محاضرات وحدة السيكوسوماتية

موجهة للطلبة

السنة الثالثة علم النفس العيادي

من إعداد:

الدكتورة فتحية عبد القادر شكراوي

2023-2022

تـايوتحملا:

مقدمة

1-لمحة تاريخية

2- معنى الاضطرابات السيكوسوماتية:

3- المقاربة السيكوسوماتية

4-الصلة بين النفس والجسم(الإنسان وحدة متكاملة متفاعلة):

5-الأساس الانفعالي والفيزيولوجي للأمراض السيكوسوماتية وعواملها

6-مكانة الجسم في الأمراض النفس-جسدية

7- اختيار الأعراض العضوية

8-التحول والنكوص مصطلحان أساسيان في النظريات النفس-جسدية.

9-مختلف المدارس النفس-جسدية:

10-تأثير نظرية التحليل النفسي Freud

11- نقائص الأنا في الأمراض النفس-جسدية

12- خصوصيات المقابلة في الأمراض النفس-جسدية

13- مناهج الاسترخاء

14- فئات الأمراض السيكوسوماتية

15- الألم في الاضطرابات السيكوسوماتية

16- أعراض الاضطرابات النفسجسمية

17-أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية

18- علاج الاضطرابات السيكوسوماتية

19- العلاج النفسي للاضطرابات السيكوسوماتية

20- أهداف السيكوسوماتية

21أهم المدارس في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية

22- نشأت المدرسة السيكوسوماتية الفرنسية

23- مبادئ النظرية السكوسوماتية الباريسية

24- من البنية السيكوسوماتية إلى صيرورة الآلية السيكوسوماتية

25- الآلية السيكوسوماتية كفشل في التمثيل بالرموز (التجسيد)

26- تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية

27-أنماط الأمراض السيكوسوماتية

28-أشهر أنواع الأمراض السيكوسوماتية

29-السرطان نموذج للاضطرابات السيكوسوماتية

مقدمة:

السيكوسوماتية أحد مجالات الدراسة في العلوم الإنسانية، تعود بداية أعمالها إلى القرن الخامس عندما منح Hippocrate مكانة للطب العقلي، كتيار مستقل يعرف الإنسان كوحدة منظمة و مندمجة، و في القرن السابع عشر ظهر تيار الأطباء حيث وجدوا المعاناة النفسية تصنف الوظائف النفسية والجسدية وبظهور أعمال Charcot استعمال التنويم المغناطيسي الذي يحي مشاهد ماضية، محدثا بذلك تحسنا ملحوظا للمريض، و مع أبحاث Freud حول الشلل و الأفازيا و الهستيريا، توصل لحقيقة ديناميكية اللاشعور فأكد بذلك مبادئ الاقتصاد السيكوسوماتي و التكوين المنظمة للوحدة السيكوسوماتية للفرد.

إن كلمة السيكوسوماتية Psychosomatique يونانية الأصل تنقسم إلى قسمين:
Psycho و تعني منها الروح أو النفس، Soma و تعني الجسد أو الجسم. يرجع استعمال مصطلح السيكوسوماتية إلى سنة 1946، من طرف الطبيب العقلي الألماني Heinroth من أجل وصف شكل من أشكال الأرق.

أما Pierre Marty فيقول:"تأخذ السيكوسوماتية بعين الاعتبار كل من الحركات النفسية وكذا العلاقات ما بين الحركات عند المرضى السوماتيين وحتى الأفراد الذين نعتبرهم أصحاء"

وحاليا تشكل السيكوسوماتية علما قائما بحد ذاته، إذ تهدف إلى إعطاء أجوبة على جدالا متمحور حول الوحدة الأساسية للإنسان، ونتعرض إلى هذا الإشكال من خلال البيولوجية التاريخية، حيث شهدت فرنسا في أواخر الخمسينات نتائج مميزة عملت على توسيع ميدان السيكوسوماتية من حيث أنها أجابت على أسئلة حاسمة من خلال ارتباطها بمكتسبات التحليل النفسي للعصابات.

1- لمحة تاريخية عن السيكوسوماتية :

إن كلمة السيكوسوماتية اشتقت من اللغة اليونانية وهي تنقسم الى قسمين (psycho) وتعني بها الروح أو النفس (soma) و تعني بها الجسد أو الجسم .

ويشير تاريخى الطب إلى أن أول مرة استخدم مصطلح الاضطرابات النفسجسدية أو الأمراض السيكوسوماتية من طرف « Heinroth » في عام 1818 ولكن الاستعمال الدقيق لهدا المصطلح جاء في عام 1922 على يد « Deusch » ، و في الثلاثينات ظهر اهتمام جديد فيما يخص الأمراض السيكوسوماتية إلى جمعية التحليل النفسي من طرف « Dunbar»التي ركزت على بنية الشخصية ، فبالنسبة لها السبب ليس دائما نفسيا بل يمكنه أن يكون خارجيا ، لكن بنية الشخصية هي التي تجعل جزءا من الجسم هشا مما يؤهلها للتأثر بالاعتداء الخارجي والوقوع في التجسيد.

وقد ظهرت نظريات عديدة حول علاقة الجسم بالروح فمنها من رأت أنهما يكونان وحدة متجانسة ومنها من ترى أنهما مستقلان عن بعضهما البعض، و في هدا الصدد قام جدال بين حركتين ، مدرسة (cos) وممثيلها هيبوقراط والدي منح مكانة للطب العقلي كتيار مستقل يعرف الإنسان كوحدة منظمة و يدرسه ككل متكامل والمرض هو عبارة عن اختلال في التوازن، يجب الامتثال للقوانين الطبيعة والتكيف قدر المستطاع، أما المدرسة الثانية (CNID) فالمرض هو حادث والواجب هو معالجة العضو المريض فقط أما بالنسبة للأمراض السيكوسوماتية فقد كان يقصد بهذا المفهوم هو تأثير الميول و الرغبات الجنسية المكبوتة على مرضى السل، والصرع ، و السرطان.....الخ.

وقد كانت أول فريضة للطب النفسي الجسدي من طرف (GOKIEN) وهي الرأي النفسي و يرى أنها تنطلق من الدماغ لبقية الجسم بفضل الأنبوبة العصبية .

كما تكلم **ألكسندر** عن أصناف من الأمراض ، فيقول أنها سيكوسوماتية مثل، السكر وأمراض الربو والأمراض المعدية .

لكن الإشكالية الأهم ظهرت مع ظهور التنويم المغناطيسي فهي طريقة تستطيع شفاء الكثير من الأمراض منها الجلدية وعدد أخر من الحالات الجسدية منها السمنة، الهزال، والإدمان.....إلخ.

وكان من الطبيعي أن تلفت هده الحالات أنظار الأطباء إلى القدرات النفسية الكامنة وإمكانية استخدامها في الشفاء الإنسان المريض ومند دلك انقسم العلماء في تفسيرهم لهده القدرات إلى مدارس متعددة، المدرسة الفبزيولوجية، المدرسة الظواهرتية، المدرسة السلوكية، المدرسة التحليلية والمدرسة السيكوسوماتية الفرنسية والتي سنتطرق لأهم المحاور التي جاءت بها .

ينبثق من البحوث النفسية-جسدية اهتمامين:

الأول وظيفي، تتحكم فيه آليات التحول والفكر، والثاني علائقي يرتكز على العوامل المساهمة في العلاقات الموضوعية، كلا الاهتمامين متكاملين لكن يخضعان إلى مستويات تنظيمية نفسية مختلفة راجعة إلى تيارات فكرية متنوعة، لقد ساهم الفلاسفة الكبار أصحاب مصدر مصطلح(النفس –جسدي) منهم:

R.Descartes,B ,Husserl,M.Ponty في تغذية الأفكار من خلال نقاشات متعددة حول الشكل والمادة الكنه(essence)، وأخيرا الروح والجسم، إذا كان انسجام الروح والجسم الانشغال المسيطر لدى هؤلاء المفكرين، ولا زال هذا الانشغال مطروحا رغم التكفل به من قبل علوم أخرى متعددة البيولوجيين، الثقافيين، الوجدانيين والفينومينولوجيين existentialists , culturalistes, phénomznologistes ومن هذا النقاش الفني والمكثف ظهرت مدارس جديدة في علم النفس أدمجت موضوع الروح والجسم في إطار السيكوسوماتية.

2- معنى الاضطرابات السيكوسوماتية:

إن الاضطرابات السيكوسوماتية أو النفسجسمية Psychosomaticdisorders أو السيكوفزيولوجية PsyophisiologicalDisordersهي مجموعة من الأمراض التي تنشأ عن عوامل نفسية وتتخذ أعراضها شكلا جسميا أو عضويا، فهي أمراض عضوية الأعراض تلعب فيها الأسباب النفسية دورا أساسيا. ويشير جلاتن (1982) Gallatin إلى الضغط أو الشدة النفسية كأحد العوامل الرئيسة في حدوثها ويضرب سترانجStrangeبعض الأمثلة عن هذه الاضطرابات: كالربو، والقرحة، والحساسية الجلدية.

ويمكننا تعريف هذه الاضطرابات بأنها " اضطرابات جسمية أو عضوية موضوعية ذات مصدر نفسي (انفعالي) تصيب المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي".

معناه هو أن العقل والجسد مرتبطان، وجاء هذا المصطلح نتيجة دمج كلمتين من اليونانية وتعرف الأمراض السيكوسوماتية بأنها الأعراض التي .soma والجسم psycho هما العقل تصيب أحد أجهزة الجسم ووظائفه ولا تستجيب للعلاج الطبي الدوائي.

وفي الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية الصادرة عن الرابطة الأميركية للطب النفسي، تم إدراج الأمراض السيكوسوماتية تحت باب الأمراض جسدية الشكل،وتضم 7 فئات أو أشكال سريرية لهذا المرض.

ويوجد فرع مستقل في الطب السيكوسوماتي الذي يجعل اهتمامه دراسة هذه الأعراض ومعالجتها.

3- المقاربة السيكوسوماتية :

نحاول تحليل وتفسير هذا المصطلح، قيمته النظرية والتطبيقية لكن كذلك حدوده، ضف أنّه مصطلح لا زال يُزاوله بعض الغموض التي سنُحاول تحليلها. في الحقيقة نحن أمام إشكاليتين: إمّا أن نجد للطبّ النفسي- الجسدي حدود ضيّقة إلى أنْ نفقد مفهوم العلاقة طبيب مريض (BALINT – SAPIR)، وهي كما نعلم تلعب دور مهم في العلاج. أمّا الثانية فإننا نجعل كلّ الإصابات والاضطرابات ضمن الأمراض السيكوسوماتية.

وهذا ما يجعلنا نفقد من قيمته الخاصّة. إنّ المشكل يقع في فكرة إيماننا بأنّ كلّ صراع لاشعوري أو بنية ذهنية معينة يجعل البنية السيكوسوماتية تتحرّك نحو اضطرابات جسدية متمثلة في إصابة موضوعية كقرحة المعدة، ارتفاع ضغط الدموي، نزيف الأمعاء. آراء كثيرة تدور حول مضمون هذا المفهوم بحيث، تقول أوّلها أنّ ظهور بعض الإصابات الجسدية من صداع نصفي إلى نزيف الأمعاء يرجع إلى حادثة مهمة في حياة الفرد (Life Events) وكثيرًا ما تكون فقدان لعلاقة ذات معنى Significatif، أو إلى بنية ذهنية معينة

(وهذا ما اهتمت به المدرسة الفرنسية والأمريكية)، والتي تعني أنّ هناك أفراد ينتمون إلى هذه البنية الذهنية المسّماة التفكير العملي Pensée Opératoire، المسماة بالولايات المتحدة L'alexithymie، أي نوعية من التفكير والتغيير متمركز أساسًا حول المادي centré sur le concret، الآني Immédiat، تصوير الحياة العملية مع فقر في الخيال والحياة الاستهامية Vie Fantasmatique.

رجوعًا إلى التحليل النفسي، فإنّ المشكل يعود إلى فقر في دور ما قبل الشعور الذي لا يقوم بدوره التواصلي بين الشعور واللاشعور، بحيث أنّ الشعور المنقطع من جذوره اللاشعورية، سيعود إلى عالمه العملي، كلّ هذا يحدث عند المصابين بالأمراض السيكوسوماتية وكأنّ هناك انقطاع جزئي للطاقة النفسية لكي يشحن الباقي في الجسد، من انفعالات، صراعات، بدون إمكانية تمثيلهم نفسيًا Représentation Psychique.

إنّ هذا النموذج الحياتي سيصبح منبع المراحل الأولى من النمو العاطفي، بحيث أن بهذا المستوى يصبح التواصل مع الجسد والجسد فقط، وبالعادة يصبح الجسد مادة المعبّر بها على الدوام. وحسب هذا المنظور في رأي Pierre Marty، فإنّ العرض أو المرض السيكوسوماتي يأتي ذلك الجوّ Atmosphère ألانهياري الأساسي التقاءًا بوضعية فقدان الموضوع أي فقدان العلاقة المهمة لهذا الفرد. إنّ العرض السيكوسوماتي يصبح معاش تمامًا مثل أيّ مرض أو عرض من الأعراض المرضية Ressentie.

ابتداء من سنة 1952 بالولايات المتحدة الأمريكية، بدأت أعمال وتخصصات Alexander et Dumber في البروز، وطرحت أسس الطب النفسي الجسدي الحديث. إنّ الدراسة السيكوسوماتية كانت تابعة للدراسات المكثفة حول الهستيريا، هذا النموذج المرضي الذي يعود إلى إصابة الجهاز العضلي العصبي والذي يعتبر سبب في الإصابة بالهستيريا التحولية.

إذن إنّ إصابة الجهاز الاعاشي يعود إلى مرض نفسي- جسدي. وعليه فإنّ الفضل يرجع إلى كلّ من Alexander et Dumber في إظهار مختلف بنيات الشخصية بعض الأمراض السيكوسوماتية. Alexander اكتشف شخصية المصاب بالحساسية والضغط

الدموي وقرحة المعدة. إنّ مدرسة Pierre Marty ومنذ 1963 لم تغير من منظورها النظري.

حيث قام بأعمال علاجية بالمستشفى السيكوسوماتي، وعليه فقد ألف كتابه سنة 1985 "محاولة ترتيب سيكوسوماتية بعض الأمراض السوماتية الخطيرة". بحيث يقول أنّ المعرفة التدريجية للصيرورة السوماتية مثلما نُلاحظها في التحسّن العلاجي عند البعض هذا ما يتطلب الدّقة لكي تتم عملية الترتيب Classification، وعليه فإنّه يقترح هذا الترتيب أين نجد درجة الخطورة المختلفة والتي يرجع إلى نوعية ما قبل الشعور (تكوين ما قبل الشعور، ونوعية التعقيل، التي تتكون أثناء المراحل الأولى من الطفولة).

يذكر Pierre Marty في نظرياته أهمية الانهيار الهام الأولى والذي يفتح في بعض الأحيان مجال إلى طريق الجسد. اتفق معظم الباحثين في الميدان النفسي المرضي أنه منذ القِدم عرف أنّ للأحاسيس والانفعالات تأثيرًا على الجسد، لكنه كان لابدّ من انتظار مجهودات الطب الحديث ليقرّ وجود ميكانزمات انفعالية تسبب المرض ولها علاقة بصفة المرض وتطوره الخاص.

وقد تهتم إكلينيكية السيكوسوماتية بالنسبة للأمراض الجسدية بتحديد دور الظواهر النفسية في ذلك، بحيث استعمل مفهوم السيكوسوماتية أي "النفس-جسدي" ولأول مرة من طرف الباحث Heinroth سنة 1818، وبعد قرن ظهرت أعمال س.فرويد S. Freud، حيث قَدّم مفهوم خاص لهذه الظاهرة والتي درست بعد ذلك في فيينا من طرف ف. دوتش F. Deutsch، ومنها إلى عدّة محلّلين نفسانيين أمريكيين مثل أ. ف. دوبر DUBERT H.F.و ف. ألكسندر F. Alexander في شيكاغو انجليز English و ويس Weiss بفلدلفيا، ولهذه الظواهر بُعْد واسع في هذا الميدان، حيث لحقت بعدّة أعمال لعدّة أخصائيين في الأعصاب والفزيولوجيا مثل جاكسون Jackson، هاس Hess وكانون Cannon وهم ينتمون إلى المدرسة الشرطية الروسية والتي وجهت من بعد للبحث في ميدان الأمراض العصبية من طرف بافلوف Pavlov وبيكوف Bykov، تتناسب حاليا الوجهة السيكوسوماتية لمفهوم "الطب"

عِوض طب الأعضاء، بل أنها ترمي إلى الطب العام، ويهتم بالنظرة الشاملة والخارجية لفردية المريض، وقد يهتم هذا المفهوم بالوحدة السيكوسوماتية للإنسان الذي قد يكون مقرّ الظواهر المرضية، وقد تدرس بصفة إضافية في زاوية الطب النفسي، أم زاوية الفزيولوجيا.

أمّا بالنسبة لإكلينيكية مفهوم السيكوسوماتية فقد قال سيشل Sichelعلى أنّه يسمح لنا بالنظر إلى الاضطرابات الوظيفية الأكثر وجودا عند الرضيع أثناء الطفولة الأولى، أمّا عن الأمراض السيكوسوماتية فنجدها في المرحلة الثانية للطفولة:

ومن بين الأمراض الوظيفية، والأمراض السيكوسوماتية للطفل نجد:

- الاضطرابات الهضمية للقولون والبطن.
- عدم الرغبة في الأكل، والقيء الانفعالي.
- ربو الرضيع، الحساسية الجلدية.

ومن بين الأمراض الوظيفية، والأمراض السيكوسوماتية للمرحلة الثانية من الطفولة نجد:

- اضطرابات هضمية- السمنة.
- اضطرابات التبرز L'Elimination
- نزيف الأمعاء.
- اضطرابات الجلدية إكزيما Eczéma
- اضطرابات التنفس كالربو.
- الصداع، الصداع النصفي، التأخر في النوم.

1- التعقيل والصحة النفسيةmentalisation et sante mentale

هل هناك معاناة نفسية؟ ولماذا تعبّر عن طريق الجسد؟ هذا ما يدفعنا لمعرفة الصحة العقلية للطفل، منذ تكوين الحياة العقلية وتكوين تغيراتها لأنّ الحياة النفسية وطريقة وظيفتها هي السبب في الأمراض السيكوسوماتية. فالحياة العقلية ليست منعزلة وإنّما تتكون عن طريق العلاقة مع الآخر، فالصحة العقلية هي نتيجة التوازن بين متطلبات الطفل المتغيرة

حسب النضج ومستلزمات الوسط الخارجي، هي تعتمد أساسا على التبادلات بين الأم والطفل وهي التي تضع أسس حياته العقلية.

إذن ماذا يعني مفهوم Mentalisation- الإعداد الذهني (التعقيل)- وما علاقته بالأمراض السيكوسوماتية، وفي هذا الإطار يقول مختصون في الأمراض النفسية- الجسدية، أنّ الزيادة في الهيجان ممكن أن يؤدي بالفرد إلى حالة الصدمة، وخاصة إذا كانت وسائله الدفاعية النفسية ضعيفة ويظهر هذا الهيجان من طرف غرائز واندفاعات قد أثيرت بسبب حوادث مختلفة، والتي كان لابدّ أن تفرغ. إنّ التعقيل هو مفهوم يعبّر عن طريق عمل الجهاز النفسي المتواصل لتفريغ الهيجانات عن طريق التفكير.

وتتغير هذه العملية حسب الأشخاص، وقد تكون متغيرة حتى عند الفرد الواحد، هناك إمكانية التفريغ الهيجانات المندفعة مخرجا نفسيا، فقد يؤدي تراكمها إلى صيرورة سيكوسوماتية أي التعبير بالجسد إذن إنّ التعقيل يُعالج نوعية وكيفية التصورات النفسية وديناميكيتها، فالطفل الذي يفتقر لهذه التصورات قد يرجع هذا للتغيرات التكوينية للوظائف التصويرية وقت النمو، وقد تظهر أول مرحلة من 6 إلى 9 أشهر تشهد على مرحلة التنظيم الذهني، وهي مرحلة تكوين الموضوع والأنا المستقبل، وهي مرحلة تكوين علاقة حقيقية بالموضوع، وهي دليل أيضا على مكبوتات ساعدت على إظهار تصورات لاشعورية، كذلك إدراك الوجه الذي لا يتلاءم مع صفات الأم يؤدي على تحويل رغبة الطفل إلى البحث عن أمه لإشباع الرغبات مع قلق افتقادها، فالحل التخيلي يفشل والرغبة تلجأ إلى الكبت.

فالفرق بين التصورات اللاشعورية والتصورات الشعورية والتي تبدأ في الأول بالكبت ملازمة بالمظاهر الاقتصادية التي تحدد النوعية الوظيفية لِما قبل الشعور، فالتطورات المكبوتة في اللاشعور، ستعمل على التقدم إلى الشعور، رغم انسحاب وظيفته، هذه التطورات التي لا تبقى في اللاشعور بحيث أنّ ما قبل الشعور يعمل على دفعها من اللاشعور إلاّ بواسطة عدم التوظيف، ورؤية وجه الأجنبي مهمة تساعد على عدم التوظيف بردّ فعل وهو الإحساس بالقلق والمحافظة على الكبت بعيدا عن التماثل وهو الرغبة في الأم، تحت ضغط الخوف من فقدانها.

إذن يحتاج الإعداد الذهني عند الطفل إلى الكثرة من نوعية الوظائف النفسية والتي تتلاءم مع الاكتساب التدريجي للتنظيم الذهني، خاصة في الظروف التي يفقد فيها ما قبل الشعور قيمته الوظيفية وتتقيّد مهمة تداعي الأفكار حيث لا يستطيع الجهاز النفسي التدخل في تنظيم الاندفاعات التي يتلقاها مثل المريض بالربو الذي سرعان ما يرى زهرة فيُصاب بنوبة ربوية.

وتعبر الاضطرابات السيكوسوماتية بالاتصال الوثيق بين الجسم والنفس أي أنها تعبر عن التفاعل المستمر بين الشخصية والصراع الانفعالي من ناحية وبين الجهاز العصبي المستقل من ناحية أخرى، وفي الاختلالات النفسية الفيزيولوجية تتأثر الأعضاء التي لا تخضع للتوجيه الإرادي أو الشعوري مثل الرئتين أو القولون أو الجلد.

وقد يرجع السبب في نشأة هذه الاضطرابات إلى صراع الفرد بين طموحاته وأهدافه ورغباته، ومحاولاته المستمرة في تحقيقها، فإذا كانت شدة المثير العاطفية أقوى من مقدرة الفرد على رد الفعل، فإنه يتصرف غالباً تصرفاً غير عادي وقد يتطور ذلك إلى سلوك غير سوي ومرضي، إذا كانت الحالات الشعورية قوية أو كان الشخص غير قادر على مواجهة هذه الخبرات والمواقف المحرجة فإن ذلك يؤدي به إلى اضطرابات نفسية ونفسية جسمية تستمر لفترة طويلة.

يحدث الصراع عندما تتعارض رغبات الفرد مع قيود المجتمع، وتتعارض حقوقه مع واجباته، أو عندما تتجاذب الفرد قوى متعارضة تحثه على الفعل أو عدم الفعل، ويشتد الصراع عندما تتساوى القوى المتعارضة مما يسبب التوتر وسوء التوافق للفرد، وينشأ الصراع من إثارة دافعين أو حافزين معاً لهما نفس الشدة، حيث إن إشباع أحدهما يؤدي إلى إحباط الآخر، مما يؤدي بالفرد إلى التوتر والاضطراب. يري كل من فرويد أن ألهو هو سبب كل الصراعات التي يعانيها الفرد، وذلك لاحتوائه على الاتجاهات البدائية الفطرية، والتي تتضمن الغرائز الأولية التي يرثها الإنسان بالولادة. ويذهب فرويد إلى أن الاضطراب النفسي يرجع في أساسه إلى صراع بين رغبة غريزية وخوف من ألم ممكن مرتبط بالرغبة، هذا والفرد يشيد قلاعاً تحميه من آلام محتملة من العالم الخارجي ومن عالمه الداخلي، وأن

الفرد يصبح عصابياً عندما يعجز عن إشباع دوافعه لأسباب داخلية أم خارجية، ولكن أياً كان مصدر الصراع فإنه لا يكون في النهاية إلا نتاجاً للصراع بين ألهو والأنا.

يؤدي الصراع إلى شعور الفرد بالتوتر والقلق، فيعجز عن بلوغ أهدافه المتعارضة والمتعددة فيقع ضحية الإحباط الذي يخل بتوازن الشخصية، فيحاول الفرد التغلب على هذا الصراع بممارسة بعض الآليات الدفاعية في محاولة منه لحل صراعه وخفض شدة توتره، فقد يتقمص مثلاً شخصية ما، أو يبرر فشله أو يكبت في نفسه، أو يسقط فشله على الآخرين وأحياناً قد يسمو بغرائزه ويعلو بها في مجالات الإبداع. وبما أن أنا الفرد لا يستطيع تغيير الواقع الخارجي فلا يبقى أمامه إلا وضع مصفاة بين الأنا وهذا الواقع، لكي يجعله مقبولاً من الأنا، فالإنكار يمكنه من نكران الواقع كما يظهر له، والكبت يمكنه من طرد الذكريات والإدراك المؤلم من الوعي، والهروب يمكنه من استبدال الوقائع المؤلمة بنزوات مستحبة والإسقاط يمكنه من اتهام الآخرين، أو العالم الخارجي بالمشاعر أو الأخطاء التي يريد أن تكون صادرة عنه، وفي الحالة العادية تستخدم كل هذه الآليات للدفاع عن الأنا ضد القلق لكن استخدامها يبقى محدوداً في الزمن، فما يطبع عدم التوافق هو الاستخدام المكثف والمزمن لها من قبل الأنا.

لكن هذه الآليات لا تقدم الحل الأمثل لصراعات الفرد، وقد لا تحقق له الراحة النفسية وبزيادة حدة الصراع قد يتعرض الفرد للاضطرابات العصابية حيث يعاني من بعض الاضطرابات العصابية. وتنشأ العصابية نتيجة لمواجهة الفرد لبعض المشاكل الشخصية أو الرواسب الناتجة عن صراع طفولي، أو لشعوره بالذنب أو الإحباط أو لعدم قدرته على التوافق. والاضطرابات العصابية لا ترجع إلى سبب عضوي، ولكنها تنشأ بسبب مواجهة الفرد لمجموعة من المشاكل النفسية الداخلية والمواقف البيئية الصعبة التي لا يستطيع مواجهتها أو السيطرة عليها ودون التعرض للصراعات النفسية والقلق والتوتر واللجوء إلى استخدام آليات الدفاع النفسي. ويرى أنه لا يوجد عصاب نفسي دون استعداد عصابي، أي دون عصاب طفولي، أي أن العصابيين هم أولئك الذين لا يزالون يستجيبون لحالات الخطر السابقة وكأنها مازالت قائمة بالفعل، وهكذا يرى فرويد أن العصاب الذي يحدث عند مرحلة البلوغ يستند إلى عصاب طفلي بسبب تثبيت اللبيدو في أحد الأطوار السابقة فيكون العرض

هو إعادة متخفية لخبرة جنسية طفليه. إن اجتماع هذا المثلث الفعال للصراع النفسي، الآليات، العصابية لا يؤثر علي صحة الفرد النفسية فحسب، ولكنه صحته الجسمية أيضا، فيتعرض من ثم للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية.

فالفرد يعاني من الصراع عندما يفشل في التوفيق بين دوافعه المتعارضة فيضطر إلى استخدام آليات الدفاع النفسي، وعندما يسرف في استعمالها فإنها تفقد مفعولها ويعرضه هذا الإسراف للعصاب وقد ينتهي به إلى الاضطرابات السيكوسوماتية. وعليه فان الاضطرابات العصابية السيكوسوماتية وممارسة آليات الدفاع النفسي ما هي إلا مؤشرات ومظاهر تعبر عن الصراع النفسي الذي يهدد توافق الفرد. هكذا عندما يكون الطريق الذهني مسدودًا تستطيع الحركات الإحباطية أن تؤدي إلى إنابة سوماتية (جسدية) وهذا كلّه راجع إلى عدم تنظيم الوظيفة الذهنية التي اتسمت بانهيار عقلي، وقد تتغير الإصابة إلى الأحسن في حالة الربو إذا كانت الاندفاعات غير قوية ويكون التعقيل جيّدا وشاملاً. أمّا إذا كان العكس، فقد تؤدي العدوى السوماتية إلى أمراض خطيرة ومتطورة، إذن فالمرض ذو النوبة الذي هو الربو عند الطفل يشمل نكوص سوماتية والذي سبق أم ترافق بالنكوص النفسي مع قلق وزيادة خطورة الأعراض العصابية كالمخاوف وساوس المرضى، وحتى أعراض تمس الطبع أم السلوك. وقد تظهر هذه الحركة مباشرة بعد اندفاع يتم على المستوى النفسي العاطفي ويكون له طابع الصدمة. وتظهر النوبة الربوية في حالة مرض الربو، لتضع حدًا بعد الانعدام التنظيمي، وتصبح النوبة ابتداء من سن معين عبارة عن إصابة جسدية ردّ فعل لوضعيات للهيجانات الثقيلة والمتراكمة والتي تفرغ عن طريق المسلك الذهني، كذلك ردّ فعل قوي إلتهابي للقصبات ملازما أيضا "التثبيت في الجسد"، تثبيت يؤدي في النهاية إلى حركة نكوصية إلى مستوى الجسد.

من جانب آخر يؤكد ج. توسك J. Tusques على الأهمية البالغة للتنفس في وجود الإنسان وكذلك المفهوم العاطفي للتنفس لدى الطفل بحيث أنّ أوّل عمل للولادة يزعج راحة الجنين، فانقطاع العلاقة مع الجيب الغشائي للرحم وانعدام الأكسجين يحرّر أوّل حركة تنفسية ملازمة لأول صرخة، وقد تكون هذه الصرخة نتيجة ضغط زائد للقلق. يمثل نداء يستجاب له عن طريق أول حصة أكسجين. قد تكون كذلك اضطرابات بيولوجية ملازمة لأول ظاهرة

علائقية، بحيث عليه ولأول مرة أن يتحمل مسؤولية الاستقلال الذاتي عن طريق التنفس. تكون أوّل حركة تنفسية سريعة بدون راحة، وقد يتعلم الطفل ضبط التنفس خاصة تفريغ الحجز الرئوي الذي يؤدي به إلى التحكم الذي يساعده على تكوين اللغة. فالسلوك العاطفي للأم التمسيد خاصة له دور هام في الترويح الضروري لهذه العملية. كذلك نرى أنّ الصرخة هي تعبير عن إحباط أكسجيني أوّلا مرتبط بوضعية الرمي خارج الجسد الأمومي، ومرتبط كذلك بأول قلق، وكلّ إحباط لاحق هو تكرار لوضعية النبذ الذي تعطي اضطراب تنفسي يتجسد بالشهيق وفي نفس مفهوم نوبة الربو.

أنّ تشابه نوبة الربو مع شهيق الرضيع أمر يُثير الدهشة، فقد يتطور شهيق الرضيع تدريجيا إلى الراشد، فهو بمثابة نوبة ربوية، فقد يمنع التشنج التنفسي الزفير وهذه النقطة موجودة عند المُصاب بأزمة الربو بشهيق الرضيع الذي يحس نفسه منبوذًا وهذا هو الصراع المركزي: إحباط الحب الأمومي له علاقة بالتعلّق الزائد، الغير منحل للرضيع بأمه. يتميز المريض بالربو على أنه يعيش شعوريا هذا الصراع بصفته صراع سابق متشابه للسلوك الذي قد نساه منذ طفولته الأولى. وهكذا نلاحظ ازدواجية مستوى الصراع الحالي الذي هو دائما شعوري، وقد يؤدي النكوص إلى المرحلة الطفولية إلى معايشة الصراع كصراع متشابه سبق وأن عاشه شعوريا وقت الطفولة.

