



جامعة محمد بوضياف - المسيلة  
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

Faculty of Humanities and Social Sciences  
Deputy Dean in charge of Post-Graduation,  
Scientific Research and External Relations

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

People's Democratic Republic of Algeria

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

Ministry of Higher Education and Scientific Research

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

University Mohamed Boudiaf of M'sila



جامعة محمد بوضياف - المسيلة  
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
نيابة العمادة المكلفة بما بعد التدرج  
والبحث العلمي والعلاقات الخارجية

المسيلة في: ٣٠ ماي ٢٠٢٣

الرقم: ١٦٦/ك ع إ/ج/ن ت ب ع ع خ/٢٠٢٣

## مستخرج من محضر اجتماع المجلس العلمي للكلية

لجلسة يوم : 25 أفريل 2023

بخصوص الموافقة على الكتب البيداغوجية

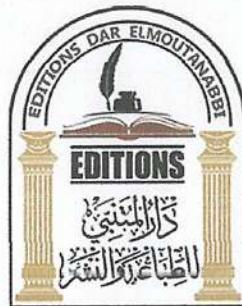
اجتمع المجلس العلمي للكلية في دورته العادية بتاريخ: 25 أفريل 2023 ووافق على الكتاب البيداغوجي بعد ورود تقارير الخبرة الإيجابية.

- للأستاذة: شحام عبد الحميد
- عنوان الكتاب: الاضطرابات النفسجسمية - السيكوسوماتية

سلمت هذه الشهادة للمعني (ة) بطلب منه (ا) لاستعمالها في حدود ما يسمح به القانون

رئيس المجلس العلمي





# دار المتبني للطباعة والنشر شَهْلَةُ الْنِّسْرَنْ

تشهد وتتشرف دار المتبني للطباعة والنشر بـ:  
نشر وطبعه كتاب

الموسوم بـ:

الاضطرابات النفسجسمية  
- السيكوسوماتية -

تأليف

د. عبد الحميد شحام

المسجل إداريا برقم الإيداع القانوني

(ISBN): 978\_9931\_257\_22

مدير دار النشر

دار المتبني للطباعة والنشر



بتاريخ: 27 ماي 2023



مقر دار النشر: حي تعاونية الشيخ المقراني  
طريق اشبيليا مقابل جامعة محمد بوغياف - المسيلة  
التوصال مع دار النشر: elmotanaby.dz@gmail.com  
الهاتف: 0773.30.52.82 / 0668.14.49.75  
فاكس: 035.35.31.03



د.عبد الحميد شحام



سنة النشر  
1444/2023

# الاضطرابات النفسجسمية -السيكوسوماتية-



الاضطرابات النفسجسمية -السيكوسوماتية-

د.عبد الحميد شحام

حول المؤلف:

ولد المؤلف عام 1973 بأولاد عدي لقبالة ولاية المسيلة أين زاول دراسته في مرحلة التعليم الأساسي، أما التعليم الثانوي فكان على مستوى بلدية برهوم بذات الولاية أين تحصل على شهادتي بكالوريا علوم الطبيعة والحياة دوري 1991 و 1992، استاذ علوم طبيعية، الليسانس توجيه وارشاد جامعة محمد بوضياف المسيلة، ماجستير علم النفس الرضي الاجتماعي من جامعة محمد خيرير ببسكرة، دكتوراه في علم النفس جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة.

حول الكتاب:

مضمون هذا الكتاب موجه بالأساس للمختصين في علم النفس وكل مهتم بالحصول على ثقافة نفسية، خاصة في مجال التقطاع بين مجال الطب العضوي والطب النفسي أين تبرز الوحدة النفسجسمية، حيث ينطلق من الترسيخ التاريخي للنفسيات العلمية للأضطرابات السيكوسوماتية، وتفسيرها، وتقسيمها، وفق نماذج مختلفة المقاربات النفسية، كما تطرق المؤلف إلى أهم هذه الأمراض وتصنيفاتها التشخيصية، وأدوات ذلك للوقوف على وضعية الفحص النفسي لها وطرق علاجها، لإحالة القارئ إلى مختلف المجالات ذات الصلة والمغذية لفهم السيميولوجيا والأميريقي للأضطرابات النفسية ذات الصورة الجسمية، فهو يضيف للمتعلم النفسي إمكانيات الاستثمار التطبيقي ضمن حقل الجسدنة.

ISBN: 978\_9931\_257\_22\_6



9 789931 257226

مقر دار النشر، حسي تعاونية الشيف المقراني  
طريق أشبيليا مقابل جامعة محمد بوضياف - المسيلة  
التواصل مع دار النشر: elmotanaby.dz@gmail.com  
الهاتف: 0773.30.52.82 / 0668.14.49.75  
fax: 035.35.31.03



Scan Our QR Code

# **الاضطرابات النفسية**

## **—السيكوسوماتية —**

د. عبد الحميد شحام

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## الأضطرابات النفسية

### – السُّبُكُوسُومَاتِيَّةَ –

المؤلف: د. عبد الحميد شحام

• تنسيق داخلي للكتاب: دار المتنبي للطباعة والنشر

• مقاس الكتاب: 17/25

• الناشر: دار المتنبي للطباعة والنشر

• الرقم الدولي الموحد للكتاب

ISBN : 978\_6\_22\_257\_9931

• الإيداع القانوني: أبريل / 2023 م

• الحقوق: جميع الحقوق محفوظة ©

• مقر الدار: جي تعاونية الشيخ القرани / طريق إشبيليا

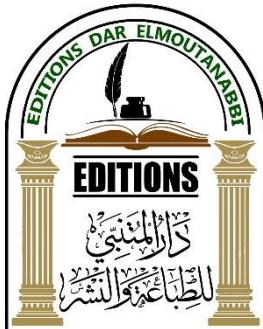
مقابل جامعة محمد بوضياف / المسيلة

• للتواصل مع الدار: [elmotanaby.dz@gmail.com](mailto:elmotanaby.dz@gmail.com)

• الموقع الإلكتروني: <http://motanaby.onlinewebshop.net>

• هاتف: 0668.14.49.75 / 0773.30.52.82

• فاكس: 035.35.31.03



د. عبد الحميد شحام

# الاضطرابات النفسية — السماتية —

2023



## فهرس المحتويات

9 .....	مقدمة
---------	-------

### الفصل الأول

#### العلاقة بين النفس والجسد

13 .....	تمهيد
13 .....	1-لحظة تاريخية عن تناول العلاقة بين النفس والجسد
23 .....	2-المقاربة البسيكوسوماتية
23 .....	3-أشكال المرض الجسدي

### الفصل الثاني

#### الاضطرابات النفسجسدية (السيكوسوماتية)

31 .....	1-تعريف الاضطرابات النفسجسدية
41 .....	2-بعض المفاهيم المرتبطة النفسجسدية
41 .....	3-الحالة السيكوسوماتية
41 .....	4-النفلة السيكوسوماتية

### الفصل الثالث

#### النظريات المفسرة للأمراض النفسجسدية

45 .....	تمهيد
45 .....	1-الاتجاه الفيزيولوجي PHYSIOLOGICAL THÉORIES
48 .....	2-الاتجاه السيكولوجي (PSYCHOLOGICAL THÉORIES)
56 .....	3-الاتجاه السلوي (BEHAVIOR THÉORIES)

61.....	الاتجاه المعرفي (COGNITIVE THÉORIES) 4
63.....	اتجاه العوامل المتعددة (MULTIFACTOR THÉORIES) 5
66.....	ملمح الشخصية السيكوسوماتية في ضوء هذه الاتجاهات النظرية 6

## الفصل الرابع

### الاضطرابات النفسجسدية عند الطفل والمرأة

75.....	تمهيد
76.....	1-الاضطرابات النفس جسمية للطفل
82.....	2-الاضطرابات النفس جسمية للمرأة
83.....	3-أهم العوامل المساعدة في حدوث الاضطرابات النفسجسدية

## الفصل الخامس

### شروط حدوث الاضطرابات النفسجسدية وخصائصها

91.....	تمهيد
91.....	1-شروط حدوث الأمراض النفسجسدية
93.....	2-خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية

## الفصل السادس

### تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية

97.....	تمهيد
98.....	1-تصنيف ألكسندر (ALEXANDER, 1950)
98.....	2-نظام التصنيف الدولي التاسع للأمراض
98.....	3-تصنيف المدرسة الباريسية لبيمارمارتي (PIERRE MARTY)
101.....	4-تصنيف فيصل محمد خير الزراد

## **الفصل السابع**

### **الضغوط وانتشار الاضطرابات النفسجسدية**

107 .....	تمهيد
107 .....	1- انتشار الاضطرابات النفسجسدية
109 .....	2- الضغوط والاضطرابات النفسجسدية
111 .....	3- آليات تأثير الضغوط الحياتية على الصحة الجسمية

## **الفصل الثامن**

### **بعض الأمراض النفسجسدية ومساهمة الضغوط فيها**

121 .....	تمهيد
122 .....	1- القرحة المعدية والمعوية
124 .....	2- أمراض القلب والأوعية الدموية
126 .....	3- الصداع
128 .....	4- أمراض الجهاز التنفسي
130 .....	5- روماتيزم المفاصل وألم الظهر
131 .....	6- مرض السكري
132 .....	7- الأمراض الجلدية
133 .....	8- الأورام السرطانية

## **الفصل التاسع**

### **تشخيص الاضطرابات النفسجسدية**

137 .....	تمهيد.....
137 .....	1- المحاكات التشخيصية.....
142 .....	2- المقاييس والاختبارات النفسية.....
144 .....	3- الاختبارات الإسقاطية.....
146 .....	4- التشخيص الفارقي للاضطرابات النفسجسدية .....

## **الفصل العاشر**

### **علاج الاضطرابات النفسجسدية**

153 .....	تمهيد.....
153 .....	1- أصناف المرضى.....
154 .....	2- العلاج بالأدوية(الطبي) .....
155 .....	3- العلاج النفسي .....
159 .....	خاتمة.....
161 .....	المراجع .....

شكلت العلاقة بين النفس المتبدلة الأحوال والجسد بما يعتري وظائفه من اختلال إحدى القضايا التي شغلت بالالمفكرين المتقدمين منهم والمتاخرين، من رجال الفلسفة حتى رجال الدين، وامتد الانشغال من العلوم الطبيعية إلى العلوم الإنسانية، ثم من الطب العضوي إلى الطب النفسي، حيث تعددت حول هذه العلاقة الآراء والاتجاهات بين من يعطي جانب على حساب الآخر، وبين من يؤكد تأثير أحدهما في الآخر، وبين من يقول بتكاملهما وتفاعلهما؛ غير أن البحوث والدراسات في العصر الحالي أزالت الكثير من اللبس والغموض، وحلت الكثير من الإشكالات التي أفرزها الجدل حول هذين المكونين لحقيقة الإنسان.

ويتفاعل الإنسان ضمن ومع متغيرات هذا العصر أصبح يطلق عليه عديد الموصفات كعصر التكنولوجيا والعلمة، والرقمنة والقرية الكونية، وعصر الهندسة الوراثية...، وهذا نظراً للتطور الحاصل في مختلف الميادين نتيجة الاستثمار المفرط في المجالات المادية والبشرية، بغية تحقيق هدف مشروع يتعلق بتحقيق الرفاهية والعيش الكريم، وتحقيق السيطرة الكاملة للإنسان — المادي — على الكون، في خضم طغيان توجهات برغماتية أدت إلى التنافس والصراع الحاد بين بني البشر؛ وما تخلل ذلك من أزمات أخلاقية انعكست في صورة مشكلات سياسية واجتماعية، واقتصادية، وأمنية، ومهنية، وصحية...، فصار علماء النفس يطلقون على هذا العصر عصر القلق، والاكتئاب، والتوتر؛ نتيجة ما يتعرض له الإنسان في حياته اليومية من مواقف ضاغطة على أعصابه سواء كانت مشاهدة، أو مسموعة أو حتى ملموسة والتي تسبب الضيق والتوتر وتعدد مصادر الصراع وتنوعه، ورغم ما يبذله الفرد من

جهود ليتكيف ويتوافق مع ذلك، لكن ارتفاع شدتها وتكرارها يؤدي إلى إنهاك هذه القدرات والطاقة التكيفية عند البعض ببعض خصائصهم الشخصية فيعكس ذلك على جوانبها السلوكية والنفسية فيزيولوجية.

وتشير العبارة الأخيرة (النفس - فيزيولوجية) إلى التلاحم العلائي بين النفس والجسد، حيث يتأثر هذا الأخير بأحوال الأولى في الصحة والاضطراب على غرار ما تلعبه الضغوط والمواقف الانفعالية من دور في إحداث العديد من الأمراض النفسية والعضوية. حيث تشير الإحصائيات الحديثة حسب باول وإنرايت (Powell & Enright, 1990) إلى أن (80%) من أمراض العصر مستهل بداعيتها هي الضغوط. ومن هنا تتجلى النظرة الحديثة لعلم النفس التي تنفي وجود صحة جسمية في معزل عن الصحة النفسية، ولا وجود لهذه الأخيرة في معزل عن الأولى، خاصة مع بروز مصطلح السيكوسوماتيك الذي لقي اهتماماً واسعاً من قبل الباحثين في مختلف التخصصات العلمية المهتمة بالصحة النفسية للأفراد. ومن خلال هذا الكتاب سنتطرق إلى هذه الاضطرابات، من حيث لمحه تاريخية موجزة عن جدلية العلاقة بين النفس والجسد، والمقاربة السيكوسوماتية تعريفها والنظريات المفسرة لها وأسبابها، وتصنيفها، والتطرق إلى التظاهرات السيكوسوماتية عند من الطفل والراهق، ثم طريقة تشخيص هذه الاضطرابات وطرق علاجها.

# **الفصل الأول**

## **العلاقة بين النفس والجسد**

تمهيد.

1-لحة تاريخية عن العلاقة بين النفس والجسد.

2-المقاربة البسيكوسوماتية.

3-أشكال المرض الجسدي.



العلاقة بين النفس والجسد من القضايا التي شغلت بالالمفكرين المتقدمين منهم والمتاخرين، من رجال الفلسفة حتى رجال الدين، وامتد الانشغال من العلوم الطبيعية إلى العلوم الإنسانية، ثم من الطب العضوي إلى الطب النفسي، حيث تعددت حولها الآراء والاتجاهات بين من يعلي جانب على حساب الآخر، وبين من يؤكد تأثير أحدهما في الآخر، وبين من يقول بتتكاملهما وتفاعلهما؛ غير أن البحوث والدراسات في العصر الحالي أزالت الكثير من اللبس والغموض، وحلت الكثير من الإشكالات التي أفرزها الجدل حول هذين المكونين لحقيقة الإنسان.

## ١- لمحة تاريخية عن تناول العلاقة بين النفس والجسد

كان يقال: "أن للإنسان جسد بالنظر لما يصدر عن هذا الجسد من أفعال محسوسة"، ثم عدلت المقوله إلى: "أن الإنسان هو الجسد لما يرتبط به من أحداث وتصرفات دون إدراك ترتيبها على مستوى العضوية"، وهذا ما أوجد حالة من اللاتوازن حول حقيقة وجود هذا الإنسان، ومهمما كان الأمر فإنه يستوجب التوازن وعدم التفرقة بينهما، وفي الحياة اليومية أحياناً نحن أجسادنا التي ثبتت من خلالها ذواتنا، وفي ذات الوقت هناك وضعيات مفاجئة ثبتت قدرة أجسادنا (الألم، المرض، القوة، تعلم حركات جديدة). (& Giancarlo, 2005, p9) ومن هنا بدأ التساؤل عن حقيقة هذا الإنسان هل هي النفس؟ أم هي الجسد؟ أو هي كلاهما؟ و يبدو أن الإجابة الوحيدة على هذه الأسئلة تعود إلى حقيقة خلق الإنسان، حيث خلقه الله بيده من طين ونفخ فيه الروح، قال تعالى: ﴿إِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي خَالِقٌ بَشَرًا مِّنْ طِينٍ﴾ (71) فَإِذَا سَوَّيْتُهُ وَنَفَخْتُ فِيهِ مِنْ رُوحِي فَقَعُوا لَهُ سَاجِدِينَ﴾ (72). سورة ص، الآيتين (71، 72).

ورغم حداثة مصطلح البسيكوسوماتيك، إلا أن أنسسه ترجع إلى الجدل الذي دار بين الفلاسفة حول علاقة النفس بالجسد وبين هؤلاء وعلماء الدين، ثم صارت هذه العلاقة بعد ذلك محل اهتمام الطب وعلم النفس، ففي الفلسفة القديمة كان الاعتقاد السائد بأن الروح هي الجوهر الأسمى، والجسد ما هو إلا المظهر الخارجي الذي تسكن فيه. (دويدار، 1994، ص 335) كما أن هذه العلاقة قديمة قدم الفكر الإنساني فترجع إلى غاية (4500) سنة ق.م أين وأشار إمبراطور الصين الأصغر (هوانج تي) إلى أن الإحباط يسبب لدى الناس أمراضًا عضوية وأوصى بالكشف عن رغبات الناس وأفكارهم ومتابعتها. (جبالي، 1989، ص 32) وذكر (A.A.Brill) أن هيبيوocrates (Hippocrate) 370-460 ق.م أن هيبocrates قد ذكر (A.A.Brill) أن هيبيوocrates (Hippocrate) 370-460 ق.م عالج بريديكاس ملك مقدونيا من مرضه الجسمي بتحليل أحلامه، وأكد سقراط (399-469) ق.م على أهمية معرفة الإنسان لنفسه. (أبو النيل، 1994، ص 19).

وأشار أرسطو (384-322) ق.م إلى أن النفس ما هي إلا الوظائف الحيوية في الجسم والتي تميزه عن الجمامد، فهي صورة الجسد وتتميز عن الصور الأخرى المرتبطة بالمادة، وهي صورة عاقلة تسمو على البدن لأنها تحيا حياة عقلية غير مرتبطة بالمادة وبالتالي لا تفني بفناء الجسد، كما وأشار إلى جانب مهم يرتبط بالسيكوسوماتيك الحديث وهو أن الانفعال النفسي يصاحب تغيراً جسرياً. (ربيع، 2004، ص 95) ويعد أفلاطون (348-428) ق.م واضع الأساس النظري لهذا الميدان بتأكيده خطأ من يحاول التفرقة بين شفاء النفس وشفاء الجسم. (الزداد، 2000، ص 10) وأن لأفكار الإنسان تأثيراً كبيراً على سلوكه غير أن وجود النفس مستقل عن الجسم، بحيث تحل به أثناء الحياة وتفارقه بعد موته. (راجح، 1973، ص 38) وفي القرن الثاني الميلادي جاءت نظرية (الروح الحيواني)

للطبيب والفيلسوف اليوناني جالينوس (129 - 200 م) المفسرة للمظاهر الحيوية في الجسم وعلاقتها ببعض الظواهر النفسية فالتأثير في أحدهما يؤدي إلى تغير الآخر، ووصف الروح الحيواني بأنها تلك الندرات الدموية الشديدة الحركة والحرارة والأكثر لطافة.(أبو النيل، 1994، ص 120).

وقد كان للعلماء العرب والمسلمين مساهمة هامة في إبراز العلاقة بين النفس والجسم، حيث بداية ذهب بعض المتكلمين من الفلاسفة المسلمين إلى أن الإنسان هو ذلك الجسد المحسوس بالمشاهدة واللامسة، إلا أن أبو علي بن سينا (980-987 م) عارض هذا الاعتقاد مؤكدا على أنه لا قيمة للجسد بدون روح.(الحلبي، 2000، ص 20) ومن خلال تجربة الحمل والذئب يعتبر أول من نقل وحدة النفس والجسم إلى الميدان التجريبي، ومن مؤسسي البسيكوسوماتيك.(النابلسي، 1988، ص 86-89) وتعتبر طريقة في العلاج النفسي للروماتيزم الذي أصاب جارية في بلاط الملك خير دليل على ذلك، على غرار ما قام به الطبيب المشهور أبو بكر الرازى في علاج نفس المرض لأمير بخارى الأمير منصور (أبو النيل، 1994، ص 121، 124)

وهكذا فإن الكثير من الأطباء العرب قد أكدوا علاقة النفس بالجسم، ومن بينهم أيضا الطبيب ابن عيسى المجوسي (990م) الذي أشار في كتابه (كامل الصناعة الطبية) إلى أن الأمراض النفسية مثل الغم والهم، والغضب والحسد تغير في مزاج الجسم وتؤدي إلى إيماكه واضطراب وظائفه، هذا فضلا عن بقية العلماء الذين استلهموا من الدين الإسلامي أفكارهم ونظرياتهم، حيث ذكر السبكي عن العلامة القشيري والألوسي، وابن سيرين، وابن سينا، والرازي

وغيرهم أثر القرآن في علاج الأمراض الروحية والجسمية.(الزراد، 2000، ص 11) وتكلم ابن رشد عن دور العامل النفسي في نشأة المرض؛ ومن هذا المنطلق جاء حثهم على طب شامل يضم المريض ومرضه ومحيطه وطبيبه، كما أكده كبير الأطباء أبو بكر الرازى، وهو ما يعد من أهم نتائج أبحاث الطب السيكوسوماتي الحديث. (ميموني، 2005، ص 111)

وفي سياق الاهتمام بعلاقة النفس والجسم خلال القرون الوسطى وما بعدها، فقد دعا الطبيب الجراح (هنرى موندفيل) إلى الاهتمام بالحالة النفسية لمرضاه قبل إجراء العملية الجراحية، ومع مطلع القرن السابع عشر أشار الفيلسوف الفرنسي رينيه ديكارت(1596-1650) إلى تمایز الجسم والنفس؛ فالنفس روح مفكرة والجسم امتداد لها والإحساس بالانفعالات ينبع عن تفاعلهما، وفي سنة (1722م) أشار المفكر الإنجليزي هينر (*Hener*) إلى أن الإحساسات، والانفعالات، والأفكار ما هي إلا حرّكات داخلية في الجسم الحي، وأشار الألماني فختر إلى تفاعل الجسم والعقل، وأن وجود العقل يقتضي وجود *Philippe* الجسم، ويضاف إلى ذلك إشارة الطبيب الفرنسي فيليب بينيل (*Pinel*) (1745-1826) إلى اكتشافه وجود طفح جلدي كان يظهر بسبب حالات انفعالية. (الزراد، 2000، ص 12).

وببدأ الأطباء يراجعون مواقفهم تجاه هذه العلاقة ابتداءً من القرن الثامن عشر فاستخدم مصطلح **السيكوسوماتيك** لتأكيدها، وكان ذلك على يد الطبيب النفسي هنروث (Heinroth, P. G) (1773-1843) كأول من استخدم هذا المصطلح عام (1818) في الدراسات الطبية الألمانية (Jacquy, 2010, p18). إلا أن الاستخدام الدقيق لهذا المصطلح كان في (1922) على يد دوتش. (النابليسي، 1988، ص 17) وفي عام (1930) دخل هذا المفهوم في الدراسات الطبية الإنجليزية عندما استخدمته الدكتورة هلين فلاندرز دنبار (Dunbar, H.F) من خلال كتابها حول (الانفعالات والتغيرات الجسدية)، وعندما ظهرت النظرية البكتيرية في منتصف القرن التاسع عشر حول الأطباء اهتمامهم نحو البكتيريا ودورها في إحداثها المرض وأهمل الاتجاه النفسي في تفسيره. (الزاراد، 1984، ص 122) فضلاً عن اتجاه المدرسة التجريبية في علم النفس التي أرجعت كل أشكال النشاط الحيوي من إحساس، إدراك، تفكير، تذكر، وانفعال، وأن كل ما يطلق عليه نفساً ما هي إلا انعكاساً للنشاط الجسمي، وأكد ذلك علماء الغدد الذين قالوا بأنها المتحكم في نشاطه وموطننا لغرائزه وميوله. (دويدار، 1994، ص 355) وبطبيعة الحال فقد تم دحض هذا القول نتيجة ما استجد من دراسات وبحوث حديثة في العلوم العصبية، وعلم النفس الفيزيولوجي، وعلم النفس المرضي، والتي أثبتت أن النشاط الجسمي ناتج عن عملية تفاعلية معقدة للجوانب النفسية والحيوية، وحتى الاجتماعية.

