الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

الرقم التسلسلي: ...../.....

رقم التسجيل: **043087810**

العجز عن التعبير الانفعالي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن

دراسة عيادية لحالات بمصلحة أمراض الكلى مستشفى برج بوعريريج

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

شعبة: علم النفس تخصص: علم النفس العيادي

إعداد

- عبد الحميد ضياف

إشراف الدكتورة:

- اسماعيلي اليامنة

الموسوم الجامعي: **2017/ 2018**

شكر وعرفان

أصالة عن نفسي وعرفانا بالجميل الوافر الذي أمتن به إلى أستاذتي الفاضلة التي تفضلت علي بجهدها ،وعلمها ،و وقتها ،ونصائحها وتوجيهاتها القيمة وحرصها على متابعة إنجاز هذا البحث إليك أستاذتي المحترمة "اسماعيلي اليامنة " جزاك الله خير الجزاء.

- كما أخص بالشكر القائمين على مصلحة أمراض الكلى بمستشفى لخضر بوزيدي "برج بوعريريج"
- والشكر موصول كذلك للأخصائية النفسانية بالمصلحة ، الذين قدمو لي يد المساعدة .
- كما لايفوتني أن أشكر المفحوصين على إلتزامهم وتعاونهم
- إلى الأساتذة الذين تفضلوا على مناقشة هذا البحث
- كما أشكر كل من ساهم من قريب أو بعيد ، بالكثير أو القليل في إنجاز هذا العمل.

عبد الحميد

فهرس المحتويات

البيان	الصفحة
كلمة شكر	أ
الاهداء	ب
مقدمة	1
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	16-1
أولا: الإشكالية	3
ثانيا: فرضيات البحث	6
ثالثا: أهمية الدراسة	7
رابعا : أسباب إختيار الموضوع	8
خامسا :أهداف الدراسة	8
سادسا: تحديد المصطلحات	10
سابعا: الدراسات السابقة	11
ثامنا : التعليق على الدراسات السابقة	12
الفصل الثاني: العجز عن التعبير الانفعالي	55-19
تمهيد	19
أولا: نبذة تاريخية عن الانفعال	20
ثانيا: ماهية العجز عن التعبير الانفعالي	24
ثالثا: خصائص العجز عن التعبير الإنفعالي	28
رابعا : أساسيات العجز عن التعبير الإنفعالي	28
خامسا: أعراض العجز عن التعبير الإنفعالي	31
سادسا : النماذج المفسرة للعجز عن التعبير الإنفعالي	32
سابعا: الأمراض المزمنة والعجز عن التعبير الإنفعالي	39
ثامنا: معدل إنتشار العجز عن التعبير الإنفعالي	40
تاسعا: العجز عن التعبير الإنفعالي وجودة الحياة	41

عاشرا: سلوك العجز عن التعبير الانفعالي	43
إحدى عشر : قياس العجز ن التعبير الانفعالي	48
اثنى عشر : علاج العجز عن التعبير الانفعالي	49
خلاصة الفصل	55
الفصل الثالث: المقاربة الطبية والسيكوسوماتي للقصور الكلوي	**58-79**
تمهيد	58
أولا: المقاربة الطبية للقصور الكلوي	59
ثانيا: أسباب القصور الكلوي الحاد	68
ثالثا: أعراض القصور الكلوي	68
رابعا : علاجه	68
خامسا: القصور الكلوي المزمن	69
سادسا: المقاربة السيكوسوماتية للقصور الكلوي	73
سابعا: ميكانيزمات الدفاع لدى مرضى القصور الكلوي	76
ثامنا: الكفالة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي	78
تاسعا: العلاقة بين الانفعالات وظهور الاضطرابات السيكوسوماتية	78
خلاصة الفصل	79
الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة	**80-88**
أولا: الدراسة الاستطلاعية	81
ثانيا: التذكير بالفرضيات	81
ثالثا: الدراسة الأساسية	81
رابعا: منهج البحث	82
خامسا : حدود الدراسة	82
سادسا: عينة الدراسة	83
سابعا : أدوات الدراسة	84

الفصل الخامس : مناقشة وتحليل الحالات	88-117
أولا: تحليل الحالات	89
عرض وتحليل الحالة الأولى	89
عرض وتحليل الحالة الثانية	97
عرض وتحليل الحالة الثالثة	106
مناقشة الفرضيات في ضوء النتائج المتحصل عليها	114
توصيات واقتراحات	116
خاتمة	117
قائمة المراجع	
الملاحق	
ملخص الدراسة	

مقدمة:

لقد كانت النماذج المفسرة للصحة والمرض أحادية المنحى لسنوات طويلة حيث ركز بعضها على العوامل البيولوجية– النموذج الطبي – إذ يعتبر أصحاب هذا النموذج أن المرض هو نتيجة عوامل خارجية كالميكروبات والفيروسات ،أو داخلية نتيجة لاضطرابات بيو كيميائية و فيزيائية ، في حين ركز البعض الآخر على العوامل النفسية– النموذج السيكوسوماتي –ّ إذ يرى أصحاب هذا النموذج أن المرض يعود إلى صراعات نفسية معاشة من طرف المريض ، والتي تظهر من خلال الأمراض السيكوسوماتية ، غير أن النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي أحدث وثبة كبيرة في مجال البحث عن فكرة الوحدة الكلية للإنسان في الصحة والمرض ، إذ أكد هذا النموذج أن العناصر البيولوجية والسيكولوجية و الاجتماعية كما أنه وحدة متكاملة إذا اختل منها جانب تأثرت الجوانب الأخرى .

- ولقد أفاد هذا النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي إلى فهم أكثر تعمقا لما يتعرض له الإنسان من أمراض توسعة مجالات التشخيص والعلاج ، وأصبح الباحثون على دراية أكثر بضرورة فحص العلاقات المتداخلة بين العوامل البيولوجية والنفسية و الاجتماعية خاصة في مجال الأمراض المزمنة ، التي أصبحت تشكل أهم أسباب الوفيات في العالم من بين هذه الأمراض المزمنة القصور الكلوي المزمن الذي عرف انتشارا كبيرا وبشكل ملفت للنظر بين كلا الجنسين وفي مختلف الأعمار ، والذي يتميز بعدم قابليته للشفاء ، بحيث يعيق حياة الفرد عن ممارسة نشاطه الطبيعي وكذلك يهدد حياته لتصل درجة الموت.
- من جهة أخرى فإن فشل الكلية في إحداث التوازن الداخلي والطبيعي للجسم يترتب عنه تغيرات نفسية عديدة كالانطواء ، العزلة ، الاكتئاب ، ومن الممكن كذلك أن يصاب المريض بما يسمى الأفازيا الانفعالية أو العجز عن التعبير الانفعالي
- ولذلك حاولت تسليط الضوء على موضوع العجز عن التعبير الانفعالي لدد مرضى القصور الكلوي ، وعلى هذا الأساس قمت بتقسيم البحث إلى ما يلي : الفصل الأول

الذي تناولت فيه الإطار العام للدراسة من : ضبط المفاهيم الأساسية ،الإشكالية ، الفرضيات ، أهداف وأهمية الدراسة ، الدراسات السابقة .

- أما الفصل الثاني: فقد تناولت فيه العجز عن التعبير الانفعالي ، من حيث ماهيته وخصائصه وأنواعه ، والنظريات المفسرة له وعلاجه .
- أما الفصل الثالث : تناولت فيه القصور الكلوي أعراضه ثم أنواعه وطرق علاجه حسب النوع.
- أما الجانب التطبيقي تضمن فصل : منهج البحث ، وأدوات الدراسة ، ثم عرض وتحليل الحالات وفي الأخير تم التطرق إلى مناقشة النتائج المتحصل عليها في ضوء الفرضيات.

الجانب النظري

الفصل الأول

الفصل الأول : الاطار العام للدراسة

-إشكالية البحث

-فرضيات البحث

-أهمية الدراسة

-أسباب اختيار الموضوع

-اهداف الدراسة

-تحديد المصطلحات

-الدراسات السابقة

الإشكالية:

شهد العالم في الآونة الأخيرة تفاقم الأمراض المزمنة بشكل كبير إذ أصبحت تهدد حياة الأفراد و الشعوب ، بما تلحقه من أذى مادي و معنوي على حياة المريض، فيجعل التعايش معها تحديا كبيرا، مما يجعل موضوع الصحة لا يقتصر على الجانب العضوي فقط بل يتعدى الى الجانب النفسي و بالتالي يدخل في دائرة الاضطرابات السيكولوجية و التي تعني الاضطرابات التي تحدث في وظائف الجسم بسبب عوامل مختلفة.

و مما لاشك فيه إن الإحساس بالمشاعر و التعرف عليها، و التعبير عنها و التمييز بينها، تعد خاصية إنسانية

فهي ضرورة من ضرورات التواصل، وافتقاد هذه القدرة او قصورها يعد عائقا من عوائق تحقيق الصحة النفسية ، فالأفراد الين يعانون من نقص القدرة عن التعبير عن المشاعر، يفتقدون إلى الوعي الانفعالي بالذات و يفتقدون إلى التقمص العاطفي ويعانون من صعوبة إقامة علاقات حميمة و دافئة ،مع عدم القدرة على أن يفكروا في انفعالاتهم و يستخدمونها للتعايش في المواقف الضاغطة و هذا العجز او القصور يتسبب في جعل مثل هؤلاء يعيشون حالة من العجز الوجداني و ما اطلق عليه حديثا مصطلح «الالكسيتيميا» (نقص القدرة على التعبير الانفعالي)

أي عدم القدرة على التكلم عن المشاعر او العجز في الإدراك الانفعالي ، فالأشخاص الذين يعانون من تلك المشكلة غالبا غافلين عن مشاعرهم لذلك فهم نادرا ما يتكلمون عن انفعالاتهم .

– فمرضى «الالكسيتيميا» يتسمون بقدرة ضعيفة بمشاعرهم و بالعمليات النفسية التي تحدث لهم و فقدان القدرة على التخيل ووصف مشاعرهم ولذا يطلق عليهم الأميون وجدانيا .

–و يعد القصور الكلوي المزمن النهائي من الأمراض المزمنة المنتشرة بكثرة حيث يعرف على انه انخفاض قدرة الكلى على تامين الترشيح و إقصاء النفايات من الدم و كذا مراقبة توازن الجسم.

–و هذا ما يجعل مريض القصور الكلوي المزمن أسير آلة تصفية الدم (آلة الغسيل الكلوي) قبل الحصول على كلية.

–و هذا فضلا على أنها تخلق مضاعفات كثيرة مما جعل معظم الباحثين يرون بان المصابين يعيشون حالة مضطربة تعود أساسا إلى الصعوبة البالغة التي يلقونها في معايشتهم لهذا المرض كأن يجد هؤلاء أنفسهم مجبرين على تخصيص أربعين ساعة تقريبا كل شهرين من أجل الخضوع للغسيل الدموي.» hémodialyse «

– فالغسيل الدموي يمثل بالنسبة للمريض نموذج حياة جديدة ، دائمة ،متعبة ، و محبطة تتطلب مشاركة فعالة من طرف المريض كما يتميز بضغوطات بدنية ونفسية مستمرة إذ يرتبط الفرد بآلة أو الكلية ا لاصطناعية من3 إلى 5 ساعات في اليوم ثلاث مرات في الأسبوع.

تتطلب عملية الغسيل الدموي إجراء عملية جراحية للمريض الناسور (الوصلة الشريانية الوريدية) حيث يتم إيصاله بآلة مع التزامه بإتباع تعليمات طبية مرهقة كالحمية الغذائية ، و كل هذه التغيرات تؤثر على حياته عامة وحالته النفسية خاصة.

-بالإضافة الى ما يعانونه من اضطرابات نفسية متعددة نتيجة مضاعفات المرض كما قد صنف هذا المرض كاضطراب سيكوسوماتي بمعنى لديه أسباب نفسية أدت الى ظهوره ، ونحن نعلم أن مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية يظهرون نشاط عقلي جد مختلف (أي حياة نفسية مختلفة).

ومن بين هذا النشاط العجز عن التغيير الانفعالي و التي هي صعوبة في تحديد المشاعر ووصفها لفظيا و غياب الكلمات للتعبير عن الانفعالات و صعوبة التمييز بين الاحساسات الجسدية و العاطفية او عدم انطاق الكلمات المناسبة للإحساس المقصود من طرف الفرد .

و هذا ما يجر بنا الى طرح الاشكال التالي :

-هل يعاني ذوي القصور الكلوي المزمن من عجز عن التعبير الانفعالي؟

-هل توجد فروق في معاناة مرض القصور الكلوي تعزى الى متغير الجنس؟

فرضيات البحث :

-يعاني مرضى القصور الكلوي المزمن من عجز عن التعبير الانفعالي.

توجد فروق في معاناة مرض القصور الكلوي المزمن تعزى لمتغير الجنس .

- أهمية الدراسة :

تساهم هذه الدراسة في الوقوف على الجوانب النفسية للمريض بالقصور الكلوي وكيفية تعايشه مع المرض.

-تساهم هذه الدراسة في تدعيم التراث الأدبي في موضوع القصور الكلوي من اجل إثارة تساؤلات أخرى حول هذا المرض وإيجاد الحلول المناسبة من قبل المختصين.

-ان مرض القصور الكلوي المزمن من الامراض المنتشرة في هذا العصر بصفة عامة والجزائر بصفة خاصة وبالتالي البحث يكتسي أهمية كبيرة من حيث ادخالنا للجوانب النفسية لهذا المرض.

- تساعد هذه الدراسة على شد انتباه المختصين في علاج مرض القصور الكلوي الى أهمية العوامل النفسية وما تلعبه من دور فعال في تبني السلوكيات الصحية التي ترفع من مستوى تحديدهم للمرض وتقبلهم للعلاج.

- لفت انتباه المختصين لهاته الفئة والتعرف على صعوبة وصف مشاعرهم.

-التعرف على مفهوم العجز عن التعبير الانفعالي لدى مرضى القصور الكلوي.

- أسباب اختيار الموضوع:

-الفضول العلمي لمحاولة معرفة الألكستيميا وأعراضها وأسبابها.

.-حب التطلع والمعرفة لما يعانيه مرضى القصور الكلوي وحقيقة عجزهم عن تعبيرهم الانفعالي

-انتشار هذا المرض اصبح أكثر من ضرورة التقرب ببحث من هذا النوع.

-نقص الاهتمام بالحالة النفسية للمصابين بالقصور الكلوي المزمن.

أهداف الدراسة:

- لفت انتباه المختصين لمرض القصور الكلوي والتعرف على صعوبة وصفهم لمشاعرهم للآخرين.

-التعرف على مفهوم الأليكسيتيميا لدى مريض القصور الكلوي.

-تحديد إذا كان هناك صعوبة بالمشاعر لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

-التعرف على التفكير الموجه نحو العالم الخارجي الذي يستخدمه مريض القصور الكلوي.

-الرغبة في ابراز الخلل في مدركات المريض والتقليل من المخاوف.

-الرغبة في الوقوف على الجانب النفسي لهؤلاء المرضى.

-تسليط الضوء على دور الأخصائي النفساني في ميدان الأمراض المزمنة و بالتحديد مرضى القصور الكلوي المزمن .

تحديد و ضبط المصطلحات :

- القصور الكلوي:

اصطلاحا: هو حدوث قصور في عمل الكلية ووظائفها مما يؤدي الى اختلال عام في جسم الانسان في معظم حالات الفشل الكلوي كيفما كانت الإصابة.

(عبد اللطيف -2001 –ص 97)

التعريف الاجرائي: يعني العجز التام للكليتين عن أداء وظائفهما الأساسية المتمثلة في ضمان تصفية وطرح الفضلات من الدم ومراقبة توازن الجسم من الماء.

***القصور الكلوي المزمن:** يعرف على انه خلل مزمن لوظائف الكلية والذي يظهر من خلال التوقف التام لإفراز البول أو نقص لكمية البول في وقت محدد.

***العجز عن التعبير الانفعالي : (الاليكسيتيميا) :**

العجز عن التعبير الانفعالي او صعوبة وصف المشاعر، وهي أيضا الاثار الانفعالية ويقصد بهذا المصطلح بغياب الكلمات للتعبير عن الانفعالات وصعوبة التمييز بين الإحساسات الجسدية والعاطفية، أو عدم وصف انطباق

الكلمات المناسبة أو اللغة المناسبة بالإحساس المقصود من طرف الفرد والتي تعرف من خلال محددات وهي كالآتي:

-صعوبة التعرف و التعبير عن المشاعر .

-صعوبة وصف المشاعر .

-القدرة على التخيل محدودة .

التعريف الاجرائي:

العجز عن التعبير الانفعالي : خلط في الإحساس لدى المريض و صعوبة التعبير عنها بما يناسبها من كلمات .

الدراسات السابقة :

نظرا لقلة الدراسات حول المتغيرات التي تتضمنها الدراسة و هذا على حد اطلاعي حيث لم أجد دراسات تجمع بين متغيرات الدراسة الحالية :

العجز عن التعبير الانفعالي والقصور الكلوي المزمن.

لذلك سأعرض الدراسات كل على حدى بداية:

*بالدراسات المتعلقة بالمتغير الأول: العجز عن التعبير الانفعالي

- دراسة اجنبية:

-دراسة (Guil baudo .Corcos M) سنة 2000

و المعنونة ب :

Alexitymie et depression dans les troubles des conduits alimentaires

بمعنى : الأ ليكسيتيميا و الاكتئاب لدى اضطرابات السيرة الغذائية .

-هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى انتشار الاليكسيتيميا والاكتئاب لدى مرضى اضطراب السيرة الغذائية والتعرف على العلاقة بينهما وتكونت عينة الدراسة من نساء تراوحت أعمارهن من 18سنة إلى 25 سنة عددهن 32سنة،مع مجموعة ضابطة عددها 74 أنثى، لعينة ليس لديها العديد من الخصائص سوى المستوى الدراسي واستعملت الوسائل الإستقصائية التالية:

- مقياس (HADS) : لقياس الاكتئاب و الحصر، كما استعمل(TAS 20) لقياس الالكسيتيميا

-اعتبر القهم والنهم متغيران تابعان بينما الاكتئاب والاليكسيتيميا متغيران مستقلان، توصلت الدراسة الى ما يلي:

أفراد فقط يعانون من الالكسيتيميا، 9 % من الأفراد الذين قدر عددهم ب 2،12-وجد في المجموعة الضابطة نجد انتشار الاليكسيتيميا في المجموعة التجريبية لدى الافراد

الذين يعانون من القهم العقلي قدر ب :3 ،56%، كذلك بينت النتائج ان الاكتئاب من خصـــائصـــه عدم القدرة على التعبير على الذات، و الالكيســـيتيميا كنظام دفاعي حيث يرتبط برد فعل عابر اتجاه الاحداث المجهدة، والمرتبطة بالاكتئاب والحصر وتنقص عندما يكون تحسن الاعراض.

دراسة لشكاي بدر الدين (2001) والمعنونة بـ:

– «تأثير الاسترخاء السيكوسوماتي على الالكسيتيميا عند المراهق البدين» و هي رسالة ماجيستير في علم النفس، جامعة منتوري قسنطينة، وهدفت الدراسة إلى تقييم تطور «الالكسيتيميا» لدى المراهقين من السمنة و ذلك اثناء العلاج بالاسترخاء «النفسي، الجسدي»

–من خلال مقارنة نتائج اختبار الروشـاخ عند بدأ العلاج، ثم عند نهايته، ونفس الإجراء يتم مع كل من سـلم تقييم الالكسـيتيميا (TAS 20) ، والمقابلات التي أجريت مع الحالات، وكانت النتائج المتحصـل عليها تدل على ان الاسترخاء النفسي و الجسدي يقلل من صيرورة التكتم لدى المراهق البدين.

***دراسات متعلقة بالمتغير الثاني: القصور الكلوي المزمن:**

–دراسة الطالبة زناد دليلة سنة 2008: و هي دراسة لنيل شهادة دكتوراه دولة في علم النفس العيادي بعنوان : سلوك الملائمة العلاجية وعلاقته

بالمتغيرات النفسية، المعرفية والسلوكية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية حالة بالجزائر العاصمة، و 30الدم، اعتمدت فيها الطالبة الباحثة على المنهج العيادي من خلال قد كان التساؤل الأساس للدراسة هو:

الى ماذا يعود سلوك الملائمة؟ ولماذا هناك البعض من المرضى لا يستجيبون للتعليمات الطبية؟

-وقد خلصت الدراسة الى ما يلي:

-يعود سلوك عدم الملائمة إلى الإدراك المشوه لمرض العجز الكلوي المزمن؟

-انخفاض مستوى نوعية الحياة لدى هذه الفئة من المرضى.

-سلوك عدم الملائمة يعود الى خصائص الشخصية وأبعادها.

- **دراسة زكنون فيروز 2011:** وهي دراسة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي تحت عنوان: الميكانيزما ت الدفاعية لدى مرضى القصور الكلوي الخاضعين للتصفية الدموية، قامت فيها الطالبة الباحثة بتطبيق اختبار «تفهم الموضوع» على مجموعة بحث تكونت من خمس حالات تعاني من القصور الكلوي ولهذا، قامت بصياغة الفرضيات التالية:

-هناك اشتراك و تقارب في استعمال الميكانيزمات من طرف مرضى القصور الكلوي الخاضعين لتصفية الدم.

–و قد وصلت الباحثة من خلال تحليل نتائج افراد البحث ان المصابين بالقصور الكلوي الخاضعين للتصفية الدموية لهم اشتراك في استعمال الميكانيزمات الدفاعية بالإضافة الى الظروف التابعة لهم أدى إلى اشتراكهم و تقاربهم.

–دراسة اجنبية:

– دراسة Poll et Kaplan de nour (1980):

هدفت الدراسة لمعرفة مصدر الضبط الصحي لدى مرضى الخاضعين للتصفية تراوحت أعمارهم ما بين سنة (20–65).

بينت نتائج الدراسة إن المرضى الذين طبق عليهم مقياس مصدر الضبط الخارجي الصحي المتعدد الأبعاد.

(wals tonetal) لديهم درجات مرتفعة في مصدر الضبط الخارجي مقارنة بالبعدين الآخرين .

وانتهت الدراســـــة إلى ان المرضـــــى يعتقدون بأنهم غير قادرين على التحكم في وضـــــعيتهم الصحية.

التعليق على الدراسات السابقة:

بعد استعراض الدراسات السابقة حول المتغيرين: العجز عن التعبير الانفعالي، القصور الكلوي المزمن هذه المتغيرات ظهرت كمتغير تابع او مستقل، كما إنها ارتبطت بمتغيرات أخرى.

- اختلفت الدراسات السابقة التي تم عرضها من حيث المنهج المتبع.

استعملت الدراسات كذلك أدوات استقصائية مختلفة للقياس.

- اختلفت النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسات من حيث النسب والفروق بين الجنسين بالإضافة الى فروق الاضطرابات.
- هذه الدراسات تتفق مع البحث الحالي في احدى متغيراته لكل دراسة فقط كشفت على نقاط هامة وجهت الدراسة الحالية حيث أفادت من حيث المحتوى النظري، و كذلك فيما يتعلق بعملية التوجيه لجمع البيانات و كذلك العينة و فيما يمكن استعماله كأداة قياس.

الفصل الثاني

الفصل الثاني : العجز عن التعبير الانفعالي .

- تمهيد

1-نبذة تاريخية عن الانفعال .

1-تعريف الانفعال .

1-2- تعريف المشاعر .

2-ماهية العجز عن التعبير الانفعالي .

2-1-التعريف اللغوي .

2-2-التعريف الاجرائي .

2-3-تعريف بعض العلماء .

3-خصائص العجز عن التعبير الانفعالي .