2- ميكانزم التحوّل من السيكولوجي إلى الفيزيولوجي:

في هذا الممر نحاول النظر إلى الدراسات التي أثارت السؤال الذي يطرح بصفة عامة كيف أنّ اضطراب انفعالي يؤثر على الوضعية النفسية ويعطي أعراض سوماتية خطيرة قد تؤدي إلى هلاك الفرد. لقد تطرق إلى هذا الجانب العديد من الباحثين السيكوسوماتيين من بينهم Pinsard وCott الذين أثارا هذا الموضوع في كتابهما "سيكوسوماتية الربو" كمفهوم بحيث يقولان: "إننا على دراية بدور التكوينات السطحية أم تحت السطحية للدماغ في التعبير الانفعالي وكذا مردود الأفعال الداخلية للمطالب النفسية التي تعمل عن طريق المسالك الإعاشية السطحية- الأحشائية، والسطحية الهرمونية، ونعرف كذلك أنّ في بعض الأمراض النفسية- الجسدية أساس فيزيولوجي- مرضي، أن تشريحي مرضي، هناك بعض الأحيان

قرحة وبعض الأحيان اضطراب وظيفي. إنّ كلّ حدث باختلاف طبيعته يسبب حالة من الإنذار: قلق فيتم البحث عن التكيّف للوصول إلى التوازن.

إذا توفرت القدرات العقلية، الانفعالية، التمثلات، سلامة الجهاز النفسي، يصل الفرد إلى التوازن. إذا لم تتوفر القدرات التي تسمح بالتوازن، حالة القلق تستمر والنتيجة:

- المرور إلى الفعل وبالتالي تخفيض القلق.
- الكبت.
- التعبير بالجسد.

4-الصلة بين النفس والجسم(الإنسان وحدة متكاملة متفاعلة):

حين يسلك الإنسان سلوكا معينا، فإن هذا السلوك ينتج عن شخصية واحدة متكاملة أي أن سلوكه يكون كوحدة جسمية ونفسية تتأثر الحالة النفسية بالحالة الجسمية والعكس صحيح في توازن تحت الظروف العادية لشخصية سوية متكيفة والجسم يعتبر وسيطا بين البيئة الخارجية وبين الذات ككيان نفسي، ويؤدي الاضطراب الانفعالي والضغط المزمن إلى اختلال هذا التوازن.

فكما أن الجسم يؤثر في الحالة النفسية والسلوك (كما بينا من خلال الأمراض الذهانية العضوية المنشأ كالخراف والزهايمر) كذلك نؤثر الحالة الانفعالية والسلوك في الجسم والأعضاء (كما سنبين في هذه الأمراض السيكوسوماتية) ويبدو هذا بوضوح من خلال العلاقة المباشرة بين الانفعالات والجهاز العصبي الذاتي تنتقل إليه هذه الانفعالات عن طريق ما تحت المهاد (الهيبوتلاموس Hypothalamus) و الجهاز العصبي العصبي الذاتي أو المستقل (اللإرادي) يترجم التوتر المنقول إليه إلى تغيرات عضوية جسمية. والأجهزة التي يسيطر عليها هذا الجهاز هي: جهاز الدوران، والتنفس، والجهاز الهضمي، والغددي والعضلي، والهيكلي والتناسلي، والبولي، والجلد.

5-الأساس الانفعالي والفيزيولوجي للأمراض السيكوسوماتية وعواملها:

تعتبر منطقة الهيبو تلاموس(ما تحت المهاد) المحطة الرئيسة للإنفعالات. ومنه ينبع إيعازات تسير في الجهاز العصبي الذاتي (المستقل) والغدة النخامية التي تضبط عمل الغدد الأخرى فتتأثر هذه المنطقة خلال الانفعالات والضغوط النفسية يعني انتقال النبضات العصبية مباشرة للدماغ المتوسط حيث تتحرض (الغدة النخامية) والجهاز العصبي المستقل(المتكون من الجهازين السمبثاوي والبارسمبثاوي) حيث تحدث تغيرات عضوية متنوعة مثل:

ارتفاع ضغط الدم وخفقان القلب. وجحوظ العينين، وشحوب الوجه، وارتجاف العضلات، وزيادة في إفراز الأدرينالين والنورادزينالين في البلازما (مصل الدم) وفي الحالات الانفعالية الشديدة تستمر هذه التغيرات والتحريضات لتنال أجهزة الجسم كلها تقريبا وخاصة إذا كانت ضغوطا نفسية مزمنة.

وعادة ما يستجيب الفرد لهذه الانفعالات والضغوط بطرق عدة:

أ-القيام بسلوك ظاهري (جسمي أو لفظي) أي تفريغ للإنفعال بالضرب أو البكاء أو الشتيمة.

ب-أن يتبع وسائل دفاعية متنوعة من نكوص وإسقاط وتبرير.

ج-أن يكظم الانفعال ويكبته حيث لا يتاح للشخص أن يعبر عن انفعالاته دوما، فإذا استمر الكظم ولم يقم الفرد بأي استجابة أو رد فعل، فإن حالات الغضب والقلق والخوف المكبوتة ستكون أثارها ضارة وخطيرة جدا في الأحشاء والأعضاء الداخلية، فيظهر الاضطراب السيكوسوماتي في عضو أو جهاز من أجهزة الجسم الداخلية (التنفس والقلب التناسل، الجهاز العصبي، الهضمي) وذلك كله نتيجة لعوامل عدة.

6-مكانة الجسم في الأمراض النفس-جسدية:

في إطار توضيحات T.V .Uexkull أشار إلى بحوث مرجعية أخرى تتمثل في:

أول محاولة لحل مشكلة تأثير الجهاز النفسي على الجسد، وكانت من G.Groddeck عندما كان Freud يرى في الهستيريا التحولية، الأعراض كتعبير رمزي للصراعات النفسية، أي

وجود معنى خفي في العرض الجسدي، فسر G.Groddeck هذا العرض بإعطائه معنى كتعبير للأعضاء واقترح الفرضية التالية:

مثال1: افترض أن سرطان الرحم كان رمزا لرغبة إنجاب غير مبينة، والتي تبحث عن التعبير من خلال ظهور ورم (في الرحم) بدلا من الجنين.

مثال 2: فيما يتعلق بالقرحة المعدية التي هي ناجمة عن عدوانية الحوامض المعدية، تمثل عن تعبير للحالة النفسية لشخص مهتم بطموحاته غير المحققة.

انطلاقا من تحليل نتائج بحوث T.V .UexkullWittkover فيما يخص الأمراض النفس-جسدية، بينت أنها مختلفة من حيث المعنى، كما الإيحاء يسبب أحيانا زيادة وأحيانا نقصان في الوظائف الجسدية، غير أن الشيء المؤكد هو أن الجسد يستجيب عامة إلى الإيحاء دون استطاعتنا التنبؤ له بإعطائه معنى مسبق.

وعززت التجارب تحت مفعول التنويم المغناطيسي أعمال Wittkover وذلك بإعطاء الدليل القاطع على أن الجهاز النفسي يؤثر على الجسد، وارتكز هذا الدليل على تجارب دقيقة قابلة للقياس وليس على بديهيات تحليلية نفسية ذات التعبير الرمزي، ومن هذه التجارب ظهرت أهمية المعاش وتاريخ العميل التي سمحت بفهم التدهورات السوماتية، ويضاف إلى ذلك فكرة أهمية التفاعل بين الجسم والجهاز النفسي، أي فرضية الجسم الذي يؤدي وظيفة التعبير انطلاقا من دوافع نفسية" أصبحت انشغال للعلماء الذين اهتموا أكثر بكيفية استجابة الجهاز النفسي في السيرورات الجسدية والعكس صحيح.

7- اختيار الأعراض العضوية:

لقد أشرنا سابقا إلى علاقة النفس بالجسد، وإلى الانفعالات الحادة أو البسيطة و كذلك عوامل الإجهاد النفسي في حدوث الاضطرابات العضوية والحشوية خاصة، وكنا قد تعرفنا على طبيعة الانفعالات التي تؤدي إلى اضطرابات عضوية خطيرة وأجبنا على السؤال الذي طرحة العلماء في السابق: هل كل اضطراب أو ضغط نفسي يؤدي إلى مرض سيكوسوماتي؟ ولا زالت بعض الاستفسارات قائمة وخاصة المتعلقة باختيار الأعراض الجسمية ونذكر من بينها:

1.لماذا الإجهاد النفسي والانفعال يؤدي إلى خلل عضو معين في الجسم؟

2.ما الذي يجعل شخص ما يصاب بمرض سيكوسوماتي معين دون غيره من الأمراض؟

3.لماذا نفس المواقف الصادمة تؤدي أحيانا إلى إصابة عضو لدى فرد ما، بينما تؤدي إلى إصابة عضو أخر لدى فرد أخر؟ وهل هناك محددات أولية معينة تفسر لنا ذلك؟

4.لماذا يبالغ المرض السيكوسوماتي في إصابة أحد الأعضاء (كالقرحة المعدية) وبهمل نسبيا باقي الأعضاء؟

إن تقدم الدراسات الطبية والنفسية والكيميائية الحيوية، ساعد على الإجابة على بعض هذه الاستفسارات وقدم لنا تفسيرات تعتمد على أساس موضوعية علمية، مع التأكيد على وجود مجموعة عوامل معقدة ومتفاعلة مع بعضها البعض وتؤدي في الغالب إلى إصابة عضو جسمي دون أخر، وقد تركزت الإجابات حول كيف ولماذا يحدث ذلك، وقد صنفت الإجابات حول ثلاثة محاور هي:

أ-العوامل المتعلقة بالوراثة:

من المعلوم أن الاختلاف بين الأفراد في الحالات التي ترجع إلى عوامل وراثية أي إلى الكروموزومات، مثل الطول القامة ولون العينين، فإنه يرجع إلى عوامل جينية فردية زيادة أو نقصان، فلكل جين بيئته وتفاعله الخاص كما أن كل جين متفاعل مع الجين(الجينات) الأخر، زوج جينات من الأم والأب لإعطاء الصفة الطبيعية للفرد، وكذلك فإن مجموع الجينات تتفاعل ضمن بيئة خاصة، أيضا تتحكم فيها عوامل بيوكيمائية حيوية تمثلها سلاسل الحموضة الأمنية ARN-ADN وهذا التفاعل العام يتأثر بمجموعة شروط بيئية داخلية.

وعملية نمو الفرد منذ تكوين البويضة الملقحة، تعتمد على هذه التفاعلات لأزواج الجينات ولمجموع الجينات ضمن شروط بيئية معينة ضعيفة أو جيدة، وبالإضافة إلى ذلك فإن عملية النمو تتأثر أيضا بالبيئة الداخلية، وهذا التفاعل الداخلي العام يتأثر بدوره بشروط البيئة الخارجية المحيطة (الأم والطفل بعد الولادة) بما في ذلك العادات والتقاليد، والنظم والعلاقات السائدة في البيئة، مثال: اليابانيين الذين هاجرو وهم أطفال إلى أمريكا أصبحوا طوال القامة بالنسبة لليابانيين الذين بقوا في الجزيرة علما أن التركيب الجيني لم يتغير.

نفهم مما سبق أن مفهوم الوراثة لا يقتصر فقط على تشابه الآباء والأبناء في الصفات، إذ هناك اختلافات ترجع إلى اختلافات بيئية، لذلك فإن تكوين أي كائن وطبيعة نموه وسلامة جسمه ومناعته يتوقف على مجموعة قوى جينية كيميائية وبيئية تعمل ضمن شروط صالحة أو شروط ضعيفة ومحصلة، هذه التفاعلات هي التي تحدد سلامة الفرد وقد تتوفر الشروط الصالحة فيكون نمو الفرد صحيحا أو قد لا تتوفر هذه الشروط بالقدر المطلوب مما يعيق، أو قد يرتكز هذا الضعف في عضو معين مثل الرئتين أو العينين أو القلب...لمثل هذه الأعضاء مما يؤدي إلى أن تحمل أو ترسب هذه الأعضاء ضعفا في طبيعتها البنيوية.

أشار **"فيصل الزراد"**(1979) إلى العامل المجهول الذي أسماه **Frantz Alexander** عام 1932 وقد وجد أنه من الأسهل على الإجهاد النفسي أو الانفعال الحاد أن يستخدم موضع المقاومة العضوية وهو العضو الضعيف، فالفرد الذي لديه قصر نظر عضوي يكون ناتجا عن أثر استعداد للإصابة بأمراض أخرى للعين في حالة الإجهاد النفسي، وكذلك فإن عوامل العدوى والبكتيريا تكون أكثر فاعلية في حالة عدم وجود مناعة أو مقاومة عضوية، ويرى **ألكسندر** أنه إذا كان العامل .

ب-العوامل النفسية:

1-ميزات الشخصية

2-ما يحققه العرض من مكاسب ثانوية للفرد العميل؟

3-نوع التصورات الجنسية اللاشعورية ومركز المناظر لهذه التصورات.

ج-الموقف الذي وقع فيه الكبت والإحباط النكوص والتثبيت:

1-قابلية العضو المصاب على التعبير الرمزي عن الواقع اللاشعوري المكبوت، وتركيز الانتباه على عضو معين كان مستثمر اثنا الطفولة.

2-نمط تنظيم الرد الفكري والانفعالي الداخلي للفرد المميز بالمبالغة في الاستجابة الداخلية.

8-التحول والنكوص مصطلحان أساسيان في النظريات النفس-جسدية:

يعتبر النكوص والتحويل كميكانيزمات أساسية في ظهور الأمراض النفسية ذات التعبير الجسدي، والتي كانت وظيفتها وديناميكيتها تمثل منبع اختلافات بين تيارات المدارس المختصة في الأمراض النفس-جسدية، ومن خلال هذا التنوع الفكري، اكتسب هذا التيار النفس-جسدي توضيحات وتفسيرات مختلفة متعلقة بأنماط تنظيمية ووظيفية تخص التوازن النفسي-جسدي بصفة عامة والعرض بصفة خاصة.

هذه التيارات تتطرق إلى الميكانيزمات البارزة في ظهور المرض النفس-جسدي تحت زاوية مشتركة ومتكاملة تتمحور حول:

9-مختلف المدارس النفس-جسدية:

1.9 المدرسة النفس-جسدية في ظل حركة التحليل النفسي:

كانت مدرسة باريس الأولى في هذا المنطلق بفضل **M.Fain ,R,Held .P,Marty** فيما يخص الربو هناك عاملان يلعبان دورهما في ظهوره، حسب **F.Frisch**: عومل داخلية نفسية وصعوبة الاستجابات الانفعالية للمصاب بالربو، ويضاف إلى هذا الدفاعات المعطلة كرد فعل مقاوم.

أكد **P.MartyM.Fain(1981)** بأن ارتباط الربو بسيرورة نفسية ونفس-جسدية ، وأهميته في التوازن الصحي بشكل عام. وكتب يقول: " يهدف النكوص إلى إعادة خلق وضعية راهنة، كان الشخص يبحث فيها عن شروط أين تكون ذاته راسخة في منظومة كانت معززة أثناء نموه، والنكوص مهما كان يتضمن بحثا عن المستحيل، إذا اضطر فرد على إجبار ذاته العودة إلى الوراء فانه يزيد حتما من تبعيته تجاه الوضعية الراهنة التي لا يمكنها بالطبع متابعة نكوصه، تكون الحركة في هذه الحالة عاجزة عن القيام بنكوص الوضعية الراهنة تلقائيا وتضع الفرد في وضعية صادمة وخطيرة، لأنها بلغت درجة من التعفن لكون إطارها أصبح مهددا لميكانيزمات الدفاع".

يقول **Nicolaidis(1995)** أن المفهوم الكلاسيكي لمنظومة النكوص والتثبيت في مرحلة مبكرة والمعززة واجهات تعديلا من قبل **Marty** وكتب يقول: " يعوض مفهوم الازدواجية، التثبيت يمتد على النكوص والعكس محتمل، والنكوص يجلب معه المكتسبات

القبلية للحركة التطورية(...) ووضع مفهوم درجات عملية الطور تثبيت-نكوص كقيمة موقفة بالنسبة للتنظيمات الجسمية"، " لا يعني تثبيت عقلي وظيفي في التحويل الهستيري، إنها تأخذ قيمة بنية اقتصادية".

ويضيف **M. De Boucaud** أن : " النكوص السيكوسوماتي، يطرح مشاكل عدة فو يوجد في مكان الكبت كدفاع ضد القلق غير أنه سلوكا وليس مرضا نفس-جسديا، فالنكوص سلوك إنساني من مكونات المرض لكنه لا يشكل الآليات الحتمية للمرض"

وافق **j.Cain** على أن النكوص يغير علاقة الموضوع خصوصا في حالتين:

الوصول إلى أعراض تجرد الشخصية dépersonnalisation أين تظهر حلقات ذات هيئة ذهانية.

2.9 مدرسة التكيف السيئ:

يقول: **M. De Boucaud** ' أدخلت هذه النظرية من طرف: **Ziwar,Mucchielli Grinker, Selye** وقد أتى هؤلاء العلماء بتوضيح جديد حول كيفيات نشاط العمليات النفس-جسدية، ومن بينها أكد **Grinker**على دور التمهيد وحساسيته لرموز الإشباع، وأيد **Mucchielli** اضطرابات التكيف المصاحبة للمرض كعامل محرك لظهور النكوص، وجعل **Ziwar** من المرض النفس-جسدي تعبيرا عن فشل ناتج عن سوء التكيف.

يعتقد **Selye** بأن تظاهرات سوء التكيف ناتجة عن اضطرابات السيرورات الفزيو-غددية (Physio hormonal) وتميز منظومتين:

الأولة التكيف فيها محطم (داء السكري، مرض السل...) والثانية أين تكون استجابة التكيف مبالغا فيها وتتجاوز هدفها (قرحة القولون R.C.U.H التهاب المفاصل الحاد R.A.A).

مفهوم العرض النفس-جسدي حسب المعني:

حسب **M.De Boucaud** كان **Garma و Sperling** وراء هذا مفهوم البحث عن معني للعرض النفس-جسدي، وقاما بالبحث عن معنى الفرضية التي مفادها أن:" العرض له معنى نفسي وجداني وخصوصية... وله تظاهرات خاصة تعود إلى ميكانيزمات دقيقة خاصة النكوص والتثبيت أين يلعب الكبت دورا"

مثال: النوبة الربوية التي هي تعبير كلاسيكي عن نوبة بكاء وقلق مكبوت.
وقد أفرزت هذه النظرية التباسا بين العرض العصابي والنفس-جسدي، دون توضيح الخصوصية المعلن عنها.

3.9 المدرسة الأمريكية:

لخص **J.Cain** التطور الفكري والعملي السائد في الولايات المتحدة الأمريكية انطلاقا من نتائج أبحاث هذا المدرسة في ما يلي: " في 1938 تكلم **Saul**عن العامل النفسي المنشئ في أسباب الزكام Rhume والاضطرابات المرتبطة به Bergman , Stockes Ingraham,حيث عرضوا وجود عامل نفسي عصبي المنشأ في الميكانيزمات للاستجابات الجلدية"

وفي **M.Dermot 1939 و Cobb**أحصيا على 50 حالة عيادية سجلا من خلالها العامل Sالانفعالي في 30 حالة واضطراب انفعالي في حالات.

10-تأثير نظرية التحليل النفسي Freud:

تجارب التحليل النفسي وعلم النفس المرضي أغنت الطب النفسي-جسدي من ورث الفلسفة،وهذا ما سمح له بفهم تعقيد(complexité) العميل ومنهجيته، والبحوث في هدا الميدان لا زالت تطرح تساؤلات فيما يخص التبادل بين النفس والجسد، أين يعلن الجسد عن خطورة المعاناة النفسية واضطرابات الأيض (déréglement métaboliqueما هو إلا تعبير عن الاضطراب الجسدي الذي يكون تصوره كتغير كلي للشخص الموجود، أين التدهورات الوظائفية تكون متنوعة حسب تركيبته البنيوية، تاريخه، بيئته، والعوامل المتسببة.

الأثر العلائقي الناتج عن هذا المرض لا يفهم إلا في إطار هذه الدينامية وهو ما يسمح بالقول أن التيار المذكور يرتكز على إدماج مختلف السيرورات ما بين المنظومات الحية وأطوارها الاجتماعية الثقافية، وهكذا تم إعادة النظر في العضوية الثابتة (organicité statique) من خلال الجوانب العلائقية والوضعية والنفسية.

بين التحليل النفسي أن الشخص له استعدادات للاستجابة من الداخل (نفسي) أمام الوضعيات الصراعية المرهقة والمحبطة، والمنظور الجديد للمرض يسجل ضمن التطور الزمني للعميل وعليه أخذ تاريخ الشخص بعين الاعتبار، ومنه يأخذ العرض قيمة صلح(compromis) في الصراع كمؤشر لعدم وجود مخرج لتفريغ الجهاز النفسي في مرحلة وجودية.

1.10 تأثير نظرية Freud من 1860 إلى 1938 فيما يخص تفسير الأمراض النفس-جسدية مثال: الربو

أخذ مرض الربو كمثال لأنه أصبح مرجعي نظري على أساس وجود الكثير من البحوث الخاصة به، بينما الاتجاهات الفكرية الذي سنتطرق إليها قابلة للتعميم وتشمل كل الأمراض المذكورة سابقا.

لخص **J.Cain** تطور النظريات فيما يخص الربو عبر هذا التاريخ، والتي أثرت في توجيه البحوث فيما بعد.

انطلاقا من 1860 أكد **Henri Salter** الجانب النشيط للانفعالات في الأزمة الربوية.

في عام **S.JohnFlower 1889** أتى بفكرة الربو الهستيري، ومع مجيء التحليل النفسي فرض نموذج توضيحي جديد نفسه انطلاقا من 1905، القسوة الأولى " للمرض" بالمعنى الفرويدي تسجل منذ الطفولة، وتلتحق بذلك في اللاشعور في انتظار إعادة تنشيط والذي يكون في ظهور الأعراض الأولى.

تعددت الأبحاث وتأكدت الآراء المتشعبة في ظل اختلاف حاد للأفكار، وأدى البحث عن أثر السيرورات السيكو-دينامية إلى إثارة نوبات أو حالات حساسية أولية، في 1913 اعتقد **Marcinowski** أنه بالاستناد إلى الربو توجد هستيريا.

في عام 1922 أستنتج Weiss بعقد شفاء أحد مرضاه المصابين بالربو بفضل جلسة تحليلية، أن أصل الربو يكمن في الخوف من الانفصال عن الأم.

كما لخص **Reichman** الأبحاث السابقة وأكد بأن الربو القصبي" asthme bronchique" عصاب لمجموع الجهاز التنفسي ومكوناته سيكوباتية.

وفي عام 1923 رفض Marx نظرية الربو ذو السببية النفسية، والذي شرحه عن طريق اضطراب عضوي منبه لمراكز إنتاج التشنج والتي تلتصق بها منبهات نفسية مثيرة

للتنادر، وفي نفس السنة أخذ **Moos** فكرة أهمية العامل النفسي في هجمات الربو وأكد بأهمية هذا العامل.

غير أن نظرية السببية النفسية للربو لم تقبل مسبقا، كما أوضحت ذلك خلاصات **Hensen** في عام **1930** عندما كتب يقول:

" أميل إلى رفض تأويل الربو كمرض مثل الهجمة الوحيدة المعزولة، كأثر نفسي المنشئ، كتعبير أولي ذا معنى مباشر، المرض هو بالأقل أول هجمة تشريحية فيزيولوجية، إذن عضوية محددة وليس أشكالا لردود أفعال نفسية المنشأ، الهجمة المعزولة ممكن أن تكون مبكرة، مسيرة، أو مثبطة من قبل عوامل نفسية.

إن التناقضات ما هي إلا في أولها، فرض التحليل النفسي مكانته في الساحة العلمية، عن طريق شفاء استعراضي وتحدي بعض الأفكار.

2.10 سند فرويد لنظرية Marty:

ركزت مدرسة باريس على غياب التعقيل **Mentalisation** في السيرورات النفس-جسدية، يرتكز هذا المفهوم على التقسيم الأولى لفرويد، أين يلعب ما قبل الشعور دور عامل الربط بين تمثيليات الأشياء وتمثيليات الكلام، هذا النشاط هو محقق في الاقتصاديات النفس-جسدية.

يعارض **Marty** الدهانات والعصابات ذات التنظيم الصلب في دفاعاتها الذهنية التي تبدو صعبة من حيث إصاباتها بالأمراض النفس-جسدية، عكس عصابات الطبع والعصابات السلوكية ذات التنظيم الناقص في دفاعاتها الذهنية والتي تكون ضحية الأمراض النفس-جسدية".

طرحت دراسة تفسير الأحلام عام 1900 من جديد النقاش حول " تجربة اللذة" التي من خلال يتم التعرف على الفكر المولد، والفكر التأملي.

الفكر المولد يفرق الإدراك من التمثيل، وينجز عن طريق تفريغ التوتر، والفكر التأملي الذي يرتكز على تجربة اللذة المبكرة خاصة الحسية الحركية، ينشط البداية الأبدية عن

الموضوع القادر على الإتيان باللذة المحسوس بها من قبل الآثار الفكرية للذة التي تغرس في الجسد.

ذكر **P.Kaufman (1993)** رسالة كتبها فرويد إلى فليس **Fliess.P** بتاريخ 06-12-1896 " آلياتنا النفسية قامت على سيرورة إشباع المواد التي على شكل أثار ذكرية توجد من حين لأخر على تغير في نظام جديد (Umordnung) وفي كتابة جديدة (urnschrift) وما قبل الشعور، وبعد الإدراك، والشعور هو ثالث تغير للعملية الكتابية، مرتبط بالتمثيليات اللفضية الموافقة لأننا الرسمي"

وتابع أن تحليل الأحلام لفرويد سمح بإقامة ما قبل الشعور كمنظومة:

" نسمي ما قبل الشعور أخر المنظومات لحدود الحركية، للإشارة بأنه من هذا يمكن للتظاهرات الإثارية الوصول إلى الشعور دون أي أجل، ونعطي اسم اللاشعور للمنظومة الموضوعية في الحدود الأخيرة وتخضع سيرورة الإثارة لبعض التغيرات من خلال عبورها الاضطراب إلى ما قبل الشعور".

" مهمة ما قبل الشعور هي الإتيان بالتظاهرات اللاشعورية بالتحرر والنسيان، مسح الذكريات، الإضعاف الوجداني للانطباعات البعيدة والتي نفسرها بالتأثير الأولي للزمن على الآثار الذكروية (traces mnésiques) وهي في الواقع تغيرات ثنائية"

وعليه العلاج النفسي ليس له تدابير إلا بإخضاع اللاشعور لما قبل الشعور.

وجدت دينامية اللاشعور أساسها الطاقوي سنة 1938 في امتداد ما بعد الموقعية الثانية، في كتابة مختصر التحليل النفسي، كتب فرويد يقول: " داخلية الأنا التي تحتوي قبل كل شيء على كل السيرورات التأملية تكسب نوعية ما قبل الشعور، هذا الأخير يميز الأنا ويرجع إليه بالخصوص(...) حالة ما قبل الشعور تتميز من جهة بالصعود إلى الشعور، ومن جهة أخرى بارتباطه بالآثار الكلامية، هاهي خاصية حالته التي لا تنتهي بهاتين الميزتين"

ويواصل في كتابه، ميلاد التحليل النفسي:" الجديد أساسا في نظريتي هو فكرة الذاكرة التي توجد ليس مرة واحدة ولكن عدة مرات، وتتكون من عدة أنواع من الإرشادات.

بداية الموقعية الأولى توجد محددة في نظام اللاشعور- ما قبل الشعور، يترجم ما قبل اللاشعور التمثيلات الكلامية المكونة للأنا.

التصور الوجداني-العلائقي في ظهور المرض النفس-جسدي:

لقد كان إسهام التحليل النفسي في الأمراض النفس-جسدية معتبرا، وكانت الأعمال في حد ذاتها في هذا المجال قد سمحت بإعادة النظر في المرض النفس-جسدي عموما، وخصوصا عند الطفل، حيث يعتبر **R.Spitz** أن اضطرابات الشخصية بإمكانها التأثير بشكل سلبي على الطفل، ويميز نوعين من الاضطرابات:

بعضها راجع إلى العلاقات المرضية بين الطفل والأم.

الأخرى مصدرها النقص الكيفي في هذه العلاقات.

وتكمن فائدة هذا التصور في أن العرض النفس-جسدي لا يقتصر فقط على الطفل، بل يعني الأم أيضا بسبب خلل وظيفي ثنائي تحمله الأم.

وحسب **Cain** " يعزز **G.Ammon** فكرة وجود عيب بنيوي نرجسي في بناء حدود الأنا، كقاعدة للاضطرابات النفس-جسدية، ويعرفه ب " ثقب الأنا" ويستند هذا العيب إلى اضطراب العلاقة " أم-طفل".

ولقد تميزت هذه المرحلة بكثرة المفاهيم التي تجعل المسئولة الوحيدة في ظهور العرض النفس-جسدي عند الطفل وهذا غير مبرر كليا.

إذ تكلم **R.Held** عن " الأم أوكسيجين" و **G.Amoon** عن " الأم منشأ المرض mérepsychosomatogéne "

ووصفها أيضا **Winnicot** " بالموضوع الكلي" ثمة علماء آخرين وصفوا الأم كمتلاشية، غازية، مفرطة الحماية.

هل هذه المسؤولية لا تعني إلا الأم رغم تشكيلة العائلة المتعددة أب، إخوة، أخوات وفي بعض الحالات جدة، وجد، أين توجد بالضرورة انفعالات علائقية، سلبية كانت أو إيجابية؟

وكيف يمكن تفسير الدور المسيطر للأم مع إقصاء كل الأطراف الأخرى؟

وكيف يمكن لنا تفسير عدم انتباه هذه الأطراف الأخرى في ما يخص السلوكيات المضطربة للأم؟

هل يعتبر سكوت عناصر العائلة كلامبالاة أو اشتراك ذا بعد شعوري يعزز عوامل نفسية عند كل واحد منهم؟

الإنسان، قدراته التنظيمية، ومعالجة المعطيات المدركة تسجل في حركة تطويرية أين تتواجد نزوات الحياة ونزوات الموت لإعطاء الحياة، هذه المقاومة الأبدية تتسبب في حالات عميقة أو جزئية من الشدة أو الضيق، والتي تحاول غريزة الحياة الدفاع عنها، والأكثر هشاشة منها يزول نتيجة عدم مقاومته لضغوط غريزة الموت، وهكذا نظام الطبيعة يبقى قائم.

تتميز نظرية **Marty** بتأثرها بنظرية التحليل النفسي، فهو يحاول تطبيقها وتكييفها مع ميادين بحث أخرى، هذا المرجع للتحليل النفسي أعطى توجيهات جديدة للأبحاث في دراسة العصابات والاضطرابات النفسية ذات التعبير الجسدي.

11- نقائص الأنا في الأمراض النفس-جسدية:

سمة " الأنا الضعيف" هي حاليا مرتبطة بالتنظيمات النفس-جسدية، كمون الأنا في التقسيمة الأولى يأخذ بعده في التقسيمة الثانية، الشعور هو نواة الأنا، أما الوظائف الخاصة ينظام ما قبل الشعور فهي مجمعة أساسا في الأنا وأغلبيتها لا شعورية في هذه الأفاق، واتفق عدة علماء، مؤكدين أن للأنا أثر على تنظيمات الأمراض النفس-جسدية.

