الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة طاهري محمد بشـــار
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université Tahri Mohammed Béchar
Faculté des Sciences Humaines et Sociales

قسم علم الاجتماع

شعبة علم النفس

أمالي بيداغوجية في مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية

موجهة لطلبة السنة أولى ماستر

تخصص علم النفس العيادي

السداسي الثاني

من إعداد الدكتور: زيتوني محمد زهير

السنة الجامعية: 2025-2026

فهرس المحتويات

مقدمة : .....

المحاضرة 01: لمحة تاريخية عن الاضطرابات السيكوسوماتية.....

المحاضرة 02: مفاهيم عامة حول المقاربة السيكوسوماتية.....

المحاضرة 03: الانفعال والاضطرابات السيكوسوماتية.....

المحاضرة 04: خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية وأنواعها.....

المحاضرة 05: النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية.....

(النظرية الفيزيولوجية)

المحاضرة 06: النظرية التحليلية الدينامية.....

(مدرسة شيكاغو+ مدرسة بوسطن)

المحاضرة 07: نظرية الاستعداد + نظرية خصائص وأنماط الشخصية.....

المحاضرة 08: نظرية الاقتصاد السيكوسوماتي (بيار مارتي).....

المحاضرة 09: النظرية السيكوسوماتية الادماجية (جون بنجامين ستورا).....

المحاضرة10: خصوصية المرض السيكوسوماتي وعلاقتها ببروفيل الشخصية.....

المحاضرة 11: الفحص وتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية.....

المحاضرة 12: الاضطرابات السيكوسوماتية عند الطفل والمراهق.....

المحاضرة 13: علاج الاضطرابات السيكوسوماتية.....

قائمة المراجع:.....

مقدمة:

يؤكد الكثير من العلماء في علم النفس على أن مفهوم النفس والجسد مفهومان لا ينفصلان عن بعضهما البعض من خلال العلاقة المتبادلة بينهما وأن تغير الحالة النفسية لدى الانسان يؤدي الى تغير الحالة العضوية (الوظيفية) والعكس صحيح.

من هنا أصبحت الوحدة النفسية جسدية تفرض نفسها كضرورة أساسية في ممارسة كافة الممارسين في ميدان العلوم الطبية بمختلف اختصاصاتهم، مما تأسس جوهر الطب السيكوسوماتي أو النفسجسدي والذي يعكس في الحقيقة شخصية الفرد وتكامله النفسي والجسدي والاجتماعي. هذه العلاقة بين الأبعاد النفسية والجسدية والاجتماعية هي أساس ميلاد فكر جديد يعرف بالمقاربة السيكوسوماتية.

برزت المقاربة السيكوسوماتية بفضل الثورة التي أحدثها عراب التحليل النفسي

"سيجموند فرويد" على أساس أن الانسان نظام دينامي يستجيب باستمرار للصراعات النفسية والتغيرات البيئية، مما أعطت نظريته قفزة نوعية في ميدان علم النفس الجسدي من خلال الربط بين النفس والجسد وتداخل الجانب النفسي مع الجانب البيولوجي أين يكون لبناء الجهاز النفسي وتوظيفه الركيزة الأساسية في ظهور المرض أو شفاءه.

فمن خلال تطور المعرفة السيكولوجية بمختلف مقارباتها، خصوصا بعد التطور الذي حدث في علم النفس الفيزيولوجي وتأثيرات الدماغ على السلوك الظاهري تأصلت بذور السيكوسوماتية لتتفرع منها عدّة مدارس وتوجهات نظرية وبرزت عدّة

مفاهيم ومصطلحات في هذا المجال خاصة مع ظهور أدوات تشخيصية علمية، فتنوعت التفسيرات والتصنيفات لكن هذا الاختلاف لم يؤثر في المفهوم العام للاضطراب السيكوسوماتي كونها تنحصر في مصدر واحد (السببية النفسية).

فما هي المقاربة السيكوسوماتية؟ ما هي مجالاتها؟ أهدافها؟ ما هي أهم المفاهيم المتصلة بالحقل السيكوسوماتي؟ ما هي أهم النظريات المفسرة لها؟.

جاءت هذه المطبوعة البيداغوجية وفقا للمحاور المذكورة في المقرر الرسمي لمقياس الاضطرابات السيكوسوماتية، موجهة لطلبة السنة أولى ماستر علم النفس العيادي، تتضمن على 13 محاضرة تغطي المحاور الأساسية للمقياس سعينا من خلالها تحقيق الأهداف المرتبطة به.

أهداف المقياس:

تتمثل الكفاءة المستهدفة من المقياس أن يُكون الطالب رصيدا معرفيا حول النقاط التالية:

- المفاهيم العامة للاضطرابات السيكوسوماتية وخصائصها وأنواعها، وأن يُميز بين ما هو اضطراب سيكوسوماتي وبين الأمراض العضوية.
- معرفة أثر الانفعال على الجانب الفيزيولوجي الجسمي ودوره في تشكيل الاضطرابات السيكوسوماتية.
- التعرف على أدوات الفحص والتكفل النفسي المناسبة بهذه الفئة.

الأهداف الاجرائية للمقياس: وتتجسد في النقاط التالية:

- الاشارة الى أهم الأعمال والأبحاث التي أرست قواعد أساسية للمقاربة السيكوسوماتية.
- تلخيص أهم أسباب نشأة الاضطرابات السيكوسوماتية وأهم الشروط الأساسية لحدوثها.
- التعرف على أهم الاتجاهات النظرية التي فسرت الاضطراب السيكوسوماتي
- التطرق الى دور بعض السمات وبعض الشخصيات في ظهور الاضطراب السيكوسوماتي وأن يُقدر الطالب خصوصية المرض السيكوسوماتي وعلاقتها ببروفيل الشخصية.
- التعرف على أهم العلامات العيادية والمعايير التشخيصية للاضكرابات السيكوسوماتية حسب DSM5.
- تلخيص أبرز التقنيات العلاجية المستعملة في هذا المجال مع التركيز على فعالية العلاج المعرفي السلوكي وبعض الاسهامات التي يُقدمها العلاج باليقظة الذهنية والعلاج بالتقبل والالتزام.

المحاضرة 01: لمحة تاريخية عن الاضطرابات السيكوسوماتية

أهداف المحاضرة:

- ✓ التعرف عن التطور التاريخي للاضطرابات السيكوسوماتية خاصة العلاقة المتبادلة بين النفس والجسم عبر العصور.
- ✓ الاشارة الى أهم الأعمال والأبحاث التي أرست قواعد أساسية للمقاربة السيكوسوماتية.
- ✓ التعرف على أبرز أهداف المقاربة السيكوسوماتية.

مقدمة:

لقد أشار الفلاسفة القدامى إلى العلاقة المتبادلة بين النفس والجسم من خلال الاشارة الى أن أي اثارة أو ارتكاسة قوية للحالة النفسية لدى الانسان يؤدي حتما الى تغير الحالة الوظيفية للأعضاء، كما أن أي خلل للحالة الجسدية إما تشريحيا أو وظيفيا يمكن أن تؤدي الى تغير في الحالة النفسية لدى الانسان، إلا انهم لم يتمكنّوا من تقديم أسس علمية عن كيفية حدوث هذا التأثير المتبادل بين النفس والجسم.

لقد أشار " هيبوقراط" الى ربط المرض بالحالة المزاجية خاصة منها الخوف والغضب وعلاقتها ببعض أنواع الأمراض العضوية وأعطى تصور أولي دينامي بنيوي كتجسيد مسبق للسيكوسوماتية (Woleman,1998).

أما "أفلاطون وسقراط" أكدوا أن منظومة الجسد لا يمكن فصلها عن النفس خصوصا على الصعيد العلاجي وأن سبب عدم نجاح علاج الكثير من الأمراض يرجع الى تجاهل الأطباء للوحدة الكلية للفرد النفس والجسد (Raginsky, 1948).

أما "ديكارت" فقد أشار على التفاعلية المتبادلة بين النفس والجسد من خلال عمليتي التأثير والتأثر عبر أليات هرمونية على مستوى خاص الغدة الصنوبرية.

أما في الفترة الرومانية فقد كانوا يسرون على المسؤولية الشخصية للفرد على المرض والشفاء من خلال اعتمادهم على الجانب النفسي والسلوكي، حيث كانوا يستخدمون مصطلح "الأهواء" عوض المرض النفسجسدي. فالأهواء حسبهم تكون سببا في المرض كما تكون عاملا في شفائه (Alexander& Selesnik,1996).

ثم جاء الفكر الاسلامي الذي كان له اسهامات علمية لأهمية العلاقة المتبادلة بين النفس والجسم وأثر العوامل النفسية على التغيرات العضوية والأمراض الجسدية. من أشهر العلماء المسلمين في هذا المجال ابن سينا (980هـ) ، حيث أكدّ أن الاضطرابات النفسية كالقلق، الهم، الغضب، الغيرة الزائدة تؤثر في مزاج الجسم وتؤدي الى انهاكه واضطراب وظائفه (أبو النيل،1994).

لجأ "بن سينا" لعلاج حالة امراة مصابة برواماتيزم المفاصل ولم يستطيع الأطباء أن يعالجوها واستخدم ابن سينا العلاج النفسي عبر اثارة الانفعال (انفعال الخجل)، إذ أمر بأن تكتشف عورتها برفع ملابسها بادئا بالخمار فانتابت الحالة

بالخجل أدى الى ارتفاع درجة الحرارة واحمرار أوقف هذا المزاج النوبة الروماتيزمية وقفت المريضة معتدلة (أبو النيل، 1984، 14).

كما يعتبر أبو بكر الرازي (923ه) من أكثر الأطباء الذين ألحّوا على تقديم علاج شامل يضم في الحسبان المريض ومرضه ومحيطه وطبيبه ودور الانفعال في علاج الأمراض الجسدية.

ومع مطلع القرن الثامن عشر ومع تطور العلوم الطبية والبيولوجية التي حاولت ايجاد صيغة تكاملية بينهما من خلال دراسات وأبحاث تناولت الظواهر الجسدية، ظهر لفظ نفسجسدي (Psychosomatique) أول مرة في الدراسات الطبية للطبيب العقلي الألماني "هينروث" Heinroth سنة 1818 للإشارة على تأثير النفس على الجسد من خلال فقدان توافق الفرد بين التوترات الانفعالية ووظائف الجسم (Marty,1992,17).

ثم بعدها أُعيد استخدام هذا المصطلح في أمريكا من طرف مجموعة من العلماء أبرزهم "دوتش" Deutsh سنة 1927 ثم "فلاندور دونبار" F. Dunbar التي تناولت دور الانفعالات في التغيرات الجسمية. اضافة الى ذلك ازدهار التيار التحليلي خلال الحرب العالمية الأولى والثانية وانعكاساتها على المعاش النفسي والجسدي حيث ظهرت عدة اضطرابات كشلل الأطراف والهستيريا والقرحة المعدية وغيرها من الأمراض وظهرت عدّة أبحاث وأعمال أرست قواعد أساسية للمقاربة السيكوسوماتية على يد كل من Freud, Groddeck, Dunbar.

أثر هذا التيار التحليلي بشكل مباشر على "فرويد" حيث ركز آنذاك على دور العلاج النفسي كعامل جوهري في شفاء بعض الاضطرابات وأعطى اهتمام كبير للبعد الانفعالي والعلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض وأسس المبادئ الأساسية لنظريته باكتشافه للاشعور. أعطت نظريته قفزة نوعية في ميدان علم النفس الجسدي من خلال الربط بين النفس والجسد وتداخل الجانب النفسي مع الجانب البيولوجي عن طريق مصطلح النزوات (Les pulsions) إذ اعتبرها ظاهرة جسدية نفسية (Phénomène Somato-psychique)فيقول: النزوة هي أحد محددات الجسم والنفس هي الهيكل الذي يسمح ببنائها. فكان يرى أن النزوة الجنسية مصدرها بيولوجي تُحدث على أساسها استثارة نفسية، وفي حال عدم اشباعها تتمظهر على شكل دلالات وأعراض جسدية.

ثم أضاف بعد ذلك تفسير نفسي علمي لحالات الهستيريا كحل لتسوية الصراع القائم بين المكبوتات والقوى المعارضة لها ويصبح الجسم كوسيلة لتعبير رمزي لهذه الصراعات. من هنا استطاع "فرويد" أن يثبت أن الهستيريا ليس لها أساس تشريحي عضوي، بل هي تجسيد صراعات لاشعورية في اصابة عضوية، مما أكدّ فرويد" بطرقة علمية تحليلية عن العلاقة والتلاحم بين العرض الجسدي الهستيري والمكبوتات العميقة وما تحمله من قيم عاطفية (Azorin,2005,p03).

في سنة 1913م كانت الانطلاقة الأولى والفعلية للحقل السيكوسوماتي وذلك في مؤتمر Feder بألمانيا أين عرض Felix Deutsh (1884-1964) دراسة حالة تعاني من الربو وأكدّ أنه توجد اصابات عضوية أصلها نفسي ولا تنتمي الى

الهستيريا، مما أعطى دفعة قوية للاهتمام بهذا الحقل من طرف أتباعه لمعالجة هذه الأمراض.

فمن خلال تطور المعرفة السيكولوجية بمختلف مقاربتها خصوصا بعد التطور الذي حدث في علم النفس الفيزيولوجي وتأثيرات الدماغ على السلوك الظاهري تأصلت بذور السيكوسوماتية لتتفرع منها عدّة مدارس وتوجهات وبرزت عدّة مفاهيم ومصطلحات في هذا المجال خاصة مع ظهور أدوات تشخيصية علمية فتنوعت التصنيفات والتفسيرات.

أهداف المقاربة السيكوسوماتية:

يتجلى الهدف الأساسي للسيكوسوماتيةالى التوصل الى علاجات مناسبة لكل مرض عن طريق استعمال طرق ووسائل مختلفة للوصول الى هدفهم ومن هذه السبل نذكر:

- ✓ تحديد بروفيل الشخصية لكل اضطراب سيكوسوماتي وبالتالي يصبح من الممكن التنبؤ باحتمال الاصابة بمرض ما قبل حدوثه مما يسهل وضع برامج علاجية وقائية.
- ✓ تحقيق نوع من التوازن بين الحلة الجسدية والنفسية والذي يطلق عليه Marty التنظيم النفسجسدي (النابلسي، 1992، ص33) .
- ✓ معرفة العلاقات المتبادلة بين القطب السيكولوجي والقطب الفيزيولوجي لجميع الوظائف الجسمية في الحالة المرضية والعادية، حتى نستطيع أن نسطر علاج ثنائي عضوي ونفسي في آن واحد (زيور، 1947).

- ✓ تحديد البنية النفسية الأساسية من خلال من خلال توصيف العلامات والبوادر النفسية المرافقة عن حالة الاصابة بالأمراض العضوية وهذا ما يُدعم العلاج الوقائي بتعديل هذه العلامات النفسية المؤدية للمرض وبالتالي الحد من انتشارها وتقليل خطر الإصابة.

المحاضرة 02: مفاهيم عامة حول السيكوسوماتية

أهداف المحاضرة:

عرض أهم الاتجاهات النظرية والفكرية التي تناولت مفاهيم ذات الصلة بالاضطرابات السيكوسوماتية

1.مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية:

اختلفت وتنوعت مفاهيم الاضطرابات السيكوسوماتية وذلك حسب الاتجاهات النظرية والتيارات الفكرية، حيث انطلق التيار الطبي من فكرة المرض بالبحث عن العوامل المسببة سواء كانت بيولوجية أو نفسية، مما ميزت فكرة السببية النفسية الانطلاقة الأولى في تطور الحقل السيكوسوماتي. أما النموذج الثاني الذي يطلق عليه مبدأ الشمولية (Holisme) الذي يرى أن المرض له عوامل متعددة في حدوثه تتفاعل فيه آليات على مستوى البيولوجي والبينشخصي والبيئي ويطلق عليه بالنموذج البيونفس اجتماعيModèle Biopsychosocial

مما أصبحت السيكوسوماتية فيما بعد تنظر للانسان المريض نظرة متكاملة في شموليته.

يرى "هاليداي" (1938) Halliday أن المرض السيكوسوماتي يشمل كل من أسبابه وآليات حدوثه، فالأسباب هي كل العوامل التي أثارت رد فعل المرض (نفسية)، أما الآلية فهي كل الميكانيزماتالنفسفيزيولوجية(الجهاز العصبي والغدد الصماء) وتسمى بالآلية الجسدية الانفعالية.

عرفت السيكوسوماتية في المؤتمر الطبي الأمريكي (1941) بأنها: اضطرابات وظيفية أو بنيوية جسمية يكون سببها الانفعالات المزمنة لا يُجدي في علاجها العلاج الطبي وحده ولا بدّ من علاج نفسي (الزراد،2000،ص20) .

تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي والعقلي) على أنها: نمط من الشكاوي الجسمية المتعددة والمتكررة تُحدثها عوامل انفعالية تكون أعراضها واضحة عياديا وتكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل، ولا يمكن تفسيرها على أنها ناجمة عن عوامل مرضية جسمية (عبد المعطي،2006،ص153)

يرى "ألكسندر" أن الاضطراب السيكوسوماتي يحدث نتيجة لاختلال شديد أو مزمن في التوازن الهيموستازي (كيمياء الجسم) نتيجة لضغوط سيكولوجية نفسية يظهر على شكل استجابات و ردود أفعال عضوية الخاضعة تحت سيطرة الجهاز العصبي المستقل (القلب، التنفس، الغدد....) (الزبدي،2017، ص153).

.ويرى "ألكسندر" أن جوهر الصراع لا يكمن في وعي المريض وسلوكه الظاهري وإنما يكمن في لاوعي المريض وأنماط صراعاته الكامنة وتتجسد خاصية التأثير على أعضاء معينة مثل الغضب ينعكس غالبا على صعيد القلب.

يُعرف (Pongy et Babeau,2003 :p 31) : السيكوسوماتية على أنها مجموعة من الاضطرابات الجسدية المرتبطة بإصابات تشريحية أو وظيفية يرجع أسبابها الى العوامل النفسية والاجتماعية والبيئية (طروف الحياة، المعاش النفسي، عوامل ضاغطة، بروفيل الشخصية، المحيط الاجتماعي للفرد..).

2)المفاهيم المتصلة بالحقل السيكوسوماتي:

لقد ميّز بعض الباحثين منذ الوهلة الأولى بين الحالات المرضية التي تنشأ بعوامل جسمية أو عضوية وتؤدي الى اضطرابات نفسية والتي قد تسبب بدورها اضطرابات وظيفية أو عضوية مؤثرة بذلك على التوازن الهيموستازي للفرد ويطلق عليها اسم جسمي–نفسي Somato–psychique وبين الحالات المرضية التي تبدأ بالعوامل النفسية وتُحدث اضطرابات عضوية وهي أشد خطورة من الأولى.

بالرغم من تداخل مصطلح السيكوسوماتية مع بعض المفاهيم الأخرى وتداخل عدّة متغيرات في تفسير دلالات حدوثه، قد تختلط على المعالج بعض الأعراض من التمظهرات الجسدية لذا وجب على المختص المعالج التمييز بينها لأجل تجديد التكفل العلاجي.

1.2.الجسدنة Somatisation:

هي شكل من أشكال الاضطرابات الوظيفية (صداع، خفقان، عسر البلع..)، هذه الأعراض الوظيفية تعمل على اخفاء الصعوبات العاطفية أو الأخلاقية. تكونأعراضها عابرة، ثانوية، دون ترك أثر، دون تعبير رمزي مرتبطة بقلق الانفصال. بالتالي هي رغبات مكبوتة تمّ تفريغها في الجسد بطريقة مجازية، هنا الجسم هو من يتولى التعبير عن اللاشعور إما بسبب كثافة الكبت أو لغياب الكبت أمام كم من الاحباطات التي يواجهها الفرد ولا يملك أمامه وسيلة للرد أو الدفاع. الكبت يكون في هذه الوضعية مشحون بطاقة سلبية تنعكس مباشرة على الجسد، فالمعاناة يتولاها الجسد بدل النفس

بسبب نقص أو عدم تفعيل الميكانيزمات الدفاعية المناسبة الى حين استرجاع مستواها بطريقة ايجابية أو طبيعية كالأحلام، التسامي،...

.(Morel,1995,pp 181-183)

2.2.الهستيريا التحولية:

تشترك الهستيريا والسيكوسوماتية في التظاهرات الجسدية ويكمن الاختلاف في النقاط التالية:

الهستيريا	السيكوسوماتية
لا تتضمن تلفا عضويا ولكنها تؤثر على وضائف الجهاز العصبي الارادي (الحركية والجسية)	مرض حقيقي يسبب تلفا في الجسم أو عضو ما ناتج عن عوامل انفعالية
تصيب الأعضاء التي يشرف عليها الجهاز العصبي المركزي	تصيب الأعضاء التي يشرف عليها الجهاز العصبي اللاارادي الذاتي ، المستقل، النباتي...
الأعراض الجسمية عبارة عن تعبيرات رمزية عن دوافع مكبوتة وصراع لاشعوري	الأعراض الجسمية نتاج مباشر لصدمة نفسية أو انفعالات مزمنة أو ضغط نفسي ويخلو من الدلالة النفسية
يحدث عامة فجأة وأمام الملأ	يحدث تدريجيا وعلى مراحل بسبب تراكم عوامل مختلفة
الايجاء يلعب دورا في العلاج والشفاء	المزاوجة بين العلاج الطبي والعلاج

سهلا	النفسي والشفاء يكون صعبا ويتطلب وقتا
الطاقة تظل طريقها وتسلك دربا خاطئا في النطاق الجسدي ويتم معالجة الصراعات في الجهاز النفسي	على مستوى تفريغ الاثارة يتم اختزال طاقتها في الجسد بسبب عدم معالجتها.

3.2.توهم المرض Hypochondrie:هو ادراك أو احساس وهمي بوجود اضطراب عضوي ومن أهم خصائصه

***الانشغال المستمر للفرد باحتمال وجود واحد أو أكثر من الاضطرابات الجسدية يتم تجسيدها من خلال كثرة الشكاوي والقلق بشأن وظائف الجسد.**

*تأويل أحاسيس والعلامات البدنية العادية على أنها غير طبيعية أو مؤلمة.

*تركيز انتباهه على عضو أو اثنين في أحد وظائف الجسم.

*زيارات متكررة للأطباء لأجل الكشف عن مرضه.

