

الجمهورية الجزائرية الشعبية الديمقراطية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة محمد بوضياف - مسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي: / 2020

الرقم التسجيل:

الثالث المعرفي لبيك (ذات - محيط - مستقبل) والإحباطات الفمية لدى

مريضات راشدات بالسيلاك بالاستعانة بشبكة السيكا Secca

دراسة ميدانية لـ 4 حالات راشدات مريضات بالسيلاك

تخصص: علم نفس عيادي

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في شعبة: علم النفس

إشراف الدكتور:

إعداد الطالب (ة):

سفاري لبنى

بشيري أسماء

أعضاء لجنة المناقشة

رئيسا
مشرفا ومقررا
مناقشا

أستاذ محاضر "ب"
أستاذ مساعد "أ"
أستاذ محاضر "ب"

د/ بن زطة بلدية
د/ سفاري لبنى
د/ بوترة ابراهيم

السنة الجامعية: 2020/2019

شكر وتقدير

نشكر الله عز وجل على منه وكرمه، إذ وفقنا في مسيرة البحث لإتمام هذه المذكرة التي نرجو من الله أن تكون عوناً ومرجعاً يعتمد عليه من يأتي بعدنا

أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذة الفاضلة التي لن أستطيع إيفائها حقها من الشكر على ما قدمته لي من وقت وجهد الأستاذة التي كانت ولا تزال نعم الموجه وخير ناصح ولم تتوانى طوال فترة دراستنا في طوري اليسانس والماستر على تقديم يد المساعدة والنصح، من لم تبخل علينا بتوجيهاتها طوال فترة إنجاز الماستر، أستاذتي المشرفة "سفاري لبنى" التي ما كانت لتنجز إلا بفضل الله ثم بفضلها جزاه الله عني وعن جميع الطلبة خير جزاء وأدام الله عليها نعمة التواضع وزادها من فضله الكريم.

كما أتوجه بالشكر إلى أعضاء لجنة المناقشة على تحملهم عناء تنقيح المذكرة من الأخطاء جزاكم الله عنا خير جزاء

كما أتوجه بالشكر إلى جميع أساتذة كلية العلوم الاجتماعية والانسانية قسم علم النفس

إهداء

﴿ وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا ۖ إِنَّمَا يُبَلِّغَنَّ
مِنْكَ الْكَبِيرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أُفٍّ وَلَا تَنْهَرْهُمَا
وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا ﴾ 24 ﴿

سورة الإسراء 23-24

إلى من أفضّلها على نفسي، أمي العزيزة أشكرك على حبك الغير المشروط لي
وعلى التضحيات التي قدمتها من اجلنا. شكرا لك على تعاليمك ونصائحك
الحياتية. كل ما علمتني إياه كان له هدف في حياتي
إلى صاحب السيرة العطرة الى من احمل اسمه بكل فخر الى روح ابي الطاهرة
"بشيري مفتاح "

الى سندي في هذه الحياة اخي الغالي بشيري معتر بالله شكرا لك على
ابتسامتك الدائمة، شكرا لك على وجودك بجاني
أفضل صديق يمكن أن تمنحك الحياة هي الاخت الى من ترعرت بين أيديهم
في هذه الحياة سهير-نهي-عفاف لمياء أشكركم على ثقّتم وإيمانكم بي دائما
الى من وضعتني على طريق الحياة، الى من قاسمتني ثمره هذا الجهد وتحملت معي
أعباءه شكرا لك على ثقّتك وإيمانك بي دائما حتى عندما لم أفعل ذلك،
بذكائك ومثابرتك أظهرت لي أن كل شيء ممكن إذا عملنا بقلب لتحقيق
ذلك، الى غاليتي "نهي

إلى جميع الأساتذة الكرام في جميع الاطوار اهدي عملي هذا

ملخص الدراسة:

الثالوث المعرفي لبيك (ذات-محيط-مستقبل) والاحباطات الفمية لدى راشدات مريضات بسيلياك بالاستعانة بشبكة Seeca معتمدين في دراستنا على المنهج العيادي.

من خلال مجموعة بحث تكونت من حالة راشدة، تم تطبيق المنهج العيادي: عبر مجموعة من الأدوات النفسية والمتمثلة في: المقابلة العيادية نصف موجهة وشبكة Seeca وكذا تطبيق اختبار روزنزفايج للإحباط المصور Rozenzweig Picture Frustration

أما أهم نتائج الدراسة التي توصلنا إليها هي:

- تؤثر الحمية المتبعة على معاش النفسي لمريضات بالسيلياك من خلال تصور الذات وسياق الاجتماعي وإدراك المستقبل.
 - مرض السيلياك يستدعي تكريسًا مستمرًا لنظام غذائي وأسلوب حياة مقيد، مما قد يساهم في العزلة الاجتماعية واثار واضحة على صورة الذات.
 - وجود صعوبة لدى مريضات بالسيلياك في الاسقاط في المستقبل والاستثمار في فكرة الزواج والإنجاب.
- الكلمات المفتاحية: الثالوث المعرفي - سيلياك - الاحباطات الفمية - شبكة seeca - اختبار روزنزفايج

Abstract

The Cognitive trinity of Beck (the self -ocean-future) and the oral frustrations for/of adult celiac patients using the SEECA network, based in our study is by using the clinical approach.

Through a research group that consisted one adult case, the clinical approach was applied: through a set of psychological tools represented in: The semi-directed clinical interview and the Seeca network that was applied, as well as the application of the Rosenzweig Picture for Frustration Test.

Therefore, the most important resultst that the study have reached are:

- The diet affects the psychological pension of adult celiac patients through self-perception, social context, and future perception.**
- The Celiac disease urges for a constant devotion for a strict diet and lifestyle, which might contribute in social isolation and clear signs of self-image.**
- The existence of the difficulty of the projection in the future and investing in the idea of marriage and childbearing.**

Key words: cognitive triad - celiac - oral frustrations - Seeca network - Rosenzweig test.

Résumé:

La trinité cognitive de Beck (le soi-océan-futur) et les frustrations orales des patients adultes coeliaques avec l'aide du réseau Seeca sont basées dans notre étude sur l'approche clinique.

A travers un groupe de recherche constitué d'un cas adulte, l'approche clinique a été appliquée : à travers un ensemble d'outils psychologiques, représentés par : l'entretien clinique semi-dirigé, le réseau Seeca, ainsi que l'application Rozenzweig Picture Frustration.

Quant aux résultats les plus importants de l'étude que nous avons atteints, ils sont :

- Le régime affecte la pension psychologique des patients cœliaques par la perception de soi, le contexte social et la perception future.**
- La maladie cœliaque nécessite un dévouement constant à un régime et à un mode de vie restreints, ce qui peut contribuer à l'isolement social et à des effets clairs sur l'image de soi.**
- L'existence de difficultés chez les patients coeliaques à se projeter dans le futur et à investir dans l'idée du mariage et de la procréation.**

Les Mots clés : triade cognitive - coeliaque - frustrations orales - réseau seeca - test de Rosenzweig.

فهرس المحتويات

الفهرس

شكر وتقدير

الإهداء

ملخص الدراسة

الصفحة

الموضوع

I-III	فهرس المحتويات.....
V-VI	فهرس الجداول والأشكال
أ- د	مقدمة.....

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

2	الإشكالية
6	فرضيات الدراسة.....
7	أهداف الدراسة.....
7	أهمية الدراسة.....
8	التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة.....
10	الدراسات السابقة.....

الفصل الثاني: السيلياك

20	تمهيد.....
21	التعريف ببعض المصطلحات.....
23	لمحة تاريخية عن مرض السيلياك.....
26	تعريف مرض السيلياك.....
32	انتشار مرض السيلياك.....
33	أسباب مرض السيلياك.....
34	اعراض مرض السيلياك.....
36	تشخيص مرض السيلياك.....

43	.....علاج مرض السيلياك
46	.....المعاناة النفسية لمرض السيلياك
51	.....خلاصة الفصل

الفصل الثالث: الثالث المعرفي

53	.....تمهيد
54	.....التعريف بـ آرون بيك Aron Beck
54	.....نظرية آرون بيك Aron Beck
56	.....المفاهيم الأساسية التي تقوم عليها النظرية المعرفية
56	.....- المخططات المعرفية
60	.....- الثالث المعرفي
63	.....- العلاج المعرفي وفق منهج بيك
65	.....خلاصة الفصل

الفصل الرابع: الإحباطات الفمية

67	.....تمهيد
68	.....مفهوم الإحباط
69	.....أنواع الإحباط
70	.....النظريات المفسرة للإحباط
84	.....العوامل المحددة لشدة الإحباط
84	.....علاقة الإحباط بالصحة النفسية
85	.....أسباب الإحباط
86	.....استراتيجيات التعامل مع الإحباط
89	.....خلاصة الفصل

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

91	.....تمهيد
92	.....منهج الدراسة

92	.....مجموعة الدراسة
95	.....مجالات الدراسة
98	.....أدوات الدراسة
104	.....خلاصة الفصل

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

106	.....تمهيد
107	.....معطيات المقابلة
107	.....عرض المقابلات
117	.....تحليل المقابلات
123	.....التحليل الوظيفي باستخدام شبكة Secca
126	.....عرض وتحليل نتائج اختبار سول روزنزفايغ Rosenzweig Saul لقياس درجة الإحباط.....
128	.....ملخص النتائج لاختبار روزنزفايغ
129	.....مناقشة الفرضية العامة
130	.....مناقشة النتائج في ضوء فرضيات الدراسة
135	.....مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة
137	.....خلاصة
138	.....الاستنتاج العام
140	.....الخاتمة
143	.....المراجع
160	.....الملاحق

فهرس الجداول والأشكال

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
(1-2)	يوضح اهم التطورات في تاريخ الداء الزلاقي (السيلياك).....	25
(2-2)	يوضح الفرق بين حساسية القمح، السيلياك وحساسية الغلوتين غير الزلاقية.....	31
(3-2)	يوضح تصنيف Marsh-Oberhuber لمرض السيلياك.....	40
(2-4)	يوضح يمثل مراحل النمو الجنسي.....	77
(1-5)	يوضح خصائص مجموعة البحث.....	94
(2-5)	يوضح ملخص للمقابلة مع الحالة (خ).....	97
(1-6)	جدول لتقدير الاستجابات.....	126
(2-6)	جدول لتقدير الجانبيات.....	127
(3-6)	اتجاهات وأنماط الاستجابة لاختبار الاحباط المصور لروزنزفايغ للحالة (خ).....	127

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
(1-2)	يوضح مكونات الغلوتين.....	22
(2-2)	يوضح الزغبات المعوية السليمة مقارنة مع الزغبات المعوية التالفة.....	27
(3-2)	رسم يوضح آلية حدوث مرض السيلياك.....	28
(4-2)	يوضح نسبة المنوية لانتشار السيلياك في العالم.....	33
(5-2)	رسم يوضح مكونات المنظار.....	38
(6-2)	رسم يوضح تنظير العلوي الهضمي التقليدي للأمعاء والمعدة...	38
(7-2)	يوضح أشكال الداء الزلاقي حسب الجبل الجليدي.....	42

- 57 يوضح المخططات المعرفية لآرون بيك (1-3)
- 71 يوضح أهم نظريات المفسرة للإحباط (1-4)
- 124 تحليل شبكة السيكا (secca) J.Cottraux (1-6)

مقدمة

المقدمة:

تفرض الأمراض المزمنة، العديد من التغييرات في نمط الحياة التي قد تكون مرهقة من إيقاف الأنشطة التي يستمتع بها الشخص، والتكيف مع القيود الجسدية الجديدة والاحتياجات الخاصة، ودفع ثمن الأدوية باهظة الثمن وخدمات العلاج، وعلى الرغم من ان العلوم الطبية قطعت خطوات كبيرة في تطوير علاجات فعالة للآثار الجسدية لهذه الأمراض، لا يزال العديد من المرضى يواجهون تحديًا صعبًا لصحتهم النفسية والعقلية فأحد أكبر المخاوف التي يعيشونها هو عدم اليقين المرتبط بالمرض مزمن.

فيمكن أن يكون المرض متقطعًا وتستمر اعراضه لفترة قصيرة فقط، أو يمكن أن يكون دائمًا ويتدهور تدريجيًا بمرور الوقت، كما يعتبر التشخيص تجربة جديدة حاسمة بالنسبة لمعظم المصابين والتي عادة ما تفاجئ الشخص الذي يستقبلها، نظرًا لأنها مسألة تتعلق بوجود المرء فمن جهة معرفته لمرضه يولد تأثيرًا عاطفيًا قويًا غالبًا ما يشمل الأسرة بأكملها، والسياق الاجتماعي وليس للمريض فقط لان الجسد يعتبر بعدًا مهمًا للهوية، ومن خلال الجسد يرتبط المرء بالسياق الاجتماعي.

ويؤكد كيلي على الارتباط الوثيق بين الجوانب الجسدية للذات والهوية، والجوانب المركزية المتصلة في تجربة المرض المزمن، بحيث يمكن أن تؤدي التغييرات في وظائف الجسم إلى تغييرات في مفهوم الذات، على وجه الخصوص فالجسد، الذي ينظر إليه غالبًا كأمر مسلم به يتوقف عن كونه كذلك عندما يتدهور أداءه، علاوة على ذلك يمكن أن يشكل تناول الأدوية كتصور للتدهور الحتمي أمام إدراك الاستمرارية.

وكما ان الحاجات غير المشبعة لمدة طويلة، أو التي يعاني الفرد من صعوبة في إشباعها تؤدي إلى إحباط و توتر حاد وقد تسبب آلام نفسية فيقوم الفرد بتوظيف العديد من الوسائل الدفاعية التي تظهر كاستجابة يحاول الفرد من خلالها أن يحمي نفسه من هذا الإحباط فأهم عامل في المسار الطبيعي للأمراض المزمنة هو القدرة على التكيف مع روتين المرض، لأنه غالبًا الحفاظ على الحياة اليومية وفقًا للقيود الجسدية والعقلية قد تضع الأساس للإحباط بحيث يمكن أن يتحول المرض إلى تجربة من الحرمان، فالألم هنا يكون ليس فقط من

الناحية الجسدية ولكن أيضًا من الناحية النفسية، لأن هذا الأخير يفهم على أنه عائق أمام استمراريته

من بين أمراض الجهاز الهضمي المزمنة، مرض الاضطرابات الهضمية أو السيلياك (celiac disease) هو مرض منتشر عالميًا يمكن تشخيصه في أي عمر ويؤثر على أعضاء وأنظمة متعددة في الجسم يبلغ معدل انتشاره في جميع أنحاء العالم حوالي 1 ٪، ولكن يقدر ان النسبة أعلى من ذلك، حيث لا يتم تشخيص الا 10 ٪ من الأشخاص المصابين به.

يعد مرض الاضطرابات الهضمية (السيلياك) من أقل الأمراض التي تمت دراستها في بيئتنا من حيث التأثير الاجتماعي والنفسي الذي يمكن أن يحدثه على المريض، ويتجلى هذا الجانب بشكل خاص عندما يظهر المرض فجأة في سياق حياة كانت تعتبر في السابق "صحية"، مما يهز الإحساس "باليقين" الذي كان حتى ذلك الحين يرافق مسار النمو الشخصي للمريض. فيشعر بانفصال عميق بين ما يسمى بـ "قبل" و "بعد" مع الميل إلى التركيز حصريًا على كل تلك الجوانب السلبية التي ينطوي عليها المرض وخاصة على تدهور جميع المشاريع أو الأنشطة التي تسببها الحالة الصحية الجديدة.

في الستينيات، طور عالم النفس آرون بيك نموذجًا لشرح سبب معاناة الأشخاص من اضطراب اكتئابي أو اضطراب القلق، فكانت الفكرة الرئيسية تدور حول ان الأشخاص يعانون في الغالب بسبب تفسيرهم للأحداث وليس بسبب الأحداث نفسها، هذا النموذج امتد لاحقًا إلى اضطرابات وأمراض أخرى، وفقًا لبيك في هذه الحالات هناك سلسلة من الأفكار المختلفة القائمة على أفكار غير عقلانية يمكن تجميع هذه الأفكار حول 3 مجموعات كبيرة، تعرف باسم "الثالوث المعرفي"، تم تعديلها على مر السنين فعندما يواجه الشخص موقفًا او حدثًا جديدًا فإن المخطط هو الأساس لتحويل هذه البيانات إلى إدراك نظرًا لأن الأنماط التي يتم تنشيطها في موقف معين ستحدد كيفية استجابة هذا الشخص، مع الحفاظ على إحساس ثابت بالذات نتيجة التغييرات التي تحدث له بعد المرض لذلك من المهم التفكير في المعاش النفسي لمريض السيلياك و الأهداف التي رافقت حياته حتى لحظة التشخيص وكذا تنشيط المخططات المعرفية المتعلقة برؤية الذات بحيث يتأثر التفسير والمعنى الذي ينسبه الفرد للمرض بمتغيرات مختلفة مثل التجارب الشخصية السابقة مع الأعراض أو التجارب العائلية أو النماذج المكتسبة والمعتقدات والأعراف الاجتماعية، كل هذه العوامل لا تؤثر فقط على

إدراك الفرد، ولكن في نفس الوقت تشكل رد الفعل تجاه محيطهم الاجتماعي نتيجة لعملية الإدراك لديهم، فإن تصبح مريضاً هي عملية اجتماعية بدرجة ثانية باعتبار ان تمثيلات الصحة والمرض تعتمد على الثقافة أو "حسب السياق" وبالتالي حتى في حالة وجود نقاط مشتركة في المرض المزمن، إلا انها قد تختلف تصورات الجوانب النفسية والاجتماعية لديهم ودورة حياتهم ومسار المرض وثقافته وفقاً للأفراد في حد ذاتهم وإدراكهم ونظرتهم للمستقبل حيث يرى مريض الاضطرابات الهضمية المستقبل على أنه مساحة غامضة من جهة، ومجال لوجهات نظر سلبية حول ما هو آت في الغد من جهة ثانية.

وجاءت هذه الدراسة كمحاولة لفهم المعاش النفسي لمرضى الاضطرابات الهضمية والنظام الغذائي الخالي من الغلوتين، حيث تتضمن الدراسة جانبين جانباً نظرياً وآخر ميدانياً.

- **الجانب النظري للدراسة:** يقدم نظرة شاملة حول موضوع البحث وفقاً لمتغيرات الدراسة ويشتمل على:

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة تضمن الفصل الأول إشكالية الدراسة من خلال طرح مجموعة من الأسئلة، كما احتوى على أهمية وأهداف الدراسة. بالإضافة إلى إعطاء تعريفات إجرائية لمتغيرات الدراسة، وكذا شمل هذا الفصل على بعض الدراسات السابقة التي تتعلق بأهم المفاهيم المتداولة في الموضوع.

الفصل الثاني: تم في هذا الفصل التطرق للخلفية النظرية لمرض السيلياك حيث تناولت فيه الباحثة مفهوم السيلياك، ثم أنواعه وأعراضه، بالإضافة إلى مختلف مراحل وطريقة تشخيصه.

الفصل الثالث: المخصص للثالوث المعرفي حيث تم التطرق فيه إلى نظرية أرون بيك ومبادئ الأساسية للنظرية وكذا المخططات المعرفية والعلاج المعرفي لبيك.

الفصل الرابع: فقد خصصناه حول متغير الإحباط من خلال تعريفه والنظريات المفسرة له وأسبابه وأنواعه.

- **أما الجانب التطبيقي:** فقد قسم بدوره إلى فصلين:

الفصل الخامس: احتوى على منهجية الدراسة واجراءاتها، حيث يضم منهج الدراسة وكذا حالات الدراسة ومن ثم المجال الزمني والمكاني والبشري للدراسة والادوات المستخدمة.

الفصل السادس: تضمن عرض وتحليل النتائج ومناقشة فرضيات الدراسة، بداية بعرض الحالات وتحليل مضمون المقابلات، ثم عرض نتائج اختبار الاحباط المصور لروزنزفايغ بالإضافة إلى الاستنتاج العام وبعض الاقتراحات.

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة

1- الإشكالية:

لقد اهتم الباحثون منذ سنوات عديدة بالمظاهر النفسية والاجتماعية للأمراض المزمنة حيث أصبحت في وقتنا الحاضر تهديدا حقيقيا لصحة الانسان وتعرف من قبل "منظمة الصحة العالمية": على انها أمراض تدوم فترات طويلة تتطور بصورة بطيئة عموما، وتأتي في مقدمة الاسباب الرئيسية للوفاة في شتى أنحاء العالم، فهي تقف وراء 63% من مجموع الوفيات وهي ما تجعل المصاب بها يعاني من القيام بأعماله ونشاطاته بشكل طبيعي عرفها "أبو زيد" على انها: تلك الامراض الملازمة للإنسان لفترة طويلة من حياته، والتي تحدث تأثيرات مباشرة على صحته العامة، وتسبب له مشاكل صحية واجتماعية واقتصادية ونفسية، اما "زهران" فيعرفها على انها تلك الامراض التي تدوم طويلا ولا تختفي تلقائيا وغالبا لا يتم الشفاء منها بشكل كامل. (خمان، 2017، ص: 82)

فمفهوم الأمراض المزمنة في الوقت الحاضر يرتبط بـ (اية حالة مرضية تتصف بالامتداد الزمني الطويل او الأوجاع المصاحبة للإصابات او العوق او أمراض الشيخوخة) كما يوصف المرض بالمزمن إذا ما تميز بوحدة او أكثر من الصفات الآتية: ان لا يكون هناك شفاء منه او انه يخلف اعاقاة مستديمة او يكون ناتجا عن اختلال باثولوجي او انه يتطلب تدريب المصابين به تدريجياً لإعادة تأهيلهم وتوفير عناية خاصة ورعاية طبية طويلة الأمد. (إبراهيم، 2009، ص: 131).

ومن بين الأمراض المزمنة مرض حساسية الغلوتين أو ما يعرف بالداء الزلاقي أو السيلياك، الذي يصيب الجهاز الهضمي ويعني سوء امتصاص في الأمعاء الدقيقة بعد تناول مادة الغلوتين التي تسبب ضمورا في الزغبات المعوية، ويحدث تحسن سريري ونسيجي بعد النظام الغذائي الخالي من الغلوتين. (الجمعة، 2013، ص: 22)

ويعود تاريخ الداء الزلاقي إلى القرن الميلادي الأول، عرف الداء بداية في القرن الثاني للميلاد من قبل الرومان على أنه انتفاخ بطني، وفي العام 1988 قدم Samuel Géo وصفا آخر للداء، ولم تتم معرفة ارتباطه بالغلوتين حتى أربعينيات القرن الماضي، حيث لاحظ Dicke وهو طبيب أطفال دنماركي، أن حالة الأطفال الذين يعانون من الداء الزلاقي قد تحسنت مع نقص الطعام المرافق للحرب العالمية الثانية وعادت للانتكاس فقط بعد عودة

توافر الحبوب عند انتهاء هذه الحرب ولقد أدت هذه الصدف إلى الربط بين تقاوم الاعراض وبين تناول الحبوب ومن خلال متابعة الدكتور Dicke ومعاونيه لأبحاثهم تم التعرف فيها على المادة المؤذية التي تؤدي إلى سوء الامتصاص عند الزلاقيين وهي البروتينات غير المنحلة في الماء او ما تسمى جزيئات الغلوتين Gluten في القمح. (غريب، 2015، ص: 18)

وما جعل الاهتمام بهذا الصنف من الأمراض ضروري هو الحاجة المتنامية للمعارف السيكولوجية والإنجازات في الأقسام الطبية، فيما يتعلق بالوقاية والمعالجة وإعادة التأهيل للأمراض الجسدية، وكذا التدخل النفسي الأنسب لكل مرض ولكل حالة، وذلك من أجل محاولة إعادة التوازن النفسي للمرضى ومساعدتهم على تخطي أزمته، فلكل مرض أعراضه التي تميزه عن الأمراض الأخرى، وتلتقي الأمراض المزمنة كلها في كونها تؤثر على التوازن العضوي للمريض وبالتالي توازنه الانفعالي، فيتعرض المريض لنوع من الصد او المنع او الإحباط الذي يدور بين عدم الالتزام بالحمية الخالية من الغلوتين، وبين الخوف من تقاوم المرض عند المصابين بالسيلياك و الذي يعرف هذا الأخير على انه العملية التي تتضمن ادراك الفرد لعائق يحول دون اشباع حاجاته ودوافعه، أو توقع الفرد حدوث هذا العائق في المستقبل.

وموضوع الإحباط مرتبط ارتباطاً وثيقاً بعملية الصراع لأنه لا توجد حالة صراع فعلي الا إذا وجدت حالة احباط او احجام تتجم عن وجود دافعين متعارضين لا يمكن اشباعهما في وقت واحد. (Désilets, 2015, p: 23)

ولان تجربة المشاعر الموجزة والمكثفة جزءاً لا يتجزأ من سلوكنا اليومي، تؤثر العواطف على كيفية اتخاذنا للقرارات وكيفية التنقل في عوالمنا، من خلال التغييرات الجسدية التي تدفعنا إلى العمل، الإحباط هو أحد المشاعر السلبية الرئيسية التي تتجذر في خيبة الأمل، ويمكن تعريفه على أنه ضيق عصبي استجابة للتقييد والإقصاء والفشل (حالة من عدم الرضا)

يثير الإحباط تأثيراً سلبياً للإشارة إلى وجوب تعديل الاهتمامات والتفاعلات، والتوتر العاطفي أو "الاستثارة نتيجة وجود استجابات جديدة، ويتطور الإحباط عندما يصبح الشخص

ملزما للتعامل مع موقف معين متكرر او عندما يواجه الأشخاص مشاكل لم يتم حلها، مثل الحواجز أو العوائق السياقية أو النفسية، أو الدوافع والاحتياجات الشخصية.

إضافة الى ذلك مرض الاضطرابات الهضمية او السيلياك، يؤدي إلى ظهور مجموعة من الاعراض النفسية حيث لوحظ وجود اضطرابات في الشخصية من بينها السلوك العصبي والقلق، والاكتئاب الفصام والتوحد، حيث قام مجموعة من الباحثين والعلماء، بتقييم مستوى القلق التفاعلي لدى المرضى الذين يعانون من مرض الاضطرابات الهضمية (داء زلاقي) غير المعالجين (اتباع الحمية) والمرضى المعالجين، من خلال مقارنته مع حالة الأشخاص الأصحاء حيث وجدوا مستوى أعلى من القلق في مجموعتي المرضى من المجموعة الصحية، وتوصلوا الى ان الأشخاص المصابين بالداء البطني (داء زلاقي) أكثر توترا ويميلون إلى أن يكون لديهم موقف من الخوف في مواجهة الحياة أو الخوف دون وجود أي مصدر حقيقي يبرر هذه الحالة العاطفية المشحونة بالقلق، بحيث يولد هذا القلق التفاعلي زيادة في نشاط الجهاز العصبي المركزي، والذي يمكن ربطه بالصعوبات والقيود المفروضة في الحياة اليومية من قبل حمية في المنزل أو في الخارج وجد الباحثون أيضاً مستوى أعلى بكثير من الأشخاص المصابين بالاكتئاب والاحباط لدى الأشخاص المصابين بالداء البطني من أولئك الذين يتمتعون بصحة جيدة. (Désilets, 2015, p: 23)

يشير آرون بيك الى مفهوم الثالث المعرفي الذي يتكون من ثلاثة أنماط معرفية رئيسية تدفع المريض إلى اعتبار نفسه، ومستقبله، وتجاربه بطريقة مميزة خاصة به، يتكون من ثلاثة أنماط معرفية العنصر الأول من الثالث يدور حول نظرة المريض السلبية والمشوهة لنفسه، بحيث يرى نفسه معيباً أو غير ملائم أو مريض أو محروماً، يميل إلى نسب تجاربه غير السارة إلى عيب نفسي أو جسدي، ويعتقد المريض أنه بسبب عيوبه المفترضة فهو غير مرغوب فيه ولا قيمة له، و يميل إلى التقليل من شأن نفسه اعتقاداً منه أنه يفتقر إلى السمات التي يعتبرها أساسية لتحقيق السعادة والرضا.

يتكون المكون الثاني للثالث المعرفي من ميل الشخص إلى تفسير تجاربه المستمرة بطريقة سلبية، يرى العالم على أنه يفرض مطالب باهظة عليه أو يعرض عقبات لا يمكن تجاوزها للوصول إلى أهداف حياته، يسيء تفسير تفاعلاته مع بيئته الحية أو الجامدة على أنها تمثل الهزيمة أو الحرمان، هذه التفسيرات السلبية الخاطئة واضحة عندما يلاحظ المرء

كيف يفسر المريض بشكل سلبي المواقف عندما تتوفر تفسيرات بديلة أكثر معقولة، قد يدرك الشخص أن تفسيراته السلبية الأولية متحيزة إذا تم إقناعه بالتأمل في هذه التفسيرات البديلة الأقل سلبية وبهذه الطريقة، يمكنه أن يدرك أنه قام بتكليف الحقائق لتناسب تشكيلته.

اما المكون الاخير فيكون حول اعتقاد المريض أنه محكوم عليه بالفشل في جميع الجهود من خلال تعميم خبراته السلبية التي قد تؤدي إلى تثبيط نفسي وشعور بعدم الجدوى في المستقبل. (Beck, 1979, p: 11)

الأشخاص المصابون بالداء البطني يعانون من وصمة العار، ومشاعر النقص، والاستبعاد من الأدوار الاجتماعية العادية، التي تتداخل أيضًا مع الحفاظ على مفاهيم الذات الإيجابية، والتي تميل إلى أن تؤدي إلى الحد من الشبكات الاجتماعية وأنظمة الدعم. ففي دراسات مختلفة، أفاد عدد كبير من الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلات عن استهلاكهم للأطعمة التي تحتوي على الغلوتين للحفاظ على هوية إيجابية اجتماعيًا، وأفاد معظم من أجريت معهم المقابلات أنهم يستهلكون الجلوتين عن علم بسبب رغبتهم في الحفاظ على هوية طبيعية وتجنب الإحراج ومن أجل الراحة. في هذه الدراسة، لوحظ أن المستجيبين يعانون من الوصم المرتبط بالمرض، بشكل رئيسي من خلال إدراك أنهم مختلفون ويعاملون على هذا النحو بسبب مرض الاضطرابات الهضمية، وأن الأشخاص الأكبر سنًا والأكثر خبرة بالاضطراب أبلغوا عن عدد أقل من مشاكل التكيف المتعلقة بالمرض وكذا ادراكهم للمستقبل.

وأفيد من هذه الدراسة أن الأشخاص الذين تمت مقابلتهم (الأصغر سنًا) عانوا من عواقب اجتماعية أكثر عند تشخيصهم بمرض الاضطرابات الهضمية (السلياك) من الأشخاص الراشدين الذين أجريت معهم مقابلات حيث وصفوه بأنه تقييد، وأنه لم تكن الحاجة إلى الالتزام بنظام غذائي صارم شائعة في دوائهم الاجتماعية. (Buchanan, Arman, 2015, p: 04)

وبهذا نختم اشكاليتنا بالقول ان عنصر الغلوتين يحتوي على معنى خاص لمجتمعنا، لأنه مرتبط ثقافيًا بعادات الأكل الاجتماعية لأغلبية المجتمع الجزائري، مما يجعل استهلاكه من طرف المريض ليس فقط مشكلة صحية، ولكن أيضًا قضية اجتماعية للبطن لان البشر يتصرفون بطرق نسبية للأشياء، وفقًا لما تعنيه هذه الأشياء لهم، وهذا المعنى ينشأ بناءً على

العلاقات الاجتماعية للموضوع، وإزالة الغلوتين من الحياة البطنية والبيئية الاجتماعية تعتبر مهمة شاقة خصوصا على الصعيد النفسي، فهي موجودة في معظم الأطباق الثقافية في مائدة الجزائريين والرعاية اللازمة والخوف من تناوله يصبح شكلاً من أشكال الاستبعاد الاجتماعي.

وعلى اساس هذا الطرح جاءت تساؤلاتنا كالاتي:

- التساؤل العام:

هل تعاني راشدات مريضات بالسيلياك من الاحباطات الفمية وما مدى تأثيرها على ذات محيط- مستقبل لديهم؟

- التساؤلات الجزئية:

- هل تؤثر الحمية المتبعة من قبل راشدات مريضات بالسيلياك على المعاش النفسي لديهم؟

- الى اي مدى يؤثر مرض السيلياك على ذات - محيط - مستقبل راشدات مريضات به؟

- هل تعاني راشدات مريضات بالسيلياك من الإحباط؟

2- فرضيات الدراسة:

- الفرضية عامة:

- يتميز الثالث المعرفي (ذات -محيط -مستقبل) لدى راشدات مريضات بالسيلياك بالتشوه بفعل الاحباطات الفمية.

- الفرضيات الجزئية:

- الفرضية الجزئية الأولى:

- يظهر تشوه الثالث المعرفي في تصور الذات مشوه ومحط من قيمته (représentation de soi dévalorisé) انطلاقا من تصور جسد مهاجم متمركز في فمية هشة انتقائية (الحمية) المتبعة وفق نمط فوبي (الخوف من الغلوتين).

- الفرضية الجزئية الثانية:

- يظهر تشوه الثالوث المعرفي في روابط بالمحيط وفق نمط -مُضطهد (الجرح النرجسي) مرض السيلياك في سياق مجتمعي تسيطر عليه الفمية والاقصاء وميل اجتماعي تجنبني في تفاعل مع تصور الذات مشوه ومحط من قيمته.
- الفرضية الجزئية الثالثة:
- يظهر تشوه الثالوث المعرفي في صعوبة الاسقاط في المستقبل وأحيانا الاستحالة، واعوجاج في التصور الزمني للذات (صعوبة الاستثمار في فكرة الزواج وإنجاب الاطفال...).

3- أهداف الدراسة:

- استكشاف التشوهات (الثالوث المعرفي) تصور الذات مشوه ومحط من قيمته (representation de soi dévalorisé) انطلاقا من تصور جسد مهاجم متمركز في فمية هشة انتقائية (الحمية) المتبعة وفق نمط فوبي (الخوف من الغلوتين).
- التعرف على تشوه الثالوث المعرفي في روابط التي تتعلق بالمحيط وفق نمط - مُضطهد الجرح النرجسي مرض السيلياك- في سياق مجتمعي تسيطر عليه الفمية والاقصاء وميل اجتماعي تجنبني مع تصور الذات مشوه ومحط من قيمته.
- استكشاف التشوهات (ثالوث المعرفي) من خلال صعوبة الاسقاط في المستقبل وأحيانا الاستحالة، واعوجاج في التصور الزمني للذات (صعوبة الاستثمار في فكرة الزواج وإنجاب الاطفال...).

4- أهمية الدراسة:

- تكمن أهمية الدراسة في:
- التعرف على مرض السيلياك، وعن اعراضه تشخيصه اسبابه وذلك ان هذا المرض غير معروف عند عامة الناس، وحتى عند مصابين به
- دراسة جوانب التعايش مع مرض الاضطرابات الهضمية لدى مريضات الراشدات المصابات بالسيلياك
- دراسة وتقييم تأثير اتباع نظام غذائي خال من الغلوتين لراشدات مريضات بالسيلياك وانعكاساته على تجربتهم في السياق الاجتماعي العلائقي وتصور ذات وادراكهم للمستقبل

5- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

في هذا العنصر سوف نقوم بتحديد مفهوم كل متغير على حدى وذلك من خلال التعاريف الاجرائية لكل متغير الثالث المعرفي لبيك - الاحباط - السيلياك

5-1 الثالث المعرفي لبيك:

يشير الثالث المعرفي إلى محتوى الأفكار الأساسية للمعارف السلبية، ويتكون من رؤى سلبية للذات والعالم والمستقبل (نظراً لأنها تتضمن ثلاثة مكونات يطلق عليها الثالث المعرفي)، وينظر للأعراض والعلامات الظاهرة على أنها نواتج لهذه الأنماط المعرفية السلبية. أما الثالث المعرفي فيمثل المحتوى الأساسي للأفكار السلبية التي تنتج عن المخططات النشطة والأخطاء المعرفية؛ وهذا يعكس بالتالي النواتج المعرفية. (القرني، 2016، ص:252)

اجرائياً:

تتوافق أنماط التفكير المميزة لهؤلاء المرضى مع تصور سلبي على أنفسهم وعن العالم وعن المستقبل، وهذا يجعل الشعور بالرفاهية أمراً صعباً للغاية فيتمثل التصور سلبي لديهم عن نفسه، فغالباً ما يعتقد الأشخاص أنهم غير قادرين على القيام بالأشياء بشكل جيد لأن لديهم بعض العيوب او النقائص في الشخصية اما تصور سلبي عن العالم فيرون العالم مكان معاد وأنهم لن يتناسبوا معه وتصور سلبي عن المستقبل، يضاف إلى كل ما سبق بالإضافة الى مشكلة تتعلق بالاستقرار فهم يشعرون أن الوضع لن يتغير،

تؤدي مخططات التفكير السلبي الثلاثة هذه إلى مواجهة المرضى لبعض المشاكل عندما يتعلق الأمر بتكيف في مواقف معينة.

5-2 الإحباط:

عرف روزنزفايغ Rosenzweig الإحباط بأنه " يحدث في كل مرة يتعرض فيها الفرد إلى حاجز أو مانع يحول دون إشباع حاجة حيوية أيا كانت" وحالة التوتر والضغط الناتجة عن منع إشباع الدافع الملح يجعل العضوية في حالة دفاع سيكوبولوجي من المستوى الثالث

مستوى الدفاع عن الأنا أو عن الشخصية ضد الاعتداءات السيكلوجية، ويعتبر ضغط نفسي كل وضعية مثيرة تجعل العضوية تحت التوتر. (العززي، 2015، ص 149)

اجرائيا: الإحباط:

هو حالة انفعالية يمر به كل فرد ويظهر في حالة حدوث عدم الإشباع نتيجة عدم قدرته على تلبية مطالب واهداف محددة (اجتماعية، نفسية، صحية، ...) فقد يترجم هذا الاخير من خلال مجموعة من السلوكات المرضية (عدوان، فشل، ...).

الاحباطات الفمية: نقصد به في دراستنا الحالية نوعية الاجابات المتحصل عليها في اختبار روزنزفايغ التي يعبر عنها من خلال مستوى الاستجابة للإحباط.

ترتبط الوظيفة الفمية ارتباطاً وثيقاً بالحياة العاطفية للشخص وتستخدم كمنفذ للميول والعدوانية حيث يعتمد عليها كلياً لإشباع احتياجاته للعالم الخارجي، ويصبح تناول الطعام أو رفضه تعبيراً هاماً عن العوامل العاطفية المختلفة التي تمثل الأنماط العاطفية المتباينة حيث قد يؤدي الإحباط إلى الأعمال العدائية التي يتم التعبير عنها باستجابات مختلفة من بينها رفض الطعام.

3-5 مرض السيلياك:

مرض الاضطرابات الهضمية هو اعتلال معوي شائع بشكل متزايد في العالم، وهو أحد أمراض المناعة الذاتية التي يسببها تناول الغلوتين الموجود في بروتينات القمح والجاودار والشعير والشوفان. (Mazouzi, 2018, p:03)

اجرائيا: نقصد به انه مرض مناعي ذاتي دائم ناتج عن مادة (الغلوتين)، وهو بروتين موجود في معظم الحبوب يحدث تفاعل مناعي غير طبيعي ويدمر جدار الأمعاء تدريجياً، يؤثر هذا التفاعل على دور الحاجز وامتصاص الجدران الداخلية للأمعاء الدقيقة ثم تستمر العناصر الغذائية غير الممتصة في الجهاز الهضمي ويتم التخلص منها بواسطة البراز. وهناك تسميات مختلفة لمرض السيلياك نذكر منها عدم تحمل الغلوتين او اعتلال الأمعاء أو مرض الاضطرابات الهضمية أو فرط الحساسية الدائمة للجلوتين. وهو

6- الدراسات السابقة:

تعد الدراسات السابقة من الخطوات التي تسهل عملية اختيار الإطار النظري للباحث، فهي من أهم المراحل المعينة في حل مشكلة البحث الحالية، حيث تساعد على تطوير الأسئلة المتعلقة بمشكلة محل الدراسة، من خلال الاستفادة من تساؤلات التي طرحها باحثون سابقون ويصبح بإمكانه صياغة أسئلة مميزة لدراسته التي يمكن ان يستفيد منها في اجراءاته لحل مشكلة البحث او من خلال بناء مسلمات الدراسة اعتمادا على النتائج التي توصل اليها الاخرون فيما يلي سوف نعرض مجموعة من الدراسات والأبحاث التي تناولت إشكالية مرض السيلياك وعلاقتها بالمتغيرات وجوانب أخرى.

يجدر الإشارة الى أن الباحثة لم تجد أي دراسات سابقة ترتبط ارتباط مباشر بالدراسة الحالية.

6-1 الدراسات الاجنبية:

أ. دراسة لـ Tarquinio Cyril بجامعة لورين بعنوان **The subjective experience**

: (2018) of subjects diagnosed with celiac disease in adulthood

الهدف من هذه الدراسة الاستكشافية النوعية هو توسيع المعرفة الحالية المتعلقة بالتجربة الذاتية لمرض الاضطرابات الهضمية واتباع نظام غذائي خال من الغلوتين لدى الأشخاص الذين تم تشخيصهم بمرض الاضطرابات الهضمية في مرحلة البلوغ.

اجريت هذه الدراسة مع 14 شخصا تتراوح اعمارهم ما بين 28 و 53 سنة بجامعة لورين "ميتنز تماشيا" مع النهج الشامل اتجاه الموضوع تم جمع البيانات باستخدام المقابلات الغير موجهة وتوصلت الدراسة الى النتائج التالية:

من خلال المقابلات العيادية اشارت الموضوعات إلى عدم اليقين التشخيصي المرتبط عادة بمرض الاضطرابات الهضمية في الواقع لعدة أشهر حتى عدة سنوات، عانى العديد من الأشخاص من أعراض دون تحديد المرض بوضوح واعتبر المشاركون ان التغيرات في صور الجسم الناتجة عن فقدان الوزن الزائد ادت الى تأجيج التخيلات المرتبطة بمرض

السرطان وأدى اكتشافهم للمرض الشعور بالراحة لكن لم يدم هذا الشعور طويلا سرعان ما بدا الأشخاص يفكرون مسبقا في اوجه الحرمان القادمة التي تفرضها الحمية الغذائية.

تعقيب:

لقد تم ادراج هذه الدراسة ضمن الدراسات السابقة كونها اهتمت بجانب اساسي في دراستنا الحالية والمتعلق بصور الذات (نحول) حيث اوضحت هذه خبرة فحص واكتشاف مرض السيلياك الا انه كان من الافضل الاشارة الى الفروق الفردية بين فئة الاناث والذكور فيما يتعلق بادراك الصورة الجسدية بعد الاصابة بسيلياك لدى الجنسين باعتبار هذه الاخيرة ركيزة نرجسية اساسية لدى الفرد.

ب. دراسة لـ Ruth Howard Sara ford بعنوان **Psychosocial aspects of coeliac**

disease: A cross-sectional survey of a UK population (2012):

هدفت هذه الدراسة الى استكشاف تصورات المرض ومعتقدات الكفاءة الذاتية لدى البالغين مصابين بمرض السيلياك في المملكة المتحدة اجريت هذه الدراسة من خلال اجراء مسح مقطعي لـ 288 (دراسة المستعرضة) شخص مصاب بهذا المرض مع تصميم استبيان مستعرض، توصلت النتائج الى وجود صلة بين تصورات المرض والكفاءة الذاتية لنظام خالي من غلوتين وتكون ذروة الاصابة في العقد الخامس عند البالغين بحيث يكون تأثيرات النفسية والاجتماعية بدرجة اكبر عند الاناث مقارنة بذكور مثل: القلق والاكتئاب والتعب مما يؤدي إلى سوء الإدارة الذاتية الغذائية. وتم العثور على نوعية حياة رديئة في هذه الفئة من السكان مرتبطة بأعراض الجهاز الهضمي وتأخير التشخيص، في حين يفترض أن تتحسن جودة الحياة لهؤلاء المرضى إذا كانت هناك ادارة ذاتية غذائية جيدة.

تعقيب:

اشارت الدراسة السابقة الى العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بمرض الاضطرابات الهضمية، وهي الدراسة الأولى من نوعها التي تأخذ في الاعتبار دور تصورات المرض والكفاءة الذاتية وعلاقتها بالسلامة النفسية كما ان تحديدها لتصورات المرض والكفاءة الذاتية يعد خطوة اساسية لفهم استراتيجية إدارة الحالات التي تجد صعوبة في اتباع الحمية الغذائية.

ج. دراسة لـ Addolorato Giovanni et al بعنوان Social phobia in coeliac disease (2008):

الهدف من هذه الدراسة هو تقييم الرهاب الاجتماعي لدى مرضى السيلياك اجريت هذه الدراسة على 40 مريض بجامعة الكاثوليكية في روما- ايطاليا تم تطبيق مقياس القلق الاجتماعي (LSAS) Liebowitz والاجتئاب SDS-Zung M.

النتائج توصلت أن نسبة الأشخاص الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي أعلى بشكل ملحوظ لدى المرض بنسبة 52.5% وتم العثور على ارتباط مباشر بين الرهاب الاجتماعي والاجتئاب لدى مرضى السيلياك.

تعقيب:

ساهمت هذه الدراسة في تقييم مدى وجود الرهاب الاجتماعي والاجتئاب وعلاقتها بمرض الاضطرابات الهضمية لدى البالغين من خلال الاستعانة.

بأحد المقاييس الأكثر استخدامًا لتقييم الرهاب الاجتماعي وقد ثبتت صلاحيته وموثوقيته على نطاق واسع، وعلى الرغم من ان العينة التي تم تقييمها تعد صغيرة، فقد أظهرت هذه الدراسة انتشارًا أعلى بكثير للرهاب الاجتماعي لدى مرضى الاضطرابات الهضمية لكن من الافضل ان تكون هناك حاجة إلى دراسات طويلة لتوضيح التأثير المحتمل لـ GFD (الحمية الغالية من الغلوتين) على الرهاب الاجتماعي بشكل أفضل.

د. دراسة لـ Katrina Nordyke et al بعنوان internalizing the threat of risk –a qualitative study about adolescence living with screening –detected celiac disease 5 year after diagnosis (2014):

هدفت هذه الدراسة الى معرفة تصورات وممارسات ومعتقدات المراهقين المصابين بالسيلياك بعد 5 سنوات من التشخيص، اجريت هذه الدراسة في قسم الصحة العامة والطب السريري بجامعة "أوميا بالسويد" على عينة تتكون من 153 مراهق تحتوي العينة على مجموعتين: بحيث أجريت على 91 مريض بعد عام واحد من التشخيص و72 بعد 5

سنوات من التشخيص بالسيلياك استخدمت هذه الدراسة نهجا نوعيا يعتمد على روايات التي كتبها المراهقون مع المتابعة لمدة عام واحد

تعكس الروايات التي كتبها المراهقون الذين تم الكشف عنهم مجموعة متنوعة من التجارب من خلال المتابعات للمدة والتركيز على تفسير كيف تطورت التجارب الفردية لكل شخص منذ الإبلاغ عن الإصابة بمرض السيلياك حيث تم الكشف عن طريق الفحص واستيعاب الخطر فكرة التعرض لمضاعفات صحية ونفسية في المستقبل ووضحت هذه الدراسة أربع جزئيات مهمة:

- تصف كيف استمر هؤلاء المراهقون في تعريف أنفسهم فيما يتعلق بالفحص؛
- يوضح "الانتقال من التغييرات الغذائية القسرية إلى روتين النظام الغذائي المعدل"
- وصفوا العادات والروتين واستراتيجيات المواجهة والعبء المالي الناتج عن غلاء منتجات الخالية من غلوتين ونقص الرضا؛
- تم التطرق الى المعتقدات حول الدور الذي يلعبه الفرد في صحته "وأنهم ما زالوا يعتقدون أن التشخيص ومتابعة GFD (الحمية الخالية من الغلوتين) قد نجاهم من العواقب الصحية السلبية لكن كان لديهم قلق من انهم سيلتزمون بها في المستقبل ام لا.

سمحت نتائج هذه الدراسة بتحديد العديد من الجوانب المتعلقة بتجربة الأشخاص مع مرض الاضطرابات الهضمية ونظام غذائي خال من الغلوتين، وقد ثبت نجاح هذا النهج مع العديد من الأمراض المزمنة، بحيث يمكن أن يكون هذا النهج مفيداً للمرض الذي لا توجد له وصفة دوائية. ومن المهم العمل على الحد من الإحباط المرتبط بنقص الرضا (عن طريق تناول الطعام). وبعبارة أخرى إذا كان بإمكان الأشخاص تحديد بعض البدائل أو مجالات التعويض في الحياة اليومية، وكذلك في الحفلات أو في المناسبات الخاصة، بالنظر إلى أن السياق الاحتفالي يكون عادة وقتاً لكل شخص لتذوق أطعمة معينة، فقد يتم تقليل من الإحباط.

دراسة لـ Cristina Sfoglia et al بعنوان Quality of Life and Psychological Distress in Celiac Disease (2014):

تم إجراء التقييم الطولي لجودة معايير الحياة المقاسة بواسطة استبيان SF-36 لسلسلة متتالية من المرضى خلال السنة الأولى بعد التشخيص "

تم إجراء التقييم التمييزي للمرضى المصابين بالداء البطني السريري (أ) وتحت السريري (ب) بقسم الطب مستشفى الجهاز الهضمي د. بونورينو أوداوندو، بوينس آيرس، وكان التحسن واضحاً بشكل ملحوظ في 3 أشهر من العلاج تم تطبيق عناصر من استبيان SF-36 بعد 4 سنوات من العلاج، بهدف فهم الجوانب النفسية لمرضى الاضطرابات الهضمية وتحليل طريقة إدراكهم لمرضهم

أبرز الاستنتاجات التي تم الوصول إليها هو أن المرضى الذين اتبعوا بدقة GFD لديهم جودة حياة مماثلة لتلك الموجودة في الضوابط (بنود الاستبيان)، على العكس من ذلك قدم المرضى الملتزمون جزئياً تدهوراً كبيراً في مختلف المجالات.

