الجمهورية الجزائرية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة وهران 2 محمد بن احمد
كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والارطوفونيا

عنوان المذكرة :

التحمل النفسي للضيق عند المصاب باظطراب ثنائي القطب، دراسة لحالتين بالمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية سيدي الشحمي- وهران

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

من إعداد الطالبة :

مصباح فاطمة الزهراء

تحت إشراف :

جبار شهيدة

الإسم واللقب	الرتبة العلمية	الصفة في اللجنة
كبداني خديجة	أستاذة	رئيسا
جبار شهيدة	أستاذة	مشرفا
طالب سوسن	أستاذة محاضرة	مناقشا

2024-2025

الملخص باللغة العربية

الكلمات المفتاحية: التحمل النفسي للضيق، الضيق النفسي، إضطراب ثنائي القطب.

إشكالية:

تتناول هذه الدراسة اضطراب ثنائي القطب، الذي يُعد من أكثر الاضطرابات النفسية المزاجية تعقيدا لما يسببه من تقلبات حادة بين نوبات الهوس والاكتئاب، إضافة إلى فترات من الاستقرار أو الحالات المختلطة. كما تركز على الضيق النفسي بوصفه تجربة داخلية معقدة تتجاوز الأعراض الظاهرة وتمس الجوانب الإدراكية، الوجدانية والسلوكية للفرد المصاب. تهدف الدراسة إلى فهم طبيعة التحمل النفسي لدى هؤلاء المرضى خاصة في ظل الضغوط الانفعالية المستمرة التي يفرضها الاضطراب، ومدى تأثيرها على توازنهم الداخلي. كما تُبرز الفروق الفردية في هذه القدرة، والعوامل النفسية والاجتماعية التي قد تسهم في تقويتها أو إضعافها. وتكمن أهمية الدراسة في تقديم رؤية معمقة حول كيفية تحمّل الضيق لدى المصاب باضطراب ثنائي القطب، مما يُسهم في توجيه التدخلات النفسية والعلاجية بشكل أدق، وفقا للاحتياجات الذاتية لكل حالة، بهدف تحسين جودة الحياة وتعزيز التكيّف مع طبيعة الاضطراب.ومن هنا نطرح تساؤلنا الأساسي: كيف يتميز التحمل النفسي للضيق عند المصاب باضطراب ثنائي القطب؟

الفرضيات :

تتمثل فرضية بحثنا في :

- يتميز المصاب باضطراب ثنائي القطب بخلل على مستوى التحمل الإدراكي و الوجداني والسلوكي للضيق النفسي.

منهجية البحث:

اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج العيادي، نظرا لملاءمته في تناول الحالات النفسية بشكل فردي ومعمق، حيث تم توظيف أدوات نوعية متنوعة لجمع المعطيات، شملت الملاحظة المباشرة، دليل المقابلة العيادية النصف موجهة، وفحص الهيئة العقلية لتقييم المؤشرات النفسية مثل الوعي، المزاج، التفكير، والاتصال بالواقع. كما استخدم مقياس التحمل النفسي للضيق لتقدير قدرة الفرد على مواجهة الانفعالات السلبية دون انهيار أو تصرفات اندفاعية. شملت العينة حالتين سريريتين في سن الرشد من الإناث المصابات باضطراب ثنائي القطب، ما سمح بتحليل معمّق لتجربتهن الذاتية مع الضيق النفسي.

النتائج:

تحققت الفرضية جزئيًا؛ حيث أظهرت الحالة الأولى هشاشة في تحمل الضيق خاصة إدراكيًا وانفعاليًا، في حين لم تتطبق الفرضية على الحالة الثانية التي أبدت قدرة جيدة على التحمل والتنظيم، ربما بفعل خضوعها للعلاج النفسي سابقًا. وبما أن الدراسة اعتمدت على حالتين فرديتين، فلا يمكن تعميم النتائج، مما يستدعي تعميق البحث في السياق السيكوباثولوجي للحالات.

Résumé en français :

Mots-clés :

Tolérance psychologique à la détresse, Trouble bipolaire.

Problématique :

Cette étude traite du trouble bipolaire, considéré comme l'un des troubles psychiques de l'humeur les plus complexes en raison des fluctuations intenses qu'il provoque entre les épisodes de manie et de dépression, ainsi que des périodes de stabilité ou d'états mixtes. Elle se concentre également sur la détresse psychologique, en tant qu'expérience intérieure complexe dépassant les symptômes apparents, et affectant les dimensions cognitives, affectives et comportementales de l'individu atteint. L'objectif de l'étude est de comprendre la nature de la tolérance psychologique à la détresse chez ces patients, notamment face aux pressions émotionnelles constantes imposées par le trouble, et d'évaluer leur impact sur l'équilibre intérieur. Elle met aussi en lumière les différences individuelles dans cette capacité, ainsi que les facteurs psychologiques et sociaux susceptibles de la renforcer ou de l'affaiblir. L'importance de cette étude réside dans la présentation d'une vision approfondie de la manière dont les patients bipolaires supportent la détresse, afin d'orienter plus précisément les interventions psychologiques et thérapeutiques selon les besoins spécifiques de chaque cas, dans le but d'améliorer la qualité de vie et de renforcer l'adaptation à la nature du trouble, Dès lors, nous posons notre question principale : comment se manifeste la tolérance à la détresse psychologique chez une personne atteinte de trouble bipolaire ?

Hypothèse :

L'hypothèse principale de notre recherche est la suivante :

- Le sujet atteint de trouble bipolaire se caractérise par une altération de la tolérance à la détresse psychologique aux niveaux cognitif, émotionnel et comportemental.

Méthodologie de recherche :

Nous avons adopté dans cette étude la méthode clinique, en raison de sa pertinence pour l'approche individuelle et approfondie des cas psychologiques. Divers outils qualitatifs ont été utilisés pour la collecte des données, incluant l'observation directe, le guide d'entretien clinique semi-directif, ainsi que l'examen de l'état mental permettant d'évaluer des indicateurs psychiques tels que la conscience, l'humeur, la pensée et le contact avec la réalité. L'échelle de tolérance à la détresse psychologique a également été utilisée afin d'estimer la capacité de l'individu à faire face aux émotions négatives sans effondrement ni comportements impulsifs. L'échantillon comprenait deux cas cliniques de femmes adultes atteintes de trouble bipolaire, ce qui a permis une analyse approfondie de leur expérience subjective face à la détresse psychologique.

Résultats :

L'hypothèse s'est partiellement vérifiée : le premier cas a montré une fragilité dans la tolérance à la détresse, notamment sur les plans cognitif et affectif, tandis que l'hypothèse ne s'est pas appliquée au second cas, qui a démontré une bonne capacité de tolérance et de régulation, probablement en raison d'un suivi psychothérapeutique antérieur. Étant donné que l'étude s'est appuyée sur deux cas individuels, les résultats ne peuvent pas être généralisés, ce qui souligne la nécessité d'approfondir la recherche dans le contexte psychopathologique des cas étudiés.

Summary in English:

Keywords:

Psychological distress tolerance, Bipolar disorder.

Problem Statement:

This study focuses on bipolar disorder considered one of the most complex mood disorders due to the intense fluctuations it causes between manic and depressive episodes, in addition to periods of stability or mixed states. It also focuses on psychological distress as an internal, multifaceted experience that goes beyond observable symptoms and affects the cognitive, emotional, and behavioral dimensions of the individual. The study aims to understand the nature of psychological distress tolerance in these patients, especially under the ongoing emotional pressures imposed by the disorder, and to assess its impact on their internal balance. It also highlights individual differences in this capacity, as well as the psychological and social factors that may strengthen or weaken it. The importance of this study lies in providing an in-depth understanding of how individuals with bipolar disorder tolerate distress, which contributes to more precisely targeted psychological and therapeutic interventions tailored to each individual's needs, with the goal of improving quality of life and enhancing adaptation to the nature of the disorder., From here, we raise our main question: how does distress tolerance manifest in individuals with bipolar disorder?

Hypothesis:

The main hypothesis of our research is:

- The individual with bipolar disorder is characterized by an impairment in the cognitive, emotional, and behavioral tolerance of psychological distress

Research Methodology:

This study adopted the clinical approach, given its suitability for addressing psychological cases in an individual and in-depth manner. Various qualitative tools were employed for data collection, including direct observation, a semi-structured clinical interview guide, and a mental status examination to assess psychological indicators such as awareness, mood, thinking, and contact with reality. The Distress Tolerance Scale was also used to evaluate the individual's ability to cope with negative emotions without breakdown or impulsive behavior. The sample consisted of two clinical cases of adult females diagnosed with bipolar disorder, allowing for an in-depth analysis of their subjective experiences with psychological distress.

Results:

The hypothesis was partially confirmed: the first case showed a vulnerability in distress tolerance, particularly on the cognitive and emotional levels. In contrast, the hypothesis did not apply to the second case, which demonstrated a good capacity for tolerance and regulation—possibly due to previous psychological treatment. Since the study was based on two individual cases, the results cannot be generalized, which highlights the need for deeper investigation within the psychopathological context of such cases.

الإهداء

أهدي هذا الجهد المبارك إلى ذاتي، التي صاغت من الأمل صرحًا ومن الإرادة جسرًا، وجسّدت في دروب التعب نورًا لا ينطفئ، فكانت حاملة راية العزم والصبر، متوكلة على الله، ومتمسكة بحُلم لا يبرح فؤادها.

إلى أمي، نبع الحنان والدفء، ومصدر السكينة والضياء في عتمات الحياة، التي بثّت في كياني قوةً لا تقهر، وأرست دعائم الإيمان والثبات، فكانت لي في كل لحظة ملاذًا لا يُعوض، وسندًا لا ينكسر. لها وحدها أُهدي هذا النجاح، تقديرًا لما بذلته من عطاءٍ لا ينضب، وصبرٍ عظيمٍ على كل المشاق.

وأهدي ثمرة جهدي لكل من سار معي على دروب هذا الطريق، رافعين شعلة الدعم والتشجيع، فكانوا لي رفقاء درب في لحظات التعب، وزادًا في لحظات اليأس. لهم مني أجزل الامتنان وأسمى آيات الشكر، فهم سببٌ في أن تُزهر بذور الطموح في قلبي، وسبيلٌ إلى بلوغ آفاق العلم والمعرفة.

شكر و عرفان

الحمد لله حمدًا يليق بجلال وجهه وعظيم سلطانه، حمدًا يوافي نِعَمَه ويكافئ مزيده، له الحمد في الأولى والآخرة، وله الحمد ما تعاقب الليل والنهار، وما اهتدى قلبٌ بنوره أو عقلٌ بمعرفته.

فبفضله وكرمه، تيسّرت الخطى، وانكشفت العوائق، وامتدت يد العون في دروبٍ طال فيها العناء.

قال تعالى:

(وَمَا تَوْفِيقِي إِلَّا بِاللَّهِ ۚ عَلَيْهِ تَوَكَّلْتُ وَإِلَيْهِ أُنِيبُ) [هود: 88]

فما كان لهذا العمل أن يرى النور لولا عنايته ولطفه، فهو المانحُ المُيسِّر، وهو أحقُّ بالشكر من كل قلبٍ نَبَضَ بالعرفان.

ثم أرفع خالص عبارات الشكر والتقدير إلى أستاذتي الفاضلة جبار شهيدة، التي كانت منارةً للعلم، ومثالًا يُحتذى في العطاء والرفعة. لم تبخل يومًا بعلمها، ولم تبخل بتوجيه أو دعم، فكان لمرافقتها العلمية وقعٌ راسخ في نجاح هذا العمل.

لقد كانت بصبرها ونُبل تعاملها مرآةً حقيقية لما يجب أن يكون عليه أهل العلم، فجزاها الله عني خير الجزاء، وبارك في علمها وعمرها وعطائها.

قال تعالى:

(وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ) [التوبة: 105]

فنسأل الله أن يجعل ما قدمته لنا من علمٍ في ميزان حسناتها، وأن يجزيها خيرًا بما غرسته من نور في عقول طلابها وقلوبهم.

الفهرس

المقدمة..... 1

الفصل الأول مدخل إلى الدراسة 3

إشكالية البحث:..... 4

كيف يتميز التحمل النفسي للضيق عند المصاب باضطراب ثنائي القطب؟..... 7

2- الفرضيات: 7

3- أهداف الدراسة:..... 7

4- المفاهيم الإجرائية: 8

4-1-الضيق النفسي: 8

4-2-التحمل النفسي للضيق: 8

4-3-إضطراب ثنائي القطب:..... 8

5-أهمية الدراسة :..... 8

الخلاصة:..... 9

الفصل الثاني الجانب النظري..... 10

الفصل الأول..... 11

إضطراب ثنائي القطب..... 11

تمهيد:..... 12

1-لمحة تاريخية عن اضطراب ثنائي القطب: 13

2-مفهوم اضطراب ثنائي القطب:..... 14

2-1-المفهوم لغة واصطلاحا : 14

2-2-مفاهيم إضطراب ثنائي القطب:..... 14

3-المقاربة التصنيفية السيكاترية اللانظرية للإضطراب: 18
3-1-أساسيات التشخيص في اضطراب ثنائي القطب: 19
3-2-أعراض اضطراب ثنائي القطب: 20
3-2-1-أعراض النوبة الهوسية (Manie): 20
3-2-2-أعراض النوبة الهوسية الخفيفة (Hypomanie): 21
3-2-3-أعراض النوبة الاكتئابية الكبرى(Épisode dépressif majeur): 21
3-2-4-الأعراض في النوبات المختلطة (États mixtes): 22
3-3-المعايير الدولية لإضطراب ثنائي القطب (DSM-5 و CIM-11): 23
3-3-1-تصنيف DSM-5: 23
3-3-2-تصنيف CIM-11: 24
3-4-الفروق الإكلينيكية بين اضطراب ثنائي القطب النوع الأول والنوع الثاني : 24
3-5-التشخيص الفارقي :..... 25
3-5-1التمييز بين اضطراب ثنائي القطب والاكتئاب أحادي القطب: 25
3-5-2-صعوبات التشخيص والتمييز مع اضطرابات متقاربة:..... 26
3-5-2-1. اضطراب الشخصية الحدية: 26
3-5-2-2-. الاكتئاب المتكرر : 27
3-5-2-3- الاضطرابات الذهانية :..... 27
3-5-2-4-جدول مقترن بين إضطراب ثنائي القطب و الإضطرابات الأخرى :..... 27
4-حركة الاضطراب :..... 28
4-1-جدول مقارنة بين الدورة البطيئة والدورات السريعة في اضطراب ثنائي القطب: 29
5-التنبؤ بالاضطراب:..... 30
6-عوامل اضطراب ثنائي القطب:..... 31
6-1-العوامل الوراثية : 31
6-2-العوامل البيوكيميائية:..... 32
6-3-العوامل النفسية: 33

7-المقاربات النظرية النفسية المفسّرة لاضطراب ثنائي القطب: 34
7-1-المقاربة الفيزيولوجية العصبية: 34
7-2-المقاربة التحليلية النفسية للإضطراب: 35
7-3-المقاربة المعرفية السلوكية : 36
7-4-مقاربة التفاعل النفسي – الاجتماعي – : 37
7-5-المقاربة الثقافية للاضطراب : 38
7-5-1-التمثلات الشعبية والدينية و أثرها على التشخيص و العلاج : 38
8-العلاج : 40
8-1-العلاج الدوائي: 40
8-2- العلاج النفسي: 41
الفصل الثاني 43
التحمل النفسي للضيق 43
تمهيد: 44
1-مفهوم التحمل النفسي : 45
1-1التعريف اللغوي والاصطلاحي: 45
1-2المفاهيم النفسية للتحمل النفسي للضيق: 45
1-2-1مفهوم الضيق النفسي : 45
1-2-2مفهوم التحمل النفسي للضيق : 46
1-3مفاهيم مرتبطة بالتحمل النفسي : 47
2-أبعاد التحمل النفسي للضيق : 51
2-1-التحمل الإدراكي للضيق: 51
2-2-التحمل السلوكي للضيق: 51
2-3-التحمل الانفعالي للضيق: 52
3-أدوات قياس التحمل النفسي للضيق: 53
4-عوامل التحمل النفسي لإضطراب ذهان ثنائي القطب : 54

4-1-العوامل الفيزيولوجية العصبية: 54
4-2-عوامل الدعم الإجتماعية: 55
4-3-العوامل الثقافية الاجتماعية :..... 56
5-المقاربات النظرية المفسرة للتحمل النفسي للضيق: 56
5-1-المقاربة المعرفية السلوكية : 56
5-2-نظرية تنظيم الانفعال : 57
5-3-نظرية التقبل والالتزام : 58
5-4-نظرية كوباسا المعرفية الإنسانية :..... 58
6-أهمية التحمل النفسي في التعامل مع الإضطرابات النفسية: 59
خلاصة : 60
الفصل الثالث..... 61
الإجراءات المنهجية للدراسة 61
تمهيد:..... 62
1-الإجراءات المنهجية:..... 62
1-1-الدراسة الاستطلاعية:..... 62
1-2-أهداف الدراسة الإستطلاعية:..... 62
1-3-إجراءات الدراسة الإستطلاعية: 63
1-3-1-الإطار المكاني والزمني للدراسة الاستطلاعية:..... 63
1-4-نتائج الدراسة الإستطلاعية: 63
1-4-1-على مستوى الطاقم الطبي: 63
1-4-2-على مستوى الحالات:..... 63
1-4-3- الحالة الأولى:..... 64
1-4-3-1—فحص الهيئة العقلية:..... 65
1-4-3-2-مؤشرات التحمل النفسي للضيق لدى الحالة الأولى : 67
1-4-4- الحالة الثانية : 67

1-4-4-1-فحص الهيئة العقلية: 68
1-4-4-2-مؤشرات التحمل النفسي للضيق لدى الحالة الثانية : 69
1-5-الإستنتاج: 70
1-6-صعوبات الدراسة الاستطلاعية: 71
2-منهج البحث و أدواته: 72
2-1-المنهج العيادي: 72
2-2-1المقابلة العيادية النصف موجهة: 73
2-2-2-الملاحظة العيادية: 74
2-2-3-فحص الهيئة العقلية: 74
2-2-4-مقياس التحمل النفسي للضيق: 74
2-2-4-1-فكرة المقياس: 74
2-2-4-2-التعريف بالمقياس: 75
2-2-4-3-تقييم المقياس: 76
2-2-4-4-تعليمة المقياس : 77
2-3-أجرأة الفرضية العامة: 80
2-3-1-الفرضية الأولى على المستوى العيادي : 80
2-3-2-الفرضية الإجرائية الثانية (على مستوى المقياس): 81
2-3-3-خصائص إختيار الحالات: 81
2-4-برنامج التدخل النفسي العيادي: 81
خلاصة: 84
الفصل الرابع 85
الدراسة الأساسية 85
تمهيد : 86
1-التقرير السيكولوجي للحالة الأولى :..... 86
1-1-تقديم المفحوصة : 86

1-2-الإختبارات المطبقة : 87
1-3-أهم ما جاء في التاريخ و الراهن للحالة : 87
1-4-فحص الهيئة العقلية : 89
االاستعداد والسلوك العام : 89
النشاط العقلي : 89
محتوى التفكير : 90
القدرات العقلية : 90
1-5-نتائج دليل المقابلة النصف الموجهة و تحليلها : 90
1-5-1-مؤشرات التحمل النفسي للضيق للحالة الأولى على المستوى العيادي: 94
1-5-2-تحليل العام لنتائج المقابلة العيادية : 95
1-6-مقياس التحمل النفسي : 96
1-6-1-التعليمات : 96
1-6-2-الإجابات المتحصل عليها : 96
الدرجة الكلية للمقياس: 100
2-التقرير السيكولوجي للحالة الثانية : 102
2-1-تقديم المفحوصة : 102
2-2-الإختبارات المطبقة : 103
2-3-أهم ما جاء في التاريخ و الراهن للحالة : 103
2-4-فحص الهيئة العقلية: 104
الاستعداد والسلوك العام: 104
النشاط العقلي: 105
المزاج والعاطفة: 105
محتوى التفكير: 105
القدرات العقلية: 105
2-4-1-نتائج دليل المقابلة النصف الموجهة و تحليلها: 106

2-5-مؤشرات التحمل النفسي للضيق للحالة الثانية على المستوى العيادي: 109

2-6-التحليل العام لنتائج المقابلة العيادية للحالة الثانية : 110

2-7-مقياس التحمل النفسي : 110

الدرجة الكلية للمقياس: 114

تحليل الأبعاد يظهر: 115

الفصل الخامس 118

ملخص النتائج و مناقشة الفرضيات 118

تمهيد: 119

1- **ملخص نتائج الدراسة العيادية للحالتين :** 119

1-1- الحالة الأولى: 119

1-2-الحالة الثانية: 120

2- نتائج الدراسة على المستوى السيكوميتري (المقياس): 121

2-1- الحالة الأولى: 121

2-2-الحالة الثانية: 122

تحليل الأبعاد يظهر: 122

3- مناقشة الفرضية : 122

3-1- الفرضية الأجرائية على المستوى العيادي: 123

3-2- الفرضية الأجرائية على المستوى السيكوميتري: 124

تحليل الأبعاد يظهر: 124

الخاتمة 126

قائمة المراجع: 128



المقدمة



المقدمة

تعد الضغوط النفسية والانفعالات المؤلمة جزءًا لا يتجزأ من التجربة الإنسانية، وهي تختلف في شدتها وتأثيرها من شخص لآخر. فقد يُظهر البعض قدرة على المواجهة والاحتواء، بينما يجد آخرون أنفسهم عالقين في دوامة من المعاناة، دون أدوات واضحة للتعامل مع الألم الداخلي. وهنا تبرز أهمية فهم كيف يتحمّل الإنسان الضيق النفسي، ليس فقط من حيث قدرته على الصبر، بل من حيث مرونته النفسية واستعداده العميق للتكيّف.ويشير مفهوم التحمل النفسي للضيق إلى قدرة الفرد على البقاء في وضعية انفعالية سلبية دون الانهيار أو الانسحاب، وعلى الاستمرار في أداء وظائفه اليومية رغم وجود معاناة داخلية. لا يعني ذلك غياب الألم، بل يعني القدرة على ضبطه وتنظيمه دون الإفراط في ردة الفعل أو الانخراط في سلوكيات هروبية أو خطيرة (Gaher, 2005 & Simons). هذه القدرة النفسية أضحت موضع اهتمام علمي كبير، لأنها تُعتبر عاملاً حاسمًا في فهم كيف يتفاعل الأفراد مع مختلف أشكال الصدمات النفسية، والضغوط الحياتية.كما يزداد هذا المفهوم أهمية حين يُربط باضطرابات نفسية مزمنة، مثل اضطراب ثنائي القطب، الذي يُعد من أكثر الاضطرابات تعقيدًا من حيث الأعراض والتأثيرات. يُعرّف هذا الاضطراب على أنه خلل في التنظيم المزاجي، يُظهر نفسه من خلال نوبات متعاقبة من الهوس والاكتئاب، وقد يُرافقه اضطراب في التفكير والسلوك. تشير المعايير التشخيصية في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM5), إلى أن هذه التقلبات قد تصل إلى مستويات تعيق بشكل مباشر قدرة الفرد على مواصلة حياته الطبيعية، سواء على الصعيد الشخصي أو المهني أو الاجتماعي (APA, 2000).ويتبيّن أن ضعف القدرة على تحمّل الضيق قد يجعل الشخص المصاب أكثر عرضة لتفاقم النوبات، وصعوبة في التكيف مع العلاج، وربما الانسحاب من مسار العلاج نفسه. في المقابل، فإن المريض الذي يتمتع بقدرة أعلى على التحمل النفسي قد يُظهر مرونة أكبر، وتقبلاً أوسع لحالته، مما يساعده على تجاوز النوبات الحادة بشكل أفضل.

أما في السياق الاجتماعي والثقافي الجزائري، فإن التعامل مع الاضطرابات النفسية لا يزال مشوبًا بالكثير من الحواجز، سواء من حيث نظرة المجتمع، أو غياب الدعم الأسري والمؤسساتي، وهو ما يجعل من التحمل النفسي عاملًا أكثر حساسية وأهمية. فالفرد لا يواجه فقط مرضه، بل يواجه أيضًا محيطًا قد لا يتفهم حالته، أو قد يحمّله مسؤولية ما يمر به. وهنا تصبح القدرة على التحمل نوعًا من "المقاومة النفسية" الداخلية التي تسمح للفرد بالبقاء في حالة من التوازن، رغم كل ما يحيط به من ضغوط.

وعليه تهدف هذه الدراسة إلى محاولة فهم العلاقة بين اضطراب ثنائي القطب والتحمل النفسي للضيق، من خلال دراسة ميدانية لعينة من المرضى، والبحث في كيفية تعبيرهم عن معاناتهم، واستراتيجياتهم النفسية في التعايش مع هذا الاضطراب المزمن.

تم تنظيم هذه المذكرة في ثلاثة فصول مترابطة، هي كالتالي:

يتناول الفصل الأول الإطار النظري لمفهوم التحمل النفسي للضيق، من حيث تعريفه، أبعاده، مؤشراته النفسية، العوامل التي تؤثر عليه، والنماذج النظرية التي حاولت تفسيره.

أما الفصل الثاني، فيُخصص لعرض شامل حول اضطراب ثنائي القطب، من حيث النشأة والتطور، الأعراض، المعايير التشخيصية، والعوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة به، مع الإشارة إلى البُعد الثقافي الخاص بالجزائر.

في حين يُمثّل الفصل الثالث الجانب التطبيقي من الدراسة، حيث تم عرض الإجراءات المنهجية، ودراسة حالتين عيانيتين، وتحليل البيانات من خلال أدوات ميدانية تهدف إلى الكشف عن مؤشرات التحمل النفسي في السياق العيادي.

ومن خلال هذه الدراسة استعملنا الكلمات المفتاحية التالية:

إضطراب ثنائي القطب–تحمل الضيق– التحمل النفسي للضيق.



الفصل الأول مدخل إلى الدراسة



إشكالية البحث:

لقد أصبحت الاضطرابات النفسية اليوم من بين أكثر المواضيع حضورا في النقاشات الصحية والاجتماعية لما لها من تأثير مباشر على جودة حياة الفرد وتفاعله مع محيطه. وعلى الرغم من التقدم الكبير في التشخيص والعلاج ما تزال بعض الاضطرابات تطرح تحديات حقيقية في الفهم والتكفل، ومن أبرزها اضطراب ثنائي القطب الذي يعتبر من أكثر الاضطرابات المزاجية تعقيدا .

من بين هذه الاضطرابات تبرز اضطرابات المزاج كفئة تستدعي اهتماما خاصا بسبب تأثيرها العميق على الاستقرار النفسي والعاطفي للفرد، وتشمل نوبات من الاكتئاب والهوس كما هو الحال في اضطراب ثنائي القطب (Miklowitz, 2019). و يعد اضطراب ثنائي القطب من الاضطرابات النفسية المزاجية المعقدة التي تحدث خللا كبيرا في توازن الفرد الانفعالي والمعرفي. ويعرف بأنه اضطراب يتميز بتعاقب نوبات مزاجية متطرفة، تشمل نوبات من الهوس أو الهوس الخفيف (hypomanie) ونوبات من الاكتئاب الشديد، تتخللها أحيانا فترات من الاستقرار المزاجي (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2014).و من مظاهر الحالة الهوسية يظهر المريض عادة في صورة شخص نشيط بشكل مفرط، يتحدث بسرعة، يتصرف بثقة مفرطة، وقد يدخل في سلوكيات متهورة دون إدراك العواقب. أما في النوبة الاكتئابية فيغلب عليه الحزن، انعدام الطاقة، فقدان الاهتمام بالحياة وقد تظهر أيضا ميول انتحارية.و إن ما يجعل هذا الاضطراب أكثر تعقيدا هو شدة التقلبات المزاجية التي تكون خارجة عن السياق الطبيعي وغير منسجمة مع الأحداث الخارجية. أي أن مشاعر المريض وسلوكياته لا تنبع من أسباب واضحة بل تأتي كرد فعل داخلي بيولوجي–نفسي يصعب التنبؤ به أو التحكم فيه. هذا ما يؤدي إلى اختلالات في التفكير والسلوك وصعوبة ملحوظة في التنظيم العاطفي، مما يؤثر على جودة حياة الفرد بشكل عميق وعلى علاقاته الاجتماعية والمهنية.(Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2014)

وعلى عكس بعض الاضطرابات الأخرى، فإن اضطراب ثنائي القطب لا يقتصر على فترة زمنية محددة، بل يدرج ضمن الاضطرابات المزمنة و يتطلب متابعة علاجية مستمرة وإدراكا معمقا من المريض ومحيطه لطبيعته الدورية وتأثيره الكلي على التوازن النفسي الداخلي. ومع استمرار هذا التأرجح النفسي يجد المصاب نفسه في صراع دائم مع ذاته ، و يمر المصاب عادة بفترة من النشاط العالي والهوس، يتسم خلالها بطاقة مفرطة، تفاؤل غير مبرر، ثقة زائدة بالنفس، اندفاع سلوكي، وكلام سريع أحيانًا يصل إلى حدّ التسرّع الذهني. هذه الحالة قد تبدو في ظاهرها إيجابية أو

محبّذة للمحيط، لكنها سرعان ما تنقلب إلى سلوكيات خطرة وغير منضبطة، يصعب على الشخص فيها إدراك الحدود الواقعية.وعلى النقيض تماما تأتي المرحلة الاكتئابية التي تتميز بفقدان تام للطاقة، مشاعر حزن عميق، انعدام الحافز، وانسحاب من العلاقات والنشاطات اليومية. هذه التناقضات في المزاج تجعل الفرد يشعر وكأنه يعيش داخل دائرتين مغلقتين: إحداهما تدفعه إلى أقصى درجات النشاط غير العقلاني والأخرى تشده نحو الجمود واليأس.أما الأكثر تعقيدا من ذلك هو ما يعرف بالحالة المختلطة، حيث تتقاطع أعراض الهوس مع أعراض الاكتئاب في وقت واحد مثل أن يشعر المريض بالإثارة والانزعاج المفرط وفي الوقت نفسه بالحزن الشديد أو التفكير الانتحاري. هذه الحالة المختلطة تعد من أكثر المظاهر الإنهاكية للاضطراب وقد تزيد من خطر الانتحار وتصعب عملية التشخيص لفهم هذه التركيبة النفسية (Desseilles, Perroud & Grosjean, 2017)

وعلى الرغم من أن اضطراب ثنائي القطب يعتبر من الاضطرابات النفسية المعروفة والمصنفة طبيا منذ قرون إلا أن انتشاره ما زال محل نقاش بين الباحثين. وتشير الإحصائيات الدولية إلى أن هذا الاضطراب يصيب ما بين 1 إلى 2% من البالغين حول العالم، وهو ما يعادل عشرات الملايين من الأشخاص مع اختلاف في النسبة حسب طبيعة النظم الصحية والتشخيصية في كل بلد.(Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2014)

إلا أن الأرقام قد تخفي وراءها واقعا أكثر تعقيدا فإن التقديرات تبقى أقل من الواقع في كثير من الأحيان، بسبب العدد الكبير من الحالات غير المشخصة،وحسب معطيات منظمة الصحة العالمية (2019)، فإن حوالي شخص واحد من بين كل 150 بالغا – أي ما يقارب 40 مليون نسمة أو 0.53% من سكان العالم كان يعاني من اضطراب ثنائي القطب ، و على المستوى الوطني أظهرت التقديرات التي تم تقديمها خلال مؤتمر دولي للطب النفسي نظم بالعاصمة الجزائرية أن نسبة انتشار الاضطرابات النفسية في البلاد تظل معتدلة نسبيا، خاصة عند مقارنتها بنتائج دراسة أمريكية أشارت إلى أن ما بين 10% و12% من الجزائريين يعانون من مشكلات نفسية (Orient XXI, 2024).وبالنظر إلى هذا الانتشار يصبح من الضروري التطرق إلى سبل التكفل العلاجي خصوصا ما يتعلق بالجانب الدوائي الذي يعد الخيار الأكثر استقرارا في التعامل مع هذه الحالات ،إضافة اليه يوصى بشدة باللجوء إلى العلاج النفسي خاصة العلاج المعرفي السلوكي الذي يعلم المرضى كيفية التعرف على أنماط التفكير السلبية والوقاية من المثيرات العاطفية الحادة. (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2014).

وسط التقلبات النفسية الحادة التي يعيشها المصاب باضطراب ثنائي القطب تظهر معاناة داخلية لا تقتصر على المزاج، بل تمتد لتشكل ما يعرف بـ"الضيق النفسي"، وهي تجربة شعورية مركبة تتسم بعدم الاستقرار والانفعال المفرط وغالبا ما تكون ناتجة عن حدة الأعراض وتكرارها. فكما يوضح دليل Le trouble bipolaire : Guide d'information، فإن هذه الأعراض مثل القلق، التوتر، واضطراب الإيقاع العاطفي، تعد من السمات الأساسية للاضطراب وتؤثر بعمق على الحياة اليومية للمصاب، حتى في الفترات التي يبدو فيها سلوكه مستقرا نسبيا (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2014). ويعد الضيق النفسي من أبرز التحديات التي يواجهها مرضى اضطراب ثنائي القطب خاصة مع ما يصاحب النوبات من تقلبات حادة في المزاج ، الضيق هنا يفهم على أنه استجابة انفعالية مرهقة ناتجة عن معايشة مشاعر وأحداث صعبة (Folkman &Lazarus, 1984).

غير أن الضيق النفسي لا يفسر فقط من خلال الأعراض الظاهرة التي يعيشها المصاب بل تمتد جذوره إلى تفاعلات أعمق تتعلق بالبنية النفسية الداخلية للفرد وهو ما أشار إليه عدد من الباحثين. فقد عرفت بعض الدراسات الضيق النفسي بأنه حالة من الضغط العاطفي الشديد المرتبط بفقدان التوازن النفسي، والذي قد لا يكون دائما ناتجا عن مسبب خارجي مباشر بل ينبع من تفاعل داخلي معقد بين الخبرات الماضية، التصورات الذاتية والسياقات البيئية الآنية (Grosjean, 2017 & Desseilles, Perroud) وتكمن الخطورة في كونها لا تكون دائما مرئية أو معبر عنها بوضوح. فبحسب ما ورد في Guide bipolaire, فإن العديد من المرضى يظهرون قدرة ظاهرية على التماسك بينما يمرون داخليا بتجربة مرهقة يصعب عليهم التعبير عنها لفظيا، مما يجعل من الضيق النفسي "تجربة صامتة"، لكنها مؤلمة جدا (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2014).أما من حيث المظاهر فيأخذ الضيق النفسي أشكالا متعددة قد تكون سلوكية مثل الانسحاب الاجتماعي، تغير أنماط النوم والأكل، أو تراجع العناية الذاتية أو انفعالية مثل البكاء المفاجئ، الغضب المفرط، أو الشعور بالفراغ؛ أو معرفية، حيث تسيطر على المصاب أفكار سوداوية، تفكير دائري، أو ميل للتفسير السلبي للأحداث. وحسب ما أشارت إليه دراسة Desseilles et al. (2017)، فإن هذه المظاهر تتداخل في ما بينها بشكل يجعل التمييز بينها أمرا صعباش لكنها تشكل جميعها قلب تجربة الضيق عند الشخص المضطرب.

ويميل الباحثون إلى تقسيم الضيق النفسي إلى أبعاد مترابطة: البعد المعرفي الذي يظهر في شكل تشوهات فكرية وإدراكية، مثل التفكير الكارثي أو تضخيم الأخطاء ، البعد الانفعالي الذي يظهر في مشاعر مثل الحزن، القلق، الخوف، أو الحرج الداخلي والبعد السلوكي الذي قد يتخذ شكل التجنب، الانطواء، أو حتى سلوكيات إيذاء الذات. وتظهر هذه الأبعاد كما جاء في دليل CAMH، أن الضيق النفسي لا يختزل في الشعور بالانزعاج فقط بل هو سيرورة داخلية تعكس صعوبة الفرد في تنظيم مشاعره

والتفاعل معها (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2014).وما يثير الانتباه هو أن الضيق النفسي رغم كونه تجربة شخصية داخلية إلا أنه يعد مؤشرا حساسا على مدى قدرة الشخص على التحمل النفسي. إذ ليس كل من يعاني من اضطراب نفسي يظهر نفس درجة التوتر أو نفس مستوى الانهيار الداخلي بل إن هناك اختلافات فردية في مدى التحمل لهذه المعاناة.

و من أبرز ما يميز اضطراب ثنائي القطب هو عدم استقرار الأعراض وتحولها المستمر من حالة إلى أخرى ليس فقط من حيث الشدة، بل أيضا من حيث النوعية. وهذا ما يجعل التكيف مع هذه الأعراض تحديا خاصا ومؤلما. ففي الوقت الذي يتكيف فيه المريض مع نمط معين يجد نفسه مضطرا لمواجهة نمط آخر مغاير تماما يتطلب منه استراتيجيات جديدة للتعامل. كما أن عدم ثبات الدواء وغياب إطار ثقافي داعم، أو تغير البروتوكولات العلاجية كلها تعد عوامل مثيرة للضيق وتضعف من قدرة التحمل النفسي. كما أن نوعية التكفل داخل المؤسسات العلاجية لا توفر دائما التوعية الكافية للمريض وعائلته، مما يعمق فجوة الفهم ويزيد من التوتر وبالتالي يضعف القدرة على التكيف والتعايش السليم.ومن هنا نطرح تساؤلنا الأساسي:

كيف يتميز التحمل النفسي للضيق عند المصاب باضطراب ثنائي القطب؟

2- الفرضيات:

يتميز المصاب باضطراب ثنائي القطب بخلل على مستوى التحمل الإدراكي، الوجداني والسلوكي للضيق النفسي.

