

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة محمد لمين دباغين - سطيف 2



كلية العلوم الانسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا

محاضرات في مقياس

الاضطرابات السيكوسوماتية

موجهة لطلبة السنة الثالثة ليسانس تخصص علم النفس العيادي (ل م د)  
السداسي الخامس

من اعداد الدكتورة: حافري زهية غنية

السنة الجامعية 2020/2019

## فهرس المحتويات

1.....مقدمة

### المحور الأول: المقاربة السيكوسوماتية

5.....المحاضرة الأولى: مدخل إلى السيكوسوماتية

5-1 المنظور التاريخي للمقاربة السيكوسوماتية. ....

7-2 أهداف البيكوسوماتيك .....

7-3 التظاهرات العرضية/المرضية التي يشملها حقل السيكوسوماتية.....

10.....المحاضرة الثانية: مفاهيم حول السيكوسوماتية

10-1 تعريف السيكوسوماتية.....

11-2 بين الاضطراب السيكوسوماتي الجسدنة التحويل الهستيرى والاضطرابات الهيوكندرية.....

11-2-1 الجسدنة.....

12-2-2 الهيوكندرية .....

12-2-3 التحويل الهستيرى.....

13-2-4 الاضطراب السيكوسوماتي.....

13-3 السيكوسوماتية في التصنيفات الدولية.....

### المحور الثاني: المناحي النظرية المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية

المحاضرة الثالثة: I - النظريات الكلاسيكية I - 1- النظريات ذات التوجه التحليلي

16-1-1-1 اسهامات فرويد FREUD في الفكر السيكوسوماتي .....

المحاضرة الرابعة: I-1-2- المدرسة السيكوسوماتية الامريكية

21-1-2-1-1 الطب السيكو- سوماتي لالكسندر ALEXANDER .....

المحاضرة الخامسة: I-1-2-2- النظرية الاستعدادية دينبار DUNBAR.....

27.....نقاط الاختلاف بين الكسندر ودينبار.....

## المحاضرة السادسة: I- 2- المدرسة التجريبية: نظرية الاجهاد لسيلي SELEY.....28

- 1- تعريف الاجهاد وتطور المفهوم.....28
- 2- التناذر العام للتكيف (SGA) لهانز سيلي.....29
- 1-2- مرحلة الإنذار.....30
- 2-2- مرحلة التكيف.....31
- 2-3- مرحلة الانهك.....33
- 3- امراض التناذر العام للتكيف.....35
- 4- الانتقادات التي وجهت لنظرية سيلي.....39

## المحاضرة السابعة: II- النظريات المعاصرة

### II-1- نظرية الاقتصاد السيكوسوماتي لمارتي MARTY.....41

- 1- ماذا يقصد بالاقتصاد السيكوسوماتي؟.....41
- 2- مبادئ نظرية مارتي.....42
- 3- النوزوغرافية الاقتصادية للأمراض.....44
- 1-3- عدم التنظيمات الظاهرة.....44
- 2-3- اختلالات التنظيم التدريجية.....45
- 3-3- النكوصات الجزئية.....45
- 4-3- النكوصات العامة.....46
- 4- تصنيف مارتي للبنيات الإنسانية.....46
- 1-4- الأعصاب والأذنه الكلاسيكية.....47
- 2-4- الأعصاب الطبائية.....47
- 3-4- الأذنه الطبائية والأذنه السلوكية.....47
- 4-4- التنظيم التحسسي.....48
- 5- التوظيف العقلي.....49
- 1-5- مفهوم التوظيف العقلي.....49
- 2-5- تعريف التوظيف العقلي.....49
- 3-5- أبعاد التوظيف العقلي.....50
- 1-3-5- الفضاء الخيالي.....50
- 1-1-3-5- بيار مارتي و خصوصية أحلام السيكوسوماتي.....50

52..... 2-3-5- العقلنة

53..... 3-3-5- فعالية الدفاعات

54..... 4-5- تصورات حول نشوء التنظيمة العقلية لدى المريض السيكوسوماتي وسيرورة الجسدنة

55..... 5-5- خصوصية الميكانيزمات الدفاعية في التنظيمة السيكوسوماتية

57..... 6- الانتقادات الموجهة لنظرية بيار مارتي

62 ... المحاضرة الثامنة: II-2- النظرية السيكوسوماتية العلائقية لسامي علي S.ALI

62..... 1- التعريف بالنظرية

63..... 2- سامي علي و باثولوجية التكيف أو كبت وظيفة الخيال

66..... 3- مصير الكبت، الخيالي، ونوع الباثولوجية

67 ..... 4- الأبعاد الأساسية لظاهرة الجسدنة حسب سامي علي

69..... المحاضرة التاسعة: II-3- النظرية السيكوسوماتية الادماجية لستورا STORA

69..... 1- التعريف بالنظرية السيكوسوماتية الادماجية

71..... 2- مراحل تطور الفكر السيكوسوماتي الادماجي

72..... 3- مستويات الجسدنة الخمس حسب النظرية السيكوسوماتية الادماجية

75..... 4- النظرية الادماجية في اطار العلاج النفسجسدي

77..... المحاضرة العاشرة: أنماط الشخصية وبروفيل شخصية المريض السيكوسوماتي

77..... 1-1- نمط اشخصية "أ" type A

78..... 1-2- الشخصية من النمط "ج" type C

79..... 1-3- نمط الشخصية "د" type D

80..... 2- بروفيل الشخصية لبعض المرضى السيكوسوماتيون

### المحو الثالث: سيكوسوماتية الطفل

84 ..... المحاضرة الحادية عشر: التظاهرات السيكوسوماتية عند الطفل

85 ..... 1- المغص غير واضح الأسباب

87..... 2- الإصابة بالإكزيما

89..... 3- ازمة الربو

91..... 4- الاختلاج التشنجي

93.....المحاضرة الاثني عشر: دور الأم في ظهور الإضطراب السيكوسوماتي

1- دور الأم في تشكيل هلوسة الرغبة.....93.

2- التصورات النشوية للاضطراب السيكوسوماتي.....94.

**المحور الرابع: الشخصية السيكوسوماتية والفحص النفسي**

100.....المحاضرة الثالثة عشر: الخصائص الشخصية للمريض السيكوسوماتي

1- التفكير العملي.....100.

2- السلوك التكتمي.....101.

3- الاكتئاب الأساسي.....102.

4- سمات نموذجية في علاقاتهم بين الإنسانية.....102.

104.....المحاضرة الرابعة عشر: الفحص والتكفل النفسي في الحقل السيكوسوماتي

1- محددات الفحص السيكوسوماتي.....104.

2- خصوصية عناصر التكفل النفسي في الحقل السيكوسوماتي.....106.

3- طبيعة علاقة المريض السيكوسوماتي مع المختص.....107.

4- الاختبارات الموضوعية والإسقاطية في حقل السيكوسوماتية.....108.

المراجع.....110.

فهرس الأشكال		
الصفح	عنوان الشكل	رقم الشكل
31	مرحلة الإنذار من SGA	01
32	مرحلة التكيف من SGA	02
35	حركية جهازي SAA و SIA	03
37	تأثيرات SGA على الجسد	04
38	العلاقة بين الجانب النفسي والجانب العصبي- الغددي والمناعي	05
71	الوحدة النفسجسدية حسب STORA	06
85	التظاهرات السيكوسوماتية حسب سن الطفل	07
56	مخطط توضيحي لخصائص التنظيمة الدفاعية السيكوسوماتية	01



## مقدمة:

ظهرت مشكلات الصحة مع ظهور الإنسان على وجه الأرض والذي حاول منذ القدم وعبر الأزمنة للتحكم في الظروف الصحية والقضاء على الأمراض العضوية. ويعد مفهوم الصحة من إحدى المفاهيم الأساسية التي نالت الكثير من الإهتمام والدراسة من طرف الأطباء والمختصين النفسانيين كل في ميدانه.

وبالرغم من الانجازات العلمية الكبيرة التي تحققت بهذا الشأن، إلا أن تناول الفرد بطريقة مجزأة قد الحق بالمجال الطبي الكثير من الفشل في تحقيق الشفاء للمرضى وعدم القدرة على فهم ما وراء سبببات وتطورات المرض، لذا أصبح من الضروري إعادة النظر في المرض والمريض كوحدة متكاملة في شموليته، أين يكون للجانب النفسي للفرد دوره في ظهور المرض، تطوره أو شفاؤه. فهذا التداخل بين النفسي والجسدي قد أعاد النظرة الكلية للإنسان، فلم يعد بالإمكان تفتيت علوم الشفاء إلى فروع متخصصة تعتنى بالأجزاء وتهمل الكل. فالوحدة النفسية جسدية باتت تطرح نفسها كضرورة ملحة في ممارسة كافة العاملين في ميدان الطب مهما كانت اختصاصاتهم ولم يعد بالإمكان نهج المنهج الطبي دون النظر إلى وجود خلفية دينامية نفسية للمظاهر العضوية، وهذه العلاقة بين الأبعاد النفسية والجسدية للفرد هي أساس ميلاد فكر جديد يعرف بالمقاربة السيكوسوماتية.

استتبقت المقاربة السيكوسوماتية من إثراء نظري وتطبيق طبي وممارسات عيادية كثيرة ساهم في بلورتها عدد من الفروع العلمية، كما انها نتاج طرق بحث مختلفة، أين يكون لبناء الجهاز النفسي وتوظيفه دور مساعد في ظهور المرض أو شفاؤه. فهو مجال يعطي بعدا جديدا للباثولوجيا الجسدية. لا تؤخذ مرجعيتها من الفيزيولوجيا أو علم النفس، أو علم النفس الفيزيولوجي الباثولوجي، أو علم النفس المرضى. متميزة عن الطب، ومتميزة أيضا عن التحليل النفسي الذي انطلق منه وشكل ركيزته ووسع مجال الإهتمام به. فهو اختصاص قائم بذاته، تتدخل فيه عدد من السيرورات بين نظم حية وبناءات نفسية اجتماعية وثقافية.

وقد تعددت المفاهيم الخاصة بالسيكوسوماتية لكنها تبقى مفاهيم غير محددة المعالم بسبب تعدد الإتجاهات العلمية ووجهات النظر والتخصصات، لكن هذا الاختلاف لم يؤثر في المفهوم العام للإضطراب كونها تنهل كلها من منهل واحد.

فما هي المقاربة السيكوسوماتية؟ ماهي مجالاتها؟ ممارساتها؟ وما هي أهم النظريات التي عملت على بلورتها وتطورها؟ وما هي المستجدات الحالية في المجال السيكوسوماتي؟ هي تساؤلات سنسعى للإجابة عليها من خلال هذه المطبوعة.

جاءت هذه المطبوعة وفقا للمحاور المذكورة في المقرر الرسمي لمقياس الاضطرابات السيكوسوماتية، وهي موجهة لطلبة السنة الثالثة ليسانس ل.م.د، تحوي المطبوعة على 14 محاضرة تغطي محاور المقياس سعينا من خلالها تحقيق الأهداف المرتبطة به.

### **اهداف المقياس:**

تتمثل الكفاءة المستهدفة من المقياس في أن يبني الطالب الدارس لهذا المقياس رصيدا معلوماتيا حول أساسيات الاضطرابات السيكوسوماتية، ليصبح في نهاية هذا المقياس قادرا على ضبط ماهية الاضطرابات السيكوسوماتية والتمييز بين ماهو اضطراب سيكوسوماتي وبين التظاهرات العرضية المرضية التي يشملها حقل السيكوسوماتية، كما يساعد على معرفة دور الام في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية وكذا دور بروفييل الشخصية كعامل مساهم في ظهورها كأبعاد لها أهميتها في الوقاية من المرض. إضافة للتعرف على الادوات والتقنيات المناسبة للتكفل بالمرضى السيكوسوماتيين.

### **الأهداف الإجرائية للمقياس: تتمثل في**

- أن يعين الطالب ما ينتمي لحقل السيكوسوماتية ما يُستثنى منه؛
- أن يصف الطالب بين مختلف التظاهرات العرضية المرضية الجسدية وبين السيكوسوماتية؛



- أن يتعرف الطالب على التناولات النظرية التي ساهمت في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية؛
- أن يتعرف على مختلف التصورات النشوئية للمرض السيكوسوماتي والتصورات المطروحة حول نشوء التنظيم العقلية للمريض السيكوسوماتي بصفة خاصة؛
- أن يحدد الطالب دور الام في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية؛
- أن يقدر أهمية بروفيل الشخصية وعلاقته بخصوصية العرض أو المرض السيكوسوماتي؛
- أن يميز شخصية المريض السيكوسوماتي وما يميزها من سلوك تكتمي وسمات نموذجية في علاقاتهم بين الإنسانية، إضافة إلى طبيعة العلاقة مع المختص النفسي؛
- أن يقدر الطالب المبادئ الأساسية التي يجب اتباعها في الفحص السيكوسوماتي، وخصوصية التقصي السيكوسوماتي وأدواته.

## المحور الأول: المقاربة السيكوسوماتية

✚ المحاضرة الأولى: مدخل إلى السيكوسوماتية

✚ المحاضرة الثانية: مفاهيم حول السيكوسوماتية

## المحاضرة الأولى: مدخل إلى السيكوسوماتية

### 1. المنظور التاريخي للمقاربة السيكوسوماتية:

لقد كان للنفس ومنذ أقدم العصور مكانتها في الطب بطريقة أو بأخرى وكانت النظرة نفس-جسد نظرة تتأرجح بين التأييد والرفض. ولتوضيح كيفية ميلاد السيكوسوماتية وجب التطرق لأهم المحطات التاريخية التي وضعت فيها بذور السيكوسوماتية ليضع بصمته في النهاية ويصبح منهجا قائما بذاته وتيارا يستدعي الاهتمام لما حققه من انجازات.

اتضح هذا المفهوم من خلال تيارين متكاملين ولكن متعارضين، فمنذ بداية تاريخ الطب مثل هيبوقراط ومدرسة COS التيار الأول، حيث كان أبو الطب هيبوقراط أول من أضفى الطابع العلمي على الطب الفلسفي وعمل جاهدا لتفسير أي مرض من خلال سببته وطبيعته، وتحديدًا من خلال ربط المرض بالحالة الجسدية بتطبيق نظرية (Empédocle) أين ربط بين مزاج الفرد (الدموي، البلغمي، الصفراوي، اللمفاوي) وبين بعض أنواع المرض. وقد كان لهذا التيار تصوره الدينامي التركيبي كتجسيد مسبق للسيكوسوماتية. أما التيار الثاني فقد ظهر عن طريق Galien في القرن الثاني قبل الميلاد ومدرسة (CNIDE) التي ترى أن للأعراض جذورها المستقلة لأسباب تشريحية بحتة وطورت بالتالي التصور الوضعي الآلي. (Jeammet, Reynaud et Consoli, 1996, pp: 201,202)

كما رفض أفلاطون مبدأ الفصل بين النفس والجسد على الصعيد العلاجي، إذ يرى ان طبيعة الجسد لا يمكن أن تكون مفهومة إذا لم ننظر للجسد ككل وإن الخطأ بين الناس التفرقة بين شفاء الروح وشفاء الجسد. ويبقى ابن سينا المرجع الموضوعي الأول لهذا التصور، إذ يعتبر أول من نقل وحدة النفس الجسد إلى الميدان العلمي التجريبي بدلا من المنهج العقلي الإستنباطي الذي كان سائدا قبل ذلك، وأشار إلى ما يسمى في وقتنا الحاضر بالإجهاد النفسي، وكانت تجربته (الحمل والذئب) وليدة لمنهج بحث متكامل ولفكر يؤمن بوحدة النفس والجسد، حتى يمكن القول بأنه مؤسس مدرسة خاصة به في هذا المجال وأنه المؤسس الفعلي والمرجع الموضوعي للسيكوسوماتية. (مرحبا والنابلسي، 1991، ص، 80).

فبينما اتجهت النظريات الأحادية كما يرى (Stora, 2012) للقول بان الجسد والنفس هما شيء واحد، فإن النظريات الثنائية عملت على التمييز بين (نفس/جسد) وهو ما أكد عليه Anaxagore. إلا انه وبالرغم من هذه الثنائية، فإنه في الفلسفة الارسطية "l'hylomorphisme" اعتبروا أن كل كائن (فردا كان أو مادة)

يتشكل بطريقة لا يمكن فيها العزل بين المحتوى والشكل. حيث الروح هو ما يعطي الشكل (morphé) للجسم أو المادة (hylé). وعليه، فإن الجسد والروح يشكلان مادة واحدة كما يرى Thomas d'Aquin.

وبالرغم من دعوة ديكارت أيضا في البداية إلى الثنائية، إلا أنه حسب العديد من الفلاسفة وفي تحليل لمقولته "أنا أفكر إذن أنا موجود" فقد أكد على أن النفس والبدن يتبادلان التأثير والتأثير على مستوى خاص، أشار إليه ديكارت بالغة الصنوبرية. فرغم محاولته للفصل بين النفس والبدن إلا أنه رجع لنقطة الإنطلاق ليجمع بينهما وينفي نظريته من خلال حل ديكارت الذي يسمى بالتفاعلية المتبادلة. وينوه بأن الجسد والروح هما مادتان لهما تأثير متبادل. (Ibid)

ظهر لفظ نفس-جسدي (Psycho-somatique) أول مرة في الدراسات الطبية للطبيب العقلي الألماني هينروث Heinroth سنة 1818 للدلالة على تأثير النفس على الجسد. ثم قام jacobi في 1828 بالتمييز بين الحالات المرضية التي تبدأ بالعوامل الجسمية لتحديث اضطرابات نفسية والتي تؤدي بدورها لإضطرابات عضوية وظيفية. (الزرد، 2000، ص.20)، تم بعدها إعادة تناول وتطوير الحقل السيكوسوماتي في أمريكا من طرف مجموعة من المحللين. وأتى الاستخدام الدقيق للمصطلح على يد Deutsh في 1927 مع ممثلين آخرين لمدرسة شيكاغو (Weiss, Eglisch, Grinker....). كما كان للتيار التحليلي الفضل الكبير في إرساء قواعد السيكوسوماتية من خلال أعمال Dunbar, Alexander, Groddeck, Freud مما مهد الطريق أمام Sami Ali, De M'Uzan, Fain , Marty ومدرسة البسيكوسوماتيك الحديثة.

بينما انطلق التيار الطبي من فكرة المرض بالبحث عن العوامل المسببة (أسباب وعوامل المرض)؛ العوامل البيولوجية والعوامل النفسية. فإن السيكوسوماتية التحليلية؛ انطلقت من الإنسان المريض وتوظيفة النفسي لفهم الظروف التي نشأ وتطور فيها المرض الجسدي واتفقت جميعها على ان الوحدة النفس جسدية حقيقة فرضت نفسها. وأصبحت السيكوسوماتية تنظر للإنسان المريض نظرة متكاملة في شموليته كما يرى (Stora, 2012)

## 2- أهداف البسيكوسوماتيك:

يعتبر الهدف الأساسي للبسيكوسوماتية هو الوصول الى العلاج المناسب من خلال التكفل الجيد والمناسب للأفراد ذوي التنظيمة السييطوسوماتية بالبحث عن السبببات الكامنة وراء الوقوع في المرض. وتتخلص أهداف البسيكوسوماتية فيما يلي (النايلسي،1992، ص.ص،33،35):

\* تحديد بروفيل الشخصية والأنماط النفسية الخاصة بكل مرض جسدي حيث يصبح من الممكن التنبؤ باحتمال الإصابة بالمرض قبل وقوعه، وهذا ما يدعم العلاج الوقائي بتعديل العلائم النفسية المؤدية للمرض وبالتالي الحد من انتشارها أو على الأقل تقليل من خطر الإصابة.

\* الوصول لتحديد البنية النفسية الأساسية والعلائم النفسية المرافقة لها في حالة الإصابة بالأمراض الخطرة وهذا ما ذهب إليه مارتي.

\* الوصول بالمريض لحالة من التوازن النفسي-الجسدي وهذا ما يسميه مارتي بالتنظيم النفسي-جسدي.

\* إدخال منهجية جديدة على التفكير الطبي التقليدي من خلال الإهتمام بالجانب النفسي للمريض وظهرت فعلا بعض الاختصاصات المنفرعة عن البسيكوسوماتيك كالعلوم الجنسية والمناعة النفسية.

\* وانطلاقا من قول مارتي "الإنسان وحدة حية مدفوعة في فضاء الحياة لفترة معينة." فالوصول بالفرد إلى أفضل مستوى عقلي-صحي من أسمى أهداف البسيكوسوماتية لتحسين المستوى العام للحياة الإنسانية.

\* تجنب المريض تناول العقاقير وما يتولد عنها من آثار جانبية.

\* المساهمة في تكوين نظرة كلية متكاملة عن الوجود الإنساني وعن الإنسان وهذا ما سعى سامي علي إلى تحقيقه من خلال نظريته.

\* دراسة الصلات المتبادلة بين الأوجه السيكلوجية والأوجه الفيزيولوجية لجميع الوظائف الجسمية في حالة الصحة والمرض، حتى يدمج في سلك واحد العلاج العضوي و العلاج النفسي.

\* السعي لوضع تصنيف واعتماد مبدأ الترميز بالأرقام للدلالة على مرض معين، مما يترك المجال مفتوحا للبرمجة المعلوماتية وهي بمثابة نواة مهمة في ترسيخ مبادئ البسيكوسوماتيك ونظرية مارتي بشكل خاص.

(نفس المرجع، ص.83)

## 3- التظاهرات العرضية/المرضية التي يشملها حقل البسيكوسوماتية:

كون تأثير النفس على الجسد يحدث على مستويات عدة كما سبقنا الإشارة إليه. وباعتبار أن البناء والتوظيف النفسي هي عوامل أساسية لظهور المرض، وأيضا بسبب التشويه والإساءة لمفهوم البسيكوسوماتية

من عامة الناس والاستعمال والتوظيف السيء لمصطلح السيكوسوماتية سواء كان ذلك في مجال التشخيص أو العلاج من طرف الاطباء أو المختصين النفسانيين، ولتشابك وتشابه بعض التظاهرات والاعراضيات الجسدية، ولأن التكفل بالمريض السيكوسوماتي له خصوصيته؛ يصبح من الضروري توضيح المعنى الملائم لكلمة سيكوسوماتية من خلال إيضاح ما يندرج وما لا يندرج ضمن حقلها. وهي كما جاءت في (Jeammet, Reynaud et Consoli, 1996, pp: 197,199) و (Pongy et Babeau, 2003, pp: 31, 33) :

☒ الجسدنفسية Somatopsychique: أي الآثار النفسية التي يتسبب فيها المرض (جسد-نفسية) التي تدمج لحقل السيكوسوماتية. تتمثل هذه الآثار في (القلق، الاكتئاب، تغيير المزاج أو السلوك،...) وهي أيضا تؤثر بطريقة رجعية على سيرورة المرض بذاته. وما يجب التنبيه إليه هو عدم الخلط بينها وبين المحددات النفس نشوئية للجسدية. وإن كانت هذه الآثار لا تشكل المحور القاعدي في التعبير السيكوسوماتي، إلا أن رصدها يبقى ذو أهمية قصوى في تحديد جزء من البناء النفسي للمريض، كما تساعد على تبني الطريقة العلاجية الملائمة.

☑ - تدرج ضمن حقل السيكوسوماتية الاضطرابات المصاحبة بتلف تشريحي-كلينيكي أو بخلل بيولوجي موضعي؛ (الربو الشعبي مثلا)

☑ - تدرج أيضا التظاهرات الوظيفية البحتة دون إصابة عضوية، والناجمة عن عدم انتظام بعض الوظائف الحيوية؛ (مثل الإمساك المزمن)

☑ - كما تدرج الآثار الجسدية الناتجة عن بعض اضطرابات السيرة الغريزية أو السلوكية. وليس اضطرابات السيرة الغريزية أو السلوكية (كالفهم العصبي أو الانوركسيا مثلا)

☒ - وفي المقابل، من المبالغ فيه إدراج التغيرات البسيطة للتعبيرات الجسمية للانفعالات كالقلق، الغضب، الفرح...، أو التظاهرات الجسمية لتغيرات المزاج (كالاكتئاب مثلا)

☑ الاضطراب السيكوسوماتي يتعارض نقطة بنقطة مع العرض الهستيري الذي يخرج من نطاقه، لكن يبقى أن الهستيريا تنتمي لحقل السيكوسوماتية.

☒ الهيبوكوندرية: تعبر عن إدراك وهمي للمرض بوجود اضطراب عضوي، يصاحب باهتمام جسدي يفرض على النفس بطريقة متكررة وغير قابلة للتخفيف والتي عادة ما تصاحب بتظاهرات جسمية لا يمكن رصدها عياديا. وعلى الرغم من وجود خلفية نفسية لبعض الصراع الذي لا يمكن تجاهله، فهي إصابة عقلية لا يمكن إدراجها صراحة في الحقل السيكوسوماتي.

☒ المرض العقلي: عادة ما يواجه المختص السيكوسوماتي جسده تسبق أو ترافق أو تأتي مؤجلة مع التظاهرات المرضية العقلية، لكن الاضطرابات العقلية لا تنتمي للحقل السيكوسوماتي.

☒ لا يدرج تقليد المرض (Pathomimie) ضمن حقل السيكوسوماتية؛ فهو حالة مرضية تقترب من هوس الكذب (mythomanie) يتميز بالرغبة في التظاهر بالمرض قد تصل في بعض الأحيان إلى البتر الذاتي للعضو وهذا دون البحث بالضرورة عن مكاسب مادية ثانوية - كما هو الحال في التظاهر أو التصنع المرضي "Simulation" الذي يتم بطريقة شعورية لكسب أو لتفادي وضعية معينة- ويتظاهر تقليد المرض أو كما يسمى أيضا بـ (تتاذر Dieulafoy) على عدة أشكال مثل تتاذر العياء لفرجول Syndrome de L'asthénie de Ferjol أو تتاذر مونشهاوزن syndrome de Münchhausen .

■ متلازمة العياء لفرجول (SLF) هي أعراض تظهر لدى افراد يؤدون بانفسهم إلى أن يصبحوا مرضى طواعية. عبارة عن فقر في الدم دون أي سببية طبية، مفتعل بفعل طوعي يهدف إلى افقار الدم من خلايا الدم الحمراء عن طريق استنزاف الدم بطريقة خفية ومنتظمة من الأوردة أو بالتبرع المتكرر والمبالغ فيه للدم. يتمغالبا تشخيص التتاذر متأخرا بسبب التحمل والتستر المستمر عن الامر من طرفهن.

■ اما تتاذر Münchhausen، فهو اضطراب نفسي معقد يظهر من خلال استثارة الفرد للمرض أو التمارض لإدخاله إلى المستشفى، وأيضا لأجل جذب انتباه الأطباء، قد يصل الامر أحيانا لإجراء عمليات جراحية لهم غير لازمة. يوصف هؤلاء "المرضى المزيفون" الأعراض الوهمية لأجل إقناع الطاقم الطبي بأنهم يعانون حقاً من إصابة أو مرض ما طلبا للرعاية الطبية. كما يقومون بتناول الأدوية لإثارة أعراض تجعل الاطباء يعتقدون أنهم مرضى حقا، وقد يؤذون أنفسهم لأجل ذلك. غالبا يكون لديهم معلومات بكل ما يحيط بالمرض الذي اختاروه وباعراضياته، ويحاولون توجيه الطبيب إلى تشخيصه.

وهناك أيضا تتاذر مونشهاوزن بالوكالة syndrome de Münchhausen par procuration (SMpP). إذ يقوم أحد الوالدين، غالبا الأم باخترع أمراض كاذبة عن طفلها باعطاءه الادوية تتسبب في ظهور الأعراض لديه، ليقوم الأطباء بتشخيصه ووصف العلاج له. ويبدو أن الشكل البسيط يظهر عند الرجال أكثر، بينما يظهر التتاذر بالوكالة بشكل رئيسي لدى النساء، وهن غالبا ينشأن في بيئة طبية أو شبه طبية.

فعلى أساس المحددات التشريحية أو النفس نشؤية يمكن للمختص أن يميز ما ينتمي وما لا ينتمي إلى حقل السيكوسوماتية، ما هو اضطراب عضوي، نفسي أو سيكوسوماتي. لأجل التحديد المناسب لمجال التناول والتكفل النفسي أو العلاجي حسب ما تستدعيه الحالة المرضية؛ إما بالتوجه للعلاج الطبي، النفسي، أو السيكوسوماتي.

## المحاضرة الثانية: مفاهيم حول السيكوسوماتية

### 1- تعريف السيكوسوماتية:

بالرجوع لأصل المصطلح الأجنبي psycho-somatique المشتق من اللغة اليونانية، نجده مؤلفاً من مقطعين: psyché أي النفس، soma وتعني الجسد. بهذا تكون الترجمة الحرفية للمصطلح (نفس\_جسدي) لتعريف السيكوسوماتية؛ تقدم العديد من الباحثين في المجال لتوضيح معناها وقدموا العديد من التعاريف. ويمكن تعريفها على أنها قراءة خاصة للمرض تحترم الجانب النفسي للمريض. وعرفت كلمة سيكوسوماتية في المؤتمر الطبي الأمريكي الذي عقد سنة 1941 "بأنها اضطرابات وظيفية أو بنيوية جسمية يكون سببها الإنفعالات المزمنة ترجع إلى اضطرابات حياة المريض وهي اضطرابات قلماً يجدي في علاجها العلاج الطبي وحده ولا بد من علاج نفسي". (الزراد، 2000، ص.20).

تعرف السيكوسوماتية على أنها "كل اضطراب جسدي يحتوي في سببته على عامل نفسي، لا يتدخل بطريقة عرضية كما هو الحال في أي إصابة، ولكن عن طريق مساهمة أساسية له في نشوء المرض". (Jeammet, Reynaud et Consoli, 1996, p197)

يعرف (Pongy et Babeau, 2003, p: 31) السيكوسوماتية على أنها مجموعة من الاضطرابات الجسدية المرتبطة بإصابات تشريحية أو وظيفية مضافاً إلى أسبابها العضوية مجموعة من العوامل النفسية (ظروف الحياة، المعاش النفسي، عوامل مجهدة، خصائص ومكونات الشخصية، المحيط الاجتماعي للفرد) التي تعتبر المساهم الأساسي في نشأة المرض.

وعرفها (Marty (1998) في مقدمة كتابه "الحركات الفردية للحياة والموت" «Les mouvements individuels de vie et de mort»: بأنها اضطرابات لا تقف عند حدود الاضطرابات النفسية عضوية المنشأ أو الاضطرابات العضوية نفسية المنشأ بل تتخطاها إلى اعتبار الإنسان وحدة نفسية جسدية مؤثرة ومتأثرة بمحيطها ومتفاعلة وهي عبارة عن اضطرابات التوازن بين الجهاز النفسي والجهاز الجسدي، أي بين غريزتي الحياة والموت.

والسيكوسوماتيون "هم أفراد يكون لهم استعداد تكويني للأمراض النفسوجسمية مع حساسية مرتفعة لبعض الضغوط والمرض يظهر بعد صراع أو صدمة لاشعورية ناتجة عن نقص الوسائل السيكولوجية للدفاع ضد القلق من هوام، أحلام وتسامي وهي أمراض يمكنها إصابة جميع أجهزة الجسم (هضمي غدي بولي تنفسي، القلب،...)" (Larousse, 1998, p.622)



وهي مقارنة نظرية للممارسة الطبية أين يكون التنظيم النفسي عامل مرافق أو مشترك. انطلق هدفها من الرغبة في الوصول إلى العلاج المناسب وإيصال المريض إلى التوازن بين حالته الجسدية والنفسية أو ما يسميه Marty بالتنظيم النفس-جسدي. (النايلسي، 1992، ص.20)

## 2- بين الاضطراب السيكوسوماتي، الجسدنة، التحويل الهستيرى، والهيپوكندرية:

هناك الكثير من الاختلاف بين التظاهرات والأعراض الجسدية والتي قد تختلط على المعالجين؛ سواء كان ذلك من طرف الطبيب المعالج أو المختص النفساني. وتختلف هذه التظاهرات من اضطراب سيكوسوماتي، جسدنة، تحويل هستيري، هيپوكندرية... وذلك من خلال السببية المولدة للمرض والعوامل المفجرة لها. لذا وجب التمييز بينها لأجل التحديد المناسب لمجال التناول والتكفل النفسي أو العلاجي.

### 2-1- الجسدنة:

بالرجوع للقواميس الفرنسية فإنه لا نجد تعريفا للجسدنة. ويشير المفهوم حسب تعريف كتاب Vocabulaire de psychiatrie كما جاء في (Desombre, 2010, p:8) إلى "سيرورة لا شعورية، تعمل على إخفاء الصعوبات العاطفية أو الأخلاقية تحت قناع جسدي يمكن أن يأخذ أي شكل من أشكال الاضطرابات الوظيفية من صداع، عسر البلع والخفقان...". ففيه « يتحدث الجسم بدون تفكير»، فهي أعراض خام دون رمزية، أعراض عابرة، وغالبا ما تكون مرتبطة بقلق الانفصال، وفيها اختبار لقدرة الفرد على التكيف. (Ibid, p:9)

وهي كما تشير إليه Morel عبارة عن استعارة، ردة فعل، آلام يُعبر عنها بطريقة مجازية عن رغبات الفرد، والجسدنة تكون دائما ثانوية تعبر عن طريق عرض يتراجع في أغلب الأحيان دون ترك أثر، ولا توجد دائما إصابة عضوية. فالجسدنة هي تفريغات من قلق بسيط إلى صراعات عميقة وهناك تفويض للجسد في التعبير عن ذلك بدلا من السلوك التعبيري الحركي أو العقلي. فالجسدنة عبارة عن رغبات مكبوتة تم تفريغها في الجسد بطريقة ما، والجسم هو من يتولى التعبير عن اللاشعور. تحدث الجسدنة إما بسبب الكبت الكثيف والمنظم أو على العكس لغياب الكبت أمام كم من الإحباطات الحقيقية التي يتلقاها الفرد حاليا في وضعية خارجية لا يملك أمامه وسيلة للرد أو الصد، ويكون الكبت دائما كبتا نزويا مشحونا بطاقة سلبية، فقد تكبت التمثيلية ولكن الطاقة السلبية التي كانت مرتبطة بها تعود لتظهر على شكل سام يطفو على السطح ويضر الجسد. فالمعاناة يتولاها الجسد ليوفرها عن النفس بسبب التعب الذي يعتريها إلى حين استرجاع قوتها

وطاقتها، أو باحداث تفرغ للآثار على مستوى نفسي بطريقة إيجابية أو طبيعية كالأحلام النهارية أو الليلية. (Morel, 1995, pp:181-183)

## 2-2- الهيبوكندرية:

تعبّر عن إدراك وهمي للمرض بوجود اضطراب عضوي، وهي من نمط الإحساس الوهمي "cénesthopathie" التي تكون لها دور مساهم في انطلاقة الشكاوى والحفاظ عليها. تتمثل الخاصية الأساسية للاضطرابات الهيبوكندرية في الانشغال المستمر للفرد باحتمال وجود واحد أو أكثر من الاضطرابات الجسدية الخطيرة والتقدمية، تترجم من خلال الشكاوى الجسدية أو الفلق الدائم بشأن المظهر البدني. غالبًا ما يقوم هذا الشخص بتفسير الأحاسيس والعلامات البدنية العادية على أنها غير طبيعية أو مؤلمة. يركز انتباهه على عضو أو اثنين أو على إحدى أجهزة الجسم. (Gunaratne et Candau, 2017, p. 201) يعتقد الفرد بأنه يعاني من مرض خطير غالبًا ما يكون مميّزًا، ما يبعثه لزيارات متكررة لعدة أطباء لأجل التحري الكثيف عن مرضه واستكشافه.

يصنف (Bergeret 2003) الهيبوكندرية ضمن العصابات ويرى بأن صورة الجسم هي المصابة ولكن دون إصابة عضوية. أما (Chabee- Simper, 2000, p.19)، فتضع "الهيبوكندرية في جانب الذهان مع وجود اقتناع هلوسي... هؤلاء المرضى يقومون باستمرار بمضايقة الأطباء والجراحين لأجل العلاج أو التدخل الجراحي والذي لن يحل أي شيء.

## 2-3- التحويل الهستيرى:

هو تعبير رمزي لصراعات جنسية تجد جذورها في المرحلة الأوديبية تم كبتها كلية، تظهر من خلال منطقة من الجسم لمحتوى نفسي معبئ انفعاليا، هدفها تفرغ هذه الشحنة الانفعالية حسب الكسندر. وهو كما ذهب إليه فرويد اخراج على سطح الجسد لصراع نفسي-داخلي، فيصبح الجسد كإستعارة لهذا الصراع. بحيث يكون ظهور هذا العرض كإشارة لعودة المكبوت على ساحة الجسم الخيالي دون ضرر أو إصابة عضوية ودون قلق أيضا. (Xardell-Haddab, 2009, p.56) ويفترض Smadja بان ظهور هذا النوع من العرض ينم عن وجود انا أعلى ما بعد اوديبى مرتبط بتنظيمه مستوفاة نسيبا. ويعبر العرض الهستيرى عن توظيف عقلي مرصن نسيبا. (Smadja, 2001, p. 28)

في التحويل الهستيرى، الجسم "يتحدث بطريقته الخاصة" ويصدر "رسائل مشفرة"، يعرض على السطح -بطريقة رمزية- الصراعات العميقة داخل النفس والتي لا يمكنها الوصول إلى الوعي، يتحدث عن طريق

اللام بدلا من الكلام، ويكون العرض كتسوية بين (المتطلبات الوالدية المحظورة) والرغبات اللاواعية (الطموحات المحظورة). وقد يأتي العرض بطريقة ثانوية لاضطراب عضوي أو يرتبط بأمراض عضوية موجودة مسبقا، وتكون الحوادث المفجرة حاملة لرمزية ما. (Desombre, 2010, p:13)

## 2-4- الاضطراب السيكوسوماتي:

حسب (Marty, 1976) الاضطراب السيكوسوماتي عبارة عن لغة، والعرض عبارة عن فعل حيث يتكلم الجسم عن طريق المرض أين يكون البعد النفسي والذي له دوره في نشوءه وتطوره علاقة بشخصية الفرد التي تعبر عن نفسها من خلال المرض مع وجود بنية أساسية لها تنظيم نفسي-جسدي خاص حيث يلعب سوء التعقيل دورا في ظهور الأمراض يرفق بتلف عضوي، تجد جذورها في سوء تنظيمات أو عدمها التي تصاحب نمو الطفل. إضافة إلى استعدادية جسدية وهشاشة على مستوى عضو ما أو جهاز ما. والجسم الحقيقي هو المصاب، ينوب الجسد عن النفس التي تعتبر غائبة بسبب عدم قدرتها على معالجة الاثرات الطاقوية التي تتجاوزها.

