الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد البشير الإبراهيمي – برج بوعريريج –
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس

==========

الشعبة:علم النفس رقم التسجيل:.....

التخصص: علم النفس العيادي الرقم التسلسلي:.....

التوظيف النفسي لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية–القرحة المعدية–

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في تخصص علم النفس العيادي

إعداد:
– فار سميرة
– سوالمي خولة

اشراف:
– د: بن بردي مليكة.

السنة الجامعية: 2025 – 2026

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد البشير الإبراهيمي – برج بوعريريج –
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس

==========

الشعبة:علم النفس رقم التسجيل:.....

التخصص: علم النفس العيادي الرقم التسلسلي:.....

التوظيف النفسي لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية–القرحة المعدية–

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في تخصص علم النفس العيادي

إعـداد: اشـــراف :

– فار سميرة – د: بن بردي مليكة

– سوالمي خولة

نوقشت وأجيزت علنا في تاريخ: 2026/06/04

أما م اللجنة المتكونة من السادة

أ.د قرين العيد	جامعة محمد البشير الإبراهيمي – برج بوعريريج –	رئيسا
د. بن بردي مليكة	جامعة محمد البشير الإبراهيمي – برج بوعريريج –	مشرفا ومقررا
د. بن اخروف أمينة	جامعة محمد البشير الإبراهيمي – برج بوعريريج –	ممتحنا

السنة الجامعية: 2025 – 2026



(الذين آمنوا وتطمئنّ قلوبهم بذكر الله ألا بذكر اللّه تطمئنّ القلوب)

سورة الرعد: الآية 28

شكر وتقدير

بسم الله الرحمن الرحيم، والسلام على أشرف خلق الله، سيدنا محمدٍ صلى الله عليه وسلم، وعلى آله وصحبه أجمعين.

أما بعد

نحمد الله تعالى حمدا كثيرا طيبا مباركا، يليق بجلال وجهه وعظيم سلطانه، على ما أنعم به علينا من توفيقٍ وصبرٍ لإتمام هذا العمل المتواضع، راجين منه دوام التوفيق والسداد.

كما نتقدّم بأسمى عبارات الشكر والتقدير إلى الأستاذة الفاضلة بن بردي مليكة، على إشرافها القيّم، وتوجيهاتها السديدة، وما قدّمته لنا من نصائح ومتابعةٍ كان لها بالغ الأثر في إنجاز هذا البحث.

ونتوجّه كذلك بخالص الشكر والعرفان إلى جميع أساتذة قسم علم النفس بشكل عام وبشكل خاص علم النفس العيادي، لما بذلوه من جهودٍ في تعليمنا، وما قدّموه لنا من علمٍ ومعرفةٍ طوال مسيرتنا الجامعية.

كما لا ننسى كلّ وساندنا، من قريبٍ أو بعيدٍ، في إتمام هذا العمل.

وفي الأخير، نسأل الله تعالى أن يوفّق الجميع لما فيه الخير والنجاح.

الطالب(ة):

خولة . سميرة

إهداء

وما توفيقي" إلا بالله عليه توكلت وإليه أنيب ". سورة هود الأية 88.

الحمد لله الذي بلغني النهاية بهذا النجاح الثاني افتخر بنفسي وبكل خطوة خطوتها لهذا النجاح والذي فيه تحصلت على شهادتين جمعت بين تخصص الحقوق، وتخصص علم النفس العيادي

اهدي ثمرة هذا النجاح

اهدي نجاحي بكل حب للاقرب لقلبي ❤️ ش ❤️ من كان حضوره دفء لروحي من كان الحكاية الأجمل في تفاصيل ايام دراستي من هو فرحتي وسط كل تعب من منحني الامان شكرا وتقديرا لمكانتك الغالية

في قلبي

حفظك الله لي وحفظني لك

الى نفسي، تقديرًا لكل لحظة صبر، ولكل دمعة خفية، ولكل جهد بُذلته أسأل الله أن يكون هذا النجاح بدايةً لأيام أجمل وإنجازات اخرى في حياتي .

الى روح ابي الغالي العزيز الذي لم انسه يوما رحمه الله واسكنه جناته

إلى أمي الحبيبة اسأل الله ان يحفظك و ادام الله عليك الصحة والخير وطول العمر

إلى اخي واخواتي وبناتهم واولادهم كل باسمه خصوصا الصغار ابراهيم ورنيم خير الدين ومحمد كل النجاحات أن شاء الله لكم ولاولادكم

الى أستاذتي ومشرفتي صبرها وجهدها في توجيهي لطريق المعرفة ومرافقتها لي بجد لإنجاح هذا العمل كل التقدير لك

الطالبة : فار سميرة

إهداء

إلى نفسي، التي صبرت واجتهدت رغم كلّ الصعوبات، إلى روحي التي لم تستسلم يوما، وكانت تؤمن دائما بأنّ التعب اليوم هو نجاح الغد، أهدي هذا العمل ثمرة تعبٍ طويلٍ وسهرٍ واجتهاد، وأفتخر بكلّ خطوةٍ وصلت بها إلى هذا الإنجاز.

إلى من كانا نور دربي، ومصدر قوتي وأملي، إلى من سهرا وتعبا من أجل أن أصل إلى هذا اليوم، إلى أغلى ما أملك في هذه الحياة، أبي العزيز وأمي الحبيبة، حفظهما الله وأدامهما تاجا فوق رأسي، أطال الله في عمرهما ورزقهما الصحة والعافية، فلهما مني كلّ الحبّ

والامتنان والعرفان.

إلى إخوتي وأخواتي الأعزاء: كاظم، عبد السميع، عبد المعز، ورحاب، الذين كانوا سندا ودعما لي في مختلف مراحل حياتي، وشاركوني لحظات التعب والفرح، فجزاهم الله عنّي كلّ خير.

إلى عائلتي الكبيرة، أعمامي وعمّاتي، أخوالي وخالتي خاصة خالي البروفيسور جحنيط حمزة وأبناء العائلة جميعا، الذين أحاطوني بالمحبّة والدعاء والتشجيع، وكانوا دائما مصدر فخرٍ واعتزازٍ بالنسبة لي.

إلى صديقاتي العزيزات: هاجر، دنيا، وأمينة، رفيقات

الدرب والدراسة، اللواتي شاركنني أجمل الذكريات وأصعب اللحظات، وكان لوجودهن أثر جميل في مسيرتي الجامعية، شكرا لكنّ على كلّ دعمٍ وتشجيعٍ ومساندة.

إلى كلّ أساتذتي الأفاضل، الذين أفادونا بعلمهم ومعرفتهم، وكانوا خير قدوةٍ لنا، فجزاهم الله عنّا خير الجزاء.

كما أهدي هذا العمل المتواضع إلى كلّ من ساندني من قريبٍ أو بعيد، وإلى كلّ من آمن بقدراتي وشجعني على مواصلة الطريق.

وفي الأخير، أهدي ثمرة جهدي هذا إلى كلّ من يحمل في قلبه حبّ العلم والطموح، راجية من الله تعالى أن يوفقني لما فيه الخير والنجاح.



الطالبة : سوالمي خولة

ملخص الدراسة باللغة الانجليزية

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على طبيعة التوظيف النفسي لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية المرتبطة بالجهاز الهضمي والتعرف على الأليات الدفاعية النفسية ومستوى القلق لديهم، حيت شملت عينة الدراسة 3حالات تعاني من القرحة المعدية ولتحقيق اهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة وتم استخدام المقابلة العيادية واختبار الروشاخ كأدوات اساسية لجمع المعلومات وتحليلها و بعد تحليل معطيات الدراسة الميدانية على ضوء التراث النظري والدراسات السابقة اسفرت النتائج على ما يلي

- التوظيف النفسى لدى الحالات هش وغير متوازن
- استعمال الاليات الدفاعية كالكبت والكف يبرز من خلال فقر نسبي في النشاط التخيلي والرمزي
- القلق مرتفع .
- صورة الجسم تتسم بنوع من الهشاشة وعدم الاستقرار

الكلمات المفتاحية: التوظيف النفسي، الجهاز الهضمي، القرحة المعدية، الأمراض السيكوسوماتية.

ملخص الدراسة باللغة الانجليزية

This study aimed to examine the nature of psychological functioning in patients with psychosomatic disorders related to the digestive system, and to identify the main psychological conflicts and defense mechanisms they use. The sample included three cases suffering from gastric ulcer. The study relied on the clinical method based on the clinical interview and the Rorschach test as the main tools for collecting and analyzing data. The results showed that the psychological functioning of the cases was fragile and unbalanced.

Results:

- The psychological functioning of the cases is fragile and unbalanced

The use of defense mechanisms such as repression and desistance is highlighted by a relative lack of imaginative and symbolic activity

- Anxiety is high

Body image is characterized by a kind of fragility and instability

Keywords: Psychological involvement in digestive disorders, gastric ulcer, psychosomatic disorders.

فهرس المحتويات

الآية	أ
شكر وتقدير	ب
الإهداء	ت
الملخص باللغة العربية	ث
الملخص باللغة الإنجليزية	ج
فهرس المحتويات	ح
قائمة الجداول	خ
قائمة الملاحق	د

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1.إشكالية الدراسة وتساؤلاتها:	18
3. أهداف الدراسة:	21
4. أهمية الدراسة:	21
5. دواعي اختيار الموضوع:	21
6. تحديد مفاهيم الدراسة إجرائيا:	22
7. الخلفية النظرية:	22
8. الدراسات السابقة وأوجه الاستفادة منها:	37

الفصل الثاني: الطريقة والأدوات

تمهيد:	43
1. الدراسة الاستطلاعية:	43
1.1 اهداف الدراسة الاستطلاعية. :	43
2.1 حدود الدراسة:	43
3.1 خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية :	44
4.1 ادوات الدراسة الاستطلاعية :	44
2. الدراسة الاساسية:	44
1.2منهج الدراسة:	45
2.2 مجتمع الدراسة:	45

فهرس المحتويات

3.2 وصف شامل لادوات الدراسة : 46

خلاصة: 53

الفصل الثالث:النتائج والمناقشة

تمهيد: 55

1. عرض الحالات وتحليلها: 55

1.1. عرض الحالة الأولى وتحليلها: 55

1-2 عرض الحالة الثانية وتحليلها 60

1-3 عرض الحالة الثالثة وتحليلها: 63

2- مناقشة المعطيات وتفسيرها في ضوء الفرضيات 66

1.2.مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الأولى :"التوظيف النفسي لدى المصابين بالقرحة المعدية سلبي وهش". 67

2.2.مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثانية:" القلق والتوتر لدى المصابين بالقرحة المعدية عال جدا 67

3.2.مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثالثة :" نسبة تقبل الفرد لذاته ضعيفة " 68

4.2.مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الرابعة :" صورة الجسم لدى المصابين بالقرحة المعدية سلبية" 68

3- الاستنتاج العام : 69

4- خلاصة : 70

قائمة المراجع 73

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	جدول يمثل خصائص عينة الدراسة	26
03	جدول يمثل البسيكوغرام للحالة 1	30
05	جدول يمثل البسكوغرام للحالة 2	35
07	جدول يمثل البسيكوغرام للحالة 3	38

مقدمة

يشكّل كلّ من البعد النفسي والبعد البيولوجي ركيزتين أساسيتين في تكوين الكيان الإنساني، إذ لا يمكن النظر إلى الفرد كوحدة مجزأة، بل كنسق متكامل تتفاعل فيه العمليات النفسية مع الوظائف العضوية والبيئية والاجتماعية، مما يؤدي إلى تشكيل توازن ديناميكي متغير باستمرار. فالإنسان كائن بيولوجي–نفسي–اجتماعي، يتأثر بمحيطه ويتفاعل معه، ويتعرض عبر مسار حياته لسلسلة من الضغوطات والصراعات والتجارب المختلفة، التي قد تترك آثارا عميقة على توازنه النفسي والعاطفي، ويؤدي تراكم هذه الضغوط دون تفريغ أو معالجة فعالة إلى اختلال التوازن النفسي، الذي يظهر في صورة قلق، اكتئاب، إحباط، شعور بالعجز واليأس، وكلها مظاهر قد تنعكس على الجسد في شكل أعراض عضوية ملموسة.

وفي هذا السياق، برزت ما يعرف بـ الاضطرابات النفسجسمية، وهي حالات صحية تتجلى فيها العلاقة الجدلية بين النفس والجسد، حيث تتحول الصراعات النفسية المكبوتة والانفعالات غير المعبر عنها إلى أعراض عضوية ملموسة، فتكون الأعضاء المختلفة للجسم بمثابة مساحة لتفريغ الصراع الداخلي. ومن بين أبرز هذه الاضطرابات المزمنة تأتي القرحة المعدية، التي تصيب الجهاز الهضمي وتتمثل في حدوث تآكلات أو تقرحات على مستوى الغشاء المخاطي للمعدة نتيجة اختلال التوازن بين العوامل الدفاعية الواقية والغددية والعوامل الهجومية، مثل الإفراز المفرط للحمض المعدي.

وتظهر الدراسات الطبية والنفسجسمية أن القرحة المعدية ليست مجرد اضطراب عضوي، بل هي ظاهرة متشابكة جسديا ونفسيا، حيث تلعب العوامل النفسية دورا بارزا في نشأتها وتفاقم أعراضها، وأبرزها التوتر المزمن، القلق المستمر، الكبت الانفعالي، والصراعات الداخلية غير المحلولة. فالمعدة عضو حساس للغاية للتغيرات الانفعالية، نظرا لارتباطها الوثيق بالجهاز العصبي الذاتي، ما يجعلها مرآة لتأثيرات الضغط النفسي على الجسم. ومن هذا المنطلق، يمكن القول إن الألم الجسدي المرتبط بالقرحة هو انعكاس مباشر للتوتر النفسي والصراعات الداخلية التي لم تجد طريقها للتفريغ الواعي.

وتتجلى أعراض القرحة المعدية في الشعور المستمر بالألم أو الحرقة في منطقة المعدة، خاصة عند فترات الجوع، بالإضافة إلى الغثيان، اضطرابات الشهية، الانتفاخ، وأحيانا القيء أو النزيف المعدي في الحالات المتقدمة. وعلى الرغم من أن هذه الأعراض تتعلق بالجانب العضوي، إلا أن تأثير المرض النفسي المصاحب لا يقل أهمية، حيث يعيش المريض شعورا دائما بالقلق بشأن صحته، وخوفا من تكرار الألم أو حدوث مضاعفات، إلى جانب شعور بالإرهاق النفسي، والتوتر المزمن، واضطراب جودة الحياة.

كما أن بعض الأفراد يظهرون سمات شخصية تجعلهم أكثر عرضة للضغط النفسي، مثل الميل للكمال، حساسية مفرطة، كبت المشاعر العدوانية أو الحزن، وتحمل المسؤولية بشكل مبالغ فيه.

وفي هذا الإطار، يبرز مفهوم التوظيف النفسي، الذي يعرّف بأنه مجموعة الآليات اللاشعورية التي يعتمدها الأنا لمواجهة الصراعات الداخلية والخارجية، والحفاظ على التوازن النفسي. ويختلف نمط التوظيف النفسي من فرد إلى آخر تبعا لبنيته الشخصية، تجاربه السابقة، ومستوى وعيه النفسي، ويظهر ذلك من خلال كيفية تعامله مع المرض، إدراكه للألم، وفاعلية آليات الدفاع التي يستخدمها.

وينبع أهمية دراسة التوظيف النفسي لدى المصابين بالقرحة المعدية من الحاجة لفهم العلاقة بين المرض الجسدي والتفاعلات النفسية المصاحبة له، والكشف عن الطريقة التي ينظم بها الفرد خبراته الانفعالية في مواجهة الألم، التوتر، والقلق المرتبط بالمرض. ويعدّ اختبار الروشاخ أداة مناسبة للكشف عن البنية النفسية العميقة، واكتشاف الصراعات الداخلية، وأنماط الدفاع، وطرق توظيف الأنا لمواجهة ضغوط المرض.

انطلاقا مما سبق، نسعى من خلال دراستنا الحالية الموسومة بـ: التوظيف النفسي لدى المصابين بالقرحة المعدية باستعمال اختبار الروشاخ إلى استكشاف البنية النفسية لهذه الفئة، وفهم ديناميكية الصراع الداخلي، ونمط تنظيم الشخصية، وكيفية توظيف الأفراد آلياتهم الدفاعية لمواجهة المرض. وتعتمد الدراسة على منهج عيادي تكاملي يجمع بين الجانب النظري الذي يستعرض الإطار المفاهيمي للتوظيف النفسي والقرحة المعدية كاضطراب نفسجسمي، والجانب التطبيقي الذي يشمل جمع البيانات، عرض الحالة، تطبيق اختبار الروشاخ، تحليل النتائج، ومناقشتها في ضوء الفرضيات المطروحة.

ما يهم في دراستنا الحالية هو التعرف على طبيعة التوظيف النفسي ومن خلال ما سبق نسعى إلى تقسيم البحث إلى ثلاثة فصول وهي:

الفصل أول: بعنوان "**الإطار العام للدراسة**" تم التطرق فيه إلى: إشكالية الدراسة، فرضيات الدراسة، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة، دواعي اختبار الموضوع، تحديد مفاهيم الدراسة إجرائيا، الخلفية النظرية، الدراسات السابقة والتعليق عليها.

الفصل الثاني: بعنوان "**الطريقة والأدوات**" تم التطرق فيه إلى: تمهيد، الدراسة الاستطلاعية، أهداف الدراسة الاستطلاعية، حدود الدراسة الاستطلاعية، خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية، إجراءات بناء أداة الدراسة، الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، الدراسة الأساسية، منهج الدراسة، مجتمع الدراسة

الأساسية وعينتها، حدود الدراسة، وصف شامل لأدوات الدراسة، تقنيات المعالجة الإحصائية المستعملة، خلاصة.

الفصل الثالث: بعنوان "**النتائج والمناقشة**" تم التطرق فيه إلى: عرض نتائج الدراسة وتحليلها، مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها في ضوء الفرضيات والتراث النظري .وصولا إلى استنتاج عام، مقترحات الدراسة، خاتمة، قائمة المراجع، قائمة الملاحق.

أولا: الخلفية النظرية والدراسات السابقة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- إشكالية الدراسة وتساؤلاتها.
- فرضيات الدراسة.
- أهداف الدراسة.
- أهمية الدراسة.
- دوافع اختيار الموضوع.
- تحديد مفاهيم الدراسة إجرائيا.
- الخلفية النظرية.
- الدراسات السابقة والتعليق عليها.

1.إشكالية الدراسة وتساؤلاتها:

حياة الإنسان لا تخلو من التعرض لمختلف الضغوط والتحديات التي قد تكون جسدية أو نفسية، حيث اصبح للجانب النفسي مكانة أساسية في تحقيق توازن الفرد واستقراره، من هذا المنطلق يصعب الفصل بين الجسد والنفس، لأن أي اضطراب يصيب أحدهما ينعكس بالضرورة على الآخر، الأمر الذي دفع العديد من الدراسات الطبية والنفسية إلى الاهتمام بدراسة العلاقة المتبادلة بين الحالة الجسدية والحالة النفسية .

حيث أفادت دراسة فضيلة لحمر (2018) ان التوظيف النفسي هش لدى المصابين بمرض السرطان(2018)، كما تشير دراسة لبوادوار (Beaudoird (2002 الى ان المصابون بالقرحة المعدية يتميزون بالانشغال والخجل الزائد والتذبذب الانفعالي (تونسي عديلة، 2002، ص11)، أما دراسة أرستي دلو وآخرون (1983) من جامعة أثينا، فلقد أظهرت أن المصابين بالقرحة الهضمية يختلفون عن المجموعتين الضابطتين في الجوانب التالية: العصابية، حالة وسمة القلق، الإحساس بالذنب، وأحداث الحياة الضاغطة، بينما يتفقون في العدوانية والاكتئاب (تونسي عديلة، 2002، ص11).

وتؤكد دراسة فاس وانجلش على دور العوامل الانفعالية في إحداث القرحة المعدية ، تبين أن هناك عوامل متعددة لحدوث القرحة المعدية، ففي بعض الحالات يكون العامل التكويني هو المسؤول أساسا، بينما في حالات أخرى يكون تكوين العوامل والتأثيرات البيئية أكثر أهمية، مع التأكيد على أن العوامل الانفعالية تحتل المرتبة الأولى في تأثيرها على حدوث القرحة المعدية (تونسي عديلة، 2002، ص12).

كما تشير دراسة انداوز وزملاؤه (1992) إلى أن نسبة حدوث القرحة المعدية لدى الأفراد الذين تعرضوا لضغوط نفسية حادة ومزمنة بلغت 8.1٪ مقارنة بالأفراد الذين لم يعانوا من ضغوط نفسية، ما يدل على أن خطر الإصابة بالقرحة المعدية يزداد مع زيادة حدة الضغوط النفسية.