4-أساسيات العجز عن التعبير الانفعالي .

5-أعراض العجز عن التعبير الانفعالي .

6-النماذج المفسرة للعجز عن التعبير الانفعالي .

7-العجز عن التعبير الانفعالي و الأمراض العضوية .

8-معدل انتشار العجز عن التعبير الانفعالي .

9-العجز عن التعبير الانفعالي و جودة الحياة .

10-سلوك العجز عن التعبير الانفعالي .

11-قياس العجز عن التعبير الانفعالي و تشخيصه .

12-علاج العجز عن التعبير الانفعالي

تمهيد:

العجز عن التعبير الانفعالي مرتبط بصـــعوبة الأبعاد الإدراكية و الخبرات الحســية التي هي غائبة و تحل محلها الأبعاد الفيزيولوجية و السلوك ذات نظام إدراكي و حسـي، والمشـاعر مظاهر عامة بيولوجية عند الحيوانات وعند الإنسان، ولكن الإنسان تركيبته النفسية تسمح له بالتكلم بها و تنظيمها، قدرة تعديل و تنظيم المشــاعر تعود إلى مجموعة الاســتراتيجيات المســتعملة بنمو وكثرة الأفكار الحسية التي تستطيع أن تأتي على مختلف الأوقات في تطوير المشاعر، والتكتم يتميز بفقر الحياة الخيالية والتفكير الرمزي كما له عراقيل في تنظيم المشاعر.

1- نبذة تاريخية عن الانفعال:

كانت له مفاهيم قديمة عند الفلاســـفة قبل ظهور علم النفس القائم على التجربة من هذه التعاريف الفلسـفية التي لم تعد سـوى تاريخية، نجد تعريف ابن سـينا في كتابه «النجاة» ويبدو أن وهي انفعال على أي حال يقول: ان الانفعال من الأجناس sentimentابن سـينا قصـد العاطفة العشرة و هي نسبته الجوهر الى حالة من احواله كأن يقال «العاقل» عند الإشارة الى الانسان.

اما ديكارت فقد استعمل لفظ الانفعال للدلالة على جميع أحوال النفس الوجدانية مثل: الحب، الكراهية، الفرح، الترجي، الخوف.

ان الانفعال –الآن – وفي إطار علم النفس الفيزيولوجي، والتجريبي عامة لم يعد يســـتعمل للدلالة على التغيرات، الاضــطرابات النفســية والجســمية الحادة، و يدعى الانفعال في هذه الحالة مثل :الغضــب او الميول القوية المزمنة مثل البخل وكذلك الهيجان التغيرات Emotionالهيجان الهادئة التي لا تحدث اضطرابات و بإمكانها ان تستمر مدى الحياة مثل العواطف والإحساسات.

أما في إطار علم النفس وهو ما يهمنا فيما نحن بصدده فمن المعلوم إن الجهود التي بذلت لقياس التغيرات الجسمانية الفرعية مثل: حرارة الجسم، والتغير في سرعة التنفس والتغيرات في الإفرازات الجسمية (العرق والبول) وفي الدم وضغط الدم و سرعة النبض و التغيرات في الذبذبات الدماغية مع العلم بأن الانفعالات تختلف و تتباين باختلاف الأفراد و تباينهم من حيث شدتها و طبيعتها و استغراقها و في عتبة الإحساس.

كان بعض من الباحثين قد أبدى اعتراض على هذه القياسات منهم على سبيل المثال « Brody 1960 » الذي يرى بأن اختيار معيار موثوق به للتعرف على النشاطات الإنفعالية لا زالت تعترضه معوقات حيث ان اغلب التغيرات المصاحبة للانفعال يمكن أن تحدث في رأيه في مواقف غير انفعالية

1-1- تعريف الانفعالات :

تعددت التعريفات مع انعدام الاتفاق على تعريف أساسي لطبيعة مفهومها نعلم إن الانفعالات تستثار عن طريق طائفة من أنماط المثيرات، فطرية متعلمة و مواقف اجتماعية مختلفة، ذهب البعض إلى تعريفها من وجهة إحساس الفرد بينما رأى البعض الآخر التركيز على التغيرات البدنية الخارجية والباطنية حيث يؤكد غالبية الباحثين على الاستجابات بوصفها

العنصر الرئيس في الانفعال، بينما اهتم آخرون بإدراك المواقف التي تستثير الانفعال وآثارها على السلوك.

كما عرفتها العالمة « ليندا دافيد 1988» بأنها حالات داخلية تتصل بجوانب معرفية خاصة و إحساسات و ردود أفعال فيزيولوجية و سلوك تعبيري معين و تعود للظهور فجأة و يصعب التحكم فيها. (جان بول سارتر– ص 11)

1-2-تعريف المشاعر:

تعرف المشاعر بأنها تلك الأحاسيس التي يصعب وصفها بالكلمات، ولكنها تظهر في سلوك أو استجابة انفعالية للفرد في أي موقف مثير سواء كانت هذه الآثار داخلية أم خارجية، و تشمل هذه الاستجابة على تغيرات وجدانية مركبة و تغيرات فسيولوجية تتضمن الأجهزة العضلية والحشوية، يظهر تأثيرها في سرعة ضربات القلب و احمرار الوجه و جفاف الحلق و ارتجاف الأطراف و تصبب العرق.

و تعد المشاعر و العواطف مهمة في حياتنا لسببين :

***الأول:** لتأثير العواطف على التعلم فهي تؤثر على قدرتنا في معالجة المعلومات و فهمها بدقة.

***الثاني:** تعلم كيفية التحكم في المشـــاعر و العلاقات أو ما يســـمى بالذكاء الوجداني الذي يمكنه النجاح و هو احد الذكاءات التي أشـــار اليه (هوارد جاردني) في نظريته عن الذكاء المتعدد.(أبو الديار-2014 -ص 87)

1-3- طبيعة الانفعالات :

الانفعال شحنة وجدانية تحمل الشخص و تزوده بدوافع و رغبات تدفعه إلى مواصلة العمل على تحقيق أهدافه وللانفعال قيمة اجتماعية إذ تكون التغيرات المصاحبة له ذات قيمة تعبيرية تربط بين الأشخاص و تزيد من فهمهم لبعضهم البعض من الناحية الشعورية، والانفعالات مصادر السرور فكل انسان يحتاج الى درجة معينة منه إذا كانت أثرت في سلوكه و تفكيره و إذا قلت أصابه الملل.

يهيئ الانفعال الفرد للمقاومة من خلال تداخل الجهاز العصبي الذاتي أمام مضار الانفعال، ويؤثر الانفعال على التفكير فيمنعه الاستمرار و يجعله غير واضح كما هو الحال في الحزن والاكتئاب.

يقلل الانفعال من قدرة الشخص على النقد و إخضاع تصرفاته لرقابة الإرادة ما قد يؤدي إلى تصرفات عشوائية غير
سليمة.
(قدار–ب س– ص17)

2–ماهية العجز عن التعبير الانفعاليAlexithimie:

2–1–التعريف اللغوي:

العجز عن ادراك الانفعالات و تمييزها عن الاحساسات الجسدية أو التعبير عنها، إن مصطلح العجز عن التعبير الانفعالي أصله إغريقي Alexithymia يعني:

A: بادئه تعني عدم وجود او غياب.

lexi : تعني اللفظ او الكلمة .

thymia : تعني مزاج أو عاطفة .

*الدلالة اللغوية للمصطلح:

هي صعوبة التعبير عن المزاج أو عن الانفعالات أو استحالة الفرد عن التعبير تماما، ان اول من تحدث عن هذا المصطلح هو«Sifnéos » 1973 وهو
غياب الكلمات للتعبير عن الانفعالات

(Joson Thomson . Emotional dumbt . P 22–23)

2-2- التعريف الإجرائي

ويمكن استخلاص تعريف الالكستسميا بأنها صعوبة تحديد المشاعر ووصفها وقد أكد بعض الباحثين على اختلاف أسلوب تحديد المشاعر ووصفها لفظيا والوعي بها، وقد أكد بعض الباحثين على اختلاف أسلوب تحديد المشاعر ووصفها والوعي بها من شخص إلى آخر فهناك من يمكنه التعبير عنها لفظيا.

وهناك من يواجه صعوبة في التعبير عنها لفظيا معبر عنها بالمرض والألم أو الخوف – أو القلق أو الضيق أو ارتفاع الألكسيتيميا و تتسم الحياة الانفعالية للأفراد المصابين بالالكستيميا بالعجز عن التعبير الانفعالي.

مما يجعلهم يفتقدون الدور الذي يمكن أن تؤديه الانفعالات في تسيير الحياة الإنسانية، كما تمثل الالكسيتيميا صعوبة في إدراك الفرد واستجابة للمواقف الاجتماعية مما قد ينتج عنه انخفاض القدرة التعبيرية الاجتماعية، لا سيما إذا كان الفرد طفلا.

(أبو الديار – 2014 – ص 65

)

2-3- تعريفات بعض العلماء و الباحثين:

تعريف Mayer et Prolli 2002 :

جمع مجموعة من الخصـائص المعرفية و العاطفية تتضـمن صـعوبة الفرد على التعرف و الوصـول الى أحاسـيسـه مع اضـطراب في إمكانية التمييز بين المشـاعر والاحاسـيس الجسـدية و الحواس المتعلقة بالمثيرات الانفعالية والمؤثرة، نقص الخيال والتخيل أو فقر وضـعف في الخيال، و أيضا أسلوب تفكير موجه نحو الواقع الملموس.

صـــعوبة الاســـتبطان و عدم القدرة على تذكير أو تذكّر الأحلام والثبات الاجتماعي يتعلق بالعجز عن التعبير الانفعالي .

تعريف Lomley Neely et Burger 2007 :

صـعوبة التعرف و التعبير عن المشـاعر، صـعوبة وصـف المشـاعر، تفكير موجه نحو الواقع الخارجي، القدرة على التخيلّ محدودة.

تعريف G . J Taylor et M . C'durieux :

مركبات المشـــاعر تتمركز على صـــعوبة التعرف على المشـــاعر، ومركبات معرفية تتمركز على صعوبة في الحلم أو على استعمال نوع من التفكير الملموس أو الواقعي و ليس استنباطي أو معنوي.

تعريف Sifneo et Nemiah et Freyberger :

عدم القدرة على التعرّف ووصف المشاعر الذاّتية، وصعوبة التمييز بين الإحساسات الجسدية و العواطف، وفقر في الخبرات التخيليةّ و فقر الحياة و غياب الهوا مات (G. Limner mamn et al psychologie française 2008 ,p 178)

Taylor et Al 199: ويعرّفها:

بأنها حالة تعكس مجموعة من أوجه التصـــوّر في القدرة على التعامل مع الانفعالات من الناحية المعرفية، كما تعكس صعوبات لدى الفرد في تنظيم وجدانيتّه، ومن ثمّ تعد هي أحد العوامل المهيأة للإصابة بالأمراض النفسيةّ والجسدية.

Timory Hits:، Hers et luminet 2008 و يعرّفها

بأنها خلل وظيفي عصبي بسبب عدم وجود اتصالات كافية بين الخلايا العصبية في الجهاز الخلفي و القشــرة الدماغية الحديثة ينتج عنه أوهام و صــعوبة في وصــف المشــاعر و نمط من التفكير في المنطوق.

- كما عرفها :Beker and others 2010:

بأنها أحد أبعاد الشخصية التي تشير إلى ضعف التعبير وتمييز المشاعر والعواطف نتيجة ضعف تجهيز المعلومات الوجدانية.

3- خصائص العجز عن التعبير الانفعالي :

- ✓ صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين الأحاسيس الجسدية عن الإثارة العاطفية،
- ✓ صعوبة وصف المشاعر إلى أناس آخرين.
- ✓ ضعف الخيال.
- ✓ أسلوب التفكير موجه إلى العالم الخارجي.

(أبو الديار – 2014–ص 64)

4 – أساسيات العجز عن التعبير الانفعالي:

4 -1 – صعوبة وصف و تحديد المشاعر:

الأفراد الذين لديهم صـــعوبة الاعتراف بالحالات العاطفية كما هي تحدث و بالإمكان بعد تفكير لاحق إكتساب شعور غامض أثناء قبضة عاطفية قوية مثل : الحزن، البكاء، الغضب، ولكن عادة ما يكون الفرد في حيرة و هذا

يعني أنه لا يمكن تحضير صورة المزاج، في الغالب قد يكون لديهم شعور غير مريح و الإحساس يغير شيء داخل الجسم مثل زيادة معدل ضربات القلب، احمرار الوجنتّين، الألم في المعدةّ و ذلك عند الضغط عليه لإعطاء حساب لمشاعرهم أو التعبير عنها بينما العاجزين عن التعبير الانفعالي ليس لديهم كلمات لتبينّ مشاعرهم فقد يتلعثم أو ببساطة يقوم بتغيير الموضوع، وفي الكثير من الأحيان يكون الفرد بين التعبير الجسدي و التعبير العاطفي مثل تشديد القلق في المعدة.

4 -2- ضعف الخيال:

الخيال هو ظاهرة معقدّة و عدم القدرة على تكوين الصورة العاطفية مع الطرق الأخرى (العالم الخارجي) وعدم تذكّر الخبرات الحسيةّ الملموسة مثلا يمكن للمرء أن يتخيلّ الأصابع و لكن كل التخيلّات المذكورة تخدم عدة وظائف مهمّة كقدرة تخيلّ العواطف و الرغبات و الحاجات و كيف يمكنه القيام بها و تطبيقها مع كيفيةّ تخيلّ الماضي و الحاضر وهذا كله ينظّم نوع و شدةّ التعبير و يضع الأساس للتعاطف و قدرة التعامل مع الحالات العاطفية لدى الآخرين.

توجد اشكال مختلفة من الخيال حسب الفلاسفة الأمريكيون(Casey Edwards 1976):
« التخيلّ العفوي» و «التخيلّ المقصود» حيث يتسم هذا التخيلّ ببذل جهد جسيم للمعالجة بمهارة التصورات في الذهن عكس التخيلّ العفوي انه ليس مراقب، مجهول العاقبة دون إرادة و مفاجئة أي أن هاذين النوعين متناقضين بمعنى أن التخيلّ يستطيع أن يكون عفوي أو مقصود في أي وقت مختلف ولا يمكن أن يكونان في نفس الوقت، والعاجزين عن التعبير الانفعالي يتمتعون بغياب العفوية في تخيلّاتهم و العجز عن التعّبير على عواطفهم حيث أن هذا التخيلّ يساعد على تصوّر المشاعر وانفعال الجسم و التي هي مستلزمه لمعرفة التفكير حول إحساس معينّ و التعبير عنه (Jonson (33-24 p, Thomson)

4-3-نمط التفكير منظم الى العالم الخارجي:

تنظيم التفكير حول العالم الخارجي دون القدرة على توجيهه الى العالم الوجداني للتعرف على المشاعر حيث يضطر الأفراد العاجزين على التعبير الانفعالي و توجيه نفسيتّهم الى العالم المّادي و تحديد و قمع الإحساس الداخلي لديهم و صفوا بـ : « الروبوتات البشرية » .
حيث اعتبرت و بينت دراسات من هذا النمط المعرفي الموجّه نحو العالم الخارجي لدى « يونغ و مارتي 1963» بأنه تفكير إجرائي عملي خالي من

العواطف (Jonson Thomson ,p 24-33)

5 – أعراض العجز عن التعبير الانفعالي :

- ✓ صعوبة التعرف على المشاعر ووصفها بالكلمات.
- ✓ صعوبة التمييز بين المشاعر الانتقالية والإحساسات الجسدية.
- ✓ الفهم المحدود للعوامل المسئولة عن المشاعر.
- ✓ صعوبة تحديد المشاعر.
- ✓ التفكير النمّطي.
- ✓ ضعف التخيلّ الانفعالي وقلةّ الاستغراق في أحلام اليقظة.
- ✓ الموقف المتصلب تجاه الآخرين.
- ✓ وجود بعض الاضـطرابات الفيسـيولوجية مثل: خفقان ضـربات القلب، ألم في المعدة، احمرار الوجه، ارتفاع درجة حرارة الجسم، اضطرابات القلب.
- ✓ وجود صـعوبة في القدرة على التحدث عن المشـاعر الخاصـة أو المشـاعر المسـتقبلية مع الآخرين.
- ✓ إعطاء إجابات غير محددّة أو بعد فترة طويلة وذلك استجابة للأسئلة العملية.

- ✓ ندرة الاستغراق في التخيلّ أو التفكير في الأمور الشخصية.
- ✓ وجود ردود فعل هذائية حول الفن والأدب والموسيقى.

- ✓ اتخاذ قرارات شخصية بناء على المبادئ وليس على بناء على المشاعر.
- ✓ الإصابة بالقلق المزمن، وذلك يرجع الى الفشل في تحديد الانفعالات، الأكثر من ذلك فإن عدم القدرة على اتخاذ قرارات سريعة بناء على المشاعر يخلق شعور بالقلق الشديد نحو الاختبارات الشخصية.
- ✓ كما ينشر اضطرابات معقدةّ في الحياة تؤدي الى أفكار سلبيةّ، والاصابة بالاكتئاب.
- ✓ الضعف الحسي مرافق بالعجز عن التعبير عن أحاسيس تلك الافراد.

(أبو الديار -2014 - 65)

6- النماذج المفسّرة للعجز عن التعبير الانفعالي:

6 -1 – النموذج التحليلي النفسي:

يؤدي الاضطراب المبكر للنمو العاطفي عند الطفل إلى العجز عن التعبير الانفعالي لأن اضطراب العلاقة الامومية له صلة بالقدرات التخيلية و ظهور هلاوس عند الطفل.

بالنسبة لـ dongoll:

يحدث العجز عند الطفل على تصور ما يشعر به على المستوى التوظيف .

الأصلي أما على المستوى الجسدي يصبح خاضعا كليا إلى الجسم الأم و هذا التوظيف النفسي أين يصبح الجسم غير معترف به كليا، و يكون الطفل تمثيلا للانفعالات اين نعتبرها مصدر خطر يهدد توازن الأنا، تساعد التفاعلات المبكرة للطفل إلى التفرقة بينه و بين أمه حيث يضبط حقيقة العالم الخارجي بفضلها.

نمو القدرات العقلية و القدرة على تصوّر التجارب الأولية ولا يمكن للطفل الدخول الى حقيقته النفسية و الجسدية إلا بنشاط الأم، فالخلل يكمن في جعل الطفل يواجه مشاعر و تجارب لا يمكنه إدماجها.

Mac dougall: على عدم القدرة على التعرف على العواطف إذ يمثّل العجز عن التعبير الانفعالي آلية دفاعية تحدثّ تسمح له باستدخال الموضوع الأمومي الجيدّ.

(Cite parPetropoulou : .H.2006 .P 98)

استخراج أول اقتراح حول السببيةّ المرضية للعجز عن التعبير الانفعالي من

الذي يوضح نموذج الاستعمال المتكرر للميكانيزمات الدفاعية كالإنكار Alexander1950)(

مثلا: الذي يسمح للفرد بمراقبة عواطفه

المعاشة أو اعتبارها مصدر خطر وفي المقابل يعتبر نموذج نقص الأنا المقترحة من طرف « Marty » أن غياب العقلية يؤدي إلى تفريغ الطاقة النزوية في الجسد هو السبب المباشر لظهور العجز عن التعبير الانفعالي.

6 -2- النموذج المستوحى من النمو الانفعالي و العلاقة « أم – طفل »:

تعتبر قدرة الأم على إعطاء و تفسير و فهم معنى التعبيرات الانفعالية للطفل أمر أساسي و ضروري من أجل النمو الانفعالي السّوي، يسمح إدراك الأم بتقييم و فهم الحالة الخارجية للطفل و توجيه استجابة تعبيرية مناسبة فالطفل يعتبر وجه و سلوك الأم إشارة لحالتها الانفعالية ما يؤدي به لتنظيم و تعديل الانفعالات، تبعا لحالة امه وهذا التقاسم المتبادل (غير لفظي و لفظي) يشكل عاملا مهما لاكتساب القدرة على تعديل الانفعالات في سن الرّشد.

العجز عن التعبير الانفعالي عند الأم يؤدي إلى العجز بين الأفراد لمعالجة الانفعال ونتائجه بين الأفراد مرتبطة بالتعاطف الوجداني و نقص الفهم الجيد لأطفالها و نقص استراتيجيات الاستجابة لمتطلباتهم الانفعالية.

يوجه فهم الأم الخاطئ لرسالة الطفل استجابة ايمائية غير مناسبة مما يجعلهم يكتسبون مخططات انفعالية لا تتناسب مع الحالة الداخلية.

(Camponella, S. Streel E, 2008 , p93)

اولاLane وSchwartz: دراسة النمو العاطفي للأطفال باقتراح نموذج مستوحى من أعمال بياجي لوصف النمو المعرفي للطفل و هذا النموذج لا يسمح فقط بوصف النمو العاطفي للطفل إنما أيضا بتقدير الاختلافات بين الرّاشدين في الشعور و التعبير و تعديل التعبيرات الانفعالية.

اقتراح «Taylor»:

استعمال هذا النموذج للعجز على التعبير الانفعالي، حيث ترتبط الدرجة المرتفعة بالمرحلة البدائية للنمو العاطفي، أما المرحلة الأخيرة متعلقة بالتوظيف الفردي الذي يفتقر إلى سمات العجز عن التعبير الانفعالي، أما وجهة النظّر المعرفية تفسّر طريقة إستجابة العجز عن التعبير الانفعالي بأن الحالة الانفعالية هي مخطط يتضمّن سيرورات وتصوّرات عبر مستويات رمزية (كلمات أو صور) و ما تحت رمزية : احساسات الجسدية، مشاعر ترافق النشاط الانفعالي، الجهاز الرّمزي خصوصا اللغة الذي يسمح للإنسان بالتفكير بالكلمات المعبرة عن حالته الانفعالية و معاشه الذاتي ثم تعديل شدة

الانفعالات، يظهر العجز عن التعبير الانفعالي محدودية القدرة و التعبير عن الانفعالات بطريقة رمزية ما يؤدي إلى تصوّرات رمزية بالانفعال تصبح مرتبطة بطريقة خاطئة بالصور أو الكلمات ما يجعل للفرد قدرات مراقبة معرفية منخفضة.

(Campanellas,streel.E.2008p194)

محدوديةّ مستوى الوعي الذاّتي للمعالجة المعرفية للانفعالات مرتبطة بارتفاع درجات العجز عن

التعبير الانفعالي ما يؤدي بدوره إلى تضخّم الإحساسات الجسدية التي ترافق النشاط الانفعالي (المنبع الجسدي)، التفكير الخاطئ لهذا النشاط قد يؤديّ إلى شكاوى جسدية و توهّم المرض فيحاول هذا الفرد تخفيض هذه الإحساسات الجسدية المعاشة التي ترافق النشاط الانفعالي (المنبع الجسدي).

التفكير الخاطئ لهذا النشاط قد يؤديّ الى شكاوى جسدية وتوهّم المرض فيحاول هذا الفرد تخفيض هذه الإحساسات الجسدية المعاشة المزعجة بالرجوع إلى النشاط الجسدي عن طريق الاستهلاك المفرط للمواد الغذائية، أو عدم القدرة على تعديل الانفعال (الحزن) عن طريق سيرورات عقلية قد يؤديّ إلى نشاط مطوّل للجهاز السمباثاوي ما يحدث اضطرابات جسدية.
(Campanella s , streel . E . 2008 p 194)

6 – 3 – النموذج المعرفي السلوكي:

اقترح المعرفيون السلوكيوّن وصفا للاستجابة الانفعالية وفقا لثلاثة أبعاد تسيرّ الاستجابة العصبية الفيزيولوجية من خلال نشاط الجهاز العصبي الذاّتي و الغدد الصمّاء (تغيرّات في معدلّ ضربات القلب و ضغط الدم و معدل التنفّس و درجة الحرارة).