◀ تشترك السيكوسوماتية والتحويل الهستيرى في التظاهرات الجسدية، ويكمن الاختلاف على مستويين:

- الهستيريا تظهر على مستوى الأعضاء الارادية، في حين تظهر الإصابات السيكوسوماتية على مستوى الأعضاء اللارادية والحشوية.

- وعلى مستوى تفرغ الإثارة ومسالك الطاقة: بينما يتم اختزال الطاقة في الجسد الحقيقي في السيكوسوماتية بسبب عدم معالجتها، فإن الطاقة تظل طريقها في الهستيريا و تسلك دربا خاطئا يظل في النطاق الجسدي ويتم معالجة الصراعات في الجهاز النفسي. وفيه يقول (Bergert, 2003b) على غرار ما ذهب إليه de M'uzan " إذا كان العرض في الهستيريا جاهل فهو في السيكوسوماتية غبي."

## 3- السيكوسوماتية في التصنيفات الدولية:

ابتعادا عن بعض التصنيفات التي تعتمد على التفسيرات النفسية البحتة مع خطر تجاهل الأسباب العضوية المحتملة للاضطرابات، لم تعد التصنيفات الدولية CIM و DSM تسند الكثير من الأهمية للعوامل النفسية في ظهور المرض. وأصبحت تهدف إلى الممارسة الطبية العقلية التي تعطي الأهمية للأعراض السريرية الظاهرة، وكذا للتطور الزمني للتنازلات والمصدر العضوي لبعض الاضطرابات. مرت الاضطرابات النفس جسدية بالعديد من التغيرات في التسميات في مراجعات تصنيفات CIM و DSM.

سميت بالإضطرابات السيكوسوماتية في DSMI، وبالإضطرابات النفسية الفزيولوجية في DSMII، وأشير إليها في DSMIII من خلال المثيرات البيئية التي تثير وقتيا على الشروط العضوية فجاءت تحت تسمية "الاضطرابات جسدية الشكل" التي تتصف بوجود أعراض يصحبها أعراض طبية. إذ تشمل هذه الاضطرابات كما جاءت في DSM-IV و DSM-IV-TR: الجسدية؛ التحويل؛ الاضطراب المؤلم؛ الهيبوكوندرية؛ الخوف من التشوه الجسدي. ويعتبر المعيار المحدد لهذه الاضطرابات هو استمرار الأعراض كالآلام الجسمية؛ الصداع؛ الدوار؛ اضطرابات الهضم؛ التعب والإرهاق؛ الأمراض الجلدية... إلى غيرها من الأعراض التي لا يمكن تفسيرها بمرض عضوي أو الآثار الجانبية لتناول دوائي. أما في DSM5، فقد عوضت تسمية "الاضطرابات جسدية الشكل" بـ "الاضطراب بأعراض جسدية والاضطرابات ذات الصلة"، وفيه اختفت تسمية هيبوكوندرية وعوضت بالخوف المفرط للوقوع في المرض (illness anxiety disorder)، واستثنى الخوف من التشوه الجسدي الذي أصبح يسمى بوسواس التشوه الجسدي وتم تحويله مع اضطرابات الوسواس القهري. (Schulz , 2016, p. 53)

وعليه، فإنه يدرج ضمن الاضطراب بأعراض جسدية والإضطرابات ذات الصلة في الدليل الخامس في: اضطرابات باعراضيات جسدية؛ الخوف المفرط للوقوع في المرض؛ اضطراب التحويل، اضطراب العرض العصبي الوظيفي؛ العوامل النفسية المؤثرة في الحالات الطبية الأخرى؛ الاضطراب المفتعل؛ اضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى؛ اضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة. (Ibid, p. 644)

وفي الفصل الخامس لـ (CIM 10) في مراجعته العاشرة، فإن المصطلح نفسي المنشأ (psychogène) لم يستعمل في عنوان الأصناف لهذا الدليل التصنيفي، لكنه وضعت مفاهيم مختلفة حسب لغة وتقاليد الطب العقلي، إذ نجد فيه استمرار في استعمال المصطلح في بعض الوضعيات والإضطرابات التي نطلق عليها بسيكوسوماتية في تصنيفات أخرى؛ وهي تصنف في الإضطرابات جسدية الشكل (troubles f45 somato-forme) وتندرج تحتها الجسدية؛ الاضطرابات الهيبوكوندرية (يشمل الخوف من التشوه الجسدي)؛ خلل توظيف عصبوي جسدي الشكل؛ تناذر الألم جسدي الشكل المستمر؛ اضطرابات جسدية الشكل أخرى؛ اضطرابات جسدية الشكل غير محددة . (Gunaratne et Candau, 2017, pp.287, 289)

## المحور الثاني: المناحي النظرية المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية

### I- النظريات الكلاسيكية"

#### I- 1- النظريات ذات التوجه التحليلي

✚ المحاضرة الثالثة: اسهامات فرويد في الفكر السيكوسوماتي

✚ المحاضرة الرابعة: الطب السيكو- سوماتي لالكسندر

✚ المحاضرة الخامسة: النظرية الاستعدادية لفلنداز هيلن دينبار

#### I- 2- المدرسة التجريبية

✚ المحاضرة السادسة: نظرية الاجهاد لهانز سيللي

### II- النظريات المعاصرة

✚ المحاضرة السابعة: نظرية الاقتصاد السيكوسوماتي لبيار مارتني

✚ المحاضرة الثامنة: النظرية السيكوسوماتية العلائقية لصاحبها سامي علي

✚ المحاضرة التاسعة: النظرية السيكوسوماتية الادماجية لجون بنجامن ستورا

✚ المحاضرة العاشرة: أنماط وپروفیل شخصية كعوامل لظهور المرض

السيكوسوماتي

## المحور الثاني: المناحي النظرية المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية

### المحاضرة الثالثة

في مجال السيكوسوماتية، لا يمكننا الحديث عن سبب واحد لظهور الامراض، لكن عن أسباب متشابكة، أسباب لا تأتي في منحى خطي محدد كما يشير إليه (Pirlot , 2007) بل في منحى تراكمي، فوضوي، تراجمي ومعقد. وقد شهد تاريخ السيكوسوماتية بروز عدة تصورات مفسرة للاضطراب السيكوسوماتي وقراءات عدة لها، وتعددت النظريات المختلفة والتيارات المتباينة والتي ما تزال تتعايش فيما بينها على مبدأ أن "السيكوسوماتية ليس إختصاصا منفردا وإنما طريقة ونهج في التفكير الطبي. سعت العديد من النماذج والنظريات الكلاسيكية منها والمعاصرة لتطويرها. فالسيكوسوماتية مقارنة استنبطت من إثراء نظري متعدد التوجهات ساهمت في بلورتها، منها ما ينتمي للتيار التحليلي كنظرية فرويد (Freud) للصدمة النفسية، نظرية الشخصية الاستعدادية لدينبار (Dunbar)، النظرية الانفعالية لالكسندر (Alexander)، ونظرية الاقتصاد السيكوسوماتي لمارتي (Marty)، ومنها ما هو غير تحليلي كنظرية البرود الانفعالي (التكتم) لسينفيوس (Sifneos)، نظرية الاجهاد لسيلي (Seley)، الاكتئاب، الحداد، نظرية علم النفس العصبي المناعي، والنظرية الكرونوبولوجية، النموذج السوسيوثقافي. كما سنقوم بعرض النظرية التكاملية لستورا (Stora). سنتطرق فيما يلي لتوضيح مساهمة البعض من هذه النماذج والمناحي النظرية في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية ومساهمتها في تطوير هذه المقاربة.

### 1- النظريات الكلاسيكية

#### 1-1- النظريات ذات التوجه التحليلي:

#### 1-1-1- اسهامات فرويد في الفكر السيكوسوماتي:

عادة ما يلتجأ التيار التحليلي لفهم ظروف المرض وتطوره من خلال الإنسان المريض وتوظيفه النفسي. وبالرغم من المكانة المركزية التي كان يحتلها مفهوم الجسد في النظرية الفرويدية، إلا انه لم يحظى بأعمال تختص بالمجال السيكوسوماتي صراحة. وبالرغم من عدم استعماله لمصطلح "السيكوسوماتية"، إلا أن عدد من الأعمال والمفاهيم التي تحدث عنها في مجال علم النفس المرضي شكلت قاعدة لانطلاق محللين آخرين جاءوا من بعده عملوا على تطويرها.

- وكانت مجمل أعمال فرويد المرتبطة بالأعراض الجسدية كما أشار إليها (Pirilot, 2007) تندرج تحت الاهتمامات النظرية الخاصة بالطاقة النزوية. وبالرجوع لكتابات فرويد فقد صنف الأعراض الجسدية تحت 4 أنواع: أعراض التحويل الهستيرى، الأعراض الجسدية للعصابات الراهنة، الأعراض الهيبيكوندرية، والأمراض العضوية المنظمة.

- كما أشار فرويد في العديد من المناسبات إلى بعض العلاقات التناقضية والتي شكلت لعزله بين الحالات المرضية للجسد وبين الحالات النفس مرضية، وبين العصاب الصدمي والإصابات الجسدية. كما لاحظ غياب الحالات العصابية عند استقرار الأمراض الجسدية. وأقر فرويد بان " كل عرض هو عبارة عن صراع لاشعوري، وتعبير خارجي لعودة المكبوت " وفي رسالة وجهها فرويد لزملائه في (5/1917) دعى فيها الرواد من بعده قائلاً "بين النفس والجسد، حقل جديد يتيح مجالاً لنشاط التابعين والمستخلفين من ورائي عليهم استكشافه والبحث عن قوانين التوظيف التي تحكمه". (LE GÔ, 2003, p. 12) وفيه يظهر إحياء فرويد العميق حول إمكانية تأثير النفس في ظهور الأعراض الجسدية إلا أنه لم يتعمق في هذا المجال، بالرغم من اهتمامه بمتابعة أبحاث تلاميذه السيكوسوماتيون، وقد كان اهتمامه موجهاً في أعماله وأبحاثه لاستعمال التحليل النفسي لمعالجة الإصابات العضوية. (Stora, 1999, p.61)

- وأشار فرويد أيضاً إلى الجسم الحقيقي والجسم الخيالي.

- و تحدث فرويد عن كون الجسم كسطح للنفس، حيث تعتمد النفس على الجسد للتعبير عن نفسها، ووجه الاهتمام إلى استعمال الجسد لفهم النفس وفي ذلك يقول " إن مظهر الجسم ذو علاقة كبيرة بالنفس: فالأنا هو أنا جسدي قبل كل شيء وليس كائن سطحي فقط فهو في حد ذاته إسقاط للسطح وهو أيضاً إسقاط لامتناهات الجهاز النفسي".

المسايرة الجسدية أو التواطؤ الجسدي: تحدث فرويد لأول مرة عن المسايرة الجسدية بصدد حالة دورا، وهي عبارة عن أعراض عضوية تعمل على إظهار المعنى. وادخل هذا التعبير لتوضيح اختيار العضو أو الجهاز الجسدي الذي ينصب عليه الإقلاب، أين يكون عضو معين عند الهستيرى مادة مفضلة للتعبير الرمزي عن الصراع اللاواعي. (Stora, 1999, p.61)

- الأعصاب الراهنة: قام فرويد ( 1892-1898) بعزل مجموعة من الأعصاب المختلفة عن الأعصاب الذهانية ( النفاس = أعصاب النقلة والأعصاب النرجسية)، و أكد على الاضطرابات الجسدية عديمة المعنى

والمرتبطة بالعصاب الصدمي أو بالعصابات الراهنة للدلالة على القلق والإعياء. ثم اقترح لاحقاً ادراج الهيبيكوندرية في 1914. (Pirlot, 2007) ويتعلق الامر كما جاءت في (لابلانث وبونتاليس، 1997)

\* - أعصبه جنسية المنشأ لكنها ليست نفسية الاثولوجية بل جسدية. يوجد مصدر الإثارة أو العامل المفجر للاضطراب في المجال الجسدي، بينما يكمن في الهستيريا والعصاب الهجاسي في المجال النفسي.

\* - لا يتعين البحث عن اصل الأعصبه الراهنة في الصراعات الطفلية، بل في الحاضر.

\* - لا تشكل الأعراض في هذه الحالة تعبيراً رمزياً، بل ينتج مباشرة عن غياب أو عدم تلاؤم الإشباع الجنسي. ويقوم التعارض بين النوعين من الأعصبه؛ أي الراهنة والنفاس على اعتبارات جنسية ومولدة للمرض، فمع أن السبب جنسي فعلا في هذا النمطين من العصاب، إنما يتعين البحث عنه هنا في اضطرابات الحياة الجنسية الراهنة. فبينما يتمثل هذا العامل بغياب تفريغ الإثارة الجنسية في عصاب القلق، فإنه يتمثل في حالة الإعياء بإرضاء غير ملائم لتلك الإثارة ( الاستمنا)

\* - تكون أوالية تكوين الأعراض جسدية-أي تحول مباشر إلى قلق- وليست رمزية، ويتضمن غياب التوسط الذي نجده في تكوين أعراض الأعصبه الذهانية من إزاحة وتكثيف....

لم يتخل فرويد مطلقاً عن هذه الآراء حول خصوصية الأعصبه الراهنة، ولقد عاد وعبر عنها في مناسبات مختلفة مشيراً إلى انه يتعين البحث عن أوالية تكوين الأعراض في مجال الكيمياء الذي يتمثل في التسمم بالآثار الناتجة عن عمليات أيض المواد الجنسية.

وتجدر الملاحظة أن أعراض الأعصبه الراهنة هي في مفاهيم فرويد من النمط الجسدي بصورة رئيسية، وفكرة العصاب الراهن تقودنا إلى المفاهيم الحديثة حول الإصابات السيكوسوماتية. كما تجدر الإشارة أن نظرة فرويد كانت تقتصر على استعراض عدم إشباع النزوات الجنسية بمعنى ركز على السيرورات النفسية ولم يهتم بالاضطرابات الجسدية الناتجة. (Pirlot, 2007)

تستعمل النظريات السيكوسوماتية الحديثة بعض المصطلحات التي جاء بها فرويد حول:

- تراكم الاثارة او التوتر الجنسي.
- قصور او استحالة الارصان النفسي للثارة الجنسية الجسدية، اذ لا يمكن ان تتحول هذه الإثارة الى لبيبدو نفسي ويحدث بالتالي إفلات الإثارة من الارصان العقلي، فهي لا تمر إلى الجهاز النفسي بل مباشرة إلى الجسد باختزالها "court circuitage" بمعنى تراكم الإثارة والاختزال بين الرغبة وتحقيقها، فيعمل الجهاز



النفسي الذي لا يستطيع امتصاصها على اختزالها فتتحول الى المستوى الجسدي على شكل قلق، فالصراع لا يستدخل و لا يتم معالجته من طرف الأنا بسبب غيابها. (Ibid)

✓- وما يميز الأعصبة الراهنة عن أعصبة النقلة (Hy,Toc,Ph) هو:

1) أنية الاضطرابات النفسية بالمقارنة مع أصولها الحقيقة. بالمقارنة مع الأعصبة النرجسية «مجمل حالات الذهان الوظيفي»، الليبيدو يزاح دوما على موضوعات واقعية أوخيالية بدلا من انسحابها منها إلى الأنا، وهو عبارة عن عصاب اصطناعي تميل تجليات النقلة لان تنتظم ضمنه، يشكل حول العلاقة مع المحلل مكونا بذلك نسخة جديدة عن العصاب العيادي، ويؤدي استجلاؤه لاكتشاف العصاب الطفلي. ففي الأعصبة الراهنة كل شيء يحدث وكان الصراع حدث له اختزال في الطريق. فبينما في الهستيريا مثلا تسلك الإثارة النفسية دربا خاطئا يظل في النطاق الجسدي، فانه هنا الطاقة الفيزيقية هي التي لا تستطيع العبور إلى الحيز النفسي وتظل بالتالي حبيسة بالدرب الفيزيقي.

2) الواقع بالنسبة لعصاب النقلة واقع هوامي، أما في حالة العصاب الراهن فان للواقع تأثيره الكبير. وللسيكوسوماتي استثمار مفرط للواقع.

3) فقر الهوام والإرصان العقلي في الأعصبة الراهنة. ونقصد بالإرصان النفسي مكاملة الإثارات في النفس وإقامة صلات ترابطية فيما بينها، فالأثر الصدمي يُصفى إما من خلال التصريف أو من خلال مكاملته في «مركب الترابطات الكبرى» لأجل عمل تصحيحي حتى لا تبقى الصدمة في وضعية «المجموعة النفسية المنفصلة». ومن الناحية الاقتصادية بدلا من أن تتكفل الحياة العقلية بالطاقة الليبيدية لتضمن لها مخارج فعالة فان هذه الطاقة تفلت من الإمكانيات العقلية للإرصان ما يؤدي لإحداث الخلل. أي عدم القدرة على تحويل الكمية الفيزيائية الى كيفية نفسية وبالتالي عدم القدرة على إقامة المسالك الترابطية التي تفترض حصول هذا التحويل كشرط مسبق لها. والإرصان يستدعي القدرة على الوضعيتين السابقتين. (لابلانز وبونتاليس، 1997)

\*- كما تركز النظريات السيكوسوماتية الحديثة على بعض المفاهيم الفرويدية من خلال:

✓ البعد الموقعي: والسيكوسوماتي يعاني خلا على مستوى الموقعيتين الأولى والثانية.

-فعلى مستوى الموقعية الأولى؛ لاشعور يعجز عن ارضان تمثيلاته. ما قبل شعور قليل النفاذية أو خارج الخدمة ينتج عنه عدم إقامة الصلات الترابطية بين الإثارات وتمثيل الصور والكلمات ينتج عنه نوعية خاصة من الأحلام، نقص في الحياة الهوامية وصاد إثارات هش.

- أما على مستوى الموقعية الثانية؛ أنا هش، دفاعات بدائية غير فعالة، أنا أعلى صارم يظهر على شكل أنا مثالي يؤدي للامتثالية الاجتماعية والاستثمار المفرط للواقع.

✓ نظرية القلق: غير فرويد من نظريته الأولى إلى نظريته الثانية حول القلق. فبعد أن كان تفسيره للقلق على انه ثانوي وناتج عن كبت الليبيدو الذي يتحول إلى قلق. عدل من نظريته أين يظهر القلق كوظيفة من وظائف الأنا، فألانا إذا هو محل القلق وهو من ينشئه فعندما يكون هناك خطر يقوم الأنا بتحريك الآليات الدفاعية. ويعني السيكوسوماتي من غياب قلق الإشارة ما لا يسمح بتنبيه الأنا إزاء وضعيات الخطر، ومنه عدم إيقاف الكمونات العقلية من اجل مواجهة الإثارات الداخلية والخارجية وتحريك الآليات الدفاعية بفعالية.

✓ نظرية النزوات: سيطرة نزوة الموت على نزوة الحياة، وهو ما اعتمد عليه مارتي بخصوص الاقتصاد السيكوسوماتي و يفترض أن التوازن السيكوسوماتي هو حصيلة التوازن بين غريزتي الحياة والموت.

ولأجل هذه المساهمات التي شكلت قاعدة لانطلاق الباحثين في مجال السيكوسوماتية ذات المنحى

التحليلي، يقول بيار مارتي " لولا فرويد لكان عملنا مستحيلًا " (Marty, 1976, p.86)

## المحاضرة الرابعة

### 1-1-2- المدرسة السيكوسوماتية الامريكية

ظهرت كلمة سيكوسوماتية في أعمال المدرسة الأمريكية في الثلاثينات من القرن العشرين، وارتبطت بالعديد من الباحثين وعلى رأسها Flanders Dunder, Franz Alexander. حيث أخذت المدرسة السيكوسوماتية الامريكية طابعا طبيا.

### 1-1-2-1- الطب السيكو - سوماتي (psycho-somatique) لالكسندر

يعتبر الكسندر ممثل النظرية الانفعالية ومؤسس الطب السيكوسوماتي الحديث، ينتمي لمدرسة شيكاغو، لعب دورا كبيرا في الفكر السيكوسوماتي حيث أحدث قطيعة بينه وبين ما كان موجودا في سيكوسوماتية فروديك ، وسيطرت أعماله على التيار السيكوسوماتي بين 1940-1960 رجع من خلالها إلى الثنائية نفس-جسد. ويرتكز تصوره على المفاهيم التحليلية والمفاهيم الفيزيوباتولوجية، اذ تم تطوير هذه المفاهيم مع زملائه من خلال ملاحظاتهم على المرضى في الأوساط الاستشفائية، وهو ما كان له أثره الكبير في تنظيرهم في المجال السيكوسوماتي الذي اخذ الطابع الطبي. كما يرجع له الفضل في السيكوسوماتية القصيرة "تيار الطب السيكوسوماتي". ويرى أن الانفعالات تنتظم في سلاسل منطقية خلال التجارب الحياتية. (Alexander, 2002) وهو ما اشار إليه بيربيبي Bérubé في تعريفه للسيكوسوماتية على أنها "مرض يتميز بأعراضية جسدية تكون لها أسباب متعددة، أين يكون للعوامل الانفعالية دوراً هاماً فيها. وعادة ما تصيب عضواً أو نظاماً فزيولوجياً. والتظاهرات الفزيولوجية هي تلك التي تصاحب عادة بعض الانفعالات، لكنها أكثر كثافة ولمدة أطول. حيث تؤدي الانفعالات المقموعة الحادة إلى اختلالات في الوظيفة أو حتى تلف في الأعضاء. (Bérubé, 1991, p 130)

اشار ألكسندر أن "العوامل الانفعالية تؤثر على جميع العمليات الفسيولوجية من خلال المسارات العصبية والخلطية" (Alexander, 2002, p.40) وهو بالتالي يعتبر رائداً للاكتشافات الحالية في علم الأعصاب.

كما تطرق الكسندر إلى وجود نمط خاص من الصراع والذي يكون اصل عدد من الإصابات السيكوسوماتية مثل القرحة المعدية، التهاب القولون، ارتفاع الضغط الدموي والتهاب المفاصل، وفرط إفراز الغدة النخامية... ولأجل ظهور الاضطراب السيكوسوماتي يجب توفر واجتماع لثلاث عوامل أساسية:

- نمط خاص من الصراع.
- قابلة خاصة للجسد تسمى بالعامل الجسدي X
- الوضعية الحالية للصراع.
- وهو عبارة عن تصور دينامي لوجود الصراع تهتم بتوفر أرضية لحدوث المرض. فالعاملين الأوليين يبعثان إلى ما جاء به فرويد بخصوص المسaire الجسدية. أما العامل الثالث فيشير إلى الأعصبة الراهنة.

وعلى العموم، فقد ارتكزت تصوراته في المجال على نظريتين أساسيتين:

★ - نظرية تهتم بالخصوصية التي تنطلق من مسلمة أساسها أن كل حالة انفعالية تحدد ظهور تناذرات فيزيوباتولوجية

★ - نظرية عصاب العضو: واعتمد في تطويرها على ما جاء به فرنزي Ferenczi وأنه يمكن تعريف هذا العصاب كاستجابة لحالة انفعالية صراعية لا يستطيع الفرد التحكم فيها. كما استند إلى ما توصل إليه فرويد حول العصاب الراهن. (LE GÔ, 2003, p. 13)

ويتمثل عصاب العضو بالنسبة للكسندر بحالة نفسية تتميز بقمع مزمن أو دوري للانفعالات التي لا تجد لها تصريفا، لا على مستوى الارصان النفسي ولا على مستوى المخارج السلوكية.

وتقوم هذه النظرية على مسلمة مفادها أن الانفعالات المقموعة على المستوى النفسي تكون مسيرة بطرق عصبية مستقلة إلى العضو الذي يتم تعديل وظيفته في وقت اول خلا في التوظيف لبعض الأعضاء تهدف لتكيف للمتعضي مع الوضعية الجديدة المتولدة من الفرط الانفعالي، ثم في وقت ثان يؤدي إلى الإصابة العضوية والوقوع بالتالي في الأمراض العضوية التشريحية. فكل حالة انفعالية خاصة تترجم في البداية باضطراب وظيفي متمركز في عضو أو جهاز ما، يتحول لاحقا إلى اضطرابات عضوية بواسطة القاعدة الفيزيولوجية المرضية على أن الاضطرابات الوظيفية تتحول إلى إصابة تشريحية بتكرارها. كما يسند الكسندر للانفعالات نفس الوزن في تسببها في نشوء المرض مثلها مثل العناصر الممرضة كالالتهابات والعناصر الكيميائية والجسدية. (Consoli, 2013)

- وقام الكسندر بالتمييز نقطة بنقطة بين عصاب العضو والعصاب الهستيرى. وبالرغم من وجود عرض جسدي في كلتا الحالتين؛ إلا أنه في العصاب الهستيرى يحدث الخلل في تناسق وشدة وظائف العضو والاضطرابات تكون وظيفية ولا تتغير البنية التشريحية وهي عبارة عن تعبير رمزي للصراع لمحتوى سيكولوجي بشحنة انفعالية يتم تفريغها، حيث يعمل هذا التفريغ على التعبير وتحرير هذه الشحنة الانفعالية في آن واحد وهي حالة عكوسة. أما في حالة عصاب العضو، فإن الاستجابة تكون فيزيولوجية للجهاز العصبي الاعاشي للمنبهات الراجعة للحالات الانفعالية المتكررة أثناء صراع عاطفي يمتد في الوقت مع غياب التحكم في هذه التفريغات الانفعالية والذي قد يتسبب في اصابات عضوية مرضية غير عكوسة. ففي حين يتم التفريغ في عصاب الهستيريا في الجهاز العصبي العضلي لتصاب الأعضاء الإرادية الحسية الحركية، فانه في الاضطرابات السيكوسوماتية تصاب الأحشاء والأعضاء اللاإرادية. (Hamelin-Brelet, 2012, p:41)

- كما استند الكسندر إلى مخطط طاقي من خلال توازن الحياة العقلية بين إنتاج الطاقة الحيوية وتفريغها، حيث مقدار الطاقة المنتجة تكافؤ المقدار المفرغ التي يتم تصريفها من خلال الجهاز الحركي الفكري... وأن الأعصاب والأعراض الجسمية ترتبط بمصير خاص لهذه الطاقة. فاحتباس هذه الطاقة في الجهاز العقلي يؤدي لظهور العصاب في حين يؤدي احتباسها في الجهاز العضوي إلى أمراض وأعصاب عضوية. كما أن هناك مسالك أخرى تؤدي أدوارا مساعدة كالعضلات المخططة، وأن جزء من هذه الطاقة يتم تفريغها بواسطة العضلات الملساء كالغضب مثلا. ومن هذا المنظور فان عصاب العضو يرتبط بالاحتباس غير العادي لكمية من الطاقة في عضو أو جهاز مستثمر بشكل خاص من الحياة العاطفية.

- يرى الكسندر بأن "الأمراض النفسجسدية" تتجم عن خلل في التعصيب المزمن المرتبط بالجهاز العصبي المستقل (الإنباتي) الذي يستعد للمقاومة أو الهروب. وعليه ففي حالات التنافس، العدوانية، العدائية، يكون الجهاز السمبتاوي الأدرينالي مستثارا بشكل مزمن. فعلى سبيل المثال، سيكون الشخص الذي يعاني من ارتفاع ضغط الدم الأساسي على مستوى العصبي الاعاشي الحشوي *neurovégétatif viscéral* تحت ضغط قمع العواطف، والعدوانية والمنافسة وبالتالي تحت النظام الأدرينالي.

- كما يرى بأن هناك نوعين من الأمراض النفسجسدية: الأولى تعبير عن الميول العدائية العدوانية المثبطة، والآخرى هو التعبير عن البحث عن الاعتماد والأمان مع نماذج توفر له الحماية. وتوصل في ابحاثه إلى

ما يدعوه بـ "شيكاغو سبعة" "Chicago seven" إشارة إلى 7 أمراض سيكوسوماتية قام الكسندر بعزلها اسند لها بروفيل سيكولوجي محدد: (LE GÔ, 2003, p. 14)

- القرحة المعدية والاثني عشر Ulcère gastro duodéal
- التهاب المفاصل الروماتيزمي polyarthrite rhumatoïde
- ارتفاع الضغط الدموي Hypertension artérielle
- السمية الدرقية أو مرض باسودو Maladie de Basedow
- الربو الشعبي L'asthme bronchique
- قصور القلب التاجي Insuffisance coronarienne
- الصداع النصفي (الشقيقة) Migraine

- وعليه، ميز الكسندر بين الإصابات المتعلقة بالنشاط الزائد بالجهاز السمبثاوي الذي يتحكم في ردود الفعل الحركية للمقاومة والهروب والمرتبطة بالحالات الانفعالية النشطة العدوانية، وبين تلك المتعلقة بالنشاط الزائد للجهاز الباراسمبثاوي الذي يتدخل في حالة الراحة واستعادة الطاقة أي تلك المرتبطة بردود الأفعال غير النشطة، حيث تلتقي هذه التقسيمات كما جاء في (Chemouni, 2000a) بنمط حياة فئتين من المرضى:

- ففي الحالة الأولى هم مرضى يمتازون بالنشاط الزائد، مقاومين، ويندرج تحتها الضغط الدموي، الصرع، السكري...

- أما في الحالة الثانية، فهم مرضى يبدون حاجة للتعبية والحاجة العاطفية ويندرج تحتها مرضى الربو، القرحة المعدية، المعفج...

ومنه، وحسب الكسندر، فإن كل مرض يعبر عن صراع خاص. ففي مرض الربو مثلا، يسند لحدوثه اضطرابا علائقيا مع الأم. (LE GÔ, 2003, p. 14)

فهذه النظرية الوظيفية للأمراض العضوية لالكسندر كما يشير إليه (2012) Hamelin-Brelet تسلط الضوء على أهمية الأسباب الداخلية المزمنة، بما في ذلك استمرار فرط النشاط المستمر للوظائف يوميا كمقاومة من أجل البقاء.

تعتبر نظرية الكسندر مثيرة للاهتمام مهدت الطريق للعمل اللاحق لبعض السيكوسوماتيين، ولا سيما تلك الخاصة بأعمال مدرسة باريس للبيكوسوماتيك. كما أعطت أعمال الكسندر دفعة قوية للطب السيكوسوماتي في تناوله لسمات الشخصية في مجال العديد من الأمراض؛ القلبية، امراض المناعة الذاتية والسرطانات.

## المحاضرة الخامسة

### 1-1-2-2- النظرية الاستعدادية لفلنداز هيلن دينبار Flanders Helen Dunbar

تعتبر الطيبة العقلية والمحللة النفسية الامريكية هيلين دينبار Helene Dunbar ( 1902-1959) من بين أهم الرواد في المجال السيكوسوماتي. فقد ساعد تنوع وتعدد الاختصاصات في مسارها الدراسي (الطب العقلي، الفلسفة، العلوم الدينية) وتأثرها بمجال التحليل النفسي في تحرير نظرية خاصة بها. كما كان لحياتها الخاصة بعض التأثير في منحها النظري. عملت جاهدة مع الكسندر على تأسيس مجلة الطب السيكوسوماتي في 1939، كما ساهمت في إنشاء المؤسسة الأمريكية للبيكوسوماتيك في 1947. وفي تكريم لذكرى دينبار، اقر الكسندر في المجلة الأمريكية للطب العقلي على قدرتها الفعالة في تقديم مقاربة سيكوسوماتية متقدمة في مجال الطب الحديث، حيث أعطت دينبار دفعة أساسية للبحث السيكوسوماتي بين 1920-1930، وقامت في 1935 بنشر كتابها « Emotions and Bodily Changes » (Chemouni, 2000b)

يعود لدينبار الفضل في وضع الملامح النفسية، وكانت تؤمن بكون الجسم وحدة متكاملة يحدث فيها التكامل والتحول الطاقوي. ابتعدت في سيكوسوماتيتها عن الفكر الفرويدي والتحليل النفسي وسعت لطرح تفسيرات موضوعية وعملت جاهدة لان تبقى على اتصال بجوانب بيولوجية وتوصلت إلى وضع أشكال مرتبطة بالأمراض السيكوسوماتية فانشأت بذلك الملامح الشخصية السيكوسوماتية فقامت بادراج مفهوم "بروفيل الشخصية" إذ قامت باستعارة مفهوم "Typologie" من يونغ، واخذت عنه أيضا مفهوم الانبساط والانطواء. كما يعود لها الفضل انطلاقا من تساؤلها حول إمكانية وجود عامل للشخصية والذي يكون خاصا بنوع محدد من الخلل الفيزيولوجي في تطوير وتعميق فكرة بروفيل الشخصية وإيضاح العلاقة بين النفس والجسد بمنهجية محكمة ودقيقة بالجوء إلى تقنيات حديثة واستعمال الاختبارات النفسية، الإحصاء، والمنهج المقارن... لأجل دراسة العلاقات بين سمات الشخصية والجداول الاكلينيكية الملائمة لكل حالة من الحالات التي كانت تلاحظها بالمستشفيات، فانتقلت فكرة ارتباط الشخصية بالمرض الجسدي من المنهج الاستنباطي إلى منهج علمي واضح سعت من خلاله إلى استخراج مجموعة من الامراض الجسدية وبروفيل الشخصية التي يناسب كل واحد منها ويشترك فيها مجموعة من المرضى.

سعت من خلال التقصي الذي قامت به، لوضع إجراءات دقيقة بملاحظة فيزيولوجية وملاحظة سيكولوجية لـ 1600 مريض، للإجابة على التساؤلات الثلاث:

- ما الشيء في الشخصية الذي يعمل على توليد الاستعدادية للمرض؟
- ما الذي يحدد اختيار امراضية خاصة؟
- وما هي وفقا للاستعدادية واختيار نوع التعبير، العامل المفجر للمرض؟

وسمحت النتائج التي توصلت إليها لاستنتاج أن الأمر يتعلق ببنية الشخصية التي تضعف منطقة محددة من الجسم أمام الاعتداءات الخارجية التي تمهد الأرضية لحدوث الجسدية. وترى ببناء وتكوين الشخصية وسمات تعمل على إثراء ظهور العرض الجسدي، وهكذا وصفت شخصية المصاب بضغط الدم والمصاب بداء السكري... (Chemouni, 2000a)

وترى دينبار بان معرفة الملمح يمكن من تحقيق الوقاية من المرض السوماتي وخاصة بالنسبة للأمراض المزمنة ذات المركبة النفسية وتعطي أهمية للعوامل الانفعالية، وترى بانها من الضروري اثناء العلاج مساعدة المريض على رفع حواجز حياته الشخصية التي لا يستطيع مواجهتها؛ الامر الذي أدى إلى تبني وضعيات اتيولوجية منبوذة من طرف التحليل النفسي. كما تعتبر الذين كقوة موحدة للحياة النفسية بإمكانه تحريك أو تسريع سيرورة الشفاء وهو ما يتماشى مع مبادئها في تفعيل كل ما من شأنه تحرير الانسان من انفعالاته.

وبالرغم من التكوين التحليلي الذي تلقته دينبار في برلين على يد كارل ابراهام، إلا أن تصورهما حول البروفيل السيكوسوماتي لم يعطي اهتماما للجانب الدينامي اللاوعي وللميكانيومات الدفاعية. ومن بين الانتقادات التي وجهت لدينبار؛ أن طرحها اعطى صورة جامدة وثابتة للشخصية، وأن ما قامت بطرحه لم يكن ذو الأهمية الكبرى في وقوع الاضطرابات السيكوسوماتية، وكانت اشارتها للميكانيزمات المتدخلة في كل اضطراب مبهمة وغير واضحة. وعليه فإن مساعيها شكلت نصف المسار فقط في تحديدها للعوامل المؤدية للاضطرابات السيكوسوماتية. و« إن تمكنت من استخلاص مجموعة العناصر المنظمة» إلا انها لم تفلح في اثبات أن هذه العناصر « تنتظم حسب بعض العلاقات» الخاصة، فما قامت به دينبار بربط نمط الشخصية بنوعية المرض فيه من المبالغة، على اعتبار انه من المفترض أن تمثل نمط الشخصية كمحدد ثانوي وليس كمحدد أساسي. (Ibid, pp: 544-545)

ومن بين الانتقادات التي وجهت لنظريتها أيضا، هو خلطها بين ما هو نتيجة وما هو سببية. فقد يكون الملمح الملاحظ لدى المرضى عبارة عن ردود فعلية تظهر بعد الإصابة بالمرض ناتجة عن التأثيرات الراجعة للمرض وليست قبل مرضية كعامل سببي مساهم في ظهور المرض.



