويلة من الألم الشديد و يظهر ذلك عند مرضى السكوليوز Scoliose (الجنف) الذين تظهر لديهم آلام في بداية مرحلة ظهور المرض و عند بداية تشكل التقوس و الناتج عن تيبس العضلات و الحركة المستمرة للفقرات و دورانها و هذا يجعل الحركة و النشاطات الرياضية تسبب الكثيؤ من التوتر و الإرهاق و الشكوى المستمرة لعدم قدرتهم على المتابعة .فهنا تظهر الأسباب الفيزيائية لظهور الألم نتيجة عدم إستقامة العمود الفقري و ظهور الخلل واضحا جليا لديهم يمهد الكثير لتكون الأعباء النفسية اتجاه مظهرهم و لما سيؤول إليه مستقبلا.

فالتغير المفاجئ لهم يجعلهم معرضين دوما إلى نوبات من القلق المستمر حول ما سوف تؤول إليه حاة عمودهم الفقري و التشوهات الطارئة عن إعوجاجه و الخوف و الحسرة و قلة الحيلة ،هذا من جهة و نظرة العائلة و رفاقهم و المجتمع لهم كأشخاص غير طبيعيين مثيرين للشفقة مما يهيء لهم التفكير في العزلة و شعورهم بعدم الجدوى و فاعلية محيطهم المجتمعي فتتوقف عندها اهتماماتهم و طموحاتهم ،و منها تظهر مظاهر الألم النفسي لدى مرضى السكوليوز.

في بادئ الأمر يكون هناك أعراض ألم في الرقبة و الكتف في حالة الإعوجاج للعمود الفقري في منطقة القفص الصدري و ألم موضعي في الفقرات عند لمسها (Thoracic vertebrae)

أو ألاما في منطقة الحوض و الأرجل و الركبة جهة إنحراف الحوض في حالة إعوجاج على مستوى فقرات أسفل الظهر أو قد يجتمع الاثنين معا ليكونا تقوسا ثنائيا (Lombar/Thoracic) ،وتكون في بدايتها آلاما مزعجة قد تستمر لفترة معينة فكلما

زاد التصلب العضلي وزاد التقوس و الإعوجاج خف معه الشعور بالألم ،وذلك لكون أن الجسم يخفف الضغط المستمر على الفقرات والأعصاب يخلق توازن على مستوى الأطراف الأخرى للجسم بما يوافق ذلك الإعوجاج على مستوى العمود الفقري بانحناء الكتف (المعاكسة لاتجاه الاعوجاج) و انحراف الحوض كما هو موضح في الصورة :



افتراضات مدرسة التحليل النفسي Psychoanalysis للألم :

وفقا لوجهة نظر التحليل النفسي يعتبر الألم المستمر الذي يصعب تحديد تفسيرات عضوية له بمثابة وسيلة وقائية ضد الصراعات النفسية اللاشعورية، فالألم الإنفعالي يكون بمثابة إزاحة تجاه الجسم حيث يبدو أكثر قبولا و احتمالا، ولقد حاولت الدراسات التي أجريت في هذا المجال إثبات أن المرضى الذين يعانون من الألم المزمن يعانون من صراعات لم يتم حسمها، و لا يكون الأفراد على وعي بها و يظهر الألم كوسيلة للتعبير عن هذه الصراعات اللاشعورية ،كما يظهر أيضا النزاعات العدوانية ،و العدائية المكبوتة، والأنا الأعلى المتصلب ، و الشعور بالذنب، و عدم الرضا كحيلة دفاعية ضد الحرمان أو التهديد بالحرمان، وخبرات الطفولة الكئيبة و اضطرابات الشخصية المتنوعة

(Swansan,1984, Violon, Bond and Pearson,1969

Parkes,1973;Lesse,1974;)

و بالنظر إلى أن المراهقين المصابين منذ الصغر بالجنف لديهم القدرة على التأقلم و التعود على وتيرة العيش مع التغيرات الناتجة عنه ووجود الألم قد يبدو عاديا مادام الجسد قد انحرف مع درجة التقوس و الإعوجاج ،ولكن في حالات العلاج التأهيلي فالإحساس بالألم كبير و مستمر حتى يقوم العمود الفقري بالكامل ،ففي حالات عدم إكتشاف الإعوجاج (الفقري) يحس الفرد حينها بألام مستمرة و غير معروفة المصدر بالضبط كآلام في الكتف، الرقبة أو الحوض. يتعرض حينها الشخص إلى توتر شديد حيث أن مصدر الألم الرئيسي مجهول و يزداد كلما حاول علاج ألم أحد الأعراض دون جدوى و مع تزايد التثاقل و الألم يزيد معها القلق و العصبية مع قلة في النوم و الشهية، ومع تزايد الوضع و بعد معرفة و ظهور السبب ينقلب ماكان مجهول المصدر إلى مواجهة الصورة و الشكل فحينها فقط يتضاعف الألم و ينشطر فيها إلى قطبين ألم حسي موضعي أو عام (حسب درجة الإعوجاج) و ألم نفسي يتمحور حول قلق صورة الجسد.

مظاهر الألم النفسي :

1. **الشعور بالتعاسة:** وهو مظهر أساسي للألم ،ويرى بعضهم أنه معيار مهم لكشف الإضطراب النفسي، لأن السلوك الفرد الظاهر قد يبدو لدى المراقب الخارجي وقد أشارت عديدة إلى أن بعض المظاهر الإنفعالية مثل الخوف و القلق و التوجس هي مؤشرات على سوء القلق.
2. **العزلة:** هي تجربة شعورية يمر بها المريض و انفصاله عن المحيطين به ورفضه للتواصل بين أفراد الأسرة و الأصدقاء و الأقارب وهو ناتج عن مدى شدة الألم النفسي .
3. **نقص المرونة:** ويعود السلوك الجامد إلى عدم قدرة المريض على ايجاد أساليب سلوكية بديلة لأنماط السلوك التي إعتاد عليها عند فشلها في تحقيق غاياته، مع عدم قدرته على تكوين صداقات جديدة أو المبادرة بحديث معين مع الآخرين فهو دائم السكوت لتجنب أسئلة الآخرين له عن وضعه المرضي.
4. **القلق النفسي :** تراكم التغيير الدائم لصورة الجسد يترافق بتغييرات فيزيولوجية متفاوتة تسبب أثرا كبيرا على ذات المريض مما يسبب توترا و ضغطا متواصلا وكل هذه التراكمات تؤدي إلى إحتكام القلق و تأزمه كلما زادت شدة الألم و تشوه صورة الجسد (زيادة إعوجاج العمود الفقري).

النظريات النفسية المفسرة للألم :

ظل النموذج الطبي الحسي التقليدي الذي اقترحه ديكارت مسيطرا على التفكير بشأن الألم في بداية القرن 20 م، حيث رسخت أن الألم يعتبر نتيجة لتلف النسيج الحي ،ولكن نظرا لقصور هذا **النموذج** فلقد بدأ بعض أخصائيي الطب النفسي و التحليل النفسي الإهتمام بدور العوامل النفسية في تفسير الألم المزمن و ارجعو هذا الألم إلى عوامل نفسية و ليس إلى عوامل طبية، و سنعرض في السياق التالي لبعض الأفكار .

افتراضات مدرسة التحليل النفسي :

وفقا لوجهة نظر التحليل النفسي يعتبر الألم المستمر الذي يصعب تحديد تفسيرات عضوية له بمثابة وسيلة وقائية ضد الصراعات النفسية اللاشعورية، فالألم الإنفعالي يكون بمثابة إزاحة إتجاه الجسم حيث يبدو أكثر قبولا.

فحسب تصور أنجل Engle,1959 فقد قدم نظرية لتفسير الألم عرفت باسم نظرية الألم نفسي المنشأ Psychogenic Pain، فمنذ اللحظات الأولى يكون لدى الأفراد حصيلة من الخبرات (خبرات الألم) التي يتعرضون لها بسبب الإصابة أو التعرض لمثيرات ضارة ،و حينها يكتسب الالم معناه حسب السياق الذي حدث فيه غياب التضرر أو الإصابة ،كما أن الألم مرتبط بالتفكير بالذنوب و الخطايا، و من خلال هذه الإرتباطات المبكرة يستخدم الأفراد الألم بشكل لاشعوري لحل الصراعات النمائية وإعادة تحقيق التوازن النفسي.

-كما افترض بوتلر و زملائه(Beutler,1986) نموذجا ينشأ به مع النموذج السابق حيث أشاروا إلى أن صعوبة التعبير عن الغضب و التحكم في المشاعر الحادة بشكل عام يعتبر من العوامل المرتبطة بالستهداف للألم المزمن و الوجدان السلبي .

نظرية التحكم : Gate control theory

تعبر هذه النظرية نموذج تكاملي يعتمد على تفاعل العوامل البيولوجية النفسية لتفسير الألم، وقد اقترح اقترح هذه النظرية رونالد ميلزاك و باتريك وال

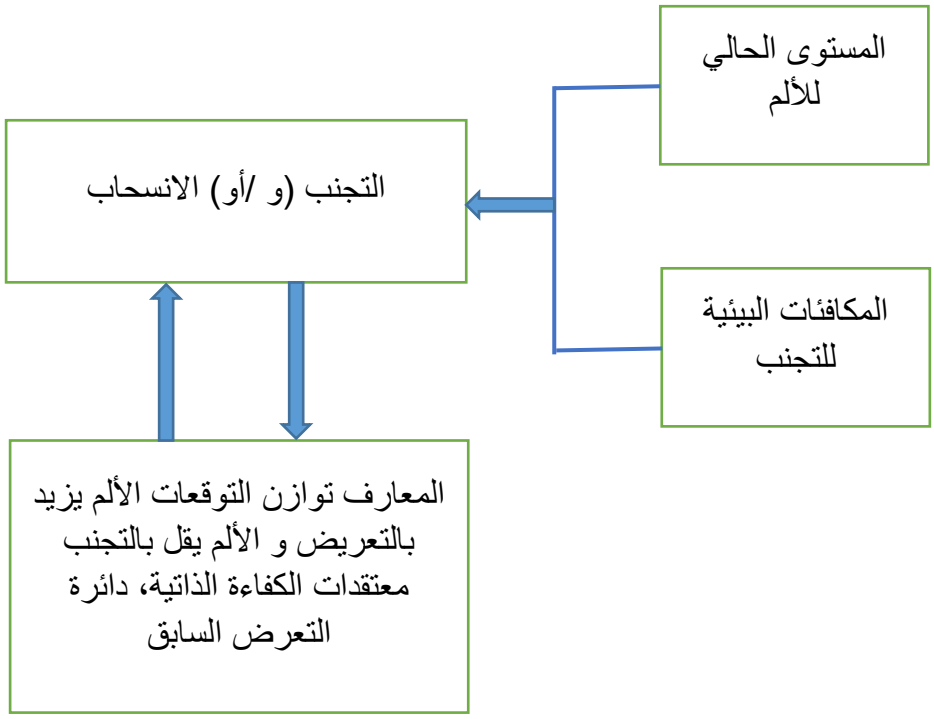
(Melzack & Wall,1965)وفقا لهذه النظرية لا ينظر للألم باعتباره خبرة حسية تعتمد فقط على درجة التضرر الحادث في النسيج الحي ،ولكن ينظر إليه بإعتباره خبرة متعددة الأبعاد تتكون من جوانب حسية ، انفعالية ،وتقديرية، حيث يفترض وجود ميكانيزمات فسيولوجية عصبية معقدة في كل من الحبل الشوك Spinal cord و المخ، تعمل على تعديل إشارات الألم الواردة بشكل أبسط يمكن القول أن بوابة الألم كما اقترحها ميلزاك ووال تتأثر بعدد من العوامل يمكن أن تعمل على فتحها و غلقها ،وهذه العوامل تقسم إلى عوامل حسية، معرفية و عوامل وجدانية فالأولى تتعلق بالضرر الجسمي الحقيقي، أما الثانية فتتعلق بأفكارنا و ذاكرتنا و تفسيراتنا للموقف الحالي و التنبؤ بالمستقبل، أما الأخير وهو الوجداني فيتعلق بالمشاعر (السعادة، الحزن، الأسى ،الذنب).