وتشير دراسة ماكنتوش (1983) إلى العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والقرحة الهضمية والشخصية أن الإناث تميزن بالتذبذب الانفعالي والقلق، بينما الذكور يتميزون بانخفاض الحماس وارتفاع مستوى شعور الذات، مؤكدة دور العوامل الانفعالية خاصة عند تفاعلها مع أحداث الحياة الضاغطة (تونسي عديلة، 2002، ص11)، وكما تبين دراسة برجمان والفارز إلى العلاقة بين القرحة المعدية والعوامل الانفعالية، وأشارو إلى أن التوتر والانفعالات يلعبان دورا مهما في ظهور القرحة المعدية (تونسي عديلة، 2002، ص13).

وتشير دراسة ألكسندر إلى أن مرضى القرحة المعدية لديهم نمط مميز في المراحل الأولى، ورغبة قوية للاعتماد على الآخرين في حياتهم اللاشعورية، بينما يظهرون شعورا بالنجاح والاستقلال على المستوى الشعوري، وعندما لا ترضى الشهوات اللاشعورية يجدون تعبيراتها بطرق بدائية (تونسي عديلة، 2002، ص14).

أما دراسة ليرد ولبرد فبيّنت أن شخصية مرضى القرحة المعدية تتميز بالبحث عن الحب والاستحسان أكثر مما حصلوا عليه في طفولتهم، وأن نقص الحب يعطيهم شعورا بالفشل، وأن مزاجهم المرضي يتأثر بالعالم الخارجي، أما تشير دراسة بوزيان إيمان (2016) أن العلاقة بين القلق والقرحة المعدية تظهر بوضوح في المقابلة واستخدام مقياس هاملتون للقلق (بوزيان، 2016).

من هنا يتضح لنا أن المرض من العوامل التي قد تحدث خللا في التوازن النفسي للفرد، خاصة إذا كان من النوع المزمن الذي يلازم الشخص فترة طويلة ويؤثر في مختلف جوانب حياته اليومية والاجتماعية والانفعالية اتضح ان القرحة المعدية من اهم الامراض المومنة التي تصيب الجهاز الهضمي كونها تتمثل في حدوث تقرحات في الغشاء المخاطي المبطن للمعدة نتيجة اختلال التوازن بين العوامل الهجومية مثل حمض المعدة والببسين والعوامل الدفاعية التي تحمي جدار المعدة، كما تعدّ البكتيريا الحلزونية Helicobacter pylori من أهم الأسباب المؤدية للإصابة بها، إذ تشير الدراسات إلى أن ما يقارب 70٪ إلى 90٪ من حالات القرحة المعدية ترتبط بوجود هذه البكتيريا، إضافة إلى دور الاستخدام المفرط للأدوية المضادة للالتهاب غير الستيرويدية في نسبة معتبرة من الحالات قد تصل إلى 20٪ إلى 30٪ من الحالات (Sung et al., 2009). وتشير الإحصائيات كذلك إلى أن حوالي 10٪ من سكان العالم قد يعانون من القرحة الهضمية في مرحلة من مراحل حياتهم، كما قد تؤدي مضاعفاتها مثل النزيف الهضمي أو ثقب المعدة إلى حالات خطيرة تستدعي تدخلا علاجيا سريعا، حيث يحدث النزيف في حوالي 15٪ إلى 20٪ من المرضى المصابين بالقرحة غير المعالجة، بينما يحدث ثقب المعدة في نسبة تتراوح بين 2٪ و10٪ من الحالات (Worl Gastroenterology Organization, 2015) .

ولا يقتصر تأثير القرحة المعدية على الجانب العضوي فقط، بل يمتد ليشمل الجانب النفسي للمريض، إذ يؤدي هذا المرض، فضلا عن آثاره الجسدية، إلى تأثيرات نفسية عميقة، حيث قد يصاحب المصاب توتر وقلق دائم، وشعور بالحزن والاكتئاب طوال فترة الإصابة، وهو ما قد يساهم بدوره في تفاقم الأعراض واستمرارها. ويرتبط ذلك بدرجة كبيرة بكيفية التوظيف النفسي للطاقة داخل الجهاز النفسي، حيث يمثل الأنا القطب الأساسي المسؤول عن الحفاظ على التوازن النفسي من خلال لجوء الفرد إلى عدد

من الآليات الدفاعية التي تهدف إلى حماية توازنه النفسي والتقليل من الشعور بالتهديد والقلق، إذ تقوم هذه الآليات الدفاعية بتشويه أو رفض أو كفّ بعض المضامين الشعورية المهددة. كما يشير الجعدوني (2010) إلى أن مصطلح التوظيف العقلي أو النفسي يمثّل جهاز معالجة الاستثارات وفق التصور الفرويدي، حيث يتضمن نشاطا نفسيا يهدف إلى إنقاص كمية الطاقة المرتبطة بالاستثارة والغريزة، والتي قد يكون مخرجها الجسد حسب مختلف المبادئ المنظمة لعمل الجهاز النفسي عند فرويد.

ويعدّ المظهر الجسمي والعوامل الصحية من العوامل المهمة في شعور الفرد بتقبّل ذاته وتجنب شعوره بالنقص، إذ أن أي اضطراب صحي مزمن قد يؤثر بشكل مباشر في توازنه النفسي وصورته الذاتية. وبما أن الإصابة بالقرحة المعدية تمثّل تجربة مزمنة تؤثر على الجهاز الهضمي وقد تتسبب في آلام مستمرة واضطرابات جسدية ونفسية، فقد أصبح من الضروري دراسة التوظيف النفسي لدى المصابين بها، وذلك بالاستناد إلى ما أكدت عليه العديد من الدراسات السابقة في هذا المجال.

ومن هذا المنطلق، يتضح أن مرض القرحة المعدية ليس مجرد اضطراب جسدي في الجهاز الهضمي، بل يمتلك مضاعفات خطيرة قد تؤدي أحيانا إلى قطع الجزء المصاب من المعدة، مما يؤثر بشكل مباشر على الجانب النفسي للمريض ويخلّ بالتوازن النفسي في حياته اليومية.

وبالاستناد إلى ما تم عرضه من الدراسات السابقة حول العلاقة بين الحالة الجسدية والنفسية وتأثير العوامل الانفعالية والقلق على المرضى، نرغب في التعمق أكثر في فهم شخصية المصابين بالقرحة المعدية وكيفية توظيفهم النفسي للطاقة لمواجهة هذه التحديات. ومن هنا، يمكننا طرح التساؤل البحثي التالي:

ما طبيعة التوظيف النفسي لدى المصابين بالقرحة المعدية؟

وللإجابة على هذا التساؤل طرحنا الأهداف التالية:

2. **فرضيات الدراسة:**

بناء على تساؤلات الدراسة وللإجابة عليها تمت صياغة الفرضيات الرئيسة التالية:

- **الفرضية الرئيسة الأولى:** .التوظيف النفسي لدى المصابين بالقرحة المعدية سلبي وهش .

- **الفرضية الرئيسة الثانية:** استعمال الاليات الدفاعية كالكبت والكف يبرز من خلال فقر نسبي في النشاط التخيلي والرمزي

-**الفرضية الثالثة:** يتسم التوظيف النفسي لدى المصابين بالقرحة المعدية بخصائص نفسية ترتبط بالقلق وصعوبة التعبير الانفعالي.

- **الفرضية الرابعة** : صورة الجسم تتسم بنوع من الهشاشة .

3. أهمية الدراسة:

- معرفة طبيعة التوظيف النفسي الخاص بالمصابين بالقرحة المعدية
- التحقق من مدى تأثر التوظيف النفسي بالحالة الجسدية.
- الكشف عن السيرورة النفسية للحالة المرضية لدى المصابين بالقرحة المعدية.

4. أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

- التعرف على أثر الإصابة بالقرحة المعدية في الحالة النفسية للمريض.
- الكشف عن التغيرات النفسية والانفعالية التي تطرأ على المريض المصاب بالقرحة المعدية.
- إبراز العلاقة بين الجوانب النفسية وظهور أو تفاقم الأمراض السيكوسوماتية، وخاصة القرحة المعدية.
- بيان أهمية الدعم النفسي والأسري في التخفيف من الآثار النفسية المصاحبة للمرض وتحسين التكيف معه.
- المساهمة في إثراء الدراسات النفسية المتعلقة بالأمراض السيكوسوماتية وتقديم معطيات يمكن الاستفادة منها في المجالين العلاجي والإرشادي.

5. دواعي اختيار الموضوع:

لابد لأي دراسة علمية من دواعي تدفع الباحث لاختيار موضوع ما دون سواه لأسباب ذاتية أو موضوعية، واختيارنا لهذا الموضوع كأن للأسباب التي نلخصها في ما يلي:

1.5. أسباب ذاتية:

- انجاز عمل مكمل لنيل شهادة الماستر2في علم النفس العيادي.
- افادة الممارسين العياديين بمعلومات علمية حول التوظيف النفسي لدى المصابين بالقرحة المعدية.
- نقص الدراسات البحثية التي تشير لهذا الموضوع .

2.5. أسباب موضوعية:

- المساهمة في تحسين التكفل النفسي العيادي بالمصابين بالامراض العضوية المزمنة مثل القرحة المعدية .
- التعرف على كيفية تقبل الفرد للمرض والمراحل النفسية التى يمر بها اثناء الاصابة .

– الانتشار الكبير لمرض القرحة المعدية في مختلف الفئات العمرية.

6. تحديد مفاهيم الدراسة:

1.6 التوظيف النفسي.:

هو سيرورة ديناميكية تخضع لمبادئ اساسية في الجهاز النفسي تعكس خصوصيات النشاط النفسي فهو ليس بتنظيم ستاتيكي بل دينامي يخضغ لقوانين محددة تعمل على حماية الانا من كل الاخطار التي يمكن ان تهدد امنه واستقراره وتسبب له آلما وذلك لضمان الانسجام والتوازن الداخلي آخذا بعين الاعتبار الواقع النفسي بتفاعلاته مع الواقع الاجتماعي الذي يحتضنه.

– **إجرائيا:**

هو تنظيم للوظائف النفسية للفرد وكيفية استخدامها في تعامله مع مختلف المثيرات الداخلية والخارجية والصراعات لتحقيق التكيف النفسي.

ويقوم لتوظيف النفسي في دراستنا على الأبعاد التالية:

. مستوى القلق والتوتر .

– طببعة العلاقات مع الاخرين من حيث التفاعل والتواصل .

– اليات الدفاع النفسي التي تظهر كيفية مواجهة الضغوط والصراعات النفسية.

– قدرة الفرد على التكيف مع المشكلات النفسية ودرجة التوازن والاستقرار النفسي عنده .

تم الاستدلال عليها من خلال المؤشرات المستخرجة من تحليل بروتوكول الروشاخ للكشف عن طبيعة اشتغال الجانب النفسي لدى المصابين بالقرحة المعدية .

2.6.القرحة المعدية:

– **إجرائيا:**

هي تقرحات مفتوحة في بطانة المعدة تحدث عندما تتاكل الطبقة السميكة من المخاط الذي يحمي المعدة من العصائر الهضمية فهذا يجعل الانسجة التي تغطي المعدة تتاكل بسبب تعرضها للاحماض الهضمية وهنا تحدث القرحة المعدية كما انها سهلة العلاج لكنها تصبح شديدة ان لم يتم علاجها.

7. الخلفية النظرية:

.1-7التوظيف النفسي : حسب الجعدوني (2010)، يشير مفهوم التوظيف النفسي إلى كيفية استثمار الجهاز النفسي بوصفه نظاما يعالج الاستثارات. ويقدّم هذا الجهاز عند فرويد كنموذج نظري يجمع بين

البعد المكاني والبعد الدينامي، حيث يقوم بعمل نفسي يهدف إلى خفض كمية الطاقة المرتبطة بالاستثارات الغريزية، والتي يكون مصدرها الدوافع النفسية، وذلك وفق المبادئ الأساسية المعروفة في التحليل النفسي.

وتقول شرادي(2011) السير النفسي هو مفهوم في النظرية التحليلية يصف طريقة عمل الجهاز النفسي والقوانين التي تنظمه من أجل الحفاظ على توازنه الداخلي أمام متطلبات الواقع.

ويرتبط بالآليات والميكانيزمات النفسية التي تظهر خاصة في حالات الصراع النفسي وما ينجم عنه من قلق. وهو تنظيم دينامي غير ثابت يهدف إلى حماية الأنا وضمان انسجامها، مع الأخذ بعين الاعتبار تفاعل الواقع النفسي مع الواقع الاجتماعي.

.1 -1-7اساليب التوظيف النفسي:

يخضع الجهاز النفسي في تسيير التوظيف النفسي إلى نمطين أساسيين من العمليات: العمليات الأولية والعمليات الثانوية، حيث يعكس كل نمط طريقة مختلفة في تنظيم الطاقة النفسية والتعامل مع الرغبات والصراعات الداخلية.(لابالنش وبونتاليس، 1985، ص 371)

1-1-1-7**العمليات الأولية:** تخص النظام اللاشعوري، حيث تسود فيها مبدأ اللذة، وتهدف إلى الإشباع الفوري للرغبات دون مراعاة الواقع. وتتميز بسيولة الطاقة النفسية وانتقالها الحر بين التصورات عبر آليتي الإزاحة والتكثيف. (فرويد، 1983، ص: 79).

2-1-1-7**العمليات الثانوية:** تخص نظام ما قبل الشعور والشعور، وتتطور تدريجيا خلال مراحل النمو. وتخضع لمبدأ الواقع بدل مبدأ اللذة، حيث يتم تأجيل الإشباع وضبط الطاقة النفسية وفق متطلبات الواقع.(لابالنش وبونتاليس، 1985، ص: 371) وتتميز هذه العمليات بالتفكير المنطقي والانتباه والحكم، مما يسمح بإيجاد حلول واقعية ومقبولة اجتماعيا لتحقيق الرغبات(شرادي، 2006، ص27).

العمليات الأولية تبحث عن الإشباع الفوري دون قيود، بينما العمليات الثانوية تنظّم هذا الإشباع وفق مبدأ الواقع، مما يخلق توازنا بين الرغبة والواقع.

. 2-1-7**مبادئ التوظيف النفسي:** من مبادئ التوظيف النفسي الحفاظ على مبدأ الثبات فهو يشكل هذا المبدأ الأساس في النظرية الاقتصادية الفرويدية، حيث يعبّر عن ميل الجهاز النفسي إلى الحفاظ على كمية الإثارة أو التوتر في أدنى مستوى ممكن، أو على الأقل الحفاظ على استقرارها. ويتم ذلك عبر تفريغ الطاقة النفسية بشكل فعلي أو من خلال تجنب كل ما يمكن أن يزيد من التوتر، مع اعتماد آليات دفاعية تهدف إلى الحد من الاضطراب الداخلي. وبالتالي فإن الفرد يسعى بشكل مستمر إلى تقليل التوتر وتثبيته لضمان التوازن النفسي.(الابالنش وبونتاليس، 1985، ص446).

7-1-2-1 مبدأ اللذة: يرتبط هذا المبدأ بالسعي إلى تجنب الألم والحصول على اللذة، إذ إن النشاط النفسي يتجه نحو خفض التوتر الناتج عن زيادة الإثارة وتحقيق الإشباع. ويعد مبدأ اللذة امتدادا لمبدأ الثبات، حيث يعمل على تقليل التوتر إلى أدنى مستوى ممكن، فكل سلوك يصدر عن الفرد يكون في جوهره موجها نحو تخفيف الانزعاج وتجنب الألم، مع البحث عن الإشباع والراحة النفسية(لابالنش وبونتاليس، 1985، ص 30).

7-1-2-2 مبدأ الواقع: يتحكم في هذا المبدأ جهاز الأنا، وهو يتطور تدريجيا مع النمو النفسي للفرد، حيث يعمل على تعديل مبدأ اللذة من خلال تأجيل الإشباع أو تحويله بما يتوافق مع شروط الواقع الخارجي. فبدلا من البحث عن الإشباع الفوري، يقوم الفرد باتباع طرق غير مباشرة وأكثر تنظيما لتحقيق رغباته. ويقوم مبدأ الواقع على مقاومة الرغبة من خلال عدة عوامل أهمها غياب الموضوع المرغوب فيه، أو استحالة الإشباع، أو المنع الاجتماعي والأخلاقي. كما يتحول النشاط النفسي فيه من طاقة حرة إلى طاقة مربوطة، مما يسمح بتطوير الوظائف العقلية مثل الانتباه والذاكرة والحكم(لابالنش وبونتاليس، 1985، ص: 458-459).

7-1-2-3 مبدأ اضطرار التكرار :هو عملية لا شعورية تدفع الفرد إلى إعادة عيش تجارب مؤلمة سابقة وكأنها تحدث في الحاضر، دون وعي أو تذكر حقيقي لمصدرها الأصلي. ويفسّر هذا المبدأ على أنه محاولة نفسية لتفريغ التوترات المرتبطة بالخبرات الصدمية المكبوتة. ويتجلى هذا التكرار في أشكال متعددة مثل الكوابيس، الذكريات المشوشة، الأزمات الانفعالية، أو إعادة تمثيل الصدمة في السلوك أو اللعب. وبهذا الشكل يسعى الجهاز النفسي إلى تحقيق توازن داخلي عبر تفريغ الشحنات الانفعالية المرتبطة بالماضي(لابالنش وبونتاليس، 1985، ص: 80).

7-1-3 .الآليات الدفاعية: يعرف الدفاع بأنه جموعة من العمليات النفسية التي يقوم بها الأنا لحماية التوازن النفسي للفرد من كل ما يسبب له تهديدا أو قلقا، سواء كان مصدره داخليا (مثل النزوات والذكريات والخيالات) أو خارجيا. ويهدف هذا الدفاع إلى تقليل التوتر والحفاظ على استقرار الشخصية ومنع اختلال التوازن النفسي.كما ينظر إلى الدفاع على أنه عملية نفسية تعمل على مواجهة الأخطار الخارجية والداخلية في آن واحد، خاصة تلك التي تهدد الاستقرار الذاتي للجهاز النفسي (التوازن أو الـHoméostase). ويقوم الأنا بهذه المهمة من خلال استعمال آليات دفاعية مختلفة تساعده على خفض القلق وضمان التكيف النفسي

وتعرف الآليات الدفاعية هي أنماط من العمليات النفسية يستعملها الأنا لحماية التوازن النفسي ومواجهة الصراعات الداخلية والخارجية. وتختلف هذه الآليات حسب مرحلة النمو النفسي ودرجة شدة الصراع، وتهدف أساسا إلى تخفيف القلق وتحقيق التكيف مع الواقع. كما يمكن أن تكون شعورية أو لاشعورية، وتظهر خاصة عند التعرض للضغوط أو الصدمات النفسية (لابالنش وبونتاليس، 1985، ص: 132)

-**الكبت:** هو آلية دفاعية لاشعورية يقوم فيها الأنا بإبعاد الأفكار والذكريات والرغبات المرتبطة بالنزوات إلى اللاشعور، خاصة تلك التي تسبب الألم أو القلق. ورغم اختفائها من الوعي، تبقى هذه المحتويات نشطة وقد تعود بشكل غير مباشر مثل الأحلام أو الهفوات أو الأعراض. ويعد الكبت من أهم الآليات الدفاعية الأساسية في التنظيم النفسي.(لابالنش وبونتاليس، 1985، ص 416-419).

-**الإسقاط:** هو آلية لاشعورية ينسب فيها الفرد رغباته أو أفكاره غير المقبولة إلى الآخرين بدل الاعتراف بها في ذاته، مما يسمح له بالتخلص من القلق ومشاعر الذنب. ويعتبر وسيلة دفاعية لتحويل الصراعات الداخلية إلى الخارج، وقد يكون إسقاطا ابتدائيا أو ثانويا حسب ارتباطه بالكبت.(Freud، 1963، ص: 167)؛

- **النكوص:** هو عودة لاشعورية إلى مراحل سابقة من النمو النفسي أو إلى أساليب تفكير وسلوك أقل نضجا عند مواجهة ضغط نفسي أو صراع. ويظهر على مستويات مختلفة: زمنية (العودة لمراحل نمو سابقة)، شكلية (تبسيط السلوك)، أو موقعية (العودة من الشعور إلى اللاشعور). ويهدف إلى تخفيف التوتر والبحث عن الأمان النفسي) لابالنش وبونتاليس، 1985، ص 555).