4.2.التمارض Malingering:هو تظاهر الفرد بأنه مريض لتجنب موقف عسير أو غير سار من المواقف الصعبة وغالبا ما يشير الى اضطراب في السلوك أو ما يسمى بالعصاب الضمني أو التصنع المرضي (Simulation) أو تناذر Dieulafoy، والذي يتم بطريقة شعورية لكسب أو تفادي وضعية معينة. وقد يتخذ عدة أشكال:

***تناذر العياء " فرجول" Syndrome de l'asthenie de Ferjol**: هي رغبة الفرد في أن يصبح مريض طواعية يهدف الى افتقار الدم من خلايا الدم الحمراء عن

طريق استنزافها أو التبرع المتكرر والمبالغ فيه للدم، وبالتالي هو عبارة عن فقر الدم محدث دون أي سببية طبية وغالبا ما يتأخر تشخيصه بسبب التستر المستمر عن الأمر من طرف المريض.

*تناذر "مونشوزن" Syndrome de Munchhausen: هو استثارة الفرد للمرض لإدخاله المستشفى واقناع الطاقم الطبي بأنه يعاني حقا من مرض ما لإجراء كشوفات وعمليات جراحية غير لازمة.

في بعض الأحيان يقوم بتناول الأدوية لإثارة أعراض وفي بعض الأحيان الى البتر الذاتي للعضو، غالبا ما يكون لديه معلومات مفصلة عن المرض الذي اختاره.

وأخيرا يمكننا القول أنه على أساس العناصر التشريحية والفيزيولوجية أو البنية النفسمرضية يمكن للمختص أن يميز ما بين المرض العضوي والوظيفي والسيكوسوماتي من أجل تحديد التكفل العلاجي حسب ما تستدعيه الحالة، إما باقتراح علاج طبي أو نفسي أو سيكوسوماتي.

المحاضرة 03: الانفعال والاضطرابات السيكوسوماتية

أهداف المحاضرة:

- ✓ محاولة التعرف على مفهوم الانفعال وبعض المفاهيم المتصلة به.
- ✓ معرفة أثر الانفعال على الجانب الفيزيولوجي الجسمي ودوره في تشكيل الاضطرابات السيكوسوماتية.

تمهيد: تعتبر الاضطرابات السيكوسوماتية اضطرابات عضوية ذات منشأ نفسي يلعب فيها العامل الانفعالي تأثير مباشر على المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي.

حيث يرى **احمد عكاشة** 1982 أن أهم العوامل الانفعالية المؤدية الى الاضطرابات السيكوسوماتية هي الحرمان من العناية والعطف، النزعة العدوانية، الثورة ضد السلطة، تجنب المسؤولية والصراع، الخوف من فقدان شخص عزيز...

1.اشكالية الانفعال في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية:

الانفعال هو أصل كلمة لاتينية وتعني Emovere. E = hors أو خارج.

Movere =mouvement ومعناها حركة

والكل يدل على معنى حركة للخارج.

يعرفه "**Littré**" أنه: مسار لتغير حالة الجسم الفيزيائية والنفسية من حالة طبيعية صامتة الى حالة فجائية وعابرة مستثارة بحدث أو نشاط خارجي (Brucq,2013,p56).

ويعرفه الشهري،2021، ص151) على أنه: ظاهرة فيزيائية توجد داخل أجسامنا في شكل أحاسيس ومشاعر باطنة ناتجة عن تفاعل معقد بين الهيبوتلاموس Hypothalamus الذي يتحكم في عمل الجهاز العصبي اللاارادي والجهاز الهرموني.

والاجهزة التي يسيطر عليها الجهاز العصبي اللاارادي هي: الجهاز الدوري، الجهاز التنفسي، الهضمي، الغددي، التناسلي، الجهاز البولي والجهاز الجلدي.

حسب "**داماسيو**" تقسم الانفعالات الى انفعالات أولية وثانوية.

الأولية: هي استجابات انفعالية فطرية آلية على بعض المثيرات الخارجية أو البيئية والتي تساعد الفرد على التطور والبقاء.

الثانوية: هي نمط ناتج لتعلم الانفعالات الأولية والوعي بها وتصل الى النضج في سن الرشد

(شلالي، ملال،2021، ص ص 41-49).

تتسم الانفعالات عموما بغض النظر عن نوعها بخصائص وصفات معينة:

*الانفعالات يمكن وصفها داخليا كإحساس ذاتي وخارجيا بملاحظتها والحكم عليها.

*الانفعالات لا تستمر لفترة طويلة بل تكون متغيرة.

*الانفعالات غالبا تكون مصاحبة لكل غريزة أو دافع.

1.1.المفاهيم المتصلة بالانفعال:

***الانفعال والدافعية:** تستثار الانفعالات غالبا بواسطة منبهات خارجية في حين الدوافع تستثار غالبا بواسطة منبهات داخلية. ترتبط الانفعالات بالخبرات الذاتية الوجدانية المصاحبة للسلوك أما الدافعية فهي مرتبطة بالنشاط الموجه نحو الهدف.

***الانفعال والعاطفة:** تتشكل العاطفة من تكرار الانفعالات أكثر من مرة، فهي استعداد كامن ثابت نسبيا ومركب من عدة انفعالات تدور حول موضوع معين كالحب والكره والغيرة. حين تثار العاطفة تنبثق الانفعالات المكونة لها حسب الموقف والظرف.

***الانفعال والمزاج:** المزاج حالة انفعالية مؤقتة إذا أُستثير الفرد أثناءها انبثق الانفعال الغالب على الحالة، كما أن الحالة المزاجية أقل عنفا وأطول بقاء من الانفعال

2.1.جوانب الانفعال:

***جانب شعور ذاتي:** يختلف شعور الفرد وحده من انفعال الى آخر وما يقرره هو بنفسه

***الانفعال هو شعور خارجي ظاهر:** كل التعبيرات والحركات والألفاظ والايماءات التي تصدر من وعي الشخص المنفعل.

***جانب فيزيولوجي حشوي:** التغيرات الداخلية الناتجة عن الشعور بالانفعال أي الاحساس الحشوي الجسمي يسبق الاحساس الانفعالي، بمعنى المثيرات سواء كانت داخلية أو خارجية تثير الحالات الفيزيونفسية التي تؤدي بدورها الى ما يسمى بالانفعال.(غانم،2015، ص ص110-120)

1.1.أثر الانفعال على الجسم:

هناك علاقة مباشرة بين الانفعالات والجسم بحيث تنتقل الانفعالات عن طريق تنبيه الهيبوتلاموس والجهاز العصبي الذاتي ويترجم التوتر الانفعالي المنقول الى تغيرات فيزيولوجية في وظائف الأعضاء الخاضعة له.

إذا حدث أن أُعيق التعبير الانفعالي في شكل سلوك خارجي وتراكم الاحباط واستمرت الانفعالات فترات طويلة فينتج عن ذلك اضطرابات واختلالات في الوظائف الحشوية فيتسبب في احداث اضطرابات سيكوسوماتية.

إن التحكم المفرط في الانفعالات وكبتها وعدم التعبير عنها سواء لفظيا أو حركيا يؤدي الى ارهاق عمل الجهاز العصبي بافراز مفرط لبعض الهرمونات)الادرينالين، الكورتيزول..)، مما يُجبر بعض وظائف الأعضاء على فقدان مرونتها وتوازنها مما قد تسبب زيادة في الاستعداد للإصابة بالأمراض السيكوسوماتية

(قريشي، زعطوط، 2008، ص ص208-209).

ويلخص عبد الله عسكر أثر الانفعال على الجسد والعقل على النحو التالي:

*تأثير الانفعال على المجال الفجري يصل لحد توقف أو اختلال التفكير مثل بطىء التفكير في حالات الحزن والاكتئاب.

*يُضعف الانفعال من قدرة الشخص على ضبط النفس والتصرف العقلاني

*الفروق في التغيرات الفيزيولوجية المصاحبة للحالات الانفعالية المختلفة حيث وجد أن انفعال الخوف والاكتئاب يرتبطان باعاقة الوظائف الخاصة بالمعدة والقولون، بينما يرتبط انفعال الغضب والقلق بزيادة عمل القولون (عسكر،1998، ص133).

ويفسر "موترام" زيادة الانفعال أو الافراط في الحالة الانفعالية الى التكوين التشريحي للجهاز العصبي، إما يكون لديهم التلاموس ذو حجم كبير أو اختلال في القشرة المحية التي تعمل على ضبط عمل التلاموس، حيث أكد أن الصدمة الانفعالية للشخص تعتمد على كل من التلاموس وكمية ضبط عمل القشرة المخية في ارجاع التلاموس في حالتها الطبيعية.

كما تشير أبحاث "كانون" في دراسة الانفعال أن أي مثير انفعالي يتم استقباله وادراكه بواسطة القشرة المخية ويرسل الى الهيبوتلاموس بدورها ترسل اشارات الى كل من العضلات الخارجية والداخلية للقيام بردود أفعال للاشارة لانفعال معين

خاتمة:

لا يمكن الفصل بين النفس والجسد ولا يمكن فصل الحياة النفسية بشقيها الوجداني والذهني عن التفاعلات التي تتم داخل الجسد، من هذا المنطلق جاءت فكرة دراسة الانفعالات للوقوف أمام التفسيرات النظرية التي اهتمت بالمتغير الانفعالي كأحد أسباب حدوث الاضطراب السيكوسوماتي.

المحاضرة 04: خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية وأنواعها

أهداف المحاضرة:

تلخيص أهم الأسباب نشأة الاضطرابات السيكوسوماتية وأهم الشروط الأساسية لحدوثها.

التطرق الى أهم أنواع الاضطرابات السيكوسوماتية الأكثر شيوعا.

- أكد الكثير من الباحثين على أهمية عدد من العوامل والشروط لحدوث الاضطراب السيكوسوماتي، حيث أكد "جوتمان" Gutmann على توفر شرط من الشروط التالية لحدوثه:

-ظهور العوامل الانفعالية أو مصادر الضغوط بتاريخ سابق لظهور الاختلال الوظيفي العضوي.

-العوامل الانفعالية الكامنة وراء الانهيار الجسدي يكون مقرونا بعدم القدرة على الفعل.

-يعتمد تأثير الاضطراب السيكوسوماتي في عضو معين على الضعف التكويني المحتمل لهذا العضو

.(Guttman,1966, pp 193-202)

- كما وضع الكسندر (1950) شرطين أساسين لحدوث الاضطراب السيكوسوماتي:

-الاستعداد الوراثي والتكويني أو الشخصي.

-العمليات الدينامية الانفعالية تعطي ردود أفعال نوعية ثم عرض ثم اضطراب قائم بذاته.

- أما "سعد جلال فيلخصها في الجوانب التالية:

-وجود استعداد تكويني تكون نتيجة للخبرات الأولى والتطور الأول كتعرض للأمراض العضوية في الطفولة تزيد من احتمال تعرض أعضاء معينة من الجسم للمرض.

-تغيرات الشخصية في مراحل العمر المتتالية والتي تؤثر في نظم الأعضاء، أي الاضطرابات المرتبطة بشخصية الفرد (الشخص شديد القلق ترتفع لديه معدلات اضطراب الجهاز التنفسي، أو الشخص الذي يزاول مهنة شديدة الضغوط يظهر غالبا ارتفاع ضغط الدم أو القرحة المعدية).

-ضعف وهشاشة عضو من الأعضاء كالإصابات والعدوى المتكررة.

-توقف النمو النفسي وبالتالي جمود العضو في تطور وظائفه (جلال،1985،ص268)

وعموما يمكن تلخيص أسباب نشأة الاضطرابات السيكوسوماتية فيما يلي:

*أسباب نفسية: الانفعالات الزائدة والضغوط بأنواعها

*البنية الوظيفية العضوية: وجود ضعف تكويني لأحد الأعضاء.

1.خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية:

- ✓ وجود أساس فيزيولوجي كميكانيزم واضطراب انفعالي كعامل مسبب
- ✓ تشمل الأعضاء والأحشاء التي تتأثر بالجهاز العصبي الذاتي التي لا تخضع للسيطرة الذاتية
- ✓ غالبا ما يوجد تاريخ عائلي للإصابة بنفس الاضطراب
- ✓ ترتبط بعض الحالات بنمط معين للشخصية (شقير، 2002، ص 29).
- ✓ تختلف الاصابة بهذه الاضطرابات بين الجنسين اختلافا ملحوظا، حيث يتأثر نوع الاضطراب السيكوسوماتي بنوع الجنس ولوحظ انتشار اضطرابات الجهاز الدوري، الهضمي و الجنسي لدى الاناث أكثر من الذكور (الزراد، 1984، ص 125).

2.أنواع الاضطرابات السيكوسوماتية:

يمكن تلخيص أنواع الاضطرابات السيكوسوماتية على النحو التالي:

1.2.اضطرابات الجهاز الهضمي: وتشمل على ما يلي: القرحة المعدية والاثنا عشر، التهابات المعدة المزمن، اضطرابات القولون المزمن (الامساك والاسهال)، الشراهة، عسر الهضم، السمنة المفرطة، فقدان الشهية العصبي. ويشمل اضطراب القرحة المعدية الاضطراب الأكثر انتشارا في اضطرابات الجهاز الهضمي.

1.1.2. القرحة المعدية: عبارة عن تقرحات والتهابات في جدار المعدة أو الجزء العلوي من الأمعاء الدقيقة بسبب زيادة الأحماض الهاضمة التي تعمل على تحلل وهضم الطعام في الظروف العادية، أما في الحالات المرضية فإن هذه الأحماض تفرز بطريقة عشوائية مؤثرة على جدار المعدة.

يرى"ألكسندر" أن الدلالة الرمزية للقرحة المعدية هي صراعات مثبتة خاصة بالاعتمادية المرتبطة بالمرحلة الفمية وحاجات لاشعورية قوية للحب والتقدير والعطف والتغذية الأمومية وفي نفس الوقت لا يتقبل هذه الوضعية التي تجعله اتكالي واعتمادي. أما Garma فيفسرها كعداء المريض للأم خاصة عندما تكون الأم ليست في متناول الراشد، فهي التعبير المباشر عن العدوانية المكبوتة اتجاهها (عبد المعطي،2004، ص184)

بمعنى حدوث حالة تثبيت عند المرحلة الفمية وعندما لا توجد هذه الرغبات اشباعا في العلاقات والتفاعلات الانسانية أو احباط لرغبات الاعتماد فإن المثيرات الانفعالية المزمنة تنتج تأثير على وظائف المعدة.

2.2.اضطرابات الجهاز التنفسي: وتشمل الربو، التهاب الجيوب الأنفية، والتهاب الشعب الهوائية المتكررة. ويمثل الربو الاضطراب الأكثر انتشارا في حقل السيكوسوماتية.

1.2.2.الربو (L'asthme): ينتج عنه ضيق شامل في الممرات الهوائية أو بسبب تراكم الافرازات المخاطية أو البلغم على جدرانها وحدوث تقلص وتورم

للشعيبات مما يؤدي بالمريض الشعور بالضغط على القفص الصدري وصعوبة مرور الهواء من والى الرئتين. تحدث نوبات الربو عادة عقب أحداث انفعالية (عبد المعطي،2004، ص64).

يرى "هاس" Hass أن الربو هو دلالة لنكوص المريض الى مرحلة الطفولة المبكرة والبحث عن الأم مجازيا.

أما "ألكسندر" فيفسره على أنه خوف لاشعوري من الانفصال عن الأم وبذلك تكون نوبة الربو بديلا للإتصال بالأم أو بشخص محبوب ويمثل بذلك أزمة مكبوتة لمواجهة القلق أو الغضب (معاليم، 2008).

3.2.اضطرابات الجهاز الدوري: والتي تحدث بالقلب والدورة الدموية ونميز ما يلي:

-الذبحة الصدرية: تقلص الشرايين التاجية مما يُعوق سير الدم فيها مؤقتا، مما يسبب نقص الأكسجين اللازم مما يؤدي الى حدوث آلام في الصدر.

-عصاب القلب: من أهم أعراضه خفقان وارتعاش القلب والتعب لأقل مجهود ويصاخبه رهاب الموت.

-ارتفاع ضغط الدم: ارتفاع فوري في ضغط الدم دون أساس عضوي.

-الاغماء أو الغثيان: فقدان الوعي عندما يحدث انخفاض مفاجئ للضغط الشرياني (عكاشة، 2018).

4.2.اضطرابات الجهاز الغددي: وأهمها مرض السكري، السمنة المفرطة، فرط افراز الدرقية ، والتي تبدو فيها أثر العوامل الانفعالية كعوامل مسببة.

5.2.اضطرابات الجهاز التناسلي: وأهمها الضعف الجنسي عند الرجل والبرود الجنسي عند المرأة، القذف المبكر، اضطراب الحيض والاجهاض المتكرر.

6.2.اضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي:

-**آلام الظهر:** وتكون غالبا في أسفل العمود الفقري، تظهر آلام الظهر أثناء الضغط والاجهاد الانفعالي.

-**التهاب المفاصل الروماتيزمي:** آلام المفاصل وصعوبة الحركة.

7.2.اضطرابات الجهاز البولي: وأهمها سلس البول، احتباس البول وتكرار مرات التبول.

8.2.اضطرابات الجلد: أشهرها : داء الثعلبة والذي قد يكون محدودا وقد يشمل كل الرأس.

الصدفية (طفحا جلديا وقع قشرية وتكون مثيرة للحكة). ومرض الاكزيما

المحاضرة 05: النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية

أهداف المحاضرة:

التعرض بإيجاز لأهم الاتجاهات النظرية التي قسرت الاضطرابات السيكوسوماتية بداية بالنظرية الفيزيولوجية من خلال انحراف بعض الأعضاء من مجراها الطبيعي الاعتيادي بسبب الاستجابات المبالغ فيها، أو بسبب عجز يصيب الأنظمة الفيزيولوجية للتكيف.

تمهيد:

اختلف العلماء من حيث العوامل الأساسية المسببة للاضطراب السيكوسوماتي، فمنهم من يفسر حدوثه الى ضغوط الحياة وأزماتها، ومنهم من يعزوها الى خلل في التوازن بين مطالب البيئة والمطالب الداخلية مفرزة خطأ في عملية الاشراط والاستجابات، ومنهم من يعزوها الى نمط خاص من التعبير غن الأحداث الداخلية والخارجية.

وسنحاول التعرض بايجاز لأهم الاتجاهات النظرية التي تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية.

1.النظرية الفيزيولوجية:

الصحة هي الوجه المقابل للمرض وهي حال تسير فيه الوظائف سيرا طبيعيا تجعله يشعر بذلك النشاط والحيوية جسما ونفسا بدون أي خلل، أما المرض هو حال

المريض باضطراب تلك الوظائف إما تشريحيا فيزيولوجيا أو وظيفيا بانحراف بعض الأعضاء عن مجراها الطبيعي الاعتيادي زيادة أو نقصا.

بحدد الطبيب "فايتسكر" أنه لا يوجد مرض على الاطلاق لكنه يوجد مريض يعيش في بيئة ذات ديناميا لا حصر لها. إذن المرض هو مجموعة من الظواهر ناتج عن تفاعل بين الاثارات Stimulus وبين الأنا (النفس) ويطلق على جهاز الاثارة هذا الرفليكس Reflex، فالاثارة تنتقل بالجوابذ من مختلف أنحاء الجسم الى الدماغ ومن هناك بالنوابذ الى الى الأنحاء حيث تفرغ السيالة العصبية شحنتها.

السؤال المطروح: كيف يحدث تغيير عضوي أو تخريب نتيجة أذى نفسي معنوي للانسان؟

إن نقطة الالتقاء بين الجسم والعقل هي الدماغ باعتباره عضو العقل الذي يصدر منه كافة الايعازات التنظيمية لجميع أنحاء الجسم وفي الدماغ تجري كافة العمليات من أفكار وعواطف وخطط وذكريات.

لا يحدث أي سلوك أو نوع من الانفعال دون أن يرافقها تغيرات عضوية فمجرد القلق يصاحبه في الجسم خفقان وارتجاف، تعرق وذلك عن طريق الجهاز العصبي الذاتي (المستقل) بشقيه السمبتاوي والبراسمبتاوي.

ويعتبر"كانون" Walter Canon أول من استعمل مصطلح "الاجهاد" Stress كاشارة لاستجابة الجسم لمجموعة من التغيرات الفيزيولوجية الناتجة عن استثارة

للمنظومة العصبية لتقوم بوظيفة الانذار بالخطر والتحضير لرد الفعل كاستجابة تكيفية إما المواجهة أو الهروب عن طريق افراز هرمون الأدرينالين

.(Jeamet,Reynaud& Consoli,1996,p.205)

يؤكد "كانون" أن السلوك اثارة واستجابة أو قتال وهروب ويعتمد على محور الغدتين النخامية والكظرية.إن كل صدمة أو شدّة نفسية تؤدي لردود أفعال واستجابات متتالية في الجسم ويتدخل هرمون الأدرينالين وغيرهما ويحدث تغير فيزيولوجي نتيجة ذلك.

وتعتبر نتائج أبحاث "كانون" تمهيدا لبروز أعمال "هانز سيلي" H.Seylé الذي عمل على توسيع مفهوم الاجهاد على أنه استجابة غير محددة (كيميائية أو فيزيقية) لأجل الحفاظ على حالة التوازن الهيموستازي واستقرار الحيوية العضوية، وإذا تجاوز حجم الحدث المجهد أو الضاغط قدرات الاستجابة الطبيعية للفرد يصبح الجسم ضحية لميكانيزماته الدفاعية (انهاك نظام التكيف في الجسم) ، وبالتالي تظهر الاضطرابات إما بسبب الاستجابات المبالغ فيها، أو بسبب عجز يصيب الأنظمة الفيزيولوجية للتكيف

.(Pongy &Babeau,2011, p16)

يعتبر "هانز سيلي" أول من قدّم مصطلح التكيف الفيزيولوجي للمشقة وأسس نظرية الضغط واعتبر أن الضغط متغير غير مستقل لاستجابة لعامل ضاغط يكون

له دور هام في إحداث معدل عال من الانهاك والانفعال الذي يصيب الجسم (عبد الفتاح،1999، ص155).

أضاف "سيلي" أن الضغط هو نتيجة الظروف المعيشية تثير الفرد على وجود خطر حقيقي تجعله يضاعف قواه ويقوم بالمستحيل لانقاذ حياته، إذن فالضغط ليس بالضرورة سلبيا بل أساسي للبقاء، يصبح الضغط خطيرا عندما يكون دائما مستمرا دون ادراكه ودون التعبير عنه.