وكان **W.Reich** الأول الذي أشار إلى مشاركة الأنا في ظهور الأمراض النفس-جسدية، وأدخل مفهوم الدرع cuirasse في طباعته انطلاقا من أبحاثه حول دفاعات الأنا.

" هذه الدرع المتكونة أساسا من تقمصات للإحباطيين وتحولها ضد الذات، تثبت جزء كبير من الطاقات الغريزية"

وربط بين الدرع الطبيعي، وسنده الدرع العضوي (cuirasse musculaire) ويؤكد أن مضاد الطاقات الغريزية التي هي خطر حقيقي، يجب على الأنا تنظيم دفاعه، لأن هجوم الغرائز يؤدي إلى تدمير النرجسية الثنائية التي هي عنصر محرك للحدث النفس-جسدي.

يعتبر " سامي علي" بأن فرويد جعل من الإدراك " نواة الأنا" يبعث بكميات قليلة من الاستثمار في النظام الإدراكي الذي يقوم بفرز المنبهات الخارجية ثم ينسحب بعد أن يتطرق إلى معالجتها.

وتابع: " السيرورة الإسقاطية تدور حول محور الإدراك، الذي هو أحد الوظائف الكبرى للأنا، الإسقاط الأولي هو مرتبط بالوظيفة.

12- خصوصيات المقابلة في الأمراض النفس-جسدية:

المرض يشكل حاجزا بالنسبة للمكانة الواسعة التي سيأخذها أثناء الحوار مع العميل، يصبح المرض شاشة تخفي الدوافع والرغبات اللاشعورية عن طريق المعلومات الواسعة التي يفرعها علينا، من أدوية قديمة وجديدة، من أجهزت فحص قديمة وجديدة، وينتهي بتقييم كل الأخصائيين في الميدان، حسب إحساسه الذاتي، المرض يعوض العلاقة الموضوعية لأنه يرجع الاستثمار الليبيدي عل الجسد، وبهذا تتغذى نرجسية العميل، أولوية المقابلة تنحصر في تحديد فهم وتفسير حالته الطبية نهائيا، وبعد هذا نتجنب كل ما له علاقة بالمرض والطب، لمحاولة الوصول إلى الإشكالية المرضية وسيروراتها التحتية اللاشعورية، لا بد أن نجمد العرض بالتفاهم مع العميل فما يخص أسبابه، تطوره، وعلاجه، هكذا يمكن فتح باب الذاتيات والأحاسيس والمرغوب فيه والمكبوت من رغبات وأحلام.

1.12 خطة المقابلة:

تهدف المقابلة إلى كشف العوامل النفسية المتسببة في ظهور المرض، وحسر كيفية طرح الإشكالية، والوصول إلى فك السيرورات التحتية اللاشعورية، لحل مشكلة العميل. بمشاركتها الإرادية، لا توجد وصفة لسير المقابلة لأن كل حالة خاصة ولها ميزات عائلية، تربوية، وبيئية تختلف من شخص إلى أخر رغم تشابه المرض في بعض الأحيان، المحاور الضرورية التي نتطرق إليها في سير كل مقابلة تدور حول:

إمكانية تحسين حالته الصحية في إطار زمني يحدد مع العميل، في هذه الأثناء تحدد الأدوار لكلا الطرفي، لكي تكون استجابة الطبيب النفساني، ينتظر منها العميل فعالية علاجية.

تحتاج المعطيات المحصل عليها أثناء المقابلات بحث معمق ودقيق وهذا يتطلب وسائل خاصة نجدها في الاختبارات الإسقاطية، كالروشاخ، فهم الموضوع، العائلة، وأخرى تتميز

هذه الاختبارات بكشف اللاشعور وعن طريق ميكانيزم الإسقاط تبرز على مستوى الشعور عوامل الصراع المتسبب في ظهور المرض والسيرورات التحية له.

حوصلة المقابلات والاختبارات الإسقاطية المطبقة، تسمح لنا بأخذ قرار استعمال منهجية علاجية تتوافق مع حالة عميلنا.

2.12المقابلة:

يرتكز العلاج على المقابلة القائمة على تبادل يتميز بالثقة والتفاهم بين العميل والطبيب النفساني، في هذه الحالة تشكل المقابلة نصف العلاج، لأنها ستضمن تفريغ الطاقة الفائضة داخل الجهاز النفسي، وبالتالي يتقلص التوتر العضوي والعضلي، هذا الإحساس بالراحة يؤثر إيجابيا على سير مواصلة العلاج، وتصليح التوازن الداخلي للجهاز النفسي.

13- مناهج الاسترخاء:

تستعمل طرق الاسترخاء في كل حالات الأمراض النفس-جسدية، وخاصة عندما يميزها القلق، والتوتر العضلي والمعوي، وانطلاقا من التلاشي العضلي والاسترخاء الباطني، يسترجع العميل الإحساس بكتلة جسده وحدوه المبهمة أو المنعدمة سابقا، استرجاع هذا الإحساس يعني إعادة توظيف وتنشيط المناطق المثيرة للشبق مصدر اللذة، يحي الاسترخاء مراجع وحدود وإحساسات جسدية يمكن التعبير عليها، وهذا دليل على نشاط الجهاز النفسي العادي الذي أصبح يربط بين الطاقة النزوية وتحويلها إلى رموز قابلة للفهم والتفسير، ينشط الاسترخاء أيضا من جديد الخيال والهوامات المعطلة في أغلب الحالات، تكون هذه الوظائف قنوات تفريغ للطاقات النزوية، وفي حالة انسدادها تتراكم الطاقة وتتفرغ على الجسد أين يكون ظهور المرض.

1.13 فوائد طرق الاسترخاء:

هي غير مضرة في كل الحالات، وغير مكلفة ماديا، ولا تعرقل النشاطات اليومية للعميل، تطبيقها مستقل لا يتطلب حضور الطبيب النفساني بعد التمارين التكوينية التي قام بها العميل، وتستعمل فرديا أو جماعيا.

2.13 الاسترخاء الديناميكي ل"كسيدو"

يعرف **Donnars .J(1975)** ويصف علم الاسترخاء حسب الأستاذ " **Caycedo** كطريقة علاجية ذات الفوائد المتعددة في كل ميادين الأمراض"

هذه المدرسة تأسست في مدريد سنة 1960 من طرف الأستاذ **Caycedo** فهي تدرس الشعور الإنساني بدءا بمفاهيم جديدة وبحوث البنيات والإمكانيات، وكذلك التغيرات والتحويلات والإختلالات المنتجة أكثر منه بطرق فيزيائية أو كيميائية على مستوى نفسي.

إن هذا التسمية مشتقة من " sos " وهي " تناسق " و "Phréne" وهي " الروح" يعني تناسق الجسد والروح ففي زمن الإغريق كانوا يسمونها الكلمة الشافية، ولكن **Caycedo** أضاف إليها محتوى جديد يتمحور في جزء من علم الاسترخاء يعتبر تطبيقي، ويبحث عن كل الوسائل الفيزيائية، الكيميائية، الكهربائية والنفسية لتحقيق التكيف الملائم عند الفرد، هذه المهمة لا تكون ناجحة إلا بتوضيح وفهم ظاهرة الشعور عند الإنسان، أي بالتوجه أكثر نحو الشعور وليس نحو اللاشعور، وهذا يتطلب وسيلة عمل بالمعنى الإبستيمولوجي للمصطلح " épistémologique" أي تدرس الحياة الداخلية للعلوم في حد ذاتها، لأنها تأخذ بعين الاعتبار تطور وتقدم العلوم (وسيلة فينومينولوجية).

Caycedo تلميذ **Binswanger** حدد موضوع دراسته في " كل حدث لا يعتبر مقبولا ولا مرفوض مسبقا، ولكن يعتبر بداية ما نسميه الشك الإيجابي، أو مقبول مؤقتا بشرك عمل حوصلة ظاهرة أو حوصلة تحتية".

وهذا سوف يقودنا إلى مواجهة الاحتمالات المسبقة، الخاصة بالتحليل النفسي وكذلك المواقف السلوكية أو البافلوفية والنتيجة تكون مبسطة في ثلاث حالات للشعور:

-حالة شعور عادية.

-حالة شعور مرضية.

-حالة بداية التلاشي العضلي-العصبي-الجسدي، حتى يصل العميل إلى حالة بين اليقضة والنوم " état sophronique".

دراسة مختلف حالات الشعور، ومختلف مستوياته، الخاصة عن طريق محاولة استنتاج تحولاته، وبعد ذلك التأثير عليها، أين يظهر حقلان للعمل المستقل عن العمل الكيميائي والكهربائي، غير خاصين بالمختص في الاسترخاء وهما:

أ-كل ما كان يغطي سابقا التنويم المغناطيسي،- أو العمليات الحيوية،(يجب الاعتراف حاليا بأن المنومين المغناطيسيين يقتربون كثيرا من المختصين في الاسترخاء، ولو أنها تستعمل تقنيات، وأنماط وصفية مختلفة وكل من المتتبعين للتنويم المغناطيسي والأخصائيين بالاسترخاء استغنوا عن الفكرة القديمة المتعلقة بالنوم).

ب-حالات غشيان أو غيبوية اثارية état de transe التي نلاحظها في أمريكا اللاتينية (vaudou macumba) وفي أسيا (الهند- اليابان) وكذلك حالات التأمل الداخلي مثل: le samdi indou و la satori الياباني و zen

إن **Caycedo** ومنذ البداية قام بتطوير إتجاهيين كبيرين في البحث وهما: la sophronisation الاسترخاء التام، الذي يتوافق مع عمل المنومين المغناطيسيين القدامى، la relaxation dynamique

الاسترخاء الديناميكي والذي يمكن أن نقول أنه مشتق من دراسة " اليوقا" Yogaوبعض التقنيات البوذية.

3.13الاسترخاء السوفرولوجي: la sophronisation

يعرف الاسترخاء السوفرولوجي: " بالسيرورة التي تؤدي إلى تغيير مستويات الشعور والوعي لدى الإنسان، وذلك من أجل الوصول إلى توليد حالات وعي خاصة"، فهي حالة الدخول في التلاشي العضلي-العصبي، حتى يصل العميل إلى حالة بين اليقظة والنوم، ويمكن أن يكون مسير ذاتيا أو من طرف المختص.

إن الاسترخاء يسمح للمريض أو للباحث أن يحقق في داخله حالة استرخاء من أجل الوصول إلى حالة الكمال، وهي حالة وعي خاصة جدا وذات نتائج نفسية وفيزيولوجية ايجابية، تؤدي للشفاء وهنا يتطلب التأكيد والفصل بين مفهوم الوعي ومفهوم اليقظة.

إن الاسترخاء يسمح للشخص بالدخول في عالم يحمله بداخله ككل إنسان، هذا العالم لا يتم الكشف عنه بدون إرادة ودوافع من طرف العميل يسمح بتطبيقها عليه، لتحقيق هذا السفر

النفس-داخلي، فهو يعتمد على صوت المختص للوصول إلى الاسترخاء، وهذا يتطلب كذلك التحكم الجيد بالخبرات التكوينية من طرف المختص فيما يخص السيرورات التحتية، ودرجاتها المؤدية إلى السفر الداخلي الممكن للعميل، هذا التنبؤ يستدعي أكبر عدد من المعطيات المعاشية في هذا تجربته الشخصية.

إن تطبيق الاسترخاء لا يتم بين المختص والمطبق عليه، ولكن بين المطبق عليه وهيئة جزئية، أو جهاز منه داخليا قد تم الكشف عنه.

14- فئات الأمراض السيكوسوماتية:

- **الفئة الأولى: اضطرابات الأعراض الجسدية**

ظهور واحد من الأعراض التي تكون مصحوبة بمعاناة كبيرة وهموم وإعاقات وظيفية في الحياة اليومية.

تستمر الأعراض لمدة 6 أشهر على الأقل، تعد الاضطرابات الجسدية الناتجة عن الإجهاد النفسي إلى جانب اضطرابات الاكتئاب واضطرابات القلق من الأمراض النفسية الأكثر شيوعا.

- **الفئة الثانية: اضطرابات توهم المرض**

يتوهم المريض إصابته بمرض معين وعادة لا يكون هناك أعراض جسدية مصاحبة لهذه المخاوف.

- **الفئة الثالثة: اضطرابات التحويل**

المريض يحول الأعراض لديه إلى أمراض عضوية أو يفقد أحد أعضاء جسمه مع سلامة عضوه، مثلا فقدان العين لوظيفة الإبصار مع سلامة العين.

- **الفئة الرابعة: اضطرابات طبية متأثرة بعوامل نفسية**

الشخص يعاني من مرض عضوي مثبت طبيا ولكنه بناء على عوامل نفسية أو سلوكية تزيد الحالة سوءا وتتفاقم ويتأخر الشفاء.

- **الفئة الخامسة: الاضطراب المفتعل "الزائف" أو "الوهمي"**

يظن الشخص أنه مريض وضعيف ويسقط الادعاءات على نفسه وعلى الآخرين أحيانا.

- **الفئة السادسة: اضطرابات الأعراض الجسدية الأخرى المحددة**

تندرج تحتها جميع الأشكال المرضية السابقة وينبغي ألا تقل ظهور الأعراض عن 6 أشهر.

- **الفئة السابعة: اضطرابات الأعراض الجسدية الأخرى الغير محددة**

تندرج تحت هذه الفئة كل المعلومات التي تكون فيها المعلومات عن حالة المريض غير كافية لوضع تشخيص معين.

15- الألم في الاضطرابات السيكوسوماتية:

- **أعراضه**

الألم هو العرض الأساسي الذي يشعر به المريض لجزء في أنحاء جسمه لفترات مختلفة.

(الألم في الحوض – الآلام في أسفل الظهر – صداع – آلام بالعضلات.. دون أي سبب عضوي واضح). ويؤدي إلى منعه من ممارسة حياته بشكل واضح.

الانشغال المستمر عبر الأفكار والمشاعر والسلوك وإهدار الوقت والجهد في متابعة الأعراض في العيادات والقيام بالفحوصات الطبية المختلفة.

-الأعراض تستمر لمدة 6 أشهر، مما يؤدي إلى إعاقة واضحة في حياة المريض بعمله وحياته الأسرية.

16- أعراض الاضطرابات النفسجسمية:

1. تغير السمات الشخصية للفرد، حيث تظهر عليه علامات من التشوش والاهتزاز النفسي.
2. تغير في سلوكيات الفرد حيث يصبح الفرد يعاني من عدم الاستقرار النفسي.
3. تأثير متبادل بين النفس والجسد، فالجسد يتأثر بالحالة النفسية للفرد، كما أن نفسية الفرد تتأثر بالحالة المرضية للجسد.
4. معاناة الفرد من الحالة النفسية السلبية على مدار فترة طويلة من الزمن.
5. تغير في وظائف الجسم.
6. عدم فعالية العلاج الدوائي في علاج الاضطراب الذي يعاني منه الشخص.
7. ظهور أعراض للاضطرابات الجسدية أي تغير في وظائف الجسم.

17-أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية:

- الصراع النفسى داخل الذات أو مع الغير الناشئ من الضغوط التي يتعرض لها الشخص في تفاصيل حياته سواء داخل المنزل أو خارجه.
- معاناة الفرد من اضطرابات التكيف، أو بمعنى آخر عدم قدرة الفرد على التكيف مع المتغيرات التي تطرأ على حياته وخاصة التغيرات التي توقعه فريسة للتوتر.
- الحساسية المفرطة وشعور الإنسان بالذنب تجاه أي تصرف يصدر منه أو يصدره الآخرين تجاهه.
- افتقاد الشخص للحب والأمان ومصدر الطمأنينة وإحساسه بالهدوء والراحة، وبالتالي قدرته على التعامل مع الضغوط.

- عدم قدرة الفرد على تحقيق احتياجاته الأساسية، مما يولد لديه صراعاً داخلياً ينعكس على نفسيته التي تسبب إصابته ببعض الأمراض الجسدية.
- الطرق الواهية لتخفيف التوتر والشد العصبي الذي يتعرض له الإنسان من التدخين وشرب الكحوليات.
- خبرات شعورية سلبية يمر بها الفرد في حياته مثل الفشل أو وفاة شخص قريب إلى نفسه.
- الضغوط التي يتعرض لها الفرد يوميا في حياته الشخصية والعملية والتي لا يمكن له تحملها.
- عدم القدرة على التكيف، فالأشخاص تختلف قدتهم على التكيف باختلاف المواقف التي يتعرض لها الفرد وأحيانا يعيش الفرد في بيئة لا يستطيع التأقلم معها مما تخلق له عدم التكيف النفسي الاجتماعي.
- اللجوء إلى حلول خاطئة لمواجهة المشاكل أو إيجاد حلول لها.
- غياب قدرة الفرد على تلبية الحاجيات الأساسية له والضرورية(مثل مشكلة العنوسة والزواج في المجتمع العربي) مما يولد له صراعات نفسية تدخله في متاهات الأمراض النفسجسمية..
- معاناة الفرد من الحساسية الزائدة تجاه تصرفاته أو تصرفات الآخرين تجاهه.
- غياب مصادر الحب والأمان والطمأنينة وحتى غياب الشعور بالهدوء والانتماء

18- علاج الاضطرابات السيكوسوماتية:

يمكن أن تساعد العديد من العلاجات الأشخاص الذين يعانون من أعراض الألم الجسدي، وعادة ما يتبع الطبيب الطرق العلاجية الآتية في علاج الأمراض السيكوسوماتية، بما في ذلك:

الأدوية والعقاقير التي يتركز دورها فقط في تهدئة الشخص، لذا نجد الاعتماد على المهدئات والمسكنات ومضادات الاكتئاب التي تعد من أكثر أنواع الأدوية استخداماً مع هذه

الاضطرابات.فيلجأ الطبيب إلى علاج الأمراض بالعقاقير الطبية، وذلك لتقليل الأعراض المصاحبة للاكتئاب والألم الذي يشعر به المريض والذي يحدث مع الأعراض الجسدية.

وعادة ما تستغرق العقاقير الطبية بضعة من الأسابيع حتى تعمل بشكل جيد، ومن أكثر الأدوية التي يقوم الطبيب بوصفها:

- مضادات الاكتئاب (مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية).
- مضادات الذهان.

- **بالترويح عن النفس** يتم تفريغ الشحنات الكامنة في نفسية المريض عن طريق ممارسته لبعض الأنشطة التي يحاول أن يخرج من خلالها انفعالاته التي قد تؤثر بالسلب ليس فقط على نفسيته بل على جسده بالمثل، يتم فيه مساعدة المريض على إخراج كافة الانفعالات المكبوتة حتى يشعر بالهدوء والراحة وتصبح نفسيته غير مستثارة.
- **ممارسة بعض الرياضة الروحية** تمكن الشخص من التحكم في انفعالاته وما يتعرض له من مثيرات، وهذه الرياضة يكون قوامها تركيز الذهن على صور بعيدة كل البعد عن الحدث الباعث على التوتر ومن بينها رياضة اليوجا.

المزيد عن رياضة اليوجا..

- **أساليب الاسترخاء المتنوعة** وهذا الأسلوب العلاجي يُتبع إذا كانت حالة الشخص تستجيب للاسترخاء.
- **الرعاية والتدليل** يُعامل فيه الفرد على أنه مريض يحتاج إلى الرعاية والتدليل وذلك لحساسيته الشديدة من الموقف الذي أوقعه فريسة للاضطرابات السيكو سوماتية، حيث تُلبى كافة احتياجاته الشعورية التي يحس فيها بالحرمان أو النقص للتغلب على أية مشاعر سلبية تدور بداخله.

19- العلاج النفسي للاضطرابات السيكوسوماتية:

- **العلاج النفسي الفردي أو العلاج النفسي الجماعي** فالأول يكون مباشراً مع المريض فقط بمفرده أما العلاج الجماعي فهو العلاج الذي يقدمه الطب النفسي للفرد ضمن تواجده بين أفراد الجماعة حيث تمثل بيئة العلاج للمريض.
- **العلاج عند أدلر:**

نظرية **ألفريد أدلر(Adler)** ، وهو من قام بتشكيل جماعة علم النفس الفردي التي نادى فيها بضرورة النظرة الشاملة لشخصية الفرد والتي تتميز بالاختلاف من فرد لآخر، وقدم «**أدلر**» بذلك نظريته الشهيرة عن الشخصية - والتي كان من بين مسلماتها وتُستخدم في أساليب العلاج النفسي كما الحال مع الاضطرابات السيكوسوماتية – حيث يقول «أدلر» أن مشاعر النقص والعجز والكفاح وسيلة لتفوق الشخصية ومحاولة تميزها ووصولها للكمال، وهذا الدافع من وجهة نظر «**أدلر** «هو دافعاً سوياً إذا التزم الفرد بتحقيق أهدافه الاجتماعية ويتحول إلى النمط المرضى إذا فقد الفرد أهدافه الاجتماعية.

- **العلاج بالواقع لوليام جلاسر(William Glasser)**

يرى «**جلاسر**» أن السلوك يمكن تغييره والإنسان يمكن تغيير سلوكياته بالمثل، لذا كانت دعوته للعلاج عن طريق الإرشاد بالواقع. والعلاج بالواقع يهدف إلى تحقيق أكبر قدر من المسئولية عند الفرد حيث قدم مفهوماً خاصاً للمسئولية ومختلفاً فكان مفهوم المسئولية عند «جلاسر» هو إشباع الفرد لاحتياجاته دون حرمان الآخرين من احتياجاتهم، ويؤكد منهج «جلاسر» في العلاج الواقعي على الحوار العقلاني بين المرشد والمسترشد أو بين المعالج والمريض، حيث يقوم المرشد بطرح أسئلة عن حياة المسترشد وميوله وسلوكياته وكذلك تركيزه على سلوكيات صحيحة، من أجل أن يحقق المسترشد أعلى مستوى من الوعي بسلوكياته.

- **العلاج المعرفي السلوكي:**

الهدف من علاج الأمراض السيكوسوماتية هو تحسين الأعراض والقدرة على العمل بشكل جيد، والذي يكون مزيج من العلاج النفسي والعلاج الدوائي الذي يمنح المريض الشفاء.

- **العلاج النفسي:**

أو ما يسمى العلاج بالكلام، خاصة إذا كانت الأعراض الجسدية شديدة ناتجة عن اضطراب نفسي شديد، يجعل المريض يتصرف سلوكيات غير آمنة، حيث يهدف هذا النوع من العلاج إلى تعلم المريض كيفية إدارة أعراضه والسيطرة عليها،

- تعلم كيفية التعامل الصحيح مع الأعراض الجسدية.
- يهدف إلى معرفة تخفيف التوتر والقلق.
- معرفة كيفية تحسين الأداء اليومي ومهارات التواصل مع الآخرين.
- تعلم كيفية تصحيح المعتقدات والأفكار والتوقعات حول الأعراض الجسدية.
- علاج الاكتئاب و أي اضطراب يعاني منه المريض.

- **العلاج النفسي الايجابي:**

يشير "الصبوة" إلى علم النفس الإيجابي Positive Psychology بأنه الدراسة العلمية ذات الطبيعة التطبيقية للخبرات والخصال الشخصية الإيجابية في الفرد والمؤسسات النفسية الاجتماعية التي تعمل على تنمية وتيسير هذه الخبرات والخصال والارتقاء بها لإيجاد إنسان ذا شخصية إيجابية فعالة ومؤثرة لا تنتظر إلى ما هو كائن بالفعل فقط بل تسعى وتنظر إلى ما ينبغي أن يكون عليه الفرد مستقبلا (محمد الصبوة2008 :20) فعلم النفس الإيجابي يقوم على تعظيم للمهارة التي يمتلكها جميع الأفراد وهي مهارة الكفاح من أجل

بلوغ هدف ما، والتي تؤدي إلى بناء السمات البشرية الإيجابية استخدامها في مكانها الصحيح (حسن الفنجري: 2008: 48).

إن علم النفس الإيجابي هو علم دراسة القوي الإنسانية الإيجابية التي تساهم في مساعدة الأفراد علي كافة المستويات سواء جسديا أم نفسيا أو اجتماعيا، لأن المساعدة علي اكتشاف الخصائص والسمات الإيجابية في شخصية الفرد وتنميتها سوف يساهم في تحقيق الكثير من المزايا التي تساعدهم علي مواجهة المشكلات والصعوبات والتحديات التي قد تجابههم في سياق حياتهم اليومية، وتساعدهم علي الشعور بالسعادة والإقبال علي الحياة بجدية وفاعلية. (Leak & leak : 2006, Pp.207-223).

اقتصر مفهوم علم النفس الإكلينيكي على عمليات التشخيص والتقدير للوظائف العقلية طوال النصف الأول من القرن العشرين، وهذا ما اتضح من تعريف جمعية علم النفس الأمريكية عام 1935 لعلم النفس الإكلينيكي بأنه العلم الذي يهدف إلى تعريف الإمكانيات والخصائص السلوكية للفرد من خلال مناهج القياس والتحليل والملاحظة وإحداث نوع من التكامل بين المعلومات المتجمعة من هذه المصادر بغيرها من المعلومات المتجمعة عن الفرد باستخدام الفحوص الطبية والتاريخ الاجتماعي بحيث يدلي باقتراحاته وتوصياته من أجل توافق ناجح للفرد (عبد الستار إبراهيم: 1994: 23-24)

ولكن علم النفس الإكلينيكي أعم وأشمل من ذلك لأنه يعمل على المساهمة في تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية والوقاية دنها، فهو يساهم في عملية التشخيص الإكلينيكي للحالة باستخدام فنيات التشخيص المختلفة التي تتضمن المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة مستعينا بالأدوات والمقاييس والاختبارات العلمية التي تساعد على ذلك. كما أنه يتضمن عملية العلاج باستخدام التكتيكات العلاجية النفسية المتعددة. ويلعب دور أكثر فاعلية في عملية الوقاية بمستوياتها المختلفة سواء من حيث سعيه نحو تحسين نوعية الحياة وتعديل الظروف السالبة التي تحيط بالفر، أو من خلال العمل على اكتشاف الأفراد والمجموعات البشرية المعرضة للخطر أو الاضطراب أو من خلال العمل على الحيلولة دون حدوث انتكاسه أو ارتداد خاصة في حالة الاضطرابات والمشكلات التي يتم علاجها.

وإذا كان علم النفس الإكلينيكي يهدف في الأساس إلى تشخيص الاضطرابات وتصنيفها

وعلاجها فإن له مجموعة من الأهداف الأخرى منها:

أ- **أهداف إنمائية:** والتي تنشمن العمل على تنمية قوة الإنسان وقدراته ومهاراته على مواجهة المشكلات.

ب- **أهداف وقائية:** بمعنى العمل قدر الإمكان على وقاية الإنسان من الوقوع تحت بنش الاضطراب والمرض والانحراف.

ج- **أهداف علاجية:** ويتضمن **ذلك** تشخيص وتصنيف وعلاج ما يوجد لدى الفر من اضطرابات نفسية باستخدام مناهج العلاج النفسي المتعددة. وعلي **ذلك** فإن لعلم النفس الإيجابي تطبيقات عديدة وفعالة في الميدان الإكلينيكي، ومن هذه التطبيقات:

أولا: التنمية الايجابية

حيث يركز علم النفس الإيجابي علي دراسة الجوانب الإيجابية من الشخصية وسمات الفر الإيجابية التي تساهم في تحسين جودة الحياة ومن ثم الشعور بالسعادة والإقبال علي هذه الحياة التي يعيشها الفرد، وهذا بدوره يساهم بشكل كبير في تحقيق مستوي عالي من التوافق النفسي، ومن ثم **فإن** علم النفس الإيجابي يعمل علي اكتشاف المبادئ والنواحي الإيجابية والقدرات والسمات والمهارات الإيجابية في شخصية الفرد بمعنى البحث عن مناطق القوة والتميز في شخصية الفرد وتنميتها والتأكيد عليها والتمكين والتمهيد لنموها ورعايتها حتى تصبح بمثابة التحصين ضد ما قد يتعرض له الفرد من تهديدات ومشكلات وإحباطات في سياق حياته اليومية. (Littile &Littile: (2004,PP.155-162

فتنمية مشاعر القناعة والرضا والتفاؤل والأمل في المستقبل يساهم في إحساس الفرد بالسعادة، كما أن تنمية سمات الشخصية الإيجابية في الفرد مثل الحب والشجاعة والتسامح والأصالة والمثابرة وتحمل المسؤولية والسعي نحو مستوى أفضل من المواطنة الصادقة القائمة على المثل والأخلاقيات والقيم والمبادئ التي ارتضاها المجتمع لنفسه سوف يساهم في تحقيق السعادة والتوافق النفسي والاجتماعي.

ثانيا: الوقاية الايجابية Positive Prevention

فمن الممكن استخدام علم النفس الإيجابي بشكل فاعل في ميدان الوقاية Prevention

النفس والمهتمين بعلم النفس الإيجابي أكدوا على أنه يوجد ما يسمى بالوقاية الإيجابية Positive Prevention وكان الاهتمام والشغل الشاغل لعلماء هذا الفرع هو كيف يمكن منع وولاية الشباب وصغار السن من الإصابة بمشكلات الاكتئاب أو القلق أو الإدمان أو الفصام وغيرها من الأمراض خاصة إذا كانوا مهيئين للإصابة بها أو كانوا في بيئة تنمي وتغذي هذه المشكلات والاضطرابات؟

وكيف يمكن منع العنف الذي يحدث في المدارس بين الأطفال؟ وقد أكد العلماء على أن أفضل الطرق والمبادئ المستخدمة في الولاية هي التي ترتكز عنى بناء الكفاءة وتنمية وتدعيم النواحي الإيجابية لدى الفرد بصفة عامة وهذا ما يسعى علم النفس الإيجابي إلى تطبيقه أو يقوم عليه بالفعل. والمنظور الصحيح للوقاية يركز على تمكين وتأسيس الكفاءة والقوة والشجاعة والنواحي الإيجابية لدى الفرد بدلا من مجرد تصحيح العنف أو المشكلة، فكل منا لديه طاقة كامنة تعمل بمثابة قوة مانعة وحائط صد تعمل كمضادات حصة وأمصال فعالة وتحصينات شديدة الفاعلية ضد المرض النفسي أو ضد المشكلات النفسية ومن هذه الجوانب التي تعمل كمضادات حيوية مجموعة السمات والخصائص الإيجابية التي يسعى علم النفس الإيجابي إلي تنميتها وتدعيمها مثل: الجرأة والجسارة والشجاعة والتطلع إلى المستقبل والانفتاح على كل خبراته والتفاؤل والأمل والتحلي بالصبر والولاء وخلق العمل واتقان مهارات العلاقات بين الشخصية والأمانة والقدرة على التدفق والحيوية فمثل هذه الصفات والسمات والمبادئ الإيجابية التي يسعى علم النفس الإيجابي إلى تدعيمها تكون بمثابة المضادات الحيوية الطبيعية للإنسان ضد الوقوع في براثن الاضطراب والصنع والإحباط والاضطرابات الإكلينيكية (Seligman: 2002, PP.3-9).