العزل: هو آلية دفاعية تقوم على فصل الفكرة عن الشعور أو الانفعال المرتبط بها، بحيث تدرك الفكرة دون شحنة عاطفية. وهذا يسمح للأنا بالحفاظ على الاستقرار النفسي من خلال تجميد الجانب الانفعالي للتجربة، فتظهر كأنها معزولة عن باقي الخبرات(لابالنش وبونتاليس، 1985، ص: (327-328)

-**الإنكار** :هو آلية لاشعورية يرفض فيها الفرد الاعتراف بوجود رغبة أو فكرة مزعجة، رغم إدراكها جزئيا على مستوى الوعي. ويعمل الإنكار على حماية الأنا من القلق عبر رفض نسب المحتوى المزعج للذات، مع استمرار تأثير الكبت في اللاشعور(لابالنش وبونتاليس، 1985، ص: 128-130؛ Freud، 1925).

2-7. تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية: عرّف محمود أبو النيل الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها اضطرابات جسمية معروفة لدى الأطباء، يظهر فيها خلل وظيفي أو تلف في أحد أعضاء الجسم نتيجة

التعرض لانفعالات نفسية مزمنة مرتبطة باضطراب حياة الفرد، كما أن العلاج الجسمي وحده غالبا لا يكون كافيا لتحقيق الشفاء التام ما لم تتم معالجة الأسباب النفسية الكامنة المصاحبة لها (غانم، 1982، ص50)

أما "جالاتين" فقد اعتبرها أمراضا عضوية ترجع في أصلها إلى أسباب نفسية، حيث تلعب الضغوط والانفعالات دورا أساسيا في ظهورها، إذ قد تنعكس المعاناة النفسية في شكل اضطرابات تصيب جهازا واحدا أو عدة أجهزة من جسم الإنسان، ولا تقتصر آثارها على عضو معين دون غيره (Gallatin، 1982، ص212).

في حين يرى فخري الدباغ أنها مجموعة من الاضطرابات الجسمية الموضوعية التي يكون منشؤها الأساسي أو المباشر عوامل نفسية وانفعالية، أي أنها اضطرابات عضوية ذات أصل نفسي واضح (الدباغ، 1984، ص207).

حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5):

يعرّف اضطراب الأعراض الجسدية بأنه اضطراب يتميز بوجود واحد أو أكثر من الأعراض الجسدية المزعجة التي تؤثر في حياة الفرد اليومية، ويصاحبها أفكار أو مشاعر أو سلوكيات مفرطة ومستمرة مرتبطة بهذه الأعراض، مثل القلق الزائد بشأن الصحة أو الانشغال المفرط بالأعراض، حتى وإن لم يكن هناك تفسير طبي واضح وكافٍ لهذه الأعراض (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، DSM-5، 2013).

7-2-1 خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية: تتميز الاضطرابات السيكوسوماتية بظهورها في شكل إصابات عضوية فعلية تتجلى من خلال أعراض مرضية واضحة على مستوى العضو المصاب، حيث يحدث اضطراب في الوظيفة العضوية مصحوبا بتغيرات بنيوية قد تصل في بعض الحالات إلى تهديد حياة الفرد. كما تتميز هذه الاضطرابات بارتباطها الوثيق بالاضطرابات الانفعالية، التي تلعب دورا أساسيا في نشأتها واستمرارها وعودة أعراضها، وغالبا ما تكون هذه العوامل الانفعالية ذات طابع لاشعوري.

وتشير الدراسات إلى أن ظهور الأعراض السيكوسوماتية غالبا ما يسبقه تاريخ من الضغوط النفسية والانفعالية الممتدة عبر فترات زمنية مختلفة من حياة المريض، مما يدل على وجود استعداد نفسي-جسمي سابق. كما تتسم هذه الاضطرابات بطابعها المزمن ومرورها بمراحل متعددة، إضافة إلى ارتباطها أحيانا بأنماط شخصية معينة، فضلا عن وجود تاريخ مرضي عائلي للحالات المشابهة، الأمر الذي يستدعي دراسة تاريخ حياة الفرد وأسرته لفهم طبيعة الاضطراب بشكل أدق.

كما تعكس هذه الاضطرابات نوعا من العجز لدى بعض المرضى عن مواجهة الانفعالات الشديدة والمزمنة بطريقة تكيفية ناضجة، حيث يحاول الفرد تحقيق التوازن بين مطالب البيئة الخارجية ومطالبه الداخلية، إلا أن فشل هذه المحاولة يؤدي إلى اختلال في التوازن الحيوي (الهيموستاز)، فيظهر الخلل في شكل أعراض عضوية ذات منشأ نفسي. ومن هنا يتضح أن المريض السيكوسوماتي يعبر عن صراعاته وانفعالاته المكبوتة من خلال أعضاء جسده نتيجة عدم قدرته على استخدام آليات دفاعية فعالة في مواجهة الضغوط الانفعالية (قاسم، 2008، ص311).

ويمكن تحديد خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية في مجموعة من السمات الأساسية، من أهمها:

- وجود أساس فسيولوجي للاضطراب، حيث تظهر الأعراض في شكل تغيرات عضوية حقيقية يمكن ملاحظتها سريريا.
- إصابة الأعضاء والأحشاء المرتبطة بالجهاز العصبي الذاتي (اللاإرادي)، والتي لا تخضع للضبط الإرادي للفرد، وقد تصل هذه التغيرات في بعض الحالات إلى درجة تهدد حياة المريض.
- تمركز الاضطراب حول عضو معين، بحيث يظهر نوع من الإلحاح والسيطرة العرضية على ذلك العضو المصاب.

كما يتميز الاضطراب السيكوسوماتي عن غيره من الاضطرابات النفسية بما يلي:

- وجود اضطراب انفعالي يعد عاملا ممهّدا أو مصاحبا لظهور الأعراض.
- ارتباط بعض الحالات بأنماط شخصية معينة تزيد من قابلية الإصابة بالاضطراب.
- وجود فروق ملحوظة في نسب الإصابة بين الجنسين.
- إمكانية ظهور عدة أعراض سيكوسوماتية لدى الفرد نفسه في فترات مختلفة.
- وجود تاريخ عائلي للإصابة بنفس الاضطراب أو باضطرابات مشابهة.
- ميل الاضطراب إلى المرور بمراحل مختلفة من حيث الشدة والتطور (زينب شقير، 2000، ص29).

كما تشير بعض الدراسات إلى أن هذه الاضطرابات أكثر شيوعا لدى فئة الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين (20–40 سنة) مقارنة بالمراحل العمرية الأخرى، وتكثر الإصابة بها على مستوى الجهاز الدوري والقلب والجهاز الهضمي والجهاز الجنسي، إضافة إلى أن لهذه الاضطرابات في كثير من الأحيان مضمونا رمزيا يعكس طبيعة الصراع النفسي الذي يعاني منه الفرد (الزراد، 2000، ص125). **7-2-2 أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية:** لا شك أن العوامل النفسية، والإحباطات المتراكمة، والتوترات

الانفعالية المستمرة تعد من أبرز العوامل المساهمة في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية. كما يلعب الكبت الانفعالي، وخاصة كبت مشاعر الغضب، دورا مهما في نشأة هذه الاضطرابات، إذ يرتبط غالبا بالشعور بالعجز والعدوان المكبوت والإحساس المستمر بالظلم، مما يؤدي إلى تحويل التوتر النفسي إلى الداخل ليظهر في صورة أعراض عضوية تصيب عضوا معينا من الجسم. كذلك يسهم القلق المزمن، والحزن العميق الناتج عن الطلاق أو الفشل، والطموحات غير الواقعية، واضطراب العلاقات الاجتماعية والخلافات الأسرية، وعدم الشعور بالرضا النفسي، في زيادة احتمالية الإصابة بهذه الاضطرابات.

تعد الضغوط النفسية كمسبب للاضطراب السيكوسوماتي، فالضغوط النفسية والإحباطات التي يتعرض لها الفرد من العوامل الأساسية في نشأة الاضطرابات السيكوسوماتية، حيث تمثل حجر الزاوية في تفسير العديد من هذه الاضطرابات. فالضغوط النفسية هي مجموعة من المواقف أو الأحداث التي تحدث تأثيرات داخلية لدى الفرد، وفقا لإدراكه وتفسيره لها، وقد تؤثر في نموه النفسي وتوازنه الانفعالي. كما أن بعض الخبرات المؤلمة، مثل فقدان الحب أو اضطراب العلاقات الاجتماعية، قد تهيئ الفرد للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية.

وتعد العلاقات الاجتماعية المتبادلة من أهم مصادر الضغوط النفسية، إذ يشكل المجال الانفعالي حلقة الوصل بين المجالين النفسي والجسمي، وعندما لا يتم تصريف هذه الانفعالات بطريقة سليمة فإنها تؤدي إلى حدوث تغيرات مرضية على مستوى الأحشاء والأوعية الدموية، ومع استمرار هذه الضغوط وتكرارها قد ينتج عنها تلف عضوي واضح (العيسوي، 1940، ص120).

العوامل المتعلقة بالوراثة: لا تعد العوامل الوراثية سببا مباشرا للاضطرابات السيكوسوماتية كما هو الحال في بعض الأمراض الوراثية الصرفة مثل الهيموفيليا أو فقر الدم الوراثي أو الاضطرابات الكروموسومية، وإنما يقصد بها وجود استعداد تكويني وراثي يزيد من قابلية الفرد للإصابة بهذه الاضطرابات، ويتمثل ذلك في:

- وجود استعداد تكويني مرتبط بعوامل ما قبل وأثناء الولادة مثل ظروف الحمل والولادة وعمر الأم.
- وجود استعداد تكويني ناتج عن الخبرات المبكرة في حياة الفرد، سواء كانت فسيولوجية أو نفسية.

انتشار بعض الاضطرابات المتشابهة بين أفراد العائلة الواحدة، وهو ما دفع بعض الباحثين إلى ربطها بالعامل الوراثي، إلا أن هذا التفسير لا يعني حتمية الإصابة، بل يشير إلى ضرورة تفاعل هذا

العامل مع عوامل أخرى نفسية وبيئية لتعزيز قابلية الإصابة بالاضطراب (بدرة ميموني، 2005، ص121). تأثير الحالة الانفعالية للأم أثناء الحمل:

تشير العديد من الدراسات إلى أن الحالة النفسية والانفعالية للأم خلال فترة الحمل تؤثر بشكل مباشر في الجنين، حيث إن ما تتعرض له الأم من ضغوط أو اضطرابات انفعالية قد ينعكس لاحقا على صحة الطفل بعد الولادة، مما يزيد من قابليته للإصابة ببعض الاضطرابات العضوية أو النفسجسمية نتيجة ضعف جهازه المناعي واستعداده التكويني للإصابة (الزراد، 2000، ص73).

كما يرى كل من سونتاج (Sontag) و) ليستر(Ister أن الحياة الانفعالية للأم، إلى جانب حالتها الجسمية والبيئة الداخلية والخارجية المحيطة بها أثناء الحمل، تؤثر في الجنين داخل الرحم، حيث إن أي اضطراب يصيب الأم قد ينعكس على الطفل بعد الولادة. إلا أن هذه العوامل لا تعد سببا مباشرا بمفردها في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، بل تسهم في تهيئةالاستعداد للإصابة بها (أبو النيل، 1994، ص124).

العوامل المتعلقة بالعلاقة بين الطفل والوالدين :تعد طبيعة العلاقة بين الطفل ووالديه من العوامل المهمة في نشأة الاضطرابات السيكوسوماتية، حيث تظهر بعض المشكلات المرتبطة بعملية التغذية المبكرة، والتدريب على الإخراج، ونقص الشعور بالأمن، والحرمان العاطفي، والخوف من الانفصال عن الأم، والحاجة إلى القبول، واضطراب المناخ الانفعالي داخل الأسرة، إضافة إلى قسوة الوالدين. وتؤثر هذه العوامل سلبا في نمو الطفل النفسي والانفعالي والاجتماعي، مما قد ينعكس على صحته العضوية رغم توفر الإمكانات المادية والغذاء الكافي (شقير، زينب ومحمود، 2000، ص16).

وفي دراسة أجراها Paul Argles 1983)) حول تأثير التهديد بالانفصال داخل الأسرة، تبين أن هذا التهديد يؤدي إلى ظهور بعض أشكال السلوك غير السوي لدى الأبناء، مثل القلق والاضطرابات السيكوسوماتية، مما دفع المعالجين النفسيين إلى اعتبار هذه الأعراض استجابات نفسية لتهديد الاستقرار الأسري والانفصال داخل الوسط العائلي (شقير، زينب، 2002، ص18).

العوامل الاجتماعية الصعبة :تعد العوامل الاجتماعية من العوامل المؤثرة في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، حيث إن تعرض الفرد لمواقف عنيفة أو صدمات مفاجئة أو كوارث غير متوقعة قد يؤدي إلى استنزاف طاقته النفسية وعدم قدرته على التكيف معها. ويرى جيمس هالداي أن المجتمع المضطرب يظهر أعراض تفككه من خلال انتشار الأمراض والاضطرابات بين أفراده، كما أن التغير الاجتماعي السريع يسهم في زيادة انتشار هذه الاضطرابات (الحجار، 1998، ص96–97).

7-2-3 النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية: من ضمن النظريات التي اهتمت بتفسير الاضطرابت السيكوسوماتية نجد:

7-2-3-1 النظرية النفسية (التحليلية):حاولت العديد من النظريات النفسية تفسير أسباب حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية، وتعد نظرية التحليل النفسي من أبرز هذه النظريات، حيث ركزت على دور العوامل اللاشعورية والصراعات النفسية المكبوتة في ظهور الأعراض العضوية.

ويعد فرانز ألكسندر(Franz Alexander) من أهم رواد الاتجاه التحليلي في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية، إذ يرى أن اللاشعور يمثل مستودعا للرغبات والدوافع والمخاوف التي لا يقبلها العقل الواعي، وتظل هذه المشاعر والأفكار المكبوتة نشطة في اللاشعور إلى جانب الذكريات الانفعالية المؤلمة المرتبطة بالصراعات النفسية. وعندما تتاح لها الفرصة فإنها تظهر في صورة أعراض جسمية مثل زيادة خفقان القلب، وتوتر العضلات، وزيادة إفراز العرق.

كما يرى ألكسندر أن الأعراض الجسدية ليست مجرد استجابات عضوية عشوائية، بل تحمل دلالات رمزية تعبّر عن صراعات نفسية داخلية، ولذلك يهدف العلاج التحليلي إلى تحويل المحتوى اللاشعوري إلى مستوى الشعور، مما يساعد على فهم الصراع النفسي والتخفيف من حدّة الأعراض الجسدية.

ويرى الاتجاه التحليلي أيضا أن اللاشعور لا يعمل وفق منطق العقل الواعي، بل يعبر عن نفسه من خلال الصور والخيالات والأحاسيس الجسدية بدلا من التعبير اللفظي المباشر، ولذلك يعد تحليل الأحلام وسيلة مهمة لفهم الرموز اللاشعورية المرتبطة بالأعراض السيكوسوماتية.

كما تلعب صورة الجسم (Body Image) دورا مهما في تفسير بعض الاضطرابات السيكوسوماتية، حيث إن اضطراب إدراك الفرد لصورة جسده قد يؤدي إلى تثبيت الاهتمام بعضو معين، مما يزيد من احتمالية ظهور أعراض مرضية مرتبطة به.

ومن جهة أخرى، ترى فلاندر دنبر(Flanders Dunbar)) أن لكل اضطراب سيكوسوماتي نمطا نفسيا مميزا، حيث حاولت تحديد الخصائص النفسية المرتبطة ببعض الأمراض، فمثلا لاحظت أن مرضى الربو يتميزون بالشعور بعدم الأمن والخوف من فقدان الدعم، ويفسّر السعال لديهم أحيانا كتعبير رمزي عن الحاجة إلى الرعاية والاهتمام، في حين يتميز بعض مرضى السكري بكبت العدوان والاعتمادية والخوف من اتخاذ القرارات المصيرية (حسن غانم، 2011، ص120-127).

كما أشار سيغموند فرويدFreud)) إلى أن بعض الأعراض الجسدية تحمل معنى رمزيا للصراع النفسي، خاصة في حديثه عن الهستيريا التحويلية، حيث اعتبر أن تحويل الصراع النفسي إلى أعراض جسدية يمثل إحدى آليات الدفاع النفسي التي يستخدمها الفرد للتخفيف من التوتر الداخلي.

وبناء على ذلك، تفترض المدرسة التحليلية وجود علاقة وثيقة بين مكونات الشخصية والاضطرابات السيكوسوماتية، حيث تؤدي الانفعالات المكبوتة والصراعات اللاشعورية دورا مهما في ظهور هذه الاضطرابات (النابلسي، ص24).

7-2-3-4 نظرية التهيؤ المرضي(الاستعداد–الضغط): تشير نظرية التهيؤ المرضي (الاستعداد–الضغط) إلى أن الاضطرابات السيكوسوماتية لا تنتج عن عامل واحد فقط، وإنما تظهر نتيجة التفاعل بين الاستعداد البيولوجي للفرد والضغوط البيئية والنفسية التي يتعرض لها. كما تؤكد هذه النظرية أن طريقة إدراك الفرد لهذه الضغوط وأساليب تكيفه معها تلعب دورا مهما في تحديد مدى قابليته للإصابة بالاضطراب.

وتفترض هذه النظرية أن بعض الأفراد لديهم استعداد سابق للإصابة ببعض الاضطرابات مثل ارتفاع ضغط الدم والقرحة والصداع التوتري، وعند تعرضهم لضغوط بيئية مناسبة قد تظهر هذه الاضطرابات نتيجة عجزهم عن التكيف معها بشكل فعال.

وفي هذا السياق، أشار كانون(Cannon) إلى أن التعرض للانفعالات الشديدة مثل الخوف والغضب يؤدي إلى إفراز كميات كبيرة من الأدرينالين، مما ينتج عنه ظهور تغيرات فسيولوجية مثل ارتفاع ضغط الدم وتسارع ضربات القلب، وإذا استمرت هذه التغيرات لفترات طويلة دون تفريغ انفعالي مناسب فقد تتحول إلى اضطرابات عضوية مزمنة (مارتي وستورا، 1992، ص21).

7.2.3.5 نظرية بيار مارتي : تعتبر هذه الاخيرة من اكثر المدارس حداثة وهي تنطلق من اسس التحليل النفسي لتعارض ثناءية الجسم والروح والتي ثبت عقم نتاءجها فهي تركز على دراسة الوظاءف العقلية على اعتبار ان المريض يشير الى وجود ضعف في التنظيم العقلي للفرد وان ليس هناك عضو مختل بل الخلل يكمن في الجهاز العقلي والذي يبرز من خلال تدهور القيمة الوظيفية للاشعور والشعور وماقبل الشعور الانا والانا الاعلى والهو (الاسود،ص 309).

7-2-4 تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية: يعتمد DSM-5 في تشخيص اضطراب الأعراض الجسدية على مجموعة من المعايير، أهمها:

- وجود عرض جسدي واحد أو أكثر يسبب ضيقا واضحا أو خللا في الحياة اليومية للفرد.

- وجود أفكار أو مشاعر أو سلوكيات مفرطة وغير تكيفية مرتبطة بالأعراض الجسدية، وتتمثل في:
- أفكار مستمرة ومبالغ فيها حول خطورة الأعراض.
- قلق مرتفع ومستمر بشأن الصحة والأعراض الجسدية.
- تخصيص وقت وجهد كبيرين للانشغال بالأعراض أو الحالة الصحية.
- استمرار حالة الانشغال بالأعراض لفترة زمنية طويلة (عادة أكثر من 6 أشهر)، حتى وإن كانت الأعراض الجسدية غير مستمرة بشكل دائم.

كما يمكن تحديد نوع الاضطراب مع وجود الألم كمكوّن أساسي (Dominant pain type)، في الحالات التي تكون فيها الأعراض الجسدية في الأساس مرتبطة بالألم المزمن.DSM-5) الجمعية الامريكية.

7-3. القرحة المعدية (:(Peptic Ulcer-:-: تنتج قرحة المعدة من فتحة مقرحة في غشاء المعدة أو الإثني عشر (Duodenum) وتحدث نتيجة فرط إفراز حمض الكلورودريك، بالإضافة إلى دور البيبسين (Pepsin) وهو الإنزيم البروتيني المسؤول عن الهضم في المعدة – الذي يهاجم ويهضم جدار المعدة والإثني عشر في حالة القرحة (تايلور، 2008، ص82).

