

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف المسيلة



كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي:/2015

القلق وعلاقته بالاكتئاب الأساسي لدى مرضى القولون العصبي

(دراسة ميدانية للطالبات المقيّمات بإقامة بلقاضي محمد المسيلة)

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

تحت إشراف الأستاذة:

سفاري لبنى

إعداد الطالبة:

زحاف أميرة

2015/2014

شكر و عرفان

أحمد لله رب العالمين و الصلاة و السلام على أشرف المرسلين نبينا محمد و على آله و صحبه إلى يوم الدين.

نتوجه بتسجيل أعرق آيات الشكر و العرفان إلى الأستاذة المشرفة "سفاري لبنى"
لتوجيهاتها و منحنا الكثير من علمها و وقتها و جهودها و نسأل الله العلي القدير أن
يجازيه خير جزاء و أن يكتب صنيعها في موازين حسناتها .

كما نتوجه بالشكر الجزيل إلى كل أساتذتنا الكرام بقسم علم النفس و علوم التربيث و
الأرطفونيا و إلى كل من ساهم في إنجاز هذا البحث .

إهداء

أحمد لله سبحانه و تعالى حمدا كبيرا ، عدد خلقه و زينته عرشه و مدار كلماته و رضا نفسه.

أهدي ثمرة جهدي هذا العمل المتواضع إلى من قال فيهما تبارك و تعالى : « واخفض لهما جناح الذل من الرحمة » الوالدين الكريمين اللذان كانا لي الدعم و السند في مشواري الدراسي.

إلى أخواتي : عائشة ، صفية ، ليلي و فيروز.

إلى إخوتي الأعمام و زوجاتهم : المعتمد بالله ، حمادي ، فاروق ، الأمين ، عبد الرؤوف ، سمير و بناته كريمان و سيرين ، إضافة إلى الكتكوت أحمد.

إلى صديقتي العزيزات : نور الإيمان ، عائشة ، إيمان ، و سام ، فتيحة ، سميرة ، شافيت ، و عائلاتهم و إلى كل من يعرفني خاصة أحمد.

إلى كل هؤلاء أهدي ثمرة جهدي.

فهرس المحتويات	
الصفحة	العنوان
	شكر و عرفان.
	الإهداء.
أ	مقدمة.
أولاً: الجانب النظري.	
الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة	
5	1- الإشكالية.
7	2- الفرضيات.
7	3- أهمية البحث.
8	4- أهداف البحث.
8	5- تحديد المفاهيم إجرائياً.
9	6- الدراسات السابقة.
الفصل الأول: القلق	
12	تمهيد
13	1- تعاريف القلق.
15	2- أنواع القلق.
19	3- مستويات القلق.
19	4- أعراض القلق.
20	5- أسباب القلق.
21	6- مدى انتشار القلق.
23	7- النظريات المفسرة للقلق.
31	8- تشخيص القلق.
33	9- العلاج.
37	خلاصة الفصل

الفصل الثاني: الاككتاب الأساسي	
39	تمهيد
40	1- تعريف الاككتاب الأساسي.
42	2- نظرة تاريخية للاككتاب الأساسي.
44	3- تعريف الاككتاب الكلاسيكي.
45	4- الجدول الإكلينيكي للاككتاب الأساسي.
48	5- التفسير النشوئي للاككتاب الأساسي.
51	6- الأعراض الأساسية لتشخيص الاككتاب الأساسي.
60	7- الحياة الجنسية و الاككتاب الأساسي.
61	خلاصة الفصل.
الفصل الثالث: متلازمة القولون العصبي	
63	تمهيد
64	1- القولون.
67	2- أمراض القولون.
68	3- اضطرابات القولون الوظيفية.
68	4- متلازمة القولون العصبي.
70	5- مدى انتشار متلازمة القولون العصبي.
71	6- أسبابها.
74	7- العوامل السيكولوجية في حالة متلازمة القولون العصبي.
74	8- أعراضها.
79	9- التشخيص.
80	10- العلاج.
86	خلاصة الفصل.
ثانيا: الجانب التطبيقي.	
الفصل الرابع: منهجية البحث.	

88	تمهيد
89	1- منهج الدراسة.
90	2- أدوات الدراسة.
93	3- حدود الدراسة.
84	4- الدراسة الاستطلاعية.
95	5- الدراسة الفعلية.
الفصل الخامس: عرض النتائج و مناقشتها.	
98	• تقديم الحالات.
98	• عرض و تحليل نتائج الحالة الأولى.
98	1- تقديم الحالة الأولى.
99	2- تقديم محتوى المقابلة النصف موجهة للحالة الأولى.
101	3- تحليل و مناقشة نتائج المقابلة النصف موجهة للحالة الأولى.
103	4- تحليل اختبار الروشاخ للحالة الأولى.
104	5- تحليل الحالة الأولى في ضوء المقابلة واختبار الروشاخ.
110	عرض و تحليل نتائج الحالة الثانية
110	1- تقديم الحالة الثانية .
110	2- تقديم محتوى المقابلة النصف موجهة للحالة الثانية.
112	3- تحليل و مناقشة نتائج المقابلة النصف موجهة للحالة الثانية .
114	4- تحليل اختبار الروشاخ للحالة الثانية.
120	5- تحليل الحالة الثانية في ضوء المقابلة واختبار الروشاخ.
122	• عرض و تحليل الحالة الثالثة:
122	1- تقديم الحالة الثالثة .
123	2- تقديم محتوى المقابلة النصف موجهة للحالة الثالثة.
124	3- تحليل و مناقشة نتائج المقابلة النصف موجهة للحالة الثالثة .
127	4- تحليل اختبار الروشاخ للحالة الثالثة.

131	5- تحليل الحالة الثالثة في ضوء المقابلة واختبار الروشاخ.
133	• عرض و تحليل الحالة الرابعة:
133	1- تقديم الحالة الرابعة .
133	2- تقديم محتوى المقابلة النصف موجهة للحالة الرابعة.
135	3- تحليل و مناقشة نتائج المقابلة النصف موجهة للحالة الرابعة.
137	4- تحليل اختبار الروشاخ للحالة الرابعة.
143	5- تحليل الحالة الرابعة في ضوء المقابلة واختبار الروشاخ.
145	• الاستنتاج العام
147	• خاتمة.
	• قائمة المراجع.
	• الملاحق.

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	الاختلافات النفسية بين الخوف و القلق	15
02	ملخص لتصنيف جمعية الطب العقلي الأمريكية لأنواع القلق	18
03	خصائص مجموعة البحث	93
04	يوضح هياكل الإيواء	96

فهرس المخططات

رقم المخطط	عنوان المخطط	الصفحة
رقم (1)	يمكن أن يتحول القلق إلى حلقة مفرغة	22
رقم (2)	شجرة التشخيص في حالات القلق	32
رقم (3)	تدبير متلازمة الأمعاء الهيوجة	85

مقدمة



مقدمة:

رغم التطور الهائل الذي تتسم به حياتنا الراهنة إلا أن نمط المعيشة في وقتنا المعاصر لا يكاد يخلو من تصاعد المشاكل و الهموم المتعددة التي بدأت تحول بين الإنسان و بين شعوره بالارتياح و السعادة، فصحة الفرد النفسية لا تعني مجرد خلو الإنسان من الأعراض المرضية الظاهرة و إنما هي الشعور الإيجابي للفرد على تحقيق إمكانيته وممارسة تلك الإمكانيات بدون عائق ذاتي، و هي حالة من التوافق أو التكامل بين الوظائف النفسية مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية و تحقيق التوازن بين الفرد و نفسه و بيئته توافقا يؤدي إلى أقصى درجة ممكنة من الكفاية و الإحساس الإيجابي بالسعادة، فكل ما يمس توازننا يحدث اضطرابا في صحتنا النفسية أو الجسدية.

و على كل حال من المستحيل إلغاء الانفعال كليا فكل إنسان معرض في حياته للعديد من الضغوطات، حيث يعتبر الضغط النفسي ظاهرة انفعالية طبيعية للإنسان و يعد عنصرا من الحقائق اليومية إلى درجة اعتباره مصدرا لعدة أمراض أو أعراض و إن أهم و أعقد و أخطر عرض ناتج عن الانفعالات النفسية الجسدية في حالات الضغط هو القلق أو القلق الشديد (l'angoisse) و خاصة حين يصبح مزمنًا يرافق الإنسان في حياته اليومية (في حركاته، تأملاته، إحساساته، و معاملاته) فيبدو و المصاب بالقلق:

- ناقص التركيز و الذاكرة لأنه منشغل بالألم.
- لا يتقن الأعمال لأن الصبر ينقصه.
- معاملته مع الناس سيئة نظرا لفقدان توازنه مع نفسه (فهو دائما في صراع مع رغباته).
- شديد الأرق.

و يعتبر القلق مرضا في حد ذاته و في نفس الوقت إضافة للاكتئاب الأساسي (dépression essentielle) يمثلان عاملين من العوامل المسببة للأمراض

السيكوسوماتية، هذه الأمراض التي تأتي لتبرهن علاقة النفس بالجسد، فالإنسان يعتبر وحدة جسمية نفسية متكاملة ولا يمكن الفصل بينهما فتتأثر الحالة الجسمية بالحالة النفسية والعكس صحيح.

فالالاكتئاب الأساسي يعد أساس الأمراض السيكوسوماتية فالشخص يخفي آلامه النفسية فتظهر على شكل أمراض في الجسم حيث يبدو على الشخص استثمار كبير للواقع يظهر في التفكير العملي إضافة للفقر الهوامي كما يتجلى في القلق العائم المنتشر.

فأثناء الضغط الانفعالي يستجيب الفرد إما عن طريق تصريف انفعالاته في نشاطات ملائمة للتحكم في الوضع، أو عن طريق تصريف توتر عبر الأعضاء الحشوية كما هي الحالة بالنسبة لاضطراب القولون الوظيفي، حيث نتيجة الضغط النفسي يختل التوازن بين الجهاز السمبثاوي و الجهاز الباراسمبثاوي القابض للعضلات الملساء المبطنة للمعي الغليظ و يكون التيار العصبي في اتجاه الباراسمبثاوي، حيث يستجيب القولون للانفعال و الضغط الانفعالي إما عن طريق:

- فرط حركية مع إسهال.
- أو نقص حركية مع إمساك.

و في حالة الفرط للتخفيف من هذا الضغط الانفعالي يلجأ إلى استعمال أساليب تكيفية مختلفة لمواجهة الوضع والحصول على راحة نفسية و لكنه قد يفشل فيزيد من درجة القلق و التوتر لديه.

و من هذا المنطلق تمحور موضوع بحثنا حول القلق و علاقته بالاكتئاب الأساسي لدى مرضى القولون العصبي، وعليه كان بحثنا يضم جانبان يتفرع كل جانب إلى عدة فصول.
أولاً: الجانب النظري: يتضمن أربعة فصول.

- يتناول الفصل التمهيدي: الإشكالية ثم الفرضيات و كذلك أهمية الدراسة و أيضا أهداف الدراسة وتحديد المفاهيم و الدراسات السابقة.
- الفصل الأول: تعرضنا إلى دراسة القلق و كذلك تعريفه و بعد ذلك أنواعه، مستوياته، أسبابه، و أعراضه و بعده التشخيص كما تطرقنا إلى أهم النظريات المفسرة له و في الأخير العلاج.
- الفصل الثاني: يخص الاكتئاب الأساسي حيث تعرضنا لتعريفه و بعد ذلك نظرة تاريخية له، الجدول الإكلينيكي، إضافة للتفسير النشوي له، و الأعراض التشخيصية و أخيرا الحياة الجنسية و الاكتئاب الأساسي.
- الفصل الثالث: يخص الجانب الطبي للقولون حيث تعرضنا إلى دراسة أسبابه، أعراضه، بعد ذلك تشخيصه و في الأخير علاجه.

ثانيا: الجانب التطبيقي، يضم فصلين:

- الفصل الرابع: و شمل الدراسة الاستطلاعية، منهج و الأدوات المستعملة في الدراسة.
- الفصل الخامس: ضم عرض الحالات، مناقشة النتائج، الاستنتاج العام، الخاتمة-المراجع-الملاحق.

اجانب النظري



الفصل التمهيدي

1. مقدمة
2. الإشكالية
3. الفرضيات
4. أهمية الدراسة
5. أهداف الدراسة
6. تحديد المفاهيم إجرائيا
7. الدراسات السابقة



1- إشكالية الدراسة:

يعرض الإنسان في حياته إلى مجموعة من الضغوطات وإلى معاناة تجعله يشعر بالقلق، وهذا الخير يؤثر بدوره على صحته سواء النفسية أو الجسدية، لذا كثرة التعرض للقلق خاصة ونحن في عصر يطلق عليه الكثيرون "عصر القلق" حيث أصبح السمة السائدة التي تميز حياتنا كون القلق "عبارة عن حالة انفعالية تتميز بالخوف مما يحدث في المستقبل، وهي خصائص مختلف الاضطرابات النفسية".

(فؤاد أبو حطب وآخرون، 2003، ص14)

فنحن نقلق لأسباب تتعلق بالماضي وخبراته السلبية ونحن قلقون لأسباب تتعلق بالمستقبل وما سيحدث فيه، وكل هذا من شأنه أن يعيق قدرتنا على التوازن النفسي السليم، إضافة إلى كون هذا يؤدي بنا للتعرض للأمراض، وكل مرض عضوي له انعكاسات سيكولوجية هامة ومختلفة والعكس صحيح ومن هذا يتبين لنا مدى الترابط والتلازم الذي يجمع بين الجانب النفسي والجسدي وهذا ما يعرف في علم النفس بالأمراض النفس جسدية وهي تضم فئة كبيرة من الأمراض من بينها القولون العصبي أو ما يعرف بمتلازمة القولون المتهيج ونظرا لكون هذا الأخير يعود لأسباب نفسية نتيجة القلق والتوتر المستمر، هذا لأن الإنسان أصبح أسير انفعالات كثيرة ومتعددة، ومن أهم الاضطرابات النفسية في الأمراض السكوسوماتية ما يعرف بالاكنتاب الأساسي (Dépression essentielle) الذي أطلق عليه في البداية إسم "الاكنتاب السيكوسوماتي" حيث نعرف أن مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية حسب "بيار ماتي" (P.Marty) يعيشون قبل المرض أي في سجلهم التاريخي نشاط عقلي خاص، لا يوجد عند الأشخاص الذين ينتمون إلى الأعصبة جيدة التعجيل، ومن المعروف أن هذا النشاط يصل إلى مراحل متقدمة، فتظهر عليه مرحلة انتقالية تسمى الاكنتاب الأساسي.

(أ. فاسي، 2011، ص12)

وهذا ما ينتج عنه خلافا في بعض الوظائف في الجسم ويتحول إلى مرض مزمن حقيقي يصعب علاجه وبصفة عامة فغن مرض القولون العصبي 20% من البالغين على مستوى العالم و 60% من المرضى المترددين على عيادات الجهاز الهضمي ويعانون من متاعب عصبية ونفسية تؤدي على الإصابة بالقولون العصبي.

(الصادق عبد الحليم، بدون سنة، ص1)

ونظرا للانتشار الواسع لهذا الاضطراب الذي تبلغ نسبة انتشاره في الدول العربية 40% من السكان، وبمعدل 5 أفراد من المجتمع مصابون به والنساء أكثر إصابة من الرجال حسب إحصاءات الدول الغربية بنسبة الضعف إلى 3 أضعاف وربما كانت سرعة تقلبات مزاج المرأة والجانب النفسي لها سبب في ذلك.

(www.star7arab.com/f.asp?t=50284)

ويجمع الأطباء والمختصون في الجزائر في هذا المجال أن القلق وتعكر المزاج أكثر تأثير في القولون من تناول الطعام بصفة عشوائية، وفي ذات السياق يقول الدكتور "سحنون جمعي" أن مرض القولون العصبي قد عرف في الآونة الأخيرة انتشار لا سابق له بين الجزائريين، فنسبة الجزائريين الذين يعانون من أمراض القولون بلغت 40 بالمائة بشكل تقريبي ويرجع محدثنا المر لعدة أسباب أغلبها عصبية. (إيمان مقدم، 2013، ص1)

وهناك علاقة وطيدة بين الحالة النفسية ومرض القولون العصبي فالمرضى الذين يعانون من اكتئاب وقلق يوجد عندهم القولون العصبي بنسب أكبر من الأشخاص الآخرين.

(محمد العمادي، 2008، ص2)

ونظرا لكون متلازمة القولون العصبي يمكن أن تعرقل بشكل خطير النشطة المهنية والدراسية والاجتماعية للذين يعانون منه نتيجة تعرضهم للقلق المستمر وإصابتهم بالاكتئاب الأساسي،

من هذا المنطلق يعتبر هذا البحث الحالي محاولة للكشف عن العلاقة بين القلق والاكتئاب الأساسي لدى مرضى القولون العصبي لذلك نطرح التساؤلات الآتية:

التساؤل العام:

- هل توجد علاقة بين القلق والاكتئاب الأساسي لدى مرضى القولون العصبي؟.

التساؤلات الجزئية:

- هل يساهم القلق في حدوث مرض القولون العصبي او في تفاقمه؟.
- هل يعتبر الاكتئاب الأساسي خاصية مميزة لدى أغلبية مرضى القولون العصبي؟
- هل يترافق القلق والاكتئاب الأساسي لدى مرضى القولون العصبي؟

2- فرضيات الدراسة:

- الفرضية العامة:

قد توجد علاقة بين القلق والاكتئاب الأساسي لدى مرضى القولون العصبي؟

-الفرضيات الجزئية:

- قد يساهم القلق في حدوث مرضى القولون العصبي أو في تفاقمه.
- قد يعتبر الاكتئاب الأساسي خاصية مميزة لدى مرضى القولون العصبي.
- قد يترافق القلق والاكتئاب الأساسي لدى مرضى القولون العصبي.

3- أهمية الدراسة:

-إثراء المعرفة المتعلقة بمتلازمة القولون العصبي.

- إبراز الدور الفعال للجانب النفسي في إصابة الشخص بالقولون العصبي وبالأخص الدور الكبير للقلق والاكتئاب الأساسي في إحداث الاضطراب.

- توعية الأطباء لتوجيه المرضى إلى المعالجين النفسانيين وليس الاكتفاء بالدواء الطبي فقط.

- نوضح للمفحوص أن أسباب الإصابة بالقولون العصبي لا تكون دائما عضوية بل تتدخل جوانب أخرى وخاصة النفسية منها.

4- أهداف الدراسة:

- معرفة العلاقة بين القلق والاكتئاب الأساسي لدى مرضى القولون العصبي.
- الكشف عن ما إذا كان القلق يساهم في حدوث مرض القولون العصبي.
- معرفة ما إذا كان مرضى القولون العصبي يعانون من الاكتئاب الأساسي.
- تبين إذا كان يترافق القلق والاكتئاب الأساسي لدى مرضى القولون العصبي.

5- تحديد المفاهيم إجرائيا:

1- القلق: إن القلق في بحثنا هذا يتمثل في تكرار العبارات المعبرة عن القلق التي يقدمها المفحوص على أسئلة المقابلة إضافة إلى نتيجة معادلة القلق المتحصل عليها عبر الروشاخ.

2- الاكتئاب الأساسي: هو نوع من الاكتئاب يميز المرض النفس جسدي عن باقي الاضطرابات الأخرى، ونقصد به في بحثنا هذا الاستجابات المتحصل عليها في اختبار الروشاخ المعبرة عن الاكتئاب الأساسي المتميزة بالكف.

3- مرضى القولون العصبي: هم الأشخاص البالغين الذين يعانون من اضطرابات القولون خاصة في الأمعاء الغليظة وتم انتقاء هؤلاء عبر النظر أو بالاستناد للتشخيص الطبي أي بالرجوع إلى ملفهم الطبي.

6- الدراسات السابقة:

أ- دراسات عربية:

- دراسة الدكتور الصادق محمد عبد الحليم بعنوان الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي المترددين على مستشفيات ولاية الخرطوم بالسودان على عينة من 100 فرد تتراوح أعمارهم بين 18 و 58 سنة وأسفرت النتائج على ان:
 - تنخفض الصحة النفسية لدى مرضى متلازمة القولون العصبي المترددين على عيادات اختصاصي الجهاز الهضمي في ولاية الخرطوم.
 - توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية وإتباع الإرشادات النفسية لدى مرضى متلازمة القولون العصبي المترددين على عيادات اختصاصي الجهاز الهضمي في ولاية الخرطوم.

ب- دراسات أجنبية:

- 1- الدراسة الأولى للخصائص النفسية لمرضى القولون العصبي عام 1985 أجريت في نيوزيلندا من قبل "ولش" (Welch) و "هيلمان" (Hillman) و "بومار" (Pomare) وتمت مقارنة بين مرضى القولون العصبي والأشخاص العاديين وقارنوا 26 عيادة على التوالي من العيادات الخارجية مع متلازمة القولون العصبي في عيادة الجهاز الهضمي لمجموعة من 41 المانحين للدم الذين اجتمعت فيهم معايير مانينغ (أعراض متلازمة القولون العصبي IBS) ومجموعة 60 مشاركا وسجلت 3 عوامل:

- عوامل استغاثة (في المقام الأول القلق والاكتئاب).
- الشدة الجسدية (الجسدية).
- صعوبة الأداء.

2- دراسة "والكر" وآخرون (Walker et all) (1992) في أمريكا فحص البيانات باستخدام التشخيص المحتمل للـ IBS أي مزيج من اثنين مما يلي: ألم بطني، إسهال و أو إمساك والتي كانت غير مبررة طبيا أو غير ناجمة عن مرض طبي في مجموعة من 412 شخص، في جميع الحالات النساء تفوق الرجال (353 نساء مقابل 59 رجال) ومن بين مجموع العينات حالات متلازمة القولون العصبي مقارنة بالعاديين أظهرت الحالات معدلات أعلى من الاكتئاب الأساسي 13.4% بالنسبة للذين يعانون من متلازمة القولون العصبي مقابل 3.8% لغير المصابين.

الفصل الأول: القلق

تمهيد

- 1- تعاريف القلق.
- 2- أنواع القلق.
- 3- مستويات القلق.
- 4- أعراض القلق.
- 5- أسباب القلق.
- 6- مدى انتشار القلق.
- 7- النظريات المفسرة للقلق.
- 8- تشخيص القلق.
- 9- العلاج.

خلاصة الفصل



تمهيد:

يعتقد علماء النفس أن القلق من أخطر الأمراض النفسية التي يتعرض لها إنسان هذا العصر التكنولوجي، "حيث انه العرض الرئيسي الدال على الاضطراب العصابي وهو أحد المفاهيم الأساسية في التحليل النفسي".

ويعتبر من وجهة نظر الطب البسيكوسوماتي المسبب الرئيسي للكثير من الأمراض البسيكوسوماتية.

وتتفق كافة التوجهات النظرية في العلم النفس على مدى أهمية موضوع القلق وجوهريته بالنسبة لدارسي علم النفس.

واستجابة القلق ظاهرة عامة نكاد نعثر عليها في جل الاضطرابات النفسية والعقلية وفي معظم الأحوال هي أحد الانفعالات الطبيعية التي يمكن أن يشعر بها أي إنسان إذا تعرض لموقف ما يستدعي هذا الانفعال.

ورغم ذلك فإن تعريف القلق وأهم خصائصه وأقوى مصادره ومدى تأثيره على الصحة النفسية للإنسان هي موضوعات جدلية، مازالت محل اختلاف وتباين كبير بين مدارس علم النفس الرئيسية.

1- تعاريف القلق:

- يعد القلق احد المشاعر الأساسية في تكوين النفس الإنسانية، وهو تجربة ضرورية على شكل منبه لمختلف الأخطار التي تحيط بنا.

- فنجد المفهوم اللغوي والمفهوم الاصطلاحي إضافة إلى اختلاف وجهات نظر علماء النفس في تحديد مفهومه، فهناك من يعتبره دافعة لمختلف الأمراض، وهناك من يعرفه على أنه ضيق في القفص الصدري ومنهم من يفسره على أنه حالة من الخوف الغامض ومنه يتضح أنه لا يوجد تعريف موحد وشامل للقلق.

أ- **المفهوم اللغوي:** تقول العرب أقلق المرء الشيء أي حركة من مكانه وأقلق القوم السيوف أي حركوها في أغمادها فالقلق إذا الحركة والاضطراب وهو عكس الطمأنينة

(ابن منظور، 1988، ص287)

هذا بالنسبة للمعجم العربية كما يعرف في المعجم الانجليزية على نفس النحو، حيث يعرف في معجم أكسفورد *oxford* (horndy, 1989)

على أنه " إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من من المستقبل".

ب- **المفهوم الاصطلاحي:** حالة نفسية تتصف بالتوتر والخوف والتوقع سواء أكان ذلك حيال أمور محددة أو غامضة، قد يكون هذا الانفعال عارضا وهو ما يعرفه كل الناس، كما يعرفون لحظات الحزن وأسى واللثم ثم ينقضي هذا الإحساس بانقضاء أسبابه وقد يكون مزمناً

(زهير أحمد السباعي، دون سنة، ص 10)

- إن القلق هو الظاهرة الأكثر شيوعاً في العصابات وهو رد فعل إزاء خطر غير موجود فأحياناً يكون كثير الانتشار ولا شعوري فالقلق الداخلي غير المرئي هو أيضاً خطر مرئي خارجياً. (بييرداكو ترجمة رعد اسكندر، 2002، ص13)
- تأتي كلمة قلق في أصلها من *Angustia* وهي تعني الضيق الذي يحصل في القفص الصدري لا إرادياً نتيجة عدم قدرة البدن على الحصول على مقادير كافية من الأكسجين، ويلاحظ أن الشخص ينطوي على نفسه وتتكلمش علاقاته مع المحيط ومعنى هذا أنه سيعيش في عزلة وضيق وهو إجراء إضطراري ليحمي نفسه من العالم المادي. (بوعلو الأزرق، 2003، ص81)
- القلق: هو عرض عام لجميع الاضطرابات العصابية، ةعدم ارتياح نفسي وجسمي ويتميز بخوف منتشر غير معروف السبب وشعور بعدم الأمن وتوقع حدوث كارثة ويمكن أن يتصاعد القلق إلى حد الذكر. (نبيل سفيان، 2004، ص177)
- اعتبر فرويد (*freud*) القلق بأنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الانسان ويسبب له الكثير من الكدر والضيق والألم. (سيغموند فرويد، 1989، ص13)
- في حين اعتبره سوليفان ، أنه حالة مؤلمة تنتج عن عدم القبول في العلاقات مع الآخرين. (سرخسوخ حسان، 2007، ص133)
- أما أدلر: القلق النفسي ترجع نشأته إلى طفولة الانسان الأولى كأن يشعر الفرد بالقصور الذي ينتج عنه عدم الشعور بالأمن. (محمد ابراهيم الفيومي، 1985، ص83)
- ويعرف سعد جلال القلق: هو "حالة داخلية مؤلمة من العصبية والتوتر والشعور بالرهبة مصحوباً بإحساسات جسمانية مختلفة كسرعة دقات القلب، الارتعاش، العرق... " (جلال سعد، 1985، ص153)
- ومن خلال مجموع التعاريف السابقة نرى أن هناك تداخل كبير بين مفهوم الخوف ومفهوم القلق.

لذا رأينا من الضروري توضيح الاختلاف السيكولوجي بينهما ويمكن هذا الاختلاف في

القلق	الخوف	
السبب أو الموضوع	مجهول	معروف
التمهيد	داخلي	خارجي
التعريف	غامض	محدد
الصراع	موجود	غير موجود
المدة	مزمنة	حادة

النقاط التالية حسب: ("خليل أبو فرحة"، 2000، ص 115).

جدول رقم (1): يوضح الاختلافات النفسية بين الخوف والقلق

2- أنواع القلق:

فيما سبق تكلمنا عن مفهوم القلق والذي يتميز بوجود ثلاثة أنواع:

أ- **القلق الموضوعي**: حينما يدرك الفرد أن مصدر القلق الخارجي عن نفسه، نقول أنه يعاني قلقا موضوعيا والقلق الموضوعي عبارة عن رد فعل لإدراك خطر خارجي أو لأذى يتوقعه الشخص ويراه مقدما ومن أمثلة ذلك: رؤية البحار لسحابة قاتمة في الأفق، إن هذه السحابة تشعره بالفزع، لأنها تدل على إعصار قريب.

ولقد أطلق "فرويد" في بعض مؤلفاته الأخيرة على ذلك النوع من القلق هذه الأسماء:

- القلق الواقعي *Reality Anxiety*
- القلق حقيقي *True Anxiety*
- القلق السوي *Normal Anxiety*

وقد استخدمت "كارن هورني" كلمة (خوف) في نفس المعنى السابق ومعنى ذلك أن هناك تشابها كبيرا بين ما يقصده "فرويد" بالقلق الموضوعي والخوف عند "هورني".

إن هذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف، ذلك لأن مصدره يكون واضح المعالم في ذهن المصاب. (مصطفى فهمي، 1995، ص 199-200)

ب- القلق العصابي: يتميز هذا النوع من القلق بأنه:

1- قلق داخلي المصدر، لكن الفرد لا يعرف له أصلا ولا يستطيع أن يجد له مبررا موضوعيا أو سببا صريحا واضحا، فهو خوف أسبابه لاشعورية مكتوبة.

2- ثم أنه قلق تثيره مثيرات غير كافية، فإن كانت المثيرات كافية بدا الخوف عنيفا مستمرا.

3- وبما أنه خوف غير ذي موضوع معين لذا فهو يبدو في صورة توجس هائم طليق يتأهب لأن يلقي بنفسه على كل شيء يستطيع أن يتخذ علة لوجوده.

والقلق العصابي عرض مشترك في جميع الأمراض النفسية والعقلية، لكنه في عصاب القلق أظهر الأعراض وأكثرها بروزا، فهو أشد عنفا وأطول بقاء وأكثر تعطيلًا للفرد.

(أحمد عزت راجح، 1968، ص 494)

ج- القلق الأخلاقي: يتمثل في الصراع بين الأنا العلي والهو.

(صالح الداھري حسن احمد، 1999، ص 210)

فمصدره الأنا الأعلى يحدث نتيجة صراع داخل الفرد وليس صراع بين الشخص والعالم الخارجي، أي أنه ناتج عن ضمير الشخص وخوفه منه عند قيامه بسلوكيات تخالف عادات وتقاليد أو أعراف المجتمع الذي يعيش فيه، وعادة يظهر القلق الأخلاقي أعقاب حالات الإحباط المرتبطة بالأنا الأعلى لدى الفرد التي تتسجم مع القيم الاجتماعية، إذا يمكن القول

أن مصادر هذا النوع من القلق ترجع إلى نوع التنشئة الاجتماعية لدى الأفراد، ويصعب علاجه عند الكبار وعادة يصاحب هذا القلق الإحساس بالذنب، كما يمكن أن يكون القلق شاملا حيث يتخلل جوانب عديدة من حياة الفرد، أو هائما طليقا *Free Flooting* غير محدد الموضوع ويسمى كذلك بالقلق العام (إيمان فوزي، 1996، ص102)

يصنف القلق حسب سمات الشخصية فنجد:

ميز كاتل وسيلبرجر *Katell & Spielberger* بين نوعين من القلق وهما: حالة القلق (*Anxiety State*) وسمة القلق (*Anxiety Trait*)، ويستند البحث الحالي إلى تعريف سيلبرجر للقلق، حيث قسم القلق إلى نوعين: حالة القلق وتشير إلى خبرة ووقتيية متغيرة ومرحلية متعلقة بشعور الفرد بأنه مضطرب، وسمة القلق: وتشير إلى ميل أو تهيؤ أو سمة ثابتة نسبيا في الشخصية. (دانيا الشبؤون، 2011، ص769)

ويمكن أن يكون القلق محددًا بموضوع خاص أو تأثيره مواقف "امتحان الجنس، مواجهة الناس والموت" أي قلق الامتحان، قلق الجنس، القلق الاجتماعي.

(أحمد محمد عبد الخالق، 1987، ص 32)

جدول رقم (2): يمثل ملخص لتصنيف جمعية الطب العقلي الأمريكية لأنواع القلق في

(DSM-III): الدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض العقلية

الرمز	النوع
300.01	اضطراب الهلع غير المصحوب برهاب الأماكن المتسعة <i>Panic Disorder Without Agoraphobia</i>
300.21	اضطراب الهلع المصحوب برهاب الأماكن المتسعة <i>Panic Disorder With Agoraphobia</i>
300.22	رهاب الأماكن المتسعة بدون تاريخ من الهلع <i>Agoraphobia Without History Of Panic</i>
300.29	الرهاب المحدد (مثل الرهاب من بعض الحشرات، الدم...) <i>Specific Phobia</i>
300.23	الرهاب الإجتماعي <i>Social Phobia</i>
300.3	اضطراب الوسوس والأفعال القهرية <i>Obsessive- Compulsive</i>
300.81	اضطرابات الضغوط بعد الحوادث <i>Posttraumatic Stress Disorder</i>
300.03	اضطراب الضغوط الحادة <i>Acute Stress Disorder</i>
300.02	اضطراب القلق المعمم <i>Generalized Anxiety Disorder</i>
293.89	اضطراب القلق المرتبط بالوضع الصحي <i>Anxiety Due To General Medical Condition</i>
.....	الأدوية المسببة للقلق (القلق المرتبط بتعاطي الأدوية) <i>Substance Induced Anxiety Disorder</i>
300.00	القلق غير المحدد <i>Anxiety Disorder Not Otherwise Specified</i>

(عديلة حسن طاهر تونسي، 2002، ص36)

3- مستويات القلق:

- **المستوى المنخفض:** يحدث حالة التنبيه العام ويزداد تيقظه وترتفع لديه الحساسية للأحداث الخارجية كما تزداد قدرته على مقاومة الخطر ويكون الفرد في حالة تحفز وتأهب لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها ولهذا يكون القلق في هذا المستوى إشارة إنذار لخطر وشيك الوقوع. (فاروق السيد عثمان، 2001، ص28)

- **المستوى المتوسط:** يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة حيث يفقد السلوك مرونته وتلقائيته، ويستولي الجهود بوجه عام على تصرفات الفرد في مواقف الحياة، وتكون استجابته وعادته هي تلك العادات الأولية الأكثر ألفة، وبالتالي يصبح كل شيء جديد مهددا.

(عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص145)

- **المستوى العالي:** يحدث إضمحلال وانهيار للتنظيم السلوكي للفرد ويحدث نكوص إلى أساليب بدائية كان يمارسها الفرد وهو في مرحلة الطفولة، وينخفض التأزر والتكامل انخفاضا كبيرا، وبالتالي لم يعد الفرد قادرا على التمييز الصحيح بين المنبهات الضارة وغير الضارة، وبالتالي يصبح الفرد عاجزا عن الاستجابة المتميزة، ويظهر ذلك في الصورة المكتتبة للمصاب بالقلق العصابي في ذهوله، وتشتت فكره، ووحدته، وسرعة تهيجه، وعشوائية سلوكه وكأن أجهزة الضبط المركزية لديه قد اختلت. (فاروق السيد عثمان، 2001، ص28)

4- أعراض القلق:

- **أعراض نفسية:** وتشمل القلق العام والقلق على الصحة والمستقبل والعصبية والتوتر العام والشعور بعدم الراحة والحساسية النفسية الزائدة وسهولة الاستثارة والهياج وعدم الاستقرار والخوف بصفة عامة، الشك، الارتباك، التردد، الهم، الاكتئاب، التشاؤم، توهم المرض، السلوك العشوائي، سوء التوافق الاجتماعي والمهني.

