الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة 2 لونيسي علي

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

فعالية العلاج البيوطاقوي في التخفيض من الألكستيميا لدى المراهق المصاب بالربو

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس

إعداد الطالب

سعادنة خالد الأمين

لجنة المناقشة

شرادي نادية	أستاذ التعليم العالي	**رئيسـا**	جامعة البليدة 2
بوسالم عبد العزيز	أستاذ التعليم العالي	**مشرفا ومقررا**	جامعة البليدة 2
النوي بطاهر	أستاذ التعليم العالي	**عضوا مناقشا**	جامعة الوادي
غرغوط عتيكة	أستاذ التعليم العالي	**عضوا مناقشا**	جامعة الوادي
بلعقاب عبد الرؤوف	أستاذ محاضر أ	**عضوا مناقشا**	جامعة البليدة 2
ميزايني جيلالي	أستاذ محاضر أ	**عضوا مناقشا**	جامعة خميس مليانة

السنة الجامعية:2024/2023م.

شكر

الحمد والشكر لله أن منّ عليّ من فضله العظيم، وأنعم علي بأن أتممت أطوار هذا العمل وهو الذي لا يخيب عنده رجاء.

ثم فإنه يطيب لي أن أتقدم بجزيل شكري وخالص تقديري إلى البروفيسور: **بوسالم عبد العزيز** المشرف على هذا العمل من خلال توجيهاته وملاحظاته السديدة، الذي لم أجد منه إلا سعة الصدر وصبره علي، كما أشيد بنبل أخلاقه السامية، والذي مهما وصفته بها فلن أوفيه حقه.

كل الشكر والتقدير إلى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة الأفاضل على قبولهم مناقشة هذا العمل.

كما لا أنسى أن أوجه شكري إلى كل من ساعدني في حالات الدراسة من أطباء مختصين في أمراض الربو والحساسية، فجازاهم الله كل خير.

إهداء

أهدي هذا الجهد المتواضع إلى الوالدين الكريمين، جزاهما الله كل خير فنحن ثمرة تربيتهما الحسنة وخاصة والدي الذي كان ولا يزال يقدس العلم والمتعلمين

إلى روح عمتي **فطومة** طيب الله ثراها.

وإلى إخوتي وأخواتي.

إلى رفيقة دربي زوجتي الفاضلة التي كانت عونا لي كل هذه السنوات

إلى أبنائي **إسلام** و **إياد** حفظهما الله ورعاهما

إلى أصدقائي الذين ساندوني من قريب وبعيد: مراد، طارق، نبيل ومراد

إلى طلبة و أساتذة جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة ، الذين لم أرى منهم إلا كل خير .

إلى كل من يعمل في صمت من أجل تطور البحث العلمي في الجزائر

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية العلاج البيوطاقوي في التخفيف من سيرورة الالكستيميا لدى المراهق المصاب بالربو، فشملت الدراسة أربعة حالات من المراهقين تتراوح أعمارهم بين 14 و18 سنة، وللإجابة عن تساؤلات الدراسة اعتمدنا على ثلاث أدوات لجمع البيانات وتمثلت في المقابلة نصف الموجهة، مقياس الألكستيميا (TAS-20) وكذا اختبار الرورشاخ، وذلك بالاعتماد على المنهج شبه التجريبي على مجموعة واحدة، بتطبيق اختبار قبلي وبعدي لمدة 06 أشهر، وتوصلنا إلى النتائج التالية.

العلاج البيوطاقوي ساهم في التخفيف من سيرورة الألكستيميا حيث فعّل التوظيف النفسي للحالات، ماسمح بتفعيل سيرورة التعقيل و بالتالي إلى الإرصان النفسي، ماسمح ببروز ابتسامات وأسلوب الطرفة لديهم، كما سهل العلاج البيوطاقوي للمراهق المصاب بالربو التعرف على انفعالاته، وبالتالي صار يستطيع أن يعبر عنها لفظيا، كما ساهم العلاج البيوطاقوي في تنشيط الحياة الخيالية لدى الحالات من خلال عودة الأحلام وبروز بعض أحلام اليقظة، و كذا ظهور الهوامات ،بالإظافة إلى تقلص حديثهم عن الوصف الدقيق للأحداث وأعراض المرض. كما خفت حدة نوبات الربو لدى أغلب الحالات بعد العلاج.

الكلمات المفتاحية

العلاج البيوطاقوي، الألكستيميا، السيكوسوماتي، المراهق، الربو، الإرصان النفسي.

Summary

The study aimed to identify the effectiveness of bioenergetic treatment in alleviating the process of alexithymia in adolescents with asthma. The study included four cases of adolescents between the ages of 14 and 18 years. To answer the questions of the study, we relied on three tools to collect data, which were the semi-directed interview and the alexithymia scale. (TAS-20) as well as the Rorschach test, relying on the quasi-experimental method on one group, applying a pre- and post-test for a period of 6 months, and we reached the following results.

Bioenergetic treatment contributed to alleviating the process of alexithymia as it activated the psychological adjustment of the cases, allowing the process of mentalization to be activated and thus psychological sobriety, allowing for the emergence of smiles and the style of joking in them. Bioenergetic treatment also facilitated the adolescent with asthma to recognize his emotions, and thus he became able to express them verbally.

Bioenergetic treatment also contributed to revitalizing the imaginative life of the cases through the return of dreams and the emergence of some daydreams, as well as the appearance of delusions, in addition to reducing their talk about accurate descriptions of events and symptoms of the disease. The severity of asthma attacks decreased in most cases after treatment.

Key words

Bioenergetic treatment, alexithymia, psychosomatics, adolescents, asthma, psychological sobriety

فهرس المحتويات

	الصفحة
– شكر	–
– إهداء	–
– ملخص الدراسة	–
– مقدمة	أ–ب
الفصل الأول: مدخل عام للدراسة	
1–الإشكالية	4
2– تحديد المفاهيم	10
3– أهمية الدراسة	10
4– أهداف الدراسة	11
5– الدراسات السابقة	11
6– التعليق على الدراسات السابقة	18
7– موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة	19
– مراجع الفصل	21
الفصل الثاني: مرض الربو مقاربة طبية وسيكوسوماتية	
– تمهيد	24
أولا : المقاربة الطبية لمرض الربو	24
1– مفهوم الربو	24
2– تصنيف الربو	25
3– عوامل الخطر	26
4– انتشار الربو	28
5– الربو عند المراهق	29
6– علاج الربو	30
ثانيا: المقاربة النفسية لمرض الربو	31
1– نبذة تاريخية عن الاهتمام بمرض الربو من الناحية النفسية	31
2– المقاربة السيكوسوماتية لمرض الربو	31

3- بعض خصائص شخصية المصاب بالربو	38
4- المراهقة ومرض الربو	39
5- العلاج النفسي للربو	40
- خلاصة	43
- مراجع الفصل	44
الفصل الثالث: الألكتسيميا لدى المراهق المصاب بالربو	
- تمهيد	47
1- نبذة تاريخية عن نشأة الألكستيميا	47
2- مفهوم الألكستيميا	48
3- أبعاد الألكستيميا	51
4- أنواع الألكستيميا	52
5- النظريات المفسرة للألكستيميا	54
6- طرق قياس الألكستيميا	62
7- علاج الألكستيميا	65
- خلاصة	69
- مراجع الفصل	70
الفصل الرابع: العلاج البيوطاقوي للأمراض السيكوسوماتية	
- تمهيد	74
1- نبذة تاريخية عن العلاج البيوطاقوي	74
2- مفهوم العلاج البيوطاقوي	75
3-المبادئ الأساسية في العلاج البيوطاقوي	77
4- طرق التشخيص في العلاج البيوطاقوي	79
5- العلاج البيوطاقوي والأمراض السيكوسوماتية	90
6- التمارين الأساسية في العلاج البيوطاقوي	91
7- قواعد العلاج البيوطاقوي	93
- خلاصة	94
- مراجع الفصل	95

الفصل الخامس: الإجراءات الميدانية للدراسة	
1- الدراسة الاستطلاعية	97
1-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية	97
1-2- الإطار المكاني والزماني للدراسة الاستطلاعية	97
1-3- حالات الدراسة	97
1-4- أداة الدراسة	97
1-5 نتائج الدراسة الاستطلاعية	98
2- الدراسة الأساسية	98
2-1- منهج الدراسة	98
2-2- الإطار المكاني والزماني للدراسة	99
2-3- حالات الدراسة	99
2-4- أدوات الدراسة	101
-مراجع الفصل	108
الفصل السادس عرض وتحليل ومناقشة النتائج	
1- عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى	111
1-1- تحليل مضمون المقابلات للحالة الأولى قبل العلاج البيوطاقوي	111
- ملخص	117
1-2 تحليل مضمون المقابلات للحالة الأولى بعد العلاج البيوطاقوي	118
- ملخص	124
1-3 تحليل نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20) للحالة الأولى قبل العلاج البيوطاقوي	124
1-4 تحليل نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20) للحالة الأولى بعد العلاج البيوطاقوي	125
1-5 تحليل رورشاخ الحالة الأولى قبل العلاج البيوطاقوي	126
- ملخص	130
1-6 تحليل رورشاخ الحالة الأولى بعد العلاج البيوطاقوي	131
- ملخص	133
1-7 مقارنة نتائج الأدوات الثلاث للحالة الأولى قبل و بعد العلاج البيوطاقوي	134
- ملخص	137

2- عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية	137
2-1 تحليل مضمون المقابلات للحالة الثانية قبل العلاج البيوطاقوي	138
- ملخص	144
2-2 تحليل مضمون المقابلات للحالة الثانية بعد العلاج البيوطاقوي	144
- ملخص	149
2-3 تحليل نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20) للحالة الثانية قبل العلاج البيوطاقوي	149
2-4 تحليل نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20) للحالة الثانية بعد العلاج البيوطاقوي	150
2-5 تحليل رورشاخ الحالة الثانية قبل العلاج البيوطاقوي	151
- ملخص	155
2-6 تحليل رورشاخ الحالة الثانية بعد العلاج البيوطاقوي	155
- ملخص	157
2-7 مقارنة نتائج الأدوات الثلاث للحالة الثانية قبل و بعد العلاج البيوطاقوي	158
- ملخص	160
3- عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة	161
3-1 تحليل مضمون المقابلات للحالة الثالثة قبل العلاج البيوطاقوي	161
- ملخص	167
3-2 تحليل مضمون المقابلات للحالة الثالثة بعد العلاج البيوطاقوي	167
- ملخص	172
3-3 تحليل نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20) للحالة الثالثة قبل العلاج البيوطاقوي	173
3-4 تحليل نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20) للحالة الثالثة بعد العلاج البيوطاقوي	173
3-5 تحليل رورشاخ الحالة الثالثة قبل العلاج البيوطاقوي	174
- ملخص	178
3-6 تحليل رورشاخ الحالة الثالثة بعد العلاج البيوطاقوي	179
- ملخص	181
3-7 مقارنة نتائج الأدوات الثلاث للحالة الثالثة قبل و بعد العلاج البيوطاقوي	182
- ملخص	184
4- عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة	185
4-1 تحليل مضمون المقابلات للحالة الرابعة قبل العلاج البيوطاقوي	185
- ملخص	190

4-2 تحليل مضمون المقابلات للحالة الرابعة بعد العلاج البيوطاقوي	191
- ملخص	195
4-3 تحليل نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20) للحالة الرابعة قبل العلاج البيوطاقوي	196
4-4 تحليل نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20) للحالة الرابعة بعد العلاج البيوطاقوي	196
4-5 تحليل رورشاخ الحالة الرابعة قبل العلاج البيوطاقوي	197
- ملخص	201
4-6 تحليل رورشاخ الحالة الرابعة بعد العلاج البيوطاقوي	202
- ملخص	204
4-7 مقارنة نتائج الأدوات الثلاث للحالة الرابعة قبل و بعد العلاج البيوطاقوي	204
- ملخص	207
5- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة	208
6- الاستنتاج العام	222
- مراجع الفصل	224
- **خاتمة**	227
- **قائمة المصادر والمراجع**	230
- **الملاحق**	241

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	تصنيف درجة الربو حسب المعهدالوطني الأمريكي للصحة	26
02	تطور الاهتمام بالربو من الناحية النفسية	31
03	العناصر الواجب ملاحظتها خلال السيرورة العلاجية	80
04	أنماط التعلق ومراحل النمو حسب النموذج البيوطاقوي	81
05	خصائص حالات الدراسة	100
06	سير و مدة العلاج البيوطاقوي	101
07	محاور مقياس الألكستيميا	103
08	قيم معاملات الارتباط لعبارات مقياس TAS-20	104
09	حساب الثبات لمقياس TAS-20	105
10	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الأول للحالة الأولى قبل العلاج البيوطاقوي	111
11	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثاني للحالة الأولى قبل العلاج البيوطاقوي	112
12	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثالث للحالة الأولى قبل العلاج البيوطاقوي	113
13	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الرابع للحالة الأولى قبل العلاج البيوطاقوي	114
14	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الخامس للحالة الأولى قبل العلاج البيوطاقوي	115
15	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال السادس للحالة الأولى قبل العلاج البيوطاقوي	116
16	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الأول للحالة الأولى بعد العلاج البيوطاقوي	118
17	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثاني للحالة الأولى بعد العلاج البيوطاقوي	119
18	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثالث للحالة الأولى بعد العلاج البيوطاقوي	120
19	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الرابع للحالة الأولى بعد العلاج البيوطاقوي	121
20	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الخامس للحالة الأولى بعد العلاج البيوطاقوي	122
21	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال السادس للحالة الأولى بعد العلاج البيوطاقوي	123
22	مقارنة نتائج مضمون محاور المقابلة قبل و بعد العلاج البيوطاقوي	134
23	مقارنة نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20) قبل وبعد العلاج البيوطاقوي	135
24	مقارنة مؤشرات الألكستيميا من خلال اختبار الرورشاخ (R.A.S)	135
25	مضمون الإجابة عن السؤال الأول للحالة الثانية قبل العلاج البيوطاقوي	138

26	مضمون الإجابة عن السؤال الثاني للحالة الثانية قبل العلاج البيوطاقوي	139
27	مضمون الإجابة عن السؤال الثالث للحالة الثانية قبل العلاج البيوطاقوي	140
28	مضمون الإجابة عن السؤال الرابع للحالة الثانية قبل العلاج البيوطاقوي	141
29	مضمون الإجابة عن السؤال الخامس للحالة الثانية قبل العلاج البيوطاقوي	142
30	مضمون الإجابة عن السؤال السادس للحالة الثانية قبل العلاج البيوطاقوي	143
31	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الأول للحالة الثانية بعد العلاج البيوطاقوي	144
32	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثاني للحالة الثانية بعد العلاج البيوطاقوي	145
33	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثالث للحالة الثانية بعد العلاج البيوطاقوي	146
34	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الرابع للحالة الثانية بعد العلاج البيوطاقوي	147
35	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الخامس للحالة الثانية بعد العلاج البيوطاقوي	148
36	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال السادس للحالة الثانية بعد العلاج البيوطاقوي	148
37	مقارنة نتائج مضمون محاور المقابلة للحالة الثانية	158
38	مقارنة نتائج مقياس الألكستيميا (TAS–20) قبل وبعد العلاج البيوطاقوي للحالة 2	159
39	مقارنة مؤشرات الألكستيميا من خلال اختبار الرورشاخ (R.A.S) للحالة الثانية	159
40	مضمون الإجابة عن السؤال الأول للحالة الثالثة قبل العلاج البيوطاقوي	161
41	مضمون الإجابة عن السؤال الثاني للحالة الثالثة قبل العلاج البيوطاقوي	162
42	مضمون الإجابة عن السؤال الثالث للحالة الثالثة قبل العلاج البيوطاقوي	163
43	مضمون الإجابة عن السؤال الرابع للحالة الثالثة قبل العلاج البيوطاقوي	164
44	مضمون الإجابة عن السؤال الخامس للحالة الثالثة قبل العلاج البيوطاقوي	165
45	مضمون الإجابة عن السؤال السادس للحالة الثالثة قبل العلاج البيوطاقوي	166
46	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الأول للحالة الثالثة بعد العلاج البيوطاقوي	167
47	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثاني للحالة الثالثة بعد العلاج البيوطاقوي	168
48	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثالث للحالة الثالثة بعد العلاج البيوطاقوي	169
49	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الرابع للحالة الثالثة بعد العلاج البيوطاقوي	170
50	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الخامس للحالة الثالثة بعد العلاج البيوطاقوي	171
51	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال السادس للحالة الثالثة بعد العلاج البيوطاقوي	172
52	مقارنة نتائج مضمون محاور المقابلة قبل و بعد العلاج البيوطاقوي للحالة 3	182

53	مقارنة نتائج مقياس الألكستيميا (TAS–20) قبل وبعد العلاج البيوطاقوي للحالة 3	183
54	مقارنة مؤشرات الألكستيميا من خلال اختبار الرورشاخ (R.A.S) للحالة 3	183
55	مضمون الإجابة عن السؤال الأول للحالة الرابعة قبل العلاج البيوطاقوي	185
56	مضمون الإجابة عن السؤال الثاني للحالة الرابعة قبل العلاج البيوطاقوي	186
57	مضمون الإجابة عن السؤال الثالث للحالة الرابعة قبل العلاج البيوطاقوي	187
58	مضمون الإجابة عن السؤال الرابع للحالة الرابعة قبل العلاج البيوطاقوي	188
59	مضمون الإجابة عن السؤال الخامس للحالة الرابعة قبل العلاج البيوطاقوي	189
60	مضمون الإجابة عن السؤال السادس للحالة الرابعة قبل العلاج البيوطاقوي	189
61	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الأول للحالة الرابعة بعد العلاج البيوطاقوي	191
62	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثاني للحالة الرابعة بعد العلاج البيوطاقوي	191
63	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثالث للحالة الرابعة بعد العلاج البيوطاقوي	192
64	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الرابع للحالة الرابعة بعد العلاج البيوطاقوي	193
65	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الخامس للحالة الرابعة بعد العلاج البيوطاقوي	194
66	تحليل مضمون الإجابة عن السؤال السادس للحالة الرابعة بعد العلاج البيوطاقوي	195
67	مقارنة نتائج مضمون محاور المقابلة للحالة الرابعة قبل و بعد العلاج البيوطاقوي	204
68	مقارنة نتائج مقياس الألكستيميا (TAS–20) قبل وبعد العلاج البيوطاقوي للحالة 4	205
69	مقارنة مؤشرات الألكستيميا من خلال اختبار الرورشاخ قبل وبعد العلاج للحالة 4	205
70	مقارنة نتائج الحالات الأربع قبل و بعد العلاج البيوطاقوي وفق مقياس الألكستيميا	208
71	مقارنة أبعاد الألكستيميا للحالات الأربع قبل وبعد العلاج البيوطاقوي و فق تحليل مضمون المقابلات	209
72	مؤشرات الألكستيميا الخاص بالرورشاخ (R.A.S) للحالات الأربع قبل و بعد العلاج البيوطاقوي	211

فهرس المخططات

الرقم	العنوان	الصفحة
01	السيرورات الطاقوية	76
02	الطبقات الدفاعية	78
03	سيرورة التعبير عن الذات	83
04	الجسد كواجهة خاصة	84
05	الذات ووظائفها	85
06	خطوات المنهج شبه التجريبي	98

مقدمـة

مقدمة

إن الاهتمام بالأمراض السيكوسوماتية، تضمن العديد من الدراسات، سواء من حيث العوامل المساهمة في ظهورها، وكذا الفئة الهشة، والعضو الهش للإصابة بالأمراض.

فرغم تعدد العوامل المساهمة في ظهور الأمراض، وكذلك عدم وجود بروفيل نفسي موحد لكل اضطراب إلا أن العلماء اتفقوا على وجود سمة الألكستيميا لدى المرضى السيكوسوماتيين؛ والتي تتميز بصعوبة المريض في التعرف على انفعالاته وعدم قدرته على التعبير عنها لفظيا.

وباعتبار مرض الربو من الأمراض السيكوسوماتية الأكثر انتشارا ويصيب كل الفئات العمرية (أطفال، مراهقين، وراشدين)، فقد ركزنا على فئة المراهقين، وتوضيح خاصية الألكستيميا لديهم، ومن ثمة اقترحنا العلاج البيوطاقوي: وهو علاج نفسي جسدي ذو بعد تحليلي بغرض التأكد من فعاليته على الألكستيميا لدى هذه الفئة من المرض.

وعليه فانطلقت دراستنا من تساؤلات تتمحور حول مدى فعالية العلاج البيوطاقوي في التخفيف من سيرورة الألكستيميا لدى المراهق المصاب بالربو.

ومن خلال خاصية العلاج البيوطاقوي وفعاليته في تحرير الانفعالات الكامنة، المثبطة نتيجة لصدمات الطفولة، فهل يسهل للمراهق المصاب بالربو تحديد انفعالاته ومقدرته على التعبير عنها لفظيا؟

فتندرج هذه الدراسة ضمن القراءة السيكوسوماتية لمرض الربو، فأردنا توضيح سمة الألكستيميا لدى المراهق المصاب بالربو من خلال حالات دراستنا لتوضيح مستوياتها بالنسبة لكل حالة فاعتمدنا على العلاج البيوطاقوي وتوضيح مدى فعاليته في إعادة الإرصان النفسي من خلال تنشيط التوظيف النفسي، من خلال تنشيطه للحياة الخيالية للمراهق المصاب بالربو، وتمكينه من التصريح والتعبير عن أحاسيسه وانفعالاته، بدل استثمار حديثه حول المرض وأعراضه.

وللتأكد من تساؤلات الدراسة تم تطبيق ثلاث أدوات دراسة وهي المقابلة نصف الموجهة ومقياس الألكستيميا (TAS-20) واختبار الروشاخ، ضمن أربعة فصول نظرية، فصل خاص بمدخل للدراسة، الفصل الثاني تطرقنا فيه إلى مرض الربو، الفصل الثالث: تناولنا فيه الألكستيميا لدى المراهق المصاب بالربو أما الفصل الرابع تحدثنا فيه عن العلاج البيوطاقوي في الأمراض السيكوسوماتية، ثم بعد ذلك خصصنا الفصل الأخير لعرض وتحليل نتائج الدراسة، من خلال عرض نتائج الأدوات و المتمثلة في المقابلة نصف الموجهة مع تحليل مضمونها الكمي و الكيفي، عرض و تحليل مقياس الألكستيميا TAS-20 و كذاعرض و تحليل اختبار الرورشاخ قبل العلاج البيوطاقوي وبعده.

الفصـل الأول

مدخل عام للدراسة

1- الإشكالية

2- تحديدالمفاهيم

3- أهميةالدراسة

4- أهداف الدراسة

5- الدراسات السابقة

6- التعليق على الدراسات السابقة

7- موقع الدراسةالحالية من الدراسات السابقة

1- الإشكالية

تعتبر الأمراض المزمنة الأكثر انتشارا وتكلفة في الجانب الصحي، من حيث تأثيرها على صحة الفرد وآدائه في جوانب الحياة (المهنية، الأسرية، الاجتماعية ...).

وسنتناول جانب من هذه الأمراض والمتمثل في الربو حيث يعتبر من الأمراض المزمنة، الأكثر شيوعا وانتشارا لدى كل الفئات العمرية؛ أطفال، مراهقين وبالغين على حد سواء. حيث أثبتت الإحصائيات أن نسبة الإصابة بالربو في ازدياد مستمر خلال العقود الثلاثة الأخيرة.

وفي آخر احصائيات المنظمة الصحة العالمية (OMS) سنة (2019)، من خلال موقعها الرسمي، أنه قرابة 262 مليون شخص في العالم يعانون من الربو، وأن هذا المرض أدى إلى وفاة 461000 شخص، وهو اكثر انتشارا عند الأطفال.

أما في الجزائر وحسب احصائيات سنة (2021)، حيث وضح (كتقي عبد الباسط، 2021) أن حوالي 04% من الجزائريين الأكبر من 18 سنة مصابون بالربو.

فالربو مرض يتمثل في التهاب مزمن للشعب الهوائية، مصاحب لنشاط مفرط لها، والتي تصبح أكثر حساسية تجاه عوامل محددة، وتؤدي إلى ضيق المسالك الهوائية، ما يحد من تدفق الهواء عبرها ويسبب ذلك انقطاعا في التنفس (أيرس، 2013).

وإن لم يعالج في بدايته فقط تتطور نوباته وتصبح خطيرة، كما تتعدد العوامل المحيطية؛ كالغبار وحبوب الطلع والتلوث البيئي، فالتحسس من هذه المواد من شأنه أن يثير نوبات الربو.

فالأسباب قد تكون عضوية محضة في ظهور الربو وتدعمه العوامل البيئية، والعوامل النفسية، كالضغط النفسي وقد تكون أسبابه نفسية؛ ضمن المقاربة السيكوسوماتية ما جعل العديد من العلماء (La Forgue, Leula, Forot) يبحثون عن إعطاء تفسيرات لهذا المرض، خاصة وأنه يظهر مبكرا في السنوات الأولى للطفولة ويرجعون بسبب ظهوره إلى اضطراب في العلاقات مع الأم ونوع التعلق المتبادل (أم – طفل). (Laforgue et al, 2021)

فوضح (Marty, 1958)، خلال دراسته على الأطفال المصابين بالربو، حيث وضح نوع العلاقة مع الموضوع التحسسي، فبين أنه هناك علاقة متناقضة بين عدم القدرة على الانفصال عن الأم ومشاعر الكره لها في نفس الوقت.

أما (Alexander, 1941) فقد ذهب إلى أبعد من ذلك، فأرجع سبب المرض بالربو، وجود صراع متعلق بتبعية مفرطة وغير محلولة اتجاه الأم، هذه التبعية الطفولية تترجم بحاجة المريض لأن يكون محميا، بالإضافة إلى الهوامات الموافقة فهي ذات صلة بالمرحلة الجنينية، متعلقة بالرحم وبمختلف رمزيات الماء، أماكن مخبأة كالدخول إلى المغارة .

كما صنف (Alexander, 1970) مرض الربو من الأمراض التي تستقر ضمن مضمون رغبة مكبوتة مشتركة مع الحاجة للتبعية للأم.

وذهب (Anzieu, 1996) إلى أن الخلل في وظائف الأنا الجلدي، والذي يكون خزانا أو وريثا للعلاقات الأولى مع الأم، يؤدي إلى ظهور الأمراض السيكوسوماتية، من الشكل التحسسي، أمراض جلدية وربو.

كذلك أعمال (Melanie Klein, 1950) بينت أن سوء العلاقة (أم –طفل)، واستدخال الطفل للأم السلبية، (الموضوع السلبي) تسبب للطفل أمراضا نفسية وقد تتحول إلى جسدية كالربو عن طريق خلل في ميكانيزم الاستدخال الاسقاطي L'Introjection Projectif

فمن خلال هذه التفسيرات للعلماء فأغلبيتهم يوضحون أن من بين الأسباب الخاصة بظهور مرض الربو هو سوء العلاقة بالموضوع (الأم)، أين تكون صرخة مسموعة وبدورها تقمع الرغبة في الصراخ والتعبير عن الانفعالات السلبية المخزنة في سوء العلاقة للطفل مع الأم وكتعبير رمزي للطفل أضاف Alexander بأن الأكسجين يتمثل في الأم، وهذا ما يفسر تلوث الجو العاطفي بين الأم والطفل (Alexander, 1970, p120).

ويرى (Kreisler, 1990) بأن الصدمات النفسية، كالانفصال عن الأم، أو وفاة أحد الأقارب تحيي صدمة الانفصال عند المصاب بالربو، وتكون سببا في ظهور أزمة الربو.

فهذه الدراسات توضح السبب النفسي في ظهور مرض الربو، ويبقى التساؤل حول لماذا أصيب المريض بالربو وليس بمرض آخر باعتباره مرض سيكوسوماتي؟

حاول (Dejours, 1986) أن يبين في كتابه Le corps biologique فرضية العضو الهش، كون العضو، له رمزية عضوية ونفسية، أي لوظيفة ازدواجية بيولوجية وشيقية، باستناده لنظرية (S.Freud) حول السند الفرويL'Étayage Pulsionnel ، حيث أن الرئة وظيفتها الفيزيولوجية، تابعة

لجهاز التنفس أي تصفية الهواء، ادخال الأوكسجين واخراج غاز CO_2، في عملية الشهيق والزفير، لكنها تعمل كذلك كعضو يدخل هواء الأم وعواطفها وهواماتها، فلما يستدخل الطفل هذا الهواء العلائقي بهواماته الايجابية، فالوظيفة الرئوية تعمل بصفة حسنة، على المستوى الفيزيولوجية والنفسي.

ضمن مبدأ الانحراف الليبيدي La subversion libidinale، حيث أن الهواء يصبح كمثير حسي للعضو، ولما لا تعمل الوظيفة عملها يصبح العضو ثانويا وهشا وعرضة للمرض (Dejours, 1986, p68).

كل هذه الدلالات عن سوء العلاقة تولد هشاشية لدى الفرد للإصابة بمرض الربو أو أمراض أخرى سيكوسوماتية فتولد هشاشة نرجسية، وتجعل الفرد هشا، ضمن تنظيمية مرضية، حيث يبين (Marty, 1968) أن المرضى السيكوسوماتيون، يبينون هشاشية نرجسية جراء سوء العلاقة الأولى مع الأم، فيبينون خللا في التعقيل، أي تكون لديهم تمثيلات فقيرة، وتنفصل لديهم التمثيلات عن الوجدان وتحدث الجسدنة (La Somatisation). (Marty, 1968, p102).

أين تبنى لديهم تنظيمة سيكوسوماتية تتمييز بهشاشية الأنا وتنظيم غير محكم، ما يبين خصائص نفسية يتميز بها المرضى السيكوسوماتيون.

كالتفكير العملي الذي وصفه (Marty) وهو نمط يميز المرض السيكوسوماتيون، كاستثمار حديثهم حول الواقع، والآني والمنطقي، ويفتقر حديثهم إلى الانفعالات، كذلك لاحظ نوع من الجفاء من المحتوى أو غيابها، كذلك لاحظ (Sami Ali, 1980) من خلال أعماله حول المرضى السيكوسوماتيون، أن لديهم فقر في الحياة الخيالية، وحديثهم جاف من العاطفة ضمن ماسماه الشائع Le Banal.

هذه الخصائص التي تميز المرض السيكوسوماتيون عرفها (Sifnéos, 1973) خلال ملاحظاته حول المرض السيكوسوماتيون في جملة من الخصائص المشتركة والمتمثلة في صعوبة التعرف والتعبير على الانفعالات لفظيا –عدم القدرة على التمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية– تفكير موجه نحو الخارج (تفكير عملي)، مع محدودية الحياة الخيالية.

حيث أطلق عليها مصطلح الألكستيميا Alexithymie، حيث اتفق العديد من العلماء على أبعاد هذه السمة أمثلال (Carcos, Pidienelli) وآخرون.

فهذه السمة تشترك فيها الأمراض السيكوسوماتية وقد تكون في بعض الأمراض الأخرى غير السيكوسوماتية، لكن تسمى بالألكستيميا الثانوية، أما للألكستيميا الأولية فهي سمة أساسية لدى المرضى السيكوسوماتيون كتنظيمه وباعتبارنا أن مرضى الربو مرضى سيكوسوماتي، فالمرض ذو الأسباب النفسية تكون لديهم سمة الألكستيميا.

وهناك العديد من الدراسات التي أثبتت الألكستيميا لدى مرضى الربو، نذكر منها دراسة (Serrano et autres, 2006) والتي بينت أن مستوى الألكستيميا مرتفع بين مرض الربو، كما أن الألكستيميا تؤثر سلبا من ناحية السيطرة على المرض وكذا جودة الحياة.

كذلك دراسة (Kelly et autres, 2009) والتي هدفت إلى تحديد مدى انتشار سمة الألكستيميا في مجموعة من المصابين بالربو المتوسط، إلى الحاد بمستشفى أديلا الملكي ببريطانيا، حيث ظهر نسبة 12% من الألكستيميا بدرجة عالية و32% تحصلوا على درجات متوسطة من الألكستيميا، و56% تميزوا بألكستيميا منخفضة.

من خلال نتائج هذه الدراسة، يجعلنا نضع قراءة سيكوسوماتية من خلال نسب الألكستيميا المرتفعة والمتوسطة، عن احتمالية مرض الربو السيكوسوماتي.

وتأكيدا لاستقرائنا جاءت دراسة (Kekkonen et autres, 2021) والتي هدفت إلى التحقق من مدى انتشار الألكستيميا لدى مرضى الربو شبه المميت (NFA)، أي الخطير، مقارنة مع أنواع الربو الأخرى (متوسط والخفيف)، حيث بينت الدراسة المصابين بالربو الخطير لديهم نسبة ألكستيميا أعلى من أنواع الربو الأخرى غير الخطير (المجموعة الضابطة)، ومرتبطة بتفاقم الربو الحاد والمتكرر.

إن هذه النتائج تؤكد سمة الألكستيميا كسمة أساسية لدى المرضى السيكوسوماتيون.

وبالنسبة للمراهق المصاب بالربو، فهو في أزمة مضاعفة، أزمة المراهقة وأزمة المرض كون أن المراهقة مرحلة حساسة، يتم فيها تغيرات على مجموع الوظائف العقلية وتأسيس الشخصية، وهي مرحلة تتضح فيها إشكالية الجسد في ظل التغيرات الجسدية.

حيث أوضحت (Chateaux,2007) في دراساتها حول المراهقين المصابين بالربو هم أكثر عرضة لخطر، الموت بسبب عزلتهم وتميزهم بالعناد، ما يجعل علاجهم صعبا، ناهيك عن ظهور سلوكات ضد اجتماعية وسلوكات الإدمان.

إن سمة الألكستيميا هي سمة خاصة بالمرض السيكوسوماتين وليست متعلقة بمرحلة المراهقة، فالمراهقون غير السيكوسوماتيون لديهم القدرة على التعبير عن انفعالاتهم، كما تتميز هذه الفترة بسعة الخيال وأحلام اليقظة.

وفي دراسة (Kekkonen et autres,2021) والتي هدفت إلى التحقيق من مدى استقرار الألكستيميا من المراهقة إلى مرحلة الشباب، وبينت بأن الألكستيميا في مرحلة المراهقة لا تعتبر دائما مؤشرا للإصابة بالألكستيميا في مرحلة الشباب.

إن هذه الدراسة لم تبين نسبة الألكستيميا ونوع المرض لدى المراهقين، ولكن أوضحت أن الألكستيميا ليس بالضرورة أن تستمر مع المراهق، مع احتمال علاجها أو اختفائها.

وفي دراسة (Karvonen et autres, 2007) بهدف دراسة انتشار سمة الألكستيميا لدى المراهقين في دولة فينلاندا، في مقاطعتي (لابلاند وأولو) سنة 2001 على عينة من المراهقين بلغت 6000 مراهقا ومراهقة يبلغون من العمر 15–16 سنة، وبينت النتائج أن 10% من الذكور و07% من الإناث كانوا ألكستيميون وبالنسبة للجنس، فالذكور لديهم قيمة أعلى من الألكستيميا مقارنة بالإناث.

فتؤكد هذه الدراسة أن الألكستيميا سمة خاصة بالمرض السيكوسوماتيون، وليست مقترنة بمرحلة المراهقة كميكانيزم دفاع ضد القلق الوجودي لدى المراهق.

وعليه فإن الألكستيميا سمة خاصة بالمرضى السيكوسوماتيين تظهر لدى كل الفئات العمرية أطفال، مراهقين وكبار.

ومن خلال الدراسات السابقة وباعتبار أن الألكستيميا سمة خاصة بالمرضى السيكوسوماتيين ولدى المرضى بالربو، فهي نتيجة وكذا عامل يؤثر على مرض الربو ويزيد من حدة النوبات لدى المريض.

ومن هنا نستطيع أن نستعرض العلاجات النفسية التي تستخدم لأجل التخفيف ومن أعراضها.

حيث تحدث (Luminet,2003) عن مختلف العلاجات التي من شأنها أن تخفف من الألكستيميا، كالعلاج بالموسيقى La Musicothérapieالإسترخاء La Relaxation، العلاجات المعرفية السلوكية، لكنها جاءت كاقتراح نظري وليست كدراسات عملية، ولم تعنى بمرض الربو.

دراسة (Grabe et autres, 2008) والتي هدفت إلى تقييم العلاج النفسي على أشخاص لديهم الألكستيميا بتطبيق العلاج النفسي الجماعي الدينامي لمدة 03 أشهر بتطبيق مقياس (TAS-20) القياس القبلي والبعدي فكانت النتائج أن الأشخاص الألكستيميون، قد خفت سمة الألكستيميا لديهم بعد 03 أشهر من العلاج، لكنهم عانوا من أزمات نفسية مرضية عند التفريغ الانفعالي. إن نتائج هذه الدراسة لم تبين الفئة العمرية التي لديها أكثر سمة الألكستيميا ونوع المرض الذي يعانون منه.

ومن خلال هذه الدراسات، لم تبين العلاج النفسي الفعال للألكستيميا لدى المراهق والمصاب بالربو.

وهنا نود أن نشير إلى العلاجات النفسية الجسدية التي هدفها تحرير الطاقة النفسية من خلال الجسد كتعبير عن الحياة النفسية.

وفي هذا الصدد نريد أن نبين العلاج البيوطاقوي كعلاج نفس جسدي، حيث وضح (Lowen,1970) أن الهدف الأساسي للعلاج البيوطاقوي، هو تحرير الانفعالات المكبوتة والمقموعة، عن طريق الجسد عبر تقنيات معينة تستطيع البيوطاقوية تحرير الانفعالات، التي تترجم عن طريق الجسد، السلوكات والوظائف المعرفية واللغوية.

ومن خلال أهداف العلاج البيوطاقوي، هو تحرير الانفعالات، وكون السمة الأساسية للألكستيميا هي عدم القدرة على التعرف عن الانفعالات و التعبير عنها لفظيا ما يجعلنا طرح التساؤل حول مدى مساهمة العلاج البيوطاقوي في التخفيف من سيرورة الألكستيميا لدى المراهق المصاب بالربو؟

وتتفرع عنه التساؤلات الجزئية:

- هل يساعد العلاج البيوطاقوي للمراهق المصاب بالربوفي التعرف عن انفعالاته وأحاسيسه و التعبير عنها لفظيا؟
- هل يساعد العلاج البيوطاقوي المراهق المصاب بالربو في التمييز بين انفعالاته وأحاسيسه الجسدية؟
- هل يخفض العلاج البيوطاقوي من الوصف الدقيق للأحداث والأعراض لدى المراهق المصاب بالربو؟
- هل يحسن العلاج البيوطاقوي من سيرورة الحياة الخيالية لدى المراهق المصاب بالربو.

2. تحديد المفاهيم

1.2- الألكستيميا: تعرف من خلال مؤشراتها الأساسية و المتمثلة في عدم القدرة على التعرف على الانفعالات و التعبير عنها لفظيا،تفكير موجه نحو الخارج ، وفقر في الحياة الخيالية وتتضح من خلال النتائج المتحصل عليها من خلال مقياس الألكستيميا (TAS-20)، بحيث يعتبر الشخص ألكستيميا، لما يتحصل على ≤56 نقطة وكذلك من خلال تحليل مضمون مقابلات الحالات، كما اعتمدنا على اختبار الرورشاخ، باستخدام مقياس الألكستيميا للرورشاخ (R.A.S).

2.2- العلاج البيوطاقوي: وهو علاج نفسي جسدي يشتمل على مجموع من التمارين الجسدية المتنوعة، تهدف إلى تحرير الانفعالات المكبوتة و المقموعة، و في دراستنا هذه اعتمدنا على التمارين الأساسية وكذاعلى التمارين ذات الطابع التعبيري؛ الإحماء (l'échauffement)، التجذر (L'enracinement)، التنفس(La respiration) ، التمارين التعبيرية (Les Exercices expressifs)، تمارين التعبير الجنسي (Exercices Sexuels)، االتدليك (Le massage).

3.2. أهمية الدراسة

تندرج هذه الدراسة ضمن القراءة السيكوسوماتية لمرض الربو، من خلال توضيح مدى فعالية العلاج البيوطاقوي على مرض الربو. كذلك تبرز سمة الألكستيميا لدى المراهق المصاب بالربو كسمة أساسية في الأمراض السيكوسوماتية. و يجب التنويه إلى ضرورة مرافقة العلاج الدوائي بالعلاج النفسي الجسدي (البيوطاقوي)، لمرض الربو خاصة إذا كان ضمن الأسباب النفسية المؤدية لظهوره

4. أهداف الدراسة

جاء الهدف الأساسي من الدراسة التحقق من مدى فعالية العلاج البيوطاقوي في التخفيف من سيرورة الألكستيميا لدى المراهق المصاب بالربومن خلال :

- الكشف عن فعالية العلاج البيوطاقوي في تسهيله للمراهق المصاب بالربو في التعرف عن انفعالاته و أحاسيسه و التعبير عنها لفظيا.
- الكشف عن فعالية العلاج البيوطاقوي في السماح للمراهق المصاب بالربو التمييز بين انفعالاته وأحاسيسه الجسدية.

- الكشف عن فعالية العلاج البيوطاقوي في التخفيف من الوصف الدقيق للأحداث والأعراض لدى المراهق المصاب بالربو.
- الكشف عن فعالية العلاج البيوطاقوي في تنشيط سيرورة الحياة الخيالية لدى المراهق المصاب بالربو.

5- الدراسات السابقة

5-1 دراسات عن الألكستيميا لدى المراهقين

دراسة (Karvonen et autres, 2007) جاءت هذه الدراسة بعنوان:

Epidemology of Alexithymia among adolescents

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة انتشار سمة الألكستيميا لدى المراهقين في دولة فينلاندا، وتمت الدراسة في سنة 2001 على عينة من المراهقين بلغت 6000 مراهقا ومراهقة يبلغون من العمر بين 15-16 سنة، باستخدام مقياس الألكستيميا (TAS-20)، واعتبر من تحصلوا على درجة أكبر من 60 فهم ألكستيميون.

وجاءت نتائج الدراسة على النحو التالي:

- 10% من المراهقين و7% من المراهقات كانوا ألكستيميون.
- المراهقون كانت لديهم قيمة أعلى من الألكستيميا مقارنة بالمراهقات.
- كما ارتبطت سمة الألكستيميا لديهم بمستوى التعليم المنخفض للأم وكذا الطفولة الصعبة والعيش في منطقة ريفية.

دراسة (Kekkonen et autres, 2021) جاءت هذه الدراسة:

- Stability of Alexithymia is low from adolesence to young adulthood, and the conscientency of alexithymia is associated with symptoms of depression and dissociation

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من مدى استقرار الألكستيميا من المراهقة إلى مرحلة الشباب، وكذلك العلاقة بين الألكستيميا وللعلاقات مع الأقران وأعراض الاكتئاب والانفصال تم تقييم عدد المراهقين المقدرين بـ 755 وتتراوح أعمارهم بين 13 و 18 عاما، باستخدام استبانات ذاتية التصنيف ومقياس الألكستيميا (TAS-20)، في دراسة تتبعية دامت من سنة 2005 إلى غاية 2011.

ومن نتائج الدراسة؛ فإن الألكستيميا في مرحلة المراهقة لا تعتبر دائما مؤشرا موثوقا به للإصابة بالألكستيميا في مرحلة الشباب، كما أن الصحة العقلية غير مرتبطة بالألكستيميا أثناء نمو المراهقين (Kekkonen et autres, 2021).

5-2 دراسات حول الألكستيميا و مرض الربو

دراسة (Serrano et autres,2006) جاءت هذه الدراسة بعنوان:

Alexiththymia ; a relevant Psychological variable in Near fatal asthma

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد سمة الألكستيميا لدى مرضى الربو شبه المميت (NFA) وتحليل خصائصهم الإكلينيكية، وقد تم الاعتماد على مقياس (TAS-20)، على 179 مريضا من المصابين بالربو شبه المميت و40 مريضا من غير المرضى بـ (NFA) (كمجموعة ضابطة) وكانت النتائج كالتالي:

-هناك نسبة أعلى من الألكستيميا لدى المرضى بالربو شبه المميت، وكان لديهم مستوى تعليمي أقل.

-ظهرت لدى المصابين بـ (NFA) نسبة أعلى من الأمراض النفسية مقارنة بالمجموعة الضابطة (غير المرض بربو شبه مميت).

-كما تبين أنه هناك علاقة بين الألكستيميا والربو الشديد المستمر، وانخفاض مستوى التعليم.

وكخلاصة عامة للدراسة فإن النتائج أظهرت أن الألكستيميا أكثر انتشارا لدى مرضى الربو شبه المميت مقارنة بباقي مرضى الربو، وترتبط بتفاقم الربو الحاد والمتكرر (Serrano et autres, 2006, pp 269-302).

دراسة (Kelly et autres, 2009) وجاءت هذه الدراسة بعنوان:

The impact of alexithymia on asthma patient management and communication with health care providers

حيث هدفت هذه الدراسة إلى تحديد سمة الألكستيميا في مجموعة من المصابين بالربو المتوسط إلى الحاد بمستشفى أديلاد الملكي ببريطانيا، وللتحقق من العلاقة بين الألكستيميا والسيطرة على الربو وإدارته، تم العمل على 25 مريضا (11 ذ و14 إ) بالربو، وتم استخدام المنهج الوصفي بالاعتماد على تحليل البيانات وفق برنامج SPSS وتحليل التباين ANOVA، فأسفرت على النتائج التالية:

- تراوحت درجات الألكستيميا 12%، بينوا درجات عالية من الألكستيميا و32% تحصلوا على درجات متوسطة من الألكستيميا و36% تميزوا بألكستيميا منخفضة.
- لا توجد دلالة إحصائية بين الألكستيميا والمتغيرات الاجتماعية والديموغرافية.
- توجد دلالة إحصائية بين ارتفاع الألكستيميا ودرجات التحكم في الربو، ضعف الالتزام وجودة الحياة السيئة.
- لم تكن درجة الألكستيميا مرتبطة بالرضا عن التواصل أو بعدد مرات الدخول إلى المستشفى.
- وكاستنتاج عام، أكدت هذه الدراسة على وجود ارتباط بين الألكستيميا والسيطرة على الربو.

دراسة (Aouadi et autres, 2015) جاءت هذه الدراسة بعنوان:

Impact of Alexithymia on asthma management

تأثير الألكستيميا على التحكم بالربو.

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مدى انتشار الألكستيميا في مرض الربو، والتحقق من العلاقة بين الألكستيميا والسيطرة على الربو وجودة الحياة، حيث جرت في المستشفيات التونسية وذلك باستخدام المنهج الوصفي، باستخدام مقياس الألكستيميا (TAS-20)، كما استخدم الباحثون استبيان التحكم في الربو (ACQ) واستبيان جودة الحياة في الربو (AQLQ).

وأجريت هذه الدراسة على 100 مريض (69%إناث و31% ذكور)، وكانت النتائج كما يلي:

- تحصل المرضى بالربو في مقياس الألكستيميا (TAS-20) على نتائج أكبر من 5496، وكانت النتائج مرتفعة في البعد المعرفي للألكستيميا الخاص بالتفكير الموجه نحو الخارج.
- لا توجد دلالة إحصائية للألكستيميا وعلاقتها بالمتغيرات الاجتماعية والديمغرافية.
- وكانت للألكستيميا دلالة احصائية ببعض المتغيرات النفسية: كالقلق واضطرابات الهلع.

وكخلاصة للدراسة فأنها بينت أن مستوى الألكستيميا مرتفع بين مرضى الربو، وتؤثر على السيطرة على المرض وكذا جودة الحياة.

3-5 دراسات حول الألكستيميا و بعض الأمراض السيكوسوماتية

دراسة (Luminet et autres, 2004) والتي جاءت بعنوان:

Contrôle du diabète et Alexithymie ; Le Rôle de L'Identification et de la Verbalisation des émotions

مراقبة السكري والألكسيميا: دور التقمص والتعبير عن الانفعالات.

هدفت الدراسة إلى معرفة خصائص الألكستيميا لدى المرض بداء السكري من نمط 1، حيث استخدم فيها مقياس الألكستيميا (TAS-20)، باستخدام المنهج الوصفي، على عينة بحث قدرت بـ 64 فردا (36 رجل و29 امرأة)، مصابون بداء السكري نمط 1، لا تتجاوز أعمارهم 60 سنة، فتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

ظهرت نسبة الألكستيميا TAS-20≤61 وهي مرتفعة وذلك بنسبة 10.2%من المرضى الذين ساهمت العوامل النفسية في ظهور مرضهم، حيث بينوا وفق أبعاد المقياس:

- البعد الأول والخاص بعدم قدرة التعرف على الأحاسيس فبين ارتفاع نتائج هذا المحور من الألكستيميا.
- وكذا البعد الثاني المتعلق بصعوبة التعبير لفظيا عن الانفعالات فكانت نتائجه مرتفعة.
- أما بالنسبة للبعد 3 للألكستيميا والمتمثل في التفكير العملي فلم تبين العينة ارتفاعا في النتائج.
- أما حالات الدراسة المتبقية، والتي كان سببها المرض عضويا محضا فلم تتضح سمة الألكستيميا لديهم، وكانت نسبتها في المقياس ≤41.

دراسة (Mariage et autres, 2008) جاءت هذه الدراسة بعنوان:

Obésité et alexithymie à l'épreuve du Rorschach, le poids des émotions

وهدفت الدراسة إلى التعرف عن مكونات الألكستيميا لدى المراهقين المصابين بالسمنة، من خلال اختبار الرورشاخ لتوضيح التوظيف النفسي، ومؤشرات الحياة الانفعالية عبر اختبار الرورشاخ، على 63 حالة.

ومن خلال نتائج اختبار الرورشاخ، فقد تبين لدى أغلب الحالات ، عدد قليل من الاستجابات < 20 إجابة مع اللجوء إلى الاستجابات الشكلية في 70%.

- 87% من الحالات لا يعطون استجابات لونية، مما لاتترك مجالات للانفعالات والحياة الخيالية، مع ظهور ميكانيزمات العقلنة (L'Intellectualisation).
- الإجابات الكلية (G) تمثل غالبية الإجابات لدى الحالات مم يكون لديهم من الدفاع والانغماس نمو الواقع، ويسمح بإسقاط صورة الجسم.
- مع قلة المحتوى البشري H.
- RC المعادلة اللونية أقل من المعدل، +F أكبر من المعدل.
- الاستجابات الحركة البشرية أقل من المعدل مما تساهم في التثبيط مع غياب الألوان، فيبين إشكالية.

دراسة (فاسي أمال، 2016) بعنوان الإكتئاب الأساسي والألكستيميا لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز.

وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على طبيعة النشاط العقلي الذي يعيشه المرض بالسرطان، كون أن المرضى السيكوسوماتيين يعيشون نشاط عقلي خاص من بين هذا النشاط العقلي الإكتئاب الأساسي والألكستيميا، بطرح السؤال التالي: هل يظهر لدى مرض السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الاكتئاب الأساسي والألكستيميا؟

وللتحقق من ذلك، اعتمدت الباحثة على مقياس (HADS) Hospitality Ansciety Depression Scale، لقياس الاكتئاب والحصر، كما اعتمدت على مقياس (الألكستيميا TAS-20)، على عينة عشوائية تكونت من 255 حالة، فتوصلت النتائج إلى:

- لدى مرضى السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الاكتئاب الأساسي.
- يظهر لدى مرضى السرطان نشاط عقلي يتميز بسيادة الألكستيميا .
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرتفعي الاكتئاب (الشديد)، ومنعدمي الاكتئاب (الاكتئاب الأساسي) في درجات الألكستيميا لدى مرضى السرطان لصالح مرتفعي

5-4 دراسات عن العلاج النفسي لمرض الربو

دراسة (Palies, 1972)

Action psychothérapeutique chez l'adolescent bronchopatique

عمل العلاج النفسي لدى المراهق المصاب بقصور في التنفس حيث استخدم المنهج الوصفي على عينة مرضى بقصور تنفسي بلغت 576 مريضا، دخلوا إلى المستشفى من سنة 1963 إلى غاية سنة 1969، حيث مثلت نسبة 51% من العينة (294 مريضا)، يعانون من مرض الربو الحاد، بخلاف أفراد العينة الآخرين، الذين يحملون اضطرابات مصاحبة للربو؛ حيث بينوا عدم استقرار حالة القلق والعدوانية، كما تبين عدم نضج نفسي كيروفيل نفسي للمراهق المصاب بالربو.

وخلصت إلى أن المراهق المصاب بالربو في 80% من الحالات كانت العوامل النفسية موجودة لدى المرضى، ويحتاج المراهق المصاب بالربو إلى علاج نفسي متكامل؛ يشمل التربية العلاجية، والتدابير البيئية، والنضج النفسي، مع توفير المناخ المناسب والتحكم في الأعراض الالكلينيكية وتمكين المريض من إرصان تنظيمه النفسي والتخلص من خطورة تكرار النوبات.

دراسة (Abusari, 2001)

والتي جاءت بعنوان: المقاربة السيكوسوماتية للطفل المصاب بالربو: L'Approche psychosomatique de l'enfant asthmatique حيث قامت الباحثة بالتحقق من أثر العلاج بالسوفرولوجيا (la sophrologie)على نوبات الربو لدى طفلة تبلغ من العمر 10 سنوات والتي تعاني من ربو حاد تصل إلى نوبتين حادتين في الأسبوع.

حيث قامت الباحثة بمعالجتها في مدينة قسنطينة بعد عمل مسبق معها، وبالاتفاق مع والديها، رغبة منها في إبعاد الطفلة من متغير المكوث في بيتها، لإزالة العوامل المقلقة والمؤثرة والتي من شأنها أن تعيق ثمرة العلاج النفسي.

ومن خلال اعتمادها على الملاحظات خلال الجلسات العلاجية التي اعتمدت عليها؛ فبدأت بتقنية (la sophronisation de base) ثم بطريقة التقبل السوفرولوجي المتدرج La Sophro- acceptation progressive (S.A.P)

حيث حاولت توضيح مراحل التوظيف النفسي السيكودينامي للطفلة بمقارنتها مع الحالة السابقة للطفلة، مع العلم أنها كانت خاضعة للعلاج الدوائي، مع العلاج النفسي (السوفرولوجيا).

وبعد 15 يوم من العلاج بمعدّل جلستين في اليوم بالتركيز على تقنيات: التنفس، التركيز، الاسترخاء وفق طريقة Schultzوالاسترخاء الديناميي (La relaxation dynamique)

وتوصلت نتائج العلاج السوفرولوجي إلى غياب نوبات الربو؛ فلم تظهر الطفلة أية نوبة ربو مع تحسن قدرتها في التعبير عن انفعالاتها (Abusari, 2001, pp29-37).

5-5 دراسات حول العلاج النفسي للألكستيميا

دراسة (Grabe et autres, 2008) جاءت هذه الدراسة بعنوان:

Alexithymia and outcome in psychotherapy

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم العلاج النفسي على أشخاص لديهم سمة الألكستيميا، وكان العدد المتعالجين 297 وطبقت عليهم العلاج النفسي الجماعي الديناميكي، لمدة 12 أسبوع (03 أشهر) وتم تطبيق اختبار الألكستيميا (TAS-20) كقياس قبلي وبعدي.

حيث كان لدى 27% من الحالات ألكستيميا بنتائج >61 و خلصت النتائج إلى أن علاج الألكستيميا لدى المرضى الذين يبينون الألكستيميا قد خفت لديهم بعد العلاج النفسي الجماعي الديناميي، لكنهم عانوا من أزمات نفسية مرضية عند التفريغ الانفعالي.

دراسة (شكاي بدر الدين 2012) وجاءت بعنوان أثر الاسترخاء السيكوسوماتي على الألكستيميا لدى المراهق الذي يعاني من السمنة.

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم تطور الألكستيميا لدى المراهقين الذين يعانون من مرض السمنة وذلك أثناء العلاج بالاسترخاء السيكوسوماتي.

بالاعتماد على المنهج شبه التجريبي بقياس قبلي بالاعتماد على مقياس الألكستيميا (TAS-20) وتحليل المقابلات وكذا استخدام اختبار الرورشاخ، وقام بمقارنة نتائجها على نفس المجموعة والتي تكونت من 04 مراهقين (02 ذ، 02 إ) وكانت النتائج المتحصل عليها بأن الاسترخاء السيكوسوماتي يقلل من سيرورة الألكستيميا لدى المراهق المصاب بالسمنة مما يسمح له بإعادة توظيف الإرصان النفسي والذي يعمل على تنمية التعبير عن الحالات الانفعالية باللجوء إلى الجسد كعرض.

6- التعليق على الدراسات السابقة

من خلال استعراض الدراسات السابقة الذكر والتي حاولنا استخراج القواسم المشتركة بينها وبين دراستنا الحالية وعدم تواجد دراسات مطابقة لدراستنا الحالية، نستطيع أن نقدم بعض الملاحظات:

من حيث متغيرات الدراسة: فاهتمت الدراسات السابقة بمتغير الألكستيميا ببعض الأمراض، كالسمنة، والسرطان، السكري في فترة المراهقة، وفي مستوى الألكستيميا لدى مرضى الربو، أما بالنسبة للعلاج النفسي للألكستيميا فجاءت دراسة (Grabe et autres, 2008) إلى تقسيم العلاج النفسي الجماعي الدينامي على أشخاص ألكستيميون، دون توضيح طبيعة مرضهم، من حيث أهداف الدراسة: فاختلفت أهداف الدراسة حتى وإن اشتملت الدراسات على متغيرات الألكستيميا، المراهق ومرض الربو، فدراسة (Kelly et autres, 2009)، فبينت مستوى الألكستيميا لدى المصابين بالربو المتوسط إلى الحاد وكذا دراسة (Aouadi et autres, 2015) وبينت مستوى الألكستيميا بين مستوى الربو وتأثيرها على سيطرة المرض وكذا جودة الحياة وفي دراسة (Serrano et autres, 2006) حول تحديد مدى انتشار سمة الألكستيميا لدى مرض الربو شبه المميت وأنواع أخرى من الربو.

كذلك جاءت دراسة (Pllies, 1972) حول عمل العلاج النفسي لدى المراهق المصاب بالقصور في التنفس حيث وضح التقليل من نوبات الربو، مع جمل الإرصان النفسي ويتمثل العلاج النفسي المتكامل ويشتمل على التربية العلاجية، والوقائية فالأهداف كانت مختلفة عن دراستنا التي نريد توضيح أثر العلاج البيوطاقوي على الألكستيميا لدى المراهق المصاب بالربو، فقد قاربت دراستنا، دراسة شكاي بدر الدين (2012)، ورغم اختلاف حالات الدراسة والطريقة العلاجية، فاقتربت من أهداف الدراسة، حيث بينت دراسته فعالية الإسترخاء السيكوسوماتي على الألكستيميا لدى المراهق المصاب بالسمنة.

من حيث المنهج: إن أغلب الدراسة اعتمدت على المنهج الوصفي، بالاعتماد على المنهج الكمي الإحصائي.

ماعدا دراسة شكاي بدر الدين (2012) باستخدامه المنهج شبه التجريبي بقياس قبلي وبعدي لاختيار أثر الاسترخاء السيكوسوماتي على الألكستيميا لدى المراهق المصاب بالسمنة.

كذلك دراسة (Palies, 1972)، بينت العمل العلاج النفسي لدى المراهق بالقصور النفسي، فاستخدم منهج مختلط وصفي وتجريبي تتبعي للحالات على مدار 06 سنوات وفق مقاييس قبلية وبعدية.

كذلك دراسة (Grabe et autres, 2008) والتي اهتمت بتقييم العلاج النفسي الجماعي اليومي على أشخاص لديهم سمة الألكستيميا على مدار 12 أسبوعا، باعتمادها على المنهج شبه التجريبي وفق قياس قبلي وبعدي على نفس المجموعة باستخدام مقياس الألكستيميا (TAS-20).

من حيث عينة الدراسة: هناك دراسات شملت المراهقين المرض بالربو لدراسة (Palies وآخرون 1972) ودراسة (Karvonen, 2007) حول استثمار سمة الألكستيميا لدى المراهقين ودراسة (Kekkanen et autres, 2021) والتي شملت المراهقين إلى سن الرشد أما باقي الدراسات استهدفت المراهقين في أمراض أخرى كالسمنة، ودراسات شملت كل الفئات ليس فقط المراهقين، ودراستنا الحالية اشتملت المراهقين المصابين بالربو (كمرض سيكوسوماتي).

من حيث أدوات الدراسة: إن أغلب الدراسات اعتمدت على مقياس الألكستيميا TAS-20، ما عدا دراسة (Le cours, et al, 2009) فاستعملت شبكة التنظيم اللغوي (Geva) بالإضافة إلى مقياس الألكستيميا (BIQ)، أما الدراسات التي أضافت اختبار الرورشاخ لاستخراج المؤشرات الألكستيميا فتمثلت في دراسة (شكاي بدر الدين، 2021) بالإضافة لاستخدامه تحليل المقابلات نصف الموجهة.

كذلك دراسة (Mariage et autres, 2008) بعنوان السمنة والألكستيميا من خلال اختبار الرورشاخ حيث قامت باستخراج مؤشرات الألكستيميا من خلال اختبار الرورشاخ على 63 حالة.

ودراستنا الحالية اعتمدت على مقياس الألكستيميا (TAS-20) بالإضافة إلى اختبار الرورشاخ بالاعتماد على (R.A.S) مؤشرات الألكستيميا فيه، بالإضافة إلى تحليل مضمون المقابلات كميا وكيفيا.

7- موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة

نظرا لقلة الدراسات في حدود علمنا، حول العلاجات النفسجدية للألكستيميا لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية فدراستنا ذات بعد علاجي، فهناك دراسة بينت فعالية علاج نفسي معين على مرضى الربو كدراسة (Abusari, 2001) التي اعتمدت على السوفرولوجيا على طفلة مريضة بمرض الربو كذلك دراسة (Palies, 1972) التي بينت أثر العلاج النفسي المتكامل (المركب) وأثره على نوبات الربو.

بالإضافة إلى دراسة (Grabe et autres, 2008) التي قيمت العلاج النفسي على أشخاص لديهم سمة الألكستيميا، ولم تبين طبيعة مرضهم.

- هذه الدراسات لم تبين نوع العلاج القريب من طريقة العلاج البيوطاقوي.

لقد استفدنا من الدراسات السابقة، استخدام مقياس الألكستيميا (TAS-20)، كون أغلب الدراسات السابقة استخدمته لأنه يشتمل على أهم أبعاد الألكستيميا:

1. صعوبة التعرف على الأحاسيس والانفعالات.
2. عدم القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات.
3. تفكير موجه نحو الخارج (تفكير عملي)، كذلك لمسنا غياب بعد فقر الحياة الخيالية في مقياس TAS-20 ما جعلنا نستعين بتحليل مضمون المقابلات للحالات، كذلك استخدمنا اختبار الرورشاخ من أجل استخراج مؤشرات الألكستيميا، واستخراج الحياة الهوامية والخيالية والدراسة الأقرب لدراستنا هي دراسة (بدر الدين شكاي، 2012).

بينما استخدمنا في دراستنا العلاج البيوطاقوي للتأكد من مدى فعاليته في التخفيف من سمة الألكستيميا لدى المراهق المصاب بالربو.

دامت مدة العلاج في دراسة شكاي 06 أسابيع بينما دراستنا دامت 06 أشهر، واشتركت الدراستان في الاعتماد على مجموعة واحدة بقياس قبلي وبعدي. واعتمدنا في دراستنا على المنهج شبه التجريبي

مراجع الفصل

- OMS(2019).l'asthme.repéré sur le site : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/asthma (12 Février 2019)
- عبد الباسط كتفي،(2021)، الربو استرجع من موقع https://elhiwar.dz/featured/203533/
- جون أيرس.(2013). الربو(هنادي مزبودي،مترجم).الرياض، السعودية: دار المؤلف
- Marty,P(1991).de la crise de l'asthme à la crise de fou rire. Revue française de psychosomatique, 1991(1), 115-136
- French, T.M et Alexander, F.(1941).psychogenic factors in bronchical asthma, Washington :national research concil,
- Alexander, F.(1970).la médecine psychosomatique. Paris : Payot.
- Klein, M. (1995). Le transfert et autre écrits. Paris :Presse universitaire de France
- Dejours, C. (1986).le corps entre biologie et psychanalyse. Paris : Payot.
- Marty, P(1990), la psychosomatique de l'adulte.Paris : Presse universitaire de France.
- Sami-Al, M.(1980) . Le banal. France : Guallimard.
- Sifneos, P.E.(1973). The prevalence of Alexithymia charactristics in psychosomaticpatients. Psychotherapy and psychosomatics,22, 65-70
- Serrano, J. (2006) . Alexithymia: a relevant psychological variable in near-fatal asthma.Eur Respir, Aug;28(2):296-302.
- Kelly, C et autres. (2009) The Impact of Alexithymia on Asthma Patient Management and Communication with Health Care Providers: A Pilot Study, Journal of Asthma, 46:2, 126-129, DOI: 10.1080/02770900802468525
- Kekkonen, V. (2021). Stability of alexithymia is low from adolescence to young adulthood, and the consistency of alexithymia is associated with symptoms of depression and dissociation, journal of psychosomatic Research ,sep ;25(15) : DOI: 10.1016/j.jpsychores.2021.110629
- Karvonen, J. T(2007). Epidemiology of alexithymia among adolescents, Journal of Psychosomatic Research 63 (2007) 373 – 376 doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.01.018
- Luminet, O.(2013), L'alexithymie - Comment le manque d'émotions peut affecter notre santé. Bruxelles : De Boeck.

- Lowen, A.(1970). La dépression nerveuse et le corps. Suisse : Editions PRISMA
- Pallies .J.(1972). Action psychothérapique chez l'adolescent bronchopathique, Psychotherapy and Psychosomatics. Vol. 21, No. 1/6 , pp. 256-260 : doi. 10.1159/000287693
- Abusar, F.Z. (2001). L'approche psychosomatique de l'enfant asthmatique, Revue Science Humaine. n°15, juin (2001), 29-37.
- Aouadi, S. (2015). Impact of alexithymia on asthma managment, European Respiratory Journal. 46 : DOI: 10.1183/13993003
- Luminet, O. (2004). Contrôle du diabète et alexithymie : le rôle de l'identification et de la verbalisation des émotions. Louvain médical, Vol. 123, no.8, p. 252-259 repéré sur le site : http://hdl.handle.net/2078.1/137989 .(12.01.2019)
- Mariage, A. (2008). Obésité et alexithymie à l'épreuve du Rorschach. Le poids des émotions. ScienceDirect, 2 (73), p 377-397 : doi : 10.1016/j.evopsy.2007.06.009
- فاسي أمال (2016). الإكتئاب الأساسي والألكستيميا لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز. أطروحة دكتوراه ،غير منشورة، قسم علم النفس و علوم التربية، جامعة منتوري، قسنطينة
- Chekkai, B.(2012). L'impact de la relaxation psychosomatique sur l'alexithymie de l'adolescent obèse. Thése de Magister, Département de Psychologie et des sciences de L'éducation : Université Mentouri Constantine

الفصـل الثانـي

مرض الربو مقاربة طبية و سيكوسوماتية

تمهيد

أولا: المقاربة الطبية لمرض الربو

1-مفهوم الربو

2- تصنيف الربو

3- عوامل الخطر

4- انتشار الربو

5- الربو عند المراهق

6- علاج الربو

ثانيا: المقاربة النفسية لمرض الربو

1- نبذة تاريخية عن الاهتمام بمرض الربو من الناحية النفسية

2- المقاربة السيكوسوماتية لمرض الربو

3- بعض خصائص شخصية المصاب بالربو

4- المراهقة ومرض الربو

5- العلاج النفسي للربو

خلاصة

تمهيد:

إن مرض الربّو مرض مزمن يصيب كل الفئات العمرية (الرضيع، الطفل، المراهق، وحتى الشيوخ)، وهو من بين الأمراض المزمنة الأكثر انتشارا، تعدد العوامل المساهمة في ظهوره؛ من بيئية وراثية ونفسية، وتختلف حدة النوبات فيه والأعراض، فيصنف حسب حدة وتكرار النوبات، وعليه ارتأينا أن نوضح في هذا الفصل أهم العناصر التي تبين هذا المرض وأعراضه وأسباب ظهوره من وجهة نظر المقاربة الطبية والسيكوسوماتية.

أولا: المقاربة الطبية لمرض الربو

1. مفهوم الربو

تعددت تعاريف مرض الربو بسبب اختلافها في توضيح آلية المرض، أعراضه أو العوامل المتدخلة في ظهوره.

- **تعريف منظمة الصحة العالمية (O.M.S, 2021):** من خلال موقعها الرسمي حول موضوع الربو: "الربو هو مرض غير معدي، ذو أهمية كبيرة يصيب الأطفال والراشدين".

- الالتهابات وضيق القصبات الهوائية في الرئتين هي سبب ظهور أعراض الربو، التي قد تجمع بين السعال والأزيز وضيق التنفس وضيق الصدر، يمكن أن تظهر بظهور عرض واحد أو اثنين أو تجمع بين كل هذه الأعراض .

- **كما تؤكد (Gina,2020):** منظمة أمريكية تهتم بدراسة وتقييم الظروف المساعدة المأزمة لظهور مرض الربو.

- "أنه مهما كانت خطورة الربو، فهو التهاب مزمن للشعب الهوائية مصاحب لنشاط مفرط في الشعب الهوائية، يمكن الخلل الأساسي في الربو في التهاب الشعب الهوائية، هذه الإصابة تتواجد عند الراشد وكذا الطفل"

- ويعرفه (جون أيرس، 2013،ص4) في كتابه "الربو" على أنه "حالة تنتج عن التهاب المسالك الهوائية التي تصبح أكثر حساسية تجاه عوامل محددة (مثيرات) وتؤدي إلى ضيق المسالك الهوائية، ما يحد من تدفق الهواء عبرها ويسبب ذلك انقطاعا في التنفس وتعرف هذه الحالة بـ "فرط الاستجابة القصبية" حيث يستخدم الأطباء في ما بينهم مصطلح "قصبات مرتعشة".

من خلال هذه التعاريف نستطيع أن نستنتج بأن الربو هو مرض غير معد، يمس كل الفئات العمرية، تتدخل عوامل أو مثيرات عديدة تتسبب في ضيق المسالك الهوائية، ما يؤدي إلى انقطاعات في التنفس، فتظهر أعراض على شكل سعال أزيز أو ضيق في التنفس.

لاختلاف وتنوع الأعراض في الربو حسب سن وحالة المريض وصعوبة تشخيصه في بعض الحالات سنوضحه في العنصر الموالي.

الفصل في التشخيص لا يتم إلا بعد مراجعة السجل الطبي والتاريخ المرضي، وإخضاع المريض لفحوصات طبية، ومع ذلك قد يتضح الربو من خلال أعراض اكلينيكية في شكل واحد أو أكثر (Boutin et boulet, 1993, p25).

يوضح (أيرس، 2013) مجموعة من الأعراض حددها كمايلي:

- **ضيق بالنفس:** غالبا ما يرتبط بالصغير والسعال، لكن قد يحدث وحده.
- **السّعال:** قد يكون السعال الجاف أو المرفق بالبلغم دليلا على الإصابة بالرّبو.
- **ضيق في الصدر:** تزداد حدة الضيق مع الرّبو المتأزم وقد يوقظ المريض خلال نومه.
- كذلك هناك أعراض أخرى، كالشخير الذي يلازم المريض بالربو وخاصة عند الأطفال.

إن مرض الربو متعدد الأعراض، فتختلف أعراضه بحسب خطورته وسن المريض، فيمكن أن تكون نوبة واضحة كضيق أو انقطاع التنفس عند الراشد أو الطفل، لكن عند الطفل قد تظهر على شكل سعال متكرر أو متقطع أو عن طريق الشخير ليلا.

في ظل هذه الاختلافات في الأعراض والنوبات، نتساءل عن كيفية معرفة حدة الربو، أو بالأحرى كيفية تصنيف مدى خطورته.

2- **تصنيف الربو:** يصنف الربو حسب حدة وتكرار النوبات لدى المريض وستعتمد في ذلك على تصنيف المعهد الوطني الأمريكي للصحة (National institue of Health) لتصنيفه المفصل لحدة ومدة الأعراض وتحديده لنوع الربو.