7-3-1 أعراض القرحة المعدية:

- الشعور بآلام متكررة أو إحساس بالحرقان في أعلى البطن، خاصة بين السرة وأسفل القفص الصدري.
- تزداد هذه الآلام غالبا عند الشعور بالجوع أو عندما تكون المعدة فارغة بين الوجبات.
- استمرار الألم لفترات تتراوح من دقائق إلى عدة ساعات.
- استيقاظ المريض أحيانا في منتصف الليل بسبب شدة الألم.
- الشعور بالغثيان والقيء أثناء نوبات الألم في بعض الحالات.
- فقدان الشهية مما يؤدي إلى نقص الوزن.
- عسر الهضم.
- الإحساس بالتعب أو الانزعاج في المعدة.
- الشعور بالانتفاخ أو الامتلاء بعد تناول الطعام.

في الحالات المتقدمة قد يظهر دم في البراز، حيث يصبح لونه أسود نتيجة النزيف الداخلي في الجهاز الهضمي(محمد أحمد النابلسي، 1992، ص 45–46).

7–3–2 أسباب القرحة المعدية:

يتميز مرض القرحة المعدية بحدوث تلف في الطبقة المخاطية المبطنة لجدار المعدة نتيجة تكاثر بعض أنواع البكتيريا في هذه الطبقة، إضافة إلى وجود عدة عوامل أخرى تسهم في حدوثها، ويمكن تصنيف هذه الأسباب إلى أسباب عضوية وأسباب نفسية.

– الأسباب العضوية: يعد وجود وتكاثر بكتيريا المعدة الحلزونية ((Helicobacter pylori في الطبقة المخاطية المبطنة للمعدة من الأسباب الرئيسية للإصابة بالقرحة المعدية، إذ تتميز هذه البكتيريا بقدرتها على التعايش مع الوسط الحمضي للمعدة من خلال إفراز إنزيمات خاصة تحميها من تأثير الأحماض المعدية. كما تسهم الزيادة المفرطة في إفراز الأحماض المعدية والإنزيمات الهاضمة في إضعاف الطبقة المخاطية الواقية للمعدة، مما يؤدي إلى تآكلها وحدوث القرحة.

وحتى تكتمل الفقرة علميا بشكل أقوى في بحثك (خصوصا أنك تعملين في مجال علم النفس العيادي والسيكوسوماتي) يمكن إضافة بقية الأسباب العضوية الشائعة بهذه الصياغة الأكاديمية:

كما قد ترجع الإصابة بالقرحة المعدية إلى عوامل عضوية أخرى مثل الاستعمال المفرط لبعض الأدوية، خاصة مضادات الالتهاب غير الستيرويدية، والتدخين، وسوء النظام الغذائي، إضافة إلى العوامل الوراثية واضطرابات إفراز العصارة المعدية.

الأسباب النفسية للقرحة المعدية :ربط العديد من العلماء ظهور القرحة المعدية لدى الأفراد بمجموعة من السمات النفسية والانفعالية التي تميز شخصية الفرد أو التي يعيشها في بيئته الاجتماعية، ومن أبرز هذه العوامل: الطموح الشديد المصحوب بالخوف من الفشل أو الإحباط، والصراع المستمر بين الرغبة في الاعتماد على الآخرين والحاجة إلى الاستقلالية والاعتماد على النفس، إضافة إلى وجود صراعات مع الوالدين أو مع من يمثلون السلطة في حياة الفرد، والعمل تحت ظروف التوتر والضغط النفسي المستمر، فضلا عن المشاحنات والخلافات العائلية (محمد أحمد النابلسي، 1992، ص 50).

دور العوامل الانفعالية في حدوث القرحة المعدية: يؤكد العديد من الأطباء والباحثين على الدور الهام للعوامل الانفعالية في حدوث القرحة المعدية، حيث تشير بعض الدراسات إلى أن العامل التكويني المرتبط بخبرات الطفولة والصراعات الانفعالية المبكرة يسهم في ظهور بعض حالات التقرحات الهضمية. وفي بعض الحالات يكون العامل التكويني هو المسؤول الأساسي عن الإصابة، بينما تلعب العوامل البيئية

والانفعالية في حالات أخرى الدور الأكبر في ظهور المرض. كما يرى "أيوسترمان" أن القرحة المعدية لا تنتج عن عامل واحد، وإنما هي نتيجة تفاعل مجموعة من العوامل البيولوجية والنفسية والعصبية، مؤكدا على أهمية العوامل العصبية المنشأ في ظهور القرحة الهضمية (لمى يوسف، 2009، ص 10).

كما توصلت "ميرسكاي" (Mirskay) إلى وجود ثلاثة عوامل رئيسية تسهم في ظهور القرحة المعدية، وهي: الإفراز المفرط والدائم للأحماض المعدية والذي يتأثر بعوامل وراثية، إضافة إلى ميل بعض الأفراد إلى التبعية والبحث عن الحماية وتجنب مواجهة المسؤوليات والصراعات، وهو ما يفسر بالارتداد إلى المرحلة الفمية كآلية دفاعية نفسية، فضلا عن تأثير العوامل البيئية المرتبطة بأساليب التنشئة في الطفولة المبكرة وما يرتبط بها من ضعف القدرة على التحكم في الضغوط والصراعات النفسية (صالح معاليم، 2008، ص 68–69).

وهناك عوامل أخرى مساعدة في حدوث القرحة المعدية: توجد مجموعة من العوامل الأخرى التي تسهم في زيادة احتمالية الإصابة بالقرحة المعدية، من بينها العوامل الوراثية مثل الإصابة بمتلازمة زولينجر–إليسون، وزمرة الدم، وزيادة إفراز العصارة المعدية، والتعرض المستمر للضغوط النفسية والعصبية، إضافة إلى العادات الغذائية غير الصحية مثل الشراهة في تناول الطعام وعدم الانتظام في مواعيد الوجبات، والإفراط في تناول المشروبات الكحولية والتدخين، فضلا عن القلق النفسي والحزن المستمر نتيجة فقدان عزيز أو التعرض لخسائر مختلفة.

كما تسهم بعض العوامل الأخرى مثل الإجهاد العصبي، والإفراط في تناول الأدوية المضادة للالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs) كمسكنات الألم والأسبرين، وتناول الأطعمة الحارة والمهيجة للمعدة والمشروبات الغازية، وبعض الأمراض المناعية مثل مرض كرون، إضافة إلى الحمل في بعض الحالات، في زيادة خطر الإصابة بالقرحة المعدية أو تأخر شفائها (الخطيب عماد إبراهيم، 1989، ص 59).

7–3–3 شخصية المصاب بالقرحة المعدية: تعد القرحة المعدية من الأمراض النفسجسمية التي حظيت باهتمام كبير من طرف العديد من الباحثين في مجال الطب النفسي الجسدي، حيث قامت المدرسة الأمريكية وعلى رأسها "ألكسندر" (Alexander) بإجراء عدة دراسات حول القرحة المعدية، وأظهرت نتائج البحوث الإكلينيكية أن العامل النفسي يعد من الأسباب الأساسية في ظهور القرحة المعدية، بعدما كانت في السابق تفسّر على أنها نتيجة اضطرابات عصبية فقط.

كما بيّنت دراسات "دنبار" (Dunbar)حول خصائص شخصية المصابين بالقرحة المعدية وجود تجاذب وجداني لديهم يتمثل في الحاجة إلى التعلق بالآخرين والرغبة في الحصول على الدعم العاطفي، وفي الوقت نفسه عدم القدرة على تحمل هذا الارتباط، مما يخلق لديهم صراعا نفسيا داخليا مستمرا. كما أظهرت دراسات أخرى من نفس الاتجاه أن المصاب بالقرحة المعدية يتميز بحاجة مفرطة إلى الحماية والعطف، ويعبّر عن ذلك بطريقة غير مباشرة من خلال الأعراض الجسدية، إضافة إلى ميله إلى وضع مشاريع وطموحات تفوق قدراته الواقعية، وهو ما يعد تعويضا عن ميوله العميقة المرتبطة بالتبعية، ويعد هذا الصراع من العوامل الأساسية في ظهور القرحة المعدية (صالح معاليم، 2008، ص 68).

وقد اهتمت عدة دراسات بمحاولة تحديد بروفيل نفسي سيكوسوماتي خاص بالمصابين بالقرحة المعدية، حيث حاول "بيار مارتي" (Pierre Marty)تحديد خصائص نفسية مميزة لهم، في حين أشار "روزين ديرو" (Rosin Dreay)إلى عدم وجود بروفيل سيكولوجي موحد للمصابين بهذا المرض. كما توصل "بودوار" (Beaudoird) من خلال دراسته إلى أن المصابين بالقرحة المعدية يتميزون غالبا ببنية جسمية نحيفة، وميل إلى الانقباض الداخلي، والنشاط الزائد المصحوب بالخجل والتذبذب الانفعالي، كما يرى معظم علماء النفس أن هذا المرض ينتشر غالبا لدى الأفراد الطموحين

8. الدراسات السابقة وأوجه الاستفادة منها:

1.8. الدراسات السابقة:

أجرت كل من بردي مليكة (2018)الدراسة المعنونة "التوظيف النفسي لدى المراهقة المغتصبة"، حيث كانت الفئة المستهدفة وتشير دراسة بن ست حالات مراهقات في ولايتي الوادي ورقلة، إلى استخدام المنهج العيادي واختبار روشارخ لدراسة التوظيف النفسي لدى المراهقات اللاتي تعرضن لحادثة عنف جنسي شديد، والتي تعتبر صدمة نفسية عنيفة. وأظهرت النتائج عجز الضحية وفشلها في تقبل الصدمة، حيث يعجز الأنا عن تحقيق التوازن لشدة الموقف، وتبرز ميكانيزمات الكبت والتجنب كمحاولة للتكيف مع الواقع. وأفادت الدراسة أن المراهقات المغتصبات يتميزن بعدم التكيف مع الواقع، ويظهر توظيفهن النفسي بالهشاشة والقلق الحاد (بن بردي، 2018).

كما أجرت غزال أمال (2018) الدراسة المعنونة "التوظيف النفسي لدى الطفل المدمن على الألعاب الإلكترونية" إلى أن الفئة المستهدفة كانت الأطفال، حيث اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي والملاحظة المباشرة، والمقابلة العيادية نصف الموجهة، بإتباع منهج دراسة الحالة، واستخدام الاختبار

الإسقاطي روشارخ لإبراز مدى أهمية العلاقات في حياة الأبناء داخل الوسط الأسري وفهم التوظيف النفسي لدى الطفل المدمن على الألعاب الإلكترونية. وأظهرت النتائج وجود هشاشة في التوظيف النفسي لدى الأطفال المدمنين على الألعاب الإلكترونية، والتي ارتبطت أساسا بعوامل أسرية ونفسية، وكان الإدمان على الألعاب الإلكترونية بمثابة تعويض عن النقص في العلاقة الوالدية (غزال، 2018).

تناولت دراسة فضيلة لحمر (2018) المعنونة "التوظيف النفسي لدى المصاب بالسرطان"، والتي أجريت على مرضى السرطان بكل أنواعه في مصلحة الأورام بمستشفى الحكيم سعدان بسكرة، وكذلك النساء المصابات بالسرطان في المركز الجهوي لولاية باتنة، باستخدام المنهج العيادي والتجريبي والمقابلة العيادية الموجهة والنصف موجهة، واختبار روشارخ لدراسة التوظيف النفسي لدى الراشدين المصابين بالسرطان. وأسفرت النتائج عن وجود ضغوطات وتوترات قبل الإصابة بالمرض قد تكون السبب.كما

تناولت دراسة مسعودة كريدة (2018) المعنونة "التوظيف النفسي لدى المقبلين على الزواج"، والتي أجريت على ستة أشخاص (3 ذكور و3 إناث)، إلى أن خمسة من أفراد مجموعة البحث يتمتعون بتوظيف نفسي عصبي، فيما ظهر توظيف حدي عند فرد واحد. استخدمت الدراسة اختبار روشارخ، وكان هدفها مساعدة المقبلين على الزواج في فهم توظيفهم النفسي، واختتمت الدراسة باقتراحات وتوصيات لضمان اختيار الشريك المناسب (كريدة، 2018).

هدفت دراسة لبوادوار (Beaudoird)، (2002) من جامعة فرنسا إلى أن الهدف كان رسم بروفيل سيكوسوماتي للمصابين بالقرحة المعدية الذين يتميزون بالنحافة المصاحبة لانخفاض حشو المعدة. وأظهرت النتائج فروقا ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين على البروفيل السيكوسوماتي، حيث يتميز المصابون بالقرحة المعدية بالانشغال والخجل الزائد والتذبذب الانفعالي (تونسي عديلة، 2002، ص11).

كما هدفت دراسة أرستي دلو وآخرون (1983) من جامعة أثينا، فكان الهدف الرئيسي منها التعرف على القرحة المعدية من خلال العوامل السيكوسوماتولوجية مثل القلق، الاكتئاب، الشخصية، البيئة، أحداث الحياة الأسرية، الطبع، الوراثة الكامنة وراء هذه الإصابات، ومقارنتها مع الأصحاء. وقد كانت المجموعة التجريبية مكونة من 34 مصابا بالقرحة المعدية، بينما كانت المجموعتان الضابطتان مكونة من 37 شخصا من الأصحاء و36 مصابا باضطراب عضو غير متعلق بالجهاز المعدي المعوي. وأظهرت نتائج الدراسة أن المصابين بالقرحة الهضمية يختلفون عن المجموعتين الضابطتين في الجوانب

التالية: العصابية، حالة وسمة القلق، الإحساس بالذنب، وأحداث الحياة الضاغطة، بينما يتفقون في العدوانية والاكتئاب (تونسي عديلة، 2002، ص11).

قام فاس وانجلش بدراسة هدفت الى التأكيد على دور العوامل الانفعالية في إحداث القرحة المعدية، حيث أشار الباحث إلى أن ضغوط الحياة اليومية تؤدي إلى ظهور حالات القرحة المعدية، كما بين وجود العامل التكويني لحدوث عدة حالات من تقرحات المعدة في فترة الطفولة خلال مواقف الصراعات الانفعالية، مؤكّدا أن العامل التكويني هو السائد في هذه الحالات، وبيّنت النتائج أن هناك عوامل متعددة لحدوث القرحة المعدية، ففي بعض الحالات يكون العامل التكويني هو المسؤول أساسا، بينما في حالات أخرى يكون تكوين العوامل والتأثيرات البيئية أكثر أهمية، مع التأكيد على أن العوامل الانفعالية تحتل المرتبة الأولى في تأثيرها على حدوث القرحة المعدية (تونسي عديلة، 2002، ص12).

كما قام ماكنتوش(1983) بدراسة هدفت إلى توضيح العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والقرحة الهضمية والشخصية، حيث شملت العينة 166 مصابا بالقرحة المعدية وقرحة الاثني عشر، واستخدمت اختبار العوامل الستة عشر للشخصية (16PF). وأظهرت النتائج أن الإناث تميزن بالتذبذب الانفعالي والقلق، بينما الذكور يتميزون بانخفاض الحماس وارتفاع مستوى شعور الذات، مؤكدة دور العوامل الانفعالية خاصة عند تفاعلها مع أحداث الحياة الضاغطة (تونسي عديلة، 2002، ص11).

أشارت دراسة برجمان والفارز التي هدفت الى كشف العلاقة بين القرحة المعدية والعوامل الانفعالية، حيث أظهروا أن الأفراد المستهدفين للدراسة كانوا قلقين، حادّي المزاج، عصبيين ونشطين، وأن الجراحين كانوا يمتنعون عن إجراء الجراحة لهم بسبب خطر عودة القرحة، وأشار الفارز إلى أن التوتر والانفعالات يلعبان دورا مهما في ظهور القرحة المعدية (تونسي عديلة، 2002، ص13).

كما أشارت دراسة بوزيان إيمان (2016) المعنونة "القلق وعلاقته بالقرحة المعدية لدى عينة من المصابين" إلى أن القلق يتشارك مع القرحة المعدية بطريقة ثنائية التأثير؛ حيث تساهم زيادة القلق في تفاقم الإصابة بالقرحة المعدية، وفي المقابل يساهم تفاقم الإصابة بالقرحة المعدية في زيادة القلق، وأظهرت النتائج أن العلاقة بين القلق والقرحة المعدية تظهر بوضوح في المقابلة واستخدام مقياس هاملتون للقلق (بوزيان، 2016).

2.8. أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

– **من حيث الهدف:**.سعت الدراسات السابقة الى الكشف عن العلاقة بين العوامل النفسة والقرحة المعدية كما اهتمت بدراسة التوظيف النفسي لدى المصابين بالامراض المزمنة والاضطرابات النفسجسمية اضافة

الى التعرف على دور القلق والضغوط النفسية والانفعالات في ظهور القرحة المعدية وتفاقم اعراضها والكشف عن الخصائص النفسية والشخصية المميزة للمصابين بها.

- **من حيث العينة:**تباينت الدراسات السابقة من حيث حجم العينة والفئة المستهدفة حيث شملت بعض الدراسات المصابين بالقرحة المعدية بينما تناولت اخرى مرضى السرطان المراهقات المغتصبات الاطفال المدمنين على الالعاب الالكترونية والمقبلين على الزواج كما ركزت اغلب الدراسات على فئة الراشدين مع اختلاف في الجنس والعمر حسب طبيعة كل دراسة.

- **من حيث الأداة:** اعتمدت الدراسات السابقة على ادوات متنوعة تمثلت في المقابلة العيادية الملاحظة المباشرة واختبارات اسقاطية مثل اختبار الروشاخ واختبار تفهم الموضوع اضافة الى بعض المقاييس النفسية مثل مقياس هاملتون للقلق واختبار العوامل الستة عشر للشخصية.

- **من حيث النتائج:** اظهرت الدراسات ان المصابين بالقرحة المعدية يعانون من القلق والتوتر والتذبذب الانفعالي كما يتميز توظيفهم النفسي بالهشاشة وصعوبة التكيف مع الضغوط النفسية واكدت النتائج كذلك وجود علاقة قوية بين الضغوط النفسية والعوامل الانفعالية وظهور القرحة المعدية اضافة الى تاثير الخبرات المؤلمة والصراعات النفسية في اختلال التوازن النفسي لدي المصابين.

- **من حيث الأساليب الإحصائية:** من خلال الدراسات السابقة يمكن الاستفادة منها في: اختلفت جميع الدراسات من ناحية الهدف والعينة والنتائج والأساليب الإحصائية مع دراستنا لكن نجد أنها استفادت من الدراسات السابقة في:

- التاكيد على اهمية الاختبارات الاسقاطية في ابراز ملامح التوظيف النفسي بشكل اكثر عمقا ودقة.
- صعوبة تعميم نتائج الدراسات بسبب اختلاف الخصائص النفسية والفردية .
- اعتماد المنهج العيادي باعتباره الانسب لدراسة التوظيف النفسي لدى المصابين بلامراض النفسجسمية.

خلاصة الفصل :

تناول الفصل مفهوم التوظيف النفسي باعتباره طريقة عمل الجهاز النفسي وتنظيمه للحياة النفسية من خلال السير النفسي واليات والدفاع .كما ابرز دور العمليات الشعورية واللاشعورية في تحقيق التوازن النفسي وتكيف الفرد مع الواقع والضغوط المختلفة. كما تناول الاضطرابات السيكوسوماتية التي تمثل تداخلا بين العوامل النفسية والجسدية حيث تؤدي الضغوط النفسية والانفعالات مثل القلق والتوتر الى ظهور او تفاقم اعراض عضوية .كما تم التطرق الى خصائص هذه الاضطرابات والعوامل المساهمة في نشأتها سوآء كانت نفسية اوبيئية او بيولوجيا اضافة الى ذلك تم عرض اساليب تشخيصها والتي تعتمد

على المقابلة الاكلينيكية والاختبارات النفسية مع التأكيد على اهمية التكفل العلاجي المتكامل الذي يجمع بين العلاج النفسي الطبي لتحقيق التوازن النفسي والجسدي للفرد. واهم الدراسات السابقة التي اهتمت بالتوظيف النفسي والامراض السيكوسوماتية ووضحت لنا المنهجية والبحثية والأدوات المستخدمة الملائمة للإشكالية.

ثانيا: الدراسة الميدانية

الفصل الثاني: الطريقة والأدوات

تمهيد.

1. منهجية الدراسة
2. الدراسة الاستطلاعية.
    1.2. أهداف الدراسة الاستطلاعية.
    2.2. إجراءات الدراسة الاستطلاعية.
    3.2. أدوات جمع البيانات للدراسة الاستطلاعية.
    4.2. نتائج الدراسة الاستطلاعية.
3. الدراسة الأساسية.
    1.3. حدود الدراسة الأساسية.
    2.3. مجتمع وعينة الدراسة الأساسية.
    3.3. أدوات الدراسة الأساسية.
    4.3. وصف شامل لأدوات الدراسة الأساسية.
    5.3. تقنيات المعالجة الإحصائية المستعملة.