النظرية السلوكية و الألم المزمن :

تعتبر فترة السبعينيات بمثابة حقبة جديدة في التعامل مع مشكلة الألم، حيث قدمت المدرسة السلوكية تفسيرا جديدا لدور العمليات النفسية في نشوء خبرة الألم المزمن و على عكس التحليل النفسي اهتمت المدرسة السلوكية فقط بالسلوك الموضوعي الظاهر و الذي يكون بعيدا تماما عن استبطان ،وحاول أنصار هذه المدرسة إثبات أن السلوك يمكن أن يشكل و يغير ويقوي أو يضعف كنتيجة مباشرة للمعالجات البيئية و العوامل التي تسهم في أحداث الألم باعتبارها سلوكيات اجرائية وذلك لأنها تتأثر بشكل كبير بالنتائج التي تترتب عليها، فعلى سبيل المثال: مريض ألم أسفل الظهر المزمن ربما يضجع على السرير لأن الإضجاع يقلل الألم أو ربما يتجنب الأنشطة لأنها تزيد الألم.
ويركز الإشتراط الجزئي على العلاقة بين هذه السلوكيات و نتائجها ولقد قدم فورديس Fordyce,1976 و صنفها وفقا وفي ضوء بعدين أساسيين هما :
-إما أن تكون المثيرات البيئية إيجابية أو سلبية.
-إما أن تقدم المثيرات أو تسحب بعد ظهور الشكوى.

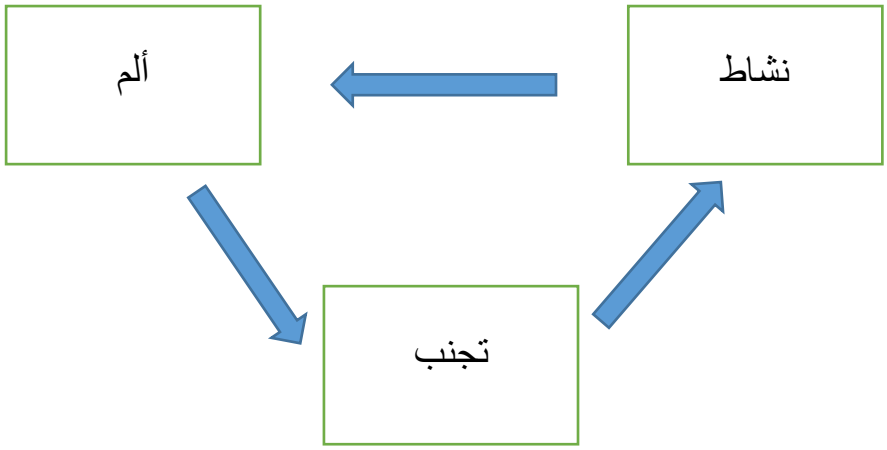
نموذج تجنب النشاط :

حاول أنصار هذا النموذج تفسير نشوء الألم المزمن من خلال الدمج بين العوامل السلوكية، و العوامل المعرفية ،وعليه فقد افترضوا أن سلوك التجنب يعتبر عاملا أساسيا في حدوث الألم المزمن ويحدث كنتيجة لتوقع المتزايد للمتغيرات التوكيدية ،وسوف يفاقم الألم،ويوضح الشكل التالي تصورات هذا النموذج:



(Philips,1987)

و في حالة Scoliose فإن المرضى يحاولون تجنب النشاطات خوفا من التعرض للألم فإن أي نشاط حسب معتقداتهم و خبراتهم المعرفية حول المرض هيأ لهم توقع الألم و تقييم عقباته حسب نوع النشاط و تجنبه كونه قد يفاقم إعوجاج العمود الفقري فأي نشاط زائد قد يزيد تيبس العضلات لديهم و آلام متفاوتة على مستوى الجسم، وقد هيأ لهم أكثر الإحساس بالعجز.

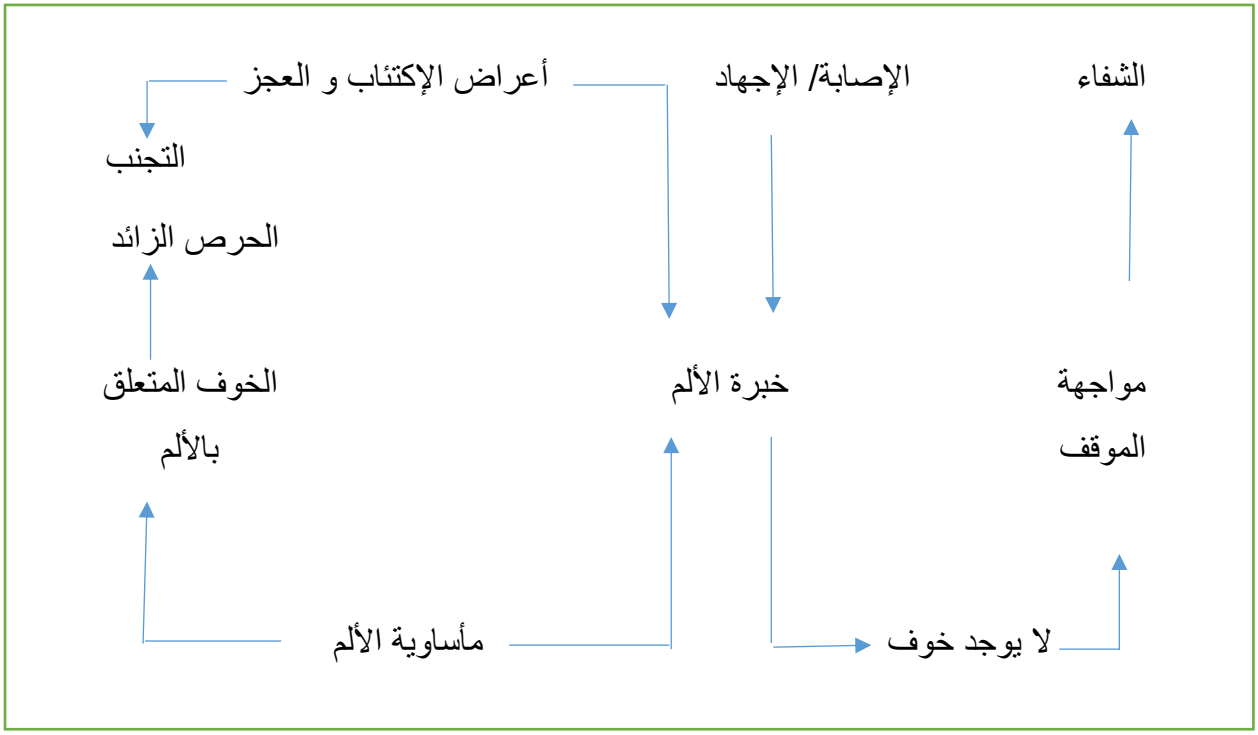


النموذج المعرفي للخوف من الحركة أو إعادة الإصابة :

يعتبر هذا النموذج الذي قدمه فلاين ولينتون (Vlaeyan & Lintan,2000) بمثابة تطور لنموذج ليسين (Lethen etal,1983)و فيليبس (Philips ,1987) ، و المحور الرئيسي في هذا النموذج هو التركيز على الخوف ألا و هو الخوف من الحركة أو إعادة الإصابة بدلا من التركيز على الخوف من الألم في حد ذاته كما هو في النموذج السابق.

-> زيادة الضغط النفسي و الأفكار السلبية اتجاه مخلفات الألم و ما يعقبه من تشوهات لصورة الجسد.

الشكل : النموذج المعرفي السلوكي للخوف من الحركة و إعادة الإصابة



العوامل الثقافية و الإجتماعية و الألم المزمن :

إهتم الكثيرون بالدور الذي تلعبه هذه العوامل في تشكيل و فهم خبرة الألم (Dworkinet al,1994/1995) فالأبعاد الثقافية و خاصة البعد الخاص باعتقادات الجماعات العرقية يؤثر في كيفية إدراك الفرد، وإستجاباته للأعراض التي يعاني منها (Batesetal,1993)فعلى سبيل المثال: لدينا أن الإناث أكثر عرضة للاتاكاسات و الألم النفسي أكثر من الذكور لكون الثقافة السائدة لدينا لا تبرز ضعف الذكر بالمقارنة بالأنثى ،فالأنثى أكثر عرضة للإنتقاد و النبذ في حالة تشوهات صورية، فهذا يقلل فرصها بالزواج و تكوين عائلة، أما الذكور فيبرر تشوهه كونه ذكرا غير قابل للنقد فتزيد فيها عدم التقبل و الجنوح و العزلة الإجتماعية. و على الرغم من أن هذا مثل هذه النتائج يمكن أن يؤثر بشكل كبير في تحسين نتائج العلاج الخاص بالألم المزمن إلا أنه يجب التعامل معها بحذر،و البحث عن المتغيرات التي يمكن أن يتم من خلالها تفسير الإختلافات بين الجنسين لتحديد الألم النفسي الناتج عنه و الأعراض المرتبطة به.

ومن العوامل الإجتماعية الهامة و التي غالبا تناقش في سياق الحديث عن تأثيرها في الألم هي البيئة الأسرية و العائلية، فالألم يحدث في سياق أسري، وسلوك الأفراد تتحدد حدته و مستوياته من خلال البيئة الأسرية و كذلك استجابات الوالدين لآلام الإبن أو الإبنة وبقدر الدعم الذي يجدونه من الإحتواء الأسري .