إن عملية التدريب الإيجابي القائمة على تعليم التفاؤل والأمل والثقة بالنفس لها الكثير من الفوائد بالنسبة للفرد سواء في حاضره أو مستقبله، فالتفاؤل المتعلم يمنع الاكتئاب والقلق سواء لدى الأطفال أم الراشدين وقد يقلل من حدودهما، وبالتالي فإن بناء القوى البشرية القائمة على استخدام واستخلاص المبادئ والسمات الإيجابية والطاقة الإيجابية مذل التفاؤل وتعليم الأفراد كيفية اكتشاف واستخدام هذه القوى سيمنع حدوث الكثير من

الاضطرابات النفسية التي قد يصابون بها، وستكون ذات فاعلية أكثر في الوقاية من مجرد إصلاح ما تم تدمير (ليز اسبنيول وستودينجر: 2006: 43)

وإذا رغبنا في وقاية المراهقين الذين يقعون فريسة لبيئة تسودها الاضطرابات والمخدرات والإدمان فإن علينا تكثيف جهود الوقاية وليس العلاج فقط، فبدلا من الاقتصار فقط على العلاج، فإن علينا أن نعين ونعظم مكامن القوة التي يمتلكها هؤلاء المراهقين بالفعل . فالمراهق adolescent الذي يعيش بعقلية منفتحة متطلعة إلى المستقبل، يمتلك مهارات إقامة علاقات اجتماعية جيدة وإيجابية متبادلة مع من حوله، وبالتالي تتأصل لديه عملية التدفق للحياة والانطلاق نحوها من خلال ممارسة الأنشطة الإيجابية مثل الألعاب الرياضية، فهذا المراهق غير مهيأ أو نقول أنه محصن ضد نزعات الانحراف والإدمان، وإذا أردنا وقاية صغار المراهقين من الإصابة بالفصام Shizophrenia فإن علينا تعليمهم منن البداية مهارات إقامة العلاقات الاجتماعية الفعالة وأن نعلمهم خلق العمل وكيفية المثابرة والإصرار وضرورة التغلب على المحن الشدائد ومواجهتها بإيجابية وفعالية وهذا بدوه يقلل من فرص الإصابة بالفصام (Seligman: 2002, PP.3-9).

إذن فموقف علم النفس الإيجابي من الوقاية يتضمن قوله بأن هناك مجموعة من المضادات الحيوية الطبيعية الكامنة في داخل الإنسان هي التي تعمل على مواجهة المشكلات والاضطرابات التي قد يتعرض لها الفرد ومنها السمات الإنسانية الإيجابية والقيم والمثل وهذا ما يمكن الفرد من مواجهة أية مشكلة من المشكلات. كما أن التمتع بالأمل والتفاؤل والثقة بالنفس والصبر والمثابرة والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية فاعلة بين الفن وبين المحيطين به سوف يساهم بشكل كبير في تحصينه ضد الإصابة بأية اضطرابات أو مشكلات.

ثالثا: العلاج :

إن علم النفس الإيجابي بما يقدمه من مبادئ وخدمات وأسس ايجابية للأفراد تجعله مكون عظيم ونشط في العلاج، ويمكن أن يصبح اتجاها أكثر فاعلية في العلاج النفسي Psychotherapy خاصة إذا ما تم الالتفات إليه والاهتمام به وتقويته.

ويقوم العلاج النفسي الإيجابي على الاهتمام بالسمات الإنسانية الإيجابية إلى جانب الاهتمام بعلاج نقاط الضعف لدى الفرد، فالعلاجات الطبية تعمل على تسكين الجروح بينما العلاج النفسي الإيجابي يعالج الضعف ويغذي وينمي ويدعم نقاط القوة لدى الفرد، فعلاج الاكتئاب على سبيل المثال من المنظور الخاص بعلم النفس الإيجابي يقوم على تبني أساليب إيجابية جديدة في حياة المريض، مما يساهم في التخفيف من حدة أعراض الاكتئاب (حسن الفنجري: 2008: 43)

وبالرغم من أن علم النفس الإيجابي مازال علما وفرعا حديثا من فرع علم النفس إلا أنه سوف يكون له شأن وفاعلية كبيرة في العلاج النفسي خاصة إذا ما أجريت عليه الكثير من الدراسات التطبيقية التي تعمل على تأصيل مجموعة من الأطر النظرية ذات الأرضية الإكلينيكية الفعالة، وبذلك يمكن أن يصبح علم النفس الإيجابي أحد المداخل الفاعلة وذات القيمة في ميدان العلاج النفسي (Seligman: 2002, PP3-9) لأن علم النفس الإيجابي يركز علي تنمية الجوانب والسمات الشخصية الإيجابية لدي الفرد، فهو يدعونا إلي تطوير النواحي والسمات الإيجابية لدي الشباب، فبدلا من استخدام العقاب والعنف في مواجهة المشكلات علينا تطوير الادارة والارادة الذاتية الإيجابية في نفوسهم وتحويلهم من مشاعر العنف والعدوان والكراهية إلي مشاعر الحب والود والعطف المتبادل بينهم وبين سائر أفراد مجتمعهم (Kelly :2003, Pp.47-72)

فعزل الفرد لا يمثل منهجا يحظى بالكثير من القيمة والأهمية في العلاج النفسي Psychotherapy فالمدمن أو العدواني أو الجانح Delinquent لن يجدي معه العقاب في علاجه النفسي لأنه سوف يزيد من اضطرابه الانفعالي والعاطفي وبالتالي فإن من الأفضل محاولة الكشف عن الجوانب الإيجابية الكامنة في شخصيته وتدعيمها وتطويرها وتنمية مهاراته وثقته بنفسه وبمن حوله وأن يصبح هو الضابط والرقيب علي سلوكياته، مما سيؤدي إلي اكتساب هذا المراهق لمناعة داخلية تقيه من الانسياق والوقوع في براثن

الجريمة والاضطراب، وهذا ما يسعي علم النفس الإيجابي للتأكيد عليه من الناحية العلاجية. (Ibid : 2003,P.48)

ويعتمد العلاج النفسي الإيجابي علي استخدام مجموعة من الاستراتيجيات والتكتيكات الجديدة، ومن أهمها: غرس الأمل Instilling hope وبناء القوة الحاجر buffering التي تعمل كجهاز مناعة وحائط صد ضد تعرض الفرد للإصابة بالاضطرابات النفسية والعقلية، ومن هذه القوي المستخدمة في العلاج النفسي الإيجابي: الشجاعة، المهارة البينشخصية، الاستبصار، التفاؤل، حل المشكلات، تحديد الهدف، القدرة على السعادة، والواقعية. (حسن الفنجري: 2006: 42)

ويعد بناء القوى الواقعية في مواجهة المرض، إستراتيجية وفنية أخرى من فنيات العلاج النفسي الإيجابي وهذه الإستراتيجية يمكن استخدامها من خلال كافة المعالجين النفسيين، فهم يبدءون بتحديد ما لدى العميل من قوة لمساعدته على بناء العديد من القوى الإيجابية الأخرى ولا يكتفون باستخدام فنيات محددة للشفاء من الانهيار، ومن هذه القوى الفاعلة والإيجابية المفيدة في ميدان العلاج النفسي الإيجابي الشجاعة والمهارات الاجتماعية، العقلانية، الاستبصار، التفاؤل، الأصالة، التفكير المستقبلي، والمسئولية الشخصية، وتحديد الهدف، ومن الاستراتيجيات والتكتيكات الفاعلة في العلاج النفسي الإيجابي أيضاء استخدام القص أو السرد (الفضفضة) Narration، فسرد الفرد لتاريخ حياته بنفسه يساهم في اكتشافه لما هو مشوه من هذه الأحداث التي مر بها وتنمية ما هو إيجابي لديه.

ولا يقتصر السرد هنا على العلاج النفسي الإيجابي فقط ولكنه يستخدم في العديد من أشكال العلاجات النفسية الأخرى، ومن هنا فإن السرد الذي يقوم به العميل لتاريخ حياته يساهم كثيرا في استبصاره بما هو إيجابي من حياته أيضا، وهنا تتحقق الغاية والهدف الأسمى من العلاج النفسي الإيجابي وهو تنمية القوى البشرية والسمات الإيجابية الكامنة في داخل الفرد (ليزا اسبنيول وستودينجر: 2006: 429-430).

ويؤكد الفنجري 2008 على أن هناك العديد من الفنيات التي يعتمد عليها العلاج النفسي الإيجابي في تحقيقه لأهدافه ومن هذه الاستراتيجيات: تنمية مهارة التفاؤل، تنمية مهارة غرس الأمل، تنمية خبرات التدفق، وتنمية الكفاءة الذاتية (حسن الفنجري: 2008: 42).

- **العلاج النفسي الجماعي:**

يمكن تعريف العلاج الجماعي بأنه علاج عدد من المرضى الذين يعانون من مشكلات واضطرابات متشابهة وذلك في جماعات صغيرة،يستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد أن ما يقوم بين أفراد الجمعة من تفاعل وتأثير متبادل بين بعضهم البعض وبينهم وبين المعالج ، يؤدي إلى تغيير سلوكهم وتعديل نظرتهم إلى الحياة وتصحيح نظرتهم حول اضطرابهم.

ويتم العلاج الجماعي عادة في صورة غير موجهة من أن بعض المعالجين يميلون إلى إتباع الأسلوب المباشر التوجيهي بدرجات متفاوتة.

يعرفه(انجليس):

عن طريق وصف طبيعة الجماعة نفسها فيقول أنه أي جماعة يتوحد الفرد نفسه بها، ويتقمص الجماعة لدرجة أنه يتبنى معاييرها واتجاهاتها وأنماط سلوكها كما لو كانت معاييره هو، لتصبح هذه الجماعة هي جماعته المرجعية حيث يرى نفسه منتميا إليها وليس من الضروري لأن تكون هذه العضوية عضوية حقيقية حيث يمكن أن يوجد لشخص واحد أكثر من جماعة هناك.

الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج الجماعي:

يستند العلاج النفسي الجماعي إلى أسس نفسية جماعية تحتم ضرورة الاستعانة بالجماعة كوسط علاجي في تعديل السلوك الاجتماعي للمريض وتقويم انحرافاته، ومن هذه الأسس ما يلي:

- الإنسان كائن اجتماعي لديه حاجات نفسية اجتماعية.
- يتحكم في سلوك الفرد المعايير الاجتماعية التي تحدد الأدوار الاجتماعية.
- في من أهم أهداف العلاج النفسي الجماعي بصفة عامة تحقيق التوافق الشخصي والتوافق الاجتماعي بما يحقق سعادة الفرد مع المجتمع.

- تعتبر العزلة الاجتماعية سببا من أسباب الأمراض النفسية.
- يؤثر التفاعل الاجتماعي بين المريض في الجماعة العلاجية.
- تعتمد الحياة في العصر الحالي على العمل في الجماعات .

أهداف العلاج الجماعي:

- التخلص من الشعور بالاختلاف.
- إعادة تنظيم الشخصية.
- التنفيس الانفعالي وتكوين علاقات اجتماعية جديدة.
- التوافق الاجتماعي.
- الاستبصار.
- النشاط العملي والاجتماعي الايجابي المتنوع.
- التخفيف من مقاومة المريض للتحدث عن مشكلاته.

أساليب العلاج الجماعي:

تتنوع أساليب العلاج الجماعي حسب المعايير التالية:

- أعضاء الجماعة ومشكلاتهم النفسية.
- طريقة تشكيل الجماعة العلاجية.
- مدى التركيز على شخص المعالج النفسي.
- مدى الاهتمام بالموقف الأصلي و الأشخاص المرتبطين بمشكلة المريض.
- شكل التأثير السائد في الجماعة.
- نوع النظرية التي يتبعها المعالج النفسي.

حالات استخدام العلاج الجماعي: يستخدم العلاج الجماعي على نطاق واسع في مستشفيات الأمراض العقلية و العيادات النفسية، وفي عيادات توجيه الأطفال وفي بعض المؤسسات الإصلاحية، وأهم حالات استخدامه هي كالتالي:

- توجيه أباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من مشكلات متشابهة، أو الآباء و الأمهات الذين يتبعون وسائل التربية الخاطئة مع الأطفال.
- في حالات الخوف الاجتماعي، حالات الانطواء، الخجل، الانعزال عن الناس.

- علاج الأسرة بكاملها، عندما تتشابك مشكلات أفراد الأسرة، أو على الأقل أعضاء الأسرة الذي تتعلق بهم المشكلة.
- علاج الإدمان، أمراض الكلام و النطق، ومعظم الانحرافات و الجناح.
- علاج مختلف الاضطرابات السيكوسوماتية.
- تأهيل الجنود المسرحين وإعدادهم للحياة المدنية، (كل شخص تخلى عن الوظيفة الأصلية).

برنامج العلاج النفسي الجماعي: يرتكز على النقاط الأساسية التالية:

- تقاسم نفس المعاناة مع الجماعة.
- الاستفادة من الخبرات الموجودة بين أعضاء الجماعة في التأقلم مع المرض.
- تقديم الدعم النفسي بين أفراد المجموعة والتدريب على المهارات(مثل إدارة الغضب، الوعي ، التحكم في المشاعر والانفعالات، التدريب على الاسترخاء.....)
- الشعور بالمعاناة الموجودة لدى كل فرد من أفراد الجماعة وبالتالي يزول الإحساس بأن الحالة هي وحدها من تعاني من المرض.
- الاستفادة من الحلول المقترحة لتجاوز المعاناة.
- دعم السلوك الايجابي باستبدال السلوك مشكل بسلوكيات ايجابية جديدة.
- التفكير الإيجابي من خلال تغير النظرة السوداوية للحياة بنظرة ايجابية.
- غرس التفاؤل والأمل.
- التركيز على الهوايات الموجودة لدى المفحوصات وتنميتها.

قوانين العلاج:

الدقة في المواعيد،تشجيع الجميع على المشاركة، التشجيع على التعبير الحر عن الأفكار والمشاعر، المحافظة على قدر من الأمان والاحترام، التشجيع على القبول الغير المشروط، التشجيع على الاستماع المتمعن لمن يشارك، حل الصراعات.

خصائص المجموعة في العلاج الجماعي:

- متجانسة بمعنى مجموعة من الناس تعاني من نفس المشكل.

- لا تهدف إلى الكشف عن الصراعات العميقة.
- لا تهدف مباشرة إلى التغيير الجذري.
- النضج النفسي والتوازن لأفراد المجموعة.

20- أهداف السيكوسوماتية :

- تحديد الأنماط النفسية الخاصة بكل مرض جسدي على حدا حتى يصبح من الممكن التنبؤ باحتمال الإصابة بالمرض قبل وقوعه .
- الوصول بالمريض إلى وضع أكثر توازنا بين حالته النفسية و حالته الجسدية .
- إدخال منهجية جديدة على التفكير الطبي التقليدي، بحيث تجنب المريض أخطار الإصابة بالأمراض الجسدية بسبب معاناته النفسية ومن تحول دون تطور حالاته النفسية نتيجة الإصابة الجسدية .
- الوصول بالفرد إلى أفضل مستوى عقلي صحي، يمكنه من القيام بدورة كاملة في خدمة الإنسانية .
- تحقيق فكرة أسبقية المريض على المرض و ليس العكس وفق المبدأ القائل بأن ليس هناك مرض بالسيكوسوماتي و إنما هناك مريض بسيكوسوماتي . (أحمد النابلسي، 1992)

21-أهم المدارس في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية:

المدرسة التحليلية:

أ-التحليلية القديمة:

تقوم المدرسة التحليلية على تفسير كل الاضطرابات التي تحدث في سن الرشد هي عبارة عن إرهاصات لخبرات سيئة حدثت في الطفولة الأولى بين سن 0-6/5سنوات.

-1مراحل النمو النفسو جنسي حسب فرويد:

العلاقة مع الموضوع النشاط المميز المنطقة الشبقية السن التقسيم المرحلة

علاقة أم طفل

ثنائية اتكالية محبية المص الفم 0-1سنة الفمية الأولى المرحلة الفمية

-0سنتين

المص والعض الفم

- 1-سنتين الفمية الثانية

علاقة أم طفل

ثنائية اتكالية محبية عدم التحكم في الإخراج الشرج 2-2ونصف الشرجية الأولى المرحلة الشرجية

3-2سنوات

بداية التحكم في الإخراج الشرج

2ونصف-3سنوات الشرجية الثانية

الأنثي:

-مع الأب علاقة ثلاثية محبية.

-مع الأم علاقة ثلاثية عدوانية

(عقدة إلكترا) الذكر:

-مع الأب:علاقة ثلاثية عدوانية

-مع الأم علاقة ثلاثية

محبية

(عقدة أوديب) -الفرق بين الجنسين.

-الاهتمام بالأعضاء التناسلية الأعضاء التناسلية المرحلة القضيبية

3-5/6سنوات

- تعريفات:

-1التثبيت:

هو توقف الذاكرة الليبيدية(الجنسية)في مرحلة من مراحل النمو في الطفولة المبكرة نتيجة إمّا الإشباع المفرط أو الحرمان.

-2النكوص:

عودة النمو في سن الرشد إلى المراحل الطفلية المبكرة ولا تكون هذه المرحلة إلا تلك التي حدث فيها التثبيت،فيبدأ الراشد في التصرف بتصرفات الطفل في تلك المرحلة مثلا:نكوص إلى المرحلة الفمية:التبول اللاإرادي،مص الأصابع.

وفيما يلي جدول يوضح النكوص في كل مرحلة إلى ماذا يؤدي:

نوع الاضطراب الاضطراب النفسي الحاصل النكوص في مرحلة

الذهان الفصام المرحلة الفمية الأولى

البارانويا المرحلة الفمية الثانية

الجنون الدوري PMDالمرحلة الشرجية الأولى

العصاب الوسواس القهري المرحلة الشرجية الثانية

القلق+الاكتئاب+الهستيريا المرحلة القضيبية

أما الحالات الحدية(البينية)وهي الحالات الواقعة في المرحلة الانتقالية بين الدهان والعصاب ومن بين الاضطرابات الحاصلة:

-الاضطرابات السيكوسوماتية.

-الشخصية السيكوباتية(المُضادة للمجتمع.(

-الشذوذ الجنسي.

-الإدمان على الكحول والمخدرات.

تعتبر المدرسة التحليلية القديمة القلق له دور بارز في نمو شخصية الفرد نموا سويا أو نموا مضطربا،ويعتبره فرويد مرادفا لانفعال الخوف،وجميع أنواع القلق تؤدي إلى الألم والضيق والتوتر،لكن تختلف مصادر القلق فمنها ما هو من العالم الخارجي ومنها ما هو داخلي مُخزن في اللاشعور في الهو،والذي سببه كبت يُخلف صراعا يُساهم في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية،وله 3صور:

-1القلق المُرتبط بمشكلة خارجية.

-2الخوف المرضي:أو ما يُعرف بالفوبيا وهو خوف لاعقلاني ليس لديه تفسير في الواقع،حيث يخاف الفرد من مجموعة أشياء خوفا شديدا لا يعرف معناه ولا مصدره كالخوف من الحيوانات أو الأماكن المغلقة.

-3الرعب أو الفزع، هو خوف مفاجئ ليس له مبرر ومبالغ فيه من شيء قد يكون غير موجود أصلا.

تحدثنا سابقا عن المراحل النفسو جنسية لدى المدرسة التحليلية ووصلنا إلى

عقدتي أوديب وإلكترا حيث اعتبر فرويد أنهما أهم العوامل التي تؤدي إلى ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية،حيث إذا لم تُحل هذه العقدتين يُصاب الفرد بالاضطرابات السيكوسوماتية ،كما أن النكوص والتثبيت كوسيلتي دفاع يستعملهما الأنا من اجل تخليص الفرد من الصراع تؤديان بدورهما إلى ظهور الاضطرابات النفس-جسدية.

يرى أصحاب مدرسة التحليل النفسي أن حدوث الاضطراب النفس جسدي يأتي نتيجة المكبوتات الموجودة على ساحة اللاشعور والتي لا تجد منفذا للعبور إلى ساحة الشعور،فتجد جسد الفرد في طريقها للخارج وتغزو أحد أعضاء الجسم مسببا فيه خللا عضويا حقيقيا يؤدي إلى اضطرابه،والكبت الذي يحدث في الطفولة المبكرة يبقى قديما في اللاوعي ومازال يشكل خطرا صراعيا على الأنا،فتأتي الصراعات الجديدة لتصرفه لغزو احد أعضاء الجسم من خلال نظرية العضو الضعيف.

الخصائص البنيوية للأمراض السيكوسوماتية هي خصائص الحالة البينية:

-الصراع بين الأنا المثالي والهو.

-القلق من فقدان الموضوع(موضوع الحب:الأم-الأب(

-العلاقة الاتكالية مع الموضوع.

-الآليات الدفاعية:ازدواج الصور الهوامية.

-يرى بعض التحليليين أن الإصابة بالمرض السيكوسوماتي نتيجة التثبيت والنكوص يكون وفقا لمايلي:

المرض السيكوسوماتي منطقة التثبيت

القرحة المعدية المرحلة الفمية

القولون العصبي المرحلة الشرجية

الاضطرابات الجنسية والتناسلية المرحلة القضيبية

ب-التحليلية الحديثة:

- مدرسة شيكاغو لألكسندر فرانز:

قام بتحديد الاضطرابات السيكوسوماتية الناجمة عن الصراعات النفسية،واعتبر هذه الاضطرابات بمثابة وسيلة دفاع أو هروب من حالة صراع شديد،وقد تمكن من

التمييز بين نمطين من الاضطرابات النفس-جسدية:

-1اضطرابات تعبر عن وجود ميول عدوانية وتكون بمثابة هروب أو دفاع ،ولا تظهر على مستوى السلوك حيث تبقى مكظومة.

-2اضطرابات تعبر عن ميول مُثبطة للبحث عن سند أو دعم أو تأكيد الذات أو لفت نظر أو مساعدة.

واعتبرت مدرسة شيكاغو المرضى السيكوسوماتيين أفراد عجز الأنا عن تحقيق التوازن النفسي فحدث لديهم نكوص إلى المرحلة الجنسية التي يحقق فيها الفرد اشباعاته عن طريق الجسد،كما ميز فرانز بين استجابة التحويل التي تدل على محاولة تعبير عن انفعال ما بصورة غير مباشرة باستعمال بعض الأجهزة العضوية،وبين الاضطراب السيكوسوماتي الذي تحدده استجابة الجسم تجاه انفعال عنيف طال زمنه.

-الاضطراب السيكوسوماتي والهستيريا التحويلية:

تأخذ الهستيريا التحويلية شكل الاضطراب الجسدي ولديها تقريبا نفس السيرورة النفسية للاضطراب السيكوسوماتي حيث تُستثمر طاقة الكبت على أحد أعضاء الجسم،ولكن قام علماء التحليل النفسي بوضع جدول يوضح الفرق بين الاضطرابين كما هو مبين فيمايلي:

الهستيريا التحويلية الاضطراب السيكوسوماتي

-1الأعضاء المُعرضة للإصابة هي تلك التي يُشرف عليها الجهاز العصبي الإرادي.

-2الأعراض الجسمية عبارة عن تعبيرات رمزية عن دوافع مكبوتة وصراعات لاشعورية وتخدم غرضا لدى المريض.

-3عدم معرفة المريض لسبب الإصابة بالمرض.

-4الاضطراب العضوي يكون من الناحية الوظيفية فقط.

-5تظهر الأعراض الهستيرية فقط أو عضوية فقط أو معا.

- -6القلق هو العامل الأساسي للإصابة بالهستيريا التحويلية.
- -7وجود أعراض التفكك في الوظائف العقلية والجسمية.

- -8الإيحاء يلعب دور في طهور الاضطراب.

-9يحدث العرض الجسمي فجأة ودون مقدمات.

-10العلاج النفسي يكفي وحده للتخلص من المرض.

- -11الإصابة بالهستيريا التحويلية أقل انتشارا بين الأشخاص.

-12لا يتدخل العامل العضوي للإصابة بالهستيريا التحويلية.

-13تظهر الأعراض الهستيرية فقط في وجود الآخرين.

- -الاختلال العضوي يكون على مستوى الأعضاء الخاضعة للجهاز العصبي اللاإرادي(الأعضاء الحشوية)

-يوجد استعداد وراثي للإصابة بالمرض،وتظهر الأعراض الجسمية دون دلالة رمزية.

-يعرف المُصاب سبب الإصابة بالمرض.

-الاضطراب العضوي حقيقي يُصيب العضو من الناحية العضوية والوظيفية، وقد تحدث الإصابة في عدة أعضاء في نفس الوقت.

-الأعراض الظاهرة عضوية ظهورها يُزيل الانفعال.

-يتوفر الإجهاد النفسي كشرط للإصابة بالاضطراب.

-لا يصاب المريض بتفكك عقلي نتيجة المرض الجسدي.

-الإيحاء ليس له علاقة بظهور المرض

- . يحدث العرض السيكوسوماتي تدريجيا وعلى عدة مراحل.

-يتكامل العلاج الطبي والنفسي في التخلص من أعراض الاضطراب السيكوسوماتي.

-الأمراض السيكوسوماتية أكثر انتشارا.

-قد تتدخل عوامل عضوية للإصابة بالمرض إلى جانب الانفعالات النفسية.

-تظهر الأعراض السيكوسوماتية في وجود أو غياب الآخرين.

-مدرسة باريس:

من أتباع هذه المدرسة:ميشال فان،بيار مارتي،رونالد هالد.

بين هؤلاء ارتباط الاضطرابات السيكوسوماتية بسيرورة نفسية ونفس-جسدية

وأهميتها في التوازن الصحي بشكل عام،ويرى أن النكوص يهدف إلى إعادة خلق وضعية راهنة كان الشخص يبحث فيها عن شروط أين تكون ذاته راسخة في منظومة كانت معززة أثناء نموه،والنكوص مهما كان يتضمن بحثا في المستحيل،إذا اضطر الفرد على إجبار ذاته العودة إلى الوراء فإنه يزيد حتما هن تبعيته تجاه الوضعية الراهنة التي لا يمكنها متابعة نكوصه،تكون الحركة في هذه الحالة عاجزة عن القيام بنكوص الوضعية الراهنة تلقائيا وتضع الفرد في وضعية صدمة خطيرة.

-مفهوم التعقيل:

يميز هذا المفهوم العمل النفسي المنجز بالدوام لتفريغ الاثارات النزوية، في حالة عدم التفريغ تراكمها يؤدي إلى الإصابة بالاضطراب السيكوسوماتي،فالتعقيل يعالج كمية وكيفية التمثيلات والصور النفسية وديناميتها،فهو يؤهل كفاءة الجهاز النفسي للقيام بربط الاثارات النزوية من خلال أنظمة وشبكات التمثيلات ترابط الأفكار المختلفة والتفكير المملوء بالعاطفة.

- **أنواع التعقيل:**

سيء التعقيل:تأكيد الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية.

غير مؤكد التعقيل:التنبؤ بالإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية.

جيد التعقيل:السلامة من الاضطرابات السيكوسوماتية.

حاول مارتي إعادة الإنسان من خلال الحياة والموت،والتي أعطى لها معنى عن طريق السيرورات المنشطة لها ،تسلل الوظائف،الشعورية واللاشعورية للإنسان،قدراته التنظيمية ومعالجة المعطيات المدركة تسجل في حركة تطورية أين تتواجد نزوات الحياة ونزوات الموت لإعطاء الحياة،هذه المقاومة الأبدية تتسبب في حالات عميقة أو جزئية من الشدة أو الضيق والتي تحاول غريزة الحياة الدفاع عنها والأكثر هشاشة منها يزول نتيجة عدم قدرة مقاومته لضغوط غريزة الموت وهكذا نظام الطبيعة يبقى قائم.

يقترح بيار مارتي ترتيبا أوليا أين تتعارض فيه الدهانات والعصابات،فالدهانات تتميز بتمييز ذهني مغروس بصلابة مقارنة بعصابات الطبع والسلوك المتميزة بقلة التنظيم في دفاعاتها الذهنية هي التي تكون أرضية خصبة لظهور الاضطرابات النفس-

جسمية،ويميز بين 3 فئات من تكوينات العصابات ذات التنظيمات الذهنية المختلفة:

-1العصابات ذات التنظيم الذهني المحكم وهي عصابات الطبع.

-2العصابات ذات التنظيم الذهني غير المؤكد والموافقة لعصابات السلوك وهذين الشكلين من العصابات ليس لهما تثبيت صلب.

-3العصابات ذات التنظيم الذهني السيئ والتي يميزها ضعف نشاط ما قبل الشعور وهشاشة الأنا.

-المدرسة السلوكية:

تقوم النظرية السلوكية على اعتبار أن لكل مثير استجابة،والمثير المرضي يؤدي حتما إلى استجابة مرضية،وتوصل رائد المدرسة السلوكية العالم بافلوف إلى أن السلوك السوي هو نتاج العلاقة بين أنظمة الجهاز العصبي:نظام الأفعال المُنعكسة،النظام الإشاري الأول،النظام الاشاري الثاني.

و أن هناك توازن بين الجهاز العصبي السمبثاوي والجهاز العصبي الباراسمبثاوي فإذا اختل هذا التوازن حدث المرض السيكوسوماتي.

أما السلوكيون الجدد فيرون أن الاضطرابات السيكوسوماتي هي عبارة عن عادات تعلمها الإنسان ليُخفف بها عن توتراته وانفعالاته حيث يجد منها منفذا لصراعاته،فالاضطراب السيكوسوماتي حسب هؤلاء هو نتيجة عملية تعلم فاشلة تمت عن طريق الاشراط.

أما العالم باندورا فيرى أن الاستجابات الانفعالية ومكوناتها الفيسيولوجية تقوم بفضل آلية تعلم متغيرة أي انه رغم أن الجهاز العصبي يعمل لاإراديا غير أن بعض الأشخاص يتمكنون من السيطرة على وظائف بعض الأعضاء الداخلية وتوجيهها مع العمليات الجسمية الباطنية.

يرى أصحاب المدرسة السلوكية الإجرائية أن الاستجابات العصبية اللاإرادية يمكن تشريطها وسيليا،وقد أشار ميلر إلى إمكانية تعلم عملية التحكم في بعض الاستجابات الحشوية يرى ميرسكي أن عامل الاستعداد هو الحالة الفيسيولوجية للجسم والمحددة أثناء عملية التكوين العضوي والنمو،أي أن العلاقة بين الأم والطفل وطبيعة التربية

الوالدية التعليمية تلعب دورا في صقل شخصية الطفل وفي تحديد أنواع الصراع،لذلك فان عملية التشريط المبكرة هي التي تجعل عامل الاستعداد وقابلية الفرد للتعرض لاضطراب سيكوسوماتي عالية أو ضعيفة.

أما لاشمان فيرى أن الاستجابات العصبية يتعلمها الفرد عن طريق التدعيم أو المكافأة حيث أن التعبير عن الاضطراب يستمر باستمرار الحصول على المعزز.

-المدرسة المعرفية:

تقوم المدرسة المعرفية على اعتبار أن كل الاضطرابات التي تحدث للفرد هي نتاج أفكار خاطئة تكونت لدى الفرد وجعلته يُصاب بالمرض النفسي بما في ذلك المرض السيكوسوماتي.

ولذلك أجرى جراهام 1972 دراسات حول سيرورة الإصابة بالمرض السكوسوماتي وتوصل إلى أنه هناك عنصرين مهمين في هذا الاضطراب:

-1ما يشعر به الفرد من حزن أو سعادة.

-2ما يرغب الفرد في معرفته أو عمله في ضوء خبراته أو أفكاره أو مُدركاته السابقة.

-المدرسة القائمة على بروفيل الشخصية:

وهي نظرية الأنماط،حيث قامت فلاندر دنبار بإجراء دراسة على الأشخاص المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية،وجمعت كل اضطراب على حدا وحددت من خلال ذلك أنماط الشخصية لدى كل مرض:

توصلت إلى أن هناك أنماط خاصة بالمرضى السيكوسوماتيين تختلف عن غيرهم وكل مرض يختلف عن الآخر ومنه يمكننا التنبؤ بإصابة شخص ما بمرض ما وفق نمط الشخصية الذي يتميز به،فمرضى القرحة المعدية مثلا أشخاص طموحين حساسين استقلاليين إلى غير ذلك من السمات.

