

جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس والارطفونيا



مذكرة مقدمة لإستكمال متطلبات نيل شهادة الماستر

الميدان: العلوم الاجتماعية

الشعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس العيادي

من إعداد الطالبة: خميس زكية

بعنوان:

البروفيل النفسي لمرضى التليف العضلي Fibromyalgie

دراسة حالة في ضوء اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI2

لجنة الأساتذة:

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة	الصفة
بريشي مريامة	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	رئيسا
طالب حنان	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	مشرفا ومقررا
نوار شهرزاد	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	مناقشا

الموسم الجامعي: 2026/2025

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه، الحمد لله عدد خلقه ووزنة عرشه ووسع كونه ومداد كلماته، الحمد لله على توفيقه لي على إتمام هذا العمل فاللهم لك الحمد والشكر.

أتوجه بالشكر الخالص لكل من أمدنا بالعون والمساعدة والمشورة لإنجاز هذا العمل وأخص بالذكر الدكتورة " طالبه حنان " التي رافقتني طيلة فترة إنجاز هذه المذكرة بتوجيهاتها القيّمة ونصائحها السديدة، وبما تحلّت به من صبر واهتمام ومتابعة مستمرة، فجزاها الله غني كل خير.

كما أتوجه بخالص الامتنان إلى الأخصائية " داهش وردة " على كل ما قدمته من مساعدة ودعم وعلى حرصها الدائم على إرشادي، وكان لمساهمتها أثر كبير في تسهيل عملي وإنجاح دراستي.

شكرا جزيلا لكل من ساهم في إتمام هذا العمل ولو بنصيحة أو كلمة طيبة أو دعاء بظهر الغيب.

- ملخص الدراسة:

التقديم:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن البروفيل النفسي لمرضى التليف العضلي في ضوء اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2. وانطلقت من فكرة أن التليف العضلي ليس مجرد اضطراب جسدي مزمن، بل حالة معقدة تتداخل فيها العوامل النفسية والانفعالية والاجتماعية، خاصة القلق والجسدية والانشغال المرضي بالحالة الصحية. كما ركزت الدراسة على أهمية فهم البناء النفسي للمريض لفهم طبيعة الألم المزمن وتحسين التكفل العلاجي.

المنهجية:

اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة. شملت حالة واحدة لامرأة تبلغ من العمر 65 سنة تعاني من التليف العضلي منذ سنوات طويلة. وتم اللجوء للملاحظة العيادية، المقابلة النصف موجهة، واختبار MMPI-2 كأدوات لجمع البيانات وتحليل البروفيل النفسي للحالة.

النتائج:

أظهرت النتائج وجود بروفيل نفسي يتميز بارتفاع مؤشرات الجسدية، القلق، التوتر والانشغال المفرط بالأعراض الجسدية. كما بينت الدراسة وجود صعوبات في التنظيم الانفعالي والتكيف النفسي مع المرض المزمن، مع معاناة من الحزن والارهاق النفسي والانسحاب الاجتماعي. وأوضحت النتائج أن الألم المزمن تحول إلى محور أساسي في حياة المريضة النفسية والاجتماعية.

المناقشة:

خلصت الدراسة إلى أن التليف العضلي اضطراب معقد لا يمكن تفسيره من منظور عضوي فقط، بل يجب فهمه ضمن مقارنة نفسجسمية ويأخذ بعين الاعتبار التفاعل بين النفس والجسد. وأكدت الدراسة أهمية التكفل النفسي إلى جانب العلاج الطبي، مع ضرورة اعتماد مقاربة متعددة التخصصات لتحسين جودة حياة المرضى ودعم تكيفهم النفسي والاجتماعي.

الكلمات المفتاحية:

بروفيل نفسي، تليف عضلي، جسدية، ألم مزمن، MMPI-2

-Abstract

Introduction:

The study aimed to identify the psychological profile of fibromyalgia patients using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2). It emphasized that fibromyalgia is not only a chronic physical disorder but also a complex condition involving psychological, emotional, and social factors, particularly anxiety, somatization, and excessive health concerns.

Methods:

A clinical case study approach was adopted. The participant was a 65 year old woman suffering from fibromyalgia for many years. Data were collected through clinical observation, semi structured interviews, and the MMPI-2 test to explore the patients psychological profile.

Results:

The findings revealed a psychological profile characterized by somatization, anxiety, tension, and excessive preoccupation with physical symptoms. The patient also demonstrated difficulties in emotional regulation and psychological adjustment to chronic illness, in addition to emotional exhaustion and social withdrawal.

Discussion:

The study concluded that fibromyalgia should not be viewed solely as a physical disorder, but rather as a psychosomatic condition involving the interaction between mind and body. The research highlighted the importance of integrating psychological support with medical treatment through a multidisciplinary approach to improve patients quality of life and psychological adjustment.

Keywords:

Psychological profile, Fibromyalgia, Somatization, Chronic pain, MMPI-2.

الصفحة	المحتويات
	شكر وعرفان
VII	ملخص الدراسة
XII	فهرس الجداول
XII	فهرس الملاحق
مقدمة	
13	مشكلة الدراسة والتساؤلات
10	1-فرضيات الدراسة
10	1-1 الفرضية الأساسية
10	1-2 الفرضيات الفرعية
11	2-أهداف الدراسة
11	3-أهمية الدراسة
11	1-3 الأهمية النظرية
12	2-3 الأهمية التطبيقية والإكلينيكية
12	4-التعاريف الإجرائية
المنهج	
18	1-المنهج
18	2-حدود الدراسة
18	1-2 الحدود المكانية
18	2-2 الحدود الزمنية
18	2-3 الحدود البشرية
19	3-حالات الدراسة وخصائصها
19	4-أدوات الدراسة

فهرس المحتويات

19	4-1 الملاحظة العيادية
19	4-2 المقابلة العيادية النصف موجهة
20	4-3 اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2
20	5-أهداف تطبيق الاختبار في الدراسة الحالية
20	6-ظروف تطبيق الاختبار
21	7-مقاييس الاختبار
21	8-إجراءات الدراسة
22	9-الأساليب المعتمدة في تحليل البيانات
22	10-صعوبات الدراسة
النتائج	
25	1-عرض وتحليل حالة الدراسة
30	2-عرض وتحليل نتائج اختبار MMPI-2
30	2-1 عرض سلالم الصدق
30	2-2 تحليل سلالم الصدق
31	2-3 عرض نتائج السلالم الاكلينيكية
33	3-تحليل الصفحة النفسية للمنحنى
34	4-التحليل العام للبروفيل النفسي
34	5-التحليل العام للحالة في ضوء المقابلة، الملاحظة والاختبار
المناقشة	
42	1-مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة
43	2-مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات
44	3-الاستنتاج العام
45	4-الاقتراحات
48	قائمة المراجع
52	الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	نتائج "ت" المعيارية للحالة	30
02	نتائج سلالم الصدق	30
03	نتائج السلالم الاكلينيكية	31

فهرس الملاحق

الرقم	العنوان	الصفحة
01	الموافقة المستتيرة	52
02	التقرير الطبي	53
03	منحنى الصفحة النفسية	54
04	محاوّر المقابلة	55
05	محاوّر الملاحظة	56
06	التصريح بالنزاهة العلمية	59

المقدمة

تعد العلاقة بين النفس والجسد من أبرز الموضوعات التي حظيت باهتمام واسع في مجال علم النفس الجسدي، باعتبار الإنسان وحدة متكاملة تتفاعل فيها الجوانب النفسية والجسدية بصورة مستمرة مترابطة، فالحالة النفسية للفرد، بما تتضمن من انفعالات وضغوط وصراعات داخلية، لا تبقى محصورة في الجانب النفسي فقط، بل تمتد آثارها لتعكس على الجانب الجسدي في شكل اضطرابات عضوية مختلفة تعرف بالاضطرابات النفسجسمية أو السيكوسوماتية، إذ لا يمكن الفصل بين النفس والجسد في فهم طبيعة الصحة والمرض، كما لا يمكن تفسير الاضطرابات العضوية بعيدا عن العوامل النفسية والانفعالية والاجتماعية التي يعيشها الفرد. وقد أكدت العديد من الاتجاهات الحديثة في علم النفس الصحي والطب النفسجسدي أن الضغوط النفسية والانفعالات السلبية والصراعات الداخلية المستمرة قد تسهم بشكل مباشر أو غير مباشر في ظهور العديد من الأمراض العضوية المزمنة أو في تفاقم أعراضها واستمرارها. كما أن المرض الجسدي المزمن لا يؤثر على العضو المصاب فقط، بل يعيد تشكيل الحياة النفسية والانفعالية والاجتماعية للفرد، ويؤثر على صورته عن ذاته وقدرته على التكيف مع الواقع ومتطلبات الحياة اليومية. (Engel, 1997; Alexander, 1950)

ولقد شهد العصر الحديث تطورا كبيرا في مختلف مجالات الحياة، رافقه ارتفاع في مستوى الضغوط النفسية والاجتماعية والمهنية، مما جعل الانسان يعيش في حالة مستمرة من التوتر والقلق والصراع النفسي نتيجة كثرة المتطلبات اليومية وتسارع وتيرة الحياة، كما أصبحت الحياة العملية وما تتضمنه من مسؤوليات وضغوط ومتطلبات الأداء والنجاح بين العوامل التي تؤثر بشكل كبير على الصحة النفسية والجسدية للفرد، إذ بينت الدراسات الحديثة ان استمرار الضغوط النفسية لفترات طويلة يؤدي الى اضطرابات في الجهاز العصبي والغدد الصماء والجهاز المناعي، وهو ما يفسر الارتباط الوثيق بين الحالة النفسية وبعض الامراض المزمنة كالسكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض المناعة الذاتية ومتلازمات الالم المزمن.

ووفقا لمعطيات منظمة الصحة العالمية OMS / WHO، فان اضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي تمثل أحد الاسباب الرئيسية للإعاقة في العالم، حيث يعاني حوالي 1.71 مليار شخص عالميا من اضطرابات عضلية هيكلية مزمنة، ويعد الالم المزمن واسع الانتشار أحد أبرز هذه الاضطرابات. كما تؤكد المنظمة ان هذه الامراض تؤدي الى انخفاض القدرة على العمل والمشاركة الاجتماعية، وترتبط بالتقاعد المبكر وتراجع جودة الحياة (World Health Organization [WHO], 2025).

مقدمة

ويعتبر الألم المزمن من أكثر الظواهر تعقيدا في المجال الطبي والنفسي، لأنه لا يمثل مجرد احساس عضوي عابر، بل يتحول مع الزمن إلى تجربة انسانية ونفسية شاملة تؤثر على مختلف جوانب الشخصية والحياة اليومية. فالألم المستمر يجعل الفرد يعيش في حالة دائمة من اليقظة الجسدية والانتباه المفرط لأي تغير بدني، بحيث يصبح الجسد محور التفكير والانفعال والسلوك. كما ان استمرار المعاناة الجسدية لفترات طويلة يؤدي إلى حالة من الإنهاك النفسي والاستنزاف الانفعالي، ويفقد الفرد تدريجيا الشعور بالسيطرة على جسده وعلى حياته، مما يولد مشاعر العجز والخوف والتوتر المستمر. (Turk&Gatchel, 2002)

ويؤثر الألم المزمن كذلك على الوظائف المعرفية والانفعالية للفرد، حيث يصبح المريض أقل قدرة على التركيز والانتباه والانجاز، كما يعاني من اضطرابات النوم والتعب الدائم وضعف الطاقة النفسية والجسدية. ومع مرور الوقت يتحول الألم إلى عنصر مركزي في حياة المريض، بحيث يعيد تنظيم تصوراتته عن ذاته وعلاقاته بالآخرين ومشاريعه المستقبلية. ومن هنا لم يعد الألم يفهم باعتباره عرضا جسديا فقط، بل أصبح ينظر إليه بوصفه تجربة نفسية واجتماعية ووجودية معقدة تتداخل فيها العوامل العصبية والانفعالية والمعرفية والاجتماعية.

وفي هذا السياق يتجلى مفهوم الجسدية كأحد أهم الأسس لفهم العلاقة بين المعاناة النفسية والأعراض الجسدية، حيث تشير الجسدية إلى ميل الفرد إلى التعبير عن الصراعات النفسية والانفعالات المكبوتة من خلال شكاوى جسمية متكررة ومزمنة. وغالبا ما تظهر هذه الآلية لدى الأشخاص الذين يجدون صعوبة في التعبير المباشر عن مشاعر الحزن أو القلق أو التوتر، فيتحول الجسد إلى وسيلة للتواصل النفسي والتعبير غير المباشر عن المعاناة الداخلية. كما أن الأعراض الجسدية في هذه الحالات لا تكون مفتعلة أو وهمية، بل يعيشها المريض بصورة حقيقية ومؤلمة، غير أنها ترتبط أيضا بعوامل نفسية وانفعالية عميقة تؤثر في شدتها واستمرارها. (Lipowski, 1988) وتظهر العلاقة بين الجسدية والألم المزمن بصورة واضحة في اضطراب التليف العضلي، حيث يصبح الجسد المجال الرئيسي الذي تتجسد فيه المعاناة النفسية والانفعالية. فالمريض لا يعاني فقط من الام عضلية منتشرة وتعب مزمن واضطرابات نوم، بل يعيش أيضا حالة من التوتر النفسي والإنهاك الانفعالي والانشغال الدائم بالحالة الصحية، الامر الذي يجعل الألم يتجاوز بعده العضوي ليصبح تجربة نفسجسدية. (Henningsen & Zimmermann, 2025; Clauw, 2024, Aaron et al, 1996)

ويرجع مصطلح التليف العضلي أو الفيبروميالجيا الى الكلمة اللاتينية fibra التي تعني الليف والكلمة اليونانية القديمة myos التي تعني العضلة و algos التي تعني الألم. ويعرف بأنه متلازمة ألم مزمن منتشر لا يوجد له إلى اليوم سبب عضوي واضح ومحدد. وغالبا ما ترافق الألم أعراض أخرى متعددة مثل التعب واضطرابات النوم مما يؤدي إلى تأثير وظيفي مهم على حياة المريض. (Bourreau&Doubrère, 2001)

مقدمة

وقد كان التليف العضلي موضوعا للكثير من الجدل بل أن بعض الممارسين كانوا يرفضون الاعتراف به لذلك فإن الاعتراف به ككيان سريري مستقل مر بمراحل طويلة عبر التاريخ. فقد تطورت تصنيفات الأعراض والمصطلحات المستعملة كما تطورت نظرة المجتمع الطبي والمجتمع عامة إلى هذا الاضطراب.

في القرن الثامن عشر بدأ الأطباء يميزون بين الروماتيزم المفصلي المشوه وبين الاضطرابات العضلية الهيكلية المؤلمة غير المشوهة والتي كانت تعرف عادة باسم الروماتيزم العضلي.

ويرجع مصطلح الفيبروميالجيا الى الكلمة اللاتينية fibra التي تعني الليف والكلمة اليونانية القديمة myos التي تعني العضلة و algos التي تعني الألم. وتعرف الفيبروميالجيا بأنها متلازمة ألم مزمن منتشر لا يوجد له إلى اليوم سبب عضوي واضح ومحدد. وغالبا ما ترافق الألم أعراض أخرى متعددة مثل التعب واضطرابات النوم مما يؤدي إلى تأثير وظيفي مهم على حياة المريض. (Bourreau&Doubrère, 2001)

وقد كان التليف العضلي موضوعا للكثير من الجدل بل أن بعض الممارسين كانوا يرفضون الاعتراف به لذلك فإن الاعتراف به ككيان سريري مستقل مر بمراحل طويلة عبر التاريخ. فقد تطورت تصنيفات الأعراض والمصطلحات المستعملة كما تطورت نظرة المجتمع الطبي والمجتمع عامة إلى هذا الاضطراب.

في القرن الثامن عشر بدأ الأطباء يميزون بين الروماتيزم المفصلي المشوه وبين الاضطرابات العضلية الهيكلية المؤلمة غير المشوهة والتي كانت تعرف عادة باسم الروماتيزم العضلي.

وفي سنة 1815 وصف الجراح الأسكتلندي "ويليام بلفور William Balfour" حالات من الألم المزمن والمعمم لدى بعض مرضاه المصابين بالروماتيزم كما وصف وجود عقد واقترح أن الالتهاب في النسيج الضام العضلي هو سبب هذه العقد والألم. وكان أيضا أول من تحدث عن الحساسية الموضعية أو ما أصبح يعرف لاحقا بالنقاط المؤلمة. (Balfour, 1815)

وفي سنة 1904 اقترح عالم الأعصاب البريطاني السير "ويليام غاورز William Gowers" مصطلح Fibrositis كما أشار إلى الألم العفوي والحساسية المفرطة للضغط الميكانيكي والتعب واضطرابات النوم إضافة إلى تفاقم الأعراض مع البرد والإجهاد العضلي. (Gowers, 1904)

وفي سنة 1972 كان للروماتولوجي الكندي "هيو ارثر سميث Hugh A.Smythe" تأثير كبير في تطور الأبحاث المتعلقة بما سيصبح لاحقا التليف العضلي الحديث حيث وصف التليف العضلي لأول مرة باعتباره متلازمة ألم معمم مرتبط بالنقاط الحساسة إضافة إلى التعب واضطرابات النوم والتعب الصباحي والضيق الانفعالي كما اقترح مجموعة من المعايير التشخيصية. (Smythe & Moldofsky, 1977)

مقدمة

وفي سنة 1976 قدم " فيليب هينش Philip Hench " مصطلح التليف العضلي واعتبره متلازمة ألم دون وجود التهاب واضح وهو ما نقل الفهم من مرض التهابي إلى اضطراب يتمحور أساسا حول الألم. (Hench,1976)

وفي سنة 1981 قام الدكتور " يونس Yunus " بتحديد مواقع النقاط المؤلمة الحساسة التي استخدمت لاحقا في معايير الكلية الأمريكية لأمراض الروماتيزم سنة 1990. (Yunus et al., 1981)

وقد اعترفت منظمة الصحة العالمية بالتليف العضلي كمرض سنة 1990 وصنفته ضمن اضطرابات الأنسجة الرخوة الأخرى غير المصنفة في مكان آخر في التصنيف الدولي للأمراض ICD-10 ثم ادرجت في الاصدار الحادي عشر ضمن الألم المزمن المعمم. (World Health Organization, 1992)

تشير الاحصائيات الحديثة الى ان التليف العضلي يعد من أكثر اضطرابات الالم المزمن انتشارا في العالم، وقد أصبح يمثل مشكلة صحية ونفسية ذات ابعاد اجتماعية واقتصادية مهمة بسبب تأثيره الكبير على جودة الحياة والقدرة الوظيفية للمصابين به. وتختلف نسب الانتشار بين الدراسات والدول تبعا لاختلاف المعايير التشخيصية والفئات العمرية والجنس، غير ان معظم الابحاث الحديثة تؤكد ان المرض أكثر انتشارا لدى النساء مقارنة بالرجال، خاصة بين سن 30 و 60 سنة (Clauw, 2024).