العوامل الدينية:

على الرغم من الدور الهام الذي تلعبه العوامل الدينية في التأثير على الحالة الصحية للأفراد و خفض الألم النفسي و القدرة على التحكم فيه إلا أن هذه العوامل لا تلق الإهتمام البحثي الواسع ،فالمعتقدات الدينية تزيد من قدرة الفرد على التوافق النفسي و الراحة و القدرة أيضا على تقبل الذات كما هي على الرغم من العجز الجسمي، فالأبحاث توصلت إلى أن المعتقدات الدينية تزيد من تحسن الصحة ورفاهية العيش و المستويات المنخفضة للقلق وسرعة التأقلم مع الآخرين و تخطي مصاعب الحياة و تقبلها.

الفصل الخامس

الجانب التطبيقي

الجانب التطبيقي

الدراسة الإستطلاعية:

تعد الدراسة الإستطلاعية بمثابة دراسة الأولية الأساسية، وهذا من خلال إجراء الدراسة الميدانية، و هي خطوة هامة للقيام بالبحث من خلال التعرف على الظروف المحيطة بفئة الدراسة حتى تساعدنا على تطبيق الأداء في الدراسة الأساسية و منه تحديد إطار العام التي تحيط فيه الدراسة و إختيار عينة الدراسة المتمثلة في المصابين بالسكوليوز مجهول السبب.

1- تحديد المجال الزماني و المكاني للدراسة :

أجريت الدراسة بمركز صحتي للعلاج الطبيعي لتقويم الفقرات و العمود الفقري بالكيروبراكتيك .

بدأت مجريات الدراسة في المركز و على عينة من المجتمع و التي تمت على يد معالج المركز و ذلك من 10 أفريل 2021 و إلى غاية 25ماي 2021.

قاعة التأهيل و التقويم:

تحتوي على آلات للعلاج الحركي و الوظيفي و التي تتمثل في الآلات للعلاج اليدوي و آخرى للتقويم و العلاج الكهربائي لإعادة تأهيل العضلات (عضلات الجسم المصابة) الظهر والأرجل، كما يوجد Table de massageالتي تساعد المعالج على تقويم المريض.

شروط دخول المريض للمركز العلاج الطبيعي :

يجب أن يكون لديه تشخيص من طرف الطبيب مختص في أمراض العظام، ويكون مرفقا بصور للأشعة IRM/SCANER و بالتالي يكون المعالج قادرا على مساعدة المريض بكل أمان دون الخوف من إلحاق أي ضرر للمريض.

منهج الدراسة :

المنهج العيادي: فهو موضوع علم النفس الإكلينكي الذي يذهب إلى أن يتصف بأكبر قدر ممكن من الشمولية و أنه يتناول دراسة الفرد بوضعيته و وحدة شاملة لا تقبل فيقول (حسين عبد العزيز):* أن المنهج العيادي يدرس كحالة وحيدة وكلية* (حسين عبد العزيز،1985ص 165).

و يستلزم البحث بالمنهج العيادي *لدراسة حالة* معتمدين على التحليل الكيفي و الذي يعتبر أكثر عمقا في دراسات الحالات الفردية و ذلك بهدف رسم صورة إكلينكية لكل حالة و معرفة الديناميكية اللاشعورية للسلوكيات، فالمنهج العيادي يعتبر دراسة حالة وسيلة هامة لجمع المعلومات عن الحالة المراد دراستها.(عبد المعطي، 1988ص141).

2/مواصفات حالات البحث و كيفية إختيارها:

تعرّف العينة: هي عبارة عن مجموعة جزئية من مجتمع البحث، ومتمثلة لعناصر المجتمع أفضل التمثيل بحيث يمكن تعميم نتائج تلك العينة على المجتمع الأصلي حتى تكون ممثلة لذلك المجتمع (محمد خليل عباس و آخرون، 2007، ص218)

وقد اعتمدنا في دراستنا في العينة القصدية أي التي تم تحديدها قصديا تخص مراهق مصاب بالجنف (إعوجاج العمود الفقري) التي تتراوح أعمارهم بين (16-20 سنة) كانوا من كلا الجنسين ذكورا و إناثا لأن المركز يستقبل كلاهما و التزمنا في اختبارنا للحالات التي لديهم الجنف الذي تتراوح درجته بين (50-80 درجة).

وصف أدوات البحث المستخدمة:

1/ المقابلة العيادية:

فتعرف بأنها تفاعل لفظّي في موقف مواجهة بين شخصين أي (الفاحص و المفحوص) بهدف الحصول على البيانات حول ظاهرة أو مشكلة بحثية محددة فهي وسيلة ناجحة في دراسة سلوك الفرد. (مهدي حسن زويلف و آخرون، 1998 ص 165-166)

كما أن المقابلة هي أول وأهم الطرق التي يستند عليها المنهج العيادي في التعامل مع المفحوص، و كذا جمع المعلومات في جمع المعلومات عنه للوصول إلى إيجاد حل علاجي(c.chilland- -09-1989)

و استعملنا تقنية المقابلة الموجهة حيث قمنا بدليل المقابلة العيادية عبارة عن أسئلة تتضمن مظاهر الألم و شدته (قياس شدة الألم للحالة) من جراء تشوه صورة الجسد.

جدول يوضح سير المقابلات :

عدد المقابلات	مدة و تاريخ الجلسة	غرض الجلسة
المقابلة الأولى	2021/04/09 (مدتها 25 د)	سمع المعلومات الأولية و كسب الثقة
المقابلة الثانية	2021/04/13 (مدتها 45 د)	تاريخ الحالة
المقابلة الثالثة	2021/04/16 (مدتها 48 د)	تاريخ الحالة الصحية
المقابلة الرابعة	2021/05/07 (مدتها 40 د) 2021/05/11 (مدتها 40 د)	المعاش النفسي الحالي
المقابلة الخامسة	2021/05/21 (مدتها 48 د)	تطبيق إختبار رورشاخ

دراسة الحالة الأولى :

اللقب: (م – ن)

الجنس: ذكر

مراهق:

السن: 20 سنة

تاريخ و مكان الميلاد: 1997/10/31 ببرج بوعريريج

مكان الإقامة: المسيلة

ترتيب الإخوة: الأول

المستوى الدراسي: السنة الرابعة متوسط

هل كرر السنة: لا

جدول 1:

الحالة المدنية: أعزب

المهنة: بدون عمل

المستوى المعيشي للعائلة: متوسط

طلب رؤية المختص النفسي :غرض عملي من قبل المختص النفسي.

الملاحظة السيميائية

الشكل المرفولوجي :

الوزن: 56كغ

القامة :1.69م

لون البشرة : أبيض

لون العينين: سوداويتين

علامات الخاصة : إعوجاج سكوليوز 80درجة

الهندام و المظهر الخارجي: منظم قليلا و متناسق

التعبير الجسدي : قلق و توتر في بعض المرات

التعبير اللغوي : تعبير جيد ولكن قليل حينما يتعلق الأمر بالتحدث عن المرض.

ملخص المقابلة:

الحالة (ن) يبلغ من العمر 20 سنة مراهق و هو الأول في إخوته (الإبن البكر) وهو أعزب توقف عن الدراسة في بداية السنة الرابعة متوسط مع أنه مجتهد وينال أعلى العلامات (معدل جيد جدا) و عدوله عن إكمال الدراسة بسبب معرفته بمرضه وخوفه من كثرة أسئلة أصدقائه عن تغيبه الكثير رغم جهد عائلته عن إرغامه بالعدول عن قراره المفاجئ ولكن رغم جهد خاله و ابن عمه كونهما الأقرب إليه حسب قوله ،ولكنه لم يتغير شيء بقوله (كي نقرا و مبعد) وقرر بذلك البقاء دون عمل منعزلا عن الغير، بدأ هذا بعد معرفة (ن) من أحد أقاربه أن وضعية جسمه غير طبيعية و منحنية ،وطلبت منه أن يمشي بشكل مستقيم في 16 من العمر ولكن لم يؤخذ كلامها على محمل الجد ،رغم انتباهه هو الآخر لمنحى جسمه في المرآة كل ما دخل إلى الإستحمام ،و لكن مع مرور الوقت بدأ (ن) يحس بالتعب و الإرهاق الشديد كلما قام بحمل أشياء ثقيلة أو المشي لمسافة طويلة و بالرغم من ذلك لم يحاول معرفة السبب، ولكن مع الوقت زاد ذلك التعب و الإرهاق و أصبح أشد مع قلة شهيته و شعوره المستمر بالدوار ،وعدم قدرته على القيام بأي عمل حتى و لو كان سهلا (ما نقدرش ندير حتى حاجة، نتحرك شوي و نعاود نرجع للفراش) مع تأزم حالته أخذه والده إلى الطبيب حينها عرف (ن) بأنه مصاب بالأنيميا و طلب منه بعض الفحوصات و الأشعة ،وبعد التشخيص علم أنه مصاب بالجنف في سن(18 سنة).

و كرر حينها (ن) بأنه لم يشعر بأي ألم على الإطلاق في ظهره أو أي مكان في جسمه غير التعب و الإجهاد الشديدين اللذين كانا سبب الأنيميا ،فتوترت حالة الأسرة وشعرت الأم بالذنب حسب قوله (قالت أنها هي السبب لعدم معرفتها مبكرا بحالة تقوس ظهره)، دخل (ن) في حالة عدم تقبل حالة وشكل جسده مع إصراره عدم وجود أي أعراض ألم، إلا في حالة مشي لمسافة طويلة أو حمل أي شيء ثقيل ،وحاول اعتزال العائلة لأنهم كثيري العراك يقصد بذلك الأم و الأب هذا من جهة و من جهة أخرى أصبح يحب الوحدة و أعتزل أهله و أصدقائه لتجنب كثرة الأسئلة عن حالته الصحية.

وتطورن حالته بكثرة تغيبه عن الدراسة حتى أعرض عنها كليا، وعانى من فقدان الشهية و القلق الشديد و قلة النوم و الأرق حيث أنه ينام فقط خلال الفترة الصباحية و يبقى ساهرا طوال الليل لعدم قدرته على النوم.

و تحدث أيضا عن عدم توافقه مع والده و عراكه الدائم معه، ولكن بعد بلوغه سن 19 سنة قرر الرجوع إلى الدراسة بالمراسلة بقوله أنه أصبح غير آبه كليا بحالته الصحية، و أنه نادم عن تفريطه في إكمال مساره الدراسي ،رغم أنه كان من أحسن الطلاب (عرفت أنو ماعنديش أي أمل للشفاء حتى بعد العملية لخاطر سعرها مرتفع و مانقدرش للتكاليف، وحتى نديرها قادر نرجع على كرسي متحرك)، حينها تأقلم و رجع للتكوين المهني لدراسة الإعلام الآلي و حاول تجنب أسئلة أصدقائه المتكررة لحالته الصحية و سبب بروز التحدب الواضح لظهره.

وفي سن 20 قرر والده مرافقته بمركز العلاج الطبيعي و لكن (ن) لم يكن متقبلا للفكرة، إلا أن والده قد أرغمه على الإلتحاق و كان كثيرا ما يضحك عند السؤال لمعرفته بإستحالة علاج حالته، ولكن بعد أول حصة حسب قوله إبعث فيه الأمل من جديد بعد ما كان ذلك مستحيلا ،حينها أحس بالثقة و الراحة وتضائل إحساسه بالإرهاق و التعب و قلة النوم بعد كل حصة.