من هنا استخدم "سيلي" مصطلح الضغط النفسي ليصف مجموعة من التغيرات غير المحددة نحو أي مطلب يُفرض عليه حتى يستطيع الجسم أن يتكيف ويتعامل مع المشكلة، نلاحظ أنه ركز على الجانب العضوي ووصف الضغط بأنه استجابة. وقد لوحظ اختلاف العلماء مع نظرة "سيلي" للضغط انطلاقا من قواعد وخلفيات نظرية مختلفة فنجد الاتجاه الذي ينظر للضغط على أنه استجابة، لآخر يرى أن الضغط كمثير ومنهم من يرى بأنه تفاعل بين البيئة والفرد.

من خلال هذا الطرح يتضح أن هناك ثلاث مكونات للضغط هي المثيرات مسببات الضغط، الاستجابة، والتفاعل بين المثيرات والاستجابة. وبالتالي تصبح المثيرات هي القوى التي تبدأ بها حالة الضغط أما الاستجابة عبارة عن ردود أفعال فيزيولوجية أو نفسية وأخيرا لكي يحدث الضغط لا بدّ من التفاعل بين المثيرات والاستجابة لها.

أما"سيلي" فيرى أن الضغط هو كل مثير قادر على انتاج استجابة سوماتية (جسمية) وصنف المثيرات الى:

-حادث أو عامل يغير الجوانب الداخلية أو الخارجية للبيئة الفيزيقية للتنظيم

-صدمة غير متوقعة سواء كانت جسمية أو نفسية تثير جوانب معرفية وتنتج استجابة عاطفية.

من هنا ذكر"سيلي" على أنه توجد عدة أشكال من الضغوط للتكيف مع الصدمة وتؤدي لردود أفعال متتالية في الجسم، هذه الضغوط تحدث خلال ثلاث مراحل في تفاعل الفرد معها وهي كالتالي:

- **مرحلة الصدمة:** تُعرف بمرحلة التنبيه والتحذير كمجموعة من الاستجابات الجسمية للخطر الخارجي، تستمر دقائق أو ساعات قليلة مُحدثة حالة استنفار للمولجهة وتشترك فيها الأجهزة الفيزيولوجية التالية:

زيادة في افراز هرمون الأدرينالين ثم هرمون الكورتيزون كوسيلة دفاعية من الخطر من أجل تحقيق التوازن العضوي للفرد. أمّا في حالات الصدمة الشديدة تزداد كمية افراز هرمون الكورتيزون لزيادة مقاومة الجسم ويدخل في المرحلة الثانية للصدمة.

- **مرحلة التكيف والمقاومة:** يسعى الفرد للمواجهة السليمة ولكن استمرار الشدّة أو ضغطها القوي يعوق نجاحه ويستسلم لحالة من الإنهاك ويبرهن على ذلك الكورتيزون الذي تفرزه بكثرة الغدة الكظرية بسبب استنفاذه بسرعة مما يؤدي الى صعف مقاومة الجسم مرة ثانية، إذا لم تُعالج بسرعة فإنها تؤدي الى اضطرابات عضوية خطيرة ويصل الفرد الى المرحلة الثالثة وهي مرحلة الاجهاد والفوضى العضوية.

- **مرحلة الاجهاد:** عندما تفشل الوسائل الدفاعية للجسم تظهر علامات الاعياء والانهاك تدريجيا وتقل مقاومة الفرد ويدخل في مرحلة الانهيار وذلك بسبب التوقف التدريجي للجهاز العصبي السمبتاوي عن التاج الطاقة (الأدرينالين، الكورتيزون..)، تتباطئ ردود الأفعال غير المتوازنة (الخلل الهيموستازي) ويؤدي ذلك الى مرض عضوي معين محدثة اضطراب نفسجسمي

(الرشيدي،2004،ص51-53).

وأخيرا يمكننا أن نقول أن نظرية"سيلي" أوضحت أن الضغوط الانفعالية والبيئية والشخصية بإمكانها أن تترك أثرا بيولوجيا على الفرد مفرزة اضطراب سيكوسوماتي إلا أنها لم تستطيع أن توضح لماذا عند تعرض الأفراد للضغوط في ظروف مشابهة تنمو لديهم أعراض عضوية معينة وأخرى مختلفة.

المحاضرة 06: النظرية التحليلية الدينامية

أهداف المحاضرة:

التطرق الى دور الانفعالات في ظهور الأمراض الجسدية من خلال عرض مدرستين مختلفتين: مدرسة شيكاغو بقيادة "ألكسندر" ، ومدرسة بوسطن (التكتم الانفعالي).

تمهيد:

ترجع أصول معظم المفاهيم والمصطلحات المستعملة في مجال السيكوماتية الى نظرية التحليل النفسي، حيث أكدّ منذ الوهلة الأولى "س. فرويد" على دور العوامل النفسية في إظهار الاستجابات الجسدية مثل "الهستيريا" التي تعتبر تعبير رمزي لصراع لاشعوري، وأن الطاقة النفسية المكبوتة يحدث لها تفريغ من خلال منفذ فيزيولوجي. يقول"مارتي" (P.Marty) في هذا الصدد: إن فهمنا للظاهرة السيكوسوماتية ما كان ليكون لولا أعمال سيغموند فرويد والمتمثلة في اختراعه للتحليل النفسي.

(P.Marty,1999,p19)

فلو رجعنا الى النصوص الأولى لِ "سيغموند فرويد" لوجدنا أن الحركة السيكوسوماتية انطلقت من الأسس والمبادئ التي وضعها، فكان يرى أن النزوة (Pulsion) هي مفهوم طاقوي وكمكون أولي يدخل في علاقة مع الأنا وعليه يعتبرها ظاهرة جسدية– نفسية (Phenomène Somato–psychique)

(Kienberg,2001,p04)، في حالة عدم اشباعها تحدث استثارة نفسية تؤدي الى اعراض جسدية، حيث يقول في هذا الصدد: الأنا قبل كل شيء أنا جسدي" كون الجسم كسطح للنفس من خلال اعتماد النفس على الجسد للتعبير عن صراعاتها.

كما وضح في كتاباته أن أعراض الهستيريا ليس لها أساس تشريحي اكلينيكي وإنما تجسيد صراعات لاشعورية في اصابة عضوية، ليتوصل فيما بعد أن الذكريات العميقة وما تحمله من قيم عاطفية لها دور قوي في حدوث الصدمة المرضية التي تؤدي بدورها الى الهستيريا التحولية (Kienberg,2001,p18).

في سنة 1913 في مؤتمر أين تمّ عرض حالة تعاني من الربو من طرف الباحث Felix Deutsh (1884–1964) وطرح من خلاله بأنه توجد أعراض جسدية لها منشأ نفسي ولا تنتمي الى الهستيريا، مما أعطى الانطلاقة الأولى للفكر التحليلي لتفسير الاضطرابات السيكوسوماتية عن طريق كل من Ferenzi&Groddeck واقترحوا مصطلح المتلازمات العضوية Syndromes organiques ، والتي تعتبر حسب نظرهم نوع من التمثل الرمزي للاستعدادات الرمزية للفرد تنتظم وتتطور بطريقة مشابهة للأعراض العصابية.

فمن خلال تطور أفكار التحليل النفسي غُرست بذور السيكوسوماتية لتتفرع منها عدّة مدارس وتوجهات أخرى عملت كلها على دراسة هذه الأمراض وتفسيرها ليصبح الحقل السيكوسوماتي غني بالمصطلحات والمفاهيم.

1.النظرية الانفعالية:

- **مدرسة شيكاغو:(العصاب وخصوصية الصراع):**

ممثل هذه النظرية هو:ألكسندر" حيث قدّم بروفيل دينامي لكل مرض وحسب رأيه يحدث عصاب العضو عن نمط خاص من الصراع اللاشعوري بشرط توفر ثلاث عوامل وهي:

-هشاشة العضو وقابلية خاصة للعضو تسمى العامل الجسدي

-البنية النفسية الصراعية (نوع خاص من الصراع وآليات الدفاع)

-الوضعية الحالية من الصراع أي الظروف الحالية التي تثير الانفعال.

قد افترض "ألكسندر " في البداية أن الصراع الانفعالي لا ينتج مرضا بنفسه وإنما هؤلاء المرضى تكون لديهم قابلية بنائية لإصابة الأعضاء تمثل ضعفا جسميا موروثا يجعلهم أكثر هشاشة وقابلية خاصة لإصابة العضو. ثم اقترح أن كل اضطراب سيكوسوماتي يعكس نمظا معينا من الصراعات اللاشعورية تعبّر وترمز الى نوع من الصراع الذي يؤدي الى حدوث حالة تثبيت لمراحل سابقة من النمو، والتي بدورها تنشط ردود أفعال فيزيولوجية معينة مرتبطة بهذه الصراعات في الطفولة.

كما أشار "ألكسندر" أن الصراعات التي تُثير الانفعال ترتبط بثلاث حاجات:

-الرغبة في التقمص أو في الاستقبال والأخذ

-الرغبة في التخلص من شيء ما أو بذل انفعال شديد للتخلص منه.

-الرغبة في الاحتفاظ بشيء ما أو الزيادة عليه.

هذه الرغبات تصبح مرتبطة بالعديد من الوظائف الجسمية في الطفولة، وإذا حدث احباط لهذه الرغبات حدث صراع لاشعوري وتثبت خبرات الفرد عند هذه المرحلة (عطوف،1988، ص63).

وميّز "ألكسندر بين فئتين من المرضى السيكوسوماتيين:

الفئة الأولى المتعلقة بالنشاط الزائد للجهاز السمبتاوي الذي يتحكم في ردود أفعال حركية للمقاومة والهروب والعدوانية، فهم يمتازون بالنشاط الزائد، مقاومين وتندرج تحتها: الضغط الدموي،الصرع، السكري.

الفئة الثانية المتعلقة بالنشاط الزائد للجهاز البراسمبتاوي الذي يتدخل في حالة الراحة والمرتبطة بردود الأفعال غير النشطة، فهم يمتازون بالحاجة للتبعية العاطفية والحماية المفرطة، ويندرج تحتها مرض الربو، القرحة المعدية، الأمراض الجلدية. (جافري،2019، ص250).

وأخيرا يمكن أن نلخص تصورات النظرية الانفعالية لألكسندر في فكرتين رئيسيتين:

-كل حالة انفعالية تحدد ظهور مجموعة من الأعراض الفيزيوباتولوجية.

-تظهر الاصابة السيكوسوماتية كإستجابة لحالة انفعالية صراعية لا يستطيع الفرد التحكم فيها.

- **مدرسة بوسطون (التكتم الانفعالي / Alexithymie):**

ذهبت مدرسة بوسطون بقيادة (Nemiah&Sifnéos 1973) للتوسع في دور الانفعالات في ظهور الأمراض الجسدية أين يعتبر التكتم (Alexithymie) مؤشرا هاما للدلالة على دور الانفعالات في ظهور الجسدنة. ما هو التكتم؟

التكتم اصطلاحيا هو غياب الكلمات لوصف الانفعالات حيث البادئة A تعني غياب، Lexi: الكلمات، Tymie: المزاج. وبالتالي تشير لغياب القدرة على التعبير الانفعالي.

تعرف الألكسيتيميا بأنها سمة يشترك فيا الجانب الوجداني والمعرفي للفرد تتميز بضعف الوعي بالمشاعر الخاصة وعدم القدرة على تمييز العلاقة بين الأعراض الجسمية والحالات النفسية للشخص وسيطرة التفكير الموجه للخارج من خلال التركيز على تفاصيل الأحداث الخارجية أكثر من التركيز على المشاعر الداخلية، اضافة الى محدودية عملية التخيل.(حافري ، بخوش،2019).

ظهر مفهوم التكتم سنة 1973م من طرف بعد الملاحظات العيادية لمرضى الاضطرابات السيكوسوماتية الذين لم يُجدي معهم العلاج النفسي التحليلي، ولاحظ بعض السمات المميزة لديهم تتضمن ثلاث عاصر أساسية وهي: صعوبة في الوعي والتعبير عن المشاعر، ضعف في عمليات التخيل ونمط معرفي جامد .

من ثم اقترح مصطلح الكسيتيميا ليشير به الى عدم قدرة الفرد على التعبير عن مشاعره، وافترض وجود أسباب عصبوفيزيولوجية واتصال غير ملائم بين النظام اللمبي والقشرة المخية، وهو ما يشير اليه في هذا الصدد بمصطلح "الحبسة الانفالية" بسبب وجود خلل في الاتصال بين النصفين الكرويين والجسم الجاسئ.

كما فسّر النموذج بيونفس- اجتماعي التكتم لاحتمال خلل في المكونات الوراثية كنتيجة لمواجهة الوضعيات المؤلمة والأحداث الصدمية ما يؤدي الى اتلاف البناء الدماغي الفيزيولوجي، التشريحي والكيميائي للفرد وبالتالي تُرسخ صفة التكتم لديه. (الزيادات والشريفين،2019،ص211).

أما المجال السيكوديناميي فيفسر التكتم الى اضطراب في النمو العاطفي خاصة غياب لابتكار الموضوع الانتقالي، حيث يقول"كرسلر" أن الوظائف لا تُسير فيزيولوجيا فقط بل تحتاج الى توظيف نفسي واستثمار ليبيدي على أساس الدعم الأمومي، هذا الاضطراب يؤدي الى انقطاع مبكر لهوام التقمص مع الأم ما يشكل مدخل للتكتم. في هذا الصدد لا بدّ الاشارة الى الدور الفعال للموضوع الانتقالي الذي جاء به D.Winnicott الذي يمّكن الطفل من الانفصال المؤقت ومساعدته نحو الاستقلالية والتالي القدرة على الخيال والرمزية. كما وضح J.Lacan فشل أمّهات السيكوسوماتيين في نقل أطفالهن من البعد الواقعي الى البعد الخيالي فالرمزي وبالتالي فالأفكار والمدلولات تعبّر عن نفسها بأعراض جسدية (ميموني، 2015).

وحسب Sifnéos 1996 يرجع سبب التكتم لوجود خلل وظيفي في التفاعل بين الطفل وأسرته وغياب العناية المومية والدعم العاطفي وارغامه بضرورة الامتثال الاجتماعي. كما افترض

Mac Dougall 1989 بأن التكتم عبارة عن ميكانيزم دفاعي بدائي يظهر في مراحل النمو المبكرة ضد قلق فقدان الموضوع مما يسبب انقطاع للعاطفة التي

تتجمد وهو ما يُطلق عليه Crocos تسمية الميكانيزم الدفاعي بجمود العاطفة مما تتحول الى مخدر للانفعالات ما يسمح بتخفيف الألم النفسي وادخار الطاقة لأجل ادماج الوضعية الصعبة (حافري وبخوش،2019، ض131).

أما المظاهر العيادية التي قد تتخذها الأليكسيتيميا فهي كالتالي:

-عدم القدرة على التعرف والتعبير اللفظي عن الانفعالات الخاصة به.

-محدودية الحياة الخيالية خاصة القدرة على أحلام اليقظة.

-الميل للفعل من أجل تجنب أو حل الصراعات كوظيفة دفاعية ضد الألم النفسي أو كمخدر للانفعالات ما يسمح بتجنب الانفعالات المؤلمة وادخار الطاقة لأجل ادماج الوضعية الصعبة.

-صعوبة اقامة علاقات اجتماعية موفقة مع الأخرين مع الافراط في استعمال التضاعف الاسقاطي لأنهم يُدركون الأخر بصورة غير دقيقة وغير سوية أي منفصلين عن الأخر ويرونه بصورة إسقاطية وكأنه نوع من صورة ذاتهم ويحاولون بهذا المحافظة على ارتباطهم الرمزي ومسيرين من طرف نموذج مثالي وجماعي. (Taylor,1990).

المحاضرة 07: النظرية التحليلية الدينامية

(نظرية الاستعداد+ نظرية خصائص أو أنماط الشخصية)

أهداف المحاضرة:

ابراز دور بعض السمات وبعض الشخصيات في تهيئة ظهور بعض الاضطرابات السيكوسوماتية انطلاقا من سمات وأنماط سلوك التي تميز كل نوع من أنواع الاضطرابات السيكوسوماتية.

. نظرية الاستعداد (H. Dunbar):

حاولت"هيلين دنبار" انطلاقا من تساؤلها حول امكانية وجود عامل للشخصية أو بنية للشخصية خاص له تأثير على نوع محدد من الخلل الفيزيولوجي في تطوير وتعميق فكرة الاصابة السيكوسوماتية وتفسير العلاقة بين النفس والجسد. ولاحظت من خلال دراسة (1943) عينة كبيرة من المرضى المتواجدين بالمستشفيات، تمّ من خلالها استخراج ووصف نماذج نفسية ولكل نموذج نمط معين من الأمراض السيكوسوماتية. جاءت النتائج التي توصلت اليها بعد وضع اجراءات دقيقة بملاحظة فيزيولوجية وملاحظة سيكولوجية على أن الأمر يتعلق ببنية الشخصية التي تُضعف منطقة محددة من الجسم أمام الاعتداءات الخارجية والتي بدورها تمهد الأرضية لحدوث المرض الجسدي .

كما أضافت أن السبب ليس دائما نفسي ولكن يمكنه أن يكون خارجي لكن بنية وسمات الشخصية هي التي تجعل جزءا من الجسم هشا ويؤهله الى التأثر ويهيئه الى العرض الجسدي(Chenoumi,2000).

قامت "دنبار" باستعارة مفهوم نمط الشخصية من "يونغ" () ووضعت فرضية خول امكانية وجود عامل الشخصية يكون خاصا بنوع محدد من الاضطرابات السيكوسوماتية باللجوء الى استعمال الاختبارات النفسية والأساليب الاحصائية لأجل توضيح العلاقة بين النفس والجسد من خلال دراسة العلاقات بين سمات الشخصية والأعراض العيادية السيكوسوماتية لعينة كبيرة من الحالات. استخرجت مجموعة من الأمراض الجسدية وبروفيل الشخصية الذي يناسب كل واحد منها ويشترك فيها مجموعة من الحالات.

فوصفت بروفيل 80/ من ضحايا الاضطرابات السيكوسوماتية على أنهم يشتركون في السمات التالية: اندفاعيين، يحبّون المغامرة، يعيشون في الحاضر، غير قادرين على ضبط عدوانيتهم. وحددت لكل اضطراب بروفيل خاص به واستطاعت بتقديم بروفيلات محددة للشخصية من خلال عرض ثمانية أمراض سيكوسوماتية ما أسمته بالشخصية القرحية، الشخصية المصابة بالسكري، الشخصية المصابة بالضغط الدموي..وهكذا. وافترضت في الأخير ما يلي:

أن الطاقة النفسية تحدث لها اعاقة تمنعها من التعبير الملائم عنها في السلوك، ومن ثمّ ينحرف مسارها عبر منافذ أخرى من خلال التعبير الحشوي ويصبح الخلل إلا نتيجة لإطالة هذا التفريغ المنحرف.

واستنتجت في الخير أن المشكلة تتعلق ببنية وتكوين الشخصية وسماتها هي التي تحدد وتمهد الأرضية لظهور العرض الجسدي من خلال إضعاف منطقة محددة من الجسم أمام الاعتداءات الخارجية.

(تفاحة، 1996،ص42).

من بين الانتقادات التي وُجهت لنظريتها هو عدم توضيحها بين ما هو نتيجة وما هو سببية، حيث من المفترض أن توصيف نمط الشخصية هو كمحدد ثانوي وليس كمحدد أساسي، فقد يكون نمط الشخصية عبارة عن انعكاسات سلبية أو ثانوية ناتجة عن تأثيرات المرض وليست قبل المرض كعامل سببي مساهم في ظهور المرض (حافري، 2018).

2.نظرية خصائص الشخصية أو أنماط الشخصية:

يهتم علم النفس في دراسة الشخصية نواحي متعددة من حيث تركيبها، أبعادها الأساسية، نموها، تطورها، محدداتها الوراثية والبيئية وطرق قياسها واضطراباتها، كل ذلك على أساس نظريات متعددة، هدفها جميعا التنبؤ بما سيكون عليه سلوك الفرد في موقف معين حتى يمكن ضبطه والتحكم فيه.

كما تتأثر دراسة الشخصية بميدانيين علميين هما العلوم الاجتماعية والعلوم البيولوجية، حيث يهتم علم الاجتماع بدراسة الشخصية من خلال نِتاج عوامل ثقافية ونظم اجتماعية كالزواج والأسرة والدين والنظام السياسي مع عدم انكاره لأثر العوامل الوراثية. أمّا الطب النفسي فيهتم بأنواع محددة من الاضطرابات والأمراض

التي تصيب الشخصية ومن ثمّ كيفية تشخيصها وعلاجها ومآلها. حيث أكدّ (Eyzenek 1957) على وجود همزة وصل بين العلوم الاجتماعية والبيولوجية من خلال

السلسلة السببية التي تنطلق غالبا من العلوم البيولوجية مرورا بعلم النفس (سلوك) وصولا الى علم النفس الاجتماعي.

تعكس شخصية الفرد وتكامله النفسي والجسدي والاجتماعي تأثيرا متبادلا من خلال تأثير عناصرها ببعضها البعض لكي تعطي صورة واضحة تحدد طريقة تفكيره وتعبيره عن انفعالاته وطبيعة تفاعلاته مع ذاته والآخر، فنستطيع من خلالها فهم سلوكه وتفسيره والتنبؤ به.

في ضوء التقدم الحضاري والتكنولوجي والتغيرات السريعة قد يتعرض الفرد لكثير من الضغوط والمواقف المثيرة للانفعالات التي تؤثر بشكل مباشر على تكيفه وتوافقه النفسي والعضوي تتمظهر عند البعض على شكل اضطرابات سيكوسوماتية استجابة لهذه المواقف والانفعالات.

اهتم العديد من الباحثين عن دور بعض السمات وبعض الشخصيات في تهيئة ظهور بعض الأمراض الجسدية وكان هدفهم تأسيس فئة من الأفراد لها بعض السمات النفسية وبعض الأعراض الجسدية المشتركة، لدرجة محاولة تحديد نوع الشخصية واحتمالية إصابتها باضطرابات سيكوسوماتية معينة انطلاقا من سمات أو أنماط سلوك التي تميز هذا الاضطراب.