يصف البعد الثاني: الاستجابة السلوكية و التعّبيرية و تغيرّات الصوت و الحركة خصوصا إيماءات الوجه.

أما البعد الثالث : فقد تمّ وصف الاستجابة المعرفية التجريبية و التي تشمل مجموعة السيرورات العقلية المتدخّلة في الانفعالات، وتتفاعل كل هذه الجوانب مع بعضها البعض لتعمل كأنهّا جهاز واحد و يعتبر العجز عن التعبير الانفعالي طريقة للتعديل غير فعاّلة سببها عدم توازن هذا الجهاز

(Petropoulou . H . 2006 .p98)

6 – 4 – النمّوذج المستوحى من توظيف المخ:

تقترح Nemiah :أن العجز عن التعبير الانفعالي يرتبط بباقة الدفعات العصبيةّ بين باحات المخ المرتبطة بالنشاط الجسدي التي تثير الشعور

بالوعي فالاستجابات الذاتية لا تصبح مرتبطة بالإرصان العقلي على مستوى القشرة المخية فيحدث تفريغ متكرّر يؤدي إلى ظهور استجابات جسدية مستمرّة و شديدة.(néocortex)الحديثة كما اقترح «Maclean»: أن سبب الأمراض الجسدية هو انقطاع الاتصال بين البنيات المخيةّ حيث لاحظ غياب المثيرات الامومية المناسبة يؤدي إلى توقف نمو الاتصالات بين بنيات الجهاز اللمّبيك للمخ (lampique) والمخ

Campanella . S . Streel . E 2008 . P 195 .corticale)

(وقد أظهرت الدراسات حول تخصّص نصفي كرتي المخ أو النصف الأيمن يدخل أكثر في التعّبير الغير لفظي للانفعالات حيث يقوم بتفسير المعلومات المستقبلة لكن هذا لا يعني عدم تدخّل النصف الأيمن في النشّاط اللفّظي حيث يتدخّل لفهم معنى التعبير المجازي للكلمات ما يسمح بالفهم الكامل للرسالة

الانفعالية.

(Campanella . S . Streel . E 2008 . P 195 .)

فالعجز عن التعبير الانفعالي يحدث بسبب فقدان الاتصال بين نصفي كرتي المخ و قد بمقارنة بين الأشخاص Hoppe و Bogen أين قام كل من 1977اثبتت هذه الدراسات في سنة فقدوا الاتصال بين نصفي كرتي المخ والاسوياء فوجد انخفاض القدرة على التخيلّ وعلى الحلم ونمط التفكير

عملي و صعوبة في وصف الانفعالات لدى الأشخاص الذين فقدوا الاتصّال بين نصفي كرتي المخ.

فقد وجد فروقا دالةّ بين الأشخاص يعانون من العجز 1999 في سنة Porterأما حديثا عن التعبير الانفعالي و الأسوياء في مهمة تقييمه للاتصال بين نصفي كرتي المخ ما أثبت محدودية التنسيق و تكامل نشاط نصفي كرتي المخ.

7 – الأمراض المزمنة و العجز عن التعبير الانفعالي:

تتأثر الانفعالات الإيجابية تأثر كبير بوظائف الجسم فتؤدي إلى تخفيض المعاناة و التوتّرات و الضيق فالانفعالات مثل المرح، السعادة والنظرة الإيجابية واللهّو والابتسامات كلها تؤدي إلى تفاعلات بيولوجية سليمة حيث أثبتت التجارب أنها تخفض من مستوى الكولسترول و ينصح علماء النفس بالتزّود بالانفعالات الإيجابية للتعافي من الكثير من الأمراض العضويةّ و من ناحية أخرى فإن الانفعالات السلبيةّ تضرّ بالصحة الجسدية و النفسية و تحدث أيضا عد د من التغيرات الفيزيولوجية التي تؤدي إلى ارتفاع نسبة السكر في الدم و من ثم تدفعها إلى الأطراف .

ويساعد ذلك على زيادة النشاط و الحيويةّ للمرافق التي تتطلب مزيدا من الجهد والنشاط، و من المعروف أن الحالات الانفعالية السلبيةّ الشديدة تؤدي إلى اضطراب في الوظائف المعديةّ و الأوعية الدموية و القلب مثل ارتفاع ضغط الدم و أمراض الشريان التاّجي.

من خلال ما سبق يتبين لنا وجود ارتباط موجب بين الالكسيتيميا و بعض الاضطرابات النفسيةّ و القلق و بعض الاضطرابات السيكوماتيةّ.

8 – معدل انتشار العجز عن التعبير الانفعالي:

يؤدي صعوبة و صف المشاعر و تحديدها الى سوء التنظيم الوجداني و التعرض للإجهاد بل و تعدّ من العوامل المؤديةّ للأمراض النفسيةّ، و هي تنتشر بين المرضى المدمنين للكحول بنسبة بين 40– 60 بالمئة، كما يقدرّ نسبة انتشارها لدى الافراد المصابين بالالكسيتسميا من إجمالي سكان العالم 10–15 بالمائة.

وأشار بعض الباحثين إلى أن حجم انتشار الظاهرة يتراوح بين 9–17 بالمائة عند الرجال ويتراوح بين 5–10بالمائة لدى النساء

.

(Taieb et al 2002 p 34)

أما عن نسبة انتشارها عند الكبار فتمثلّت في 14،6 بالمائة بين الذكور و 17،3 بالمائة بين النساء

(Gum Leman Kuper ,and BRKHER 2001) .

ويشير كل من30 بالمئة مقارنة ب 20 بالمئة لدى Honkampet Al , 2001 Ylima) 2001 إلى إن الذكور يعانون من

صعوبة وصف المشاعر لدى الكبار يصل معدلّهم30

بالمئة مقارنة ب 20 بالمئة لدى صغار السّن، كما ترتبط أعراض الالكسيتيميا برجال أصحاب الظروف الاجتماعية و الاقتصادية المنخفضة و ليسُوا على درجة كافية من التعليم،

وذوي التفكّك الأسُري، و أشار (Tanin et al 2004) إلى الدراسة التي أجراها في المجتمع الأمريكي أن معدلّ انتشار صعوبة وصف المشاعر كانت 31،7 بالمائة منهم 13،2 بالمائة ذو الالكسيتيميا مرتفعة، و18،5 بالمائة حالات الالكسيتيميا المتوسّطة (Barker et al 2005)

كذلك تقاربت تلك النسّب مع ما توصلت اليه" باركير" في نسبة إنتشار صعوبة وصف المشاعر بين طُلاب الجامعة و المقدرة ب: 10،9 بالمائة.

9 – العجز عن التعبير الانفعالي و جودة الحياة:

الالكسيتيميا هي بناء شخصي يتسّمُ بالصعوبة في التعّبير عن المشاعر و الافتقار إلى الخيال و ضعف القدرة المعرفية للتعبير عن العاطفة و نقُص التصوُّر العقلي للعاطفة هذا القصُور يتسببّ في عجز السّيطرة على العاطفة والوجدان، لذا يميلُ هؤلاء الأفراد إلى كل من الأعراض الجسديةّ و النفسية.

ويمكن للأفراد المُصابين بالالكسيتيميا الخطأ في تفسير الإحساس الجسدي المتعلق بصورة الجسم و أثبتت العديد من الدراسات أن الارتباط بين الالكسيتيميا و التشّخيص و اضطرابات صور الجسم و هذا من المُحتمل بسبب اختلاف الطرائق المُستخدمة في الدراسات المختلفة.

احتمال ارتباط الالكسيتيميا بإحدى طرائق التعّبير غير الصحيحة لارتباط الأحاسيس الجسديةّ باليقظة العاطفيةّ كأعراض المرض، لقد خمّن أن الفشل الذي يوُاجه الحالات الوجدانيةّ على الجانب الآخر ترتبط الالكسيتيميا بعدةّ المعقدّة يرتبط بالإفراط في الحركة غير الإرادية ظروف طبيةّ: مثل أمراض التهاب المعدة، و لاسيما ارتفاع ضغط الدمّ و البول.

ترتبط الالكسيتيميا باضطرابات مختلفة متضمّنة الإحباط، ووصف لبعض الدراسات الاوليةّ فان الالكسيتيميا سائدة بكثرة بين الأفراد المصابين بالإحباط، لقد اتضّح أن الالكسيتيميا ظاهرة مُستقلة بذاتها، و على الجانب الآخر أسفرت بعض الدراسات على أنّ من الاستقرار النسّبي و المُطلق لها وفقا للتعريف النظّري الأصلي للألكسيتيميا هي سمة شخصيةّ و إضافة الى ذلك هي عادة عامة السُّكان من الجنسين. (Baulig 1996)

ومما سبق نرى أن الالكسيتيميا ترتبط بقوّة سلبيةّ مع جودة الحياة الصحّية ورُبمّا يكون للالكسيتيميا تأثير مُباشر على جودة الحياة الصحيةّ ولكن من المُحتمل تأثير الالكسيتيميا على طرائق قياس جودة الحياة

الصحيةّ

(أبو الدّيار 2014 , ص 41 , ب ص)

10-سلوُك العجز عن التعبير الانفعالي وبنُياته:

10-1 - سُلوك العجز عن التعبير الانفعالي:

لا يعود الفضل لدرويش 1948 لوصفه الشامل لسمات سلوك الالكسيتيميا تحت مُصطلح اًلشّخصية الطفاليةً فحسب وإنما لربطه بين السلوك الالكسيتيمي مع ما يسمّى بالمرض النصّف جسدي وقد رأى في بنية الشخصيةّ الطفالية والسُلوك الناّجم عن ذلكً جوهر المشكلة عند المرض النفّسي الجسديً .

فإذا ما اعتبرت الالكسيتيميا بانها فرقة لأنماط محددّة من السُلوك فإنه لابدُ من إيضاح إذا ما كان الامر يتعلقُ بـ: انه سمة الشخصية أو نمط سُلوك مُحددّ موقفيا«Ttrait » أم بحالة «statu» بل انه يمكننّا أن نسأل في ما إذا كان الامر يتعلق بظاهرة فريدة «sisigeeris » أم بنتاج طبيعي لموقف الفحص.

إذا ما افترضنا بحق أن الالكسيتيميا عبارة عن ظاهرة قابلة للتحديد فانه لابد من التعريف فيما إذا كان الأمر هذا يتعلقّ في نقّص –بقصور– في أغلط الارتكاس السويةّ أم يتعلقّ بإنجاز غير مناسب إلا انه فعاّل وخلاّق للرّد، و ربما الالكسيتيميا سمة أوليةّ رُبما تكون مُكتسبة وراثيا أو في سياق التنشئة الاجتماعية، والتحّكُم عبارة عن سُلوك نوعي خاص بمجموعة من المرضى النفّسو جسدية و معالجته تكون نفسيةّ بأسلوب التعّميق والكشف أو من الأفضل أساليب أخرى (المعالجة الداّعمة أو التدريبية الإيجابية).

10-2 – بنُيات العجز عن التعّبير الانفعالي:

10- 3- البنية الانفعاليةّ :

إحدى السمات المركزية و التي كانت سببا للاسم المُستخدم في هذه الأثناء أيضا، كانت الملاحظة بأن مثل هؤلاء المرضى قلمّا أو غير قادرين على الإطلاق على التعبير عن المشاعر بكلمات مناسبة فمصطلح Alexithymia يصف Thymia أي الذي لا يمتلك كلمات و غالبا ما نجد نوعان من تقرير الرحلة الذي يتمثلّ في وصف دقيق للظروف الواقعية القائمة، أو سرد للحوادث الجسدية او لتصرفات معينّة بدون ذكر الأهمية الانفعالية، لها ، تمّ اقتراح التمييز بين التعبير الشُعوري المُعاش عن المشاعر

«feelings » أو أعراضها الجسدية الفيزيولوجية المرافقة للانفعالات emotions التي تكون هي وحدها المُدركة شـــعوريا لدى هؤلاء المرضـــى يتم التعبير عن أحاســـيس غير مُتمايزة على الأغلب و التي هي اقرب لان تشـــير إلى النوعّية العامة للذةّ أو عدمها من المخاوف أو العدوانيةّ النوعية .

و هناك نوعيات مختلفة من المشاعر والتي هي غالبا ما لا يمكن التمييز بينها، إن مثل هؤلاء المرضى لا يعرفون مشاعرهم و هم مصابون من هذه الناّحية بعمًى الألوان يستنتجون حالتهم الخاصة على الآخر بصورة غير مباشرة من ارتكاسات الآخرين وغالبا ما يبدون مستنتجين كالخشب في سلوكهم.

10-4- البنية المعرفيةّ :

ترتبط بصورة وثيقة مع صعوبة التعبير عن المشاعر بنيةّ محددّة من التفكير والتصرّف ، و يقُصد 198والكلام ثم وصفها غالبا بأنها تفكير إجرائي المعنى الضيقّ لمارتي و دي موزان هذا الأسلوب التفكير و خبرة وظيفتين يستندان إلى الواقع الحي الملموس، يختصرُ العادات الخارجية و الحالات الدالّخلية بصورة كليةّ تقريبا إلى تركيبتها الآلية الأدائية في إطار المنظومات المرجعية الموضوعية و العامة و يوصف هؤلاء المرضى بأنهم يفتقرون إلى

الخيال و جافيّن بدون ألوان و غير خلّاقين و بلا حيوية و بلا مبادرة على الرغم من أنهم يمتلكون علاقات قليلة بحياتهم الداخلية و ينادوُن بموقف ذرائعي قائم على التصـــرُّف بحيث أن « acting désorders ». يتحدثّ في هذا السّياق عن اضطرابات التصرُّف 1980ماكدوغال

و من النادّر جدا أن يتذكر هؤلاء المرضــى الأحلام هذا إذا تذكروها و ينُدر أن يجدوا الدخل إلى معناها من خلال الخواطر المتداعية في إطار المعالجة النفسيةّ.

10-5 بنُية علاقة الذاّت و الموضوع :

لقد تمّ الحديث عن اضـــطرابات الفر دانية «individuation » إذ أنه ليس هؤلاء الناس استخدام المفهوم ًأناً ، في سياق مُمتلئ انفعاليا بالمعنى (ساندر 1975) و يرتبطون في علاقاتهم الإنسـانية بصـورة رمزية بشـكل وثيق بشـريك – شـخصـهم المرجعي – يحاولون بمسـاعدته تبيين مشاعر الهويةّ الغائبة لديهم و استقلاليتهم الناقصة من خلال منظومة تأمين خارجية.

و يجعلهم العجز في مشاعر القيمة الذاتية و الاستقلالية منغلقين بشدة بالتجانس مع الشخص المركزي بالنسبة لهم و مع اهتمامه بهم انه موقف

حياتي ممددّ بصورة كامنة باستمرار و هذا رُبما يفُسر لماذا يكون هؤلاء الناس حسّاسين و مهددّين بالمرض بدرجة كبيرة إذا ما وصل الأمر للانفصال، بالمقابل من الملحوظ أنه يمكن للعلاقة مع الشخص المرجعي إن تظل مستقرّة طوال الحياة و ذلك ضمن شروط خارجية ملائمة، و هنا يلاحظ بان الأشخاص اًلمتكتمّينً يدركون الآخرون بصورة غير دقيقة وغير سويةّ و يعيشون أنفسهم بأنهم منفصلين عن الآخرين.

وقد أطلقت على هذه الطريقة من الخبرة والإدراك تسـمية التضـاعف الاسـقاطي (Projective reduplication) مارتي و آخرون 1963 و تسـيفانوس 1973 و يهدف من خلال هذا المصطلح إيضاح إن مثل هؤلاء الأفراد يرون الآخر بصورة آلية و انتقائية و كأنه نوع من صـورة ذاتهم ، ويحاولون بهذا المحافظة على ارتباطهم الرمزي و هناك مظهر جوهري آخر لتعليقاتهم و اعتمادهم على شريك يضمن تحقيق التوازن الجسدي و الروحي يتجلىّ في عدم الثقةّ الواضحة عند توكيد التصوّرات القيمة الخاصة بدرجة عالية من المسايرة الاجتماعية .

أنهم يفتقرون إلى المعارضة و يميلون إلى الحل الوسطي الذهّبي من الناحية الاجتماعية و يوصفون من خلال المفاهيم:

السـواء الكاذب و السـواء المفرط " ماك دوغال 1974 "، و في عدم لفت النظر هذا السـلوك شبه السواء أو السلوك الكاذب بالتحديد يمكن لماذا لم تخص هذه السّمات بالاهتمام لفترة طويلة.

في العلاقة بالآخر، كالعلاقة بالفاحص أو المُعالج النفّسي ينتشرُ نوع من الفراغ و الملل لأن شريك المحادثة كما يصُبحون واضحين في حقيقتهم بمشاركتهم الانفعالية أو في علاقتهم بالمريض.

(مقال علم النفس الجسدي 2009)

11- قياس العجز عن التعبير الانفعالي و تشخيصُه :

عند لوسيل و داوسون فإن بعض الكبار لديهم سمات الالكسيتيميا و لديهم مجموعة من التعبير الوجداني مع الآخرين، و تتضمّن عمليةّ التشّخيص الالكسيتيميا عدةّ خُطوات نجملهُا فيما يلي :

الحصول على ملاحظات الغير ، ونخضُّ السُّلوك المتصّل بالمشاعر والعواطف (على سبيل المثال: القدرة على تحديد المشاعر و فهمها و وصفها).

الحُصول على ملاحظات المهنييّن العاملين معه.

توظيف المقاييس المقننة لقياس سمات الالكسيتيميا (التقرير الذاّتي أو ملاحظـات الآخرين ....).

12 – علاج العجز عن التعّبير الانفعالي :

12 – 1: المُساعدة الفردية (العلاج النفّسي):

التعرُّف على العجز عن التعّبير الانفعالي :

و ليس تجاوزه أو إلغاءه ،القراءة بكثرة حول خلل الوظيفة في إدراك المشاعر في الحياة اليوميةّ و محاولة تبرير الخصائص المتعلقة بالخبرة الخاصة بالفرد.

هذه الطريقة الفعاّلة ستبُين فائدة أكثر من تفادي أو العجز عن التعّبير للانفعالات و الاستهتار فيها أو في هذا اللاّشعور و الادراك الناّجح سيسُاعد حياة الفرد لتصُبح أكثر شُموليةّ و سيرورة وتنظيم.

تقبلُّ الذات:

خلال عملية الاكتشـــاف ســـوف يتعلمّ الفرد إن لم يكن لديه شـــخصـــية غير كافية و إنمّا مختلفة بطريقة ما و يملك صـــــفات قيمّة كجُزء من هذا الاختلاف بعض الصـــــفات لوحظت على الافراد العاجزين عن التعّبير الانفعالي كالاعتماديةّ، القدرة على الكلام بطريقة واحدة مهارة لمزيد من التفّاصـيل خاصـــة ببعض الحقائق فقط (الأسـماء ، التواريخ ، الجداول ، و الروتين) (الرغبة في النظّام

و الدقةّ ، حساسية حادةّ للمنبهات الجسديةّ) السّمع ، اللمس ، الرُؤية و الشّم وهذه النقاط أو الصفات يمكن أن تسُهم في تقييم كل نقاط القوُة في شخصيةّ الفرد.

الكشف عن مُمارسة العواطف:

تعلمُّ كيفية التعرف على العلاقات المُحتملة من العواطف مثل: تسـارُع دقاّت شـعور خافت، احمرار، ضيق في التنّفس، توترُّ الجسم، صرخة رُعب، ألم في المعدة، و يجب على الفرد تمييزها رغم الصعوبة في ذلك بانها علاقات متعلقة بالشعور و ليس أمراض جسديةّ، و لذلك يجب محاولة إيجاد تقنيات تمكن الفرد من تقبل الآثار الجسديةّ لهذه المشاعر في الجسم.

الطريقة الثانية:

تغيير بشـكل انتقائي الظُروف العامة للفرد مثل: الجدول الزمني الخاص بالفرد و الجسـم سوف يشعر الفرد بالتوترّ أقل و أي شعور مزعج سيختفي.

الطريقة الثالثة:

محاولة وضع نشاطات جديدة إلى الجدول الزمني و البدء على الفور بها

و يفضل أو من الأفضل نشاطات مثل الرياضة المفضّلة، الهواية، مشاهدة برامج تلفزيون مسلية و مُثقفة، زيارة صديق أو أحباب.

و أحيانا ما هذه الأســـاليب لا تعمل و إنما الفرد يأخذ فكرة بأن الناس غير العاجزين عن التعبير الانفعالي لا يمكن دائما السيطرة على عواطفهم.

تعلمُّ تقنيات الآداب العاطفية:

بســـبب كون أفراد عاجزين عن التعبير الإنفعالي مع أفراد غير عاجزين عن التعبير عن مشاعرهم في كثير من الأوقات سيستفيدون من خلال زراعة إحساس أكثر حرصا من مشاعر الآخرين، رسائل عاطفية تظهر لفظيا مع ملامح جسدية مثل الابتسام والبكُاء.

اذا كان لديهم فكرة غامضة على شعور شخص آخر حتى لو كان بالإمكان الكشف فقط عنه جيدّ أو سيّء، أو سعيد أو حزين و هذا سوف يكون أساس جيدّ لصياغة و دعم الانفعالي إذا استطاعوا التعرُّف على هذه الفئات العامة للشعور، يمكنهم أن يستجيبوا أيضا على مختلف الرُدود العامة، التي تعتبر كتبادل مذهب و مقبول حتى لو كانوا لا يســـتوعبون التعّقيد الكامل لمشـــاعر الآخرين، هذه الاستجابات المُتعددّة يمكن:

أ: تعميم تعليقات نحو تعاسة شخص آخر على سبيل المثال ً هذا ليس جيدّ ً أو هذا يستطيع أن يجعلك تشعر بالرعب.

أو **ب:** استجابة المخ نحو شعور الآخرين من حسن أو سعادة، نجاح باهر يجب أن تكون سعيدا بذلك أو ً انا سعيد حقا بالنسبة لك، هذه استجابات واسعة تعُتبر كأدب عاطفي مقبول لا تتطلبّ التعمُّق في الخلال العاطفي.

كما أن هناك تقنية أخرى مفيدة في آداب العاطفة، التي تفيد العاجزين عن التعبير الانفعالي وهو ما يسُمى ً مجاملة، نقد مجاملة".

كما أنهم يتميزّون بآرائهم المباشـــرة والعفوية والمعلنة كما أن عند الأفراد الغير عاجزين عن التعبير الانفعالي تعُتبر لديهم وقاحة و عدائية و ذلك لعدم تفريقهم للصحيح و لذلك يجب الحرص من الاستجابات و رُدود الأفعال، أن يكونوا حذرين من النصّائح المنطقية حول المشاعر.

12-2 – العلاج الأسُري :

إنشاء شبكة من التفاعلات داخل الأسرة بدلا من إلقاء اللوّم على فرد و ركيزة العلاج تقع حول كيفية الحفاظ على التفاعل بغضّ النظر على المشاكل لهدف رفع مُستوى التفاعل و الوعي حول القضايا وتخفيف الضغوط، تشجيع

العلاقات العاطفية مع الآباء من أجل التنّاغُم العاطفي الذي يعُيد استعادة الصحّة العاطفية.

12 -3 – العلاج بالأدوية:

إن ميزة الأدوية أنها تعمل بســـرعة بعكس الطُرق العلاجية النفســـيةّ مع أن توافق العلاج الكيميائي للاضــطرابات العاطفية غير المنتظمة قد تعود مباشــرة، لهذا الســبب Taylor ينصــح بتوحيد طُرق العلاج الكيميائي و العلاج النفســـي في محتوى العلاج لمســـاعدة تســـيير بعض الاضطرابات المصاحبة للعجز عن التعبير الانفعالي.