ومن النتائج المثيرة للاهتمام لهذه الدراسة أن المرضى الذين يعانون من أعراض أقل حدة في وقت التشخيص كان لديهم انخفاض في معدلات QoL بعد أربع سنوات من GFD بغض النظر عن درجة الالتزام بها. افترض الباحثون أن التأثير المذكور يمكن أن يكون بسبب العبء الذي ينطوي عليه النظام الغذائي المقيد في مواجهة الإدراك المنخفض للمرض حيث تشير الملاحظات المعممة إلى أن المرضى الإناث المصابات بالسيلياك يعانون من حالة تدهور أكبر في QoL أكثر من الرجال، سواء في التشخيص أو بعد العلاج، وحتى الامتثال الصارم GFD، تتم ملاحظة هذه النتائج بشكل رئيسي في المجالات العقلية للاستبيانات المختلفة، وقد افترض أن هذه الظاهرة قد تكون بسبب ارتفاع معدل انتشار القلق لدى النساء. ويمكن أيضاً أن يرتبط وجود الأعراض السريرية وانخفاض QoL بوجود اضطراب ثانوي لم يتم اكتشافه بعد مثل (متلازمة القولون العصبي، أو قصور البنكرياس، أو القولون المجهري...)

تعقيب:

تسلط الدراسة الضوء على تأثير المرض، بما في ذلك الأبعاد المتعلقة بالأعراض، والبعد العاطفي، والبعد الجسدي، والبعد الاجتماعي. وتؤكد هذه الدراسة على أهمية الأعراض في تداعيات مرض الاضطرابات الهضمية، على الرغم من أنها لا تسمح بإجراء تقييم نهائي لأهمية العوامل الأخرى، وقد أظهر تطبيق أداة لقياس جودة الحياة أن تأثير تشخيص المرض واضح في جميع أبعاد الحياة، تتدخل فيه عوامل مختلفة في إدراك نوعية حياة المرضى وجود أو شدة الأعراض والجنس الأنثوي والامتثال للنظام الغذائي ومراقبة استبعاد الغلوتين من النظام الغذائي.

6-2 الدراسات العربية:

أ. دراسة سلطان بن موسى بعنوان علاقة اضطرابات الأكل بكل من صورة الذات والقلق والكفاءة الذاتية المدركة وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من طالبات جامعة عمان (2009):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن علاقة اضطرابات الأكل بكل من صورة الذات، والقلق والكفاءة الذاتية المدركة، وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة متاحة من مراهقات بلغت (330) طالبة من طالبات جامعة عمان، وللكشف عن العلاقة بين متغيرات الدراسة، تم استخدام أربعة مقاييس الأول، تقيس أنواع اضطرابات الأكل، والثاني لقياس صورة الذات أما الثالث فلقياس القلق وأما لقياس الكفاءة الذاتية المدركة، فقد استخدم المقياس الذي طوره الشيخ احمد سعد الذي يتمتع بخصائص سيكومترية مناسبة لأغراض هذه الدراسة أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائياً بين كل من:

- الشره العصبي والشره من جهة، وصورة الذات من جهة أخرى؛
- النزعة نحو النحافة من جهة، وصورة الذات من جهة أخرى؛
- الشره العصبي والشره، والنزعة نحو النحافة من جهة، والكفاءة الذاتية المدركة من جهة أخرى.

كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائياً بين اضطرابات الأكل الثلاثة من جهة، والقلق من جهة أخرى وأظهرت النتائج وجود ارتباط دال إحصائياً بين النحول العصبي من جهة، والعمر، والوزن، والدخل الشهري للأسرة، وعدد أفرادها من جهة أخرى كما تبين وجود ارتباط دال إحصائياً بين الشره العصبي والشرهة من جهة، والطول، والوزن، وتعليم الأب، والدخل الشهري للأسرة من جهة أخرى، وتبين أيضاً وجود ارتباط دال إحصائياً بين النزعة نحو النحافة من جهة، والعمر، والوزن، وعدد أفراد الأسرة من جهة أخرى.

تعقيب:

تتحدد أهمية هذه الدراسة في توضيح العلاقة الارتباطية بين اضطرابات الأكل وبعض المتغيرات حيث اهتمت بجانب أساسي في دراستنا الحالية المتعلقة بصورة الذات وبما أن اضطرابات الأكل تنشأ عادة في فترة البلوغ، يقترح لو تم الإشارة إلى الارتباط العرضي بين اضطرابات الأكل والتطور الجنسي باعتبار أن الأكل المضطرب يستخدم كمحاولة للتعامل مع العديد من التحديات التي تنشأ خلال هذه الفترة.

ب.دراسة زيان محمد بعنوان الطعام والرباط الاجتماعي في مجتمع محلي متوسطي، (2019):

في هذا الدراسة تم الاستعانة بالمنهج الانثروبولوجي حيث تشكلت العينة من 20 فرد، كانت الغاية منها فهم تجربة كل فرد على حدا في صناعة وتوزيع الطعام وتقاسمه ودوره في تمكين روابط الاجتماعية وخلق فرص التعايش بين أفراد المجموعة التي ينتمي إليها وكذا تفكيك الميكانيزمات التي تركز التنافس الرمزي والمادي - وعلى اعتبار الطعام فعل اجتماعي كانت المقابلة نصف موجهة تقنية مناسبة لجمع معطيات نوعية من عينة منتقاة بعناية خاصة في مجال الدراسة الميدانية في الشلف ودامت فترة العمل الميداني لمدة خمسة اشهر خلصت الدراسة أن عادات الضيافة وآدابها وكذا تقديم الطعام مرهون بالظروف المادية التي لم تعد كما كانت في الماضي، حيث كان الجميع يلتقي دون انتظار مقابل وكان شرب كوب من الشاي أو فنجان القهوة كافياً لجمع الجيران والأصدقاء أمام مائدة الطعام، تركز أغلب مبحوثات العينة من 14 إلى 20 على أن الدعوة للحفلات تتخللها عادة تناول وجبة غداء أو

عشاء أو دعوة لتناول فنجان قهوة، وقد تتعدد بتعدد المناسبات (مولود جديد، خطوبة، حفل زفاف، تعزية...، وغيرها) حيث ان النساء تعتبر هذه المناسبات تعزز وتمتن العلاقات الاجتماعية التفاعلية فيما بينهم.

تعقيب:

تكمن اهمية هذه الدراسة في انها قدمت اضافة جديدة في ضوء فرع الانثروبولوجيا الغذائية الذي يعتبر مجال التقاء بين العنصر الاجتماعي الثقافي والعنصر البيولوجي وذلك من خلال الاشارة الى الطقوس والعادات والمعتقدات المرتبطة بالفعل الغذائي لكن كان من الافضل إبراز العلاقة بين التغذية والصحة والمرض باعتبار هذه الاخيرة مقترنة بظواهر البيولوجية.

ج. دراسة سعود ناهد شريف بعنوان قلق المستقبل وعلاقته بسمتي التفاؤل والتشاؤم، (2005):

هدفت الدراسة: تعرف على العلاقة بين قلق المستقبل وعلاقته بسمتي التفاؤل والتشاؤم تكونت عينة الدراسة من (2284) طالبا وطالبة منهم (1041) طالبا و (1283) طالبة من طلاب جامعة دمشق، تم استخدام مقياس قلق المستقبل من إعداد الباحثة، ومقياس الكويت للقلق إعداد أحمد عبد الخالق، ومقياس سمة القلق لسبيلبرجر ترجمة وإعداد أحمد عبد الخالق، ومقياس الأمل إعداد سنايدر.

أظهرت الدراسة النتائج التالية:

- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل ودخل الأسرة، كلما ارتفع الدخل انخفض قلق المستقبل.
- وجود ارتباط بين قلق المستقبل والمتغيرات النفسية الآتية (التفاؤل، التشاؤم، الأمل)
- ارتفاع نسبة قلق المستقبل عند الإناث مقارنة مع الذكور.
- انخفاض درجة قلق المستقبل مع التقدم بالعمر.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائية بين الأفكار اللاعقلانية وقلق المستقبل.

د. دراسة بلحسيني وردة بعنوان علاقة الرضا عن التوجيه المدرسي بالإحباط،
(2002):

والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الرضا عن التوجيه والإحباط من خلال معرفة الفروق في الإحباط بين مجموعتي التلاميذ الراضين وغير الراضين عن التوجيه المدرسي وأيضا إلى معرفة تأثير عدم الرضا عن التوجيه على التلاميذ من الجنسين (ذكور - إناث) وذلك من خلال تقدير الفروق في الإحباط بين كل مجموعتين.

فشملت الدراسة عينة مكونة من 140 تلميذ راضيين وغير راضيين، ولتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة باستعمال اختبار الإحباط المصور في صيغته الخاصة بالمراهقين وكذلك اختبارات لدالة الفروق بين المتوسطات. وكانت نتائج الدراسة تؤكد على أن التلاميذ الراضين كانوا أكثر قدرة على تحمل الإحباط كما أكدت نتائج الدراسة على أثر عوامل أخرى كالجنس، والتخصص، في القدرة على مواجهة الإحباط.

الفصل الثاني: السيلياك

تمهيد:

السيلياك مرض مناعي ذاتي مزمن يظهر كردة فعل في الأمعاء لتناول بروتين الغلوتين الموجود في القمح ومشتقاته (شعير، الشوفان،...)، مسببا عدم القدرة الأمعاء على امتصاص الغذاء اللازم، ورغم قدم اكتشاف هذا المرض الا انه من الامراض التي ليست معروفة لدى الكثير من الناس ففي الجزائر، ليس لدينا حتى الآن بيانات دقيقة حول مدى انتشار المرض، ورغم اعتباره مرض مزمن الا انه لم يدرج ضمن قائمة الامراض المزمنة في الجزائر، يصعب اكتشاف المرض من الاعراض لانها تأتي مشابهة ومصحوبة بعدة امراض معروفة لذا من الممكن ان يتم التشخيص الخطأ او المتأخر من الطفولة حتى سن متقدم، ولأن السيلياك من الأمراض المزمنة فهو يطلب تحسين الرعاية الصحية بشكل عام، والنفسية بشكل خاص لما له من آثار على المريض في مختلف المجالات، وضرورة التركيز على الالتزام بتقديم المعالجات الطويلة الأمد للمرضى فالمجهودات التي أحرزها الباحثين والأخصائيين في التدبير العلاجي السلوكي، والطبي الحيوي، والغذائي له أثر كبير في التعايش مع المرض، واتباع الحمية بشكل سليم، فسنعرض من خلال هذا الفصل مرض السيلياك بشكل مفصل من الناحية الطبية (اعراضه، أسبابه، تشخيصه، وعلاجه) وسنتطرق أيضا الى المعاناة النفسية لهذا المرض.

1- التعريف ببعض المصطلحات:**1-1 الحساسية الغذائية:**

يحتوي الطعام والشراب الذي يتناوله الإنسان يومياً على مواد كثيرة لها القدرة على إحداث الحساسية ولكن الجهاز الهضمي يعمل بآليات مختلفة، منها آلية مناعية وأخرى غير مناعية لمنع المواد البروتينية الغريبة من دخول لجسم الإنسان وتعني كلمة حساسية حدوث تغير لبعض الأنسجة بعد تعرضها لمواد غريبة وتحدث نتيجة لتفاعل مناعي غير عادي تسببه محفزات مناعية تولد أعراضاً مرضية وتمثل البروتينات غالبية المواد المحدثة للحساسية. (عزت، شاهين، 2005، ص ص: 567-568)

1-2 مفهوم المرض المزمن:

إن مفهوم الأمراض المزمنة في الوقت الحاضر يرتبط بآية حالة مرضية تتصف بالامتداد الزمني الطويل أو الأوجاع المصاحبة للإصابات أو العوق أو أمراض الشيخوخة، كما يوصف المرض بالمزمن إذا ما تميز بوحدة أو أكثر من الصفات الآتية:

1- أن لا يكون هناك شفاء منه؛

2- أو أنه يخلف إعاقة مستديمة؛

3- أو يكون ناتجاً عن اختلال باثولوجي لا يمكن عكسه؛

4- أو أنه يتطلب تدريب المصابين به تدريجياً لإعادة تأهيلهم وتوفير عناية خاصة ورعاية طبية طويلة الأمد؛

وباختصار يمكن وصف الأمراض المزمنة بأنها تلك الأمراض التي تستمر أو تستمر آثارها لأكثر من ثلاثة أشهر. (إسماعيل إبراهيم، 2009، ص: 131)

1-3 تعريف الغلوتين:

وهو مادة بروتينية توجد في بعض أنواع الدقيق، خاصة دقيق القمح والشعير والشوفان، وهذه المادة تعرقل عملية امتصاص المواد الغذائية، ولا توجد أسباب مرضية للتحسس لهاته المادة. (الحسيني، 2004، ص: 94)

لا يوجد الغلوتين بصورة طبيعية في الدقيق ولذا لا يعد من بروتينات الدقيق، يتكون الغلوتين عند إضافة الماء للدقيق وخلطه ولذلك فإن الغلوتين هو بروتين العجائن تكون نتيجة اتحاد

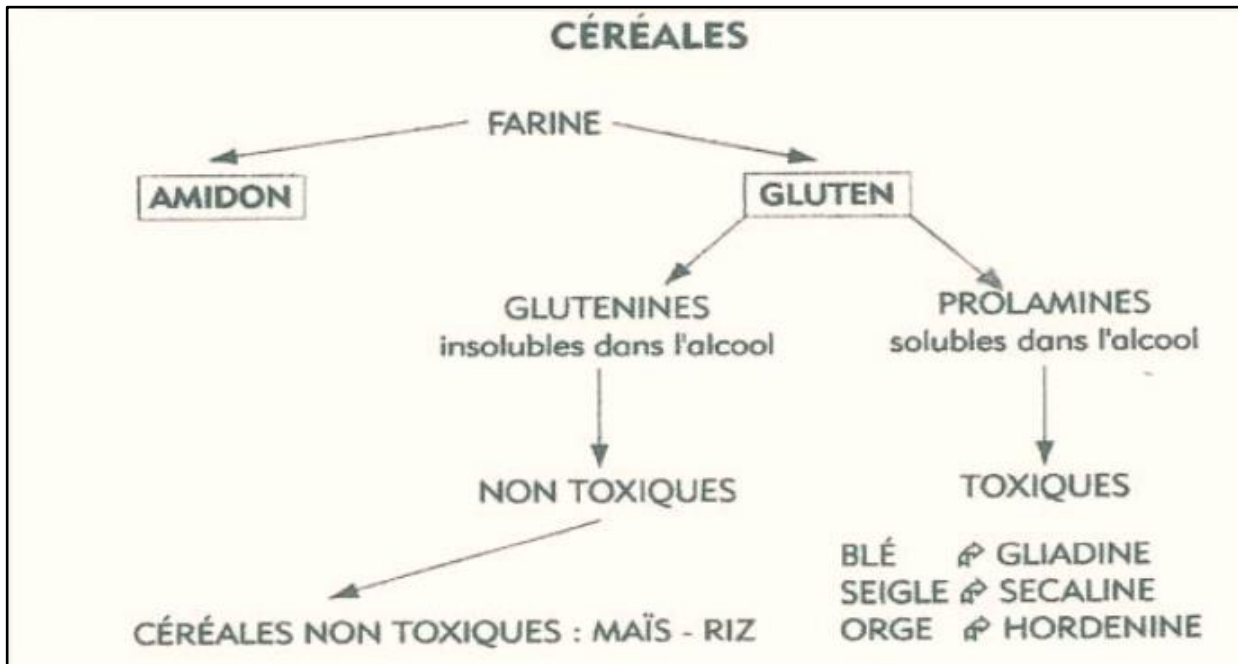
الغليادين والغلوتينين ويمكن استخلاص الغلوتين وذلك بغسل العجينة عدة مرات في كمية زائدة من الماء حيث يزول معظم النشاء وبعض المواد القابلة للذوبان والغلوتين الناتج من هاته العملية يكون مطاطيا وذا قوام رطب حيث يحتوي على ثلثي وزنه ماء وعلى 85% إلى 75% بروتين وحوالي 10% إلى 5% دهون. (الجديلي، 2018، ص:195)

- الغلوتين يتكون من جزيئتين نميز بينهما بخاصية الذوبان في الكحول

الجزئية الأولى: الغلوتينين: تذوب فقط في المحاليل القاعدية، ليست سامة بالنسبة لمرضى حساسية الغلوتين.

الجزئية الثانية: تتمثل في البرولامين والتي تذوب في الكحول، وهي أصغر من الغلوتينين بألف مرة. جزئية البرولامين جزئية السامة في الغلوتين موجودة في القمح تدعى الغليادين (Gliadine) وهي الأكثر دراسة. (صالي، 2001، ص:45)

الشكل رقم (2-1): يوضح مكونات الغلوتين.



Source: Rahma CHAHBA, **Maladie cœliaque chez l'adulte: étude histopathologique, biochimique et implication du stress oxydatif, dans la région d'Annaba et de Biskra**, MÉMOIRE DE MASTER, Université Mohamed Khider de Biskra, Sciences biologiques, 2019, p: 05

1-4 آلية عمل الجهاز الهضمي:

يتكون الجهاز الهضمي من جزأين رئيسيين:

- **القناة الهضمية:** وهي الأعضاء التي يمر بها الغذاء من دخوله إلى أن يخرج.
- وتتكون من سبعة أعضاء: الفم - المريء - المعدة - الأمعاء الدقيقة - الأمعاء الغليظة - المستقيم الشرج.
- **ملحقاتها:** وهي أعضاء لا يمر بها الغذاء لكنها تساعد على هضمه عبر إفرازاتها (قد تحتوي على إنزيمات أو لا تحتوي).
- وهي: اللسان - الأسنان - الغدد اللعابية (كل هذه في الفم) - الكبد (الحوصلة الفراء) - المرارة - البنكرياس.

يمر الطعام خلال مروره بالقناة الهضمية بالمراحل التالية:

- **البلع:** تبدأ عملية هضم الطعام
- **الهضم:** عملية تحليل الطعام إلى جزيئات أصغر يمكن امتصاصها:
- الميكانيكي: يشمل عملية تقطيع وطحن الطعام بالأسنان وخلطة باللسان
- الكيميائي: تحليل الطعام كيميائياً وتحويله إلى مواد يمكن امتصاصه
- **الامتصاص:** امتصاص المواد الغذائية الموجودة في الطعام ونقلها عبر الدم إلى الخلايا ليستفيد منها
- **التخلص من الفضلات:** المواد الغير مستفاد منها تخرج خارج الجسم بوصفها فضلات.

(لمياء محمود مرسي، 2018، ص ص: 81-83)

2-لمحة تاريخية عن مرض السيلياك:

لقد وصف الداء الزلاقي (السيلياك) لأول مرة عام 1888 من قبل العالم Gee Samuel، بأنه اضطراب يشمل سوء امتصاص مزمن وتمّ وصفه من قبل Aretaeus من Cappadchia (تركيا الآن) في القرن الثاني بعد الميلاد.

لم يكن سبب الداء الزلاقي معروفاً حتى استطاع طبيب الأطفال Dicke Willem أن يحدد وجود ترافق بين تناول الخبز والقمح وبين حدوث الإسهال المتكرر، وقد تمّ تأييد هذه الملاحظة في فترة الحرب العالمية الثانية وذلك عندما لاحظ أن أعراض المرضى تتحسن عندما تمّ استبدال الخبز بأغذية لا تحتوي على القمح، وقد أثبت هذا فائدة تطبيق الحمية الباكرا التي تعتمد على الفواكه الطازجة والبطاطا والموز والحليب واللحم، وعندما لوحظ أن الأعراض بدأت بالظهور من جديد عندما أعيد استخدام الخبز بعد الحرب فإن كل من Dicke و Kamer vande بدأ بإجراء تجارب على الأطفال المصابين بالداء الزلاقي بإخضاعهم لحميات محددة، ومن ثمّ تحديد وزن البراز وكمية الدهون في البراز لقياس مدى سوء الامتصاص، وبالتالي تحديد ما يسمى سوء الامتصاص المحرض بالقمح والشعير والجاودار والذي يتراجع بعد حذف هذه الحبوب من الحمية، وبعد فترة قصيرة وجد أن هذه العوامل السمية موجودة في الغلوتين وهو الجزء المنحلّ بالكحول من بروتين القمح. (صالح إسماعيل، 2011، ص: 04)

والجدول التالي يلخص أهم التطورات في تاريخ الداء الزلاقي (السيلياك):

الجدول رقم (2-1): يوضح اهم التطورات في تاريخ الداء الزلاقي (السيلاك)

Aretaeus from Cappadocia, 3 rd century	التقرير الأول عن حالة مشابهة للداء الزلاقي
Gee 1888	أول وصف سريري مفصل
Benecke 1910	أول وصف للتبدل الوصفي في المخاطية المميز للداء الزلاقي
Haas 1924-1932	حمية ناجحة مكونة من الفواكه والخضار والحليب المجفف
Dicke 1950	دور القمح والحبوب الأخرى في إطلاق الداء الزلاقي
Van de Kamer et al., 1953	التعرف على الغلوتين كعنصر سام
Paulley, 1954	ضمور الزغابات وفرط تنسج الخبيثات كسمة مميزة للأذية المخاطية
Rubin et al., 1960	استخدام كبسولة واطسون Watson capsule من أجل الخزعة
McDonald et al., 1965	الوراثيات المرافقة للداء الزلاقي
Marks et al., 1966	ترافق التهاب الجلد حلقى الشكل مع الداء الزلاقي
Harris et al., 1967	الداء الزلاقي غير المعالج كمهيب للخبثات
Mawhinney and Tomkin, 1971	ترافق عوز الـ IgA الانتقائي مع الداء الزلاقي
Ferguson et al., 1975	الغليادين كمطلق لليستوكينات في خزعات الأمعاء
Howell et al., 1986	الترافق الوثيق بين الداء الزلاقي والـ HLA-D
Sollid et al., 1989	يكون الـ HLA-DQ2 النوعي للداء الزلاقي مرمزاً بشكل مقرون أو مفروق
Spencer et al., 1989	الخلايا T داخل الظهارية كسمة مميزة للداء الزلاقي
Marsh, 1992	تصنيف أذية المخاطية في خمس أطوار
Ludin et al., 1993	عزل خلايا T نوعية للغليادين المتعلقة بـ HLA-DQ2 من مخاطية الأمعاء الدقيقة لمرضى الداء الزلاقي
	السمات المناعية الذاتية للداء الزلاقي:
Seah et al., 1971	IgA antireticulin
Chorzelski et al., 1983	IgA Antiendomysium
Ladinsler et al., 1994	IgA anti-umbilical cord
Dieterich et al., 1997	tTGAs EMA autoantigen

المصدر: (الفندي، دراسة نسبة انتشار اضطراب ناقلات الأمين لدى مرضى الداء الزلاقي، بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا (الماجستير)، كلية الطب البشري، قسم الأمراض الباطنة، جامعة دمشق، سوريا، 2017، ص:

3- تعريف السيلياك:

قبل أن نعرف مرض السيلياك لابد بالتعريف أولاً بالمرض المناعي الذاتي والذي هو المرض الناجم عن فرط نشاط الجهاز المناعي ومهاجمته على نحو خاطئ لخلايا وأنسجة الجسم السليمة والقضاء عليها مما يتسبب في اضطراب نمو العضو أو تغير الوظيفة الفسيولوجية للعضو المصاب. (حمودة، 2018، ص: 04)

أما تعريف مرض السيلياك:

فتأتي كلمة السيلياك "Cœliaque" من الكلمة اللاتينية "coeliacus"، والمشتقة من الكلمة اليونانية "koiliakos" وكلمة "Koilia" في اليونانية تعني حرفياً "البطن"، يطلق على المرض في الولايات المتحدة بـ "celiac" بينما يُكتب في بريطانيا بـ "coeliac". (Bouasla, 2011, p: 03).

مصطلح (عدم القدرة على هضم الغلوتين) هو مصطلح عام يشمل:

- مرض السيلياك.

- ومرض حساسية القمح وهذه الحساسية قد تكون مؤقتة.

- ومرض حساسية الغلوتين غير الزُّلاقيّة.

اسمه العلمي مرض السيلياك (celiac /coeliac –disease) ويسمى الداء الزُّلاقي (وكذلك يسمى الدابوق وأحياناً حساسية الغراوية)، وهو مرض مناعي ذاتي صعب التشخيص يصنف بأنه نوع من الحساسية الخطيرة ينتج لدى البعض عند تناول دقيق القمح ومنتجاته بكافة أنواعها بسبب حساسية الجسم الدائمة لمادة الغلوتين. (لفريح، 2014، ص: 28)

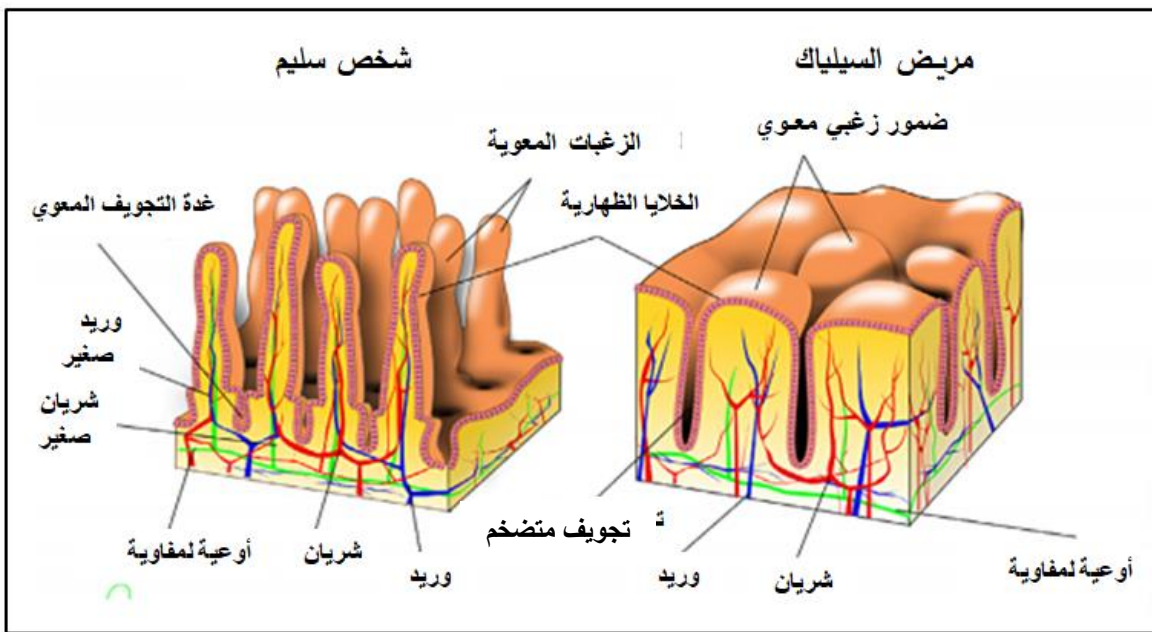
يعد مرض حساسية الغلوتين (السيلياك) من الأمراض المناعية المزمنة والذي يلزم الفرد المصاب به طوال حياته، كون ان مناعته الذاتية تهاجم مادة الغلوتين على أساس أنها مادة سامة دخلت للجسم وخلال قيامها بذلك تتلف الأمعاء الدقيقة والتي كانت بصدد القيام بالامتصاص وبالذات الزغبات المعوية وبالتالي يعجز المصاب على الانتفاع من الأغذية التي يتناولها بسبب تعطل عملية الامتصاص المعوي. (فايزة تواتي، 2015، ص: 24)

وبتعبير أدق هو اضطراب في عملية امتصاص الأمعاء للغذاء، ناتج عن حساسية التي يسببها الغليادين (Gliadine) الخاص بالغلوتين والذي يعمل كمولد مضاد ينتج عنه مناعة معقدة في الغشاء المخاطي المبطن للأمعاء مؤدياً إلى تكس الخلايا للمفاوية الميتة وهذا بدوره

يسبب تلف أهداب أو الشعيرات وتكاثر خلايا خفية وبالتالي لا يحدث الامتصاص. (القحطاني، 2008، ص:336).

ويعرف أيضا بأنه مرض مناعي ذاتي وراثي يتميز بحساسية للبروتين الموجود في حبوب القمح عندما تؤكل هذه الحبوب من قبل شخص مصاب بهذا الاضطراب الهضمي فإنه يؤدي إلى تلف في بطانة الأمعاء الدقيقة، فهذه الاستجابة المناعية تقلل من قدرة الأمعاء على امتصاص المواد الغذائية بما في ذلك الكربوهيدرات البروتينات والفيتامينات والمعادن. (Thompson, 2006, p:01).

الشكل رقم (2-2): يوضح الزغبات المعوية السليمة مقارنة مع الزغبات المعوية التالفة.



Source: J.E.W. Koh, Y. Hagiwara, S.L.Oh, J.H. Tan, E.J. Ciaccio, P.H. Green, S.K. Lewis, U.R. Acharya, **Automated diagnosis of celiac disease using DWT and nonlinear features with video capsule endoscopy images**, Future Generation Computer Systems, vol.90,2019, p: 87

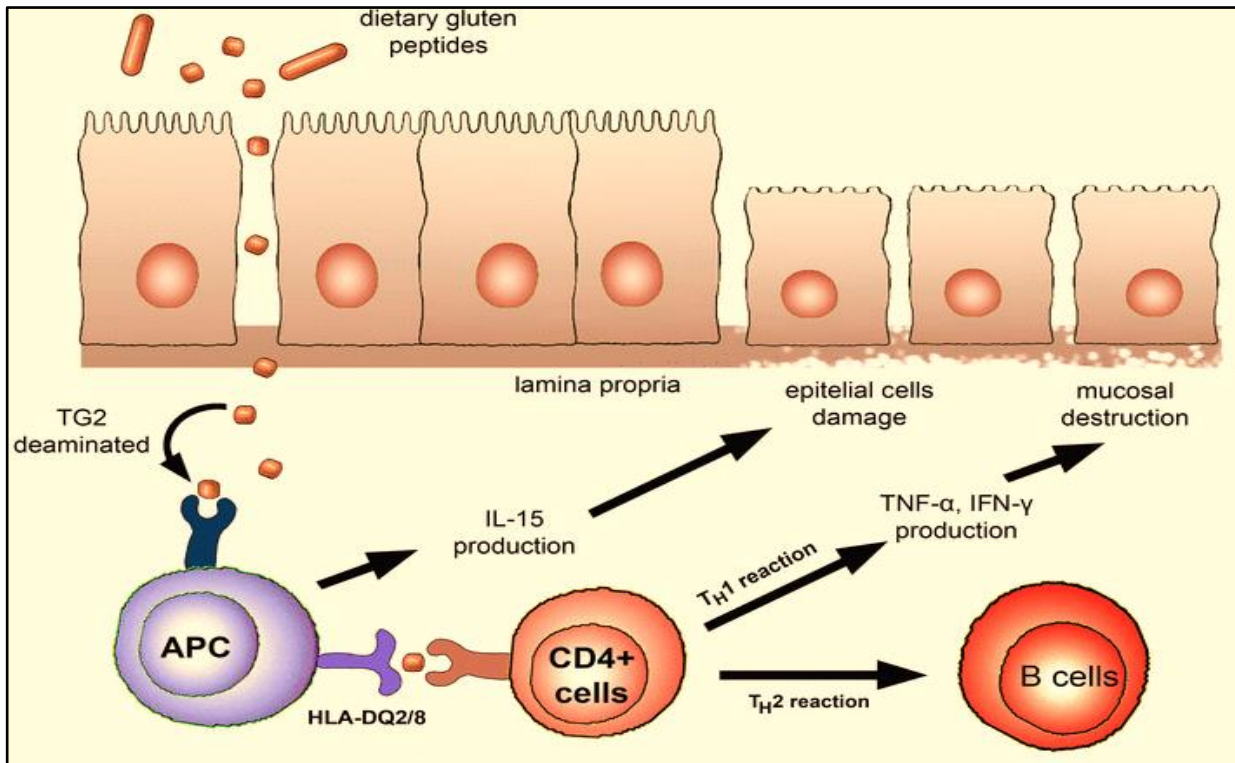
3-1 آلية حدوث المرض السيلياك:

ان الآلية الدقيقة غير واضحة ولكن الاستجابات المناعية للغوتين تلعب دورا أساسيا كما أنه من المتحمل ان تقوم عوامل محيطية غير محددة بدور المحرض في حدوث التهاب الأمعاء الدقيقة مما يسمح لبيبتيدات الغوتين (الغليادين) بالوصول إلى أنزيم (ترانس غلوتاميناز) النسيجي TTG في الصفيحة الخاصة Lamina propria يقوم TTG بتحويل الغوتين وهذا يسمح بربطه الى ثلم رابط للمستضد موجود في جزيئات الصنف الثاني من المعقد الرئيسي

للتوافق النسيجي mhc على سطح الخلايا المقدمة للمستضد apc وبدوره يتم الآن التعرف على ببتيد الغلوتين المعدل من قبل الخلايا الـ CD4+ على أساس انه مستضد.

تنشأ استجابة TH1 نتيجة لتحرير السيتوكينات الالتهابية مثل: (انترولوكين TFA وانترفيرون IFN-Y) يعرف TTG الآن كمستضد ذاتي للأضداد المضادة لغلاف الألياف العضلية (anti-endomysial antibodies). (القلا، 2005، ص ص: 99-100)

شكل رقم (2-3): رسم يوضح آلية حدوث مرض السيلياك



Source: Miguel Ángel López Casado, Pedro Lorite, Candelaria Ponce de León, Teresa Palomeque, María Isabel Torres, **Celiac Disease Autoimmunity**, Archivum Immunologiae et Therapiae Experimentalis, Volume 66, Issue 6, December 2018, p:424

2-3 الفرق بين السيلياك وحساسية الغلوتين الغير الزلاقية وحساسية القمح:

يشير مصطلح عدم تحمل الغلوتين إلى ثلاثة أنواع من الاضطرابات: مرض السيلياك (CD)،

حساسية القمح، وحساسية الغلوتين غير الزلاقية. (Anastasia, 2016, p:1)

1-2-3 حساسية القمح:

وكما الداء الزلاقي (السيلياك) فإن الحساسية القمح تعرف على أنها عبارة عن رد فعل مناعي

ضد بروتينات القمح، بالمقارنة مع الداء الزلاقي فإن رد الفعل المناعي هنا يحدث بواسطة IgE

و/أو الخلايا التائية T ضد بروتينات القمح المختلفة: (Ω-5-Gliadin, γ-Gliadin, Amylase- (ATIs), Thioredoxin, Lipid-Transfer-Protein, Trypsin-Inhibitoren)

أعراض حساسية القمح ممكن أن تظهر في الفم، الأنف والعينين (انتفاخ، حكة) ، أو في الجلد (أكزيما تأتبية) ، أو في الرئتين (زلة تنفسية، ربو)، أو في الجهاز الهضمي (آلام بطنية، غثيان، قيء، تطبل بطن، إسهال) وهي لا تختلف عن الأعراض الهضمية التي تشاهد في الداء الزلاقي. (المسيحي، 2018، ص: 33)

3-2-2 حساسية الغلوتين غير الزلاقية:

حساسية الغلوتين غير الزلاقية (INCG) هي مفهوم حديث، تم وصفه لأول مرة في عام 1978 في مجلة The Lancet: حيث نشرت مقالة عبارة عن تقرير لحالة تصف مريضاً يعاني من الإسهال وآلام في البطن، دون تشوهات في الغشاء المخاطي المعوي وتحسن حالة المريض عند إخضاعه لحمية خالية من الغلوتين (GFD).

بعد هذا المنشور، تم إجراء دراسة على 08 نساء يعانين من آلام في البطن وإسهال مزمن ف لوحظ تحسن أعراضهم عند خضوعهم لحمية خالية من الغلوتين (GFD)، وتعاود الظهور بعد إعادة إدخال الغلوتين في نظامهم الغذائي، كما لوحظ أن الغشاء المخاطي المعوي لهذه للمريضات كان طبيعياً، باستثناء تغيير طفيف.

يمكن أيضاً تعريف INCG ببساطة أكثر تحت المسمى "عدم تحمل الغلوتين" والتي تعني ظهور الأعراض داخل وخارج الجهاز الهضمي بعد تناول الأطعمة التي تحتوي على الغلوتين للأفراد الذين لا يعانون من حساسية القمح ولا السيلياك، فالآليات الفيزيولوجية المرضية المعنية ليست حساسية ولا أمراض مناعة ذاتية ولا توجد أيضاً أجسام مضادة موجهة ضد النسيج من النوع L هؤلاء الأفراد، ولا الأمراض المصاحبة لمرض السيلياك.

يحدث INCG بسبب الحبوب التي تحتوي على الغلوتين، لكن لم يتمكن حتى الآن من الجزم بان الغلوتين أو أي بروتين أو عنصر مستضد آخر مسؤول عن هذه المتلازمة.

لهذا تمت مناقشة المصطلحات المستخدمة ويمكن أن تتغير إلى "عدم تحمل القمح غير الزلاقي" (INCB)، وهو تعبير غير كامل أيضاً لأنه يستبعد الحبوب الأخرى التي تحتوي على الغلوتين وتسبب نفس الأعراض. (Sasseigne, 2016, pp: 33-34)

يعتبر مرض عدم تحمل الغلوتين هو مرض النفي حيث من أجل تشخيص هذا المرض لا بد من توافر جميع المعايير التالية:

1-نفي الداء الزلاقي والحساسية تجاه القمح المتوسطة بـ IgE؛

2-سلبية اختبار الوخز الجلدي للقمح؛

3-سلبية أضداد EMA - IgA و TTG - IgA؛

4-خزعة الأمعاء الدقيقة تبدي مخاطية طبيعية أو ارتشاح باللمفاويات (مارش 1)؛

5-تتعرض الأعراض بالتعرض للغلوتين؛

6-تحسن الأعراض بعد عدة أيام من استبعاد الغلوتين من الحمية. (القاسم، 2017، ص: 38).

ويبين الجدول التالي الفروقات بين الداء الزلاقي والحساسية الغلوتين وحساسية القمح:

جدول رقم (2-2): يوضح الفرق بين حساسية القمح، السيلياك وحساسية الغلوتين غير الزلاقية

حساسية القمح	حساسية الغلوتين غير الزلاقية	السيلياك	
تجنب تناول أو استنشاق القمح فقط	حمية خالية من الغلوتين (القمح، الشعير، والجاودار...)	حمية خالية من الغلوتين (القمح، الشعير، والجاودار...)	العلاج
نظام استبعاد صارم للقمح فقط سواء عن طريق استنشاق أو تناول أو لمس	التجاوز مسموح بحسب الأعراض الظاهرة بعد تناول القمح	نظام استبعاد صارم	مستوى ومدى الالتزام بالحمية
عند الأطفال يوصى باستعمال اختبار تحدي القمح السنوي تحت إشراف طبيب إبتداء من 6- إلى 12 شهر من إبتداء الحمية، أما عند البالغين فيستحسن الابتعاد الكلي عن القمح مدى الحياة	لا يزال غير واضح تماما الفترة اللازمة للعلاج لذا يوصى باستعمال اختبار تحدي القمح سنويا	مدى الحياة	فترة العلاج
ردات فعل تحسسية	غير موصوف	أمراض مناعة ذاتية سوء تغذية أورام معوية خبيثة	المضاعفات الناتجة
الإسهال والقي فور تناول القمح	الإسهال المزمن، انتفاخ في البطن، التقيؤ	وجع بطن، الإمساك أو إسهال المزمن، انتفاخ في البطن	الأعراض الأكثر شيوعا
غير ضروري	ضروري لاستبعاد مرض السيلياك	ضروري لمعرفة مدى ضمور الزغبات المعوية	إجراء الخزعة

Source: Catalina et al, Celiac disease, non celiac gluten sensitivity and wheat allergy: comparison of 3 different diseases triggered by the same food, 2017, volume 88, issue 3, Sociedad Chilena de Pediatría, Chile, p: 418-419

4- انتشار مرض السيلياك:

تعادل نسبة انتشار الداء الزلاقي بين الأصحاء البالغين 1% في أغلب مناطق العالم، فهناك الكثير من الحالات غير المشخصة وهي أكثر من الحالات المشخصة، إذ يوجد مقابل كل حالة داء زلاقي مشخص سريرياً عدة حالات غير مشخصة، إما بسبب كونها خفية، أو صامتة، أو لوجود خطأ بالتشخيص أو أنها حالة لا عرضية، تبلغ نسبة الداء الزلاقي المشخص في أوروبا: 1/5 إلى 1/13. (العتمة، 2009، ص: 03)

حتى التسعينات، كان معدل انتشار السيلياك في بلدان الشرق الأوسط وشمال إفريقيا منخفضاً، لكن مع دخول اختبارات التشخيص بالأجسام المضادة للالتهاب الداخلي (AEA) والأجسام المضادة لـ Antigliadin (AGA) تم الإبلاغ عن نسبة انتشار مرض السيلياك في البلدان النامية، والذي بدى أن معدل انتشاره يشبه انتشاره في الدول الغربية، يراوح هذا الانتشار من 0.14% إلى 1.17% السكان الأقل عرضة لهذا المرض، ومن 2.4% إلى 44% الأكثر عرضة لهذا المرض. (Barada, 2010, pp: 1450-1451)

في الجزائر، ليس لدينا حتى الآن بيانات دقيقة حول مدى انتشار المرض، هناك القليل جدا من العمل المتعلق بمرض السيلياك، البيانات الوحيدة الموجودة هي بيانات بن عطاالله (2009) Benatallah في ثلاث مدن في شرق الجزائر (قالمة 1.4%، في ميله 1.7%، خنشلة 0.88%).

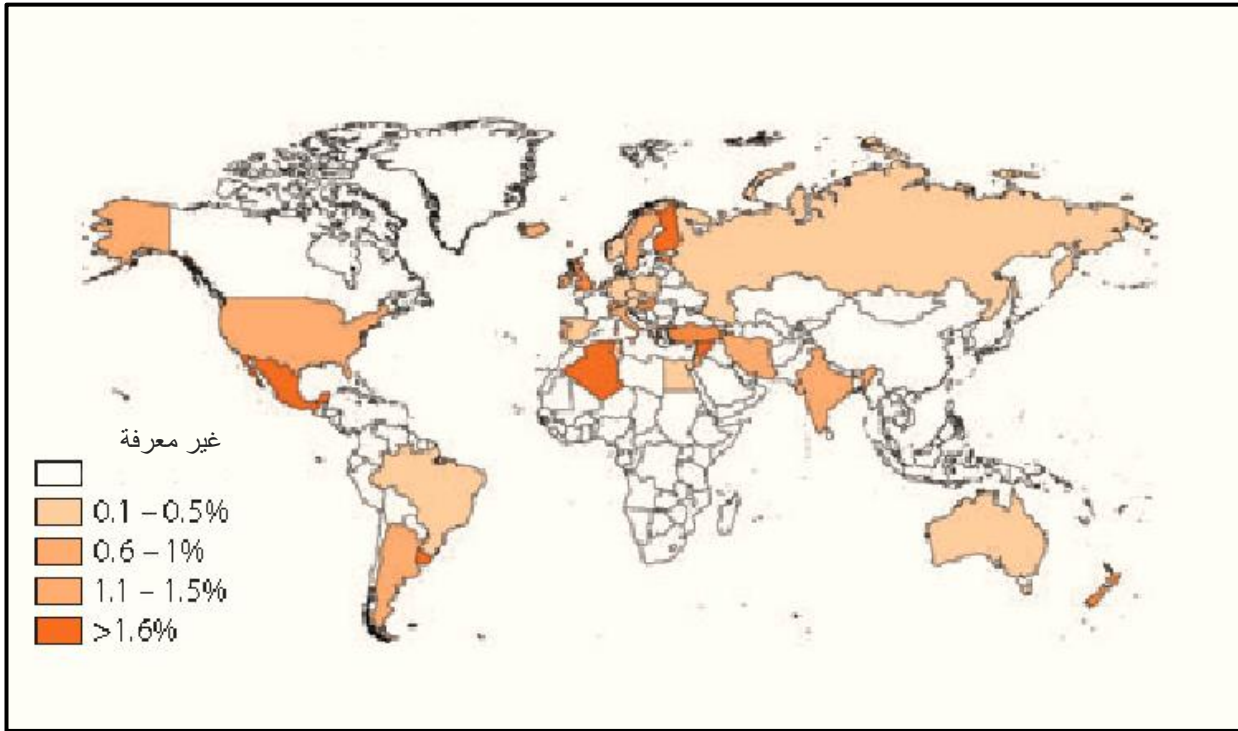
في عام 2003، متوسط معدل الانتشار المحسوب للمدن الثلاث لا يقل عن 1.33%، البيانات الأخرى المتاحة هي تلك الخاصة بـ بوزراع وآخرون (Boudraa et al (2008) في وهران، حيث كان معدل انتشار مرض السيلياك عند الأطفال دون سن 15 عاماً 1.09% وفي دراسة لـ بوعسلة (Bouasla (2009) في قسنطينة، بلغ معدل انتشار المرض 0.97%. (Boukezoula et al, 2015, p : 14)

انتشار هذا المرض أعلى لدى النساء منه لدى الرجال (Zarkadas et al (2006)، والواقع أنه يؤثر على النساء أكثر من الرجال بثلاث مرات، وأقارب الدرجة الأولى للشخص الذي يعاني من هذا المرض لديهم خطر بنسبة 10% أيضاً. (Letourneau, 2013, p : 13)

ودراسة أخرى لـ Cristina Sfoggia et al بعنوان بعنوان جودة الحياة والضيق النفسي في مرض الاضطرابات الهضمية (2014)، والتي تم اجراءها على شكل استبيان حيث اشارت

الملاحظات المعممة إلى أن المرضى الإناث المصابات بالسيلياك يعانون من حالة تدهور أكبر في QoL أكثر من الرجال، سواء في التشخيص أو بعد العلاج، وحتى الامتثال الصارم للحمية GFD، وقد افترض أن هذه الظاهرة قد تكون بسبب ارتفاع معدل انتشار القلق لدى النساء. (Sfoggia, 2014, p: 393)

شكل رقم (2-4): يوضح نسبة المئوية لانتشار السيلياك في العالم



Source: Abadie et al, **Integration of Genetic and Immunological Insights into a Model of Celiac Disease Pathogenesis**, Annual Review, vol 29, issu 01 Palo Alto, California, United States, 2011, p: 497.

5- أسباب السيلياك:

السبب وراء تفاعل نظام المناعة لدى البعض مع الغلوتين ليس معروفًا بعد، ولكن كسبب مرجح العوامل الوراثية والتي تلعب دورًا رئيسيًا في هذا المرض حيث يحدث بنسبة تقرب 10% للأشخاص الذين لديهم عضو مباشر في العائلة مصاب بمرض السيلياك أيضًا العوامل البيئية وأسلوب الحياة والمحيط تلعب دورًا للإصابة بالمرض، لأنه من الممكن ان ينشط مرض السيلياك لأول مرة بعد أن يتعرض الشخص لضغط البدني أو العاطفي، مثل الحمل والولادة والجراحة والاضطراب العاطفي الشديد أو العدوى الفيروسية. (Susanna, 2006, p: 08)

6- أعراض مرض السيلياك:

تختلف أعراض الإصابة عند الرضع والأطفال عن أعراض الإصابة عند البالغين وإن كانت الأغلبية العظمى للإصابات تشخص في مرحلة الطفولة، نسبة لا يستهان بها من الإصابات تكتشف عند البالغين لم يعانون خلال طفولتهم أي عرض موجه للإصابة بالسيلياك.

تختلف المظاهر السريرية للسيلياك كثيرا من مريض لآخر، قد تكون الإصابة شاملة تتناول العفج والصائم واللفائفي فتسوء الحالة العامة إلى درجة تهدد حياة المريض، وقد تبقى الإصابة محصورة في العفج والصائم الداني، فتكون لا عرضية أو تتظاهر بأعراض مبهمة كفقر دم بعوز الحديد أو عوز الفولات أو نقص تكلس العظام. كما أن شدة إصابة الأمعاء الدقيقة ودرجة امتداد الإصابة تحددان حدة المظاهر السريرية وشكلها. (تاري، 2015، ص: 06)

وفيما يلي مختلف الأعراض الهضمية وخارج الهضمية لمرض السيلياك:

- 1- تقلصات في الأمعاء
 - 2- انتفاخ البطن وقلة الشحوم في المؤخرة.
 - 3- ازدياد الشهية الشديد أو نقصانها
 - 4- حموضة المعدة
 - 5- كثرة الغازات
 - 6- آلام الظهر
 - 7- الإمساك
 - 8- الإسهال (لون رمادي ذو رائحة غريبة)
 - 9- تأخر تجلط الدم عند النزف (الجروح)
 - 10- الجفاف
 - 11- التورم
 - 12- الضعف الشديد
 - 13- قلة الطاقة والإجهاد
 - 14- تشقق اللسان حتى يصبح مثل الخارطة
 - 15- زيادة نمو البكتيريا في الأمعاء الدقيقة
 - 16- تورم الأقدام وتنميلها
 - 17- تقلصات في العضلات خاصة القدمين والساقين
 - 18- جفاف الجلد وتحسسه
 - 19- العشى الليلي (عدم القدرة على الرؤية ليلا)
 - 20- الصداع النصفي
 - 21- فقر الدم غير المفسر.
 - 22- التغير في المزاج والعادات.
 - 23- بعض الأمراض العصبية الأخرى
 - 24- الاكتئاب والتوتر.
 - 25- أمراض تتعلق بالجهاز العصبي كبطء التعلم.
 - 26- تأخر النمو لدى الأطفال.
 - 27- الإجهاض المتكرر والعقم.
 - 28- مشاكل في مينا الأسنان.
- (لفريخ، 2014، ص: 30)

6-1 الأعراض الأكثر شيوعاً لمرض السيلياك:

أ- فقر الدم Anemia: يحدث فقر الدم في الداء الزلاقي بعدة آليات منها:

- **نقص حمض الفوليك**: ويشاهد في أغلب الحالات نقص الحديد بسبب نقص امتصاصه من الاثني عشر وفقده يتسبب في النزوف المخاطية التي تحدث بسبب اضطرابات التخثر الناجمة عن نقص الفيتامين K الامتصاصي.
- **نقص فيتامين B12**: ويشاهد في الحالات الشديدة التي تصل فيها الإصابة نهاية الأمعاء الدقيقة.
- **نقص نشاط الطحال**: يشاهد أكثر عند البالغين (في 50% من الحالات) ويتميز بضمور في الطحال مع زيادة في الصفائح الدموية ووجود كريات حمراء هرمة ومشوهة بسبب نقص التحطيم. (عمل الطحال).