(Jadoulle, Ogez, Rokbani , 2004, p.251) . كما يتم انتقاد تصورهما بفقر التحليلات التي تقدمها حول اصل سمات الشخصية والميكانيزمات النفسية الداخلية التي تساهم في ظهور الاضطراب السيكوسوماتي أو الحفاظ عليه [...] وبالرغم من الانتقادات التي لاقتها نظريتها لعدم وجود مرتكزات علمية واضحة في تناولها للسيكوسوماتية، إلا أنها لاقت رواجاً كبيراً في مجال علم نفس الصحة كما هو الحال بالنسبة لنظريات أنماط الشخصية. (Chemouni, 2000a, p:543) ويعمل على تطويرها حالياً M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer.

### نقاط الاختلاف بين الكسندر و دينبار :

- بينما يرى الكسندر أن الاحتباس الطاقوي، أي استحالة تفريغ الطاقة من خلال المنافذ الحركية والعقلية، هو ما يؤدي إلى الإصابة الجسدية، فإن دينبار ترى ببناء وتكوين الشخصية الذي يعمل على إثراء ظهور العرض الجسدي، وهكذا وصفت شخصية المصاب بضغط الدم والمصاب بداء السكري...
- أسند الكسندر دوراً أساسياً للطاقة التي لا يمكن تفريغها، وعليه فقد سمح بتكوين مفهوم نفسي للنشأة للأمراض السيكوسوماتية أي إلى عوامل داخلية. بينما أعطت دينبار مفهوم خارجي للنشأة للمرض، إذ يتعلق الأمر ببنية الشخصية التي تضعف منطقة محددة من الجسم أمام الاعتداءات الخارجية التي تمهد الأرضية لحدوث الجسدية.
- وفي الأخير نقول بان كليهما لم يتخليا عن التفسير العصبي الفيزيولوجي لنشأة الاضطرابات وحاولا إيجاد ملامح شخصية المريض السيكوسوماتي بالاعتماد على نظرية التحليل النفسي، غير أن الكسندر يرى أن الاهتمام يجب أن يركز أكثر على البعد الداخلي وبظروف الحياة والاجهاد وما تستثيره من انفعالات، في حين اهتمت دينبار بالبعد الخارجي.

## المحاضرة السادسة

### 1-2- المدرسة التحريبية: نظرية الاجهاد لهانز سبلي Hanz Seley

بالموازاة مع النظريات ذات التوجه التحليلي في فرنسا خاصة نشأت الأعمال التجريبية بين (1930-1950) في امريكا الشمالية، فظهرت أعمال هنكل وكانون Hinkle et Cannon اللذان قاما بدراسة التغيرات الفيزيولوجية في الوضعيات التجريبية بتفسير استجابة كل من الإنسان والحيوان للتهديدات الخارجية. وإن كان الصراع والقلق من مرتكزات المدرسة التحليلية، فإن المدرسة التجريبية تتحدث عن الإجهاد لظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.

#### **1- تعريف الإجهاد وتطور المفهوم:**

الاجهاد "Stress" من اللاتينية "Stringere" ويعني الرخو الذي يمكنه أن يقطع بسهولة. استعمل بداية من طرف الانجليز في القرن السابع عشر للإشارة إلى المحنة والشدائد، ثم استعمل في مجال الفيزياء في القرن التاسع عشر للإشارة الى القوة الناتجة في جسم تعرض للضغط ويحدث فيه تشوها. (Jeammet, Reynaud et Consoli, 1996, p: 204) انتقل بعدها إلى مجال الفيزيولوجيا، إذ يعتبر والتر كانون Walter Cannon من الرواد الأوائل في وضع تصوراته حول الإجهاد، فوضع التوصيف العلمي للاستجابات الجسمية وقام بتفسير بعض التغيرات الفيزيولوجية وأشار إلى وجود عدد من الأنشطة المتتابة التي تستثير العدد والأعصاب وتقوم بوظيفة الإنذار بالخطر والتحضير للفعل كاستجابة تكيفية مزدوجة تدفع بالمتعضي إما للمواجهة او الهروب (fight or flight). (Goldstein, 2010, p:1434) وأشار إلى أن أصل الانفعالات لا يكمن في الوظيفة الحشوية وإنما متمركز في الجهاز العصبي المركزي. حيث يؤدي الهروب أو القتال إلى مجموعة من التظاهرات الفيزيولوجية التي بإمكانها أن تفرز هرمون خاص يسمى "هرمون الإجهاد"، يعرف حاليا بـ "الأدرينالين". (Jeammet, Reynaud et Consoli, 1996, p: 205)

لاحظ كانون أن الخوف، الألم، الغضب من شأنها أن تؤدي إلى إفراز الأدرينالين الذي يؤدي لارتفاع ضغط الدم وتسارع نبضات القلب. وتوصل لأدلة علمية تثبت بأن هذه التغيرات قابلة لإحداث اضطرابات وظيفية قابلة للتحويل إلى أمراض وإصابات عضوية. (النابلسي، 1992، ص: 21).

وتعتبر نتائج أبحاث كانون هو ما مهد لبروز أعمال هانز سيلبي Hanz selye الذي ادخل مفهوم الاجهاد سنة 1935، وعمل على توسيع المفهوم باعتباره فكرة طبية علمية على انه استجابة غير محددة

لاعتداء كيميائي أو فيزيقي بحيث يحدث عند وجود الضغط إفراز مفرط لهرمون قشري كضري مهما كانت العوامل الضاغطة، يستجيب الجسم بنفس الطريقة ويصبح الجسم ضحية لميكانيزماته الدفاعية. (معتصم ميموني، 2005، ص. 114). ويقصد بعبارة "غير محددة" عنصرا مشتركا مهما كانت طبيعة الضغط وهي النقطة التي اتفق فيها سيلبي مع كانون كما نوه به (Goldstein (2010 الذي عرف الإجهاد بأنه كل الاعتداءات التي يتلقاها المتعضي من الداخل أو الخارج، وهذه الاعتداءات قد تكون فيزيائية كما هو الحال في مختلف المثيرات التي تؤذي الحواس، كالحرارة والضجيج مثلا، أو في الحالات الإنتانية أو التسمية، كما يمكنها أن تخص المستويات العليا للاندماج الحسي أو المعرفي حيث يمس الخلل جهاز العلاقة عند الإنسان أو الحيوان مع محيطه. وعليه فإنه مهما كانت طبيعة المثير، فإن المتعضي يستجيب لأجل الحفاظ على حالة من التوازن الهيموستازي، بمعنى استقرار أو ثبات معالم العضوية، كدرجة حرارة الجسم، معدل الجلوكوز... الخ، وإذا تجاوز حجم الحدث المجهد قدرات الاستجابة الطبيعية وكانت موارد الفرد غير كافية لإدارته، يدخل الجسم في حلقة مفرغة ويصبح نظام التكيف في الجسم منهكاً وتصبح عواقب الإجهاد ضارة على نحو متزايد. وصف سيلبي في 1956 بعض الامراض التكيفية؛ منها القرحة المعدية، الامراض الالتهابية، الروماتيزم، ارتفاع الضغط الدموي، تجلط الدم.

## 2- التناذر العام للتكيف (SGA) لهانز سيلبي Hanz Selye:

كان لطبيعة التخصص الدراسي للطبيب سيلبي تأثيره الكبير في صياغة نظريته حول الإجهاد، حيث تخصص في دراسة الفيزيولوجيا وعلم الأعصاب. قام سيلبي بوصف مجموعة من ردود الفعل الفيزيولوجية ازاء الإجهاد ووضعها تحت مفهوم "التناذر العام للتكيف" "Syndrome General d'Adaptation" الذي يشار إليه بـ (SGA) ويعني مجمل الميكانيزمات الفيزيولوجية المبرمجة والنشئية التطورية phylogénétique التي من شأنها تقديم للفرد القدرات الضرورية لمواجهة وضعيات جديدة تكون حاملة للصدمات ضمناً، التعديلات البيوكيميائية الحاصلة عندما لا تستعمل لهذا الغرض، تولد تظاهرات باتولوجية، تظهر الاضطرابات إما بسبب الاستجابات المبالغ فيها، أو بسبب عجز يصيب النظم الفيزيولوجية للتكيف. (Pongy et Babeau, 2011, p.116) قدم سيلبي في كتابه « The stress of life » سنة 1956 وصفا لميكانيزمات التكيف هذه ويرى بأنه بين المثير والاستجابة الفيزيولوجية الجسدية يتدخل عمل بناءات ووظائف الدماغ المعقدة، أين يكون للجهاز اللمبي مكانة مركزية. ويتطور (SGA) من خلال ثلاث مراحل متميزة ومتتابعة (Ibid):

- المرحلة الأولى : مرحلة الانذار « La phase d'alarme »

- المرحلة الثانية: مرحلة التكيف « La phase d'adaptation »

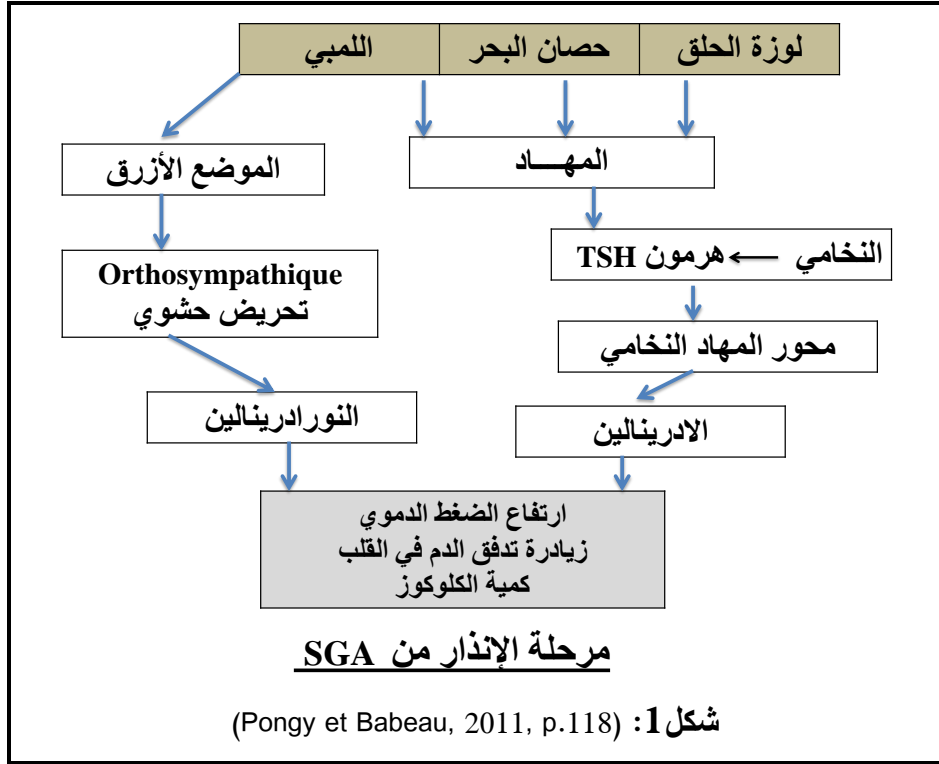
- المرحلة الثالثة: مرحلة الإنهاك « La phase d'épuisement »

**1-2- مرحلة الإنذار:** هي مرحلة حادة ودرامية أين تحرك العضوية كل مواردها لأجل مواجهة العدوان، وتأتي التظاهرات الوظيفية لأجل البقاء على قيد الحياة: " فمجموعة من الظواهر العامة غير المحددة الناجمة عن تعرض العضوية فجأة للعامل الضار، للمثير، للضغوط والاجهاد والتي تكون العضوية غير مكيفة معها لا نوعياً ولا كميًا." (Lôo & Lôo, Galinowski, 2003, p. 17) ففيه يتم استنفار كل الدفاعات بإنذار الجسد وتحريك دفاعاته للتصدي لعوامل الشدة عن طريق ردود الفعل الفيزيولوجية (اطلاق الهرمونات الكظرية بهدف تعزيز مقاومة الجسم) عندما يدرك الفرد التهديد الذي يواجهه عن طريق الحواس التي تنتقل منها إشارات عصبية إلى الغدة النخامية وفيها يتم إثارة الجهاز العصبي المستقل والجهاز الغدي ويظهر الجسم تغيرات وإستجابات مميزة لمواجهة الخطر الذي يهدده. وصفت بداية من طرف كانون (1911)، ويشكل رد الفعل الاولي ضد العدوانية، تمثل هذه المرحلة رد الفعل الأول للموقف الضاغط المفاجئ. مرحلة تحدث خلال بعض الثواني قد تمتد إلى 24 ساعة يمكنها أن تظهر بتكرارية ممتدة خلال ذلك. وتكون هذه المرحلة تحت تأثير الجهاز السمبتاوي والنخاع الكظري. والانطلاق تكون على مستوى المركز الأزرق «Locus coeruleus» (نواة في الجسر تلعب دوراً وظيفياً فيما يتعلق بالضغط النفسي وتدعى بمركز الصدمة) المتواجد على مستوى. يتدخل هذا الأخير في تنظيم الانفعالات، الهيجان، الحركة، اليقظة، الانتباه وسلوكيات التنبيه أو الإنذار. تنشيطه يستثير الجهاز السمبتاوي من جهة ومحور المهاد النخامي من جهة أخرى لتعبر عن تفعيل دفاعات الجسم. في حين تبقى مجالات أخرى في حالة راحة غير المعنية برد فعل الإنذار ك (الهضم، الجلد، الجنس..الخ).

وعليه، فإن التعديلات الفيزيولوجية تكون بالزيادة في القدرات الطاقوية وردود الفعل اللاارادية للشخص.

(Ibid, p.117)

وحسب ما جاء في كتاب لبوريت H.Laborit "كف الفعل" (1986) «L'inhibition del'action»، فإن كف الفعل هو ما يحرض الجهاز العصبي النورادرينالي ويشجع ارتفاع الضغط الدموي من خلال تضيق الاوعية المعمم في انتظار المقاومة، في حين أن استثارة الجهاز الهروب والمقاومة تحدث تحريضا حشويا (splanchnique) واللب مافوق الكظري المنتجة للادرينالين لتسهل توسع الاوعية العضلية الضرورية للفعل دون التأثير على الضغط الدموي الانبساطي... وبالتالي، فإن الادرينالين هو هرمون الوضعيات الاستعجالية للحركة، في حين أن النورادرينالين هو لوضعيات الانتظار، في حالة الكف الحركي.



**2-2- مرحلة التكيف:** مع استمرار العدوان، يبدأ الجسم بعد مرحلة الإنذار في الدخول إلى ما يسمى بمرحلة مرحلة التكيف أو المقاومة كما يدعوها كانون، مرحلة مكلفة للغاية طاقويا وتضر بالجسم على المدى الطويل. عبارة عن « مجموعة من ردود الفعل غير المحددة الناجمة عن التعرض الممتد للعضوية للمثيرات الضارة والمؤذية التي تكيفت معها أثناء ردود فعل مرحلة التنبيه» (Lôo & Lôo, Galinowski, 2003, p. 17). ويشير (Pongy et Babeau, 2011, pp.118,121) بأنها ما يمثل تناذر SCA الفعلي. كرونولوجيا لا تتباعد بطريقة واضحة وصريحة عن مرحلة التنبيه، بل وفي بعض الأحيان تتداخل معها. هذه المرحلة تكون شاهدة عن مقاومة نشطة وممانعة مستمرة للعضوية، تستدعي طاقة إضافية على فترة ممتدة تسمح بالتكيف في 3 مجالات: نفسية، سلوكية وجسدية. فباستمرار وزيادة حدة العمل الذي يبدأ أثناء مرحلة الصدمة المضادة، تصبح العضوية أكثر هشاشة بسبب تعرضه للضغوط الأخرى في الوقت ذاته. وتتجلى بقيام عوامل الدفاع بدورها في مواجهة عوامل الشدة مما يقتضي تعباً كافة قدرات الجسم. وهي نتيجة التغيرات السابقة لمقاومة الجسم. وفيها يحاول الجسم التكيف مع الموقف الضاغط حيث تختفي التغيرات المرافقة لحالة الإنذار ويحاول الجسم التوافق مع المطالب الفسيولوجية التي تقع على كاهله (مصدر الضغط) ويحل محلها التغيرات المميزة لتكيف الفرد مع الموقف وتزداد المقاومة عن المعتاد. وتكون هذه المرحلة تحت سيطرة نظامي:

1- نظام الهيپوتالامو-كورتيكو-فوق كظري (HHCS) -hypophyso-hypothalamo Système  
corticossurrémalien من خلال Corticotropin-releasing hormone (CRH) حيث يتم:

أ- بالتنشيط العصبي الهرموني لـ CRH : تمديد رد فعل التنبيه

ب- بالتنشيط الهرموني لـ CRH: بتحرير الكورتيكويدات

2- النظام المحوري المساعد Systeme annexe: الاندروفينات والهرمونات

أ- حيث تآثر الاندروفينات على استثارة المحور الاندروفييني وما يستتبعها من تعديلات مناعية.

ب- أما تأثير الهرمونات فيكون:

- بزيادة هرمون النمو GH في حالة الضغوط العابرة، أما في حالة الضغوط المستمرة فإن إفرازها يقل،

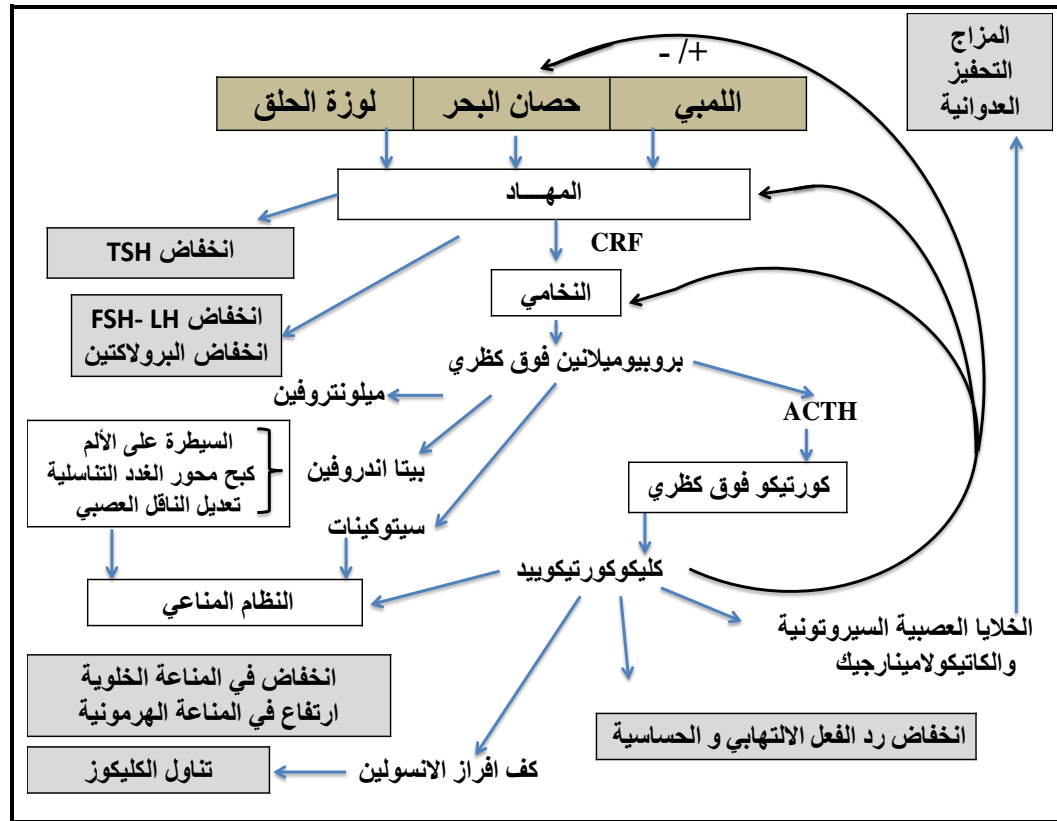
- كبح محور الغدة الدرقية في حالة الضغوط المستمرة؛ فينخفض هرمون TSH وكف تحويل T4 إلى T3،

- كف إفراز البرولاكتين بواسطة الدوبامين،

- إفراز الانسولين،

- فاسوبريسين (vasopressine)، هرمون المانع لإدرار البول والذي ينشط بدوره إفراز هرمون ACTH.

وفي المخطط الموالي توضيحا للتغيرات الفيزيولوجية الحاصلة في هذه المرحلة.



شكل 2: مرحلة التكيف من SGA (Pongy et Babeau, 2011, p.122)

وان كان نظام التنبيه يمس العصبونات المركزية النورادرينالينية للمركز الأزرق والنظام المستقل الادريناليني والنورادريناليني، فإن نظام المقاومة، الجهاز العصبي الغدي يمس نظام الهيبتوتالامو-كورتيكو-

فوق كظري (HHCS). يتبادل هذين النظامين التفاعل، فيؤثر احدهما على الآخر على شكل ردود فعلية وسيطرة رجعية إيجابية، حيث تنشيط احدهما يؤدي لتنشيط الآخر. (Ibid, p.117)

ويشير Laborit (1986) بأن نسبة الكرتيزول لا ترتفع، إن كان يشعر الفرد في مقابل وضعية التهديد والخطر بقدرته على التحكم بها، أو انه يشعر بعدم الهشاشة أو أن ينكرها.

## 2-3- مرحلة الانهاك:

تتميز باستنفاد قدرات الجسم على التكيف مع عوامل الشدة مما يجعل الجسم عاجزاً عن التفاعل. تحدث هذه المرحلة عندما يكون الجسم قد وصل إلى التكيف إلا أن الطاقة الضرورية للجسم تكون قد استنفذت فتهدك الطاقة اللازمة للتكيف. وهي كما يقول (Pongy et Babeau, 2011, p.121) "شاهدة على فشل إمكانية التكيف" وتبرز هذه المرحلة إذا كانت الاستجابات الدفاعية شديدة واستمر التهديد واستنفذت الأعضاء الحيوية قواها اللازمة للصمود، فتظهر علامات الإعياء تدريجياً وتتوقف قدرة الفرد على التكيف ويحدث الانهيار النهائي يصل فيها الجسم إلى مرحلة لا يستجيب بعدها لأي منبه إنذار أو مقاومة فتتلاشى ميكانيزمات التكيف ما يؤدي لحدوث الضرر خاصة بعد التعرض لفترة طويلة للمثير الضاغط. ويعتبر المرض في هذه الحالة ثمناً للدفاع ضد العوامل الضاغطة، الأمر الذي يؤدي في حالات متطرفة إلى الموت. ( فيصل الزراد : 2000، ص. 412)

وإذا استمرت المنبهات بعد ذلك، زادت الاعتداءات بقوة أكبر تبعاً لذلك، تستسلم الدفاعات، وتدخل العضوية في مرحلة حرجة ونهائية، والمعروفة باسم مرحلة الإرهاق أو الانهيار. وهي « مجموعة من ردود الفعل غير المحددة التي تميز اللحظة التي يتوقف فيها الكائن عن أن يكون قادراً على التكيف مع المنبهات التي يتعرض لها». (Lôo & Lôo, Galinowski, 2003, p. 18)

ويقدر ما نالت مرحلة التنبيه وردود الفعل التكيفية من اهتمام حول التعديلات البيولوجية المرافقة لها بدقة، فإن مرحلة الانهاك لم تتل حظها من الدراسات المعمقة. (Pongy et Babeau, 2011, p.121)

★ يفسر سيلبي (SGA) على أنه مجموعة كبيرة من المثبرات التي تستطيع أن تشير نفس المجموعة من التغيرات الفيزيولوجية التي تخص تفريغاً للأدرينالين وتنشط المحور النخامي الفوق كلوي ويستطيع أن يعدل بأشكال جديدة من الإشارات لأن أثار الجهاز المحيطي مختلفة باختلاف الأفراد، بمعنى أن هذا المحور النخامي يثار بعتبة التنبيه التي وصل إليها بواسطة الاكتساب. وأن الخلل في وظيفة الأجهزة أو الإصابة

التشريحية عند الأفراد ترجع إلى وجود الإستعدادية تحت تأثير الوراثة أو الاكتساب، ومن جهة أخرى لاستمرار أو تكرار الإجهاد. (Jeammet, Reynaud et Consoli, 1996,p: 207)

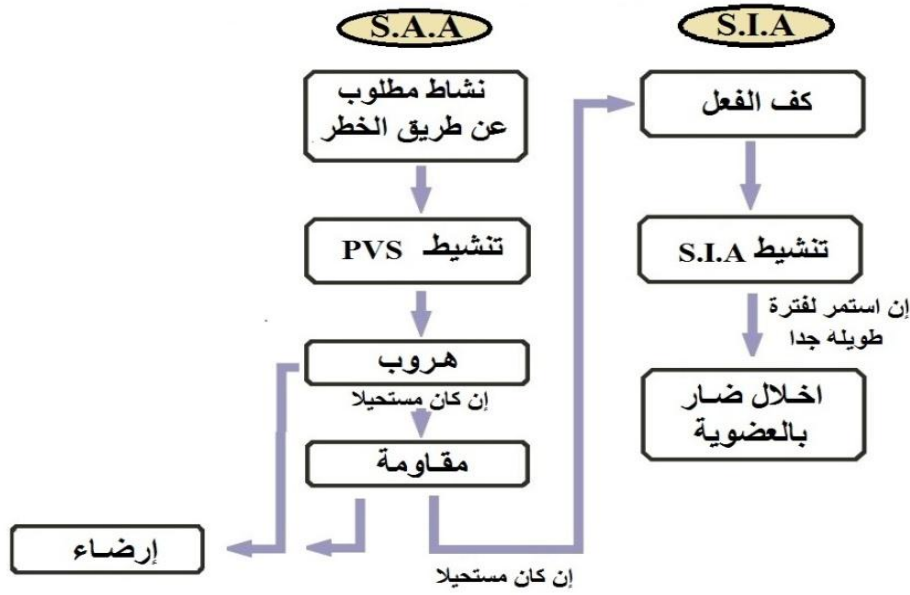
توصل Laborit (1986) في 1970 إلى وجود بنيات عصبية معقدة احداها تسمى بالجهاز النشط للفعل *systeme inhibiteur de l'action (SIA)*، والأخرى بالجهاز المثبط للفعل *systems activateur de l'activité (SAA)*، حيث يشتغل كل جهاز بطريقة خاصة.

يعمل جهاز (SAA) الموجود في المادة الرمادية المركزية على إثارة السلوك المكيف التي يهدف للدفاع ضد المثير أو الهروب منه، وهي عبارة عن استجابات غير مشروطة واستجابات المقاومة والهروب عبارة عن استجابات فطرية وردود فعل غير متعلمة.

في حين أن كف الفعل (SIA) عبارة عن استجابات مشروطة ترتكز على التعلم، ويعمل هذا الجهاز بعد حالة الاعتداء عندما يكون شكل التعلم غير مجد بعد. وكلما لم يستطع الجهاز النشط حل المشكل الناشئ عن وضعية الإجهاد، تدخل جهاز الكف أو التثبيط. كما يعمل هذا الأخير على إطفاء التعليمات التي أثبتت عدم فعاليتها وبالتالي لم تجد التعزيزات اللازمة (فغلق الباب لا يجدي نفعا في إنقاص الضجيج مثلا، ما يؤدي للبحث عن استجابات أخرى أكثر فعالية). فالاستجابة للمعتديات إذن تتم في البداية من خلال المقاومة أو الهروب (انطلاق جهاز SAA)، ثم وفي وقت ثان يتم اختيار سلوك تثبط الفعل (انطلاق جهاز SIA) بسبب تعلم المتعضي عدم فعالية المقاومة أو الهروب.

الكورتيزول هو المنشط لجهاز تثبيط الفعل (SIA) و ACTH أو هرمون الإجهاد ينشط جهاز (SAA) ما يسهل الاستجابة الحركية للاعتداءات. ولكن في المقابل ويتسببها في إفراز الكورتيزول لأجل التثبيط فإنها ستؤدي إلى ظهور الحصر والقلق كمراحل تكيفية لاعادة التوازن الهيمستازي الداخلي عن طريق الكورتيزول وهو ما يشكل المرحلة الثانية التي تحدث عنها سيلبي حول المقاومة، والاستمرار على هذا الحال لمدة طويلة يؤدي إلى بعض الاضطرابات المضرة بالمتعضي وهو ما يوضحه الشكل الموالي:





شكل 3: حركية جهاز SIA و SAA

المصدر: Le cerveau à tous les niveaux.

يرى سيلبي بأن الاجتهاد يمر بمراحل متعاقبة تختلف مظاهرها باختلاف مستوياته وتنتهي هذه المراحل في حالة استمراره و/أو زيادة شدته إلى تعطل الأداء المناعي وظهور الحالات المرضية.

وهو ما أكد عليه (1986) Laborit على أن استمرارية تثبيط الفعل، مع عدم القدرة على السيطرة على المحيط الاجتماعي يؤدي إلى أن الجهاز العصبي يقوم بتحريض المحور الهيپوتالمو-ماتحت الميهاد-الكريتيكو- الفوق الكظري (hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien) الذي يقوم بافراز الكرتيزول، وينتهي في اخر المطاف بتحطيم النظام المناعي للفرد.

### 3- امراض التناذر العام للتكيف:

إن المبالغة أو نقص نشاط النظامين يكون مصدرا لمجموعة من الاضطرابات العقلية والجسدية. بدأ من الحصر و وصولا إلى الاكتئاب المناخولي، ومن التنشيط غير العادي للنظام العصبي السمبتاوي (La sympathicotonie) وصولا إلى امراض المناعة الذاتية . و La sympathicotonie هو أحد الأجزاء الثلاثة للجهاز العصبي اللاإرادي الذي يشارك بشكل خاص في تقلص العضلات ومعدل ضربات القلب. يتجلى هذا الفرط في الحساسية من خلال سلسلة من الأعراض: تسارع معدل ضربات القلب (عدم انتظام دقات القلب)، جفاف الفم والجلد، فقدان الوزن، اتساع حدقة العين، إسهال ... فالنشاط المفرط للنظامين

تكون مصاحبة بالحصر، في حين أن تنشيطا منعزلا لاحدهما أو سيطرة جهاز CRH يكون مرتبطا بالاكتئاب المناخولي. (Pongy et Babeau, 2011, p.122)

فمن خلال دراسة SGA كما يذهب إليه (Pongy et Babeau (2011) يمكن تصور بعض المحاور الفيزيوباتولوجية الناجمة عن التجربة المعيشية الضاغطة والتهديدات، العدوان والفقان... ميكانيزمات تؤدي لأمراض جسدية عندما تكون الدفاعات النفسية والسلوكية غير ممكنة.

والتظاهرات الجسدية لردود فعل الاجهاد تندرج ضمن ثلاثة أنواع ( Ibid, p.80 )

**1- التظاهرات النوعية التي تترافق حسب كل حالة نفسية: الاستجابة الانفعالية، الاستجابة للقلق، التوتر والحصر، الاستجابة الاكتئابية.**

**2- التظاهرات غير النوعية للتناذر العام للتكيف،**

**3- جسدية حقيقية أين تكون محدداتها معقدة.**

تظهر الامراض الجسدية حسب الردود الفعلية وتحكم الفرد في الوضعيات ( Ibid, p. 122, 123 ):

### **1- المقاومة النشطة والشعور بالتحكم**

استثارة الجهاز الودي العصبي الودي عندما تستمر ردود الفعل أو تتكرر بدون إجابة متكيفة. وتثير:

- فرط الاستثارة العصبية العضلية.

- ظاهرة التمدد العضلي.

- فرط توتر الجهاز الودي، ارتفاع الضغط الدموي، اضطراب الإيقاع، اضطرابات حركية

- اضطرابات جنسية.

- ارتفاع نسبة السكري.

### **2- ضعف إرادة المقاومة مع شعور فقدان التحكم وعدم الفعالية**

العمل على المحاور الهرمونية و العصبوهرمونية وتثير:

- اختلال في ايض الكربوهيدرات

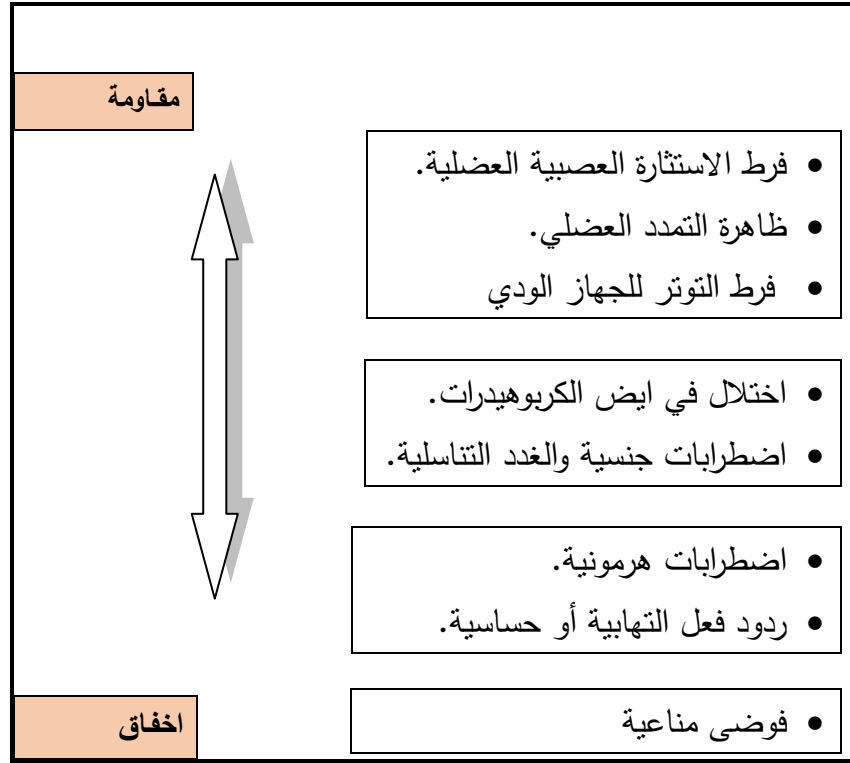
- اضطرابات جنسية والغدد التناسلية.

- اضطرابات هرمونية. الغدة الدرقية وغيرها من الغدد.

- ردود فعل التهابية أو حساسية.

**3- السلبية، التخلي والانكار، الانهاك: تأثير مثبط للمناعة، التهابات، امراض المناعة الذاتية.**

وفي المخطط الموالي توضيحا لما سبق حول تأثيرات SGA على الجسد.



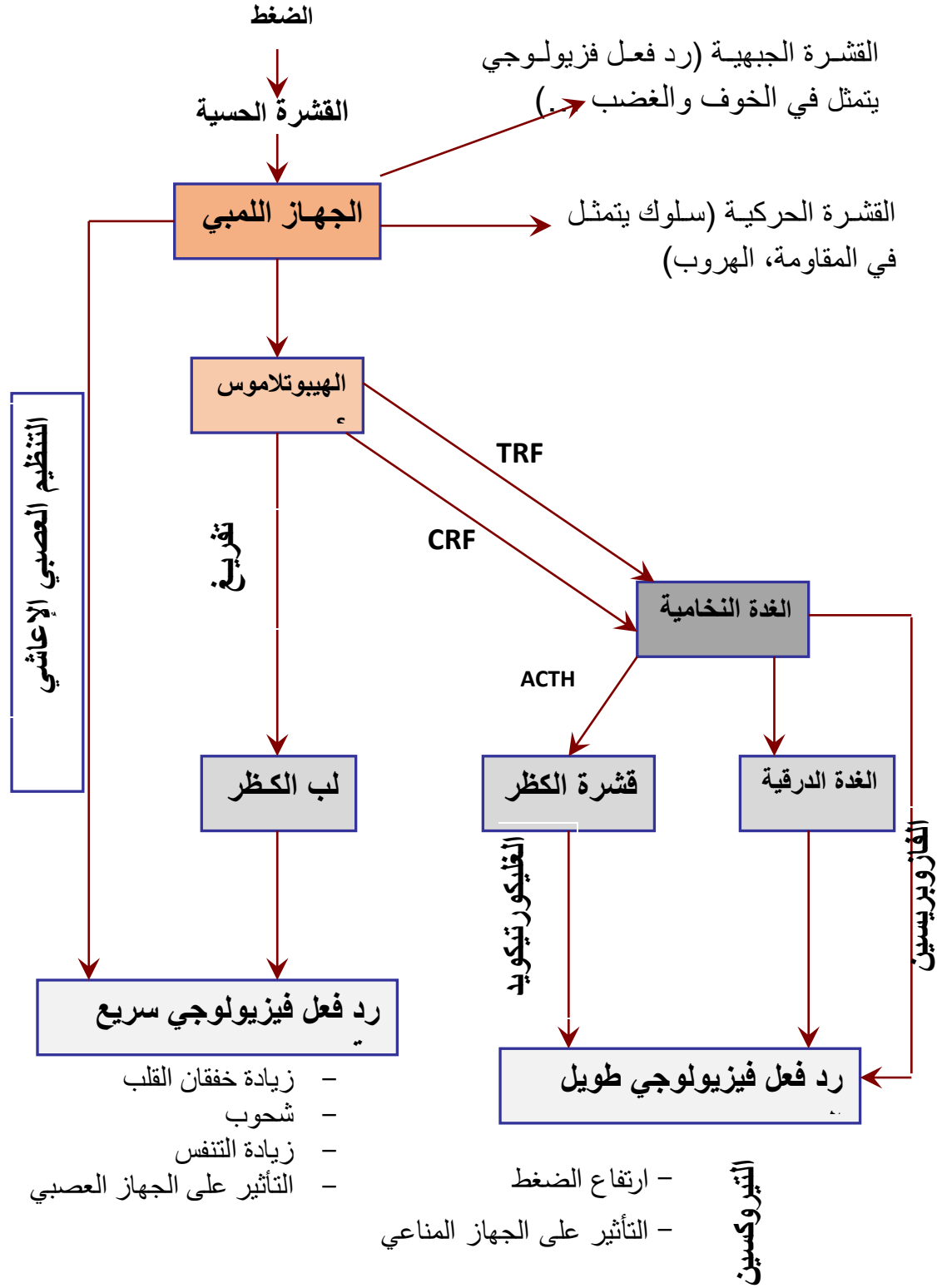
#### شكل 4: تأثيرات SGA على الجسد

(Pongy et Babeau, 2011, p.123)

وفي وصف للردود الفعلية بين الجانب النفسي والجانب العصبي- الغددي والمناعي قدم (Joly, 2001) مخططا توضيحيا شاملا وتلخيصا لما جاء أعلاه حول الردود الفعلية الفيزيولوجية خلاصته أن القشرة المخية باتصالها مع الجهاز اللمبي تستقبل معلومات حسية انفعالية يقوم الجهاز اللمبي بتحريض الهيبتولاموس وتعمل وفق اتجاهين:

**1- رد فعل سريع ومنذر بالخطر:** يحدث تحريض للغدة الكظرية التي تفرز هرموني الأدرينالين والنور أدرينالين، مما ينتج عنه عدة تفاعلات فسيولوجية وقصيرة المدى مثل زيادة إنتاج السكر من خلال مخزون الكبد، زيادة خفقان القلب، شحوب نتيجة تقلص الأوعية الدموية لزيادة حجم الدم فيها.