3- أهداف الدراسة:

تهدف كل دراسة علمية إلى الكشف عن حقيقة أو تفسير ظاهرة معينة من خلال تناولها بالتحليل الموضوعي والمنهجي. وبناء على ذلك فإن لدراستنا أهدافا محددة نسعى من خلالها إلى الإحاطة بجوانب الموضوع المطروح، وتتمثل فيما يلي:

1. التعرف على طبيعة التحمل النفسي لدى المصابين باضطراب ثنائي القطب.
2. تسطير استراتيجية منهجية للتعرف العيادي و سيكوميتري على طبيعة التحمل الادراكي والوجداني والسلوكي للضيق النفسي .

4- المفاهيم الإجرائية:

4-1-الضيق النفسي:

يقصد بالضيق النفسي تلك الحالة الانفعالية السلبية التي يعيشها الفرد نتيجة تعرضه لضغوط أو ظروف مرهقة تفوق قدرته على التحمل وتنعكس في مشاعر الحزن، القلق... ، مما يؤثر سلبا على حالته النفسية والجسدية والاجتماعية.

4-2-التحمل النفسي للضيق:

التحمل النفسي للضيق هوقدرة الفرد على مواجهة المشاعر السلبية الناتجة عن الظروف الصعبة التي يمر بها دون أن يفقد توازنه النفسي أو يتأثر بشكل يعيق حياته اليومية. ويتجلى ذلك في قدرة الشخص على فهم ما يمر به : ضبط انفعالاته، استخدام آليات ذاتية للتكيف، واتخاذ مواقف عقلانية تساعده على تجاوز الأزمات بطريقة مرنة ومتزنة.

4-3-إضطراب ثنائي القطب:

يقصد باضطراب ثنائي القطب اضطراب نفسي مزاجي يتميز بتناوب نوبات من الاكتئاب ونوبات من الهوس أو الهوس الخفيف التي تؤثر على التفكير، السلوك، والعلاقات الاجتماعية للفرد.

5-أهمية الدراسة :

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من كونها تتناول موضوعا لم يحظ باهتمام كاف في الدراسات النفسية خاصة على المستوى المحلي والوطني، حيث لم نجد "حسب علمنا " دراسات سابقة تناولت العلاقة بين التحمل النفسي للضيق واضطراب ثنائي القطب بشكل مباشر.

ورغم وجود عدة أبحاث سابقة حول اضطراب ثنائي القطب فقد ركزت معظمها على الجوانب البيولوجية أو السلوكية أو العلاجية، دون التطرق إلى هذا المتغير النفسي المهم (التحمل النفسي للضيق) وعلاقته بالتقلبات المزاجية المصاحبة للاضطراب.

وعليه تبرز أهمية البحث فيما يلي :

- مساهمة هذا العمل في إبراز التكفل النفسي بأخذ بعين الاعتبار على الاستبصار.

- تزويد المكتبة العلمية بهذه الدراسات..
- تسليط الضوء على التحمل النفسي كمتغير وسيط قد يفسر جزئيًا العلاقة بين التقلبات المزاجية وشدة المعاناة النفسية لدى المصابين باضطراب ثنائي القطب، ما يُسهم في فتح آفاق بحثية جديدة لفهم آليات اشتغال هذا الاضطراب بشكل أدق.

الخلاصة:

توسعنا في هذا الفصل في عرض إشكالية البحث ، الفرضيات، أهداف الدراسة ، المفاهيم الإجرائية، أهمية الدراسة وهذا تمهيدا الى التطرق للأدبيات النظرية لكل من إضطراب ثنائي القطب و التحمل النفسي للضيق .



الفصل الثاني الجانب النظري





الفصل الأول

إضطراب ثنائي القطب

تمهيد:

إضطراب ثنائي القطب من بين الاضطرابات النفسية المعقدة التي تؤثر بشكل كبير على مزاج الفرد وسلوكه اليومي. تتغير فيه الحالة النفسية بين فترات من النشاط الزائد وأخرى من الاكتئاب الشديد مما يصعب على الشخص الحفاظ على توازنه النفسي. في هذا الفصل سنتعرف على هذا الاضطراب من جوانب مختلفة، من تعريفه وأعراضه، إلى أسبابه والنظريات المفسرة له .

1- لمحة تاريخية عن اضطراب ثنائي القطب:

تعود جذور الفهم الأولي لاضطراب ثنائي القطب إلى العصور القديمة، حيث وثق الفيلسوف والطبيب الإغريقي أريتايوس القبادوقي (Aretaeus of Cappadocia) في القرن الثاني بعد الميلاد حالات يظهر فيها الأفراد انتقالا بين الحزن العميق (الذي نربطه اليوم بالاكتئاب) ونشاط مفرط أو مزاج مرتفع (الهوس). وقد أشار إلى أن هذين النقيضين لا يمثلان اضطرابين منفصلين بل وجهين لحالة مرضية واحدة. هذه الرؤية الثنائية استمرت لقرون واعتُبرت الأساس النظري الأول لفهم ما يعرف حاليا باضطراب ثنائي القطب . (Crocq,2014)

في العصور الوسطى غلبت التفسيرات الدينية والماورائية على الفهم الطبي للأمراض النفسية، ومنها اضطراب المزاج حيث نظر إلى التقلبات المزاجية الشديدة على أنها مس شيطاني أو عقوبة إلهية. أدى هذا التصور إلى تهميش المرضى بل ومعاقبتهم أو عزلهم بدلا من معالجتهم، ما جعل المعاناة النفسية عبئا مضاعفا بفعل الجهل والخرافة.

مع بداية القرن التاسع عشر بدأت ملامح علم النفس والطب النفسي بالوضوح، فظهرت تصنيفات أولية ومحاولات لفهم الاضطرابات العقلية من منظور طبي علمي أكثر دقة. وبرز الطبيب الألماني إميل كريبلين (Emil Kraepelin) كأحد الرواد في هذا المجال حيث ميز بوضوح بين "الهوس الاكتئابي" (manisch-depressives Irresein) والفصام مستندا إلى الملاحظة السريرية طويلة الأمد. اعتبر كريبلين أن هذا الاضطراب يتميز بدورات متعاقبة من الهوس والاكتئاب تتخللها فترات استقرار نسبي، ورأى أن هذا الطابع الدوري يشكل السمة التشخيصية الأساسية للاضطراب وهي فرضية ما تزال تحظى بالقبول حتى اليوم (Crocq,2014)

شهد القرن العشرون تحولا مفاهيميا كبيرا، خصوصا بعد تطور معايير التصنيف النفسي. ففي عام 1980 أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي النسخة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-III)، حيث تم اعتماد مصطلح "الاضطراب ثنائي القطب" بدلا من "الهوس الاكتئابي"، مع فصل واضح بين الاضطرابات أحادية القطب (كالاكتئاب الشديد) وثنائية القطب. جاء هذا التغيير نتيجة تراكم البحوث السريرية والعلمية التي أثبتت خصوصية هذا الاضطراب من حيث الآليات والأعراض والاستجابة العلاجية (Bourgeois et al., 2014)

ومع التقدم في الأبحاث خلال العقود الأخيرة أصبح اضطراب ثنائي القطب يفهم اليوم كاضطراب معقد متعدد الأبعاد، يتداخل فيه العامل البيولوجي الجيني مع العوامل النفسية والبيئية. وصار يصنف ضمن اضطرابات المزاج الكبرى، كما أُدرجت تحته تصنيفات فرعية تمكن من دقة التشخيص مثل النوع الأول (الذي يتميز بنوبات هوس شديدة) والنوع الثاني (الذي يتميز بنوبات اكتئاب ونوبات هوس خفيف)، إضافة إلى الحالات المختلطة والحلقات السريعة، وهي كلها مفاهيم تم تبنيها في DSM-5 و CIM-11 (Grosjean,Desseilles & Perroud,2017) .

2- مفهوم اضطراب ثنائي القطب:

2-1-المفهوم لغة واصطلاحا :

من الناحية **اللغوية**، يتكون مصطلح "اضطراب ثنائي القطب"من كلمتين أساسيتين:

- **اضطراب:** مأخوذة من الجذر "ضرب"، أي الخروج عن النسق أو الانتظام، وتشير في السياق النفسي إلى خلل في التوازن النفسي أو السلوكي.
- **ثنائي القطب:** من "ثنائي" أي ذو جانبين، و"قطب" أي طرف أو جهة. فيفهم المصطلح كاملا على أنه اضطراب يتميز بوجود قطبين نفسيين متضادين، يتمثلان في نوبات من الهوس (النشاط المفرط أو المزاج المرتفع) يقابلها نوبات من الاكتئاب (الانخفاض المزاجي والوظيفي).

أما **اصطلاحا:** فيعرف اضطراب ثنائي القطب بأنه أحد اضطرابات المزاج الرئيسية التي تتسم بتعاقب نوبات من الانشراح أو الهوس ونوبات من الاكتئاب مع فترات قد تكون طبيعية بين النوبات. هذه النوبات قد تختلف من حيث الحدة والمدة، كما قد تظهر على شكل "حلقات سريعة" أو "حالات مختلطة" فيها الأعراض المتضادة تتزامن . (CHU Montpellier,2020)

2-2- مفاهيم إضطراب ثنائي القطب:

قدم العديد من الباحثين والمنظمات العالمية تعريفات دقيقة لاضطراب ثنائي القطب تعكس تطور الفهم العلمي لهذا الاضطراب عبر السنوات.

حسب **الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA):** يعرف اضطراب ثنائي القطب في الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) بأنه اضطراب يتميز بوجود نوبات متكررة من تغير المزاج تتراوح بين نوبات الهوس أو الهوس الخفيف من جهة ونوبات الاكتئاب الشديد

من جهة أخرى. هذه النوبات لا تقتصر فقط على الشعور بالحزن أو النشاط الزائد ، بل تؤثر بعمق على قدرة الفرد على الأداء اليومي سواء في المجال الاجتماعي أو المهني. ويشترط في التشخيص أن تسبب هذه التغيرات المزاجية ضيقا سريريا كبيرا أو تؤدي إلى خلل ملحوظ في مجالات الحياة المختلفة، ما يجعل الاضطراب أكثر من مجرد تقلب عاطفي طبيعي أو استجابة مؤقتة للضغوط.

(American Psychiatric Association,2013)

يعكس هذا التعريف الطبي الدقيق أهمية التمييز بين المزاج الطبيعي والمزاج المرضي، إذ يتطلب التشخيص تقييما دقيقا من مختص يأخذ بعين الاعتبار مدة النوبات، شدتها، ومدى تأثيرها على الأداء الوظيفي العام للفرد. كما يبرز الطابع المزمن والدوري للاضطراب، ما يفسر الحاجة إلى تدخل نفسي وطبي مستمر للحد من النكسات وتحسين جودة الحياة.

منظمة الصحة العالمية (WHO) : في التصنيف الدولي للأمراض بنسختيه العاشرة (CIM-10) والحادية عشرة (CIM-11)، تدرج منظمة الصحة العالمية اضطراب ثنائي القطب ضمن فئة "الاضطرابات العاطفية الثنائية القطب". ويعرف هذا الاضطراب بأنه حالة تتميز بتغيرات دورية ومتكررة في المزاج ومستويات النشاط، حيث ينتقل الفرد بين فترات من الابتهاج والنشاط المفرط (الذي يشخّص كهوس أو هوس خفيف) وفترات أخرى من الاكتئاب والانخفاض الحاد في المزاج والطاقة. هذه التقلبات المزاجية لا تكون طفيفة أو ظرفية بل تؤثر بشكل ملموس على الأداء النفسي والاجتماعي للفرد، وقد تتطلب تدخلا علاجيا لتقليل الأعراض وتحقيق التوازن النفسي.

(World Health Organization,2018)

Emil Kraepelin يعد من الرواد الأوائل الذين درسوا اضطراب ثنائي القطب بطريقة علمية منهجية. في بدايات القرن العشرين قدم كريبلين وصفا رائدا للاضطراب على أنه "اضطراب دوري يتميز بتعاقب طبيعي لحلقات من الهوس والاكتئاب، ويمثل مرضا موحدا وليس فئتين منفصلتين" (Crocq,2014) وقد شكل هذا التعريف آنذاك نقلة نوعية في الفهم الطبي للاضطرابات النفسية، حيث لم تكن هناك بعد حدود واضحة بين مختلف أنواع الاضطرابات المزاجية والعقلية.

أبرز ما يميز طرح كريبلين هو تركيزه على الجانب الزمني والديناميكي للاضطراب فقد لاحظ من خلال تتبعه السريري طويل الأمد لمرضاه أن هناك نمطا دوريا يتكرر بوضوح لدى بعض المرضى، يتمثل في alternance بين نوبات الهوس ونوبات الاكتئاب تتخللها فترات استقرار نسبي. ومن خلال هذا الملاحظات وضع أساسا مفاهيميا لما يعرف اليوم باضطراب ثنائي القطب. كما كان أول من أصر على

فصل هذا الاضطراب عن الفصام، الذي كان في السابق يدمج ضمن نفس الفئة معتبرا أن لكل منهما طبيعة ومسار تطوري مختلف (Crocq,2014)

أما الباحثان **Goodwin & Jamison (2007)** في كتابهم المرجعي الشهير والمعروف بكونه من أكثر المراجع شمولا في ميدان اضطراب ثنائي القطب، قدم الباحثان فريدريك غودوين (Frederick K. Goodwin) وكاي ريد فيلد جيميسون (Kay Redfield Jamison) تعريفا معاصرا وعميقا لهذا الاضطراب. فقد وصفاه بأنه "اضطراب دماغي مزمن يؤدي إلى تحولات غير عادية في المزاج والطاقة، ومستوى النشاط والقدرة على أداء المهام اليومية" إذ يبرز أن منشأ الاضطراب ليس فقط نفسيا أو سلوكيا، بل له جذور عضوية في بنية الدماغ ووظائفه الكيميائية. ويركز الباحثان على الطابع المزمن للحالة ما يعني أن اضطراب ثنائي القطب لا يعتبر حدثا عابرا أو ظرفيا، بل حالة تمتد مدى الحياة تتطلب فهما دقيقا ومتابعة علاجية طويلة الأمد .

كما يشيران إلى تعدد أبعاد التأثير حيث لا تقتصر التغيرات على المزاج وحده، بل تمتد لتشمل النشاط البدني والمعرفي، والقدرة على التفاعل مع المحيط وإنجاز المهام اليومية. هذا التعدد في الأعراض يفسّر لماذا يصنف اضطراب ثنائي القطب ضمن الاضطرابات المعقدة التي تتطلب علاجا متعدد التخصصات، يشمل الجانب الدوائي، النفسي، والاجتماعي. (Goodwin & Jamison,2007)

من جانب تاريخي، قدم **Jules Baillarger** سنة 1854 أول وصف مزدوج للطبيعة الدورية لهذا الاضطراب وذلك من خلال وصفه الفريد للطبيعة الدورية لهذا الاضطراب في عام 1854. أطلق بايارجيه على هذه الحالة تسمية "الجنون ذو الشكل المزدوج" (folie à double forme)، في محاولة منه لوصف ظاهرة التناوب بين حالات من الإثارة المفرطة (الهوس) وحالات من الانهيار المزاجي (الاكتئاب) لدى نفس الفرد. هذا الطرح شكل آنذاك ملاحظة سريرية غير مسبوقة، وكان بمثابة حجر أساس لفهم دينامية المزاج لدى من يعانون من هذا الاضطراب .

إذ تميز بإدراكه المبكر بأن هذه التغيرات ليست كيانات مرضية منفصلة، بل تعكس نمطا دوريا موحدا داخل سياق اضطراب واحد. ورغم أن مصطلح "الاضطراب ثنائي القطب" لم يكن مستخدما بعد، إلا أن ملاحظاته كانت تمهيدا لما أصبح لاحقا أساسا في التصنيفات النفسية الحديثة. والجدير بالذكر أن نفس السنة (1854) شهدت مساهمة مماثلة من طبيب فرنسي آخر هو جان بيير فالريه (Jean-Pierre Falret)، الذي تحدث عن "الجنون الدوري" (folie circulaire) ما يعكس الاهتمام المتزايد آنذاك بفهم أنماط المزاج المتقلبة.(Crocq,2014)

يعتبر **هنري إي (Henri Ey)**، أحد أبرز المفكرين الفرنسيين في الطب النفسي في القرن العشرين من الشخصيات التي قدّمت طرحا متكاملا في تفسير اضطراب ثنائي القطب، وذلك من خلال رؤيته العصب–نفسية (neuropsychiatrique) للاضطرابات النفسية عموما. في تحليله لهذا الاضطراب بالذات شدد على أن العامل البيولوجي رغم أهميته المحورية، لا يمكن عزله عن السياق النفسي والتاريخ الشخصي للفرد. فقد رأى أن ظهور الأعراض وتطور النوبات لا يرتبط فقط بالخلل العصبي أو الكيميائي في الدماغ، بل يتفاعل بشكل عميق مع التجارب العاطفية والعلاقات والصدمات السابقة التي مر بها الشخص .

ودعى إلى تجاوز النظرة الاختزالية التي تفسر الاضطرابات النفسية من زاوية واحدة سواء كانت عضوية أم نفسية، واعتماد مقاربة تكاملية تربط بين البيولوجيا، النفس، والسياق الاجتماعي للفرد. هذا الطرح ينسجم مع ما يعرف اليوم بالنموذج البيولوجي–النفسي–الاجتماعي (bio–psycho–social model)، والذي يُعد من أكثر النماذج المعتمدة في الطب النفسي المعاصر.

(Bourgeois et al., 2014)

من زاوية النظرية المعرفية، قدم عالم النفس الأمريكي **آرون بيك (Aaron Beck)**، وهو أحد مؤسسي العلاج المعرفي السلوكي، تفسيرا دقيقا لطبيعة التفكير لدى الأفراد المصابين باضطراب ثنائي القطب. حسب بيك وزميلته كلارك فإن هذا الاضطراب يرتبط بنمطين متعاكسين من التفكير، ينعكسان حسب المرحلة المزاجية التي يمر بها الفرد.

ففي حالة الهوس، تهيمن على المريض أفكار إيجابية مفرطة وتقديرات غير واقعية للذات، مثل اعتقاده بأنه شخص خارق قادر على إنجاز كل شيء ولا تحدّه أية قيود. هذا التضخيم للقدرات يُولد إحساسا زائفا بالثقة والطاقة، وقد يقود إلى سلوكيات متهورة أو غير مسؤولة.

أما في نوبة الاكتئاب، فتنقلب هذه الأفكار لتصبح سلبية بعمق حيث يُطوّر المريض معتقدات راسخة حول فشله عدم كفاءته وافتقاده للقيمة الذاتية. وتُظهرهذه الازدواجية في التفكير هشاشة البنية المعرفية حيث أن تقلب المزاج يؤدي مباشرة إلى تقلبات في المحتوى المعرفي، الأمر الذي يجعل اضطراب ثنائي القطب مختلفا عن الاضطرابات الأخرى التي تتسم بثبات نسبي في أنماط التفكير السلبية أو المشوهة.

(Clark & Beck,2010)

من زاوية التحليل النفسي، قدم الباحث **إريك كراف (Erik Krapf)** تفسيرا عميقا لاضطراب ثنائي القطب بوصفه آلية دفاعية لاواعية تنشأ كرد فعل نفسي لمشاعر الهجر أو الفقدان الداخلي. في هذا السياق ينظر إلى نوبات الهوس على أنها تعبير عن إنكار الألم النفسي العميق إذ يلجأ الفرد إلى حالة من النشاط المفرط والابتهاج المبالغ فيه كوسيلة للهروب من الشعور بالفراغ أو الخسارة. بالمقابل يُعتبر الاكتئاب في هذا الإطار استسلامًا لتلك المشاعر المكبوتة، حيث ينحسر الدفاع وتظهر حالة الانكفاء والتراجع النفسي .

كما يركز على البعد النفسي العميق للاضطراب معتبرا أن التقلبات المزاجية ليست فقط ظواهر عضوية أو سلوكية، بل هي تمثيلات رمزية لصراعات داخلية غير واعية تتعلق بالتجارب الطارئة على الهوية، والعلاقات، والذات. وهذا المنظور يبرز أهمية العلاج النفسي العميق وخاصة التحليل النفسي، لفهم جذور هذا الاضطراب ومعالجة جذوره العاطفية . (Bourgeois et al.,2014)

تعرف **الجمعية الكندية للطب النفسي (Canadian Psychiatric Association, CPA)** اضطراب ثنائي القطب بأنه اضطراب مزاجي مزمن يتسم بنوبات متكررة من الاندفاع والطاقة المفرطة، تتناوب مع فترات من الخمول وفقدان الدافعية. يبرز في هذا التعريف التأكيد على الطابع الدوري للاضطراب حيث تتعاقب مراحل النشاط المفرط التي تميز الهوس أو الهوس الخفيف، مع مراحل الانخفاض المزاجي التي تميز الاكتئاب أو اللامبالاة .

تشير الجمعية أيضا إلى أن هذا الاضطراب يتطلب متابعة علاجية مستمرة مدى الحياة، وذلك نظرا لطبيعته المزمنة والمعقدة التي تتطلب تنسيقًا مستمرًا بين الرعاية الدوائية، الدعم النفسي.

3- المقاربة التصنيفية السيكاترية اللانظرية للإضطراب:

فيما يلي سوف نعرض المقاربة التصنيفية السيكاترية وأساسيات التشخيص لإضطراب ثنائي القطب إلى جانب أعراضه ، معاييره ، الفروق الإكلينيكية الخاصة به وتشخيصه الفارقي والصعوبات التي يمكن ان تواجه تشخيصه .

يعتبر ضطراب ثنائي القطب من الزاوية التشخيصية الإكلينيكية من أكثر الاضطرابات المزاجية تعقيدا لما له من طابع دوري يتضمن تناوب حالات الهوس، الهوس الخفيف، والاكتئاب. في هذا الإطار ينظر إلى الاضطراب باعتباره خللا في تنظيم المزاج والعاطفة يؤثر بشكل كبير على الطاقة و السلوك والقدرة على التكيف مع متطلبات الحياة اليومية .(American Psychiatric Association,2013)

التشخيص في هذا السياق لا يمكن اختزاله في تقييم عرضي أو ملاحظة لحظية للحالة النفسية بل يتطلب تتبعا دقيقا وديناميكيا لنمط الأعراض عبر الزمن. فالتغيرات المزاجية قد لا تظهر بوضوح من خلال مقابلة واحدة ولهذا يستند الأخصائيون إلى تاريخ الحالة وسياق الأعراض وتكرارها ومدتها مع مراعاة الفروق الدقيقة بين مختلف أنواع النوبات.

من الأمور الأساسية في هذا المنظور التفريق بين:

- نوبات الهوس ونوبات الهوس الخفيف: فلكل منهما خصائص وشدة مختلفة تتطلب تعاملًا سريريًا خاصًا.
- نوبات الاكتئاب ثنائي القطب وتلك الخاصة بالاضطرابات أحادية القطب: حيث يمكن أن تكون متشابهة ظاهريًا لكن مختلفة في العمق والآلية.
- الحالات المختلطة (*états mixtes*): وهي من أكثر الأوضاع صعوبة في التشخيص، بسبب التداخل بين الأعراض المتناقضة (Weibel et al., 2014)

3-1- أساسيات التشخيص في اضطراب ثنائي القطب:

تشخيص اضطراب ثنائي القطب يمثل تحديا دقيقا في الممارسة السريرية إذ لا يوجد اختبار بيولوجي محدد يمكن الاعتماد عليه لتأكيد التشخيص بشكل قاطع. بل يعتمد التشخيص بشكل رئيسي على الملاحظة السريرية الدقيقة بالإضافة إلى جمع وتحليل التاريخ النفسي للمريض، مع التركيز على وصف نمط التغيرات المزاجية عبر الزمن .

لكي يعتبر التشخيص صحيحا يجب أن تتكرر لدى المريض نوبات من الهوس أو الهوس الخفيف (hypomania)، والتي تتميز بارتفاع مفرط في المزاج، زيادة النشاط والطاقة وتغيرات في السلوك والإدراك. غالبًا ما تترافق هذه النوبات مع نوبات اكتئابية كبرى تتميز بانخفاض المزاج، فقدان الاهتمام، وانخفاض الطاقة، بالإضافة إلى أعراض أخرى تؤثر على الأداء الاجتماعي والمهني. بين هذه النوبات يمر المريض بفترات من المزاج الطبيعي أو شبه الطبيعي، مما يميز اضطراب ثنائي القطب عن اضطرابات مزاجية أخرى قد تستمر فيها الأعراض بشكل مستمر أو ثابت.

تتطلب هذه العملية التشخيصية جمع معلومات شاملة من عدة مصادر، بما في ذلك مقابلات مع المريض وأفراد عائلته وأحيانًا تقييمات نفسية إضافية. ويهدف التشخيص الدقيق إلى ضمان اختيار العلاج الأنسب وتقديم دعم ملائم مما يؤثر إيجابيًا على مسار الاضطراب وجودة حياة المريض.

(CHU Montpellier,2020)

3-2-أعراض اضطراب ثنائي القطب:

يتسم اضطراب ثنائي القطب بتنوع واسع في الأعراض التي تختلف باختلاف نوع النوبة الحاصلة سواء كانت نوبة هوسية (Manie)، نوبة هوس خفيف، نوبة اكتئابية أو حتى حالة مختلطة تجمع بين أعراض الهوس والاكتئاب. كما تختلف هذه الأعراض أيضا من حيث شدتها وتواتر حدوثها بين الأفراد مما يزيد من صعوبة التشخيص ويجعل الحاجة ملحة لفهم دقيق للمعايير التشخيصية المعتمدة في التصنيفات العالمية مثل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الإصدار الخامس (DSM-5) وتصنيف الأمراض الدولي الإصدار الحادي عشر. (CIM-11)

(American Psychiatric Association ,2013)

3-2-1-أعراض النوبة الهوسية (Manie):

تعتبر النوبة الهوسية من السمات المميزة لاضطراب ثنائي القطب من النوع الأول حيث تستمر حالة المزاج المرتفع أو المتهيج بشكل غير طبيعي لمدة لا تقل عن أسبوع كامل أو حتى فترة أقل إذا استدعت الحالة تلقي المريض للعلاج في المستشفى. وتشترط وجود ثلاثة أعراض على الأقل أو أربعة في حال كان المزاج متهيجًا لتشخيص النوبة الهوسية. من بين هذه الأعراض:

- تضخيم الشعور بالذات والعظمة، حيث يشعر المريض بثقة مفرطة في نفسه وأفكاره وقدراته.
- انخفاض الحاجة للنوم، إذ قد يكتفي الشخص بساعتين فقط من النوم يوميًا بينما لا يشعر بالتعب بل بالعكس بحالة نشاط وحيوية عالية.
- فرط الكلام أو شعور بالحاجة الملحة للحديث باستمرار، مما يجعل المريض يتحدث بسرعة ويقفز من موضوع إلى آخر.
- تسارع الأفكار (flight of ideas)، أي أن الأفكار تتسابق في ذهن المريض بشكل سريع ومشتت.
- سهولة التشتت، حيث يصعب على المريض التركيز لفترات طويلة.

- الانخراط المفرط في أنشطة ذات هدف مثل النشاطات الاجتماعية أو المهنية أو حتى الجنسية، حيث يتصرف الشخص بطريقة مفرطة وغير معتادة.
- ظهور سلوكيات متهورة أو خطيرة، مثل الإنفاق المفرط وغير المنضبط، أو الانخراط في مغامرات جنسية غير محسوبة، أو التصرف بطرق غير قانونية تعكس فقدان السيطرة على السلوك.

(American Psychiatric Association,2013)

في بعض الحالات، قد تصاحب النوبات الهوسية أعراض ذهانية مثل الهلاوس والضلالات، ما يزيد من تعقيد الحالة ويستلزم تدخلًا طبيًا عاجلًا للحفاظ على سلامة المريض وإدارة الأعراض بفعالية

(Weibel et al., 2014)

3-2-2-أعراض النوبة الهوسية الخفيفة (Hypomanie):

تشابه النوبة الهوسية الخفيفة النوبة الهوسية التقليدية في كثير من الأعراض إلا أنها تتميز بشدة أقل وتأثير أخف على حياة الفرد. تستمر هذه الحالة عادة لمدة لا تقل عن أربعة أيام متتالية، وتتميز بارتفاع المزاج وزيادة النشاط والحيوية ولكنها لا تؤدي عادة إلى اضطراب كبير في الوظائف الاجتماعية أو المهنية.

من المهم أن نلاحظ أن النوبات الهوسية الخفيفة قد تكون مقبولة اجتماعيا، وأحيانا يرونها المرضى إيجابية بسبب الشعور المتزايد بالثقة بالنفس والنشاط الزائد والإبداع الذي يصاحبها. وهذا الشعور الإيجابي قد يجعل بعض الأشخاص يرفضون العلاج أو يتجاهلون الأعراض. ورغم ذلك تظل هذه النوبات جزءا من الاضطراب الثنائي القطب، وغالبا ما تسبق أو تتزامن مع نوبات اكتئابية شديدة مما يستوجب الانتباه والمتابعة الطبية الدقيقة. (Grosjean,Desseilles & Perroud,2017)

3-2-3-أعراض النوبة الاكتئابية الكبرى(Épisode dépressif majeur):

النوبة الاكتئابية الكبرى أحد الجوانب الرئيسية في اضطراب ثنائي القطب وتتشابه إلى حد كبير مع نوبات الاكتئاب الشديد التي تظهر في الاضطرابات الاكتئابية أحادية القطب. وتتميز هذه النوبة بجملة من الأعراض النفسية والجسدية التي تؤثر بشكل عميق على حياة الفرد اليومية وتستمر عادة لمدة لا تقل عن أسبوعين متتاليين مسببة اضطرابا ملحوظا في الأداء الاجتماعي المهني أو غيره من مجالات الحياة المهمة (American Psychiatric Association,2013)

تشمل أبرز أعراض النوبة الاكتئابية الكبرى ما يلي:

- مزاج مكتئب معظم اليوم، تقريبا كل يوم: يظهر ذلك في شعور دائم بالحزن، الفراغ، أو اليأس، ويمكن ملاحظته من قبل الشخص نفسه أو من طرف من حوله.
- فقدان ملحوظ للمتعة أو الاهتمام: حيث لا يشعر الشخص بأي رغبة أو متعة في الأنشطة التي كان يستمتع بها سابقاً.
- تغيرات في الشهية أو الوزن: قد يعاني المريض من فقدان أو زيادة غير متوقعة في الوزن، دون أن يكون هناك نظام غذائي مقصود.
- اضطرابات في النوم: مثل الأرق المزمن، أو على العكس، النوم المفرط الذي قد يستمر لساعات طويلة دون شعور بالراحة.
- شعور دائم بالإرهاق أو فقدان الطاقة: حتى في غياب جهد بدني كبير، مما يجعل من المهام اليومية البسيطة عبئًا ثقيلًا.
- الشعور بالدونية أو الذنب المفرط: حيث يلوم المريض نفسه باستمرار على أخطاء صغيرة أو يشعر بعدم الجدارة، رغم عدم وجود مبررات منطقية لذلك.
- ضعف في التركيز أو صعوبة اتخاذ القرارات: ما يجعل الشخص يعاني من التردد والتشتت الذهني المستمر.
- أفكار متكررة عن الموت أو الانتحار: سواء كانت مجرد أفكار عابرة أو خطط فعلية، وهي من أخطر أعراض النوبة الاكتئابية وتتطلب تدخلا عاجلا (CHU Montpellier,2020)

التمييز بين هذه النوبة ونوبات الاكتئاب في الاضطرابات الأخرى يكمن في النمط الدوري لظهورها حيث تأتي في سياق تغيرات مزاجية متعاقبة مثل نوبات الهوس أو الهوس الخفيف وهو ما يجعل تشخيص اضطراب ثنائي القطب أمرا دقيقا ويحتاج إلى تتبع تاريخ الحالة بشكل شامل.

(American Psychiatric Association,2 013)

3-2-4-الأعراض في النوبات المختلطة (États mixtes):

النوبات المختلطة من أكثر الحالات تعقيدا وخطورة في إطار اضطراب ثنائي القطب وذلك لما تحمله من تداخل غير معتاد بين أعراض الهوس والاكتئاب. ففي هذه الحالة قد يعاني الفرد من تقلبات حادة وسريعة في المزاج، حيث تظهر الأعراض المتناقضة في نفس الوقت أو تتناوب بشكل سريع جدا خلال نفس اليوم مما يربك الشخص ومن حوله ويجعل من التشخيص مهمة دقيقة.

قد يبدو المريض في الظاهر نشيطا وحيويا يتحدث بسرعة ويتحرك كثيرا، لكنه في العمق يعاني من ضيق شديد، مشاعر حزن، أو حتى أفكار انتحارية. هذا التعايش بين النشاط الخارجي والضيق النفسي الداخلي يخلق معاناة مضاعفة ويزيد من خطر السلوكيات الانتحارية بسبب توافر الطاقة اللازمة لتنفيذ تلك الأفكار، عكس ما يحدث في الاكتئاب البحت حيث قد تضعف طاقة الفرد رغم وجود تلك الأفكار.

(Weibel et al., 2014).

من الناحية السريرية تمثل هذه النوبات تحديا حقيقيا، لأنها لا تتماشى دائما مع المعايير التقليدية الموضوعة في التصنيفات مثل DSM-5 أو CIM-11، مما قد يؤدي إلى تأخير في التشخيص أو عدم التعرف عليها من طرف المختصين. كما أن هذه الحالات غالبا ما تكون مقاومة للعلاج التقليدي وتتطلب تدخلا دقيقا ومتكاملا من الناحية الدوائية والنفسية (Bourgeois et al., 2014)

3-3- المعايير الدولية لإضطراب ثنائي القطب (DSM-5 و CIM-11):

يستند في تشخيص اضطراب ثنائي القطب على معايير واضحة حددتها التصنيفات النفسية الدولية الكبرى وعلى رأسها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في إصداره الخامس (DSM-5)، والتصنيف الدولي للأمراض الإصدار الحادي عشر (CIM-11). تهدف هذه المعايير إلى توحيد الفهم السريري للاضطراب وتسهيل التشخيص والعلاج المناسبين.

3-3-1-تصنيف DSM-5:

في دليل DSM-5 تم تصنيف اضطراب ثنائي القطب إلى نوعين رئيسيين بناءً على طبيعة النوبات التي يمر بها المريض (American Psychiatric Association,2013)

- **اضطراب ثنائي القطب من النوع الأول (Type I):** ويشخص عندما يمر المريض بنوبة هوسية واحدة على الأقل وقد تتبعها أو لا تتبعها نوبات اكتئابية كبرى. ما يميز هذا النوع هو شدة النوبة الهوسية التي غالبا ما تتطلب تدخلا علاجيا عاجلا، وقد تكون مصحوبة بأعراض ذهانية أو تستلزم الاستشفاء.
- **اضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني (Type II):** يتمثل في تناوب بين نوبات اكتئاب كبرى ونوبات هوس خفيف (Hypomanie)، دون أن تظهر نوبات هوسية كاملة. وعلى الرغم من أن هذا النوع قد يبدو أقل حدة من النوع الأول إلا أنه غالبا ما يكون مصحوبا بمعاناة شديدة بسبب تكرار نوبات الاكتئاب التي تؤثر بشكل عميق على جودة حياة المريض.

3-3-2-تصنيف CIM-11:

أما تصنيف CIM-11 الصادر عن منظمة الصحة العالمية فقد حافظ على تقسيم مشابه لما جاء به DSM-5 حيث يميز هو الآخر بين نوعين رئيسيين من الاضطراب. غير أن ما يميز CIM-11 هو تقديمه لقدر أكبر من المرونة في تشخيص الحالات المعقدة، مثل:

- الحالات المختلطة (états mixtes)، التي يظهر فيها مزيج من أعراض الهوس والاكتئاب في وقت واحد أو بتناوب سريع.
- الحلقات السريعة (rapid cycling)، أي عندما يعاني المريض من أربع نوبات مزاجية أو أكثر في السنة (سواء هوسية، هوس خفيفة، أو اكتئابية).

هذه المقاربة تعكس فهما أعمق للطيف الواسع الذي يتميز به اضطراب ثنائي القطب وتسهم في تحسين دقة التشخيص وتفادي إغفال الحالات التي لا تنطبق عليها المعايير الصارمة التقليدية.