كما تشير الدراسات الوبائية العالمية الحديثة إلى أن نسبة انتشار التليف العضلي عالميا تتراوح بين 2% و 8% من السكان، مع متوسط عالمي يقدر بحوالي 2.7%، كما يقدر عدد المصابين عالميا بما يقارب 160 مليون شخص. وقد سجلت معدلات التشخيص ارتفاعا خلال السنوات الاخيرة نتيجة تزايد الوعي الطبي والنفسي بالمرض وتحسن ادوات التشخيص (Queiroz, 2024). تؤكد الاحصائيات ان النساء يمثلن الفئة الأكثر عرضة للإصابة بالتليف العضلي، حيث تتراوح نسبة الإصابة بين النساء والرجال من 3:1 الى 9:1 حسب الدراسات والمعايير المعتمدة، وتظهر اعلى معدلات التشخيص لدى النساء متوسطات العمر خاصة بين 40 و 55 سنة (Wolfe et al., 2025).

وتبلغ نسبته في فرنسا بين 1,4% و 2,2% من السكان، وتصاب به النساء أكثر بكثير من الرجال بمعدل سبع نساء مقابل رجل واحد. وتظهر الأعراض غالبا بين سن 30 و 50 سنة. (Wolfe et al., 2010)

وفيما يتعلق بالدول العربية وشمال افريقيا، فقد سجلت بعض الدراسات نسب انتشار مرتفعة نسبيا مقارنة بالمتوسط العالمي، حيث اشارت بعض الدراسات الاقليمية الى نسب تتراوح بين 4.4% و 13% حسب

مقدمة

طبيعة العينة المدروسة والفئة المستهدفة. كما سجلت تونس من بين أعلى النسب في بعض الدراسات الوبائية، حيث بلغت حوالي 9.3% في بعض العينات (Ben Salem et al., 2024).

أما في الجزائر، فما تزال الدراسات الوبائية المتعلقة بالتليف العضلي محدودة نسبياً، وهو ما يعكس نقص الاهتمام البحثي المحلي بهذا الاضطراب مقارنة بالأمراض العضوية الأخرى. غير أن بعض التقارير الطبية الجزائرية والمراكز المختصة تشير إلى تزايد عدد الحالات المشخصة خلال السنوات الأخيرة، خاصة لدى النساء، مع وجود معاناة كبيرة مرتبطة بالتشخيص المتأخرة والتنقل بين عدة تخصصات طبية قبل الوصول إلى التشخيص النهائي. كما تؤكد المعطيات السريرية الجزائرية أن المرض يرتبط بدرجة مرتفعة بالقلق والاكتئاب واضطرابات النوم والانهك النفسي والاجتماعي (Kacimi, 2025 & Brahimi).

يتميز التليف العضلي بآلام عضلية هيكلية منتشرة يرافقها التعب واضطرابات النوم وأحياناً اضطرابات معرفية. وما تزال الفيزيولوجيا المرضية لهذا الاضطراب غير مفهومة تماماً غير أن عدة فرضيات تحاول تفسيره. (Wolfe et al., 2010)

إذ يعتقد حالياً أن التليف العضلي ناتج عن اضطراب في الآليات العصبية الحيوية المسؤولة عن تعديل الألم مع احتمال مساهمة عوامل أخرى مثل اضطرابات النوم والاضطرابات النفسية واضطراب الكرب التالي للصدمة والاضطرابات الهرمونية. (Clauw, 2024)

كما تشير الدراسات إلى وجود خلل في نظام التحكم المثبط المنتشر للألم CIDN وهو نظام عصبي يثبط الإشارات المؤلمة النازلة من جذع الدماغ نحو النخاع الشوكي. كما أن الأعراض الاكتئابية قد تزيد من ضعف هذا النظام المثبط. (Yunus, 2007)

كما أظهرت أبحاث حديثة أن التليف العضلي لا يرتبط فقط بالآليات المركزية بل قد توجد أيضاً تغيرات محيطية خاصة على مستوى الأعصاب. فقد تبين أن ما بين 30 و 50 بالمئة من المرضى يعانون من انخفاض في عدد الألياف العصبية الحسية الدقيقة. لذلك يرى بعض الباحثين أن التليف العضلي قد يمثل شكلاً غير نمطي من اعتلال الألياف العصبية الصغيرة وهو اضطراب يتميز بالألم العصبي واضطراب الجهاز العصبي الذاتي. (Oaklander et al. 2013)

وتشير بعض الدراسات إلى وجود اضطرابات هرمونية عصبية خاصة خلل في محور تحت المهاد النخامة الكظر مما يؤدي إلى استجابة غير طبيعية للضغط النفسي ويزيد التعب والقلق. كما يبدو أن للعوامل

وراثية والبيئية دورا في ظهور المرض خاصة عند التعرض لصدمات جسدية أو نفسية أو بعض الالتهابات. (McEwen, 1998)

يتمثل العرض الأساسي للتليف العضلي في الألم المزمن المنتشر والذي يجب أن يستمر على الأقل ثلاثة أشهر حسب معايير الكلية الأمريكية لأمراض الروماتيزم. وغالبا ما يوصف الألم بأنه: احساس بالحرق أو الشد أو التيبس كما تتغير شدته تبعا للإجهاد والتعب وتغيرات الحرارة. وقد يترافق التليف العضلي مع التعب المزمن، اضطرابات نوم، صعوبات معرفية وذاكراتية تعرف بالضباب الليفي، اضطرابات هضمية مثل القولون العصبي، أعراض قلق واكتئاب، إضافة إلى أعراض أقل شيوعا مثل ظاهرة رين وعسر الطمث واضطرابات المثانة.

يعتمد تشخيص التليف العضلي على المعايير السريرية فقط إذ لا توجد إلى اليوم تحاليل مخبرية أو فحوص تصويرية تؤكد التشخيص بشكل قاطع. (Wolfe et al., 2016)

يعد اختبار FIRST أو Fibromyalgia Rapid Screening Tool من أكثر أدوات التحري استخداما في الكشف الأولي عن التليف العضلي وذلك بسبب بساطته وسهولة تطبيقه في الممارسة السريرية اليومية. وقد صمم هذا الاختبار لمساعدة الطبيب العام أو المختص على توجيه التشخيص نحو التليف العضلي خاصة عند المرضى الذين يعانون من آلام مزمنة منتشرة يصعب تفسيرها عضويا. (Perrot et al., 2010)

تم تطوير هذا الاختبار من طرف باحثين فرنسيين بهدف توفير أداة سريعة وقصيرة تسمح بالتمييز بين التليف العضلي وبين الاضطرابات الروماتيزمية أو العصبية أو العضلية الأخرى. ويتميز بكونه لا يحتاج إلى وقت طويل ولا إلى تدريب معقد كما يمكن استعماله في العيادات العامة أو المتخصصة.

ويعكس اختبار FIRST التوجه الحديث في فهم التليف العضلي باعتباره متلازمة متعددة الأعراض لا تقتصر فقط على الألم بل تشمل أيضا التعب واضطرابات النوم والأعراض المعرفية والانفعالية وهو ما جعله أكثر ملاءمة للممارسة السريرية الحديثة مقارنة بالمعايير القديمة التي كانت تعتمد أساسا على فحص النقاط المؤلمة.

كما أعد المعهد الوطني الفرنسي للصحة والبحث الطبي Inserm سنة 2020 تقريرا علميا في إطار خبرة جماعية حول التليف العضلي بعنوان: "التليف العضلي، حصيلة المعرفة والتوصيات"، حيث هدف هذا العمل إلى تقديم حصيلة شاملة لأحدث المعارف العلمية المتعلقة بمرض التليف العضلي، مع التركيز على الجوانب النفسية والبيولوجية للمرض. وقد بين التقرير أن التليف العضلي يُعد من الاضطرابات الألمية المزمنة المعقدة، التي تتميز بانتشار واسع لآلام عضلية هيكلية مصحوبة يتعب شديد، اضطرابات النوم، وصعوبات معرفية،

مقدمة

إضافة إلى تأثيرات نفسية واضحة مثل القلق والاكتئاب. كما أكد أن هذا الاضطراب لا يرتبط بآفة عضوية واضحة، بل يُفهم في إطار خلل في معالجة الألم على مستوى الجهاز العصبي المركزي. (Inserm,2020)

كما اوصوا بضرورة اعتماد مقاربة متعددة التخصصات في التكفل بالمرضى، تجمع بين العلاج الدوائي، العلاج النفسي والنشاط البدني المكيف، مع أهمية الاعتراف بالبعد النفسي والاجتماعي للمرض في تحسين جودة حياة المصابين. وتبرز هذه الدراسة أهمية التليف العضلي كمرض مزمن معقد يستوجب مزيدا من البحث، خاصة فيما يتعلق بالعوامل النفسية المرتبطة به، ونظرا لوجود الأدلة المتعلقة بمجموعة كبيرة من علاجات متلازمة التليف العضلي متواضعة ولم تظهر تحسنا ملحوظا على مدى العقدين الماضيين، نعتقد أنه لا يزال من المهم دراسة المتلازمة من منظورات مختلفة، وتبسيط الضوء على أي مساهمة تركز على الاختلافات بين الأفراد، وتناول الجوانب النفسية للمرضى المصابين به. إذ يشدد الباحثون على ضرورة البحث عن أعراض اكتئابية لا تعد تقليديا جزءا من التليف العضلي مثل: الأفكار الانتحارية، فقدان المتعة، لوم الذات، اضطرابات الأكل... كما تظهر اضطرابات القلق بشكل متكرر، وقد تظهر بعد التليف العضلي أو تسبقها.

ويذكر الباحثون أن الغالبية العظمى من المرضى لديهم سوابق مرضية، أحداث صادمة أو تجارب حياتية مؤلمة. إذ أجرت "يلديريم Yilidirim" (2026) دراسة عنوانها: "العلاقة بين الإصابة بفيروس كوفيد 19 والتليف العضلي"، حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الإصابة بفيروس كوفيد 19 وظهور أعراض التليف العضلي وفق معايير الكلية الأمريكية لأمراض الروماتيزم (ACR2016). اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي المقارن من نوع دراسة الحالات والشواهد، حيث شملت عينة مكونة من 330 مشاركا، منهم 169 مصابا سابقا بكوفيد 19 و 161 فردا من غير المصابين. وتم استخدام معايير ACR2016 لتشخيص التليف العضلي، إضافة إلى تقييم شدة الأعراض وانتشار الألم. توصلت نتائج الدراسة إلى وجود ارتفاع ملحوظ في نسبة الإصابة بالتليف العضلي لدى الأفراد الذين سبق لهم الإصابة بكوفيد 19 مقارنة بالمجموعة الضابطة، حيث بلغت نسبة الإصابة 14.2% لدى مجموعة ما بعد كوفيد مقابل 5% فقط لدى غير المصابين. كما أظهرت النتائج ارتفاعا في مؤشرات التعب واضطرابات النوم والآلام العضلية والاضطرابات المعرفية لدى مرضى ما بعد كوفيد. وأشارت الدراسة إلى وجود ارتباط بين العدوى الفيروسية واضطرابات معالجة الألم المزمن، مع التأكيد على ضرورة الاهتمام بالجانب النفسي والجسدي لدى هذه الفئة من المرضى. (Yilidirim,2026)

وفي مقال "غيوم فوند ودافيد كابديفيل David Capdevielle وآخرون" بجامعة مونبوليه بفرنسا ناقش الجدل القائم حول ما إذا كان التليف العضلي مرضا عضويا حقيقيا أم متلازمة مرتبطة بالضغط النفسية والصدمات النفسية. وقد تم تشبيهها بالهستيريا الحديثة أو بالوهن العصبي الذي وصف في القرن التاسع عشر. وأشاروا إلى وجود ارتباطات متعددة مع: متلازمة التعب المزمن، القولون العصبي، الصداع المزمن، ألم الحوض، اضطراب الكرب التالي للصدمة، اضطرابات القلق والاكتئاب ووضحوا أن من السمات النفسية البارزة لدى مرضى التليف العضلي ما يسمى بالتفكير الكارثي، أي الشعور بالعجز أمام الضغوط وعدم القدرة على مواجهتها، بالإضافة إلى الخوف من الحركة بسبب توقع الألم، وهو ما يؤدي إلى تراجع النشاط الجسدي وتفاقم الأعراض. وأكدوا أن العلاج المعرفي السلوكي قد يساعد في تحسين الشعور بالكفاءة الذاتية وتقليل التفكير الكارثي، حتى لو كان تأثيره المباشر على الألم محدودا. (David Capdevielle, 2014)

وفي مقال آخر بعنوان التفسير النفسي لآلام التليف العضلي بقسم الاضطرابات الوجدانية بجامعة ياغيلونيان، كراكوف، بولندا سنة 2025 أكد الباحث "كيربا Kierba" وزملاؤه أن التليف العضلي ليس اضطرابا نفسيا ذا أصل نفسي بحت، لكن بسبب الارتفاع الكبير في نسب الترافق مع الاضطرابات النفسية، ووجود أهداف علاجية مشتركة، يمكن للأطباء النفسيين أن يؤديوا دورا مهما في تشخيص التليف العضلي وعلاجه. وتشير المعطيات المتوفرة إلى ارتفاع نسب الاضطرابات النفسية المصاحبة للتليف العضلي، حيث تصل نسبة انتشار اضطرابات القلق مدى الحياة إلى 9-33 بالمئة، واضطراب الكرب التالي للصدمة إلى 16 بالمئة، والاكتئاب إلى 63 بالمئة، واضطراب ثنائي القطب إلى 26 بالمئة. كما يرتبط هذا الترافق النفسي بزيادة شدة التليف العضلي، وتراجع الأداء الوظيفي، وانخفاض جودة الحياة، والتدهور الاجتماعي الاقتصادي. كما بينت أعمال فريق الباحث أن بعض الأعراض السيكوباتولوجية مثل الاكتئاب، القلق، فقدان المتعة، التفضيلات الكرونوبولوجية، واضطرابات الايقاع اليومي، بالإضافة إلى بعض السمات النفسية، ترتبط بعدم الاستجابة للعلاج الدوائي لدى مرضى التليف العضلي. (Kierba et al, 2025)

ومن بين الدراسات المهمة في هذا المجال دراسة "ديمير باركول تونغوس Demir Barkoul Tongos وآخرون بتركيا سنة 2020 حول المشكلات الجنسية وسمات الشخصية لدى المريضات المصابات بمتلازمة التليف العضلي دون تشخيص باضطراب جنسي أجريت الدراسة في وحدة العلاج الفيزيائي وإعادة التأهيل بمستشفى الدكتور سادي كونوك للتدريب والبحوث في اسطنبول. شملت الدراسة 24 امرأة مصابة بالتليف العضلي دون وجود تشخيص رسمي لاضطراب جنسي. تم تحديد الخصائص الديموغرافية والانثروبومترية والأعراض المصاحبة للتليف العضلي والنقاط الحساسة. كما استخدمت المقاييس التالية: مقياس الألم البصري

مقدمة

VAS، استبيان تأثير التليف العضلي FIQ، مقياس بيك للاكتئاب BDI، مقياس بيك للقلق BAI، اختبار الشخصية متعدد الأوجه MMPI، مقياس الرضا الجنسي GRISS، أظهرت نتائج MMPI أن بعد الهستيريا فقط تجاوز 70 نقطة بمتوسط 73.63. كما ظهر ارتباط ايجابي دال احصائيا بين بعض أبعاد استبيان تأثير التليف العضلي وبعض أبعاد مقياس الرضا الجنسي مثل التشنج المهبلي واللمس وفقدان النشوة الجنسية. كما ظهرت علاقة دالة بين درجات الاكتئاب وصعوبات التواصل الجنسي وبين درجات القلق وصعوبات اللمس الحميمي. وتشير الدرجة المرتفعة في بعد الهستيريا لدى المريضات إلى أنهن يستخدمن الكبت والانكار بشكل متكرر وقد يعانين من شكاوى جسدية مرتبطة بالقلق. ويفسر ذلك في إطار المقاربة النفسجسمية التي تؤكد أن الاضطرابات الجسدية ليست بمعزل عن العوامل النفسية، بل هي نتاج تفاعل معقد بين مكونات بيولوجية ونفسية واجتماعية. (2020, Demir Barkoul)

وفيما يتعلق بالجوانب النفسية لمتلازمة التليف العضلي تناولت دراسة "هيجز Higgs وآخرون " (Higgs, J.B., Hale, W, J. and other 2026) بعنوان "ظهور جديد لمرض الألم الليفي بعد التعرض لبيئة قتالية" حيث هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين التوتر الناتج عن بيئة القتال وظهور أعراض التليف العضلي، إضافة إلى دراسة الارتباط بينه وبين اضطراب ما بعد الصدمة. أظهرت نتائج الدراسة ارتفاعاً ملحوظاً في نسبة الإصابة بالتليف العضلي بعد التعرض للضغوط القتالية، حيث انتقلت النسبة من حوالي (2%) قبل المهمة إلى ما بين (8 % و 11%) بعدها. كما كشفت النتائج على وجود علاقة ارتباطية ثنائية الاتجاه بين التليف العضلي واضطراب ما بعد الصدمة إذ تبين أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة كانوا أكثر عرضة للإصابة بالتليف العضلي والعكس صحيح. وبينت الدراسة أن الضغوط النفسية الشديدة تعد عاملاً مهماً في ظهور التليف العضلي، مع التأكيد على دور الجهاز العصبي المركزي في تفسير هذا الارتباط.