ارتبط مفهوم أنماط الشخصية للأفراد المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية لتوضيح النمط السلوكي المميز للفرد في الاستجابة للمواقف الحياتية المختلفة

وفي التعامل مع ذاته ومع الأخرين. لذلك بروفيل الشخصية ليس سمة الشخصية بل هو أسلوب سلوكي انفعالي يستجيب به الفرد ذو سمات شخصية معينة من خلال التفاعل مع متطلبات البيئة . بالتالي هو نموذج من الشخصية يمكن من خلاله الاشارة على أن الفرد ينتمي إلى هذا النمط من الشخصيات أو ذلك.

يعتبر الطبيبان Freidman & Rosenman أول من قاما بعرض أنماط الشخصية التي ترتبط بالاضطرابات السيكوسوماتية من خلال توصيف نمطين من نماذج الشخصية النمط "أ" والنمط "ب"، ثم أضاف بعدها كل منMorris Greer & سنة 1980 النمط "ج" المرتبط بالاستعداد للاصابة باضطرابات المناعة والأمراض السرطانية، ثم ظهر بعدها النمط "د" المرتبط بارتفاع التعرض للنوبات القلبية الحادة المؤدية للوفاة

- **النمط:أ" (A):** يشمل مجموعة من السمات السلوكية والانفعالية يستخدمها الفرد لمواجهة تحديات محيطهم والتفاعل مع متطلبات البيئة، تتمظهر على الشكل التالي:

عدائيون، يأكلون بسرعة، غير صبورين وقلقين، يضعون أنفسهم تحت الضغط بسبب الاهتمام الزائد بالعمل وإنجازه، يجدون صعوبة في الاسترخاء بدون عمل، فهو نمط يحبّ السيطرة نتيجة شعوره بعدم الأمان الداخلي والذي يعبّر عنه عموما بواسطة العدوانية المفرطة.

هذه السمات بدورها تنتج إفراط في نشاط الجهاز السمبتاوي مما يؤدي آليا في إفراز مفرط للأدرينالين، مما يشير إلى كون هذا النمط أكثر عرضة للأمراض القلبية التاجية، القرحة المعدية، مرض السكري،الربو.

توصل الباحثون أن سمة العدوانية لها ارتباط قوي بالاستجابات الفيزيولوجية إزاء مواقف التوتر والاجهاد، فهم يعتبرونها بمثابة " " في النمط"أ" باعتبارها المكون المضر في سمات هذا النمط.

- **النمط"ب" (B):** هم الأشخاص الأسوياء يحققون التكيف العادي، أكثر هدوءا وصبرا، هادئون، يميلون إلى التمتع والاسترخاء، أقل عدوانية.
- **النمط "ج" (C):** تسمى أيظا بالشخصية المستهدفة للإصابة بمرض السرطان. هو نمط يتميز بقمع الانفعالات السلبية كالغضب، يتميز بالإيثار والثبات أمام المصائب، يميل إلى الانصياع والامتثال الى الأوامر والاستجابة لرغبات الأخرين، نقص الثقة بالذات، مفرط الحساسية، عاجز عن التعبير عن غضبه وعدوانيته من أجل الحفاظ عن صورة جيدة عن نفسه كشخص محبوب حتى لا يتم رفضه.

السمة المشتركة التي اتفق الباحثون على توفرها لدى غالبية الأفراد من هذا النمط "ج" هي صفة القمع للانفعالات السلبية (الغضب والعدوانية).

- **النمط "د" (D):** يميز هذا النمط سمتين أساسيتين:

*التثبيط الاجتماعي كالميل إلى تجنب عن التعبير عن الذات في التفاعلات الاجتماعية، التوتر لسوء الأحوال الاجتماعية كتجنب الخطر الموجود في التفاعلات الاجتماعية مثل الانتقاد واللوم من الأخر.

*العاطفة السلبية: هي انفعالات سلبية ذات طابع اكتئابي مثيرة للقلق مع الشعور بعدم الرضا، لامبالاة وانسحاب اجتماعي، افراط في استرجاع ذكريات المتعلقة بالأحداث الضاغطة والمجهدة مع المبالغة في تقييم العلاقات بين انسانية بالسلبية.

أكدّ (2011) Denollet أن إفراط إفراز هرمون الكورتيزول لدى فئة النمط "د" يزيد بشكل مضاعف عن باقي الأنماط الأخرى، مما يؤدي إلى تسارع نبضات القلب وتوسيع الأوعية الدموية مع ارتفاع نسبة سكر في الدم مما يجعل جهاز المناعة أكثر نشاطا مؤديا بذلك الى تصلب الشرايين وتعرضهم للجلطات والسكتات القلبية وبالتالي يكونون أكثر عرضة لخطر الموت المفاجئ (حافري،بخوش،2000) .

المحاضرة 08: نظرية الاقتصاد السيكوسوماتي

المدرسة الباريسية "بيار مارتي" P. Marty

أهداف المحاضرة:

-توضيح الأهمية الكبيرة التي جاء بها "بيار مارتي" () لخصوصية التوظيف العقلي في إحداث سيرورة الجسدنة والتي تُحدده بنيته الأساسية ودرجة التعقيل.

-شرح الأبعاد الرئيسية للتوظيف العقلي: التعقيل، الفضاء الخيالي، فعالية الدفاعات.

تمهيد:

حاول كل من "ألكسندر ودنبار وفريدمان وروزمان" بربط نمط الشخصية بنوعية الاصابة السيكوسوماتية فيه من المبالغة على اعتبار نمط الشخصية تمثل محدد ثانوي وليس محددا أساسيا.

من هنا ظهرت اشكالية اختيار العضو في الاضطرابات السيكوسوماتية حيث حاولت المدرسة السيكوسوماتية الباريسية الاجابة عليها من خلال مجموعة من العوامل المؤدية الى اختيار العضو، بالاضافة الى العوامل الوراثية، البيولوجية والاستعداد العضوي فإن نوعية التوظيف العقلي للفرد في اقترانها مع أحد العوامل السابقة لها دور أساسي في اختيار العرض الجسدي.

أعطى" **مارتي**" أهمية كبيرة لخصوصية التوظيف العقلي في إحداث سيرورة الجسدنة، واقترح أن المريض ذو التنظيم السيكوسوماتي توظيف عقلي خاص

تحدده بنيته الأساسية ودرجة التعقيل مؤسسة بذلك أساس توظيفه العقلي الذي يتم تقييمه من خلال ثلاث أبعاد رئيسية:

الفضاء الخيالي، التعقيل، وفعالية الدفاعات.

أ) **التوظيف العقلي:** يعرفه كل من(Pongy&Babeau 2003) على أنه مجموع السيرورات والعمليات النفسية من أجل حل الصراع أو التأقلم معه، ويخضع على طبيعة الاستثارات الطاقوية (غريزة الحياة والموت) ومبدأ التعقيل والارصان النفسي في القيام بعمله.

يشكل لبّ التوظيف العقلي التمثلات وما يرافقها من ربط وخيال وترميز. ويتظاهر التوظيف العقلي على عدّة مستويات مختلفة تتمثل في:

-القدرة على الترميز للتمثلات والعاطفة، حيث تشير التمثلات الى كل محتويات التفكير(أفكار، صور عقلية)، في حين العاطفة تشير الى كل الانفعالات بمستوياتها والتي تصاحب الحداث الخارجية أو التمثلات الداخلية.

-التوظيف بالسيرورات الأولية بخضوع العاطفة للاشباع الفوري والشامل من خلال استعمال ميكانيزم الازاحة والتكثيف وباستعمال التفريغ الى الخارج على شكل ردود أفعال حركية واعاشية أو من خلال الاستثمار المفرط للعالم الخيالي.

-التوظيف بالسيرورات الثانوية بارتباط الطاقة بالتمثلات بطريقة متوازنة من خلال سيرورات التفكير المنطقي وليس بالشحنة العاطفية التي استثمرت فيها.

وبالتالي الترميز هو العملية الأساسية وجوهر التوظيف العقلي ويتخذ شكلين أساسين:

نوعية الترميز للنزوات الجنسية والعدوانية ونوعية الارتباط بين التمثل والعاطفة.(حافري،2000).

أ).1.الفضاء الخيالي:

الخيال هو قدرة الفرد على استحضار الصور المخزنة في ذاكرته وخلق صور جديدة في ذهنه مما يشير الى الوعي بما هو غير واقعي أو تمثيل ضمني للواقع دون حواجز أو معوقات الواقع الخارجي.

.(Behar,2006,p19)

ويعتبر الفضاء الخيالي من وجهة نظر المقاربة السيكوسوماتية كاستعارة للفضاء النفسي وما يشكله من هوامات وأحلام واعية واللاواعية. فاستدعاء الخيال هي القدرة على توليد وتشكل الهوامات والأحلام بطريقة جدّ حية كما هو الحال في تمثلات عالم الفرد الحقيقي (Bergeret,2003,p240).

أما "سامي علي" فيعتبر الخيالي كاستعارة للاسقاط حيث يرى بأن الخيالي ما هو الا أحلام في حياة اليقظة، هذيانات، هلاوس، السلوك السحري..

ويرى "سامي علي" على أن كبت وظيفة الخيالي يؤدي الى ترسيخ حقل الباثولوجية لتشمل العضوي أيظا، وأطلق عليها اسم [باثولوجيا التكيف أو التكيف التافه] (Pathologie du banal)، حيث لا توجد أحلام ولا هوامات ولا عواطف أين

يتم تعويض فضاءه الخيالي الخاص بالفضاء الخيالي العام أين تهيمن عليه المعايير الاجتماعية والثقافية لأجل التكيف مع الواقع وتجنب الوضعيات الصراعية فيحصل التكيف على حساب الأحلام والهوامات. ليصبح متطابقا معه من خلال سلوك امتثالي وهو ما يطلق عليهم ب: متأدبين حتى الموت (éduquée à mort)، حيث كل فضاءهم الخيالي يصبح امتثاليا ويصبح أدبهم مبالغ فيه لدرجة الانصياع الى كل متطلبات القوانين الأسرية والاجتماعية، ما ينعكس سلبا على كل المجال الخيالي ويستسلم للواقع كمعيار تكيفي ليحتل مكان الخيالي الذي انسحب تماما (S.Ali,2010,p73).

أ).2.التعقيل (Mentalisation):

يعتبر "**مارتي**" أول من استعمل مفهوم التعقيل في حقل السيكوسوماتية سنة 1970م، أذ شكل هذا المفهوم جوهر ولبّ نظريته ويفسر الاصابة الجسدية الى ضعف أو عجز التعقيل وبالتالي ليس هناك عضو مصاب بل جهاز عقلي مختل (Démentalisation).

ويعرفه" بيار مارتي": التعقيل هو المعالجة الكمية والكيفية للتمثلات والصور النفسية وديناميتها من خلال عمل مجموعة من السيرورات التي تتعلق بالنشاط الموجود في الموقعتين الأولى والثانية، إما على أساس ما قبل شعور والآثار الذاكرتية، أو على أساس الأنا والمكونات العقلية (P.Marty,1999,p13). وهو ما عبّر عنه أن التعقيل هو القدرة على معالجة وارصان التمثلات النفسية للنزوة حسب البعدين الكمي والكيفي. فالكيفية تترجم بالتلوين العاطفي وتنوعه، أما الكمية

فتدل على قدرة الفرد في ايجاد تمثلات. ويقصد بالتمثلات تمثيل الأشياء والكلمات التي نجدها في الأفكار، التفكير، أحلام اليقظة، عناصر الحلم، التخيل، الهذيانات، فهي ما تُشكل مادة الترابطات الفكرية. يُشكل ما قبل الشعور الدعامة الأساسية لها من خلال عامل ربط بين تمثلات الأشياء وتمثلات الكلمات.

كما أشار في هذا الشأن R.Debray: التعقيل هو القدرة التي يمتلكها الفرد لتحمّل ومعالجة ومفاوضة القلق النفسي الداخلي والصراعات البين شخصية. تتجلى هذه القدرة في عمل الجهاز النفسي على ربط الاثارة النزوية عن طريق شبكة التمثلات، في حالة عدم التفريغ للاثارات النزوية وتراكمها يؤدي حتما الى تفاعل سيرورة التجسدن (حافري، 2020).

فحسب"مارتي" تتم سيرورة التعقيل حسب ثلاث محاور:

- الغلاظة (épaisseur): تخص عدد طبقات التمثلات التي تمّ تكوينها وتجميعها خلال تاريخ الفرد.
- المرونة (fluidité): تمثل نوعية التمثلات وكيفية انتقالها فيما بينها خلال مختلف مراحل حياة الفرد.
- الديمومة (permanance): تمثل حضور واستخدام جميع التمثلات في كل وقت على المستوى الكمي والكيفي.
- ثم أضاف محور رابع يتمثل في سيطرة الفعل أو النشاط التمثيلي بمبدأ الألم واللذة أو آلية تكرار النشاط التمثيلي. أي بمعنى أن مسالك اعادة التنظيم للنشاط التمثيلي وتكراره يستند الى ثنائية العلاقة وتناوبها لغريزتي الحياة

والموت، حيث تشجع غريزة الحياة التنظيم في حين تؤدي سيطرة غريزة الموت لخلل التنظيم إما بسبب الضعف أو بفعل الصدمات المتكررة التي يتعرض لها خلال مراحل نموه (Debray, 1999,p42).

أ).3.فعالية الدفاع (efficacité de défense):

تشير فعالية الدفاع الى كمية تواجد الأنا، صلابتها وهشاشتها واختلال تنظيمها مع اختلالات ما قبل الشعور والتي تحدد نوع الدفاع وفعاليته لتحقيق نوع من التوازن والهدوء النفسي من خلال اللجوء الى ميكانيزمات تفريغ الاثارة المرتبطة بالنزوات العدوانية الى الخارج بإسقاطها على مواضيع خارجية غالبا باستعمال الكلمات والصور وما تحملها من قيمة رمزية وما يرتبط بها من تعبير عاطفي مناسب.

(Bergeret,2000)

وتصنف دفاعات المريض السيكوسوماتي على أنها بدائية وغير فعالة، حيث يحدث اختزال بين الرغبة وتحقيقها بسبب ضعف الأنا وهشاشته لعدم قدرته على معالجة الصراع كونه لا يستدخل وعزل اللاشعور عن الشعور لضعف ما قبل الشعور الذي لا يقوم بدوره كوسيط بينهما (يصبح نفاذي).

بالتالي يتعذر على المريض استعمال طريقة الاسقاط الى الخارج لتفريغ الاثارات المرتبطة بالنزوات العدوانية، وبالتالي يتم توجيهها الى الداخل (الجسم) بحدوث اسقاط داخلي ما يؤدي الى الجسدنة.(حافري،2000).

المحاضرة 09: النظرية السيكوسوماتية الادماجية لجون بنجامن ستورا

Jean Benjamin Stora

أهداف المحاضرة:

التعريف بالنظرية السكوسوماتية الادماجية.

ابراز مراحل تطور المقاربة الادماجية.

توضيح أهم مستويات الجسدنة .

تمهيد:

انطلق "ستورا" من فكرة أن الوحدة السيكوسوماتية هي مجموعة من الأنظمة المتشابكة تتشكل خلال سيرورة من النمو النفسي الجسدي والبيولوجي والعصبي ضمن مقاربة نسقية تعمل على الحفاظ على تجانس الاتزان (Homeostasie).

1)أساسيات الوحدة السيكوسوماتية الادماجية:

اقترح " ستورا" (Stora .J–B) تيار نظري عيادي شامل متعدد الأسباب في حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية، لهذا انطلق من اشكالية ما مصير الكم الهائل من الاستثارات جراء الصدمات التي تتدفق في الأجهزة الجسدية وما هي الكيفية التي توضح انتقال هذه الاستثارات الى الجسد؟.

من هنا كان اهتمامه الأساسي في إعادة التفكير في الحقل السيكوسوماتي خصوصا للمقاربة التحليلية ل () وهذا بإدماج البعد البيوعصبي والابتعاد عن

تفسيرات الجسدنة التي تعتمد إلا على البعد النفسي والتي لم تقدم لنا أي تفسير لتدفق الاثارات على مستوى الأعضاء الجسدية، وهذا ما جعله يقدم لنا نموذج شامل تفسيري قيما يخص العلاقة المعقدة بكل أنظمة الأحياء انطلاقا من الجهاز النفسي، المكونات البيولوجية، تاريخ مختلف الأمراض وومختلف الوضعيات العائلية والمهنية التي يواجهها الفرد وأطلق عليها اسم اللدونة البيولوجية العضوية (L'épigénétique) أين تكون في تطور حتة نهاية حياة الفرد، لهذا السبب يضيف أنه مهما كان درجة تعقيل الفرد فهو غير غير معصوم من الجسدنة.

لهذا اقترح "ستورا" (Stora .J–B) أنه لا يمكن تفسير الجسدنة باقتصارنا على اختلال الجهاز النفسي بل تشترك انظمة أخرى بالتوازي : النظام العصبي والبيولوجي و والوظائف المرافقة لها وبالتالي المنظومة النفسية غير معزولة عن المنظومة العضوية.

2) أنظمة الوحدة السيكوسوماتية حسب "ستورا" (Stora.J–B):

تتكون الوحدة السيكوسوماتية من خمسة أنظمة:

- ✓ النظام النفسي (وفق نظرية بيار مارتي)
- ✓ الجهاز العصبي المركزي
- ✓ الجهاز العصبي المستقل (الذاتي)
- ✓ الجهاز المناعي
- ✓ الجهاز الوراثي (Le génome)

هذه الأنظمة تكون مرتبطة ببعضها البعض ويعالج كل نظام متطلبات البيئة الداخلية والخارجية كل حسب وظيفتها تحت نظام معقد مفتوح مبدد للطاقة, فالإثارات الحسية والعقلية تستلزم مطالب عمل الجهاز النفسي الذي يلعب الدور الأول في استخدام آليات الدفاع والتكيف، وإذا تعذر عليه سيحوله الى مختلف الأنظمة المذكورة سابقا.

3)سيرورة الجسدنة من خلال العلاقة الديناميكية للأنظمة الخمسة:

أ)نموذج التحكم المزدوج: عند توقف عمل الجهاز النفسي جراء صدمات ولا يمكنه إكمال عمل إرصان كم الاثارات ثم يستمر نشاطه بطريقة أقل أو غير منظمة هنا يتدخل نوع آخر من التوظيف وهو النظام العصبي المركزي لضمان استمرارية الحياة بطريقة متوازنة ومناسبة لتهديدات المدركة من طرف الأنظمة التحتية العصبية من خلال انتقال الإثارات في محور الهيبوتلاموس (Hypothalamus) للقيام بسلوكات الدفاع أو الهروب من أجل المحافظة على حياة العضوية.

ب)غلاظة الأنا: يشير "ستورا" بغلاظة الأنا هو النموذج العلائقي (التفاعل المستمر)بين الأنا والثوابت النفسية الثلاثة التي تهددها (العالم الخارجي، الأنا الأعلى، الهو) من خلال تقييم الأنا والتعرف على قواه وضعفه وعلاقته مع هاته القوى الثلاثة من خلال النقاط التالية:

- تقييم كمية نزوات الهو خلال سيرورة النضج بالرجوع الى نقاط التثبيت والنكوص

- تقييم بنية الأنا الأعلى وصراعها مع الأنا (أنا أعلى بدائي، أنا أعلى أوديبي، أنا أعلى مثالي)
- تحليل صراع النا مع متطلبات العالم الخارجي وقدرته على التكيف أمام الصدمات القوية والصغيرة وتقييم ردود الأفعال النفسية والجسدية.

في هذا الصدد يقول "ستورا" في إطار وظيفة الجهاز النفسي تكون استجابات نفسية متكيفة أمام الكم من الإثارات والضغوطات اليومية دون استجابات عضوية. وعندما يتجاوز هذا المستوى إرصان الضغوطات تظهر أعراض جسدية مع المشاركة التدريجية للأنظمة الجسدية الأخرى: النظام العصبي المركزي، الجهاز العصبي المستقل (الجهاز المناعي والجهاز الوراثي)، محاولة ضبط وإصلاح تجانس الإتزان ولكن عندما يكون الضغط مستمرا تظهر بوادر اختلال التنظيم التدريجي التي تؤدي إلى الجسدنة الخطيرة.(Stora,2018, 11-14)

4)الأنظمة التحتية الأربعة الأساسية للإستجابة العصبية الخاصة بالإنفعالات:

في العلو العصبية نميز أربعة أنظمة تحتية رئيسية أو أربع مستويات لضبط الانفعالات:

1.4.النظام الاستكشافي: الذي يسمح للفرد بالحفاظ على البقاء (البحث عن اللذة وتجنب الألم)، ما يسمى في اطار التحليل النفسي النزوات ذات الطبيعة الغريزية مثل الكل، الشرب، الجنس..

النواقل العصبية المسؤولة على هذا النظام هو **الدوبامين** المتموقع خاصة في الهيبوتلاموس ومناطق دماغية أخرى مؤثرة بذلك على خاصية الكف والتنشيط لمنظومة التوازن الوسط الداخلي للجسم (درجة الحرارة، الوزن، الجنس..).

يؤكد "ستورا" هنا على تدخل آليات نفسية معقدة تقف وراء مشاكل السمنة وفقدان الشهية العصبي من خلال اصابة نظام التنشيط والكف لحاجة الجوع (الأكل).

2.4.نظام استجابة الهيجان والغضب: هو عبارة عن نظام ردود أفعال اتجاه الغضب والهيجان نتيجة اعتداء ينتج عنه حالات الاحباط المنشط من طرف اللوزة (Amygdale) المتصلة بالهيبوتلاموس. هنا تُعبأ كل وظائف الجسم على مستوى الجهاز العصبي المستقل لتهييئ الفرد للمواجهة: تسارع وتيرة القلب والتنفس، زيادة تدفق الدم الى الجهاز العضلي. يتم تفعيل هذا النظام للحفاظ على سلامة الجسم عند المواجهات العنيفة.

3.4. نظام استجابة الخوف المولد للقلق: هو شبيه بالنظام السابق إلا أنه الفرق الوحيد أن الجهاز الإعاشي هو الجهاز المستقبل للمثيرات كوجود اسهالات مثلا.

4.4. نظام الهلع: ويسمى أيظا بنظام الانفصال والخطر مصحوب بمشاعر الحزن والفقدان المرفقة غالبا بمشاعر اكتئابية. يسيطر على هذا النظام الحلقة الحزامية (Gyrus cingulaire) المرتبطة بأنوية التلاموس والهيبوتلاموس المنشطة بدورها نواقل عصبية أهمها أوسيتوسين و برولاكتين

(Ocytocine et Prolactine) التي تعمل أساسا على حفظ الميكانيزمات الانفعالية المسببة لمشاعر الألم المتعلقة بالانفعال عن فقدان موضوع محبوب وكذلك السلوكات الأمومية.