جدول رقم (01): تصنيف درجة الربو حسب (NIH,2012)

درجة الربو	الأعراض (النوبات)	الأعراض الليلية	تدفق الزفير DEP
Asthme léger ربو خفيف	≥ مرة في الأسبوع	< مرتين في الشهر	≤ 80% من القيمة المتوقعة التقلبية 20%
Asthme persistant léger ربو مستمر خفيف	≥ مرة في الأسبوع ولكن أقل من مرة في اليوم	أكثر من مرتين في الشهر	≤ 80% من القيم المتوقعة التقلبية 20-30%
Asthme persistant modéré ربو متوسط مستمر	نوبات يومية - استعمال يومي لبخاخة توسيع القصبات الهوائية	أكثر من مرة في الأسبوع	> 60% وأقل من 80% من القيم المتوقعة
Asthme léger ربو حاد ومستمر	- دائمة - مجهود بدني محدود	متواجدة كل يوم	60%من القيم المتوقعة

3- عوامل الخطر: les facteurs de risque

المقصود بها العوامل التي تساهم في ظهور نوبة الربو أو تأزمها عند المريض ويمكن تقسيمها إلى عوامل متعلقة بالمريض وأخرى محيطية.

3_1: عوامل متعلقة بالمريض

3-1-1: العامل الوراثي

إن الحساسية والربو يتواجدان في شكل متوارث لدى الأفراد، حيث يبدأ الربو في مرحلة الطفولة عادة لدى الأشخاص ذوي الحساسية المفرطة، خصوصا لدى تعرضهم لعوامل مساعدة ومهيجة للحساسية.

حيث بينت دراسات (Chateaux,2007) أن المصاب بالربو كان أحد والديه أو كلاهما مصابا بالربو، أو كان مصابا بالحساسية اتجاه أحد المواد الكيميائية أو الطبيعية.

3-1-2: العوامل النفسية

في دراسة قامت بها Bigot Sophie (2000)، بينت أن الضغط النفسي "Stress" يؤثر على الجهاز العصبي وجهاز المناعة الذاتية للمريض بالربو، ما يسبب ظهور نوبات الربو لديه أو تزيد، من حدته، حيث اعتبرته عاملا مفجرا أو مؤزما لظهور نوبات الربو.

كما بينت أن نوبات الربو تظهر فجأة في لحظات انفعالية مفرحة أو حزينة، وفي أغلب الحالات حزينة كوفاة أحد الوالدين، أو الفشل في اجتياز امتحان ما.

3-1-3: ممارسة الرياضة

حيث أن المجهودات الجسدية مهيجة للربو، يمكن أن تحدث لدى كل الأشخاص المصابين، بعد أداء تمارين رياضية قاسية لمدة 5 دقائق على الأقل ().

3-2: العوامل المحيطية

للعوامل المحيطية دورا هاما في ظهور مرض الربو في ظل تلوث الجو من كثرة المصانع والسيارات وكذا في المنزل ومكان العمل فقد صنفها (جون أيرس) في كتابة "الربو" سنة (2013) على النحو التالي:

- **عوامل محيطية منزلية:** من بين العوامل التي تساهم في ظهور الربو، لما يكون المنزل غير معرضا لأشعة الشمس، والحساسية الناجمة عن الغبار في المنزل، والقطط والكلاب، وكذلك مبيدات الحشرات وعدم تهوئة المنازل.
- **عوامل محيطية خارجية:** نابعة من تلوث الجو سبب السيارات والمصانع، لما تحدثه من غازات سامة من أوكسيد الآزوت وأوكسيد الكبريت، فهي تفاقم من أعراض الربو.
- **عامل محيط العمل:** إن الأماكن المعرضة للتلوث، كغبار الخشب ومقالع الحجارة والاسمنت وغيرها، عادة ما تمثل مكانا مهيئا للربو.
- **عامل الأدوية:** يمكن لمضادات المستقبلات الأدرينالينية، أن تحدث انقباضا قصبيا حتى عندما تعطى بشكل قطرات، كذلك يحدث الانقباض القصبي في ما يقارب 10% من المرض المصابين بالربو عندما يتناولون الأسبيرين أو الأدوية المضادة للإلتهاب غير الستيرونيدية.
- **الأخماج:** إن الفيروسات والجراثيم التي تصيب الجهاز التنفسي تحدث زيادة في ارتكاسية الطرق الهوائية لدى مرض الربو. (أيرس، 2013).
- **التدخين:** يعد التدخين خلال فترة الحمل خطرا يزيد من احتمالية حدوث مرض الربو مستقبلا لدى الجنين، كما أن التدخين يعد سببا في تفاقم وزيادة حدة النوبات لدى المصابين بالربو

(Berger et autres ,2017,P89)

4- انتشار الربو

حسب المعطيات الإبيديمولوجية المصرح بها من منظمة الصحة العالمية (**OMS**) في آخر احصائيات لها سنة 2019، من خلال الموقع الرسمي لها أنه قراية 262 مليون شخص يعانون من الربو وأن هذا المرض أدرى إلى وفاة 461000، وأن هذا أكثر انتشارا عند الأطفال .

إن منظمة الصحة العالمية لم تفصل عدد المصابين حسب السن وحسب الجنس، واكتفت بالتنويه أن الأطفال هم أكثر عرضة لمرض الربو.

4-1 الربو في الجزائر

سنحاول هنا إعطاء احصائيات حول نسبة المصابين بالربو في الجزائر، ووفق السن والجنس .

حيث أشار حبيب دراجي حسب جريدة الوطن (22. 05. 2017) رئيس الجمعية الجزائرية لأمراض الربو والحساسية، بمناسبة افتتاح المؤتمر الأوروبي الإفريقي الثامن للحساسية والمناعة السريرية المنعقدين ماي (2017)، أن الربو يصب حوالي 4% من السكان البالغين في الجزائر، و8% يصبب الأطفال، حيث أن التهاب الأنف التحسسي يمثل 20% من المرضى بالربو.

وفي احصائيات أخرى أدلى بها غرناووط لجريدة المساء سنة (2013) أن 3.2-5.6% من الجزائريين مصابون بالربو، حوالي 50% منهم يعانون من الحساسية والتي تؤثر على حساسية الجهاز التنفسي، الربو وكذلك التهاب الأذن التحسسي كما أوضح أن مشاكل الجهاز التنفسي المرتبطة بمسببات الحساسية (حبوب الطلع، حمى القش الموسمية، الغبار وشعر الحيوانات على مدار السنة).

ويشير غرناووط أنه لكي تظهر الحساسية والربو هناك تداخل عدة عناصر: خلفية وراثية وبيئية.

وفي حديث مع الإذاعة الوطنية (02. 05. 2021) أبرز الأخصائي في الأمراض الصدرية (كتفي عبد الباسط) أن حوالي 04% من المواطنين الأكبر من 18 سنة مصابون بالربو والرقم مضاعف بالنسبة للأطفال إن هذه الاحصائيات تبين مدى انتشار مرض الربو في العالم وفي الجزائر، جاءت بصفة عامة ونوهت إلى أن النسبة الأكثر تكون لدى فئة الأطفال.

كما أن الاحصائيات في الجزائر بل وفي كل العالم تبقى غير دقيقة، فلم تبين النسبة أو عدد المرضى بالربو حسب الجنس، كذلك لم توضح انتشار هذا المرضى لدى فئة المراهقين، وقد يعود سبب ذلك حسب رأينا إلى أنه هناك تصنيف يدرجهم مع الأطفال وتصنيف آخر يدرجهم ضمن الراشدين.

5- الربو عند المراهق

بينت الدراسات التي قام بها المعهد الوطني للإحصاء والدراسات الاقتصادية بفرنسا (INSEE) سنة 2003 على الربو لدى المراهقين، حيث بينت أن 9% من المراهقين المصابين بالربو هم من الصنف الثالث (ربو متوسط مستمر) ومن بينهم ما يقارب 4 من كل 10 يعانون من الربو غير المنضبط؛ أي حدوث 4 نوبات على الأقل في السنة، أو نوبة واحدة في الشهر.

كما بينت أبحاث châteaux(2002) أن نسبة الوفيات بسبب مرض الربو لدى فئة المراهقين أكبر من بقية الفئات العمرية الأخرى .

5-1 أعراض الربو في سن المراهقة

يظهر الربو في مرحلة المراهقة بنفس الأعراض التي تحدث في مرحلة الطفولة أو الرشد؛ سعال، صفير، فرط مجر استجابة مجرى الهواء وانسداد المسالك الهوائية.

لكن كما بين (جون أيوس) أنه عند بذل المراهق لمجهود عقلي سبب زيادة الوزن أو عدم انتظام ممارسة النشاط البدني، وغيرها من التغيرات الهرمونية والانفعالية، قد تؤزم من أعراض نوبات الربو عند المراهق، مما قد يبين الخلط في التشخيص بين المراهقين والبالغين (أيرس، 2003، ص65).

وفي دراسة قام بها كلا من (whiteو cooley) سنة (2011) بينت أن هناك أعراض تشبه الربو في مرحلة المراهقة كالصفير الذي يحدثه التدخين وكذلك هناك مصدر آخر للتشابه مع الربو وهو نوبات القلق، التي يصعب أحيانا التمييز بينها وبين نوبات الربو بسبب الأعراض العديدة التي تشارك فيها.

عامل الجنس: حيث لاحظت Anne Prundhome رئيسة قسم أمراض الرئة في مركز مستشفى بيجور أن المراهقة تتميز بنوبات ربو أكثر من المراهقين ربما ترجع إلى عامل الهرمونات التي لها تأثيرا كبيرا على أعراض الجهاز التنفسي، (Prundhome,2008)

أما بالنسبة للعوامل الانفعالية فقد بينت chateaux(2012) الخصائص النفسية للمراهق ومدى تأثيرها على تفاقم حالة الربو لديهم، حيث لاحظت:

- التقلبات المزاجية لدى المراهقين تزيد من احتمالية تأزم نوبات الربو لديهم.
- القلق الوجودي وقلق المستقبل لديهم يجعلهم متوترون وبالتالي يزيد من ظهور نوبات الربو لديهم.
- التغير الهرموني الجنسي لدى المراهقين والمراهقات يجعلهم كثيري الحساسية، وبالتالي يزيد من انفعالاتهم التي تؤثر سلبا على نوبات الربو لديهم.

- الإجهاد النفسي يكون كبير لدى المراهق المصاب بالربو والذي يؤثر على نمط التنفس لديه وبالتالي من زيادة نوبات الربو لديه.
- كما لاحظت châteaux أن أغلب النوبات تكون حادة وخطيرة في المراهقة (châteaux,2007).

إن أعراض الربو تشابه لدى المرض في كل الفئات العمرية غير أن خطورة المرض وكثرة النوبات تظهر لدى المراهقين، لما لهذه الفترة الحساسة من تطورات وتغيرات فيزيولوجية انفعالية ونفسية من شأنها أن تؤثر وتتفاقم من حالة الربو لديهم فتتطلب جودة حياة خاصة بالإضافة إلى العلاج الدوائي.

6- علاج الربو

يتوقف علاج الربو بحسب خطورة وتأزم حالة المصاب، فهناك أدوية وقائية وأدوية علاجية عند تأزم المرض.

ويؤكد جون أيرس (2013) أنه في أغلب الحالات يكون الربو هو تطور لحالة حساسية، فالأدوية تكون متشابهة لدى الحالات وتختلف بحسب سن ووزن المريض.

هي حالة نوبات الربو تهدم بخاخات موسعة للمسالك التنفسية Bronchodilateur عند الأزمات أو بشكل وقائي مرتين إلى ثلاث مرات في اليوم، وفي حالة ضيق الصدر وظهور المخاط فيضاف الكورتيكويد Corticoïdes مع المضادات الحيوية Les Antibiotiques أما في الحالات المزمنة فتضاف مضادات الهيستامينات Les antihistaminiques حتى تخفف درجة الحساسية وبالتالي تنقص نوبات الربو (Dutau,2005,p180)

أما في مرحلة المراهقة، فتبين الباحثة (chateaux) في مجال الربو لدى المراهق أن العلاج لهذه الفئة هو نفسه الذي يعطي للراشد، لكن تكمن الإشكالية في تعدد الصراعات والخصائص النفسية والانفعالية للمراهق، تجعله متعنّد- ومنعزلا وبالتالي لا يكون منضبطا في أخذ أدويته- أو ميوله للانحراف مع تعاطيه للتدخين والمخدرات، التي من شأنها أن تزيد في مأزم حالة الربو لدى المراهق وتجعله خطيرا.

فالمرافقة الوالدية والنفسية تصبح ضرورية لهذه الفئة (Chateaux,2003) لقد ركزنا في المقاربة الطبية لمرض الربو؛ على توضيح سيرورة المرض وأعراضه وكيفية تشخيصه وعلاجه، فتبين أن في مرحلة المراهقة تكون النوبات لدى المراهق أكثر حدة وقد تؤدي إلى موته.

سنحاول توضيح المقاربة السيكوسوماتية للربو من خلال فهم الأسباب النفسية العلائقية التي تساهم في ظهور المرض وكذلك توضيح خصوصية المراهقة كونها عامل موجز أو مؤزم لمرض الربو، تم توضيح إمكانية العلاج النفسي للربو.

ثانيا: المقاربة النفسية لمرض الربو

1- نبذة تاريخية عن الاهتمام بمرض الربو من الناحية النفسية

عرف الاهتمام بالبعد النفسي لمرض الربو تطورا تاريخيا خلال ظهور التيار التحليلي، من خلال اسهامات (Freud.s) وخاصة أعماله حول الهستيريا ورمزية الأعضاء في المرض.

وسنوضح في الجدول أهم الأعمال والمتمثلة في مؤلفات أو افتراضات حول العوامل النفسية المساهمة في ظهور الربو.

جدول رقم (2): تطورالاهتمام بالربو من الناحية النفسية

السنة	العالم	الفرضية أو المؤلف
1860	Henri Hyde Safter	ألف كتاب حول بعض الحالات، أين بين الجانب النشط للانفعالات في الأزمة الربوية
1889	Joln Hlower	أتى بفكرة الربو الهستيري
1913	Marinow Ski	افترض أنه بالاستناد للربو توجد أرضية هستيرية
1922	Weiss	استنتج بعد شفاء أحد مرضاه المصابين بالربو بفضل جلسة تحليلية أن أصل الربو يكمن في الخوف من الانفصال عن الأم
1923	Marx	رفض Marxالربو ذو السببية النفسية والذي فسره عن طريق اضطراب عضوي منبه لمراكز انتاج التشنج والتي تدعمها منبهات نفسية تساهم في ظهور الربو
1923	Moss	أكد أن العامل النفسي هو العامل الأساسي في ظهور نوبات الربو
1931	David Levy	تحدث عن الرفض الأمومي عند الطفل المصاب بالربو، وهو شعور تحوّل عن طريق التكوين العكسي إلى حماية مفرطة
1939	Dermot و Cobb	قاما بدراسة أحصائية على 50 حالة ربو، سجلا فيها بروز الاضطرابات الانفعالية في 37 حالة.
1941	French et Alexander	درسا العوامل النفسية وأكدا أن السبب راجع إلى قمع انفعالات اتجاه الأم.
1948	Brauch & miller	باءا بتوجهات جديدة مفادها الرفض الأمومي أساسي في الجو الانفعالي للطفل نحو الأم: تعطش لحنان الأم الخوف من الأم والغضب على الأم.
1953	Dawes	أدخل دور الأب في تاريخ الطفل التحسسي.

1954	Sperling	نشرت طريقة العلاجات النفسية للأمهات المصابات بالربو
1955	Racamier	بين الوظيفة النفسية ومدى تأثرها بالعوامل الانفعالية
1958	Pierre monty	وضح خلال دراسته على الأطفال المصابين بالربو، نوع العلاقة بالموضوع التحسسي.
1959	Michel soule et sakerllanpoulos	قاما بدراسة إحصائية حول العلاقات العاطفية بين الأم وابنها المصاب بالربو.
1960	Porot	بين أحاسيس الإحباط لدى المصابين بالحساسية والربو.
1963	Wolfrom et alby	وضحا علاقة المصاب بالربو مع عائلته.
1965	Kourisly	وضح السيرورة النفسية والفيزيولوجية لأمراض الحساسية والربو.

(Ranty, 1994, P210) (Molina, 1995, p162)

من خلال السرد التاريخي للتناول النفسي لمرض الربو يتضح أن للعوامل الانفعالية دور هام في ظهور مرض الربو، كذلك وجود اضطراب في العلاقات الأولى للطفل مع الأم مما تسبب مستقبلا في ظهور الربو لديه.

كما بين بعض العلماء أن سبب المرض هو نفسي وعضوي.

أجمعوا على وجود سوء العلاقة مع الأم، ووجود تناقض وجداني معها، وقمع هذه الرغبات يساهم في ظهور الربو لدى الطفل.

ولتأكيد هذه الافتراضات ولتعدد العوامل والمتغيرات النفسية المساهمة في ظهور مرض الربو سنتعمق في معرفتها من خلال المقاربة السيكوسوماتية التي حاولت تفسير الأسباب النفسية المؤدية للمرض الربو.

2- المقاربة السيكوسوماتية لمرض الربو

رغم تعدد المقاربات السيكوسوماتية والتي حاولت تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية، كالمقاربة الظواهرية approche phénomologique؛ والتي توضح أن للمريض السيكوسوماتي خلل في استعمال الأزمنة، حيث أنه يتحدث عن الحاضر دون استخدام الأزمنة الأخرى، كما أن هذه المقاربة لم تعط دراسات حول مرض الربو، حسب حدود علمنا واسهاماتها محدودة في حقل الأمراض السيكوسوماتية.

كذلك نذكر المقاربة النسقية l'approche systémique والتي حاولت تفسير المريض بالربو أنه كعرض مرضي يختاره الفرد لمكاسب ثانوية، أو تستثمره العائلة ضمن نسق مرضي لكي تضمن استقرارها، ضمن علاقات بينية لانساق متعددة بين أفراد الأسرة، كذلك بين العرض بين الأجيال كيف

يتشكل، ومحاولتها لإعادة بناء علاقات متوازنة داخل الانساق حتى تخفف من أعراض الربو للمريض. (Luigi,1997)

رغم محاولات هذه المقاربة في ايجاد تفسيرات وعلاج مرض الربو إلا أنها ترتكز على الجانب الحالي للاضطراب ولا تولى اهتماما كبيرا للعلاقات الماضية، وعليه فإن اختيارنا للمقاربة التحليلية التي تخدم موضوع بحثنا وتبحث في العوامل النفسية العميقة لظهور الربو، وكذا التفسير العميق للمرض.

ولفهم أعمق لهذا التيار العلمي سنتناول أعمال بعض الروّاد.

2-1- أعمال F.Alexander: حيث وضح في كتابه الشهير الطب السيكوسوماتي (La Médecine Psychosomatique) المنتور سنة (1950)، حيث خصص الفصل العاشر لدور العوامل الانفعالية في الأمراض التنفسية، أوضح التاريخ الطويل في الب الانفعالي للربو والذي سماه "العصاب الربوي" وبعد تطور علم المناعة توجه نحو الجانب الفيزيولوجي للمرض.

منذ أعماله مع French(1941) حول دور المثيرات الانفعالية الكثيفة؛ كالإثارة الجنسية، القلق، الغيرة والعامل السيكوديناميي.

فقد وضح (Alexander) إلى وجود صراع متعلق بتبعية مفرطة وغير محلولة اتجاه الأم، هذه التبعية الطفولية تترجم بحاجة المريض بالربو لأن يكون محميا، بالإضافة إلى الهوامات المرفقة هي ذات صلة بالمرحلة الجنينية متعلقة بالرحم وبمختلف رمزيات الماء، أماكن مخبأة كالدخول إلى مغارة (French et Alexander, 1941)

ثم بعد ذلك أضاف Alexander فكرة بروفيل شخصيته خاص يمتاز بصراع محدد يحدث في ظروف خاصة نوع من الإصابة المحددة ضمن السببية المرضية، كما قام بتقسيم الأمراض السيكوسوماتية ضمن فئتين:

الفئة الأولى؛ الأمراض التي تستقر في مضمون رغبة مكبوتة مشتركة مع الحاجة للتبعية (قرحة معدية، ربو عياء مزمن، الإمساك والإسهال).

أما الفئة الثانية، فتمثل الأمراض المرفقة بنزعات نحو عدوانية مقموعة (ارتفاع ضغط الدم، داء السكري، الشقيقة)، (Alexander, 1970)

وفي كلتا الحالتين، يجب أن تتوفر أرضية عفوية مهنية مقترنة بصراع لحدث سريع وفعال، والذي من شأنه أن يحدد نوع المرض الذي سيظهر، وهذا راجع إلى تغير استجابات الجهاز العصبي الباراسيمبثاوي La Système Nerveux Parasympathique

ففي حالة الربو حسب (Alexander) راجع إلى صراع محدد ومتعلق بالبكاء المقموع للطفل اتجاه أمه.

ويلاحظ في هذا الطرح صعوبة ايجاد منفذ آخر للتفريغ الجسدي إلا عبر المنفذ الرئوي، كأنه يوجد انسداد للتعبير الانفعالي الطبيعي بسبب خوف الطفل من أن عدوانيته تؤدي إلى نكران الأم. (Alexander, 1970)

ويضيف Alexander بأن الطفل بدافع طلب الأمان الأمومي يستجيب لرفض الأم عن طريق أحاسيس متزايدة، من عدم الأمن والتعلق بالأم، ونوبات الربو التي تتميز بتشنج القصبات الهوائية ممثلة ببكاء مقموع اتجاه الأم.

Alexander ركز من خلال ملاحظاته على العديد من المرض بالربو والذي يبين لديهم صعوبات في البكاء بصفة عفوية، وبالمقابل نوبات الربو تنتهي، لما المريض يستطيع تحرير انفعالاته.

كما يلح على ضرورة تحسين أعراض الربو من خلال قدره المريض على اعترافه بالشعور بالذنب اتجاه الأشخاص الذي يخشى أن يتخلوا عنه.

وفي الأخير Alexander(1970) لاحظ أن أزمة الربو تظهر بصفة أكبر، خلال فترة الحساسية (حبوب الطلع مثلا) وبالتالي وضع مقاربة متعددة الأسباب لظهور الأمراض حيث بين "نظريا كل مرض هو سيكوسوماتي، لأن العوامل الانفعالية تؤثر على كل السيرورات الجسدية عبر طرق عصبية أو هرمونية .

2-2- أعمال (Knapp): يعتبر من الرواد في الحقل السيكوسوماتي وخاصة في مجال الربو.

نشر العديد من المقالات والكتب منها: الربو عند الطفل (1960) التعبير عن الانفعالات لدى الإنسان (1963)، حيث كرس أعماله وأبحاثه الميدانية حول الانفعالات والأمراض المزمنة وكان عضوا في الجمعية الأمريكية للأمراض السيكوسوماتية (Luninet et autres, 2013)

اهتم بدور بعض عوامل الشخصية التي من شأنها أن تعزز ظهور الربو، وفي هذا الصدد أخذ بعين الاعتبار العلاقات بين مستوى نضج الشخصية وصعوبة نوبات الربو، من حيث القدرة على إدراك الواقع الاجتماعي، ومعنى الهوية الشخصية، الاتجاه نحو تعديل الانفعالات، وجود نشاطات الاستقلالية، مستوى العلاقات الاجتماعية للشخص ومدى ثراء الحياة الهوامية، كما كان يرفض دائما بروفيل خاص

لشخصية المريض بالربو (Knapp, 1963) ومن خلال ملاحظته بعد التجارب المخبرية على مرض الربو:

- المريض يكون دائما تابعا ومتعلقا ولا يستطيع التعبير عن ذلك بسبب خوف رفضه من الآخرين.

- عند الطفل المصاب بالربو، الغياب المؤقت للأم يولد لديه احساس بالهجر والعجز بالإضافة إلى تولد نوبات الربو لديه. وفي سن الرشد يوضح ميولات لتعاطي المخدرات والتدخين والتي تعتبر عاملا مؤقتا للحفاظ على الفراغ ((Knapp, Muschad et Nemetz, 1966)

وفي سنة 1963 أدخل كذلك على رمزية الجهاز التنفسي لمعالجة الانفعالات، كما لو أن الجهاز النفسي قد هاجر إلى الجهاز التنفسي، ويريد إخراج "الهواء السيء" بالمعنى الرمزي.

وفي الأخير استند (Knapp) على ملاحظات F.Alexanderوالذي بين أن النفسية (Le Psychisme) تعمل بطريقة وطيدة مع العوامل الفيزيولوجية.

2-3- أعمال (Kreisler): حيث وضح في كتابه (L'enfant Psychosomatique) سنة (1967) خلال الفصل الثامن حول الأمراض التنفسية للطفل، في الصفحة 71 حيث لخص الخصائص النفسية للطفل المصاب الربو:

- حيث أنه يعاني من حساسية، وأن نوباته تدوم لساعات وبريتم مختلف وتظهر بالليل، وفي سن 03 سنوات تختفي نوبات الربو بصفة دائمة أو مؤقتة.

وقد تظهر خلال فترة المراهقة أو في سن الرشد، وهذا متعلق بالظروف النفسية المولدة للنوبات وكعوامل مؤزمة: كالصدمات النفسية، والوضعيات الصراعية المختلفة.

كما بين سوء العلاقة (أم – طفل) من خلال الحماية المفرطة للأم وتبعية الطفل للأم.

كما أكد على ضرورة الانتباه للمكاسب الثانوية للمرض من طرف الطفل في محاولة لفت الانتباه ورعاية زائدة من والديه، "المصاب بالربو يتعلق بأي أحد في علاقة بالموضوع تكون آنية ومتحركة؛ مثل الرضيع في مرحلة الابتسامة لأي شخص، دون تمييز الشخص، بغرض المحافظة على حالة النكوص البدائي، غير العادي بالمشاركة والاحتفاظ والذي يمنع التعلق الآمن لوضعية مرضية للأم، التي لديها الحنين في العلاقة بالحبل السري والتي تعرقل النمو نحو الفردانية (Kreisler, 1976, p74)

2-4- أعمال (Pierre Marty)

يعد من رواد مدرسة الطب السيكوسوماتي، La médecine Psychosomatique والتي تعرف بمدرسة باريس؛ حيث أراد دراسة التوظيف النفسي (Le Fonctionnement Psychique) الخاص بالأمراض السيكوسوماتية بصفة عامة ولكل مرض بصفة خاصة.

تناول مصطلح التعقيل "La Mentalisation" كسيرورة يقوم بها جهاز ماقبل الشعور في ضبط النزوات وإعطائها تمثيلات مناسبة حتى تطفو إلى ساحة الشعور وفق وجدان مناسب (Marty, 1990)

حيث صنف مرض الربو ضمن عصاب الطبع سيء أو غير مؤكد التعقيل Névrose de caractèr malmentalisée ou incertaine وهناك متعددة أوضحها (Marty) وزملائه خلال تصنيفاته للأمراض السيكوسوماتية، تحدث عن خصائص شخصية المرضى التي تتسم بـ التفكير العلمي " la pensée opératoire" الاكتئاب الأساسي "La Dépression Essentielle" وكذا النكوصات الشاملة والنكوصات الجزئية "Régressions globales et partielles" (Marty, 1998)

وفي دراساته حول الربو فقد صنفه ضمن البنيات الحساسية وركز على العلاقة بالموضوع ذو الحساسية La Relation D'objet allergique ووضح خصائص هذه العلاقة كما يلي:

- عدم التمييز بين الذات والآخرين.
- سهولة في تشكيل علاقات مع الآخرين؛ حيث أن العديد من الأشخاص يتحدثون معهم وفي جميع المواضيع.
- وضعية خارقة من خلال تعويض استثمار موضوع بموضوع آخر.
- تصور الأم المثالية يشكل مرجعية ضرورية في كل علاقة التباين كبير بين هذا التصور والموضوع المستثمر يولد صراع داخلي مضطرب (Marty, 1969)
- فالشخص المتحسس (ذو الحساسية)، يجد نفسه أمام وضعيتين:

1- **الوضعية الأولى:** الاستيلاء على الموضوع؛ في الحين، كلية وبوحشية.

2- **الوضعية الثانية:** حركة أطول في الزمن ومتدرجة ويوضح (Marty) هذه الخصائص بقوله: "لقد جئت أراك لأنك مصاب بالربو"، تحب بكل تأكيد أن أتحدث عن أمك"، (Marty, 1958, p6).

وعليه فإن فقدان الموضوع يؤدي إلى ظهور العرض (الربو) فقدان الذات مع إحساس بفراغ، فالإشكالية واقعة مع الأم والتناقض في العلاقة معها بالنسبة للمريض بالربو فهو يريدها أن تكون حاضرة وفي نفس الوقت مع أحاسيس متناقضة، لذلك تظهر الأعراض في حال غياب الأم، وفاتها وكل الجوانب التي لها علاقة بالانفصال عن الأم. (Marty,1990).

لقد بين (Marty) اختلاف الأشخاص المصابون بالربو والحساسية، مقارنة بالاضطراب السيكوسوماتية الأخرى.

لكن تبقى لديهم خاصية مشتركة فهم ينتمون إلى عصاب الطبع والذي قد يكون غير مؤكد أو سيء التعقيل من حيث التوظيف النفسي مع عدم التمايز في إنشاء العلاقات مع الآخرين.

ويستثمر عند الحديث مع الآخرين في مواضيع متنوعة ولديه تبعية للأم مع أحاسيس متناقضة تجاهها.

2-5- أعمال (Sami Ali): الذي كان عضوا في المدرسة الفرنسية للطب السيكوسوماتي مع Marty وزملائه، لكنه انفصل عنهم وطوّر مقاربة خاصة به في تفسيره للأمراض السيكوسوماتية، من خلال ايضاحه للمفاهيم التالية الفضاء الخيالي L'espace imaginaire، الاسقاط la Projection المأزقية العلائقية L'impasse relationnel، حيث أسس السيكوسوماتيك العلائقي La psychosomatique relationnelle.

Sami Ali مثل Marty تحدث عن الربو ضمن الشخصية الحساسية، حيث عمل على بعض الأمراض الجلدية ومع بعض حالات الربو، فمن خلال ملاحظاته حول مضمون التوظيف النفسي للشخص الحساسي (الربو، الإكزيما) وشكل نموذج متعدد الأبعاد يوضح سيرورة الجسدية Processus de somatisationضمن توظيف داخل مأزتية علاقية غير واضحة، انسداد في اسقاط الوظائف الخيالية والعلائقية.

فيشير (Sami Ali) "استقرار هذا التوظيف هو ليس نتيجة للإزاحة ولكن هو مؤشر لعمل مكثف لاختزال المطابقة وتوضيح مسار الاستدخال، الاسقاط والمثالية" (Sami-Ali, 2004, p66)

الموضوع الوحيد المتواجد هو الموضوع الأمومي، الذي لا يسمح للطفل الدخول في نظام التمايز عن الأم.

فهو ينظر إلى الآخر كعلاقة مضاعفة (نفس الشخص) كلما بعث بهذا التوظيف فهو في مأمن من المرض.

حيث يصرح سامي علي: "حلقة شخصية الحساسية: كلما حافظ على التطابق لمدة أطول، فالشخص يبقى في مأمن عن أزمة الحساسية) وأزمة الحساسية تصيب هوية المصاب أكثر من فضائه الخاص، مما يولد خلل في تنظيم الفضاء النفسي له.

هذا النمط الخاص بالفضاء العلائقي أو الحدود النفسية للشخص مع الموضوع تكون غير واضحة ويصفها (SamiAli) بالعلاقة (وجه-وجه) تدخل في فضاء أساسي فضاء ذاتي والذي يحدد تنظيمه

متعددة الأبعاد، دون التعرف على (الداخل والخارج)، ذاته مع الآخر، وتتميز بعلاقة الشمولية المتبادلة: "أن تكون نفسك هو انعكاس للآخر والمرآة العاكسة، بحيث يكون في نفس الوقت الداخل والخارج، علاقة شمولية متبادلة أو التكرار اللامتناهي لنفس الشيء، والفضاء يتحول إلى وحدة خيالية" (Sami Ali, 1980, p174) فمن خلال مقاربة (Sami Ali) يتضح أنه هناك عوامل تساهم في ظهور مرض من خلال نمط توظيفي خاص يكمن في خلال في الإسقاط مع تواجد انسداد علائقي وصعوبة التمايز مع الآخر، مما يولد لديه صعوبة في الحياة الخيالية وعدم بروزها، فلا يستطيع الشخص إسقاط هواماته على الآخر، وبالتي تكبت الوظيفة الخيالية مما يؤدي إلى الجسدية وظهور المرض.

2-6- أعمال Didier Anzieu

تعتمد مقاربته على الجانب النظري أكثر من الميداني وترتكز أعماله حول الأنا الجلدي (Le Moi-peau)، الذي يتشكل من العلاقات الأولى مع الأم عن طريق الملاطفات والملامسات الجسدية التي يتلقاها الطفل، حيث يؤسس غلاف يحتوي على خزان للجهاز النفسي، ووفق وظائفه فهي تحميه وتعطيه طاقة لتجاوز الاضطرابات، فالأنا النفسي يتطور ويتمايز وينشطر عن طريق الأنا الجسدي (Le Moi Corporel) فالأنا الجلدي من ضمن وظائفه حماية الجهاز النفسي ويعتبر حادا للإثارة من العالم الخارجي (من الصدمات) (Anzieu, 1995) فيرى أن الجهاز التنفسي يتطلب من أجل نموه الحسن، مثيرات منذ الولادة ومنذ الأسابيع الأولى للرضيع، عن طريق الملامسات الأمومية والشخص لديه النزعة في ادماج النفس والجسد ضمن وجدة، مشكلة الأنا الجلدي، هذه النزعة تتطور من خلال التفاعلات مع المحيط وخاصة في الطفولة الأولى.

فيعرف (Anzieu)الربو "أنه محاولة للشخص الإحساس بخلاف أو غطاء مؤسس من الأنا الجسدي من الداخل، بسبب فشل الأنا الجلدي، من خلال نقص المثيرات الجلدية الخارجية (Anzieu,1995, p169)

3- بعض خصائص شخصية المصاب بالربو

رغم اتفاق العلماء الذين عملوا في مجال الربو وفق النزعة التحليلية التي اعتمدنا عليها كمقاربة نظرية في دراستنا، على غرار (F.Alexander) و (P.Marty) (Kreisler) وغيرهم، نستطيع استخراج الخصائص المشتركة لدى مرض الربو من خلال النقاط المتفق عليها.

- لديهم تبعية للأم.
- تناقض وجداني مع الأم.

- عدم تمايز ذاتهم في علاقتهم مع الآخرين.
- ظهور الربو، أو تأزم نوباته خلال الانقطاع في العلاقة مع الأم أو شخص عزيز.
- عدم مقدرتهم على التعبير عن انفعالاتهم.
- قمع الانفعالات المرغوبة.
- تفكير عملي وآلي.
- لديهم فقر في الحياة الخيالية (الحلمية والهوامية).

الخصائص الأربع الأخيرة تمثل سمة الألكستيميا لدى المرضى السيكوسوماتيين والتي سنتطرق لخصائصها خلال الفصل الموالي.

4- المراهقة ومرض الربو

هناك سنوضح خصوصية هذه المرحلة وأثرها على مرض الربو، من حيث الحدة الأعراض. حيث يؤكد (Alvin و Marcelli) على خطورة إصابة المراهقين في سن 13 إلى 14 سنة والتي تؤدي حتى إلى الموت حيث يوضحان "خطر الموت بالربو هو في أوجه خلال هذه الفترة، بسبب الشروط والطبية الخاصة بهذه المرحلة (Alvin et Marcelli, 2005, p62) كما يضيف (Dutan)؛ أنه في المراهقة هي مرحلة إنكار الربو، التخلي عن الأدوية، والدخول في مخاطر (التدخين)، والذي يعتبر عامل خطر رئيسي للربو، حيث أن الربو لدى المراهق تميز فيه نوعين المرضى.

1- حاملين لإصابات تنفسية مهمة تؤدي إلى عجز تنفسي مزمن.
2- ليس لديهم اضطرابات وظيفية مهمة، ولكن خلال التطور، يكون متعلق باضطرابات نفسية، كما يؤكدان على أن هذه العوامل النفسية تؤثر كذلك على الفئة الأولى (Dutan,2002,p74)

إن التأثيرات النفسية للمراهق تنعكس على جسده مع صعوبة التعايش معه، قد ترجع إلى تواجد عوامل اكتئابية مقترنة بمرحلة المراهقة: حيث بين Marcelle"غياب الإرصان من طرف المراهق نفسه لوضعيته الاكتئابية لا تسمح له باستثمار جسده بصفة ايجابية، كذلك تصعب تقلبه لمرضه والعلاج الخاص به (Alvin et Marcelli,2005,p219)

كما يضيف (Marcelli) مجموعة من الملاحظات حول العوامل النفسية الخاصة بالمراهق المصاب بالربو.

- دور الاكتئاب والقلق المنتشر بكثرة في هذه المرحلة والذي من شأنه أن يزيد من حدة المرض ويؤدي إلى زيادة حدة نوبات الربو.

- أعراض أخرى في النشاط المفرط للقصبات الهوائية يمكن أن يظهر في المراهقة، على شكل نوبات الهلع (l'attaque de panique)، والتي يمكن أن تشخص بشكل خاطئ على شكل نوبة ربو.
- ومن بين الصعوبات التي يتلقاها المراهق المريض بالربو:
- صعوبة التأقلم، لديهم صعوبات في مواجهة وضعيات الضغط النفسي، والتأقلم مع المرض وخاصة في مرحلة تأزمه.
- لديهم تقدير ذات منخفض، يترجم من خلال رسم لصورة مشوهة حول ذاتهم، تؤثر سلبا في تفاقم حدة نوبات الربو لديهم كما يضيف (Marcelli) "مرض الربو يولد هشاشة نفسية لدى المراهق، وفي هذا الصدد نلاحظ كثرة محاولات الانتحار لدى المراهقين المصابين بالربو أو بأمراض مزمنة أخرى"

من خلال هذا العرض فإن المراهق المصاب بالربو لهشاشية في هذه المرحلة الحرجة، من خصائص نفسية وتغيرات فيزيولوجية تعتبر كعوامل خطر في تفاقم حالة الربو لديهم، ويصبح أكثر خطورة، لذلك توجب علينا التفكير في ضمان جودة حياة مناسبة لهم، ومرافقة طبية ونفسية مناسبة لهم وخاصة من طرف عائلاتهم، وكذلك ضرورة إرفاقهم إضافة إلى الأدوية بعلاج نفسي تدعيمي للتخلص من مختلف الاضطرابات النفسية والضغوط النفسية التي تؤثر سلبا على حدة نوبات الربو لدى المراهقين.

5- العلاج النفسي للربو

رغم تعدد التقنيات العلاجية وفق المقاربات التي تنتمي إليها كالعلاجات العائلية، وخاصة المقاربة النسقية L'approche Systémique التي حاولت تعديل الأنساق العائلية للمرض السيكوسوماتيين وبالتالي التخفيف من أعراض المرض.

إلا أننا حاولنا توضيح العلاجات وفق القاعدة النظرية للعلماء التي اعتمدنا عليهم وفق المقاربة التحليلية في الأمراض السيكوسوماتية ومن خلال أعمالهم حول الربو؛ على غرار (Knapp, Marty) وآخرون وسنستعرض هنا الإرشادات التي أوصى بها العلماء وكذا التقنيات العلاجية المقترحة التي تختلف بحسب السن ودرجة تآزم مرض الربو.

(Pierre Marty) في كتابه "La psychosomatique de l'adulte" وصنع مجموعة من الشروط والإرشادات الخاصة لعلاج المرضى السيكوسوماتيون، بما فيهم مرضى الربو:

- إقامة علاقة حسنة مع المريض، مع الأخذ بعين الاعتبار الحرص على الاستثمار الحسن للنقلة (le transfert) وتفادي النقلة المضادة (le contre transfert) مع ضرورة احترام صمت ومقاومة المريض ومتابعته تدريجيا.

- وفيما يخص مدة الحصص، أوصى (Marty) بحصة أسبوعيا وأن لا تتعدى مدتها 45 دقيقة، لتفادي الوقوع في الملل وبالتالي تصلب المقاومة وتكوين نقلة سلبية تجاه المعالج.
- أكد على ضرورة فهم التوظيف النفسي للمريض، ومساعدته للتعبير عن انفعالاته وفهمها بصفة أحسن.
- كما نبّه على دراسة نوع أحلام المريض، للفهم الحسن لسيرورة التعقيل لديه وتقييمها مع سير المقابلات.
- تقييم مدى تبعية المريض للمعالج، للتأكد من الخروج من العلاقة التحسيية والتمايز عن الآخر.
- مساعدة المريض على إدراك انفعالاته والتصريح لها. وهذه هي النقطة الهامة وتعتبر حاسمة ومؤشر لنهاية العلاج.

كل هذه النقاط النظرية أصر عليها (Marty) للوصول إلى تحسين نوبات الربو والأمراض الحساسية بصفة عامة (Marty,1990) كما نوه إلى فعالية طرق الاسترخاء في التخفيف من نوبات الربو.

(Knapp) قدم مجموعة من المقترحات لعلاج أزمة الربو والتي تحدث أساسا على تشجيع المريض للتعبير عن حالاته الانفعالية وخاصة المتعلقة بالقلق والخوف.

ثم اقترح بعد ذلك بأن يساعد المعالج للمريض بالربو في التعبير عن غضبه، لتجاوز شعوره بالذنب واكتسابه لمهارة فهم نفسه وفهم الآخرين بصفة أكبر.

وفي الأخير أوصى بجعل المريض أكثر حرصا ووعيا ببعض الأنماط الانفعالية السلبية في حياته والتي يمكنها أن تزيد من حدة الربو لديه (Luminet, Verineulen, Grenberg, p39).

5-1- الاسترخاءLa relaxation : لقد أجمع العديد من العلماء على فعاليتها في التخفيف من نوبات الربو.

5-1-1: طريقة Training autogène Schultz تعتمد على الإيحاء، التركيز والتنفس العميق مع الوعي بأعضاء جسد المريض، عن طريق الإحساس بالحرارة، الثقل، نبضات القلب، التنفس العميق وكذا برودة الجبين.

فحيث أوضح (M'Uzan) عمل مع (Marty) وأوضح فعالية هذه الطريقة وعند استخدامها بطريقة حسنة فسيصبح لها طابعا علاجيا وتخفف من ظهور أزمة الربو كذلك استخدامها مع طريقة De Ajuria Guerra، تعطي نتائج فعالة وتساهم في اختفاء نوبة الربو لمدة أطول (M'uzan ,1981)

كذلك طريقة (M. Spair) في الاسترخاء، وهي طريقة معدلة على تقنيةShultz ، حيث أثبتت فعاليتها في التخفيف من حالات الربو (النابلسي، 1992، ص40).

5-2: السوفرلووجيا La sophrologie

وقد شهدت انتشارا واسعا في فترة السبعينيات والتي أسسها طبيب الأمراض العقلية الاسباني (ذو الأصل الاكولومبي) (Alfonso Caycedo) والتي تصل بالمريض إلى حالة بين النوم واليقظة (Etat-Sophro-liminale) وذلك عن طريق الاسترخاء الدينامي La Relaxation Dynamique وفق درجات معينة تختلف عن طريقة Shultz، والتي أثبتت فعاليتها في علاج قائمة من الأمراض السيكوسوماتية بما فيها الربو (Etchelecou, 2007).

5-3- التنويم: l'hypnose

بين فعاليته في التخفيف من النوبات الحادة للربو، لكن يجب تكرير الجلسات لكي تعط نتائج حسنة على المدى الطويل McLean طبق التنويم على مجموعة من الأطفال المصابين بالربو، وبينت نتائجا ايجابية على معظم الأطفال الذين تم الاستماع لهم بطريقة موضوعية وذاتية.

حيث أكد أنه في معظم الحالات كانت أزمات الربو هي عبارة عن تعويض لأزمات الغضب (Haynal et pasini, 1978, p122).

5-4- العلاج بالموسيقى (La Musicothérapie)

أثبتت فعاليتها من خلال ردود الفعل الايجابية على ريتم التنفس لدى مرضى الربو.

حيث بين الباحث في هذا المجال (J. FfryRody) في جامعة أوهايو، مدى فعالية استخدام موسيقى هادئة في علاج بعض الأمراض السيكوسوماتية، ومن بينها الربو (النابلسي، 1992، ص41).

من خلال هذه العلاجات و تنوعها وفق المقاربة المنتهجة لكن ترجع فعاليتها إلى مدى اتقان الممارس للطريقة العلاجية وكذا فهمه العميق لمريض الربو وخصائصه النفسية.

خلاصة

وضحنا مرض الربو من الناحية الطبية، الأعراض والعوامل المساهمة في ظهوره، وكذا علاجه. ومن الناحية السيكوسوماتية فقد اتفق العلماء على بعض العوامل والخصائص التي تميز مرضى الربو، كاضطراب العلاقة مع الأم والتناقض الوجداني معها .

كذلك يتسم مرضى الربو، بصعوبة في التعبير عن انفعالاتهم وكذا قمعهم لها، مع محدودية الحياة الخيالية والحلمية لهم، هذه الخصائص تعرف بمصطلح الألكستيميا l'alesxitymie والتي سنعرفها بالتفصيل وتوضيح خصائصها في الفصل الموالي.

مراجع الفصل

- OMS.(2019).l'asthme.repéré sur le site : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/asthma
- Gina,(2020),retiré du site : https://ginasthma.org/
- جون أيرس.(2013). الربو(هنادي مزبودي،مترجم).الرياض، السعودية: دار المؤلف
- Boutin, H. et Boulet, L.P. (1993), Comprendre et maîtriser l'asthme. Paris : Presses Université Laval.
- Chateaux, V.(2007). Perception de la maladie chez des enfants asthmatiques et leurs parents. Revue Enfance; Psychologie, Pédagogie, Neuropsychiatrie, Sociologie 59(2)
  DOI:10.3917/enf.592.0161
- Bigot,S(2010). Le rôle du stress dans la lombalgie chronique, l'asthme et l'obésité: Approches biologiques et approche psychosomatique, France, Editions Universitaires Européennes.
- Berger, p. et autres.(2017), Ultrastructure mitochondriale du muscle lisse bronchique chez l'asthmatique sévère et non sévère : étude quantitative en miscroscopie électronique à transmission. Revue des Maladies Respiratoires. Volume 34, p A26-A27 doi.org/10.1016/j.rmr.2016.10.056 .
- حبيب دراجي.(22 ماي 2017).الربو و أمراض الحساسية. جريدة الوطن، ص.12
- عبد الباسط كتفي،(2021)، الربو استرجع من موقع https://elhiwar.dz/featured/203533/
- مرزاق غراووط.(2013)، انتشار الربو في الجزائر.جريدة المساء، ص. 22 .
- INSEE :(2003), Prévalence de l'asthme chez l'adolescent en France, retiré par le site : https://www.em-consulte.com/article/223989/prevalence-de-lasthme-chez-lenfant-en-france, (05.12.2020)
- White, P.H, Cooley, W.C.(2011). Supporting the Health Care Transition From Adolescence to Adulthood in the Medical Home. USA :National library of Medicine
  DOI: 10.1542/peds.2018-3610
- Prudhomme, A.(2016). Maladies respiratoires : BPCO et asthme in Traité de santé publique. France : Lavoisier.

- Dutau, G.(2002), Guide pratique de l'asthme de l'enfant, France, Elsevier Masson.
- Molina, C. (1995) : L'allergie à l'aube du troisième millénaire. Paris. Eurotexte
- Ranty, Y. (1994) : Les somatisations. Paris :L'harmattan.
- Luigi, o.(2001). Prévention de la chronicité en psychosomatique : approche systémique de l'asthme infantile. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 2001/2 (no 27). de Boeck Supérieur, p 167-192.
- Alexander, F.(1970).la médecine psychosomatique. Paris : Payot.
- French, T.M et Alexander, F.(1941).psychogenic factors in bronchical asthma, Washington :national research concil,
- Luminet, O.(2013), L'alexithymie - Comment le manque d'émotions peut affecter notre santé. Bruxelles : De Boeck.
- Knapp, P.H(1963). Asthmatic Child. New york : Harper and Row.
- Knapp, P.H, Muschatt, C., et Nemetz, S.J.(1966).Asthma, Melancholia and death.Psychosomatic Medecine,19,443.
- Kreisler,L.(1992), la psychosomatique de l'enfant,PUF
- Marty,P.(1990).**la psychosomatique de l'adulte**, France, Presse universitaire de France.
- Marty,P.(1998). L'ordre psychosomatique.France, Payot.
- Sami-Ali ,M(2004), De la projection , France, Dunod.
- Sami-Ali ,M(1980), Le banal, France, Gallimard.
- Anzieu ,D et Séchaud, E.(1995).**le moi peau**, France,Dunod
- Alvin, P. Marcelli,D.(2005), Médecine de l'adolescent, France, Elsevier Masson
- M'uzan, M. (1981), Relaxation et psychanalyse, Revue française de psychanalyse, Vol. 45, 2, p. 379-390.
- محمد أحمد النابلسي.(1988)، مباديء البسيكوسوماتيك و تصنيفاته، الجزائر، دار الهدى.
- Etchelecou, B. (2007). Comprendre et pratiquer la sophrologie. France : InterEditions.
- Haynal, A., et Pasini, W. (1978). Abrégé de médecine psychosomatique : Masson.

الفصـل الثالث

الألكتسيميا لدى المراهق المصاب بالربو

تمـهيد

1-نبذة تاريخية عن نشأة الألكستيميا

2- مفهوم الألكستيميا

3- أبعاد الألكستيميا

4-أنواع الألكستيميا

5-النظريات المفسرة للألكستيميا

6-طرق قياس الألكستيميا

7-علاج الألكستيميا

خلاصة

تمهيد

إن الألكستيميا هي سمة خاصة بالمرضى السيكوسوماتيين تمتاز بمجموعة من الخصائص وتتمثل أساسا في الفقرة في التعبير عن الانفعالات أو صعوبة في التعبير عن الانفعالات لفظيا، قد تكون هذه السمة مرتبطة بطبع الأشخاص ولكن هناك مميزات خاصة في مضمونها تكون كسمة خاصة بالمرضى وسنفصل في خصائص مفهومها في هذا الفصل.

1- نبذة تاريخية عن نشأة الألكستيميا

إن الظهور الحقيقي لهذا المفهوم جاء مع أعمال، (Sifneos) في سنة 1973، لكن قبل ذلك فقد سبقته ملاحظات لعلماء حول هذه السمة والمتمثلة في وجود بعض الأفراد يتصعون بصعوبة في التعبير عن انفعالاتهم، وكونها مفهوم خاص بحقل الأمراض السيكوسوماتية.

فبدأت هذه الملاحظات في مدرسة شيكاغو بريادة (Alexander) ثم بعد ذلك في سنوات الخمسينات، في مدرسة باريس بريادة (Marty) ففي الأربعينيات وضح (Alexander) في تفسيره للعوامل المساهمة لظهور الأمراض السيكوسوماتية وفقا لفرضيته الأساسية المتمثلة في قمع الانفعالات للمرضى، أي عدم إبراز الوجدانات المناسبة والانفعالات في اللحظات المناسبة، مم يؤدي إلى ظهور أمراض جسدية ذات تعابير رمزية فيما بعد (Alexander, 1970)

ثم اهتم (Rausch, 1948)، من خلال ملاحظاته لمرضى يعانون من أمراض سيكوسوماتية، وآخرون يعانون من تناذر ما بعد الصدمة (ESPT)، فخلص إلى مجموعة من الخصائص المشتركة وتتمثل في عدم النضج وطريقة تفكير طفولية مع تبعية للراشد، كذلك توجد لديهم طريقة تفكير تسم بنقص في التعبير اللفظي والرمزي عن العواطف.

ولاحظ أيضا غياب الخيال، كما يستعملون في تعبيرهم اللفظي قنوات جسدية (Taylor et al, 1997) ولاحظ Maclen(1949) أن العديد من المرضى تظهر عليهم عدم القدرة على التعبير عن المشاعر، حيث أن العجز يظهر من خلال الاستخدام الرمزي للكلمات والمشاعر المؤلمة تجد التعبير الفوري من خلال مسارات لا إرادية، وبالتالي تؤدي إلى تغيرات فيزيولوجية والتي تؤدي إلى المرض العفوي.

وفي أوائل الخمسينيات وصف (Kelman, Horney) خصائص مشتركة عند بعض المرضى النفسجسديون كانوا يستجيبون بسوء معاملة نفسية تتمثل في نقص الوعي العاطفي، والتفريغ الانفعالي بسبب ندرة التجارب الخارجية وأن هؤلاء المرض عرضة للإصابة بالأمراض السيكوسوماتية.

وفي بداية الستينيات في مدرسة باريس؛ المحللين النفسيين Michel De M'uzan و Pierre Marty أول من قام بخطوة حقيقية نحو تكوين مصطلح الألكستيميا حيث اقترحا مصطلح "التفكير العملي" La Pensée Opératoire من أجل وصف الأنماط العاطفية والمعرفية الخاصة بالمرض السيكوسوماتين وتتمثل أساسا في فقر الحياة الخيالية، الهوامية والحلمية، كذلك السمة الواقعية والمنفعية، والتفكير الموجه نحو الحاضر، (Marty, 1968).

وفي السبعينيات في بوسطن قام العالمان (Peter Sifnéos) و (John Nemiah)، وهما طبيبان عقليان، وفي دراسة لهما بغرض فهم التعبير عن الانفعالات ومحتوى التفكير لدى 20 فردا مصابا باضطراب سيكوسوماتي، حيث استخدما المقابلات الحرة والتي أجريت لتحفيز التداعي الحر والتعبير عن هوامات هؤلاء المرضى، فقد لاحظ الباحثين تقييد ملحوظ في التعبير عن الانفعالات وصعوبة كبيرة في ايجاد الكلمات لوصف الانفعالات، بالإضافة إلى انخفاض واضح في الحياة الهوامية عند 16 مريضا.

كما لاحظوا أيضا عند العديد من المرضى انفجارات انفعالية شديدة وسريعة، كنوبات بكاء والتي تبدأ وتنتهي بصورة فجائية وأثبتوا أنهم غير قادرين على تحديد سبب هذه الانفجارات العاطفية (Ouelet, 1996).

وفي سنة 1973 أطلق (Sifneos) مصطلح الألكستيميا ذو الأصل اللاتيني والذي يعني غياب الكلمات من أجل وصف الانفعالات، كما أشار أن المعنى الالكلينيكي للألكستيميا هو ليس غياب الكلمات كما هو موضح في المعنى الاشتقاقي للمصطلح لكنه تناذر يتميز بخاصية أساسية تتمثل في صعوبة ايجاد كلمات للانفعالات. ولم يعرف هذا المصطلح انتشارات وتداولا في البداية، لأنه لم يدرج في التصنيفات العالمية للاضطرابات النفسية ولكن خلال الثلاثون سنة الأخيرة، عاد مصطلح الألكستيميا للظهور والاستعمال الواسع في حقل الطب النفسجسدي، وكذلك مع اضطرابات أخرى، فتدرس كسمة عند أنواع المرضى السيكوسوماتيون وحتى عند المدمنين وغيرهم.

فظهرت دراسات كثيرة تهتم بالألكستيميا.

2- مفهوم الألكستيميا

2-1- المفهوم اللغوي: إن مصطلح الألكستيميا كما اشتقه Sifnéos هو ذو أصل يوناني يتكون من ثلاثة أجزاء:

a=absence: وتعني نقص، غياب، دون، عجز.

Lexis=mot: كلمات.

Thymos=emotion: انفعال

وتعني عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات بالكلمات (Tychey, 2010, p179)

2-2-المفهوم الاصطلاحي

يعرفها Sifnéos بأنها "فقر في الحياة الهوامية مما تؤدي إلى شكل من أشكال التفكير النفعي، فالميل إلى استخدام الفعل لتجنب الصراعات والوضعيات المهددة، بالإضافة إلى تقييد واضح في التعبير عن الانفعالات وخاصة صعوبة العثور على كلمات لوصف الأحاسيس" (Sifnéos, 1973)

وهذا يعني أن الألكستيميا هي عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات لفظيا ومحدودية الحياة الهوامية ومكون معرفي متمثل في أفكار ذات محتوى عملي واللجوء إلى الفعل.

كما يعرفها (Sifnéos) على أنها "تثبيط عاطفي يتمثل في عدم القدرة على إنشاء تواصل بين الانفعالات والأفكار والهوامات المرافقة لها"

وهذا التعريف يبين أن الألكستيميا هي صعوبة عاطفية في ربط الانفعالات بالأفكار والهوامات المناسبة لها.

يرى Nemiah أن الألكستيميا "هي عدم القدرة على تمييز ووصف الانفعالات لفظيا، حياة هوامية محدودة ونمط معرفي عملي موجه بالدرجة الأولى إلى الأعراض الجسدية والعناصر الواقعية الخارجية (couture, 2010, p14).

وهذا التعريف يتفق مع تعريف Sifnéos، حيث يشير إلى أن أعراض الألكستيميا تتمثل في عدم القدرة على تمييز ووصف الانفعالات وعدم اللجوء إلى الهوام والاتجاه نحو الجسدنة، بالإضافة إلى الاستغراق في التفكير بالأحداث الخارجة عن نطاق الذات.

أما (Luminet) فيرى أن "الأكستيميا ترجع إلى القصور في المعالجة المعرفية للانفعالات ويشير إلى الصعوبة في التمييز بين الانفعالات والتمييز بين الانفعالات والإحساسات الجسدية الناتجة عن الاستثارة الانفعالية وصعوبة الإحساس بانفعالات الآخرين وقلة عمليات التخيل والأسلوب المعرفي الذي يتسم بالبساطة والنفعية والتوجه خارج الذات" (Luninet, 2006, p114).

يتفق هذا التعريف أيضا مع Sifnéos، على أن أهم مظاهر الألكستيميا تبدو في صعوبات التمييز بين الانفعالات ووصفها بأسلوب لفظي، مع صعوبة التمييز بين المشاعر والأعراض الجسدية

الناتجة عن بعض الحالات النفسية وقلة عمليات التخيل والأسلوب المعرفي الموجه نحو الخارج، لكن يضيف هذا التعريف أن هذه المظاهر ترجع إلى القصور في المعالجة المعرفية للانفعالات.

أما Goldman (2010) فيصف المفهوم لدى الأفراد الذين يفتقرون للكلمات التي تعبر عن مشاعرهم ومن ثم يبدون كأنهم بلا مشاعر على الإطلاق، وينقصهم الخيال والأحلام وأحلام اليقظة وأن أحلامهم لا لون لها، فهم بلا حياة عاطفية على الإطلاق، وتتمثل الأعراض الإكلينيكية لهؤلاء الأفراد؛ صعوبة وصف مشاعرهم للآخرين، افتقارهم الشديد للمفردات العاطفية، عجز القدرة على التمييز بين الانفعالات المختلفة مثل عدم القدرة على التمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية، فهم مثلا يقولون أن معدتهم تعاني الاضطرابات وتتسارع دقات قلوبهم وأنهم يتصببون عرقا ويشعرون بالدوار، لكنهم لا يعرفون أنهم قلقون ومن النادر أن يبكون ولكن إذا بكوا فإن دموعهم تنهمر بغزارة، ويضيف أن كل هذه الخصائص تشير إلى أن هؤلاء المرضى تنقصهم المهارات الأساسية للذكاء الانفعالي.

لقد أضاف (Goldman) على الباحثين الآخرين نقص الأحلام وكونها بلا لون، أي جامدة بالإضافة إلى التركيز على الأعراض الجسدية وأزمات البكاء الشديدة كما أكد على أن هذا راجع لنقص في الذكاء الانفعالي (Goldman) كما يبين كلا من Porcelli وMeyer على أن الألكستيميا هي مجموعة من الخصائص المعرفية والوجدانية السلبية من أهمها: صعوبة التعرف على الأحاسيس والمشاعر الذاتية وكذا صعوبة وصفها أو التعبير عنها بالكلام مع صعوبة التمييز بين الحالات الانفعالية المختلفة، وضعف القدرة على تنظيم المثيرات الانفعالية اللفظية وغير اللفظية، محدودة الخيال، ونمط معرفي يتميز بالاستغراق في التفاصيل الخارجية للأحداث أكثر من التركيز على المشاعر (Tychey,2010).

فأضاف هذان الباحثين أن الألكستيميا تعتبر متغيرا معرفيا وجدانيا.

ومن خلال هذه التعاريف نستنتج أن الألكستيميا هي عبارة عن سمة تتميز بمجموعة من الخصائص المعرفية والعاطفية من حيث؛ صعوبة تحديد المشاعر والتواصل بها، خلل في القدرة على التمييز بين الأحاسيس الجسدية والمشاعر المرتبطة بالاستثارة الانفعالية، حياة هوامية محدودة وفقيرة مع فقر في الحياة الحلمية (عدم القدرة على تذكر الأحلام، أحلام عملياتية فقيرة المحتوى، وأحلام تكرار الأحداث اليومية). بالإضافة إلى نمط تفكير موجه نحو الواقع والحاضر. مع استثمار الحديث حول الأعراض الجسدية فقط.

3- أبعاد الألكستيميا

تشترك العديد من الدراسات حول تعريف الألكستيميا كمفهوم متعدد الأبعاد، ضمن أربعة محاور: محور مكونات انفعالية متمركزة حول تعريف وتحديد وتمييز الانفعالات ومن جهة أخرى محور مكونات معرفية متمركزة حول صعوبة التخيل وفقر في الهوامات وفكر عملي ملموس يعتمد على الواقع، فالبعدين الأولين يتوافقان مع اضطراب الوجدان، لكن البعدين الأخيرين، قد وصفا في مجال التحليل النفسي بمصطلح التفكير العملي الذي طوره كلا من M'uzan و Marty فالألكستيميا هي سمة تتضمن 04 خصائص أساسية تتمثل في:

3-1- صعوبة في وصف وايصال المشاعر للآخرين: وتتمثل في عدم القدرة على التعبير اللفظي للانفعالات، فالعامل الحاسم والمحدد للألكستيميا هو العلاقة بين الانفعال واللغة حيث يجد الفرد نفسه يعاني من حبسة انفعالية ومحدودية في التعبير اللفظي وهذه هي الميزة الأساسية لتشخيص الألكستيميا (Farges, 2000, p50)

حيث يظهر الفرد تظاهرات جسدية تعبيرات رمزية عن الانفعالات، مثل أعراض جلدية، آلام في المعدة ... فبدل التعبير اللفظي، فتظهر لديهم الاستجابات الفيزيولوجية والسلوكية.

3-2- عدم القدرة على تحديد المشاعر وتمييزها عن الأحاسيس الجسدية: الأفراد الألكستيميون يفشلون في التمييز بين مشاعرهم وأحاسيسهم الجسدية، فالوصف اللا متناهي للأعراض الجسدية (المرض)، يرتبط بعدم القدرة على التمييز بوضوح للأحاسيس الجسدية، فهم يصفون الأعراض الجسدية كمحاولة للتعبير عن أحاسيسهم التي لم يتمكنوا من تحقيقها فلديهم ميل للإبلاغ عن شكاوي جدية.

3-3- فقر في الحياة الهوامية والخيالية، الأشخاص الألكستيميون لديهم محدودية في الحياة الهوامية والخيالية والتي تتضح من خلال الدراسات الخاصة بالأحلام لديهم، نتبين أن الفرد الألكستيمي قليلا ما يحلم أو يتذكر أحلامه ومحتوى أحلامه فقير وواقعي وآلي، فأحلام اليقظة كالهوامات قليلة، حيث يظهر لديهم بصفة جلية اضطرابات في التذكر، السرد أو تواتر الأحلام فاستحالة رؤية الأحلام أقرب إلى صعوبة الحديث عن المشاعر فالفرد يحلم بدون شك، لكنه لا يستطيع أن يعبر عن محتواها، فحسب (Pidienelli,1992)، يبدو من الصعب الفصل بين ضعف النشاط التخيلي وبين النشاط التخيلي العادي الذي لا يمكن وصفه من طرف الفرد .

3-4- تفكير موجه نحو الخارج (فكر بمحتوى عملي): الأشخاص الألكستيميون لديهم ميل للوصف الدقيق المتعلق بأحداث التي أنتجت لهم انفعالات، غير أنهم لا يعبرون عن هذه الانفعالات.

فالوصف المفصل للوقائع يسجل كجزء من إطار التوضيح العاطفي للخطاب وجفاء سردي، تراكم السرد الواقعي وبدون هوام أو خيال أو رمز، مع الميل لوصف الظروف المحيطة بالأحداث، فالفقر الوجداني يؤثر على خطاب المتكلم فهذا الخطاب الواقعي لا يحمل بالضرورة على المجال الجسدي، ولكن يمتد إلى مواضيع أخرى شريطة أن هذا لا يثير البعد العاطفي، فهو خطاب يبدو أنه يعكس الفكر الملموس المحض، الذي يخص التفكير العملي. (Farges, 2000, p50)

أما Mc Milan(2003) فقد حدد خمسة أبعاد للألكستيميا على النحو التالي: صعوبة وصف الأحاسيس والمشاعر الذاتية – صعوبة التمييز بين هذه الأحاسيس والأحاسيس الجسدية التي تصاحب الاستثارة الانفعالية، نقص في القدرة على الاستبطان، الانسحاب الاجتماعي، ضعف القدرة على تذكر الأحلام وضآلة الخيالي (Luminet, 2006).

4- أنواع الألكستيميا

إن أعمال Frey Berger (1977) الخاصة بانتشار الألكستيميا في الأمراض السيكوسوماتية، ففرضيته تتمثل في أن الألكستيميا تعتبر كعامل خطر للتعبير عن الأمراض السيكوسوماتية، قد وضعت بالتوازي مع الفرضية التي اعتبرت الألكستيميا كشاهد على استراتيجية مواجهة، وكميكانيزم تكيفي في مواجهة مواقف الحياة المجهدة، فمن هذه الملاحظات اقترح Berger أن هناك نوعين من الألكستيميا، الأولية والثانوية وقد استأنف Sifnéos ما بين 1988 و 1994 البحث حول هذا الموضوع بعد Berger (Jaouanne, 2006)

4-1- الألكستيميا الأولية: وهي المدعمة بفرضية العامل البيولوجي الفطري، والمهيئة لظهور وتطور اضطراب سيكوسوماتي مع فقر في التعبير الانفعالي، وهذا النوع من الألكستيميا متمرد على العلاجات وثابت مع الزمن.

فمن هذا المنظور فالألكستيميا هي سمة في الشخصية ذات أصل عصبي، بيولوجي لدى البعض، ومن خلال توسيع معنى المصطلح يمكن اعتبار الألكستيميا ليست كسمة فقط، لكن كنوع من الشخصية المستقلة والتي تنتمي إلى مجموعة الشخصيات المرضية، فهي ذات بعد بنيوي (Farges, 2000).

4-2- الألكستيميا الثانوية: حسب Montreui(1991) فإن الألكستيميا الثانوية، قد عرّفت على أنها حالة ثانوية ناتجة عن مرض نفسي أو جسدي شديد (الأورام والسرطانات، الانعاش، أمراض جسدية خطيرة أو نفسية ...) أو عن طريق صدمة نفسية مهمة، ففي هذه الحالات فالألكستيميا تتوافق مع ميكانيزم يسمح بوظيفة التكيف في مواجهة الوضعيات الشديدة.

وقد أشار Fusuniali(1997) إلى وجود علاقة بين الاختلال الوظيفي في علاقات الطفل مع الأسرة والألكستيميا؛ حرمان من رعاية الأم عدم الاشباع العاطفي، قلق من الانسياق الاجتماعي والحرص على التوافق الاجتماعي، تجنب المشاكل، تعد من بين العوامل المساهمة في تطوير صفات الألكستيميا.

وبعبارة أخرى فإن الألكستيميا تعد بمثابة آلية دفاع لحماية الفرد من معايشة انفعالية في الحالات الهشة. وأصله كان في اضطرابات النمو النفسية والمعرفية (Jouanne, 2006, p203) وقد ميز Berger بين نوعين من الألكستيميا الثانوية العابرة والتي تنخفض عندما يشفى المريض ودائمة في حالة الأمراض المزمنة أو ما بعد الصدمات، فالألكستيميا الثانوية ليست بمتغير طبعي لكنها نتيجة للاجهاد، وقد يكون لها دور مماثل لسيرورات التعايش والتي تسمح بإدارة القلق الناتج عن تلك الحالات.

فالألكستيميا الثانوية تشهد على نشر وضع التكيف كنوع من "أقل الضرر" من أجل مواجهة وضعية مجهدة، فالتخطيط المكون يكون مركزا على الاهتمام بالحياة اليومية فإعادة توجيه الانتباه يؤدي إلى خلق شاشة انشغالات يومية والتي تسمح للفرد بالبقاء أصما بالنسبة للألم أو للاحباط الذي يشعر به.

أما Jacob(1999) فاقترح أن الألكستيميا تعتبر تكيف للنظام المعرفي للفرد للقيود التي تفرضها الوضعية المعاشة، عندما تصبح هذه الأخيرة غير مواتية للفرد، فالجوانب العاطفية للواقع اليومي للحقائق على عكس الألكستيميا الأولية التي هي بنيوية، فالشكل الثانوي له بعد وظيفي إن العياديون يميزون بين الألكستيميا سمة والألكستيميا كحالة، بالنظر للبعد الزمني دون النظر إلى السيرورة الوبائية فإن الحالة تكون مؤقتة ومرتبطة بوضعية معينة خلافا للسمة التي تكون ثابتة ومستمرة مع الزمن.

فحسب الظروف والشخصية، فالوظيفة الألكستيمية تتفق إما مع الحالة أو السمة، وفي الواقع فإن الثنائية (أولية–ثانوية) و(سمة–حالة)، تتداخل مع كيانات عيادية متقاربة، لكن هي مفاهيم مختلفة من حيث السببية المرضية، كذلك يثار الجدل حول مسألة النماذج المتعددة الأبعاد والفئات.

فإن اعتمدنا على المقاربة الفئوية، فيتعلق الأمر إذا بظاهرة الكل أو اللاشيء، فإما إننا ألكستيميون أم لا.

أما بالنسبة للمقاربة المرتكزة على الأبعاد فهي تعتبر الألكستيميا كظاهرة مستمرة بشدات متغيرة، فالألكستيميا توجد بنسبة ضئيلة لدى الأفراد اللذين لا يبدون كل خصائصها، وشدة الألكستيميا، تكون متناسبة مع نتائج سلم الألكستيميا (TAS–20) فنتائج الألكستيميا يمكن أن تنخفض أو ترتفع حسب الظروف التي يمربها الفرد (Farges, 2002)

ومما سبق فإن الألكستيميا قد تكون أولية أو ثانوية الأولية تعتبر كسمة خاصة بالمرض السيكوسوماتية، والألكستيميا الثانوية تكون كحالة أي كرد فعل لمرض نفسي أو عضوي أو مجموعة من المواقف المجهدة.

نستطيع أن نعتبر كذلك أن الألكستيميا الأولية كعامل خطر والألكستيميا الثانوية كعامل حماية.

5- النظريات المفسرة للألكستيميا

سنستعرض هنا أهم النظريات كل وفق المقاربة التي ترتكز عليها من خلال تفسير العوامل المساهمة في ظهور الألكستيميا

5-1- نظرية التحليل النفسي: تركز نظرية التحليل النفسي على مرحلة الطفولة ومختلف الصراعات الحادثة فيها وأصلها في تكون الاضطرابات وبروز ملامح شخصية الفرد مستقبلا، بالإضافة إلى أهم العلاقات بين مصطلح الألكستيميا وبعض المصطلحات التي لها علاقة مباشرة من حيث الحقل السيكوسوماتي ذو النزعة التحليلية.

5-1-1- أهمية العلاقات المتبادلة المبكرة في تطور الألكستيميا: لقد أشار Kreisler (1988)، أن الخلل في دور الأم له علاقة بتطوير القدرة على الخيال والهلوسة عند الطفل والذي يمكن أن تكون ممهدة لتطوير الألكستيميا لديه مستقبلا.