الأدوية الخاصــة يمكن ان تسُــتعمل لتصــويب الاكتئاب و الحزن (مُضــادات الاكتئاب)، الحصــر و الهلع (مُضــادآت الحصــر)، اضــطرابات النوّم (مُنوّمات) اضــطراب المزاج (أملاح الليتيوم) بمســـاعدة تنظيم كثير من الحالات العاطفية الســـلبية هذه الأدوية أكثر فعالية من طرق تقدير الحياة و تقدير الخيال التي تسمح للفرد التركيز على العلاج بدلا كبت المشاعر بينما تقدير الحياة و الخيال لهما جهد هائل لإزالة الحاجة على مدى طويل لأنه يوجد بالطبع حالات غير مُستجيبة تستلزم طرق العلاج بالدوّاء تحافظ على مدى

طـــويـــل مـــن الـــمـــتـــابـــعـــة و الـــمســـــاعـــدة.

(Jonson Thomson . Emotional dunth , p 131)

13 – إرشادات عامة لتخفيف العجز عن التعّبير اللغُّوي :

يأتي الربط بين أساليب المواجهة و الالكستيميا من خلال محاولات في تعريف المُواجهة بأنها مجموعة فرعية من تنظيم الذاّت و من ثم ميزّوا بين ثلاث أوجه لها:

- ✓ محاولات لتنظيم الانفعال المباشر مثل المُواجهة المتمركزة على الانفعال.
- ✓ محاولات لتنظيم الموقف (مثل المواجهة المُتمركزة على المشـــكلة والمتضـــمنة التفكير فيما سيفعل).
- ✓ محاولات لتنظيم السُّلوك.(Compas et al 2001 , p 88)

و يرى بعض الباحثين ان الالكسيتيميا تأُثر على المواجهة بعدما استجابة للانفعال، حيث أن من يعانون أعراض الالكسيتيميا أقل استفادة من المساندة، و أيضا أقل قدر على النضُّج الانفعالي، كما أن تنظيم المشاعر والانفعالات المضطربة يمكن آن يؤدي إلى سوء الصحة إذا لم يستطع الفرد معالجة مناسبة، و هذا النقُّص في المعالجة يتماثل فيوصف أسلوبي المُواجهة

والإنكار والإحجام و ينسّق مع ما توصلت إليه نظريات المواجهة وآليات الدفاع من أن مكونات الاستجابة الانفعالية غالبا ما تتطلبّ التحكُّم الفعاّل.

(أبو الديّار ، 2014، ص 73-75)

خُلاصة:

يتبينّ هنا فيما يخصُّ هذه الدراســـة في هذا الفصـــل ان العجز عن التعبير الانفعالي هو صـعوبة تحديد المشـاعر و وصـفها لفضـياّ سـواءا كان هذا العجز عن التعبير الانفعالي ناتج عن ضُـعف الخيال أو صُـعوبة لشـرح الانفعالات والأحاسـيس للآخرين لكونهم لا يفُرقون بين النفّس و الجسـد أي بين المشـاعر العاطفيةّ من قلق، حزن، خوف، والأحاسـيس الجسـدية من ألم و مرض عُضـــوي كما أن هذا يشُـــكّل صـــعوبة في التأقلمُ مع المواقف الاجتماعية مما يؤُدي إلى العزُلة وانخفاض القدرة على مواجهة الواقع رغم أن الأفراد العاجزين عن التعّبير الانفعالي يعُطون درجة كبيرة للعالم الخارجي.

فالأفراد العاجزين عن التعّبير الانفعالي مشاعر الجسد والنفّس وحدة لا تتجزّأ لصُعوبة التفّريق بينهما.

الفصل الثالث

الفصل الثالث: المقاربة الطبيًة و السيكوماتية للقصور الكلوي المُزمن .

- تمهيد

1 – المقاربة الطبيًة للقصور الكلوي

1 – 1 تشريح و فيزيولوجية الجهاز الكلوي .

1 – 2 ماهية القصور الكلوي المزمن.

2 – المقاربة السيكوماتية للقصور الكلوي .

2 –1 نمط شخصية مريض القصور الكلوي .

2 –2 ميكانيزمات الدفاع لدى مرضى القصور الكلوي .

2 –3 سيكولوجية مريض القصور الكلوي .

2 –4 الآثار الناجمة عن الإصابة بمرض القصور الكلوي .

2 – 5 الكفالة النفسيًة لدى مرضى القصور الكلوي .

2 – 6 العلاقة بين الانفعالات و ظهور الاضطرابات السيكوماتية.

- خاتمة .

تمهيد:

تعتبر الكلية من الأعضاء الأساسية الي يتكوَّن منها جسم الإنسان والتي تقوم بوظائف حيوية مختلفة في تخليص الدم من شـوائبه الضـارة من أجل المحافظة على صـحة الجسـم وتوازنه، وأي إصابة أو إتلاف على مستوى الكلى يترتَّب عنه أضرار تُؤثر على صحة المريض وحياته النفسيَّة والاجتماعيَّة، فالقصـور الكلوي المُزمن من الامراض المنتشـرة في العالم، التي تهدِّد حياة الكثيرين من الناس في جميع نواحي الحياة.

1 – المقاربة الطبيَّة للقصور الكُلوي :

1 –1: تشريح فيزيولوجيُة الجهاز الكلوي:

1-1-1: تشريح الجهاز الكُلوي :

عبارة عن زوج (يمنى ويسرى) توجدان في كيسين ليفيين وهما مُحاطتا بمقدار من الدهن ومُعلَّقتان بالظَّهر، من خلال ارتباط وثيق بواسطة نسيج رابط، وللكلية غشاءان أحدهما خارجي مكوَّن من الدُهون لوقاية الكلية من الصدمات الخارجية، والثاني داخلي مكون من نسيج ليفي كما يتكون جسم الكلية من طبقتين منها قشرة الكلية، اما الداخلية فتسمَّى بنخاع الكلية والشريان الكلوي يتفرَّع الى فروع كثيرة جدا تكون حزما تُسمى بحُزم الكلية، ولكل حزمة شريان للاستيراد والآخر للتصدير وكل حزمة مُحاطة بقمع يمتدَّ منه قناة بوليَّة، تقع الكليتان تحت الحجاب الحاجز الى جانبي العمود الفقري، ونلاحظ ان الكلية اليمنى أخفض بقليل من الكلية اليُسرى لوجود الكبد، و الكلية تَّشبه حبة الفاصولياء، إذ أن سطحها الخارجي مُحدَّب و السَّطح الداخلي مُقعَّر و يُعرف بالسرة التي يدخل اليها الشريان الكلوي الذي يحمل الدم المؤكسد لتغذية الكلية و الذي منه (الأروطي arotique)

و يخرج منها الوريد الكلوي الذي بجمع الدم الغير مُؤكسد من الكلية و يصُب في الوريد الأجوف السفلي، كما يخرج منها الحالب و يوجد أعلى كل كلية غدَّة هي الغدة الكلوية la surrénal

(مهدي، 1992 – ص 39)

في جسم الانسان كليتين يُمنى و يُسرى تقعان على جانبي العمود الفقري بمُحاذاة الفقرتين الصدريتين (11 و 12) تمتدَّ الى الفقرة القطنية 3، تُشبه الكلية في شكلها حبة الفاصولياء، تزن عند الرجل (140 غرام)، في حين تزن عن المرأة (125 غرام)، لونها رمادي غامق، و الكلية اليُسرى أعلى من الكلية اليُمنى بسبب ضغط الكبد من جهة اليمين، في الحافة المقعَّرة للكلية توجد ثلمة تخرج منها سرة الكلية و هي عبارة عن شريان كلوي قادم من الأبهر البطني (وريد كلوي يتكون من اتحاد الاوردة الكلوية و حُويصة الحالب و الاعصاب).

(النّاجي،2005، ص 139)

تبدأ الكليتين عملهما والانســان في بطن أمه، إذ تكتمل وظائفهما في الســاعة الأولى للولادة والمُلاحظ ان هناك فروق أســاســية بين عمل كلية الطفل وعمل كلية البالغ، حيث أن نســبة اســتخلاص الكليتين في الســاعات الأولى للولادة تبلغ حوالي 20 مم / د، ويرتفع بعد ثلاث أيام ليصير 50 مم/د، وبعد ثلاثة أشهر الى 70 مم/د، ولا يرتفع الى معدل الأشخاص البالغين إلا بعد أســابيع، إذ لا يســتطيع الطفل تخفيض تركيز البول، لذا يجب الحرص على تزويده بكميات كثيرة من الماء وعدم تعريضه للعطش لأنه لا يستطيع إفراز أحماض في البول.

(صادق، 1994، ص 28)

ويمكننا القول ان الكلية تتكوّن من طبقة خارجية تُســمى القشــرة cortex وطبقة ملســاء تُدعى اللُب médullaire ومكونات أخرى:

الطبقة الخارجية: او ما يســـمى بالقشـــرة cortex وهي اللحاء ذي اللون الرمادي والمظهر الحُبيبي.

الطبقة الداخلية: عبارة عن لُب لونه احمر يتكون من الاهرامات الصـــغيرة تتجه قاعدتها نحو المُحيط تدعى أهرامات مالبيجي les pyramides de Malpighi،والتي يخرج منها البول لينزل في حوض الكلية وهو الفراغ الذي يتصل بقناة البول (الحالب).

الوحدة الكلوية: وهي تتكوّن من:

– **أهرامات مالبيجي :** هي وحدات للترشـــيح تدعى النيفرونات (الانابيب البولية) و يصـــل عددها في الكلية مليون أو مليون و نصـــف مليون نيفرون، ويجري في النيفرونـاتnéphrons عملية تشكل البول.

– **الكبة الكلوية glomérules :**تتمثل وظيفتها في تصـــفية الدم و هي عبارة عن مجموعة كبيرة من الشُـعيرات الدموية داخل محفظة بومان ، يصـلها الدم عن طريق الشـريان الوارد و يخرج منها الدم بواسطة الشريان الصادر .

– **محفظة بومانcapsule de bouman :** عبارة عن بداية النفرون ، واسـعة و متصـلة بداخل الانبوب الكلوي، تصل الى الانبوب القريب، تتكون من نسيج طلائي يرتكز

على غشاء قاعدي و تشكل الفلتر الذي يقوم بالتصفية.

- **الانبوب البولي tube urinaire:** و هو مقسَّم بدوره الى عدة وحدات :

عُروة هنلي anse de henlé :يتم فيه امتصاص و افراز الاملاح المختلفة حسب حاجة الجسم

-**الانبوب الملتوي القريب tube contourne proximal:** يمتص بعض المواد الصغيرة الحجم والبروتينات التي ترشح من خلال محفظة بومان، ويفرز بعض المواد مثل : كلوردات الهيدروجين و البيكربونات حسب حاجة الجسم .

- **الانبوب الملتوي البعيد tube contourne distal** : وله دور هام في امتصاص و افراز البوتاسيوم تحت تأثير هرمون الالدستترون في الانابيب الجامعة .

- **الانابيب الجامعة tube collecteurs :** لها دور في ترشيح الم من خلال النفرونات و دورها الأساسي هو امتصاص الماء من البول تحت تأثير الهرمون المضاد الي تفرزه الغدة النخامية .

(فريحات، 2000، ص 64)

عند القيام بدراسة تشريحية لمقطع نسيجي للكلية تبين وجود غشاء ليفي شديد الالتصاق بالنسيج الكلوي يسمى محفظة الكلية والنسيج الكلوي يتكون من:

القشرة la cortical rénale:طبقة بها عدد كبير من اجسام مالبيجي ذات الشكل الكروي، مزدوجة الجدران محاطة بشبكة من الشعيرات الدموية التي تتفرع الى شعيرات دموية تلتف حول الجزء العلوي من الانبوبة البولية التي تخرج بدورها من جسم مالبيجي وهكذا تسير الانابيب البولية متعرجة في القشرة ولكنها تسير تستقيم في النخاع وتتجمع في مجموعات هرمية الشكل.

اللب le médullaire rénale : الطبقة الداخلية تكون حمراء بنيَّة وتحتوي على مجموعة من الاهرامات الكلوية (اهرامات مالبيجي) والانابيب الكلوية (عُروة هنلي، وجزء من القناة الجامعة) وفي اللب تنتهي القنوات الكلوية المتفرعة بما يُسمى الحالمان الكلويان تُحاط بغم غشائي يشكل الكؤوس ا لصغيرة.

(الناجي، 2005، ص140)

حوض الكلية le bassinet :عبارة عن تجويف يوجد داخل الكلية سطحه مقعَّر ويعتبر جُزءا من الحالب وتصب فيه الانابيب البولية.

الحالبان :عبارة عن قناتين ضيقتين نسيجهما ليفي يبلغ طول كل منهما حوالي 2،5 سم ويخرج كل حالب من سُرة الكلية ويمتد الى أسفل حتى يصل الى المثانة ويفتح فيها بفتحة ضيقة تسمح للبول بالمرور على المثانة وتمنعه من الرجوع الى الحالب عند امتلاء المثانة.

المثانة : عبارة عن كيس غشائي بيضاوي الشكل مُبطن من الداخل بغشاء مخاطي يفتح فيه الحالبان بفتحتين مستقلتين ويضيق الجزء السُفلي من المثانة ويُحاط بعضلة عاصرة دائرية لا تفتح الا عند التبوَّل.

قناة مجرى البول :هي قناة تتصل بالمثانة وتفتح الى خارج الجسم بفتحة مستقلة عند الانثى وبفتحة مشتركة مع القناة القاذفة في حالة الذكر. (الكرمي، 1988، ص 76 ،77)

1 – 1 – 2: فيسيولوجيّة الكلية :تقوم الكلية بعدّة وظائف يمكن تقسيمها الى قسمين، أساسية وأخرى ثانوية

1 – 1 – 2 – 1 : وظائف أساسية:

حيث تقوم الكلية بتصفية الجسم من السموم الناتجة عن رواسب الاستقلاب، وهذه السموم أو الرواسب يجمعها الدم من كل خلية ويأتي بها الى الكلية لتقوم بتصفيتها والدم الذي يجتاز كل كلية في الدقيقة الواحدة يبلغ لترا واحدا، وهذا يعني ان كمية الدم التي تصب في الكلية تبلغ من 1500 – 1700 لتر يوميا، يمكن ايجاز عملها في ما يلي:

انتاج و إطراح البول :وهي عملية تخلص الجسم من نواتج الاستقلاب الضارّة والاملاح الزائدة في الجسم من خلال تصفية الدم وطرحها مع المواد السامة والعقاقير التي تدخل الجسم، وكذا طرح كمية الماء الزائد في البول وبذلك يتم الحفاظ على حجم ثابت للدم في الجسم وتمر عملية انتاج و طرح البول بثلاث مراحل

الترشيح : يقوم القلب بدفع الدم تحت ضغط معين من انقباض وانبساط ونظرا لاختلاف

السُمك بين الشريان الوارد والشُعيرات الدموية الكبيرة فانه يتكون ضغط عال ينتج عنه ترشح الجزء السائل من الدم خارج الشعيرات لينفُذ الى تجويف محفظة بومان و يُسمى بالرّشح، ويحتوي هذا الأخير على ماء البلازما ومكوناتها غير البروتينية، ويكون بمعدل 125 سم^2/دقيقة، أي ما يعادل 20 لتر يوميا،أما الكريات الحمراء والبيضاء والصفائح الدموية والبروتينات وكل المواد المرتبطة بها مثل الاحماض الدهنية وبعض الادوية فلا يمكنها النّفاذ من خلال جدار محفظة بومان وهذا لكبر حجمها .

إعادة الامتصاص :عندما يمر السائل الراشح الى الانابيب البولية يحدث فيها امتصاص للماء خاصة عروة هنلي، ولو لا ذلك لتعرّض الجسم الى نُقص شديد في الماء وبالتالي تعرض الفرد للجفاف، ولكن بعد عملية الامتصاص يُحافظ الجسم على نسبة ماء ثابتة ويكون الامتصاص نتيجة القوة الأسموزية، كما يجري امتصاص انتقائي للمواد ومنها الاملاح المعدنية، الاحماض الامينية، الغليسيرين، الهُرمونات، الفيتامينات، و السُكريات، وامتصاصهما يحتاج الى طاقة لأنها عمل نشط ثم تُعاد أخيرا الى الدورة الدموية في الجسم. (البار،1992، ص 38)

الافراز : بالإضافة الى امتصاص الماء و المواد اللازمة فان جدران الانابيب المُلتوية البعيدة القادرة استخلاص بعض المواد العضوية الغريبة أو بعض مخلفات التمثيل الغذائي كمادة الكرياتين، او بعض السموم الأخرى من الدم، وتُضاف هذه المواد الى البول الذي يجتمع في حوض الكلية وينتقل عبر الحالب الى المثانة حيث يجتمع البول هناك حتى يتخلص منه. (البار، 1992، ص 39)

وظائف هرمونية : تعتبر الكلية من الغدد الصمّاء الموجودة بالجسم لأنها تقوم بإفراز بعض الهرمونات وتصبُّها مباشرة في الدم مثل هرمون الرنين rénine الذي يفرز على مستوى الكبة الكلوية ، و يقوم الهرمون بالعديد من الوظائف من بينها انقباض الاوعية الدموية مما يسبّب رفع ضغط الدم الشرياني، تحريض قشرة الكظر على افراز هرمون الالدوستيرون aldostérone، كما تفرز الكلية هرمون

البروستافلاندينprostophlandine،الذي يلعب دورا أساسيا في جريان الدم في النيفرونات وكذلك الكلية تقوم بإفراز بعض المواد التي تساعد في تنشيط امتصاص الكالسيوم في الأمعاء، وتحافظ على ثبات الضغط الاسموزي وتوازن الحموضة داخل الجسم، كما تفرز خمائر معينة تعمل على ابطال مفعول بعض العناصر المنشطة بإبطال مفعول الهستامين.

(البار، 1992،ص 40)

1 – 1 – 2 –2: وظائف ثانوية :تنشيط الفيتامين د من خامل الى فعال فهو مسؤول عن تنظيم امتصاص الكالسيوم من الأمعاء وترسيبه في العظام.

تنظيم تركيز الاملاح والمعادن في الوسط الداخلي ثم إفرازها عن طريق مواد سامة وفضلات ناتجة عن هضم المواد البروتينية.

تنظيم كمية الماء في الجسم.

تحليل و فك بعض الادوية

المتناولة.)

sobott–2000–p222–223)

ومنه تُعتبر الكلية كمُجمعة للنفايات الموجودة في جسم الانسان،والتي تُطرح عن طريق البول إذا فشـلت الكلية في أداء وظيفتها فان السـموم تتراكم في الجسـم وبالتالي يُؤدي ذلك الى أمراض خطيرة قد تُؤدي بحياة الفرد.

1 – 2: ماهية القُصور الكلوي المزمن:

قد تُصـاب الكلى بقُصـور يجعلها غير قادرة على أداء وظيفتها إما ظرفيا كالقصـور الوظيفي الحاد أو دائما كالقصور المُزمن النهائي، وهو ما سنُركزّ عليه باعتباره من الامراض التي أصبحت منتشرة وشائعة والذي استحوذ على اهتمامات الصحة العمومية نظرا لما تُخلفه من أضرار صحيّة، نفسيّة،واجتماعية.

1 – 2 – 1 : تعريف القصور الكلوي :

هو تدهور تدريجي في وظيفة الكلى أي التحطيم النهائي و غير قابل للرُجوع للنفرونات ويُقاس بكمية الكرياتين ، إذ يتطوّر خلال فترة شـهر أو عام و عندما يصـل الى المرحلة النهائية يصبح مهلكا ما لم يلجأ للغسيل الكلوي بانتظام أو الى زرع كلية.

(Noble et eveillont- 2001- p 370)

كما يُعرفه القاموس الطبي على انه انخفاض قدرة الكلى على تامين الرشح و إفضاء نفايات الدم و كذا مراقبة توازن الجسم من حيث الماء و الاملاح و تنظيم الشدّة الدموية .

(la rousse-2005-p360)

كما يُعرفه ليجندر Legendre 1999بأنه :

الانخفاض العنيف والسريع للرشح الكبيبي الذي يعد المسؤول عن تناذُر تبول الدم الحاد وهو قابل للرُجوع تلقائيا تحت تأثير العلاج غير أن التنبُؤ فيه يبقى غامضا.

(Legendre-1999-p106)

يُعرف القُصور الكلوي أيضا بانه انخفاض قدرة الكليتين على ضمان تصفية وطرح الفضلات من الدم ومراقبة توازن الجسم من الماء والاملاح وتعديل الضغط الدموي.

(آمال بورقيبة ، 2000 ، ص 06)

القُصـــور الكلوي هو عبارة عن عجز الكلى عن التخلص من كميّات كافية من البول الذي يُؤذي الى تراكم الفضــلات المتخلفة عن العمليات الايضــية و المواد الفائضــة عن الاملاح غير العُضوية و الماء في الجسم ، و في هذه الحالة فان الامر يتطلب إجراء عملية زرع كلية أو وضع كلية صــناعية أو غســيل كلوي ، و مع هذه الإجراءات المُضــنية و المُتعبة يوجد هناك مخاطر عديدة .

أعراض القصور الكلوي:

يمكن تصنيفها الى:

أعراض وعائية قلبيّة:

- ارتفاع ضغط الدم بسبب ارتفاع نسبة الصوديوم وقلّة استخدامه عبر الكلية التالفة.
- احتقان وهُبوط وفشل عضلةالقلب.
- التهاب عضلة القلب والتجويف الذي يحتويه.
- اضطراب نبضات القلب.

(حلبي، 2001، ص 526)

أعراض هضمية:

- الغثيان
- القيء وفقدان الشهية والوزن بشكل مستمر مما يُؤدي الى فقر الدم.
- الإسهال والآلام الهضمية وحُرقات المعدة.

أعراض الجهاز التنفسي:

- صعوبة التنفُس.
- ورُم الرئتين و تراكم السوائل في الدم.
- انتفاخ الجسم نتيجة السوائل الموجودة في الجسم.
- النفس الكريه.
- اللسان مكسو بطبقة بيضاء.
- القلاع الفمي.

(حلبي، 2001 ، ص 526)

أعراض عصبية إعاشية:

- ارهاق وتعب عام.
- الاكتئاب والقلق والتوتر النفسي.
- تغيير في مستوى الوعي.
- الرغبة الدائمة في النوم.
- معاناة من الصداع وعدم القدرة على التفكير بشكل جيد.
- الإحباط وغالبا في بداية المرض.

(حلبي، 2001 ، ص 526 – 28)

1 – 2 – 3: تشخيص القصور الكلوي:

الفحوصات الاكلينيكية:

- البحث عن وجود بعض الاعراض كشُحوب الجلد ونزيف في الاغشية المخاطية كالأنف والبلعوم والفم.
- فحص القلب والرئتين لأجل مراقبة ضغط الدم.
- فحص شامل لبحث مدى إصابة أحشاء أخرى لمعرفة عن إن كان إلتهاب الكلية ناج عن التهاب عام.

الفُحوصات البيولوجية:

وتتمثل في فحص بعض نسب المواد المتواجدة في الجسم ونذكر من بينها:

- نسبة البوليان 1 غ / ل والتي قد ترتفع بصورة كبيرة مع غذاء غني بالبروتين مع أن الكلى مازالت محتفظة بخمسين بالمائة من وظائفهما.
- فحص نسبة الكرياتين في البلازما، حيث أن الكلية السليمة تُصفي الجسم من هذه المادة بمقدار 100مل / د، والنسبة العادية لهذه المادة في الدم هي 1 ملغ / ملل.
- فحص البول والبحث فيه عن نسبة البروتين.
- زيادة الماء ونقص البوتاسيوم.
- إضرابات في توازن ph(انخفاض).