**2- رد فعل بطيء ومقاوم:** يقوم الهيبتولاموس بتحريض مواد تتمثل في (CRF) و (TR) التحريض الغدة النخامية والتي بدورها تفرز هرمون الـ (ACTH)، لتحفيز قشرة الكظر على إفراز هرمون الغليكو كورتيكويد، وتحريض الغدة الدرقية لإفراز هرمون التيروكسين، مما ينتج عنه ارتفاع في الضغط وانخفاض في إنتاج الخلايا المناعية.



شكل 5: العلاقة بين الجانب النفسي والجانب العصبي - الغدي والمناعي

(Jean Joly, 2019)

#### 4- الانتقادات التي وجهت لنظرية سيلبي:

بالرغم من الأهمية الكبرى للاكتشافات التي توصل إليها كانون وسيلبي، إلا أن العديد من الانتقادات قد وجهت لهذه النظرية التي تبقى قليلة النضج في المجال السيكوسوماتي كما لخصها (Jeammet, Reynaud et Consoli, 1996) و (Pongy et Babeau, 2003):

- ارتكزت النظرية على الدوافع الفيزيولوجية في تفسير الميكانيزمات المستعملة في حالة الضغط والتكيف معه وأهملت الجانب النفسي. فالنتائج التجريبية التي تحصل عليها سيلبي تعتبر غير مميزة،
- اعتمد سيلبي على نظام مثير استجابة دون الأخذ بعين الاعتبار بعض الظروف، يمكن للنظرية أن تطبق على الحيوان، لكن الامر يختلف بالنسبة للإنسان كونها ترتبط بعوامل أخرى كالفردي ذاته، البيئية المحيطة، العامل الضاغط...
- ردود فعل الاجهاد لا تتحدد بالتناذر العام للتكيف فقط وتأثيراته، وأكثر من ذلك، ليس للجانب البيولوجي فقط. فهي تشمل مجمل الاستجابات العقلية، السلوكية والجسدية المتكيفة أوغير المتكيفة للمثير الضاغط،
- الإجهاد عبارة عن استجابة غير محددة للمتعضي، فهو لا يهتم بخصائص المثير الضاغط والتي يمكنها أن تكون بطبيعة مختلفة وتتغير من مرة لأخرى، كما تتغير طريقة ادراكها من فرد لآخر،
- وبسبب عدم تمكن سيلبي من الترجمة الصحيحة للغة الانكليزية التي لم يكن يتحكم بها، فقد قام بالخلط في استعمال مفهوم Stress والذي كان يقصد به Strain المستعمل في المجال الارغونومي. فبينما يرتبط Strain بالضغوط الخارجية سهلة القياس، فإن Stress تشير إلى ردود الفعل الفردية المتغيرة من فرد لآخر وتتدخل فيها السوابق المرضية للفرد، سنه...

## المحاضرة السابعة

### II- النظريات المعاصرة

بسبب المعاناة التي يتقدم بها بعض المرضى للعيادات الطبية والتي لم تجد لها في الميدان الطبي علاجاً وعدم قدرتهم للوصول إلى حلول طبية جذرية، ومن خلال الملاحظات السريرية والشكاوى الطبية التي يتقدم بها المرضى التي تحمل في طياتها خلفية نفسية، تقدمت النظريات السيكوسوماتية، اغلبيتها بزعامة مختصين في مجال الطب، لتقصي الأسباب النفسية الكامنة لفهم هذه الأسباب والعوامل التي شكلت أرضية ساهمت في ظهورها وعوامل تفجرها، استمراريتها أو تراجعها من خلال تقصي التوظيف النفسي والعقلي للمرضى في سعي لفهم الواقع الداخلي لهم وعلاقته بالمرجعية الجسدية، وسببية اختزال القلق، الانفعالات، التوترات، الاجهاد، والطاقة النفسية السلبية السامة على مستوى جسدي بظهور مختلف الامراض العضوية بدلا من احداث التفريغ وإيجاد مخرجات على مستويات أخرى لا تهدد الجانب العضوي للفرد وسلامته الجسدية ولا تؤذي بمآله الحيوي.

تعتبر نظرية الاقتصاد السيكوسوماتي لمارتي (Marty)، النظرية العلائقية لسامي علي (Sami Ali)، النظرية الإدماجية لستورا (Stora). نظرية البرود الانفعالي أوالتكتم (Alexitymie) لسيفنيوس (Sifneos)، نظرية علم النفس العصبي المناعي، والنظرية الكرونوبولوجية، النموذج السوسيوثقافي... من بين اهم هذه النظريات المعاصرة التي سعت لتقديم قراءة سيكوسوماتية للمرض الجسدي، نتطرق لبعضها فقط.

## 1-1- نظرية الاقتصاد السيكوسوماتي لبيار مارتي Pierre Marty

تعتمد نظرية مارتي على أسس التحليل النفسي الذي اعتبر ضروريا لدراسة الاقتصاد السيكوسوماتي من خلال المحورين الاقتصادي والدينامي لما وراء علم النفس. ويفترض أن التوازن السيكوسوماتي هو حصيلة التوازن بين غريزتي الحياة والموت. وبأن لكافة الامراض الجسدية من أبسط عرض إلى اعقد مرض اصوله وانعكاساته النفسية. وسعى لاثبات أن خلل التنظيم الجسدي بالعادة تسبقه أو ترافقه فوضى نفسية، وان السير الحسن للجسد يدل على التوظيف المنظم للجهاز النفسي. (Debray, 1983a, p.20)

كما اهتم مارتي بالسير العقلي للفرد ويعتبر أول من استعمال مفهوم العقلنة في حقل السيكوسوماتية سنة 1970، حيث شكل المفهوم لب ومحور تنظيره، إذ يرجع الإصابة الجسدية إلى ضعف في العقلنة وسيرورة الجسدنة تبدأ عندما يصبح الفرد غير قادر على المعالجة العقلية للمتناقضات التي ترهقه. (Marty, 1996, p.14) وباعتبار كمية ونوعية، دينامية وديمومة التمثيلات العقلية مهما كانت "سوية أو مرضية"، فإن هذا المفهوم تولد من ضرورة وضع تصنيف سيكوسوماتي. (Ibid, p.20) انطلق الباحثون من خلالها لوصف الفضاء الخيالي لهؤلاء، مع توجيه خاص لفعالية الدفاعات التي يستعملها الافراد ذوي التنظيم السيكوسوماتية ليشير بالتالي إلى الابعاد المشكلة للتوظيف العقلي لديهم وخصوصيته.

### 1- فماذا يقصد بالاقتصاد السيكوسوماتي؟

يرى مارتي (Marty 1998) أن الاقتصاد السيكوسوماتي يجمع مختلف العناصر الدينامية التي تحدد نشاط التنظيم، خلل التنظيم وإعادة التنظيم. ويخص ميدانه الابعاد النفسية والبيوفيزيائية والسوسيوولوجية تحت تسيير الحركات الفردية للحياة والموت، أو بالأحرى نزوة الحياة ونزوة الموت؛ حركات تختلف من فرد لآخر حسب سيطرة نزوة على أخرى. انطلق مارتي من مصطلحات التحليل النفسي لكنه تخلص من مصطلحي نزوة الحياة والموت ليعوضهما بغريزة الحياة والموت التي تبدو أكثر تكيفا مع فكره السيكوسوماتي.

ويشير الاقتصاد السيكوسوماتي الى تناوب غريزتي الحياة والموت المسيطرة على التنظيم النفسي والتي على أساسها تنتج الصحة أو المرض السيكوسوماتي. ويفترض الاقتصاد السيكوسوماتي تواجد كمية كبيرة من الاثارة يعجز التوظيف العقلي عن تسييرها، فتؤدي إلى خلل في التنظيم قد يصل إلى الساحة الجسدية. وأي محاولة لإعادة التنظيم وكل توازن يدل على حركة غريزة الحياة، في حين يعكس الخلل في التنظيم حركية غريزة الموت.

## 2- مبادئ نظرية مارتي:

اعتمد مارتي على عدد من المبادئ لطرح نظريته (Marty, 1976, pp.102,134) وهو أيضا ما لخصه (الناقلي، 1992، ص. 71) في:

- **مبدأ التطور:** يولد الفرد عبارة عن مجموعة من الوظائف حيث تعمل كل وظيفة باستقلال عن الأخرى دون أن تشكل نسقا معينا ومستقلا وهذا ما يسميه «الفسيفساء»، ففي البدء يعتمد الطفل على أمه لتنسيق هاته الوظائف من خلال قيامها بالشحن المستمر للترجسية غير المتميزة عن طريق لعبها بدور الوسيط مع العالم الخارجي حيث تقوم هي بدور الوعي وما قبل الوعي في آن واحد ثم يستقل الطفل شيئا فشيئا أثناء مراحل النمو اللاحقة، فتواصل الحركة التطورية مسارها إلى أن يكتمل النمو.

- **مفهوم الصدمة:** تحصل الصدمة في أغلب الأحيان قبل نهاية النمو وهي ظاهرة ذات طبيعة وجدانية تمس التنظيم العقلية بالدرجة الأولى، كما أن لنوعية الصدمة علاقة مباشرة بخلل التنظيم الذي تحدثه.

- **غرائز الحياة وغرائز الموت:** في بداية حياة الفرد تسيطر غرائز الحياة على غرائز الموت ولكن هذه السيطرة لا تدوم، إذ قد تتفوق غرائز الموت على غرائز الحياة مؤدية إلى خلل التنظيم إما بسبب الضعف والتعب الناتجين عن التقدم في السن أو بفعل الصدمات التي يتعرض لها الفرد خلال مراحل نموه.



- **التثبيتات والنكوصات:** النكوص هو حركة لإعادة التنظيم ويحدث حول نظام وظيفي كان في وقت ما موضوع تثبيت، وهو ما يسمح بتقوية النظام الوظيفي ويصبح باستطاعته التصدي لخلل التنظيم مستقبلاً.

- **البنىات الأساسية التي تستند إلى درجات التعقيل**

★ **وعليه، وتوضيحا لما طرحه مارتي في مبادئ نظريته، وكتوضيح مسبق للنوزوغرافيا الاقتصادية؛ فإن حركات التنظيم، خلل التنظيم وإعادة التنظيم تأتي في تسلسلها المنطقي حسب هذه المبادئ.**

نشير بداية إلى أن مع كل وحدة جسدية تتولد معها وحدة نفسية وهو ما يشكل التنظيم الذي يولد به اغلب الأطفال الذين كان مرغوبا فيهم. فالطفل يأتي مزود في اغلب الأوقات بنزوة الحياة وتعمل الأم على تنسيق الوظائف المستقلة لطفلها في حركة تطويرية أين يحدث انسجام واتساق بين الوحدات النفسية والجسدية، وهو ما يدعى بالتكامل أو الوحدة النفسجسدية. وعند تعرض الطفل لازمات نفسية، توترات... (وحدوثها ضروري) يحدث خلل في التنظيم، ما يشير إلى حركية غريزة الموت. ثم ومن خلال تجاوز هذه الازمات بمساعدة الأم من خلال إعادة الشحن النرجسي لطفلها تحدث إعادة للتنظيم، تشير لحركية غريزة الحياة. وهكذا تتناوب الغريزتين في حركة: تنظيم، خلل التنظيم، إعادة التنظيم... أين تعتبر غريزة الموت قوة دافعة وضرورية للنمو ( فعدم استجابة الام لطفلها مثلا يساهم في انفصال الطفل عن امه ليتشكل اناه الخاص) فهي بمثابة الخطوة إلى الوراء التي تدفع بصاحبها إلى الأمام، فالنكوص يعتبر مظهرا مركزيا للنمو. ويتشكل من خلال هذه الحركية لخلل التنظيم بؤر طاقوية ونقاط تثبيت، حيث يشكل النكوص إليها لأجل التزود بالطاقة النفسية حركة لإعادة التنظيم والذي يحدث حول نظام كان في وقت ما نقطة تثبيت. غير أن الصدمات التي قد يتعرض لها الطفل في مرحلة ما دون القدرة على تجاوزها أو لم تتم معالجتها ستشكل نقاط تثبيت غير مشبعة بالطاقة؛ والنكوص إليها من خلال فك الترابط النزوي يؤدي للإصابة بالأمراض السيكوسوماتية، شرط أن تتوفر لدى الفرد ذو التنظيم السيكوسوماتية بنية أساسية بدرجات تعقيل غير مؤكدة أو سيئة؛ فيحدث التفريغ على مستوى جسدي كونه لا يملك مخارج أخرى نفسية أو سلوكية. على أساس هذه البنية، إضافة إلى عوامل أخرى يكون نوع ودرجة خطورة المرض.

### 3- النوزوغرافية الاقتصادية للأمراض:

لا تنطبق النوزوغرافية الاقتصادية على النوزوغرافية الطبية الكلاسيكية. ويرى مارتي أن أغلب الأعراض وعدد كبير من المتلازمات الأكثر كلاسيكية يمكن أن تؤسس انطلاقا من حركات اقتصادية مختلفة، وهو ما يفرض تشخيص، مأل وعلاج مختلف. وتضم النوزوغرافية الاقتصادية كما أوضحها مارتي (Marty, 1976, pp.171, 173) أربع أنظمة متسلسلة:

- **عدم التنظيمات الظاهرة** Les apparentes inorganisations

- **اختلالات التنظيم التدريجية** Les désorganisations progressives

- **النكوصات العامة** Les régressions globales

- **النكوصات الجزئية** Les régressions partielles

وهذه التنظيمات كما يرى مارتي ليست مغلقة ومعزولة فيما بينها، ويمكن أن تلتقي الحركات التي تذهب في نفس الاتجاه: بين عدم التنظيمات وعدم التنظيمات التدريجية، أو بين النكوصات العامة والنكوصات الجزئية. كما يمكن للديناميات الفردية تلوين هذه التنظيمات بطرق مختلفة.

### 3-1- **عدم التنظيمات الظاهرة:** يتعلق الامر بتنظيمات نفسية سيئة، ناتجة عن عوامل وراثية

وعوامل نفسية نشوئية تميز التنظيمات الوظيفية النفسية السيئة ويضيف إليها مارتي بعض حالات التخلف العقلي. تنتج هذه الحالات عند افراد يعانون من سوء الاتبناء، تفرض العوامل الوراثية نفسها عندما نلاحظ أطفالا لا يعيشون في شروط نفسية عاطفية ومحيطية سيئة ولا من هشاشة على المستوى النفسي، الأمر الذي جعل مارتي يتحدث عن توزيع غير متساو للكمون الحيوي الغريزي على مستوى البرامج الأساسية للنمو الفردي. وقد يحدث أن تتطور عدم التنظيمات الظاهرة خلال الطفولة الأولى. تعود الأسباب النفسية النشوئية إلى الحرمان أو نقص مبكر في الوظيفة الامومية التي لا تسمح بتكوين جهاز صاد إثارات كاف، وقد يظهر في الطفولة بشكل مبكرا ومتأخرا في سن المراهقة أو في سن الرشد تبعا لتعرضه لصدمة ما، تحيي اثار ذكرى صدمة سابقة.

وحدد مارتي 3 عوامل مفجرة لهذا الخلل (Marty, 1885):

- طبيعة الصدمة والمتعلقة بالتنظيمات الهشة المرتبطة بها وبالمناطق التي تكون غير مشبعة بالطاقة خلال النمو النفسي والتي تشكل بؤر تطور عدم التنظيمات،
- درجة عدم التنظيمات،
- كيفية تكيف الفرد مع الصدمة ومع محيطه.

تخص عدم التنظيمات الظاهرة عصابي السلوك الذين يتميزون بضعف في إرصاناتهم العقلية وتوظيف عقلي سيئ، يستجيبون للصددمات بالعرض الجسدي الذي يأخذ عندهم مسارا خطيرا يستدعي العلاج الدوائي الاسعجالي.

**3-2- اختلالات التنظيم التدريجية:** استعمل مارتي هذا المصطلح للدلالة على خلل التنظيم الذي يحدث على المستوى الجسدي وكذا على المستوى التوظيف العقلي والذي يسبق الأول. ويقصد به حركة تطويرية دائمة عكس اتجاه النمو لا تجد ما يوقفها، ناتجة عن صعوبات عاطفية شاهدة على سيطرة غرائز الموت نظرا لتتحي غرائز الحياة. تتواجد بكثرة عند عصابيي السلوك كما يمكن أن تظهر عند عصابيي الطبع، وتأخذ فيها حركة التخريب مسيرة سريعة أو بطيئة وهذا حسب الأفراد وطبيعة الصدمة وحسب المرحلة التي تظهر فيها، وتشكل سهم التفككات والفوضى الوظيفية. في هذه الحالات تصبح العلاجات الطبية والعلاجات النفسية الثقيلة عاجلة. وتعتبر فترة استمرار خلل التنظيم التدريجي متغيرة، قد تكون دائمة أو عابرة، تصيب التنظيم الوظيفية للموقعية الأولى عن طريق اختزال العلاقة مع اللاشعور الذي يعجز عن ارضان تمثيلاته، فتصبح التمثيلات ما قبل الشعورية خارج الخدمة، الامر الذي يؤدي إلى فقر في الحياة الهوامية الحلمية والعلائقية للفرد. وتتعلق الأمراض القلبية الوعائية، الامراض المناعية والسرطانات بخلل تنظيم تدريجي لم يجد ما يوقفه.

**3-3- النكوصات الجزئية:** هي نكوصات محدودة ومعزولة ومستقلة عن باقي النكوصات الكلية، ذات علاقة بالسلاسل التطورية الجانبية، يمكن أن تظهر في كل البنيات، وظهورها لا يغير التنظيم

العامة للفرد. تتميز بضعفها وعدم دوامها، دورها يكون دفاعيا، ظهورها يكون على المستوى العقلي كما على المستوى الجسدي. كما يمكن للعرض أن ينتمي إلى حركتين:

- الحركة التطورية: تهدف إلى إعادة التنظيم النكوصية تنشطها غرائز الحياة.
- الحركة ضد التطورية: تهدف لخلل التنظيم وتتحكم فيها غرائز الموت.

إن عدم قدرة النكوصات الجزئية على استدراك خلل التنظيم والسماح لإعادة التنظيم التراجعي قد يؤدي إلى الموت عن طريق الجسنة التي تحدث إثر ذلك، وحسب الخصائص النفسية لكل فرد وطبيعة العوامل المفجرة، يحدث خلل التنظيم بوتيرة سريعة أو بطيئة. وتعتبر مرحلة الشيوخوخة فترة مناسبة لخلل التنظيم بسبب تنحي غرائز الحياة.

**3-4- النكوصات العامة:** تخص البنيات القوية مثل العصابية والذهانية والعصابات جيدة التعقيل. تتميز بثبوتات قوية ولا تهدد المأل الحيوي للفرد.

#### **4- تصنيف مارتى للبنيات الإنسانية:**

دون أن ينكر مارتى ما جاء به فرويد حول الاعصبة التقليدية، استطاع مارتى تحديد نوعين من الاعصبة غير النمطية *Névroses Atypiques* التي ترافق عامة الإصابة بالأمراض النفسجسدية. هذه الأعصبة هي: الأعصبة الطبائعية والأعصبة السلوكية، كما اقترح مارتى مفهوم البنية الأساسية.

يكن هدف تصنيف مارتى للبنيات الأساسية كما جاء في (Debray, 1983a, p. 25)

بأنه:

- يسمح لنا بالتنبؤ بنوعية ردود أفعال الأفراد المحتمل وقوعها أمام الصدمات.
- كما يسمح بمعرفة نوعية الكفالة العلاجية التي تتماشى مع النظام الاقتصادي العام للفرد.

وقد صنف مارتى هذه البنيات إلى:

4-1- الأعصاب والأذهنة الكلاسيكية: تكون فيها التنظيم العقلية غنية بنقاط التثبيت المتموقة على مدى مراحل النمو وبالتالي نلاحظ فيه قدرة الأفراد على الإصران العقلي ومقاومة الإصابات الجسدية، وتتمثل في تلك الموصوفة من قبل فرويد. (النايلسي، 1992، ص. 64)

4-2- الأعصاب الطبائية: تمثل البنات الأكثر انتشارا عند أفراد المجتمع، ما يميزها هو عدم اكتسابها لنقاط تثبيت صلبة والتي من المفروض أن تنظم في المرحلة الشرجية الثانية حيث يتم في هذه المرحلة الاحتفاظ بالمواضيع واستدخالها. وبالموازاة مع هذا، فهم لا يقدمون توظيف مستمر على مستوى الموقعيتين: (Debray, 1983a, p. 23).

- على مستوى الموقعية الأولى: تتميز بتوظيف غير منتظم في الزمن، تقضي عن وجود ما قبل شعور قليل النفاذية.
- على مستوى الموقعية الثانية: تلف خاص على مستوى الأنا الأعلى الذي يظهر على شكل أنا مثالي.

تعود تسمية هذه الاعصاب بالطبائية إلى كون هذا العصاب قد توصل إلى تكييف وتنظيم آلياته الدفاعية بمجموعة من الطبائع الملازمة لنوع من أنواع الشخصية، دون أن يلتزم تماما بهذه الشخصية، والتي قد تشكل معطيات للجسدية. (Marty, 1980, p.12) تكون هذه الاعصاب على درجات متفاوتة من التعقيل وهو ما اعتمده مارتي لتقسيمها إلى ثلاثة أنواع. (النايلسي، 1992، ص. 57، 62)

- أعصاب طبع حسنة التعقيل: تقترب من الأعصاب الكلاسيكية وهذا ما يعكس تعرض ما قبل الوعي لعدم كفاية وظيفية خفيفة وغالبا عابرة. وانطلاقا من صلب نظرية مارتي التي تربط بين التعقيل والمرض الجسدي، يمكننا القول بأن حسن التعقيل هو من العلائم المبشرة بإمكانية شفاء أفضل.

- أعصاب طبع متوسطة التعقيل أو غير مؤكدة التعقيل: تتوسط أعصاب الطبع حسنة التعقيل وأعصاب الطبع سيئة التعقيل فهي تقترب من كليهما وتتميز بفقر التصورات والأفكار.

- أعصاب الطبع سيئة التعقيل: تقترب من الأعصاب السلوكية وتمتاز بعقلنة سيئة ويكون الدفاع على المستوى السلوكي هام مقارنة بالمجموعتين الأولى والثانية.

- الأعصاب السلوكية: يفصلها مارتي عن سائر أنواع الاعصاب الطبائية. وتحت تعريف العصاب السلوكي يندرج أولئك الأشخاص اللذين لم تتوحد وظائفهم النفسية بشكل ثابت وقوي. تتميز بصعوبات هامة فيما يخص الإرصان العقلي للصراعات. تميزها عدم التنظيمات الظاهرية الناتجة عن عوامل نفسية نشوئية و/أو وراثية. والعصاب السلوكي ناشئ عن عجز ما قبل الوعي عن التدخل في سياق العمليات العقلية بحيث تتبدى الرغبات والاهواء اللاواعية مباشرة في الوعي دون تدخل ما قبل الوعي. وهذا هو السبب في ظهور الاحلام الفضة بكثرة عند هؤلاء المرضى. تكون التنظيمة العقلية خائرة نسبيا، والجهاز النفسي بصفة عامة يكون ضعيفا في عمومه.  
(Marty,1998, p.221)

4-3- الأذنة الطبائية والأذنة السلوكية: وتشير إلى ذهانات سيئة التنظيم. في العادة لا تصل أعراض هذه الأذنة إلى درجة الهذيان الذهاني، وبالتالي فإن هذه الأذنة تعكس تنظيما ذهانيا غامضا. وباختصار فإن هذه الذهانات تعكس ما قبل وعي سيئ النوعية يسمح في فترة معينة لمكونات اللاوعي بالتبدي مباشرة في الوعي وبالهيمنة على شخصية المريض. (الناقلي، 1992، ص. 65)

4-4- التنظيم التحسسي: **L'organisation allergique**: قسم مارتي البنى النفسية

الأساسية لمرض الحساسية إلى ثلاث أنواع (مرجع سابق، ص. 66، 65):

- الحساسية الأساسية: ذات علاقة بالعصاب السلوكي.
- الحساسية المتراوحة: تتراوح شخصية المريض بين الهستيريا والعصاب السلوكي.
- الحساسية الطبائية: ذات علاقة بالعصاب الطبائي

## 5- التوظيف العقلي:

### 5-1- مفهوم التوظيف العقلي:

يتم استعمال مفهوم التوظيف العقلي في المجال النفسي في العديد من التناولات النظرية لأجل العديد من الدلالات، تختلف باختلاف التوجهات. وقد سعى بيا مارتي في المجال السيكوسوماتي لفهم خصوصية التوظيف العقلي لدى الفرد ذو التنظيم السيكوسوماتية والمريض بتحديد العلائم النفسية المرافقة لأمراض العضوية، ما يساهم بالتنبؤ بإمكانية الإصابة بالمرض قبل حدوثه، ومرافقة الفرد في اثناء صحته ومرضه لأجل تحقيق انعاش التوظيف العقلي لديه.

ينطلق التوظيف العقلي من التوظيف النفسي الذي ينظمه، هذا الأخير الذي يشمل إضافة إلى التوظيف العقلي؛ تنظيم الشخصية من صورة للجسد وتمثيل للذات، العلاقات مع الموضوع، نوعية القلق وحدته إضافة لنوعية الميكانيزمات الدفاعية المستعملة. وقام Marty و Debray في دراستهما على مرضى سوماتيون بتحديد مميزات التوظيف العقلي وصرحا بأن التوظيف الجيد للموقعية الأولى يضمن التوظيف الجيد للموقعية الثانية . (Debray, 1983b, p.528)

### 5-2- تعريف التوظيف العقلي:

يشير التوظيف العقلي حسب (Pongy et Babeau (2003) لمجموعة السيرورات والعمليات النفسية من أجل حل الصراع أو التأقلم معه، يخضع للعديد من الأسس التي تفسر في إطار اقتصادي ودينامي، ويعتمد على طبيعة الاستنارات الطاقوية كشرط مسبق ومبدأ التعجيل والارصان النفسي في القيام بعمله. حيث يعتبر مفهوم غريزة الحياة والموت كمصدر لهذه الطاقة المشكلة للإثارة، فهي تساهم في تطور وتنظيم الوظائف السيكوسوماتية المشكلة من الإثارات التي تنتقل عبر الجسد والنفس، وهو ما أشار إليه فرويد حول الإثارة النفسية والإثارة على مستوى الدعامة العصبية أين يشكل الجسد مرساة لها. فالإثارة إذا على غرار ما ذهب إليه فرويد في بداية أعماله ومارتي وأيضاً حسب الباحثين هي من طبيعة جسدية وذات دعامة عصبية وخلطية خاصة (حسب الأبحاث الحديثة)، وهي أساس كل العمليات والسيرورات الحية والتي تتموضع في لب الوظيفة أو الوحدة النفسجسدية، وهي ما يشكل محرك الظواهر العقلية، السلوكية والجسدية، تدرك في جزء منها في العواطف والأحاسيس والحواس، في حين جزءها الأكبر والذي لا يمكن إدراكه يكون في اللاوعي

النفسي واللاوعي البيولوجي. (Ibid) ويتم مقارنة التوظيف العقلي وتقصيه من خلال الابعاد التي تشكله.

### 5-3- أبعاد التوظيف العقلي:

بالنظر لأعمال Bergeret (2003) وما أشار إليه (De Tychey & coll (1992) ؛ فإن مقارنة التوظيف العقلي وتقصيه يتم ادراكه من خلال ثلاث أبعاد: الفضاء الخيالي، العقلنة، فعالية الدفاعات. على أن الترميز هي العملية الأساسية التي توضح العقلنة وتتكون من مظهرين: نوعية الترميز للنزوات الجنسية والعدوانية، ونوعية الارتباط بين العاطفة والتمثيلات.

### 5-3-1- الفضاء الخيالي:

يعتبر الخيالي مفهوم نفسي ثم جسدي وهو مايشكل الصحة والمرض حسب Sami Ali (2004) وينظر للفضاء الخيالي كاستعارة للفضاء النفسي، ويشكل الفضاء الخيالي بالنسبة للتمثيلات العقلية ما يشكله المسرح للممثلين. وفي ذلك يقول (Bergeret (2003 بأنها نشاط الأحلام والهوامات التي نعيها أو لا نعيها، والمشكلة من الهوامات ما قبل الشعور، الشعورية، اللاشعورية أو البدائية. فهو لديه قيمة دفاعية وحمائية الى الحد الذي يسمح بالتححرر، أقلها مؤقتا من اقحام واقع تطفلي. فاستدعاء الخيال هي القدرة على توليد الهوامات، الاحلام التي تعمل عند الفرد على انطباع الصور وكيفية تكونها وتشكلها بطريقة جد حية كما هو الحال في تمثيلات عالمه الحقيقي، والشيء ذاته في نموذج تبادلاته مع الآخرين. والخيالي حسب تعريف سامي علي ما هو إلا الحلم ومعادلاتها في حياة اليقظة كالهوامات، أحلام اليقظة، الهذيانات، الهالوس، الاعتقاد، اللعب، النقلة، السلوك السحري...

### 5-3-1-1- بيار مارتي و خصوصية أحلام السيكوسوماتي:

يتعلق بنمط خاص من الأحلام تنتج من نمط خاص من الأعصاب. يرى مارتي بأن هناك عدم كفاية الوظيفة الحلمية لدى المريض السيكوسوماتي وهي انعكاس لعدم كفاية ما قبل الوعي وبالتالي اختلال التنظيم النفسي-جسدي فيؤدي لظهور الأعراض المرضية الجسدية التي تنوب مكان الترميز عن طريق الأحلام. يعطي مارتي للحياة الحلمية أهميتها سواء في تحديد بنية هؤلاء المرضى أو في



اتخاذها كطريقة علاجية لها خصوصيتها عند السيكوسوماتي. تختلف الحياة الحلمية من فرد لآخر وفقا لبنيته الأساسية والخصائص الاعتيادية وتغيرات التفاعل العقلي. وقسم مارتي الأنماط الحلمية للسيكوسوماتي إلى:

**1- غياب الأحلام:** ليس غيابا حقيقيا للحلم وإنما كبت الحالم لأحلامه ومحتوياتها قد يكون ناجما عن آليات دفاعية تمنعه من الظهور على ساحة الوعي. وافر (1998) Marty بعدم نفاذية ما قبل الشعور ووهن الأنا. هذه الأحلام لا تعمل على تفريغ اللاشعور من الاستثارة الطاقوية السلبية بقدر ما تعمل على تعبئته بذلك، ما يوقع المريض في لا مخرجية مع لاشعوره. ويشير عدم تذكر الحلم ونسيانه لهشاشة الأنا ووهنها فهي لاتسترجع سيادتها ولا تستلم وظيفتها مباشرة لحظة الاستيقاظ ليبدل على عدم تماسكها وتجانسها.

**2- الأحلام العملية:** وهو ما يدعوا (1963) Marty et De M'Uzan بالأحلام البيضاء، يرى فيه الحالم مشاهد من حياته اليومية ويعيد استعراض أحداث النهار السابق أو ذلك الحلم الذي قد يستبق أحداث الغد. تمتاز هذه الأحلام بموضوعيتها، واقعيته، سذاجتها وغياب التحوير المعتاد في الأحلام. حيث تعكس هذه الأحلام فقرا في محتويات ما قبل الشعور ونقص في التمثيلات، وهذه الأحلام الناتجة عن بقايا الذاكرة قصيرة المدى لا تحتوي على الكثير من الآثار والبقايا النزوية، وتعكس بعض التفاصيل الظاهرة في هذا النوع من الأحلام وجود خلل في تنظيم الجهاز النفسي للحالم، وناتجة عن قصور واضح في الحركة المساهمة في ربط التصورات بعضها ببعض الآخر وتتميز كما يقول سامي علي بغياب التكثيف والإزاحة والتمثيل الهوامية. (Calza et Contant, 2002, p.91)

**3- أحلام تكرارية:** هي أحلام متكررة في شكلها تعكس زيادة في التهييج الذاكراتي، ناتجة عن تثبيت رضة حديثة العهد أو انعكاس حديث لتثبيتات عائدة إلى عهد الطفولة. وغالبا ما تأتي هذه الأحلام متكاملة ومرافقة للعصاب الصدمي، فهي كما يرى (2002) Raffy تفريغات تميز العصاب الصدمي بإصابات جسدية حقيقية وجروح ظاهرة، إذ يعكس هذا النوع من الأحلام الركود وعدم كفاية التمثيلات.

4- الأحلام الفظة: يعود الفضل إلى Rosine Debray في تسميتها. وقد سميت بالأحلام الفظة بسبب غياب الدفاعات والرقابة النفسية. تنتج عن الإثارة المبالغة والفاضة للاشعور وتعكس بفضافة محتوياته ومكونات الهو برغبته الغريزية. وهي كما ترى (Debray 1983a) تحوي مشاهد مباشرة للدوافع النزوية للحالم كالرغبة للسيطرة والطاقة العدائية الفمية أو الشرجية أو الجنسية، ترى فيها مظاهر الإغواء، الخفاء أو المذبحة، زنا المحارم... الخ. وكأنها صور للاشعور الحالم الذي يتبدى بدون تدخل عناصر التشويه لعدم احتواءها لعلائم و بذور الصراعات النفسية. وسبب ذلك ليس غياب الصراع النفسي بل لعدم معالجة هذا الصراع من طرف الأنا حيث تم استبعاده من الساحة النفسية واختزاله مباشرة في الجسد. ويرى (Marty 1998) أنها تعكس عادة عصابا سيء التعقيل أو عصابا سلوكيا، أما على الصعيد الموقعي فهي تعكس وهن ما قبل الوعي وعدم كفايته، أما اللاوعي فيتبدى بدون صراعات داخلية.

★ وعلى العموم كما يخلص إليه مارتي فإن أحلام السيكوسوماتي لا تغذي سوى الطبقة السطحية للجهاز النفسي، تربط نشاط الحلم بالبقايا النهارية بطريقة مشتتة و واهية. فالفضاء الداخلي لهم لا يحتوي على مواضيع مستقرة ومطمئنة يمكن الاستناد عليها كمدعم لهواماتهم وأحلامهم.

### 5-3-2- العقلة:

يعتبر Marty أول من استعمل مفهوم العقلة في حقل السيكوسوماتية سنة 1970، وقد شكل المفهوم لب ومحور تنظيره حيث اهتم مارتي بالسير العقلي للفرد، ويرجع الإصابة الجسدية إلى ضعف في العقلة. يعرفها (Marty 1997) على أنها شكل من أشكال التوظيف المعارض للجسدة وللسلوك أو المرور للفعل. تهتم العقلة بأبعاد الجهاز العقلي وترتكز على قطب التمثيلات، وتهتم بكمية ونوعية تمثيلات الفرد. ويقصد بالتمثيلات تمثيل الأشياء وتمثيل الكلمات التي نجدها في الأفكار، التفكير، أحلام اليقظة، الهوامات، عناصر الحلم، التخيل، الهذيانات وهي ما يشكل مادة الترابطات الفكرية. (Pongy et Babeau, 2003, pp.122, 123). وهي "القدرة على الترجمة إلى كلمات، تمثيلات لفظية قابلة للمشاركة مع الآخر، الصور والانفعالات المحسوسة، حيث يعطى لها معنى قابل لإبلاغه تكون مفهومة للشخص نفسه وللآخر مع ما يستتبع من عملية الترميز. هذه

الأخيرة تفترض أن تكون العاطفة التي يشعر بها مرتبطة بكلمات تحددها كارتباط عاطفة- تمثيلة".  
(De Tychey Et Lighezzolo, 2004, p.58)

أقرن Marty نوعية العقلنة بنوعية نظام قبل الوعي الذي يشكل دولب الحياة النفسية وعامل ربط بين تمثيلات الأشياء وتمثيلات الكلمات، ويكافئ تقييم العقلنة تقييم ما قبل الشعور. ومعايير العقلنة الجيدة تظهر من خلال ثلاث محاور كما أوضحها (De Tychey, 1997, p.47) تلخيصا لما جاء به مارتي

\* **الغلاظة:** تخص غلاظة طبقة التمثيلات المجمعة خلال تاريخ الفرد.

\* **السيولة:** تخص نوعية التمثيلات و سيولة انتقالها فيما بينها و بين مختلف الطبقات في ارتباط أفقي وعمودي وسيولتها عبر مختلف الأوقات ولكن أيضا حاليا.