وبالنسبة (Mc Dougall, 1989) فإن طريقة عمل الألكستيميا تبقى مرتبطة بطريقة وثيقة مع الوضعيات الأصلية للطفل الغير قادر على التمثيل النفسي، وهذا ما يؤكد على الجسد في مدى تبعيته لجسد الأم، فمنذ العلاقات الأولى المبكرة (أم – طفل) لتصميم تمايز الفرد، فاستدخال موضوع الأم يكمل ربط الطفل مع حقيقة العالم الخارجي، وهذا ما يحد من حقيقته ووحدته النفسية والجسدية بوساطة الأم، وهكذا فإعداد المعاش الجسدي يقترن مع سيرورات التمايز ومع نوعيته العلاقة الموضوعية (Corcos et Jeammet, 2003).

إن التوظيف الألكستيمي لدى الأفراد غالبا ما يكون مرتبط بخلل في Holding (كمية الملاطفات والرعاية الأمومية الكافية للطفل لتفادي الحرمان العاطفي) وكذا Handling(نوعية الرعاية الأمومية المناسبة للطفل)، عند مواجهة الرضيع لتجارب متناقضة (حب وكراهية)، والذي لا يمكنه استدخاله، وبالتحديد خلل في حد الإثارات، فالأحاسيس الجسدية غير المناسبة الوضع في وضعيات الحرمان العاطفي، وهذا ما يوافق الوصف الكلاسيكي للحرمان العاطفي لـ Spitz(الاستشفاء) أين يكون خطر الجسدية كبير، فهذا الاقتصاد الجسدي يتميز بفيض الجهاز الصاد للإثارات بسبب خلل تعديلي مبكر

وكأن الخصوصيات الشخصية للرضيع تصبح متأخرة بالنسبة لما تنتظره الأم أو لما تستطيع أن تتحمله (Mc Dougall,1991).

فبعض الأجزاء الكبيرة من التجارب العاطفية لهؤلاء الأفراد مع الأم، لا يمكنها استدخال بنماذج عاطفية ومعرفية في العلاقات وهذا ما يحدد المحدودية في التعرف مقابل القيمة الواسعة للعواطف والانفعالات غير المستقرة في الأصل.

فعدم قدرة هؤلاء الأفراد على تحديد والتعرف على بعض التجارب الانفعالية وخاصة على التمييز بين الإحساسات الجسدية التي تجبرهم على اللجوء إلى استراتيجيات بديلة فعالة (تتميز فقدان السيرورات الثانوية)، وهذا ما قد يسهل الوقوع في سلوكيات التبعية أو فقدان للموضوع (انفصال، فقدان، حداد، ...) فيفرز التعويض الحقيقي على نمط أو تنظيمة سيكوسوماتية.

فالألكستيميا هنا تتدخل على أنها عملية تجميد انفعالي والذي يترك المجال لبؤرة النزوة غير المعقلة، وغير المرضة (Corcos, et Jeannet, 2003).

إن هذا الفراغ في العلاقة مع الأم ونقص التفاعلات يولد نمط ونوع من الجمود الانفعالي للفرد مستقبلا وتولد لديه سمة الألستيميا، كخاصية أساسية للتنظيمة السيكوسوماتية التي يبينها الفرد وتترجم على شكل مرض سيكوسوماتي.

5-1-2: ميتاسيكوباتولوجية الألكستيميا: وهنا سنستعرض عمل الجهاز النفسي من الناحية الاقتصادية الدينامية والموقعية بالنسبة لتفسير الألكستيميا.

فقد اعتبر Goybod(2003) أن الألكسيميا كآلية دفاع شديدة الارتباط بالنمو السيكوسوماتي المرضي منذ المراحل الأولى لتطور الجنين.

أما Mc Dougall (1991)، فقد اعتبر الألكستيميا كميكانيزم دفاعي يسمح للفرد منذ الطفولة الأولى تجنب قلق فقدان الموضوع والذي لم يتمكن من تمثيله بسبب غياب الاستدخال الكافي للموضوع الجيد للأم.

فحسب هؤلاء العلماء فالألكستيميا هي ميكانيزم دفاعي مكون من سيرورة الإنكار، تقمص اسقاطي، انشطار يسمح للفرد بقطع صراعاته النفسية وتجنب خطر النكوص إلى الوضعية (الفصامية شبه عظامية)، حيث وصفتها Melanie Kleinعلى أنها سيرورات دفاعية لا تحلو من استدعاء الميكانيزمات الهومية التي وصفتها والتي تتميز بغياب الانتعاش والانفعال لدى الفرد.

فكما أكد Dougall، يمكن اعتبار سيرورة الألكستيميا تتموقع أدنى الميكانيزمات الدفاعية الاكتئابية، وهذا يعود إلى بعد مركزي أكثر قدما في تكوين الأنا وليس مجرد عرض لصدمة نفسية، فالصدمة التي تولد سيرورة تكاملية (إثارة – قمع) يعزز أكثر دفاع ألكستيمي عند الفرد الهش فهي السيرورة التطورية من السوي إلى المرضي، فإن الألكستيميا تحتل مكانة أساسية، فهي في مكانة أولية في النمو السوي البدائي أين النشاط النفسي للفرد ينشأ ويتطور وفقا للغذاء الموضوعي (القيمة العاطفية والقدرة على الأحلام عند الموضوع)، وبالتالي في القيمة الوظيفية في طبيعة العلاقة التي يقيمها مع الفرد. فإن نكص الفرد إلى هذه الوضعية البدائية، فهذا يعني أن العلاقات الأولية المكونة كانت مغذاة نوعا ما على تفاعلات عاطفية مشقة بالحرمان (Corcos et Jeannet, 2003).

فالألكستيميا الأولية حسب Marty تشير إلى تثبيت في الوضعية المركزية أما الألكستيميا الثانوية فهي تعود إلى حركة نكوصية إلى هذه الوضعية التي تكون فيها درجة التفكير تساوي الصفر بمعنى أن الاستجابة تكون أساسا إما حركية أو سيكوسوماتية قبل أي استجابة للغة، وهذا يتوافق مع الموقف السيكوسوماتية الأساسي للمدرسة السيكوسوماتية لأصل النمط الحياتي العملي فحسب Mc Dougall(1963) فالطفل قبل (الكلام)، تعلم الكلام فهو بالضرورة ألكستيمي، فالرضيع يؤكد أكثر أنه يفكر في فقدان الموضوع والربط، فردة فعل الرضيع تكون نفسجسدية (بما في ذلك بيولوجية)، إذ استمر الغياب مدة أطول ولم يعوض، فيكون هناك استخدام لسيرورات الإشباع الذاتي من شأنها أن تمكنه من الانتظار في رضا هو سبب للرغبة في أحاسيس جسدية ذاتية (بسيطة وشبيهة بالتوحد).

كما قام Tustin(1989) باستئناف أعمال M.Klein حيث طور مفهوم حواجز التوحد عند العصا بين التي تحمي المناطق العمياء من التطور قد يصبح كبسولة التوحد في أعماق شخصيتهم فالعمل الألكستيمي في الحالات الشديدة يمكن أن يكون راجع إلى طيف توحدي للأنا، فحالة التصحر العاطفي يتسم بعلاقة مع الموضوع، فمضاعفة الاسقاط لا تسمح للفرد بفهم الآخر فهي تشبه أكثر ذلك الجزء الآلي للأنا فحواجز التوحد تكون الحواجز القصوى والأخيرة قبل عودة النزوة إلى الموت حتى ولو اعتبرنا أن الألكستيميا (اضطراب في العاطفة) يمكن أن تنتمي إلى طيف توحدي للأنا، هذا لا يعني أن الأفراد الذين يشتغلون بصفة دائمة أو مؤقتة بهذا النمط لديهم أعراض التوحد، فيمكن تصور أن كل فرد واجه صدمة نفسية والذي تجاوزت قدراته الدفاعية النفسية.

كما نجد Corcos وزملائه (2003) يؤكدون بأن التجربة العاطفية تتميز بانخفاض التوتر العاطفي أو الانتقائي من طرف المواضيع الأولية اتجاه الفرد.

أبعاد أكثر وأقل أهمية وتحديدا للتجارب العاطفية والعلائقية إلى حد كبير للرابط النفسي الذي يتم استبعاده من التبادل وبالتالي لا يمكن استدخاله من طرف الطفل، وهذا ما سيحدد التوصل الصعب للتعرف عن الآخر وعن نفسه للحد المعروف للعواطف والانفعالات وهذا ما يشكل الغلاف الألكستيمي تسود هذه السيرورة في التحديد الاسقاطي والذي يصل عند الفرد الألكستيمي إلى تجسيد الموضوع الغائب، فالفرد يلتصق بالواقعية للموضوع من أجل الأسوء في حالته المترددة الغير واضحة من أجل الفضل، ففي كل الحالات تفكيره لاصق كنموذج على الجسم ووجه الموضوع أكثر ارتباطا من تفكير الموضوع حسم لجسم صامت لا يؤدي إلى أي معرفة تتبادل أبكم بداتي والتي على ضوئها كل الاتصالات تندمج.

في حين أن كل من Selmanz و Carcos في بحوثهم حول علم النفس المرضي للألكستيميا يعتقدان أنه يمكننا أن نتوقع في حالة انهيار الدفاعات الألكستيميا خاصة في حالات التفكك الموضوعي (أو تعويض موضوعي ينشط خبرة الغياب) عند الأفراد الذين يظهرون إعادة هيكلة الأنا.

فالألكستيميا ستكون إذا مصممة كميكانيزم دفاعي بعدم الحساسية ثم استراتيجية وقائية لمواجهة المخاطر الداخلية والخارجية والتي تكونت وتنظمت في وقت مبكر من الطفولة.

كما يؤكد Pedinielli أن استحالة انتاجية الخيال في الفعل وعدم القدرة على الاستعارة والتي تتموقع على جانب الانفصال وخطاب الفرد الألكستيمي شاهد على ما عاشته جسد الأم مع جسد الفرد أولا ثم محبوب كموضوع مرتبط ينظر الفرد مفصل على مسافة (Corcos et Jeannet, 2003, p57).

أما في المدرسة العلائقية فقد أشار Sami Ali (1990) إلى أن فشل الوظيفة الخيالية أو الإسقاط يؤدي إلى الجسدنة، كما يؤكد على أن لديهم مشكلة في الحياة الحلمية، أي خلل في عمل جهاز اللاشعور، مما يعطي نمط خاص للمرض أطلق عليه الشائع Le Banal، حيث يعرفه بأنه ذاتية بدون موضوع أي كل شيء يصبح عادي أو آلي، فالجسدنة متعلقة بالمرض الطبائعي للكبت الخيالي.

فيمكن اعتبار الألكستيميا هي وريثة العلاقة السيئة مع الأم (العلاقات الأولى)، وتعتبر كميكانيزم دفاع أو حالة لحماية الشخص من الفراغ العاطفي الذي عاشه لتجاوز عدم اشباعاته.

5-1-3: الألكستيميا والتفكير العملي

إن كلا من المصطلحين نجده يقارب الآخر ولو أن زمنيا فالتفكير العملي استخدم من طرف (Pierre Marty) ليصف خصائص المرضى السيكوسوماتيو كالتفكير في الآتي والآلي، أما الألكستيميا وضعها Sifnéos مع بعض التفاصيل.

فمفهوم التفكير العملي يشير إلى الحرمان من تعقيل الصراعات مع خطر التفريغ على المستوى الجسدي، وهذا النمط من العمليات يعزز في حالة أحداث تؤدي إلى اكتئاب أساسي مع خطر عودة النزوة الجامدة، فالأمر يتعلق بأكثر من حالة انهاك للدفع الحيوي بل تتدخل افتراضية نزوة الموت (Corcos et Jeannet, 2003).

الألكستيميا لا تمثل إلا مكون للتفكير العملي لمعرفة عدم قدرة الوصول إلى العالم الداخلي وأسلوب معرفي يتميز بالفكر القريب من الواقعية.

Krystal (1988) وجد أن الربط المتكرر للألكستيميا مع الاضطرابات الوجدانية المتميزة، بعدم القدرة على تخيل انفعالات الآخرين، هذا التكوين العلائقي للآداء العملي قد نسي بسرعة، من طرف المقاربات الجينية والبيولوجية والنورو بيولوجية، حيث أنها مستندة على نماذج طبية والتي تدرس أهمية تأثير البعد العلائقي والاجتماعي لكل فرد.

وعلى هذا النحو تم قياس الألكستيميا لمريض بواسطة سلم ولكن كانت الإشكالية أنه لم يوازي استعمال مقابلة اكلينيكية الإصغاء التحليلي الذي يسلط الضوء على حساسية المساندة الحركات الداخلية، مكانة النقلة والنقلة المضادة في العلاقة اكلينيكيا المرضى العمليين يطورون علاقات بيضاء مع الخاصية المتفردة للنفعية الرتيبة والثابتة الربط وقليلة النزوة، وكأن النشاط الواعي كان بدون علاقة عضوية مع الأداء الهوامي (Krystal, 1988).

فيما يتعلق بنظام العلاقة نحو الموضوع، والذي يتفاعل لتمثيلات الموضوع الخارجي أو الموضوع الداخلي فإن Mc Dougall، يؤكد بأنه مرتبط بقمع مهم للعاطفة، وفي الحالات الشديدة يميل المريض إلى الرد الميكانيكي كأنها لعبة ميكانيكية للإثارة والاستجابة، وعلاوة على ذلك فإنه يبدو وكأنه منشط لا شعوريا بحاجة بلع المحادثات على صعيد جسدنته.

إن نمط علاقة الموضوع يشار إليها عن طريق المضاعفة الإسقاطية أين الآخر ينظر إليه بشكل سيء في التفرد والاختلاف.

وعليه فبالمفهوم الواسع فإن التفكير العملي يحتوي أو يتضمن مكونات الألكستيميا، والألكستيميا تتضمن بدورها من خلال خصائصها، خاصية التفكير العملي. فهما مفهومان متكاملان وليس منفصلان

5-2- النظرية النفسعصبية:

لقد وضعت هذه النظرية من طرف كلا من Sifnéos و Nemiah(1972)، حيث أشارا إلى أن النصف الأيمن من المخ هو المسؤول عن وصف المشاعر وإدراكها والتعبير عنها بطريقة غير لفظية، وأرجع Sifnéos (1987) سبب الألكستيميا إلى انقطاع الألياف العصبية الترابطية بين نصفي المخ، وأضاف أن أسباب تغيرات السلوك الانفعالي يرجع لإصابة القشرة المخية الأمامية، وأن سلامتها يترتب عليه معالجة المعلومات الانفعالية بشكل سليم، فسلامة القشرة المخية والفصوص الجبهية تحدد سلامة الفرد من الألكستيميا.

كما اقترح Sifnéos نظرية الاجهاد، ففي مواجهة حالات الاجهاد تتطلب وعيا بالمشاعر فالفرد الذي لديه ألكستيميا يطور اجهاد وإحساس بالعجز وفقدان الأمل.

وهذه الحالة تؤدي إلى اضطرابات بيولوجية خاصة فرط نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ونظام الغدد الصماء هذه النماذج دعمت بمعطيات لبحوث في التشريح العصبي الوظيفي فدراسات Tenhouten(1986) قد اهتمت بـ 12 فردا خضعوا لتصوير دماغي بعد جراحة عصبية لعلاج الصرع المقاوم للأدوية، حيث أظهروا درجة عالية من الألكستيميا عند أغلب الأفراد وبنفس الطريقة عند الأفراد المصابين بتصلب الجسد نتيجة لخلل في تشكيل الجهاز خلال مرحلة التطور الجنيني، فهم أقل لجوءا إلى آليات دفاعية مثل: التكثيف، الإزاحة حيث يظهرون خلل في الرمزية، قلة الإبداعية، وانشغالات أكثر نفعية، أقل خيالا وموجهة في الكثير من الأحيان نحو الواقع (Liart, 2012).

فهذه المفارقات أكدت صحة الافتراضات القائمة على عدم التوازن الموجود في نصفي المخ، فنصف الكرة المخية الأيسر يشارك في اللغة الداخلية والترميز، أما نصف الكرة المخية الأيمن فهو يشارك أكثر في سيرورات التصوير العقلي والترميز التمثيلي.

كما أظهرت نتائج بعض الدراسات، أن الألكستيميا ترتبط ببعض أنواع الإصابات في القشرة المخية خلف الأمية، وأن الوظائف المسؤولة عن تناول ومعالجة الانفعالات تتوقف بشكل خاص على مدى سلامة هذه المنطقة من المخ، بل أن التغيرات في السلوك الاجتماعي والانفعالي تعد من أهم وأشهر الأسباب الناتجة عن إصابة هذه المنطقة (Mekaoui, 2007) وبالتالي فإن مدى سلامة الفصوص الجبهية في القشرة المخية الأمامية تحدد درجة ما لدى الفرد من أعراض الألكستيميا وهذا يعكس الجانب العضوي للألكستيميا.

5-3- النظرية النماتية (التطورية)

تستند هذه النظرية على أهمية الانفعالات كعناصر أساسية في تعديل مزاج وسلوكات وشخصية الأفراد، وهذه الانفعالات تتكون تدريجيا لدى الفرد منذ الطفولة الأولى.

فقد أكد كلا من Atger و Corcosعلى أن الانفعالات الأساسية من الأكثر بدائية إلى الأكثر تعقيدا تتطور خلال مرحلة الطفولة، فالتطور العاطفي يسلك تحت هيكلة متعددة المراحل مماثلة للتطور المعرفي.

وفي نفس السياق Schaffer أصناف "انطلاقا من عدم تمايز أولي، العمل العاطفي ينظم حول تمثيلات رمزية متباينة من خلال اللغة وتفاعلات مبكرة وتبادل وتفاعل اجتماعي (Corcos et Jeammet,2003,p66).

5-3-1- التفاعلات المبكرة والتطور العاطفي: منذ الأسابيع الأولى للحياة والطفل في وضع يسمح له بإقامة تفاعلات مع محيطه عن طريق الاتصال المعقد، فالعلاقات التي تجمع الطفل بالشخص المكلف برعايته يمكن أن توصف كنظام تفاعلي مفتوح، منظم وثنائي الاتجاه حسب نظرية (Ludwing, 1968) فحسب هذا الباحث الأنظمة الانسانية هي مجموعات من العناصر في تفاعل والتي تكون البنية المنظمة والنهائية، حيث يتم ضمان الاتساق والانسجام بواسطة ميكانيزمات للتنظيم الذاتي والتي تتطور حسب طرق العمل تدريجيا أكثر تعقيدا، وفي هذا السياق فأداء الشخصية هو نتيجة نظام تنظيمات تفاعلية خاصة بكل فرد والذي يبدأ منذ التفاعلات الأولية (Corcos et Jeammet, 2003).

فكل من Corcos و Speranza(2003) يصفان أن هذا النظام يوصل الطفل للتقدم من مستوى التنظيم البيولوجي الديناميكي أين الأم تضمن توازن النظام البيولوجي والفيزيولوجي إلى مستوى نظام نفسي فردي، أين يكتب القدرة على التنظيم الذاتي، حيث أشارا إلى أن كل مستوى من التنظيم يتزامن مع اقتناء نظام أكثر تعقيدا من التنظيمات التفاعلية نظام "التعديل الجزئي" أولا مع المكلف برعايته، ثم نظام "التعديل المصغر" وهذا حسب نظام العائلة وترميزاتها، وأخيرا نظام "التعديل الكلي" أين يتدخل الترميز الثقافة المحيطة به.

فصورة الأم لها مكانة كبيرة في سيرورات الاستدخال التطورية فحسب Stern التبادل العاطفي هو في قلب النظام التفاعلي الحساس والمتبادل منذ الأشهر الأولى للحياة فكل التسلسلات السلوكية بين الطفل والوالدين موجهة بـ "ضبط الانفعالات" ففي الواقع ومن خلال التناغم العاطفي الطفل والوالدين، خاصة الأم يتواصلون بحالات النفس المعقدة ويعدلون تجاربهم الانفعالية وهذا متبادل بين الطرفين.

وفي نفس السياق (John Bowlby)، يضيف أنه في بداية هذه التبادلات تأتي من التجربة، حيث تصبح العواطف معا لما لنظام منظم لتوجيه سلوك الأم، حيث تتسم بسرعة استعمال التعبيرات العاطفية للطفل لتكييف تدخلاتها.

فالطفل نفسه يتدخل تدريجيا التحكم العاطفي لأمه والذي يضمن التعديل العاطفي، حيث يصبح واثقا بما يكفي للحصول على مجموعة الأساليب السلوكية من أجل مواجهة حالات الانفصال واكتشاف المحيط بطمأنينة.

إن نظرية التعلق التي وضعها Bowlby، تدمج الأنظمة التفاعلية المبكرة في منظور تكيفي ونمائي من أجل الوصول إلى أحد النماذج الأكثر إثارة للاهتمام بالنمو النفسي للطفل، حيث تظهر هذه النظرية مدى تنمية ونمو الطفل انطلاقا من هذه التفاعلات بفضل اكتساب الأنظمة التمثيلية المعرفية والوجدانية للعلاقات الرئيسية.

هذه الأنظمة التمثيلية ترمي الدعائم المعدلة للعواطف والسلوكات اللاحقة وهي الضامنة لاستمرارية التجارب الفردية والعلائقية خلال التحولات العميقة النمائية التي يمر بها الفرد، يطور الطفل شبكة من التفاعلات Care-Giver(المسؤول عنه) العاطفية المتوفرة.

مخططات معرفية وعاطفية للعلاقة تسمح له بتوجيه أو تغيير سلوكاته الخاصة في الوضعيات المجهدة ومع ظهور اللغة والقدرات التمثيلية (اللعب، التخيل، الإبداع) فتنتظم المخططات حسب النماذج العملية المعقدة والتي لها علاقة مع تاريخ الاستجابات العاطفية وتوفر Care-Giver.

هذه الإتاحة النفسية لـ Care-Giver بالنسبة للحالات العقلية والتي أطلق عليها Fongayوآخرون اسم "الوظيفة الانعكاسية" والتي تشارك في تحرير التمثيلات الأقل والأكثر تحقيقا، التي اكتسبها الطفل من انفعالاته ومن آداته العقلي ومن أداء الآخرين، التمثيلات التي تطور تجاربه العاطفية والعلائقية، فالوظيفة الانعكاسية تعمل دور مهم في التنظيم العاطفي (Corcos et Jeammet, 2003) عند استعراض المقاربة التطورية للألكستيميا لابد التحدث عن أعمال Aisnworth وزملاءه (1978) والذين طوروا نموذج تجريبي سمي بـ "الوضع الغريب" والذي يمكن من تعريف وتحديد نمط التعلق المتبني من طرف الطفل في عمر السنة في وضعية انفصال عن والديه ومواجهة شخص غريب وغير معروف، فيمكننا اعتبار رد فعل الطفل لهذه الوضعية كمؤثر للمخططات التنظيمية للتعديل العاطفي والسلوكي والذي طوره خلال علاقاته المبكرة لإدارة السيرورات المتعلقة بالانفصال والتمايز.

هذه التجربة لأنماط التعلق المختلفة، التعلق الأمن التعلق القلق، التعلق التجنبي، الحصري، المتناقض والتعلقات غير المنظمة، فمختلف أنماط التعلق ليست مرضية بحد ذاتها ولكن قد تكون غير وظيفية في بعض الحالات وتحد من تكيف الطفل.

ف Aisnworth وفريق بحثه أكدوا على أن الفعل أو التعلق الحصري المتجاذب وجدانيا هم أكثر الأفراد تعرضا أو قربا من الألكستيميا من حيث عدم قدرتهم على تحديد وتمييز وتسمية انفعالاتهم.

6- طرق قياس الألكستيميا

إن تطوير أداة قادرة على قياس مفهوم نظري جديد تعد خطوة مهمة من أجل التحقق من ثباته وصحته، فمنذ ظهور الصياغة الأولى لمصطلح الألكستيميا في السبعينات، أثار العديد من الباحثين الجدل حول طريقة تقييمه وقياسه، حيث اقترحت العديد من أدوات القياس انطلاقا من أبعاد الألكستيميا. فمثلا سلم (Minnésota Multiphasic personality Inventoy /MMPI) الذي اقترح سنة 1980 من طرف Klaiher و Kimman قد انتقد بسبب عدم استجابته للطرق المعيارية للتقنين بالإضافة لعدم وجود أدلة تجريبية كافية من أجل اعتماده، ونفس الشيء لسلم Schalling Sifnéos personality (SSPS)

والذي اقترح من طرف Sifnéos سنة 1979 ، والذي كانت له ثلاثة نسخ متتالية، لكن أخاف Parker(1991) أكدت على أن SSPS-R لا يمتلك الخصائص السيكومترية المقبولة لتعميمية.

لكن في السنوات العشرين الأخيرة، ظهرت عدة مقاييس تتميز بالخصائص السيكومترية المقبولة والصالحة للاستخدام وسنذكر منها:

6-1- سلم تورونتو للألكستيميا (TAS):Toronto Alexithymie Scale بسبب غياب سلالم صالحة لقياس وتقييم الألكستيميا، قام فريق من الباحثين في جامعة Torontoبقيادة Taylor(1985) وزملائه بوضع برنامج لبحث ممنهج والذي يسمح ببناء سلم مكون من 26 بند (TAS) وبعد دراسة معمقة تم تحديد خمسة أبعاد للألكستيميا وتمثلت في: صعوبة وصف حالاتهم الانفعالية، صعوبة في التمييز بين المشاعر الذاتية والأحاسيس الجسدية في حالات التنشيط الانفعالي، نقص في الاستبصار، الانسياق الاجتماعي، (الصرامة في احترام القواعد والقوانين)، فقر في الحياة الهوامية.

وقد أدت التحاليل العاملية إلى استبعاد الانسياق الاجتماعي والذي لم يظهر كعامل مستقل، كما أظهرت تحليلات أخرى أن البعد المتعلق بالفقر في الحياة الهوامية كان مرتبطا برغبة عالية في الحياة

الاجتماعية ومن هنا تم استبعاد هذا العامل من قبل هؤلاء الباحثين رغم أنه نظريا يظهر أنه جزء من المكونات الأساسية للألكستيميا.

وبعد هذه الملاحظات تم بناء سلم معد (TAS-20) يتكون من 03 أبعاد تفسر على التوالي:

1- صعوبة تحديد حالته الانفاعلية.

2- صعوبة وصف حالة الفرد للآخرين.

3- التفكير العملي (Luninet, Bogby et Taylor, 2003)

وتترجم هذا السلم إلى اللغة الفرنسية سنة 1993 من طرف Marchand Paule-Marie والتي قامت بعدة دراسات من أجل التحقق من إثبات فعاليته وهذا قبل أن يقوم باحثون آخرون بمراجعة النسخة واقتراح نسخة أقصر متكونة من 20 بند (TAS-20) وقد تم حذف بعد الخيال (الهوام) وهذا على يد Lois وآخرون في النسخة الفرنسية (Lois, 2010)

وقد تميز بخصائص ثبات عالية بواسطة تطبيقه وإعادة تطبيقه كما أعطى معامل صدق مقبول.

وقد قام الباحث باختيار سلم (TAS-20) للعمل به في دراسته نظرا لصدق وثبات المقياس، كذلك سهولة تطبيقه لوضوح أبعاده ومضامين أسئلته.

6-2- سلم (BVAQ):Bermond-Vorst Alexithymia Questionaire قام كل من Bermond و Vorst الهولنديين ببناء أداة قياس الألكستيميا انطلاقا من انتقادات وصنعوها لـ TAS-20، أولا إعادة إدماج البعد المتعلق بفقدان الحياة الهوامية والذي تم استبعاده في TAS-20بسبب ارتباطه بالرغبة الاجتماعية، وبعد ذلك اختيار نفس العدد من البنود في كل بعد من أجل استبعاد تأثير حجم عامل على آخر في الدرجة الكلية كما هو الحال في TAS-20وأخيرا فإن سلمهم يتكون من عدد متماثل من البنود. يتكون (BVAQ) من خمسة أبعاد:

- صعوبة في تحديد حالته الانفعالية.
- صعوبة في التعبير لفظيا لحالتهم الانفعالية للآخرين.
- فقر في الحياة الهوامية.
- نمط تفكير مجرّد أو عملي.
- تفاعل انفعالي منخفض.

الأبعاد الأربعة الأولى تتعلق بالجوانب المعتادة والمقامة بسلالم الألكستيميا، وفي المقابل البعد الأخير هو بعد جديد ويعتبر الرابط في البناء وهي تتعلق بقدرة الفرد على الشعور بالانفعال في وجود مشهد مؤثر، فنطلب مثلا من الفرد هل عندما يرى صديقه يبكي؟ وهل تكون له ردة فعل انفعالية.

هذا السلم طوّر في البداية في هولندا، لكنه أصبح موجودا كذلك في فرنسا وانجلترا، يحتوي السلم على ثمانية بنود، في كل بعد وقد بني بطريقة تمكن من الحصول على نسختين متوازيتين حيث يوجد عشرون بند في كل نسخة (BVAQ-Aيحتوي على البنود 1 إلى 20، أما BVAQ-Bمن 21 إلى البند 40).

بالنسبة للخصائص السيكوميترية الأولى المتحصل عليها فقد كانت مشجعة بالنسبة لصدق الاختيار، حيث أن التحليل العاملي المؤكد أشار إلى أن النموذج ذو الخمس أبعاد مستقل بالنسبة للنماذج الأخرى، والمؤشرات الإحصائية المتحصل عليها أقل بقليل من المعايير المعيارية، وفي المقابل نجد أن النسخة الموازية BVAQ-B قد قدمت مؤشرات عالية للمعايير المقبولة، فهذه النسخة مرتبطة بنتيجة TAS-20الإجمالية، حيث تصل درجة الارتباط إلى n=0,80عند قياس الأبعاد الثلاثة التي يقيسها كذلك BVAQ (Luminet, Bogby et Taylor, 2003).

3-6- (BIQ) Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire(استبيان بيث اسرائيل للمستشفى السيكوماتي) لقد تم تطوير هذا الاستبيان من طرف Sifnéosسنة 1973 بهدف التقدير الكمي للتميز بين الملاحظات الإكلينيكية للمرض الذين شُخّصوا بأنهم يعانون من عصاب أو أمراض سيكوسوماتية كلاسيكية، حيث يتكون الاستبيان من 17 بند باختيارات محددة (وجود-غياب) يكمله بملاحظات ومقابلة.

فالمقابلة تتضمن مدة نصف ساعة وتكون غير موجهة ومتبوعة بكشف مفصل عن قدرات المفحوص على وصف انفعالاته ورواية وضعيات هوامية وسرد أحلامه.

إن المشكل الأكبر في هذا الاستبيان هو غياب الصدق الداخلي: بالإضافة إلى تأثير مستوى خبرة الفاحص وطريقة إجرائه للمقابلة، وهذه الصعوبات أدت، إلى مراجعة الاستبيان سنة 1994 وخلال المراجعة أضيفت أربعة بنود وأزيلت سعة بنود لم تكن ذات صلة مباشرة بالالكسيميا ومنه كانت النسخة المراجعة مكونة من 12 بند والتي قيمت على سلم به 7 نقاط ستة بنود وكانت مرتبطة بالقدرة على تحديد الاتصال اللفظي لانفعالات المفحوص، وستة بنود متعلقة بالنشاط الهوامي والتفكير العملي، وقد بينت النسخة المراجعة على صدق عال مع قوة ارتباط 0,53 مع سلم TAS-20، أما الاتساق الداخلي

للعاملين فقد كانت ما بين 0,27 و 0,80 وهذا حسب (التطبيق وإعادة التطبيق)، بعد ثلاثة أشهر والتي كانت 0,71 (Lminet, Boyby, Taylor, 2003).

6-4- مقياس الألكستيميا الخاص بالرورشاخ (R.A.S)

استنادا لما يتميز به اختبار الرورشاخ كاختبار اسقاطي يسمح من خلال تحليله باستخراج سيرورات الذكاء، والنمط المعرفي (كنمط التفكير)، استخراج الاستجابات الانفعالية والعاطفية، واستثمار النزوات، وكذا امكانية استخراج بنية المفحوص، واستخراج ميكانيزمات الدفاع ...

اقترح Acklin و Bernat مؤشرات الألكستيميا التي تم اشتقاقها من النموذج الذي وضعه Exner(1986) حيث أنهما استخرجا ملمحا لشخصية الفرد الذي يتميز بالألكستيميا وذلك من خلال المؤشرات التالية:

- انخفاض في مجموع الاستجابات (أقل من المعدّل).
- انخفاض في نسبة الاستجابات الحركة البشرية.

هذين المؤشران يدلان على فقر في قدرات الخيال.

- الاستجابة العاطفية والانفعالية تتمثل في الاستجابات اللونية، حيث نجدها مقيدة من خلال غياب الاستجابات اللونية أو انخفاضها C، وكذا غياب أو انخفاض الاستجابات الشكلية المقترنة باللون FC، أو اللونية الشكلية CF، والتي تعتبر كمؤشر في انخفاض الاستجابة العاطفية والتكيف (Taylor, Packer et bagby, 1997)

كذلك بين Exner من خلال سلمه RAS، نسبة الاستجابة الشكلية مرتفعة والتي تدل على التفكير المجرد والبسيط، تجنب التعقيدات، أفكار ضيقة ونمطية، انفتاح محدود على التجارب وقدرة محدودة على الاندماج في مجالات تفاعلية. (Exner et Erddberg, 2005).

وقد اخترنا في هذه الدراسة هذا الاختبار بالإضافة إلى TAS-20باعتبار أن الرورشاخ يسمح باستخراج مؤشرات الألكستيميا بصفة معمقة، بالإضافة إلى مساهمة في استخراج محاور الألكسيمي التي لا توجد في مقياس TAS-20، كالحياة الخيالية : الهوامية و الجنسية، كذلك يسمح بالتعرف على التوظيف النفسي للأشخاص الذين يتسمون بخاصية الألكستيميا.

7- علاج الألكستيميا:

إن الإكلينيكيون يقدرون غالبا العلاج النفسي مع المريض المصاب بالألكستيميا كتحدّ كبير، حيث أن نجاح العلاج النفسي يتطلب خبرة وكفاءة لدى الممارس، وضرورة اهتمامه ومعرفة الحالات الانفعالية أو مجموع الخصائص المميزة للمصابين بالألكستيميا.

كما أثبتت دراسات Ogrodniczuk (2005) حول خاصية الألكستيميا لدى بعض المرضى السيكوسوماتيون وكذا حالات الاكتئاب، حيث بينت أن نتائج العلاج ضعيفة كلما كان مستوى الألكستيميا مرتفع.

وسنتعرض هنا مختلف العلاجات المقترحة وفق مقاربات متعددة.

7-1- المقاربة النفسديناميةة : بالنسبة للمقاربة النفسديناميةة تعد من النماذج التفسيرية الأولى للمرضى الألكستيميين بسبب نقص وضعف استجابتهم للعلاجات التحليلية والتي تعود إلى صعوبة إقامة اتصال بالإشارات والكلام أو الرموز، ونجد Krystal ما بين 1982 و 1983 والذي كانت له تجارب طويلة اكلينيكية مع وضعيات الإجهاد ما بعد الصدمة وتعاطي المخدرات قد رأى وجود سمات الكستيمية كما يحتمل أن يكون عامل تفسيري الأكثر أهمية لبعد فعاليته التحليل النفسي والعلاجات السيكوديناميةة.

فمن هذا المنظور فإن رواد دراسة الألكستيميا قد أوصلوا في سنة 1970، باستخدام علاجات الدعم بدل العلاجات من النوع التفسيري، فنقص الانفتاح على التجارب الذي يميز الأفراد الالكستيميين يمثل عامل يعيق العلاج النفسوديناميةي فالانفتاح على التجربة يشمل في الواقع الفضول الفكري، مرونة سلوكية استجابة للمشاعر وخيال فائض يكون مجموعة السمات المهمة من أجل نجاح هذا النوع من العلاجات.

وبشكل حاسم فالانفتاح على التجارب يؤثر على ردود الأفعال بعد تدخل علاجي وبصفة خاصة المهارات اللازمة لفهم وتقبل التفسيرات النفسوديناميةة.

فقد اقترح Luminet (1985) للتمييز بين التدخلات العلاجية قصيرة وطويلة المدى، ومن المفيد استخدام تقنيات مثل التدريب الذاتي والذي يبحث مباشرة الجسم ولكن على نمط سلبي نسبيا من وجهة نظر هوامية، فالفرد الألكستيمي في الواقع وهو قادر على استدخال رسالات معقدة حتى وإن لم تكن مألوفة أو معروفة مسبقا، ويمكن دمج هذه التقنيات الجسدية كتدخلات والتي تسمح بترميز أولي للانفعالات كما هو في حالة الاسترخاء المقترح من طرف Sapirما بين (1980 و 1993).

7-2- العلاج النفستربوي

يوصي بالتدخلات الفردية أو الجماعية والتي يقترح فيها الجانب النفس-بيداغوجي للمفحوصين تجاه عالمهم الانفعالي والذي يكون مستنفذا وفقيرا للغاية، حيث تهدف هذه التدخلات إلى تطوير وعي عاطفي وانفعالي، القدرة على تحمل مشاعر الحالات الانفعالية والقدرة على تطوير المعاش الخيالي المرتبط بالعواطف. هذه الاستراتيجيات تشمل تركيز الانتباه على معاني الأحاسيس الجسدية وعلى

تظاهرات غير لفظية أخرى للانفعالات، تعلم وظيفة الابلاغ عن الانفعالات والتمييز والتعبير اللفظي على مختلف الحالات العاطفية المحددة.

ومن خلال هذه الاستراتيجيات وفي دراسة قام بها Bersenvaite(2000) لاحظ انخفاض مستوى الألكستيميا عند عينة من المصابين بأمراض القلب والتي أدت إلى تحسين حالتهم الصحية.

أما فيما يتعلق بالجنس فقد درس Levant (1997) الألكستيميا عند الذكور، وقد اقترح تعريفا لها تمثل في رد معياري عند عدد كبير من الرجال، وانطلاقا من هذه الملاحظة اقترح مقاربة نفستربوية، خصيصا لعلاج الذكور وتمثلت في علاج ذو أربعة مراحل تطوير المفردات العاطفية، تعلم قراءة انفعالات الآخرين، الاحتفاظ بسجل واستعمال المهارات الانفعالية المكتسبة بطريقة عملية.

7-3- العلاج بالتنويم

إن تقنية التنويم عن طريق الصور العقلية يمكن أن تكون كخيار آخر علاجي، حيث تم اختباره مؤخرا من قبل Luminet وزملائه (2008) خلال برنامج في ثمانية حصص فردية على مجموعة من الطلبة الذين أظهروا مستوى اكلينيكي للألكستيميا حيث بعد انتهاء الحصص المبرمجة لوحظ أن التغير العام في المزاج كان مستقلا على مستوى الألكستيميا، وهذا ما يشير إلى أن التنويم قد أثر مباشرة على شدة الألكستيميا والذي لا يفسر بعاطفة سلبية أثناء التدخل، حيث تشير هذه النتائج إلى أن السياق المحدد للتنويم، أي الحالة المعدّلة للوعي تستطيع تفريغ محتمل للتخيل المستغل وهذا عند الأفراد الذين لديهم مستوى مرتفع من الألكستيميا.

فالتنويم بالتخيل العقلي يمكن استعماله من أجل تعزيز الوعي الانفعالي للمفحوصين كما هو الحال في تحديد الوضعيات الانفعالية الصعبة لديهم، وبصفة عامة من الممكن أن تسهل علاقة المفحوص بالمعالج بالإضافة إلى تأثيرها على تعزيز القدرة على الاستبصار (Luninet, Vermeulen, Grynberg, 2013)

7-4- العلاجات النفسجسدية

إن الأفراد الألكستيميون يبدون حائرين في تفسير أحاسيسهم الجسدية، حيث لديهم تفخيم للأحاسيس الجسدية التي ترافق التفعيل الانفعالي وهذا بسبب المستوى المحدود للوعي الشخصي وللمعالجة العقلية للانفعال، بالإضافة إلى صعوبة استبصار التوازن، المرفق والحركة، وهذا ما يجعل هناك عجز في الوعي بالجسم والذي يتضمن أيضا عنصر معرفي يتمثل في صعوبة معرفة أو ادراك أجزاء الجسم وفق ميكانيزمات فيزيولوجية مرتبطة بالمكون العاطفي الذي يؤثر في الانفعالات الجسدية،

ففي دراسة De Le Polaine De Waroux (2012) ، أشار إلى فائدة التدخل الذي يهدف إلى تطوير الوعي الجسدي عند الفرد الألكستيمي لتحقيق المستوى الأمثل لإدراك الوظيفة الجسدية بدون أن يتجاهل الرسائل الجسدية وفي نفس الوقت لا يترجمها بطريقة مبالغ فيها، ففي هذا المنظور علاج نوعية الجسم لـ Roxendael سنة 1985، يمكن أن تكون تقنية فعالة، فخطوات هذا العلاج تشمل خصوصا تمارين تتعلق بالمواقف، تناسق الحركات، التنفس واكتشاف حدود الحسم والقدرة على استرخاء العضلات، بتناوب نشاطه للراحة العقلية، وقد أثبتت فعاليتها في حالات أمراض القولون للأفراد الألكستيميين ولاضطرابات التغذية وهذا ما أكدته دراسة Mattson و Thornborg(2010)، حيث أن هذه التقنية أثبتت تأثيرها الفعال ليس فقط على صعوبة التعبير اللغوي عن الانفعالات، ولكن حتى العناصر الأخرى المرتبطة بها كصعوبة تفعيل وتنشيط المشاعر ونقص الاستبصار والافراط في الاهتمام بالأحاسيس الجسدية كرد فعل دون التعبير العاطفي .

7-5- دمج العلاج الدوائي مع التدخلات العلاجية النفسية

إن استخدام مضادات القلق ومضادات الاكتئاب، يمكن أن يكون كعامل مساعد مثير للاهتمام في العلاج النفسي والجسدي، فهذه العلاجات تسمح بخفض مستوى الخوف والاسترخاء وببساطة حتى ضمان جلسة مع المعالج مع تعديل لحالته المزاجية والتي تسمح بدفع العلاج إلى النجاح.

إن الأسيتوسين L'Ocytocine، هو هرمون متعدد والذي يمارس تأثيرا على منشأ التعامل الشخصي أو مع الآخرين، فيما يتعلق بالتعلق بين الوالدين والطفل دراسة، Sharon(2010) وحتى بين الأفراد، دراسة Schafer Ditzen(2009) وفي دراسة ZAK(2007) له تأثير على الثقة بالنفس، بالإضافة إلى تأثيره على تنظيم العلاقات بين المجموعات في دراسة VanKleyوزملائه (2011)، ومنه يمكن افتراض أن استخدام الأسيتوسين عند الأفراد المصابين بمستويات عالية من الألكستيميا يساعد على تحسين مهاراتهم العاطفية وهذا ما أكدته دراسات كل من Luminet وزملائه (2011).

7-6- العلاج بالموسيقى والذاكرة

وأخيرا هناك دراسة أقيمت حول قدرات الذاكرة وعلاقتها مع مختلف السياقات الموسيقية خلال الترميز لها أثر في العلاج، حيث يقترح استخدام الموسيقى، يسهل استرجاع الذكريات الايجابية للأفراد ذوي مستوى مرتفع جدا من الألكستيميا أي أن انتشار الموسيقى يدفع بالانفعالات الايجابية وهذا التحسن في الوصول إلى الذكريات الايجابية يسهل بعد ذلك تعديل الانفعالات.

فمن المهم السماح بتنظيم انفعالي أمثل أن تكون هناك القدرة على ايجاد الذكريات الايجابية عند المرور بموافق انفعالية صعبة ويمكن إذا أن يترجم قدراته لمواجهة الموقف.

وبطريقة مثيرة للاهتمام هذه الدراسة تشير إلى فعالية هذه التقنية التي تنتج من التسجيل اللغوي، فالموسيقى يمكن أن تكون الطريقة السهلة عن طريق التسجيل الصوتي لمساعدتهم على التعبير خاصة إذا كان هذا التسجيل يمس حاستهم العاطفية (Lumient et autres, 2013).

رغم تنوع هذه الطرق العلاجية، إلا أن كل طريقة قد تخفف من بعد معين من الألكستيميا، أو مقترنة بنوع من الأمراض السيكوسوماتية ولم ترد طريقة تعالج كل أبعاد الألكستيميا ما يجعل مجال البحث في العلاج النفسي للألكستيميا مفتوحا.

خلاصة:

إن مفهوم الألكستيميا من خلال التعاريف ومضمون أبعادها، فلها جانب معرفي يتعلق بإدراك الانفعالات وجانب عاطفي يتمثل في عدم القدرة على الإفصاح والتعبير عن الانفعالات الخاصة بالفرد للآخرين، وكذا عدم معرفة وتحديد انفعالات الآخرين.

وباعتبار الألكستيميا الأولية سمة خاصة بالمرضى السيكوسوماتيين فرغم تعدد الدراسات حول العلاج النفسي للألكستيما منها النظرية والميدانية، فسنستعرض نوعا من العلاج النفسي الجسدي وهو العلاج اليوطاقوي و الذي هدفه هو تحرير انفعالات المتعالج المكبوتة و السماح له بالتعبير عنها لفظيا و جسديا.

مراجع الفصل

- Sifnéos,P.(1974), Short Term Psychotherapy & Emotional Crisis, Harvard University Press.
- Alexander, F.(1970).la médecine psychosomatique. Paris : Payot.
- Zimmermann, G.(2008). L'alexithymie aujourd'hui : essai d'articulation avec les conceptions contemporaines des émotions et de la personnalitéAlexithymia today: Links with contemporary conceptions of emotions and personality revue psychologie française, Volume 53, Issue 1,p. 115-128
- Taylor, G., Bagby, R.M :, and Parker, J.D.A.(1997).Disorderof affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge : Cambridge university Press
- Marty, P et M'uzan.(1963).La pensée opératoire. Revue française depsychanalyse.40.354-356. Retiré par le site : https://www.rfpsy.fr/la-pensee-operatoire/ ,(15.05.2019).
- Nemiah, J.C. (1975).Alexithymia.Theorical consideration. Psychotherapy and psychosomatic, 28,p.199-206
- Tychey, C.(2010).Alexithymie et pensée opératoire, approche comparative
- clinique projective Franco-américaine. psychologie clinique et projective. (16).p.177-207.
- Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2010). Self-soothing and other-soothing in emotion-focused therapy for couples. In A.S. Gurman (Ed), Clinical casebook of couple therapy. New York, NY, US: Guilford Press, 255-280.
- FARGES, F et autres :(2000) Dépendance et toxicomanie, Masson.
- Pidienelli, J.L. (1992).psychosomatique et alexithymie. Paris : Press universitaire de France.
- Luminet,O. Delphine,v. Nicolas,V.(2013), l'alexithymie, France, Deboek
- Jouanne, C. (2006). L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif . Revue psychotropes, 12.p.193-209 : doi.org/10.3917/psyt.123.0193
- Kreisler,L.(1992), la psychosomatique de l'enfant,PUF
- Mc Dougall, j. (1989).théâtre du corps : le psychosoma en analyse. Paris : Gallimard.
- Corcos, M., Jeammet. P. (2003), Les conduites de dépendance : dimensions psychopathologiques communes, Masson.

- Tustin, F. (1989). le trou noir de la psyché, seuil.
- Sami-Ali ,M(1990). La déliaison psychosomatique. Revue Française de Psychanalyse, N°3, Presse universitaire de France.
- Krystal, H., (1988). Integration and Self-healing: Affect, Trauma, Alexithymia. Analytic Press, Hillsdale.
- Sifneos, P.E. (1987).Anhedonia and AlexithymiaM a potential Correlation, Neyw York :Publishin Corporation.
- Tenhouten, W.D :, Hoppe, K.D, Bogen,J.E., and Walter, D.O.(1986). Alexithymia :an experimental study of cerebral commisisurotmy patients and normal control subjects.Amercan journal of Psychiatry, 143, : 312-316
- Liart, M.(2012). Psychanalyse et psychosomatique :Le corps et l'écrit, France : L'armatthan.
- Ludwing, V.B. (2012). Théorie générale des systèmes.(Chabrol, J.C,Trad). Paris :Dunod .
- Bowlby,J. (2002).Attachement et perte. Paris :Puf.
- Salter- Ainsworth**,** M.D.(2014). Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation.USA : Psychology Press.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R . M. C. (1998).Alexithymia : Relationship with Ego Defense and coping styles.Journal of Comprehensive Psychiatry. 39 (2), 91- 98 .
- Taylor et autres. (1997).Disorder of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric ilness. Cambridge : Cambridge university Press.
- Luminet,O. Delphine,v. Nicolas,V.(2013), l'alexithymie, France, Deboek.
- Luminet, O.,Vermeulen, N., & Grynberg, D.(2013).L'alexithymie : comment le manque d'émotion peut affecter notre santé.1er ed. Bruxelle : de boeck.
- Exner, J.R and Erdberg, p.(2005).The Rorschach. New jerzy :Hoboken.
- Krystal, H. (1982/1983).Alexithymia and effectiveness of psychoanalysis treatment. International journal of psychoanalytic psychotherapy,9, p. 353-388.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2005). The negative effect of alexithymia on the outcome of group therapy for complicated grief: What role.
- Sapir, M. (1993). La relaxation à induction variables. Paris : La pensée sauvage.

- Bersnavite, M. (2000). Exploring the benefitsof group psychotherapyin reducing alexithymia in coronay heart disease patient : A preliminarystudy. Psychotherapy and psychosomatics,69, 117-122.
- Levant, R.F. (1977). Men And Emotion.A psychoeducational approach.New York : Newbridge.
- Luminet, O. (2008). Psychologie des émotions. Confrontation et évitement. Bruxelles : Deboeck.
- Le plain de Warroux, A. (2012).l'alexithymie et la conscience du corps : Louvaine la-neuve.
- Thronborg, and Mattson, M.(2010).Rating body awareness in person suffering from eating disorders :A cross-sectional study. Advances inphysiotherapy, 12,21-34.
- Schafer, R., Schneider, C., Tress, W., and Franz, M.(2007). Cortical augmenting in alexithymicsubjects after unpleasant acoustic stimulation.journal of psychosomatic research,63,357-364.
- Zak, P.J :, Stanton, A.A., and Ahmadi, S. (2007). Oxytocin increases generosity in humans.plos One,2 1128.

الفصـل الرابـع

العلاج البيوطاقوي للأمراض السيكوسوماتية

تمهيد

1-نبذة تاريخية عن العلاج البيوطاقوي

2-مقهوم العلاج البيوطاقوي

3-المباديء الأساسية في العلاج البيوطاقوي

4-طرق التشخيص في العلاج البيوطاقوي

5-العلاج البيوطاقوي و الأمراض السيكوسوماتية

6-التمارين الأساسية في العلاج البيوطاقوي

7-قواعد العلاج البيوطاقوي

خلاصة

تمهيد:

باعتبار الألكستيميا كسمة أساسية لدى المرض السيكوسوماتيون وتميز طريقة حديثهم، وتوظيفهم النفسي، وتؤثر على تحسن مرضهم، وهنا ارتأينا تطبيق علاج نفسي جسدي والذي يتمثل في العلاج البيوطاقوي، ولكي نبين سبب اختيارنا لهذه الطريقة والتي تعتمد أساسا أو تهدف إلى تحرير الانفعالات لدى المرضى، وإعطاء طاقة للجسد تسمح له باستخراج الانفعالات المقموعة.

وللتعرف أكثر على خصائص هذا العلاج، مبادئه، وفلسفته وكيف تطور، سنستعرض هذه النقاط في هذا الفصل

1- نبذة تاريخية عن العلاج البيوطاقوي

إن مصطلح "البيوطاقوية" La Bioénergie يصف المقاربة العلاجية، والتي تستند على مبادئ التحليل النفسي وكذلك على البعد (الجسدي – الطاقوي)، خلال السيرورة العلاجية ولفهم كيفية تطورها وعلاقتها بالتحليل النفسي، سنستعرض اسهامات (S.Freud)، الذي وضح في تحليل للصراعات الطفولية التي لم تحل؛ هذه الصراعات تحفظ في اللاشعور عن طريق الكبت التمثيلات والوجدانات المقترنة بها (غضب، خوف، حزن، معاناة ....)، طريقته العلاجية –التحليل النفسي–.

تقترح التحدث بكل حرية "التداعي الحر" لأجل الوصول إلى الذكريات المؤلمة والمنسية، أين المريض يصارع ويقاوم لكي لا يعاني، مما يؤدي إلى تثبيط حياته الآنية، (Tonella, 1994).

ثم جاءت اسهامات (Wilhem Reich) الذي واصل توضيح أن هذه الصراعات الطفولية تولد ردود أفعال فيزيائية، جسدية، على شكل ضغوطات عضلاتية (Tensions Musculaires) مزمنة موجهة إلى توثيق وإخفاء الانفعالات المستحثة من طرف الصراع، هذه الضغوطات العضلية بالتزامن تستمر بتقليص الحياة الانفعالية والوجدانية للمرض حتى حياتهم المستقبلية (سن الرشد)، وتخفض في نفس الوقت عفويتهم، وتخفض تعابيرهم وتفقر قدرتهم على الحب والتواصل مع الآخرين.

ومع مرور الوقت، هذه الضغوطات تولد أعراض جسدية (إصابات مفصلية، تنفسية، أمراض القلب، أمراض التنفس...) هذه الدوافع المقموعة تفرغ في الأعضاء عوض أن تستخرج على شكل تعابير انفعالية، (Reich) اقترح توسيع المنفذ النفسي واللفظي المستخدم في التحليل النفسي إلى عمل جسدي يهدف إلى نزع الضغوطات العضلاتية والحركية المشكلة منذ الطفولة كنتيجة للصراعات، وتحرير الطاقات المخزنة (Reich, 1983).

فقد استخلص (Reich) هذه النتائج من خلال أعماله العلاجية والنظرية، بدءا بالتحليل الطبائعي L'Analyse Caractérielle للمعرفة شخصية المرض، ثم ادخل طريقة "Végéto-thérapie" وهي علاج فهي جسدي يستند على تحليل والتخفيف من الأعراض الإعاشية-العصبية Les Symptômes Neuro-végétatifs.

مرورا إلى "Orgone-thérapie" وهي العلاج بالطاقة في الجسد، بتحرير الذرع العضلي " Le Cuirasse Corporel"

(**Alexander Lowen**): كان يتعالج لدى (Reich) في سنوات الثلاثينات حول إشكالية نقص الثقة بالنفس في سنوات 1942-1945 سبب صراع مع أبيه، حيث كان يدرس الطب وتوقف، ثم اتجه إلى الرياضة حيث كان مدربا للجمباز، أثناء جلساته لمدة 5 سنوات، فلم يلقى تحسنا كبيرا، تأثر بـ طريقة Reich، وتتلمذ على يده (1945-1952)إلى أن استطاع أن ينتقد طريقة Reich وخرج بملاحظات ونتائج، (Lowen, 1977).

حيث أعاد هيكلة اكتشافات Reich، بوصفه لأنماط التنظيمات الدفاعية المستعملة، هذه الأخيرة تختلف بحسب فترات الطفولة، أين ظهرت صعوبات النمو ومتعلقة بحاجة محددة التي لم تلبى رغبتها.

Lowen أبقى على المبادئ الأساسية للوظائف الحيوية للإنسان التي وضعها (Reich) في بعده الطاقوي والسيكوسوماتي بتأسيسه للعلاج البيوطاقوي "La Bioénergie" الذي اهتم بالإرصان اللفظي والذي أهمله رايش خلال تقنياته في "Orgone-thérapie"

وفي سنة (1956)أسس معهد خاص بالعلاج البيوطاقوي بـ NewYork، ثم بعد ذلك انتقل هذا العلاج إلى العديد من الدول، حيث ظل ينشط في علاجه وتكوينه إلى غاية وفاته سنة 1998، وهنا نود أن نشير إلى أن مصطلح البيوطاقوية جاء به (Alexander Lowen)، لكن أحد تلاميذه (Guy Tonella) في سنوات التسعينات أراد أن يميز البيوطاقوية كعلاج نفسي جسدي عن نفس المصطلح المستخدم في الفيزياء والبيولوجيا. فأضاف كلمة التحليلية، لكي يوضح بعد التحليل النفسي الذي تستند إليه، فصارت البيوطاقوية التحليلية "L'analyse Bioénergétique".

2- مفهوم العلاج البيوطاقوي

تعريف (Tonella) "البيوطاقوية التحليلية هي طريقة نفسجسدية، تستخدم الجسد والنفس، وتسمح بإنشاء تفاعلات بينهما، هدفها هو السماح بسير الطاقة المثبطة أو الموقفة بسبب صراعات قديمة لم تحل، من أجل الوصول إلى تناسق وانسجام عاطفي، علائقي، انفعالي، شخصي ..."

.(Tonella, 1994, p80)

أما (Alexander Lowen) فيوضح أن العلاج البيوطاقوي ذو بعد عميق: تحليلي، علائقي جسدي مرتكز نحو الذات، ليست مقاربة جسدية بسيطة، أو تحليل نفسي يحتوي على تمارين جسدية.

حيث أكد Lowen في كتابه (la bioénergie,p46) "لانستدخل العمل على الجسد فقط، العلاقات التفاعلية والسيرورات الذهنية للمتعالج، لكن كل بعد يفهم ويترجم مقاربات بالأبعاد الأخرى، البيوطاقوية تتأصل في واقع الجسد ووظائفه الحركية والتعبيرية

فالعلاج البيوطاقوي هو وسيلة لفهم الشخصية بواسطة الجسد والسيرورات الطاقوية التي تتدفق، هذه السيرورات تولد الطاقة عن طريق الحركة، والتي هي وظائف أساسية في الحياة.

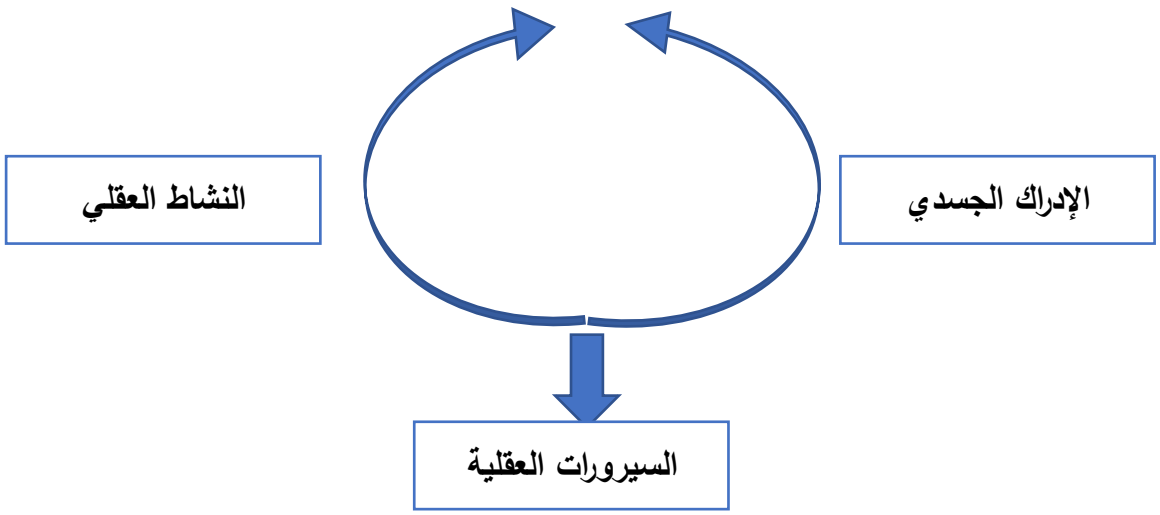
كذلك يوضح Lowenفي كتابه La Pratique de l'analyse bioénergétique سيرورة العلاج البيوطاقوي، فيصرح أن هذا العلاج يوافق بين عمل الجسد والنفس من أجل مساعدة الفرد على حل مشاكله العاطفية والانفعالية وعلى تحقيق اللذة والسعادة. (Lowen, 1963, p102).

كذلك حاول Lowenتوضيح عمل العلاج البيوطاقوي في المبادئ التالية:

- الجسد والنفس من الناحية الوظيفية هما متكافئان؛ بمعنى أن ما يحدث في النفس يعكس ما يحدث في الجسد والعكس صحيح، وفق مايلي:

الجسد ⟵ النفس ⟵ السيرورات الطاقوية وبمستوى الحق فالأفكار والأحاسيس مقترنة بعوامل طاقوية مثلا شخص مكتئب من الصعب عليه أن يخرج من حالته الاكتئابية بالتفكير في أشياء ايجابية، لأن مستوى طاقته انخفض، فلو نزيد من مستوى طاقته نجعله يتنفس بعمق ونفس الشيء بالنسبة لوظائف الحياة الأخرى، فإن استطعنا تحرير انفعالاته نستطيع اخراجه من حالته الاكتئابية

مخطط رقم (1): يوضح السيرورات الطاقوية



من خلال هذه التعاريف فإن الصدى الأساسي من العلاج البيوطاقوي هو تحرير طاقة تسمح للجسم بالتوازن، هذه الطاقة الجسدية أصلها نفسي، وجداني، فالتعبير عن الانفعالات يجعل المتعالج متوازنا على جميع المستويات (النفسي، الوجداني الانفعالي، العصبي، المعرفي واللغوي).

إذن فالعلاج البيوطاقوي موجه إلى أشخاص "في معاناة" متوجه نحو الصراعات الداخلية، أين تكون الأعراض مختلفة، جسدية أو نفسية، أو معا نفسية وجسدية (سيكوسوماتية) ومن أجل فهم أعمق للعلاج البيوطاقوي سنستعرض أهم المبادئ الأساسية التي يستند إليها.

3- المبادئ الأساسية في العلاج البيوطاقوي: سنشير هنا إلى أهم المبادئ التي جاء بها مؤسس العلاج البيوطاقوي (Alexander Lowen) وكذا تلميذه (Guy Tonella).

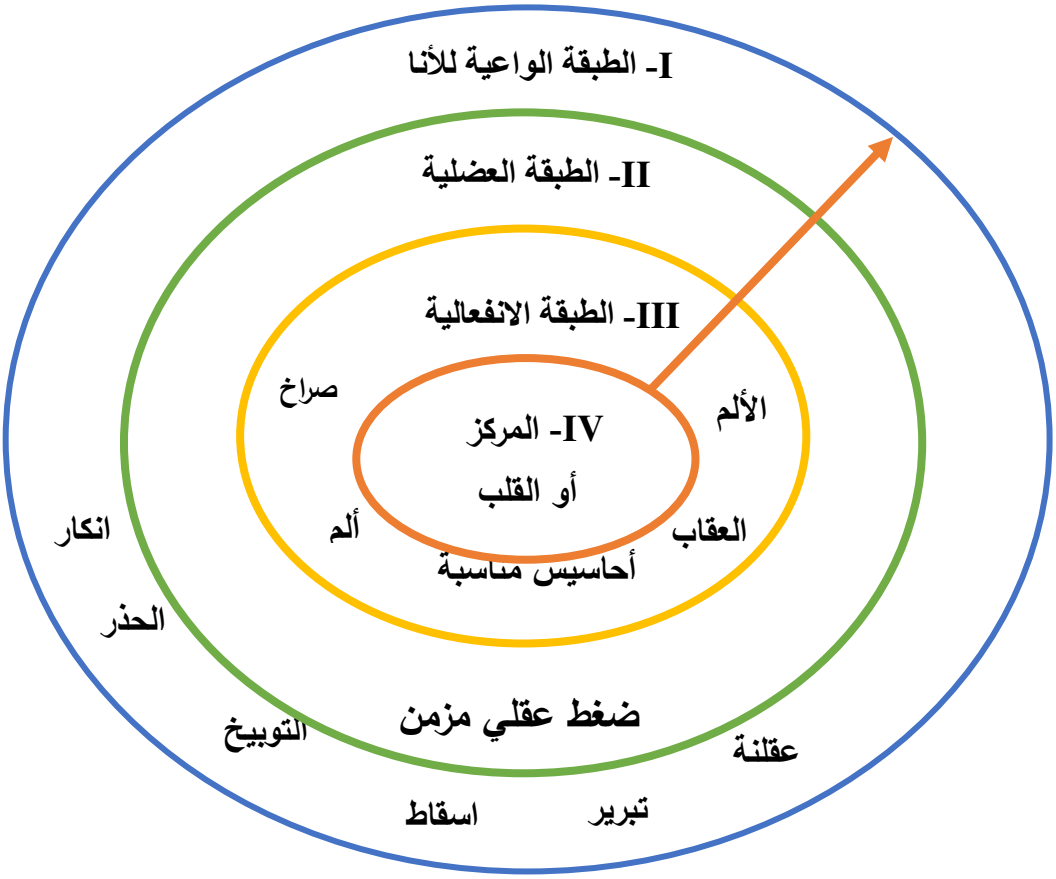
فحسب (Lowen,1978) ومن خلال أبحاثه ودراساته المرتكزة حول إعادة اكتشاف القدرات التي تحافض على الحياة؛ الحيوية والتعبيرية المحبوسة أو المقلصة من طرف دفاعات نفسية، ترمي إلى ايجاد ما يقابله في الذرع العضلي "Le cuirasse Corporel" أو مجموعة من الضغوطات المزمنة التي تعلل أو تزيد من حيوية الجسم، إن القدرة التعبيرية للشخص وقدراته على ايجاد اللذة في الحياة (Lowen, 1978, p28).

فالممارس لهذه الطريقة العلاجية، يحاول من خلالها قراءة ردود الأفعال الناتجة عن جسد المتعالج والفهم الصحيح للمخلفات الوجودية المعاشة من طرف الشخص عبر مراحل حياته، والتي أثرت على الجانب النفسي والجسدي للشخص في نفس الوقت.

أعاد النظر (Lowen) فيما بعد لنظامه، حيث لاحظ أن هناك ميولات للمعالجين لتصنيف مرضاهم وفق هذا النمط وألح فيما بعد على أهمية "الاتصال المباشر بالمريض وملاحظته" عن كثب.

النموذج الذي اقترحه Lowen لتحليل طبقات الجسد حسب البيوطاقوية، فقد أصر على ضرورة التدخل على مستوى "الدرع العضلي"، هذا ما يمكننا الذهاب إلى جانب تحليل الدفاعات (الأنا) أكثر منه من تحليل الانفعالات المكبوتة.

مخطط رقم (2): يوضح الطبقات الدفاعية



نستطيع تلخيص مختلف الطبقات انطلاقا من الخارج نحو الداخل.

- **طبقةالأنا:** تحتوي على الدفاعات النفسية، وهي تمثل الطبقة الخارجية للشخصية، والميكانيزمات المستخدمة، الإنكار، الاسقاط، التوبيخ، الحذر والعقلنة.

- **الطبقةالعضلية:** وتتواجد بها الضغوطات العقلية المزمنة وتبرر وتعزز دفاعات الأنا، كما تحمي في نفس الوقت الطبقة المجاورة لها والحاملة للانفعالات المكبوتة والتي لا تتجرأ على التعبير عنها.

- **الطبقةالانفعالية:** والخاصة بالانفعالات التي تحتوي على الأحاسيس المكبوتة للهيجان؛ الصراخ أو الخوف، التشاؤم الحزن والألم.

- **المركز أو القلب:** وهو الطبقة التي يتبعها منها الحب والشعور بالحاجة إلى الحب (Lowen, 1978, pp103-105)

كما أكد لون "Lowen" في كتابه "La Bioénergie" أن المقاربة العلاجية لا تنحصر في الطبقة الأولى مهما كانت مهمة (...) العمل فقط على الطبقة الثالثة لا يعطنا النتائج المرجوة (...) لو نعمل

مباشرة على مستوى الطبقة الثانية: نستطيع أن ننتقل إلى الطبقة الأولى أو الثالثة، لما يكون ذلك ضروريا.

نستطيع كذلك العمل على الضغوطات العضلية، ومساعدة الآخر على فهم صلابة جسده والطريقة التي يتواجد بها الذرع والذي يتحكم بوضعياته النفسية والجسدية.
(Lowen, 1977, pp105-106)

كما تطرق كذلك إلى مبدأ القراءة الجسدية (La Lecture Corporelle) وبعض المبادئ والمفاهيم الأخرى، التي يستند عليها العلاج البيوطاقوي، كطريقة تشخيصية، من خلال فهم طبع والخصائص النفسية والجسدية، ومعرفة التثبيطات ومستويات الصراعات، فيما بعد يتدخل العلاج البيوطاقوي لحل هذه الصراعات، لذلك يتطلب منا فهم أسس ومبادئ العلاج البيوطاقوي.

4- طرق التشخيص في العلاج البيوطاقوي

إن تداخل المفاهيم الأساسية للعلاج البيوطاقوي، والتي تدخل ضمن المبادئ الأساسية في العلاج البيوطاقوي والتي بدورها يستند عليها العلاج البيوطاقوي في تشخيص الحالات المرضية وبالتالي علاجها أو التخفيف من شدة أعراضها فالبيوطاقوية لها أسس نظرية في التحليل والتشخيص ولديها تقنيات وتمارين في العلاج، وتقنيات العلاج تختلف باختلاف طبيعة الحالة.

4-1- القراءة الجسدية La Lecture Corporelle

ومن بين المبادئ الأساسية في العلاج البيوطاقوي التي ركز عليها (Lowen) هي القراءة الجسدية، والتي تسمح للمعالج بملاحظة مستوى الطاقة وشدة الحصر وكذا نوع الطبع الذي يبينه المتعالج.

فمن خلال قراءة الجسد، المعالج يأخذ بعين الاعتبار عناصر متعددة خاصة بالمتعالج؛ كتاريخه المرضي، تحليل طبعه الجسدي، بالإضافة إلى أبعاد أخرى: كالانفعالات والتثبيطات الملاحظة خلال السيرورة العلاجية.

ومن خلال هذه العناصر فقد لخصت (Louise Fréchette) هذه العناصر الواجب ملاحظتها على سلوكات المتعالج، وذلك استنادا على أعمال (Lowen و Tonella)، وفق الجدول التالي

جدول رقم (3): العناصر الواجب ملاحظتها خلال السيرورة العلاجية

العناصر الملاحظة على المستوى الانفعالي	العناصر الملاحظة على المستوى الجسدي
- مدى ضخامة الرصيد الانفعالي (الانفعالات المعبّر عليها، انفعالات محذوفة أو مقموعة) - القدرة على احتواء الانفعالات دون تجزئتها وفي نفس الوقت منعها من أن تتهجم على نفسها. - النمط الانفعالي الأكثر تكرارا. - التحوّلات، الهوامات المحفزة لدى المعالج يمكن أن تصب أيضا العناصر الخاصة بالنقلة المضادة Le ContreTransfert، والأحاسيس المستثارة لدى المعالِج على الجانب اللاشعوري؛ أي تقييم النقلة والنقلة المضادة.	- مستوى الطاقة في الجسد. - نوعية الطاقة المستخدمة. - القدرة على احتواء كمية الشحنة الطاقوية والانفعالية. - الانقطاعات والتثبيطات في مختلف أعضاء الجسد. - نوعية التنفس. - نوعية الشحن الطاقوي على مستوى الحوض مع بقية الجسد. - نوعية التجذر "L'enracinement" على مستوى الساقين والرجلين. - مدى التركيز مع المتعالج على مستوى العينين. - نبرات الصوت. - مستوى التواصل مع المحيط. - معرفة نقاط القوة (الأعضاء الأكثر حيوية وحركية) ونقاط الضعف (تحديد الأعضاء الأكثر استرخاءا والأكثر صلابة في الجسد). - الأحاسيس الجسدية المستثارة.
العناصر الملاحظة على المستوى العلائقي	**العناصر الملاحظة على المستوى المعرفي**
- مدى القدرة على محافظة التواصل مع المعالج. - تواتر ونوعية التواصل البصري. - طريقة الاقتراب والابتعاد من الناحية الجسدية أو الانفعالية من المعالج. - التصلب أو الاسترخاء خلال العلاقة مع المعالج على حسب المواضيع المطروحة. - الميكانيزمات المناسبة لتسيير الشحنة المولدة من خلال العلاقة بين المعالج والمتعالج.	- محك اللغة. - نوعية الكلمات المستعملة بغرض عدم اهمال التجربة المعاشة. - درجة الليونة أو صلابة نظام التفكير. - المنطق الشخصي. - المعتقدات. - القيم والمعايير ....الخ

4-2- استدخال مفهوم التعلق في العلاج البيوطاقوي

العلاج البيوطاقوي أثره جانبه النظري بهذا البعد لنظرية التعلق L'attachement Bowlby(1969-1988) التعلق والفقدان (Aisnnorth, 1978)، أنماط التعلق (Main, 1988).