(البار، 1992، ص 44)

اختبارات شبه اكلينيكية:

- ايكوغرافي لمعرفة حجم الكلى وحالة المسالك الافرازية البولية.
- تصوير حوض الكلية والحالب لتحديد نوعية العوائق في المسالك البولية.
- تصوير الهيكل العظمي، لمعرفة الخلل العظمي ونقص الكالسيوم.
- تصوير الجهاز الهضمي في حالة الآلام البطنية.

1 -2 – 4: أنواع القصور الكلوي:

* القصور الكُلوي الحاد insuffisance rénal aigué :

1 – تعريف القصور الكلوي الحاد :

يُعرف بفقدان مفاجئ لوظائف الكلى ، إذ يرتفع البول و الكرياتين في الدم و نقص كمية البول المُفرزة يوميا ، و من خصائص هذا المرض الشعور بالألم الشديد أثناء التبوُّل و احتقان البول ، و يحدث حالات عصبية و اضطرابات نفسيّة نتيجة السُم البولي الحاد مثل : السبات ، الارتباك ، الغيبوبة ، حدوث رعشة و قبضات عضلية تنتهي بالتشنُّج و يزداد عرُض للعدوى إضافة الى التهاب الجهاز التنفسي و الجهاز البولي و الجروح .

(صادق،1994، ص 31)

يُعرف كذلك على انه التوقُف المُفاجئ و المُؤقت (من بضـــع ســـاعات الى أيام) للوظيفة الإطراحية للكلية مع انخفاض شـديد أو توقف كلى للتصـفية و يكون نقص إفراز البول في نصـف الحالات .

(بورقيبة، 2000 ، ص 10)

2 – أسباب القصُور الكلوي الحاد:

- النّزيف الداخلي أو الخارجي.Hémorragie intérieur ou extérieur aigue
- فشل عضلة القلب.
- جفاف شديد.
- إسهال مُستمر.
- تقيُء كثير.
- تسمُم.
- انسداد مجرى البول بسبب حصى أو ورم أو تضخُم البروستات.

(بورقيبة،2000، ص 11)

3 – أعراض القُصور الكلوي الحاد :

- احتباس البول .
- نُقص في كمية البول عن الكمية العادية .
- وجود الدم في البول .
- ارتفاع نسبة البوتاسيوم في البول .
- ارتفاع نسبة البوتاسيوم في البول .
- ارتفاع ضغط الدم الشرياني .
- فقر الدم ، الغثيان ، صُعوبة التنفُس .
- صدمات تشنُجية .

4 – علاجُه :

يجب أن يُعالج القصور الكلوي الحاد مُبكرا لأنه يُمكن أن يتطور و يُصبح مُزمنا بالتالي لابُد على المريض الالتزام بشرب الأدوية الي يصفُها الطبيب له و إذا لم تُثبت

الأدوية فعاليتها يجري المريض عملية جراحية لنزع الورم أو الحصـــى التي تسُـــد المجاري البوليّة أو المثانة ، أحيانا يستوجب الامر العلاج بتقنيّة التصفية الاصطناعية .

القصور الكُلوي المُزمن insuffisance rénale chronique:

1 – تعريف القصور الكلوي المُزمن irc :

هو الخلل المُزمن لوظائف الكلية و الذي يظهر من خلال التوقُف التام لإفراز البول أو نُقص كميّة البول المفرزة في وقت محدد ، و من الناحية الفسيولوجية فإن هذا المرض هو عبارة إصـابة الوحدات الوظيفية في الكلية و بالتالي يُؤدي الى النُقص في القُدرة على التحكُم في تركيز الأملاح في البول .

(بورقيبة،2000، ص 13)

يُعرف أيضـا على انه النقص المُستمر لعملية التصـفية الكلوية glomérulaire filtration، تخلف آلية القصـــور الكلوي المُزمن عن الحاد في كون هذا الأخير ناتج عن توقف مُفاجئ للكلية عن أداء وظيفها و الذي يزول بزوال السبب المُحدث له، أما القصور الكلوي المزمن فهو ناتج عن التناقص المُستمر و المُتزايد لعدد النفرونات النّشطة في الكلية في تشكُّل الوحدات.

(boulchi– 2004– p22)

يمثل الفشـــل الكلوي المزمن النهاية المحتومةّ لكل أمراض الكلى ، التي لا تبرأ و تحدث أعراضه بغض النظر عن الأسباب التي أدت الى الفشل الكلوي ، إذ عدم العناية بالنوع الأول كما سـبق و أن تم الذّكر ينتج عنه هذا النوع الذي يتميز بالإزمان و الخطورة و هذا الفشـل ناتج عن تناقص عدد النفرونات المُكونة للكلية ، و لم يعُد يُعبر هذا المرض كتسمُم بولي كما يُسمى سابقا ، و لكنه ناتج عن فقدان المُراقبة الدائمة مما يُؤدي الى التناقُص المُسـتمر للكريات الأيضـيّة المُهدأة للإنسـان من قبل كلية سليمة ، فالعمل المُستمر لعضـلة القلب و الأوعية الدموية و تفا دي الخلايا في عملها من إعطاء مرُدود وافر للجسم لكي يتمتع بصحة جيدة ، يتطلّب من الكلية المشاركة في ضـوء النشـاط و ذلك بتخليص الدم من الشـوائب العالقة به و الرمي بها في الأماكن المُخصّـصـة لذلك ، إذ أن عمل الوحدات المذكورة يكون مُتناســـقا و مُتكاملا من أجل نتيجة واحدة و لكن إذا بدأت إحدى الوحدات تخرج عن المُعتاد و ترفُض العمل مع الكُل المُتكامل سـوف يكون سـريعا و بالتالي يبدأ

الهيكل بالتأثُر من جرّاء السُّموم التي رفضت الكلية إبعادها عن الجسم و بالتالي سوف يؤثر هذا على المظهر الخارجي للجسـم و يبدأ بالانهيار يوم بعد يوم إن لم يُسـارع في إيجاد حل لهذه المُشكلة .

(صادق –1994 – ص 32)

2 – أسباب الإصابة القصور الكلوي المُزمن :

و لكن يُمكننا أن نُصنفها حسب النوع الى تكوينيّة و أخرى مُكتسبة .IRCاتتعدّد أسباب

الأسباب االتكوينيّة الوراثية :

قصور كلوي ناتج عن مصفيات الكلى :إصابة مُصفيات الكلى التي تفصل البول عن الدم ، حيث أن السـبب يعود الى العجز في الجهاز المناعي ، حيث عندما يخطئ هذا الجهاز في الدفاع عن الجسم يُؤدي ذلك الى الافراز بمرشـحات الكلى ، هذا العجز المناعي يمكن يُؤثر في كثير من أعضـاء الجسم حيث يؤذي في اغلب الأحيان المفاصـل و الجلد و في العادة يظهر هذا النوع من الإصـابة بين 20 و 30 سـنة و يسـتهدف النسـاء اكثر من الرجال ، هذا الداء إذا لم يُعالج فإن مُرشّحات الفيلتر تتدهور ببطيء.

(boulchi– 2004 – p24)

قصـور كلوي ناتج عن تعدُّد الاكياس :هو مرض وراثي ينتج عنه تكوين أكياس غير طبيعية داخل الكيس ، تسـبب هذه الاكياس في الكبيبات الكلوية ، مما يترتّب عنه إعاقة الكلى على القيام بوظيفها .

(هناء– 2009 – ص 43)

زملة البورت : سـبب هذا التناذر إلتهاب مزمنة داخل الكلى عادة ما تظهر في مرحلة الطفولة ، تنتشـر هذه الالتهابات لتشـمل جميع الوحدات الكلوية داخل الكلى ، مما يترتب عنه ظهور الدم و زلال البول حيث تتطوّر هذه الاعراض و تصبح قصور كلوي مزمن .

(هناء– 2009 –ص 45)

الأسباب المُكتسبة :

التهاب كبيبات الكلى المزمن: وهي إصابة الكلى على مستوى الكبيبات واضطراب وظيفتها في تصفية الدم.

التهاب حوض الكلى المُزمن: أحد اهم الأسـباب في الإصـابة بالمرض ويبدأ عادة في مرحلة الطفولة المبكرة، اين يظهر عيب خُلقي في الحالب مما يُؤدي الى ارتجاع البول من المثانة الى الحالب.

الضـغط الدموي المُرتفع ومرض السـكري: يؤدي ارتفاع ضـغط الدم أو مرض السُـكري لدى بعض المرضـى الى الإصـابة العجز الكلوي لان الإصـابة بمرض ارتفاع ضـغط الم أو السـكري تُؤدي مع مُرور الوقت الى ضيق الشّرايين المغذية للكلية وبالتالي يحصُل ضُمورللقشرة.

الاستخدام المُفرط لبعض الادوية:التناوُل المُفرط لبعض الادوية خاصة المُسكنات ومُضادات الالتهاب لفترة طويلة بجُرعات كبيرة ذلك لأنها تُصـيب نخاع الكلية وحوضُـها،وتُؤدي الى تلفها ومن بين هذه الادوية: الادوية المُسكنة، أدوية الروماتيزم، مضادا ت حيوية، أدوية علاج السرطان وأدوية التخدير.

(البار-1992-ص 49)

3 – أعراض القُصور الكلوي المُزمن:

- ارتفاع ضغط الدم و ضيق في التنفس و وتورُم الساقين و آلام شديدة بالصر نتيجة التهاب غشاء التامور المحيط بالقلب .
- فقدان الشهية و الرغبة في القيء و أحيانا قيء متكرر مع احتمال حدوث نزيف دموي بالجهاز الهضمي .
- فقر الدم أو الانيميا .
- اضطرابات تخثُّر الدم .
- حكّة جلدية شديدة .
- تذبذب الوزن سواء بالنقص أو الزيادة .
- الشُعور بالإرهاق الجسدي و الذهني .
- صُداع و اضطرابا الوعي .
- انخفاض المناعة .
- العُقم و اضطرابات جنسية .
- اضطرابات الطمث .

- احتباس البول و وجود الدم فيه .
- تراكم السوائل في الرئتين و صعوبة التّنفُس .

(البار- 1992 - ص 5 – 52)

العلاج :

العلاج بتقنيّة الكلية الصناعية :

هي جهاز خارج الجسم يوصل بالدورة الدموية بمراقبة الدم ليقوم بعمل توازن أملاح الدم و المواد الذاتية في الماء ، و يُعيدُها إلى مُستواها الأصلي الطبيعي ، و هذا الجهاز مُزوّد بآلية تسمح بالترشُح المُنسّق لخُروج الماء من الجسم ، و من أهم مُكونات الدورة سائل الغسيل الذي يجعله متناسقا على الدّوام في تركيزه و درجة حرارته مع وجود مقياس دقيق لسُرعة مرور السّائل و ضغطه و تركيزه ، و آلة لوُقوف السائل ، إذا اختّل أي من هذه المقاييس و الجزء الأساسي في جهاز الكلية الصناعية، هي المُرشّح الذي ينبغي حساب قدره بدقة قبل الاستعمال يمر الدم من جسم المريض بخروجه من الشريان ، يوصل بالمُرشح و يعود إلى جسم الإنسان من الوريد بعد رشحه ، و يدفع الدم الداخل المُرشح بمضخّة الدم .

تصفية االصفافية :

هي تقنية تسمح بتصفية الدم عبر الغشاء الحشوي المليء بالشُعيرات الدموية باستعمال سائل يُشبه تركيبة السائل الموجود خارج الجسد وتيم عبر الشُعيرات الدموية بين الدم والمحلول.

زراعة الكلية :

إن عملية زرع الأعضاء البشرية ومن بينها زراعة الكلى، لم تكُن معروفة من قبل وهي عبارة عن عمليات مُستخدمة نتيجة التطوُّر المعرفي الهائل في العلوم الطبيّة، حيث شهد النصف الثاني من القرن العشرين أهم الإنجازات العلمية والطبية في تاريخ البشرية، مما جعل الوصول إلى عملية زرع الأعضاء من بينها الكلى أهم هذه الإنجازات.

العلاج الدّوائي :

يُعطى للمريض الأدوية الآلية:

- فيتامين (د) vitamine D تعويض نقصه منه.

- شراب aluminium hydroxyde و ذلك يمنع امتصاص الفوسفات الذي تكون نسبته عند المريض عالية .
- أدوية حفظ الدم .

(البار- 1992 - ص 83)

2 – المقاربة السيكوماتية للقصور الكلوي:

1 – رد فعل المريض حول المرض:

إن المرضى الذين يُعانون من أمراض مزمنة يمُرون من الناحية النفسية عبر أربع مراحل:

الصدمة أو الإنكار (choc-dénégation):

كقول المريض مثلا هذا التشخيص غير مُمكن لست مريضا بهذا المرض؟

فردّة فعله عنيفة وهذا ليحمي نفسه من القلق الناتج عن المرض.

مرحلة تمرُّد و عصيان (réoolte) :

اهام المرض بحد ذاته والقاء المسؤولية على الآخرين بكونهم سبب المرض.

التأمُّل réflexion :

أن يبدو انعكاس جديد في سياق التقبُّل فالمريض أكثر هدوء و تعاون يبحث عن معلومات عن العلاج .

- التقبُّل acceptation:

هو النتيجة النهائية للسياق النّفسي المُتعب و الصّعب .

(andré-200-p81)

-إلا أن معاناة مريض القصور الكلوي المُزمن أكثر حّدة من الأمراض المزمنة الأخرى ، لان مرضــه لا يحتاج الى دواء يتناوله عن طريق الفم أو حقنة يسـتعملها لكنه يحتاج إلى ملازمة الآلة مما يخلق لديه نوعان من التوتُّر و القلق ، فتناول الأطعمة مُقيد بتعليمات طبيّة بان لا يتجاوز كميّات مُعينة ، بالإضـافة إلى السّوائل و بمحدودية مُركبة فلا يسـتطيع التنقُّل أو السـفر ، كل هذه المشـاكل خلق لديه الغضـب و الخوف من الموت فيحدث لديه صـداع فمن ناحية انه مُجبر على حُضور حصص التصفية الدموية و تقبُّل العلاج و من جهة

أخرى تقبُّل استغلاليته و مُشاركته في إدارة الآلة في نفس الوقت مما يخلق صعوبة في التّقبُل .

(malcolm– 2003– p 229)

فالمريض يجد نفســـه بين أمور متعارضـــة من جهة واجب الخضـــوع لمُتطلبات العلاج،و بالمقابل تحمُل حياة شخصية مُستقلة كما أمكن في هذا المأزق تبدو رسالة واحدة، فالمريض يتبنى نمط حياة مبالغ و سـلبي و مُسـم أو يلجأ إلى عصـيان و تمرُد على العلاج مع الأخطار الحيوية التي قد تحدث.

(monrice p – 1989–p 158)

كما تهتزُّ صـورة الجسـم حيث توصـلت اختبارات و مقابلات نفسـيّة الى مشـاعر هجوم و محدوديّة الجسم مع مشاكل الحاجات و مَتطلبات داخلية و خارجية للجسم ، فيُحس كأنه مسلوب الشـخصـيّة لأن الداخل من المفروض شـيء عزيز و سـرّي و لكنه يظهر باسـتمرار و بدوران الدم خارج الجسـم فيظهر كل اضـطراب يُؤدي الى قلق و عدوانية تتعلّق بالمُحيطين بالمريض مع افراد عائلته أو الطاقم الطبي .

فقد وجد كل من (mothy) و آخرون في دراسـتهم أن هؤلاء المرضـى كانوا مُرهقين بسـبب خطر الموت الدائم نتيجة الفشـل الكلوي و مشـكلات القيمة الذاتية الواضـحة و تضـرُر العلاقات الزوجية إضـافة إلى إرهاقات مُتنوعة مُتعلقة بالعلاج (الخوف من الإصـابة) و المخاوف الناجمة عن عدم إتباع تعليمات العلاج .

و يذكر black وفق مُتوسـط المراجع المتخصـصـة الارهاقات الآلية عند مرضـى dialyse، التهديد الكامن بالموت و المَشكلات الجنسية و الأسرية و الاكتئاب و القلق و السُلوك الانتحاري و الخوف من المُضاعفات .

ويُصبح المرضى الذين يخضعون لعمليات الغسيل بمُرور الزمن أكثر انطوائية وأكثر كفا في الّتعبير عن عُدوانيهم.

(رضوان–2001– ص 107)

2 – الآثار النفسيّة النّاجمة عن الإصابة بمرض القصور الكلوي المُزمن:

للإصابة بهذا المرض آثار مُتعددة منها الاقتصادية والاجتماعية والنفسية تفوق أداء المريض لوظائف حياته اليومية.

1 – الآثار النفسية المُتعلقة بالفرد المُصاب:

يعيش المُصاب بالقصور الكلوي حالة نفسية صعبة ناتجة عن اضطراره لمُلازمة آلة التصفية التي تعوض عُضوا من أعضاء جسمه الذي فقد فعاليته وهو بذلك يُواجه قلقا كبيرا وصعوبات في التكيُّف الذي ينتج من الاحباطات التي يُعاني منها جسمه في صورة ذاته التي اتلفت.

1 – الآثار النفسية وسوء التوافق مع الأسرة:

يمُر المريض وأسرته بعد الإصابة بالمرض بعدة مراحل هي:صدمة، الإنكار ثم مرحلة الخوف وأخيرا الإحباط والاستسلام حيث تتضارب المشاعر التي يسودها الشُعور بالذنب و الخوف من المُستقبل.

3 – الآثار النفسية وسوء التوافق مع المجتمع:

يعاني مريض القصور الكلوي من سُوء التكيُّف مع البيئة الاجتماعية فيلجأ بذلك إلى العُزلة وعدم مُشاركة الآخرين وهذا ينتج عن صعوبات يعيشها المريض مع مجتمعه والتي نذكر منها:

- عدم القدرة على العمل: خاصة المهن التي تتطلّب جُهدا، مما يُؤدي إلى البطالة.
- العُزلة: كنتيجة لانشغال المريض بوضعه الصحي ونظرة المُجتمع السلبية له.
- الحساسية: وهذا ما يتسببُ له في نزاعات مع أفراد أسرته ومحيطه.
- الآثار الصحية: مريض القصور الكلوي يفقد نوعا ما قدرته الجنسية مما يُؤثر على حياته الزوجية.

(حلواني–2000– ص 57)

3 – نمط شخصية المريض بالقصور الكلوي :

بما انه من الأسباب الأساسية في حدوث مرض ارتفاع ضغط الدم و السُكري و كل منهما ينتهي الى النمط – أ –و بالتالي فإن القصور الكلوي ينتمي الى هذا النمط فحسب كل من «فريدمان و روزنمان » يتميز هذا النمط بما يلي :

شخصية طموحة وتميل للهجوم ومتحكمة وشديدة التّنافس وقليلة الصبر تهتمُّ بذلك و أكثر ما تقدره هو الوقت و تكره تأجيل الأعمال، يستطيع صاحب هذه الشخصية العمل أكثر من شيء في آن واحد، و يتميز كذلك بالغرور و مُحب للمنافسة و لديه رغبة في تحقيق ذاته و المحاربة من اجل أحلامه، لكن ما يُميزه كذلك هو السلوك العُدواني و سرعة الانفعال و القلق.

ويمكن كذلك تسميتها بالشخصية الموضوعية الدكتاتورية نجد فيها الصفات التالية:

نجد التحليل يهتم بالحقائق، يهتم بالأرقام، تركيزه عال ، يُميز بين الناس ، يجمع الحقائق ، يُقدم الأدلة العقلية ، يعتمد على الدراسات و البيانات ، يُفكر بعمق و يُقرر بهدوء ، بالنسبة لمظهره الشخصي بسيط و محافظ .

تتمثل سلبياته في كونه يحرم نفسه من عفوية الحياة وان لكل شيء حساب قد يهتمُ بالمادية أو البُخل ومشكلة العناد أنه لا يقتنع إلا بالأدلة.

(Brussel –1987– p 29)

4– ميكانيزمات الدفاع لدى مرضى القصور الكلوي :

هناك ميكانيزمات دفاعية يبديها من اجل التكيُّف نفسيا مع مرضه الذي قد يُعاوده في حالة القصور الكلوي الحاد أو الذي يستمر في حالة القصور الكلوي المُزمن أو من أجل التكيُّف مع آلة تصفية الدم والتي تُمكنه من مواجهة قلق الموت، عدم وضوح صورته الجسدية، تبعية لآلة التصفية، المُتطلبات المفروضة مع المرض وعلاجه.

فنلاحظ أن المصاب يربط علاقة تبعية إزاء الفريق الطبي ينتج عنها مواقف طبيعية بعضها هستيري مع مطالب عاطفية عبر شكاوي جسدية البعض الآخر من النموذج الهجاسي الذي تترأسُه طُقوسية مُفرطة للعلاج و التمسُك بآلة التصفية خاصة و سرير مُخصص و حتى مُمرض خاص أحيانا.

(Brussel 1987، p 31)

–الإنكار le déni :

يتمثل في إنكار خطر الموت الدائم وذلك بتصريف القلق المُهدم المُرتبط به، ينكر المريض واقعه المُؤسف فيتولد في شعوره تيّارين مُتناقضين للفكر وهذا يُوضح أن هناك استنكارا في هذا الشُعور المُعذب، فالساعد الحامل للنا صور لم يعُد مُلما للمُصاب بل أصبح

مُلك للآخرين قد تكون الزوجة أو الزوج أو المُمرضـــين يترجم هذا الإنكار في الحالات القُصـــوى، طريق إهمال غريب للعلاج ينتج عنه تطرُّف مُضـــر يصـــل إلى حد إنكار المريض لإصابته واضطراب بعلاقة الشخصية مع العائلة والأطباء.

النّفي dénégation :

يرى Sanchez أنه رد فعل بدائي للخطر تتركز عليه ميكانيزمات الدفاع الأخرى ، و هو مُتواجد على الخصوص في المرحلة الأولى من العلاج ، و يُعبر هذا الميكانيزم نافع لحد مُعين من أجل الحفاظ على التفاؤل و ضرورة لمواصلة العلاج .

(Brussel −1987− p 33)

الإسقاط la projection :

هو ميكانيزم كثير التواتر حيث يطرد من خلالها المريض ما في نفســـه ويُحدده في الآخر كالقيم،والاحاسيس، الرغبات الي ينتفع بها أو يرفضها.

الميكانيزمات الهجاسيةles mécanisme obsessionnelle :

يُعتبر النّسق العلاجي وكذلك دقّته عامل مُشجع على الهجاسيّة مع الطُقوسية، مما يضطر المريض الى استعمال العزل والتكوين العكسي .....إلخ.

1 – العزل :

يتمثل في عزل فكرة أو سُـلوك ، يتم قطع كل الاتصـالات مع أفكار أخرى ، يعزل المريض بين كل ما يجري داخل قاعة التصفية و بين العالم الخارجي حيث يرى أنه يجب عليه أن يترك ما جرى في قاعة الـــتصفية داخل هذا المكان و عندما يخرج منها عليه أن يبدأ حياة جديدة لا علاقة لها بالحياة السابقة في هذه الحالة فإن المريض يعزل آلة التصفية ، المواعيد الجميلة ، من مُحتواها المُرتبط المُقلق .

2 – التكوين االعكسي formation réactionnelle :

الذي يتمثل في ســلوك المعارض لوضــعية كالرغبة الجامحة للإفراط في الغذاء و يمكن ان ينجرّ عنه تكوين عكســي من خلال التنفيذ الحرفي لتعليمات الحمية و تجديد العلاقات الاجتماعية لتجنُّب تضارب الرغبات خاصة التي تُؤدي إلى شُعور بالنُقص .