\* **الديمومة:** تعكس توفر مجموعة التمثيلات في كل وقت على المستوى الكمي وكذا المستوى الكيفي.

يضيف (Smadja 2004) محك رابعا، هو **سيطرة مبدأ الألم-اللذة** أو اضطرار التكرار على النشاط التمثيلي.

وترتبط معايير عقلنة خائفة أو ناقصة بتلف لإحدى أو كل هذه الأبعاد الثلاث والتي يصفها مارتي بالفجوة أو الفراغ الطبقي لتنظيم ما قبل الوعي. (Marty, 1990, p.45) وبالتالي فمن وجهة نظره ليس هناك عضو مصاب، بل هناك جهاز عقلي مختل، يظهر من خلال التدهور الوظيفي للموقعيتين. فإفلاس الموقعية الأولى يؤدي إلى خلل في القدرة على الإرصان العقلي، أما الموقعية الثانية فيمكن اعتبار أن عملها قد توقف حيث يصبح الأنا غير قادر على أداء وظيفته الدفاعية، ويمكن للحركة ضد التطورية لخلل التنظيم أن تمتد لتصل إلى الميدان الجسدي. (Smadja, 2001, p.43)

### 5-3-3- فعالية الدفاعات:

تشير كلمة الدفاع إلى ثورة الأنا على التمثيلات والعواطف المؤلمة أو غير المحتملة للحفاظ على نوع من التوازن بتفريغ الإثارات المرتبطة بالنزوات العدوانية إلى الخارج بإسقاطها على مواضيع

خارجية يشعر الفرد فيها بقدرته على التحكم فيها والسيطرة عليها دون خوف من تلقي العقاب أو تلقي الأحكام السلبية من البيئة الاجتماعية المحيطة. وتعتبر الجسدة كنوع من الاستجابة ضد الفرط الطاقوي والتهديدات التي لا يمكن للنفس إرسانها ومعالجتها. وتتنظم دفاعات المريض السيكوسوماتي باللجوء إلى الواقع الخارجي حيث فقدان القيمة الرمزية للكلمات والصور والأفكار يؤدي للمعالجة الملموسة والحالية للواقع الخارجي والمدرك. وبسبب تعذر استعمال طريقة الإسقاط إلى الخارج لتفريغ الإثارات المرتبطة بالنزوات العدوانية فإن هذه الميكانيزمات تتركز نحو توجيه تعبير النزوات العدوانية إلى الداخل أو إلى الذات بحدوث إسقاط داخلي وهو ما يؤدي إلى الجسدة. للقول بأن دفاعات المريض هي دفاعات تكيفية غير فعالة تصنف في حقل السيكوسوماتية على أنها بدائية.

◀ وعلى العموم، فإن التوظيف العقلي لدى المريض السيكوسوماتي يتميز بفقر هوامي وغياب للخيالات ونوعية خاصة من الأحلام، تعقيل غير مرصن، وميكانيزمات دفاعية غير فعالة.

#### 4-5- تصورات حول نشوء التنظيم العقلية لدى المريض السيكوسوماتي وسيرورة الجسدة:

في التنظيم السيكوسوماتي لمدرسة باريس فإن الجسدة كلية الوجود، ترافق أي بنية عقلية وإن أظهرت البنيتين العصابية والذهانية نوعا من المقاومة لها. وعلى نقيض المقاربة السيكوسوماتية الطبية التي تنظر للمريض من خلال مرضه فالسيكوسوماتية التحليلية تنظر للمريض من خلال توظيفه النفس، سيرورة الجسدة، ثم إن العبور من النفسي إلى الجسدي لا بد له أن يستند إلى بنية أساسية لها إمكانية تصحيح العوارض وإعادة تنظيم الجهاز النفسي-جسدي وإذا ما أردنا إيجاز مبدأ التنظيم برأي مارتي فإننا نقول بأن التنسيق التدرجي للجهاز النفسي-جسدي المعتمد على مبادئ البنية الأساسية، التنظيم واختلاله، النكوصات ومسالك إعادة التنظيم يستند إلى ثنائية العلاقة بين غريزتي الحياة والموت واللذان تتناوبان السيطرة على الجهاز النفسي-جسدي بحيث تشجع غريزة الحياة التنظيم في حين تؤدي سيطرة غريزة الموت لخلل التنظيم. ويتفاعل هاتين الحركتين يتولد تنظيم سيكوسوماتي و تنظيم عقلي خاص بكل فرد يرجع لنقاط التثبيت التي كونها الفرد أثناء حركاته

التطورية في السلسلة المركزية أو السلاسل التطورية الجانبية بحيث تكون مرجعا ينكص إليه الفرد حين تعرضه للصدمات حيث تؤمن له دفاعا فعالا. ميّز مارتي بين نوعين من سيرورات الجسدنة (Aïsenstein et Smadja. 2004. pp: 190,191) :

\* سيرورة الجسدنة الراجعة للنكوص: تتمثل في نوبات جسدية غير حادة وعكوسة، كنوبات الصداع والربو مثلا، تختفي لتظهر مرة أخرى بنفس الشكل عند نفس الشخص. تظهر عند أشخاص توظيفهم النفسي من النوع العصابي العادي يكون مستوى العقلنة لديهم مقبولا أو ضعيف الأداء. تحدث الجسدنة لتراجع متغيرات التوظيف النفسي والذي يدعو مارتي بعدم انتظام التوظيف العقلي، هدفها إراحة الأنا ليعيد تنظيمه وتكيفه.

\* سيرورة الجسدنة عن طريق فك الترابط النزوي: وتتمثل في الأمراض التطورية الخطيرة التي تهدد المآل الحيوي كـ بعض الأمراض المناعية الذاتية والأمراض السرطانية. هذه السيرورة تتطور عند أشخاص ذوي تنظيم غير عصابية للأنا، ما يعمل على فك الترابط النزوي الذي يعدّل من التوازن النفسي جسدي للفرد. ففي أثناء النمو تتطور لديه في وقت أول تعديلات نفس مرضية ثم في وقت ثانٍ تعديلات فيزيوباتولوجية. ويلاحظ عند هؤلاء الأفراد عدد من الظواهر المجتمعة تدعى بالحياة العملية، ونوع من الاكتئاب يسمى بالاكتئاب الأساسي، ونوع من التفكير يسمى بالتفكير العملي. ولكن قبل ذلك يظهر حوار عملياتي، والذي يكون كحالة عابرة ومؤشرا يمكن التنبؤ من خلاله لظهور التفكير العملي ومنه الحياة العملية. ولهذه الأبعاد الثلاث يرى الباحثين بضرورة إضافة بعد رابع و المرتبط بسيطرة مبدأ الألم/اللذة أو أوتوماتيكية التكرار على النشاط التمثيلي.

### 5-6- خصوصية الميكانيزمات الدفاعية في التنظيمة السيكوسوماتية

إن متابعة تنظيم الجهاز النفسي الجسدي إنما يتم عن طريق العودة إلى مرحلة تكوين الوظائف الدفاعية، وهي متعددة وتختلف باختلاف المرضى واختلاف المرحلة التكوينية وأيضا باختلاف درجات إرهاص أو تمثل الصراع الدفاعي؛ أي باختلاف درجة التعقيل حيث كمية تواجد الأنا، صلابتها أو وهنها وهشاشتها واختلال تنظيمها واختلالات ما قبل الوعي هي التي تحدد نوع الدفاع.

وعلى خطى بعض مسلمات التحليل النفسي، واستنادا لما توصل إليه مارتي وزملائه، قام Dejours (2003) بتوضيح مختلف الميكانيزمات المترابطة والمرتبطة بالتنظيمية السيكوسوماتية. منطلقات دوجور تهتم بكيفية لجوء السيكوسوماتي لهذه الميكانيزمات من الناحية الموقعية، الدينامية والاقتصادية. وقام بصياغة فرضية جديدة كامتداد لنظرية فرويد أسماها بـ «الموقعية الثالثة» أوضح فيها خصوصية تسلسل وتداخل هذه الآليات لدى السيكوسوماتيون من خلال تناول شامل للأفراد الذين يدعوهم Dejours بالطبائعيين «Caractéopathes» لوصف أشخاص ينتمون لما ذهب إليه Marty (1998) في تقسيمه للبنيات حول الأعصبة الطبائعية والسلوكية والتي صنفها Dejours من جهته تحت تسمية «Les caractéroses» إذ يندرج ضمنها الأشخاص السيكوسوماتيون. وتتمثل هذه الميكانيزمات الدفاعية في:

### 1- الاستذهان (التعقلن) Intellectualisation:

يعتبر من إحدى أنواع العزل يسمح بمقاومة بروز النزوات العدوانية عن طريق التبرير برجوعه إلى عالم الأفكار أي لعالمه الداخلي.

### 2- الانشطار، الإنكار، الكف Le clivage, le déni, l'inhibition:

انطلق Dejours من فرضية أساسية مفادها وجود شق بين اللاشعور المكبوت الفرويد (Inconscient refoulé) واللاشعور غير المكبوت (Inconscient non refoulé ou Amential) المُشكل من خلال العنف المطبق من طرف الوالدين ضد فكر الطفل. ومن بين النتائج الإكلينيكية؛ حدوث الجسدنة و لكن أيضا المرور إلى الفعل والعنف. ويسمح تكوين الانشطار بمنع انطلاق أو هيجان هذه الإشارات ليحافظ الفرد على مظهره السوي نوعا ما، فيظهر نتيجة لذلك عند المرضى السوماتيون تفكير عملي حتى يتمكن استمرار توظيف الفرد. والمنطقة الدقيقة بين اللاشعورين (المكبوت وغير المكبوت) غير المحمية جيدا بالبنية العليا للشعور وما قبل الشعور، لا تعزل عن الواقع إلا بالإنكار. أما إذا استعمل الشخص الكف الكثيف للفكر لمواجهة سحب الإنكار، فإنه سيتجنب هيجان أو انطلاق هذا العنف الاضطراري ليظهر في هذه الحالة الجسدنة، فالكف إذا

يحافظ على الفرد بإبعاده عن الواقع المهدد ومصدر الخطر؛ كالمروء إلى الفعل، العواطف المؤلمة والتفريغ الاضطراري للعنف. (Dejours, 2003, p p.85,.93)

### (3) - القمع La répression :

يتحدث (2006) Sami Ali عن الكبت الناجح لوصف القمع، هذا الأخير يتم استعماله عندما يتعدى استعمال طريقة الإسقاط إلى الخارج لتفريغ الإثارات المرتبطة بالنزوات العدوانية. فالقمع يشكل نوع من الانفجار الداخلي و«الإسقاط الداخلي أو الإسقاط الجسدي» على حد تعبير Smadja (2001) قد يصل لتحديد الأحاسيس بتدمير الجسد، ما يجعل نشاط الفرد عملياتي، آلي، تكراري، قد يصل لحد الشلل العقلي. (Dejours, 2003, p.109).

وبالرغم من الدور الإيجابي للقمع في التكيف الاجتماعي، إلا أن المبالغة في استعماله يجز إلى الامتثالية المفرطة، كما يمكنه في الحالات القصوى أن يمس الفكر وهومات الفرد ترجع جذوره لمرحلة الطفولة أين تم قمع الفكر من طرف آباء هؤلاء السوماتيون، فلم يوفر للطفل أي فضاء لتفريغ نزواته، ما يحرض العنف أو القدرة التدميرية (Dejours, 2009, p.27) فعند السيكوسوماتي بدلا من أن يحدث التعبير من خلال المرور إلى الفعل الموجه للخارج في حركة تهادمية للمواضيع الخارجية، فإن مرور الفعل يحدث للداخل نحو الذات، مثله مثل الحالات الحدية من خلال الفعل الانتحاري، لكن الاختلاف يكمن في الكيفية فقط. فبينما يعبر عن الحركات العدائية ضد الذات في حالات الانتحار بطريقة "حيوانية"، فإنه في حالة السيكوسوماتي تفتح في المصدر، أي في الجسد وترجع إلى المصدر من خلال الجسدنة، ليس خوفا من الآخر ولكن رغبة للاحتواء من "حيوانيته" (Ibid, p.58).

### (4) - الإرضاء عن طريق الإدراك La satisfaction par la perception :

تطويره راجع بصفة خاصة للعنف الأبوي في الطفولة. ولمواجهة هذا العنف، يقوم الشخص بالتمسك بإدراك الواقع وهو ما يدعوه دوجور بـ «الإدراكات الواقعية» (Dejours, 2009, p. 131) يعتبر الاستثمار المفرط للواقع المدرك من بين مؤشرات الحياة العملية والتي تسعى لحماية الأنا من القلق الناتج عن النقص على مستوى التمثيلات والهومات اللاواعية، وهو ما يقابل « طمس

الإنتاج النفسي» الذي تحدث عنه الباحث والذي يسمح بتميز الفرد والتعبير عن فردانيته لصالح الهدوء النفسي. (Smadja, 2001,p.41)

## **(5)-الوصف القهري للواقع المدرك La description compulsive de la réalité perçue**

يمثل هذا الميكانيزم نظيرا للإرضاء عن طريق الإدراك، يشير إلى وصف وضعي للأحداث دون أي عمل للربط، وهو خال من التعبير العاطفي وغير مشحون من الناحية الانفعالية. حيث يظهر عند المفحوص نوع من الإفراط في لجوءه لاستعمال الواقع دون أي ربط، عباراته غير دسمة من الناحية الرمزية وتكون خالية من الإيحاءات، تعبيره قصير وفقير لا يترك مجالاً لخروج الهوامات. خطابه يمتاز بغياب المتغيرات الترابطية، غياب التعليق وغياب ازدواجية المعنى في كلماته لا يمكنه استثارة فكر الفاحص. (Dejours, 1995, p.77)

## **(6) - النشاط L'activisme :**

يعتبره الباحثون بمثابة السجل الذي يعرب من خلاله انتشار أو غلبة المدرك على التصور لدى المريض السيكوسوماتي. وبالنسبة لـ Dejours، فإن الفرد من خلال نوع من الاهتمام العقيم والتحركات العديدة يكون في سعي للبحث عن التهدة بعيدا عن فضاءه النفسي من خلال إدراك ما في الخارج، وهو ما يدعوه الباحث « بالإدراك المهدئ »، هذا البحث في الخارج هو بمثابة هروب من الأحاسيس المشحونة بالصدمات والتي تكون مصدر قلق ضمنا. فالمريض ولأجل أن يعكس حالة الجسم والحركات الغريزية التي تتطور، يبحث في الواقع عن الأشكال الخاصة التي تهدئه (Dejours, 2003, p.79).

## **(7) - الحياة العملية La vie opératoire :**

تشمل الحياة العملية نوع من التفكير العملي والحوار العملي الذي يسبقها. وأشار Smadja إلى أن قمع هلوسة الرغبة هو ما يشكل قاعدة لحضور التفكير العملي الخالي من أي توطين نفسي، فهو عبارة عن تفكير آلي ميكانيكي، مجرد، حالي، ملموس، واقعي وخاضع لـ "



امتثالية استبدادية مطلقة" هذه الأخيرة تمّ دمجها للتوظيف العقلي للفرد على شكل «أنا مثالي»، بعد أن كانت في البداية ناتجة لما كانت تمليه الأم على طفلها. (Smadja, 2001,p.41) ما يؤدي لظهور بعض الصفات لدى المرضى. إذ يصفهم مارتني بأنهم أفراد في حياة عملية يوحون إليك بصورة ميت حي، يستسلمون لرتابة الحياة اليومية دون توظيف للمشاعر، تعكس انخفاض القدرة على التعقيل، وفيه نوع من التفكير العملي الراهن والملموس، حيث المشاكل الحالية تشغل ساحة الوعي مع استثمار مفرط للواقع مرتبط بفقر في الحياة الهوائية وخالي من الترميز، فهو يرافق الأحداث أكثر من أن يمثلها وفي الحقيقة هو عبارة عن -اللاتفكير- كونه فقد روابطه مع مصدره النزوي. (Ainsentein Smadja, 2004, p.190) فالتفكير العملي يقول الكلمات دون الأشياء. (Smadja, 2001,p.65) عبر عنها (Sami Ali (2004) بإشكالية التعب. فاستثمار السيكوسوماتي المفرط لعالمه الخارجي يؤدي إلى إجهاد نفسي- جسدي يتمثل علاجه في الراحة، وبما أن السيكوسوماتي يدافع ضد الإتكالية والسلبية، فيعتبر أن هذه الراحة ترمي إلى الإتكالية، عليه معاكستها بالحياة العملية المستمرة دون تفريغ الإثارة، ما يسبب له التعب والإنهاك.

★ وعلى العموم، فإن السيكوسوماتي يلجأ لاستعمال آليات دفاعية غير فعالة بسبب عدم استدخال الصراع وغياب قلق الإشارة من جهة، وفقر الهومات والفضاء الخيالي من جهة أخرى. فهو يلجأ إلى الواقع الخارجي وتفريغ النزوات العدوانية إلى الداخل ما يؤدي للجسنة. (Xardel-haddab, 2009, p.91) وعلى عكس باقي أغلبية الأفراد اللذين يقدمون أمراضا داخلية وتوظيف نفسي موجه للخارج؛ فإن الفرد السيكوسوماتي يقدم مرضا في الخارج وتوظيف نفسي موجه إلى الداخل. (Brusset, 2008, p p.55,56)

وتصنف دفاعات المريض في حقل السيكوسوماتية على أنها بدائية وتتميز بعدم فعاليتها. ومن الناحية الاقتصادية، فبدلا من أن تتكفل الحياة العقلية بالطاقة الليبيدية لتضمن لها مخارج فعالة، فإنها تقلت من الإمكانيات العقلية للإرصان ويحدث اختزال بين الرغبة وتحقيقها كون الأنا هش والجهاز النفسي غير كامل البناء لا يستطيع معالجة الصراع كونه لا يستدخل، وهو ما يؤدي لإحداث خلل في التنظيم الوظيفية، وبالتالي اختزال الصراع في الجسد. وفي المخطط الموالي توضيح لذلك.

## مخطط توضيحي رقم 1: خصائص التنظيم الدفاعية السيكوسوماتية

تجربة غير مشبعة ⇨ موت نفسي ⇨ انشطار الأنا ⇨ تكون هوية سيئة ⇨ تكون جهاز نفسي هش مع غياب صاد الإثارات ⇨ توظيف إدراكي خاص ⇨ غياب قلق الإشارة ⇨ غياب تنبيه الأنا ⇨ عدم إيقاظ الكمونات العقلية ⇨ تحريك آليات دفاعية غير فعالة ⇨ عدم التزامم والتكيف بين الصراع و الذات ⇨ عدم استدخال الصراع ⇨ اختزال الصراع في الجسد.

★ وإذا ما أردنا إيجاز نظرية الاقتصاد السيكوسوماتي ومبدأ التنظيم برأي مارتني فإننا نقول بأن التنسيق التدريجي للجهاز النفسي-جسدي المعتمد على مبادئ البنية الأساسية، التنظيم واختلاله، النكوصات ومسالك إعادة التنظيم، يستند إلى ثنائية العلاقة بين غريزتي الحياة والموت اللتان تتناوبان السيطرة على جهاز نفس-جسد، بحيث تشجع غريزة الحياة التنظيم في حين تؤدي سيطرة غريزة الموت لخلل التنظيم، وبتفاعل هاتين الحركتين يتولد تنظيم سيكوسوماتي وتنظيم عقلي خاص بكل فرد يرجع لنقاط التثبيت التي تكونت لدى الفرد أثناء حركاته التطورية في السلسلة المركزية أو السلاسل التطورية الجانبية بحيث تكون مرجعا ينكص إليه الفرد حين تعرضه للصدمات لتؤمن له دفاعا فعالا.

### 6- الانتقادات الموجهة لنظرية بيار مارتني:

على نقيض المقاربة السيكوسوماتية الطبية التي تنتظر للمريض من خلال مرضه، فإن السيكوسوماتية التحليلية تنتظر للمريض من خلال توظيفه النفسي وتوظيفه العقلي تحديدا لأجل فهم سيرورة الجسدنة. وبالرغم من كون هذه المقاربة الأكثر تقدماً في الوقت الحالي، ومساهمتها في تفسير اللبس والكشف عن بعض الالغاز التي لم تجد لها في الميدان الطبي تفسيرات موضوعية واضحة، إلا أن عدد من الانتقادات وجهت لها.

فعلى الرغم مما قدمته نظرية مارتني من نماذج ومفاهيم نظرية سمحت بالتطور الاكلينيكي للسيكوسوماتية المستوحاة من التحليل النفسي"، إلا أنها كما يرى ستورا هي في حقيقة الامر مقاربة

تحليلية نفسية لمرضى سوماتيين؛ أي مقارنة نفس مرضية لهم، وليس تفسيراً طبياً لجسديتهم، ولا تزال مشكلة العلاقات بين السيرورات النفسية والسيرورات الجسدية دون حل؛ حيث ظل نموذج بيار مارتي على مستوى التحليل النفسي. وما يزال السؤال الابيستيمولوجي قائماً: ما هي شروط تطوير مقارنة علمية "نفسجسدية" من شأنها أن تقيم علاقات متبادلة بين الجهاز النفسي وباقي المستويات الأخرى في عضوية الفرد، تفوق ما وراء التحليل النفسي بالمعنى الدقيق ولا تقتصر عليه فقط؟ فالتحليل النفسي لا يقتصر إلا على حقله الذي يحدده، ولا يمكنه تفسير الأمراض، كونه يواجه حدوداً معرفية ومحصوراً إبستيمولوجياً. (Stora, 2015, p.15)

## المحاضرة الثامنة

### II-2- النظرية السيكوسوماتية العلائقية لصاحبها سامي علي Sami Ali

#### 1- التعريف بالنظرية:

تقدمت النظرية السيكوسوماتية العلائقية بريادة سامي محمود علي Sami Mahmoud Ali كنظرية إبستمولوجية جديدة، تمحورت فكرتها حول فرضية مفادها أن الجسدي تماما كالنفسى علائقيين، وأن العلاقة في هاته الحالة تفرض 4 أبعاد مختلفة ومتكاملة: الفضاء، الزمان، الحلم، الوجدان. (Sami ali, 2006)، إذ يعتبر الزمان والفضاء محددان جسديان لا يمكن فصلهما عن تنظيم الفكر، حيث يبتكر الجسد فضاء وزمان ليسقطهما في العالم الخارجي مركزا على أهمية البعد الثالث في مفهوم الفضاء.

ومن وجهة نظر تطويرية حسب سامي علي، فإن الفضاء يتطور بالإدخال المتبادل للبعد الثالث مرورا بفضاء ثنائي البعد، والذي يتطور من الحسي إلى التمثيلي، ويبنى في هذه المرحلة الداخل والخارج ويفرق بين ما هو انا و لأنا. أما الزمان فينشأ من الإيقاعات الجسدية الحاضرة في الحياة الرحمية ما قبل الولادة والتي تتواصل لاحقا عن طريق المبادلات البيئية. للقول بان الأم هي من تلعب الدور المنظم الزمني للإيقاعات الجسدية للطفل. ( Calza, Contant, 2002, pp. 18, ) (19) ويشدد سامي علي على أهمية ودور عدم تناسق التطور النفسي منذ مراحل الطفولة المبكرة في إحداث الأمراض السيكوسوماتية، حيث عدم التناسق هذا يحول دون تأسيس ميكانيزمات دفاعية ملائمة، وهذا ما يؤدي إلى ضعف وهشاشة الأنا. (النايلسي، 1992، ص. 50) ويرجع التظاهرات المرضية إلى مرحلة تكوين مفاهيم الفضاء لدى الطفل، مركزا على أهمية البعد الثالث في مفهوم الفضاء، فالجسم يدرك في زمن وفضاء قام هو ببناؤه كمحددات جسدية لا يمكن فصلهما عن تنظيمية الفكر، فإذا أصبح الوقت انعكاسيا والفضاء غير انعكاسي، فإنّ الفكر يجد نفسه في لامخرجية حيث ترتبط بمدة اللامخرجية و التي تؤدي في طول مدتها لتعب الجهاز المناعي . (Calza et

Contant, 2002, p.17)

يستند تنظير سامي علي في كثير من النقاط إلى تنظير Marty خاصة ان قمنا بالمقاربة بين حقل ما قبل الشعور عند مارتي والفضاء الخيالي عند سامي علي هذا من جهة، وبين المكانة الكبيرة التي أسندها "العجز" والذي يشير من خلاله إلى كبت الخيال - أو ما يفضل Pongy et Babeau (2003) تسميته بالقمع الواعي كونه أكثر ملائمة في حالات الجسدنة- وبين فقر ما قبل الشعور الذي تحدث عنه مارتي.

نظرا للمفاهيم الكثيرة التي أتى بها Sami Ali في تناوله للبيكوسوماتية، فإن الباحث لم يعر الكثير من الأهمية لوضع منحى خاص به حول العقلنة وسيرورتها معتمدا في ذلك أو مكتفيا بما جاء به زميله Marty. وتتحصر محاولة التنظير حول العقلنة عند Sami Ali في المكانة المركزية التي يسندها لسيرورات «الإسقاط» في علاقتها التحولية مع رؤية العينين والتحويلات الحاصلة، كانسجام نووي يربط العصبي المدرك على مستوى القشرة الدماغية "corticalisant" بالعقلي "mentalisant"، ومنه الجسد الخاص المتضمن في الجسد بالفضاء الخيالي كمفهوم نفسي. (Pongy et Babeau, 2003, p.144)

وأعطى سامي علي مكانة مركزية لمفهوم الخيالي وكبت وظيفة الخيال الأمر الذي يسمح بتوسيع حقل الباثولوجيا لكي يضم العضوي، حيث يؤدي نجاح هذا الكبت إلى جسدنة في الجسم الحقيقي لا في الجسم الخيالي كما هو الحال في الهستيريا.

## 2- سامي علي وبياثولوجية التكيف أو كبت وظيفة الخيالي:

شكل الفضاء الخيالي لب نظرية سامي علي. ذهب (2004) Sami Ali في تفسيره للفضاء الخيالي، بأنه يقع في الحدود بين الداخل والخارج، وبين التمثيلة والتعبير. ويقابل لتشكله واسعة من الظواهر؛ المرضية منها والسوية. حيث تحمل تشكيلته أو بنيته الخاصة ختم وعلامة غموض جسده. ويذهب سامي علي إلى أن الخيالي مفهوم نفسي ثم جسدي، وهو ما يشكل الصحة والمرض. وفي تفسيره للفضاء الخيالي ركز الباحث على ثلاث محاور أساسية للتوظيف والتي من خلالها ترتسم ثلاث أشكال مرضية كبرى تقم النفس والجسد في الوقت ذاته. وتتحدد محاور التوظيف هذه وما يوافقها من أشكال مرضية من خلال مفهومين: الوظيفة الخيالية من جهة، وكبت الوظيفة الخيالية من

جهة أخرى. حيث أن فهم تطور المفهومين هو ما يسمح باستنتاج مجمل الباتولوجية الإنسانية؛ النفسية منها والجسدية.

والخيالي بالنسبة لسامي علي مرادف للإسقاط، ولا يقصد بالإسقاط المفهوم الفرويدي حول الآلية الدفاعية، فالإسقاط بالنسبة له مطابق للسيرورة الحلمية وإن كان يسند له قسطاً من الوظيفة الدفاعية في بعض الأحيان. وفي ذلك يقول " بالنسبة لنا، أن يحلم الفرد معناه أن يقوم بالإسقاط، بصرف النظر عن كل رغبة أو ضرورة التمويه لتحقيقه. فالنشاط الحلمية يكتسب الذاتية وقيمة ايجابية واضحة.[...] فالإسقاط أبعد من أن يكون ميكانيزم دفاعي، فهنا لا وجود لاحتمال انشطار الفرد كي يخلق عالماً خارجاً عنه." (Sami Ali, 1998, p.137)

وينبه (Sami Ali, 2004) إلى أنه لا يمكن اختزال الخيالي في التمثيلات عن طريق الصور، فهو له طابع الذاتية نفسها. فالخيالي ليس الحلم الليلي وحسب، فهو يتجدد في ظروف أخرى غير النوم. "فمعادلات الحلم توافق سلسلة من الظواهر التي عادة ما لا نقوم بربط إحداها بالأخرى، فكثيرة هي الأشكال التي تنشق من النشاط الحلمية في حالات أخرى غير حالات النوم كالهوامات، أحلام اليقظة، الهذيان، الهلاوس، الاعتقاد، اللعب، النقلة، السلوك السحري.... وفيه ندرك أصل وانتساب الخيالي، وهو ما يسمح بالفهم التام لوحدة التوظيف النفسجسدي." (Sami Ali, 1998, p.82)

فالخيالي نفسي وجسدي، عبارة عن "وظيفة تُبنى وتتشكل"، بناءً تتوسطه العلاقة المبكرة أم-طفل. والاتزان السيكوسوماتي الجيد يظهر من خلال التناوب المنتظم بين الشعور اليقظ والشعور الليلي. فالوظيفة الحلمية تتفاعل بإيقاع بيولوجي مميز، إيقاع مرتبط بالثنائية نوم/يقظة وتناوب النوم البطيء والنوم المتناقض هذا من جهة، ودور الأم في تنظيم هذه الإيقاعات من جهة أخرى [...] فمن هذا الإيقاع المميز يتكون الزمن الذاتي للفرد، لتقوم الأم بعد ذلك بإدراج الزمن الاجتماعي في التنظيمة السيكوسوماتية لطفلها. (Sami Ali, 1990, pp: 217, 218).

وفي هذا المضمار يطرح سامي علي فرضيته حول باتولوجية التكيف أو كبت وظيفة الخيالي. ويرى بوجود شكلين رئيسيين من الباتولوجية الإنسانية والتي تتحدد من خلال الخيالي وكبت

وظيفة الخيالي: تتمثل في الأمراض النفسية وباثولوجية التكيف. (Sami Ali, 2010, p.85) حيث يشكل غياب الأحلام المثال النموذجي للكبت التام و المكتمل و الذي ينطبق على كل الوظيفة الخيالية. فكبت الخيالي كوظيفة يؤدي لتوسيع حقل الباثولوجية لتشمل العضوي أيضا. (Sami Ali, 1990, p.763)

ففي باثولوجية التكيف أو ما يدعوه بالتكيف المبتدل «Le banal» لا يوجد أحلام ولا هوامات ولا عواطف، وكأن كل شيء يفترض تقليصه حسب العالم الخارجي للفرد، وفيه يميل الفرد لتعويض فضاءه الخيالي الخاص بالفضاء الخيالي العام أين تحتل المعايير الاجتماعية والثقافية الفراغ الذي تركته ذاتية الفرد التي انسحبت لصالح تلك المعايير لأجل التكيف مع الواقع وظروفه وتجنب الوضعيات الصراعية فيحصل التكيف على حساب الحلم ومعادلاته. فالمبتدل يوافق مجموع القواعد التكيفية التي يصل تطبيقها إلى إعادة إنتاج المماثل الشبيه ليصبح متطابقا معه من خلال سلوك امثالي. وهو ما يدعوه سامي علي بـ " الذاتية دون الفرد". (Sami Ali, 2010, p. 85) ومثل هؤلاء الأشخاص يعبر عنهم الباحث "بالمهذبين لحد الموت" «éduqué à mort» (Sami Ali, 2006, p.19). وهو ما عبرت عنه أيضا (Eloisa Castellano-Maury (2009) بـ " المهذب بشكل خطير" «dangereusement bien élevé»، فهم مهذبون الى درجة يصبح أدبهم المبالغ فيه وتبنيهم لمتطلبات الجو الاسري والاجتماعي ككل باستدخالها تهديدا لحياتهم النفسية وتحل محل فردنياته وذاتيته. فيتكيفهم السلوكي المفرط و لباتولوجي، فإن أحلامهم وكل فضاءهم الخيالي يصبح امثاليا أيضا ويقعوا بالتالي ضحية تأدبهم و تربيتهم التي لم تسمح لهم بالمعارضة أو ببناء فضاء خاص بهم؛ في فضاء ذاتي يتواجدون فيه. فهذا الكبت الطبائعي كما ينوه به الباحث هو ما يعود سلبا على كل المجال الخيالي. فالفرد هنا لا يقوم بأي شيء لأجل ذاته ولا يعي انه يمكن فعل شيء لأجل نفسه. (Ibid, p.130) فالواقع كمعيار تكيفي يسجل في فضاء من القواعد ويأتي ليحتل مكان الخيالي الذي انسحب. (Sami ali, 2010, p.73)

### 3- مصير الكبت، الخيالي، ونوع الباثولوجية:

وحسب ما يتعرض له الكبت من مصير، وحسب عمل الخيالي ينتج عنه نوع من الباثولوجيا كما يرى (Sami Ali (2000b). حيث قام بإدراج ثلاث احتمالات لمصير الكبت، الخيالي، نوع الباثولوجيا:

**الاحتمال الأول:** حدوث أمراض نفسية كما أشار إليه فرويد بالمرور بثلاث أوقات؛ الكبت- فشل الكبت- عودة المكبوت على شكل أعراض عصابية أو ذهانية، عابرة كانت أو مستمرة، ومن جديد يظهر الخيالي الذي تم إقصاؤه سابقا، وإن حدثت جسدية فإن ذلك يحصل في الجسم الخيالي من مثل النموذج الهستيرى. حيث العلاقة مع الخيالي تكون علاقة ارتباطية ايجابية.

**الاحتمال الثاني:** لا يفشل الكبت دائما وبالتالي يتم الإبقاء عليه. وعلى خلاف فرويد الذي لم يتمكن من تحديد الباثولوجية المنجزة عن هذا الإبقاء للكبت على المستوى النفسي، فقد قدم سامي علي فرضية لوقوع أمراض عضوية ترمي للكبت الناجح للوظيفة الخيالية ينتج عنه نسيان الحلم إضافة لفقدان الاهتمام اتجاهها راجع لسحب استثمار مفرط ما يؤدي لإتباع قواعد تكيفية لتعويض هذا الفراغ؛ بعبارة أخرى قطع الصلة مع الذات لتجنب الألم. فهنا يقع الكبت دون عودة المكبوت ما يؤدي إما إلى غياب الأحلام من الحياة النفسية أو تعديل توظيف الحلم بذاته. فتظهر أحلام العمل التي تبرمج من طرف الأنا الأعلى؛ تتميز بنقص الإصران، فكأنه إنكار للحلم لأجل الاستمرار في العمل. فهو حلم لا يؤدي وظيفته المعهودة وليس فيه تفرغ، وإن حدثت باثولوجيا فلا يمكنها إلا أن تكون جسدية تصيب الجسم الحقيقي.

**الاحتمال الثالث:** النوع الثالث من الباثولوجية تكمن في المرور من الكبت غير الناجح إلى الكبت الناجح. في البداية تكون الأحلام موجودة بتوظيف نفسي شبيه بالعصاب النفسي قبل أن تضمحل جزئيا أو تختفي كليا وذلك خلال مدة طويلة كافية لإحداث المرض، ويرجع هذا الاختلال في ظهور الأحلام لأسباب يصعب حصرها كلية والتي قد ترتبط بالحداد. فالتغير في التوظيف المرافق بالإحساس بالفقدان لا ينحصر في المجال النفسي ولكن عكس ذلك ينجر عنه تغير في الباثولوجيا،



فتتحول من الجسم الخيالي للجسم الحقيقي وكل ما هو رمزي ينسحب شيئاً فشيئاً بطريقة تدريجية وسلسلة ليدع المكان للأشياء، وينغمس الفرد بعدها أكثر فأكثر في وضعية اللامخرجة وعلى نحو متزايد يأخذ المرض العضوي بالتباعد عن الخيالي شيئاً فشيئاً.

#### 4- الأبعاد الأساسية لظاهرة الجسدنة حسب سامي علي:

الجديد الذي جاء به (Sami Ali, 2000a) في مضمار الخيالي، مفاهيم التداخل المتبادل للمرور من فضاء ثنائي البعد في الأحلام والهوامات إلى فضاء ثلاثي البعد في حقل الشعور. وكذا المفاهيم الخاصة بتموقع الجسدي في الفضاء النفسي. والتي تكون لها أهميتها لتأويل الإنتاج الخيالي. استنتج سامي علي أن نموذج الجسدنة لا يندرج تحت بعد معين بذاته كالعقلنة التي أعطتها مارتي مكانة مركزية وأساسية في حدوث الجسدنة أو الأمراض السيكوسوماتية، ولكن متعدد الأبعاد يسمح بقراءة منتظمة للظواهر دون أن يتقيد بنظام معين. وهو ما دعا سامي علي لوضع نموذج نظري عام يندرج ضمنه 12 زوجاً من المتناقضات تترسم من خلالها الأبعاد الأساسية لظاهرة الجسدنة. (sami Ali, 2006, p14, 15)

- 1- الجسم الحقيقي . الجسم الخيالي.
- 2- معنى أولي . معنى ثانوي للعرض الجسدي.
- 3- الخيال (إسقاط) . المبتذل (غياب الإسقاط).
- 4- توظيف سيكوسوماتي مشكل . توظيف سيكوسوماتي في طور التشكل.
- 5- نكوص . استحالة النكوص.
- 6- عرض عصابي أو ذهاني ( ذات توظيف رمزي). عرض جسدي موازي للعرض العصابي أوالذهاني.
- 7- كبت ناجح . كبت غير ناجح.
- 8- كبت للمحتوى الخيالي . كبت للوظيفة الخيالية.
- 9- لا مخرجة متجاوزة (الذهان) . لا مخرجة غير متجاوزة (جسدنة).
- 10- سببية خطية . سببية دائرية.

11- جسدنة عكوسة . جسدنة غير عكوسة.

12- المرور من النفسي إلى الجسدي . المرور من الجسدي إلى النفسي.