(حامد عبد السلام زهران، 1997، ص 487)

وكذلك عدم القدرة على التركيز وضعف الانتباه مما ينعكس على العمل والإنتاج، الأحلام المزعجة والكوابيس، قلة النوم نتيجة الأرق. (سيد صبحي، 2003، ص 272)

- **الأعراض الجسمية:** تتكون هذه الأعراض نتيجة زيادة ملحوظة في نشاط الجهاز العصبي الإرادي بنوعيه السمبثاوي والباراسمبثاوي ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنورادرينالين في الدم من تنبيه الجهاز المبتاوي فيرتفع ضغط الدم وتزيد ضربات القلب وتجحظ العينان، ويتحرك السكر في الكبد وتزيد نسبته في الدم مع شحوب في الجلد وزيادة إفراز العرق وجفاف الحلق وارتجاف الأطراف ويصبح التنفس عميقا.

(خليل أبو فرحة، 2000، ص 115)

5- أسباب القلق: "السبب الهام في حدوث القلق هو فقدان الأمن والطمأنينة"

(إبراهيم عصمت مطاوع، 1981، ص 37)

يرجع المحللون النفسانيون سبب حدوث "عصاب القلق" إلى كبت الشخص للسبب الذي أحدث القلق، والعجز عن كبت القلق نفسه مما يدل على عجز الآليات الدفاعية مثل: الكبت والنقل وتكوين رد الفعل والرفض (الإنكار) عن قيامها بمهامها، ويرجع ذلك إلى خبرات مؤلمة وشديدة في الماضي.

وإضافة إلى ذلك ثمة أسباب أخرى أوردتها "حامد زهران" وهي:

- الاستعداد الوراثي في بعض الحالات وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية.

- الاستعداد النفسي (الضعف النفسي العام)، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، التوتر النفسي الشديد، والأزمات

أو المتاعب أو الخسائر المفاجئة والصدمات النفسية والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه ومن الأسباب النفسية كذلك الصراع بين الدوافع والاتجاهات، والإحباط، والفشل اقتصاديا أو زواجيا أو مهنيا، والحلول الخاطئة وكثرة المحرمات الخاطئة.

- مواقف الحياة الضاغطة والضغط الحضارية والثقافية.

مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي.

- التعرض للحوادث والخبرات الحادة (اقتصاديا أو عاطفيا أو تربويا) والخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة والإرهاق الجسمي والتعب والمرض وظروف الحرب.

- عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات.

- ربط "سيجيموند فرويد" بين القلق وبين إعاقة "الليبيدو" من الإشباع الجنسي الطبيعي، ووجود عقدة أوديب أو عقدة إكثرا أو عقدة الخصاء (غير المحلولة) وأرجع "ألفريد أدلر" القلق إلى عقدة النقص ومشاعر النقص عند الفرد سواء مشاعر النقص الجسمي أو المعنوي أو الاجتماعي وإلى تهديد أسلوب حياته، وكذا "أوتورانك" القلق إلى صدمة الميلاد فهي تؤدي إلى باكورة القلق أو القلق الأولي، وأرجعت "كارين هورني" القلق إلى ثلاثة عناصر هي الشعور بالعجز والشعور بالعداوة والشعور بالعزلة.

يرى السلوكيون أن القلق استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة، ثم تعميم الاستجابة بعد ذلك. (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص 485-486)

6- مدى انتشار القلق:

في المملكة المتحدة البريطانية وفقا للمعهد الوطني للصحة العقلية (NIMH) 86% يعانون من اضطرابات القلق.

(<http://www.calmclinic.com/anxiety/anxiety-disorder-statistics>)

- القلق يؤثر على ما يقرب واحد من كل خمسة بالغين في المملكة المتحدة، حيث ذكر مكتب الإحصاءات الوطنية في المملكة المتحدة (ONS) أن هناك دليل على القلق في 19% من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 16 عاما أو أكثر، مع 21% من النساء اللاواتي أبلغن عن الأعراض و 16% من الرجال.

(www.theguardian.com/society/2013/jun/19/anxiety-depression-office-national-statistics)

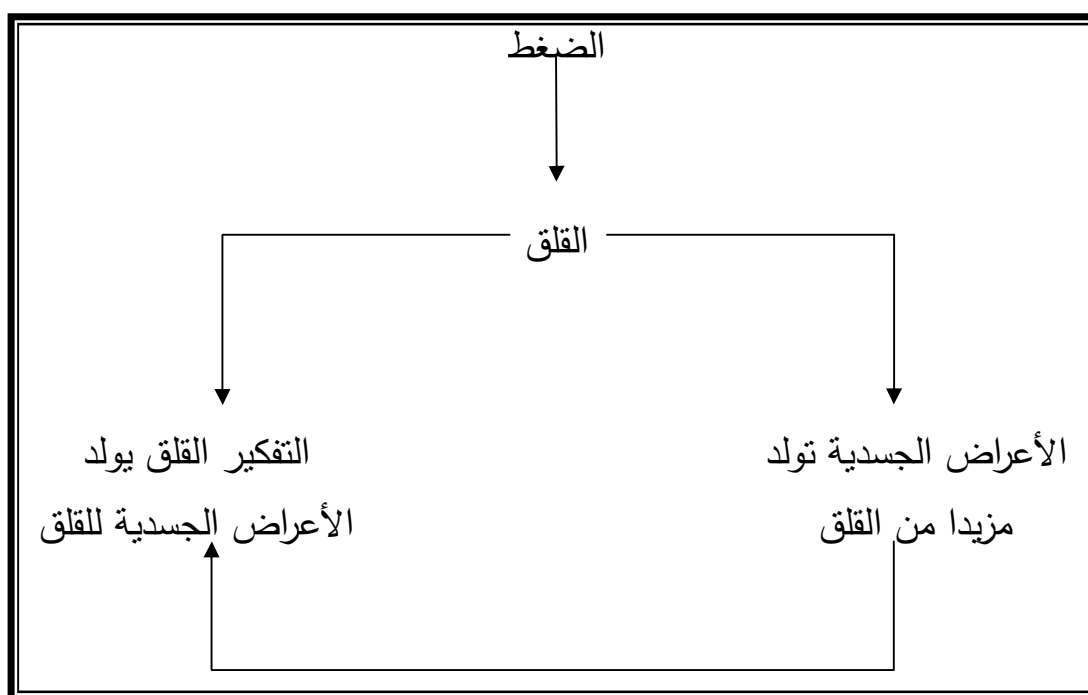
- كل شخص بين أربعة أشخاص يعاني من القلق النفسي خلال فترة حياته.

- 17.7% في أي وقت في السنة يعانون من القلق.

- وتزيد نسبة القلق في المجتمعات البسيطة والفقيرة.

(www.seha.com/mentalhealth/anxiety-stress.htm)

مخطط رقم (1): يمكن أن يتحول القلق إلى حلقة مفرغة.



(كوام مكنزي ترجمة هلا أمان الدين، 2013، ص 10)

7- النظريات المفسرة للقلق:

7-1- النظرية التحليلية:

-تصورات "فرويد" (Freud) عن القلق :

اشتغل فرويد بدراسة ظاهرة القلق، وحاول أن يتعرف على سبب نشأته عند الفرد، وقام بتقسيم القلق إلى نوعين هما:

- **القلق الموضوعي**: إذا أدرك الفرد أن مصدر القلق خارجي فهو يعاني من قلق موضوعي، يعرف على أنه (رد فعل لخطر خارجي معروف)، وقد وضع "فرويد" للقلق الموضوعي عدة مسميات:

- القلق الدافعي.

- القلق الحقيقي.

- القلق السوي.

وبذلك يكون القلق الموضوعي قريب من الخوف، لأن مصدره واضح ومعلوم لدى الفرد، والقلق والخوف هما ردود أفعال لموقف معين، فالخوف استجابة لخطر خارجي معروف، أما القلق توقع صدمة وفي ذات الوقت تكرر للصدمة بشكل مخفف، وعلاقة القلق بالتوقع تعود إلى حالة الخطر، والقلق مع عدم وجود موضوع يعود إلى حالة الصدمة الناتجة عن العجز، وهي الحالة التي يتوقع حدوثها في حالة الخطر.

- **القلق العصابي**: هو خوف غير مفهوم، وسببه غير معروف لدى الشخص، وهو رد فعل لخطر غريزي داخلي، وبذلك فإن القلق العصابي موجود داخل الشخص فيما يسمى بالهو (*le ça*)، حيث يخاف الفرد من أن تسيطر عليه نزعة غريزية لا يستطيع التحكم فيها

والتي قد تجره إلى القيام بعمل يعود عليه بالضرر، ويصنف القلق العصابي إلى 3 أنواع هي:

أ- **القلق الهائم الطليق**: هو قلق يرتبط بفكرة مناسبة أو أي مصدر خارجي والشخص المصاب بهذا النوع عادة ما يتوقع النتائج السيئة، ويعتبر أن كل ما يحدث له هو نذير سوء.

ب- **قلق المخاوف المرضية**: هي مخاوف غير معقولة لا يجد لها المريض معنى، ويرتبط هذا القلق بأشياء خارجية معينة وبشكل غير معقول، وهذا النوع من القلق غير شائع بين كافة الناس.

ج- **قلق الهستيريا**: يعتبر غير واضح في جميع الأحيان وأعراض الهستيريا مثل الارتعاش والإغماء والتنفس تأتي لتحل محل القلق، الذي يختفي أو يصبح غير ظاهر مرئي، فأعراض القلق الهستيريا قد تكون إذن نفسية أو بدنية أو هما معا.

(سكسوخ حسان، 2007، ص131-132)

- **تفسير القلق عند "أتورانك"**: يفسر "أتورانك" القلق على أساس الصدمة الأولى التي تثير لديه القلق الأولي، فالفطام يستثير لدى الطفل القلق لأنه يتضمن الانفصال عن الأم، وكذلك الزواج يثير القلق لأنه يتضمن الانفصال عن الأم، فالقلق في رأي "أتورانك" إلى أن القلق الأولي يتخذ صورتين تستمران مع الفرد في جميع مراحل حياته هما:

خوف الحياة، وخوف الموت، إن خوف الحياة هو قلق من التقدم والاستقبال الفردي الذي يهدد الفرد بالانفصال عن علاقاته وأوضاعه، أما خوف الموت فهو قلق من التوتر وفقدان الفردية وضياع الفرد في المجموع أو خوفه من أن يفقد استقلاله الفردي إلى حالة الاعتماد على الغير. (فاروق السيد عثمان، 2001، ص21)

- تفسير القلق عند "كارن هورني" (Caren horney):

ينشأ القلق العصابي أو المرضي (أو القلق الأساسي) نتيجة الصراع بين رغبة الطفل في احترام الوالدين لاعتماده عليهم ولأنهم مصدر الحنان والعطف، ورغبته في التمرد عليهما (نتيجة لما يصيبه منهم من مقاومات وإحباطات)، ويعجز الطفل عن حل هذا الصراع فيكبت العدوان في نفسه ولا يوجهه إلى مصدر الخطر (علاقته المتصارعة بوالديه)، ثم تصبح هذه العادة استجابة يقابل بها كل خطر يواجهه، فيكون خنوعا ميالا إلى الانصياع، مسالم في المواقف التي ينبغي له فيها أن يكون غير ذلك لأن العداة في نظره قد يترتب عليه الحرمان من عطف الشخص الذي اعتدى عليه والذي كان في بداية الأمر (والديه) ومن هنا يشعر بالقلق من فقدان العطف والحنان.

(مجدي عبد الله أحمد محمد، 2000، ص151)

- تفسير القلق عند "أدلر" (Adler): يرى أن القلق النفسي ترجع نشأته إلى طفولة

الإنسان الأولى كأن يشعر الفرد بالقصور الذي ينتج عنه عدم الشعور بالأمن.

وقد حدد "أدلر" مفهوم القصور في بادئ الأمر بأنه القصور العضوي ثم ذهب بعد ذلك فعمم هذا القصور حتى شمل القصور بمعناه المعنوي أو الاجتماعي.

والمقصود بنظرية القصور العضوي في نظر "أدلر" أن الفرد يتمثل هذا القصور في أحد أعضاء جسمه، إما نتيجة لعدم استكمال نموه وتوقفه، أو لعدم كفايته التشريحية أو الوظيفية أو سبب عجزه عن العمل بعد المواد، وقد لاحظ "أدلر" - وكان طبييا- أن أعضاء البدن الأساسية للحياة تزيد في النمو وتجيد أداء وظيفتها إذا أصيب جزء منها أو جانب من الأعضاء الأخرى التي تتصل بها بما يعوق عمله.

ولقد استدل "أدلر" من التغير الذي يحدث في وظائف الأعضاء القاصرة في الجسم على وجود علاقة بين الشعور بهذا القصور والنمو النفسي، فاعتقد أن وجود أحد الأعضاء القاصرة يؤثر دائما على حياة الشخص النفسية، لأنه ناقص في نظر نفسه، فيزيد شعوره بعدم الأمن ومن ثم ينشأ القلق النفسي، وبضيف "أدلر" إلى ذلك أن نوع التربية التي يلقاها الطفل في أسرته أيام طفولته لها أثر كبير في نشأة القلق النفسي عنده ومحاولته التعويض عنه. (مصطفى فهمي، 1995، ص 203-204)

- **تفسير القلق عند سوليفان (Sullivan):** يرى أن شخصية الطفل تتكون من خلال التفاعل الدينامي مع البيئة المحيطة به، فتربية الطفل تعمل على إكسابه العادات السلوكية التي يجذبها ويقبلها الوالدان والتي تؤدي إلى شعور الطفل بالرضا والطمأنينة، واعتبر "سوليفان" القلق حالة مؤلمة تنتج عن عدم القبول في العلاقات مع الآخرين، ويرى بأن القلق إذا وجد عند الأم فإنه ينعكس على الوليد بسبب الارتباط العاطفي الذي يجمعهما، يرى "سوليفان" أن الإنسان يسعى إلى خفض حدة التوتر الذي يتهدده ويقول بأن للتوترات مصدرين هما الحاجات العضوية ومشاعر القلق ويضيف بأن القلق هو أحد المحركات الأولية في حياة الفرد ويمكن القول أن القلق البسيط قد يغير الإنسان ويجنبه الخطر في حين أن القلق الشامل الكلي يحدث اضطرابا في الشخصية، حيث يصبح الشخص غير قادر على التفكير السليم والعمل بعقلانية، ووضع "سوليفان" مصطلحا سماه نظام الذات، وقال أنه يتكون نتيجة القلق الذي يسببه عدم رضا الآباء أو الطمأنينة التي يسببها قبول الآباء ورضاهم.

(سرخسوخ حسان، 2007، ص 133)

- **تفسير القلق "إيريك فروم" (Erick From):** القلق من خلال اعتماد الطفل على والديه من جهة، والنزوع إلى الاستقلال من جهة أخرى، فالطفل يقضي فترة غير قصيرة في

اعتماده على أمه لتلبية حاجاته، وهذا يؤدي للارتباط بها، ومع التدرج في النمو يميل الطفل نحو الاستقلالية.

فالاعتماد على الأم كان يوفر له الأمن، أما الاتجاه نحو الاستقلالية فقد يولد لديه الشعور بالعجز وبالتالي يتولد لديه القلق، وبهذا فإن أصل القلق الأول هو وليد من شعوره بعجزه أمام العالم الخارجي حيث ينزع إلى الاستقلال. (عايد محمد عثمان، 2006، ص3)

- النظرية السلوكية:

قامت النظرية السلوكية على تحليل السلوك إلى وحدات من المثير والاستجابة، والقلق في التصور السلوكي يمدنا بأساس دافعي للتوافق، مادام أننا نختبره كخبرة غير سارة وأي خفض للقلق ينظر إليه كهدف له أهميته، كما ينظر إلى القلق أيضا باعتباره يمدنا بأدلة تستثير ميكانيزمات متعددة للتوافق، فالتعلم الشرطي الكلاسيكي عند بافلوف يمدنا بتصوير عن اكتساب القلق من خلال العصاب التجريبي ويرى سيد غنيم (1973) أن العصاب التجريبي يتميز بالصفات التالية:

أ- إن السلوك هو نتيجة ضغط وتوتر وصراع، ففي جميع التجارب التي من هذا القبيل فإنه ليس ثمة شك أن صراعا ما قد ظهر بوضوح بين نزعات الفعل المعززة، ونزعات الفعل غير المعززة.

ب- إن السلوك العصابي يتميز بالقلق وهذا يتضمن العقاب من أي نوع كان.

ج- إن السلوك العصابي يتسم بمجموعة من الأعراض التي تعتبر غير عادية في نظر المعايير الاجتماعية.

ويرى السلوكيون (بافلوف، واطسون) أن القلق يقوم بدور مزدوج فهو من ناحية يمثل حافز، ومن ناحية أخرى بعد مصدر تعزيز، وذلك عن طريق خفض القلق، وبالتالي فإن العقاب

يؤدي إلى كف السلوك غير المرغوب في وبالتالي يتولد القلق الذي يعد صفة تعزيزية سلبية تؤدي إلى تعديل السلوك، ولعل أهم ما أكده السلوكيون أن القلق هو استجابة شرطية مؤلمة تحدد مصدر القلق عند الفرد. (فاروق السيد عثمان، 2001، ص24)

- تصورات "دولارد" و "ميلر" عن القلق: تناولا موضوع القلق في نظريتهما "الشخصية والعلاج النفسي" وبمفاهيم مختلفة، حيث استعملا مفهوم الدافع، وأشار إلى دور القلق في خفض دافع التعلم، فالقلق يعتبر دافعا، حتى إذا ارتفع عن مستوى معين كان له أثر سلبي على الأداء، والقلق حالة مؤلمة يسعى الفرد إلى تجاوزها أو تحاشيها، ويعتبر دافعا مكتسبا أو قابلا للاكتساب، ويحدث القلق نتيجة للصراع الذي يأخذ أشكالا مختلفة، مثل الصراع إقدام - إحجام أو إقدام - إقدام أو إحجام - إحجام، وهو ما يؤدي إلى حالة عدم التوازن.

(سرخسوخ حسان، 2007، ص134)

- نظرية المدرسة السلوكية الجديدة:

يرى أصحاب هذه المدرسة ومن بينهم "شافر" و "ودروكس" أن القلق المرضي استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة، ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك، وقد ذكروا أمثلة للمواقف العادية التي يمكن تؤدي إلى القلق، ومنها:

- مواقف ليس فيها خوف وتهديد ولا يصاحبها تكيف ناجح، ويترتب على ذلك مثيرات انفعالية من أهمها عدم الارتياح الانفعالي وما يصاحبه من توتر وعدم استقرار.

(مصطفى فهمي، 1995، ص204)

- إشراف الوالدين في حماية الأطفال، فتكون النتيجة شعور الأطفال بالخطر عندما يتعرضون للمواقف الخارجية البعيدة عن مجال الأسرة.

- الضعف العام في الجهاز العصبي، والخلل في التركيب العضوي مثل اختلال الأوعية الدموية.

- رأي "بودلسكي" (Bodolsky)، ويرى أن أساس القلق هو إدراك الفرد بأن حياته محدودة ولا بد أن تنتهي بالموت مما يهدد خطته المستقبلية.

(مجدي أحمد محمد عبد الله، 2000، ص152)

- **النظرية المعرفية:** يرى أصحاب هذا الاتجاه أن القلق مجموعة من الخبرات التي مر بها الطفل، والتي أشعرته بعجز بسبب اختلال توازنه، مما يترتب عليه نقص في تراكيبه المعرفية الممثلة للخبرات التي من شأنها التقليل من هذا الشعور مما يشعر الطفل بأنه دائما في حالات نمائية لا تسمح له بتطوير أبنيته المرتبطة بالخبرات المهمة له مثل الخبرات المدرسية، ويمكن أن تستمر معه هذه الحالة في كل موقف يشعر فيه بنقص في المعرفة، وهذا في حالة أن تكون خبرة العجز لديه هي التي تشعره بأنه ليس لديه المقدرة والمعرفة لإدراك الحقائق التي يواجهها.

وهذا يعني أن القلق حالة تحدث عندما يشعر الفرد بأن هناك خطرا ما يتهدهده، وعادة يرتبط القلق بتوتر انفعالي يصاحبه اضطرابات فسيولوجية مختلفة سواء أكان مصدره مواقف إختبارية أو مواجهة مشكلات حياتية أو خبرات غير مألوفة، أو كان مصدره غامضا غير معلوم للشخص المصاب بالقلق.

كما يرون أن القلق ينتج عن تقييم الفرد لموقف مهدد يتضمن هذا التقييم عناصر رمزية متوقعة، وهو رمزي لأنه يثار بواسطة الأفكار والقيم والأنظمة المعرفية بدل الأحداث المحسوسة والمباشرة، أي أن أصل القلق هو الأفكار اللامنطقية الموجودة عند الإنسان ونظرته تجاه الأشياء والحوادث.

(عايد محمد عثمان، 2006، ص3)

- النظرية البيولوجية التفسير الحيوي للقلق:

يؤكد على دور الجهاز العصبي المركزي، فقد يكون القلق ردة الفعل غير المتعلمة والتي تنشط من خلال اختلال الوظيفة البيوكيميائية للدماغ كما في حالة اضطراب الهلع، في حين أن الصور الأخرى للقلق تكون متعلمة، وهناك بعض الدراسات التي وردت في أولتماس وتوماس (Oltmanns et thomas 1998) التي تشير إلى أثر العامل الوراثي للاضطراب كما في اضطراب الفزع والرهاب، أما تأثيرات البيئة المحيطة فتبدو أعظم في حالات المخاوف المرضية المحددة. (جاسم محمد عبد الله، 2008، ص38)

- **النظرية الوجودية:** بدأ الحديث عن القلق مع بداية ظهور الفلسفة الوجودية يقول "كير كيجارد" أحد مؤسسي هذه الفلسفة "إن الاختيار يجر إلى المخاطرة والمخاطرة بطبعها تؤدي إلى القلق، قلق الإمكانات عامة وقلق من الوجه الذي اختاره الإنسان فهذا قلق من هذا وهذا قلق على هذا"، وهذا شبيه بالدوار الذي يصيب المرء حينما ينظر في هاوية ويرى "مي" (May) أن "القلق جزء من وجود الإنسان والقلق ليس خوفاً من شيء موضوعي بل يعبر عن شعور غامض وخوف عام من مهددات الوجود ويرى أن درجة القلق يمكن أن تتدرج من الدرجات المقبولة إلى الشديدة المعوقة للنمو وقد يدفع بالفرد لكتبها".

(مصطفى نوري القمش، 2007، ص28)

- **النظرية الإنسانية:** يرى أصحاب المذهب الإنساني أن القلق هو الخوف من المستقبل من أحداث قد تهدد وجود الإنسان أو تهدد إنسانيته فالقلق ينشأ مما يتوقع الإنسان من أنه قد يحدث وليس ناتجا عن ماضي الفرد.

وبين أصحاب هذا المذهب أن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية وإن الموت قد يحدث في أي لحظة وإن توقع الإنسان للموت هو مثير أساسي للقلق، فالقلق

حالة انفعالية نشعر بها ونعيشها وهي حالة مزعجة كما أنها تكون مصحوبة بتغيرات فسيولوجية جسدية تجعل الفرد يشعر بالتوتر والإرهاك.

(حنان عبد الحميد العناني، 2000، ص119)

- تشخيص القلق:

تتضمن عملية تشخيص حالة القلق خطوات متسلسلة يمكن إجمالها بما يلي:

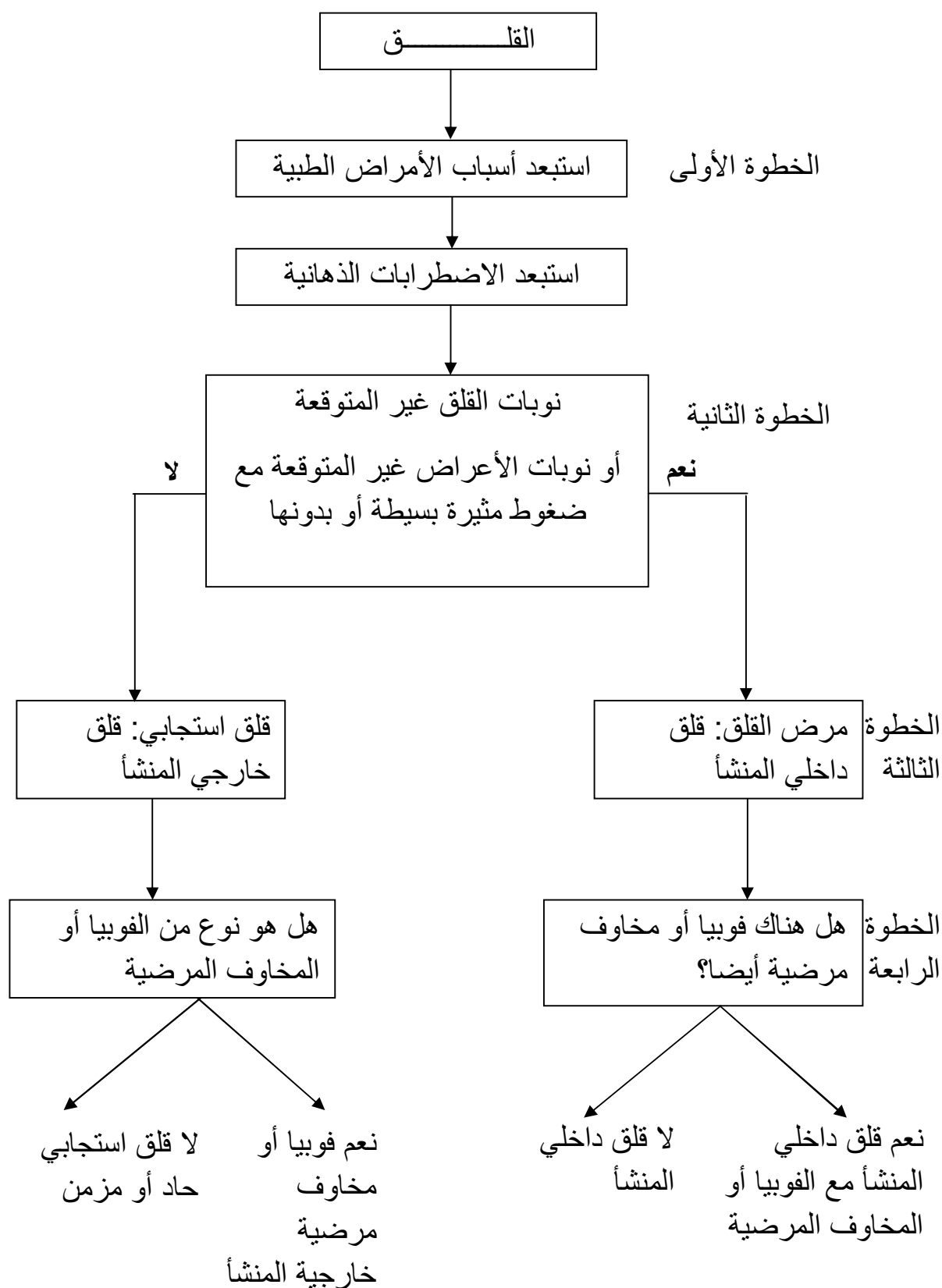
- فحص طبي شامل، والغرض من هذا استبعاد أي أمراض طبية أو مشاكل جسدية تسبب هذه الأعراض، إنه كثيرا ما يفترض المرضى أن المشكلة سيكوسوماتية أو عصبية في الأصل ليكتشفوا فيما بعد فقط أنها الأعراض الأولى لمرض طبي، ثم أن كثيرا من الأمراض الشائعة الغريبة ومن أمثلتها التسمم الدرقي، وأورام الغدد فوق الكلوية والصرع وبعض الأمراض المعدية كمرض البروسيلا والاضطراب العصبية كالتصلب المنتشر قد تسبب أعراضا مثل أعراض القلق.

- استبعاد الحالات النفسية المرضية الأخرى التي قد تظهر بصورة مشابهة مثل الاضطرابات الذهانية لمرض الفصام، ومرض الهوس الاكتئابي.

- تأكيد الأعراض من خلال المعايير المستخدمة في المقاييس وقوائم الشطب.

- تشخيص حالات الفوبيا إن وجدت. (مصطفى نوري القمش، 2007، ص268)

المخطط رقم(2): شجرة التشخيص في حالات القلق



(دافيد شيهان ترجمه عزت سعلان، 1988، ص137)

عندما نتحدث عن علاج القلق لا نقصد به أننا سنجد وصفة دواء جاهزة وفعالة تصف العلاج ببساطة وينتهي الأمر فالمسألة أكبر من ذلك بكثير حيث أننا سنحاول الاقتراب والبحث عن مخرج وعلاج يحل مشكلة القلق.

ومشكلة القلق لا تأتي فقط من ذلك الانتشار الواسع للقلق في عالم اليوم الذي أصبح يسمى عصر القلق ولكن يأتي من صعوبة التعامل مع القلق من كونه ليس مجرد حالة اضطراب نفسي مرضي معتادة بل هو أشبه بالظاهرة في انتشاره.

لذا نجد اختلاف وتعدد الطرق العلاجية من بينها ما يلي:

- **العلاج الطبي:** للأعراض الجسمية المصاحبة وطمأنة المريض أنه لا يوجد لديه مرض جسدي، واستخدام المسكنات (مثل الباريتورات "أميثال *Amytal*") واستخدام المهدئات (مثل ستيلازين *Stelazine*) والعقاقير المضادة للقلق (مثل ليبريوم *Librium*) وهنا يجب تعريف المريض أن هذه مسكنات ومهدئات حتى لا يعتقد أن مرضه عضوي المنشأ، ويجب الحرص في استخدام العقاقير المهدئة خشية حدوث الإدماج، ويرجع البعض أنه في حالة القلق يزيد الأثر النفسي أكثر من المفعول الكيميائي للعقار وقد وجد أن العلاج النفسي المختصر مع استخدام العقاقير النفسية الوهمية "*Placebo*" كان فعالاً قدر فعالية استخدام العلاج النفسي المختصر مع استخدام العقاقير، كذلك يستخدم علاج التنبيه الكهربائي في بعض الأحيان.

(حامد عبد السلام زهران، 1997، ص 489)

- **العلاج النفسي:** ويستخدم أكثر العلاج النفسي المباشر الذي يعتمد على التفسير والتشجيع والإيحاء والتوجيه والاستماع إلى صراعات المريض ومحاولة حلها وقد لا يستخدم العلاج النفسي لأنه يحتاج إلى الوقت والجهد والمال، ويقتصر استخدامه على الحالات الشديدة المزمنة التي تتطلب في علاجها التضحية بالوقت والجهد والمال.

(مجدي أحمد محمد عبد الله، 2000، ص 155)

- **العلاج السلوكي:** يتضمن طرائق عديدة من العلاج منها ما يلي:

- **إزالة الحساسية بطريقة منظمة :** إن إزالة الحساسية المنظمة تركز على المواجهة التدريجية التي يصحبها الاسترخاء العميق للعضلات و تكون المواجهة أولا في الخيال ثم في الواقع فيها بعد أي أنها علمية منطقية لطيفة و منظمة و لكنها بطيئة و تتطلب خبيراً مدرباً على استخدامها.

- **العلاج بالتعريض أو المواجهة:** أصبح شعار العلاج بالتعريض أو المواجهة التصرف الحقيقي المباشر الشديد والطويل المتكرر الذي لا مهرب منه ويتضمن هذا الأسلوب ثلاثة خطوات هامة هي:

- **الاستماع:** مرض القلق موضوع يمكن بحثه ولكن لكل مصاب به فرديته ونوعه الخاص من المرض.

- **توضيح المشكلة:** في غضون الاستماع للمريض تظهر المشكلات التي تواجهه بصورة أوضح وهناك أحيانا ضغوط تؤدي إلى تنشيط الاستعداد البيولوجي للمريض.

- **تأييد التغيرات:** وبعد أن يتم اتضاح المشكلات تصبح الحلول أكثر جلاء ووضوحا ويستدعي أفضل الحلول ولما كان كل فرد هو أحسن من يعرف ظروفه الفريدة والضغوط التي يتعرض لها، نجده في آخر الأمر الوحيد الذي يستطيع اختبار أفضل الحلول.

- **المحو أو الإطفاء:** ويشتمل المحو على تقليل السلوك تدريجيا من خلال إيقاف التعزيز الذي كان يحافظ على استمرارية حدوثه في الماضي، والإطفاء واضحا وبسيطا نظريا إلا أن

تطبيقه صعب للغاية فهو لا يقلل الأعراض السلوكية إلا إذا تم تحديد جميع المعززات ذات العلاقة وليس من السهل تحقيقه. (مصطفى نوري القمش، 2007، ص27)

- **العلاج البيئي والاجتماعي:** ويعتمد على إبعاد المريض عن مكان الصراع النفسي أو الصدمة الانفعالية التي سببت القلق، وأحياناً يتطلب الأمر تغيير الوضع الاجتماعي سواء العائلي أو في العمل. (مجدي أحمد محمد عبد الله، 2000، ص155)

- **العلاج الجماعي:** العلاجات الجماعية مفيدة لبعض مشاكل القلق تتم إدارة المجموعات بواسطة أشخاص على قدر عالٍ من الاحتراف، لكن بعض المنظمات التطوعية، وعادة ما تكون الأعداد محدودة لديهم غالباً ما تكون أقل من 12 شخصاً، فيمكنك الالتحاق ببعض تلك المجموعات بنفسك، لكن بعضها الآخر يتطلب أن يكون طبيبك العام قد أرشدك إليها، وتلتقي هذه المجموعات بصورة دورية، وغالباً ما يكون اللقاء أسبوعياً، لمدة تتراوح ما بين ساعة وساعتين على مدى ثلاثة إلى أربعة أشهر.

(كوام مكنزي، ترجمة هلا أمان الدين، 2013، ص77)

-**العلاج بالكهرباء:** لا يستخدم إلا في حالات القلق التي يصاحبها أعراض اكتئابية شديدة، ويعتمد على تعريض المريض لصدمة كهربائية معينة تعيد تنظيم المواد الكيميائية والهرمونات العصبية التي تصل قشرة المخ والهيپوثلاموس.

- **العلاج بالجراحة:** يستخدم في الحالات التي لا تشفى بالوسائل العلاجية السابقة ويعتمد على قطع الألياف الخاصة بالانفعال الشديد تلك الموصلة بين الفص الجبهي بالمخ والثلاموس.

- العلاج الإنتقائي: أطلقت هذه التسمية على الطريقة التي تستخدم أكثر من نوع علاجي في الجلسة الواحدة، فبعض المعالجين متمرسون في عدد من العلاجات، ويستخدمون العديد من النظريات عندما يتعاملون مع المريض.

(كوام مكنزي، ترجمة هلا أمان الدين، 2013، ص85)

خلاصة الفصل:

للقلق في علم النفس الحديث مكانة بارزة فهو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية، والعرض المشترك في الاضطرابات النفسية بل وفي الأمراض العضوية أحيانا. فهو لب المتاعب النفسية ذلك لكونه مفهوم شديد التركيب تتدخل في تكوينه عدة عوامل وله أهمية كبيرة في نشوء الأمراض العصبية، فدراسة القلق من أهم الدراسات الرئيسية في مشكلة الأمراض العصبية ومن طبيعة النفس البشرية أنها تحاول السيطرة على هذا القلق والتخلص منه سواء بالوقاية أو بالعلاج حتى تضمن لنفسها التكيف والتوافق اللازم والذي يؤدي إلى السعادة والراحة.