خلاصة.

تمهيد:

بعد الانتهاء من الجانب النظري الذي تم فيه عرض وتوضيح مختلف متغيرات الدراسة، ننتقل في هذا الفصل إلى الجانب التطبيقي أو الميداني، والذي يعتبر مرحلة أساسية في أي بحث علمي، لأنه يسمح بجمع المعطيات الحقيقية من العينة المدروسة.ويتم ذلك من خلال اعتماد منهجية علمية واضحة، واستخدام أدوات بحث مناسبة لطبيعة الموضوع، قصد الحصول على بيانات دقيقة تساعد في فهم الظاهرة المدروسة. كما يتناول هذا الفصل عرض الأداة المستعملة في الدراسة الاختبار النفسي، مع شرح طريقة تطبيقه وكيفية التعامل مع نتائجه وتحليلها.

1. الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة أولية تمهيدية يعتمد عليها الباحث قبل انطلاق الدراسة الأساسية، حيث تهدف إلى استكشاف موضوع البحث والتعرف على مختلف جوانبه بشكل أعمق. كما تساعد هذه المرحلة على توضيح الإشكالية وضبط عناصر الدراسة بشكل أفضل.

وفي هذه الدراسة، تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى التعرف على أبعاد مشكلة صعوبة اتخاذ القرار لدى الشخص الاعتمادي، إضافة إلى القيام بمقابلات ميدانية من أجل اكتشاف حالات قد تتميز بالاعتمادية، سواء كانت طبيعية أو مرضية، وذلك بهدف الوصول إلى نتائج أكثر دقة وموضوعية(علجلي1997 ،ص150).

1.1 اهداف الدراسة الاستطلاعية. :

- التعرف الاولي على افراد عينة الدراسة وخصائصهم .
- التاكد من ملائمة ادوات الدراسة لطبيعة العينة .
- جمع معلومات اولية حول موضوع الدراسة ومتغيراتها.
- التاكد من صلاحية المنهج المتبع لتحقيق اهداف الدراسة .
- تكوين فكرة حول التوظيف النفسي لدى المصابين بالقرحة المعدية.

2.1 حدود الدراسة:

1.2.1 الحدود الزمانية:

تم اجراء دراسة استطلاعية لمدة 10 ايام ابتداءا من 2026/04/10الى 2026/04/20 .

3.2.1 الحدود المكانية :

يتوافق كل من المكان والزمان في حصر العديد من الحيثيات والحدود المكانية هي الأماكن التي تم من خلالها تنفيذ الدراسة، وذلك من حيث جمع المعلومات من العينة أو تحديد المناقشات الخاصة مثل المقابلات وغيرها.

تم اجراء دراسة استطلاعية في اماكن خاصة بالحالات بولاية برج بوعريريج .

4.2.1 الحدود البشرية:

الحدود البشرية :

تمت الدراسة على ثلاث حالات تبلغ من العمر الحالة الاولى 68 سنة, الحالة الثانية 26 سنة , الحالة الثالثة 23 سنة .

ولقد تم إجراء الدراسة وفق المنهج العيادي بالاعتماد على دراسة الحالة، حيث تم اختيار حالات مصابة بالقرحة المعدية قصد التعرف على طبيعة التوظيف النفسي لديها. وقد استُخدمت المقابلة العيادية النصف موجهة واختبار الرورشاخ كأدوات لجمع البيانات، ثم تم تحليل المعطيات ومناقشة النتائج في ضوء الإطار النظري للدراسة.

3.1 خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية :

تتكون عينة الدراسة الاستطلاعية من مجموعة من المصابين بالقرحة المعدية تم اختيارهم بطريقة قصدية بما يتناسب مع اهداف الدراسة حيث تتوفر فيهم خصائص محددة تتمثل في :

- الاصابة بالقرحة المعدية .
- القدرة على التواصل والاجابة على اسئلة الباحث.
- اختلاف الحالات من حيث السن والجنس بهدف الحصول على معلومات متنوعة تخدم الدراسة .

4.1 ادوات الدراسة الاستطلاعية :

- المقابلة العيادية .
- اختبار الروشاخ .

2. الدراسة الاساسية:

يتضمن علم النفس مجموعة من المناهج العلمية التي تستخدم في دراسة الظواهر النفسية حيث يختار الباحث المنهج الانسب تبعا لطبيعة موضوعه واهدافه بالنسبة لدراستنا المتعلقة بالتوظيف النفسي لدى المصابين بالقرحة المعدية فقد تم الاعتماد على المنهج العيادي لانه يركز على دراسة الحالة الفردية بشكل كامل وشامل وعميق مع فهم مختلف ابعاده النفسية دون امكانية تعميم النتائج.

1.2منهج الدراسة:

المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة حيث اصل كلمة Clinique تعني عيادة بمعنى انه يشمل الحالات التى ترتدي العيادة كما يشمل ايضا الحالات التي لاترتاد العيادة.

فالمنهج العيادي هو الدراسة العميقة لحالة فردية في بيئتها يعني في ضوء المجتمع الذي تنتمي اليه من خلال الاعتماد على التاريخ الشخصي للحالة (تاريخ الحالة)او بما يسمى ايضا (بالتاريخ المرضي للحالة) وعلى الملاحظات المباشرة المقننة وغير المقننة وعلى المقابلات الشخصية او مقابلات مع اطراف لها علاقة بالحالة مثل (الاولياء.الزوج.الاخوة..) وعلى الروائز والاختبارات والمقاييس النفسية وذلك من اجل فهم ديناميات شخصية العميل او المريض وتشخيص مشكلاته والتنبؤ عن احتمالات تطور حالته ومدى استجابته لمختلف انواع العلاج ثم العمل على الوصول بالعميل الى اقصى توافق شخصي واجنماعي .

كما يقصد بعبارة منهج عيادي هو جملة التقنيات المستخدمة في اطار المتخصصين العياديين والاسلوب الموجه نحو الفرد في وحدانيته وفردانيته فالاسلوب العيادي ويتركز على الملاحظة العيادية وعلى المقابلات العيادية وعلى الاختبارات النفسية لجمع المعلومات التي تسمح للمختص او الباحث في مجال علم النفس العيادي تحديد وفهم وضعية المريض ومعاناته والاعراض الظاهرة عليه ومن ذلك اقتراح التشخيص والتقييم ونوع الكفالة العلاجية التي تتوافق مع الحالة.

وللمنهج مستويان متكاملان..

– المستوى الاول يتمثل في استخدام وسائل جمع المعلومات من خلال الروائز والاختبارات النفسية ويكون ذلك من خلال المقابلات العيادية والملاحظات .

– المستوى الثاني هو الدراسة المعمقة للحالة من خلال تحليل المعطيات وتفسيرها دون مقارنة ولا تعميم وهي تتميز بالديناميكية والشمولية.(باشا ياسمين ص37.38)

2.2 مجتمع الدراسة:

من خلال نتائج الدراسة الاستطلاعية التي توصلنا اليها تتكون عينة الدراسة من 3 حالات ممثلة في الجدول التالي :

جدول رقم(1) :جدول يمثل خصائص العينة

الحالة	السن	الجنس	المستوي التعليمي	الوضعية الاجتماعية	المستوى الاقتصادي	طبيعة السكن	الامراض
صليحة	68	انثى	امية	ارملة	تحت المتوسط	مع الابناء	القرحة المعدية وضغط الدم
حسين	26	ذكر	ليسانس	اعزب	متوسط	مع العائلة	القرحة المعدية ومرض كرون
ليلى	23	انثى	ماستر2	عزباء	متوسط	مع العائلة	القرحة المعدية والتهاب في القولون

تتكون عينة الدراسة بناء على نتائج الدراسة الاستطلاعية من ثلاث حالات مختلفة من حيث السن والجنس والمستوى التعليمي والاجتماعي .تمثلت الحالة الاولى في السيدة صليحة البالغة من العمر 68سنة وهي ارملة وأمية تعيش مع الابناء وتنتمي الى مستوى اقتصادي تحت المتوسط ,وتعاني من القرحة المعدية وارتفاع ضغط الدم .أما الحالة الثانية فهي حسين يبلغ من العمر 26سنة,أعزب ومستواه التعليمي ليسانس يعيش مع العائلة وينتمي الى مستوى اقتصادي متوسط .ويعاني من القرحة المعدية ومرض كرون . في حين تمثلت الحالة الثالثة ليلي البالغة من العمر 23سنة عزباء وطالبة ماستر 2 تعيش مع العائلة وتنتمي الى مستوى اقتصادي متوسط اقتصادي متوسط وتعاني من القرحة المعدية.

3.2 وصف شامل لادوات الدراسة :

المقابلة العيادية:

حسب عنو (2011) هي الطريقة الموضوعية التي يتبعها الأخصائي والتي تدور بينه وبين المفحوص بهدف دراسة خبراته الشخصية، ملاحظة السلوك اللفظي، والنشاطات الذهنية (الدوافع، الحوافز، الأفكار ((عنو، 2011، ص 19).

طبقت المقابلات الخاصة بالحالات في اماكن خاصة في ولاية برج بوعريريج في الفترة الممتدة مابين 2026/04/10الى 2026/04/20 بحضور فوج العمل تحت اشراف الاستاذة المشرفة .

أن البحوث التي جاءت بعدها، مع ما أضافته من توضيحات مهمة، إلا أن ذلك لم يمس المبادئ الأساسية التي وضعها(روشارخ).

– تعتبر أول محاولة حيث جعل من بقع الحبر طريقة صالحة للعمل والقيام بدراسة أنماط الاستجابات.

– تعتبر مثالا طيبا للنبوغ والعمل الشاق المتواصل الذي تحتاج إليه دراسات الشخصية.

– يعتبر اختبار الروشارخ من أوائل الاختبارات التي صممت بنودها وفق محك خارجي، فقد جرب (روشارخ) عددا كبيرا من البنود على مجموعات مختلفة واستقر فقط على البنود التي أظهرت استجابة عليها فروقا جوهرية بين هذه الجماعات الإكلينيكية، ثم أعيد اختبار البنود لزيادة حساسيتها التمييزية وحساسية نظام التصحيح بأن طبقت على فئات أخرى مختلفة من الأسوياء من بينهم فنانون وأكاديميون وبعض فئات الأفراد ذوي السمات المعروفة بالإضافة إلى استخدام عينات من المتخلفين عقليا(جيلالي، 2004، ص94).

معاني البطاقات:

البطاقة 1: بطاقة الدخول في وضعيات جديدة

البطاقة 2: العدوانية

البطاقة 3: بطاقة التقمص

البطاقة 4: بطاقة الأبوية

البطاقة 5: بطاقة صورة الذات

البطاقة 6: بطاقة الجنسية

البطاقة 7: بطاقة الأمومة

البطاقة 8: بطاقة التكييف العائلي

البطاقة 9: البطاقة المرفوضة

البطاقة 10: البطاقة العائلية (بلهوشات، 2004، ص 10).

الجوانب التي يكشف عنها الروشارخ:

الجوانب الوجدانية والانفعالية:

وتمثل مستوى السمة الانفعالية العامة (قلق، اكتئاب، انسحاب، عدوان...)المشاعر نحو الذات والعلاقات مع المواضيع الخارجية ضبط التحكم في النزاعات والدوافع القدرة على الإشباع أو تأجيل الإشباع ما تعجز عن القيام به معظم التقنيات العيادية الأخرى.

الجوانب المعرفية والعقلية:

وتشمل مستوى القدرة العقلية وفعاليتها أسلوب معالجة المعطيات قوة المراقبة القدرة على الإنتاجية الذاتية ونوعيتها أصالة التفكير (ابتكاري، خيالي، واقعي) يمكن من خلالها الاستغناء عن اختبارات تقويم القدرات العقلية.

جوانب فعالية الأنا: والتي تشمل قوة الأنا وقدرتها على التكيف مع الواقع تدارك مواضيعها وتقديرها لذاتها معالجة الصراع النفسي (جسدية، عدوانية مرتبطة بالسلطة، إشكالية مرتبطة بتأكيد مفهوم الذات...البنية الدفاعية (قورماط، 2004).

المضامين الكامنة للوحات:

يرى R.D Nina أنه لا ينبغي الاهتمام فقط بمحتوى إجابات المفحوص، بل كذلك بطريقة تقديمها وتنظيمها والسياق الذي وردت فيه، لأنّ كل هذه العناصر تعدّ أساسية في تحليل وتفسير استجابات اختبار رورشاخ، سواء من حيث المحتوى الظاهر أو الكامن للوحات، ضمن السياقات النفسية المستعملة وعملية الارصان.

اللوحة1: تضع هذه اللوحة المفحوص أمام الاختبار، مما قد يذكره بتجربة اللقاء الأول مع موضوع لا يعرفه. فهي تبعث إلى الصورة الجسدية، لكونها ظاهريا تبدو مغلقة، وهي مشكلة حول محور يظهر بوضوح. وعلى المستوى الرمزي يمكن أن تبعث إلى النرجسية من خلال الصورة الجسدية وتصور الذات، أو إلى العلاقة الموضوعية كالعلاقة مع الصورة الأمومية.

اللوحة 2: مشكلة حول الفراغ الأبيض وفق ثنائية الجوانب، وثلاثية الألوان (الأحمر، الأبيض، الأسود). يمكن أن تبعث إلى تصورات قديمة بصفتها كلا مبعثرا، حيث يوجد الأبيض في الوسط الذي يعبر عن فراغ داخلي، نقص جسدي هام. فإمكانية التوحيد والتحديد بين الداخل والخارج تكون جد حساسة، فهذا النمط من صورة الذات يكون مرتبطا بتصورات اندماجية أو مهدّدة.

اللوحة 3: تبعث هذه اللوحة إلى سياقات التقمصات الجنسية، فالثنائية الجنسية تبدو ظاهريا على مستوى أشخاص اللوحة، من خلال تباين الأعضاء الجنسية: الأثداء والقضيب، مما لا يسهل في بعض الأحيان التقمصات الجنسية. وقد تظهر صراعات تجعل المفحوص في تعارض داخلي، مما لا يسهل عليه معالجتها,أما فيما يخص التصورات العلائقية ذات الاستثمارات النزوية اللبيدية والعدوانية، فهي تبدو أقل عنفا مما هي عليه في اللوحة 2، فالطابع الاجتماعي الذي تحمله التصورات العلائقية يعبّر عنه من خلال البعد الإدراكي للوحة (الأشخاص)، وكذلك من خلال الإجابة المبتذلة.

اللوحة 4:لا تبعث مباشرة إلى تصور الذات، بل توحي بصور السلطة نظرا لكثافتها وخصائصها الحسية. فهذه اللوحة تبعث إلى الرمزية القضيبية، ليس بالضرورة ذات طابع ذكري أو أنثوي، لكن في أحسن الأحوال تكون الرمزية القضيبية مرتبطة بالصورة الذكرية، وهذا ما يسمح بتفسير هذه اللوحة كلوحة أبوية. لكن في حالات تكون أمام الصورة الأمومية، قضيبية خطيرة ومسيطرة, فهذه اللوحة تخبرنا عن وضعيات بالنسبة للعلاقات التقمصية في قوتها الدينامية، من خلال تصورات لأشخاص نشطين عمالقة، أو تصورات سلبية مع قابلية للتأثر، مدعمة بالمظهر المظلل للوحة من خلال إجابات ذات دلالات حسية.

اللوحة 5: تعبر هذه اللوحة عن الهوية وعن تصور الذات، فهي تبعث إلى إشكالية الذات وليس فقط إلى الصورة الجسدية، وهذا ما يجعلها حساسة للهشاشة النرجسية، كأن تدل على تعبيرات اكتئابية مرتبطة بتصور احتقار الذات، أو نوع من التأكيد على العظمة والقدرة، أو حتى ظهور بعض العلامات كالبحث عن الرضا الجنسي, وتعتبر هذه اللوحة لوحة مبتذلة باختبار الواقع في تناولها للعالم الخارجي، وترابطها من حيث تصور الذات مع علاقاتها بالمواضيع الخارجية.

اللوحة 6: تعتبر هذه اللوحة من اللوحات التي تحمل الرمزية الجنسية من حيث البعد القضيبي المسيطر من خلال الجزء العلوي الأوسط، بإجابات مثل (قلم، سيف....)كما أن الثنائية الجنسية ممثلة كذلك في هذه اللوحة، من خلال الحساسية وقابلية التأثر المرتبطة بصور جنسية أنثوية من خلال الجزء السفلي للوحة، بإجابات مثل (زهرة، العضو الجنسي للمرأة).

اللوحة 7: تعبر هذه اللوحة عن الرمزية الأمومية، وهذا راجع للشكل المجوف وتداخل اللونين الأبيض مع الرمادي. فنجد عدة نماذج ممكنة للعلاقة مع الصورة الأمومية من القديمة إلى الأكثر تطورا: علاقات اندماجية، علاقات موضوعية متأثرة بالمرحلة الشرجية أو الفمية، الإحساس بالراحة والشعور بعدم الأمان، الطمأنينة أو القلق، اكتئاب مرتبط بالفقدان أو البحث عن الموضوع الحسن, فهذه اللوحة تلعب

دور الوسيط في إبراز العلاقات المبكرة على مستوى التقمصات، إذ تسمح للمفحوص بأن يتموضع وفق النموذج الأنثوي، كأن يكون هناك تعارض أو صراع أو الخضوع والسلبية.أو التقييم أو التقليل من تلك الصورة الأنثوية.

اللوحة 8،9،10: تبعث هذه اللوحات إلى إبراز المشاعر والعواطف التي تسمح بتناول نوع العلاقة التي تربط الفرد بمحيطه، غير أنه من الصعب تحديد كل رمزية على حدة لهذه اللوحات لأن ردود الأفعال متنوعة ومتداخلة. وما يمكن توضيحه هو أن اللوحة 4 تبعث إلى "نوعية الاتصال مع العالم الخارجي"، واللوحة 9 تسهل الرجوع إلى "علاقات الأمومة المبكرة"، أما اللوحة 10 فيمكن اعتبارهااللوحة التي تبعث إلى الفردانية والانفصال , مع الإشارة إلى أن اللوحات الملونة تسهل النكوص، فكثافة الألوان تثير الأحاسيس، مما يستدعي تدخل عناصر العالم الخارجي، فتعبر عن علاقات أولية حسية تكون قد أثرت على الفرد من خلال تجارب اللذة واللذة المرتبطة بالاتصالات الأولى مع عالمه العلاقي المحيط به (بوشيشة، 2004، ص 84–85).

التحليل النفسي حسب أنزيو:

تتضمن البطاقات الكامنة مجموعة من الإشكاليات قبل الأوديبية والأوديبية:

البطاقة 1: فقدان الموضوع وصعوبة الاتصال مع الأخصائي النفساني.

البطاقة 2: المشهد الذاتي البدائي.

البطاقة 3: الوصول إلى الوضعية الأوديبية.

البطاقة 4: الخصاء والأنا الأعلى.

البطاقة5: صورة الطيفية /مثال الأنا.

البطاقة 6: الرمزية الجنسية.

البطاقة 7: صورة الأم.

البطاقة 8: العلاقات الاجتماعية والأجانب في الأسرة.

البطاقة 9: قلق ما قبل نزوة الموت.

البطاقة 10: قلق التجزئة.

(قورماط، 2004، ص 88).

مراحل تطبيق الاختبار

جو الاختبار: يجب أن يكون جو الاختبار مريحا يدعو إلى الاسترخاء، ويمكن الفاحص في نفس الوقت من ضبط وملاحظة المتغيرات المختلفة. كما يتوجب على الفاحص مراعاة المتغيرات المصاحبة لإجراء الاختبار عند تفسير نتائجه في حالة عدم توفير الجو المثالي.

الجلسة: لا بد للفاحص والمفحوص من رؤية البطاقات بشكل واضح، كما لا بد للفاحص من رؤية تعبيرات المفحوص الانفعالية وردود أفعاله السلوكية. ولذلك يفضل جلوس الفاحص إلى جانب المفحوص متأخرا إلى الخلف قليلا وبالدرجة التي لا تعيق الرصد الدقيق لما يقوم به المفحوص. ومع ذلك فإن من الممكن اختيار أي جلسة تريح المفحوص شريطة أن تسمح برصد استجاباته وانفعالاته أثناء أداء الاختبار بالشكل الصحيح (بوشيشة، 2008، ص 48).

. ادوات الاختبار:

أولا: الإعداد للاختبار:

- بطاقات رورشاخ.
- مصور البقع الحبر لتحديد المواقع التي تستثير استجابات المفحوص.
- ساعة التوقيت.
- استمارة تسجيل الاستجابات.