فازدواج الارتباط المتبادل الايجابي أو السلبي هو ما يسير الحقل العام للسيكوسوماتية كما يوضحه (Pongy et Babeau, 2003, p.143) حيث:

أ- الارتباط المتبادل الايجابي بين الإسقاط و الجسدنة، يؤدي في حالة التحويل الهستيرى إلى باتولوجية نفسية بسبب إفراط الخيال.

ب- ارتباط متبادل سلبي بين الإسقاط و الجسدنة تصل إلى باتولوجية جسدية غير تحويلية بسبب نقيصة أو شائبة في الخيال.

وفي قراءة سيكوسوماتية للأمراض المناعية في تحرّ الذات/اللاذات، يرى سامي علي أنّ التبدلات الجينية تتته بأن تحول الذات إلى اللاذات دون أن يتعرف الجهاز المناعي على اللاذات كمختلف عن الذات وعلى هذا الأساس، وعلى سبيل المثال لا يحرض النشوء السرطاني تكوّن المضادات الجسدية، فالهوية الشخصية تتزعزع في أساسها البيولوجي دون الوصول للتمييز بين الذات/ اللاذات في مرحلة وجب التمييز بينهما، ويرى Sami Ali في (Calza et Contant, 2002) أن السرطان يمكن أن يظهر في لامخرجية مرتبطة بفقدان يستشعره في القلق و ينكبده واقعا في الاكتئاب. فاجتماع كبت ناجح لوظيفة الخيال مع وضعية لامخرجية تؤدي لغياب النشاط الإسقاطي، وبالتالي إصابة الجسد الحقيقي بدلا من التفريغ في الجسم الخيالي.

★ ومنه فان الإسقاط في الجسم الخيالي هو ما يساعد على تجنب الأمراض السيكوسوماتية أو الأمراض غير العكوسة كما يدعوها سامي علي. كما أن الإسقاط ينظم عمل الجهاز المناعي من خلال وصله بين النفس و بين هذا الأخير.

## المحاضرة التاسعة

### II-3- النظرية السيكوسوماتية الادماجية لجون بنجامن ستورا Jean

#### Benjamin Stora

تعتبر النظرية السيكوسوماتية الادماجية L'approche psychosomatique intégrative من أحدث النظريات التي قدمت تفسيرات حول الاضطرابات السيكوسوماتية في نظرة تكاملية أو ادماجية للعديد من العوامل في مساهمتها لاحداث الاضطرابات الجسدية، حيث سعت لاعطاء تفسيرات مستجدة في المجال السيكوسوماتي لم يتقدم بها باحثون قبله إلى طرحها.

بالنسبة لجون بنجامن ستورا Jean Benjamin Stora، الخطاب العلمي لا يطرح الموضوع على انه مشكلة العلاقات بين مجالين: علم الأحياء؛ كخطاب منظم للملاحظات والتجارب على الأنظمة الحية، وعلم النفس كخطاب منظم للملاحظات والخبرات حول إنتاج الرغبات، الأفكار، المعتقدات، المشاعر، والسلوك العلائقي وغيرها... وهو ما ألهم ستورا بعمق في طرحه النظري حول المقاربة السيكوسوماتية الادماجية، من خلال توجيه بحثه نحو إنشاء ما سماه بـ (méta- modèle inter-reliant) شبه-نموذج بيني-رابط بين الجهاز النفسي والأجهزة الجسدية. وفي ذلك يقول "بأنه حان الوقت ، لتترك ميتافيزيقا الجسد والعقل لوضع الأسس العلمية لمقاربة جديدة." (Stora, 2015, p.10)

#### **1- التعريف بالنظرية السيكوسوماتية الادماجية:**

طرح ستورا النظرية السكوسوماتية الادماجية في 1993 بعد مغادرته لمعهد باريس للبيكوسوماتيك (IPSO) أين كان مديرا سابقا له، ليصبح مؤسس معهد البيكوسوماتيك الادماجي بيتي-سالبيتريار (IPSI) - Institut de Psychosomatique integrative de la Pitié-Salpêtrière. جاءت نظريته عند نقطة تقاطع التحليل النفسي، الطب، العلوم العصبية. وكمرجعية؛ استند ستورا إلى تخصصات جديدة مثل علم النفس المناعي العصبي، علم النفس

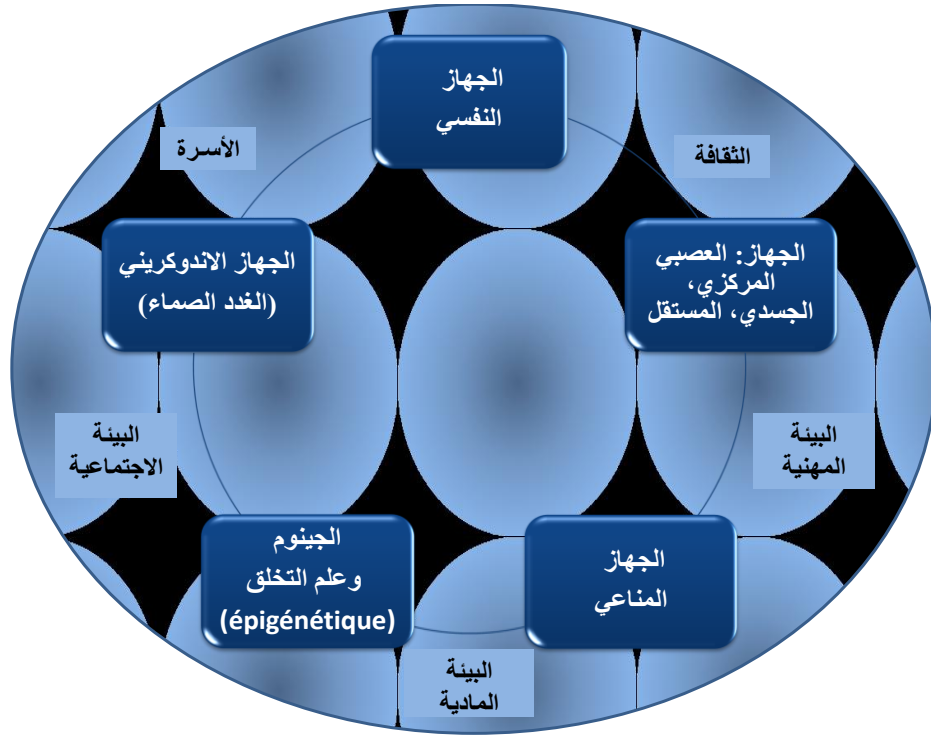
العصبي الغدي، التحليل النفسي العصبي... إلخ مع لجوء لنظرية النظم لصاحبها (Von Bertalanffy) واقترح متغيرين لفهم مقاربتة:

1- نموذج السيطرة المزدوجة:

2- النظم الفرعية الأساسية الأربع للاستجابة العصبية للانفعالات.

أحدثت النظرية السيكوسوماتية الإدماجية قطيعة مع المقاربات السيكوسوماتية التقليدية؛ تلك المقاربات السيكوسوماتية ذات التوجه التحليلي والسيكوسوماتية ذات التوجه الطبي. فهي مقارنة جديدة للمرض والمريض، عملت على الابتعاد عن النشئية النفسية للأمراض، وعن النشئية العضوية للأمراض. وسعت لاعادة النظر في المعتقدات التي كانت تدعو بهيمنة الروح على الجسم (النشئية النفسية) أو تغليب أداء العضوية (تكوين الأعضاء) لأجل فهم الأمراض وعلاج المرضى.

تقدم ستورا بفرضية تقترح في ضوء مختلف التخصصات، إقامة العلاقات بين الوظائف الجسدية والجهاز العصبي المركزي والجهاز النفسي. إذ يعد الجهاز النفسي الذي طوره Freud كجزء لا يتجزأ من الوحدة النفسية الجسدية بالنسبة له. والمسألة بالنسبة له؛ هو فهم مشاركة هذا الجهاز في التوظيف الإجمالي والشامل، واقترح الاستعاضة عن الاقتراح الفرويدي بمقترحات علمية معاصرة. اتجه ستورا في طرحه إلى ما وراء النشئية النفسية والنشئية العضوية. فكون الكائن الحي كنظام للأنظمة، يجب أن تفهم تفاعلاتها واختلالات توظيفاتها. (Stora, 2019) ترتكز نظرية ستورا على دينامية الاجهاد والمتغيرات النوعية المرتبطة بالجهاز النفسي، كما ترتكز على المتغيرات الكمية التي تتعلق بالجسد وفيزيولوجيته كقاعدة أساسية تفسر على أساسها الاضطرابات السيكوسوماتية. كما اهتم ستورا بدور العوامل الخارجية في احداث التكامل النفسوجسدي، أين يؤدي اختلال هذه العوامل لاحداث المرض.



شكل 6: الوحدة النفسجسدية Stora, 2015

## 2- مراحل تطور الفكر السيكوسوماتي الادماجي:

انقسمت وجهة نظر بنجامين ستورا إلى مرحلتين متكاملتين من الطرح معتمدا في ذلك على مبادئ البسيكوسوماتيك لمدرسة باريس التي كان ينتمي إليها.

**المرحلة الأولى:** تبني Stora أفكار زميله Marty، إذ يُرجع الإصابة الخطيرة إلى وجود حركات خلل التنظيم التدريجية بإتباع مخطط محدد يتمثل في: تراكم الإثارة على المستوى النفسي الوجداني ⇨ غياب إمكانية الإرضان العقلي ⇨ نقص احتمال التفريع على المستوى السلوكي ⇨ خلل التنظيم العقلي الراجع لسرعة أو بطء شبكة ترابطات الأفكار ⇨ اكتئاب أساسي مع حياة عملياتية في بعض الأحيان ⇨ قلق متفش يشير لحالة الشدة السيكوسوماتية للفرد ⇨ خلل تنظيم جسدي راجع لتعدد الإصابات المرضية التي يمكنها أن تشكل الأعراض الجسدية الأولى لخلل التنظيم التدريجي ⇨ ظهور مرض خطير (السرطان). حيث يمكن لظهور المرض أن يطول أو يقصر حسب الفرد ومرحلة الكمون. (Stora, 1999, p.140)، غير أن Stora لم يقر بفرضية تأثير التنظيمات العقلية لوحدها في أحداث المرض، وهو ما دفعه لتعميق أبحاثه في مجال علم النفس العصبي المناعي في مرحلة ثانية والإقرار ببعض النتائج.

**المرحلة الثانية:** وفي نظرة تسلسلية، يرى Stora بضرورة مقارنة شاملة لسيرورات الجسدنة والأخذ بعين الاعتبار مجمل المتغيرات النوعية (مستندا ومستدلا لما جاءت به مدرسة باريس للبيكوسوماتيك) والكمية (الأسس البيولوجية...) للوحدة النفسجسدية للفرد. فنموذجه عبارة عن نموذج دينامي للعلاقات المتبادلة بين النظام النفسي، الجهاز العصبي المركزي، الجهاز العصبي المستقل، الجهاز المناعي، النظام الجيني. ويفسر سيرورة الجسدنة والإصابة بأمراض خطيرة ضمناً من وجهة نظر تكاملية وفقاً لخمس مستويات مصحوبة بميكانيزمات عصبية وعصبوهرمونية. ويؤكد بأن العلاقات الدينامية المتبادلة بين هذه النظم الخمس هو ما يجب دراسته حول مختلف الحالات، ومختلف التوازنات واختلالات التوازن. (Stora, 2019)

### 3- مستويات الجسدنة الخمس حسب النظرية السيكوسوماتية الإدماجية:

حسب ستورا تنتج خمس مستويات للجسدنة، تشترك فيها الأجهزة الخمسة المذكورة أعلاه. تكون الاستجابة النفسية في المراحل الأولى متكيفة مع كمية الإثارات ولا ينجم عنها أي اضطراب جسدي، ثم وحسب مستوى الدفاعات النفسية ونوعية العقلنة تبدأ مظاهر جسدية في الظهور مع المشاركة التدريجية للأنظمة العصبية والمناعية. (الجهاز العصبي المركزي، الجهاز السمبثاوي والجهاز الباراسمبثاوي، الجهاز المناعي) حيث تتكاتف هذه الأنظمة مع الجهاز النفسي لأجل تحقيق التوازن والوصول إلى حالة من الهيموستازيا. وفي حالة عجزها يظهر عدم التنظيم مع اختلالات وظيفية تؤدي لأمراض خطيرة عندما تكون الإثارات الخارجية والداخلية مرتفعة ومستمرة، وعندما تكون الجسدنة خطيرة، تتأثر جميع النظم الخمسة، بما في ذلك الجينوم. (Stora, 2012, pp : 29, 30) وهو ما فصل فيه ستورا كالاتي:

#### المستوى الأول:

يشمل السلوكات النفسية والجسدية التي تهدف لتعزيز صاد الإثارات لدى الفرد: تواجد جسدي لشخص لتهدأته، أصوات لطمأنته لأجل تفرغ التوتر، انسحاب عاطفي من خلال النوم المفرط أو غير العادي كطريقة للمواجهة الصعوبات، التعبير عن الانفعالات، الاعتراف بمشاعره، اللجوء إلى الدعاء والصلاة... هي وصفات يلجأ إليها لتخفيف التوتر المرتبطة بالصراعات التي يختبرها. إضافة

إلى السعي لتغيير مجرى الاحداث الضاغطة والمشوشة بالجوء للميكانيزمات العصبية العضلية وتفرغ الطاقة العدوانية؛ من خلال العمل، الرياضة... وتعتبر أيضا أنماط من التفريغ الزائد للطاقة السلبية لأجل عدم ارتداد النزوات العدوانية نحو الذات. وقد يجد الفرط الطاقوي مخرجة على المستوى الجسدي، كالأكل بسرعة كبيرة ، التدخين، شرب الكحول، زيادة النشاط الجنسي... وهذه التفريغات الجسدية تكون نوعا ما واعية، يتم اللجوء إليها يوميا بطريقة اوتوماتيكية ولا شعورية. وتعتبر هذه الميكانيزمات المذكورة آليات للطوارئ التي يلجأ إليها الانا لمواجهة الوضعيات المتسببة في الخلل البسيط للمستوى الهيموستازي.

### المستوى الثاني:

عندما تتراكم التهديدات، الاحباطات والصعوبات، تصبح الوظائف التكيفية لانا ضرورية على المستوى النفسي. وأولى عواقب افلاس الآليات المعتادة للتنظيم هي الشعور بعدم الراحة المرتبطة بجهود التركيز الفكري وضبط الدات. ولأجل التعويض والسيطرة على ذلك، يتبى الافراد عادة حالة من اليقظة النشطة، التهيج والذهول التي تثير الارق لديه وتعتبر من أهم علامات هذه الحالة. وتكشف التظاهرات الانفعالية المرافقة -الضحك الهستيرى، هجمات الغضب الشديدة، التهيج، الحساسية، وفي بعض الأحيان ترافق بالاكتئاب (غالبا ما ترتبط بحالات الحداد الحديثة) والسلوك القهري لفرط النشاط - عن تظاهر النزوات العدوانية.

وعلى المستوى الجسدي تظهر الاضطرابات التنفسية، الجلدية، سرعة في خفقان القلب، الغثيان، الإسهال، الصداع النصفي، اضطرابات الهضم، اضطرابات السيرة الغذائية، الاضطرابات الجنسية، آلام العضلات والعظام ... ، تكون كلها مصحوبة بالقلق وتسمح هذه الطريقة لتفريغ التوتر، غير أن كل هذه العمليات هي مستهلكة للطاقة وتسبب التعب للفرد.

### المستوى الثالث:

على المستوى النفسي، آليات التوازن لديها خصائص مراحل التناوب بين إنكار الواقع وتقبله: ويسبب ضعف الجهاز النفسي الذي لا يمكنه استيعاب كمية الإثارة، يحدث التفكك من خلال التغييرات الداخلية لحالات الوعي والمتمثلة في: الإغماء، فقدان الذاكرة المرحلي، الانسحاب المؤقت

من الواقع. هذه الميكانيزمات بالرغم من كونها تحسن الوضعية الشاقة للفرد، إلا أنها لا تحل مشكلة معاناة المريض الذي يواجه توظيفه؛ إما على مستوى رمزي ( الطقوسات مثلا) لتفريغ التوتر، أو من خلال اللجوء إلى أفعال قسرية، أو إلى أفعال البيرومניה Pyromanie (دافع الانبهار الشديد للنار لدى الفرد) أو إلى افعال السرقة المرضية La Kleptomanie ... إلخ. كل هذه الأفعال تشكل محاولات لتنظيم النزوات العدوانية.

وتتمثل الاضطرابات والأمراض الجسدية لهذه المرحلة في: الربو، الأكزيما، الأمراض الالتهابية للجلد والعينين، القرحة المعدية، احتشاء أو قصور القلب بسبب فرط حركية الجهاز السمبثاوي، ارتفاع ضغط الدم، تصلب الانسجة الكلوية، الروماتيزم، التهاب المفاصل الروماتويدي، فرط الحساسية، الاضطرابات الجنسية، انقطاع الطمث، أمراض الجهاز الهضمي (قرحة المعدة، الإسهال، الإمساك، مرض كرون، أمراض الكبد والمرارة، أمراض التمثيل الغذائي، والصداع ...).

في هذه المرحلة الثالثة؛ تعتبر الأنا التي تصبح هشة ومختلة التنظيم، واحدة من الطرق التي تلجأ إليها كنوع من التضحية من أجل اختيار أقل الأضرار، أي: إيذاء الذات. بالسعي لاستغلال جميع الفرص واللجوء لاجراء العمليات الجراحية غير اللازمة، أو الاستخدام اللاواعي للحوادث التي تسبب التشويه، إدمان المخدرات، الهيبوكندرية، إضافة لبعض التظاهرات الهستيرية...، يسمح الاستغلال النفسي للاصابة الجسدية بإقامة توازن بين القوى المتضاربة للصراعات، إلا أن ضربيتها تكون مكلفة جدا.

تكون هذه آليات في المراحل 1 و 2 و 3 مؤقتة وعبرة عن حالة طارئة ولا تعتبرها الأنا كمكتسبات دائمة. وتبقى سيرورة العكسية قائمة، ولكن لحالات أخرى ليست إلى الحالة الأولية.

#### المستوى الرابع:

يؤدي الغمر النزوي غير المتحكم به للنزوات العدوانية المميتة نتيجة التفكك النزوي إلى "الفوضى النفسية جسدية للأنا". في هذا المستوى، يواجه الافراد نوعين من الأحداث الصادمة: إما أحداث مستمرة "ضغط دائم"، أو التعرض لأحداث تسلسية ومتكررة "الاجهاد الحاد". حيث تثير كل هذه الأحداث ردود أفعال اكتئابية، الاكتئاب الأساسي خصوصا معلنة عن خلل في التنظيم التدريجي. تكون هذه



الأعراض غير ملحوظة وغير مدركة من قبل الشخص، إلا أن المحيطين به ومن حوله هم من يلاحظون ذلك، وعليهم تحذير المعالجين وإبلاغهم عن التظاهرات الجسدية التي تظهر لديه. فالردود الفعلية الانفعالية لمثل هذه الأحداث قد تتولد عنها في بعض الأحيان سلوكيات عنيفة، أو انفجارات الغضب غير المتحكم بها: غضب قد يرتد على الفرد وينتهي به الأمر بالانتحار أو إيذاء النفس.

وتتمثل الاضطرابات الجسدية التي تظهر في المرحلة الرابعة في: قصور القلب، القصور الكلوي، فشل الجهاز التنفسي وقصور في عملية التنفس، أمراض المناعة الذاتية، السرطان، اضطرابات أخرى بسبب الإصابة للعديد من الوظائف... الخ. تعتبر الاضطرابات الجسدية لهذه المرحلة جد خطيرة، تتجم عن تحريك السيورورات العامة لخلل التنظيم التدريجي لكل الاجهزة أو النظم.

#### المستوى الخامس:

يبلغ خلل التنظيم الأنا ذروته بحيث يتعذر إصلاحه ويكون ركن التنظيم مصاب بالإرهاك أو يصاب بالتلف بطريقة شبه دائمة. في هذه الحالة تظهر الأنا اكمفصلة عن الواقع وبمس خلل التنظيم مستويات عميقة من الجهاز النفسي قد يصل إلى حد الهذيان والهلوس والحالات الفصامية، كمحاولة لانقاذ العضوية بالفرار من الواقع وبالتالي تجنب الجهاز النفسي كارثة الانحلال التام، وصفت في الطب العقلي بـ : حالات الهوس، المناخوليا، ذهول، الصرع، سلوكيات غير متجانسة مصاحبة باضطرابات في الكلام، حالة بارانوية... كل هذه الحالات والأعراض هي انعكاس لخلل التنظيم للوظيفة النفسية. وعلى المستوى الجسدي، تقود قوى خلل التنظيم المميتة في النهاية إلى الحدود القصوى للإرهاك وإلى الموت في كل الامراض أين يهدد المال الحيوي بقوة.

#### 4- النظرية الادماجية في اطار العلاج النفسجسدي:

انطلاق من قول ستورا "الانسان وحدة سيكوسوماتية"، نقول بأن النموذج الذي اقترحه هو نموذج شامل دينامي يتدخل في العديد من النظم أو كما عبر عنه ستورا بـ "نظام النظم"، يسمح بفهم وتفسير سيرورة الجسدنة للوحدة النفسجسدية. ويكون من الخطأ حسب ماذهب إليه الباحث الاهتمام

بالبعد النوعي فقط (الجهاز النفسي) أو الكمي (البيولوجي). كونه لا يمكن تفسير الامراض والاضطرابات الجسدية على أساس تناول احدهما دون الآخر.

كما عمل ستورا على تشجيع التكفل العلاجي من منظور المقاربة السيكوسوماتية الادماجية، كونها تتناول الفرد في شموليته، خاصة بعد ما توصلت إليه الدراسات في اثبات عدم نجاحة العلاجات المتمركز على التقبل العلاجي. إذ اشار (Stora, 2019) بأن الطاقة الأيضية والطاقة النفسية في حالة المرض، يتم امتصاصها بواسطة وظيفة أو الجهاز المريض. ومن الضروري في اطار العلاج النفسجسدي، مساعدة المريض تدريجيا على استثمار طاقته تدريجياً من أجل إضعاف هجمة المرض. إذ يمكن للمريض إعادة استثمار طاقاته بمساعدة المعالجين في مختلف الأنشطة: كالأنشطة البدنية، الاسرية، السياسية، الاجتماعية، الإبداعية...إلخ. وبالتكامل مع العلاجات الدوائية، يمكن للمعالج النفسجسدي أن يساعد بشكل كبير على إستعادة التوازن الهيموستازي.

## المحاضرة العاشرة

### أنماط الشخصية وبيروفييل شخصية المريض السيكوسوماتي

شغلت فكرة دور بعض السمات وبعض الشخصيات في تشجيع ظهور بعض الامراض الجسدية العاملين في المجال الطبي واسترعت العديد من الاهتمامات. والفرضية القائلة بارتباط بعض الخصائص الثابتة في شخصية الفرد بخطر تطوير بعض الأمراض فرضية قديمة قدم الزمان، ابتدأت مع نظريات الأخلط والأمزجة في الطب القديم وصولاً إلى نظريات الأنماط "أ" A و "ب" B في 1959 لصاحبها روزمان وفريدمان R.Rosenman et M.friedman. وكان الباحثان قد أشارا إلى وجود نمط سلوك يشكل عامل خطر على صحة الأفراد هو النمط (أ) المستهدف للإصابات القلبية. كما استطاعت ليديا تيموشوك L.Temoshok تمييز السلوك الانفعالي لمرضى السرطان لتضعه تحت نمط "ج" C. والذي تعرفه على أنه عامل خطر في ظهور وتطور السرطان. وفي المقابل، وحسب ما تم تسجيله من ملاحظات سريرية حول تزايد حالات الإصابة بالنوبات القلبية وحالات الوفاة بالسكتات القلبية في الآونة الأخيرة، استطاع جوهان دونولوت J.Denollet وزملاءه البحث عن الأسباب الكامنة وراء ذلك؛ فكانت زيادة نسبة الكرتيزول من أهمها والتي ترتبط بدورها بسمات شخصية محددة صنفها دونولوت بالشخصية من النمط "د" «type D».

ولا يمكن الجزم بتدخل نمط الشخصية كعامل أساسي لظهور الاضطراب السيكوسوماتي، بل كعامل مساهم لظهوره في ارتباطها مع عوامل أخرى؛ تتمثل في الجانب الوراثي و الهشاشة الجسدية، اضافة إلى وجود نشاط عقلي خاص (تنظيمية سيكوسوماتية) ... وفيما يلي عرض لهذه الأنماط.

#### 1- اتماط الشخصية كعامل للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية

##### 1-1- نمط اشخصية " أ " Type A:

يشار إليه حالياً بمصطلح سلوك النمط "أ" والتي تنتظم في سمة أو نمط في الشخصية. (معمرية، 2012) يتميز هذا النمط بأنه مسؤول عن استجابة مفرطة إزاء المواقف المجهدة، فهو نمط أكثر من كفاح متواصل [...] مركب فعلي- انفعالي يستخدمه لمواجهة تحديات محيطهم. يتضمن هذا المركب مظاهر سلوكية كالعدوانية. فهم عدائيون وعدوانيون متسرعون، لديهم رغبة شديدة في

المنافسة والسيطرة، ورغبة قوية في الإنجاز قد ينافس صاحي هذا النمط نفسه. هم أشخاص نافذوا الصبر، ويشعرون بإلحاح الوقت، يكون لديهم إحساس بأن الوقت يسرقهم وان مسؤولياتهم كبيرة. يسبرون ويتحركون ويأكلون بسرعة يضعون عددا من الأعمال لانجازها في وقت قصير تتجاوز قدرتهم، فهم في حاجة لتحقيق ذواتهم والتفوق عليها، يميلون إلى تأكيد بعض الكلمات في أحاديثهم والاستعجال في نهاية الجمل التي ينطقونها، يتميزون بأسلوب انفجاري في الحديث وتوترات في عضلات وجوههم، يقاطعون من يحدثهم ويكملون كلامه. فأصحاب النمط "أ" يجدون صعوبة في الاسترخاء بدون عمل، يهتمون بالعمل وانجازه أكثر من التمتع بأدائه. فهو نمط يحب السيطرة نتيجة شعوره بعد الأمان الخفي، يعبر عنه بواسطة العدوانية المفرطة اتجاه الآخرين.(شريف، 2003) ومثل هذه الجهود المستمرة كما يشير اليه (Quintard in: B-Schweitzer & al, 2003) تنتج تنشيطا مفرطا للجهاز السمبثاوي، وتتجر عنه عواقب متعددة تتمثل في ارتفاع ضغط الدم، انقباض الاوعية الدموية، افرز مفرط للادرينالين. وهو ما لخصه (Consoli, 2013) بأنهم اشخاص يمتازون بفرط في النشاط، دينامية وحركية عصبو هرمونية في مقابل الإجهاد، مرشحون أكثر من غيرهم للإصابة بأمراض الشريان التاجي.

## 1-2- الشخصية من النمط "ج" Type C

في نفس المنحى الافتراضي لوجود نمط خاص من الشخصية الذي يقترن بأمراضية جسدية محددة، قام كل من Morris & Greer في 1980 لإدراج النمط "ج" « c » أو ما يسمى بالشخصية المستهدفة للإصابة بمرض السرطان. (Vollrath, 2006)، استطاعت Lydia Temoshok في 1987 تمييز السلوك الانفعالي لمرضى السرطان، والذي تعرفه على أنه عامل خطر في ظهور وتطور السرطان و وصفته على أنه نمط يتميز بقمع الانفعالات خاصة السلبية منها: كالغضب، الميل للتضحية بالنفس دون التعبير عن المطالب الفردية. وسعت Temoshok و FOX لوصف المريض بطبيعة السلوك على أنه محب واجتماعي لطيف، هادئ وصبور، فهو في حياة عملية متقن للعمل متقبل من المجتمع يتهرب من النزاعات الشخصية، يتمسك بالروتين وميال للموافقة والانصياع، يمتاز بالثبات أمام المصائب، ليس لديه الثقة في نفسه وغير مؤكد لذاته ومضحى بها، فهو شخص جد متعاون، يتميز بعدم المنافسة، الاستجابة لرغبات الآخرين وعدم

التسلط، تجنب السلوكيات التي يمكنها أن تخرج الآخرين، الامتثال لمواصفات السلوك المتعارف عليه، والحفاظ على مظهر اللطف، نظرته إلي الواقع الخارجي تكون معقنة ومجردة من العواطف (الاستذهان)، الميل إلي مشاعر العجز واليأس، العجز عن تفريغ التوتر والإفصاح عما يستبد به من انفعالات، يعجز عن التعبير عن غضبه وعدوانيته في وقت يسعى فيه للحفاظ على واجهة قوية وسعيدة. يتحكم في غضبه لأجل الحفاظ على العلاقات بين شخصية والحفاظ على صورة جيدة عن نفسه كشخص محبوب حتى لا يتم رفضه. (Adam & Blatný, 2008). أما Dunbar في (Pongy et Babeau, 2003) فترى بأنهم أكثر تعرضاً للإجهاد، جد متعاونيين، يتطلعون لإرضاء الغير واحترام السلطة، يتسمون بالحصر ومفرطي الإحساس.

### 1-3- نمط الشخصية "د" Type D:

طور مفهوم "النمط د" «type D» سنة 1998 من طرف Johan Denollet. يشير الحرف D إلى الكلمة الإنجليزية distress أي (المحنة والتعاسة)، ولكن أيضا كحرف يلي الحروف A, B, C في ابجدية اللغة الأجنبية التي تصف باقي الأنماط. (Consoli, 2013)

تعتبر العاطفة السلبية والتنشيط الاجتماعي من أكبر السمات المميزة لهذا النمط. وتشير العاطفة السلبية حسب (Denollet, 2000) إلى "انفعالات سلبية ذات طابع اكتئابي تمتاز بالغضب والقلق الحاد. والأشخاص الذين لديهم عاطفة سلبية هم أشخاص لديهم ميل لاختبار المشاعر السلبية عبر الزمن يصعب تحملهم؛ فهم يمتازون بشعور غير سار ومثيرة للقلق، عدم الراحة العاطفية أو العقلية، لديهم أعراض حصرية، الإحساس بعدم الرضا والسخط، التوتر والتهيج، الاستياء، وفي بعض الأحيان اللامبالاة نحو المحيطين والانسحابية والشعور بالوحدة، رؤية سلبية وانفعالات سلبية نحو الذات، يتحيزون للاهتمام أكثر بالمشاعر السلبية، زيادة في استذكار الأحداث الضاغطة والمجهد. ومبالغة في تقييم العلاقات بين إنسانية بالسلبية.

أما التنشيط الاجتماعي فيشير للميل إلى الكف عن التعبير عن الذات في التفاعلات الاجتماعية، فهم متوترون كنتيجة لسوء الأحوال الاجتماعية التي يعيشونها نتيجة للشعور بعدم الأمن. يتجنبون الخطر الموجود في التفاعلات الاجتماعية مثل الانتقاد أو عدم الحصول على الموافقة من الآخر،

لديهم مشكلة في تكوين الصداقات، الخوف من الرفض أو المعارضة. (Pederson et Denollet, 2004)

وعلى الرغم من أن أسباب ارتفاع المخاطر لدى نمط (د) غير واضحة بصفة نهائية إلا أن الباحثون في مجال الطب و علم النفس الجسدي قد أكدوا أن الزيادة في هرمون الكورتيزول تزيد من التوتر والقلق بشكل مضاعف لأشخاص من نمط (د) أكثر من غيرها من الأنماط الأخرى ما يؤدي إلى تسريع دقات القلب، توسيع الأوعية الدموية، زيادة في ضغط الدم وزيادة في نسبة السكر في الدم، مما يجعل جهاز مناعة هذا النمط أكثر نشاطا مما كان وبالتالي المزيد من الالتهابات، ما يؤدي إلى تلف الأوعية الدموية وتمزق لوحات تصلب الشرايين. وعليه يكون أصحاب النمط (د) أكثر عرضة لخطر الموت المفاجئ؛ فهم أكثر عرضة للحلطات والسكتات القلبية. (Denollet,2011)

## 2- بروفييل الشخصية لبعض المرضى السيكوسوماتيون:

يعتبر ألكسندر ودينبار اول من بيّن كيف أن المصاب بارتفاع ضغط الدم تتنازعهم ميولات متناقضة: من جهة؛ الحاجة إلى السلبية والتبعية التي يعيشها الفرد كإنقاص من القيمة مخجلة وغير مقبولة. ومن جهة أخرى؛ سلوك رد فعل يهدف إلى التحكم في الوضعيات، إلى السيطرة وإلى الإستقلالية.

مثل هؤلاء المرضى يظهرون عادة بمظهر خارجي هادئ لا مبالي والذي يخبأ شدة انفعالية معتبره، وهي عدوانية اتجاه المحيط. والتحكم في الذات عموما يكون نتيجة لحزم هؤلاء الأفراد، وهم يستعملون طاقة كبيرة لقمع عدوانيتهم وعاطفتهم. إثباتهم لذواتهم، كتنافسهم ونضالهم يدفعهم للبحث عن المسؤوليات والانخراط في نشاط دائم وحتى في نشاط مفرط؛ كأن يكون رؤسا ومرؤسا في الوقت ذاته.

- هناك العديد من المميزات التي تتطوي عليه شخصية المصاب بالشرايين التاجي coronariens les التي وصفتها دنبار. وقد يكون ظهور النموذج A عند شخص سليم مؤشرا نفسيا للاصابة بالشريان التاجي، ولهذا يسمى هذا النوع بالنموذج coronary-prone أو coronogene ونجد فيه اهمية استثمار المهن، الطموح الاجتماعي، الشعور بضياح الوقت، وظهور ردود فعل عدم الصبر. كما وجد لديهم نفع اجتماعي معتبر والذي يتصادف مع حالة الضغط الدائم في العلاقة الاجتماعية

مع حساسية مفرطة ازاء الفشل. كما أظهرت دراسات أخرى عند التاجيين سيطرة للتنظيمية الوسواسية للشخصية. (Jeammet, Reynaud et Consoli, 1996)

□ أما المصاب بالقرحة المعدية حسب الكسندر، فنجد لديه الكثير من المميزات التي ذكرناها عند المصاب بالاضطرابات القلبية الوعائية cardiovasculaires. إضافة إلى ما أشار اليه الكثير من الباحثين حول الميولات الفمية المحببة عند المصاب بالقرحة المعدية، وعلى الحاجة الشديدة إلى التبعية والحماية التي قد يقيعها ويبيدها عن طريق نشاط مفرط وسلوك طموحي وتنافسي. قد يعوضها بالإشباع التي يجدها في العلاقات العائلية والزوجية. وبالعكس عندما تكون الجراحة فعلا اضطراريا، تظهر الميولات السلبية والتبعية حسب (De M'Uzan (2001). ويشير إلى أن القرحة المعدية تدفع بالمرضى بعكس مرضى الضغط الدموي إلى الشكوى من الوسط الطبي ياخذ مأخذ الانتظار والتبعية ولا يكون مبادرا.

□ كان من الصعب إيجاد بروفيل نمطي للأمراض الربوية لوجود نفس صراعات الإستقلالية والتبعية. وبين الكسندرا أننا نجد لدى هؤلاء: الطموح، التعلق ولكن أيضا الحساسية المفرطة. تأخذ خاصية التبعية هنا شكل اقل من البحث عن الضمان والعاطفة (être nourri) من القرحين (d'être protégé). فهم يبحثون عن الحماية والتدليل من طرف الام. وعادة ما نجد عندهم ارتباط كبير بالام. والعلاقات التي تبني مع المحيطين تكون مشبعة بالحماية وتتميز بالجشع الفمي، وهم في حد ذاتهم مفرطي الحماية مع الاخرين. إن احباط مثل هذه المطالب العاطفيه قد يؤدي إلى الانطواء الاكتتابي، أو إلى اتجاه طبعي، أو إلى عدوانية ظاهرة. كما يؤدي المرض بهؤلاء المرضى وعائلاتهم أحيانا إلى توطيد التبعية المتبادلة، فيصبح كل فرد ضمان لآخر، فهو عبارة عن بحث عن آثار الأم في الأخر.

إن خصوصية العلاقات بمرضى الربو نجدها أيضا عند مرضى الحساسية، وفي هذا المنظور حاول marty تحديد "علاقه موضوع تحسسية" والتي يمكننا ملاحظتها في المقابلة العادية من خلال السهولة المبالغ فيها أحيانا لهؤلاء المرضى ازاء الوضعيات الجديدة، أو حين يواجهون محاورا مجهولا (راجع لغياب قلق الشهر الثامن)، وتتأثر علاقاتهم بميولاتهم الدائمة إلى التقرب من الموضوع إلى درجة الإختلاط معه، فهم يسعون دائما إلى علاقة تطابق ولا ينتقلون إلى حالة التشابه. وإذا كان

الموضوع محبطا لهذه العلاقة قد تظهر عندهم نوية حساسية. وقد يربطون علاقات اخرى بشكل سريع وسهولة مذهلة بفضل استثماره لموضوع جديد كتعويض للقديم. وإن مثل هذه المميزات العلائقية مرتبطة بتثبيات في المرحلة ما قبل الموضوعية قبل التعرف على الآخر ككل منفصل عن الذات.

★ ونشير كما ذكرنا سابقا، انه لا يمكن لانماط الشخصية أن تشكل عامل خطر لوحدها بل في اجتماعها مع عوامل أخرى. والجدال القائم حول ارتباط أنماط الشخصية مع ظهور الامراض العضوية إنما يختص باستثارة هذا الانماط من الشخصية، وليس كعوامل مساهمة في ظهورها. كما يؤكد (Fernández-Ballesteros 2001) أنه وعلى الرغم من النقد الكثيف الذي لاقتته نتائج الدراسات المقدمة إلا أن اتفاقها على وجود صفة القمع للانفعالات السلبية وصعوبة التعبير عن الغضب والعدوانية وصعوبة في التعامل مع الإجهاد، لا يدع مجالاً للشك. للقول بأن نمط الشخصية هو عامل مساهم في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.