فالناس يتفاوتون في استعدادهم للقلق فالأفراد الذين تكون ثقتهم بأنفسهم قوية يكون تأثرهم واستجاباتهم أقل من أولئك الذين ثقتهم بأنفسهم ضعيفة.

بناء على ما سبق ذكره يمكن القول أن التعرف على ماهية القلق وأعراضه وأنواعه والأسباب المؤدية لحدوثه التي تظهر عند الشخص القلق قد يساهم في التشخيص المبكر لهذا الاضطراب وعلاجهم ورعايتهم منذ بداية الاضطراب.

الفصل الثاني: الالكتاب الالاسي

تمهيد

- 1- تعريف الالكتاب الالاسي.
 - 2- نظرة تاريخية للالكتاب الالاسي.
 - 3- تعريف الالكتاب الكلاسيكي.
 - 4- الالجدول الالكلينيكي للالكتاب الالاسي.
 - 5- الالالفسير الالنشوي للالكتاب الالاسي.
 - 6- الالاعراض الالاساسية للالكتاب الالاسي.
 - 7- الالالياة الالجنسية و الالكتاب الالاسي.
- الالالاصة الالالفصل.



تمهيد:

نرى في عالمنا اليوم الكثير من الأشخاص من مختلف الأعمار يشكون من تغيرات في الحالة المزاجية، و كثيرا ما يرددون بعض العبارات فيقولون أنا حزين، أنا تعب، كرهت من الحياة، و قد نجدهم أحيانا يصرحون بأنهم مكتئبين و قد يعبرون عليها بمختلف اللغات، و حتى بلغة الجسد، فتظهر عليهم مجموعة من المظاهر الجسدية من شحوب، اصفرار الوجه، و البكاء المستمر.

لكن يوجد البعض من الأشخاص لا يستطيعوا أن يعبروا عن حالتهم المزاجية الاكتئابية، أو أنهم لا يدركون مطلقا هذه الحالة، فقد يعيشون حياة عادية تتميز بظهور أعراض جسدية واستثمار كبير للواقع و الحياة اليومية، هؤلاء الأشخاص يعيشون نوع من الاكتئاب يقال عنه مقنع حيث لا يظهر لديهم أعراض الاكتئاب العصابي أو الذهاني أو غيره من أنواع الاكتئاب الأخرى و الذي هو موضوع بحثنا، و هو الاكتئاب الأساسي الذي يتحدث عنه فقط في التيار السيكوسوماتي، حيث نحاول في هذا الفصل التعرف عليه من خلال العديد من المفاهيم التي تدل عليه و تفسره، و إبراز الجوانب النفسية التي ساهمت في نشوئه و إحداث المرض السيكوسوماتي.

تعريف الاكتئاب الأساسي:

يعرف "بيار مارتي" Marty Pierre الاكتئاب الأساسي: هو تمهيد للأوصاف المستقبلية لهذه الأعراض التي ظهرت في الاستقصاء السيكوسوماتي (1963) : "فهو اكتئاب دون موضوع، خال من الشكوى، الشعور بالذنب، حيث الشعور بانخفاض القيمة الشخصية و الإصابة النرجسية تتجه نحو المجال الجسدي".

قال "بيار مارتي" (Marty P) في (1966) المصطلح "الاكتئاب الأساسي" الذي تمت ترفيقته إلى: (الاكتئاب السيكوسوماتي الذي سميته عدة مرات اكتئاب دون موضوع يكون من الأفضل أن أسميه اكتئاب أساسي لأنه يشكل جوهر الاكتئاب بمعنى انخفاض مستوى الحيوية الليبيدية بدون مقابل اقتصادي إيجابي).

(Pierre M, 1990,p29).

أما "جون غورو" (Gorot J) فيرى أن "الاكتئاب الأساسي يظهر كغياب للبيدو النرجسي و الموضوع الخارجي، مع إلقاء للحياة الحلمية و الهوامية، و فقر في الموقعية خاصة على أساس ما قبل الشعور، و اللاشعور يكون في انحراف، و ما قبل الشعور يفسل في عمله من خلال التمثيلات و يحل محله الآن و الحالي واستثمار الحياة اليومية، أما على أساس اقتصادي و الموقعية، يكون مستودع الطاقة غير فارغ مع أنه مغلق، لا يكون تحرر نزوي، و الأنا يعاني من إفلاس جذري في الدفاعات، مع عدم التنظيم في تصريف الطاقة".

(Gorot J, 2001, p112)

فهو اكتئاب لا يرى و الذي لا تظهر فيه خصائص أعراض إكتنابات أخرى. حيث لا يمكن تقييمها إلا في أسلوب العلاقة مع الفاحص. أحيانا فقط يمكن أن تنشأ نوبات القلق منتشرة، مما يدل على عدم الاستقرار المؤقت لهذا الاكتئاب.

و الاكتئاب الأساسي يعني وضعية أزمة للاقتصاد السيكوسوماتي، لحظة خطيرة لخطر انحسار اضطراب تصاعدي. و هو أزمة من دون ضجيج، تمهيدا للحياة العملية. هو يحتوي على خطر انفجار مرض جسدي، و ربما من قبل اكتئاب حصين.

(www.jacquesboulanger.com/jacques.BOULANGER/Ecrits-files/depression-essentielle-word.PDF).

إن غياب القلق و الحماس، الشعور بالذنب، و التفكير في الانتحار، و هبوط ضغط غرائز الحياة غالبا ما يبدأ مرض جسدي. كما أن الاكتئاب الأساسي يفتح الباب أمام المسار البطيء للجسدية و التي بدأت تدمير الأنسجة. و غالبا ما تشارك في الجهاز المناعي. و كثيرا ما ترتبط هذه العملية مع اضطراب اقتصادي ناجم عن فقدان الموضوع.

فقدان الموضوع يحفز خرق في الاستثمارات، إذا لأسباب نفسية و الحداد مستحيل، تبدأ فترة خطيرة بالنسبة للاقتصاد السيكوسوماتي حيث انهيار الوظيفة العقلية و الجهاز المناعي يبدو مشلولا دون رد فعل حيث تكون استجابة غير متناسقة، كأن تكون ذاكرته كانت مضطربة و كانت تعاني اللادائية.

يمكن تصور نوعين من ضعف الذاكرة:

- 1- ضعف حاد مع قلق حالي و جسدي، مما يدل على فشل تكامل من الجهاز العصبي المركزي و سوء تنظيم مؤقت للذاكرة البيولوجية.
- 2- ضعف مزمن: و الذي يظهر من خلال الاكتئاب الأساسي و الفشل المستمر لتكامل الجهاز العصبي المركزي.

(Payot, 1986, p108.)

و على هذا الأساس يمكن تحديد تعريف للاكتئاب الأساسي كالتالي: هو نشاط عقلي يتميز به الأشخاص السيكوسوماتيين، يظهر من خلال غياب الأعراض الإيجابية للاكتئاب، فهو يتميز بظهور القلق المنتشر و الحياة العملية التي تتميز بالتفكير العملي، مع غياب و محدودية للوظيفة الهوامية، إضافة إلى حياة حلمية فقيرة أو خاصة.

2- نظرة تاريخية للاكتئاب الأساسي:

قام "بيار ماتي" (Marty P) بوضع المصطلح سنة (1966) بصورة معلنة، بمعنى أنه كان تحت الدراسة، لكن محتفظ به لنفسه، و هذا لعدم تمكنه من تقييم النتائج الكلية على مرضاه. و لكن في ملتقى سنة 1966 أعلن عنه و بين أعراضه، قد استعمل هذا المصطلح سنة 1962 في كتابه المعنون بالاستقصاء السيكوسوماتي l'investigation psychosomatique حيث كان يسمى اكتئاب دون موضوع la dépression sans objet.

فقد أعطى "بيار ماتي" (Marty P) و هذا في كتاب Smadja (2001) شبكة قراءة للاقتصاد السيكوسوماتي يتمحور حول مفهوم التعقيل الذي يعتبر جد هام في تفسير مفهوم الاكتئاب الأساسي و هذا بغيابه أو وجود خلل فيه، يحل محله الاكتئاب الأساسي. فرق "بيار ماتي" (Marty P) بين نوعين من الاكتئاب، الأول هو "اكتئاب بأعراض معبر عنها ملاحظة أما الثاني بدون أعراض واضحة و الذي يسمى اكتئاب بدون تعبير la dépression sans expression. أما الأول فسماه اكتئاب بتعبير.

"la dépression avec expression"

• اكتئاب بأعراض معبر عنها:

يتعلق الأمر هنا باكتئاب ذو أعراض عقلية إيجابية، فهو مرتبط بالاكتئاب العصابي و حالات "الميلاخوليا" في علم النفس المرضي الكلاسيكي، الذي يمت بالصلة لأعمال "فرويد".

و حسب "بيار مارتى" (Marty P) يكون التعقيل في هذا النوع جيد الحضور، الأكيد للخصاء ذو الطابع العصابي، و وجود هذيانات و تهمة الذات في حالات الميلاخوليا، حيث يكون الدفاع النفسي مظهر من مظاهر الاكتئاب، و إن التعبير العرضي سواء العصابي أو الذهاني يرجع ما أسماه "بيار مارتى" (Marty P) " بـ contrepartie économique positif أو سجل الاقتصاد الايجابي".

• اكتئاب بدون أعراض معبر عنها:

هو اكتئاب عكس الأول، دون أعراض واضحة، مظهره الإكلينيكية تكون دائما صعبة التحديد و هو الذي سماه "بيار مارتى" (Marty P) فيما بعد الاكتئاب الأساسي.

إن كل من الاكتئاب الارتكاسي la dépression réactionnelle أو الاكتئاب المقنع، أو الاكتئاب الكامن la dépression latente . أو الاكتئاب الأبيض la dépression blanche أو الاكتئاب الفارغ la dépression vide . أو الاكتئاب الحصري الجسدي .

dépression anxio-somatique يدل على الاكتئاب الأساسي الموصوف من طرف "بيار مارتى" (Marty P) فنجد الكثير من الباحثين قد تطرقوا لهذا النوع الخاص من الاكتئاب، رغم ظهوره في الستينات و لكن ما زال يحتل صدارة البحث و هذا راجع لخصوصيته فهو مرجع إكلينيكي هام.

حاليا نجد من يعرفه باسم الاكتئاب الطبائعي la dépression caractérielle أو ما يسمى أيضا اكتئاب بدائي la dépression a priori الذي تحدث عنه "سامي علي" (Sami Ali) (1990) "الذي يعادل تماما الاكتئاب الأساسي الذي يدل على نمط من النشاط العقلي و الذي يحدث ما سماه بمرضية التكيف la pathologie d'adaptation التي تدل على نشاط سلبي في التفكير.

إذا حاولنا أن نشرح معنى مرضية التكيف، بمعنى أن الاكتئاب الأساسي يظهر على شكل التكيف الزائد مع الواقع و ظروفه، بمعنى تجنب الصراع للتكيف مع الوضعيات الصراعية، و كبت الوظيفة الخيالية و حل محلها الحياة العملية من أجل التكيف و يقصد "سامي علي" (Sami Ali) بباتولوجيا التكيف ظهور العرض الجسدي من أجل تمرير الطاقة و تسريبها في غياب النشاط العقلي الفعال، الذي يدل على التكيف النفسي و الهروب من النفس ليحل محلها الجسد.

فوجد الكثير من الباحثين تطرقوا للاكتئاب الأساسي فرغم تعدد أسمائه، المعنى واحد و التفكير واحد الذي يحصر في وجود قلق عائم منتشر و حياة عملية ترتكز على الآن و الحاضر، في غياب الهوام و خصوصية الأحلام أو ما سماه كبت الوظيفة الخيالية و تنقيته العرض، حيث يصبح جد تافه و عامي أي مجرد من أساسه العاطفي والحقيقي.

و لكن نتعرف أكثر على الاكتئاب الأساسي و نقوم بتحديدته و تشخيصه لا بد من التعرف على الاكتئاب الكلاسيكي و أعراضه الإيجابية و لهذا سنتطرق لتعريفه و تحديد سماته.

3- تعريف الاكتئاب الكلاسيكي:

تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي الاكتئاب بأنه يجب أن يحتوي على عدد معين من الأعراض التالية و التي تمتد هذه الأعراض مدة من الزمن:

- 1- المزاج المكتئب معظم اليوم، و كل يوم تقريبا.
- 2- فقدان المرح في الأنشطة اليومية.
- 3- التغير في الجانب الحركي فيصبح بطيئا، و ظهور الإيحاءات العصبية.
- 4- الشعور بعدم الأهمية و القيمة و لوم الذات و الشعور المفرط بالإثم.
- 5- الأفكار الانتحارية.

و يقول "بولدنجر" (Poldinger) مع جبر محمد جبران جوهر الأعراض الاكتئابية يتضمن منها التقلب المزاجي و الاستيقاظ المبكر و الشعور باليأس و الذنب و العزلة.

(مي بنت كامل محمد بوقري، 2009، ص 145).

ففي هذا الاكتئاب الإيجابي حياة الفرد مملوءة بالهم و الحزن و اليأس إضافة للقلق و المخاوف.

إن تحديد سمات و أعراض الاكتئاب الايجابي يسمح لنا بفهم أكبر للاكتئاب الأساسي، إن ظهور هذه الأعراض مجتمعة في الاكتئاب الكلاسيكي و غيابها في الاكتئاب الأساسي يدل على وجوده.

إن هذا التحديد لسمات الاكتئاب يؤدي بنا للتطرق إلى الجدول الإكلينيكي للاكتئاب الأساسي و الذي يعرف بالسلبية العرضية بمعنى غياب الأعراض و على هذا الأساس نتطرق إلى مفهوم الاكتئاب الأساسي بطريقة جد مفصلة من خلال الجدول الإكلينيكي التالي.

4- الجدول الإكلينيكي للاكتئاب الأساسي:

الاكتئاب الأساسي الذي وصف من خلال التيار السيكوسوماتي باعتباره اكتئاب دون تعبير و التعرف عليه بغياب التعبير عن الأعراض و يشكل البداية و النهاية لعملية جسدية في نوع من الحركة الدائرية، تكون أيضا وفقا لـ "سماجة" (SMADJA) (2001) صاحبة.

(XARDEL-HADDAAB hamida, 2009, p97)

إن الجدول العيادي للاكتئاب الأساسي، يقوم على مفهوم السلبية العرضية بمعنى غياب الأعراض الواضحة للاكتئاب الكلاسيكي. فيرى "سماجة" (Smadja c) (2001) على أن "بيار مارتى" (Marty P) يحدد هذه السلبية من خلال العمل الأساسي للقلبية النزوية و على أساس التمثيلات العاطفية، و على أساس تمثيل التمثيلات. إن الحقل السلبي يعد سمة أساسية ظاهرة للاكتئاب الأساسي، و هذا ما يقره "بيار مارتى" (Marty P) و هذه السمة تدل على قمع الانفعالات و إفلاس من الجانب الرمزي الذي يحمل دلالات طفلية و قصص حياتية من خلال الانتقال الجيلي حتى يصل للإفراد، فهو ينتقل من الخيال إلى التفكير العملي و يكون التعلق الاتكالي و الامتثالية إلى القيم الجماعية.

أما من جانب العاطفة نجد السلبية بطريقة قمعية، مع إفلاس الذي يدل على خلل في عمل الجانب العاطفي، الذي ينشط القلق العائم و الآلام الجسدية، بحيث تكون المعاناة النفسية غائبة و هذا راجع إلى عدم التعبير عنها أو من خلال عدم القدرة على تمثيلها.

و لقد وضح "بيار مارتى" (Marty P) (1994) في كتابه الاستقصاء السيكوسوماتي l'investigation psychosomatique الذي صدر عام (1992) إن الاكتئاب الأساسي لا يحدد إلا من خلال استقصاء تظهر فيه الحياة العملية و التفكير العملي و العدوانية المخبأة في عالم نزوي اتجاه الآخرين، حيث تظهر تلك العدوانية كتوجيه مباشر للذات، كما تسجل أبعاد الحرمان العاطفي التي تظهر و تفسر السلبية العرضية لهذا الاكتئاب.

إن مصطلح الألم عند "فرويد" (Freud) و هذا حسب (Smadja C) (2001) "يعتبر لغزو و في نفس الوقت هو أكبر تناقض، فهو لم يكتبه في مقالاته و لكن وصف الألم في إطار ميتابسيكولوجي يتعلق بالحرمان والاقتصاد و الموقعية و الدينامية، و خاصة في إطار نفس-نشوي".

و حسب "فرويد" (Freud) هذا اللغز يرجع إلى النوعية المادية التي ترتبط بشروط قياس إما على أساس التمثيلات و إما على أساس العاطفة أو على أساس التعبير.

ف "فرويد" (Freud) ربط الألم على أساس المعاناة النفسية، و المرض هو دليل عن الألم و الألم يدل على المرض النفسي فقط.

قد نتساءل لما هذا الألم عند المكتئبين الأساسيين، فهذه الخبرة نجدها مفقودة و غير واضحة لدى المرضى السيكوسوماتيين أو عند المختص السيكوسوماتي أو المحلل النفسي "بحيث يسمى هذا الغياب للألم النفسي بـ: لغز تغير الإشارة الذي يدل على الألم بدون ألم".

إن لغز تغير الإشارة الذي يدل على الألم بدون ألم، يقصد به الاكتئاب الأساسي الذي يدل على المعاناة و الألم النفسي المقنع، و المعبر عنه بلغة الجسد، أي اختزال كل الآلام النفسية و تحل محلها الحياة العملية و قمع الانفعالات.

إن مسألة غياب الألم تدل على وجود الألم، لكن ذلك الألم فقط ألغي، فيظهر ما يسمى بعدم وجود آلام نفسية، و هذا راجع إلى غياب التعبير العاطفي الذي يبرمج محله التقمص الكبير للواقع و التفكير العملي، الذي يدل حسب "بيار مارتي" (Marty P) و "سيفنيوس" (Sifeneos) على نمط خاص للمرضى السيكوسوماتيين. فمصطلح (l'alexithymie) الذي يدل على غياب التعبير العاطفي للألم النفسي، يبدو واضحا عياديا و ظاهريا، فهو متعلق بمعنى متخفي لخلل التنظيم التدريجي للسيرورة النفسية و الذي يدل أيضا على خلل في النظام التعبيري.

فحسب "سماجة" (Smadja C) (2001) "أن هؤلاء الأشخاص لا يعبرون عن أهمهم النفسية فهذه سمة أساسية للاكتئاب الأساسي التحليلي الاستقصائي للحياة النفسية لهؤلاء المرضى".

و على العموم يمكن أن نحصر الجدول الإكلينيكي العيادي للاكتئاب الأساسي من خلال الأعراض الواضحة للاكتئاب الكلاسيكي، ثم ظهور نشاط عقلي يتميز بقلق عائم منتشر أو قلق أوتوماتيكي، و حياة عملية مع غياب أو فقدان الهوام، أو ما سماه "سامي علي" (Sami Ali) كبت الوظيفة الخيالية مع خصوصية الأحلام. (أ.فاسي، 2011، ص 87-88).

و كل هذه الأعراض سوف نتطرق لها واحد تلو الآخر لكي فسر الاكتئاب الأساسي فهي تعتبر أعراض أساسية و هامة في تفسيره. إن تحديد الجدول الإكلينيكي أو العيادي للاكتئاب الأساسي لا يخلو من تحديد أسبابه فنجد العديد من الباحثين توجهوا للتفسير السببي لهذا النوع من الاكتئاب و قد حصر كل من هؤلاء جانب معين لحدوثه و لذلك سنقوم بعرض الأسباب النفسية للاكتئاب الأساسي كالتالي:

5-التفسير النشوي للاكتئاب الأساسي:

يفسره "بيار مارتي" (Marty P) في كتابه *l'ordre psychosomatique les mouvements individuels de vie et de mort.*

على أساس:

• غياب غريزة الحياة:

فسر "بيار مارتي" (Marty P) الاكتئاب الأساسي على أساس غياب غريزة الحياة على مستوى النشاط العقلي، فقد سمي الاكتئاب الأساسي لغياب الأعراض الواضحة للاكتئاب و لغياب القوى النزوية الغريزية والمتمثلة في غرائز الحياة مع عدم ارتباطها بالاجابية العرضية.

و هذا ما أكده "جون غورو" (Gorot J) (2001) من خلال قول "بيار مارتي" (Marty P) "إن المشكل الذي يمكن في الاكتئاب الأساسي، يظهر على مستوى كمي خاص بالنشاط

الاقتصادي النزوي و الإفلاس على مستوى نوعي، فهو متعلق بالنمط أو النشاط السيميولوجي". (Gorot J, 2001, p133)

• مستوى نشاط أو تراكم الطاقة:

إذا أردنا تفسير الاكتئاب الأساسي على هذا النمط: إنه يمكن على مستوى نشاط أو تراكم الطاقة النزوية الغريزية، وكذلك إفلاس في الطاقة أو ما يسمى بإفلاس غرائز الحياة، فهذا التفسير يكون على أساس كمي أي كمية تسرب الطاقة أو احتباسها، أما على أساس نوعي فهو متعلق بدلالة هذا العرض، و كيف ينشأ إلى أن يحدث خلل في التمثيلات و على مستوى الإرصان و التعقيل و هيمنة نزوات الموت بدلا من نزوات الحياة.

• الحدث الصدمي:

كما نجد أيضا أن "بيار مارتي" (Marty P) (1998) يرجع سبب الاكتئاب الأساسي إلى حدث صدمي يؤدي إلى عدم إيجاد القدرة على التعقيل الجيد، الذي يؤدي بدوره إلى خلل التنظيم النفسي التدريجي، مؤديا إلى خلل تنظيم جسدي الذي يكون راجع إلى قوى متعارضة ذات حركة ضد تطورية يغلب عليها نزوات الموت.

بمعنى أن الحدث الصدمي لديه أثر في تغير النشاط العقلي، بحيث يظهر عدم القدرة على الاستيعاب و تجاوز ذلك الحدث، الذي يخلف من الناحية الاقتصادية فيض من الإثارة تكون مفرطة بالنسبة لطاقة الفرد على التحمل، وبالنسبة لكفاءته، و القدرة على السيطرة على الإثارات و إرصانها نفسيا، بمعنى "أن هناك زيادة كبيرة من الإثارات لدرجة تصنيفها أو إرصانها بالوسائل المعتادة و المألوفة تنتهي بالفشل، فيصبح تراكمها مرضيا و تنهار الدفاعات التي تصرف تلك الطاقة، و يظهر نشاط عقلي من سماته العيش في الحاضر و الآن دون ظهور حياة خيالية".

• التثبيتات و النكوصات:

كما يفسر "بيار مارتي" (Marty P) عام (1984) الاكتئاب الأساسي على أساس التثبيتات و النكوصات، فهو يرى أن التثبيت الذي أساسه تحليلي و الذي يدل حسب "فرويد" (Freud) إلى تراكم الليبيدو في المناطق الشبقية، أما النكوص فهو راجع إلى تراكم تلك المراحل المثبتة، و أن الحركة النزوية لغرائز الموت تؤدي إلى انهيار القوى و الانفصال النزوي على مستوى النشاط العقلي يبدو واضحاً، و الذي يؤثر على النفس و يؤثر على النفس و يؤثر على الجسد، و يظهر من خلاله نمط عقلي يتميز بغياب الأعراض الواضحة للاكتئاب، و لكن التمرکز حول الحالي و الفقر الهوامي و إنتاج خاص للأحلام فتعتبر سمة سلبية.

• غياب العمليات النفسية:

كما فسر "بيار مارتي" (Marty P) (1984) الاكتئاب الأساسي على أساس العمليات النفسية الغائبة و التناسق العقلي للعمليات الثانوية، حيث تصبح مستقلة عن السيرورات الأولية التي لا تدعمها فقد لاحظ أن الاكتئاب الأساسي يلغي عمل الموقعيتين، ففي المستوى الموقعي الثاني يتعلق الأمر بالهو مستودع الغرائز، و هذا الأخير يكون ليس فارغ لكن مغلق، فالاندفاع النزوي غير مصرف على المستوى العاطفي.

أما على هذا الأساس فالأنا مفلس مملوء بالألم، و هذا راجع إلى خلل واضح في سيرورة الاتصال، و توزيع الدفاعات مرتبط بخلل التنظيم و الاتصال مع الهو.

فحسب "سماجة" (Smadja C) (2001) "أن الأنا غائب عنه التمثيلات، لا يستطيع أن يعطي لنا أنماط من السلوك المتعلقة بأبعاد علائقية، بحيث يكون الأنا مدعوم من طرف الأنا المثالي النرجسي، فالأنا يدافع عن طريق نوع من الميكانزمات، لكن لا يستطيع التوازن الأساسي، فالنشاط القاعدي غائب".

إذا أتينا نفسر قول "سماجة" (Smadja C) فيما يخص أن يكون الأنا غائب، بمعنى غياب ميكانزمات دفاع فعالة، بحيث يكون الأنا في هذه الحالة تابع إلى وضعيات خارجية، من خلال الأنا المثالي النرجسي، و غياب هذا الأخير يدل على انحطاط وانهار للأنا. و بالتالي لا يكون هناك توازن أساسي، و هذا الغياب الدفاعات الفعالة فيشير إلى أثر العلاقات الأولية في تكوين الأنا و دفاعاته.

كما نجد "بيار مارتي" (Marty P) (1998) فسر الاكتئاب الأساسي على أساس مسح و غياب ما قبل الشعور، حيث يقوم هذا الأخير بقمع العلاقات الشخصية و الحقيقة مع الغير، و أيضا مع الذات، فهذه الظاهرة تمس مفهوم الفضاء، كما تدل على فقدان قيمة الماضي و المستقبل.

فالأفعال و الحركات تفقد قيمتها الخيالية، ترجع أفعال و حركات مباشرة في إطار مكاني و فضائي عقلائي، فغياب الاتصال بين اللاشعور الذي يشكل انقطاع أو انفصال حقيقي في حياة الفرد، و الذي حل محله (Actuel-Factuel) الذي أصبح نظام لكل يوم يعيشه الفرد. (أ.فاسي، 2011، ص 90-92).

6- الأعراض الأساسية لتشخيص الاكتئاب الأساسي:

• القلق المنتشر:

القلق يصبح غير موضوعي، منتشر، أوتوماتيكي، عتيق و دون إمكانية إتصال.

فحدوث قلق منتشر يشير إلى تحول القلق إلى الاكتئاب.

(www.jacquesboulanger.com/jacque.BOULANGER/Ecrits-files/dépression-essentielle-word.PDF).

أو ما يعرف أيضا بالقلق العائم: يعرفه "لا بلانش" (1997) "على أنه تلك الاستجابة، التي يبديها الشخص في كل مرة يجد نفسه في وضعية صدمية، أي خاضعا لفيض من الإثارة ذات المنشأ الخارجي أو الداخلي و التي يعجز السيطرة عليها، و يتعارض القلق الآلي تبعا "لفرويد" مع إشارة القلق".

قلق الإشارة يقصد به القلق الذي يعقب القلق الآلي، الذي تمكن مهمته في إيقاظ الكمونات العقلية لدى الأنا، بمعنى ميكانيزمات الدفاع.

القلق الآلي يعتبر قلق أولي راجع إلى صدمات أولية، و يقوم قلق الإشارة كإنداز لتلك الوضعية، فالقلق الآلي يعتبر استجابة تلقائية من قبل المتعرض لهذه الوضعية الصدمية، أو لتكرارها من جديد.

يتترك هذا القلق فيض من الإثارات غير المصروفة، و بالتالي يكون تصعيد للقلق و الانتقال من الحالة الثانية إلى الحالة الأولى، بمعنى الرجوع و النكوص إلى وضعيات سابقة حدثت له، فتكون نفس الاستجابة فيظهر قلق عائم منتشر لدى الفرد، أما علاقته بالاكتئاب الأساسي فنجد "سماجة" (Smadja C) (2001) "يقر بأنه علامة على التشخيص المبكر للاكتئاب الأساسي الذي بمعرفته تتطلب استقصاء سيكوسوماتي، و هذا تبعا لـ"بيار مارتني" (Marty P) (1997) بحيث يسمح لنا هذا القلق بالإشارة إلى ظهور الاكتئاب الأساسي الذي يسبقه و يدل عليه، بحيث يلاحظ لدى العميل التركيز على المرض و قلقه على الأدوية و الذي يدل أيضا على عدم وضوح الرؤية للأراض".

و هذا ما أكد عليه "ميشال فاين" (Fain M) (1990) أنه "يسبق الاكتئاب الأساسي يجتاح الفرد بأكمله، يمكن أن يعادل ما يسمى وضعيات الضغط الداخلية للفرد، محرض من طرف تدفق لحركتي نزوتين غير معروفة، وغير مستعملة بطريقة صحيحة، لا يمكن إرسانها مع عدم إمكانية التعبير عنها، أين يكون هناك غياب لإشارة القلق، من أجل الدفاع، فيذهب

الفرد مباشرة إلى وضعيات بدائية جدا، حيث لا يوجد أي عمل عقلي، الموضوع النشوي يؤدي و يسبب الخوف، الذي لا يمكن معرفته، كما لا يمكن تمثيله، يعبر عنه من طرف المريض إلا بقوله أنا لست مرتاح لا أعرف مابي، و لكن ليس بطريقة مأساوية".

فيرى "بيار مارتى" (Marty P) (1998) في هذا المجال أن ظهور هذا القلق يؤدي إلى إغراق الأنا أو ما يسمى: le moi submergé (الأنا المبتاح) بحيث يظهر لدى الفرد موجات الخطر المرضى المحقق، و تكون العاطفة جد محدودة و خاصة يكون اجتياح اقتصادي، و تكديس للضغط الداخلي، و بالتالي تحدث استثارة الفرد، الذي تعود على تمثيلات جامدة تهاجم التمثيلات الأخرى، بمعنى أن هناك نمط معين في التفكير و حدوث نمط جديد لا يكون مقبول على أساس عقلي.

حيث يرى "بيار مارتى" (Marty P) و "ميزان" (M'uzan M) (1963) "أنه يحدث العديد من الدفاعات لكن غير مجدية، و تبقى التدفقات الطاقوية للجنسية أو العدوانية، التي لا يمكن تصريفها أو إرسانها هواميا، و هذا التفكير يبتعد عن التفكير التحليلي، المتعلق بالاشعور كونه يمت بالصلة إلى الشعور، و يتميز بظهور الأعراض الجسدية مع نشاط هوامي جد منخفض واستقرار، و تموضع التفكير الحالي".

و أمام هذا التهديد يكون هناك ترك من خلال تجسد العرض و هذا ما يؤكد عليه "سامي علي" (Sami Ali) (1980) "بياتولوجيا التكيف و الهروب من هذه الوضعية المقلقة من خلال تجنب الصراع و بالتالي يظهر التفكير العملي و التكراري الذي يسمح بالتكيف الجيد و الاجتماعي مع المحيط". (أ.فاسي، 2011، ص101-103).

• التفكير العملي:

هو نوع من التفكير الخاص بالمرضى السيكوسوماتيين و هو يسلط الضوء على عدم وجود أنشطة الخيال و الحلم من هذا الموضوع، بل هو وسيلة للتفكير الحالي الواقعي، لا علاقة

لها مع نشاط الخيال أو بالترميز. هذا و يرتبط مع الواقع المدرك و العمل في زمن محدود. فإنه لا يستخدم الميكانزمات النفسية العصابية أو الذهانية. يبدو خاليا من قيمة لبيدية و عدوانية. و هو فكر يعبر في رتبية، و آلية لا يتم استخدامه في التواصل و لكن لتفريغ توتر داخلي، هو فكر القيادة و التفريغ.

و يلخص التفكير العملي للفشل العقلي في دمج موضوع التوترات الغريزية بالخيال و الأحلام.

و الحياة النفسية للموضوع محدودة بسبب الإفراط في الاستثمار المدرك، في حين أن الحوار يثبت واقعا دون تنمية الخيال. و يبدو هذا الموضوع قطعا من حياته الداخلية. حيث قد فقد قدرته للوصول إلى الخيال أو أحلام اليقضة، فإنه يحلم قليلا أو يرى حقائق من حياته اليومية. فالتفكير العملي هو إشارة للحياة العملية لهذه المواضيع.

و هذا تصميم هش، و حالة غير مستقرة مثبتة أثناء سوء التنظيم التصاعدي و البطيء.

و في أشكال سلم الحياة العملية يوجد خاصة انحطاط في نوعية الأنا المثالية. يرى "بيار مارتى" (Marty P) الجسدة، مثل: سوء التنظيم الذي ينجح بعد وقت من الكمون، و سوء تنظيم الوظائف العقلية.

(Stéphane SCHIELE , 2009, p37).

و بعد الحديث عن التفكير العملي يندرج تحته عنصر آخر و يتمثل في:

- الحياة العملية:

تشكل الحياة العملية مرحلة مزمنة و ثابتة نسبيا، و التي تستقر إثر إفساد تنظيم بطيء، و تصاحب اكتئابيا أساسيا، و تكون مصبوغة بالحداث و الحوادث السوماتية، كما أنها تضم

مجموعة من السلوكات و الأنشطة، و لا تستند على توضيفات ولا على توظيفات مضادة رغم إفساد التنظيم العقلي، و الذي أدى إلى استقرار الحياة العملية.

فإن بعض الصفات الطبيعية تظهر مثابرة، إلا أن تنظيمات الأنا و التموقعية الأولى تتلاشى و تضمحل فتصبح غير قادرة على التعبير عن رغبات تتطلب دفاعات، بحيث تظهر في هذه الحالة علاقة الفرد بمحيطه أو بمخاطبه في شكل "علاقة بيضاء"، لأن الحياة العملية ترتبط أكثر بالأشياء لا بالمفاهيم المجردة أو التعبير الرمزية، فهو تفكير واع لا يرتبط بالحركات الهوامية، فنجد هناك اختفاء الأنشطة الوظيفية اليابقة (كالهوامات، الأحلام، التصورات) التي و إن بدت موجودة، فإنها فقيرة في الواقع، تكرارية و مطبوعة بالعادي و الآني، مما يجعل الفرد عرضة للأمراض السوماتية، لأن هذه الأنشطة هي التي تسمح بدمج الضغوطات و بالتالي حماية الصحة الجسمية الفردية.

(Pierre M, 1992, p27).

إن فترة الحياة العملية تختلف حسب الأشخاص، و تطورها يكون إما نحو بناء العصاب الطبيعي و إما نحو الموت، وانتظار التحسن التلقائي لا يجدي نفعاً، لكن العلاج النفسي و السند الخارجي يمكن أن يساعد الفرد على الخروج من هذا الانعزال العام و التجزئي الوظيفي الذي كان نتيجة لإفساد التنظيم، لأن الموت ما هي إلا نتاج تعقيدات متنامية.

و أخيراً ما يمكن قوله أن الحياة العملية ترتبط بالاكتئاب الأساسي و تكون جد مزمنة نسبياً، ذات تنظيم هش، غير مستقر خاصة أثناء اختلال التنظيم المتزايد، و تكون إذن منسوجة بحوادث جسدية.

(Marty P , 1992, p27-28).