وفي ذات السياق جاءت دراسة سالم والزين (2025) بعنوان "الإجهاد المزمن والمرونة النفسية لدى مرضى التليف العضلي" هدفت إلى الكشف عن مستوى المرونة النفسية، بالإضافة إلى معرفة طبيعة العلاقة بينهما لدى مرضى الألم العضلي في عمان. أظهرت النتائج أن مستوى كل من الإجهاد المزمن والمرونة النفسية لدى المرضى جاء بدرجة متوسطة، مع وجود علاقات عكسية دالة إحصائياً بينهما، بمعنى أنه كلما ارتفع مستوى الإجهاد المزمن انخفضت المرونة النفسية. كما بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإجهاد المزمن تعزى لمتغيرات الجنس، الحالة الاجتماعية، ومدة الإصابة، بينما ظهرت فروق تعزى للعمر. كذلك لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المرونة النفسية تبعاً لمتغيرات الجنس، العمر، الحالات

الاجتماعية ومدة الإصابة. وأوصت الدراسة بضرورة توفير برامج إرشادية وعلاجية لخفض الإجهاد المزمن وتعزيز المرونة النفسية لدى مرضى الألم العضلي الليفي. (سالم والزين، 2025)

وأعدت أمينة تازي سنة 2021 مقال بعنوان: "الألم الليفي العضلي والاضطرابات النفسية المصاحبة له، حيث هدف هذا المقال إلى تسليط الضوء على طبيعة الألم الليفي العضلي باعتباره مرضا مزمنا ومعقدا يجمع بين الأعراض الجسدية والنفسية، حيث يتميز بالآلام منتشرة في مختلف أنحاء الجسم، إضافة إلى اضطرابات النوم، الإرهاق، القلق، الاكتئاب وبعض الاضطرابات الانفعالية والمعرفية. كما أكدت أن صعوبة تشخيص المرض وعدم وضوح أسبابه يزيدان من معاناة المرضى النفسية والاجتماعية. وأشارت الباحثة إلى أن التليف العضلي لا يؤثر فقط على الجانب الجسدي، بل يمتد تأثيره إلى الحياة النفسية والاجتماعية والمهنية للمريض، مما يستدعي التكفل متعدد التخصصات الذي يجمع بين العلاج الطبي والنفسي.

وفي نفس السياق جاءت دراسة "رودريغاز Rodriguez وقارسيا سانشيز Garcia Sanchez" بإسبانيا حول الأعراض السيكيوباتولوجية لدى المرضى المصابين بالصداع المزمن مع أو دون التليف العضلي، هدفت إلى مقارنة البروفيل السيكيوباتولوجي بين مرضى الصداع المزمن فقط ومرضى الصداع المزمن المصحوب بالتليف العضلي، مع دراسة العلاقة بين هذا البروفيل والاستجابة العلاجية. تكونت العينة من 60 مريضا، بينهم 58 امرأة، موزعين إلى مجموعتين: 30 مريضا يعانون من الصداع المزمن و 30 مريضا يعانون من الصداع المزمن مع التليف العضلي متوسط أعمارهم 55 سنة، اعتمد الباحثون على عدة اختبارات نفسية، أهمها: اختبار القلق STAI [Charles Spielberger]، اختبار Beck للاكتئاب، اختبار MMPI-2 و اختبار MOCI، أظهرت النتائج أن مرضى التليف العضلي مع الصداع المزمن سجلوا درجات أعلى بشكل دال إحصائيا في: توهم المرض، الاكتئاب، الهستيريا، البارانويا، السيكاستينيا، الفصامية في اختبار MMPI-2 اختبار MMPI-2 كما سجلوا درجات مرتفعة في الجسدية، الوسواس القهري وشدة الضيق النفسي العام في الاختبارات الأخرى، وأكدت الدراسة أن الاستجابة العلاجية كانت أضعف لدى مجموعة التليف العضلي، إذ بلغت نسبة التحسن الجيد: 17.85% فقط لدى مرضى التليف العضلي ومقابل 42.85% لدى مرضى الصداع المزمن دون التليف العضلي. واستنتجت الدراسة أن المرضى الذين يعانون من التليف العضلي مع الصداع المزمن يمتلكون بروفيل سيكيوباتولوجي أكثر شدة وتعقيدا مقارنة بمرضى الصداع المزمن فقط، وأن هذا الاضطراب النفسي يرتبط مباشرة بضعف الاستجابة للعلاج الدوائي. (Rodriguez et Garcia, 2009)

وفي دراسة أخرى أجراها فريق بحث بقيادة "برونو ميغال نوفو Bruno Miguel Novo" في البرتغال بعنوان: التليف العضلي والتهاب المفاصل الروماتويدي الفروق في الشخصية والاضطرابات النفسية وفقا لاختبار مينيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية MMPI-2، هدفت هذه الدراسة المقطعية إلى مقارنة الملف السريري لاختبار MMPI-2 بين مرضى التليف العضلي ومرضى التهاب المفاصل الروماتويدي، وتحديد المجموعات النموذجية لكل مرض، ثم توصيف هذه المجموعات بصورة أوسع عبر أبعاد الشخصية والاضطرابات النفسية المختلفة. تم تطبيق الاختبار على عينة مكونة من سبعين امرأة مجموعة التليف العضلي: 38 امرأة بمتوسط عمر 46.03 سنة ومجموعة التهاب المفاصل الروماتويدي: 32 امرأة بمتوسط عمر 45.31 سنة، أظهرت مجموعة التليف العضلي ارتفاعات ذات دلالة سريرية في خمسة مقاييس: توهم المرض، الاكتئاب، الهستيريا، السيكاستينيا والفصام بينما لم تظهر مجموعة التهاب المفاصل الروماتويدي أي ارتفاعات سريرية. كما سمح تحليل العناقيد بطريقة K-Means بتحديد ملف نموذجي لكل اضطراب، وكشفت تحليلات MANCOVA عن خصائص مهمة لدى مرضى التليف العضلي في عدة أبعاد نفسية وشخصية. وخلصت الدراسة إلى وجود خصوصية واضحة في خصائص الشخصية والاضطرابات النفسية لدى مرضى التليف العضلي.

ودراسة غونزاليس نوفو وبيريز Peres&Novo.Gonzalez (2021) بعنوان "التباين في الشخصية والاعتلال النفسي والخصائص المرتبطة بالصحة لدى مرضى التليف العضلي باستخدام اختبار MMPI2"، هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى وجود تباين نفسي وشخصي بين مريضات التليف العضلي، من خلال دراسة سمات الشخصية والاضطرابات النفسية باستخدام اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية ومعرفة العلاقة بين السمات الشخصية والخصائص الصحية المرتبطة بالمرض. شملت الدراسة 56 امرأة مصابة بالتليف العضلي، وأظهرت النتائج وجود مجموعتين مختلفتين نفسيًا. الأولى اتسمت بهشاشة انفعالية فقط والثانية تميزت بهشاشة انفعالية وشخصية معًا. حيث سجلت مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب. وانخفاض تقدير الذات، وصعوبات التكيف الاجتماعي والمهني، إضافة إلى اضطرابات في العلاقات الأسرية الزوجية، ومؤشرات علاجية سلبية. كما بينت الدراسة أن السمات الشخصية لا ترتبط بشكل مباشر بشدة الألم الجسدي. بل تؤثر بشكل أكبر في الجانب النفسي والتكيفي للمريضة.

مما سبق وانطلاقاً من الطابع المزمن والمعقد لمرض التليف العضلي، وما يرافقه من أعراض جسدية مستمرة واضطرابات نفسية وانفعالية تؤثر في التوازن النفسي والاجتماعي للمريض، أصبح من الضروري دراسة هذا

مقدمة

المرض من منظور نفسي اكلينيكي والكشف عن البروفيل النفسي لهذه الفئة من المرضى مسألة اكلينيكية بالغة الأهمية. ورغم تعدد الدراسات التي تناولت التليف العضلي من الجوانب الطبية والنفسية، إلا أن معظمها اعتمدت على المقاربات الكمية والدراسات المقارنة ذات العينات الكبيرة، وبناء على غموض الاسباب المرضية للتليف العضلي التي ما زالت غير معروفة بدقة، وصعوبة التشخيص اذ لا توجد مؤشرات حيوية أو اختبارات موضوعية تؤكد التشخيص الذي يعتمد أساسا على التاريخ المرضي واستيفاء المعايير السريرية. وبما أن مرضى التليف العضلي يشكلون مجموعة غير متجانسة من حيث الأسس البيولوجية للأعراض، والعرض السريري، والاستجابة للعلاج، الأمر الذي يجعل تلك الدراسات الكمية التي ركزت على وصف الأعراض النفسية كالقلق والاكتئاب دون التعمق في تحليل البناء النفسي للحالة وفهم آليات الدفاع والتنظيم الانفعالي المرتبطة بالألم المزمن، تقدم نتائج عامة قد لا تعكس الخصوصية الفردية للحالات الاكلينيكية. خاصة ما لاحظناه من نقص واضح في الدراسات العربية والجزائرية التي تناولت البروفيل النفسي لمرضى التليف العضلي باستخدام اختبارات اسقاطية أو سيكومترية دقيقة مثل اختبار MMPI-2 ومن هنا تسعى الدراسة الحالية إلى سد هذا النقص من خلال تقديم دراسة حالة منفردة معمقة تكشف عن الخصائص النفسية والانفعالية لمریضة تعاني من التليف العضلي في البيئة الجزائرية، بالجمع بين نتائج اختبار MMPI2 والمعطيات الاكلينيكية المستخلصة من المقابلة العيادية والملاحظة العيادية، وتحليلها في ضوء المقاربة النفسجسمية وعليه يمكن صياغة الإشكالية العامة للدراسة في التساؤل التالي:

ما طبيعة البروفيل النفسي المميز لمرضى التليف العضلي في ضوء نتائج اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 والملاحظة والمقابلة العيادية؟

وتتفرع عنه التساؤلات التالية:

- هل يتميز مرضى التليف العضلي بارتفاع المقاييس الاكلينيكية ذات الطابع الجسدي؟
- هل توجد مؤشرات الاكتئاب والانشغال المرضي بالحالة الصحية لدى مرضى التليف العضلي؟
- هل يعكس الألم المزمن لدى مرضى التليف العضلي صعوبات في التنظيم الانفعالي والتعبير النفسي؟

1-فرضيات الدراسة:

1-1: الفرضية الأساسية:

يتميز مرضى التليف العضلي ببروفيل نفسي خاص يتسم بارتفاع مؤشرات الجسدية والقلق والانشغال المفرط بالحالة الصحية.

1-2: الفرضيات الفرعية:

- تتميز حالات التليف العضلي بارتفاع المقاييس الاكلينيكية ذات الطابع الجسدي في اختبار MMPI-2 ، خاصة سلم توهم المرض HS وسلم الهستيريا التحويلية.
- توجد مؤشرات على اكتئاب داخلي غير مصرح به بصورة مباشرة، يظهر من خلال المعطيات العيادية والمقابلة النصف موجهة، حتى في حال عدم تسجيل ارتفاع مرضي واضح على سلم الاكتئاب D
- يعكس الألم المزمن لدى مرضى التليف العضلي وظيفة دفاعية نفسية ترتبط بصعوبات في التنظيم الانفعالي والتعبير عن الصراعات النفسية.

2-أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق مجموعة من الأهداف العلمية والاكلينيكية التي تتمحور حول فهم البروفيل النفسي لمرضى التليف العضلي والكشف عن الخصائص النفسية والانفعالية المرتبطة بهذا المرض المزمن، ويمكن تفصيل هذه الأهداف فيما يلي:

- الكشف عن طبيعة البروفيل النفسي المميز لمرضى التليف العضلي في ضوء اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية. MMPI-2 والمقابلة العيادية.

-تحديد المقاييس الاكلينيكية الأكثر ارتفاعا لدى الحالة المدروسة في اختبار MMPI-2 .

-الكشف عن مظاهر القلق والاكتئاب والجسدية والانشغال المرضي بالحالة الصحية لدى المريضة.

-تحليل طبيعة التنظيم الانفعالي وآليات الدفاع النفسية المرتبطة بالألم المزمن.

3-أهمية الدراسة:

تكتسب الدراسة الحالية أهميتها من الأهمية المتزايدة التي أصبح يحظى بها موضوع التليف العضلي في مجالي علم النفس الاكلينيكي والطب النفسجسدي، خاصة في ظل تزايد الاهتمام بالعلاقة التفاعلية بين النفس والجسد، وبالدور الذي تلعبه العوامل النفسية والانفعالية في ظهور الأمراض المزمنة واستمرارها. كما تتبع أهمية الدراسة

مقدمة

من طبيعة المرض ذاته باعتباره اضطرابا مزمنًا ومعقدًا لا يقتصر تأثيره على الجانب الجسدي فقط، بل يمتد ليشمل الجوانب النفسية والاجتماعية والمهنية للمريض.

3-1: الأهمية النظرية:

- تساهم الدراسة في تعميق الفهم النظري للعلاقة بين العوامل النفسية والأعراض الجسدية المزمنة في ضوء المقاربة النفسجسمية.

- تثري الجانب النظري المتعلق بالبروفيل النفسي لمرضى التليف العضلي من خلال التركيز على البناء النفسي والانفعالي للحالة.

- تدعم الطروحات الحديثة التي تؤكد أن التليف العضلي ليس مجرد اضطراب عضوي، بل حالة معقدة تتداخل فيها العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية.

-تقدم إضافة علمية للمكتبة العربية والجزائرية في مجال الدراسات النفسية المتعلقة بالتليف العضلي، نظرا لندرة الأبحاث المحلية في هذا المجال.

3-2: الأهمية التطبيقية والكلينيكية:

- تساعد نتائج الدراسة الأخصائيين النفسيين والأطباء على فهم الخصائص النفسية والانفعالية لمرضى التليف العضلي بصورة أعمق.

- تساهم في تحسين أساليب التكفل العلاجي من خلال دمج الدعم النفسي مع العلاج الطبي والبدني.

- تبرز أهمية استخدام الاختبارات النفسية المقننة مثل MMPI-2 في تقييم مرضى الألم المزمن وتشخيص الصعوبات النفسية المرتبطة بهم.

- تساعد في توعية الأسرة والمحيط الاجتماعي بطبيعة المعاناة النفسية التي يعيشها مرضى التليف العضلي، مما يدعم توفير بيئة داعمة ومساندة للمريض.

- تفتح المجال أمام دراسات مستقبلية أكثر تعمقا تتناول البنية النفسية لمرضى التليف العضلي باستخدام مقاربات واختبارات مختلفة.

4-التعاريف الإجرائية:

التليف العضلي: يُعرف التليف العضلي اجرائياً في هذه الدراسة بأنه اضطراب مزمن يتميز بوجود آلام عضلية هيكلية منتشرة في مختلف مناطق الجسم، مصحوبة بالتعب المستمر واضطرابات النوم والإرهاق المزمن وصعوبات الحركة والإنجاز الوظيفي، مع استمرار الأعراض لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر متواصلة. ويتم تحديد الحالة المصابة بالتليف العضلي اعتماداً على تشخيص طبي موثق صادر عن طبيب مختص، بالاستناد إلى معايير الكلية الأمريكية لأمراض الروماتيزم ACR، مع توفر ملف طبي يثبت الإصابة بالمرض. ويقصد بالتليف العضلي في هذه الدراسة أيضاً ذلك المرض الذي يؤثر بصورة واضحة على التوازن النفسي والانفعالي والاجتماعي للمريض، بحيث لا تقتصر معاناته على الجانب الجسدي فقط، بل تمتد لتشمل مشاعر القلق والتوتر والحزن والانفعال الدائم بالحالة الصحية، مما ينعكس على نمط حياته اليومية وعلاقاته الاجتماعية وقدرته على التكيف النفسي مع المرض المزمن.

ويتحدد اجرائياً من خلال:

-تشخيص طبي موثق من طرف طبيب مختص مثبت بملف طبي.

-الاستناد إلى معايير الكلية الأمريكية لأمراض الروماتيزم ACR.

-استمرار الأعراض لا تقل عن ثلاث 03 أشهر، انطلاقاً مما تصرح به الحالة أثناء المقابلة العيادية حول طبيعة الألم ومدته وشدته وانعكاساته النفسية والاجتماعية.

-البروفيل النفسي: يعرف البروفيل النفسي اجرائياً بأنه مجموعة الخصائص والسمات النفسية والانفعالية والشخصية التي يتم الكشف عنها لدى الحالة المدروسة من خلال نتائج اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2، إضافة إلى المعطيات المستخلصة من المقابلة العيادية النصف موجهة ويعبر البروفيل النفسي عن الطريقة التي يدرك بها الفرد ذاته ومرضه ومحيطه، وعن طبيعة توافقه النفسي والانفعالي والاجتماعي.

كما يتحدد البروفيل النفسي في هذه الدراسة من خلال تحليل الارتفاعات والانخفاضات المسجلة على المقاييس الاكلينيكية واستخراج الخصائص النفسية المرتبطة بها، مثل الجسدية والقلق والاكتئاب والهستيريا والوهن النفسي والانفعال المرضي بالحالة الصحية. ويقاس اجرائياً بدرجات T المتحصل عليها في اختبار MMPI-2، حيث تعتبر الدرجة دالة اكلينيكية عندما تكون مساوية أو أكبر من 65، وتعد شديدة عندما تتجاوز 75، بينما تشير الدرجات الواقعة بين 40 و60 إلى المجال المتوسط أو العادي.

ويشمل البروفيل النفسي كذلك طبيعة التنظيم الانفعالي للحالة، وأساليب التكيف وآليات الدفاع النفسية المستعملة في مواجهة المرض المزمن، مثل الإنكار والتحويل الجسدي والكبت وبذلك لا يقتصر مفهوم البروفيل النفسي على النتائج السيكمترية فقط، بل يتعداها إلى الفهم العيادي الشامل للبنية النفسية للحالة المدروسة.