ب- أمراض عظمية وإهمها:

- **أمراض هشاشة العظام**: ومن أعراضها آلام عظمية أسفل الظهر وآلام في القفص الصدري وتفسر غالباً بسوء امتصاص الفيتامين D والكالسيوم.
- **أعراض نقص الكالسيوم والبوتاسيوم**: أهمها الوهن العضلي. الخدر والتتميل في الأطراف.

(لفريخ، 2014، ص:31).

6-2 الأمراض المصاحبة لمرض السيلياك:

هناك عدد كبير من الأمراض تحدث بتواتر أكبر عند مرضى السيلياك وخاصة أمراض المناعة الذاتية:

الترافق المثبت:

التهاب الجلد الحلثي- الداء السكري النمط الأول- متلازمة داون- فرط نشاط الدرق أو قصور الدرق- داء الصباغ الدموي الرئوي البدئي- الداء المعوي الالتهابي- التهاب المفاصل الرثياني- التهاب التامور الناكس- داء الساركويد-التهاب الكولون المجهري.

الترافق المحتمل: داء أديسون- فقر الدم الانحلالي المناعي الذاتي- التهاب الكبد المناعي

الذاتي- الداء الليفي الكيسي- الوهن العضلي الوخيم- نقص الصفيحات المناعية. (جمعة،

2013، ص: 30)

7- تشخيص مرض السليليك:

يعتمد تشخيص الداء الزلاقي (السليليك) على:

1- الشبهة السريرية

2- الاختبارات المصلية

3- الخزعة المعوية (وهي المعيار الذهبي في تشخيص الداء الزلاقي)

4- التشخيص الراجع: بتطبيق الحمية الخالية من الغلوتين ومراقبة تحسن الأعراض

وانخفاض معدل الأضداد المصلية بعد تطبيقها. (العتمة، 2009، ص: 01)

إذا اشتبه الطبيب في مرض السليليك، فيجب عليه إحالة المريض إلى أخصائي أمراض الجهاز الهضمي (أخصائي في مجالات المعدة والأمعاء - لديه خبرة في مرض السليليك)، علماً أن أخصائي أمراض الجهاز الهضمي ليس هو الطبيب الوحيد الذي قد يلاحظ الأعراض بحيث يمكن للأطباء المتخصصين الآخرين، مثل (أخصائي الغدد الصماء وأطباء الروماتيزم، أطباء النساء والتوليد، أطباء الأسنان، وأمراض الجلد)، المشاركة في تشخيص ومراقبة علامات وأعراض مرض السليليك. ومن طرق التشخيص نذكر:

- **اختبار فحص الدم:** يتم استخدام أنواع خاصة من اختبارات الجسم المضاد للدم في الكشف عن عدم تحمل الغلوتين، قد تشمل الاختبارات إما أنسجة الغلوتامين في الأنسجة IgA (TTG) او IgA endomysium (EMA) بالإضافة إلى Total Serum IgA لاختبار نقص (IgA).

هناك بعض الأجسام المضادة في الجسم التي ينتجها الجهاز المناعي استجابة للمواد التي تعتبر تهديدا للجسم، كمية هذه الأجسام المضادة تكون أعلى من المعتاد لدى الأشخاص الذين يعانون من مرض السليليك ويتناولون نظام غذائي يحتوي على الغلوتين، ستُظهر اختبارات دم الجسم المضاد ما إذا كان نظام المريض يستجيب سلباً للجلوتين، بحيث إذا جاءت اختبارات دم الجسم المضاد إيجابية، فهذا يشير إلى أن الشخص يحتاج إلى مزيد من التشخيص، وتحديد اختبار الخزعة.

تعتبر اختبارات الدم للجسم المضاد أداة غير حاسمة لتشخيص مرض السليليك، لأن عدم وجود هذه الأجسام المضادة لا يضمن أن الشخص لا يعاني من مرض السليليك، ووجودها أيضاً لا يضمن أن الشخص مصاب بمرض السليليك.

إذا كانت اختبارات الدم والأعراض، تشير إلى احتمال الإصابة بمرض السيلياك، فستكون الخطوة التالية عبارة عن خزعة والتي من شأنها التحقق من الأضرار الفعلية التي لحقت بالأمعاء وتأكيد النتائج. (Kimberly, 2009, p : 19-20)

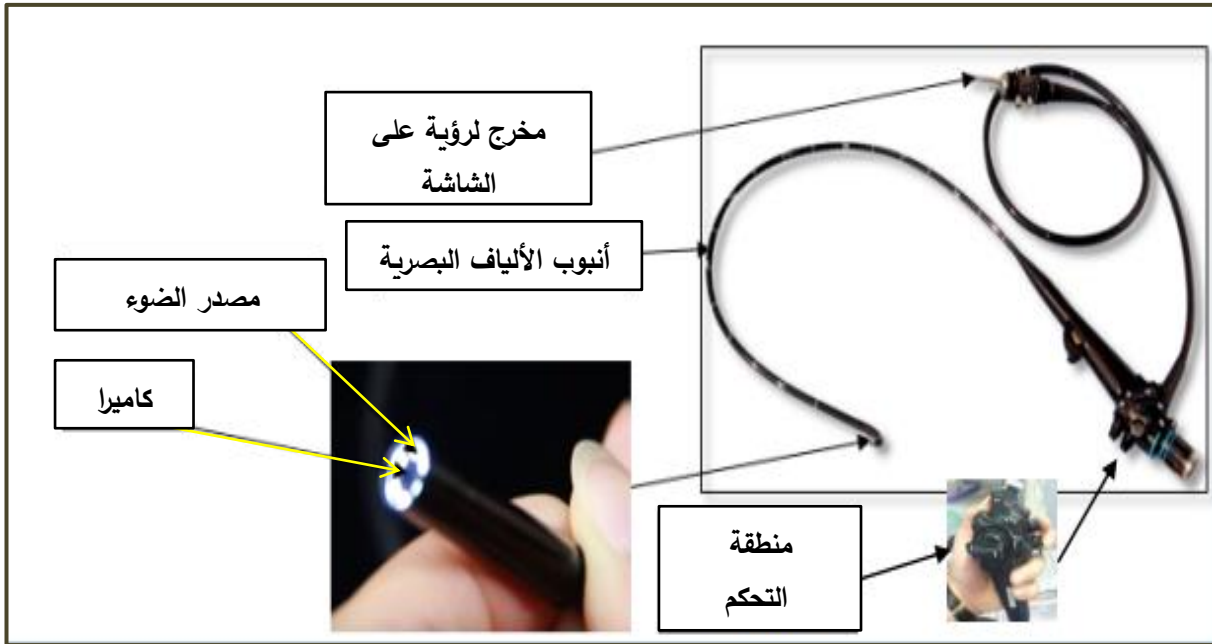
- **خزعة الأمعاء الدقيقة:** وتعتبر هي الطريقة الوحيدة للتشخيص الحاسم لمرض السيلياك، ويتم تنفيذ هذا الإجراء دائماً بواسطة أخصائي أمراض الجهاز الهضمي وغالباً ما يتم ذلك في جناح جراحي خارجي حيث تستغرق العملية أقل من نصف ساعة وبالنسبة للبالغين، يتم استخدام التخدير الموضعي، يتضمن الإجراء أنبوباً طويلاً رقيقاً وكاميرا صغيرة في النهاية سيقوم الطبيب بإدخال الأنبوب في فم المريض أسفل الحلق وإلى المريء، عندما يصل الأنبوب إلى معدة المريض، يجد الطبيب المدخل إلى الأمعاء الدقيقة (الاثني عشر) ويدخل الأنبوب هناك بينما الأنبوب يشق طريقه إلى الأمعاء الدقيقة، الكاميرا الموجودة في نهاية طرف الأنبوب ترسل صورة فيديو إلى شاشة في غرفة العمليات، على الشاشة يمكن للطبيب أن يقيم بصرياً أي التهاب في المعدة أو أي التهاب آخر (مثل التهاب المريء السفلي بسبب ارتداد الحمض) في الأمعاء الدقيقة، يقوم الطبيب بفحص كامل طول الاثني عشر والمنطقة المتأثرة بمرض السيلياك ولأن كثير من مرضى السيلياك في وقت الخزعة تبدو الاثني عشر لديهم طبيعية فهنا تكمن أهمية الإزالة الجراحية للنسيج (اخذ الخزعة)، لأنه فقط تحت المجهر يمكن إجراء تشخيص نهائي لمرض السيلياك.

بعد ذلك سيقوم الطبيب بإدخال أداة جراحية صغيرة عبر الأنبوب (هناك فراغ داخل الأنبوب يسمح بمرور الأداة) يصل إلى الأمعاء الدقيقة، ويعمل بالتنسيق مع ممرضة جراحية، سيقوم الطبيب بخزعة من 5 إلى 6 مناطق من الأمعاء الدقيقة، يتم أخذ الخزعة عن طريق استيعاب أجزاء صغيرة جداً من الأنسجة وتقطيعها برفق بعيداً عن جدران الأمعاء، تعد أخذ عينات الأنسجة المتعددة ضرورية أيضاً للتشخيص الدقيق، حيث يمكن أن يؤدي مرض السيلياك إلى حدوث آفات غير مكتملة في الاثني عشر يمكن تفويتها إذا تم أخذ عينة أو عينتين فقط وسوف تؤكد نتائج الخزعة ما إذا كان المريض يعاني من مرض السيلياك.

ملاحظة: لا توجد نهايات عصبية في الأمعاء، لذلك هذا الإجراء لا يسبب ألماً في الأمعاء.

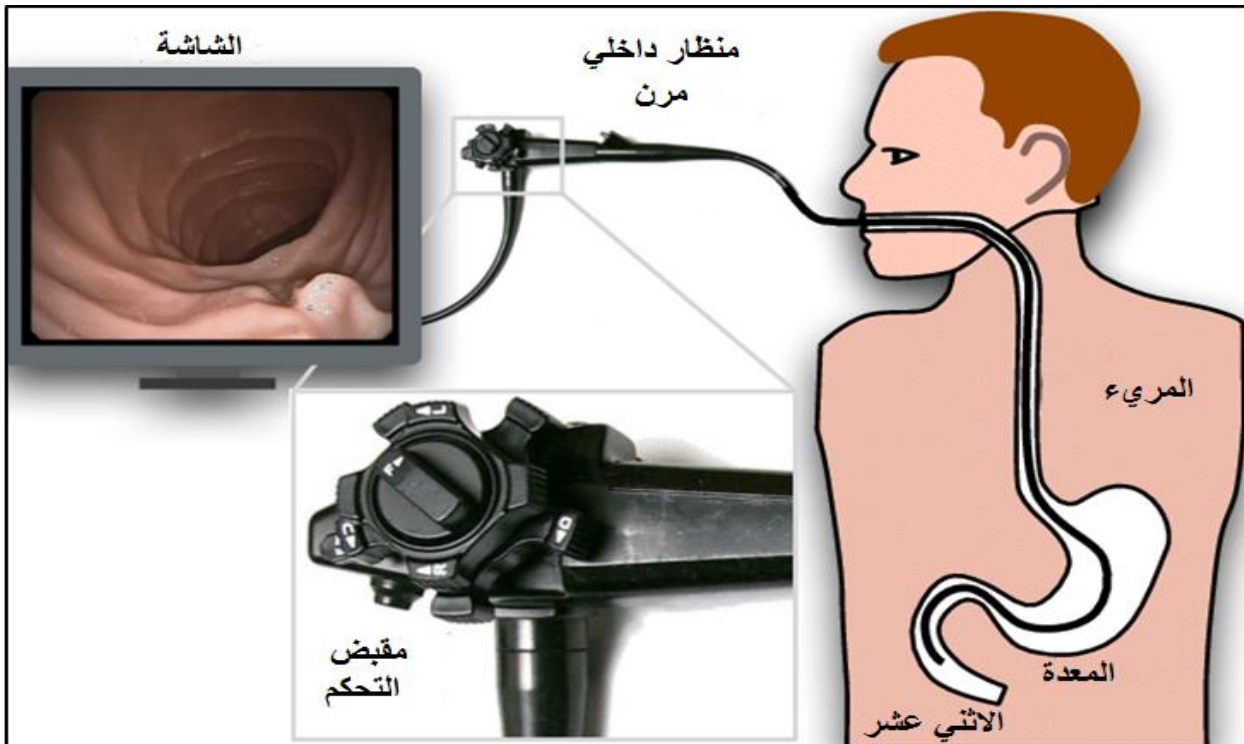
(Guandalini, 2011, pp: 24-25)

شكل رقم (2-5): رسم يوضح مكونات المنظار



Source: Yassine RHAZ, **Segmentation d'images endoscopiques et classification des polypes par analyse de la texture et de la couleur**, Master Sciences et Techniques Systèmes Intelligents & Réseaux, Faculté des sciences et techniques de, UNIVERSITE Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès Maroc, 2016, P: 14

شكل رقم (2-6): رسم يوضح تنظير العلوي الهضمي التقليدي للأمعاء والمعدة



Source: Shuangyi Wang, **development of a robotic trans-oesophageal ultrasound system and its application in automatic acquisition**, This dissertation is submitted for the degree of Doctor of Philosophy, Department of Biomedical Engineering, Division of Imaging Science & Biomedical Engineering School of Medicine, Universite King's College London, London, United Kingdom, 2017, P: 75.

1-7 تصنيف مارش لدرجة تضرر أمعاء مريض السيلياك:

في عام 1992، ظهر تصنيف جديد لطيف السيلياك، عندما وصف مارش **Michael N.Marsh** تسلسل تطور الضرر في الأمعاء الدقيقة، ينقسم التصنيف إلى خمسة أنواع على حسب حالة خلايا الأنسجة (الارتشاحِ خَلَوِيّ). (Elisabet Hollén, 2006, p: 06)

هذا التصنيف، تم تعديله لاحقًا بواسطة **Oberhuber et al**، وهو الأكثر قبولًا على نطاق واسع بين الأطباء و أخصائي علم الأمراض. (Rodrigo and Peña, 2014, p: 291)

حيث قام **Oberhuber et al** بإدراج فئات a,b,c تحت درجة التضرر **MARSH III**. (Parzanese et al, 2017, p: 29)

والجدول التالي يلخص ويوضح تصنيف Marsh-Oberhuber لمرض السيلياك:

جدول رقم (2-3): يوضح تصنيف Marsh-Oberhuber لمرض السلياك

الخزعة المعوية	عدد الخلايا اللمفاوية (IELs) داخل الظهارة	التجويف	شكل الزغبات المعوية	حدة الضرر (الشكل النسيجي)	تصنيف مارش
	IELs أقل من 100/30 (entérocytes أكثر)	عادي	عادي	المرحلة ما قبل الارتشاحية المخاطية (Preinfiltrative)	مارش 0
	IELs أكبر من 100/30 (entérocytes أقل)	عادي	عادي	ارتشاح الصفيحة الخاصة باللمفاويات (Infiltrative)	مارش I
	IELs أكبر من 100/30 (entérocytes أقل)	تضخم	عادي	فرط تسنج الخبيثات دون نقوص في طول الزغبات (Infiltrativehyperplasique)	مارش II
	IELs أكبر من 100/30 (entérocytes أقل)	تضخم	ضمور الزغب المعوي خفيف	تلف الانسجة + الاذية المخاطية ملحوظة (Appartement destructif)	مارش III 3A
		تضخم	ضمور متوسط الزغب المعوي	تلف الانسجة + الاذية المخاطية ملحوظة (Appartement destructif)	3B
		تضخم	ضمور كلي الزغب المعوي	تلف الانسجة + الاذية المخاطية ملحوظة (Appartement destructif)	3C
	IELs أكبر من 100/30 (entérocytes أقل)	تضخم	ضمور كلي الزغب المعوي	الغشاء المخاطي مسطح الاذية النهائية للأمعاء (Atrophiehypoplasique)	مارش IV

IELs (الخلايا اللمفاوية): خلايا مناعية في بطانة الامعاء وكثرة هاته الخلايا يؤدي الى ظمور الزغب المعوي المسؤول عن امتصاص العناصر الغذائية entérocytes: هي خلايا طلائية في القناة الهضمية المسؤولة عن تنفيذ امتصاص مختلف العناصر الغذائية الأساسية

Source: Sadoun Fella & Cheifa Fatima Zohra, **Analyse croisée des allèles HLA DR-DQ et des auto-anticorps dans la maladie cœliaque**, Mémoire de fin d'études En vue de l'obtention du diplôme de Master, Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie, Génétique et physiologie, Université Blida-1-, Algérie, 2018, p: 17

7-2 أشكال مرض السلبيات:

يعتبر الداء الزلاقي مرضاً شائعاً إلا أن معظم حالاته تكون غير مشخصة وذلك بسبب الطيف الواسع للتظاهرات التي يمكن أن يسببها، إضافة لكونه غير عرضي في كثير من الحالات، وكان يعتبر فيما مضى مرض سوء الامتصاص عند الأطفال، إلا أنه حالياً يمكن أن يشخص في أي فئة عمرية، وتختلف تظاهراته باختلاف العمر كل ذلك يجعل من الصعب تشخيصه وحصر جميع التظاهرات السريرية والمخبرية له.

وقد انتشرت عدة مصطلحات لتوصيف وتصنيف حالات الداء الزلاقي وتظاهراته السريرية ومن هذه المصطلحات مثلاً: النموذجي وغير النموذجي - الكلاسيكي وغير الكلاسيكي الغير عرضي والصامت والكامن أو المحتمل ولقد أضافت هذه التصنيفات الكثير من الحيرة والتخبط فعلى سبيل المثال إن تصنيف نموذجي (typical) وغير نموذجي (Atypical) محير بشكل خاص فما اعتبر نموذجية في الماضي أصبح الآن أقل شيوعاً لذلك يفضل كثير من المؤلفين استخدام مصطلح كلاسيكي وغير كلاسيكي باعتبار أن هذا المصطلح لا يتطرق لنسبة شيوع كل منهما ويصور التطور التاريخي لأعراض الداء الزلاقي، واستخدام مصطلح غير عرضي أفضل من استخدام مصطلح صامت لوصف مجموعة المرضى الذين ليس لديهم أعراض ومن أجل فهم كل ذلك فيما يلي بعض التعاريف الخاصة لأنواع الداء الزلاقي. (القاسم، 2017، ص: 06)

أ- الداء الزلاقي الكلاسيكي (النموذجي):

يتظاهر مرضى الشكل الكلاسيكي بأعراض سوء الامتصاص مثل الإسهال الدهني، نقص الوزن أو العلامات الأخرى للعوز الغذائي وعوز الفيتامينات.

ب- الداء الزلاقي غير الكلاسيكي (غير النموذجي):

يعاني مرضى الشكل غير النموذجي للداء الزلاقي من أعراض غير نوعية ويمكن أن تتخللها شكايات هضمية طفيفة، أي يمكن أن يعانون من فقر دم، عيوب في ميناء الأسنان، ترقق عظام التهاب مفاصل، ارتفاع ناقلات الأمين، أعراض عصبية، أو عقم وغيرها.

ج- الداء الزلاقي اللاعرضي (الصامت):

يُكشف الداء في معظم الأحيان صدفة خلال مسح لأضداد الترانس غلوتاميناز النسيجي أو في سياق البحث عن سبب ارتفاع ناقلات أمين مجهول السبب مثلاً، أو فقر دم، دون وجود أية أعراض أو شكايات هضمية أو خارج هضمية.

د- الداء الزلاقي الكامن: تم تحديد نوعين لما يسمى بالداء الزلاقي الكامن:

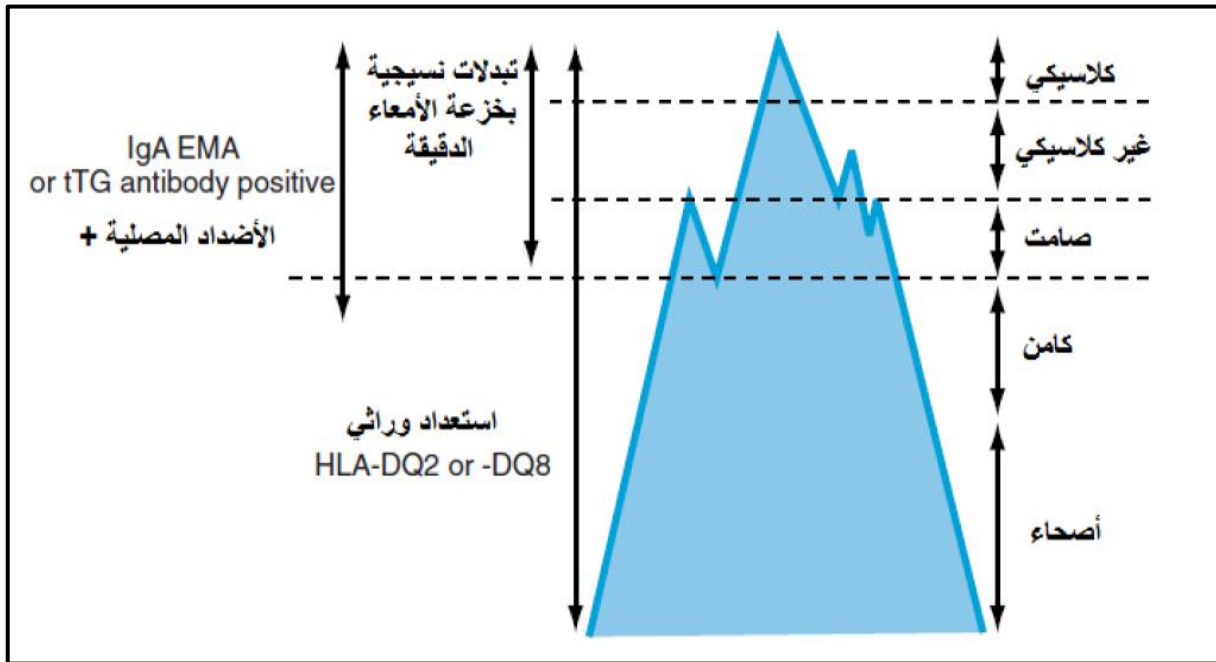
• الداء الزلاقي كان موجودة سابقا، عادة في الطفولة، وتعافي المريض كليا على الحمية خالية من الغلوتين مع سلبية الأضداد وغياب التبدلات النسيجية، حتى بعد إدخال النظام الغذائي المحتوي على الغلوتين بشكل طبيعي، حيث يبقى حوالي 20% من هؤلاء المرضى محتفظين بداء زلاقي كامن (لا عرضي مع بنية زغابية طبيعية) حتى البلوغ وقد يكون الكمون عابرا، فيما يعاني البقية من إعادة تطوير درجات متفاوتة من الضمور الزغابي.

• المرضى الذين كانت لديهم الخزعات النسيجية طبيعية في الماضي مع ارتفاع في الأضداد المصلية (الشكل المحتمل)، ثم بالمتابعة تطور لديهم داء زلاقي متمثل بوجود الأضداد المصلية وأيضا الضمور الزغابي. (انطانيوس، 2016، ص: 233)

في أوروبا وبعد تحاليل مصلية تم تقدير بانه 1 من 300 شخص يعاني من مرض السيلياك، وفي الحقيقة 10/1 من هؤلاء الأشخاص فقط من يستطيع ان يلاحظ مرضه، لهذا السيلياك شبه بـ "جبل الجليدي ice-berg" الذي لا نعرف عنه سوى الجانب الظاهر "القمة".

(Descheemaeker & Provoost, 2002, p : 141).

شكل رقم (2-7): يوضح أشكال الداء الزلاقي حسب الجبل الجليدي



المصدر: احمد عبد الله القاسم، تشخيص الداء الزلاقي عند البالغين اعتمادا على نتائج الفحوص المصلية من دون إجراء خزعة أمعاء دقيقة، بحث علمي أعد لنيل إجازة الماجستير في الأمراض الهضمية، الشعبة الهضمية، قسم الأمراض الباطنة، كلية الطب البشري، جامعة دمشق، سوريا، 2017، ص: 07.

8- علاج مرض السيلياك:

العلاج الحالي المتاح لمرض السيلياك هو نظام غذائي خال من الغلوتين مدى الحياة، يتم تحقيق تحسن سريري بشكل عام في غضون بضعة أسابيع، ويتعافى تلف الغشاء المخاطي في مدة من 1-2 سنوات، نظرًا لأن المرضى الذين يعانون من مرض السيلياك قد يصاحبهم نقص اللاكتاز فيجب تجنب اللبن ومنتجات الألبان في الفترة الأولى من العلاج، أيضًا بما أن نقص فيتامين (ب) أمر شائع بعد فترة ممتدة في الحمية الخالية من الغلوتين، ينصح جميع المرضى بتناول الفيتامينات المتعددة الخالية من الغلوتين. (Parzanese and al, 2017, p: 33)

ولأن العلاج المناسب لمثل هذا النوع من الحساسية وهو قطع أو عدم تناول أي من مشتقات القمح أو الشوفان أو الشيلم أو الشعير يجب على الطبيب إعطاء المريض قائمة بمشتقات البذور السابقة والتي عادة توجد في الشوربة وفي الصلصات وفي الآيس كريم بحيث يتحاشى المريض أكلها ويعطى قائمة أيضاً بالبدائل، ويمكن أن يعطى بعض المكملات الغذائية مثل المعادن ومقويات الدم والفيتامينات وفي الحالات المتقدمة يمكن أن يعطى المريض كبريتات الحديدوز بمعدل 300 ملجم في اليوم وحمض الفوليك بمقدار 5 إلى 10 ملجم في اليوم الواحد وجلوكونات الكالسيوم بمقدار 5 إلى 10 ملجم في اليوم الواحد، وكذلك يمكن أن يعطى المريض فيتامين K بمقدار 10 ملجم فقط وبالأخص إفرازات نسبة البروثرومبين في الدم، وفي حالة إذا كان الطفل يعاني من هذا المرض فإنه يجب وضعه على الغذاء الحقني وقليل من المرضى يستعصي علاج مرضهم، وفي هذه الحالة يمكن إعطاء المريض كورتيكوستيرويد مثل بريدنيزون (Prednisone) بمقدار 10 إلى 20 ملجم. (التلغري، 2013، ص: 480-481)

8-1 مخاطر عدم الالتزام بالحمية الغذائية:

إذا لم يتبع المريض الحمية وتابع تناول وجبات تحتوي على الغلوتين فإن المرض يتغير ويتحول إلى نوع من أنواع السرطان مثل: الورم الليمفاوي بالأعما، كما ان الأشخاص المصابين بحساسية الغلوتين يكونوا أكثر عرضة للإصابة بأمراض أخرى خطيرة و تشمل معدلات متزايدة من الأنيميا - تخلخل العظام - السرطان - والاضطرابات المناعية ذاتية، مرض السكر و اضطراب الغدة الدرقية والكبد وأمراض الجلد، انخفاض الكالسيوم إلى كميات قليلة جدا و يمكن أن تسبب ظروف متشابهة rickets مع تقوس الأرجل وتشوه العظام، مرض تشوه الأسنان، وقصر القامة و عدم اتزان اللاكتوز والعقم و ألم البطن وغير ذلك. (تواتي، 2015، ص: 31).

8-2 الإجراءات المتبعة في حال تناول الغلوتين:

- 1- ترك جميع الأعمال واللجوء للراحة التامة؛
- 2- محاولة تعويض السوائل المفقودة بشرب كميات أكثر (شاي أخضر مع ملعقة صغيرة من ماء الزهر فيه راحة كبيرة للأعضاء)؛
- 3- تعويض الفيتامينات بتناول شوربة اللحم بالعظم (بوزلوف) المصنوعة في المنزل لتجنب حدوث مشاكل أخرى بسبب التلوث المحتمل في المعلبات والمطاعم؛
- 4- تجنب أي مواد أخرى مسببة للحساسية خلال فترة التعافي مثل: البيض والحليب؛
- 5- يمكن تناول بعض الفاكهة المهضمة كالأناناس كما يعتبر الموز من المواد الملطفة جدا للمعدة والغنية كذلك بالحديد والبوتاسيوم اللذان يحتاجهما مريض السيلياك؛
- 6- استشارة الطبيب الخاص بالمريض لوصف بعض الأنزيمات الهاضمة خلال فترة التعافي. (فريخ، 2014، ص:68).

8-3- مجموعة من الاعتقادات خاطئة المرتبطة بمرض السيلياك:

- **السيلياك يصيب الأطفال فقط ولا يصيب الكبار:** وهذا اعتقاد خاطئ حيث أظهرت الأبحاث الحديثة أن مرض السيلياك يمكن أن يصيب الإنسان في أي عمر، بل على النقيض، تشير الأبحاث الحديثة إلى أن المرض قد يكون أكثر شيوعا عند الكبار منه عند الأطفال، كما أن المرض يمكن أن يُشخص في أي عمر، ففي بعض الحالات تم تشخيص بعض المرضى ممن تخطوا سن الستين عاما. (العشيري، 2018، ص: 9)
- **ففي دراسة لـ Ruth Howard Sara ford (2012) بعنوان الجوانب النفسية والاجتماعية لمرض الاضطرابات الهضمية مسح مقطعي لسكان المملكة المتحدة" لـ 288 مصاب بمرض السيلياك توصلت النتائج بأن ذروة الإصابة في العقد الخامس عند البالغين. (Howard, Ford, 2017, p: 744)**
- لذلك يجب اعتبار هذا المرض كتشخيص محتمل عند ظهور الأعراض في أي سن.
- **مرض السيلياك مرض نادر جدا:** وهذا اعتقاد خاطئ حيث أظهرت الأبحاث أن نسب الإصابة في كثير من دول العالم تتراوح بين 1-2 % وهي نسبة مرتفعة جدا.

- إذا أكلت الطعام ولم يحدث لك تلبك معوي بعده بفترة قصيرة فالطعام آمن: وهذا اعتقاد خاطئ، لأن الأعراض قد لا تظهر مباشرة عند الكثير من المرضى ولكن التغيرات في الأمعاء تبدأ بالظهور التدريجي مما يسبب في تلف خلايا الأمعاء وتظهر الأعراض ونقص الامتصاص بعد فترة من التعرض للغلوتين.
- جميع مرضى السيلياك يعانون من الإسهال، عدم وجود إسهال يعني عدم وجود المرض: وهذا اعتقاد خاطئ، فبعض المرضى يعانون من الإمساك والبعض يعاني من نوبات إسهال يتبعها فترات من الإمساك، والبعض الآخر تكون أعراض الجهاز الهضمي لديهم خفيفة ولكنهم يحضرون بأعراض نقص امتصاص مواد مهمة مثل الحديد والكالسيوم.
- يمكن للمريض بعد عدة سنوات من الحمية أن يشفي من المرض: وهذا اعتقاد خاطئ وخطير متداول عند عدد من المرضى، لأن العودة إلى تناول الأغذية التي تحتوي الغلوتين ولو بعد سنوات سينشط الجهاز المناعي ويسبب عودة أعراض المرض السابقة، لذلك وجبت المتابعة الدقيقة مع الطبيب المختص وأخصائي التغذية المطلع على مرض السيلياك.
- لا يضر تناول كميات قليلة من القمح بين الحين والآخر خاصة في المناسبات الاجتماعية: وهذا اعتقاد اخر خاطئ، لأن تعرض الجسم ولو لكميات قليلة جدا من الغلوتين بشكل متكرر كفيلا بأن يجعل الجهاز المناعي في حال نشاط دائم، ومستمر في تكوين الأجسام المضادة المضرة، من المهم أن يدرك مريض السيلياك أن العبرة ليست فقط بكمية مادة الغلوتين الموجودة في الأكل وإنما بوجودها حتى ولو بكميات صغيرة جدا لأن التأثير الضار على الأمعاء لا تسببه مادة الغلوتين وإنما تسببه الأجسام المضادة التي يكونها الجسم ضد مادة الغلوتين.
- الغلوتين موجود في النخالة فقط، وأن تناول العجين الأبيض بعد إزالة النخالة لا يضر: وهذا اعتقاد موجود لدى بعض المخابز التي تصنع خبزا بعد إزالة النخالة وتقدمه للزبائن على أنه خال من الغلوتين. (العشيري، 2018، ص: 9-10).

8-4 المشاكل التي يواجهها مرضى السيلياك:

وفقاً لـ (بن عطالله Benatallah) 2009، سلسلة المشاكل التي يواجهها مرضى السيلياك يومياً في الجزائر:

- 1- عدم توفر وتنوع المنتجات الخالية من الجلوتين؛
- 2- التكلفة العالية لهذه المنتجات؛
- 3- سوء جودة المنتجات الخالية من الجلوتين التي تباع في السوق الجزائرية مما يجعلها غير مستساغة؛
- 4- صنع الفطائر أو الخبز الخالي من الجلوتين، مع الاستعاضة عن دقيق القمح بالأرز أو دقيق الذرة، لإنتاج منتجات أقل نوق ولا تحظى بتقدير السيلياكيين؛
- 5- عدم وجود منظمات متخصصة لإعلام المرضى وعائلاتهم بشأن تفاصيل مرضهم واتباع نظام غذائي مناسب (الأطعمة المحظورة والوصفات غير المكلفة للأطعمة المصرح بها)؛
- 6- عدم كفاية الدافع والوعي لدى الصناعيين والمستثمرين الوطنيين لتصنيع منتجات خالية من الجلوتين؛ (Amamraa, 2017, p: 20)
- 7- عدم اعتماده كمرض مزمن (في الجزائر) وذلك للحصول على المواد الغذائية. (تواتي، 2015، ص: 35).

9- المعاناة النفسية لمرضى السيلياك:

قامت المجلة الأوروبية المتحدة لأمراض الجهاز الهضمي (United European Gastroenterology Journal) ببحث كان الهدف منه هو استعراض كل ما كتب حول الاعتلال النفسي لمرضى السيلياك عن طريق إجراء بحثاً على PubMed (محرك البحث الرئيسي للبيانات البليوغرافية في جميع مجالات التخصص في علم الأحياء والطب) للفترة الزمنية من 1900 حتى 1 يونيو 2014، لتحديد المقالات والبحوث المتعلقة بالجوانب النفسية لمرض السيلياك التي تبحث بشكل خاص في نوعية الحياة (QOL) والقلق والاكتئاب والتعب لمرضى السيلياك، خلص البحث إلى أن: القلق والاكتئاب والتعب هي من الشكاوي الشائعة لدى الأشخاص الذين يعانون من مرض السيلياك غير المعالج والذي ساهم بدوره في تدني نوعية الحياة لديهم، من جهة أخرى خلص البحث إلى أن هذه الحالات قد تتحسن في غضون بضعة أشهر بعد البدء في نظام غذائي خال من الجلوتين. (Fabiana, 2015, p: 136)

فالأفراد الذين تم تشخيصهم مؤخرًا بمرض السيلياك، لديهم أعراض نفسية لا ترتبط فقط بالتشخيص الإصابة بالمرض، ولكن أيضًا بالنظام الغذائي الصارم الذي يتطلبه العلاج، والذي يعني فقدان استهلاك الطعام الذي كان جزءًا من حياتهم، فيكون من الصعب قبول القيود الغذائية من قبل المرضى البالغين والمراهقين، خاصة إذا كانت لديهم نمط حياة عملية واجتماعية مكثفة، فمن الممكن أن تظهر تأثيرات متفاوتة على المصابين بمرض السيلياك تُترجم من خلال مظهرين هما القلق والإحباط نتيجة لعدم القدرة على العثور على الأطعمة الخالية من الغلوتين خاصة عند تناول الطعام بالخارج، والإحراج من طلب طعام مختلف أمام أشخاص آخرين، والشعور بكونه عبئًا على الآخر.

وعليه فيمكننا أن نفترض أن الالتزام بالنظام الغذائي الخاص بمرض السيلياك يؤدي إلى ردود فعل نفسية كإنكار المرض، والخوف والقلق فيما يتعلق بفقدان الطعام المرغوب فيه، والذي يدعم ذلك، الدراسات التي أجريت في ألمانيا، حيث خلصت إلى أن أعراض القلق والاكتئاب ترتبط ارتباطًا مباشرًا بمرض السيلياك والحمية الخالية من الغلوتين، ودراسة في إيطاليا، خلصت إلى أن الشعور بالغضب والخوف والحزن كان ملازمًا للمرضى في فترة علاج بالحمية الخالية من الغلوتين. (Rocha, 2016, pp: 1450-1451)

ارتبطت مجموعة واسعة من الأعراض والاضطرابات النفسية مع مرض السيلياك وحساسية الغلوتين غير الزلاقية والتي تشمل اضطرابات القلق، الاكتئاب، واضطرابات المزاج، واضطراب نقص الانتباه، وفرط النشاط (ADHD)، اضطرابات طيف التوحد، وانفصام الشخصية، في حين أن هناك بحوث محدودة حول علاقة معظم الاضطرابات النفسية بالسيلياك وحساسية الغلوتين غير الزلاقية، لذا فإن الأدلة المتراكمة تشير إلى مجموعة متنوعة من الروابط التي تربط بين هاته الأعراض ومرض السيلياك وحساسية الغلوتين غير الزلاقية. (Jessica R, 2012, p: 04)

من بينها نذكر ما يلي:

أ- الاكتئاب:

بالاعتماد على العديد من الدراسات التي قام بها الباحثون فيما يخص مرضى السيلياك وتأثير اتباع الحمية الغذائية الخاصة بمرض السيلياك على حياتهم اليومية والنفسية: تم الإبلاغ عن ارتفاع معدل انتشار أعراض الاكتئاب، المرتبطة افتراضياً بضعف السيروتونين، بين البالغين المصابين بمرض السيلياك فمن الأعراض النفسية الأكثر شيوعاً

لمرضى السيلياك الاضطرابات الاكتئابية (باستثناء الاضطرابات ثنائية القطبية) والتي يمكن ان تظهر حتى قبل ملاحظة الأعراض المعوية للمريض فالدراسات الحديثة تشير إلى ان معدل انتشار اضطراب الاكتئاب الحاد أكبر بأربعة أضعاف (7% مقابل 31%) مقارنة بالأصحاء لدى المراهقين المصابين بمرض السيلياك والذين أيضا هم الأكثر عرضة للإصابة باضطرابات سلوكية (التهيج غير العادي والغضب المتفجر، مع إلحاق أضرار جسدية بالآخرين). (Morrison, 2015, p: 71)

ودراسة قام بها **G.Addolorato et al (2004)** بجامعة الكاثوليكية بروما إيطاليا كان الهدف منها تقييم فائدة الدعم النفسي لمرضى السيلياك الذين يعانون من القلق والاكتئاب ولتحسين والتكفل بالاضطرابات الانفعالية لديهم، ولمساعدتهم بالالتزام بالحمية الغذائية بدون غلوتين، قاموا بإجراء تجربة لـ مجموعة مكونة من 66 شخص مريض بالسيلياك يعانون من قلق واكتئاب وتم تقسيم المجموعتين بشكل عشوائي إلى مجموعة (أ) والتي مع بداية الحمية الغذائية الخالية من الغلوتين كانت لديها الدعم النفسي، أما المجموعة (ب) التي اتبعت النظام الغذائي الخالي من الغلوتين تُركت بدون دعم نفسي، تمت متابعة المجموعتين كل أسبوعين مدة 6 أشهر وذلك بقياس حالة القلق باختبارات متعددة وقياس تغيير حالة الاكتئاب عن طريق مقياس معدل الاكتئاب الذاتي **zung self-rating** قبل و بعد 6 اشهر من اتباع الحمية الخالية من الغلوتين، وكانت النتائج بانه لم يتم العثور على فرق بين المجموعات في النسبة المئوية لحالة لقلق، بينما تم العثور على نسبة مئوية أقل بكثير في حالة الاكتئاب في المجموعة (أ) مقارنة بالمجموعة (ب) "15.1% لـ 78.8%"، كما تم ملاحظة انخفاض كبير في الامتثال لنظام غذائي خال من الغلوتين في المجموعة (ب) مقارنة بالمجموعة (أ) (39.4% لـ 9.1%)، وخلصت النتائج إلى ان الدعم النفسي قادر على الحد من الاكتئاب وزيادة الالتزام بالنظام الغذائي الخالي من الغلوتين لمرضى السيلياك. (G, addolorato et al, 2004, p: 777)

ودراسة أيضا قام بها **Addolorato Giovanni et al** بعنوان الرهاب الاجتماعي ومرض السيلياك (2008) والتي اجريت على 40 مريض حيث وتم العثور على ارتباط مباشر بين الرهاب الاجتماعي والاكتئاب لدى مرضى السيلياك. (Giovanni et al, 2008, p: 414)

ب- اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط: (ADHD)

أشارت بعض الدراسات أن اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (ADHD) قد يترافق مع عدم القدرة على تحمل الغلوتين أيضًا، حيث تم إجراء دراسة مقارنة حول أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لدى مرضى السيلياك ووجد أن هذه الأعراض "ممثلة تمثيلاً زائداً" بالمقارنة مع عامة السكان، بعد 6 أشهر من اتباع نظام غذائي خالٍ من الغلوتين تم تقديم تقرير مفاده ملاحظة تحسن في أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، وبسبب انخفاض الأعراض بشكل كبير أراد غالبية المرضى في هذا التقرير مواصلة اتباع نظام غذائي خالٍ من الغلوتين. (Jessica R, 2012, p: 04)

ج- اضطرابات طيف التوحد:

ارتبطت اضطرابات طيف التوحد بعدم تحمل الغلوتين، والتي أظهرت أيضا العلاقة بين التوحد وأمراض المناعة الذاتية، وتحديدًا السيلياك حيث وجدت إحدى الدراسات زيادة خطر الإصابة بأمراض التوحد عند الأطفال الذين لديهم تاريخ أمومي لالتهاب المفاصل الروماتويدي ومرض السيلياك كما أظهرت دراسات أخرى أن الأنظمة الغذائية الخالية من الجلوتين والكازين مفيدة للمرضى المصابين بالتوحد ووجدت دراسة أخرى أن بعض مرضى التوحد ينتجون أجسامًا مضادة ضد كل من خلايا بوركينجي والبيبتيدات الجلويادين، قد تترافق هذه التفاعلات مع تطور أو تفاقم أعراض التوحد. (Jessica R, 2012, p: 04)

ويوضح الفهد (2000) أن الحماية الغذائية الخالية من الكازين والجلوتين تساعد أطفال التوحد في التخفيف من أعراضه، ذلك لعدم تحملهم للكازين والجلوتين، فهذه المواد تُنتج عند عدم هضمها مادة الأفيون المخدر (كازومورفين - جليوتومورفين) ومن ثم تظهر بعض الأعراض على طفل التوحد مثل عدم الشعور بالألم، الخمول، السلوكيات الشاذة، عدم التركيز، والانطواء على الذات، لذا فاتباع الحماية الغذائية يحسن من تلك الأعراض والسلوكيات.

ويؤكد أيضا (Millwaral, et al (2004) إن البيبتيدات الناتجة من الجلوتين والكازين تلعب دوراً في حدوث التوحد وأن الاضطراب النفسي والفسولوجي للتوحد يمكن أن يرجع لزيادة نسبة الأفيون (Opioid) المرتبط بهذه البيبتيدات، وقد أشارت بعض الأبحاث لوجود مستويات غير

طبيعية من الببتيدات في البول والسائل النخاعي المخي للأشخاص المصابين بالتوحد، وإذا صح هذا فإن الأنظمة الغذائية الخالية من الجلوتين والكازين تقلل من الأعراض المصاحبة للتوحد وتستخدم كعلاج لتحسين الأداء السلوكي والإدراكي والاجتماعي للمتوحدين.

كما يضيف **Hischenhuber, et al (2006)** بأن العلاج الوحيد الفعال للتوحد هو تجنب أو الابتعاد عن تناول القمح وجميع الحبوب التي تحتوي على الجلوتين وأن الكمية الآمنة من الجلوتين في الأغذية تتراوح بين 10-100 ملجم.

وقد تناولت الدراسات اثر استبعاد الجلوتين والكازين من غذاء أطفال التوحد واستخدام تطبيق حماية الجلوتين و الكازين لعلاج اضطرابات التوحد، حيث أشارت دراسة **Christison (2006)** and **Ivany** أنه يتزايد استخدام الأساليب العلاجية الشاملة أو البديلة في اضطرابات التوحد والتي من أكثرها شيوعاً هي الأنظمة الغذائية التي تستبعد الجلوتين أو الكازين أو كليهما، والتي أظهرت فاعليتها في تقليل أعراض التوحد و تحسناً في الإدراك غير اللفظي عند الأطفال المصابين بالتوحد.

بالإضافة لدراسة **Elder, et al (2006)** والتي وضحت كفاءة النظام الغذائي الخالي من الجلوتين و الكازين في معالجة التوحد حيث اشتملت العينة على 15 طفل تراوحت أعمارهم ما بين 2-16 سنة من المصابين بالتوحد، وتم جمع بيانات حول أعراض التوحد ومستويات البروتين بالبول وعلى مدار 12 أسبوع اتبعوا فيها النظام الغذائي، وبالرغم من ان النتائج لم تشر الى ظهور فروق معنوية دالة إحصائياً لكن العديد من الآباء ذكروا تحسناً لدى أطفالهم. (اللهيبي، 2009، ص ص: 59-61).

الخلاصة:

من خلال هذا الفصل تبين لنا حجم معاناة مرضى السيلياك من صعوبة في اكتشاف المرض الى المعاناة في التشخيص وصولاً الى الحمية الخالية من الغلوتين (GFD) وآثارها النفسية والصحية على المرضى فيمكننا القول انه عند مواجهة جميع الأطياف الناتجة عن تشخيص فإننا ندرك، انه على الرغم من أن العلاج قد يبدو بسيطاً للوهلة الأولى، حيث أن مطلبه الوحيد هو إزالة الغلوتين من النظام الغذائي الا ان التلاحم العلائقي بين مرض مزمن (سيلياك) والحالة النفسية للمريض تجعله دلالة واضحة على الحاجة إلى التدخل البيولوجي النفسي الاجتماعي الوقائي، في هذه الحالة يتم منع اعراض المرض تمامًا إذا تم تزويد المريض بالطعام المناسب له، لذلك فإن أفضل طريقة للوقاية هي تهيئة الظروف الملائمة والحفاظ على نظام غذائي خال من الغلوتين.

الفصل الثالث: الثالث المعرفي

تمهيد:

حظيت المقاربة المعرفية السلوكية في السنوات الأخيرة باهتمام كبيراً وواسعاً فالتطورات الحديثة داخل المدارس السيكولوجية الكبرى تقف شاهدة على أهمية المدخل المعرفي في الفكر الواعي، الذي يعد المصدر الأساسي للمعلومات ومن أهم هذه النظريات هي نظرية آرون بيك التي تعد من أحد الإسهامات الكبرى في فهم المرض، وهذا ما تطرقنا إليه في هذا الفصل حيث تناولنا التعريف بصاحب التصور آرون بيك والتعريف بنظريته المعرفية بالإضافة إلى المفاهيم الأساسية التي تقوم عليها النظرية المعرفية من خلال البناء المعرفي للشخص (المخططات المعرفية "التشوهات المعرفية"، والثالوث المعرفي، والعلاج المعرفي لبيك).

1-تعريف بصاحب التصور آرون بيك:

ولد سنة (1921)، وهو طبيب نفساني أمريكي، كان يعمل في جامعة بنسلفانيا أوائل الستينيات، وقد غير اسم معهد بيك في فيلادلفيا من معهد العلاج المعرفي إلى معهد العلاج المعرفي السلوكي، ليعكس حقيقة أن العلاج المعرفي يناقش في كثير من الأحيان تحت اسم العلاج المعرفي السلوكي، ولقد ركز منحى بيك في البداية على بحوث الاكتئاب وعلاجه ولكن في العقود الثلاثة الأخيرة طبق العلاج المعرفي السلوكي على عدد متزايد من المجالات بما في ذلك اضطرابات القلق وسوء استخدام المواد المخدرة واضطرابات الشخصية، الذهان والاضطراب الوجداني ثنائي القطب المشكلات الطبية المزمنة واضطرابات الأكل لدى الأطفال والشباب والأسر وكبار السن.