ملخص دراسة الحالة:

1- تحليل مقابلة للحالة (1):

نقوم بتحليل مقابلة الحالة (1) من خلال تحديد أبعاد صورة الجسم و أبعاد تجربة الألم :

وصف الحالة (1): الحالة (ن) طويل القامة نسبيا ،نحيل الجسم، ذو شعر أسود طويل و عينان سوداويتان ، البشرة بيضاء مع وجود شحوب شديد في الوجه مع مظهر عادي جدا ،

البعد السلوكي المعرفي :لديه ابتسامة على ملامح الوجه مع ضحك عشوائي عند التحدث، أما بالنسبة للتعبير جيد وواضح الكلام ،لديه تعبيرات التوتر الشديد و القلق في حالة التكلم عن مرضه، يتواصل بشكل طبيعي و يجيب عن الأسئلة المطروحة بوضوح.

اللغة البسيطة و مفهومة ،محتوى التفكير جيد لا يتكلم عن مرضه ويحاول السخرية في حالت التحدث عن وضعية جسمه، الذكاء لديه عال ، أما الذاكرة فهو يتذكر جميع التفاصيل و لديه ذاكرة جيدة.

النشاط الحركي:

يجد صعوبة في القيام بنشاطاته اليومية المنزلية أو مساعدة الأهل في الأعمال التي تحتاج بذل جهد عضلي ،فهو سريع الإعياء و الإحساس بالدوار فنشاطاته تقهقرت بعد اصابته بالأنيميا و معرفته بخطورة درجة الجنف لديه فهو لا يمارس أي نوع من الرياضات ،سوى مشاهدة الكمبيوتر و الجلوس لساعات طوال أمامه.

البعد التحليلي لصورة الجسد :

قلق شديد مكبوت دون محاولة اظهار أي من مشاعره أمام الأهل و الأقارب أو الأصدقاء و محاولة اخفاء نفسه لتجنب معرفة أهله و أقاربه درجة التحدب البارزة أو السؤال عن شكله و ما حدث له ،سبب هذا الأخير تفكيرا متواصل و أرق دائم.

علاقته الإجتماعية و الثقافية :

كثير التوتر ومع محاولة التجنب الدائم للأسرة لتجنب سماع الجدالات بين والديه و تجنب للأهل وحتى من كانوا كثيري الزيارة لهم في البيت، كان دائما يتظاهر بأنه نائم أو غير موجود لتجنب كثرة الأسئلة على حد قوله، و التجنب الدائم للتواصل كلية حتى لأصدقائه لكونه توقف عن الذهاب للمدرسة فأصبح يخاف من نظرات المجتمع له و ما يقولونه عليه ،وكونه أصبح غير مألوف ولا يشبه أي أحد في سنه، فرأيت المجتمع لشخص بعاهة لا يعتمد على الصورة بل كتشوه كلي للفرد وهذا ما يجعله كصورة توحي بالإستفهام لكل من يراه و تبعث فيه الفضول للسؤال.

و بالرغم من هذا كان خاله و ابن عمه من أهم المقربين لديه فعوضهم بكل من حوله فكان دائم اللجوء إليهم و التعلق بهم.

ميكانيزمات الدفاع:

كان دائم الصمت في أول المقابلة و يتحدث فقط عند سؤاله حتى أنه لا يسهب في الحديث ويحاول الضحك كل مرة أسئله عن مشاعره فيها اتجاه شيء معين يحاول الإجابة بدقة لتجنب تدفق مشاعره كمحاولة لوضع الحدود و كدفاع منه ولا يوحي لك بالاهتمام اتجاه حالته الشكلية مبررا أنه قد تجاوز محنته و تقبل الوضع.

أبعاد تجربة الألم :

البعد السلوكي المعرفي :

يحاول احكام أفكاره و سلوكاته و تخفيفها بنوبات ضحك عابرة بعد أي سؤال عن آلامه، ولكن بعد حديث طويل تحدث عن ألمه النفسي وقلقه بعد معرفة تدهور حالته الصحية وصورته الجسدية و خوفه من مستقبله، تحول هذا اللإرتباك الشديد إلى أرق شديد تحول فيه ليله إلى نهار و العكس ناتج عن تدفق الأفكار السلبية إلى ذهنه، وكل ما حاول والده التحدث معه أو نصحه أو حتى ارغامه كان نتيجته العراك و الجدال في آخر المطاف ،فسلوكاته أصبحت أكثر عزوفا و حدة فيما يتعلق بكلام والده هذا من جهة و رغبته الدائمة في العزلة .

البعد التحليلي للألم :

من النواحي الإنفعالية :

كان يرفض كل مرة وجود ألم حسي لديه و أنه لا يشعر بأي ألم فقط حين قيام بجهد كبير أو المشي لمدة طويلة.

ذكرنا مسبقا عن تأثير الألم النفسي على سلوكاته أما وجدانيا كان يحس بأنه الوحيد من يتحمل هذا العبئ ،ولا أحد غيره في العائلة بالمقارنة مع إخوته كلهم بصحة جيدة ،إلا هو من تحمل التشوه و التعاسة ،فالأرق الشديد هنا ليس فقط تدفقا فكريا سلبيا بل عدم توافق نفسي و عدم قدرته على التصالح مع ذاته التي سببت له الحزن و التناقض بما يريد وبما أصبح عليه.

لهذا الغرض قمنا بقياس و تقييم الأعم من خلال نموذج الأبعاد المتعددة للألم (وحددناه من خلال حسي و نفسي)

قام كرينس و آخرون بإعداد قائمة لتقييم الجوانب المتعددة للألم عرفت باسم قائمة الأبعاد المتعددة للألم Multidimensional pain inventory (MPI) و التي طبقناها من خلال مقابلتنا :

قائمة الأبعاد المتعددة للألم

جدول رقم ()

القسم الأول: يسأل هذا الجزء عن المعلومات تتعلق بألمك، ومقدار تأثيره على حياتك، يوجد تحت كل سؤال مقياس لكي تضع اختيارك عليه، اقرا كل سؤال بعناية، وبعد ذلك ضع دائرة حول الرقم الذي يعبر على مدى انطباق السؤال على حالتك، من فضلك أجب على الأسئلة التالية:

1- ما تقديرك لمستوى ألمك في الوقت الحاضر؟

6 5 4 3 2 1

2- بشكل عام ما مدى تدخل الألم في الأنشطة اليومية؟

6 5 4 3 2 1

3- منذ بداية الألم لديك ما مقدار تغييره لقدرتك على العمل؟

6 5 4 3 2 1

من فضلك ضع علامة إذا كان سبب تقاعدك عن العمل بسبب غير الألم ؟ (-----)

6 5 4 3 2 1

4- ما مقدار تغيير ألمك لكمية الرضا و الإستمتاع الذي تحصل عليه من المشاركة في الأنشطة الإجتماعية ؟

6 5 4 3 2 1

5- ما مقدار المساعدة أو الدعم الذي تتلقاه من الأشخاص المهمين بالنسبة لك فيما يتعلق بألمك؟

6 5 4 3 2 1

6- قدر الحالة المزاجية العامة في الأسبوع الماضي؟

6 5 4 3 2 1

7- ما مقدار تدخل ألمك في حصولك على قدر كافي من النوم؟

6 5 4 3 2 1

8- في المتوسط ما مقدار ألمك في الأسبوع الماضي؟

6 5 4 3 2 1

9- ما مدى قدرتك على التنبؤ بمتى سيبدأ ألمك أو يتحسن أو يسوء ؟

6 5 4 3 2 1

10- ما مقدار التغير الذي أحدثه الألم في قدرتك على المشاركة في الأنشطة الترفيهية و الإجتماعية ؟

6 5 4 3 2 1

11- ما مقدار تقليلك للأنشطة لكي لا يسوء ألمك ؟

1 2 3 4 5 6

12- ما مقدار التغيير الذي أحدثه الألم في كمية الرضا الذي تحصل عليه من المشاركة في الأنشطة المتعلقة بالأسرة ؟

1 2 3 4 5 6

13- ما مقدار قلق زوجك (زوجتك أو شخص مهم) عليك فيما يتعلق بمشكلة الألم لديك؟

1 2 3 4 5 6

14- في خلال الأسبوع الماضي ما مقدار شعورك بالقدرة على التحكم في حياتك؟

1 2 3 4 5 6

15- ما مدى تنوع ألمك من حيث الزيادة أو النقصان خلال اليوم؟

1 2 3 4 5 6

16- ما مقدار المعاناة التي تشعر بها بسبب الألم ؟

1 2 3 4 5 6

17- كم مرة كنت قادرا فيها على فعل أشياء يمكنها أن تساعدك في تقليل ألمك ؟

1 2 3 4 5 6

18- إلى أي مدى غير الألم في حياتك الزوجية و علاقتك الأسرية الأخرى؟

1 2 3 4 5 6

19- إلى أي مدى غير الألم من درجة رضاك أو إستمتاعك بالعمل؟

ضع علامة هنا إذا كنت لا تعمل في الوقت الراهن (----------)

1 2 3 4 5 6

20- ما مقدار اهتمام زوجك (زوجتك أو الشخص المهم) بمشكلة الألم لديك ؟

1 2 3 4 5 6

21- خلال الأسبوع الماضي ما مقدار شعورك بقدرتك على التعامل مع مشكلاتك؟

1 2 3 4 5 6

22- ما مقدار شعورك بالقدرة على التحكم في الألم؟

1 2 3 4 5 6

23- إلى أي مدى غير الألم من قدرتك على آداء الأعمال المنزلية؟

1 2 3 4 5 6

24- خلال الأسبوع الماضي ما مقدار نجاحك في التغلب على المواقف الضاغطة في حياتك؟

1 2 3 4 5 6

25- ما مدى تدخل ألمك في قدرتك على التخطيط لأنشطتك ؟

1 2 3 4 5 6

26- خلال الأسبوع الماضي ماهي درجة قابليتك لإثارة الانفعالية؟

1 2 3 4 5 6

27- إلى أي درجة غير الألم من صداقتك مع الآخرين من غير أفراد الأسرة؟

1 2 3 4 5 6

28- خلال الأسبوع الماضي ما مقدار التوتر و القلق الذي شعرت بهما ؟

1 2 3 4 5 6

وكانت الإجابة كالآتي : التشطيب في حالة الإجابة المناسبة

	تقدير الألم الحسي						تقدير الألم النفسي و المعنوي					
عدد البنود	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1	X							X				
2	X						X					
3	X									X		
4	X								X			
5	X							X				
6				X				X				
7	X						X					
8	X						X					
9	X							X				
10	X								X			
11	X									X		
12	X								X			
13	X							X				
14				X							X	
15	X						X					

16	X								X		
17	X									X	
18	X								X		
19	X								X		
20	X								X		
21				X						X	
22	X										X
23	X								X		
24				X						X	
25	X								X		
26				X							
27	X										X
28		X							X		

نلاحظ تمايز شديد في الإجابة عن الأسئلة نفسها مع تغيير نوع الألم من حسي إلى ألم نفسي، وهذا ما يفسرجدا ما قاله خلال المقابلة الإكلينيكية التي قمنا بها.