3 – القيام بالفعل le passage àl'acte:

نجد سُـلوكات انتحارية كالأعمال أو التخلي عن العلاج ويُمكن أن يكون هناك اندفاع عنيف للأكل مما يُخل بالتوازن الداخلي الذي يُعوق الامكانية العلاجية.

((Brussel –1987– p 39)

5 – الكفالة النفسيّة لدى مريض القصور الكلوي:

نظرا للظروف النفسـيّة الصـعبة التي يعيشـها المريض بالقصـور الكلوي ابتداء من الصـدمة المُلقاة نتيجة الإصابة بالمرض والمُعاناة التي تظهر من خلال قلقه وانشغاله المُستمرين وكذا تطور لديه عم الثقة بنفســـه إلى حد الوصـــول إلى الاكتئاب وفقدان الاحتكاك بالناس لذلك يجب التكفُل نفسيا بهذه الفئة.

تعني مجموعة التقنيات العلاجية التي لهذه الفئة، مجموع الحيل الذهنية والمواقف العلاجية التي سيستعملها الفاحص من اجل علاج أي اضطراب نفسي بالابتعاد قدر الإمكان من استعمال الأدوية مُعتمدا في ذلك على الاختبارات النفســيّة ودراســة الحالة المرضــية ومن أهداف الكفالة النفسيّة ما يلي:

- مُساعدة المريض بالقصور الكلوي للتخلص من الصراعات.
- ترميم الشخصية وإعادة بناءها.
- إعادة الاتزان النفسي وتحقيق التكيُّف مع المُحيط.
- الرفع من الفاعلية الذاتية وإعادة بناء السُلوكات المعرفية.
- تدعيم قُدرات الأنا لجعله قادرا على التحكُم.

(Brussel –1987– p 29)

6 – العلاقة بين الانفعالات وظهور الاضطرابات السيكوماتية:

لقد تعددت الملاحظات من خلال التجربة العيادية الاكلينيكية في السنوات الأخيرة لتوضيح الأثر الذي تُحدثه الصدمات الانفعالية في الجسم عندما ينشأ من تكرارها حالة مُستمرة من التوتُّر النفسي والمظاهر الفيسيولوجية المتصاحبة للانفعال حيث تكون في بادئ الأمر الاضطرابات الفسيولوجية الحادة بدوام الأسباب والتوتر فإنها تتحول إلى اضطرابات مزمنة تُؤدي في نهاية الأمر إلى أعراض وإصابات عضوية.

(الزرّاد–2000– ص 164)

خلاصة :

نســـتخلص من هذا الفصـــل أن القصـــور الكلوي المُزمن تعبير عن التدهوُر التدريجي وأن الإصـابة بهذا المرض يكون نتيجة لأمراض أخرى كالإصـابة بمرض السُـكري وارتفاع ضـغط الدم وكثير من المرضـــى لا يُدركون مُضـــاعفات هذه الأمراض،ومن الأســـباب الأخرى للإصـــابة بهذا المرض اختلالات في الكلية أو نتيجة أمراض في المســـالك البولية، إلى جانب أن فئة المُصـــابين يملكون نمط مُعين من الشخصية ويُظهرون ميكانيزمات دفاعية للتأقلُم أو تجنُب الألم.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة

-تمهيد .

- الدراسة الاستطلاعية .

- التذكير بالفرضيات.

- الدراسة الاساسية.

- منهج البحث.

- حدود الدراسة .

- المجال المكاني.

- المجال الزمني.

- عينة الدراسة.

- أدوات الدراسة.

-خاتمة.

تمهيد:

يتضمن الجانب الميداني للدراسة خطة العمل التي سار وفقها البحث، ويحتوي هذا الفصل على المنهج المُتبع في هذا البحث، مع تحديد الأدوات المُستخدمة فيه وكيفية استعمالها، وكذلك تحديد المجال الزماني والمكاني الذي أجري فيه البحث، والتي تُعبر في مُجملها عن واقع البحث ميدانيا، من خلال دراسة فرضياته إما بثباتها أو نفيها.

1- الدراسة الاستطلاعية:

- تعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة في أي دراسة، لكونها تساعد على جمع البيانات والمعلومات الضرورية حتى يتسنّى الانطلاق من نتائجها في الدراسة الميدانية.

- فهي تهدف الى الكشف عن المكان او المحيط الذي ستجري فيه الدراسة الميدانية ومدى ملائمته لها، وكذلك تبيان توفر الحالات التي تخدم فعليا موضوع الدراسة من عدمها، بالإضافة الى تحديد مجتمع الدراسة والمجال الزماني لها.

- وفيما يتعلق بالدراسة الاستطلاعية فقد تم إجراؤها بمستشفىً لخضر بوزيدي – مصلحة أمراض الكلى –ً قصد التأكد أولا من توفُر مجتمع الدراسة الأساسية، وقد تم استقبالنا بشكل جيد، وتمّ القبول لأجراء الدراسة، وتمّ بعد ذلك التعرُف على المصلحة مما سهّل لنا الاحتكاك بالحالات.

2- التذكير بالفرضيات:

اعتبار من أن موضوع دراستنا يتمحور حولً العجز عن التعبير الانفعالي لدى مرضى القصور الكلوي المزمنً وعليه جاءت فرضيات البحث كالتالي:

- يعاني مرضى القصور الكلوي المزمن من العجز عن التعبير الانفعالي.

- توجد فروق في معاناة مرضى القصور الكلوي المزمن تعزى لمغير الجنس.

3 -الدراسة الأساسية:

تمت الدراسة الميدانية الأساسية بمستشفىً لخضر بوزيدي – مصلحة امراض الكلى –ً وذلك لتوفُر مجتمع الدراسة بهذه المصلحة بشكل يخدم أهداف البحث، من حيث شروط العمل وكذلك توفُر الحالات.

4- منهج البحث:

- يعرّف المنهج على انه المجموعة من القواعد العلمية التي تطمح الى كشف أساسيات الإشكالية لأجل تشخيصها واقتراح علاج لها، ويتم اختبار منهج الدراسة عادة وفق الموضوع المُراد دراسته والهدف منه. (فيصل – 1983 – ص14)

- ان علم النفس العيادي هو أحد العلوم الذي يهتم بدراسة الانسان وذلك بالاعتماد على عدة مناهج وبما ان بحثنا يشمل على دراسة كل حالة على حدى أي مُفصلة بالاستناد على الإنتاج الاسقاطي فان من بين المناهج الأكثر تماشيا وملائمة مع هذا البحث هو المنهج العيادي.

- استعمل المنهج العيادي لأول مرة طرف العالم ويتمر Wittmer عام 1986. ويسمح بالتوصل الى معطيات تساعد الباحثين في التحقق من فرضيات البحث بالاستناد على مختلف الوسائل النفسية.

- اعتمدت استخدام المنهج العيادي لأنه المنهج المناسب لفهم شخصية فرد مُعين وهو المنهج الذي يستطيع ان يكشف دنياميكيات الشخصية للعميل، وتحديد طبيعة الاضطراب الذي يعاني منه، من صراع وحيل دفاعية لا شعورية وقوة الأنا وضعفه والطرق التي يستعملها العميل في التوافق.

- كما يعرفه بيرون Pirronبانه منهج يهدف الى معرفة التنظيم النفسي قصد بناء تركيب معقول للأحداث النفسية التي يُعتبر الفرد مصدرا لها.

(R Pirron. 97. P 69)

5- حدود الدراسة:

5 – 1 – المجال المكاني:التعريف بالمستشفى – لخضر بوزيدي برج بوعريريج – أُنجز عام 1985 ويُضم 240 سرير وبه عدة مصالح منها:

- مصلحة العظام وتظُم 64 سرير.
- مصلحة طب الأطفال ب 74 سرير.
- مصلحة الولادة وتضم 58 سرير.
- قسم الرعاية المُركزة ويضم 7 أسرة.
- مصلحة الانف والحنجرة.
- مصلحة الاعصاب.
- مصلحة امراض القلب والشرايين.

*** مصلحة تصفية الدم:**

بدا القسم في استقبال المرضى سنة 2000، يحتوي على قاعة مُجهزة بستة أسرة ويستقبل ما يُقارب 20 مريضا يوميا مُوزعين على ثلاث فترات صباحا، منتصف النهار، مساءا.

يُشرف عليهم فريق طبي مُكوّن من: 2 أطباء عامين , 6 ممرضات مُقسمين على فترات العمل , 2 تقنيين، المُشرف على المصلحة، اخصائي نفساني واحد.

بالإضافة إلى جناح المرضى المتواجدين بالمستشفى

5 –2– المجال الزمني:

تم اجراء هذه الدراسة في الفترة ما بين02-11 – 2018 و08 – 03 – 2018

5 –3عينة الدراسة:

تم انتقاء عينة البحث بطريقة عمدية تضم3 افراد موافقين للشُروط التالية:

– **السن:**يتراوح سن الافراد بين 27 و30 سنة، حيث راعيت في هذا ان تكون العينة ذات افراد ناضجين دون تدخُل عوامل مُؤثرة على النتائج مثل سن المُراهقة او الشيخوخة.

- **الجنس:** راعيت ان تكون العينة خليط بين الجنسين لكي نستطيع الخروج ببعض الملاحظات حول كيفية تعامل كل جنس مع المرض، ولم يكن يهمني تساوي العدد فانا لست بصدد المُقارنة.

- **المرض:** ان تشمل العينة على مرضى مُصابين بالقُصور الكلوي المُزمن.

- **الموافقة:** يجب ان يكون المرضى راضين بنوعية ومدّة وكيفية تطبيق الاختبار، وكذا المقابلة العيادية وقد اكتفيت بالمُوافقة اللفظية.

6 -أدوات الدراسة:

- اعتمدنا على دراسة الحالة والتي تُعتبر حسب ' Lagache' بانها التعرُف على اضطراب ما من خلال تطبيق معطيات عامة على حالة فردية، مع استيعاب خصوصيات المرض، ودراسة الحالة تسمح بوصف ظواهر سوية مألوفة او نادرة ووضع الفرضيات لأجل دراسة الشخصية، والبحث في السببية المرضية وكل ما نبحث عنه لوضع خطة علاجية وهي تعرف على انها:

الدراسة العميقة فردية، نجد انه وبالرغم من بساطة التعريف ومحدوديته، فإننا نجد انه لا يقتصر على المرضى وانما يمتد الى الاسوياء أيضا، حيث ان الحالة الفردية قد تعني حالة مرضية أو سوية، حالة فردية او جماعية خصائص او مواصفات الحالة في حد ذاتها. (النجّار , 2008، ص 14)

6 -1المقابلة العيادية:

- تُعرف المقابلة العيادية على انها محادثة تتم وجها لوجه بين العميل والنفساني العيادي، غاياتها تفهُم مشكلات الشخص والعمل على حلها، والاسهام في تحقيق توافقه

(فيصل , 2003، ص 27)

– وتُؤكد مليكة لويس 1999 ان المقابلة العيادية تُهيؤ الفرصة امام النفساني للقيام بدراسة متكاملة للحالة عن طريق المحادثة المباشرة لفهم الشخص والتأكد من صدق بعض الانطباعات والفروض التي يصل اليها عن طريق الأدوات الشخصية الأخرى.

– تتعدد أنواع المقابلة حسب كيفية تحديد الأسئلة الى:

المقابلة العيادية غير الموجهة والمقابلة العيادية الموجهة والمقابلة العيادية نصف موجهة.

– اعتمدنا في بحثنا هذا على المقابلة العيادية نصف موجهة وهي التي يقوم فيها الباحث بطرح أسئلة محددة مُسبقا مع إعطاء الحرية للعميل من اجل التحدُث دون تقييده بمُحددات الزمان او الأسلوب.

– يعرفها ً **سامي محمد ملحم** انها علاقة وتبادل لفظي بين شخصين او أكثر، وهي أداة هامة للحصول على المعلومات من خلال مصادرها البشرية، وتتكون من مجموعة من الأسئلة او البنود التي يقوم الباحث بأعدادها وطرحها على الشخص موضوع البحث ثم يقوم الباحث بعد ذلك بتسجيل البيانات.

(سامي محمد , 2002، ص 27)

وتعرفهاchiland. Cعلى انها تقنية من تقنيات البحث مبنية بطريقة محكمة، تحدد للمفحوص مجالا للسؤال وتعطيه نوعا من الحرية في التعبير وتكون الأسئلة مدروسة من قبل الفاحص.

(c, chiland , 1985 , p 9)

* شبكة المقابلة:

– **المحور الأول:** خاص بالبيانات الشخصية والهدف منه الحصول على المعلومات الخاصة بالمُصاب.

– **المحور الثاني:** خاص بتاريخ المرض والهدف منه التعرف على زمن ظهوره والاعراض المصاحبة له وكيفية تعامل المريض مع الإعلام بالمرض.

- **المحور الثالث:** خاص بالتعايش مع المرض والهدف منه التعرف على نظرة المريض الحالية لمرضه وكيفية تأقلمه معه وكذا الظروف المُحيطة به.

- **المحور الرابع:** خاص بالعجز عن التعبير الانفعالي والهدف منه التعرف على وجود أعراض الاليكسيتيميا واكتشافها ان وُجدت في المريض.

- **المحور الخامس:** خاص بالعلاقات الشخصية والهدف منه التعرُف على نوعية العلاقات السائدة في اسرة المريض وكذا علاقاته بالمرض والأطباء.

- **المحور السادس:** خاص بالنظرة المستقبلية ويهدف الى كشف طموحات المريض ونظرته المستقبلية لمرضه وحياته.

6- 2مقياس تورنتو TAS 20 لقياس الالكسيتيميا:

* ماهية المقياس:

يتم الاعتماد على هذا المقياس والذي اعده سنة 1992 من طرف TAYLOR يتكون المقياس من 20 بندا تقيس الاليكسيتيميا. لقد صيغت البنود على شكل عبارات إيجابية و أخرى سلبية بواقع 15 عبارة إيجابية و5 سلبية ضمن 3 محاور:

- صعوبة تحديد الاحاسيس:

يشير هذا المقياس الى نقص كفاءة الشخص في تحديد والتعرف على احاسيسه ويتكون من 07 عبارات إيجابية، ويُعتبر الحد الأعلى للدرجة 35 على هذا المقياس على ارتفاع صعوبة تحديد الاحاسيس الداخلية بينما الأدنى 7 يعبر انخفاض الصعوبة في تحديد الاحاسيس.

-التفكير المُوجه نحو الآخر:

يُشير هذا المقياس الى نقص الكفاءة لدى الشخص ويتكون المقياس من 8 عبارات بواقع 4 عبارات إيجابية و4عبارات سلبية ويعتبر الحد الأعلى للدرجة 40عن ارتفاع التفكير المُوجه نحو بينما يُعتبر الحد الأدنى للدرجة 8 عن انخفاض التفكير الموجه نحو الآخر.

- صعوبة وصف الاحاسيس:

يُشير هذا المقياس الى نُقص الكفاءة الشخص فيما يتعلق بالتعبير اللغوي عن الاحاسيس ويتكون المقياس من 5 عبارات بواقع 4 إيجابية و1 سلبية ويُعبر الحد الأعلى للدرجة 52 عن ارتفاع صعوبة وصف الاحاسيس بينما يعبر الحد الأدنى للدرجات 5 درجات انخفاض صعوبة وصف الاحاسيس.

* كيفية تصحيح مقياس تورينتو للأليكسيتيميا:

يُصحح المقياس على المتحصل من 5 نقاط تبدأ بالرفض القوي وتنتهي بالموافقة القوية وتمثل نقطة الوسط الحياد ويعتبر الحد الأعلى للدرجة ويعبر الحد الأعلى للدرجة 100 عن ارتفاع البلادة الوجدانية، والمتحصل كما يلي:

- **معارضاتها:** 1 درجة للعبارة الإيجابية،و5 درجات للعبارة السلبية.
- **معارض نسبيا:** 2 درجة للعبارة الإيجابية و4 للعبارة السلبية.
- **لست موافقا ولست معارضا:** 3 درجات للعبارة الإيجابية، و2 درجات للعبارة السلبية.
- **موافق نسبيا:** 4 درجات للعبارة الإيجابية و2 درجة للعبارة السلبية.
- **موافق تماما:** 5 درجات للعبارة الإيجابية , 1 درجة للعبارة السلبية.

هذا بالنسبة لكيفية تصحيح المقياس اما بالنسبة لمستويات الاليكسيتيميا فهي كالتالي:

*أكثر من 56 درجة الكسيتيميا مرتفعة.

* من 45 – 55 درجة الكسيتيميا متوسطة.

* من 45 – 55 درجة الكسيتيميا متوسطة.

- بعد التعرف على الجانب النظري الذي يتضمن مقاربتين الأولى طبية والثانية سيكوسوماتية، والفصل المتعلق بمفهوم العجز عن التعبير الانفعالي اعتمدت مباشرة على الدراسة العيادية لثلاث حالات تعاني من القصور الكلوي المزمن وعلى الأساس سوف

اعرض دراســـته هذه الحالات، انطلاقا من تحليل المقابلات لكل حالة، ثم تحليل الاختبار المطبق هو مقياس تورنتو وصولا الى التحليل العام لتلك الحالات في ضوء المقابلات والاختبار.

الفصل الخامس

الفصل الخامس:

مناقشة وتحليل الحالات.

- تمهيد .

1 - تحليل الحالات.

2 - مناقشة الفرضيات في ضوء النتائج المتحصّل عليها.

3 - التوصيات.

- خاتمة.

تمهيد:

من أجل ربط المعطيات النظرية بالتطبيقية والتأكد من صحة الفرضيات لابد من الوقوف على الحالات والتي تمثل عددها في ثلاثة أفراد:

1 –تحليل الحالات:

1 – 1:عرض وتحليل نتائج الحالةً و :

1 – 1 – 1:تحليل المقابلات للحالة الأولىً وً :

الحالةً وً تحصل على شهادة الصحافة 2012، يعاني من القصور الكلوي لمدة 3 سنوات، بعد إجراء معه المقابلات اتضـــح لي أن المفحوص يتســـم بالهدوء وتقبل المرض، رغم العلم بانه مصـــاب بالقصـــور الكلوي المزمن، الا انه لديه الامل في الشـــفاء بان يتبرّع له بكلية من أحدالأشخاص.

– كما اجده مُتعاونا جدا معي.

– يبدي كل الاحترام للممرضين رغم حصره على مستقبله لكونه شاب و مازال المشوار امامه لقوله : نحب نزوج يقولولي متقدرش , نخدم نعيا كل يوم و بعدما حبست , حبيت نكمل الدراسة مقدرتش .

– الحالةً وً تظهر عليه بعض اعراض العجز عن وصف المشاعر , فهو لا يبدي عجز عن العبير الانفعالي كلي , بل تتوفر لديه خاصتين منه فهو يُصرح بانه يميزبين الألم الجسدي و النفسي لقوله : ً لاه هذا ماعلابالیش نعبر على كل شيءً

– و بعد اجراء المقابلتين اتضح لنا ذلك من خلال تحدثه و تعبيره عن مرضه و احاسيسه بكل طلاقة فالمفحوص في مزاج جد مُتكيف مع الواقع و العلاقات الخارجية الجد محدودة , الذي يدل على الانسحاب التدريجي بسبب التعب و العياء الجسدي لقوله : ً المرض خلاني

ما نكثرش الهدرة و القعدة مع الناس , بكري كنت عاديً , و اذا تحدثت عن ذاته يكون منفعلا جدا بحصره على صحته العضوية و لوم الأطباء , لكونهم عاجزين عن مساعدته او اسعافه في البداية لتجاوز القصور الكلوي لقوله : ً قلتلهم يوجعني راسي يقولولي نفسي psychique برك , نحيها من راسك ترتاح و دخلت في غيبوبة لمدة 20 يوم ستر ربي متشليتش ً .

– كان المفحوص يصرح بمرضه بطريقة جد منفعلة، مع حب ذاته في قوله: ً متعرفش قدماه نفسي عزيزة عليا بصح راضي بالمكتوب حاجة تاع ربي ً .

– نلاحظ ان المفحوص لا يُراقب انفعالاته، فهو يتحدث بكل انفعال و تفكير سريع (رد فعل سريع) حيث قال: ً في البداية جاتني فكرة مريض بالقصور الكلوي المزمن عصيبة لكن تقبلتها مع الوقت، والفت نقول راني مريض و انا صغير بصح عندي الامل يجي النهار وين يتبرعولي و نرتاح ً .

(المفحوص يُبدي جمل فيها عاطفة مثل الحب و الألم لقوله : ً ناوي نزوّج بيها بصح على جال المرض محبوش يمدوهالي , ان المفحوص متقلب المزاج (مسالم و اندفاعي في نفس الوقت) جد محترم للآخرين لكن يُبدي عدوانية لفظية اتجاه الأطباء و اتجاه ميكانزيم الاسقاط بلوم الأطباء دائما على حالته المزمنة لقوله : ً لوكان راني في ليترونجي لوكان لحقو بيا كي فطنت من الغيبوبة هولتها في السبيطار (القدرة على المواجهة والتعبير عن غضبه بانفعال و قلق شديد , و كما انه في بعض الأحيان يتخذ ميكانيزم دفاع اخر (الانكار) و مع الوقت صرح بالمرض و بدايته لقوله : ً كي كنت صغير قالي الطبيب خطرة بلت الدم و سّخنت ً لان السبب في انكاره للحقيقة ً يقول راني راجل عيب ً) .

– و لذلك خاف من افشاء سره ان مرضه من طفولته حتى سن 24 سنة بعد نيله شهادة ليسانس.

– و تبين ان مرضه عضوي وراثي لقوله ً قالولي زدت بلا كلية و كي كبرت زادت حبست

الثانية , و خالي ثاني عنده مرض الكلى كي دار الراديو و التحاليل لقاو عندو مرض الكلى كي دار التحاليل و الراديو لقاو خلل من عند ربيً .

– يعبر بكل استقلالية و حرية دون خوف من اراء الاخرين لقوله : ً ميهمونيش الناس نهدر واش نحب , مانحشمش , منهابشً .

– و يتميز بثقافة و توسع و اطلاع شديد على مرضه , لشرحه المُعمق للأدوية و فعاليتها , الادوية الطبية المركبة في الكلى الاصطناعية و كيفية عملها و معرفة عمل الكلى في الجسم بالتدقيق و التفصيل لقوله : ً كي درست على الكلى و شفت أهميتها عرفت ان الجسم لي عطالنا ربي , يسوا و يغلىً و اجابته بالشرح و التفسير و التعبير الجيد بالألفاظ مثلا : هل تشعر بأحاسيس جسدية غير مفهومة ؟ يجيب : لا . واعي تماما للأفعال: ً كي نكون حزين او فرحان مع التوضيح بانه اثناء الحزن يكون هناك سبب واثناء وجود مواقف جيدة تغمر السعادة والفرحة والحمد لله.

– و عندما سالته: ان كان يشعر بألام جسدية و عاطفية و التفريق بينهما أجاب: نحس بكلش و ما عندي حتى مشكلً.

لأنه عندما اشعر بالألم العضوي يكون على مستوى العضو و ان كان لدي شعور او إحساس ما لم اشعر بالانزعاج و الحزن و عندما يكون موقف مفرح اشعر بالسعادة , و كما قال انه يتخذ القرارات ببناء على المبادئ التي تربيت عليها و ليس على مبدا الاخرين قال : ً ماشي الناس لي تصرف فياً , و أيضا قال : ً لا اتحدث عن خصوصياتي مع أي شخص و كما توجد أشياء اتحدث عليها و اندمً . قلت لواحد رايح يتبرعلي بكلية ولا بطّل .