وعلى الرغم من التطبيقات المتزايدة باستمرار، والتعقيد الظاهري للعلاج المعرفي السلوكي، فإن حجر الزاوية في النظرية المعرفية، لبيك وفي علاج الاضطرابات الانفعالية باستخدام العلاج المعرفي السلوكي يتجلى في العبارة البسيطة التالية "تؤثر الطريقة التي نفكر بها على الطريقة التي نشعر بها بشكل أساسي". (عبد الجواد، 2019، ص: 02)

وعندما أدرك المجتمع التأثير الكبير للدكتور بيك، منحه جائزة لاسكر **Laskeraward** عام 2006 وهي أعلى جائزة طبية تمنح للأفراد الذين يفوزون بجائزة نوبل يقول رئيس هيئة لاسكر "يعد العلاج المعرفي أحد أهم التطورات الهامة - إذ لم يكن أهمها على الإطلاق - في علاج الأمراض العقلية خلال الخمسين عاما الماضية. (مراد علي، 2012، ص: 15)

2-نظرية آرون بيك Aron Beck

ان المدارس المعاصرة (التحليلية، السلوكية، البيولوجية) من وجهة نظر بيك (Beck,1976) تستهين بقدرة الحالة في فهم نفسها بنفسها وعلى حل مشكلاتها بما لديها من قدرات عقلية، وكأنهم يدفعون الحالة الي الاعتقاد بانه عاجز عن علاج نفسه وان عليه أن يطرق باب المعالج المحترف كلما ألمت به شدة من الشدائد المعتادة في الحياة اليومية، وان تلك المدارس السابقة مقتنعة بأن الاضطرابات النفسية. (شامخ، 2013، ص: 916)

تتبع من أسباب خارج نطاق فهم الحالة، وانه لا يمكن استخدام طرائق سهلة وواضحة ليعالج بها الحالة مشكلاته بنفسه في حياته اليومية مع قليل من التوجيه حيث يشير الى ان

هذا التلقين يحط من قيمة الفطرة الإنسانية ويجرد الحالة من استعمال عقلها في تحليل مشاكلها ومعالجتها، بل ويعتقد بيك ان تلك الاتجاهات النظرية تقف حجرة عثرة أمام المعالج النفسي، وكيف المعالج فيها عن حث الحالة على استعمال عقلها، إلا ان المعالج النفسي المعرفي مقتنع بأهمية منطقة الوعي عند الإنسان، ويعتبرها المادة الثرية التي تتيح لنا تحفيز الحالات من حيث الانتباه للأفكار الواعية، والاعتماد على الوسائل مختلفة في تحديد مشاكله النفسية والتغلب عليها، وقد تزايد الاهتمام منذ السبعينات بمنحى إدخال العقل والمنطق في العلاج النفسي وتغيير الأفكار الخاطئة واللاعقلانية التي تتبناها الحالة، وبرز في هذا المنظور العلاجي ثلاث اتجاهات علاجية أساسية وهم: بيك **Beck** و أليس **Ellis** و مينكوبوم **Meichenbaum** حيث يمثل اتجاه بيك الاتجاه الاستدلالي البنائي في العلاج السلوكي المعرفي، فقد شهدت فترة الثمانينات تطبيقات جديدة وموسعة لهذا الاتجاه على عدد كبير من الاضطرابات، بدءا من العمل مع كبار السن وحتى العمل مع مشكلات الأطفال، وهو مالم يكن موجودا من قبل، واتسع المجال أيضا ليشمل التعامل مع العزلة الاجتماعية والانحرافات الجنسية، إذ وجدت مرونة كبيرة في استعمال استراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي. (شامخ، 2013، ص: 917)

حيث يستمد هذا الأخير من اعماله على مرضى الاكتئاب في ستينات وأعمال أليس منذ الخمسينات ومنذ ذلك الوقت والعلاج المعرفي السلوكي يلقي تأييدا إمبريقيا لجوانب النظرية التي قدمها بيك وتطبيقاتها المتعددة وذلك على مدى واسع من التشخيصات الإكلينيكية، وعينات مختلفة من المرضى وقد تزامنت اعماله مع دراسات اليس على أفكار واعتقادات المريض حيث يقوم العلاج المعرفي السلوكي عندهما على مبدأ هام يتمثل في أن المعارف الخاطئة أو المشوهة هي التي تسبب الاضطرابات الانفعالية والسلوكية. ويعتقد أن الأفراد يمكن لهم على المستوى الشعوري أن يستخدموا المنطق. ويصور كلاهما الافتراضات الأساسية للمريض على أنها أهداف للتدخل العلاجي، كما أنهما يستخدمان الحوار النشط مع المرضى بدلا من أن يكونوا مستمعين سلبيين، وعلى الرغم من الاختلافات بين أسلوب كل منهما، إلا ان بيك يركز على الأفكار الأتوماتيكية (التلقائية) في حين يركز أليس على الأفكار اللاعقلانية، فقد شاركا معا في وضع اسس العلاج المعرفي السلوكي الذي تأثر أيضا بنظرية التعلم الاجتماعي لباندورا وقد كان ذلك واضحا في استخدام فنيات مثل النمذجة ولعب الدور. (عطية، 2010 ص: 125)

ويجدر الإشارة ان النظرية المعرفية لبيك تأسست على نموذج معالجة المعلومات الذي يفترض أن تفكير الشخص يصبح أكثر صرامة وتشويها عندما يمر بخبرة نفسية سيئة، وتصبح الأحكام مطلقة، ومفرطة العمومية، وتصبح المعتقدات الأساسية للشخص عن ذاته، وعن العالم ثابتة وفي حالات السواء من المرجح أن يتحقق الشخص من انطباعاته وتقييماته الذاتية من أجل الحصول على معلومات واضحة ودقيقة، وعلى النقيض من ذلك حينما يمر الشخص بخبرة انفعالية سلبية عادة ما يقوم هذا الشخص بتشويه المعلومات الواردة إليه، عن طريق تحيز فكري سلبي ثابت، بحيث يصبح متصلبا ومفرط التعميم، وعادة ما تنتج هذه التشوهات المعرفية عن معتقدات غير تكيفية ومختلة، تنشط من خلال الخبرات الانفعالية السيئة، وعلى سبيل المثال: الشخص المصاب بالاكتئاب نتيجة انتهاء علاقة ما يصر على ترديد "سأكون دائما بمفردي" (قراءة المستقبل) لأنه يعتقد أنه غير محبوب (معتقد أساسي). (عبد الجواد، 2019، ص: 05)

3- المفاهيم الأساسية التي تقوم عليها النظرية المعرفية:

3-1 المخططات المعرفية:

يشير "أرون بيك" إلى أن المخططات هي عبارة عن بنيات معرفية موجودة لدى الفرد تتضمن الاعتقادات والافتراضات، التوقعات، المعاني، والقواعد التي يكونها عن الآخرين والبيئة التي يعيشون فيها، وعلى هذا تمثل الإطار الأساسي الذي يستخدمه الفرد لفهم الذات والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين إذ أنها تؤثر في الكيفية التي تدرك بها الأشياء، والأحداث والمواقف وهي المسؤولة عن تنشيط الأفكار التلقائية ونشأتها.

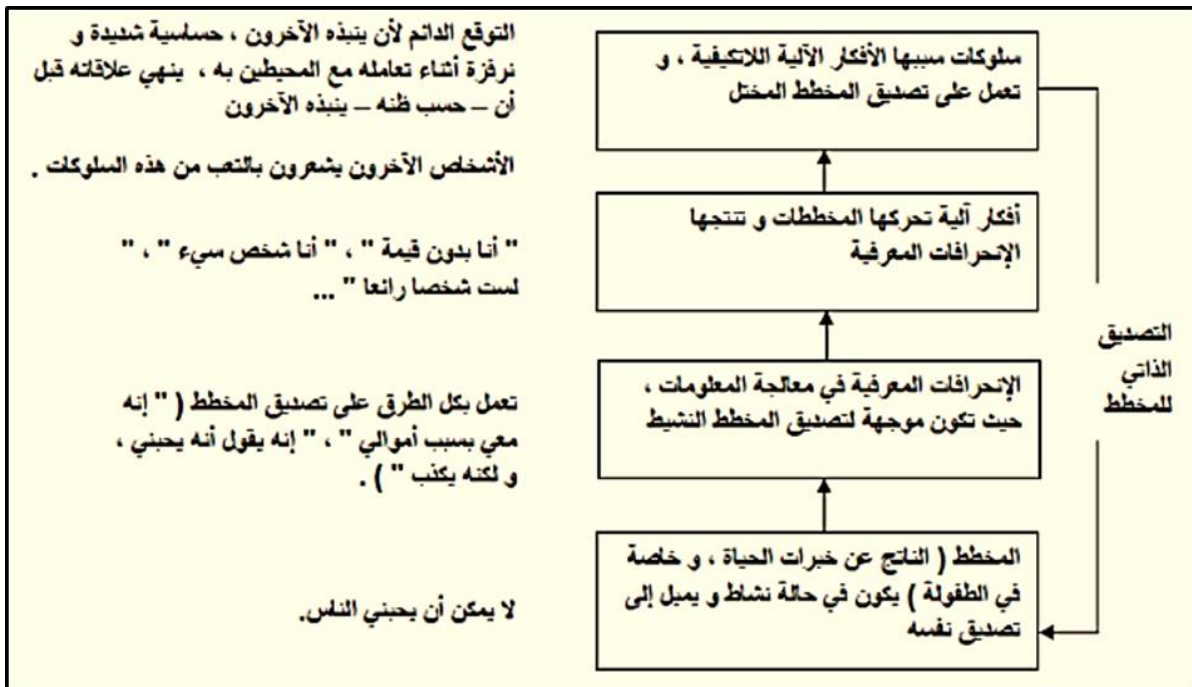
ومن ثم نجد أن طرق تأويل و تفسير الموقف الواحد يكون بطريقة مختلفة إذ أن مضمون كل مخطط يختلف حسب خبرات هذا الفرد، ويشير إلى أن محتوى هذه المخططات المعرفية تحدد العمليات الدفاعية و الوجدانية و المعرفية داخل الأفراد فعندما تكون غير توافقية فإنها تشكل عقبة و حاجز في بناء الشخصية، كما يمكن لبعض المخططات أن تكون كامنة ضمنية و غير نشطة لفترة من الزمن، بمعنى أن هذه المخططات تنشط عندما تكون هذه المثيرات البيئية ضاغطة حيث تضم خمس أنواع من المخططات: المخططات معرفية إدراكية، سلوكية، دفاعية، وجدانية، فسيولوجية. (رزوق، 2017، ص: 20)

والمخططات المعرفية تعرف كذلك على انها أبنية معرفية عميقة لا واعية، تحدد ما يظنه الشخص عن نفسه وعن العالم، وتتشا من خلال التجارب العلائقية في الطفولة، هذه المخططات يمكن أن تكون صحية مثل:

"أن شخص يمكن أن يحبه الناس" - "أنا أملك قيمة" - "أستطيع الاعتماد على الآخرين"...
أو تكون المخططات مختلة، تميل إلى تصديق نفسها، ولهذا تحرك الانحرافات المعرفية والأفكار الآلية مثلا:

إذا كان المخطط النشط هو "لا أستطيع الاعتماد على الآخرين" فإن الشخص سيكون مرتابا ومتحفظا وينتبه لكل الإشارات التي تؤكد صدق المخطط، وبالتالي سيكون سلوكه العلائقي سببا في عدم ثقة الآخرين فيه وعدم مساعدتهم له فتكتمل الدائرة ويكون المخطط قد صدق نفسه وكأنه يقول "ألم أخبرك أنه لا يمكن الاعتماد على الآخرين. (بوزيان، 2019، ص: 116)

شكل رقم (3-1): يوضح المخططات المعرفية لأرون بيك



المصدر: بوزيان، مرجع سابق، 2019، ص: 116

3-1-1 التحريفات المعرفية (التشوهات):

إن الإنسان يحل باستمرار المعلومات الواردة إليه من الداخل أو من الخارج وتمثل المعرفيات نتيجة معالجة المعلومات هذه. ولكي يتم ذلك، يجب توفر ميكانيزمات تسمح للفرد بانتقاء وتقييم وتنظيم العناصر الدالة والمهمة في المحيط: إنها "السيرورات المعرفية"، وتمثل سيرورات فك رموز الواقع الخارجي (مثيرات خارجية)، ولكن أيضا فك الرموز الحميمية للفرد أي انفعالاته، وإحساساته الفيزيولوجية المثيرات الداخلية)، فحسب بيك" تعتبر التحريفات المعرفية هي همزة الوصل بين المخططات المعرفية والأفكار التلقائية لدى المريض، فأى تفكير تلقائي ينعكس في تشويه معرفي واحد أو أكثر، فالفرد عندما يفكر في حل مشكلة معينة أو فهمها تحدث أخطاء في الفهم والتفسير مما يشوه صورة الواقع. وبالتالي تستثار الاضطرابات الانفعالية لدى الفرد.

ويقصد بالتحريفات المعرفية أن المعتقدات التي يتبناها الأفراد قد تكون مواضيع للتشويهات المعرفية وتشير التشوهات المعرفية إلى تلك الأخطاء في التفكير والإدراك للمواقف مما يدفع الفرد للتصرف والانفعال بشكل سلبي. (ميسة، 2018، ص: 43)

وهناك العديد من التشوهات المعرفية نذكر من أبرزها ما يلي:

أ. التفكير الثنائي Dichotomous Thinking:

يعرف بالتفكير المتطرف أو المستقطب (Polarized thinking) وكذا التفكير على اساس "أبيض أو أسود" (Black and white thinking) " (حيث ينظر إلى المواقف والأشخاص على أساس إما أو إما) فنحن نفكر في الأشياء أنها إما بيضاء أو سوداء، ويجب أن نكون مثاليين وإلا فنحن فاشلين - ولا يوجد وسط. ويذكر عبد الستار إبراهيم أن التفكير الثنائي يعد أحد أساليب التفكير التي تسبب الاضطراب النفسي والعقلي، حيث يميل الأشخاص الى إدراك الأشياء حسنة أو سيئة، خبيثة أو طيبة، صادقة أو خاطئة دون أن يدركوا أن الشيء الواحد الذي قد يبدو في ظاهر الأمر سيئ، قد تكون فيه أشياء إيجابية، أو يؤدي إلى نتائج إيجابية، ويطلق الباحثون في علم النفس على هذه الخاصية من الشخصية مفاهيم متعددة

ولهذه الخاصية تأثير سيء في العلاقات الاجتماعية. كما تمتلئ عبارات المضطربين وكلامهم بكلمات تحمل في طياتها تعبيرات "مطلقة" و"دائماً" و "من المستحيل" و"بالمرّة". (عبد الرزاق، 2015، ص: 654)

ب. **القفز إلى الاستنتاجات:** ويعني إصدار أحكام متسرعة دون التدقيق فيها، وعلى سبيل المثال: يقول المريض بعد الجلسة العلاجية الأولى: "العلاج لن يساعدي". (عبد الجواد، 2019، ص: 05)

ج. **قراءة الأفكار:** ويعني ادعاء معرفة أفكار الآخرين دون وجود دليل يدعم هذه الادعاءات، وعلى سبيل المثال: "لم يبتسم مديري في وجهي هذا الصباح وهذا يعني أنه غير راض عن عملي".

د. **التسمية:** وتعني إلصاق صفات سلبية بالذات، أو العالم، أو الآخرين، وعلى سبيل المثال "لم أفهم ما قاله مثل بقية المجموعة، وهذا يعني أنني غبي".

هـ. **الاستدلال الانفعالي:** ويعني افتراض أن المشاعر عبارة عن حقائق، وعلى سبيل المثال "أشعر بعدم الكفاءة، وهذه حقيقة" (عدم الكفاءة اعتقاد وليس شعوراً). (عبد الجواد، 2019، ص: 06)

3-1-2 الأفكار الآلية:

هي مصطلح أطلقه بيك على الأفكار والصور الذهنية التي تظهر بشكل لاإرادي، وتوجد عدة مصطلحات شبيهة وتعد مرادفات لها من قبيل العبارات الداخلية أو الذاتية " (Self or Internalized statements) و "الحديث الذاتي" (self talk) فهي تلك الأفكار التي تطرأ بين الأحداث الخارجية واستجابة الفرد الانفعالية وهي جزء من التفكير المتكرر لدى الفرد والذي يحدث سريعاً وبشكل دائم وتتحكم في نمط انفعالاته ومشاعره، فهي المادة الخام التي تتكون على أساسها الاضطرابات الانفعالية لدى الفرد، وتؤدي هذه الأفكار إلى التحريف المعرفي الذي يعد نتيجة لها، وهذا التشويه المعرفي يظهر في أساليب التفكير الخاطئة في صور وأشكال عدة مثل: التجريد الانتقائي والاستنتاج الاعتباطي، ومن نماذجها التوقعات (expectations)، والتقييمات (appraisals)، والعزو (attributions)، ومحتوى هذه الأفكار يختلف من اضطراب نفسي لآخر وتحدد طبقاً لكل حالة فردية، ففي الاكتئاب نجد بالتقريب

ما يشبه هذه الأشكال من المعاني أمثال: "أنا لا أستطيع القيام بعمل أي شيء" و"أنا غير محبوب و لا يوجد شخص يحبني و مستقبلي لا يندر بخير". (بودحوش، 2016، ص: 95).

3-2 الثالوث المعرفي لبيك:

لقد قام بيك باختبار محتوى الفكر الفردي الذاتي شديد الحساسية من خلال دراساته حول المكتئبين وقد اكتشف من خلال ذلك مفاهيم مشوهة وغير حقيقية يعاني منها الفرد المكتئب وقد ظهر أيضا من خلال التدايعات الحرة للمرضى الاكتئابيين ومشاعر الدونية، والشعور بالحرمان والهروب من الواقع بالاستغراق في الخيال، والميول والرغبات الانتحارية وتكون كل هذه الإدراكات مشوهة وغير دقيقة لأن المرضى يميلون للمبالغة في تضخيم أخطائهم.

واستطاع بيك أن يقسم المفاهيم النظرية المتعددة للمريض المكتئب إلى ما سماه الثالوث المعرفي فيرى الشخص عالمه، ومستقبله، وذاته، بطريقة سالبة وكلما أصبح هذا الثالوث غالبا أو مسيطرا كان المريض أكثر اكتئابا وتظهر عنده أعراض المرض بطريقة مختلفة لأن الشخص يشعر بالنبذ أو يعتقد أنه منبوذ فيشعر بالحزن، كما يبدو أن المطالب كلها من المحال تجاوزها، وفي ضوء هذا تشل الرغبة والإرادة، ويرغب الفرد في الهروب من كل هذه المطالب تجنباً لمثل هذه المشاعر المستمرة، وتتحد هذه الأخيرة مع مشاعر الشعور بالعجز وعدم الإحساس بالقيمة، فتزداد رغبته في الانتحار من أجل الهروب من هذا المصير.

أ- الذات:

تعد دراسة مفهوم الذات من الموضوعات المهمة التي مازالت تنصدر المراكز الأولى في البحوث النفسية، ولقد حفل التراث السيكولوجي بدراسات عديدة، تناولت هذا الموضوع باعتباره مفهوما سيكولوجيا يتضمن العديد من أساليب السلوك، فضلا عن ارتباطه بمتغيرات متباينة فهو يرتبط بالعلاقات الشخصية المتنوعة، ومدى شعور الفرد بالتوافق مع ذاته ومع الآخرين، إلى جانب تحديد أهدافه الذاتية وتجدر الإشارة إلى أن هذا الأخير لا يتسم بالثبات فهو قابل للتغير. (بكي، 2011، ص: 96)

حيث يفترض أن العوامل المعرفية مثل التوقعات السلبية والتقييم الذاتي هي من الأسباب الأساسية لقصور المهارات الاجتماعية حيث يشير بيك أن لكل منا عدة افتراضات تنطوي على اعتقادات محببة للذات مثل "ينبغي أن أكون محبوبة من الجميع أو يجب أن أكون الأفضل دائما"، وتظل هذه الاعتقادات قابضة في الخلفية حتى تحدث واقعة فشل أو نكسة

معينة وهنا تنشط هذه الاعتقادات بشدة مؤدية إلى تحريف التفكير في الاتجاه السالب، ولا يقف الأمر عند هذا الحد وإنما تقوم هذه الإحداثيات بتغذية راجعة لتلك الاعتقادات السلبية والقوالب النمطية مرة أخرى، الأمر الذي يؤدي إلى مزيد من تحريف وقصور المهارات لدى الأفراد. (شلهوب، 2015، ص:40)

ب- المحيط:

الفكرة العامة للمقاربة المعرفية لبيك تقوم على أن انفعالاتنا وسلوكياتنا مرتبطة بشكل كبير بالكيفية التي نأول أو نفسر بها العالم المحيط بنا والأحداث التي نمر بها، وليست الأحداث في حد ذاتها، هذه التأويلات تكون آلية، غير إرادية ولا واعية بشكل جزئي بحيث تهدف هنا المقاربة المعرفية إلى مساعدة الشخص على إدراك هذه التأويلات المعرفية التي تسبب له الانفعالات وسلوكات مختلفة أو خاطئة وبعد ذلك تحويلها إلى تأويلات تكون نتائجها أكثر تكيفا وأكثر فائدة. (بوزيان، 2019، ص: 31)

وان قصور المهارات الاجتماعية قد يؤثر على حياة الفرد وعلاقاته مع المحيطين به وتفاعله معهم إلى جانب الشعور المستمر بالحزن، والتشاؤم، والانعزال، وانعدام قيمة الذات، والبعد عن المشاركة أو التفاعل مع الآخرين، وبالتالي انعدام الثقة بالآخرين، والشعور بفقدان القدرة على التواصل الاجتماعي وربما فقدان أي هدف أو معنى للحياة، مما يؤدي إلى زيادة عزلة الفرد عن محيطه الاجتماعي. (ولاء عبد الرحمن، 2018، ص:09)

ج- المستقبل:

يرى بيك أن القلق انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيراً معبراً عن تقويم أو تقديم الخطر المحتمل، ويرى أن أعراض القلق والمخاوف تبدو معقولة للمريض الذي يسود تفكيره موضوعات الخطر والتي قد تعبر عن نفسها من خلال تكرار التفكير المتصل بها وانخفاض القدرة على التمتع أو التفكير المتعقل فيها وتقويمها بموضوع محدد هذا بدوره يؤدي إلى تعميم المثيرات المحدثة للقلق إلى الحد الذي يؤدي إلى إدراك أي مثير أو موقف كمهدد فانتباه المريض يبدو مرتبط بتصور أو مفهوم ضيق مع انشغال الدائم بالمثيرات الخطيرة وبسبب تثبت أو توقف انتباه المريض على المفاهيم أو المثيرات المتصلة بالخطر فإنه يفقد القدرة على أن ينقل الفكرة إلى عمليات أخرى داخلية أو إلى مثيرات أخرى. (فرج، 2009، ص: 142)

وبالتالي فقد أرجع آرون بيك ورواد النظرية المعرفية القلق إلى التشويه المعرفي وتحريف التفكير عن الذات وعن المستقبل وكيفية إدراك الشخص وتفسير الأحداث لديه، فأفكار الفرد هي التي تحدد ردود أفعاله في ضوء محتوى التفكير، ويتضمن القلق حديثا سلبيا مع الذات، وتفسير الفرد للواقع بشكل سلبي وإدراك المعلومات عن الذات والمستقبل على أنها مصدر للقلق، والضعف المسيطر، وانخفاض في فاعلية الذات. (شلهوب، 2015، ص:40)

ويشير آرون بيك أن الاضطرابات الانفعالية تكون ناتجة أساسا عن اضطراب في تفكير الفرد، فطريقة تفكير الفرد وما يعتقده وكيف يفسر الأحداث من حوله كلها عوامل هامة في الاضطراب الانفعالي.

يؤكد بيك " في أعماله أن توقع الفرد للأخطار والمواقف الغير سارة هي المكونات الأساسية التي تميز مرضى القلق، فالقلق لديه يتوقف أساسا على كيفية ادراكه لتلك المخاطر وتقديره لها، فالفرد في حالة القلق يكون مهوموا أولا باحتمال تعرضه للخطر أو الأذى.

فالفكرة الأساسية التي تهيمن عليه هي وجود خطر دائم يهدد صحته، أسرته ممتلكاته مركزه المهني أو الاجتماعي وغيرها من أنواع التهديدات.

اشار "بيك" أيضا الى فكرة أن انتباه المريض يكون مركزا على المثيرات المرتبطة بالخطر فيصبح عاجزا عن الانتقال بأفكاره الى موضوعات أخرى بسبب المبالغة في توقع فالمخاوف المرتبطة بالقلق تبدو معقولة إلى المريض الذي يسود في تفكيره مثل هذه موضوعات والتي تعبر عن نفسها فيما يلي:

1- تكرار التفكير المتصل بالخطر.

2- انخفاض القدرة على التمتع أو التفكير المتعقل في الأفكار المخيفة وتقويمها بموضوعية.

3- تعميم المثيرات المحدثة للقلق إلى الحد الذي يجعل أي مثير أو موقف قد يدرك على انه مهدد. (بكار، 2013، ص: 65)

ويجدر الإشارة إلى ان الأفكار السلبية للثالوث المعرفي والتي تسبب الاضطراب غالبا ما تحتوي على تشوهات ضخمة، وبرغم أن هذه الأفكار غريبة بعض الشيء، وخارجة عن المألوف فهي تبدو للشخص صحيحة، وغير ممكن إثباتها عموما بالإجماع، لأنها تتسم

بالخصوصية الفردية، كما أنها تظهر بشكل عفوي استجابة لحالة ما ولهذا السبب تسمى بالأفكار التلقائية. (العصار، 2015، ص: 15)

3-3 العلاج المعرفي وفق منهج بيك:

يقر بيك صاحب أكثر نظريات العلاج المعرفي شيوعاً، أن منهجه نسق علاجي يقوم على أساس نظرية في البسيكوباتولوجيا، ومجموعة من أسس وأساليب العلاجية والمعارف المستمدة من البحوث الامبيريقية، وقد استمد بيك نظريته في العلاج المعرفي السلوكي من مصادر ومناهج نظرية أهمها المنهج الفينومينولوجي في علم النفس، والنظرية البنوية لـ (كانت Kant) ونظرية الأعماق لفرويد، ومن إسهامات علم النفس المعرفي خاصة مفهوم البنية المعرفية والعمليات المعرفية اللاشعورية، وفي مقدمة من أسهموا في هذا المجال من المعرفيين (جورج كيلي George Kelly) في مفهومه للبناءات الشخصية **Personal Constructs** بوصفها محددات لسلوك، وكذلك النظريات المعرفية في انفعالات. (بكري، 2011، ص: 122)

ويلتزم العلاج المعرفي السلوكي بدرجة قوية بالأدلة المستمدة من البحوث التجريبية العلمية أي البحث عن التدعيم العلمي لنظرية العلاج المعرفي السلوكي، واختبار فاعلية استخدامها إكلينيكياً، وليست البحوث التجريبية منهاجاً فحسب، بل هي أيضاً عقلية تهدف إلى التخلي عن مبادئ العلاج المعرفي السلوكي الأساسية إذا لم تدعمها الأدلة المستمدة من نتائج البحوث العلمية ويشجع المعالجون على تبني نموذج العالم المهني، من خلال الاعتماد على الأدلة البحثية لإثراء ممارساتهم الإكلينيكية، وكذلك تقييم فاعلية ممارساتهم العلاجية، كما يشجع المرضى على اتخاذ موقف تجريبي من خلال تعريض أفكارهم ومعتقداتهم الخاطئة لاختبار وفحص مدى واقعيتها، من أجل بناء وجهات نظر جديدة.

وإن بيك وزملاؤه قد أشاروا إلى أن العلاج المعرفي يهدف إلى التنبيه بشأن أنماط التفكير السلبي فالمعالج يسعى إلى مساعدة المريض في تغيير رأيه حول ذاته، فعندما يصرح الشخص بازدراءه لذاته لأن "ما من شيء يتم بشكل صحيح"، وأن أي شيئاً يقوم به تكون له نهاية كارثية، فإن المعالج هنا يسعى إلى مساعدة المريض لإيجاد الأدلة التي تثبت عكس ذلك التعميم المبالغ فيه، كما يقوم المعالج بتعليمه كيفية مراقبة ومتابعة أنماط الأفكار التي تؤدي به إلى الشعور بالاضطراب النفسي ثم يقوم بتعليمه أيضاً كيفية تحدي المعتقدات

السلبية وتعلم الاستراتيجيات التي تشجع على وضع توجهات واقعية وإيجابية، وفي الغالب يطلب من المرضى متابعة أفكارهم بصورة يومية ليتمرنوا على تحدي الأفكار السلبية، وقد أوضح بيك أن هذا العلاج قائم على إعادة التقييم المعرفي مثل إقناع الشخص بالتفكير بصورة أقل سلبية.

كما يدرج بيك أيضا أحد الأساليب السلوكية في العلاج الخاص به يدعى التنشيط السلوكي **Behavioral Activation (BA)**، حيث يطلب من الأشخاص القيام ببعض مهام النشاط بغرض إكسابهم خبرات مفيدة وجعلهم يحسنون التفكير في أنفسهم، فالمعالج النفسي على سبيل المثال يحث المرضى على القيام ببعض الطرق التي تزيد من فرص تعرض هؤلاء المرضى لخبرات إيجابية، مثل (النهوض من السرير في الصباح، والخروج للمشي، والحديث مع الأصدقاء...). (الشويخ وآخرون، 2016، ص: 308)

الخلاصة:

احتوى هذا الفصل على فحوى المقاربة المعرفية السلوكية، الذي يؤكد فيه النموذج الذي اقترحه بيك أنه عند مواجهة موقف ما، لا يستجيب الأفراد تلقائياً، ولكن قبل إصدار استجابة عاطفية أو سلوكية، فإنهم يدركون ويصنفون ويفسرون ويقيمون المعنى للمحفز بناءً على افتراضاتهم السابقة أو مخططاتهم المعرفية فوراً سلوكياتنا، يوجد نمط معين لمعالجة المعلومات بهذه الطريقة، يولي النموذج المعرفي اهتماماً خاصاً للمعتقدات والمعاني والتوقعات والأفكار، أي إلى المرشحات التي نستخدمها لإدراك الواقع أو الآليات التي نستخدمها للعمل مع هذه المعلومات وقمنا بتخزينها في جهازنا العقلي.

الفصل الرابع:

الإحباطات الفمية

تمهيد

يواجه الفرد في حياته مواقف مختلفة تتنازع فيها دوافع متضاربة، كما أنه لا بد أن يعاني من ألوان متعددة من الإحباط نتيجة عقبات موضوعية في العالم الخارجي أو بسبب تصوره الذاتي لهذا الموضوع تحول دون إشباع دوافعه ورغباته، و التي ينجم عنها التنازع الدوافعي، فكل فرد لديه استجابة خاصة به يرد بها فعل التنازع والإحباط، وهذا يرجع إلى عملية التعلم وكيفية مواجهة المشكلات والتغلب عليها، وقد يلجأ الإنسان لمعالجة المشكلات أو الصعوبات أو المواقف المقلقة بالاستعانة بالآليات العقلية، وهذه الآليات هي بمثابة أقنعة تخفي تحتها حقائق الدوافع الجنسية والنزعات العدوانية والاتجاهات المرفوضة من الذات والمجتمع.

1- مفهوم الإحباط:**1-1 لغة:**

يعرفه معجم اللغة العربية المعاصرة ب: إْحْبَاط [مفرد]: ج إْحْبَاطَات (لغير المصدر): * - مصدر أَحْبَطَ * - إعاقة النَّشَاطِ الْمَتَّجِهَةِ نحو هدفٍ إمَّا بِإِيقَافِهِ أو التَّهْدِيدِ بِإِيقَافِهِ أو الإِيحَاءِ بِأَنَّ مَالَهُ إِلَى الْهَزِيمَةِ وَالْخَيْبَةِ "يتعرّض الشخص للعديد من الإحباطات نتيجة التناقض بين الواقع والحقيقة مثال" - شعور بالحزن واليأس والعجز نتيجة للفشل في تحقيق هدفٍ كان يُرجى تحقيقه." (معجم اللغة العربية المعاصرة)

1-2 اصطلاحاً:

هو ظرف أو حالة أو عمل يحول بين المرء وتحقيق إحدى حاجاته الاجتماعية أو النفسية. (زحيم، 2017، ص: 12)

1-3 الإحباط في علم النفس:

يعرف على أنه الحالة التي تواجه الفرد عندما يعجز عن تحقيق رغباته النفسية أو الاجتماعية بسبب عائق ما وقد يكون هذا العائق خارجياً: كالعوامل المادية والاجتماعية والاقتصادية أو قد يكون داخلياً كعيوب نفسية أو بدنية أو حالات صراع نفسي يعيشها الفرد تحول دونه ودون إشباع رغباته ودوافعه. (شحاتة، 2018، ص: 09)

فيمر بها الإنسان يومياً منذ الطفولة حتى الشيخوخة، وهي تعبير عن الحالة التي يكون فيها الفرد حين لا يتوافر له إشباع دافع يلح عليه، ويشعره بالحاجة، فالطفل تدفعه مجموعة من الحاجات لا يستطيع إشباعها جميعاً لظروف خارجة عن إرادته يتعلق بعضها بقيود القوة والزمان والمكان وقواعد التنشئة الاجتماعية المرتبطة بالأوامر والنواهي والحرام والحلال والواجب واللازم، كل هذا يضع الطفل أمام الكثير من العوائق أو أمام العديد من العوامل الإحباطية.

تستمر هذه المواقف طوال مراحل النمو المختلفة وتزداد شدتها مع زيادة متطلبات المرحلة العمرية التي يجتازها وتتدخل مواقف محبطة جديدة مثل الظروف الاقتصادية، ظروف العمل والظروف السياسية أيضاً درجة شعور الفرد بالموقف المحبط لا تتوقف على طبيعة الموقف المحبط في كثير من الأحيان، بقدر ارتباطها بتفسيره الشخص نفسه لهذا الموقف، فحين يرى البعض أن موقفاً ما شديد الإحباط قد يرى شخص آخر نفس الموقف ليس كذلك. ولهذا

فالإحباط عملية تتضمن إما إدراك الفرد لعائق يعوقه فعلا عن تحقيق أهدافه أو توقعه لحدوث هذا العائق في المستقبل مما يسبب له نوعا من أنواع التهديد، ومن هنا يمكن للإحباط أن يغطي الماضي والحاضر ويمتد إلى المستقبل، فإذا مررنا في الحاضر بمواقف تشبه مواقف إحباطيه مررنا بها من قبل، وانتهينا إلى الفشل والإحباط، فإن الشبه بين المواقف يمكن أن يكون أساسا لتوقع العائق في المواقف التي ستواجهنا في المستقبل. (عويضة، 1996، ص 19)

ويرى ستيلي أن تحمل الإحباط هو طاقة تكيفيه يمتلكها الفرد لمواجهة المواقف الخطرة والمؤلمة أو هو قدرة الفرد على الصمود أمام الضغوط دون فشل في التوافق ومن ثم فإن اكتساب القدرة على التحمل الفردي، حيث يقول " فنحن في حاجة إلى توجيه أطفالنا أثناء مرورهم بالإحباط حتى لا يكونوا متجنبو الصراع وهم راشدين".

ويعتبر ميكارفيتش (1986) Makarevich تحمل الإحباط سمة شخصية هامة في عملية التوافق الفعال، والفرد الذي لديه تحمل عالٍ لديه مستوى عالٍ من القدرة على التوافق والتعامل مع ضغوط الحياة بينما يعرفه كازرينهننج (2014) Katherinehenning بأنه الصبر على حالة التوتر والقلق التي تترتب على العجز عن إشباع مطلب غريزي أو بسبب تأجيل هذا الإشباع لأجل قد يطول، و يشير ان ضعف أو انخفاض تحمل الإحباط (Tolerance Frustration Low) LFT يحدث عندما يحبط الفرد بشدة وبسهولة جدا ويكون لا يملك الرغبة أو عدم المقدرة لتحمل المشقة الضرورية المطلوبة لتحقيق مكاسب على المدى الطويل، أما شيببي ونيجريت وتريب (2012) Trip & Negruti & Chipea فيعرفوا مفهوم عدم تحمل الإحباط Intolerance Frustration أو ضعف تحمل الإحباط LFT بعدم القدرة على تحمل الواقع الذي يختلف عن توقعاتنا بتحقيق مطالبنا لحياة مثالية ومريحة. (العنزي، 2015، ص ص: 142-143)

2-أنواع الإحباط:

يعتبر تقسيم الإحباط إلى أنواع محددة عاملا مساعدا على فهم طبيعة هذه العملية النفسية، ويمكن تقسيم الإحباط من خلال مجموعة من المؤشرات كما يلي:

أ- فيما يخص الإحباط الخارجي نجد:

- العوز الخارجي(الاحتياج): ويتضمن نقصاً في حاجات الفرد الخارجية مثل: الفقر.
- الحرمان الخارجي: ويتضمن فقدان الشخص لشيء خارجي كان يمكنه مثل: فقدان منزل أو قريب أو صديق.
- الإعاقة الخارجية: وتعرف بأنها عوائق التي تحول بين الفرد وهدفه الذي يرمي إليه ويسعى لتحقيقه.

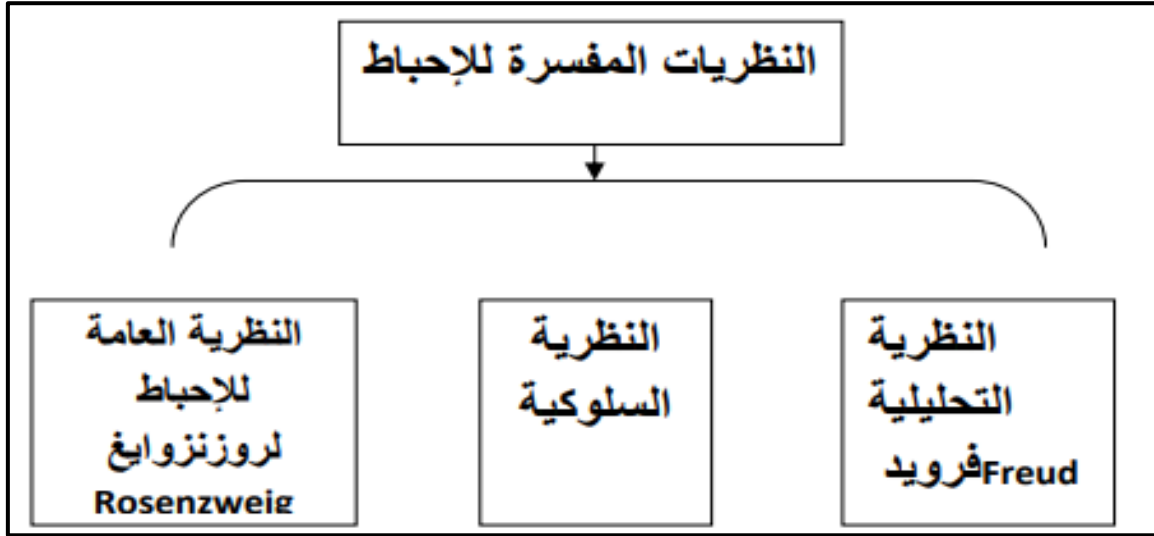
ب- فيما يخص الإحباط الداخلي نجد:

- العوز الاحتياج الداخلي: وهو ما يتصل بالعيوب والعاهات الولادية، كفقدان البصر، فقدان السمع، ضعف الصحة العامة.
- الحرمان الداخلي: ويتضمن ذلك فقدان المفاجئ للبصر أو السمع أو أي عضو آخر من أعضاء الجسم كان الفرد يتمتع بها سابقاً.
- الإعاقة الداخلية: ومن أمثلة ذلك الرغبة في حضور اجتماعين حدد لهما وقت واحد ولكن لم يتمكن من حضور أحدهما، وهذا يسبب الإعاقة في اتخاذ القرار. (دحماني، 2016، ص: 12)

3- النظريات المفسرة للإحباط:

لقد نالت "فرضية الإحباط يؤدي إلى العدوان" اهتمام علماء النفس في مدرسة التحليل النفسي والمدرسة السلوكية، وباقي المدارس الأخرى وذلك بسبب أهميته في فهم السلوك الاجتماعي، وفيما يلي عرض لأهم وجهات النظر المفسرة للإحباط: كما هو مبين في الشكل التالي:

الشكل رقم (4-1): يوضح أهم نظريات المفسرة للإحباط.



المصدر: دحماني، مرجع سابق، 2016، ص: 15

3-1- النظرية التحليلية لـ (سيغموند فرويد):

قبل التطرق للنظرية التحليلية لسيغموند فرويد سنذكر لمحة عامة عن التحليل النفسي لفرويد ومراحل النمو النفسي الجنسي.

3-1-1 تحليل النفسي (سيغموند فرويد):

قدم سيغموند فرويد (Sigmund Freud) ظلاً مستمراً في هذه الأوقات العصية لعالمنا المضطرب من خلال مؤلفاته المتنوعة (مجموعة كتابات سيغموند فرويد The Basic Writing Of Sigmund) حيث احتلت مكانة شعبية ممتازة في انتشارها و تقع في ألف صفحة، حيث قدم هذه المجموعة الدكتور بريل Brill وهو من أنشط زعماء الحركة الفرويدية في أمريكا، و تحتوي على المؤلفات التالية: "علم النفس المرضي في الحياة اليومية The Interpretation of Dreams" و "ثلاث مساهمات في نظرية الجنس Three Contributions to the Theory of Sex" و "الفكاهة وعلاقتها بالاشعور Wit and its Relation to the Unconscious" و "طوائم ومحرمات Totern and Taboo" و "تاريخ حركة التحليل النفسي The History of Psychoanalytic" وقد طبعتها مودرن ليبراري The Modern Library في عام 1938، وفي عام 1939 ظهر لفرويد تحليل نفسي عن "موسى والتوحيد Moses And Monotheism" وكان قد بدأه في فيينا، ولكنه أتمه في لندن، وفي هذا الموضوع عاد فرويد

إلى المشكلة الثقافية، وفيها تتجمع الأساطير وعبادة البطل، وخطر المحرمات والطوائم الرمزية، وكيف تلاقت جميعها لتؤلف ديناً وشعبة ظل في حالة ترحال عدة قرون منذ خروجه من مصر إلى المنفى. (الشتوي، 1990، ص 19)

وفرويد أكثر من أي مفكر حديث آخر في حاجة إلى تعليق انتقادي، فبدونه يضل القارئ العادي بينما يحتاج المحترف إلى خريطة ترشده، فالتسلسل الفكري في عالم فرويد ينتقل في نطاق مبهم غامض وبرغم من أنواع المعارضة العنيفة والجدل الطويل حوله، استمع له العلماء والمفكرين بعد سنوات وظلوا يتساءلون في إلحاح وإصرار ما هي المبادئ السليمة المغرية في البيت الذي بناه فرويد وأثنه؟ وما هي المسائل غير العلمية والمضلة فيه؟ ولا ريب أن تقدير قيم النتائج التي وصل إليها فرويد، ووضعها في مكانها اللائق بها جوهرى بالنسبة لمن يسعون إلى فهم مشكلات الحياة الصحية السليمة المعقولة، وكذلك لفهم الخلافات على أسس تلك النتائج ووسائلها، ولا يستطيع الفرد أن يقتصر على نصره فرويد أو معارضته، بل يجب أن يقدر ما قدمه ويضعه في مكان ما في وجهات النظر العامة في الحياة النفسية. (الشتوي، 1990، ص 20)

3-1-2 مراحل النمو النفسي الجنسي لسيفغوند فرويد:

أ. مرحلة فمية: (منذ الولادة إلى 18 شهراً)

يعتبر فرويد الفم أولى المناطق الشبقية الطفلية التي تشرع بأداء وظائفها بعد انفصال الطفل عن الأم مباشرة، فالطفل يحقق اللذة في مطلع حياته بمص الأشياء (ثدي الأم، الرضاعة...)، التي تقترب من شفثيه أو توضع في فمه، كما يحققها بعد ظهور الأسنان عن طريق العض، وإذا كانت العملية الأولى تزود الطفل بلذة جنسية، فإن العملية الثانية (العض) تزوده باللذة العدوانية، وفي حال تناول الطفل للأشياء المؤلمة (الصلبة أو الحامضة أو المرة) فإنه سرعان ما يعمل على إبعادها عن طريق بصقها بينما نراه يسلك سلوكاً معاكساً إن هو تعرض إلى محاولة انتزاع شيء لذيق من فمه، حيث نجده يقاوم ذلك بواسطة غلق فمه، ويذهب فرويد إلى هذه الأفعال (المص، العض، البصق، الإغلاق)، تشكل الخبرات السلوكية الأولى للطفل، وأن تكرارها أو تكرار بعضها في هذه المرحلة يمهد السبيل لتكون بعض سمات الشخصية التي توجه علاقة الفرد بالعالم الخارجي. (عبد الحميد، 2019، ص 297)

كذلك مع ظهور الأسنان تبدأ الدوافع السادية في الظهور والتكون فالطفل يعض الثدي وينزع الى تحطيم الموضوع المرغوب فيه أي اجتياف الثدي، وفي هذا الصدد يرى ابراهام ان "العض الذي يتبع المص هو يشير بداية إدراك الطفل للحدود البينية بينه وبين موضوعه ويقسم هذه المرحلة الفمية الى المرحلة الفمية المبكرة والتي تتميز بنشاط المص والمرحلة الفمية السادية التي يمثلها نشاط العض. (بوعلاقة، 2017، ص 13)

وتقسم المرحلة الفمية إلى مرحلتين:

الأولى سالبة من: 0-06 أشهر يكون نشاط المص مسيطرا فيها.

والثانية تمتد من: 06-18 شهرا وتعرف بالمرحلة الفمية النشطة، التي تظهر مع ظهور الأسنان، تتميز بنشاط العض، يتخذ فيها الإدماج منحى تدمير الموضوع، فيوجه الحب والكره إلى نفس الموضوع، أي ظهور التجاذب الوجداني، وإن استدخال مفهوم الموضوع (كليتته ودوامه، بمعنى استحضاره عندما يكون غائبا) يتكون في هذه المرحلة.

يمر الرضيع من مرحلة لا موضوعية إلى مرحلة موضوعية ويتعرف على المواضيع عن طريق الفم. فمختلف الإحباطات التي يتلقاها الرضيع في هذه المرحلة بما فيها تجربة الفطام، تسمح بتكوين مبدأ الواقع، يرى فرويد (Freud) أنه في نهاية هذه المرحلة وابتداء من الشهر الثامن عشر، تلاحظ البوادر الأولى للوظيفة الرمزية، وهذا ما ذهب إليه Piaget بدوره الذي يقول: "في نهاية العام الثاني، يظهر الاكتساب المنظم للغة." (سوالمية، 2007، ص 30)

ب. المرحلة الشرجية: (ما بين عامين لأربعة سنوات)

تتميز هذه المرحلة بتنظيم اللبيدو تحت صدارة المنطقة الغلمية الشرجية، حيث تصطبغ علاقة الموضوع بالدلالات المرتبطة بوظيفة الإخراج (الطرد، الإمساك) وبالقيمة الرمزية للبراز، يصف فرويد سمات الغلطة الشرجية عند الطفل في عمليتي التغوط وإمساك المواد البرازية ليكشف لنا عن إحساسات اللذة التي يشعر بها الطفل في تلك المنطقة الشرجية، فالطفل يعامل محتويات الأمعاء كأنها جزء من بدنه، ويمثل تعليم النظافة عند الطفل أول تجربة هامة في حياته للانضباط والسلطة خارجية يحدث من جراء هذا الاصطدام بالسلطة صراعا هام بين نزوات الطفل والحاجز الخارجي، وقد ميز ابراهام نمطين متعارضين من السلوك اتجاه الموضوع، حيث ترتبط الغلطة الشرجية بطرد البراز في الطور الأول، أما الطور الثاني فترتبط الغلطة الشرجية بالإمساك بينما النزوة السادية بالسيطرة والتملكية وترتبط

القيمة الرمزية للعطاء والمنع في هذه المرحلة بنشاط التبرز، حيث أثبت فرويد هذا المنظور التعادل الرمزي ما بين: "البراز = الهدية = النقود"، ويشكل هذا الارتقاء من طور لأخر حسب إبراهيم تقدما نحو حب الموضوع، وانطلاقا من الغلطة الشرجية بدأت تبرز فكرة تنظيم ليدي ما قبل تناسلي وبين فرويد الصلة القائمة بين سمات الطبع عند الراشد في خصائص ثلاثة تتمثل في: (العناد، الترتيب، التقدير، البخل) وبين الغلطة الشرجية عند الطفل كامتداد لهاته المرحلة. (شطاح، 2011، ص 30)

- المرحلة الإستية المبكرة:

في هذه المرحلة لا يكون الطفل قد وصل إلى ضبط وظيفتي التبول والتبرز فينصرف اتجاهه إلى الطرد والتفريغ (نشاط هام)، ويستمد لذاته الكبرى من عملية التبرز، كما يستمدتها من العضو الذي يقوم بهذه العملية (الشرح)، ومن نتائجها (المادة البرازية).

- المرحلة الإستية المتأخرة:

وفيها يتعلم الطفل ضبط عملية التبرز فيمسك عن تفريغ أمعائه إلا تحت ظروف خاصة، ويستمد لذته من الحفظ والإمساك. في هذه المرحلة بشقيها تشتد النزعات الهدامة والعدوانية التي تبدأ في المرحلة الفمية المتأخرة، والتي من شأنه أن يرجع - (ينكص) - بالطفل إلى وسائل الإشباع السابقة التي كان فيها الإشباع، والحصول على اللذة، وتجنب الألم أيسر مما يعانیه، وكذلك في مراحل ما بعد البلوغ. (جابر، 2019، ص: 224)

ج. المرحلة القضيبية: (عامين لخمس سنوات)

يصبح القضيب مركز اللذة حوالي السنة الثالثة من العمر لكل من الصبي والصبية، فالنظر في البنات يحل محل القضيب في الولد، واللذة الجنسية في هذه المرحلة لذة ذاتية، أي أنها لا تتجه إلى شيء أو فرد في الخارج، فيجد الطفل لذته في العادة السرية أي اجتلاب اللذة باللعب في أعضائه التناسلية.