## المحور الثالث: سيكوسوماتية الطفل

✚ المحاضرة الاحدى عشر: التظاهرات السيكوسوماتية عند الطفل

✚ المحاضرة الاثنى عشر: دور الأم في ظهور الإضطراب السيكوسوماتي

## المحاضرة الاحدى عشر

### التظاهرات السيكوسوماتية عند الطفل

تعتبر الطفولة السن الذهبي للسيكوسوماتية، فهي توفر حقلا ثريا للتقصي التجريبي للباحثين كونها المرحلة من الحياة المناسبة للملاحظات الطولية من نمط البحث عن السببية من خلال ما يظهر من تفاعلات بين الطفل ومحيطه الطبيعي. (Jeammet, Reynaud et Consoli, 1996,p.238)

ومثل الراشد، فإن التظاهرات السيكوسوماتية عند الطفل تشمل التظاهرات الوظيفية مستثمرة أم غير مستثمرة رمزيا (لايوجد اصابة حقيقية) وتشمل أيضا التظاهرات السيكوسوماتية بكل ما تحمله هذه الكلمة من معنى (أي اصابات حقيقية). إذ يستعمل الطفل نوع من التفضيل جسده للتعبير عن انفعالاته (الفرحة، الغضب .....) ويفرغ عن طريق الحركة كمية وكبيرة من الاثارة النزوية أو العدوانية. وقد يتراوح الأمر من الصراخ أو البكاء، إلى الهياج الحركي، وإلى نوبات الغضب أو الازمات العصبية الحقيقية، فهو تعبير بالجسد وتفريغ عن طريق الجسد. وكلما كان الطفل صغيرا كلما كانت هذه الطريقة التعبيرية مهمة باعتبار أنه لم يكتسب اللغة، وبعدها تتوب الكلمة شيئا فشيئا عن الجسد. ومنه نجد سلسلة من التظاهرات السوماتية المميزة لمختلف مراحل العمر مترجمة أنماطا مفصلة لتفريغ الضغط حسب درجة النضج، مختلف الوظائف الفيزيولوجية، وحسب نمو العلاقات الموضوعية. (Ibid, 239) تاتي التظاهرات السيكوسوماتية إذا كوسيلة تعبيرية عن طريق الجسد الخاص، كرسالة يبعثها للمحيطين والام بصفة خاصة للتعبير عن آلامه ومعاناته لكونه لا يكتسب اللغة للتعبير.

وعادة ما تعتبر الاضطرابات السيكوسوماتية التي تظهر في الطفولة حالة عابرة، إلا انه ظهورها في سن لاحقة عند الراشد ترتبط بتلك التي ظهرت في الطفولة الأولى. حيث نقص التنظيم وهشاشة الجهاز النفسي ونقص الكمونات العقلية، يؤدي لتعبير المراهق أو الراشد بلغة بدائية؛ لغة طفلية ويصبح الجسد الخاص بالتالي هو ساحة التعبير.

تتمثل خصوصية الاضطرابات النفسجسدية للطفل في أن حياته الجسدية، النفسية، واحتياجاته كلها تتجسد في التفاعلات بينه وبين محيطهن خاصة في علاقته بأمه. فلا وجود له ككائن مستقل، بل كوحدة مع أمه أو مع بديلها، ما يستدعي الأخذ بعين الاعتبار التوازن النفسي والنفسجسدي لها.

وقد حددت بعض الأنواع من هذه التظاهرات السيكوسوماتية والتي ترتبط بالجهاز الهضمي، الجهاز القلبي التنفسي، إضافة إلى التظاهرات الجلدية في:

- المغص غير واضح الأسباب Coliques idiopathiques للثلاثي الأول،

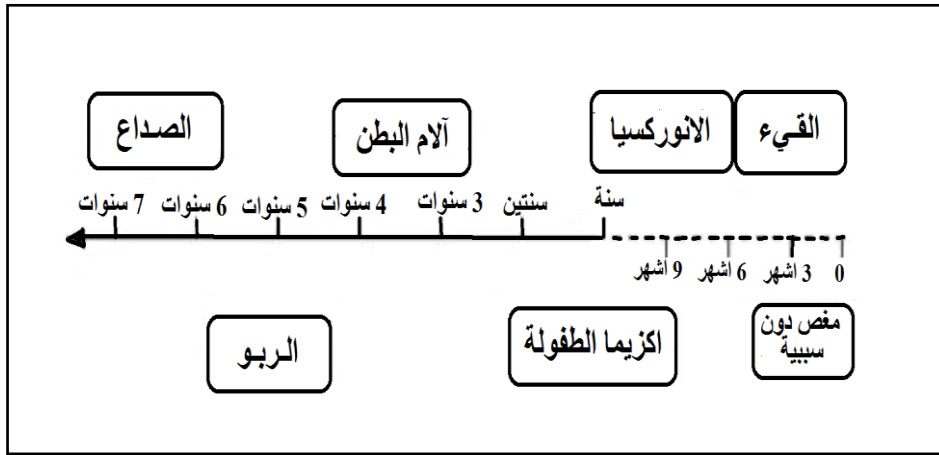
- الامتناع عن الأكل العقلي في السداسي الثاني،

- التظاهرات الجلدية والاكزيما

- القيء النفسي والاختلاج التشنجي " les spasmes du sanglot " في العام الثاني.

تأتي بعدها التظاهرات السيكوسوماتية الأخرى.

والمخطط الموالي يوضح توزيع هذه التظاهرات السيكوسوماتية حسب سن الطفل.



الشكل 7: التظاهرات السيكوسوماتية حسب سن الطفل

(Marcelli et cohen, 2016, p. 499)

### 1- المغص غير واضح الأسباب:

يظهر المغص عند الرضيع بعد فترة 8-10 أيام من البكاء والنوبات الحادة والتي يصعب على الوالدين مواجهتها. تظهر غالبًا بعد الرضاعة عندما يغفو الطفل اثناء النوم. ولا يكشف الفحص الجسدي عن أي اضطراب عضوي واضح. ويظهر المغص عادة عند الطفل البكر بدرجة أكبر، كون

الام لم تتعلم بعد كيفية التعامل مع الطفل، إضافة إلى قلقها وخوفها من عدم قدرتها على تحمل مسؤولية الاهتمام برضيعها. (Marcelli et Cohen , 2016, p. 501)

يأتي المغص على شكل نوبة من الإثارة والتهيج والبكاء التي تبدأ وتتوقف دون وجود أي سبب واضح مفجر لها. قد تستمر هذه الحلقات 3 ساعات أو أكثر يوميًا، وتكرر 3 أيام في الأسبوع على الأقل، وتستمر لمدة أسبوع واحد على الأقل (ما يسمى بقاعدة الثلاثيات) على حد تعبير (Drossman, 2006) كما جاء في (Boige, 2012, p. 140).

يظهر عند الأطفال مفرطي التوتر ويرضغون حليبهم بنهم، فهم متصلبون، لأمهات حصریات تفسرن بكاء اطفالهن بشكل غير ملائم، فتستجيب الأم بطريقة مقولبة ولا يحترمن إيقاعات الطفل، يفرطن في اطعامهم ما يزيد من مشكل الهضم ويدخل الطفل في حلقة مفرغة. يتصلب الطفل اثر تصلب امه التي لم تستطع فك ترميز بكاءه وتستجيب بإعطاءه رضاعة إضافية، مع العلم أن الفصل عن الأم أو إعطاء المصاصة أو هز المهد فقط قد يكون له اثارا علاجية فعالة. تخنفي هذه الأعراض فجأة حوالي الشهر الثاني أو الثالث لتفتح مجالات أخرى لتفريغ الضغط بطرق اخرى، كإضطرابات السيرة الغذائية أو الوظيفة القلبية التنفسية les spasmes du sanglot والتي قد تأخذ هيئة رسالة موجهة للآخر تعبيراً عن معارضة وغضب الرضيع . (Marcelli et Cohen, 2016)

تواجد هذه التظاهرات عند الطفل تبدو وكأنها تشكل سوابق لإضطرابات مماثلة لاحقاً، فهي تشكل الأرضية للإصابة بالأمراض السيكوسوماتية من نفس الفئة في سن الرشد ( الاغماء الانفعالي وسلوكات القهم العصبي). وإلى جانب هذه الاضطرابات الوظيفية، توجد إصابة حقيقية للطفل وأكثرها انتشارات: الإكزيما، الربو الشعبي المبكر، والتي قد تظهر في شكل تنابعي أو ترافقي عند الطفل. (Jeammet, Reynaud et Consoli, 1996, pp. 239, 240)

## 2- الإصابة بالإكزيما:

تعتبر أمراض النطاق الجلدي مكان مميز للتواصل مع العالم المحيط، حاجز ضد الاعتداءات الخارجية، غلاف يحد ويحوي الداخل، منطقة التبادل بين الداخل والخارج. والمظاهر الجلدية (الاحمرار، الشحوب، التعرق، القشعريرة) لها أصولها الفسيولوجية والنفسية.

والأكزيما عند الرضع في شكلها النموذجي: الأكزيما الاستشرائية «eczéma atopique» أو الالتهاب الجلدي الاستشرائي «dermatite atopique» تبدأ بالظهور في الثلاثي الثاني على الخدين والرقبة، ويمكن أن تنتشر في جميع اجزاء الجسم. تتراجع في كثير من الأحيان خلال السنة الأولى. وقد لاحظ Spitz تواتر ظهور الأكزيما عند الرضع الذين يعيشون في مؤسسات (الأمهات العازبات). إذ يبدو أن هذه الأكزيما تأتي كرد على العدائية اللاواعية الذي يتكرر في الفلق الواضح لدى الأم والذي يكون اصل الاستجابة الجلدية المرضية لرضيع حامل لاستعدادية خلقية. (Marcelli et Cohen, 2016, p. 509)

فالأكزيما عبارة عن إصابة جسدية فعلية حقيقية تتدخل فيها عوامل متعددة ونجد في عائلات هؤلاء الأطفال ارضية استعدادية: الإكزيما، الربو، الطفح الجلدي أو الارتيكاريا، حمى القش، الصداع النفسي. وقد بينت التجارب استعدادهم الكبير للاستجابة الجلدية العالية منذ الولادة. ونستطيع أن نفترض كما يرى (Jeammet 1996) أن التعبير الجلدي للصراع يعتمد على ضعف جلدي خلقي، وخلل في نشاط الثنائية أم/طفل في حالة الإكزيما الطفلية. فبالأكزيما يشكل الطفل سمكا حمائيا، وتتردد الأم في حمله خوف من خروج عدوانيتها. تخبأ وتقعّ الام الكراهية مع رغبة في ضعف في الاحتكاك الجسدي واللمس. فالإكزيما هي؛ إما دعوة للملامسة أو رفض للملامسة. وهو ما أشار إليه العديد من الباحثين، نذكر من بينهم سبيتز Spitz حول العناية الأمومية التي تتميز بالحصر، إذ يضع الاكزيما ضمن الامراض النفسية السمية psychotoxique، في علاقتها بالمواقف الامومية غير الملائمة (المختلة نوعيا)، عكس امراض الحرمان التي ترتبط بنقص في الرعاية (المختلة كميا).

كما لوحظ غياب قلق الشهر الثامن عند هؤلاء الأطفال، الأمر الذي جعلهم يقولون بأن الرضيع الذي يخضع لإشارات أمومية غامضة يجد صعوبات أكثر من غيره في تكوين علاقات موضوعية عابرة وغامضة، بمعنى علاقات لا تعبر عن حالة إنفعالية حقيقية، لا تستجيب بتلبية الرغبات الحقيقية ولا يستطيع بالتالي تكوين صورة حقيقية عن الذات، فالطفل لا يستطيع فهم إشارات الأم ولا يشبع رغباته ليتشكل لديه تكوين غامض عن الذات. والصورة المستدخلة عن الأم الطيبة والأم السيئة تكون غير متميزة ما لا يسمح بالإحتفاظ بصورة أمومية طيبة توفر الأمان والتي يفقدها الطفل المريض. وفي المرحلة التي يسمح بها النضج المعرفي للطفل من تمييز وجه الأم عن وجه الغير تكون ردو فعله العاطفية نفسها أمام الأم والغرباء، فالطفل الذي يتلقى إشارات غامضة لا يستطيع التفرقة بين الأم الحيدة والأم السيئة وينتقل الاستئثار العاطفي من شخص لآخر بسبب عدم القيام بالحداد على فقدان الموضوع. أي آلام التي لم تتميز وجدانيا وعاطفيا مقارنة بالغريب، فالادراك للام إذا يكون إدراكا معرفيا فقط دون الادراك العاطفي كما ينوه به Jeammet, Reynaud et Consoli, (1996)

وصفت هذه الظاهرة عند الراشد ببنية تحسسية للشخصية. الأمر الذي يجعل (الآخر) في علاقة تحسسية ويمثل موضوع إسناد يحتاجه دائما لإسناده فقط عوضا من أن يستمر كموضوع كامل ومميز. وللمصابين بالأكزيما شخصية يلاحظ فيها الخضوع، الامتثال والانقياد، الحساسية وسرعة التأثر، والقلق الشديد. تتأرجح الأمهات بين الرفض والحماية المفرطة، والتي تتجلى أكثر من خلال قلق مداواة الساق: بحيث يصبح الاتصال الجيد الوحيد بين الأم وطفلها هو دهن المرهم على جسم الطفل. (Marcelli et Cohen, 2016, p. 509)

يرى النابلسي (1988) بأن الاكزيما تشكل طلبا ملحا على الام للامسته أو يشكل نوع من العزلة النرجسية لتعويض الاثار الايجابية المرفوضة له لاشعوريا من طرف الام. هكذا يصبح المرض مصدر اثاره ورسالة تبين استقلالية الجسم كمنبع لذة ويجب على الام تدعيمها. ويضيف النابلسي بأنه نستطيع التصور بسبب خصوصية العلاقة ام-طفل ان هذا الاخير يمكن ان يكون للطفل فرصة مميزة لضمان وجود والدته وتعزيز اتصاله بها ويمكنه ان يشكل خطر في هذه الحالة

ويساهم في استمرار الالتهابات الجلدية، هذه الأخيرة التي يمكن ان تتضح من خلال عدم قدرة الرضيع على التنظيم بطريقة مرضية لعلاقته مع الواقع الخارجي. وهو ما ينطبق بشكل خاص على أم تعزز التبعية من جانب الطفل.

معظم حالات الاكزيما تتراجع في حوالي السنة الثانية أو الثالثة من عمر الطفل بفضل الاستثمارات الجديدة ولكن أيضاً بنضج دفاعاته المناعية. كما تتدخل عوامل جديدة يوفرها النضج؛ وبشكل خاص أثناء اكتساب الطفل للمشي، التي تسمح له بتعديل العلاقة مع المحيط ويصبح أقل اعتماداً على ملامسة الأم، مما يجعل الطفل أكثر استقلالية دون الحاجة للملامسة المستمرة للأم، بالإضافة إلى تدخل الموضوع الأبوي الذي يصبح وسيطاً علائقياً بين الأم والطفل ويفتح مجالاً لاستثمار عاطفي جديد. فتدخل الأب هو المنقذ، يساعد على الاستمرار والاستقرار والنضج، وإلا يبقى الطفل حبيس في العلاقة الثنائية. كما لوحظ ان الشفاء منها يتناوب مع ظهور الربو. (Marcelli et Cohen, 2016, p. 509)

### 3- أزمة الربو:

أظهرت الدراسات الحديثة أنه يمكن أن تحدث الأزمة في غياب مسببات الحساسية. وعكس ذلك، فإن وجود مسببات الحساسية لا تثير الأزمة الربوية عند مرضى خضعوا للعلاج النفسي. ولا يمكن اعتبار أن سيرورة انطلاق الأزمة الربوية تسير في اتجاه واحد؛ بل ترجع للعديد من العوامل المحتملة لظهوره. تظهر نوبات الربو بعد صدمة عاطفية، وتأتي الهجمات الربوية بعد ذلك تحت ظروف محددة: بوجود أو غياب نفس الشخص، المكان أو الظرف، ودون أن يكون ذلك مرتبطاً مباشرة بمسببات الحساسية.

سريريا، في الغالب يظهر الربو في مرحلة الطفولة خلال السنة الثالثة من العمر ويستمر طوال مرحلة الطفولة. يمس 3% من الأطفال، ويعتبر البلوغ معلماً هاماً لأن الكثيرين من الربويين تتحسن حالتهم، بينما يستمر لدى البعض الآخر، كما قد يتأزم الوضع لدى البعض منهم. (Marcelli et Cohen , 2016, p. 504)

يوصف الطفل المصاب بالربو بكونه عاقل وهادئ، اعتمادي، خاضع لمن حوله، يصاب بالحصر بسهولة. مستثمر جيد لت مدرسه، أين يعتبر المرض كعائق لتحقيقه نجاحات أفضل. إلا ان هناك أطفال ربويين آخرين يظهرن نوع من العدوانية، متطلبين أو استفزازيين. وتبدو العلاقات الأسرية جد محددة، خاصة فيما يتعلق بالأم، فهي تبدو غالبا رافضة أو أقلها باردة انفعاليا، امثالية. وعادة ما تدور التبادلات العاطفية بينها وبين طفلها حول المرض: تعالج الأم خلال ذلك طفلها، ولكن أيضا احساسها الخاص بالذنب، فيخضع الطفل لوالدته ويثير قلقها في الوقت ذاته. فتناقض العواطف لدى الأم (الرفض/الإحساس بالذنب) ولدى الطفل (الخضوع/الاستقلالية) تجد مخرجيتها في علاقة الرعاية القائمة حول نوبات الربو وتقوم الأم بتعزيز التبعية من جانب الطفل. (Ibid, p. 505) وتكون النوبة كما ذكر النابلسي (1988) بمثابة احتجاج أمام التهديد بالانفصال عن الام أو بديلتها، هي صرخة موجهة لها حتى لا تتركه كما عبر عنها مريض الربو بقوله: "افضل معاناة الاختناق المصاحبة لنوبة الربو مع الاحتفاظ باهتمام أمي على ان اشفى من النوبة وافقد اهتمامها بي".

في حالات أخرى، تقام علاقة تماهي نرجسي وثيق بين الطفل ووالديه اللذان يقومان باسقاطات على أطفالهم لأجل تحقيق نوع من التوازن الخاص لاختلالاتهم النفس مرضية، "فيختنق" الطفل بسبب كثافة غمر هذه الاستثمارات. وتحسن هذه الأزمات أثناء الانفصال عن الأسرة يؤكد صحة هذا الرأي كما يرى Marcelli، كما انه في كثير من الأحيان تعاود الازمات بالظهور مرة أخرى عند الرجوع إلى الأسرة.

تفسر نوبات الربو في اطار علم النفس المرضي بالرجوع إلى كيفية عمل الجهاز التنفسي في السابق: فالصراخ-ببكاء يعتبر أول علامة ضيق وشدة للطفل، فالطفل المصاب بالربو قلما يبكي. أما بالنسبة لعلم النفس المرضي للطفل نفسه، فيبدو أن مظهره "مفرط التكيف"، وتنظيم حياته الهوامية يبقى مخترقا إلى حد كبير بسمات ما قبل الولادة، ويبدو أن التفكير العملي الذي قام مارتي بوصفه عند البالغين المصابين بالحساسية، هو في الحقيقة لا يظهر إلا عند الأطفال. (Marcelli et

Cohen , 2016, p. 505)



يتميز الربو لدى الرضع، أو التهاب الشعب الهوائية الربوية كما يسميه البعض بنوع من الخصوصية؛ فمن الناحية السريرية؛ حدوثه عند الرضيع يكون خلال السداسي الثاني، ويختفي عادة في عمر 2-3 سنوات. كما يلاحظ أيضًا غياب واضح للقلق لديهم، ولا يظهرون انزعاجا من ضيق التنفس؛ فيبقون نشطين، مستمتعين، مرحين. وعلى المستوى النفسي، يظهرون الألفة المفرطة مع غياب قلق الشهر الثامن، تنسب مرجعيتها إما لظروف الأمومة غير الكفاة وجدانيا وغيابها الكيفي، أو غيابها الكمي وتغيير الأم البديلة بكثرة (رعاية بدوام جزئي على سبيل المثال)، أو ترجع لتواجد الطفل في بيئة مفرطة الحماية. وعلى المستوى النفس مرضي، يشير حدوث الربو إلى فشل الارصان العقلي لميكانيزم قلق الغرباء، ويعرقل تطور المنظم الثاني لسبيتز Spitz، إما عن طريق التدخل المستبق للأشخاص البدلاء، فيحدث التثليث بسرعة كبيرة (الحضانة الجزئية)، أو عن طريق استثمار أمومي مكثف. هي افتراضات طرحها الباحثون وتحتاج إلى تمحيص وتأكيد بإجراء دراسات حثيثة.

(Ibid, p. 506)

#### 4- الاختلاج التشنجي:

عبارة عن تشنجات البكاء الحاد، يتصف بفقدان الوعي لفترة وجيزة بسبب نقص الأكسجة الدماغية لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم غالبًا بين 6 و 18 شهرًا. وهناك شكلان من الاختلاج التشنجي:

- **الشكل الأزرق؛** وهو الشكل الأكثر شيوعا بنسبة 80%، يتميز بفقدان الوعي ويحدث في سياق البكاء بمناسبة التويخ والإحباط والألم: يشهق الطفل بشدة، يتسارع تنفسه حتى الانسداد والانحباس القسري للشهيق، تظهر زرقة في لون الطفل ويفقد بعدها وعيه لبضع الثوان.
- **الشكل الباهت؛** ويتميز بحدوث إغماء يأتي عادة بعد حدث غير مرغوب وغير سار: ألم مفاجئ، خوف، انفعالات شديدة. يطلق الطفل صرخة قصيرة، يشحب لونه ويسقط.

في كلا الشكلين يحدث تقلص ظهري، بعض الحركات الارتجاجية والارتعاشية للأطراف، ويمكن أن يترافق فقدان الوعي هذا بارتجاع مقل العيون إلى فوق؛ هذه الأخيرة تلاحظ خصوصا في الشكل الشاحب. وفي كلتا الحالتين، تكون الأزمة قصيرة لبضع الثوان فقط، ولدقيقة واحدة على الأكثر،

يخرج الطفل منها متعبا وجد منهك. وفي معظم الأحيان، يعاني الطفل دائما من نفس النوع من الأزمات، أي نفس الشكل من الاختلاج التشنجي، ومع ذلك قد يحدث أن يتناوب الشكل الأزرق والشكل الشاحب.

يحدث تواتر الاختلاج التشنجي عند 4 إلى 5 % من مجموع الأطفال، يكون التطور حميدا على المستوى الجسدي، ولا توجد اثار جانبية كعلامات عصبية أو عواقب مثيرة للقلق. عادة ما تختفي النوبات عند سن الثالثة تقريبا، لكن يمكنها أن تستمر في بعض الأحيان عند البعض إلى أبعد من ذلك. ومن الضروري ملاحظة الظروف التي يحدث فيها التشنج، كأن يظهر في وجود بعض أفراد الأسرة فقط (الأم أو الجدة مثلا). وعلى المستوى الفسيولوجي العصبي، تظهر دراسات تخطيط الدماغ الكهربائي عدم وجود أي شذوذ من نوع الصرع أو وجود اشارات مميزة لنقص الأكسجة الدماغية (الاختناق الراجع لانسداد الجهاز التنفسي للشكل الأزرق، وفقر دم موضعي (اقفار) الراجع السكتة القلبية للشكل شاحب) في اثناء فقدان الوعي. (Marcelli et Cohen, 2016, p. 507)

★ وعليه، وتلخيصا لما طرحه Jeammet وزملائه (1996):

- فإن غياب وسيلة الاتصال اللفظي، عدم النضج الحركي والتبعية للاخر -المميزة للرضيع- هو ما يشكل الاستعدادية لديه للتعبير عن عواطفه وافراغ توتراته عن طريق الجسد.
- ومهما كانت الاستعدادية البيولوجية متوفرة، فإن الاضطرابات السيكوسوماتية المبكرة لا يمكن فهمها إلا في اطار توظيف الثنائية أم/ طفل.
- تشكل الام محورا أساسيا في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى طفلها إن كانت أما حصرية ولم تكن لديها القدرة على لعب دور "صاد اثارا" للطفل وبكونها أم غير امنة كفاية ولديها فويا الملامسة الجسدية، أو على العكس من ذلك "أم جد جيدة" أو مفرطة الحماية.

## المحاضرة الاثني عشر

### دور الأم في ظهور الإضطراب السيكوسوماتي

يمكننا فهم دور الام في علاقتها بطفلها بتوضيح نشأة الإضطرابات السيكوسوماتية عند الراشد. وإن تطور قدرات الإرصان الهوامي هو مرتبطة باللذة والحاجة اللتان ميزتا التاريخ المبكر للرضيع. وإن القدرة على الهوام وتطوير الفضاء الخيالي هي ذات علاقة بطبيعة التجارب المبكرة للاشباع وتساهم في بناء الفضاء الخيالي والجسم الخيالي له.

#### **1- دور الأم في تشكيل هلوسة الرغبة:**

عندما تكون تجارب الارضاع أو الإطعام والتقرب من قبل ما قبل الموضوع (أي الأم) كانت مشبعة كما يرى (2002) Calza et Contant، في هذه المرحلة يستطيع الرضيع أن يشبع رغباته في غياب الأم عن طريق الهلوسة وهذا ما يعرف بهلوسة الرغبة "المص في الفراغ"، بمعنى أن يعيد ذهنياً إستحضار تجربة الاشباع بشرط أن يعطى الوقت الكافي لذلك، ففي حالة طول هذا الوقت بمعنى صاد الإثارات غير كافي، لا يتمكن الهوام من تمييز الاشباع الحقيقي للحاجة مما يؤدي إلى سلوك الإنطواء وحتى إلى التدمير الذاتي (حاجة الحرمان). فالوقت الكافي بين تجربة الإشباع وإعادة التجربة يجعل الطفل يميز بين الإشباع الحقيقي والهوامي، أما في حالة طول الوقت، يؤدي للإجتزارية وإلى الإنطواء ومنه التدمير الذاتي.

أما إذا حدث العكس، وكان الوقت قصيراً جداً وحضور الأم كان شديداً، أي صاد الإثارات شديد الحضور، فإن الطفل لا يختبر الألم ولا يتمكن الهوام من التكون كون الحاجة تشبع بسرعة. فلا مكانة للشبقية الذاتية للطفل ولا إمكانية لكشف قدراته على الاجتياف والاسقاط التي تصبح محدودة، ما يؤدي إلى عدم التفريق بين الداخل والخارج، وبين الذات واللذات. فالهومات تشكل مجالا دفاعياً يلجأ إليه الفرد عند مواجهة ومصادمة

الواقع بالرجوع إلى المجال الهوامي الواسع الذي قامت الأم بتكوينه لدى طفلها. والسيكوسوماتي لا يتهم، بل يلجأ إلى الجسد الخاص. وهنا نذكر المفهوم الذي جاء به فينيكوت Winnicott حول الأم الجيدة جدا *la mère trop bonne*. ومفهوم ماك دوغال Mc Dougall حول الأم المهدئة *La mère calmante*. وقد تتطور الشخصية بطريقة تستجيب فيها بشكل عملي لتغيرات الحاجة. وهو ما أشار إليه Smadja إلى أن "قمع هلوسة الرغبة هو ما يشكل قاعدة لحضور التفكير العملي الخالي من أي توطين نفسي". (Smadja, 2001,p.41)

ولأن الأم لم تؤدي دورها ولم تحدث اشباعا ملائما للطفل، فإن هذا الأخير لا يستطيع التعرف على حاجاته الحقيقية، وبالتالي لا يستطيع التعرف على ذاته كون الإشباع غير موافق للحاجة ولم تكن الأم متكيفة مع احتياجاته. يطور الطفل ذات خاطئة *faux self* وتتراجع الذات الحقيقية *vrai self* ويظهر الفراغ بينهما. ما يؤدي لتطوير ميكانزمات دفاعية تساعده على تلبية حاجات الآخرين ولا تلبية حاجاته هو، وهي من سمات شخصية الفرد ذو التنظيمة السيكوسوماتية كما أشار إليه Smadja.

لذا يرى الباحثون بأهمية حضور الأم بكفاية، فلا تغيب كثيرا ولا تحضر كثيرا لتدع المجال لهلوسة الرغبة بالتحقق عند ما يسهم في تشكيل الجسم والفضاء الخيالي لدى الطفل كمؤشر إيجابي للتوظيف النفسي والعقلي الإيجابيين لديه.

## 2- التصورات النشئية للاضطراب السيكوسوماتي:

يشير التحليل النفسي إلى أن انبناء الشخص إنما يتم من خلال علاقته بجسده. وأن مع كل صدمة لاحقة أو رضه نفسية في مراحل مقبلة من حياته يعود وينكص ليعيش مرحلة سابقة أين كان النظام التبادلي والتفريغ النزوي على المستوى النفسي الحركي وإذا ما استمر تراجع مستوى تنظيمه النفسي جسدي أحدث خلا أدى ذلك إلى إعادة إحياء الأمراض والاختلالات الجسدية الكامنة. وكانت منطلقات ميلاني كلاين (Raffy,2000) التصورية حول المرض الجسدي ترتبط بالمواضيع المستدخلة، وهي المواضيع التي تتقبلها

الأنا الموحدة في حين ترفضها الأنا المستدخلة أو المتجسدة، وتعتبرها مواضيع سيئة فتهاجمها.

وقد انطلقت غالبية النظريات من المبدأ ذاته كما ذكر سامر جميل رضوان (2018) بالاقتراب عن (تسييف، 1976): بأنه غالباً ما يسود في التنشئة الاجتماعية الأولية للمرضى السيكوسوماتيين سلوك أمومي وصف إما بأنه "مفرط الرعاية" أو "رافض بصورة علنية أو ضمنية". كما وقد تعبر الأمراض السيكوسوماتية عن صراعات نرجسية للأُم تنتقل إلى الطفل وتعالج به وبجسده، حيث تحتاج مثل تلك الأمهات لأطفالهن، ويحرسنه بخوف وحذر بحضور دائم وينمين بهذا مراقبة مكثفة وكأنه " جزء من الجسد الخاص " كما أشار إليه ( Mc Dougall, 1989 )، أين يبدو الطفل كحقل تجارب إرجاعي لقصور أمه النرجسي وكأنه جزء من ذاتها، كأنه (موضوع-ذات) شخص مرجع أولي غير قادر على الانفصال ومتعلق بصورة تعايشية. وغالباً ما يدعم الأب بصورة لا شعورية هذا التقييد كي يتخلص هو نفسه من هذا التطويق المهدد. وإذا ما برزت لدى الطفل توترات أو مشاعر عدم اللذة فإن الأم تحاول التغلب عليها من خلال حيل مهدئة تظل مرتبطة بحضورها الواقعي كحماية من الإثارة، وبهذا لا تمكّن من قيام استراتيجيات التغلب الخاصة بالطفل. وفي هذا السياق لا بد من الإشارة إلى الدور المركزي " للموضوع الانتقالي " الذي جاء به فينيكوت Winnicott ذلك أنه يأخذ الوظائف الأمومية بالنيابة، وبهذا يمكّن الطفل من الانفصال المؤقت ومن الخطوات الأولى باتجاه استقلالية محدودة. إلا أن مثل هذا الاستخدام للموضوع الانتقالي الخارجي لا يستطيعه الطفل إلا إذا كان يمتلك مسبقاً موضوعاً داخلياً حيويّاً وطيباً (فينيكوت، 1976، في سامر جميل رضوان، 2018). ويعتبر جسم الطفل الموضوع أين يمكن للأُم تفريغ مشاكلها وصراعاتها التي لا يمكن لها أن تحتفظ بها على مستوى نفسي داخلي بسبب عدم قدرتها على تنظيم وتشكيل صراعاتها بشكل صريح. أما حضور الأم الواقعي (صاد الإثارات شديد الحضور) يعوق استراتيجيات التغلب لدى الطفل الذي لا يستطيع الوصول إلى طور التحقيق الهلاسي للرجبة ولا إشباع شبقي ذاتي، ولا لكشف قدراته على الاجتياف والإسقاط، وهذا ما أشار إليه سامي

علي حول عدم قدرة الطفل على تكوين ما هو داخل/خارج وما هو ذات/ لا ذات.  
( Fain & Marty , 1965)

أشار Winnicott أيضا إلى الدور المركزي للموضوع الانتقالي، ذلك أنه يأخذ الوظائف الأمومية بالنيابة والذي يعتبر كوسيط بين الواقع الداخلي والواقع الخارجي، ويمثل فضاء انتقالي يأتي كمتنص للصدمات التي لا يمكن تفاديها. (Raffy,2000) ويضيف فنيكوت بأن استخدام الموضوع الانتقالي الخارجي لا يستطيعه الطفل إلا إذا كان يمتلك موضوعا داخليا طيبا وعليه فهو موضوع رمزي يؤخذ أو يرفض، يحب أو يكره. فاللعبة لا تمثل الجسم بذاته ولكن ترمز إليه. وبهذا يتحول إلى الرمز الأول للطفل وأساس كل قدرة لاحقة على الخيال. ويؤكد Lefebver1980 مستعملا مصطلحات Jacobson أن الطفل يبقى مثبتا في حالة التطابق مع الام ولا يستطيع الوصول إلى مرحلة التشابه، بالتالي عدم القدرة على الوصول لطور الاستقلالية الفردية، والتي يؤكد على أهميتها في تكوين الهوية لدى الطفل. وعليه، فإن هؤلاء الأطفال لا يستطيعون اجتياف الموضوعات بصورة جيدة ولا كذلك الاحتفاظ بها داخليا. ولأن أمهات هؤلاء الأطفال يستجبن بدرجة عالية لاشارات أطفالهن؛ فإن الجسد باعتباره ممثلا للذات لا يستطيع اكتساب تمثيلا ومعنى نفسيا كشيء غريب وغير منظم للذات وتحت رقابة الأم. (مرجع سابق) وكون الطفل لا يملك اللغة للتعبير عن آلامه النفسية والعلائقية فهم يستعملون تجسيدات متعددة الأشكال من مظاهر هستيرية إلى جسدنة وإلى أمراض سيكوسوماتية. يضيف Jeammet, Reynaud et (1996) Consoli بأن الاستثمار المفرط من الأم والمسايرة الطيبة المبكرة للطفل يمكنها المساهمة في زيادة الاستثمار الجسدي، فيزيد من لفت انتباه الطفل لجسمه، إضافة لما يحققه له من مكاسب ثانوية، فيضخم اهتمامات الأم من جهة أخرى فيأخذ الجسم دور الوسيط وهذا ما سيوفر نقطة تثبيت كما يدعوها Michaux بـ Méiopragie d'appel

أما لاكان Lacan، فيرى في الجهاز الرمزي سابقا للجهاز النفسي حيث صاد الإثارات هي اللغة كجهاز للتفكير وعدم قدرة الأم على نقل طفلها من البعد الواقعي للبعد الخيالي

فالرمزي، فانطلاقاً من الواقع يعمل الهوام، الواقع يحتمل الهوام والهوام يحمي الواقع. وعدم إدراك الموقف وربط المفاهيم بفكرة يحدث ثقباً في الجهاز الرمزي ومنه الجهاز النفسي، والقدرة على استعمال الخيال هو ما يساعد ترميم هذا الثقب. وكما ينوه به رافي (Raffy, 2000)؛ نزوة الموت صامتة ولا بد أن يتم صدها عن طريق الكلمات، وإلا فإن مدلولات الأفكار ستعبر عن نفسها بأعراض جسدية.

يرجع سامي علي (Sami Ali, 2004) نشوء المرض السيكوسوماتي بالدرجة الأولى إلى الأم الاكتئابية الحاضرة بغيابها والغائبة بحضورها، التي لا تمكن الطفل من إشباع هلوسة الرغبة بحضورها الفعلي مما يوقع الطفل في لا مخرجية علائقية يحس نفسه مدانا مهما فعل، تسد كل المخارج أمامه فتدي الأم كموضوع سيء لا يمكنه تدميره ولا يمكن الانفصال عنه، في حالة اتكال مطلق عليه، أم لا تمنح الوجود إلا لكي تسترده. فلا الفكر ولا الخيال ولا المحددات الزمنية والمكانية يمكن اكتسابها بالشكل الصحيح والقدرات الإسقاطية بالتالي تصبح محدودة.

أما مارتي فيشير إلى أن عدم قدرة الأم على تنسيق وظائف الطفل "الفسيفسائية" بشحنها المستمر لنرجسيته المتميزة حيث تلعب دور صاد الإثارات لطفلها، فشدة حضوره أو غيابه يميز قدرات الإرصان الهوامي لديه. فهي تقوم بدور الوعي وما قبل الوعي في آن واحد. وتصبح الأم بالتالي بمثابة الموجه للتنظيم النفسي جسدي لطفلها. (النايلسي، 1992، ص. 71)

وعليه؛ فإن مختلف العوامل المرتبطة بالاضطرابات النفسجدية تتجسد في التفاعلات بين الطفل وبين محيطه، وفي اضطراب علاقة الطفل بأمه وبما يتم إسقاطه من طرفها من اختلالاتها الخاصة في توازنها النفسي والتي تقوم بمعالجتها بجسد الطفل كحقل تجارب إرجاعي لقصورها النرجسي. وكون الطفل لا يملك اللغة للتعبير عن آلامه النفسية والعلائقية، يصبح جسده الخاص وسيلة تعبيرية اتصالية لتبليغ رسائله للمحيطين، وبالدرجة الأولى الأم، بتجسيديات متعددة الأشكال من مظاهر هستيرية إلى جسدية وإلى أمراض

سيكوسوماتية، رسائل أن لم يتم فك شفراتها واستدراك ثغرات اختلالاتها، أدت إلى استمرارية هذه الاختلالات لتمس توظيفه النفسي وحياته العقلية وتشكل بالتالي أرضية استعدادية للوقوع بالاضطرابات السيكوسوماتية. لذا يهتم الباحثين بالدور الأساسي للأم أو بديلتها، وبضرورة فهم طفلها وتلبية احتياجاته البيولوجية والنفسية لإحداث التوازن بين المجالين وتجنب عدم التنظيم لأجل نمو نفسجسدي سليم.