وُطّرحت إشكالية البسكوسوماتيك من جديد بعد ظهور التنويم المغناطيسي على يد فرانز مسمّر والتي لفتت النظر إلى إمكانية استخدام القدرات النفسيّة في علاج العديد من الأمراض العضويّة، حيث عن طريقها تم شفاء العديد من الأمراض الجلديّة والسمنة، فضلاً عما خلفته الحربين العالميتين الأولى والثانية من ضغوط وانعكاساتها على الصحة الجسديّة لمن عايشوها في شكل أمراض عضويّة متنوعة.

وفي مطلع القرن العشرين بدأ البحث عن التفسير النفسي للأمراض، حيث لاحظ طبيب الأمراض العقلية ولIAM جيمس (William James, 1984) أن الخبرة الشعورية تعقب الاستجابة البدنية التي هي بمثابة استجابة تلقائية لمثيرات بيئية، وببدأ علماء علم النفس التحليلي وفي مقدمتهم صاحب نظرية التحليل النفسي سيجموند فرويد الذي أرجع اضطرابات النفسيّة إلى صراعات داخلية لشعورية تحول إلى أعراض مرضية (الجاموس، 2004، ص 11)، كما قام المحلل النفسي النمساوي دوتش (Deutch, 1927) بإدراج مفهوم الأمراض السيكوسوماتية في مجال الطب النفسي، فضلاً عن جهود العلماء الأميركيين فقد قاموا بتحديد الأمراض السيكوسوماتية الناجمة عن الصراعات النفسيّة، وهنا نخص بالذكر فرانز ألكسندر (F. Alexander) الذي ميز بين الحالات الهمستيرية التي تصيب الأعضاء الإرادية، وبين الحالات السيكوسوماتية التي ترجع إلى عوامل نفسية وتؤدي إلى اضطرابات عضوية أحياناً مزمنة ولا إرادية.

وانطلاقاً من هذه المرحلة بدأت قواعد معالم البسكوسوماتيك تظهر وتتضح أكثر من خلال أعمال دوش وألكسندر التي فسروا من خلالها هذه الأضطرابات وأسبابها، وأيضاً مساهمة العالم الروسي إيفان بافلوف في تطور هذا المفهوم من خلال دراسة ردود الأفعال الجسمية ضد المثيرات الخارجية، وكذلك مساهمة بقية علماء الفسيولوجيا الذين قدموا تفسيراً فسيولوجياً للحالات النفسية، وصولاً إلى أعمال كل من كانون وهانس سيلي، لازاروس وغيرهم من الذين قاموا بإجراء الكثير من الدراسات على الإنسان والحيوان لمعرفة الأسس الفسيولوجية لهذه الأضطرابات وعواملها، وحالياً تطورت الدراسات حول علاجها كفعالية التنويم المغناطيسي والاسترخاء والتغذية الحيوية (الزداد، 2000، ص 13-16) ونشطت دراسة الأضطرابات السيكوسوماتية في الفترة التي أعقبت الحرب العالمية الأولى بهدف وضع معايير لتحديد الأشخاص المعرضين لأنواع هذه الأمراض، وهذا كانت الانطلاقة الأمريكية للسيكوسوماتيك على أيدي الكثير من روادها في هذا المجال على غرار سميث إيلي جيليف، هيلين دنبار وفرانز ألكسندر (Jacquy, 2010, pp 65-71).

وفي بداية الثمانينيات تحقق دفع قوي للنموذج التفاعلي التكاملي لجوانب الإنسان بظهور علم النفس العصبي المناعي، إذ تؤكد نتائج أبحاثه بأن جهاز المناعة عند الإنسان يتأثر بشكل كبير بحاليته النفسية، ومن هذا المنطلق وضع "أدлер" ثلاث مقومات أساسية لفهم المرض وأآلية العلاج، مرتكزاً على العقل، الجسد، والروح التي تكون كلاًًا متفاعلاً متكاماً منتهجاً المنهج التفاعلي الشمولي في التكفل بالمريض، مما يعني خطأ انتهاج المنهج الاختزالي في التعامل مع المرض مهما كانت طبيعته؛ إذ أصبح لزاماً الأخذ بعين الاعتبار كل أبعاد التركيبة

الإنسانية (جسديا، نفسيا، اجتماعيا)، وهذا ما أطلق عليه "جورج اينغل" بالنموذج الاجتماعي، النفسي، البيولوجي الذي يتجاوز الاختزالية، المذهب الذي يفصل ما هو نفسي عما هو جسمى، غير أن الإشكال بقى قائما في هذا النموذج الذي يدعى الشمولية ويتجاوز الاختزالية، وإن كان هو أفضل وأنجع من النموذج الطبي الكلاسيكي البيولوجي، ذلك أنه لم يأخذ بعين الاعتبار بعدها ماما جدا في التركيبة البشرية، إلا وهو البعد الروحي الذي لا يملأ فجوطه إلا الدين، حيث أن هذا البُعد مرتبط كل الارتباط بالبعد النفسي، ومن ثم بالبعد البيولوجي المتعلق بالجسد وأجهزته وكذلك بالبعد الاجتماعي.

وفي هذا السياق يشير علماء النفس المعاصرون وعلى رأسهم العالم النفسي "ديدي أنزيو" إلى أن الشخصية الإنسانية مشكلة من مجموعة من الأغلفة تغلف بعضها البعض وكأنها تشبه في ذلك طبقات الأرض، بحيث أن أول غلاف يتشكل للإنسان هو الغلاف الجسدي والذي يتمثل حده الخارجي في الجلد، حيث يتعلق بكل التجارب الجسدية التي يعيشها الفرد منذ لحظة الميلاد الأولى في بيئته، ومع أفراد الأسرة وبالخصوص الأبوين، ثم يتشكل على إثر ذلك الغلاف النفسي والذي يتمثل حده الخارجي في الوعي أو ما يسمى بلغة التحليل النفسي "الأننا"، ثم أضاف العالم النفسي "ريني كاياس" أنه يتشكل إثر ذلك الغلاف الجماعي أو الاجتماعي أو ما أطلق عليه بالأنا الجمعي المتعلق بالنسيج العلائقى الخاص بالفرد، ويؤكد هؤلاء العلماء أن أي خلل يصيب الغلاف الأول إلا ويترب عليه آثار وخيمة على الأغلفة الأخرى بالضرورة، وهذا ما أصبح يسمى بعلم النفس المرضي للأغلفة.

(حامق محمد، 17/11/2013). (<http://www.echoroukonline.com/ara/articles/185199.html>)

وهو ما يبرز النظرة التكاملية للإنسان كوحدة متكاملة بين النفس والجسد، وأن العلاقة بينهما علاقة تأثير متبادل ولا يمكن التكلم عن صحة الجسم في معزل عن صحة النفس كما لا يمكننا التكلم عن صحة النفس في معزل عن صحة الجسم. (مرسي، 2000، ص 155)

## خلاصة

من خلال التناول الموجز لبعض ما تم كتابته حول التطور التاريخي للعلاقة بين النفس والجسد وللصطلح البسكوسوماتيك يمكننا استنتاج ما يلي:

- التكلم عن البسكوسوماتيك يتضمن التكلم عن النفس والجسد من حيث انفصالهما أو تكاملاهما، أو كعنصرين مختلفين لنفس المكون، ورغم بساطة المصطلجين ظاهريا إلا أن التعمق في بحثهما يوقعنا في جملة من التناقضات، وهذا يرجع إلى الجدل الفلسفي حولهما وذلك لأن أصل تناول الموضوع يرجع للطب الفلسفي.
- انتقلت دراسة هذا الموضوع إلى البيولوجيا والطب ثم أصبحت في العقود الأخيرة موضوعاً مهماً في العلوم الإنسانية خاصة علم النفس.
- بقاء المرض العضوي لمدة طويلة، وعدم استجابته للعلاج الطبي لوحده مع استجابته للعلاج النفسي بالتزامن تؤكد حقيقة هذا الميدان.
- نتائج الدراسات والبحوث الحديثة في العلوم العصبية، وعلم النفس الفيزيولوجي، وعلم النفس المرضي، أثبتت النظرة التكاملية للإنسان كوحدة متكاملة بين النفس والجسد.
- الحالة الصحية تقتضي التكامل بين الصحة النفسية والجسمية.

- تنقسم وجهات النظر في تفسير هذه العلاقة القائمة بين النفس والجسم إلى ثلاثة اتجاهات رئيسية:

- النظرية الأحادية: والتي تقوم على أساس وجود مادة واحدة ومبدأ واحد لا رجعة فيه، وهو أن حقيقة الإنسان هي شيء واحد. وقد انقسمت هذه النظرية إلى ثلاثة تيارات:

• التيار المثالى: الذي يعلى من شأن الروح وأنها الحقيقة الوحيدة للإنسان، وهذا ما قال به بركيلي(Berkely) وهيجل(Hegel).

• التيار المادى: ويمثله هوتز(Hobbes) والدارويني هيكل(Haeckel) وعنه الحقيقة الوحيدة للإنسان هي الجسد كمادة.

• التيار المحايد: الذي رفض الاختيار بين كون الإنسان روحًا أو جسداً، رغم قوله بالوحدة، حيث أكد جروdeck(Groddeck) على وحدة المروء.

- النظرية الثنائية: التي تقول بوجود مادتين أو مبدأين عند الإنسان متمايزتين هما النفس والجسم تمثلاً للظواهر السيكوسوماتية، وهذا ما قال به رينيه ديكارت الذي أكد تبادلهما التأثير.

- النظرية اللا اختزالية: التي تقول أنه لا يمكن حصر حقيقة الإنسان في جانب واحد فقط إما نفس أو جسد؛ بل هنالك علاقة وظيفية مستمرة بينهما. وهذا ما ذهب إليه كل من ألكسندر ودنبار. (Jacquy, 2005, p-p36-39)

## **2-المقاربة البيكوسوماتية**

### **3-أشكال المرض الجسدي**

لا يقتصر تداول مصطلح البيكوسوماتيك أو النفسي على مجال الصحة العقلية والنفسية فحسب كموضوع من موضوعاتها، بل إن معناه متداول بشكل كبير يومياً من طرف الأشخاص العاديين كتعبير عن معاناتهم الجسمية في علاقتها بما يلاقونه من شدائد وتوترات وصراعات... في حياتهم اليومية، وأيضاً لارتباط هذه الاضطرابات بالجانب الجسدي وأشكال الأمراض المتعلقة بالعامل النفسي التي تمس أجهزة متنوعة من الجسم؛ مما يستدعي أهمية التطرق لأشكال المرض الجسدي بهدف تحديد موقع الاضطرابات السيكوسوماتية في شبكة الحقل المفاهيمي ذي العلاقة، ومن ثم الوقوف على مختلف التعريف لها، المرض الجسدي المرتبط بالعوامل النفسية سواء كانت أعراضًا أو أسبابًا يتخد ثلاثة أشكال رئيسية :

### **3-المرض الجسدي الأصل ذو الأعراض النفسية**

وهنا يكون المرض الجسدي واقعاً وتصاحبه أو تبعه أعراض نفسية وقد يؤدي بالمريض الجسدي إلى أن يفقد توازنه النفسي، وتحتختلف الآثار النفسية للمرض تبعاً لمدته وشدة الإصابة، فقد يسبب اليأس والشعور بالعجز وعدم الراحة والاعتماد على الآخرين ... كما قد تنتقل الآثار إلى أسرة المريض ومحطيه، حيث بينت العديد من الدراسات هذه الآثار مثلما وضحته نتائج دراسة أجريت على طلبة الجامعات الأمريكية للمقارنة بين الأصحاء والضعاف

من الناحية الجسمية، والتي أظهرت أن الكثير من طلبة الفئة الأولى وهم الأصحاء جسمياً متفائلون وراضيون عن أنفسهم وعن الناس وعن الحياة الجامعية، ولديهم القدرة على تحمل الضغوط وذوي مزاج معتدل ومقبولين على الحياة، ولديهم رغبة في بذل المزيد من الجهد وعلاقتهم بالأساتذة والزملاء طيبة، أما الطلبة ذوي العلل الجسمية والضعف صحيًا فقد كان الكثير منهم متشارمين ولديهم انحرافات مزاجية ولا يثقون في أنفسهم، وساخطين على الحياة الجامعية ولديهم مشكلات في علاقتهم مع الأساتذة والزملاء وتحصيلهم الدراسي ضعيف. (مرسي، 2000، ص 158)

ومنه فإن الاضطرابات الجسدية تؤثر على الحالة النفسية والمزاجية للفرد، وقد تكون سبباً في اعتلال الصحة النفسية للمصاب بالسرطان الذي يعاني من الهم والحزن والقلق نتيجة إدراكه لخطورة حالته.

### 3-2-المرض الجسدي الشكل النفسي المنشأ

وهي الاضطرابات النفسية التي تبرز فيها الأعراض الجسمية التي لا يوجد لها تفسير عضوي أو تغير فيزيولوجي يبررها، لكنها ترتبط بحالة نفسية معينة. (الخليل، 2001، ص 136) ومن أشكالها نجد:

### **3-2-1-اضطرابات الجسدنة *Somatisation***

اضطراب الجسدنة كان يسمى بمتلازمة بريكيه *Syndromes de briquet's* وهو اضطراب مزمن من الشكاوى الجسدية المزمنة غير مفسرة طبياً، والأعراض فيه تتركز في جهاز أو أكثر من أجهزة الجسم، وهذا بسبب عوامل نفسية يعاني منها الفرد وأعراضه الأكثر شيوعاً تشمل:

- مجموعة الأعراض الهضمية: عسر البلع، التجشؤ، الغثيان، القيء، تقلص المعدة وألم الأمعاء.
- مجموعة الأعراض الجلدية: الحكة، التنميل والخدر، البقع الجلدية، ألم وحرقة في الجلد غير مرافق لأمراض جلدية.
- مجموعة الأعراض التنفسية.
- مجموعة الأعراض الجنسية.
- مجموعة الأعراض النسائية: الآم الحيض ذات المنشأ النفسي. (الفضل،  
2006، ص 57)

## 3-2-اضطرابات توهם المرض *Hypochondria*

فالشخص المصاب بهذا الاضطراب يعتقد أنه مصاب بمرض ما في جسمه رغم غياب أي دليل طبي على ذلك، بمعنى غياب الأساس العضوي له، فالمرض لا يوجد إلا في مخيلة هذا الشخص. (الزراد، 1984، ص 151). وتتجلى أعراض هذا الاضطراب في شكل عطاس، وتنفس، أو سعال، ضحك، بكاء متواصل، أو عرات كحركات الغمز والتشنج الذي يصيب مجموعة عضلية صغيرة في الوجه، ويفسر الشخص هذه الأعراض بوجود أمراض مستعصية ولا يقتنع خلاف ذلك. (الوقفي، 2003، ص 626) وحسب الجمعية الأمريكية للطب النفسي فإن الصورة الأساسية لتوهم المرض تتجلى فيما يلي:

- يتركز انشغال الفرد ومخاوفه حول إصابته بمرض حقيقي في سياق تفسيره لعرض جسدي معين.
- استمرار الانشغال السابق رغم التقارير الطبية المطمئنة.
- الانشغال المستمر يسبب له حزناً أو ضعفاً مهنياً واجتماعياً، أو اضطرابات أخرى في مجالات أخرى.
- مدة الاضطراب تصل إلى 6 أشهر على الأقل. (صالح، <http://www.ahwar.org>)

والفرق بين توهם المرض واضطراب الجسدنة يتمثل في كون الأول يقوم فيه متوهם المرض بالفحوصات الطبية المتكررة رغم عدم وجود أعراض جسمية، مع خوفه من استعمال الأدوية، وزياراته المتعددة للأطباء تخفف من معاناته؛ بينما في اضطراب الجسدنة توجد أعراض جسمية متكررة، ومتعددة

ومتغيرة تكون محل تركيز تفكير الفرد الذي يسعى جاهدا لعلاجه والتخلص منها  
بتناول الأدوية الكثيرة. (الفضل، 2006، ص 58)

### 3-3-الاضطرابات التحولية

وتعد الهستيريا التحولية الصورة التقليدية للاضطراب الجسدي الشكل النفسي الأصل، حيث يتحول فيه القلق، والتوتر، والصراع لا شعوريا إلى عرض عضوي له معنى رمزي، وبالتالي ينفصل السبب عن العرض. (الزاد، 1984، ص 98)

### 3-4-الألم الجسدي النفسي المنشأ

يتميز هذا الاضطراب بالانشغال بالألم في غياب مشاهدات جسدية تحدد وجود عامل عضوي مسؤول عن الألم وعن شدته، حيث الفحص الدقيق لا يظهر أي دليل على وجود مرض عضوي معروف، ولا تفسره أية آلية باژوفiziولوجیة مثل صراع التوتر الناتج عن تقلص عضلي، والانشغال بهذا الألم يستمر لمدة ستة أشهر على الأقل. (الخليل، 2001، ص 146) ويتخاذ هذا الألم شكلين رئيسيين هما الألم الجسدي النفسي المنشأ المرافق للشدائد، والذي يتزامن حدوثه مع صراع عاطفي أو مشكلات نفسية واجتماعية شديدة يمكن اعتبارها كعامل مسبب لهذا الألم، وهنالك شكل للألم الجسدي النفسي المنشأ غير مرافق للشدائد الذي لا ترافقه مباشرة عوامل نفسية مفسرة له، كما لا يشمل الألم النفسي الذي يظهر خلال المسار الفصامي أو الاكتئابي. (الفضل، 2006، ص 61)



## **(الفصل الثاني)**

### **الاضطرابات النفسجسدية**

#### **(السيكوسوماتية)**

**1-تعريف الاضطرابات النفسجسدية.**

**2-بعض المفاهيم المرتبطة النفسجسدية.**

**3-الحالة السيكوسوماتية.**

**4-النقلة السيكوسوماتية.**



# 1-تعريف الاضطرابات النفسجسدية

أصبح معلوماً لدينا أن النفس والجسم يتبادلان التأثير والتأثير، فكل الآراء سواء تلك المبنية عن جدلية العلاقة بينهما، أو تلك المتمحضة عن نتائج الكثير من الدراسات التي أجريت حول الموضوع، أجمعت على أن للنفس أثراً في إحداث تغيرات جسمية مرضية، وأن تأثير النفس في الجسم أكثر شدة وضوحاً وخطورة من تأثيره هو فيها، ومن هنا جاء الاهتمام بالعوامل النفسية وتأثيراتها على الجوانب العضوية، ومنه أصبحنا أمام مصطلح السيكوسوماتي أو النفسيجي، وتبادر إلى الذهن تساؤل عما يتضمنه الحقل المفاهيمي لهذا المصطلح.

## 1-1-التعريف اللغوي والاشتقاق

فكلمة سيكوسوماتي مكونة من شقين:

- (*Psycho*): مصطلح يونياني ترجم سريعاً على أنه النفس أو الروح أو العقل (في اليونانية القديمة).
- (*Soma*): أيضاً مصطلح يونياني بمعنى البدن أو الجسم. (غالي، علام، 1977، ص 446)، كما نجد أيضاً مصطلح (*Sàgma*) في اللغة اليونانية الذي يعني وزن أو حمل كناية عن معنى الجسم كشيء محسوس، والذي يمكن تقاديره وتحديد أبعاده. (*Giancarlo, Franco, 2005, p09*)

وكان المصطلح قد يشير إلى صراع الكائن الحي الدائم ضد العوامل التي تعرضه للمرض أو الموت سواء كانت مادية أو معنوية، وفي اللغة العربية يطلق على عبارة سيكوسوماتي عبارة (نفس، جسي) أو (نفس، جسدي)، وقد تختصر إلى (نفسجسي)؛ ومما تجدر الإشارة إليه أن بعض الباحثين والأطباء قد ميزوا بين الحالات المرضية التي تبدأ بعوامل جسمية أو عضوية مؤدية إلى اضطرابات نفسية، وبدورها تسبب اضطرابات عضوية ووظيفية فيطلق عليها (سوماتي، نفسي) (*Somatopsychique*)، وبين الحالات المرضية التي تبدأ بالعوامل النفسية وتحدث اضطرابات عضوية. (الزداد، 2000، ص 20)

## 2-1- التعريف الاصطلاحي

وردت في معجم علم النفس بمعنى الاضطرابات الجسدية الناجمة عن المصاعب الانفعالية أو تهتاج بسبها. (عاقل، 1989، ص 92) وتعني في القاموس الطبي الصغير الاضطرابات العضوية ذات المصدر النفسي (*levallois, 2003, p760*) وألأنها: وعرفت الاضطرابات السيكوسوماتية في الموسوعة البريطانية (1966) بأنها: الاستجابات الجسمية للضغط الانفعالية والتي تأخذ شكل اضطراب جسمى، ويلتقي تعريف المؤتمر الطبي (1941) مع تعريف قاموس علم النفس لهذا المفهوم بأنها العلاقة بين الظاهرة النفسية السوية أو اللاسوية والظروف الجسمية أو البدنية، وتضيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1968) بأنها: مجموعة الاضطرابات العضوية التي تتميز بأعراض ترجع أسبابها إلى عوامل نفسية انفعالية تقع تحت إشراف الجهاز العصبي اللإرادي. (زهان، 1997، ص 468)

ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية

(*Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders*)

مصطلاح السيكوسوماتية على النحو التالي:

- (DSM-I) الصادر عام 1952: سميت بالاضطرابات السيكوسوماتية (*Psychosomatic*) وتشمل تسع فئات لها تبعاً للجهاز المصاب إذا لم يتم تحديد سبب طبي للإصابة.