ويرى أيضا فرويد أن عقدة أوديب (والتي يقصد بها ميل الطفل جنسيا نحو أمه ورغبته في التخلص من أبيه، وميل الفتاة إلى أبيها جنسيا ورغبتها في التخلص من أمها) تتكون في هذه المرحلة، ويصاحبها في الذكر الخوف من فقدان العضو التناسلي فيما يسمى بعقدة الخصي، ويقابلها عند الفتاة الغيرة من الولد لوجود قضيب له حرمت هي منه ويشير أن

عقدة أوديب تنتهي بفقدان الطفل اهتمامه بعضوه التناسلي لعدم نضجه، ولعدم فهمه فهما كافيا لدلالاته، ولخوف الطفل من الخصي، وخوفه من أفكاره نحو موت الأب، بينما تطول هذه المرحلة مع الفتاة لأنها ليست مهددة بفقدان عضو لا تملكه أصلا كالولد. (الداهري، 2010، ص 146)

د. فترة الكمون: (ستة سنوات إلى 12)

بين السادسة والثامنة من العمر يتوقف النمو الجنسي لفترة من الوقت أو ينتكس وهذا طور جديد يسمى طور الكمون في الحالات السليمة والموائمة اجتماعيا، وطور الكمون هذا ليس محتما، غير أن ظهوره لا يستتبع بالضرورة توقفا تاما للنشاطات و للاهتمامات الجنسية، وعندئذ تتطوي في النسيان الطفلية فاعلم الأحداث والميول النفسية السابقة لطور الكمون، تسقط في لجة ذلك النسيان والذي يخفي عنا حدثنا الأولى ويجعلنا عنها كالغرباء، ومهمة تحليل نفسي أن يحيي من جديد ذكرى ذلك الطور المنسي من الحياة، بحيث لا يسعنا أن نمسك عن الاشتباه بأن علة ذلك النسيان تكمن في بدايات الحياة الجنسية العائدة إلى ذلك الطور، وأن النسيان بالتالي ناجم عن الكبت.

تغدو حياة الطفل الجنسية مشابهة في كثير من وجوهها لحياة الراشد الجنسية ولا تتميز عن هذه الأخيرة إلا بعدم وجود تنظيم محكم تحت زعامة الأعضاء التناسلية، وإلا بطابعها المنحرف الذي لا مرية فيه، لكن الأطوار الأكثر إثارة للاهتمام، من الناحية النظرية، من النمو الجنسي أو من تطور الليبيدو، هي الأطوار السابقة لتلك المرحلة، فهذا التطور تم بسرعة كبيرة، مما لا يتيح للملاحظة المباشرة (تثبيت صورته السريعة الزوال)، لكن الدراسة التحليلية النفسية للأعصاب هي وحدها التي أتاحت القدرة على اكتشاف أطوار الزمن بعد تطور الليبيدو، وصحيح ان هذه محض إنشآت نظرية غير أن الممارسة العملية للتحليل النفسي تظهر ان هذه الإنشآت ضرورية ونافعة في الحياة النفسية. (طابريشي، 1986، ص: 109)

هـ. المرحلة التناسلية: (ثانية عشر إلى ثامنة عشر)

التنظيم الكامل لا يدرك إلا عند البلوغ، في مرحلة تناسلية وهنا يقوم نظام نجد فيه ما يلي:

1- أن كثيرا من الشحنات الليبيدية الأولى ستبقى؛

2- وأن شحنات أخرى تتدمج في الوظيفة الجنسية بوصفها أفعالاً تمهيدية أو ثانوية يحدث إشباعها؛

3- ميول ورغبات أخرى تستبعد من هذا التنظيم، فإما أن تقمع أو تكبت. بوجه عام أو أن تستخدم داخل الأنا في طريق آخر، فتكون سمات خلقية، أو تخضع للتسامي بتعطل أهدافها، ولكن هذه العملية لا تتحقق دائماً فضرور الكف في تطورها تكشف عن نفسها في الاضطرابات المختلفة في الحياة الجنسية، فيظل الليبيدو متشبثاً بحالات المراحل الأولى، وهنا يحدث اضطراب في الهدف الجنسي السوى مثال: الكف في النمو الجنسي نجده على سبيل المثال في الجنسية المثلية.

ويبين التحليل أن التعلق بشخص من نفس الجنس كان موجوداً في وقت ما في كل الحالات، وفي معظم الحالات ظلت هذه الجنسية المثلية في حالة كمون، ومما يزيد الأمر تعقيداً بوجه عام أن العمليات الضرورية للوصول إلى حالة سوية لا تحقق كلها، ولا تنعدم بالمرّة، بل هي تتحقق تحققاً جزئياً بحيث تتوقف الصورة النهائية على هذه العلاقات.

وهكذا فإن التنظيم التناسلي يتحقق، ولكنه يضعف نتيجة لوجود أجزاء من الليبيدو لم تتوحد وظلت مثبتة على موضوعات وأهداف ثابتة سابقة على الطور التناسلي، ويبدو مثل هذا الضعف في ميل الليبيدو إلى العودة إلى سابق أحواله قبل التناسلية (النكوص) في حالات عدم الإشباع أو الصعوبات الحقيقية. (محمود علي، القفاش، 2000، ص: 39-40)

جدول رقم (4-2): يوضح يمثل مراحل النمو الجنسي

المرحلة	العمر	مصدر المتعة	السلوك المصاحب	التفسير بالنسبة للنمو النفسي الجنسي
الأولى	من 0 إلى 1.5 عام	الفم	مص الإبهام، العض عند ظهور الأسنان	التعرف بواسطة الفم، حب الامتلاك، العدوانية بالفم، التهكم، المناقشة. - أشكال تشخيص الأمراض النفسية: عدم الإشباع الغريزي الإحباط العصبي والنفسي، الهوس، انفصام الشخصية، اللواط، الأثوي، إدمان المسكرات والمخدرات.
الثانية	من 1.5 عام إلى 3 أعوام	الشرج	الإحساس بالبهجة الناتجة عن عملية الإخراج	الصفات الخاصة: العناد، البخل، الدافعية، التدمير، غير مرتب. - أشكال تشخيص الأمراض النفسية: الشك والوسوسة والظلم، اللواط الذكوري، السادية، المازوشية.
الثالثة	من 4 أعوام إلى 6 أعوام	القضيب	البهجة التي مصدرها اللعب بالأعضاء التناسلية وتولد عقدة أوديب	نمو الأنا الأعلى، الميل نحو الوالدين للجنس الغريزي المغامرة، التمدل. أشكال تشخيص الأمراض النفسية، الإحساس بالدونية، القلق، الهستيريا العصبية، التعري.
الرابعة	من 4 أعوام إلى 12 عام	الكمون	الفضول، حب المعرفة، حب الاستطلاع.	النمو الاجتماعي لوجود الفرد في المدرسة واكتساب المعرفة والمهارات المصاحبة لها، وحل المشكلات اليومية.
الخامسة	من 12 عام إلى النضج	الجنسية	السعادة الناتجة عن الارتباط بالجنس الآخر.	الترجسية الموجودة في الفترة التناسلية تنتهي بالحب للآخرين والاهتمام بهم وحل مشكلة الوالدين.

المصدر: سامية سرفاني (2019): الدفاعات النفسية لدى الطفل المسعف دراسة ميدانية بمؤسسة الطفولة المسعفة

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر، قسم علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 08 ماي

45 ورقة، الجزائر، ص: 30

3-1-3 تصورات مرتبطة بالفمية:

أ التثبيت:

قد يتضح من الذكريات المكبوتة في الطفولة انها إلى حد بعيد أحلام الكبار وأمراضهم وبالتالي تكشف أهم المواقف وأخطرها في الطفولة، ويتضح هذا أيضا من الدور الهام الذي

تلقبه التثبيتات، فالعصاب هو نكوص إلى مرحلة التثبيت وذلك أمام موقف من الإحباط يشبه في بنيته الموقف السابق موضوع التثبيت أو ينطوي على تلميح إليه، وهذا الشبه أو التلميح هو الذي يعطي الموقف الحالي قوته المرضية.

والتثبيت ينشأ عن حاجة غير مشبعة أو مشبعة أو حاجة يحقق إشباعها ويترتب على التثبيت والنكوص تكرار الموقف الأصلي بإشبعاته وعقوباته، ومن هنا هذا التكرار يعد مفهوما محوريا في الأمراض النفسية، فإذا كان الذكاء استجابة جديدة يقتضيها الموقف الجديد وكانت العادة استجابة قديمة يقتضيها الموقف القديم المألوف فإنه يمكن القول بأن المرض النفسي استجابة قديمة لموقف جديد يرتبط عنه الفرد بموقفه الطفلي، وهكذا فالكتب يؤدي إلى التثبيت والتثبيت يقف بالتطور عند المرحلة التي حدث فيها التثبيت وذلك بالنسبة إلى أغلبية. (بدوي، 2011، ص: 22)

ان الدور الذي تقوم به الأم وأنماط التربية في مراحل النمو المختلفة، وعلاقته بالتثبيت الليبيدي لدى الطفل تشير أن الليبيدو ينتقل من منطقة الى منطقة اخرى بحكم التنظيم البيولوجي، والنضج المرتبط بالتطور الفعلي في أنماط التربية إزاء كل مرحلة من المراحل، وما يدعو إلى التثبيت يبدو بارزا في اضطراب العلاقة بين الحاجة إلى الإشباع، وطريقة الأم في مقابلة تلك الحاجات، سواء بالإسراف، أو الإحباط، أو التذبذب بين الإسراف والإحباط؛ فالأنا تميل إلى الإشباع الأسهل. (فتحي، 2011، ص: 87)

ب- النكوص:

آلية دفاعية تقوم على الرجوع المنظم و المؤقت لأنماط تعبيرية سابقة- للفكر و للسلوك و للعلاقات الموضوعية مقابل خطر داخلي أو خارجي مثير للقلق كما أكد فرويد على مدى تأثير الماضي على شخصية الفرد وبالتالي ينبثق الماضي في الحاضر مما يستدعي استرجاع الحالات الطفلية من جديد كنمط من أنماط الحيل الدفاعية، فعندما يعجز الأنا عن مجابهة موقف فإنه قد يرتد إلى مرحلة سابقة من مراحل النمو النفسي، و النكوص يكون أساسه ما تثبت في النفس منذ مرحلة الطفولة، و مع ذلك فهو وسيلة دفاعية لما يلعبه الأنا في النكوص باتخاذ أدوار مختلفة، ليصبح حيلة دفاعية لتبرير الفشل في التكيف فعندما يواجه الشخص صراعا نفسيا حادا يتقمص أدوار سابقة من عمره كأن يرتد من شخص بالغ إلى شخص مراهق. (قصاص، 2018، ص: 118)

النكوص حسب سيلامي (N.sillamy) هو "حركة تراجع نحو مرحلة سابقة من النمو والتي تظهر بانتظام عندما يكون هناك إحباطا مفروضا من الواقع" بمعنى أن سلوك الفرد يتقهقر إلى مرحلة سابقة نال فيها قسطا أوفر من الحماية والأمن فقد يلتجئ المراهق إلى البكاء عند مواجهة مشكلة ما، فيصبح سلوكه غريبا غير متفق مع مستوى النضج الذي وصل إليه "وعادة ما يحدث النكوص نتيجة لتكرار الإحباط، أي عندما يفشل المرء في إرضاء دوافعه أو إشباع حاجاته، فينشأ عن ذلك حالة من التوتر النفسي أو التأزم النفسي".

وبهذا فإن النكوص يخفض من التوتر ولكنه يبعد الفرد عن المواجهة الحقيقية لما يصادفه من مشكلات. (بلحسني، 2002، ص: 83).

وقد ميز فرويد بين ثلاثة أنواع من النكوص وهي:

- النكوص الموقعي: "Régession topique"

حيث يتم هذا النوع من النكوص من الوعي إلى اللاوعي، فيقول أن النكوص الموقعي يحدث في الحلم، حيث يتم ابتكار صورة حسية تقريبا هلوسية نتيجة فرض الطاقة الليبيدية.

- النكوص التشكيلي: "Régession formelle"

يتم فيها استبدال أساليب التعبير والتمثيل التصوري بأساليب أكثر بدائية وذلك بالانتقال من العمليات الثانوية إلى العمليات الأولية.

- النكوص الزمني: "Régession temporelle"

يعاد فيه تنشيط مراحل تم تجاوزها من حيث تنظيم ليبيدي إذ يفترض النكوص تتابعا تكوينيا ويدل على عودة الشخص إلى مراحل النمو التي قد تم تجاوزها. (قاسمي، 2011، ص: 48)

ج- الاستدخال:

يشيع استخدام مصطلح الاستدخال في نظرية التحليل النفسي بمعنى الاجتياف لكون المعنيين ينصبان على الموضوع والعلاقة الخاصة به كاجتياف الصورة الأبوية واستدخال العلاقة الخاصة بها إلى البنية النفسية للشخص مما يثمر عنه تكون مسارات ما بين أركان الجهاز النفسي، فينشأ عن اجتياف الصورة الأبوية الخارجية إلى الداخل نشوء مسار ما بين الأنا والأنا الأعلى. ويعتبر الاستدخال النموذج الأولي للإشباع الغريزي. ويحقق التطابق

الناشئ عن هذا الميكانيزم التماهي مع الموضوعات .وتشير نظرية التحليل النفسي إلى أن الأنا يمكن أن تستأنس هذا النمط من الدفاعات لتستخدمها لأغراض الإشباع أو تدمير الموضوعات. (الهوري، 2019، ص:38)

د - الإسقاط:

هو إحدى الحيل اللاشعورية التي تهدف إلى إلصاق ما بداخل الفرد من صفات أو مشاعر أو دوافع أو رغبات أو أفكار غير مقبولة من قبل الأنا إلى أشياء أو أشخاص خارجية.

ويعرف كفاقي الإسقاط انه يلصق الفرد صفة من صفاته السيئة وغير مقبولة بالآخرين كوسيلة للتخلص منها لان الإسقاط عملية دفاعية مثل غيرها من العمليات التي تهدف إلى طرد الأفكار والمشاعر التي إن ظهرت في شعور الفرد كان من شأنها أن تسبب له الكدر أو الشعور بالامتهان والحط من قيمة الذات ومثال ذلك: فإن قام الطفل بفعل أشياء غير مقبولة كالكذب مثلا فإنه سرعان ما يسقطها على الآخرين فيقول فلان يكذب ولا يقول الصدق وهكذا ...، ففي حالة زيادة ضغط الهو أو ضغط الأنا الأعلى على الأنا إلى درجة يشعر معها المرء بالقلق بأن ينسب هذا القلق الى مصدر في العالم الخارجي وإذا به لا يقول " أنا أكرهه " وإنما يقول " هو يكرهني " والسمة الجوهرية في الإسقاط هي ما يطرأ على الذات التي تخبر المشاعر وتعانيها وهي الشخص نفسه من تغيير وبذلك يتم تحويل الخطر الداخلي الى خطر خارجي يكون من الاسهل على الأنا تناوله ومعالجته . (الكحلوت، 2012، ص: 37)

هـ - الإدماج:

هي عملية يقوم الشخص فيها بإدخال موضوع ما داخل جسده، ويحتفظ به هناك بأسلوب يتفاوت في درجة هواميته، يشكل الإدماج هدفا نزويا وأسلوبا من علاقة الموضوع مميزا للمرحلة الفمية، فمع أنه ذو صلة منفصلة مع النشاط الفمي و تناول الطعام إلا أنه يمكن أن يعيش أيضا على صلة من مناطق أخرى مولدة للغلمنة و مع وظائف أخرى و هو شكل النموذج الجسدي الأول للاجتياف و التماهي، قدم فرويد مصطلح الإدماج خلال إرصاده لفكرة المرحلة الفمية.

تتداخل في الإدماج عدة أهداف نزوية يؤكد فرويد في إطار لما كان يشكل نظريته في النزوات أن نشاطي الجنس والطعام يمتزجان بشكل وثيق وفي إطار آخر لنظرية النزوات

(التعارض بين نزوات الحياة ونزوات الموت) فإن التركيز أصبح ينصب على إتحاد الليبدو والعدوانية ولإدماج في الواقع ثلاثة معاني:

- الحصول على اللذة من خلال إدخال موضوع ما داخل الذات وتدمير هذا الموضوع ويمثل صفات هذا الموضوع من خلال الاحتفاظ به داخل الذات، وهذا الثدي يجعل من الإدماج ركيزة الاجتياف والتماهي. والإدماج لا يقتصر على النشاط الفمي الفعلي و لا على المرحلة الفمية بل باستطاعة مناطق أخرى مولدة للغلمنة ووظائف أخرى أن تشكل سندا له.
- الإدماج من خلال الأحاسيس الجلدية، التنفس، البصر...
- هناك إدماج شرطي وإدماج تناسلي، يتجلى خصوصا في هوام الاحتفاظ بالعضو الذكري داخل الجسد. (مزباني، 2015، ص:64).

3-1-4 النظرية التحليلية لـ (سيغموند فرويد) وتفسيرها للإحباط:

أكد فرويد أن الإحباط واحد من الأسباب الأكثر تكراراً لظهور العصابية ولما كان الإحباط السبب الأكثر تواجداً وراء ظهور العصابية، فإن مدرسة التحليل النفسي ربطت مباشرة السلوك المرضي بالإحباط حسب الصياغة التالية:

يرجع السلوك المرضي إلى إحباط لا يقوى الراشد على مواجهة آثاره النفسية بحل واقعي، سواء كان ذلك نتيجة لضخامة الإحباط، أو للاستعداد نشوئي قوامه عدم القدرة على تحمل الإحباط والأغلب أن يكون مزيجاً بين العاملين معاً وتؤدي نتيجة الإحباط الصدمي النفسي إلى التوتر الذي يؤدي بدوره إلى النكوص، وإلى أنماط محددة من السلوك تميز مراحل الطفولة خلاصاً من الموقف المحبط وبمعنى آخر أنه عند وجود قوة نفسية كالدوافع والحاجات، إذا واجهتها حواجز صلبة من الإحباطات يجعلها تعود بقوة إلى مراحل سابقة من النمو ويكون الفرد في هذه الحالة قد استعمل ميكانيزم دفاع مرضي، وبذلك تبدو استجابته الهادفة إلى التخفيف من الضغط غير سوية، كما يمكن أن تكون عصابية، وفي كلتا الحالتين يجد الفرد نفسه في لحظة الإحباط و في موقف عدائي نحو الواقع المحبط. (البشاري، 2015، ص: 29)

لم يتفق الكثير من علماء النفس مع فرويد على أن العدوان غريزة فطرية، وإنما افترضوا أن العدوان عبارة عن دافع مرتبط مع الإحباط الناجم عن عدم القدرة على تلبية الحاجات، وأن التعبير عن العدوان يؤدي إلى خفض التوتر الناجم عن الإحباط، فقد صاغ كل من

ميلر ودولارد (Miller & Dollard (1939 ما يسمى بفرضية الإحباط العدوان، والتي تقول إن كل إحباط يقود إلى عدوان، وكل عدوان يسببه إحباط، وكلما ازداد الإحباط وتكرر حدوثه، ازدادت شدة العدوان.

ويختلف الأفراد في درجة تحملهم للإحباط وإدراكهم له، وتلعب التنشئة الاجتماعية دورا كبيرا في تعليم الفرد تحمل الإحباط الناجم عن عدم إشباع الدوافع، ويعتبر الإحباط قصير الأمد مفيدا وفاعلا، ويعمل كقوة دافعة للفرد لتساعده على إزالة العوائق سواء كانت خارجية أم داخلية.

ويمكن أن يؤدي الإحباط إلى اتخاذ موقف دفاعي يشوه الواقع، ولا يرى فيه الفرد الأسباب الحقيقية التي تقف وراء فشله في تحقيق أهدافه أو تلبية حاجاته، وفي الحالات المتطرفة من الإحباط قد يحدث النكوص، وقد يقود الإحباط إلى العدوان.

وإن أهم انتقاد واجهته هذه النظرية أن الإنسان قد يقوم بالسلوك العدواني دون أن يكون قد تعرض إلى الإحباط، وكذلك أن الأفراد يختلفون في ردة فعلهم تجاه الإحباط، فقد لا يقوم الإنسان بالسلوك العدواني حتى لو تعرض إلى إحباط. (محمد بنات، 2008، ص ص: 76-77).

ومن أشهر علماء هذه النظرية ميلر روبرت وسيزر جون دولارد وغيرهم حيث ينصب اهتمام هؤلاء العلماء على الجوانب الاجتماعية للسلوك الاجتماعي، وقد عرضت أول صورة لهذه النظرية على فرض مفاده وجود ارتباط بين الإحباط والعدوان، (الإحباط ← استجابة عدوان) فالعدوان من أشهر الاستجابات التي تثار في الموقف الإحباطي ويتم ذلك بهدف إزالة المصدر أو التغلب عليه أو كرد فعل انفعالي للضيق والتوتر المصاحب للإحباط، ومن خلال الاستنتاجات التي توصل إليها أصحاب هذه النظرية من دراستهم للعلاقة بين الإحباط والعدوان واعتبارها بمثابة الأسس النفسية المحددة لهذه العلاقة يمكننا ان نستنتج ما يلي:

تختلف شدة الرغبة في السلوك العدواني باختلاف كمية الإحباط وترجع كمية الاختلاف لثلاثة عوامل وهي:

1- شدة الرغبة في الاستجابة المحيطة:

أ. مدى التدخل أو إعاقة الاستجابة المحيطة؛

ب. المرات التي أحبطت فيها الاستجابة؛

ج. أن العدوان الموجه ضد الذات لا يظهر إلا إذا تغلب على ما يكف توجيهه أو ظهوره ضد الذات.

2- قد تحدث الاستجابات العدوانية نتيجة للتقليد

3- كف السلوك العدواني في المواقف الإحباطية بمثابة إحباط آخر يؤدي إلى ازدياد ميل الفرد للسلوك العدائي ضد مصدر الإحباط الأساسي. (الزليطي، 2014، ص187)

3-2- النظرية السلوكية:

يرى بعض السلوكيون أن الإحباط يؤدي إلى العدوان وذلك من منطلق الأساس الذي يستندون إليه (مثير-استجابة)، والواقع أن التجريب وملاحظة السلوك فيما يتعلق بموضوع الإحباط، لا يأتي سوى بنتائج جزئية أو سطحية وخاصة أن مواقف الإحباط التجريبية المصنفة قلما تحدث تأثير مطابقاً للحالة الإحباط

حيث يشير مدلول الإحباط الى الحالة التي يكون عليها الإنسان أكثر من إشارته الى الظروف الخارجية، فقد يكون عامل الإحباط إما عقبة وهمية يتخيلها الشخص أو عقوبة واقعية وطبقاً لمستوى الإحباط يتخذ تأثيره في السلوك". فالإحباط ناتج عن عوامل خارجية، تكون سبب في ظهور العدوانية لدى الفرد. (عابد، 2015، ص:13)

3-3 النظرية العامة للإحباط (سول روزنزفايغ):

عرف روزنزفايغ **Rosenzweig** الإحباط بأنه "يحدث في كل مرة يتعرض فيها طريق الفرد إلى حاجز أو مانع يحول دون إشباع حاجة حيوية أيا كانت"، وحالة التوتر والضغط الناتجة عن منع إشباع الدافع الملح يجعل العضوية في حالة دفاع سيكوبيولوجي من المستوى الثالث مستوى الدفاع عن الأنا أو عن الشخصية ضد الاعتداءات السيكولوجية ويعتبر ضغط نفسي كل وضعية مثيرة تجعل العضوية تحت التوتر، وقد ميز روزنزفايغ بين نوعين من الإحباط هما:

1- الإحباط الأولي: في هذا النوع ينشأ الإحباط عن غياب موضوع إشباع الحاجة

النشطة وهو ما يمكن أن نطلق عليه الحرمان مثل شخص جائع وليس لديه أكل.

2- الإحباط الثانوي: في هذا النوع ينشأ الإحباط عن وجود عائق دون إشباع الحاجة

الملحة، أي أن الشخص في حالة جوع ملح إلا أن هناك ما يمنعه عن تناول الطعام

مثلا (الإحباط الثانوي وحده ينطبق عليه التعريف السابق لمفهوم الإحباط) .

(البشاري، 2015، ص: 15)

4- العوامل المحددة لشدة الإحباط:

هناك عدة عوامل محددة لشدة الإحباط نذكر منها:

4-1 قوة الدافع المحبط:

يعبر عن حاجة غير مشبعة يريد الفرد أن يشبعها، ويترتب على وجود هذه الحاجة غير المشبعة لدى الفرد نوع من القلق، أو التوتر أو عدم التوازن، والذي يزول تماماً إذا أشبعت الحاجة بالكامل، ويزول جزئياً إذا أشبعت جزئياً، ويضل على ما هو عليه أو يزيد أو يتطور إلى إحباط إذا لم تشبع الحاجة تماماً. (علا، 2017، ص: 23)

4-2 شدة الحاجز المحبط:

يختلف الحاجز المحبط من موقف إلى آخر من ناحية قوته ومدته ودرجة تهديده، فكلما أحس الفرد بقوة الحاجز وطول مدته واستشعر تهديده لذاته أصبح من الصعب عليه أن يتحمل حالة الإحباط الناجمة عن هذا المانع القاهر، وباعتبار الأفراد يمكن أن تكون لهم أهداف تحتاج إلى مدى طويل ومجهودات لتحقيقها، فإن وجود العائق يستمر معه على طول المسيرة نحو الهدف وإذا لم يتحقق الإشباع، ولم يستطع الفرد التغلب على ذلك العائق رغم الجهد المبذول فإن مثل هذا الإحباط المتواصل قد يزيد من حدة التوتر. (عزيري، 2016، ص: 48)

4-3 تكرار الإحباط:

فبتكرار عدد مرات الإحباط تضعف قدرة على تحمل الإحباط، مهما كانت قدرة الفرد عالية في تحمل الإحباط (سرفاني، 2017، ص: 22)

4-4 شخصية الفرد:

يتباين مدى تأثر الأفراد بالمواقف الإحباطية، فقد يظهر قوياً وشديداً عند شخص مقابل ظهوره ورؤيته لشخص آخر بأنه ضعيف القوة ولا تأثير له، بينما قد تكون حالة الإحباط ناجمة عن عوائق خارجية تعمل على حدوث الإحباط.

5- علاقة الإحباط بالصحة النفسية:

تختلف علاقة الإحباط بالصحة النفسية بحسب مستوى الإحباط و مرات حدوثه، فعندما يتعرض الشخص للإحباط الخفيف يزيد جهده، و يتأثر من أجل إزالة العائق و التحايل عليه، أو يعدل أهدافه أو يؤجلها أو يغيرها بأهداف يمكنه تحقيقها، و هذا المستوى من

الإحباط مفيد من وجهة نظر الصحة النفسية، لأنه يدفع الشخص إلى تنمية قدراته، و تحسين استجاباته وأساليب توافقه، و يشجعه على تميزها يضاف إلى هذا أن نجاح الشخص في تحقيق أهدافه يعد جهد ومثابرة، يمنعه ويرضيه نفسياً أكثر من تحقيقها بسهولة و يسر، لان المثابرة على بذل الجهد تساهم في، إثبات كفاءته، و اكتسابه للخبرات الجديدة.

من هنا يتفق علماء الصحة النفسية على ضرورة تعويد اطفالنا من الصغر على تحمل الإحباط، و مواجهة العوائق والصعوبات بأساليب مباشرة بناءة، و تدريبهم على تحقيق أهدافهم بالجد والاجتهاد والمثابرة، على تأجيل إشباع بعض حاجاتهم و تعديل بعض أهدافهم، أو تغييرها بما يتناسب قدراتهم و إمكانياتهم، حتى ترتفع عتبة الإحباط عندهم، و تتضح شخصيتهم، و تتحسن قدراتهم وأساليب توافقهم، و يعتبر التعرض للإحباط الشديد في بعض الأحيان أمراً عادياً في الحياة اليومية لا يضر بالصحة النفسية، لأن الإنسان العادي لا يستطيع إشباع جميع رغباته، ولا يستطيع تحقيق كل أهدافه في الحياة، فيشعر بالإحباط والقلق ويلجأ للحيل النفسية الدفاعية من حين إلى آخر، وهذا أمر طبيعي يجب أن نتكيف معه.

ويحول التعبير عن العدوان نتيجة الإحباط دون ظهور أساليب سلوكية أخرى غير عدوانية كما أن تفرغ الطاقة النفسية من خلال العدوان يمنع حدوث العدوان بصورة أخرى. (بن طراد، 2017، ص: 645)

6- أسباب الإحباط: يمكن حصرها في:

6-1 العوائق الشخصية:

تتمثل في العيوب والنقائص الشخصية وقد تكون هذه العيوب بدنية او نفسية أو عقلية مثل العجز الجسمي، وقصور استعداداته العقلية والمعرفية، وسماته المزاجية الانفعالية.

- إدراكات الفرد لدوافعه ولحاجاته ولنفسه وللمواقف التي يخبرها وما تحمله من دلالات.
- ضعف الحالة الدافعية العامة للفرد.

- مقدرة الفرد على تحمل المواقف الإحباطية، ومواجهة المواقف الصراعية

6-2 العوائق الاجتماعية:

تنشأ من تصرفات وأعمال بعض الأشخاص الآخرين وكذلك تنشأ من القيود التي يفرضها المجتمع من عادات وتقاليد التي ينشأ فيها الفرد.

6-3 العوائق المادية :

هي العراقيل المتمثلة في بعض الأموال التي تقف حاجز بدون تحقيق الحاجة للإحباط عدة عوامل تكون سبب في ظهوره، منها المتعلقة بوجود مشاكل على المستوى الشخصي أو مشاكل تتعلق بالجانب الأنثروبولوجي وحتى الجانب المادي الذي يقف حائل بينه وبين طموحات الفرد. (عابد، 2015، ص:14)

6-4 العوائق البيئية:

وتحتوي على عوامل فيزيقية كالمرتفعات والمنخفضات والجبال والطقس وعوامل مادية كالتقاعد والنظم والقوانين والمؤسسات إلى غيرها من العوامل التي يمكن أن تكون سببا مباشرا أو غير مباشر. (الحضري، 2018، ص: 443)

7- استراتيجيات التعامل مع الإحباط:

يختلف الأفراد في استجاباتهم للمواقف المحبطة وما ينتج عنها من ضغوط وقلق وتوتر اختلافاً واضحاً، جعل العلماء يبحثون فيما إذا كان رد فعل شخص ما تجاه الضغوط هو مجرد استجابة مكتسبة تم تفضيلها أثناء الوضعية بقصد التكيف أم هو سلوك يدخل ضمن استراتيجية كلية يمكن أن توصف بأنها (مجموعة متباينة من المعارف والمواقف السلوكية والموارد النفسية والأساليب الدفاعية كلها مدركة معاً وديناميكياً، كعنصر من استراتيجية تكيفية اتجاه الضغوط الخارجية والداخلية وما يمكن تفصيله في هذا التعريف هو أن استراتيجية التعامل الكلية متكونة من أربعة عناصر تعرض على الفرد في مجال ديناميكي لمعالجة الضغوط

يتمثل العنصر الأول في المعارف وهي وعي وإدراك الفرد لكل جوانب الموقف فيتمكن بذلك من تقييمه، أما العنصر الثاني فيتمثل في الموقف السلوكي والذي يتضمن رد الفعل الظاهر اتجاه مثير ما، والعنصر الثالث يتمثل في الموارد النفسية ومنبعها الطاقة النفسية المجندة لمواجهة الضغوط المتمثلة في الإرادة والمثابرة، أما العنصر الرابع الأساليب الدفاعية وهي أليات لاشعورية تعمل على حماية الأنا من الاعتداءات الداخلية والخارجية (بلحسيني، 2002، ص 80)

7-1- الحل المتعمد للمشكلة:

ينظر الناس غالبا إلى الصراعات والإحباطات على أنها مشكلات يتوجب حلها، وقيمون الموقف بطريقة عقلانية ويحددون الإجراءات المناسبة ثم يقومون بالإعداد المباشر لتقوية مصادرههم وتقليل الضرر الكامن.

إن هذه الاستراتيجية تعتبر أسلوب معالجة واقعي يتكون من الخطوات التالية:

أ- التقييم العقلاني للموقف؛

ب- تحديد الإجراءات المناسبة؛

ج- التنفيذ المباشر للمخطط وتقليل الضرر.

غير أن هذه الاستراتيجية تتطلب من الفرد القدرة على تحمل الإحباط، وتأجيل الإشباع حتى يتسنى له فرصة فحص المشكلة، وتطوير أحسن الحلول الممكنة لتحقيق الهدف وهذا ما أكده خليل الشرقاوي حيث اشار بأنه في حالة العمل على مضاعفة الجهد للتغلب على الموقف المحبط، فإن المهارات المكتسبة التي يعمل الفرد على تمنيها قد تفتح أمامه أفقا جديدة يمكن استغلال نتائجها لاحقا. (عزيري، 2016، ص:46).

7-2- أحلام اليقظة:

تعني أحلام اليقظة أن يقوم الفرد بتصور قصص معينة استطاع فيها التغلب على جميع المعوقات وبمعنى آخر فهي هروب من الواقع إلى الخيال، الذي يستطيع أن يحقق فيه تلك الحاجات بصورة خيالية تخلو من القيود المنطقية الاجتماعية التي تهيمن على تفكير الفرد وسلوكه فيبني قصورا في الهواء ويتخلص بذلك من القلق الناجم عن إحباط دوافعه فترى الضعيف يحلم بالقوة والفقير بالمال. (بن حنة، 2015، ص ص: 27-28)

7-3- العدوان:

العدوان أحد ردود الفعل المنتشرة بين الأفراد. ويمثل تصرفا معيناً موجهاً إلى شخص ما أو شيء ما بهدف إحداث الأذى أو إلحاق الضرر أو التخريب. وقد يوجهه الفرد إلى المصدر الأساسي الذي تسبب في إصابته بالإحباط أو إلى مصدر آخر (سواء فرد أو شيء) يستخدمه الفرد كبديل للمصدر الأساسي الذي تسبب في إحباطه، وتعتمد درجة قوة

العدوان على عدد المرات التي أحبطت فيها الاستجابة، وكذلك على شدة الرغبة في الاستجابة المحبطة. (الموسوي وآخرون، 2011، ص:128)

الخلاصة:

في الاخير باعتبار أن أحد الجوانب المتأصلة في الحياة البشرية هو حقيقة افتراض استحالة تحقيق كل ما يريده المرء وفي اللحظة التي يرغب فيها، فإن النقطة الأساسية تكمن في القدرة على إدارة وقبول هذا التناقض بين المثالي والحقيقي وبالتالي، فإن أصل المشكلة لا توجد في المواقف الخارجية نفسها، ولكن في الطريقة التي يواجهها الفرد، من هذا المنظور الإحباط نستخلص ان الاحباط هو حالة متوترة يمكن أن تسببها أنواع مختلفة من العقبات التي تحول دون تحقيق الأهداف. في الوقت نفسه، تكون العوائق موضوعية (لا تنشأ عن خطأ الشخص محبط)، وذاتية، تظهر نتيجة قرارات شخصية يتكون من الموقف الحقيقي وطريقة ادراكه فلهذا نمو الفرد انفعالياً يتوقف قطعاً على التفاعل الذي يتم بين عمليات النضج الجسدي والعقلي وعمليات التعلم من المحيط

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

تعتبر الدراسة الميدانية الإطار الذي يتم على مستواه تجسيد كل ما هو نظري في الدراسة والهدف منه هو عرض مختلف الخطوات المنهجية التي اعتمدنا عليها لتحقيق الأهداف المذكورة سابقا يتم في هذا الفصل استعراض كل من المنهج المستخدم في هذه الدراسة من ثما إعطاء تعريفا شاملا للمنهج العيادي، مع ذكر الحدود المكانية والزمانية والمجال البشري بالإضافة إلى شرح الأدوات المستعملة والتي تشمل: المقابلة العيادية نصف موجهة والاستعانة بشبكة سيكا واختبار روزنزفايغ للإحباط يجدر الإشارة انه كان من المقرر اجراء المقابلة مع 3 حالات لكن تم الاستعانة بحالة واحدة فقط وذلك جراء ما تمر به البلاد من وباء كورونا

1- منهج الدراسة:**المنهج العيادي:**

تعددت التعريفات حول مفهوم "المنهج" حيث يعرفه الدكتور محمود احمد درويش على انه " مجموعة من القواعد التي يتم وضعها بغرض الوصول إلى الحقيقة العلمية"، بمعنى أنه "الطريقة أو الخطة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة لاكتشاف الحقيقة المتعلقة بموضوع أو مشكلة البحث". كما تعني كلمة "منهج (Method)" "لغويا طريقة أو فعل أو تعلم شيء معين وفقا لبعض المبادئ بصورة مرتبة ومنسقة ومنظمة"، والمنهج بمعناه الاصطلاحي يقصد به "الطريق الأقصر والأسلم للوصول إلى الهدف المنشود". (درويش، 2019، ص:61).

وتتبع هذه الدراسة المنهج العيادي الذي يعرف على انه الطريقة التي تنظر إلى السلوك بمنظور خاص فهي تحاول الكشف بكل موضوعية عن كينونة الفرد والطريقة التي يشعر بها والسلوكيات التي يقوم بها في موقف ما وكذلك الكشف عن الصراعات النفسية مع إظهار دوافعها وما يقوم به من السلوكات إزاء هذه الصراعات من أجل التخلص منها. (غويني، 2016، ص: 53).

أما فيما يخص استخدام المنهج العيادي في الدراسة تم توظيفه بهدف التعرف عن المعاش النفسي لمريض السيلياك والاثار والاضطرابات النفسية المصاحبة للمرض فيسمح المنهج العيادي بتناول السيرورات السيكلوجية، والتعرف على المواقف والتصرفات للفرد اتجاه وضعيات محددة (المرض)،

اعتمدنا في بحثنا على المنهج العيادي وتطبيق دراسة الحالة نظرا لطبيعة الموضوع المدروس، بحيث يمكننا هذا المنهج من الملاحظة المطولة والمعمقة لأفراد العينة والتعرف قدر الإمكان على ظروف حياتهم.

2- مجموعة الدراسة:

تم اختيار مجموعة الدراسة حسب طبيعة الدراسة العلمية واستهدف هذا البحث فئة الراشدين من جنس النساء المريعات بالسيلياك وتم اختيارها بطريقة الانتقاء القصدي

وتعرف أيضاً بالعرضية، أو العمدية، أو الهادفة، وهي العينة التي يتم اختيارها لغرض معين أو قصد محدد كونها تحقق أغراض الدراسة التي يقوم بها الباحث.

1-2- معايير الانتماء إلى مجموعة البحث:

لكي ينتمي الفرد إلى مجموعة دراستنا يجب أن تتوفر فيه الخصائص الآتية:

- ان تكون من الجنس انثى
- ان تكون مريضة بمرض السيلياك المثبت وفق تشخيص طبي من قبل طبيب مختص في الامراض الهضمية منذ مدة لا تقل على ثلاثة سنوات على الاقل وهذا لضمان عنصر الازمان (la chronicité)
- السن: ان تكون راشدة قانونيا 23 اي تبلغ من العمر 23 فما فوق (اهمية الفرق بين الرشد القانوني والرشد النفسي) وهذا رغبة منا في تقادي المراهقة وهذا باعتبارها مرحلة تغيرات وانقلاب نفسي جسمي يؤثر على تصور الذات وصورة الجسم والطفولة اين تكون التنظيمية النفسية مفتوحة وقابلة للتغيير (راشدات)
- ان يكون هنالك خلل في التنظيم التدريجي للمرض (بالرجوع الى نظرية بيار مارتى) يشير انه في الامراض المزمنة يمكن لحركة اختلال التنظيم عند ظهورها في حياة الأفراد أن تأخذ شكلا سريعا، أو بالعكس بطيء، وتكون مطبوعة بفترات راحة فعدم الالتزام بالحمية الغذائية عند مريض سيلياك يساهم في حركة اختلاله للتنظيم لا تتوقف، (من درجة الاولى الى الاخيرة) وذلك ما يؤدي إلى المرور من عرضية جسدية إلى أخرى، أو يؤدي إلى التعقيد والخطورة المتزايدة للعرضية العامة، في هذه الحالات العلاجات الطبية والعلاجات النفسية الثقيلة تصبح عاجلة.
- ان لا تكن مصابات باي مرض عضوي اخر.

2-2 مجموعة الدراسة:

مجموعة الدراسة تتكون من (حالة واحدة) حيث تشير العديد من الدراسات ان هنالك احتمالية كبيرة أن يتداخل مرض الاضطرابات الهضمية (سيلياك) مع وظيفة المرأة التناسلية،

هذه الحقيقة غير معروفة لمعظم مقدمي الرعاية الصحية، والأمر الأقل غرابة أنها غير معروفة أيضًا لمعظم الأشخاص الذين يعانون من مرض الاضطرابات الهضمية. (Blumer, Crowe, 2010, p : 224)

وهو الأمر الذي يدفعنا للتساؤل حول خصوصية التوظيف النفسي لمرض السيلياك وعلاقته بالجسد الانثوي فهل يؤدي مرض السيلياك إلى تغيرات في إدراك الجسد والتفاعل الاجتماعي والتجربة العاطفية والتشكيك في الخطط المستقبلية لدى راشدات مريضات به.

جدول رقم (5-1): يوضح خصائص مجموعة البحث

الأسماء	السن	المستوى الدراسي	درجة الإصابة	مدة الإصابة	شكل السيلياك
خ،ق	34	مهندسة	مارش IV	7 سنوات	صامت

(درجة الإصابة عند التشخيص).

نلاحظ من خلال الجدول ان الحالة محل الدراسة هي من جنس الاناث وذلك حسب معايير انتقاء العينة وان الحالة (خ ق) راشدة قانونيا تبلغ من العمر 34 سنة وهذا يتوافق مع معايير انتقاء المجموعة وفيما يخص الحالة الاجتماعية فالحالة عزباء في هذ السياق تشير دراسات اجنبية ان النساء المريضات بالسيلياك غالبا ما يشعرون بالقلق حيال تأثير سيلياك على الحمل والإنجاب، فضلا عن توريث المرض وهذا ما يجعلهم غالبا يمتنعون عن الزواج نظرا للعراقيل التي يعتقدون انها ستواجههم.

اما فيما يخص المستوى التعليمي فالحالة لديها مستوى دراسي مرتفع وهذا ما يعكس غالبا زيادة في الوعي بمرضها وأبعاده والتعرف على الحدود التي يفرضها المرض وإعادة تعريف بعض جوانب الهوية الشخصية لتجنب التحديات غير المجدية والمرهقة ضد الذات فالأشخاص الذين يتمتعون بمستوى تعليم يكتسبون الاتجاهات الصحية السليمة التي تمكنهم من التعامل مع المشكلات التي يتعرضون لها.

ونلاحظ كذلك ان الحالة ظهر سيلياك لديها بشكل صامت بتطورات مختلفة حيث يصعب تشخيص هذا النوع من سيلياك لأن الأعراض غالبًا ما تكون غير نوعية، (سوء الامتصاص، فقدان الوزن، الإسهال وآلام البطن...)، كل هذه الاعراض، في الواقع، لا تمثل سوى قمة جبل الجليد من المظاهر السريرية، والتي غالبًا ما تُعزى، إلى أمراض أخرى، وظيفية بشكل

عام، مثل متلازمة القولون العصبي من جهة أخرى ضمور الزغابات (تلف بطانة الأمعاء) قد يستمر في الحدوث، مما ينذر بالتطور النهائي لإصابة الأمعاء العنوية والشديدة، التي تظهر على أعضاء متعددة بدرجات متفاوتة من الشدة تشمل قائمة طويلة من الأعراض المصاحبة للطفح الجلدي، وتقرحات الفم، وهشاشة العظام اما شدة الإصابة فهي تختلف حسب درجة الإصابة التي يتم فيها الاعتماد على تصنيف مارش حيث قدم الدكتور مايكل مارش نظام التصنيف في عام 1992 لوصف مراحل التلف في الأمعاء الدقيقة كما تظهر تحت المجهر، والمعروفة أيضًا باسم التغيرات النسيجية. تراوحت بين 0 إلى 4 نلاحظ ان سيدة (ق.خ) كانت في المرحلة الاخيرة من الإصابة (ضمور زغبي كامل).

3- مجالات الدراسة:

3-1 المجال المكاني:

التعريف بالمركز:

اجرينا جزء من الجانب الميداني بمركز المساعدة النفسية الجامعي بجامعة محمد بوضياف بالمسيلة بفرعيه القطب والمدينة و الذي تم افتتاحه في 17 سبتمبر 2018 بجانب عيادة جامعة المسيلة تحت اشراف دكتورة مديرة مركز المساعدة النفسية بوعلاقة فاطمة الزهراء يتوجه بمهامه الى الطلبة، العمال يهدف الى تأمين جلسات نفسية للإصغاء والمساعدة للطلبة في إطار عمل يضمن المهنية والسرية والحيادية اليقظة مع ضمان تكوين متواصل لطلبة علم النفس العيادي ليسانس و ماستر في مادة "التكفل النفسي" من خلال محاضرات متقدمة في الميدان العلاجي بكل التيارات المتعارف (التحليلية، الانسانية، المعرفية- السلوكية-العصبية...الخ) و كذا الملاحظة بالمشاركة ضمن الجلسات النفسية. كما ان السبب الرئيسي في اختيار مركز المساعدة النفسية كونه سهل علينا الحصول على المعلومات والمعارف والآراء المتنوعة من طرف طاقم المساعدة النفسية من أساتذة وطلبة دكتوراه في الاختصاص وممارسين عياديين من داخل الجامعة التي تساعدنا في تحليل أبعاد ومؤشرات الموضوع ولضمان السير الحسن للمقابلات بتوفير شروط ملائمة كالمكان والزمان.

كان من المقرر ان باقي تكون المقابلات واستقبال الحالات في مركز المساعدة النفسية جامعة محمد بوضياف بعد انتهاء السداسي الأول، لكن نظرا للظروف التي تمر بها البلاد

جراء الوباء العالمي لم نستطع التواصل مع باقي الحالات. لذلك تم اجراء باقي المقابلات وتطبيق الاختبار في المنزل. مع الحرص على الجدية في العمل وتحري الموضوعية والحيادية.

3-2 المجال الزمني:

تم إجراء هذه الدراسة الميدانية في الفترة الممتدة من 14/12/2019 الى 20/01/2020

3-3 المجال البشري:

تضمن المجال البشري لهذه الدراسة 04 حالات راشدات مريضات بمرض السيلياك ولكن تمت مقابلة الحالة الوحيدة (خ، ق).

الجدول رقم (5-2): يوضح ملخص للمقابلة مع الحالة (خ)

الهدف من المقابلة	تاريخها	مدتها	المقابلة
التعرف على الحالة وكسب الثقة	14/12/2019	ساعة ونصف	المقابلة الاولى
التعرف على تاريخ المرض وطريقة تطوره والإبلاغ عنه	20/12/2019	45 دقيقة	المقابلة الثانية
استكشاف العلاقة بين المريض والطبيب باعتبارها تشكل عاملاً رئيسياً في قدرتهم على الالتزام بالنظام الغذائي	25/12/2019	ساعة ونصف	المقابلة الثالثة
التعرف على معاش التشخيص وكيفية الاستجابة للمرض وتطبيق اختبار روزنزفايغ	05/01/2020	ساعتين و 20 د	المقابلة الرابعة
الحمية الغذائية. ومستوى الالتزام بها	07/01/2020	ساعتين	المقابلة الخامسة
كيفية تأثير المرض على صورة الذات والعلاقات الاجتماعية والنظرة للمستقبل	16/01/2020	ساعة و 50 د	المقابلة السادسة
التعرف على الطابع التطوري للمرض (زواج عمل إنجاب)	20/01/2020	ساعة واحدة	المقابلة السابعة

التعليق على الجدول:

تم إجراء 7 مقابلات شخصية مع الحالة كان الهدف من إجراء المقابلة الأولى هو جمع المعلومات الأولية ومعرفة التاريخ المرضي للحالة التي استمرت لمدة ساعة ونصف كما هو موضح في الجدول اما المقابلة الثانية والثالثة كانت تهدف الى التعرف على معاش نفسي للحالة ورحلة التشخيص بداية من ظهور الأعراض الهامة التي أدت إلى إلحاق الحالة لطلب العلاج والابلاغ بالإصابة بالمرض وصولا الى معرفة دور التمريض في الالتزام بالحمية الغذائية، وتم تخصيص مقابلة الرابعة لتطبيق اختبار الاحباط المصور لروزنزفايغ مع الحالة والذي دام مدة ساعتين و 20 دقيقة ويعود ذلك الى شدة تركيز الحالة والاهتمام والحماس اثناء تطبيق الاختبار اما المقابلات الاخيرة فكان يمتد الوقت فيها لساعات (خاصة في المقابلة الخامسة) حيث تم طرح اسئلة تتعلق، بإدارة النظام الغذائي خالٍ من الغلوتين، لأنه يتلامس مع المريض بعد تشخيصه بمرض الاضطرابات الهضمية وكذا تأثيره على صورة الذات وحياة الاجتماعية وادراك المستقبل و كانت متعاونة جدا في الإجابة على جميع الأسئلة التي وجهت لها.