## المحور الرابع: الشخصية السيكوسوماتية والفحص النفسي

✚ المحاضرة الثالثة عشر " الخصائص الشخصية للمريض

السيكوسوماتي

✚ المحاضرة الرابعة عشر: الفحص والتكفل النفسي في الحقل

السيكوسوماتي

## المحاضرة الثالثة عشر

### الخصائص الشخصية للمريض السيكوسوماتي

سعى رواد التيار السيكوسوماتي من خلال ملاحظاتهم العيادية لتحديد خصائص شخصيات هؤلاء. فبالإضافة إلى مساهمات المدرسة الفرنسية والباريسية تحديدا لوصف هذه الخصائص، فقد تقدمت المدرسة الامريكية ومدرسة بوسطن على وجه التحديد باسهاماتها في هذا المضمار. ويمكن البحث السيكوسوماتي من تحديد المميزات الأساسية للمرضى السيكوسوماتيون والمتمثلة في:

#### **1- التفكير العملي:**

أشار Marty & De M'uzan (1963) إلى ظهور بعض الصفات الظاهرة لدى المرضى تتمثل في التفكير الملموس والعملي، الاستثمار المفرط للواقع. فهم أشخاص لا يبدعون، كلماتهم تصف أفعالهم عن قرب، لا تستتبع أي إرسان وخالية من النشاط الهوامي، وكأن محتوى الهوام محتوى خطير وجب إقصاءه. يبقى الفرد لصيقا باستمرار مع تدفق إيماءاته وعالقا في الحالي، وإن حدث له إسقاط في المستقبل أو رجع إلى الماضي، فذلك يحدث بنفكيكه وتجزئته ويتناوله في الحاضر بطريقة مهيمنة على كل شيء من خلال تتابع الأحداث. اتصاله يكون في اتجاه خطي ومحدود دون التفتح على واقع من ترتيب مختلف (عاطفي أو خيالي) حيث لا مجال لتوسيع وإثراء كلامه. أما عمله، فكأنه فرض عليه فرضا. وإن رافق سرده تظاهرات حسية- حركية، فهو ليس لتفسير الحركة أو العمل ولكن لمضاعفته. يضيف Smadja بأن الفرد يظهر وكأنه غريب عن ذاته وليس حاضرا في قلب السيرورة ولكن شاهدا عليها من خلال الحركات الخارجية، كالسلوكات والطبع وليس في المعيش الذاتي الداخلي والانفعالي. يصبح الفرد وكأنه مفصول عن نفسه وعمّا يشكله عاطفيا. ولأنه منهمك بالحفاظ على بقاءه على قيد الحياة فإن التعبير العاطفي يصبح ثانويا وكما لي بالنسبة له. (Smadja, 2001, pp. 74,76)

## 2- السلوك التكتمي:

اصطلاحا من الكلمة thymos أي الذي لا يمتلك الكلمات و Alexithymie أو التكتم يعبر عن غياب الكلمات للتعبير عن الانفعالات. وبالرغم من أن الوصف الأول للتكتم كان من قبل Reusch سنة 1948، إلا أن سلوك كثير من المرضى المناقش تحت تسمية التكتم ترجع إلى Sifnéos سنة 1972، ويشير لعدم القدرة على ترميز والتعبير عن الانفعالات. إضافة لتناذر السلوك الفارغ والذي يعبر عن هشاشة السيكوسوماتي، شاهد عن اضطراب في التنظيم العاطفي مما يتولد عنه عدم التفرقة في إقامة العلاقات مع الغير، راجع لغياب قلق الشهر الثامن والموضوع الانتقالي. (Marty & de M'Uzan, 1963)

اهتم Peter Sifneos & John Nemiah من مدرسة بوسطن بطريقة تعبير المرضى، إذ لاحظا أن ظهور الانفعالات لديهم تظهر بطريقة عنيفة ومباغثة وكأنها استجابة لمثير ما تزول بزوال الوضعية، أي بمجرد تغيير الموضوع الذي أثارها، وعادة ما تكون هذه الانفعالات غير مرفقة بالإرصان الهوامي؛ فهي تظهر كاستجابة معزولة غير مستمرة، ترتبط بالمثير دون ربطها بما حدث قبله أو بعده وكأنه صمام يفتح ويغلق بطريقة مفاجأة. (Taylor, 1990, p. 775). وعلى غرار ما ذهب إليه Fenickel في 1945 بوصف سلوك هؤلاء المرضى بـ «النمط البارد انفعاليا» أو بـ «الأميين انفعاليا»، أطلق Sifneos مصطلح «التكتم» في 1972. (Corcos & Speranza, 2003, p.44)

سعى Sifneos & Nemiah لوصف التكتميون بأنهم أشخاص كئيبيين، جامدين بلا حياة، مملين وغير معبرين. يجدون صعوبة كبيرة للتعرف و وصف أحاسيسهم الخاصة وإبلاغها. يتعذر عليهم التمييز بين حالتهم الانفعالية وأحاسيسهم الجسدية، كلامهم نثري ومبتدل، نفعي ولا يثير الاهتمام. نمط تفكيرهم موجه نحو التفاصيل الخارجية للحياة اليومية مقابل توجهه نحو الحياة الهوامية ونحو الأحاسيس أو التجارب الداخلية. لديهم محدودية في الحياة الخيالية، وكذا نوع من التفكير الموجه نحو الملموس والواقع، فهم أشخاص يهربون إلى الواقع من خيالاتهم المرعبة ولكن إلى واقع عديم الحياة وميت. إضافة لذلك يشير

Porcelli & Meyer (2002) إلى وجود درجة كبرى من الامتثالية الاجتماعية والتي توحى بالسواء عند هؤلاء الأفراد التكتميون، حساسين للنمطية الاجتماعية مع فرط في التكيف الاجتماعي، ويقتدون بما على الآخر فعله. ويشبههم (1990) Taylor بالرجل الآلي، فهم يتطورون في الحياة بطريقة ميكانيكية وكأنهم يتبعون إرشادات كتيب التعليمات، فاقدين الاتصال بواقعهم النفسي. أما حياتهم العلائقية فتتميز بالصلابة، إذ لا يسمحون لأي شيء يخرج منهم ما عدا الأعراض العضوية التي تكون عديمة المعنى أو أعراض غيبية كما يدعوها (1994) Marty, De M'uzan, David .

### 3- الاكتئاب الأساسي:

وصفه مارتي سنة 1966 وهو اكتئاب يتميز بغياب التعبيرات الأعراضية المعهودة في الاكتئاب، تعرف بهبوط عام في نشاط الحياة دون مقابل اقتصادي، ويرى مارتي أنها تعبر عن انحطاط غرائز الحياة. ومن الوجهة الميتاسيكولوجية كما ذهب إليه (Debray, 1983b)، هي شاهدة عن فقدان لبييدي نرجسي وأيضاً موضوعي، تمثل سلسلة عن تيار التحطيم الذاتي لنزوة الموت. يبقى الفرد منغمساً في حياته العملية ولا يشكو من شيء والمحيطين فقط هم من يلاحظ هذا الاكتئاب عليه بسبب طبعه الميكانيكي والنقص الحيوي لوظائف الشخص مما يولد مخاوف لدى عائلة المريض، ويستدعي تدخلاً علاجياً مستعجلاً.

### 4- سمات نموذجية في علاقاتهم بين الإنسانية:

يرتبط السيكوسوماتيون في علاقاتهم بصورة رمزية بشكل وثيق بشريك (شخصهم المرجعي)، يحاولون بمساعدته تثبيت مشاعر الهوية الغائبة لديهم واستقلاليتهم الناقصة من خلال منظومة تأمين خارجية ويجعلهم العجز في مشاعر القيمة الذاتية والاستقلالية متعلقين بشدة بالتجانس مع الشخص المرجعي. يدركون الآخرين بصورة غير دقيقة وغير سوية، ويعيشون أنفسهم بأنهم منفصلين عن الآخر. أطلق على هذه الطريقة من الخبرة والإدراك تسمية «التضاعف الإسقاطي» أو التطابق مع الآخر كما ذهب إليه (1998) Sami Ali، فهم يرون الآخر بصورة آلية وكأنه نوع من صورة ذاتهم، ويحاولون بهذا المحافظة على

ارتباطهم الرمزي. فكونهم لا يتعرفون على مشاعرهم الخاصة، فهم لا يتعرفون على مشاعر الآخر ما يبعث لإدراكه كازدواج لذواتهم. (Taylor, 1990, p.771) كما أنهم بحاجة للإمتثال ومسيرين من طرف نموذج مثالي وجماعي، لا يستخدمون مفهوم "أنا" في سياق ممتلئ انفعاليا بالمعنى، يستصغرون مشاكلهم الشخصية ويفتقرون للمعارضة ولا يمكنهم رفض الآخر، لا يمكنهم التلفظ بـ "لا" ويميلون إلى الحل الوسط الذهبي ويخافون من رفض الآخر وابتعاده. وكحل للخلل في مفهوم الفضاء والزمان، يتبنى الفرد تكيفا مبالغا مع الزمن الاجتماعي واحترام مفرط للوقت والمواعيد كسد لثغرات الوقت الذاتي. (Sami Ali, 2004, p20.)

## المحاضرة الرابعة عشر

### الفحص والتكفل النفسي في الحقل السيكوسوماتي

إن تناول الأدوية دون الاهتمام بالجانب النفسي يؤدي للإدمان السيكولوجي على الدواء، قد يؤدي لعدم تحريك القوى الذاتية للمريض. فالعناية الطبية لوحدها ليست كفيلة لإحداث التوازن السيكوسوماتي، بل وقد يستثمر المريض مرضه كحجة لتعويض العناية الأمومية التي افتقرها في طفولته، بالبحث عن هذه العناية الجسدية عند الطاقم الطبي لمعالجة هذا القصور بجسده كمكسب ثانوي. لكن بمساعدة المختص يمكنه من تعديل هذا الاستثمار بالبحث عن استثمارات ايجابية ذات منحنى مختلف كي تضمن مخارج فعالة لتصريف الطاقة السلبية وإعادة التوازن الاقتصادي للمريض.

كثيرا ما تم طرح التساؤل حول شكل التكفل العلاجي في المجال السيكوسوماتي، وأثارت الإجابة عليه على مرّ السنين الكثير من الجدل والنزاع الحاد خاصة بفرنسا، فبينما يرجح البعض تناول التحليلي البحت، فإن آخرون (R.Diatkine, J.Bergès...) يفضلون الابتعاد عن هذا المنحنى من التكفل بالرغم من كونهم من رواد الفكر التحليلي، وينصحون بالاعتماد بدلا من ذلك على تناول المعرفي أو السلوكي. ذلك أن خصوصية هذا التكفل مع مريض بتطيمه النفسي الخاص، وسمات شخصية مميزة، ونسيج علاقات من نوع استثنائي يصعب من التكفل التحليلي.

#### **1- محددات الفحص السيكوسوماتي:**

لا يقف الفحص السيكوسوماتي عند حدود البحث عن التشخيص، ولكن لفحص الوضعية العلائقية لمريض تميزه فردانيته العضوية والجسدية. فبينما يهتم الطبيب بعرضه، مرضه ودوائه، فهو يبحث عن يهتم لما وراء أعراضه. المصير السيكوسوماتي للمريض تعتمد على نوعية الإصغاء والتفرغ. فالمريض جاء ليبحث إضافة إلى تناول الطبي، عن علاج نفسي

لأحاسيسه وضغوطاته... وعتقاداً على ما جاء به المريض نحاول فهم الخطوط الرئيسية معتمدين على ثلاث نقاط أساسية:

- تعليق المريض الذي يرفقه مع وصفه للمرض وسرده لمشاكله.
- المكانة التي يعطيها المريض في سرده: ذكرياته، للأفراد المقربين والمحيطين، وقدرته على التجوال بسهولة في التاريخ الطفولي.
- العلاقة التي يقيمها مع الفاحص السيكوسوماتي والتي هي صورة لعلاقاته الموضوعية بصفة عامة.

حسب (Calza et Contant, 2002)، فإن الفحص السيكوسوماتي يركز على عدة محددات تأخذ بعين الاعتبار فرضيات كان لأصحابها وجهات نظر خاصة بهم. أما الفحص السيكوسوماتي العيادي فيجب أن ينتظم في قسمين متميزين:

### في وقت أول:

تعتمد على الإصغاء الجيد والحذر لمعرفة إن كان المفحوص يسمح ببروز قدرات التداعي والقدرات الإسقاطية لديه.

- ما هي المكانة التي يعطيها لمرضه؟
- هل بإمكانه إيجاد سببية مرضية تلقائية لمرضه؟
- هل ينظم تخمينه حول إمكانية عزو مرضه لسببية نفسية المنشأ؟
- من الناحية الزمنية هل هناك تنظيم معمق لموازاة تواريخ محددة لظهور مرضه؟
- في غياب التأريخ المرضي، هل هناك وصف حالي وملموس لمرضه؟

### في وقت ثان:

يعتمد على سير المرحلة الأولى والتوظيف النفسي اللاوعي (فاحص-مفحوص). وهو مرتبط بمرونة التبادلات و/أو على العكس، الصلابة والجمود الذي يحكم المقابلة. ويتم طرح أسئلة نصف موجهة لتوجيه المريض نحو الروابط النفس-جسدية التي يغفلها أو يظهر منقطع عنها. وتتمثل في مرحلتين:

• المرحلة الأولى تسعى لربط الجسدنة ومواقف حياته للأوقات التي سبقت إصابته المرضية الحالية.

• المرحلة الثانية تكمن في إقامة روابط بين الحياة النهارية والحياة الليلية بتذكير المريض بأنه معني بحياته الداخلية والتي يمكن التوصل إليها عن طريق الحياة الحلمية.

## 2- خصوصية عناصر التكفل النفسي في الحقل السيكوسوماتي:

كعلاج مكمل ومتوازي مع العلاجات الطبية الدوائية، فإن العلاج النفسي للمرضى السيكوسوماتيين حسب الفكر التحليلي لرواد المدرسة السيكوسوماتية الباريسية، يجب أن يقوم به مختصون مكونون في الحقل النظري والعيادي للتحليل النفسي، لديهم إضافة إلى ذلك تكوين معمق في الحقل السيكوسوماتي يسمح للمريض بالوصول أو استرداد أحسن مستوى ممكن من توظيفه النفسي. (Debray 1996)

فبسبب الهشاشة الاعتيادية للتوظيف النفسي للمريض السيكوسوماتي، يرى رواد مدرسة باريس أن اختيار الإطار العلاجي يتسم بأهمية كبرى إذ ينصح باستعمال الأريكة، وإتباع بروتوكول علاج التحليل النفسي الكلاسيكي بمعدل ثلاث مرات أسبوعياً للتعامل مع الحالات المرضية الجسدية البسيطة العكوسة التي يقترب توظيفها النفسي بالتوظيف العصابي. في حين ينصح باختيار الوضعية التقابلية وجها لوجه مع الأشخاص اللذين يتقدمون بأمراض جسدية خطيرة وتطورية وتوظيف نفسي يهيمن عليه القصور النرجسي والحياة العملية، مع إتباع قاعدة الاعتدال في عدد الحصص العلاجية خلال الأسبوع، أين يمثل المحلل السند النرجسي للمريض، ويقوم بوظيفة ثنائية القطب؛ من جهة وظيفة الأم التي يقوم في أثناءها بمرافقة الحركات النفسية، ومن جهة أخرى وظيفة التأويل المعهودة في التحليل النفسي الكلاسيكي. وبعدها يمكن استرجاع الوضعية التحليلية الكلاسيكية في العلاج بانسحاب المحلل عندما تتحقق ظهور التعديلات النفسية لدى المريض. (Aisenstein et Smadja, 2004, p.192)



وما يلح عليه الباحثون، هو ضرورة الحفاظ في كل الحالات على حيوية العلاقات العلاجية، ما يفترض تبعا لذلك، عدم ظهور الملل مع المريض في العلاج التحليلي السيكوسوماتي. إلا أن عدم انتشار الملل كشرط مسبق للنجاح في التعديل النفسي أمر صعب، خاصة مع ما لاحظته مارتي حول خصوصية العلاقة في الجلسة العلاجية مع المريض السيكوسوماتي. لذا يدعو (Taylor 2000) بضرورة إدخال بعض التعديلات على طريقة العلاج التحليلية، كما يجب ان ينصب اهتمام المحلل لشكل و وظيفة الاتصال وما يصدر عن المريض وليس الاهتمام بالبحث عن تأويل المعنى الرمزي لأعراض المرض.

ويؤكد Krystal و Ruesh في (1995) Sifneos في العديد من المناسبات على ضرورة تجنب العلاجات السيكودينامية مع المرضى السيكوسوماتيون، ويوصون بدلا من ذلك باستعمال العلاجات التعليمية والساندة. ونفس الرأي بالنسبة R.Diatkine, J.Bergè, C.Chiland اللذين كانوا يرون في العلاج السلوكي المعرفي كطريق ممد بتقديم المهام والأدوات، يسمح في وقت ثان بإدراج كل المعاني المرغوبة. وتقر Debray بإمكانية مساهمة طرق غير تحليلية في سيرورة إعادة الإنعاش النفسي، وتقول في تعليقها على ذلك "بأن ردّ الفعل في البداية قد يكون بشكل أوتوماتيكي، دفاعي. ولكن شيئا فشيئا يتطور الأمر ليرتبط باستثمارات أخرى تفتح المجال أمام إعادة الإنعاش النفسي. وقد لا يحدث هذا الإنعاش النفسي ليتشكل بالتالي نوع من الإشراف، لكن لا يمكن اعتباره كمصير سيء. (Debray, 1996a, p.220)

### 3- طبيعة علاقة المريض السيكوسوماتي مع المختص:

تكون العلاقة مع المريض من نوع السند، أين ينتشر نوع من الملل والفرغ. علاقته فورية خالية من البناءات التحتية والفوقية، لا تبعث لأي شيء ولا توحى بشيء. (Marty, De M'uzan, 1963, p.354). ففقر الحوار لديه يحتاج أن يُغذى ويُنشط بما يوحي به المريض للفاحص، وقد يستجيب بطريقة آلية محاولا إقحام الفاحص في لعبة (مثير- استجابة) نشطة معتمدا عليه لسد ثغراته النفسية. (Marty, De M'uzan, David, 2010, p.10).

لا يمكنه التجوال بسهولة في ماضيه، ومهما كان ثراء ما يسرده من كلام، فهو يميل لأن يُمتلك بالحاضر بسرد ما هو حالي بشكل نمطي. (Dejours, 1997, p.4) وإن أعطى المريض سببية لمرضه بعد إلحاح الفاحص، فإنه لا يظهر أي ربط في حديثه، أحداث تخلوا من الجانب العلائقي دون أي فرصة لحدوث الالتزام العاطفي في أثناء التقصي السيكوسوماتي. يجد المختص نفسه أمام «علاقة بيضاء». حديثه وإن كثر، فارغ يسدّ به الثغرات وكأنه صدّ للتمثيلات، يتكلم كثيرا كي لا يقول أي شيء. (Taylor, 1990, p.779)، خطابه خالي نسبيا من المرجعية الداخلية، وغالبا ما يشرع في وصف دقيق لأعراضه الجسدية والتي تترجم بعجز في وصف واضح لأحاسيسه الجسدية ودلالات الشدة الانفعالية". (Mariage et al, 2008, p.386)

فالشخص في أثناء الحصة العلاجية «موجود لكن فارغ» على حد تعبير مارتني، وهو ما يضع المختص في حالة تردد وارتباك أمام هذا الخلو الواضح من التماهيات ما قد يصعب عملية التكفل. (Nöel et Rimé, 1988, p.587)

كما لوحظ عدم تطور عصاب النقلة عند هؤلاء المرضى ولا تظهر العفوية في إنتاجهم اللفظي، ما يرغم الفاحص لبذل الكثير من المجهودات لإثراء الحصة العلاجية. وكما أشار إليه (Aïsenstein et Smadja, 2004)، فإن العمل مع مريض سيكوسوماتي واحد يعادل عمل يوم كامل مع عصابيين.

#### 4- الاختبارات الموضوعية والإسقاطية في حقل السيكوسوماتية:

يمكن معالجة المعلومات المتحصل عليها أثناء المقابلات في التقصي السيكوسوماتي ببعض الاختبارات والمقاييس التي لا يمكن إهمال أهميتها، خاصة لمن يعانون كبتا في سرد ومعايشة الحدث بفكر هوامي. تتوفر العديد من الاختبارات الموضوعية والإسقاطية لهذا الغرض. نذكر من بينها على سبيل المثال وليس الحصر: اختبار الرورشاخ، اختبار تفهم الموضوع، اختبارات الشخصية (MMPI مثلا)، اختبار تحري العوارض السيكوسوماتية لكورنل، مقياس التكتم (TAS) لسيفنيوس.

للإشارة، فإن تطبيق الاختبارات الإسقاطية؛ الروشاخ خصيصا لها طريقتها الخاصة في تمرير الاختبار وتحليل البروتوكولات في حقل السيكوسوماتية. وقد قام de Tychey, (1992) Vivot (1992), Diwo et Dollander (2000), et Tychey, de Rebourg بأجراء المفاهيم المرتبطة بأبعاد التوظيف العقلي واستخراج مؤشرات تقييمه، والتي تعكس غنى أو فقر الفضاء الخيالي، نوعية العقلنة والارصانات النفسية، كما تسعى لتقصي فعالية الدفاعات من عدمها.

## المراجع

- 1- بدرة معنصم ميموني (2005)، الاضطرابات النفسية والعقلية للطفل والمراهق، الطبعة الثانية، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.
- 2- لابلاتش وبونتاليس (1997)، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفى حجازي، الطبعة الثالثة، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- 3- معمريّة بشير (2012)، سلوك النمط (أ) وتصميم استبيان وتقنيته على البيئة الجزائرية، المجلة العربية للعلوم النفسية، العدد 36. [www.arabpsynet.com/apn.journal/index-apn.htm](http://www.arabpsynet.com/apn.journal/index-apn.htm)
- 4- ميشال فون راد، زيغفريد تسبف (2018)، التصورات التحليلية النفسية لتشكل العرض والبنية النفسية الجسدية، ترجمة سامر جميل رضوان، شبكة العلوم النفسية العربية. <http://arabpsynet.com/Documents/DocRudwan-SymptForm.pdf>
- 5- النابلسي محمد احمد (1988)، الربو عند الطفل، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- 6- مارتى بيار، ستورا جون بنجامان (1992)، ترجمة النابلسي محمد أحمد، مبادئ السيكوسوماتيك وتصنيفاته، الجزائر دار الهدى.
- 7- الزراد محمد فيصل خير (2000)، الطب النفسي - جسدي، دار النفائس، بيروت.
- 8- ADAM.Z , BLATNÝ.M, (2008), Type C personality (cancer personality): current view and implications for future research, US National Library of Medicine, 2008, Vol 6, n° 54, pp: 638-45. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18672576> (consulté le 20/07/2018)
- 9- AÏSENSTEIN.Marielle, SMADJAClaude,(2004), Pour une approche psychosomatique, Journées annuelles de diabétologie de l'Hotel-Dieu, 13-14-15 mai 2004, Flammarion, Paris, Médecine-sciences. <http://www.medicine.flammarion.com> (consulté le 16/02/2018)
- 10- AMAMI.O, AKROUT.R, BEN THABET-KAMOUN (2006), Psychogenèse du cancer, l'Information Psychiatrique, Vol 82, n°8, pp : 683-688
- 11- ALEXANDER, F. (2002). La médecine psychosomatique. Paris, Payot. (1950)
- 12- BERGERET. J, (2003), La personnalité normale et pathologique, 9<sup>ème</sup> édition, Paris, Dunod.

- 13- Boige Nathalie (2012), Les troubles psychosomatiques précoces du bébé, dans Manuel de psychologie clinique de la périnatalité, Missonnier Sylvain et al, Issy-les-Moulineaux, France, Elsevier Masson. pp: 139-154.
- 14- BRUSSET.B (2008), Névroses et états limites, In : Traité de psychopathologie de l'adulte : Les névroses, Paris : Dunod, , p.281-356.
- 15- CALZA André, CONTANT Maurice (2002), Le symptôme psychosomatique : un langage du corps à décoder, Paris, Ellipses.
- 16- CHABEE-SIMPER .S (2000), Consultation psychosomatique, In La dimension de la souffrance en psychosomatique , FERRAGUT E., Issy-les-moulineaux, MASSON, , p.11-30 .
- 17- CHEMOUNI. J, (2000a ), Personnalité, spécificité et structure en psychosomatique, Evolution Psychiatr. éditions scientifiques et médicales, n° 65, pp: 539-570.
- 18- CHEMOUNI, J. (2000b), Psychosomatique de l'enfant et de l'adulte, Paris, Nathan.
- 19- CONSOLI Silla M,( 2013),Personnalité et maladies somatiques" in Les personnalités pathologiques, Sous la direction de Julien-Daniel Guelfi et Patrick Hardy, Lavoisier, Paris, pp: 256 - 263 .
- 20- CORCOS Maurice, SPERANZA Mario (2003), Psychopathologie de l'alexithymie, Paris, Dunod.
- 21- Debray.R, (1983a), L'équilibre psychosomatique. Organisation mentale des diabétiques, Paris, Dunod.
- 22- DEBRAY.R (1983b), Préconscient et maladie somatique: Quelques interrogations actuelles, Revue Française de psychanalyse, n° 2, pp: 527-538.
- 23- DEBRAY. R (1991), Réflexions actuelles sur le développement psychique des bébés et le point de vue psychosomatique, Revue française de psychosomatique, n°1 , pp: 41-57.
- 24- DEBRAY.R (1996), Clinique de l'expression somatique, Psychanalyse des liens psyché-soma, Paris, Delachaux et Niestlé. .
- 25- DEBRAY.R (1997), Apprendre À Penser - Le Programme D'enrichissement Instrumental De R. Feuerstein, Une Issue À L'échec Scolaire, Suisse, Georg Editeur.
- 26- DEBURGE Anne (2001), La levée de la répression en psychosomatique, Revue française de psychanalyse, Paris, PUF, pp : 11-27.
- 27- DEJOURS .C (2003), Le corps, d'abord. Corps biologique, corps érotique, sens moral, Paris, Payot.
- 28- DEJOURS.C, (2009), Les dissidences du corps : Répression et subversion libidinale en psychosomatique, Paris, PAYOT.

- 29- DENOLLET J, PEDERSEN.S (2006), Is Type D Personality Here to Stay? Emerging Evidence Across Cardio-vascular Disease Patient Groups, The Netherlands Current Cardiology Reviews, 2006,n° 2, pp: 205-213
- 30- DENOLLET. J, CONRAADS. VM (2011), Type D personality and vulnerability to adverse outcomes in heart disease", Cleveland Clinic Journal of Medicine , 2011, pp:13-19.
- 31- DICTIONNAIRE LAROUSSE (1998), Paris, Editions Larousse (29 juillet 1997),
- 32- DIWO Rosine, (1997), Evénements de vie, mentalisation, somatisation et tentative de suicide : approche comparée à l'adolescence, Thèse de doctorat en psychologie, Université de Nancy 2.
- 33- ELOISA CASTELLANO-Maury (2009), De la structure psychosomatique au processus de somatisation, conférence donnée à l'Association Internationale de Psychosomatique Pierre Marty (AIPPM), Madrid.
- 34- FAIN Michel, DAVID Christian (1963), Aspects fonctionnels de la vie onirique, ch V: Rêve et examen clinique, Revue française de psychanalyse, n° spécial (rapports du XXIII<sup>e</sup> Congrès des Psychanalystes de langues romanes), Paris, PUF, pp: 297-307.
- 35- GOLDSTEIN David S. ( 2010), Adrenal Responses to Stress , Cellular and Molecular Neurobiology, 30(8), pp: 1433–1440.
- 36- GRIFFITHS Mark (2008), Videogames - useful in healthcare, Journal of Pediatric , n° 2, pp: 152-161.
- 37- Gunaratne. V.T, Candau.G. (2017), CIM-10 FR: Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, volume 1, France, à usage PMSI, atih.
- 38- Hamelin-Brelet Pascale (2012), Communication familiale, construction en faux-self et cancer du sein, Psychologie. Thèse de doctorat en psychologie clinique , Université de Franche-Comté. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00959953> (consulté le 19/09/2018)
- 39- JADOULLE Vincent, OGEZ David, ROKBANI Leila (2004), Le cancer, défaite du psychisme ?, Bulletin cancer, n°91 , pp :249-356.
- 40- JEAMMET Phillipe, Reynaud Michel, Consoli Silla 1996) , psychologie médicale, 2<sup>ème</sup> édition Paris, Abrégés - Masson.
- 41- LABORIT. H (1986), L'inhibition de l'action, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Masson
- 42- Le cerveau à tous les niveaux, Rechercher l'agréable et éviter le désagréable, [http://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a\\_03/a\\_03\\_p/a\\_03\\_p\\_que/a\\_03\\_p\\_que.html](http://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a_03/a_03_p/a_03_p_que/a_03_p_que.html) (consulté le 01/03/2017)
- 43- LE GÖ Gwenola (2003), L'approche psychosomatique en médecine générale a partir de l'étude de 2 cas, thèse de Doctorat en médecine, Faculté de medecine, Université de Nantes.

- 44- LÖÖ, P., LÖÖ, H, GALINOWSKI. A (2003). Le stress permanent. e Réaction-adaptation de l'organisme aux aléas existentiels, 3<sup>éd</sup>, Paris, Masson.
- 45- MARCELLI Daniel, COHEN David (2016), Enfance & psychopathologie, 10<sup>ème</sup> édition, , Issy-les-Moulineaux, France, Elsevier Masson.
- 46- MARIAGE André, CUYNET Patrice, GODARD Bénédicte (2008), Obésité et alexithymie à l'épreuve du Rorschach. Le poids des émotions, L'Évolution Psychiatrique, Volume 73, Issue 2, pp: 377-397
- 47- Marty, P. (1980), L'ordre psychosomatique. Les mouvements individuels de vie et de mort, tome II, Désorganisations et régressions, Paris, Payot.
- 48- Marty, P. (1985), Essai de classification psychosomatiques de quelques maladies somatiques graves, in Psychiatrie française, n°5, pp: 27-37.
- 49- MARTY Pierre (1991), Mentalisation et psychosomatique, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond.
- 50- MARTY.P (1998), Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique , Tome I, Paris : Payot.
- 51- MARTY, P (2004), La Psychosomatique de l'adulte, 6<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF.
- 52- Marty Pierre, De M'Uzan Michel (1963), La pensée opératoire, Revue française de psychanalyse, n° spécial contenant les rapports du XXIII<sup>ème</sup> Congrès des Psychanalystes de langues romanes, Paris, PUF. pp 345-365.
- 53- Marty Pierre, de M'uzan Michel, David Christian (2010), l'investigation psychosomatique, 3<sup>ème</sup> édition, collection Quadrige, Paris, PUF.
- 54- Marty Pierre, Nicolaidis Nicolas (1998), Psychosomatique, Paris, L'esprit du temps, collection perspectives psychanalytique.
- 55- Mc Dougall. J (1989), Plaidoyer pour une certaine anormalité, Paris, Gallimard.
- 56- Morel corinne (1995), ABC de la psychologie et de la psychanalyse, Paris, Édition : GRANCHER
- 57- M'UZAN De Michel (2001), «Michel de M'Uzan » Interviewé par Claude Smajda et Gérard Szweg, Revue française de psychosomatique, 2001/1 no 19, p. 145-160.
- 58- Pirlot G (2007), Modèles actuels en psychosomatique, Psychiatrie, 37-400-C-10, Paris, Elsevier Masson .
- 59- Pederson.S & Denollet.J ( 2006) , Is Type D Personality Here to Stay? Emerging Evidence Across Cardiovascular Disease Patient Groups, Current Cardiology Reviews, Vol. 2, No. 3, Bentham Science Publishers Ltd., pp : 205-213.

- 60- PORCELLI Piero, MEYER Gregory(2002), Construct validity of Rorschach variables for Alexithymia, psychosomatics, vol 43/5, pp. 360-369.
- 61- PONGE Philip, BARBEAU Robert (2003), Psychosomatique et médecine, France, Edition Sauramps médical.
- 62- Pongy Philip , Babeau Robert (2011), Angoisse et répression clinique psychosomatique des états de tension, SAURAMPS MEDICA, Montpellier, France.
- 63- Quintard (2003), traité de la psychologie de la santé, in B-Schweitzer & al Dunod, France
- 64- RAFFY Alex (2002), les psychanalystes et le développement de l'enfant, Paris, Erès.
- 65- SAMI-ALI Mahmoud (1990), Imaginaire et pathologie : une théorie de la psychosomatique, in Revue française de psychanalyse, LIV, n°3 (La déliaison psychosomatique), p. 761 – 767.
- 66- SAMI-ALIM (1998), Le Corps, l'Espace et le Temps, Paris, Dunod.
- 67- SAMI ALI (2000a), l'espace imaginaire, Paris, Gallimard. .
- 68- SAMI ALIM (2000b), Le banal, Paris, collection : connaissance de l'inconscient, Gallimard.
- 69- SAMI-ALIM (2003), Corps et âme : pratique de la théorie relationnelle, Paris, Dunod.
- 70- SAMI ALIM (2004), De La projection, Paris: Payot.
- 71- SAMI ALI (2006), pensez le somatique imaginaire et pathologie, Paris, Dunod.
- 72- SAMI ALIM (2010), Corps réel, corps imaginaire: pour une épistémologie du somatique, 3<sup>ème</sup> édition, Paris Dunod.
- 73- Schulz Pierre (2016), Traitement des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et la CIM-10, Bruxelles, Éditions de Boeck.
- 74- SIFNEOS Peter.E.(1995), Psychosomatique, alexithymie, et neurosciences, Revue française de psychosomatique, n°7, pp :27-35.
- 75- SMADJA Claude (2001), La vie opératoire, études psychanalytiques, Paris, PUF, collection Le fil rouge.
- 76- STORA Jean Benjamin (1999), Quand le corps prend la relève : stress, traumatismes et maladies somatiques, Paris, Odile Jacob.
- 77- Stora J-B (2012), Histoire de la Psychosomatique, société de psychosomatique intégrative.<http://www.societedepsychosomatiqueintegrative.com/article-histoire-de-la-psychosomatique-cours-du-pr-jean-benjamin-stora-107432555.html> (consulté le 24/03/2017)
- 78- STORA J.B (2012), Le rôle de l'appareil psychique, des mécanismes neuronaux et neurohormonaux dans les somatisations: l'approche de la psychosomatique intégrative, Annales Médico-Psychologiques, France, Elsevier Masson, 170, pp: 26–31.



- 79- Stora J. B (2019) La psychosomatique Intégrative. <http://www.psychosomatique-integrative.net/> (consulté le 18/08/2019)
- 80- TAYLOR Graeme. J (1990), La pensée opératoire et le concept d'alexithymie, dans : la déliaison psychosomatique, traduction Marie Claire Durieux, Revue Française de Psychanalyse , Tome LIV, Paris, PUF, pp : 769- 783.
- 81- TAYLOR Graeme.J,(2000), Recent developments in alexithymia theory and research, Canadian Journal of psychiatrie, n° 45, pp: 134-142.
- 82- TYCHEY (de) Claude (1997), L'approche des dépressions à travers le test de Rorschach, point de vue théorique, diagnostique et thérapeutique, France, EAP (Editions et Applications Psychologiques).
- 83- TYCHEY (de) .C (2010), Alexithymie et pensée opératoire: Approche comparative clinique projective franco-américaine, psychologie clinique et projective, vol 16, pp :177-206.
- 84- TYCHEY (de).Claude, DIWO Rosine, DOLLANDER Marianne (2000), La mentalisation: approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach, Bulletin de psychologie, tome 53, issue 4, pp : 469-480.
- 85- TYCHEY (DE).C, DOLLANDER.M (2002), Deuil compliqué et fonctionnement intrapsychique: approche clinique et projective, Psychologie Cliniques et Projective, vol 8, pp: 241-264.
- 86- TYCHEY (DE).C, LIGHEZZOLO, J. (2004). A propos de la dépression « limite » : contribution du test du Rorschach en passation « classique » et « analytique ». Psychologie Française, volume 28, n° 2, pp :141-155.
- 87- TYCHEY (DE).C, REBOURG Christine, VIVOT Martine (1992), Etude comparée des conceptions de l'imaginaire et de la mentalisation : réflexions sur leur opérationnalisation au test du Rorschach, Bulletin de la Société du Rorschach et des méthodes projectives de langue Française, n° 35, édition Hans Huber-Bernn,Paris, pp:45-66.
- 88- XARDELL-HADDAB Hamida (2009), Névrose, psychosomatique et fonctionnement limite, Approche clinique projective : Du destin des pulsions agressives, sous la direction de Claude de Tychey, these pour l'obtention de doctorat, mention : Psychologie clinique et pathologique, universite de NANCY II.