- (DSM-II) عام 1968: سميت بالاضطرابات النفس-فسيولوجية (*Psycho physiological*)

للابتعاد عن وجهة النظر القديمة التي تفرق بين الجسم والنفس، وأيضاً الابتعاد عن مجال التحليل النفسي. (الزاراد، 2000، ص 22)

- في (DSM-III) سنة 1987: وردت تحت عنوان العوامل النفسية المؤثرة على الحالة الطبية، أي المثيرات البيئية التي تؤثر وقتياً على الشروط العضوية وتؤدي إلى ظهور أعراض عضوية مرضية. (السيد، 1999، ص 263)

- في (DSM-IV) الصادر عام 1994: وردت تحت عنوان اضطرابات ذات الصورة الجسمية التي تتصرف بوجود أعراض نفسية مصحوبة بأعراض طبية. (*DSM-IV , 1994 , PP 675-676*)

ورغم التعدد والاختلاف في تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً للمدارس والاتجاهات العلمية، وكذلك تناول المفهوم من طرف مجموعة من التخصصات، إلا أن ذلك لم يؤثر على المفهوم العام لها. ويمكن الاقتصار على ذكر التعريف التالية:

تعريف كل من دونالد ليرد واليانورليرد (*Laird, D, 1985*) اللذان عرفاً الاضطراب السيكوسوماتي بأنه الجزء الذي يؤثر فيه العقل (النفس) في الوظائف الجسمية، فالغضب والانفعال يجعلان المعدة تهيج مما يسبب ظهور القرحة. والنفس تؤثر في الجسد أكثر مما يؤثر هو فيها. (الزراد، 2000، ص20) وهو تقريباً تعريف فلوييد ريس: بأن هذه الاضطرابات تنتج عن التوترات الانفعالية المحظورة المؤدية إلى تغيرات فسيولوجية تزول بزوال الموقف، غير أن استمرار هذا الأخير يسبب تطراً في النشاط الفسيولوجي، والذي إذا استمر لفترة طويلة قد يحدث تلفاً في الأنسجة (قرحة المعدة مثلاً).

ويذهب دانييل لاجاش: إلى أنها كل الحيل الانفعالية والحيل الفسيولوجية المتضمنة في العمليات المرضية للفرد، وذلك بتركز الاهتمام على تأثير كل من العاملين (الانفعالي والبدني) في الآخر وعلى الفرد باعتباره كلا، وفي نفس السياق يذهب ستا فوردكلارك في توضيحه لهذا المفهوم بقوله: «إن اختلاف الأمراض في الجسم ليس حقيقة كما يبدو فكلا من مرض الذبحة الخانقة والصداع النصفي على سبيل المثال يعتمدان في ظهورهما على تغيرات في تدفق الدم في الشرايين لإمداد القلب وأجزاء معينة من المخ، وزيادة على ذلك فإن هذه الشكاوى تظهر بمساعدة الجهاز العصبي اللاإرادي، لكن العامل الذي تشتراك فيه هو الجزء الأكبر الذي يلعبه الضغط الانفعالي باستمرار».

ويركز كل من أندرسون وتريثون (*Anderrsson & Trothown*) على خاصية أساسية لهذه الاضطرابات وهي أن الاضطراب الانفعالي غالباً ما يكون عالماً مهيناً رغم صعوبة التمييز بين السبب والنتيجة، فمثلاً هنالك عدد من مرضى روماتيزم المفاصل يصابون بحالة اكتئاب باستمرار قبل حدوث المرض، ولا يستطيع أحد أن يفترض جازماً بأن الاكتئاب كان سبباً في ظهور الحالة الجسمية، فقد يحتمل أن يكون الاكتئاب هو رد فعل لنفس العملية التي تظهر الأوجه الأخرى للمرض. (أبو النيل، 1994، ص. 151-158) وهو تقريباً ما ذهب إليه عبد المنعم الميلادي على أنها اضطرابات عضوية تتدخل العوامل النفسية فيها كسبب لها أو على الأقل تزيد من شدتها. (الميلادي، 2004، ص 44)

وبحسب حسن عبد المعطي: مجموعة من الاضطرابات أو الأعراض الجسمية التي تحدثها العوامل الانفعالية، وتتضمن أحد الأجهزة التي يتحكم فيها الجهاز العصبي المستقل، وبذلك تكون التغيرات الفسيولوجية المتضمنة هي تلك التي تكون في العادة مصحوبة بمجالات انفعالية معينة، وتكون هذه التغيرات أكثر إصراراً وحدة، ويطول بقاوها ويمكن أن يكون الفرد غير واع شعورياً بهذه الحالة الانفعالية. (عبد المعطي، 1992، ص 261) وهو ما يؤكده أحمد عكاشه على أنها اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالي دوراً هاماً وقوياً، من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي. (عكاشه، 1985، ص 355) ما يتواافق مع تعريف عبير الصبان التي ترى أنها حالات تكون فيها التغيرات التكوينية في الجسم راجعة بصفة رئيسية إلى اضطرابات انفعالية، وهي الآثار النهائية لتفاعل الذي لا انفصال فيه بين الشخصية والصراع الانفعالي من جهة والجهاز العصبي المستقل من جهة ثانية. (الصبان، 2003، ص 20)

والمتمعن في هذه التعريف يلاحظ تركيزها على الانفعال في علاقته بالبدن، فتعريف ليرد وليرد، ورئيس يركز على أهمية الانفعالات المستمرة فقط، بينما يشير كل من لاجاش، كلارك، عبد المعطي، وعكاشة، والصبان إلى تفاعل هذا العامل مع الجانب البدني، والذي نتيجته تغير وطرف في النشاط الفيزيولوجي، يؤدي إلى الاضطراب السيكوسوماتي، في حين يعتبر كل من أندرسون وتريلتون، والميلادي أن الانفعال الشديد المستمر عامل مهم فقط، وما يؤخذ على هذه التعريف هو التعميم بحيث لم تراع العوامل الوسيطية بين العاملين الانفعالي والبدني، كما لم تحدد شروط التلازم بينهما وأليته.

وقد تدارك برنارد ريس (*Bernard. r. f*) بعض نقائص التعريفات السابقة بتركيزه على مصدر الانفعالات وألية تأثيرها، فيشير إلى دور البيئة في تعريفه لها بأنها: «الاضطرابات التي تحدث في وظائف جسم الكائن الحي بسبب عوامل بيئية تسبب القلق والصراع والتوترات» ، ويشير إلى وجود (آليات فيزيوعصبية كيميائية ) تترجم الشدة الخارجية إلى عرض عضوي ولابد من الاهتمام بما أسماه بالحلقة المفقودة بين المكونات الجسمية والنفسية للمرض السيكوسوماتي. (زهران، 1997، ص468) غير أنه أغفل أيضا العوامل الوسيطية.

إذا كانت التعريفات السابقة لم تحدد طبيعة الانفعالات التي تؤدي إلى هذه الاضطرابات، فهنالك اتجاه يحدد طبيعتها ويحصرها خاصة في الضغوط، مثل تعريف عبد المنعم الحفني(1994) لها بأنها نتيجة احتلال شديد أو مزمن في توازن حيوي(الميموستازي) ضعيف نتيجة ضغط سيكولوجي، ويشمل أي

جزء من الجهاز العضوي ويحتاج إلى علاج طبي نفسي.(الحفني، 1994، ص686) وهذا يتفق مع تعريف كل من (فابيان.ل.وروك ود كوستيلو) بأنها مجموعة الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه وتكون من الحدة والإصرار، بحيث تقاوم أشكال العلاج الطبي المعروفة التي تعجز عن مقاومتها أو التخفيف من حدتها، فهي نتيجة اختلال شديد أو مزمن في التوازن الهرموني-مستازي في الجسم نتيجة الضغوط النفسية. (ياسين، 1988، ص31)

ويؤكد ذلك كمال عبد المحسن البنا(1988) على تراكم الضغوط في تعريفه لها كاضطرابات تصيب أحد أجهزة الجسم نتيجة لضغط نفسية متراكمة تركت تلفاً وأثaraً فيزيولوجية كخلل في أعضاء الجسم يمكن للطبيب كشفة بوسائله التشخيصية، والعلاج النفسي عنصر هام في شفائها، وتمس هذه الاضطرابات التي يسيطر عليها الجهاز العصبي المستقل، كالجهاز الهرمي، وجهاز الدوران، والجهاز التنفسي، والجلد،... (البنا، 1988، ص45) وهو نفس ما ذهب إليه سامي عبد القوي(1995) فهي تشير إلى الأعراض الجسمية الناتجة عن استمرار تعرض الفرد لضغط اجتماعي متزايد ؛ مما يؤدي إلى اضطراب وظيفة العضو المصاب وكذلك تكوينه التشريحي.(عبد القوي 1995، ص354)

ويذهب بعض أصحاب الاتجاه التحليلي إلى أنها تعبير خاص عن أسلوب الحياة لدى الفرد والطرق المستخدمة من طرفه في مواجهة القلق والصراعات الغريزية المكتوبة حسب ما ذهب إليه (أتوفينجل، 1969). (الزراد، 2000، ص21) أما بيير مارتي (P.Marty) فيعرفها في ظل معادلة التوازن بين غريزتي

الحياة والموت والتي تتجلى في التوازن النفسي-جسми، حيث أن هيمنة غريزة الموت تؤدي إلى اختلال التوازن واعتلال الصحة الجسدية، وهيمنة غريزة الحياة يتبعها التوازن والصحة.(النابليسي، 1988، ص 55)

و ضمن نفس السياق توجد تعريفات تعتبرها عملية تحويل للصراعات اللاشعورية حيث يرى سامي علي أن كافة النظريات النفسية جسمانية المستوحاة من الاتجاه التحليلي تفترض ببساطة وجود تطورات داخلية يفترض فيها أنها تبرر سبب ظهور المرض العضوي الذي يعتبر ترجمة لصراع نفسي من خلال الجسم؛ بمعنى أن هذا المرض هو تعبير إيجابي أو سلبي على الحالة النفسية نضفي عليها الموضوعية. (سامي، 2004، ص 10) فهنا يسود الاعتقاد بأن كل اضطراب عضوي ذو أصل نفسي يعتبر تحويل.

و حسب هذا التوجه فإن الصراعات النفسية تظهر في شكل اضطرابات عضوية (*Dysfonction*) لأي عضو من أعضاء الجسم كأعراض تحويلية تتخذ عدة أشكال، كالزيادة في ضربات القلب أو اضطرابات عصبية للمعدة أو حالات الإمساك، ويمكن أن تظهر على شكل شلل وظيفي أو فقدان الصوت، وفي نفس السياق يشير بول مارتن(2000) إلى أن أحدث تعريف أنها أي مرض تكون فيه الأعراض الجسمية ناجمة عن تأثير العقل اللاشعوري، حيث يظن بأنها أعراض مرض عضوي، لذلك يلتمس لها المصاب في هذه الحالة علاجا طبيا عضويا.

(مارتن، 2000، ص 41)

وكما سبق ذكره فإن التعريفات السابقة ترتبط باتجاهات ومدارس مختلفة، إلا أنها جمیعاً تتفق على الدور الفعال للعوامل النفسية في حدوث الأضطرابات العضوية، إذ أن التطور الطبي لأدوات التشخيص وأجهزة الكشف بين أن الأحداث النفسية الصعبية تحدث أضطراباً عصبياً وخلال هرمونيا من شأنه أن يؤدي إلى تغير وظيفي في عضو معين، ولا تتم هذه التغيرات بشكل بسيط وتختلف من فرد لآخر وهذا ما تداركته تعريفات أخرى منها:

تعريف (سوين، 1988) الضغوط والأحداث تحدث خلاً عصبياً كهربيائياً وخلال هرمونياً من شأنه أن يؤدي إلى تغير وظيفي في العضو وهذه التغيرات لا تتم بشكل بسيط كما أنها تختلف من فرد لآخر.(سوين، 1988، ص 408) أما السيد أبو النيل فيؤكد على ألقتها من طرف الأطباء بتعريفه لها على أنها اضطرابات جسمية مألوفة للأطباء والتي يحدث فيها تلف في جزء من أجزاء الجسم، أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه بسبب اضطرابات انفعالية مزمنة ناتجة عن اضطراب حياة المريض، والتي لا يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفائها شفاء تماماً لاستمرار الأضطراب الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي.(أبو النيل، 1994، ص 160)

وبحسب سعد جلال (1980) فإن هذا المصطلح تم تداوله بمعنيين أحدهما ينظر للإنسان ككل على أساس أنه نظام ديناميكي معقد، وفي حالة عدم اتزان ويستجيب للتغيرات في بيئته للتغيرات في نطاق نفسه، وإذا اعتبرى الخلل أيًا من وظائفه اعترى الوظائف الأخرى، أما الثاني فيركز على المظاهر الخاصة للوظيفة النفس بiological والتي تؤدي فيها الأحداث الخارجية، أو الداخلية إلى استشارة عمليات استجابة للمخ تبعث على نشاط جهاز الغدد الصماء وبذلك تتغير وظيفة العضو المستهدف والنظم الحركية فتحدث اضطرابات حشوية، وهي التي يطلق عليها اضطرابات السيكوسوماتية.

## خلاصة

من التعريفات السابقة يمكن استخلاص النقاط التالية:

- الاضطرابات السيكوسوماتية ترتبط بعوامل نفسية وانفعالية والضغوط الحياتية ذات المصادر الداخلية والخارجية.
- تحدث بسبب اختلال شديد أو مزمن في التوازن الحيوي (الميموستازى) بفعل الضغوط.
- تمس أجهزة الجسم المختلفة التي يسيطر عليها الجهاز العصبي الذاتي مثل الجهاز الدورى، والتنفسى، والمضى، والبولي، والغددى والتناسلى...
- علاجها يتطلب المزاوجة بين العلاجين资料 and النفسي.
- الإصابة العضوية لا تفيد في خفض التوتر وهذا ما يميزها عن الاضطرابات المستيرية.

انطلاقاً من التعريف السابقة يمكن تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها: اضطرابات عضوية معروفة طبياً، يحدث فيها اختلال وظيفي أو تلف في بنية عضو من الأعضاء الخاضعة لسيطرة الجهاز العصبي اللإرادى، نتيجة عوامل نفسية كالانفعالات القوية أو المستمرة والمتراكمة الناجمة عن الضغوط الحياتية التي يواجهها الفرد في حياته اليومية، ولا يمكن علاجها طبياً فقط دون علاج أسبابها الانفعالية بالعلاج النفسي.

## **2-بعض المفاهيم المرتبطة النفسيجسدية**

### **3-الحالة السيكوسوماتية**

يعتبر كل من ماكسويل مالتز (Rook.F.L) ورول (Maltz.M) أن الاضطرابات السيكوسوماتية في هذه الحالة تصيب بعض وظائف الجسم أو بعض الأجزاء منه، وتكون من الحدة والإصرار حيث تقاوم أشكال العلاج الطبي والنفسي، فتصبح أعراضها كسمة في شخصية المريض، وتدوم فترة أطول حتى مع تحسن ظروفه، فتسعى عندئذ بالحالة السيكوسوماتية.

### **4-النقلة السيكوسوماتية**

وفيها ينتقل الإحساس بالاضطراب أو بالألم من عضو إلى آخر ويعبر عنه المريض دون فهم سببه أو الحصول على تفسير له، فنجد أنه يشكو من اضطراب في معدته تارة ومن اضطراب القولون تارة أخرى، أو من الحكة في الجلد أو من الصداع ، وكان العامل النفسي قد أثر في أكثر من موضع في الجسم أو أثر في أكثر من عضو، وصورة هذه الحالات أن الحالة النفسية تؤدي إلى اضطراب عضوي وهذا الأخير يزيد من حدة العامل النفسي، الذي يؤدي إلى اضطراب عضوي آخر، وفي هذا الصدد يشير كل من ليج (D.Leig) و وريتمارك (Wretmark.G) أن هناك حالات سيكوسوماتية يمكن أن تطلق عليها اسم حالات متعددة الاضطراب السيكوسوماتي، ويلعب عامل الشخصية والاستعداد وتوهم المرض وصورة الجسم دورا هاما في ذلك. (الزاد، 2000، ص - 21-22)



## الفصل الثالث

### النظريات المفسرة للأمراض

#### النفسجستدية

تمهيد.

- 1- الاتجاه الفيزيولوجي : *Physiological theories*
- 2- الاتجاه السيكولوجي (Psychological theories)
- 3- الاتجاه السلوي (Behavior theories)
- 4- الاتجاه المعرفي (cognitive theories)
- 5- اتجاه العوامل المتعددة (multifactor theories)
- 6- ملمح الشخصية السيكوسوكماتية في ضوء هذه الاتجاهات النظرية.



من حيث المبدأ هنالك اتفاق بين جميع هذه الاتجاهات والنظريات على تعريف هذه الاضطرابات في ضوء الارتباط بين العوامل النفسية والجسدية، غير أن نقطة الخلاف بينها تتمركز حول تفسير آلية هذا الارتباط وتعليله، ومن هنا تعددت الاتجاهات والتصورات النظرية التي ساهمت في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية والتي يمكن تقسيمها إلى:

## 1- الاتجاه الفيزيولوجي **Physiological theories**

### 1-1- نظرية الضعف الجسدي **Somatic Weakness theory**

والذي قال بهذه النظرية كل من جورج درابر (Draper, 1944) ووايت (White, 1941)، وهي تؤكد على أهمية العوامل الوراثية والأمراض الجسمية المبكرة ونوعية الغذاء كلها عوامل قد تؤدي إلى اضطراب في وظيفة عضو معين من أعضاء الجسم فيصبح الجزء الأضعف والأكثر استهدافا (Vulnerable) من الضغوط. (جبالي، 2007، ص 78) وبالتالي فهي تربط بين ضعف أحد الأعضاء نتيجة العوامل السابقة والاضطراب السيكوسوماتي بفعل الضغوط المستمرة ، ولكن هل يمكن لهذه النظرية أن توضح أولوية ودرجة تأثير كل من عوامي الوراثة والإصابة السابقة؟

## 2-نظريّة الاستجابة النوعيّة (*Specific reaction theory*)

وتبعاً لهذه النظريّة فإن الأفراد يستجيبون للضغط كل على طريقته الخاصة ويصبح عضو الجسم الأكثر استجابة هو العضو المسؤول عن التحكم في أي اضطراب سيكوسوماتي لاحق فبعض الأفراد الذين يستجيبون للضغط بزيادة ضغط الدم يصبحون أكثر عرضة للإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم.

(*Davison & Neal, 1996, P200*)

## 3-نظريّة التقييم والتوازن الذاتي (*التلقائي*) (*evaluation autonomic theory*)

تصيب الاضطرابات السيكوسوماتية الأجهزة التي يتحكم فيها الجهاز العصبي اللإرادي السمباتاوي والباراسمباتاوي واللذان يعملان بتوازن غير أن الكثير من الانفعالات تجعل الجهاز السمباتاوي مستشاراً للجسم في حالة دائمة من الطوارئ، وأحياناً تستمر هذه الحالة وتكون بدرجة لا يستطيع الجسم تحملها كما لا يستطيع الجهاز الباراسمباتاوي إعادة التوازن أي إعادة الأجهزة إلى وضعها الطبيعي في الوقت المناسب وبالتالي تصيب الاضطراب عضواً معيناً أو بعض الأعضاء؛ ومنه فإن اهتمام هذه النظريّة يرتكز على أن تنظيم السيرورات العاديّة يسمح للمخ ببناء سلوكيات متكيّفة، واحتلال هذا التوازن تنجر عنه اضطرابات نفس جسديّة نتيجة عدم التوازن بين ضغطي الإثارة والكاف.

ويمكن تلمس أثر هذه النظرية في أعمال لتر كانون حول دور الأحداث في الاستثارة الجسدية وما يلازمها ويعقّمها من تغيرات فيزيولوجية، وأيضاً نظرية هانس سيلي المتعلقة بأعراض مراحل زمرة أعراض التكيف والتواافق العام (G.S.A)، والتركيز هنا ينصب على المرحلة الثالثة وهي مرحلة الإنهاك والإجهاد، حيث لا تستطيع الغدة النخامية التوقف عن عملها لاستمرار الضغط في تبنيه الهيبوتلاموس فيثير الغدة النخامية ويحثّها ثانية على إفراز هرمون (*ACTH*)، وبالتالي تنبه قشرة الغدة الكظرية، فيزداد إفراز الكورتيزون ثانية، وهذه الزيادة سواء كانت خارجية بواسطة الحقن أو داخلية لهذا الهرمون تؤدي إلى نقص السكر بالدم والإصابة بمرض السكر، كما قد يؤدي ذلك إلى زيادة حمض البوليك، وإرهاق خلايا البنكرياس وضمورها خاصة الخلاي التي تفرز الأنسولين؛ مما يعرض الفرد لمرض السكر، كما قد يؤدي ذلك إلى قرحة المعدة، ونقصان نسبة الزلال والفسفور والكلاسيوم في العظام لدرجة إصابتها بالتخلخل وسهولة الإصابة والكسر، وقد يتعرض الفرد إلى الذبحة الصدرية (*Angina*)، ويزداد الكوليسترول مع سهولة ترسبه في جدران الأوعية مما يزيد من احتمال تكوين جلطات دموية وغيرها من الاضطرابات السيكوسوماتية. (الزراد، 2000، ص 95)

## 2-الاتجاه السيكولوجي (Psychological theories)

### 1-نظريّة التحليل النفسي (Psychoanalytic theory)

هذا الاتجاه يفسر هذه الاضطرابات في ضوء البناء الداخلي للشخصية، وفي ضوء فرضية وجود علاقة سببية بين مكوناتها والاضطرابات السيكوسوماتية، وأيضاً وجود أسباب تحليلية للاشعورية تكمن وراءها، وبالتالي فإن هذا التفسير قائم على الدينامية السيكولوجية مؤدّاه أن الإصابة العضوية ما هي إلا تعبير رمزي عن بعض الصراعات اللاشعورية، وفيما يلي أبرز النظريّات التحليلية المفسرة لهذه الاضطرابات:

#### 1-1-النظريّة التحويلية في المستيريا ولفت الانتباه

رغم أن هذه النظريّة لا تفسّر ولا تجسّد مفهوم السيكوسوماتيك بالمعنى المتفق عليه حتّى عند التحليليّين بعد فرويد أنفسهم، لأنّ هذا المصطلح لم يكن له وجود في عهده، إلا أن رأيه في المستيريا يعتبر قفزة نوعية من الفكر إلى الجسد رغم أنه ظل بعيداً عن السيكوسوماتيك؛ ولكن تلامذته وأتباعه ارتبطوا بهذا الميدان من خلال ملاحظتهم أنّ الحالة الجسدية لبعض مرضاهن كانت تتحسن بشكل ملحوظ أثناء علاجهن بمبادئ العلاج النفسي التحليلي، وفي هذا السياق يشير بيار ماري أنّ فهم السيكوسوماتيك ما كان ليكون لولا أعمال سيغموند فرويد وإكتشافه للتحليل النفسي. (Marty, 1998, P19)

والنقد الموجه لفرويد في التحويل لفت الانتباه إلى الاعتراف بالاضطرابات السيكوسوماتية من جهة وتفسيرها بما يتفق على الأقل جزئيا مع الاتجاهات الأخرى من جهة ثانية، حيث يرى فنيشل (Fenichel, 1945) أن فرويد ضيق مفهوم التحويل وأقصره على الأجزاء الجسدية المتعلقة بالجهاز الحسي الحركي، بينما أنه قد يمس كل أعضاء الجسم بما فيها الحشوية الخاضعة لسيطرة الجهاز العصبي المستقل، كما وجب التمييز بين عصاب العضو والهستيريا التحولية، فال الأول عرض فيزيقي في أصله وطبيعته ويمثل تغيرا فيزيولوجيا، أما الثانية فيحمل معنى لا شعوريا نوعيا، فهو تعبير هيامي في لغة الجسم، وما العرض السيكوسوماتي سوى عصاب عضوي، بمعنى أن العرض الهستيري تعبير رمزي عن انفعال مكبوت من الجهاز الحسي الحركي، أما عصاب العضو (السيكوسوماتي) فهو محاولة للتعبير عن الحالة الانفعالية واقعة أو دورية فيزيولوجيا. (جبالي، 2007، ص 85)

وهنالك أيضا بعض التحليليين الثنائيين ضد الاتجاه الغريزي عند فرويد على غرار اريك فروم Frome و هاري سوليفان Sullivan كارين هورني Horney، والذين أكدوا على أهمية المتغيرات النفسية والاجتماعية، فهو نوري مثلا رغم عدم اهتمامها الصريح بالسيكوسوماتيك إلا أنها أشارت إلى إمكانية مساعدة بعض العمليات النفسية كالقلق، والغضب في نشأة الأعراض الجسمية، كالصداع والربو، ارتفاع ضغط الدم، الاستجابات الهرمية وأمراض القلب، وفي سياق تكلمها عن القلق خاصة توضح بأنه مشكلة معقدة لصلة الشديدة بالعمليات الفيزيولوجية، وتصاحبه غالباً أعراض جسمية كخفقان القلب، تصبب العرق، الإسهال، عسر الهضم،... وهذه الأعراض ليست حكراً على القلق فقط؛ بل الكثير من الانفعالات الأخرى كالغضب والهيجان وغيرها تصاحبها تغيرات جسمية واضحة. (فهمي، 1967، ص 231)

## 2-نظريّة البروفيل الشخصي

فالنسبة لفلاندرز دنبار(*Flanders Dunbar, 1935*) فإن سبب الاضطراب ليس دوماً نفسياً فقد يكون خارجياً لكن بنية الشخصية هي التي تجعل جزءاً من الجسم هشاً مما يؤهله للتاثر ومن ثم التجسيد.(لوكيا وبن زروال، 2006، ص 52) و من خلال مقابلتها مع عدد من المرضى أكّدت على أوجه الشبه بين سمات الشخصية للمرضى بنفس المرض السيكوسوماتي، وحدّد تلك الاضطراب سيكوسوماتي بروفيل شخصية خاصّ به، ففي حالة مريض الربو فإنّ أهم ما يميّزه عدم الشعور بالأمن، ويُعتبر السعال تعبيراً رمزيّاً عن البكاء طلباً للألم وهو متواكل.