4- ادوات الدراسة:**4-1 المقابلة العيادية نصف موجهة:**

تعتبر المقابلة من الأدوات أكثر انتشارا وشيوعا في مجال البحوث النفسية والسلوكية كونها اتصال مباشر بين المختص النفسي والمريض وذلك بهدف تسهيل الاتصال مع حالات موضوع الدراسة، وجمع معلومات والمعطيات حول الحالات من شتى الجوانب الاجتماعية النفسية لكشف عن مراحل النمو لدى الحالات من (فترة الحمل الى السن الحالي) ومعرفة علاقة الحالات بالمحيط الاسري والعملي والدراسي. (غال، 2017، ص ص: 108-109).

ويعرف محمد حسن غانم المقابلة نصف موجهة على انها سلسلة من الاسئلة التي يأمل منها الباحث الحصول على اجابة من المفحوص دون ان يأخذ شكل تحقيق وانما يتطرق فيه الباحث الى الموضوعات الضرورية للدراسة من خلال محادثة تكفل قدرا كبيرا من حرية التصرف ويحرص ان لا يقترح أي اجابات مباشرة او غير مباشرة. (منقور، 2016، ص: 47)

لذلك فإن طبيعة الدراسة التي نقوم بها تستدعي استعمال المقابلة النصف الموجهة، لأنها تخدم الدراسة فهي ليست مفتوحة تماما اذ انها تحدد للمفحوص مجال السؤال وتقدم له نوعا من الحرية في حدود السؤال المطروح.

4-1-1 دليل المقابلة:

يمثل دليل المقابلة" الأداة التي تركز عليها مقابلة البحث، يتضمن كل الأسئلة التي يحتمل طرحها أثناء مقابلة الشخص المستجوب، فهو يحتوي على كل ما نريد معرفته تماشيا مع تحديد مشكلة البحث" قمنا ببناء دليل مقابلة من أجل أن نستند إليه في مقابلتنا مع الحالات، ويحتوي على الأسئلة التي تتعلق بموضوع البحث وبإشكاليته.

4-1-2 محاور المقابلة:

- المحور الاول:

يتعلق بمعلومات اولية عن الحالة تم طرح مجموعة من الاسئلة تتعلق بمعلومات عن المريضة: المهنة، السن، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، وذلك بهدف تجميع المعلومات الهامة وذات الدلالة

- المحور الثاني:

التشخيص وردود فعل اتجاه الاصابة بمرض السيلياك تم طرح ما يقارب 10 اسئلة حول ذلك بهدف التعرف على طريقة استجابة الحالة للإصابة بمرض السيلياك.

- المحور الثالث:

خاص بالحمية الغذائية والالتزام بها تم طرح 12 سؤال وذلك بهدف التعرف على المشكلات التي تعاني منها الحالة في حياتها اليومية التي تتعلق باتباع نظام غذائي خالي من غلوتين.

- المحور الرابع:

صورة الذات والعلاقات الاجتماعية تم طرح 8 اسئلة وذلك بهدف التعرف على تأثير تطور مرض سيلياك على أبعاد محددة للهوية الاجتماعية لدى الحالة، باعتبار أن رؤية الأعراض والمرض يلعبان دوراً مهماً في تقدير الذات لدى الشخص.

- المحور الخامس:

الطابع التطوري للمرض وانعكاساته على مستقبل الحالة الزواج والانجاب والعمل تم طرح 6 تساؤلات وذلك بهدف التعرف على قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى الحالة.

4-2 شبكة السيكا (La Grille Secca):

وهي نموذج للتحليل الوظيفي مرتبط بالمدرسة العلاجات المعرفية السلوكية التي يرمز لها بالفرنسية TCC وباللغة الانجليزية (CBT) يرجع هذا النموذج لصاحبه الدكتور كوترو Cottraux سنة 1985، حيث طوره وفق بعض الاضطرابات كاضطراب الكآبة وحالات القلق والفوبيا والمشاكل الجنسية وغيرها، وتستهدف في تحليلها ما يلي:

- المثير S' Stimulus
- الانفعال E' Emotion
- الجانب المعرفي C' Cognition
- السلوك C' Comportement
- التوقع A' Anticipation

وهي جد مستعملة على نطاق واسع وعمد كوترو تقسيمها الى عمودين أساسيين الاول يتزامن مع الاضطراب (Synchronique) والثاني يحلل تاريخ الحالة وكل السوابق (Diachronique).

فالأول يتيح لنا تحليل كل ما يتعلق بالتفاعلات في إطار جوانب المثيرات والانفعالات - الأفكار - السلوك، كما تحلل النواتج المتعلقة بالمحيط وأثر الاضطراب على المحيط الاجتماعي. (شيحا، 2017، ص: 59).

استخدمنا نموذج سيكا SECCA للوقوف على التحليل الدقيق الذي يدعم الخطوات القاعدية التي تحصلنا عليها في المقابلات وكذا تسمح لنا بالتعرف على العلاقة الموجودة بين افكار وسلوكات ومحيط الاجتماعي للحال.

4-3 اختبار روزنزفايغ للإحباط المصور :Rozenzweig Picture Frustration:

واعتمدنا في دراستنا على اختبار واحد متمثل في اختبار الإحباط المصور لروزنزفايغ ارتأينا اختيار هذا النوع من الروايز لكون المتغير التابع المراد قياسه هو الاحباط، فعلى

الرغم من أنه يدرس فقط منطقة محدودة من الشخصية، إلا أنه أحد أكثر الأساليب موضوعية بين التقنيات الإسقاطية، بسبب صياغته الكمية، ويمكن أن يكون هذا الأخير بمثابة إشارة أو حافز داخلي، ونقطة انطلاق لأشكال جديدة من الاستجابات اتجاه المرض (سيلياك) حيث يستلزم إدخال الإحباط كمتغير وسيط للإشارة إلى الظروف السابقة (قبل الإصابة)، وتحديد العلاقات الوظيفية بين الإحباط وتلك الظروف.

أ- تعريف بالاختبار **Rozenzweig Picture Frustration** :

وضع هذا الاختبار سول روزنزفايغ، اعتماداً على نظريته في الإحباط والعدوان، ويتكون الاختبار من 24 صورة من أشكال الكرتون، تمثل كل منها موقفاً إحباطياً بين شخصين، ويقول أحد الشخصين شيئاً إما ليحبط الآخر، أو ليشير إلى الإحباط لدى ذلك الآخر، ويتوحد المفحوص بذلك الآخر، ويبين استجابته، وفي كل صورة يوجد مكان خال يكتب فيه المفحوص ما يمكن أن يجيب به الشخص الذي حدث له إحباط. (عبد الخالق، 1996، ص: 371)

ب- وصف الاختبار:

اختبار الإحباط المصور **Picture Frustration Study Rosenweig** لروزنزفايغ (1945) وهو من الاختبارات التي تجمع بين اللفظ والصورة، وهو معد في صورتين:

- الأولى للأطفال من سن 3 إلى 4 سنوات
- الثانية للراشدين من 14 سنة فما فوق.

تشمل كل صورة على سلسلة من رسوم كاريكاتيرية تشمل على شخصيتين رئيستين أحدهما يواجه موقف الإحباط والثاني يذكر شيئاً يستثير هذا الإحباط، أو يلفت النظر إلى الموقف المحبط ويطلب من المفحوص أن يسجل كتابة: ما الذي يمكن أن يجيب به الشخص المحبط على ما يذكره الشخص الثاني في الصورة، على أن يكتب أول فكرة تخطر في باله، والاختبار يمثل طريقة تداعي الصور وهي طريقة شبة إسقاطية التي تمثل مواقف اجتماعية كمثير بدلا من استخدام الكلمات. (فتحي، سلامة، 2015، ص: 222)

ولقد اعتمدنا في دراستنا هذه على اختيار روزنزفايغ لأنه في الغالب يتم الحديث عن إحباط في كل مرة يكون فيها عدم إشباع أو عدم إحساس باللذة من طرف الفرد، أي أن الإحباط عبارة عن عدم إشباع مطلب نزوي، لهذا يظهر في كل مرة تصادف فيها العضوية عائقا أو حاجزا (لا يمكن تجاوزه نسبيا) يقف في طريق المساعدة على إشباع حاجة حيوية

معينة وتسمى وضعية التنبيه التي تخلق هذا العائق بالإجهاد الذي يسببه ارتفاع التوتر. (جبار، 2015، ص: 261)

ج- تطبيق الاختبار:

يتم تطبيق الاختبار انطلاقاً من ان يقرأ الأخصائي النفسي كراسة الأسئلة ويوضح للمفحوص المطلوب، ويقوم المفحوص بحل الأسئلة والحل يكون من خلال كتابة عبارة يرد بها على العبارة المثيرة للموقف المحبط في اسئلة الاختبار.

ثم يقوم الأخصائي النفسي بتحديد الزمن الذي استغرقه المفحوص في إجابته، ويذكر أن الزمن المستغرق يتراوح عادة من 5 إلى 30 دقيقة.

ويطبق الاختبار فردياً او جماعياً، ولكن يذكر ان التطبيق الفردي أكثر ضبطاً، اما بالنسبة للصغار فإن الأخصائي النفسي هو الذي يقرأ الأسئلة للمفحوص ويكتب الإجابات بدلاً منهم وذلك بالطبع بسبب عدم إجادتهم القراءة والكتابة. (شحاته، 2007، ص:390).

وبعد أن يجيب المفحوص على جميع الأسئلة فإن الأخصائي النفسي يقوم بعملية الاستجواب للمفحوص، وهذا الاستجواب كأنه نوع من التدقيق او المراجعة من الأخصائي النفسي، حيث يستوضح من المفحوص بعض الردود التي قد يبدو عليها شيء من النقص او الغموض.

وتشتمل كراسة التعليمات على تصنيف الاستجابات المتوقعة من المفحوص على الأسئلة، ويذكر أن هذه التصنيفات شاملة وسديدة ولا يستطيع الأخصائي النفسي - بأي حال - تصحيح او تصنيف الاستجابات دون اللجوء إلى هذه النماذج وطريقة التصحيح تقوم على تصنيف استجابات المفحوص حسب ما يلي:

اولاً: ان العدوان يعبر عنه في اتجاهات ثلاثة هي العدوان تجاه الآخرين في البيئة المحيطة، والعدوان المرتد تجاه الذات، أو كظم العدوان وتجنب التعبير عنه.

ثانياً: أن العدوان يعبر عنه بأساليب ثلاثة هي مواجهة الصعاب والسيطرة عليها، وضبط العدوانية والتحكم فيها، أو محاولة تحقيق الهدف رغم الإحباط.

ويؤدي الاختبار في الأخير إلى درجة تشير إلى مستوى الاستجابة للإحباط، وإن كانت كمية إلا أن الأخصائي النفسي يقوم بعد ذلك بتحليل كفي لها وذلك من خلال دراسة استجابات المفحوص ونوعية هذه الاستجابات خاصة أثناء عملية الاستجواب. (شحاته، 2007، ص:391).

ومما تجدر الإشارة إليه أن عملية التتقيط عبارة عن ترميز للاستجابات المحصل عليها وعلى العموم كل استجابة تنقط حسب محورين رئيسيين: اتجاه العدوان ونمط الاستجابة. بالنسبة لاتجاه العدوان يقسم إلى 3 أجزاء:

- **عدوان موجه نحو الخارج (E):** يوجه العدوان نحو المحيط، غالبا نحو الفرد الذي تسبب في وضعية الإحباط، هذاما يظهر مثلا في استجابات من نوع: "، " إنك أحمق "، " احذر سوف أغضب "...الخ.

- **عدوان موجه نحو الذات (I):** العدوان يوجه نحو الفرد نفسه، ويظهر ذلك عندما يعترف المفحوص بخطئه وذنبه معبرا عن ذلك في استجابات من نحو: "آسف" و"استسمحك"...الخ.

- **تجنب العدوان (M):** يتجنب العدوان من خلال التقليل من أهمية الوضعية المحبطة واستبعاد المسؤولية عن جميع الأطراف، ويظهر ذلك مثلا في استجابات: "لا تقلق"، "إن هذا سيصلح"...الخ.

أما فيما يتعلق بنمط الاستجابة نجده بدوره يقسم إلى 3 أنماط هي:

- **سيطرة الحاجز (O.D):** هنا الحاجز المسبب للإحباط يبرز في استجابة المفحوص مثلما هو الحال في قوله: "إن هذا فضيع!"

- **دفاع الأنا (E.D):** يظهر في الاستجابات التي تأتي على شكل توبيخ، السبب جاء منه أو من الآخرين أو لا يوجد مسؤول، مثل استجابة "كيف ذلك؟ ربما أنت صدمتها".

- **دوام الحاجة (N.P):** تكون في الاستجابات التي ينصب فيها الاهتمام على حل المشكل، مثلما هو الحال في: "سأشتري واحدة أخرى". (جبار، 2015، ص: 263).

خلاصة:

في هذا الفصل قامت الباحثة بعرض مختلف الخطوات المنهجية التي تم الاعتماد عليها لتحقيق الاهداف المذكورة سابقا من خلال التعريف بالمنهج المتبع في الدراسة الذي يقوم على دراسة الحالات الفردية اي تم تطبيق المقابلة العيادية نصف موجهة وفق مجالات الدراسة (المكانية والزمانية) ومجموعة الدراسة وخصوصيتها وادوات الدراسة التي تسمح بالتعرف على المعاش النفسي لمرضى السيلياك. سيتم في الفصل الموالي عرض النتائج التي تحصلنا عليها من خلال تطبيق اختبار الاحباط المصور لروزنزفايغ وتحليله وشبكة سيكا والمقابلات نصف موجهة مع الحالة للوصول الى نتيجة علمية تؤكد تحقق الفرضيات او من عدم تحققها.

عرض وتحليل النتائج

تمهيد:

خصصنا هذا الفصل لدراسة الحالات وتقديمهم من خلال مقابلات نصف موجهة مضبوطة بتواريخ والزمن المستغرق في كل مقابلة، بالإضافة الى تحليل محتوى المقابلات التي أجريت وتطبيق اختبار الإحباط المصور لروزنزفايغ على الحالة، إضافة إلى تحليل النتائج ومناقشة الفرضيات الدراسة التي توصلنا إليها.

1- معطيات المقابلة:**1-1 البيانات الأولية للحالة:**

سيدة (خ، ق)، تبلغ من عمر 34 سنة غير متزوجة تعيش في اسرة تتكون من ام تبلغ من عمر 53 سنة والاب متوفي و3 اخوات واخ واحد الحالة الاجتماعية متوسطة ومتحصلة على شهادة مهندس دولة في قطاع الفلاحي، الحالة كانت تحت المتابعة العلاجية لطبيب مختص في امراض الجهاز الهضمي.

1-2 السيمائية العامة:**أ- البنية المورفولوجية للحالة:**

قصيرة القامة، بشرة سمراء، جميلة الشكل، نظيفة الهندام ابدت قبولها لإجراء المقابلة

ب- الملامح والايماءات:

- اللغة: واضحة لكن بوتيرة سريعة جدا.
- الاتصال: جيد كانت متعاونة معي من خلال المقابلات.
- الافكار: تبدو على اطلاع واسع في علم النفس افكارها منظمة.
- المزاج: المزاج متقلب تارة فرحة وتارة حزينة.
- الذاكرة والانتباه: الذاكرة قوية والانتباه جيد أحيانا شاردة الذهن.
- النشاط الحركي: الحالة (خ) نشطة كما انها تفضل كل ما له علاقة بالكمبيوتر ووسائل التواصل الاجتماعي.

2- عرض المقابلات:

المقابلة الأولى: كانت بتاريخ: 2019/12/14 على الساعة 11.00 حيث دامت حوالي ساعة ونصف تم أثناء هذه المقابلة التعرف على الحالة وأخذ المعلومات الأولية عنها والتعريف بأنفسنا وكسب ثقة.

تبدو السيدة (خ) أثناء إجراء المقابلة شخص خجول، واستقبلتنا بتحية وابتسامة، ووافقت على اجراء مقابلة معها دون أي رفض، حيث اشارت انها ترغب ان يكون هنالك تثقيف صحي ونفسي بشأن مرضى الزلاقيين ودخول الى واقعهم المعيشي.

ذكرت لنا السيدة (خ) أنها غالبا كانت تتمتع بصحة متدهورة حيث انها وصفت نفسها انها شخصية مرضية بحيث انها منذ الطفولة وهي تعاني من عدة امراض "من وانا صغيرة كنت بزاف نمرض كانت عندي شقيقة دورية تقعد ب 3ايام شهريا كنت نعاني من مشكلة في اللثة

والاسنان خاصة هذا شي اثر عليا بزاف نفسيا ثاني كنت مريضة من اذني وعندي مشاكل في العظام وكنت نرعف بزاف لدرجة ديما خايفة على روجي كل هذي الامراض كانت قبل وفاة ابي" و هو الامر الذي يعكس هشاشة جسدية و نفسية لدى المريضة على رغم من مرور 20 سنة لكن مازالت متأثرة بوفاة والدها بحثنا أيضا في الأبوة والأمومة للحالة، أي كيف تصف علاقتها مع الاب قبل وفاته اجابت مباشرة الخوف "يمثلي الخوف" اشارت ان الاب لم يكن اب سيء لكن هي من كانت كذلك حيث اضافت ان الاب كان الحاضر الغائب " 14 سنة لي عشتها معاه كأنو مكنتش معاه كان حابنا ديما نكونو لفوق كان ديما يكبر بينا مكنتش حاسة بقيمتو" كانت علامات الحزن والبكاء واضحة على وجهها لذلك لم ترغب في الحديث عن موضوع.

نظرا لأن أول احتكاك هام للوليد بالعالم من حوله هو علاقته بأمه، فإن مدى هذه العلاقة وكيفيةها تضع أساس نظرته واتجاهه نحو العالم ونحو نفسه قمنا بسؤالها عن نوعية العلاقة بينها وبين امها وكيف كانت مرحلة تعليم و تدريب النظافة بالنسبة اليها في طفولتها قالت السيدة (خ) ان امها كانت دائما ما تحدث أختها الكبرى بمشاكلها و ما يجري معها في حين تتعامل معها على انها صغيرة جدا على هذه الأمور و هذا ما كان يشعرها بالتهميش "هي ام نمطية هي تحبني اكثر من خواتاتي من صغر معلباليش اذا حب ولا شفقة" اشارت انها منذ صغر كانت تثير المشاكل كثيرا هذا ما جعل امها تقوم بعزلها عن باقي اخواتها " خواتاتي كانوا عندهم وزن في دار وجودي دائما معدوش قيمة لأنني كنت منقراش وكان اكثر شي يقلقني مقارنات هي لي دمرت شخصيتي بصح ماما عطاتي بزاف ومازلت تعطيني"، ذكرت ان والديها كانا حريصين على مشاعر الاقارب والأعمام الذين يشاركونه في المنزل ويحاسبونها على أي خطأ صغير أو أي كلمة قد تخرج منهم بعفوية خاصة تجريح في جانب الشكلي وتشير (خ) انها كانت كثيرة مشاكل وعنيدة في طفولتها، وهذا مما يزيد من عصبية الأم تجاهها (انشطار الموضوع حيث نجدها متعلقة بأمها بأسلوب متناقض فهي تقوم بلومها ومن ثم لوم نفسها في نفس الوقت).

تذكر أن ولادتها كانت طبيعية تماما وكانت رضاعتها طبيعية حيث قالت ان امها اخبرتها انها "الوحيدة اللي رضعت مني بشكل غير طبيعي قاتلي إذا بكيتي ضحكتي تطلي رضاعة كنتي تحبي ترضعي من عندي حتى وحدك وحدك قررتي تحبسي رضاعة متعبتش معاك في فطام"، واشارت ان امها كانت حريصة على نظافتها حيث قالت " كانت ماما تقولي كنت

نهتم بيكم كامل ولازم تخرجو نظاف ايضا اشارت انها لم تمر بأية مشكلات أو تأخر في أي جانب من جوانب النمو خلال تلك المرحلة.

المقابلة الثانية:

كانت بتاريخ: 2019/12/20 على الساعة 12.00 دامت حوالي ساعة كان الهدف من هذه المقابلة هو التعرف على تاريخ المرض وطريقة تطويره والإبلاغ عنه تقول (خ) أن معاناتها مع المرض منذ 2011 بدأت مع ظهور مجموعة من الاعراض بداية من فقدان الوزن " فقدت الكثير من الوزن، وكنت نحيفة بزاف لأسباب منعرفهاش".

تقول مبدئياً كان الالم بسيط على مستوى الظهر "قلت ممكن تفزيرة بسبب انو حملت حوايج ثقال لكن حالتني كانت زائدة وتتدهور الى درجة عدم القدرة على المشي بشكل طبيعي"، اشارت كذلك انها اعتادت على هذه الحالة بسبب ان هذه الاعراض كانت تترافق مع اجرائها لعملية في اسنانها حيث ان الجزء العلوي من اسنان (5 اسنان) تضررت بسبب معاناتها من هشاشة على مستوى اللثة وكانت ترتدي الكمامة الطبية لمدة طويلة في هذه الفترة لاحظ طبيب الاسنان طريقتها في المشي فنصحها ان تلجئ الى طبيب عظام لكن استمرت على هذه الحالة مدة 3 سنوات، بعد ان حدث معها موقفين اعتبرتهما سبب رئيسي في لجؤها للتشخيص تقول "جات جدتي (من الام) وخالي للمنزل سلمت عليا وابتسمت ابتسامة استهزاء وقالت: علاش مكيش قادرة تمشي واش كاين خالي انتبه ليها وسكتها" سالتها لماذا انزعجتني من كلامها جاوبت "اكيد شكت انو حاولت ننتحر ولا خويا ضربني بسبب شي ماشي مليح عملتو هي متأكدة انو ماشي هذا سبب بصح تحوس تروج اشاعة للناس عليا حبيت نقولك انو دارنا واقاربنا ميتفاهموش خلاص معانا حرب باردة بيناتنا" الموقف الذي حدث مع جدتها اثر في نفسيتها لان صحتها كانت متدهورة من كافة الجوانب حيث تكرر السيدة (خ) "كنت بزاف نعاني من مشاكل في الاسنان ولايسة كمامة

ومنقدرش نمشي وكنت نوزن 48 مقارنة بعمرى لكبير" تحدثت ايضا عن الموقف الثاني الذي جعلها تقرر ان تلجا لطبيب " كنت راقدة مبعدا جاتني عطسة بمجرد ما عطست حسيت بوجع رهيب لدرجة قعدت نبكي حتى شافنتني اختي قاتلي غدوة تروحي لطبيب يعني هي لي اصرت انا مكنتش حابة نروح"، رحلة التشخيص بالنسبة للحالة (خ) كانت كارثية على حسب وصفها اثناء بداية حديثها عن تشخيص كانت علامات الانزعاج واضحة على وجهها تقول "قررت نروح للطبيب الاول هو طبيب عظام اول شي كان بزاف مشغول قالي

اقعدي واش عندك قتلو تفزيرة بعد ما عملي راديو قالي معندك والو اشربي دواء و إلابر هادو تبراي يعني وحتى طبيب مكانش حاط معايا"، في هذه اللحظة كانت تبدو جد ممتنة لأختها حيث قالت " لو كان مجاتش ختي كون معرف واش صرالي لانو هي لي مخلاتنيش نشرب دوااء لانو قالتلي بما انو تفزيرة ما كالاها ساشي تاع دوا ذي أصلا هي تتوسوس من دوا".

وضحت السيدة (خ) انها عندما لم تتحسن حالتها وإضافة الى حالتهم المادية التي لم تكن جيدة في تلك الفترة قررت ان تتظاهر انها في حالة جيدة امام عائلتها "انا قلت خلاص باين انو عندي كونسار في دم خلي نموت بهدوء احسن كنت نتمنى نرقد نوض نكون ميتة " (أفكار عدوانية نحو الذات و أفكار انتحارية، دون مخطط دقيق للانتحار) نحو الذات سالتها عن سبب توقعها انها مصابة بهذا المرض اجابت "مدة 12 سنة وانا ناكل في اوراق لقديمة يعني بعد وفاة ابي مباشرة"، على الرغم من أنها أبدت قلقها من أن تتحدث عن هذه جزئية لأنه حسب قولها اسرتها ليس لها علم بذلك ولم تقل لاي احد "لما توفى ابي جابولنا ملفاتو لقديمة واوراق كان هو مخزنها عندو بزاف حطوها في مكتب نتاعو كنت بعد كل ما نتغدى ولا نتعشى ولا ناكل اي حاجة نقطع شوي من ملف وناكل بصح كنت نحب اكثر لورق نتاع لحيوط لقديمة لدرجة لو كان مناكلش منها راسي يوجعني وندوخ وقلبي يدور عليا" سالتها واش احساسك لما كنتي تتناولي الاوراق قالت "كيما احساسك نتي لما تاكلي لاكريم" سالتها اذا فكرة انها تتوقف على اكل الاوراق القديمة قالت "حاولت بصح مقدرتش" لم ترغب الحالة في الحديث عن هذه النقطة كثيرا "من افضل نحكو عليها وقت ثاني"

ذكرت انها في هذه الفترة عانت من امسك حاد الى درجة نزيف "كنت كي ندخل لتولات بـ 4 ايام دم يسيح بسبب الامسك لي كان عندي بصح شفنها شي عادي جدا" بعد ذلك قالت انه بسبب الاوجاع في العظام التي كانت تزداد سوء كل يوم قررت انو تتوجه لطبيب ثاني مختص في العظام.

المقابلة الثالثة:

كانت بتاريخ: 2019/12/25 على الساعة 10:00 حيث دامت حوالي ساعة ونصف حيث قمنا بتكملة محور ثاني من مقابلة توجهت سيدة (خ) الي طبيب ثاني الذي قام بإجراء فحوصات على مستوى الظهر والرجلين والرقبة لكنه لم يجد أي خلل واضح في العظام خصوصا بعد عمل الراديو فطلب منها ان يقوم بفحص البطن للتأكد من قفص صدري

فبمجرد ان لمس منطقة البطن تقول الحالة "حسيت بألم منقدرش نوصفو" طلب منها ان تقوم بإجراء تحاليل الدم - والبول - تحليل تستخرج نتائجه من قسنطينة بشكل مستعجل.

قالت ان فترة انتظارها للتحاليل كانت اشبه بانتظار الموت "كنت عارفة عندي كونسار لانو كليت الاوراق بزاف" بعد 14 يوم توجهت الى طبيب مع تحاليل واتضح مبدئيا انها كانت تعاني من سيلياك حسب نتائج فقط ذكرت ان اسم سيلياك لم تسمع به من قبل ولم تكن تعلم هل هو مرض خطير الى غاية ان طمأنها طبيب وقال لها "ما عندك والو ووصفلي واش هو هذا مرض انا قلت في قلبي لا قمح لا والو بسبة 12 سنة اوراق فاسدة" بعد ذلك طلب منها ان تتوجه مباشرة الى طبيب مختص في جهاز الهضمي للتأكد وذلك بعمل التنظير "قالي طبيب نتاع العظام عادي عادي انا درت التنظير 5 مرات ساهل بزاف"

المقابلة الرابعة:

كانت بتاريخ 2020/01/05 كانت على ساعة الثالثة ونصف حيث استمرت المقابلة حوالي ساعتين 20 دقيقة تم طرح أسئلة دليل المقابلة النصف موجهة بداية بالأسئلة التي تخص معاش التشخيص وطريقة استجابتها للمرض، وتطبيق اختبار روزنزفايغ ابدت الحالة توتر وقلق شديد عند الحديث عن تشخيصها (بعد صمت دام 4 دقائق) "لو كان جيت عارفة انو راح نتعذب هك والله مناكل حتى حاجة طول عمري فيبرو كان اصعب من عملية الاسنان لي عملتها"، سالتها متى تم تشخيصك بالسيلياك قالت في عمر 27 سنة بالضبط 2013/11/30 "سالتها اذا توجد حالات أخرى من مرض سيلياك في عائلتك فأجابت "على حد علمي لا يوجد".

بعد ذلك طالبت منها ان تصف كيف عاشت هذه التجربة التشخيصية اجابت وعلامات الخوف ظاهرة عليها "اول ما دخلت فرملية عطاتي بوماد كتخدير موضعي للحلق انا كنت كلي ثقة انو هذا تخدير وماشي راح نحس بشي لكن بديت نخاف لما طلب من 2 فرمليات انهم يشدونني مليح باش منتحركش هنا فهمت انو وضع يخلع، اول ما دخل الانبوب حسيت روحي راح تخرج الم مميت ولي قلقتني أكثر انو دكتور كان متوتر ويقول: غير "ان شاء الله خير ان شاء الله خير طايبين طايبين هنا عرفت انو حاط احتمال كبير انو كونسار لانو طبيب عظام كي بعثلو تقرير كان شاك انو كونسار ماشي سيلياك فحب يتأكد"

اشارت انو الام كانت سندها في هذي لحظة "ماما كانت دايمًا معايا وتقويني مي راح تطيح من خلعة المهم بمجرد ما شاف الامعاء كامل فرح وقال: الحمد لله الحمد الله مكان

لأنو عندي شك كبير انو بسبة الاوراق بصح كي نجى نقول للدارنا نبطل لانو ماهوش بسبة القمح بالأوراق نخاف يقولولي هيا تروحي لطبيب وانا نموت ومنرجعش" بعد ان اقوم بطرح اي سؤال فيما يخص تشخيص تطلب مني السيدة (خ) ان تأخذ 5 دقائق كاستراحة وذلك بسبب انزعاجها من فكرة الانبوب في حد ذاته" بعد ذلك سالتها إذا ما شعرت انك بصحة جيدة ولم تظهر عليك اي أعراض، فهل تستمرين في اتباع الحمية الغذائية فأجابت "عن عمد صادف اني كليت الغلوتين متعمدة 3 مرات على مدار حمية غذائية 6 سنوات و 9 اشهر المرة الأولى كانت مع نقطة ضعفي المحاجب كان الاكل موجود رحى لشمبيرة نتاع خويا شميت ريحتهم كمية ضعف مانقدرش نوصفها (صمت) انا اصلا نموت ف محاجب كليت حبة قلبي وجعني وقعدت نقول هاني بخير علاش يقولو ممكن وممكن هذا لي شجعني نكسرو

مرة ثانية اضطربت لانو كنت ما نحيش نهدر على المرض تاغي كي خرجت مع زميلاتي كليت معاهم حتى باه مانضالش نفسر ونحلل وتاني مانحرجهوش ولانو الجسم مايكرديش

المرة الثالثة لقيت دارنا مطيبين عيش ونساو يحضرولي شيء لانو كنت نخدم وراجعة تعبانة على أساس طول نتغدى فاضطريت ناكلو كي كليت دفعت ثمن غالي وثن 20 يوم فراش طبعا رجعت جميع واش كليت في بطني المعدة مهضمتووش الم اسنان، حمى، اسهال، مكليتش ايام بسبب اسناني بسبب العيش كليت غير دوا تسكين الألم، الم مستمر، دوخة، تعب، قد ما نحكي منقدرش نوصفك الالم فمن ذي المرة مزدتتش كسرت حمية، وكنت في ذي الفترة 2014 ناقصة بزاف في الوزن بصح في 2016 تحسنت الأوضاع وزدت ف وزن بديت نسمن اقتصر الامر على اسنان، والاسهال، انتفاخ البطن برك".

اردت ان اعرف في حالة ما إذا اكل شخص الغلوتين ماهي الاجراءات المتبعة اجابتي "لوقت قريب مكنتش نعرف بصح كاين كتاب أسمو حياتي مع سيلياك هي وحيدة لي ولهنتي من مفروض تروحي ترتاحي تاكلي البنان وتشربي شربة العظم تحبسي ماکلة برا والمعلبات وتتوجهي للطبيب للاستشارة باه يوصفك انزيمات مهضمة".

حاولت ان اتعرف كذلك أكثر على جودة مأكولات المتوفرة بالنسبة للحالة فسالتها عن ذلك اجابت "جودة منتجات كاينة رخيصة وغالية لي في متاولنا لا تصلح للأكل الادمي بصح

تعودت عليها بما أنى تعودت على الالم، الإحباط، الحزن، فعادي بصح المنتجات الغالية رائعة مي تصلح برك للمناسبات بصح كون تذوقها تفضلها على اكل غلوتين" في نفس سياق سألتها على الأطعمة المحتوية على الغلوتين التي تفتقدونها كثيرا في نظامك الغذائي "من لخر نحوس على مطعم كيما لي في باتنة يقدم اكالات سريعة يدخلو ليه السيلياكيين" هنا حاولت ان استفسر على المشاكل المتعلقة بجودة المنتجات الخالية من الغلوتين ذكرت بشكل متكرر عن الخوف من تلوث الطعام بالجلوتين، فمن المحتمل أن يكون الغلوتين "مخفياً" وهذا الخوف الذي يكون شديداً إلى حد ما، يمكن أن يؤدي إلى التدقيق القهري، فأجابت باختصار "منعرفش ممكن لانو ميعرفوش يخدموها بصح حتى واذا كان كاين صعيب انو تتحصلي عليها لانها غالية بزاف وزيد واش يضمن انو صح مفيهاش غلوتين لازم كل حاجة ناكلها ندقق فيها فوق الحد لدرجة توسويس " (دفاعات الوسواسية).

المقابلة السادسة:

كانت في 2020/01/16 يوم دامت ساعة و50 د كانت على الساعة 4.00 تم توظيف هذا المحور لمعرفة تأثيرات المختلفة للمرض على مظهرها الجسدي وصورة الذات وكذا علاقاتها الاجتماعية.

كانت السيدة (خ) قد ذكرت سابقا انها كانت تعاني من فقدان في الوزن بشكل كبير هنا قمت بطرح سؤال على الحالة اذا ما ازعجتها التغيرات التي حدثت في مظهرها "كنت بزاف نتقلق كي نشوف روجي في لمراية لانو كنت بزاف رقيقة حتى كان عندي شحوب في وجه ومنتسايش انو كنت حتى نلبس كمادات طبيعية لانو كنت نخدم في اسناني كانت صورتي لروحي بزاف مهترزة وكنت متشائمة ومكتئبة نحس في روجي ماشي كيما كامل ناس" هنا سألته وين يكمن الاختلاف جاوبتني "نحس اني شخص مختلف ع الاخرين مرة نحس بقوة لأنني نقدر نتحمل اكثر من كامل ناس ومرات نحس انو انا انسانة ناقصة" حاولت ان اتعرف على المشاعر والاحساسات التي تراودها عند رؤية الناس يأكلون، وماذا يمثل لها الاكل بصفة عامة "نحس بمشاعر متناقضة نحس بقرف اي مأكلة فيها القمح كي نشوفها قلبي يوجعني ومزالت متذكرة طعمها لانو عشت بيها من قبل، الاكل بالنسبة ليا ك (خ) ممم وسيلة لي تخلي مزاجي يتحس مؤخرا الاكل على جالو قادرة نعمل مشكلة كبيرة لو اي واحد يأكل من ماكلتي صار شي خاص قادرة اي شخص يكسبني كون يشريلي حاجة ناكلها" هنا سألته اذا ماكانت تشعر بالإحباط من فكرة اصابتها بمرض مزمن اجابت "اكيد اشعر

بالإحباط لانو حياتي تتغير بدون اي مقدمات تقديري تقولي الاحباط كان مصاحبني في مراحل بزاف فحياتي احبط لأنني نروح نشري حاجة بدون غلوتين نلقى عائق دراهم والاختيارات المحدودة و الجودة السيئة، نروح عرضة نلقى عائق الاكل، يكفي انك تتوضي مع صباح معندكش امان غذائي تتوضي تقولي كايمة فرينة ولا مكانش يعني الامن غذائي منعدم كي نشوف عايلتي والناس ميخموش قبل ماياكلو نقول علاش منيش كيفهم ، وزيد حتى كي كنت بوزن ناقص كان عندي شكل مقبول انثوي بصح نوكا صح هزيت صحي بصح انتفاخ دايرلي عيب كبير في جسمي اذا كان هذا شي يتطابق مع واش تعريفكم للإحباط في علم النفس فانا محبطة". حسب مدرسة التحليل النفسي قد يكون هذا الإحباط هو فقدان القوة وفقدان الأشياء، مما يولد مشاعر الخزي والحزن إلى الماضي. قد ينشأ الصراع بين الأنا المثالية والنرجسية الجسدية لأنه، يحتاج إلى إعادة ترسيخ نفسه من الخسارة المذكورة

كسؤال اخير للمقابلة طلبت منها ان تصف لي حياتها قبل وبعد المرض بالسيلياك "بعد مرضي ووفاة ابي حياتي كامل تبدلت صح كنت نعاني من امراض بزاف بصح بعد وفاة ابي كنت نحوس على موت بطيء لدرجة انو اعتدت اي الم قبل كنت فاقدة الامل في الحياة ودوكا انسانة محبطة من الحياة"

المقابلة السابعة:

كانت في يوم 20/01/2020 دامت ساعة تم توظيف هذا المحور للتعرف على الطابع التطوري للمرض وانعكاساته على مستقبل الحالة من (الزواج والانجاب والعمل).

سألته إذا ما كانت تخرج إذا ما علم الاخرون بمرضها فأجابت "اصلا انا اتعمد أنى اول ما نقابل شخص راح تكون علاقتي بيه دائمة نقولو بلي عندي سيلياك" سألته إذا ما صادف ان دعيت من طرف زملاء العمل او الاصدقاء لوجبة غداء وكيف تعاملتي مع ذلك "ايييبييه فكرتيني، مليح سقسيتيني، نكره بزاف احساس شفقة لي نشوف في عينيهم نتفكر مرة صحبتي قالت: رانا نوجدو لرحلة وقالت نتلمدو ونروحو وصلت ليا قالت بلي متروحيش نتي ولا؟؟؟ قتلها لاه زعما انا منرووحش؟؟ نوجد ماكلتي ونروح هنا زعما قالولي حايرين عنك واش تاكلي هنا بزاف تقلقت حسيت انو مأكلة هي لي تحدد علاقتك مع ناس كانوا راح نكون حمل ثقيل عليهم مرحتش في هذاك وقت لانو رحلة الغيت بسبب وفاة وتاني لي يقلقني كي يعودو يهبطو ياكلو يهبطووووو يجيبو بسبوسة ولا اي مأكلة ويقولولي اسمحيلنا اسمحيلنا، اصبري

نزید نحکیک تانی نتاع لما کنا کامل مجموعین شاف وعمال جابو قاطو وقازوز کامل یاکلو وانا نخدم حتی یهدر شاف (خ) کولی علاه راکی حاشمة ارجنی قدام جمیع ناس تفلقت طول تعصبت وقتلو علاه رایحة نحشم انا عندي سیلیاک علاش نحشم غاضتني روجی بزاف لانو لحد الان حسابلهم دایرة ریجیم تاع لعبة ووزن بسبب هذا شی ولیت نتجنب الناس ومنکثرش هدره". (الخوف من الانتقاد و النبذ في الوضعية الاجتماعية)

بعد فترة سألتها في حالة ما ذهبت لمطعم هل تقدمین توصیات للنادل قالت "اکید لا نحس بالأحراج وتانی لانو نادل نحسو غیر مثقف ورايح یکذب ویقولی مکانش ونتعمد نطلب الحاجة لی مفيهاش ای قمح" سألتها بعد ذلك عن علاقاتها العاطفية "علاقات مميم تقريبا انا من نوع لی عندي قناعة لازم ندي شخص مریض بسیلیاک اختصار لمشاكل بزاف في حیاتی مجاتش فرصة باش نعرف هذا شی مع انا متأكدة انو راح یكون کاین رفض قطعی لانو ناس تخاف انو الاولاد یصابو بهذا مرض لأنه وراثي ویخافو حتی علی انها معندهاش قدرة علی الإنجاب لذلك افضل انو ندي شخص مریضا بسیلیاک ما فی حد احس من حد.

(اختيار شريك الحياة وهنا نقصد موضوع الحب هو اختيار ذو نمط نرجسي: موضوع مطابق للذات السيئة (وجوب يحمل نفس المرض: الجرح النرجسي)

لما سألتها إذا كان هنالك رفض من شخص علم انها مریضة بسیلیاک ابدت انزعاجها ورفضت الاجابة علی سؤال بعد فترة صمت دامت 4 دقائق سألتها إذا یؤثر المرض علی إمكانية الحمل والإنجاب علی حسب اطلاعها فقالت لا میاثرش یؤثر علی حد علمي علی صحة جنین" (صعوبة الاسقاط في المستقبل)

ختمت المقابلة بسؤالها عن نظرتها للمستقبل " مستقبل غامض مثل ما كان الماضي غامض بصح نتمنى انو ناس تتوقف بزاف علی هذا مرض وتحس بینا".

3- تحليل المقابلات:

تبعاً للمقابلة نصف الموجهة، تبين لنا ان مرض الاضطرابات الهضمية له آثار على الأداء النفسي للحالة، بما في ذلك إعادة تنظيم الشخصية، بعد الإعلان عن التشخيص، فهي تعاني من مشاعر متناقضة، أحدهما يريد أن يأكل ما يريد، والآخر يمنع نفسه من ذلك "كمية ضعف منقدرش نوصفها"

يشير في هذا السياق تصنيف E.Moussong والذي عرض في المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي بأثينا سنة 1989 فكرة التهديد من داخل الجسد:

وتضم هذه الفئة معايشة المريض لشعور إصابته بمرض يهدد حياته (القلب، السرطان، السيدا وغيرها) حتى لو لم يكن مصابا بها فعلا، فقد تحدث مثل هذه المعايشة لمجرد طلب الفحوصات وهو طلب يترجمه الشخص على أنه إصابة مؤكدة بالمرض.

وأبلغت الحالة عن تأثيرات مختلفة للمرض على مظهرها الجسدي "كنت بزاف نتقلق كي نشوف روحي في لمراية لانو كنت بزاف رقيقة حتى كان عندي شحوب في وجه" حيث يظهر ايضا الضعف في الهوية من خلال صورة لجسد ضعيف ومتناقص، كما تم ذكر تأثير المرض على الحالة المزاجية، مثل فقدان الرغبة في الحياة التي يقابلها نزوة الموت.

يجدر الإشارة الى ان اكتشاف دور العدوانية في ظهور ميول للتهديم الذاتي ترجع إلى Freud والدراسات التجريبية أكدت على وجود عند كل فرد نزوة العدوان التي تتطلب التعبير عنها وجعله موضوعا ملموسا ومحسوسا، وبالتالي هذه النزوات العدوانية إذا لم تفرغ في الخارج سوف تتجمع ويمكن أن ترجع إلى الذات وهذا نتيجة لارتباطها ببعض الظروف التي دفعتها إلى ذلك، كما في وقت نفسه توجد اسباب مختلفة تمنع وتكف من التعبير عن هذه العدوانية وهذا ما نجده في الشخصية التي يسيطر عليها أنا أعلى صلب يعيق من بناء خارجي للنزوة. (غزال، 2016، ص:37)

كما أنه من الملاحظ أن الحالة أصيبت بإحباط أدى إلى ظهور عدوانية تحولت من الاتجاه نحو الغير إلى عدوانية ذاتية متمثلة أساسا في اكل الاوراق كنوع من الموت بطيء حيث حسب قولها انها بدأت في هذا سلوك مباشرة بعد وفاة الاب فعلى الرغم من مرور 20 سنة لكنها مازالت متأثرة بوفاة والدها نميز حالة من الحداد المرضي غير المكتمل حيث لم تتمكن الحالة من تقبل فقدان الاب و لجأت الى الاوراق كموضوع استثمار بديل عن الموضوع الغائب وهذا ما تضح عندما قمت بسؤالها "واش احساسك لما كنتي تتناولى الاوراق

قالت "كيما احساسك نتي لما تاكلي لاكريم" وكذلك من خلال اختيار اوراق التي تخص والدها بتحديد الحداد يعتبر استجابة لفقدان الموضوع حيث يشير فرويد انه نموذج للألم النفسي، والحزن هو نتيجة اختفاء أو غياب معاش، كفقدان الشخص المحبوب والذي لم يعد مستثمر فيمتد إلى تمثيلات الأخرى، التي تكون عالم الشخص من جديد وفق متطلبات جديدة فتصبح غير مستثمرة، ما ينتج عنه نزيف نفسي داخل الشخص وهذا ما يظهر في التثبيطات الملاحظة المترامنة مع الألم.

كما ان عمل الحداد يكون معه بطء في إعادة توزيع الطاقة النفسية على تمثيلات أخرى غير التمثيلات المتعلقة بالمحبوب المفقود، ولكن إذا حصل تقمص الشخص للموضوع المفقود فهنا يفشل عمل الحداد ويظهر الألم الأخلاقي الخاص بالسوداوية وتدفق مستمر ونزيف للطاقة النفسية. (بوشارب، بن سيلخ، 2013، ص: 35)

وصفت وجود نوبات اكتئاب بالإضافة إلى زيادة الخوف من المستقبل، كانت متشائمة للغاية بشأن هذا الموضوع، نظرتها للمستقبل تصفها بالغموض بسبب المرض "مستقبل غامض مثل ما كان الماضي غامض".

يمكن تفسير التأثير الاكتئابي الذي يتبع انحراف محرك الموت على أنه حماية من التفتت في الواقع، الحزن يعيد خلق التماسك العاطفي للذات، والذي يعيد وحدتها في غلاف العاطفة حيث يُعرف بأنه غالباً ما يكون دعم نرجسي والذي، رغم بقائه سلبياً بلا شك، إلا أنه يقدم للذات نوعاً من المقاومة، حتى لو لم تكن لفظية بحكم هذه الحقيقة، فإن التأثير الاكتئابي يعوض عن الإلغاء والانقطاع الرمزي (أي التعبير الاكتئابي) وفي نفس الوقت يحمي الشخص المكتئب من التصرف، الذي يرتكب فيه الانتحار ومع ذلك، فإن هذه الحماية تبقى هشّة.

اما فيما يخص إدراك الحالة للتجربة الطبية تثبت دوراً مهماً وبعداً رئيسياً في التشخيص وتوقعات ونوايا الحالة حيث اشارت انه غالباً ما يتبع التشخيص سلسلة طويلة من سوء التشخيص أو حتى الفشل في التعرف على وجود حالة فعلية، مصحوبة بمشاكل في الجهاز الهضمي، بينما تبقى غير مفسرة، بشكل مفهوم "لو كان مجاش ختي كون معرف واش صرالي لانو هي لي مخلاتنيش نشرب دوااء" و "حتى طبيب مكانش حاط معايا" و "قالي طبيب نتاع العظام عادي عادي انا درت التنظير 5 مرات"، فعندما يذهب الشخص إلى الطبيب بسبب بعض الاعراض، يجب على الطبيب بعد اجراء الفحص، أن يخبره عن

المرض وطريقة تشخيصه وفي حالة عدم الالتزام بالتدابير العلاجية او الحمية الغذائية ماهي العواقب التي ستواجهه، "لو كان جيت عارفة انو راح نتعذب هك والله مناكل حتى حاجة طول عمري فييرو كان اصعب من زراعة الاسنان لي عملتو" هذا الاخير هو إجراء يسمح لطبيب بمشاهدة طول الأمعاء بالكامل و يساعد في تحديد النمو غير الطبيعي والأمعاء الملتهبة والقرح والنزيف ويكون من خلال أنبوب طويل ومرن مزود بضوء يسمح، بأخذ خزعة للكشف عن وجود مشاكل او لا.

يجدر الاشارة الى انه في الدول المتقدمة عملية التشخيص عن طريق انبوب التنظير يتم القيام بها بعد تخدير المريض كلياً وهذا سبب على الأرجح الذي جعل الحالة (خ) تمتنع عن قيام بفحوصات دورية منذ ان علمت بإصابتها.

العمل في تجويف الفم يعني التدخل في منطقة حساسة نفسياً وقد يتسبب الاتصال الوثيق وجهاً لوجه الى إدراك جزئية التنظير كنوع من الاختراق الفمي السادي فغالبا تكون هناك صعوبة في فضح هذه المنطقة من الجسم على أنها حميمة لشخص آخر مثل طبيب، الذي يكون غريباً في كثير من الحالات والذي سيقوم أيضاً بتدخلات تنطوي بشكل موضوعي وذاتي على شكل من أشكال العدوان فهي ليست مجرد ضرر بدني، بل تهديد للسلامة النفسية، وإدراك الذات وذلك بسبب عدم القدرة على الدفاع والعجز.

يمكن التعبير عن هذا الخوف في ردود أفعال مختلفة اهمها هي رفض العودة لإجراء فحوصات طبية مرة ثانية".

جانب آخر يتعلق بإدراك الحالة لتجربتها الطبية يتعلق بالمعرفة المتعلقة بالمرض، حاولت معرفة المزيد عن المرض بنفسها، غالباً هذا البحث ما يعتبرونه مرضى سيلياك فشلاً من جانب المهنيين الصحيين (أخصائي التغذية والأطباء) في توفير معلومات كافية عن المرض "لما تأكدت بعد تحاليل انو مريضة بيه بحثت في الانترنت قدرت نعرف معلومات طبية برك عليه " و "ايبيبييه اكيد نقدر نقللك تقريبا مطلعة خير من أحسن دكاترة لدرجة مكانش لي يحشيلي ع سيلياك".

علاوة على ذلك، أكدت على العزلة التي تشعر بها فيما يتعلق بالمرض " بسبب هذا شي وليت نتجنب الناس ومنكترش هدره، فالشعور بأنك شخص مختلف يمكن أن يدفع إلى نوع من السلوك المتجنب.