-أما رزونمان وفريدمان فقد ميزا بين نوعين فقط من الأنماط:

النمط أ:عدم القدرة على التحمل،زيادة القدرة التنافسية،سهولة الاستثارة،الحساسية،الرغبة في الانجاز،سرعة الحديث،سرعة الغضب،العدائية،الشعور بالملل وعدم

الاستقرار(وهؤلاء يُصابون بمرض القلب الشرياني(

النمط ب:يتميز بالاسترخاء والحياة الخالية من الهموم والعمل دون إحباط، والحياة الاجتماعية الجيدة.

-أما ايزنك:فيرى أن نمط الشخصية هو الذي يشكل العامل الاستعدادي للإصابة بمرض ما دون سواه.

-مدرسة الضغط النفسي:

يعود ارتباط مصطلح الضغط بمفهوم الصدمة النفسية أساسا إلى التسمية التي أطلقها المجمع الأمريكي للطب النفسي (A.P.A)على العصاب الصدمي وعلى عصاب الحرب،وبعد تخليهم عن هذا المصطلح لجئوا إلى مصطلح الضغط:

ويعود استعمال الضغط إلى الباحث الفيزيولوجي الكندي (Hans Seley)سنة 1936 ويتعلق الأمر بالنسبة لهذا الباحث برد الفعل البيو-فيزيولوجي للعضوية لكل عدوان،حيث يرى أن الجسم يستجيب للمثير بتحريك مصادره الفسيولوجية وأجهزته العضوية،أي أنه يواجه الضغوط النفسية بردود أفعال مجهزة لمواجهة الأخطار،وهي ردود أفعال لا تستمر طويلا،فإذا طالت حالة الخطر والضغط النفسي تصبح أجهزة المواجهة في حالة إجهاد،وتنهار أمام هذا الضغط قدرات الإنسان على التكيف،كما تنهار مقاومته لتحقيق الاتزان العضوي،ويستنفذ الفرد كل احتياطه النفسي،وقد تفشل جميع ميكانيزمات الدفاع النفسية في تحقيق التوازن،ويتعرض الفرد لحالة كف عقلي أو حركي مما يؤدي إلى الذهول وظهور الأعراض السيكوسوماتية،إلا أن تجارب Seley أظهرت أن تفاعل الإنذار هو بداية استجابة لكلية،حيث أن تعرض الفرد المستمر لموقف عصيب يمكن أن يبدأ بتفاعل الإنذار،ثم يعقب ذلك مرحلة المقاولة ثم الإعياء ولا يستطيع أن يبقى تحت الإنذار لأن العامل المسبب قد يكون شديدا بحيث يجعل الاستمرار مهدد للحياة ومثل هذا العامل يمثل الصدمة.

وقد ميز سيلي بين ثلاثة أنواع من الضغط:

أ-الضغـــــط التكيـــــفي:

هو رد فعل بيولوجي نفسي منذر عن خطر ومعرض للتعبئة والدفاع اتجاه عدوان أو

تهديد،ومن هنا فهو رد فعل طبيعي وتكيفي له أثاره الفيزيولوجية (تحرير السكر في الدم،ارتفاع ضغط الدم،زيادة ضربات القلب.....)التي تجعل الجسم في غاية الاستعداد للفعل إضافة إلى الآثار النفسية الثلاثة التي يمارسها:مركز الانتباه،معبئ للطاقة النفسية،محرض للعمل والفعل،لذلك فان الضغط يساهم في تخلي الفرد عن الكسل والتردد في اتخاذ القرارات،ويزيد من فعاليته والعمل على السير الحسن والنجاح

ومن هنا فالضغط التكيفي طبيعي يحدث مباشرة بعد الصدمة ويزول تدريجيا لان العضوية الجسدية مهئية للتصدي للعوامل الخارجية بحيث تستجيب بمجموعة من التغيرات الجسدية كالتعرق وزيادة نبض القلب وجحوظ العينين،وبعد هذه الأعراض تبدأ السيرورة الجسدية في العودة إلى شكلها الطبيعي وفي حالة زادت حدة الضغط قد يؤدي إلى الموت وهدا النوع الثاني من الضغط.

ب-الضغـــــط المتجـــــاوز:

عندما يعجز الجسم عن مواجهة الضغوط النفسية تظهر أربعة أعراض متتالية:رد فعل الصعق، رد فعل تهيجي، رد فعل الهروب المفزع، رد فعل النشاط الآلي.

*رد فعل الصعق:يمس تخدير عقلي،تبلد عاطفي،كف إرادي وحركي،ويصبح الفرد غير قادر على الإدراك والتفكير في غير ما هو فيه من معاناة انفعالية.

*رد فعل تهيجي:في الوقت الذي تكون فيه الحالة النفسية لا تسمح بارصان دفاعات للتكيف مع الوضعية،والتي تظهر من خلال حركات غير متناسقة ولا تلاحم حركي ولفظي.

*رد فعل الهروب المفزع:يتضمن هروب منفرد أو جماعي مندفع وغير مهيأ ووحشي حيث تتم محاربة كل من تسول له نفسه عرقلة الهروب بلا هوادة.

رد فعل الآلي:يولد حركات وسلوكات تبدو تكيفية لكنها دون هدف واضح ومحدد،هدفها جعل الشخص ينشغل بشي ما،وقد تكون بذلك مصدرا للقلق

وقد حدد سيلي سيرورة الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية عبر 3مراحل:

-الصدمة أو الإنذار:

هي المرحلة التي يتلقى فيها الجسم الانفعال من العالم الخارجي عبر حواس الجسم

المختلفة، وتبدأ هذه الصدمة في استثارة أجهزة الجسم الداخلية من أجل الدفاع عن سلامته،وتشكل الصدمة خطرا على الجسم لأنها تسبب ضعف وصول الدم إلى الأعضاء وانخفاض ضغط الدم،وذلك نظرا للأسباب التالية:

أ-يبدأ الجهاز السمبثاوي والغدة الكظرية في تجهيز أعضاء الحماية الجسمية لأجل الدفاع عنه،فيزداد تدفق الدم داخل الأوعية الدموية مما يُضعف عمل القلب في إيصال الدم إلى بقية أعضاء الجسم مما يقلل من نسبة الأوكسجين الواردة إلى أنسجة وخلايا الجسم فتنخفض الكفاءة الجسمية بما فيها القلب والكليتين والدماغ والجهاز العصبي وتنخفض حرارة الجسم.

ب-ضيق تلقائي للأوعية الدموية بفضل عمل الجهاز العصبي الودي ونظير الودي للمحافظة على كمية الأوكسجين في الجسم.

ج-تزيد الغدة الكظرية من إفراز هرمون الأدرينالين والكورتيزون للدفاع عن الجسم الذي في خطر.

وسوف نحدد 9تدريجات تمر بها المرحلة الأولى:

-1انخفاض ضغط الدم.

-2سرعة نبضات القلب وزيادة مرات التنفس.

-3انخفاض درجة الحرارة والتعرق وشحوب الوجه.

-4الفشل الجسدي والفكري، مع عدم القدرة على التركيز.

-5صعوبة في النطق.

-6التقيؤ والغثيان مع العطش الشديد.

-7إمكانية فقدان الوعي.

-8توقف مفاجئ وطارئ للوظائف العقلية.

-9في الحالات الخطيرة يحدث نزيف دماغي وموت مفاجئ.

-المقاومة:

عندما يبدأ الجسم في العمل الدفاعي تتأهب جميع أجهزة الجسم الدفاعية لحمايته من الخطر،فتكون هذه الأجهزة في أقصى نشاطها مما يُضعف الجسم،ولأن الغدة الكظرية

تزيد من نشاطها إلى الذروة فإنها تتعرض لخطر التضخم القشري فتعجز عن إفراز هرمون الكورتيزون.

-

-الاستنفاذ:

أو ما يُعرف بالانهيار،ويحدث باستمرار الضغط النفسي الذي ولدته الصدمة،فيستنفذ الجسم جميع احتياطاته ولا تتمكن المقاومة الدفاعية في الاستمرار في حماية الجسم،فتظهر علامات الإجهاد تدريجيا،وتتوقف عملية إعادة بناء الأجهزة المُهدمة وتضعف وظيفة الجهاز السمبثاوي فينخفض نشاط الجسم إلى أدنى درجة ويعمل الجهاز العصبي الباراسمبثاوي على تبطئ أنشطة الجسم،وتظهر الأعراض المرضية بسبب ضيق الأوعية الدموية وضمور خلايا البنكرياس ونقصان نسبة الزلال وغيرها من إفرازات الجسم الضرورية للحياة السليمة الخالية من الأمراض.

-وسوف نستعرض سيرورة الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية حسب سيلي وفق المخطط التالي:

- الصدمة (الإنذار)

-إفراز هرموني الأدرينالين والكورتيزون -تغير في الأنشطة الجسمية(زيادة(

-زيادة في عمل الجهاز السمبثاوي -بداية العمل المناعي.

المقاومة

-التأهب الجسدي الكامل لحماية الجسم من الخطر

- الاستنفاذ

الإصابة بالاضطراب السيكوسوماتي:

-الطفل والضغط:

إذا كانت الدراسات عديدة على الراشد واستجاباته المرضية للضغط، فدراسات آثاره على الأطفال حديثة حتى بفرنسا، أهم الدراسات تأتي من و.م.أ ومن كندا واليابان.

وضعت الطبيبة الأمريكية بولنجار علاقة بين الضغط واضطرابات البسيكوسوماتيك عند

الطفل،ولاحظت عند أطفال7-8سنوات قرحة المعدة وسكتات قلبية.

اليابان يشتهر بضغوط طاحنة على الأطفال في المدرسة وتُلاحظ اضطرابات عديدة تصل حتى الانتحار،ويوجد باحث ياباني وضع سلم الضغوط في المدرسة:

-سوء الاتصال مع المعلم.

-صراعات عائلية،تفكك أسري.

-عدوان وعنف في المدرسة.

-ارتفاع المستوى المطلوب من التلميذ.

-مشاكل النقل المدرسي.

-عدم احترام الإيقاعات البيولوجية والنفسية للطفل.

-تلوث وضجيج.

-مضمون البرامج المتلفزة(عنف.(

-استشفاء الطفل أو أحد والديه.

يتراكم مفعول هذه الضغوط المختلفة دون أن تُصرف الطاقات الناتجة عنه مما يجعله ينقلب على الجسم ويتسبب في أمراض عديدة.

وسوف نستعرض مجموعة من الانفعالات التي من شأنها أن تكون أكثر خطورة من غيرها في إصابة الإنسان:

-الانفعالات الحادة الأكثر شدة.

-الانفعالات المتكررة أو المزمنة.

-الانفعالات التي تطرأ بشكل مفاجئ على الفرد.

-الانفعالات التي يكظمها الفرد ولا يستطيع التعبير عنها.

-الانفعالات التي يصاحبها حالة إحباط داخلي أو صد خارجي شديد.

-الانفعالات التي يكون فيها زمن الاستجابة العضوي سريعا جدا(سرعة الصدمة.(

-الانفعالات التي تصيب الفرد ذو العضوية الضعيفة.

-الانفعالات التي تطرأ في مرحلة نمو حرجة مثل البلوغ أو المراهقة أو الشيخوخة أو سن اليأس عند المرأة.

-المدرسة القائمة على بروفيل الشخصية:

يرى مجموعة من العلماء أن المصابين بنوع معين من الاضطرابات يعانون من نفس سمات الشخصية تقريبا،وقد تمكن رينج من الوصل إلى بعض السمات العامة أو الأنماط لشخصيات مرضى بعض الأمراض السيكوسوماتية وهي:

أ- نمط يُفرط في خوفه ويُعبر بسهولة عن أفكاره، ويتفاعل مع مشاعر الانفعال والقلق والخوف،وينشط جسميا ونفسيا،ويتفاعل مع جميع مجالات الحياة تقريبا،وأطلق رينج على هؤلاء:مُفرطي الانفعال،وغالبا ما ينتشر لدى مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية التالية:

انسداد الشرايين التاجية،التهاب المفاصل التآكلي،القرحة المعدية.

ب -نمط يميل إلى كبت مخاوفه وكظم انفعالاته،ويعمل على كف طاقاته والاحتفاظ بأفكاره ومشاعره لنفسه،وقد أطلق رينج على هؤلاء ناقصي التفاعل أو المنفعلين غير المتكيفين.ومن أمراض هذه الفئة مرضى:التهاب الجلد العصبي،التهاب المفاصل شبه روماتيزمي،التهاب القولون التقرحي

ج- وهناك نمط ثالث يمثله المرضى الذين يشعرون بمخاوفهم وغضبهم وصراعاتهم وآلامهم،ولا يعبرون عن مشاعرهم واستجاباتهم تكون بسيطة وأسماهم رينج:مقيدي التفاعل،وتظم هذه الفئة مرضى الربو،البول،ارتفاع ضغط الدم،الصداع النصفي،الغدة الدرقية.

-المدرسة البيولوجية:

أ-مدرسة كانون:

قام العالم كانون بمجموعة من الاختبارات على الحيوانات من أجل التوصل إلى المنطقة الدماغية المسئولة عن الانفعالات والتي تعمل على ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، فأحضر مجموعة من الفئران وأجرى عليها تجارب توصل من خلالها إلى أن الفأر إذا تعرض لمواقف انفعالية تظهر لديه زيادة في إفراز هرمون الأدرينالين الذي يؤدي إلى اضطرابات وظيفية في عمل الجهاز السمبثاوي والذي يسبب بدوره في تغيرات في وظائف الأعضاء،وهذا ما نلاحظه من خلال التغير الفيسيولوجي كالتعرق

والشحوب وتوسع حدقة العين،والتغير الحشوي كارتفاع ضغط الدم وارتفاع السكر وزيادة ضربات القلب.

كما أنه قام باستئصال التلاموس فتوصل إلى غياب ردود الفعل إزاء الانفعالات المألوفة فاستنتج أن التلاموس هي المنطقة الدماغية المسئولة عن الانفعالات.

غير أن العالم بارد قام بتجارب أخرى واستأصل الهيبوتيلاموس وتوصل إلى نفس النتيجة التي توصل إليها كانون ولكن هذه المرة المنطقة المسئولة هي الهيبوتيلاموس.

ب-مدرسة وولف:

قام العالمين وولف بإجراء تجارب على الطفل توم وتوصلوا إلى إثبات وجود علاقة بين الجانب النفسي والجانب الفيسيولوجي،فكلما كانت هناك تجارب حياتية مريرة كانت نسبة التعرض للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية كبيرة،وكان خطر وجود مرض معين موجود بكثرة،وأسميا ذلك بنظرية الحياة المأساوية،وكانا يعنيان بذلك عدم قدرة الفرد على تحمل الأحداث الحياتية الصعبة التي يمر بها فتؤثر على أنشطته الجسمية ويُصاب بالمرض السيكوسوماتي.

ج-مدارس بيولوجية أخرى:

قام مجموعة من العلماء في عدة نواحي في العالم بإجراء دراسات دقيقة يهدفون من خلالها إلى ربط العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالات،فتوصل العالم ساوري من خلال تجاربه على الفئران المصدومة كهربائيا أنها تُصاب بالقرحات المعدية،كما أثبت برادي أن الحيوانات تُصاب بالقرحات ليس نتيجة صدمة واحدة بل نتيجة تراكم الصدمات،حيث قام بتشريح قرد ميت وتبين له وجود قرحة في الاثناعشر،وانتقلت الدراسة على الإنسان حيث قام فريدمان بدراسة أسرى الحرب وتبين له أن 99بالمئة من الأسرى يعانون من اضطراب سيكوسوماتي على الأقل،كما أن جراي وماجدا توصلا إلى أن الخوف حالة من التهيج القوي للجهاز العصبي السمبثاوي،بينما الغضب حالة تهيج قوية للجهازين السمبثاوي والباراسمبثاوي.(دحماني عزاق رقي).

22- نشأت المدرسة السيكوسوماتية الفرنسية:

في عام 1962 انعقد مؤتمر الثاني والعشرون للمحللين النفسانيين ، حيث قام كل من (**ميشال فاين ، و دافيد**)بعرض منشورهم حول الهيأة الوظيفية للحياة الحلمية، ومن جهة أخرى قام (**بيار ماتي و دوموزان**) بعرض بحثهما حول التفكير العلمي و من خلال هده الأعمال و وغيرها نشأت المدرسة السيكوسوماتية الفرنسية و التي تنظر للإنسان كوحدة جسدية و أن المرض الجسدي ما هو إلا انعكاس لما يحدث في الحياة النفسية، وفي عام 1963 قام كل من **بيارمارتي ودافيدموزان** بنشر كتاب بعنوان" **الاستقصاء السيكوسوماتي**" الذي حاولوا من خلاله تسليط الضوء على المرض السيكوسوماتي ، حيث يرون أن المرض الوظيفي و العلائقي جزء من المرض الفيزيائي وفي سنة 1968 أنشأ مارتي مركز للاستشارات التي تحولت سنة 1973 الى معهد السيكوسوماتية (IPSO) والذي يعمل على تحقيق ثلاث أهداف :

- الكشف عن المرض
- تكوين بسيكوسوماتيين
- القيام بالأبحاث

وفي سنة 1975

إن المدرسة السيكوسوماتية التي أسسها P. Marty و كل من **M. Fain** ، **M. de M'uzan** منذ أربعة عقود بين المدارس الأكثر حداثة في البحث و التنظيم، و هي في ذلك ترتكز على التنظيم العقلي لمرضى يعانون من اضطرابات سوماتية و كشفوا عن المصير المميز للصراعات النفسية عندهم، و التي تختلف عما يلاحظ عند العصابيين أو الذهانيين مركزين على بنية الجهاز العقلي و التنظيم و الموقعية الأولى و الثانية، نوعية و طبيعة السيكوسوماتية، فمنحوا للسببية النفسية وزنا محددا في تطور أمراض السيكوسوماتية.

برز في هذه المدرسة خاصة **P. Marty** الذي وضع نموذجا و أساسا سيكوسوماتيا وذلك لعاملين:

-إن السببية التي تحدد ظهور التجسيدات ليست فيزيولوجية و لا سيكولوجية.

-إن هذه السببية ترجع إلى ظواهر أخرى تجمع الفيزيولوجية و السيكولوجية تحت المنظور البيولوجي التطوري. (P. MARTY, 1991.p13)

هنا يؤكد **P. Marty** على استمرارية مختلف التوظيفات السوماتية مع التوظيفات النفسية والنظرية السيكوسوماتية لم تظهر بصدفة، بل كامتداد لنظرية التحليل النفسي، وما يؤكد على هذا استعمالها لمصطلحات التحليل النفسي كمفهوم التثبيت منه، و هذا ما يفسر لها مدى التأكيد على أن "السيكوسوماتية ليست منبثقة فقط من التحليل النفسي لكن التحليل النفسي هو أيضا أهم وسيلة في البحث و المعالجة السيكوسوماتية".
(.P. Marty1991 ،p09)

و بالاعتماد على أسس التحليل النفسي انطلق **P. Marty** في أبحاثه من النظرة المعارضة للمبدأ الثنائي لإنسان (نفس– جسد) وأول من استعمل هذا المصطلح و أعطى اسم لنظريته، النظرية الثنائية المعروفة بالنفس و الجسد هو **Reny Dikart**، حيث أنسب للجسد دورا ميكانيكيا، بينما للنفس دور تنظيم الأحاسيس و المشاعر.

و بعد ظهور نقائص **P. Marty** في علاج بعض الأمراض الجسمية و تغيير الآليات التي تؤدي إلى ظهورها "و يعود هذا الفشل إلى كون هذا المبدأ يرجع سبب المرض إلى عامل محرض خارجي فكان العلاج، و بالتالي وفقا للمرض و ليس للمريض، كما أكدت التجربة العيادية أن رد فعل المرضى للعلاج يختلف من فرد إلى آخر بالرغم من أنهم يعانون من نفس المرض و يتعاطون نفس العلاج، فالسيكوسوماتية إذن ليست تخصصا طبيا و لا فلسفة دون واقع ميداني، إنما هي علم استنبط من التحليل النفسي.

إن P. Marty في نظريته لا يهتم بإعطاء تفسير للمرض العضوي، لأنه يحصر المرض في إطار بيولوجي عضوي بحت، بل يعتمد على دراسة الإنسان من حيث شخصيته

و مدى أهميتها في ظهور المرض و الشفاء منه، و بالتالي كان يدرس الإنسان في حالته الصحية والمرضية مركزا في ذلك على مراحل النمو.

و يعتبر **P. Marty** أن هناك ميكانيزمات التي هي غرائز الموت و الحياة، هي التي تسير هذه الفسيفساء و نعني بها حسب **P. Marty** "مجموعة من الغرائز مرتبطة ببعضها البعض و التي تتميز بالتنظيم الذاتي والاكتفاء الذاتي.

23- مبادئ النظرية السكوسوماتية الباريسية:

1.23 **المبدأ التطوري**:

يعتمد **P.Marty** في إثراء المبدأ التطوري على مصطلحات التحليل النفسي، التي تبقى مرجعه الأساسي ويقول حول المبدأ "منذ الولادة تكون الوظائف متواجدة بصورة يكون فيها التدرج نسبي وتأخذ هذه الوظائف في التنظيم والتدرج لتكون تنظيمات وظيفية".

يقول **P. Marty** أن مبدأ التطور ينطلق من التكاثر و الانقسام الخلوي حيث يتم تطور الوظائف من الأبسط إلى الأعقد عن طريق حركة منظمة، تتمثل في سلاسل التنظيم، ويميز **P. Marty** الحركات التصاعدية من الحركات التنازلية، حيث أن الحركات التصاعدية ندركها بسهولة في الطفولة، و فيما بعد تدمج مراحل التطور الليبيدي كما هي موضوعة في الميتاسيكولوجية الفرويدية، التي تعمل على تدعيم و تقوية السلسلة التطورية المركزية ذات محور عقلي يمثل القمة التركيبية للتطور الفردي.

أما الحركات التنازلية التي لا تخلو من كونها مؤثرة في حياة الإنسان، فهي تصاحب نقط التثبيـت التي تحدد حسب صلابتها و إمكانيات النمو المستقبلية للفرد، ذلك أن تكرار وشدة نقاط التثبيت التي تتكون تدريجيا من خلال الحركات تتجه نحو التنظيم المنشطة في بداية الحياة من طرف قوة البرامج الواجب تحقيقها و الحركات المتجهة تكون أقل تنظيما، التي تظهر لدى كل فرد بشكل توظيف خاص، وعلى هذا الأساس يمكننا من معرفة تسلسلها طول مختلف مراحل النمو الليبيدي، و لكن ليس الحال كذلك دائما، حيث هناك سلاسل نمائية جانبية

و التي تكون هي الأخرى غنية بنقاط التثبيت المختلفة حسب الأفراد إلى جانب السلسلة المركزية التي ليس بإمكانها أن تضم وحدها التطور المتتالي لمختلف الوظائف.

معنى هذا أن مفهوم التنظيم لدى الفرد لا يقتصر على النظرة الخطية، فالحركات اللاتنظيمية والتنظيمية لا تحدث نفس المحور، ولكن من خلال سلاسل نمائية أخرى، و هذا يوضح تعقد التعديلات التي تؤدي إلى الحفاظ على التوازن العام، كما تتدخل عوامل كثيرة داخلية و خارجية لتسمح أو تمنع بناء نقاط التثبيت، منها العوامل التكوينية بمعناها الواسع، و التي تمتزج بالعوامل المحيطية المرتبطة أساسا بخاصية العلاقات البدائية مع الأم، والتي يعتبرها **P. Marty** كخواطر للتاريخ الذي سيعيشه الفرد، حيث أن التفاعل يبرز تدريجيا التنظيم السيكوسوماتي للفرد بكل مميزاته الخاصة، ونقاط القوة فيه مرتبطة بخصائص تكوينية و التاريخ الشخصي له.

2.23 غرائز الحياة و غرائز الموت:

يعـرف **P.Marty** النظام الوظيفي على أنه "حركة تنـظيم متكـونة من تجمعات وتركيبات تتطور من البسيط إلى الأكثر تعقيدا، و هي مدفوعة من طـرف غرائز الحيـاة وتتكرر حركة التنظيم هذه بدون توقف أثناء التطور الفردي خاصة إذا لم تتعرض مسيرتها صدمة ما"

وتعبر عن هذا في هذا الصدد **R. Debray** "تعتبر العلاقة المتبادلة بين القوى التي تتجه إلى التنظيم الوظيفي و القوى التي تتجه إلى اختلال التنظيم الوظيفي، محرك الحياة رغم الصدمات التي تعرقل السير الطبيعي لحياة الفرد".

فنجد في سياق الحركة التطورية قوتين معاكستين تعمل أحدهما (غرائز الحياة) على التجميع و التنظيم، أما القوة الثانية (غرائز الموت) فتعمل على إفساد النظام و التشتيت و ما يلاحظ هو أن هاتين القوتين تعملان بصفة متبادلة، حيث تهيمن غرائز الحيـاة عندما يكون هـناك تطـور، خاصة في المراحل الأولى للنمو، بينـما تهيمن غرائـز الموت بفعل السن

والصدمات، فالعلاقة بين غرائز الموت و الحياة هي دائمة إلا أن السيطرة لإحداهما عن الأخرى تعتبر وقتية.

ويقول**P. Marty** "إن غرائز الحياة تسيطر في بداية حياة الطفل، أين حركات اختلال التنظيم لا تدوم وقتا طويلا، بينما غرائز الموت تستمد قوتها عند تقدم السن و عند تعرض الإنسان للصدمات النفسية، وهو في مختلف مراحل حياته إنما يعيش حالة توازن بين قوتين متناقضتين هما غريزتي الحياة و الموت"

وكلتا الغريزتين أساسيتين ومرتبطتين في تضادهما غير القابل للحل، و هناك ظاهرتين تعطي لغرائز الموت حق الصدارة أو الهيمنة خلال الحياة هما ثقل الصدمات و كبر السن".

وعليه فإن سيرورة الحياة لا تتم إلا بالتفاعل المتبادل بين القوى المتجهة نحو التنظيم الوظيفي أو القوى المعاكسة لها، أي تدعمها غرائز الموت أساسا و هذا ما يسمح باستمرار حياة الفرد رغم الصدمات التي يتعرض لها، حيث يرى P. Marty أن الموت موازية للحياة، مهما كان التنظيم، فكلما استمرت حركة النمو و التطور كلما كان تفوق غرائز الحياة على غرائز الموت التي تظهر إلا أثناء فترات قصيرة من اللاتنظيم عند ظهور أمراض بسيطة مثلا. ففي بداية الحياة تكون غرائز الحياة هي المسيطرة، و مع التقدم في النمو فإن هذه الغرائز يقل نشاطها و بالتالي تسمح لغرائز الموت بالتحرر تدريجيا لتصبح هي الغالبة في المرحلة الثانية من الحياة، مما يجعل الفرد أكثر حساسية للصدمات، إذ أن حركات الموت تظهر عند فشل حركة النمو الناجم عن حدوث الصدمات.

وبفضل هذا التفاعل يضمن الفرد البقاء على قيد الحياة، إذ أن هناك تفاعل يساعد على تكوين نقاط التثبيت و التي تكون مركز للنصوص، بالنسبة للفرد. تجعله قويا من الناحية الدفاعية عند تعرضه لمختلف الصدمات.

3.23 الاقتصاد السيكوسوماتي:

يقصد بهذا المفهوم مجموعة من التنظيمات المعقدة التي تعمل باستمرار عند الفرد مهما كان سنه أو جنسه أو حالته الصحية فهي تعمل دائما على الحفاظ على التوازن مع عالمه الداخلي و كذلك مع معطيات العالم الخارجي، و بمجرد محاولة معرفة مدى أهمية الاقتصاد السيكوسوماتي للفرد يجب التعرف على التغيرات التي يمكن أن تحدث على مستوى النفس – جسد و توضح لنا الإطار العام الذي يندرج فيه اضطرابه و تنظيمه العام.

يبين **P. Marty** أن نوعية البنية الشخصية للفرد هي التي تعطي للمرض معناه الحقيقي حيث لا يكون هذا الأخير خطرا حقيقيا دائما على حياة الفرد، إذ يمكن أن يكون مطابقا لإعادة التنظيم الذي اختل وقت الصدمة، كما أعطى **P. Marty** مفهوما خاصا للمرض إذا اتضح أن الشيء الذي يعطيه قيمة إيجابية أو سلبية يكون متعلقا بالاقتصاد السيكوسوماتي العام للفرد المصاب به.

دراسة الاقتصاد السيكوسوماتي يعتمد بصفة عامة على المعرفة الأولية لمختلف العناصر الدينامية التي تدخل فيه و التي تساهم في توازن السير النفسي أو عدم توازنه فالتفاعلات المعقدة قائمة بين الجهاز السيكوسوماتي والمحيط ممكن أن يساعد على البحث في فهم ما ينشط الحركات الفردية التي تؤدي بالفرد نحو الحياة و الموت.

يرى **P. Marty** أن كل فرد له اقتصاده الخاص رغم تشابه في بعض الصفات لكنه يختلف من حيث مكوناتهم الوراثية.

4.24 الصدمة:

هناك ميل في الأوساط الشعبية إلى إعفاء الصدمات مسؤولية في ظهور المرض، فهل هناك علاقة حتمية بين الصدمة و ظهور المرض؟

يجب أن لا نأخذ الصدمة بمفهومها الضيق، و بحصرها في صدمات ظاهرة كالضغط أو الفراق أو الحداد أو حادث ما، إذ يختلف بعدُها النفسي من فرد لآخر، فيجب الانتباه إلى قيمتها و ثقلها عند هذا الفرد الذي يتلقى الصدمة، لهذا يقول **P. Marty** "إن الأصل الخارجي للصدمة لا يأخذ في حد ذاته قيمة يمكن تقريرها موضوعيا، فقدان شخص عزيز قريب، قد لا يكون أكثر صدمة بالنسبة لفرد ما من الإحساس الذي يثيره مرور غبار في أشعة الشمس بالنسبة لفرد آخر"

كما أكدت **R. Debray** أن مواجهة الصدمات من طرف الأفراد يتوقف على قدراتهم الإرصانية و استثمارهم للاقتصاد السيكوسوماتي العام، فهنا ذوي التنظيم العقلي الصلب والقوي هم الذين يتجاوزون هذه العقبات وهناك من يحدث لهم توقف في حركة السير والتطور.

فحسب مارتي تقاس الصدمات على حسب كمية و نوعية الانفعالات التي تسببها وليس على حسب طبيعة الحدث الذي أثارها و عليه فإن مقاومة الفرد للصدمات تختلف حسب المواقف و فترات حياته و كذا مراحل تطوره.

و من هنا نتساءل كيف يمكن لصدمة ما أن تتدخل في إصابة جسمية؟

يقول **P. Marty**" تكمن الصدمة في الاحباطات التي تجلب لنا مثيرات داخلية و تكون أحيانا بكثافة و استمرار، حتى تتشكل حالات ضغط غير محتملة من طرف الأجهزة الوظيفية التي تصاب، و تختل و تؤدي إلى عرقلة المسار الطبيعي للتطور"

و لهذا نجد أن ردود أفعال الأفراد اتجاه الصدمات سواء في حالة تصديهم لها أو فشلهم أمامها يعود حسب **P. Marty** إلى:

* المرحلة التي مر فيها الفرد وقت الصدمة.
* النظام البنيوي الذي تحقق إلى ذلك الحين.
* التنظيم الوظيفي في طريق الإنجاز.