كخلاصة نستنتج أنه في حالة إصابة النظام النفسي أو توقفه تُنقل الإثارات عن طريق الأنظمة العصبية سالفة الذكر ويتم معالجتها بتنشيط مختلف مستوياتها.

(Stora ,2012/2, pp26-31)

5)المراحل الخمسة للجسدنة حسب "ستورا" (Stora.J-B):

1.5.المرحلة الأولى: وتشمل جميع الاستجابات وردود الأفعال النفسية والجسدية لمواجهة المثيرات كآليات استعجالية يستعين بها الأنا والتي قد تسبب اضطرابات صغيرة ومتوسطة على مستوى الانضباط الذاتي أو تجانس الاتزان ونذكر منها:

- تبني مؤقت لسلوكات نكوصية طفلية.
- تصرفات كل أم مع طفلها: حركات ايقاعية، صوت وحضور جسدي هادئ ومطمئن (الأم صاد الإثارات).

- استعمال النشاط الهوامي الذي يسمح بتفريغ الضغوط والتخفيف من الصراعات النفسية الداخلية.
- التصريح او التعبير الشفهي دون انفعالات الذي يسمح بإعادة تشكيل نسق اتصالي للمشكلة من جديد أو الاعتراف بالضغوطات المرتبطة بالصراعات البين شخصية في الأسرة (زوج/زوجة، ابن/ والدين...).

- التفريغ على المستوى الجسدي من أجل التخفيف من الطاقة العدوانية: ممارسة الرياضة، اللعب، الضحك، البكاءن التدخين، نشاط جنسي مفرط. ويتم اللجوء اليه يوميا بطرق آلية وغير واعية.

2.5.المرحلة الثانية: في حالة تزايد الاحباط والتهديد تُستنفر وظائف تكيف الأنا وتتمظهر العلامات التالية:

-على المستوى النفسي: تهيج، شرود الذهن وأرق مرفقة بمظاهر انفعالية كالغضب، اكتئاب، حساسية مفرطة، سلوكات وحركات قهرية.

-على المستوى الجسدي: اضطراب الوظائف الاعاشية: تسارع دقات القلب ووتيرة التنفس، اسهال، آلام الرأس، اضطراب السلوك الغذائي والجنسي، توترات عضلية.

تصاحب كل هذه المظاهر اضطرابات القلق للتخفيف من مستوى الضغط والتوتر.

3.5. المرحلة الثالثة: نظرا لوجود الجهاز النفسي في حالة ضعف لإستنفاذه كمية كبيرة من الطاقة سوف لن يتحمل في هذه المرحلة امتصاص كمية المثيرات مما يحدث على هذا المستوى انسحاب مؤقت من الواقع، إغماء، فترات نسيانية وذلك للتخفيف من الوضعية الحرجة لكن بدون جدوى. هنا الفرد يكون مجبرا إما اللجوء الى طقوس عقائدية (سحر، رقية، طب بديل..) للتخفيف من الضغوط، أو من خلال توظيف سلوكات قهرية أو هوس السرقة(Kleptomanie) أو هوس الحريق(Pyromanie) محاولا بذلك ضبط النزوات العدوانية.

أما على المستوى الجسدي قد نشاهد تمظهرات سيكوسوماتية: نوبة ربو، التهابات جلديةن نوبة قلبية، حساسية، امساك، اسهال.

هنا في هذه المرحلة استعانة الجهاز النفسي بالمظاهر السيكوسوماتية تسمح للفرد بإيجاد التوازن بين صراع الواقع والنزوات والوعي بصفة مؤقتة واستعجالية وليس بصفة ثابتة.

4.5. المرحلة الرابعة: النزوات العدوانية تصبح غير متحكم فيها بسبب تفكك الأنا، مما يؤدي الى اختلال في التنظيم النفسجسدي للأنا.

في هذه المرحلة يواجه الفرد نوعين من الأحداث الصادمة إما دائمة (ضغط مستمر) أو أحداث حادة متعاقبة ومتكررة وينجم عنها ما يلي:

-على المستوى النفسي : ردود أفعال اكتئابية على شكل الاكتئاب الأساسي بمفهوم "بيار مارتي"، عنف وغضب غير متحكم فيه.، تفكك الأنا من خلال ظهور سلوكات شاذة.

- على المستوى الجسدي: ظهور اضطرابات قلبية وكلوية وتنفسية، اضطرابات المناعة مؤدية بذلك الى التفكك التدريجي لكل الأنظمة الجسدية.

5.5.المرحلة الخامسة: وتسمى حالة الانهيار السيكوسوماتي وسكون التنظيم النفسي(حالة تقاعد)، حيث يكون الأنا منفصل عن الواقع يتمظهر على شكل اختلالات عميقة للعلاقات البينشخصية وغياب الرغبة في الحياة وبعض الحيان

الهروب من الواقع. يمكن لهذا الاختلال أن يصل الى مستويات أكثر خطرا الى غاية الوصول الى حالة الهوس، الذهول، المنخوليا، حالات هذيانية..

أما على المستوى الجسدي حدوث انهاك تام للميكانيزمات الدفاع البيولوجية وتصبح غير قادرة على مواجهة أي إثارة مؤديا في آخر المطاف الى الموت.

Stora J.B http :www.societedepsychosomatiqueintegrative.com/article-histoire-de-la-psychsomatique-cours-du-pr-jean-benjamin-stora-107432555.html

خلاصة:

حاول "ستورا" بناء نموذج نظري متكامل لا يعتمد فقط إلا على المتغيرات النفسية بل حاول دمجها مع التغير الجسدي في تفسير الجسدنة من خلال دراسة العلاقات الديناميكية بين جميع الأنظمة(النفسية والجسدية) في حالة التوازن أو عدم التوازن والفرق بينهما يقوم على أساس فعالية مرحلة التكيف التي تكون حسب التوظيف الجيد للجهاز النفسي والاستجابة النمطية الجسدية ذات طبيعة بيولوجية، هرمونية، مناعية وعصبية.

المحاضرة10: خصوصية المرض السيكوسوماتي وعلاقتها ببروفيل الشخصية

أهداف المحاضرة:

عرض أهم الأنماط السلوكية للشخصية التي ترتبط بالاضطرابات السيكوسوماتية،

من خلال توضيح النمط السلوكي المميز للفرد في الاستجابة للمواقف الحياتية المختلفة وفي التعامل مع ذاته ومع الأخرين.

تمهيد:

تهدف هذه المحاضرة إلى عرض بعض الأسباب المفسرة للاضطراب السيكوسوماتي من خلال أنماط السلوك وأنماط الشخصية (أ، ب، ج) حسب مقاربة علم النفس الصحة، منهم من قدّم تفسيرات ميزّت تاريخ الفكر السيكوسوماتي بداية من حلال إعطاء تفسيرات حول الميكانيزمات الفيزيولوجية في المرض السيكوسوماتي حيث طرح كل من " كانون" (Cannon) و"سيلي" (Seylé) الاشكالية السببية في حدوثه. ثم جاءت المقاربة التحليلية الدينامية لرصد أنماط خاصة من الشخصية التي ترتبط بالاضطرابات السيكوسوماتية.

الشخصية بين النمط والسمة:

يتخذ مصطلح الشخصية معانٍ متعددة وأكثر تعقيدا نظرا لكثرة الاتجاهات العلمية وتعدد الأطر النظرية، لهذا نجد من الصعب تحديد تعريف جامع ومتفق عليه، فالتعريف يختلف باختلاف الاطار النظري.

- اعتبر "**س.فرويد**" الشخصية على أنها تنظيم دينامي يتكون من ثلاث نظم أساسية: الهو، الأنا، الأنا الأعلى وأن لكل جزء وظائفه وخصائصه وميكانيزماته إلا أنها جميعا تتفاعل معا، فأي سلوك هو محصلة تفاعل هذه الأنظمة الثلاثة.
- عرّف" **ألبورت**" (1937): هي التنظيم الدينامي داخل الفرد والذي ينظم كل الأجهزة النفسية والجسمية التي تُملي على الفرد طابعه الخاص في السلوك والتفكير (فيصل عباس،1997).
- يحدد "**بيرت**" (**Burt**، 1941) الشخصية بأنها ذلك النظام الكامل بين النزعات الجسمية والنفسية التي تميز الفرد والتي تقرر الأساليب المميزة لتكيفه مع بيئته المادية والاجتماعية أحمد .
- أمّا "**كاتل Catell**" (1946) فيعرفها: هي ما يمكننا ما نتنبأ ما يكون عليه سلوك الفرد في موقف ما (أحمد مجمد عبد الخالق، 2004).

تتفق معظم التعاريف للشخصية على أنها أنماط سلوكية منظمة وثابتة نسبيا إلا أنها تختلف في تفسير محددات الثبات النسبي لأن لكل فرد مميزاته وظروفه التي يختلف فيها عن الآخرين والعوامل المؤثرة فيها.

أ)المحددات الوراثية: هي كل الخصائص الجسمية، العقلية والاجتماعية والانفعالية والخُلقية التي تلعب دورا هاما في تحديد السلوك.

ب)المحددات الاجتماعية والثقافية: تلعب دور في تقييس بوضوح كيف يسلك كل فرد، مما يجعله يكتسب قيم وعادات واتجاهات والتي تُعطيه فرص التعبير عن

مواقفه وذاته. ويُعد أثر التعلم خير دليل على أهمية البيئة الاجتماعية في تكوين شخصية الفرد.

ج)المحددات الميتاسيكولوجية: هي العوامل الضمنية الدينامية التي تتغير بها الشخصية وتنمو، أو مجموعة من الدوافع والعمليات النفسية المتغيرة أو المسببة للتغير، أو الطريقة التي تتوزع بها الطاقة النفسية تبعا للنظم الثلاث (الأنا، الهو، الأنا الأعلى) والتي قد تؤثر على سلوك الفرد دون أن يعي ذلك، اضافة الى الآليات الدفاعية المستعملة (أحمد محمد عبد الخالق، 2004)

حاول "**فرويد**" في بداية الأمر تقسيم الشخصية الى ثلاث أنماط وذلك على أساس مراحل تطور الغريزة الجنسية وهي كالتالي:

*الشخصية الفمية: يغلب عليها السلوك الطفيلي كالاعتماد على الآخرين والخمول والتشاؤم والنكوص الى مرحلة الحضانة.

*الشخصية الشرجية: تتميز بطابع السلوكات القهريةالوسواسية في مجال النظافة والنظام وتميل أيظا الى البخل والعناد.

*الشخصية القضيبية: تتميز بالنرجسية والعلو والكبرياء وطموحه الغير الواقعي مما قد يسبب لها احباطات مستمرة.

ثم جاء بعدها "**يونغ**" ليقسم البشر الى نمطين: انطوائيين وانبساطيين، تتوزع على كل نمط بعض الوظائف في التفكير والحس والحدس والوجدان. ويتفق "**رورشاخ**"

مع "يونغ" في تصنيف البشر الى نمطين حيث يعرف الانطوائي بأنه: ذو ذكاء عالي وقدرة على الابداع والابتكار وانفعال ثابت مع صعوبة الاتصال بالآخر. أما المنبسط يمتاز بذكاء عادي، متقلب الانفعال، مرونة ومهارات حركية عالية.

ثم جاء **"كريتشمر"** ليضع تصنيفات أخرى تقوم على أساس البُعد الجسمي حيث تبنى فكرة أثر البنية المورفولوجية والجسمية في تحديد نمط الشخصية. حيث قام بقياس البنية الجسمية لفئة كبيرة من المرضى العقليين ولاحظ أن التكوين الجسمي ينحصر في أربعة أنماط وهي:

*النمط الهزلي النحيل(الطويل) Asthenique: ويكون عرضة لمرض الفصام.

*النمط البدين الممتلئ Pycnic: عرضة لذهان الهوس الاكتئابي.

*النمط العضلي الرياضي Athletic: الصرع.

*النمط المختلط(غير متناسق): بجميع الأمراض النفسية والعقلية.

ثم جاء بعد ذلك سنة 1942م **"شلدون" Sheldon** ليؤكد نتائج دراسته للعلاقة الارتباطية بين الخصائص الجسمية والسمات النفسية حيث لاحظ وجود ثلاث أبعاد جسمية التي يتحدد فيها النمط الذي ينتمي اليه وهي:

*النمط الهضمي (الحشوي) Viscerotonique:يتميز بالسمنة وامتلاء البطن، اللعب، اللهو، المرح وسهولة الاتصال مع الطرف اللآخر.

*النمط العضلي Somatomaniaque: يتميز بعضلات بارزة وعظام خشنة، اندفاعي، مغامر، الخوف من الوحدة والأماكن المغلقة.

*النمط العصبي المخي Cerebromaniaque: يتصف بالجدية والتحفظ وسرعة الاستجابة والذكاء والخوف من الأماكن الواسعة والقلق والعزلة وقلة النوم.

نظرية السمّات: لقت نظرية الأنماط انتقادا واسعا بسبب اختزال الشخصية بنمط من الأنماط وأجمعوا على أن السمّة هي الوحدة الأساسية الرئيسية للشخصية وتعرف على أنها: استعداد مسبق أو ميل محدد للاستجابة وتتشكل السمة عبر تفاعل العوامل البيولوجية والبيئية مثال: الشاب الذي يتربى في بيت سلطوي تسود فيه القسوة والشدّة في التعامل هو أكثر عدوانية في تعامله مع الآخرين مستقبلا.

فالسمّة تتميز بأنها: توجد لدى كل فرد، تنسجم نسبيا مع الأنا، ثابتة نسبيا، تتميز بالبقاء الطويل، لذلك اعتبروا أن سمّات الشخصية على اختلافها، تعددها ما هو الا بعض من جوانب الشخصية، فالسمّات التي يظهرها الفرد ما هي الا جانبا من جوانب الشخصية الظاهرة. لهذا اعتبروا الشخصية تركيبا معقدا في القياس مهما بدت واضحة أو محدودة في السمّات الظاهرة، اعتبارا أن كل سمّة من هذه السمّات تمثل جانبا من جوانب الشخصية.

ميّز " Burt" السمات الجسمية والنفسية والاجتماعية، ثم قام بعد ذلك "كاتل" على تخفيض قائمة السمّات الى 16 سمّة واعتقد أنها كافية لوصف الشخصية، حيث أدرج "**كاتل**" الدوافع ضمن هذه القائمة، في الوقت الذي يضيف فيه"**بيرت**" الصفات الجسمية. يقول "لازاروس" قد عالجوا واضعوا نظريات السمات موضوع تحديد قوائم السمات بطرق مختلفة، حيث كانت كل نظرية منها تصنع مصطلحاتها الخاصة بها.

1)بروفيل الشخصية وظهور الاضطرابات السيكوسوماتية:

ارتبط مفهوم بروفيل الشخصية للأفراد المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية لتوضيح النمط السلوكي المميز للفرد في الاستجابة للمواقف الحياتية المختلفة وفي التعامل مع ذاته ومع الأخرين. لذلك بروفيل الشخصية ليس سمة الشخصية بل هو أسلوب سلوكي انفعالي يستجيب به الفرد ذو سمات شخصية معينة من خلال التفاعل مع متطلبات البيئة (جمعة سيد يوسف، 2000). بالتالي هو نموذج من الشخصية يمكن من خلاله الاشارة على أن الفرد ينتمي إلى هذا النمط من الشخصيات أو ذلك.

يعتبر الطبيبان Freidman & Rosenman أول من قاما بعرض أنماط الشخصية التي ترتبط بالاضطرابات السيكوسوماتية من خلال توصيف نمطين من نماذج الشخصية النمط "أ" والنمط "ب"، ثم أضاف بعدها كل منMorris Greer & سنة 1980 النمط "ج" المرتبط بالاستعداد للاصابة باضطرابات المناعة والأمراض السرطانية، ثم ظهر بعدها النمط "د" المرتبط بارتفاع التعرض للنوبات القلبية الحادة المؤدية للوفاة

- **النمط:أ" (A):** يشمل مجموعة من السمات السلوكية والانفعالية يستخدمها الفرد لمواجهة تحديات محيطهم والتفاعل مع متطلبات البيئة، تتمظهر على الشكل التالي:

عدائيون، يأكلون بسرعة، غير صبورين وقلقين، يضعون أنفسهم تحت الضغط بسبب الاهتمام الزائد بالعمل وإنجازه، يجدون صعوبة في الاسترخاء بدون عمل،

فهو نمط يحبّ السيطرة نتيجة شعوره بعدم الأمان الداخلي والذي يعبّر عنه عموما بواسطة العدوانية المفرطة.

هذه السمات بدورها تنتج إفراط في نشاط الجهاز السمبتاوي مما يؤدي آليا في إفراز مفرط للأدرينالين، مما يشير إلى كون هذا النمط أكثر عرضة للأمراض القلبية التاجية، القرحة المعدية، مرض السكري،الربو.

توصل الباحثون أن سمة العدوانية لها ارتباط قوي بالاستجابات الفيزيولوجية إزاء مواقف التوتر والاجهاد، فهم يعتبرونها بمثابة " " في النمط"أ" باعتبارها المكون المضر في سمات هذا النمط.

- **النمط"ب" (B):** هم الأشخاص الأسوياء يحققون التكيف العادي، أكثر هدوءا وصبرا، هادئون، يميلون إلى التمتع والاسترخاء، أقل عدوانية.
- **النمط "ج" (C):** تسمى أيظا بالشخصية المستهدفة للإصابة بمرض السرطان. هو نمط يتميز بقمع الانفعالات السلبية كالغضب، يتميز بالإيثار والثبات أمام المصائب، يميل إلى الانصياع والامتثال الى الأوامر والاستجابة لرغبات الأخرين، نقص الثقة بالذات، مفرط الحساسية، عاجز عن التعبير عن غضبه وعدوانيته من أجل الحفاظ عن صورة جيدة عن نفسه كشخص محبوب حتى لا يتم رفضه.

السمة المشتركة التي اتفق الباحثون على توفرها لدى غالبية الأفراد من هذا النمط "ج" هي صفة القمع للانفعالات السلبية (الغضب والعدوانية).

- **النمط "د" (D):** يميز هذا النمط سمتين أساسيتين:

*التثبيط الاجتماعي كالميل إلى تجنب عن التعبير عن الذات في التفاعلات الاجتماعية، التوتر لسوء الأحوال الاجتماعية كتجنب الخطر الموجود في التفاعلات الاجتماعية مثل الانتقاد واللوم من الأخر.

*العاطفة السلبية: هي انفعالات سلبية ذات طابع اكتئابي مثيرة للقلق مع الشعور بعدم الرضا، لامبالاة وانسحاب اجتماعي، افراط في استرجاع ذكريات المتعلقة بالأحداث الضاغطة والمجهدة مع المبالغة في تقييم العلاقات بين انسانية بالسلبية.

أكدّ (2011) Denollet أن إفراط إفراز هرمون الكورتيزول لدى فئة النمط "د" يزيد بشكل مضاعف عن باقي الأنماط الأخرى، مما يؤدي إلى تسارع نبضات القلب وتوسيع الأوعية الدموية مع ارتفاع نسبة سكر الدم مما يجعل جهاز المناعة أكثر نشاطا مؤديا بذلك الى تصلب الشرايين وتعرضهم للجلطات والسكتات القلبية وبالتالي يكونون أكثر عرضة لخطر الموت المفاجئ .

(حافري،2000)

1.3) الشخصية السيكوسوماتية في إطار المنحى السيكوسوماتي التحليلي:

في البداية حاول كل من "دينبار" و"ألكسندر" في ايجاد بروفيل شخصية المريض السيكوسوماتي عن طريق التفسير الفيزيولوجي لنشأة الاضطرابات، حيث قدّم "ألكسندر" بروفيل دينامي لكل مرض (الربو، القرحة المعدية، أمراض

الجلد...) وحسبه يحدث عصاب العضو عن نمط خاص من الصراع اللاشعوري بشرط توفر ثلاث شروط:

-هشاشة العضو وقابلية خاصة للعضو تسمى العامل الجسدي x

-البنية النفسية الصراعية (نوع خاص من الصراع وآليات الدفاع)

-الوضعية الحالية للصراع أي الظروف الحالية التي تثير الانفعال.

أي بمعنى أنه افترض أن لبعض الصراعات خاصية التأثير على أعضاء معينة، فكل حالة انفعالية نوعية تترجم في البداية باضطراب وظيفي متمركز في عضو أو جهاز ثم يتحول لاحقا إلى اصابة تشريحية بتكرارها.

أما "دينبار" فركزت على بنية الشخصية وتأثيرها على نوع الاصابة السيكوسوماتية وكما أضافت أن السبب ليس دائما نفسي ولكن يمكنه أن يكون خارجي، لكن بنية الشخصية هي التي تجعل جزءا من الجسم هشا مما يؤهله إلى التأثر ويهيئه إلى التجسيد.

جاءت في الأخير المدرسة السيكوسوماتية الفرنسية ل "مارتي" رصدت نمط خاص من التعبير عن الأحداث الداخلية والخارجية أطلق عليها الشخصية السيكوسوماتية وتتميز بما يلي:

- **التفكير العملي (pensée opératoire)**: حسب "روزين دوبري" (Debray 1983,p23) هو نوع من التفكير تسود فيه الميول إلى الملموس والحاضر، حيث يُضيف "مارتي" في هذا السياق في كتابه

L'ordre psychosomatique تسود الفرد حياة عملية تتمظهر غالبا في صورة ميت/حي. حيث يبقى الفرد منهمكا في عمله كالرجل الآلي ولا يقدم أي شكوى، فاستثمار السيكوسوماتي المفرط لعالمه الخارجي يؤدي إلى اجهاد نفسي/جسدي، فعلاجه يتمثل في الراحة وبما أنه يدافع ضد الاتكالية والسلبية فهو يعتبر هذه الراحة تؤدي به إلى الاتكالية وعليه مقاومتها بالحياة العملية لتفريغ الطاقة والاثارة وهذا ما يؤدي به إلى الاعياء والتعب (أمال فاسي، 2010). أما من الناحية العيادية فيتمظهر هذا النوع من التفكير عل النحو التالي:

-تفكير ملموس واستثمار مفرط للواقع مع غياب الابداع عالقا في الحالي والآني، خالي من النشاط الهوامي فالفرد كأنه يستسلم لروتين الحياة اليومية دون توظيف المشاعر.