إن نمط تعلق الطفل بأمه له آثار عميقة ومستمرة على مستوى هوية الذات (L'identité de Soi)، وعلى تنظيماته الجسدية والنفسية، على جنسيه وبالنسبة لعلاقاته المستقبلية.

فيوضح (Tonella, 1994) أنه يمكننا وضع علاقة بين أنماط التعلق الحصري، كما تبينها نظرية التعلق "الحصري – المتجنب" (Anxieux-évitant)، "حصري – متناقض وجدانيا" (Anxieu-Ambivalent)، و"غير منتظم – متشتت" (Désorganisé- Désorienté)، وبنية الشخصية في السنة الأولى من حياة الطفل، كما بين ذلك (Lowen) أنماط الشخصية ["شبه عضامية"، (Schyoïde)، "فمية" (Oral)، و"حالة حدية" (étatlimite)].

هذه البنيات التعلقية وبنيات الشخصية، تتفاعل خلال السنة الأولى وتشكل نواة الهوية الشخصية والإشكاليات المستقبلية؛ الجنسية وعلاقات الراشد تكون صدى لما عاشه الفرد في سنواته الأولى.

وفي هذا الصدد أراد (Guy Tonella) أن يوضح من خلال أعماله كمعالج بيوطاقوي، مقارنة بين إدراجه لأنماط التعلق وفق نموذجه الخاص، وكذا نموذج معلمه (Alexander Lowen)، ومقارنتها بمراحل النمو النفسجنسي وفق المدرسة التحليلية، مبينا ذلك في الجدول التالي:

جدول رقم (4): أنماط التعلق ومراحل النمو حسب النموذج البيوطاقوي

السن	مراحل النمو	النموذج اللويني (Lowen)	أنماط التعلق والنموذج التكيفي للذات (Tonella)
من شهرين إلى 5 أشهر	- المرحلة التوحدية (Mehler) - الشعور بالذات العائمة 5-2 أشهر (Stern) - مرحلة ما قبل التعلق 0-5 أشهر (Bawlby) - المرحلة الفمية 0-1 سنة (S.Freud)	- الحق في الوجود	- التعلق الوجودي - تشكيلة جسدية حسية.
2-7 أشهر	- المرحلة التعايشية من 2 إلى 5 أشهر (Mahler) - الشعور بالذات الأساسية من 2 إلى 7 أشهر (Stern)	- الحق في التغذية المساندة والأمن	- العلاقات التبادلية والتفاعلية الحسية، الحركية.

10- 22 شهر	- سيرورة الانفصال، انفراد. - الشعور بالذات متعلقة بالبعد اللفظي من 12-24 شهرا (Stern) - مرحلة التعلق المنشأ بوضوح من 10 إلى 24 شهرا (Bowpdy)	- تعلق استدلالي - تشكيلة معرفية	- تعلق استدلالي - تشكيلة معرفية
22-36 شهرا	- سيرورة انفصال، انفراد - تشارك بهدف متغير (Bowpdy) - المرحلة الشرجية	- الحق في الاستقلالية حركة ذاتية	- استمرارية استدخال العلاقات والكفاءات السابقة
3-5 سنوات	(S.Freud) - التفكير العملي المجرّد (Piaget).	- الحق في الجنسية	- استمرارية استدخال العلاقات والكفاءات السابقة
5-10 سنوات 10-16 سنة	- مرحلة الكمون - نمو التفكير العملي الشكلي نمو 14 سنة (Piaget) - المراهقة: بداية استدخال الجنسية الناضجة (وآخرون Freud).	- استمرارية توكيد الحقوق السابقة	- استمرارية استدخال العلاقات والكفاءات السابقة.

(Lowen, 1994, pp102-103)

إن أنماط التعلق ومراحل النمو بجميع جوانبها العاطفية والمعرفية، تسمح للمعالج البيوطاقوي معرفة التاريخ الشخصي للمعالج وتساعده في القراءة الجسدية له وبالتالي، الأخذ بعين الاعتبار تاريخه وحاضره، وبالتالي علاج الصراعات التي لم تحل ولم يستطع التعبير عنها.

4-3- الذات ووظائفها في العلاج البيوطاقوي

لقد وضح (LowenAlexander) في كتابه "البيوطاقوية" La Bioenergie سنة 1977، أن المهم لمعرفة طبع الشخص، هو طريقة تعبيره لذاته.

وهذا التعبير عن الذات يرجع إلى مدى عفويته في التعبير لغويا عن أفكاره وطريقة ايصاله لانفعالاته وأحاسيسه من خلال جسده، تعابير جسده (ايماءاته)، أين يحتل الجسد المكانة الهامة في ايصال هذا التعبير، فإن الشخص الذي يمتلك عفوية وسهولة في ايصال انفعالاته هو الشخص الذي يستطيع أن يرجع إلى حياته الداخلية، ويحد التمثيلات المناسبة لذاته وبالتالي يعبّر عنها لغويا (لفظيا) وجسديا ويعتبر الجسد واجهة حقيقية لهذه التعبيرات. (Lowen, 1977, pp235-336)

كذلك يعتبر (Lowen) أن الحركية والدينامية في الجسد مقترنة بكمية الطاقة الجسدية من أجل الحركة وآداء الوظائف.

ولما ينخفض مستوى الطاقة، تنقص الحركة فهناك علاقة مباشرة تربط بين الطاقة والتعبير عن الذات.

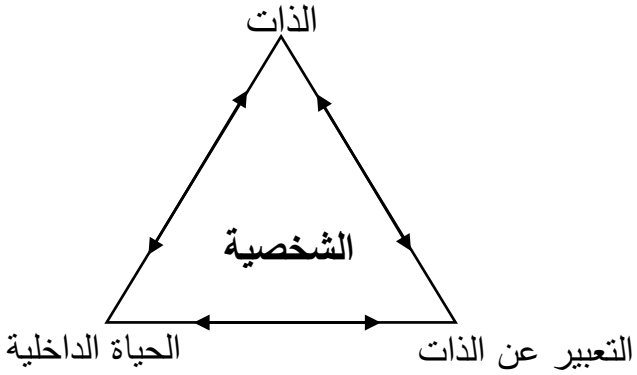
طاقة ← حركة ← انطباع ← عفوية ← تعبير عن الذات وفي الاتجاه الآخر نستطيع تفسير صعوبة التعبير عن الذات.

لما يكون التعبير عن الذات مثبطا، العفوية تكون منخفضة وهذا الانخفاض يؤدي إلى انقاص الصدى الانفعالي، مم يؤدي إلى انخفاض حركة الجسم وضعف مستوى الطاقة.

وفي هذا الصدد بين تفاعل عناصر الشخصية: الحياة الداخلية، التعبير عن الذات والذات.

فمن حيث أن الشخصية هي وحدة مشكلة من عدة عناصر مدركة وغير مدركة، تستمد تشكيلها من الحياة الداخلية (خبرات طفولية، أحداث مفرحة ومحزنة)، فالذات هي الواجهة للتعبير عن الشخصية للفرد، وللتعبير عن الذات فالجسد هو الواجهة الأمثل للتعبير عنها، فاقترح (Lowen)هذا المخطط لتوضيح ذلك.

مخطط رقم (3): سيرورة التعبير عن الذات

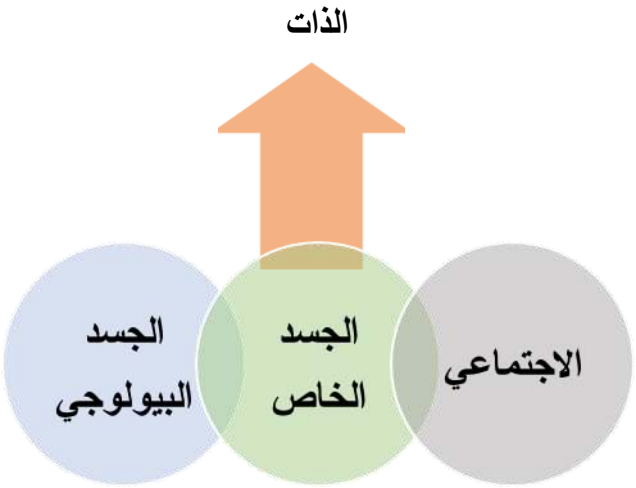


لقد بين (Lowen) من خلال فلسفته في العلاج البيوطاقوي أن الطاقة الجسدية للشخص تبين مدى تعبيره عن ذاته هذه الذات مليئة بالوجدانات والانفعالات، فكلما كانت العفوية لدى الشخص، اتضح ذلك في حركية جسده فالشخص المريض هو الذي لديه صعوبة في التعبير بعفوية عن سلوكاته وبالتالي تكون لديه حياة داخلية مليئة بالصدمات، التي لم تمكنه من ايجاد تمثيلات مناسبة لها فتنعكس عن طريق طبع صلب، طاقة منخفضة، غير موزعة بشكل متوازن على أعضاء الجسم، الذي يفتقر للحركية والدينامية، فيبين خللا ما، والعلاج البيوطاقوي هدفه هو إصلاح هذا الخلل وجعل المريض يستطيع أن يعبر عن ذاته وبالتالي إعطاء الحيوية للجسد، والسماح له بالتعبير عن ذاته وانفعالاته.

فـ Lowen أكد على ضرورة التعبير عن الذات ووضح ذلك بصفة عامة ثم تعمق تلميذه (GuyTonella) بتوضيحه لمفهوم الذات ولجملة من وظائف الذات في العلاج البيوطاقوي.

يرى (Tonella) أن الذات هي واجهة بين البيولوجي والاجتماعي، لكن لا تختزل أي واجهة الأخرى، وهي واجهة للتفاعلات الظواهرية، بين الظواهر العصبية البيولوجية والظواهر الثقافية-الاجتماعية، فالذات هي وحدة للحرية التي لا تلغي أصولها، وتتحمل مختلف تناقضاتها: من خلال أصل تعلقاتها بالاستناد على علاقاتها الأولى بالموضوع، فهي متحررة من الحتمية الجينية (الوراثية) وتصبح مبدعة (Lowen et al, 2015, p62)

مخطط رقم (4): الجسد كواجهة خاصة



ويوضح (Tonella) من خلال نظريات النمو المعاصرة، أن الذات هي اجتماعية، وتفرض إعادة تقييم النظريات والافتراضات العلاجية من حيث علاقتها بجوانب متعددة:

- الذات هي واجهة مع الجسد: من حيث وظائف الذات والعلاقة بينها.
- الذات واجهة مع المحيط: علاقات تعلق الذات وتفاعلاتها الاجتماعية.

فالذات لها وظائف متعددة سنوضحها فيما يلي:

مخطط رقم (5): الذات ووظائفها

1.وظائف الذات

1- **السند الوظيفي للذات:** يمكن أن نعتبر الذات كمجموع وظائف متكاملة، كما هو موضح في الشكل السابق، الخمس وظائف تتفاعل وتعمل بين الواجهة (جسد – محيط) .

من ناحية فإن كل وظيفة من الوظائف هي تعبير عن تنظيمة بيولوجية مرافقة ومن ناحية أخرى فإن كل وظيفة هي متحولة وتصبح ذاتية عند التقائها مع المحيط الاجتماعي الآني.

فالذات تعرّف كتشكيلة نفسجسدية تتدخل في تعديل وتفاعل مستقر للوظائف الأخرى، وهي سيرورة تؤسس الهوية الذاتية للذات في حالة دينامية.

2- تنوع وظائف الذات

- **الوظيفة الطاقوية:** تتمثل في الطاقة والحيوية La Fonction Energétique المتوفرة في الجسم، كمية الطاقة في عمل وظائف الذات وتساهم حتى في تحقيق الذات الحقيقية، حركيتها تشكل أساس حيويتها وتوزيع الإثارة في مجموع الذات والتي تحدد التوازن النفسجسدي.

- (Lowen) جعل العمل الطاقوي مفتاح العلاج النفسجسدي حيث يعطي للمتعالج حيويته الكاملة، عفويته وسعادته في الحياة (Lowen, 1977, p15)

ومن هذا المنطلق فإن الجسم منخفض الطاقة يتطلب عمل طاقوي (شحن) من خلال التنفس، أما الجسد المتشبع؛ أي ذو طاقة زائدة، فهو بحاجة إلى تفريغ عن طريق الحركة، وفي كلتا الحالتين فالهدف من العلاج البيوطاقوي هو توفير جسد متوازن الطاقة.

- **الوظيفة الحسية:** La Fonction Sensorielle ويتمثل هدفها في استقطاب التغيرات في حالات الذات وترجمتها كميا حيث بين (Lowen) "الإحساس هو إدراك حركة داخلية للجسم (...) إدراك لحركية الجسم (Lowen, 1977, p15).

أي أن الحواس تستقطب الأحاسيس والضغوطات الخارجية وتقوم بالانتقاء النوعي للمثيرات السمعية والبصرية، حيث يكون إدراكها على المستوى العصبي وتترجم من خلال الانفعالات الجسدية، ضمن الذات الخاصة بكل شخص.

فالوظيفة الحسية هي مقر التظاهرات النوعية بالرجوع إلى الوعي الشخصي للذات، هذه الظواهر متعلقة بدرجة الطاقة الخاصة بالذات وبوظائف النواقل الطاقوية Transporteurs énergitique، التدفق التنفسي، الدموي، الغازي (Keleman, 1985).

إذن فالوظيفة الحسية تعمل دور الوعي الأولي للذات ومعدّل أساسي للوظائف الجسدية والعلاقات مع المحيط.

- **الوظيفة الحركية Lafonction Motrice:** تضمن حركية الجسم، جزء من المعلومة الحسي مستعملة من أجل إنتاج حركات بواسطة العصبونات، من خلال الاستجابة لمثير داخلي (واجهة مع الجسد)، أو كاستجابة المثيرات خارجية (واجهة مع المحيط) الحركة الإرادية تتضح عند الرضيع هي سن 02 إلى 03 أشهر وتساهم في النضج العصبي، فالحركة عند الطفل نتيجة لأوامر عصبية، قد تعززها المنعكسات الأولية والتي تبين مدى سلامة الجهاز العصبي، وبالأحرى القشرة الدماغية (Lowen, 2015, p65).

لكن الطفل هو ليس منعكس فقط، لكن من خلال تفاعلاته مع أمه، وعند شعوره بالإحباط فتكون حركاته قوية معبّرة عن القلق والخوف، فعند غياب اللغة فالطفل يعبر بجسده.

فالوظيفة الحركية تساهم في تحضير الذات كفعل ورد فعل من خلال السند العضلي والحركات التعبيرية.

- **الوظيفة الانفعالية La Fonction Emotionnelle** تحتل مركزا هاما في استمرارية النمو النفسجسدي، حيث أن الانفعال في طريق تشكله بين الإدراك والفعل، تكون لديه من قبل وظيفة (مقيم، مفجّر للفعل الموجه للحياة المتأقلمة) (Ekman, 1992).

أو كذلك لديه وظيفة إرهان استراتيجيات الدفاع العلائقية (Frijda, 1984) الانفعال يتطلب سيرورة فيزيولوجية تستدخل الجهاز العصبي السمبثاوي والباراسمبثاوي (Sympathique et parasympathique) وكذلك تشكيلات عصبية محددة لكل انفعال.

لما يتجه الانفعال نحو التمثيل (La Représentation)، تولد وجدانات عن طريق النواقل العصبية تتجه نحو مناطق عصبية أخرى من الدماغ المولدة للصور، مولدة لتغيرات في الحالة المعرفية بالرتباط مع الصور، الانفعال يصبح وجدانا (الأحاسيس)، والحالة المعرفية تصبح تمثيلا ذهنيا، بإعطاء وظيفة ذات معنى (Damasio, 1999).

فالوظيفة الانفعالية، من خلال المظاهر العاطفية، تقوم بإنشاء وتعديل الذات زمن خلال وجداناتها، فتعمل على الإرصان النفسي للمعلومة المعرفية؛ ومن خلال مجموع المظاهر الانفعالية، العاطفية والوجدانية، تقوم بوظيفة التواصل الذاتي مع المحيط الاجتماعي.

- **الوظيفة التمثيلية La Fonction de Représentation** ترجع إلى توظيف دماغي معقد، حيث أن تهيئة العصبونات تحول إلى صور (Images) (جانب معرفي) سيرورة ثانية تستدخل تهيئات عصبونية جديدة، وباشتراك هذه التهيئات تغير الإنتاج البسيط للصور إلى سيرورة التعرف على الذات (Damasio, 1999).

هذا التسلسل يشكل كذلك سيرورة نضج الذات، فمنذ سن 04 أشهر الرضيع يبين كفاءات بدائية ويشكل (شبه تمثيل) (Pinol-Douriez, 1984).

إن الأدوات الحسية، الإدراكية، العاطفية والحركية، تشترك وتفعل وتشفر في الذاكرة قصيرة المدى؛ وتشكل أنظمة ذات أثر وتحول إلى نماذج داخلية عاملة MIO(Modèles Internes Opérants) أو تمثيلات تفقاعلية ما قبل لغوية معممة (RIG) (Représentation D'interactions généralisées préverbales) هذه النماذج لم تترجم بعد إلى نظام إشارات مثل اللغة المنطوقة، لكن يمكن أن تترجم بشكل رمزي وتعايشي تسمح بإمكانية ظهور أنظمة: كالاستحضار، التعرف والمشاركة ففي العلاج البيوطاقوي ذكريات حقيقية مختلطة بتمثيلات هوامية (Tonella et al, 2005, p68).

- **الوظيفة التمثيلية:** من خلال الصور وبناءاتها تضمن للذات القدرة على التفكير الداخلي (الشخصي) والتفكير الخارجي، وإدراك المعنى الشخصي (الذاتي) والمعنى الخاص بالعالم الخارجي، فهي تعطي وظيفة المعنى للذات.

- **التفاعلات بين وظائف الذات:** إن العلاقة بين هذه الوظائف هي تكاملية، بنائية حيث كل وظيفة تستند على الآخرين، في تشكلها أو في تطور الوظيفة الأخرى، فالوظائف مستمرة لبناء ذات متكيفة، فالوظائف الخاصة بالذات هي مستمرة وهي سيرورة تصبح الذات وتكيفها.

فالعلاقة هي تكاملية وتطورية على النحو التالي:

الانفعال ← تمثيلات بدائية ← تعبير عاطفي

(تظاهرات بيولوجية) (حسية حركية) (تظاهرات جسدية)

الانفعال ← تمثيلات حقيقية ← وجدان

(ظاهرات بيولوجية) (نماذج تمثيلية) (تظاهرات نفسية)

السيرورة العلاجية ومختلف أنظمة الذاكرة في العلاج البيوطاقوي، يتم استحضار الرصيد النفسي والمعرفي من خلال مختلف الذاكرات المخزنة للأحداث الشعورية واللاشعورية في تاريخ الفرد.

وكل ذاكرة لها نظام ومنطق خاص بها وتحمل لاشعورا محددا.

1- **الذاكرة الإجرائية La Mémoire Procédurale:** وهي ذاكرة بيولوجية تسجل النماذج الحسية في "اللاشعور البيولوجي" جزء من هذه المعلومات المخزنة يمكن أن تصل إلى الشعور عن طريق التهيئة "L'Initialisation" مثلا عند تهيئتنا لنمط تنفسي والذي يمكننا به أن ندرك الإجراء التنفسي الآلي والخاطئ الذي نستخدمه، منذ طفولتنا، إجراء نموذجي من طرق الانفعال (الفزع المتكرر يولد مثلا تشنجات في العضلات وفي البطن أو إلى تنفس سطحي وسريع). نحن لسنا واعون بالآليات العصبية والبيوكيميائية التي نتدخل في الإجراء المرضي، ولكن نعي بهذا الإجراء من خلال معالج نفساني، نستطيع أن نتعلم كيف نغيره وكذلك تغيير الميكانيزمات العصبية-البيولوجية والبيوكيميائية التي يستخدمها المرض (Tonella, 2015, p90).

2- **الذاكرة العرضية la mémoire épisodique:** تأخذ بعين الاعتبار التشكيلات الجسدية والسلوكية المرتبطة بأنماط التعلق مسجلة على شكل "بصمة" حركية و"نماذج" تفاعلية تشكلت خلال مرحلة ما قبل اللغة، وسجلت في الذاكرة "لاشعور معرفي" فتصبح منظمة للتبادلات المستقبلية، بإنتاج هذه النماذج إلى الوعي المدرك، وفيما بعد في العلاج البيوطاقوي نتدخل لتشكيل إدراك مصور. فهذه الذاكرة العرضية تستند على بناءات حسية حركية قديمة ولكن تصبح روتينية.

ففي العلاج البيوطاقوي نركز على "اللاشعور المعرفي" وانتاجاته الجسدية والتفاعلية، ولما نعمل حول المسافة. (القرب، البعد عن الآخر)، فنركز على البصمات الخاصة بالانفصال الحسي الحركي للمتعالج كما بناها انفعاليا (Declerck,1994) فلتعديل الانفعالات السلبية أو إدراكها مثل (الحب والكراهية) فيقوم المعالج بتعديل الإدراك الحسي الحركي الانفعالي وتنشيطه من أجل إعادة الانفعال الخاص بالحب وإدراكه، ويترجم ذلك من خلال تحفيز تعابير تقبل الآخر في العلاج؛ كالمصافحة، العناق الضغط على ذراعية.

3- **الذاكرة الدلالية LaMèmoire Sémantique:** تشفر التمثيلات النفسية بدءا من ظهور اللغة المنطوقة وباشتراك التمثيلات يتشكل تفكير معقد، أنماط ذهنية تسهل طريقتنا المعتادة في تفكيرنا وإدراكنا للواقع.

هذه الذاكرة تستمد جذورها من "اللاشعور النفسي" كما وضح ذلك Freud، باكتشافه لميكانيزم الدفاع المتمثل في الكبت (كبت الأفكار المضطربة). ومن خلال الكلام يستطيع أن نكتشف أو نعط دلالة لماضينا وحاضرنا (Tonella, 1994).

إن السيرورة العلاجية تستند على محتويات كل ذاكرة والعمل المنسجم أو غير المنسجم بين الذاكرات البيولوجية المعرفية والنفسية، أو بعض من محتوياتها، وهذا الخلل يؤدي إلى اضطراب في انفعالات الشخص، سلوكاته، وطاقته الجسدية.(Lowen)

الطبع: Le Caractère

قام (Lowen) بوضع مجموعة من التصنيفات حول الطبع الغالب في كل اضطراب وخصائصه الجسدية والنفسية، وهذا باستناده لأعمال (Reich) في التحليل الطبائعي (L'analyse Caractèrielle) فخلص إلى وضع أنماط للطبع : الطبع شبه فصامي، الطبع الفمي، الطبع السيكوباتي الطبع المازوشي، الطبع الصلب.

وسنتطرق هنا في الأمراض السيكوسوماتية أو التنظيمية السيكوسوماتية والتي صنفها (Lowen) ضمنيا في الطبع الصلب Le Caractère Rigide، الذي نبين خصائصه.

- **بنية الطبع الصلب:** إن مصطلح الصلابة ترجع إلى نزعة الفرد إلى أن يكون منخفظا وغير مرن في انفعالاته وكذا حركاته وتغيب العفوية لديه، فهو يشبه الشخص الوسواسي، كثير التفكير والعاطفة لديه مختزلة، يخاف أن يخطئ وأن يقع في الفخ القدرة على التحفظ راجعة إلى قوة وضعية الأنا ورقابة كبيرة لسلوكاته، استثماره للواقع يقوم بالدفاع ضد النزوات المتعلقة باللذة، والعفوية ويؤسس صراع داخل الشخصية.

- **الحالة البيوطاقوية:** لدى البنية الصلبة قوة كبيرة في أطراف جسده، مم تسمح له باختيار الحقيقة قبل التصرف.

- **الانفعالات:** تنتقل ولكن بشكل محدود.

- **المناطق ذات الضغط:** هي العضلات الطويلة، كالذراعين الرجلين، الرقبة، تكون صلبة.

- **الخصائص الجسدية:** إن جسد هذا الطبع هو منسجم، ويتضح أنه متماسك، رغم هذا فإننا نستطيع ملاحظة عدم تناسق العضلات الدقيقة.

– **نلمس الحيوية في جسده،** العينان تلمعان، حيوية في التصرفات والحركات، لكن ما يميز هذا الطبع رغم ما يوضحه من طاقة وحيوية هو عدم انسجام عضلات الجسد وغياب العفوية والمرونة.

– **الخصائص النفسية**

– الأشخاص ذوو هذا الطبع منغمسون في الواقع، طموحون، وعدوانيون، ولكن يتسمون بالسلبية مما يجعلهم ذوي شخصية هشة، يتسمون بالعناد، قليلو الحرية الانفعالية.

– لهم دفاعات ضد الجنسية مم يقلل من هواماتهم وخيالهم (Lowen, 1977, pp147–148).

إن معرفة خصائص كل طبع يسمح للمعالج البيوطاقوي بالتشخيص وبالتالي التخفيف من الأعراض ومعالجتها، ضمن نطاقها، الجسدي، الطاقوي، السلوكي، المعرفي والانفعالي.

من خلال ما سبق عرضه من مبادئ العلاج البيوطاقوي فمن خلال تتبع تاريخ المريض (المتعالج) ومعرفة رصيده الطفولي، ومطابقة ذلك خلال القراءة الجسدية التي تهتم بالجوانب: المعرفية، الانفعالية والطاقة الجسدية.

ومن خلال الجسد، يستطيع المعالج استخراج طبع المتعالج والرجوع إلى تطور ذاته، ومدى نضجها، ومعرفة أنواع الذاكرة المضطربة.

فتكمن أهمية التشخيص البيوطاقوي بخلاف التشخيص التصنيفي (DSM)، هو معرفة المخلفات القديمة، التي أدت إلى الاضطراب والخلل في الكفاءات، ومحاولة الوصول إلى المتعالج للتحرر من الأفكار والانفعالات والوجدانات المثبطة.

5– العلاج البيوطاقوي والأمراض السيكوسوماتية

إن المفاهيم المطوّرة في العلاج البيوطاقوي، جاءت في الأصل لعلاج العصابات واضطرابات الشخصية، التي تتيح التطبيقات الجسدية وغير اللفظية، وكذلك فقد اهتمت بعلاج الأمراض السيكوسوماتية.

إن العلاج البيوطاقوي يمكن أن نعتبره مقاربة سيكوسوماتية حيث أنه يساعد في التعرف على مختلف أنماط التواصل العلاجي والعلاج المباشر للأعراض في نمط جسدي، يسمح بتسهيل الوصول إلى ما قبل اللغة للمتعالج، فيكتسب فهما للغة جسده وتدريجيا يصبح حريصا على فهم الرسائل المتخفية وراء الأعراض (Ekman, 1992)

كذلك قام (lowen, 1979) بوصف قواعد العلاج البيوطاقوي وبين مدى فعاليتها في التطور السيكوسوماتي، حيث أوضح من خلال أعماله، نتائج توضيحية كون السيرورة العلاجية تتموضع في التفاعلات البيو–نفس–اجتماعية والتي يمكن من تحرر انفعالات المريض السيكوسوماتي.

كذلك نشير إلى عرض حالة ربو قام (Lowen, 1977) بمعالجتها حيث أكد أن الحالة خلال السيرورة العلاجية، تعرضت للاختناق عدة مرات، ولكنها تجاوزت هذا الاختناق وبمرور الجلسات خفت حدة النوبات والاختناقات حيث نوه (Lowen) أنه بعد تحرير الانفعالات للمتعالج فقد استطاع أن يعبر جسديا من خلال ضربه للسرير ومن خلال تعبيره اللفظي عن انفعالات الغضب المكبوتة كما أن حياته الخيالية تحسنت مع مرور الوقت (Lowen, 1977, p68).

فالعلاج البيوطاقوي يحرر الانفعالات المقموعة لدى المتعالج، وهذه هي إشكالية المرض السيكوسوماتيون كما وضح ذلك (F.Alexander, 1970).

وعليه فقد اخترنا هذا العلاج لنختبر مدى فعاليته على سمة الألكستيميا الخاصة بالمرض السيكوسوماتيون الذين يعانون من صعوبة إدراكهم وتعبيرهم لانفعالاتهم.

6- التمارين الأساسية في العلاج البيوطاقوي

إن العلاج البيوطاقوي هو وسيلة لمعرفة الشخصية بواسطة الجسد والسيرورات الطاقوية، هذه السيرورات تولد طاقة عن طريق التنفس والتفريغ الطاقوي عن طريق الحركة.

هذه الوظائف أساسية في الحياة، والطاقة التي نمتلكها والطريقة التي نستعملها تحدد طريقة ردود أفعالنا خلال الوضعيات التي نصادفها، فتحرير الانفعالات المناسبة هو هدف العلاج البيوطاقوي.

وعليه فإن العلاج البيوطاقوي، ليس تمارين رياضية أو طريقة استرخاء لتسيير الضغوطات النفسية، بل هي أعمق من ذلك، قد تشبه بعض التقنيات في الاسترخاء كالتنفس والتركيز، لكن التمارين هناك عامة وهنا خاصة بكل طبع مرضي، وإن كان هدفها الأساسي هو تحرير الانفعالات المثبطة.

إن هذه التمارين مستلهمة من ماقدمه ووضحه Lowen في كتابه (La Pratiquede L'analyse Bioenergitique; Exercices).

فقد اخترنا مجموعة من التمارين التي تخدم موضوع بحثنا بغرض القدرة على التعبير عن الانفعالات وإدراكها وكذلك تنشيط الحياة الهوامية لدى المراهق المصاب بالربو فاستندنا على تمارين: الإحماء L'echauffement التجذر L'enracinementالتنفس La Respiration، التمارين التعبيرية

Le التدليك ،Exercices Sexuelsوالتمارين ذات التعبير الجنسي LesExercices Expressifs .Massage

1- تمارين الإحماء L'echauffement

قبل الدخول في الوضعيات ذات البعد العميق والانفعالي لا بد من البدء بتمارين الإحماء لتحضير العمل الجسدي تدريجيا، يمكن نستعمل تمرينين أو أكثر، على حسب حالة المتعالج ومدى استعداده للدخول في السيرورة العلاجية.

2- تمارين التجذر L'enracinement

التجذر هو مصطلح هام في العلاج البيوطاقوي، ويعتبر الركيزة الأساسية للدخول في العملية العلاجية، حيث يهدف إلى بحث الطاقة في جسد المتعالج، حيث يحس بشكل في جسده، وارتداد في أطراف الجسم وإعطاء الحيوية للجسد والوصول إلى إثارة أعضاء الجسد، بالحركة نحو الأسفل والجانبين ومحاولة توزيع الطاقة وإدراك المتعالج ووعيه لجسده وذاته، وأكد Lowenعلى ضرورة تجذر الجسد وارتداده، حتى يشحن بالطاقة والحيوية، ليدرك الفرد ذاته تدريجيا (Lowen, 1977).

ويشتمل التجذر على تمارين متعددة منها:

- انثناء الركبتين Flexion de sGenous
- ارخاء عضلات البطن Relâcher le ventre
- القوس أو الجسر

3- التمارين الخاصة بالتنفس Exercices de Respiration

التنفس هو أساسي من أجل حيوية الجسم وتعديل عمل الأعضاء الداخلية فيه، وهو يوزع الأوكسجين الذي يضمن عمليات الأيض والعمليات الحيوية، حيث يمنحنا الطاقة التي يحتاجها الجسم.

وتمارين التنفس تحيي المخططات الحسية والحركية وتحيي الذاكرة الإجرائية، وعملية التنفس العميق تعطي توازنا للجسم وتصلح الصراعات العميقة المقترنة بالمشاعر المؤلمة.

وهناك تمارين متعددة وغالبيتها في الوضعية المستلقية Position allongée ومن بينها التنفس عن طريق البطن، وتمارين التنفس والنسق Respirer et Souffler، تمارين التنفس وارتداد الجسم، ارتداد القدمين.

التمارين التعبيرية

هدفها هو تسهيل تعبير المتعالج عن انفعالاته المكبوتة، المثبطة أو المقموعة، وتأتي بعد تمارين الإحماء ثم بعد التجذر والإرتداء، فهذه المرحلة تعتبر جد حساسة، وفيها يقيم المعالج مدى جاهزية

المتعالج لاستحضار انفعالاته الطفولية المثبطة وتنشيط أنواع ذاكرته التي تحمل ماضي ثري بالخبرات الانفعالية مع الأم، فالمعالج هنا يساعد المتعالج هنا على إدراكه لانفعالاته واستدخالها أو اخراجها، تحملها أو رفضها.

وهذه لتمارين أساسية للتخفيف من سمة الألكستيميا في حالات دراستنا المراهق المصاب بالربو.

وتشتمل تمارين التعبير الانفعالي على مجموعة من التمارين المتنوعة منها: الضرب بالرجل، ضم الساعدين، ضم الشفتين، ضرب السرير، التعبير عن الغضب والتعبير عن العدوانية.

كذلك هذه التمارين تسمح للمتعالج بنضج وعيه بذاته .

التمارين الجنسية Exercices Sexuels

تهدف هذه التمارين إلى إعطاء الحيوية لجنسية المتعالج من خلال تنشيط الحوض والأعضاء الجنسية، بهدف إعادة إحياء الطاقة الجنسية والرغبة والاستناد لمبدأ اللذة، وكذلك استثارة أعضاء الجسم وإعطائها الحيوية، وتنشيط الجانب الهوامي للجسم، ونزع الطبع الصلب للمتعالج تدريجيا.

وهنا هذه التمارين تخدم حالات الألكستيميا التي من بين خصائصها فقر الحياة الخيالية والهوامية.

- التدليك Le massage

إن تقنيات الدلك تسمح للمتعالج بالشعور بالطاقة الحيوية في جسده، من خلال الأحاسيس التي يقدمها له المتعالج ويصبح الدلك ضروريا في حالة التشنجات لدى المرض وعدم قدرتهم على التعبير، وبالتالي تصبح لديهم حالة صلابة على مستوى الجسد، بسبب تثبيط الانفعالات، عددة مشاعر مؤلمة، أو انحصار الطاقة في مناطق معينة.

وعلى المعالج أن ينتبه لعدم الاكثار من هذه التمارين التي قد تكون مؤلمة لدى بعض الحالات، لم تثيره من إحياء خبراته سيئة في العلاقة مع الأم، وكذلك يصبح اشراطا من أجل استرخاء جسده وتقنيات الدلك متعددة نذكر منها: دلك الظهر، دلك العنف دلك أسفل الظهر، الردفين، البطن، الرجلين.

وقد يلجأ المعالج لدلك كل الجسم أو الأعضاء المتشنجة فقط .

إن هذه التمارين هدفها هو تحرير الانفعالات والمشاعر لدى المتعالج وهو ما يناسب موضوع دراستنا لاختبار فعالية هذه الطريقة العلاجية على الألكستيميا لدى المراهقين المصابين بالربو.

7- قواعد العلاج البيوطاقوي

لقد بين (Lowen)مجموعة من النصائح يجب الأخذ بها لتفادي الآثار السلبية.

إن الهدف من العلاج البيوطاقوي هو تحرير انفعالات المريض، المثبطة، لكن في بعض الأحيان تستثار مشاعر أليمة تؤدي إلى إغماء وفقدان الوعي للمتعالج.

فإذن هي غير منصوح بها في الحالات التالية:

- لمرض ارتفاع الضغط الدموي.
- المرضى الذين لديهم مشاكل على مستوى العمود الفقري.
- في الأشهر الثالث الأولى من الحمل لدى المرأة.

كذلك يجب أن يكون المعالج البيوطاقوي مختصا في علم النفس العيادي ليعرف متى يوقف العلاج في الحالات الحرجة.

- كما نوه (Lowen)على الانتباه للنقلة والنقلة المضادة (Contre Transfert, Transfert) بين المعالج والمتعالج، ووضح مسافة أمان لتفادي التعلق المفرط للمتعالج بالمعالج. وكذا العكس صحيح.
- قبل البدء في العلاج البيوطاقوي لا بد من الاضلاع العميق على التاريخ الشخصي للمتعالج.
- لا يصلح العلاج البيوطاقوي مع حالات الذهان، وكذا الاكتئاب الحاد، والحالات الحدية.

كما وضح (Tonelle, 1994) على أن التمارين ليس بالضرورة أن تكون بالترتيب الموضح سابقا، ماعدا تمارين الإحماء ثم تمرين التجذر والارتداد الذي يعتبر أساسيا في العلاج البيوطاقوي.

- مدة العلاج تختلف حسب الاضطراب وحسب نوع الصراع وشخصية كل مريض، كما أكد Tonellaأنه لا بد أن تطول مدة العلاج لتعط نتائج ايجابية وقيمها بين 03 أشهر فما فوق.
- العلاج البيوطاقوي يكون فردي أو جماعي، ويحبّذ أن يكون فرديا لما تكون الحالة المرضية معقدة، لإعطاء نتائج أفضل.

خلاصة

إن العلاج البيوطاقوي هو مقاربة تسمح بتشخيص المرض ومعرفة العوامل المساهمة في ظهوره (نفسية، انفعالية، معرفية) كذلك هو علاج يسمح إعطاء الجسم طاقة وحيوية، وذلك من خلال تحرير الانفعالات المثبطة منذ القدم، وهذا بتنشيط الذاكرات المخزنة للانفعالات والتمثيلات المتعلقة بها، ومحاولة إعادة تمثيلها بوجدانات مناسبة.

ومن خلال هذا المنطلق فسنختبر مدى فعاليتها في التخفيف من سمة الألكستيميا لدى حالات دراستنا والمراهقين المصابون بالربو.

مراجع الفصل

- Tonella, G.(1994).l'analyse bioénergétique. France : Bertrand Morisset
- Reich, W. (1983). The Bioelectrical Investigation of Sexuality and Anxiety.New York : WRM Press.
- Reich, W. (1971). L'analysse Caracterielle. Paris :Payot.
- Reich, W. (1951). L'accumulateur de l'énergie de l'orgone Son usage scientifique et médical. Canada : UQAC.
- Lowen, A. (1977). La bioénergie. France : Editions Tchou.
- Lowen, A. (2015). La pratique de l'Analyse bioénergétique – Exercices. France : Enrick B.Editions.
- Tonella, G., et Heinrich-clauer, V. (2018). Aux Fondements des Thérapies Corporelles : L'analyse bioénergétique de Lowen à nos jours. France : Enrick B.Editions.
- Lowen, A. (2017). La peur de vivre. France : Enrick B.Editions.
- Fréchette, L. (2017). Le relâchement des tensions en analyse bioénergétique Quelques exercices. Colloque sur la place du corps en psychothérapie. retiré sur : https://www.institutpci.com/wpcontent/uploads/2017/12/Colloque_Review.pdf.
- Bowlby,J. (2002).Attachement et perte. Paris :Puf.
- Ainsworth, Mary D. Salter. (2009) *Patterns of attachment : a psychological study of the strange situation*, Psychology Press.
- Keleman, S. (1985) Emotional Anatomy. Berkeley, CA. Center Press.
- Ekman, P. (1992). An Argument for basic emotions, cognition and emotion,6, p.169-200.
- Frijda, N.H.(1984). The Emotion. England :Cambridge University Press.
- Damasio, A. (1999). The feeling of what happens, body and emtions in the making of conciouness, Harcourt Brace and Company, New York : Harcourt Brace and Company.
- Pinol-Douriez, M. (1984). Bébé agi-Bébé actif, Paris : Puf.
- De Clerck, V. (1994). Analyse de transfert en analyse bioénergétique – entre Reich et Ferenczi, Lieu du corps, n°1, Paris : Ed Morisset.
- Alexander, F.(1970).la médecine psychosomatique. Paris : Payot.

الفصـل الخامس

الإجراءات الميدانية للدراسة

1- الدراسة الاستطلاعية

2- الدراسة الأساسية

2-1 منهج الدراسة

2-2 الإطار المكاني و الزماني للدراسة

2-3 حالات الدراسة

2-4 أدوات الدراسة

مراجع الفصل

1- الدراسة الاستطلاعية

تعد الدراسة الاستطلاعية مرحلة هامة في البحث العلمي حيث تسمح بالتعرف على الحالات المراد دراستها وخصائصها، وتحديد الأهداف المراد الوصول إليها. فهي دراسة فرعية يقوم بها الباحث بمحاولات استكشافية تمهيدية قبل أن يبدأ في بحثه الأساسي، حتى يطمئن على صحة خطواته وأدواته وملاءمة الظروف للدراسة الأساسية التي ينوي القيام بها.

1-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية

- التعرف على خاصية الالكستيميا لدى الحالات من خلال إجراء مقابلات مع الحالات و التحقق من مدى قدرتهم على التعبير عن انفعالاتهم و عن الخصائص المتعلقة بسمة الألكستيميا

- التأكد من توفر حالات الدراسة الذين لديهم ربو ذو تنظيمة سيكويوماتية.
- معرفة الأدوات الممكن استخدامها في الدراسة الأساسية.

1-2- الإطار المكاني والزماني للدراسة الاستطلاعية

لقد قمنا بإجراء هذه الدراسة على مستوى المركز الخاص بالمرضى الذين لديها صعوبات في التنفس (CIR) لولاية باتنة والتابعة لوزارة التضامن الاجتماعي، خلال تواجد المرضى المتمدرسين خلال السنة الدراسية 2016-2017 و دامت حوالي 06 أشهر

1-3- حالات الدراسة

خلال هذه الدراسة قمنا بمقابلات مع 10 مراهقين مصابين بالربو في المركز بالإضافة إلى مقابلات مع الأخصائية النفسانية بالمركز بغرض تأكيدها لنا من خلال ملاحظاتها حول سمة الألكستيميا لدى الحالات داخل المركز.

1-4- أداة الدراسة

لقد اعتمدنا على المقابلة نصف الموجهة مع حالات الدراسة لأجل الكشف عن خاصية الألكستيميا لدى الأفراد المصابين بالربو ومعرفة أبعادها.

فكانت الأسئلة المطروحة على الحالات كالتالي:

- منذ متى وأنت مصاب بمرض الربو؟
- هل تستطيع التعبير بسهولة عن مشاعرك للآخرين؟
- لما تكون متضايقا مالمشاعر التي تنتابك؟
- ممكن أن تخبرني كيف تقضي يومك؟

- هل لديك أحلام بالليل؟

1-5- نتائج الدراسة الاستطلاعية

- سمحت لنا الدراسة الاستطلاعية بإعادة صياغة الأسئلة النهائية المعدة للدراسة الأساسية.

- ساعدتنا في اختيار الأدوات التي رأينا أنها مناسبة في الدراسة الأساسية والمتمثلة في المقابلة نصف الموجهة مع تحليل مضمونها كميا و كيفيا، مقياس الألكستيميا وكذا اختبار الرورشاخ.

- ومن خلال العمل مع الحالات حددنا 5 حالات مناسبة للعمل معها، حيث تراوحت أعمارها بين 14- و 18 سنة مع إقصاء الحالات التي كان سبب مرضها عضويا و الحالات التي لا تحضر للمركز بانتظام.

2- الدراسة الأساسية

2-1- منهج الدراسة

اعتمدنا في دراستنا على المنهج شبه التجريبي وهو ما يناسب طبيعة دراستنا وذلك بغرض التحقق من مدى فعالية العلاج البيوطاقوي في التخفيف من الألكستيميا لدى المراهق المصاب بالربو.

لذا اخترنا تصميم المجموعة الواحدة بقياس قبلي وقياس بعدي، أي قياس خاصية الألكستيميا لدى المراهقين المصابين بالربو قبل إجراء المعالجة التجريبية (العلاج البيوطاقوي) ثم بعد مدة 06 أشهر قياس الألكستيميا ونقارن بين القياس القبلي والقياس البعدي بنفس أدوات الدراسة المذكورة سابقا.

مخطط رقم (6): خطوات المنهج شبه التجريبي للدراسة

القياس القبلي لحالات الدراسة 04 حالات (03 ذ 01 أ)		القياس البعدي لحالات الدراسة 04 حالات (03 ذ 01 أ)
- مقياس (TAS-20) - اختبار الرورشاخ - المقابلة نصف الموجهة (تحليل مضمونها)	بعد العلاج البيوطاقوي ← بعد مدة 06 أشهر	-مقياس (TAS-20) - اختبار الرورشاخ - المقابلة نصف الموجهة (تحليل مضمونها)

ثم نقارن بين نتائج القياس البعدي و نتائج القياس القبلي في سمة الألكستيميا .

2-2- الإطار المكاني والزماني للدراسة

2-2-1- الإطار المكاني

إن دراستنا الميدانية خصت المراهقين المرض بالربو اقتصرت على (04) حالات، طبق عليهم العلاج البيوطاقوي لدى مختصة في الأمراض الصدرية والحساسية، أين خصصت لي قاعة خاصة، حيث عملنا مع الحالات التي كانت تتابع علاجها بالعيادة الخاصة للأمراض الصدرية والحساسية، أما الحالات التي تم اختيارها من قبل في المركز الخاص بالربو ، لم تكن مواظبة و في أغلب الحالات كانت تغيب بسبب بعدها عن الولاية التي تقطن بها. وبالتالي فلم تكمل حصص علاجها وفق شروط العلاج البيوطاقوي، فنوقف العمل مع الحالة عند غيابها لحصتين متتاليتين حسب (Tonella Guy)فمن شروط نجاح العلاج الانضباط و التأخر عن الحصص يؤثر على عمل الإرصان النفسي وسير التعقيل للحالة.

و أشير هنا كوني أخصائي نفساني متمرس و مطلع على العلاج البيوطاقوي و درسته لسنوات قبل هذه الدراسة ، لذا لم أجد صعوبة في تطبيقه.

2-2-2- الإطار الزماني

استغرقت الدراسة في جوانبها النظرية والميدانية وتحليل وتفسير نتائجها منذ شهر جانفي 2016 إلى غاية جانفي 2022.

2-3- حالات الدراسة

اعتمدنا في دراستنا على أربع حالات، ثم اختيارها لتتناسب وأهداف الدراسة وشروطها، حيث حرصنا على اختيار مراهقين مرضى بالربو، مع التأكد من عدم وجود سبب عضوي واضح لحدوث مرضى الربو؛ إقصاء الجانب الوراثي والعوامل المحيطية (تلوث الجو، عدم تعرض منزل المرضى لأشعة الشمس والتهوئة) وكذلك تم تأكيد ذلك مع الطبيبة المختصة في دراسة ملفات المرضى. كما أن الحالات لم يستفيدوا من أي علاج نفسي مسبق ولم يذهبوا حتى إلى أخصائي نفسي أثناء فترة العمل معهم، كذلك من شروط الاستمرار في العمل مع الحالات أن لا يكونوا قد غابوا حصتين متتاليتين وإلا فسيلغى العمل مع الحالة مع مدة العلاج البيوطاقوي استمرت مدة 06 أشهر.

يجب أن يكون لديهم نفس درجة الربو متوسط أو حاد؛ أي نوبة حادة تتطلب الدخول إلى المستشفى، مع حدوث نوبة على الأقل في الأسبوع وتعالج بالدواء في المنزل.

عدد الجلسات و نوع التمارين موحد لكل الحالات حيث بلغ إجمالي الجلسات خلال 6 أشهر 24 جلسة

ننوه هنا بأن كل الحالات هم متمدرسون وباقي المعلومات الخاصة بهم مدونة في الجدول

جدول رقم (5): خصائص حالات الدراسة

الحالة	الجنس	السن	المستوى التعليمي	سن ظهور المرض	نوع الربو
الأولى	ذ	15	الرابعة متوسط	10 سنوات	حاد
الثانية	ذ	18	02 ثانوي (معيد للسنة)	06 سنوات	حاد
الرابعة	ذ	17	سنة 03 ثانوي	13 سنة	حاد
الثالثة	أ	16	سنة 02 ثانوي	12 سنة	متوسط

ولتوضيح سير العلاج النفسي البيوطاقوي ، فنشير إلى أن كل الحالات استفادت من حصة كل أسبوع بمعدل 30 دقيقة في الحصة،ما عدا الشهر الأول فكانت حصتين في الأسبوع بمعدل 20 دقيقة في الحصة وهذا بغرض السماح للحالات للدخول تدريجيا في التمارين التعبيرية نظرا لعدم وجود طاقة وارتدادات في جسدهم. ثم بعد ذلك أي بدءا من الشهر الثاني والأسبوع الخامس، استقرت الجلسات الى جلسة كل أسبوع بمعدل نصف ساعة، وهناك نقطه هامة تتعلق بممارسة الدلك في حالة التشنجات وصعوبة أداء تمرين معين أو الولوج إلى وضعية ما.وسنفصل سير و مدة العلاج في الجدول التالي:

جدول رقم (6): سير ومدة العلاج البيوطاقوي

سير العلاج	مدة الحصة		التمارين المطبقة	الهدف
الشهر الأول	الأسبوع 1	20 د	**الإحماء**	تحضير الجسد للدخول تدريجيا في الوضعيات الأكثر عمقا و إعطاء الطاقة للجسم للتمكن من إجراء التمارين الأخرى بحرِّية
		20 د		
	الأسبوع 2	20 د		
		20 د		
	الأسبوع 3	20 د		
		20 د		
	الأسبوع 4	20 د		
		20 د		
الشهر الثاني	الأسبوع 5	30 د	الإحماء + التنفس + التجذر	الدخول في الوضعية الطاقوية و الولوج إلى
	الأسبوع 6	30 د		

	الأسبوع 7	30 د		تمثيل الذات
	الأسبوع 8	30د		
الشهر الثالث	الأسبوع 9	30 د	إحماء واحد في كل حصة + التنفس+ التجذر + التمارين التعبيرية	التعبير عن الانفعالات المقموعة و إقرانها بالوجدانات المناسبة و كذا التعبير الجسدي عن هذه الانفعلات
	الأسبوع 10	30 د		
	الأسبوع 11	30 د		
	الأسبوع 12	30 د		
الشهر الرابع	الأسبوع 13	30 د	التجـذر+ التـنفس التمـارين الجنسية + التمارين التعبيرية	تنشيط الوظيفة الخيالية من خلال استثارة الهوامات وربط الانفعالات بالهوامات وتحرير الخيال
	الأسبوع 14	30 د		
	الأسبوع 15	30 د		
	الأسبوع 16	30 د		

2-4- أدوات الدراسة

اعتمدنا في هذه الدراسة على عدة أدوات بغرض رصد ممكن من المعطيات وتتمثل في:

2-4-1- المقابلة نصف الموجهة

لقد اعتمدنا على المقابلة نصف موجهة التي تناسب موضوع دراستنا، حيث أنها تسمح بالتعرف على أبعاد الألكستيميا من خلال اعطائها للمفحوص الحرية في التعبير مع تقيده بالمحاور المحددة من طرف الباحث، ونشير هنا أننا قمنا بالمقابلة لمعرفة تاريخ الحالة.

ولكن في دليل المقابلة التي وضعناها ستقتصر على المحاور التي سطرت من خلال أهداف دراستنا، وفقا للأسئلة التالية:

س1: لما تكون في وضعية مفرحة أو محزنة، ماهي المشاعر التي تنتابك؟

س2: كيف تعبر لآخرين عن مشاعرك؟

س3: حدثني عن مشاعرك لما تزداد نوبات الربو لديك؟

س4: حدثني كيف تعيش في حياتك اليومية؟

س5: عندما تفكر في أشياء مستقبلية فيم يسرح به خيالك؟

س6: هل يمكن أن تحدثني عن مضامين أحلامك؟

ومن أجل ضبط تحليل مضمون المحتوى، استعنا بتحليل المضمون كميا وكيفيا، ونشير أنه قد قسمنا نص المقابلات بهدف الدراسة إلى فئات أو وحدات وهي عبارات ذات معنى، ثم قمنا بتبويب هذه الوحدات إلى فئات معينة وحساب تواترها (تكراراتها) مع حساب نسبها المئوية، مع العلم أنه تم تشكيل هذه الفئات تبعا للمعنى الذي تصب فيه الوحدات المقسمة وفقا للأبعاد الممثلة لفرضيات الدراسة، ضمن جداول معدّة لهذا الغرض.

أما فيما يخص طريقة حساب النسب المئوية للفئات فيكون على النحو التالي:

- بالنسبة للفئات ف$\%\frac{100 \times ك}{ك}$
- بالنسبة للأبعاد (السؤال) س$\%\frac{100 \times ك}{3 ت}$
- ك تكرار أو تواتر الفئة
- ك مجموع تكرارات الفئات الخاصة بالسؤال.
- ∑ ت مجموع تكرارات كل الفئات.

2-4-2- مقياس الألكستيميا TAS-20

وهو مقياس خاص بتقييم الألكستيميا قام بتطويره كل من (Bagby Rayan, Taylor, وآخرون) سنة 1994، كان يحتوي على 26 بندا، وعدّل إلى 20 بندا، موزعة على ثلاث محاور، المحور الأول متعلق صعوبة تحديد الانفعالات أما المحور الثاني متعلق صعوبة التعبير اللفظي عن الحالات الانفعالية للآخرين وأخيرا البعد الثالث يقيس التفكير الموجه نحو الخارج (تفكير علمي).

التنقيط: البنود مقسمة حسب المحاور الثلاثة للألكستيميا وتحتوي على بنود خاصة بكل محور وكل بند يحتمل إجابات من 1 إلى 5، (1 غير موافق تماما)، إلى (5 موافق تماما). في العبارات الموجبة، أما في العبارات السالبة التي تنفي وجود مؤشرات الألكستيميا وهنا نعطي علامة 5 للعبارات النافية.

إن نقطة العتبة تسمح بالكشف عن الأفراد الذين لديهم سمة الألكستيميا من غيرهم على النحو التالي:

- ألكستيمي ×≤ 56
- شبه ألكستيمي (متوسطة) 55≤×≤ 45
- ليس ألكستيمي ×≥ 44

سنتطرق إلى المحاور الثلاثة كمايلي:

المحور الأول: صعوبة تحديد الانفعالات

البنود: 1، 3، 6، 7، 9، 13، 14.

المحور الثاني: صعوبة التعبير اللفظي عن الحالات الانفعالية للآخرين

البنود: 2، 4، 11، 12، 17

تمثل الدرجة الأعلى (25) ارتفاع صعوبة وصف الأحاسيس، بينما يعبر الحد الأدنى (5) نقاط، على انخفاض صعوبة وصف الأحاسيس.

المحور الثالث: التفكير الموجه نحو الخارج (تفكير علمي).

البنود: 5، 8، 10، 15، 16، 18، 19، 20

مجموع النقاط لمقياس TAS-20: يكون ما بين 20 إلى 100 نقطة، تكون الحالة مرضية إذا تجاوزت 56 نقطة. (Bermond et Vorst, 2001).

جدول رقم (7): محاور مقياس الألكستيميا

محاور المقياس	رقم العبارات	مجموع درجات كل محور	التفسير
صعوبة تحديد الانفعالات	1، 3، 6، 7، 9، 13، 14	7-35 نقطة	- اذا تحصل على 56 نقطة فأكثر فهو شخص ألكستيمي - شبه ألكستيمي (متوسطة) 55≤×≤ 45 - ليس ألكستيمي ×≤ 44
صعوبة وصف الأحاسيس للآخرين	2، 4، 11، 12، 17	5- 25 نقطة	
تفكير موجه نحو الخارج (تفكير عملي)	5، 8، 10، 15، 16، 18، 19، 20	8-40 نقطة	

اعتمدنا في دراستنا على النسخة المكيفة على المجتمع الجزائري للباحثة فاسي أمال (2016).

- **صلاحية مقياس TAS-20**

- **الصدق:** تم حساب الصدق عن طريق الاتساق الداخلي بطريقة ارتباط درجات العبارات بالدرجة الكلية للمقياس.

جدول رقم (8): قيم معاملات إرتباط عبارات المقياس بالدرجة الكلية

العبارات	معامل الارتباط
1	0.593**
2	0.412*
3	0.471**
4	0.386*
5	0.383*
6	0.449*
7	0.489*
8	0.686**
9	0.440*
10	0.661**
11	0.305
12	0.732**
13	0.264
14	0.545*
15	0.613**
16	0.384*
17	-0.098
18	0.678**
19	0.620**
20	0.321

تشير البيانات الموضحة في الجدول إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لعبارات (TAS) بالدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (α=0.01) ماعدا البنود رقم (2، 4، 5، 6، 9، 16) فهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (α=0.05)، في حيث كانت البنود (11، 13، 17، 20) غير دالة إحصائيا، ورغم ذلك أشارت الباحثة للإحتفاظ بها و بررت ذلك كونها تقيس مؤشرات سمة الألكستيميا

الثبات: وتم حسابه بطريقتين وهما:

1- معامل (α)ألفا لكرونباخ

جدول رقم (9): معامل (α)ألفا لكرونباخ مقياس TAS-20

مقياس TAS	ألفا كرونباخ	عدد العبارات
الدرجة الكلية	0.61	20

2- **تم** التطبيق على عينة استطلاعية بفاصل زمني قدرة أسبوعين حيث بلغ معامل الإرتباط بين التطبيقين (ر=0.61) وهو معامل ثبات مرتفع. و عليه يمكن اعتبار المقياس صالح للتطبيق و قياس سمة الألكستيميا

2-4-3- اختبار الرورشاخ

هو اختبار اسقاطي لهرمان رورشاخ Rorschach Herman فاعتمدنا عليه في دراستنا حيث أنه يبين طريقة العمل النفسي وسيرورة التمثيلات للنزوات، ويوضح بنية المفحوص ويستخرج الصراعات اللاشعورية، والعوامل المساهمة في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، كما يستخرج طبع المفحوص وسيرورات الذكاء لديه، بالإضافة إلى الصدمات التي تعرض لها خلال طفولته ونوع القلق وآليات الدفاع المستخدمة، كل هذه المعطيات تسمح حتى التنبؤ بحالة المفحوص.

- **تعليمة الاختبار.**

- التعليمة الأصلية لصاحب الاختبار هيرمان رورشاخ.

"ما يمكن أن يكون في هذه الصورة " (Anzieu).

وقد عدلت التعليمة من طرف العديد من العلماء.

"سوف أقدم لك عشر لوحات عليك أن تقول لي فيما تجعلك تفكر، وما الذي تتخيله انطلاقا من هذه اللوحات".(Chabert, 1983, p29)

لكننا استندنا على تعليمة (Anzieu,1960) وهي: "المطلوب منك أن تقول مالذي يمكن رؤيته في هذه البقع".

دون الإلحاح أو تكرار التعليمة، أو ايحاء بالإجابات، يستطيع الفاحص عند تردد المفحوص إضافة "خذ كل وقتك، لا توجد إجابة خاطئة أو إجابة صحيحة، كل الإجابات جيدة".

- **مراحل تطبيق الاختبار**

بعد تعليمة الاختبار نقوم:

- **بالتحقيق:** وهو مرحلة مهمة في الاختبار، بعد إجابات المفحوص فطلب منه أن يبين لنا أين رأى الإجابة والمادي حدد هذه الإجابة، وذلك بإعطائه البطاقة من 10 إلى البطاقة الأولى، فهو يسهل لنا الترميز كذلك يمكن أن يضيف الفاحص إجابات جديدة خلاله.
- **ترميز البروتوكول:** من خلال التموقع، المحددات، المحتوى وكذا الاستجابات الشائعات أو الظواهر الخاصة.
- **ثم إنشاء البيكوغرام:** وهو الحساب الكمي لمحتويات البروتوكول المرمز.
- **وأخير التحليل:** في التحليل نعتمد على مستويين.

التحليل الشكلي والتحليل الدينامي

التحليل الشكلي: يسمح باستخراج النقاط التالية

- سيرورة التفكير واستثمار الذكاء.
- عوامل التنشئة الاجتماعية والعلاقة مع الواقع.
- الدينامية العاطفية.

التحليل الديناميي: ويندرج ضمن أربعة نقاط

1- التعبير النزوي

2-آليات الدفاع

3-إشكالية المفحوص

4-العاطفة

ونريد أن ننوه هنا أننا سنستخدم الرورشاخ في القياس القبلي بالتحليل الكلي لتوضيح السيرورات النفسية لدى المفحوص بالإضافة المقياس الذي وضعه العالم (Erdberg و Exner, 2003).

RAS (Rorschach Alexitymia Scale). حيث يعتمد على نقاط من خلال تواجدها أو عدم تواجدها وهل هي في المعدل أم أقل.

- الاستجابات الشكلية ش+%: والتي تبين نوع التفكير من حيث الوضوح أو التعقد، الأفكار النمطية وكذا الرقابة على النزوات وانعكاسها على الجانب المعرفي للمفحوص.

- كثرة الإجابات الشائعة.
- غياب الاستجابات اللونية أو قلتها: والتي تبين فقر في الحياة الانفعالية للمفحوص.
- الحركات البشرية.
- المحتويات: بشرية أو حيوانية.
- قلة الإجابات: R أقل من المعدّل.

لكن في القياس البعدي من خلال هذا الاختبار سنكتفي باستخراج المؤشرات الخاصة بالألكستيميا بالاعتماد على مقياس الألكستيميا الخاص باختبار الرورشاخ (RAS) مع توضيح التغيرات الطارئة في سيرورة العمل النفسي والعقلي إن وجدت.

مراجع الفصل

- Tonella, G.(1994).l'analyse bioénergétique. France : Bertrand Morisset.
- Vorst, H. C. M., & Bermond B. (2001). Validity and Reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. Personality and Individual Differences, 30, 413-434. doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00033-7
- Anzieu, D.(1960) .Les méthodes projectives . Paris :P.U.F.
- Exner, J.R and Erdberg, p.(2005).The Rorschach. New jerzy :Hoboken.

الجانب الميداني

الفصـل السادس

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

1- عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى

2- تحديد المفاهيم إجرائيا

3- أهمية الدراسة

5- أهداف الدراسة

6- الدراسات السابقة

مراجع الفصل

1- عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى

تقديم الحالة

السن 15 سنة

المستوى الدراسي: الرابعة متوسط

عدد الإخوة: 04

الترتيب: 02 من 04

الحالة الاجتماعية: متوسطة

الأب موظف، الأم ماكثة بالبيت

ملخص لأهم الأحداث

- كثرة الطفل المرض منذ أن كان رضيعا، (السعال والزكام)
- خفت الأعراض حتى سن 10 سنوات ظهرت أعراض الربو حادّة لازمت الحالة.
- ظهرت أعراض الرّبو بعد أسبوع من انفصال الأبوين.
- ثم عادت الأسرة لحالها بعد عام من انفصال الوالدين.
- عدم وجود العامل الوراثي أي مرض الربو عند عائلتي أحد الوالدين.
- علاقته مع الأم مضطربة.
- ليست لديه علاقة مباشرة مع والده.
- يحب اللعب مع أخته الصغيرة فقط.
- منطوي الطبع

1-1- تحليل مضمون المقابلات للحالة الأولى قبل العلاج البيوطاقوي

1-1- تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الأول

جدول رقم (10): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الأول للحالة الأولى

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية	النسبة المئوية
لما تكون في وضعية مفرحة أو محزنة كيف يكون إحساسك	التعرف على الانفعالات والأحاسيس	/	0	%0	%17.77
	عدم القدرة على التعرف عن الانفعالات والأحاسيس	1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8	8	%100	
∑ت= 45		ك=8			

من خلال السؤال الأول والذي يتضمن المقدرة على التعرف عن الانفعالات والأحاسيس، فالحالة بينت عدم قدرتها على التعرف عن انفعالاتها وأحاسيسها وهذا بنسبة 100% ويتضح ذلك من خلال العبارات التي أدلت بها "ما نعرف" "كي تجي حاجة تفرحني نخبيها لنفسي"، كذلك في قولها "حاجة تفرح وإلا تحزن ما تهمنيش بزاف".

إن عدم قدرة الحالة على التعرف عن الأحاسيس والانفعالات المرافقة لوضعية محزنة أو مفرحة، هي دلالة على إدراك الأحاسيس على المستوى المعرفي وربطها بالجانب الوجداني، حيث يرى (Luminet) أن الألكستيميا ترجع إلى القصور في المعالجة المعرفية للانفعالات.

بالإضافة إلى صعوبة التمييز بين المشاعر والأعراض الجسدية الناتجة عن بعض الحالات النفسية وقلة عمليات التخيل والأسلوب المعرفي الموجه نحو الخارج". (Luninet, 2007, p)

يبين هذا الأسلوب سوء المعالجة المعرفية للانفعالات فحسب (1977) Sifneos، فإن الأشخاص الألكستيميون هم عاجزون عن ربط صورهم أو تمثيلاتهم الذهنية بانفعالاتهم.

وفي نفس السياق يوضح (2000) Carcos أن مفهوم الألكستيميا يعرف بأربع أبعاد، من بينها عدم القدرة الشخص على تحديد انفعالاته والتعبير عنها.

(وهذا ما يميز هذا البعد لدى الحالة)، وهذا يؤكد عدم مقدرة الحالة على تحديد انفعالاتها وربطها بشعور مناسب في أي وضعية كانت، في الحالة المأزقية أو الحالة العادية.

1-1-2 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثاني

جدول رقم (11): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثاني للحالة الأولى

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية	النسبة المئوية
كيف تعبر للناس عن مشاعرك	التعرف على الانفعالات والأحاسيس	/	0	%0	%13.33
	عدم القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات	9، 10، 11، 12، 13، 14،	6	%100	
∑ت=45		ك=6			

من خلال محتوى هذا السؤال والمتضمن "التعبير عن الانفعالات والمشاعر لفظيا".

فمن خلال إجابات الحالة، فقد بينت عدم القدرة على التعبير لفظيا عن انفعالاتها بنسبة 100% ويتضح ذلك من خلال أقوالها: "عادي"، "الناس مايهمونيش بزاف"، "ماتهمنيش نظرة الناس"، "مانتقاسم معاهم والو"، "أنا لاتي بقرايتي وصحتي فقط"، "حتى بابا ومانحكيش معاه بزاف".

من خلال ملاحظتنا لأقوال الحالة فإن غياب التعبير عن الانفعالات عرضتها بالحديث عن الجانب السلوكي، البراغماتي المرخي، دون البوح عن معاناتها أو فرحها بألفاظ معبرة عن مشاعرها.

إن (Farges) أولى أهمية كبيرة لهذا البعد، وبين "أن العنصر المحدد الذي يرجع إلى الألكستيميا وهو العلاقة بين الانفعال واللغة، ما يبين محدودية التعبير، أما المؤشرات الأخرى فهي ثانوية، وهذه الميزة هي أساسية في تشخيص الألكستيميا".

كما أولى Sifneos أهمية لبعد التعبير اللفظي للافعالات، وجعله كما بين (Farges)، الميزة الأساسية للأشخاص الألكستيميين، حيث أكد أن سبب هذه الميزة يرجع إلى خلل معرفي وظيفي، ذو بعد نفسي عصبي حيث يتميز أصحاب هذا الخلل في المرضى السيكوسوماتيين بالحبسة الانفعالية (L'Aphasie Emotionnelle). (Sifneos, 1995)

إن الحبسة الانفعالية لدى حالة دراستنا لا تكمن في توقفها في الإجابة عن السؤال، ولكن في المضمون الخالي من الانفعالات والمشاعر المصاحبة لمواقف معينة كقولها "ما تهمنيش نظرة الناس"، "بابا ومانحكيش معاه"

ومن خلال هذا السؤال والسؤال السابق، فنجد الحالة لديها صعوبة في تحديد أو التعرف عن انفعالاتها والتعبير عنها لفظيا.

1-1-3 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثالث

جدول رقم (12): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثالث للحالة الأولى

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية	النسبة المئوية
حدثني عن مشاعرك لما تزداد لديك نوبات الرّبو	التحدث عن الانفعالات المصاحبة للمرض	15، 22	2	%20	%22.22
	استثمار الحديث عن الأعراض المرضية	16، 17، 18، 19، 20، 21، 23، 24	8	%80	
∑ت=45			ك=10		

هذا السؤال الذي يتضمن بعد تمييز الانفعالات المصاحبة للمرض، حيث هنا يجد الشخص الألكستيمي صعوبة في التعبير عن الانفعالات، الأحاسيس والوجدانات المتعلقة بـ معاناة المرضى، واستبدالها بالحديث عن الأعراض المصاحبة للمرضى، حيث نجد الحالة تبين تعبيرها الانفعالي عن الحالة المرضية لديها بنسبة 20% وجاءت في عبارتين من خلال أقوالها: "كي يزيد عليا المرض نحس بالضيقة" "وساعات كيما نقلق في وقت الامتحان يزيد عليا الحال" ما عدا هاتان العبارتان التي عبرت فيهما عن إحساسها بالضيقة والقلق ولو بشكل عام وليس مفصلا، إلا أن أغلب عباراتها جاءت عن استثمار حديثها عن الأمراض الخاصة بمرض الربو، وجاءت بنسبة 80%، ومن الأمثلة عن ذلك قولها: " ندير La Vantoline" "نزيد نشوف الطبيب"، "المهم الدواء هو اللي ينحي عليّا". "ساعات تجيني النوبات وحدها".

حيث توضح (MCDougall, 1989,) أن الظواهر الألكستيمية تنتج عن وضعية قبلية مثل: ما قبل اللغة، حيث أن الطفل يكون غير قادر على تمثيله نفسيا لما يعيشه، ردود أفعاله بالنسبة لحالاته العاطفية وكأنها تأتي من مكان آخر غيره، فالجسد كونه سند للنفس كحاضن للعالم الخارجي.

فتصبح الألكستيميا كميكانيزم دفاع يعتمد على نبذ الوجدان "La Forclusion de l'affect" وهذا ما يجعل الحالة تسند على الأعراض المرضية للربو، أو كل ما يقترن بالمرض، دون التعبير عن الأحاسيس المرافقة للمرض، كذلك يبين (Sifnéos) هذا البعد، بعدم مقدرة المريض السيكوسوماتي والذي يتميز بسمة الألكستيميا الأولية عدم القدرة على تمثيل وتفسير أو ترجمة المعلومة الخاصة بالأحاسيس والانفعالات ويضع فرضية الخلل في انتقال المعلومات وترجمتها بين الفص الأيمن والفص الأيسر ويعطيها فرضية (نفس-عصبية).

1-1-4 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الرابع

جدول رقم (13): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الرابع للحالة الأولى

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية	النسبة المئوية
حدثني كيف تعيش حياتك اليومية	وصف الأحداث اليومية والتكرارية	25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 32	8	%53.33	%33.33
	الحديث عن الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض	33، 34، 35، 36، 37، 38، 39	7	%46.66	
∑ت=45		ك=15			

جاء هذا السؤال ضمن بعد الألكستيميا الخاص: بالوصف الدقيق للأحداث (التوجه نحو الخارج والتفكير العملي).

فمن خلال سرد الحالة لحياتها اليومية فهي كانت تفتقر للتعبير عن الانفعالات والمشاعر والأحاسيس، المرافقة للأحداث اليومية، فقد اكتفت بوصف الأحداث اليومية الروتينية والتكرارية فجاءت بنسبة 53.33% ويتضح ذلك من خلال أقوالها: "عادي كيما الناس" "نحب ندير الرياضة بصح المرض يمنعني"، "نقرا ونروح"، "نلعب بـ Tablette ونراجع دروسي".

كذلك ورد في حديث الحالة وصف للأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض وذلك بنسبة 46.66%، حيث ورد هذا في حديثه: "كي نكون مريض لازم نشرب الدواء نتاعي"، "نتبع الطبيب".

من خلال محتوى إجابات الحالة، فهذا البعد يتطابق مع ما ذكره (Sifnéos, 1973) في الأربعة أبعاد الرئيسية التي تحدد سمة الألكستيميا وهو البعد الأخير والمتمثل في:

- الوصف الدقيق للأحداث والأفعال والأعراض الجسدية وهذا البعد يتحدث عنه (Marty) حيث وصفه بالتفكير العملي (La Pensée Opératoire)، حيث يصف أصحاب هذا التفكير أنهم يفشلون في التمييز بين مشاعرهم وأحاسيسهم الجسدية، فالوصف اللامتناهي للأعراض الجسدية والوصف المفصل للأحداث ناتج عن ضعف قدراتهم الخيالية والتركيز على الآنية يسبب الانفصال عن الحياة الهوامية (Marty, 1966) كذلك يؤكد (Sifnéos) أن الاضطراب الجسدي هو تعبير عن الاضطراب النفسي، فقد يصف الفرد حالته الجسدية بكل سهولة، لكنه لا يستطيع أن يذكر شيئا مما يضايقه أو يقلقه.