مقدمة

-**القلق**: يعرف القلق اجرائيا بأنه حالة انفعالية تتسم بالشعور المستمر بالتوتر والخوف والانشغال الزائد بالحالة الصحية، وتظهر لدى الحالة المدروسة من خلال كثرة التفكير في المرض والخوف من تفاقم الأعراض والشعور بعدم الارتياح النفسي وصعوبة الاسترخاء. كما يظهر القلق من خلال التصريحات اللفظية للحالة أثناء المقابلة العيادية، مثل التعبير عن الخوف المستمر والاحساس بعدم الطمأنينة والانشغال الدائم بالألم والأعراض الجسدية.

ويُقاس القلق اجرائيا من خلال ارتفاع سلم الوهن النفسي Pt وبعض المؤشرات المرتبطة به في اختبار MMPI-2، حيث تدل الدرجات المرتفعة على وجود توتر نفسي ووساوس وانشغال مرضي بالحالة الصحية وصعوبات في التحكم الانفعالي. كما يتم الاستدلال عليه من خلال الملاحظة المباشرة للحالة، مثل الارتباك والانفعال السريع وكثرة الشكوى والتوتر أثناء المقابلة.

-**الاكتئاب**: يعرف الاكتئاب اجرائيا بأنه حالة نفسية تتميز بالحزن المستمر وفقدان الرغبة في النشاطات اليومية وضعف الدافعية والتشاؤم والشعور بالعجز وفقدان المتعة، ويظهر لدى الحالة المدروسة من خلال تصريحاتها المتعلقة بفقدان الرغبة في الحياة والانطواء الاجتماعي والبكاء المتكرر والاحساس بعدم القيمة.

ويُقاس الاكتئاب اجرائيا من خلال نتائج سلم الاكتئاب D في اختبار MMPI-2، إضافة إلى المعطيات العيادية المستخلصة من المقابلة والملاحظة. كما يؤخذ بعين الاعتبار احتمال وجود اكتئاب داخلي غير مصرح به بشكل مباشر بسبب استعمال بعض آليات الدفاع النفسي كالكبت والانكار، خاصة عندما تظهر المؤشرات الاكتئابية في المقابلة العيادية رغم عدم ارتفاع سلم الاكتئاب بصورة مرضية واضحة.

-**الجسدية**: تعرف الجسدية اجرائيا بأنها ميل الحالة إلى التعبير عن الضغوط والانفعالات النفسية والصراعات الداخلية في صورة شكاوى وأعراض جسدية مستمرة، دون أن يكون التفسير العضوي وحده كافيا لفهم شدة هذه الأعراض واستمرارها. وتظهر الجسدية لدى الحالة المدروسة من خلال التركيز المفرط على الألم والتعب والانشغال المستمر بالحالة الصحية وربط مختلف المواقف الحياتية بالمعاناة الجسدية.

ويُقاس هذا المفهوم اجرائيا من خلال ارتفاع سلم توهم المرض HS وسلم الهستيريا التحويلية Hy في اختبار MMPI-2، إضافة إلى ما يظهر في المقابلة العيادية من كثرة الحديث عن الأعراض الجسدية وصعوبة التعبير المباشر عن المعاناة النفسية والانفعالية. كما يتم الاستدلال على الجسدية من خلال ميل الحالة إلى تحويل التوترات النفسية إلى أعراض جسدية مزمنة تؤثر في حياتها اليومية وتوافقها النفسي والاجتماعي.

المنهج

يعد الفصل المنهجي من أهم فصول البحث العلمي، إذ يوضح الخطوات والاجراءات التي اعتمدت عليها الدراسة من أجل الوصول إلى نتائج علمية دقيقة وموضوعية. كما يسمح بتحديد طبيعة المنهج المستخدم وخصائص الحالة المدروسة والأدوات المعتمدة في جمع البيانات وتحليلها، بما يضمن انسجام الجانب التطبيقي مع اشكالية الدراسة وفرضياتها.

1-المنهج:

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة، التي تقتضي دراسة الفرد باعتباره وحدة متكاملة، مع التركيز على تاريخه المرضي والنفسي والاجتماعي والانفعالي، وتحليل مختلف العوامل التي تؤثر في شخصيته وسلوكه.

وقد تم اختيار هذا المنهج لأنه يسمح بفهم دينامية الشخصية والكشف عن طبيعة الصراعات النفسية والانفعالية المرتبطة بمرض التليف العضلي، كما يمكن الباحث من دراسة الحالة في سياقها الواقعي بعيدا عن التعميمات الاحصائية التي قد تخفي الخصوصية الفردية للحالة المدروسة. ويساعدنا أيضا على الربط بين المعطيات الكمية المستخلصة من الاختبارات النفسية والمعطيات الكيفية المستخلصة من المقابلة والملاحظة، الأمر الذي يسمح ببناء صورة نفسية أكثر عمقا ودقة للحالة.

كما أن دراسة الحالة تعد من أكثر الأساليب الملائمة للدراسات النفسجسمية، لأنها تسمح بفهم العلاقة بين الألم الجسدي والمعاناة النفسية والانفعالية، والكشف عن الكيفية التي تؤثر بها الاضطرابات النفسية في استمرار الأعراض الجسدية أو تفاقمها. ولهذا فقد تم الاعتماد على حالة واحدة مصابة بالتليف العضلي قصد التعمق في تحليل البروفيل النفسي الخاص بها والكشف عن الخصائص النفسية المميزة لهذا المرض المزمن.

2-حدود الدراسة:

1-2: الحدود المكانية:

أجريت الدراسة الحالية بمركز التشخيص الطبي المرشد لدى طبيب الأعصاب، حيث تم التواصل مع الحالة وإجراء المقابلات العيادية وتطبيق اختبار MMPI-2 داخل ظروف مناسبة تسمح بالحصول على معطيات دقيقة وموضوعية. وقد تم اختيار هذا المركز نظرا لتوفر حالات مصابة بالتليف العضلي تخضع للمتابعة الطبية والعلاجية.

2-2: الحدود الزمنية:

تمت مراحل الدراسة من جمع المعطيات النظرية والدراسات السابقة إلى مرحلة التطبيق الميداني وتحليل النتائج ومناقشتها خلال الموسم الجامعي 2025-2026 وأجريت المقابلة الأولى مع الحالة بتاريخ 2026/04/27، في حين تم تطبيق اختبار MMPI-2 بتاريخ 2026/04/30.

2-3: الحدود البشرية:

اقتصرت الدراسة الحالية على حالة واحدة تعاني من التليف العضلي، تبلغ من العمر 65 سنة، تم اختيارها بطريقة قصدية بناء على توفر شروط الدراسة واستعداد الحالة للتعاون، مع توفر تشخيص طبي مثبت للحالة. ويعود الاكتفاء بحالة واحدة إلى طبيعة المنهج العيادي الذي يركز على التعمق في دراسة الفرد بدل التوسع في عدد الحالات. كما واجهت الباحثة صعوبة في الحصول على موافقة الحالات للمشاركة في الدراسة نظرا لحساسية المرض وطبيعة المعاناة النفسية والجسدية.

3-حالات الدراسة وخصائصها:

تتمثل حالات الدراسة في حالة واحدة مصابة بالتليف العضلي، وهي امرأة تبلغ من العمر 65 سنة، أرملة وماكثة بالبيت، تنتمي إلى مستوى معيشي جيد. وقد تم اختيارها بطريقة قصدية نظرا لتوفر مجموعة من الشروط الضرورية للدراسة، والمتمثلة في:

- وجود تشخيص طبي مؤكد للتليف العضلي.
 - استمرار الاعراض لفترة زمنية طويلة.
 - الموافقة المستنيرة للحالة واستعدادها للتعاون وإجراء المقابلة والاختبار النفسي.
 - توفر القدرة على التعبير عن الخبرات النفسية والانفعالية المرتبطة بالمرض.
- كما تميزت الحالة بمعاناة مزمنة مع المرض امتدت لحوالي 15 سنة، حيث عاشت تجربة طويلة من التنقل بين الاطباء والبحث عن تفسير للأعراض الجسدية التي تعاني منها قبل الوصول إلى التشخيص النهائي، الأمر الذي انعكس بصورة واضحة على حالتها النفسية والانفعالية والاجتماعية.

4-أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على مجموعة من الأدوات الاكلينيكية والسيكومترية لجمع البيانات، وذلك بهدف الوصول إلى فهم شامل للبروفيل النفسي للحالة المدروسة. وتمثلت هذه الأدوات فيما يلي:

4-1: الملاحظة العيادية:

تعد الملاحظة العيادية من الأدوات الأساسية في المنهج العيادي، إذ تسمح للباحث بملاحظة السلوك الظاهر للحالة وطريقة تفاعلها أثناء المقابلة وتطبيق الاختبار. وقد اعتمدت الباحثة على الملاحظة المباشرة للحالة أثناء المقابلة من خلال متابعة تعابير الوجه ونبرة الصوت والحركات الجسدية والانفعالات الظاهرة. وقد تضمنت المحاور التالية:

- محور المظهر العام.
- محور السلوك الحركي والجسدي.
- محور التعبيرات الانفعالية.
- محور التواصل اللفظي وغير اللفظي.

4-2: المقابلة العيادية النصف موجهة:

اعتمدت الدراسة على المقابلة العيادية النصف موجهة باعتبارها أداة تسمح بالحصول على معلومات دقيقة حول التاريخ المرضي والنفسي والاجتماعي للحالة، مع منحها الحرية في التعبير عن مشاعرها ومعاناتها بصورة تلقائية. كما تتميز المقابلة النصف موجهة بمرونتها وقدرتها على الجمع بين التوجيه العلمي وحرية التعبير، الأمر الذي يجعلها من أكثر الأدوات ملائمة للدراسات الاكلينيكية التي تهدف إلى فهم التجربة النفسية الذاتية للحالة المدروسة.

وقد تضمنت المقابلة مجموعة من المحاور الأساسية شملت:

- المعلومات العامة والتاريخ المرضي للحالة.
- الأعراض الجسدية.
- الأعراض النفسية.
- تأثير المرض على الحياة اليومية والعلاقات الاجتماعية.
- تمثيلات الحالة حول المرض والعلاج.

4-3: اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية-2 MMPI :

يعد اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 من أشهر الاختبارات النفسية المستخدمة في المجال الاكلينيكي، وقد صمم بهدف تقييم البناء النفسي للشخصية والكشف عن الاضطرابات النفسية والانفعالية المختلفة. ويتميز هذا الاختبار بقدرته على تقديم بروفيل نفسي متكامل للفرد من خلال مجموعة من المقاييس الاكلينيكية ومقاييس الصدق التي تسمح بتحليل الجوانب السوية والمرضية للشخصية بصورة دقيقة. (Butcher et al., 2001)

وقد تم تطوير هذا الاختبار من طرف Hathaway وMcKinley بجامعة مينسوتا، ثم أُعيدت مراجعته وتحديثه ليصبح في صورته الحالية MMPI-2، التي تعد من أكثر الأدوات السيكمترية استخداماً في التشخيص النفسي والبحث الاكلينيكي. كما يعتمد الاختبار على مجموعة كبيرة من البنود التي تهدف إلى الكشف عن أنماط

التفكير والانفعال والسلوك والاضطرابات النفسية المختلفة، الأمر الذي يجعله أداة فعالة في دراسة الحالات المرضية المزمنة والكشف عن تأثير المرض الجسدي على البناء النفسي للفرد. (Hathaway& McKinley, 1943)

ويكتسب الاختبار أهمية خاصة في دراسة التليف العضلي لأنه يسمح بالكشف عن الجوانب النفسية العميقة المرتبطة بالألم المزمن، مثل القلق والجسدية والانشغال المرضي بالحالة الصحية وآليات الدفاع النفسي، وهي عناصر يصعب أحيانا الكشف عنها من خلال المقابلة العيادية فقط. كما يمكن من خلاله بناء بروفيل نفسي شامل يوضح طبيعة التوازن النفسي والانفعالي للحالة المدروسة.

5-أهداف تطبيق الاختبار في الدراسة الحالية:

تم تطبيق اختبار MMPI-2 في الدراسة الحالية بهدف:

- الكشف عن البروفيل النفسي للحالة المصابة بالتليف العضلي.
 - التعرف على المقاييس الاكلينيكية المرتفعة المرتبطة بالمرض.
 - تحليل الجوانب النفسية والانفعالية المصاحبة للألم المزمن.
 - الكشف عن وجود مؤشرات للقلق والاكتئاب والجسدية.
 - فهم طبيعة التكيف النفسي وآليات الدفاع المستعملة من طرف الحالة.
 - الربط بين نتائج الاختبار والمعطيات المستخلصة من المقابلة العيادية والملاحظة.
- وقد سمح تطبيق الاختبار بالحصول على معطيات سيكومترية دقيقة ساعدت في تدعيم التحليل العيادي وفهم البناء النفسي للحالة بصورة أعمق.

6-ظروف تطبيق الاختبار:

تم تطبيق اختبار MMPI-2 خلال المقابلة الثانية بتاريخ 2026/04/30 داخل مركز التشخيص الطبي المرشد، في ظروف مناسبة اتسمت بالهدوء وتوفير جو يسمح للحالة بالتركيز أثناء الإجابة عن البنود. وقد استغرقت مدة التطبيق حوالي 95 دقيقة، حيث بدت الحالة متعاونة بصورة جيدة رغم ما ظهر عليها من تعب جسدي وارهاق نفسي.

وخلال التطبيق لوحظ أن الحالة كانت تركز بصورة كبيرة على البنود المرتبطة بالصحة والألم الجسدي، كما كانت أحيانا تتوقف للتعليق على بعض الأسئلة وربطها بمعاناتها اليومية، الأمر الذي يعكس درجة الانشغال المرتفعة بالحالة الصحية. كما ظهرت عليها بعض مظاهر القلق والتردد في بعض الاجابات، خاصة عندما تتعلق الأسئلة بالجوانب النفسية والانفعالية.

ورغم الارهاق الذي كانت تعاني منه، فقد أبدت الحالة رغبة واضحة في اتمام الاختبار والتعبير عن معاناتها، وهو ما ساعد في الحصول على بروتوكول قابل للتفسير والتحليل. كما أن غياب عدد كبير من البنود غير المجاب عنها يدل على تعاون الحالة واستعدادها النفسي للمشاركة في الدراسة.

7-مقاييس الاختبار:

يتكون اختبار MMPI-2 من مجموعة من المقاييس التي تنقسم إلى:

أولاً: مقاييس الصدق

وهي المقاييس التي تهدف إلى التحقق من صدق الاستجابات ومدى تعاون المفحوص، وتشمل:

• سلم الكذب L

• سلم الندرة أو الاجابات غير العادية F

• سلم التصحيح K

• سلم عدم الإجابة ؟

وتساعد هذه المقاييس في معرفة ما إذا كانت الحالة تحاول تقديم صورة مثالية عن نفسها، أو المبالغة في الأعراض، أو اخفاء بعض الجوانب النفسية. كما تسمح بالتأكد من صلاحية البروتوكول للتفسير الاكلينيكي.

ثانياً: المقاييس الاكلينيكية

وهي المقاييس التي تسمح بالكشف عن الخصائص النفسية والاضطرابات الانفعالية المختلفة، وتشمل:

• توهم المرض Hs

• الاكتئاب D

• الهستيريا Hy

• الانحراف السيکوباتي Pd

• الذکورة والانوثة Mf

• البارانونيا Pa

• الوهن النفسي Pt

• الفصام Sc

• الهوس الخفيف Ma

• العزلة الاجتماعية Si

وتساعد هذه المقاييس في بناء البروفايل النفسي للحالة والكشف عن السمات المرضية والسوية للشخصية.

8-إجراءات الدراسة:

- مرت الدراسة الحالية بمجموعة من المراحل والاجراءات المنظمة، تمثلت فيما يلي:
- الاطلاع على الأدبيات النظرية والدراسات السابقة المتعلقة بالتليف العضلي والبروفيل النفسي واختبار MMPI-2.
 - تحديد اشكالية الدراسة وفرضياتها واختيار المنهج المناسب.
 - التوجه إلى مركز التشخيص الطبي المرشد والتواصل مع طبيب الأعصاب قصد الحصول على حالة مناسبة للدراسة.
 - اجراء المقابلة العيادية النصف موجهة مع الحالة بتاريخ 2026/04/27.
 - تطبيق اختبار MMPI-2 بتاريخ 2026/04/30.
 - تفرغ وتحليل معطيات المقابلة والاختبار.
 - الربط بين النتائج الكمية والكيفية قصد بناء البروفايل النفسي للحالة.
 - مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة

9-الأساليب المعتمدة في تحليل البيانات:

اعتمدت الدراسة الحالية على التحليل الكيفي والعيادي لمعطيات المقابلة والملاحظة، إضافة إلى التحليل السيكمومتري لنتائج اختبار MMPI-2. وتم تفسير الدرجات التائية بالاعتماد على المعايير الاكلينيكية الخاصة بالاختبار، حيث اعتبرت الدرجات التي تفوق 65 درجات دالة اكلينيكية وتشير إلى وجود اضطراب أو سمة نفسية بارزة.

كما تم تحليل النتائج في ضوء المقاربة النفسجسمية التي تؤكد على التفاعل بين الجوانب النفسية والجسدية، مع محاولة فهم العلاقة بين الأعراض الجسدية المزمنة والصراعات والانفعالات النفسية للحالة المدروسة. وقد سمح هذا الأسلوب بفهم أعمق للبروفيل النفسي للحالة والكشف عن طبيعة المعاناة النفسية المرتبطة بالتليف العضلي.

10-صعوبات الدراسة:

من أبرز الصعوبات التي واجهتها الباحثة، النقص الكبير في الدراسات السابقة العربية المتعلقة بالتليف العضلي، خاصة من الجانب النفسي.

كذلك الصعوبة التي واجهتها الباحثة أثناء انجاز هذه الدراسة هي صعوبة الوصول إلى الحالات رغم توفرها. وذلك بسبب محدودية تعاون الطبيب المختص وعدم تسهيل عملية التواصل مع المرضى أو توجيههم للمشاركة في الدراسة، مما اضطررت إلى الاكتفاء بحالة واحدة للدراسة.