صفيحة التقييم: حيث تفرغ بها التقديرات الاستجابات ومجاميع التقديرات المختلفة ونسبها المختلفة إلى بعضها البعض وفق قواعد بنيت على نتاج الدراسات (بوشيشة 2008، ص 48).

ثانيا: فترة ومراحل المقياس:

- **مرحلة الأداء:** تمثل المرحلة الأساسية في اختبار رورشاخ، حيث يتم فيها الحصول على التقديرات الأساسية والتي تعتبر أساسا للتفسير النهائي لسلوك وشخصية المفحوص.

- **تعليمات وتقديم البطاقات:**

توضع البطاقات مقلوبة ومرتبة أمام المفحوص بحيث تكون البطاقة الأولى هي الأعلى. يقدم الفاحص الاختبار بمقدمة قصيرة عن كيفية تشكيل البقع باستخدام الحبر، يبين الفاحص المطلوب من المفحوص بلغة سهلة دون أن يكون فيها أي توجيه لاستجاباته، وبحيث يترك للمفحوص حرية الاستجابة مع أقل قدر من التدخل، ومن الصيغ المقترحة قول الفاحص ما يلي:" يرى الناس في بقع الحبر هذه أشياء كثيرة ومختلفة، حدثني عما تراه أنت وماذا يمكن أن تعني بالنسبة لك، وبماذا تجعلك تفكر؟"

تقدم البطاقات بالتتالي، بحيث تكون في الوضع الصحيح أو الأساسي للشكل كما صمم حيث تكون القاعدة في الأسفل، ويستحسن أن يمسك المفحوص بالبطاقة ويمكن للفاحص أن يطلب منه ذلك إذا اعتقد ضرورة ذلك. تعاد البطاقة مقلوبة على الطاولة بعد الانتهاء من الاستجابة ويتناول البطاقة التالية إلى أن تنتهي البطاقات العشر.

- تسجيل الاستجابات:

يتوجب على الفاحص تسجيل كل ما يمكن أن يساعده في تقويم أداء المفحوص، ويشمل ذلك ما يلي: استجابات المفحوص كاملة، زمن الرجع لكل استجابة وزمن الاستجابة بغرض الحصول على الزمن الكلي للاختبار، تسجيل طريقة تحريك ولف البطاقة.

- مرحلة التحقيق :

بعد الانتهاء من حصد كل الاستجابات في البطاقات العشر، يبدأ الفاحص في التحقيق الذي هدفه الحصول على معلومات إضافية بغية تحديد مكان الاستجابة، كذلك العوامل المحددة التي استخدمها المفحوص في تكوين إدراكاته وهي الشكل، الحركة، اللون، التضليل وأحيانا أخرى لتحديد المحتوى إذا تطلب الأمر (المرجع السابق، ص 90).

- الاختيار التفضيلي:

توضع البطاقات العشر على طاولة الاختبار أمام المفحوص، ثم يطلب منه اختيار البطاقتين اللتين أحبهما الأكثر والبطاقتين اللتين كرههما الأكثر ولماذا.

. تصحيح الاختبار:

يعتمد تنقيط بروتوكولات على دليل تنقيط اختبار رورشاخ لبيزمان (1988) بتحديد موقع الاستجابات: الاستجابة الشاملة (G)، الاستجابة الجزئية (D)، الاستجابة الجزئية الصغيرة (Dd)، أما الفراغات (Dbl) تليها المحددات الشكلية (F)، اللونية (C)، الحركة (K)، والاستجابة الفاتحة القائمة (Clob).بعدها تأتي المحتويات منها: المحتوى البشري (H)، الحيواني (A)، النباتي (Bot)، الشطر (Frag)، تجريد (Abst)، الجغرافيا (Géo)،مع وضع الملاحظات من خلال الإجابات المبتذلة والرفض والصدمات (قورماط، 2004).

- الاستجابات المألوفة أو الشائعة :

بمعنى أن مضمون الاستجابة قد يتفق مع ما هو شائع ومألوف عند معظم الناس، أو قد يكون محتوى الاستجابة أصيلا وفيه إبداع، وترمز للاستجابات الشائعة بـ "Ban" (عباس، 1990، ص 480).

- **التحليل الكمي:** بعد الانتهاء من تقييم الاستجابات يقوم المصحح بجمع عدد من الإجابات المتعلقة بكل معيار ثم تقيد مختلف النسب المئوية، وينشأ مجموعة العلاقات مختصرة في صيغة خاصة للمفحوص، والتي نجد منها نمط الإدراك، نمط الرجع الداخلي، النسبة المئوية للإجابات الحيوانية، وكل هذه التقييمات العددية والتي تضاف إليها مجموعة معايير دالة غير رقمية (الصدمة، الرفض، المثابرة، الملاحظات الوصفية) (معاليم، 2000، ص 84).

- **التحليل الكيفي:**

ذتحليل السياقات العقلية ويقوم على التفسير والتحليل الدقيق لمختلف العوامل وذلك بدراسة ارتباطاتها الديناميكية وتوزيعها أو تتابعها في البروتوكول، كما هو الشأن بالنسبة لتوزيع أنماط الإدراك (Dbl, Dd, D, G) على اللوحات وفي اللوحة الواحدة، وكذا نوعية ارتباطها بالمحددات (F, K, C, CF, FC)، خاصة بالنسبة للشكل الذي يعتمد عليه إلى جانب أنماط الإدراك ونسبة الإجابات الحيوانية (A) والإجابات المألوفة (Ban)، في استخراج نوعية السيرورات العقلية والمعرفية في تناول الواقع والمواضيع الدينامية الصراعية التي تتجسد في مركبات نمط الصدى الحميم المتمثلة في الحركات الإنسانية (K) وتكافئها مع مجموع الإجابات اللونية (xC/xK)، وكذا مركبات الصيغة الثانوية المتمثلة في العلاقة بين الحركات الصغرى والإجابات التضليلية (xE/xK), ولا تقتصر هنا على التأكيد على نمط تلك المعادلات من الانطوائية أو الانبساطية، بل يجب كذلك تحليل نوعية الحركات الإنسانية ووظائفها وانتشارها في سياق البروتوكول، وكذلك الشأن بالنسبة للحركات الصغرى (أي الحيوانية وحركات الأشياء والحركات الجزئية)، كما تدرس نوعية الإجابات اللونية (C) والتضليلية (E)، وظهورها أو عدمه في البقع وفي المحتويات المناسبة لها، ويضاف إليها كذلك نسبة الاستجابات اللونية (RC%) التي تدعم الإجابات اللونية (سي موسى وبن خليفة، 2000، ص 140).

خلاصة:

من خلال هذا الفصل يمكن القول اننا قمنا بعرض مختلف الخطوات المنهجية المعتمدة في هذه الدراسة حيث استهللنا بدراسة تمهيدية ساعدت نتائجها في اختيار العينة الملائمة , ثم تطرقنا الى عرض منهج الدراسة والعينة اضافة الى تحديد الاطارين المكاني والزماني لها كما تم التعريف بادوات الدراسة مع توضيح اختبار الروشاخ باعتباره الاداة الرئسية التي تم الاعتماد عليها في هذه الدراسة

الفصل الثالث:النتائج والمناقشة

تمهيد.

1. عرض نتائج الدراسة وتحليلها ومناقشتها وتفسيرها.
2. الاستنتاج العام.
3. مقترحات الدراسة.

خلاصة.

قائمة المراجع.

قائمة الملاحق.

تمهيد:

في إطار دراستنا تم الاعتماد على اختبار الروشاخ لدراسة الحالات لفهم الديناميات النفسية والانفعالية المرتبطة بالمرض السيكوسوماتي .شملت الدراسة ثلاث حالات واعتمد تحليل الحالات على تفسير استجابات المفحوصين لاختبار الروشاخ للكشف عن الصراعات النفسية والاليات الدفاعية والخصاءص الانفعالية المرتبطة بكل حالة تفصيلا كما يلي :

1. عرض الحالات وتحليلها:

1.1. عرض الحالة الأولى وتحليلها: تبلغ الحالة "ليلى" من العمر 23 سنة، عزباء، تدرس في السنة الثانية ماستر، تعيش مع عائلتها المتكونة من 4 إخوة، وتحتل المرتبة الوسطى بينهم، في جو عائلي عادي ومتوازن من الناحية المادية والنفسية.

تعاني الحالة من قرحة المعدة والتهاب القولون منذ سن 11 سنة، حيث في البداية لم تكن على دراية بما يحدث لها، فقامت بإهمال الأعراض ولم تخبر والديها، مما أدى إلى تفاقم حالتها الصحية، لتصاب بعدها بقرحة معدية نتيجة صعود بكتيريا القولون.

تتميز الحالة بأنها مرحة وحركية في تعاملها مع الآخرين، إلا أنها تميل إلى كتم مشاعر القلق والغضب وعدم التعبير عنها، ما يعكس وجود توتر داخلي غير ظاهر. كما أنها لم تتقبل مرضها في صغرها، الأمر الذي أثر عليها نفسيا وجعلها تعيش نوعا من الصراع الداخلي.ورغم عيشها في بيئة عائلية مستقرة، إلا أن إهمالها الأولي للأعراض وعدم البوح بما تعانيه ساهم في تدهور حالتها الصحية، وهو ما خلف لديها آثارا نفسية مرتبطة بمرضها المزمن.

1-1-1 المقابلة العيادية للحالة الأولى:

من خلال المقابلة مع الحالة "ليلى"، تبين أنها تعاني من مرض عضوي يتمثل في قرحة المعدة والتهاب القولون منذ سنة 2014، أي منذ أن كانت في سن 11 سنة.

حيث صرحت الحالة: " عندي من 2014 وأنا مريضة، كان عندي في عمري هكذاك 11 سنة، وكنت روطار على العلاج بعام كامل، بحكم كنت صغيرة وما كانش عندي وعي، كي كان يسيحلي دم وكلش كنت نشوفو عادي وما قلتش لماما وبابا"، وهو ما يعكس إهمالها الأولي للأعراض وعدم الإفصاح عنها في بداية ظهور المرض.

كما أوضحت أنها في البداية لم تكن متقبلة لمرضها، حيث كانت الآلام تعيقها عن ممارسة حياتها بشكل عادي، خاصة الدراسة، إذ صرحت بأنها لم تكن قادرة على الدراسة مثل باقي صديقاتها بسبب شدة الألم وتكرار الأعراض، مما سبب لها انزعاجا نفسيا وصعوبة في التكيف في تلك المرحلة.

وأضافت أنها مع مرور الوقت بدأت تحاول التعايش مع المرض والتأقلم معه، حيث قالت إنها "كبرت وولات تجرب تتعايش مع المرض"، مما يدل على انتقالها تدريجيا من مرحلة الرفض وعدم التقبل إلى مرحلة التكيف النسبي مع وضعها الصحي.

كما بينت الحالة أنها اكتشفت مرضها بعد ظهور آلام حادة على مستوى المعدة تم تشخيصها كقرحة معدية، مع وجود علاقة باضطراب على مستوى القولون. ورغم ذلك، صرحت بأنها لا تعلم السبب الحقيقي الكامل لمرضها.

1-1-2 ملخص بروتوكول الرورشاخ للحالة الأولى:

البسيكوغرام الخاص بالحالة الأولى::

المحتويات	المحددات	أنماط الادراك	الخلاصة
A=14/61%	F+=7	G=8,7%	R=23
H=4/ 17%	F-=5	D=87%	Refus=0
(H)=1/4%	F+/-=6	Dd=4,3%	Tps Total=290"
Bot=3/13%	CF=5	K=0	Tps/lot=12"
Anat=4/17%			Tps/lam=3"
Obj=2/8,7%			M.Aepp=G/D/Dd
Kan=0			RC%=21.74%
Sex=0			Ban=2
			Ban%=8%
			F%=78,26%
			F élargi%=78,26%
			F+élargi%=55,56%
			F+%=30,5%
			F-% =21,7%
			F+/-%=26,1%

تحليل السيكوغرام للحالة الأولى: يبين السيكوغرام الخاص بالحالة أن البروتوكول يتسم بسيطرة واضحة للاجابات الشكلية والادراكية الواقعية مع حضور محدود للاجابات التي تدل على الخيال والانفعال. فقد بلغ عدد الاستجابات R=23 وهو عدد مقبول يسمح باجراء قراءة عيادية للبروتوكول . كما أن غياب

رفض البطاقات يدل على تعاون الحالة وتقبلها للوضعية الاختبارية وعدم وجود مقاومة ظاهرة تجاه الاختبار أو تجاه العلاقة مع الباحثات.

ويظهر من خلال ارتفاع نسبة F%=78.26% أن الحالة تعتمد بشكل كبير على الضبط الشكلي والرقابة الشديدة في تعاملها مع المثيرات، مما يشير إلى محاولة الضبط العقلي والابتعاد النسبي عن الانفعالات المباشرة كدفاع ضد ظهور النزوات .

كما أن نسبة **F+élargi%=55,56%** :تعكس قدرة متوسطة على التكيف مع الواقع حيث توجد درجة من سلامة الحكم الواقعي واليقظة الادراكية، لكنها ليست مرتفعة جدا مما يوحي بوجود بعض الهشاشة أو التذبذب في تنظيم الادراك تحت الضغط الانفعالي.

أما نسبة **RC%=21.74%** فتشير إلى حضور متوسط للرنين الانفعالي أي أن الحالة تتأثر وجدانيا بالمثيرات لكن دون انفجار انفعالي شديد كما تعكس قابلية للتفاعل العاطفي مع البيئة مع وجود محاولة شكلية للضبط والسيطرة.

تحليل أنماط الادراك:أما فيما يخص الإجابات الشاملة **G=8,7%**تشير النسبة المنخفضة للاستجابات الكلية في البروتوكول الاسقاطي إلى ضعف الميل إلى الادراك الشامل للمواقف، ما يدل على أن الحالة لا تتعامل مع الواقع بصورة تركيبية كلية ، بل تميل إلى إدراك التفاصيل الجزئية أكثر من البنية العامة وعدم قدرتها على دمج الأجزاء في صورة كاملة.

أما الإجابات الجزئية البسيطة: **D=87%** يشير ارتفاع الاستجابات الجزئية البسيطة حيث جاءت مرتفعة عن المعايير العادية إلى تركيز الحالة بشدة على الجزئيات والعناصر الملموسة، ميل إلى الدقة ، كما قد يعكس هذا النمط دفاعا معرفيا يتمثل في تجنب التعميم أو الانغماس في الخيال والانفعال.

في حين أن الجزئيات الصغيرة: **Dd=4,3%** جاءت بنسبة منخفضة يدل أن الحالة لا تنغمس في الجزئيات الدقيقة بشكل مرضي وبالتالي لا توجد مؤشرات قوية على سمات وسواسية حادة أو تفكك إدراكي واضح .

أما غياب استجابات الحركة بما فيها الحركة الإنسانية k قد يعكس ضعف النشاط التخيلي والرمزي محدودية الحياة الداخلية ، و فقر نسبي في التمثل العلائقي بالإضافة إلى أنه قد يدل على كف انفعالي أو صعوبة في التعبير عن الحياة الوجدانية العميقة .

المحددات : فيما يخص المحددات الشكلية تمثل نسبة الاستجابات الشكلية الجيدة **F+=7**قدرة مقبولة على إدراك الواقع بطريقة منظمة ومنطقية مما يدل على احتفاظ الحالة بقدر من التكيف والتمسك بالواقع.

في حين أن وجود عدد معتبر من المحددات الشكلية السلبية **F−=5**يشير إلى بعض التشوهات والاضطرابات في الادراك كما قد يشير إلى صعوبات في الضبط المعرفي تحت الضغط واحتمالية تدخل العوامل الذاتية والانفعالية في تفسير المثيرات. في حين تعكس الاستجابات الشكلية المختلطة **F+/− =6** نوعا من التذبذب بين الادراك الواقعي والتأويل الذاتي ما يشير إلى هشاشة نسبية في التكيف الادراكي.

في حين يشير ارتفاع المحدد اللوني CF مع غياب استجابات FC إلى سيطرة المكوّن الانفعالي على سيرورة الإدراك والتعبير الإسقاطي، بحيث تبدو الاستجابات محكومة بالتأثر الوجداني المباشر أكثر من خضوعها للضبط العقلي أو التنظيم المعرفي. ويعكس هذا النمط في البروتوكول قابلية مرتفعة للاستثارة الانفعالية وحساسية وجدانية واضحة، تقترن بضعف نسبي في عمليات الكبح والسيطرة على الانفعالات، مما يجعل الحالة أكثر ميلا إلى التعبير العاطفي الاندفاعي والاستجابة الفورية للمثيرات دون إخضاعها الكافي للمعالجة العقلية المنظمة.

الدينامية الصراعية:يشير النمط الانبساطي الصافي إلى أن الحالة تعتمد أساسا على الاستجابة الانفعالية المباشرة في تفاعلها مع المواقف، أكثر من اعتمادها على التأمل الداخلي أو المعالجة الفكرية العميقة. فغياب الحركة الإنسانية K=0 يعكس ضعف الاستثمار التخييلي والتأملي، مقابل حضور واضح للمحددات اللونية CF=5 التي تدل على هيمنة الشحنة الوجدانية.كما أن غياب FC مقابل ارتفاع CF يدل على أن الانفعال يسبق الضبط العقلي، أي أن الاستجابة العاطفية تكون تلقائية أكثر منها مراقبة أو منظمة.

المحتويات :يكشف توزيع المحتويات في البروتوكول عن هيمنة واضحة للمحتوى الحيواني بنسبة مرتفعة، وهو ما يعكس اعتماد الحالة على أنماط إدراكية مألوفة وتقليدية تتسم بالتوافق الظاهري واللجوء إلى آليات دفاعية محافظة، مع ميل إلى المعالجة النمطية للمثيرات على حساب الإنتاج التخيلي الحر. وفي المقابل، يظهر المحتوى الإنساني بنسبة محدودة نسبيا، يبقى مقيدا بتحفظ علائقي نسبي وصعوبة في الانخراط الوجداني العميق. كما أن الحضور الضعيف للمحتوى الإنساني الخيالي يدل على نشاط تخييلي محدود مرتبط بالتمثلات الإنسانية دون أن يبلغ مستوى غنيا أو متطورا من الإبداع الإسقاطي.

ومن جهة أخرى، يبرز المحتوى التشريحي بنسبة معتبرة، ما يوحي بانشغال واضح بالجسد والوظائف العضوية، مع حساسية تجاه الجوانب الصحية واحتمال توجيه التوترات النفسية نحو التعبير الجسدي، وهو ما قد يعكس نزعة سيكوسوماتية أو قلقا ذا طابع بدني. أما حضور المحتوى النباتي فيرتبط بحاجة إلى الهدوء والأمان والانسحاب النسبي من مصادر التوتر، مع ميل إلى البحث عن الاستقرار

النفسي. كما يشير المحتوى الموضوعي إلى درجة من الارتباط بالواقع الخارجي والمحيط المادي، بما يعكس احتفاظ الحالة بقدر من التكيف الواقعي. في حين أن غياب المحتوى الجنسي قد يفهم في إطار وجود رقابة وكف على المضامين الغريزية، مع نزعة إلى التحفظ الوجداني وتجنب التمثلات المرتبطة بالمواضيع الجنسية على المستوى اللاشعوري.

3-1-1 خلاصة الحالة الأولى:

يمكن القول بأن التوظيف النفسي الخاص بالحالة(1) هش نسبيا وليس منهارا ,مع محاولة لسيطرة على الانفعالات العميقة من خلال التركيز على التفاصيل والادراك الشكلي كما يبدو ان الحالة تتجنب الانفعلات العميقة مع ضعف في التعبير الخيالي .ولقد اتضحت لدينا اهم الاليات الدفاعية اهمها الكبت بتبين لنا من خلال غياب المضامين الجنسية والدموية وضعف التعبير الخيالي والرمزي والسيطرة الشكلية على الاجابات, وايضا يوجد ميكانيزم التجنب يظهر في الابتعاد عن المضامين الرمزية او المثيرة للقلق وايضا ميكانيزم الكف وقد ظهر في كبح الأنا عن التعبير الانفعالي والخيالي .