وفي نفس السياق وجد كل من (جريس وجراهام، 1952) أن الأفراد الذين يعانون علاجاً جسمية متشابهة يملكون نفس ردود الأفعال تجاه المواقف التي تعرّضهم في حياتهم، كما أنّ صفات شخصية معينة ترتبط بنماذج معينة من هذه العلل.(عويضة، 1996، ص 92) كما عرض فريدمان وروزنمان (*Friedman & Rosenmane*) نموذجين من نماذج الشخصية التي ترتبط بهذه الاضطرابات، على غرار النمط (A) العدائي الذي يرتبط بأمراض القلب مقابل النمط (B) الهدائي؛ واستخدمت نتائج دراستهما في تطوير العلاج النفسي الذي يهدف إلى تعليم أشخاص النمط (A) كيفية التعامل مع الضغوط بفاعلية أكبر. (*Davison & Neal, 1996,P201*)

وما يؤخذ على هذه النظرية أن هذه البروفيلات لم تقارن مع مجموعة من الأصحاء، وأن النتائج التي تم التوصل إليها هي نتاج دراسة عدد محدود من الحالات، كما أن الأسلوب المتبعة في هذه النظرية لم يستطع التغلغل إلى ما وراء السطح لكشف الصراعات والانفعالات المعبّر عنها جسدياً. (الطلاع، 2006، ص 65)

### 3-1-3-نظرية الاستجابة السيكوسوماتية للصراع النفسي

حيث يؤكد (Ruesch) أن الأعراض السيكوسوماتية ما هي إلا تعبر رمزي تحول فيه الصراعات اللاشعورية إلى لغة للجسم. (جبالي، 2007، ص 79) ومن هذا المنطلق رفض فرانز ألكسندر (Franz Alexander, 1950) مفهوم دنبار (Dunbar) حول العلاقة بين أنماط الشخصية وظهور بعض الأمراض السيكوسوماتية، ويرى أن نمط الحياة وبعض الاستعدادات قد تنتج عنها بعض المظاهر الفسيولوجية أكثر من البعض الآخر، وقام بوضع أسس مدرسة البسيكوسوماتيك التحليلية من خلال محاولته التوفيق بين النظريات الفيزيولوجية والتحليل النفسي، مستخلصاً نظرة دينامية تستند إلى الصراع خاصة اللاواعي منه، حيث تنتج الاضطرابات عن صراع سايكو دينامي للحالات الانفعالية المصاحبة للسيرة النفسية، وهذا في دراسته لسبعة أمراض افترض وجود صراع ديناميكي خاص، ويؤكد على وجود ثلاثة عوامل مسؤولة عن الإصابة بالاضطراب السيكوسوماتي وهي: قابلية العضو للعطب (نتيجة هشاشته)، البنية النفسية الصراعية، وأليات الدفاع وأخيراً الظروف الحالية المثيرة للانفعال.

وقد افترض أن لبعض الصراعات خاصية التأثير على أعضاء معينة ، فالخوف والغضب ينعكسان غالبا على صعيد القلب والأوعية الدموية، في حين أن مشاعر التعبية و الحاجة للحماية تنعكس في الغالب على الجهاز الهضمي.(النابليسي وآخرون، 1992، ص.45-46) مؤكدا أن الصراع الحالي يعود إلى صراعات لأشعورية رمزية مرتبطة بالمراحل المبكرة للنمو الجسمي، متعلقة خاصة بالأجهزة العضوية التي تشملها الأضطرابات، وعندما لا تحل هذه الصراعات بطريقة سوية تسعى لاستخدام الحيل الدفاعية اللاشعورية؛ مما يؤدي إلى التوتر الجسدي المضطرب الذي يظهر على هيئة اضطراب عصبي.(الصبان، 2003، ص 71)

#### 4-1-4-نظرية العرض السيكوسوماتي كنكوص

تنطلق هذه النظرية من أن التحويل الجسدي حسب جارما (*Garma*) يحدث بسبب ميكانيزمات نكوصية وثبتت، حيث يلعب الكبت دورا هاما.(معاليم، 2008، ص86) فهي تركز على مراحل النمو في تفسيرها للأضطرابات، فترجع قرحة القولون مثلا إلى عملية التدريب على النظافة في الصغر وما يرتبط بها من مواقف انفعالية بسبب المعاملة الوالدية المتشددة لتنظيم عملية الإخراج، وكبت الطفل لرغبته لمعاقبتهما وينعكس الانفعال في صورة اضطراب سيكوسوماتي متمثل في قرحة القولون، وتأكد الباحثة دوشى على أن العامل النفسي المرتبط بالحوادث والكوارث المفاجئة، وظروف الحرمان والشدة تجعل العضو المصاب بالأذى النفسي منذ الطفولة موضع انفعال دائم ويكون فيه ما يعرف بعصاب العضو. (ستورا، 1997، ص82)

ويؤكد كل من (Michael, 1944) و (Szasz, 1952) أن العرض السيكوسوماتي يحدث حينما ينسحب الفرد إلى أسلوب سلوكي ونمطية طفلية، وما التعبير الجسدي سوى نكوص من الراشد إلى المرحلة البدائية من الوظائف الجسدية، والظاهرة السيكوسوماتية هي نتيجة لنكوص انعصابي، حيث الجهاز العصبي الباراسميتواوي يسبق فيزيولوجيا الجهاز السمباتواوي؛ مما يعني أن محاولة الفرد للتكيف مع الضغط تتطلب منه نكوصاً فيزيولوجياً إلى الوظيفة العصبية الأولية بتنشيط الجهاز العصبي الباراسميتواوي الذي يحطم توازن الفرد الداخلي. (جبالي، 2007، ص 86)

ولكن هل يستطيع أن يجيب أصحاب هذه النظرية عن مكانة آرائهم في ظل الارتباط البيولوجي بين النضج وأداء الوظائف، وعن حدود النشاط الفيزيولوجي الذي يسبب اختلال التوازن الداخلي.

## ١-٥-نظريّة المدرسة الباريسية لمارتي (P. Marty)

والتي تأثرت بنظرية التحليل النفسي حيث سهلت لها السبيل في دراسة العصابات والاضطرابات النفسية المعبر عنها جسدياً، فمارتي يعتبر الإنسان وحدة حية لها تميزها وفرديتها، واهتم بالسير العقلي للفرد فهو يرجع الانحلال الجسمي إلى ضعف التنظيم العقلي بسبب تدهور القيمة الوظيفية لكل من (اللاشعور، الشعور، وما قبل الشعور)، حيث يقول مارتي: «إن النسق الخاص بالحماية هو قرب الشعور ويتجلّى الخلل في ضعف وظيفته وعزل اللاشعور عن الشعور مما يعطي عقلية خاصة للنفس - جسدي». (ميموني، 2005، ص 118)

ويركز مارتي كذلك على عملية التعقيل (*Mentalisation*) التي تشير إلى العمل النفسي المنجز بالدوارم لتفريغ الإثارة عن طريق البنيات النفسية، لأن تراكمها يؤدي إلى سيرورة التجسد ويعالج التعقيل كمية وكيفية التمثيلات والصور النفسية وديناميتها، فهو يوهل الجهاز النفسي للقيام بربط المثيرات من خلال أنظمة وشبكة التمثيلات مع ترابط الأفكار المختلفة والتفكير المملوء بالعاطفة، وحسب مارتي دائمًا فإن الوظائف الجسدية تتخذ شكلها من علاقة الرضيع ثم الوليد التي تتحدد بعض نماذج النشاطات الذهنية التفضيلية لدى الفرد فيقول: «إن قسمًا كبيراً من الأمراض الجسدية هو علاقة مباشرة مع أنواع (جمع أنا) تفتقر إلى بعض مقوماتها، ضعيفة، ومختلة وظيفياً».

ويرى أيضًا أن الإنسان في حياته يعيش بين غريزتي الحياة والموت، حيث يمر جهازه النفسي بمراحل متتالية من التوازن النفسي الجسدي، ومن اختلال هذا التوازن (التنظيم واختلال التنظيم)، وسيطرة غريزة الحياة تستتبع التوازن والصحة، في حين غريزة الموت تفضي إلى اختلال التوازن واعتلال الصحة الجسدية. (النابلي وآخرون، 1992، ص55). كما يرى مارتي أن السيكوسوماتيين إجمالاً تغيب الأحلام لديهم وتعود للظهور بعد العلاج النفسي، أما المصابين بالأمراض النفسية ف تكون فيها الحياة الخيالية الهوامية والأحلام غنية، وبالتالي فهم أقل عرضة للاضطرابات السيكوسوماتية. (الزاراد، 2000، ص 105)

وما يلاحظ على الاتجاه التحليلي أنه يفسر الاضطراب السيكوسوماتي على أساس أن الأعراض ما هي إلا تعبير رمزي عن صراع لأشعوري، ويمكن إيجاد أنماط للشخصية ترتبط بأنواع من الصراع ومن ثم الارتباط بأشكال من هذه الاضطرابات، وأبرز ماري دور التعقيل الذي يسمح بهضم الانفعالات والضغوط والتعبير عنها بواسطة الفكر والرمز والاتصال، ولكنها تناست الجانب الفسيولوجي والجانب العضوي البحث في الاضطراب فهي لم توضح ماذا يحدث داخل الجسم أثناء كل من الصراع والتعقيل.

## 2-نظريّة الضغوط النفسيّة الاجتماعيّة

وهي ترتبط بالاعتقاد الذي كان سائدا عند الأطباء بأن أحداث الحياة المرتبطة بالمسار التصاعدي للانفعالات قد تسبّب تغييرات في العمليات الفيزيولوجية، حيث يشير جورج إنجل (*George Engel*) في النظريّة النفسيّة الاجتماعيّة للضغط أنّ الجسد في كفاح مستمر لتحقيق الاتزان البدني في الوظائف، بينما الضغوط الحياتية تخلّ بهذا التوازن؛ مما يستدعي إعادة التوافق التي تحدّدها وتحكم فيها العديد من التغييرات الحياتية والنتيجة التعرض للضغط مرة أخرى، وما يتبعها من ردود أفعال سيكولوجية وفيزيولوجية، هذا في ظل الكم الهائل من المطالب التي تستدعي إعادة (*Olson & Defrain, 1994, P461*).

وتأكد المقاربة الأمريكية في تفسيرها للاضطراب السيكوسوماتي على هذه العوامل فيشير ولف (H.Wolf) إلى دور البيئة الاجتماعية وتجارب الماضي، والعوامل البيولوجية وأحداث الحياة في مجرى الاضطراب ومدته، كما توصل كل من أنجل وشمال وأدمسون من خلال دراسة حول السرطان إلى حالة نفسية أطلقوا عليها (تناذر التخلّي) كنتيجة لضعف الآليات الدفاعية؛ مما يؤدي إلى فقدان العزيمة والهمة وهي حالة نفسية اجتماعية تمهد لظهور المرض سريريا. (ستورا، 1997، ص 79-81)

### 3-الاتجاه السلوكى (Behavior theories)

اهتمت هذه النظريات بالعرض ولم تعط أهمية للمعنى الرمزي له في تفسيرها للمرض السيكوسوماتي فهو أمر غيبي، بل تركيزها ينصب على الموقف، وذلك لأن السلوك الانفعالي ليس استجابة مستقلة مفردة، بل هنالك أنماط عديدة مستقلة وممكنة، ومن حيث الأعضاء التي يشملها الاضطراب فإنهما تختلف في النمط الواحد، وتعتمد على الظروف المثيرة المختلفة، وعلى متغيرات مهيئة، كما أن المنبهات الجديدة تستثير أنماطاً من الاستجابة الانفعالية الجديدة أيضا خلال التعلم. (الطلائع، 2006، ص 66) فهي تعتمد في تفسير ظهور هذه الاضطرابات وما يرتبط بها من شروط كالتعزيز الإشراط، وأهمية المواقف ومدى ارتباطها بالشخصية ومنها:

### 3-نظريّة الارتباط الشرطي

وأبرز روادها بافلوف الذي حدد القوانين الرئيسيّة والمسار الطبيعي للأفعال المنعكسة الشرطيّة والانحرافات المرضيّة الناتجة عنها، حيث أكد على أن العديد من الأمراض مصدرها اختلال في العمليات العصبيّة، وفي نفس الوقت ركز على الاتجاهات النفسيّة للمريض وتأثيرها على مسار المرض وإمكانية علاجه، أي أن الآثار الانفعالية تعتبر من أقوى العوامل في إحداث التغييرات البدنيّة، وأعطى اللحاء دوراً في كيفية تنظيم وتنشيط الميكانيزمات الهرمونيّة، فعن طريقه تجد الأحداث الخارجيّة طريقاً للتعبير عن نفسها في العمليات الداخليّة ذات الأهميّة الحيويّة.

ومما لا شك فيه أن التغييرات الإيقاعيّة التي تحدث في بعض الأعضاء والمراکز العصبيّة متصلة بالأحداث في البيئة الخارجيّة، وكذلك بالإشارات الداخليّة الصاعدة في الجهاز العصبي. غالباً ما تؤثّر في عمليات التمثيل الغذائي والاستثارة العصبيّة، وهذا التأثير إذا استمر لفترات طويلة أدى إلى اختلال وظيفي ويرى كارل ياسبرز أن الاستجابة السيكوسوماتيّة تحدث وفق شكلين:

- علاقـة آلـية مـكانـية: وهي رد فعل يفـوق الحـد الـاعـتـيـادي من حيث القـوـة والـانـدـفاع مثل حدوث إـسـهـال أو قـيء إـثـر انـفعـال شـدـيد.
- عـلاقـة اكتـسـابـ بالـمنـعـكـسـ الشـرـطـيـ: ويـتمـثلـ فيـ نوعـ منـ التـكـرارـ القـائـمـ علىـ مـبدأـ المنـعـكـسـ الشـرـطـيـ فالـشـخـصـ الـذـيـ تـلقـىـ نـبـأـ مؤـلـماـ وـعـنـيـفاـ وـأـصـيـبـتـ يـدـهـ بشـللـ وـظـيـفيـ نـتـيـجـةـ ذـلـكـ يـمـكـنـ أنـ تـتـكـرـرـ الإـصـابـةـ كـلـمـاـ سـمـعـ نـبـأـ مـنـ ذـلـكـ الـقـبـيلـ،ـ فـهـنـاكـ اـنتـقـالـ وـتـثـبـيـتـ لـالـمـنـعـكـسـ الشـرـطـيـ.ـ (يـاسـينـ،ـ 1988ـ،ـ صـ53ـ)

وقد أدت أبحاث بافلوف إلى أبحاث أخرى مثل أبحاث رازران (*Razran*) (Intro) الذي حاول إيجاد نوع من الإشراط الجسمي الداخلي (*Conditioning*) الناتج عن استجابات حشوية ووسائل تشتراك مع مثيرات حشوية معينة، حيث يشير (جون واطسون) إلى أن الاستجابة لا يشترط فيها أن تكون خارجية وإنما داخلية، عضلية، غددية، عصبية، وفي دراسة قام بها أوتنبرغ (*Hamilton*) وشتاين (*Stein*) ولويس (*Lewis*)، وهاملتون (*Othenberg*) عام (1958) بينوا من خلالها دور الإشراط الكلاسيكي في فهم حالة الربو مثلاً، حيث يمكن إثارة النوبة لدى الفرد (أو الحيوان) بوضعه في حجرة تشبه الحجرة الأصلية التي أجريت فيها التجربة دون وجود مولد للحساسية.

### 2-3-نظريّة التعلُّم الوسيلي الإجرائي

بما أن بعض السلوكيين يرون أن الأضطرابات السيكوسوماتية ما هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليخفف بها قلقه وتوتراته ويجد حل لصراعاته، كما أنها أيضاً نتيجة لتطور عملية تعلم فاشلة، فالطفل المصاب بالغيرة من المولود الجديد يلتجأ إلى استجابة تبوله على نفسه بهدف التخفيف من هذه الغيرة وجلب اهتمام الأم وبالتالي تكرار تصبح هذه الاستجابة عادة (كعرض سيكوسوماتي).

ويذهب أصحاب الإشراط الإجرائي إلى أن الاستجابات العصبية يمكن تعلمها من خلال التشريط الإجرائي، وحسب باندورا (*Bandura, 1969*) أن هذه الأضطرابات ليست إلا سلوكاً متعلماً، فقد وجد أن الأشخاص الذين يعانون منها يستخدمون مرضهم لتحقيق بعض الفوائد، لأن المصاب يتلقى معاملة خاصة من المحظيين به، ولا يخضع لنفس معاييرهم، فعذرها لعدم الذهاب إلى المدرسة أو العمل مقبول، وتعتبر هذه الفوائد في حد ذاتها تعزيزاً

مثاليا.(جبالي، 2007، ص74) أي أنه يمكن تعلم الاستجابة العصبية على أساس التدعيم أو المكافأة، حيث يستمر الحصول على الاضطراب إذا استمر الحصول على المعزز وسليلا.

وتوجد العديد من الدراسات التي توضح إمكانية تعلم السيطرة الإرادية على الاستجابات المرتبطة بسيطرة الجهاز العصبي الذاتي وهي ما يعرف بالتلغذية الإسترجاعية الحيوية (*Biofeedback*)، أو رد الفعل الارتجاعي العضوي (*Rétroaction biologique*) يهدف تغيير العمليات الفسيولوجية بالمراقبة والتأثير الفكري على الجسم، مثل تغير حرارة الجلد، التقلصات المعدية، أو إنتاج الموجات ألفا(*Alpha*) في الدماغ.\* (ميموني، 2005، ص158)

### 3-3-نظريه ولف(*Wolf, 1950*)

فهذه نظرية مكملة لنظرية سيلي (*Selye*) في تفسيره للأمراض السيكولوجية بفشل التكيف والتواافق مع مواقف الحياة الضاغطة، مما يثير لدى الفرد التوتر والقلق؛ الأمر الذي يدفع بعض الأجهزة إلى زيادة إفرازاتها كالهرمونات والأحمس، وكلما زادت الحالة الانفعالية قابلها زيادة رد الفعل الفيزيولوجي؛ الأمر الذي تضطرب معه الوظائف الحيوية، أو تصاب الأعضاء بالعطب، كما يحدث في حالة القرحة المعدية، أو قرحة القولون، واختيار العضو لا يتم إلا وفق مميزات ومحددات وراثية أو استعداد بيولوجي، واستجابات عضوية للضغطوط. (الدجاج، 1983، ص277)

---

\* الدماغ له نشاط كهربائي:  
-موجات ألفا: موجات المهدوء (النوم).  
-موجات دلتا: لا تدوم إلا لحظات قليلة قبل النوم.  
-موجات ثيتا(*Teta*): أثناء اليقظة.

وهذا المجال تتفق هذه النظرية مع نظرية التوازن الحيوي في أن تنظيم السيرورات العادبة يسمح للمخ ببناء سلوكيات مكيفة، واحتلال هذا التوازن تجر عنه اضطرابات نفس جسدية نتيجة ضغط الإثارة والكف، إذ أن التأثر بين وظائف الجهاز العصبي السمبتواوي (الإثارة) ووظائف الجهاز العصبي الباراسمبتواوي (الكف) يؤدي إلى التوازن وبما أن هذه الوظائف هي التي تشرف على عمل الأحشاء الداخلية محل هذه الاضطرابات في حالة احتلال التوازن وبالتالي يصاب الإنسان بالاضطراب.

### **4-3-نظرية التعلم الذاتي *Autonomic Learning Théorie***

طور شلدون لاشمان (Lachman, 1972) اتجاهًا جديداً في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية معتمدًا على نظرية التعلم السلوكي و خاصة الإجرائية منها، حيث يرى بأن السلوك الانفعالي يتكون من استجابة مركبة عامة تشمل ميكانيزمات الاستجابة العصبية المستقلة، وتستند هذه الفكرة النظرية إلى المبادئ التالية:

- إمكانية تعلم مختلف أنماط الاستجابة العصبية المستقلة.
- المنهايات غير الفعالة في الأصل قد تثير فيما بعد استجابات عصبية مستقلة.
- وجود اختلاف في قابلية الأعضاء للإصابة المرضية، كما أن هذه القابلية تكون جزئياً محدودة ريثا.
- تكرار الاستجابة العصبية المستقلة وزمنها وشدها قد تؤدي إلى تشكيلة في الحالات البناء، وكذلك المضطربة وفقاً لطبيعة تلك الاستجابة ونمطها.
- استجابة الأجزاء الحشوية للمثير تتميز بالمقاومة والانطفاء. (جيالي، 2007، ص 75)

ونظراً لسيطرة المدرسة السلوكية في أمريكا مال السيكوسوماتيون فيها إلى تحديد أنماط سلوكية مشتركة بين المصابين بنفس المرض، فوضعوا أنماطاً سلوكية خاصة بالقرحة وأخرى بالربو، والسرطان... وغيرها، واعتماداً عليها تبنوا العلاج النفسي لها عن طريق تعديل هذه الأنماط السلوكية. (النابلسي، 1991، ص 194) وبهذا تكون النظرية السلوكية قد أسهمت في تقدم العلاج السلوكي القائم على مبدأ الكف بالنقيض، خاصة في الاسترخاء ولكن هل ما ورد في أفكار السلوكيين ينطبق على كل الاضطرابات؟ وعلى جميع الأفراد؟ بل كيف للسلوكيين نفي العوامل الوسيطية المعدلة بين المثيرات والاستجابات؟

#### 4- الاتجاه المعرفي (Cognitive theories)

تعتمد النظرية النفسية المعرفية آلية بسيطة لفهم السلوك ترتكز إلى مسلمة مفادها أن السلوك الإنساني مدفوع بمثيرات بيئية ووراثية مختلفة توجهه بطريقة ما، غير أن هذا السلوك ليس آلياً أو مباشراً؛ بل يمر بسلسلة من العمليات المعرفية الوسيطية، من انتباه وإدراك وتحليل وتخزين واسترجاع للمعلومات إلى غاية ظهور الاستجابة سواء كانت خارجية ظاهرة أو داخلية لا يشعر بها إلا من صدرت عنه. (العثوم، 2004، ص 128) كما يرى أصحابها أن المصابين بهذه الاضطرابات يركزون انتباهم بشكل مفرط نحو العمليات الفيزيولوجية الداخلية، ويحولون الإحساسات الجسدية الطبيعية إلى أعراض من الألم تدفعهم إلى مراجعات طبية غير ضرورية بهدف العلاج.