– يحاول المفحوص إيجاد أفكار بديلة للنسيان او الانشغال بعض الشيء عن مرضه ولكن في الأخير عندما سألته عن مستقبله قال: ً لا توجد مشاريع مستقبليةً ، و هذا دليل على وجود عجز عن التعبير الانفعالي لقوله: ً كي يكون عندي سطر (الم) ليس عندي عباراتً كلمات للتعبير عن الألم.

– لصعوبة الامر و كما تبين ان لديه تناقض في أفكاره و الانكار لقوله : ً راني راجل مالزمش نطيحً , و هذا دليل على الخاصية الرابعة , و ذلك بإعطائه أهمية كبيرة للواقع او العالم الخارجي و يقول : ً الناس هي لي ماتفهمش ماشي انا , انا نعبّر عاديً , و أيضا لديه خيال ضعيف , عندما قلت له : هل ترى شيئا او تتخيل أشياء عند غمض عينيك ؟ يقول : ً لا أرى شيئا و لا اتخيل أي شيء , أتمنى فقط ان يتبرع لي بكلى و بعدها ابدأبالتخيلً , و يؤكد أيضا اهتمامه بالواقع مرة أخرى لقوله اشاهد الحصص الرياضية , القتالية , بدلا من الدراما , خرطي فخُرطيً (تبيان ان للعميل عرضين من خصائص العجز عن التعبير الانفعالي اللذان هما ضعف الخيال و إعطاء أهمية كبيرة للواقع و العالم الخارجي اكثر من الداخل).

1 -1 - 2 مقياس تورنتو للأليكسيتيميا

ضع العلامة (x)في المكان المناسب ، لا تعطي إلا إجابة واحدة لكل عبارة

الاسم واللقب : و س الجنس : ذكر

الرقم	العبارات	معارض تماما	معارض نسبيا	لست موافقا ولست معارضا	موافق نسبيا	موافق تماما
01	غالبا لا أرى مشاعري بوضوح	X				
02	أجد صعوبة في إيجاد الكلمات التي تترجم				X	
03	أشعر بأحاسيس جسدية لا يفهمها حتى الأطباء أنفسهم					X
04	أتمكن بسهولة من وصف مشاعري		X			
05	أفضل تحليل المشاكل على الاكتفاء بوصفها	X				
06	عند ما أكون متقلبا لا أدري إن كنت حزينا أو خائفا أو غاضبا	X				
07	غالبا ما أكون منشغلا بإحساسات على مستوى جسدي				X	
08	أفضل ببساطة ترك الأشياء تحدث بدلا من فهم سبب تغيرها	X				
09	لدي مشاعر لا أستطيع ابدا التعرف عليها	X				
10	من المهم أن اكون واعي بانفعالاتي	X				

11	أجد أنه من الصعب أن أصف ما أشعر به				X	
12	يقال لي أن أصف أكثر ما أحس به					X
13	لا أدري ما يحدث بداخلي	X				
14	في أغلب الأحيانلا أعرف لما أنا غاضب	X				
15	أفضل التكلم مع الناس عن أعمالهم اليومية بدلا من التكلم عن مشاعرهم					X
16	أفضل مشاهدة حصص متنوعة بدلا من البرامج الدرامية					X
17	يصعب على الإفصاح عن مشاعري الحميمة حتى لأقرب أصدقائي	X				
18	أستطيع أن أحس بأنني قريب من شخص ما حتى في أوقات الصمت				X	
19	أجد من المفيد تحليل مشاعري لأحل مشاكلي الشخصية		X			
20	البحث عن المعنى الخفي للأفلام والمسرحيات يعكر اللذة التي تحدثها					X

– التحليل الكمي:

– تحصـــلت من خلال نتائج الاختبار المُطبق على الحالةً وً على نســـبة قدرت ب: 37% بالمئة وهذا يدل على ان المفحوص لديه عجز عن التعبير الانفعالي بتقدير مرتفع.

– علامة الاختبار الفرعية:

بالمئة وهي نسبةمرتفعة. %* صعوبة تمييز الاحاسيس: قدرت نسبة هذه الخاصية ب 23

* صعوبة وصفها: قدرت نسبة هذه الأخيرة ب17% بالمئة وهي متوسطة.

* التفكير الموجه نحو الخارج: قدرت نسبتها ب 33 بالمئة وهي نسبةمرتفعة.

– التحليل الكيفي:

– بالنسبة للخاصية الأولى الذي هو صعوبة تمييز الاحاسيس بلغت نسبتها 23 بالمئة و هي نسبة مرتفعة مقارنة بحدها الأدنى و الأعلى (7 – 35) و التي ظهرت في البنود : 3 , 1 ,6,7,13, 14 .

– اما بالنسبة للخاصية الثانية و التي هي صعوبة وصف المشاعر : بلغت نسبتها 17 بالمئة و هي متوسطة مقارنة بحدها الأعلى و الأدنى (5 – 25) و التي تهر لنا في البنود التالية : 2 , 4 .11,12,17,

– اما الخاصـــية الثالثة و المتمثلة في التفكير الموجه نحو الخارج فنجد انها قد بلغت نســـبة 33 بالمئة و هي نسبة مرتفعة مقارنة بحدها الأعلى و الأدنى (8 – 40) و التي ظهرت في البنود : 5 , 8 , 10 , 15 , 16 , 18 , 19 , 20 .

1 – 1 – 3: تحليل الحالةً وً في ضوء المقابلة والاختبار:

– من خلال المقابلات التي أجرينا مع المفحوص لاحظنا وجود نشاط عقلي يتميز بوجود عجز في التعبير الانفعالي و ذلك من خلال التفكير العملي الذي يتميز بالاستثمار الكبير للحياة الآنية , و نقص الخيال و ضعفه و غياب الاحلام , و عدم القدرة على التعبير العاطفي الى جانب عدم قدرته على وصفها و التمييز بينهما , و هذا ما ابرزه الاختبار المُطبق عليه و الذي نستشفه من خلال :

– المفحوص ابدى استجابة منخفضة في التمييز بين احاسيسه و ذلك من خلال صعوبة و عدم قدرته على التمييز بين عواطفه و مشاعره و هذا من خلال موافقته و تأكيده على وجود احاسيس جسدية يشعر بها و لكن لا يفهمها الأطباء انفسهم , و هذا ما تم تحليله في المقابلات .

– اما بالنسبة للعرض الأخير والمتمثل في التفكير الموجه نحو الخارج فوجدنا انه مرتفع وذو نسبة عالية فهو يُظهر تفكير عملي،وذلك من خلال تأكيده بانه يُفضل تحليل المشاكل على الاكتفاء بوصفها، إضافة الى انه يفضل التكلم مع الناس حول أعمالهم اليومية بدلا من التحدث عن مشاعرهم،وهذا ما كان مسيطرا على المقابلات، اذ انه يبدي ضعف في الخيال ونقص في الهوام، الى جانب غياب الاحلام التي تعتبر غياب سمة الخيال.

– ومن هنا نستنتج من تحليل المقابلات ونتائج الاختبار المتحصل عليها ان الحالةً وً . تعاني من وجود نشاط عقلي خاص يتميز بالعجز عن التعبير الانفعالي، والذي حدد من خلال جملة من الخصائص التي وجدت على المفحوص بشكل واضح وجلي وبنسبة مرتفعة.

2-1 – عرض وتحليل نتائج الحالة الثانيةً عً :

1 – 2 – 1: تحليل المقابلات للحالةً عً :

الحالةً عً شاب يبلغ من العمر 36 سنة , طالب ذو مستوى ثانية جامعي يعاني من القصور الكلوي المزمن منذ 14 سنة , بعد اجراء المقابلات مع المفحوص , اتضح لنا ان المفحوص يتسم بالهدوء المطلق رغم انه مصاب بالقصور الكلوي المزمن و يعرف ان احتمال الشفاء ضعيف , كما انه جد متعاون معي , يتميز بالصبر و تعد هذه السمة من السمات التي تظهر لدى مرض القصور الكلوي و يبدي الطيبة مع الناس , و المرضى الاخرين .

– الحالةً عً تظهر لديه اعراض العجز عن التعبير انفعالي فهو يظهر في مزاج جد متكيف مع الواقع و مع العلاقات الخارجية الجد مستمرة , الذي يدل على الانسحاب التدريجي فهو لا يستطيع التعبير عن ذاته , و اذا تكلم عن ذاته جرد التعبير من العاطفة , و كانه يتكلم عن شخص اخر و ليس عن حياته , كقوله : ً كان عندنا واحد مريض نعرفو مريض بالدياليز , و علابالي كيفاه يديرولو بصح جامي ايماجينيت اني نديروً.

– كان المفحوص يصرح بمرضه بطريقة جد جافة خالية من العواطف والذي يدل على كبت أو قمع في الانفعالات، لاحظنا إن المفحوص يبدي مراقبة كبيرة لانفعالاته فهو يتحدث عنها و كأنها لا تمت إليه بالصلة، فمثلا يحكي عن سفر أبيه إلى الخارج بطريقة جد خالية من معنى العواطف أو شعور حيث يقول:ً جاتني نورمال كي راح بابا، و كي مرضت مسقساش عليا و ميهمنيش فيه عايش حياتو.

المفحوص لا يبدي أي جمل تظهر فيها عاطفة سواء حب أو أشياء أو الم , حيث يظهر عجز في التعبير الانفعالي و كان الانفعالات مخدرة تصبح جامدة , فهي بالتالي تمت بالصلة إلى حياة العميل , و التي تدل على نشاط عقلي يتميز باستثمار واقعي للحياة الآنية و الهروب من كل ما هو عاطفي .

– كما نلاحظ إن المفحوص جد مسالم لا تبدو عليه أي عدوانية عليه اتجاه الآخرين، رغم ما تعرض إليه في الحياة من سفر للأب وتوقيفه عن الدراسة،ومشاكل حتى مع الإخوة لكنه لا يتحدث عنهم بسوء وهذا ما يظهر جليا في المقابلات من خلال قوله: ً ما يهمنيش حتى واحد، حسبي الله ونعم الوكيل، ربي يتكفل بكل واحد،منحبش نعايب الناس ً .

– هذه الأجوبة تدل على عدم القدرة على مواجهة الناس،وكتم العدوانية اتجاه الاخرين فيقول: ً حسبنا الله ونعم الوكيل وخلاص ..... منحبش ندير المشاكل ً ، ثم ان هذا الكتم للعدوانية يدل على خوف المفحوص من فقدان الاخرين.

– فنجد من خلال المقابلات ان المفحوص يستعمل الأسلوب الموضوعي والبعد عن الأسلوب العاطفي الذي يفسر الحياة النفسية، ألفاظه جد قصيرة وكأنه يسرد واقع وليس الشخص الذي يعيش تلك الوضعية او تلك الحياة.

– عندما تسأله تكون اجوبته قدر السؤال مهما كان التحضير والأسئلة الإيجابية من أجل الإجابة، اما يُجيب بكلمة واحدة لا، حتى تحس بانك تستجوبه فنجد اختصار للأجوبة المفتوحة مثلا تسأله ما يلي:

– كيف هي علاقتك مع الاخرين هنا؟هايلة.

– هل تغيرت انفعالاتك بعد المرض؟تغيرت.

– هل تغيرت نظرة الناس اليك بعد المرض؟تغيرت.

– كل هذا يدل على افتقار لفظي الذي يدل على عدم القدرة على التعبير العاطفي او ما سماه ً Sifinos اليكسيتيميا.

– فنجد ان المفحوص كل ما يسرده عن الحياة اليومية،والتعلق بالتفاصيل،وكل شيء يسرده على اساس خارجي، غير مرتبط بالجانب الشخصي الداخلي، الا إذا تعلق بالمرض الجسدي وهذا ما يظهر جليا في قوله: ً عدت نحس بالفشلة،وما نقدرش نخدم وتعبان، طحت في الجامعة وهزوني ودارولي les analyses، درتهم وقالولي طول دير الديالیز.

– فنلاحظ تعلق كبير بالواقع، مجرد من كل العواطف رغم انه يتحدث عن مرضه ويعرف ما هوولكن بدون أفعال، فهذا يدل على تنظيم عقلي متتابع، تغيب فيه الحياة النفســـية ويعوض بحياة تمت الصـلة بالواقع والاسـتمرار الكبيرله،وكذا سـألناه عن حياته التي يحلم بها في المسـتقبل فهو يرى ان اول هدفه يكمل دراسته الجامعية، فالمفحوص يستعمل ميكانيزم دفاعي وهو استثمار الواقع المعاش له دون استدخال الجانب العاطفي الذي يعد جد فقير لديه وهذا راجع الى التركيبة الأولية للمفحوص فهو لا يُعبر عن مشاعره او عواطفه.

– نلاحظ ان المفحوص لديه نوع من التفكير، يتميز بانخفاض في النشـاط العقلي فهو لا يحكي عن رغباته الشــخصــية، او حياته بالطريقة التي يعيشــها والصــراعات الداخلية، فهذا يدل على تعقيل سيء.

– وعندما سألناه إذا كانت لديه طموحات مستقبلية، فهو لا يجيب سوى بأسلوب فقير من المشاعر، حيث يقول: ً راني عايش وخلاص ولي كتبها ربي هذيك هياً . دون اية ســـمة حزن ظاهر فهو لم يعطي للحدث معناه الحقيقي بالتعبير عنه.

– عندما يتحدث عن الصــدمات والتي تعد حجر زاوية لمرضــه، فانه يُبدي طريقة الية معزولة عن كل الانفعالات وحتى المظاهروالاعراض الجســدية، نطلب منه التوضــيح: يختصــر في الإجابات ويقول: ً كيما قتلك واش نزيد نشرحلكً فيجد صعوبة في التحدث عن الذات، مع تعبير جد فقير.

– كما نجده يستعمل كلمات ومعطيات يستعملها المجتمع خارجة عن الإطار الشخصي فهو يحكي قصــته وكأنه عن شــخص اخر وهذا يدل على التفكير العقلي والذي يعدأكثر انتشــارا ودالا على العجز عن التعبير الانفعالي.

– ومن ناحية التظاهرات الجسدية والسلوكية لا يوجد أي تعبير جسدي حركي او سلوك مسرحي او حركات اضـــطرارية اثناء الخطاب وهذا يدل على التفكير العملي الخالي من الحياة الخيالية والانفعالية.

-ومن خلال المقابلات حاولنا البحث عن الخيال والحياة الحُلمية لدى المفحوص، فقد صـــرح انه لا يحلم وهذا يظهر من خلال قوله: والله والو مانحلمش مره وإذا حلمت معلابالیشً .

1 -2- 2 مقياس تورنتو للأليكسيتيميا

ضع العلامة (x)في المكان المناسب،لا تعطي إلا إجابة واحدة لكل عبارة

الاسم و اللقب: ع الجنس: ذكر

الرقم	العبارات	معارض تماما	معارض نسبيا	لست موافقا ولست معارضا	موافق نسبيا	موافق تماما
01	غالبا لا أرى مشاعري بوضوح					X
02	أجد صعوبة في إيجاد الكلمات التي تترجم					X
03	أشعر بأحاسيس جسدية لا يفهمها حتى الأطباء أنفسهم					X
04	أتمكن بسهولة من وصف مشاعري					
05	أفضل تحليل المشاكل على الاكتفاء بوصفها					X
06	عند ما أكون متقلبا لا أدري إن كنت حزينا أو خائفا أو غاضبا	X				
07	غالبا ما أكون منشغلا بإحساسات على مستوى جسدي					X
08	أفضل ببساطة ترك الأشياء تحدث بدلا من فهم سبب تغيرها					X
09	لدي مشاعر لا أستطيع ابدا التعرف عليها				X	
10	من المهم أن اكون واعي بانفعالاتي					X
11	أجد أنه من الصعب أن أصف ما أشعر به				X	
12	يقال لي أن أصف أكثر ما أحس به		X			
13	لا أدري ما يحدث بداخلي	X				

14	في أغلب الأحيان لا أعرف لما أنا غاضب		X			
15	أفضل التكلم مع الناس عن أعمالهم اليومية بدلا من التكلم عن مشاعرهم				X	
16	أفضل مشاهدة حصص متنوعة بدلا من البرامج الدرامية					X
17	يصعب على الإفصاح عن مشاعري الحميمة حتى لأقرب أصدقائي					X
18	أستطيع أن أحس بأنني قريب من شخص ما حتى في أوقات الصمت				X	
19	أجد من المفيد تحليل مشاعري لأحل مشاكلي الشخصية				X	
20	البحث عن المعنى الخفي للأفلام والمسرحيات يعكر اللذة التي تحدثها	X				

- التحليل الكمي:

***علامة الاختبار الكلية:** تحصلنا من خلال نتائج الاختبار المُطبق على الحالةً ع ً على نسبة تقدر ب: 37% بالمئة و هذا ما يدل على ان المفحوص لديه عجز عن التعبير الانفعالي بتقدير مرتفع.

*** علامات الاختبار الفرعية:**

-صعوبة تمييز الاحاسيس: قدرت نسبة هذه الخاصية ب 23% بالمئة وهي نسبةمرتفعة.

- صعوبة وصفها: قدرت نسبة هذه الأخيرة ب 17% بالمئة وهي متوسطة.

- التفكير الموجه نحو الخارج : قدرت نسبتها ب 33% بالمئة و هي نسبة مرتفعة .

-التحليل الكيفي:

- بالنسبة للخاصية الأولى والتي هي صعوبة تمييز الاحاسيس بلغت نسبتها 23 %بالمئة وهي نسبة مرتفعة مقارنة بحها الأدنى والأعلى (7 – 35)والتي ظهرت في البنود 3 , 1 , 6 , 7 , 9 , 13 , 14.

- اما بالنسبة للخاصية الثانية والتي بلغت نسبتها 17% بالمئة وهي متوسطة بحدها الأعلى والأدنى (5 – 25)والتي تظهر لنا في البنود التالية: 2 , 4 , 11 , 12 , 17.

- اما الخاصية الثالثة والمتمثلة في التفكير الموجه نحو الخارج فنجد انها بلغت نسبة 33 بالمئة وهي نسبة مرفعة مقارنة بحدها الأعلى والأدنى (8 – 40)والتي ظهرت في البنود 5 , 8 , 10 , 15 , 16 , 18 , 19 , 20.

1 – 2 – 3: تحليل الحالةً ع ً في ضوء المقابلة والاختبار:

– من خلال المقابلة التي اجريناها مع المفحوص لاحظت وجود نشاط عقلي يتميز بوجود عجز عن التعبير الانفعالي،وذلك من خلال التفكير العملي الذي يتميز بالاستثمار الكبير للحياة الآنية ونقص الخيال وضـــعفه وغياب الاحلام،وعدم القدرة على التعبير العاطفي الى جانب عدم قدرته على وصفه التمييز بينهما وهذا ما أبرزه الاختبار المُطبق عليه والذي نكتشفه من خلال:

– المفحوص ابدى استجابة منخفضة في التمييز بين احاسيسه، وذلك من خلال صعوبة وعدم القدرة على التمييز بين عواطفه ومشـــاعره وهذا من خلال موافقته وتأكيده على وجود احاســيس جســدية يشعر بها ولكن لا يفهمها الأطباء أنفسهم وهذا ما تم تحليله في المقابلات.

– ان ارتفاع نسبة خاصية صعوبة وصف المشاعر في نتائج الاختبار على المعدل المتوسط لها دليل ان المفحوص يجد صــعوبة في إيجاد الكلمات التي تترجم مشــاعره، الى جانب ان المفحوص لديه صعوبة في وصف ما يشعر به من احاسيس سواء لنفسه او للآخرين فهو يجد انه من الصعب الإفصاح عن مشاعره حتى لأقرب أصدقائه والتي ظهرت من خلال المقابلات.

– اما بالنســبة للعرض الأخير والمتمثل في التفكير الموجه نحو الخارج فوجدنا انه مرتفع وذو نســبة عالية فهو يظهر تفكير عملي، وذلك من خلال تأكيده بانه يفضـــل تحليل المشـــاكل على الاكتفاء بوصـــفها، إضـــافة الى انه يفضـــل التكلم مع الناس حول أعمالهم اليومية بدل من التحدث عن مشاعرهم وهذا ما كان مسيطر على المقابلات، اذ انه يبدي ضعف في الخيال ونقص في الهوام، الى جانب غياب الاحلام التي تعتبر لسمة الخيال.

– و من هنا نســتخلص من تحليل المقابلات و نتائج الاختبار المحصــل عليها ان الحالةً ع ً تعاني من وجود نشاط عقلي خاص يتميز بالعجز عن التعبير الانفعالي، و الذي حدد من

خلال جملة من الخصـائص التي ظهرت على المفحوص بشـكل واضـح و جلي و بنسـبة عالية و مرتفعة.

1 – 3:عرض وتحليل نتائج الحالةً سً :

1 – 3 – 1: تحليل المقابلة للحالة الثالثةً سً :

الحالة (س م) ام لطفل تعاني من القصـور الكلوي المزمن منذ سـنة ونصـف بعد اجراء المقابلات معها اتضح لي ان المفحوصـة تتسم بالهدوء رغم العلم بإصـابتها وبخطورة مرضـها ومآله، كما انها جد متعاونة سواء معي او مع الاخرين تتميز بالصبر الذي يعد من السمات الأساسية التي تظهر لدى مرضـى القصـور الكلوي المزمن فهي تبدي كل الطيبة رغم الألم والمرض وهذا ما لاحظناه وما صرح به كل زميلاتها في غرفة التصفية.

– الحالة (س م) تظهر لديها بعض اعراض العجز عن التعبير الانفعالي حيث تبدي مزاج متكيف مع الواقع، ومع العلاقات الخارجية مستمرة وهذا ما يدل على الانسـحاب التدريجي فهي لا تسـتطيع التعبير عن ذاتها وإذا تكلمت عن ذاتها جردت تلك التعابير من العاطفة وكأنها تتكلم عن شـــخص اخر حيث تقولً علابالي بمرضي وعلابالي كيفاش يخلاصً .

– كانت المريضــة تصــرح بمرضــها بطريقة جد جافية خالية من العواطف والذي يدل على كبت او قمع الانفعالات حيث نلاحظ المواقمة الكبيرة التي تبدو بها المفحوصة لانفعالاتها فهي تتحدث عنها وكأنها لا تمت اليها بصــلة، فمثلا تحكي على انقطاع العلاقة مع والدها بطريقة جد آلية خالية من كل معنى عاطفي او شعوري حيث تقولً نورمال ما يهمنيش فيه هو لي خيّر خاوتي الذكور علينا البنات الله يساهل عليهً .

– المفحوصــة لا تبدي أي جمل تظهر فيها عاطفة سـواء حب او أشـياء أخرى او الم، بحيث يظهر لديها عجز في التعبير الانفعالي كان الانفعالات مُخدرة جامدة وبالتالي فهي تمت بصـلة الى الحياة العملية التي تدل على نشـــاط عقلي يتميز باســـتثمار واقعي للحياة الآنية والهروب من كل ما هو عاطفي.

– كما نلاحظ ان المفحوصة جد مسالمة و هادئة لا تبدي أي عدوانية اتجاه الاخرين من طلاق و مشاكل مع زوجات الاخوة و الوالد الا انها لم تتحدث عنهم بالسوء و هذا ما يظهر

جليا في المقابلات من خلال قولها مثلاً: انا لي غلط في حقي نوكل عليه ربي ما نحب نحاسب حتى واحد و ما نحب ندير حتى مشكل.

- هذه الأجوبة تدل على عدم القدرة على مواجهة الناس وكتم العدوانية، كما انها تستعمل ميكانيزمات دفاع الهروب من ابداء العدوانية اتجاه الاخرين في قولها: اللي غلط في حقي نوكل عليه ربيً . وكتم العدوانية من السمات الأساسية التأكيد عليها العلماء في الاضطرابات السيكوسوماتية، كما لاحظنا خلال احتكاكنا المفحوصة، الموضوعية وبعدها عن العاطفة والأسلوب العاطفي الذي يفسر الحياة النفسية، حيث ان الفاظها جد قصيرة وجد مختصرة وكأنها تحكي قصة وليست تتكلم عن نفسها ومعايشتها لهذه الأوضاع.