(World Health Organization,2018)

3-4- الفروق الإكلينيكية بين اضطراب ثنائي القطب النوع الأول والنوع الثاني :

الجانب الإكلينيكي	النوع الأول (Bipolar I)	النوع الثاني (Bipolar II)
الخصائص الأساسية	نوبة هوس كاملة واحدة على الأقل، قد تسبقها أو تليها نوبة اكتئاب كبرى.	نوبة هوس خفيف واحدة على الأقل + نوبة اكتئاب كبرى واحدة على الأقل.
شدة الأعراض الهوسية	شديدة، وقد تؤدي إلى خلل كبير في الأداء أو دخول المستشفى أو ظهور أعراض ذهانية.	أخف حدة، لا تتطلب دخول المستشفى، ولا تترافق مع أعراض ذهانية.
الخطورة السلوكية	مرتفعة، خاصةً في غياب البصيرة أثناء نوبة الهوس، مع احتمال وجود اندفاعيات خطيرة.	أقل خطورة نسبيًا، لكن الخطر يأتي من الاكتئاب العميق المصاحب له.
درجة التأثير على الأداء	تأثير واضح ومباشر على الوظيفة المهنية والاجتماعية.	تأثير محدود نسبيًا، وقد لا يُلاحظ بسهولة.
صعوبة	أقل، نظرًا لظهور نوبات هوسية صريحة	مرتفعة، وغالبًا يُشخّص خطأً كاكتئاب

التشخيص	وواضحة.	أحادي القطب

(American Psychiatric Association,2013)

3-5- التشخيص الفارقي :

3-5-1 التمييز بين اضطراب ثنائي القطب والاكتئاب أحادي القطب:

واحدة من أكبر التحديات السريرية في الطب النفسي هي التفريق بين اضطراب ثنائي القطب (خاصة النوع الثاني) والاكتئاب أحادي القطب لأن المرضى غالبا لا يطلبون المساعدة الطبية إلا خلال فترات الاكتئاب وليس أثناء نوبات الهوس الخفيف.

أبرز نقاط الالتباس:

- التشخيص الناقص أو الخاطئ:كثير من المرضى يشخصون خطأً بالاكتئاب أحادي القطب، ويتم علاجهم بمضادات الاكتئاب فقط، وهو ما قد يؤدي إلى تحفيز نوبات هوسية لاحقة.
- غياب التبليغ الذاتي عن الهوس الخفيف:المرضى لا يرون في نوبات الهوس الخفيف شيئا مرضيا، بل يعتبرونها "فترات نشاط عادية"، مما يجعل الإكلينيكي يفتقد لمعلومة مهمة جدا للتشخيص.
- تداخل الأعراض:مثل اضطرابات النوم، ضعف التركيز، والتعب، هي أعراض مشتركة بين الاكتئاب بأنواعه، ما يزيد من صعوبة التمييز.

ما يساعد في التشخيص الدقيق:

- التقييم الطولي للمريض:من خلال تتبّع تاريخ الأعراض على المدى الطويل، والبحث عن وجود فترات قصيرة من النشاط المفرط بين نوبات الاكتئاب.
- الاستعانة بالمحيط:من المهم جمع معلومات من العائلة أو المقربين، لأنهم غالبًا يلاحظون التغيرات التي لا يدركها المريض نفسه.
- الوعي بالتقلب المزاجية :تقلب المزاج الحاد وغير المبرر هو مؤشر مميز يجب أن يدفع الطبيب النفسي للتفكير في احتمالية اضطراب ثنائي القطب.

(Goodwin & Jamison,2007)

3-5-2- صعوبات التشخيص والتمييز مع اضطرابات متقاربة:

يمثل التشخيص الإكلينيكي الدقيق لاضطراب ثنائي القطب أحد أبرز التحديات التي يواجهها الأطباء النفسانيون، خاصة خلال المراحل المبكرة من تطور المرض. ففي هذه الفترة قد تكون الأعراض غير مكتملة أو غير نمطية، ما يُصعّب من مهمة رصد النمط الدوري للنوبات. وغالبًا ما يلجأ المرضى إلى الاستشارة الطبية أثناء فترات الاكتئاب فقط.

إذ تكون هذه الأعراض مزعجة ومعيقة للحياة اليومية، بينما لا ينظر إلى نوبات الهوس الخفيف على أنها مرضية، بل ينظر إليها على أنها "فترات إنتاجية وطاقة مرتفعة"، ما يخلق صورة سريرية ناقصة .

(Grosjean,Desseilles & Perroud,2017)

نتيجة لهذا يتم تشخيص العديد من الحالات بشكل خاطئ على أنها اكتئاب أحادي القطب (unipolar depression)ويتم وصف مضادات الاكتئاب دون مثبتات المزاج، الأمر الذي قد يؤدي إلى تفاقم الأعراض وتحفيز نوبة هوسية لاحقة أو تسريع الدورة المزاجية (Jamison & Goodwin,2007)

ووفقا لدراسة واسعة أجرتها Judd et al (2003) فإن متوسط التأخر في التشخيص الصحيح لاضطراب ثنائي القطب يمكن أن يصل إلى 7 سنوات من بداية الأعراض، وهو تأخير له تأثير سلبي كبير على فعالية التدخل العلاجي.

في السياق الإكلينيكي هناك عدة اضطرابات نفسية أخرى تتشابه ظاهريا مع اضطراب ثنائي القطب ما يزيد من خطر التشخيص الخاطئ وأبرزها:

3-5-2-1. اضطراب الشخصية الحدية:

يعتبر من أكثر الاضطرابات التي يساء تشخيصها على أنها ثنائي القطب، نظرا لتشابه التقلبات الحادة في المزاج. ومع ذلك هناك فروقات جوهرية فالتقلبات في BPD تكون سريعة جدا (قد تحدث خلال ساعات) وغالبا ما تكون رد فعل مباشر لعوامل خارجية أو لمواقف اجتماعية ضاغطة كما أنها تتمحور حول اضطراب في الهوية والعلاقات. أما اضطراب ثنائي القطب فيتسم بدورات داخلية المنشأ ومستقلة نسبيا عن السياق الخارجي وتستمر أياما أو أسابيع (Paris,2007)

3-5-2-2-. الاكتئاب المتكرر :

يشترك مع النوع الثاني من اضطراب ثنائي القطب في وجود نوبات اكتئابية كبرى، لكن لا تظهر نوبات هوسية أو هوس خفيف. وقد يؤدي غياب المظاهر الهوسية إلى اعتماد بروتوكول علاجي موجه حصريا للاكتئاب، ما يُخفي الاضطراب الحقيقي ويُطيل معاناة المريض. لذا فإن التقييم الطولي الدقيق للسيرة المرضية له أهمية قصوى لتجنب هذا اللبس. (American Psychiatric Association,2013)

3-5-2-3- الاضطرابات الذهانية :

في بعض الحالات خاصة أثناء نوبات الهوس المصحوبة بأعراض ذهانية (مثل الهلاوس أو الضلالات)، قد يخطئ الطبيب التشخيص ويعتبر الحالة فصاما. إلا أن الذهان في اضطراب ثنائي القطب يرتبط دائما بتقلب المزاج، ويتزامن مع نوبات واضحة من الهوس أو الاكتئاب. أما في الفصام فالمحور الأساسي هو اضطراب التفكير وغياب أي نمط مزاجي دوري. بالإضافة إلى ذلك يظهر مرضى الفصام ضعفا في الأداء المعرفي المستمر حتى في الفترات البينية، وهو ما لا يظهر عادة في ثنائي القطب. (Tohen et al., 2000)

3-5-2-4- جدول مقترن بين إضطراب ثنائي القطب و الإضطرابات الأخرى :

الاضطراب	الفروق الرئيسية عن اضطراب ثنائي القطب	مدة النوبات أو الأعراض	العوامل المحفزة والمميزة	وجود نوبات هوس أو هوس خفيف
اضطراب ثنائي القطب	يتسم بتعاقب واضح لنوبات من الهوس أو الهوس الخفيف مع نوبات من الاكتئاب، ووجود فترات من المزاج المستقر بين النوبات.	تمتد من أيام إلى أسابيع	غالبا أسباب بيولوجية داخلية، وأحيانا محفزات نفسية أو بيئية.	نعم
اضطراب الشخصية الحدية (BPD)	يتميز بتقلبات مزاجية سريعة جدًا (ساعات أو يوم)، تتأثر مباشرة	ساعات إلى يومين	المثيرات العاطفية والعلاقات	لا

	بالعلاقات والمواقف الاجتماعية، مع فراغ داخلي دائم وخوف من الهجر.		الشخصية غير المستقرة.	
الاكتئاب المتكرر (Dépression récurrente)	يتضمن نوبات اكتئاب مشابهة، لكن دون نوبات هوس أو هوس خفيف، ما يغيّر من طريقة العلاج بشكل كبير.	أسابيع إلى شهور	ضغوط بيئية أو نفسية أحداث حياتية.	لا
الاضطرابات الذهانية (مثل الفصام)	قد يخلط مع اضطراب ثنائي القطب في حال وجود أعراض ذهانية، لكن الفصام يتميز بخلل عميق في التفكير، دون دورات مزاجية واضحة.	مزمنة أو طويلة الأمد	غالبا بيولوجية وعصبية دون تعاقب مزاجي دوري.	لا
اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD)	يُظهر فرط نشاط واندفاعا شبيها بالهوس، لكن الأعراض تبدأ منذ الطفولة وتكون مستمرة وليست دورية، كما لا تترافق بتغيرات مزاجية حادة.	مستمر منذ الطفولة	عصبي–نمائي بالأساس يتأثر بالبيئة المدرسية والأسرية.	لا

(American Psychiatric Association,2013). (Weibel et al., 2014)

4- حركة الاضطراب :

"حركة الاضطراب"أو ما يعرف بدورات المزاج (Mood Cycles) هو أحد الجوانب المحورية لفهم اضطراب ثنائي القطب، حيث تختلف بشكل كبير من مريض لآخر من حيث التكرار الشدة وطبيعة التناوب بين نوبات الهوس والاكتئاب. لا يوجد نمط موحد وهذا ما يجعل التنبؤ بمسار المرض وتخطيط العلاج تحديا حقيقيا.

فبعض الأشخاص قد لا يصابون سوى بنوبة واحدة كل بضع سنوات مع فترات طويلة من الاستقرار المزاجي. هؤلاء يظهرون ما يعرف بـ"الدورة البطيئة" وغالبا ما تكون استجابتهم للعلاج أكثر استقرارا ويكون من السهل متابعة حالتهم نفسيا وسلوكيا.

هناك فئة أخرى من المرضى تمر بما يعرف بـ"الدورات السريعة"(Rapid Cycling)، وهي حالة تتميز بحدوث أربع نوبات أو أكثر من اضطراب المزاج (سواء اكتئاب أو هوس أو مزيج منهما) خلال سنة واحدة على الأقل. هذا النوع يعتبر من أكثر الأشكال تعقيدا وصعوبة في التعامل العلاجي سواء من حيث اختيار الأدوية أو من حيث تدعيم الاستقرار النفسي. كما أنه يرتبط غالبا بزيادة خطر مقاومة العلاج، وبتدهور نوعية الحياة بسبب كثافة التغيرات المزاجية وتكرارها (Bourgeois et al., 2014)

4-1- جدول مقارنة بين الدورة البطيئة والدورات السريعة في اضطراب ثنائي القطب:

الدورة البطيئة	الدورات السريعة	العنصر المقارن
نوبات متباعدة من الهوس أو الاكتئاب، تحدث كل عدة سنوات أو أشهر.	أربع نوبات أو أكثر من اضطراب المزاج خلال 12 شهرا (هوس، اكتئاب، أو مختلط).	تعريفها
منخفضة (نوبة واحدة كل سنة أو أقل).	مرتفعة وقد تحدث النوبات بشكل شهري أو حتى أسبوعي أحيانًا.	وتيرة النوبات
غالبًا جيدة، واستقرار الحالة ممكن بالعلاج الدوائي والنفسي.	أقل استقرارا وقد تكون مقاومة للعلاج أو تحتاج لتعديلات دوائية متكررة.	الاستجابة للعلاج
أقل حدة من حيث التأثير على الأداء الوظيفي والعلاقات الاجتماعية.	تأثير كبير على الحياة اليومية مع تذبذب مزاجي شديد وغير متوقع.	الخطورة على جودة الحياة
أقل صعوبة، بسبب وضوح الفواصل الزمنية بين النوبات.	أكثر تعقيدا، بسبب التداخل السريع بين الحالات المزاجية وصعوبة تتبعها.	الصعوبة التشخيصية

(Young & ,Swendsen ,Bourgeois,2014)

يبرز الجدول أعلاه الفروقات الجوهرية بين الشكلين الرئيسيين لحركة اضطراب ثنائي القطب، حيث يظهر أن الدورات السريعة تمثل تحديا سريريا أكبر من حيث التشخيص والعلاج والمتابعة. فالأفراد الذين يعانون من هذا النمط يمرون بأربع نوبات أو أكثر في السنة، ما يؤدي إلى تقلبات حادة وغير متوقعة في المزاج تؤثر سلبا على جودة حياتهم الشخصية والمهنية وتستدعي غالبا تدخلات علاجية معقدة قد تشمل التعديلات المتكررة للأدوية أو إدخال علاجات إضافية مثل العلاج السلوكي المعرفي أو العلاج بالصدمات الكهربائية في الحالات القصوى.

في حين أن الدورة البطيئة تتميز بنوبات متباعدة تسمح عادة للمريض بفترات طويلة من الاستقرار، مما يسهل التشخيص ويتيح للطبيب المعالج وقتا كافيا لتطبيق تدخلات علاجية أكثر تدرجا وفعالية. كما أن

الاستجابة للعلاج غالبا ما تكون أفضل نتيجة عدم تداخل النوبات بوتيرة سريعة مما يسمح بتقييم أدق لتأثير الأدوية ومتابعة تقدم الحالة.

ومن أهم ما يجب ملاحظته هو أن النمط السريع قد يساء تفسيره أحيانا على أنه اضطراب في الشخصية أو حتى تقلب مزاجي طبيعي، خصوصا إذا لم تجمع المعلومات الكافية من مصادر متعددة كالأسرة والمحيط القريب، مما يبرز أهمية التقييم الطولي والاعتماد على الملاحظة السريرية الدقيقة وتاريخ الحالة عبر الزمن لضمان التشخيص الدقيق.

تظهر هذه الفروقات مدى تعقيد اضطراب ثنائي القطب وضرورة التعامل معه ليس فقط كتشخيص نفسي، بل كحالة ديناميكية تتغير حسب الفرد سياقه الحياتي واستجابته للضغوط والعلاج.

(Bourgeois et al., 2014)

5-التنبؤ بالاضطراب:

يشكل التنبؤ المبكر باضطراب ثنائي القطب خطوة بالغة الأهمية في الممارسة الإكلينيكية، لما له من دور في تحسين جودة الحياة والحد من الانتكاسات. وتشير الأدبيات النفسية إلى أن الاضطراب لا يظهر عادة بشكل مفاجئ بل تسبقه علامات إنذارية مبكرة (Prodromes) تظهر قبل النوبة بفترة زمنية متفاوتة. من بين هذه العلامات: اضطرابات النوم (كالأرق أو النوم المتقطع) تغيرات مفاجئة في المزاج، ازدياد ملحوظ في النشاط الجسدي أو الذهني، العصبية الزائدة، صعوبة التركيز، أو على العكس، ميول متزايدة للانعزال والانطواء الاجتماعي دون سبب واضح. هذه الأعراض وإن بدت في ظاهرها بسيطة أو عابرة إلا أنها غالبا ما تمثل مؤشرات مبكرة على بداية نوبة وشيكة، خاصة إذا كانت تتكرر بنفس النسق عند نفس الفرد. (Grosjean,Desseilles & Perroud,2017)

الوعي بهذه العلامات من قبل المريض وأفراد عائلته والمعالجين يتيح إمكان التدخل العلاجي المبكر، وهو ما يعد من العوامل الحاسمة لتفادي التصعيد نحو نوبة هوسية أو اكتئابية حادة. كما يسمح بتعديل الخطط العلاجية (سواء الدوائية أو النفسية) في الوقت المناسب مما يحد من الآثار الوظيفية والاجتماعية السلبية للاضطراب.

من جهة أخرى تلعب العوامل الوراثية دورا محوريا في التنبؤ بالإصابة باضطراب ثنائي القطب. فقد أكدت دراسات متعددة أن وجود تاريخ عائلي للاضطراب يضاعف من احتمال الإصابة، لا سيما في حالات

القرابة من الدرجة الأولى (أب، أم، شقيق). وتقدر نسبة التوافق بين التوائم المتماثلين بحوالي 60 إلى 80%، مما يبرز التأثير القوي للجينات في ظهور الاضطراب.

(Jamison & Goodwin,2007)

6-عوامل اضطراب ثنائي القطب:

6-1- العوامل الوراثية :

تشير الأدبيات النفسية والطبية الحديثة إلى أن العامل الوراثي يعد من أقوى المؤشرات على احتمال الإصابة باضطراب ثنائي القطب، مما يعزز الطرح القائل بأن للاضطراب جذورا بيولوجية وراثية عميقة. فقد كشفت دراسات التوأمة أن نسبة التوافق في الإصابة بين التوائم المتماثلين (الذين يتشاركون نفس الجينات) تتراوح بين 60% إلى 80%، وهي نسبة مرتفعة بشكل واضح مقارنة بالتوائم غير المتماثلين أو الأقارب من الدرجة الأولى الذين لا تتجاوز نسب التوافق لديهم 10% إلى 20% .

(Jamison & Goodwin,2007)

يظهر هذا الفرق الجوهري تأثيرا جينيا واضحا لكنه في الوقت ذاته لا يلغي دور العوامل الأخرى مما يدل على أن الجينات توفر "قابلية" أو "استعدادا" لكنها ليست العامل الوحيد الكافي لظهور الاضطراب.

من الناحية الجزيئية كشفت أبحاث علم الوراثة الجينومية عن وجود طفرات أو اختلالات في جينات معينة لها دور في تنظيم النقل العصبي خاصة تلك المرتبطة بالناقلات العصبية الأساسية مثل السيروتونين، الدوبامين، والنورأدرينالين، وهي جميعها مواد كيميائية حيوية تتحكم في المزاج والسلوك. وتشير دراسات حديثة إلى وجود علاقة بين اضطراب ثنائي القطب وبعض الجينات التي تقع في مناطق محددة من الكروموسومات، خاصة جين CACNA1C المسؤول عن تنظيم قنوات الكالسيوم وجين ANK3 الذي يلعب دورا في استقرار الخلايا العصبية.

(National Institute of Mental Health [NIMH],2022)

6-2- العوامل البيوكيميائية:

تشير الدراسات العصبية الحديثة إلى أن اضطراب ثنائي القطب يرتبط بتغيرات وظيفية وهيكلية واضحة في الدماغ، وهو ما يدعم الطرح البيولوجي الذي يعتبر هذا الاضطراب مرضا دماغيا ذا أساس عضوي وليس مجرد اضطراب نفسي "نفسي المنشأ" بالمعنى التقليدي.

أظهرت تقنيات التصوير العصبي (مثل الرنين المغناطيسي الوظيفي fMRI) وجود نشاط غير طبيعي في عدة مناطق دماغية عند الأفراد المصابين أبرزها:

- **الفص الجبهي الأمامي (préfrontal cortex)**: هذه المنطقة مسؤولة عن التنظيم الانفعالي القدرة على التخطيط، الحكم، واتخاذ القرارات. وقد أظهرت الدراسات انخفاضا في نشاطها خلال نوبات الاكتئاب وارتفاعا أو اضطرابا في النشاط خلال نوبات الهوس ما يعكس عدم استقرار الانفعالات والسلوك (Bourgeois et al., 2014)
- **اللوزة الدماغية (amygdale)**: تعتبر مركزا رئيسيا لمعالجة المشاعر خاصة الخوف والتهديد. في اضطراب ثنائي القطب لوحظ فرط تنشيط لهذه البنية خلال فترات المزاج المتقلب مما يفسر الاستجابات العاطفية المبالغ فيها.
- **الحُصَين (hippocampe)**: وهو عنصر أساسي في تشكيل الذكريات وتنظيم الاستجابة العاطفية. ويبدو أنه يتأثر سلبا لدى مرضى الاضطراب خاصة عند تكرار نوبات الاكتئاب مما قد يؤثر على القدرة على التذكر والانتباه الانفعالي.

إضافة إلى ذلك توصلت الدراسات إلى وجود خلل واضح في توازن النواقل العصبية (Neurotransmetteurs) خاصة:

- السيروتونين (serotonine): الذي يرتبط بالمزاج والاستقرار العاطفي.
- الدوبامين (dopamine): الذي يلعب دورًا محوريًا في نظام المكافأة والتحفيز، ويُعتقد أن فرط نشاطه مرتبط بنوبات الهوس.
- الغلوتامات (glutamate): الناقل العصبي الاستثاري الرئيسي في الدماغ وتظهر الأدلة أنه قد يكون مفرط النشاط خلال الحالات المختلطة، مما يسهم في التقلبات المزاجية الحادة. (Bourgeois et al., 2014)

6-3-العوامل النفسية:

بالرغم من أن اضطراب ثنائي القطب له أساس بيولوجي وجيني قوي إلا أن الجانب النفسي يظل مكونا هاما في تفسير تطور الاضطراب وخصوصا في فهم كيفية بداية النوبات، شكلها، وتكرارها. فالعوامل النفسية تلعب دورا مزدوجا: فهي إما تهيئ الفرد للإصابة أو تفاقم الحالة بعد ظهورها.

من بين الخصائص النفسية المرتبطة بهذا الاضطراب نذكر:

- **المزاج الدوري أو الحدّي:** يتميز هذا النمط المزاجي بتقلبات سريعة ومفاجئة في العاطفة وغالبا ما يظهر منذ سن مبكرة. الأشخاص الذين لديهم هذا المزاج يكونون أكثر عرضة لتطور اضطراب ثنائي القطب عند توافر عوامل أخرى، حيث تشكل هذه السمة "أرضًا خصبة" لتحول التقلبات الطبيعية إلى نوبات مرضية.
- **الصدمة النفسية في الطفولة المبكرة:** أظهرت دراسات عديدة أن الإهمال العاطفي وسوء المعاملة أو غياب الروابط الآمنة في الطفولة تُعد من العوامل المهيئة لاضطراب ثنائي القطب. فهذه التجارب تخلّف آثارا عميقة على تطور البنية النفسية، وعلى قدرة الفرد لاحقا في التعامل مع التوتر والانفعالات (Clark & Beck,2010)
- **الصراعات النفسية اللاواعية:** وفقا للنظرية التحليلية يعتبر اضطراب ثنائي القطب نتاجا لصراعات داخلية غير محلولة. فالهوس يمكن تفسيره كنوع من الإنكار الدفاعي للاكتئاب حيث يحاول الأنا مواجهة الألم الداخلي بنوع من المبالغة في الفرح والنشاط. أما الاكتئاب فهو يمثل حالة من الحداد غير المنجز، حيث تتحول العدوانية إلى الداخل وتعبر عن نفسها في شكل شعور بالذنب، فقدان القيمة الذاتية، وانسحاب من العالم (Freud,1917/1957)
- **الأنماط المعرفية المختلة:** كشفت المقاربات المعرفية أن الأفراد المصابين باضطراب ثنائي القطب غالبا ما يتبنون تفكيرا ثنائيا قطبيا (all-or-nothing thinking) حيث ينظر إلى الأمور بشكل متطرف (إما نجاح مطلق أو فشل تام) وهو ما يساهم في التقلبات الحادة في التقييم الذاتي والمزاج. كما أن الاندفاعية وقلة القدرة على تنظيم السلوك تعد من الخصائص النفسية التي تزيد خطر الانتكاس أو الدخول في نوبة جديدة (Clark & Beck, (2010
- **العوامل البيئية والاجتماعية** : رغم أن العامل الجيني والبيولوجي يشكل الأساس البنيوي في نشأة اضطراب ثنائي القطب فإن العوامل البيئية والاجتماعية تلعب دورا أساسيا كمحفزات لتفاقم الأعراض أو كمثبّتات للنوبات بل وفي بعض الأحيان قد تكون بمثابة "شرارة البداية" للحلقة الأولى من الاضطراب خاصة عند الأفراد ذوي القابلية البيولوجية.

تشمل هذه العوامل عدة جوانب:

- **أحداث الحياة الضاغطة :** تعد من أبرز المحفزات المعروفة فالطلاق او فقدان شخص مقرّب او البطالة المفاجئة أو حتى التنقل القسري إلى بيئة جديدة كلها عوامل تمثل ضغطا نفسيا حادا، يمكن أن يطلق نوبة اكتئابية أو هوسية خصوصا عند الأفراد ذوي هشاشة نفسية سابقة (CHU Montpellier,2020)
- **نمط الحياة غير المنتظم:** أثبتت دراسات عديدة أن عدم انتظام ساعات النوم أو العمل الليلي وحتى التغييرات المفاجئة في الروتين اليومي، تحدث اضطرابا في الساعة البيولوجية مما يزيد من احتمال اختلال المزاج. كما أن الاستهلاك المفرط للمنبهات (مثل الكافيين والكحول والمخدرات) قد يساهم في عدم استقرار الحالة النفسية ويزيد من شدة وتقلب النوبات.
- **غياب الدعم الاجتماعي:** يعد الشعور بالعزلة وغياب شبكة دعم قوية من العوامل التي تقلل من فرص التعافي. الأشخاص المحاطون بدوائر دعم اجتماعي (عائلة، أصدقاء، جماعات علاجية) يظهرون استقرارا أفضل وتجاوبا أكبر مع العلاج مقارنة بمن يعيشون في عزلة اجتماعية.
- **التغيرات الموسمية والعوامل الضوئية:** تشير بعض الأبحاث إلى أن قلة التعرض للضوء الطبيعي خصوصا خلال فصل الشتاء، تؤثر على إيقاع الساعة البيولوجية وتضعف تنظيم السيروتونين والميلاتونين، مما يساهم في تكرار النوبات خاصة لدى الأشخاص الذين يعانون من حساسية تجاه التغيرات الموسمية. هذا ما يفسر ازدياد حالات الاكتئاب في أشهر الشتاء لدى فئة معينة من مرضى ثنائي القطب. (CHU Montpellier,2020)

7-المقاربات النظرية النفسية المفسّرة لاضطراب ثنائي القطب:

7-1-المقاربة الفيزيولوجية العصبية:

النظرية البيولوجية من أبرز المقاربات التفسيرية لاضطراب ثنائي القطب، وقد أسهمت في تطوير فهم علمي للطبيعة الفيزيولوجية لهذا الاضطراب مما ساعد أيضا على توجيه الاستراتيجيات العلاجية. ترى هذه النظرية أن جذور الاضطراب تكمن في خلل عضوي أو جيني على مستوى الدماغ وأن الأعراض السلوكية والانفعالية ما هي إلا انعكاس لهذه الاضطرابات البيولوجية.

- **العامل الوراثي:**

تشير الدراسات إلى أن للوراثة دورا حاسما في نشوء اضطراب ثنائي القطب حيث تبلغ نسبة التوافق بين التوائم المتماثلين حوالي 60–80%، مقارنة بـ10–20% عند التوائم غير المتماثلين، مما يدل على وجود استعداد جيني قوي وتظهر التحليلات الجينية تورط بعض الجينات مثل CACNA1C و ANK3، وهي المسؤولة عن تنظيم استثارة الخلايا العصبية ما يؤثر على المزاج واستقراره العصبي.

(Goodwin & Jamison,2007)

- **اضطراب في النواقل العصبية:**

يلعب اختلال توازن النواقل العصبية دورا رئيسيا في تفسير أعراض الاضطراب ،إذ يلاحظ أن الدوبامين يرتفع بشكل ملحوظ خلال النوبات الهوسية مسببا النشاط الزائد ،الثقة المفرطة، والاندفاع، بينما ينخفض في نوبات الاكتئاب مسببا التبلد، ضعف الحافز، والمشاعر السلبية (Bourgeois et al., 2014)

- **الخلل الوظيفي في الدارات الدماغية:**

أظهرت أبحاث التصوير العصبي مثل الرنين المغناطيسي الوظيفي وجود اضطرابات في نشاط مناطق دماغية محددة لا سيما:

- الفص الجبهي الأمامي، المرتبط بالتنظيم الانفعالي واتخاذ القرار.
- اللوزة الدماغية (Amygdala)، التي تلعب دورا في تقييم المشاعر والانفعالات.
- الحصين (Hippocampus)، المسؤول عن معالجة الذاكرة والمزاج

(Grosjean,Desseilles & Perroud,2017)

نجد المقاربة الفيزيولوجية العصبية التي ركزت على التغيرات البيولوجية في الدماغ خاصة ما يتعلق بكيمياء الجهاز العصبي، تعتبر أن الاضطراب له أساس عضوي يرتبط بخلل في النواقل العصبية مثل السيروتونين والدوبامين. ومن بين أهم إسهاماتها أنها ساعدت في تحديد طبيعة الأدوية التي يحتاجها المريض، مثل مثبتات المزاج ومضادات الاكتئاب، بهدف تنظيم النشاط العصبي وتحقيق نوع من التوازن في المزاج.

7-2-المقاربة التحليلية النفسية للإضطراب:

في إطار النظرية التحليلية النفسية ينظر إلى اضطراب ثنائي القطب كأحد الاضطرابات النفسية البنيوية التي تعبر عن صراعات لاواعية عميقة، تنبع من ديناميكيات معقدة بين الأنا، الهو، والأنا الأعلى. في

هذا السياق لا يفهم الاضطراب على أنه مجرد خلل في المزاج أو الكيمياء الدماغية بل ينظر إليه كطريقة دفاعية يحاول بها الفرد أن يتعامل مع مشاعر الفقد و التهديد والانفصال التي قد تكون حقيقية أو رمزية.

وفقا لما طرحه سيغموند فرويد في مقالته الشهيرة "الحداد والملذات" (Trauer und Melancholie) فإن الاكتئاب يمثل "حدادا غير منجز" حيث لم يستطع الفرد الانفصال عن الموضوع المفقود مما يؤدي إلى توجيه العدوان نحو الذات بدلا من العالم الخارجي، مسببا مشاعر الذنب و الدونية وتحقير الذات (Freud,1917/1957)

أما الهوس فيفسر في هذا الإطار كرد فعل دفاعي على الاكتئاب حيث يحاول الأنا أن يهرب من الألم النفسي العميق عبر مبالغات انفعالية و سلوكيات مفرطة وإحساس مصطنع بالسيطرة والسعادة. لكن هذه الحالة رغم مظهرها الخارجي النشيط تبقى هشة وسريعة الانهيار.

طورت المدرسة الفرنسية للتحليل النفسي هذه القراءة الفرويدية خاصة مع مفكرين مثل Didier Anzieuوزميله حيث اقترحوا أن اضطراب ثنائي القطب يعكس خللا في تنظيم الهوية الانفعالية للفرد نتيجة صعوبات مبكرة في الارتباط والانفصال خلال مراحل النمو الأولى. حسب هذه المقاربة لا يمتلك الشخص المصاب القدرة الكافية على دمج المشاعر المتناقضة داخل بنيته النفسية، مما يؤدي إلى تقلبات مزاجية حادة ومتناقضة دون وجود تمثيل داخلي ثابت يستطيع تنظيم هذه الانفعالات.

(Bourgeois et al., 2014)

في هذا الصدد طور Anzieu,(1985) مفهوما دقيقا لفهم الهشاشة النفسية عند مرضى اضطراب ثنائي القطب، وهو مفهوم "غلاف الأنا" (le Moi-peau). يشير هذا المفهوم إلى أن الأنا لدى هؤلاء المرضى يفتقر إلى "جلد نفسي" متماسك يحميه من الانفعالات المتطرفة، ما يؤدي إلى تسرب المشاعر والاندفاعات إلى السطح دون رقابة، فتظهر حالات من الهوس أو الاكتئاب حسب محتوى الصراع النفسي العميق.

7-3-المقاربة المعرفية السلوكية :

تفسر النظرية المعرفية السلوكية اضطراب ثنائي القطب على أنه نتيجة لأنماط تفكير مختلة وتحيزات معرفية تؤثر بشكل مباشر على المزاج والسلوك. يرتكز هذا المنظور على أعمال Aaron Beck و David Clark، ويؤكد أن التغيرات المزاجية الحادة ناتجة عن تفسيرات معرفية غير واقعية وتنشيط تلقائي لأفكار مشوهة(Clark & Beck ,2010)

- **التفكير الإيجابي المفرط في الهوس:**

خلال نوبات الهوس يظهر لدى المريض نمط معرفي يتسم بالتفاؤل المبالغ فيه وتضخيم القدرات الذاتية. يقيم الشخص ذاته على نحو مفرط في الإنجاز والكفاءة وقد يتبنى أفكارا مثل: "أنا قادر على فعل أي شيء" أو "لا أحد يستطيع مجاراتي". هذا النوع من التفكير يعزز السلوكيات الاندفاعية والمجازفات غير المحسوبة ويسهم في استمرار النوبة (Clark & Beck,2010)

- **التعميم السلبي والتضخيم في الاكتئاب:**

بالعكس أثناء نوبات الاكتئاب تسود أنماط معرفية سلبية مثل التعميم المفرط للأخطاء، تضخيم الإخفاقات، والتهوين من الإيجابيات. يرى الفرد ذاته من خلال عدسة الفشل مثل "أنا لا أساوي شيئا"، "كل ما أفعله ينتهي بالإخفاق". هذه الأفكار تتولد بشكل أوتوماتيكي وغالبا ما تكون غير عقلانية لكنها تؤثر بعمق على المزاج والسلوك.

- **تفسير Beck الأفكار التلقائية السلبية:**

يؤكد Beck أن اضطراب ثنائي القطب يرتبط بتبدلات في أنظمة التفكير التلقائي حيث ينشط نوع معين من الأفكار حسب الوضعية النفسية. فعند وجود مثير أو موقف معين (كالنجاح أو الفشل) تفعل مجموعة

من المعتقدات الجوهرية لدى المريض ما يفسر التبدل المفاجئ في المزاج. هذا يعرف بـ"المخططات المعرفية". وهي أنماط داخلية منظمة تؤثر على تفسير الفرد للواقع (Clark & Beck,2010)

7-4-مقاربة التفاعل النفسي – الاجتماعي – :

تعد هذه النظرية من أكثر النماذج التفسيرية شمولا وتكاملا لفهم اضطراب ثنائي القطب حيث تمزج بين العوامل الوراثية البيولوجية والعوامل البيئية النفسية. تشير النظرية إلى أن وجود قابلية أو هشاشة بيولوجية لا يؤدي بالضرورة إلى ظهور الاضطراب ما لم يترافق مع عوامل ضغط نفسي أو بيئي تفعل هذه الهشاشة الكامنة (Miklowitz & Johnson,2006)

- **مبدأ التفاعل بين الاستعداد والضغط :**

يفترض النموذج أن كل شخص لديه مستوى معين من التحمل للضغوط. فإذا تجاوزت الضغوط هذا المستوى فإنها تحفّز ظهور الأعراض النفسية، خاصة لدى الأشخاص ذوي الاستعداد الوراثي أو العصبي. هذه الضغوط قد تكون:

- صدمة نفسية .(trauma)
- توتر أسري مستمر أو علاقات سامة.
- اضطرابات في إيقاع النوم أو النشاط البيولوجي.
- تغيرات مفاجئة في نمط الحياة.

- **أهمية البيئة الحامية :**

يوضح النموذج لماذا قد لا تظهر أعراض المرض على بعض الأفراد رغم وجود استعداد وراثي لديهم إذا كانت بيئتهم مستقرة وداعمة، كما يفسر انتكاسات المرضى الذين يعانون من نمط حياة مضطرب أو عزلة اجتماعية.

- **التفاعل مع العوامل البيولوجية:**

هذا النموذج لا ينكر الجانب الجيني بل يؤكد على دور التفاعل بين الجينات والبيئة. بمعنى أن الاستعداد البيولوجي شرط ضروري لكن غير كاف. لا تظهر نوبة الهوس أو الاكتئاب إلا عندما يتم تجاوز "عتبة الضغط" الفردية للمريض .

(Johnson,Miklowitz,2006)

7-5- المقاربة الثقافية للاضطراب :

في السياق الجزائري يعد ضروريا تحقيق تشخيص دقيق وتكفل فعال بالمريض. فالاضطرابات النفسية بصفة عامة وخصوصا اضطراب ثنائي القطب لا تفهم فقط من خلال الأعراض السريرية بل أيضا من خلال التمثلات الاجتماعية والدينية والرمزية المرتبطة بها داخل الثقافة.

7-5-1-التمثلات الشعبية والدينية و أثرها على التشخيص و العلاج :

في العديد من المناطق الجزائرية خصوصا في الوسط الريفي أو المحافظ ما زالت التفسيرات الروحانية والميتافيزيقية شائعة عند تفسير السلوكيات المرتبطة بنوبات الهوس أو الاكتئاب. فقد تفسر نوبة الهوس مثلا على أنها:

- "مسّ من الجن".
- "بركة"أو "قوة خارقة.

- "تأثير عين أو حسد".

أما نوبة الاكتئاب، فتحمل معاني دينية أو أخلاقية مثل:

- "قلة إيمان".
- "ذنب أو عقاب من الله".
- "ضيق في القلب بسبب البعد عن الدين".

تؤدي هذه التفسيرات إلى تأخر طلب العلاج النفسي أو رفضه أحيانا حيث يتجه المريض أو عائلته في البداية إلى:

- الراقي الشرعي.
- المعالج الشعبي أو من يطلق عليه "الشيخ".
- أو في بعض الحالات إلى التداوي بالأعشاب أو التعزيم.

هذا التأخر يضعف فرص التدخل العلاجي في وقت مبكر مما يزيد من احتمالية الانتكاسات ويعقد مسار المرض (Mebarki,2015)

و تشير عدة ملاحظات أشار إليها كل من Latifian وزملاؤه (2023)أنال وصمة الاجتماعية من أبرز التحديات التي يواجهها الأفراد المصابون باضطراب ثنائي القطب، إذ لا تقتصر آثارها على المريض فقط بل تمتد لتشمل أسرته والمحيطين به سواء في الحياة الاجتماعية أو في العمل والدراسة وحتى داخل المنظومة الصحية. وغالبا ما تؤدي هذه الوصمة إلى تراجع الدعم الاجتماعي وتدهور الأداء المهني إضافة إلى تفاقم الأعراض النفسية، وتتشابه هذه النظرة السلبية إلى حد كبير مع تلك التي تمس المصابين باضطرابات نفسية شديدة مثل الفصام.