ومنه فإن العمليات المعرفية تؤثر على الوظيفة الفسيولوجية، وهذا بناء على ما تم استخلاصه من المقابلات الشخصية التي قام بها جراهام (Graham, 1972) وتلاميذه في دراسة حول مجموعة من المرضى السيكوسوماتيين ينتمون لفئات مرضية مختلفة، أين تبين وجود اتجاهًا معيناً أو خاصاً يتميز به كل الأشخاص من فئة الاضطرابات الواحدة، حيث حددت هذه الاتجاهات ببعدين هما : ما يشعر الشخص من سعادة وحزن ونحوه، وما يرغب الشخص في معرفته عنه أو عن عمله في ضوء خبراته وأفكاره السابقة، ومن أمثلة ذلك مريض ضغط الدم المرتفع يشعر بالتهديد والأذى وهو مضطرب للاستياء من أي شيء، ومريض القولون المترقب يشعر بالرغبة في التخلص من المسؤولية. (غاري ومحمد، 1984، ص 40)

ونفس السياق قام ديكسون (F. Dixon, 1964) بدراسة العلاقة بين ضعف الإدراك والاضطراب السيكوسوماتي كان من بين نتائجهما:

- الأعراض الناتجة عن الضغوط هي نتاج توسط طرق عديدة للنقل المباشر للجهاز المستقل والأجهزة القشرية الأدرينالية على الأعضاء المعينة والتي تتكيف مرضياً بالسلوك الظاهر كالسمنة، أو نقل الضغط إلى الشكل الرمزي الظاهر والتي يطلق عليها الهستيريا التحولية.

- مفهوم بعض الاضطرابات السيكوسوماتية يتضمن المكون المعرفي لطبيعة العلاقة الموجودة بين مصادر الضغوط وهذه الاضطرابات، ويظل المريض يعاني دون وعيه بتعاقب الأحداث بين المثير والاستجابة له جسدياً، كما لا يعي حقيقة حالته إلا في حالة المساعدة العلاجية النفسية، ولا يستطيع التخلص من عرضه من تلقاء نفسه.

- يلاحظ بصورة واضحة غياب المعارف حول أسباب مرضهم ومساره، ويتبين  
الإحساس الحقيقي بتعاقب التهديد للعاطفة السلبية الناتجة عن الاضطراب  
الجسدي. (باطنة، 1998، ص 51)

ومن خلال هذه النظرية يبدو أن ذوي الاستعداد للإصابة بهذه  
الاضطرابات معرفياً لهم تشوّه في تصورهم للصحة والمرض، فيبدو أنهم يعتقدون  
أن الصحة تعني عندهم أن الفرد لا تمر به حالات مرضية عابرة مطلقاً مهما كان  
نوعها وسبباً، كما أن الرابط بين العمليات المعرفية والعمليات الفسيولوجية  
لدى المرضى أمر صعب على الأقل من الناحية المنهجية، وأيضاً من حيث أسبقيّة  
التأثير وبالتالي أيهما السبب وأيّهما النتيجة، وهل يمكن التسليم بصحة هذا  
الاتجاه مع جميع الاضطرابات السيكوسوماتية، غير أنه يمكن الاستفادة من هذا  
الاتجاه في طريقة علاجها التي تعتمد على تصحيح الإدراك وتغيير اللاعقلانية من  
خلال تغيير التفكير.

## 5-اتجاه العوامل المتعددة (Multifactor theories)

بات معروفاً تداخل الأسباب وتعدد العوامل في أغلب الأمراض، فأمراض  
القلب مثلاً تتداخل العديد من العوامل المسببة لها منها الفطرية كالاستعداد  
الجسمي والعوامل الوراثية، والمكتسبة كطبيعة التغذية، والتدخين، ونقص  
النشاط البدني والعوامل الانفعالية والضغوط بمصادرها العديدة والمتعددة.  
وعليه فإن اتجاه تعدد العوامل أصبح يحتل مكانة هامة في التنظير للأمراض  
بصفة عامة والأمراض السيكوسوماتية على الخصوص.

وهذه الاضطرابات التي يتبنى فيها هذا الاتجاه كلا من الضغط والاستجابات الانفعالية والفيزيولوجية المرتبطة بها، والتي أكدت فيها بعض النظريات الفيزيولوجية كنظرية الضعف الجسيمي ونظرية الاستجابة النوعية على الدور الذي تلعبه الضغوط في اختلال التوازن الحيوي الذي ينعكس على أعضاء معينة تمتاز بالشاشة، فهل نتعامل مع مواقف ضاغط عند جميع الأفراد؟ وأيضاً فإن الحالات الانفعالية النوعية والاتجاهات المؤدية إلى سوء التوافق والتي تبنتها مختلف نظريات الاتجاه السيكولوجي يمكنها أيضاً أن تلعب دوراً هاماً في زيادة حساسية الفرد؛ مما يجعله يستجيب بدرجة أكبر للخبرات الحياتية المؤلمة والتي ليست بالضرورة أن تكون خبرات على قدر كبير من الخطورة.

ومن هذا المنطلق يرى سامي عبد القوي أن تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية يتطلب تفسيراً متكاملاً من جميع النظريات، إذ أنه لا توجد نظرية واحدة يمكنها تفسير المرض السيكوسوماتي، لأنها إذا تناولت بعدها علاقة بهذه الاضطرابات أغفلت أبعاداً أخرى لا يمكن استبعادها في فهم وتفسير الاضطرابات السيكوسوماتية؛ إذ لا يمكن أن نقتصر في ذلك على النواحي الفيزيولوجية أو الوراثية والتكتونية فقط ولا على النواحي الانفعالية فقط، بل يجب أن يشمل التفسير العديد من المتغيرات لأن العلاقة بين الواقع الخارجي (البيئة والعوامل الاجتماعية) والواقع الداخلي (النفس بيولوجي) ليست علاقة جامدة، بل هي علاقة ديناميكية يحدث فيها التفاعل والحركة إلى الدرجة التي لا تستطيع فيها الفصل أي عامل عن العوامل الأخرى. (عبد القوي، 1991، ص. 60-58)

إن قراءة النظريات التي حاولت تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية  
تسمح باستخلاص الأفكار التالية:

- اختلاف وتشتت وجهات النظر في هذا التفسير، وقد يبرر ذلك بالجدل الذي دار حول العلاقة بين النفس والجسد، وتدخل العوامل الفطرية والمكتسبة في صياغة السلوك الإنساني.
- الاتجاه الفيزيولوجي يركز على تفاعل العوامل البيئية والجسدية التي تؤدي إلى اختلال التوازن الحيوي الذي ينعكس على أعضاء معينة لها استعداد للإصابة.
- نظريات الاتجاه السيكولوجي تعتمد في تفسيرها لهذه الاضطرابات على:
  - بناء الشخصية والعوامل اللاشعورية ورمزية الصراعات والنكس فضلاً عن الجوانب النفسية الاجتماعية هي الأساس في كل اضطراب جسدي من خلال وجهة النظر التحليلية.
  - النظريات السلوكية تركز على المواقف وعلاقتها بالشخصية وهي تتبنى إمكانية تعلم الاستجابة السيكوسوماتية من خلال عمليتي الاشتراط والتعزيز.
  - النظرية المعرفية تركز على العمليات المعرفية واحتلالها الذي يؤثر في الناحية الفيزيولوجية للجسم مما يؤدي للتجسيد.
- الاتجاه التكاملي يركز ديناميكية العلاقة بين الواقع الخارجي بعوامله البيئية والاجتماعية والواقع الداخلي بعوامله الوراثية والنفس بيولوجية في إحداث الاضطراب الجسدي، ولا يمكن الفصل أي عامل عن العوامل الأخرى.

وعليه فإن تفسير هذه الاضطرابات في ضوء اتجاه واحد يؤدي إلى إغفال جانب أو جوانب أخرى، وهنا تبدو الحاجة إلى الدراسة الكلية لهذه الاضطرابات مع توخي الدقة والموضوعية كما يدعو إليه الاتجاه التكاملي ويتبناه الباحث، لأن التناول متعدد العوامل يسمح بالوقوف على حقيقة المساهم منها في حدوث هذه الاضطرابات ودرجة هذا الإسهام؛ مما يسهل عمليتي تشخيص وعلاج هذه الاضطرابات.

## ٦- ملخص الشخصية السيكوسوماتية في ضوء هذه الاتجاهات النظرية

موضوع سمات الشخصية من المواضيع الهامة في مجالات علم النفس، وعلوم التربية وعلم الاجتماع، والطب النفسي، حيث تدرس الشخصية عادة تبعاً لعدة أبعاد بهدف التنبؤ بسلوك الفرد في موقف معين، وبالأخص في مجال علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي، والطب السيكوسوماتي من أجل تشخيص وتفسير وعلاج الاضطرابات والتنبؤ بسيرها، وبغض النظر عن التعريفات المختلفة للشخصية والأبعاد المعتمدة في تحديدها وما يرتبط بها من اضطراب وفقاً لاختلاف تركيز الاهتمام بين الباحثين ببعض السمات دون غيرها، إلا أن هذه السمات لها أهمية كبيرة في مجال الاضطرابات السيكوسوماتية.

وبسبب النظر إلى المرض على أنه سيرورة تنتهي بالموت اهتم الحكماء بمحاولات التنبؤ بالمرض قبل حدوثه طمعاً في تأخيره وفي زيادة العمر، حيث أن الارتباط بين نمط الشخصية والمرض تم ملاحظته منذ القدم فأشار هيبيocrates 400 سنة ق م إلى ذلك في نص منسوب إليه جاء فيه ما أكدته الطبيب الإنجليزي Parry of path: "إنه من المهم جداً أن نعرف الشخص الذي لديه المرض أكثر من نوعية المرض الذي لدى الشخص". (شكري، 2001، ص 74)

وتتالت المحاولات حتى تم تصنيف الأفراد من الناس وفقا لاعتبارات تتعلق بسمات معينة منها ما تخص بنية الجسم وأخرى تتعلق بما يحتويه من أخلاق ، وأخرى تبعا للأمزجة البدنية عنه...وهكذا، وفي خضم ذلك حاول العلماء تحديد أنماط محددة خاصة بالأمراض على غرار محاولة هيبوغرatis بالنسبة لمرض السل، كما كانت محاولة دنبار (*Dunbar*) بالنسبة لعدد من الأمراض، ورغم عدم النجاح التام في تحديد أنماط شخصية سيكوسوماتية؛ إلا أنه يمكن تحديد عدد من العلائم السلوكية المترابطة عليها بين المختصين في مجال البسيكوسوماتيك، وفي هذا الشأن ترتكز مدرسة الأنماط السلوكية على الأنماط التي وضعها كل من *Rosenman* و *Friedman* والتي قسمت الناس إلى نمطين سلوكيين (أ) و(ب) ويرمز لهما بـ (*S.C.T.A*) و (*S.C.T.B*)، وربطت بين النمط السلوكي (أ) أمراض الشريان التاجي.

ومع طرح النظرية البسيكوسوماتية توصل الباحثون إلى رسم أنماط سلوكية تعد بمثابة قوالب لتصرفات مشتركة بين المعاون من المرض الواحد، ورغم أن هذه القوالب تفتقر للدقة المطلوبة إلا أنها تفي بغرض تكوين صورة شاملة عن نوع الانفعالات التي قد تؤدي إلى مرض بعينه.(بني يونس، 2008، ص، ص 481، 508) فلاحظ بعض علماء النفس والطب النفسي أن الأفراد من ذوي سمات شخصية معينة مهيأون للإصابة بأمراض معينة دون غيرها؛ فمرضى القولون مثلا يعانون من كظم انفعالاتهم، وعدم القدرة عن التعبير عنها، ومرضى التهاب المفاصل الشبه روماتيزمي يميلون إلى السيطرة، ومرضى القرحة المعدية يتسوقون إلى الحب والعطف...الخ، وهذا ما أكدته نتائج دراسة من الطبيب الألماني كرتشمر (*E. Kretschmer, 1935*) ومواطنه الطبيب ولIAM شلدون (W. Sheldon, 1938) (الزراد، 2000، ص.ص 132-134)

وللإجابة عن تساؤل إمكانية تشخيص المرض السيكوسوماتي بالاعتماد على السمات التي يمتلكها الفرد؟ قامت بعض المحاولات من قبل الباحثين في مقدمتهم الدكتوران (أوونز وجونز) من معهد شيكاغو للتحليل النفسي بدراسة تجريبية تتعلق بالربو، ارتفاع ضغط الدم، فرط إفراز الغدة الدرقية، التهاب الجلد العصبي، القرحة المعدية، التهاب المفاصل الشبه الروماتيزمي، التهاب القولون التقرحي، معتمدين في ذلك على سمات الشخصية، حيث جمعاً معلومات تتعلق بها عن طريق استبيان وتم إرساله إلى طبيب الأمراض الداخلية من أجل استبعاد أي دلالات أو إشارات توجى بنوع المرض أو أعراضه، وبعد تعديله واستجابة المرضى عليه أرسلت نسخة منه إلى محللين نفسانيين لا يعلمون شيئاً عن نوع المرض، فقدموا بعض التفسيرات معتمدين في ذلك على خبراتهم ومعرفتهم بمفاتيح الشخصية المتعددة وعلى استجابات المرضى ونتائج تحليلها، وتحديد سماتهم الشخصية ثم مقارنتها بسمات مرضى سيكوسوماتيين، حيث تمكّن المحللين من تشخيص نوع المرض تشخيصاً صحيحاً بنسبة (40%).

وبتوالي الدراسات في هذا المجال تمكّن الباحثون من تحديد بعض السمات التي تميز الشخص ونوع المرض كدراسة ماكنتوش وأخرون (Makintosh & al, 1983) التي أظهرت نتائجها أن المصابين بالقرحة المعدية، وقرحة الاثني عشر يتمتعون بنفس البروفيل السيكوسوماتي، كما يتميز الإناث من العينة التجريبية بالتذبذب الانفعالي والقلق عكس الذكور الذين يتميزون بفقد الحماس وبمستوى منخفض من ضبط الذات، وانتهى الباحثون إلى نتيجة مؤداها أن العوامل الانفعالية تلعب دوراً مهماً في نشوء القرحة الهضمية وخاصة في تفاعلها مع أحداث الحياة الضاغطة.

وفي نفس السياق جاءت دراسة كريستي دولو وآخرين(1983) التي هدفت إلى التعرف على القرحة المعدية وذلك من خلال العوامل السيكوباثولوجية (القلق، الاكتئاب، الشخصية، البيئة، أحداث حياة الأسرة، الطبع، الوراثة) الكامنة وراء هذه الإصابات ومقارنتها مع الأسواء وقد كانت المجموعة التجريبية مكونة من 34 مصابا بالقرحة المعدية أما المجموعتين الضابطتين فقد كانت مكونة من 37 شخصاً منا لأسواء، و 36 مصاب باضطراب عصوي غير متعلق بالجهاز المعدى المعوى، وقد خلص الباحثون إلى أن المصابين بالقرحة الهضمية يختلفون عن المجموعتين الضابطتين في الجوانب التالية : العصبية، حالة وسمة القلق، الإحساس بالذنب، أحداث الحياة الضاغطة، بينما يتفقون في بعدي العدوانية والاكتئاب. (جبالي، 1989، ص . 80.78)

ونتائج هذه الدراسات لم تتأكد بصورة علمية، ومازال البحث في هذا المجال مستمرا، خاصة في وجود نتائج دراسات معارضة مثل دراسة (لورنس كيوبى) التي توصلت إلى عدم وجود أنماط ثابتة لدى مرضى (الصداع النصفي، التهاب القولون التقرحي، أمراض القلب) كما أكدت نتائج دراسات أخرى وجود أمراض سيكوسوماتية مختلفة لدى مرضى لديهم سمات شخصية متشابهة وأنماطاً شبه ثابتة، كما أن هناك مرضى لهم سمات شخصية مختلفة وي تعرضون إلى اضطرابات سيكوسوماتية واحدة أو متشابهة، وهذا ما يضعف من مدى مساعدة سمات الشخصية في تشخيص هذه الاضطرابات لصالح عوامل أخرى مصاحبة.

وللتوفيق بين تعارض النتائج السابقة نذكر نتائج دراسة كل من (J.Groen, G. Wretmak, 1979 D. Leigh,) بين سمات الشخصية والأمراض السيكوسوماتية لا يكون بالنسبة لجميع هذه الأضطرابات، فبالنسبة لبعضها قد تصل نسبة من يتسمون بسمات معينة في شخصياتهم إلى أكثر من (80%)، في حين تكون هذه النسبة ضعيفة جداً في بعض الأضطرابات السيكوسوماتية الأخرى، وهذا ما أكدته نتائج دراسة رينج (F. Reng, 1972) في دراسته من التعرف فيما إذا كان ممكناً تحديد مرض ما على أساس مقابلة شخصية لا تدوم أكثر من (15-25) دقيقة، ولكي لا يصل هو وزملائه على أي مفتاح يقودهم إلى معرفة المرض المحدد صدرت التعليمات لكل مريض بأن لا يذكر شيئاً عن الأعراض أو العلاج أو الغذاء أو نواحي العجز .... الخ بدقة، وقد توصل رينج إلى أنه يمكن الوقوف على الأشخاص المرضى ببعض الأمراض وبنسبة عالي من الدقة عن طريق تحديد معالم شخصياتهم فقط، وخلص رينج إلى أن أنماط الشخصية تقع في ثلاثة مجموعات عريضة:

- 1- **مفرطو التفاعل:** الذين يثورون بسرعة ويتفاعلون مع غضبهم ومخاوفهم، وهذه الفئة تشمل مرضي انسداد الشريان التاجية والتهاب المفاصل التآكري، وقرح الجهاز الهضمي .
- 2- **ناقصو التفاعل:** الذين يميلون إلى كبت مخاوفهم وغضبهم وانفعالاتهم ويقع في هذه الفئة مرض الالتهاب الجلدي والتهاب المفاصل شبه الروماتيزمي، والتهاب القولون التقرجي.

**3- مقيدو التفاعل:** حيث يشعر المريض بمخاوفه وانفعالاته ولكن دون أن يتفاعل معها أو يعبر عنها، وتضم هذه الفئة مرضى الربو، البول السكري، ارتفاع ضغط الدم، فرط الدرقية الصداع النصفي. (الزاراد، 1984، ص 128) وقد أمكن التعرف على النسب التالية من المرضى وتحديد نوع المرض بالاعتماد على سمات الشخصية:

- 1- 100% من مرضى تضخم الغدة الدرقية.**
- 2- 83% من مرضى الجهاز الهضمي والتهاب المفاصل الشبه الروماتيزي.**
- 3- 71% من مرضى انسداد الشرايين التاجية.**
- 4- 60-67% من مرضى الربو، البول السكري، وارتفاع ضغط الدم ، والتهاب القولون.**

ورغم تباين وجهات النظر حول الارتباط بين اضطراب سيكوسوماتي ونمط معين من الشخصية فقد توصل الباحثون إلى أبرز السمات الشخصية لدى مرضى الأمراض السيكوسوماتية نذكر منها ما يلي:

- مريض القرحة: الاندفاعة، الطموج، مشاعر الحرمان، الاعتماد، البحث عن الأمان، أكثر استجابة للغضب، العجز عن التنفيذ عن العدوانية.
- مريض التهاب غشاء القولون المخاطي: شخصية قهرية، البخل، الاعتمادية، الخضوع، الرغبة في الحب، مشاعر الصراع، الاستيء الزائد، الغضب المكبوت، السلبية، الميل إلى الخداع وإطالة التفكير.

- مريض ضغط الدم الجوهري: الحزم، الطموح، الرغبة في السيطرة، الذكاء، الخوف من الفشل، زيادة الحساسية، التوتر، الخجل، القلق، كظم الغيظ، الاندفاع، العدوانية.
- مريض الصداع النصفي: التصلب، الرغبة في تحقيق الكمال، أكثر نجاحاً وذكاء، وسواس وشكاك، عقاب الذات، طموح، استياء، متوتر.
- مريض الربو: الحجات الأمومية، الخوف من الانفصال، الاتكالية، الحاجة إلى الرعاية والاهتمام، كثرة المطالب، المشاعر المتضاربة حول الذات وحول الآخرين.
- مريض التهاب المفاصل الروماتيزمي: عدوانية مكبوتة، الحاجة إلى الانتماء ولفت الانتباه، الاستعراض.
- مريض التهاب الجلد العصبي: الحماية الزائدة للذات، مشاعر الذنب، عقاب الذات، الحساسية المفرطة، مفهوم سلي للذات، عدوانية مكبوتة، التعويض.

(الزداد، 2000، ص. 137-139)

## **الفصل الرابع**

### **الاضطرابات النفجسدية عند الطفل**

#### **والمراهق**

تمهيد

- 1- الاضطرابات النفس جسمية للطفل.
- 2- الاضطرابات النفس جسمية للمراهق.
- 3- أهم العوامل المساعدة في حدوث الاضطرابات النفجسدية.



بالنظر إلى العديد من الاعتبارات يجب التفرقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية التي تظهر في مرحلتي الطفولة والراهقة عن تلك التي تظهر عند البالغين، وأهم هذه الاعتبارات عدم اكتمال النضج للجانبين النفسي والجسدي عند الأطفال والراهقين أين يكون التكامل اللامتناهي بينهما من الميلاد حتى البلوغ، ولهذا يجب الربط بين الاضطراب والمرحلة العمرية التي ظهرت فيها، خاصة عند الأطفال حيث ينظر إلى ما ألم بهم من اضطراب كخطر يهددهم، في حين قد يكون هذا الاضطراب وسيلة تعبيرية اتصالية لتحقيق غاية معينة باستعمال جسده كوسيلة اتصالية مع المحيطين وبالدرجة الأولى الأم.

هناك تجسيدات تعتبر مشكلات غير حقيقية لأنها اضطراب وظيفي مؤقت، كما أن بعضها تعتبر ظواهر تحويلية والتحقق منها يتطلب تشخيص دقيق وجاد من طرف طبيب ملم بشكل كبير بالاضطرابات السيكوسوماتية عند الطفل والراهق، فطبيعة الأعراض وتغيراتها وتطوراتها تمثل عامل ذي دلالة ورئيسي في المرض فمثلاً مرض اختناق سونغلو (الشهقة) له شكلين عياديين أزرق وشاحب ولكل منهما دلالات سيكولوجية مختلفة، كما أن فقدان الشهية لدى الرضع قد يتطور من الحالة البسيطة إلى الحالة المعقدة إذا لم تعالج أسبابه النفسية.