• الفقر الهوامي و غياب الخيال:

1- تعريف الهوام:

يعرف "لابلاننش" و "بونتاليس" من خلال ترجمة مصطفى حجازي (1997) "أنه سيناريو خيالي، يكون الشخص حاضرا فيه، و هو يصور بطريقة تفاوت في الدرجة تحريرها بفعل العمليات الدفاعية تحقيق رغبة ما، وتكون هذه الرغبة لاواعية في نهاية المطاف".

حيث يرى "بيرون" (Perron R) (1997) "أنه يظهر بوجوده مختلفة فقد تكون هوامات واعية أو أحلام يقضة أو هو هوامات لاواعية يكشف عنها التحليل كامنة تختلف محتوى ظاهر أو قد تكون هوامات أصلية و هذا ما يؤكد عليه الكل".

يعتبر الهوام مفهوم جد هام في التفسير السيكوسوماتي، فقد ذهب "بيار مارتى" (Marty P) إلى تفسير النمط العقلي لهؤلاء المرضى على أساسه، و هذا ما أشار إليه من خلال الاكتئاب أساسي، يظهر لديهم فقر هوامي يدل على هذا الاكتئاب.

فهو يرى مع "فاين" (Fain) و "دافيد" (David) (1994) "أن في الحالات الذي يكون فيها الهوام، يكون هناك نشاط للتمثيلات، حيث تمتص الطاقة في قنوات طاوية مؤكدة المنفذ، مع فعاليتها تسمح لنا بتحقيق تعقيل أو أيض سيكوسوماتي، أي بمعنى عملية هدم و بناء في الجسم على أساس جد إقتصادي، بينما عند الأشخاص السيكوسوماتيين، نشاط العمل التمثيلي إما ناقص أو غائب أو إما أن يكون مقلص بالنسبة للعلاقة بالموضوع، أو على أساس وظيفي غير كامل بالنسبة للحياة النزوية، بحيث يكون فرط الطاقة الاستيعابية، تمنع حركية تلك الطاقة، لا يكون هناك إرصانا نفسيا، فيغيب الهوام لغياب هذه التمثيلات، و يحل محله الحالي و العملي، فيظهر النشاط و التفكير العملي، الذي يدل على نشاط واع بدون علاقة مع النشاط الهوامي، أين يكون حقل جد محدود للنشاط العقلي الهوامي، الذي يؤدي إلى تصريف الطاقة".

إن تطرقنا إلى مفهوم الهوام و نقصه أو غيابه عند "بيار مارتي" (Marty P)، يؤدي بنا إلى التطرق إلى الحياة الحلمية.

حيث اعتبر "فرويد" (Freud) من خلال معجم المصطلحات في التحليل النفسي "أن الأحلام لها صلة مباشرة مع الهوام اللاوعي الذي يشكل نواة الحلم إذ يرى أن غالبا ما يتضح أن الهوامات المعلقة بالرغبة تكتشف من خلال الأحلام الليلية، فهو يرى أيضا أنه عندما يكون هوام و حلم يدل على أن هناك الإصران الثانوي و يكون عبور بين مختلف الأنظمة النفسية أي الكبت و عودة المكبوت".

ف نجد كل من "بيار مارتي" (Marty P) و "سامي علي" (Sami Ali) أكد أن ظهور الاكتئاب الأساسي، يظهر معه غياب للأحلام أو خصوصيتها، و هذا راجع إلى فقر هوامي أو كبت الوظيفة الخيالية و بالتالي سوف نتطرق إلى هذه الأحلام.

- تعريف الحلم:

يعرف "سامي علي" (Sami Ali) (2001) "الحلم على أنه مفهوم نفساني و بيولوجي في الآن نفسه، يعرف من خلاله الصحة و كذا المرض، و بمقدار ما يتعلق كلاهما بسيرورة نفسجسمية ينتظمها تقلب الأعراض، و هو تقلب يجيز تتبع تطور باثولوجيا تتلمص من الحواجز الموضوعية بين النفسي و الجسمي، الأمر الذي يكرس في الحال استمرارية الأداء حيثما نصدم بانقطاع الأداءات الجزئية، محمولة على إيقاع يتمثل في تناوب النوم الحقلية والنوم البسيط و في الوقت نفسه بحضور أداء الخيال".

يؤكد "محمد الدويدار" (2002) أن الأحلام تنقسم إلى قسمين هما أحلام اليقظة و أحلام حقيقية.

أ- أحلام اليقظة:

أحلام اليقظة فهي تحدث عندما لا يجد العقل ما يشغله من مهام الحياة في وقت راحة الجسم و راحة العقل، تنحصر هذه الأحلام غالبا في البحث عن الذكريات السابقة فيستخرجها الفرد من مكوناتها و ينظمها وينسجها على طريقته الخاصة، فهذه الأحلام تعتبر رياضة للعقل تسمح له فرصة التحرر من قيود التفكير الجدي و مواجهة الحقيقة واتباعها بطريقة فورية

ب- الأحلام الحقيقية:

الأحلام الحقيقية هي التي يراها النائم أثناء نومه فهي تكتشف أسباب العلة النفسية عن كل ما يكتبه في نفسه من رغبات أو شهوات لا يريد إظهارها عن قصد أو غير قصد، لذلك تدل هذه الأحلام على النشاط العقلي

لإن التعريف بالأحلام يقودنا حتما إلى الانغماس في تقييم الحياة الحلمية و النوم للمريض و بما يتخللها من أحلام، و هو يقودنا إلى التعمق في دراسة طبيعية هذه الأحلام، و ترابطها بغية الوصول إلى دور و تأثير هذه الأحلام على الحالة النفسية الجسدية للمريض حيث نجد هذه الأحلام تختلف من مريض لآخر و تكون هذه الأحلام تسبق أو ترافق هذه الأمراض.

• خصوصية الأحلام:

إن الحياة الحلمية لدى المرضى السيكوسوماتيين حسب "سامي علي" (Sami Ali) و "بيار مارتي" (Marty P) ممكنة التقسيم إلى ثلاث أنماط:

- الحياة الحلمية المميزة بغياب الأحلام.
- الحياة الحلمية المميزة بفقر محتوى الأحلام.

- الحياة الحلمية المميزة بندرة الأحلام.

1- غياب الأحلام:

إن غياب الأحلام قد لا يكون حقيقيا و إنما ناجم عن كبت الوظيفة الحلمية، و قد يكون عجز الحالم عن تذكر أحلامه و هذا راجع إلى غياب التمثيلات و إلى كما ذكرنا سابقا إلى خلل ما قبل الشعور الذي يعد خارج عن الخدمة واتصاله باللاشعور غير مرمز، كما يكون ناتج عن غياب آليات دفاعية و لكن يجب قبول مبدأ غياب الأحلام انطلاقا مما سبق ذكره.

و على العموم يمكن تقسيم الأحلام السيكوسوماتية إلى ثلاث أنواع:

(أ، فاسي، 2011، ص107-111).

أ- الأحلام العملية أو العمليانية:

و المقصود بها الحلم الذي يعيد استعراض أحداث و فصول النهار السابق، أو ذلك الحلم الذي يستبق أحداث الغد و تمتاز هذه الأحلام بموضوعيتها، واقعيته، و سذاجتها و أخيرا تمتاز بغياب التحوير المعتاد في بقية الأحلام. فإن المعالج النفسي (مثل هذه الحالات لا يستطيع أن يعتبر الحلم بمثابة أفكار متداعية ذلك أن الأحلام تربط محتوى الحلم بالحقيقة مباشرة أي دون تدخل اللاوعي سواء على صعيد المكونات أو على صعيد الأشكال الأصلية".

ب- الأحلام التكرارية:

و يقصد بها تلك الأحلام المتكررة في شكلها و ليس تلك المتكررة فقط في فكرتها تعكس حالة من حالات التثبيت حتى و لو بدت هذه الفكرة في قالب مختلف كل مرة، الأحلام المتكررة شكلا تنطلق من نفس مبدأ الأحلام العمليانية، إن التهيج الجسدي هو المهيمن على

الأحلام المتكررة فتأتي متكاملة و مرافقة للأعصاب الصدمية و هذه الصدمات الانفعالية تكون غائبة في التداعي الحر.

ج- الأحلام الفظة:

فهي تتجم عن الإثارة المبالغة و الفاضحة لللاواعي، بحيث نجد المتهيجات الجسدية من خلال تمثيلات عنيفة وأساسية نسبياً، فهذه الأحلام تعكس مشاهد مباشرة، الدوافع النزوية للحالم مثل الرغبة بالسيطرة، الطاقة العدائية (فمية أو شرجية) و الطاقة الجنسية و ارتكاب المحارم. (نور الهدى محمد الجاموس، 2004، ص16).

بعد التطرق إلى الحياة الحلمية لدى هؤلاء المرضى السيكوسوماتيون و التي تدل هذه الحياة على أعراض الاكتئاب الأساسي نتطرق إلى جانب آخر يظهر فيه الاكتئاب الأساسي بوضوح و يمكن التشخيص من خلاله ألا و هو الجانب الجنسي أو الحياة الجنسية.

7- الحياة الجنسية و الاكتئاب الأساسي:

"إن الحياة الجنسية بمعناها الواسع في الاكتئاب الأساسي تكون ملغية فهي تتعلق بتظاهرات غير متصلة بالجنسية و معناها الحقيقي، فهناك انعدام للإحساس و هذا راجع إلى خلل التنظيم التدريجي المتعلق بالآثار الجد عميقة، و قد تكون متعلقة بالدرجة الأولى بعدم القدرة على التنظيم، كما تدل على كبت الخصاء حيث لا يوجد في الذاكرة، سوى المعنى الحقيقي للخصاء الذي يؤدي إلى غياب الأفعال العاطفية، فالشخص لا يستطيع اكتساب محاكاة جديدة فهو يقمع مع استعمال الاجتياف و الاستدخال الذاتي".

"تشير أنه لا توجد دراسات كثيرة تؤكد على هذا الجانب، و لكن ظهور عدم الرغبة الجنسية وانخفاض نشاط الليبيدو و قد يدل على الاكتئاب الأساسي و هذا ما يؤكد "بيار مارتى" (Marty P). (أ.فاسي، 2011، ص113).

خلاصة:

إن تناول الاكتئاب الأساسي بالدراسة بكل جوانبه من التعريف إلى أبعاده النظرية و مفاهيمه و اعراضه و التطرق لتفسيره من حيث الأسباب و الجدول الإكلينيكي الخاص به يعتبر قاعدة أساسية للبحث، من خلاله نستطيع أن نبحت عن النشاط العقلي الذي يتميز به المرضى السيكوسوماتيين و لكن الأهم هو هل يوجد لدى مرضى متلازمة القولون العصبي هذا النشاط المتميز بالقلق العائم المنتشر، و التفكير العملي، إضافة إلى نقص الهوام و كبت الوظيفة الخيالية و غياب الأحلام و خصوصيتها و هذا بغرض الحد من تفاقم المشكلة.

الفصل الثالث: متلازمة القولون العصبي

تمهيد.

- 1- القولون.
 - 2- أمراض القولون.
 - 3- اضطرابات القولون الوظيفية.
 - 4- متلازمة القولون العصبي.
 - 5- مدى انتشار متلازمة القولون العصبي.
 - 6- أسبابها.
 - 7- العوامل السيكولوجية في حالة متلازمة القولون العصبي.
 - 8- أعراضها.
 - 9- التشخيص.
 - 10- العلاج.
- خلاصة الفصل.



تمهيد:

تلعب التغذية دور حيوي بالنسبة للجسم، ذلك أنها تمثل مصدر الطاقة لكل ردود الأفعال الكيميائية للخلية، حيث تعتبر الطاقة ضرورية لتقلص العضلات لنقل السوائل العصبية و لعمل إفراز وامتصاص في العديد من الخلايا.

إن الغذاء في حالته الأولية لا يمكن استعماله و الاستفادة منه كمصدر للطاقة من طرف الخلية، بل يجب تحويله إلى جزيئات صغيرة تعرف بالمغذيات يمكن أن تخترق غشاء الخلايا. تسمى هذه العملية التي يقوم بها الجسم بتحويل الغذاء إلى جزيئات بالهضم، و تدعى الأعضاء المؤدية لهذه الوظيفة بجهاز الهضم و تتمثل وظيفته بتحويل الغذاء المرسل إلى خلايا الجسم

حيث يبلغ طول القناة الهاضمة (جهاز الهضم) كما هي مقاسة بالجثث حوالي 9 أمتار تتضاءل هذه النسبة قليلا عند الأشخاص الأحياء بسبب التقلص الدائم و الجزئي للعضلات المتوضعة داخل جدار الأنبوب، و تتكون من عدة أعضاء هي: الفم، البلعوم، المريء، المعدة، الأمعاء الدقيقة و القولون و يقتصر موضوع بحثنا هذا على دراسة القولون دون غيره من الأعضاء المكونة للجهاز الهضمي.

1- القولون:

هو آخر أجزاء القناة الهضمية فمن المعروف أن الجهاز الهضمي يبدأ بالفم، فالبلعوم، فالمرى، و المعدة، ثم الأمعاء الدقيقة لينتهي القولون و المستقيم و فتحة الشرج.

(حسن منصور، 2005، ص5)

حيث يمتد القولون إلى ما يربو (يقارب) على خمسة أقدام.

(شيت كونينغام، 2009، ص 18)

فهو ذلك الجزء الذي يبدأ بانتهااء الأمعاء الدقيقة و ينتهي بالمستقيم و يتكون من ثلاثة أجزاء رئيسية و هي القولون الصاعد و القولون المستعرض و القولون النازل. زيادة على ذلك يتكون القولون أيضا من الأمعاء الغليظة (المصران الأعور) و القولون السيني كأجزاء أساسية في القناة الهضمية و جهاز الإخراج.

(حسن حميدة، 2013، ص01)

• الجزء الأول:

يسمى القولون الصاعد، و هو يشغل يمين البطن. و يتصل القولون الصاعد من أسفله بالزائدة الدودية، و يطلق عليها "الأعور" لأن لها فتحة واحدة تفتح في تجويف القولون.

(حسن منصور، 2005، ص5)

أي يمتد من الأمعاء الغليظة (المصران الأعور) إلى السطح السفلي للنصف الأيمن للكبد، و ينحني إلى جهة اليسار، ليكون الزاوية اليمنى للقولون و التي تسمى بالانتشاء الكبدي.

(حسن حميدة، 2013، ص01)

• الجزء الثاني:

يسمى القولون المستعرض، و هو يعبر البطن من الجانب الأيمن إلى الأيسر، تحت الكبد و المعدة. (حسن فكري منصور، 2005، ص5)

أي يمتد من الانتشاء الكبدي للقولون في الناحية اليمنى بمسافة تقدر بحوالي 45 سنتمتر إلى جهة اليسار، حيث ينتهي في الانتشاء الطحالي في الجانب الأيسر للبطن.

(حسن حميدة، 2013، ص01)

• الجزء الثالث:

القولون الهابط، أو النازل، و يشغل الجانب الأيسر من البطن.

(حسن فكري منصور، 2005، ص5)

أي يمتد من الطبقة المزدوجة القصيرة من الصفاق، التي يتصل بواسطتها القولون بالجدار الخلفي للبطن.

• الأمعاء الغليظة (المصران الأعور):

و هو الجزء الذي يتصل مباشرة بالمعي الليفي للأمعاء الدقيقة، و توجد في مؤخرة الأمعاء الغليظة الزائدة الدودية و التي لها فائدة مناعية جمة و هامة. يوجد بها نسيج لمفاوي وظيفته هي تصفية البكتيريا و الفيروسات المتكونة داخليا، و تكوين المناعة اللازمة ضدها داخل الجسم.

• القولون السيني:

و يشبه في شكله حرف (S)، و هو عبارة عن استمرار للقولون النازل أمام الحافة الحوضية طوله يبلغ 25-83 سنتمتر، و يستمر إلى الأسفل في المستقيم أمام الفقرة العجزية الثالثة.

(حسن حميدة، 2013، ص01)

وظيفة القولون:

يعد القولون الجزء الأخير من القناة الهضمية، حيث يتلقى خليط الطعام من الأمعاء الدقيقة بعد مروره بصمام يفتح في اتجاه واحد، و تقع بالقرب من طريق الدخول هذا الزائدة الدودية.

و حينما يصل ما تبقى من خليط الطعام إلى الأمعاء الغليظة، تكون معظم العناصر الغذائية قد تم امتصاصها بالفعل منها. فالقولون لا يقوم بالهضم، لذا فهو لا يفرز أية عصارات هاضمة. و لكنه ينتج مخاطا ليساعد على تيسير مرور بقايا الطعام.

و تقوم الأمعاء الغليظة بامتصاص الماء من الخليط، حيث يغمر جسمك الغذاء المبتلع بالماء و العصارات الهاضمة و اللعاب. و الشخص البالغ يمر لقولونه يوميا نحو جالونين و نصف من السوائل. و يتم امتصاص نحو 80% من هذه السوائل عن طريق القولون ليعود إلى الجسم، و تذكر أن الماء يكون نحو 90% من حجم الدم، كما أن الماء يكون نحو 70% من جسمك، لهذا يحتاج الجسم دائما للمزيد من الماء. و تتقلص الفضلات الموجودة بقولونك، و توجد بعض البكتيريا النافعة في القولون بشكل طبيعي، حيث ينتزع بعضها فيتامين (ك-k) من بقايا الطعام و ترسله لتيار الدم، و البعض الآخر ينتج فيتامين (ب-B) و لكن ليس بكميات كبيرة.

بمرورها عبر القولون يستمر فقدان الفضلات للماء فيقل حجمها، حيث يشكل الماء 60 % من حجمها و الباقي يكون عبارة عن قشور الفاكهة و البذور و الألياف و الخلايا المتهدمة و البطانة القديمة التي تخلصت منها القناة الهضمية.

و تساعد الألياف التي تتناولها على أن يظل قولونك مملوءا، و هذا يجعله يعمل بكفاءة، و تساعد الألياف أيضا على تليين البراز لينتقل بشكل أيسر خلال ذلك الأنبوب.

و بنفس الحركات التي تقوم بها الأمعاء الدقيقة لدفع الغذاء قدما، تحدث التقلصات اللاإرادية في القولون أيضا، و لكنها لا تحدث هنا بشكل مستمر و إنما يتم ذلك عند الحاجة لدفع الفضلات على امتداد القولون البالغ طوله خمسة أقدام.

حينها تدخل الفضلات منطقة المستقيم الذي يبلغ طوله قدما واحدة، تتمدد جدران المخزن الذي يكون عادة فارغا، فيستثير هذا رغبة الفرد في التخلص من فضلاته.

و الشرج هو النهاية القصوى للقناة الهضمية، و هي عضلة عاصرة و عادة ما تكون مغلقة بإحكام معظم الوقت، و يرخيها الفرد عند حاجته للتبرز.

(شيت كونينغام، 2009، ص18-19)

أي باختصار وظيفة القولون ببساطة امتصاص الماء و التخلص من الفضلات و السموم البكتيرية و غيرها و المساهمة في امتصاص بعض الفيتامينات و المعادن. و يعتبر الأطباء الأوروبيون القولون هو الرئة الثالثة و ذلك لقدرته على امتصاص 70% من الأوكسجين الداخل إليه أثناء الجراحة.

2-أمراض القولون:

يمكن تصنيف أمراض القولون إلى أمراض عضوية و أمراض غير عضوية فالعضوية هي التي تنتج من سبب عضوي قد يكون في جدار القولون أو خارجه أو داخل تجويفه كأورام

القولون، التهابات القولون الجرثومية (بكتيري أو طفيلي) التهابات القولون التقرحية و من الأورام توجد الأورام الحميدة، زوائد القولون، التسمم الغذائي، ديدان القولون، أمراض القولون الحادة (التهابات الزائدة الدودية وانسداد الأمعاء و قصور شرايين القولون)، أمراض الشرج و المستقيم (البواسير، الناسور، الشرج، الخراج) و أخرى غير عضوية أي وظيفية كالقولون العصبي.

(محمد العمادي، 2008، ص02)

3- اضطرابات القولون الوظيفية:

أظهرت دراسة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية أنه في عام واحد كان حوالي 70% من السكان يعانون من مشاكل ذات صلة بالخلل الوظيفي للأمعاء، مثل أوجاع البطن، أو الإمساك، أو الإسهال.

-أوجاع البطن: الألم الباطني (الحشوي) و الألم الرجيع: هناك نوعان من الألم في البطن، أحدهما هو الألم الباطني، الألم في الأعضاء الداخلية مثل البطن و الأمعاء. أما الآخر فهو الألم الرجيع: و هو ما يتم الشعور به في جزء من الجسد يختلف عن الجزء الذي يثير الشعور بالألم. (كيران ج، مورياتي ترجمة هلا أمان الدين، 2013، ص3-22).

متلازمة القولون العصبي:

الجهاز الهضمي من أكثر الأجهزة التي تتعرض للأمراض المختلفة و الأمعاء الدقيقة و الغليظة جزء من هذا الجهاز الحساس و الدقيق، و يوجد في الأمعاء ما يقارب (100.000.000) مستقبلات عصبية تبطن جدران الأمعاء من الداخل، و هذا العدد الهائل من المستقبلات العصبية هو نفس العدد الموجود في الدماغ لذلك يطلق أحيانا على الجهاز الهضمي (الدماغ الثاني)، ووجود هذا العدد من المستقبلات العصبية ليس عبثا فالأمعاء تحتاج لهذا الجهاز العصبي لكي تقوم بعملها على أكمل وجه، فالغذاء و هو في الأمعاء

يحدث له العديد من التفاعلات، و الحركة التي بها و ينتقل من خلال الأمعاء ليست حركة عشوائية أو عادية، و عند حدوث خلل في الجهاز العصبي للأمعاء تحدث المشاكل عندها، و أبرز هذه المشاكل و أكثرها شيوعا متلازمة القولون العصبي. (3colon3.com)

4-1- تعريف متلازمة القولون العصبي أو متلازمة الأمعاء الهیوجة:

و هي اضطرابات هضمية وظيفية شائعة للغاية و هي تعرف باضطرابات في وظيفة المعى مع غياب إمراضية بنيوية. إن متلازمة الأمعاء الهیوجة هي اضطراب معوي وظيفي يكون فيها الألم البطني مترافقا مع التغوط أو هي تبدل في العادة المعوية مع مظاهر اضطراب التبرز و الانتفاخ. (ديفيد سون ترجمة محمد القلا، 2005، ص155)

4-2- آلية حدوث القولون العصبي:

مما سبق يتضح أن القولون العصبي ليس معناه أن المريض يعاني من مشكلة عضوية في الجهاز الهضمي و إنما خلل وظيفي في جدران القولون و تكون آلية حدوثه كالتالي:

حصول اضطرابات في الحركة العصبية للقولون، ينتج عنه سرعة أو بطء في حركة و تقلصات جدران القولون مما يؤثر في عمليات الهضم و الامتصاص، فمعروف أن بقايا الفضلات المارة في القولون تكون أقرب في قوامها للسائل قبل امتصاص الماء منها في القولون، ففي حالة سرعة حدوث التقلص فإن هذه الفضلات تخرج بشكل سائل و هنا يحصل عند المريض الإسهال، و في حالة بطء تقلص عضلات القولون فإن الماء الموجود في الفضلات يمتص بشكل أكبر و زائد عن المطلوب فيحدث حينئذ الإمساك و الإسهال يسبب هذا الاضطراب أعراض جسدية و نفسية أخرى كثيرة. (www.3colon3.com)

4-مدى انتشار متلازمة القولون العصبي:

تصيب متلازمة القولون العصبي حوالي شخصا واحدا من أصل خمسة أشخاص في الدول الصناعية. و هناك عدد أكبر من الأشخاص الذين يعانون على الأقل من أحد أعراض المرض. جدير بالذكر أن ثلاثة أرباع الذين يعانون من أعراض متلازمة القولون العصبي لا يستشيرون الطبيب، على الرغم من أن نصف الذين يتوجهون إلى قسم العيادات الخارجية المخصص للمشاكل المعوية في المستشفى المصابون به. كما تشير الدلائل إلى أن نصف المصابين بمتلازمة القولون العصبي ممن نراهم في العيادات، يعانون من أعراض الكآبة و القلق.

أما في المملكة المتحدة، فيعاني حوالي ثمانية ملايين شخص من متلازمة القولون العصبي. و يتغيب كل واحد من هؤلاء 17 يوما في السنة عن العمل تقريبا. و أما معدل التغيب عن العمل في الولايات المتحدة الأمريكية فيصل إلى 14.8 مقارنة بـ 8.7 ممن يعانون من أعراض هذه المتلازمة.

يتساوى شيع أعراض متلازمة القولون العصبي بين النساء و الرجال. و لكن النساء يستشرن أطباءهن بخصوص هذه الأعراض أكثر من الرجال. علما أن حوالي نصف المصابين بمتلازمة القولون العصبي يشعرون بأعراضه قبل بلوغ سن الـ 35، كما تتراوح أعمار 40% منهم ما بين 35 و 50 عاما. (كيران ج. مورياتي ترجمة هلا أمان الدين، 2013، ص3). و لأسباب غير معروفة النساء أكثر احتمالا (خاصة قبل الدورة الشهرية) للإصابة باضطراب القولون العصبي من الرجال بمقدار ثلاثة أضعاف.

و في الدول العربية في بداية القرن الحالي كشفت دراسة في بعض الدول العربية أرقاما مهولة بنسبة تقترب من 40% من السكان. و هذه النسبة في زيادة ففي منطقة الخليج العربي تبلغ 50 % نسبة الإصابة. (www.3colon3.com)

5- أسباب متلازمة القولون العصبي:

العوامل الرئيسية هي:

- عوامل نفسية.
- نشاط غير طبيعي لعضلات و أعصاب القولون.
- حساسية مرتفعة في الأمعاء.
- عدوى في الجهاز الهضمي.
- الحمية الغذائية، عدم تحمل أو حساسية من الطعام.

(كيران ج، مورياتي ترجمة هلا أمان الدين، 2013، ص30)

تصنيف آخر للأسباب:

تشمل متلازمة الأمعاء الهیوجة سلسلة واسعة من الأعراض و من غير المحتمل أن يكون السبب وحيدا. بشكل عام يعتقد أن معظم المرضى تتطور لديهم أعراض استجابة لعوامل نفسية اجتماعية أو لتبدل في الحركية المعوية المعوية أو لتبدل الإحساس الحشوي أو لعوامل في لمعة الأنبوب الهضمي.

1-العوامل النفسية الاجتماعية:

معظم المرضى المشاهدين في الممارسة العامة ليس لديهم مشاكل نفسية و لكن حوالي 50 % من المرضى المحولين إلى المشفى يتوافقون مع معايير التشخيص النفسي، سلسلة من الاضطرابات تم تعيينها و تشمل القلق و الاكتئاب و التجسيد (Somatisation) و العصاب، نوبات الذعر شائعة أيضا. من المعروف أن الشدة النفسية الحادة و المرضى النفسي الصريح يغير الحركية المعوية المعوية عند كل من مرضى الأمعاء الهیوجة و الناس

الأصحاء. يوجد زيادة في شيوع السلوك الشاذ للمريض مع استشارات متكررة من اجل أعراض طفيفة.

2-تبدل الحركة المعوية المعوية:

توجد سلسلة من الاضطرابات الحركية لكن ولا واحدة منها تكون مشخصة.المرضى الذين لديهم الإسهال هو العرض المسيطر يبدون مجموعات من أمواج تقلصية صائمية سريعة و عبور معوي سريع و زيادة في عدد التقلصات القولونية السريعة و المنتشرة. أولئك الذين لديهم الإمساك هو المسيطر لديهم نقص في العبور الفموي الأعوري و وانخفاض في عدد موجات التقلصات القولونية المنتشرة ذات السعة العالية و لكن لا يوجد دليل ثابت على الحركية الشاذة.

3-الإحساس الحشوي الشاذ:

تترافق متلازمة الأمعاء الهيجية مع حساسية زائدة للتمدد المعوي المحدث بنفخ البالونات في اللفائفي و القولون و المستقيم و ذلك نتيجة لتغير معالجة الجهاز العصبي المركزي للإحساس الحشوي.

4-عوامل في اللمعة:

بين 10 % و 20 % من المرضى يتطور لديهم متلازمة الأمعاء الهيجية بعد نوبة التهاب معدة و أمعاء، بينما قد يكون آخريين غير محتملين لعناصر غذائية معينة خصوصا اللاكتوز و القمح. (ديفيد سون ترجمة محمد القلا، 2005، ص155-156) إضافة إلى كون القلق من أهم أسباب القولون العصبي.

(أبو الفداء محمد عزت، محمد عارف، 1998، ص34)

العوامل التي تزيد من حدة أعراض متلازمة القولون العصبي:

قد يكون للعديد من العوامل دور في تحديد مدى حدة أعراض متلازمة القولون العصبي، فالبعض منها يعود للمرض بحد ذاته، والبعض الآخر يتأثر بظروف فردية و هي تتضمن:

● شخصيتك:

- عوامل نفسية.
- القلق بشأن مرضك.
- ضعف قدرتك عن الإفصاح عن مشاعرك.
- مستوى التوتر.
- الاكتئاب، القلق و نوبات الذعر.

● الشكل الذي تتخذه حالتك:

- مزمن (طويل الأمد) أو متقطع.
- أعراض غير اعتيادية.
- الأعراض التي تصعب السيطرة عليها.

● ظروفك:

- ظروف اجتماعية متردية.
- مواقف أقاربك و أصدقائك.
- التعرض لاعتداء جنسي في الطفولة.
- الرضا الشخصي و العملي.
- المكاسب الاقتصادية من جراء الإصابة بالمرض.
- التحقيقات الطبية و العلاج.

(كيران ج، موياتي، ترجمة هلا أمان الدين، 2013، ص28)

6-العوامل السيكولوجية في حالة متلازمة القولون العصبي:

لا شك أن الغذاء يلعب دورا رئيسيا في حياة الطفل الرضيع و أنه يشعر باللذة و المتعة و السعادة من خلال تلقي الطعام وابتلاعه عن طريق الفم و البلعوم أو القناة الهضمية بل إن الطفل يتصل بعالمه الخارجي عن طريق الامتصاص و الابتلاع و التبرز و عندما تضرب علاقته مع أمه بيدي الطفل إحباطه في شكل القيء و الإمساك و الإسهال و غيرها من الاضطرابات الهضمية و لقد كان "فرويد" العالم الذي أكد الطبيعة الشهوانية للمناطق الفمية و الشرجية في الرضيع فلقد أكد أن الإحساس باللذة يربط بالمنطقة الفمية ثم بعد ذلك بالمنطقة الشرجية ووفقا لنظرية "فرويد" يعد تعبير العداوة عن نفسها في الرضيع عن طريق العض و في الحياة فيما بعد عن طريق القرحة حيث يتحول العض إلى الداخل أما الإسهال فيعبر عن السخاء أما الإمساك فيعبر عن الإبقاء أو المحافظة أو البخل أو التقدير و يتصل بهذا المجال أي المجال الهضمي السمنة و قرحة المعدة و القولون.

(عبد الرحمان العيسوي، 1994، ص80)

7-أعراض متلازمة القولون العصبي:

بما أن متلازمة القولون العصبي (SII) هي اضطرابات وظيفي متكرر و معايير التشخيص محددة على أساس الأعراض و عدم وجود سبب عضوي واضح.

الأعراض في متلازمة القولون العصبي غير محددة لأنه يمكن للجميع أيضا أن يشعر بها في بعض الأحيان و أبرز خبراء القولون العصبي المزمّن و المتكرر معايير التشخيص المقترحة على أساس تواتر ظهور الأعراض. (Eamonn Quigley,2009,p3)

قد تختلف الأعراض من شخص إلى آخر هناك ثلاثة أنواع رئيسية:

1- إمساك مؤلم.

2- إسهال.

3- إمساك مؤلم و إسهال في وقت واحد، يصحبهما وجع في البطن.

- الإمساك:

يعرف العديد من الأطباء الإمساك بأنه فشل الفرد في أن يخرج فضلاته لمدة ثلاثة أيام أو أكثر. (شيت كونينغام، 2009، ص87)

أو هو إحساس شخصي إلى حد كبير، و ليس له تفسير مقبول شامل، و يمكن اعتبار الشخص مصابا بالإمساك حين يتغوط أقل من ثلاث مرات في الأسبوع، أو عندما يحتاج إلى بذل جهد للقيام بذلك. (كيران ج.مورياتي ترجمة هلا أمان الدين، 2013، ص51).

الإسهال:

يعني الإصابة بتبرز مائي رخو لأكثر من ثلاث مرات في اليوم قد يصاب المريض أيضا بمغص و تبطل بطن و غثيان و بحاجة ملححة للتبرز. (www.mufasser.com)

أو يعني وجود متكرر للبراز، اللين أو السائل، و الذي يترافق في بعض الأحيان مع ألم حاد في البطن (المغص)، يخف بعد أن يتم تمرير البراز.

(كيران ج، مورياتي، ترجمة هلا أمان الدين، 2013، ص72)

- **الألم:** هو إشارة إلى أن شيئاً ما ليس على ما يرام، و هناك العديد من المصطلحات لوصف ذلك:

- **ألم حاد:** يدوم لوقت قصير.

- **مزمن:** طويل الأمد.

- **وظيفي:** تسبب به عدم قيام عضو ما أو جهاز ما بوظيفته كالمعتاد.

- عضوي: هو حصيلة مرض ما.
- باطني: يتم الشعور به في البطن.
- رجيع: يتم الشعور به في مكان مختلف عن منشئه.

(كيران ج، مورياتي، ترجمة هلا أمان الدين، 2013، ص22)

* إضافة إلى الغازات: الغازات المعوية ظاهرة موجودة لدى الناس جميعا، و تأتي من مصدرين الهواء الذي يبتلعه المرء، و تفكك الأغذية الغير مهضومة بفعل بكتيريا موجودة في الأمعاء الغليظة. (www.mufasser.com)

* قد تتضمن الأعراض الإضافية:

- انتفاخ في البطن يرافقه إطلاق ريح.

- حركة غير متوقعة و غير منتظمة في القولون، و تختلف من يوم إلى آخر.

- عسر هضم. (كيران، مورياني، ترجمة هلا أمان الدين، 2013، ص15)

مقايس مانينغ: هناك محاولة مبكرة قام بها طبيب يدعى "مانينغ" من أجل تحديد متلازمة القولون العصبي.

- ألم.

- البراز أكثر مرونة يرافقه الألم.

- تغوط أكثر تواتر يرافقه الألم.

- ألم يخف بعد حركة الأمعاء (التغوط).

- انتفاخ مرئي (الشعور بالانتفاخ).

- مخاط في المستقيم.

-الشعور بعدم اكتمال التغوط في كثير الأحيان.

(Edward B. Blanchard. Sans année.p09)

مقاييس روما:

منذ فترة قريبة، دون فريق عالمي متخصص بأمراض الجهاز الهضمي المزيد من الأعراض، و أطلق عليها اسم مقاييس روما. و أوهمت هذه المقاييس أن يتم تشخيص الإصابة بمتلازمة القولون العصبي، عندما يشعر أحدثهم بحدوث اضطراب أو ألم في بطنه لمدة لا تقل عن 12 أسبوعا خلال اثني عشر شهرا الماضية، و يظهر الإضطراب أو الألم اثنين من هذه السمات:

- 1- يزول الألم بعد التغوط.
- 2- يترافق الألم مع حدوث تغير في تواتر التغوط.
- 3- يترافق الألم مع تغير في نوع (مظهر) البراز.