نضيف إلى هذا المحتوى التفسيري الثقافي دراسة مغربية لـ kadri و زملاؤه (2005)، والتي تسلط الضوء على الأثر النفسي والاجتماعي للوصمة على العائلات التي تعيش مع أفراد مصابين باضطرابات نفسية. ففي السياقات الاجتماعية ذات الطابع الجماعي ينظر إلى العائلة باعتبارها خط الدفاع الأول في التعامل مع الاضطرابات النفسية غير أن هذا الدور قد يتحول إلى عبء نفسي ثقيل عندما تقترن الإصابة بالمرض بوصمة اجتماعية. وتشير نتائج هذه الدراسة الميدانية إلى أن عددا كبيرا من الأسر يعانون من ضغط نفسي واجتماعي دائم نتيجة نظرة المجتمع السلبية، حيث صرح أغلب أفراد العينة بأن حياتهم اليومية أصبحت أكثر صعوبة بسبب المرض كما أبلغ عدد مهم منهم عن أعراض نفسية مرافقة كالقلق، اضطرابات النوم، وصعوبات في العلاقات الاجتماعية .

8-العلاج :

يعتبر اضطراب ثنائي القطب من الاضطرابات النفسية التي تتطلب علاجا طويل الأمد، حيث يهدف العلاج أساسا إلى تخفيف الأعراض. وينقسم العلاج إلى نوعين رئيسيين: العلاج الدوائي والعلاج النفسي وينصح غالبا بالدمج بينهما للحصول على نتائج فعالة.

8-1-العلاج الدوائي:

• **مثبتات المزاج** :تمثل مثبتات المزاج الداعم الأساسي للعلاج بحيث أن أكثر الأدوية استخداما في هذا الإطار هو الليثيوم، الذي يعتبر فعالا في الوقاية من كل نوبات الهوس والاكتئاب. الليثيوم يعد مرجعا في تقليل خطر الانتكاسات والانتحار، رغم الحاجة إلى مراقبة مستوياته في الدم بانتظام لتفادي التسمم (CAMH, 2014).

إضافة إلى الليثيوم تستخدم أدوية أخرى مثل الفالبروات (خاصة في نوبات الهوس) واللاموتريجين (فعال أكثر في الوقاية من الاكتئاب) والكاربامازيبين في الحالات المختلطة أو عند مقاومة الليثيوم.

(Grosjean,Desseilles & Perroud,2017)

• **مضادات الذهان:** يوصى بمضادات الذهان في نوبات الهوس الشديدة أو عند وجود أعراض ذهانية كالهلاوس والأوهام. من بين الأدوية الأكثر استخداما في هذا السياق نجد الأولانزابين والكويتيابين، وهما فعالان أيضا في حالات الاكتئاب ثنائي القطب من النوع الأول والثاني ، هذه الأدوية تعمل على تثبيت المزاج حتى في غياب أعراض ذهانية ويمكن أن تكون بدائل أو مكملات لمثبّتات المزاج

(Bristol-Murrs Squibb &Otsuka ,2011).

• **مضادات الاكتئاب** : استخدام مضادات الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب يجب أن يتم بحذر، لأنها قد تحرض نوبات الهوس خاصة إذا استعملت دون مرافقة مثبت للمزاج. ولهذا السبب يوصى دائما بعدم استخدامها لوحدها بل ضمن خطة دوائية منسقة (CAMH, 2014).

8-2- العلاج النفسي:

• العلاج المعرفي السلوكي (CBT):

العلاج المعرفي السلوكي يساعد المرضى على فهم العلاقة بين أفكارهم ومشاعرهم وسلوكهم ، يعمل على تعديل الأفكار السلبية أو غير الواقعية المرتبطة بالحالة المزاجية وتحسين استراتيجيات التكيف. يظهر المرضى من خلال هذا العلاج تحسنا في التعامل مع الضغوط اليومية ويقل لديهم خطر الانتكاسات (CAMH, 2014).

• العلاج العائلي:

يتضمن هذا العلاج العمل مع الأسرة لتحسين أنماط التواصل وتخفيف التوترات داخل البيئة المنزلية. العائلات التي تتلقى هذا النوع من التدخل تكون أكثر قدرة على دعم المريض، وتقل فيها نسب الانتكاسات بشكل واضح . يدرب أفراد العائلة أيضا على ملاحظة العلامات المبكرة للنوبات والتدخل السريع.(Desseilles et al., 2017).

• التثقيف النفسي:

أحد أهم مكونات الرعاية طويلة الأمد التثقيف النفسي ، يزود المريض وعائلته بمعلومات دقيقة حول طبيعة المرض، أعراضه، مسبباته، وخيارات العلاج المتاحة. كما يساعدهم في تعلم كيفية رصد النوبات والتصرف عند حدوثها. هذا النوع من العلاج ثبت أنه يقلل بشكل واضح من عدد النوبات ويدعم الاستقلالية الذاتية للمريض (Bristol-Murrs Squibb &Otsuka ,2011)

• المتابعة النفسية طويلة الأمد:

الحالات المزمنة تتطلب متابعة منتظمة مع الفريق العلاجي لضبط العلاج حسب تغير الحالة والتدخل المبكر في حال ظهور مؤشرات انتكاس. في بعض الحالات المستعصية يمكن اللجوء إلى العلاج بالصدمات الكهربائية (ECT)، وهو خيار علاجي فعال وسريع المفعول، خاصة في حالات الاكتئاب المقاوم أو الحالات الخطيرة (CAMH, 2014).

خلاصة:

في هذا الفصل تطرقنا إلى الإطار النظري لاضطراب ثنائي القطب باعتباره من أكثر الاضطرابات النفسية تعقيدا بسبب ما يسببه من تقلبات حادة في المزاج والسلوك مما يضع الفرد في مواجهة مستمرة مع الضيق النفسي. استعرضنا المفاهيم الأساسية المتعلقة بالاضطراب، أنواعه، مظاهره النفسية ومساراته المختلفة. هذا التأسيس النظري يعد خطوة مهمة لفهم البعد الإكلينيكي والواقعي للاضطراب، تمهيدا للانتقال إلى دراسة العلاقة بين اضطراب ثنائي القطب وقدرة المصاب على تحمل الضيق النفسي وهو ما سنتناوله في الفصل الموالي من خلال الإطار النظري لمفهوم التحمل النفسي للضيق.



الفصل الثاني

التحمل النفسي للضيق

تمهيد:

التحمل النفسي للضيق هو الطريقة التي يتعامل بها الإنسان مع مشاعر القلق والتوتر والضغط النفسي. تختلف قدرة الأفراد على التحمل من شخص لآخر خاصة عند من يعانون من اضطرابات نفسية مثل اضطراب ثنائي القطب. في هذا الفصل سنتعرف على هذا المفهوم بشكل أعمق ونتناول أهم أبعاده وتأثيراته.

1- مفهوم التحمل النفسي :

1-1 التعريف اللغوي والاصطلاحي:

التحمل لغة : "تحمّل" من الجذر العربي "حَمَلَ"، والذي يعني في أحد وجوهه "الصبر على الشيء مع المشقة" أو "القدرة على الاستمرار رغم الثقل أو الألم". (مجمع اللغة العربية،2004)

اصطلاحا: فإن التحمل يشير إلى تلك القدرة النفسية التي تسمح للفرد بالمواجهة المستمرة لحالة ضغط داخلي أو خارجي، دون الانهيار أو فقدان السيطرة الانفعالية. ويفهم على أنه استعداد ذهني وانفعالي الشخص من إدارة المعاناة والانزعاج دون اللجوء إلى الانسحاب أو ردود أفعال دفاعية مفرطة ما يجعله مكونا جوهريا في الصحة النفسية الإيجابية (المعجم النفسي، 2010).

وعليه، فإن التحمل النفسي للضيق يعد أحد المهارات الانفعالية التي تظهر مدى توازن الفرد أمام مواقف الحياة .

1-2 المفاهيم النفسية للتحمل النفسي للضيق:

سوف نتطرق إلى تفكيك مفهوم التحمل النفسي للضيق كما جاء في الأدبيات النظرية نحو مفهوم الضيق النفسي و التحمل النفسي للضيق .

1-2-1 مفهوم الضيق النفسي :

بحسب Cuijpers et al ,(2019) إن ارتفاع مستويات الضيق النفسي إذا ما استمرت لفترة طويلة أو لم تعالج بشكل مناسب، قد يمهد الطريق لظهور اضطرابات نفسية أكثر تعقيدا مثل اضطرابات القلق العام، الاكتئاب الجسيم، وحتى نوبات الهلع. وهذا يعزى إلى التداخل القوي بين أعراض الضيق والأعراض الأساسية لهذه الاضطرابات، ما يجعل الضيق النفسي عاملا محفزا بل وقد يكون مرحلة انتقالية نحو الاعتلال النفسي الواضح سريريا. بالإضافة إلى ذلك فإن الأفراد الذين يعانون من ضيق نفسي مزمن يكونون أكثر عرضة للانسحاب الاجتماعي، التراجع الوظيفي، وضعف جودة الحياة، مما يظهر بجلاء الأهمية القصوى لرصد هذا الضيق مبكرا وتقديم تدخلات مناسبة للوقاية من تفاقمه.

ويشير الضيق النفسي إلى حالة من المعاناة العاطفية التي تنجم عن تعرض الفرد لمواقف أو ضغوط تفوق قدراته على التأقلم. وتعتبر هذه الحالة ظاهرة نفسية شائعة تتضمن طيفا واسعا من الأعراض غير

المحددة مثل مشاعر القلق، الحزن، التهيج، التعب الذهني، وحتى اضطرابات النوم أو فقدان الشهية، دون أن ترقى بالضرورة إلى مستوى اضطراب نفسي مشخص كما في التصنيفات الإكلينيكية كـ DSM–5 أو ICD–11. ورغم أن الضيق النفسي لا يعتبر في حد ذاته اضطرابا مرضيا، إلا أنه يمثل مؤشرا مبكرا مهما على ضعف التوازن النفسي، وقد يشير إلى وجود صراعات داخلية غير معبر عنها أو مشاكل في التكيف مع الواقع.

وصفه سيلفن وزملاؤه (Sullivan et al., 2019) بأنه حالة شائعة من المعاناة العاطفية المنتشرة في أوساط المجتمع، غالبا ما تظهر من خلال أعراض نفسية خفيفة إلى متوسطة مثل القلق والاكتئاب، إضافة إلى شكاوى جسدية مبهمة يصعب إيجاد تفسير طبي عضوي لها.

كما يرى الباحثون أن هذا الشكل من الضيق لا يعبر عنه دائما بالكلمات أو بالتعبير الانفعالي المباشر، بل كثيرا ما يظهر في الممارسة الطبية العامة من خلال زيارات متكررة للمصحات أو العيادات الطبية لأعراض مثل الصداع، آلام المعدة، اضطرابات النوم أو التعب المزمن، دون أن تكشف الفحوصات عن سبب عضوي واضح.

هذا التداخل بين النفسي والجسدي يجعل من الضيق النفسي ظاهرة معقدة التشخيص، وغالبا ما يساء فهمها أو يتم التعامل معها على أنها مشكلة صحية جسدية بحتة مما يؤدي إلى تأخر التدخل النفسي المناسب.

كما تشير الدراسة إلى أن الأشخاص الذين يعانون من هذا النوع من الضيق يكونون أكثر عرضة للإصابة بأمراض مزمنة مرافقة كارتفاع ضغط الدم، أمراض القلب أو السكري، نتيجة للعلاقة التبادلية بين التوتر المزمن والتدهور الفسيولوجي لوظائف الجسم ،بالتالي فإن فهم الضيق النفسي باعتباره ظاهرة متعددة الأبعاد عاطفية، معرفية وجسدية يعد ضروريا لتقديم رعاية نفسية وصحية شاملة، خصوصا أن تجاهله قد يفاقم من حدة المعاناة ويؤدي إلى تطور اضطرابات نفسية أو جسدية أكثر تعقيدا على المدى الطويل. .(Sullivan et al., 2019)

1-2-2 مفهوم التحمل النفسي للضيق :

وفقا لتعريف(2005),Simons & Gaher يعد التحمل النفسي للضيق (Distress Tolerance) قدرة الفرد على البقاء في حالة من المعاناة الانفعالية المؤلمة دون الانخراط في سلوكيات تجنّبية، اندفاعية أو تدميرية، كتعاطي المخدرات، الأكل القهري، أو حتى إيذاء النفس. ويشير هذا المفهوم إلى مستوى قدرة

الجهاز النفسي للفرد على استيعاب المشاعر السلبية والانفعالات الحادة دون انهيار أو تفكك في الأداء الذهني والسلوكي.

يعتبر هذا التحمل مكونا أساسيا من المرونة النفسية والانضباط الانفعالي، إذ أن الأفراد ذوي التحمل النفسي العالي يكونون أكثر قدرة على مواجهة مواقف الضغط أو الإحباط دون الحاجة إلى وسائل هروب فورية، في حين أن ذوي التحمل المنخفض غالبا ما يلجؤون إلى استراتيجيات سلبية قصيرة المدى بهدف التخلص من الضيق، لكنها تؤدي في المدى البعيد إلى تفاقم الأعراض والمشكلات النفسية.

كما تؤكد الدراسات اللاحقة أن ضعف التحمل النفسي للضيق يرتبط بمستوى عال من الاندفاعية، صعوبة التنظيم العاطفي، وزيادة احتمالية الإصابة باضطرابات مثل القلق، الاكتئاب، اضطراب الشخصية الحدية، وحتى اضطراب ثنائي القطب، حيث يمكن أن تؤدي الانفعالات السلبية الشديدة إلى سلوكيات غير متزنة في غياب القدرة على الصمود النفسي.

من هذا المنطلق، فإن التحمل النفسي للضيق لا يعد فقط مؤشرا على الوظائف الانفعالية السليمة للفرد، بل أيضا على مدى قدرته على التعامل مع التحديات اليومية والحفاظ على توازنه الداخلي رغم الظروف الضاغطة .(Simons & Gaher,2005)

وجاء في دراسة(2010),Zvolensky,Leyro,Bernstein أن الأفراد الذين يمتلكون مستوى مرتفعا من تحمل الضيق يتميزون بـ وعي انفعالي متقدم، أي أنهم قادرون على إدراك وفهم مشاعرهم دون الخوف منها أو الهروب منها بل يعالجونها ضمن إطار ذهني منظم. هؤلاء الأفراد يظهرون أيضا قدرة ملحوظة على كبح الاندفاعات اللحظية ويتخذون استراتيجيات تأقلم إيجابية مثل التفكير العقلاني،أو طلب الدعم الاجتماعي، بدلا من اللجوء إلى سلوكيات تعويضية سلبية كالتدخين، الإدمان، أو إيذاء الذات.

ويوضح الباحثون أن هذه القدرة تمثل عامل حماية نفسي أساسي خاصة في الظروف الصعبة التي تتطلب صمودا داخليا وتنظيما انفعاليا فعالا. كما أن التحمل النفسي العالي للضيق يرتبط ارتباطا عكسيا بمظاهر القلق المرضي، الاكتئاب، والاضطرابات السلوكية، ما يجعل هذا المتغير محورا أساسيا في الوقاية النفسية وتعزيز الصحة النفسية الإيجابية .(Leyro et al., 2010)

1-3 مفاهيم مرتبطة بالتحمل النفسي :

من الضروري التمييز بين مفهوم "التحمل النفسي للضيق" وبعض المفاهيم المجاورة له،
والتي كثيرا ما تستخدم بشكل تبادلي في الخطاب اليومي، رغم أن لكل منها دلالة نفسية مميزة.

فهم "**الصبر**" عادة بوصفه قدرة إرادية داخلية تمارس بدافع ذاتي أو إيماني تهدف إلى تحمل المعاناة أو الأذى دون شكوى مفرطة أو انهيار نفسي. ويشير صابر (2014) إلى أن الصبر يحمل بعدا أخلاقيا وروحيا يعبر عن التحكم في النفس وتأجيل الرغبات والمكافآت والأمل في حدوث الفرج أو الانفراج مستقبلا. وهذا ما يجعله مختلفا عن التحمل النفسي للضيق الذي يقاس بمقاييس نفسية معيارية ويرتبط بتنظيم الانفعال والسلوك، في حين أن الصبر يستبطن غالبا ضمن منظومات ثقافية ودينية.

من المنظور النفسي يعد الصبر آلية داخلية تساعد الفرد على تحمل الظروف القاسية أو الممتدة زمنيا دون أن يفقد الأمل أو يتخلى عن أهدافه وهو ما يتقاطع مع مفاهيم مثل المرونة النفسية والتقبل، لكنه يمتاز بجذوره الرمزية والدينية في العديد من المجتمعات حيث ينظر إليه كفضيلة تكافأ معنويا أو روحيا.

الأفراد الذين يمتلكون مستوى عاليا من الصبر غالبا ما يتمتعون بقدرة أفضل على ضبط النفس وتأجيل الإشباع وتحقيق الرضا الذاتي رغم المعاناة. كما أن الصبر قد يشكل حاجزا وقائيا ضد الاكتئاب والانهيار النفسي في الأزمات الممتدة، إذ يمثل نوعا من الدافع الداخلي المرتكز على المعنى والإيمان لا فقط على المهارات السلوكية أو المعرفية (صابر، 2014)

أما "**التقبل**" (**Acceptance**)، فهو يعد توجها معرفيا وانفعاليا يقوم على الامتناع عن مقاومة المشاعر أو الأفكار السلبية أو السعي المفرط لتغييرها أو التخلص منها، بل يتمثل في الاعتراف بوجود هذه التجارب الداخلية دون إصدار أحكام أو اللجوء إلى استراتيجيات تجنبية. ويعتبر هذا المفهوم محوريا في العلاج بالتقبل والالتزام (ACT – Acceptance and Commitment Therapy)، والذي طوره Hayes وزملاؤه (1999)، حيث يشجع الفرد على الانفتاح على التجربة الداخلية والعيش بانسجام مع القيم الذاتية رغم وجود الألم النفسي أو المعاناة.

ويفترض هذا التوجه أن محاولة السيطرة على الأفكار والانفعالات المؤلمة غالبا ما تؤدي إلى نتائج عكسية كتفاقم القلق أو الاكتئاب، في حين أن التقبل يقلل من الصراع الداخلي ويعزز المرونة النفسية والتنظيم الانفعالي. فالأفراد الذين يمارسون التقبل يكونون أكثر قدرة على التفاعل مع تجاربهم غير المريحة بطريقة واقعية وفعالة، ما يسمح لهم باتخاذ قرارات تتماشى مع أهدافهم طويلة المدى دون أن يعيقهم الخوف أو الألم الانفعالي.

وتشير البحوث الحديثة إلى أن مستوى التقبل يرتبط سلبيا بأعراض اضطرابات القلق والاكتئاب، ويرتبط إيجابيا بجودة الحياة والرضا العام. كما أن التقبل يسهم في تقوية التحمل النفسي للضيق، لأنه يقلل من التوتر الناتج عن محاولات المقاومة أو الإنكار، ويدفع نحو تقبل الذات بكل ما تحمله من جوانب إيجابية وسلبية .(Hayes et al., 1999)

ويشير "**الصمود النفسي** "(**Psychological Hardiness**) إلى قدرة الفرد على الاستجابة الفعالة للمواقف الصعبة تحملها والتكيف معها ثم استعادة توازنه النفسي والاجتماعي. وقد عرفه الأعسر (2010) بأنه القدرة على استباق المواقف الضاغطة ثم مواجهتها وتحملها والتعافي منها سواء كانت هذه المواقف ناتجة عن صدمات جسدية، أزمات عاطفية، ظروف اقتصادية قاهرة، أو حتى كوارث طبيعية واجتماعية خارجة عن سيطرة الفرد.

ولا يقتصر الصمود النفسي على البقاء أو النجاة من الأزمة بل يتجلى في الاحتفاظ بالهوية النفسية، والثبات الانفعالي، والقدرة على الاستمرار في أداء الوظائف الحياتية الأساسية، مثل العمل العلاقات واتخاذ القرارات. ويعد من أبرز سماته: الإيجابية ،الالتزام، التحدي والتحكم حيث ينظر إلى المواقف الضاغطة على أنها فرص للتعلم والنمو وليس مجرد تهديدات.

كما يعتبر الصمود عامل حماية نفسي فعال في مواجهة الاضطرابات النفسية، إذ تظهر الأبحاث أن الأفراد الصامدين نفسيا أقل عرضة للإصابة بالقلق، الاكتئاب، واضطرابات ما بعد الصدمة، مقارنة بأقرانهم ذوي الصلابة النفسية المنخفضة. بل إن الصمود يسهم في إعادة بناء الذات بعد التجارب الصعبة والحفاظ على مستوى عال من الفاعلية الشخصية والاجتماعية رغم الضغوط المستمرة أو الفجائية (الأعسر، 2010).

تعرف "**المرونة النفسية**" (**Psychological Resilience**) بأنها القدرة على استعادة التوازن النفسي والوظيفي بعد التعرض لصدمة أو معاناة أو ضغط نفسي شديد. ووفقاً لما طرحه(Bonanno (2004، فإن هذه القدرة لا تعني فقط تجنّب الانهيار أو التكيف السريع بل تشمل أيضا القدرة على النمو الإيجابي والتعلم من التجارب الصعبة بما يعكس كفاءة نظام "المناعة النفسية" للفرد في المدى الطويل.

تعتبر المرونة النفسية مؤشرا على النضج الانفعالي والتكامل النفسي حيث يظهر الأفراد المرنون قدرة على تنظيم استجاباتهم الانفعالية، وتفسير المواقف الضاغطة بطريقة تقلل من أثرها السلبي مما يساهم في تقوية الأداء الشخصي والاجتماعي رغم الظروف العصيبة. كما تشير الأبحاث إلى أن هذه المرونة لا تعتبر سمة ثابتة بل مهارة ديناميكية قابلة للتطور عبر عوامل متعددة منها الدعم الاجتماعي، المعتقدات الإيجابية، مهارات التأقلم، وتجارب الحياة السابقة.

وقد ربط Bonanno بين المرونة النفسية وكفاءة الجهاز النفسي في استيعاب الأزمات والتفاعل معها بمرونة دون تفكك داخلي، مؤكدا أن بعض الأفراد لا يكتفون بالبقاء على قيد التوازن بل يحققون ما يعرف بـ "النمو ما بعد الصدمة"، أي نوع من التحول الإيجابي في الرؤية الذاتية والعلاقات وحتى المعنى العام للحياة بعد تجاوز معاناة شديدة .(Bonanno,2004)

تعد" **المناعة النفسية**" **(Psychological Immunity)** من المفاهيم الحديثة التي تشير إلى القدرة النفسية للفرد على مواجهة الأزمات وتحمل الضغوط والصمود أمام المواقف الصادمة دون الانهيار أو الاستسلام للمشاعر السلبية مثل الغضب، الإحباط، أو السخط. ووفقا لما طرحه مرسي (1999)، فإن المناعة النفسية تمثل آلية داخلية دفاعية تعكس مدى مرونة الفرد وتوازنه الانفعالي في مواجهة الكروب والضغوط الحياتية المتكررة.

ولا يقصد بالمناعة النفسية مجرد غياب المرض النفسي بل إنها ترتبط بـ القدرة على التكيف مع المواقف المؤلمة والتهديدات الوجودية دون أن يفقد الفرد شعوره بالمعنى أو السيطرة. إنها تعبير عن مدى قدرة الفرد على إعادة تنظيم نفسه داخليا، والتحكم في استجاباته الانفعالية والحد من تأثره بالضغوط بشكل يعوق أداءه أو يهدد سلامته النفسية.

وتشير بعض الأبحاث إلى وجود ارتباط بيولوجي بين المناعة النفسية والمناعة الجسدية، حيث تؤدي الحالة النفسية المستقرة إلى تقليل مستويات هرمونات التوتر مثل الكورتيزول، مما يساهم في دعم الجهاز المناعي الفسيولوجي ومقاومة الأمراض. كما أن الأفراد ذوي المناعة النفسية المرتفعة يظهرون قدرة أفضل على الاحتفاظ بالتفاؤل وتنظيم الانفعالات وحل المشكلات بفعالية ما يجعلهم أقل عرضة للاضطرابات النفسية طويلة المدى. (مرسي، 1999)

أوضح Simons & Gaher(2005) أن **التحمل النفسي للضيق** يعد من المكونات الأساسية في الوقاية من ظهور اضطرابات نفسية شائعة مثل الاكتئاب، اضطرابات الشخصية، والقلق المزمن، لأنه يمثل صمام أمان انفعالي يساعد الفرد على التعامل مع التوتر الشديد دون الانهيار أو التفكك السلوكي.
فالشخص الذي يستطيع تحمل الضيق حتى في غياب حلول فورية أو دعم اجتماعي يكون أكثر قدرة على تنظيم انفعالاته، وضبط استجاباته، ومن ثم تخفيف حدة الأزمة تدريجيا.

في حين تشير مفاهيم مثل المرونة أو المناعة النفسية إلى الاستجابة طويلة المدى للتحديات والقدرة على التعافي بعد الأزمات، فإن التحمل النفسي للضيق (Distress Tolerance) يركز تحديدا على القدرة اللحظية على البقاء في المواجهة أثناء وقوع الأزمة أو الألم النفسي، دون أن يصاب الفرد بالانهيار أو يلجأ إلى سلوكيات هروبية. إنه يعكس مدى قدرة الشخص على الجلوس مع الشعور السلبي المؤلم دون اللجوء الفوري لمحاولة التخلص منه أو إنكاره أو التفاعل معه بطريقة مدمرة.

هذا النمط من التحمل لا يعني غياب الألم بل يعني الاستعداد لتحمله دون أن يتولى هو زمام السيطرة على السلوك. ويظهر الأفراد ذوي التحمل العالي مرونة في ضبط أنفسهم وسط الضغط، ما يقلل من احتمالية الوقوع في سلوكيات غير صحية مثل الإدمان، الانفجارات الانفعالية أو إيذاء الذات. ومن هذا

المنطلق فإن التحمل النفسي يعد عاملا وقائيا محوريا في الصحة النفسية الإيجابية، خاصة لدى الأفراد المعرضين لتقلبات وجدانية أو ضغوط مستمرة (Simons & Gaher,2005)

2- أبعاد التحمل النفسي للضيق :

2-1-التحمل الإدراكي للضيق:

يشير التحمل الإدراكي للضيق (Cognitive Distress Tolerance) إلى القدرة المعرفية للفرد على استقبال المشاعر والانفعالات السلبية ومعالجتها داخليا دون أن يضخمها أو يفسرها بطريقة كارثية أو مشوهة. ويتعلق هذا البعد الإدراكي بالطريقة التي يدرك بها الفرد الألم النفسي أو التوتر الداخلي، ومدى قدرته على النظر إليه كحالة ظرفية قابلة للتجاوز وليس كتهديد دائم للذات أو دلالة على انهيار وشيك.

ويظهر الأفراد ذوي التحمل الإدراكي المرتفع نمطا معرفيا مرنا يسمح لهم بالتفاعل مع المواقف الضاغطة بأساليب تفكير واقعية وغير متطرفة ما يساهم في خفض احتمالية تطور اضطرابات مثل القلق العام، الاكتئاب، أو اضطرابات التكيف. فهم غالبا ما يتجنبون التعميم السلبي أو القراءة الكارثية للأحداث، ويحافظون على قدر من الموضوعية والانفصال المعرفي الإيجابي الذي يسمح لهم بإدارة الضيق دون التماهي معه كليا.

كما تشير الدراسات مثل ما ورد في أبحاث (2013)، Bardeen et al إلى أن التحمل الإدراكي يرتبط إيجابيا بمستوى أعلى من مهارات تنظيم الانفعال وحل المشكلات وسلبيا مع التفكير الاجتراري (Rumination)، وهو أحد أخطر الأنماط الذهنية المرتبطة بالعديد من الاضطرابات النفسية خاصة الاكتئاب واضطرابات المزاج.

هذا النمط من التحمل المعرفي يعتبر عنصرا جوهريا في تعزيز المرونة النفسية والتكيف المعرفي الصحي، ويمكن أن يكون هدفا مهما في التدخلات العلاجية المعرفية السلوكية التي تهدف إلى إعادة تشكيل طريقة إدراك الفرد للضيق والانفعالات المؤلمة (Bardeen et al., 2013)

2-2- التحمل السلوكي للضيق:

التحمل السلوكي للضيق (Behavioral Distress Tolerance) هوأحد الأبعاد المهمة في فهم كيفية تفاعل الأفراد مع الضغوط النفسية من خلال سلوكهم الظاهر، حيث يشير إلى القدرة على الامتناع عن الانخراط في استجابات فورية غير صحية رغم الشعور بالضيق الشديد. وفقا لما أوضحه Simons &

Gaher,(2005) فإن انخفاض هذا النوع من التحمل يرتبط بمجموعة من السلوكيات التجنبية أو التدميرية مثل تعاطي المواد، الإفراط في الأكل أو الانسحاب من المواقف الضاغطة وكلها محاولات للهروب من الانفعال المؤلم لكنها تؤدي غالبا إلى تفاقم الحالة النفسية على المدى الطويل.

يتميز الأفراد الذين يمتلكون تحملا سلوكيا مرتفعا بـ قدرة أكبر على كبح رغباتهم السريعة في التخفيف المؤقت من الألم، ويميلون إلى اختيار استجابات أكثر اتزانا وتأجيل الإشباع مما يعكس مستوى عال من التنظيم الذاتي والانضباط السلوكي. هذا النمط يساهم في الحد من السلوكيات الإدمانية ويعزز من فرص التكيف النفسي السليم خاصة في المواقف التي لا تقدم حلولا فورية وهو ما يجعله عاملا وقائيا مهما في الصحة النفسية.

التحمل السلوكي ليس فقط مهارة نفسية بل هو سلوك مكتسب يمكن تنميته عبر التدريب على الوعي بالذات، وتنظيم الانفعال، وتحليل العواقب طويلة المدى، ما يجعله هدفًا جوهريًا في برامج العلاج السلوكي والمعرفي الحديثة (Simons & Gaher،2005)

2-3-التحمل الانفعالي للضيق:

أظهرت أبحاث Roemerو Gratz(2004) أن التحمل الانفعالي يعتبر عاملا حاسما في الوقاية من استخدام آليات دفاعية هشة مثل الإسقاط، الإنكار، أو الكبت، والتي غالبا ما تسهم في تعقيد الاضطراب النفسي.

ويتقاطع هذا البعد بشكل واضح مع مفهومي "التنظيم العاطفي" و"الوعي الانفعالي". إذ يظهر الأفراد تحملا عاطفيا مرتفعا :القدرة على تمييز المشاعرتسميتها بدقة والتفاعل معها بأساليب متزنة لا تقوم على الإنكار أو التشويه.

يرمز التحمل الانفعالي للضيق (Emotional Distress Tolerance) إلى القدرة على البقاء في حالة وعي بالمشاعر السلبية مثل الغضب، الحزن، أو القلق، دون الانهيار أو الانجراف نحو استجابات غير متكيفة. هذا النوع من التحمل يعكس مدى استعداد الفرد للاعتراف بمشاعره المؤلمة والعيش معها عوضا عن إنكارها أو مقاومتها بشكل قسري.

الأفراد ذوي التحمل الانفعالي المرتفع أكثر قدرة على تقبل الألم العاطفي كجزء من التجربة الإنسانية الطبيعية، دون أن يفسروا ذلك على أنه فشل شخصي أو تهديد لهويتهم النفسية. فهم يميلون إلى التفاعل

الواعي مع انفعالاتهم مما يسمح لهم بضبط سلوكهم دون اللجوء إلى وسائل تفريغ مؤذية مثل إيذاء الذات أو الإدمان.

من هذا المنظوريمثل التحمل الانفعالي بعدا أساسيا في بناء السلامة النفسية والاستقرار الداخلي ويمثل نقطة ارتكاز في كثير من المقاربات العلاجية الحديثة خصوصا العلاج السلوكي الجدلي (DBT)، الذي يستهدف تدريب الأفراد على احتضان الانفعال بدلا من الهروب منه (Gratz & Roemer,2004)

3-أدوات قياس التحمل النفسي للضيق:

لقياس التحمل النفسي للضيق تم تطوير عدد من الأدوات النفسية المعيارية، بهدف تقييم قدرة الأفراد على مواجهة المشاعر السلبية والضغوط دون انهيار أو سلوكيات تجنبية. من بين هذه الأدوات يعد مقياس سيمونز وغاهر للتحمل النفسي للضيق (DTS – Distress Tolerance Scale) أحد أكثر المقاييس استخداما. يتكون من 15 بندا تقيس أربعة أبعاد أساسية:

- التحمل (Tolerance،)
- الإنغماس (Absorption)
- التقييم الذاتي للمشاعر السلبية (Appraisal)
- تنظيم المشاعر (Regulation)

وقد أثبت هذا المقياس خصائص سيكومترية قوية (صدق وثبات)، مما يجعله أداة موثوقة في دراسة الاضطرابات النفسية خاصة تلك المرتبطة بسوء تنظيم الانفعال أو القابلية للتأثر بالضغط .

(Simons & Gaher, 2005)،

كما ظهرت أدوات تجريبية قائمة على ملاحظة الأداء السلوكي تحت الضغط على غرار تلك التي طورها Tull وزملاؤه، والتي تستخدم في التجارب المخبرية لقياس مدى استمرارية الأفراد في أداء مهام مرهقة، كمؤشر موضوعي على قدرتهم على تحمل الانزعاج .

(Gratz & ,Chun ,Lejuez ,Tull,2007).

4-عوامل التحمل النفسي لإضطراب ذهان ثنائي القطب :

4-1-العوامل الفيزيولوجية العصبية:

التحمل النفسي للضيق أو ما يعرف بقدرة الفرد على البقاء متماسكا أثناء مواجهة مشاعر سلبية حادة كالإحباط، القلق أو الألم العاطفي يرتبط بشكل وثيق بآليات عصبية وفيزيولوجية داخل الدماغ. هذه الآليات تعتبر الأساس الذي يفسر لماذا تختلف قدرة التحمل بين الأفراد.

- **البنية الدماغية وتوازن الأنظمة العصبية:**

تشير الدراسات إلى أن مناطق محددة في الدماغ مثل اللوزة الدماغية (amygdale) وقشرة الفص الجبهي الأمامي (préfrontal cortex) تلعب دورا محوريا في تنظيم الاستجابات الانفعالية. فالنشاط الزائد في اللوزة يرتبط غالبا بزيادة التفاعل مع الضيق، بينما يعتبر النشاط الفعال في القشرة الجبهية مسؤولا عن ضبط الانفعالات واتخاذ قرارات متزنة خلال فترات التوتر .

.(Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2014)

- **الناقلات العصبية ودورها في التحمل:**

تلعب الناقلات العصبية مثل السيروتونين، الدوبامين والنورأدرينالين دورا أساسيا في تعديل الحالة المزاجية والاستجابة للضغوط. مثلا نقص السيروتونين غالبا ما يرتبط بانخفاض القدرة على تحمل المشاعر السلبية مما قد يزيد من الانسحاب أو التفكير السلبي المتكرر. أما الدوبامين فيرتبط بتجربة المكافأة والتحفيز مما يؤثر بشكل غير مباشر على التحمل من خلال تحسين النظرة المستقبلية والسلوك المواجه .(Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2014)

- **التفاعل مع الإجهاد البيولوجي:**

نظام الاستجابة للضغط (axe HPA)، الذي يشمل ما تحت المهاد والغدة النخامية والغدة الكظرية ينظم إفراز الكورتيزول وهو الهرمون الرئيسي المسؤول عن التعامل مع التوتر. عندما يكون هذا النظام مفرط النشاط أو ضعيف التنظيم يصبح الجسم أكثر عرضة للقلق والاكتئاب مما يضعف قدرة الفرد على تحمل الضيق النفسي (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2014).

- **العوامل الجينية والعصبية:**

كما تعتبر العوامل الوراثية حلقة مؤثرة في قدرة التحمل مثل الطفرات الجينية التي تؤثر على تنظيم مستقبلات السيروتونين أو استقلاب الدوبامين في الدماغ. وتشير الأبحاث إلى أن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات مثل ثنائي القطب أو الاكتئاب قد تكون لديهم استجابات فيزيولوجية غير متوازنة للمثيرات السلبية ما يجعلهم أكثر عرضة للانهيار عند مواجهة الضغوط الحادة.

(Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2014)

4-2- عوامل الدعم الإجتماعية:

يعد الدعم الاجتماعي من أقوى المحددات الخارجية المؤثرة في مستوى التحمل النفسي إذ لا يقتصر تأثيره على تقديم المساندة العاطفية بل يمتد إلى خلق بيئة آمنة تعزز من شعور الفرد بالانتماء والاستقرار النفسي. في حالة المصابين باضطراب ثنائي القطب يصبح هذا العامل أكثر أهمية نظرا لطبيعة المرض التي تتسم بالتذبذب الانفعالي والحاجة المتكررة للتوازن.