1-1-5 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الخامس

جدول رقم (14): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الخامس للحالة الأولى

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية	النسبة المئوية
عندما تفكر في أشياء مستقبلية، هل يمكن أن تخبرني بم يسرح به خيالك	أحلام اليقضة	/	0	%0	%08.88
	الهوامات	/	0	%0	
	تفكير (منطقي، نفعي، عملي)	40، 41، 42، 43	4	%100	
∑ت=45		ك=0			

إن مضمون هذا السؤال يركز على الحياة الخيالية للحالة ولكن بتخصيصنا على مجال (أحلام اليقضة والهوامات). والتي تعتبر من العناصر الأساسية في الحياة الخيالية، حيث لدى الشخص الألكستيمي فقر في الحياة الخيالية، وهو من أبعاد سمة الألكستيميا، حيث جاءت نسبة 0% عند الحالة، أي تفتقر الحالة للأحلام اليقظة و كذا على مستوى الهوامات، وجاء كبديل لها تفكير عملي، منطقي ونفعي، وهو ما يؤكد نمط تفكير الحالة بالعملي، حيث جاء في أقوالها: "أنا نحب نعيش الواقع"، "ما نتخيلش بزاف"، "كي نخمم في المستقبل نقول راهو بعيد"، "إذا ننجح نحب نكون طبيب".

حيث بين Freud في كتابه (Cinq leçon en psychanalyse) أن الهوام والأحلام هي عمل إرصان الجهاز النفسي، من خلال تمثيلات نزوات اللاشعور وظهورها على مستوى الأحلام أو أحلام اليقظة، أو زلات اللسان، فعند غياب هذه الوظائف يظهر المرض (Freud, 1965).

أما (Marty,1998) فقد فسر الفقر الهوامي من خلال اختلال الحياة العقلية، التي تؤدي إلى الجسدنة (La Somatisation) بما فيها كبت للوظيفة الخيالية، ويعرف الهوام على أنه عبارة عن وضع مشهد درامي يرتكز على حدث خيالي مرتبط بتمثيلات الفعل سواء الحاضر أو المستقبل

إن (Sami Ali) يعتبر الهوام مفهوما أساسيا في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية وير بأن غياب الخيال ناتج عن عجز التعبير الانفعالي نتيجة كبت الوظيفة الخيالية (Sami Ali, 2000, p55).

فالحالة لديها فقر في أحلام اليقظة والهوامات، أين تبين خلل في تمثيلات النزوات وعدم ايجاد وجدانات مناسبة لها على مستوى ما قبل الشعور، أو اللاشعور ومن حيث رمزية التمثيلات النزوية.

1-1-6 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال السادس

جدول رقم (15): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال السادس للحالة الأولى

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية	النسبة المئوية
هل يمكن أن تحدثني عن مضامين أحلامك	غياب أو ندرة الأحلام	44، 45	2	%100	%04.44
	أحلام عملياتية	/	0	%00	
	أحلام تكرارية	/	0	%00	
	أحلام فضة	/	0	%00	
∑ت=45		ك=2			

إن مضمون هذا السؤال متعلق بالأحلام، من حيث تواجدها أو غيابها، محتواها ونوعها، حيث نجد لدى الحالة غياب أو ندرة الأحلام وجاء نسبة 100%.

حيث أن الأحلام تعتبر جزء من الحياة الخيالية وهي خاصية من خصائص الأشخاص الألكستيميون، حيث يؤكد (Sifnéos, 1973) أن المرضى السيكوسوماتيون، الذين ينتمون بالألكستيميا الأولية لديهم فقر في الحياة الحلمية (la vie onirique).

فبين Freud في كتابه "تفسير الأحلام" L'interprétation des rêves سنة (1900)، أن الحلم هو حارس النوم، حيث بين أن وظيفة الحلم هو تفريغ للنزوات المكبوتة في ساحة اللاشعور، فيسمح الحلم من خلال استخدام ميكانيزمات الإزاحة، التكثيف والترميز بالتخفيف من المكبوتات وإرضاء الهو، وخلق توازن للجهاز النفسي وأن غياب الأحلام يفسر خللا في عمل الجهاز النفسي وسيرورة التعتيل (Processus de mentalisation)، وهذا ما يميز المرض العضوي أو المرض النفسي، (Freud) كذلك فسر (Marty) غياب الأحلام أو ندرتها هو ليس غيابا حقيقيا وإنما كبت الحالم لأحلامه ومحتوياتها قد يكون ناجما عن آليات دفاعية تمنعه من الظهور على مستوى الشعور هذه الأحلام لا تعمل على تفريغ اللاشعور من الاستثمار الطاقوية السلبية بقدر ما تعمل على تعبئته بذلك، ما يوقع المريض في لا مخرجية مع لا شعوره (Marty, 1969, p90)

ويشير "Sami Ali" أنه لا توجد أحلام يعني لا يوجد هوام ولا توجد عاطفة وكأنه ميل إلى تعويض الخيال الخاص بالخيال العام والامتثال للحياة الاجتماعية التي تعوض وتحلل محل المستوى الشخصي (Sami Ali, 1978, p120).

إن فقر الحياة الخيالية، يصاحبه فقر في الحياة الحلمية وهو ما يميز الأشخاص الألكستيميون كما وضح Sifnéos من خلال الأبعاد الأربعة للألكستيميا، وهو ما تطابق مع الحالة من خلال ندرة الأحلام لديها.

ملخص

من خلال تحليل مضمون المقابلات للحالة الأولى نجد انها تتصف بسمة الألكسيتيميا من خلال عدم مقدرتها على التعرف على انفعالاتها والتعبير عنها لفظيا، كما تستثمر حديثها عن الأحداث اليومية بشكل آلي، حيث تتحدث عن الأعراض الجسدية عوضا عن تعبيرها عن آلامها ومعاناتها لفظيا.

كذلك لديها فقر في الحياة الخيالية ويتضح ذلك من خلال ندرة الأحلام لديها، غياب أحلام اليقظة وفقر في الحياة الهوامية.

2-1 تحليل مضمون المقابلة للحالة الأولى بعد العلاج البيوطاقوي

1-2-1 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الأول للحالة الأولى

جدول رقم (16): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الأول للحالة الأولى

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية	النسبة المئوية
لما تكون في وضعية مفرحة أو محزنة كيف يكون إحساسك	التعرف على الانفعالات والأحاسيس	1، 4، 5، 6، 7، 8، 10، 11، 12	9	%75	%26.08
	عدم القدرة على التعرف عن الانفعالات والأحاسيس	2، 3، 9	3	%25	
∑ت= 46		ك=12			

من خلال مضمون هذا السؤال نود التأكد من فعالية العلاج البيوطاقوي، على خاصية التعرف على الانفعالات والأحاسيس من سمة الألكستيميا، ومقارنتها بالنتائج السابقة قبل العلاج.

وهنا يتضح بأن الحالة أصبح لديها القدرة على التعرف على انفعالاتها وأحاسيسها وذلك بنسبة 75%، في حين قبل العلاج كانت 0% ويتضح هذا التعرف من خلال أقوالها: "عدت نحب نفرح مع أحبابي" "نفرح كيما يفرحوا الناس"، "الحزن والله ما نحبو"، "كي تجيني حاجة ماشي مليحة نبكي"، "وساعات نلوم روحي كي نكون أنا السبب فيها"، "الحاجة اللي تفرحني نفرح بيها"، "ونحس بروحي خفيف"، "كي نحزن نحس بروحي قلقان بزاف".

بينما جاء العبارات الدالة على عدم القدرة على التعرف على الانفعالات والأحاسيس بنسبة 25% وهي منخفضة مقارنة بالنسبة لإجابات الحالة قبل العلاج البيوطاقوي والتي قدرت بنسبة 100% وهذا أكبر دليل على فعالية العلاج البيوطاقوي.

حيث يبين (Alexander Lowen) مؤسس العلاج البيوطاقوي أن الهدف الأساسي للعلاج البيوطاقوي هو تحرير الانفعالات التي تكبح تحرير الطاقة للجسد، حيث قمع الانفعالات يولد درعا جسديا، يحرم تحرير الانفعالات، والتعبير عنها، جسديا، عاطفيا، لغويا" (Lowen, 1977 p85). وعليه فإن الحالة استطاعت التعرف على الانفعالات والأحاسيس.

1-2-2 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثاني للحالة الأولى

جدول رقم (17): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثاني للحالة الأولى

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية	النسبة المئوية
كيف تعبر للناس عن مشاعرك	القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات	14، 15، 16، 18، 19	5	%71.71	%15.21
	عدم القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات	13، 17	2	%28.57	
∑ت=46		ك=7			

يتضمن هذا السؤال البعد الأساسي الذي يبين وجود أو غياب سمة الألكستيميا وهو التعبير لفظيا عن الانفعالات فبعد العلاج البيوطاقوي بينت الحالة قدرتها على التعبير لفظيا بنسبة 71.71% وهي نسبة مرتفعة، مقارنة بما قبل العلاج والتي كانت 0% أي نادرة، وهنا يتضح مدى فعالية العلاج، ويتضح التعبير لفظيا للحالة في أقوالها: "وساعات تغيضني روحي"، "ونقول علاه أنا صغير وحوالي هكذا"، "ساعات حتان نبكي"، "مع روحي نقول أنا سوفريت مع هذا المرض"، "ونتفكر واش حوالي من Souffrance".

وكما وضح Sifnéos أن الشخص الألكستيمي لديه انفعالات ولكنه لا يستطيع التعبير عنها بسبب خلل في المعالجة المعرفية، وعجز ترجمة الانفعالات بين الفص الأيمن والفص الأيسر للدماغ، وبالتالي تتأثر على الجانب اللغوي بعدم الافصاح عن الانفعالات، الأحاسيس والمشاعر (Sifnéos, 1996).

وفي نفس الصدد بينت دراسات (Guy tonella, 1994) أن العلاج البيوطاقوي، يسمح بتحرير النزوات والمكبوتات، وذلك بتحرير الطاقة الجسدية، التي تسمح بتحرر الانفعالات، على المستوى الوجداني، ويسمح معالجة التمثيلات على المستوى المعرفي والعصبي.

كما لاحظ ارتعاشات للعضلات، ثورات الغضب المكبوتة، تظهر على الجسد من خلال الصراخ، الضرب، فالعلاج البيوطاقوي حسب Tonella، هو وسيلة للتعبير عن الانفعالات على المستوى المعرفي اللغوي الوجداني والجسدي.

1-2-3 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثالث للحالة الأولى:

جدول رقم (18): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثالث للحالة الأولى

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية	النسبة المئوية
حدثني عن مشاعرك لما تزداد لديك نوبات الرّبو	التحدث عن الانفعالات المصاحبة للمرض	23، 24، 25، 26، 27	5	%62.50	%17.39
	استثمار الحديث عن الأعراض المرضية	20، 21، 22	3	%37.50	
∑ت=46		ك=8			

إن مضمون هذا السؤال جاء حول قدرة المفحوص على التمييز بين انفعالاته وأحاسيسه الجسدية، حيث بعد العلاج البيوطاقوي، يتبين أن الحالة هنا من خلال حديثها بنسبة 62.50% وهي نسبة مرتفعة مقارنة باستثمار حديثها حول الأعراض المرضية بنسبة 37.5%.

وعند مقارنة بنسبة 62.5% بالنسبة المئوية قبل العلاج فقد كانت منخفضة 20% وهنا نلمس التطور الكبير في قدرة الحالة على الحديث عن معاناتها جراء مرض الربو ونوباته الحادة، ويتضح ذلك في أقوالها: "ساعات تغيضني روحي"، "علاه أنا صغير وحوالي هكذا"، "ساعات حتى نبكي" "ونقول وعلاه أنا صغير وحوالي هكذا"، "ساعات حتى نبكي"، "ومع روحي نقول أنا سوفريت مع هذا المرض"، "ونتفكر واش حوالي مع هذا المرض".

بينما قبل العلاج كان حديث الحالة حول الأعراض المزمنة بنسبة 80% أما بعد العلاج البيوطاقوي فصار بنسبة 37.5%.

فبمقارنة النسب المئوية قبل العلاج وبعده تتضح فعالية العلاج البيوطاقوي الذي حرر انفعالات الحالة وحسن مقدرتها على التعبير عن آلامها الناجمة عن نوبات الربو الحادة ومدى معاناتها.

فصار يميز بين الانفعالات الناجمة عن الألم وتعبر عنها عوض تبديل الكلمات واستثمارها حول أعراض المرض.

4-2-1 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الرابع للحالة الأول

جدول رقم (19): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الرابع للحالة الأولى

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية	النسبة المئوية
حدثني كيف تعيش حياتك اليومية	وصف الأحداث اليومية والتكرارية	28، 29، 30، 31، 32، 34، 35، 36، 37	9	%90	%21.73
	الحديث عن الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض	33	1	%10	
∑ت=46			ك=10		

من خلال مضمون هذا السؤال والذي يتضمن بعد الألكستيميا والمتمثل في الوصف الدقيق للأحداث والأعراض.

فبعد العلاج الجسدي البيوطاقوي، الحالة بينت وصفها للأحداث اليومية والتكرارية بنسبة 90%، مقارنة بقبل العلاج والتي جاءت بنسبة 53.33%.

أما الحديث عن الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض فبعد العلاج جاءت بنسبة 10%، فيما قبل العلاج كانت بنسبة 46.66% أي أن الحالة بعد العلاج البيوطاقوي استثمرت أحاديثها عن واقعها اليومي والروتين اليومي مع الأحداث اليومية ولم تتحدث عن آلام مرضها، أو المواضيع المتعلقة بالمرض إلا في العبارة: "وصاتني الطبيبة ندير La Vantoline قبل ماندير الرياضة.

وحتى في وصف الحالة لأعمالها اليومية، وعند التحليل الكيفي لأقوالها، نلمس ظهور مواضيع جديدة مقارنة بمضمون المقابلات قبل العلاج، فصارت لديه اهتمامات جديدة وهذا من خلال قول الحالة: "عدت ندير الرياضة Footing"، "قبل ما نرقد نحب نتفرج التلفزيون"، "نحب أفلام المغامرات"، "نحب نسمع الموسيقى والغناء".

حيث لم تكن الحالة تقوم بهذه الأعمال قبل العلاج فقد يكون للعلاج البيوطاقوي كونه فعالا في مقدرة المتعالج في التعرف على انفعالاته وأحاسيسه ومشاعره وهذا ما انعكس على تصرفات الحالة.

1-2-5 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الخامس للحالة الأولى

جدول رقم (20): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الخامس للحالة الأولى

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية	النسبة المئوية
عندما تفكر في أشياء مستقبلية، هل يمكن أن تخبرني بم يسرح به خيالك؟	أحلام اليقضة	42	1	%25	%08.69
	الهوامات	/	0	%0	
	تفكير (منطقي، نفعي، عملي)	32، 39، 40	3	%75	
∑ت=46	ك=4		ظهور ابتسامة		

يندرج مضمون هذا السؤال ضمن بعد الألكستيميا الخاص بالحياة الخيالية والمتضمن أحلام اليقظة والهوامات ونقيم مدى فعالية العلاج البيوطاقوية فهي الحياة الخيالية لدى الحالة، فقد بينت على مستوى أحلام اليقظة نسبة 25% والتفكير العملي نسبة 75%.

فنلاحظ سيطرة التفكير المنطقي على الخيالي. ولكن لدى مقارنة نسبة 25% بعد العلاج، حيث قبل العلاج كان الحديث منعدما من أحلام اليقظة أما بعد العلاج فتظهر أحلام اليقظة في قول الحالة: "تحب نكون لاعب كرة مشهور كيما رونالدو" كما نلمس هنا ظهور أول ابتسامة لدى الحالة، فتعتبر الابتسامة مؤشرا للتعبيرعن الانفعالات.

حيث يوضح (Sami Ali) لما يكون الكبت للوظيفة الخيالية وخلل في الإسقاط، يصبح الشخص عاجزا عن التعبير اللفظي، أحلام اليقظة، وغياب او ندرة الأحلام ففي حالة الإرصان النفسي، تظهر مؤشرات عن إثراء الحياة الخيالية والتي تتضح من خلال ثراء ووفرة أحلام اليقظة، الحلم بمضامين مختلفة، الهوامات، الهلاوس والتخيلات، أسلوب الطرفة والمزاح... (Sami Ali, 1980, p102).

ففي حالتنا قد اتضح لديها أحلام اليقظة ولو في عبارة واحدة، مع صدور ابتسامة، وهذا مؤشر لفعالية العلاج البيوطاقوي في الإرصان النفسي للحالة المصابة بالربو.

1-2-6 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال السادس للحالة الأولى

جدول رقم (21): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال السادس للحالة الأولى

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية	النسبة المئوية
هل يمكن أن تحدثني عن مضامين أحلامك؟	غياب أو ندرة الأحلام	46	1	%25	%08.69
	أحلام عملياتية	/	0	%00	
	أحلام تكرارية	/	0	%00	
	أحلام فضة	/	0	%00	
	ظهور كوابيس	45	0	%25	
	مضامين لأحلام معينة	43، 44	0	%50	
∑ت=46		ك=4			

تناول مضمون هذا السؤال بعد الألكستيميا الخاص بمحدودية الحياة الخيالية، ويخص جانب الحياة الحلمية.

فنلاحظ لدى الحالة غياب أو ندرة الأحلام في عبارة واحدة "الأحلام مانتفكرهمش" بنسبة 25%، حيث كانت قبل العلاج بنسبة 100% أي غياب تام وندرة للأحلام.

حيث انخفضت النسبة ما يدل على ظهور مضامين للأحلام فقد جاءت بنسبة 50%، أما على مستوى الكوابيس فجاءت بنسبة . 25%.

ومن هنا نجد أن العلاج البيوطاقوي ساهم في الإرصان النفسي وتنشيط سيرورة الخيال لدى الحالة.

فقد بينت أحلام في أقوالها: "نحلم روحي لاعب مشهور يسجل الأهداف"، "ساعات نحلم روحي نحوس في دول أوروبا".

حيث وضح (Marty) أن جهاز ما قبل الشعور هو المسؤول عن مرور تمثيل النزوات والمكبوتات من ساحة اللاشعور إلى الشعور، فهذه التمثيلات تكون على شكل صور أو كلمات لما يكون جهاز ما قبل الشعور يضمن ديمومة ووفرة الطبقات، مع مرونة هذه الطبقات، وهذا ما يعرف بـ "التعقيل".

أما الكوابيس فيعتبرها Marty نتيجة لعدم مقدرة جهاز ما قبل الشعور في ربط تمثيلات مناسبة، لكنها تبين كمرحلة في الإرصان النفسي" (Marty, 1968).

وكما بين (Freud) في كتابه "L'interprétation des rêves" أن الحلم هو حارس النوم، أن تستخدم ميكانيزمات الترميز والإزاحة، لنزوات اللاشعور، ومن أجل إحداث التوازن النفسي

ملخص تحليل مضمون المقابلات للحالة الأولى بعد العلاج البيوطاقوي

من خلال مضمون المقابلات وأبعاد الألكستيميا نجد أن الحالة قد قلت خاصة الألكستيميا، وأن العلاج البيوطاقوي اتضحت فعاليته من خلال:

- مقدرة الحالة على التعرف على أحاسيسها ومشاعرها. والتعبير عن الانفعالات والأحاسيس لفظيا.
- كذلك صارت تميز الانفعالات الخاصة بمرضها وآلامها.
- أما بالنسبة للحياة العملية والتحدث بالتفصيل عن الأحداث اليومية والتكرارية، وعن الأعراض المرضية، فلا زالت الحالة يغلب عليها الحديث عن حياتها اليومية، ولكن مع تغيرات في العادات اليومية، كمشاهدة التلفاز وممارسة الرياضة، والاستماع للأغاني، فهي عادات جديدة.
- أما على المستوى الخيالي فبثت الحالة، أحلم اليقظة بنسبة 25% كذلك بينت حلمين وكابوس.

كما اختفت السمة الأساسية للالكستيميا التي اتفق عليها العلماء وهي صعوبة التعبير لفظيا عن الانفعالات، وهذا دليل على فعالية العلاج البيوطاقوي والذي يتمثل هدفه في التسهيل للمرض التعبير عن انفعالاتهم.

1-3-تحليل نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20) للحالة الأولى قبل العلاج البيوطاقوي

المحور الأول: صعوبة تحديد الانفعالات

4+4+5+3+5+3+4= 28 نقطة

تحصل فيه المفحوص على مجموع 28 نقطة من أصل 35

المحور الثاني: صعوبة التعبير اللفظي عن الانفعالات للآخرين

5+5+5+4+5+5= 24 نقطة

تحصل فيه المفحوص على مجموع 24 من أصل 25 نقطة

المحور الثالث: التفكير الموجه نحو الخارج (التفكير العملي).

4+4+4+3+4+5+5+3= 32 نقطة

تحصل المفحوص على مجموع 32 من أصل 40 نقطة

المجموع الكلي لمقياس TAS-20

28+24+23=84 نقطة

من خلال مفتاح مقياس الألكستيميا TAS-20يتضح بأن الحالة تتم بالألكستيميا حيث تحصلت على 84 نقطة من أصل 100، وهي نسبة مرتفعة حيث شرط الألكستيميا في المقياس x>56

ومن خلال محاور الألكستيميا، فقد تبين لدى الحالة صعوبة في تحديد الانفعالات، كما جاءت مطابقة للمقابلة من حيث صعوبة تحديدها للمشاعر والانفعالات.

كذلك تسم الحالة بتفكير موجه نحو الخارج، أي تستثمر حديثها نحو الحياة اليومية، الآنية والنفعية.

والنسبة الأعلى جاءت في محور صعوبة التعبير اللفظي عن انفعالات الحالة، للآخرين وهي الميزة الأساسية في سمة الألكستيميا.

4-1 تحليل نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20) للحالة الأولى بعد العلاج البيوطاقوي

المحور الأول: صعوبة تحديد الانفعالات

3+3+2+3+2+3+1=17 نقطة

المحور الثاني: صعوبة التعبير اللفظي عن الانفعالات للآخرين:

3+3+2+3+3=14 نقطة

المحور الثالث: التفكير الموجه نحو الخارج (التفكير العملي)

2+2+1+3+3+3+1+2=17 نقطة

المجموع الكلي لمقياس (TAS-20)

17+14+17=48 نقطة

من خلال نتائج المقياس للحالة بعد العلاج والتي جاءت بـ 48 نقطة وهي حسب مفتاح الألكستيميا أقل من 53 وهي عتبة الألكستيميا، فقد انخفضت درجة الألكستيميا ويتضح ذلك من خلال أبعاد المقياس، حيث انخفضت درجاتها.

ففي المحور الأول الخاص بصعوبة تحديد الانفعالات فتحصلت الحالة على 17 نقطة من أصل 35، ما يدل على تحسن مقدرتها في تحديد انفعالاتها والتعرف عليها، كذلك بالنسبة لمحور صعوبة التعبير اللفظي عن الانفعالات للآخرين، فقد انخفضت درجتها إلى 14 نقطة من أصل 25 ما يدل على تحسن قدرتها في التعبير عن انفعالاتها أما المحور الخاص بالتفكير العملي فتحصلت الحالة على 17 نقطة من أصل 40، وهي منخفضة، ما يدل على انخفاض تفكير الحالة الموجه نحو الخارج، وصارت توجه تفكيرها نحو الداخل أي الحياة الانفعالية.

5-1 تحليل رورشاخ الحالة الأولى قبل العلاج البيوطاقوي

رقم البطاقة	الإجابات	التحقيق	التموقعات	المحددات	المحتوى	الشائعات
12″ I 1′20″	هذا يبان قناع	كل البطاقة "هاهم عينيه" إشارة إلى الفراغ الأبيض	ك	ش+	شيء	
7″ II 1′30″	هذا ثاني يبان قناع بصح مختلف على الأول	كل البطاقة	ك	ش+	شيء	
14 ″ III 1′28″	هذا ثاني قناع بصح نتاع مهرج	كل البطاقة	ك	ش+	شيء	
20″ IV 1′35″	هذا وحش	كل البطاقة	ك	شفق	(حي)	
3″ V 1′32″	هذا باين خفاش ماعلى باليش واش حاب يدير؟	كل البطاقة	ك	ش+	حي	شا
7″ VI 1′28″	هذا جلد مسلوخ	كل البطاقة	ك	ش+	حي	شا
6″ VII 1′	هذه مظلة سوداء	كل البطاقة	ك	شلَ	شيء	
5″ VIII 1′35″	هذا قناع فيه شوية ألوان	"باين شكل القناع ثم الإشارة إلى الألوان	ك	شل	شيء	
6″ IX 1′38″	هذه سحب	إشارة لكل البطاقة	ك	ش-	طبيعة	
15″ X 1′2″	هذه ماتبانش مليح ماعرفتهاش	كل البطاقة بصح تشبه لحيوانات بحرية	ك	ش+	حي	

بسيكو غرام الحالة الأولى

الإنتاجية La production	المقاربة L'appréhension	المحددات Déterminants	المحتويات Contenus
R=10	ك= 10	ش$^{+}$=6	ب= 0
زمن الكلي= 6، 5	ك%= 100	ش$^{-}$= 1	(ب)= 0
متوسط زمن الكمون	ج= 0	ش±= 0	بج= 0
= 40+08TPS Moy-at ثا	ج%= 0	ش%= 70 %	(بج)= 0
متوسط زمن الاستجابة	ج ف أ= 0	ش%= 90 %	ب%= 0
TPS.Moy/Pc=	ج ف أ= 0%	موسع	حي= 3
33.8 ثا	جت= 0	ش±%= 85,71%	(حي)= 1
		ش+%= 100%	(حيج)= 0
		موسع	حي%= 30%
		شل= 1، لش=	طبيعة= 1
		شل-=1، لش=0	جزء= 0
		ل-=، ل=0	غذاء= 0
		شفق=1، شط=	جغرافيا= 0
		فقش= ، ظش=	نبات= 0
		فق= ، ظ=	بلد= 0
		حب= 0	تشريح= 0
		ححي= 0	جنس= 0
		ححي ل= 0	دم= 0
		حشيء= 0	شيء= 5
		KC=TRI	رمز= 0
		منبسط مختلط F.comp	مشهد= 0
		%30=RC%	في= 0
			تجريد= 0
			هندسة= 0
			شا=2، شا%= 20%

التحليل الشكلي:

وهنا سنركز على النقاط التالية: سيرورة التفكير واستثمار الذكاء، عوامل التنشئة الاجتماعية والعلاقة مع الواقع، وكذا الدينامية العاطفية.

1- سيرورة التفكير واستثمار الذكاء

عدد إجابات الحالة هو أقل من المتوسط 10 [20-30] فحسب (Anzieu, 1976)، الإنتاجية القليلة قد تدل على تثبيط نزوي أو توقف انفعالي ودلالة على القلق.

قد يوحي كذلك على استعمال المفحوص لميكانيزم العقلنة La Rationalisation، وهذا لكبح النزوات وتمثيلاتها العاطفية. مما يكبح الخيال لدى المفحوص.

ارتفاع نسبة الاستجابات الكلية 100% والتي سيطرت على إجابات المفحوص؛ تدل على نوع من التفكير في الصفة الإجمالية، كما تدل على القدرة العالية للمفحوص على التكيف مع الواقع الخارجي، وإدراك الوضعيات والتكيف معها بصورة كلية (Saziouk, 1994)

والاستجابات الجزئية هي منعدمة، والتي تمثل الغوص في جزئيات الحياة، كذلك بيت (Fernandez,2011) أن نسبة قليلة من الإجابات الجزئية تدل على نقص الخيال والإبداع

أما من ناحية الاستجابات الشكلية (ش)، ش% = 70% يدل على وجود حياة انفعالية يسودها جمود في التفكير وافتقار للمرونة، كما يدل على أن التوظيف النفسي صلب وهو دفاع ضد التمثيلات والوجدانات (Rausch,1990) مما يوضح خصائص الألكستيميا، في عدم القدرة على التعرف والتعبير عن الانفعالات.

كذلك ارتفاع الإجابات الكلية (ك) مع ش+%= 90 وهو مرتفع، دلالة على اتصال وتكيف جيد مع الواقع، وأن المفحوص لديه قدرة عالية على الضبط والإدراك. وهذا ما يميز المرض السيكوسوماتيون، التفكير العملي الذي يجعل المريض له تفكير آلي ومنطقي، ومتصل بالواقع، وهو ما يميز الميزة الثالثة لسمة الألكستيميا، تفكير موجه نحو الخارج.

- استجابات ش% مرتفع (90%)، يدل على التكيف المفرط والذي أطلق عليه (Sami Ali) باثولوجيا التكيف، أي أن المفحوص تكيف مع الوضعية بشكل مبالغ فيه مع استثمار خارجي كبير على حساب التنظيم الداخلي، وهذا لتجنب حل الصراع.
- غياب الحركة البشرية لدى المفحوص، تدل على إشكالية في التقمص (مع أحد الوالدين).
- كذلك تبين (Fernandez,2011) أن الحركة البشرية تمثل قدرة المفحوص على الخيال والإبداع.

فالحركة البشرية تساهم في تحريك الأنا على القدرة التعبيرية، فانعدامها يدل على الحياة العملية والتفكير الصلب واستثمار الحياة الآنية مع غياب القدرة على الخيال.

وهنا تتضح الخاصية الثالثة للألكستيميا وهو فقر في الحياة الهوامية لدى المفحوص.

وجود استجابة شفق مع محتوى حيواني يدل على وجود صعوبة على المستوى الخيالي، ويطرح وجود إشكالية في التقمص لدى المفحوص.

2- عوامل التنشئة الاجتماعية والعلاقة مع الواقع

إن انعدام الحركة الحيوانية يدل على وجود أنا ضعيف ويفتقر للحياة الخيالية (Anzieu, 1974).

وجود استجابات شائعة (20%) أقل من المتوسط، تدل على أن للمفحوص القدرة على التكيف مع الواقع لكن بصعوبة وهذا تواجد محتوى حيواني في 5 إجابات وإجابة شبه حيوانية وهي في المتوسط مع غياب المحتوى البشري، وهذا راجع إلى إشكالية في التقمص، كذلك عدم قدرة ما قبل الشعور في تركيب السيناريو الهوامي وكذلك غياب الخيال.

كذلك غياب الإستجابات الجزئية (ج) حسب (Rausch) قد يدل على تنظيمة سيكوسوماتية للمفحوص.

3- الدينامية العاطفية

إن انعدام الاستجابات اللونية، يطرح إشكالية عاطفية تثبيط للعاطفة وغياب التمثيلات، فالألوان في البروتوكول تدل على قدرة المفحوص على التعبير عن انفعالاته، وغيابها يدل على نقص في التعبير الانفعالي والعاطفي (Rausch, 1990).

تواجد الاستجابات اللونية مع الشكل، شل=1، شلَ=1 يدل على رقابة الانفعالات والحياة العاطفية.

كذلك النسبة المئوية للمعادلة اللونية RC=%30، وهي أقل من المتوسط [40%].

نمط الرجع الحميم، جاء منبسط مختلط وحسب (Saziouk, 1994) هذا النمط من الأشخاص يبين قدرتهم على إقامة علاقات مع الآخرين ولكن بتحفظ.

التحليل الدينامي

من خلال البطاقات: نجد نزعة نحو الصدمة في البطاقة "4" وهذا ما يؤكد إشكالية التقمص لدى المفحوص، وقد يكون لديه إشكالية على مستوى الأوديب.

بتجميع البطاقة "8 و 10" التي لديها علاقة بالموضوع الأول (الأم) فكانت البطاقة 8 ممثلة في شكل قناع وقد تدل على عدم وضوح أو عدم إشباع نرجسي (النرجسية الأولى) مع الأم.

أما البطاقة "10"، فلم تتضح كذلك أو لم يستطع المفحوص إعطاء إجابة صريحة لإمكانية وجود خلل في العلاقة مع الأم.

4-الحركة النزوية

من ناحية التمثيلات النزوية والتي توضحها الاستجابات الحركية، الحيوانية أو البشرية، فغيابها يدل على قمع أو كبت النزوات العدوانية والليبيدية، وبالتالي تؤدي إلى خلل في تمثيل النزوات، وسوء التعقيل. (Richelle et al, 2009).

حيث وضح (Marty, 1983) أن خلل التعقيل، أي صعوبة تمثيل نزوات الشعور عبر جهاز ما قبل الشعور، فتنفصل النزوة عن الوجدان وتؤدي إلى الجسدنة.

وبعد تحليلنا لاختيار الرورشاخ، نود أن نوضح خصائص الألكستيميا من خلال الرورشاخ وهذا أوفق مقياس (RAS) الذي وضعه Acklinوآخرون، وذلك بإسقاط نتائج اختيار المفحوص على وقت النقاط التالي مع دلالة في:

- نسبة الإجابات البروتوكول قليلة وفي حالتنا كانت 10 إجابات وهذا يبين فقر في الاستبصار.
- نسبة ضعيفة من استجابات الحركة البشرية، وفي حالتنا منعدمة، دلالة على فقر في الحياة الهوامية.
- نسبة ضعيفة للمحتويات اللونية، وفي حالتنا توجد 1شل و 1شلَ مع غياب الاستجابات اللونية المحضة، دلالة على عدم القدرة على تحديد والتعرف على الأحاسيس والوجدانات، مع رقابة وتعبير انفعالي غير مناسب مع المحيط.
- الاستجابات الظلية =0، وهو ما يتوقف مع حالتنا، وهي دلالة على وجود علاقة سطحية مع الآخرين، مع صعوبة إقامة علاقات عاطفية مع الآخرين.
- استجابات شكلية محضة مرتفعة مقارنة مع المحتويات الأخرى وفي حالتنا ش+%= 90%، وهذا يعني لأن الحالة لديها تفكير مجرد آلي ومنطقي يتفادى التعبير الانفعالي والتصريح العاطفي. مع نمطية معرفية.

ملخص:

من خلال تحليلنا لبروتوكول رورشاخ المفحوص، فقد تبين أن لديه تنظيمة سيكوسوماتية، يتسم بسمة الألكستيميا والتي ترجع إلى خلل في النرجسية الأولى، من خلال سوء العلاقة مع الأم، وبالتالي كان رصيده فقيرا، لتمثيل نزواته ما وضح لديه مجموعة من الصفات.

وبالاستناد لمؤشرات الألكستيميا وفق (Acklin)، فإن المفحوص اتضحت لديه جميع أبعاد الألكستيميا والمتمثلة في فقر في الحياة الهوامية، عدم القدرة على التعبير عن انفعالاته من خلال غياب الألوان، مع تفكير عملي، منغمس في الواقع.

6-1 تحليل رورشاخ الحالة الأولى بعد العلاج البيوطاقوي

رقم البطاقة	الإجابات	التحقيق	التوقعات	المحددات	المحتوى	الشائعات
5″ I 1′20″	امرأة تستنجد بربها وهي تتعذب	– الأسود الوسطى – روح امرأة	ج	ش+	ب	
53″ II 3′5″	– لم أفهمها لا أستطيع أن أشرح. – شعلتان تمثلان حالة سلام. – الأحمر حيوانات كانا في حالة سلام وبعدها خرجت منهم النار. – الأحمر نار أو انفجار	– الأحمر السفلي شعلتان. – الأحمر السفلي. – الأحمر السفلي. – الأبيض في الوسط يمثل السلام	ج ج ج ج ف أ	ش+ ش+ ل لَ	رمز رمز طبيعة رمز	تعليق
30 ″ III 1 ′ 1″	– هذا دم – رجل وامرأة يجلسان بسلام بينهم حب ومودة. – الأحمر قلبهما اتحدا وجمع السلام بينهم	(كل البطاقة) (الأحمر الوسطي) قلبهم	ج ك ج	ل حب لش	دم مشهد تشريح	
30 ″ IV 1 ′ 1″	– رجل متوحش عيناه يخرج منهما الشر والغضب وعنده رجلين كبيرتين	(كل البطاقة)	ك	شفق	(ب)	
13 ″ V 1′ 20″	– رجل يريد أن يتخلص من الغضب ومن مشاكله	(كل البطاقة)	ك	ش-	(ب)	
13" VI 2 ′28″	– لماذا كل شيء أسود؟ – طريق صعب وشخص مر بمحن، طريق مظلمة وفي الأخير انتصر	(كل البطاقة)	ك	ش-	ب	نقد
14" VII	– لم أفهمها جيدا.	(كل البطاقة)				رفض ←

1'14"	– جبلان إلتقيا وفي الأخير (سمو طريق)		G	جشيء	طبيعة	
28" VIII 2'4"	– ديان يتسلقان. – حيوانات يصعدون من مكان عال، ليجدو مساحة خضراء	(الجزء السفلي) "نعم إنهم يريدون أن يتخلصوا من غضبهما"	ج ك	ححي ححي	حي مشهد	
46" IX 1'7"	– شخصان خرج منهم شيء أحمر وأصبحا – روحين واجتمعوا في الأخير	(كل البطاقة) – في الوسط نور ساطع جانبي	ك ج	حب ل	مشهد شيء	
1'25" X 2'22"	– طفلان مسكينان خرجوا ودخلوا في قلب الدخان وخرجوا من النار، وهم يبكيان وصارا ملائكة	– النار في الجزء البرتقالي وهذا الوردي الجانبي، ليتعذبوا فيه. – أرى وحشان في الأزرق الجانبي	ج ج	حب ل ش-	(حي)	فق ←

سنقوم هنا باتباع السلم التي وضعها (Acklin) وزملاؤه من خلال تواجد مؤشرات الألكستيميا لبعض محتويات الإجابات في اختبار الرورشاخ و بتواجدها، دلالة على وجود الألكستيميا لدى الحالة، وفي حال انخفاض أو ارتفاع بعض الإجابات عن المعدل.

بسيكوغرام رورشاخ الحالة الأولى

سنتعمد هنا فقط على العناصر التي لها علاقة بالألكستيميا

عدد الإجابات R = 18

عدد الإجابات الكلية ك = 7

عدد الإجابات الجزئية ج = 10

ش$^{+}$ = 2

ش$^{\pm}$ = 0

ش$^{-}$ = 4

ش$^{+}$%=23 %

شل= 0

لش= 1

ل= 4، لَ= 1

المعادلة اللونية RC = 33.33%

ثم نقوم بمقارنة النتائج مع معدل المحتويات، عدد الإجابات R=18 لا يزال أقل من المعدل [25−30] ما يدل على عدم تحرر التوظيف النفسي، وتثبيط حركة النزوات رغم أنه زادت الإنتاجية للحالة بعد العلاج البيوطاقوي.

وحسب (Acklin) فإن المفحوص لا يزال لديه تفكير عملي، مع نقص في التعمق في الحياة الداخلية الحركة البشرية =3، وهي في المعدل [1−3] حسب (Anzien,1974).

وحسب (Acklin) عند انخفاض عدد الإجابات الحركة البشرية يدل على فقر في الحياة الهرامية مع نشاط خيالي ضيق، وهنا مؤشر الألكستيميا غير موجود، وبالتالي فالعلاج البيوطاقوي ساهم في تحرير الحياة الهوامية للحالة.

عدد الإجابات اللونية هو 5 وهو عدد مرتفع ما يدل على سهولة ومقدرة الحالة على التعبير عن انفعالاتها.

وحسب مقياس (Acklin) فإن الحالة أصبحت قادرة على التعرف على الانفعالات والأحاسيس والوجدان لش >شل، حسب (Acklin) فهي تدل على عدم تناسق الرقابة والتعبير عن الانفعالات مع المحيط، ويرجع هذا إلى بداية فعالية العلاج البيوطاقوي.

عدد الإجابات الشكلية منخفض مع المحددات الأخرى ويتجلى ذلك في نسبة ش$^{+}$%=23%، أي انخفاض الرقابة والقدرة على إيجاد تمثيلات مناسبة للنزوات أي غياب التفكير التجريدي والقدرة على الولوج إلى الحياة العاطفية الخروج من النمطية المعرفية (Acklin,2003)

ملخص:

من خلال نتائج الرورشاخ البعدي والاعتماد على مقياس الألكستيميا(R.A.S) لـ (Acklin) وزملائه فنجد أن الحالة بعد العلاج البيوطاقوي، زادت لديها القدرة على التعبير اللفظي والانفعالي، كما نقص التفكير العملي لديها، كما أصبحت الحالة قادرة على تحديد انفعالاتها.

7-1 مقارنة نتائج الأدوات الثلاث للحالة الأولى قبل وبعد العلاج البيوطاقوي

سنستعرض هنا نتائج العلاج البيوطاقوي وأثره على سمة الألكستيميا لدى الحالات وفق جداول مقارنة لكل أداة، مضمون المقابلة، مقياس الألكستيميا وكذا مؤشرات الألكستيميا من خلال اختبار الرورشاخ (R.A.S)

جدول رقم (22) : مقارنة نتائج مضمون محاور المقابلة قبل و بعد العلاج البيوطاقوي

الأبعاد	النسب المئوية قبل العلاج	النسب المئوية بعد العلاج
التعرف وتحديد الانفعالات والأحاسيس		
القدرة على التعرف وتحديد الانفعالات والأحاسيس	%0	%75
صعوبة التعرف على الانفعالات والأحاسيس	%100	%25
التعبير لفظيا عن الانفعالات		
القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات	%0	%71.71
صعوبة التعبير لفظيا عن الانفعالات	%100	%28.29
التمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية		
التحدث عن الانفعالات المصاحبة للمرض	%20	%62.50
استثمار الحديث حول الأعراض المرضية	%80	%37.50
الوصف الدقيق للأحداث والأعراض المتعلقة بالمرض		
وصف الأحداث اليومية والتكرارية	%53.33	%90
الحديث عن الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض	%46.66	%10
الحياة الخيالية		
أحلام اليقظة	%0	%25
الهوامات	%0	%0
غياب أو ندرة الأحلام	%100	%25
أحلام عملياتية	%0	%0
أحلام تكرارية	%0	%0
أحلام فضة	%0	%0
مضامين لأحلام معينة	%0	%75

جدول رقم (23): مقارنة نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20) قبل وبعد العلاج البيوطاقوي

المحور	النتائج قبل العلاج	النتائج بعد العلاج
صعوبة تحديد الانفعالات	28	17
صعوبة التعبير اللفظي عن الانفعالات	24	14
التفكير الموجه نحو الخارج (التفكير العملي)	32	17
المجموع	84	48

جدول رقم (24): مقارنة مؤشرات الألكستيميا من خلال اختبار الرورشاخ (R.A.S)

المؤشرات	مجموع الإجابات قبل العلاج	مجموع الإجابات بعد العلاج
عدد الإجابات (R)	10	18
الإجابات البشرية K	0	3
الإجابات اللونية المحضة C,C^-	0	5
الإجابات اللونية الشكلية FC,CF	2	1
الإجابات الشكلية F^+	5	2

من خلال الأدوات الثلاث المطبقة لمعرفة مدى فعالية العلاج البيوطاقوي في التخفيف من سيرورة الألكستيميا لدى الحالة الأولى.

فمن خلال قراءة نتائج الجدول المقارن بين نتائج مضمون المقابلة قبل العلاج وبعد العلاج البيوطاقوي.

فبالنسبة للبعد الأول الخاص بـ التعرف على الانفعالات والأحاسيس وتحديدها، فالحالة بعد العلاج البيوطاقوي صارت تستطيع التعرف على الانفعالات وكذا تحديدها وانخفضت العبارات التي تبين صعوبة تعرفها على الانفعالات بنسبة 75%.

أما في البعد الثاني الخاص بالتعبير اللفظي عن الانفعالات فالحالة تحسنت بعد العلاج البيوطاقوي، حيث أصبحت قادرة على التعبير عن انفعالاتها وإعطائها عبارات معبرة، "كالحزن والقلق"، البكاء، مع ظهور نوبات غضب، الصراخ.

وفي هذا الصدد فإن (Guy,Tonella)، يؤكد أن العلاج البيوطاقوي هو وسيلة للتعبير عن الانفعالات على المستوى المعرفي، اللغوي الوجداني والجسدي.

وفيما يخص البعد الثالث الذي يعده، بالقدرة على التمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية، فبعد العلاج البيوطاقوي لاحظا تحسن قدرة الحالة في الحديث عن الانفعالات المقترحة بالمرض، أي عندما تشتد نوبة الربو [إما 20% إلى 62.5%] أما الحديث حول الأعراض المرضية (دواء وطبيب) فقد قل استثمار حديث الحالة إلى نسبة 37.50% من العبارات، وقبل العلاج كان نسبته 80%.

أما البعد المتعلق بالوصف الدقيق للأحداث والأعراض المتعلقة بالمرض، فالحالة من الناحية الكمية فبينت نسبة 90% خلال وصفها للأحداث اليومية والتكرارية، نسبة مرتفعة، لكل مضمونها الكيفي، فظهرت مواضيع جديدة وسلوكات أخرى كممارسة الرياضة ومتابعة الأفلام والسماع للموسيقى والغناء، حيث قبل العلاج كانت الحالة منعزلة تماما، كما قل حديثها عن الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض فانخفضت نسبتها إلى 10%.

البعد الخاص بالحياة الخيالية، فبعد العلاج، ظهرت لدى الحالة بعض أحلام اليقظة، وبالنسبة للأحلام، فبعد أن كان يعاني من ندرتها فظهرت بعض الأحلام لديه.

وبالنسبة لمقياس الألكستيميا فقد أوضح فرقا كبيرا قبل وبعد العلاج، قبل العلاج النتيجة كانت 84 وهي دلالة على ألكستيميا مرتفعة وفق مفتاح المقياس.

وبعد العلاج انخفضت إلى 48 أي لا تبين حالة ألكستيميا لدى الحالة، فتحسنت النتائج في كل محاورة، فصارت لها القدرة تحديد الانفعالات وكذا تحسنت من ناحية القدرة على التعبير اللفظي عن الانفعالات، كذلك تقلص لديها التفكير العملي والموجه نحو الخارج.

وعند تحليل ومقارنة مؤشرات الألكستيميا من خلال اختبار الرورشاخ للحالة، فنجد أنها تحسنت كذلك. فحسب (Acklin et al) فقد ارتفع عدد الإجابات في الرورشاخ بعد العلاج البيوطاقوي إلى 18، فيما أصبح عدد إجابات الحركة البشرية 5، فيما كان قبل منعدما.

حيث أن انخفاض عدد الإجابات يدل على فقد أو ضيق في الحياة الخيالية، وكذلك انخفاض نسبة الحركة البشرية يدل على تثبيط الحياة الخيالية (Corcos et Speranza).

أما الإجابات اللونية المحضة كانت منعدمة وبعد العلاج صارت 5، ما يدل على تنشيط سيرورة الحياة الخيالية وتحرر التمثيلات المناسبة على مستوى ما قبل الشعور إلى الشعور (Marty).

الإجابات الشكلية قبل العلاج كانت مرتفعة 5 من أصل 10 إجابات البروتوكول، فارتفاعها يدل على رقابة الأنا الأعلى مستوى النزوات وعدم تحررها، كذلك يدل على عدم مرونة التوظيف النفسي، لكن

بعد العلاج انخفض إلى 2 إجابات من أصل 18 فهذا دلالة على تنشيط التوظيف النفسي، وتنشيط سيرورة التقبل ما يسمح بظهور الأحلام، والهوامات.

كذلك ارتفاع عدد الإجابات مع انخفاض الإجابات الشكلية دلالة على انخفاض التفكير العملي ونمطية التفكير كذلك ظهور الإجابات اللونية تدل على تنشيط الحياة الوجدانية والانفعالية للحالة.

ملخص:

من خلال الأدوات الثلاث بعد العلاج البيوطاقوي بينت الحالة انخفاض سيرورة الألكستيميا، فأصبحت الحالة قادرة على التعرف على انفعالاتها والتعبير عنها لفظيا، كما انخفض التفكير العملي لديها، المنحصر على الأحداث اليومية والآلية، بل صارت تمارس نشاطات أخرى كالرياضة، وأصبحت لديها أحلام اليقظة وبالنسبة للألكستيميا فقد اتضح انخفاضها من خلال مقياس TAS-20 عن 84 إلى 48.

كما أوضح اختبار الرورشاخ البعدي فعالية العلاج البيوطاقوي في السماح للنزوات، من إيجاد تمثيلات مناسبة لها، جعلت التوظيف النفسي مرنا، مما جعل الوجدان يعبر عن النزوات المناسبة لها، وكذا تحرر الحياة الخيالية والحلمية.

2- عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية

تقديم الحالة

السن: 18 سنة

الجنس: ذكر

المستوى الدراسي: سنة 02 ثانوي (معيد للسنة)

عدد الإخوة: 03

الترتيب: 02 من 03

الحالة الاقتصادية: متوسطة

الأب عامل، الأم عاملة

الجانب الوراثي: لا يذكر في العائلتين

مصاب بالرّبو: منذ الصغر

ملخص أهم الأحداث من خلال المقابلات مع الحالة ومع أمّه

- بدأ المرض بالظهور وهو بسنة 06 سنوات.
- كان يسكن عند جدّته حتى سن التمدرس.
- بدأت أعراض مرض الربو بعد شهر من انفصاله عن جدّته.
- علاقته مضطربة مع الأم (تضربه عند انفعالها).
- الأم ذات مزاج عصبي وتعمل، كانت تترك ابنها عند أمها وتحضره في نهاية الأسبوع.
- علاقة حسنة مع أخاه وأخته.
- نوبات الربو غير مستقرة (أحيانا، يوميا، مرة في الأسبوع). وأحيانا يذهب حتى للمستشفى في النوبات الحادة.

2-1تحليل مضمون المقابلة للحالة الثانية قبل العلاج البيوطاقوي

2-1-1 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الأول

جدول رقم (25): مضمون الإجابة عن السؤال الأول للحالة الثانية

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
لما تكون في وضعية مفرحة أو محزنة كيف يكون إحساسك	التعرف على الانفعالات والأحاسيس	2، 4	2	%33.33	%14.28
	عدم القدرة على التعرف عن الانفعالات والأحاسيس	1، 3، 5، 6	4	%66.66	
∑ت= 42		ك=6			

جاء مضمون هذا السؤال حول بعد من أبعاد الألكستيميا والذي يتضمن صعوبة التعرف على الانفعالات والأحاسيس، حيث أن الحالة بينت نسبة 33.33% من خلال مقدرتها على التعرف على الانفعالات والأحاسيس وهي نسبة قليلة حيث يتضح تعرفها في جملتين: "لكي نحزن نبكي" ، "كي نفرح ما نفرحش بزاف"، أما فيما يخص عدم المقدرة على التعرف عن الانفعالات والأحاسيس فجاء بنسبة 66.66% وهي نسبة كبيرة، وتتضح من خلال أقوال الحالة: "ما نعرف" "بصح ما نحب حتى واحد يشوفني"، "تجيني عادي"، "كي نكون مريض ونتألم نحب نكون وحدي".

إن هذا البعد والمتمثل في صعوبة التعرف على الأحاسيس من بين أبعاد الألكستيميا، حيث بين (Sifnéos) أن الألكستيميا تجمع بين مجموعة من الخصائص المعرفية والعاطفية، بما فيها صعوبة التعرف وايصال الأحاسيس، خلل في القدرة على التمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية المتعلقة بالإثارات الانفعالية (Porcelli, Meyer, 2002)

2-1-2 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثاني

جدول رقم (26): مضمون الإجابة عن السؤال الثاني للحالة الثانية

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
كيف تعبر للناس عن مشاعرك	التعرف على الانفعالات والأحاسيس	/	0	%0	%14.28
	عدم القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات	7، 8، 9، 10، 11، 12	6	%100	
∑ت=42		ك=6			

يندرج هذا السؤال ضمن بعد من أبعاد الألكستيميا والمتمثل في صعوبة التعرف والتعبير عن الانفعالات والأحاسيس فنلاحظ أن الحالة لها صعوبة في التعبير لفظيا عن انفعالاتها وأحاسيسها وجاءت بنسبة 100% وهو البعد الأساسي للألكستيميا كما وضح ذلك (Sifnéos, 1973) فقد جاءت عبارات الحالة كلها حاجبة عن الدلالات والألفاظ المتعلقة أو الحاملة للانفعالات المشاعر أو العواطف.

ونلاحظ ذلك من خلال أقوالها: "مانقدرش نبين الحالة نتاعي للناس"، "نحب العزلة"، "مانقول لحتى واحد" "كي نمرض بزاف تجيني النوبة، يزرب بيا بابا للمستشفى" "أنا وساعات ما نفهمش روحي"، "مانقدرش نفهم روحي واش حاب؟".

إن الحالة بينت عدم مقدرتها على التعبير لفظيا عن انفعالاتها وأحاسيسها فاستبدلتها في الحديث عن المرض والأحداث الخاصة به، حيث بين (Sifnéos) من خلال بعد الألكستيميا المتعلق بعدم القدرة على التعرف والتعبير لفظيا عن الانفعالات والأحاسيس، أن الأحاسيس متعلقة بالجانب النفسي بيولوجي للوجدان والذي يتكون من مجموع الانفعالات والصور، الهوامات، فالأشخاص الألكستيميون لديهم انفعالات لكنهم غير قادرين على التعرف على أحاسيسهم، فسمة الألكستيميا تؤهل الإجابات الفيزيولوجية والسلوكية أو تدخل إجابات أخرى (Sifnéos, 1973, p85) وكل ما وضحه (Sifnéos) في هذا البعد الخاص بالألكستيميا ينطبق على حالة دراستنا.

2-1-3 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثالث

جدول رقم (27): مضمون الإجابة عن السؤال الثالث للحالة الثانية

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
حدثني عن مشاعرك لما تزداد لديك نوبات الرّبو	التحدث عن الانفعالات المصاحبة للمرض	13، 14، 20	3	%37.5	%19.04
	استثمار الحديث عن الأعراض المرضية	15، 16، 17، 18، 19	5	%62.5	
∑ت=42		ك=8			

جاء مضمون هذا السؤال حول بعد الألكستيميا الخاص بصعوبة التمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية، حيث أن الفرد الألكستيمي يكون عاجزا عن التعبير بألفاظ عن معاناته وتألمه جرّاء مرضه، لكنه يعوّض حديثه عن آلامه وأحاسيسه بالحديث عن الأعراض المرضية، كل ما يخص المرض.

فالحالة استطاعت أن تعبر في بعض الجمل عن الانفعالات المصاحبة للمرض بنسبة 37.5%وهي منخفضة مقارنة بنسبة 62.5% والتي توضح استثمار الحالة في حديثها عن الأعراض المرضية.

فنجد التعبير عن الانفعالات المصاحبة للمرض في أقوالها. "كما يزيد عليا الحال نتقلق"، "نخاف"، "نخاف تحكمني النوبة وأنا نقرا".

أما العبارات المتعلقة بالحديث عن الأعراض المرضية فجاءت على النحو التالي: "بصح ندير الأمل في الدواء والطبيب"، "مانحبش نمرض"، "بصح نتبع الطبيب"، "والدواء نتاعي ديما نشربو" " La vantoline ديما معايا".

فكما وضح (Sifnéos, 1973) أن الفرد الألكستيمي لديه انفعالات ولكن يجد صعوبة في التعبير عنها، وأن ليس لديه الكفاءة النفسية والمعرفية لتمثيل هذه الانفعالات.

وفي هذا الصدد يوضح (Farges) "هذا الخطاب الواقعي لا يحمل بالضرورة على المجال الجسدي ولكن يمتد إلى مواضيع أخرى، بشرط أن هذا الخطاب لا يثير الجانب العاطفي"

فالحالة هنا عبّرت عن أحداث المرض وكل ما يتعلق به من أدوية وطبيب، بصفة أكبر من الحديث عن معاناتها بألفاظ تعبر عن مشاعرها وانفعالاتها جرّاء مرض الربو. وهذا ما يؤكد البعد الخاص بالألكستيميا والمتمثل في صعوبة التمييز عن الانفعالات والأحاسيس الجسدية.

2-1-4 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الرابع:

جدول رقم (28): مضمون الإجابة عن السؤال الرابع للحالة الثانية

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
حدثني كيف تعيش حياتك اليومية	وصف الأحداث اليومية والتكرارية	21، 22، 23، 30، 31، 32	6	%46.15	%30.95
	الحديث عن الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض	24، 25، 26، 27، 28، 29، 33	7	%53.84	
∑ت=42		ك=13			

جاء مضمون هذا السؤال حول بعد من أبعاد الألكستيميا والمتمثل في الوصف الدقيق للأحداث والأعراض كما تعرف كذلك بالتفكير العملي.

حيث من خصائص هذا البعد فالأشخاص الألكستيميون يتميزون بالوصف الدقيق للأحداث، الآني والآلي، وبتفكير نفعي، يستثمرون حديثهم حول أعراض المرض والأحداث الخاصة بالمرض، دون الولوج إلى حياتهم الانفعالية.

فنجد الحالة تقريبا متوازنة بين وصفها للأحداث اليومية والتكرارية بنسبة 46.15%وكذا الحديث عن الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض، والتي جاءت بنسبة 53.84% والعبارات الدالة على وصف الأحداث اليومية جاءت على النحو التالي: "في حياتي عادي" "نقرا"، "تلعب في Tablette" "أنا ما عنديش صحابي"، "نحب نلعب Les Jeux"، "نحب نلعب البالو" أما العبارات الدالة على استثمار الحديث على الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض؛ "ساعات عند الطبيب"، "الدواء نتاعي ديما نشربو" "كرهت من الدواء والطبيب"، "خاصة لما ندخل المستشفى ويديرولي الأوكسجين"، "الطبيب محرم عليا الرياضة خاطر يضيق فيا النفس".

حيث وضح (Sifnéos) هذا البعد من خاصية الألكستيميا أن الأشخاص الألكستيميون يتميزون بـ 04 خصائص، والخاصية الرابعة تتمثل في الوصف الدقيق للأحداث، الوقائع والأعراض الجسدية وهذا ما يتطابق مع نمط التوظيف الذي أقره purre marty حول المرض السيكوسوماتيون بالتفكير العملي "La Pensée Opératoire" حيث يوضح "أنه تنظيمه دفاعية قد تكون محدودة ناتجة عن صدمة نفسية تدل على عدم القدرة على تصريف الانفعالات ونقص الخيال واستدخال الحياة اليومية، فهذا التفكير متعلق بالشعور يظهر من خلال أعراض جسدية مرتبطة بانخفاض على مستوى النشاط الهوامي، مع وجود تفكير واحد وهو حالي وآلي والذي يبقى مسيطرا". (Marty, 1994, p85).

وفي هذا الصدد يصف (Bergeret) هذا النوع من التفكير بمثابة تكيف صلب مع الواقع مع استمراره لوقت طويل ويترجم هذا التفكير من خلال العرض الجسدي (Bergeret, 1987, p116).

فمن خلال النسب المئوية المبينة للحالة والتي تمثل بعد الوصف الدقيق للأحداث والانغماس في الواقع، والذي يؤكد سمة الألكستيميا للحالة.

2-1-5 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الخامس

جدول رقم (29): مضمون الإجابة عن السؤال الخامس للحالة الثانية

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
عندما تفكر في أشياء مستقبلية، هل يمكن أن تخبرني بم يسرح به خيالك؟	أحلام اليقظة	/	0	%0	%19.04
	الهوامات	/	0	%0	
	تفكير، عملي (منطقي،آني، نفعي)	34، 35، 36، 37، 38، 39، 40، 41	8	%100	
∑ت=42		ك=8			

يندرج مضمون هذا السؤال ضمن خاصية من خصائص سمة الألكستيميا والمتمثل في فقر الحياة الخيالية وخصصنا هذا السؤال حول أحلام اليقظة والهوامات والتأكد من الفقر في هذا الجزء من الخاصية (فقر الحياة الهوامية) حيث جاءت نسبة كلا من أحلام اليقظة والهوامات 0% وكل العبارات المتعلقة بها فقيرة بل استبدلت الحالة حديثها حول الحياة العملية "La Vie Opératoire" المنحصرة حول كل ما هو منطقي، نفعي وآني بنسبة 100% ويتضح ذلك من خلال أقوالها: "أنا ما نخممش في المستقبل" "نخمم في الحاضر"، "حاب نخدم" "حاب ندير الصوارد" "نداوي روحي"، "نعوّل على روحي".

حيث أن "Sami Ali" يعتبر الهوام مفهوما أساسيا في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية، ويرى بأن غياب الخيال ناتج عن عجز التعبير الانفعالي نتيجة كبت غير معروف مع رفض لكل الحياة الحلمية.(Sami Ali, 2000, p55).

أما (Marty) فسر الفقر الهوامي من خلال اختلال الحياة العقلية التي تؤدي إلى الجسدنة، بما فيها كبت للوظيفة الخيالية، ويعرف الهوام على أنه عبارة عن وضع مشهد درامي يرتكز على حدث خيالي مرتبط بتمثيلات الفعل سواء الحاضر أو المستقبل (Marty, 1998, p170) فالحالة تفتقر إلى الحياة الخيالية، من خلال عدم استطاعتها التعبير عن هواماتها وأحلام اليقظة والتي تكون ثرية لدى المراهقين.

2-1-6 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال السادس

جدول رقم (30): مضمون الإجابة عن السؤال السادس للحالة الثانية

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
هل يمكن أن تحدثني عن مضامين أحلامك	غياب أو ندرة الأحلام	41	1	%50	%04.76
	أحلام عملياتية	/	0	%00	
	أحلام تكرارية	42	1	%50	
	أحلام فضة	/	0	%00	
∑ت=42	ك=2				

يندرج هذا السؤال السادس، فهو تابع للسؤال الخامس من خلال خاصية فقر الحياة الخيالية، لكن هذا السؤال يشمل فقر الحياة الحلمية (La Vie Onirique) وهذا البعد يندرج ضمنه مجموعة من المؤشرات الخاصة بنوعية الأحلام لدى المرضى السيكوسوماتيون.

فالحالة بينت غياب أو ندرة الأحلام بنسبة 50% ويتضح ذلك من خلال أقوال الحالة: "أنا مانحلمش خلاص" وكذلك في حال وجود حلم فهو من صنف الأحلام التكرارية حيث جاء بنسبة 50% وفي قول الحالة: "إذا حلمت نحلم روحي في المستشفى".

حيث وضح (Sifnéos) في حديثه عن بعد فقر الحياة الخيالية أن الأشخاص الألكسيميون يتميزون بفقر في الحياة الحلمية (La Vie Onirique) راجع إلى عدم مقدرة معالجة الانفعالات على المستوى الشعوري أو اللاشعوري، وحتى على المستوى المعرفي والعصبي، فإن الجهاز العصبي لا يستطيع معالجة التمثلات والإدراكات للانفعالات وبالتالي لا يستطيع ترجمتها على شكل أحلام (Sifnéos).

كذلك يؤكد (Marty) أنه من خصائص الحياة الحلمية لدى المرضى السيكوسوماتيين غياب الأحلام والذي قد لا يكون حقيقيا وإنما ناجم عن كبت الوظيفة الحلمية، وقد يكون عجز الحالم عن تذكر أحلامه، راجع إلى غياب التمثيلات وإلى خلل في نظام ما قبل الشعور واتصاله باللاشعور غير المرمزّ، كما يكون ناتجا عن غياب آليات الدفاع المناسبة (Marty, 1968).

أما الأحلام التكرارية قد تكون ناجمة عن صدمة حديثة العهد أو انعكاس حديث لتثبيت عائد إلى مرحلة الطفولة، وهي تفريغات تميز العصاب الصدمي بإصابات جسدية حقيقية، إذ يعكس هذا النوع من الأحلام الركود العام وعدم كفاية التمثيلات (Marty, 1968, P86)

من خلال تحليل مضمون السؤال الكمي والكيفي يتبين أن الحالة تعاني من خلل في الحياة الحلمية، وبالتالي لديها فقر في الحياة الخيالية.

ملخص:

من خلال تحليل مضمون المقابلات كميا وكيفيا، فقد اتضح أن الحالة تتصف بسمة الألكستيميا، حيث استوفت على الشروط الأربعة التي وضعها (Sifnéos, 1973) لأبعاد الألكستيميا.

الخاصية الأولى والمتمثلة في صعوبة التعرف والتعبير لفظيا عن الانفعالات؛ حيث اتضح ذلك من خلال تحليل مضمون السؤال الأول والثاني للحالة وجاءت نسبة 28.56%.

الخاصية الثانية والمتمثلة في صعوبة التمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية وجاءت في السؤال الثالث بنسبة 19.04%.

أما الخاصية الثالثة والمتمثلة في الوصف الدقيق للأحداث والأعراض (التفكير العملي) فقد اتضح من خلال تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الرابع، وهذه الخاصية جاءت بنسبة 30.95%.

الخاصية الرابعة والمتمثلة في محدودية الحياة الخيالية (الهوامات، أحلام اليقظة والأحلام).

وتحققت من خلال تحليل مضمون السؤال الخامس والسادس فجاء بنسبة 23.80%.

ومن خلال استقراء هذه النسب المئوية والتحليل الكمي والنوعي لمضمون المقابلات فإن سمة الألكستيميا جاءت موزعة على أبعادها نسب متفاوتة، والنسبة الأعلى هي البعد الخاص بالوصف الدقيق للأحداث والأعراض.

وعلى العموم فإن سمة الألكستيميا كانت واضحة لدى الحالة من خلال تحقق كل أبعادها وخاصة البعد الأساسي والمتمثل في عدم القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات.

2- 2 تحليل مضمون المقابلات للحالة الثانية بعد العلاج البيوطاقوي

2-2-1 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الأول للحالة الثانية

جدول رقم (31): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الأول للحالة الثانية

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
لما تكون في وضعية مفرحة أو محزنة كيف يكون إحساسك	التعرف على الانفعالات والأحاسيس	1، 2، 3، 4، 5	5	%62.5	%20.51
	عدم القدرة على التعرف عن الانفعالات والأحاسيس	6، 7، 8	3	%37.5	
∑ت= 39		ك=8			

يندرج مضمون هذا السؤال حول بعد الألكستيميا الخاص بصعوبة التعرف والتعبير عن الانفعالات، للتأكد من تواجد أو اختفاء هذا البعد بعد العلاج البيوطاقوي.

حيث نجد أن الحالة لها القدرة على التعرف على الانفعالات والأحاسيس بنسبة 62.50% وهي نسبة مرتفعة مقارنة بعدم قدرتها على التعرف على الانفعالات والأحاسيس والتي جاءت بنسبة 37.5% وعند مقارنة نفس البعد؛ فقبل العلاج البيوطاقوي فكانت الحالة لها صعوبة في التعبير عن الانفعالات والأحاسيس بنسبة 66.66%، أما الآن فقد انخفض إلى نسبة 37.5% وهذا ما يبين فعالية العلاج البيوطاقوي في تسهيل القدرة التعرف على الانفعالات والأحاسيس.

2-2-2 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثاني للحالة الثانية

جدول رقم (32): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثاني للحالة الثانية

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
كيف تعبر للناس عن مشاعرك	التعرف على التعبير لفظيا عن الانفعالات	11، 12، 13، 14، 15، 16، 17	7	%77.77	%23.07
	عدم القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات	9، 10	2	%22.22	
∑ت=39		ك=9			

مضمون هذا السؤال تابع للبعد الأول من خاصية الألكستيميا والمتمثل في صعوبة أو عدم مقدرة الحالة على التعبير لفظيا عن انفعالاتها، فبعد العلاج البيوطاقوي، تقلصت نسبة عدم القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات إلى 22.22%فيما كانت قبل العلاج بنسبة 100%.

ونسبة القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات صارت 77.77%، فيما كانت قبل العلاج بنسبة 0% فهذا العلاج سهل التعبير اللفظي للانفعالات، فالحالة تبين ذلك من خلال أقوالها: "بصح اللي يقلقني نقولو راك سامط"، "روح قيلني"، "واللي نحبو راني نحكي معاه"، "اللي يحبوني صح"، "نحب نفرح معاهم"، "ونشاركهم الفرحة".

فكلا من مضمون السؤال الأول والثاني يبين أن الحالة تحسنت حيث صارت تستطيع التعرف على أحاسيسها وانفعالاتها وتعبر عنها لفظيا.

2-2-3 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثالث للحالة الثانية

جدول رقم (33): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثالث للحالة الثانية

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
حدثني عن مشاعرك لما تزداد لديك نوبات الرّبو	التحدث عن الانفعالات المصاحبة للمرض	19، 20، 21	3	%42.85	%17.94
	استثمار الحديث عن الأعراض المرضية	18، 22، 23، 24	4	%57.14	
∑ت=39		ك=7			

جاء مضمون هذا السؤال حول بعد الألكستيميا المتمثل في التحدث عن الانفعالات المصاحبة للمرض، فبعد العلاج البيوطاقوي صارت الحالة تتحدث انفعالاتها وهذا بنسبة 48.85%وهي منخفضة مقارنة باستثمارها في الحديث عن الأعراض المرضية والتي جاءت بنسبة 57.14% وجاء حديث الحالة عن الانفعالات المصاحبة للمرض في أقوالها: "النوبة هاذي تقلقني"، "وتكرهلي حياتي"، "وتبينلي بلي راني Handicapé".

أما عند مقارنة مدى مقدرة الحالة في التعبير عن معاناتها من مرض الربو بعد العلاج وقبل العلاج، فنلمس الفرق بينت نسبة 48.25% بعد العلاج وهي نسبة مرتفعة مقارنة بنسبة 37.58 %ولو هناك تحسن خفيف. واستثمار الحديث عن الأعراض لديها بعد العلاج انخفض إلى نسبة 57.41% مقارنة بـ 62.50%.

وهنا نلمس تحسن ولو طفيف على مستوى التعبير عن الانفعالات المصاحبة للمرض، ويرجع إلى العلاج البيوطاقوي.

4-2-2 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الرابع للحالة الثانية

جدول رقم (34): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الرابع للحالة الثانية

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
حدثني كيف تعيش حياتك اليومية	وصف الأحداث اليومية والتكرارية	25، 26، 28، 29، 30، 31، 32	7	%87.5	%20.51
	الحديث عن الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض	/	0	%00	
	التعبير عن الانفعالات أثناء الأحداث اليومية	27	1	%12.5	
∑ت=39		ك=8			

يندرج مضمون هذا السؤال حول بعد الألكستيميا المتمثل في الوصف الدقيق للأحداث وأعراض المرض.

فقبل العلاج البيوطاقوي فانحصر حديث الحالة عن وصف الأحداث اليومية بنسبة 46.15% والحديث عن الأحداث المتعلقة بالأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض بنسبة 53.84%.

أما بعد العلاج فانحصر حديث الحالة عن وصفها للأحداث اليومية بنسبة 87.5% وانعدم حديثها عن الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض بنسبة 00%، كما ظهرت صفة التعبير عن الانفعالات أثناء الأحداث اليومية بنسبة 12.50%.

ويتضح ذلك في قول الحالة: "وكي نقلق نعيط لصاحبي". ونود أن ننوه هنا أن الحالة هي خلال استثمار حديثها في الحياة اليومية، ظهر لديها عادات جديدة، لم تكن لديها قبل العلاج: كوجود رفيق للحالة في قولها "كي نقلق نعيط لصاحبي"، كذلك في أقوالها: "نحب لعب Les Jeux في Portable"، "ساعات نلعب مع خويا الصغير".

فالعلاج البيوطاقوي أوضح سلوكات جديدة للحالة كاللعب مع الأخ، واللعب بـ الألعاب في الهاتف، ووجود صديق كما وضح (Carcos, 2000)، بأن الألكستيميا سمة تؤثر على الشخص، حيث تجعله منعزلا، قليل الكلام، ويفتقر حديثه عن الطرفة والمزاج.

2-2-5 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الخامس للحالة الثانية

جدول رقم (35): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الخامس للحالة الثانية

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
عندما تفكر في أشياء مستقبلية، هل يمكن أن تخبرني بم يسرح به خيالك	أحلام اليقضة	34، 35، 36	3	%75	%10.25
	الهوامات	/	0	%0	
	تفكير (منطقي، نفعي، عملي)	33	1	%25	
∑ت=39	ك=4		ظهور ابتسامة: 1		

يندرج مضمون هذا السؤال حول بعد الألكستيميا المتعلق بفقر في الحياة الهوامية، وهذا السؤال منحصر حول الأحلام اليقظة والهوامات.