النتائج

1- عرض وتحليل حالة الدراسة:

1-1: تقديم الحالة:

الاسم: و

اللقب: د

السن: 65

الجنس: أنثى.

الحالة الاجتماعية: أرملة.

المستوى المعيشي: جيد.

2-1: ملخص المقابلة:

الحالة " د.و " تبلغ من العمر 65 سنة، متوسطة البنية، قصيرة القامة، سمراء البشرة، لباسها نظيف ومنظم، أرملة وماكثة في البيت، ظهرت الأعراض منذ حوالي 15 سنة لكن تم تشخيصها قبل 05 سنوات من طرف طبيب الأعصاب، صرحت الحالة أن بداية الأعراض كانت تدريجية، حيث بدأت تشعر بالآلام وإرهاق مستمرين، الأمر الذي دفعها إلى مراجعة العديد من الأطباء قبل الوصول إلى التشخيص النهائي. كما عبرت عن معاناتها اليومية مع المرض، خاصة فيما يتعلق بالحركة والأعمال المنزلية، حيث قالت (15 سنة وأنا نعاني.... كنت علابالي غير تعب عادي... خاطر كنت نخدم ياسر وندير مجهود... رحت لقداش من طبيب... رحت حتى لتونس.... قالي طبيب عندك روماتيزم.... كان ديم السطر فيا... الأطباء كل ماعرفوش مرضي... حتاني جيت عند الطبيب هذا... قالي يا الحاجة هذا مرض يجي فالعضلات... وما عندوش دواء...)، أما فيما يخص الأعراض الجسدية وكيفية التعامل مع الألم، فقد أكدت الحالة أنها تعاني من تعب دائم وآلام حادة على مستوى الأطراف العلوية والسفلية، إضافة إلى صعوبة في الحركة والجلوس لفترات طويلة، كما تشعر بالإرهاق السريع عند القيام بأي مجهود بسيط. وذكرت كذلك أن المرض أثر على قدرتها في أداء الأنشطة اليومية بشكل طبيعي قالت (صحتي كل تسطر عليا... سورتو رجليا ويديا... ويزيد السطر كي ندير مجهود... وتجيني حبة مع السطر... السطر الخفيف ديم فيا... أما القاوي مرات يجي مش ديم... وكى يجي مانقدرش نصبر... لازم ندير ابرة باش يروح... ديم حاسة بالتعب... ولا فيبلاس على طول... حتى شغل الدار مانقدرش نديرو... وإذا تحركت ياسر نبات في حالة...) أما بالنسبة لاضطرابات النوم تقول (كل مرة كيفاش... كي مايكونش السطر ياسر لابس نرقد... أما كي يكون مانرقدش... الأكثرية نرقد وننوض...).

في الجانب النفسي، أوضحت الحالة أن المرض أثر بشكل واضح على حالتها النفسية، حيث أصبحت كثيرة التفكير، سريعة الانفعال وتشعر بالحزن والقلق المستمر. كما صرحت بأنها فقدت الرغبة في كل شيء أي في العديد من الأنشطة التي كانت تمارسها سابقا، وأصبحت تميل إلى العزلة بسبب إحساسها بالعجز والتعب المستمر وتجلى ذلك في قولها (نفسيتي تبدلت بزاف... وليت حاجة ما تهمني... وليت زاهدة... قلبي برد من كلش... قاعدة وخلص... ما وليتش كيما قبل... نستنى غير وقتاش نموت.... نحب نقعد غير وحدي... مانحملش

النتائج

الغاشي والتجمعات... ساعات كي مانقدرش يولوا يهزوا فيا تغيضني روجي ونعود نبكي... ونخمس ياسر... وكى نحكيلهم على مرضي نقوللهم ماراكمش حاسين بواش راني نحس... ديما نحس روجي مقلقة... بصح الحمد لله راني راضية بواش عطاني ربي...).

أما فيما يتعلق بالعلاقات الاجتماعية، فقد أشارت الحالة إلى أنها تتلقى الدعم من أقاربها خاصة أبناءها، كما بينت أن المرض أثر على استقلاليتها وجعلها بحاجة إلى المساعدة في بعض الأمور اليومية. قالت (للا الحمد لله لاقية الدعم... أولادي وبناتي ديما مسانديني... كي نشوفهم ننشط شوية وننوض نطيلهم... يجو بناتي يخلولي الدار ويديروا كلش... أنا راكي علاياك حالتى كيفاه... مانقدرش...).

وفيما يخص تمثلاتها حول المرض ومسار العلاج، فقد عبرت الحالة عن تقبلها للمرض، لكنها ترى أنه مرض متعب أثر على حياتها النفسية والجسدية والاجتماعية، كما تتمنى التحسن والتخفيف من حدة الأعراض، حيث قالت (هو المرض هذا راه فيا... وعلاياي بلي مايتداواش... نقول الحمد لله... بصح يابنتي صعيب بدل لي حياتي كل... وعلاياي مايتداواش... الطبيب قالي لازم ديما تروحي للحمام... والحق كل ما نروح للحمام نرتاح وينقص عليا السطر... هو غير كون ينقص عليا السطر نولي لابس...).

1-3: تحليل الحالة في ضوء المقابلة:

سمحت لنا المقابلة العيادية النصف موجهة بالحصول على معطيات نفسية وانفعالية واجتماعية عميقة حول الحالة، كما أتاحت لنا فهم التجربة الذاتية التي تعيشها المريضة مع مرض التليف العضلي، والكشف عن طبيعة العلاقة بين الأعراض الجسدية والمعاناة النفسية المرتبطة بها. إذ أنها وفرت معطيات لا يمكن الوصول إليها من خلال الاختبار النفسي وحده، مثل طبيعة تمثلات الحالة حول المرض، وأساليب التكيف النفسي، والانفعالات المرتبطة بالألم المزمن.

من خلال تحليل المقابلة يتضح أن المرض يحتل مكانة مركزية في حياتها النفسية، حيث تمحورت أغلب تصريحاتها حول الألم والتعب والمعاناة الجسدية، الأمر الذي يعكس درجة مرتفعة من الانشغال المرضي بالحالة الصحية. فقد كانت تعود بصورة متكررة للحديث عن الأعراض الجسدية حتى عندما يتم توجيه الأسئلة نحو الجوانب النفسية أو الاجتماعية، وهو ما يدل على أن الجسد أصبح الوسيلة الرئيسية التي تعبر من خلالها عن ذاتها ومعاناتها الداخلية.

ويكشف هذا التمرکز حول الجسد عن وجود بناء نفسجسدي واضح، بحيث تحولت الأعراض الجسمية إلى لغة نفسية بديلة للتعبير عن الصراعات والانفعالات الداخلية. كما أن كثافة الشكوى الجسدية لا تعكس فقط شدة الألم العضوي، بل تشير أيضا إلى حاجة نفسية عميقة للاعتراف بالمعاناة والاحتواء الانفعالي، خاصة بعد سنوات طويلة من الغموض التشخيصي وعدم فهم المحيط لطبيعة مرضها.

ومن خلال نبرة صوتها وطريقة التعبير لاحظت الباحثة أن الحالة كانت تتحدث عن المرض بلهجة يغلب عليها الإنهاك واليأس، حيث استعملت عبارات تحمل دلالات قوية على الاستنزاف النفسي مثل: " نفسيتي تبدلت بزاف"، "ماوليتش كيما قبل"، " نستنى غير وقتاش نموت". وتكشف هذه العبارات عن معاناة اكتئابية عميقة

النتائج

تتجاوز مجرد الحزن العابر، لتصل إلى الشعور بفقدان المعنى والإنطفاء النفسي الناتج عن استمرار المرض والألم لفترة طويلة.

كما أظهرت المقابلة أن المرض أثر بصورة واضحة على صورة الذات لدى الحالة، حيث انتقلت من تمثّل نفسها كشخص نشيط وقادر على العمل وتحمل المسؤوليات، إلى شخص عاجز ومتعب يعتمد جزئياً على الآخرين. وقد انعكس ذلك في حديثها المتكرر عن عدم قدرتها على القيام بالأعمال المنزلية وعن حاجتها لمساعدة الأبناء والبنات.

ويبدو أن هذا التحول في صورة الذات شكل مصدراً مهماً للمعاناة النفسية، خاصة وأن الحالة تنتمي إلى جيل يعتبر القدرة على العمل وخدمة الأسرة جزءاً أساسياً من قيمة الفرد ومكانته داخل العائلة. ولذلك فإن فقدان القدرة على أداء الأدوار السابقة ولد لديها شعوراً بالعجز وفقدان الكفاءة، وهو ما يفسر الحساسية الانفعالية التي ظهرت أثناء حديثها عن المرض.

كما كشفت المقابلة عن وجود صراع داخلي بين الرغبة في الحفاظ على صورة قوية ومتقبلة للمرض، وبين الشعور الحقيقي بالضعف والانهك النفسي. ويتضح ذلك من خلال الجمع بين عبارات الرضا بالقضاء والقدر، وبين التصريحات التي تعكس اليأس والرغبة في انتهاء المعاناة. وهذا التناقض يعكس استعمال بعض آليات الدفاع النفسية التي تهدف إلى الحفاظ على التوازن النفسي رغم شدة المعاناة الداخلية.

بدا في المقابلة أيضاً أن القلق يمثل بعداً أساسياً في الحياة النفسية للحالة، حيث بدت كثيرة التفكير والانشغال بالحالة الصحية وبمستقبل المرض. كما كانت تتحدث باستمرار عن الخوف من اشتداد الألم وعدم القدرة على تحمله، الأمر الذي يعكس وجود حالة من الترقب والتوتر النفسي المزمن.

ويبدو أن هذا القلق مرتبط بعدة عوامل، كالطبيعة المزمنة للمرض، وغياب العلاج النهائي له بالإضافة لاستمرار الألم لفترة طويلة وإحساسها بفقدان السيطرة على جسدها. مما ساهم في خلق شعور دائم بعدم الأمان الصحي، بحيث أصبحت الحالة تعيش في حالة يقظة جسدية مستمرة، تراقب فيها مختلف التغيرات والأعراض البدنية.

كما ظهر القلق أيضاً من خلال الحساسية الانفعالية للحالة، حيث كانت تتأثر بسرعة أثناء الحديث عن معاناتها، وتنتقل أحياناً من الحديث الهادئ إلى البكاء أو الانفعال. وهذا يدل على هشاشة نفسية واضحة وصعوبة في احتواء الانفعالات المرتبطة بالمرض المزمن.

كما كشفت المقابلة عن وجود مؤشرات اكتئابية عميقة لدى الحالة، فقد عبرت عن فقدان الرغبة في الحياة والأنشطة اليومية، وعن شعورها بأن المرض غير حياتها بالكامل وجعلها شخصاً مختلفاً عما كانت عليه سابقاً.

كما ظهر الاكتئاب من خلال: الانسحاب الاجتماعي، فقدان الدافعية، الحزن المستمر، التشاؤم، الإحساس بالعجز وضعف الاهتمام بالأنشطة السابقة.

وتعكس هذه المؤشرات حالة من الانهك النفسي الناتج عن المعاناة المزمنة، حيث لم يعد الألم مجرد عرض جسدي، بل تحول إلى تجربة وجودية تمس نظرة الحالة إلى نفسها وحياتها ومستقبلها.

النتائج

كما أن الحديث عن الموت وانتظار نهاية المعاناة يعكس درجة مرتفعة من اليأس النفسي، حتى وإن كانت الحالة لا تعبر بصورة مباشرة عن رغبة انتحارية. ويمكن فهم هذه التصريحات باعتبارها تعبيراً عن الرغبة في التحرر من الألم المستمر والانهاك النفسي أكثر من كونها رغبة فعلية في الموت.

بالإضافة إلى أنه من خلال معطيات المقابلة يتبين بوضوح الترابط القوي بين المعاناة النفسية والأعراض الجسدية لدى الحالة، حيث يظهر أن كل توتر نفسي أو انفعال داخلي ينعكس مباشرة على شدة الألم والتعب. وقد صرحت الحالة بأن الأعراض تزداد عندما تبذل مجهوداً أو عندما تكون في وضعية نفسية سيئة، وهو ما يدعم الفرضية النفسجسمية في تفسير المرض.

كما يبدو أن الجسد تحول لدى الحالة إلى مجال أساسي لتفريغ الصراعات والانفعالات المكبوتة، بحيث أصبحت الأعراض الجسدية تؤدي وظيفة نفسية تتمثل في التعبير غير المباشر عن الحزن والتوتر والقلق. وهذا ما يفسر كثافة التركيز على الألم والأعراض الجسمية مقابل صعوبة التعبير المباشر عن المشاعر النفسية. ومن منظور دينامي يمكن القول أن الحالة تستعمل الجسد كوسيلة للتواصل النفسي مع المحيط، خاصة في ظل شعورها بأن الآخرين لا يستطيعون فهم حجم معاناتها الداخلية. لذلك يصبح الحديث عن الألم الجسدي شكلاً من أشكال طلب الاعتراف والاحتواء النفسي.

ورغم ميل الحالة إلى العزلة والانطواء، إلا أن المقابلة كشفت عن وجود روابط أسرية داعمة، خاصة مع الأبناء والبنات الذين يقدمون لها المساعدة والرعاية. وقد لعب هذا الدعم دوراً مهماً في التخفيف النسبي من شعورها بالوحدة والعجز، كما وفر لها نوعاً من الأمان النفسي والانفعالي.

غير أن اعتماد الحالة المتزايد على الآخرين ولد لديها في الوقت نفسه شعوراً بالضعف وفقدان الاستقلالية، الأمر الذي شكل مصدر توتر نفسي إضافي. فهي من جهة تحتاج إلى المساعدة والرعاية، ومن جهة أخرى تشعر بأن ذلك يقلل من قيمتها ودورها داخل الأسرة. وهذا التناقض يعكس الصراع النفسي الذي يعيشه العديد من مرضى الأمراض المزمنة بين الحاجة إلى الدعم والرغبة في الحفاظ على الاستقلالية.

1-4: النقاط الحساسة المستخلصة من المقابلة:

- الجسدية والانفعال المفرط بالأعراض الجسدية.
- القلق المزمن والخوف من تدهور الحالة الصحية.
- هشاشة انفعالية وصعوبة في التنظيم الانفعالي.
- مؤشرات اكتئابية مرتبطة بالإنهاك النفسي وفقدان المعنى.
- استعمال آليات دفاع نفسية مثل الإنكار والتحويل الجسدي والكبت.
- صراع داخلي بين التقبل الظاهري للمرض والمعاناة النفسية العميقة.
- تراجع صورة الذات والشعور بالعجز وفقدان الاستقلالية.
- ميل نحو الانسحاب الاجتماعي مع وجود حاجة قوية للدعم والاحتواء الأسري.

1-5: تحليل الحالة في ضوء الملاحظة العيادية:

- المظهر العام للحالة:

من خلال الملاحظة تبين انها امرأة متوسطة البنية قصيرة القامة، بدت عليها علامات التعب والانهاك الجسدي بصورة واضحة. كما لاحظت الباحثة ان ملامح الوجه كانت تعكس قدرا من الارهاق والحزن، حيث غلب على تعابيرها طابع الجدية والانشغال.

ورغم هذا الانهاك فقد كان لباس الحالة منظما ونظيفا، الامر الذي يدل على احتفاظها بقدر من التنظيم الشخصي والاهتمام بالمظهر الخارجي، وهو ما يشير الى ان البناء النفسي للحالة لم يصل الى درجة التفكك او الاهمال الشديد للذات. كما ان حفاظها على هذا المستوى من التنظيم قد يعكس محاولة لا شعورية للحفاظ على صورة متماسكة امام الآخرين رغم المعاناة الداخلية.

- تحليل السلوك الحركي والجسدي:

أظهرت الحالة خلال المقابلة نوعا من البطء الحركي والتعب الجسدي الواضح، حيث كانت حركاتها محدودة نسبيا وترافقها تعابير تدل على الشعور بالألم والانهاك. كما لاحظت الباحثة انها كانت تغير وضعية جلوسها باستمرار وتضع يدها احيانا على بعض مناطق الجسم التي تشعر فيها بالألم، خاصة عند الحديث عن الاعراض الجسدية.

ويعكس هذا السلوك الحركي درجة التداخل بين المعاناة الجسدية والحالة النفسية، حيث لم يكن الالم مجرد موضوع للحديث، بل كان حاضرا بصورة فعلية في لغة الجسد وطريقة الحركة والتفاعل. كما ان بطء الحركة والانهاك الظاهر يشيران الى الاستنزاف الجسدي والنفسي الناتج عن المعاناة المزمنة مع المرض.

- تحليل التعبيرات الانفعالية:

أظهرت الملاحظة العيادية ان الحالة تعاني من هشاشة انفعالية واضحة، حيث كانت تنتقل بسرعة من الحديث الهادئ الى الانفعال او الحزن، خاصة عند التطرق الى تأثير المرض على حياتها اليومية او علاقتها بأبنائها ومستقبلها الصحي. كما لاحظت الباحثة ان الحالة كانت تميل احيانا الى البكاء او يظهر على صوتها الارتجاف اثناء الحديث عن شعورها بالعجز او فقدان القدرة على القيام بالأعمال اليومية.

ويكشف هذا التفاعل الانفعالي عن وجود معاناة نفسية عميقة لم تكن دائما معبر عنها بصورة مباشرة في الكلام، بل كانت تظهر من خلال نبرة الصوت وتعابير الوجه ولغة الجسد. كما يدل على وجود حالة من الاستنزاف الانفعالي المرتبط باستمرار الالم والتعب لفترة طويلة، الامر الذي أضعف قدرة الحالة على التحكم الكامل في انفعالاتها.

النتائج

كما بدت الحالة حساسة بصورة كبيرة تجاه نظرة الآخرين لمعاناتها، حيث كانت تكرر بصورة ضمنية او مباشرة ان الآخرين لا يستطيعون فهم ما تعيشه من الم ومعاناة، وهو ما يعكس شعورا داخليا بعدم الاحتواء النفسي الكافي وبالحاجة إلى الاعتراف بمعاناتها.