• أعراض أخرى لمتلازمة القولون العصبي:

تتضمن:

- حدوث إجهاد خلال حركة الأمعاء.
- التعجل (الاضطرار إلى الإسراع إلى المراض بسبب حركة الأمعاء).
- الشعور بأن حركة الأمعاء غير منجزة بالكامل.
- مرور المادة المخاطية أو مادة لعابية لزجة مع البراز.
- الشعور بامتلاء البطن، أو النفخة، أو التورم.

(كيران، مورياتي، ترجمة هلا أمان الدين، 2013، ص16)

بالإضافة إلى هذه الأعراض الألم و تغير عادات الأمعاء، هناك عدد من الأعراض المعوية المعوية الأخرى التي قد تكون موجودة مع متلازمة القولون المتهيج و تشمل انتفاخ البطن، التجشؤ، بالإضافة إلى الغثيان و أصوات الأمعاء ملحوظة (قراقر).
(Edward B. Blanchard, sans année, p7)

و هناك سمات متلازمة القولون العصبي غير مرتبطة بالجهاز الهضمي:

- أعراض المشاكل في الجهاز التناسلي.
- ألم أثناء الدورة الشهرية (عسر الطمث).
- ألم بعد العلاقة الجنسية (عسر الجماع).
- تورم ما قبل الحيض.
- الأعراض في الجهاز البولي:
- العجلة لا يمكن الانتظار للتبول.
- التبول خلال الليل (كثرة التبول ليلا).
- أعراض أخرى:
- ألم في الظهر.
- آلام في الرأس.
- رائحة نفس كريهة.
- مذاق سيء في الفم.
- نوم متقطع.
- إرهاق متواصل.
- كآبة.
- قلق.
- الفبرمياغية (الألم العضلي المنقشي).

(كيران ج.مورياتي، ترجمة هلا أمان الدين، 2013، ص18)

8-التشخيص:

المعايير السريرية لتشخيص القولون العصبي:

- 1- ألم في البطن متكرر أو ألم البطن الشديد.
- 2- يترافق عادة باضطرابات الأمعاء:
 - أ- الإسهال.
 - ب- أو الإمساك.
 - ج- أو بالتناوب الإسهال و الإمساك.
- 3- أن يكون حاضر مدة لا تقل عن 3 أشهر أو أكثر.
- 4- يشخص بعدد الفحوصات الطبية المناسبة لاستبعاد:
 - أ- مرض التهاب القولون.
 - ب- عدم تحمل اللاكتوز أو سوء الامتصاص.
 - ج- الطفيليات المعوية.
 - د- أمراض نادرة أخرى.

(Edward B. Blanchard, sans année, p6)

التشخيص بحيث تكون الاستقصاءات طبيعية، يمكن وضع التشخيص الإيجابي بثقة عند المرضى ذوي الأعمار الأقل من 40 سنة و بدون اللجوء إلى الاختبارات المعقدة. يجرى عادة و بشكل روتيني تعداد الدم الكامل و ESR و تنظير السين، بينما رخصة الباريوم أو تنظير القولون فيجب أن تجرى فقط عن المرضى الأكبر سنا لاستبعاد السرطان القولوني المستقيمي. أولئك الذين يتظاهرون بشكل غير نموذجي يتطلبون استقصاءات لاستبعاد

مرض معدي معوي عضوي، يجرى للمرضى الذين لديهم سيطرة للإسهال استقصاءات استبعاد التهاب القولون المجهري و عدم تحمل اللاكتوز و سوء امتصاص الحموضة الصفراوية و الداء الزلاقي و الانسمام الدريقي. كل المرضى الذين يعطون قصة لنزف مستقيمي يجب أن يخضعوا لتنظير قولون أو رخصة الباريوم لاستبعاد سرطان القولون أو الداء المعوي الالتهابي. (ديفيد سون ترجمة محمد القلا، 2005، ص157)

العلاج:

إن اضطراب القولون العصبي من الأمراض المزمنة التي يتوجب عليك التعايش معها بدلا من إضافة وقتك في البحث عن الشفاء منها، و من أمثلة أساليب التعايش معها ما يلي:

- تناول وجبات منتظمة و متوازنة، و تجنب الأطعمة الغنية بالدهون.
- تناول كمية كبيرة من الماء.
- المداومة على الرياضة فهي تشد العضلات و تحافظ على الوزن و تضبط إيقاع القولون (المشي لمدة نصف ساعة أو عمل تمارين للبطن و الظهر مما يساعد على إخراج الغازات من جسمك).
- تناول 6 وجبات صغيرة في اليوم بدلا من ثلاث وجبات كبيرة.
- تعلم كيف تتعامل مع الإجهاد النفسي و الضغوط.
- تجنب الإمساك باستخدام المليينات المعتمدة على الألياف.
- زيارة الطبيب في حالات ظهور أعراض أخرى غير المعتادة في حالات اضطراب القولون العصبي.
- عدم تناول أي عقار إلا بمشورة الطبيب، و الخضوع للفحص الكامل، بغرض استبعاد أمراض أخرى.
- شرب الشاي الأخضر بنعناع أو شرب البابونج.

- المحافظة على قسط كاف من النوم من 6 إلى 10 ساعات أو 12 ساعة كحد أقصى لأن النوم لمدة طويلة يزيد الشعور بالإجهاد النفسي.
- تعلم الاسترخاء العضلي أو التنفسي.
- حاول إخراج الهواء من فمك.

(الصادق محمد عبد الحليم، دون سنة، ص5)

• العجلات النفسية:

يشعر العديد من مرضى متلازمة القولون العصبي أيضا بقلق دفين يجعل أعراضهم أكثر سوءا. فهناك العديد من العلاجات النفسية التي تساعد أهمها:

- العلاج بالاسترخاء:

يعتبر هذا العلاج أكثر أنواع العلاجات النفسية بساطة، و يمكنك تعلمه بكل سهولة عبر التسجيلات الصوتية. فإذا كان القلق يساهم في سوء حالة متلازمة القولون العصبي لديك، سيساهم الاسترخاء إذا في تخفيف حدة الأعراض، و يضحك إحساسا بالتحسن. لتشعر بثقة أكبر و بأنك تسيطر على المرضى.

كما ستتعلم كيف تقصي مصادر التوتر، و بالتالي كيف تسترخي، و عادة ما يحتاج المرء إلى قرابة عشر جلسات من هذا العلاج.

- الارتجاع البيولوجي:

يعتمد هذا العلاج على إدراك الإشارات المختلفة التي تدل على وجود خلل وظيفي للجسم و تعلم كيفية تصويبها. وتستخدم هذه الطريقة بشكل شائع لعلاج حالات السلس و الإمساك.

بهدف العلاج إلى جعلك أكثر استشعاراً بأحاسيس المستقيم من أجل تفادي أي إجهاد غير ملائم. كما يوفر شرحاً مفصلاً حول كيفية عمل جسمك في حالته الاعتيادية، و يساعدك على إعادة تشكيل وظيفة أمعاؤك.

- العلاج بالتنويم المغناطيسي:

يستخدم التنويم المغناطيسي لاستحداث حالة من الاسترخاء، و من ثم التأثير في حركة و/أو أحاسيس دفيئة غير اعتيادية للقناة الهضمية.

في هذا العلاج سيقوم المعالج بتنويمك مغناطيسياً، لجعلك قادراً على السيطرة على أعراضك بمفردك، و ذلك بالاستفادة مما سبق أن تعلمته خلال الجلسات العلاجية، و يعتمد النجاح بشكل كبير على مدى اهتمام المعالج بعلاج متلازمة القولون العصبي.

- العلاج السلوكي-الإدراكي:

يرتكز العلاج السلوكي-الإدراكي على افتراض أن لمتلازمة القولون العصبي لدى البعض علاقة بالطريقة التي يتفاعلون بها مع ما يحدث في حياتهم اليومية. و يساعد العلاج السلوكي-الإدراكي على إدراك نماذج التفكير و التصرف السلبية.

كما يشجعك هذا العلاج على تغيير طريقة تفسيرك للأحاسيس و الوظائف الجسدية عبر رؤيتها بشكل مختلف. ولذا يجب عدم اعتبارها أعراض مرض تحتاج إلى علاج، بل كأنها تعابير القلق التي تترافق مع أحداث حياتية معينة. و يتمثل العلاج بشكل أساسي في تمرين على تحديد المسائل و حلها، و هو ما يسمح لك بالتحلي بحس أكبر بالسيطرة على زمام الأمور.

- العلاج النفسي الحيوي (الديناميكي):

يساعد هذا العلاج على معرفة سبب تطور بعض الأعراض المعينة، و ما قد تعنيه أو تمثله في ضوء التغيرات في العلاقات الأساسية. و ستساعدك هذه المعرفة على القيام بإجراء تغييرات طويلة الأمد في مواقفك الاعتيادية و نماذج تصرفاتك.

وغالبا ما تبدو الأعراض أنها سبب حدوث تغييرات حياتية مهمة (غالبا ما تكون خسارة علاقة) صعبة التقبل. و سيساعدك هذا العلاج على التعامل مع المتاعب العلائقية مع الالتزام بإرشادات المعالج.

و تظهر معظم الدراسات التي تجري على العلاج السلوكي، و العلاج النفسي أو العلاج بالتنويم المغناطيسي أن فترة علاج بسيطة تؤدي إلى حدوث تحسن في أعراض متلازمة القولون العصبي بنسبة 60 أو 70 بالمائة. كما تظهر أن أكثر الأفراد تحسنا هم اليافعون الذين سبق أن تعرضوا لأعراض كلاسيكية لفترة قصيرة من الوقت. و على أي حال، فإن حوالي 15-20 بالمائة من المصابين لا يستفيدون على الإطلاق من العلاجات النفسية.

- العلاج بالعقاقير:

لسوء الحظ، تعتبر العقاقير المعالجة لمتلازمة القولون العصبي ذات قيمة محدودة، و تثير أعراضا جانبية للعديد من المصابين. غير أن بعض العقاقير قد تكون مفيدة في علاج بعض الأعراض لدى البعض.

قد تكون الحاجة إلى تناول عقار واحد فقط، إلا أن البعض يتحسنون بشكل أفضل مع تركيبة من العقاقير. و مثال على ذلك، قد يدمج عقار ملين أو عقار مضاد للإسهال مع عقار يخفف تشنجات العضلات أو القلق، كما يمكن لمزيج من عقار مضاد للقلق مع مضاد للاكتئاب أن يريح آلام البطن و الإسهال بشكل فعال لدى بعض الناس.

و قد يجعل دمج العقاقير بهذه الطريقة السيطرة على حالتك ممكنا باستخدام جرعات أقل منها في حالة وصف عقار واحد فقط.

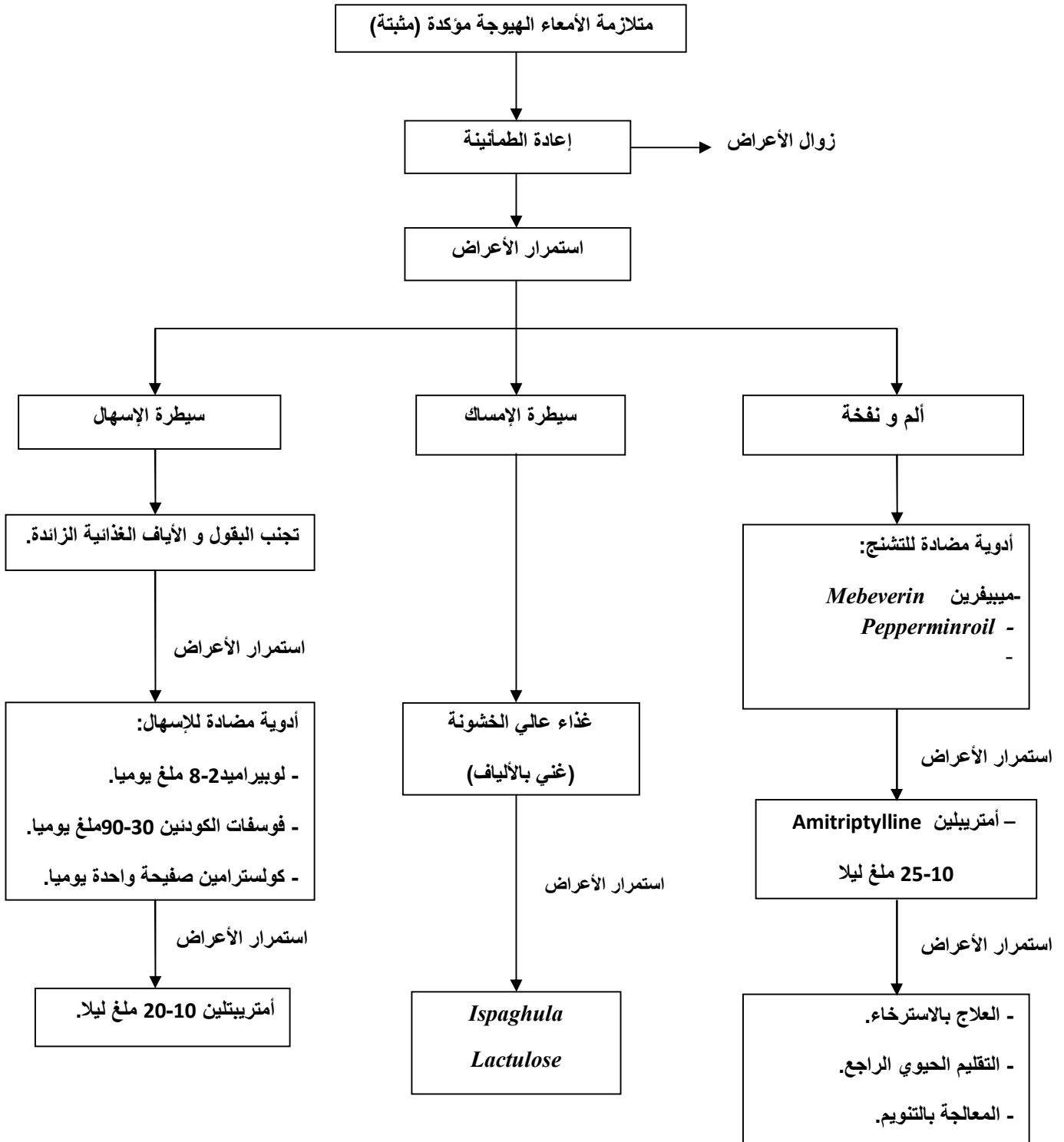
(كيران ج، مورياني، ترجمة هلا أمان الدين، 2013، ص 96-97-98)

تساعد العقاقير المضادة للتشنجات (مثل حبوب زيت النعناع، ميبيفيرين، ديسكلومين، ألفيرين سيترات، و هيوسين بوتيلبروميد) على استرخاء العضلة الملساء للأمعاء. و قد تكون هذه العقاقير مفيدة في تخفيف الألم الذي تسبب به تشنجات القولون.

إضافة إلى عقاقير علاج الاكتئاب الدفين مثل عقار "إمبيرامين" (*Imipramine*) الذي يخفف من سرعة المرور العابر في الأمعاء الدقيقة و التي تشكل مشكلة المصابين بمتلازمة القولون العصبي التي يسيطر فيها الإسهال إضافة إلى عقار "ألوسترون" و عقار آخر هو "تجاسيروود" (*Tegaserod*) و هذا الأخير يستخدم لعلاج متلازمة القولون العصبي التي تسيطر فيها الإمساك عند النساء. و الآن متوفر الولايات المتحدة الأمريكية و بعض الدول الأخرى. (كيران ج، مورياتي، ترجمة هلا أمان الدين، 2013، ص 99-100)

و قد أظهرت 6 دراسات عشوائية مراقبة مع الدواء فائدة العلاج بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة لمرضى الأمعاء الهيجية.

مخطط رقم (3): تدبير متلازمة الأمعاء الهیوجة.



(ديفيدسون ترجمة محمد القلا، 2005، ص158)

خلاصة الفصل:

إن معظم أمراض القولون تنشأ عن عملية الهضم المضطربة غير المنتظمة. و هذا الاضطراب يعود إلى الرسائل التي تحمل طابع القلق و الخوف و ما شابههما من صدمات نفسية واكتئاب دفين أو مقنع.

و يعتبر القولون من أكثر أجزاء الجسم استجابة لأنواع التوتر و الانفعال، و قد أوضح العلماء بأن نزول الإفرازات المخاطية بالبراز واستمرار حالات الإمساك كلها دلائل على تعرض القولون لحالة من الاضطراب السيكوسوماتي، فالقولون و الأمعاء الدقيقة عرضة للقرحة.

كما يتضح أن أكثر الأشخاص إصابة بالقولون هم اللذين يتميزون بالقلق النفسي و الاكتئاب خاصة فئة النساء، و إذا تراكمت واشتدت الانفعالات أدى ذلك إلى تضخم الاضطرابات و التوترات الحشوية بحيث إنه إذا دامت الأسباب المثيرة للانفعال واضطر الفرد إلى قمعه أو كبته أدى ذلك إلى أمراض جسمية تعرف بالأمراض النفس جسدية.

اجانب التطبيقية



الفصل الرابع: منهجية البحث

تمهيد

- 1- منهج الدراسة.
- 2- أدوات الدراسة.
- 3- حدود الدراسة.
- 4- الدراسة الاستطلاعية.
- 5- الدراسة الفعلية.



تمهيد:

إن الجانب النظري يعد جزءاً مهماً في البحث العلمي، فلا يخلو أي بحث علمي منه، حيث يعتبر أساس ثابت للعمود الفقري الذي يقوم عليه البحث و من خلاله يمكن وضع فرضيات، ولكن لا يمكن أن يكون كاملاً إلا من خلال جانب تطبيقي و الذي لا يقل أهمية عن سابقه و هذا ليؤكد على صدق و صحة الفرضيات و من ثم وضع أطر نظرية، و هذا ما نهدف إلى تبينه في هذا الجانب ألا و هو الجانب التطبيقي الذي نبين فيه منهجية البحث و هي الطريقة المعتمدة في جمع المعطيات واختيار أدوات البحث.

1-منهج الدراسة:

إن علم النفس يتناول مجموعة من الظواهر النفسية و السلوكية لدى الإنسان و هذا عن طريق منهجية بحث خاصة و يقصد بها تلك الطريقة المتبعة في دراسة ظاهرة ما أو مشكل ما و تفسيرها و التحكم فيها و التنبؤ بها.

و لقد اختلفت المناهج المتبعة في علم النفس تماشياً مع المواضيع المختلفة و من هذه المناهج و الذي قمنا باعتماده هو المنهج العيادي لأنه المنهج المناسب لفهم شخصية فرد معين و هو المنهج الذي يستطيع أن يكشف عن معالم شخصية الأفراد المصابين باضطرابات نفس جسدية و منهم مرضى القولون العصبي.

حيث يعرفه "لافاش" (D.Lagache) > هو منهج يدرس السلوك بطريقة موضوعية خاصة، محاولاً الكشف عن كينونة الفرد و الطريقة التي يشعر بها و السلوكيات التي يقوم بها في وضعية معينة مع البحث عن بنية و معنى ومدلول هذا السلوك و الكشف عن الصراعات الدافعة له و طرق التخلص منها <.

و لما كان المنهج الإكلينيكي يدخل ضمن نشاط تطبيقي موجه إلى معرفة و تحديد بعض الحالات، الاستعدادات و السلوكات بهدف اقتراح علاج نفسي.

(فاطمة الزهراء بن مجاهد، 2004، ص60).

إن المنهج المعتمد يحدد أدوات البحث حيث عادة ما يعتمد على دراسة الحالة التي تركز على المقابلة العيادية و ثانياً الاختيار الإسقاطي الروشاخ.

2- أدوات الدراسة:

أ- المقابلة العيادية النصف موجهة:

تعد المقابلة من أهم الوسائل المستخدمة في البحوث العيادية النفسية و الاجتماعية، حيث تمكن الباحث من الاتصال بالبحوث و الحصول على المعطيات التي تفيد البحث.

نجد أن المقابلة العيادية تعرف على أنها عبارة عن حوار يدور بين الباحث و الشخص الذي تم مقابلة، يبدأ هذا الحوار بخلق علاقة وئام بينهما، ليضمن الباحث الحد الأدنى من تعاون المستجيب، ثم يشرح الباحث الفرض من المقابلة و بعد أن يشعر الباحث بأن المستجيب على استعداد للتعاون يبدأ الباحث بطرح الأسئلة التي يحددها مسبقاً، ثم يسجل الإجابة بكلمات المستجيب. (آية قواجلية، 2013، ص64).

و المقابلة النصف الموجهة تعتبر نوع من أنواع المقابلة العيادية و قد اعتمدنا تطبيقها لأنها تحدد للمبحوث مجال السؤال و تعطيه نوعاً من حرية التعبير في حدود السؤال المطروح، كما تمكن أيضاً من ربح الوقت و التحكم في سير المقابلة حيث تتم الإجابة عن الأسئلة دون الخروج عن الموضوع. و عليه تم اختيار 4 محاور المحور الأول للبيانات الشخصية و 3 محاور كل محور منسق مع جانب نظري.

و قد كانت محاور المقابلة كالتالي:

- المحور الأول: بيانات شخصية.
- المحور الثاني: القولون العصبي.
- المحور الثالث: القلق.
- المحور الرابع: الاكتئاب الأساسي.

ب- اختبار الروشاخ:

اعتمدنا على اختبار الروشاخ و هو اختبار إسقاطي من بين العديد من الاختبارات، هذا كونه محرر من القيود الثقافية لأنه يسمح لنا بتقييم الأبعاد النفسية العميقة كالحياة الخيالية، الآليات الدفاعية، العقلنة خاصة و نحن نبحث عن ما يميز المفحوص من ناحية النشاط العقلي فقد يستطيع اختبار الروشاخ الكشف عن كل الجوانب التي تخص فرضيات بحثنا.

فاختبار الروشاخ من الاختبارات الإسقاطية التي ذاع استعمالها حديثا خاصة في عيادات الطب النفسي اختبار بقع الحبر للعالم "هيرمان رورشاخ" و يتكون من عشر بقع من الحبر منها خمس ملونة و خمس غير ملونة تعرض الواحدة بعد الأخرى على من يراد فحصه و يطلب إليه أن يذكر ما يراه فيها، و أن يعلق تعليقا حرا فيصف ما يذكره به و ما يتوارى على ذهنه من خواطر بصددها، و له أن يديرها في أي إتجاه يشاء، ثم تسجل أجوبته حرفيا و تدرس من حيث محتواها و نوعها. (أحمد راجح، 1968، ص424).

تطبيق الروشاخ:

و يتم تطبيق الروشاخ كالاتي في مراحل هي:

المرحلة الأولى: هي مرحلة التمرير العفوي، و هنا يقدم الباحث اللوحات العشر للمفحوص الواحدة تلو الأخرى. و هنا يقوم الفاحص بكتابة كل استجابات المفحوص و كذلك بتسجيل زمن الرجوع و الزمن الكلي و كذلك موقف و سلوكات المفحوص أمام ما يراه في اللوحة، الإيماءات، الرفض، التعاليق.

حيث تكون تعليمة التمرير العفوي:

« رايحة نوريلك 10 بطاقات تقولي واش يخليوك تخمي ولا تفكري، واش تقدري تتخلي فيهم، لواش يقدروا يشبهوا ».

المرحلة الثانية: ينتقل الفاحص إلى مرحلة التحقيق، حيث يقوم فيها بإعادة تقديم اللوحات، و ذلك لتحديد موقع الاستجابات و محددات الاستجابات، يساعد التحقيق على حصر الدينامية النفسية الشخصية التي دفعت الفرد لإعطاء الاستجابات.

حيث تكون تعليمة التحقيق:

« البطاقات لي وريتهوملك هذا وبين نعاودو نشوفهم مع بعض و تقولي الإجابات لي مديتهم وبين شفتهم، واش لي خلاك تشوفهم (الشكل، اللون، ولا حاجة أخرى) إذا جاوك أفكار أخرى غير الأولين قولي عليهم».

المرحلة الثالثة: يمر الفاحص إلى تحقيق الحدود ، و التي ينتقل إليها الفاحص عندما ينعدم أو ينقص نمط معين من الاستجابات في البروتوكول، كقلة الإجابات و في حالة غياب الإجابات الإنسانية، و عند غياب الإجابات الحركية (الإنسانية، الحيوانية) و في حالة غياب الإجابات اللونية.

ثم نتطرق لاختيار الاختبارات و تكون التعليمة: « من هذه البطاقات خير لي زوج لي عجبوك بزاف و زوج لي معجبوكش خلاص و قولي علاه».

المرحلة الرابعة: هي اختبار الحدود تطبق إذا لزم الأمر في حالة غياب الإجابات الشائعة: (اللوحة I- الخفاش، الفراشة). (III- الفراشة الحمراء، الأشخاص). (V الخفاش، الفراشة) (VIII النمر) (VI-الهيذورة، جلد حيوان) (X العنكبوت، برج إيفل).

و على هذا الأساس اعتمدنا على الروشاخ كاختبار إسقاطي لكشف جوانب الاكتئاب الأساسي إضافة للقلق عن طريق معادلة القلق و بالتالي كان تطبيقه على 4 حالات و التي سنعرضها عرضا و تحليلا وصولا إلى نتائج البحث التي قد نصل إلى الإجابة عن تساؤل

بحثنا، أو الفرضيات المطروحة و التأكد من صحتها أم لا و الذي سيظهر جليا من خلال الفصل الموالي الخاص بعرض و تحليل الحالات.

3- حدود الدراسة:

• المكانية:

تمت إجراءات تطبيق الدراسة الحالية بالإقامة الجامعية "بالقاضي محمد" بالمسيلة و قد كان تاريخ الفتح 2007، و بداية الاستغلال في سبتمبر 2007، و لها طاقة استيعاب نظرية 1000 سرير و لكن الطاقة الفعلية تضم 1045 سرير بغرف يبلغ عددها 495، تبلغ مساحتها الإجمالية 4648500 متر مربع، بها مساحة مبنية تقدر بـ 909400 متر مربع، و المساحة غير المبنية: 3739100 متر مربع، تضم هياكل إيواء كالتالي:

عدد الأجنحة	عدد الطوابق في كل جناح	عدد الغرف في كل جناح	عدد الأسرة في كل غرفة	مساحة الغرف في كل جناح
5	4	100	3	12.15 متر مربع

جدول رقم (3): يوضح هياكل الإيواء

كما تحتوي على هياكل إطعام تتمثل في مطعم إضافة إلى هياكل مرافقة منها:

- هياكل مخصصة للمصالح الإدارية.

- هياكل مخصصة للنشاطات الثقافية، الرياضية و العلمية: (حسب النشاط)، قاعة رياضة مصغرة (إروبك)، ملعب، قاعة إنترنت، قاعة مطالعة، و هياكل مخصصة للوقاية الصحية: عيادة، إضافة للنادي.

و يبلغ عدد المستخدمين: 141.

• الزمانية:

تم تطبيق الدراسة الفعلية بالإضافة للدراسة الاستطلاعية في الفترة الزمنية الممتدة من 01-2015 إلى غاية 20-04-2015.

• البشرية:

اشتملت مجموعة البحث في الدراسة الحالية على 4 طالبات مقيّمات بالإقامة الجامعية "بالقاضي محمد" بالمسيلة.

4- الدراسة الاستطلاعية:

كانت الدراسة الاستطلاعية أول خطوة قمنا بها في البحث التطبيقي لضبط متغيراته و توضيح الإشكالية والفرضية و معرفة مدى صلاحية الوسائل المنهجية المستخدمة أي المقابلة العيادية النص موجهة و اختبار الروشاخ.

قمنا بإجراء الدراسة الاستطلاعية بالإقامة الجامعية "بالقاضي محمد" بالمسيلة، حيث وقع اختياري على هذه الإقامة تحديدا لأنني مقيمة بها، الأمر الذي سهل علي الاتصال بمجموعة البحث، حيث ننوه أن البحث جاء كنتيجة للاحتكاك بالمرضين العاملين بالعيادة.

و لقد قمنا كأول خطوة بالاتصال بالأطباء و المرضين العاملين بعيادة الإقامة من أجل الحصول على معلومات حول الطالبات المصابات باضطرابات القولون، و قد زدونا بالمعلومات المتعلقة بمجموعة البحث حيث أن أغلب المقيّمات المصابات بالقولون العصبي يقصدن العيادة ليلا للحصول على الأدوية حيث يجدن المرضين في استقبالهن.

و قد كان الهدف وراء القيام بهذه الدراسة الاستطلاعية الأولية هو:

- 1- جمع المعلومات الخاصة بالإصابة.
- 2- الاحتكاك بالميدان لهدف انتقاء مجموعة البحث و التأكد من صلاحية أدوات الدراسة.
- 3- إخضاع أسئلة المقابلة العيادية للتعديل.

5-الدراسة الفعلية:

كانت الدراسة الفعلية في الفترة الممتدة من 05-04-2015 إلى 20 أفريل 2015.

• مجموعة البحث:

تكونت مجموعة البحث من 4 نساء، و من أجل إدخال أي فرد في مجموعة البحث ينبغي أن تتوفر فيه الشروط التالية:

- أن تكون مصابة بمتلازمة القولون العصبي، وهذا وفقا لمعايير أو مقاييس مانينغ و روما المستعملة لتشخيص هذه المتلازمة.
- أن تكون راشدة بمعنى (فوق 18 سنة).
- أن تكون مقيمة بالإقامة الجامعية.
- أن لا تكون مصابة بأي مرض عضوي آخر قد يكون سببا في القلق و الاكتئاب الأساسي.
- أن لا تكون تعاني من اضطرابات اكتئابية (أي لا تظهر عليهن أعراض الاكتئاب الكلاسيكي للتحقق من كون الاكتئاب الأساسي مرتبط بمرض القولون العصبي و ليس خصائص نفسية سابقة.

• خصائص مجموعة البحث:

الإسم	الحالة (1)	الحالة (2)	الحالة (3)	الحالة (4)
ريمة	أسيل	نور الإيمان	هدى	
متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	
علمي	علمي	علمي	علمي	
2	1	2	2	
6 سنوات	4 سنوات	3 سنوات	5 سنوات	
20	21	21	20	

جدول رقم (4): يمثل خصائص مجموعة البحث.

*الأسماء المذكورة ليست الأسماء الحقيقية تم استبدالها.

يتضح من خلال جدول خصائص مجموعة البحث أن مجموعة البحث تتميز بنفس المستوى الاقتصادي و الذي يتمثل في مستوى متوسط إضافة إلى أن مجموعة البحث تنتمي إلى نفس التخصص ألا وهو علمي مما يوضح استثمار للواقع و بالتالي التفكير العملي مما يدل على وجود الاكتئاب الأساسي لدى مجموعة البحث.

الفصل الخامس: منهجية البحث

تقديم الحالات

- عرض و تحليل نتائج الحالة الأولى.
- عرض و تحليل نتائج الحالة الثانية
- عرض و تحليل الحالة الثالثة
- عرض و تحليل الحالة الرابعة

الاستنتاج العام



تقديم الحالات:

نشير أننا نستعرض 4 حالات عيادية بشكل مفصل عبر تقديم معطيات المقابلة نصف الموجهة و نتائج اختيار الروشاخ مع تحليل و مناقشة النتائج.

عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى:

1-تقديم الحالة الأولى:

تبلغ المبحوثة "ريمة" من العمر 20 سنة، تدرس في الجامعة سنة ثانية تخصص بيولوجيا، عدد إختوتها 7، و هي الأخت الكبرى عزباء و تعيش في بيت جدتها من أمها، مع جدتها و جدتها و 2 من أحوالها و هذا منذ أن بلغت 6 سنوات من عمرها، فجدتها هي من قامت بتربيتها، و هي مصابة بالقولون العصبي منذ 6 سنوات و هو ما يصادف عام شهادة التعليم المتوسط، و لقد كانت المبحوثة غير متعاونة في البداية ثم تعاونت معنا بعد أن أخبرناها بأن كل ما نقوم به بغرض البحث العلمي فقط.

تحدثت المبحوثة بكل طلاقة عن حالتها النفسية قبل الإصابة بالقولون، و قد كانت علامات القلق بادية عليها، وظهر هذا في عدم استقرارها في وضعية الجلوس التي كانت تغيرها من وقت لآخر، و حملها للهاتف النقال وتحريكه، و كانت كثيرة الحديث عن مشاكلها اليومية خاصة في بيت جدتها مع خالها، كم لاحظنا كثرة حركتها طيلة المقابلة.

2- تقديم محتوى المقابلة النصف موجهة لـ (ريمة):

العبارات	
<p>1-القلق و علاقته بالاكئاب الأساسي لدى مرضى القولون العصبي</p> <p>-جاني عندو 6 سنوات عام الأهلية.</p> <p>-كنت نعقب في الأهلية و كان عرس خالي اضطريت مخدم و مقريتش 3 أيام و نروح نعقب و أنا متوترة ننجح بلا سلاح هذا منقدر نفلك.</p> <p>-كل ماراه زايد للأسوأ و أنا نتعود عليه.</p> <p>-أيامات الكونطرولات في أيامات يكون عندي مشاكل ولا عرس، المناسبات.</p> <p>-الأعراض النفسية و السطر يجيني في كرشي يحكمني toujours في الليل أنا هكذا مبروقرامية، كي يحكمني السطر يدوني دارنا للسييطار يضربولي إبرة باه نرقد.</p> <p>- التوتر défois وبين تكون مشاكل مثلا تتعافري مع وحدة من صحاباتك ولا مع واحد في دارنا، أكثر حاجة كي نتعافر مع دارنا كي نرتكب أخطاء راكي عارفة دار فيها نساء خوالي و هكذا.</p> <p>-سفت 100 طبيب كل عام نروح دايمًا ينصحوني أخطيك من هذيك الماكلة (المعجنات، الحار) نتحسن فترة و بعد لتعرض لا stress، مشاكل نعاود نولي كيما كنت.</p> <p>-الدواء إيه normalment يساعدني في هذيك الفترة و إذا جات حاجة من الأسباب تاع المرض يزيد السطر خاصة المشاكل في الدار منتحملش دارنا يتعافروا مع بعضاهم، (أنا شخصية ضعيفة).</p> <p>-الأعراض مزالها لحد الساعة.</p> <p>-أنا إنسان إجتماعي، طيبة مع الناس، نحب نخالط الناس بزاف، قلبي كبير، نحقد على شخص من غلطة و من بعد نرجع ننسى، نحس روحي إنسان ضعيف أي حاجة ممكن تطيحي، إنسانة موسوسة ثاني.</p> <p>- لحوايج لي تفلقتي أنو أهلي ما يوثقوش في و أنو الناس يستغلوني،</p>	

الناس استغلاليين أي واحد يجي يهدر معايا حاب يستغل طبييتي، صراتلي موافق بزاف، منقدرش نقلك كيفاه، أتفه حاجة تخليني نحس هكذا.

- نتقلق défois من طيبة قلبي فوق اللزوم، نوثق في الناس فوق اللزوم، و نصدقهم فوق اللزوم.

- نحس روجي مخنوقة كي نتقلق، منيش قادرة نتنفس تحكمني الرعشة، نبكي طبعا، نشد ورقة و نكتب كلش واش الحاجة لي قلقتني و نقطع الورقة، و défois نسمع موسيقى حزينة.