تطبيق اختبار الإسقاطي لروشاخ على الحالة (1):

الوحة		التحقيق	التنقيط
1	زمن الكمون :18: 8S 1-عنكبوت زمن الرجع :"10:1'	/	1-G F⁻ A
2	زمن الكمون 8" مجرد رسمة (مع كثرة التدوير) زمن الرجع : 27:1'	Reffus	Reffus Choc
3	زمن الكمون "40 2جسم انسان قفص صدري (الجزء الأسود) 3كلية الجزء الملون زمن الرجع00:1'	اسنان مشوه مقسوم على النص	2/DG H⁺ Clob Banat
4	زمن الكمون "30 1خفاش 4 وحش لابس عباية مع رأس حشرة زمن الرجع"05:1'	حشرة لابسة عباية	3/G F⁺ A Ban 4/DG FE A/Obj
5	زمن الكمون 00:"5 5-1فراشة زمن الرجع 00:"25	مجرد حشرة	Gp F⁺ A BAN
6	زمن الكمون 12:"15 6-جلد دب مفروش على الأرض زمن الرجع 00:"36	عنف حيوانات	G F⁺ A Ban -> clo
7	زمن الكمون "30	حياة بحرية مائية	DBL_7 F⁺E Geo

	1-7 سد (الجزء العلوي سد الجزء السفلي مضيق سد زمن الرجع "59		
8	زمن الكمون 00:"20 8-الجزء العلوي: شجرة 9-الجزء الأوسط :حشيش 10-الجزء السفلي: صخور 11-حيوانات (على الجنب) زمن الرجع 13:'1		**8-D_4 F^+LB Bot** **9- D_6 CF^- Bot** **10-D F^+ Frg.** **11-D_1 F^+ Ani**
9	زمن الكمون :"30 12-الجزء العلوي (بطاطا) 13-الجزء الأوسط : (خرشف) 14- الجزء السفلي: (شيبس) زمن الرجع :56:"34		**12- D F^- Bot** **13-D F^- Bot** **14-D F^- Bot**
10	زمن الكمون "37 15-الجزء الأزرق: سلطعون 16-الجزء السفلي الأخضر :شعب مرجانية 17-الجزء الأصفر: ورد 18-الجزء الأصغر الأوسط: عباد شمس 19-البرتقالية (الوسط) كائن بحري 20-البرتقالية(على الجانب): صخور		**15-D_1 CF^+ RBL Ban A** **16-D_4/D_5 CF^+ Bot** **17-D_{15} CF^+ Bot** **18-D_2 CF^+(RB) Bot** **19-Dd CF** **20-Dd CF** **21-Dd CF** **22-D_8 /D_{14} CF Geo** **23-D_6 F^+ Arch**

	21-الحمراء: شعب مرجانية 22-الجزء العلوي البني :صخور مجوفة 23-الأزرق الأوسط :أنفاق صخرية زمن الرجع 1':25		

جدول القيم الكمية للحالة (1) : (د- حسين عبد الفتاح :2003)

الرمز	القيمة الكمية	الرمز	القيمة الكمية
ΣR مجموع عدد الإستجابات	23	Σ(H+A)/ Σ(Hd+Ad)	0
		الإستجابات الإبتكاريةE ΣE	$\%8.6 = \frac{2}{23}$ x100
ΣT مجموع الوقت المصروف بالثواني	"585 (ثانية)	الإستجابات الشائعة ΣP	$\%17 \approx \frac{4}{23}$ x100
ΣT/R متوسط الزمن المصروف على كل إستجابة	25.43	CF+3CF+3C/2	8
		OK/8C	انبساطي تام
$\frac{\Sigma(I + IV + V + VI + III)}{5}$ متوسط زمن الرجع لكل اللوحات السوداء	"255	$\frac{D}{R}$ x100 نسبة الإستجابات الجزئية	%83
$\frac{\Sigma(II + III + VIII + XI)}{5}$ متوسط زمن الرجع لكل اللوحات الملونة	"279	$RC\% = \frac{9R}{23}$ x100 الإجابة اللونية	$\approx 39\%$ RC%[30%-40%]
ΣF/ΣR x100 نسبة الإستجابات تقديرات الشكل	$\frac{12}{23}$ x100	$\frac{G}{23}$ x100	$\frac{6}{23}$ x100 $\approx 26\%$

جدول المعاني التفسيرية لنتائج الإختبار روشاخ :

العنصر	المدلولات
R%	عدم وفرة الإجابات مؤشر على السطحية ملؤها التحفظ و كبح الذات و المقاومة.
G% الإستجابات الكلية	حصول نسبة 26% و هي أكبر من (20% -30%) هي ارتباط بمستوى أقل من تشكيل وهو مؤشر على عدم القدرة على إدراك الواقع و التعامل معه بالشكل الصحيح مع تعامل جامد و إجابات سطحية و مبهمة تظهر مدى التجنب و القلق الداخلي اتجاه المواجهة المباشرة
D%	تقع النسبة العادية للتقدير (5% - 15 %) 83% ارتفاع نسبة الإستجابات الجزئية المألوفة مؤشر على إهتمام المفحوص بالتفاصيل و مؤشر على التفكير العيائي تابع نسبة عالية بالمقارنة مع **G%** مؤشر على تجنب المواجهة مع العناصر التي تثير واقعه الداخلي المقلق و تجنب الانغماس في داخله لتجنب تذكر معاناته ومحاولة تناسيها(قلةDd) وهو نوع من العصاب (الرهاب)
F%	مرتفع نسبيا بقيمة 52% من المستوى العادي (60-65%) مع ضعف قي تقديرات الحركة Cو E وK مؤشر على خشية الإلتزام بموقف مؤكد مع انخفاض في نسبة الإجابات F^-
معالجة الصراعات **TRI %**	**OK/8C** وهو محاولة لكبح التعبير الهوامي و العاطفي

RC %	انعدام الحركة **K** دليل على العزلة و الإكتئاب و عدم توظيف الخيال و الإنغماس في التفكير قلة التفاعل مع الألوان : عدم القدرة على ابراز النزوات و إظهارها. (30%- 40%) و النسبة المتحصل عليها من قبل المبحوث هي 39% و هي ضمن الإطار لكنها منعزلة و انفجارية مع الخوف من ردات فعل الآخرين
Clob	حضور الإجابات **Clob** مع صدمات لبعض الأشكال و خاصة اللوحة II حيوانات مقلقة و خيالية و غامضة لحشرة بعباءة تمثل الرهابية و القلق الشديد و الإنشغالات بالصورة الجسدية
الاجابات الإنسانية و الإجابات الحيوانية	الإجابات الإنسانية منعدمة و غير معرفة مع محاولة إهمال التوظيف الإنساني و استحضار الأشكال المركبة من حشرات لكن على شكل إنسان، مؤشر على تحقير للجانب الإنساني و محاولة اعتزال الآخرين لكونهم مثيرين للقلق و الإشمئزاز وهذا يدل على رفضه الداخلي للإندماج الإجتماعي و خاصة طرق التفكير. الإستجابات المرتبطة بحيوانات سلبية مثل العنكبوت أو جلد دب أو حشرات تعكس سلبية و إعتمادية الفرد
الدفاعات الغالبة	الإسقاط ، الإبدال و التجنب
الإستجابات الجنسية	لم يعطي أي إستجابات للوحة رقم II وهي اللوحة الوحيدة غير المجاب عليها و رفضها لكونه متأثرا بصورته الجسدية وكونه مرفوضا من الآخر

الحالة (2)

جدول يوضح سير المقابلات

عدد المقابلات	مدة و تاريخ الجلسة	غرض الجلسة
المقابلة الأولى	2021/04/12 (مدتها 45 د)	جمع المعلومات الشخصية و كسب الثقة
المقابلة الثانية	2021/04/20 (مدتها 35 د)	تاريخ الحالة
المقابلة الثالثة	2021/04/22 (مدتها ساعة)	تاريخ الحالة الصحية
المقابلة الرابعة	2021/05/26(مدتها 45 د)	المعاش النفسي الحالي
المقابلة الخامسة	2021/05/29(مدتها 50 د)	تطبيق اختبار رورشاخ

تقييم الحالة (2) :

دراسة الحالة الأولى :

اللقب: (س)

الجنس: انثى

مراهقة:

السن :19 سنة

تاريخ و مكان الميلاد: 1998/01/12 بالمسيلة

مكان الإقامة: المسيلة

ترتيب الإخوة: الأولى (الكبرى)

المستوى الدراسي: دراسات عليا(Math et informatique)

هل كرر السنة: لا

الحالة المدنية: عزباء

المهنة: /

المستوى المعيشي للعائلة: متوسط

طلب رؤية المختص النفسي :غرض عملي من قبل المختصة النفسية.

الملاحظة السيميائية

الشكل المرفولوجي : 50 درجة سكوليوز (سكوليوز Lombaire/Torasic على شكل حرف S)

الوزن: 60كغ

القامة :1.58م

لون البشرة : بيضاء

لون العينين: سوداويتين

علامات الخاصة : تحدب جانبي و انحناء شديد للعمود الفقري جهة الكتف الأيمن

الهندام و المظهر الخارجي: منظم و نظيف و متناسق جدا

التعبيرالجسدي: حزن و إكتئاب ،قلق في بعض المرات.

التعبير اللغوي: تعبير جيد ولكن قليل عند ما نتحدث عن صورته الجسدية.