- حيث ان اجوبتها عن الأسئلة تكون بقدر السؤال فمهما حاولنا بالأسئلة الايحائية تكون الإجابة في الغالب اما بنعم او لدرجة ان المقابلة تحولت لاستجواب خاصة حيث السؤال عن العلاقة الزوجية حيث كانت معظم الأجوبةً نورمال، normalً وهنا تقول: علاقة عادية كيما كامل الناس يعني ماكانش الجديد نورمال وخلاصً وكل هذا يدل على نقص بل فقر لفظي يدل على وجود عجز في التعبير الانفعالي.

- فنجد ان المفحوصة لا تستطيع ترجمة مشاعرها بالكلمات حتى انها لا تعرف ان كانت حزينة خائفة او غاضبة وهنا تقول: ساعات ما نعرف روحي لا قلقانة ولا فرحانة ما نعرف نبكي ما نعرف نضحكً .

- كل ما تسرده غير مرتبط بالجانب الشخصي الداخلي الا ما يتعلق بالمرض الجسدي في قولهاً وليت ما نقدر نخدم والو، ديما نتقيا والفشلة وزادني النفخ في رجليا، كنت حاسبا من ارتفاع ضغط الدم ولا من قلبي بالصح كي رحت لطبيب وطلب مني التحاليل والراديو ودرتهم خرجوا ماشي ملاح وعرفت بمرضي وراني هنا ندير فيً dialyseً .

- فنلاحظ تجردا من العواطف و التحدث عن المرض دون انفعال كما انه اذا سالتها عن المستقبل : كل ما يهمها هو حصول ابنها على مستوى معيشي افضل و هنا نلاحظ استعمال

ميكانيزم دفاعي هو استثمار الواقع المعاش للابن دون استدخال الجانب العاطفي الذي يتسم بالفقر , و هذا راجع الى التركيبة الأولية للمفحوصة التي لا تقوم بالتعبير عن مشاعرها او عواطفها و هذا يظهر جليا لدى الام المُصابة بداء السكري و الذي يعود سبب الإصابة الى العلاقة السيئة مع والد المفحوصة و المشاكل مع زوجات الأبناء و هذا ما يدل على التركيبة السيكوسوماتية للأم .

– وهنا تقول: ً كنت متعلقة بيها بزاف على خاطر بابا كان بزاف واعر وكنا نخافو منو على هذا كان هي الملجأ الوحيد لينا اللي نتكلو عليه في كلش ً .

–وإذا اتجهنا لتحليل شخصية الام نجدها انما هي ناقل للوراثة النفسية وذلك لميل الفتاة الشديد لها بالإضافة الى قسوة الاب، والضغط من طرف الاخوة، لدرجة الخوف من فتح نافذة مما أدى الى ظهور نمط من التفكير والخضوع للواقع هذا ما ترك بروفيل شخصي للمفحوصة يتميز بكبت العواطف وعدم القدرة عن التعبير عنها: ً كنا مانقدروش نهدرو واش في قلوبنا وما كان عندنا حتى واحد نحكيولو اسرارنا كنا نخافو بزاف ً .

– اما عند السؤال عن المشاريع المستقبلية فهي لا تجيب سوى بأسلوب فقير من المشاعر والعواطف حيث تقول: ً ماني علابالي بوالو راني عايشة وخلاص ً ، حيث انها لم تعطي للحدث معناه الحقيقي بالتعبير عنه.

– وعن الحديث عن الصدمات والتي تعد سبب مرضها حيث تبدي عزل عن كل الانفعالات وحتى الاعراض الجسدية فمثلا تحكي عن طلاقها من زوجها الأول تصرح ان السبب هو: ً ياخي تعرف الراجل إذا كان معوج مايديرش الدار ً ، يعني إعطاء السبب السطحي فقط ما يدل على الصعوبة في التحدث عن الذات وفقرالتعبير.

– ومن خلال الاستقصاء السيكسوماتي حول البحث في المستوى الخيالي صرحت: ً لا احلم ً وهذا يظهر من خلال قولها: ً منامات عادي وساعات ما نرقدش خلاص ً .

- اتضح لنا من خلال المقابلات: ظهور اغلب الاعراض تدل على العجز عن التعبير الانفعالي.

1 – 2-3 مقياس تورنتو للأليكسيتيميا

ضع العلامة (x)في المكان المناسب، لا تعطي إلا إجابة واحدة لكل عبارة

الاسم واللقب : **الجنس: انثى**

الرقم	العبارات	معارض تماما	معارض نسبيا	لست موافقا ولست معارضا	موافق نسبيا	موافق تماما
01	غالبا لا أرى مشاعري بوضوح					X
02	أجد صعوبة في إيجاد الكلمات التي تترجم					X
03	أشعر بأحاسيس جسدية لايفهمها حتى الأطباء أنفسهم					X
04	أتمكن بسهولة من وصف مشاعري	X				
05	أفضل تحليل المشاكل على الاكتفاء بوصفها					X
06	عند ما أكون متقلبا لا أدري إن كنت حزينا أو خائفا أو غاضبا	X				
07	غالبا ما أكون منشغلا بإحساسات على مستوى جسدي					X
08	أفضل ببساطة ترك الأشياء تحدث بدلا من فهم سبب تغيرها					X
09	لدي مشاعر لا أستطيع ابدا التعرف عليها				X	
10	من المهم أن اكون واعي بانفعالاتي					X
11	أجد أنه من الصعب أن أصف ما أشعر به				X	
12	يقال لي أن أصف أكثر ما أحس به		X			
13	لا أدري ما يحدث بداخلي	X				

14	في أغلب الأحيان لا أعرف لما أنا غاضب		X			
15	أفضل التكلم مع الناس عن أعمالهم اليومية بدلا من التكلم عن مشاعرهم				X	
16	أفضل مشاهدة حصص متنوعة بدلا من البرامج الدرامية					X
17	يصعب على الإفصاح عن مشاعري الحميمة حتى لأقرب أصدقائي					X
18	أستطيع أن أحس بأنني قريب من شخص ما حتى في أوقات الصمت				X	
19	أجد من المفيد تحليل مشاعري لأحل مشاكلي الشخصية				X	
20	البحث عن المعنى الخفي للأفلام والمسرحيات يعكر اللذة التي تحدثها	X				

- **التحليل الكمي:**

***علامة الاختبار الكلية:** تحصلنا من خلال نتائج الاختبار المُطبق على الحالةً سً على نسبة قدرت ب: 73% بالمائة وهذا يدل على ان المفحوصـــة لديها عجز عن التعبير الانفعالي بتقدير مرتفع.

*** علامات الاختبار الفرعية:**

بالمائة و هي نسبة مرتفعة. %صعوبة تمييز الاحاسيس: قدرت نسبة هذه الخاصية ب 23-

-صـــعوبة وصـــفها: قدرت نســـبة هذه الأخيرة ب 17 %بالمائة و هي نســـبة متوســـطة.

- التفكير الموجه نحو الخارج: قُدرت نسبتها ب 33% بالمائة و هي نسبة مرتفعة.

-التحليل الكيفي:

- بالنسبة للخاصية الأولى والتي هي صعوبة تمييز الاحاسيس بلغت نسبتها 23 بالمئة، وهي نسبة مرتفعة مقارنة بحدها الأدنى والأعلى (7 – 35) والتي ظهرت في البنود: 3 , 1 , 6 , 7 , 9 , 13 , 14.

- اما بالنسبة للخاصية الثانية والتي هي صعوبة وصف المشاعر، فبلغت نسبتها 17 بالمئة وهي متوســطة مقارنة بحدها الأعلى والأدنى (5 – 25) والتي تهر لنا في البنود: 2 , 4 , 11 , 12 , 17.

- اما الخاصية الثالثة والمتمثلة في التفكير الموجه نحو الخارج فنجد انها بلغت نسبة 33 %بالمائة وهي نسبة مرتفعة مقارنة بحدها الأعلى والأدنى (8 – 40) والتي ظهرت في البنود: 5 , 8 , 10 , 15 , 16 , 18 , 19 , 20.

1– 3 –3: تحليل الحالةً سً في ضوء المقابلة و الاختبار:

من خلل المقابلات التي أجريناها منع المفحوصـــة لاحظنا وجود عجز في التعبير الانفعالي، وذلك من خلال التفكير العملي الذي يتميز بالاستثمار الكبير للحياة الآنية ونقص الخيال وضعفه وغياب الاحلام، وعدم القدرة على التعبير العاطفي الى جانب عدم قدرته على وصفها والتمييز بينهما، وهذا ما أبرزه الاختبار المطبق عليها والذي نستكشفه من خلال:

- المفحوصـة أبدت اسـتجابة منخفضـة في التمييز بين احاسـيسـها وذلك من خلال صـعوبة وعدم قدرتها على التمييز بين عواطفها ومشـاعرها وهذا من خلال موافقتها وتأكيدها على وجود أحاسـيس جسدية تشعر بها ولكن لا يفهمها الأطباء أنفسهم،وهذا ما تم تحليله في المقابلات.
- ان ارتفاع نسـبة خاصـية صـعوبة وصـف المشـاعر في نتائج الاختبار على المعدل المتوسـط لها دليل على إن المفحوصـة تجد صـعوبة في وصـف ما تشـعر به من أحاسـيس، سـواء لنفسـها أو للآخرين، فهي تجد من الصـعب الإفصـاح عن مشـاعرها الحميمة حتى لأقرب صـديقاتها والتي ظهرت من خلال المقابلات.
- أما بالنسـبة للعرض الأخير والمتمثل في التفكير الموجه نحو الخارج فوجدنا انه مرتفع وذو نسـبة عالية فهي تظهر تفكير عقلي وذلك من خلال تأكيدها بأنها تفضـل تحليل المشـاكل على الاكتفاء بوصـفها، إضـافة الى أنها تفضـل الكلام مع الناس حول أعمالهم اليومية، بدلا من التحدّث عن مشاعرهم وهذا ما كان مُسيطرا على المقابلات، إذ أنها تبدي ضعف في الخيال ونقص في الأحلام التي تعتبر لمسة الخيال.
- ومن هنا نسـتخلص من تحليل المقابلات ونتائج الاختبار المتحصـل عليها إن الحالةً سً تعاني من وجود نشـاط عقلي خاص يتميز بالعجز عن التعبير الانفعالي، والذي حُدد من خلال جملة من الخصائص التي ظهرت على المفحوصة بشكل واضح وجلي بنسبة عالية ومرتفعة.

2- مناقشة الفرضيات في ضوء النتائج المتحصل عليها:

- بعد عرض الحالات وتحليلها ومحاولة البحث في الفرضيات اسفرت النتائج النهائية:

- انطلاقا من الفرضيات:

- " يعاني مرضى القصور الكلوي المُزمن من عجز عن التعبير الانفعالي".
- "توجد فروق في معاناة مرضى القصور الكلوي المُزمن تعزى لمُتغير الجنس".
- ظهرت عند الحالات الثلاث سمات موحدة تتمثل في انهم صبورين، هادئين ومتعاونين.
- تشترك الحالتين الثانية والثالثة في سلوك عدم القدرة عن التعبير العواطف والانفعالات والشحنات الانفعالية، فهم غير قادرين على الاتصال عن طريق انفعالاتهم (مراقبة كبيرة للانفعالات).
- ظهور لدا الحالتين الثانية والثالثة "أم " ذو تنظيمة سيكسوماتية فإشكالية التقمص تؤكد على ان الطفل سيكون ذو تنظيمة سيكسوماتية.
- سوء العلاقة مع الاب، مع غيابه جسديا أو نفسيا أو معا لدى الحالتين الثانية والثالثة.
- ظهور التفكير العملي لدى الحالات الثلاثة، الذي نجده مسيطرا كتنظيمه دفاعية يظهر من خلال تموضع التفكير الآني والحالي، فهم لا يتعاملون إلا مع الحاضر بطريقة خالية من الجوانب العاطفية.
- التّعلق المُفرط بالتفاصيل اليومية، الذي أدى إلى وجود خلل في الهوام، أو فشل أو كبت للوظيفة الخيالية.

*** ولقد أبرز لنا اختبارً تورنتوً النتائج التالية:**

- وجود صعوبة في التمييز بين الاحاسيس لدى الحالات الثلاثة.
- صعوبة وصفها.
- التفكير المُوجه نحو الخارج لدى الحالات الثلاث.

*** ومن هنا نستنتج صحة الفرضية:**

* يعاني مرضى القُصور الكلوي المُزمن من عجز عن التعبير الانفعالي.

* في حين لم نلمس فروق في معاناة المرضى فيما يخص الجنس.

ولاحظنا هناك تساوي في نتائج الاختبار وبالتالي عدم تحقق الفرضية الثانية والتي مفادها:

*" توجد فروق في معاناة مرضى القصور الكلوي المزمن تُعزى لمتغير الجنس".

3- التوصيات:

- إعطاء أهمية قصـــوى لمرحلة الطفولة في كل مرحلة عمرية بالســـماح لهم بالتعبير عن مشاعرهم
- السماح للطفل وتعليمه عقلنة صراعاته العدوانية في إطار مسموح به
- العمل على تنمية الجوانب اللغوية والخيالية لدى الطفل من أجل القدرة على التعبير عن المشاعر ومن أجل تحقيق نشاط عقلي مرن
- توعية الأسرة بخطورة الأبعاد المستقبلية المرضية الجسدية الناجمة عن عدم التعبير
- القيام ببرامج علاجية نفسية فيما يخص مرضى القصور الكلوي تتناسب مع مختلف الحالات
- تكوين النفسانيين من خلال تقنيات نفسية تتناسب مع هذا النوع من الاضطراب أي العجز عن التعبير الانفعالي
- توعية المريض وتبصيره بحالته من خلا ل رفع تقديره لذاته
- إداخال أسرة المريض في العملية العلاجية

خاتمة

بعد عرضنا لنتائج البحث والتحقق من التساؤلات المطروحة ، نستطيع أن نقول أنه يظهر مريض القصور الكلوي نشاط عقلي يتميز بسيادة العجز عن التعبيرالإنفعالي بالإضافة إلى صعوبة في التعرف والتعريف بالمشاعر للآخرين ، إضافة إلى وجود صعوبة تمييز في الأحاسيس وضعف الخيال .

- في حين إستعمال بعض الحالات ميكانيزم الإنكار حيث لا يستطيع المفحوص إيجاد حلول لتلك الصراعات وهروبه منها ، بحيث يجد نفسه أمام حالة لا مخرج منها ، مصيرها الوحيد هو الجسد كحل وسطي وأنسب لكل الأزمات النفسية.

قائمة المراجع:

1 –أمال بورقيبة، (2000)، الكلى من الوظيفة إلى الأمل في الحياة ، دار النساء،ط1، الجزائر.

2 –جلي جميل ، (2001) ، موسوعة صحة العائلة ، ط3 ، دار العلم ، لبنان

3 – جان بول سارتر،نظرية اللإنفعالات ،ترجمة هاشم الحسين ، بط، دار مكتبة الحياة ، بيروت ، لبنان .

4 –خالد عبد الرزاق النجار ، (2008)، دراسة الحالة ، جمعية البر ، مركز التنمية الأسرية ، الأردن .

5–رمزي الناجي ، عصا م الصدفي،(2005)، تشريح جسم الإنسان ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، ط1 ، الأردن .

6 – زهير الكرمي(1988) ، الأطلس العلمي فيزيولوجيا الإنسان ، دار الكتاب اللبناني ، بيروت .

7 –سامر جميل رضوان ، (2002)، الصحة النفسية، ط1 ،دار الميسر للنشر والتوزيع ، الأردن .

8 – سامي محمد ملحم ، (2005)، مناهج البحث في التربية وعلم النفس،ط3 دار المسيرة للنشر والطباعة ، عمان ، الأردن .

9– شلي تايلور ، (2008)، علم النفس الصحي ، ترجمة وسام درويش بريك ،ط1 ،دار الحامد للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن .

10 –عادل حلواني وآخرون، (2000)، نفسية المصابين بالقصور الكلوي المزمن ، المجلة السعودية لأمراض الكلى ، ع2 ، السعودية .

11 – عبد الرحمان الوافي، (2005)، المختصر في مبادئ علم النفس ، ط3 ، ديوان المطبوعات الجامعية ، بن عكنون ، الجزائر .

12 – عبد الكريم السويداء ، (2010)، المرشد الشامل لمرضى الفشل الكلوي ، ط1 ، دار النشر والتوزيع ، الرياض .

13–عبد الكريم فرحات ، (2000) ، تشريح جسم الإنسان، دار الشروق ، الأردن .

14–فيصل عباس ، (2003) ، قياس الشخصية ، دراسة حالات عيادية ، دار المنهل اللبناني ومكتبة راس المنبع ، بيروت ، لبنان .

15 – قريشي عبد الكريم ، عطوط رمضان ، المفهوم وعلاقته بالصحة والمرض ، جامعة قاصدي مرباح ورقلة ، الجزائر .

16 – مجلة تموز ، الثقافة النفسية ، (1998)، العدد .

17 –محمد خليفة بركات (1984)،مناهج البحث العلمي في التربية وعلم النفس ، ط1 ، دار العلم ، دار العلم ، الكويت .

18 –محمد صادق صبور (1994) ، أمراض الكلى أسبابها وطرق الوقاية منه وعلاجه، دار القلم ، بيروت .

20– مسعد أبو الديار (2014) ،البناء الوجداني للطفل ، ط1 ، دار الكتاب الحديث .

21– Sohygeh.com المنتدى في علم النفس الجسدي .

22–هناءأحمد الشويخ ،(2009) ،برنامج تطبيقي لتحسين المتغيرات النفسيةوالفيزيولوجية لنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي، ط1، دار الوفاء، الإسكندرية ، مصر .

قائمة المراجع باللغة الأجنبية :

23-article ,opèratoire penssè et l'alexthymia ,approche projective ,France .

24-boubchir (2005) ,rènale l'insuffisance,sur monographie ,onpa,alger.

25-zimmermaneet(2008) al article originale,francaise psychologie alexeyxithymie, aujourdoui, france .

26-g,loas(2010) ,erdico alexithymia annales .

27- zimmermann grègoire,(2005),perssonalitè of dinension with relaion .

28- Jason Thompson ,(2009), alexithymia , soul books.

29-hambergen(2005),la rouse medicale ,Canada.

30-sobotta (2000), lanatomie humaine athas 4ème edition, paris.

الملاحق

مقياس تورنتوللأليكسيتيميا

ضع العلامة (x)في المكان المناسب ، لاتعطي إلا إجابة واحدة لكل عبارة

الإسم : اللقب : الجنس :

الرقم	العبارات	معارض تماما	معارض نسبيا	لست موافقا ولست معارضا	موافق نسبيا	موافق تماما
01	غالبا لا أرى مشاعري بوضوح					
02	أجد صعوبة في إيجاد الكلمات التي تترجم					
03	أشعربأحاسيس جسدية لايفهمها حتى الأطباء أنفسهم					
04	أتمكن بسهولة من وصف مشاعري					
05	أفضل تحليل المشاكل على الإكتفاء بوصفها					
06	عند ما أكون متقلبا لا أدري إن كنت حزينا أو خائفا أو غاضبا					
07	غالبا ما أكون منشغلا بإحساسات على مستوى جسدي					
08	أفضل ببساطة ترك الأشياء تحدث بدلا من فهم سبب تغيرها					
09	لدي مشاعر لاأستطيع ابدا التعرف عليها					
10	من المهم أن اكون واعي بأنفعالاتي					
11	أجد أنه من الصعب أن أصف ما أشعر به					
12	يقال لي أنأصف أكثر ما أحس به					
13	لاأدري ما يحدث بداخلي					
14	في أغلب الأحيا ن لا أعرف لما أنا غاضب					
15	أفضل التكلم مع الناس عن أعمالهم اليومية بدلا من التكلم عن مشاعرهم					
16	أفضل مشاهدة حصص متنوعة بدلا من البرامج الدرامية					
17	يصعب علي الإفصاح عن مشاعري الحميمة حتى لأقرب أصدقائي					

18	أستطيع أن أحس بأنني قريب من شخص ما حتى في أوقات الصمت					
19	أجد من المفيد تحليل مشاعري لأحل مشاكلي الشخصية					
20	البحث عن المعنى الخفي للأفلام والمسرحيات يعكر اللذة التي تحدثها					

شبكة المقابلة:

المحور الأول: المعلومات الشخصية

الإسم :

اللقب :

السن :

الحالة العائلية:

عدد الإخوة:

الترتيب في العائلة :

المحور الثاني : تاريخ المرض

سوابق مرضية في العائلة :

هل هناك أمراض أخرى

الهدف من المحور : هو معرفة المرض وهل المفحوص على دراية بالمرض وبالتالي رد فعل الذي يبديه والذي أيضا قد يظهر لنا عجز عن التعبيرالإنفعالي

المحور الثالث:التعايش مع المرض

حدوث تغيرات في نمط الحياة بعد الإصابة بالمرض

طريقة تقبل المرض والتعايش معه

وجود المساندة من المحيطين به

والهدف من هذا المحور معرفة التغيرات التي حصلت للعميل بعد تعرضه للإصابة، وجود المساندة الخارجية

المحور الرابع : التعبير عن الإنفعالات

الخصائص التي تشير إلى وجود عجز في التعبير الإنفعالي

المؤشرات التي تدل على الألكستيميا

معلومات تدل وجود صعوبة التمييز بين الأحاسيس

معلومات تدل على التفكير العملي الموجه نحو الخارج

معلومات متعلقة بالوظيفة الخيالية

المحور الخامس : العلاقات الشخصية

طبيعة العلاقة مع أفراد العائلة

طريقة التعامل مع الآخرين

طبيعة نظرة الآخرين بعد المرض

والهدف من المحور معرفة ان كان هناك تكيف مع الواقع الخارجي ، وإن كان هناك تعايش مع الأفراد

المحورا السا دس : النظرة المستقبلية

وجود مشاريع مستقبلية

النظرة للمستقبل

الهدف من هذا المحور معرفة مدى الآفاق المستقبلية الموجودة لدى المفحوص

ملخص الدراسة :

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة العجز عن التعبير الإنفعالي لدى مرضى القصورالكلوي، وهل هناك فرق يعزى إلى متغير الجنس تم الإعتماد على المنهج العيادي على عينة الدراسة التي شملت ثلاث حالات مرض القصور الكلوي بمصلحة أمرا ض الكلى بمستشفى برج بوعريريج حيث تم اختيارهم بطريقة قصدية تمثلت أدوات الدراسة فيما يلي :المقابلة العيادية ، النصف موجهة ، دراسة الحالة واختبار تورنتو لقياس الألكسيتيميا

وقد أسفرت الدراسة على النتيجة التالية :

يوجد عجز عن التعبير الإنفعالي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن

الكلمات المفتاحية : العجز عن التعبير الإنفعالي ، القصو ر الكلوي

Rèsumie :

L’objectif de cette ètude est d’identifier la lexithymie chez les Malades de lnsufisances rènales cronique , en ce basent sur la mèthode clinique des trois cas hospitalisè au niveau de service hèmodyalyse a lhopitale de la wilay de bordj bouraridj

Sèloctioner dune manière volonaire , cette etude est basè sur ces outils suivants : lentretien clinique semi directif ,l’étude du cas , teste tas 20 .

Le rusulta obtenu est il ya une alexitymie chez les malades de lnsufisances rènalles .

Les mots clés: la lexitymie - lisufisances rènales