يساهم الدعم الاجتماعي في تخفيف حدة الأعراض من خلال تقليل مشاعر العزلة والوصمة، كما يعزز من الالتزام العلاجي عبر التشجيع المستمر والتذكير الإيجابي وهو ما ينعكس على ثبات الحالة الانفعالية وزيادة القدرة على تحمل نوبات الهوس أو الاكتئاب دون انهيار نفسي. كما تظهر الأبحاث أن وجود شبكات دعم فعالة يحسن من الأداء اليومي ويقلل من فرص الانتكاس، ما يعكس دوره الحاسم في الوقاية وتعزيز التعافي المستدام .(Small & ,Winett ,Meyer ,Johnson,2018)

لا يقتصر تأثير الدعم الاجتماعي على المساعدة المادية أو الرعاية المباشرة بل إن الدعم المعنوي والتشجيع اللفظي يمثلان عناصر مركزية في تعزيز التحمل النفسي لدى المصابين باضطراب ثنائي القطب. فالكلمات المشجعة، الإصغاء الفعال والتقبل غير المشروط لمشاعر المريض تخلق مناخا نفسيا يشعر فيه الفرد بأنه مفهوم وغير مرفوض ما يرفع من مستوى الأمان الداخلي والقدرة على تحمل الانفعالات السلبية.

وقد بينت الأبحاث أن هذا الشكل من الدعم يخفف من وطأة الشعور بالذنب أو العجز الذي كثيرا ما يرافق نوبات المرض، مما يؤدي إلى تحسين نظرة الفرد لذاته وزيادة قابليته للتعافي. كما يسهم هذا الدعم في خفض درجة التوتر المرتبط بالعلاقات مما يحول دون تطور أعراض انتكاسية ويساعد المريض في بناء آليات تكيف أكثر ثباتا وفعالية .(Miller & ,Winters ,Meyer ,Johnson1999)

4-3-العوامل الثقافية الاجتماعية :

تتمثل الثقافة المجتمعية كعامل حاسم في تشكيل تصورات الأفراد حول الصحة النفسية والاستجابة للضيق النفسي. في مجتمعات تتسم بالمحافظة أو تضعف فيها التوعية النفسية غالبا ما ينظر إلى الاضطرابات النفسية كدليل على الضعف الشخصي أو الخلل الأخلاقي ما يخلق مناخا من الوصم الداخلي والخارجي.

هذا التصور المجتمعي السلبي يعيق الأفراد عن التعبير عن معاناتهم أو طلب المساعدة خشية من النبذ أو فقدان مكانتهم الاجتماعية. بالنسبة للمصابين باضطراب ثنائي القطب يمكن أن تفاقم هذه العوامل من مشاعر العزلة وتقلل من قدرتهم على تحمل التقلبات الانفعالية الحادة التي يعانون منها. كما تؤثر هذه الضغوط الثقافية في مستوى التقبل الذاتي وتضعف شبكات الدعم الاجتماعي، وهما عنصران أساسيان في تعزيز التحمل النفسي في وجه التحديات. (Brohan , 2013, Slade, Clement, & Thornicroft) تلعب البنية الاجتماعية والثقافية دورا محوريا في تحديد فرص الأفراد المصابين باضطرابات عقلية في الحصول على المساندة اللازمة. فالمجتمعات التي تتبنى خطابا منفتحا حول الصحة النفسية وتهيئ بيئات داعمة وخدمات مخصصة تسهم فعليا في تعزيز قدرة الأفراد على الصمود النفسي وتطوير آليات تكيف فعالة.

وأما عن غياب التقبل المجتمعي ووجود نظرة سلبية متجذرة تجاه الاضطرابات النفسية خاصة الاضطرابات المعقدة مثل اضطراب ثنائي القطب، يمكن أن يؤدي إلى إعادة إنتاج للوصمة داخل محيط الفرد مما يعزز مشاعر الخزي والعزلة. وهذا يضعف التحمل النفسي ويعيق الاستفادة من العلاجات وقد يدفع البعض إلى الانسحاب الاجتماعي أو رفض التشخيص. مثل هذا الواقع لا يهدد فقط استقرارهم النفسي بل يعوق أيضا فرص التعافي والاستقلالية.

(Brohan,2013, Slade, Clement, & Thornicroft).

5- المقاربات النظرية المفسرة للتحمل النفسي للضيق:

5-1-المقاربة المعرفية السلوكية :

المقاربة المعرفية السلوكية (Cognitive Behavioral Therapy Model) من أكثر النماذج تأثيرا في فهم التفاعل بين الأفكار، المشاعر، والسلوك. وقد طوره Beck في سبعينيات القرن الماضي بناءا على

فرضية مفادها أن الاضطرابات النفسية تنجم إلى حد كبير عن أنماط تفكير مشوهة وغير واقعية تنتج مشاعر وسلوكيات غير متكيفة .(Beck,1976)

ترى هذه المقاربة أن الأفراد الذين يظهرون أفكارا تلقائية سلبية : "لا أستطيع تحمل هذا"، أو هذا لن ينتهي أبدا"، هم في الواقع أقل قدرة على تنظيم انفعالاتهم والاستمرار في الأداء التكيفي عند التعرض للضغوط. هذه الأفكار تؤدي إلى استجابات انفعالية أكثر حدة وتساهم في انخفاض عتبة التحمل النفسي ما يعزز بدوره الميل لتجنب المواقف أو الانخراط في سلوكيات هروبية.

بالمقابل يظهر الأفراد الذين يمتلكون بُنى معرفية مرنة وأساليب تفكير واقعية قدرة أعلى على إعادة تفسير المشاعر السلبية بطريقة تكيفية، مما يساهم في رفع مستويات التحمل المعرفي والانفعالي. ومن هنا يركز العلاج المعرفي السلوكي على تعديل المعتقدات التلقائية وتدريب الأفراد على استخدام استراتيجيات عقلانية لإدارة مشاعرهم ما ينعكس إيجابيا على التحمل النفسي العام.

وقد أظهرت الدراسات التطبيقية للمقاربة أن التدخلات المعرفية تساعد بشكل فعال على رفع المرونة النفسية وتحسين قدرة الفرد على تحمل المشاعر المؤلمة دون الانهيار، خاصة في حالات الاضطرابات المزمنة مثل الاكتئاب والقلق واضطراب ثنائي القطب..(Beck,1976)

5-2-نظرية تنظيم الانفعال :

كما طرحها(Gross (1998، إطارا نظريا في فهم كيفية إدارة الأفراد لتجاربهم الانفعالية. حيث يعرف التنظيم الانفعالي على أنه مجموعة من العمليات الواعية أو اللاواعية تهدف إلى تعديل شدة و مدة أو نوعية المشاعر التي يمر بها الفرد سواء قبل ظهورها أو أثناء حدوثها. هذه العمليات لا تستخدم فقط للحد من المشاعر السلبية بل أيضا لتعزيز المشاعر الإيجابية بما ينعكس على التكيف النفسي والسلوك العام.

وقد أظهرت الأدبيات أن القصور في تنظيم الانفعال يرتبط بشكل مباشر بانخفاض القدرة على تحمل الضيق النفسي، حيث يميل الأفراد ذوي التنظيم الضعيف إلى الاعتماد على استراتيجيات غير فعالة مثل الكبت (Suppression) أو الاجترار (Rumination). هذه الاستراتيجيات لا تؤدي فقط إلى زيادة الشعور بالضيق بل تضعف أيضا المرونة الانفعالية وتؤدي إلى تفاقم الأعراض النفسية مثل القلق والاكتئاب.

إن الاستراتيجيات التنظيمية التكيفية، وعلى رأسها إعادة التقييم المعرفي (Cognitive Reappraisal) تمكن الفرد من إعادة صياغة الحدث المثير للانفعال بطريقة تقلل من تأثيره السلبي، ما يعزز من القدرة

على تحمل المشاعر السلبية ويمنع الاستجابات السلوكية الانفعالية غير المتكيفة. وقد أكدت دراسات مثل ما أشار إليه (2010) Aldao، Nolen–Hoeksema، وSchweizer، أن استخدام هذه الاستراتيجيات يرتبط بزيادة تحمل الضيق على المستويين الانفعالي والسلوكي، مما يقلل من احتمالية الوقوع في سلوكيات تجنبية أو تدميرية.

5-3-نظرية التقبل والالتزام :

طورت على يد Hayes وزملائه (2006)، واحدة من أبرز التيارات المعاصرة في العلاج السلوكي المعرفي، حيث تسلط الضوء على أهمية الاعتراف بالمعاناة النفسية دون محاربتها أو إنكارها، والتركيز عوضا عن ذلك على الانخراط الواعي في القيم والأهداف الشخصية. وفقا لهذا المنظور لا يقاس التكيف النفسي بغياب الألم وإنما بالقدرة على العيش بمرونة مع الألم دون أن يعوق الفرد عن تحقيق حياة ذات معنى.

في هذا السياق يعتبر التحمل النفسي للضيق أحد المفاهيم المركزية في ACT، إذ يرى أصحاب النظرية أن محاولة الهروب من المشاعر السلبية عبر التجنب أو الإنكار أو السلوكيات القهرية يؤدي إلى تفاقم المعاناة الداخلية على المدى الطويل. أما القبول الواعي للمشاعر والانفعالات السلبية فهو ما يمكن الأفراد من توسيع مرونتهم النفسية والانخراط في أفعال متوافقة مع قيمهم الشخصية حتى في ظل وجود الألم أو الخوف أو القلق.

وقد أظهرت البحوث أن الأفراد الذين يتبعون هذا النمط من التفكير يظهرون مستويات أعلى من التحمل الانفعالي والمعرفي، كما أنهم أقل عرضة للسلوكيات التعويضية الضارة. وبذلك تعزز نظرية التقبل والالتزام من القدرة على التكيف المستمر دون إنكار الواقع أو انتظار زوال الألم كشرط للسعادة أو الفاعلية (Hayes et al., 2006)

5-4- نظرية كوباسا المعرفية الإنسانية :

نظرية التحمل النفسي لدى كوباسا (Kobasa, 1982) من أبرز الإسهامات النظرية التي حاولت تفسير الآليات النفسية وراء مقاومة الفرد للضغوط الحياتية وربطها بالوقاية من الاضطرابات النفسية والجسدية. وقد انطلقت كوباسا في تطوير نموذجها النظري من خلال المزج بين أسس المدرسة الإنسانية والمدرسة المعرفية متأثرة بأعمال ماسلو في تحقيق الذات، وروجرز في تقبل الذات، وفرانكل في البحث عن المعنى، حيث تشترك هذه التوجهات في التأكيد على قدرة الفرد على التكيف والنمو رغم المعاناة.

جوهر نظرية كوباسا يتمثل في أن الضغوط الحياتية ليست بطبيعتها مدمرة أو مهددة للصحة النفسية بل قد تكون محفزة للنمو الشخصي، بشرط أن يمتلك الفرد موارد نفسية ومعرفية تمكنه من مواجهتها بفاعلية. وقد أطلقت كوباسا على هذه الموارد مصطلح "الصلابة النفسية" أو Hardiness، واعتبرتها مكافئة لمفهوم التحمل النفسي للضيق إذ تشير إلى قدرة الشخص على الاستمرار في الأداء والوظائف الحياتية رغم التوتر والانزعاج.

وقد حددت كوباسا ثلاثة مكونات رئيسية تشكل هذه الصلابة وهي:

1. الالتزام (Commitment): أي ميل الفرد إلى الشعور بالانخراط والارتباط بما يقوم به من أدوار أو مسؤوليات، ما يمنحه شعورا بالمعنى حتى في أصعب الظروف.
2. التحدي (Challenge): أي القدرة على النظر إلى التغيرات والمواقف الصعبة كفرص للتعلم والنمو وليس كتهديدات.
3. الضبط (Control): أي إيمان الفرد بقدرته على التأثير في مجريات الأموربدلا من الشعور بالعجز أو الاستسلام.

من خلال دراسات ميدانية على موظفين وأشخاص تحت ضغط عال توصلت كوباسا إلى أن الأفراد الذين يظهرون درجات مرتفعة من هذه الأبعاد الثلاثة كانوا أكثر قدرة على التكيف النفسي والجسمي وأقل عرضة للمعاناة من أعراض الاكتئاب، القلق، أو الاضطرابات السيكوسوماتية. وقد ساعد هذا النموذج في إعادة صياغة مفهوم التحمل النفسي من كونه مجرد قدرة على "الصبر على الألم" إلى كونه منظومة معرفية انفعالية شاملة تعزز التكيف الإيجابي في ظل الأزمات .

6- أهمية التحمل النفسي في التعامل مع الإضطرابات النفسية:

لا يعد التحمل النفسي مجرد قدرة على الصبر أو التماسك العابر بل يمثل بنية داخلية ديناميكية تسهم في إعادة التوازن النفسي أثناء وبعد التعرض للضغوط النفسية الحادة أو المزمنة. في سياق الاضطرابات النفسية مثل اضطراب ثنائي القطب، تبين أن الأفراد ذوي التحمل النفسي المرتفع يكونون أكثر قدرة على ضبط استجاباتهم السلوكية والانفعالية خلال المراحل المبكرة من تصاعد الأعراض وهو ما يساهم في كسر دورة التصعيد ومنع تفاقم النوبة.

كما أن التحمل يعزز من فاعلية برامج التدخل النفسي لا سيما تلك التي تعتمد على العلاج المعرفي السلوكي أو استراتيجيات تنظيم الانفعال، إذ يساعد الفرد على تقبل المشاعر السلبية دون مقاومة مفرطة وعلى مواصلة العلاج رغم تقلب المزاج أو الإحساس المؤقت بعدم الجدوى. ويشير الباحثون إلى أن هذا

النوع من الصلابة النفسية مرتبط أيضا بانخراط إيجابي في العلاقات الاجتماعية والتقليل من العزلة مما يعد عاملا حاميا إضافيا في التكيف النفسي طويل المدى. (Small ,Winett ,Meyer & Johnson2018)

خلاصة :

خصصنا هذا الفصل لدراسة مفهوم التحمل النفسي للضيق باعتباره أحد العوامل النفسية الجوهرية في التعامل مع الضغوط والانفعالات المرتبطة بالاضطرابات النفسية وعلى رأسها اضطراب ثنائي القطب. تناولنا مختلف أبعاده النظرية والنفسية والتي من شأنها أن تساهم في بناء فهم متكامل حول كيف يمكن للفرد أن يصمد أمام مشاعر الضيق وعدم الراحة. هذه الأرضية النظرية تعد تمهيدا للجانب التطبيقي من دراستنا، حيث سنقوم بتحليل المعطيات الميدانية للكشف عن آليات التحمل النفسي لدى المصابين باضطراب ثنائي القطب ومدى تأثير هذا المتغير في التعامل مع الاضطراب .



الفصل الثالث

الإجراءات المنهجية للدراسة



تمهيد:

تعد هذه الدراسة محاولة لفهم طبيعة التحمل النفسي للضيق لدى الأفراد المصابين إضطراب ثنائي القطب، وذلك في سياق سعي علم النفس العيادي لتفسير آليات التكيف النفسي في مواجهة الضغوط والانفعالات السلبية.

وسنتناول في هذا الفصل الجوانب المنهجية التي تم الاعتماد عليها لاختبار فرضيات البحث من خلال عرض المنهج المستخدم و تحديد مجتمع الدراسة و خصائص العينة المدروسة.

كما سنقدم وصفا للإجراءات التي قمنا بها خلال الدراسة الاستطلاعية باعتبارها خطوط تمهيدية ساعدتنا في ضبط أدوات البحث وتوجيه العمل الميداني بشكل أكثر دقة . وسنتناول أيضا أدوات جمع البيانات التي وقع عليها اختيارنا، مع توضيح كيفية بنائها أو تكييفها ومدى ملاءمتها لأهداف الدراسة و خصوصية الفئة المدروسة.

1-الإجراءات المنهجية:

1-1-الدراسة الاستطلاعية:

الدراسة الاستطلاعية هي الدراسة التي يجريها الباحث عندما تكون معرفته بمشكلة البحث محدودة ، او عندما تكون المشكلة غير واضحة المعالم فهي تكون بمثابة خطوة تمهيدية في فهم الظروف المحيطة بموضوع البحث . (المجلة العربية للعلوم و نشر الأبحاث ، 10سبتمبر 2024)

1-2-أهداف الدراسة الإستطلاعية:

هدفت دراستنا الإستطلاعية إلى التعرف على بيئة البحث من حيث طبيعة المؤسسة و الظروف التي يعيشها المرضى المصابون بإضطراب ثنائي القطب؛ للتعررف على مظاهر المتغير التابع المتمثل في تحمل الضيق النفسي . كما سعت هذه الدراسة الى تحديد مدى توفر الحالات المناسبة للدراسة الأساسية و للتأكد من إمكانية القيام بها.

1-3-إجراءات الدراسة الإستطلاعية:

1-3-1-الإطار المكاني والزمني للدراسة الاستطلاعية:

الإطار الزمني :

بدأ التربص منذ 25 فيفري إلى غاية 25 أفريل2025 (بلاطو)

و من 5 ماي إلى غاية 5 جوان 2025.(القريطة)

الإطار المكاني :

في مصلحة الاستعجالات الخاصة بالأمراض النفسية والعقلية بالمؤسسة الاستشفائية الجامعية الدكتور بن زرجب وهران (CHU ORAN)، وبالضبط في الجناح رقم 35 المتواجد بمنطقة بلاطو –وهران–.

1-4-نتائج الدراسة الإستطلاعية:

1-4-1-على مستوى الطاقم الطبي:

من خلال تواجدنا داخل المصلحة طيلة فترة الدراسة الاستطلاعية لاحظنا تجاوبا إيجابيا من طرف الطاقم الطبي. كان التعامل مهنيا وإنسانيا في آن واحد، كما لمسنا درجة من التنظيم في تقسيم المهام والتكفل بالحالات رغم الضغط الذي تعرفه المصلحة أحيانا. وفر لنا الطاقم تسهيلات للتعرف على البيئة العلاجية وأجابوا عن تساؤلاتنا المتعلقة بطريقة التشخيص والتكفل، مما ساعدنا على بناء خلفية واضحة للانطلاق في البحث.

1-4-2-على مستوى الحالات:

خلال هذا الشهر زرنا المصلحة بشكل منتظم، كانت هذه الفترة فرصة حقيقية للاطلاع عن قرب على الأجواء العامة داخل المصلحة وعلى سير الحياة اليومية للمرضى سواء في الجناح المخصص للنساء أو ذلك المخصص للرجال. كما أتيح لنا التعرف على الطاقم الطبي العامل هناك من أطباء بسيكياتري

وأخصائيين نفسيين، وتكوين فكرة أولية عن طريقة استقبال المرضى، تشخيصهم، وكيفية التكفل بهم. كما تواجدنا أيضا في قسم الاستعجالات النفسية، الذي يستقبل فيه المرضى الذين يمرون بنوبات حادة أو حالات غير مستقرة هناك يتم تشخيص الحالة بسرعة، وتمنح الأدوية المناسبة وفي بعض الحالات يسمح لهم بالعودة إلى منازلهم بعد التهدئة أو يحولون إلى الإقامة داخل الجناح لمتابعة العلاج. هذه المعايشة الميدانية ساعدتنا في فهم الإطار الذي سنشتغل فيه لاحقا خلال البحث، خاصة من حيث طبيعة الأفراد الذين سنتعامل معهم والظروف التي يعيشونها.

سعينا خلال هذه المرحلة إلى التقرب من حالات الدراسة المقيمين داخل المصلحة من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة التي تسمح لنا بفهم واقعهم النفسي وفحص الهيئة العقلية للتأكد من عدم إصابتهم بأي إإضطراب عصبي، عضوي، إدماني أو و حسي حركي قد يكون مصاحب، مع ضرورة الاستقرار الدوائي لحالات إضطراب ثنائي القطب كما يجب أن تكون الحالات خاضعة للعلاج الدوائي نظرا لعدم تحملنا التبعات الدوائية داخل الوسط الإستشفائي.

كما سمحت لنا مرافقتنا النفسية للطاقم الطبي خلال التكفل بالحالات بالتعامل مع حالتين راشدتين من النساء من سن 52سنة و 35 سنة كما نشير أن متغير الجنس عشوائي و نذكرهما على التوالي:

1-4-3- الحالة الأولى:

حالة حليمة تبلغ من العمر 52 سنة مطلقة وأم لبنتين. تقيم حاليا مع شقيقها في ولاية مستغانم بعد أن فقدت والديها، مستواها التعليمي متوسط ولا تمارس أي مهنة حاليا. عائلتها تتكون من ثلاثة إخوة ترتيبها الثانية(الوسطى) ، ولا توجد سوابق وراثية مباشرة في العائلة من حيث الاضطرابات العقلية. خلال المقابلة العيادية التي أجريت معها ظهرت السيدة حليمة في حالة من الاستقرار النسبي مقارنة ببعض الحالات الأخرى، لكنها كانت متأثرة عند الحديث عن حياتها الشخصية والعائلية. في البداية تطرقت إلى وضعها الأسري حيث ذكرت أنها مطلقة منذ سنوات وأشارت إلى أن زوجها تزوج بعدها. تحدثت عن هذا الموضوع بنبرة حزينة وقالت: "هو بنى حياته وأنا مزالني هنا ندور، بصح هذي هيا الدنيا تجي هاك." هذه العبارة رددتها بتنهيدة طويلة وكأنها تعبر عن مشاعر خيبة وتعب. عند الحديث عن بناتها بدا واضحا أن لها علاقة خاصة بابنتها الصغرى، التي وصفتها بقولها: "هذيك بنتي الصغيرة عينيا، منقدش

نعيش بلا بيها." كررت هذا التعبير أكثر من مرة خلال المقابلة وعندما تم سؤالها عن ابنتها الكبرى اكتفت بذكرها بشكل سطحي دون الدخول في تفاصيل العلاقة، مما أوحى بأنها لا تمنحها نفس القدر من العاطفة. كما عبرت عن رغبة قوية في العودة إلى بناتها والعيش معهن وقالت: "غي نخرج نروح لبناتي نعيشو مع بعض مرانيش غاية كراني بعيدة عليهم." تكررت هذه الفكرة أكثر من مرة خلال الحديث وأظهرت حالة شوق وحنين واضح. عند مناقشة موضوع التكفل بها داخل المؤسسة أبدت رفضا قاطعا لفكرة الذهاب إلى مستشفى سيدي الشحمي، وصرحت بقولها: "خويا باغي يقيسني فسيدي الشحمي باش يقولو عليا مهبولة." كما أضافت: "نخرج ويعرفو بلي مرحتش لسيدي الشحمي أنا هنا راني غاية مريحة كلشي كاين والطبا يتعاملو معانا غاية." من خلال هذه العبارات بدا أنها تحاول الدفاع عن نفسها والتأكيد على أن وضعها مستقر ولا يستدعي تحويلها إلى مؤسسة أخرى. كما بدا واضحا من خلال سلوكها وكلامها أنها تهتم كثيرا بمظهرها الخارجي رغم سنها. تحدثت بثقة عن رغبتها في الاعتناء بنفسها وارتداء ملابس جميلة وقالت: "أنا مازلت شابة ونبغي نطلق شعري ونلبس غاية ونبان مرا ونص." لكنها في نفس الوقت كانت تقارن نفسها بالآخرين، وقالت: "انتم تاني شابين و لابسين خير مني بصح مام أنا فيا الزين." كما عبرت عن رغبتها المتكررة في رؤية البحر وقالت: "حمبوكم دوني للبحر باغيا نشوفه ونشم ريحته لابغا ندخل غي رجليا علابالي راه البرد." ورددتها أكثر من مرة خلال الحديث، وعند محاولتنا الحديث معها عن النوبات السابقة أو عن أسباب تدهور حالتها النفسية امتنعت عن الإجابة، وكانت إما تغير الموضوع أو تلتزم الصمت أو تبدأ في الغناء ما صعب الوصول إلى تفاصيل دقيقة حول مراحل مرضها السابقة. خلال المقابلة مرت الحالة بلحظات من الهدوء لكنها انتقلت في بعض الأحيان إلى البكاء المفاجئ خاصة عندما كانت تتحدث عن فراقها لابنتها الصغرى مما أبرز تأثرها الشديد الجانب من حياتها.

1-4-3-1—فحص الهيئة العقلية:

الإستعداد و السلوك العام:

تظهر الحالة ببنية جسدية هزيلة متوسطة القامة ذات شعر قصير وملامح وجه شاحبة، ترتدي ملابس نظيفة وبسيطة تتناسب مع بيئتها الاجتماعية، كان التواصل معها ممكنا وقد أبدت تعاونا مقبولا خلال

المقابلة رغم وجود نوع من التذبذب في التركيز والانتباه. تظهر عليها علامات التأثر العاطفي الشديد خاصة عند الحديث عن ابنتها، تبكي بسهولة وتعبر عن مشاعر الحزن بصدق واندفاع النفسي .

النشاط العقلي:

تبدو أفكار الحالة منظمة نسبيا يظهر أحيانا نوع من التشتت الذهني عند استحضار مواضيع ذات طابع عاطفي أوعائلي، لا توجد علامات واضحة على وجود تفكير وهامي أو ضلالات حادة . لكنها تميل إلى تضخيم بعض المواقف الأسرية، لغتها بسيطة ومفهومه وتعبيراتها غالبا ما تكون عاطفية ومشحونة وجدانياً .

المزاج والعاطفة:

تظهر الحالة تقلبا واضحا في المزاج ، فهي في لحظات تتحدث بهدوء ثم تنفجر بالبكاء عند استحضار موضوع ابنتها ، تسود حالتها نبرة من الحزن مع وجود نوبات إنفعالية متقطعة تعكس اضطرابا في التحكم العاطفي يبدو عليها نوع من الحنين الممزوج بالقلق.

محتوى التفكير:

تركز الحالة في حديثها على مواضيع عائلية خاصة مشكلتها مع شقيقها، وتظهر نوع من الحساسية المفرطة تجاه "ما تعتبره محاولة للسيطرة عليها أو أبعادها قسرا عن المصحة ".كما تتحدث بفخر عن بقائها في المصحة الحالية ورفضها للتحويل إلى مستشفى الامراض العقلية بسيدي الشحمي وهو ما تعتبره نوعا من ا"لكرامة المحفوظة " ، أفكارها لا تتسم بالاوهام لكنها متأثرة وجدانيا بتجاربها.

القدرة العقلية:

تظهر الحالة قدرة جيدة على التوجه المكاني والزماني، وتجيب على الأسئلة بوعي واضح للمحيط رغم بعض التردد في بعض المواضيع ،لا توجد مؤشرات قوية على تدهور في الوظائف العقلية العليا.

الاستبصار والحكم:

بالرغم من تواجد الحالة بمصلحة العلاج ما قد يشير إدراك حالتها للعلاج الا اننا نلاحظ تذبذب رغبتها في البقاء في المصحة كنوع من الخروب من الجو العائلي الضاغط و في نفس الوقت الخوف من الوصمة العائلية من خلال تحويلها الى مستشفى الأمراض العقلية بسيدي شحمي .

1-4-3-2-مؤشرات التحمل النفسي للضيق لدى الحالة الأولى :

1. مشاعر الخذلان، الخيبة و الإحباط من الطلاق لقولها "هو بَنَى حياته و أنا مزالني هنا ندور."
2. معاناة الشوق و الحنين خلال فترة التكفل داخل المستشفى " مرانيش غاية كراني كراني بعيدة عليهم."
3. التعلق بالمظهر (صورة الجسد) ، وظهور المقارنة بالآخر " انتم تاني شابين و لابسين خير مني بصح مام أنا فيا الزين."
4. سلوكات غير منسجمة تظهر في عدم تحمل الإستثارة السلوكية (سلوك هوسي) "حمبوكم دوني للبحر باغيا نشوفه ونشم ريحته لابغا ندخل غي رجليا علابالي راه البرد."

1-4-4- الحالة الثانية :

السيدة فطيمة تبلغ من العمر 35 سنة متزوجة وأم لطفل رضيع. تقيم بولاية وهران مع زوجها تنشط في العمل الخيري والتطوعي وتصرح أنها تجد ذاتها في مساعدة الآخرين. مستواها التعليمي ثانوي تنتمي لعائلة معروفة اجتماعيا حيث يشغل إخوتها مناصب عليا. والدها ووالدتها على قيد الحياة ولها 4أخوان وأخت.لا توجد سوابق وراثية مباشرة للإضطرابات النفسية في العائلة، تم إدخالها إلى مصلحة الأمراض العقلية على إثر نوبة هوس حادة، ظهرت من خلالها مجموعة من التصرفات غير المعتادة من بينها قيامها بقص شعرها بطريقة ذكورية وهو ما أثار قلق عائلتها خاصة زوجها. في بداية اللقاء كانت الحالة أكثر توازنا مما كانت عليه عند دخولها، لكنها لا تزال تحت تأثير بعض أعراض الهوس. عبرت عن تعلقها الشديد بزوجها وكانت تذكره بتأثر واضح قائلة: "نبغيه بزاف هو السند تاعي راني باغية نروح عنده نرجع لداري ولولدي الصغير. ولدي يشبه له بزاف كيتشوفي ولدي تشوفي راجلي." في حديثها عن محيطها العائلي أوضحت أنها تنتمي لعائلة كبيرة ومشهورة في وهران، وأن إخوتها يشغلون مناصب مرموقة ما جعلهم حريصين على الحفاظ على سرية حالتها لتجنب التعليقات والانتقادات من الناس.

وقالت: "خاوتي كامل ببلايصهم وخايفين الناس تهظر، بصح أنا نبغي نعيش حياتي ونبغي نفرح ونبغي نتحرك ونبغي نخدم." كما أكدت أنها نشيطة في الأعمال الخيرية والتطوعية وتحب مساعدة الآخرين، وذكرت ذلك بقولها: "أنا نحب ندير الخير نحاول نروح نحوس على المحتاج ونفرحه حياتي غي حركة، منقدش نقعد بلا مندير حاجة." عند الحديث عن أعراضها لم تكن مرتاحة للخوض في التفاصيل لكنها صرحت أنها تسمع أصواتا: "كاين ناس يهدرولي نسمع أصوات بصح ما نبغيش نحكي بزاف على هذا الصوالح راني باغي نخرج نروح لدار عند راجلي ولولدي." كما أشارت الى أنها تعاني من هاته الأصوات منذ ولادة إبنها .طوال المقابلة كانت تهتم بمظهرها رغم وجودها داخل المصحة وصرحت بذلك بقولها: "أنا توجور نبغي نكون شابة نبغي نطلق شعري نلبس غاية ، المرأة خصها تبقى توجور مرأة وتتهلا في روحها ليها ولراجلها." وكانت تصرفاتها توحي بدرجة من الثقة بالنفس والاعتزاز بذاتها حتى في ظل وضعها الصحي. كررت رغبتها القوية في الخروج من المصحة والعودة لحياتها الزوجية قائلة: "أنا بغيت نرجع لراجلي بغيت نعيش كما قبل راني توحشت ولدي هوما دوايا." هذه العبارات عبرت بها أكثر من مرة، ما يعكس شوقها العميق لحياتها السابقة وارتباطها العاطفي القوي بعائلتها الصغيرة.

1-4-4-1-فحص الهيئة العقلية:

الإستعداد والسلوك العام:

تظهر الحالة بجسد ممتلىء نسبيا سمراء البشرة شعرها مقصوص بطريقة ذكورية وقد ذكرت انه تم قصه خلال نوبة هوس سابقة. مظهرها العام مرتب لكن طريقتها في الجلوس وحركاتها المتكررة تعكس نوعا من التوتر الداخلي كانت في البداية متحفظة ثم بدأت تتجاوب تدريجيا خاصة عند الحديث عن ابنها الرضيع .

النشاط العقلي:

تميز النشاط العقلي بسرعة في الكلام مع صعوبة الاستقرار على واحد ، حديثها يغلب عليه الحماس و الإندفاع وتنتقل من فكرة إلى أخرى بتسارع واضح ما قد يشير إلى بقايا نوبة هوسية ،لغتها مفهومة.

المزاج والعاطفة:

المزاج يبدو متهيجا إذا تميل إلى التحدث بإنفعال واضح وتضحك فجأة دون مبرر ثم قد تدخل في نوبة بكاء عند الحديث عن معاناتها مع زوجها بعد الولادة ، يظهر إضطراب في التنظيم العاطفي وهو سمة شائعة في إضطراب ثنائي القطب.

محتوى التفكير:

تركز في تفكيرها على علاقتها بزوجها ومعاناتها بعد الولادة وتعبر عن شعورها في الإرهاق والإهمال لا توجد مؤشرات على وجود أفكار وهمية أو ضلالات لكن أحيانا تضخم بعض المواقف وتظهر حساسية انفعالية مفرطة . تصرعلى أن نوبة الهوس كانت خارج عن سيطرتها لكنها تعتبر نفسها الآن أحسن من قبل.

القدرة العقلية:

تبدو قدرتها على التوجه الزمني و المكاني محفوظة إذ كانت واعية بمكان تواجدها و تاريخ اليوم ، تسترجع الأحداث بشكل سليم رغم بعض الإرتباك اللحظي. لا تظهر إضطرابات واضحة في التركيز أو الذاكرة.

الإستبصار و الحكم:

تبدي الحالة وعيا نسبيا بما مرت به و تقر بأنها عانت من "إنفلات نفسي" خلال فترة الولادة لكنها لا تسمي حالتها إضطرابا . لا تزال تبرر بعض تصرفاتها السابقة على أنها رد فعل للضغوط ما يدل على وعي جزئي و عدم إستبصار كامل ، حكمها على الأمور يبدو مضطربا أحيانا .

1-4-4-2-مؤشرات التحمل النفسي للضيق لدى الحالة الثانية :

-صعوبة في تجاوز الضغط الإدراكي الاجتماعي الناتج عن "نظرة الآخرين " خاوتي كامل ببلايصهم وخايفين الناس تهضر".

- التجنب الادراكي للواقع المرضي؛ من تفادي الخوض في معاناة الهلوسة السمعية "كاين ناس "يهدرولي نسمع أصوات... بصح ما نبغيش نحكي بزاف على هذا الصوالح".

– تَعلّق عاطفي قوي، مرفوق بشوق شديد وارتباط وجداني يصعب تنظيمه أو تحمّله نحو زوجها وابنها؛ " نبغيه بزاف، هو السند تاعي، راني باغية نروح عنده، نرجع لداري ولولدي الصغير".

– سلوك اندفاعي متهور يعكس ضعف التحمل السلوكي للضغط الداخلي خلال فترات اضطراب المزاج؛ " سلوك قصّ الشعر بطريقة ذكورية".

–الاهتمام المفرط بالمظهر والتصريح المتكرر بذلك؛" نبغي نكون شابة نلبس غاية... المرأة خصها تبقى توجور مرأة".

–صعوبة ضبط الحركة والإثارة النفسية؛ "حياتي غي حركة، منقدش نقعد بلا مندير حاجة."

1-5-الإستنتاج:

مكنتنا هذه الدراسة الاستطلاعية، رغم القيود المنهجية المرتبطة بقصر فترة الإقامة في المصحة، من التقرب الأولي من بعض الأبعاد النفسية المرتبطة بتحمّل الضيق لدى حالتين مصابتين باضطراب ثنائي القطب، الأولى في سنّ 52 والثانية تبلغ 35 سنة.

ورغم تعذر إجراء مقابلات عيادية معمقة أو تطبيق أدوات القياس النفسي، إلا أن الملاحظة الإكلينيكية سمحت بتسجيل مؤشرات ميدانية مبدئية تمسّ جوانب مختلفة من تحمل الضيق النفسي:

على المستوى الإدراكي، لاحظنا لدى الحالتين صعوبة في استيعاب بعض أبعاد التجربة المرضية أو في الحديث عنها بوضوح خاصة ما تعلق بالهلوسات أو النوبات السابقة، حيث تميل كل منهما إلى تجنب الخوض في محتوى هذه الخبرات. كما رُصد لدى كل منهما نوع من التمثلات الذهنية المشحونة بالقلق الاجتماعي المرتبط بنظرة الآخرين أو بالخوف من الوصم، مما يعكس هشاشة في القدرة على إعادة تأطير الموقف النفسي المرضي إدراكيًا.

على الصعيد الوجداني، برز اضطراب في التنظيم العاطفي لدى الحالتين، سواء من خلال الانفعالات المفاجئة (كالبكاء أو الضحك دون سياق واضح)، أو من خلال التعلّق العاطفي الشديد بأشخاص من المحيط (الابن، الزوج، الأم...)، مع صعوبة في فصل البعد الذاتي عن العلائقي، ما يُعبّر عن ضعف في تحمل الشحنة الوجدانية المصاحبة للاضطراب.

أما سلوكيا، فقد أظهرت كل من الحالتين ميولًا سلوكية اندفاعية خلال النوبة الهوسية، مثل السلوكيات غير المعتادة على مستوى المظهر أو الحركية المفرطة، إضافة إلى مقاومة واضحة لفكرة البقاء في المصحة، وهي مؤشرات تكشف عن الاندفاعية السلوكية وضعف في الكبح السلوكي، من جهة ومن جهة الميل الى الإهمال و اللامبالاة، أمام الميزاج الهوسي–الاكتئابي، وعن ميل لتعويض التوتر الداخلي من خلال نشاط خارجي زائد أو غير موجه.

تبيّن لنا من خلال هذا العمل الاستطلاعي أيضًا أن الإقامة القصيرة داخل المصحة، وكذا طبيعة المرحلة الحادة من الاضطراب، تشكلان عائقًا أمام التقييم النفسي العيادي المنتظم، وبالتالي فالتعامل مع اضطراب ثنائي القطب يتطلب ضبطًا دقيقًا لشروط وخصائص التقييم العيادي، وعليه سنعرض في العنصر الموالي المنهجية التي تم اعتمادها في إعداد الدراسة الأساسية، من حيث العينة، الأدوات، وإجراءات جمع البيانات.