-الاتصال يكون في اتجه خطي ومحدود ولا مجال لتوسيع وإثراء كلامه، أمّا التفاعلات العلائقية فتتميز بالصلابة وغير نفاذية.

-الامتثالية الاجتماعية: يتبنى الفرد تكيفا مبالغا مع الزمن الاجتماعي واحترام مفرط للوقت والمواعيد كسدّ لثغرات الوقت الذاتي حيث تشبههم (Debray,1983) بالرجل الآلي بالإفراط في العمل ولايقدم أي شكوى كمحاولة لتثبيت مشاعر الهوية الغائبة لديه واستقلاليته الناقصة. (Samadja.C 2001).

- **الاكتئاب الأساسي (Depression essentielle)**: يُسميه "**سامي علي**" اكتئاب بدائي وهو يتضمن على الأعراض الأساسية للاكتئاب (آلام،

شكوى، معاناة...) على أساس انحطاط وتقهقر غرائز الحياة يتجه فيه الاحساس بالتقدير النفسي المتدني والجرح النرجسي إلى الدائرة الجسدية ويتمظهر غالبا عندما يُحدث حادث صدمي خلل في القدرة على الارصان العقلي وغياب ميكانيزمات الدفاع التي تصبح غير فعالة فيحل محلها التفكير العملي من خلال عدم تصريف الطاقة أو ربطها، وعلى هذا الأساس الاكتئاب الأساسي هو من العلامات الأولى الذي يسبق التجسدن (سي موسي، خليفة، 2008).

- **الشخصية الألكسيتمية (التكتم الانفعالي):** هو مصطلح مشتق من كلمتين وبادئة.

البادئة **A** : تعني غياب، **Lexi** :كلمات، **Thymie** :المزاج. وبالتالي تشير إلى غياب القدرة على التعبير الانفعالي أو عجز الكلمات عن التعبير الانفعالي.

يعود تسمية التكتم الانفعالي إلى Sifnéos 1973 وتمّ الاعتراف به كمفهوم متفق عليه خصوصا مع المدرسة الباريسية لكونه يجمع مجموعة من الخصائص المعرفية والعاطفية أبرزها:

-عدم القدرة على التعرف والتعبير اللفظي عن الانفعالات الخاصة به.

-محدودية الحياة الخيالية خاصة القدرة على أحلام اليقظة.

-الميل للفعل من أجل تجنب أو حل الصراعات كوظيفة دفاعية ضد الألم النفسي أو كمخدر للانفعالات ما يسمح بتجنب الانفعالات المؤلمة وادخار الطاقة لأجل ادماج الوضعية الصعبة.

-صعوبة اقامة علاقات اجتماعية موفقة مع الأخرين مع الافراط في استعمال التضاعف الاسقاطي لأنهم يُدركون الأخر بصورة غير دقيقة وغير سوية أي منفصلين عن الأخر ويرونه بصورة إسقاطية وكأنه نوع من صورة ذاتهم ويحاولون بهذا المحافظة على ارتباطهم الرمزي ومسيرين من طرف نموذج مثالي وجماعي. (Taylor,1990).

الخاتمة:

تعتبر الشخصية عاملا وسيطيا بين المرض النفسي والعضوي وجوهر الطب السيكوسوماتي من خلال عوامل الخطر أو الحماية مقابل ظهور الأمراض السيكوسوماتية. وعليه من خلال عرض مختلف التناولات النظرية حول العلاقة بين الشخصية وخصوصية المرض السيكوسوماتي يمكننا القول أن السمات الشخصية للفرد وحدها غير كافية لتحديد خاصية المرض الجسدي بل في اقترانها وتداخلها بعوامل أخرى: وراثية، فيزيولوجية، انفعالية، اجتماعية على أساس ما لم يُنظر للانسان نظرة شمولية تكاملية وأن بروفيل الشخصية هو محدد ثانوي كعامل مفجر وليس أساسي.

المحاضرة11 : الفحص وتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية

أهداف المحاضرة:

ابراز أهم العلامات العيادية في تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية.

التطرق الى أهم المعايير التتشخيصية حسب DSM5

مقدمة:

قد تعترض لدى الأخصائي العيادي أثناء الفحص العيادي كثير من الصعوبات التشخيصية أمام كثرة وتعدد المفاهيم والمصطلحات والتسميات وتنوع التصنيفات في الحقل السيكوسوماتي، مما تجعله أمام مسألة معقدّة يصعب فهمها وتفسيرها.

ومع ظهور أدوات تشخيصية علمية دولية () والتي تعمل على تحديد معايير تشخيصية بطريقة صارمة وواقعية ومعرفة تطورها ومآلها.

1.تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية:

في تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية عادة ما تكون الأعراض العضوية هي الظاهرة، ينبغي أولا اجراء الفحوصات الطبية التكميلية من أجل تقييم مدى خطورة الاضطراب العضوي ثم القيام بالتقييم النفسي الشامل للمريض، كذلك التمييز بين الأعراض العضوية ناجمة عن عوامل نفسية أو الأعراض النفسية ناجمة عن مرض عضوي حقيقي، ففي الحالة الأولى استمرار ظهور الأعراض العضوية طالما بقيت العوامل النفسية قائمة، أما في الحالة الثانية فإن زوال الاضطراب العضوي تختفي معها الأعراض النفسية. ().

أكدّ كل من "ويس" (Weiss) وانجلش" (English) 1950 على أنه قبل تشخيص الاضطراب السيكوسوماتي يجب مراعاة النقاط التالية:

- ❖ جمع البيانات من خلال تاريخ حالة المريض (الأسري، الشخصي..) مع التركيز على الفترات الحرجة للنمو بمختلف مجالاته حيث تظهر في كل مرحلة مجموعة من الأعراض.
- ❖ الفحوصات والتحاليل الطبية تقرّ على غياب سبب عضوي واضح للإضطراب.
- ❖ مراعاة السياق الاجتماعي والثقافي للمريض التي قد تكون أحد الأسباب المفجرة(الزراد،2000: 107).

أما "هاليداي"() فقد حدد ست(06) محكات أساسية كمعايير لتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية وهي:

1.تظهر الأعراض أو النوبات العضوية عند مواجهة مواقف انفعالية.

2.ارتباط سمات شخصية معينة بنموذج من نماذج الاضطرابات السيكوسوماتية ويصف هذه السمات في الفئات التالية:

- نموذج هستيري يُظهر أعراض حسية حركية
- نموذج الحساسية الزائدة يُظهر أعراض الربو
- نموذج اتكالي (عدم القدرة على تأكيد الذات والقيام بنشاطات بمفرده) يُظهر أعراض القرحة المعدية وارتفاع ضغط الدم.
- نموذج التضحية بالذات كما في حالة الروماتيزم.

3.اختلاف الأعراض السيكوسوماتية باختلاف نوع الجنس حيث نلاحظ شيوع حالات الربو والقرحة المعدية لدى الذكور ، بينما يلاحظ لدى النساء أعراض الروماتيزم والأمراض المتعلقة بالجهاز الهرموني.

4. قد ترتبط بعض العصابات ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية كاضطرابات متقدمة أو لاحقة.

5. العامل الوراثي يُشير غالبا الى أن نسبة الأباء والأقارب لهم نفس الاضطراب.

6. (السيد أبو النيل، 1994: 215-218).

1.1. تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية حسب الدليل التشخيصي والاحصائي (DSM):

في الدليل التشخيصي الاحصائي الأول(DSM1 : 1951) تمّ ذكر مصطلح الاضطرابات النفسية الفيزيولوجية الحشوية اللاإرادية بدل الاضطرابات السيكوسوماتية وهي استجابات ناتجة عن تراكم التعبير الفيزيولوجي للإنفعالات التي تمّ كبتها منتجة تغييرات بنيوية عضوية على المدى الطويل.

أما في الدليل التشخيصي والاحصائي الثاني (DSM2 :1968) تمّ تغيير المصطلح بالاضطرابات السيكوفيزيولوجية وحذفت عبارة الحشوية اللاإرادية وظلت المعايير التشخيصية كما هي. وفي الدليل التشخيصي الثالث (DSM3 : 1986) ومع حدوث عدّة تغييرات في هذه النسخة بإدخال النظام متعدد المحاور للتقييم، وتمّت مراجعته سنة 1987، حذف مصطلح الاضطرابات السيكوفيزيولوجية ليحل مكانه مصطلح العوامل النفسية المؤثرة على الحالات الطبية، أي بمعنى كل العمليات النفسية التي قد تساهم في حدوث او تفاقم بعض الحالات الطبية الجسدية. أما في الاصدار الرابع (DSM4 : 1994) بقي نفس المصطلح وحافظ على نفس التسمية مع تغيير طفيف بدل العوامل النفسية التي تؤثر على الحالة الطبية الى العوامل النفسية التي تؤثر على الحالة الجسدية.

فبعدما قاموا بمراجعته سنة 2000، قام بإدراج الأمراض السيكوسوماتية تحت مصطح عام هو اضطرابات جسدية الشكل (Troubles somatoformes)

وتضم سبعة فئات هي: اضطرابات التحويل، اضطرابات الجسدنة، توهم المرض، الخوف من التشوه الجسدي، اضطرابات الألم، اضطرابات جسدية الشكل غير متباينة، اضطرابات جسدية الشكل غير محددة.

في حين جاء الدليل التشخيصي الخامس (DSM5 :2013) بمصطلح جديد تحت تسمية: اضطرابات الأعراض الجسدية واضطرابات ذات الصلة، حيث يركز جوهريا في التشخيص على وجود علامات ايجابية ترافق الأعراض الجسدية المتمثلة في سلوكيات وانفعالات وفي بعض الأحيان أفكار غير مكيفة كاستجابة للأعراض عوض التركيز على غياب الأسباب الطبية (Charpeud ; et al, 2015 : 155).

2. العلامات العيادية للاضطرابات السيكوسوماتية حسب DSM5:

خلال الفحص العيادي يؤكد في تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية على وجود العلامات العيادية التالية:

- ✓ تكون الأعراض الجسدية مستمرة في شدتها غالبا مصحوبة بشكاوي متكررة.
- ✓ تردد المريض على مختلف العيادات الطبية من أجل الفحص.
- ✓ وجود أعراض جسدية من نوع الألم، عدم الراحة، اضطرابات حسية حركية كتنمل الأطراف والشعور باختلال في درجة الحرارة..
- ✓ تغير واضح في الداء الاجتماعي والمهني وميادين أخرى مهمة في حياة الفرد.

- ✓ يكون سبب حدوث الأعراض الجسدية وتفاقمها انفعال أو ضغوطات حياتية (طلاق، فشل مهني أو أكاديمي، حداد...) .

3.المعايير التشخيصية للاضطرابات السيكوسوماتية حسب DSM5:

أ) وجود عرض جسدي واحد أو أكثر يسبب ضيق أو تغير دال في الحياة اليومية.

ب) أفكار، مشاعر، أو سلوكيات مفرطة مرتبطة بأعراض جسدية، أو اهتمامات صحية نتيجة هذه الأعراض والمتمثلة في وجود عنصر واحد على الأقل من العناصر التالية:

- أفكار مستمرة ومفرطة حول خطورة الأعراض.
- قلق مزمن ومفرط حول الصحة والأعراض.
- اهتمامات وانشغالات متزايدة وطاقة مفرطة مخصصة لهذه الأعراض.

ج) الأعراض مستمرة ودائمة (عادة أكثر من 06 أشهر).

4. الأشكال العيادية للاضطرابات السيكوسوماتية حسب DSM5:

حسب DSM5 هناك سبعة فئات او أشكال عيادية وهي:

1.4.اضطراب الأعراض الجسدية (Troubles des symptomes somatique):

ما يعرف سابقا باضطراب الجسدنة، يمكنه أن يتطابق مع:

شكاوي جسدية مرتبطة بإصابة طبية فعلية ومؤكدة أو وجود شكاوي جسدية نفسية المنشأ أين لا يتم تحديد أي سبب طبي ظاهر. أما معاييره التشخيصية في كالآتي:

- استمرار الأعراض لمدة لا تقل عن 06 أشهر مع:
- وجود عرض جسدي على الأقل من مجموعة من الأعراض يؤدي الى ضعف في الأداء.
- مشاعر وأفكار وسلوكيات غير متناسقة ومستمرة ترتبط ارتباط وثيق بهذه الأعراض (قلق مستمر، وقت مستهلك لانشغالات واهتمامات بالأعراض..)

2.4.الخوف المفرط من الاصابة بالمرض (Crainte exessive d'avoir une maladie): مايعرف بتوهم المرض سابقا، ويعرفه بأنه انشغال واهتمام غير عادي مفرط حول الاصابة بمرض خطير.، مع استمرارية هذا الخوف لمدة لا تقل عن 06 أشهر.

غياب الأعراض الجسدية مع الحاح المريض على المتابعة العلاجية والقيام بأبحاث مفرطة عن المرض المتوهم به.

3.4.اضطراب التحويل ():

– وجود عرض عصبي على الأقل يؤثر أو يغيرفي وظيفة من الوظائف الحركية أو الحسية (شلل عضوي، اضطرابات بصرية، سمعية،.)

– عدم تطابق الأعراض مع السببية الإمراضية الفيزيولوجية العصبية عند القيام بالفحوصات الطبية العصبية أي العضو سليم.

الخلل هو وظيفي وليس عضوي والذي يمثل هذا الاضطراب ما يعرف بالهستيريا التحولية والذي لم يعد يُستعمل في التصنيفات الدولية.

4.4. الاضطراب الوهمي أو الزائف (troubles factices): ادعاء المريض بأنه مريض من خلال المبالغة أو الاستجابة للمرض كأن يدعي انه مصاب بالسرطان بالرغم من تمتعه بصحة جيدة.

5.4. الاصابات الطبية المتأثرة بعوامل نفسية أخرى(): هنا المريض مصاب بمرض مؤكد وواضح، نتيجة عوامل سلوكية أو نفسية قد تكون سببا في تفاقم أو التأخر في شفاءه. من أبرز الاضطرابات نجد الأكزيما، الروماتيزم....

6.4.اضطرابات الأعراض الجسدية الأخرى المحددة: نستعمل هذه الفئة عندما لا يمكن أن تتجمع وتتطابق فيها المعايير التشخيصية السابقة خصوصا المدة (تكون أقل من 06 أشهر)، من أبرزها الحمل الكاذب أو العصبي الذي يحمل علامات موضوعية وأعراض خاصة بالحمل وفي الواقع لا يتجسد (خاطئ).

7.4. اضطرابات الأعراض الجسدية غير محددة:

تضم كل الحالات التي تكون فيها البيانات غير واضحة لوضع تشخيص محدد، وقد يرجع سببها لحساسية جينية اين تلعب العوامل المحيطية دور كبير في ذلك.

المحاضرة12 : الاضطرابات السيكوسوماتية عند الطفل والمراهق

مقدمة:

تنفرد خصوصية الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأطفال والمراهقين بإرتباطها بطبيعة العوامل النفسية والانفعالية وفقا لمرحلتين هامتين في تشكيل شخصية الفرد. لذا نميز أن طبيعة العوامل النفسية المساهمة في حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية عند الراشد تختلف عنها عند الأطفال والمراهقين بسبب عدم اكتمال النضج النفسي والجسدي، لذا يجب دائما ربط الاضطراب بالمرحلة النمائية التي ظهر فيها (تهديد بخطر، وسيلة تعبيرية اتصالية مع المحيط لتقيق هدف معين باستعمال جسده، ظاهرة تحويلية..).

فطبيعة الأعراض لها دلالتها وتغيراتها وتطوراتها حسب الأشكال والنماذج العيادية ويتطلب تشخيص دقيق من طرف الأخصائي له تكوين معرفي واسع في مجال الاضطرابات السيكوسوماتية عند الطفل والمراهق.

1. التظاهرات السيكوسوماتية عند الطفل:

ترتبط الاضطرابات السيكوسوماتية في مرحلة الطفولة بالحالة النفسية والوجدانية، حيث أكد "كرسلر" (Kersler) في توصيف بنيات نفسية للطفل قد تؤدي الى أعراض جسدية وفق شرطين أساسين:

الأول هو نقص القدرات العقلية لمسايرة الاحباطات والضغوطات المختلفة وما ينجم عنه إفراغ الكم من الاثارات في الجسد. لذا يعتبر حتمية حضور الأم ضروري لحماية الطفل من الاحباطات وذلك بسبب هشاشة التوظيف النفسي للطفل.

أما الشرط الثاني هو تعرضه للنقص والحرمان العاطفي، حيث لاحظ كل من

"سبيتز وباولبي" (Spitz& Bowlby) في شروط العجز في العلاقة أم/ طفل في المراحل الأولى من النمو وانعكاساتها على كفاءة القدرات العقلية للطفل في مسايرة الاثارة، مما يعرقل السيرورة النمائية واصابة بعض الأجهزة العضوية باختلالات واضحة (كفقدان الشهية، تشنجات البكاء الحاد، مغص القولون، عدم القدرة على النوم..). لهذا يعتبر فهم المعاش النفسي للطفل والبنية العقلية وخصائصها قاعدة

أساسية لفهم سلوكه وتحديد المظاهر الملاحظة التي ترتبط بالمرحلة العمرية للطفل باستثناء ما إذا كان هذا الاضطراب راجع لأسباب عضوية مؤكدة.

أما بالنسبة لعلماء النفس السلوكيين يفترضون أن الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأطفال تحدث بسبب التعزيز خصوصا إذا لاحظوا أحد أفراد العائلة يلقى تعزيزا على إظهاره أو شكواه من آلام جسمية.

1.1.الأشكال العيادية للإضطرابات السيكوسوماتية لدى الطفل:

❖ المغص غير واضح الأسباب (Colliques idiopathiques):

يظهر غالبا في بداية الشهر الأول خصوصا أوقات النوم ولا يكشف الفحص العيادي الطبي عن أي سبب عضوي. غالبا ما يبدأ على شكل نوبات من الاثارة والبكاء دون توقف مع تكرارها لمدّة أسبوع على الأقل مع تشكل آلام بطنية إثر تراكم الغازات في القولون. غالبا ما يصاب الأطفال بهذا الاضطراب الذين لديهم إفراط في الرضاعة ما يزيد مشكل الهضم وكذلك الاستجابة الخاطئة لإيقاعات الطفل. تختفي هذه الأعراض بشكل تدريجي حوالي الشهر الثاني أو الثالث، قد يُشكل هذا الاضطراب سوابق لإضطرابات سيكوسوماتية أخرى لاحقا

Jeammet, Reynaud& Consoli,1996,pp239-240

❖ **الاكزيما (الصدفية):** يعتبر من الاضطرابات الجلدية يتمظهر على شكل

طفحات جلدية شاحبة مع احمرار وتعرق مفرط، غالبا ما تظهر على مستوى الوجه والرقبة وتنتشر لاحقا في انحاء الجسم.

يرى () أن التعبير الجلدي للصراعات غالبا ما يرجع الى خلل في العلاقة الثنائية أم/ طفل مع هشاشة خلقية للجلد، وبالتالي عضو الجلد يمثل للطفل واقي حمائي وحاجز ضد ضد الاعتداءات الخارجية ومنطقة التبادل بين الداخل والخارج.

فالاكزيما هي تعبير عن دعوة للملامسة أو رفضها مثل ما أشار إليه (Spitz) حول العناية الأمومية غير الملائمة المختلة نوعيا ويضع هذا الاضطراب في مقدمة المراض النفسية السمية (Psychotoxique).

كما لوحظ لديهم غياب قلق الشهر الثامن (L'angoisse du 8éme mois) والذي يعتبر سيرورة معرفية أساسية للطفل للتمييز بين وجه الأم والغير، بالتالي هنا تكون الاستجابة الانفعالية نفسها أمام الأم والغريب ولا يستطيع تكوين صورة حقيقية عن الذات بسبب عدم تمايز الصورة المستدخلة عن الأم الطيبة والأم السيئة وعدم القيام بالحداد على فقدان الموضوع.

يرى النابلسي (1988) بأن الاكزيما تشكل مجازيا على طلب الطفل من الأم على ملامسته لتعزيز نرجسيته وتدعيمها وتعزيز التفاعل معها.

قد تختفي أعراض الاكزيما حوالي السنة الثانية أو الثالثة من العمر بفضل اكتسابه للإستقلالية دون الحاجة الملحة للملامسة المستمرة للأم بالإضافة الى تدخل أفراد الأسرة (الأب، الاخوة..) فاتحين المجال لإستثمارات عاطفية جديدة تساعد الطفل على النضج والاستقرار.

❖ **نوبات الربو ():**

يعتبر من أمراض الحساسية والسيكوسوماتية متعددة العوامل والأسباب يتمظهر عياديا في عسر التنفس والشعور بالاختناق، صداع، سعال جاف، عطس متكرر وانسداد الأنف.

تتميز نوبات الربو بظهورها المفاجئ والعنيف إثر كل تجربة مؤلمة أو موقف عسير كنتيجة لشدة أو انفعال نفسي حاد أهمها:

تسلط الأم وقسوتها أو النبذ (التفريط)، الاعتماد المفرط على الأم والخوف الدائم من الانفصال والبعد عن الأم، الحماية الزائدة للأم،التنافس والغيرة من ميلاد طفل جديد والحرمان من رعاية وعطف الأم.

يتصف الطفل المصاب بالربو على أنه اتكالي، هادئ، ملامح العلاقات الأسرية محدودة خاصة الأم (غالبا رافضة، امتثالية، برودة انفعالية)، مما يتولد التناقض العاطفي لدى الأم بين الرفض والاحساس بالذنب ولدى الطفل بين الخضوع والاستقلالية. تكون تعبيرات نوبات الربو بمثابة مطلب حتى لا تتركه أمام التهديد بالانفصال عن الأم، حيث يعبّر عنها مريض الربو بقوله: أفضل عسر التنفس والاختناق لنوبة الربو مع الاحتفاظ باهتمام أمي على أن اشفى من النوبة وأفقد اهتمامها بي (النابلسي،1988).

❖ التبول اللاإرادي (Enuresie):

هو حدوث تبول بصورة متكررة وخارجة عن إرادة الطفل بمعدل 4-6 مرات أسبوعيا على الأقل أو عدة مرات يوميا ليلا ونهارا.

يعتبره البعض من الاضطرابات السيكوسوماتية والبعض الأخر شكل من أشكال العصاب لدى الطفل والتي تلعب العوامل النفسية الدور الأكبر في حدوثه.