فبعد العلاج البيوطاقوي بلغت نسبة أحلام اليقظة بنسبة 75% وهي نسبة مرتفعة مقارنة بقبل العلاج فقد كانت منعدمة.

أما حديث الحالة ضمن التفكير المنطقي والعملي فقد تقلص إلى نسبة 25% وهي منخفضة مقارنة بقبل العلاج فكانت نتيجتها 100%.

وتتضح العبارات الخاصة بأحلام اليقظة في أقوال الحالة: "ساعات نشوف روحي وليت انسان ناجح"، "وشخصية مهمة" "الناس بكل تحتاجني" كذلك ظهور الابتسامة بعد العلاج. ما يثبت الأثر الإيجابي للعلاج البيوطاقوي على مستوى الحياة الخيالية للحالة.

2-2-6 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال السادس للحالة الثانية

جدول رقم (36): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال السادس للحالة الثانية

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
هل يمكن أن تحدثني عن مضامين أحلامك؟	غياب أو ندرة الأحلام	36، 37	2	%66.66	%07.69
	أحلام عملياتية	/	0	%00	
	أحلام تكرارية	/	0	%00	
	أحلام فضة	/	0	%00	
	ظهور كوابيس	/	0	%00	
	مضامين لأحلام معينة	38	1	%33.33	
∑ت=39	ك=3				

يندرج مضمون هذا السؤال ضمن بعد الألكستيميا الخاص بفقر الحياة الخيالية، ضمن محدودية أو فقر الحياة الحلمية فبعد العلاج البيوطاقوي جاء حديث الحالة حول غياب أو ندرة الأحلام بنسبة 66.66% مقارنة بقبل العلاج بنسبة 50% فكميا تظهر بأن نسبة غياب الأحلام ارتفعت مقارنة بنسبتها بعد العلاج لكن قبل العلاج كانت أحلام تكرارية بنسبة 50% وهي من خصائص فقر الحياة الحلمية، لكن بعد العلاج فاتضح مضمون للحلم ولو أنه بنسبة 33.33%.

ويتضح ذلك في قول الحالة: "دخلت للقبر من بعد لقيت باب فتحتو لقيت روحي في أمريكا".

إن هذا الحلم مع ابتسامة الحالة دلالة على وجود منفذ للتمثيلات اللاشعور، وعمل الجهاز النفسي، وبداية الإرصان...

فمن خلال مضمون السؤالين الخامس والسادس حول الحياة الخيالية، فقد تحسنت الحياة الخيالية للحالة بفضل العلاج البيوطاقوي من خلال ظهور أحلام اليقظة وحلم بمعنى للحالة.

ملخص تحليل مضمون المقابلات للحالة الثانية بعد العلاج البيوطاقوي

من خلال مضمون الأجوبة على أبعاد الألكستيميا للحالة فبعد العلاج لمسنا تحسن ملحوظ على أغلب أبعاد الألكستيميا، فالبنسبة للبعد الأساسي للألكستيميا قد انخفض حيث أصبحت الحالة تتعرف على انفعالاتها وتستطيع التعبير لفظيا عن أحاسيسها ومشاعرها وانفعالاتها.

كما أصبحت تميز وتتعرف على انفعالاتها المصاحبة للمرض مقارنة بالأحاسيس الجسدية.

أما فيما يخص الحياة العملية، والتركيز على الأحداث والتفاصيل اليومية والأعراض المرضية، فقد صارت الحالة تسرد أحداثها اليومية دون ذكر الأحداث الآلية الخاصضة بالمرض، وعند حديثها عن الأحداث اليومية اتضح ظهور سلوكات جديدة، كحب اللعب مع الأخ، والألعاب في الهاتف مع المقدرة على إنشاء علاقة مع صديق. كذلك الحياة الخيالية أصبحت ثرية، من حيث بروز أحلام اليقظة والأحلام الحقيقية.

2-3 تحليل نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20) للحالة الثانية قبل العلاج البيوطاقوي

المحور الأول: صعوبة تحديد الانفعالات

4+5+3+4+5+5+5= 31 نقطة

المحور الثاني: صعوبة التعبير عن الانفعالات لفظيا للآخرين

5+5+4+3+5=22 نقطة

المحور الثالث: التفكير الموجه نحو الخارج (التفكير العملي)

3+3+3+4+4+5+5= 30 نقطة

المجموع الكلي لمقياس TAS: 31+22+30= 83

من خلال مفتاح مقياس الألكستيميا TAS-20 يتضح بأن الحالة تسودها سمة الألكستيميا حيث تحصلت على مجموع 83 نقطة من أصل 100، وهي نسبة مرتفعة >53.

واتضحت السمة من خلال أبعادها في المقياس والمتمثلة هي صعوبة تحديد الانفعالات: 31 من أصل 40، وجاءت صعوبة التعبير عن الانفعالات لفظيا للآخرين نسبية 22 من أصل 25 كذلك تسم بالتفكير الموجه نحو الخارج: حيث تستثمر أعمالها نحو الأحداث الخارجية البعيدة عن الحياة الوجدانية الداخلية وهذه الخصائص تطابقت مع نتائج مضمون المقابلة للحالة.

2- 4 تحليل نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20) للحالة الثانية بعد العلاج البيوطاقوي

المحور الأول: صعوبة تحديد الانفعالات

3+3+4+3+2+3+2=20 نقطة

المحور الثاني: صعوبة التعبير لفظيا عن الانفعالات للآخرين

3+3+3+2+3=14 نقطة

المحور الثالث: التفكير الموجه نحو الخارج (تفكير عملي)

3+2+2+2+3+3+1+=1= 17 نقطة

المجموع الكلي: 20+14+17=51

من خلال نتائج مقياس الألكستيميا للحالة الثانية بعد العلاج البيوطاقوي فقد تحصلت على مجموع 51 من أصل 100 وحسب مفتاح المقياس فإن الحالة أقل من 53 أي انخفضت بنسبة معتبرة، ونجد ذلك من خلال محاور المقياس فالمحور الأول الخاص بصعوبة تحديد الانفعالات، فتحصلت الحالة على مجموع 20 نقطة من أصل 35، ما يدل على تحسن قدرتها على تحديد مشاعرها وانفعالاتها.

وبالنسبة للمحور الثاني الخاص بصعوبة التعبير لفظيا للآخرين، فتحصلت على مجموع 14 نقطة من أصل 25 ما يؤكد أن الحالة أصبحت قادرة على التعبير عن انفعالاتها وأحاسيسها لفظيا للآخرين.

وفيما يخص المحور الخاص بالتفكير الموجه نحو الخارج فقد تحصلت على 17 نقطة من مجموع 40، وهي منخفضة، ما يدل على انخفاض ميزة التفكير العملي ومقدرة الحالة على التفكير كذلك من خلال مشاعرها وأحاسيسها بدلا من الأفكار الآلية والمتعلقة بتفاصيل الأحداث اليومية والمرضية.

5-2 تحليل رورشاخ الحالة الثانية قبل العلاج البيوطاقوي

رقم البطاقة	الإجابات	التحقيق	التموقعات	المحددات	المحتوى	الشائعات
20" I 1′30″	- هذا قناع Masque هام عينيه	(الإشارة إلى الفراغ الأبيض)	ك	ش-	شيء	
8" II 1'50"	- هذا قناع مجروح هاو الدم	(البقع الحمراء)	ك	شل	شيء	
12" III 1'2"	- زوج نساء يتقابض على حاجة كل واحدة حابة تديها	كل البطاقة	ك	حب	ب	
22" IV 1'20"	- غول يخوف	كل البطاقة	ك	فق	(ب)	
22" V 60"	- هذا خفاش يطير	كل البطاقة	ك	ححي	حي	
3" VI 50"	- ورقة نتاع شجرة مذبالة	كل البطاقة	ك	ش+	نبات	
5" VII 60"	- زوج قطات متقابلين واش	كل البطاقة	ك	ش-	حي	تناظر
3" VIII 25"	- هذه صورة مليحة بصح ماعرفتش واش فيها					رفض
3" IX 55"	- صاروخ منفجر	كل البطاقة الألوان من الأسفل تبين الانفجار	ك	حشيء	شيء	
10" X 1'20"	- هذه فيها حوايج بزاف حيوانات نتاع البحر	الإشارة إلى كل البقع	ك	شل	حي	

بسيكو غرام الحالة الثانية

الإنتاجية La production	المقاربة L'appréhension	المحددات Déterminants	المحتويات Contenus
R=9	ك= 9	ش+ = 1	ب= 0
زمـن الكلـي= 70، 10	ك%= 100%	ش− = 2	(ب)= 1
متوسط زمن الكمون	ج= 0	ش± = 0	بج= 0
TPS Moy-at = 12.33	ج%= 0	ش%= 33.33%	(بج)= 0
متوسـط زمـن الاستجابة	ج ف أ= 0	ش%= 77.77%	ب%= 22.22%
Tes.Moy-pc=71.33	ج ف أ= 0%	موسع	حي= 3
	جت= 0	ش±% = 33.33%	(حي)= 0
		ش+%= 71.42%	(حيج)= 0
		موسع	حي%= 33.33%
		شل= 2، لش= 0	طبيعة= 0
		شلَ=0، لَش=0	جزء= 0
		لَ=0، ل=0	غذاء= 0
		شفق=0، شط= 0	جغرافيا= 0
		فقش= 0، ظش= 0	نبات= 0
		فق= 1، ظ= 0	بلد= 0
		حب= 1	تشريح= 0
		ححي= 1	جنس= 0
		ححي ل=	دم= 0
		حشيء=	شيء= 3
		TRI (K/C)=1/1	رمز= 0
		متساوي F.comp	مشهد= 0
		RC%=22.22%	في= 0
			تجريد= 0
			هندسة= 0
			شا=0، شا%= 0%

وهنا ستعتمد على النقاط التالية: سيرورة التفكير واستثمار الذكاء، عوامل التنشئة الاجتماعية والعلاقة مع الواقع وكذا الدينامية العاطفية.

1- سيرورة التفكير واستثمار الذكاء

فقر إنتاجية المفحوص 09 إجابات أقل من المتوسط [20-30] قد يرجع إلى النشاط العقلي الذي يتميز بالاستثمار الآتي والحالي (Anzieu, 1974).

وقد يدل على وجود صراعات يتجنب المفحوص حلها باستخدام نوع من الذكاء يعتمد فيه قلة أو صعوبة التعبير، وهذا راجع إلى صعوبة في تمثيل النزوات وإفلاس جهاز ما قبل الشعور في ربطه لتمثيلات مناسبة بما يعرف بالتفكير العملي (Chabert, 1998).

متوسط زمن الاستجابة أكبر من المتوسط 71.33ثا [40ثا-60ثا] يدل على تثبيت وقد يدل على أعراض عضوية دالة على التنظيم السيكوسوماتي (Rausch, 1990).

انعدام الإجابات الجزئية وهيمنة الإجابات الكلية، يدل على التفكير الشامل والعملي واقترانها مع ش+%=33.33% منخفض، دلالة على عدم رقابة النزوات بقسوة مع ليونة في استثمار النزوات.

وجود ش+موسع في المتوسط 77.77%، فهو يدل على عدم تصلب التفكير والقدرة على الإبداع (Anzieu, 1974).

في تنظيم نشاطاته الفكرية (ك)، تدل على النظرة الشمولية للمفحوص، باعتماده على الكليات كنظرة شمولية للواقع وانغماسه في الواقع.

من خلال هذه النقاط تتضح خاصية أساسية في الألكستيميا وهي التفكير الموجه نحو الخارج.

وجود الحركة البشرية في إجابة واحدة، يدل على فقر وانعدام الحياة الهوامية والخيالية، مع عدم القدرة على التمثيل كدلالة لعدم حل صراع قديم، كما ترى (Rausch,1990) أن فقر وجود الحركة في البروتوكول، يدل على الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية.

2- عوامل التنشئة والعلاقة مع الواقع

يوجد في البروتوكول إجابتان حركيتان حيوانية وبشرية يدل على أنا ضعيف وانعدام الخيال، كما قد يبين خلل في تمثيل النزوات.

عدم وجود الشائعات، قد يدل على صعوبة تكيف المفحوص اجتماعيا مع المحيط (Anzieu, 1974).

وفيما يخص المحتوى البشري، فجاء بنسبة 22.22% وهو المتوسط [15-20%] والذي يعكس مقاربة جيدة ويكيف مع الواقع، أما من ناحية نقصه مقارنة بالمحتوى الحيواني تبدل على أن المفحوص لديه صعوبة في التقمصات (إشكالية أو ريبية) أو مشكل علائقي مع الأم.

3- الدينامية العاطفية

من خلال الاستجابات الخاصة بالمفحوص فغن البروتوكول قد افتقر إلى الاستجابات اللونية المحضة، وهذا يدل على كبت الحياة الانفعالية والعاطفية.

وتواجد اجابتان لونيتان مقترنتان بمحدد الشكل 2 شل ما يدل وجود رقابة على الحياة العاطفية والانفعالية. واستعمال ذكاء بأخذ عين الاعتبار الواقع الخارجي (Fernandez, 2011) والمعادلة اللونية نسبتها 22.22>% 40%، وتغني غياب الحياة الانفعالية (Anzieu, 1977)

ومن هنا تتضح سمة الألكستيميا في فقر أو صعوبة التعرف عن الانفعالات والتعبير عنها كما فيها (Sifnoes, 1973)

نمط رجع الحميم (TRI) فهو متساوي ambiequel فهو كما بين (Saziouk, 1994) يتميز بمعاش متناوب بين الانطواء والميل للانسباط، وهذا دليل على القدرة على التكيف مع الوضعيات.

4- التحليل الدينامي:

من خلال البطاقة "4"، نجد مضمون الصدمة بمحتوى فق، وهذا ما يوضح إشكالية التقمص التي اتضحت في التحليل الشكلي، مع الأب وقد يبين صواع أو ديبي مع الأب.

كذلك البطاقة "8"، فرفضها المفحوص والتي من مضامينها الكامنة العلاقة مع الأم، والبطاقة "10" كذلك توحي بالعلاقة مع الأم (مرحلة قديمة) عدم القدرة على تمييز التمثيلات.

أما من ناحية التمثيلات النزوية، فتتضح من خلال الاستجابات الحركية، فقلتها لدى المفحوص تدل على عدم إمكانية أنهاء التمثيلات المناسبة للنزوات، والتي تترجم وفق (Marty, 1968) أن المفحوص ذو تنظيم ذهني سيء التعقيل، وهو ما يوافق سمات المرض السيكوسوماتيون.

ومن خلال مؤشرات الألكستيميا من خلال اختبار الرورشاخ وفق (Aklin et al, 2008) ومطابقتها مع استجابات المفحوص فنجد:

عدد الإجابات "9" وهو قليل جدا، هو دليل على نقص في الاستبصار.

عدد الاستجابات البشرية قليل، ولدى مفحوصنا استجابة واحدة، دلالة على فقر في الحياة الهوامية، ونشاط خيالي مختصر.

عدد قليل من الإجابات اللونية تواجد إجابتين مثل دلالة على صعوبة تحديد والتعبير عن الأحاسيس والوجدانات.

مجموع الإجابات الشكلية أكبر من الإجابات الأخرى وفي بروتوكول مفحوصا هي الغالبة وهذا دلالة على وجود تفكير تجريدي عملي يتجنب التعقيدات الانفعالية وردود الفعل العاطفية، مع وجود نمطية في الإدراك.

ملخص:

إن المفحوص يبين تنظيمه سيكوسوماتية، ويتميز بعصاب طبع سيء التعقيل، وتظهر سمة الألكستيميا الخاصة بهذه التنظيمة، والراجحة في الأصل من سوء العلاقة مع الأم والهشاشية النرجسية الناجمة عنها.

ومن خلال تحليل محتويات الرورشاخ وكذا مقياس الألكستيميا لـ Acklin نجد أن أبعاد الألكستيميا تواجدت من خلال:

التفكير العملي للمفحوص، وصعوبته في تحديد انفعالاته والتعبير عنها، مع فقر في الحياة الهوامية والخيالية كذلك انغماسه في الواقع للهروب من تحديد انفعالاته.

2-6 تحليل رورشاخ الحالة الثانية بعد العلاج البيوطاقوي

رقم البطاقة	الإجابات	التحقيق	التموقعات	المحددات	المحتوى	الشائعات
5" I 1' 21"	- رأس انسان مخيف - شيء يتحرك	- الأسود الوسطى - الأسود الجانبي شيء يشبه رأي انسان يتحرك في الجزء العلوي مختلف عن الآخر	ج ج ج	شفق حشيء حب	(بـ ج) شيء بـ ج	
53" II 2' 5"	لم أفهمها إنهما شعلتان - طاووسان - نار	- الأحمر السفلي - الأحمر - الجزء الأحمر	ج ج ج	ل لش ل	شيء حي طبيعة	رفض ←
30" III 1'1"	- لم أفهم أي شيء - رجل وامرأة - رأس رجل	" نعم"(كل البطاقة) الأحمر الوسطي	ك ج	ش+ شل	ب بج	رفض ← شا

30" IV 1'1"	– رجل يريد أن يصعد	الأسود الوسطى + الأسود العلوي	ج	حب	ب	
7" V 2'19"	– إنه رجُلُ – شيء يتحرك	– الأسود الوسطى الجزء العلوي الأسود	جج ج	ش+ حشيء	ب شيء	
13" VI 1' 28"	– طريق معبدة – حيوان	الأسود العلوي الأسود السفلي – شيء يتحرك في الأسود الوسطي	ج ج ج	ش- ش+ لَ	شيء حي شيء	
1' VII 2'2"	– لم أفهمها جيدا – جبلان التقيا	كل البطاقة	ك	ش	طبيعة	رفض ←
22" VIII 2'2"	– دبان يتسلقان	الوردي الجانبي – حيوانات رماديان (كل الإجابة) يلعبان في الجبال	ج ك	ححي ححي ل	حي مشهد	شا
46" IX 1'3"	–عبارة عن مراحل في حياة شخص – شيء أحمر خرجوا منهو أصبحوا روحين و اجتمعوا في الأخير	– الوسط نورساطع –جبل في الأسفل	ك جج ج	ش- شل ش+	ب مشهد طبيعة	
55" X 1'07"	–طفلان خرجوا من الدم دخلو في قلب الدخان و خرجو من النار	–أرى وحشان اللي كانوا يخنقو في الأطفال (الأزرق الجانبي)	ج ج	حب ل شفق	مشهد مشهد	شا

البسيكوغرام

عدد الإجابات R=22

عدد الإجابات الكلية ك=4

عدد الإجابات الجزئية ج=16، جج=2

ش$^{\pm}$=0

ش$^{-}$=2

ش$^{+}$=5

ش$^{+}$%=31.81%

شل=2

لش=1

ل=4

لَ=1

حب=3

المعادلة اللونية RC=50%

من خلال مؤشرات الألكستيميا للحالة وفق مقياس (R.A.S) وزملاؤه فعدد الإجابات جاءت 22 قريبة من المعدل [25−30] دلالة انتاج شفوي معتبر، مع نقص التفكير العملي.

عدد الإجابات البشرية في المعدل3، دلالة على وجود حياة هوامية ونشاط خيالي.

عدد الإجابات اللونية مرتفع نوعا ما، دلالة على القدرة على تحديد الانفعالات والتعرف عليها.

عدد الإجابات اللونية المحددة بالشكل شل مقارنة مع لش شل>لش، دلالة على الرقابة والتعبير عن الانفعالات مع المحيط.

عدد الإجابات الشكلية ش منخفض مقارنة مع المحددات الأخرى، دلالة على انخفاض التفكير التجريدي المنطقي (العملي) والقدرة إلى الولوج إلى الحياة العاطفية.

ملخص:

من خلال مؤشرات الألكستيميا لاختبار الرورشاخ فالحالة بعد العلاج البيوطاقوي، صارت تستخدم توظيفا نفسيا مرنا، وخفض من سيرورة الألكستيميا، حيث صارت الحالة قادرة على التعرف على انفعالاتها وتحديدها، مع انخفاض استخدام التفكير العملي كما نشطت الحياة الهوامية والخيالية للحالة.

2-7 مقارنة نتائج الأدوات الثلاث للحالة الثانية قبل وبعد العلاج البيوطاقوي

جدول رقم (37): مقارنة نتائج مضمون محاور المقابلة للحالة الثانية

الأبعاد	النسب المئوية قبل العلاج	النسب المئوية بعد العلاج
التعرف وتحديد الانفعالات والأحاسيس		
القدرة على التعرف وتحديد الانفعالات والأحاسيس	%33.33	%62.50
صعوبة التعرف على الانفعالات والأحاسيس	%66.66	%37.5
التعبير لفظيا عن الانفعالات		
القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات	%0	%77.77
صعوبة التعبير لفظيا عن الانفعالات	%100	%22.22
التمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية		
التحدث عن الانفعالات المصاحبة للمرض	%37.50	%42.85
استثمار الحديث حول الأعراض المرضية	%62.50	%57.14
الوصف الدقيق للأحداث والأعراض المتعلقة بالمرض		
وصف الأحداث اليومية والتكرارية	%46.15	%87.5
الحديث عن الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض	%53.84	%0
التعبير عن الانفعالات أثناء الأحداث اليومية	%0	%12.5
الحياة الخيالية		
أحلام اليقظة	%0	%75
الهوامات	%0	%0
غياب أو ندورة الأحلام	%50	%66.66
أحلام عملياتية	%0	%0
أحلام تكرارية	%50	%0
أحلام فضة	%0	%0
مضامين لأحلام معينة	%0	%33.33

جدول رقم (38): مقارنة نتائج مقياس الألكستيميا(TAS-20) قبل وبعد العلاج البيوطاقوي للحالة الثانية

المحاور	النتائج قبل العلاج	النتائج بعد العلاج
صعوبة تحديد الانفعالات	31	20
صعوبة التعبير اللفظي عن الانفعالات	22	14
التفكير الموجه نحو الخارج (التفكير العملي)	30	17
المجموع	83	50

جدول رقم (39): مقارنة مؤشرات الألكستيميا من خلال اختبار الرورشاخ (R.A.S) للحالة الثانية

المؤشرات	مجموع الإجابات قبل العلاج	مجموع الإجابات بعد العلاج
عدد الإجابات (R)	9	22
الإجابات البشرية K	1	3
الإجابات اللونية المحضة C,C^-	0	4
الإجابات اللونية الشكلية FC,CF	2	3
الإجابات الشكلية F^+	1	5

من خلال مقياس الألكستيميا نلاحظ انخفاض نتيجة الألكستيميا بعد العلاج البيوطاقوي، من 83 إلى 50.

أما بالنسبة لمحاور المقياس، فبالنسبة للمحور الخاص بصعوبة تحديد الانفعالات، فقد انخفضت النتيجة إلى 20 بعد ما كانت قبل العلاج 31، والمحور الثاني الخاص بصعوبة التعبير اللفظي عن الانفعالات انخفضت نتيجة من 22 إلى 14، بينما المحور الثالث المتعلق بالتفكير الموجه نحو الخارج (التفكير العملي)، فقد انخفضت النتيجة من 30 إلى 17.

وعليه فإن فعالية العلاج البيوطاقوي، اتضحت في نتائج المقياس ما سمحت للحالة من القدرة على التعبير الفظي عن الانفعالات وكذا التعرف عليها، مع تقلص التفكير العملي، الذي يرتكز على الأحداث اليومية وبطريقة آلية.

ومن خلال قراءة الجدول المقارن لمضمون المقابلات قبل وبعد العلاج البيوطاقوي، فبالنسبة للبعد الأول الخاص بالتعرف على الانفعالات والأحاسيس وتحديدها، فبعد العلاج زادت قدرة الحالة على التعرف على انفعالاتها وتحديدها بنسبة 62.50%.

أما بالنسبة للبعد الثاني الخاص بالتعبير لفظيا عن الانفعالات فبعد العلاج صارت الحالة قادرة على إيجاد الكلمات المناسبة لانفعالاتها وهذا بنسبة 77.77%.

وفيما يخص البعد الثالث الخاص بالتمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية، فقد تحسن حديث الحالة في وصف انفعالاتها المصاحبة للمرض، أما استثمار حديثها حول الأعراض المرضية فقد انخفض إلى نسبة 57.14%.

أما البعد الرابع المتعلق بالوصف الدقيق للأحداث والأعراض المتعلقة بالمرض فبعد العلاج البيوطاقوي زاد وصف الحالة للأحداث اليومية وارتفع إلى 87.5%.

هذا الاستثمار في الواقع، لم ينحصر في الروتين اليومي الجاف ولكن جاء بسلوكات جديدة لم تكن قبل العلاج حيث أصبح للحالة صديق مع ميولها لمشاهدة التلفاز والألعاب كذلك قبل الحديث عن المواضيع المتعلقة بالمرض.

فبعد العلاج صارت الحالة قادرة على التعبير نوعا ما عن انفعالاتها أثناء الأحداث اليومية.

وأخيرا البعد الخامس الذي يعني بالحياة الخيالية، فبعد العلاج البيوطاقوي صارت لدى الحالة أحلام اليقظة بنسبة 75% مع ظهور بعض الأحلام، بنسبة 33.33%.

وبالنسبة لمؤشرات الألكستيميا من خلال اختبار الرورشاخ فقد حدد Acklin مع مساعديه 5 شروط للألكستيميا؛ قلة عدد الإجابات وقلة الاستجابات الحركة البشرية يدلان على تثبيط وفقر في الحياة الخيالية.

فنلاحظ بعد العلاج البيوطاقوي ارتفع عدد اجابات الحالة إلى 22 بدلا من 9 والحركة البشرية ارتفعت إلى 3 إجابات ما يدل على تنشيط الحياة الخيالية.

كذلك بعد العلاج ارتفعت الإجابات اللونية المحضة إلى 4 ما يدل على نشاط وتفعيل انفعالات الحالة وانعكاسها على مستوى الوجدان، بإضافة إلى تواجد الإجابات اللونية الشكلية، التي تدل على انفعالات مسيطر عليها، الإجابات الشكلية ش$^{+}$ فتدل على رقابة الأنا الأعلى للنزوات فبعد العلاج نجد 5 إجابات من أصل 22 ما يدل على أن الرقابة قلت وأصبحت هناك مرونة في التوظيف النفسي الذي يسمح لتمثيلات النزوات بمرورها إلى الوجدان وبالتالي القدرة على التعبير عن الانفعالات والرغبات.

ملخص

من خلال نتائج الأدوات الخاصة بقياس سمة الألكستيميا، يتضح بأن الحالة بعد العلاج البيوطاقوي خفت نسبة الألكستيميا لديها، وبالتالي أصبحت لها القدرة على التعرف عن انفعالاتها والتعبير عنها لفظيا، كما أن أثناء حديثها اليومي، ظهرت لديها سلوكات جديدة، مثل ظهور صديق مشاهدة التلفاز والابتسامة، كذلك في الحياة الخيالية ويتضح ذلك من خلال بروز أحلام اليقظة وكذلك ظهور بعض الأحلام التي كانت نادرة قبل العلاج.

3- عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة

تقديم الحالة

السن: 16 سنة

الجنس: أنثى

المستوى الدراسي: سنة 02 ثانوي

المستوى الاقتصادي: متوسط

الأم: مطلقة

الترتيب: 01 من 02

الجانب الوراثي: لا يذكر

مصابة بالربو المتوسط

ملخص أهم الأحداث من خلال المقابلات

- حالة مضطربة في المنزل
- سوء المعاملة من الوالدين (تضرب من الأم والأب)
- بداية ظهور المرض في سن 12 سنة بعد طلاق والديها
- تعيش مع أمّها
- نوبات الربو تزداد ليلا وعندما تقلق

3-1 تحليل مضمون المقابلات للحالة الثالثة قبل العلاج البيوطاقوي

3-1-1 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الأول

جدول رقم (40): مضمون الإجابة عن السؤال الأول للحالة الثالثة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
لما تكون في وضعية مفرحة أو محزنة كيف يكون إحساسك	التعرف على الانفعالات والأحاسيس	3، 6	2	%22.22	%27.27
	عدم القدرة على التعرف عن الانفعالات والأحاسيس	1، 2، 4، 5، 7، 8، 9	7	%77.77	
∑ت= 33		ك=9			

يندرج هذا السؤال ضمن بعد من أبعاد الألكستيميا وهو صعوبة التعرف والتعبير عن الأحاسيس لدى المراهقة المصابة بالربو.

فقد بينت الحالة التعرف على انفعالاتها وأحاسيسها بنسبة 22.22% وهي نسبة ضعيفة وجاءت من خلال عبارتين فقط من خلال أقوالها: "بصح أنا حساسة"، "تبكي كي تغيضني روحي".

حيث يبين (Sifnéos) أن الشخص الألكستيمي، لديه انفعالات ومشاعر وأحاسيس، لكنه لا يستطيع التعبير عنها وترجمتها لفظيا (sifnéos, 1990, p88).

ويوضح كذلك (sifnéos, 1990) أن عدم مقدرة الشخص الألكستيمي نظرا لعدم قدرته على التعبير عن انفعالاته، فقد تظهر لديه ردود فعل عنيفة كالمرور إلى الفعل (الضرب)، أو البكاء وعدم القدرة على البوح بما يؤلمه.

أما عدم القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات لدى الحالة فقد جاء بنسبة 77.77% وهي نسبة كبيرة، وتوضح الميزة الأساسية للألكستيميا.

ويتضح ذلك في أقوال الحالة: "أنا ما نعرفش نعبّر". "كي تكون حاجة تضحك مانضحكش"، "كي تغيضني روحي مانعرفش واش ندير"، "كي يقلقوني البنات نضرب مانفكرش"، "نحب نكون وحدي" "باه مانخلط فيهم مايخلطوا فيا".

إن مظاهر البكاء والعنف الممارس من الحالة هو ما تحدث عنه (Sifnéos) باسم الجسة الانفعالية: "كونها عجز عاطفي يتمثل في عدم القدرة على إنشاء تواصل بين الانفعالات والهوامات الموافقة له" (Sifnéos, 1990, p26).

3-1-2 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثاني

جدول رقم (41): مضمون الإجابة عن السؤال الثاني للحالة الثالثة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
كيف تعبر للناس عن مشاعرك	التعرف على الانفعالات والأحاسيس لفظيا	/	0	%0	%15.15
	عدم القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات	10، 11، 12، 13، 14،	5	%100	
∑ت=33			ك=5		

هذا السؤال يندرج ضمن بعد الألكستيميا والمتمثل في صعوبة التعرف والتعبير لفظيا عن الانفعالات.

هذا السؤال يركز على التعبير لفظيا عن الانفعالات حيث بينت الحالة عدم القدرة على التعبير لفظيا، عن مشاعرها وانفعالاتها، فجاءت بنسبة 100%، ويتضح ذلك من خلال أقوالها: "أنا ماعنديش صحاباتي"، "مانحب نحكي مع حتى واحدة"، "كل شيء نحب نخليه ليّا"، "نخبي المرض نتاعي وأسراري"، "حتى ماما عندي هدرة معاها".

فالحالة لا تستطيع أن تعبّر عن أحاسيسها ومشاعرها حتى لأقرب الناس لها، وهنا قد تبين إشكالية مع الأم، وكذا كنظام الانسحاب الاجتماعي لعدم مقدرة الحالة التعبير ومشاركة الآخرين أحاسيسها.

إن (Farges) أولى أهمية كبيرة لهذا البعد ويبين أن العنصر المحدد الذي يرجع إلى الألكستيميا وهو العلاقة بين الانفعال واللغة، ما يبين محدودية التعبير أما المؤشرات الأخرى فهي ثانوية، وهذه الميزة هي أساسية في تشخيص الألكستيميا (Farges, 2002, p50).

إن هذا السؤال مع السؤال الأول: يكونان مضمون خاصية من خصائص الألكستيميا والمتمثلة في صعوبة التعرف والتعبير عن الانفعالات والأحاسيس لفظيا. وبجمع النسب المئوية للسؤالين نجد 45.45%، وهي نسبة كبيرة تمثل بعدا أساسيا من أبعاد الألكستيميا.

3-1-4 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثالث:

جدول رقم (42): مضمون الإجابة عن السؤال الثالث للحالة الثالثة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
حدثني عن مشاعرك لما تزداد لديك نوبات الرّبو	التحدث عن الانفعالات المصاحبة للمرض	15، 22	2	%33.33	%18.18
	استثمار الحديث عن الأعراض المرضية	17، 18، 19، 20	4	%66.66	
∑ت=33	ك=6				

هذا السؤال خاص ببعد الألكستيميا والمتمثل في صعوبة التمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية.

فنلاحظ أن الحالة استطاعت التحدث عن الانفعالات المصاحبة لمرض الربو في عبارتين وبنسبة 33.33% في أقوالها: "كي نمرض ويزيد عليا الحال نتقلق بزاف" "وكي نزيد نتقلق تزيد عليا نوبات الربو".

في حين كان تعبيرها منحصر ومستمر حول الأعراض المرضية والمواضيع المتعلقة بالمرض وهذا بنسبة 66.66% وهي نسبة كبيرة.

وفي هذا الصدد يوضح (Taylor) أن الأشخاص الألكستيميون لا يستطيعون التعبير على انفعالاتهم، سواء من ناحية الإيماءات فهي جافة، لا تتضح الابتسامة أو الفرحة على وجوههم، كما يعوضون هذه التعبيرات حول الجسد، من أعراض المرض أو الأحداث المتعلقة به، أو ينحصر حديثهم حول الأحداث اليومية، الحالية والمنطقية" (Taylor, 2003, p102).

أما (Marty, 1968)، فيفسر أن المرض السيكوسوماتيون يعانون من خلل في التعقيل؛ أي عجز جهاز ما قبل الشعور في ايجاد تمثيلات مناسبة للنزوات والرغبات، أي لا تصل إلى ساحة الشعور ليجد الوجدان التمثيلات المناسبة له، فيصبح الأشخاص الألكستيميون، منحصرون حول الحديث حول الأعراض الجسدية، ويتجزؤون من الجانب الخيالي والهوامي.

3-1-4 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الرابع

جدول رقم (43): مضمون الإجابة عن السؤال الرابع للحالة الثالثة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
حدثني كيف تعيش حياتك اليومية	وصف الأحداث اليومية والتكرارية	21، 22، 23، 25، 27، 28، 29	7	%77.77	%27.27
	الحديث عن الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض	24، 26	2	%22.22	
∑ت=33		ك=9			

يتضمن هذا السؤال البعد الخاص بالألكستيميا والمتمثل في الوصف الدقيق للأحداث (التوجه نحو الخارج والتفكير العملي).

حيث استثمرت الحالة حديثها حول الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض بنسبة 22.22% وهي نسبة قليلة مقارنة بحديثها عن الأحداث اليومية والتكرارية والتي جاءت بنسبة 77.77% وهي النسبة الغالبة، في محتوى عباراتها والتي تتضح في أقوالها: "حياتي عادي"، "كيما الناس" "من الثانوية للدار"، "ومن الدار لسبيطار" كل أوقاتي في الدراسة"، "عايشة بين المرض والدواء والدراسة"، "ما عنديش صحاباتي"، "وحتى في الدار مانهدر مع حتى واحد".

يؤكد (Sifnéos, 1996) أن الفرد الألكستيمي قد يصنف حالته الجسدية، أو تفاصيل أحداثه، لكنه لا يستطيع أن يذكر شيئا مما يضايقه أو يقلقه.

وهذا البعد يتحدث عنه (Marty,1966) ضمن التفكير العملي، حيث يصف أصحاب هذا التفكير أنهم يفشلون في التمييز بين مشاعرهم وأحاسيسهم الجسدية، فالوصف اللامتناهي للأعراض الجسدية والوصف المفصل للأحداث ناتج عن ضعف قدراتهم الخيالية، والتركيز على الآنية يسبب الانفصال عن الحياة الهوامية.

3-1-5 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الخامس

جدول رقم (44): مضمون الإجابة عن السؤال الخامس للحالة الثالثة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
عندما تفكر في أشياء مستقبلية، هل يمكن أن تخبرني بم يسرح به خيالك؟	أحلام اليقضة	/	0	%0	%06.06
	الهوامات	/	0	%0	
	تفكير، عملي (منطقي، نفعي)	30، 31	2	%100	
∑ت=33		ك=2			

جاء مضمون هذا السؤال ضمن بعد الألكستيميا المتعلق بمحدودية أو فقر الحياة الخيالية؛ بغرض ايضاح أحلام اليقظة والهوامات والتأكد من تواجدها أو ندرتها والتي تعتبر جزء من الحياة الخيالية، حيث أن الحالة لها فقر في أحلام اليقظة والهوامات بحيث جاءت النسبة المئوية 0%.

وجاء التفكير العملي، المنطقي والآني، كبديل عن الحياة الهوامية، ويتضح ذلك من خلال أقوالها: "والله ما نخمم بزاف في المستقبل"، "بصح حابة نخلص قرايتي ونولي طبيبة".

فسر (Marty) الفقر الهوامي من خلال، اضطراب الحياة العقلية، التي تؤدي إلى الجسدنة (La Somatisation) بما فيها كبت للوظيفة الخيالية، ويعرف الهوام على أنه عبارة عن وضع مشهد درامي يرتكز على حدث خيالي مرتبط بتمثيلات الفعل سواء الحاضر أو المستقبل.

كما يعتبر (Sami Ali) الهوام مفهوما أساسيا في تفسيره للاضطرابات السيكوسوماتية، ويرى بأنن غياب الخيال ناتج عن عجز في التعبير الانفعالي نتيجة كبت الوظيفة الخيالية (Sami Ali, 2000, p55).

إن هذه الفتاة رغم أنها مراهقة فإنها تتسم بالفقر في الخيال والهوامات وأحلام اليقظة، رغم أن فترة المراهقة تتميز بالخصوص لدى المراهقات، سبعة الخيال وخاصة أحلام اليقظة، وهذا دليل على أن الحالة تعاني من مرض سيكوسوماتي والمتمثل في الربو فهي تتسم بالألكستيميا، من خلال فقرها ومحدودية الحياة الخيالية لديها.

3-1-6 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال السادس

جدول رقم (45): مضمون الإجابة عن السؤال السادس للحالة الثالثة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
هل يمكن أن تحدثني عن مضامين أحلامك	غياب أو ندرة الأحلام	32، 33	2	%100	%06.06
	أحلام عملياتية	/	0	%00	
	أحلام تكرارية	/	0	%00	
	أحلام فضة	/	0	%00	
∑ت=33	ك=2				

إن مضمون هذا السؤال يعتبر تكملة للسؤال السابق والذي يبين بعد الفقر في الحياة الخيالية؛ مع التركيز هنا عن الفقر في الحياة الحلمية، وتوضيح خصوصية الحلم لدى المرض السيكوسوماتيون، الذي يتضفون بسمة الألكستيميا.

حيث أوضحت الحالة، ندرة أو غياب الأحلام بنسبة 100% فهي نفتقر للمحتوى الحلمي، حيث تصرح عن ذلك، في أقوالها "والله مارانيش نتفكر أحلامي"، "وإلا مارانيش نحلم خلاص" حيث يؤكد (Sifnéos, 1973) أن المرض السيكوسوماتيون الذين يتسمون بالألكستيميا الأولية لديهم فقر في الحياة الحلمية (La Vie Onirique). كذلك فسر (Marty) غياب الأحلام، هو ليس غيابا حقيقيا وإنما كبت الحالم لأحلامه ومحتوياتها، قد يكون ناجما عن آليات دفاعية، تمنعه من الظهور على مستوى الشعور هذه الأحلام لا تعمل على تفريغ اللاشعور من الاستثارة الطاقوية السلبية، بقدر ما تعمل على تعبئته، ذلك ما يوقع المريض في لا مخرجية مع لا شعوره. (Marty, 1990, p90).

ويؤكد (Sami Ali) "أنه لا توجد أحلام يعني لا يوجد هوام ولا توجد عاطفة، وكأنه ميل إلى تعويض الخيال الخاص بالخيال العام والامتثال للحياة الاجتماعية التي تعوض وتحل محل المستوى الشخصي (Sami Ali, 1978, p120).

من خلال مضمون هذا السؤال الذي يبين فقر الحياة الحلمية والسؤال السابق المتعلق بـ الهوامات وفقر في أحلام اليقضة فمن خلال هذين السؤالين، يتضح لدى الحالة فقر في الحياة الخيالية، وهو البعد الأخير من أبعاد الألكستيميا.

ملخص

من خلال تحليل مضامين أجوبة المقابلات، أوضحت الحالة خاصية الألكستيميا، بتوفر أبعادها الأربعة فمن خلال مضمون السؤال الأول والثاني واللذان يتضمنان صعوبة تحديد والتعبير لفظيا عن الانفعالات للحالة وهي الخاصية الأساسية للألكستيميا، وجاءت بنسبة أكبر مقارنة بالأبعاد الأخرى 45.45%.

فجاء بعد صعوبة التمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية بنسبة 18.18%.

أما البعد الثالث والمتعلق بالوصف الدقيق للأحداث والأعراض (التفكير العملي)، فجاء بنسبة 30.95%وإذا أضفنا له بعد التفكير العملي في السؤال الثاني، بحيث عوضت الحالة حديثها عن الانفعالات المصاحبة للمرض بحديثها المنطقي والنفعي (العملي)، فتصبح نسبته أكبر.

البعد الأخير والمتمثل في فقر الحياة الخيالية، فقد تمثلت في السؤالين الخامس والسادس، فكان غياب للأحلام اليقظة والهوامات مع غياب الأحلام. وجاء هذا البعد بنسبة 12.12%.

إذا فسمة الألكستيميا لدى الحالة واضحة وقد توزعت ضمن خصائصها الأربعة وبصفة أكبر خاصية صعوبة التعرف والتعبير لفظيا عن الانفعالات، مع سيادة خاصية الوصف الدقيق للأحداث والأعراض الجسدية (تفكير عملي).

3-2 تحليل مضمون المقابلات للحالة الثالثة بعد العلاج البيوطاقوي

3-2-1 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الأول

جدول رقم (46): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الأول للحالة الثالثة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
لما تكون في وضعية مفرحة أو محزنة كيف يكون إحساسك	التعرف على الانفعالات والأحاسيس	2، 3، 4، 5، 7، 8، 9، 11	8	%72.72	%26.19
	عدم القدرة على التعرف عن الانفعالات والأحاسيس	1، 6، 10	3	%27.27	
∑ت= 42		ك=11			

يندرج مضمون هذا السؤال ضمن بعد الألكستيميا الخاص بصعوبة التعرف على الانفعالات والأحاسيس.

فبعد العلاج البيوطاقوي وعند مقارنة نسب مؤشرات هذا البعد، فنجد القدرة على تعرف الانفعالات والأحاسيس للحالة بلغت نسبة 72.72% وهي نسبة كبيرة مقارنة بنسبة عدم القدرة على التعرف على الانفعالات والأحاسيس والتي جاءت بنسبة 27.27%.

وبمقارنة نسب نتائج تحليل مضمون الإجابة عن السؤال، قبل وبعد العلاج، فقبل العلاج البيوطاقوي من خلال عدم القدرة على التعرف على الانفعالات فجاءت نسبة هذا المؤشر 77.77% وهي مرتفعة مقارنة بنسبة الإجابة بعد العلاج والتي بلغت 27.27%.

أي أن الحالة قلت صعوبة تعرفها على انفعالاتها وأحاسيسها وقبل العلاج فكانت نسبة مؤشر التعرف على الانفعالات والأحاسيس 22.22%أما بعد العلاج فقد جاءت النسبة مرتفعة وتمثلت في 72.72% أي أن الحالة صارت تتعرف على الانفعالات والأحاسيس ويتضح ذلك من خلال أقوالها: "المهم أنا نكون فاهمة روحي"، "كي نكون فرحانة نفرح"، "ونحس روحي خفيفة"، "وكي نتقلق يبان عليا"، "بصح نحس بوجهي أحمر"، "ورايح يتقلق"، "المهم أنا نكون على بالي بروحي واش راني حاسة"، "وحتى واحد مارايح يفهم أحاسيسي"، "غير أنا اللي نفهمها".

3-2-2 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثاني

جدول رقم (47): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثاني للحالة الثالثة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
كيف تعبر للناس عن مشاعرك	التعرف على التعبير لفظيا عن الانفعالات	15، 19، 20	3	%33.33	%21.42
	عدم القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات	12، 13، 14، 16، 17، 18	6	%66.66	
∑ت=42		ك=9			

يندرج مضمون هذا السؤال ضمن البعد الأساسي للألكستيميا والمتمثل في عدم القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات.

والتأكد من مدى تأثير العلاج البيوطاقوي على هذا البعد فمن خلال مقارنة هذا البعد العلاج البيوطاقوي، فنجد أن الحالة لها القدرة على التعبير لفظيا عن انفعالاتها بنسبة 33.33% وهي منخفضة مقارنة بنسبة عدم القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات والتي تمثلت في 66.66%.

ولكن عند ملاحظة النسب والفرق بينها من خلال مضمون السؤال قبل وبعد العلاج البيوطاقوي.

فقبل العلاج كانت القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات صعبة 00% بينما بعد العلاج صارت بنسبة 33.33%.

كذلك قبل العلاج عدم القدرة على التعبير لفظيا جاء بنسبة 100% أما بعد العلاج فانخفضت إلى نسبة 66.66%.

وهذا مؤشر ودليل على فعالية العلاج البيوطاقوي حتى لو كانت نسبة تحسن القدرة على التعبير لفظيا لدى الحالة تقدر بـ 30%.

وعند تتبع محتوى السؤالين الأول والثاني فنجد أن الحالة صارت قادرة على التعرف على انفعالاتها وأحاسيسها وكذا التعبير عنها لفظيا وهو ما ينفي السمة الأساسية للألكستيميا والمتمثلة في صعوبة التعرف على الانفعالات والتعبير عنها لفظيا.

3-2-3 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثالث للحالة الثالثة

جدول رقم (48): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثالث للحالة الثالثة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
حدثني عن مشاعرك لما تزداد لديك نوبات الرّبو	التحدث عن الانفعالات المصاحبة للمرض	22، 25، 27	3	%30	%23.80
	استثمار الحديث عن الأعراض المرضية	21، 23، 24، 26، 28، 29، 30	7	%70	
∑ت=42		ك=10			

مضمون هذا السؤال متعلق ببعد الألكستيميا والمتمثل في صعوبة التمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية.

فبعد العلاج النفسي الجسدي (البيوطاقوي) جاءت نسبة التحدث عن الانفعالات المصاحبة للمرض بنسبة 30% حيث تتضح هذه الانفعالات في قول الحالة: "مانحبش نكون ضعيفة بسبت نوبات الربو"، "وكي تجيني النوبة نحس بروحي نتعذب"، "وتغيضني روحي".

أما استثمار حديث الحالة حول الأعراض المرضية فجاءت بنسبة 70% وهي نسبة مرتفعة.

وعند مقارنة نسب المؤشرين فنجد تقارب بين نسب مضامين السؤال قبل وبعد العلاج، ما قد يفسر استمرار الحالة باستثمار حديثها عن الأعراض المرضية، ولكن الاختلاف في محتوى الحديث عن

الأعراض المرضية بعد العلاج لم تصبح بطريقة آلية فرغم تحدثها عن نوبات الربو ومرضها كقولها: "مانحبش نكون ضعيفة بسبب نوبات الربو"، "كي تجيني نوبات الربو نحس بروحي نتعذب".

وحتى ولو كان الحديث أغلبيته مستثمرا حول الأحداث الخاصة بالمرض وتبعاته، والنسب المئوية متقاربة إلى أن محتوى الحديث عن المرض بعد العلاج لم يكن بطريقة آلية وجافة.

3-2-4 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الرابع

جدول رقم (49): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الرابع للحالة الثالثة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
حدثني كيف تعيش حياتك اليومية	وصف الأحداث اليومية والتكرارية	31، 32، 33، 34، 35، 36	6	%37.5	%38.09
	الحديث عن الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض	21، 22، 23، 24، 26، 28، 29، 30	8	%50	
	التعبير عن الانفعالات أثناء الأحداث اليومية	25، 27	2	%12.5	
∑ت=42	ك=16	ابتسامة واحدة			

مضمون هذا السؤال يكشف عن بعد الألكستيميا والمتمثل في الوصف الدقيق للأحداث والأعراض (تفكير عملي) بمضمون آلي ونفعي ومنطقي.

فعند مقارنة نسب مؤشرات هذا البعد، بعد العلاج البيوطاقوي فنجد وصف الأحداث اليومية جاء بنسبة 37.5% وهو منخفض مقارنة فيما كان قبل العلاج بنسبة 77.77%.

أما الحديث عن الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض، فبعد العلاج البيوطاقوي فبلغت نسبة 50% فقد ارتفعت مقارنة بقبل العلاج فقد كانت بنسبة 22.22%.

لكن بعد العلاج فصارت الحالة قادرة على التعبير عن الانفعالات أثناء الأحداث اليومية بنسبة 12.50%. ويتضح ذلك من خلال أقوال الحالة: "وكيما تجيني النوبة نحس بروحي نتعذب"، "وتغيضني روحي".

وحتى بالنسبة للحديث عن الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض بعد العلاج فقد بلغت نسبة 50% فهي مرتفعة مقارنة بقبل العلاج والتي جاءت بنسبة 22.22%، لكن في مضمونها الكيفي فنجد تحسنا للحالة بعد العلاج البيوطاقوية من ناحية نوبات الربو، ويتضح ذلك من خلال أقوال الحالة: "بصح درك راني خير من بكري"، "وكي تجيني النوبة ندير غير La Vantoline تروح". "عدت ما نروحش بزاف لسبيطار".

ومما سبق فإن الحالة بعد العلاج انخفض حديثها عن نمط السلوك والتفكير المنطقي الآلي، مع ظهور بعض التعابير عن الانفعالات عند حديثها عن الحياة اليومية، كذلك ظهور ابتسامة خلال حديثها وهذا مؤشر عن انخفاض الألكستيميا.

3-2-5 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الخامس

جدول رقم (50): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الخامس للحالة الثالثة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
عندما تفكر في أشياء مستقبلية، هل يمكن أن تخبرني بم يسرح به خيالك؟	أحلام اليقضة	39، 40	2	%50	%09.52
	الهوامات	/	0	%0	
	تفكير (منطقي، نفعي، عملي)	37، 38	2	%50	
∑ت=42	ك=4 ظهور ابتسامة				

يندرج مضمون هذا السؤال حول بعد الألكستيميا الخاص بفقر الحياة الخيالية، ضمن مؤشرات الأحلام اليقظة والهوامات.

فبمقارنة نسب المؤشرات قبل وبعد العلاج البيوطاقوي فنجد بعد العلاج البيوطاقوي نسبة الحديث عن أحلام اليقظة بلغت 50%، بينما قبل العلاج فكانت نادرة.

وتتبين أحلام اليقظة في قول الحالة: "حلمي نكون مشهورة" "نتخيل روحي ملكة جمال (ضحك)".

كذلك بعد العلاج صار التفكير العملي نسبة 50% بينما كان نسبة 100% قبل العلاج.

إن ظهور أحلام اليقظة وكذا الابتسامة للحالة وانخفاض نسبة التفكير العملي، دلالة على فعالية العلاج البيوطاقوي في تنشيط سيرورة الحياة الخيالية.

3-2-6 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال السادس

جدول رقم (51): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال السادس للحالة الثالثة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
هل يمكن أن تحدثني عن مضامين أحلامك؟	غياب أو ندرة الأحلام	41	1	%50	%04.76
	أحلام عملياتية	/	0	%00	
	أحلام تكرارية	/	0	%00	
	أحلام فضة	/	0	%00	
	ظهور كوابيس	/	0	%00	
	مضامين لأحلام معينة	42	1	%50	
∑ت=42	ك=2	ظهور ابتسامة			

هذا السؤال تابع لبعد الألكستيميا ضمن محدودية الحياة الخيالية، ضمن مؤشرات خاصة بالحياة الحلمية التي تبين طبيعة المرض السيكوسوماتيون.

فبعد العلاج بينت نسبة غياب أو ندرة الأحلام، 50% بينما قبل العلاج فقد طغت على حديث الحالة بنسبة 100% وكذلك مضامين الأحلام قبل العلاج كانت منعدمة أما بعد العلاج البيوطاقوي فظهر مضمون حلم بنسبة 50% مع اقتران حديث الحالة بابتسامة.

ويظهر الحلم في قولها: "ساعات نحلم روحي في حديقة فيها الورود، كيما نتاع أليس في بلاد العجائب (ابتسامة)".

من خلال هذا الحلم يتضح إعادة إرصان الجهاز النفسي وقدرته على إعطاء تمثيلات لاشعورية.

فمن خلال السؤالين الخامس والسادس، نجد فعالية العلاج البيوطاقوية في تنشيط سيرورة الحياة الخيالية.

ملخص تحليل مضمون المقابلات للحالة الثالثة بعد العلاج البيوطاقوي

من خلال التحليل الكمي والكيفي لمضمون المقابلات حول أبعاد الألكستيميا بعد العلاج البيوطاقوي، فنجد غياب السمة الأساسية للألكستيميا والمتمثلة في صعوبة التعرف على الأحاسيس والانفعالات والتعبير عليها لفظيا، فالحالة بعد العلاج صارت لديها القدرة على التعبير عن انفعالاتها لفظيا.

وفيما يخص البعد الخاص بعدم التمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية، فهي لم تتحسن بنسبة كبيرة بعد العلاج البيوطاقوي، لكنها تخلت عن الحديث بطريقة آلية.

كما أنها لم تعد تستثمر أحاديثها حول تفاصيل الحياة، بل صارت تبدي عن انفعالاتها خلال آدائها لمتطلبات الحياة اليومية.

كذلك تنشطت سيرورة الحياة الخيالية للحالة، من خلال هذه النتائج فإن العلاج البيوطاقوي خففت من حدة سيرورة الألكستيميا للحالة.

3-3 تحليل نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20) للحالة الثالثة قبل العلاج البيوطاقوي

المحور الأول: صعوبة تحديد الانفعالات

3+3+4+3+5+5+5= 28 نقطة.

المحور الثاني: صعوبة التعبير اللفظي عن الانفعالات للآخرين

3+5+3+5+5= 21 نقطة.

المحور الثالث: التفكير الموجه نحو الخارج (التفكير العملي)

3+4+3+3+5+3+3+3= 27 نقطة

المجموع الكلي لمقياس (TAS-20) 28+21+27= 76

من خلال مفتاح مقياس الألكستيميا TAS-20 يتضح بأن الحالة تتسم بالألكستيميا، حيث تحصلت على مجموع 76 نقطة من أصل 100، أكبر من 35.

ومن خلال أبعادها جاءت مرتفعة، فلديها صعوبة في تحدد انفعالاتها، والتعبير عنها للآخرين ومع خاصية التفكير العملي، الذي لا يسمح لها بالتحدث عن حياتها الداخلية من التعبير عن آلامها وجدانيا بعبارات ملائمة، وعوض هذا فهي تتحدث عن أحداث وأعراض المرض أكثر من تعبيرها عن معاناها عن مشاعرها الناجمة عن مرض الربو ونوباته.

وتأكد ذلك في أكبر نقطة جاءت في محور صعوبة التعبير لفظيا عن الانفعالات بنسبة 21 من أصل 25.

3-4 تحليل نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20) للحالة الثالثة بعد العلاج البيوطاقوي

المحور الأول: صعوبة تحديد الانفعالات

3+3+2+3+2+2=15 نقطة

المحور الثاني: صعوبة وصف الانفعالات لفظيا للآخرين

3+3+2+3+3=14 نقطة

المحور الثالث: التفكير الموجه نحو الخارج

2+3+2+3+3+3+2+1=19 نقطة

المجموع الكلي لمقياس TAS-20

19+14+15=48 نقطة

من خلال نتائج مقياس (TAS-20) للحالة 3 بعد العلاج البيوطاقوي، نلاحظ أن الحالة تحصلت على مجموع 48 نقطة من أصل 100، ما يدل على انخفاض نسبة الألكستيميا لديها (أقل من 53).

وبالنسبة لمحاور المقياس، في المحور الأول الخاص بصعوبة تحديد الانفعالات، فتحصلت الحالة على مجموع 20 نقطة من أصل 25، وهي منخفضة ما يدل على تحسن تحديدها لانفعالاتها ومشاعرها، أما المحور الخاص بصعوبة التعبير لفظيا عن الانفعالات للآخرين، فقد تحصلت على مجموع 14 نقطة من أصل 25، وهذا يدل على تحسن الحالة في وضع عبارات دالة عن حياتها الانفعالية.

وفيما يخص المحور الثالث المتعلق بالتفكير العملي، فتحصلت الحالة على مجموع 19 نقطة من أصل 40، وهي درجة منخفضة، تدل على أن الحالة صارت قادرة توجيه تفكيرها نحو الحياة الداخلية، الانفعالية والوجدانية، ولا تستقر على التفكير الآلي واليومي.

3-5 تحليل رورشاخ الحالة الثالثة قبل العلاج البيوطاقوي

رقم البطاقة	الإجابات	التحقيق	التموقعات	المحددات	المحتوى	الشائعات
12" I 1 ′45″	– نشوف حاجة كي العصفور	كل البطاقة	ك	ش+	حي	شا
10" II 50"	– هذي ما على باليش واش هي ماعجبتنيش					رفض
5" III 30"	– كي شغل زوج عباد متقابلين	كل البطاقة	ك	ش+	ب	شا تناظر
5" IV 25"	– ماعجبتنيش مانقدرش نقولك					رفض
5" V 25"	– هنا باين فراشة	كل البطاقة	ك	ش+	حي	شا
5" VI 20"	– جلد حيوان	كل البطاقة	ك	ش+	حي	شا
4" VII 30"	– تبانلي حاجة كحلة، ماهيش باينة مليح					رفض
4" VIII	– زوج سناجب طالعين في الشجرة	(الوردي على الجانبين، المحدد	ج	ش+	حي	

39"		هو الشكل)				
3" IX 40"	– تحت يبانو ريشات	(إشارة بالاصبع على الأسفل الوردي)	ك	ش–	طبيعة	
1" X 38"	– نشوف نار تاع ألعاب نارية	كل البطاقة مع الإشارة إلى الألوان	ك	شل	نار	

بسيكو غرام الحالة الثالثة

الإنتاجية La production	المقاربة L'appréhension	المحددات Déterminants	المحتويات Contenus
R=7	ك= 3	ش+=4	ب= 1
الزمن الكلي= 6، 5	ك%= 71.42%	ش– = 2	(ب)= 0
متوسط زمن الكمون	ج= 2	ش±= 0	بج= 0
TPS Moy/at = 7.57	ج%= 28.57%	ش%= 85.71 %	(بج)= 0
	ج ف أ= 0	ش موسع%= 100%	ب%= 14.28%
متوسط زمن الاستجابة	ج ف أ= 0%	ش±% =66.66%	حي= 4
TPS.Moy/Pc= 48	جت= 0	ش+%موسع= 71.42%	(حي)= 0
		شل= 1، لش= 0	(حيج)= 0
		شلَ=0، لَش=0	حي%=% 57.14
		لَ=0، ل=0	طبيعة= 1
		شفق0، شط=0	جزء= 0
		فقش= 0، ظش= 0	غذاء= 0
		فق= 0، ظ=0	جغرافيا= 0
		حب= 0	نبات= 0
		ححي= 0	بلد= 0
		ححي ل= 0	تشريح= 0
		حشيء= 0	جنس= 0

		TRI=(K/C)(0/0,5) مضيق F.comp RC%=42.85%	دم= 0 شيء= 0 رمز= 0 مشهد= 0 في= 0 تجريد= 0 هندسة= 0 شا=4، شا%= 57,14%

التحليل الشكلي

1-سيرورة التفكير واستثمار الذكاء

جاءت إنتاجية المفحوصة منخفضة 07 إجابات أقل من المتوسط [20-30]، مع زمن كلي قدر بـ 5 دقائق و6 ثوان أقل من المعدل [20-30 دقيقة]، ما يدل على وجود نمط من التفكير العملي والانغماس في الواقع الملموس (Anzieu, 1976) كما قد يدل على إحياء وضعية صراعية أو تثبيط أو اكتئاب بالإضافة إلى فقر في التمثيل على مستوى الهوامات (Fernandez, 2011) وهذا مؤشر للألكستيميا من خلال التفكير الموجه نحو الخارج، وكذلك فقر في الحياة الهوامية.

عدد الإجابات الكلية مرتفع ك= 71.42%أكبر من [20-30%] قد يدل على التصدي للأمور بصيغتها الكلية، بمعنى أن المفحوصة تكتفي بالعموميات وتنحصر في الشموليات خوفا من الخوض في التفاصيل وقد يرجع إلى الكبت.

ويدل ذلك على تكيف جيد للمفحوصة مع العالم الخارجي واستثمار للحياة الآنية، كما قد يبين التفكير العملي الاقتران ك مرتفع مع ش% مرتفع = 85.71%، يدل على الإدراك الجيد والتكيف مع الواقع واستعمال ميكانيزم العقلنة (Anzieu, 1976).

بمعنى أن هنالك قدرة عالية للمفحوصة على الضبط والإدراك إن ارتفاع نسب الاستجابات الشكلية نوعا ما مقارنة بـ المحتويات الأخرى، يدل على رقابة عالية للمفحوصة، والانغماس في الواقع بالإضافة إلى جمود في التفكير وعدم المرونة (Chabert, 1990).

وهذا راجع إلى فقر ما قبل الشعور في عمله لربط التمثيلات المناسبة للوجدان، وهذا ما يعرفه (Merty) بسوء التعقيل مم يسمح بشكل خاصية الألكستيميا لدى المفحوصة بغياب الحياة الخيالية والانغماس في الواقع.

ويجوز الفقر الهوامي للمفحوصة غياب الإجابات ذات الحركة البشرية، كما وضحت ذلك (Fernandez) أن غياب الحركة البشرية، تدل على فقر وانعدام الحياة الهوامية والخيالية، كما تطرح إشكالية على مستوى التقمصات، (Fernandez, 2001, p80).

2- عوامل التنشئة الاجتماعية

عدم وجود الحركة الحيوانية في البروتوكول للمفحوصة فهذا يدل على وجود أنا هش وتثبيط، كما يدل على وجود فقر على مستوى الحياة الخيالية (Anzieu, 1976).

وجود الشائعات بنسبة مرتفعة قدرت بـ 50% فهذا يدل على تكيف جيد مع الواقع واستثمار كبير للحياة الآنية (Rauschaln, 1947).

وجود محتوى بشري واحد بنسبة 14.28%، دلالة على صعوبة في التقمص للمفحوصة بالإضافة إلى وجود هشاشة على مستوى التمثيلات.

كما غلب المحتوى الحيواني للمفحوصة وقدر بـ 57.14%، مما يدل على وجود عدوانية مقنعة، كما تدل على غياب الخيال، نتيجة لعجز ما قبل الشعور في تشكيل سيناريو هوامي، ما يدل على بعد من أبعاد سمة الألكستيميا.

3- الدينامية العاطفية

إن بروتوكول المفحوصة يفتقر للإجابات اللونية، ما عدا إجابة واحدة مقترنة بالشكل (شل)، ما يطرح إشكالية على مستوى العاطفة والتي تدل على عدم قدرة المفحوصة على التعبير عن الحياة الداخلية الانفعالية (Chabert, 1994).

ويؤكد ذلك نمط الرجع الحميم TRI، الذي جاء كنمط مضيق (Coarté)، والذي يدل على قمع الحياة الداخلية والانغماس في الواقع، هذا ما يوضح بعدي الألكستيميا عدم القدرة على التعرف والتعبير عن الانفعالات، وكذا الانغماس في الواقع وغياب الخيال %RC= 42.85 في المتوسط، ما يدل على أن العاطفة متواجدة منحصرة نحو الداخل وغير قادرة على الانكشاف.

4- التحليل الدينامي

من خلال تحليل مضامين البطاقات، فمن خلال رفض المفحوصة للبطاقة "4" وهي بطاقة الأمومة، ما يوضح على إشكالية في العلاقة الأولى مع الأم.

كذلك الرفض في البطاقة (2)، يدل على إشكالية في صورة جسد المفحوصة، مع غياب التمثيلات، دلالة على نزوات عدوانية مقموعة.

والملاحظ في كل البطاقات غياب الحركة بأنواعها (حيوانية، بشرية، أو شيء) فهذا يدل على تثبيط كبت أو قمع النزوات، مع عدم إيجاد تمثيلات مناسبة لها مع الوجدانات، ما يفسر ظهور سمة الألكستيميا لدى المفحوصة.

أما فيما يخص مؤشرات الألكستيميا وتفسيره لها من خلال اختبار الرورشاخ وفق (Acklin et al, 2008).

عدد الإجابات منخفض أقل من 20 إجابة، وفي حالتنا هو 7 إجابات، قليل جدا، دليل على نقص في الاستبصار.

عدد الإجابات البشرية قليل، ولدى مفحوصتنا إجابة واحدة، دلالة على فقر في الحياة الهوامية، ونشاط خيالي مختصر.

عدد قليل من الإجابات اللونية، فتوجد إجابة واحدة (شل) ومقترنة بالشكل، دلالة على صعوبة تحديد الانفعالات والتعبير عن الأحاسيس والوجدانات.

مجموع الإجابات الشكلية أكبر من الإجابات الأخرى ش%= 85.71 وهي مرتفعة، وهذا حسب (Acklin) دلالة على وجود تفكير تجريدي عملي يتجنب التعقيدات الانفعالية وردود الفعل العاطفية، مع وجود نمطية في الإدراك.

ملخص

من خلال تحليل اختبار الرورشاخ الشكلي والدينامي وبالاستناد على مقياس الألكستيميا من خلال الرورشاخ (Acklin) نستطيع إبراز النقاط التالية:

- المفحوصة لها تنظيمة سيكوسوماتية وتتسم بعصاب طبع سيء التعقيل، وتظهر سمة الألكستيميا الخاصة بالتنظيمة السيكوسوماتية، والتي ترجع إلى سوء العلاقة (أم طفل) كما اتضح لدى المفحوصة.

كما تبينت أبعاد الألكستيميا والمتمثلة في:

فقر في الحياة الهوامية والخيالية، وجود تفكير عملي مع الانغماس في الواقع، كما لدى للمفحوصة صعوبة في إدراكها للانفعالات والإفصاح عنها، مع عدم قدرتها لربط تمثيلاتها مع الوجدانات المناسبة.

3-6 تحليل رورشاخ الحالة الثالثة بعد العلاج البيوطاقوي

رقم البطاقة	الإجابات	التحقيق	التموقعات	المحددات	المحتوى	الشائعات
4" I 24"	- شكل خفاش - شيء ورقة محروقة	- "الجزء الأعلى، هاهم عينيه" - "هاهو الفتات متناخر (الأجزاء الصغيرة السفلية)	ك ك	ش+ شلَ	حي نبات	شا
5" II 1'2"	- صورة حزينة مالقيطها ش تفسير					رفض
5" III 1"4'	- زوج عباد يجبدو في حاجة - تبانلي هنا فراشة في النص - زوج عباد يتقابضو على حاجة كل واحد حاب يديها	(هاهو جسمهم) - هاهم جناحيها (الجزء الوسطي) (إشارة لكل البطاقة)	ك ج ف أ ك	حب ش+ حب	ب حي ب	شا شا شا
2" IV 24"	- هذا جلد حيوان يشبه القنفد مسكين مقتول	- هذا راسو وهذا دفارو (إشارة إلى كل البطاقة)	ك	ش+	حي	
12" V 38"	- رأس أرنب - شكل طائر	- الجزء العلوي - الجناح تاع الطائر (الجزئين الجانبين)	ج ك	ش+ ش+	حيج حي	شا
30" VI 45"	- يشبه جلد حيوان - يشبه الذئب	عندوشلاغم (الجزء العلوي) الجزء الوسطي	ج ج	ش+ ش-	حيج حي	شا
11' VII 47"	- تقول ورقة محروقة - تقول عليهم سكاكين	- ورقة مأكولة (الجزء الوسطي) (الجزئين السفليين)	ك ف أ جج	ش- ش+	نبات شيء	
8" VIII	- تبان عليها شجرة. - يبانو دببة	- ورقة مأكولة (الجزء الوسطي)	ج	ش+	نبات	

57"	– تبان بحيرة مليحة	– الجزئين الجانبين. – الجزء السفلي (فيها ألوان).	ج شل	ش+ شل	حي جغرافيا	شا
18" IX 1'2"	– تقول عليها شجرة عندها عينين	الجزء الوسطى	ج	ش-	نبات	
10" X 60"	– نبات وحوش عوال – تقول سيف	– الأجزاء الزرقاء. – الجزء الرمادي العلوي. – يبان شخص يخوف	ج ج ج	شفق ش+ شفق	(ب) شيء (ب)	

البسيكوغرام

- عدد الإجابات R=19
- ك=7
- ج= 9
- ج.ف.أ=1
- جج=0
- ش±=0
- ش-=2
- ش+=10
- ش+%=%63.15
- شل=2
- لش=0
- ل=0
- لَ=0
- حب=2

RC=36.84%

من خلال مؤشرات الألكستيميا وفق مقياس (R.A.S) الذي قام به Acklain وزملاؤه. فنجد عدد الإجابات 19 وهو تحريف من المعدل نوعا ما [20−30] ما يدل على انتاج شفوي مقبول، كذلك القدرة على التعمق في التفاصيل.

عدد الإجابات الحركة البشرية في المعدل [1−3]تدل على وجود حياة هوامية مع نشاط للحياة الخيالية.

عدد الإجابات اللونية منعدمة، دلالة صعوبة في تحديد والتعرف على الانفعالات والأحاسيس والوجدان.

عدد الإجابات اللونية المحدة بالشكل مقارنة بالمقترنة باللون: شل > لش، دلالة على الرقابة على الانفعالات مع المحيط وهذا ما يفسر صعوبة التعرف وتحديد الانفعالات.

عدد مرتفع للإجابات الشكلية 13 مقارنة بـ 19، وهو مرتفع نوعا ما، وهذا ما يفسر تواجد تفكير عملي، مع تجنب الدخول في التعقيدات الانفعالية

ملخص

من خلال مؤشرات الألكستيميا لاختبار الرورشاخ للحالة الثالثة بعد العلاج البيوطاقوي نجد أن الحالة لديها انتاج شفوي مقبول، مع وجود حياة خيالية وهوامية لكن يبقى التعرف على الانفعالات والتعبير عنها لفظيا لا زال صعبا لدى الحالة. قد يكون التوظيف النفسي نشط على مستوى التمثيلات الهوامية والخيالية، أما الحياة الانفعالية فلا زالت غير منشطة.

3-7 مقارنة نتائج الأدوات الثلاث للحالة الثالثة قبل وبعد العلاج البيوطاقوي

جدول رقم (52): مقارنة نتائج مضمون محاور المقابلة قبل و بعد العلاج البيوطاقوي

الأبعـاد	النسب المئوية قبل العلاج	النسب المئوية بعد العلاج
التعرف وتحديد الانفعالات والأحاسيس		
القدرة على التعرف وتحديد الانفعالات والأحاسيس	%22.22	%72.72
صعوبة التعرف على الانفعالات والأحاسيس	%77.77	%27.27
التعبير لفظيا عن الانفعالات		
القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات	%0	%33.33
صعوبة التعبير لفظيا عن الانفعالات	%100	%66.66
التمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية		
التحدث عن الانفعالات المصاحبة للمرض	%33.33	%30
استثمار الحديث حول الأعراض المرضية	%66.66	%70
الوصف الدقيق للأحداث والأعراض المتعلقة بالمرض		
وصف الأحداث اليومية والتكرارية	%77.77	%37.5
الحديث عن الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض	%22.22	%50
التعبير عن الانفعالات أثناء الأحداث اليومية	%0	%12.5
الحياة الخيالية		
أحلام اليقظة	%0	%50
الهوامات	%0	%0
غياب أو ندرة الأحلام	%100	%50
أحلام عملياتية	%0	%0
أحلام تكرارية	%0	%0
أحلام فضة	%0	%0
مضامين لأحلام معينة	%0	%50

جدول رقم (53): مقارنة نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20) قبل وبعد العلاج البيوطاقوي

المحاور	النتائج قبل العلاج	النتائج بعد العلاج
صعوبة تحديد الانفعالات	28	19
صعوبة التعبير اللفظي عن الانفعالات	21	14
التفكير الموجه نحو الخارج (التفكير العملي)	27	15
المجموع	76	48

جدول رقم (54): مقارنة مؤشرات الألكستيميا من خلال اختبار الرورشاخ (R.A.S)

المؤشرات	مجموع الإجابات قبل العلاج	مجموع الإجابات بعد العلاج
عدد الإجابات (R)	7	18
الإجابات البشرية K	0	2
الإجابات اللونية المحضة C,C^-	0	0
الإجابات اللونية الشكلية FC,CF	1	1
الإجابات الشكلية F^+	4	10

من خلال نتائج مقياس الألكستيميا نجد أن درجة الألكستيميا قد انخفضت بعد العلاج البيوطاقوي من 76 إلى 48 وفي كل المحاور الخاصة بها، فمحور صعوبة تحديد الانفعالات انخفضت درجته من 28 إلى 19، أما المحور الثاني والمتمثل في صعوبة التعبير اللفظي عن الانفعالات فقد انخفضت درجته إلى 14 بدلا من 21، وفي المحور الثالث الخاص بالتفكير العملي فقد انخفض من 27 إلى 15 بعد العلاج البيوطاقوي ما يبين فعالية العلاج البيوطاقوي من تخفيض نسبة الألكستيميا لدى الحالة.