وعند حدوث الصدمة تنتج حركة تخريب، تأخذ اتجاها معاكسا للتطور الذي يصيب أولا البنية الأكثر تطورا عند الفرد، أي التي اكتسبها أخيرا خلال التطور و تستمر هذه الحركة المفسدة مسيرتها حتى تلتقي بنقطة تثبيت صلبة، تسمح لها من خلال نكوص إعادة تنظيم الاختلال.

و لكن في حالة ضعف أو حالة عدم وجود هذه النقاط التثبيتية الصلبة تشكل حركة إعادة التنظيم و يستمر التخريب حتى يمس الجهاز السوماتي، عندئذ تظهر الإصابات الجسدية بمختلف أنواعها معبرة عن هذا الاختلال.

5.23 العقلنة:

لقد توضح لنا من خلال تناولنا للصدمة كيف لها أن تحدث مثيرات داخلية يكون لها تأثير في اختلال الأجهزة الوظيفية، و كيف تفادي ذلك بإعادة التنظيم المختلف، وهي بدورها متعلقة قبل كل شيء بقدرة الفرد على عقلنة الصدمة التي تتمثل في التوظيف العقلي لإرصان المثيرات و هي مرتبطة بوظيفة ما قبل الشعور الذي يعتبر مقر التصورات.

يقول **P. Marty** تهتم العقلنة بأبعاد الجهاز العقلي التي تتمثل في كمية و نوعية التصورات النفسية لدى الأفراد، هذه التصورات هي أساس الحياة النفسية حيث تظهر في شكل هوامات وأحلام.

مفهوم العقلنة عند **P. Marty** يرجعنا إلى نوعية و كمية التصورات التي تعتبر أساس الحياة العقلية لكل واحد منا، و التي في النهار تتمثل في الهوامات وفي الليل تتمثل في الأحلام، و تساعد على ربط الأفكار، التفكير الداخلي و الرموز العاطفية، فهي محملة في مجملها بالعواطف المتعلقة بالماضي و المستقبل.

و العقلنة مرتبطة بنوعين من التصورات المكونة لنظام ما قبل الشعور هما:

1.5.23 تصورات الأشياء:

ترتبط هذه التصورات بالحقائق المعاشة من النوع الحسي الإدراكي دون أن تبتعد كثيرا عن المواضيع المدركة حقيقيا إذ تعطي هذه الأخيرة تداعيات حسية و إدراكية إلى جانب تداعيات السلوك المختلف التنظيمات مع انعدام الوجدانية الرمزية.

2.5.23 تصورات كلامية:

تكون التصورات كلامية في بداية التطور الفردي، في المرحلة الحسية الإدراكية هي نفسها تصورات الأشياء، لكن مع تطور الذي يمر من المستوى الحسي العلائقي مع الأم ثم مع الذات، تبرز التصورات الكلامية بصفة واضحة و كلية، فالتصورات الكلامية أرقى من تصورات الأشياء. (P. Marty، 1990). و لتحديد مفهوم التصورات أكثر نعود إلى تعريف **Roger Perron** الذي حدد مفهوم التوظيف النفسي "بأنه يحتوي على التطورات الوظيفية الرمزية و الهوامات".

6.23 الاكتئاب الأساسي:

الاكتئاب الأساسي والذي سماه P. Marty "بالاكتئاب دون موضوع ". يقول عن هذا "يعتبر الاكتئاب الأساسي مؤثر لانخفاض وضعف في قوة نزوات الحياة الليبدية على مستوى الوظائف العقلية وكذالك نتيجة الحوادث المؤلمة التي تدخل في بعض الوظائف العقلية و بينها العمليات الإرصانية.

"الاكتئاب الأساسي المرتبط غالبا بالفكرة الإجرائية و الذي يترجم انخفاض نشاط غرائز الحياة في مستوى الوظائف العقلية حيث هو ظاهرة من ظواهر غرائز الموت أين الحوادث الصدمية تسبب خلل في بعض الوظائف النفسية و تفسد قدرة الإرصان".

وسمي بالاكتئاب الأساسي لأن الأمر يتعلق بحالة أو مظهر اكتئابي فعلي. مرتبط باكتشاف الإحساس بالنقص و التأقلم الذين يتواجدان لدى الأفراد المصابين دونما إدراك بينهم لذالك، ويبقى الفرد مستمرا في نشاطاته العلائقية و المهذبة، لا يشكو ظاهريا من شيء سوى بعض أحاسيس التعب و الخمول.

هذا النوع من الاكتئاب لا يحتوي على الأمراض الذي نجدها في حالة الاكتئاب الكلاسيكي للشخص فهو بدون موضوع، لذلك يسميه مارتي في العديد من المرات الاكتئاب بدون موضوع، و يرى من الأحسن تسميته باكتئاب أساسي لأنه يشكل المنشط الأساسي لاكتئاب، و الفرد الذي يعاني من الاكتئاب الأساسي لا يشعر باهتمام ذاتي، ولا بتذبذب شعوري بينما نجد الأعراض السلبية كالحياة الكئيبة و الآلية السلوكية و الضعف في المقوية الليبدية التي تكون في نفس الوقت موضوعية و نرجسية، إذا استمر هذا بدون تعويض اقتصادي، فإنه يصل إلى التكفل الوظيفي، حيث مؤشر حركة الموت إضافة إلى استقرار التفكير العلمي ومحور الدينامية العقلية و منها الحياة الحلمية والهوامية.

هذا النوع من الاكتئاب "لا يدرك من طرف الشخص كمعناة، لا يشعر بشيء غريب إذ أنه يستمر في نشاطاته العلائقية و المهنية بصورة عادية، بينما يعاني المحيط أولا مما يلاحظ على الشخص من إحساس بالتعب و الوحدة، و العزلة، و مما يشاهد من آلية في الطبع وعدم الحيوية التي يظهرها توظيف الشخص".

7.23 الحياة العملية:

إن التفكير العملي يرافق دوما الاكتئاب الأساسي و في هذا يقول **J. Rouart** "إن الاكتئاب الأساسي يتبع دائما وباستمرار التفكير العملي، إنه أساس محوري في الدينامية العقلية، ويرافقه اختفاء أو تقلص الحياة الحلمية والهوامية، كما أن تطور هذه الحالة يؤدي إلى اختلالات خطيرة على المستوى الجسدي".

إلا أن الاختلالات بينما تكمن في مدى انعكاس التنظيمات الوظيفية للتطور التصوري لهذا يقول "إن اختلال التنظيمات في الاكتئاب الأساسي يمكن أن يتوقف، لكن التفكير العملي قد يفسر أكثر الدخول في الأزمان".

ويقول**P. Marty** أن التفكير العملي هو انتقال عملي يحدث نتيجة الاختلال التنظيمي الذي يصيب الشخصيات الضعيفة، و بالأخص الأفراد الذين يعرفون بعصاب الطبع و السلوك. (P. Marty, M.de M'uzan,1963.p17)

يتميز التفكير العملي بالفقر الوظيفي في النشاطات الهوامية و الحلمية التي من المفروض إن تصرف التوترات النزوية وتحمي بالتالي الصحة الجسمية لأفراد، و يؤدي هذا النوع من التفكير إلى اضطرابات جسدية موازية.

8.23 التقسيم النزوغرافي:

اعتمد **P. Marty** في تصنيفه للبنيات الفردية على أساس أن كل فرد يتسم بنظام دفاعي و عقلي خاص، و ذلك أثناء تعرضه لمختلف الإثارات الصدمية، وإذا فشل الجهاز الدفاعي على المستوى العقلي و ذلك أثناء تراكم الصراعات، فإن الفرد يصبح أكثر تقبلا لإصابة العضوية و من بين هذه الإصابات نجد مرض السرطان الذي يعتبر موضوع بحثنا.

إن التنوع في الاستجابات الفردية للوضعيات الصدمية، دفع **بيار مارتي** إلى إكمال التقسيم النزوغرافي في التحليل الكلاسيكي المتضمن الذهانات والعصابات جيدة التعقلن,حيث أضاف صنفين آخرين هما.

-عصابات السلوك

-عصابات الطبع و متعددة الأشكال.

1.8.23 العصابات العقلية:

مثلها مثل الذهانات العقلية، وهي عبارة عن بنية منظمة، تمثل حسب **P. Marty** البنية التي تقاوم أكثر الإصابات الجسمية، نظرا للتثبيتات القوية التي تندرج أساسا على شكل حزمة تصورية مشتركة، و هذه التثبيتات منظمة جدا، بحيث لها سير عقلي منظم و دفاعات

عقلية صارمة، وبالتالي يكون تنظيم الموقعيتان اللتان تكلم عنهما **S. Freud** متناوب في حركتهما وسيرهما الجيد والدائم، حيث تدور الميكانيزمات العصابية داخل الحياة النفسية للفرد ذاته، و هذا مهما كانت الضغوطات الخارجية، هذا ما جعل الصدمة تعمل ضمن آلية داخلية للإرصان في مستوى النشاط الوظيفي العقلي، وفي مستوى الأعراض أيضا، هذا بفضل لما قبل الشعور التنظيمات بعد الصدمة، هذا بفضل إعادة التنظيمات النكوصية التي تكون حاضرة في مثل هذه الحالات على شكل تعزيز أو عودة النشاط العقلي المرضي الذي يؤدي إلى ظهور الأعراض نتيجة تعارض الرغبات داخل الحياة النفسية.

2.8.23 عصابات السلوك:

هي عبارة عن عصابات مجردة من الدفاعات العقلية، أما باقي الدفاعات فتظهر على مستوى الطبع، وما يميز الأفراد الذين ينتمون إلى هذا النوع من العصابات الرجوع الأساسي والدائم للنشاطات والسلوكيات الخارجية، فلا نجد لديهم الصراع بالمعنى التحليلي.

و تتميز بالتثبيتات القليلة الصلابة، تدل على ضعف شديد للتنظيم الوراثي الشرجي، وتبعث إلى أنظمة بدائية لا نجد على مستواها اللاتنظيمات عقلية قليلة ذات إرصان ضعيف "فهم أشخاص لم تتوطد وظائفهم النفسية بشكل ثابت و قوي، وهؤلاء ممن اعتادوا أن يعيشوا غرائزهم مباشرة دون أن يخضعوا أفعالهم و طرق إشباعهم لغرائزهم إلى سيطرة ومساهمة جهازهم العقلي.(محمد أحمد النابلسي.1992.ص54)

فعصابات السلوك الناشئة عن عجز ما قبل الشعور عن التدخل في سياق العقلية بحيث تظهر الرغبات و الأهواء اللاشعورية مباشرة في الشعور دون تدخل ما قبل الشعور، و هذا هو السبب في كثرة تكرار الأحلام الفضة لدى هؤلاء المرضى.

يكون السير للموقعية الأولى سيئ وغير متين، قبل الشعور يكون ناقص التكوين وفاقد القيمة الوظيفية، و اللاشعور لا مماثلا، هذا النقص الوظيفي للموقعية الأولى يؤثر حتما على الموقعية الثانية، أي يكون الأنا هشا، وغير مميزا، والأنا الأعلى مكونا، إنما يظهر كإلحاح فقط، يرجع لمثال معياري، اجتماعي ولا نجد له خصائص شخصية، ومن هنا فإن العصاب

السلوكي سريع العطب أمام الأزمات النفسية مما يؤدي إلى اختلال توازن الجهاز النفسي – الجسدي، وبالتالي إلى ظهور الإصابات الجسدية والمميزة الأساسية لهؤلاء والأشخاص، تتمثل في السلوك، الفعل، الحركة، وقد تظهر أنشطتهم المهيمنة منظمة مكيفة، لكن هناك فقر على المستوى العقلي.

3.8.23عصابات متعددة الأشكال أو عصابات الطبع:

هذا النوع من العصابات منتشر عند العديد من الأشخاص في وقتنا الحاضر، وهو يحتل بنية العصابات العقلية وعصابات السلوك إلا أنه يختلف عنها في كون أن تثبيتاتها المتأخرة ذات النوع الشرجي تتضاعف وتكون هشة، حيث يرتكز على نظام صلب للمرحلة الثنائية من المرحلة الشرجية.

هذه العصابات تتمثل بعدم كفاءة الجهاز النفسي التي تنعكس من خلال انخفاض الاستعداد العادي للجهاز العقلي، من أجل القيام بالعمليات، مثل القدرة على استعمال آليات عدة للدفاع عن الأنا، وهذا الانخفاض للجهاز العقلي إنما يسير جنبا مع انخفاض قدرة الشخص على مواجهة الصدمات، وهذا سيتبع بدوره انخفاض قدرة الجسد ومرونته للإصابات الجسدية، وهذا النوع من العصابات، يعمل بطريقة عادية مثل العصابات العقلية، بحيث يرصن في نظام نفسي داخلي، معظم المشاكل الناجمة عن الصدمات التي تعرض لها الفرد والتي بإمكانها أن تظهر داخل الطبع أو السلوك.

وتعود تسمية للعصابات الطبعية على أن هذا العصابي، يكون قد توصل إلى تكييف وتنظيم آلياته الدفاعية بمجموعة من الطبائع الملازمة لنوع ما من أنواع الشخصية و لكن بدون أن يلتزم تماما بهذه الشخصية، وذلك يمكننا الكلام عن الطبائع الهستيرية والوسواسية. (محمد أحمد النابلسي.1992.ص55)

وإذا ما نظرنا في العصابي لمختلف مراحل تطوره نلاحظ أنه، احتفظ بعدة آليات دفاعية سبق له أن استخدمها، والتي تبقى في تصرفاته ليستخدمها عند الحاجة، و هذا فإن تعرض

العصابي الطبعي لصدمة ما يؤدي هذا إلى تدخل الآليات الدفاعية و المتكونة حديثا وإذا فشلت هذه الأخيرة تدخلت آليات دفاعية أخرى أقدم منها، إذ ما يهم **P. Marty** والسيكوسوماتية وفي هذا المجال تتخلص في تتبعهم للمسارات النكوصية بغية تحديد مدى قدرة المريض على التعقلن. (نفس المرجع السابق، ص 67)

تجد التعبيرات الغريزية لعصابات المتعددة الأشكال المرصنة وغير المرصنة واسعة وتكون أقل حساسية للاختلالات مقارنة مع عصابات السلوك و أمام الصدمات فهي تبدي صلابة أقل عمقا مع العصابات العقلية، إن هذا النوع من العصابات يرجع إلى عاملين أساسيين هما:

-عدم انتظام السير العقلي:

هذه العصابات تتميز بجهاز عقلي غير منتظم من الناحية السيرية، حيث يتسم ببعض الانقطاعات التي تعبر عن العلامات الأولى بالاختلال التدريجي للتنظيمات، فعندما تكثر الأحداث على هذا الجهاز وتتجاوز طاقته الاستيعابية العقلية المرضية نجد أن العصابيين متعددين الأشكال قادرين على:

التقمص السلبي أو الإيجابي للآخرين لكن بطريقة عميقة.

القيام بالدراسة المتعلقة بهذه التقمصات من أجل الإحساس بذواتهم.

عزل أنفسهم داخل التفكير دون الاندماج فيه.

لديهم نوع من الشعور بالوجود الذاتي للآخرين و بالتبعية النسبية لهم.

قادرون على استعمال مختلف أنواع التفكير السحري المنطقي الرمزي.

- صعوبة الاستدخال و الاحتفاظ بالمواضيع:

إن صعوبة الاستدخال والاحتفاظ بالمواضيع تكون ظاهرة عند هؤلاء الأشخاص، فهي لا تتم بطريقة جيدة، فنجدهم دائما محتاجين للحضور المادي للمواضيع الخارجية أين يكون التقارب الحقيقي، والفعلي في بعض الحالات ضروريا، ولازما، المواضيع الداخلية متواجدة لكنها تزول عندما يكون اختلال في التنظيمات.

قد قسم **P. Marty** العصابات الطبعية التي تكلم عنها العديد من المحليين إلى ما يلي:

*** عصابات الطبع حسنة التعقلن:**

في هذا النوع من العصابات نجد أنه يتميز بنظام عقلي يقترب من العصاب، لذا تميزه عرضية عقلية ذات تلوين هستيري فوبي.

وهذه العرضية تشترك مع الدفاع على مستوى السلوك و الطبع بمقادير مختلفة و ذلك حسب الأفراد وضعيات الأفراد المنتمين إلى هذه الفئة يتمتعون بعنايتها خلال النمو بواسطة العديد من القيم الوجدانية و الرمزية.

*** عصابات الطبع متوسطة التعقلن:**

تتميز هذه العصابات بضعف القيمة الوظيفية للعرضية العقلية، لذا يكون الدفاع على المستوى الطبعي والسلوك المكثف، وتتميز بعدم استقرار التوظيف العقلي وعدم سيره على نمط محدد.

*** عصابات الطبع سيئة التعقلن:**

يشير إلى هذا النوع إلى تنظيم عقلي فاشل، تقترب من عصابات السلوك، تكون القيمة الوظيفية للعرضية العقلية فقيرة، والدفاع يكون أكثر على مستوى السلوك نظرا لضعف إمكانيات الإعداد العقلي الذي يتماشى مع القيمة الوظيفية السيئة لأنظمة الموقعية، ويرى P. Marty بأن سوء التعقلن هو من المؤثرات المصاحبة لأمراض خطيرة، إذ كما ذكر قصور حاد و مزمن في وظيفة ما قبل الشعور وهي تتميز بكف كبير و تفكير عملي اللذان يمنعان حركة التفكير وسيران المجال للتصورات في هذا النوع من العصابات تظهر بصفة مقلصة في كميتها.(محمد أحمد النابلسي،1992،ص68)

هؤلاء الأفراد نجدهم محددين في قدرتهم على التفكير، ليس لديهم من مسلك سوى النشاط على مستوى السلوك، و هذا للتعبير عن مختلف الاستثمارات داخلية المنشأ أو الخارجية منها.

*** عصابات الطبع ذات عقلنة غير مؤكدة:**

تكون أحيانا جيدة التعقلن، حيث تتميز بغزارة التصورات و غنى الأفكار، و أحيانا تكون سيئة التعقلن أين تكون التصورات و الأفكار فقيرة.

يتواجد في هذه الفئة مجمل الأفراد الذين تعرضوا خلال فترات زمنية طويلة لغياب التصورات المكتسبة بسبب تجنبها أو كبتها من طرفهم.

9.23 التوازن السيكوسوماتي:

يمكن تعريف التوازن السيكوسوماتي بـ:

أولا: "يتمثل في وجود توظيف نفسي قوي، ذو عقلنة جيدة يترجم سيطرة غرائز الحياة على غرائز الموت، و لكن يبقى هذا مؤقتا، لأنه دائما مهدد بالأحداث اليومية كالصدمات والفقدان مثلا الذي يعيشه الفرد، و هذا بالرجوع إلى البنية القاعدية للفرد لأنه لا يستجيب بالضرورة بالوضعيات الصدمية عن طريق نشاط عقلي منتظم".

ثانيا: بالصورة للاقتصاد الفردي الذي قسمه **P. Marty** إلى ثلاث أقسام وهي التفكير، الفعل، الحياة الجسمية.

فالسلوكيات و الوضعيات التي تستخدمها تمنعنا من الحصول على استثمارات داخلية و هذا يتعلق الأمر بالاستثارات اللاشعورية للغرائز والنزوات فهي أقل وأكثر شدة بنوع طبيعتها، تستجيب بطريقة آلية أولا و في وقت قصير أو طويل، لكي يرجع إعادة التوازن وقتيا، بما أن هناك استثارات أخرى تتدخل.

فالتوازن البيولوجي وخاصة التوازن الداخلي، يتألف من تقلبات حول ثوابت معينة، فنلاحظ أنه مختلف من فرد إلى آخر، فتلك الثوابت تكون أكثر انتظام في النظام البيولوجي أكثر منه في النظام النفسي الانفعالي.

إن شدة الاستثارات و كميتها تكون غير محتملة في الجهاز الوظيفي، فتحدث اختلالا في جهازه و تمنعه من القيام بوظيفته و يبلغ مداه الأقصى بانهيار المقاومة السوماتية الناتجة عن اضطراب في الميكانيزمات العقلية المولدة للانهيار العصبي و الذي سماه **P. Marty** بالانهيار الأصلي.

للاستثارات مسلكين يسمحان بتصريفهما:

مسلك متعلق بالوظيفة العقلية، وآخر متعلق بالوظيفة الحسية، حيث يتعلق الأمر بالتصورات، أين الحركات تنتمي إلى جهاز ما قبل الشعور.

فهذه التصورات تستطيع أن تتبع سير عقلي أو تكبت، فالتصورات المكبوتة تعطي العصابات الكلاسيكية "الفوبي الهجاسي.

أما عند الأفراد المصابين بالأمراض السوماتية نجد أن التصورات تجتمع فيما قبل الشعور بطريقة اعتراضية (أي عرضية)، تصورات مختلفة من نفس الحقل الزمني أكثر من الطريقة الطولية، تصورات من مختلف الحقل الزماني.

يمكن إعطاء ثلاث ظواهر عند الفرد بإمكانها إعاقة التحليل العقلي:

عدم كفاية تنظيمات ما قبل الشعور، المرتبطة بفقر كمية و نوعية التصورات.

اختلال التنظيمات العقلية الناتجة عن إفراط الاستثارات الصدمية، و التي تعدل على اختفاء مفاجئ للتصورات بكميتها و نوعيتها لتظهر مرة أخرى وهذا لا يوافق عدم الكفاية الأساسية في جهاز ما قبل الشعور، و إنما يضعفه وهي نقطة بداية لاختلال التنظيمات العقلية.

فيما يخص قمع بعض التصورات أو التفكير بتسوية الشعور في وضعية تختلف عن وضعية الكبت، هذه التصورات تصب على مستوى الشعور في وقت غير محدد تحت تأثير الاستثارات النزوية الجديدة.

قام **P. Marty** بوضع مخطط، انطلاقا من الوظيفة العقلية و السلوكات التي إذ يمكن القول أن كمية الاستثارات تكون بأهمية الانفعالات المركزة من طرف الفرد، في حاجاته ورغباته، وهذه الكمية تبقى نفسها و تزيد في حالات عدم الإشباع.

10.23 الدفاعات النفسية و كيفية سير الجهاز النفسي :

يرتكز نموذج **P. Marty** على العلاقة الوطيدة التي ترتبط بين الصحة الجسدية و نوعية التوظيف العقلي إذ "كلما كانت الحياة العقلية غنية، كلما دافع الجسد ضد هذه الإصابة من أي نوع بفعاليته، هذا يعني أن التنظيم التالي يتميز بالقوة و النشاط بوجود نوعية جيدة للتوظيف، ما قبل الشعور و عكس ذلك كلما كانت الحياة العقلية فقيرة كان الجسد غير قادر على الدفاع ضد المرض السوماتي، وهذا ما يفسر ضعف القيمة الوظيفية لما قبل الشعور في التنظيم.

وهذا ما يدفع **بيار مارتي** إلى القول أن ضرورة التركيز لسير ما قبل الشعور عند المرض السوماتي لفهم و تقييم لنوعية الحياة العقلية، و ذلك أنه يشكل الدولب المركزي للحياة العقلية الذي يسير أغلب الميكانيزمات الحلمية و التجسدية، وعليه يجب متابعة عنصرين هامين:

* سوء التنظيمات الأساسية لما قبل الشعور في العصابات السلوكية.
* الاختلالات الثقيلة والمستمرة لما قبل الشعور في اختلال التنظيم التدريجي للعصابات الطبعية.

هذان العنصران يفتحان الباب لأمراض جسدية خطيرة كالسرطان بشتى أنواعه، لذلك وجب علينا أن نضع بصفة عامة الاعتبار التالي:

عندما يكون ما قبل الشعور سيء التنظيم منذ البداية في عصاب السلوك تكون التصورات العقلية فقيرة.

عندما يكون ما قبل الشعور مختل التنظيم بصفة دائمة في عصاب الطبع، تكون الإرصانات والتصورات العقلية فقيرة.

هكذا يظهر لنا أن "الأمراض الجسدية تجد منفذا لها عند الشخص، لما يكون ما قبل الشعور مختلا في تنظيمه، أي عندما تكون الموقعية الأولى مختلة، أما عند الموقعية الثانية فيظهر الأنا قليل التطور في مجموعة ومتعلق بالمستوى الجسدي دون أن يستطيع التخلص من ذلك بصورة نهائية ليصل إلى المراحل الكلاسيكية للنضج".

وإذا علمنا أن المرض الجسدي كسرطان الثدي له علاقة وطيدة بالحياة العقلية للفرد وبالتالي بالميكانيزمات الدفاعية، فإن المرض الجسدي يظهر عندما "تكون الدفاعات النفسية للأنا غير كافية، لذلك فهي تلعب نفس الدور الذي يلعبه عودة اللبيدو إلى نقطة التثبيت في العصابات الثقيلة".

أما الأمراض الخطيرة فهي تصدر نتيجة لاستثمارات الصدمية متكررة (مثل سرطان الثدي) التي يعجز عن حلها عقيا و سلوكيا، زيادة على ذلك انعدام امكانيات النكوص على مستوى العقل هذا ما يؤدي إلى "اختلال التنظيم التدريجي باتجاه معاكس للتطور عند الشخص، حيث يمس الوظائف أكثر بدائية في التطور، معلنا بذلك الاكتئاب الأساسي، الذي يصبح مؤشرا للحزن العميق و القلق على المستوى العقلي و السوماتي، مع فقدان الاهتمام بالماضي و المستقبل مع اللجوء الحالي و العملي بصفة مكثفة في الحياة اليومية فتظهر بذلك نوعية الآلية التي تعكس بنية هشة تؤدي إلى عدم القدرة على التمثيل الرمزي عند الأشخاص المصابين".

يرى **بيار مارتي** أن الأحداث المرضية تظهر في بعض الأحيان بطريقة مختلفة في بعض الأمراض الخطيرة، فزمن الكمون بين الصدمة البدائية العامة لاختلال التنظيمات وتشخيص المرض الخطير هي ليست نفسها في كل الأمراض كذلك عند كل الأفراد، واحتمال الانفعالات الجسدية الوسطية مختلفة لذلك يوجه مارتي المختصين في الميدان الطبي السيكوسوماتي إلى البحث عن أربع معطيات وقتية تتبع اختلال التنظيم و هي:

الحدث الصدمي البدائي و بداية الوضعية الصدمية.
التغيرات الأولى التي تظهر في النظام العقلي.

التغيرات الأولى التي تظهر في النظام الجسدي.
التشخيص الطبي الأول للمرض الخطير.

24- من البنية السيكوسوماتية إلى صيرورة الآلية السيكوسوماتية:

Pierre Marty، تكلم عن البنية السيكوسوماتية، ولقد غيّر قليلا في جوهر هذا التعبير وكليا بمفهوم صيرورة الآلية السيكوسوماتية، أكثر توسعًا وأكثر ليونة. المدرسة السيكوسوماتية الباريسية لا تنفصل عن علم النفس التأملي الخاص بمدرسة التحليل النفسي (Métapsychologie Psychanalytique) والتي تؤسس القاعدة النظرية. اكتشاف فرويد لمفهوم «Pulsion» الرغبة المكبوت كتقديم لظاهرة النفسية لغريزة وضع نهاية للانفصال الاستبدادي بين الجسم والنفس (Corps et L'Esprit)

«La pulsion est un concept limite entre le biologique et le psychique » ثم قال بعد ذلك «Le Moi est avant tout un Moi corporel»

هي عبارتين أساسيتين لم تكونا موجودتين كفاية في النفس في بعض التطبيقات التحليل النفسي المزامن، إذا أخذنا بعين الاعتبار الجسم شبقي، فضلا عن ذلك لم نعرف لوقت طويل العلاقة الضمنية للاضطرابات النمو المبكرة للإنسان وتأثيرها علي الجسد السوماتي.

25- الآلية السيكوسوماتية كفشل في التمثيل بالرموز (التجسيد):

العيادة السيكوسوماتية اكتشفت وضعية تُضاهي القانون الرمزي (Symbolique) المتمثل بظاهرة أخرى، الذي يُؤكد على المُلاحظ المشتركة بأنّ المرضى السيكوسوماتيين نادرا ما يكون مجانين، بل على العكس. ومن جهة أخرى، إكلينيكية الاضطرابات السيكوسوماتية كشفت عن تماهي خيالي (Identification imaginaire) لجسم الآخر.

يتبيّن أنّ هذه الاضطرابات هي الأثر في الجسم الفرد بالتماهي الامتصاصي (Identification interjective)، حيث أنّ هذا الأخير يقلّد جسم الآخر،

لذلك نحن نفترض بأنّ خطاب هذه المقابلة مع الموضوع لها بنية منحرفة، ونحسّ بأنها تظهر قوة إرادية للآخر بتمتع بجسم الفرد. ميزة عدم الدّعم لتماهيه الخيالي لا يمنع إلا التمثل الذي في الفرد، لجسمه المميّز وجسم الآخر لكي يعمل كصيرورة لتكيّف التجربة ناقصة وهي ميزة في الإنسان. العضو المختار في المرض ليس غريبا، كما أشار إليه J. Guir، ميزة الاضطرابات السيكوسوماتية كما نعتقد ملاحظته في ميزة ميكانزم التحويل في الحالة التي أشار إليها Breuer et Freud. تمركز (Localisation) الجسمي يظهر كإشارة (Signaler)، وكمخرج لتكيّف البيئي (Mimétisme)، من الصعب تماهي الموضوع من جانب إلى الآخر: الفرد المُصاب في جسمه الذي له صلة بجسم الآخر في مكان مهدد بتغير حقيقي أو خيالي.

صعوبة تماهي الخيالي من الآخر إلى الآخر نجده في حالة التحويل في تماهي الأوديبي الكلاسيكي للأولياء هي: نتائج قليلة بالنسبة للأضرار الجسمية بين عرض التحوّل وأعراض عصابية خاصة (مثل الهستيريا التحولية). أضرار أقلّ في عرض التحوّل أو الاضطراب الوظيفي بالنسبة للأضرار السيكوسوماتية (أين نجد أنّ الأنسجة لا تعمل ، والتي تفسد)، لأنه كل واحد من والدي الطفل يتقدم بطريقة أكثر وضوحا من أجل طفله، كتقديم له شيء يرغب فيه الطفل.

26- تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية:

إن الميادين التطبيقية لعلم النفس الصحة خاصة في عالم العمل مرتكزين على طب العمل ويليه طب الجراحة، خاصة في الوسط الاستثنائي هي الحالات التي تواجه الصعوبات الفيزيولوجية المعقدة، المزمنة والخطيرة مثل داء السكري، الآلام المزمنة، أمراض القلب، الكلى، سرطان الدم، اضطرابات الخصوبة ... الخ. هي اضطرابات تؤثر العلاقات الزوجية، العائلية، المهنية، والاجتماعية هناك العديد من الإصابات الفيزيولوجية التي تؤدي إلى ظهور صعوبات سيكولوجية وحتى عقلية (اضطرابات التكيف، الاكتئاب، الهذيانات).

وهذا ما يستدعى مساعدة خارجية، ضف إلى المستشفى، المؤسسات الخاصة بالشيخوخة، وكذا المساعدة للأطفال الصغار، المعاقين جسديا وعقليا وحتى المصدومين، المصالح الخاصة بالمساعدات الاجتماعية وكلّ الميادين التي ترمي إلى تحسين نوعية حياة المرضى، العلاقة مريض طبيب، الملاحظة العلاجية. عموما فإن علم النفس الصحة يعمل في كل الميادين أين عليه تسهيل صيرورة التكيف اتجاه المرضى، الحداد، تحسين ملاحظة العلاج الطبي والشبه طبي، قصد تقليص السلوكات والوضعيات لتراجع خطر المرض.