قد تصاحب عملية التبول اللاإرادي عند الطفل بعض الأعراض منها: القلق، الاكتئاب، قضم الأظافر، مص الأصابع، فقدان الشهية، الانطواء والعزلة، الهروب من المدرسة، الغضب، العدوانية، السرقة..

1.2. الاجراءات التشخيصية للاضطرابات السيكوسوماتية عند الطفل:

- دراسة تاريخ حالة الطفل (المريض) وجمع المعلومات عنه من مصادر مختلفة مما يساعد على التنبؤ بسلوكه.
- معرفة تاريخ الأعراض السيكوسوماتية اعتمادا على دليل المقابلة بمختلف أبعادها ومحاورها: الحياة الصحية، الحياة النفسية، العلائقية، الحياة الحلمية
- الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل وحديثه لمقارنة ما يقوله وما يفعله، مما يساعد على وضع استنتاجات عن الصراعات النفسية والدوافع اللاشعورية التي تحرك سلوك المريض.
- الاطلاع على السجلات والتقارير الطبية والمدرسية الرسمية والتحاليل الطبية
- تطبيق الاختبارات النفسية المقننة أهمها الاختبارات الاسقاطية والسلالم الخاصة بالاضطرابات السيكوسوماتية
- يتم تنظيم المعلومات وتفسيرها على جميع المستويات (السلوكي، الديناميكي،العضوي)

- ينبغي أن تكون الأعراض تسبب القلق أو الكرب أو تؤثر في الأداء اليومي والاهتمام بشكل مفرط بالأعراض في أفكارهم وأفعالهم.

(فيصل محمد، 2009، 212)

المحاضرة 13: علاج الاضطرابات السيكوسوماتية

أهداف المحاضرة:

التعرف على أهم أنواع التكفل العلاجي في مجال السيكوسوماتي.

التركيز على فعالية العلاج المعرفي السلوكي.

تمهيد:

تهدف المقاربة السيكوسوماتية الى التكفل العلاجي للفرد كوحدة كلية (نفس وجسد معا) والذي يزاوج بين العلاج الطبي والعلاج النفسي معا بمختلف أنواعه، وسوف نتطرق الى أبرز التقنيات العلاجية المستعملة في هذا المجال.

1)العلاج الطبي (الدوائي): تتنوع العلاجات الدوائية تبعا لنوع الاضطراب السيكوسوماتي، اضافة الى ذلك توصيف لعلاج أعراضها أبرزها:

1.1.المهدئات (Tranquilisants): تؤثر هذه الأدوية بصفة خاصة على القلق والتوتر الانفعالي أشهرها (Benzodiazepines) والتي تحتوي على أربع خصائص مشتركة: مسكنة (Sédatifs)، مضادة للقلقAnxiolytiques

، ارتخاء العضلات(Myorelaxants)، مضادة للتشنج. يجب الحذر عند استعمالها لأنها تُحدث التعود والادمان. وقد يستلزم في بعض انواع الاضطرابات السيكوسوماتية الاستعجالية التدخل الجراحي مثل القرحة المعدية، مرض القولون الوظيفي..

2.1.العلاج الوهمي (Effets placebo): هي أدوية مزيفة ليس لها أي مفعول كيميائي فارماكولوجي والتي توحي للمريض بالعلاج. يستعمل هذا النمط مع الحالات التي تتميز بالانفعال الزائد ومطاوعون ولا يخضعون لعلاج دوائي معتاد.

3.1.الفيتامينات المضادة للضغوط والاجهاد: أبرزها فيتامين "ب" (B) بشتى أنواعه والكالسيوم، المغنيزيوم والذي يسهل عملية فك التوترات العضلية.

(ميموني،2011، 157).

2.العلاج النفسي:

يهدف الى تعديل نمط حياة المريض وارشاده على تجنب مواقف الانفعال والاجهاد، مع التركيز على أسباب المرض وحل الصراعات النفسية وتجنب القلق

من أبرز تقنيات العلاج النفسي الأكثر استعمالا نذكر ما يلي:

1.2.العلاج التحليلي: نستعمله من أجل مساعدة المريض للتخلص من المكبوتات والصراعات النفسية اللاشعورية وكذلك من الأعراض النفسية المترتبة عن أحداث الحياة المؤلمة والضاغطة، وذلك بتطبيق عدة فنيات كالتداعي الحر، التنفيس الانفعالي، تفسير الأحلام.. (شقير، 2002، 37).

يؤكد كل من (Sifnéos 1995) و(R.Diaktine,J.Bergès,C.Chicland) الابتعاد عن هذا المنحى العلاجي بالرغم من كونهم من رواد الفكر التحليلي، وينصحون بالاعتماد على العلاج المعرفي السلوكي وذلك بسبب العلاقة البيضاء الذي تميزه، خطابه خالي من المرجعية الداخلية " موجود لكنه فارغ" ما قد يصعب عملية التكفل التحليلي.(Debray,1996,p220).

2.2.العلاج المعرفي السلوكي :

يعتبر من بين العلاجات النفسية التي لها صدى كبير في معالجة الاضطرابات السيكوسوماتية، بسبب مرونة تقنياتها، وقصر مدة تطبيقها اضافة الى فعاليتها.

تصنف العلاجات المعرفية السلوكية إلى ثلاث أجيال: الجيل الأول الذي يحيل إلى العلاج السلوكي ويركز أساسا على تغير السلوك، والجيل الثاني الذي يحيل إلى العلاج المعرفي ويركز على اعادة البناء المعرفي، ثم الجيل الثالث الذي اشتهر مع العلاج الجدلي السلوكي، والعلاج باليقظة، والعلاج بالتقبل والالتزام وغيرهم. هذه العلاجات التي تصنف كجيل ثالث تركز عموما على الخبرة الانفعالية والوعي بها وعيش الحاضر، والتركيز على الجسد.

إن هذه الميزة المرتبطة بالتركيز على الانفعالات وعيش الحاضر والوعي بالجسد نفترض أنها جد مهمة بالنسبة للاضطرابات السيكوسوماتية، بحكم أن الآلية السيكوسوماتية نتاج عن دينامية التفاعل المختل بين الانفعالات والجسد. على هذا الأساس هناك امكانية مساهمة هذه الأنماط من العلاجات في علاج الأعراض المصاحبة للإضطرابات السيكوسوماتية. من هنا نعود إلى أدبيات البحث العلمي، محاولين معرفة بعض الاسهامات التي يقدمها العلاج باليقظة الذهنية، والعلاج بالتقبل والالتزام مع الاضطرابات السيكوسوماتية، وهذا بعد التعرف على هذه العلاجات، وعليه نطرح التساؤل التالي: ما هو العلاج باليقظة الذهنية؟ وما هو العلاج بالتقبل والالتزام؟ وفي ما تتجلى اسهامات هذين العلاجين مع الاضطرابات السيكوسوماتية؟

I. اليقظة الذهنية والسيكوسوماتية:

1. تعريف اليقظة الذهنية:

يعود هذا المصطلح إلى الديانة البوذية، ويحيل إلى الوعي والانتباه والتقبل بدون اصدار أحكام واللطف والصداقة مع مؤسسات الحياة (Siegel, 2016, p. 05)

إذن الدخول في حالة من يقظة الذهن تجعل الأفراد يفهمون ويلتفتون إلى أفكارهم وانفعالاتهم على أنها حوادث عقلية منفصلة عن ذواتهم (Eitzgerald & Lueke, 2017, p. 80) . هذه الحالة العقلية عبارة عن دعوة لعدم الحكم على كل التجارب الداخلية والخارجية (Ivtzan and al, 2016, n.d).

ويجدر الإشارة إلى تفريق اصطلاحب ، حيث أشار كل من Brown and Ryan (2003) إلى أن " الغفلة الذهنية" (Mindlessness) عبارة عن غياب اليقظة الذهنية، وهي حالة من ارتباك الوعي نحو التجارب الحاضرة مع اجترار أحداث الماضي والقلق حول المستقبل (Reichl and Lawlor, 2010, n.d).

1.1. مكونات اليقظة الذهنية:

هناك العديد من وجهات النظر التي قدمها الباحثون حول مكونات اليقظة الذهنية وفقا للتوجات النظرية نحوها:

وضع Kabat–Zinn (1990) ثلاث مكونات أساسية لليقظة الذهنية:

- القصد: وهو العملية الأولى التي تمهد الطريق لما هو ممكن ويذكر الشخص لماذا يمارسها أولا، وتظهر أهمية هذه المرحلة في كونها تعمل على تحويل عملية القصد لدى الفرد إلى سلسلة متصلة من التنظيم الذاتيّ إلى اكتشاف الذات.
- الانتباه: ويشير إلى الاحتفاظ بالانتباه الذي يتضمن ملاحظة العمليات التي تحصل لدى الفرد بين لحظة وأخرى وفي الخبرات الخارجية والداخلية.
- الاتجاه: ويشير إلى نوعية اليقظة الذهنية التي تعكس توجيه الخبرة التي تتشكل من التقبل والفضول.

أضاف Hasker (2010) مكونين لليقظة الذهنية هما: التنظيم الذاتي للانتباه في اللحظة الحالية، والثاني يتمثل في الانفتاح والاستعداد والوعي بالتجارب في اللحظة الحالية.

2.1.اليقظة الذهنية والصحة النفسية:

اليقظة الذهنية مرتبطة بمستويات عالية مع: الرضا عن الحياة، الوعي، تقدير الذات، الحيوية، التعاطف، الإحساس بالاستقلالية، المهارة، التفاؤل والشعور بالمتعة (Lebuda , Zabelina & Karwoski, 2015).

كما أن الدراسات أثبتت أن اليقظة الذهنية ترتبط سلبيا مع : الاكتئاب، الغفلة الذهنية، العصاب، التفكك، الاجترار، القلق الاجتماعي، صعوبات الضبط الانفعالي، تجنب تجارب الحياة، شدة التجارب الهذيانية في السياق الذهاني، الأعراض النفسية العامة (Kim, Smoski, Robins, 2011).

بعد ان قدمنا عرض وجيزا للخلفية النظرية لهذا العلاج، نسعى الآن تقديم بعض اسهاماته مع الاضطرابات السيكوسوماتية.

2.العلاج باليقظة الذهنية والاضطرابات السيكوسوماتية:

عرفت الأبحاث العلمية في مجال السيكوسوماتية تطورا ملحوظا، وهذا ما دفع إلى الاستفادة من هذا العلاج باعتبار أن تركيزه وشغله الشاغل ينطلق من الجسد. العديد من الدراسات والأبحاث التي حاولت التأكد من مدى فعالية هذا العلاج حسب ما أوضحته مراجعة منهجية (Lakhan& Schofield, 2013)، حيث أن العلاج باليقظة الذهنية أثبت فعاليته في علاج العديد من الاضطرابات الجسدية والنفسية مثل الاكتئاب، القلق، والألم المزمن. العديد من الأبحاث اهتمت بمدى فعالية العلاج باليقظة الذهنية في علاج الاضطرابات السيكوسوماتية، مثل الفيبروميالجيا، متلازمة التعب المزمن، ومتلازمة القولون العصبي، وهذا ما أظهرته 30دراسة سابقة، حيث تبين أن هناك تأثير ايجابي متوسط للعلاج باليقظة الذهنية في الانقاص من الألم، وحدة اعراض الاكتئاب والقلق المرتبطين بالاضطرابات السيكوسوماتية، ويرفع من درجة جودة الحياة عند المصابين. كما ان هذا العلاج الأكثر تأثيرا في حالة متلازمة القولون العصبي مقارنة بالعلاجات الأخرى.

بطبيعة الحال لا يمكننا أن نقدم تفصيلا دقيقا لكل هذه الدراسات، وإنما سنسعى لعرض بعض البرامج العلاجية التي أثبتت فعاليتها، من اجل ان نظهر اسهامات هذا النمط من العلاج، وكذا تقديم مقدمة بسيطة للباحثين والاختصاصيين النفسانيين عن سير حصص هذه البرامج، من أجل الاستفادة منها، لكن وعلى الرغم من ذلك تبقى مقدمة بسيطة تعريفية، وينبغي على العاملين في هذا القطاع العودة إلى المراجع الأصلية لأنها أكثر تفصيلا.

قام (Fjorback et al, 2012) ببناء برنامج علاجي جماعي يرتكز على أبحاث "كيبات زين" (Kebat Zin)، حيث طبق على 12 فرد مصاب باضطرابات سيكوسوماتية مختلفة، يمتد تطبيق هذا العلاج من ساعة إلى ساعتين في الأسبوع طوال ثمان أسابيع. أثبت هذا البرنامج العلاجي نجاعته في الخفض من الأعراض المصاحبة للاضطرابات السيكوسومایة، ونعرض أهم محتوياته باختصار شديد:

- **الأسبوع الأول: فهم المعاناة (1):** يتم فيها القيام بالوعي والتيقظ للجسد، حيث تهدف الحصة إلى التعليم النفسي حول القلق والأعراض الناجمة عن الاضطرابات السيكوسومایتة. أما القصد من التخطيط لها فهو تجربة احتمالات جديدة واكتشاف فرص جديدة في الحياة.
- **الأسبوع الثاني: فهم المعاناة (2):** يتم الاستمرار في نفس الاهداف السابقة، ويتم برمجة واجبات منزلية مرتبطة بالاسترخاء ومسح الجسد، والجلوس المتأمل.
- **الأسبوع الثالث: ترك الحنين (1):** يتم فيها القيام بالوعي والتيقظ للأحاسيس، وتنمية الرغبة وطاقة الحضور. كما يتم فيها التعلم حول دور العوامل البيولوجية، النفسية والاجتماعية ومدى تأثيرها في ظهور وتثبيت الاضطرابات السيكوسوماتية. القصد من هذه الحصص هو تعلم الملاحظة.
- **الأسبوع الرابع: ترك الحنين (2):** يتم الاستمرار في نفس الأهداف، اضافة إلى ربط الأعراض الجسدية والانفعالية والأفكار والسلوكيات مع بعض. تبرمج واجبات منزلية في نفس الوتيرة حول فحص الجسد والاسترخاء والجلوس المتأمل.
- **الأسبوع الخامس: تحقيق التحرر (1):** يتم بها الوعي والتيقظ بالحالات الذهنية، والتعرف على طريقة عزو الأعراض الصلبة المنحرفة، وتأثير

الادراكات السلبية للمرض. تبرمج واجبات منزلية مرتبطة بالتأمل. والقصد من هذه الحصص هو التحرك نحو المستقبل.

- **الأسبوع السادس: تحقيق التحرر (2):** يتم فيها الاستمرار في أهداف الحصة السابقة، مع العمل على المواقف الصعبة التي تواجه الحالات، وتحديد التشوهات المعرفية.
- **الأسبوع السابع: تعلم المسارات (1):** يتم فيها الوعي والتيقظ للحالات النفسية، ومواصلة تحديد التشوهات المعرفية، وتعلم اللطافة النفسية. تبرمج واجبات منزلية حول اختيار الممارسة المفضلة التي تريد أن تقوم بها الحالات. القصد من هذه الحصص هو تنمية الشفقة حول الذات والآخرين.
- **الأسبوع الثامن: تعلم المسارات (2):** مواصلة أهداف الحصة السابقة، وتقديم تلخيص للحصص.
- **الأسبوع الثاني عشر: انهاء العلاج:** يتم فيها تقديم حولة حول ماهية اليقظة الذهنية، وماهية الاضطرابات السيكوسوماتية.

اجمالا يمكن القول ان هذا البرنامج العلاجي صمم من اجل الوعي التام من خلال فهم المعاناة، ثم التحرر من جل التشوهات المعرفية التي تمس البنية المعرفية، ثم اكتشافات مسارات جديدة في الحياة واتباعها.

هذا البرنامج العلاج في مجمل حصصه مبني على الوعي والتيقظ الذهني، سنعرض الآن برنامج علاجي يرتكز بشكل كبير على العلاج المعرفي، ويستخدم اليقظة الذهنية كتقنية عامة يرتكز عليها العلاج مع الحالات السيكوسوماتية.

1.2.. العلاج باليقظة الذهنية المرتكز على العلاج المعرفي (MBCT) والاضطرابات السيكوسوماتية:

تم صياغة هذا البرنامج العلاجي على يد (Gupta, 2017) بالهند، حيث تم تطبيقه على حالات مصابة باضطرابات سيكوسوماتية (لم تحدد اضطرابات

معينة)، يمتد العلاج حوالي ساعة في الأسبوع، على امتداد 12 حصة، وهو علاج فردي. أثبت هذا العلاج فعاليته على هذه الحالات:

- **الحصة الأولى:** البدأ مع الحالات، قياس الأعراض المصاحبة للاضطرابات السيكوسوماتية.
- **الحصة الثانية:** تذكر الأفكار الساخنة (Thought Diary) التي تقع على الذهن، والطلب من الحالة الحفاظ على هذه الأفكار.
- **الحصة 3 و 4:** التعليم النفسي: شرح دور العلاج المعرفي السلوكي، نموذج الاكتئاب، التوتر والقلق في الاضطرابات السيكوسوماتية، ادراك الأعراض والمرض.
- **الحصة الخامسة:** التركيز على التوجهات المختلة والأخطاء المعرفية التي لها علاقة بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى الحالة، التعليم النفسي حول التأمل واليقظة.
- **الحصة من 6 إلى 12:** اعادة البناء المعرفي من خلال طريقة "باك" في العلاج المعرفي، تطبيق التأمل واليقظة بفحص الجسد.
- **حصص متباعة وانهاء العلاج**

ما يمكن قوله ان هذا البرنامج العلاجي يعمل على اعادة البناء المعرفي أولا، ثم تطبيق تقنيات اليقظة الذهنية. ننتقل الآن إلى عرض برنامج علاجي لكن موجه للأعراض المصاحبة للاضطراب سيكوسوماتي واحد والذي هو متلازمة القولون العصبي.

2.2.العلاج باليقظة الذهنية مع متلازمة القولون العصبي:

تم بناء هذا البرنامج العلاجي على يد (Zomorodi et al, 2014)، وصمم من أجل ادارة القلق لدى حالات متلازمة القولون العصبي من خلال اليقظة الذهنية،

يمتد حوالي ساعتين للحصة، يتكون من 08 حصص. أثبت هذا البرنامج نجاعته مع هذه الحالات:

- **الحصة الأول:** تقديم الحالة، التعرف على نوع المرض ودور العوامل النفسية في متلازمة القولون العصبي، التدريب على تقنيات اليقظة الذهنية من خلال التنفس البطني، الأحاسيس الجسدية، والوعي الانفعالي.
- **الحصة الثانية:** الاستمرار في التيقظ للأحاسيس الجسدية، التأمل مع الوعي للتنفس كهدف أولي للتركيز وتقديمه كواجب منزلي. تحديد دور التأويلات العقلية كطريقة لفهم المسؤولية الشخصية للأفكار. برمجة تمارين في المنزل حول الوعي بالأحداث الجيدة في النشاطات اليومية.
- **الحصة الثالثة:** التدريب على يوغا العقل من أجل تخفيف الأعراض الجسدية للقلق والقيام باليقظة الذهنية. مناقشة الأفكار حول: قوة الجسد، تأثير الأفكار، ملاحظة الأفكار. برمجة واجب منزلي مرتبط بالأحاسيس الجسدية والتأمل واليقظة للأحداث البيئية والوعي طوال النشاطات اليومية.
- **الحصة الرابعة:** تطبيق التأمل مع ادراك الاحاسيس الجسدية بدون تضخيمها. الواجب المنزلي يتضمن اليوغا، التأمل لوقت أطول، والوعي برد فعل القلق.
- **الحصة الخامسة:** مناقشة الواجبات المنزلية السابقة: دور تمارين اليقظة الذهنية (التأمل واليوغا) في الانقاص من استخدام مهارات التكيف الكارثية اتجاه الاحساس بالألم في أعراض متلازمة القولون العصبي. التعبير عن التجارب الفاشلة في استخدام استراتيجيات التحكم في الأعراض واتباع اليقظة الذهنية في الانقاص من القلق في الحياة اليومية. الواجب المنزلي مرتبط بمتابعة التحكم في الأحاسيس الجسدية، اليوغا، التأمل، تمارين الوعي بالأحاسيس الجسدية.

- **الحصة السادسة:** تمارين التأمل، واستخدام عبارات وحكم لمؤلفين في جودة اليقظة الذهنية. تنمية المصادر الداخلية للمرونة الانفعالية المرتكزة على التأمل الجسدي. الواجب المنزلي مرتبط بالوعي بالتأثيرات الانفعالية.
- **الحصة السابعة:** القيام باليقظة الذهنية للأعضاء التي تظهر عليها أعراض جسدية أو نفسية مرتبطة بمتلازمة القولون العصبي. تعزيز الثقة بالذات من خلال ممارسة الوعي، والوعي بالأحاسيس الجسدية.
- **الحصة الثامنة:** نظرة عامة حول الحصص السابقة.

عموما، يقوم هذا العلاج على تعليم الحالات المصابة بمتلازمة القولون العصبي بأهم التأثيرات والأعراض التابعة لهذه المتلازمة، ثم تعليمهم كيفية التأمل وممارسة اليقظة الذهنية للجسد عموما، وفي مرحلة أخيرة التركيز فقط على الأعضاء المرتبطة بالمتلازمة.

هذه اذن بعض الاسهامات التي سقناها لكم، ننتقل الآن إلى علاج أخر من نفس الجيل (أي الجيل الثالث من العلاجات المعرفية السلوكية) والذي يبنى على التقبل والالتزام، بحيث سنعرض مدخلا نظريا، ثم ننتقل إلى بعض اسهاماته في مجال السيكوسوماتية.

يجدر الاشارة إلى أن العلاج بالتقبل والالتزام يستخدم تقنيات اليقظة الذهنية كمحتوى أساسي في تركيبته، لهذا قمنا بعرض العلاج باليقظة الذهنية اولا، من أجل تراتبية معرفية منطقية.

II. الالتزام والتقبل والاضطرابات السيكوسوماتية:

1.العلاج بالتقبل والالتزام:

تم تطوير هذا العلاج من طرف "هايس" (Hayes) سنة 1980، ويصنف ضمن الجيل الثالث من العلاجات السلوكية (Larmar, Wiatrovski& Lewis-Driver, 2014, p. 217).