تلخيص المقابلة للحالة (ل) :

عند مقابلتنا (للطالبة الباحثة) للحالة (ل) ، هي فتاة في مقتبل العمر (19 سنة) هي الأولى و البكر في إخوتها ، تدرس حاليا في جامعة المسيلة سنة ثانية جامعي و متحصلة على شهادة بكالوريا ثانية ، لا تعمل ، تعاني من إعوجاج العمود الفقري... لم تكن تعلم أنها مصابة بالسكوليوز (الجنف) إلا بعد تجاوزها سن 16 ،حين تعسر عليها التنفس و أصبحت تحس بتعب شديد و آلام متفاوتة على مستوى الجسد ،بعد زيارتها للأطباء استلزم القيام بعدة تحاليل و أشعة SCANNER حينها فقط تأكدت إصابتها به ، وحين سؤالنا" كيف تعاملت مع الوضع حين معرفتها بالمرض" أخبرتنا بأنه "كان عائق على مستوى حياتها كليا و أًصبح يمثل لها جهنم على الأرض" وقالت " أني كنت نكره روحي ووصلت بيا نكره حياتي ،و حياتي ما عندها حتى معنى ،وعلاه راني عايشة ،و حياة كارثية بكل معنى الكلمة" وأصبح الألم عندها مستمر وبدون توقف على مستوى أسفل الظهر ثم تفاقم و انتشر إلى بين الكتفين وبقي مستمرا حتى الكتف الأيمن حيث كان يزداد الألم حتى و لو

رفعت شيئا صغيرا ككتاب أو هاتف، معظم عائلتها لديهم أعراض لآلام الظهر ولكن لا أحد منهم ذكر قبلا بإصابته بمرض الجنف ولم يسمع به أحدهم من قبل حتى ذهبت للطبيب وأخبرها بإصابتها به وقالت بأنها عرفت هذه الكلمة فقط من الطبيب، و أخبرها أنها في حالة تستدعي الجراحة على وجه السرعة ،كان ذلك في عطلة الربيع مارس 2020 من هناك تعرض والدها لـ (Choc) كما وصفتها المريضة و أنها أصيبت بصدمة شديدة بدون أن تذرف أي دمع، لم تتقبل نفسها ولا شكلها الحالي و أصيبت أكثر بخوف لتزايد وتيرة الألم ،ودخلت في دوامة اللاتقبل "دخلت في تفكيرات جهنمية قادرة مانوصلش للعملية نولي معاقة وقادر يتبدل شكلي للأسوء" و ذكرت (ل) بأن عائلتها تقبلت وضعها الحالي بدون أي إعراض بل وبالعكس دعموها نفسيا و أنهم سيساندونها بكل ما لديهم و خاصة والدتها ،التي كانت لها سندا و كأخصائية نفسية على حد ذكرها كانت تواسيها بأنه أمر الخالق و أن المرء يبتلى وأن حالتها تعالج وليست بدون أمل، وعند سؤالي لها كيف تعاملت معه؟ ذكرت أنها كانت تنعزل وحيدة بعيدة عن العائلة و الأقارب مستمرة في البكاء نهارا و ليلا واستمرت على ذلك الحال حوالي 05 أشهر بحالة نفسية مدمرة "مناعتي هبطت و شهيتي إنعدمت و كرهت الماكلة و حالتي النفسية محطمة وناكل ولا مانكلش كيف كيف لاني رايحة نتأثر في الحالتين ورايحة للهاوية" .

ذكرت (ل) بأنها لم تكن تحب الخروج من المنزل قبل معرفتها لحالتها وكان خروجها من المنزل لأغراض معينة فقط، ولكن بعد معرفتها رفضت الخروج نهائيا خوفا من سخرية الناس لها حينها إنطوت أكثر وإنسحبت إجتماعيا رغم الدعم العائلي لها (الجدة و العمات و الخالات).

عانت الحالة (ل) من قلق شديد وصمت و كلما سئلت عن أي سؤال تبكي بعفوية و كلما سئلت للقيام بعمل معين كانت تصرخ و تبكي لكونها لا تحسن و بأنهم لا يقدرون مدى ألمها و حزنها.

قالت (ل) بأنها لم تتناول أي أدوية وصفت لها من طرف الطبيب لكونها تعي جيدا و تدرك بأن ليس له أي تأثير مباشر على الإعوجاج الذي تعاني منه ولن يشعرها بتحسن سوى تخفيف طفيف ووقتي قصير للألم.

وذكرت (ل) أيضا أن والدتها حاولت إخراجها من العزلة بشتى الطرق حين أخبرتها بأن حالتها قابلة للشفاء إما بالعملية أو العلاج الطبيعي الذي له إمكانية كبيرة للتعافي بشكل كبير و الرجوع للحياة الطبيعية حينها فقط أحست (ل) بأن هناك حبل نجاة للتعلق به.

حين خضوع الحالة (ل) لاول جلسة علاج طبيعي تفائلت و تقبلت العلاج بشكل إيجابي كونه حلها الوحيد الذي يجب أن تناضل من أجله ،مع انها كانت متخوفة من رفع سقف آمالها وعدم إختفاء الإعوجاج ،ولكنها مع مرور الحصص سرعان ما إختفى الخوف و تحسن مزاجها بشكل كبير ،و زادت شهيتها و تفاعلها إجتماعيا (تغيرت بشكل كبير مع اني ماقدرتش نتصور كفاش عمود الفقري قادر يتحرك ويرجع لوضعه الطبيعي بصح فرحت بزاف و مع كل حصة كنت نحس بتغير وشعور هايل من(50 ° إلى 25°).

ملخص دراسة الحالة :

تحليل المقابلة للحالة (2) :

أبعاد صورة الجسم :

وصف الحالة : الحالة (ل) قصيرة القامة نسبيا 1.58 م نحيلة الجسم بعينين سوداويتان و بشرة بيضاء مع وجود شحوب في الوجه (تتمتع بهندام نظيف و مظهر جميل و متناسق ،مع ظهور انحناء شديد في شكل الجسم و بروز تحدب خارجي على مستوى الكتف الأيمن.

البعد السلوكي المعرفي : كانت هادئة طول الوقت قليلة الكلام ،أما تعبيرها كان جيدا وواضحا مع إبتسامة باهتة ،متوترة طيلة الوقت تكتم ألمها و معاناتها كلما سئلناها عن مرضها، تتواصل بشكل طبيعي وتجيب عن الأسئلة المطروحة بكل وضوح.

اللغة بسيطة و مفهومة، محتوى التفكيرجيد ،تصرفاتها توحي بقدرتها على التحكم و السيطرة الجيدة بمشاعرها السلبية، ذكائها عال ، أما ذاكرتها فهي تتذكر جميع التفاصيل بشكل جيد.

النشاط الحركي : حركات عادية (تمشي بشكل عادي) بالرغم من وجود صعوبة في القيام بالأعمال المنزلية أو مما يستدعي الجلوس أو الإنحناء أو حتى جهد بدني بسيط ،فهي تجد صعوبة بالغة في الآداء الحركي، سريعة التعب عند الوقوف وتحس بآلام شديدة عند حمل كتاب للدراسة أو عملية الكتابة أو حمل هاتفها الشخصي .

البعد التحليلي لصورة الجسد :

قلق شديد وتوتر، أرق و بكاء متواصل ، غضب و هيجان عند طرح الأسئلة عليها من طرف عائلتها أو أقربائها، إنهيار كلي لحالتها النفسية بعد معرفتها لتشوهها و دخولها في دوامة التفكير المتواصل وخوف إتجاه ما سيؤول إليه حالها مستقبلا ، وتفكيرها بسوداوية اتجاه حياتها حيث لا معنى لوجودها ،تفضيلها للعزلة داخل البيت و تجنب التواصل.

علاقاتها الإجتماعية و الثقافية :

في حالة تجنب الحالة (ل) للتواصل مع الأقارب و الناس خوفا من نظرتهم السلبية لها و إنتقاداتهم لشكلها و سخريتهم و شفقتهم هذا ما جعلها تنعزل و ترفض الخروج تماما ، لا تحب تكوين صداقات كثيرة لديها صديقة مقربة واحدة تخبرها بكل آلامها و تحس بالطمأنينة معها.

تتفاعل جيدا مع المحيط الأسري ، لكن تناولها النكسات كلما جلست وحيدة ،تكره الضجة فهي ليست على وفاق تام مع اخوتها الأقل سنا .

في الثقافة المجتمعية وخاصة الجزائرية و بالتحديد ولاية المسيلة يميزون بين الجنسين و يعطون مجموعة من الإمتيازات للجانب الذكوري كونه لا يعاب عليه من الناحية الشكلية بالتحديد، فالفتاة تترعض دائما للتنمر و الإنتقادات بما يخص شكلها و جسدها (سمينة / نحيلة / طويلة / قصيرة ...)فمنذ صغرها يفكرون كيف سيكون شكلها مستقبلا لكي يتقبلها المجتمع ، لتستطيع الزواج و تكوين أسرة (كنجاح في الإندماج) خلافا لما تتعرض له الفتيات بتشوهات خلقية كانت أم مكتسبة فينظر إليهن بعين الشفقة تضاءل فرصها بوجود مستقبل في الحياة الزوجية أو القبول من الجانب الآخر.

بالرغم من التعاطف الذي تحضاه من الخارج لكن قد يبدو ذلك مريبا و غير متقبل ،فالعطف الزائد يكون في الغالب موجها للشكل الذي هو عليه حتى نظراتهم و تلميحاتهم ،وكثرة الملاحظة المتكررة قد تسبب إحراجا وحدا لحريتها و تحديد حدود لها ضمن إطار واحد وهو شكلها فقط بغض النظر حصولها على نجاحات أو إنجازات .

ميكانيزمات الدفاع :

الحالة (ل) في بداية المقابلات كثيرة الصمت و الهدوء ،بالرغم من تواصها وتعاونها أثناء المقابلات ، تحاول كبح دموعها كل مرة تتحدث فيها لكي لا تبدي ضعفها وقلة حيلتها ،لا تظهر معاناتها بل تحاول جاهدة كبتها و السيطرة عليها .

أثناء العلاج الطبيعي لم تبدي أي إعراض في حالة الإحساس بالألم، ولكن كانت تحافظ على هدوءها و صمتها وتتبع تعليمات المعالج بحذافيرها .

أبعاد تجربة الألم :

البعد السلوكي المعرفي :

كان شعورها بالألم مستمرا و متواصلا خاصة بعد القيام بأي عمل بجهد أو بغيره ،وهذا الألم حسي تزداد حدته و تقل حسب الحركة و خاصة أسفل الظهر (Lombar) وكتفها و بالضبط عند لوحة الكتف (Scapula) ،ولكن ألمها إزداد حدة حين تعرفها على سبب الألم وصدمتها بتغير شكلها المستمر وانحصار حياتها في إطار التشوه الجسدي غير القابل لوضع حد له.

أثناء المقابلة عبرت عن ألمها الحسي و النفسي بشكل واضح وحاولت ابرازه بقوة في كلمة (حياتي أصبحت جحيم ،واصبحت أبكي طوال الوقت) تصمت طوال الوقت لعجزها عن الخوض في أي حديث ،وحين محاولة سؤالها تصرخ بشدة ، ترفض التعبير ومن ثم تبكي في صمت وتختار منعزل لها ،تفكيرها في مستقبلها المحدود ،ابرازها للقسوة في ملامح وجهها تعبيرا عن رفض الواقع ،وترى كلام الآخرين لها كمثيرات سلبية تستدعي الإستجابة السلبية وهي الرد الصارخ أو الصمت.