في نظر علم النفس الصحي هناك انتقادات ظهرت في حدود المنهج البيو طبي للمنهج الكلاسيكي والتي ترمي إلى اشتراك مجموعة من العوامل المساهمة في حدوث المرض، وهي التجربة الذاتية للصحة والمرض، تستدعى منهجية ينظر فيها الإنسان في فرديته وعالمه وهي نظريات تجعلنا أمام تلك التي تعرف بالأسس الذاتية البينية للفرد عند كل من Binswanger, Minkowski , Merleau-Pontyوكذا التحليل النفسي في مفهوم الدفاع في العلاقة البنيوية للأنا حسبFreud وأخيرا فإن علم النفس الصحة يلجأ كذلك إلى مناهج جديدة ذات المقاربة النظامية البنيوية للربط بين الجسد والنفس والمجتمع.

يجب أولا الاهتمام بالفحص الطبي الشامل، واستطلاع تاريخ حياة المريض وتاريخ المرض وتكوين وبناء الشخصية. يُلاحظ أن المريض لا يعترف بسهولة بأن مرضه نفسي جسمي ولكنه يّصرّ غالبا على أنه جسمي فقط. ويُلاحظ أيضا أن المريض عند معرفته بهذا التشخيص تبدو دفاعاته النفسية في النشاط بشكل ملحوظ وقد تزداد حّدة نوبة المرض بشكل واضح أثناء محاولة التشخيص.

ومن العلامات الدالّة على أنّ الاضطراب نفسي جسمي، وجود اضطراب انفعالي يعتبر عاملا مرسبا، وارتباط الحالة بنمط معيّن من أنماط الشخصية، ووجود اضطراب نفسي جسمي سابق لدى المريض، ووجود تاريخ مرضي في الأسرة لنفس المرض أو اضطراب مشابه، وسير المرض يكون مرحليا مراحل شفاء مراحل المرض, ويُلاحظ الشبه الكبير بين أعراض المرض النفسي وبين أعراض التوتر الانفعالي.

ويجب المفارقة بين العرض النفسي الجسمي وبين العرض كأحد أعراض الأمراض النفسية الأخرى. فمثلا، قد تكون العنة أو الضعف الجنسي أو البرود الجنسي أو فقدان الشهية العصبي اضطرابا نفسيا جسميا في حدّ ذاته وقد تكون عرضا من أعراض الاكتئاب.

كما يجب المفارقة بين الأعراض الهستيرية وبين الأعراض السيكوسوماتية ومن أوجه الاختلاف بين الهستيريا والمرض السيكوسوماتي النفسي نجد الجسم: الهستيريا.

-تصيب الأعضاء التي يسيطر عليها الجهاز العصبي المركزي.
-الأعراض تعبّر تعبيرات رمزية غير مباشرة عن دوافع مكبوتة وتخدم غرضا شخصيا لدى المريض.
-لا يكترث الهستيري باضطرابه، بل إنّ عنصر المنفعة والكسب الذي يتوخاه واضح

إن المرض السيكوسوماتي، يصيب الأعضاء التي يسيطر عليها الجهاز العصبي الذاتي، الأعراض عبارة عن نتائج مباشرة لاضطرابات انفعالية تُخلّ بتوازن الجهاز العصبي الذاتي. يكترث بمرضه كثيرا كما أنّ عنصر المنفعة والكسب فيه غير موجود أو خفيّ في حال وجوده.

التعليل السببي لظهور المرض يرى فيه (كارل ياسبرز) أن المرض النفسي الجسمي يظهر على شكلين:
-علاقة آلية مكانية : وهي رد فعل يفوق الحد الاعتيادي من حيث القوة والاندفاع مثل حدوث إسهال، أو قيء على أثر انفعال شديد.
- العلاقة الاكتسابية بالمنعكسات الشرطية

وهي نوع من التكرار القائم على مبدأ (المنعكس الشرطي) فالإنسان الذي رفع سماعة التلفون وتلقى نبأ مؤلم عنيف ثم سقطت يده في شلل وظيفي ، هذا الشخص يمكن أن يصاب بوهن اليد والشلل كلما سمع نبأ مزعج . فهناك تكرار وانتقال وتثبيت للمنعكس الشرطي.

وتؤكد الباحثة النفسية (دوتش) أن العامل النفسي دوما وراء الحوادث والكوارث المفاجئة غير المتوقعة وظروف الحرمان أو الشدة. فالعضو المُصاب نتيجة لذلك الأذى النفسي منذ الطفولة يصبح موضع انفعال دائم ويتكون فيه ما يدعى عُصاب العضو أما الطبيب (الكسندر) فيؤكد بأن المرض السيكوسوماتي هو صراع سابكو- ديناميكي يربط بين عقدة معينة ومرض معين، فعقدة الاتكال تولد قرحة المعدة، وعقدة الفراغ عن الأم تولد الربو وهكذا ويذهب أدلر إلى أن الشعور بالنقص في عضو معين يقود إلى المرض السيكوسوماتي. ويركز (التحليليين) على خبرات المريض السابقة، وتراكمها وتكرارها، وبالذات خبرات الطفولة كسبب حتمي في حدوث المرض السيكوسوماتي ويرجع البعض إلى أن إصابة أحد أفراد العائلة قد تكون واحدة من الأسباب

ويرجع بعض علماء النمو السبب إلى ضعف في أحد أجهزة الجسم في مراحل التكوين والتطور كالأمعاء أو المثانة، أو المعدة، مما يساعد على ظهور الأضرار في ذلك العضو. وأكد بعض العلماء أن ضحالة النضج العاطفي والكبت الشديد والخوف من المسؤولية من شأنها أن تقود صاحبها إلى المرض النفس جسدي..

27-أنماط الأمراض السيكوسوماتية:

توجد ثلاثة فئات من الأمراض النفسية الجسدية، والتي تكون كالآتي:

الحالة الاولى: هي الشخص الذي يعاني من مرض عقلي وجسدي في آن واحد، والتي تؤدي أعراضه إلى التعقيد، ويصعب على الطبيب اكتشافها.

الحالة الثانية: هو شخص يصاب باضطراب نفسي بسبب حالة طبية وصعوبة علاجها، على سبيل المثال: قد يشعر مريض السرطان بالاكتئاب بسبب عدم وجود علاج لمرضه.

الحالة الثالثة: يسمى اضطراب الشكل الجسدي، والذي يعاني فيها الشخص المصاب بمرض عقلي واحد من بعض الأعراض والعلامات الجسدية، حتى ولم يكن لديه أي حالة طبية مرتبطة به.

28-أشهر أنواع الأمراض السيكوسوماتية:

هناك العديد من الأمراض الجسدية الشائعة التي يصاب بها الإنسان يكون من بين أسباب الإصابة بها هو التعرض لظهور نفسيه أدت إلى خلل بالوظائف الأعضاء المتصلة بها ومن بين أهم هذه الأمراض نجد ما يلي:

السكري:

مرض السكري هو عبارة عن مجموعه من الأمراض تصيب وتؤثر على طريقه استخدام الجسم لسكر الدم أي جلوكوز يعتبر جلوكوز هو عنصر حيوي للجسم حيث انه يموت الجسم بالطاقة اللازمة يدخل جلوكوز خلايا الجسم بشكل طبيعي عن طريق عامل الأنسولين وهو عبارة عن هموم يفرز عن طريق البنكرياس يعمل أنسولين على فتح أبواب التي تسمح بمرور الجلوكوز إلى خلايا الجسم وإذا تراكمت تزداد قابليه الإنسان بالمرض السكري.

قرحه المعدة:

من العوامل التي تساهم في إصابة الشخص بقرحة الهضمية (قرحه المعدة والأمعاء) التعرض للضغوط في العمل وفي الحياة، تناول الأطعمة التي تحتوي على توابل بكثرة، بالإضافة إلى بعض الأدوية التي يأخذها الإنسان أو العدوى البكتيرية التي تصيب الفرد.

اضطرابات الإخراج:

من أكثر الاضطرابات السيكوسوماتيه شيوعا والمتصلة بعادات الإخراج نجدها متمثله في حالات التبول اللاإرادي وفي الإمساك والإسهال، وهذه الاضطرابات تبدأ في مرحله مبكرة من حياه الإنسان، أي منذ الطفولة والتي ترتبط ارتباطا وثيقا بالحالة النفسية للطفل ومشاعر الخوف والخطأ.

السمنة:

تعرف السمنة على أنها الكم الزائد من الدهون في الجسم والسمنة تتصل بالمظهر الجمالي، للشخص فحسب كل شخص صورة مثالية لنفسه، وتزداد مخاطر تعرض الأفراد للأمراض والمشاكل الصحية خاصة التي تنتج عن السمنة والتي تتمثل في الداء السكري وارتفاع ضغط

الدم، ومن أسباب المؤدية إلى السمنة أسباب النفسية شتى منها الضغط النفسي، الاكتئاب وغيره.....

حب الشباب:

حب الشباب يعكس تغيرات الجسدية والنفسية التي يمر بها الفرد في مرحله المراهقة أي أثناء مرحله البلوغ وتلك التغيرات الطارئة تكون عاديه بالنسبة لكل فرد، ولكن يمكن أن تشكل للمراهق أو الفرد مشاكل تعكس نظرته السلبية لشخصيته وتسبب له مشاكل نفسية.

تساقط الشعر:

الضغوط الجسدية وليست النفسية فقط تؤدي على تؤدي إلى تساقط الشعر مثل إجراء عمليه جراحيه أو إصابة الشخص بمرض أو ارتفاع درجه حرارة الجسم.

الصداع النصفي:

بالرغم من عدم وجود أسباب محدده لظهور الصداع النفسي، لكن يرى الباحثون أن هناك بعض العوامل التي قد تساعد على ظهوره، وهذه العوامل تختلف من شخص إلى أخر وتتضمن الضغط العصبي وبعض أنواع الطعام والشراب، وكذا الحالة النفسية للفرد، وكذلك بالنسبة للسيدات الفترات التي تحدث فيها تقلب في مستوى الهرمون بالجسم وهي فتره الطمث.

كما نجد أنواع أخرى للاضطرابات النفسية وهي شائعة جدا في الوقت الحالي:

- ارتفاع ضغط الدم.
- اضطراب الجهاز التنفسي.
- التوتر.
- العجز الجنسي.
- الم الحوض.
- القلون العصبي

- الصدفية
- السرطان

العلامات التي تدل على إصابتك بها:

ربما لم يتبادر إلى ذهنك ما هي الطرق والعوامل التي تجعل التوتر يتجلى إلى جسدك، لذلك من المفيد أن تتعرف على العلامات التي تدل على إصابتك بالأمراض السيكوسوماتية، والتي تكون كالآتي:

1. سرعة نبضات القلب.
2. الاضطراب في المعدة.
3. التعرق الشديد.
4. توتر العضلات.

كما تختلف علامات الإجهاد الجسدية لدى الذكور عن الإناث، حيث تتمثل أعراض الإصابة لدى الإناث:

1. التعب.
2. انتفاخ البطن.
3. تغييرات فترات الحيض.
4. التهيج.

الأعراض النفسية الجسدية عند الرجال:

1. ألم الصدر.

2. ارتفاع ضغط الدم.
3. تغيير الدافع الجنسي.
4. مواجهة صعوبة في التنفس.
5. ألم العضلات وآلام الظهر.

كيف تؤثر الأمراض السيكوسوماتية على الجسم:

تؤثر الأمراض النفسية الجسدية على الحياة اليومية للشخص، على سبيل المثال:-

- قد يواجه صعوبة في العمل والمدرسة.
- يشعر دائماً بالتوتر والاكتئاب.
- الألم الجسدي الغير مبرر.
- الغضب وسرعة الانفعال.
- عدم إقامة علاقات اجتماعية جيدة.

29-السرطان نموذج للاضطرابات السيكوسوماتية:

يعد السرطان من أخطر الأمراض التي تصيب الفرد، لوحظ له إنتشارا واسعا في مختلف شرائح المجتمع، كما أن له أثار جسمية ونفسية على حياة الفرد، لهذا في هذا الفصل نحاول الإلمام بأهم العناصر التي تعرفنا بهذا المرض الخبيث.

1- تعريف السرطان:

1-1 مفهوم السرطان لغة:

إشتق اللفظ الإنجليزي للسرطان من الكلمة اليونانية "كارسيما" أي السلطعون البحري و هو حيوان يتسم بضخامة جسمه و إمتداد مخالبه،وهو أول شكل ملاحظ لذلك المرض .

(هناء أحمد شويخ،2007)

2-1 مفهوم السرطان علميا:

هو عبارة عن"مجموعة من الخلايا السرطانية التي تنمو بشكل غير مسيطر عليه،بحيث لا تخضع للإشرات والتقييدات في العادة على نمو الخلايا في عموم الجسم."

(وليد يوسف وأخرون،2002)

" تنقسم تلك الخلايا السرطانية في الجسم لتكوين نمو غير طبيعي أو ورم يغزو الأنسجة المجاورة و يحطمها .فالسرطان عبارة عن ورم خبيث يخضع الإنبثاث والتي يمثل إنتشار أورام جديدة في مواقع بعيدة عن الورم الأصلي، و لكي تتم عملية الإنبثاث لا بد للخلايا السرطانية أن تجد طريقها إلى الوعاء الدموي أو اللمفاوي عبر الغشاء القاعدي .وبعد هذا الإنتقال تبدأ الخلايا السرطانية بتكوين الأورام في مواقع أخرى من الجسم."

(وليد يوسف و أحرون ،2002)

وعندما "ينتشر المرض من مكان لأخر، يسمى بالجزء الذي بدأ منه،فإذا بدأ المرض في الثدي ثم إنتشر إلى الرئة فيسمى بسرطان الثدي " (هناء أحمد شويخ ،2007)

وقد عرفه أيونج نقلا عن هناء أحمد شويخ بأنه "نماء ذاتي نسبي للنسيج "

(هناء أحمد شويخ ،2007)

وكلمة سرطان عامة، تصف الأورام الخبيثة، وهو تكاثر فوضوي لخلايا نسيجية، وهذا يحدث إنطلاقا من نقطة أولية، كما أنها تستطيع المعاودة بعد عملية الإستئصال.

وهو تشوه نسيجي غير طبيعي، حيث يفلت نموه عن المراقبة المناعية للعضوية، وذلك لكون الخلية تخضع لتغير في مورثها تحت تأثير العوامل المولدة لإنسقام الخلوي المختلفة مما يسمح لها بالإستقلالية وتجنب القوانين الطبيعية لإنقسام الخلوي في العضوية .

(Asslah ,1998)

2- السرطان عبر التاريخ:

نسب العديد من القدماء مرض السرطان بفصيلة القشريات، فخلال الحضارة اليونانية أشار أبوقراط (460 ، 375 ق ، م) إلى مرض السرطان وأطلق عليه مصطلح كاركينيوس على مجموعة من الأمراض، يقصد بها السرطان ووصف الكثير من أعراضه وعلاماته، وفي الفترة ما بين (131 – 200 ق، م) شبه قالين Galen ألامه الخبيثة بالسرطان (Crab) معطيا هذا المرض اسمه النهائي وقدر منذ ذلك الوقت أن الجراحة الكاملة يمكن أن تنزع هذا المرض كليا من جسم الإنسان.

(سمعان سهيل، 1996)

وخلال القرن 15 ق، م، قام عدة أطباء عرب من بينهم العلامة إبن سينا بتغيير مفاهيم الطب وممارسته إلى نمط تفكير أكثر إعتمادا على العلوم وعلى تفهم الأسس التشريحية ووظائف الأعضاء، كما درس السرطان حينئذ من قبل الأطباء العرب وطبق العلاج على أساس التغذية الجيدة وإستعمال الأعشاب والأملاح.

(سمعان سهيل،1996)

وقد عرف لمبروزو (Lambroso) (1509 ، 1590) إستنادا على مفهوم الإلتصاق بالقرحChancre للتشابه الكبير بينهما إذ يرى العروق التي تحيط به تشبه إلى حد كبير الأرجل المعوجة لحيوان القرح خاصة الأمامية منها التي تعد كملاقط وتستعمل التثبيت والإلتصاق، ونشير هنا أنه ما التصق هذا الحيوان بشيء ما فمن الصعب إستئصاله وإنتزاعه (Damar ,1993) .

وبذلك يتضح أن السرطان من الأمراض التي جلب إهتمام العديد من الباحثين والأطباء عبر الأزمنة المختلفة، هذا ما زاد من غموض مدلول المصطلح والوصول إلى تعريف شامل يحظى بإتفاق الجميع.

إذا يختلف مفهوم السرطان عند الطبيب عن مفهومه عند الأخصائي في علم الأنسجة، إذ يعتبر في نظر الطبيب عبارة عن تطور ورمي يعمل على تهديم الأعضاء السليمة للفرد

المصاب بهذا الداء في حين يقصد به بالنسبة للأخصائي في علم الأنسجة وجود نسيج جديد يتوغل Infililtration في مختلف البنيات السليمة التي ولد فيها.

أما البيولوجي فيرى أن النمو الطبيعي للكائن الحي المتعدد الخلايا، يتطلب تدخل أجهزة تنظيمية منسجمة تعمل على مراقبة عملية تطور الخلايا، ففي حالة فشل هذه الأجهزة المحافظة على عملية النمو الطبيعي للخلايا تتحول هذه الخلايا إلى خلايا ورمية وتشكل خطر على الخلايا الطبيعية والسليمة.

على رغم من هذا الإختلاف يتفق الجميع على أن التكاثر الخلوي العشوائي وغير المراقب هو العامل المشترك بين مختلف الأمراض السرطانية التي قد تختلف عن بعضها البعض في الأسباب المؤدية وتطورها وكذا مدى التحكم فيها وعلاجها، كما يتفق الجميع على أن تطور الورم néoplasie هو تكاثر خلوي غير طبيعي، لا يخضع لقوانين العضوية ومناعتها.

كيف يبدأ السرطان:

السرطان هو مجموعة من الأمراض (أكثر من 100 مرض) تتشابه في بعض الخصائص فيما بينها وقد سميت بالسرطان، لأن الأوعية المنتفخة حول الورم تشبه أطراف سرطان البحر، وهذه الأمراض تنتج عن خروج الخلايا عن السيطرة، يحدد تغيير في خلايا مما يجعلها تخرج عن نظام التحكم الذي يتحكم في الخلية كما في الخلايا السليمة، يوجد أكثر من نظرية يعزى إليها سبب بداية السرطان في الجسم.أولا تقول أن خطأ ما حدث في الحامض النووي عند الإنقسام وهو ما يسمى بحالة التبدل أو Mutation، نسبة حدوث خطأ في ADN عند الإنقسام تزيد بتزايد التعرض لمسببات السرطان، مثل القطران الموجود في دخان السجائر. العديد من هذه الأخطاء بإختلاف مسبباتها تحدث في جسم الإنسان، إلا أن جهاز المناعة في جسم يتعرف عليها لإختلافها عن بقية الخلايا ويقوم بتدميرها، أحيانا بفشل جهاز المناعة في الجسم بتعرف عليها لتشابهها مع الخلايا الطبيعية مما يؤدي إلى إنقسامها و إنتشارها في الجسم إحدى النظريات الحديثة تقول أن السبب هو وجود خلل جيني بسيط لا يمكن لجهاز المناعة من ملاحظته، وذلك الخلل مع الوقت يتسبب بخروج الخلايا عن السيطرة ومن ثم ظهور السرطان.

6- مراحل نمو السرطان:

يمر السرطان في نموه بثلاث مراحل رئيسية:

1-6 البداية:Imitation: هذه الخطوة الأولى نحو تكوين الورم، حيث يبدأ على مستوى الخلية بتغير بسيط في عملها وطريقة التحكم في هذا العمل، والمواد التي تسبب هذه البداية تسمى مسرطنة « Concinogens » .

2-6 التطور: Progression: يتكون الورم عن طريقة خلية واحدة ويكون بنجاحها في النمو والإنقسام على حساب الخلايا الأخرى، وفي هذه المرحلة يمكن رؤيته ميكروسكوبيا.

3-6 الورم الاكلينيكي: Clinical: هنا يكون الورم كبير الحجم إذ لم يعالج فيستمر بالنمو وتدمير الأنسجة المجاورة وربما الإنتشار إلى الأعضاء البعيدة. (Yaker ,1985).

7- الخلايا الخبيثة والأورام السرطانية:

إن التعددية الخلوية تخضع إلى قوانين نحددها من جانب الكم و الكيف، حيث تكف الخلايا عن التنامي حيث تصل حجم معين، إذ أن كف الإتصال Inhibitation de contact والذي هو من تخصصات الغشاء السيتوبلازمي هو الذي يراقب هذا التنامي.

هذا من حيث الكم، أما من حيث الكف فإن الخلايا لا تستطيع التعدد في أي وقت إتجاه من الجسم بل هي خاضعة إلى هيكل النسيج الأصلي (التشابه في بنية النسيج أو الإختلاف) يكون حسب الإتجاه الذي يؤخذ والذي تنتمي إليه، إلا أنه إذا نظرنا إلى الخلية السرطانية نجدها تترسب وتتكاثر بشكل غير منتظم وبدون إحترام للشبكة الأولية لنسيجها الأصل (أي العضو الذي تنتمي إليه والتشريح هو الذي يبين إذا كانت الأورام حميدة أو الأورام خبيثة الغير نموذجية) مكونة الورم الذي يستولى على العضو أو النسيج المجاور.

ضف إلى ذلك أن الخلية السرطانية هي ذات مقاييس عملاقة، فنواتها أكبر بكثير من نواة الخلية العادية، سيرورتها (إنقسام خلوي) تفوق الإنقسام الخلوي بكثير من السيرورة العادية، فهي تنقسم بدون توقف، ثم في مرحلة ثانية تتشوه وتبدأ في الإنقسام وبمنتهى السرعة. وهذا التغير في سلوك الخلية مرتبط جزئيا بتغيرات مفاجئة على مستوى الحموض النووية (AND) خلية في وسطها نواة وفيها سلسلة 4 قواعد.

1-7 وللورم شكلان: الورم الحميد والورم الخبيث:

7-1-1 الورم الحميد: هو أقل خطورة بكثير من الورم الخبيث، حيث أن بنيته النسيجية قريبة من النسيج الأصلي، كما أنه محلي و مُكَيّس وكأنه به حاجز يمنعه من الإنتشار يتوقف لوحده غالبا أو يتراجع تلقائيا، ليس له قابلية للإنتشار.

(Jean.Lemerle,1989)

صفاته:

أورام موضعية يكون تكاثر خلاياها بطيئا وقد يتوقف نموها فجأة عند حد معين.

تكون محدودة ومحاطة من الخارج بغلاف يحددها تحديدا واضحا من الأنسجة المحيطة بها.

يكون نسيج الورم يشبه النسيج الأم (أي النسيج الذي حدث فيه الورم) ويشمل أورام متميزة.

- لا تحتاج الأورام الحميدة الخلايا السليمة في الأنسجة المجاورة.

-لا تتسرب إلى الدم، لذلك فهي لا تنتشر في الغدد اللمفاوية.

-لا تعود بعد الإستئصال.(سامح أبو زينة، 2000)

7-1-2 الورم الخبيث: فهو ذو بنية نسيجية غير نموذجية وغير متميزة، له قابلية للإنتشار وللتسرب للأنسجة المجاورة مكونا أورام ثانوية أو الحالات الأكثر خطورة بتميز بهجوم بأتم معنى الكلمة.

صفاته:

-تختلف خلايا الورم الخبيث من حيث التكوين بشكل عميق عن الخلايا العادية.

- تكون خلايا الورم الخبيث سريعة النمو والتكاثر، وقد تبلغ حجما كبيرا في وقت قصير.

- تحتاج إلى الأنسجة المحيطة.

- غير مغلقة من الخارج بأي غلاف لذلك يكون نموها غير محدود.

- تنتقل الخلايا الخبيثة بواسطة الدم أو المادة اللمفاوية (موجودة في المادة اللمفاوية بين الجلد و الأوعية الدموية مقر تواجد الخلية اللمفاوية المسؤولية عن النشاط المناعي ضد الفيروسي) إلى أعضاء أخرى من الجسم، حيث يتوقف وتتكاثر مسببة ورما يشبه الورم الأول،

ويعرف هذا الإنتشار بإسم الإنثبات metastase (إنتشار الخلايا السرطانية في كل أنحاء الجسم) .

- يعود الورم ثانية بعد الإستئصال الورم بعملية جراحية إذا ما بقيت هناك خلايا مريضة لم يتم إستئصالها.

- تسبب هذه الأورام إضطرابا خطيرا في وظائف أعضاء الجسم.

8- كيف ينتقل السرطان:

إن التقسيم التوسعي من مميزات السرطان في مرحلته النهائية، حيث تنفصل الخلاياالسرطانية عن الورم الخبيث الأول (المنشأ) وتتوغل في الأوعية اللمفاوية أو الدموية، إذ تنتقل عن طريق الدم أو السائل اللمفاوي إلى الأعضاء الأخرى كالكبد، الرئة أو المخ، حيث تتثبت هناك وتكون عنصرا حقيقيا ومغذيا للسرطان (زيادة التكاثر و التضخم) ومن هنا يعطينا ما يسمى بالأورام الثانوية.

(Jean. Lemerle.1989)

9- العوامل المؤدية لإصابة بسرطان الثدي:

9-1 **العوامل التكوينية الداخلية:**

9-1-1 العوامل الجينية:

لقد لوحظ إزدياد متكرر لبعض أنواع السرطان (سرطان الثدي، البروستات) في نفس العائلة، فبعض أنواع الأمراض الوراثية تظهر وكان لها قابلية لإصابة بالسرطان مثل المغص الرجعي La necto colite إضافة إلى الشذوذ الكروموزومي، الذي عادة ما يقترن بالسرطان مثل (صبغي فيلادلفيا) الذي نجده مقترنا بسرطان النخاع الشوكي المزمن.

(Danard,1976)

9-1-2 العوامل الهرمونية:

بعض الإختلافات الغدية تحث على إفرازا مفرط للهرمونات، لتصبح مسؤولة عن ظهور السرطان، سواء كان ذلك على مستوى الغدة المصابة، أو بالعضو الذي تنشط فيه مثل سرطان الثدي، الراجع إلى الإفراز المفرط لهرمون الإستروجين.

9-1-3 العوامل المناعية:

المناعة هي المسؤولة على إلتقاط الأجسام الغريبة والتعرف عليها، ومن ثم القضاء عليها مثل الجراثيم والفيروسات وغيرها من الأجسام الغريبة، فإذا إختل التوازن المناعي يسهل الأمر على الأجسام الغريبة لكي تتكاثر كالخلايا السرطانية . (Lauk,1963)

وترتفع نسبة المصابين بالسرطان لدى المرض الذين يعانون من عجز في المناعة الوراثي كان ذلك مكتسب أو من وقع العلاج مثل عجز المناعة الراجع إلى زرع الكلية.

(Danard,1976)

9-2 العوامل التكوينية الخارجية:

9-2-1 العوامل الفيزيائية:

تتمثل أساسا في الأشعة، وقد أظهرت التجارب على أنها تتسب في ظهور سرطان الجلد والعظم بل وحتى سرطان الدم، وكذا لدى الأطفال الذين تعرضت أمهاتهم لإشعاع أثناء فترة الحمل(Yaker,1984)

9-2-2 العوامل الكميائية:

منها الحديدية مثل الكروم المستخدم في الصباغة، والذي يسبب سرطان المسالك التنفسية وكذلك الزرنيخ المسبب لسرطان الجلد، ويمكن ذكر: النيكل، والزنك و الألمنيوم ...إلخ ونجد مواد عضوية كالمواد البلاستيكية الزيوت المعدنية.

- الأمينات العطرية التي تسبب سرطان المثانة .
- البترول ومشتقاته تسبب إبيضاض الدم المزمن.
- إفرازات بقايا المواد الصناعية في المعامل والمصانع في الجو والأنهار والبحار .
- إفرازات محركات السيارات في الطرق والطائرات والبواخر في الأنهار والبحار.

إن هذه المواد تؤدي إلى تلويث المياه والتربة، كما أنها تدخل جسم الإنسان مع الأطعمة نتيجة وجودها في النباتات والخضار، وبسبب تعرض الجسم إلى المواد الملونة بالمواد الكيميائية يصبح خطر الإصابة بالأورام السرطانية .(سامح أبو زينة، 2000)

3-2-9 العوامل الفيروسية:

بينت الدراسات العلمية في مجال السرطان، بأن التلقيح التجريبي للحيوان ببعض الفيروسات، يحرك الظهور المفاجئ للسرطان عند هذا الحيوان الملقح، كما أن إجراء هذا التلقيح في كثافة أو منطقة معينة من الخلايا العادية يحرك إما نحو تقديم هذه الخلايا و إما تحويلها إلى خلايا خبيثة، لهذا تعتبر الفيروسات مكونة للسرطان.

3-9 عوامل أخرى:

1-3-9 العوامل الجغرافية:

تظهر بوضوح في الدراسات المتعلقة بالتوزيع الجغرافي للسرطان ومن بين هذه العوامل نجد:

- التعرض لأشعة الشمس .
- الجو الذي يساعد على تكاثر الحشرات الناقلة للمرض.
- الجيولوجيا أي التركيبات الكيميائية للأرض والإشعاع النووي .(Yaker,1984)

2-3-9 السلوكات الإنسانية:

إن سرطان عنق الرحم نادر عند المرأة العذراء وأيضا أقل تكرار عند المرأة التي لها علاقات جنسية متأخرة، من المرأة التي لها علاقات مبكرة.

بالمقابل سرطان الثدي يتلائم مع الحياة الجنسية المستقرة والمتأخرة، وقد نشرت بعض الدلائل الأولية أن مستويات البرولاكتين هي أقل في كثيرات الولادة منه عند غير الخروسات.

ولذلك نجد نسبة حدوث سرطان الثدي عند المرضعات أقل عند غير المرضعات وكلما أكثرت المرأة عند الإرضاع قل تعرضها لسرطان الثدي، على الرغم من الخروسات يملن لأن يكون عندهن دورات طمثية مما عند النسوة الكثيرات الولادة . (Yaker,1984)

9-3-3 العوامل الإقتصادية:

إن سوء التغذية للشعوب الفقيرة، قد يساهم في وجود معدل عال أو مرتفع من التلين الكبدي الذي تبعة حدوث الإصابة بسرطان الكبد والملاحظ في بعض المناطق الإفريقية .

بالمقابل سرطان الكولون (المعي الغليظ) الذي يوجد بنسبة متساوية لدى الرجال والنساء إذ يمكن إنقاذ اثنين من ثلاثة مصابين به، لو شخص المرض باكرا وعولج.