العلاج بالتقبل والالتزام يساعد الأشخاص على تقبل التجارب والألم الانفعالي الناتج عنها كجزء موجود في الحياة البشرية لا يمكن انكاره ولا نعمل على تجاهله. وبالتالي فإن هذا العلاج يقوم على ترقية تقبل ما هو موجود، واحداث تغيير سلوكي يرتكز حول المعنى وامتلاك حياة غنية، واستثمار الانفعالات السلبية في التغيير (Pearson, Heffner& Follette, 2010, p.18)، كما أنه يهدف إلى تحقيق المرونة النفسية، أي يهدف إلى تعليم الفرد الانفتاح والتواصل مع تجاربه في اللحظة الحالية وبوعي وشعور تام، بدون دفاع، ويمارس القيم التي يعتقد بها. هذه المرونة النفسية تجعل الشخص لا يحترم الأشخاص فقط، بل حتى الأحداث كيفما كانت، وبالتالي هناك عيش للقيم (Sandoz, Wilson& Dufrene, 2010, p.18). من هنا فإن المرونة النفسية هي محور هذا العلاج.

1.1.المكونات الستة للمرونة النفسية:

تتكون المرونة النفسية من ستة أبعاد او مكونات أساسية تتمثل في التركيز على اللحظة الحالية، والاندماج المعرفي، والتقبل الوجودي، والوعي الذاتي، وعيش القيم، والالتزام بالعمل. من هنا يمكن تعريف المرونة النفسية على أنها نشاط أو تواصل مفتوح اتجاه الخبرات والتجارب، في اللحظة الحالية، وبشعور تام، بدون دفاع، وتقدم القيم:

- **التركيز على اللحظة الحالية:** تحيل إلى ادراك الأحداث الخارجية في البيئة، والأحداث الخاصة مثل الانفعالات والمعارف.
- **الاندماج المعرفي:** يتضمن عيش الأحداث المعقدة بدون انفعالات او معارف مسبقة، وهذا لا يعني ادراك الأحداث بدون أفكار وانفعالات، لكن هذه الأفكار والانفعالات لا تكبح من عيش التجربة أو الخبرة.
- **التقبل الوجودي:** يحيل إلى تقبل الخبرات الجيدة والسيئة بدون محاولة تغييرها.

- **الوعي الذاتي غير المحدود:** يتضمن المرونة في التواصل مع الذات، باعتبار الذات كسياق والتركيز عليها.
- **عيش القيم:** ينظر إلى القيم على أنها السعة والقدرة على تنفيذ والاستمرار في الالتزام والعمل والفعل، بطريقة أخرى القيم هي مجالات الحياة التي يختارها الأشخاص لعيشها والعمل فيها.
- **الالتزام بالفعل أو العمل:** تحيل إلى تنفيذ والقيام والالتزام بالقيم التي يختارها لحياته (Sandoz, Wilson& Dufrene, 2010, pp.19-23).

ككل العلاجات، العلاج بالتقبل والالتزام بني على أسس نظرية سنوجزها في العنوان الموالي.

2.الأطر والمفاهيم الرئيسية للتقبل والالتزام:

يقوم هذا العلاج على نظرية الاطار العلائقي، وعلى مفاهيم رئيسية مثل الاندماج المعرفي، وتجنب الخبرة.

1.2.نظرية الاطار العلائقي (Relational Frame theory):

خلال النمو الطبيعي واكتساب اللغة، يقوم الطفل بوضع ترابطات بين الأشياء أو الموضوعات والكلمات، حيث أن الموضوع والكلمة تجمعهما علاقة تقابل. فتذكر الكلمة يتبعها استحضار لصورتها، ورأيت الصورة يتبعه استحضار للكلمة، وهذا ما يسمى "بالمرجع اللفظي".

مع التطور المعرفي للطفل وامتلاكه العديد من تجارب الحياة، يصبح المرجع اللفظي أكثر تعقيدا. فمثلا يتعلم الطفل أن الشخص الذي يسمى "أمي" يناديها أبي ب "سوزان"، وبالتالي نفس الموضوع لديه العديد من الكلمات التي تدل عليه، وأصبحت الام اذا تمتلك العديد من المراجع اللفظية.

كما أن المراجع اللفظية يمكن أن تنتج عن مقارنات، وتراتبيات، وتقييمات. فمثلا المرجع اللفظي " انا صغير منك" أنتجها الطفل من خلال مقارنة مع صديقه مثلا.

من جهة أخرى بالنسبة للمرجع اللفظي الناتج عن التقييم، يمكن أن يتعرض الطفل مثلا لجملة " أنت طفل سيء"، منه كلمة "سيء" تصبح تقييم، ويمكن أن تلعب دور عقاب وتفعل انفعالات غير سارة.

لنعطي مثالا حول المال، الطفل قد لا يعي قيمة المال إذا تم تقديمه له، ويظن أن الحجم الكبير هو الأثمن، في حين أن الطفل بمجرد أن يكبر قليلا يصبح قادرا على ادراك أن قيمة المال لا تتعلق بحجمه.

في بعض المرات قد نستخدم لفظ "أنت طفلة كبيرة" أو "انت طفل كبير"، هذه الجملة يمكن استخدامها في حدود السنتين خلال تعلم الطفل للتحكم في المرحاض من اجل تشجيعه على ذلك، أو قد نستخدمها من اجل المدح المرتبطة بالاستقلالية وتحمل المسؤولية والنمو الجيد. نفس هذه الكلمات قد نستخدمها لإيقاف السلوك غير المرغوب، مثل " توقف عن هذا أنت كبير الآن". بهذه الطريقة، يمكن أن ترتبط هذه الجملة بالإحساس بالعار والخزي وحتى الذنب عند الطفل، كما يمكن ان تظهر ترابطات اعتباطية بين الألفاظ والكلمات ودلالتها.

لو افترضنا ان نفس الجملة تقال لبنت في سن الثالث عشر "أنت بنت كبيرة"، الارتباط بين كلمة "كبيرة" و "بنت" قد لا يأخذ ترابطات ايجابية كما في الطفولة، لأنها ببساطة في هذه الحالة تخضع للسياق، فالكلمات مترابطة مع تجارب سابقة، كما أن الكلمات "كبيرة" و "بنت" مرتبطة بسياق اجتماعي معين ومعنى سياقي معين.

نفس الحالة ونفس الكلمات قد نطبقها على بنت أو ولد في سن الثامن عشر وهي تلبس مثلا ثوب سباحة "أنت بنت كبيرة". المشهد يمكن أن يصبح مؤلما والارتباطات يمكن أن تكون أكثر اختلافا، ويظهر الترابطات العمرية، مثل (أقل اعجابا من فتاة صغيرة)، والترابطات التقييمية (مثل الوحدة والسوء).

منه وظيفة هذه الكلمات قد تتغير انطلاقا من العوامل السياقية المرتبطة بالتاريخ النفسي، ومتطلبات الموقف، ومنه تختبر هذه الكلمات حسب الاطار العلائقي المختلف.

2.2.الاندماج المعرفي (Cognitive Fusion):

حدد كل من (Fletcher and Hayes) سنة 2005 ثلاث مشكلات تظهر مع الانصهار المعرفي: الأفكار ترتبط مع التجارب الداخلية مثل الخوف، وتعلق وترافق الأفكار بوصف الذات (مثلا المرأة التي لديها فقدان الشهية العصبي تندمج مع فكرة "أنا سمينة" وتحاول تغيير ذلك)، كما ان تجارب وخبرات اللحظة الذاتية تشوش بالتفكير حول المستقبل أو حول الماضي.

التعلق بالأفكار يشوش ويعقد التواصل مع اللحظة الحالية من خلال الحديث الداخلي، حيث يصبح مرتكزا على الأفكار بدل التجارب الحالية. الفتاة التي كنا نستخدم معها لفظ "أنت فتاة كبيرة"، في سياق الاندماج المعرفي يمكن أن تقوم بربط الجملة مع كل المتغيرات الأخرى التي تمس الشبكة اللفظية، مثلا: " أنت غير جذابة، سمينة، وليس لديك تحكم بالذات"، وتظهر تقييمات لهذه الجملة، وتحاول شرح لماذا هي "فتاة كبيرة"، وتبدأ بملاحظة جسدها الذي يكبر، وهذا ما قد يدخلها في اختلال صورة جسدها أو الاصابة بفقدان الشهية العصبي.

3.2.تجربة الخبرة (Experiential Avoidance):

عرف كل من (Hayes, Wilson, Gifford) سنة 1996 تجنب الخبرة على أنه يظهر "عندما لا يرغب الشخص في التواصل مع تجاربه الشخصية (مثل الاحاسيس الجسدية، الانفعالات، الأفكار، الذكريات، السلوكيات)". هذا المصطلح يشرح كل السلوكيات التي تهدف إلى تجنب أو انقاص التجارب غير المرغوبة مثل الادمان على استخدام المواد وشرب الكحول، فعندما يصبح التجنب طريقة

لعيش الحياة يذهب الشخص للاضطراب (Pearson, Heffner& Follette, 2010, pp.21-23).

هذا باختصار أهم الأفكار الرئيسية في هذا العلاج، ننتقل الآن للإسهامات التي يقدمها في ميدان السيكوسوماتية.

3.العلاج بالتقبل والالتزام والاضطرابات السيكوسوماتية:

العديد من الدراسات، والعديد من البرنامج العلاجية، والكتب العملية، التي وضعت في هذا الصدد.

ففي مراجعة لعدد من الدراسات السابقة، تبين أن هناك فعالية لهذا العلاج في علاج اضطرابات القلق والاكتئاب، والذهان، والصرع، وامراض السكري، والتهاب الجلد المزمن (Montgomery, Kim& Franklin, 2011).

وفي مراجعة منهجية أخرى أكثر شملت 24 دراسة سابقة، بعدد من 1285 حالة تعاني من الألم المزمن، حيث تم استخدام العلاج بالتقبل والالتزام، والعلاج باليقظة الذهنية أثبتت هذه العلاجات نجاعتها في الخفض من الأعراض المصاحبة (قلق، اكتئاب، وغيرهم) للألم المزمن، وكذا في قدرتها من الرفع من جودة الحياة لهذه الحالات (Veehof et al, 2016)، وبعدد هذا حتى دراسة (Ghomian& Reza Shairi, 2016) أظهرت فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في علاج الاضطرابات السلوكية عند الأطفال الذين يعانون من الألم المزمن في طهران. وبالتالي تستخدم هذه الأنماط من العلاجات على مستوى واسع في هذا المجال. سنحاول الآن عرض بعض من النماذج وسير حصصها.

1.3.العلاج بالتقبل والالتزام مع مراهقين مصابين بمتلازمات سيكوسوماتية:

صمم هذا العلاج من طرف (Kallesoe et al, 2016)، وهو علاج جماعي، يتكون من تسعة حصص بمجموع 27 ساعة خلال 03 أشهر، وبمعدل 3 ساعات بعد انتهاء الحصص.

- **الحصة الأولى:** التعليم النفسي حول الاضطرابات السيكوسوماتية وأجندة العلاج.
- **الحصة الثانية:** تحديد القيم الشخصية والحواجز التي تمنع من ممارستها.
- **الحصة الثالثة:** تجنب الأمور غير السارة ونتائج التجنب.
- **الحصة الرابعة:** الذات كسياق: هل يمكن أن تكون أفضل صديق لنفسك؟
- **الحصة الخامسة:** الاندماج: أنت لست أفكارك.
- **الحصة السادسة:** الشفقة نحو الذات: الطف بذاتك.
- **الحصة السابعة:** الحضور هنا والآن: تمارين اليقظة الذهنية الطويلة.
- **الحصة الثامنة:** أين تريد الذهاب بدأ من الآن، وما الذي يمنعك؟
- **الحصة التاسعة:** كيف يجب أن يكون توجهك المستقبلي؟
- **الحصة العاشرة:** منع الانتكاسة.

من هنا تأخذ المرونة النفسية حيزا مهما في بناء حصص هذا العلاج الذي أثبت فعاليته عند المراهقين المصابين بمتلازمات سيكوسوماتية.

ننتقل الآن لعرض برنامج علاجي موجه نحو صورة الجسد عند المصابين باضطرابات سيكوسوماتية، لما يلعبه الجسد من أهمية في دينامية هذه الاضطرابات وتركيبتها.

2.3.العلاج بالتقبل والالتزام بالوعي ومرونة صورةالجسد عند حالات مصابة باضطرابات سيكوسوماتية:

طور هذا العلاج من طرف (Givehki et al, 2018)، يتكون من عشر حصص، بمعدل تسعين دقيقة للحصة.

- **الحصة الأولى:** شرح التدخل، تمارين التنفس، تمارين "تهذيب الأكل".
- **الحصة من 02 إلى 05:** تعليم الحالات تمارين اليقظة الذهنية، مراجعة الواجبات المنزلية، تحديد الأفكار والانفعالات التي لها علاقة بصورة

الجسدية، تعليم الحالات كيفية تذكر أحداث الحياة السارة، التركيز على تمارين التنفس واليقظة، بناء الابداعية من اليأس، بناء جدول للنتائج المخططات السلوكية للتكيف.

- **الحصة من 06 إلى 08:** التعلم حول الاندماج، مع التأكيد على تقييمه مقابل الوصف، فحص الاستعداد مقابل الألم الحتمي والغياب من العلاقات، فحص تقييم الذات مقابل المناقشة، تعزيز الذات كسياق مقابل الذات كمحتوى مستخدم، قياس تجنب الألم الانفعالي من خلال تمارين تجريبية، تمرين شد الحبل، تمرين الذات كملاحظ، بناء واجبات منزلية.
- **الحصة التاسعة:** مراجعة واجبات الحصص السابقة، تمارين الاندماج والاستجابة البديلة، تصور اليقظة الذهنية وتنمية الشفقة من أجل الألم نتيجة صورة الذات، بناء واجبات منزلية.
- **الحصة العاشرة:** بناء اليقظة الذهنية، تحسين الشفقة نحو الذات ونحو الآخرين، مراجعة الواجبات المنزلية، لعب الأدوار وتوليد الاستجابات البديلة للأحداث المرتبطة بصورة الجسد، الحديث حول الحواجز، تنمية استراتيجيات من أجل الحركة.

من هنا نكون قد قدمنا بعض اسهامات هذا العلاج في مجال السيكوسوماتية.

خلاصة:

التراث العلمي يتجه نحو البحث أكثر في مدى فعالية العلاج باليقظة، والتقبل والالتزام في الخفض من الأعراض المصاحبة للاضطرابات السيكوسوماتية، والرفع كذلك من نوعية الحياة لدى المصابين. وما يجدر الاشارة إليه أن هذه البرامج العلاجية وهذه الاسهامات تبقى غريبة عن الواقع الاجتماعي والأنثروبولوجي المحلي، وبالتالي هي بحاجة إلى المراجعة في هذا الصدد.

قائمة المراجع:

المراجع العربية:

أبو النيل، م. س. (1994 .(*الأمراض السيكوسوماتية*)مجلد 1، ط2). بيروت: دار النهضة العربية.

الزراد، ف. م. خ. (2000 .(*الأمراض النفسية–الجسدية: أمراض العصر* .بيروت: دار النفائس للطباعة والنشر.

الزراد، م. ف. خ. (2000) . **الطب النفسي–الجسدي** .بيروت: دار النفائس.

الزيادات، م. ع., والشرفيين، أ. ع. (2019). **الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية لدى المراهقين العاديين والأيتام** .*المجلة التربوية*، (122)34، .358–309

الشهري، ن. م. (2001). **الصلابة النفسية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية: دراسة تطبيقية لدى عينة من السجناء وغير السجناء في محافظة جدة** .*المجلة العربية للنشر العلمي*، (130)، .282–279

شقير، ز. م. (2002) . **الأمراض السيكوسوماتية** .القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

شناوي،ر؛ وملال،خ (2021). **اشكالية الانفعالات في ظهور الأمراض السيكوسوماتية- أمراض القلب والشرايين نموذجا-**. مجلة دراسات في علم النفس الصحة، (02) 06، 41-49.

عكاشة، أ. (1992). **الطب النفسي المعاصر** .القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عكاشة، أ. (2018) **. *الطب النفسي المعاصر*** .القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عسكر، ع. (1998) **. *ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها*** .الجزائر: دار الكتاب الحديث.

عطوف، م. ي. (1998) **. *الأمراض السيكوسوماتية (الأمراض النفسجسمية)*** (ط1). بيروت: منشورات يحسون الثقافية.

عبد المعطي، ح. (2003) . **الأمراض السيكوسوماتية** .القاهرة: مكتبة دار الشرق.

حافري، ز،غ؛ وبخوش، و (2019). **غياب التعبير الانفعالي بين المقاربة الفرنكوفونية والمقاربة الأنكلوساكسونية**. مجلة دراسات في علوم الانسان والمجتمع، (01) 2 ، 121-140.

قريشي، ع. ك., وزعفوط، ر. (2008). **التكتم: المفهوم وعلاقته بالصحة والمرض** .*مجلة الدراسات النفسية والتربوية*، (1)، .216–204

غبدي، ن., ولمين، ن. (**2017*مبادئ الصحة النفسية والإرشاد*** (ط2). الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

غانم، م. ح. (2015) **. *الدليل المختصر في الاضطرابات السيكوسوماتية: تأصيل نظري ودراسة ميدانية*** .القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

مارتي، ب., وستورا، ج. ب. (1992) . **مبادئ السيكوسوماتية وتصنيفاتها** (ترجمة: م. أ. النابلسي). الجزائر: دار الهدى.

معاليم، ص. (2008.). **محاضرات في الأمراض النفسية الجسدية** .الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

ميموني، ب. م. (2005). **الاضطرابات النفسية والعقلية للطفل والمراهق)**ط2). الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

المراجع الأجنبية:

Adria, N. P., Heffner, M., & Follette, V. M. (2010). *Acceptance & commitment therapy for body image dissatisfaction*. New Harbinger Publications.

Azorin, J. M. (2005). *Corps et symptômes* (2ème éd.). Paris: PUF.

Babita Gupta. (2017). Efficacy of mindfulness based cognitive therapy on dysfunctional attitude among psychosomatic patients: Case reports. *The International Journal of India Psychology*, 5(1), 93–109.

Barucq, A. (2013). *Mésusage d'alcool, données sociodémographiques et alexithymie*: Thèse de doctorat, Université de Poitiers.

Bergeret, J. (2003). *La personnalité normale et pathologique* (9ème éd.). Paris: Dunod.

Carey Fitzgerald, & Lueke, A. K. (2017). Mindfulness increases analytical thought and decreases just world beliefs. *Current Research in Social Psychology*, 80–85.

Chenoumi, J. (2000). *Psychosomatique de l'enfant et de l'adulte*. Paris.

Emily K. Sandoz, Wilson, K. G., & Dufrene, T. (2010). *Acceptance and commitment therapy for eating disorders*. New Harbinger Publications.

Fjorback, L. O., Arendt, U., Ornbol, E., Walach, H., Rehfeld, E., Schroder, A., & Fink, P. (2012). Mindfulness therapy for somatization disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 31–40.

Givehki, R., Afshar, H., Goli, F., Scheidt, C. E., Omidi, A., & Davoudi, M. (2018). Effect of ACT on body image flexibility in psychosomatic patients. *Electronic Physician*, 10(7), 7008–7016.

Ghomian, S., & Shairi, M. R. (2016). Effectiveness of ACT on externalizing symptoms in children. *Caspian Journal of Pediatrics*, 2(1), 107–112.

Ivtzan, I., Young, T., Martman, J., Jeffrey, A., Lonas, T., Hart, R., & Eiroa-Orosa, F. J. (2016). Integrating mindfulness into positive psychology. *Mindfulness*. https://doi.org/10.1007/s12671-016-0581-1

Jeammet, P., Reynaud, M., & Consoli, S. (1996). *Psychologie médicale* (2ème éd.). Abrégés-Masson.

Kallesoe, K. H., Schroder, A., Wichsell, R. K., Fink, P., Ornbol, E., & Rask, C. U. (2016). Acceptance and commitment therapy for adolescents with somatic syndromes. *BMJ Open*, 6, e012743.

Kienberger, H. (2001). *Conversion hysterique et affection psychosomatique* (Mémoire de maîtrise). Université Paris 7.

King, S.-L., Smoski, M., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health. *Clinical Psychology Review*. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006

Lakhan, S. E., & Schofield, K. L. (2013). Mindfulness-based therapies in somatization disorders. *PLOS ONE*, 8(8), e71834.

Larmar, S., Wiatrovski, S., & Lewis-Driver, S. (2014). Commitment therapy: Overview of techniques. *Journal of Service Science and Management*, 7, 216–221.

Lebuda, I., Zabelina, D. L., & Karwowski, M. (2015). Mind full of ideas: Mindfulness–creativity link. *Personality and Individual Differences.* https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.040

Morel, C. (1995). *ABC de la psychologie et de la psychanalyse*. Grancher.

Overby Fjorback, L., et al. (2012). Mindfulness therapy for somatic syndromes. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 31–40.

Pongy, P., & Babeau, R. (2011). *Angoisse et répression*. Sauramps Médica.

Sami-Ali, M. (2010). *Corps réel, corps imaginaire*. Paris: Dunod.

Sayyar Khesmakhi, S., Afshar Zanjani, H., Goli, F., Omidi, A., Scheidt, C. E., & Givehki, R. (2019). Effectiveness of ACT in psychosomatic symptoms. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 7(2), 79–86.

Sandoz, E. K., Wilson, K. G., & Dufrene, T. (2010). *Acceptance and commitment therapy for eating disorders*. New Harbinger Publications.

Siegel, R. D. (2014). *The science of mindfulness*. The Great Courses.

Sohiala, G., & Shairi, M. R. (2016). ACT for children with chronic pain. *Caspian Journal of Pediatrics*, 2(1), 107–112.

Stora, J. B. (2012). Le rôle de l'appareil psychique… *Annales Médico-Psychologiques*, 170, 26–31.

Stora, J. B. (2018). *Cours de psychosomatique: Le principe de somatisation*. Institut de psychosomatique intégrative.

Taylor, G. J. (1990). La pensée opératoire et le concept d'alexithymie. In C. Durieux (Ed.), *Revue Française de Psychanalyse*, 769–783. PUF.

Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. G. (2016). ACT for chronic pain. *Cognitive Behavior Therapy*, 45(1), 5–31.

Yeung, S. W. (2013). Mindfulness, negative cognition and mental health. *SS Student E-Journal*, 2, 49–67.

Yucel, S. (2014). Positive thinking in Islam. *International Journal of Humanities and Social Science*, 4(6), 101–112.

Zomorodi, S., Tabatabaee, S. K. R., Arbabi, M., Falah, P. A., & Daryani, N. E. (2014). CBT vs mindfulness for IBS. *Biomedical & Pharmacology Journal*, 7(1), 63–74.