والاضطرابات السيكوسوماتية التي تظهر قبل البلوغ تعتبر عادة حالة عابرة، وهذا رغم أن ظهور هذه الاضطرابات عند البالغين يرتبط بتلك التي ظهرت في الطفولة الأولى والطفولة المراهقة، فالكثير يعتبرون أن أصلها يعود للطفولة، حيث يربط (ف. دوش) بعض التجسيدات بالخبرات الجسدية الأولى للطفولة وهي في هذه المرحلة تميّز بخاصية أساسية تمثل في شفائها والعودة للحالة العادلة فيما أنه هنالك نقص في التنظيم؛ فالجسد هو ساحة التعبير المختارة للتعبير عن الصراعات الطفولية وهذا بسبب عدم اكتمال النمو العقلي). (Jacquy, 2010, p-p 137-138)

## ١-الاضطرابات النفسية جسمية للطفل

مثل البالغ فالطفل يتعرض لتأثير تحولات النفس على الجسد أين تتسرب العوامل النفسية في اضطرابات جسدية، وهنا نجد بعض الأولياء يتجاهلون اضطرابات الجسدية لأطفالهم بحجّة عدم تصريحهم بالأمر أو عدم ظهور علامات ظاهرة، مما يؤدي إلى تفاقم الاضطراب، وعليه يجب الأخذ بعين الاعتبار شكاوى الطفل النفسية أو الجسدية وخاصة الجانب الأخير ويتم عرض الطفل على أخصائي الأطفال لأن الاضطراب يستطيع المرور دون الانتباه إليه.

وبالنسبة لهذه الاضطرابات في هذه المرحلة فقد أعاد كرسلر ووافق نموذج بيار ماري فهو يحدد وجود بنيات نفسية جارحة للطفل تؤدي إلى اضطرابات جسدية تظهر خاصة في ظرفين محددين، ففي بداية الأمر بتأثير حمل ثقيل للتهيجات والإثارات حيث لا تستطيع القدرات العقلية للطفل مساعدة التهيجات العديدة ما ينتج عنه إفراط الحمل في الجسد (أرق، قولون ثلاثة أشهر، الربو، تشنج النحيف) وهنا تعتبر الأم ك حاجز للأم لتهيج وحضورها ضروري لحماية

ال الطفل من الحمل الزائد مادام لم يكتسب توظيفاً نفسياً ذاتياً يخول له المواجهة، ومن ناحية أخرى يظهر الاضطراب الجسدي للطفل في حالة تعرضه للنقصان والحرمان الناتجين عن عجز في الحماية العاطفية.

وبالنسبة للمدرسة الباريسية هنالك مسلمة وجود فسيفساء أولية تترجم الوظائف المبكرة للمولود تضمن تماسك التوازن وهذا حسب كل من (بياري، كريسلر)، وقد سجل ماري أن كل اضطراب سيكوسوماتي يعود لمعاش الطفولة الأولى انطلاقاً من مسلمة أنه عند الميلاد تكون لتنظيمات التوازن المؤمنة لتوازن المولود تكون مستقلة الواحدة عن الأخرى، وقد جمعها في نظام أحادي ذاتي منظم وهرمي يتم تفعيله من خلال وظيفة الأمومة.

ميز بولي *Bowlby* شروط العجز في العلاقة أم طفل في: غياب الأم أو الكفيل، عدم التواصل مع أشياء الأم، عدم الأمان وتلحق حالات الكبت المعقدة إلى اضطراب عميق في نمو الطفل وتؤثر على الحركة، اللغة، والقدرات المعرفية والعقلية، وعلى الصعیدین النفسي والجسی، كما لاحظ سبیتز *Spitz* ضعف دفاع الأطفال المصابين بنقص عاطفي ضد الأمراض الجسدية الطارئة، ولا تتلخص اضطرابات ذات الانعکاس النفسي عاطفي في النقص العاطفي فقط، بل تستطيع الظهور مع الإفراط الوالدي كما بينه ماري وكرسلر، حيث إذا لم تستطع القدرات العقلية تسخير الإثارة، أو إذا كان الطفل خاضع لحمل ثقيل يؤدي ذلك بالضرورة إلى إفراج الإثارة في الجسم، وهذا ما يفسر مثلاً اضطراب القولون لثلاثة أشهر وعدم القدرة على النوم، وتشنجات البكاء الحاد كما يمكنها إصابة جميع الأجزاء أو الوظائف الجسدية. *Spasmes du sanglot* (*Jacquy, 2010, pp 144-154*)

ولاحظ أيضا العالمين الأمريكيين سبيتز (R. Spitz) وباؤلبي (J. Bowlby) من خلال دراستهما حول الحرمان الحسي العاطفي إلى علاقة الأم بطفليها، وأن غياب الأم المستمر يؤدي عادة إلى تأخر في النمو وإلى إصابة الجهاز العصبي والجهاز العظمي والعضلي، والحركي، وإلى تبول ويزد لراديين، وإلى فقدان الشهية للطعام، جميع الأعراض سببها الأساسي هو الحرمان العاطفي خاصة في المراحل الأولى للنمو.(الزداد، 2000، ص428)

وخصوصية اضطرابات النسجسمية للعمر الأول للطفل الذي يمتد من الميلاد إلى منتصف 3 سنوات تمثل في أن حياته كلها تتعلق بمحیطه خاصة علاقته بالأم، فلا وجود له ككائن مستقل فهو يكون وحدة مع أمه أو مع بديلهما وفهم حياته العقلية واحتياجاته تتجسد في التفاعلات بينه وبين محیطه، وعليه فإن فهم اضطرابات العقلية والحركية والجسدية تتطلب الأخذ بعين الاعتبار شخصية الوالدين خاصة الأم لتجنب عدم التنظيم عند الطفل، كما أن اقتصاده النفس جسمي يتأثر أيضا بتفاعلاته مع المحیط دون التقليل من أهمية اضطراب السابق سواء كان عقلياً أو جسدياً .

وتتأثر أيضا العلاقة أم طفل بمدى الرغبة في الإنجاب لدى الأم وعلاقتها بالأب حيث تتطور هذه التفاعلات بانسجام وتتوافق تماماً؛ مما يتوجب على الأم تكميل النقص لوقايتها من التهيج والإثارة قبل إلحاق الضرر بنفسية الطفل وشخصيتها من خلال:

- تلبية الاحتياجات الغذائية.
- حمايتها من المنغصات الخارجية.
- الإحساس به وفهم شخصيتها وحساسيتها واحتياجاته.
- توفير الشروط النمو المناسبة لقدراته.

وفي نفس السياق نجد الآراء الفنية لميليتا سبرلنج (*Mellita sperling*)

التي تعتبر اضطرابات الطفولة الأولى تعود لعلاقة أم طفل حيث شخصية الطفل مرتبطة بشخصية الأم خاصة في حالة التعلق بها أو رفضها له، كما قد تعود صراعاتها الطفولية على طفلها وشخصيتها، فهذه الاضطرابات تعكس الصراعات مع الأم، وبالتالي فهي صراع انفعالي مع الأم، يمكن حله بطريقة سريعة لتجنبها، كما يمكن أن ترجع هذه الاضطرابات للتثبيتات الأولية فالصراعات التي لم تحل في الطفولة لا تخلو من تحديد المرض الجسدي للبالغين.

تعد المعرفة الدقيقة بالبنية أو التنظيم العقلي وخصائصهما من المعطيات الضرورية لكل تشخيص سيكوسوماتي، حيث من المهم تحديد ما إذا كانت هذه الخصائص الملاحظة ترتبط بالمرحلة العمرية للطفل، فقد تنتج هذه الاضطرابات عن عدم اكتمال نمو هذه الخصائص أو عن اضطراب فيها، وفهم نفسية الطفل ضرورة حتمية لفهم سلوكه فأي اضطراب في هذا الأخير يرجع إلى اضطراب الحالة النفسية؛ باستثناء ما إذا كان هذا الاضطراب يرجع للاضطراب العضوي ومن بين الاضطرابات الجسدية المرتبطة بالصراعات النفسية حسب كرسيلر نجد:

- اضطرابات عصبية: اضطرابات النوم (عدم القدرة على النوم، النوم المفرط، القلق الليلي).
- اضطرابات التغذية: فقدان الشهية، اختيار التغذية، عدم الملاءمة الحركية (عدم القدرة على المضغ، البلع المباشر).

- امتصاصات غذائية غير منطقية: أكل البراز، أكل التراب، النهamaة، الإفراط في الشرب، أكل الطين، أكل الشعر.
- اضطرابات هضمية: الغثيان، الجشاء، متلازمة الغثيان الدوري، اضطراب القولون في 3 أشهر الأولى، آلام البطن، التهاب القولون المستقيم، قرحة المعدة والاثني عشر.
- اضطرابات في الإطراح: الإمساك، القولون المتضخم النفسي، الإسهال.
- اضطرابات تنفسية: الربو، اختناق البكاء.
- أعراض عامة: اضطرابات النمو النفسي (القزم النفسي)، سوء التغذية، السمنة، أمراض الحساسية، الالتهابات المتكررة. (Jacquy, 2010, pp 137-145)

ولنأخذ كمثال على هذه الاضطرابات في هذه المرحلة اضطراب الأكل(*فقدان الشهية* *L'anorexie*) حيث التغذية تكتسي أهمية بالغة فهي تشبع الحاجة البيولوجية كما أنها بالنسبة للطفل تشبع الحاجة النفسية، وحسب ج. دوتشي تمثل علاقة حيوية مع الألم وليس مجرد إشباع حاجات حرارية، ويشكل الفطام أهمية كبيرة في هذه العلاقة ويمكن أن يعيش كصدمة إذا كان مفاجئاً، وعليه فإن سلوكيات التغذية الخاطئة للألم تجاه طفلها قد تؤدي إلى نقص رغبته في الأكل، فعند الرضيع يكون هذا الاضطراب نادر عند الأطفال الذين يرضعون من ثدي الأم، ولهذا فهو يعتبر حسب الكثير من الدراسات كفدية للرضاعة الاصطناعية حيث تتقيد الأم بالكميات المسجلة وترغم الطفل أو تحايل عليه لإنتمام القارورة دون مراعاة لشهيته؛ مما يؤدي إلى القيء وبالتدريج يتحول الأمر إلى صراع بين إرادتين تتجاهلهما.

وبحسب كسلر يتطور هذا الاضطراب في السادس الثاني من التطور مع تطور العلاقة للموضوع إثر حدث صحي أو إدخال غذاء يختلف عن الحليب مع إجباره على إكماله وبتكرار الوضعية (إجبار . رفض) يحدث ما يعرف بـ *Anorexie d'opposition*. وينخفض الاضطراب بتوجيه الأم، وفي حالات ينخفض ويظهر في المرحلة المدرسية وفي حالات أخرى يبقى حتى المراهقة، ولهذا يجب دراسة المحيط وعلاقة الطفل بالأم دراسة دقيقة في علاج هذا الاضطراب، ويكون في الطفولة الثانية كرفض لللحاج الوالدين. (ميمني، 2005، ص، ص 123، 149)

ويمكن تلخيص العوامل المختلفة لهذه الاضطرابات في هذه المراحل في اضطراب علاقة الطفل بالأم واضطراب الأم، فشل الحلم في حل الصراعات الخارجية أو الداخلية، الضغوط المرتبطة بالحياة العائلية أو المدرسية التي يتعرض له الطفل، شعور الطفل بعدم اهتمام المحيط به، الانفعال أمام الأمور السيئة، التبعية المفرطة للأم، دور البيئة الاجتماعية والتربية غير المرنة التي تكون صلبة أو المفرطة التسامح، التوظيف الليبидي لبعض الأعضاء من طرف الطفل تعبيرا عن الحب أو العداوة أو لحل صراعات لاشعورية، تعلم فاشل لبعض السلوكيات مع تعزيزها، ما يتم غرسه من معتقدات حول الصحة المرض لدى الآباء والأبناء.

## 2-الاضطرابات النفسية جسمية للمراهق

البسيكوسوماتك عند المراهق يعني التطرق لنفس المشاكل التي نجدها عند المراهق فالاستشارة عنده تختلف عن تلك عند البالغ أو الطفل وتمكنه خصوصيتها في خصوصية التحولات والإغراءات النفسية والمحيطة التي تواجهه فبداية الأمر التحولات الجسدية للبلوغ مع إشكالياته، كما أن المراهقة هي مرحلة الاعتماد على الذات والذي لا يحدث دون صعوبة ودون تعارض وجداني، كما أنها مرحلة الانتقال إلى حياة الحماسة والاندفاعية فهي مرحلة تحول على الصعيد الجسمي والنفسي والتي تلعب دوراً رئيسياً في تشكيل شخصية البالغ، والخاصية التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار خلال جميع تقنيات التشخيص تخفي خلفها توترة تحولياً مهماً والذي لا يجب على العيادي إغفاله.

هناك اضطرابين جسديين يشغلان مكاناً خاصاً في المراهقة هما فقدان الشهية والصداع المتكرر الذي غالباً ما ترتبط بالصراعات النفسية ذات الإحساس القوي بالذنب، فضلاً عن ما يحدثه من تشوش في الانشغال الجنسي مما يؤثر على التمدرس، كما أن المحيط العائلي والعاطفي يلعبان دوراً سببياً مهماً، وتوجد أنواع عديدة من الصداع ونتكلم عن النشط ، والتمثيل الأكلينيكي الأولي يمثل في تراجع في الدراسة وتدوره يتراافق غالباً بالإحساس بالاكتئاب، كما تأتي الأسباب من الظروف الخارجية كالمحيط المليء بالنزاعات أو أقل ملائمة للدراسة، إجهاد يرتبط بنظام دراسي مكثف شروط وظروف نفسية مثل الضعف التي لا تسمح بحل النزاعات النفسية الداخلية الملزمة للنجاح الذهني، هذا المعاش يكون أكثر إشكالاً بالنظر لموقف الوالدين الذي قد يتجسد عند البعض دونوعي في عداء للنجاح الدراسي خصوصاً للذين فوتوا رسومهم الدراسي، أو الذين لا يتقبلون أن يتخطاهم طفليهم.

وفقدان الشهية العصبي في المراهقة حسب لاسيج (*Lassègue, 1873*) يأتي بين 15 و20 سنة خاصة عند الإناث، وتعتبر فاقدة للشهية كل مراهقة فقدت 10% من وزنها وتتأخر في الدورة يفوق 06 أشهر، نحافة، وهو لا يأتي فجأة بل يظهر تدريجيا ويتطور ببطء بالإضافة إلى رفض كل تغذية، وتأتي النحافة من القيء المعتمد، استعمال المسهلات، اختيار نوع من الأطعمة... وقد يصل الأمر إلى فقد نصف وزن الجسم والتشخيص يظهر حالة خوف حقيقية من السمنة أو الرغبة غير العادية في النحافة وما يرتبط بها من مكنونات نفسية. (*Jacquy, 2010, pp 155-159*)

وعليه فإن العوامل النفسية المرتبطة بهذه الاضطرابات عند المراهق نجد بعد الصدمة النفسية، صورة الجسم المشوهة بالنسبة للمراهق، التحكم في الجسم والسيطرة عليه أو التحكم في المحيط من خلال الجسم، الحاجة إلى إثبات الوجود، الإفراط في النشاط الفكري أو العضلي.

### 3-أهم العوامل المساهمة في حدوث الاضطرابات النفسيّة

لخص علماء الطب السيكوسوماتي أهم هذه العوامل في النقاط التالية:

#### 1-العوامل النفسية

التي يتعرض لها الفرد في حياته كالصراع الانفعالي بين الاعتماد على الآخر وبين الاستقلال، وقمع الغضب وعدم القدرة على التعبير عن المشاعر والرغبات والحدق الشديد، والعدوان المكتوب وعدم القدرة على تحقيق الذات والضغط الانفعالي المستمر، الإحباطات المتراكمة التي تنتج عن الضغوط الشديدة تؤدي

إلى اليأس والانهيار، حيث يرى جرووديك (G. grooddeck) أن لكل مرض سبباً نفسياً أدى إليه أو ساهم في تطويره وكل اضطراب هو تعبير رمزي عن المكبوتات. (الزراد، 2000، ص 75) كما أن للعلاقة المضطربة بين الطفل ووالديه أهمية كبيرة في الإصابة بهذه الاضطرابات خاصة في عملية الغذاء والتدريب على الإخراج ونقص الأمان فقدان الحب، والخوف من الانفصال والحرمان وال الحاجة إلى القبول واضطراب المناخ الانفعالي في المنزل. (زهران، 1997، ص 470)

ومن أمثلة العوامل النفسية المؤدية لهذه الاضطرابات نجد التزاعات العدوانية والثورة ضد السلطة، والتذمر من العمل، ومحاولة تجنب المسؤولية والصراع العنيف لمواجهة معضلة وجданية لا يمكن حلها ولا تجنبها مثلما لوحظ في حالات ارتفاع ضغط الدم، وكذلك الخوف من فقدان الأم أو من يقوم مقامها كالزوجة مثلاً عند بعض الأشخاص غير الناضجين انسعانياً، كما توجد دلائل على الصلة بين الحب وحركة المعدة في حالة الانفعالات المرتبطة بالحرمان من العناية، والحب والعطف، مع الرغبة الملحة للمريض في الحصول عليها، وقد لوحظت هذه الحالات لدى الأشخاص المصابين بقرحة المعدة. (عكاشه، 1976، ص 170)

### 2-3-العوامل الوراثية

ذكر جل Hern (Gellhern, 1967) أن بعض الدراسات في علم سببية الأمراض (Etiology) ربطت بين الاضطرابات السيكوسوماتية ومفهوم العضو القابل للإصابة، فعندما يتعرض العضو للمؤثرات البيئية يصاب بهذه الاضطرابات نتيجة تضافر العوامل الوراثية مع بقية العوامل الداخلية

والخارجية.(جزر، 2001، ص33) وتأكد أهمية هذا العامل من وجود إصابات منتشرة بين أفراد العائلة مما أدى ببعض الباحثين إلى نسبتها إلى الوراثة، وهذا التفسير لا يعني حتمية هذا العامل بل ضرورة وجود عوامل أخرى (خارجية وداخلية) تعزز الحساسية الوراثية.(ميموني، 2005، ص121) ولا يقصد هنا العوامل المتعلقة بالوراثة مباشرة مثل الهيماوفيليا والأنميا أو الخلل في الصبغيات، بل يقصد عوامل الاستعداد الوراثي (*Prédisposition*) وأثر العوامل المؤثرة على نمو الجنين والظروف المحيطة بالحمل والولادة .

وتتأثر حياة الجنين حسب كل من سونتاج (*Sontage.L*) ولستر (*Lister.W*) بالحياة الانفعالية للألم وبالحالة الجسمية والبيئية الداخلية والخارجية؛ فأي اضطراب للألم ينعكس على الطفل وما يحدث أثناء الحمل غالبا ما يلازم الطفل بعد الولادة، وتعتبر هذه العوامل بمثابة المهيأ للإصابة العضوية ولكن لا تعمل لوحدها في إنتاج هذه الاضطرابات. (أبو النيل، 1994، ص210)

### 3-العوامل الاجتماعية الصعبة

كتعرض الفرد لمواقف عنيفة كما في حالة الحروب ووقوع الكوارث المفاجئة؛ مما يؤدي إلى استنفاد طاقة الفرد وعدم قدرته على التحمل حيث يرى جيمس هالدai (*James Halliday*) أن المجتمع المريض يظهر بوضوح أعراض تفككه في شكل أمراض واضطرابات لدى أفراده ويؤدي التغير الاجتماعي السريع لزيادة هذه الأمراض. (الحجار، دون سنة، ص ص 95-96)

ويؤكد كل من كاسل (MC.Kean) وكوب (Cobb) وماك كين (Kasl.L) وأرثر (Arthur) على أن الحوادث اليومية من بطالة وخسارة، فراق، وموت شخص عزيز... تؤدي كلها إلا الضغط النفسي الذي يتراكم لفترة طويلة نتيجة هذه المواقف يترك آثار سيئة في جسم الإنسان، وحسب نوريس (R.Norris) وجينيس (MC.Ginnis) أن تأثيرات البيئة الاجتماعية تلعب دوراً مهماً في ترسيب الأعراض السيكوسوماتية. (الزراد، 2000، ص 76)

#### 4- العوامل البيئية والاقتصادية والثقافية

حيث يلاحظ اختلاف في طبيعة هذه الاضطرابات وانتشارها من مجتمع إلى آخر وداخل المجتمع الواحد، وهي أكثر حدوثاً في الطبقة المتوسطة حيث التأثير واضح بالحياة الاجتماعية، كما أن إخفاق بعض الأفراد في التوافق مع متطلبات البيئة الاجتماعية والفيزيقية يحدث الصراع الذي تكون محصلة الإصابة بالمرض السيكوسوماتي. (شقيير، 2002، 33) فمثلاً وجد أن ضغط الدم المرتفع الذي يؤثر على حوالي (1.5%) من أي مجتمع، ينتشر بين الرجال بمعدل أكبر من انتشاره بين النساء، وبين المستويات الاقتصادية الاجتماعية المنخفضة عنه وبين المستويات المرتفعة والضغط الاجتماعي والبيئية واضطراب العلاقات الاجتماعية. (السيد، 2000، ص 279)

ومن هذا المنطلق ظهر اتجاه قوى ينامي بقوة يرى ضرورة تناول صحة الإنسان من خلال العلاقة التي تربط بين النفس والجسم والبيئة الاجتماعي الذي يعيش فيه هذا الإنسان، حيث أكدت نتائج بعض البحوث على أن كلاً من الظروف الاجتماعية والحالات النفسية ذات صلة وثيقة بصحة الجسم، ورغم أن هذه العوامل تم استنتاجها من عديد الدراسات إلا أنها لم توضح آليات تأثير كل عامل من العوامل السابقة في وظيفة الأعضاء مما يؤدي إلى اضطرابها، كما أنها لم توضح الدرجة التي يمكن أن تشكل عتبة لهذا التأثير، إضافة إلى أنها لم توضح كذلك درجة الفروق الفردية بين الأفراد في هذا المجال .



## **(الفصل الخامس)**

# **شروط حدوث الاضطرابات النفسجسدية**

## **وخصائصها**

تمهيد.

**1- شروط حدوث الأمراض النفسجسدية.**

**2- خصائص الاضطرابات النفسجسدية.**



الكثير من المختصين والمهتمين بالصحة النفسية وخاصة الاضطرابات السيكوسوماتية يؤكدون على أهمية مجموعة من الشروط والعوامل التي الازمة حتى تحدث الإصابة بهذه الاضطرابات.