غطت الخبرات مع العائلة والأصدقاء عدة جوانب، كان أحد المواضيع المتكررة بشأن العلاقات مع أفراد العائلة أو الأصدقاء أو الزملاء هو الشعور بعدم الفهم "وعايلتي مكانو فاهمين فيها والو كيما انا" يعكس هذا الشعور بعدم الفهم الاحساس بالعزلة والذي يمكن أن يتخذ عدة أشكال، مثل العثور على استحالة *مشاركة وجبة مع الآخرين* (بمعنى أن ما يأكلونه يختلف عما يأكله الآخرون)، أو حتى الانسحاب طوعياً أو غير ذلك من دائرتهم الاجتماعية "نحس اني شخص مختلف ع الاخرين مرة نحس بقوة لأنني نقدر نتحمل اكثر من كامل ناس ومرات نحس انو انا انسانة ناقصة"

يلخص أدلر نظريته فيما يقول: «لا مندوحة لي من الاعتراف بأن طريقة "السيكولوجية الفردية" تبدأ وتنتهي بمشكلة النقص، فالنقص هو أساس الجهاد البشري والنجاح غير أن الشعور بالنقص هو أساس جميع مشاكلنا النفسية فإن الفرد إذا لم يجد هدفاً من الرفعة، تعرض للشعور بالنقص وهذا الشعور يقوده إلى مخرج يخلصه من مواجهة الحياة».

وتنشأ هذه النظرية من مصدر فيسيولوجي اشار فيها انه مما يسعى فيه أعضاء الجسم إلى إزالة النقص تعويضاً عنه بشيء آخر فمع حالة الفيسيولوجية الضعيفة تأتي حالة نفسية ضعيفة. (نودهي وآخرون، 2018، ص:168)

واضاف انه "يمكن أن تنشأ عقدة النقص من ثلاثة مصادر أثناء الطفولة، الدونية العضوية، والتدليل المفرط، والإهمال" حيث نلاحظ ان الحالة اشارت الى انها كانت شبه مستبعدة من طرف امها "خواتاتي كانوا عندهم وزن في دار وجودي دائماً معندوش قيمة لأنني كنت منقراش وكان أكثر شي يقلقني مقارنات هي لي دمرت شخصيتي".

من خلال هذه النقطة نتوصل ان حسب أدلر الشخصية تتطور من خلال جهد الفرد للتغلب على نقاط الضعف الجسدية، وهو جهد أسماه التعويض.

في وقت لاحق، قام أدلر بتعديل وتوسيع آرائه، مشيراً إلى أن الشخص يحاول التغلب على مشاعر الدونية التي قد يكون لها أو لا يكون لها أساس في الواقع على الرغم من ان هذه المشاعر غالباً ما تؤدي إلى التطور الإيجابي والنمو الشخصي، ومع ذلك فإن بعض الأفراد الذين أصبحوا يركزون على شعورهم بالدونية يصابون بالشلل ثم يطورون ما أسماه أدلر عقدة النقص.

أظهرت سيدة (خ) حالة من تجاذب عاطفي بين الرغبة في الطعام "كي نشوف عايلتي والناس ميخموش قبل ماياكلو نقول علاش منيش كيفهم" وبين عدم الرغبة

اشارت ميلاني كلاين ان تجاذب وجداني يشعر فيه الشخص أنه المذنب و أن له علاقة في فقدان المحبوب أو الموضوع المفقود، وهذا ما يجعل فترة الحداد تكون أطول من عدم تحرير الطاقة مشاعر الذنب و يعبر عنها الشخص الراشد بخيبة الأمل و الأسف، تحريرها يكون في الغالب عبر ثلاث طرق وهي الاكتئاب المزمن، أو عبر القيام بسلوكيات خطيرة أو تدهور صحة الشخص. (بوشارب، بن سيلخ، 2013، ص: 32)

"حسيت انو مأكلة هي لي تحدد علاقاتك مع ناس كانوا راح نكون حمل ثقيل عليهم"، لكن هذا الاختلاف يمكن أن يؤدي أيضًا إلى تأكيد قدرتها على المقاومة "مرات نحس بقوة لأنني نقدر نتحمل".

يبدو موضوع الحديث عن (مرض الاضطرابات الهضمية) يشعرها احيانا بالإحراج حيث فتبقي بعض الموضوعات صامته بشأن مرضها خوفًا من إزعاج الناس أو رفضهم، "نكره بزاف احساس شفقة كي يعودو يهبطو ياكلو يهبطووووو يجيبو بسبوسة ولا اي مأكلة ويقولولي اسمحيلنا اسمحيلنا"، ومع ذلك، يمكن أن تكون دائرة الأسرة أيضًا شكلاً لا يقدر بثمن من الدعم بالنسبة للمريضة "لو كان مجاشش ختي كون معرف واش صرالي" "هذا مرض تلقيت فيه دعم من دارنا برك".

حسب الحالة (خ) وما اشارت اليه أن للمرض عواقب عديدة على الحياة اليومية فيما يخص القيود المالية والتنظيمية التي يفرضها النظام الغذائي الخالي من الغلوتين، وكثيرا ما ذكرت عن أثر التكلفة العالية للمنتجات الخالية من الغلوتين "جودة منتجات كاينة رخيصة وغالية لي في متناولنا لا تصلح للأكل الادمي بصح تعودت عليها بما أني تعودت على الالم، الإحباط، الحزن، فعادي بصح المنتجات الغالية رائعة مي تصلح برك للمناسبات بصح كون تذوقها تفضلها على اكل غلوتين" ما فيما يخص القيود التنظيمية اشارت انه "كل حاجة ناكلها ندقق فيها فوق الحد لدرجة توسويس" و مقدار الوقت الذي تخصصه هذه الأشياء للبحث عن تلوث الغلوتين، والذي يمكن أن يرتبط بالخوف من آثار الغلوتين في المنتجات الغذائية ويصبح الإحباط في الواقع أكثر حدة في مناسبات معينة.

ففي دراسة لزيان محمد بعنوان الطعام والرباط الاجتماعي في مجتمع محلي متوسطي، (2019): في ولاية شلف (الجزائر) والتي دامت فترة العمل الميداني بها لمدة خمسة أشهر ومن ضمن نتائج الدراسة ان النساء تعتبر هذه مناسبات تعزز وتمتن العلاقات الاجتماعية التفاعلية بينهم مثل: حفلات أعياد الميلاد، حيث يتم تقديم دعوات خاصة للأهل والأصدقاء

من شأنها نسج علاقات جديدة تشبه الدوائر فالدائرة الكبيرة التي تشمل أفراد العائلة الكبرى ثم الدوائر الصغرى: دائرة الأنساب، دائرة الأصهار، دائرة الجيران، دائرة رفاق العمل، دائرة رفاق الدراسة. (زيان، 2019، ص: 106)

"نتفكر مرة صحبتي قالت: رانا نوجدو لرحلة وقالت نتلمدو ونروحو وصلت ليا قالت بلي متروحيش نتي ولا؟؟؟" علاوة على ذلك، يمكن أن يؤدي هذا الإحباط إلى فقدان حقيقي لتثبيط الطعام.

وكمؤشر وسواسي بسبب خوف من تلوث بمادة غلوتين توضح إحدى النتائج الرئيسية لهذه المقابلات أهمية تاريخ المرض وطريقة تطويره والإبلاغ عنه، يبدأ هذا بالحاجة إلى إعطاء معنى للأعراض الغامضة التي كانت تحدث معها من خلال قولها "لأسباب منعرفهاش" فاذا أدى التشخيص إلى الراحة، فإن اللغز يستمر فهو لم يعد يتعلق بالأعراض، بل سبب المرض، الذي أصبح له اسم في النهاية، حيث لاحظنا ان الحالة قامت بتحديد أصل المرض في تاريخها الشخصي، من خلال وضع تفسيرات افتراضية "كنت عارفة عندي كونسار لانو كليت الاوراق بزاف" "حمية معندهاش قيمة كبيرة لانو عندي شك كبير انو بسبة الاوراق"، هذه الاخيرة تعتبر كمحاولة لتعويض الجرح النرجسي الذي تسبب فيه المرض، بالإضافة إلى محاولة تجنب الاستياء (القمع، الإنكار، الإسقاط، إلخ) ومحاولة تجنب مواجهة الموقف المهدد (المرض) أو تعديل التمثيلات المؤلمة من خلال التمثيلات الأخرى التي تعارضها، يتم تحقيق ذلك بطريقتين: اما تجنب اتصال بالواقع، او إنتاج التخيلات اللاواعية أخبرنا فرويد (1926) بوضوح أن الأعراض تظهر في الوعي، لكن معناها ينتمي إلى اللاوعي في المقابل، يمكن أن تخلق دفاعات تعويضية لا تهدف فقط إلى استبعاد الحدث المؤلم ولكن أيضًا إنتاج شيء جديد يتعارض مع هذا الحدث.

في غالب لا يمكن إعطاء أي شكل نهائي لهذه التفسيرات لأنها متنوعة للغاية، حتى لو كانت جميعها مرتبطة بشكل أساسي بالحالة، على الرغم من ذلك، يمكن أن يوفر العلاج النفسي فرصة للأشخاص لتقليل وزن اللغز الذي يشكله المرض وتشخيصه جزئياً.

نلاحظ ان مرض كان له تأثير في حياتها العاطفية وذلك من خلال رفضها على الاجابة على إذا كانت قد تعرضت للرفض من شخص علم انها مريضة بسيلياك وهذا ما يشير في الغالب الى صدمات عاطفية سابقة جعلت تصورها لذاتها الانثوية محل شك فهناك تصدعات عميقة في تصور الذات كوحدة كلية من جهة وأيضا اضطراب في العلاقة

بالموضوع من جهة أخرى مع كشف عن حساسية مفرطة وهشاشة في الهوية كما ان المرض يشكل تهديدا على استمرارها النرجسي (خلود الذات المتمثل في إنجاب الاطفال).

تشير الحالة (خ) ان التشخيص بمرض سيلياك يمكن أن يتخذ أشكالا مختلفة تتعلق بالتعبير عن القلق بشأن المستقبل وتوقعات وقرارت محددة يفرضها المرض.

"انا متأكدة انو راح يكون كاين رفض قطعي لانو ناس تخاف انو الاولاد يصابو بهذا المرض لأنه وراثي يخافو حتى على انها معندهاش قدرة على الانجاب لذلك أفضل انو ندي شخص مريض بسيلياك" حيث نلاحظ أنها تعبر عن واقع مخيف وغير مؤمن ومضطهد فالأمومة بالنسبة للمرأة بصفة عامة هي قدرها ومصيرها الطبيعي، فهي ما يكمل أنوثتها، ولقد استوقفني رأي H. Deutch (1930) في دراستها لموضوع الأمومة والأنوثة وكان المصدر الرئيسي للتوجه نحو مسألة العقم بالتحديد في مقالة "معنى الماسوشية في الحياة النفسية للمرأة في قولها: "لم يكن باستطاعة المرأة أن تتحمل عبر التاريخ عبء استثنائها من المؤسسات الاجتماعية لجزء من إمكانية تساميتها من جهة ومن الإشباعات الجنسية من جهة أخرى لو لم تجد في عنصر الولادة والحمل التعويض الرائع لمثل هذا القهر. (ولد محند، 2011، ص: 12)

4- التحليل الوظيفي باستخدام شبكة Secca:

قمنا بالتحليل الوظيفي حسب شبكة Secca بحيث تم التحليل الماضي والحالي لسلوك الحالة

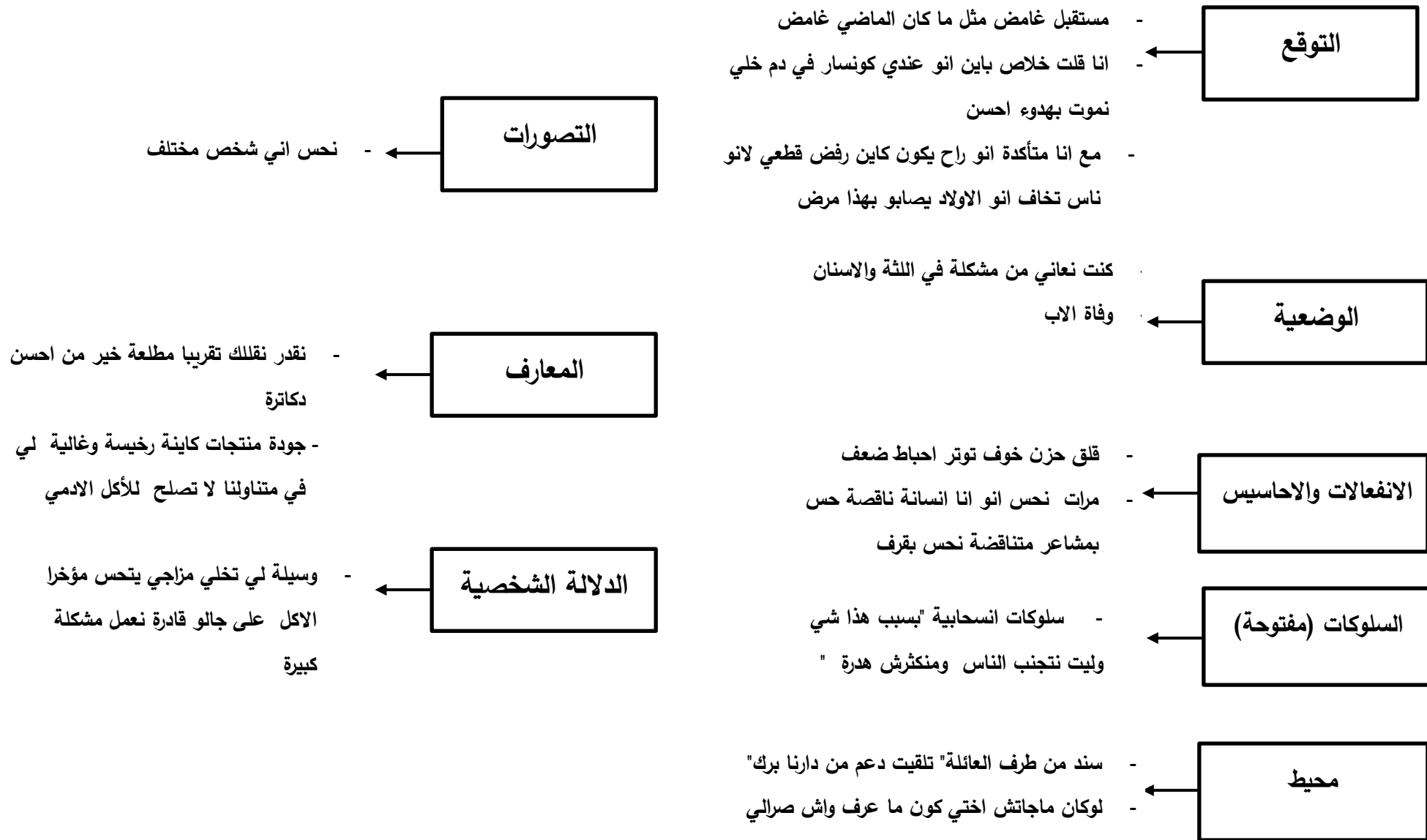
تحليل الماضي: الحالة ليس لديها سوابق مرضية عائلية فيما يخص مرض الاضطرابات الهضمية ولم تخضع لأي علاج طبي او نفسي من قبل لقد تعرضت الحالة الى صدمات نفسية متكررة خاصة وفاة الاب (حدث مفجر) كما انها كانت تعاني من تدهور عام في صحتها الجسدية.

التحليل الحالي: وضعيتها النفسية المزاجية بدأت في التآزم بعد التشخيص بمرض الاضطرابات الهضمية وأصبحت أفكارها تميل للسلبية واللاعقلانية لذاتها ونظرتها للمستقبل.

كما تعاني من حالات مزاجية واحباط نفسي في بعض الاوقات بسبب الحمية الغذائية

التحليل المستقبلي: أفكار تشاؤمية وادراكه كوضع غامض، الإحساس بالضياع في الحاضر قبل وبعد المرض مع وجود انشغالات مقلقة تتوجه نحو المستقبل والخوف من المجهول.

شكل رقم (6-1): تحليل شبكة السيكا J.Cottraux (secca)



5- عرض وتحليل نتائج إختبار سول روزنفايغ Rosenzweig Saul لقياس درجة الإحباط:

1-5 عرض استجابات الحالة على الوضعيات:

- 1-/ لا مشكلة
- 2-/ ليس من شأنك ان تحاسبيني امي تفعل ذلك لا دخل لكي
- 3-/ من فضلك هلا سمحتي ونزعتي القبعة لا أستطيع رؤية شيء من هنا
- 4-/ تبا لك ولسيارتك لييتني اخذت سيارة اجرة
- 5-/ اسف سيدتي لا أدري ماهي المشكلة بهاته الساعة
- 6-/ على اساس هناك من سيهتم بقراءة الكتب غيري حسنا خذهم كلهم
- 7-/ تستطيعين طردي او تقدمي ما اريد كلام زائد لا أحب
- 8-/ باي صفة تدعوك
- 9-/ غلطتي أني اتيت الي مكان مثل هذا
- 10-/ لا يعرف الكاذب الا الشخص المتمرس في الكذب وانت تعرف ذلك جيدا
- 11-/ لا مشكلة
- 12-/ لا باس سأرتدي منديلها واستعيد منديلي مرة اخرى
- 13-/ ولما لم تتصل بي وتخبرني بذلك لقد اخذت اجازة بصعوبة تبا
- 14-/ اللعنة على من يعتمد عليها
- 15-/ هي مجرد لعبة بنهاية لا داعي للأسف
- 16-/ اعتذر منك انها غلطتي اعطيني حسابك لأرسل لك المال لإصلاح السيارة
- 17-/ لا تقلقي سوف اجدها
- 18-/ حظي الاسود واعرفه
- 19-/ اعتذر لأنني مستعجل جدا
- 20-/ اسفة لقد نسيتكم تماما
- 21-/ لا لم أكن اعلم اتمنى ان تشفى في السريع العاجل
- 22-/ بدل من ان تتفرج تقدم وساعدني
- 23-/ اللعنة على الحظ سوف نتأخر
- 24-/ لا باس تستطيعين ان تشتري لي واحدة اخرى بدل الممزقة

جدول رقم (6-1): لتقدير الاستجابات

دوام الحاجة NP	دفاع على الأنا ED	سيطرة الحاجز OD	N
	M		1
		E	2
M			3
	E		4
M			5
		E	6
		M	7
	E		8
	I		9
	E		10
	M		11
M			12
		E	13
		E	14
M			15
I			16
M			17
	I		18
	M		19
	M		20
	M		21
		E	22
		E	23
M			24

2-5 نتائج الاختبار:

جدول رقم (2-6) لتقدير الجانبيات:

%	TOTAL	NP	ED	OD	الأنماط والاتجاه
37.5	9	0	3	6	E
12.5	3	1	2	0	I
50	12	6	5	1	M
100	24	7	10	7	TOTAL
	100	29.16	41.66	29.16	%

جدول رقم (3-6): اتجاهات وأنماط الاستجابة لاختبار الإحباط المصور لروزنزفايغ للحالة (خ):

النمط	الاتجاه
O.D=7	E=9
E.D=10	I=3
N.P=7	M=12

3-5 تحليل ومناقشة اختبار الإحباط لسول روزنزفايغ:

- من خلال الجدول يتضح ان الاتجاه السائد على استجابة الحالة (خ) هو تجنب العدوان (M=12) أي ان الحالة تسعى دائما لمعالجة الأوضاع بكل هدوء.

اتجاهات العدوانية:

- تجنب العدوانية M
- عدوان موجه نحو الذات I
- عدوان نحو الخارج E
- M < E من مقاربة مع E

أنماط الاستجابات:

- دوام الحاجة N.P :

- دفاع عن الأنا E.D

- سيطرة الحاجز O.D

O.D = N.P و E.D < من N.P و O.D

- تمت مساواة قيمة تفاعلات O.D مع مؤشر N.P لوحظ وجود ميل متزايد للموضوع لردود فعل "دفاعية عن الأنا تم تقديم توضيح في شكل عدوان وتوبيخ E.D مثال: " لا بأس تستطيعين ان تشتري لي واحدة اخرى بدل الممزقة "

- الانخفاض في المؤشر N.P له تفسيران حسب الحالة (خ):

- يتم تفسير الانخفاض الطفيف في المؤشر على أنه علامة إيجابية: على القدرة على

التحلي بالمرونة في بعض المواقف

- يتم تفسير الانخفاض الواضح للحالة على أنه نتيجة عدم القدرة على تلبية

الاحتياجات الظرفية. والسبب في ذلك، على الأرجح حسب الاختبار يعود، إما بجهل

الحالة بوجود هذه الاحتياجات، او وجود عائق يحول عن اشباعها.

- زيادة مجموع نقاط (M=12)

تم الكشف عن ميل متزايد للموضوع لردود فعل تجنب العدوان للحالة (خ)، وإنكار أهمية حالة النزاع" في شكل تبريرات يعتمد هذا المستوى من التفسير على افتراض أن الاستجابات الاندفاعية مرتبطة بآلية القمع للحالة.

6- ملخص النتائج لاختبار روزنزفايغ:

من خلال المقابلات التي تم والاختبار الذي تم تطبيقه (لسول روزنزفايغ توصلنا بان الحالة لديها الاتجاه المتمثل في تجنب العدوانية، و هذا ما أثبتته النتائج المتحصل عليها في الجدول، أما فيما يخص نمط الاستجابة بالنسبة للحالة (خ) تتمثل في الدفاع عن الأنا ففي مثل هذه الاستجابة، يُفترض أن الميل المتزايد لردود الفعل الدفاعية عن الذات يتم تحديده في نهاية المطاف من خلال ضعف الأنا، أي عدم كفاية تشكيل "مبدأ الواقع"، وعدم القدرة

على تأخير أو إعادة توجيه الدوافع الغريزية، والتقييم الواقعي للموقف، يتم تفسير هذا المستوى عندما تكون هناك زيادة في استجابة E-D مع انخفاض في مؤشر استجابة N.P (N.P=7).(E.D=10) ويجدر الإشارة ان مؤشر دفاع عن الانا يرتبط ارتباطاً وثيقاً بتوظيف S. Rosenzweig لمعنى مواجهة الإحباط حيث تشير ردود الفعل هذه إلى أن الحالة تنظر إلى العقبة المتمثلة في مرض السيلياك واتباع نظام غذائي خالي من غلوتين على أنها وضعية نشطة خارجية.

7- مناقشة الفرضية العامة:

والتي نصت على: يتميز الثالث المعرفي (ذات -محيط- مستقبل) لدى راشدات مريضات بالسيلياك بالتشوه بفعل الاحباطات الفمية. قامت الباحثة بدراسة حالة راشدة مريضة بسيلياك من أجل اختبار صحة الفرضية العامة بعد تأكد الباحثة من خلال مقابلات العيادية نصف موجهة والملاحظة وتحليل الوظيفي للحالة توصلت الى صحة فرضية ان مريضات راشدات بالسيلياك يعانون من الاحباطات والتي بدورها تأثر على (ذات -محيط- مستقبل) حيث تدعمت هذه النتائج من خلال تطبيق الاختبار الإسقاطي للإحباط المصور لروزنزفايغ واجراء المقابلات العيادية نصف الموجهة حيث تشير نتائج المخطط النفسي للاستجابات الحالة انها تواجه احباطات نتيجة مرضها لكن لديها محاولات جادة للتسامح تجاه الإحباط التي ظهرت فعاليتها من خلال نمط تجنب العدوان.

كما تشير السيدة (خ) الى ان الشخص المصاب بمرض السيلياك فقط من يمكنه فهم الجوانب العاطفية لهذا المرض، والعيش مدى الحياة مع مجموعة متنوعة من الأمراض الناتجة عنه والغير المبررة أمر محبط للغاية، فأولئك الذين يعانون من القلق او الضيق او الاكتئاب، يفهمون التأثير الكبير الذي يحدثه على الفرد وأسرته، وتأثيره على مستقبلهم والعلاقات الشخصية، والمواقف الاجتماعية وتقدير الذات.

مشاعر "أنا مختلفة" "أنا ناقصة" من الممكن ان يشعر بها العديد من الاشخاص الذين يعانون من السيلياك، فمن الواجب التعرف على هذه المشاعر ويجب العمل على تقديم صورة ذاتية إيجابية دقيقة للمرضى، من خلال الاعتراف بمعاناة هؤلاء الفئة، ويبدو أنه من المتطلبات الضرورية أن نقدم لهم الفرصة لحضور متابعات نفسية منتظمة تركز على تفردهم

البيولوجي علاوة على ذلك، من المهم العمل على الحد من الإحباط المرتبط بنقص الرضا (عن طريق تناول الطعام) وكذا نظرة سلبية للمستقبل وذلك من خلال زيادة في التنقيف الصحي لفهم ودمج التأثير النفسي الاجتماعي لتشخيص مرض الاضطرابات الهضمية والنظام الغذائي الخالي من الغلوتين لان هنالك العديد من الاشخاص من يجهل تأثيرات الطبية والنفسية للمرض.

ومن جهة اخرى، إذا كان بإمكان الأشخاص تحديد بعض البدائل أو مجالات التعويض في الحياة اليومية، وفي الحفلات أو في المناسبات الخاصة، مع اختصاصي التغذية، فقد يتم تقليل الإحباط هذا الجانب الأخير مهم بشكل خاص، بالنظر إلى أن السياق الاحتفالي يكون عادة وقتاً لكل شخص لتذوق أطعمة معينة أو غير عادية.

وعليه يمكن القول بان الفرضيات التي انطلقنا منها قد تحققت جزئياً الا انه لا يمكن تعميم نتائجها على جميع المرضى نظرا لاعتبارات مختلفة اهمها عدم القدرة على اجراء المقابلات مع العينة التي تم انتقائها من قبل بسبب الوضع الراهن التي تعيشه البلاد والعالم بسبب الحجر الصحي.

8- مناقشة النتائج في ضوء فرضيات الدراسة:

8-1 مناقشة الفرضية الجزئية الاولى:

والتي مفادها يظهر تشوه الثالوث المعرفي في تصور الذات مشوه ومحط من قيمته (representation de soi dévalorisé) انطلاقاً من تصور جسد مهاجم متمركز في فمية هشة انتقائية (الحمية) المتبعة وفق نمط فوبي (الخوف من الغلوتين).

ما يظهر من خلال المقابلات نصف موجهة والنتائج المتحصل عليها كماً وكيفياً من اختبار الاحباط المصور الذي قمنا بإجرائه فقد تأكدت صحة الفرضية فعلى الرغم من ان النظام الغذائي خال من الغلوتين يجب ان يكون دائماً شاملاً، لكن الحالة تشير إلى أن العديد من العوامل المختلفة تجعل هذا الالتزام ليس كلياً، (الأحداث الاجتماعية، الإجهاد، السفر، الحالة المزاجية، الإحباط، تكلفة الطعام)، في كثير من الأحيان تتسبب هذه الأنواع من العوامل الى عدم اتباع الحمية الغذائية كما يبدو أن الحالة كانت أقل دراية فيما يتعلق بالعديد من تفاصيل GFD واحتمالية حصول على المشورة من أخصائي الرعاية الصحية لم تكن واردة في الأساس، توصلنا أن الحالة تعاني من تدني في صورة ذاتها قبل وبعد الإصابة بالمرض ويظهر ذلك بوضوح في سلوكياتها الادمانية التي بدأت مباشرة بعد وفاة

الاب والتي تتعلق بأكل الاوراق حيث بررت فيه هذا السلوك على انه نوع من الانتحار البطي فهي كانت على علم ان اكل الاوراق القديمة قد يؤدي بها الى اصابة بمرض لا يقل خطورة عن سرطان.

يشير **C. Tychey** أن كل وضعية فقدان في الواقع والتي تؤدي إلى الاكتئاب والحزن تكون أكثر تقرباً من خسارة للنجسية، فتبقى الوسيلة الوحيدة هي اللجوء إلى الذات للتفريغ والتنفيس أي اللجوء إلى المحاولة الانتحارية ويسلم فرويد انه من خلال النرجسية نجد التصورات العاطفية للذات حيث أن كل واحد يملك صورة لذاته، والاضطرابات تحدث عندما تثبت ولا تتطابق مع الواقع سواء كان احتقار الذات أو تقدير الذات ففي حالة نقص لصورة الذات الفرد لا يستطيع الوصول إلى تقدير سوي في الشخصية وما نجده هو ميكانيزمات الرفض والتمثلات تضع مكانها و تساعد على الهروب إلى عالم لا واقعي، عدم تقبل خيبة أمل وفشل الفرد إما أن يكبت ذلك أو يلجأ إلى الإغلاء. (غزال، 2016، ص:40)

يلعب الفم دوراً مهماً في الشعور بالوحدة وفي تكوين الأنا، فالأداء الشفوي كنموذج جسدي تقوم عليه التجارب النفسية المصاحبة لعملية تحديد الهوية، تشير الحالة انه بعد اصابتها بالمرض عانت من هشاشة جسدية واحباطات متكررة تتعلق بأعراض المرض بداية بفقدانها للوزن الذي كان له اثر واضح على صورتها لذاتها، فحسب **Paul Schilder** المرض العضوي يضع مشكلاً من جهته نظر لعلاقته بالنموذج الموضوعي للجسد فهو يحفز أحاسيس غير عادية، ويغير بصورة سريعة وفورية صورة الجسد إلى حد ما أو يغير في التمثيلات التي تحتويها (جزئياً استثمارة اللبدي) هذه الأحاسيس تندمج مباشرة في الحالة أو في الهيئة العامة لتجربة الفرد وبهذه الطريقة، لا ترتبط الجسدية بمعاناة العضو المصاب فحسب، بل أيضاً بالوعي الذي يمتلكه الفرد لتحول جسده كرمز للتدهور والانخفاض في القيمة.

وهذا ما اكدته دراسة سلطان بن موسى بعنوان علاقة اضطرابات الأكل بكل من صورة الذات والقلق والكفاءة الذاتية المدركة وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من طالبات جامعة عمان (2009) على عينة من طالبات بلغت (330) وذلك من خلال الكشف عن علاقة اضطرابات الأكل بكل من صورة الذات، والقلق والكفاءة الذاتية المدركة، وبعض المتغيرات الديموغرافية. (العويضة، 2009، ص: 256)

8-2 مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

والتي مفادها انه يظهر تشوه الثالوث المعرفي في روابط بالمحيط وفق نمط مضطهد الجرح النرجسي مرض السيلياك في سياق مجتمعي تسيطر عليه الفمية والاقصاء وميل اجتماعي تجنبي في تفاعل مع تصور الذات مشوه ومحط من قيمته.

فحسب المقابلات تحققت صحة الفرضية الجزئية الثانية حيث اتضح لنا انه بالإضافة إلى التكاليف المالية المتزايدة التي اشارت اليها الحالة في عدة مرات من مقابلات، هناك تكاليف أخرى قد يكون من الصعب تحديدها كميًا، مثل الآثار الاجتماعية - النفسية والجوانب الممتعة والمجتمعية للطعام باعتبارها تصورات قوية وعميقة الجذور متأصلة في ثقافة كل مجتمع حيث مرض السيلياك يستدعي تكريسًا مستمرًا لنظام غذائي وأسلوب حياة مقيد، مما قد يساهم في العزلة الاجتماعية واثار واضحة على صورة الذات.

اما بالنسبة للمرأة بصفة عامة، فإن إدراك الآخرين لجسدها هو أمر أساسي في تكوين صورتها عن نفسها فتغيير التصور الذي تمتلكه الحالة يولد شرخا في الهوية داخل ما كانت عليه قبل وبعد، تشير الدراسات ان هذا الاستعداد الذي يمكننا تعريفه على أنه الجندر يرتبط بعامل ثقافي قوي يحاول فرض نموذج لجسد أنثوي خالٍ من العيوب. لذلك من السهل أن نفترض كيف أن المظاهر السريرية لمرض السيلياك للمرأة يمكن أن تولد (أكثر من الرجال) مشاعر الغضب والإحباط والإحراج.

كما توصلنا الى ان المرض يؤثر بشكل كبير على العلاقات الاجتماعية حيث نجد الحالة لا ترغب في الكشف عن مشكلتها الصحية لزميلاتها (غير دائمين او لنادل) لأنها لا ترغب في أن يكون نظامها الغذائي موضوع محادثات، ولا شعور بالاختلاف خاصة إذا كانت في مجموعة كبيرة بين زميلاتها، ولهذا نجد بعض مرضى السيلياك في بعض الأحيان يتناولون أطعمة بها الغلوتين عن قصد وهم مدركين لمخاطر هذا الفعل، بينما يختار آخرون عدم الخروج مع الأصدقاء لتناول طعام الغداء أو العشاء، لتجنب المشكلة.

فمثل هذا الجرح في الجسد، كمكان للتركيز النرجسي، من شأنه أيضا أن يمثل قيمة علائقية، لأنه إذا انفصل الجسم المتألم عن شبكة الربط، فلن يكون لديه ضمان البقاء متصلاً بالسياق الاجتماعي فقد يتم تحقيق هذه العملية من خلال مجموعة من التنازلات مثل الاستغناء عن الدور القيادي لمجموعة الأسرة في وقت المرض، والتي لها صلة أيضا

بالحفاظ على هوية الموضوع وتغيير ليس فقط عادات الأكل ولكن أيضا العادات الاجتماعية للفرد، اي بداية إعادة بناء هوية اجتماعية جديدة، كما هو موضح حسب الحالة (خ). إلى جانب العلاقات الاجتماعية، يكون للخبز (الذي يحتوي على الغلوتين) أهمية كبيرة كرمز رئيسي فهو عنصر اساسي في مجتمعنا، بداية من الاجتماعات وعشاء العمل، وحتى الطقوس الدينية والاحتفالات التي تحتوي على رموز طعام معينة ومحددة. لقد لاحظنا كذلك حديثها عن التغييرات الاجتماعية، المستمدة من القيود الغذائية، التي تظهر بشكل متكرر في خطاباتها وأن العديد من الأماكن المعتادة التي تتردد عليها الحالة، أو معظم الأحداث الاجتماعية الأساسية مثل أعياد الميلاد ، والتجمعات الاجتماعية بشكل عام، لا توفر خيارات لتناول الطعام خالية من الغلوتين، كما أنها لا تضمن عدم التلوث بمادة غلوتين، هذا ما يثير الشعور بالاقصاء في المناسبات الاجتماعية بالنسبة للحالة الشعور الآخر الناجم عن مواجهة المرض، سيكون مفهوم الافتقار إلى الصحة، بسبب فقدان الجسد المثالي وتباعد الروابط العاطفية، الموقف المؤلم الذي قد يسبب الحنين إلى الماضي وهذا ما لمسناه من خلال حديثها عن رغبتها في رجوع الى مظهرها السابق قبل اصابتها بالمرض.

يمكن تجربة التغييرات في مظهر الجسم كجرح مفجع يضعف نرجسيتها أي أن التحول الذي يحدث في المرض سيشير إلى عملية إعادة بناء الهوية، لأنه من الضروري تطوير تمثيل جديد للذات: (من أنا الآن)؟ لان الإدراك الذاتي للأنا الجسدية المريضة يفترض استثمارًا ذاتيًا جديدًا، حيث يتم وضع النظرة المزدوجة للصورة الذاتية في جوانبها السلبية والإيجابية، السلبية هي ما ينطوي عليه تصور العضو المصاب، والخوف من فقدان الوظيفة العضوية وسلامة الجسم، مما يؤدي إلى الإحباط والإيجابية من خلال القدرة على الثقة بالنفس والأمن والصلابة، مما يساهم في بناء الذات وتقوية صورة الجسد النرجسية جنبًا إلى جنب مع هذه المعاناة، للمساهمة في استعادة قوة الأنا، فإن نظرة الآخر ستكون مهمة جدًا، خاصة في لحظات أزمة الهوية مرتبطة بالمرض، حيث تحدث تغييرات جسدية ملحوظة ستكون الحاجة الأساسية هي أن تظل مرتبطًا بالآخر على الرغم من المرض الجسدي والمعنوي، فهذه هي نقطة الصراع على الذات فقدان الشيء والمثل الأعلى.

8-3 مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة:

والتي مفادها " يظهر تشوه الثالث المعرفي في صعوبة الاسقاط في المستقبل وأحياناً الاستحالة، واعوجاج في التصور الزمني للذات (صعوبة الاستثمار في فكرة الزواج وإنجاب الاطفال).

من خلال نتائج المتحصل عليها في العمل الميداني وحسب المقابلات العيادية نصف موجهة دلت نتائج الفرضية الجزئية الثالثة على تحققها بسبب وجود صعوبة الاسقاط في المستقبل و الاستثمار في فكرة الزواج و انجاب، بحيث نلاحظ تأرجح في تصور المستقبل ما بين الأمل و الخوف أتاحت المقابلة نصف موجهة الحصول على معلومات المرتبطة بمجالات معينة عن الحالة مثل العلاقة مع الجنس الاخر والتوقعات المستقبلية والعلاقات الشخصية، حيث توصلنا الى ان ديناميات الأعراض تخلق تاريخاً لتطور المرض - ليس فقط في الماضي، ولكن أيضاً في المستقبل بحيث نلاحظ تأرجح تصور المستقبل ما بين الأمل و الخوف فمن خلال خطاب الحالة اتضح لنا أن المشكلة لا تكتسب ثقلها فقط في إمكانية الحمل بل في صعوبة استثمار علاقة مع الجنس الاخر (فكرة الزواج في حد ذاتها) وذلك بسبب شعورها الدائم بتهديد في الجسد نتيجة المرض المزمن الذي تعاني منه.

وهذا ما تأكده دراسة سعود ناهد شريف بعنوان قلق المستقبل وعلاقته بسمتي التفاؤل والتشاؤم، (2005): والتي تكونت عينة الدراسة من (2284) طالبا وطالبة منهم (1041) طالبا و (1283) طالبة فمن ضمن النتائج الدراسة أظهرت ان أظهرت وجود ارتباط بين قلق المستقبل والمتغيرات النفسية الآتية (التفاؤل، التشاؤم، الأمل) ووجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائية بين الأفكار اللاعقلانية وقلق المستقبل. (شلهوب، 2005، ص: 12)

ومن جهة أخرى يمكننا القول ان الأمومة تتخذ دلالة الجدارة الشخصية على المستوى النفسي، فالأمومة هي اكتمال الأنوثة والبرهان عليها، فالطفل يحقق للمرأة التوازن النفسي والوفاق مع الذات لأن "كل امرأة تحلم أن تصبح أما كأمها فحسب مدرسة التحليل النفسي يقطع الطفل مسيرة نفسية طويلة وصولاً إلى مرتبة الكائن القائم بذاته. وميلاد طفل يوحى بمشاعر الصحة النفسية والجسدية وتكاملهما من خلال الخصوبة والإنجاب، وعلى العكس من ذلك فان العقم يفتح أمام المرأة سجل الشكوك والهواجس حول اكتمال الجسد ومعه الاكتمال النفسي، فالإنجاب هو اكتمال الرشد والنضج اللذين يحملان التوازن على المستوى

الداخلي وكذا على مستوى الهوية النفسية، ذلك أن هذه الكفاءة على المستوى اللاواعي تظل مربوطة بكفاءة الانجاب. (خوجة، 2016، ص: 77)

يوضح المحلل النفسي **Flagyl** (2003) الدور الأساسي للتصور الزمني في صراع ضد الإحباط حيث يقول أن عدم الثقة في المعالم الزمنية يلعب دورا مهما في عدم تحمل الإحباط، وعندما يكون هناك فاصلا زمنيا غير قابل للتصور فعدم الرضا يمكن تمييزه كنوع من الحرمان الكامل إذ نلاحظ أن السجل اللفظي أثناء الإصغاء للمعاش النفسي للحالة يتواجد في مسار عائم يطفو بين أزمنة ماض ومستقبل هذا ما قد يشير إلى صعوبة في الإعداد النفسي والتكيف مع الأحداث النفسية، (بعد المرض) نتيجة الربط بين فاصلين زمنيين وانعكاسية الزمن الماضي و صعوبة إدماجه من خلال توظيف الجمل السلبية في الحاضر من خلال قولها "ماضي غامض وحاضر غامض" وعليه عجز على التركيز في تنظيم الماضي و الإرساء الحاضر، و التوقع و الإسقاط في المستقبل.

9- مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة:

انطلاقا من فرضيتنا العامة وكذا من خلال الدراسات السابقة التي تناولت بعض متغيرات موضوعنا، وباستعمال المنهج العيادي وكذا عبر تطبيق الأدوات العيادية المقابلة النصف موجهة، واختبار الاحباط المصور لروزنزفايغ والاستعانة بشبكة سيكا "على الحالة بهدف معرفة تأثير اتباع نظام غذائي خال من الغلوتين لراشديات مريضات بالسيلياك وانعكاساته على تجربتهم في السياق الاجتماعي العلائقي وتصور ذات وادراكهم للمستقبل.

توصلنا إلى نتائج عامة سوف نناقشها على ضوء الفرضيات التي تم اقتراحها في أول الدراسة، وقد تحققت الفرضية العامة التي تنص على ان التالوث المعرفي (ذات محيط مستقبل) لدى راشديات مريضات بالسيلياك يتميز بالتشوه بفعل الاحباطات الفمية.

حيث لاحظنا ان معاناة النفسية المرتبطة بسيلياك كمرض مزمن لدى الحالة، تتنوع اعتمادًا على متطلبات مختلفة، فبداية ومسار المرض وجهد العلاج وإمكانية التحكم ونوع الأعراض وشدتها غالبًا ما تكون أسباب معقدة، ولا يمكن توضيحها بشكل قاطع ولا يمكن معالجتها على أنها السبب، بالإضافة إلى الإجهاد الناجم عن أعراض المرض، يمكن أن تنشأ تفسيرات مختلفة، وهو ما أكدته دراسة لـ Tarquinio Cyril حيث سمحت بتحديد العديد من الجوانب المتعلقة بتجربة الاشخاص مع مرض الاضطرابات الهضمية ونظام غذائي خال

من الغلوتين >> ان التغييرات في صور الجسم الناتجة عن فقدان الوزن الزائد ادت الى تأجيج التخيلات المرتبطة بمرض السرطان.<<.

ويمكن أن تنشأ صعوبات في التعامل مع النظام الطبي، وقد تتطور أعباء عائلية واجتماعية ومالية ومهنية وكذلك مشاكل عاطفية ونفسية فحسب الحالة عدم القدرة على تناول الأطعمة المفضلة (والمألوفة)، عبرت عنه كمرحلة أولية من الإحباط، من خلال اعتقادها بأن النظام الغذائي الخالي من الغلوتين يؤدي إلى تنازلات عديدة وهذا ما اشارت له حيث أكدت على العزلة التي تشعر بها فيما يتعلق بالمرض او حتى الانسحاب طوعيا من الدائرة الاجتماعية اشارت دراسة Katrina Nordykel انه ومن المهم العمل على الحد من الإحباط المرتبط بنقص الرضا (عن طريق تناول الطعام)، وبعبارة أخرى إذا كان بإمكان الأشخاص تحديد بعض البدائل أو مجالات التعويض في الحياة اليومية، وكذلك في الحفلات أو في المناسبات الخاصة، بالنظر إلى أن السياق الاحتفالي يكون عادة وقتاً لكل شخص لتذوق أطعمة معينة ، فقد يتم تقليل الإحباط.

خلاصة:

من خلال الاجراءات المنهجية المتبعة وانتقاء مجموعة البحث والدراسة الاساسية وتطبيق مقابلة الموجهة على الحالة الوحيدة والتي كانت تهدف الى التعرف على ان مريضات راشدات بالسيلياك يعانون من الاحباطات فمية والتي بدورها تأثر على (ذات -محيط- مستقبل) وانطلاقا من نتائج الدراسة توصلنا إلى ما يلي:

- تؤثر الحمية المتبعة على معاش النفسي لمريضات بالسيلياك من خلال تصور الذات وسياق الاجتماعي وإدراك المستقبل.
- مرض السيلياك يستدعي تكريسا مستمرا لنظام غذائي وأسلوب حياة مقيد، مما قد يساهم في العزلة الاجتماعية واثار واضحة على صورة الذات.
- وجود صعوبة لدى مريضات بالسيلياك في الاسقاط في المستقبل والاستثمار في فكرة الزواج وإنجاب.

كما توصلنا في الاخير انه في حالة اتباع نظام غذائي صحيح وغياب التدهور التدريجي، يوضع السلياك كمرض مزمن متميز مقارنة بالعديد من الأمراض الأخرى، على الرغم من أننا لا نستطيع التقليل من التأثير النفسي الذي يمكن أن يحدثه في الأشخاص الذين يعانون من مرض الاضطرابات الهضمية من الضروري تقدير القيد الحقيقي الذي يمثله من جانب العائلي والمالي.

استنتاج عام:

من خلال الدراسة التي قمنا بها، والتي سعينا من وراءها إلى التأكد حول هل الثالث المعرفي (ذات محيط مستقبل) لدى راشدات مريضات بالسيلياك يتميز بالتشوه بفعل الاحباطات الفمية جاءت النتائج بعد تحليل المقابلات العيادية نصف موجهة والملاحظات المسجلة أثناءها، إضافة إلى تطبيق اختبار الاحباط المصور لروزنزفايغ، وشبكة سيكا الي تحقق الفرضيات قيد الدراسة.

إلا أنه لا يمكن تعميم النتائج على كل امرأة راشدة مصابة بمرض السيلياك، وذلك نظرا للفروق الفردية والمعاش النفسي لكل حالة، إضافة إلى عوامل مختلفة يمكن القول، بأن المرأة المصابة بمرض سيلياك، تعاني مجموعة من مشاكل والصعوبات كالقلق العزلة الاجتماعية ادراكات مشوهة للذات وبعض المخاوف الأخرى التي يجب التعامل معها وعدم تركها تتفاقم في درجتها خلال هذا الموقف.

الخاتمة

خاتمة:

توصلنا من خلال الدراسة انطلاقاً من جانبها النظري والتطبيقي ان الغذاء هو أحد الاحتياجات الأساسية لكل إنسان وتتخلله قيم رمزية مشتركة على نطاق واسع. منذ الولادة يرتبط الطعام ارتباطاً وثيقاً بتجربة العلاقات مع الآخرين، بدءاً من العلاقة مع الأم في الرضاعة الطبيعية إلى الحفلات مع أصدقاء المدرسة والعائلات ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بالجوانب العاطفية والسيولوجية والنفسية.

يمثل الطعام لكل فرد لحظة من التعايش والمشاركة والتعلم والتطوير وتعزيز المهارات البسيطة والمعقدة، بالنظر إلى هذه الجوانب يمكننا أن نفهم كيف يمكن أن يتسبب مرض السيلياك في إحداث تغيير كبير في الفرد في جميع جوانب حياته وفي حياة الأفراد حوله، خصوصاً على الصعيد النفسي وفي الواقع قد يجد كل من الفرد وعائلته أنفسهم مجبرين على إعادة تعريف هويتهم من الناحية الملموسة، فالمختصين في التمريض والطب والعلاج الأسري يدركون أن المشكلة صحية المزمنة يمكن أن تخلق ضغطاً في الأسرة، كما يدركون أن ديناميكيات الأسرة تؤثر على صحة كل فرد من أفرادها، حيث يساعد الدعم الأسري المريض على التعامل مع مشكلته الصحية وبالتالي يساعده على تقليل من الاحباط الناتج عن الحرمان من الغذاء وفي الأخير نأمل أن تلقى مثل هذه المواضيع في المستقبل سلسلة من الدراسات والبحوث العلمية و أن تكون هناك دراسات أخرى تتطرق لهذا الموضوع من جوانب أكثر خصوصية

في ضوء ما أسفرت إليه نتائج الدراسة الحالية، واستكمالاً للجهد الذي بذلته الدراسة الحالية تقترح الباحثة إمكانية القيام بمزيد من البحوث والدراسات التالية:

البحوث المقترحة:

- لوحظ في هذه الدراسة أن هناك حاجة لدراسات مستقبلية حول انتشار الرهاب الاجتماعي بين مرضى الاضطرابات الهضمية المشخصين حديثاً والذين يتبعون من نظام غذائي خال من الغلوتين
- الدعم النفسي وقبول النظام الغذائي الخالي من الغلوتين ودوره في الامتثال للعلاج
- كيفية تأثير التشخيص على الأفراد وتسليط الضوء على حقيقة أن تشخيص مرض الاضطرابات الهضمية يمكن أن يكون له آثار بعيدة المدى.

- البحث في كيفية ارتباط التشخيص الطبي لمرض الاضطرابات الهضمية بالصحة العقلية لدى الأطفال والمراهقين.
- اضطراب البيكا وعلاقتها بمرض الاضطرابات الهضمية.

صعوبات الدراسة:

- صعوبة في إيجاد دراسات سابقة قريبة من موضوع الدراسة.
- مشكلة في تنسيق مواعيد وترتيب المقابلات مع الحالات بسبب الحجر الصحي للبلاد.
- إيجاد بعض الصعوبات في تحليل نتائج اختبار الإحباط لسول روزنفايغ نظرا للوجود حالة واحدة فقط من خضعت للاختبار.

قائمة المصادر والمراجع

أولا المصادر والمراجع باللغة العربية:

1. الكتب

1. احمد محمد عبد الخالق (1996): قياس الشخصية، الطبعة الأولى، لجنة التأليف والتعريب والنشر، الكويت.
2. اسماعيل الحسيني (2004): موسوعة الطب الباطني، الطبعة الأولى، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
3. اياد عبد القادر يونس التلعفري (2013): موسوعة الطب البديل، طبعة الاولى، مطبعة الديار للنشر، جنين، فلسطين.
4. بوزيان فرحات (2019): مدخل إلى العلاجات السلوكية المعرفية، دار المجدد للطباعة والنشر والتوزيع، سطيف، الجزائر.
5. جابر بن سالم القحطاني (2008): موسوعة جابر لطب الاعشاب، الطبعة الثانية، مكتبة العبيكان، الرياض، المملكة العربية السعودية.
6. جورش طابريشي (1986): النظرية العامة للأمراض العصابية، طبعة الاولى، دار الطليعة للطباعة والنشر، لبنان.
7. سعاد لفريح (2014): قصتي مع السيلياك، الطبعة الثانية، انجاز العالمية للنشر والتوزيع، الكويت.
8. سهيلة محمد بنات (2008): العنف ضد المرأة، الطبعة الاولى، دار المعترف للنشر والتوزيع، الاردن، عمان.
9. شريف شحاتة (2018): أحبط الاحباط، طبعة الاولى، دار الاطلس للنشر والانتاج الاعلامي، مصر.
10. صالح حسن احمد الداھري (2010): اساسيات علم النفس الجنائي ونظرياته، الطبعة الاولى، دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع، عمان.
11. عبد الجواد خليفة أبو زيد (2019): العلاج المعرفي السلوكي، الطبعة الأولى، مكتبة الانجلو المصرية، مصر.
12. عبد الحميد صلاح (2019): دراسات في الفكر السيكلوجي، الطبعة الاولى، الاطلس للنشر والانتاج الاعلامي، الجيزة، مصر.