ونؤكد ذلك من خلال مضامين المقابلة بعد العلاج فنجد التعرف على الانفعالات وتحديدها فقد أصبح لدى الحالة القدرة على التعرف على الانفعالات والأحاسيس حيث تحسنت بنسبة 72.72% أما البعد الثالث الخاص بالتمييز بين الانفعالات والأحاسيس فلم نلمس تحسنا على مستوى هذا البعد.

وفيما يخص البعد المتعلق بالوصف الدقيق للأحداث والأعراض المتعلقة بالمرض، فبعد العلاج البيوطاقوي، قل حديث الحالة عن وصف الأحداث اليومية، وانخفضت النسبة إلى 37.5% كذلك نلاحظ

بعد العلاج ظهور عبارات تخص التعبير عن الانفعالات أثناء الأحداث اليومية والتي كانت غائبة قبل العلاج.

وفي البعد الخامس الخاص بالحياة الخيالية، فقبل العلاج كانت الحياة الخيالية فقيرة لدى الحالة، أما بعد العلاج البيوطاقوي فلمسنا تحسنا في بعض المؤشرات، فظهرت لديه أحلام اليقظة بنسبة 50%، كذلك ظهرت لديه بعض المضامين في الأحلام، وبالتالي فالحياة الحلمية قد تحسنت.

أما فيما يخص مؤشرات الألكستيميا قبل العلاج من خلال اختبار الرورشاخ فإن عدد الإجابات R= 7 (منخفضة) والإجابات البشرية كانت منعدمة والتي تبين فقر الحياة الهوامية والخيالية.

أما الإجابات اللونية فكانت منعدمة، وهي ترمز إلى الحياة الانفعالية، فهناك فقر في تمثيل النزوات على مستوى الوجدان الإجابات الشكلية كانت مرتفعة (4 من 10).

أما بعد العلاج، فنلمس ارتفاع عدد الإجابات إلى 18 مع ظهور الإجابات البشرية (2) دلالة على تنشيط الحياة الخيالية والهوامية.

أما من ناحية الانفعالات بعد العلاج، فكانت مقترنة بالشكل (لش؛FC) ما يدل على أنه هناك رقابة على النزوات ويوضح ذلك ارتفاع الإجابات الشكلية (10 من 18) لكن بمقارنتها مع عدد الإجابات فقد انخفضت مقارنة بقبل العلاج، أي أن التوظيف النفسي للحالة لم يحرر كل طاقة النزوات، ورغم ذلك فهناك تحسن طفيف مقارنة بالتوظيف النفسي الصلب.

ملخص

من خلال الأدوات الثلاث فقد بينت الحالة انخفاضا في مستوى الألكستيميا من خلال مقياس (TAS-20) فقد أصبحت قادرة على التعرف على انفعالاتها والتعبير عنها لفظيا، وعند الحديث عن الأحداث اليومية فصارت تقرنها بألفاظ معبرة عن انفعالاتها وأحاسيسها وهذا ما تؤكده نتائج مؤشرات الألكستيميا لاختبار الرورشاخ (R.A.S) حتى ولو كان تحسن طفيف في عمل التوظيف النفسي، وسيرورة عمل ما قبل الشعور في إيجاد التمثيلات المناسبة.

فالعلاج البيوطاقوي خفض من سيرورة الألكستيميا كتوظيف نفسي وأعطى مرونة لعمل جهاز ما قبل الشعور.

4- عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة

تقديم الحالة الرابعة

السن: 17 سنة

الجنس: ذكر

المستوى الدراسي: سنة 03 ثانوي

الحالة الاقتصادية: متوسط

الأب: متوفى

الأم: ماكثة بالبيت

الجانب الوراثي: لا يذكر في العائلة (من جهة الوالدين)

مصاب بالربو منذ سن 13 سنة

الترتيب: 01 من 04

الأحداث الهامة للحالة

- أول ظهور لنوبة الربو: بعد أسبوع من وفاة الأب
- نوبات الربو: الحادة مرة في الشهر ويذهب حتى للمستشفى
- علاقة حسنة مع الأب ومتناقضة مع الأم
- الأم عصبية كانت تضربه لما كان صغيرا
- علاقة جافة مع إخوته
- عدم الاسترسال في الحديث

4-1 تحليل مضمون المقابلات للحالة الرابعة قبل العلاج البيوطاقوي

4-1-1 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الأول

جدول رقم (55): مضمون الإجابة عن السؤال الأول للحالة الرابعة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
لما تكون في وضعية مفرحة أو محزنة كيف يكون إحساسك	التعرف على الانفعالات والأحاسيس	/	0	%0	%13.79
	عدم القدرة على التعرف عن الانفعالات والأحاسيس	1، 2، 3، 4	4	%100	
∑ت= 29		ك=4			

يندرج مضمون هذا السؤال ضمن بعد الألكستيميا الخاص بعدم القدرة على تحديد الانفعالات.

فقد اتضح لدى الحالة عجز في التعرف عن انفعالاتها وأحاسيسها ويتمثل ذلك بنسبة 100%. ويتضح ذلك من خلال أقوالها : "كل شيء عندي عادي". "أنا كل شيء نخبيه"، "سواء كنت فرحان أو حزنان" "مانحبش نبين آلامي".

فالحالة لم تستطيع التعرف وتحديد انفعالاتها من خلال عبارات تحمل دلالات الألم أو الفرح.

إن هذا البعد والمتمثل في صعوبة التعرف على الأحاسيس والانفعالات، حيث وضح (Sifnéos) أن الألكستيميا تجمع بين مجموعة من الخصائص المعرفية، بما فيها صعوبة التعرف وايصال الأحاسيس، خلل في القدرة على التمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية المتعلقة بالإثارات الانفعالية (Porcelli et Meyer, 2002, p98).

4-1-2 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثاني

جدول رقم (56): مضمون الإجابة عن السؤال الثاني للحالة الرابعة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
كيف تعبر للناس عن مشاعرك	التعرف على الانفعالات والأحاسيس	/	0	%0	%17.24
	عدم القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات	5، 6، 7، 8، 9	5	%100	
∑ت=29		ك=			

مضمون هذا السؤال، يرتكز حول أحد أبعاد الألكستيميا والمتمثل في صعوبة تحديد والتعبير لفظيا عن الانفعالات.

حيث اتضح لدى الحالة فقر في التعبير عن الانفعالات والمشاعر من خلال سؤالها عن كيفية تعبير مشاعرها للناس، فجاء هذا الفقر في التعبير بنسبة 100%، ونلمس ذلك من خلال أقوالها: "الناس ما على باليش بيهم"، "أنا أصلا مانخالطش" "مانحبش نوصلهم واش راني عايش"، "المهم تكون لاتي بروحي وصحتي"، "هذا ماكان".

وفي هذا الصدد بين (Sifnéos) أن الأحاسيس متعلقة بالجانب النفس-بيولوجي للوجدان، والذي يتكون من مجموع الانفعالات والصور، الهوامات، فالأشخاص الألكستيميون لديهم انفعالات لكنهم غير قادرين على التعرف على أحاسيسهم فسمة الألكستيميا تؤهل الإجابات الفيزيولوجية والسلوكية أو تدخل إجابات أخرى (Sifnéos, 1973, p85).

فمن خلال السؤالين الأول والثاني نجد بعد صعوبة تحديد الانفعالات والتعبير عنها لدى الحالة، وهي الخاصية الأساسية للألكستيميا، وقد جاءت بنسبة 30.03% وهي نسبة كبيرة مقارنة بنسب أبعاد الألكستيميا، المتضحة في مضامين الأسئلة الأخرى.

4-1-3 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثالث

جدول رقم (57): مضمون الإجابة عن السؤال الثالث للحالة الرابعة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
حدثني عن مشاعرك لما تزداد لديك نوبات الرّبو	التحدث عن الانفعالات المصاحبة للمرض	/	0	%00	%13.79
	استثمار الحديث عن الأعراض المرضية	10، 11، 12، 13	4	%100	
∑ت=29		ك=4			

مضمون هذا السؤال يركز حول بعد الألكستيميا والمتمثل في صعوبة التمييز بين انفعالات الحالة وأحاسيسها الجسدية أي نود التأكد من مدى قدرة الحالة على التعبير لفظيا عن معاناتها جراء مرض الربو والنوبات المترتبة عنه.

فقد بينت الحالة عجزا تاما في مؤشر التحدث عن الانفعالات المصاحبة للمرض بنسبة 0%، أي الافتقار لأي عبارة تدل على التعبير اللفظي عن الانفعالات.

بينما أوضحت الحالة استثمارا كبيرا من خلال حديثها عن الأعراض المرضية، أي كل ما يتعلق بالمرض أو العلاج الخاص به، فقد جاءت كميا في هذا المؤشر بنسبة 100% ويتضح ذلك من خلال عباراتها: "والله كل شيء عادي"، "كي نمرض نشرب الدواء وخلاص"، "كي نمرض بزاف نروح للسبيطار"، "ويديرولي الأوكسجين".

فبين (Farges) نوع هذا الخطاب في قوله: "هذا الخطاب واقعي، لا يحمل بالضرورة على المجال الجسدي فقط، ولكن يمتد إلى مواضيع أخرى بشرط أن هذا الخطاب لا يثير الجانب العاطفي" (Farges, 2000, p50).

فالحالة هنا استثمرت كل أحاديثها عن أحداث وأعراض المرض وكل ما يتعلق به من علاج وأدوية، وانعدام حديثها عن التعبير اللفظي عن معاناتها وآلامها. وهذا ما يميز هذه الخاصية من الألكستيميا.

4-1-4 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الرابع

جدول رقم (58): مضمون الإجابة عن السؤال الرابع للحالة الرابعة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
حدثني كيف تعيش حياتك اليومية	وصف الأحداث اليومية والتكرارية	14، 15، 16، 17، 20، 22، 23	7	%70	%34.48
	الحديث عن الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض	18، 19، 21	3	%30	
∑ت=29		ك=10			

تضمن هذا السؤال بعد الألكستيميا المتعلق بالوصف الدقيق للأحداث والأعراض المرضية (التفكير العملي) فقد جاء حديث الحالة موزع بين مؤشرين، الأول يتمثل في وصف الأحداث اليومية والتكرارية، حيث جاء أغلب أقوالها في هذا السياق بنسبة 70%، ونلمس ذلك في عباراتها: "عادي كيما الناس"، "نقرا ونروح"، "نحب نمشي بزاف"، "ماعنديش صحابي"، "نحب نمشي بزاف في الطبيعة"، "نحب ديما نكون وحدي"، "حتى في الدار تقريبا ما نهدر مع حتى واحد".

أما باقي الحديث للحالة فكان متجها نحو الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض، فقد جاء بنسبة 30%، ويتضح ذلك في أقوال الحالة: "نتبع الطبيب"، "ونشرب دوايا"، "La Vontoline ديما معايا".

فحديث الحالة انحصر في كل ما هو مادي، منطقي يومي وفي الحاضر، وبشكل آلي، وافتقر لأي تعبير لفظي عن الانفعالات الأحاسيس والمشاعر.

حيث يصف (Bergert)، هذا النوع من التفكير بمثابة تكيف صلب مع الواقع، مع استمراره لوقت طويل ويترجم هذا التفكير من خلال العرض الجسدي (Bergeret, 1987, p116).

فهذا البعد جاء نسبة 34.48% ويمثل أكبر نسبة مقارنة بالأبعاد الأخرى، وهو الغالب في حديث الحالة.

4-1-5 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الخامس

جدول رقم (59): مضمون الإجابة عن السؤال الخامس للحالة الرابعة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
عندما تفكر في أشياء مستقبلية، هل يمكن أن تخبرني بم يسرح به خيالك	أحلام اليقضة	/	0	%0	%13.79
	الهوامات	/	0	%0	
	تفكير (منطقي، نفعي، آني)	24، 25، 26، 27	4	%100	
∑ت=29	ك=4				

محتوى هذا السؤال يتضمن بعد الألكستيميا الخاص بالحياة الخيالية، وركز هذا السؤال على جانب أحلام اليقظة والهوامات.

فقد افتقرت الحالة للأحلام اليقظة والهوامات فجاءت بنسبة 0%، واستبدلت حديثها حول التفكير العملي، المنطقي، النفعي والآلي بنسبة 100%.

ونلاحظ هذا من خلال أقوالها "أنا مانخممش في المستقبل" "نحب نهدر في الواقع"، "راني نقرا باه ننجح ونخدم" "هذا ماكان".

حيث يعتبر (Sami Ali) الهوام مفهوما أساسيا، تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية ويرى بأن غياب الخيال ناتج عن عجز التعبير الانفعالي نتيجة كبت غير معروف مع رفض لكل الحياة الحلمية (Sami Ali, 2000, p55).

فالحالة رغم كونها في مرحلة المراهقة والتي تتميز بسعة الخيال وكثرة أحلام اليقظة، إلا أنها تفتقر للخيال، وهذا ما يميز المرض السيكوسوماتيون المتصفون بسمة الالكستيميا.

4-1-6 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال السادس

جدول رقم (60): مضمون الإجابة عن السؤال السادس للحالة الرابعة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
هل يمكن أن تحدثني عن مضامين أحلامك؟	غياب أو ندرة الأحلام	28	1	%50	%06.89
	أحلام عملياتية	/	0	%00	
	أحلام تكرارية	/	0	%00	
	أحلام فضة	29	1	%50	
∑ت=29	ك=2				

مضمون هذا السؤال يحمل محتوى الأحلام، ضمن بعد الفقر في الحياة الخيالية، والتي يندرج ضمنها فقر في الحياة الحلمية، كما يبين أنواع الأحلام للمرض السيكوسوماتيين، فقد بينت الحالة أن لها ندرة أو غياب للأحلام بنسبة 50%، في قولها "الأحلام والله مانشفى عليهم" وكذا الأحلام التكرارية بنسبة 50%، ويتضح من خلال قولها: "المهم لا كان حلمت، الشيء اللي نديرو في النهار يتعاود في الليل".

حيث وضح Sifnéos في حديثه عن فقر الحياة الخيالية بأن الأشخاص الألكستيميون، يتميزون بفقر في الحياة الحلمية، وهذا راجع إلى عدم مقدرتهم معالجة الانفعالات على المستوى الشعوري أو اللاشعوري، وحتى على المستوى المعرفي والعصبي فإن الجهاز العصبي لا يستطيع معالجة التمثلات والإدراكات للانفعالات وبالتالي لا يستطيع ترجمتها على شكل أحلام (Sifnéos) وبالنسبة للأحلام التكرارية لدى المرضى السيكوسوماتيون حسب (Marty) فقد تكون ناجمة عن تثبيت صدمة حديثة العهد، أو انعكاس حديث لتثبيتات عائدة إلى مرحلة الطفولة وهي تفريغات تميز العصاب الصدمي، لاصابات جسدية حقيقية، إذ يعكس هذا النوع من الأحلام الركود العام وعدم كفاية التمثيلات (Marty, 1968, p86).

فمن خلال محتوى السؤالين الخامس والسادس اللذان يتضمنان بعد فقر الحياة الخيالية، من خلال وضوح غياب الهوامات وأحلام اليقظة للحالة، مع تميزها بغياب الأحلام وإن وجدت فهي تكرر حلم مجريات اليوم بالليل ضمن المضمون العملي، الخالي من التمثيلات الوجدانية.

ملخص تحليل مضمون المقابلات للحالة الرابعة قبل العلاج البيوطاقوي

من خلال مضامين الأسئلة للحالة فقد بينت سمة الألكستيميا من خلال أبعادها الأربعة.

فجاء بعد الوصف الدقيق للأحداث والأعراض للحالة بنسبة 34.48% وهذا ما يبين استثمارها على التفكير العملي ثم جاءت الصفة الأساسية للألكستيميا والمتمثلة في صعوبة التعرف والتعبير لفظيا عن انفعالاتها بنسبة 30%.

وجاء بعد صعوبة التمييز بين الانفعالات المصاحبة للمرض والأحاسيس الجسدية بنسبة 17.24%.

أما بعد فقر الحياة الخيالية فجاء بنسبة 20.68% وبالتالي فإن الحالة لديها ألكستيميا، وبصفة أكبر فهي تركز على الحياة الآنية، المنطقية وسرد الوقائع والأحداث اليومية، مع صعوبة التعبير لفظيا عن الآلام المترتبة عن نوبات الربو.

4-2 تحليل مضمون المقابلات للحالة الرابعة بعد العلاج البيوطاقوي

4-2-1 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الأول

جدول رقم (61): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الأول للحالة الرابعة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
لما تكون في وضعية مفرحة أو محزنة كيف يكون إحساسك	التعرف على الانفعالات والأحاسيس	3، 4، 5، 6، 8	5	%62.5	%21.62
	عدم القدرة على التعرف عن الانفعالات والأحاسيس	1، 2، 7	3	%37.5	
∑ت= 37	ك=8				

يندرج مضمون هذا السؤال حول بعد الألكستيميا الخاص بالتعرف على الانفعالات والأحاسيس، ومضمون هذا السؤال يركز على جانب التعرف على الانفعالات والأحاسيس.

فبعد العلاج البيوطاقوي نرى أن الحالة صارت قادرة على التعرف على أحاسيسها وانفعالاتها بنسبة 62.5% وهي نسبة مرتفعة مقارنة مع عدم قدرتها على التعرف على انفعالاتها والتي جاءت بنسبة 37.50%.

ونلاحظ قدرة الحالة على التعرف على انفعالاتها وأحاسيسها من خلال أقوالها: "نحب نفرح مع روحي"، "كي نعود حزينة نبكي"، "نتقلق وإلا نغضب".

وعند مقارنة النسب قبل وبعد العلاج البيوطاقوي، نجد أنه قبل العلاج كانت نسبة عدم القدرة على التعرف على الانفعالات تقدر بـ 77.77% وقد انخفضت بعد العلاج إلى 37.5%. والتعرف على الانفعالات قبل العلاج قدر بنسبة 22.22%أما بعد العلاج فقد ارتفعت النسبة إلى 62.5%.

وهذا ما يوضح أثر وفعالية العلاج البيوطاقوي على الحالة مما مكنها من التعرف على أحاسيسها وانفعالاتها.

4-2-2 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثاني

جدول رقم (62): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثاني للحالة الرابعة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
كيف تعبر للناس عن مشاعرك	القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات	11	1	%14.28	%18.91
	عدم القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات	9، 10، 12، 13، 14، 15	6	%85.7	
∑ت=37	ك=7				

إن مضمون هذا السؤالتابع لبعد الألكستيميا المتمثل في صعوبة التعرف والتعبير عن الانفعالات لفظيا.

فبعد العلاج البيوطاقوي الحالة جاءت نسبة تعبيرها لفظيا عن الانفعالات بنسبة 14.28% فإذا ما قارنها بنسبة عدم القدرة على التعبير فهي منخفضة.

ولكن إذا ما قارناها بنسبة القدرة على التعبير لفظيا قبل العلاج والتي قدرت بـ 0% أي كان لدىالحالة صعوبة في التعبير عن انفعالاتها.

وعدم القدرة على التعبير لفظيا بعد العلاج بلغت نسبتها 85.70% بينما كانت قبل العلاج 100%.

فهي انخفضت نسبيا بعد العلاج البيوطاقوي. ولكن من خلال مضمون السؤالين الأول والثاني ويندرج ضمنهما بعد الألكستيميا المتمثل في صعوبة التعرف والتعبير لفظيا على الانفعالات.

فنجد أنه بعد العلاج البيوطاقوي أصبحت الحالة تستطيع التعرف على أحاسيسها وتعتبر عنها لفظيا بصفة أقل.

4-2-3 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثالث

جدول رقم (63): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الثالث للحالة الرابعة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
حدثني عن مشاعرك لما تزداد لديك نوبات الرّبو	التحدث عن الانفعالات المصاحبة للمرض	16، 18، 19، 22	4	%57.14	%18.91
	استثمار الحديث عن الأعراض المرضية	17، 20، 21	3	%42.85	
∑ت=37	ك=7				

مضمون هذا السؤال خاص ببعد الألكستيميا، المتمثل في صعوبة التمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية.

فبعد العلاج البيوطاقوي نجد أن الحالة، صارت تتحدث وتعبر عن الانفعالات المصاحبة للمرض بنسبة 57.14%مقارنة باستثمارها حول الحديث عن الأعراض المرضية والتي جاءت بنسبة 42.85%.

وعند مقارنة هذه النسب بقبل العلاج فنجد بأن الحالة قبل العلاج كانت نسبة التحدث عن الانفعالات المصاحبة للمرض تقدر بـ 33.33% حينما ارتفعت بعد العلاج إلى 57.14%.

أما استثمار حديثها حول الأعراض المرضية قبل العلاج قدر بنسبة 66% فهي مرتفعة مقارنة بعد العلاج والذي بلغت بنسبة 42.85%.

ومن خلال هذه النتائج نلمس لدى الحالة تحسنا على مستوى مقدرتها على التحدث عن الانفعالات المصاحبة للمرض، وقدرتها على الافصاح عن آلامها المتعلقة بنوبات الربو.

ويرجع الفضل إلى العلاج البيوطاقوي الذي خفف من سمة الألكستيميا الخاصة بهذا البعد.

4-2-4 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الرابع للحالة الرابعة:

جدول رقم (64): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الرابع للحالة الرابعة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
حدثني كيف تعيش حياتك اليومية	وصف الأحداث اليومية والتكرارية	23، 24، 25، 26، 27، 28، 29	7	%100	%18.91
	الحديث عن الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض	/	0	%00	
	التعبير عن الانفعالات أثناء الأحداث اليومية	/	0	%00	
∑ت=	ك=7				

إن محتوى هذا السؤال متعلق ببعد الألكستيميا والمتمثل في الوصف الدقيق للأحداث اليومية والمرضية.

فنجد أن الحالة بعد العلاج البيوطاقوي أصبحت تستثمر كل حديثها عن الأحداث اليومية بنسبة 100%، وانعدام حديثها عن المواضيع المتعلقة بالمرض.

في حين قبل العلاج فكان وصفها للأحداث اليومية والتكرارية يبلغ بنسبة 77.77%، أما استثمار حديثها عن الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض فبلغ نسبة 22.22%.

فنلاحظ أن الحالة بعد العلاج، لم تعد تتحدث عن الأحداث الخاصة بالمرض. كذلك بالنسبة للاستثمار الكلي حول وصف الأحداث اليومية، والذي كان بنسبة 100%.

إلا أنه عند التحليل الكيفي، فنجد من خلال قول الحالة سلوكات جديدة، كقولها: "ساعات نخرج مع صحابي نتمشاو ونحكيو شوية"، وهنا نلمس أن سمة الألكستيميا خفت لديه، حيث ينوه (Carcos, 2000) بأن الفرد الألكستيمي يستخدم هذه السمة كميكانيزم دفاع، وبالتالي يميل إلى العزلة الاجتماعية لتفادي التعبير عن أحاسيسه وانفعالاته التي لا يستطيع التعرف عليها ومشاركتها للآخرين.

وهنا نستنتج أن العلاج البيوطاقوي سمح للحالة بتوجيه حديثها نحو الحياة اليومية، دون اللجوء إلى الحديث والتخفي نحو الأعراض والمرض، كذلك صار للحالة أصدقاء وخروجها من العزلة الاجتماعية.

4-2-5 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الخامس للحالة الرابعة:

جدول رقم (65): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال الخامس للحالة الرابعة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
عندما تفكر في أشياء مستقبلية، هل يمكن أن تخبرني بم يسرح به خيالك؟	أحلام اليقضة	32، 33	2	%40	%13.51
	الهوامات	/	0	%0	
	تفكير (منطقي، نفعي، عملي)	31، 32، 34	3	%60	
∑ت=37		ك=5			

جاء مضمون هذا السؤال ضمن بعد الألكستيميا والمتمثل في فقر الحياة الخيالية، بغرض ايضاح أحلام اليقظة والهوامات لدى الحالة بعد العلاج البيوطاقوي، ولتوضيح ذلك سنقارن بين النسب ما قبل العلاج وبعده، فبالنسبة لأحلام اليقظة فكانت منعدمة لدى الحالة قبل العلاج، أما بعده فبلغت نسبة 40% ويتضح ذلك من خلال أقوال الحالة: "ساعات نحب نتخيل روحي مسافر لبلاد أخرى"، "نحب نعيش فيها".

أما بالنسبة لاستثمار الحالة في التفكير العملي؛ الأحداث اليومية الآلية والمتعلقة بالمرض فقبل العلاج كانت بنسبة 100% أما بعد العلاج فانخفضت إلى 60% وهذا دليل على فعالية العلاج البيوطاقوي، في تنشيط سيرورة الحياة الخيالية للحالة والمتمثلة في ظهور أحلام اليقظة (Les rêveries)

4-2-6 تحليل مضمون الإجابة عن السؤال السادس

جدول رقم (66): تحليل مضمون الإجابة عن السؤال السادس للحالة الرابعة

السؤال	الفئات	رقم الجمل	تواتر الفئات	النسبة المئوية للفئات	النسبة المئوية للسؤال
هل يمكن أن تحدثني عن مضامين أحلامك؟	غياب أو ندرة الأحلام	35	1	%33.33	%08.10
	أحلام عملياتية	/	0	%00	
	أحلام تكرارية	/	0	%00	
	أحلام فضة	/	0	%00	
	ظهور كوابيس	36، 37	2	%66.66	
	مضامين لأحلام معينة	/	0	%00	
∑ت=37	ك=3				

مضمون هذا السؤال هو تكملة للسؤال السابق والذي يبين بعد الألكستيميا الخاص بفقر الحياة الخيالية، مع توضيح الفقر في الحياة الحلمية، بعد العلاج البيوطاقوي حيث بينت الحالة غياب الأحلام بنسبة 33.33% في حين قبل العلاج جاءت بنسبة 100%.

وبعد العلاج أصبحت الحالة لديها كوابيس بنسبة 66.66% ويتضح ذلك في أقوالها: "الأحلام اللي تقلقني تنوضني في الليل"، "وما نحبش نتفكرها".

حيث نلاحظ تحسنا طفيفا على مستوى الحياة الحلمية، فرغم تواجد كوابيس ليلية مزعجة، حيث يرجعها (Marty,1990) إلى أن الكوابيس هي عبارة عن أحلام، لم تستطع التمثيلات المناسبة للنزوات، والرغبات المكبوتة إلى تمثلها في ساحة الشعور، فرغم هذا فإن هذه الأحلام المزعجة هي بداية تطور عمل الإرصان النفسي، وتنشيط عمل الحياة الحلمية، وعليه فإن العلاج البيوطاقوي ساهم في بداية مناسبة من أجل التعبير عنها بصفة أحسن.

ملخص تحليل مضمون المقابلات للحالة الرابعة بعد العلاج البيوطاقوي

من خلال مضمون أجوبة الحالة حول أبعاد الألكستيميا فبعد العلاج البيوطاقوي نجد أن سمة الألكستيميا قد خفت من خلال تحسن محتوى أبعادها.

فصارت الحالة تتعرف على انفعالاتها وتعبر عن انفعالاتها نسبيا.

كذلك أصبحت تتحدث عن الانفعالات المتعلقة بآلامها جراء معاناتها بنوبات الربو، وانخفض حديثها حول الأعراض المرضية بصفة آلية.

أما بالنسبة للحياة العملية La Vie Opératoire، فصارت الحالة تتحدث عن الأحداث اليومية، ولكن ليست متعلقة بالأعراض المرضية، وكذلك أصبح لديها أصدقاء ولم يكونوا لديها من قبل.

أما بالنسبة للحياة الخيالية، فقد ظهرت نوعا ما بعد العلاج، من خلال ظهور أحلام اليقظة لدى الحالة، وكذا ظهور الكوابيس لديها.

4-3 تحليل نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20) للحالة الرابعة قبل العلاج البيوطاقوي

المحور الأول: صعوبة تحديد الانفعالات

3+3+4+3+4+5+4+4= 26 نقطة

المحور الثاني: صعوبة التعبير اللفظي عن الانفعالات للآخرين

4+5+5+3+5= 22 نقطة

المحور الثالث: التفكير الموجه نحو الخارج (التفكير العملي)

4+4+5+4+3+5+4+3= 33 نقطة

المجموع الكلي لمقياس TAS-20

26+22+33= 81 نقطة

من خلال مفتاح مقياس الألكستيميا TAS-20، يتضح بأن الحالة لديها سمة الألكستيميا، حيث تحصلت على 81 نقطة من أصل 100، وهي مرتفعة >56.

فنلاحظ خصائص الألكستيميا في أبعادها وهي نسب مرتفعة حيث الحالة لديها صعوبة في تحديد الانفعالات وتحصلت على 26 نقطة من أصل 35 نقطة، كذلك تعاني من صعوبة في التعبير اللفظي لانفعالاتها للآخرين وهذا من خلال حصولها على 22 نقطة من أصل 25، أما تفكيرها فهو محصور نحو الخارج أي عدم قدرتها على التعبير عن انفعالاتها أو أحاسيسها داخليا عن طريق الوجدان والمشاعر وتعويضها بالوصف الآلي والدقيق للحياة اليومية. كما جاءت محاور الألكستيميا مطابقة لمضامين المقابلة للحالة.

4-4 تحليل نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20) للحالة الرابعة بعد العلاج البيوطاقوي

المحور الأول: صعوبة تحديد الانفعالات

3+3+2+3+2+2+3+3=18 نقطة.

المحور الثاني: صعوبة التعبير لفظيا عن الانفعالات للآخرين

3+3+1+3+1+1=11 نقطة

المحور الثالث: التفكير الموجه نحو الخارج

3+3+2+4++1+2+3+1=19 نقطة

المجموع الكلي لمقياس TAS-20

18+11+19=48 نقطة

من خلال نتائج مقياس الألكستيميا للحالة 4 بعد العلاج البيوطاقوي، فقد تحصلت على مجموع 48 نقطة من أصل 100 وهي نتيجة منخفضة، من خلال مفتاح المقياس (أقل من 53 نقطة)، ومن خلال محاور المقياس، فبالنسبة للمحور الأول المتعلق بصعوبة تحديد الانفعالات، فقد تحصلت الحالة على مجموع 18 نقطة من أصل 35، ما يدل على تحسنها في القدرة على التعرف وتحديد انفعالاتها.

أما فيما يخص محور صعوبة التعبير لفظيا عن الانفعالات للآخرين، فقد تحصلت الحالة على مجموع 11 نقطة من أصل 35، وهذا ما يبين تحسنها في إيجاد الألفاظ المناسبة للتعبير عن انفعالات ومشاعرها.

وبالنسبة لمحور التفكير الموجه نحو الخارج فنجد أن الحالة تحصلت على مجموع 19 نقطة من أصل 40 وهي درجة منخفضة، ما يدل على أن الحالة لم تعد تستثمر تفكيرها وحديثها حول الأحداث اليومية الآلية والآنية والمتعلقة بالمرض فقط، بل صارت تستطيع الولوج إلى حياتها الانفعالية والتعبير عنها عند حديثها عن روتين حياتها اليومية.

4-5 تحليل رورشاخ للحالة الرابعة قبل العلاج البيوطاقوي

رقم البطاقة	الإجابات	التحقيق	التموقعات	المحددات	المحتوى	الشائعات
33" VI 1′ 68"	– فراشة والأخفاش	كل البطاقة	ك	ش±	حي	شا
23" VII1 60"	– مالقيتهاش ماتشبه لحتى حاجة					رفض
14" III 1 39"	– بانتلي مزهرية نتاع الورود	(الشكل الكلي)	ك	ش+	شيء	
29" IV 63 "	– راجل وخلاص		ك	ش+	ب	
15" V 17"	– هذا خفاش		ك	ش+	حي	شا
19" VI 1 63"	– هذا رسم	(الكل)	ك	ش+	فن	
44" VII 1 68"	– زوج حيوانات متقابلين	الشكل الكلي (إشارة بالأصابع)	ك	ش+	حي	شا تناظر

40" VIII 1 63"	–حيوان من وحيوان –من فوق جمجمة نتاع إنسان	"الجزء الوردي" "الرمادي من فوق"	ج ج	ش+ ش–	حي هيكل	تناظر
27" VIX1 68"	– مالقيتلهاش حل					رفض
22" X 1 1'2"	– تبان كي الصاروخ	(الكل)	ك	ش–	شيء	

البسيكو غرام

الإنتاجية La production	المقاربة L'appréhension	المحددات Déterminants	المحتويات Contenus
R=9	ك= 7	ش+=6	ب= 1
زمن الكلي= 9,05	ك%= 77.77%	ش⁻= 2	(ب)= 0
متوسط زمن الكمون	ج= 2	ش± = 1	بج= 0
TPS Moy–at = 40+08 ثا	ج%= 22.22%	ش%= 100 %	(بج)= 0
متوسط زمن الاستجابة	ج ف أ= 0	ش%موسع= 100 %	ب%= 11.11%
TPS.Moy/Pc=	ج ف أ= 0%	ش±% =72.22%	حي= 4
60.33	جت= 0	ش+%موســـــــــــع= 72.22%	(حي)= 0
		شل= 0، لش=0	(حيج)= 0
		شل⁻=0، ل⁻ش=0	حي%=44.44%
		ل⁻=0، ل=0	طبيعة= 0
		شفق=0، شط=0	جزء= 0
		فقش=0، ظش=0	غذاء= 0
		فق=0، ظ=0	جغرافيا= 0
		حب= 0	نبات= 0
		ححي= 0	بلد= 0
			تشريح= 0

		ححي ل= 0 حشيء= 0 TRC (K/C) (0/0) مضيق coarté F.comp RC%=33.33%	جنس= 0 دم= 0 شيء= 1 رمز= 0 مشهد= 0 في= 0 تجريد= 0 هندسة= 0 شا=3، شا%= 33.33%

التحليل الشكلي:

1-سيرورة التفكير واستثمار الذكاء

من خلال بروتوكول المفحوص فقدرت عدد إجاباته بـ 09 إجابات وهو أقل من المتوسط [20 -30]، حيث ترى Rausch أن البروتوكول الفقير في الإنتاجية يدل على تثبيط نزوي، توقف انفعالي وصعوبة في التعبير (Rausch, 1990)

أما الإجابات الجزئية فهي منخفضة (ج=2)، والتي تمثل الغوص في جزئيات الحياة وعلى القدرة على التعبير المفصل.

فترى (Fernandez, 2011) أما نسبة قليلة من الإجابات الجزئية تدل على نقص في الخيال والإبداع.

نسبة الإجابات الشكلية جاءت مرتفعة فبلغت سمة ش%= 100%، فهذا يدل على وجود حياة انفعالية يسودها الجمود في التفكير وافتقار للمرونة، كما يدل على وجود توظيف نفسي صلب، وهو دفاع ضد التمثيلات والوجدانات (Rausch, 1990).

ارتفاع نسبة الإجابات الكلية مع ش+ % مرتفع، دلالة على اتصال وتكيف جيد مع الواقع، وأن المفحوص لديه قدرة عالية على الضبط والإدراك.

وهذا ما يميزها خاصية التفكير العملي والاتصال بالواقع، وهو بعد من أبعاد الألكستيميا.

غياب الحركة البشرية لدى المفحوص تبين إشكالية في التقمص (العلاقة مع الوالدين).

وكذلك تبين Fernandezأن الحركة البشرية هي قدرة المفحوص على الخيال والإبداع (Fernandez, 2011, p90).

كذلك غياب كل أنواع الحركة في البروتوكول، تدل على قمع النزوات، والتمثيلات.

ومن هنا تتضح سمة فقر الحياة الهوامية لدى المفحوص.

2- عوامل التنشئة الاجتماعية:

إن انعدام الحركة الحيوانية يدل على وجود أنا ضعيف ويفتقر للحياة الخيالية (Anzieu, 1974).

وجود استجابات شائعة بنسبة 33.33% وهي في المتوسط تدل على قدرة المفحوص على التكيف مع الواقع.

أما بالنسبة للمحتويات، فغلب عليها المحتوى الحيواني بنسبة 44.44%، أما المحتوى البشري فتمثل في إجابة واحدة وهذا قد يرجع إلى إشكالية في التقمص، مع عدم قدره ما قبل الشعور في تشكيل سيناريو هوامي وكذلك غياب الخيال، إن قلة الاستجابات الجزئية حسب (Rausch) يدل على تنظيمة سيكوسوماتية.

3-الدينامية العاطفية

إن انعدام الاستجابات اللونية، يطرح إشكالية عاطفية، وتثبيط للعاطفة مع غياب التمثيلات، فالألوان في البروتوكول، تدل على قدرة المفحوص على انفعالاته، وغيابها يدل على نقص في التعبير الانفعالي والعاطفي (Rausch, 1990).

تواجد إجابة لونية واحدة مقترنة بالشكل (شل)، يدل على رقابة الانفعالات والحياة العاطفية (Anzieu, 1974).

وهنا تتضح خاصية للألكستيميا والمتمثلة في عدم قدرة المفحوص على التعرف وتحديد انفعالاته والتعبير عنها.

وبالنسبة للمعادلة اللونية RC= 33.33% وهي أقل من 40% ما يدل على استثمار الحياة العاطفية نحو الداخل.

أما نمط الرجع الحميم فجاء مضيق (coarté) وهو ما يميز حسب (Saziouk, 1994) الشخصيات السيكوسوماتية.

4- التحليل الدينامي:

رفض المفحوص للبطاقة "2" مع زمن كمون مرتفع قد يبين ذلك صعوبة تمثيل ذاته، بسبب مرضه وانحصاره في المرض وقمع تعبيراته.

كذلك في البطاقة "4" التي تبين العلاقة مع الأب فكانت إجابة المفحوص "راجل وخلاص" مما يبرهن إشكالية التقمص التي وضحناها سابقا، مع إشكالية أو ديبية.

كذلك رفض البطاقة "9" قد تكون لها دلالة أمومية بسبب سوء العلاقة مع الأم، والتي تسبب فقرا في التمثيلات المستقبلية بسبب خلل في النرجسية الأولى.

أما البطاقات تفتقر للإجابات الحركية، مما يدل على قمع الحركات النزوية وعدم قدرة ما قبل الشعور على ربطها بتمثيلات مناسبة، وفي البطاقة "10" إجابة المفحوص (تبيان صاروخ)، وهي تبين نزوة مقموعة من حيث إخفاء انفجار الصاروخ، بحيث خلل في التمثيل المناسب.

ومن خلال التحليل السابق، نود أن نستخرج مؤشرات الألكستيميا، وفق المؤشرات التي وضعها (Acklin et al, 2008) ووضع لها تفسيرات كما يلي:

عدد الإجابات منخفض، وفي حالتنا عدد الإجابات يساوي 9 وهو دليل على نقص في الاستبصار.

عدد الإجابات البشرية قليل، وفي حالتنا هو إجابة واحدة دلالة على فقر في الحياة الهوامية، ونشاط خيالي مختصر.

عدد قليل من الإجابات اللونية، فتواجد إجابة واحدة ومقترنة بالشكل (شل)، دلالة على صعوبة تحديد الانفعالات والتعبير عن الأحاسيس والوجدانات.

مجموع الإجابات الشكلية أكبر من الإجابات الأخرى حيث جاء نسبة ش%= 100%، وهي مرتفعة جدا.

ملخص

من خلال اختبار الرورشاخ الحالة لديها تنظيمة سيكوسوماتية ، بسبب سوء العلاقة مع الأم و عدم الاشباع النرجسي، مما سبب خلال في الأنا المثالي ، كذلك تبين سوء التعقيل لتمثيل النزوات ، كذلك نجد أن أبعاد الألكستيميا واضحة من خلال مقياس الرورشاخ (R.A.S) والمتمثلة في فقر الحياة الخيالية : الهوامية والحلمية مع عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات والتميز بالتفكير العملي (الآني والآلي)

4-6 تحليل رورشاخ الحالة الرابعة بعد العلاج البيوطاقوي

رقم البطاقة	الإجابات	التحقيق	التموقعات	المحددات	المحتوى	الشائعات
6" I 23"	- زوج خفافيش لاصقين في حاجة	(الجزئين الجانبين)	ج	ش+	حي	شا
14" II 30"	- زوج بقع دم زوج عباد يلعبوا بيدين بعضاهم	(متفاعلين فوق) (الجزئين الجانبين)	ج	ل حب	دم ب	
2" III 35"	- زوج نساء يهزو في حاجة - في النصف فراشة - تقول بيدون	(الجزئين الكبيرين) (أحمر وسطى) (الجزء السفلي)	ج ح ج	حب شل ش+	ب حي شيء	شا شا
10" IV 38"	- ما نعرف هذا غير مفهوم خلاص ما علابالين ما نقدرش نشوف حاجة					رفض
1" V 4"	- خفاش كامل - قطعة فحم	(كل البطاقة) (السواد وتدرج اللون)	ك ك	ش+ لَ	حي شيء	شا
1" VI 35"	- آه ما نعرف ما عنديش وصف لوالو					رفض ← صدمة
1' VII 25"	- زوج أرانب قاعدين - لما تقلبها سحب رمادية	(كل البطاقة) (كل البطاقة)	ك ك	ش- لش	حي	
1" VIII 31"	- زوج صيودة طالعين - نصف الجبل	(الجزئين الوردين) (الجزء الوسطى) - هذا فهد	ج ج ج	ححي ش+ ش+	حي جغرافيا حي	شا
24" IX 28"	- تقلبها ما عندهاش معنى					رفض
1" X 43"	- تقول حصان البحر - حيوانات البحر بالألوان	(كل ألوان البطاقة)	ك	لش	حي	شا

البسيكوغرام

- عدد الإجابات R=14
- ك=5
- ج=9
- جج=0
- ش$^{\pm}$=0
- ش$^{-}$=1
- ش$^{+}$=3
- ش$^{+}$%=28.57%
- شل=1
- لش=2
- ل=1
- لَ=1
- حب=2

RC-=28.57%

من خلال مؤشرات مقياس الألكستيميا (R.A.S)

عدد إجابات=14 وهو أقل من المعدل [20-30]، دلالة على إنتاج شفوي ضعيف مع نقص في التعمق في الحياة الداخلية (تفكير عملي).

عدد إجابات الحركة البشرية2 وهو في المعدل [1-3] ما يدل على وجود حياة هوامية نشطة مع نشاط خيالي واسع.

عدد الإجابات اللونية هو 2 منخفض نوعا ما، فهو يدل على وجود انفعالات لم يصرح بها ولم تستطيع التعرف على أحاسيسها ووجداناتها.

عدد الإجابات اللونية والشكلية، لش > شل. تؤكد أن الرقابة حول الانفعالات ليست كبيرة، فتستطيع الحالة تحرير انفعالاتها.

عدد الإجابات الشكلية منخفض مقارنة بإجابات المحددات الأخرى وكذا النسبة المئوية منخفضة 28.57%، دلالة على ضعف الرقابة، وإمكانية الحالة لنقل تمثيلاتها نحو الوجدان، والقدرة على تحرير الانفعالات.

ملخص:

من خلال مؤشرات الألكستيميا لاختبار الرورشاخ نجد أن الحالة بعد العلاج البيوطاقوي، لازالت لديها نزعة نحو التفكير العملي، مع ضعف في التعبير الشفوي لكن صار لديها نشاط على مستوى الحياة الخيالية والهوامية.

كذلك تحسنت نوعا ما من خلال قدرتها على تحديد انفعالاتها لكن مع وجود رقابة حول هذه الانفعالات.

4-7-مقارنة نتائج الأدوات الثلاث للحالة الرابعة قبل وبعد العلاج البيوطاقوي

جدول رقم (67): مقارنة نتائج مضمون محاور المقابلة للحالة الرابعة قبل و بعد العلاج البيوطاقوي

الأبعـاد	النسب المئوية قبل العلاج	النسب المئوية بعد العلاج
التعرف وتحديد الانفعالات والأحاسيس		
القدرة على التعرف وتحديد الانفعالات والأحاسيس	%0	%62.50
صعوبة التعرف على الانفعالات والأحاسيس	%100	%37.5
التعبير لفظيا عن الانفعالات		
القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات	%0	%14.28
صعوبة التعبير لفظيا عن الانفعالات	%100	%85.27
التمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية		
التحدث عن الانفعالات المصاحبة للمرض	%0	%57.14
استثمار الحديث حول الأعراض المرضية	%100	%42.85
الوصف الدقيق للأحداث والأعراض المتعلقة بالمرض		
وصف الأحداث اليومية والتكرارية	%70	%100
الحديث عن الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض	%30	%0
الحياة الخيالية		
أحلام اليقظة	%0	%40
الهوامات	%0	%0
غياب أو ندرة الأحلام	%50	%33.33
أحلام عملياتية	%0	%0
أحلام تكرارية	%0	%0
أحلام فضة	%50	%0
مضامين لأحلام معينة	%0	%66.66

جدول رقم (68): مقارنة نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20) قبل وبعد العلاج البيوطاقوي للحالة الرابعة

المحور	النتائج قبل العلاج	النتائج بعد العلاج
صعوبة تحديد الانفعالات	26	18
صعوبة التعبير اللفظي عن الانفعالات	22	11
التفكير الموجه نحو الخارج (التفكير العملي)	33	19
المجموع	81	48

جدول رقم (69): مقارنة مؤشرات الألكستيميا من خلال اختبار الرورشاخ (R.A.S) قبل وبعد العلاج البيوطاقوي للحالة الرابعة

المؤشرات	مجموع الإجابات قبل العلاج	مجموع الإجابات بعد العلاج
عدد الإجابات (R)	9	14
الإجابات البشرية K	0	2
الإجابات اللونية المحضة C,C^-	0	2
الإجابات اللونية الشكلية FC,CF	0	3
الإجابات الشكلية F^+	6	4

من خلال عرض نتائج العلاج البيوطاقوي وفق الأدوات الثلاث المستخدمة، فمن مقياس الألكستيميا يتضح جليا انخفاض درجة الألكستيميا إلى 48 بعدما كانت 81 قبل العلاج، أي تقريبا انخفضت إلى النصف ونلمس ذلك من خلال جميع محاور المقياس فالمحور الأول المتمثل في صعوبة تحديد الانفعالات بعد العلاج انخفض من 26 إلى 18.

أما محور صعوبة التعبير اللفظي عن الانفعالات انخفضت من 22 على 11 كذلك محور التفكير الموجه نحو الخارج (التفكير العملي) انخفضت نتيجته من 33 إلى 19 وفيما يخص أبعاد الألكستيميا بعد العلاج البيوطاقوي من خلال مضمون المقابلات، حيث جاء يؤكد نتائج مقياس (TAS-20).

فالبعد الأول الخاص بالتعرف على الانفعالات وتحديدها فقد تحسنت عباراته بنسبة 62.50%.

أما في البعد الثاني الخاص بالتعبير لفظيا عن الانفعالات فقد لمسنا تحسنا طفيفا في قدرة الحالة على التعبير لفظيا عن الانفعالات بنسبة 14.28%.

أما البعد الخاص بالتمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية فقد صارت الحالة تتحدث عن انفعالاتها المقترنة بالمرض بنسبة 57.14% كما قلت العبارات الخاصة بالحديث حول الأعراض المرضية بنسبة 42.85%، وهذا ما يبين فعالية العلاج البيوطاقوي في التخفيف من سيرورة الألكستيميا.

والبعد الرابع الخاص بالوصف الدقيق للأحداث والأعراض المتعلقة بالمرض، فبعد العلاج البيوطاقوي، قلت أحاديث الحالة عن الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض. وتوجه حديثها حول الأحداث اليومية، من دراسة ورياضة والحديث حول المستقبل.

والمحور الخامس المتعلق بالحياة الخيالية، فبعد العلاج البيوطاقوي أصبحت لدى الحالة أحلام اليقظة وظهرت بنسبة 40% كما برزت أحلام لدى الحالة بنسبة 66.66%، بعدما كانت للحالة ندرة في الأحلام قبل العلاج.

أما من ناحية مقياس الألكستيميا من خلال الرورشاخ وحسب (Alexander, Acklin) وكذلك Carcos J Speranza (2003) فإن علامات الألكستيميا تكون في قلة الإجابات والحركة البشرية قلة الإجابات اللونية، والألوان اللونية المتعلقة باللون والشكل كثرة الإجابات الشكلية ش$^{+}$

كل هذه المؤشرات نجدها لدى الحالة قبل العلاج البيوطاقوي فبالنسبة للإجابات بعد العلاج ارتفعت إلى 14، والتي حسب Acklin وزملائه تدل على تحسن القدرة على التعبير اللفظي وبداية توسع الحالة في التعمق في استخراج أفكارها ومعاشها.

فقلة الإجابات مع إجابات الحركة البشرية تدل على فقر في الحياة الهوامية ونشاط خيالي محدود، لكن بعد العلاج ظهرت 2 إجابات للحركة البشرية.

أما الإجابات اللونية المحضة والإجابات اللونية المقترنة بالشكل فقبل العلاج كانت غائبة، ولكن بعد العلاج ارتفعت إلى 5 ما يدل أن الحالة تحسنت من ناحية تحديد والتعبير عن أحاسيسها ووجداناتها.

كذلك انخفاض استعمال الإجابات الشكلية بعد العلاج 4 إجابات من أصل 14 تدل على انخفاض التفكير العملي الموجه نحو الخارج.

ملخص

من خلال الأدوات الثلاث بعد العلاج البيوطاقوي، يتضح انخفاض سيرورة الألكستيميا من خلال مقياس (TAS-20) من 81 إلى 48 وينعكس ذلك من خلال تحسن تعرفها على تحديد الانفعالات والأحاسيس، مع زيادة قدرتها على التعبير لفظيا عن انفعالاتها، كما قلت أحاديثها عن الأحاديث والأعراض المتعلقة بالمرض، وعند استثمار حديثها في الحياة اليومية صار متنوعا يحمل الحديث عن المستقبل وكذا تكوين صداقة، مع وجود أحلام يقظة.

كذلك في الحياة الخيالية تحسنت نوعا ما من خلال ظهور بعض الأحلام، بعدما كانت لديها ندرة في ذلك.

يتبين هذا التحسن من خلال مقياس الألكستيميا للرورشاخ، حيث بينت نشاط للتوظيف النفسي ما سمح بظهور استجابات خاصة بالحياة الانفعالية، مع القدرة على التعبير، ونقص التفكير العملي والنمطي وبدأ تفعيل الحياة الهوامية من خلال الاستجابات الخاصة بالحركة البشرية.

5_مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

جدول رقم (70): مقارنة نتائج الحالات الأربع قبل و بعد العلاج البيوطاقوي وفق مقياس الألكستيميا (TAS-20)

الحالات	النتائج	محاور المقياس			
		صعوبة تحديد الانفعالات	صعوبة التعبير اللفظي عن الانفعالات	التفكير الموجه نحو الخارج	المجموع
الحالة 1	قبل العلاج	28	24	32	84
	بعد العلاج	17	14	17	48
الحالة 2	قبل العلاج	31	22	30	83
	بعد العلاج	20	14	17	50
الحالة 3	قبل العلاج	28	21	27	76
	بعد العلاج	19	14	15	48
الحالة 4	قبل العلاج	26	22	33	81
	بعد العلاج	18	11	19	48

جدول رقم (71): مقارنة أبعاد الألكستيميا للحالات الأربع قبل وبعد العلاج البيوطاقوي و فق تحليل مضمون المقابلات

الحالات	النسب المئوية	أبعاد المقابلة											
		التعرف على الانفعالات و تحديدها		التعبير لفظيا عن الانفعالات		التمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية		الوصف الدقيق للأحداث و الأعراض المتعلقة بالمرض			الحياة الخيالية		
		سهولة التعرف على الانفعالات و تحديدها	صعوبة التعرف على الانفعالات و تحديدها	سهولة التعبير لفظيا عن الانفعالات	صعوبة التعبير لفظيا عن الانفعالات	التحدث عن الانفعالات المصاحبة للمرض	استثمار الحديث حول الأعراض المرضية	وصف الأحداث اليومية	أحداث ومواضيع متعلقة بالمرض	التعبير عن الانفعالات أثناء الأحداث اليومية	أحلام اليقظة	غياب أو ندرة الأحلام	ظهور مضامين لأحلام معينة
الحالة 1	قبل العلاج البيوطاقوي	%0	%100	%0	%100	%20	%80	%53,33	%46.66	%0	%0	%100	%0
	بعد العلاج	%75	%25	%71,71	%28,29	%62.50	%37,50	%90	%10	%0	%25	%25	%75
الحالة 2	قبل العلاج البيوطاقوي	%33.33	%66.66	%0	%100	%37.50	%62.50	%46.15	%53.84	%0	%0	%50	%0
	بعد العلاج	%62.50	%37.50	%77.77	%22.22	%42.85	%57.14	%87.50	%0	%12.50	%75	%66.66	%33.33
الحالة	قبل العلاج	%22.22	%77.77	%0	%100	%33.33	%30	%77.77	%22.22	%0	%0	%100	%0

3	البيوطاقوي												
	بعد العلاج	%72.72	%27.27	%33.33	%66.66	%66.66	%70	%37.50	%50	%12.50	%50	%50	%50
الحالة	قبل العلاج البيوطاقوي	%0	%100	%0	%14.28	%0	%100	%70	%30	%0	%0	%50	%0
4	بعد العلاج	%62.50	%37.50	%100	%85.27	%57.14	%42.85	%100	%0	%0	%40	%33.33	%66.66

جدول رقم (72): مؤشرات الألكستيميا الخاص بالرورشاخ (R.A.S) للحالات الأربع قبل و بعد العلاج البيوطاقوي

النتائج	مؤشرات الألكستيميا	معدل الإجابات	الحالة 1	الحالة 2	الحالة3	الحالة 4
قبل العلاج البيوطاقوي	عدد الإجابات (R)	(30-20)	10	9	7	9
	الحركة البشرية K	3-1	0	1	0	0
	الإجابات اللونية c, c'	4-2	0	0	0	0
	الاجابات اللونية الشكلية cf, fc	cf < Fc	2	2	1	0
	الإجابات الشكلية F+	ش+ = 80%	5	1	4	6
بعد العلاج البيوطاقوي	عدد الإجابات (R)	(30-20)	18	22	18	14
	الحركة البشرية K	3-1	3	3	2	2
	الإجابات اللونية c, c'	4-2	5	4	0	2
	الاجابات اللونية الشكلية cf, fc	cf < Fc	1	3	1	3
	الإجابات الشكلية F+	ش+ = 80%	2	5	10	4

إن الهدف والأساسي في هذه الدراسة هو التأكد من مدى فعالية العلاج البيوطاقوي على الألكستيميا لدى فئة المراهقين المصابين بالربو.

ويتضح ذلك من خلال استعراض النتائج و مقارنتها بين القياس القبلي و القياس البعدي ضمن الجداول الموضحة ، ومن هنا سنستعرض أثر العلاج البيوطاقوي وفق أبعاد وخصائص الألكستيميا ضمن الأهداف المسطرة في الدراسة.

5_1: مناقشة وتفسير النتائج وفق الهدف الأول

يتمثل الهدف في التحقق من مدى فعالية العلاج البيوطاقوي في تسهيله للمراهق المصاب بالربو في التعرف على انفعالاته و أحاسيسه و التعبير عنها لفظيا.

فمن خلال نتائج الأدوات الثلاث، نجد أن كل الحالات تحسنت على مستوى هذا البعد، حيث صارت الحالات تستطيع أن تعتبر عن معاناتها وانفعالاتها فتتضح في بعض أقوالهم "غاضتني روحي"، "المهم أنا نكون فاهمة روحي"، "كي نكون فرحانة نفرح"، و"نحس روحي خفيفة" و"كينتقلق يبان عليا" "حتى واحد ما رايح يفهم أحاسيسي غير أنا اللي نفهمها"."الحاجة اللي تفرحني نفرح بيها" و"نحس بروحي خفيف"، "كي نحزن نحس روحي قلقان بزاف".

فحسب (Sifneos,1995) فإن الأشخاص الألكستيميين هم أشخاص عاجزون عن ربط صورهم أو تمثيلاتهم الذهنية بانفعالاتهم، وفي نفس السياق يوضح Corcos (2000) أن مفهوم الالكستيميا بأربعة أبعاد، من بينها عدم قدرة الشخص على تحديد انفعالاته والتعبير عنها.

فالحالات بعد العلاج البيوطاقوي أبدوا عكس ما وضحه العلماء فيما يخص بعد صعوبة التعبير لفظيا عن الانفعالات والذي يعتبر السمة الأساسية للالكستيميا.

وعليه فإن العلاج البيوطاقوي تمكن من تحرير الانفعالات الكامنة وتحسين الوظيفة المعرفية للجانب العصبي في معالجة وتفسير الانفعالات، "العلاج البيوطاقوي التحليلي هو طريقة نفسجسدية، تستخدم الجسد والنفس وتسمح بإنشاء تفاعلات بينهما، هدفها هو السماح بسير الطاقة المثبطة أو الموقفة بسبب صراعات قديمة لم تحل من أجل الوصول إلى تناسق وانسجام عاطفي علائقي انفعالي، شخصي..." (Tonella, 1994, p80) كذلك أكد (Lowen,1977,p46) في كتابه la bioénergie لا نستدخل العمل على الجسد فقط، بل يتعدى إلى العلاقات التفاعلية والسيرورات الذهنية للمتعالج، لكن كل بعد يفهم ويترجم مقارنة بالأبعاد الأخرى، فالعلاج البيوطاقوي يتأصل في واقع الجسد ووظائفه الحركية والتعبيرية .

في أغلب الحالات وفي بداية العلاج كانت الطاقة الجسدية ضئيلة فالحالات كانت تحس بالشعور بالوقوع، أثناء تمارين التجذر (L'enracinement)، فعلامات التحسن بدأت منذ الأسبوع السادس، أما خلال التمارين التعبيرية فإن الحالات في البداية أبدت تثبيطا في انفعالاتها وتعبيراتها الجسدية، فبدأ من الجلسة رقم 12، فمثلا الحالة الثالثة في البداية أغمي عليها لعدم مقدرتها على التعبير عن انفعالاتها جسديا وحتى لفظيا ثم بعد ذلك أغمي عليها، وفي مرحلة أخرى صارت تبكي، وفي مرحلة أخرى صارت تضرب برجليها، وفي مرحلة أخرى صارت تشتم أمها في حالة هستيرية، وفي الأخير بعد إجراء مقابلة بعد كل جلسة صارت تصرح بأحاسيسها ومشاعرها.

حيث يوضح (Lowen) سيرورة العلاج البيوطاقوي فيصرح بأن هذا العلاج يوافق بين عمل الجسد والنفس من أجل مساعدة الفرد على حل مشاكله العاطفية والانفعالية وعلى تحقيق اللذة والسعادة.

وقد تعمق (Tonella) في وظيفة الذات وتحرير عملها من خلال وظائفها التمثيلية الانفعالية الحركية والحسية.

وفي هذا المستوى فالوظيفتان الانفعالية و التمثيلية مهمتان لسيرورة التمثيل، حيث يرى (Damasio 1999) أن الوظيفة الانفعالية من خلال المظاهر العاطفية، تقوم بإنشاء وتعديل الذات من خلال وجداناتها، فتعمل على الارصان النفسي للمعلومة المعرفية، ومن خلال مجموع المظاهر الانفعالية العاطفية، والوجدانية، تقوم بوظيفة التواصل الذاتي مع المحيط الاجتماعي.

وعليه فمن خلال هذه السيرورة العلاجية تتحرر الوظيفة الانفعالية والتمثيلية وتسمح بإدراك الانفعالات والأحاسيس وتسهل التعبير عنها لفظيا.

وقد وافقت نتائج دراستنا دراسة (Abusari,2001) حيث قامت بعلاج طفلة مصابة بالربو لمدة 15 يوما بمعدل جلستين في اليوم من خلال تضييق العلاج النفسي الجسدي (السوفرولوجيا)، حيث تمكنت من التعبير لفظيا عن انفعالاتها ومعاناتها بخلاف ما كانت عليه قبل العلاج، (صامتة ولا تستطيع التعبير عن انفعالاتها).

كذلك توافق دراسة (شكاي، 2012) حول أثر الاسترخاء السيكوسوماتي على الألكستيميا لدى المراهق المصاب بالسمنة، حيث أوضحت نتائج دراسته تحسن قدرة الحالات بالتعبير عن انفعالاتهم لفظيا.

وكذلك جاءت دراستنا موافقة لدراسة (Grabe et autres,2008)، حيث هدفت دراستهم إلى تقييم العلاج النفسي الجماعي الدينامي على أشخاص لديهم سمة الألكستيميا وبعد 03 استعرض العلاج، خفت درجة الألكستيميا لديهم، لكنهم عانوا من أزمات نفسية عند تفريغهم الانفعالي.

5_2: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة على ضوء الهدف الثاني

ويتمثل الهدف في الكشف عن مدى فعالية العلاج البيوطاقوي في السماح للمراهق المصاب بالربو التمييز بين انفعالاته وأحاسيسه الجسدية.

ففي هذه الخاصية نستطيع أن نلمس نتائج العلاج البيوطاقوي من خلال مضمون مقابلات الحالات، حيث نجد أن أغلب الحالات تحسنت بعد العلاج البيوطاقوي، فصارت تتحدث عن الانفعالات المصاحبة للمرض أكثر من حديثها عن الأعراض المرضية، ولكن بنسب متفاوتة، ما عدا الحالة الثالثة، التي بعد العلاج في المقابلات زاد حديثها أو استثمارها حول الأعراض المرضية، والذي قد يكون نمط تفكير أو أن العلاج لم يحرر الجانب المعرفي للانفعالات هذه الحالة.

وفي هذا الصدد يرى (Numia) أن الألكستيميا هي عدم القدرة على تمييز ووصف الانفعالات لفظيا، حياة هوامية محددة ونمط معرفي عملي موجه بالدرجة الأولى إلى الأعراض الجسدية.

ففي الحالة الثالثة نجد من خلال اختبار الرورشاخ الإجابات اللونية الشكلة واللونية المحضة بعد العلاج توجد إجابة فقط ما يفسر أن لديها نقص في التعبير عن الانفعالات.

حيث يبين (Acklain) أن الإجابات اللونية تبين الحياة الانفعالية ومدى تطابق التمثيلات مع الوجدان وانخفاضها يبين صعوبة في التعبير عن الحياة الوجدانية.

كذلك كثرة استثمار الحديث حول المرض والأعراض وعدم القدرة عن التعبير عن الانفعالات المقترنة بمعاناة المرض.

وهنا يوضح (Luminet) أن الألكستيميا ترجع إلى القصور في المعالجة المعرفية للانفعالات وتشير إلى الصعوبة في التمييز بين الانفعالات والإحساسات الجسدية الناتجة عن الاستثارة الانفعالية وصعوبة الإحساس بانفعالات الآخرين، مع قلة عمليات التخيل والأسلوب المعرفي الذي يتسم بالبساطة والنفعية والتوجه نحو الخارج.

ولتوضيح عمل العلاج البيوطاقوي سنستند على مبادئ العلاج العلاج البيوطاقوي، فحسب (Lowen,1978) ومن خلال أبحاثه فإن العلاج البيوطاقوي يهدف إلى اكتشاف القدرات التي تحافظ على الحياة الحيوية والتعبيرية المحبوسة أو المقلصة، من طرف دفاعات نفسية، ترمي إلى اتجاه ما يقابله في الذرع العضلي، أو مجموعة من الضغوطات المزمنة التي تقلل أو تزيد من حيوية الجسم، وبالتالي قدرة الشخص على التعبير وإيجاد اللذة في الحياة وكذلك صرح تلميذه (Tonella) على أن تحرير وظيفة الذات التي لها واجهة مع المحيط ومع الجسد.

فيؤكد(Tonella) أنه يجب أن يكون تكامل وتفاعل بين وظائف الذات (الحسية، الحركية، الانفعالية والتمثيلية)، فعند تنشيط الذاكرة الانفعالية والتمثيلية، تحرر انفعالات وأحاسيس المريض ليولد طاقة تعطي دينامية لحياته العاطفية والجسدية.

ويقابلها الذاكرة العرضية التي تأخذ بعين الاعتبار التشكيلات الجسدية السلوكية المرتبطة بأنماط التعلق مسجلة على كل بصمة حركية ونماذج تفاعلية تشكلت خلال مرحلة ما قبل اللغة وسجلت في الذاكرة "لاشعور معرفي" فتصبح منظمة للتبادلات المستقبلية وبالتالي تدخل في شكل إدراك مصور (Tonella, 2015. P92)

ففي العلاج البيوطاقوي نركز على اللاشعور المعرفي وانتاجاته الجسدية والتفاعلية. فتنشيط الذاكرة الدلالية والتي تقوم بتشفير التمثيلات النفسية بدءا من ظهور اللغة المنطوقة وباشتراك التمثيلات يشكل تفكيرا معقدا.

وعليه فإن تفعيل العلاج البيوطاقوي لوظائف الذات وإقرانها بالذاكرات المناسبة سواءا الإجرائية والدلالية بالانسجام بين هذه الذاكرات إلى توازن في انفعالات الشخص سلوكاته وطاقته الجسدية.

هذا ما يفسر قدرة الحالات بعد العلاج البيوطاقوي على تمييز انفعالاتهم وأحاسيسهم الجسدية حيث لما يعجز المريض السيكوسوماتي التعرف على انفعالاته والتعبير عنها فيعوضها بالحديث حول آلام مرضه، كنوبات الربو والأدوية المقترنة بها.

5_3 مناقشة وتفسير النتائج حسب الهدف الثالث

و يتمثل في الكشف عن فعالية العلاج البيوطاقوي في التخفيف من الوصف الدقيق للأحداث والأعراض لدى المراهق المصاب بالربو.

إن أغلب الحالات بعد العلاج البيوطاقوي، انخفضت نسبة الألكستيميا لديهم، والذي يتضح في محور التفكير الموجه نحو الخارج (التفكير العملي).

وبالنسبة لمضمون المقابلات فإن الحالات بينت انخفاضا في نسبة وصف الأحداث الدقيق للأحداث والأعراض المتعلقة بالمرض: وبتحليل هذا البعد إلى مؤشرات فإننا نجد فيما يخص المؤشر المتعلق بوصف الأحداث اليومية، فقد انخفضت النسبة المئوية للحالة 3 فقط أما الحالات الأخرى فقد زادت نسبها، لكن هذه النسب الكمية لا تعبر عن مضمون عبارات المقابلات، فإن الحالات صارت تتحدث عن الأحداث اليومية بكل طلاقة، ولكنها أضافت سلوكات أخرى، لم تكن لديها قبل العلاج

البيوطاقوي، فقد أعطونا سلوكات وأفعال متعلقة بالقيام بأعمال يومية متعلقة بممارسة الرياضة، وكذا ظهور ابتسامات أثناء الحديث معهم، كذلك صار لديهم أصدقاء، وأصبحوا يتفرجون على التلفاز ويلعبون الألعاب الإلكترونية وهذه الممارسات لم تكن من قبل، ما يجعلنا أن نفترض بأن الانطواء ليس طبع لديهم وإنما يكون متعلقا بسمة الألكستيميا.

وهذا دليل على أن سيرورة الألكستيميا خفت لديهم، ويتضح ذلك كذلك من خلال الخاصية الثانية والمتمثلة في وصف الأحداث والمواضيع المتعلقة بالمرض فإن كل النسب منخفضة أي دلالة بعد العلاج البيوطاقوي، أن استثمار حديث الحالات عن المرض قد قل، وبالتالي تحسنت قدرتهم على التعرف عن انفعالاتهم وزادت قدرتهم على التعبير لفظيا عنها ويتضح ذلك من خلال ظهور خاصية التعبير عن انفعالاتهم أثناء الأحداث اليومية لدى الحالتين الثانية والثالثة.

ومن خلال اختبار الرورشاخ حسب Acklain، فانخفاض الإجابات في البروتوكول، دلالة على عدم قدرة المفحوص على التعمق واقتصاره على التفكير العملي.

لكن في كل الحالات نجد أن إجاباتهم زادت واقتربت من المعدل ما عدا الحالة الرابعة، فقد زادت إجاباتها من 9 إلى 12، لكن تبقى أقل من المعدل [20_30].

فالوصف المفصل للوقائع يسجل كجزء من إطار التوضيح العاطفي للخطاب وجفاء سردي، تراكم السرد الواقعي وبدون هوام أو خيال أو رمز، مع الميل لوصف الظروف المحيطة بالأحداث، فالفقر الوجداني يؤثر على خطاب المتكلم، فهذا الخطاب الواقعي لا يحمل بالضرورة على المجال الجسدي، ولكن يمتد إلى مواضيع أخرى شريطة أن هذا لا يثير البعد العاطفي، فهو خطاب يبدو أنه يعكس الفكر الملموس المحض والذي يخص التفكير العملي (Farges, 2000, p50)، هذه الميزة الأساسية كذلك لسمة الألكستيميا قد انخفضت لدى الحالات بعد العلاج البيوطاقوي.

حيث يصف (Marty, 1966) أصحاب هذا التفكير أنهم يفشلون في التمييز بين مشاعرهم وأحاسيسهم الجسدية فالوصف اللامتناهي للأعراض الجسدية والوصف المفصل للأحداث ناتج عن ضعف قدراتهم الخيالية والتركيز على الآنية بسبب الانفصال عن الحياة الهوامية.

كذلك يؤكد (Sifneos,1973) بأن الاضطراب الجسدي هو تعبير عن الاضطراب النفسي، فقد يصف الفرد حالته الجسدية بكل سهولة، لكنه لا يستطيع أن يذكر شيئا مما يضيقه أو يقلقه.

وعليه فإن العلاج البيوطاقوي قام بتحرير سيرورة التعقيل وإعادة إرصان الجهاز النفسي لدى الحالات الأربع قد وضح (Lowen)، أن المهم في معرفة شخص أو بالأخرى معرفة طبعه هو طريقة تعبيره لذاته.

وهذا التعبير عن الذات يرجع إلى مدى عفويته في التعبير لغويا عن أفكاره وطريقة ايصاله لانفعالاته وأحاسيسه من خلال جسده، تعابير جسده (ايماءاته)، أين يحتل الجسد المكانة الهامة في إيصال هذا التعبير، فإن الشخص الذي يمتلك عفوية وسهولة في إيصال انفعالاته هو الشخص الذي يستطيع أن يرجع إلى حياته الداخلية ويجد التمثيلات المناسبة لذاته وبالتالي يعبر عنها لفظيا وجسديا ويعتبر الجسد واجهة حقيقية لهذه التعبيرات (Lowen, 1977, pp235-236).

كذلك يعتبر (Lowen) أن الحركية والدينامية في الجسد مقترنة بكمية الطاقة الجسدية من أجل الحركة وأداء الوظائف.

و عليه فإن العلاج البيوطاقوي حرر طاقة جسدية متشبعة بالانفعالات، حيث قام بإرصان التوظيف النفسي، مما يسمح بتحرير التمثيلات المناسبة للوجدان وهو ما يسمح للحالات بتحرير انفعالاتهم والتعبير عنها لفظيا والتخلص من آثار سمة الألكستيميا.