## ١- شروط حدوث الأمراض النفسيجسدية

لخصها جيتمان (Guttman, 1966) فيما يلي:

- التعرض لعوامل انفعالية أو مصادر للضغوط بتاريخ سابق لظهور التغيرات الجسدية ولا يمكن أن تكون الاستجابة الانفعالية للضغط والمحن والاضطراب العضوي ظرفي مثلما يحدث مع المواقف الضاغطة العادلة، حيث بمرور الوقت تزداد مقاومة الاضطراب إلى غاية الانهيار الجسدي في ظل عدد من عوامل الاستعداد، ورغم أن التغيرات الجسدية والانفعالية تحدثان بالتزامن إلا أن الضغوط الانفعالية تظهر وتدرك بوضوح قبل الحالة الجسدية.
- كبت العوامل الانفعالية سواء كانت شعورية أو لا شعورية، مع اقتران الانفعال بعدم القدرة على الفعل.
- فشل استراتيجيات المواجهة الدفاعية السابقة وانهيارها.
- تزامن الأعصاب - الاستثارة القوية . للجهاز العصبي المركزي مع الاختلال الوظيفي المزمن وتقيد الضبط الإرادى للحالة؛ مما يؤدي إلى تغير مورفولوجي في تركيب النسيج ويتطور النمو المرضي بحيث يمثل المرض النقطة التي وصل فيها الفرد لحالة التوافق الجيدة وانهارت عندها آليات الدفاع والتكتيفات السابقة.

- يحدث الامهيار السيكوسوماتي عندما يجد منفذًا عبر العضو المهيـش لأسباب وراثية أو مكتسبة، أو نتيجة عوامل ثانوية مثل النكوص النفس فيزيولوجي عند الأشخاص الأقل نضجاً، أو مساعدة بعض أزمات الحياة والآليات المرضية التي تم تشريطها في الطفولة المبكرة. (غازي ومحمد، 1984، ص 9)

والعضو المختار لحدوث الامهيار السيكوسوماتي يتوقف على عدة عوامل منها:

- الضعف التكويني المحتمل لهذا العضو.
- الأمراض والحوادث السابقة في تاريخ حياة الفرد.
- وجود بعض الأمراض في هذا العضو عند أحد الأقارب.
- طبيعة الضغط الانفعالي.
- ما يحققه العرض المنتقى من كسب ثانوي للفرد. (يوسف، 1994، ص 177).

وفي هذا السياق تشير بدرة معتصم ميموني إلى أن الأفراد لا يستجيبون بنفس الطريقة وبنفس الحدة لوجود اختلافات تكوينية بينهم، حيث أن الهشاشة في مجال أو في آخر تؤهل وتسهل اختيار العضو، ويرى أصحاب التحليل النفسي أن العضو الذي يصاب هو الأكثر توظيفاً سواء نرجسياً من الفرد، أو من محیطه وهذا لا ينفي الهشاشة التكوينية. (ميموني، 2005، ص 121)

إن الاعتماد على تفسير واحد في اختيار العضو يعد غير كاف، ولهذا لا بد منأخذ جميع التأويلات الممكنة بعين الاعتبار لفهم عملية الاختيار هاته، وأيضاً يجب مراعاة الفروق الفردية بين حالات الاضطراب المختلفة.

## 2- خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية

من خلال ما تقدم من عناصر يمكن أن نخلص إلى أن الاضطرابات السيكوسوماتية تتميز عن غيرها من الاضطرابات الأخرى بما يلي:

- وجود أساس فيزيولوجي لهذه الاضطرابات.
- لا تخضع للضبط الإرادي لأنها تصيب الأعضاء الحشوية التي يعصيها الجهاز العصبي الأوتومي.
- اضطرابات في وظائف العضو المستهدف، أو تلف واضح فيه.
- أكثر سيطرة وإلحاحاً على العضو المصابة.
- ترتبط بوجود العوامل الانفعالية التي تلعب دوراً هاماً وأساسياً سواءً في ظهور الأعراض الجسمية أو زيادة التأثير فيها، وهذا ما يميزها عن الأمراض العضوية.
- بعضها يرتبط بنمط معين من الشخصية.
- تختلف الإصابة بها بين الجنسين اختلافاً ملحوظاً.
- قد توجد مختلف الأعراض أو تتوالى لدى الفرد الواحد.
- يميل الاضطراب لاتخاذ مراحل مختلفة حتى يصل في النهاية لاضطراباً مزمناً. (شقيق، 2002، ص 29)
- تحدث نتيجة عدم فاعلية أساليب المواجهة.
- فشل العلاج الجسيمي الطويل في شفائها إلا بالتكامل مع العلاج النفسي. (أبو النيل، 1994، ص 162)



## **(الفصل السادس)**

### **تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية**

تمهيد.

1-تصنيف ألكسندر (*Alexander, 1950*).

2-نظام التصنيف الدولي التاسع للأمراض.

3-تصنيف المدرسة الباريسية لبيار ماري (*Pierre Marty*).

4-تصنيف فيصل محمد خير الزراد.



تصيب الاضطرابات السيكوسوماتية الكثير من أعضاء الجسم وبالتالي كل أجهزته وذلك للارتباط الوثيق فيما بينها تحت إشراف الجهاز العصبي، غير أن تسمية هذه الاضطرابات وردت في عدة تصنيفات مثل تصنيف (*DSM-III*, 1981) الذي اشتمل على 36 مرضًا، والتصنيف السوفيافي للأمراض النفسية والعقلية والذي شمل 10 اضطرابات يطلق عليها الاضطرابات السيكوفيزيولوجية. (ياسين، 1988، ص 332)، وتصنيف المكتب الفدرالي للصحة بأمريكا والذي شمل 18 مرضًا. (الزين، 1986، ص 43)

وتصنيف الجمعية المصرية للطب النفسي والذي شمل اضطرابات تتعلق بأعضاء خمسة أجهزة من أجهزة الجسم فضلاً عن التهابات الجلد، واضطراب الغدد الصماء والحواس الخمس. (الجمعية المصرية للطب النفسي، 1989، ص 7)

وصنفت في (*DSM-IV*, 1995) إلى اضطرابات عامة، وأخرى تتعلق بأربعة أجهزة مع الاضطرابات الجنسية والجلدية. (تفاحة، 1996، ص 65) كما تم تصنيفها في التصنيف الدولي للأمراض (*ICD-10*) الذي وضعته منظمة الصحة العالمية ضمن المجموعة الرابعة وهي *F4: WHO* مجموعة الاضطرابات العصبية وال المتعلقة بالإجهاد والاضطرابات جسدية الشكل. (*WHO Mental health evidence and research (MER)*) وللتوضيح أكثر نقتصر على بعض النماذج التصنيفية فيما يلي:

## **1-تصنيف ألكسندر (Alexander, 1950**

ضم تصنيفه قائمة بسبعة أمراض: ضغط الدم الأولى، القرح المضمية، التهاب المفاصل الروماتزمي، وفرط نشاط الغدة الدرقية، الربو الشعبي، القولون، والتهاب الجلد العصبي.

## **2-نظام التصنيف الدولي التاسع للأمراض**

الذي صنفها حسب طبيعة الضرر في الأنسجة إلى:

### **1-الأمراض السيكوسوماتية المتضمنة ضرراً في الأنسجة**

تشمل: الربو، التهاب الجلد، الأكزيما، القرحة المعدية، القولون المخاطي، القولون المتقرح، طفح الجلد، مرض الأقزام النفسي الاجتماعي.

### **2-الأمراض السيكوسوماتية غير المتضمنة ضرراً في الأنسجة**

تشمل: تصلب الرقبة وهو داء في الرقبة يتميز بصعوبة الالتفات، احتياج الهواء، وزيادة معدل التنفس والكحة النفسية والتشاؤب، اضطرابات القلب والأوعية الدموية، الكحة نفسية الأسباب، بلع الهواء، القيء، وعسر الطمث الناتج عن سبب نفسي وصر الأنسنان" تأكلها". (شكري، 2001، ص72)

## **3-تصنيف المدرسة الباريسية لبيارمارتي (Pierre Marty)**

ويعمل به منذ عام 1978 وهو يعتمد على الترميز، وهو نتاج دراسة قام بها بيارمارتي على (323) مريضاً يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية، ويتصف

بالشمولية والتفصيل والتفكير динامي الذي يأخذ بعين الاعتبار تطورات الفرد، وماضيه وقدراته على التكيف وحالته المرضية كما هو مبين في الجدول

التالي:

## جدول رقم (01) يوضح تصنيف المدرسة الباريسية لبيان ماري للاضطرابات السيكوسوماتية

<b>14-أنف-أذن-حنجرة:</b>	<b>10-عدم الكفاية</b>	<b>التشلبة (تساقط الشعر)</b>	<b>*10-الحساسية</b>
-طنين الأذن 511	الأساسية:	244	101-الربو الشعبي
512-البحة المزمنة	الوهن العام 381	245	102-الأكزيما
513-التهاب الأنف-حنجرة	صعبيات تحديد الزمان	246	103-انتفاخ كوبنث
514-الصمم	المكان 382	247	تحسس الأنف التشنجي
<b>15-العظام المفاصل:</b>	<b>اضطرابات تكيف</b>	<b>6-أمراض المضم:</b>	<b>104-الشرى</b>
531-أوجاع المفاصل	حرارة الجسم 383	أمراض المستقيم	105-ردات فعل تحسسية متنوعة
532-آلام المفاصل	ارتفاع الجسم 384	271	106-السعال التشنجي
533-التهاب المفاصل	11-اضطراب التغذية-	مرض كرون 272	107-السرطان:
534-آلام الظهر	الأيض-الغدد:	أمراض هضمية-	2-التناسلي 141
535-الكسور المتعددة	الهزال 401	وظيفية 273	142-الثدي
536-آلام العمود الفقري	اضطراب التغذية 402	عسر الهضم 274	143-مرض هودكين
537-انخفاض تكسل العظام	زيادة الشهية أو انخفاضها	التهاب غشاء المعدة 275	144-الجلد
538-ترقق العظام	زيادة إفراز الدرقية	التهاب المستقيم 276	145-الرئة
539-التهاب المفاصل التصاعدي	(مرض sedow) 404	النازف 277	146-الدم
540-الروماتيزم المفصلي الحاد (R.A.A)	السكري غير مدمn	القرحة المعدية-	147-العظام
541-أنواع أخرى من الروماتيزم	الأنسولين 404	الإثني عشرية 278	148-البنكرياس
542-التهاب مفاصل الفقرات التصلبي	السمنة 405	الغثيان-القيء 279	149-العين
<b>16-الرئة:</b>	<b>اضطرابات الدرقية</b>	<b>7-الأمراض النسائية:</b>	<b>150-أنف-أذن-حنجرة</b>
561-التهاب الشعب الهوائية	406	الكبد-المراة	151-وجود امتدادات للسرطان
	407	7-الأمراض النسائية:	152-سرطان الجلد
	408		

\*- يشير الرقم المقابل إلى رمز المرض أو الاضطراب في تصنيف ماري.

السرطان الليمفاوي	153
أورام سرطانية غير مرض	154
مودكين 3-الجراحة:	154
البتر 191	191
صعوبات إعادة التأهيل	192
تعقيبات الكسور 193	192
الجراحة العصبية 194	193
تدخلات عديدة عقب	194
جراحية 195	195
القلب-الدورة الدموية-	195
الدم: 221	221
فقر الدم 222	222
نفخ خطر (مهند للحياة)	222
التهابات الشريانين 223	223
مرض قلبي عضوي 224	224
أمراض دم غير سرطانية	225
ارتفاع الضغط 226	226
الاحتشاء القلبي 227	227
أمراض شريانية متعددة	228
مرض رينولد 229	229
اضطراب نبض القلب 230	230
انبلاج التنفس 231	231
الصباغ الدموي (اضطراب	231
يتميز بتجميع كمية حديد	232
كبيرة في الأنسجة) 232	232
التهاب الوريد 233	233
5-الجلد	233
حب الشباب 240	240
صلع (تساقط الشعر) 241	241
مرض جلدي 242	242
التهاب الأدمة 243	243
-التهاب ملتحقات الرحم 291	291
-تعقيبات ما بعد I.V.G) 92	92
-اضطرابات العادة 93	93
-الشهريّة 96	96
-العقل 294	294
-المهبلية 95	95
-التهاب غشاء الرحم	
-كيس في المبيض 97	97
-التهاب الأغشية 98	98
-المخاطية 99	99
-التهابات نسائية 299	299
-أمراض المناعة: 8	
-الضمور النخاعي 311	311
-مرض الكولاجين 312	312
-الانحطاط المركزي 313	313
-مرض الذئبة 314	314
-التهاب ما حول المفصل 315	315
-مرض ديهرينغ 316	316
-التهاب المفاصل 317	317
-مرض الحاد المزمن	
-رمضات الجمجمة وأقارها 457	457
-حوادث وعائية-دماغية 458	458
-السوار الخادع 459	459
-نيوبات حركة ذات المصدر غير الأكيد 460	460
-ضمور العضلات 319	319
-مرض انعدام 462	462
-التدريجي 319	319
-المناعة(السيدا) 320	320
12-الاضطرابات العصبية:	
-الآلام 441	441
-الصداع 442	442
-الصرعية 443	443
-تقىلات الكتاب 444	444
-الشقيقة 445	445
-التهابات النخاع الشوكي	
-سلس البول 446	446
-سوابق جراحات عصبية 447	447
-اضطرابات عصبية- 448	448
-الهاب العصب 449	449
-شلل 450	450
-التهاب الأعصاب 451	451
-مرض المناعة: 60	
-Recklinghausen 601	
-تناذر ذاتي عقب رضة 602	602
-جسدية 453	453
-تصلب المادة العصبية 603	
-البيضاء 454	454
-الكراز 455	455
-التواه العنق التشنجي 604	604
-الهيبوكampus 456	456
-رضمات الجمجمة وأقارها 611	611
-التهاب المفاصل 457	457
-حوادث وعائية-دماغية 61	61
-التهاب المفاصل 458	458
-السوار الخادع 459	459
-نيوبات حركة ذات المصدر غير الأكيد 460	460
-الوهن العضلي 461	461
-تناذر تشنج العضلات 462	462
-انتفاخ الرئة- 562 Emphysem	
-عدم الكفاية التنفسية 563	563
-السل الرئوي 564	564
17-الكلية والجهاز البولي:	
-المغص الكلوي 581	581
-التهاب المثانة 582	582
-سلس البول 583	583
-عدم كفاية الكلي 584	584
-حصى الكلية 585	585
-اضطرابات التبول 586	586
-زراعنة الكلية 587	587
-غسيل الكلوي 588	588
-تناذر كلوي 589	589
-الكلية متعددة الأكياس 560	560
18-الجهاز الجنسي:	
-البرودة الجنسية 60	60
-عجز جنسي 602	602
-الفخذ المبكر 603	603
-المهبلية 604	604
19-اضطرابات النوم:	
-الروبيصة (المشي أثناء النوم) 611	611
20-الأستان:	
-الفم والأستان 621	621
21-أورام حميدة:	
-التحولات الهمستيرية 64	64
22-التحولات الهمستيرية:	
-الصريحية 65	65
23-ادعاء المرض:	
-67	67

<p>-أمراض حسية-أوهام مرضية 463</p> <p><b>13-اضطرابات العيون (غير محددة):</b></p> <p>العي 491</p> <p>-تكثف عدسة العين 492</p> <p>-التهاب مشيمة العين التطوري 493</p> <p>الرؤبة المزدوجة 494</p> <p>-أمراض شبكيّة العين 495</p> <p>غيرها 496</p> <p>-اضطرابات الشبكيّة 497</p>	<p><b>9-الالتهابات والأمراض الفيروسية الحالية أو الحديثة:</b></p> <p>جلدية 351</p> <p>بوليّة _ تناسليّة 352</p> <p>الكلب 353</p> <p>(Herpes)-القوباء 354</p> <p>العيون 355</p> <p>أنف، أذن، حنجرة 356</p> <p>التهاب البنكرياس 357</p> <p>انخفاض المناعة 358</p> <p>السل 359</p> <p>الالتهابات البوليّة 360</p> <p>مرض بقعة زوستير. 361</p>
--	--

المصدر: (النابلسي، 1988، ص ص 100.111).

4-تصنيف فيصل محمد خيرالزداد

ويعتمد الباحث التصنيف الذي وضعه فيصل محمد خير الزراد لأنّه تم القيام به من خلال حصر جميع الاضطرابات الواردة في خمسة عشر مرجعاً مختصاً في مجال هذه الاضطرابات والطب السيكوسوماتي، كما يبيّنه الجدول

التالي:

## جدول رقم (٠٢) تصنیف محمد خیر الزراد للاضطرابات السیکوسوماتیة

الاضطرابات	الجهاز
<p>- القرحة المعدية (<i>Gastric ulcer</i>)</p> <p>- قرحة الاثنا عشر (<i>Peptic ulcer</i>)</p> <p>- التهاب المعدة المزمن (<i>Chronic ulcer</i>)</p> <p>- التهاب القولون (<i>Colitis</i>)</p> <p>- الإمساك المزمن (<i>chronic constipation</i>)</p> <p>- الإسهال المزمن (<i>chronic Diarrhea</i>)</p> <p>- فقدان الشهية العصبي (<i>Anorexia Nervosa</i>)</p> <p>- الشراهة في تناول الطعام (<i>Bulimia</i>)</p> <p>- عسر الهضم (<i>Dyspepsia</i>)</p> <p>- آلام انتفاخ البطن والتتجشؤ (أو الفوّاق) (<i>Abdomen pain and </i> <i>accordion abdomen and belching</i>)</p> <p>- السمنة المفرطة (<i>Excessive obesity</i>)</p> <p>- التهاب القرحة الشرجية (<i>Anus inflammation</i>)</p> <p>- التهاب البنكرياس (<i>Pancreatitis</i>)</p> <p>- التهاب الرائدة الدودية (<i>Appendicitis</i>)</p> <p>- اضطرابات الكبد والحووصلة الصفراء (<i>Liver and bile diseases</i>)</p>	جهاز الهضم 1
<p>- الربو الشعبي (العصبي) (<i>Asthma Nervosa or bronchial Asthma</i>)</p> <p>- الإصابة بالنزلات البردية (<i>The colds</i>)</p> <p>- حمى القش (<i>Hay Fever</i>)</p> <p>- التدرن الرئوي (السل) (<i>Pulmonary tuberculosis</i>)</p> <p>- الحساسية الأنفية (الررواج) </p>	التنفس جهاز التنفس 2

<p>-الخفقان أو لغط القلب الوظيفي ( <i>Tachycardia and functional</i> )  <i>(Dysrhythmias)</i></p> <p>-الإصابة بانسداد الشرايين التاجية والأوعية الدموية( <i>Thrombosis</i>)</p> <p>-عصاب القلب ( <i>Cardiac neurosis</i> )</p> <p>-الذبحة الصدرية ( <i>Angina pectoris</i> )</p> <p>-ضغط الدم الجوهري ( <i>Essential blood pressure</i> )</p> <p>-انخفاض ضغط الدم( <i>Hypopressure</i>)</p> <p>-ارتفاع ضغط الدم( <i>Hyperpressure</i>)</p>	3-اضطرابات جهاز القلب والدوار
<p>-الشري (الأرتيكاريا) ( <i>Hives or Urticaria</i> )</p> <p>-حب الشباب ( <i>Acne vulgaris</i> )</p> <p>-الأكزيما ( <i>Eczéma or Acne Rosacea</i> )</p> <p>-تساقط الشعر ( <i>Alopecea</i> )</p> <p>-فرط التعرق ( <i>Hyperhidrosis</i> )</p> <p>-مرض الصدفية (القوباء) ( <i>Impetigo</i> )</p>	4-الاضطرابات الجلدية
<p>-العنة الجنسية أو البرودة الجنسية لدى الرجل( <i>Impotence</i>)</p> <p>-البرود الجنسي لدى المرأة( <i>Frigidity</i>)</p> <p>-القذف المبكر (للحيوان المنوي)( <i>Premature ejaculation</i> )</p> <p>-القذف المتأخر ( <i>Retarded ejaculation</i> )</p> <p>-عسر الجماع ( <i>Dyspareunia</i> )</p> <p>-اضطراب الحيض ( <i>Menstrual disease</i> )</p> <p>-العقم(أنثوي-ذكرى) ( <i>Sterility</i> )</p> <p>-الإجهاض المتكرر ( <i>Repeated abortion</i> )</p> <p>-آلام الحوض ( <i>Pelvis Pains</i> )</p> <p>-الحمل الكاذب ( <i>Faise pregnancy</i> )</p>	5-الاضطرابات الجنسية

<p>- ألم الظهر (اللمباغو) (<i>Lumbago</i>)</p> <p>- التهاب المفاصل شبه روماتزمي (<i>Rhumatoïde Arthritis</i>)</p> <p>- داء الرجز (فقدان التناسق العصبي) (<i>Abasia</i>)</p> <p>- ضمور العضلات (<i>Muscular Atrophy</i>)</p> <p>- العض على النواجد</p>	<b>6-اضطرابات الجهاز العصبي والهيكلية</b>
<p>- التبول اللاإرادي (<i>Enuresis</i>)</p> <p>- كثرة مرات التبول (<i>Polyuria</i>)</p> <p>- احتباس البول (<i>Anuria</i>)</p>	<b>7-اضطرابات الأدمة</b>
<p>- مرض السكر (<i>Diabète</i>)</p> <p>- سكر الدم (<i>Blood Sugar</i>)</p> <p>- ازدياد سكر الدم (<i>Hyperglycémia</i>)</p> <p>- نقصان سكر الدم (<i>Hypoglycemia</i>)</p> <p>- التسمم الدرقي (<i>Hyperthyroidism</i>)</p>	<b>8-اضطرابات الغدد والهرمونات</b>
<p>- الصداع (<i>Headache</i>)</p> <p>- الصداع النصفي (الشقيقة) (<i>Migraine</i>)</p> <p>- الخلجلات أو الأزمات العصبية (- <i>Motor Symptom - Tics</i>)</p> <p>- إحساس الأطراف الكاذب (<i>Phantom limbs</i>)</p>	<b>9-اضطرابات الجهاز العصبي</b>
<p>- الإحساس بالألم (<i>Pain sensitivity</i>)</p> <p>- اضطراب الحمل (<i>Pregnancy disorders</i>)</p> <p>- اضطراب الولادة (<i>Labour or Birth</i>)</p> <p>- اضطرابات النوم (<i>Sleep disorders</i>)</p> <p>- السرطان (الثدي، الجهاز التناسلي) (<i>Cancer</i>)</p> <p>- نزيف الأذن الوسطى (<i>Meniere's syndrome</i>)</p> <p>- اضطرابات النطق والكلام الناتجة عن العوامل النفسية والحرمان البيئي الأسري.</p>	<b>10-اضطرابات سيكوسومانية أخرى</b>

المصدر: (الزراد، 2000، ص-ص 58-61).

## **الفصل السابع**

### **الضغوط وانتشار الاضطرابات**

#### **النفسجسدية**

تمهيد.

- 1- انتشار الاضطرابات النفسجسدية.
- 2- الضغوط والاضطرابات النفسجسدية.
- 3- آليات تأثير الضغوط الحياتية على الصحة الجسمية.