- تحليل التواصل اللفظي وغير اللفظي:

تميز تواصل الحالة بوجود انسجام نسبي بين التعبير اللفظي والتعبيرات غير اللفظية، حيث كانت تعابير الوجه ونبرة الصوت وحركات الجسد تتوافق مع مضمون الحديث حول الالم والمعاناة. فقد كان صوتها ينخفض احيانا عند الحديث عن الحزن والياس، بينما يرتفع نسبيا عند الحديث عن شدة الالم او عدم قدرة الآخرين على فهم وضعها الصحي.

كما لوحظ ان الحالة كانت تستعمل وصفا متكررا للأعراض الجسدية مع اعادة بعض العبارات المتعلقة بالتعب والالم، الامر الذي يعكس هيمنة الانشغال الجسدي على التعبير النفسي. وقد بدت احيانا وكأنها تبحث من خلال هذا التكرار عن تأكيد لمعاناتها او محاولة لجعل الآخر يدرك حجم الالم الذي تعيشه. ومن خلال الملاحظة بدا واضحا ان الحالة تجد صعوبة احيانا في التعبير المباشر عن مشاعرها النفسية العميقة، بحيث تعود بسرعة للحديث عن الاعراض الجسدية كلما اقترب الحديث من الجوانب الانفعالية، وهو ما يدعم فرضية الجسدية وتحويل المعاناة النفسية الى شكاوى جسمية.

- التحليل النفسي الدينامي للملاحظة:

من خلال المعطيات المستخلصة من الملاحظة يمكن القول ان الحالة تعيش صراعا نفسيا بين الرغبة في التماسك والتقبل الظاهري للمرض، وبين الانهاك النفسي الداخلي الناتج عن استمرار المعاناة الجسدية. وقد ظهر هذا الصراع من خلال التناقض بين محاولتها الحفاظ على صورة متماسكة ومنظمة، وبين الانفعالات الحادة والحزن الذي يظهر تلقائيا اثناء الحديث عن المرض.

كما تكشف الملاحظة عن وجود هشاشة نرجسية مرتبطة بفقدان القدرة على القيام بالأدوار السابقة، حيث أصبحت الحالة تشعر بان المرض أفقدها قيمتها واستقلاليتها. ويظهر ذلك في حساسيتها تجاه فكرة الاعتماد على الآخرين وفي شعورها بالعجز وعدم القدرة على أداء الاعمال اليومية.

ومن منظور نفسجسدي تبدو الاعراض الجسدية لدى الحالة وكأنها تؤدي وظيفة نفسية تتمثل في التعبير عن الصراعات والانفعالات المكبوتة، حيث أصبح الجسد المجال الرئيسي الذي تتجسد فيه المعاناة النفسية. وهذا ما يفسر كثافة الحضور الجسدي في سلوك الحالة وتعبيرها وطريقة تفاعلها اثناء المقابلة.

1-6: النقاط الحساسة المستخلصة من الملاحظة

سمحت الملاحظة العيادية بالكشف عن مجموعة من الخصائص النفسية والانفعالية التي ميزت الحالة، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- وجود تعب وإنهاك جسدي واضح.
- هشاشة انفعالية وحساسية نفسية مرتفعة.
- انشغال مفرط بالحالة الصحية والاعراض الجسدية.
- صعوبة التعبير المباشر عن المعاناة النفسية.
- حضور قوي للجسدية في السلوك والتعبير اللفظي.
- وجود مؤشرات قلق واكتئاب وإنهاك نفسي مزمن.

2- عرض وتحليل نتائج اختبار MMPI2:

طبق اختبار مينسوتا مع الحالة "د.و" في المقابلة الثانية والتي دامت حوالي 95 دقيقة، والنتائج المتحصل عليها كالتالي:

يمثل الجدول (1) : نتائج "ت" المعيارية للحالة:

المقاييس	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
الأرقام				1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
الدرجة الثانية	68	46	59	65	47	70	46	71	49	66	57	56	50

ومنه يمكن وضع البروفايل النفسي التالي:

L-K/F : 5' 3' 7- 1- 8/ 9/ 0/ 6: 2: 4 :

1-2: عرض وتحليل سلالمة الصدق:

يمثل الجدول (2): نتائج سلالمة الصدق:

المقاييس	النقطة الخام	النقطة ت	المستوى	صدق البروفايل
؟	0	0	منخفضة	بروفايل صادق
L	9	68	متوسطة	احتمالية صدقه
F	4	46	دون المتوسط	صادق
K	19	59	متوسطة	وضعية دفاعية متوسطة

2-2: تحليل سلالم الصدق:

-تحليل سلم عدم الاجابة ؟:

أظهرت نتائج الاختبار انخفاضاً واضحاً في سلم عدم الاجابة، وهو ما يدل على أن الحالة أجابت عن معظم البنود دون تجنب أو انسحاب. ويعكس هذا المؤشر استعداد الحالة للتعاون مع الباحثة ورغبتها في التعبير عن معاناتها النفسية والجسدية، كما يدل على قدرتها على مواجهة وضعية الاختبار دون مقاومة كبيرة. ومن الناحية النفسية يمكن تفسير هذا الانخفاض بوجود حاجة داخلية لدى الحالة للحديث عن معاناتها والبحث عن فهم واحتواء نفسي، خاصة بعد سنوات طويلة من الألم والغموض التشخيصي. كما أن غياب عدد كبير من البنود غير المجاب عنها يشير إلى أن الحالة لم تكن في وضعية رفض أو انكار كامل للمعاناة، بل كانت مستعدة نسبياً للكشف عن جوانبها النفسية والانفعالية.

-تحليل سلم الكذب L :

تحصلت الحالة على درجة متوسطة في سلم الكذب L، وهو ما يدل على وجود نزعة دفاعية معتدلة ومحاولة لتقديم صورة مقبولة اجتماعياً عن الذات. كما يعكس هذا السلم ميلاً للحفاظ على صورة الشخص المتماسك والمتحكم في انفعالاته، رغم وجود معاناة نفسية داخلية واضحة. ويمكن فهم هذه النتيجة في ضوء الخصائص الثقافية والاجتماعية للحالة، حيث تميل بعض الشخصيات إلى عدم اظهار الضعف النفسي بصورة مباشرة، خاصة لدى الفئات العمرية الأكبر سناً التي تربت على قيم الصبر والتحمل والكتمان. ولذلك حاولت الحالة المحافظة على صورة متوازنة نسبياً أمام الباحثة رغم ما تعيشه من حزن وقلق وإنهاك نفسي.

كما يدل هذا السلم على وجود نوع من الرقابة الداخلية التي تمنع الحالة من التصريح الكامل ببعض الانفعالات والمشاعر السلبية، وهو ما يفسر جزئياً عدم ارتفاع سلم الاكتئاب D رغم المؤشرات الاكتئابية الواضحة في المقابلة العيادية.

-تحليل سلم الندرة F

جاء سلم F منخفضاً ودون المتوسط، وهو ما يدل على أن الحالة لم تبالغ بصورة مرضية في وصف معاناتها النفسية والجسدية، كما يشير إلى غياب الاجابات العشوائية أو الذهانية. وتعكس هذه النتيجة قدراً من الواقعية والاعتدال النسبي في الاستجابة على البنود، رغم شدة المعاناة التي تعيشها الحالة. ومن الجانب النفسي يمكن تفسير انخفاض هذا السلم بكون الحالة تميل إلى كبت جزء من معاناتها النفسية وعدم اظهارها بصورة كاملة، خاصة وأن شخصيات الجسدنة غالباً ما تعبر عن التوتر والانفعال من خلال الجسد أكثر من التعبير اللفظي المباشر. ولذلك لم تظهر الحالة نفسها كشخص "منهار" أو شديد الاضطراب، رغم وجود معاناة داخلية عميقة.

- تحليل سلم توهم المرض Hs

سجلت الحالة ارتفاعاً واضحاً على سلم توهم المرض Hs، وهو من أكثر المقاييس ارتباطاً بالجسدية والانفعال المرضي بالحالة الصحية. ويشير هذا الارتفاع إلى أن الحالة تركز بصورة كبيرة على الأعراض الجسدية، وتعيش حالة من اليقظة الدائمة تجاه الألم والتغيرات البدنية.

كما يعكس هذا السلم وجود حساسية نفسية مرتفعة تجاه الجسد، بحيث يصبح الألم محور التفكير والانفعال والسلوك اليومي. ويظهر ذلك بوضوح في الخطاب العيادي للحالة، حيث كانت أغلب تصريحاتها تدور حول التعب والارهاق وصعوبة الحركة وعدم القدرة على تحمل الألم.

ومن الناحية النفسية يشير هذا السلم إلى أن الجسد أصبح يمثل المساحة الرئيسية التي يتم من خلالها التعبير عن المعاناة النفسية. فكل توتر أو صراع داخلي ينعكس مباشرة في صورة شكوى جسمية أو تضخيم للإحساس بالألم، وهو ما يتوافق مع البناء النفس جسدي للحالة.

- تحليل سلم الاكتئاب D

رغم أن سلم الاكتئاب لم يسجل ارتفاعاً شديداً، إلا أن تحليله في ضوء المقابلة يكشف عن وجود اكتئاب داخلي كامن. فالحالة عبرت بوضوح عن الحزن وفقدان الرغبة في الحياة والأنشطة اليومية، كما أظهرت شعوراً بالعجز واليأس وفقدان المعنى.

ويبدو أن عدم ارتفاع هذا السلم بصورة مرضية يعود إلى النزعة الدفاعية المتوسطة التي ظهرت في سلم K، حيث تحاول الحالة كبت مشاعرها الاكتئابية وعدم اظهارها بصورة مباشرة. كما ان بعض الشخصيات ذات الطابع النفسجسدي تميل إلى تحويل الاكتئاب إلى أعراض جسدية بدل التعبير النفسي المباشر عنه، وهو ما يفسر بروز الألم والتعب بدل التصريح الواضح بالحزن النفسي.

كما يدل هذا السلم على أن الاكتئاب لدى الحالة ليس اكتئاباً حاداً ذا طابع ذهاني، بل اكتئاب عصابي مرتبط بالإنهاك النفسي الناتج عن استمرار المرض والألم المزمن، وفقدان القدرة على ممارسة الحياة بصورة طبيعية.

- تحليل سلم الهستيريا التحويلية Hy

يعتبر سلم الهستيريا Hy من أكثر المقاييس ارتفاعاً لدى الحالة، وهو مؤشر أساسي على الجسدية والتحويل الجسدي للمعاناة النفسية. ويعكس هذا الارتفاع ميلاً واضحاً نحو التعبير عن التوترات والصراعات النفسية في صورة أعراض جسمية مزمنة.

كما يدل هذا السلم على استعمال آليات دفاعية قائمة على الإنكار والتحويل، بحيث يتم استبعاد المشاعر المؤلمة من المجال النفسي وتحويلها إلى شكوى جسدية. ولذلك تبدو الحالة أكثر قدرة على الحديث عن الألم الجسدي مقارنة بالتعبير المباشر عن الحزن أو الضعف النفسي.

ومن الناحية الدينامية يكشف هذا السلم عن صعوبة التنظيم الانفعالي لدى الحالة، حيث يصبح الجسد الوسيلة الأساسية لتفريغ القلق والتوتر والانفعال. كما أن ارتفاع الهستيريا يرتبط غالباً بالحاجة إلى الاحتواء والاهتمام، وهو ما يفسر تكرار الحديث عن الألم والمعاناة أمام الباحثة.

- تحليل سلم الوهن النفسي Pt

أظهرت الحالة ارتفاعاً واضحاً على سلم الوهن النفسي Pt، مما يدل على وجود قلق مزمن وتوتر نفسي وكثرة التفكير والانشغال الدائم بالحالة الصحية. كما يشير هذا السلم إلى الحساسية الانفعالية والخوف من المستقبل وصعوبة الوصول إلى حالة من الطمأنينة النفسية.

ويبدو أن هذا القلق مرتبط بالشعور بفقدان السيطرة على الجسد والخوف من استمرار الألم وتفاقم الأعراض، خاصة في ظل غياب علاج نهائي للمرض. كما أن طول مدة المعاناة ساهم في ترسيخ هذا النمط من القلق المزمن، بحيث أصبحت الحالة تعيش في حالة ترقب دائم لأي تغير جسدي.

كما يعكس هذا السلم وجود استنزاف نفسي طويل الأمد، حيث لم تعد الحالة قادرة على تحمل الضغوط الجسدية والانفعالية بنفس الكفاءة السابقة، وهو ما يفسر الانفعال السريع والتعب النفسي الذي ظهر أثناء المقابلة.

- تحليل سلم الفصام Sc

جاء سلم الفصام Sc في المستوى المتوسط، وهو ما يدل على غياب البناء الذهاني الواضح لدى الحالة، مع وجود حساسية نفسية مرتفعة وبعض الصعوبات في التوافق الانفعالي والاجتماعي. كما يعكس هذا السلم ميلاً نحو الانشغال الداخلي والحساسية تجاه الضغوط النفسية.

ولا يشير هذا الارتفاع المتوسط إلى وجود اضطراب ذهاني فعلي، بل يعكس حالة من الانهاك النفسي والانشغال الداخلي الناتج عن استمرار المرض والمعاناة الجسدية لفترة طويلة.

- تحليل سلم الهوس الخفيف Ma

جاء سلم الهوس الخفيف Ma في المستوى المتوسط، وهو ما يدل على احتفاظ الحالة ببعض الحيوية والرغبة في التواصل رغم التعب والانهك. كما يشير إلى وجود محاولات للتكيف مع المرض وعدم الاستسلام الكامل للمعاناة النفسية.

غير أن هذه الحيوية تبقى محدودة بسبب شدة الألم والتعب المزمن، ولذلك تظهر الحالة أحياناً متحمسة للحديث والتفاعل، ثم تعود بسرعة إلى التعب والانهك والانشغال بالأعراض الجسدية.

- تحليل سلم العزلة الاجتماعية Si

رغم أن سلم العزلة الاجتماعية لم يسجل ارتفاعاً شديداً، إلا أن المقابلة العيادية أظهرت ميلاً واضحاً نحو الانسحاب الاجتماعي وتجنب التجمعات بسبب التعب الجسدي والانهك النفسي. ويمكن تفسير هذا التفاوت بكون الحالة ما تزال تحتفظ بروابط أسرية داعمة، خاصة مع الأبناء، مما يخفف جزئياً من حدة العزلة الاجتماعية.

كما يعكس هذا السلم وجود صراع بين الحاجة إلى الدعم والاحتواء من جهة، والرغبة في الانسحاب بسبب التعب والحساسية الانفعالية من جهة أخرى. ولذلك تبدو الحالة أحياناً راغبة في التواصل والحديث عن معاناتها، لكنها في الوقت نفسه تميل إلى العزلة والانطواء عندما تشتد الأعراض الجسدية والنفسية.

3-تحليل الصفحة النفسية للمنحنى:

بيّن المنحنى البياني الصفحة النفسية للحالة أن سلاّم الصدق جاءت ضمن الحدود المقبولة أي في المجال الطبيعي، حيث ظهر كل من سلم L و F و K في المجال العادي، وقد تجلّى ذلك في ارتفاع سلم L، مما يشير إلى ميل الحالة إلى تقديم صورة إيجابية عن ذاتها ومحاولة إظهار نفسها بصورة مقبولة اجتماعياً، في حين جاء سلم F منخفضاً قريب جداً من المجال، أما بالنسبة لسلم التصحيح K فقد جاء ضمن الحدود العادية، مما يدل ذلك على اتزان نسبي في الاستجابات.

أما فيما يخص السلاّم العيادية، قد تبين أن الحالة تتدرج ضمن البنية العصابية، ويتضح ذلك من خلال تسجيل أعلى ذروة على سلم الأنوثة Mf ، تليها مباشرة ذروة على سلم الهستيريا Hy ، ويشير هذا الارتفاع إلى بروز سمات هستريونية في البناء النفسي للحالة ويتمثل ذلك في الميل إلى التعبير الجسدي عن الصراعات النفسية. كما أظهر المنحنى ارتفاعاً على سلم الوهن النفسي Pt ثم سلم توهم المرض HS ، ما يدل على وجود القلق والانشغال بالحالة الصحية. كذلك سجل ارتفاع نسبي على سلم الفصام Sc بعده مباشرة سلم الهوس الخفيف Ma ثم العزلة الاجتماعية Si ، بينما جاء سلم البارانويا Pa قريباً من المجال العادي.

وعموماً، تبين أن الحالة في وضعية نفسية مستقرة نسبياً، مع بروز بنية عصابية ذات ملامح هستريونية، حيث ظهر ذلك من خلال ارتفاع سلم الأنوثة والهستيريا.

4-التحليل العام للبروفيل النفسي:

من خلال مجمل النتائج يتضح أن الحالة تتميز ببروفيل نفسي عصابي ذي طابع نفسجسدي، يتمحور حول:

- الجسدية والانشغال المفرط بالأعراض الجسدية.
- القلق المزمن والتوتر النفسي.
- هشاشة انفعالية وصعوبة التنظيم الانفعالي.
- اكتئاب داخلي كامن مرتبط بالإنهاك النفسي.
- استعمال آليات دفاع نفسية مثل الكبت والانكار والتحويل الجسدي.
- الحاجة إلى الاحتواء النفسي والاعتراف بالمعاناة.
- تراجع صورة الذات والشعور بالعجز وفقدان الاستقلالي.

5-التحليل العام للحالة في ضوء المقابلة، الملاحظة والاختبار:

من خلال تحليل المعطيات المتحصل عليها من المقابلة العيادية النصف موجهة، الملاحظة واختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية $MMPI-2$ ، يتبين أن الحالة تعاني من بناء نفسي يتسم بدرجة مرتفعة من الهشاشة الانفعالية والانشغال المرضي بالحالة الصحية، مع حضور واضح للجسدية والقلق وصعوبات التكيف النفسي

النتائج

المرتبطة بالمرض المزمن. وقد سمح الجمع بين المعطيات الكيفية والنتائج السيكمومترية ببناء فهم أكثر عمقا للبروفيل النفسي للحالة، والكشف عن طبيعة العلاقة بين المعاناة الجسدية والصراعات النفسية والانفعالية الكامنة وراءها.