13. عبد اللطيف حسين فرج (2009): الاضطرابات النفسية (الخوف - القلق - التوتر - الانفصام - الامراض النفسية للأطفال)، الطبعة الاولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان.
14. عزت أمين، فاروق شاهين (2005): الغذاء والتغذية، الطبعة الثانية، أكاديمية للطبع والنشر، بيروت، لبنان.
15. عفاف الجدلي (2018): علوم الاطعمة التجريبية، الطبعة الأولى، مجموعة النيل العربية، القاهرة، مصر.
16. فوزي الشتوي (1990): الأحلام والجنس، الطبعة الاولى، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.
17. كامل محمد محمد عويضة (1996): الصحة في منظور علم النفس، طبعة الاولى، دار الكتب العلمية للنشر، بيروت، لبنان.
18. لمياء محمود مرسي (2018): أجهزة جسم الإنسان (الجهاز الهضمي - التنفسي - العضلي - النطق - التناسلي)، الطبعة الأولى، دار العلم والإيمان والجديد للنشر والتوزيع، مصر.
19. محمد القلا، حسن كويدر (2005): أمراض جهاز الهضم والبنكرياس، الطبعة الأولى، دار القدس للنشر والتوزيع، دمشق، سوريا.
20. محمد شحاتة ربيع (2007): قياس الشخصية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
21. محمود احمد درويش (2017): مناهج البحث في العلوم الإنسانية، الطبعة الأولى، النور للنشر، مصر.
22. محمود عطية (2010): ضغوط المراهقين والشباب وكيفية مواجهته، طبعة الاولى، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
23. محمود علي سامي، عبد السلام القفاش (2000): الموجز في التحليل النفسي، مكتبة الاسرة، مصر.
24. مراد علي عيسى (2012): العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، الطبعة الاولى، دار الفجر للنشر، مصر.

25. مروان ابو حويج (2013): المدخل الى علم النفس العام، الطبعة الأولى، دار اليازوري العلمية، الأردن.
26. مروة فتحي وآخرون (2015): الاختبارات الاسقاطية والتحليل النفسي، ب ط، مكتبة الانجلو المصرية، مصر.
27. هناء الشويخ وآخرون: (2016): علم النفس المرضي، مكتبة أنجلو المصرية، مصر.
28. يمينة غالم (2017): الاتصال اللغوي والغير لغوي للطفل التوحيدي، الطبعة الأولى، مركز الكتاب الأكاديمي للنشر والتوزيع، الأردن.
29. فطيمة الزهرة بوعلاقة (2017): الحياة النفسية للفنان التشكيلي الجزائري نظرة تحليلية للتقمصات في ضوء الاختبارات الاسقاطية ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
30. ابراهيم جابر (2019): السايكوباتية المشكلة والحل، الطبعة الأولى، دار اليازوري للنشر، الأردن، عمان.
31. محمد محمد فتحي (2011): إدمان المخدرات والمسكرات بين الواقع والخيال من منظور التحليل النفسي اللاكاني، الطبعة الأولى، مكتبة انجلو المصرية، مصر.
- II. المذكرات والأطروحات الجامعية:
1. أحلام عزيزي (2016): الإحباط وعلاقته بالسلوك العدوانى لدى عينة من التلاميذ المعيدىن فى شهادة البكالوريا دراسة ميدانية بثانوية ميهوبى محمد ببلدية بلعائية - المسيلة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر فى تخصص علم النفس، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف، مسيلة، الجزائر.
2. أحمد عابد (2015): الإحباط وعلاقته بالطلاق المبكر لدى المرأة المطلقة دراسة عياديه لأربع حالات بولايتي غليزان ومستغانم، مذكرة تكميلية لنيل شهادة ماستر، تخصص علم النفس العيادى والصحة العقلية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة عبد الحميد ابن باديس، مستغانم، الجزائر.
3. احمد عبد الله القاسم (2017): تشخيص الداء الزلاقي عند البالغين اعتمادا على نتائج الفحوص المصلية من دون إجراء خزعة أمعاء دقيقة، بحث علمي أعد لنيل

- إجازة الماجستير في الأمراض الهضمية، الشعبة الهضمية، قسم الأمراض الباطنة، كلية الطب البشري، جامعة دمشق، سوريا.
4. اسلام اسامة محمود العصار (2015): **التشوهات المعرفية وعلاقتها بمعنى الحياة لدى مراهقين في قطاع غزة**، مذكرة ماجستير، كلية التربية قسم الصحة النفسي المجتمعية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
5. أمال غزال (2016): **دراسة سايكوباتولوجية للفتيات المحاولات للانتحار في حالة الفشل العاطفي، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي والمرضي**، قسم علم النفس، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة وهران 02، الجزائر.
6. أماني الكحلوت (2012): **دراسة مقارنة للتوافق النفسي الاجتماعي لدى أبناء العاملات وغير العاملات في المؤسسات الخاصة في مدينة غزة**، مذكرة ماجستير، قسم علم النفس، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
7. أنسام صالح إسماعيل (2011): **الداء الزلاقي والداء السكري (Celiac Disease and Diabetes)**، بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا الماجستير، قسم الأطفال، كلية الطب البشري، جامعة دمشق، سوريا.
8. بن عبد المومن الهواري (2019): **صورة الجسد في التوظيف النفسي للاختبارات الاسقاطية**، أطروحة دكتوراه للحصول على شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران 02، الجزائر.
9. جميلة ميسة (2018): **فاعلية برنامج مساندة نفسية قائم على النظرية المعرفية لـ"ارون بيك" لتحقيق التكيف لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في تخصص تأهيل في التربية الخاصة، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، شعبة علوم التربية، جامعة الشهيد حمو لخضر، الوادي، الجزائر.
10. خديجة صالي (2015): **التوافق النفسي والاجتماعي لمراهقين مصابين بمرض حساسية الغلوتين**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس عمل وتنظيم، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
11. دعاء جهاد شلهوب (2015): **قلق المستقبل وعلاقته بالصلابة النفسية**، مذكرة ماجستير، كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا.

12. رمضان دحماني (2016): قياس الإحباط لدى المراهقين باستخدام مقياس **Rosenzweig** للإحباط، (دراسة ميدانية في بعض ثانويات مدينة المسيلة)، مذكرة مكلة لنيل شهادة الماستر في علوم التربية، قسم علم النفس، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف، الجزائر.
13. زهية بن حنة (2016): الإحباط النفسي لدى الأطباء العاملين في القطاع الصحي بمدينة ورقلة دراسة استكشافية على عينة من الأطباء بالقطاع الصحي بورقلة، مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي في تخصص علم النفس، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف، مسيلة، الجزائر.
14. سارة بكار (2013): انماط التفكير لدى طلبة الجامعة وقلق المستقبل المهني، مذكرة لنيل شهادة ماجستير، قسم علم النفس، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة ابي بكر القايد، تلمسان.
15. سامية سرفاني (2019): الدفاعات النفسية لدى الطفل المسعف دراسة ميدانية بمؤسسة الطفولة المسعفة مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر، قسم علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 08 ماي 45 ورقلة، الجزائر.
16. سامية سرفاني، خولة سقوالي (2017): الإحباط لدى أمهات أطفال التوحد دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ابن زهر "قائمة"، مذكرة لنيل شهادة ليسانس في علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 08 ماي 45 ورقلة، الجزائر.
17. سعيدة خمان (2017): السلوك الصحي وعلاقته بالصحة النفسية لدى المصابين بالأمراض المزمنة دراسة ميدانية بمستشفى بوقرة بولعراس- بكارية، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في تخصص علم النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، جامعة تبسة، الجزائر.
18. سليمة حمودة (2018): العلاج بالتقبل والالتزام ACT لعلاج المشكلات النفسية المصاحبة لمرض السيلياك، محور المداخلة: العلاجات الحديثة، المؤتمر الدولي الأول حول: التطبيقات الحديثة لعلم نفس الصحة- من اجل ترقية صحة الفرد والمجتمع، قسم علم النفس، جامعة الجزائر2، الجزائر.

19. سمية زحيم (2017): **درجة الإحباط للمرأة المطلقة (دراسة عيادية لأربعة حالات بولاية مستغانم)**، مذكرة تخرج للحصول على شهادة الماستر في علم النفس تخصص علم النفس العيادي والصحة العقلية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة عبد الحميد ابن باديس، مستغانم، الجزائر.
20. سميرة بن عثمان (2015): **صورة العائلة لدى الفتاة المراهقة المسترجلة**، مذكرة تكميلية لنيل شهادة ماستر في علم نفس الصحة العيادي والصحة العقلية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة عبد الحميد ابن باديس، مستغانم، الجزائر.
21. سهام هارون البشاري (2015): **الاحباط النفسي وسط الجامعيين الخريجين غير العاملين**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الارشاد النفسي التربوي، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان.
22. سويعد قصاص (2018): **اشكالية الجسد في التحليل النفسي**، اطروحة لنيل شهادة دكتوراه تخصص فلسفة كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران 2، الجزائر.
23. شهرزاد قاسمي (2011): **ميكانيزمات الدفاعية لدى مرض القلب**، مذكرة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي، معهد العلوم الإنسانية والاجتماعية، المركز الجامعي العقيد أكلي امحمد أولحاج، بويرة، الجزائر.
24. صبيرة خوجة (2016): **التوظيف النفسي للنساء المنجبات وغير المنجبات في ضوء منتوجهن الحلمي**، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس، قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر.
25. عائشة غويني (2016): **الاضطرابات النفس عصبية والمعاش النفسي لدى مرضى ضغط الدم المرتفع**، مذكرة لنيل شهادة ماستر، قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
26. عائشة مزياني (2015): **الصورة الجسدية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم**، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة اكلي محند والحاج، البويرة، الجزائر.

27. علا تتاري (2015): **مستويات الحديد والفرتين عند مرضى الداء الزلاقي**، بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا (ماجستير في الكيمياء الحيوية)، كلية الطب البشري، قسم الطب المخبري، جامعة حلب، حلب، سوريا.
28. فادي المسيحي (2018): **دراسة انتشار الداء الزلاقي عند الأطفال المصابين بقصر القامة**، بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا في أمراض الغدد والاستقلاب، كلية الطب البشري، قسم الأمراض الباطنة، شعبة أمراض الغدد والاستقلاب، جامعة دمشق، سوريا.
29. فايزة بوشارب، هجيرة بن السليخ (2013): **أثر الصدمة النفسية في ظهور الاكتئاب لدى طالبات جامعات مقيمات مدمنات على المخدرات**، مذكرة لنيل شهادة ليسانس في علم النفس، قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف، مسيلة، الجزائر.
30. فايزة تواتي (2015): **علامات التكيف النفسي لدى المراهق المصاب بالسيلياك من خلال تطبيق اختباري الروشاخ وتفهم الموضوع دراسة إكلينيكية لأربعة حالات بجمعية مرضى السيلياك -البليدة**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
31. فريدة سوامية (2007): **المساهمة في دراسة العوامل النفسية والاجتماعية لعمل الأطفال**، دراسة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، جامعة الإخوة منتوري، قسنطينة، الجزائر.
32. فؤاد شيحا (2017): **الاستراتيجيات المعرفية المستعملة في التكفل المعرفي عند حالات الانهاك المهني**، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة ابي بكر القايد، تلمسان، الجزائر.
33. كريمة علال (2017): **الحاجات الأساسية للعمال حسب نظرية ماسلو وعلاقتها بالإبداع الإداري لدى الأساتذة دراسة ميدانية بجامعة المسيلة**، مذكرة لنيل شهادة ماستر، قسم علم النفس، العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف، مسيلة، الجزائر.

34. كنزة رزوق (2017): **المخططات المعرفية غير المتكيفة الاضطراب الوسواس القهري**، مذكرة لنيل شهادة الماستر في تخصص علم النفس الإكلينيكي، جامعة العربي بن مهيدي، ام البواقي، الجزائر.
35. لامية ولد محند (2011): **التوازن بين النرجسية والماسوشية لدى المرأة المصابة بالعمم النفسي**، مذكرة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي، فرع علم النفس العيادي، معهد العلوم الإنسانية والاجتماعية، المركز الجامعي العقيد أكلي محند أولحاج، بويرة، الجزائر.
36. لينا غريب علي (2015): **دراسة القيم التشخيصية لاضداد الترانس غلوتاميناز النسيجية صنف IGA عند المرضى المتوقع اصابتهم بالداء الزلاقي**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الطب المخبري، دراسات عليا، جامعة تشرين، سوريا.
37. محمد الجمعة (2013): **معدل انتشار الداء الزلاقي عند مرضى تشمع الكبد**، بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا، التخصصية الفرعية في أمراض جهاز الهضم، كلية الطب قسم الأمراض الباطنة، جامعة حلب، سوريا.
38. محمد الجمعة، **معدل انتشار الداء الزلاقي عند مرضى تشمع الكبد**، بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا التخصصية الفرعية في أمراض جهاز الهضم، كلية الطب، قسم الأمراض الباطنة، جامعة حلب، حلب، سوريا، 2013.
39. منال منقور (2016): **اضطراب ما بعد الصدمة النفسية في ظهور اضطراب الشخصية التجنبية**، مذكرة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعي، جامعة الدكتور مولاي الطاهر، سعيدة، الجزائر.
40. نادية بنت عبد الرحمن بن صويلح اللهيبي (2009): **فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الوعي الغذائي لأمهات ومشرفات أطفال التوحد**، رسالة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الاقتصاد المنزلي قسم: التغذية وعلوم الأطعمة تخصص تغذية تطبيقية، كلية التربية للاقتصاد المنزلي، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
41. نجيبه بكيري (2011): **أثر البرنامج سلوكي المعرفي في علاج بعض الاعراض النفسية للسكربين المراهقين**، اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس

- العيادي، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية والعلوم الاسلامية، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.
42. نصر الدين بودحوش (2016): أثر برنامج العلاج في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية لدى المصابين بالعقم (دراسة عيادية لعشر حالات)، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي، قسم علم النفس، تخصص علم النفس عيادي، جامعة وهران 2، الجزائر.
43. نعيمة يديوي (2011): آليات الدفاع لدى مرضى داء السكري المعالج بالأنسولين، مذكرة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي، كلية المركز الجامعي العقيد آكلي محند أولحاج، البويرة، الجزائر.
44. هاجر شطاح (2010): أثر سوء المعاملة الوالدية على صورة الذات عند الطفل، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر.
45. وردة بلحسيني (2002): علاقة الرضا عن التوجيه المدرسي بالإحباط (دراسة مقارنة بين تلاميذ الجذعين المشتركين آداب وتكنولوجيا بورقلة)، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، قسم علم النفس وعلوم التربية، كلية الآداب والعلوم الانسانية، جامعة ورقلة، الجزائر.
46. ولاء محمد احمد عبد الرحمان (2018): فاعلية برنامج ارشادي سلوكي معرفي في تحسين مهارات الاجتماعية وخفض سلوكيات العزلة لدى الطلبة الجامعيين، مذكرة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.
47. ياسين الفندي (2017): دراسة نسبة انتشار اضطراب ناقلات الأمين لدى مرضى الداء الزلاقي، بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا الماجستير، قسم الأمراض الباطنة، كلية الطب البشري، جامعة دمشق، سوريا.

III. المقالات العلمية

1. أسامة محمود العشيرى (2018): مرض السيلياك (حساسية القمح)، مجلة أسبوط للدراسات البيئية، العدد 47، جامعة أسبوط، مصر.

2. بسمه كريم شامخ (2013): أثر أساليب التكيف المعرفية والسلوكية في خفض الإعراض العصابية لدى مرضى القلب، مجلة الأستاذ، العدد 303، الجامعة المستنصرية، العراق.
3. جالا قاسم العتمة (2009): مقدمة في تعريف الداء الزلاقي وتشخيصه، مجلة التشخيص المخبري المجلد 5، العدد 3، جامعة دمشق، سوريا.
4. خليل اسماعيل إبراهيم، عباس عزيز أمين (2009): الآثار الاقتصادية والاجتماعية لمعاناة ذوي الأمراض المزمنة في العراق، المجلة العربية لبحوث السوق وحماية المستهلك، المجلد 01، العدد 02، جامعة بغداد، العراق.
5. رتيبة جبار (2015): طبيعة استجابات المراهق الجزائري أمام اختبار الإحباط المصور، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 55، جامعة سطيف 02، الجزائر.
6. زينة بن طراد (2017): قياس مستوى الإحباط من وجهة نظر عينة من أعوان الحماية المدنية دراسة ميدانية بوحدة الحجار(عنابة)، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 31، جامعة قاصدي مرباح، الجزائر.
7. سلطان بن موسى العويضة (2009): علاقة اضطرابات الأكل بكل من صورة الذات والقلق والكفاءة الذاتية المدركة وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من طالبات جامعة عمان الأهلية، المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، المجلد 02، العدد 02، الجامعة الأردنية، الأردن.
8. سنان كاظم الموسوي وآخرون (2011): الإحباط لدى العاملين وعلاقته ببعض المتغيرات (دراسة ميدانية في قطاع صناعي مختلف)، مجلة الكلية الإسلامية الجامعة، العدد 14، الجامعة الإسلامية، المملكة العربية السعودية.
9. سومة الحضري (2018): المشكلات الأكاديمية والاجتماعية وعلاقتها يقلق المستقبل والإحباط لدى طلاب الثانوية الأزهرية في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، مجلة الارشاد النفسي، المجلد 55، العدد 55، جامعة عين شمس، مصر.
10. لمياء عبد الرزاق (2015): مقياس التشوهات المعرفية للشباب الجامعي، مجلة الإرشاد النفسي، مركز الرشاد النفسي، العدد 41، جامعة عين شمس، مصر.

11. محمد بن سالم محمد القرني (2016): دور ضغوط أحداث الحياة وتقدير الذات والمعارف السلبية في التنبؤ بالاكتئاب لدى عينة من المرضى، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد 05، العدد 02، جامعة الملك عبد العزيز، المملكة العربية السعودية.
12. محمد زيان (2019): الطعام والرباط الاجتماعي في مجتمع محلي متوسطي، دراسة أنثروبولوجية - الشلف - الجزائر، مجلة الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، المجلد 12، العدد 01، جامعة حسيبة بن بوعلي، الشلف، الجزائر.
13. مهدي نودهي، وآخرون (2018): اشكالية التوفيق بين الدونية والتعويض في قوة أدونيس وشاملو الإبداعية انطلاقاً من اتجاه آدler النفسي، مجلة اللغة العربية وآدابها، المجلد 14، العدد 01، جامعة طهران، إيران.
14. ميلاد انطانيوس وآخرون (2016): دراسة العلاقة بين درجة الضمور الزغابي وكل من شدة التظاهرات السريرية ومستوى ارتفاع قيمة Anti-tissue transglutaminase IGA عند مرضى الداء الزلاقي البالغين، مجلة جامعة تشرين لبحوث والدراسات العلمية سلسلة العلوم الصحية، المجلد 38، العدد 6، جامعة تشرين، سوريا.
15. نجاة أحمد الزليطني (2014): سيكولوجية العدوان والنظريات المفسرة له، المجلة الجامعة، المجلد 04، العدد 16، جامعة الزاوية، دبي.
16. يوسف بن سطاتم العنزى (2015): الفروق في تحمل الإحباط في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى الأحداث المقيمين في دور الملاحظة (دراسة مقارنة)، مجلة كلية التربية، المجلد 34، العدد 162، جامعة الأزهر، مصر.

ثانياً المصادر والمراجع باللغة الأجنبية:

I. Ouvrages:

1. Aaron T. Beck (1979): **Cognitive Therapy of Depression**, 1st edition, Guilford Press, New York, USA.
2. Blumer Ian, Crowe Sheila (2010): **Celiac Disease for Dummies**, 1st edition, John Wiley Sons Canada Ltd, Canada.

3. James Morrison (2015): **When Psychological Problems Mask Medical Disorders**, 2nd edition, the Guilford, New York, USA.
4. Kimberly A. Tessmer (2009): **Tell Me What to Eat If I Have Celiac Disease**, 1st edition, New Page Books, New York, USA.
5. Koen descheemaeker & Chris Provoost (2002): **L'impact de la nutrition sur la sante, Développements récents - 5**, 1st edition, Garant Anvers, Belgique.
6. Rodrigo Luis, Amado Salvador Peña (2014): **Celiac Disease and Non-Celiac Gluten Sensitivity**, 1st edition, Omnia Science Barcelona, Spain.
7. Stefano Guandalini (2011): **Jump Start Your Gluten-Free Diet! Living with Celiac / Coeliac Disease & Gluten Intolerance**, 1st edition, R & R Publishing, LLC, Chikago, USA.
8. Susanna Holt (2006): **Eat Well Live Well with Gluten Intolerance**, 1st edition, Murdoch Books, Australia.
9. Sfoggia Cristna et al (2014): **Quality of Life and Psychological Distress in Celiac Disease**, OmniaScience, Barcelona, Spain.
10. Tricia Thompson (2006): **Celiac Disease Nutrition Guide**, 2nd edition, American Dietetic Association, Texas, USA.

II. Articles et Périodiques:

1. Abadie Valérie et al (2011): **Integration of Genetic and Immunological Insights into a Model of Celiac Disease Pathogenesis**, Annual Review, Annu Rev Immunol, vol 29, issu 01 Palo Alto, California, United States, 2011.
2. Addolorato Giovanni et al (2008): **Social phobia in coeliac disease**, issue 43, Scandinavian Journal of Gastroenterology, rome, Italy.
3. Anastasia Balakireva et al (2016): **Properties of Gluten Intolerance: Gluten Structure, Evolution, Pathogenicity and Detoxification Capabilities**, Nutrients, 2016, volume 8, issue 10.

4. Boukezoula Fatima (2015): **La maladie cœliaque à Tébessa (Algérie) Evolution de la prévalence entre 2000 et 2014**, volume 01, issue 01, Institut Supérieur des Professions Infirmières et Techniques de santé d'Oujda, maroc.
5. Catalina et al (2017): **Celiac disease, non-celiac gluten sensitivity and wheat allergy: comparison of 3 different diseases triggered by the same food**, Sociedad Chilena de Pediatría, volume 88, issue 3, Chile.
6. Fabiana Zingone and al (2015): **Psychological morbidity of celiac disease: A review of the literature**, United European Gastroenterology Journal, Volume 3, Issue 02, Vienna, Austria.
7. G, Addolorato et al (2004): **Psychological support counselling improves gluten-free diet compliance in coeliac patients with affective disorders**, volume 20, issue 7, Institute of Internal Medicine, Catholic University of Rome, Rome, Italy.
8. Hélène Désilets (2015): **Répercussions Psychologiques De La Maladie Cœliaque**, volume 14, issue 04, Coeliaque Québec, Paris, France.
9. Ilaria Parzanese et al (2017): **Gastrointest Pathophysiol**, Volume 8, Issue 2, School of Chinese Medicine, Baptist University, Hong Kong, China.
10. J.E.W. Koh et al (2019): **Automated diagnosis of celiac disease using DWT and nonlinear features with video capsule endoscopy images**, Future Generation Computer Systems, vol.90, Netherlands.
11. Kassem Barada et al (2010): **Celiac disease in Middle Eastern and North African**, World J Gastroenterol, Volume 16, Issue 12, Baishideng.
12. Miguel Ángel et al (2018): **Celiac Disease Autoimmunity**, *Archivum Immunologiae et Therapiae Experimentalis*, L. Hirszfild Institute of Immunology and Experimental Therapy, Wroclaw, Volume 66, Issue 6, Poland.

13. Rachele Buchanan and John Arman (2015): **Celiac Disease: Depression, Anxiety, Social Stigma, and Implications for Counselors**, issue 19, Vistas, ACA Knowledge Center, Alexandria, USA.
14. Rocha Susy et al (2016): **The psychosocial impacts caused by diagnosis and treatment of Coeliac Disease**, The University of São Paulo Nursing School Journal, Volume 50, Issue 01, Sao Paulo, Brasil.
15. Ruth Howard & Sara ford (2012): **Psychosocial aspects of coeliac disease: A cross-sectional survey of a UK population**, issue 17, British journal of health psychology, London.
- 16.

III. Thèses scientifiques:

1. Abdallah Bouasla (2011): **Prévalence de la maladie cœliaque à Constantine (1996-2008) et diététique associée auprès des patients de l'EHS Sidi Mabrouk de Constantine (2009)**, Mémoire de Magister en Sciences Alimentaires Option : Nutrition Humaine, Université MENTOURI – Constantine.
2. Rahma Chahba (2019): **Maladie cœliaque chez l'adulte : étude histopathologique, biochimique et implication du stress oxydatif, dans la région d'Annaba et de Biskra**, Mémoire de master, Université Mohamed Khider de Biskra, Sciences biologiques, Algérie.
3. Khouloud Mazouzi (2018): **les intolérances au gluten et au lait dans la wilaya de Ain Defla**, Mémoire de fin d'études En vue de l'obtention d'un diplôme de Master, Spécialité : Physiologie Cellulaire et Physiopathologie, Université Djilali Bounaama Khemis Miliana, Ain Defla Algérie.
4. Yassine Rhaz (2016): **Segmentation d'images endoscopiques et classification des polypes par analyse de la texture et de la couleur**, Master Sciences et Techniques Systèmes

- Intelligents & Réseaux, Faculté des sciences et techniques de, universite Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès, Maroc.
5. Elisabet Hollén (2006): **Coeliac Disease in Childhood On the Intestinal Mucosa and the Use of Oats**, thesis, Division of Medical Microbiology Department of Molecular and Clinical Medicine Faculty of Health Sciences Linköping University, Linköping, Sweden.
 6. Fella Sadoun & Cheifa Fatima Zohra (2018) : **Analyse croisée des allèles HLA DR-DQ et des auto-anticorps dans la maladie cœliaque**, Mémoire de fin d'études En vue de l'obtention du diplôme de Master, Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie, Génétique et physiologie, Université Blida-1-, Algérie.
 7. Soumia Amamraa (2017): **Prévalence de la maladie cœliaque à Mostaganem (1996- 2008) et diététique associée auprès des patients de l'EPH Ain Tedeles de Mostaganem (2009)**, Master en biologie, Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie, Spécialité Nutrition et Santé, Université Abdelhamid Ibn Badis-Mostaganem, Algérie.
 8. Romain Sasseigne (2016): **intolérance non-coeliaque au gluten et mode du régime sans gluten**, thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie, université toulouse III paul sabatier, faculté des sciences pharmaceutiques, Toulouse, France.
 9. Shuangyi Wang (2017): **development of a robotic transoesophageal ultrasound system and its application in automatic acquisition**, this dissertation is submitted for the degree of Doctor of Philosophy, Department of Biomedical Engineering, Division of Imaging Science & Biomedical Engineering School of Medicine, Universite King's College London, United Kingdom.
 10. Renee Letourneau (2013): **Étude de la perception de la qualité de vie d'adultes atteints de la maladie coeliaque**, Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la

santé en vue de l'obtention du diplôme de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques (sciences infirmières), Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, 2013.

الملاحق

الملحق الأول: شبكة المقابلة

المحور الأول: (تاريخ الحالة)

- معلومات عن المريضة: المهنة، السن، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، المستوى المعيشي، عدد الاخوة.
- طبيعة العلاقة الموضوعية مع الام
- نوع الرضاعة طبيعية ام اصطناعية؟
- هل كان الفطام مفاجئ مبكر او العكس؟
- كيف مرت مرحلة تعليم وتدريب على النظافة بالنسبة اليك
- هل كانت مبكرة فيها قلق وحرص زائد او العكس؟

المحور الثاني: (التشخيص وردود فعل اتجاه الإصابة بمرض السيلياك)

- متى تم تشخيصك بمرض سيلياك؟
- من قام بتشخيصك بمرض السيلياك؟ ما الاختبارات التي قمتي بإجرائها؟
- كيف تصفين معاش التشخيص (عواطف، مخاوف)؟
- كيف كانت ردة فعلك بعد ما عرفت إنك مصاب بالسيلياك؟
- بعد التشخيص هل تلقيت الدعم من المتخصصين (أخصائي التغذية أو الأخصائي النفسي)؟
- هل هناك أي حالات أخرى من مرض الاضطرابات الهضمية في عائلتك؟
- هل كنت تعلمين بالفعل عن مرض الاضطرابات الهضمية؟ إذا كان الأمر كذلك، فما هي المعلومات التي كانت لديك؟
- هل تشعرين الآن بأنك على اطلاع وخبرة بشأن حالتك؟
- هل تخضعين لفحوصات دورية لمرض الاضطرابات الهضمية؟

المحور الثالث: (خاص بالحمية الغذائية والالتزام بها)

- هل يمكنك أن تخبريني عن تجربتك مع مرض الاضطرابات الهضمية والنظام الغذائي الخالي من الغلوتين؟
- ماهي الاجراءات التي تتبعينها في حالة اكل الغلوتين؟
- ماهي الاعراض المرافقة للمرض مع اتباع الحمية؟

- ماهي الأطعمة المحتوية على الغلوتين التي تفتقدونها كثيرًا في نظامك
 - الغذائي الخالي من الغلوتين؟
 - ماهي المشاكل الرئيسية المتعلقة بجودة المنتجات الخالية من الغلوتين؟
 - إذا ما شعرت أنك بصحة جيدة ولم تظهر عليك أعراض، فهل تستمرين في اتباع الحماية الغذائية؟
 - نظرًا للصعوبات في القضاء على الغلوتين، هل المنتج النهائي يقدم كل ضمانات الجودة من الناحية الغذائية؟
 - هل تجدين صعوبات في الالتزام بالحماية الخالية من الغلوتين؟
 - هل من السهل عليك شراء المنتجات؟ وكيف تتحصلين عليهم؟
 - هل هناك منتجات معينة خالية من الغلوتين باهظة الثمن أو صعبة متوفرة والتي تفتقدها بشكل خاص في الحياة اليومية؟
- المحور الرابع: (صورة الذات والعلاقات الاجتماعية)**

- منذ إصابتك بالمرض، هل أزعجتك التغييرات في مظهرك؟
 - هل تشعرين أنك مختلفة عن الآخرين؟
 - ماهي الأفكار والاحساسات التي عند رؤية الأشخاص يأكلون طعام بغلوتين؟
 - ماذا يمثل الأكل بالنسبة اليك بصفة عامة؟ وماذا يمثل بمادة الغلوتين وبدونه؟
 - كيف تصفين حياتك قبل وبعد المرض؟
 - ماهي الأفكار والاحساسات التي تراودك عند رؤية الناس يأكلون الغلوتين؟
 - هل تشعرين بالإحباط من فكرة إصابتك بمرض مزمن؟
 - هل كنت تعانين من تفضيل قهري لبعض المواد الغير الصالحة للأكل؟
- المحور الخامس: الطابع التطوري للمرض وانعكاساته على مستقبل الحالة (الزواج والانجاب والعمل)**

- كيف تتعاملين مع الوضع إذا ما دعاك أحدهم لتناول وجبة غذاء او عشاء؟
- كيف هي نظرتك للمستقبل قبل وبعد المرض؟
- هل تصاب بالإحراج إذا علم الآخرون بمرضك؟
- هل تعطين إيضاحات للنادل أو موظفي المطعم عندما تذهبين إلى أكل بالخارج؟

- في علاقاتك شخصية هل وجدت صعوبة في تكوين علاقات خطوبة وزواج؟
- هل كان هنالك رفض من شخص إذا ما علم أنك مريضة بسيلياك؟
- هل يؤثر المرض على إمكانية الحمل والإنجاب؟

الملحق الثاني: دليل اختبار الإحباط لسول روزنفايغ Rosenzweig

الاسم:

اللقب:

المستوى الدراسي (القسم):

تاريخ و مكان الميلاد:

المؤسسة:

مقياس P.T. - روزنفايغ * ROSENZWEIG*

التخصص بالبراهمة

- تعليمات -

على كل صورة من هذا الكراس تجد شخصين يتحاوران ، مقولة أحدهما معطاة دائما ، تصور الشخص الآخر على الصورة يوجب ، أكسب على الحانة الفارغة أسرع جواب يتبادر إلى ذهنك .

* إعمل بأقصى سرعتك *

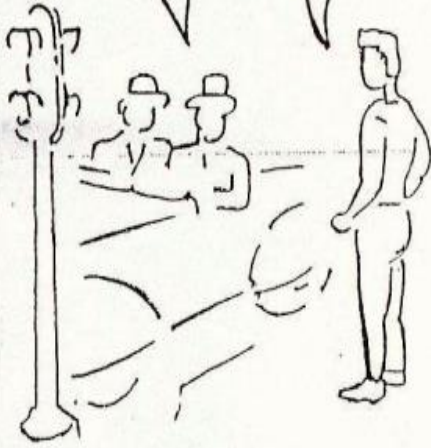
شكرا

تعليمات الاختبار

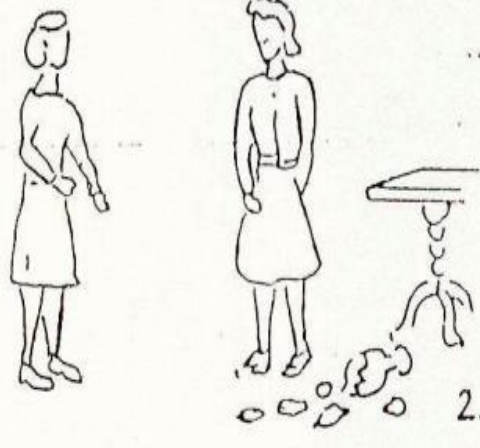
- إن هذا الاختبار يتم تطبيقه في إطار بحث علمي .
- يجب أن تكون الاجابات قصيرة و لا يهـم أن تجيبوا بالعامية .
- لا توجد إجابات خاطئة و أخرى صحيحة كل الاجابات ذات قيمة .
- الاجابات يجب أن تكون فردية ، أي يجب عدم الإطلاع على إجابات بعضكم البعض .
- يجب أن تسجلوا أول جواب يخطر ببالكم فوراً وبسرعة .
- هذا الاختبار فيه (24) صورة أجبوا عليها الواحدة تلو الأخرى بالترتيب ، من 1 إلى 24
- لا تترك واحدة بغير جواب .
- إذا لم تفهم أي وضعية إسأل .

أنا آسف لتلطخ ملابسك
مع أننا فعلنا كل ما بوسعنا
لتفادي هذه البركة .

يا للقضاعة لقد
كسرتسي المزهريه
المفضله لدى أمي .



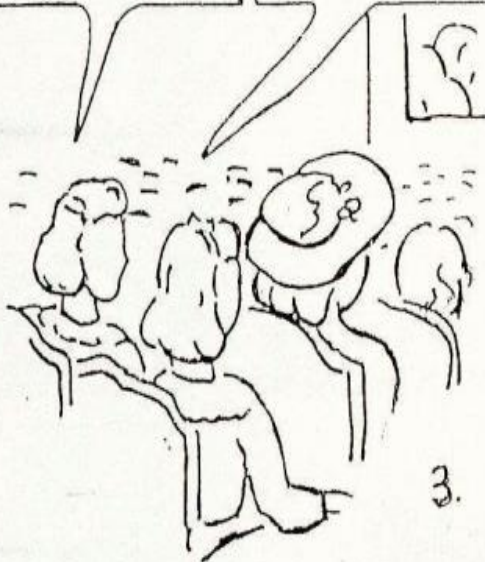
1.



2.

لا نستطيعين رؤيه
أي شيء

هنا سخيف أن تعطل
سيارتي ، مما جعلك تتأخر
عن موعد القطار



3.

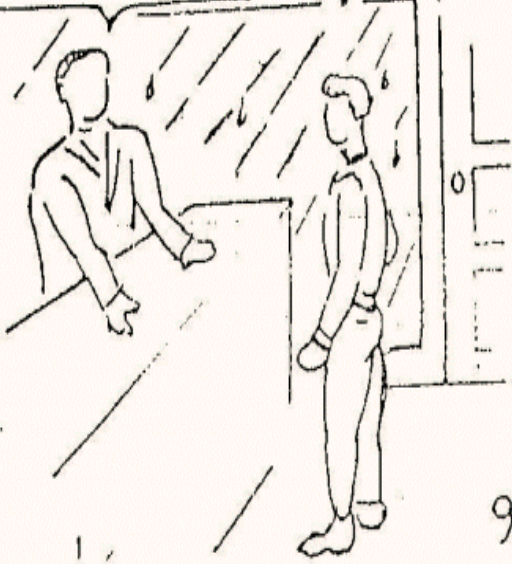
محطة



4.

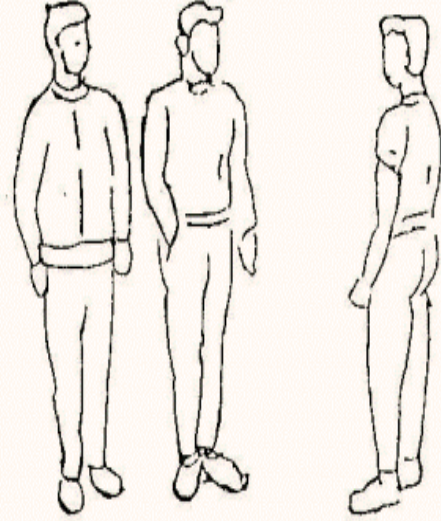


من المؤكد أنك بحاجة
إلى معطفك ولكن عليك
انتظار عودة صاحب
الدكان



9.

أنت كاذب وتعرف
ذلك جيدا



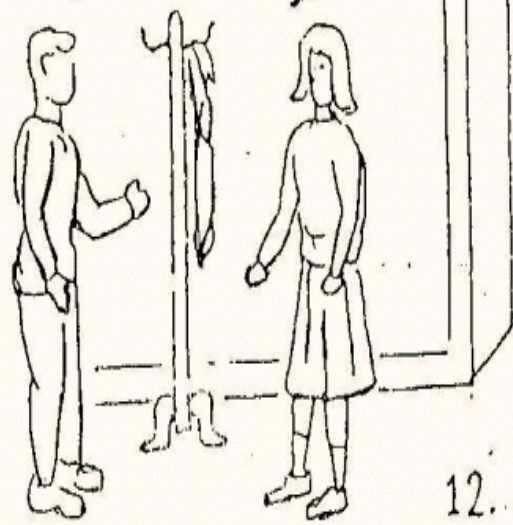
10.

علما مصلحة الهاتف
أعطني رقما خاطئا

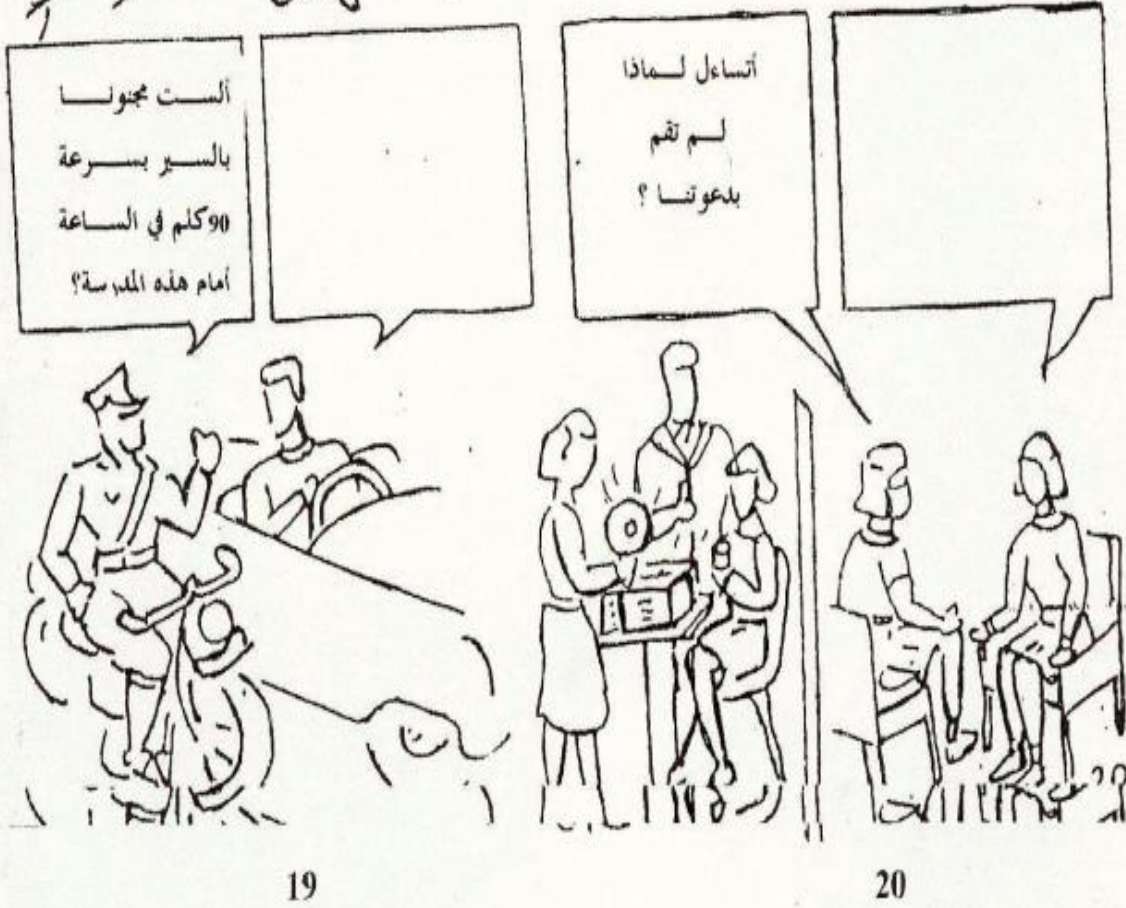


11.

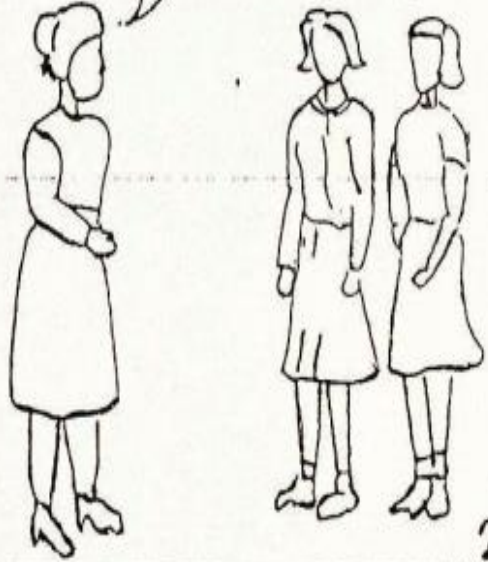
إن لم يكن متديلك فلا بد
أن سلمى أخذته عن غير
فصد وتركت متديلهما



12.

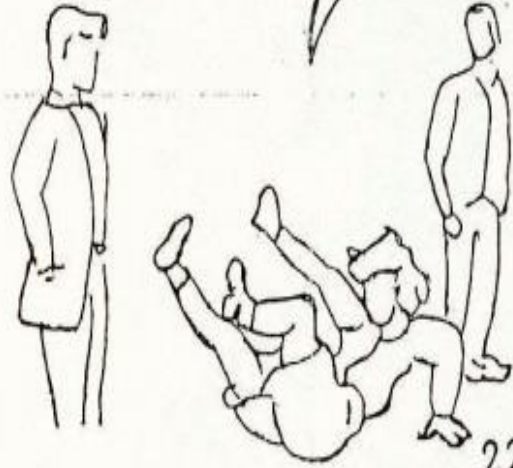


المرأة التي تسيبن الكلام
عنها ، أصابها حادث ، وهي
الآن في المستشفى



21.

هل أصابك مكروود



22.

هذه خالتي تريدنا أن
ننظرها حتى تتمكن
من توديعنا



23.

هذه جريدتك التي أعرتني
إياها من قبل ، متأسفة
الرضيع مزلفها



24.

الملاحق رقم: 4

N	O.D	E.D	NP	GCR
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
				المجموع =
G.C.R				النقطات <T>
%				

البروفيل

	O.D	E.D	NP	المجموع	%	T
E.A						
IA						
MA						
المجموع						
%						
T						

النماذج:

1- النماذج الكلاسيكية

2- النماذج بالنقطة (T)

3- النماذج المركبة:


4- النماذج الإضافية:

	NOTE B	%	T
E			
I			
E+I			

المبول:

1		2		3		4		5	
V	T	V	T	V	T	V	T	V	T

الملحق الثالث: أوراق الطبية لـ تشخيص المرض للحالة (خ)

 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Dr. S. BENTOUMI
Spécialiste en Anatomie Cyto-Pathologie
Ancienne Maître Assistante des hôpitaux d'Alger.

Hal EL-BADR N°C134 (Ex. 500 Logts en face de l'Hôpital ZAHRAOUI N°Sila 2800) Tél/Fax.035.55.87.29

EXAMEN HISTOPATHOLOGIQUE

NOM : [REDACTED] PRENOM : [REDACTED] AGE: 27 ans
NATURE DU PRELEVEMENT : Bx. Jéjunale
REMIS-LE : 30/11/2013 PAR LE Dr : M.D.E DRISSI


H380/11/13

L'étude histopathologique a porté sur un fragment biopsique de muqueuse jéjunale présentant :

- Une atrophie villositaire subtotale accompagnée d'une hyperplasie cryptique. La couche des glandes est plus épaisse que normalement avec des cryptes allongées, tortueuses, montrant des images de mitoses normales.
- Un épithélium de surface altéré fait de cellules cubo-cylindriques, basophiles, tassées les unes contre les autres, présentant un plateau strié altéré. Les cellules caliciformes apparaissent plus nombreuses que normalement.
- Une lamina propria siège d'un œdème et d'un infiltrat inflammatoire dense, diffus, fait de lymphocytes, de plasmocytes et de quelques éosinophiles.

CONCLUSION : Aspect histopathologique en faveur d'une maladie cœliaque en poussée évolutive.

Avec mes sentiments confraternels.
Dr S. Bentoumi



vous nous remercier de votre confiance et nous souhaitons un prompt rétablissement

CABINET D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE PROCTOLOGIE ET D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE
FIBROSCOPIE - RECTOSCOPIE - COLOSCOPIE

DR : DRISSI M. D.E

Date :

13 0 NOV 2013

Nom prénom et âge : [REDACTED] 1960.

Médecin traitant : Dr . ABBAS.

Indication : Suspicion de colique.

Prémédication : Xyllocaine gel .

COMPTE RENDU DE VIDEO ENDOSCOPIE OESO-GASTO-DUODENALE

Oesophage : Sain sur toute sa hauteur .

Cardia : 38 cm des incisives - d'aspect normal .

Estomac : Lac rougeux clair , d'abondance normal .

Muqueuse gastrique paraît saine en vision pro grade .

Pylore : Régulier , bien centré et franchissable .

Bulbe : Non déformé , sain .

Post bulbe : D'aspect fin hachurée en mosaïque , d'atrophie avancée . Biopsies .

Conclusion : Aspect d'atrophie villositaire avancée . Biopsies .

Dr DRISSI

CABINET DE RHUMATOLOGIEDocteur **ABBAS Abdelmalek**

الدكتور عباس عبد المالك

ANCIEN MAITRE ASSISTANT
A L'UNIVERSITE D'ALGER
SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE
MALADIES DES OS ET DES
ARTICULATIONS

طبيب مختص في أمراض

العظام والمفاصل

CITE 256-LOGTS- M'sila
Tél : 035 54 54 11

N° d'Ordre : 28/00158

M'sila, le : 12/11/2013

Nom : [REDACTED] PRENOM : [REDACTED] AGE : 80

Cher Monsieur

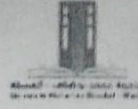
Je vous prie de bien vouloir
- nommer qui présente
- une ostéomalacie avec
- de douleurs et d'agitation
- par défaut d'absorption ou
- d'exposition au soleil
- et par éliminer une
- éventuelle malade quelconque

Non recente, we fibrosique
obd case BT fr amblyopia

calculations



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس

المرجع: القرار الوزاري رقم: 933 المؤرخ في: 28 جويلية 2016 المحدد للقواعد المتعلقة بالوقاية من السرقات العلمية ومكافحتها

تصريح شرقي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز البحث

أنا الممضي أدناه،

السيد(ة): بشير أسماء

الصفة: طالب. أستاذ باحث. باحث دائم: طالبة

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 499863

والصادرة بتاريخ: 03_05_2015

عن دائرة: مسيلة

المسجل (ة) بكلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم: علم نفس العياري

والمكلف (ة) بإنجاز أعمال بحث (مذكرة التخرج، مذكرة ماجستير، مذكرة دكتوراه)، عنونها:

التأثير المعرفي لبيك ذات - حيط - مستغل) والإحباط النفسية

لدى راشات هريجات بالسلييك بالإستخانة بشركة السيك Seeca.

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في

إنجاز البحث المذكور أعلاه

التاريخ: 01 - 10 - 2020

إمضاء المعني



عن رئيس المجلس الشعبي البلدي
وتفويض منه الموظف المكلف
عزازي موسى