2-1 عرض الحالة الثانية وتحليلها :الحالة "حسين" يبلغ من العمر 26 سنة، أعزب، مستوى تعليمي ليسانس، يعمل كمحاسب في شركة، ينحدر من أسرة تتكون من أربعة إخوة ، وهو الاكبر بينهم ويعيش في سكن جيد، كما أن مستواه المعيشي يعتبر مستقر نسبيا.من الناحية الصحية، يعاني من القرحة المعدية ومرض كرون، مع وجود سوابق مرضية عائلية تتمثل في إصابة الأم بمرض خفيف على مستوى المعدة.تتميز الحالة بالهدوء والخجل، حيث ظهرت بداية المرض خلال فترة اجتيازه لامتحان البكالوريا، واستمرت معاناته مع المرض لمدة 7 سنوات. وقد تفاقمت حالته الصحية نتيجة تشخيص طبي غير دقيق، مما أدى إلى تناوله علاجا غير مناسب زاد من حدة الأعراض. أما من الناحية العائلية، فقد كانت الظروف مستقرة نفسيا وماديا في بداية الأمر، إلا أنها عرفت تغيرا منذ حوالي 4 سنوات بسبب مرض الأب، الأمر الذي أدى إلى تحمّل الحالة مسؤوليات إضافية داخل الأسرة، وهو ما شكل ضغطا نفسيا عليه.

1-2-1 المقابلة العيادية للحالة الثانية :من خلال المقابلة تبين أن الحالة "حسين" يعاني من اضطرابات نفسية مرتبطة بوضعه الصحي، حيث كانت بداية مرضه خلال فترة اجتيازه لامتحان البكالوريا، أين صرح: "كي بديت نحس بوجع فمعدتي وقت الباك، قلت عادي توتر ويروح"، إلا أن استمرار الأعراض أدى إلى تشخيصه بالقرحة المعدية ثم مرض كرون.

تبين أن الحالة لم يكن لديه وعي كافٍ بخطورة المرض في البداية، كما أن التشخيص الطبي غير الدقيق زاد من تفاقم حالته بعد تناوله علاج غير مناسب، حيث صرح: "الطبيب عطاني دواء ومبعد وليت نحس روحي أسوأ، ومن بعد عرفت بلي التشخيص ماكانش صحيح"، مما أدى إلى تزايد القلق والتوتر لديه.كما أظهر حسين نوع من القلق المستمر المرتبط بحالته الصحية المزمنة، خاصة مع طول مدة المرض (7 سنوات)، حيث قال: "تعبت من هاد الحالة، كل مرة نحس بلي ماراحش نبرأ"، ما يدل على وجود أفكار سلبية وتشاؤمية اتجاه حالته الصحية.لكن بعد تشخيص بالمرض الصحيح ارتحت قليلا وتحسنت أفكاري وخاصة اني مؤمن بقضاء الله وقدره .اما من الناحية العائلية، تبين أن الحالة كانت تعيش استقرار نفسي ومادي، إلا أن مرض الأب منذ 4 سنوات غيّر من توازن الأسرة، حيث أصبح حسين يتحمل مسؤوليات إضافية، وصرح: "كي مرض بابا حسيت روحي لازم نوقف مع الدار، كلش ولى فوق راسي"، الأمر الذي شكل ضغطا نفسيا إضافيا عليه.كما تبين أن الحالة يعاني من توتر داخلي وكبت انفعالي، يتجلى في طابع الخجل والهدوء المفرط، مع صعوبة في التعبير عن مشاعره، مما قد

يساهم في تفاقم الأعراض السيكوسوماتية. إضافة إلى ذلك، يظهر لديه نوع من القلق المرتبط بالمستقبل المهني والصحي، حيث يفكر في تأثير المرض على عمله.

1-2-2 ملخص بروتوكول الرورشاخ للحالة الثانية:

البسيكوغرام الخاص بالحالة الثانية:

المحتويات	المحددات	انماط الادراك	الخلاصة
A=40/ 4% H=40/4% (H)=10% Bot=0% Anat=30% Obj=0% Kan=0 Sex=0	F+=7/70% F-=3/30% F+/-=0 CF=0%	G=50% D=50% K=0	R=10 Refus=3 Tps Total="108 Tps/lot="11 Tps/lam="3 M.Aepp=G/D RC%=0% Ban=30% Flarge%=0

تحليل بروتوكول الرورشاخ للحالة الثانية: يكشف السيكوغرام الخاص بالحالة عن بروتوكول فقير نسبيا من حيث الإنتاج الإسقاطي، إذ بلغ عدد الاستجابات R=10 فقط، وهو عدد منخفض يعكس محدودية الاستثمار في الوضعية الاختبارية، مع ميل واضح إلى الاقتصاد في التعبير والتداعي. ويتعزز هذا بوجود ثلاث حالات رفض Refus=3، الأمر الذي يشير إلى مقاومة نفسية تجاه المثيرات الإسقاطية، وصعوبة في الانخراط الحر في النشاط التخيلي، إضافة إلى نوع من التحفظ والكف الدفاعي أمام الوضعية الاسقاطية. كما أن الزمن الكلي للإجابة كان قصيرا نسبيا، ما يدل على محدودية التوسع التخيلي واعتماد إجابات سريعة ومقتضبة.

من حيث أنماط الإدراك، يظهر توازن ظاهري بين الإدراك الكلي والجزئي، حيث بلغت الاستجابات الكلية G=50% والاستجابات الجزئية D=50% ويعكس ذلك قدرة على التعامل مع الواقع بطريقة منظمة نسبيا دون الميل المفرط إلى التعميم أو التشتت في الجزئيات. غير أن غياب الجزئيات الصغيرة يدل على عدم وجود نزعة وسواسية دقيقة أو اهتمام مرضي بالجزئيات الثانوية. أما غياب الحركة الإنسانية K=0 فيعد مؤشرا مهما على فقر الحياة التخيلية والرمزية، وضعف الاستثمار الداخلي للعلاقات الإنسانية، إضافة إلى محدودية النشاط التأملي والوجداني.

أما على مستوى المحددات، فتبرز سيطرة المحدد الشكلي بشكل واضح جدا، إذ بلغت نسبة: F%=100% وهي نسبة مرتفعة للغاية تدل على اعتماد مفرط على الضبط العقلي والرقابة المعرفية، مع

ميل إلى كبت الانفعالات والتحكم الصارم في التعبير النفسي. كما أن نسبة: F+%=70% تشير إلى قدرة جيدة نسبيا على إدراك الواقع والتكيف معه، إلا أن هذه الواقعية تبدو ذات طابع دفاعي وجامد أكثر منها مرنة أو تلقائية. ويؤكد غياب المحددات اللونية والحركية افتقار البروتوكول إلى الاستثمار الوجداني، حيث لا تظهر مؤشرات على التعبير الانفعالي أو التفاعل العاطفي الحر مع المثيرات.

وبالاعتماد على معادلة الصدى الحميم، فإن غياب كل من الحركة واللون يؤدي إلى نمط صدى حميم منغلق أو متكافئ، وهو ما يعكس تضييق المجال الوجداني وتقليص التعبير الانفعالي، مع ميل إلى الانسحاب النفسي والتحفظ العاطفي. ويفهم هذا النمط عادة باعتباره مؤشرا على الكف الوجداني، وضعف المرونة الانفعالية، واعتماد أساليب دفاعية تقوم على تفضيل الحد من الصراعات العميقة وعدم تنشيطها بقطبيها الفكري والتصوري.

أما فيما يخص المحتويات، فقد تميز البروتوكول بارتفاع كل من المحتوى الحيواني A=40% والمحتوى الإنساني H=40% و أن غياب الحركة الإنسانية يجعل هذا الاهتمام يبدو سطحيا أو وصفيا أكثر من كونه استثمارا علائقيا عميقا. كما ظهر المحتوى الإنساني الخيالي بنسبة محدودة، ما يدل على نشاط تخييلي ضعيف نسبيا. أما ارتفاع المحتوى التشريحي Anat=30% فيعد مؤشرا ذا دلالة عيادية مهمة، إذ قد يعكس انشغالا بالجسد والوظائف العضوية، أو وجود توتر نفسي يجد طريقه إلى التعبير الجسدي، وهو ما نجده غالبا لدى الشخصيات القلقة أو ذات الهشاشة السيكوسوماتية.

وتشير نسبة الإجابات المألوف المرتفعة نسبيا Ban=30% إلى نزعة توافقية واضحة واعتماد الإدراكات الشائعة والمعتادة، مع ضعف في الأصالة والإبداع الإسقاطي. ويبدو أن الحالة تبحث عن الأمان النفسي من خلال التمسك بالاستجابات التقليدية والمقبولة اجتماعيا، ما يعكس حاجة قوية إلى الضبط والتجنب.ومن المنظور الكيفي ، يكشف البروتوكول عن تنظيم نفسي يغلب عليه الطابع القلق والمتسم بالكف، حيث تبدو الحالة في حالة رقابة مستمرة لتعبيراتها الوجدانية والتخيلية. فالحالة تعتمد بشكل أساسي على الضبط الشكلي والعقلنة كآليات دفاعية تهدف إلى حماية التوازن النفسي من أي اجتياح انفعالي. كما أن فقر الإنتاج الإسقاطي وغياب اللون والحركة يعكسان محدودية الحياة الداخلية والانفعالية، مع ميل إلى الانغلاق والتحفظ والتقليل من التعبير عن الصراعات أو الرغبات. ويبدو أن التوتر النفسي يتم التحكم فيه عبر الكف والرقابة العقلية، مع احتمال توجيه جزء من هذا التوتر نحو الجسد، كما يوحي بذلك الحضور المرتفع للمحتويات التشريحية

3-2-1 خلاصة الحالة الثانية :

يتضح لنا ان التوظيف النفسي للحالةهش ويبين عن نمط دفاعي يغلب عليه الكف والتحكم العقلي، حيث تعتمد الحالة على الإدراك الشكلي وتجنب التعبير الانفعالي، ما يدل على وجود قلق داخلي وصعوبة في مواجهة المثيرات الضاغطة. كما يظهر ضعف في الخيال والديناميكية النفسية من خلال غياب الحركة وقلة الاستثمار الإسقاطي. وقد وظفت الحالة عدة ميكانيزمات دفاعية أهمها الكبت من خلال غياب المضامين الانفعالية، والتجنب الذي ظهر عبر الرفض واختيار البطاقات الأقل إثارة للقلق، إضافة إلى العقلنة كوسيلة للسيطرة على التوتر والمحافظة على التوازن النفسي.

3-1 عرض الحالة الثالثة وتحليلها: صليحة) أنثى) تبلغ من العمر 68 سنة، أرملة منذ 20 سنة، لها ستة أبناء، وتنحدر من أسرة تتكون من أربعة إخوة. مستواها التعليمي أمية، ولا تمارس أي عمل مهني، حيث تقتصر على الماكثة بالبيت .من حيث الوضع المعيشي، تقطن الحالة في سكن متوسط، بينما وضعها الاقتصادي يعتبر تحت المتوسط.

من الناحية الصحية، تعاني الحالة من قرحة المعدة منذ حوالي 7 أشهر، كما سبق لها أن خضعت لعملية استئصال المرارة والغدة الدرقية، إضافة إلى إصابتها بارتفاع ضغط الدم. وتشكو الحالة بشكل مستمر من آلام على مستوى المعدة تتمثل في إحساس بالحريق والحموضة الزائدة.ولقد تم اخدها من طرف ابنتها التي تعيش معها بعد رؤية حالتها التي تسوء يوما بعد يوم من الناحية الجسدية اما من الناحية النفسية والسلوكية، كانت الحالة في السابق تميل إلى كبت القلق والغضب وعدم التعبير عنهما، إلا أنه مع ظهور المرض أو قبل تشخيصه، لوحظ عليها تغير في السلوك، حيث أصبحت أكثر عصبية وتميل إلى الصراخ دائما عكس المعتاد عليه . كما يظهر عليها الانزعاج المستمر بسبب الأعراض الجسدية التي تعاني منها، خاصة آلام المعدة والحموضة.

أما من الناحية العائلية، فقد فقدت الحالة والديها في وقت سابق، كما عانت من وفاة زوجها، وهي من الأحداث الحياتية الصادمة التي كان لها أثر نفسي واضح عليها.

3-1-1 المقابلة العيادية الثالثة :من خلال المقابلة مع الحالة (صليحة)، تبين أنها تعيش ظروف صحية ونفسية صعبة، حيث تعاني من قرحة المعدة منذ حوالي 7 أشهر، وقد صرّحت أنها " دارت المنظار تاع المعدة عدة مرات "، وهذا يدل على أن الحالة المرضية متواصلة وتستلزم متابعة طبية مستمرة بسبب شدة الأعراض، خاصة الإحساس بالحريق والحموضة الزائدة في المعدة.كما كشفت النتائج أن الحالة تقول: "نحس بحريق في كرشك ويجيها الحموضة بزاف"، وهذا ما يزيد من انزعاجها اليومي

ويؤثر على راحتها النفسية والجسدية.وأضافت الحالة أنها "كي عرفت بلي عندي قرحة المعدة تقلقت بزاف في الأول، ومن بعد وليت نتقبلها كي شغل والفت المرض معاها"، ما يدل على وجود مرحلة أولى من الصدمة والقلق، تلتها مرحلة من التكيف النسبي مع المرض رغم استمرار الأعراض.ومن الناحية النفسية، تبين أن الحالة كانت في السابق "تكتم القلق والغضب تاعها وما تهدرش عليه"، لكن مع تطور المرض أصبحت التغيرات واضحة، حيث صارت "تعصب وتصرخ على روحها وعلى اللي حواليها"، خاصة في فترات الألم الشديد، مما يعكس ضعف قدرتها على ضبط انفعالاتها.

كما أظهرت النتائج أن الحالة مرت بأحداث حياتية صادمة، وهي وفاة والديها ووفاة زوجها، وهي أحداث ما تزال تؤثر عليها نفسيا، وقد ساهمت في زيادة هشاشتها النفسية وتفاعلها القوي مع المرض.وبشكل عام، يتضح أن الحالة تعيش تداخلا واضحا بين الجانب الجسدي والنفسي، حيث أن الألم الجسدي المستمر (الحرقان والحموضة) يزيد من التوتر والانفعال، مما يشير إلى وجود بعد سيكوسوماتي في حالتها، مع اعتمادها على آلية التكيف التدريجي مع المرض رغم الصعوبات.

1-3-2 ملخص بروتوكول الرورشاخ للحالة الثالثة:

البسيكوغرام الخاص بالحالة الثالثة:

المحتويات	المحددات	انماط الادراك	الخلاصة
A=3/37% H=5/62% (H)=0 % Bot=0% Anat=62% Obj=0% Kan=0	F+=7 F-=0 F+/-=1 CF=0	G=87% D=12% K=0	R=8 Refus=2 Tps Total="105 Tps/lot="13 Tps/lam="3 M.Aepp=G/D RC%=0% Ban=25% F+=87% F-=0% F+/-=12% Flarge%=0

تحليل بروتوكول الحالة الثالثة: يكشف السيكوغرام الخاص بهذه الحالة عن بروتوكول محدود من حيث الإنتاج الإسقاطي، إذ بلغ عدد الاستجابات R=8، وهو عدد منخفض نسبيا يدل على فقر التداعي

والتعبير الإسقاطي، مع ميل واضح إلى الاقتصاد في الاستجابة والتحفظ أثناء الوضعية الاختبارية. كما أن وجود حالتي رفض Refus=2 يشير إلى نوع من المقاومة والكف تجاه بعض البطاقات، ويعكس صعوبة نسبية في الانخراط الحر في العملية التخيلية. أما الزمن الكلي للإجابة فقد بلغ 105 ثانية، وهو زمن قصير نسبيا يؤكد محدودية الاستثمار التخييلي واعتماد نمط سريع في الاستجابة

ومن حيث أنماط الإدراك، يلاحظ هيمنة واضحة للإدراك الكلي، حيث بلغت نسبة الاستجابات الكلية: G=87% في مقابل انخفاض واضح للاستجابات الجزئية D=12% ويعكس هذا النمط ميل الحالة إلى إدراك المواقف بصورة عامة وشمولية أكثر من التركيز على التفاصيل الدقيقة. وقد يدل ذلك على بحث عن المعنى الكلي ومحاولة السيطرة على المجال الإدراكي بصورة شاملة، لكنه قد يشير أيضا إلى ضعف الاستثمار العملي للواقع الجزئي أو إلى نوع من التبسيط الإدراكي. كما أن غياب الجزئيات الصغيرة يؤكد عدم وجود نزعة وسواسية أو اهتمام مفرط بالجزئيات.

أما غياب الحركة الإنسانية K=0 فيعد مؤشرا مهما على محدودية الحياة التخيلية والرمزية، وضعف النشاط التأملي الداخلي، مع فقر نسبي في الاستثمار العلائقي العميق. ويعكس ذلك شخصية تميل إلى الكف الوجداني وتقليص التعبير عن العالم الداخلي.وعلى مستوى المحددات، يبرز حضور قوي جدا للعامل الشكلي، حيث بلغت نسبة: F+%=87% مع غياب تام للاستجابات الشكلية السلبية ووجود نسبة بسيطة من الاستجابات المختلطة: –/+F%=12% وتدل هذه النتائج على قدرة جيدة جدا على إدراك الواقع بصورة منظمة ومتوافقة، مع تماس واقعي سليم وضبط معرفي مرتفع. غير أن هذا الضبط يبدو ذا طابع دفاعي صارم، خاصة مع غياب المحددات اللونية والحركية، إذ لا نجد أي حضور للمحددات الانفعالية CF=0% ، ما يعكس كفا وجدانيا واضحا، وصعوبة في التعبير الحر عن الانفعالات أو الاستثمار العاطفي للمثيرات.

ومن خلال معادلة الصدى الحميم، فإن غياب كل من اللون والحركة يشير إلى نمط صدى حميم منغلق أو متكافئ، وهو نمط يعبر عن تضييق المجال الانفعالي والاقتصاد في التعبير الوجداني، مع اعتماد أساليب دفاعية تقوم على الرقابة النفسية والكف الانفعالي.

أما فيما يتعلق بالمحتويات، فقد تميز البروتوكول بارتفاع المحتوى الإنساني: H=62% مقابل انخفاض المحتوى الحيواني: A=37% عن نسبته العادية (38%)ويشير ارتفاع المحتوى الإنساني إلى انشغال واضح بالذات والعلاقات الإنسانية، مع حساسية تجاه الموضوعات المرتبطة بالآخر والعالم

العلائقي. غير أن غياب الحركة الإنسانية يجعل هذا الاهتمام يبدو إدراكيا أو وصفيا أكثر منه استثمارا وجدانيا عميقا. كما أن الارتفاع الكبير للمحتوى التشريحي Anat=62%

يعد مؤشرا عياديا بارزا، إذ قد يعكس انشغالا مفرطا بالجسد أو بالصحة والوظائف العضوية، كما قد يشير إلى توتر نفسي يجد طريقه إلى التعبير الجسدي، أو إلى هشاشة داخلية ذات طابع سيكوسوماتي. ويأخذ هذا المؤشر أهمية أكبر حين يقترن بالكف الانفعالي وفقر التعبير الوجداني.

أما نسبة الإجابات المبتذلة أو المألوفة: Ban=25% فتشير إلى ميل نسبي نحو الإدراكات التقليدية والمألوفة، بما يعكس حاجة إلى الأمان النفسي والتمسك بالإجابات المتوافقة اجتماعيا، مع ضعف نسبي في الأصالة والإبداع الإسقاطي.

يعكس هذا البروتوكول تنظيما نفسيا يتسم بالكف والانغلاق الوجداني، مع هيمنة واضحة للرقابة الشكلية والعقلنة. فالحالة تبدو منشغلة بالحفاظ على التماسك والسيطرة المعرفية، مع تجنب الاستثمار في العالم الانفعالي أو التخيلي. كما أن فقر المحددات الوجدانية والحركية يدل على محدودية الاستثمار الداخلي وصعوبة التعبير عن الصراعات النفسية بصورة رمزية. ويبدو أن الحالة تعتمد على الضبط الشكلي والتوافق الظاهري كوسيلة دفاعية للحفاظ على الاستقرار النفسي، في حين يتم تحويل جزء من التوترات النفسية نحو الجسد، كما يوحي بذلك الحضور المرتفع جدا للمحتويات التشريحية.

1-3-3 خلاصة الحالة الثالثة : يبين التوظيف النفسي للحالة أنها تعتمد أكثر على التحكم العقلي وكبت الانفعالات، حيث تميل إلى التعامل مع المثيرات بطريقة مباشرة وواقعية مع ضعف في الخيال والتعبير النفسي الداخلي، وهذا ما ظهر من خلال غياب الحركة وقلة المرونة في الإدراك. كما تعكس النسبة المرتفعة لـF+ قدرة جيدة على فهم الواقع والتكيف معه،. واستعملت الحالة بعض الميكانيزمات الدفاعية مثل الكبت من خلال غياب المضامين الانفعالية، والتجنب الذي ظهر عبر الرفض، إضافة إلى العقلنة من خلال التركيز على الشكل أكثر من الجانب الوجداني.