كشفت المقابلة العيادية ونتائج الاختبار أن الحالة تنتمي إلى بنية عصابية ذات طابع نفسجسدي واضح، حيث برزت ارتفاعات مهمة على سلم الهستيريا Hy وسلم توهم المرض Hs وسلم الوهن النفسي Pt، وهي مقاييس ترتبط غالبا بالقلق والجسدية والانشغال المفرط بالأعراض الجسدية. كما تعكس هذه النتائج وجود صعوبة في التعبير المباشر عن الصراعات النفسية والانفعالات الداخلية، بحيث يتحول الجسد إلى وسيلة أساسية للتعبير عن التوتر والمعاناة النفسية.

ويظهر من خلال الملاحظة والمقابلة مع الحالة أن المرض لم يعد مجرد اضطراب جسدي معزول، بل تحول إلى مركز أساسي لهويتها النفسية واليومية، حيث أصبحت مختلف انفعالاتها وتمثلاتها مرتبطة بالألم والتعب والمعاناة الجسدية. فقد كانت أغلب تصريحاتها تدور حول الأعراض والارهاق وفقدان القدرة على الحركة والعمل، الأمر الذي يدل على هيمنة البعد الجسدي على الحياة النفسية للحالة. ويمكن تفسير ذلك في ضوء المقاربة النفسجسمية التي ترى أن استمرار الألم المزمن يؤدي تدريجيا إلى إعادة تنظيم الخبرة النفسية حول الجسد والمعاناة البدنية.

كما أن ارتفاع سلم الهستيريا Hy يشير إلى وجود ميل نحو استعمال آليات دفاعية نفسية تقوم على الإنكار والتحويل الجسدي، حيث تصبح الأعراض الجسمية تعبيرا غير مباشر عن التوترات والصراعات النفسية التي يصعب التصريح بها بصورة واعية. ويتضح ذلك من خلال التناقض الظاهر بين نتائج سلم الاكتئاب D الذي لم يسجل ارتفاعا مرضيا واضحا، وبين التصريحات العيادية التي حملت مؤشرات اكتئابية قوية مثل الحزن والتشاؤم وفقدان الرغبة في الحياة وانتظار الموت. وهذا يدل على وجود اكتئاب داخلي مكبوت لا يتم التعبير عنه بصورة مباشرة داخل الاختبار بسبب النزعة الدفاعية المتوسطة التي ظهرت في سلم K.

كما أظهرت نتائج المقابلة والاختبار أن القلق يمثل عنصرا محوريا في البناء النفسي للحالة، حيث سجل سلم الوهن النفسي Pt ارتفاعا واضحا يدل على وجود توتر نفسي مزمن وكثرة التفكير والخوف والانشغال الدائم بالحالة الصحية. كما ظهر ذلك بصورة جلية في خطاب الحالة، إذ كانت تعبر باستمرار عن خوفها من اشتداد الألم وعجزها عن تحمل الأعراض الجسدية، مع تركيز واضح على التعب والارهاق وصعوبة الحركة.

النتائج

ويبدو أن استمرار المرض لفترة طويلة دون تفسير واضح في بدايته، والتنقل المتكرر بين الأطباء، لعبا دورا مهما في ترسيخ حالة القلق والانشغال المرضي. فالحالة عاشت سنوات من الحيرة والبحث عن تفسير لمعاناتها، الأمر الذي ولد لديها شعورا بعدم الأمان الصحي وفقدان الثقة في الجسد. كما أن الطبيعة المزمنة للمرض وعدم وجود علاج نهائي زادا من شعورها بالعجز والخوف من المستقبل، وهو ما يفسر استمرار التوتر النفسي حتى بعد تشخيص المرض.

ومن منظور نفسي دينامي يمكن القول أن القلق لدى الحالة لا يرتبط فقط بالخوف من الألم الجسدي، بل يعكس أيضا خوفا أعمق مرتبطا بفقدان الاستقلالية والتدهور الجسدي والعجز عن القيام بالوظائف اليومية المعتادة. وقد ظهر ذلك من خلال احساسها المستمر بأنها أصبحت عبئا على الآخرين وبأن المرض سلبها قدرتها على التحكم في حياتها.

وتشير نتائج الاختبار والمقابلة إلى حضور قوي للجسدية لدى الحالة، حيث أصبح الجسد الوسيلة الأساسية للتعبير عن المعاناة النفسية والانفعالية. ويتضح ذلك من خلال الارتفاع الملحوظ على سلم توهّم المرض HS وسلم الهستيريا Hy، إضافة إلى التركيز المفرط على وصف الألم والتعب والأعراض الجسدية خلال المقابلة العيادية.

وتكشف هذه النتائج أن الحالة تميل إلى تحويل الضغوط النفسية والانفعالات الداخلية إلى شكاوى جسمية مزمنة، خاصة في ظل صعوبة التعبير المباشر عن الحزن والضعف والانهاك النفسي. فبدل التصريح الصريح بالمعاناة النفسية، يظهر التوتر والانفعال في صورة ألم جسدي وارهاق دائم واضطرابات نوم، وهو ما يتوافق مع التصور النفسجسدي الذي يرى أن الجسد يصبح ساحة لتفريغ الصراعات النفسية غير المعبر عنها.

كما أن طول مدة المرض ساهم في ترسيخ هذا النمط النفسجسدي، حيث أصبحت الحالة تعيش نوعا من الاندماج الكامل مع دور المريض، بحيث صار الألم جزءا أساسيا من تمثلاتها لذاتها ولعلاقتها بالآخرين. ومن هنا يمكن فهم كثافة الحديث عن المرض والأعراض باعتبارها محاولة لا شعورية للحصول على الاعتراف بالمعاناة والاحتواء النفسي الذي افتقدته في مراحل سابقة من المرض.

رغم أن سلم الاكتئاب D لم يسجل ارتفاعا مرضيا شديدا، إلا أن التحليل العيادي للمقابلة يكشف عن وجود معاناة اكتئابية داخلية عميقة. فقد عبرت الحالة عن فقدان الرغبة في الحياة والانسحاب الاجتماعي والشعور بالعجز والتشاؤم، كما ظهرت عليها علامات الحزن والانهاك النفسي أثناء المقابلة.

النتائج

ويمكن تفسير هذا التناقض بين المعطيات العيادية والنتائج السيكومترية بوجود آليات دفاعية قائمة على الكبت والانكار، حيث تحاول الحالة الحفاظ على صورة متماسكة ومتقبلة للمرض رغم عمق معاناتها النفسية. كما أن الخلفية الثقافية والاجتماعية قد تلعب دورا في الحد من التصريح المباشر بالمشاعر الاكتئابية داخل الاختبار، خاصة لدى الأشخاص الذين يميلون إلى التعبير الجسدي عن المعاناة النفسية أكثر من التعبير اللفظي عنها.

كما يظهر الاكتئاب الكامن من خلال فقدان المعنى والدافعية، حيث أصبحت الحالة تنظر إلى حياتها باعتبارها سلسلة من المعاناة المستمرة المرتبطة بالألم والمرض. ويتضح ذلك في عباراتها التي تعكس اليأس والانسحاب والرغبة في انتهاء المعاناة، الأمر الذي يشير إلى أن المرض لم يؤثر فقط على الجسد، بل مس أيضا صورة الذات والشعور بالقيمة والكفاءة الشخصية.

أظهرت الحالة، رغم شدة المعاناة النفسية والجسدية، بعض مظاهر التكيف النسبي مع المرض، حيث كانت تكرر عبارات تدل على الرضى بالقضاء والقدر ومحاولة التقبل النفسي للوضع الصحي. كما أن وجود دعم أسري واضح من طرف الأبناء ساهم نسبيا في تخفيف حدة المعاناة النفسية ومنح الحالة شعورا بالاحتواء والأمان.

غير أن هذا التكيف بقي هشاً ومتذبذبا بسبب استمرار الألم المزمن والانهاك الجسدي، حيث كانت الحالة تنتقل بين لحظات من التقبل ومحاولات الصمود، وبين لحظات من الانهيار النفسي والحزن واليأس. وهذا ما يعكس الصراع النفسي الداخلي بين الرغبة في الاستمرار والتأقلم من جهة، والشعور بالعجز وفقدان السيطرة من جهة أخرى.

كما أن اعتماد الحالة المتزايد على الآخرين في بعض الأنشطة اليومية ولد لديها شعورا بفقدان الاستقلالية، وهو ما يمثل أحد المصادر الأساسية للمعاناة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة. فالحالة لم تكن تعاني فقط من الألم الجسدي، بل أيضا من الأثر النفسي الناتج عن تغير صورتها عن نفسها وتحولها من شخص نشيط وفاعل إلى شخص يحتاج للمساعدة والرعاية.

المناقشة

1-مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة:

تتفق نتائج الدراسة الحالية مع معظم الدراسات السابقة التي أكدت وجود بروفييل نفسي خاص بمرضى التليف العضلي يتميز بارتفاع مؤشرات القلق والجسدية والهستيريا والوهن النفسي. فقد توصلت دراسة نوفو Novo وآخرون إلى أن مرضى التليف العضلي يسجلون ارتفاعات دالة في مقاييس القلق والهستيريا والوهن النفسي مقارنة بمرضى الأمراض المزمنة الأخرى، وهو ما يتوافق مع نتائج الحالة الحالية.

كما تتسجم نتائج الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة بيريز Peres وغونزاليسنوفو Gonzalez Novo التي أكدت وجود هشاشة انفعالية وصعوبات في التكيف النفسي والاجتماعي لدى مرضى التليف العضلي، إضافة إلى ارتفاع مستويات القلق والاكتئاب لديهم. ويتضح ذلك في الحالة الحالية من خلال الحساسية الانفعالية والانشغال المفرط بالحالة الصحية والانسحاب الاجتماعي والشعور بالعجز.

كذلك تتوافق نتائج الدراسة مع تقرير Inserm الذي اعتبر التليف العضلي اضطرابا معقدا يرتبط بخلل في معالجة الألم على مستوى الجهاز العصبي المركزي وبوجود اضطرابات نفسية واضحة مثل القلق والاكتئاب واضطرابات النوم. وقد أظهرت الحالة الحالية معاناة واضحة من الارهاق واضطرابات النوم والتوتر النفسي المزمن، مما يدعم هذا التصور.

ومن جهة أخرى تؤكد نتائج الدراسة الحالية أهمية المقاربة النفسجسمية في فهم التليف العضلي، إذ يتبين أن الألم المزمن لا يمكن تفسيره بصورة عضوية بحتة، بل يرتبط أيضا بالصراعات النفسية والانفعالات المكبوتة وصعوبات التنظيم الانفعالي، الأمر الذي يجعل التكفل النفسي جزءا أساسيا من علاج هذه الفئة من المرضى.

2- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات:

2-1: مناقشة الفرضية الأساسية:

نصت الفرضية الأساسية للدراسة على أن مرضى التليف العضلي يتميزون ببروفيل نفسي خاص يتسم بارتفاع مؤشرات الجسدية والقلق والاكتئاب والانشغال المفرط بالحالة الصحية. ومن خلال تحليل نتائج الملاحظة، المقابلة العيادية واختبار MMPI-2 تبين أن هذه الفرضية قد تحققت بدرجة كبيرة، حيث أظهرت الحالة خصائص نفسية وانفعالية واضحة تمثلت في الجسدية والقلق والهشاشة الانفعالية والانشغال المستمر بالألم والأعراض الجسدية.

وقد برز ذلك من خلال الارتفاعات المسجلة على سلم توهم المرض HS وسلم الهستيريا Hy وسلم الوهن النفسي Pt، وهي مقاييس ترتبط غالبا بالقلق والانشغال المرضي والجسدية. كما دعمت المقابلة العيادية هذه النتائج، حيث تمحور كلام الحالة بصورة أساسية حول الألم والتعب والمعاناة الجسدية، مع وجود مؤشرات واضحة للحزن والإنهاك النفسي وفقدان الدافعية.

وتؤكد هذه النتائج أن التليف العضلي لا يمثل مجرد اضطراب عضوي، بل يرتبط ببناء نفسي معقد تتداخل فيه المعاناة الجسدية والانفعالية، وهو ما يتفق مع المقاربة النفسجسمية التي ترى أن الألم المزمن يعكس تفاعلا مستمرا بين الجسد والنفس.

2-2: مناقشة الفرضية الفرعية الأولى:

تنص الفرضية الفرعية الأولى على أن حالات التليف العضلي تتميز بارتفاع المقاييس الاكلينيكية ذات الطابع الجسدي في اختبار MMPI-2. وقد تحققت هذه الفرضية بصورة واضحة، حيث سجلت الحالة ارتفاعا ملحوظا على سلم توهم المرض HS وسلم الهستيريا التحويلية Hy، وهما من المقاييس المرتبطة بالجسدية والانشغال المفرط بالأعراض الجسدية.

كما كشفت الملاحظة والمقابلة العيادية أن الحالة تركز بصورة كبيرة على الألم والتعب وصعوبة الحركة، بحيث أصبحت الأعراض الجسدية المحور الأساسي لخطابها النفسي والانفعالي. ويشير ذلك إلى أن الجسد تحول إلى الوسيلة الرئيسية للتعبير عن المعاناة الداخلية، خاصة في ظل صعوبة التعبير المباشر عن التوترات النفسية والانفعالات المكبوتة.

2-3: مناقشة الفرضية الفرعية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على وجود مؤشرات لاكتئاب داخلي غير مصرح به لفظيا يظهر في البروفايل السيكومتري. وقد تحققت هذه الفرضية جزئيا، إذ رغم أن سلم الاكتئاب D لم يسجل ارتفاعا مرضيا شديدا، إلا أن المقابلة العيادية والملاحظة كشفتنا عن مؤشرات اكتئابية واضحة تمثلت في الحزن والتشاؤم والانطواء الاجتماعي وفقدان الرغبة في الحياة والأنشطة اليومية.

كما عبرت الحالة عن شعورها بالعجز واليأس من خلال عبارات تحمل دلالات اكتئابية قوية مثل "ماوليتش كيما قبل" و"نستى غير وقتاش نموت"، وهي مؤشرات تعكس معاناة نفسية عميقة لم تظهر بصورة مباشرة في نتائج السلم الاكتئابي بسبب النزعة الدفاعية المتوسطة التي ظهرت في سلم K.

ويمكن تفسير ذلك بكون الحالة تميل إلى تحويل المعاناة النفسية إلى أعراض جسدية بدل التعبير المباشر عنها، وهو ما يفسر ارتفاع مقاييس الجسدية والهستيرية مقابل عدم ارتفاع الاكتئاب بصورة حادة. كما أن الخلفية الثقافية والاجتماعية للحالة قد ساهمت في كبت المشاعر الاكتئابية وعدم التصريح الكامل بها.

2-4: مناقشة الفرضية الفرعية الثالثة:

نصت الفرضية الثالثة على أن الألم المزمن لدى الحالة يعكس وظيفة دفاعية مرتبطة بصعوبات في التنظيم الانفعالي. وقد دعمت نتائج الدراسة هذه الفرضية بصورة واضحة، حيث بينت الملاحظة، المقابلة واختبار MMPI-2 أن الحالة تعاني من صعوبة في التعبير المباشر عن مشاعرها النفسية، بحيث يتحول التوتر والحزن والقلق إلى أعراض جسمية مزمنة.

وقد ظهر ذلك من خلال ارتفاع سلم الهستيريا Hy الذي يدل على استعمال آليات دفاعية مثل الإنكار والتحويل الجسدي، إضافة إلى التركيز المفرط على الألم والأعراض الجسدية في الخطاب العيادي. كما بدت الحالة عاجزة نسبيا عن التعبير المباشر عن معاناتها النفسية، بحيث تعود باستمرار إلى وصف الألم والتعب كلما اقترب الحديث من الجوانب الانفعالية.

ومن المنظور النفسي الجسدي يمكن فهم الألم المزمن باعتباره لغة نفسية بديلة للتعبير عن الصراعات والانفعالات المكبوتة، حيث يصبح الجسد المجال الذي تتجسد فيه المعاناة النفسية عندما يعجز الفرد عن التعبير عنها بصورة لفظية مباشرة.

3- الاستنتاج العام:

استنادا إلى نتائج الملاحظة، المقابلة العيادية واختبار MMPI-2، تبين أن التليف العضلي لا يمثل مجرد اضطراب جسدي مزمن، بل يرتبط بمجموعة من الخصائص النفسية والانفعالية التي تؤثر بصورة مباشرة على التوازن النفسي والاجتماعي للمريض. وقد كشفت الدراسة الحالية أن الحالة تتميز ببروفيل نفسي عصابي ذي طابع نفسجسدي، يتسم بالجسدية والقلق والهشاشة الانفعالية والانشغال المفرط بالحالة الصحية، مع وجود مؤشرات اكتئابية كامنة وصعوبات في التنظيم الانفعالي والتكيف مع المرض المزمن.

كما بينت الدراسة أن الألم المزمن لدى الحالة لم يكن مجرد عرض عضوي معزول، بل شكل وسيلة للتعبير عن المعاناة النفسية والصراعات الداخلية، الأمر الذي يؤكد أهمية المقاربة النفسجسمية في فهم التليف العضلي. وقد ساهم اختبار MMPI-2 في الكشف عن الجوانب النفسية العميقة للحالة، خاصة ما يتعلق بالجسدية والقلق وآليات الدفاع النفسية، بينما أتاحت المقابلة العيادية فهما أكثر عمقا لتجربة المرض الذاتية وانعكاساتها على صورة الذات والعلاقات الاجتماعية والتوازن الانفعالي.

وتؤكد نتائج الدراسة ضرورة الاهتمام بالجانب النفسي لدى مرضى التليف العضلي وعدم الاقتصار على العلاج الطبي فقط، لأن التكفل النفسي يمثل عنصرا أساسيا في تحسين جودة الحياة والتخفيف من المعاناة النفسية والجسدية لهذه الفئة من المرضى. كما تبرز أهمية اعتماد مقاربة علاجية متعددة التخصصات تجمع بين العلاج الطبي والنفسي والاجتماعي والارشاد الأسري.