- مورالي متقلب défois نكون سعيدة، و défois فجأة نولي نتغير تصرالي أي حاجة تافهة تبدي المورال.

- صحتي بلاك كانت أحسن قبل المرض و بعد المرض مشكيتش مليحة.

- كنت مضغوطة، مضغوطة قبل المرض ماكانش وقت إطلاقا كان عدنا (عرس في الدار) "الحدث الصدمي" و مقدرتش نقرى و أنا كنت من القرابين زعما و قبل لا يتزوج خالي أنا لي كنت هازة الدار نطيب و ندير كلش زائد مسؤولية القرابة جاتي حاجة كبيرة كيفاه نقرا للأهلية قرابة عام في 3 أيام كيفاه الحل مالقيتتش راسي، (الحمد لله يا ربي).

- أحوالي المالية لباس، و العائلية مليحة و كاين علاقة بين مرضي و أحوالي العائلية défois تتدهور علاقتي في الدار كي نتعافر ولا واحد يتعافر منتحملش أنا عايشة في دار جدي و مكنتش نحب نروح لدارنا في العام نروح سمانة ولا اثنين، كانوا يهتموا بي دار جدي و مبعد معدوش بعد لي تزوج خالي و صرات مشاكل وليت نحس معنديش أهمية معنديش دور أنا بحاجة للحنان و للرعاية أما سمحت فيا معطانتش حنان (بدأت تبكي).

- النوم défois نطيح منفضنش و مرات ميجينيش النوم نحاول نحاول و مايجينيش النوم، نبات قاعدة نبقى نرقد شوي و نوض.

- دايمنا نحلم مخططة، ما نفهمها حتى ضربة و défois كي نشوف المنام ماشي مليحة نحس نهار كامل راحلي بسبب هذاك الحلم، و

<p>منتفكرش بلي حلمت ننسى معلباليش واش حلمت الـ (0) mémoire علبالي لبارح حلمت بصح معلباليش واش حلمت. - الماكلة حسب النفسية نتاعي défois وبين نكون مقلقة نكون شرهة للماكلة و défois نكون مقلقة نفقد الشهية ما تنفطي في حتى حاجة، مرات نكون مقلقة ناكل أي حاجة كاينة قدامي المهم ناكل برك و خلاص. - القرابة لباس نقطة ضعفي هي الذاكرة نحفظ و ننسى منشدش المعلومة و التوتر نحس التوتر يخليني ننسى. - مرات نكون متفائلة بلي رايحة نقلق حوايج ملاح و مرات نتشائم معنديش الزهر وعندي نظرية بلي اليوم لي يفوت خير من الأيام الجاية أحيانا نحن للطفولة نقول ياريت قعدت صغيرة، défois نتمنى الموت.</p>	
---	--

3- تحليل و مناقشة نتائج المقابلة النصف موجهة (ريمة):

عانت المبحوثة "ريمة" من حالة نفسية متدهورة التي تسببت في حدوث القولون العصبي، و ذلك ما توضحه العبارات المقدمة في المقابلة بكل محاورها، و قد كانت المبحوثة متحفظة في بداية المقابلة ثم باشرت في الحديث بطلاقة فبالنسبة لوحدة التعبير عن القلق تحققت بمجموع 7 تكرارات و كانت إجابة المبحوثة كالتالي " désfois نتقلق من روحي، نتقلق désfois من طيبة قلبي فوق اللزوم...." إلخ

المبحوثة لم تستطع إخفاء قلقها بل عبرت عنه بألفاظ و الإيماءات (التعبيرات الوجهية) الدالة على انزعاجها والتي كانت تدل أيضا على القلق و يظهر ذلك في طريقة جلوسها التي غيرتها عدة مرات و سرعتها في سرد الأحداث التي عاشتها قبل الإصابة بالقولون مباشرة أي العام الذي اجتازت فيه شهادة التعليم المتوسط، كما لاحظنا القلق في كثرة تحريكها لهاتفها النقال.

يبدو أن المبحوثة "ريمة" تعاني من قلق و الذي تأكد وجوده من خلال ظهور أعراض القلق التي حققت بتكرار 10 مرات، و برزت الأعراض في قولها "نحس روحي مخنوقة كي نتقلق،

تحكمني الرعدة، ننسى الـ *mémoire* صفر، يضربولي إبرة باه نرقد".....الخ، نلاحظ أن أعراض القلق بارزة عند المبحوثة كاضطرابات الذاكرة، التنفس و النوم.

إذن نستنتج أن المبحوثة "ريمة" تعاني من القلق، وقبل إصابتها بالقولون كانت تعاني نفسياً، إذ كانت جد قلقة فقد كانت مقبلة على اجتياز امتحان بدون أن تراجع و تحضر له و ظهر هذا في قولها "تروح نعقب و أنا متوترة ننجح بلا سلاح" حيث كررت هذه العبارة عدة مرات، فهذا القلق هو ما ساهم في ظهور القولون عندها.

و فيما يخص العلاقة بين القلق و ظهور نوبات القولون فقد تحققت هي الأخرى و تجلى ذلك في قولها: " التوتر *désfois* وين تكون مشاكل مثلا تتعافري في الدار، *désfois* نتقلق من روعي، يزيد السطر خاصة المشاكل في الدار منتحملش نتقلق".

من خلال هذه التعبيرات تظهر العلاقة واضحة بين مدى مساهمة القلق في إحداث و تفاقم القولون العصبي.

أما بالنسبة للمحور الأخير الاكتئاب الأساسي فقد تجلت بعض أعراضه و هذا من خلال غياب الحزن الذي ظهر في الاكتئاب الكلاسيكي حيث تميزت باللامبالاة و بالتالي هذا يثبت الاكتئاب الأساسي.

إضافة إلى وجود مشكل في علاقة المبحوثة "ريمة" مع أمها فهي لم تقم بتربيتها و رعايتها نظرا لكونها ذهبت لبيت جدها لأجل الدراسة و هي في عمر 6 سنوات و هذا المشكل العلائقي هو ما يحدث لاكتئاب أساسي فهذا ما تكلم عنه التيار السيكوسوماتي و أكده فوجود الاضطراب في العلاقة مع الأم أهم سبب الاكتئاب الأساسي وظهر هذا في قولها "أما سمحت فيا معطانتينش حنان، أنا بحاجة للحنان و الرعاية".

كما ظهر الفقر الهوامي و غياب الخيال لدى المبحوثة في قولها: "نحلم مخططة، ما نفهمها حتى ضربة و *désfois* كي نشوف لمنام ماشي مليح نحس نهار كامل راحلي، و منتفكرش بلي حلمت ننسى معلباليش واش حلمت... " أي أنها تحلم قليلا و تنسى و هذا ما يبرر وجود اكتئاب أساسي مع ميولات للتطير و التشاؤم

من خلال هذه التعبيرات نلاحظ أعراض الاكتئاب الأساسي قد تجلت في غياب أعراض الاكتئاب الكلاسيكي أي بالسلبية العرضية و المتمثلة في غياب الحزن إضافة إلى وجود قلق منتشر ظهر في التركيز على المرض الجسدي والقلق على أدويته و الذي يدل على عدم وضوح رؤية الأعراض، كما ورد الفقر الهوامي من خلال خاصية الأحلام و غياب الخيال و هذا ما يوضح الاكتئاب الأساسي

إذن كخلاصة يمكن القول أن المبحوثة "ريمة" كانت تعاني من قلق قبل إصابتها بالقولون العصبي حيث ساهم هذا القلق في ظهوره و كلما زادت حدة قلقها زادت شدة نوبات القولون و منه نستنتج أن الاكتئاب الأساسي خاصة مميزة لدى المبحوثة "ريمة".

4- تحليل اختبار الروشاخ للحالة الأولى (ريمة):

- بروتوكول الروشاخ لريمة:

التنقيط	التحقيق	النص
Choc D Fc A D F ⁺ Hd	[D] [D ₁]	اللوحة 1 54" ^ طير ولا نسر يديين خفاش 1' 44"
D FE Frag D C Anat	[D ₆] [D ₂] D F ⁺ A, D C Anat دم فراشة، دم [D ₃] D F ⁻ A سنجاب [D ₄] D F ⁻ A خنزير [D ₁]	اللوحة 2 18" ^ سحاب، عاصفة دم 1' 14"
DKH Ban	[D ₅₊₁₁] D F ⁻ A أرنب [D ₂] D F ⁺ A Ban, papion [D ₃] Dd F ⁻ طريق [Dd partie centrale] Géo D F ⁺ Bot أشجار [D ₄]	اللوحة 3 10" زوج أشخاص هازين حاجة 2' 18"
G F ⁺ Bot D F ⁺ Hd D F ⁻ Ad	[toute la réponse] G F ⁻ A ضفدع [toute la réponse] [D ₆] [D ₃] D _d F ⁺ obj تاج [D _d]	اللوحة 4 16" ^ شجرة رجلين رأس معزة 45"
G FC A Ban	[toute la réponse] [D ₉] رجلين واحد لا بس بونتاكور وتفسير D F ⁺ Hd/obj D F ⁺ Ad راس تمساح [D ₁₀]	اللوحة 5 6" ^ خفاش 27"

التنقيط	التحقيق	النص
D FE Bot D F ⁺ Ad	[D ₁] [D ₆] Dd F ⁺ Ad شغل شعر قط [D] قيتارة D F ⁺ obj	اللوحة 6 45" ٨ ورقة تاع شجرة جناحين، خريف تساقط الأوراق 01" 1'
DF ⁺ A Dd FE Hd	[Dd partie latirale] [D ₄] فراشة D F ⁺ A	اللوحة 7 15" ٨ زوج رسان تاع أرنب désfois بيان وجه انسان 41"
D F ⁺ A Ban D FC A Dd F ⁻ Hd	[D ₁] [D ₂] [Dd ₂₇] [D ₅] خفاش D F ⁻ A	اللوحة 8 15" ٨ ضباغ ٧ فراشة، أسد، قط معدوش ذيل امرأة
Dd F ⁺ Ad D FE Frag	[Dd ₂₅] [D ₁₁] [Ddbl ₂₂] رأس كائن Ddbl F ⁻ Hd [Dd ₂₁] صباغ خمسة Dd F ⁺ Hd [D ₆] جسم عضلات راجل D F ⁻ Hd	اللوحة 9 13" ٨ قرون غزال دخان 32 "
Dd F ⁻ Hd D F ⁺ A D F ⁺ A D FC Bot D F ⁺ H	[Dd partie latirale] [D ₂] [D ₁] [D ₁₅] [D ₈]	اللوحة 10 47" ٨ وجه انسان وعالا تشبه لعقرب زهرة صفراء مخلوقات غريبة 46" 1'

اختبار الاختيارات:

• الاختيار الإيجابي:

- III: حسيت بالراحة كعاد فيها إنسان.
- X: فيها les couleurs.

• الاختيار السلبي:

- I: شكلها مخيف.
- II: فيها دم.

السيكوجرام:

R=42	G=3	F ⁺ = 29	A=15	F%=95%
T.T=44	11%	F ⁻ = 11	H=3	F ⁺ %=69%
T.lat.Moy=21''	D=30	K = 1	Bot=4	F ⁻ %=26%
T./rép : 56''	73%	C = 3	Anat=2	A%=36%
TApp : G D D _d D _{dbl}	D _d =9dont 1D _{dbl}	FC =1.5	Obj=2	H%=27%
TRI : 1K/4.5C	21%	FE = 2	Frag=2	
Form comp : OK/2 ^E			Ban%=10%	
RC%= 33%			Géo=1	
			Ban=4	
			Choix(+): III , X	
			Choix(-): I , II	

Formule d'angoisse=26%

الانطباع العام حول الاختبار:

الطابع العام الذي تميز به روشاخ ريمة هو إنتاجية جيدة ظاهريا إذ أعطت المفحوصة 42 إجابة في وقت كلي يقدر بـ 44 دقيقة بمعدل 56 ثانية و هو إيقاع نوعا ما سريع حيث

أعطت 23 إجابة في التمرير العفوي و 19 إجابة إضافية في التحقيق و هو ما يدل على تعطل في استجاباتها لمثيرات الاختبار حيث احتاجت إلى تأكيد معالجاتها الإدراكية مرة ثانية من أجل استخراج إجابات أخرى في شكل من أشكال الاستبعاد فهذه الوفرة الكمية تخفي وراءها عجزا في تسيير ما قبل الشعور الذي يصفى الاستنارات القادمة من اللاشعور نحو الشعور و هي خاصية مميزة لدى المرضى المصابين باكتئاب أساسي.

كما اكتفت بتسمية المدركات دون التوغل في دلالاتها الرمزية و الهوامية رغبة منها في التخلص من الوضعية المزعجة لاختبار بقع الحبر دون أ تحس بحاجة إلى تحفظات كلامية حيث دخلت مباشرة في التعبير و في بعض الأحيان تلجأ المفحوصة إلى الاستناد للفاحص عبر توجيه أسئلة له عند شعورها بالتردد و للتأكد من صحة الإجابة ما قد يشير إلى هشاشة نرجسية و رابط اتكالي بالموضوع المثالي.

كما تميز تمرير الروشاخ بإبدائها نظرات تعجب من محتوى اللوحات.

أ- الخطاب:

تميز الخطاب في مجمله بعدد كبير من الإجابات خاصة في التحقيق مع إجابات واضحة و مختصرة و التي قد تعبر على غياب القدرة الشفوية على التعبير، قد ترجع إلى فقر في التمثيل، و تعطل ما قبل الشعور عن عمله، فلا يكون هناك خيال.

ب- المقارنة المعرفية:

فيما يتعلق بالتناول الإدراكي لبقع الحبر فقد تميزت بطغيان التحديد الجزئي الكبير بتقديم 30 إجابة بلغت نسبتها 71% من مجموع الإجابات و هو يشير إلى سياق تجنبى للإدراك الكلي للبطاقات و هو يدل على الحس العملي و الاهتمام بالمشاكل العملية و الوظيفة العامة للحياة اليومية و هذا يعتبر ميزة في التفكير العملي ما يدل على الاكتئاب الأساسي.

حيث أن التناول الشامل لبقع الحبر جاء بشكل أساسي في البطاقات المتراسة مثل البطاقة الرابعة بتصوير نباتي وفي البطاقة الخامسة ورد مرتبطا بالإجابة الشائعة البديهية.

2- المحددات:

تميز الجانب الشكلي بالغلبة على باقي المحددات بنسبة (69% = F^+) و هو ما يدل على الرقابة الشديدة للعواطف و التحكم و هو ما يتأكد بنسبة (95% = F) ما يدل على نوع من الاستراتيجيات الدفاعية التي تخفي هشاشة الحدود حيث يمثل الفشل الإدراكي نسبة لا بأس بها (26% = F^-)، في حين جاء التعبير عن العواطف فقيرا حيث ذكرت المفحوصة إجابتين لونيتين خالصتين في كل البروتوكول، و هذا في محتوى دم في نفس البطاقة ألا وهي الثانية في سياق غامض تشاؤمي ثم جاء اللون ممتزجا بالشكل في لون أسود اكتئابي في البطاقة الأولى و الخامسة و الثامنة.

ج- الدينامية العلائقية أو الصراعية:

استنادا إلى نمط الصدى الحميم و الصيغة المكملة التي هي مؤشرات عن الدينامية الصراعية يبدو جليا أن نوع الصدى الحميم هو انبساطي مختلط (1K/4.5C) بغلبة الألوان الممثلة للعواطف و تقهقر الجانب الفكري ولكن عند تعمقنا في تحليل هذه الألوان نجدها إجابات لونية صافية صادمة مثل الدم، و إجابات لونية مطبوعة بالسواد الذي يدل على الاكتئاب.

أما الصيغة المكملة فقد جاءت منسجمة مع نمط الصدى الحميم بغلبة الإجابات التضليلية وانعدام الإجابات الحركية الصغيرة (OK/2E)، و تميزت الاستثارة اللونية لدى المفحوصة بانخفاض نسبي حيث بلغت (33% = RC) إذ لم تنشط الألوان إنتاجية المفحوصة.

- المحتويات:

فيما يخص محتويات إجابة المفحوصة فتميزت بالطابع التكراري لبعض الإجابات خاصة الحيوانية منها مثل: فراشة، خفاش التي اتسمت بالطابع البدائي و الهش و بدون ألوان و هو ما قد يشير إلى الرنين الاكثابي لدى المفحوصة.

كما تميزت المحتويات بالإجابات الحيوانية بنسبة 36% ما يدل على فقر التفكير، إضافة إلى إعطاء صور إنسانية بنسبة 27 % و نسبة منخفضة مما يدل على إشكالات علائقية و اتصالية و هو مؤشر اكتئاب أساسي، كما أعطت 4 إجابات نباتية و إجابتين تشريحيتين و هي نسبة لا بأس بها قد تعبر على الإشكال في المواضيع الداخلية للذات.

و تأتي الإجابات الإنسانية في المرتبة الثالثة من حيث الظهور إذ لم تقدم المفحوصة سوى إجابة إنسانية شائعة في البطاقة الثالثة و لكنها تتميز بالغموض في الجنس حيث اكتفت بذكر التقمص الأولي مبتعدة عن التمايز الجنسي، و الإجابة الإنسانية الثانية وردت في البطاقة الثامنة و لكن في جزء صغير مع تشكيل سيء في دلالة على تدهور التصور الإنساني بفعل السيرورات الأولية، أما الإجابة الإنسانية الأخيرة فجاءت في البطاقة الأخيرة في طابع خيالي غير واقعي يتميز بالغرابة، باقي الإجابات الإنسانية الجزئية فهي (أيدي، أرجل، وجوه) حيث تكررت الأيدي مرتين و الأرجل مرتين و الوجه مرتين ما قد يسلط الضوء على خلل في صورة الجسم و في التصور الموحد للذات.

عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية:

1- تقديم الحالة الثانية:

المبحوثة "أسيل" تبلغ من العمر 21 سنة، طالبة تدرس سنة أولى جامعي تخصص علوم المادة عدد إختوها 7، وهي البنت قبل الأخيرة، تعيش نوع من المشاكل في بيتها فالصراعات دائمة، أصيبت بالقولون العصبي منذ أربع سنوات عقب مرضها وإجراءها لعملية Fissure .Anal.

ولقد أبدت المبحوثة إهتماما ملحوظا بالمقابلة فلقد كانت جد متعاونة وهادئة الطباع، وتشعر بإرتياح فلقد أخبرتني قائلة: "أسئلي واش حبيتي ونجاوب عجبتي أسئلتك حابة نرتاح". وخلال المقابلة كانت تبدو هادئة عموما وفي بعض الحيات قلقة خاصة عندما سألتها عن ظروفها العائلية حيث كانت تتحدث عن الظروف في العائلة ثم تسكت قليلا وتواصل الكلام نتيجة لتأثرها الشديد بالأوضاع السيئة في البيت كما أنها لم تتوقف عن التعبير عن قلقها ولقد لاحظنا طيلة المقابلة تجاوب المبحوثة مع أسئلتنا.

2- تقديم محتوى المقابلة النصف موجهة لـ (أسيل):

العبارات	
1-القلق و علاقته بالاكنتاب الأساسي لدي مرضى القولون العصبي.	-جاني الـ colon عندو 4 سنين، مكنتش ناكل jamais اللحم، كنت ناكل فورماجا ونقنع شافوني دارنا غريبة كيفاه ماناكلش و بعد لي رقيت بديت ناكل ولات عندي les gaz و بعد ولى عندي الـ colon و constipation ولاتلي fissure و درت عملية و ذرك مزال.
	- صرأتلي في هذاك العام مس مكنتش ناكل، حبست القرابية كنت نرقي.
	- كانت صحتي قبل المرض هائلة.
	- المرض زاد مع الجامعة.
	-يزيد المرض نهار لي ناكل هذيك الحاجة لي يجيني منها المصران و ثاني كي نتقلق يجيني.
	الأعراض لي تأثر علي القلق نقعد نبكي.
	-السبب تاع المرض القلق بزاف، الوقت الآخر وليت نتقلق بزاف مثلا يقلقني

- واحد و قرابتي .
- شفت طبية مدتلي دواء و واحدة أخرى و طيبب لي دارلي عملية و طبية ثاني أخرى .
- ساعدني الدواء في période لي ناكلوا فيها و كي ماكلوش يجيني ال .colon
- مازلت تجيني الأعراض .
- شخصيتي نحب نكون إجتماعية، ساعات نكون وحديطبعي مهوش هادئ .
- الحوايج لي تقلقني كي ميفهمنيش واحد، نحاول نوصل و ما يفهمنيش، كي نلقى روجي نقرا و مكانش نتيجة، عندي حاجة راها تقلق فيا والديك تشوفيهم يتقاسوا و متقدريش ديرني والوا، obligé نتقلقي، كي نشوف والديا مقلقين نتقلق .
- كي نتقلق défois نحس روجي مانيش قادرة نكوموندي في روجي يروحي l'équilibre، نبيكي au même temps واحد ميشوفني حتى واحد نبيكي، نجي في بلاصة وحدي و نبيكي و défois جيني فكرة ننتقم من الإنسان لي سببلي القلق .
- نعد مقلقة حتان تتصلح هذيك الحاجة لي قلقتني و نتجنب هذيك الحاجة .
- ال morale قبل ال colon كان عادي و ذرك ولي bas هو يزيدلي في القلق أبسط الأشياء تستفزيولي خفيف .
- حالتي النفسية كانت مليحة و من هذاك القلق مانيش stable .
- الظروف ماتت جدة قبل 9 أشهر ما يجيني القولون، تأثرت بزاف و دوخت و بكييت بزاف كانت عزيزة علي، و المس كنت منكلش منتصوريش كي نتقلق يجيني ال colon، زاد جاني لي يقلقني relation .
- الأحوال المالية عادية défois وين نتخص و كي نتخص نتقلق و العائلية شوي ظروف عيانة بزاف مكانش علاقة مع والديا بسبب أن الأبناء (البنات) ميهدروش مع والديا .
- أحوالي العائلية تأثر على مرضي و المالية تأثر على بزاف .

<p>- النوم نرقد عادي، معنديش مشكل.</p> <p>- المنام نشوف منامات تتحقق ، و كي نتقلق من قرائتي نشوفهم في المنام défois ننسى بلي شفت منام، كي نتقلق من المشاكل في الدار نشوفهم في المنام، و صعيب باه نتفكر المنام.</p> <p>- عندي l'appétit عادي.</p> <p>- قرائتي شوية.</p> <p>- نشتي نرسم، نشتي ندير شعر.</p> <p>- المستقبل راني نشوف بلي معندوش معنى، لازم ندير ثورة، ندير تغيير جذري في قرائتي و مع الناس في طريقة معاملتي كي نقرى مليح منحش نخالط باه نقرأ قرائتي و منكونش مقلقة.</p>
--

3- تحليل و مناقشة نتائج المقابلة النصف موجهة لـ (أسيل):

يعد إجرائنا للمقابلة العيادية النصف موجهة للمبحوثة "أسيل" قمنا بتحليل نتائج هذه المقابلة، حيث توصلنا إلى نتائج ثرية، ثم انتقلنا لتحليل النتائج في الأخير.

أبدت المبحوثة أثناء المقابلة سلوكا هادئا، لم تجد صعوبة في التعبير عن حالتها النفسية، و في كثر من الأحيان بدت عليها علامات القلق كلما تطرقت لأحداث أثرت كثيرا عليها، و القلق كان ظاهرا من حيث سرعتها في الحديث الذي لم يمنعها من سرد تفاصيل حالتها النفسية، وعند تحليل النتائج لاحظنا تحقق الواجهات المطلوب البحث عنها فبالنسبة لحدة التعبير عن القلق تحققت بتكرار 18 مرة، و كانت التعابير الدالة على ذلك كما يلي: "وليت نتقلق بزاف، obligé تتقلقي، كي نشوف والديا مقلقين نتقلق، نعد مقلقة، نتخص نتقلق، نتقلق من قرائتي...".

و هذا يدل على أن المبحوثة تعاني من قلق لأن تكرار ثمانية عشر يعد هاما و يبرز القلق من خلال تحقق وحدة أعراض القلق و هذا بستة تكرارات و عبرت عنها كما يلي: "نحس روعي منيش قادرة نكوموندي روعي، يروحلي l'équilibre، نبكي، نجي في بلاصة وحدي،

نتجنب هذيك الحاجة". و هذا ما يدل على أن المبحوثة تعاني من قلق بظهور أعراضه كاضطرابات التركيز، التحكم في النفس.

و مقارنة بملاحظتنا أثناء المقابلة إضافة إلى تحقق وحدة التعبير عن القلق، قد ذكرت لنا أنه قبل إصابتها بالقولون العصبي توفيت جدتها حيث قالت: " ماتت جدة، تأثرت بزاف، و دوخت و بكيت بزاف كانت عزيزة علي، منتصو ريش كي نتقلق يجيني الـ colon".

إذن يمكن القول أن القلق ساهم في ظهور القولون العصبي.

أما فيما يخص وحدة العلاقة بين القلق و ظهور النوبات، تأكدنا منها بظهور سبعة تكرارات عبرت عليها كما يلي: "كي نتقلق يجيني المرض، السبب ناع المرض القلق بزاف، مثلا يقلقني واحد، منتصو ريش كي نتقلق يجيني الـ colon...".

و من هذه التعابير تظهر العلاقة واضحة بين مدى مساهمة القلق في إحداث القولون العصبي.

أما فيما يخص المحور الرابع الاكنتاب الأساسي المبحوثة " أسيل" لم تظهر عليها أعراض الاكنتاب الكلاسيكي، فهي لا تبدي أي حزن أو الأعراض الأولية الخاصة به، و هذا الذي قد يدل على أول مؤشر للاكنتاب الأساسي.

كما أنها تستعمل ميكانيزمات دفاع للهروب من إبداء العدوانية اتجاه الآخرين فنقول: "désfois نخم و تجيني فكرة ننتقم من الإنسان لي سببلي القلق". ثم إن هذا القمع للعدوانية، يدل على خوف المفحوصة من فقدان الآخرين، لأنها تتميز بشخصية تابعة، و التخلي عن الآخرين يعني فقدان الموضوع المثالي، و فقدان الموضوع المثالي يعني الألم النفسي، و هذا يظهر جليا في قولها عندما سألتها عن الظروف العائلية فقد صرحت بما

يلي: " ظروف عيانة بزاف مكانش علاقة مع والديا بسبب البنات ميهدروش مع والديا و أنا منقدر ندير والو".

و هذه تعتبر من بعض السمات التي أكد عليها الباحثين في الاضطرابات السيكوسوماتية، و التي تظهر كنشاط عقلي لدى مريض القولون و عندما سألناها على المستقبل لم تجب سوى بأسلوب فقير من المشاعر و العواطف حيث تقول "معدوش معنى" دون أي سمة حزن ظاهرة فهي لم تعط للحدث معناه الحقيقي بالتعبير عنه.

و كذلك نلاحظ من خلال المقابلات من ناحية التظاهرات الجسدية و السلوكية، لا يوجد أي تعبير جسدي حركي، أو عصابي، أو نظرات تدل على المعاش النفسي للمبحوثة، وهذا يدل على التفكير العملي الخالي من الحياة الخيالية و الانفعالية.

من خلال المقابلة حاولنا البحث على مستوى الخيال و الحياة الحلمية، فقد صرحت المبحوثة أنا ترى أحلام قليلة منها ما يتحقق و أخرى تعتبر أحلام عملياتية و أنه صعب تذكرهم و هذا يظهر من خلال قولها: "المنام نشوف منامات تتحقق، و كي نتقلق من قرابتي نشوفهم في المنام، désfois ننسى بلي شفت منام، و صعيب باه نتفكر المنام". وهذا يدل على الاكتئاب الأساسي.

اتضح من خلال المقابلة ظهور الأعراض التي تدل على الاكتئاب الأساسي. إذن كخلاصة نستطيع القول أن القلق قد يساهم في ظهور القولون العصبي لدى المبحوثة "أسيل" و أن الاكتئاب الأساسي يعتبر خاصية مميزة لديها.

4- تحليل اختبار الروشاخ للحالة الثانية (أسيل):

- بروتوكول الروشاخ:

التنقيط	التحقيق	النص
G F C A	[toute la réponse] حشرة خوفنتي كعادت noire خفت من قرون الاستشعار	اللوحة 1 18" ٨ حشرة طائرة خفت من هذا الشكل أنا أصلا منشتيش الأشكال المريعة والحشرات 1' 46"
DC Anat D K H	[D ₆] [D ₁] [D ₃] فراشة D F ⁺ A [D ₂] شغل دم تاع واحد قاعد بالأحرى نساء D F C ⁻ Anat	اللوحة 2 15" ٨ بانثلي تشبه لرئة انسان ملطخة بالدم ٨ < تشبه لزوج عباد صادين لبعضاهم (أشارت باليدين أي اليدين موضوعة على بعضها البعض) 1' 53"
D K (H) Ban D F A D F ⁺ H D F ⁺ A	[D ₅₊₁₁] شكلهم غريب تدخل في الخيال [D ₇] [D ₂] [D ₃]	اللوحة 3 21" ٨ هذا انسان وهذا انسان حاطين يديهم على حاجة مفهمتهاش حاجة جاية كالعقرب مش عقرب سرطان البحر. هذو حسيتهم أقزام هذي فراشة هذو شكلهم ماشي ملاح معندهمش هيئة انسان في اليدين والرجلين 2' 01"
G E F (H) D F ⁻ H	[toute la réponse] [D ₄]	اللوحة 4 27" ٨٧٨ وحش راس على شكل معزة هاز في يديه جثة من وجثة من. كائن مصنوع من الدخان 1' 12"
G F ⁺ A Dd K (H) Rem. sym	[toute la réponse] [Dd partie latirale] تشبه الأقرام يطيرو [D ₁₀] ثعلب D F ⁻ A	اللوحة 5 42" ٨ تبانلي حشرة الجهة اليمنى وحدها واليسرى وحدها وكاين تناظر كل واحد وحذو قزم ومن ذيل والآخر مانيش عارفة هذي الحاجة 1' 49"

التنقيط	التحقيق	النص
D F ⁻ A Rem. sym	[D ₁] [D ₅] عمود فقري D F ⁻ Anat	اللوحة 6 " 21 ٨ مكان حتى حاجة تشبهها في مخيلتي حاجة مقسوسة على إثنين حاجة مفتوح كي حاجة تعرضت للتشريح 1' 20"
D K (H) Dd F ⁺ A	[D ₂] قزم مرجع يديه للور [Dd partie inférieur]	اللوحة 7 " 8 ٨ وجوه أقزام وشكل فراشة. أقزام رافعين يديهم لور 35"
D/b _l F ⁻ Anat D kan A Ban	[D/b _l] [D ₁] حيوانات طالعين Dd F ⁻ Anat [Dd partie centrale]	اللوحة 8 " 39 ٨ شكل داخل في الجهاز تاع الإنسان هذو من ومن حيوانات وهذا حاجة عضوية في الإنسان 1' 19"
Dd F ⁻ Anat D F ⁺ A D F ⁺ A Dd K H/obj Rem. Sym	[Dd ₁₀] فيهم بزاف التناظر [D ₃] [D ₁] [Dd partie supérieur]	اللوحة 9 " 28 ٨ حاجة في جسم الانسان ولفوق حيوانات فوق بعض واحد شاد ميكروفون ويغني 1' 01"
D kan A D F ⁺ A D F ⁺ A	[D ₈] حشرات هازين حاجة [D ₂] عصفور [D ₄] دودة	اللوحة 10 " 34 ٨ أشكال حيوانات في تناظر وحشرات قاع في اتجاه واحد، رايحين هذوك هاك وهذوك هاك (وأشارت بيديها) 1' 05"

اختبار الاختيارات:

- الاختيار الإيجابي:
- VIII: ألوانها عادي ماهيش مخيفة فيها التدرج.
- X: ألوانها بزاف، ماهيش مخيفة.
- الاختيار السلبي:
- VI: كي عادت مفتوحة شكلها و لونها معجونيش.
- IV: بيان وحش.
- السيكوغرام:

R=28	G=3	F ⁺ =18	A=14	F%=96%
T.T= 46'	11%	F ⁻ =9	H=8	F ⁺ %=64%
T.lat.Moy= 21'	D=20dont 1D/bl	K=5	Anat=6	F ⁻ %=32%
T./rép= 56''	71%	K _{an} =2	Obj=1	A%=50%
T.App :G D D _d D/bl	D _j =5	C=1.5	Ban=2	H%=29%
TRI : 5K/2.5C	18%	FC=1		Ban%=7%
From comp :1k/1 ^E		EF=1	Choix (+) : VIII, X	
RC%=36%			Choix (-) : IV, VI	

%9Formule d'angoisse=2

- الانطباع العام نحو الاختبار:

تميزت إنتاجية المفحوصة بالمتوسطة حيث بلغت 28 إجابة منها 23 إجابة في التمرير العفوي و 5 إجابات إضافية في وقت يقدر بـ 46 دقيقة بمعدل 56 ثانية و هو وقت قصير عموما عن المعيار العادي كما تميزت بالتعليقات الذاتية التي تعد كمؤشرات على صعوبة تعاملها مع مادة الاختبار عبر ذكرها (خفت من هذا الشكل أنا أصلا مانشتيش الأشكال

المربعة و الحشرات في البطاقة الأولى، والأخير مانيش عارفة هذي الحاجة في البطاقة الخامسة) الذي قد يعكس إحساس بالعجز.

أ- الخطاب:

تميز الخطاب في مجمله بطابعه الفقير و بالتحفظ حول كثير من الإجابات المتبوعة في أغلبها بتحفظات لغوية مثلا: (بانثلي تشبه، تبالني) و هي التي تعد مؤشرا على التردد حيال الإنتاجية الإدراكية لأسيل.

ب- المقارنة المعرفية:

يشير بروتوكول المفحوصة إلى غلبة التناول الجزئي الكبير ب 71% الذي ظهر بقوة في البطاقتين الأخيرتين التاسعة و العاشرة في مواجهة قلق التجزئة عبر إعطاء إجابات كثيرة ثم يأتي في المرتبة الثانية التناول الجزئي الصغير بنسبة 18 % كما يأتي التناول الكلي في المرتبة الثالثة بنسبة 11 % حيث أن التناول الشامل للبقع جاء في البطاقات المتراسة الأولى و الرابعة و الخامسة ففي البطاقة الأولى ورد حاملا خاصية فوية مخيفة ملتصقة بتصور حشري و في البطاقة الرابعة جاء مرتبطا أيضا بتصور مخيف و في البطاقة الخامسة قدمت محتوى حيواني مجهول الهوية.

لكن بصفة عامة طريقة التناول غلب عليها التناول الجزئي ما يعبر عن تحليل الواقع و الاهتمام بتفاصيله.

2- المحددات:

سيطرة المحددات الشكلية على باقي المحددات بنسبة (F%=96%) و تؤكد ذلك بنسبة (F+=64%) و هو ما يدل على الرقابة الشديدة للعواطف و التحكم كما نلاحظ ارتفاع F+ و هو ما يدل على قلق قد يعتبر القلق المنتشر الذي يظهر قبل حدوث الاكتئاب الأساسي و

يستمر بعده، و يمثل الانزلاق الإدراكي نسبة لا بأس بها ($F^{-}=32\%$) و التي تعبر عن هشاشة في بناء الواقع، كما تميزت المحددات الحركية بالثراء بمجموع 5 إجابات حركية إنسانية التي تفصح عن المكونات الإسقاطية و الجانب النزوي ببعده العدوانية، في حين جاء التعبير عن العواطف فقيرا حيث أبدت المفحوصة إجابة خالصة واحدة في البطاقة الثانية.