وبذلك فإن سرطان المعي الغليظ، وسرطان الثدي الذي هما أكثر إنتشارا في أوروبا وأمريكا الشمالية بسبب نظام التغذية (حمية مفرطة للحريات). (Yaker,1984)

ضف إلى ذلك أن هناك عناصر يشتبه في أنها تؤدي للإصابة بالسرطان وهي الأمينات والديمينات التي تستخدم في صبغات الشعر، وتفيد المؤسسة الوطنية للسرطان بأن مادة تكوينية رئيسية في صبغيات الشعر هي المادة الكيمائية U , MM , DD تسبب الإصابة بالسرطان، وكما إكتشف علماؤها بأن بعض أصباغ الشعر تحتوي على مواد مستخرجة من البنزيدين وهو مادة ثبت أنها تسبب بالسرطان.(مالكوم شوراترا، 1988)

9-4 عوامل نفسية :

9-4-1 العلاقات العائلية السيئة :

ان الفقد المفاجئ للعلاقة الحميمية و الإرتباط العاطفي يجعل الشخصية أكثر عرضة للإصابة بالسرطان .فلذلك تصاب المطلقة أو الأرملة بسرطان الثدي أو سرطان عنق الرحم بنسبة أكبر من المتزوجة وحتى لو كانت العلاقة الزوجية سيئة فهي أفضل من عدم وجود علاقة أبدا. (عبد الهادي حسن 2003)

9-4-2 السخط النفسي :

وهو الغضب المكبوت خلال فترة زمنية طويلة حيث تكمن المشكلة الرئيسية في أن السخط يختبئ في مكان محدد من جسمنا. ويأتينا الوقت عندما يرفع راسه و يبدأ بإلتهام الجسم متحولا إلى ورم يكون أحيانا خبيثا .لذلك فإن كبت الغضب و تأمين مكان له في جسمنا لا يعد أبدا عاملا من عوامل الصحة .حيث أن الكثيرون منا تربو في أسر لاتسمح بإظهار الغضب أو عدم الرضى علانية و غالبا يتم توجيه النساء وأليحاء لهن أن الغضب بعيدا جدا عن أسلوب الأدب.وعليهن منع الغضب في شتى الظروف وعدم إظهاره .

3-4-9 الخوف النفسي :

إن الخوف يحد من إمكنيات الوعي و طريقة التفكير ويجعل الفرد يدور في دوامة يصعب الخروج منها. و هذا ما يجعل الناس يخافون بإستمرامن المرض أو فقدان السقف الذي يحميهم و بالتالي لابد من ضعف الجسم يتبعه إصابة بالأمراض.

(عبد الهادي حسن، 2003)

الجدول رقم (1) يمثل الجدول خطر الإصابة بسرطان الثدي حسب السن

السـن	نسبة الإصابة
25 سنة	واحد / 1960 حالة
30 سنة	525/1 حالة
35 سنة	1/ 622 حالة
40 سنة	217/1 حالة
45 سنة	93/1 حالة
50 سنة	1/ 50 حالة

55 سنة	33/1 حالة
60 سنة	24/1 حالة
65 سنة	17/1 حالة
70 سنة	14/1حالة
75 سنة	11/1 حالة
80 سنة	10/1 حالة
85 سنة	09/1 حالة
ما فوق 85 سنة	1/ 08 حالة

10- أعراض السرطان الثدي:

إن الخطر الحقيقي لمرض السرطان يمكن أساسا في النمو السريع الذي يتم في الخطأ وبدون إنذارات تنبئ بوجوده، تحمل المريض على مراجعة الطبيب، فالسرطان في بدايته لا يسبب أي ألم أو انزعاج جدي وهو لا يشاهد إلا إذا كان فوق سطح الجسم ومن أهم أعراضه:

- تغيير في نظام الحائض أو التبول.
- تقرح لا يشفى بالمعالجة خلال ثلاثة أسابيع.
- نزيف وسيلان غير طبيعي من فوهة من فوهات البدن.
- سماكة أو كتلة في الثدي أو بأي مكانا أخر.
- عسر هضم أو صعوبة البلع. (سمعان سهيل ، 1984)

10-1 الأعراض الجسمية :

- تشوه العضو المصاب.
- تصلب الأنسجة.
- الهزل السريع والمفاجئ.

ـ النزيف وفقدان غير عادي للدم في المسالك البولية وفي الجهاز التناسلي وفي الأنبوب الهضمي كإبراز الأسود .

ـ الألم وذلك بسبب توسيع الورم عبر الدورة اللمفاوية.

ـ نقص الحركة نتيجة تباطئ الوظائف العقلية، الجنسية، المناعية .

(لارا ، 1987)

2-10 الأعراض النفسية :

تختلف شدة الأعراض النفسية بين المصابين بسرطان الثدي ومن هذه الأعراض نجد ما يلي

- الخوف من الموت، يستثارعن طريق لفظ كلمة السرطان التي تبعث بفكرة أن هذا المرض لديه قابلية مرتفعة للموت.
- الخوف من الألم، له علاقة بفكرة أن السرطان مرض يقتل عن طريق نار دافئة.
- الخوف من التشوه ،يظهر خصوصا عندما تكون هناك برمجة للعملية الجراحية ، ففكرة فقدان الثدي تثير الخوف بحد ذاتها.

- إضطراب الدور الإجتماعي ،في بداية المرض ،يرى المرضى بأن نتائج السرطان التي تثير أكثر القلق ، هي فقدان الإستقلالية و فقدان التأثير في ذواتهم والمحيط الإجتماعي فمن الصحيح أن السرطان يجر إلى القطيعة في الوضعية الإجتماعية و في كثير من الحالات إلى مشاكل مالية ،مثل التوقف عن العمل، فقدان الدور العائلي الذي أو التي لاتأتي بالراتب يؤدي بالمريض الشعور بالنقص و عدم الجدوى في وجوده.

- شعور عام بالحصر،مرتبط بعدم التيقن من الحاضر و المستقبل، هذا الإحساس العام بالضيق كثيرا ما يعود إلى صعوبات إيجاد معلومات تسمح للمريض يفهم مرضه .

- فقدان الإهتمام، و ذلك لكل ما كان مصدر لذة قبل المرض،حيث يظهر المريض لامبالاة إتجاه الأخرين حتى أفراد العائلة ، فلا شيئي همه سوى مرضه و ألمه.

(l.hacpille ,1994)

11- أنواع السرطان:

هناك عدة أنواع من السرطانات وذلك حسب العضو المصاب نذكر منها ما يلي:

- سرطان الدم.
- سرطان الجهاز الهضمي.
- سرطان الجهاز التناسلي.
- سرطان الجهاز اللمفاوي.
- سرطان الجهاز السمعي.
- سرطان الجهاز التنفسي.
- سرطان الجهاز البولي.
- سرطان الجهاز البصري.
- سرطان الجلد.
- سرطان الكبد وسرطان الجهاز العصبي.

العلاقة بين مرض السرطان و بعض العوامل النفسية و الشخصية:

حدثت إرهاصات مبكرة تؤكد العلاقة بين مرض السرطان و العوامل النفسية و الشخصية ، حيث حاول بعض الباحثين إدراج السرطان ضمن الأمراض الجسمية التي تقوم الشخصية بدور مهم في إحداثها ، و قد بدأت هذه المحاولات منذ أن أشار الطبيب الإغريقي " جالينوس " إلى أن احتمال إصابة المرأة الكئيبة بالسرطان يفوق احتمال المرأة المتفائلة بالمرض نفسه . و يؤكد " لاشمان " (Lashman 1972) أنه منذ القرنين الماضيين أثبتت الملاحظات الأولية التي أجريت على مرض السرطان ، أن هؤلاء المرضى كانت لديهم استجابات انفعالية سلبية من اكتئاب و حزن و يأس و فقدان الأمل في الفترة التي تسبق المرض و قد أشار " باجيت " منذ أكثر من قرن – أن الشعور بالقلق و خيبة الأمل يزداد بزيادة انتشار الورم السرطاني في الجسم ، و تبعه " سنو " (Snow 1893) بدارسته التي أجراها مرضى سرطان الثدي و تبين له أن ما عايشه هؤلاء المرضى من أحداث أليمة ، هو ما أدى لهم إلى الاكتئاب و الحزن و فقدان الأمل و بالتالي إلى إصابتهم بالسرطان . و قد أشار " فرويد " (Frued 1905) إلى ملاحظات مشابهة و تبعه " ايفان " (Evans 1929) بدراسته التي أجراها على مائة من مرضى السرطان ، و تبين له أن فقدان

العلاقات الحميمة ، هو ما أدى إلى إصابتهم بالسرطان . و قد أشار " فوك " (Foque 1931) إلى دور الاكتئاب و فقدان الأمل في الإصابة بالسرطان.

الدراسات الحديثة للشخصية المستهدفة للإصابة بالسرطان:

يعتبر " بيكون و زملاؤه " (Bacon et,al, 1952) أول من قدموا مفهوم " الشخصية السرطانية " Cancer Personality ، و قاموا بدراسة أجريت على أربعين امرأة مصابة بسرطان الثدي ، و تبين لهم أن أولئك المرضى يتصف سلوكهم بخصائص معينة منها : قمع الرغبة الجنسية أو كبتها ، و قمع الأمومة أو منعها ، و عدم القدرة على التعبير الانفعالي أثناء الغضب و العداوة أو حب العذاب ، و الفشل في حل الصراعات النفسية مع أحد الوالدين .

و في دراسة أجراها (Leshan and Worthington) على عينة من 152 من مرضى السرطان و 125 من الأفراد العاديين الذين لا يعانون من أي مرض عضوي ، تم تطبيق أحد الاختبارات الاسقاطية للشخصية . و قد أسفرت نتيجة الدراسة عن معاناة عينة مرضى السرطان من صعوبة التنفيس عن الغضب و العداوة و فقدان الاهتمام بالآخرين و فقدان العلاقات الحميمة و قلق الموت . و لكن نتائج مثل هذه الدراسات التي تعتمد على الطرق الاسقاطية تنقد بشدة نظرا لمشكلات كثيرة في هذه الطرق .

و قام " ليشان " (Leshan 1959) بدراسة على عينة من 80 مريضا بالسرطان ، اتضح أن هؤلاء المرضى يتسمون بسمات خاصة أهمها : انخفاض تقدير الذات و اليأس و الاكتئاب و كثرة الاستبطان و الاستدماج أو الامتصاص و الكبت أو الكظم و إنكار الذات .

و أجرى " كيسين " (Kissen 1963) بحث على عينة قوامها 335 مريضا (161 مرض سرطان الرئة ، 174 من المرضى المصابين بأمراض أقل خطورة من السرطان) ، تم تطبيق استخبار مودسيلي للشخصية و قائمة اضطرابات سلوك الأطفال . و قد أسفرت نتائج الدراسة عن معاناة مرضى السرطان من قمع الغضب و انخفاض التعبير الانفعالي و البرود العاطفي .

و في دراسة (Coppen and Metcale, 1963) و التي أجريت على 47 امرأة مصابة بالسرطان استخدمت قائمة مودسلي للشخصية لقياس بعد الانبساط ، و كشفت نتائج الدراسة أن المصابات بسرطان الثدي كن أكثر انبساطا من المصابات بأورام سرطانية في أجزاء أخرى من الجسم .

و أجريت دراسة مسحية تتبعية على مدى عشرة أعوام (انظر : Hagnell 1966) على 2515 سيدة سويدية تم تصنيفهم إلى مجموعتين (المجموعة الأكثر انبساطا و المجموعة الأقل انبساطا) اعتمادا على مقياس الانبساط . و بعد مضى ما يقارب عشرة أعوام على هذا التصنيف ، أظهرت نتائج الدراسة فروقا جوهرية بين المجموعتين في الإصابة بمرض السرطان لصالح المجموعة الانبساطية .

كما توصل (Coppen and Metcalf,1963) لنتائج مماثلة لنتائج الدراسة السابقة ، حيث أجريت هذه الدراسة على مجموعتين المجموعة التجريبية و قوامها (74) مريض بالسرطان و مجموعة ضابطة قوامها (74) و باستخدام اختبار أيزنك للشخصية EPQ : كشفت نتائج الدراسة أن مجموعة مرضى السرطان كانت أكثر انبساطا من المجموعة الضابطة .

و قارن " لشمان " (Lashman,1972) بين مجموعتين إحداهما من مرضى السرطان و أخرى من المصابين بأمراض مختلفة باستخدام اختبار إسقاطي . و قد كشفت

النتائج أن مرضى السرطان قد مروا بأحداث أليمة و يعانون الاكتئاب و اليأس و كبت مشاعر الكراهية و قلق الموت .

و في دراسة " بيك " (Peck 1972) على خمسين سيدة لديهن أورام بالثدي ، و تتراوح أعمارهن بين 40-60 عاما ، و باستخدام مقابلة مقننة أظهرت نتائج الدراسة أن 49 مريضة تعاني من القلق ، و 37 مريضة تعاني من الاكتئاب ، و 25 مريضة تعاني من الغضب. كما أجريت دراسة (Acte and Vauhkonen , 1971) على مائة مريض بالسرطان و أظهرت النتائج أن 85% من أفراد العينة يعانون من القلق و الاكتئاب الحاد و ذلك اعتمادا على مقابلة مقننة .

كما قام (Pauli and Schmid , 1972) بالمقارنة بين عينة قوامها 57 من مرضى سرطان الثدي و عينة قوامها 34 من المرضى المصابين بأمراض مختلفة ، حيث طبقت على الجميع قائمة منيسوتا متعددة الأوجه للشخصية MMPI ، و أسفرت نتائج الدراسة أن مجموعة السرطان تتسم بالاكتئاب و البارانويا و توهم المرض ، و ذلك بالنسبة إلى المجموعة الأخرى . و درس (Craig and Abeloff , 1974) 30 مريضا بسرطان الغدد اللمفاوية ، و ذلك باستخدام قائمة الأمراض (ScL-Go) . و قد تبين النتائج معاناة 30% من أفراد العينة من القلق الشديد و أن 50% منهم يعانون من الاكتئاب الحاد . و أكد هذه النتيجة عدد من الدراسات .

(أنظر ، Ray 1978 , Lee and Maguire 1975) .

و في دراسة تتبعية (McCrae , Costa and Bosse 1978) على مجموعة قوامها 400 من طلاب الجامعات الأمريكية من العصابيين و المكتئبين كانوا أكثر عرضة للإصابة بالأورام السرطانية المختلفة ، وذلك نتيجة لإهمالهم لصحتهم و غذائهم بوجه عام . على حين كان العصابيون أكثر عرضة للإصابة بسرطان الرئتين و ذلك نتيجة لإفراطهم في التدخين نتيجة التوتر و القلق لديهم .

و في دراسة أجراها (Dattore et al , 1980) على عينة قوامها 200 مريض (75 من المصابين بالسرطان و 125 من المصابين بأمراض أخرى) ، ثم تطبيق قائمة منيسويا

متعددة الأوجه للشخصية M M P I ، أسفرت نتائج الدراسة عن فروق بين المجموعتين في الاكتئاب و الهستيريا و الكبت الانفعالي لصالح مجموعة مرضى السرطان .

كما أسفرت نتائج دراسة تتبعية أجراها (Shekelle et , al , 1981) على عينة 2020 من الذكور المسنين الذين صنفوا إلى مجموعتين اعتمادا على قائمة منيسوتا متعددة الأوجه للشخصية MMPI الأولى : مجموعة الاكتئاب الحاد ، و المجموعة الثانية المتحررة من الاكتئاب ، و قد تم تصنيف هاتين المجموعتين من خلال 17 عاما قبل وفاتهم . و أسفرت نتائج الدراسة عن انتشار السرطان في مجموعة المكتئبين بمعدل يبلغ ضعف المجموعة المتحررة من الاكتئاب .

و درس (Morrow and Fetting , 1983) 71 مريضا بالسرطان تبين معاناتهم من الاكتئاب و القلق و التشاؤم و اليأس و الانسحاب الاجتماعي و العزلة الاجتماعية بعد الإصابة بالسرطان بفترة ثلاثة شهور .

و في دراسة (Derogatis et al , 1983) التي أجريت على 215 مريضا بالسرطان متوسط أعمارهم 50,3 عاما ، بالمقارنة بعينة ضابطة تتساوى في السن و العدد ، كشفت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين في الاكتئاب و القلق لصالح مجموعة مرضى السرطان .

و في دراسة مقارنة (Watsan , Pettingale and Greer 1984) بين مجموعتين إحداهما قوامها (30) سيدة مصابة بسرطان الثدي ، و أخرى قوامها (27) سيدة يتمتعن بصحة جيدة كمجموعة ضابطة و باستخدام بعض استخبارات الشخصية ، كشفت نتائج الدراسة عن فروق جوهرية بين المجموعتين لصالح مجموعة السرطان في كبت و الغضب و القلق.

و في دراسة (Maticek , Beyme and Drschum , 1984) تتبعيه على مدى عشرة أعوام لعينة قوامها (1353) فرادا ، اعتمادا على استبيان يتكون من (109 بندا) لقياس الصحة النفسية ، تم فرز الحالات التي أصيب بمرض السرطان و عددها (204) بعد عشرة أعوام منذ عام 1966 و حتى عام 1976 . هذا و تبين من الحالات المصابة بالسرطان ممن كانوا يعانون من الشعور بالعجز و الاكتئاب طوال سنوات التتبع و بالتالي فإن نتيجة هذه الدراسة تؤكد على العلاقات الإيجابية بين الاكتئاب و الشعور بالعجز و السرطان .

و قارن (Jansen and Muenz , 1984) بين ثلاثة مجموعات من النساء الأولى من مرضى سرطان الثدي ، و الثانية من مرضى الأمراض الغضروفية و الثالثة من الذين لا يعانون من أي مرض . و تم تطبيق قائمة صفات الشخصية " لجون" (ACL) . و قد كشفت نتائج الدراسة عن اتسام مجموعة سرطان الثدي بالسمات التالية : الاكتئاب و الجبن و الخوف و الاجتماعية و الهدوء و عدم منافسة و كبت مشاعر الغضب و عدم الوعي بالذات و الخضوع و المسالمة عن المجموعات الأخرى .

و في دراسة (Wirsching et . al , 1985) على 63 سيدة مصابة بسرطان الثدي تم تطبيق بعض استخبارات الشخصية عليهن قبل إجراء عملية جراحية لاستئصال أورام الثدي .

و قد كشفت النتائج عن معاناتهن من الاكتئاب و القلق و العدوانية و الاتكال و عدم القدرة على التعبير الانفعالي و الوسوسة الصحية .

و قارن (Van Komen and Redd , 1985) بين مجموعتين قوامهما (59) مريض احداهما من مرضى السرطان و الأخرى من المصابين بأمراض مختلفة و باستخدام قائمة القلق الحالة – السمة (STAI) و قائمة ميلون للسلوك الصحي ، كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق جوهرية بين المجموعتين لصالح مجموعة مرضى السرطان في القلق و الاكتئاب .

كما أسفرت نتائج دراسة (Cella and Tross , 1987) أجريت على عينة قوامها (90) من الذكور الراشدين المصابين بالسرطان ، تم تطبيق استخبار قلق الموت و قائمة بيك

للاكتئاب و استخبار القلق الصريح و كشفت نتائج الدراسة عن معاناة مرضى السرطان من الاكتئاب و القلق العام و قلق الموت نتيجة الإصابة بالسرطان .

و في دراسة مقارنة (Kirkaldy and kobylinsky , 1987) في سويسرا على مجموعتين أحداهما من السيدات المصابات بسرطان الثدي و أخرى من غير المصابات بأي مرض و باستخدام قائمة منسوتا متعددة الأوجه للشخصية MMPT، كشفت نتائج الدراسة عن فروق فردية بين المجموعتين لصالح مجموعة سرطان الثدي في المقاييس الفرعية التالية : الاكتئاب الانطواء الاجتماعي ، الهستيريا ، الذكورة و الأنوثة ، الفصام ، توهم المرض .

و في دراسة تتبعية (Shaffer , Graves , Swank , Pearson , 1987) على مجموعة قوامها (972) من الأطباء الأمريكان تم تتبعهم على مدى 30 عاما و ذلك منذ التحاقهم بكلية الطب قد تم تصنيفهم إلى مجموعتين (المجموعة الأكثر تعبيرا انفعاليا .

و بعد مضى ما يقارب من ثلاثون عاما ، أظهرت نتائج الدراسة أن أقل من 1% من المجموعة الأولى ظهرت لديهم أورام سرطانية على حين أن 16% من المجموعة الثانية ظهرت لديهم أورام سرطانية .

كما قام (Jensen 1987) بالمقارنة بين عينة تجريبية قوامها (52) سيدة مصابة بسرطان الثدي و عينة ضابطة قوامها (34) من السيدات اللاتي يتمتعن بصحة جيدة و لا يعانين من أي مرض و باستخدام استخبارات التقرير الذاتي للشخصية كشفت نتائج الدراسة أن مرضى سرطان الثدي يعانون من اليأس و الشعور بالعجز و الانعصاب و عدم القدرة على التعبير الانفعالي مقارنة بالمجموعة الضابطة .

و في دراسة تتبعية (Persky , Kermpthome Rawson and Skekelle 1987) أجريت على عينة قوامها (2018) من المكتئبين الذين صنفوا اعتمادا على قائمة منيسوتا للشخصية MMPI تراوحت أعمارهم بين 40-60 عاما تم تتبعهم مدة ستة أعوام ، أظهرت نتائج الدراسة من وجود علاقة بين الاكتئاب و سرعة الإصابة بالسرطان نتيجة لإهمال المكتئبين العناية بأنفسهم و الغذاء الجيد ، فقد كانوا أكثر استهدافا للإصابة بالسرطان .

و قارن " تايلور " و " زملائه " (Taylor , Abrams and Hewstone 1988) بين مجموعتين الأولى خمسين مريض بالسرطان و أخرى مجموعة ضابطة ممن يتمتعون بصحة جيدة و باستخدام مقياس وجهة الضبط و مقياس السيطرة الانفعالية ، كشفت النتائج أن مرضى السرطان حصلوا على درجة منخفضة جدا في الكبت الانفعالي ، كما لم تظهر فروق جوهرية بين المجموعتين في وجهة الضبط .

و أجريت دراسة مسحية تتبعية على مدى تسعة عشر عاما على 8932 سيدة أمريكية ، اعتمادا على مقياس الاكتئاب المتفرع من قائمة منسوتا للشخصية (MMPI) ، و بعد مضى ما يقارب 19 عاما على تطبيق هذا المقياس ، أظهرت نتائج الدراسة عن عدم وجود ارتباط بين درجة الاكتئاب على قائمة منسوتا للشخصية و بين الإصابة بسرطان الثدي .

و يستنتج " إيفز " و صحبه (Eaves , Eysenck and Martin 1989) أن السرطان يرتبط بدرجة عالية بالاكتئاب و اليأس و الشعور بالعجز ، و التي تحد بدورها استجابة للضغوط النفسية ، على حين ترتبط أمراض الشريان التاجي للقلب و الغضب و الاستثارة .

الدفاعات النفسية و كيفية سير الجهاز النفسي عند المصابات بسرطان الثدي:

يرتكز نموذج P. Marty على العلاقة الوطيدة التي ترتبط بين الصحة الجسدية و نوعية التوظيف العقلي إذ "كلما كانت الحياة العقلية غنية، كلما دافع الجسد ضد هذه الإصابة من أي نوع بفعاليته، هذا يعني أن التنظيم التالي يتميز بالقوة و النشاط بوجود نوعية جيدة للتوظيف، ما قبل الشعور و عكس ذلك كلما كانت الحياة العقلية فقيرة كان الجسد غير قادر على الدفاع ضد المرض السوماتي، و هذا ما يفسر ضعف القيمة الوظيفية لما قبل الشعور في التنظيم. ((R. Debray, 1984

و هذا ما يدفع بيار مارتي إلى القول أن ضرورة التركيز لسير ما قبل الشعور عند المرض السوماتي لفهم و تقييم لنوعية الحياة العقلية، و ذلك أنه يشكل الدولب المركزي للحياة العقلية الذي يسير أغلب الميكانيزمات الحلمية و التجسدية، و عليه يجب متابعة عنصرين هامين:

- سوء التنظيمات الأساسية لما قبل الشعور في العصابات السلوكية.

- الإختلالات الثقيلة و المستمرة لما قبل الشعور في إختلال التنظيم التدريجي للعصابات الطبعية.

هذان العنصران يفتحان الباب لأمراض جسدية خطيرة كالسرطان بشتى أنواعه، لذلك وجب علينا أن نضع بصفة عامة الإعتبار التالي:

عندما يكون ما قبل الشعور سيء التنظيم منذ البداية في عصاب السلوك تكون التصورات العقلية فقيرة.

عندما يكون ما قبل الشعور مختل التنظيم بصفة دائمة في عصاب الطبع ، تكون الإرصان و التصورات العقلية فقيرة. (R. Debray,1984)

هكذا يظهر لنا أن "الأمراض الجسدية تجد منفذا لها عند الشخص، لما يكون ما قبل الشعور مختلا في تنظيمه، أي عندما تكون الموقعية الأولى مختلة، أما عند الموقعية الثانية فيظهر الأنا قليل التطور في مجموعة و متعلق بالمستوى الجسدي دون أن يستطيع التخلص من ذلك بصورة نهائية ليصل إلى المراحل الكلاسيكية للنضج".(P. Marty , 1976)

و إذا علمنا أن المرض الجسدي كسرطان الثدي له علاقة وطيدة بالحياة العقلية للفرد وبالتالي بالميكانيزمات الدفاعية، فإن المرض الجسدي يظهر عندما "تكون الدفاعات النفسية للأنا غير كافية، لذلك فهي تلعب نفس الدور الذي يلعبه عودة اللبيدو إلى نقطة التثبيت في العصابات الثقيلة".(نفس المرجع السابق)

أما الأمراض الخطيرة فهي تصدر نتيجة لإستثمارات الصدمية متكررة (مثل سرطان الثدي) التي يعجز عن حلها عقيا و سلوكيا، زيادة على ذلك إنعدام إمكانيات النكوص على مستوى العقل هذا ما يؤدي إلى "إختلال التنظيم التدريجي بإتجاه معاكس للتطور عند الشخص، حيث يمس الوظائف أكثر بدائية في التطور، معلنا بذلك الإكتئاب الأساسي، الذي يصبح مؤشرا للحزن العميق و القلق على المستوى العقلي و السوماتي، مع فقدان الإهتمام بالماضي و المستقبل مع اللجوء الحالي و العملي بصفة مكثفة في الحياة اليومية فتظهر بذلك نوعية الآلية التي تعكس بنية هشة تؤدي إلى عدم القدرة على التمثيل الرمزي عند الأشخاص المصابين". (P. Marty ,1991)

يرى بيار مارتي أن الأحداث المرضية تظهر في بعض الأحيان بطريقة مختلفة في بعض الأمراض الخطيرة، فزمن الكمون بين الصدمة البدائية العامة لإختلال التنظيمات وتشخيص المرض الخطير هي ليست نفسها في كل الأمراض كذلك عند كل الأفراد وإحتمال الإنفعالات الجسدية الوسطية مختلفة لذلك يوجه مارتي المختصين في الميدان الطبي السيكوسوماتي إلى البحث عن أربع معطيات وقتية تتبع إختلال التنظيم و هي:

- الحدث الصدمي البدائي و بداية الوضعية الصدمية.
- التغيرات الأولى التي تظهر في النظام العقلي.
- التغيرات الأولى التي تظهر في النظام الجسدي.
- التشخيص الطبي الأول للمرض الخطير.

المراجع:

محمد عبد الجواد عمران(1996): أثر المناخ التنظيمي على عملية التطوير الموارد البشرية، دراسة مقارنة بالتطبيق على قطاع البنوك التجارية المصرية، كلية الإدارة والتكنولوجيا الأكاديمية العربية للعلوم والتكنولوجيا.

- محمد محمود الذنيبات(1999): المناخ التنظيمي وأثره على أداء العاملين في أجهزة الرقابة المالية والإدارية في الأردن، الدراسات للعلوم الإدارية، المجلد 26

سامر جميل رضوان (2003): الصحة النفسية، الطبعة الثانية دار النشر والتوزيع، الأردن

- Chabral .H ,Hallhanes(2014).Mécanisme de défense et coping , éd Dunod ,Paris

- Cosson . Gelie, (2008) , Qualité du sein des relation interpersonnelles pour un cancer, Bordeaux

-Chiland.C(1982) L'entretien clinique**,** Paris, PUF

-Darus Razavi, Nicole Delvaux, (2002), Psycho-oncologie : le cancer, le malade, et sa famille, Paris, Masson.

-Daly N, Shveitzer, (1998), Cancerologie clinique, Paris, Masson

- Dauchy.Rauby,(2007),Aspect psycho-oncologique du cancer du sein, Courbevoie, France.

- Dauphin. Marie, (2013), Les soutiens psychologique, journée régionale du 24 sep, cancer prise en charge et accompagnement, France.

- Dauchy.S ,(2009).L' annonces diagnostic du cancer bronchique, Unité de psycho-oncologie, instuté Gustave Roussy, ville juif France

-Demoit .P, (1979), Les cancers humains, paris , El hachett

-Deval. Marie (1997) Médecin généraliste et cancer cytastatique, Paris.

-Epping .Jordan(1999)Psychological adjustment, in Breath cancer healthpsychologie

-Ferhat. M.R BOUZID.K (1995),Prise en charge de la douleur chez les cancéreux, In SANTEN° 44, Alger, 226p.

-Franco Baldoni et Giancarlo Trombim(2005) : La Psychosomatique (L'équilibre entre corps et esprit), paris, France Fiche. Margaret, (2008), Cadre des soins de soutiens , revu canadienne de soins infirmier en oncologie, Canada.

- Fischer. Gustave Nicolas, (2013), psychologie du cancer, un autre regard sur la maladie et la guérison, éd Odile Jacob, France.

Florence. COUSSON, Gelie de Castro, Baraurlt.M.(2008), Qualité des relations interpersonnelles pour cancer du sein, société Française de psycho-oncologie, Bordeaux, France.

- Fobain.P,Spiegl.D, (2009), Revue du cancer journal, women 's health and education center, USA.

- Fobain.P,Spiegl.D,(2009), Revue du cancer, cancer about sexuality after breast cancer, Canada.

-Freud, A (1990), Le moi et les mécanismes de défense, Paris, PUF.

-Freud. S (1968) Métapsychologie, Paris, Gallimard.

-Ganz.Desmond, Belin(2002).Qualité de vie en long terme, les survivants de la maladie du cancer du sein

-Joyeux .Henri, Guibert(2004), Place de la spiritualité dans la lutte contre le cancer, éd Fnac, France

-j. Bergeret: Psychologie Pathologique. Ed. Masson, Paris, 1976

-J.P. Sichel: L'Enfant Psychosomatique. Encyc. Medical Chirurg. Psychiatrie. France, 1974, -Gerard Szwec: La Psychosomatique de l'enfant Asthmatique. Ed. PUF. Paris, 1993

J. Tusques : Initiation à la Psychologie médicale. Ed. PUF. Paris

-Pinsard et MF COH: Neurologie et neuropsychiatrie. Edition Simep. France, 1984

- Marty.P de M'uzu. M (1963), La pensés opératoire, in revue Française de Psychanalys**e,** T.27, Paris ,pp. 32-50 .

- Marty.P (1991), Mentalisation en psychosomatique, Paris, Payot.

- Marty. P (1990), La psychosomatique de l'adulte, Paris, Payot.

- Marilou Bruchon- Schweitzer(2002), Psychologie de la santé,.

-Marie Paule Dousset, (1999), Vivre pendant un cancer, édition du seuil.- Mahnane. A, Hamid Chérif .M(2012),Epidémiologie du cancer du sein en Algérie, SAOM. Alger

-Margate phaneuf,(2005), Cancer, mécanisme de défense et - d'adaptation et l'invention infermière, Université, Coibra,Prtugal

-Marjorie. D(2010), Cancer du sein, féminité, soins palliatifs, institution en *soins de* formation infirmiers de Jury les Metz

- -N. Pinsard: Pediatrie. Ed. Simep, France, 1984 Neurologie et Neuropsychiatrie

- Schmoll (1982) Processus identificatoires et somatisation, éléments pour une théorie des phénomènes psychosomatiques, Rue de médecine Psychosomatique, Tome 24, N°1.

- Léon- Kreisler1983: La Psychosomatie de l'Enfant. Ed. que sais-je. Paris

http://www.perso.club.internet.fr/aflande/psycho/defaillancepere.html

http://www.vulgaris-medial.com/encyclopédia/stress-et-immunité-4389/physiologie.html

.