2- مناقشة المعطيات وتفسيرها في ضوء الفرضيات

تكشف نتائج بروتوكولات الرورشاخ للحالات الثلاث عن مجموعة من المؤشرات العيادية المتقاربة، التي تسمح بمناقشة فرضيات الدراسة بصورة منهجية ودقيقة، انطلاقا من التحليل الكمي والكيفي للمعطيات الإسقاطية. وقد أظهرت النتائج وجود سمات نفسية مشتركة بين الحالات، تتمثل أساسا في هشاشة التوظيف النفسي، وارتفاع التوتر الداخلي، وضعف الاستثمار الوجداني، إضافة إلى الحضور

البارز للانشغال الجسدي، وهي مؤشرات تتماشى مع الخصائص النفسية المعروفة لدى الاضطرابات السيكوسوماتية، وخاصة القرحة المعدية.

1.2.مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الأولى :"التوظيف النفسي لدى المصابين بالقرحة المعدية سلبي وهش".

فيما يتعلق بهذه الفرضية ، فإن نتائج الحالات الثلاث تؤكد هذه الفرضية بدرجات متفاوتة، رغم اختلاف أنماط الدفاع والتنظيم النفسي من حالة إلى أخرى. فقد أظهرت الحالة الأولى توظيفا نفسيا يبدو متماسكا ظاهريا بفضل الاعتماد الكبير على الضبط الشكلي والإدراك الواقعي، كما تعكسه نسبة F%=78.26%، غير أن هذا التنظيم اتسم بهشاشة نسبية ظهرت في ارتفاع الاستجابات الشكلية السلبية والمختلطة، إضافة إلى ضعف المرونة الإدراكية والانفعالية. أما الحالة الثانية فقد كشفت عن توظيف نفسي أكثر انغلاقا وهشاشة، حيث تميز البروتوكول بفقر إسقاطي واضح R=10، مع وجود ثلاث حالات رفض، وهي مؤشرات تدل على ضعف الاستثمار النفسي والكف الدفاعي. في حين أظهرت الحالة الثالثة تنظيما دفاعيا صارما يقوم على الرقابة الشكلية والكف الوجداني، مع فقر نسبي في التداعي الحر وضعف النشاط التخيلي.

وتشير هذه النتائج مجتمعة إلى أن الحالات الثلاث تعتمد على آليات دفاعية محافظة تتمثل أساسا في العقلنة، والضبط الشكلي، والكف الانفعالي، والتوافق الظاهري، وهي دفاعات تهدف إلى حماية التوازن النفسي من الاجتياح الوجداني. غير أن هذا التوازن يبدو هشا وغير مرن، لأنه قائم على التضييق الدفاعي وتقليص التعبير الانفعالي بدل المعالجة النفسية الدينامية للصراعات. كما أن غياب الحركة الإنسانية K=0 في الحالات الثلاث يعكس محدودية الحياة التخيلية والرمزية، وفقر الاستثمار الداخلي للعلاقات والانفعالات، وهو ما يؤكد هشاشة التنظيم النفسي وضعف القدرة على التعبير الرمزي عن الصراعات الداخلية.

2.2.مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثانية:" القلق والتوتر لدى المصابين بالقرحة المعدية عال جدا

أكدت النتائج صحة الفرضية الثانية المتعلقة بارتفاع القلق والتوتر لدى المصابين بالقرحة المعدية بصورة واضحة، وإن اختلفت أشكال التعبير عن القلق من حالة إلى أخرى. ففي الحالة الأولى ظهر القلق من خلال الحضور الواضح للمحددات اللونية CF، ما يدل على وجود استثارة وجدانية مرتفعة وصعوبة نسبية في احتواء الانفعالات وضبطها. وقد بدا التوتر في هذه الحالة أكثر مباشرة، مع ميل إلى التدخل الانفعالي في الإدراك. أما في الحالتين الثانية والثالثة، فقد اتخذ القلق طابعا مكبوتا ومنغلقا، حيث غابت

المحددات اللونية والحركية، وظهرت بالمقابل مؤشرات الكف الوجداني و الفقر الإسقاطي، وحالات الرفض، وعبارات العجز الإدراكي المتكررة من قبيل «مفهمتهاش» و«مكان والو».

ويكشف هذا الاختلاف بين الحالات أن القلق لدى المصابين بالقرحة المعدية لا يظهر دائما في صورة انفجار انفعالي مباشر، بل قد يتخذ شكلا مكبوتا يتم التحكم فيه عبر الرقابة العقلية والكف النفسي. غير أن العنصر المشترك بين الحالات الثلاث يتمثل في وجود توتر داخلي مرتفع يتم احتواؤه بطرق دفاعية مختلفة، دون القدرة على التفريغ الانفعالي الحر أو التعبير الرمزي الناضج عنه.

كما أن الحضور المرتفع للمحتويات التشريحية في الحالات الثلاث يدعم بصورة قوية فرضية وجود قلق نفسي ذي طابع سيكوسوماتي. فقد بلغت نسبة المحتويات التشريحية Anat=17% في الحالة الأولى، و30% في الحالة الثانية، و62% في الحالة الثالثة، وهي نسب مرتفعة ذات دلالة عيادية واضحة. وتعكس هذه المضامين انشغالا قويا بالجسد والأعضاء الداخلية والوظائف العضوية، وهو ما يشير إلى أن التوترات والصراعات النفسية يتم تحويلها جزئيا نحو الجسد. ويأخذ هذا المعطى أهمية خاصة في سياق القرحة المعدية باعتبارها اضطرابا نفسجديا يرتبط غالبا بصعوبات التعبير الانفعالي والكبت المزمن للتوتر.

3.2.مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثالثة :" نسبة تقبل الفرد لذاته ضعيفة "

تشير الفرضية الثالثة المتعلقة بضعف تقبل الذات، فقد دعمتها النتائج بصورة غير مباشرة من خلال عدة مؤشرات متكررة في الحالات الثلاث. فقد اتسمت البروتوكولات عموما بالفقر التخيلي وضعف الأصالة الإسقاطية والاعتماد على الإجابات المألوفة والتقليدية، ويعكس هذا الميل حاجة قوية إلى التوافق والاحتماء بالنماذج الإدراكية الشائعة بدل التعبير الحر عن الذات والخصوصية النفسية.

كما أن غياب الحركة الإنسانية في الحالات الثلاث يدل على ضعف الاستثمار الداخلي للذات والعلاقات، وصعوبة التعبير عن الرغبات والانفعالات بصورة تلقائية. ويبدو أن الحالات تتجنب الانخراط العميق في العالم الداخلي خوفا من فقدان السيطرة أو مواجهة محتويات نفسية مقلقة. وقد ظهر ذلك بوضوح في الاقتصاد الإسقاطي، والتحفظ، والصلابة الفكرية، إضافة إلى الاعتماد المفرط على الرقابة العقلية. وعليه، فإن صورة الذات لدى الحالات تبدو هشة ومقيدة، مع ضعف في التقبل الداخلي والتعبير الحر عن الخبرة الذاتية.

4.2.مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الرابعة :" صورة الجسم لدى المصابين بالقرحة المعدية سلبية"

أما الفرضية الرابعة المتعلقة بسلبية صورة الجسم لدى المصابين بالقرحة المعدية، فقد كانت من أكثر الفرضيات تأكيدا في نتائج الدراسة، نظرا للحضور القوي والمتكرر للمضامين التشريحية والجسدية في الحالات الثلاث. فقد تركزت استجابات الحالات حول أعضاء داخلية ووظائف جسدية مثل:" المعدة، المصران، الرئتين، العمود الفقري، الحنجرة، والجهاز التناسلي"، وهو ما يكشف عن تمركز الخبرة النفسية حول الجسد بصورة واضحة.

ويشير هذا النمط من الإدراكات إلى أن الجسد لا يعاش باعتباره مصدرا للحيوية والتكامل النفسي، بل بوصفه مجالا للقلق والانشغال والمعاناة. كما أن الطابع التشريحي الجاف للمضامين، وغياب المضامين الحيوية أو الدينامية، يعكسان علاقة مضطربة بالجسد يغلب عليها الإدراك المرضي والوظيفي. ويبدو أن الحالات الثلاث تعاني من حساسية مرتفعة تجاه الإحساسات الجسدية، مع ميل إلى توجيه الصراعات والانفعالات المكبوتة نحو الأعضاء الداخلية، وهو ما ينسجم مع التصور السيكوسوماتي للقرحة المعدية.

وعموما، تكشف نتائج الدراسة أن المصابين بالقرحة المعدية يتميزون بتنظيم نفسي يغلب عليه الكف والانغلاق الوجداني والاعتماد على الدفاعات العقلية والمحافظة، مع وجود قلق داخلي مرتفع وصعوبة في التعبير الانفعالي الحر. كما تعكس النتائج هشاشة في الاستثمار النفسي والعلائقي، إضافة إلى تمركز واضح حول الجسد وصورة جسم مشبعة بالتوتر والانشغال المرضي. وتؤكد هذه المعطيات أهمية البعد النفسي في فهم القرحة المعدية، باعتبارها اضطرابا لا يرتبط بالعوامل العضوية فقط، بل يتداخل فيه النفسي والجسدي ضمن دينامية نفسجسمية معقدة.

3- الاستنتاج العام :

سمحت الدراسة الحالية، من خلال تطبيق اختبار الرورشاخ على ثلاث حالات مصابة بالقرحة المعدية، بالكشف عن مجموعة من الخصائص النفسية والديناميات الداخلية المرتبطة بهذا الاضطراب النفسجسدي. وقد أظهرت نتائج التحليل الكمي والكيفي للبروتوكولات الإسقاطية وجود تقارب واضح بين الحالات، رغم اختلاف بعض أساليب الدفاع وأنماط التنظيم النفسي، مما أتاح التوصل إلى جملة من الاستنتاجات المرتبطة بفرضيات الدراسة.

أوضحت النتائج أن التوظيف النفسي لدى الحالات المدروسة يتسم بالهشاشة والسلبية، حيث اعتمدت الحالات بدرجات متفاوتة على الضبط الشكلي والرقابة العقلية والكف الانفعالي كآليات دفاعية أساسية للحفاظ على التوازن النفسي. ورغم احتفاظ الحالات بقدر من الاتصال بالواقع، فإن هذا التكيف بدا ذا طابع دفاعي صارم يفتقر إلى المرونة النفسية والقدرة على التفريغ الانفعالي السليم. كما كشفت البروتوكولات عن فقر نسبي في النشاط التخيلي والرمزي، وغياب الحركة الإنسانية في جميع الحالات، الأمر الذي يعكس محدودية الحياة الداخلية وضعف الاستثمار الوجداني والعلائقي.

كما بينت النتائج وجود مستوى مرتفع من القلق والتوتر الداخلي لدى الحالات، سواء في شكله المباشر كما ظهر في الحالة الأولى، أو في صورته المكبوتة والمنغلقة كما تجلى في الحالتين الثانية والثالثة. وقد اتضح أن الحالات تميل إلى التحكم الصارم في انفعالاتها والحد من التعبير الوجداني الحر، مع اعتماد واضح على الكبت والعقلنة والتوافق الظاهري. ويبدو أن هذا التوتر النفسي المزمن لا يجد طريقه إلى التعبير الرمزي أو اللفظي الكافي، بل يتم توجيه جزء منه نحو الجسد في إطار دينامية سيكوسوماتية.

وفي هذا السياق، شكل الحضور المرتفع للمحتويات التشريحية في مختلف البروتوكولات مؤشرا عياديا بالغ الأهمية، إذ عكس انشغالا واضحا بالجسد والأعضاء الداخلية والوظائف العضوية، خاصة المعدة والأحشاء وبقية الأعضاء الداخلية. وقد دل ذلك على أن الجسد يحتل مكانة مركزية في الخبرة النفسية للحالات، ليس باعتباره مصدرا للحيوية أو التكامل، بل بوصفه مجالا للتوتر والانشغال والمعاناة النفسية. ومن ثم، فإن النتائج أكدت وجود صورة جسم سلبية ومشحونة بالقلق، مع ميل إلى التعبير الجسدي عن الصراعات والانفعالات المكبوتة.

كما أظهرت الدراسة وجود ضعف نسبي في تقبل الذات والاستثمار الإيجابي لها، ويتجلى ذلك في الفقر الإسقاطي، والاعتماد على الإجابات المألوفة والتقليدية، وضعف الاستثمار الوجداني، إضافة إلى

صعوبة التعبير الحر عن الرغبات والانفعالات. وقد بدا أن الحالات تسعى إلى الاحتماء بالتوافق الظاهري والضبط المعرفي خوفا من فقدان السيطرة أو مواجهة محتويات داخلية مقلقة.

وبناء على مجمل هذه النتائج، يمكن القول إن القرحة المعدية لا تمثل اضطرابا عضويا صرفا، بل ترتبط بدينامية نفسية معقدة يتداخل فيها القلق المزمن والكف الانفعالي وضعف التفريغ الوجداني مع الانشغال الجسدي وصعوبة التعبير عن الصراعات النفسية. وهو ما يؤكد أهمية المقاربة النفسية العيادية في فهم هذا الاضطراب والتكفل به، من خلال الاهتمام بالبنية النفسية للمريض وأساليب دفاعه وطريقة تعبيره عن التوتر والانفعال، إلى جانب العناية الطبية العضوية.

4- .خلاصة :

من خلال الدراسة العيادية الحالية، تم التوصل إلى أن المصابين بالقرحة المعدية يعانون من صعوبات نفسية تتجاوز الجانب العضوي للمرض، حيث كشفت بروتوكولات الرورشاخ عن وجود تنظيم نفسي يتسم بالكف والانغلاق والاعتماد على الضبط والرقابة كوسيلة أساسية للحفاظ على التوازن الداخلي. وقد بينت الحالات المدروسة محدودية التعبير الانفعالي وضعف الاستثمار التخييلي والرمزي، مع ميل واضح إلى التحكم في الانفعالات وتجنب الإفصاح الحر عن الصراعات النفسية.

كما أظهرت النتائج أن القلق والتوتر يشكلان عنصرين أساسيين في الدينامية النفسية للحالات، غير أن التعبير عنهما يختلف من حالة إلى أخرى، إذ قد يظهر بشكل مباشر أو في صورة مكبوتة يتم التحكم فيها عبر الرقابة العقلية والكف الوجداني. وفي المقابل، برز الجسد باعتباره المجال الأكثر حضورا في التعبير الإسقاطي، من خلال كثافة المضامين التشريحية والعضوية، الأمر الذي يعكس ارتباط المعاناة النفسية بالخبرة الجسدية لدى الحالات المدروسة.

وقد بينت الدراسة كذلك أن العلاقة بالذات وصورة الجسم تتسم بنوع من الهشاشة وعدم الاستقرار، حيث ظهرت صعوبات في التقبل الذاتي وضعف في التعبير الحر عن الحياة الداخلية، مقابل اعتماد واضح على التوافق الظاهري والإجابات النمطية والمألوفة.

وتؤكد هذه المعطيات أهمية المقاربة النفسية العيادية في دراسة الاضطرابات النفسجسمية، إذ تسمح بفهم أعمق للعوامل الانفعالية والدفاعية المرتبطة بالمرض العضوي. كما تبرز ضرورة اعتماد تكفل متعدد الأبعاد يدمج بين العلاج الطبي والمتابعة النفسية، بهدف مساعدة المريض على التعبير عن توتراته وصراعاته النفسية بطريقة أكثر تكيفا، والحد من تأثيرها على المستوى الجسدي.

5- .مقترحات الدراسة :

مكتنا الدراسة الحالية من تليط الضوء على التوظيف النفسي لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية " القرحة المعدية " لكننا نجد ان المجال البحثي مازال يحتاج للتوضيح سيم:

- الدينامية الصراعية لدى مرضى الحساسية الجلدية.
- الصراعات النفسية لدى المصابين بالقولون العصبي.
- التوظيف التفسي لدى مرضى الصدفية.
- التوظيف النفسي لدى المصابين بالربو.
- صورة الذات لدى المصابين بالاضطرابات الهضمية
- الآليات الدفاعية لدى المصابين بالاضطرابات الهضمية الوظيفية.
- الصراعات النفسية لدى المصابين بالحروق.
- الهشاشة النفسية لدى مرضى البهاق

قائمة المراجع

قائمة المراجع

- أبو النيل، محمود السيد (1994). الأمراض السيكوسوماتية في الصحة النفسية (المجلد 1، ط2). بيروت: دار النهضة العربية.
- البالنش، ج.، وبونتاليس، ج–ب. (1985). معجم مصطلحات التحليل النفسي (ترجمة مصطفى حجازي). الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- الزهرة الاسود وربيعة جعفور ،مدى انتشار الامرض السيكوسوماتية بين اساتذة التعليم الثانوي. مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية .عدد خاص الملتقى الدولى حول المعاناة في العمل .
- باشا، ياسمين (2020–2021). محاضرات في منهجية البحث العلمي في علم النفس العيادي. جامعة يحيى فارس، المدية.
- بلهوشات، رفيقة (2008). طبيعة الصورة الجسدية والسير النفسي بعد الإصابة بحروق ظاهرة. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر.
- بن بردي، مليكة (2012). التوظيف النفسي لدى المراهقة المغتصبة. رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر.
- بوشيشة، كتيبة (2002). التوظيف النفسي والوسائل الإسقاطية. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر.
- بوشيشة، كتيبة (2016). مساهمة التقنيات الإسقاطية في دراسة التوظيف النفسي للاضطرابات ثنائية القطب. أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر.
- بوحوش، عمار (2019). منهجية البحث العلمي
- وتقنياته في العلوم الاجتماعية. برلين: المركز الديمقراطي العربي.
- جليالي، سليمان (2012). الإنتاج الإسقاطي عند المراهق. رسالة ماجستير، جامعة مولود معمري.
- الحجار، محمد (1985). الطب السلوكي المعاصر. بيروت: دار الملايين.
- الخطيب، عماد إبراهيم (1989). علم الأمراض الباثولوجي. عمان: الأهلية.
- الدباغ، فخر الدين (1983). أصول الطب النفساني. بيروت: دار الطليعة.
- شرادي، نادية (2011). التكيف المدرسي للطفل والمراهق. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- شقير، زينب (2001). الأمراض السيكوسوماتية. القاهرة: مكتبة النهضة.
- شقير، زينب (2002). الأمراض السيكوسوماتية (المجلد 1). القاهرة: مكتبة النهضة.
- علجلي (1997). معجم مصطلحات علم النفس والتربية. بيروت.
- عنو، عزيزة (2008). التنظيم العقلي عند الراشدين المدمنين. مجلة البحوث والدراسات العلمية.

قائمة المراجع

- قورماط، نريمان (2018). الإنتاج الإسقاطي عند ممرضي الاستعجالات. أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر.
- المليجي، حلمي (2001). علم نفس الشخصية. بيروت: دار النهضة.
- مليكة، لويس كامل (1985). علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- معاليم، صالح (2008). محاضرات في الأمراض النفسية الجسدية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- بدرة معتصم ميموني (2005). الاضطرابات النفسية عند الطفل والمراهق. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- النابلسي، محمد أحمد (ب.س). مبادئ العلاج النفسي. بيروت: دار النهضة.
- محمد أحمد النابلسي (2012). مبادئ السيكوسوماتيك. الجزائر: مؤسسة الرسالة.سي موسى، عبد الرحمن، وبن خليفة (2000). الاختبارات الإسقاطية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- سي موسى، عبد الرحمن، وزقار (2002). الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق. الجزائر.
- سليم، إسراء، ورضوان، إسراء)ب.س(.LAB(8) Digestive System: Human Biology
- فرويد، سيجموند (1983). معالم التحليل النفسي. القاهرة: دار الشروق.
- فيصل، عباس (2001). الاختبارات الإسقاطية. لبنان: دار المنهل.
- قاسم حسين صالح (2008). الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية. الأردن: دار دجلة.
- لمى يوسف (2009). القرحة المعدية. جامعة دمشق.
- محمود سالم (2015). تشريح ووظائف الجهاز الهضمي. القاهرة: دار الفكر العربي.
- سي موسى، بن خليفة (2000). اختبار الرورشاخ. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

- American Psychiatric Association. DSM-5(2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)
- Washington, DC: APA.
- Barjory (1944). Psychologie pathologique. Paris: Éditions de Paris.
- Taylor, S. (2008). Health Psychology. Amman: Dar Hamid.

قائمة المراجع

- Martini, J.-C., & Stora, J.-L. (1992). Psychologie pathologique. Paris: P.U.F.
- Guilleminot, D., & Crombez, J. (1989). L'enfant inhibé. Paris: P.U.F.
- Freud, S. (1983). Introduction à la psychanalyse. Cairo: Dar Al-Shorouk..

ثالثا: المواقع

- www.albayanes.com□□ (n.d.). Website