ج- الدينامية الصراعية:

يندرج نمط الصدى الحميم في هذا البروتوكول إلى نمط الانطوائي المختلط (TRI : $5K/2.5C$) و هو ما يدل على سيطرة الحياة الفكرية على حساب استثمار قليل للجانب الوجداني و هو ما يشير إلى تصلب في الجهاز النفسي يتماشى مع الاكتئاب الأساسي/ و هو ما تؤكد نسبة الإجابات اللونية ($RC\%=36\%$) ما يدل على حياة عاطفية عادية. تميز البروتوكول بثرائه حيث ظهرت 5 إجابات حركية إنسانية ($K=5$) ما يشير إلى قوة الاستثمار في العالم الإنساني الذي تشوّه الفقر في التفاعل الإنساني الذي تلخص في حركة وضعية (صادين لبعضاهم) كما الحال في البطاقة الثانية و بدون تحديد الجنس الذي يشير لخلل في التقمص الثانوي، كما في البطاقة الثالثة محملة بطابع عدواني (حاطين يديهم على عقرب) و في البطاقة الخامسة تصور خيالي مخيف (أقزام).

المحتويات:

سيطرة المحتويات الحيوانية على البروتوكول حيث مثلت نصف المحتويات المعطاة لتأتي في المرتبة الثانية المحتويات البشرية بنسبة 29 % ثم المحتويات التشريحية بمجموع 6 إجابات الدالة على إشكالات وانشغالات جسدية عميقة قد تدل على إشكالات في صورة الجسم و قمع للمخاوف المتعلقة بهذا الجسم و هو مؤشر اكتتابي، كما هو في البطاقة الثانية

و في البطاقة الثامنة و البطاقة التاسعة التي تلحق بإجابة بشرية جسم لإنسان ثم الإجابات الأخرى (Obj=1) و الإجابات الشائعة بنسبة 7 %.

5- تحليل الحالة الثانية في ضوء المقابلة النصف موجهة والاختبار:

من خلال المقابلة استطعنا أن نصل إلى أن المفحوصة تعيش نشاط عقلي يميزه اكتئاب أساسي الذي ظهر جليا في وجود أعراضه حيث ان الروشاخ أوضح هذه النقاط المشتركة، فقد ظهرت مؤشرات أكثر في الروشاخ، وهذا من أجل توضيح هذا النشاط العقلي الفقير فنجد أنه أبرز معظم النقاط التي نريد البحث عنها وذلك من خلال الإجابات فنجد مثلا :

أبدت المفحوصة في الاختبار ارتفاع للإجابات الشكلية، والتي تدل على نوعية العلاقة مع الواقع وأيضا الميزة الدفاعية الصلبة، وغياب إحساس انفعالي وهوامي، كما يدل على الرضوخ للمحيط وهذا ما ظهر في المقابلة أن المفحوصة تتميز بتنظيم دفاعي صلب غير مرن، غياب ميكانزمات دفاع فعالة هي ما أدى إلى ظهور التفكير العملي وغياب الإحساس الانفعالي والهوامي ونقص التعبيرات الوجهية عن الانفعالات يدل على عجز التعبير العاطفي الذي لا حظناه في المقابلة والرضوخ يدل على الشخصية التابعة التي تنتمي إليها المفحوصة والتي ظهرت في المقابلة أيضا وكل هذه السمات تعد أحد المحددات التي تشير على الاكتئاب الأساسي.

ظهور الإجابات اللونية في البروتوكول، خاصة اللون الأحمر والأسود الذي يدل على التوتر والقلق والصدمات النفسية، وهذا ما ظهر في المقابلة.

ظهور الإجابات الحيوانية بنسبة كبيرة يدل على العدوانية المقموعة والمخبة وهذا ما ظهر في المقابلة.

وجود مؤشرات تدل على القلق العائم وأيضا الإجابات الحيوانية والإجابات التشريحية وغياب الإجابات الجنسية في البروتوكول الذي قد يدل على مشكل جنسي، وهو ما يدل على الاكتئاب الأساسي.

كما أن معادلة القلق أثبتت نسبة كبيرة (29%) من القلق وهذا ما أظهرته المقابلة أيضا. ويمكن أن نلخص مما سبق أن المقابلة والاختبار الإسقاطي أبرزتا عوارض الاكتئاب الأساسي الكامنة وراءه.

عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة:

1- تقديم الحالة الثالثة:

تبلغ المبحوثة "نور الإيمان" من العمر 21 سنة، طالبة في الجامعة سنة ثانية تخصص علوم المادة، عدد إخوتها 4 وهي الأخت الكبرى، وهي عزباء، وهي مصابة بالقولون العصبي منذ 3 سنوات حيث ظهر المرض على شكل آلام حادة في شهر رمضان تزامنا مع فترة الدورة الشهرية كون المبيضين أثناء هذه الفترة يكونان منتفخين إضافة إلى القولون الذي ينتفخ أيضا بسبب الغازات فيضغطان على بعضهما وهذا ما يسبب آلاما حادة، ولقد زارت عدة أطباء خاصة في المستشفى.

لقد أبدت المبحوثة اهتماما بالمقابلة فقد كانت جد متعاونة كما كانت تبدو عليها ملامح الحيرة أحيانا خاصة عند حديثها عن أحوالها العائلية كون أخيها الصغير مريض مصاب بكيس دماغي، بدت عليها مظاهر وعلامات القلق التي لاحظناها في كثرة حركتها كما كانت ترفق بعض إجاباتها بالابتسامة.

2- تقديم محتوى المقابلة النصف موجهة لـ (نور الإيمان):

العبارة	
القلق	-ال colon يجيني نورمال كي ناكل مأكلة دسمة سورتو لمأكلة تاع رسطو لي وعلاقته
بالاكتئاب	- في رمضان جاني ال colon عادي جاني مع العادة الشهرية يتنفخ منقدرش
الأساسي	نمشي، دائما قاعدة كنت في الثانوية كي يوجعني نوض ندور في الكلاصة
لدى	يخلوني الأساتذة.
مرضى	- صحتي قبل المرض لباس كانت مليحة.
القولون	- من ذاك نقول راني ريحت ومرات يجيني بالسطر فورسي لازمني منتحركش.
العصبي	- يزيد المرض كي تجيني العادة الشهرية، وكى نعود مقلقة مع صحباتي والمأكلة، نعيط ولي منهدرش معاهم.
	-الأعراض منقدرش نمشي نصيب نبقى هادئة وحدي.
	-القلق السبب والمأكلة، راه يوجع ومعلبليش علاه.
	- شفت الطبيب واحد في السبيطار وفي الإقامة، في السبيطار دائما.
	- إيه ساعدني وحد الدواء.
	- ما زالت تجيني أعراض المرض، ماني نبرى منو ما والو، كلي مانيش نداوي.
	أنا نحب الناس الكل، ماني مخيبة حتى حاجة في قلبي، نية يعني نية في الهبال، تصدق كلش، نمد كونفيونس، نضحك بزاف.
	- الحوايج لي تقلقني نلقى الشمبرا مخلطة، تلقى حاجة ماشي في بلاصتها، كي ننصح وحدة وتقولي إيه ومديرهاش نتقلق نولي منتعرفش بصح منقولهاش، نخبي في قلبي العياط مع خاوتي نحبهم قاع يسمعوا هدرتي بصح مكانش لي يسمح خويا يقلقني كي ما يقراش.
	- كي نتقلق راسي يوجعني، رقبتي توجع، كي نحس راسي راح يطرطق نقيس لاتونسوا مرات طالعة وبزاف نلقاها هابطة، نروح نقيس خصوصا إذا كنت مخيبة منيش مبينة نخبي في قلبي ما نهدرش ومرات نعيط وكى نتقلق نبكي

ندير سبة باه نتضرب باه نبكي نحب نتضرب باه نبكي باه ما يقوليش علاه بكيتي، غالبا نخبي.
 - نهار مايتمش وأنا مقلقة أنا حنينة.
 - المورال هكوهكا مليح نكون نضحك يكون لاباس ومرات نضحك ومانيش مليحة ونكون مشنفة بضيقة، مين ذاك وحدي نتقلق.
 - الظروف لي عشتها قبل المرض كنت صغيرة مكنتش نعرف نورمال.
 - ظروف في مع الدار فيما بيناتنا على السكن كنا ساكنين في دار التارنيت كانت القطرة هما حابيني نقرى كنت نلبس مليح كلي بنت وزير والناس يقولولي كيفاه باباك، بابا مكانش يخدم.
 - الحوال المالية لاباس الحمد لله عندي خويا برك مريض عندو كيس في راسو عندو عام برك وجاه الصرع كلي مات وحيا وهو في عمرو شهرين.
 - مكانش علاقة بينهم وبين المرض.
 - النوم مهوش مليح كنت نرقد نورمال وذرك نرقد ونفطن في الليل.
 - المنام أنا نشوف خيالات نبات نظم بالجن نحس مثلا يجبدوني نفطن على خلعة، ننساهم بالخف، أحيانا واش صرالي في النهار يتعاود في الليل.
 - الماكلة كي نكون نقرى مقطوعة، زعما نحب ناكل شوية برك.
 - القرابية مليحة لباس قادرة عليها.
 - نحب الرياضة، المطالعة، نحب نقرى في الليل كتب، مجلات.
 - المستقبل لباس عليه مليح.

3- تحليل ومناقشة نتائج المقابلة النصف موجهة (نور الإيمان):

بعد تقديمنا للنتائج الكمية للمقابلة النصف موجهة للمبحوثة "نور الإيمان" سوف نشرع في تحليل النتائج كما يلي:

لقد أبدت المبحوثة تعاوننا معنا وفي كثير من الأحيان بدت عليها علامات القلق التي تمثلت في كثرة حركتها.

ولقد أظهرت العبارات تأثير الحالة النفسية على القولون العصبي وتأكد هذا من خلال وحدة التعبير عن القلق بعشرة تكرارات ومن بين العبارات الدالة على ذلك: "كي نعود مقلقة، نتقلق نولي منتعرفش، خويا يقلقني، مين ذاك نتقلق وحدي ...".

من خلال هذه العبارات نجد أن المبحوثة تعاني من قلق لأن عشرة تكرارات تعتبر مرتفعة، ويظهر القلق أيضا من خلال تأكيد وحدة أعراض القلق بعشرة عبارات من بينها: "النوم مهوش مليح نرقد ونفطن في الليل، راسي يوجعني، رقبتي توجع، latension بزاف نلقاها هابطة ... " هنا يمكننا القول أن أعراض القلق تحققت عند المبحوثة مثل: اضطرابات النوم وآلام الرأس.

وبالنسبة للعلاقة بين القلق ونوبات المرض تحققت ويظهر هذا في قولها: "ال colon يجيني كي نقلق، السبب هو القلق، يزيد المرض كي نكون مقلق مع صحباتي ...".

إذن بتحقيق الوحدات التي أظهرت القلق نستنتج أن المبحوثة كانت قلقة ويتضح هذا أيضا من خلال ملاحظتها أثناء المقابلة فقد كانت كثيرة الحركة إضافة إلى تحريكها يديها عند الكلام.

أما فيما يخص المحور الخير الاكتئاب الأساسي فنجد أن المبحوثة صرحت انها تخفي أي مشكل لديها وتحفظ به لنفسها رغم أنها إجتماعية وهذا يظهر جليا في قولها: "تخبي في قلبي مانهدرش".

إن هذه السمة تدل على قمع انفعالات، وعدم القدرة على التعبير عنها، والتي تظهر بشكل واضح في بعض التصريحات للمبحوثة، فهي لا تستطيع مواجهة صديقاتها في بعض المشاكل، كما صرحت انها تكتم في نفسها ولا تواجه ذلك الشخص وظهر ذلك في قولها: "كي ننصح وحدة وتقولي إيه ومديرهاش نتقلق نولي منتعرفش بصح منقولهاش نخبي في قلبي".

والإكتئاب الساسي يظهر من خلال قمع الإنفعالات، وعدم القدرة على التعبير العاطفي، وإفلاسه الذي ينشط القلق العائم والآلام الجسدية بحيث تكون المعاناة النفسية غائبة، وهذا راجع على عدم التعبير عنها او من خلال عدم القدرة على تمثيلها.

عندما سألنا المبحوثة عن حياتها الحلمية أجابت بأنها لا ترى أحلام بل كوابيس وهي متكررة إضافة إلى انها تكرر في المنام ما يحدث لها في النهار فقد صرحت قائلة: "أنا نشوف خيالات نبات نعلم بالجن نحس مثلا يجبدوني ، نفطن على خلعة، ننساهم بالخف، وأحيانا واش صرالي في النهار يتعاود في الليل ...".

أقرت المبحوثة بأنها ترى ما يحدث في النهار اي احلام عملياتية وتكرارية حيث كل ماتراه في النهار يعاد في الليل وهذا راجع على أثار الذاكرة القصيرة وتمثيلاتنا أي هناك سهولة في استرجاعها.

إن فقر الأحلام لدى المبحوثة مع خصوصيتها بالعملياتية والتكرار، يدل على الاكتئاب الأساسي.

صرحت المبحوثة أنها لا تتام، بل تعاني من أرق، وهذا يدل على العياء النفسي حيث تقول: "النوم مهوش مليح نرقد ونوض في الليل" حيث أن الاكتئاب الأساسي ، من أنماطه العياء النفسي مع غنخفاض النشاط الحلمي، كما اقرت المبحوثة أنها تعاني من القلق ويكون هذا القلق من اشياء عدة، فهذا القلق يدل على قلق منتشر، الذي يدل على الاكتئاب الأساسي.

يمكن أن نستنتج في الخير الاكتئاب الأساسي يمكن أن يكون خاصية مميزة لدى المبحوثة، إضافة إلى كون القلق من بين الأحداث التي ساهمت في حدوث القولون العصبي لدى المبحوثة.

4- تحليل اختبار الروشاخ للحالة الثانية (نور الإيمان):

- بروتوكول الروشاخ لنور الإيمان:

التنقيط	التحقيق	النص
G K ⁺ (Hd)	[toute la réponse]	اللوحة 1 21" ^ واحد شبخ عندو عينين وراه يضحك. (أبعدت البطاقة) ز عما عندو وذنين دايرين بصح شرير يضحك، يضحك عليا بيان تاع الظلم. 1' 55"
D kob ⁻ Géo D kpc' Anat Dd F ⁺ Anat	[D ₃] [D ₃] [Dd Partie latirale]	اللوحة 2 41" ^v^v^v^v^v بركان وهذي لوخر تاعو خمت تخمام واحد آخر هذو رية وهذي معدة وتطرقت. 1' 43"
D K H Ban D F ⁺ Anat	[D ₅₊₁₁] يديين [D ₅] [D ₃] عينين [D ₆] [D ₃] كرافطة، فراشة [D ₇] عينين [D ₇]	اللوحة 3 49" v(ضحكت) هكذا تبالي حيوان ولا إنسان متكي هذو لخمورا ما بنوش ^ بيانو زوج أشخاص وهادي شني كلوة. 2' 07"
D C'(H) Ban Dd F ⁻ Ad	[toute la réponse] [deux partie supérieur]	اللوحة 4 28" ^v^v^v^v^v زايدة قنصعاب بيانلي رسوم كنت نتفرجها واحد تاع الظلام هذوك شرير، مجاني حتى شكل بيانو زوج رسان تاع حيوان. 1' 33"
G Fc' Aban D F ⁻ Anat	[toute la réponse] [D ₇]	اللوحة 5 12" ^v^v^v^v^v بانلي كلي خفاش بانلي كلي طائر هكا بيانلي عمود فقري ديما، بيان هذا هو 1' 33"

- اختبار الاختيارات:
- الاختيار الإيجابي:
- III: شكلها واضح و نقدر نفهمها.
- VIII: شكل حيوانات شكلها عجبي.
- الاختيار السلبي:
- II: ملقبش تفسيرها.
- VII: الصورة تاعها ما فسر تليش أكثر.

R=27	G=5 19%	F ⁺ =9	A=4 F%=96%
T.T=58' 38'	D=18 67%	F ⁻ =17	H=2 F ⁺ =33%
T.lat Moy= 39'	D _d =4dout 1D _{dbl}	K=2	Anat=5 F ⁻ =65%
T./rép = 1' 21'	15%	Kob=1	Obj=7 A%=30%
T.App : G D D _d D _{dbl}		Kp=1	Géo=1 H%=26%
TRI : 2K/1.5C		C'=1	Ban=4
From comp : 2K/OE		FC=0.5	Ban%=15%
RC%= 37%		CF=1	F ⁺ %élargi=44%
			Choix (+) : III, VIII
			Choix (-) : II, VII

Formule d'angoisse = 37%

الانطباع العام حول الاختبار:

أعطت المفحوصة "نور الإيمان" بروتوكول يحتوي على 27 إجابة وهي إنتاجية عادية في وقت قدر بـ 58 دقيقة بمعدل بمعدل دقيقة واحدة وعشرون ثانية وهو وقت متوسط مقارنة بالمعدل العادي (R= 30-20) كما تميز انتاجها بالتعليق الذاتية مما يدل على صعوبة تعاملها مع مادة الاختبار عبر ذكرها (هاذي شني) في البطاقة الثالثة و (هذو لحمورا مابنوش) في نفس البطاقة و(زايدة قتعصاب) في البطاقة الرابعة، كما تميز تمرير الروشاخ

بضحكات كثيرة كما أبدت تعجبا كبيرا من الخط الموجود في النصف الا وهو خط التناظر في اللوحات.

كما كانت تعطي إجابات ذات طابع جنسي بصوت خافت لكي لا ندونها وهذا بحكم البعد الديني والثقافي.

أ- الخطاب:

تميز الخطاب في مجمله بطابعه الفقير والتردد إضافة إلى بعض التحفظ حول الإجابات التي إتبعنها بتحفظات لغوية مثل: (بيانلي، بيان) كما أظهرت أنها منزعة من اللوحات بقولها (رايحة نطقق أنايا) وهذا يدل على التردد حيال الانتاجات الادراكية لنور الايمان.

ب- السياقات المعرفية:

فيما يتعلق بالتناول الإدراكي لبقع الحبر فقدتميز بغلبة التناول الجزئي الكبير بتقديم 18 إجابة بلغت نسبتها 67% من مجموع الإجابات ثم تأتي في المرتبة الثانية التناول الشامل لبقع الحبر ووردت التناولات الشاملة مقترنة بمحدد شكلي سلبي ما يوضح طابع عدم التكيف في السير النفسي، أما المرتبة الثالثة للتناول الجزئي الصغير بنسبة 15%، كما ظهرت الإجابات الكلية في كل من البطاقة الأولى بتصوير خيالي وهو (رأس شبح) وفي البطاقة الرابعة أيضا تصور إنساني خيالي أما في البطاقة الخامسة ورد مرتبطا بالإجابة الشائعة البديهية (خفاش) أما في البطاقة التاسعة في صورة رأس حيوان.

2- المحددات:

تميز البروتوكول بغلبة المحددات الشكلية حيث قدرت ب 96% التي تدل على الحياة الانفعالية التي يسودها جمود التفكير والتعصب وعدم المرونة والأفكار الثابتة وهذا ما نلاحظه في الحالات الاكثناوية، حيث لاحظنا بعض الانزلاقات التي تجلت بنسبة 65% التي

تعتبر عن الفشل الإدراكي وضعف قدرات الأنا في مواجهة الواقع وتأتي المحددات الشكلية F^+ منخفضة جدا بنسبة 33% مما دفعنا إلى تصحيحها بحساب ($F^+ \% \text{ élargi} = 44\%$) والتي بقيت دون المعدل.

في حين جاء التعبير عن العواطف فقيرا حيث اكتفت المفحوصة بإجابة لونية شكلية واحدة وإجابة شكلية لونية واحدة أيضا ويعتبر هذا بروز طفيف للعاطفة، وانعدام الإجابات اللونية الخالصة يدل على قمع الحياة النزوية.

ج- الدينامية العلائقية أو الصراعية:

استنادا لنمط الصدى الحميم والصيغة المكملة التي هي مؤشرات عن الدينامية الصراعية يبدو جليا أن نوع الصدى الحميم هو انطوائي مختلط ($TRI: 2K/1.5C$) حيث تميز البروتوكول بنقص الإجابات الإنسانية الحركية التي تدل على إشكالات في التقمص وعلى خلل ما قبل الشعور حيث أن التصورات العاطفية الهوامية غائبة وهو ما يدل على الاكتئاب الأساسي، وهو ما تؤكد نسبة الإجابات اللونية ($RC\% = 37\%$) ما يدل على حياة عاطفية عادية، حيث ظهرت الحركة الإنسانية في اللوحة الأولى في حركة وضعية (شبح وراه يضحك) وفي البطاقة الثالثة في حركة إنسانية (إنسان متكي) وبدون تحديد الجنس الذي يشير لخلل في التقمص الثانوي، إضافة إلى حركات صغيرة في البطاقة الثانية (بركان وهذي لوخر تاعو) و (معدة وتطرقت) وهي حركة لجزء تشريحي.

لكن حتى الألوان وردت ضئيلة الموقع عند نور الإيمان بانعدام الإجابات اللونية الصافية والاكتفاء بذكر اللون الأسود ذو الرمزية الاكتئابية.

أما الصيغة المكملة فجاءت متناسقة مع نمط الصدى الحميم بحركتين صغيرتين مقابل انعدام للتظليل ($Form\ comp: 2K/OE$) وقلة الحركات في هذا البروتوكول التي قد تشير إلى الحياة العملية وبالتالي يدل على اكتئاب أساسي.

المحتويات:

سيطرة المحتويات التشريرية بمجموع 5 إجابات وهو دليل على انشغالات جسدية عميقة قد تدل على إشكالات في صورة لجسم وقمع للمخاوف المتعلقة بهذا الجسم المريض وهي مؤشر اكتئابي إضافة إلى المحتويات (7 = obj) وفي المرتبة التالية المحتويات الحيوانية بنسبة 30% التي تدل على فقر التفكير، كما وردت المحتويات البشرية ضئيلة بنسبة 26%، ويظهر لدى المفحوصة 4 إجابات تعد من الشائعات وهذا في البطاقة 3 إجابتين، وفي 4، 5 والتي تدل على سمات مرضية والتكيف الزائد والاستثمار الكبير للواقع في غياب الهوام والذي يدل على الاكتئاب الأساسي.

كما أن ظهور الاستجابات التناظرية في البطاقات 7، 8 يدل على القلق.

5- تحليل الحالة الثالثة في ضوء المقابلة النصف موجهة والاختبار:

من خلال المقابلة تبين لنا أن المفحوصة عاشت نمطا عقليا يميزه اكتئاب أساسي، وهذا ما يمكن أن نستشفه من خلال اختبار الروشاخ.

ظهور الإجابات الجزئية الكبيرة بنسبة كبيرة في البروتوكول ما يدل على الحياة العملية والاهتمام بالمشاكل اليومية وهذا ما ظهر أيضا في المقابلة وهو التفكير العملي والذي يعتبر من أبرز أعراض الاكتئاب الأساسي.

إن ارتفاع الإجابات الشكلية التي تدل عادة على الميزة الدفاعية الصلبة والمزاج الطبائعي في غياب الإحساس الانفعالي والعزل والذي يدل العيش في ترجمة عاطفية والرضوخ.

إن نمط الصدى الحميم الذي ظهر في بروتوكول المفحوصة ينتمي إلى إنطوائى مختلط الذي يدل على كون الشخص يعيش في الحاضر، علاقات سهلة، ذكاء عملي ملموس فهذا

يدل على باتولوجيا التكيف، وهذا ما ظهر في المقابلة فالمفحوصة كثيرة الحركة واجتماعية لدرجة كبيرة.

ظهور الإجابات الحيوانية وقلة الإجابات الإنسانية، يدل على خلل في التقمص، وهذا يظهر جليا في المقابلات من خلال نقص في التمثيلات الهوائية العاطفية والخلل المسجل لجهاز ما قبل الشعور، كما تدل الإجابات الحيوانية على قولبة الفكر وعدوانية مخبأة والحياة الطفولية وهذا ما كان في المقابلة أيضا، فالمفحوصة تتميز بنشاط عقلي مقولب طبائعي كما سماه سامي علي، أو لديه نمط ألا وهو التفكير العملي الدال على الاكتئاب الأساسي.

كما أنه في المقابلة صرحت المفحوصة بأنها لا تستطيع إبداء العدوانية اتجاه الآخرين وهذا خوفا من فقدان الموضوع وبالتالي المعاناة النفسية، وكل هذه السمات تدل على الاكتئاب الأساسي.

كما أبدت المفحوصة خصوصية الأحلام كوابيس وغياب الخيال والهوام في الاختبار وظهر ذلك أيضا في المقابلة.

ومعادلة القلق أظهرت نسبة عالية من القلق والذي تجلى أيضا في المقابلة، كما نلخص من كل ما سبق أن الاكتئاب الأساسي ميزة خاصة لدى المفحوصة.

عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة:

1- تقديم الحالة الرابعة:

تبلغ المبحوثة "هدى" من العمر 20 سنة، طالبة في الجامعة تخصص إعلام آلي، عدد إختها 4 منهم 3 كور وبننت وهي الأخت الكبرى لهم، عزباء وهي مصابة بالقولون العصبي منذ 5 سنوات، لقد كانت المبحوثة جد متعاونة وتجاوبت مع الأسئلة بسهولة وظهر هذا من خلال قولها "أسئليني واش حبيتي وأنا نجابوك راني حابة نعاونك" هذا خاصة بعد أن أخبرتها بمدى سرية المعطيات الشخصية وأن الهدف الوحيد هو البحث العلمي.

وخلال المقابلة كانت تبدو علامات القلق على المبحوثة خاصة عندما سأناها عن حالتها النفسية قبل المرض وبعده فقد تكلمت عن مشاكلها العديدة خاصة مع الدراسة ومع صديقاتها، كما أنها لم تتوقف عن الكلام والتعبير عن قلقها.

2- تقديم محتوى المقابلة النصف موجهة لـ (هدى):

العبارة	
القلق وعلاقته	- المرض جاني عندو أكثر من 5 سنوات، تحكمني منو التسمم والغاز في كرشني، ننتلق، أبدا ماداويت عليه يطلعلي السطر مع صدري.
بالاكتئاب	- في هذاك العام كانت مشاكل في الدار، ننتلق مع الدار.
الأساسي	- صحتي كانت نورمال ما عندي حتى حاجة.
لدى مرضى	- كي ناكل حوايج تضريني وإذا تفاقمت دائما يزيد يطلعلي السطر مع صدري، كان يوجع عادي ومع القلق يزيد.
القولون العصبي	- يزيد المرض كي ننتلق، أنا قلوقة، دائما ننتلق.
	- العراض عندي الألم منحيش نروح نقرى ننتفين في كلش لو كان نصيب حابسة روجي في الشمبرا منخالط حتى واحد.
	- سبب المرض تاعي التقلاب برك، أنا أصلا إنسانة قلوقة لدرجة منتصورهاش

ومنقدرش نتحكم في روحي.

- الطبيب جامي شفت الطبيب.

- أعراض راها مازالت تجيني الله غالب ملحقتيش بيا البارح.

- شخصيتي إنسانة هادئة، مانشتيش نخالط بزاف، لو كان نصيب روحي في شمبرا نقعد وحدي نحب الهدوء، نتقلق بزاف، أنا بصفة عامة عايشة في هدوء.

- الحوايج لي تقلقني لاتعد ولا تحصى، كي يقيسني واحد عزيز بزاف نتقلق، كي نسمع كلالام مورا ظهري، والديك يقيسوك كي يكونوا ينصحوا فيك كي يقيسوني صديقاتي القدم، أكثر حاجة تقلقني كي تقيسني ضربة قادرة.

- كي نتقلق نعود نرجف، يعود قلبي يخبط، نحس بالخوف نفشل لوكان نصيب نكسر، ونكسر صح في شنبرتي.

-نتقلق حوال ساعة ونهدا.

المورال والله غير يكون نورمال.

- قبل حالتي النفسية طبيعية عايشة كي الناس، ولكن هذو 4 سنين لخرين زاد الكولو عن حدة، رايحة للأسوأ بكري مكنتش نتقلق بزاف.

- الظروف قبل عادي من ناحية الدراسة كنت فور، الآن تدهورت خاصة القرابة كرهت حالتي النفسية أثرت عليا المشاكل زادت تتراكم فوق راسي لدرجة عدت نعاني منها بزاف.

- الأحوال المالية عادي والعائلية فور قاع، نتفادى الشيء لي يصرالي برا الدار نحاول نشد روحي لي نديرها هنا ما نديرهاش في الدارنخبي في قلبي.

- التقلق كي يقلقك واحد من العائلة تصؤالك حوايج كيما ها كرانا على الكولو.

- النوم، نموي عميق نرقد بزاف فوق اللازم.

نشوف لمنام، مناماتي عندها علاقة بالواقع لي راني نعيش فيه، منامات رومنسية تتكرر في المضمون، العلاقات لي عندي نشوفها في المنام، كي نتقلق نعاود نشوفوا في المنام.

- الماكلة والو صايمة الأجواء لي نعيشها نكون مقلقة تروحلي قاع الشهية وفي الإقامة نعاف.

<p>- القراية والو مانيش نقرى خلاص، المجتمع لي راني فيه نجي نقرى نتفكر الحوايج لي صراتلي في اليوم ومنقدرش نقرى، منها ذكريات قديمة ولى في ذاك الوقت.</p> <p>- كنت حابة ندير حوايج بزاف تخصص باين، الظروف كاين واحد برك بوجهني في قرابتي ماشي بإرادتي مكنتش حابة نقرى هذي الشعبة وجهوني إعلام آلي وأنا كنت حابة رياضيات.</p> <p>- نخم غير في قرابتي، حابة نكمل قرابتي ندير الشى لي راه يحوس عليه بابا ومن بعد ندير التخصص لي راني باغية، نعاود نبني حياة وحدا أخرى المهم نريح وندير الشى لي راني باغيانو، راني متفائلة بلي مستقبلي مليح.</p>

3- تحليل ومناقشة نتائج المقابلة النصف موجهة (هدى):

بعد إجرائنا للمقابلة العيادية النصف موجهة للمبحوثة "هدى" قمنا مباشرة بتحليل نتائج هذه المقابلة.

حيث أبدت المبحوثة تعاوننا جيدا معنا وتجاوبت مع الأسئلة بسهولة وعبرت عن قلقها وقامت بسرد ما تعاشه من قلق، وعند تحليل النتائج لاحظنا أن وحدة التعبير عن القلق قد تحققت بخمسة عشر تكرارا، وكانت التعبيرات الدالة على ذلك ما يلي: "نتقلق أنا قلقوة، دائما نتقلق، نتقلق بزاف ...".

وهذا يدل على أن المبحوثة تعاني من قلق لأن نسبة خمسة عشر معتبرة ويظهر جليا هذا القلق أيضا من خلال وحدة أعراض القلق وهذا كان بتكرار عشر مرات وعبرت عنها كالاتي: "نتقلق السطر يطلعلي مع صدري، نعود نرجف، يعود قلبي يخبط، نفشل، نحس بالخوف، النوم نرقد فوق اللازم ...".

وهذا أيضا يدل على أن المبحوثة تعاني قلق بظهور أعراضه كاضطرابات النوم، زيادة خفقان القلب.

أما فيما يخص العلاقة بين القلق وظهور نوبات القولون تأكدنا منها بظهور ثمانية تكرارات عبرت عنها كمايلي: "مع القلق يزيد المرض، أنا قلقوة يزيد المرض كي نتقلق، سبب المرض تاعي التقلق برك ..."

أما فيما يتعلق بالمحور الرابع الاكتئاب الأساسي فنلاحظ ان المبحوثة "هدى" لم تظهر لديها أعراض الاكتئاب الكلاسيكي، فهي لا تبدي أي حزن أو الأعراض الأولية الخاصة به، وهذا قد يدل على أول مؤشر للاكتئاب الأساسي.

ولقد تحدثت المبحوثة عن مشاكل في البيت حيث أن أباهما فرض عليها دراسة تخصص إعلام آلي وهي كانت تريد ان تدرس رياضيات وقد قالت أنها لا تستطيع إلا الانصياع لكلام والديها ونرى هذا الخضوع والتبعية للآخرين جليا في قولها: "كاين واحد برك يوجهني في قرابتي ماشي بإرادتي ما كنت حابة نقرى هذي الشعبة وجهوني إعلام آلي وأنا كنت حابة رياضيات".

كما أشارت إلى أنها دائما تنقاد أمام أوامر الآخرين وهم يقررون في حياتها في كل الأمور الخاصة وأنها تستشير الآخرين إن هذه التبعية تدل على ضعف الأنا والاستثمار العاطفي الخارجي بدل الاستثمار الداخلي، وضعف الأنا يدل على تمثيل ضعيف وعن عدم القدرة على التقمص الجيد، فالأنا خاضع لا يستطيع أن يستعمل دفاعات مرنة وغياب الدفاعات المرنة قد يرجع على غياب التمثيلات التي من شأنها أن تصرف الطاقة بطريقة إيجابية، إن هذه السمات لوحظت عند المبحوثة وتدلل على الحياة العملية والتفكير العملي الذي لا يستطيع الفرد التكيف مخع ذاته بل يجب خلق التكيف مع الآخرين ليخفض من أثر الصراع الذاتي.

أما بالنسبة للحياة الحلمية للمبحوثة فقد صرحت انها ترى أحلام لها علاقة بالواقع الذي تعيشه وتكرر وتجلى ذلك في قولها: "مناماتي عندها علاقة بالواقع لي راني نعيش فيه، تتكرر في المضمون، كي نتقلق نعاود نشوفوا في المنام".

تتميز حياتها الحلمية بالأحلام العملية والتكرارية والتي تعتبر نمط خاص من الأحلام الذي يدل على الاكتئاب الأساسي.

ومن خلال النتائج نستطيع القول أن للقلق دور في حدوث القولون العصبي وأن الاكتئاب الأساسي يترافق مع القلق لدى مريض القولون العصبي ونقصد به المبحوثة "هدى".