1-6-صعوبات الدراسة الاستطلاعية:

أثناء تنفيذ الدراسة الاستطلاعية داخل مصلحة الاستعجالات للأمراض النفسية والعقلية بالمؤسسة الاستشفائية بوهران (جناح 35)، واجهنا عدة صعوبات ميدانية أثرت بشكل مباشر على مسار جمع المعطيات، من أبرز هذه التحديات:

- كان هناك نقص في الحالات المصابة باضطراب ثنائي القطب، ويعود ذلك إلى خصوصية هذا النوع من المرضى.
- لا يُحال مرضى اضطراب ثنائي القطب إلى مصلحة الاستعجالات إلا خلال فترات الهوس الحاد أو نوبات الاكتئاب الشديد، هذه الفترات تتسم بـ عدم الاستقرار النفسي والانفعالي، مما يعرقل إمكانية إجراء مقابلات نفسية عيادية ناجحة أو متكاملة.
- مدة إقامة المرضى داخل المصلحة قصيرة جدا، حيث لا تتجاوز غالبا أسبوعا واحدا، يتم خلال هذه الفترة ضبط حالتهم بالأدوية بسرعة، ثم يغادرون إما إلى منازلهم أو يحولون إلى مستشفى سيدي الشحمي المختص بالأمراض العقلية.
- التنقل السريع للمرضى صعب من إمكانية متابعة الحالات أو التعمق في التقييم العيادي النفسي

كما نشير أن غياب التأطير الميداني للطالب المتربص؛ بحيث لا يتم توجيه المرضى إليه بشكل مباشر، مما يصعب عملية التواصل ويحد من فرص إجراء المقابلات النفسية.

2-منهج البحث و أدواته:

2-1-المنهج العيادي:

في ضوء طبيعة موضوع بحثثنا ، الذي يتناول موضوع التحمل النفسي للضيق لدى المصاب بإضطراب ثنائي القطب، إعتمدنا على المنهج العيادي بإعتباره الأنسب لدراسة الحالات النفسية بشكل معمق . حيث يسمح بإستكشاف الاعراض و السيرورات النفسية و التمكن من الفهم الدقيق للتاريخ الشخصي للمفحوص .

المنهج العيادي هو المنهج الذي يستخدمه المختص النفسي في دراسة المشكلات الشخصية للأفراد، ويجمع بيانات تفصيلية عن تاريخ حياة الفرد و ظروف تنشئته و علاقاته عن طريقة مقابلة الفرد أو من تربطهم علاقة به و من خلال الإختبارات النفسية . (محمد النوبى محمد على ، 2010)

ومن خلال المنهج العيادي نستطيع فهم كل حالة على حدة من خلال ما يصرح به االمفحوص من أقوال و أيضا من خلال ملاحظة حركاته و تصرفاته الغير لفظية تمكننا من إستخلاص معانٍ قد لا تقال مباشرة.

فالأخصائي النفسي يعتمد على المنهج العيادي الذي يقوم على الدراسات المتعمقة للظواهر النفسية والاجتماعية و إنعكاساتها على ديناميات الشخصية ، و هذا ما يمثل منهج دراسة الحالة بإعتبارها حالة خاصة وفريدة من نوعها لا تقبل التعميم وبدورها ترتكز على أدوات من المقابلة العيادية ، الملاحظة المباشرة لسلوكات الحالة و الملاحظة الغير مباشرة من خلال تطبيق إختبارات نفسية تسمح بتوضيح و تدعيم نتائج المقابلة العيادية

كما يرتكز أيضا هذا المنهج على مجموعة من الادوات و الاختبارات و الاستمارات الاكلينيكية التي تعتمد على مساعدة الافراد و تحليل أداءاتهم (عبد الباسط متولي خضر، 2014).

2-2-1المقابلة العيادية النصف موجهة:

نشير أن المقابلة العيادية هي علاقة إجتماعية مهنية دينامية وجها لوجه بين الأخصائي والعميل في جو نفسي آمن يسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين يهدف إلى جمع معلومات من أجل حل المشكلة.

و هي إحدى الوسائل المهمة لجمع البيانات في البحث الإكلينيكى خاصة تلك المعلومات التي ترتبط في أغلب الأحيان بمشاعر و عقائد و دوافع الأفراد .(عبد الباسط متولي خضر، 2014)

وقد تم إختيار المقابلة العيادية كأداة أساسية لجمع المعلومات حول الحالات نظرا لملاءمتها لطبيعة البحث ونظرا لأن موضوع الدراسة يتطلب فهما دقيقا لمستوى التحمل النفسي لدى المصابين

بإضطراب ثنائي القطب، فقد كان من الضروري التقرب من الحالات بشكل مباشر و إجراء مقابلات معهم في بيئتهم العلاجية، و قد مكنتنا هذه الأداة من جمع بيانات نوعية غنية تخدم أهداف البحث.

و قد تم إختيارنا على المقابلة العيادية النصف موجهة التي يقوم فيها الباحث بتحديد مجموعة من الأسئلة بغرض طرحها على المبحوث، مع احتفاظ الباحث في حقه بطرح أسئلة من حين لآخر دون خروجه عن الموضوع. (عبد الحميد، هـ ، 2022)

ونحن بصدد بناء دليل المقابلة الذي يسمح لنا بالتعرف عن عمق بمتغير التحمل النفسي للضيق. كما يهدف **إلى** التعرف على الكيفية التي يتحمل بها الفرد المصاب اضطراب ثنائي القطب، مشاعر الضيق والضغوط النفسية التي يمر بها خلال نوبات المرض، مع استكشاف العوامل الداخلية والخارجية المساهمة في عملية التحمل النفسي للضيق.

وتتمثل محاورها في :

- المحور الأول: تجربة المريض مع المرض
- المحور الثاني: المشاعر أثناء فترات الأزمات
- المحور الثالث: آليات واستراتيجيات المواجهة
- المحور الرابع: الإدراك الذاتي للتحمل
- المحور الخامس: الدعم الاجتماعي وتأثيره
- المحور السادس: أثر المرض على صورة الذات والثقة بالنفس.

2-2-2-الملاحظة العيادية:

الملاحظة العيادية هي الخطوة الأولى في البحث العلمي و هي من أهم الأدوات وذلك لأنها توصل الباحث الى الحقائق و تمكنه من صياغة فرضياته و نظرياته و عندما يقوم الباحث بجمع بيانات لأغراض بحث علمي ما فإنه قد يحتاج لمشاهدة الظواهر بنفسه أو قد يستخدم مشاهدات الآخرين للظاهرة أو الظواهر. (سناء محمد سليمان، 2010)

كما أنها تشير إلى ملاحظة الوضع الحالي للعميل في قطاع محدود من قطاعات سلوكه، وتسجيل لموقف من مواقف سلوكه، وتشمل ملاحظة السلوك في مواقف الحياة اليومية الطبيعية، و مواقف التفاعل الاجتماعي بكافة أنواعها . (عبد الباسط متولي خضر,2014)

تتمثل الملاحظة العيادية في الملاحظة المباشرة والغير مباشرة، و نشير انه في الإطار العيادي تستخدم الملاحظة المباشرة في تتبع و رصد سلوكات المفحوص تظاهرة النفسية. اما الملاحظة الغير مباشرة فهي الملاحظة التي تستعمل فيها الأدوات الوسيطة ونتحصل عليها من خلال وسائط تتمثل في اختبارات نفسية للتعرف على نمط السلوكات وبالتالي سوف نستخدمهما معا من خلال تطبيق فحص الهيئة العقلية لتحديد تشخيص اضطراب ثنائي القطب.

2-2-3-فحص الهيئة العقلية:

تم تصميمه من طرف الأستاذ نصرة قويدر سنة 1978 ، و هو يعتمد على الملاحظة المباشرة و غير المباشرة في تحديد طبيعة كل من الإستعداد و السلوك العام ، النشاط العقلي ، المزاج و العاطفة، محتوى التفكير، القدرة العقلية والاستبصار و الحكم .

2-2-4-مقياس التحمل النفسي للضيق:

2-2-4-1-فكرة المقياس:

مقياس التحمل النفسي للضيق هو أداة تقيس قدرة الفرد على تحمل المشاعر السلبية أو المؤلمة دون اللجوء إلى سلوكيات تجنبية أو إندفاعية.

الجدول : بطاقة فنية لمقياس التحمل النفسي للضيق(DTS)

العنصر	المحتوى
إسم الإختبار	مقياس التحمل النفسي للضيق Distress Tolerance Scale (DTS)
المطور	Simons & Gaher (2005)
الهدف من الإختبار	قياس قدرة الافراد علىتحمل المشاعر السلبية و الضيق النفسي دون الإنخراط في سلوكيات تجنبية .
عدد البنود	15بنداً
نمط الإجابة	مقياس ليكرت من 5 درجات (من "لا أوافق إطلاقا "إلى "أوافق تماما"
الأبعاد الأربعة للمقياس	1. التحمل (Tolerance) 2. الانغماس (Absorption) 3. التقييم(Appraisal) 4. التنظيم (Régulation)
الإستخدامات الشائعة	يستخدم في البحوث النفسية و السريرية لتقدير مدى إستعداد الأفراد لمواجهة التوتر و الضيق

2-2-4-2-التعريف بالمقياس:

تم تطوير هذا المقياس من طرف simons و Gaher، و يهدف إلى تقييم مدى قدرة الأفراد على مواجهة الضيق العاطفي، و يتضمن أربعة أبعاد رئيسية:

1. **التحمل (Tolerance)** : مدى تحمل الشخص للمشاعر السلبية.
2. **الإنغماس (Absorption)** : درجة انشغال الشخص بهذه المشاعر.
3. **التقييم (Appraisal)** : الطريقة التي يقيم بها الشخص تجربته الإنفعالية.
4. **التنظيم (Régulation)** : قدرة الشخص على تنظيم إستجابته للضيق.

صمم مقياس التحمل النفسي للضيق لقياس القدرة المتطورة لدى الأفراد على تحمل الحالات الإنفعالية السلبية .يطلب من المفحوصين استحضار مواقف شعروفيها بالضيق ثم تقييم مدى اتفاقهم مع عبارات تعبر عن مشاعرهم واتجاهاتهم تجاه هذا الضيق مثل : "الشعور بالضيق لا يحتمل بالنسبة لي"، وذلك باستخدام سلم من" لا اوافق بشدة "إلى" اوافق بشدة."

يتكون هذا المقياس من 15 بندايجيب عنها باستخدام مقياس ليكرت من 5 نقاط، من و1 (اوافق بشدة) إلى 5(لا اوافق بشدة). يتم جمع النقاط للحصول على المجموع الكلي والذي يتراوح بين 15 و75 ، بحيث تعكس الدرجات الأعلى قدرة أكبر على تحمل الضيق النفسي.البند رقم 6 يعكس في التصحيح

(reverse-scored) . كما يمكن حساب درجة كلية أعلى من خلال حساب متوسط الدرجات الأبعاد الأربعة الفرعية.(Blueprint Help Center, n.d..)

2-2-4-3-تقييم المقياس:

الجدول: توزيع البنود حسب الأبعاد الفرعية لمقياس التحمل النفسي للضيق (DTS):

البعد الفرعي	أرقام البنود
التحمل **Tolérance**	**1,3,5**
الإنغماس **Absorption**	**2, 4, 15**
التقييم **Appraisal**	**6, 7,9,10,11,12**

التنظيم **Régulation**	**8,13,14**

تعليمة Likert لحساب المقياس :

مقياس ليكرت من 1 ("أعارض تماما ") إلى 5 ("أوافق تماما").

الدرجة	التقدير اللفظي
1	أعارض تمامًا
2	أعارض
3	لا أوافق لا أعارض
4	أوافق
5	أوافق تمامًا

·متوسط عناصر كل عامل = درجة العامل الفرعي.

·متوسط درجات العوامل الفرعية الأربعة = الدرجة الكلية.

·الدرجات العالية<——— تسامح أكبر مع الضيق.

(Simons & Gaher ,2005)

2-2-4-4-تعليمة المقياس :

أود في البداية أن أؤكد لك أن هذه المقابلة تهدف فقط إلى فهم تجربتك الشخصية مع ما مررت به من فترات صعبة وذلك في إطار مساعدتك بشكل أفضل. لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة فكل ما تقوله يعكس تجربتك الخاصة التي نود الاستماع إليها بكل احترام واهتمام. خذ وقتك في الإجابة وتحدث بالطريقة التي تشعر معها بالراحة.

فكر في مواقف شعرت فيها بالضيق أو انزعاج ، ضع علامة(□)في الخانة التي تعبر اكثر عن مدى اتفاقك مع كل عبارة أدناه بناءا على مشاعرك ومعتقداتك.

والملاحظ أننا قمنا بتوضيح البنود للحالة.

الجدول : العناصر الأصلية و المترجمة لمقياس التحمل النفسي للضيق (DTS) :

الترجمة العربية للنسخة الفرنسية	البُعد	النص المترجم (فرنسي)	النص الأصلي (إنجليزي)
لا أستطيع إحتمال شعوري بالضيق أو الإنزعاج	التسامح	1-Me sentir tourmenté ou contrarié m'est insupportable	1. Feeling distressed or upset is unbearable to me.
عندما أشعر بالضيق أو الإنزعاج، الشيء الوحيد الذي أفكر فيه هو مدى شدة ضيقي .	الإنغماس	2-Quand je me sens tourmenté ou contrarié,la seule chose à laquelle je pense est l'intensité de ma détresse	2. When i feel distressed or upset,all i can think about is how bad ifeel.
لا أطيق شعوري بالضيق و الإنزعاج .	التسامح	3-Je ne supporte pas me sentir tourmenté ou contrarié	3. I can't handle feeling distressed or upset
مشاعري بالضيق شديدة لدرجة أنها تغمرني تماما .	الإنغماس	4-Mon sentiment de détresse est si intense qu'il m'envahit complètement.	4. My feelings of distress are so intense that they completely take over.
لا يوجد أسوء من الشعور بالضيق أو الإنزعاج .	التسامح	5-Il n'y a rien de pire que de se sentir tourmenté ou contrarié.	5. There's nothing worse than feeling distressed or upset
قدرتي على تحمل الضيق أو الإنزعاج تضاهي غالبية الناس.	التقييم (معكوس)	6-Ma tolérance à la détresse ou à la contrariété est comparable à celle de la majorité des gens.	6. I can tolerate being distressed or being upset as well as most people

7. My feelings of distress or being upset are not acceptable.	7-Mon sentiment de détresse ou de contrariété n'est pas acceptable.	التقييم	شعوري بالضيق و الإنزعاج غير مقبول .
8. I'll do anything to avoid feeling distressed or upset	8-Je ferais n'importe quoi pour éviter de me sentir tourmenté ou contrarié.	التقييم	سأفعل أي شيء لتجنب الشعور بالضيق أو الإنزعاج .
9. Other people seem to be able to tolerate feeling distressed or upset better than i can .	9-Les autres semblent davantage capables que moi de tolérer les sentiments de détresse ou de contrariété .	التقييم	يبدو أن الآخرين أكثر قدرة مني على تحمل مشاعر الضيق أو الإنزعاج .
10. Being distressed or upset is always a major ordeal for me	10-Être tourmenté ou contrarié est toujours une épreuve majeure pour moi.	التقييم	الشعور بالضيق أو الإنزعاج يكون دائما تجربة صعبة كبيرة بالنسبة لي.
11. I am ashamed of of myself when i feel distressed or upset.	11-J'ai honte de moi-même quand je me sens tourmenté ou contrarié	التقييم	أشعر بالخجل من نفسي عندما أشعر بالضيق أو الإنزعاج .
12. My feelings of distress or being upset scare me.	12-J'ai peur de mon sentiment de détresse ou de contrariété.	التقييم	مشاعري بالضيق أو الإنزعاج تخيفني .
13. I'll do anything to stop feeling distressed or upset	13-Je ferais n'importe quoi pour casser de me sentir tourmenté ou contrarié.	التنظيم	سأفعل أي شيء لأتوقف عن الشعور بالضيق أو الإنزعاج .
14. When i feel distressed or upset, i must do something about it immediately.	14-Quand je me sens tourmenté ou contrarié,je dois immédiatement y remédier .	التنظيم	عندما أشعر بالضيق أو الإنزعاج ، يجب علي أن أتعامل معه فوراً.

عندما أشعر بالضيق أو الإنزعاج ، لا أستطيع منع نفسي من التركيز على مدى شدة الضيق الذي أشعر به .	الإنغماس	15-Quand je me sens tourmenté ou contrarié,je ne peux pas m'empêcher de me concentrer sur l'intensité de la détresse ressentie.	15. When i feel distressed or upset, I cannot help but concentrate on how bad the distress actually feels.

(Reverso Context, s.d.)

2-3-أجرأة الفرضية العامة:

نذكر أن الفرضية العامة تتمثل فيما يلي :

الفرضية العامة:

يتميز المصاب باضطراب ثنائي القطب بخلل على مستوى التحمل الإدراكي و الوجداني والسلوكي للضيق النفسي.

ومن خلال نتائج الدراسة الإستطلاعية التي سمحت لنا برَصد المؤشرات تحمل الضيق للحالتين فطيمة و حليمة و كذلك من خلال الإختيار المنهجي المناسب لتتبع متغير تحمل الضيق في موضوعنا إضطراب ثنائي القطب، وعليه سيتم أجرأة الفرضية الجزئية على مستويين العيادي و السيكوميتري (مقياس تحمل الضيق) :

2-3-1-الفرضية الأولى على المستوى العيادي :

يتميز المصاب باضطراب ثنائي القطب بـ :

-تفسير المرضي للإدراكات (تضخيم، تأويل ذاتي مشوه)

-سلوكيات إندفاعية وصعوبة في كبح الأفعال

-خلل في تنظيم إنفعالاته (تقلب انفعالي غير مبرر)

-التعلق الانفعالي المفرط بشخص من المحيط الأسري أو الاجتماعي

2-3-2-الفرضية الإجرائية الثانية (على مستوى المقياس):

يتحصل المصاب بإضطراب ثنائي القطب على درجات منخفضة على مستوى أبعاد مقياس تحمل الضيق التي تتمثل فيما يلي:

- القدرة على التحمل,(Tolérance)

- الميل إلى الانغماس في المشاعر السلبية,(Absorption)

- تقييم الضيق(Appraisal)

- وتنظيم المشاعر المرتبطة به(Regulation)

2-3-3-خصائص إختيار الحالات:

- التشخيص المؤكد بإضطراب ثنائي القطب، دون مصاحبته باظطرابات أخرى (عصبية، إدمانية، سيكاثرية أخرى).
- أن تكون الحالة في وضع مستقر دوائيا (خارج نوبة الهوس أو الإكتئاب الحاد)
- أن يكون المفحوص في سن الرشد.
- القدرة على الفهم والتفاعل مع أدوات القياس المستعملة في الدراسة.
- الموافقة الطوعية والمستنيرة على المشاركة في البحث.

2-4-برنامج التدخل النفسي العيادي:

خلال دراستنا العيادية الأساسية برمجنا جلسات الفحص والتشخيص؛ في الجدول التالي سوف نبين تدخلاتنا مع الحالات الأساسية المصابة بإضطراب ثنائي القطب التي سنعتمد منها على مؤشرات تحمل الضيق النفسي.

عدد الحصص	مدة الحصص	الهدف من الحصة
الحصة الأولى	20دقيقة	بناء علاقة علاجية قائمة على الثقة، وتوضيح أهداف البرنامج ومراحله، مع الحصول على موافقة الحالة على المشاركة الواعية في التدخل
الحصة الثانية	45دقيقة	جمع معلومات حول التاريخ النفسي والاجتماعي والصحي للحالة لفهم سياق معاناتها بشكل شامل
الحصة الثالثة	45دقيقة	رصد المؤشرات النفسية للضيق من خلال تطبيق دليل المقابلة النصف الموجهة
الحصة الرابعة	45دقيقة	تطبيق مقياس التحمل النفسي للضيق واختتام التدخل النفسي مع الحالة

الحصة الأولى:

في هذه الجلسة، كان الهدف الأساسي هو خلق جو من الأمان والثقة بيننا وبين الحالة، وذلك عبر بناء علاقة علاجية مريحة وواضحة. تم تقديم البرنامج العلاجي وشرح مراحله ومحتواه كما تم التأكيد على أهمية المشاركة الواعية للحالة من خلال موافقتها على تقديم المساعدة في هذه الدراسة.

الحصة الثانية:

تم خلال هذه الحصة التركيز على استكشاف الخلفية الشخصية والنفسية للحالة من خلال جمع معلومات دقيقة عن ماضيها الأسري، الاجتماعي والصحي. هذا سمح بفهم أعمق لسياق معاناتها النفسية وربطها بالعوامل المؤثرة في حياتها مما يوفر أرضية صلبة لفهم وضعها الحالي بشكل شامل.

الحصة الثالثة:

ركزت هذه الجلسة على التعرف على المؤشرات النفسية للضيق كما تظهر عند الحالة، وذلك من خلال تطبيق دليل المقابلة النصف الموجهة. هذا الأسلوب ساعد على رصد التوترات والانفعالات، وساهم في كشف الجوانب الخفية في طريقة إدراك الحالة للضيق وكيفية تعايشها معه.

الحصة الرابعة:

في الجلسة الأخيرة تم تطبيق مقياس التحمل النفسي للضيق لتقدير مستوى قدرة الحالة على مواجهة المشاعر السلبية والتعامل معها. كما تم اختتام التدخل بتلخيص النتائج، تقديم تغذية راجعة، وتوجيه بعض النصائح لمساعدة الحالة على الاستمرار في دعم صحتها النفسية بعد انتهاء اللقاءات.

خلاصة:

تناول هذا الفصل الجوانب المنهجية للدراسة حيث تم تحديد العينة المستهدفة و الصعوبات الميدانية التي واجهتنا، كما تم عرض أدوات القياس المعتمدة ويلي هذا الفصل عرض النتائج الخاصة بالدراسة.

ويلي هذا الفصل عرض حالات الدراسة الأساسية ؛ نتائجها و تفسيرها .



الفصل الرابع

الدراسة الأساسية



تمهيد :

في هذا الفصل سنتناول الجانب التطبيقي من بحثنا حيث قمنا بدراسة حالتين تم تشخيصهما باضطراب ثنائي القطب، الهدف من هذا الفصل هو عرض كيفية تطبيق أدوات البحث المتمثل في دليل المقابلة نصف الموجهة ومقياس التحمل النفسي للضيق وذلك من أجل فهم كيف تتعامل كل حالة مع الضيق النفسي المرتبط بإضطرابها .

1-التقرير السيكولوجي للحالة الأولى :

1-1-تقديم المفحوصة :

الإسم المستعار : م. ص

السن : 36سنة

الجنس : أنثى

ولاية الإقامة : وهران

مكان التقويم : مصحة الأمراض العقلية قاريطة تابعة لسيد الشحمي .

دافع التقويم : في إطار البحث العلمي.

القائم بالفحص النفسي : مصباح فاطمة الزهراء

1-2-الإختبارات المطبقة :

- فحص الهيئة العقلية .
- دليل المقابلة (النصف الموجهة).
- مقياس التحمل النفسي للضيق .

1-3-أهم ما جاء في التاريخ و الراهن للحالة :

الحالة (م . ص) تبلغ من العمر 39 سنة المستوى الدراسي ثانوي، متزوجة وأم لـ 5 بنات، أكبرهم تبلغ من العمر 18 سنة، تعمل حاليا في محل لبيع الملابس الجاهزة لمساعدة أسرتها على تلبية الحاجات الأساسية خاصة بعد تعطل الزوج عن العمل وتوقف مشروعهما التجاري الذي كان يشكل مصدر الدخل الأساسي للعائلة.

تنحدر الحالة من عائلة محافظة متدينة وتصف والديها بأنهما قدما تربية دينية صارمة وقد كانت ملتزمة بالصلاة في مراحل حياتها الأولى. عن افراد عائلتها؛ تشير أن لديها أخت واحدة تعتبرها صديقتها المقربة وتشعر نحوها بأمان عاطفي حيث تشارك معها همومها اليومية وتلجأ إليها في فترات الأزمات النفسية، كما لديها أخ لكن العلاقة بينهما سطحية مقارنة مع بأختها حسب م.ص.

على مستوى حياتها الزوجية؛ تصف م.ص، أنها تعيش حالة من الاضطراب والتباعد الزواجي، ح قائلة أنه "نصف زواج" أي أنهم يعيشون في منزل واحد لكن دون تواصل حميمي او عاطفي فعلي . هذا الفراغ العاطفي المستمر ولّد لديها مشاعر الحزن ،الوحدة، و الإهمال مما دفعها لاحقا إلى الدخول في علاقة تواصل مع رجل أجنبي يعيش في الخارج. والذي يعدها بمساعدتها ماديا في تغطية تكاليف العلاج النفسي و تشير إلى أنها بدأت تتعلق به عاطفيا بسبب اهتمامه بها واحتوائه لمعاناتها وهو ما تفتقده بشدة في علاقتها الزوجية.

بدأت معاناة م ص باظطراب ثنائي القطب في مرحلة المراهقه بالتحديد في سن 15 سنة حيث ظهرت عليها أولى علامات الاكتئاب الحاد تمثلت في الانسحاب الاجتماعي ،انعدام الرغبة ،الحزن المستمر، والبكاء المتكرر بدون سبب واضح ،تصف تلك المرحلة بأنها كانت ضبابية وصعبة، حيث لم تكن تفهم ما يحدث لها وكانت تسأل نفسها مرارا "علاش راني نحس هكذا؟؟".

استمرت نوبة الاكتئاب الأولى لمدة 4 أشهر دون أن تحظى بأي متابعة او تدخل علاجي لا من الأسرة ولا من أي جهة مختصة.

تقول أنها كانت تصلي وترجع إلى الله بالدعاء لكنها لم تشعر بتحسن، وتضيف أن العائلة رغم تدينها لم تكن تملك الوعي الكافي بخصوص الصحة النفسية بل كانت تفسر حالتها على أنها "حساسية زائدة أو دلال مراهقات" .

بعد تلك المرحلة بدأت تظهر عليها نوبات هوس خفيف تصفها ب "نوبات الفرحة" و تقول " كنت نولي نضحك بزاف نهدر بزاف ندير مكياج فوجهي قاع و ندير مشاريع فجأة نخمم نبدل الدنيا كامل ....بصح الناس ما كانوش يشوفوها حاجة غريبة لأني أصلا نحب نضحك و نهدر.. بصح داخليا كنت نحس روحي نطير من الأرض " .

رغم أنها تعترف بتأثير نوبات الهوس كما تسميها هي بـ "حالة الهيجان " على حياتها إلا أنها تعتبر أن نوبات الإكتئاب هي الأكثر إيلاما و تأثيرا، لأنها تفقدها السيطرة على نفسها و تغرقها في حالة من الثقل النفسي.

وعليه؛ فتتميز الحالة بتقلبات مزاجية حادة و مستمرة بين نوبات الاكتئاب و نوبات الهوس ، مع ميل واضح نحو النوبات الإكتئابية التي تصفها بأنها "تحطمها داخليا ".

من أعراض الإكتئاب التي تذكرها : الإنعزال و الانسحاب، إنعدام الدافعية ، نوبات بكاء دون سبب، فقدان الاهتمام بالنظافة الشخصية وسوء تقدير الذات حيث تقول :" مرات مندوش حتى أكثر من 15 يوم.. نحس جسمي ثقيل..ما نحبش روحي..كلشي يولي أكحل قدامي " .

فيما قبل؛ عانت أيضا من نوبات إكتئاب ما قبل الولادة حيث تقول أنها خلال فترة الحمل تشعر بالحزن العميق و الرغبة في البكاء الدائم، لكن بعد الولادة سرعان ما اختفت الأعراض و عادت م.ص إلى حالتها الطبيعية، وهو ما قد يشير إلى إضطراب مزاجي مرتبط بالتغيرات الهرمونية و النفسفيسيولوجية.

أما في فترات الهوس الخفيف، فتبدوا الحالة أكثر نشاطا و حيوية و تبدأ في وضع مشاريع جديدة دون تخطيط و تقول " نولي نخمم نبدل الخدمة ، نبدل حياتي، نخمم نروح للخارج نسمح فكلشي و بدون وضع حساب لأحد حتى بناتي " .

أثناء المقابلة كانت الحالة في حالة إستقرار نسبي قادرة على التواصل بطلاقة و وعي بحالتها النفسية، عبرت بوضوح عن رغبتها في الخروج من هذا النمط المزاجي المتقلب، وأعطت مثالا تصويريا عندما أخذت ورقة وقلم من المكتب و قالت " حالتي كيما هاد الخطوط الطالعين نازلين " ثم رسمت خطا مستقيما و قالت " هكذا نحب نولي ثابتة، مرتاحة ." _____ عكس /\/\/\/\/\/\/\/\/\/

كما أبدت إهتماما بتجربة تقنية RTMS (التحفيز المغناطيسي عبر الدماغ) كبديل للعلاج الدوائي الذي تراه مرهقا و مليئا بالآثار الجانبية قائلة " عييت من الدوا وماني لاقية روحي باغية حاجة تريحني و تخليني مستقرة ."

رغم المعاناة النفسية، تحاول الحالة البقاء فعالة إجتماعيا حيث تشارك في بعض الجمعيات الخيريه و تساهم في تزويج البنات مما يوفر لها شعورا بالإنجاز و التقدير الذاتي، كما تعتمد كثيرا على أختها للحصول على الدعم العاطفي و المعنوي.

1-4-فحص الهيئة العقلية :

تمت المقابلة الإكلينيكية مع الحالة (م .ص) في جو هادئ ومريح وقد بدأت متجاوبة ومتعاونة طيلة الجلسة حيث أبدت استعداداً صريحا للحديث عن حالتها و تجربتها المرضية.

االاستعداد والسلوك العام :

تظهر الحالة بمظهر مرتب ونظيف، ترتدي ملابس عصرية. سلوكها أثناء المقابلة هادئ ومنضبط، كانت متجاوبة في المقابلة كما أنها تحتفظ بتواصل بصري خلال المقابلة.

النشاط العقلي :

الانتباه والتركيز جيدان خلال المقابلات؛ الحالة تستوعب الأسئلة وتجيب عنها بدقة ووضوح دون تشتت. الكلام من حيث الكم والسرعة والوضوح طبيعي، الجمل مرتبة ومفهومة. لا يظهر أي خلل في اللغة ، كما لا تبدو أي مؤشرات على ضعف في الذاكرة القريبة أو البعيدة المدى، كما يغيب لديها أي خلل على مستوى التوجه الزمني–المكاني.

المزاج والعاطفة:

الاستقرار الدوائي مسيطر على الحالة المزاجية لديها، الحالة تتمكن في تحمل مزاجها في المقابلات خلال الجلسة، و تبدو الحالة قادرة على التفريق بين لحظات الجد والمزاح، وتظهر تفاعلا عاطفيا طبيعيا دون تقلبات مزاجية ما يشير الى الاستقرار النفسي الدوائي .

محتوى التفكير :

التفكير منظم، غير مشتت، والأفكار متسلسلة ومنطقية، كما تغيب الأفكار الوهمية، الهلاوس و الضلالات و لا تظهر أي مؤشرات تدل على أفكار اضطهادية أو توهمات إدراكية.

القدرات العقلية :

الوظائف المعرفية مثل التركيز والانتباه والاستيعاب سليمة.الحالة تدرك الأسئلة وتجيب بدقة، وتظهر فهما جيدا للسياق. كما لم تظهر مؤشرات على ضعف معرفي أو اضطراب في الإدراك.

الاستبصار والحكم على الواقع:

بالرغم أن الحالة تفصل بشكل واع بين نوبات الإكتئاب و نوبات الهوس وتطلق عليها "الهيجان" و تصف أعراضها بدقة إلا أن وعيها المرضي يرتكز فقط إلا الحاجة للعلاج الطبي الدوائي للتخلص من الأعراض الجسدية: إضطراب النوم و القابلية للتعب التي تظهر نتيجة نوبات الإكتئاب أما عن سلوكاتها الهوسية تجد راحتها فيها.

1-5-نتائج دليل المقابلة النصف الموجهة و تحليلها :

المحور الأول :

تجربة المريض مع المرض

الإجابة1:

بدأت المعاناة في سن 15سنة حيث تعرضت لحالة إكتئاب حاد إستمرت لأكثر من أربعة أشهر، كانت البداية صعبة حيث بدأت نحس بالحزن الشديد و فقدت الاهتمام بكل شيء و مولاتش عندي رغبة باش نقابل الناس، مكنتش فاهمة ما يحدث لي كنت نحس أني غارقة فالحزن و منقدش نخرج منه.

تحليل الإجابة 1 :

تشير بداية ظهور الأعراض في مرحلة حساسة من التطور النفسي (سن 15 سنة) إلى وجود أرضية استعداد داخلي للاضطراب، سواء على المستوى البيولوجي أو النفسي. تعبيرها عن "عدم الفهم" لما تمر به يعكس غياب التثقيف النفسي والدعم الأسري، ويُظهر معرفة سطحية بطبيعة ما تعانيه، وهو ما جعلها

تواجه أعراضًا شديدة أو فهم كاف. هذا الضعف في الإدراك الأولي للمرض يُعتبر عائقا أمام تحمل الضيق، حيث أن الشخص لا يملك تصورا واضحا لما يحدث له، مما يزيد الشعور بالارتباك والعجز.

الإجابة2:

في حالات الهيجان (نوبان الهوس) أكون نشيطة بشكل مفرط أتكلم كثيرا و بلخف (بسرعة) و أشعر بأني واجب أخرج و أفعل الخير في الناس لكن للأسف هذا النشاط الزائد يجعلني أتصرف أحيانا دون تفكير حتى نوقع فالمشاكل.

ونحس بقلبي يضرب (تسارع ضربات القلب) أثناء التنفس و الكلام و تستمر هذه الحالة حوالي شهرين .

أما في حالات الإكتئاب (نوبات الإكتئاب) فالوضع يكون عكس ذلك تماما ، نعيش حالة من العزلة منقدرش نتكلم يصبح الكلام ثقيل علي، أبتعد عن الناس و نفضل العزلة و نحس أني فقدت كل شيء حتى نفسي و أقول في تلك اللحظات " علاه علاه معنديش الزهر قاع هاك " و تستمر هذه الحالة حتى 4أشهر.

تحليل الإجابة 2:

تعيش الحالة دورة مزاجية بين الإكتئاب و الهوس ، نوبة الهوس عندها تتسم بالنشاط المفرط،الاسراف فالكلام الميل للمساعدة دون تقدير العواقب مما يعكس خصائص الهوس (hypomania) ، بينما نوبة الإكتئاب عندها تظهر جميع معاييرها الإكلينيكية : الإنعزال، ثقل الكلام ، الشعور بعدم القيمة.

المحور الثاني :

المشاعر أثناء فترات الأزمات

الإجابة1:

في حالات الهيجان تغلب عليّ مشاعر الحماس الشديد و أرغب في الغناء ،الرقص، الكلام كثيرا ، وكأني أريد أن نعيش كل شيء خطرة وحدة .

أما في حالة الإكتئاب المشاهر التي تسيطر عليا هي الحزن العميق ، الإحساس بلي معندي حتى قيمة و عدم وجود سند وكأني لست متواجدة في هذه الدنيا .

تحليل الإجابة 1:

يوضح هذا المحور التناوب العاطفي الحاد، مشاعر الهيجان تتسم بالحيوية المفرطة والانفعال الزائد ما يتوافق مع الجانب الهوسي من الاضطراب ،في المقابل تغرق في مشاعر سلبية جدا خلال الاكتئاب من بينها الشعور بإنعدام القيمة و الوجود ، وهو ما قد يفسر الإدراك السلبي للذات الذي تعاني منه م. ص.

الإجابة 2:

نعم في حالة الإكتئاب أشعر أنني غارقة في هذه المشاعر ولا أستطيع التحكم فيها ، كل شيء يصبح صعب

أما في حالة الهيجان نحس نفسي نقدر نتحكم لأن طبيعة شخصيتي نشيطة لكن بعدها أندم .

تحليل الإجابة 2 :

تصف الحالة، حالة غرق عاطفي خلال نوبات الاكتئاب، حيث تصبح غير قادرة على التحكم في مشاعرها، مما يُظهر خللًا واضحًا في التنظيم الانفعالي. في المقابل، تعتقد أنها تملك بعض السيطرة أثناء نوبات الهوس، إلا أن شعورها اللاحق بالندم يكشف أن هذه السيطرة ليست حقيقية بل وهمية. هذا التناقض في تجربة الضيق يُبرز افتقارها لآليات تنظيم ذاتي فعالة، وتعتمد غالبًا على التقبل اللحظي للحالة دون طلب دعم نفسي مباشر، ما يعكس محاولة للتأقلم غير مكتملة لا تتعدى الحد الطبي أو الذاتي، دون السعي لتدخل علاجي نفسي منظم

المحور الثالث:

آليات و إستراتيجيات المواجهة

الإجابة1 :

ألجأ إلى النوم لساعات متواصلة للهروب من الواقع في حالة الإكتئاب أنعزل تماما لا أتكلم مع أحد ونبغي نقعد وحدي و النوم يصبح وسيلتي الوحيدة للهروب من الضيق و القلق .