البعد التحليلي :

كانت تعاني من هشاشة في كيانها الداخلي وفراغ غير قابل للإنشغال، احساسها الكبير بالوحدة و الألم الحسي و النفسي غير من محتواها النفسي الذي يعبؤ بالإيجابية إلى كيان منهد و مهزوز ، كانت مجتهدة في دراستها لتحاول بناء مستقبل باهر ،ولكن كل شيء توقف حين معرفتها بإصابتها غير قابلة للعلاج. بكاء وصمت تعبيرا عن الرفض الشديد لواقعها الذي لا تريده ،انعزالها و انسحابها رفضا لعطف الناس لها فهي ترى ذلك سخرية و ازدراءا لشكلها و تشوهها و مقارنتها دوما بأقرانها، مرت بمرحلة عدم تقبل و تناقض لما كانت تريد و تثبيته دفعة واحدة ،كانت مدة 05 أشهر فترة طويلة لتدارك أزمتها يعود إلى عامل العمر (18سنة) عدم وصولها للثبات النفسي الذي يمنحها صلابة ضد أي صدمة، قرار الطبيب لها كان حلا تعسفيا بإجراء عملية مما جعلها لا تتناول الأدوية الموصوفة من قبله، فكانت تبحث دوما على إيجاد حلول بنفسها فهي تمثل ذاتها بالشخص الغريق الذي ينتظر الموت في أي لحظة، انفعالاتها المزاجية و حسياسيتها الزائدة اتجاه الكلمات التي تسمعها موجهة إليها ،تحاول كبت كل ما تحس به وعدم إظهار ضعفها وهذا مما جعلها تتعلق بأي قشة للعلاج و النجاة و اندفاعها مباشرة للعلاج الطبيعي و تقبلها له سرع من شفائها و تعافيها .

ولهذا الغرض قمنا بقياس درجة الألم من خلال قائمة الأبعاد المتعددة للألم "لكيرنس" وكانت إجاباتها عليه كالآتي:

البنود	مستويات الألم					
	1	2	3	4	5	6
1		x				
2			x			
3				x		
4					x	
5					x	
6			x			
7					x	
8			x			
9					x	
10					x	
11				x		
12				x		
13					x	
14						x

			x			15
		x				16
		x				17
	x					18
-	-	-	-	-	-	19
x						20
	x					21
		x				22
		x				23
		x				24
		x				25
				x		26
		x				27
				x		28

من خلال اجابتها على قياس و تقدير الألم لـ"كيرنس" أن الألم قد أثر كثيرا في قدرتها على القيام على الأعمال العادية أو المشاركة في الأنشطة المتعلقة بالأسرة ،فحددت مستوى الألم ب (5) مقارنة بمستوى الألم الذي صنفته بين (3-2) رغم أن الألم لم يكن حادا ولكنها كانت تتجنب الأنشطة العادية لتفادي تفاقم الأعراض (كما أجبت في البند 11) الخوف و الألم حد من نشاطاتها

ولكنها تحاول بقوة السيطرة على مسار حياتها من خلال التعامل الإيجابي مع مشكلاتها (البند 21) و استطاعتها على زيادة قدرتها على النجاح في التغلب على المواقف الضاغطة في حياتها.

تطبيق اختبار الإسقاطي لروشاخ على الحالة (2):

اللوحة	التحقيق	التنقيط
I/ 25" 1- خفاش 2- نخاع شوكي مادة بيضاء (البقع البيضاء) و مادة الرمادية -> الجانب الأسود • 1':54	خفاشين متقابلين DF^{-} $kan_{rép}$ A	1/ G F^{+} Ban A → R.sym 2/ GbL F^{-} C Anat
II/ 10":00 3/ الأحمر العلوي-> وجهين متقابلين 4/الأسود سنجاب و سنجاب (سنجابين يتصافحان) 49":00		3/ Do CF^{+} Hd → R.sym 4/ D_Z Kan A →R.sym
III / 14":00 5- ضفدع ∨ 31":33		5/ G F^{+} A
IV / 5":00 6- بركان منفجر 7- خفاش حقيقي ∨ 23":22	فيها الشر و تبين حوايج مشي ملاح Clob	6/ G_Z Kob^{-} Frag 7/ G F^{+} A Ban
V / 1":00 8- فراشة ∨ 34"	تبان مليحة	8/ G F^{+} Ban A

30" / VI 9- Auto route 10- حشرة الورق تتخبى في الغابة باش ميكلوهاش الحيوانات 11- وردة V 12- ورقة تين 1'30:30 (1min)	يلاحظ وجود كف في التحقيق	**9/ G F_{+}^{-} pays** **10/ G_z Clob kan A /Pays** **11/ G F^- Bot** **12/ G F^+ Bot**
20":00 / VII 13-إبهامين دايرين هكذا (LIKE) الجزء العلوي->- 14-انسانين متقابلين وهذا مكان 39":00	انسانين يشوفو في بعض (الجزء السفلي)	**13/ D K_P Hd** **14/ D_z K H** **→ R.sym**
13":30 / VIII 15-فهدين (الجزء الأحمر) 16- أكل أثار سمكة متحجرة 17- الجزء البرتقالي: جبلين 18-الجزء العلوي :بركان خامد غير منفجر وفيه غابات 1':14	هايلة و تمثلني	**15/ D_1 F^+ A** **16/ G F^- Frag/ A** **17/ D_7 F^+ Pays** **18/ DD Kob $_{reflé}$ C Pays**
15":29 / IX 19-أيل (متقابلين) الجزء البرتقالي ينظران في اتجاهين متعاكسين 20-الجزء الأخضر شجيرة (متقابلة) الجزء الأحمر لا أعرف 57":34	الأيلين (صورة منعكسة و الأخرى في الماء) **D Kan_{reflet} E A**	**19/ D Kan_{reflex} A** **20/ D_{11} CF^- Bot** **→ Sym** **→ Reffus pour isoler la couleur rouge.**

12":28 . /x 21-الجزء الأصفر: طيور صفراء 22-الجزء الأزرق: بقع ماء/خلايا 23-الجزء الأحمر : Poumon 24-الجزء العلوي :بلعوم 35":02	فيها حركة بزاف كما الناس يقلقولك **Commentaire de mal à laise**	**21/ D_2 CF^+ A** **22/ D_1 FE Anat** **23/ D_9 CF^- Anat** **24/ D_d CF^- ant** **→ Choc**

جدول القيمة الكمية للحالة (2) :

الرمز	القيمة الكمية	الرمز	القيمة الكمية
ΣR مجموع عدد الإستجابات	**24**	نسبة مجموع الإستجابات الحيوانية الإستجابات الإنسانية	$\frac{\Sigma(A+Ad)}{\Sigma R}X100$ $\frac{12}{24}X100=50\%$ $\frac{H+Hd}{R}X100$ $\frac{4}{24}X100=16.6\%$
ΣT مجموع الوقت المصروف بالثواني	**546"**	الإستجابات الشائعة Σban	$\frac{3}{24}X100=12.5\%$
متوسط الزمن المصروف على الإستجابة ΣT/R	**22.75**		
متوسط زمن الرجع لكل اللوحات السوداء $\frac{\Sigma(I+IV+V+VI+VII)}{5}$	**271"**≈	نمط الصدى الحميم **TRI**	**7K < 8C** انبساطي ممتد
متوسط زمن الرجع لكل اللوحات الملونة $\frac{\Sigma(II+III+VIII+IX+X)}{5}$	**49** ≈"	$\frac{D}{R}X100$ نسبة الإستجابات الجزئية	$\frac{12}{24}X100=50\%$

$\frac{12}{24}X100 = 50\%$	نسبة الإستجابة الكلية $\frac{G}{\mathrm{R}}X100$	$\frac{17}{24}X100$ $\approx 71\%$	نسبة الوصف الذاتي $\frac{\Sigma(\mathrm{FC}+\mathrm{F}+\mathrm{FK})}{\Sigma\mathrm{R}}$
RC%= $\frac{8R}{24}X100$ $\approx 33.33\%$	صدى الألوان RC%= $\frac{\Sigma\mathrm{R(VIII,IX,X)}}{\mathrm{R}}X100$	$\frac{10}{24}X100$ $\approx 41.6\%$ $\frac{1}{24}X100$ $\approx 4\%$ $\frac{6}{24}X100$ $= 25\%$	نسبة إستجابات الشكل $\frac{\Sigma F}{\Sigma\mathrm{R}}X100$ **F^{+} %** **F_{-}^{+} élargi %** **F^{-} élargi %**

جدول بروتوكول روشاخ للحالة 2 :

نسبة التقييم	جدول تفسيري لنتائج الإختبار
الإستجابة الكلية **G**	الحصول على نسبة أعلى من (20% -30%) وهي 50% وهي نسبة تفوق النسبة العامة لأنماط الإدراك في الإجابات. يمكن استظهار طبيعة السياقات العقلية لهذه الحالة و التعرف على نوعيتها في التعامل مع منبهات الإختبار،فأنماط الإدراك المختلفة التي ظهرت بتنوع معقول رغم قلة الإجابات 24 إجابة يوضح قدرة المبحوث على التعامل مع المشكلة إلى غاية الإفضاء بها إلى الآخر. ← نسبة 50% للاستجابات الكلية **G** تشير نوعا من الميل إلى القلق المتعلق بالشكل و الإندفاع للتحكم فيه ودفاع مستميت بالسطح تجنبا لتناول الصراعات اللاشعورية، كما تشير إلى توظيف عبر الحدود الخارجية.
D% الإستجابة الجزئية للأجزاء الكبيرة	تقع النسبة 50% أقل من النسبة العادية (60% -65%) وهي منخفضة لاهتمام المبحوث بالدفاع الشكل الكلي و تشير قيمة النسبية لـ D التي تساوي قيمة G إلى الدفاع بالسطح و تفادي التغلغل أين الشعور يوازي الوضعية الفحصية وهذا ما أشار إليه Do في البطاقة رقم II يعكس مشاعر عدم الأمن.
Dd% (10%) و نوعيتها Bl (10%)	غاب في البروتوكول الإجابات الجزئية الصغيرة و استثمار الفراغ الأبيض مما يؤكد هشاشة الحدود (داخل/خارج) التي حافظت عليها المبحوثة بتناول سطحي.