4- تحليل اختبار الروشاخ للحالة الرابعة (هدى) :

- بروتوكول الروشاخ لهدى :

التنقيط	التحقيق	النص
GF ⁺ (Hd) Fclob	[toute la réponse] راس غول، شبح	اللوحة 1 33" ٨٧٨>٨٧٨ منظر مخيف يخلع رسوم أبطال الديجتال عينييه وفمو (ضحكت) هاو يخرج عليا في الليل هاتي حاجة أخرى. 3' 17"
DCF ⁻ Kan A DCF A DF ⁻ Anat	[D ₆] [D ₃] [D ₁₊₂]	اللوحة 2 44" ٧>٨>٨ يبانلي شقل حيوانات شقل زوج مقرونين في بعضاهم كلما تدوري تشوفي شكل. < هذي الحمراء جمل هذا لكحل حيوانين مقرونين هذا تبالي كرئة. 3' 27"
DF ⁺ Obj DF ⁺ A Ban DF ⁺ Hd DF ⁺ A DF ⁻ A DF ⁻ A	[D ₃] [D ₃] [D ₄] [D ₁₁] [D ₅] [D ₁₂]	اللوحة 3 1' 53" ٨ (ضحكت) ٨٧ تشبه لـ soutien Papillon في الوسط ٧ تشبه لجمجمة انسان طائر ضخم فوق حجرة طائر سنونو >٨٧ كائن بحري ما عرف واش اسمه شغل هاز حاجة أنا نحب الرسوم 6' 05"
D _d F ⁻ A	[D _d partie latiale] [D ₃] ذنابة تاع حاجة [D _d] تاج الملك D _d F ⁺ obj	اللوحة 4 2' 31" >٨٧٨ شغل تمساح مافهمتهاش 2' 47"
G F ⁺ A Ban	[toute la réponse]	اللوحة 5 4" ٨ خفاش ٧>٨٧ 1' 49"

التنقيط	التحقيق	النص
D _d FE ⁻ Anat DF ⁺ Obj DF ⁺ Ad Ddbl F ⁺ Ad	[Dd partie centrale] [D] [D ₃] [Ddbl ₃₀]	اللوحة 6 "44 ٨ حاجة دايرتلها راديو >٨ قتارة <>٧ راس قط ٧ ذاك الحيوان ماسي كالعقرب 4' 25"
D FC' Ad DF [±] Obj Abstr	[D ₅]	اللوحة 7 "48 ٨<٨ قرون وحيد القرن عجبتني 1' 21"
D Kan A Ban Dd FC ⁺ Pays Dd F ⁻ Géo Dd F ⁺ A	[D ₁] [Dd partie latérale] [Dd partie centrale] [Dd partie inférieur]	اللوحة 8 "41 <٧٨ صورة حيوان يمشي فوق صخور كل صخرة بلون هذا خط قرينتش لي راني نشوف فيه في كل صورة حيرني ٨ الجزء الأصفر بيانلي فراشة 2' 57"
DFC' Anat Ddbl F ⁻ Anat	[D ₁] [Ddbl ₂₂] [D ₃] رأس تنين DF ⁻ Ad	اللوحة 9 "41 ٧٨٧٨ دقولي رية عبد ٨ وكي نقلها نحس معندها حتى معني، حاجة تخزر فيك ومغطي بالأخضر 3' 10 "
GCF Obj D F ⁻ Ad D Fc A D F ⁺ A	[toute la réponse] [D ₈] [D ₂] [D ₉] حصان البحر [D ₈] [D ₄] دودة DF ⁺ A [D ₇] سرطان البحر DF ⁺ A	اللوحة 10 "28 ٨ نفس لي قبيل زربية ٨٧ رأس خنفساء كناري أصفر عقارب صفراء <٨ دقولي أخبوط الماء 2' 30"

- اختبار الاختيارات :

• الاختيار الايجابي :

- II: كي شفت الصورة فهمتها.

- VIII: فهمت شكلها شايقاتو من قبل.

• الاختيار السلبي

- IV: ما عندها حتى معنى.

- IX: فيها رعب.

- السيكوغرام :

R=32	G=3	09%	F ⁺ =22	A=14
T.T= 68'	D=21	65%	F ⁻ =10	F%=100%
T.lat.Moy= 55''	D _d =8 dont 2 D _{dbl}	25%	K =0	H=0
T./rép : 2' 16''			Kan=2	F ⁺ %=69%
T.App : G D D _d D _{dbl}			FE=0.5	Anat=4 F ⁻ %=31%
TRI : OK/5C			CF=3	Obj=4 A%=63%
From comp : 2k/0.5 ^E			FC= 2	Géo=1 H%=6%
RC% : 41%				Pays=1 Ban=9%
				Ban=3
				Choix (+) : II , VIII
				Choix (-) : IV , IX

Formule d'angoisse= 19%

- الانطباع العام حول الاختبار :

الطابع العام الذي تميز به روشاخ هدى هو الكف الذي ميز إنتاجها اللفظي الفقير والمحصل بالتعاليق الذاتية التي تعد كمؤشرات على صعوبة تعاملها مع مادة الاختبار عبر ذكرها مثلا (مفهمتهاش في البطاقة الرابعة وعجزتني في البطاقة السابعة) كما تميز تمرير روشاخ بضحكات كثيرة وتمتمتها لإجابات لم ترغب في مشاركتنا إياها فيما يخص الإجابات ذات المحتويات الجنسية.

- **الخطاب** : تميز الخطاب في مجمله بطابعه الفقير وبالتحفظ حول كثير من الإجابات المتبوعة في أغلبها بتحفظات لغوية مثلا (بيانلي, يشبه, شغل) وهي التي تعد مؤشرا على التردد حيال الإنتاجات الإدراكية لهدى .

- المقارنة المعرفية (سياقات معرفية) :

فيما يخص أو يتعلق طريقة التناول الإدراكي لبقع الحبر فقد تميزت بطغيان التحديد الجزئي الكبير بتقديم 21 إجابة بلغت نسبتها 65% من مجموع الإجابات وهو يشير إلى سياق تجذبي للإدراك الكلي للبطاقات كما تأتي في المرتبة الثانية الإجابات الكلية نسبة 9 % ثم يأتي في المرتبة الثالثة التناول الجزئي الصغير, حيث أن التناول الشامل لبقع الحبر جاء بشكل أساسي في البطاقات المتراسة مثل البطاقة الأولى حاملا خاصية فوية مخيفة ملتصقة بتصور إنساني خيالي وفي البطاقة الخامسة ورد مرتبنا بالإجابات الشائعة البديهية , كما ورد في البطاقة العاشرة محاولة منها للتعامل الخصائص المبعثرة للبطاقة.

- المحددات :

تميز الجانب الشكلي بالغلبة على باقي المحددات بنسبة % F⁺ تساوي % 69 وهو على الرقابة الشديدة للعواطف والتحكم وهو ما يتأكد بنسبة (%=F% 100) ما يدل على نوع

من الاستراتيجيات الدفاعية التي تخفي هشاشة الحدود حيث يمثل الفشل الإدراكي نسبة لابأس بها 31% , في حين جاء التعبير عن العواطف جاء فقيرا حيث انعدمت الإجابات اللونية الخالصة في البروتوكول وهو ما يدل على قمع الحياة النزوية مع بروز طفيف للعاطفة في إجابات شكلية تضليلية وفي إجابات لونية شكلية أين ينبغي أن تستند إلى قاعدة لونية.

-الدينامية العلائقية (معالجة الصراعات) :

استنادا لنمط الصدى الحميم والصيغة المكملة التي هي مؤشرات على الدينامية الصراعية يبدو جليا أن نوع الصدى الحميم انبساطي صاف ($5=C$ و $0=K$) حيث تغيب الحركة الإنسانية في كل البروتوكول وفي اللوحة الثالثة ما يشهد على توقف القدرات التصويرية ووجود خلل عميق في الصور الإنسانية العلائقية حيث ظهر الجزء الإنساني الميت الأمر الذي يشهد على انسحاب فكري وتجنب الصراع . لكن حتى الألوان تبدو ضئيلة الموقع في عالم هدى بانعدام الإجابات اللونية الصافية والاكتفاء بذكر اللون الأسود ذو الرمزية المتعلقة بالشكل. أما الصيغة المكملة فجاءت مناقضة لنمط الصدى الحميم ($2K/0.5E$) حيث أعطت المفحوصة إجابتين حركيتين حيوانيتين في البطاقة الثانية والثامنة بينما التظليل جد ضعيف بإجابة واحدة ممتزجة بمحدد شكلي.

-المحتويات :

تجلى الفقر الهوامي حتى في المحتويات التي جاءت وبدون رمزية في مقدمتها ($63\%=A$) التي قد تدل على حد ادني من التكيف الاجتماعي وبانعدام الإجابات الإنسانية مع الاكتفاء بتقديم صور إنسانية جزئية , ما قد يعبر عن خلل في صور الجسم وإدراك حدوده حيث أعطت إجابة جزئية إنسانية ممثلة في رأس غول وفي البطاقة الثالثة

جمجمة إنسان وهو محتوى تمت إزالة الحياة منه ما يدل على السيطرة نزوة الموت، وكثرة الإجابات التشريحية التي قد تعبر عن الإشكال في المواضيع الداخلية للذات والأشياء .

- مالا حضناه في البروتوكول غياب الرمزية الإسقاطية للإجابات وفي حال وجودها فهي ذات دلالات مخيفة مثل : " منظر مخيف يخلع " في البطاقة الأولى، وغياب التدايعات الإسقاطية المرتبطة بالإجابات كم ذكرت مجموعة من الحيوانات ذات الرمزية العدوانية مثلا تمساح في البطاقة الرابعة ولكن حتى الحيوانات جاءت هويتها غامضة وغير محددة، إضافة إلى الإحساس بالعجز في البطاقة السابعة بقولها " عجرتيني " ، وحتى التصورات الإنسانية تمت إزالة الحياة منها حيث ذكرت " جمجمة إنسان " حيث أن التصور الإنساني جاء جزئيا ثم تم تدميره عبر الموت وهو مؤشر اكتتابي .

5- تحليل الحالة الرابعة في ضوء المقابلة النصف موجهة والاختبار:

لقد اتضح من خلال المقابلة أن المفحوصة تعيش نشاطا عقليا يتميز بوجود اكتتاب أساسي، وهذا من خلال غياب الأعراض الكلاسيكية الإيجابية، وظهور الأعراض السلبية التي تدل عليه، كالتفكير العملي الذي يتميز بالاستثمار الكبير للحياة الآنية ونقص الهوام، وخلل في الخيال وغياب الأحلام، وهذا ما أبرزه الاختبار والذي نستشفه من خلال النقاط التالية:

إن ارتفاع عدد الإجابات الجزئية الكبيرة D مقارنة مع الإجابات الكلية يدل على التمرکز في الواقع وتثبت مهم والخضوع الاجتماعي واستخدام دفاعات ضد ظهور آثار هوائية للحياة النفسية والقلق وهذا ما كان مسيطرا في المقابلة، فالعيش في الحياة اليومية ومحاولة التكيف الاجتماعي يدل على باتولوجيا التكيف أو ما يسمى بالحياة العملية التي تعتبر عرضا أساسيا في الاكتتاب الأساسي.

اعتماد المفحوصة على الإجابات الشكلية فقط، التي تدل على الميزة الدفاعية الصلبة والمزاج الطبائعي في غياب الإحساس الانفعالي والعزل والذي يدل على الرضوخ.

ظهور الإجابات الحيوانية وغياب الإجابات الإنسانية يدل على مشكل في التقمص ويظهر هذا جليا في المقابلة من خلال نقص في التمثيلات الهوامية العاطفية والخلل المسجل لجهاز ما قبل الشعور، كما تدل الإجابات الحيوانية يدل على عدوانية مخبأة وقولبة الفكر وهو مؤشر للتفكير العملي الدال على الاكتئاب الأساسي.

إن غياب الحركة الذي يدل على فقر في الحياة الخيالية والهوامية، كما يدل على تجنب الوضعيات الصراعية والذي ظهر جليا في المقابلة، فالمفحوصة تتميز بنشاط يخلو من الحياة الخيالية والهوامية كما تتجنب الصراعات الذي يدل على مشكلة عدم لنضج وهو مؤشر اكتئاب أساسي.

كما تظهر معادلة القلق نسبة لا بأس بها للقلق ومن كل ما سبق نستطيع القول أن الاكتئاب الأساسي يترافق مع القلق لدى المفحوصة.

الاستنتاج العام:

من خلال تحليلنا للمقابلات النصف الموجهة ولبروتوكولات الروشاخ لأفراد مجموعة البحث اتضح لنا أن الحالات تعاني من نسبة قلق تختلف من حالة لأخرى حيث ظهر التعبير عن أعراض القلق من خلال المقابلة بتكرارات عالية إضافة إلى نسبة معادلة القلق التي فاقت نسبة 12% مما يدل على القلق.

وهذا ما يثبت صحة الفرضية الجزئية الأولى قد يساهم القلق في حدوث القولون العصبي أو تفاقمه.

إضافة إلى ذلك ومن خلال التحليل للحالات نجد أيضا أن الاكتئاب الأساسي ورد كخاصية مميزة لدى مرضى القولون العصبي وظهر هذا من خلال المقابلة بتجلي معظم أعراض الاكتئاب الأساسي كما ظهر ذلك من خلال البروتوكولات التي تميزت بالإنتاج الإسقاطي العادي إلا أنه يتميز بالتكرار والفقر الهوامي مع ظهور للتفكير العلمي من خلال ارتفاع نسبة D إضافة إلى قلة الإجابات الإنسانية، كما ورد قمع للعدوانية مع ظهور قلق منتشر والتي تعد مؤشرات اكتئاب أساسي.

وهذا ما يثبت الفرضية الجزئية الثانية: قد يعتبر الاكتئاب الأساسي خاصية مميزة لدى مرضى القولون العصبي.

كما وجدنا أنه يمكن أن يترافق القلق والاكتئاب الأساسي لدى مرضى القولون العصبي وهذا ما ظهر من خلال المقابلات واختبار الروشاخ التي تزامن فيها التعبير عن القلق مع ظهور الاكتئاب الأساسي.

ومن خلال كل ما سبق ذكره نستطيع القول أن القلق يعتبر من أهم مؤشرات الاكتئاب الأساسي وبالتالي تتحقق الفرضية العامة التي تنص على أنه توجد علاقة بين القلق والاكتئاب الأساسي لدى مرضى القولون العصبي.

خاتمة



خاتمة:

من خلال تناولنا لموضوع أهتم بدراسة القلق وعلاقته بالاكتئاب الأساسي لدى مرضى القولون العصبي الذي يركز أساسا على العلاقة الموجودة بين المشاكل النفسية والإصابة الجسدية المتمثلة في الاضطرابات السيكوسوماتية، وبعد تحديدنا للفرضية العامة والفرضيات الجزئية والتي حاولنا من خلالها الإلمام بأهم النقاط الخاصة بالموضوع كان لابد علينا التأكد من صحة هذه الفرضيات وعليه قمنا بدراسة 4 حالات من الطالبات المقيمات اللواتي يعانين من مرض القولون العصبي واعتمدنا في ذلك على المقابلة العيادية النصف موجهة واختبار الروشاخ.

توصلنا من خلال تحليل ومناقشة النتائج إلى التحقق من صحة الفرضيات التالية:

- 1- توجد علاقة بين القلق والاكتئاب الأساسي لدى مرضى القولون العصبي.
- 2- قد يساهم القلق في حدوث القولون العصبي أو تفاقمه.
- 3- قد يعتبر الاكتئاب الأساسي خاصية مميزة لدى مرضى القولون العصبي.
- 4- قد يترافق القلق والاكتئاب الأساسي لدى مرضى القولون العصبي وبالتالي نستطيع القول أنه:

يعاني مرضى القولون العصبي من مشاعر القلق ومن الاكتئاب الأساسي بشدة تختلف من مريض إلى آخر وهما ناتجان عن ضغوط الحياة وعن العلاقة الأولية أم/ طفل حيث أن الشخص لا يجد حل أنسب إلا الجسد تحديد الجهاز الهضمي لكل الأزمات النفسية.

قائمة المراجع



قائمة المصادر و المراجع باللغة العربية:

أ- قائمة الكتب:

- 1- إبراهيم عصمت مطاوع، 1981، علم النفس، دار المعارف، مصر.
- 2- أبو الفداء محمد عزت، 1998، القلق و التوتر، دار الاعتصام، مصر.
- 3- أحمد عزت راجح، 1968، أصول علم النفس، ط7، دار الكتاب العربي، مصر.
- 4- أحمد محمد عبد الخالق، 1987، أصول الصحة النفسية، ط2، دار المعرفة الجامعية، مصر.
- 5- السباعي أحمد زهير، دون سنة، القلق و كيف نتخلص منه، ط1، دار العلم، سوريا.
- 6- إيمان فوزي، 1996، في الصحة النفسية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر.
- 7- بوعلو الأزرق، 2003، كيف تتغلب على القلق و تتعم بالحياة، دار قباء، مصر.
- 8- بيير داکو، ترجمة رعد إسكندر و أركان بيثون، 2002، العصاب و الأمراض الذهنية، مكتبة التراث الإسلامي، مصر.
- 9- جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، 2008، الأمراض النفسية للطفل، ط2، دار الميسرة، الأردن.
- 10- جلال سعد، 1985، في الصحة العقلية، دار الفكر العربي، مصر.
- 11- خليل أبو فرحة، 2000، الموسوعة النفسية، ط1، دار أسامة للنشر، الأردن.
- 12- حامد عبد السلام زهران، 1997، الصحة النفسية و العلاج النفسي، ط3، عالم الكتب، مصر.
- 13- حسن فكري منصور، 2005، القولون العصبي مرض العصر، دار الطلائع، مصر.
- 14- حنان عبد الحميد العناني، 2000، الصحة النفسية، ط1، دار الفكر، الأردن.

- 15- سيجموند فرويد، ترجمة محمد عثمان نجاتي، 1989، الكف و العرض و القلق، ط1، دار الشروق، مصر.
- 16- سيد صبحي، 2003، الإنسان و صحته النفسية، الدار المصرية اللبنانية، مصر.
- 17- شيت كونينغام، 2009، دليل علاج القولون و أمراض المعدة و الأمعاء، مكتبة جرير، المملكة العربية السعودية.
- 18- دافيد شيهان، ترجمة عزت شعلان، 1988، مرض القلق، عالم المعرفة، الكويت.
- 19- ديفيدسون، ترجمة محمد القلا، 2005، أمراض جهاز الهضم و البنكرياس، دار القدس للعلوم، سوريا.
- 20- صالح حسن أحمد الداھري و وهيب مجيد الكبيسي، 1999، علم النفس العام، ط1، دار الكندي للنشر، الأردن.
- 21- عبد الرحمان العيسوي، 1994، الأمراض السيکوسوماتية، دار النهضة العربية، لبنان.
- 22- عبد اللطيف حسين فرج، 2009، الاضطرابات النفسية، ط1، دار الحامد، الأردن.
- 23- فاروق السيد عثمان، 2001، القلق و إدارة الضغوط النفسية، ط1، دار الفكر العربي، مصر.
- 24- كوام مكنزي، ترجمة هلا أمان الدين، 2013، القلق و نوبات الذعر، ط1، دار المؤلف، السعودية.
- 25- كيران ج، مورياتي، ترجمة هلا أمان الدين، 2013، متلازمة القولون العصبي، ط1، دار المؤلف، السعودية.
- 26- مجدي أحمد محمد عبد الله، 2000، علم النفس المرضي، دار المعرفة الجامعية، مصر.
- 27- محمد إبراهيم الفيومي، 1985، القلق الإنساني، ط1، دار الفكر العربي، مصر.

28- مصطفى عشوي، 2010، مدخل إلى علم النفس المعاصر، ط3، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

29- مصطفى فهمي، 1995، الصحة النفسية، ط3، مكتبة الخانجي، مصر.

30- مصطفى نوري القمش، عبد الرحمان المعاينة، 2007، الاضطرابات السلوكية الانفعالية، ط1، دار الميسرة للنشر، الأردن.

31- نبيل سفيان، 2004، المختصر في الشخصية و الإرشاد النفسي، ط1، إيتراك للنشر، مصر.

32- نور الهدى محمد الجاموس، 2004، الاضطرابات النفسية الجسمية، دار اليازوري العلمية، الأردن.

ب- القواميس:

33- إين منظور، 1988، لسان العرب، دار الأحياء، المجلد 11، بيروت.

34- فؤاد أبو حطب و آخرون، 2003، معجم علم النفس و التربية، ج1، الهيئة العامة لشؤون المطابع الأمريكية، مصر.

Hornby, AS, 1989, Oxford advanced learner's dictionary, 35
England-Oxford university press.

ج- الأبحاث و الرسائل:

36- آية قواجلية ، 2013، قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، جامعة بسكرة، الجزائر.

37- د. الصادق عبد الحليم، دون سنة، الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي المترددين على مستشفيات ولاية الخرطوم، كلية الآداب، قسم علم النفس، السودان.

- 38- سخسوخ حسان، 2007، أثر مستوى القلق العام على دافع الإنجاز لدى الطلاب المتفوقين عقليا بمرحلة التعليم الثانوي، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس المدرسي، جامعة باتنة، الجزائر.
- 39- دانيا الشبؤون، 2011، القلق و علاقته بالاكنتاب عند المراهقين، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه، مجلة جامعة دمشق، المجلد 27، العدد 3+4.(ملخص).
- 40- عايد محمد عثمان، 2006، درجة القلق لدى طلبة جامعات الضفة الغربية في فلسطين و علاقتها ببعض المتغيرات، رسالة للحصول على درجة الماجستير في الإرشاد التربوي، المركز الفلسطيني للإرشاد (ملخص).
- 41- عديلة حسن طاهر تونسي، 2002، القلق و الاكنتاب لدى عينة من المطلقات و غير المطلقات في مدينة مكة المكرمة، دراسة مقدمة إلى قسم علم النفس، كلية التربية بجامعة أم القرى كمتطلب تكميلي لنيل الماجستير في الإرشاد النفسي، المملكة العربية السعودية.
- 42- فاسي آمال، 2011، الاكنتاب الأساسي لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي تخصص اضطرابات نفس-جسدية، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر.
- 43- فاطمة الزهراء بن مجاهد، 2004، مساهمة في دراسة بعض سمات شخصية الطفل المعتدى عليه جنسيا بالتكرار من طرف أقرانه، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الإكلينيكي، تخصص علم النفس الصدمي، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر.

2- قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

44-Edward B, Blanchard, Without year, Irritable Bowel Syndrome, American Psychological Association, Washington, DC.

45–Eamonn Quigley et al., 2009, Syndrome de l'intestin irritable : Une approche globale, World Gastroenterology Organisation Global Guidelines.

46–Gorot J, 2001, Dépression et somatisation, Edition Revista Portuguesa, P3, n°2, Jul Dez.

47– Payot, 1986, le corps entre biologie et psychanalyse, christophe Dejours.

48– Pierre Marty, 1990, La psychosomatique de l'adulte, PUF.

49– Pierre Marty, 1992, L'ordre Psychosomatique, Op.cité.

50–Stéphanie SCHIELE, 2009, Larectolite ulcérohémorragique chez l'enfant et l'adolescent, thèse pour obtenir le grade de DOCTEUR en MEDECINE , UNIVERSITE HENRI POINCARÉ , NANCY 1.

51– XARDEL–HADDAB Hamida, 2009, NEVROSE, PSYCHOSOMATIQUE et FONCTIONNEMENT LIMITE, thèse pour obtenir le grade de DOCTEUR DE L'UNIVERSITE DE NANCY II, discipline Psychologie, Mention Psychologie clinique et pathologique.

المواقع الإلكترونية:

52– (www.calmclinic.com/anxiety-disorder-statistics).

53– (www.theguardian.com/society/2013/jun/19/anxiety-depression-office-national-statistics).

54- (www.seha.com/mentalhealth/anxiety-stress.htm).

55- (www.jacquesboulanger.com/jacques-BOULANGER/Ecrits-files/depression-essentielle-word.PDF).

56- (www.mufasser.com).

57- (www.3colon.com).

58- محمد العمادي، د. إستشاري الجراحة العامة و السمنة، مقال لتجنب القولون العصبي
(www.jamila-qatar.com/june2008/PDF/2/4.PDF).

59- د. حسن حميدة، 2013، مستشار التغذية العلاجية، مقال متلازمة القولون العصبي
2013-05-09 على الساعة 06:47 AM، ألمانيا. (www.alrakoba.net/articles-action-show.htm)

60- إيمان مقدم، 2013، مقال: 40% من الجزائريين يعانون من القولون العصبي يوم
2013-05-14، نشر في الفجر (www.djzairess.com/alfadjer/244742).

61- www.star7arab.com/f.asp?t=50284

الملاحق



الملحق (1): دليل المقابلة النصف موجهة

تعليمة عامة للمقابلة:

صباح الخير إسمي أميرة طالبة أدرس تخصص علم النفس العيادي و أحضر مذكرة تخرج ماستر حول مرضى القولون العصبي سأطرح عليك مجموعة من الأسئلة تتعلق بمرضك و شخصيتك إذا كنت تستطيعين مساعدتي و تجيبي على الأسئلة.

- مقابلة القلق و علاقته بالاكتئاب الأساسي لدى مرضى القولون العصبي:

● المحور الأول: بيانات شخصية.

1- الاسم:

2- الحالة المدنية: متزوجة عزباء أرملة مطلقة

3- المهنة:

4- عدد الإخوة:

5- رتبة الفرد في العائلة:

● المحور الثاني: القولون العصبي:

1- كلمني عن مرضك؟ في أي عام أصبت به؟

2- ماذا حصل في تلك السنة أو السنة التي قبلها؟

3- كيف كانت صحتك قبل أن تمرضي بالقولون؟

4- كيف هو تطور مرضك؟ هل هو في تحسن أو العكس؟

5- متى يزداد المرض عندك أو تزيد أعراضه؟

6- ما هي الأعراض التي تؤثر عليك و على حياتك اليومية؟

7- في رأيك ما هو سبب مرضك و ما هي الأشياء التي تجعله يتفاقم؟

8- هل استشرت الطبيب و طلبت العلاج؟ إذا كان نعم أخبرني عن الأطباء الذين استشرتهم؟

9- هل استفدت من الدواء الذي قدم لك؟

10- هل مازلت لديك أعراض المرض؟

● المحور الثالث: القلق:

- 1- كلميني عن شخصيتك؟ كيف هو طبعك عادة؟
- 2- ما هي الأشياء التي تقلقك؟ ما هو أكثر شيء يقلقك؟
- 3- بما تحسي في جسمك عند شعورك بالقلق؟ ماذا يحدث لك، و ماذا تفعلين؟
- 4- إلى متى يستمر قلقك؟ هل تطول المدة أم لا؟

● المحور الرابع: الاكتئاب الأساسي:

- 1- كيف هو مزاجك (morale) عادة؟
- 2- كيف كانت حالتك النفسية قبل المرض و الآن بعد المرض؟
- 3- ما هي الأحداث التي عشتها قبل أو عند ظهور المرض؟
- 4- كيف هي أوضاعك المالية و العائلية؟
- 5- هل ترى أن هناك علاقة بين أوضاعك المالية و العائلية و بين حالة مرضك؟ إذا نعم كيف ذلك؟
- 6- كيف هو نومك؟
- 7- هل ترى الأحلام؟ إذا نعم أخبريني عن أحلامك؟
- 8- كيف هي شهيتك للأكل؟
- 9- كيف هي دراستك أو عملك؟
- 10- هل عندك هوايات تحبين فعلهم؟ إذا نعم حدثيني عليهم؟
- 11- كيف ترين مستقبلك؟

NORMES D'UN PSYCHOGRAMME MOYEN : الملحق (2)

Type d'appréhension : Tableau récapitulatif

(D'après R. BOUCHNER et F. HALPERN : l'application clinique du test de Rorschach, Paris, P.U.F, 1948.

G		D		Dd		Dbl	
20-30%	G	60-68%	D	6-10%	Dd	3%	Dbl
31-45%	G	69-85%	D	11-15%	Dd	4-6%	Dbl
46-60%	G	86-90%	D	16-25%	Dd	7-12%	Dbl
Plus de 60%	G	Plus de 90%	D	Plus de 25%	Dd	Plus de 12%	Dbl

R (productivité) : 20 – 30 réponses.

Temps Total : 20' – 30'

T./réponse : Doit être inférieur à 60''

T./de la latence moyen : 10 – 20''

F% : 50 – 70%

F+% : 80 – 85 %

A % : 35 – 50 %

H % : 12 – 18 %

RC % : 35 – 37 %

Nombre de K moyen : 2 – 4

Type de résonance intime (T.R.I. : $\Sigma K / \Sigma C$)

T.R.I extratensif : Quand la Σk est inférieur à la ΣC

T.R.I introversif : Quand la Σk est supérieur à la ΣC

T.R.I ambiequal : Quand $\Sigma k = \Sigma C$

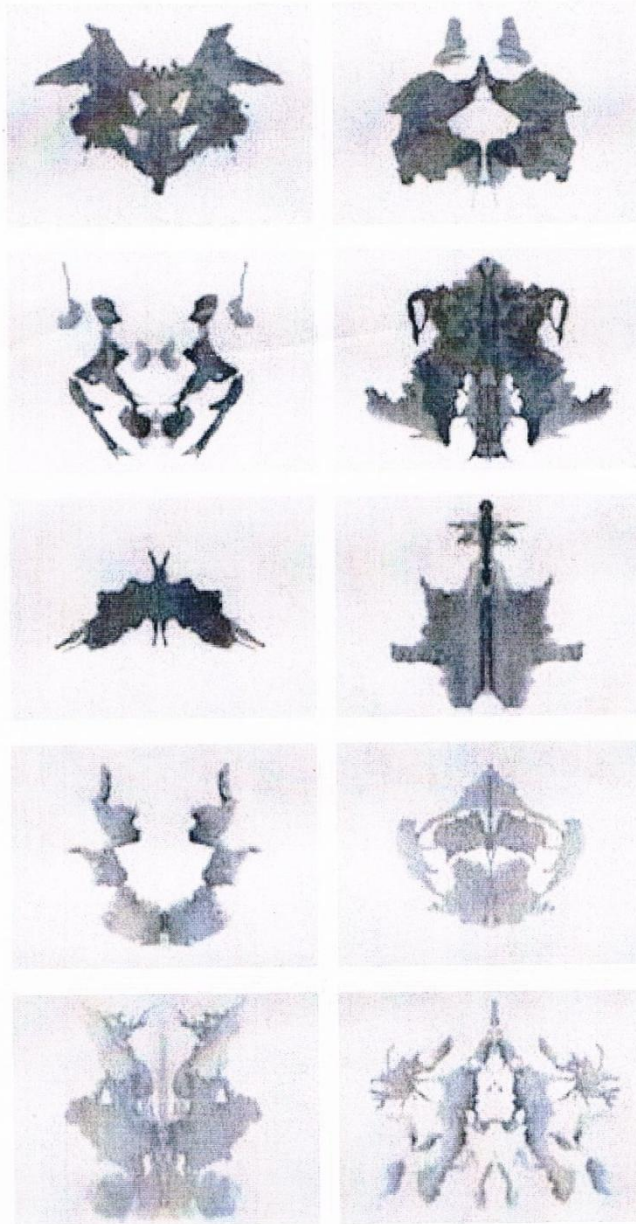
T.R.I coarté : Quand $\Sigma k = \Sigma C = 0$

Il n'existe pas de norme, mais on note une plus grande fréquence des T.R.I. extratensifs.

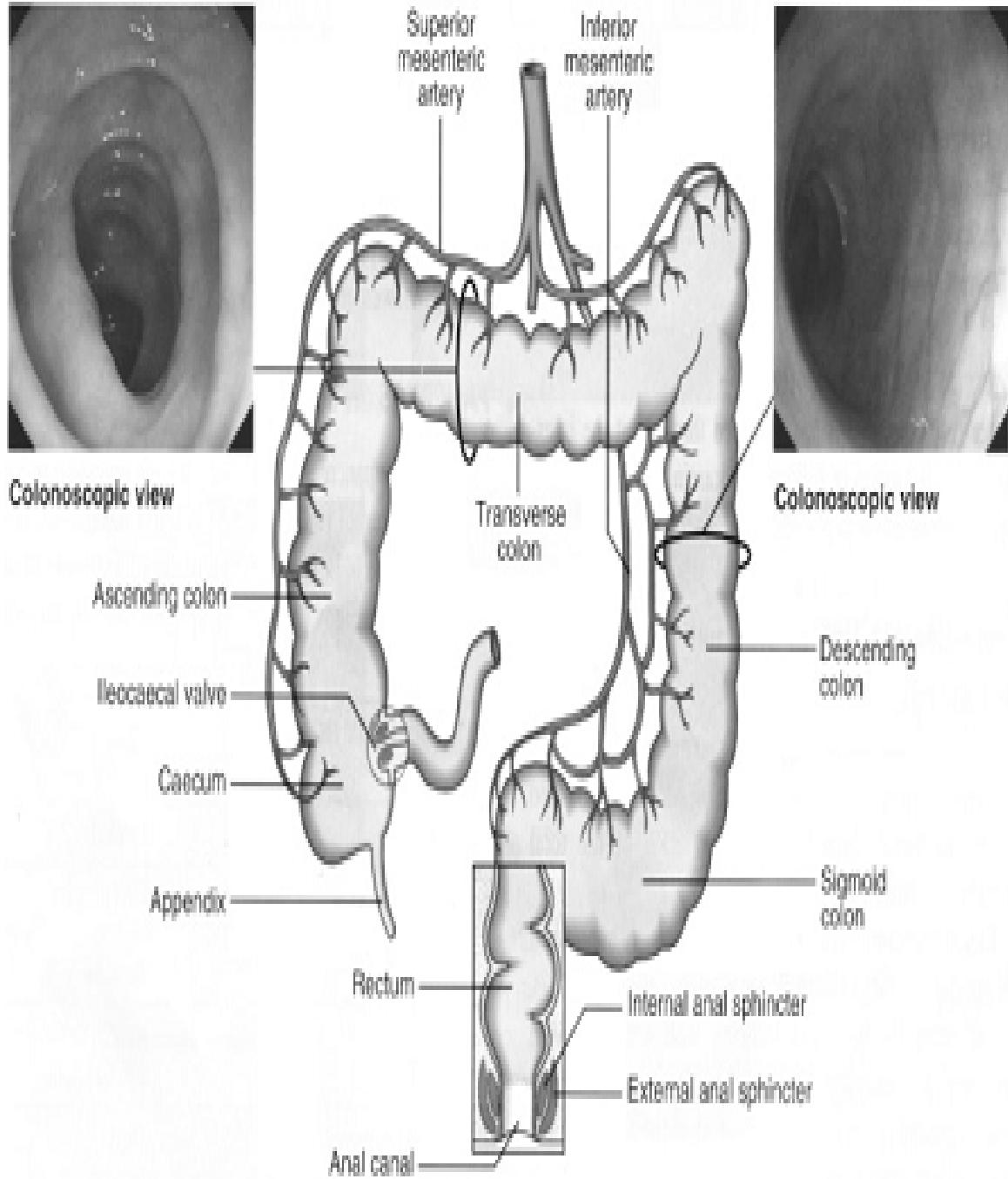
Formule complémentaires (FC : $\Sigma k / \Sigma E$)

(Σ = somme) 4B/2P formule d'angoisse 12%.

ملحق (3): اختبار الروشاخ



الملحق (4): رسم توضيحي للقولون



ملخص:

تناولت الدراسة موضوع القلق وعلاقته بالاكتئاب الأساسي لدى القولون العصبي (دراسة ميدانية للطالبات المقيّمات)، وذلك بالإجابة على التساؤلات الآتية:

- هل توجد علاقة بين القلق والاكتئاب الأساسي لدى مرضى القولون العصبي؟

- هل يساهم القلق في حدوث القولون العصبي أو في تفاقمه؟

- هل يعتبر الاكتئاب الأساسي خاصية مميزة لدى مرضى القولون العصبي؟

وعليه وقعت الدراسة في جانبين النظري وتطرقنا فيه إلى متغيرات الدراسة وجانب تطبيقي اعتمد على مجموعة بحث مكونة من 4 طالبات مقيّمات مصابات بالقولون العصبي.

ومن خلال المقابلة النصف موجهة وتطبيق اختبار الروشاخ كانت النتائج كالآتي:

تحقق الفرضيات بظهور القلق والاكتئاب الأساسي لدى الطالبات المقيّمات المصابات بالقولون العصبي.

الكلمات المفتاحية: القلق، الاكتئاب الأساسي القولون العصبي

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