تحليل الإجابة 1:

اعتمادها على النوم كوسيلة للهروب خلال نوبات الاكتئاب يعكس استخداما لآلية دفاع انسحابية، حيث لا تحاول التعبير عن الضيق أو مواجهته، بل تلجأ إلى العزلة والانقطاع عن الواقع. في هذا السياق، يمكن تفسير سلوكها على أنه محاولة للتأقلم مع المعاناة النفسية عبر وسيلة غير فعالة (النوم)، دون سعي واضح إلى حلول نفسية بناءة مثل العلاج أو الدعم الذاتي الموجه.

الإجابة2 :

لا في فترات الإكتئاب لا أستطيع القيام بأي شي لا تكون عندي لا طاقة ولا جهد و الأشياء لكنت نبغيها من قبل تصبح بلا معنى .

تحليل الإجابة 2:

عدم ممارستها لأي نشاطات لتخفيف التوتر يظهر فقرا كبيرا في استراتيجيات المواجهة الإيجابية، في العادة النشاط الجسدي أو التعبير الإبداعي يساهمان في تنظيم المزاج، لكن الحالة تظهر انسحابا كاملا مما يطيل من فترة النوبة ويزيد من حدة أعراضها .

المحور الرابع :

الإدراك الذاتي للتحمل

الإجابة:

في حالة الهيجان (نوبة الهوس) أستطيع التحمل لأني أكون في حالة من السعاده و الطاقة الزايدة التي تخليني (تجعلني) أشعر بالقوة، لكن في حالة الاكتئاب أفقد السيطرة تماما وأشعر أني عاجزة على تحمل أي ضغط أو شيء.

تحليل الإجابة :

تُظهر إجابة الحالة إدراكا متقلبا لقدرتها على التحمل، إذ ترى نفسها قوية وتستطيع التحمل خلال فترات الهوس بسبب شعور مفرط بالنشاط والثقة بينما تنهار هذه القدرة كليا أثناء الاكتئاب حيث تشعر بالعجز الكامل، هذا التناقض يشير إلى تقييم ظرفي للحالة النفسية أكثر من إدراكا حقيقيا للتحمل الداخلي.
ويعكس هذا التذبذب معرفة سطحية بطبيعة الاضطراب وكيفية التعامل معه بحيث تعتمد على الشعور المزاجي في تقدير القدرة على المواجهة ما يضعف من استقرارها الانفعالي في مواجهة الضيق.

المحور الخامس:

الدعم الاجتماعي و تأثيره

الإجابة:

أعتمد على أختي فهي الوحيدة التي داعمتني و واقفة معي فكل الحالات .

تحليل الإجابة:

تشير الحالة إلى أن أختها تمثل مصدر الدعم الوحيد في حياتها، وهو ما يمنحها قدرا من الأمان والتوازن في لحظات الأزمة. غير أن هذا الاعتماد الكلي يخفي شكلا من أشكال التعلق المرضي، حيث تصبح الأخت بمثابة صمام الأمان الوحيد لتعويض غياب شبكات دعم اجتماعي. مثل هذا التعلق يعكس هشاشة في تحمل الضيق إذ يرتبط التحمل بوجود شخص واحد فقط مما يجعله عرضة للانهيار في حال غياب ذلك الشخص أو ضعفه.

المحور السادس :

أثر المرض على صورة الذات و الثقة بالنفس

الإجابة1:

نعم ، أحيانا أشعر أنني لست مثل الآخرين أني مختلفة ومعنديش نفس التحكم الذي عندكم نظرتي تختلف حسب حالتي النفسية كيف تكون .

تحليل الإجابة 1:

تأثر صورة الذات واضح حيث تعاني من شعور بالنقص والدونية خاصة في فترات الاكتئاب، يتقلب تقديرها لذاتها حسب حالتها النفسية مما يعكس هشاشة في البنية النفسية للهوية ،الشعور بأنها مختلفة عن الآخرين قد يتطور لاحقا إلى وصمة ذاتية تؤثر في تعاملها مع المجتمع.

الإجابة2:

نعم ، خاصة خلال حالة الإكتئاب ، أشعر أنني لا أستطيع مواجهة الحياة و أكره نفسي أما في حالة الهيجان أو كما أنا الآن فعندي ثقة عاليه و كأني شخص آخر تماما .

تحليل الإجابة 2:

جوابها يؤكد ثنائية الثقة بالنفس بين الاكتئاب والهوس فخلال الهوس تظهر ثقة مفرطة وقدرات كبيرة بينما تنهاره تلك الصورة في الاكتئاب ويحل محلها العجز،هذه الازدواجية تمثل سمة مركزية في اضطراب ثنائي القطب وتظهر أثره العميق على الاستقرار النفسي والهوية الشخصية.

1-5-1-مؤشرات التحمل النفسي للضيق للحالة الأولى على المستوى العيادي:

- معرفة سطحية بالإضطراب: التعبير عن المعاناة لا يعني تحملها عبرت الحالة عن إدراكها لتقلباتها المزاجية واستخدمت تمثيلا بصريا (الرسم بين الخطوط الطالعة والنازلة) لتوضيح معاناتها مما يدل على استبصار واضح بمعنى الضيق الذي تمر به.
- محاولة البحث عن التأقلم مع معاناتها النفسية من خلال بدائل علاجية طبية وليس نفسية بحيث لم تقدم أي طلب نفسي بحاجتها إلى العلاج النفسي بجانب العلاج الطبي .
- المشاركة في النشاطات الاجتماعية: يشير إلى البحث على الحفاظ على الصورة الاجتماعية تجنبا للظهور كشخص مريض .
- التعلق المرضي بالأخت : كتعويض والحاجة الملحة إلى الإحتواء النفسي وجود علاقة قوية ومتوازنة مع أختها واللجوء إليها خلال الأزمات يعكس استخداما صحيا لدعامة اجتماعية لتخفيف وطأة الضيق النفسي.

1-5-2-تحليل العام لنتائج المقابلة العيادية :

من خلال تحليل أجوبة الحالة في المقابلة النصف الموجهة، يلاحظ بروز مجموعة من المؤشرات العيادية والدينامية التي تعكس مدى تأثر تحملها للضيق بعوامل وجدانية وتاريخية عميقة. أول ما يلفت الانتباه هو غياب أي حديث مباشر عن ظروف بداية الأعراض النفسية أو عن علاقتها بوالديها، حيث لم تذكرهما إطلاقًا خلال المقابلة، على عكس أختها التي تحدثت عنها بشكل متكرر ووصفتها بأنها مصدر الدعم الأساسي لها. هذا التحيّز الوجداني يشير إلى احتمال وجود إشكالية عاطفية أو علاقة غير متوازنة مع الوالدين، وخصوصًا مع الأم، مما قد يدل على صعوبة التماهي الأنثوي – الأمومي، وهي مسألة ذات أهمية كبيرة في التوازن النفسي للمرأة وفي تشكيل صورة الذات والهوية الأنثوية. كما تصف العلاقة مع الأخ بأنها سطحية مما يعزز فرضية غياب الحاضن العاطفي الأسري الكافي. هذه الفجوة الوجدانية تدفعنا للتساؤل عن ظروف زواجها الذي لم تتطرق إليه إطلاقا رغم أنه من المفترض أن يمثل محطة مركزية في حياتها النفسية. ويبدو أن هذا الغياب لا يعود إلى النسيان بل إلى رغبة لاواعية في كبت أو إنكار هذه المرحلة، خاصة وأنها أشارت بشكل غير مباشر إلى خيانة إلكترونية لزوجها، وهو سلوك قد يُفهم في إطاره الرمزي كبحث عن صورة "الأب المفقود" أو كتعويض وجداني عن الحرمان العاطفي القديم.

من المنظور الفرويدي – التحليلي، يمكن فهم هذه السلوكيات كآليات دفاعية ضد القلق النفسي، حيث تلجأ الحالة إلى أنماط غير ناضجة من الدفاع، مثل الإنكار والهروب، وهي ما يظهر أيضًا في ضعف استراتيجيات المواجهة أمام مشاعر الضيق. كما أن الهروب من المسؤوليات المرتبطة بدورها كأم وزوجة، والاحتماء بعلاقة التعلق غير الآمنة بأختها، يعكس هشاشة في بنية التحمل النفسي، ويشير إلى صعوبة في التعامل مع الضغوط الوجودية والعلاقاتية.

أما على المستوى الظاهر فتتسم تجربتها مع اضطراب ثنائي القطب بتقلبات حادة على الصعيدين الانفعالي والإدراكي. حيث ترتفع الثقة بالنفس والإحساس بالكفاءة بشكل مفرط خلال نوبات الهوس، لتنهار تماما في نوبات الاكتئاب، مما يكشف عن هشاشة في إدراك الذات وعدم استقرار وجداني دائم. كما تؤكد أجوبتها غيابا لآليات التكيف الإيجابي، حيث تلجأ إلى النوم والعزلة كوسائل هروب من الألم النفسي بدل استخدام استراتيجيات فعالة لتنظيم الانفعال أو إعادة تقييم الموقف

1-6-مقياس التحمل النفسي :

1-6-1-التعليمات :

أود في البداية أن أؤكد لك أن هذه المقابلة تهدف فقط إلى فهم تجربتك الشخصية مع ما مررت به من فترات صعبة وذلك في إطار مساعدتك بشكل أفضل. لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة فكل ما تقوله يعكس تجربتك الخاصة التي نود الاستماع إليها بكل احترام واهتمام. خذ وقتك في الإجابة وتحدث بالطريقة التي تشعر معها بالراحة.

فكري في مواقف شعرتِ فيها بالضيق أو الانز عاج. ضعي علامة (٧) في الخانة التي تعبر أكثر عن مدى اتفاقك مع كل عبارة أدناه بناءا على مشاعرك ومعتقداتك .

1-6-2-الإجابات المتحصل عليها :

نتائج المقياس :

أعارض تماما	أعارض	لا أوافق لا أعارض	أوافق	أوافق تماما	العبارة	الرقم
			□□		الشعور بالضيق أو الإنزعاج لا يحتمل	1
	□□				عندما أشعر بالضيق أو الإنزعاج ،فإن الشيء الوحيد الذي أفكر فيه هو شدة معاناتي	2
			□□		لا أستطيع تحمل الشعور بالضيق أو الإنزعاج	3
			□□		شعوري بالضيق يكون شديدا لدرجة أنه يغمرني كليا	4

5	لا يوجد أسوأ من الشعور بالضيق أو الإنزعاج				□□	
6	قدرتي على تحمل الضيق أو الإنزعاج تقارن بأغلب الناس		□□			
7	شعوري بالضيق أو الإنزعاج غير مقبول	□□				
8	سأفعل أي شيء لتجنب الشعور بالضيق أو الإنزعاج		□□			
9	الآخرين أكثر قدرة مني على تحمل مشاعر الضيق أو الإنزعاج				□□	
10	أن أكون في حالة ضيق أو إنزعاج دائما يشير إلى مشكلة كبيرة لدي		□□			
11	أشعر بالخجل من نفسي عندما أشعر بالضيق أو الإنزعاج			□□		
12	أخاف من مشاعر الضيق أو الإنزعاج		□□			
13	سأفعل أي شيء للتوقف عن الشعور بالضيق أو الإنزعاج		□□			
14	عندما أشعر بالضيق أو الإنزعاج، علي أن أتصرف فورًا للتعامل مع ما أشعر به .				□□	
15	عندما أشعر بالضيق أو الإنزعاج ، لا أستطيع التوقف عن التركيز على شدة مشاعري		□□			

تحويل العبارات الى أرقام :

الدرجة	التقدير اللفظي
1	**أعارض تمامًا**
2	**أعارض**
3	**لا أوافق لا أعارض**
4	**أوافق**
5	**أوافق تمامًا**

البنود التي يجب عكسها:

1، 6، 7، 8، 10، 11

نتائج الحالة الأولى:

جدول البيانات بعد عكس الدرجات:

رقم البند	العبارة	التقدير اللفظي	الدرجة الأصلية	العبارة معكوسة	الدرجة النهائية
1	الشعور بالضيق أو الإنزعاج لا يُحتمل	أوافق	4	نعم	2
2	عند شعوري بالضيق، أفكر فقط في شدة معاناتي	أعارض	2	لا	2
3	لا أستطيع تحمل الشعور بالضيق	أوافق	4	لا	4
4	شعوري بالضيق يكون شديدًا لدرجة أنه يغمرني	أوافق	4	لا	4
5	لا يوجد أسوأ من الشعور بالضيق	أعارض	2	لا	2
6	قدرتي على تحمل الضيق تقارن بالناس	أوافق	4	نعم	2

7	شعوري بالضيق غير مقبول	أوافق تمامًا	5	نعم	1
8	سأفعل أي شيء لتجنّب الشعور بالضيق	أوافق	4	نعم	2
9	الآخرون أكثر قدرة مني على تحمّل الضيق	أعارض	2	لا	2
10	أن أكون في ضيق دائم يعني عندي مشكلة كبيرة	أوافق	4	نعم	2
11	أشعر بالخجل من نفسي عند شعوري بالضيق	محايد	3	نعم	3
12	أخاف من مشاعر الضيق	أوافق	4	لا	4
13	سأفعل أي شيء لأتوقف عن الشعور بالضيق	أوافق	4	لا	4
14	عند شعوري بالضيق، عليّ التصرف فورًا للتعامل معه	أعارض	2	لا	2
15	لا أستطيع التوقف عن التركيز على شدة مشاعري عند الضيق	أوافق	4	لا	4

تجميع البنود حسب الأبعاد الأربعة:

البعد	البنود	الدرجات النهائية
التحمّل (Tolerance)	1، 3، 5	2 + 4 + 2 = 8
الإنغماس (Absorption)	2، 4، 15	2 + 4 + 4 = 10
التقييم (Appraisal)	6، 7، 9، 10، 11، 12	2 + 1 + 2 + 2 + 3 + 4 = 14
التنظيم (Regulation)	8، 13، 14	2 + 4 + 2 = 8

الحد الأدنى و الحد الأقصى للمقياس :

القيمة	النوع
15 × 1 = 15	أقل درجة ممكنة
15 × 5 = 75	أعلى درجة ممكنة

الدرجة الكلية للمقياس:

مجموع الدرجات النهائية لكل البنود (بعد العكس):

2 + 2 + 4 + 4 + 2 + 2 + 1 + 2 + 2 + 2 + 3 + 4 + 4 + 2 + 4 = 40 / 75

الدرجة الكلية = 40 من 75

تفسير الدرجة الكلية :

التفسير العام	النتيجة
تحمل منخفض جدا للضيق	**15–30**
تحمل منخفض إلى متوسط	**31–45**
تحمل متوسط إلى جيد	**46–60**
تحمل مرتفع ومهارات تنظيم ممتازة	**61–75**

الدرجة الكلية المتوسطة (75/40) تشير إلى مستوى متوسط من تحمل الضيق.

- تحليل الأبعاد يظهر:

- تحمّل (8/15): منخفض
- الإنغماس (10/15): متوسط
- تقييم (14/30): منخفض
- تنظيم (8/15): منخفض

تفسير نتائج الحالة الأولى :

أظهرت نتائج تطبيق مقياس التحمل النفسي للضيق أن الدرجة الكلية التي تحصلت عليها الحالة بلغت 40 من أصل 75، ما يدل على مستوى منخفض إلى متوسط في تحمل مشاعر الضيق والإنزعاج. هذا يشير إلى وجود بعض القدرة على مواجهة الحالات الضاغطة والانفعالات السلبية، لكنها ليست كافية لتحقيق التوازن الانفعالي التام أو الصمود المطول أمام مصادر الضغط النفسي.

أما فيما يخص الأبعاد الفرعية للمقياس:

- **بعد التحمل (15/8)**:تشير الدرجة المنخفضة في هذا البعد إلى ضعف واضح في القدرة على تحمل المشاعر السلبية أو مواجهة حالات التوتر النفسي. الحالة تبدو أكثر عرضة للانفعال السريع أو الانسحاب حينما تواجه مشاعر غير مريحة، ما يعكس هشاشة انفعالية ويجعل من الصعب عليها الاستمرار في وظائفها أو مسؤولياتها أثناء الأزمات.

- **بعد الإنغماس (15/10)**:تمثل هذه الدرجة مستوى متوسط في التعامل مع الغمر العاطفي. فرغم أن الحالة لا تنغمس كليا في مشاعرها السلبية، إلا أن هناك لحظات تظهر فيها صعوبة في الانفصال عن تلك المشاعر. ما يدل على وجود توازن نسبي في هذا الجانب، لكنه غير مستقر بما يكفي لمنع الانجراف التام في الحالات الشديدة.

- **بعد التقييم (30/14)**:النتيجة تعكس ضعفا إدراكيا في تفسير وتقدير المشاعر السلبية. يظهر هذا في التشوهات المعرفية المرتبطة بنظرتها لنفسها وظروفها، كما يدل على صعوبة في إعادة تأطير الانفعالات بشكل منطقي أو واقعي. هذا القصور الإدراكي قد يساهم في ترسيخ مشاعر العجز والدونية.

- **بعد التنظيم (15/8)**:الدرجة المنخفضة تعكس محدودية في استخدام الاستراتيجيات السلوكية الملائمة لتنظيم المشاعر. الحالة تبدو غير قادرة على التحكم بسلوكها أو توجيهه في ظل

الانفعالات القوية، خصوصا خلال نوبات المزاج الحادة ما يجعل من الضروري تعزيز المهارات التنظيمية لديها.

الإستنتاج :

تظهر الحالة مستوى منخفضا في التحمل، التقييم والتنظيم، ما يعكس هشاشة انفعالية، صعوبات إدراكية في فهم وتقدير المشاعر، وضعفا في استخدام استراتيجيات التكيف السلوكي. أما بُعد الإنغماس فكان متوسطا مما يدل على قدرة نسبية على عدم الانجراف الكلي في المشاعر السلبية لكنها غير كافية لضمان التوازن النفسي. يشير هذا النمط العام إلى تحمّل نفسي ضعيف يتطلب تدخلا علاجيا لتعزيز الصلابة وتنمية مهارات التنظيم والانضباط الانفعالي

2-التقرير السيكولوجي للحالة الثانية :

2-1-تقديم المفحوصة :

الإسم المستعار : ن.م

السن : 29سنة

الجنس : أنثى

ولاية الإقامة : وهران

مكان التقويم : مصحة الأمراض العقلية قاريطة تابعة لسيد الشحمي .

دافع التقويم : في إطار البحث العلمي.

القائم بالفحص النفسي: مصباح فاطمة الزهراء .

2-2-الإختبارات المطبقة :

- فحص الهيئة العقلية .
- دليل المقابلة النصف الموجهة.
- مقياس التحمل النفسي .

2-3-أهم ما جاء في التاريخ و الراهن للحالة :

"ن.م" أنثى تبلغ من العمر 29 سنة عزباء مستواها الدراسي توقف عند الطور المتوسط. تقيم مع والدتها وشقيقيها في حي شعبي بعد وفاة والدها. ترتيبها الثاني بين إخوتها تسبقها أخت كبرى ويليها أخ أصغر.

تمارس "ن.م" أعمالا بسيطة حيث تعمل في المحلات التجارية وأحيانا في الأعراس كمساعدة في الطبخ. صرحت أن الهدف من هذا العمل هو توفير دخل يساعدها في شراء الدواء والمساهمة في إعالة عائلتها.

تقول إن بداية الاضطراب ظهرت في بداية العشرينات لكنها لا تتذكر حدثا محددا كبداية واضحة بل بدأت تلاحظ على نفسها نوبات بكاء مفاجئة ، صمت طويل، وشعور بالخواء الداخلي. في ذلك الوقت لم تكن تجد من يفهم ما تمر به بل كانت تتلقى نظرات واستجابات توحي بالخوف منها. لاحقا تم تشخيصها باضطراب ثنائي القطب وهو ما اعتبرته تفسيرا متأخرا لحالتها.

عند الحديث عن نوبات الهوس تسميها بـ"الهيجان" أو "الهبال" وتقول إنها تتحول إلى شخص "خفيف" حسب تعبير العائلة، أي أنها تضحك كثيرا تتحدث بشكل مفرط وتقوم بتصرفات غير مألوفة من بينها الدخول في علاقات مع شبان أجانب. تؤكد أنها لا تكون في وعيها التام أثناء هذه التصرفات وتضيف: "ما نكونش نشوف... الله أعلم بيا... ربي ما كانش مخليلي العقل في هذيك اللحظة ".

أما في نوبات الاكتئاب فتصف حالتها بأنها عزلة تامة، قلة الحركة، قلة النظافة، نوم مفرط، بكاء طويل، وفقدان الاهتمام بأي تواصل أو نشاط، حتى مع أفراد الأسرة. تقول: "نرقد بزاف... ما نحبش نهدر... نبكي بلا سبب... ونكره كلشي". تضيف أنها في تلك اللحظات لا تمارس أي من الأشياء التي تحبها عادة مثل الرسم، الرقص، أو الاستماع للموسيقى، وتقول: "نمحي كلشي من تلفوني... ما نحب حتى حاجة كي نكون هاك ".

"ن.م" تحدثت أيضا عن علاقتها السابقة حيث كانت مخطوبة لشخص أحبته وصرحت له بحالتها. تقول إنه تقبلها لكن عائلته وخصوصا والدته رفضت استمرار العلاقة. تحكي عن معاناتها النفسية بعد انفصالها مع خطيبها وتذكر أنها بكت كثيرا وانقطعت عن العالم لفترة. قالت: "تقبلني هو... بصح عايلتو ما قبلتنيش... وبعدها راح وخلاني... نسى كلشي... وأنا بقيت وحدي".

في محاولة للخروج من هذه الأزمة وبناءا على نصيحة أختها التحقت بتكوين في الخياطة. استمرت فيه أقل من سنة ثم تركته لأنها لم تستطع تحمل ضغط العمل حيث قالت: "البريسيون تاع الخياطة بزاف عليا... ما قدرتش نكمل". بعد ذلك انتقلت للعمل في المحلات لكنها ذكرت أنها تغير المحلات باستمرار لأنها لا تشعر بالراحة النفسية في مكان واحد لفترة طويلة.

بالنسبة للعلاج صرحت أنها ملتزمة بالأدوية رغم أنها لا تحبها، أحيانا تنسى تناول الدواء خاصة في الأيام التي تكون فيها متعبة من العمل، لكنها أشارت إلى أن والدتها أصبحت تذكرها دائما. كما عبرت عن ارتياحها في الحديث مع طبيبها النفسي وأنه يساعدها كثيرا في التأقلم مع الحياة.

في البداية لم تكن تتلقى دعما كافيا من العائلة لكن مع مرور الوقت بدأت تلاحظ أن والدتها أصبحت أكثر تفهما لحالتها، وكانت تكرر لها جملة: "ربي يحبك على خاطر ابتلاك" وهو ما كانت تردده "ن.م" خلال المقابلة.

تقول "ن.م" إنها تحب الرسم، الرقص، الكتابة، الاستماع للموسيقى، لكن هذه الأنشطة تتأثر حسب حالتها النفسية. في الفترات المستقرة تحاول ممارستها لكنها في الفترات الحادة تتوقف عن كل شيء.في نهاية المقابلة عبرت عن رغبتها في الشفاء التام من المرض، وقالت:"أنا نحب نبرا... ما نحبش نعيش هكدا طول حياتي... نحب نخرج من هاد الحالة ونولي كي الناس".

2-4-فحص الهيئة العقلية:

تمت المقابلة الإكلينيكية مع الحالة (ن.م) في مكتب الاخصائي النفسي، و بدت متجاوبة ومتعاونة طيلة الجلسة حيث أبدت استعدادا صريحا للحديث عن حالتها و تجربتها المرضية.

الاستعداد والسلوك العام:

تبدو الحالة متوسطة القامة، نحيلة وتبدو عليها علامات الإرهاق، لم تكن معتنية كثيرا بمظهرها الخارجي، حيث ارتدت ملابس بسيطة وغير منسقة تماما. سلوكها خلال المقابلة كان متذبذبا بين فترات من التفاعل

وفترات من الانسحاب أو التوقف عن الكلام. أحيانا تنفعل عند الحديث عن بعض المواضيع الحساسة مثل فقدان الاستقرار الأسري .

النشاط العقلي:

الكلام من حيث الكم والسرعة بطيء نوعا ما، يتخلله صمت أو توقف غير مبرر أحيانا، لكنه في المجمل واضح ومترابط.
لغتها مفهومة، قدرة الانتباه والتركيز متذبذبة، إذ كانت تستوعب بعض الأسئلة جيدا وتجيب عنها بتركيز، بينما أحيانا تخرج عن الموضوع أو تعود لنقطة سابقة دون سبب واضح. هذا يشير إلى تأثر الوظائف المعرفية العليا.
لم تلاحظ علامات واضحة على اضطرابات في الذاكرة القريبة أو البعيدة خلال المقابلة، وتبدو الحالة موجهة نسبيا في الزمان والمكان والشخص.

المزاج والعاطفة:

المزاج الملاحظ خلال الجلسة كان في أغلبه اكتئابيا يميل إلى الحزن والانكسار ويتوافق إلى حد كبير مع محتوى ما تعبر عنه.
العاطفة مناسبة في بعض المواضع لكنها كانت باكية في مواقف أخرى، مما يعكس صعوبة في التنظيم الانفعالي وتأثر المزاج العام بالاضطراب. كما لاحظنا بعض التقلبات العاطفية المفاجئة عند الحديث عن مواضيع صادمة.

محتوى التفكير:

سير التفكير يبدو منظما إلى حد معقول، لا توجد دلائل واضحة على اضطراب في التسلسل المنطقي للأفكار رغم بعض الصعوبات في التركيز عند الحديث عن الماضي.محتوى التفكير لا يحتوي على ضلالات أو أفكار وهمية.

القدرات العقلية:

لم تلاحظ اضطرابات واضحة في الذاكرة أو التوجه، لكن هناك بعض التردد في تحديد الفترات الزمنية. تركيزها متذبذب حسب الموضوع المطروح.

الاستبصار والحكم على الواقع:

تظهر الحالة درجة متوسطة من الاستبصار فهي تدرك أن ما تعاني منه مرتبط باضطراب نفسي، لكنها أحيانا تميل لتفسير بعض نوبات الهوس أو الاكتئاب على أنها ناتجة فقط عن "ضغط الحياة" أو "الناس".

2-4-1-نتائج دليل المقابلة النصف الموجهة و تحليلها:

المحور الأول: تجربة المريض مع المرض

الإجابة 1:

بدأت في بداية العشرينات كنت نبكي بلا سبب نسكت بالساعات ونحس روحي خاوية.

تحليل الإجابة 1:

ظهور الأعراض في بداية العشرينيات يعكس دخول الحالة في الاضطراب خلال مرحلة الرشد المبكر، وهي فترة حساسة من حيث بناء الهوية والاستقرار. الحالة تصف بداية غامضة للمرض، ما يشير إلى تطور تدريجي للأعراض وصعوبة في الفهم المبكر. هذا ما دفعها لاحقًا لمحاولة استعادة التوازن من خلال التسجيل في التكوين المهني والبحث عن عمل، وهو ما يعكس رغبة داخلية في المقاومة رغم الانتكاسات السابقة

الإجابة2:

في الهيجان نتحرك بزاف نضحك نخرج وندير علاقات.

في الاكتئاب نبطل نخرج نبقى في الفراش ومانبدلش حتى حوايجي.

تحليل الإجابة 2:

الحالة تصف نوبة الهوس على أنها "هيجان" أو "هبال"، وتربطها بتصرفات خارجة عن المألوف من بينها التفاعل مع الغرباء والانفتاح الزائد، ما يدل على وجود نوبة هوس غير منضبط مع احتمالات

سلوكيات غير محسوبة اجتماعيا. في المقابل تظهر نوبة الاكتئاب بشكل شديد من خلال الانعزال، الإهمال الجسدي، فقدان الطاقة، والرغبة في النوم المستمر، مما يعكس تدهورا في الأداء النفسي والاجتماعي خلال النوبة.

المحور الثاني: المشاعر أثناء فترات الأزمات

الإجابة1:

نحس بالحزن بالذنب ، نحب نغيب نبكي بالساعات.

تحليل الإجابة 1:

التقلب الحاد بين الرغبة في الحياة والرقص والانفتاح في نوبات الهوس مقابل مشاعر الذنب و الحزن، والانسحاب الكلي في نوبات الاكتئاب، يعكس هشاشة التوازن الانفعالي للحالة. عدم شعورها بالقيمة والإحساس بالفراغ الوجودي أثناء نوبة الاكتئاب مؤشر على إدراك ذاتي سلبي ينشط في فترات الانخفاض المزاجي.

الإجابة2:

نعم، تبقى تحاصر فيا ما نجاوب حتى واحد ونبكي برك.

تحليل الإجابة 2:

تُظهر إجاباتها أنها تنغمس كليا في مشاعر الحزن أثناء الاكتئاب، مع بكاء وعزلة مفرطة، ما يدل على صعوبة في التنظيم الانفعالي. في المقابل تتحدث عن اندفاع وفرح زائد خلال الهوس، بما يعكس اضطرابا في الاستقرار العاطفي.

المحور الثالث: آليات واستراتيجيات المواجهة

الإجابة1:

نحب نكون وحدي نخيط، نسمع موسيقى .

تحليل الإجابة 1:

تعكس هذه العبارة لجوء الحالة إلى أساليب تهدئة ذاتية بسيطة مثل الخياطة والاستماع للموسيقى كطريقة للهروب المؤقت من الضيق، مع ميل واضح للعزلة أثناء الأزمة. هذه الاستراتيجيات رغم أنها لا تُعد مواجهة

نشطة، إلا أنها تُظهر محاولة لتخفيف التوتر بطريقة لا مؤذية، لكنها تظل محدودة الفعالية في ظل غياب مواجهة معرفية أو سلوكية عميقة للمشكلة

الإجابة2:

كي نكون مريحة نرسم نرقص. كي نمرض ماندير حتى حاجة.

تحليل الإجابة 2:

تُظهر الحالة فرقا بين فترات الاستقرار والانتكاس؛ ففي الراحة تمارس أنشطة ممتعة كالرسم والرقص، لكنها تفقد القدرة على الانخراط فيها أثناء المرض، مما يعكس تأثر الدافعية والوظيفة السلوكية بالمزاج. هذا يشير إلى انقطاع مؤقت في وسائل التكيف خلال الأزمات.

المحور الرابع: الإدراك الذاتي للتحمل

الإجابة:

ما نتحملش الضغط بزاف نتقلق بسرعة ونتهرب من الناس.

تحليل الإجابة:

تقييم الحالة لقدرتها على التحمل مرتبط تماما بالحالة المزاجية التي تعيشها. خلال الهوس تشعر بأنها تسيطر وتتحمل رغم أن سلوكها يظهر عكس ذلك، بينما خلال الاكتئاب تنهار استراتيجيات المواجهة مما يعكس تذبذبا إدراكيا مزاجيا.

المحور الخامس: الدعم الاجتماعي وتأثيره

الإجابة:

أمي تعاوني و تذكرني بدوايا، وأختي تنصحني دائما كي ما نكونش غاية.

تحليل الإجابة:

تعتمد الحالة بشكل أساسي على الأم وخصوصا على أختها التي كانت مصدر الدعم العاطفي والنفسي بعد صدمة الانفصال العاطفي. كما تظهر استفادة واضحة من دعم والدتها خاصة عبر التوجيه الديني والتذكير بالعلاج، مما يمثل سندا عاطفيا تكيفيا. كما أن الالتزام النسبي بالعلاج رغم نفورها من الأدوية يدل على نوع من التقبل التدريجي للحالة والرغبة في الشفاء.أماغياب دعم من أطراف أخرى خاصة بعد تجربة خذلان عاطفي يشير إلى شبكة دعم محدودة وهو ما قد يزيد من خطر الانتكاس عند فقدان هذه المصادر.

المحور السادس: أثر المرض على صورة الذات والثقة بالنفس

الإجابة1:

نعم، كي نمرض نحس روحي رخيصة ونتفادى نواجه الناس.

تحليل الإجابة 1:

تصريحات الحالة حول نظرتها لنفسها خلال الاكتئاب (شعور بالدونية، الإهمال، فقدان القيمة) تشير إلى تأثر صورة الذات بطريقة واضحة. شعورها بالاختلاف وعدم التشابه مع الآخرين يعكس إدراكا ذاتيا مشوها يعزز من الانعزال والانسحاب الاجتماعي.

الإجابة2:

في بعض الأوقات نعم كي نكون تعبانة نحس ما نقدرش نكمل.

تحليل الإجابة 2:

وجود فرق كبير بين تصورها لذاتها في فترات الهوس (ثقة مفرطة، سلوكيات جريئة) وبين فترات الاكتئاب (كره الذات، شعور بالعجز) ما يشير إلى اضطراب عميق في ثبات الصورة الذاتية.

2-5-مؤشرات التحمل النفسي للضيق للحالة الثانية على المستوى العيادي:

- الالتزام النسبي بالعلاج النفسي والدوائي: رغم كرهها للأدوية ونسيانها أحيانا بسبب التعبإلا أنها ملتزمة بتناولها، مما يعكس مستوى من التكيف والتقبل لحالتها.
- محاولة استعادة التوازن بعد الانتكاسات: بعد أزمة الانفصال عن الخطيب سعت لتجاوز المعاناة عبر الالتحاق بتكوين مهني ثم محاولة العمل مما يدل على رغبة داخلية في المقاومة.

- الاستفادة التدريجية من دعم الأم: بدأت تلاحظ تفهم والدتها لحالتها وتكرارها لعبارات دينية مشجعة ("ربي يحبك على خاطر ابتلاك") منحها نوعا من السند العاطفي وهو مؤشر دعم تكيفي.
- التعبير الصريح عن الرغبة في الشفاء: قولها: "نحب نبرا... نحب نخرج من هاد الحالة ونولي كي الناس" يظهر دافعا داخليا واضحا للخروج من دوامة المعاناة وهو مؤشر إيجابي على وجود أمل وتحمل وجداني.

2-6-التحليل العام لنتائج المقابلة العيادية للحالة الثانية :

من خلال المقابلة النصف الموجهة التي أجريت مع الحالة "ن.م"، يمكن ملاحظة أن الحالة تعاني من اضطراب ثنائي القطب بدأت أعراضه في سن العشرين تقريبا، لكنها لم تتمكن من فهم ما يحدث لها في البداية. تمر بفترات من الاكتئاب الشديد حيث تميل للعزلة وتفقد الاهتمام بنفسها وبمن حولها وتبكي كثيرا. وفي فترات الهوس تصبح نشيطة جدا و تتكلم كثيرا وتقوم بسلوكيات اندفاعية دون وعي.

تعتمد الحالة على النوم كوسيلة للهروب من الحزن .كما أن تقييمها لقدرتها على التحمل يتغير حسب حالتها النفسية، فهي تشعر بالقوة خلال الهوس وبالعجز خلال الاكتئاب. الدعم الاجتماعي الذي تعتمد عليه يتمثل أساسا في أمها وأختها ما يجعل شبكة دعمها محدودة.تعاني الحالة من تقلب في نظرتها لذاتها بين الثقة الزائدة في نوبات الهوس والشعور بالدونية خلال الاكتئاب.

من المهم الإشارة إلى أن الحالة لا ترغب فقط في التعايش مع المرض بل تسعى للتعافي التام منه، وقد عبرت بوضوح عن رغبتها في التخلص النهائي من هذا الاضطراب، وهو ما يعكس دافعا داخليا يمكن أن يكون نقطة انطلاق لعلاج نفسي واستقرار مستقبلي.

2-7-مقياس التحمل النفسي :

التعليمات :

أود في البداية أن أؤكد لك أن هذه المقابلة تهدف فقط إلى فهم تجربتك الشخصية مع ما مررت به من فترات صعبة وذلك في إطار مساعدتك بشكل أفضل. لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة فكل ما تقوله يعكس تجربتك الخاصة التي نود الاستماع إليها بكل احترام واهتمام. خذ وقتك في الإجابة وتحدث بالطريقة التي تشعر معها بالراحة.

فكري في مواقف شعرت فيها بالضيق أو الانز عاج. ضعي علامة (٧) في الخانة التي تعبر أكثر عن مدى اتفاقك مع كل عبارة أدناه بناءا على مشاعرك ومعتقداتك .