ديناميكية الصراع **حركة الإنسان** **K%** **حركة الحيوان** **Kan%** **حركة الجماد** **Kob %** **RC % E**	1/ المحددات الحسية: فالصيغة **7K/8C** هي نمط الوجع العاطفي حيث نلاحظ ارتفاع قيمة تقدير الألوان على الحركات و هي ما يعني وجود حساسية عاطفية 2/الحركات : حركة الإنسان K% نسبة الحركة تقدر بـ 2تقديرات و تدل على اسقاط النشاط العقلي و تتعلق بإشكالية حساسة لدى الحالة :العلاقة مع الآخر غير محدد هويته،بحيث لم تتمكن الحالة من تحديد جنس الشخصين. تعكس نسبة تقدير حركة الحيوان **Kan** (3تقدير) قوة الرغبات اللاشعوية غير المقبولة التي تتطلب الإشباع. انخفاض نسبة الإستجابات بتقدير واحد (1) دليل على وجود صراع وتوتر و إدراك المفحوص لذاته المهددة، لا يمكنه السيطرة إلا أن بإمكانه التوافق معها. مع عدم القدرة على توظيف الألوان و كبح شديد للعواطف و النزوات
F% **F⁺ élargi %** **F⁻ élargi %**	و نسبتها تفوق (60%-65%) و التي تساوي 71% و هي نسبة عالية تشير إلى المراقبة الشديدة للأنا. (70-80%) ← النسبة العادية و النسبة المتحصل عليها من قبل المبحوثة هي 41.6% و هي أقل من النسبة العادية، عدم القدرة على التفكير الإيجابي و الإندفاعية. ← نسبة 25% هي نسبة التصورات و توظيف الخيال و التذبذب في إدراك المواضيع
A , Ad الأشكال الحيوانية	يعكس إدراك الحيوانات في البقع الطبيعية التفكيرية للمفحوص، كما يمكن أن يكون مؤشرا لتكنيكات تكيفية

	وربط الخوف بالحيوانات دليل على الشعور بعدم الإستقرار النفسي و الإختفاء بالترقب يحاول المفحوص التعامل معها بشكل ما
الإستجابة الجنسية	إتجاه اللوحة رقم II ،عبر على الصورة بالتصارخ و الصلح و التوافق دليل على محاولة كسب علاقات مع الآخرين بطريقة إيجابية مع التعبير عليها بشكل منفصل دليل على صراع مع الواقع
إستجابات المحتوى، التشريحي و العلمي	الإستجابات التشريحية مؤشر على إهتمام المفحوص بحالته الصحية و حالته الجسمية و مرضه الإستجابات العلمية دليل مؤشر على القدرات الإدراكية و العقلية
R.sym	توظيف التناظر بكثرة عدم الرضا و التصالح مع الذات و عدم تحقيق الإستقرار الداخلي.

مناقشة الفرضيات :

في ضوء الإطار النظري و الدراسات السابقة و من خلال النتائج التي تحصلنا عليها من تطبيق روشاخ و تقييمات الألم وجدنا أن كلا الحالتين قد اسقطا صورة التشوه الجسدي و نقلا لنا تجربة الألم الخاصة بهما و التي تتمثل في الفرضية 1:

ينقل لنا مريض الجنف تجربة الألم خاصة و الإجابة على التساؤل المطروح و تحقيق الفرضية 1.

ومن خلال التفسيرات التي تحصلنا عليها من روشاخ و المقابلة اظهرت لنا الكثير من مؤشرات الهشاشة النفسية من خلال تعرضهما للألم النفسي و الحسي الذي أثير بسبب تشوه الصورة الجسمية لكلا الحالتين من خلال الإجابة على الفرضية 2، و التعرض للألم النفسي نتج عن التغيير المستمر لشكل الجسد و محدودية النشاطات و الإحساس الكبير بالإختلاف عن الآخرين و عدم القدرة على التكيف مع البيئة المجتمعية ناتج عن تضييق الخناق عليهم و اظهار الجانب اللامألوف في شكلهم بالمقارنة مع أقرانهم و كثرة السؤال وطلب التوضيحات منهم جعل من الإنعزال سبيلا لهم لوضع حد له الخلاف مما أدى إلى تفاقم الألم النفسي لديهم.

الفرضية 3: نعم يوجد اختلاف في إدارة الألم وفق نوعية الصورة الجسمية لدى الذكور و الإناث ،وهذا ما أظهرته النتائج في تقييمات الألم ،فالحالة رقم واحد –الذكر المراهق- أظهرت الاستجابة السلبية لتقييمات الألم الحسي ورفضهالتام للألم و لكن عند استحضار الألم النفسي تغيرت النتائج لإستجابة الألم على عكس الأنثى المراهقة فقد اجابت عن التقييمات الألم الحسي بشكل عادي ولم تجد أي صعوبة في وصف ألمها و تقديره ،وعدم قدرة المبحوث –الذكر المراهق- على إظهار الألم نتيجة تفاقم الضرر النفسي لديه بسبب عدم القدرة على تدارك و تقبل الواقع للصورة الجسمية التي أفرزت كمونا اكتئابيا كبيرا و فراغا في حياته المعاشة ،و إظهار المقاومة و الدفاع كان بارزا أكثر بالمقارنة بالأنثى المبحوثة التي حاولت كبح المقاومة و السيطرة على انفعالاتها و تدارك تفاقم الوضع الخارجي (التشوه الجسمي)

بتحقيق و اشباع نزواتها و احتياجاتها من خلال توظيف مدركاتها العقلية سعيا لملأ فراغ في الذات الهشة و تحقيق ذاتها من خلال الكبت و التجنب خوفا (شخصية خرافية) من تفاقم الضرر النفسي،هذا يعني أن المبحوثة فضلت الدفاع عن ذاتها و الصراع لتقبل الواقع على خلافه هو الذي حاول عدم تقلبله تماما (رهابية اكتئابية) .

الخاتمة

1985
جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

الخاتمة

تعتبر الفئة المصابة بالجنف (Scoliose) و التي تستدعي الإهتمام و الرعاية الخاصة، نظرا لما يخلفه الجنف من تغيير في حياة المصاب به و خاصة المراهق بشكل خاص ،و التي تؤثر على مختلف مراحل حياته و بالأخص المرحلة الأهم و هي المراهقة فهي همزة وصل من مرحلة الطفولة و مرحلة الرشد .

حيث سعت هذه الدراسات المصغرة إلى معرفة تأثير الجنف(Scoliose) على صورة الجسم لدى المراهق،وكذا معرفة تجربة الألم بالنسبة للمصاب بالجنف ولهذا فإن النظر إلى هذه الفئة بشكل عام و النظر إلى المراهق المصاب بالسكوليوز بشكل خاص ،يجب أن تقوم على أساس أنه جزء لا يتجزء من المجتمع بجميع مجالاته و الإهتمام بهم من طرف الأسرة أولا و ذلك لجعلهم يتأقلمون مع الإصابة و تلبية حاجاتهم و إحاطتهم بكل مشاعر الحب و التقدير و الرعاية و عدم إحساسهم بأنهم عبء عليهم ،فهذا يأثر على تقبلهم لصورة جسدهم و بالتالي ينجم عليه زيادة في الألم النفسي و عدم التوافق النفسي و الإجتماعي .

ملخص الدراسة:

الدراسة الحالية هدفت إلى التعرف على تأثير الجنف على صورة الجسم و تجربة الألم لدى مرضى السكوليوز المراهقين و انطلقت الدراسة من التساؤل الرئيسي و المتمثل فيما يلي : ما مدى تأثير الجنف Scoliose على صورة الجسم و تجربة الألم لدى المراهق؟ لمعرفة ذلك قمنا بإجراء البحث على عينة من المصابين بالجنف لحالتين لكلا الجنسين تتراوح أعمارهم بين 19 سنة و 20 سنة بمركز صحتي للعلاج الطبيعي و تقويم الفقرات بالكيروبراكتيك بالمسيلة تم تطبيق المنهج العيادي من خلال الإستعانة بالأدوات المتمثلة في المقابلة العيادية النصف موجهة ،و الملاحظة العيادية و مقياس صورة الجسم رورشاخ وتفسير المعطيات وتقييم لدرجة الألم الحسي والنفسي للحالة الأولى والثانية والتأكد من صدق الفرضيات ، في الأخير تم التوصل إلى النتائج التالية : تميز الصوره الجسدية لمريض الجنف بالهشاشة يناولنا تجربة ألم حسية ونفسية واضحة و ان هناك تأثير كبير لصورة الجسم على تجربة الألم لدى مرضى السكوليوز المراهقين -يوجد اختلاف بين الجنسين في إدارة الألم وفق نوعية الصورة الجسمية لدى الذكور والإناث.

Summary of the study

The current study aimed to identify the effect of scoliosis on body image and pain experience in adolescent scoliosis patients .The study started from the main question represented in the following: What is the impact of scoliosis on body image and pain experience in adolescents ? To find out, we conducted a research on a sample of people with scoliosis for two cases of both Both sexes, aged between 19 and 20 years, at the Sehhati Center for Physiotherapy and Chiropractic Correction in M'sila .The clinical approach was applied through the use of tools represented in the half-clinical interview Guided, clinical observation, body image scale Rorschach, interpretation of data, assessment of the degree of sensory and psychological pain for the first and second cases, and confirmation of the validity of the hypotheses, in the end the following results were reached: Characterizing the physical image of the scoliosis patient with fragility, giving us a clear sensory and psychological experience of pain and that there is Significant effect of body image on the experience of pain in adolescent schizophrenia patients - There is a gender difference in pain management according to the quality of male and female body image .

قائمة المصادر والمراجع

1985
جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

المراجع و المصادر باللغة العربية

- كمال دسوقي ،علم النفس و دراسة التوافق ،دار النهضة العربية للنشر لبنان ,1974.
- رشاد علي عبد العزيز ،علم النفس الإعاقة ،مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة , 2008.
- لكويفر ،برونو و دايفدسون ،هبلين ,1965 ،تكنيك الروشاخ ،ترجمة سعد جلال و آخرون، القاهرة ،المركز القومي للبحوث الإجتماعية و الجنائية.
- عبد الستار إبراهيم(1998) ،الإكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه و أساليب علاجه ،الكويت، عالم المعرفة، رقم 339.
- أحمد حسانين أحمد ،سيكولوجية الألم، اتيراك للنشر و التوزيع ، القاهرة ،2011.
- حسين عبد الفتاح ، تكنيك الروشاخ، منشورات جامعة أم القرى ، مكة المكرمة ,2003.

المراجع و المصادر باللغة الأجنبية

- Cash TF, Body images development, deviance and change ; New York, Guilford press ; 1990.
- Thompson JK Heinberg LI Altabe M, exacting beauty ; theory assessment and treatment of body images disturbance ; Washigton DC ,American psychological association ,1999.
- Coffey L,Gallgher P, Horgan O, Desmond D, Maelochan M, Psychosocial adjustment to diabetes related lower limb amputation, Diabet Med, 2009 Oct; 28(10),1063-7(PubMed).
- W.P Blount Scoliosis and the Milwaukee brace, Bull Hosp, Joint disc,1958;19 (152-165)
- Suken A.Shah, MD,Pediatric orthopedic and scoliosis surgery. Departement of orthopedics 1600 Rockland Rood Wilington.
- Swansan, 1984, Violon, Bond and pearson, 1969 cecile BRZMANN, Livert de cotation desformes dans le RORSCHACH.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research

University of Mohammed Boudiaf - M'sila
Faculty of Humanities and Social Sciences
Department of Psychology

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

أنا الممضي أسفله:

السيد (ة): غروش أسماء الصفة: طالب، أستاذ، باحث طالبة

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 200334216 والصادرة بتاريخ: 2016/04/24

والمسجل بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس

والمكلف(ة) بإنجاز أعمال بحث (مذكرة تخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، أطروحة دكتوراه)

عنوانها: صورة الجسد وتجربة الألم لدى مرضى السكليروز

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ: 2021.06.08

توقيع المعني (ة)

المرجع: القرار 1082 المؤرخ في 27 ديسمبر 2020