4- الاقتراحات:

انطلاقا من النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية يمكن تقديم مجموعة من الاقتراحات والتوصيات العلمية والاكاديمية، تتمثل فيما يلي:

- ضرورة ادماج التكفل النفسي ضمن البرامج العلاجية الخاصة بمرضى التليف العضلي وعدم الاكتفاء بالعلاج الدوائي فقط.
- العمل على توفير فرق علاجية متعددة التخصصات تضم الطبيب النفسي والاختصاصي النفسي والطبيب العضوي واختصاصي العلاج الفيزيائي من أجل التكفل الشامل بالمريض.

المناقشة

- تشجيع استخدام الاختبارات النفسية المقننة مثل MMPI-2 في تقييم مرضى الألم المزمن والكشف عن الخصائص النفسية والانفعالية المرتبطة بهم.
- توفير برامج علاج نفسي داعم تهدف الى تحسين التكيف النفسي وتعزيز مهارات التنظيم الانفعالي لدى المرضى.
- توعية الأسرة والمحيط الاجتماعي بطبيعة التليف العضلي باعتباره مرضًا مزمنًا يؤثر على الجوانب النفسية والجسدية معًا، من أجل تعزيز الدعم النفسي والاجتماعي للمريض.
- تنظيم حملات توعوية حول التليف العضلي بهدف التقليل من الوصمة المرتبطة بالمرض وزيادة فهم المجتمع لمعاناة المرضى.
- تشجيع المرضى على ممارسة النشاط البدني المكيف وتقنيات الاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي لما لها من دور في التخفيف من القلق والتوتر والألم المزمن.
- إجراء دراسات مستقبلية على عينات أوسع من مرضى التليف العضلي داخل البيئة الجزائرية والعربية من أجل التحقق من الخصائص النفسية المشتركة بينهم.
- القيام بدراسات مقارنة بين مرضى التليف العضلي ومرضى الأمراض المزمنة الأخرى للكشف عن الفروق في البروفيل النفسي والانفعالي.
- دراسة العلاقة بين التليف العضلي وبعض المتغيرات النفسية مثل الصدمة النفسية والمرونة النفسية وجودة الحياة وصورة الجسد.
- الاهتمام بالجانب الاكلينيكي الكيفي ودراسة الحالة بصورة معمقة لفهم التجربة النفسية الذاتية لمرضى التليف العضلي.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع العربية:

- 1 أمينة تازي. (2021). الألم الليفي العضلي والاضطرابات النفسية المصاحبة له. مجلة الدراسات النفسية والصحية. جامعة وهران 2، وهران. الجزائر.
- 2 سالم والزين. (2025). الإجهاد النفسي والمرونة النفسية لدى مرضى الألم العضلي الليفي. عمان.
- 3 المعهد الوطني الفرنسي للصحة والبحث الطبي. Inserm (2020). الألم العضلي الليفي: حصيلة المعرفة والتوصيات. فرنسا.

المراجع الأجنبية:

- 4-American College of Rheumatology. (2016). 2016 revisions to the fibromyalgia diagnostic criteria. American College of Rheumatology.
- 5 -Balfour, W. (1815). Observations on rheumatism and connective tissue pain. Edinburgh Medical Journal.
- 6-Beck, A. T. (1996). Beck Depression Inventory-II manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- 7-Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). Beck Anxiety Inventory manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- 8-Ben Salem, S., et al. (2024). Epidemiology of fibromyalgia in North Africa and Middle East populations. Journal of Rheumatology and Pain Studies, 18(2), 115-128.
- 9-Brahimi, N., & Kacimi, F. (2025). Fibromyalgie et prise en charge clinique en Algerie. Revue Algerienne de Rhumatologie, 11(1), 44-57.
- 10-Clauw, D. J. (2024). Fibromyalgia: epidemiology and clinical impact. The Lancet Rheumatology, 6(3), 210-225.
- 11- Fondation contre la douleur. (2020). Fibromyalgie : état des connaissances scientifiques. Paris, France.

- 12–Fond, G., Capdevielle, D., & autres. (2021). Fibromyalgia: A modern form of hysteria or psychosomatic disorder? *Revue de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 18(2), 115–128.
- 13– Gonzalez–Novo, A., & Peres, J. (2021). Personality variability, psychopathology and health–related characteristics in fibromyalgia patients using MMPI–2. *Personality and Mental Health*, 15(3), 210–225.
- 14– Gowers, W. R. (1904). Lumbago: Its lessons and analogues. *British Medical Journal*, 1(2272), 117–121.
- 15– Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1989). Minnesota Multiphasic Personality Inventory–2 (MMPI–2) manual. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- 16–Henningesen, P., & Zimmermann, T. (2025). Chronic pain, depression and somatization in fibromyalgia syndrome. *Current Psychiatry Reports*, 27(4), 88–102.
- 17– Higgs, J. B., Hale, W. J., & others. (2026). New onset fibromyalgia following exposure to combat environment. *Journal of Traumatic Stress and Chronic Pain*, 14(1), 44–59.
- 18– Hinch, P. K. (1976). Fibromyalgia syndrome and chronic pain disorders. *Rheumatology International*, 2(1), 15–22.
- 19– Inserm. (2020). Fibromyalgie : bilan des connaissances scientifiques et recommandations. Paris: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.
- 20– Kierba, M., et al. (2025). Psychological management of fibromyalgia pain. *Journal of Affective Disorders and Psychosomatic Medicine*, 32(4), 301–318.

- 21– Novo, B. M., et al. (2020). Fibromyalgia and rheumatoid arthritis: Differences in personality and psychopathology according to MMPI-2. *Clinical Rheumatology*, 39(8), 2451–2462.
- 22– Rodriguez, M., & Garcia-Sanchez, P. (2022). Psychopathological symptoms in chronic headache patients with and without fibromyalgia. *European Journal of Pain*, 26(5), 1014–1026.
- 23– Salem, R., & Al-Zein, H. (2025). Chronic stress and psychological resilience among fibromyalgia patients in Oman. *Arab Journal of Psychological Studies*, 12(1), 55–74.
- 24– Smith, H. A. (1972). Fibrositis syndrome and chronic widespread pain. *Canadian Rheumatology Review*, 7(3), 85–94.
- 25– Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- 26– World Health Organization. (1992). *International classification of diseases (10th ed.)*. Geneva: WHO.
- 27– World Health Organization. (2019). *International classification of diseases (11th ed.)*. Geneva: WHO.
- 28– Yildirim, T. (2026). Relationship between COVID-19 infection and fibromyalgia according to ACR 2016 criteria. *Journal of Clinical Rheumatology and Pain Research*, 11(2), 77–91.
- 29– Demir Barkoul, T., et al. (2020). Sexual problems and personality traits in women with fibromyalgia syndrome without diagnosed sexual dysfunction. *Archives of Rheumatology*, 35(4), 522–531.
- 30– Yunus, M. B. (2007). Fibromyalgia and overlapping disorders: The unifying concept of central sensitivity syndromes. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 36(6), 339–356.

- 31– Sala, I., Roig, C., Amador–Campos, J. A., García–Sánchez, C., Rodríguez, A., Díaz, C., & Gich, I. (2009). Psychopathological symptoms in patients suffering from chronic cephalaea with or without fibromyalgia. *Revista de Neurología*, 49(6), 281–287. <https://doi.org/10.33588/rn.4906.2009012>
- 32– Fond, G., Capdevielle, D., Macgregor, A., Attal, J., Larue, A., Brittner, M., Ducasse, D., & Lançon, C. (2014). Fibromyalgia: A psychopathological perspective. *L'Encéphale*, 40(1), 21–28. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.06.005>
- 33–Perrot, S., Bouhassira, D., Fermanian, J., & Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie. (2010). Development and validation of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST). *Pain*, 150(2), 250–256.
- 34–Queiroz, L. P. (2024). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 28(1), 15–26.
- 35–Wolfe, F., et al. (2025). Fibromyalgia prevalence, sex differences and diagnostic trends. *Arthritis Care & Research*, 77(5), 640–652.
- 36–World Health Organization (WHO). (2025). Musculoskeletal conditions and chronic pain worldwide. Geneva: WHO Reports.

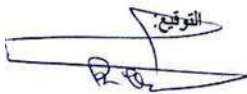
الملاحق

-الملاحق:

الملحق(1):

الموافقة المستنيرة

- عنوان المذكرة: البروفيل النفسي لمرضى التليف العضلي.
- التعرف بالباحثة: الطالبة خميس زكية
- جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
- التخصص: علم النفس العيادي.
- السنة الدراسية: 2026/2025.
- التعرف بالدراسة: تندرج هذه الدراسة في إطار إعداد مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، وتهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على الخصائص والسمات المكونة للبروفيل النفسي لدى مرضى التليف العضلي، والكشف عن الجوانب الانفعالية والمعرفية المرتبطة بالحالة المرضية.
- طبيعة المشاركة: تتمثل المشاركة في:
 - إجراء مقابلة نصف موجهة.
 - قد تستغرق المقابلة مدة تتراوح بين 30 و45 دقيقة.
 - لا تتضمن المشاركة أي تدخل علاجي وطبي.
- الخصوصية والسرية:
 - الالتزام بالحفاظ على السرية التامة لكافة المعلومات المدلى بها.
 - لن يتم ذكر الاسم الحقيقي أو أي معلومات تعريفية في متن الدراسة.
 - سيتم تعويض الاسم برمز أو اسم مستعار.
 - تستخدم البيانات لأغراض بحثية فقط، ولن تستعمل خارج هذا الإطار.
- طوعية المشاركة وحق الانسحاب:
 - المشاركة في هذه الدراسة طوعية بالكامل.
 - يحق للمشارك أو المشاركة رفض أي سؤال لا يرغب أو لا ترغب في الإجابة عنه.
 - يمكن الانسحاب من الدراسة في أي وقت دون تبعات أو تأثير على الرعاية الصحية المقدمة.
- المخاطر والفوائد المحتملة:
 - لا توجد مخاطر مباشرة ناتجة عن المشاركة في هذه الدراسة. وتتمثل الفائدة غير المباشرة في المساهمة في تطوير المعرفة العلمية المتعلقة بالبروفيل النفسي لمرضى التليف العضلي.
- التصريح بالموافقة:
 - أصريح أنا الممضي(ة) أسفله بأنني:
 - اطلعت على المعلومات الواردة أعلاه وفهمتها.
 - أوافق على المشاركة في هذه الدراسة دون أي إكراه.

التوقيع: 

التاريخ: ٢٠٢٦ - ٢٧.٠٤



Scanner - Radiologie Numérisée - Echographie - Consultations Spécialisées
Panoramique Dentaire - Mammographie - Laboratoire d'analyses Médicales

Ouargla le ... 27.04.2026 ...

Nom : Dr. A. B. Prénom : Al.

Age : 65 ans Médecin traitant :

ORDONNANCE N° 004607

Compte Rendu Médical

Patient sus nommée, qui présente des myalgies avec douleurs chroniques et Asthme globale; chez qui l'exploration biologique et radiologique est revenue sans particularités; et chez qui le diagnostic de fibromyalgie chronique est le plus probable.

Dr. AIT HANOU . K

Avenue de La Palestine - Ouargla - Algérie - Site - Web : www.elmorched.com - Email : elmorched.cm@gmail.com
Consultations : Tél. : 029 70 70 37 / Mob.: 0660 410 351 - Radiologie: Tél. : 029 70 65 34 - Laboratoire: Mob.: 0660 410 313 / Fax : 029 70 60 76

MMPI-2

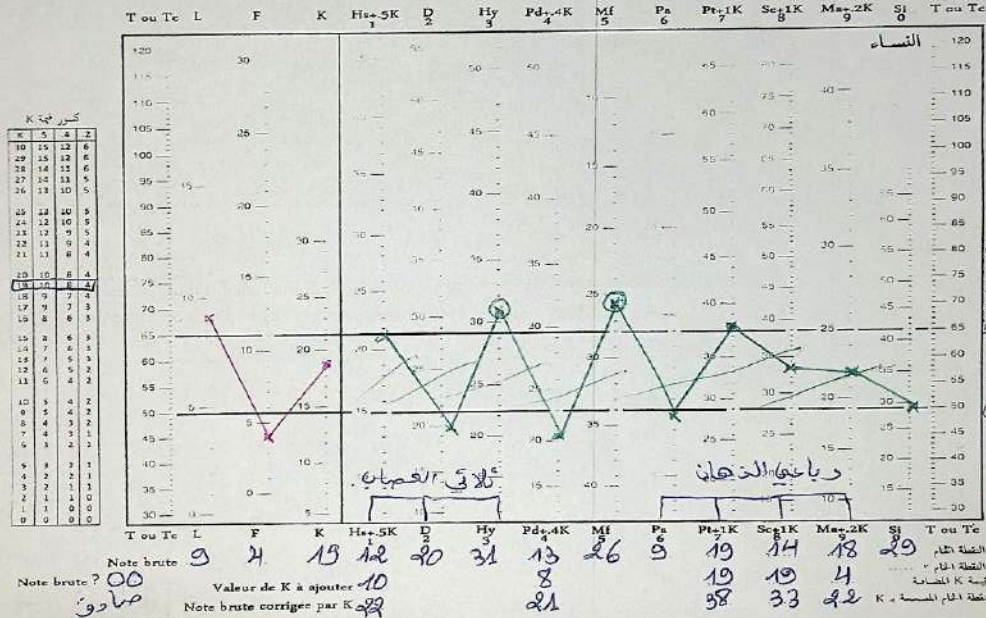
S.R. Hathaway et al. / J. C. McKinley

الإستبيان المتعدد الأوجه لقياس الشخصية لمينيسوتا

Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2

Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota – 2

ورقة التصحيح (السلام العيادية الأساسية)



الاسم والمقب :
العمر :
العنوان :
تاريخ إجراء الإختبار :
المهنة :

* النقاط المصححة :

Hs	65
D ذئب قبان	47
Hy هيتريا	70
Pd البودا البوانا	46
Mf المفضوة	71
Pa البانوايا	49
Pt البودا البوانا	66
So السوفام	57
Ma	56
Si العرلة	50

L 68 G. 10
F 46 G. 10
K 59

محاوَر المقابلة

المحاوَر	الأسئلة
المعلومات العامة والتاريخ المرضي للحالة	- ممكن تعرفيني بنفسك (العمر، الحالة الاجتماعية، المهنة). - منذ متى بدأت الأعراض؟ - هل تم تشخيصك رسمياً؟ من طرف من؟
الأعراض الجسدية	- وين تحسي بالألم في جسمك؟ - هل الألم مستمر أو يزوح ويرجع؟ - كيفاه تقيمي شدة الألم (خفيف/متوسط/شديد). - هل كاين تعب أو إرهاق دائم؟ - هل تعاني من اضطرابات فالنوم؟
الجانب النفسي	- كيفاش أثر المرض على نفسيتك؟ - هل تحسي بقلق أو توتر؟ - هل تمرى بفترات حزن أو اكتئاب؟ - هل تحسي روحك مفهومة من طرف الآخرين؟
العلاقات الاجتماعية	- كيفاش أثر المرض على علاقتك (عائلتك والمحيطين بيبك)؟ - هل تلقاي الدعم من الناس لي حواك؟
تمثلات حول المرض والمسار العلاجي	- كيفاش تشوفي حالتك الصحية في المستقبل؟ - واش العلاجات لي جربتتها؟ هل حسيتي بتحسن؟

الملحق (5):

محاور الملاحظة:

المحور	المحتوى
محور المظهر العام	- الهيئة العامة للحالة. - نظافة اللباس وتنظيمه. - العناية بالمظهر الخارجي. - تعابير الوجه. - علامات التعب والانهاك.
محور السلوك الحركي والجسدي	- طريقة الجلوس والحركة. - النشاط الحركي او البطء الحركي. - تعابير الالم الجسدي. - التغيرات في وضعية الجسد. - الحركات التلقائية المرتبطة بالتوتر او التعب. - مدى الارتياح الجسدي اثناء المقابلة.
محور المظهر العام	- الهيئة العامة للحالة. - نظافة اللباس وتنظيمه. - العناية بالمظهر الخارجي. - تعابير الوجه. - علامات التعب والانهاك.
محور التعبيرات الانفعالية	- طبيعة الانفعالات الظاهرة. - درجة الاستقرار الانفعالي. - الحساسية الانفعالية. - سرعة التأثر والبكاء. - التوتر والانفعال اثناء الحديث. - التوافق بين الانفعال ومضمون الكلام

- نبرة الصوت. - طريقة الكلام. - تكرار بعض العبارات. - الانسجام بين الكلام ولغة الجسد. - التواصل البصري. - فترات الصمت والتردد. - طريقة التعبير عن المعاناة النفسية والجسدية.	محور التواصل اللفظي وغير اللفظي
--	--

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
 وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
 Université Kasdi Merbah - Oran
 Faculté des Sciences
 Humaines Et sociales
 Département de Psychologie et
 orthophonie



ح ورقلة
 نية



جامعة قاصدي مرياح ورقلة
كلية العلوم الإنسانية
والاجتماعية
قسم علم النفس و الارطوفونيا

تصريح شرفي
بالالتزام بمعايير الأمانة والنزاهة العلمية
ف، اعداد مذكرة الماستر

أنا الممضي أسفله:
الطالب (ة):

طالب (ة):
 حميد زكية
 المولود (ة) في:
 بـ: 2002/11/21 07

.....و.ر. قلمة.....
 الحامل لبطاقة التعريف (ر/س) رقم: 11002408203408.00.07
 الصادرة بتاريخ: 14/11/1431هـ

عن: لله وليّ ورفيقه

شعبة:

المسجل بالسنة: الثانية ماستر
علم النفس

علم النفس العمل و

تخصص: علم النفس ☒ لادي
تسيير الموارد البشرية

..... 2025/2026 خلال السنة الجامعية:

والمعد لمذكرة الماستر التي تحمل عنوان:

..... البروقيل النفسي لمرحلة المراهقة
..... (العضو) F. Abraham Yalgie حالة (في ضوء)
..... اجتياز ميسوسوسا معددي التوجيه
..... الشخصية الـ MMPI
.....

أصرح بشرفي أنني التزمت بمراعاة معايير الأمانة والنزاهة العلمية المطلوبة في انجاز مذكرة الماستر المذكورة أعلاه

حرر

بتاریخ:

التوقيع

[illegible]