الإجابات المتحصل عليها :

أعارض تماما	أعارض	لا أوافق لا أعارض	أوافق	أوافق تماما	العبارة	الرقم
			□□		الشعور بالضيق أو الإنزعاج لا يحتمل	1
				□	عندما أشعر بالضيق أو الإنزعاج ،فإن الشيء الوحيد الذي أفكر فيه هو شدة معاناتي	2
			□□		لا أستطيع تحمل الشعور بالضيق أو الإنزعاج	3
			□□		شعوري بالضيق يكون شديدا لدرجة أنه يغمرني كليا	4
		□□			لا يوجد أسوأ من الشعور بالضيق أو الإنزعاج	5
	□□				قدرتي على تحمل الضيق أو الإنزعاج تقارن بأغلب الناس	6
			□□		شعوري بالضيق أو الإنزعاج غير مقبول	7

				□□	سأفعل أي شيء لتجنب الشعور بالضيق أو الإنزعاج	8
			□□		الآخرين أكثر قدرة مني على تحمل مشاعر الضيق أو الإنزعاج	9
				□□	أن أكون في حالة ضيق أو إنزعاج دائما يشير إلى مشكلة كبيرة لدي	10
		□□			أشعر بالخجل من نفسي عندما أشعر بالضيق أو الإنزعاج	11
			□□		أخاف من مشاعر الضيق أو الإنزعاج	12
			□□		سأفعل أي شيء للتوقف عن الشعور بالضيق أو الإنزعاج	13
				□□	عندما أشعر بالضيق أو الإنزعاج، علي أن أتصرف فورًا للتعامل مع ما أشعر به .	14
			□□		عندما أشعر بالضيق أو الإنزعاج ، لا أستطيع التوقف عن التركيز على شدة مشاعري	15

نتائج الحالة الثانية:

جدول البيانات بعد عكس الدرجات :

رقم البند	العبارة	التقدير اللفظي	الدرجة الأصلية	العبارة معكوسة	الدرجة النهائية
1	الشعور بالضيق أو الإنزعاج لا يُحتمل	أوافق	4	نعم	2
2	عند شعوري بالضيق، أفكر فقط في شدة	أوافق تمامًا	5	لا	5

	معاناتي				
3	لا أستطيع تحمل الشعور بالضيق	أوافق	4	لا	4
4	شعوري بالضيق يكون شديدًا لدرجة أنه يغمرني	أوافق	4	لا	4
5	لا يوجد أسوأ من الشعور بالضيق	محايد	3	لا	3
6	قدرتي على تحمل الضيق تقارن بالناس	أعارض	2	نعم	4
7	شعوري بالضيق غير مقبول	أوافق	4	نعم	2
8	سأفعل أي شيء لتجنّب الشعور بالضيق	أوافق تمامًا	5	نعم	1
9	الآخرون أكثر قدرة مني على تحمّل الضيق	أوافق	4	لا	4
10	أن أكون في ضيق دائم يعني عندي مشكلة كبيرة	أوافق تمامًا	5	نعم	1
11	أشعر بالخجل من نفسي عند شعوري بالضيق	محايد	3	نعم	3
12	أخاف من مشاعر الضيق	أوافق	4	لا	4
13	سأفعل أي شيء لأتوقف عن الشعور بالضيق	أوافق	4	لا	4
14	عند شعوري بالضيق، عليّ التصرف فورًا للتعامل معه	أوافق تمامًا	5	لا	5
15	لا أستطيع التوقف عن التركيز على شدة مشاعري عند الضيق	أوافق	4	لا	4

تجميع البنود حسب الأبعاد الأربعة :

البُعد	البنود	الدرجات النهائية لكل بند	المجموع / الدرجة القصوى
التحمّل	1، 3، 5	2 + 4 + 3	9 / 15
الإنغماس	2، 4، 15	5 + 4 + 4	13 / 15
التقييم	6، 7، 9، 10، 11، 12	4 + 2 + 4 + 1 + 3 + 4	18 / 30
التنظيم	8، 13، 14	1 + 4 + 5	10 / 15

الدرجة الكلية للمقياس:

مجموع الدرجات النهائية لكل البنود (بعد العكس):

2 + 5 + 4 + 4 + 3 + 4 + 2 + 1 + 4 + 1 + 3 + 4 + 4 + 5 + 4 = 52 / 75

الدرجة الكلية = 52 من 75

تفسير الدرجة الكلية :

النتيجة	التفسير العام
15–30	تحمل منخفض جدا للضيق
31–45	تحمل منخفض إلى متوسط
46–60	تحمل متوسط إلى جيد
61–75	تحمل مرتفع ومهارات تنظيم ممتازة

الدرجة الكلية المتوسطة (75/52) تشير إلى مستوى متوسط إلى جيد من تحمّل الضيق.

تحليل الأبعاد يظهر:

- تحمل (9/15): متوسط.
- الإنغماس (13/15): جيد .
- تقييم (15/30): منخفض إلى متوسط .
- تنظيم (15/15): جيد جدا .

تفسير نتائج الحالة الثانية:

أظهرت نتائج تطبيق مقياس التحمل النفسي للضيق أن الدرجة الكلية التي تحصلت عليها الحالة بلغت 52 من أصل 75، ما يدل على مستوى متوسط إلى جيد في تحمل مشاعر الضيق والانزعاج. هذه النتيجة تشير إلى وجود قدرة معتبرة على التعامل مع الضغوط والمشاعر السلبية، مع درجة من التوازن النفسي.

أما فيما يخص الأبعاد الفرعية للمقياس:

- بعد التحمل (15/9): يشير إلى مستوى متوسط من القدرة على احتمال المشاعر السلبية، ما يعكس وجود تحكم نسبي في الجانب الانفعالي. فالحالة تبدو قادرة على تحمّل الانفعالات غير المريحة.
- بعد الانغماس (15/13): يمثل مستوى جيد ويدل على قدرة جيدة على مقاومة الغمر الانفعالي. هذا يعني أن الحالة تبدي قدرة متميزة في الجانب الوجداني، بحيث لا تسمح للمشاعر السلبية بالسيطرة الكاملة على وعيها .
- بعد التقييم (30/15): يعكس مستوى منخفض إلى متوسط في تفسير وتقدير الحالة لمشاعرها السلبية. فقد تكون هناك صعوبات إدراكية في فهم معنى الضيق أو تصنيفه بشكل دقيق، ما يشير إلى قابلية لحدوث تشوهات معرفية تؤثر على الصورة الذاتية أو على التعامل العقلي مع المواقف الضاغطة.
- بعد التنظيم (15/15): يبين مستوى جيد جدا في استخدام استراتيجيات فعالة لتنظيم المشاعر. وهذا يشير إلى قوة في الجانب السلوكي، حيث تبدو الحالة قادرة على ضبط ردود فعلها واتخاذ قرارات لتقليل حدة الانزعاج.

الإستنتاج :

تعكس هذه النتائج وجود توازن نسبي في تعامل الحالة مع مشاعر الضيق، خاصة من حيث السيطرة السلوكية ومقاومة الغمر الانفعالي، وهو ما يشير إلى قدرة مقبولة في مواجهة الانفعالات السلبية. غير أن هذا التوازن يظل غير مكتمل بسبب وجود ضعف في الجانب الإدراكي، أي في طريقة تفسير وتقدير هذه المشاعر، مما قد يؤدي إلى تشوهات معرفية أو صعوبة في المعالجة الذهنية السليمة للضغوط.

لذا، من الضروري توفير دعم نفسي يركّز على تعزيز الفهم المعرفي للمشاعر (إعادة التقييم)، مع استمرار دعم الجانب السلوكي الإيجابي، وتقوية الجانب الوجداني لضمان مرونة نفسية أكثر ثباتًا واستقرارًا أمام مواقف الضيق والانزعاج.

الخلاصة:

من خلال تحليل المعطيات المستخلصة من دراسة الحالتين (م.ص) و(ن.م)، يتضح أن كلاهما تعانيان من اضطراب ثنائي القطب بتقلبات مزاجية حادة وممتدة أثرت بشكل ملموس على نمط حياتهما و علاقاتهما وأسلوب تعاملهما مع الضيق النفسي.

ورغم الفروقات الفردية من حيث الوضع العائلي والاجتماعي إلا أن المؤشرات السريرية كشفت عن وجود تحمل نفسي للضيق بدرجات متفاوتة، يتجلى من خلال محاولات مستمرة للتكيف، التماس الدعم، والبحث عن بدائل علاجية تقلل من حدة المعاناة.

سجلت الحالتان حضورا لاستبصار جزئي بالحالة المرضية إضافة إلى تعبير صادق عن الإرهاق الداخلي وفترات من فقدان السيطرة خاصة خلال نوبات الاكتئاب، مقابل لحظات من الاندفاع غير المتزن خلال نوبات الهوس.

كما أظهرت المقابلات توجها لدى كلتا الحالتين نحو آليات تجاوز فردية (مثل الانخراط في العمل أو الأنشطة الإبداعية) وأخرى خارجية (كالاعتماد على أحد أفراد العائلة أو الطبيب المعالج) مما يدل على بقاء عنصر التكيف نشطا رغم اختلال المزاج المستمر.

بناءا عليه تؤكد هذه الدراسة أهمية فهم التحمل النفسي للضيق ليس فقط من زاوية الأعراض المرضية، بل أيضا من زاوية قدرة الفرد على إعادة التنظيم الذاتي أثناء الأزمات، ومدى قابلية البيئة الاجتماعية والعلاجية على دعم هذا التحمل في سياق اضطراب ثنائي القطب.



الفصل الخامس

ملخص النتائج و مناقشة الفرضيات



تمهيد:

في هذا الفصل سنقدم ملخصا للنتائج المتحصل عليها في الدراسة العيادية للحالتين المدروستين، كما سنتناول مناقشة فرضية الدراسة، كذا تقديم التوصيات والخاتمة.

1- ملخص نتائج الدراسة العيادية للحالتين :

1-1- الحالة الأولى:

من خلال نتائج الدراسة العيادية يظهر تحمل الضيق كما يلي :

على المستوى الإدراكي:

تشوهات معرفية مرتبطة بالذات والواقع المرضي بحيث، يظهر على الحالة م ص تفسيرات مرضية لواقعها المرضي إذ تقول " كنت نسأل نفسي علاش راني نحس هكذا ؟ "

خلل في تفسير المواقف الضاغطة تعبر عنه من خلال البحث عن التعلق الآمن "إعتبارها لأختها صديقتها المقربة و شعورها بالأمان العاطفي و مشاركتها معها لهمومها اليومية و اللجوء إليها في فترات الأزمات النفسية.

تذبذب االإستبصار بحيث ترى حاجتها فقط بالعلاج الدوائي بغض النظر عن العلاج النفسي" عييت من الدواء وباغية حاجة تريحني وتخليني مستقرة ....." إهتمامها بتقنية التحفيز المغناطيسي عبر الدماغ .

تتجه نحو أسلوبين إدراكيان متناقضان العمل الخيري و الخيانة الزوجية ." المشاركة في الجمعيات و تزويج البنات ... وفي نفس الوقت خيانة زوجية "

على المستوى الانفعالي:

حساسية انفعالية مفرطة يتأرجح مزاجها بشكل غير متحكم فيه لدرجة الخلل بثقتها بنفسها وتعيش تجربة البحث عن الأمان سواءا من خلال البحث عن التعلق الآمن من أختها و من خلال الهرب في الحالة الهوسية و هذا يشير إلى عدم إستقرار المزاج بقولها " .... نرتاح معاها ونحكيلها شيء ..."

صعوبة و خلل في تنظيم الانفعال الغير مبرر بحيث نجدها تعيش إستجابة إنفعالية قوية في كل نوبة بالرغم من خضوعها بالعلاج الدوائي و هذا ما قد نسميه بتضخم بالشعور بالعجز العاطفي . " حالتي كيما هاد الخطوط طالعين و نازلين ..... نحب نولي ثابتة و مرتاحة "

على المستوى السلوكي :

انسحاب اجتماعي في فترات الاكتئاب من خلال الهروب نحو النوم و التهرب من المسؤولية و بهذا الصدد تقول "نحب نرقد بزاف باش منفكرش ، باش نهرب من كل شيء "

إستثارة سلوكية في فترات الهوس يصعب عليها التحكم فيها بحيث تجد نفسها تقوم بأي شيء كالمشاركة في الجمعيات و أيضا "نولي نضحك بزاف، نهضر بزاف، نخمم نبدل الدنيا قاع ...."

صعوبة في كبح السلوكات الهوسية و ذلك من خلال خيانتها الزوجية مع رجل أجنبي يعدها بالتكفل بها ماديا .

1-2-الحالة الثانية:

من خلال نتائج الدراسة العيادية يظهر تحمل الضيق كما يلي :

على المستوى الإدراكي:

- المعاناة النفسية تتجلى لسعيها في محاولة الشفاء التام قائلةً " أنا نحب نبرا ...نحب نخرج من هذه الحالة و نولي كي الناس "
- تذبذب إدراكي مزاجي بأهمية العلاج النفسي والدوائي؛ مصرحةً أنها ملتزمة بالدواء رغم عدم حبها له و نسيانها له لكنها أشارت أن والدتها تذكرها به

على المستوى الانفعالي:

- مقاومة جيدة للإنغماس الانفعالي دون انقطاع في الأداء يظهر ذلك في محاولتها لإستعادة التوازن النفسي ، ويظهر هذا في محاولة الخروج من أزمتها بناءا على نصيحة أختها .... وإلتحاقها لتعلم الخياطة.

تقلبات وجدانية خفيفة لكن يمكن التحكم فيها، في الفترات المستقرة تحاول ممارستها (الرسم، الرقص، الكتابة، الموسيقى) لكنها في الفترات الحادة تتوقف عن كل شيء.

على المستوى السلوكي:

وجود استجابات سلوكية منظمة في المواقف الضاغطة. تقول إن الهدف من هذا العمل هو توفير دخل يساعدها في شراء الدواء والمساهمة في إعالة عائلتها.

تلجأ إلى استراتيجيات دعم اجتماعي وذاتي للتقليل من حدة التوتر و يتجلى هذا في اعتمادها على العبارات الدينية التي ترددها والدتها يشير إلى دعم عاطفي داخلي يُستخدم كوسيلة تهدئة وتكيف ذاتي.

سلوكيات متهورة خلال نوبات الهوس، تتسم بالإفراط في النشاط والانفتاح الزائد دون تقدير للعواقب. تقول إنها تتحول إلى شخص 'خفيف' حسب تعبير العائلة، أي أنها تضحك كثيرًا، تتحدث بشكل مفرط، وتقوم بتصرفات غير مألوفة من بينها الدخول في علاقات مع شبان أجانب."

فقدان واضح للشغف والطاقة أثناء نوبات الاكتئاب، مع ميول للعزلة والتقليل من التفاعل الاجتماعي.

"أما في نوبات الاكتئاب فتصف حالتها بأنها عزلة تامة، قلة الحركة، قلة النظافة، نوم مفرط، بكاء طويل، وفقدان الاهتمام بأي تواصل أو نشاط، حتى مع أفراد الأسرة".

2- نتائج الدراسة على المستوى السيكوميتري (المقياس):

2-1- الحالة الأولى:

الدرجة الكلية المتوسطة (75/40) تشير إلى مستوى متوسط من تحمل الضيق.

تحليل الأبعاد يظهر:

- تحمّل (8/15): منخفض
- الإنغماس (10/15): متوسط
- تقييم (14/30): منخفض
- تنظيم (8/15): منخفض

تعاني الحالة من هشاشة انفعالية وإدراكية عند مواجهة الضيق، وتفتقر للجانب المعرفي والسلوكي اللازم للتكيف السريع مع الانفعالات السلبية. تحتاج إلى دعم علاجي يرتكز على:

- تعزيز التحمل الانفعالي
- تدريب على التنظيم السلوكي
- تصحيح تشوهات التفكير السلبي
- تطوير أدوات عقلانية لإعادة تقييم المواقف الضاغطة.

2-2-الحالة الثانية:

الدرجة الكلية المتوسطة (75/52) تشير إلى مستوى متوسط إلى جيد من تحمّل الضيق.

تحليل الأبعاد يظهر:

- التحمل (9/15): متوسط.
- الإنغماس (13/15): جيد .
- تقييم (15/30): منخفض إلى متوسط .
- تنظيم (15/15): جيد جدا .

تظهر الحالة مرونة انفعالية وسلوكية، لكن تعاني من قصور في الجانب الإدراكي المرتبط بتقدير مشاعر الضيق. تحتاج إلى دعم علاجي يرتكز على:

- إعادة التقييم المعرفي.
- دعم الجانب السلوكي .
- تقوية تقبل الذات والانفعالات السلبية .

3- مناقشة الفرضية :

تنص الفرضية العامة للدراسة على :

يتميز المصاب باضطراب ثنائي القطب بخلل على مستوى التحمل الإدراكي، الوجداني والسلوكي للضيق النفسي.

وللتحقق من هذه الفرضية قمنا بأجرأتها من خلال إستخدامنا المقابلة النصف موجهة لدراسة الحالة، دليل المقابلة العيادية وتطبيق مقياس التحمل النفسي للضيق على حالتين مصابتين باضطراب ثنائي القطب في سن الرشد .

3-1- الفرضية الأجرائية على المستوى العيادي:

يتميز المصاب باضطراب ثنائي القطب بـ :

-تفسير المرضي للإدراكات (تضخيم، تأويل ذاتي مشوه)

-سلوكيات إندفاعية وصعوبة في كبح الأفعال

-خلل في تنظيم إنفعالاته (تقلب انفعالي غير مبرر)

-التعلق الانفعالي المفرط بشخص من المحيط الأسري أو الاجتماعي

من خلال النتائج الدراسة العيادية للحالة الأولى م ص و الحالة الثانية هذه الفرضية نجدها قد تحققت بالنسبة للحالة الأولى في النتائج أعلاه و هذا ما قد يشار إليه :

- التفسير المرضي للإدراكات: فسّرت حالتها كابتلاء وقدر، مما يدل على فهم مشوّه لواقعها النفسي.
- السلوكيات الاندفاعية: أظهرت اندفاعا من خلال خيانة زوجها واتخاذ قرارات فجائية دون تفكير.
- خلل في تنظيم الانفعالات: تقلب مزاجها الحاد يعكس صعوبة واضحة في التحكم بانفعالاتها رغم العلاج.
- التعلق الانفعالي: بحثت عن الأمان العاطفي عبر التعلق بأختها وبشخص غريب يعوّضها عن غياب الزوج.

وهذا ما تدعم صحته ما أشار إليه (1990) Beck،أن الأفراد المصابين باضطراب ثنائي القطب يميلون إلى تفسير حالتهم بشكل معرفي مشوه، مع صعوبات في التنظيم الانفعالي وسلوكيات اندفاعية، وهو ما يتقاطع مع نتائجنا حول الحالة الأولى، خاصة من حيث تفسيرها للحالة كابتلاء، تقلبها المزاجي، وارتباطها العاطفي المفرط بأختها.

3-2- الفرضية الأجرائية على المستوى السيكوميتري:

يتحصل المصاب بإضطراب ثنائي القطب على درجات منخفضة على مستوى أبعاد مقياس تحمل الضيق التي تتمثل فيما يلي:

- القدرة على التحمل,(Tolérance)

- الميل إلى الانغماس في المشاعر السلبية,(Absorption)

- تقييم الضيق(Appraisal)

- وتنظيم المشاعر المرتبطة به(Regulation)

بالنسبة للحالة الأولى:

الدرجة الكلية المتوسطة (75/40) تشير إلى مستوى متوسط من تحمل الضيق.

- تحليل الأبعاد يظهر:
- تحمّل (8/15): منخفض
- الإنغماس (10/15): متوسط
- تقييم (14/30): منخفض
- تنظيم (8/15): منخفض

تحققت الفرضية بشكل واضح إذ سجلت الحالة درجات منخفضة في أغلب الأبعاد، مما يعكس هشاشة نفسية في التعامل مع الضيق، خصوصًا على مستوى التقدير الإدراكي والتنظيم الانفعالي.

وبالنسبة للحالة الثانية :

الدرجة الكلية المتوسطة (75/52) تشير إلى مستوى متوسط إلى جيد من تحمّل الضيق.

تحليل الأبعاد يظهر:

- تحمل (9/15): متوسط.
- الإنغماس (13/15): جيد .

- تقييم (15/30): منخفض إلى متوسط .
- تنظيم (15/15): جيد جدا .

لم تتحقق إذ أنها تمتلك مستوى جيدا من التحمل الانفعالي والسلوكي، مع قدرة واضحة على التنظيم في مواجهة الضيق. ورغم وجود بعض التقلبات الوجدانية وفترات من الانسحاب أثناء الاكتئاب، إلا أنها لا تصل إلى درجة اختلال الوظائف أو تشوه الفهم بشكل مرضي، مما يجعل الفرضية غير محققة بالنسبة لهذه الحالة،هذا ما يبرر الأثر النفسي للعلاج لأنها خضعت للعلاج النفسي سابقا وأشارت إليه في الحصة الأخيرة و الأمر لم يكن تحت سيطرة إختيارنا.

ومن هنا لا يمكن الجزم أن الفرضية العامة قد تحققت لأننا قمنا بدراسة حالة التي نعتبرها فردية فريدة من نوعها غير قابلة للتعميم وفي هذا المحتوى نشير أيضا إلى ضرورة تعميق دراسة الحالة السيكوباثولوجية.

وتتقاطع نتائج هذه الدراسة مع ما أشار إليه "كارل يونغ"

"A psychoneurosis must be understood, ultimately, as the suffering of a soul which has not discovered its meaning."

(Jung, 1963, p. 199)

" يجب فهم العصاب النفسي، في جوهره، على أنه معاناة روح لم تكتشف معناها بعد."

(يونغ، 1963، ص. 199)

يونغ في هذا الاقتباس يُشير إلى أن الاضطراب النفسي (بما في ذلك الضيق والمعاناة) غالبا ما يكون ناتجًا عن غياب المعنى في تجربة الفرد، أي أن الشخص لم يستطع أن يفسر أو يستوعب ما يعيشه بطريقة تمنحه فهمًا ومعنىً ذاتيا.

من خلال هذا الاقتباس، نستنتج أن المعاناة النفسية ليست مجرد أعراض أو نوبات، بل هي صرخة داخلية لروح تائهة تبحث عن معنى لما تعيشه. فحين يفتقد الإنسان تفسيرا ذاتيا لمعاناته، تصبح مشاعره ضبابية ومربكة، وتضعف قدرته على التحمل. ويمنح للضيق شكلا يمكن التعايش معه. وهذا ما يجعل من البحث عن المعنى جزءًا من العلاج، وعنصرا حاسما في تحمّل الضيق النفسي.

الخاتمة

بعد إتمام هذا العمل البحثي، يمكن القول إن دراستنا جاءت لتسليط الضوء على إحدى الإشكاليات النفسية المركّبة والمتمثلة في مدى قدرة المصاب باضطراب ثنائي القطب على تحمّل مشاعر الضيق النفسي، وذلك في ضوء ما يفرضه هذا الاضطراب من تذبذب مزاجي حاد وتأثيرات عميقة على المستويات المعرفية والانفعالية والسلوكية للمريض.

لقد مكّنتنا الدراسة من الوقوف عند الفروقات الدقيقة بين حالتين الحالة م.ص و الحالة ن.م تختلفان من حيث التجربة العيادية والسياق الأسري والاجتماعي، ما سمح لنا بفهم أعمق للطبيعة الدينامية لمفهوم "تحمّل الضيق". حيث أظهرت الحالة الأولى ضعفا عاما في القدرة على التحمّل، انعكس على ضعف التنظيم الانفعالي وتشوّش في التقدير المعرفي في ظل غياب شبه كلي للدعم الاجتماعي. في المقابل، عبّرت الحالة الثانية عن قدرة أكبر على ضبط الانفعالات واستعمال أفضل لاستراتيجيات التكيف وهو ما ارتبط بشكل واضح بتوفر الاحتواء الأسري والمتابعة النفسية العلاجية.

وقد كشفت نتائج التحليل العيادي والسيكومتري لمقياس التحمل النفسي للضيق أن تحمّل الضيق ليس سمة ثابتة بل هو عملية مركبة تتقاطع فيها عدة أبعاد: القدرة على استيعاب الشعور السلبي دون انغماس مفرط، القدرة على تفسير وتقدير الضيق بطريقة عقلانية، ثم توظيف استجابات سلوكية منظمة ومناسبة. كما بيّنت الدراسة أن مستوى التحمل يتأثر بشدة بجودة العلاقات الأسرية والدعم النفسي والاجتماعي المتاح وهو ما يجعل من دور العائلة عنصرا حاسما، ليس فقط في دعم المصاب بل أيضا في تخفيف الشعور بالوصمة الذي كثيرا ما يعمّق الإحساس بالذنب والعزلة.

ومن بين النقاط المهمة التي كشفت عنها المقاربة الميدانية هو النقص الملحوظ في بنية الدعم داخل المؤسسات الاستشفائية النفسية، إذ لا تزال هذه المؤسسات تعاني من ضعف في البرامج التثقيفية الموجهة للمريض وعائلته، وغياب بيئة آمنة للتعبير عن المعاناة دون خوف من التقييم أو الأحكام. وفي غياب هذا الإطار، تبرز ميكانيزمات دفاعية لدى بعض المرضى كالتلاعب بالإفصاح أو التظاهر بالاستقرار بهدف مغادرة المؤسسة، وهو سلوك يصنّف ضمن مؤشرات الخطورة العالية خاصة وأن اضطراب ثنائي القطب يأتي في المرتبة الثانية من حيث الخطورة بعد الإدمان حسب تصنيفات متعددة.

وبناءًا على ما تم التوصل إليه من نتائج عيادية وسيكومترية، يمكن القول إن أهداف هذه الدراسة قد تحققت؛ إذ تم التعرف بشكل دقيق على طبيعة التحمل النفسي للضيق لدى المصابين باضطراب ثنائي القطب، مع إبراز الفروق الفردية في الأبعاد الإدراكية، الوجدانية والسلوكية.

وعليه، فإن نتائج هذا البحث تدعو إلى ضرورة تعزيز العمل العيادي المتكامل داخل المؤسسات النفسية، من خلال تبني أدوات تقييم مرنة وفعالة وتكثيف برامج التثقيف النفسي للعائلات، وخلق بيئة علاجية أكثر دعما واحتواء. كما تُبرز أهمية الاستثمار في بناء قدرات التحمل النفسي لدى المصابين باضطراب ثنائي القطب، كجزء جوهري من عملية الاستشفاء النفسي وكمدخل أساسي لتحسين الإستبصار بالإضطراب، التقدم نحو العلاج وتفادي الانتكاس.

الإقتراحات و التوصيات:

وانطلاقا من النتائج المتوصّل إليها، ومن خلال تحليل المعطيات العيادية والسيكومترية(للمقياس) للحالتين المدروستين، يمكن تقديم مجموعة من الاقتراحات والتوصيات التي من شأنها أن تُسهم في تحسين التكفّل النفسي بهذه الفئة وتعزيز قدرتها على تحمّل الضيق:

- ضرورة التركيز في البرامج العلاجية على تنمية مهارات تحمل الضيق والتنظيم الانفعالي لدى مرضى اضطراب ثنائي القطب.
- إطلاق حملات توعية مجتمعية حول اضطراب ثنائي القطب، لتقليص وصمة المرض وتحفيز المرضى على طلب العلاج دون خجل
- إشراك العائلة في العملية العلاجية عبر جلسات تثقيف نفسي، لتعزيز الدعم الاجتماعي وفهم طبيعة الاضطراب والانفعالات المصاحبة له.
- يوصي بإدراج هذا المتغير ضمن التصميمات البحثية المستقبلية التي تتناول إضطرابات نفسية أخرى.

قائمة المراجع:

الجمعية السعودية للطب النفسي. (2020). الاضطرابات النفسية وعلاجها. الرياض: دار السلام للنشر.

العيسوي، عبد الرحمن. (2001). الصحة النفسية: مفهومها – أسسها – مظاهرها. دار النهضة العربية.

القاضي، عبد العزيز. (2018). التدخل المبكر في الاضطراب ثنائي القطب: مراجعة. مجلة الطب النفسي العربي، 29(3)، 120–132.

المجلة العربية للعلوم ونشر الأبحاث. (2020). فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تحسين صورة الجسم لدى طالبات المرحلة الثانوية [شيريهان صبري محمد أحمد & عبدالباسط متولي خضر، 2020]. المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية، 4(14)، 177–214. https://doi.org/10.33850/jasep.2020.73216

بوراس، ن.، و مشكرة، أ. (2009). الصحة النفسية في الجزائر: الوضع الراهن وآفاق المستقبل. الطب النفسي الدولي، 6(2)، 35–37.

جابر، عبد الحميد. (2004). علم النفس الإكلينيكي. دار الفكر العربي.

سليمان، سناء محمد. (2005). مشكلة الخوف عند الأطفال (طبعة أولى). القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع.

عبد الباسط متولي خضر. (2018). موسوعة علم النفس الإيجابي. القاهرة: دار الكتاب الحديث.

عبد الحميد، هـ. (2022). المعجم النفسي. مجمع اللغة العربية.

فتيحة، بن عودة. (2015). الاضطرابات النفسية والعقلية بين النظرية والعلاج. دار الخلدونية.

قدري، ن.، و غالم، ن. (2012). الثقافة والطب النفسي في المغرب العربي: نحو مقاربة عبر-ثقافية. الصحة النفسية في المغرب العربي، 9(1)، 7–15.

قدور، بلقاسم. (2020). مرونة الأنا والصحة النفسية لدى مرضى اضطراب ثنائي القطب. مجلة دراسات نفسية وتربوية، 4(3)، 63–80.

كحلول، أحلام. (2020). اضطراب ثنائي القطب من خلال النظرية المعرفية السلوكية – دراسة عيادية. مجلة الممارسات النفسية، 7(1)، 95–110.

مباركي، سعاد. (2015). التمثلات الاجتماعية للمرض النفسي في الجزائر. الجزائر: جامعة الجزائر.

مباركي، عتيقة. (2022). أثر الصلابة النفسية في مواجهة الضغوط النفسية لدى المصابين باضطراب ثنائي القطب. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 11(2)، 205–219.

يوسف، محمد عبد الرحمن. (2012). العلاج المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية والعقلية. دار العلم والإيمان.

Al-Krenawi, A., & Graham, J. R. (2000). Mental health practice in Arab communities. Springer.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Anzieu, D. (1985). Le Moi-peau. Dunod.

Beck, A. T. (2011). Cognitive therapy and the emotional disorders. Penguin.

Beck, J. S. (2011). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.). Guilford Press.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? American Psychologist, 59(1), 20–28. https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20

Bourgeois, M.-L., Gay, C., Henry, C., & Masson, M. (2014). Les troubles bipolaires. Lavoisier Médecine Sciences.

Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: A review of measures. BMC Health Services Research, 10, Article 80. https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-80

Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2014). Le trouble bipolaire: Guide d'information. CAMH.

Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier. (2020). Le trouble bipolaire: Livret d'accueil à l'usage des patients et des familles. CHU de Montpellier.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice. Guilford Press.

Crocq, M.-A. (2014). Troubles maniaco-dépressifs et bipolaires: Historique du concept. In M.-L. Bourgeois et al. (Eds.), Les troubles bipolaires (pp. 3–9). Lavoisier.

Cuijpers, P., Weitz, E., Karyotaki, E., Garber, J., & Andersson, G. (2015). The effects of psychological treatment of maternal depression on children and parental functioning: A meta-analysis. European Child & Adolescent Psychiatry, 24(2), 237–245. https://doi.org/10.1007/s00787-014-0660-6

Desseilles, M., Perroud, N., & Grosjean, B. (2017). Manuel du bipolaire. Éditions Odile Jacob.

Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. In The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 243–258). (Original work published 1917).

Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). Manic-depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression (2nd ed.). Oxford University Press.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26(1), 41–54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. Guilford Press.

Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., et al. (2003). A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. Archives of General Psychiatry, 60(3), 261–269.

Latifian, M., Abdi, K., Raheb, G., Kiani, S., Fekrazad, H., & Nedjat, S. (2023). Stigma in people living with bipolar disorder and their families: A systematic review. International Journal of Bipolar Disorders, 11(1), Article 9. https://doi.org/10.1186/s40345-023-00299-4

Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults. Psychological Bulletin, 136(4), 576–600. https://doi.org/10.1037/a0019712

Meyer, J. S., & Quenzer, L. F. (2018). Psychopharmacology: Drugs, the brain, and behavior (3rd ed.). Oxford University Press.

Miklowitz, D. J. (2019). The bipolar disorder survival guide: What you and your family need to know (3rd ed.). Guilford Press.

Miklowitz, D. J., & Johnson, S. L. (2006). The psychopathology and treatment of bipolar disorder. Annual Review of Clinical Psychology, 2(1), 199–235.

National Institute of Mental Health. (2022). Bipolar disorder. https://www.nimh.nih.gov

Paris, J. (2007). The nature of borderline personality disorder: Multiple dimensions, multiple symptoms, but one category. Journal of Personality Disorders, 21(5), 457–473.

Sullivan, P. F., Daly, M. J., & O'Donovan, M. (2019). Genetic architectures of psychiatric disorders: The emerging picture and its implications. Nature Reviews Genetics, 20(8), 537–551. https://doi.org/10.1038/s41576-019-0121-8

Tohen, M., Zarate, C. A., Hennen, J., Khalsa, H. M. K., Strakowski, S. M., Gebre-Medhin, P., … & Baldessarini, R. J. (2000). The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: Prediction of recovery and first recurrence. American Journal of Psychiatry, 157(12), 2135–2140.

Weibel, S., Aubry, J.-M., & Bertschy, G. (2014). États mixtes. In M.-L. Bourgeois et al. (Eds.), Les troubles bipolaires (pp. 43–49). Lavoisier.

Weibel, S., Etain, B., Henry, C., & Leboyer, M. (2014). Troubles bipolaires: repérage et accompagnement. Santé Mentale, (188), 42–47.

World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th revision). https://icd.who.int

World Health Organization. (2022). Mental disorders. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

الملاحق :

الملحق رقم 1: دليل المقابلة العيادية النصف موجهة من إعداد الطالبة مصباح فاطمة الزهراء

دليل المقابلة النصف الموجهة

عنوان المذكرة: التحمل النفسي للضيق لدى المصاب باضطراب ثنائي القطب.

الهدف: التعرف على الكيفية التي يتحمل بها الفرد المصاب بإضطراب ثنائي القطب مشاعر الضيق والضغوط النفسية التي يمر بها خلال نوبات المرض، مع استكشاف العوامل الداخلية والخارجية المساهمة في عملية التحمل.

أولا : البيانات التعريفية :

الاسم الثلاثي :

الجنس:

السن :

الوضع العائلي :

المستوى التعليمي:

الوضعية المهنية:

تاريخ التشخيص بإضطراب ثنائي القطب :

عدد النوبات السابقة (هوس / إكتئاب) :

هل يتلقى علاجاً نفسيا أو دوائيا :

هل لديه تاريخ دخول إلى المستشفى : **كم مرة :**

المحور الأول :

تجربة المريض مع المرض :

- **متى بدأت أعراض اضطرابك لأول مرة؟ وكيف كانت البداية ؟**
- **كيف تصف نوبات الهوس التي تمر بها؟ وما تأثيرها عليك؟**

المحور الثاني:

المشاعر أثناء فترات الأزمات :

- **ما هي المشاعر التي تسيطر عليك خلال نوبة الهوس؟ ونوبة الاكتئاب؟**
- **كيف تستجيب لهذه المشاعر؟ هل تشعر بأنها تغمرك أم تستطيع السيطرة عليها؟**

المحور الثالث:

آليات وإستراتيجيات المواجهة:

- **عندما تشعر بالضيق أو القلق أو الحزن ماذا تفعل عادة؟**
- **هل تمارس أي نشاطات لتخفيف من التوتر**

المحور الرابع :

الإدراك الذاتي للتحمل :

- **كيف تقيم قدرتك على تحمل الضغوط النفسية؟**

المحور الخامس:

الدعم الاجتماعي و تأثيره:

- **من هم الأشخاص اللذين تعتمد عليهم عند شعورك بالضيق؟**

المحور السادس :

أثر المرض على صورة الذات و الثقة بالنفس:

- **هل ترى أن إصابتك بالإضطراب أثرت على نظرتك لنفسك؟**
- **هل تشعر بأنك أقل قدرة من الآخرين على مواجهة الحياة؟**

الملحق رقم 2:

مقياس تحمل الضيق النفسي المترجم من طرف الطالبة مصباح فاطمة الزهراء

(Distress Tolerance Scale - DTS)

الاسم: _____ التاريخ: ____ / ____ / _____

التعليمات:

أودّ في البداية أن أؤكد لك أن هذه المقابلة تهدف فقط إلى فهم تجربتك الشخصية مع ما مررتَ به من فترات صعبة، وذلك في إطار مساعدتك بشكل أفضل. لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، فكل ما تقوله يعكس تجربتك الخاصة التي نودّ الاستماع إليها بكل احترام واهتمام. خذ وقتك في الإجابة، وتحدث بالطريقة التي تشعر معها بالراحة

فكّري في مواقف شعرتِ فيها بالضيق أو الانزعاج. ضعي علامة (□) في الخانة التي تعبّر أكثر عن مدى اتفاقك مع كل عبارة أدناه، بناءً على مشاعرك ومعتقداتك

رقم	العبارة	أوافق تمامًا	أوافق	لا أوافق ولا أعارض	أعارض	أعارض تمامًا
1	الشعور بالضيق أو الانزعاج لا يُحتمل.					
2	عندما أشعر بالضيق أو الانزعاج، فإن الشيء الوحيد الذي أفكر فيه هو شدة معاناتي.					
3	لا أستطيع تحمل الشعور بالضيق أو الانزعاج.					
4	شعوري بالضيق يكون شديدًا لدرجة أنه يكتسحني تمامًا.					
5	لا يوجد شيء أسوأ من الشعور بالضيق أو الانزعاج.					
6	قدرتي على تحمل الضيق أو الانزعاج تقارن بأغلب الناس. *					
7	شعوري بالضيق أو الانزعاج غير مقبول.					

8	سأفعل أي شيء لتجنب الشعور بالضيق أو الانزعاج.					
9	الآخرون أكثر قدرة مني على تحمل مشاعر الضيق أو الانزعاج.					
10	أن أكون في حالة ضيق أو انزعاج دائمًا يشير إلى مشكلة كبيرة لديّ.					
11	أشعر بالخجل من نفسي عندما أشعر بالضيق أو الانزعاج.					
12	أخاف من مشاعر الضيق أو الانزعاج.					
13	سأفعل أي شيء للتوقف عن الشعور بالضيق أو الانزعاج.					
14	عندما أشعر بالضيق أو الانزعاج، عليّ أن أتصرف فورًا للتعامل مع ما أشعر به.					
15	عندما أشعر بالضيق أو الانزعاج، لا أستطيع التوقف عن التركيز على شدة مشاعري.					