5-4 مناقشة وتفسير النتائج وفق الهدف الرابع

ويتمثل في الكشف عن مدى فعالية العلاج البيوطاقوي في تنشيطه لسيرورة الحياة الخيالية لدى المراهق المصاب بالربو. فمن خلال مقارنة نتائج الأدوات، ونخص بالذكر مضمون المقابلات من ناحية أحلام اليقظة وكذا نوع الأحلام، ومن خلال اختبار الرورشاخ وفق مؤشر إجابات الحركة البشرية K، أما مقياس الألكستيميا، فهو لا يحتوي على بعد الحياة الخيالية. فنجد أن كل الحالات ظهرت لديها الأحلام و أحلام اليقظة بعد العلاج البيوطاقوي لكن بنسب متفاوتة.

وعلى مستوى مقياس الرورشاخ، فإن الحركة البشرية جاءت بمعدل 2 إلى 3 إجابات في البروتوكول وهي في المعدل [1_3] في البروتوكول (Anzieu,1974). فحسب (Acklain,2007) انخفاض عدد إجابات الحركة البشرية، دلالة على فقر في الحياة الهوامية ونشاط خيالي ضيق، ولكن في حالاتنا بعد العلاج فإن العدد هو في المعدل ما يدل على عودة الحياة الهوامية، والنشاط الخيالي وفيما يخص الأحلام فقد ظهرت مضامين لبعض الأحلام والتي كانت قبل العلاج نادرة أو غائبة.

حتى ظهور كوابيس ليلية، لكن الحالات من قبل لم تكن تتذكر أحلامها، فهو مؤشر إيجابي لتفعيل الحياة الحلمية حين يوضح (Sifneos,1978) بأن الوظيفة الحلمية لدى المريض السيكوسوماتي تكون مجمدة، فلا يستطيع المريض التعبير عن حياته الحلمية ولا الانفعالية.

كذلك لما تنشط الحياة الخيالية، تظهر سلوكات جديدة لدى المرض كالابتسامة التي تكون غائبة لما تكون سمة الألكستيميا مسيطرة، فهي سيرورة تعرقل ظهور الوجدانات المناسبة.

حيث يوضح (Sami Ali, 1991) لما يكون كبت للوظيفة الخيالية وخلل في الاسقاط، يصبح الشخص عاجزا عن التعبير اللفظي، أحلام اليقظة، وغياب أو ندرة الأحلام ففي حالة الإرصان النفسي، تظهر مؤشرات عن إثراء الحياة الخيالية والتي تتضح من خلال ثراءه وفرة أحلام اليقظة، الحلم بمضامين مختلفة، الهوامات، الهلاوس والتخيلات، الطرفة والمزاح.

وفي حالاتنا ظهرت لدى حالتين ابتسامات، ما يدل على فعالية العلاج البيوطاقوي في تحرير الحياة الانفعالية للحالات.

وعلى مستوى الجهاز النفسي في الحلم يوضح (Marty) أن جهاز ما قبل الشعور هو المسؤول عن مرور تمثيل للنزوات والمكبوتات من ساحة اللاشعور إلى الشعور، فهذه التمثيلات تكون على شكل صور أو كلمات، لما يكون الجهاز ما قبل الشعور يضمن ديمومة ووفرة الطبقات مع مرونتها، وهذا ما يعرف بحسن التقبل.

أما الكوابيس فيعتبرها (Marty,1968) ناجمة عن عدم مقدرة جهاز ما قبل الشعور في ربط تمثيلات مناسبة، لكنها تبين كمرحلة في الإرصان النفسي .

فالعلاج البيوطاقوي قام بتفعيل وظائف الذات التمثيلية والانفعالية وتنشيط الذاكرتين العرضية والدلالية من حيث تعديل الإدراكات السلبية وإعطائها دلالات متعددة وباشتراك التمثيلات تسمح بتسهيل طريقتنا المعتادة في التفكير.

فحسب (Tonella,2011) فإن السيرورات العلاجية تستند على محتويات كل ذاكرة والعمل المنسجم أو غير المنسجم بين الذاكرات البيولوجية المعرفية والنفسية، أو بعض من محتوياتها وهذا الخلل يؤدي إلى اضطراب في انفعالات الأشخاص سلوكاتهم وطاقتهم الجسدية.

فعند تحرير الذاكرات ووظائف الذات تصبح هناك طاقة جسدية متحررة تسمح للشخص بالتعبير عن انفعالاته ووجداناته لفظيا وجسديا.

ومن خلال هذه الدراسة توصلنا لبعض النتائج، فمن خلال مضامين المقابلات القبلية نجد أن الأشخاص يبدون طبعا منطويا، لكن بعد العلاج ظهر أن الأشخاص استطاعوا أن يكونوا صداقات، فالطبع المنطوي يندرج ضمن سمة الألكستيميا و ليس كطبع متأصل لدى الحالات

و يؤكد ذلك اختبار الرورشاخ القبلي، فإن الحالات لديهم طبع منبسط، أو مختلط.

ما يبين أن الألكستيميا هي سيرورة تعرقل الأشخاص في التواصل مع الآخرين، من حيث عدم مقدرتهم على التعرف والتعبير عن انفعالاتهم ولا حتى على انفعالات الآخرين كذلك من خلال اختبار الرورشاخ، فنجد العلاج البيوطاقوي، مع زيادة الإجابات في البروتوكول، فبعد العلاج ظهرت الإجابات الجزئية التي كانت غائبة من قبل، ما يدل كذلك على قدرة الأشخاص على التعبير والإنتاج الشفوي.

كذلك بعد العلاج البيوطاقوي خفت حدة نوبات الربو عند أغلب الحالات، وانخفضت حتى عدد النوبات بعد العلاج إلى نوبة في 3 أشهر.

ما يبين أن أصل الربو عند هذه الحالات هو سيكوسوماتي ويرجع إلى سوء العلاقة (أم_ طفل).

وحسب (Marty) فإن علاقة الشخص المصاب بالربو هي اتكالية مع الأم ومتناقضة وجدانيا، حب وكره في نفس الوقت حب الاستيلاء على الموضوع وفي نفس الوقت نبذه .

هذه العوامل النفسية تبني سمة الألكستيميا لديهم، وبالتالي فالعلاج البيوطاقوي يحرر مخلفات الانفعالات والتمثيلات المرتبطة بهذه المرحلة، فالعلاج البيوطاقوي، عدل التنظيم النفسي وأدى إلى الإرصان النفسي، ما أدى إلى تحسن حالة الربو.

فهذه النتائج الخاصة بتحسن حالة الربو توافق دراسة (Abusari, 2001) حيث بعد علاج طفلة (10 سنوات) عدة 15 يوم وفق طريقة الوفرولوجيا، فقد اختفت نوبات الربو خلال فقرة العلاج.

وهنا نشير كذلك إلى دراسة (Lowen, 1977) حين قام بمعالجة حالة ربو تتعرض للاختناق عدة مرات، لكنها تجاوزت هذا الاختناق بمرور الجلسات، فخفت حدة النوبات والاختناق، حيث أوضح (Lowen) أنه بعد تحرير الانفعالات للمتعالج فقد استطاع أن يعبر جسديا من خلال ضربه للسرير ومن خلال تعبيره اللفظي عن انفعالات الغضب المكبوتة، كما أن حياته الخيالية تحسنت مع مرور الوقت.

إن العلاج البيوطاقوي يحرر الانفعالات المقموعة لدى المتعالج وهذه هي إشكالية المرضى السيكوسوماتين، فالعلاج البيوطاقوي قد ساهم في تعديل الوظائف المعرفية فمن المنطلق العصبي، يعدل سير تمثيل الأفكار وفق الفصين الأيمن والأيسر للدماغ، وبالتالي يسمح بإدراك الانفعالات وتمييزها.

وعلى المستوى النفسي، فقد ساهم العلاج البيوطاقوي في تنشيط التوظيف النفسي من خلال المقدرة على إعطاء التمثيلات المناسبة للانفعالات المقموعة وربطها بالوجدان، ما يسمح بتحرر الانفعالات والتعبير عنها لفظيا وجسديا.

وبالتالي ساهم العلاج البيوطاقوي في الإرصان النفسي وتعديل عمل جهاز ما قبل الشعور، ما سمح باختفاء أو تخفيف أعراض الألكستيميا، فتحررت الانفعالات وأصبحت الحالات تعبر لفظيا عن انفعالاتها، كما صارت تميزها عن أحاسيسها الجسدية.

كما تنشطت سيرورة الحياة الخيالية للحالات، من حيث ظهور أحلام وأحلام اليقظة وأسلوب الطرفة كذلك نشطت الهوامات للحالات واتضح ذلك من خلال اختبار الرورشاخ.

الإستنتاج العام

6-الاستنتاج العام

من خلال دراستنا والتي هدفت إلى التأكد من مدى فعالية العلاج البيوطاقوي على الألكستيميا لدى المراهق المصاب بالربو. وبعد تطبيق أدوات الدراسة على أربع حالات قبل وبعد العلاج البيوطاقوي توصلناإلى النتائج التالية :

- أغلب الحالات انخفضت نسبة الألكستيميا لديها وفق مقياس الألكستيميا (TAS-20).
- إن أغلب الحالات صارت قادرة على التعرف على انفعالاتها وأحاسيسها و التعبير عنها لفظيا.
- ساهم العلاج البيوطاقوي في السماح للمراهقين المصابين بالربو التمييز بين انفعالاتهم وأحاسيسهم الجسدية.
- إن العلاج البيوطاقوي خفف من الوصف الدقيق للأحداث والأعراض لدى حالات الدراسة.
- اتضحت فعالية العلاج البيوطاقوي، من خلال تنشيطه لسيرورة الحياة الخيالية لدى لدى حالات الدراسة: من خلا ظهور أحلام اليقظة، كوابيس ليلية و ظهور مضامين لبعض الأحلام.
- كذلك ظهور أسلوب الطرفة بعد العلاج البيوطاقوي و المتمثل في الابتسامات لدى أغلب الحالات، الذي كان غائبا من قبل.
- إن الطبع المنطوي هو تابع لسمة الألكستيميا وليس سمة سائدة لدى الحالات، فبعد العلاج البيوطاقوي أصبح لدى الحالات أصدقاء ، و ما يثبت ذلك نتائج نمط الرجع الحميم في الاختبار القبلي للرورشاخ للحالات : الحالة 1 نمط منبسط مختلط ، الحالة 2 نمط متساوي و الحالتين 3 و 4 نمط مضيق.
- كذلك بعد العلاج البيوطاقوي خفت حدة نوبات الربو عند أغلب الحالات، وانخفضت حتى عدد النوبات بعد العلاج إلى نوبة في 3 أشهر.
- إن العلاج البيوطاقوي يحرر الانفعالات المقموعة لدى المتعالج وهذه هي إشكالية المرضى السيكوسوماتين، فالعلاج البيوطاقوي قد ساهم في تعديل الوظائف المعرفية فمن المنطلق العصبي، يعدل سير تمثيل الأفكار وفق الفصين الأيمن والأيسر للدماغ، وبالتالي يسمح بإدراك الانفعالات وتمييزها.
- وعلى المستوى النفسي، فقد ساهم العلاج البيوطاقوي في تنشيط التوظيف النفسي من خلال المقدرة على إعطاء التمثيلات المناسبة للانفعالات المقموعة وربطها بالوجدان، ما يسمح بتحرر الانفعالات والتعبير عنها لفظيا وجسديا.

وبالتالي ساهم العلاج البيوطاقوي في الإرصان النفسي وتعديل عمل جهاز ما قبل الشعور، ما سمح باختفاء أو تخفيف أعراض الألكستيميا، فتحررت الانفعالات وأصبحت الحالات تعبر لفظيا عن انفعالاتها، كما صارت تميزها عن أحاسيسها الجسدية.

مراجع الفصل

- Luminet,O. Delphine,v. Nicolas,V.(2013), l'alexithymie, France, Deboek
- Sifneos, P.E. (1977). Psychothérapie brève et crise emotionnelle. Bruxelles : Margada.
- Corcos, M., Jeammet. P. (2003), Les conduites de dépendance : dimensions psychopathologiques communes, Masson
- FARGES, F et autres :(2000) Dépendance et toxicomanie, Masson.
- Mc Dougall, j. (1989).théâtre du corps : le psychosoma en analyse. Paris : Gallimard.
- Marty, P et M'uzan.(1963).La pensée opératoire. Revue française de psychanalyse.40.354-356. Retiré par le site : https://www.rfpsy.fr/la-pensee-operatoire/, (15.05.2019).
- Freud, S. (1966). Cinq leçons sur la psychanalyse. Paris : Payot.
- Marty,P.(1998). L'ordre psychosomatique.France, Payot.
- Sami-Ali ,M(2004), De la projection , France, Dunod.
- Sifnéos,P.(1974), Short Term Psychotherapy & Emotional Crisis, Harvard University Press.
- Lowen, A. (1977). La bioénergie. France : Editions Tchou.
- Tonella, G.(1994).l'analyse bioénergétique. France : Bertrand Morisset
- Sami-Ali ,M(1980), Le banal, France, Gallimard.
- Freud, S.(1989). L'interprétation des rêves . France :France Loisirs.
- Saziouk, A. (1994). Abrégé du test de Rorschach. Sherbrooke : Cascatelle.
- Finkelstein-Rossi, J, Fernandez. L. (2011). Techniques projectives : 12 cas cliniques. France : Collectif CNRS Editions.
- Anzieu, D.(1974) .Les méthodes projectives . Paris :P.U.F
- Richelle, J. Et auutres.(2009). Manuel du test de Rorschach. Bruxelles : De boeck.
- M.W Acklin et al. (1994). Some Contributions of Cognitive Science to the Rorschach Test. Rorschachiana Journal of the International Society for the Rorschach 19(1):129-145.
- Farges, F et autres :(2000) Dépendance et toxicomanie, Masson.

- Bergert, J. (1987). La Personnalité Normale Et Pathologique. Paris : Dunod.
- Rausch de Traubenberg .(1990). La pratique du rorschach. Paris :Puf.
- Chabert, C. (1990). Le Rorschach en clinique adulte : Interprétation psychanalytique.Paris : Dunod.
- Porcelli , P., Meyer.G. (2002). Construct validity of rorschach variables for alexithymia. Psychosomatics Sep-Oct;43(5):360-9. doi: 10.1176/appi.psy.43.5.360.
- Damasio, A. R. (1999). The Feeling of What Happens Body and Emotion in the Making of Consciousness. New York Harvest edition.
- ABUSARI, F.Z. (2001). L'approche psychosomatique de l'enfant asthmatique, Revue Science Humaine. n°15, juin (2001), 29-37.
- Chekkai, B.(2012). L'impact de la relaxation psychosomatique sur l'alexithymie de l'adolescent obèse. Magister, Département de Psychologie et des sciences de L'éducation : Université Mentouri. Constantine .

خاتمـة

خاتمة

هدفت دراستنا إلى توضيح مدى فعلية العلاج البيوطاقوي في التخفيف من سيرورة الألكستيميا لدى المراهق المصاب بالربو، حيث خفت أعراض الألكستيميا لدى الحالات من خلال مقدرتهم على التعرف على انفعالاتهم و التعبير عنها لفظيا ، ما سمح لهم التمييز بين التعبير عن أحاسيسهم وعن أعراضهم الجسدية المرضية، كذلك قلت سيرورة التفكير العملي و الذي يتميز باستثمار الحديث حول المرض و أعراضه ، ووصف الأحداث اليومية بشكل واقعي و آلي خال من المشاعر و الأحاسيس، فبعد العلاج صار معظم الحالات يتحدثون عن نشاطاتهم اليومية مع ظهور سلوكات جديدة كالابتسامة و أسلوب الطرفة مع الحديث عن وجود علاقة صداقة و التي كانت غائبة من قبل .

أما بالنسبة للحياة الخيالية، فبعد العلاج البيوطاقوي صار لدى الحالات أحلاما بمضامين مختلفة مع ظهور كوابيس، وبالنسبة لأحلام اليقظة فظهرت لدى معظم الحالات عند تفكيرهم بالمستقبل في ين قبل العلاج كان حديثهم منحصرا حول الحاضر فقط.

بعد العلاج خفت عدد نوبات و أزمات الربو في أغلب الحالات، مع اختفائها في حالتين. وبما أن العلاج البيوطاقوي هو علاج نفسي جسدي تحليلي هدفه الأساسي هو تحرير الانفعالات المقموعة.

وباعتبار أن الألكستيميا سمة أساسية في الأمراض السيكوسوماتية تتمثل في صعوبة التعبير عن الانفعالات و التعبير عنها لفظيا. فإن العلاج البيوطاقوي قام بتنشيط التوظيف النفسي للحالات وقام بالإرصان النفسي ، فتمكن من تحرير الانفعالات الكامنة و حسن الوظيفة المعرفية نن الجانب العصبي في معالجة و تفسير الانفعالات ، فقام بدور الوسيط بين تمثيل النزوات و المكبوتات و الرغبات المقموعة في اللاشعور و جعلها متمثلة على مستوى الشعور من خلال الوجدان على شكل انفعالات و ايماءات .

حيث نشط العلاج البيوطاقوي السيرورات المعرفية العصبية و حسن وظيفة سير المعلوات و ترجمتها بين فصي الدماغ الأيمن و الأيسر، حيث يصبح المريض مدركا لمعنى المفردات من الناحية العاطفية و العصبية.

و عليه فالعلاج البيوطاقوي قام بتحرير الوظيفة الانفعالية و الخيالية، من خلال الإرصان النفسي للمعلومات المعرفية ، من خلال مجموع المظاهر الانفعالية، العاطفية ، الوجدانية و العصبية و التي تقوم بوظيفة التواصل الذاتي مع المحيط الاجتماعي.

فمن خلال فعالية العلاج البيوطاقوي في تحرير الانفعالات مع تحرير طاقة جسدية تنعكس ايجابا على المستوى الوجداني وعلى المستوى العصبي. وبالتالي يقوم بتعديل سيرورة الألكستيميا لدى المصاب بالبربو الذي يعتبر مرضا سيكوسوماتيا، مايفتح آفاقا لتطبيق العلاج البيوطاقوي على مختلف الأمراض السيكوسوماتية .

وعليه نقترح جملة التوصيات :

- تطبيق هذا العلاج على الأمراض السيكوسوماتية لأنه يعدل سيرورة الألكستيميا كونها سمة لأساسية في الأمراض السيكوسوماتية.
- إجراء دراسات مقارنة بين العلاج البيوطاقوي مع مختلف العلاجات الجسدية الأخرى: كالسوفرولوجيا و (la biofeedback) للوصول إلى أنجع الطرق في العلاج.
- عقد ملتقيات وطنية و دولية لمناقشة فعالية العلاج البيوطاقوي في علاج مرض الربو بصفة خاصة و على الأمراض السيكوسوماتية بصفة عامة.
- ضرورة إقران العلاج النفسي الجسدي مع العلاج الدوائي في الأمراض المزمنة و السيكوسوماتية.

قائمة المصادر

والمراجع

أولا: المراجع باللغة العربية

- جون أيرس.(2013). الربو(هنادي مزبودي،مترجم).الرياض، السعودية: دار المؤلف
- حبيب دراجي.(22 ماي 2017).الربو و أمراض الحساسية. جريدة الوطن، ص.12
- عبد الباسط كتفي،(2021)، الربو استرجع من موقع https://elhiwar.dz/featured/203533/ (15.03.2018)
- فاسي أمال (2016). الإكتئاب الأساسي والألكستيميا لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز. رسالة دكتوراه دولة، قسم علم النفس و علوم التربية، جامعة منتوري، قسنطينة.
- محمد أحمد النابلسي.(1988)، مباديء البسيكوسوماتيك و تصنيفاته، الجزائر، دار الهدى.
- مرزاق غراووط.(2013)، انتشار الربو في الجزائر.جريدة المساء، ص. 22 .

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية

- Abusari, F.Z. (2001). L'approche psychosomatique de l'enfant asthmatique, Revue Science Humaine. n°15, juin (2001), 29-37.
- Ainsworth, Mary D. Salter. (2009) *Patterns of attachment : a psychological study of the strange situation*, Psychology Press.
- Alexander, F.(1970).la médecine psychosomatique. Paris : Payot.
- Alvin, P. Marcelli,D.(2005), Médecine de l'adolescent, France, Elsevier Masson
- Anzieu ,D et Séchaud, E.(1995).le moi peau, France, Dunod
- Anzieu, D.(1960) .Les méthodes projectives . Paris :P.U.F.
- Aouadi, S. (2015). Impact of alexithymia on asthma managment, European Respiratory Journal. 46 : DOI: 10.1183/13993003
- Berger, p. et autres.(2017), Ultrastructure mitochondriale du muscle lisse bronchique chez l'asthmatique sévère et non sévère : étude quantitative en miscroscopie électronique à transmission. Revue des Maladies Respiratoires. Volume 34, p A26-A27 doi.org/10.1016/j.rmr.2016.10.056 .
- Bersnavite, M. (2000). Exploring the benefitsof group psychotherapyin reducing alexithymia in coronay heart disease patient : A preliminarystudy. Psychotherapy and psychosomatics,69, 117-122.

- Bigot,S(2010). Le rôle du stress dans la lombalgie chronique, l'asthme et l'obésité: Approches biologiques et approche psychosomatique, France, Editions Universitaires Européennes.
- Boutin, H. et Boulet, L.P. (1993), Comprendre et maîtriser l'asthme. Paris : Presses Université Laval.
- Bowlby,J. (2002).Attachement et perte. Paris :Puf.
- Chateaux, V.(2007). Perception de la maladie chez des enfants asthmatiques et leurs parents. Revue Enfance; Psychologie, Pédagogie, Neuropsychiatrie, Sociologie 59(2)
- Chekkai, B.(2012). L'impact de la relaxation psychosomatique sur l'alexithymie de l'adolescent obèse. Magister, Département de Psychologie et des sciences de L'éducation : Université Mentouri Constantine
- clinique projective Franco-américaine. psychologie clinique et projective.(16).p.177-207.
- Corcos, M., Jeammet. P. (2003), Les conduites de dépendance : dimensions psychopathologiques communes, Masson
- Damasio, A. (1999). The feeling of what happens, body and emtions in the making of conciouness, Harcourt Brace and Company, New York : Harcourt Brace and Company.
- De Clerck, V. (1994). Analyse de transfert en analyse bioénergétique – entre Reich et Ferenczi, Lieu du corps, n°1, Paris : Ed Morisset.
- Dejours, C. (1986).le corps entre biologie et psychanalyse. Paris : Payot.
- Dutau, G.(2002), Guide pratique de l'asthme de l'enfant, France, Elsevier Masson.
- Ekman, P. (1992). An Argument for basic emotions, cognition and emotion,6, p.169-200.
- Etchelecou, B. (2007). Comprendre et pratiquer la sophrologie. France : InterEditions.
- Exner, J.R and Erdberg, p.(2005).The Rorschach. New jerzy :Hoboken.
- FARGES, F et autres :(2000) Dépendance et toxicomanie, Masson.
- Fréchette, L. (2017). Le relâchement des tensions en analyse bioénergétique Quelques exercices. Colloque sur la place du corps en psychothérapie. retiré sur : https://www.institutpci.com/wp-content/uploads/2017/12/Colloque_Review.pdf.

- French, T.M et Alexander, F.(1941).psychogenic factors in bronchical asthma, Washington :national research concil,
- Freud, S. (1966). Cinq leçons sur la psychanalyse. Paris : Payot.
- Freud, S.(1989). L'interprétation des rêves. France :France Loisirs.
- Frijda, N.H.(1984). The Emotion. England :Cambridge University Press.
- Gina,(2020),retiré du site : https://ginasthma.org/
- Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2010). Self-soothing and other-soothing in emotion-focused therapy for couples. In A.S. Gurman (Ed), Clinical casebook of couple therapy. New York, NY, US: Guilford Press, 255-280.
- Haynal, A., et Pasini, W. (1978). Abrégé de médecine psychosomatique : Masson.
- INSEE :(2003), Prévalence de l'asthme chez l'adolescent en France, retiré par le site : https://www.em-consulte.com/article/223989/prevalence-de-lasthme-chez-lenfant-en-france , (12.02.2019)
- Jouanne, C. (2006). L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif . Revue psychotropes, 12.p.193-209 : doi.org/10.3917/psyt.123.0193
- Karvonen, J. T(2007). Epidemiology of alexithymia among adolescents, Journal of Psychosomatic Research 63 (2007) 373 – 376 doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.01.018
- Kekkonen, V. (2021). Stability of alexithymia is low from adolescence to young adulthood, and the consistency of alexithymia is associated with symptoms of depression and dissociation, journal of psychosomatic Research ,sep ;25(15) : DOI: 10.1016/j.jpsychores.2021.110629
- Keleman, S. (1985) Emotional Anatomy. Berkeley, CA. Center Press.
- Kelly, C et autres. (2009) The Impact of Alexithymia on Asthma Patient Management and Communication with Health Care Providers: A Pilot Study, Journal of Asthma, 46:2, 126-129, DOI: 10.1080/02770900802468525
- Klein, M. (1995). Le transfert et autre écrits. Paris :Presse universitaire de France
- Knapp, P.H(1963). Asthmatic Child. New york : Harper and Row.
- Knapp, P.H, Muschatt, C., et Nemetz, S.J.(1966).Asthma, Melancholia and death.Psychosomatic Medecine,19,443.
- Kreisler,L.(1992), la psychosomatique de l'enfant,PUF
- Krystal, H. (1982/1983).Alexithymia and effectiveness of psychoanalysis treatment. International journal of psychoanalytic psychotherapy,9, p. 353-388.

- Krystal, H., (1988). Integration and Self-healing: Affect, Trauma, Alexithymia. Analytic Press, Hillsdale.
- Le plain de Warroux, A. (2012).l'alexithymie et la conscience du corps : Louvaine la-neuve.
- Levant, R.F. (1977). Men And Emotion.A psychoeducational approach.New York : Newbridge.
- Liart, M.(2012). Psychanalyse et psychosomatique :Le corps et l'écrit, France : L'armatthan.
- Lowen, A. (1977). La bioénergie. France : Editions Tchou.
- Lowen, A. (2015). La pratique de l'Analyse bioénergétique – Exercices. France : Enrick B.Editions.
- Lowen, A. (2017). La peur de vivre. France : Enrick B.Editions.
- Lowen, A.(1970). La dépression nerveuse et le corps. Suisse : Editions PRISMA
- Ludwing, V.B. (2012). Théorie générale des systèmes.(Chabrol, J.C,Trad).Paris :Dunod .
- Luigi, o.(2001). Prévention de la chronicité en psychosomatique : approche systémique de l'asthme infantile. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 2001/2 (no 27). de Boeck Supérieur, p 167-192.
- Luminet, O. (2004). Contrôle du diabète et alexithymie : le rôle de l'identification et de la verbalisation des émotions. Louvain médical, Vol. 123, no.8, p. 252-259 repéré sur le site : http://hdl.handle.net/2078.1/137989 , (12.01.2019).
- Luminet, O. (2008). Psychologie des émotions. Confrontation et évitement. Bruxelles : Deboeck.
- Luminet, O.(2013), L'alexithymie - Comment le manque d'émotions peut affecter notre santé. Bruxelles : De Boeck.
- Luminet, O.,Vermeulen, N., & Grynberg, D.(2013).L'alexithymie : comment le manque d'émotion peut affecter notre santé.1er ed. Bruxelle : de boeck.
- Luminet,O. Delphine,v. Nicolas,V.(2013), l'alexithymie, France, Deboek
- M'uzan, M. (1981), Relaxation et psychanalyse, Revue française de psychanalyse, Vol. 45, 2, p. 379-390.
- Mariage, A. (2008). Obésité et alexithymie à l'épreuve du Rorschach. Le poids des émotions. ScienceDirect, 2 (73), p 377-397 : doi : 10.1016/j.evopsy.2007.06.009

- Marty, P et M'uzan.(1963).La pensée opératoire. Revue française de psychanalyse.40.354-356. Retiré par le site : https://www.rfpsy.fr/la-pensee-operatoire/, (15.05.2019).
- Marty, P(1990), la psychosomatique de l'adulte. Paris : Presse universitaire de France.
- Marty,P(1991).de la crise de l'asthme à la crise de fou rire. Revue française de psychosomatique, 1991(1), 115-136
- Marty,P.(1990).la psychosomatique de l'adulte, France, Presse universitaire de France.
- Marty,P.(1998). L'ordre psychosomatique.France, Payot.
- Mc Dougall, j. (1989).théâtre du corps : le psychosoma en analyse. Paris : Gallimard.
- Molina, C. (1995) : L'allergie à l'aube du troisième millénaire. Paris. Eurotexte
- Nemiah, J.C. (1975).Alexithymia.Theorical consideration. Psychotherapy and psychosomatic, 28,p.199-206
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2005). The negative effect of alexithymia on the outcome of group therapy for complicated grief: What role.
- OMS.(2019).l'asthme.repéré sur le site : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/asthma, (02.03.2019).
- Pallies .J.(1972). Action psychothérapique chez l'adolescent bronchopathique, Psychotherapy and Psychosomatics. Vol. 21, No. 1/6 , pp. 256-260 : doi. 10.1159/000287693
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R . M. C. (1998).Alexithymia : Relationship with Ego Defense and coping styles.Journal of Comprehensive Psychiatry. 39 (2), 91- 98 .
- Pidienelli, J.L. (1992).psychosomatique et alexithymie. Paris : Press universitaire de France.
- Pinol-Douriez, M. (1984). Bébé agi-Bébé actif, Paris : Puf.
- Prudhomme, A.(2016). Maladies respiratoires : BPCO et asthme in Traité de santé publique. France : Lavoisier.
- Ranty, Y. (1994) : Les somatisations. Paris :L'harmattan.
- Reich, W. (1951). L'accumulateur de l'énergie de l'orgone Son usage scientifique et médical. Canada : UQAC.

- Reich, W. (1971). L'analysse Caracterielle. Paris :Payot.
- Reich, W. (1983). The Bioelectrical Investigation of Sexuality and Anxiety.New York : WRM Press.
- Salter- Ainsworth, M.D.(2014). Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation.USA : Psychology Press.
- Sami-Ali ,M(1980), Le banal, France, Gallimard.
- Sami-Ali ,M(1990). La déliaison psychosomatique. Revue Française de Psychanalyse, N°3, Presse universitaire de France.
- Sami-Ali ,M(2004), De la projection , France, Dunod.
- Sapir, M. (1993). La relaxation à induction variables. Paris : La pensée sauvage.
- Saziouk, A. (1994). Abrégé du test de Rorschach. Sherbrooke : Cascatelle.
- Finkelstein-Rossi, J, Fernandez. L. (2011). Techniques projectives : 12 cas cliniques. France : Collectif CNRS Editions.
- Richelle, J. Et auutres.(2009). Manuel du test de Rorschach. Bruxelles : De boeck.
- M.W Acklin et al. (1994). Some Contributions of Cognitive Science to the Rorschach Test. Rorschachiana Journal of the International Society for the Rorschach 19(1):129-145.
- Farges, F et autres :(2000) Dépendance et toxicomanie, Masson.
- Bergert, J. (1987). La Personnalité Normale Et Pathologique. Paris : Dunod.
- Rausch de Traubenberg .(1990). La pratique du rorschach. Paris :Puf.
- Chabert, C. (1990). Le Rorschach en clinique adulte : Interprétation psychanalytique.Paris : Dunod.
- Porcelli , P., Meyer.G. (2002). Construct validity of rorschach variables for alexithymia. Psychosomatics Sep-Oct;43(5):360-9. doi: 10.1176/appi.psy.43.5.360.
- Damasio, A. R. (1999). The Feeling of What Happens Body and Emotion in the Making of Consciousness. New York Harvest edition.
- Chekkai, B.(2012). L'impact de la relaxation psychosomatique sur l'alexithymie de l'adolescent obèse. Magister, Département de Psychologie et des sciences de L'éducation : Université Mentouri Constantine.
- Schafer, R., Schneider, C., Tress, W., and Franz, M.(2007). Cortical augmenting in alexithymicsubjects after unpleasant acoustic stimulation.journal of psychosomatic research,63,357-364.

- Serrano, J. (2006) . Alexithymia: a relevant psychological variable in near-fatal asthma.Eur Respir, Aug;28(2):296-302.
- Sifneos, P.E. (1977). Psychothérapie brève et crise emotionnelle. Bruxelles : Margada.
- Sifneos, P.E. (1987).Anhedonia and AlexithymiaM a potential Correlation, Neyw York :Publishin Corporation.
- Sifneos, P.E.(1973). The prevalence of Alexithymia charactristics in psychosomaticpatients. Psychotherapy and psychosomatics,22, 65-70
- Sifnéos,P.(1974), Short Term Psychotherapy & Emotional Crisis, Harvard University Taylor, G., Bagby, R.M :, and Parker, J.D.A.(1997).Disorderof affect regulation.Alexithymia in medical and psychiatric illness.Cambridge :Cambridge university Press
- Tenhouten, W.D :, Hoppe, K.D, Bogen,J.E., and Walter, D.O.(1986). Alexithymia :an experimental study of cerebral commisisurotmy patients and normal control subjects.Amercan journal of Psychiatry, 143, : 312-316
- Thronborg, and Mattson, M.(2010).Rating body awareness in person suffering from eating disorders :A cross-sectional study. Advances inphysiotherapy,12,21-34.
- Tonella, G.(1994).l'analyse bioénergétique. France : Bertrand Morisset
- Tonella, G., et Heinrich-clauer, V. (2018). Aux Fondements des Thérapies Corporelles : L'analyse bioénergétique de Lowen à nos jours. France : Enrick B.Editions.
- Tustin, F. (1989). le trou noir de la psyché, seuil.
- Tychey, C.(2010).Alexithymie et pensée opératoire, approche comparative.
- Vorst, H. C. M., & Bermond B. (2001). Validity and Reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. Personality and Individual Differences, 30, 413-434.
- White, P.H, Cooley, W.C.(2011). Supporting the Health Care Transition From Adolescence to Adulthood in the Medical Home. USA :National library of Medicine

- Zak, P.J :, Stanton, A.A., and Ahmadi, S. (2007). Oxytocin increases generosity in humans. plos One,2 1128.
- Zimmermann, G.(2008). L'alexithymie aujourd'hui : essai d'articulation avec les conceptions contemporaines des émotions et de la personnalitéAlexithymia today: Links with contemporary conceptions of emotions and personality revue psychologie française, Volume 53, Issue 1 ,p. 115-128

الملاحق

ملاحق خاصة بأدوات الدراسة

قبل العلاج البيوطاقوي

للحالات الأربع

ملحق خاص بتقطيع
المقابلات للحالات الأربع
قبل العلاج البيوطاقوي

ملحق رقم (01): تقطيع مقابلات الحالة الأولى قبل العلاج البوطاقوي

/ ما نعرف 2/ أنا نحب نكون وحدي 3/ كي نحب حاجة تفرحني نخبيها لنفسي 4/ تجيني شيء عادي 5/ الحاجة اللي ماهيش مليحة نحزن وحدي 6/ كل شيء عادي 7/ حاجة تفرّح ولا تحزن ما تهمنيش بزاف 8/ وتستمر الحياة 9/ الناس مايهمّونيش بزاف، 10/ عادي 11/ ماتهمنيش نظرة الناس 12/ مانتقاسم معاهم والو 13/ أنا لاتي بدراستي وصحتي فقط 14/ حتى بابا ومّا مانحكيش معاهم بزّاف. 15 / كي يزيد عليا المرض نحس بالضيقة 16/ ندير lavantoline17/ نزيد نشوف الطبيب. 18/ نشوف الطبيب نتاكلما شوية 19/ المهم الدواء هو اللي ينحي عليا 20/ الطبيب يقولي كي يزيد عليك الحال لازم تروح للمستشفى 21/ ساعات تجيني النوبات وحدها 22/ وسعات كي نقلق في وقت الامتحانات يزيد عليا الحال 23/ نحس صدري يضياق والنفس يتقطعلي 24/ نحس روحي رايح نموت. 25/ عادي كيما الناس 26/ كي نكون لاباس نحب نقرا 27/ نحب ندير الرياضة بصح المرض يمتعني 28/ يقولولي دير السباحة 29/ بصح المسبح بعيد وماعندناش الإمكانيات باه نروح

30/ نقراو نروح 31/ نلعب بـ Tablette32/ وإلا نراجع نراجع دروسي 33/ كي نكون مريض لازم نشرب الدواء نتاعي 34/ نتبع الطبيب Lavamtoline35/لازم ديما تكون معايا 36/ كي يزيد علينا الحال lavantolineوما تنفعش 37/ ساعات نبات في المستشفى بديرولي الأوكسجين 38/ ساعات نبات وساعات نروح 39/ هذا ما كان.

40/ أنا نحب الواقع ما نتخيلش بزاف 41/ كي نخمم في المستقبل نقول راهو بعيد 42/ إذا ننجح حاب نكون طبيب 43/ هذا ما كان 44/ أنا ما نحلم والو jamais46/تفكرت حلم.

ملحق رقم (02): تقطيع مقابلات الحالة الثانية قبل العلاج البوطاقوي

1/ مانعرف 2/ كي نحزن نبكي 3/ بصح ما نحب حتى واحد يشوفني، 4/ كي نفرح مانفرحش بزاف 5/ وتجيني عادي 6/ كي نكون مريض ونتألم نحب نكون وحدي.

7/ مانقدرش نبين الحالة نتاعي للناس 8/ نفضل العزلة 9/ وما نقول لحتى واحد 10/ كي نمرض بزاف تجيني النوبة يزرب بيا بابا للمستشفى 11/ أنا وساعات مانفهمش روحي 12/ مانقدرش نفهم روحي واش حاب.

13/ كيما يزيد عليا الحال نتقلق 14/ نخاف 15/ بصح ندير الأمل في الدواء والطبيب 16/ مانحبش نمرض 17/ بصح نتبع الطبيب 18/ والدواء نتاعي ديما نشربو 19/ و La vantoline ديما معايا 20/ نخاف تحكمني النوبة وأنا نقرا.

21/ في حياتي عادي 22/ نقرا 23/ نلعب في Tablette 24/ ساعات عند الطبيب 25/ والدواء نتاعي ديما نشربو 26/ كرهت من الدواء وحكايات الطبيب 27/ خاصة لما ندخل المستشفى ويديرلي الأوكسجين 28/ نحس روحي في عذاب، 29/ بصح درك والفت عادي 30/ أنا ماعنديش صحابي 31/ نحب نلعب Les Jeux 32/نحب لعب البالو 33/ بصح الطبيب محرم عليا الرياضة خاطر تضيق فيا النفس.

34/ أنا ما نخممش في المستقبل 35/ نخمم في الحاضر 36/ حاب نخدم 37/ مانيش حاب نكمل لقرايا 38/ حاب ندير الصوارد 39/ نداوي روحي 40/ ونعول على روحي 41/ أنا ما نحلمش خلاص 42/ إذا حلمت نلحلم روحي في المستشفى.

ملحق رقم (03): تقطيع مقابلات الحالة الثالثة قبل العلاج البوطاقوي

1/ أنا مانعرفش نعبّر 2/ كي تجيني حاجة تضحك مانضحكش 3/ بصح أنا حسّاسة 4/ نبكي كي تغيضني روحي 5/ وساعات مانعرفش واش ندير 6/ كي يقلقوني البنات 7/ نضرب مانفكرش 8/ نحب نكون وحدي 9/ باه مانخلط فيهم ما يخلطو فيا. 10/ أنا ماعنديش صحاباتي 11/ مانحب نحكي مع حتى وحدة 12/ كل شيء نحب نخليه ليا 13/ المرض نتاعي وأسراري 14/ حتى أما ما عندي هدرة معاها.

15/ كي نمرض ويزيد عليا الحال نتقلق بزاف 16/ وكي يزيد نتقلق تزيد عليا نوبات الربو 17/ ندير La Vantoline 18/ ساعات ماتنفعش حتى يديوني لسبيطار 19/ ديما نحس بالضيقة في صدري 20 /هذا هو مكتوبي. 21/ حياتي عادي 22/ كيما الناس 23/ من الثانوية للدار 24/ ومن الدار للسبيطار وإلا للطبيب 25/ كارثة وخلاص 26/ عايشة بين الدواء والمرض والدراسة 27/ نرد كل أوقاتي في الدراسة باه ننسى المرض 28/ ماعنديش صحاباتي 29/ وحتى في الدار محسوب مانهدر مع حتى واحد. 30/ والله ما نخمّ بزاف في المستقبل 31/ بصح حابة نخلص قرايتي ونولي طبيبة 32/ والله مارانيش نتفكر أحلامي 33/ وإلا مارانيش نحلم خلاص.

ملحق رقم (04): تقطيع مقابلات الحالة الرابعة قبل العلاج البيوطاقوي

1/ عادي 2/ أنا كل شيء نخبيه 3/ سواء كنت فرحان أو حزنان 4/ مانحبش نبين آلامي.

5/ الناس ما علابالیش بیهم 6/ أنا أصلا مانخالط 7/ مانحب نوصلهم واش راني عايش 8/ المهم نكون لاتي بصحتي وروحي 9/ هذا ماكان.

10/ والله عادي 11/ كي نمرض نشرب الدواء وخلاص 12/ كي نمرض بزاف نروح لسبيطار 13/ يديرولي الأوكسجين.

14/ عادي كيما الناس 15/ نقراو ونروح 16/ نحب نمشي بزاف 17/ ماعنديش صحابي 18 نتبع الطبيب 19/ ونشرب دوايا 20/ نحب نمشي بزاف في الطبيعة La Vantoline21/ ديما معايا 22/ ونحب ديما نكون وحدي 23/ حتى في الدار تقريبا مانهدر مع حتى واحد. 24/ أنا مانخممش في المستقبل 25/ نحب نهدر في الواقع 26/ راني نقراه باه ننجح ونخدم 27/ هذا ما كان.

28/ الأحلام والله ما نشفى عليهم 29/ المهم لا كان حلمت الشيء اللي نديرو في النهار يتعاود في الليل.

ملحق خاص بمقياس الألكستيميا

للحالات الأربع

قبل العلاج البيوطاقوي

ملحق رقم (05) : نتائج مقياس الألكستيميا للحالة الأولى قبل العلاج البيوطاقوي

رقم البند	البند	موافق بشدة	موافق نسبيا	لا موافق ولا معارض	معارض نسبيا	معارض تماما
01	غالبا لا أرى مشاعري بوضوح		×			
02	أجد صعوبة في إيجاد الكلمات التي تترجم مشاعري	×				
03	أشعر بأحاسيس جسدية لا أفهمها			×		
04	أتمكن بسهولة من وصف مشاعري					×
05	أفضل تحليل المشاكل على الكتفاء بوصفها				×	
06	عندما أكون متقلبا لا أدري إن كنت حزينا أو غاضبا	×				
07	غالبا ما أكون منشغلا بإحساسات على مستوى جسدي			×		
08	أفضل ببساطة ترك الأشياء تحث بدلا من فهم سبب تغيرها		×			
09	لدي مشاعر لا أستطيع أبدا التعرف عليها	×				
10	من المهم أن أكون واعيا بانفعالاتي				×	
11	أجد أنه من الصعب وصف ما أشعر به	×				
12	يقال لي بأن أصف أكثر ما أحس به		×			
13	لا أدري ما يحدث بداخلي		×			
14	في أغلب الأحيان لا أعرف لما أنا غاضب		×			
15	أفضل التكلم مع الناس حول أعمالهم اليومية بدلا من التحدث عن مشاعرهم			×		
16	أفضل مشاهدة حصص متنوعة بدلا من البرامج الدراسية		×			
17	يصعب عليا الإفصاح عن مشاعري الحميمة حتى لأقرب أصدقائي	×				

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

ملحق رقم (06): نتائج مقياس الألكستيميا للحالة الثانية قبل العلاج البيوطاقوي

رقم البند	البند	موافق بشدة	موافق نسبيا	لا موافق ولا معارض	معارض نسبيا	معارض تماما
01	غالبا لا أرى مشاعري بوضوح		×			
02	أجد صعوبة في إيجاد الكلمات التي تترجم مشاعري	×				
03	أشعر بأحاسيس جسدية لا أفهمها				×	
04	أتمكن بسهولة من وصف مشاعري					×
05	أفضل تحليل المشاكل على الكتفاء بوصفها			×		
06	عندما أكون متقلبا لا أدري إن كنت حزينا أو غاضبا			×		
07	غالبا ما أكون منشغلا بإحساسات على مستوى جسدي		×			
08	أفضل ببساطة ترك الأشياء تحث بدلا من فهم سبب تغيرها			×		
09	لدي مشاعر لا أستطيع أبدا التعرف عليها	×				
10	من المهم أن أكون واعيا بانفعالاتي			×		
11	أجد أنه من الصعب وصف ما أشعر به		×			
12	يقال لي بأن أصف أكثر ما أحس به			×		
13	لا أدري ما يحدث بداخلي	×				
14	في أغلب الأحيان لا أعرف لما أنا غاضب	×				
15	أفضل التكلم مع الناس حول أعمالهم اليومية بدلا من التحدث عن مشاعرهم		×			
16	أفضل مشاهدة حصص متنوعة بدلا من البرامج الدراسية		×			
17	يصعب عليا الإفصاح عن مشاعري	×				

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

ملحق رقم (07): نتائج مقياس الألكستيميا للحالة االثالثة قبل العلاج البيوطاقوي

رقم البند	البند	موافق بشدة	موافق نسبيا	لا موافق ولا معارض	معارض نسبيا	معارض تماما
01	غالبا لا أرى مشاعري بوضوح			×		
02	أجد صعوبة في إيجاد الكلمات التي تترجم مشاعري			×		
03	أشعر بأحاسيس جسدية لا أفهمها			×		
04	أتمكن بسهولة من وصف مشاعري					×
05	أفضل تحليل المشاكل على الكتفاء بوصفها			×		
06	عندما أكون متقلبا لا أدري إن كنت حزينا أو غاضبا		×			
07	غالبا ما أكون منشغلا بإحساسات على مستوى جسدي			×		
08	أفضل ببساطة ترك الأشياء تحث بدلا من فهم سبب تغيرها		×			
09	لدي مشاعر لا أستطيع أبدا التعرف عليها	×				
10	من المهم أن أكون واعيا بانفعالاتي			×		
11	أجد أنه من الصعب وصف ما أشعر به	×				
12	يقال لي بأن أصف أكثر ما أحس به			×		
13	لا أدري ما يحدث بداخلي	×				
14	في أغلب الأحيان لا أعرف لما أنا غاضب	×				
15	أفضل التكلم مع الناس حول أعمالهم اليومية بدلا من التحدث عن مشاعرهم			×		
16	أفضل مشاهدة حصص متنوعة بدلا من البرامج الدراسية			×		
17	يصعب عليا الإفصاح عن مشاعري	×				

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

ملحق رقم (08): نتائج مقياس الألكستيميا للحالة الرابعة قبل العلاج البيوطاقوي

رقم البند	البند	موافق بشدة	موافق نسبيا	لا موافق ولا معارض	معارض نسبيا	معارض تماما
01	غالبا لا أرى مشاعري بوضوح			×		
02	أجد صعوبة في إيجاد الكلمات التي تترجم مشاعري		×			
03	أشعر بأحاسيس جسدية لا أفهمها			×		
04	أتمكن بسهولة من وصف مشاعري					×
05	أفضل تحليل المشاكل على الكتفاء بوصفها				×	
06	عندما أكون متقلبا لا أدري إن كنت حزينا أو غاضبا		×			
07	غالبا ما أكون منشغلا بإحساسات على مستوى جسدي			×		
08	أفضل ببساطة ترك الأشياء تحث بدلا من فهم سبب تغيرها		×			
09	لدي مشاعر لا أستطيع أبدا التعرف عليها	×				
10	من المهم أن أكون واعيا بانفعالاتي					×
11	أجد أنه من الصعب وصف ما أشعر به	×				
12	يقال لي بأن أصف أكثر ما أحس به			×		
13	لا أدري ما يحدث بداخلي		×			
14	في أغلب الأحيان لا أعرف لما أنا غاضب		×			
15	أفضل التكلم مع الناس حول أعمالهم اليومية بدلا من التحدث عن مشاعرهم			×		
16	أفضل مشاهدة حصص متنوعة بدلا من البرامج الدراسية		×			
17	يصعب عليا الإفصاح عن مشاعري	×				

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

ملاحق خاصة بأدوات الدراسة

بعد العلاج البيوطاقوي

للحالات الأربع

ملحق خاص بتقطيع المقابلات

للحالات الأربع

بعد العلاج البيوطاقوي

ملحق رقم (09): تقطيع مقابلات الحالة الأولى بعد العلاج البيوطاقوي

1/ عدت نحب نفرح مع حبابي 2/ رغم أني ما نخالطش بزاف 3/ عدت نروح للأعراس 4/ نفرح كيما يفرحوا الناس 5/ نفرح لخاوتي كيما يجيبو معدّل مليح 6/ الحزن والله مانحبو 7/ كي تجيني حاجة ماشي مليحة نبكي 8/ وساعات نلوم روحي كي نكون أنا السبب فيها 9/ المهم كيما الناس 10/ الحاجة اللي تفرحني نفرح بها 11/ ونحس روحي خفيف 12/ كي نحزن نحس بروحي قلقان بزاف

13/ والله أنا ما نحب نتنيفق 14/ اللي يقلقني نقولو قيلني 15/ راك ديرونجيتني 16/ واللي نعزّو 17/ يبقى صاحبي 18/ وحبيبي 19/ ساعات ما نحب نهدر مع حتى واحد.

20/ مؤخرا الحمد لله نقصت نوبات الربو عليا 21/ حتى لو جاتني نوبة تكون خفيفة 22/ ومقدور عليها بالدواء برك 23/ وساعات تغيضني روحي 24/ ونقول وعلاه أنا صغير وحوالي هكذا 25/ ساعات حتى نبكي 26/ ومع روحي نقول أنا سوفريت مع هذا المرض 27/ ونتفكر واش صرالي 28/Normal عايش كيما الناس 29/ نروح نقرا 30/ ساعات نروح مع زوج صحابي نحكيو شوية 31/ وعدت ندير الرياضة 32Footing/ بصح بريتم ضعيف باه مانزيدش على روحي 33/ ووصاتني الطبيبة ندير Pava قبل ما ندير الرياضة 34/ قبل ما نرقد نحب نتفرج التلفزيون 35/ نحب أفلام المغامرات 36/ نحب نسمع الموسيقى والغناء 37/ هذا ما كان 38/ والله في المستقبل حاب تكون عندي مهنة 39/ نقدر نحوس فيها من ولاية لولاية 40/ أو من دولة لأخرى 41/ نحب نكون لاعب كرة مشهور كيما "رونالدو" 42/ ابتسامة ههه نحب 43football/ الأحلام ساعات نحلم روحي نحوس في دول أوروبا 44/ وساعات نحلم روحي لاعب مشهور يسجل الأهداف 45/ وساعات ندير 46les cauchemars/ بصح مانتفكرهمش.

ملحق رقم (10): تقطيع مقابلات الحالة الثانية بعد العلاج البيوطاقوي

1/ ههه (ابتسامة)، باينة الحاجة اللي تفرح يفرح بها الواحد 2/ واحد لا يقدر يحس كيما أنت بروحك 3/ وكيما نحزن كيف كيف 4/ ساعات نتقلق بزاف 5/ وساعات نبكي 6/ وساعات نبقى وحدي 7/ على حسب الحالة 8/ ما نعرف.

9/ والله مانعرف 10/ الناس ما يهمونيش 11/ بصح اللي يقلقني 12/ نقولو راك سامط 13/ روح قيلني 14/ واللي نحبو راني نحكي معاه 15/ اللي يحبوني صح 16/ نحب نفرح معاهم 17/ ونشاركهم الفرحة، 18/ والله ما نحب نتفكر المرض نتاعي 19/ النوبة هاذي تقلقني 20/ وتكرهلي حياتي 21/ وتبينلي راني Handicapé22/ بصح درك الحمد لله نقصت عليا النوبات 23/ وراني نداوي غير بالـ Vantolineكي 24/ كي تجيني نوبة خفيفة.

25/ راني كيما الناس نروح نقرا 26/ نخرج مع صحابي 27/ وكي نقلق نعيط لصاحبي 28/ وإلا نبقى نتمشى وحدي 29/ نحب نلعب LesJeuxفي Portable30/ ندير LesCours31/ وساعات نلعب مع خويا الصغير 32/ هذا هو الروتين نتاعي.

33/ المستقبل، المهم نكون ناجح وخلاص 34/ وساعات نشوف روحي وليت إنسان ناجح 35/ وشخصية مهمة 36/ الناس بكل تحتاجني (هه) ابتسامة.

36/ والله الأحلام ساعات 37/ بصح الحلم اللي بقى في راسي ما نعرف مليح وإلا لا 38/ دخلت للقبر من بعد لقيت بابا فتحتو لقيت روحي في أمريكا ههه ابتسامة 39/ ربي يلطف.

ملحق رقم (11): تقطيع مقابلات الحالة الثالثة بعد العلاج البيوطاقوي

1/ مانعرف واش رايحة نقولك 2/ المهم أنا نكون فاهمة روحي 3/ كي نكون فرحانة نفرح 4/ ونحس روحي خفيفة 5/ وكي نتقلق 6/ ما نحبش نبين القلقة نتاعي 7/ بصح نحس بوجهي أحمر 8/ ورايح يتفقلق 9/ المهم أنا نكون على بالي بروحي واش راني حاسة 10/ وحتى واحد ما رايح يفهم أحاسيسي 11/ غير أنا اللي نفهمها.

12/ الناس كيما قلتلك ما يهمونيش 13/ غير اللي قراب مني 14/ عندي غير صاحبتي واحدة 15/ كيما نتقلق نحب نحكي معاها شوية 16/ بصح ماما ماتفهمنيش مليح 17/ حاسة بيها هيا في واد وأنا في واد 18/ الله غالب ماناش نفس الجيل 19/ بصح كيما تقلقني 20/ نقولها أما اخطيني باه ماتزيديش عليا.

21/ ما تفكرنيش 22/ مانحبش نكون ضعيفة بسبت نوبات الربو 23/ كي مانكونش مريضة وحالتي مليحة 24/ نحس روحي 25normal/ وكي تجيني النوبة نحس بروحي نتعذب 26/ خاصة كي نروح لسبيطار 27/ وتغيضني روحي 28/ بصح درك راني خير من بكري 29/ وكي تجيني النوبة ندير غير Vantolineتروح 30/ ما نروحش لسبيطار بزاف.

31/ابتسامة، حياتي هي حياتي 32/ نحب نقرا 33/ نلبس مليح 34/ نروح ندير 35LesCours/ كي يكون عندي فراغ نحب نتعلم 36L'anglais/ نتفرج الأفلام باه نتعلمها.

37/ ابتسامة المستقبل، حابة ننجح في حياتي 38/ وحابة نقرا في الخارج 39/ حلمي نكون مشهورة 40/ نتخيل روحي "ضحك" ملكة الجمال، 41/ الأحلام مانلمش بزاف 42/ بصح ساعات نحلم روحي حديقة فيها الورود كيما نتاع أليس في بلاد العجائب (ابتسامة).

ملحق رقم (12): تقطيع مقابلات الحالة الرابعة بعد العلاج البيوطاقوي

1/ واش رايح نقولك 2/ الفرحة في بلادنا ماهيش بزاف 3/ بصح نحب نفرح مع روحي 4/ وكي نعود حزين نبكي 5/ وإلا نتقلق 6/ وإلا نغضب 7/ على حسب الموقف 8/ المهم الواحد يعرف واش بيه 9/ والله الناس مايهمونيش 10/ المهم أقرب الناس ليا 11/ كي نتقلق من حاجة 12/ نهدر مع بابا نحسو كيما صاحبي 13/ ويعاملني مليح 14/ وعندي صاحبي ساعات واين نصارحو 15/ ماشي كيما بابا.

16/ والله كيما تجيني النوبة نتقلق 17/ ويزيد عليا الحال 18/ ونكره حياتي 19/ مانحبش نكون في وضعية ضعف 20/ المهم ندير الدواء 21/ وتخف عليا الحالة 22/ بصح درك نقصت عليا النوبات نتاع الهم.

23/ حياتي عادي 24/ كيما لولاد نحب نقرا 25/ ندير الرياضة 26/ نحب نتمشى 27/ نتبع ساعات foot 28/ المهم نكسر الروتين اليومي 29/ ساعات نخرج مع صاحبي نتمشاو ونحكيو شوية.

30/ والله المستقبل نخليه على الله 31/ المهم ننجح في حياتي 32/ ساعات نحب نتخيل روحي مسافر لبلاد أخرى 33/ نحب نعيش فيها 34/ هذا ما كان 35/ الأحلام المليحة ما نتفكرهاش 36/ واللي تقلقني تنوضني في الليل 37/ ما نحبش نتفكرها.

ملحق خاص بمقياس الألكستيميا

للحالات الأربع

بعد العلاج البيوطاقوي

ملحق رقم (13): نتائج مقياس الألكستيميا للحالة الأولى بعد العلاج البيوطاقوي

رقم البند	البند	موافق بشدة	موافق نسبيا	لا موافق ولا معارض	معارض نسبيا	معارض تماما
01	غالبا لا أرى مشاعري بوضوح			×		
02	أجد صعوبة في إيجاد الكلمات التي تترجم مشاعري			×		
03	أشعر بأحاسيس جسدية لا أفهمها			×		
04	أتمكن بسهولة من وصف مشاعري			×		
05	أفضل تحليل المشاكل على الكتفاء بوصفها				×	
06	عندما أكون متقلبا لا أدري إن كنت حزينا أو غاضبا				×	
07	غالبا ما أكون منشغلا بإحساسات على مستوى جسدي			×		
08	أفضل ببساطة ترك الأشياء تحث بدلا من فهم سبب تغيرها				×	
09	لدي مشاعر لا أستطيع أبدا التعرف عليها				×	
10	من المهم أن أكون واعيا بانفعالاتي	×				
11	أجد أنه من الصعب وصف ما أشعر به				×	
12	يقال لي بأن أصف أكثر ما أحس به			×		
13	لا أدري ما يحدث بداخلي			×		
14	في أغلب الأحيان لا أعرف لما أنا غاضب					×
15	أفضل التكلم مع الناس حول أعمالهم اليومية بدلا من التحدث عن مشاعرهم			×		
16	أفضل مشاهدة حصص متنوعة بدلا من البرامج الدراسية			×		
17	يصعب عليا الإفصاح عن مشاعري			×		

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

ملحق رقم (14): نتائج مقياس الألكستيميا للحالة الثانية بعد العلاج البيوطاقوي

رقم البند	البند	موافق بشدة	موافق نسبيا	لا موافق ولا معارض	معارض نسبيا	معارض تماما
01	غالبا لا أرى مشاعري بوضوح			×		
02	أجد صعوبة في إيجاد الكلمات التي تترجم مشاعري			×		
03	أشعر بأحاسيس جسدية لا أفهمها			×		
04	أتمكن بسهولة من وصف مشاعري			×		
05	أفضل تحليل المشاكل على الكتفاء بوصفها			×		
06	عندما أكون متقلبا لا أدري إن كنت حزينا أو غاضبا		×			
07	غالبا ما أكون منشغلا بإحساسات على مستوى جسدي			×		
08	أفضل ببساطة ترك الأشياء تحث بدلا من فهم سبب تغيرها				×	
09	لدي مشاعر لا أستطيع أبدا التعرف عليها				×	
10	من المهم أن أكون واعيا بانفعالاتي		×			
11	أجد أنه من الصعب وصف ما أشعر به			×		
12	يقال لي بأن أصف أكثر ما أحس به				×	
13	لا أدري ما يحدث بداخلي			×		
14	في أغلب الأحيان لا أعرف لما أنا غاضب					
15	أفضل التكلم مع الناس حول أعمالهم اليومية بدلا من التحدث عن مشاعرهم				×	
16	أفضل مشاهدة حصص متنوعة بدلا من البرامج الدراسية			×		
17	يصعب عليا الإفصاح عن مشاعري			×		

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

ملحق رقم (15): نتائج مقياس الألكستيميا للحالة الثالثة بعد العلاج البيوطاقوي

رقم البند	البند	موافق بشدة	موافق نسبيا	لا موافق ولا معارض	معارض نسبيا	معارض تماما
01	غالبا لا أرى مشاعري بوضوح			×		
02	أجد صعوبة في إيجاد الكلمات التي تترجم مشاعري				×	
03	أشعر بأحاسيس جسدية لا أفهمها			×		
04	أتمكن بسهولة من وصف مشاعري			×		
05	أفضل تحليل المشاكل على الكتفاء بوصفها		×			
06	عندما أكون متقلبا لا أدري إن كنت حزينا أو غاضبا				×	
07	غالبا ما أكون منشغلا بإحساسات على مستوى جسدي				×	
08	أفضل ببساطة ترك الأشياء تحث بدلا من فهم سبب تغيرها			×		
09	لدي مشاعر لا أستطيع أبدا التعرف عليها			×		
10	من المهم أن أكون واعيا بانفعالاتي		×			
11	أجد أنه من الصعب وصف ما أشعر به				×	
12	يقال لي بأن أصف أكثر ما أحس به			×		
13	لا أدري ما يحدث بداخلي					
14	في أغلب الأحيان لا أعرف لما أنا غاضب				×	
15	أفضل التكلم مع الناس حول أعمالهم اليومية بدلا من التحدث عن مشاعرهم			×		
16	أفضل مشاهدة حصص متنوعة بدلا من البرامج الدراسية			×		
17	يصعب عليا الإفصاح عن مشاعري			×		

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

ملحق رقم (16): نتائج مقياس الألكستيميا للحالة الرابعة بعد العلاج البيوطاقوي

رقم البند	البند	موافق بشدة	موافق نسبيا	لا موافق ولا معارض	معارض نسبيا	معارض تماما
01	غالبا لا أرى مشاعري بوضوح			×		
02	أجد صعوبة في إيجاد الكلمات التي تترجم مشاعري			×		
03	أشعر بأحاسيس جسدية لا أفهمها			×		
04	أتمكن بسهولة من وصف مشاعري			×		
05	أفضل تحليل المشاكل على الكتفاء بوصفها			×		
06	عندما أكون متقلبا لا أدري إن كنت حزينا أو غاضبا				×	
07	غالبا ما أكون منشغلا بإحساسات على مستوى جسدي				×	
08	أفضل ببساطة ترك الأشياء تحث بدلا من فهم سبب تغيرها			×		
09	لدي مشاعر لا أستطيع أبدا التعرف عليها			×		
10	من المهم أن أكون واعيا بانفعالاتي		×			
11	أجد أنه من الصعب وصف ما أشعر به					×
12	يقال لي بأن أصف أكثر ما أحس به					×
13	لا أدري ما يحدث بداخلي			×		
14	في أغلب الأحيان لا أعرف لما أنا غاضب				×	
15	أفضل التكلم مع الناس حول أعمالهم اليومية بدلا من التحدث عن مشاعرهم		×			
16	أفضل مشاهدة حصص متنوعة بدلا من البرامج الدراسية	×				
17	يصعب عليا الإفصاح عن مشاعري			×		

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

ملحق خاص بتمارين

العلاج البيوطاقوي

ملحق رقم (17): تمارين الإحماء Exercices d'échauffement

Fig. 20. Position debout, le poids du corps

Fig. 21. Le poids du corps pèse sur une jambe, l'autre jambe ne touche pas le sol

Fig. 22. Accroupissement

Fig. 23. Position genou-poitrine

Fig. 24. Position des chevilles

Fig. 25. S'asseoir sur les chevilles

Fig. 26. Élévation sur les chevilles

Fig. 27. Accroupissement profond (pied fléchi)

Fig. 28. Exercice de chute : flexion profonde du genou

Fig. 29. Exercice de chute : jambe tendue

Fig. 30. Coup de pied de l'âne

Fig. 31. Relever le pelvis

s senti une tension du genou droit quand l

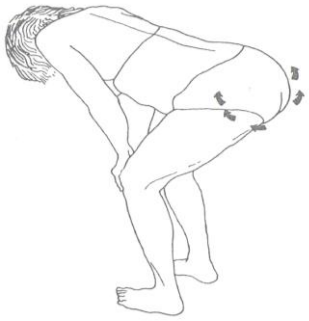


Fig. 32. Dandinement du canard

Fig. 33. Étirement du bras

Fig. 34. Exercice pour le cou (position debout)

Fig. 35. Position assise

Fig. 36. Torsion de la taille

Fig. 38. Travail du cou (position assise)

Fig. 39. Travail des lèvres

Fig. 40. Respiration fondamentale

Fig. 41. Vibration des jambes (voir fig. 10)

Fig. 42. S'allonger sur une couverture enroulée

Fig. 43. Inversion de la cambrure

ملحق رقم (18): تمارين التجذر Exercices d'enracinement

Fig. 2. Vibrations en position penchée en ava

une minute.

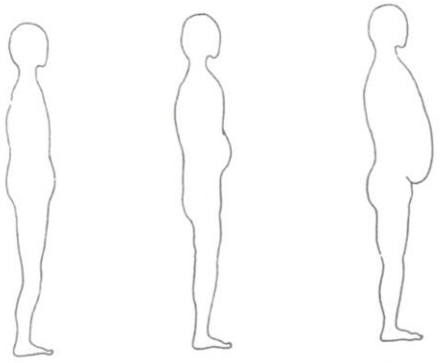


Fig. 3. Ventre normal

Fig. 4. Bedon

Fig. 5. Bedaine

Exercice 3 : relâcher le ventre

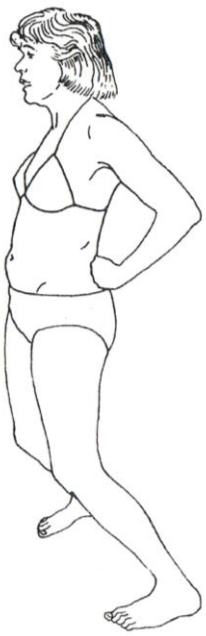


Fig. 6. L'arc ou le pont

Exercice 4 : l'arc ou le pont

ices e

Fig. 35. Position assise

ملحق رقم (19): التمارين التعبيرية Exercices expressifs

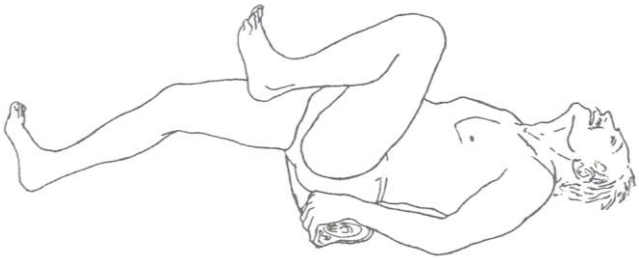


Fig. 44. Coups de pied, allongé sur une couverture enroulé

Fig. 45. Coups de pied

Fig. 46. Crise de colère

Fig. 47. Frapper des poings

Fig. 48. Frapper avec une raquette de tennis

ملحق رقم (20): تمارين التدليك Le Massage

Fig. 63. Les épaules et le dos

Fig. 64. Région lombaire

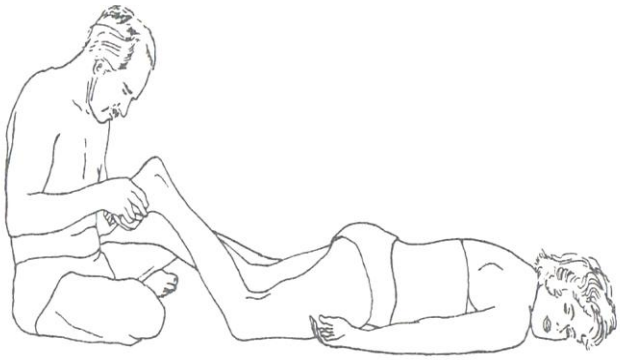


Fig. 65. Massage du pied

Fig. 66. Marche sur le dos

ملحق رقم (21): تمارين التنفس Exercices de respiration

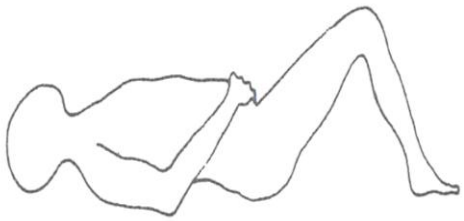


Fig. 7. Respiration abdominale

Fig. 10. Vibrations, jambes tendues

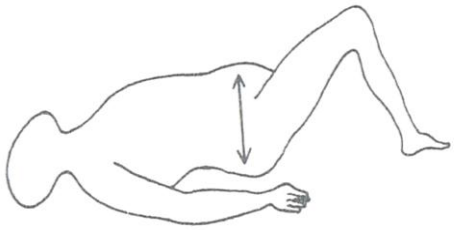


Fig. 8. Respiration abdominale – inspiration – ventre relâché (bassin vers l'arrière)

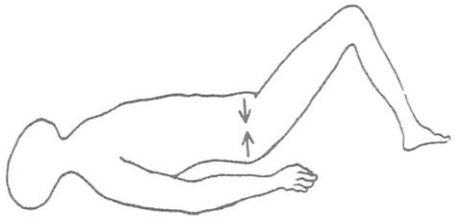


Fig. 9. Respiration abdominale – expiration – (bassin vers l'avant, ventre rentré)

Fig. 40. Respiration fondamentale

ملحق رقم (22): التمارين الجنسية Exercices sexuels

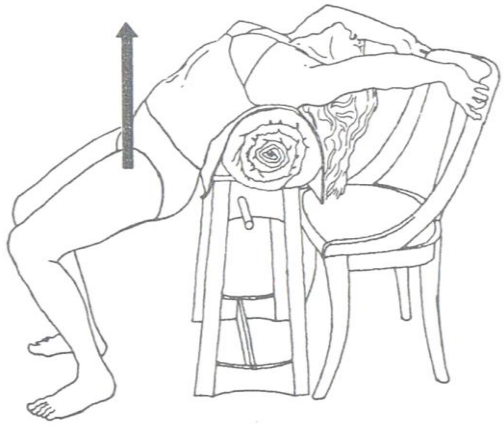


Fig. 56. Balancement du bassin

Fig. 57. Étirement des adducteurs des cuisses

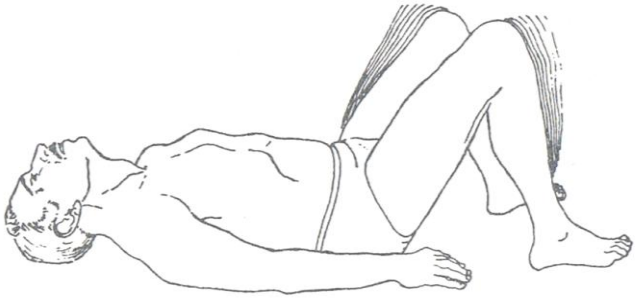


Fig. 58. Vibration des adducteurs des cuisses

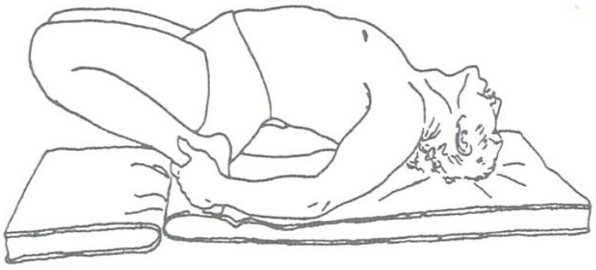


Fig. 59. Le pont – Cercle complet

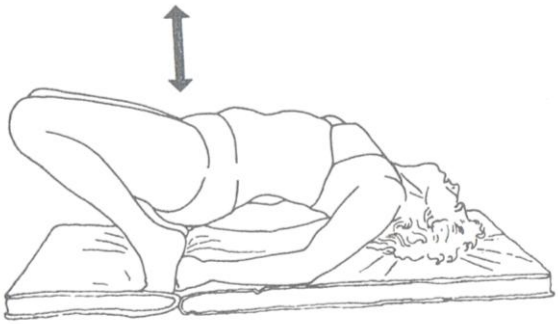


Fig. 60. Le pont, poings sous les talons

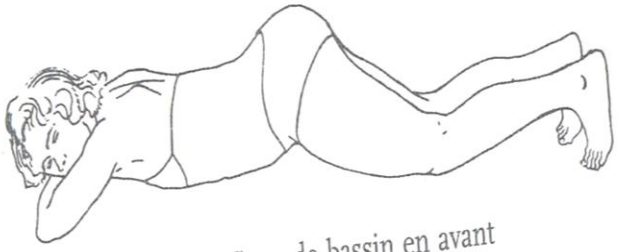


Fig. 61. Coup de bassin en avant