تكمّن خطورة هذه الاضطرابات في انتشارها، حيث تبيّن أن حوالي (40٪) من المرضى الذين يتقدّدون على الأطباء يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية، وهي أكثر انتشاراً في الحضارات المعقّدة المتميّزة بشّيوع الصراع والتنافس والقلق والخوف كما أنها أكثر حدوثاً في الطبقة المتوسطة أين يكون التأثير بالحياة الاجتماعية واضحًا، وتشير لدى الإناث أكثر من الذكور، ونسبة كبيرة من حالات التغيّب عن العمل ترجع لأسباب نفسجسمية بنسبة (70٪)، كما تشير الدراسات إلى أن نسبة الاضطرابات السيكوسوماتية في المجال العسكري تتراوح (80٪-85٪) والأعراض الأكثر شيوعاً هي تلك التي تتعلّق بالجهاز الدوري والجهاز الهضمي. (عبد المعطي، 2003، ص 15)

## ١- انتشار الاضطرابات النفسيّة

وفي هذا السياق يورد فيصل محمد خير الزراد مجموعة من المعايير المعتمدة في تقدير نسبة انتشار هذه الاضطرابات فيما يلي:

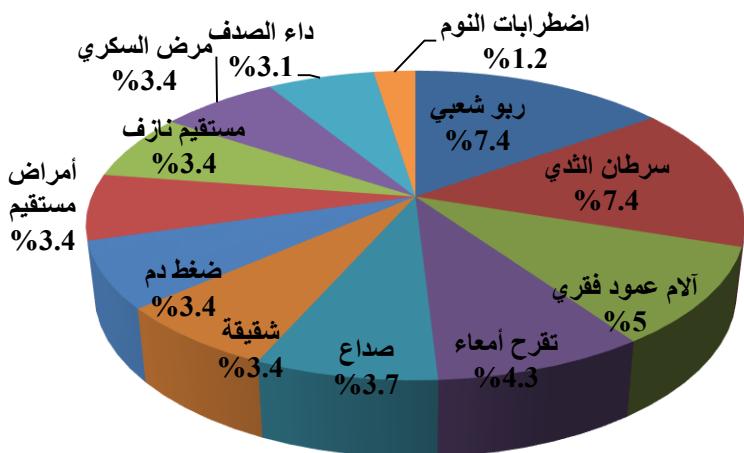
- النسبة المئوية لتكرار الأعراض السيكوسوماتية لدى كل من الذكور والإناث.
- النسبة المئوية لذوي الاضطرابات السيكوسوماتية المتعلقة بالبيئة الاجتماعية.
- نسبة انتشار القرح في بعض الدول وبعض المستشفيات في العالم.

والجدول والتّمثيل البياني الموالين يبيّنان توزيع مجموعة من الاضطرابات السيكوسوماتية حسب النسبة المئوية:

**جدول رقم (03) النسب المئوية لانتشار مجموعه من الاضطرابات السيكوسوماتية.**

النسبة المئوية	الاضطراب	النسبة المئوية	الاضطراب
%3.4	ضغط الدم	%7.4	ربو شعبي
%3.4	أمراض مستقيم	%7.4	سرطان الثدي
%4.3	مستقيم نازف	%5	آلام العمود الفقري
%3.4	مرض السكري	%4.3	تقرح أمعاء
%3.1	داء الصدف	%3.7	صداع
%1.2	اضطرابات النوم	%3.4	شقيقة

**الشكل رقم (01) تخطيط بياني يوضح نسب انتشار بعض التنازرات السيكوسوماتية. (الزراد، 2000، ص 72)**



## **2-الضغوط والاضطرابات النفسجسدية**

### **1-النظريات المفسرة لتأثير الضغوط على الصحة الجسمية**

في حالة عدم القدرة على مواجهة الضغوط وإدارتها بالأساليب المناسبة فإنها تمهد للعديد من الاضطرابات الصحية النفسية والجسمية، حيث يستمر التنشيط المتزايد المستويات للأعضاء المستهدفة مما يؤدي مع مرور الزمن إلى مرض أو خلل في وظيفة أحدها، وتفسير سبب ذلك وكيفيته تناولته نظريات عديدة عرضها كل من متشرل وإيفري (Mitchell & Everly, 1995) فيما يلي:

#### **1-1-نظريّة التغيير**

ترجع لأبحاث هولمز وراهي (Holmes & Rahe, 1957) التي تبرز التغيرات الأساسية في الحياة مثل: تغيير الإقامة، والطلاق... وغيرها، ثم عدلت لتشمل آثار المشاحنات أو المضايقات البسيطة تبعاً لكل من لازروسوفولكمان، وهي تشير إلى أن التغيير يسبب تكيفاً، وفسيولوجياً هذا التكيف هي الضغط، فالتغيرات الكثيرة جداً أو التغيرات العميقه جداً تجعل الضغوط تغمر الجسم وتكون النتيجة مرضًا مرتبطاً بها. وما يؤخذ على هذه النظرية أنها لم توضح مسار ذلك وأبيته.

ونفس السياق نجد نموذجاً سلوكيًا بيولوجيًا من تقديم شوارتز (E.Schwartz) يؤكد فيه على أن المطالب البيئية تقع على الفرد، فيختار الجهاز العصبي الضروري من الوظائف لمواجهة هذه الضغوط بحسب طبيعتها، فتظهر استجابات جسدية محددة بفعل الاستثارة وتخفف أخرى، وتقوم التغذية الراجعة السالبة بإعادة التوازن عن طريق تبنيه المخ لتعديل اتجاه سيلاته العصبية لمساعدة الأجهزة المتعبة، وقد تؤدي هذه التغذية الراجعة إلى الشعور بالألم. (الصبان، 2003، ص 49)

## **2-1-2-نظريّة الضعف العضوي**

يرى أصحاب هذه النظريّة أن الأفراد قد يولدون بعضو ضعيف أو يكون هشا وقابلًا للإصابة؛ مما يجعله يتحمل الإجهاد الناتج عن الاستشارة ويتزايد الإجهاد على العضو كلما زادت معاناة الفرد حتى ينهار، ويصبح فريسة للمرض، حيث يزداد عليه الحمل ويستمر تنشيطه أكثر.

## **2-1-3-نظريّة فشل الاتزان الحيوي**

الفشل في الاتزان الحيوي الناتج عن الضغوط قال به علماء النفس الفيزيولوجي خلال السبعينيات والستينيات، حيث يرى أصحاب النظريّة أنه في حالة الضغط لا تستجيب كل الأعضاء بدرجة متساوية، فبعضها تكون أكثر تنبهاً وتستغرق وقتاً أطول للعودة إلى مستوى الحالة القاعدية لوظائفها، وتصبح في النهاية مريضة نتيجة الضغط الزائد، وعدم العودة السريعة لحالة الاتزان الحيوي.

## **2-1-4-نظريّة اضطراب التنبّيـه**

وهي من وضع كل من إيفري وبنسون (*Everly & Benson, 1989*) وتعتبر من النظريّات الحديثة لتفسيـر الأمراض المرتبطة بالضغط، وتنص على أن تعرـض الشخص للضغط الزائد والحاد جداً في مقداره فإن مراكز التنبـيـه له في المخ تصبح حساسيتها زائدة، ومن ثم تؤدي هذه الحساسية الزائدة إلى حالة تصبح فيها الاستجابة للضغط نشطة بطريقـة سهلـة جداً. فتقاسي الأعضاء المستهدفة عندئذ من الإجهاد المفرط، ثم تنهار في النهاية وظيفتها وتختـل نتـيـجة ذلك.

## **2-5-نظرية المرض الناتج عن نقص الحركة**

وفيها فسر عالما القلب كرواس وراب (*Kraus & Raab, 1951*) المرض بأن الضغط الذي لا يؤدي إلى نشاط بدني يتزايد احتمال أن يصبح مرضياً بمرور الزمن، فحسب هذه النظرية دائماً فإن الضغط آلية إعدادية طبيعية، بحيث يعد الفرد للمجهود البدني، وإذا فشل في التعبير البدني الجسمي عن الاستجابة له، فإن هذا الضغط يصبح مرضياً؛ أي أن المرض لا يرجع إلى مجرد وجود الضغط بل لغياب النشاط البدني الذي من المفترض أن يزيد بفعل هذا الضغط. (عبد الخالق، 1998، ص-170-172)

## **3-آليات تأثير الضغوط الحياتية على الصحة الجسمية**

تؤثر الضغوط الحياتية على الصحة الجسمية بالآيتين رئيسيتين:

### **1-آلية البيوكيمائية**

كافة أنواع الضغوط تؤدي إلى استجابة بيوكيمائية على مستوى الجسم وردود الأفعال هاته تتخذ شكلين:

**1-1- رد فعل مباشر و سريع:** حيث تستقبل القشرة المخية المثيرات الضاغطة عن طريق الحواس فيتم تحريض الوطاء الخلفي بواسطة الجهاز اللمي؛ مما يؤدي إلى استجابة الأعضاء الخاضعة لسيطرة الجهاز الإعاعشي والمعنية بذلك على غرار زيادة نبضات القلب وسرعة التنفس، اتساع قطر الأوعية الدموية العضلية، ارتفاع ضغط الدم الشرياني، زيادة تركيز الغلوكوز والمواد الدهنية في الدم، توسيع في حدة العين، ضيق في الشعيرات الدموية في الجلد، توقف في إفراز اللعاب والعصارة المعدية، تغير في تخثر الدم، وتثبيط حركات القناة الهضمية. (*Bugard, 1974, P65*)

**3-2- رد فعل طويل الاستمرار وبطئه:** بموازاة رد الفعل السابق فإن قشرة المخ تستجيب كذلك برد فعل آخر يكون أقل سرعة وأطول مدة واستمراً، حيث تحرض الوطاء الأمامي الذي يفرز كل من *CRF* و *TRF* اللذان يحرضان بدورهما الغدة الكظرية على إفراز هرموني الغليكوكورتيكoid (*Glucocorticoide*) و *TSH* المحرض للغدة الدرقية على إفراز الثيروكسيد، وهي ردود الفعل التي تتلخص في مرحلة الإنذار والمقاومة عند هانس سيليه (*H.Selye*) المتضمنة في متلازمة التكيف العام (*GAS*) لديه المستعملة لمواجهة الضغوط، والتي تشير إلى اختلال في النظام العصبي الهرموني بين الجهازين العصبي (ممثلًا في الهيپوتلاموس) والغدي (ممثلاً في الغدتين النخامية والكلظرية) نتيجة الاستمرار في التعرض للضغط والذى يمكن توضيحه فيما يلى:

#### أ- ردود الفعل البيوكيميائية في مرحلة الإنذار: *Réaction d'alarme*:

- ويقوم الجهاز العصبي السمباوی بتحفيظ نخاع الكظر على إفراز هرموناتها التي تؤدي إلى ردود الأفعال التالية: *Médullosurrénale*
- زيادة سرعة ضربات القلب وشدة انقباض عضلته، توسيع وتمديد الشريانين الخاصة بهما لتزويد الأعضاء المواجهة للضغط بالدم الذي يزودها بالمواد الضرورية.
  - توسيع وتضيق الأوعية الدموية في العضلات الإرادية حسب الضرورة وحسب مساهمتها في مواجهة الضغط من عدمها.
  - تضيق الأوعية الدموية الخاصة بالجلد وأحشاء البطن.
  - زيادة معدل التنفس واتساع الشعب الهوائية.

- تحفيز الكبد على إطلاق الجلوكوز بتحويل الغликوجان المخزن.
- وقف الإفرازات الهاضمة مع الإثارة للمعدة، واتساع حدقة العين.
- انقباض الطحال ليحرر الدم المخزن، وزيادة إفراز العرق، واحتمال وظيفة إفرازية للغدة الدمعية، ووقف نشاط الغدة اللعابية. ( Tortora & Gabowski & Parent, 1995, P587

**بـ-ردود الفعل البيوكيميائية في مرحلة المقاومة:** *La phase de résistance*

وتكون بتأثير من هرمونات التنظيم المفرزة من الوطاء ( *GH-RH*, *TRH*, *CRH* ) التي تحرض كل من الجزء الغدي من الغدة النخامية *Corticosurrénale* وقشرة الكظر *L'adénohypophyse* الفعل هاته مدة لظهوره، غير أن آثارها تبقى لمدة أطول وتشمل ردود البيوكيميائية التالية:

- يقوم *CRH* بتحريض الفص الأمامي للغدة النخامية ليزيد من إفراز *ACTH* الذي يحفز قشرة الغدة الكظرية على إفراز هرموناتها بكمية معتبرة، كما تعمل الغدة الكظرية على إفراز الكورتيكويدات المعدنية (*Minéral corticoïdes*) للمحافظة على أيونات الصوديوم في الجسم بخفض التبول.
- ينتج عن زيادة تركيز الغликوكورتيكويدات (*Glucocorticoïdes*) بفعل الضغوط ردود التالية:
  - تحويل الأحماض الأمينية إلى غلوكوز نتيجة تسريع عملية أيض البروتينات لدى الجسم بالطاقة اللازمة.

- زيادة حساسية الأوعية الدموية للتنبيهات التي تؤدي إلى انقباضها مما يساهم في مقاومة انخفاض الضغط الدموي الناتج عن التزيف.
  - تثبيط صنع الليففات (*Fibroblastes*) المسئولة عن تطور الخلايا في الأنسجة الضامة.
- يحث *TRH* الفص الأمامي للغدة النخامية على إفراز *TSH* المحرض للغدة الدرقية على تحرير الثيروكسين المؤدي لهدم الدهون وتحويل الغليكوجين إلى غلوکوز.
- يحرض *GH-RH* المفرز من المهد على إفراز *STH* حيث التنظيم بينه وبين *TSH* تزيد من عملية البناء مما يمد الجسم بطاقة عالية؛ ومن هنا يظهر أثر الضغوط في اختلال التنظيم العصبي الهرموني على سلامهأعضاء الجسم ومن ثمة صحته بصفة عامة.

ويتأثر أداء الجهاز المناعي كذلك بهذه الاختلال العصبي الهرموني، حيث أثبتت سيلي ذلك تجريبياً في وضعية تجريبية بينت ضمور الغدة التيموسية والعقد اللمفاوية بفعل الضغط الشديد. (*Bouderne, 2005, P81*) فالآلية البيولوجية الأولية التي يؤثر من خلالها الضغط على الصحة الجسمية تمثل في الآثار التي يتركها على الجهاز المناعي، حيث تؤدي العديد من الإفرازات العصبية الكيميائية كالكاتيكولامينات، والكورتيكوييدز والأفيونات المحررة عند التعرض للضغط إلى تعديل الوظيفة المناعية.

وتشكل الروابط التشريحية المباشرة بين الجهاز العصبي المركزي والجهاز المناعي من خلال الأعصاب السمباثاوية والباراسمباثاوية المنتشرة في الجهاز اللمفاوي، فضلاً عن وجود مستقبلات متنوعة للهرمونات والتواقل العصبية المفرزة في حالة الضغوط على الخلايا المناعية التي تسافر بين الجهاز

اللمفاوي ومجري الدم المحيطي؛ مما يشكل دليلاً قوياً على الصلة التشريحية والوظيفية بين الجهازين والتي توفر مساراً بيولوجياً لتأثير الضغط على القابلية للمرض. (Anna, L., Marsland et al, 2001, p 684)

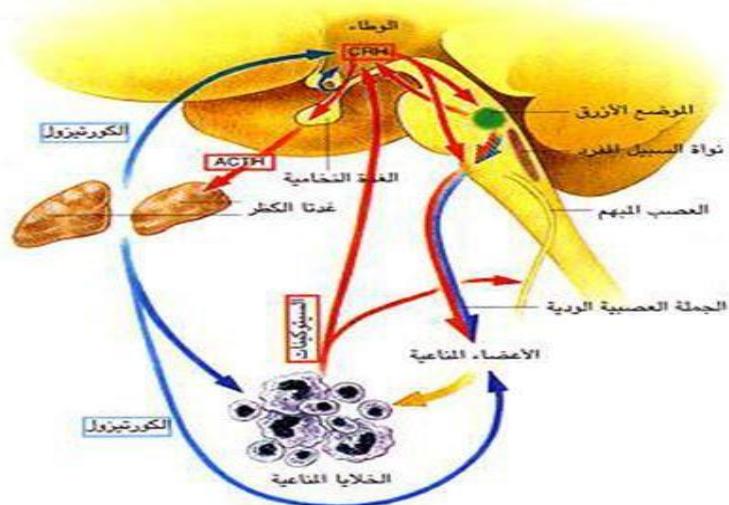
وبالرغم من أن التعرض القليل لهذه المواد الكيميائية يزيد من الإثارة السمباثاوية ويدعم النشاط المناعي، ويزيد في الطاقة والدافعة؛ إلا أن الاستمرار في إنتاج هرمونات الضغط -نتيجة تكراره أو إزمانه- يسبب تغيرات مرضية على مستوى الجهاز العصبي المستقل والجهاز الغدي وفي وظائف جهاز المناعة، لأن التنشيط المتكرر للمحور السمباثاوي الكظرى (النخاعي) (*Sympathetic-adrenomedullary Axis*) (SAM) يؤدي إلى استثارة مزمنة للقلب والأوعية الدموية من خلال رفع ضغط الدم ومعدل نبضات القلب، في حين ينتج عن الإفراط في نشاط المحور التحت مهادى - النخامي - الكظرى (القشرى) (*the hypothalamic-pituitary-*) (HPA) (*adrenocortical Axis*) خلالاً أيضاً (عدم توازن السكر في الدم)، وفي المناعة (نقص المضادات الحيوية المنتجة) والالتهاب (زيادة السaitوكتينات الالتهابية (*Con Stough, & al, 2009, p194.*). (*proinflammatory cytokins*

وأظهرت نتائج العديد من الدراسات تأثير اختلال التنظيم البيوكيميائي العصبي الهرموني على الجهاز المناعي فقد تبين أن:

- التركيز الزائد للأندروفين (*Endorphines*) يسبب انخفاض نشاط بعض من أنواع الكريات البيضاء المعروفة بالخلايا الطبيعية القاتلة (*Tueuses naturelle*)

• كل من الأدرينالين (Adrénaline) والكورتيزول (Cortisol) المفرزان من الغدة الكظرية يقللان من العمل الدفاعي لبعض الكريات البيضاء والخلايا المفاوية التائية. (Encyclopédie vulgaris médical, 2005). T. كما تؤثر الغليكوكورتيكoidات (Glucocorticoïdes) الزائدة كذلك على الجهاز المناعي بحيث تؤدي إلى خفض عدد الخلايا المفاوية وخفض المناعة من خلال تثبيط TNFa, TNF $\delta$ , (Pro-inflammation) تحرير السيتوكينات قبل الالتهابية (IL-2, IL-6, IL-1) ، وأيضاً تثبيط عمل البالعات وخفض مولدات الصد. (ستورا، 1997، ص 208)

الشكل (02): مخطط يوضح الارتباط التشريحي والوظيفي بين الجهازين العصبي والمناعي.



المصدر: صباح الأسد: [www.alnoor.se/article.asp](http://www.alnoor.se/article.asp) 2014/11/10

## 2-3-الأالية السلوكية

إن المواقف الحياتية الضاغطة تجبر الفرد على القيام بالسلوكيات الممكنة والتي تسمح له بتفادي أو على الأقل التخفيف من حدة هذه المواقف ومضاعفاتها، غير أنه من بين هذه السلوكيات ما يعود بالضرر على الفرد سواء على صحته الجسمية أو النفسية، مثل إيذاء النفس بالانتحار أو المحاولات المرتبطة به، أو اللجوء إلى تعاطي المشروبات الكحولية، أو المخدرات، أو التدخين وهذه المواد لا يخفى عل أحد أخطارها ومضارها الصحية على الفرد، على غرار التدخين الذي ينتشر بشكل رهيب بين الناس اليوم، رغم أن الإحصائيات تدل على أن (90%) من وفيات سرطان الرئة تعزى للتدخين، كما أنه يتسبب في (15-20%) من الأمراض، ويزيد من مخاطر أمراض أخرى كثيرة كأمراض القلب، سرطان المثانة، سرطان البنكرياس.

وفي هذا الصدد يذكر (مارتن، 2000) أن الضغوط يمكن أن تولد لدى الفرد الرغبة في القيام بسلوكيات تعويضية كالتدخين، الإدمان، تناول الكثير من الأطعمة غير مفيدة، الامتناع عن تناول العلاج الطبيعي، تناول المنشطات المضرة بالصحة، التوقف عن القيام بالنشاطات البدنية المفيدة للجسم، محاولة الانتحار أو القيام به فعلا، تعمد العنف، الاستهتار في قيادة السيارة، الانحرافات السلوكية المخلة بقيم المجتمع. (مارتن، 2000، ص 69)



## **الفصل الثاني**

### **بعض الأمراض النفسجسدية ومساهمة**

#### **الضغوط فيها**

تمهيد.

- 1- القرحة المعدية والمعوية.
- 2- أمراض القلب والأوعية الدموية.
- 3- الصداع.
- 4- أمراض الجهاز التنفسي.
- 5- روماتيزم المفاصل وألم الظهر.
- 6- مرض السكري.
- 7- الأمراض الجلدية.
- 8- الأورام السرطانية.



يرجع العديد من الخبراء في الطب وعلم النفس عوامل أغلب الأمراض إلى عوامل مرتقبة بالضغوط من بينها الأمراض والأزمات القلبية، ضغط الدم المرتفع، قرحة المعدة، البول السكري، الربو، الصداع، آلام الظهر خاصة الجزء السفلي منه، وفي الرقبة والأكتاف، الإسهال، الإمساك المزمن، اضطراب الجهاز التنفسي، التهاب المفاصل، تضخم الدرقية، البدانة، الأمراض الجلدية، ارتفاع نسبة الكوليستروول في الدم، السرطان، تلف الكبد، أمراض الرئة، تصلب الشرايين، ضعف جهاز المناعة.

وفي نفس الاتجاه يذهب عالم النفس بروس ماك وين (Bruce Mc Ewen, 1993) إلى أن العلاقة بين الضغوط والمرض تبينها مجموعة كبيرة من التأثيرات، حيث وجد أن وظيفة المناعة قد تغيرت إلى درجة تسارع فيها العامل المسبب للسرطان، وزادت سرعة التأثر بالعدوى الفيروسية، كما تفاقم تكون الصفائح المسببة لتصبح الشرايين، وتجلط الدم المؤدي إلى الذبحة الصدرية، كما عجل الضغط ببداية مرض السكر للصنف الأول منه، وأثر في نتيجة علاج مرض السكر في الصنف الثاني منه، وزاد من نوبات الربو، وقد يؤدي التوتر إلى حدوث قرحة في المعدة، ويفاقم أعراض التهاب غشاء القولون المخاطي، والتهاب الأمعاء، وي تعرض المخ كذلك نتيجة الضغط المستمر للإجهاد الشديد الذي يضر قرن آمون وبالتالي يضر بالذاكرة نفسها، كما تتزايد الدلائل عموماً على أن الجهاز العصبي يبقى يعاني تحت ما يعانيه المتتورون من البشر بفعل الضغوط. (جولمان، 2000، ص 246) ومن هذا المنطلق سيتم عرض بعض الأمراض السيكوسوماتية المرتبطة بالضغط الحياتية فيما يلي:

## ١- القرحة المعدية والمعوية

الإحصائيات تشير إلى أن واحد من بين ثمانية أو عشرة أشخاص يعانون من قرحة المعدة في زمن معين من الحياة، والقرحة المعدية عبارة عن جرح مؤلم في المعدة أو في الاثني عشر نتيجة كميات زائدة من حامض الهيدروكلوريك الذي يؤدي إلى نحت الطبقة المخاطية التي تحمي الجدار الداخلي للمعدة أو الاثني عشر ثم يبدأ الحامض في هضم الجدار الداخلي للمعدة نفسها، وقام بدراستها باحثين أمريكيين (ولف ودولف) على شخص يدعى توم كان يعمل بوابا في مخبرهما ويعاني من وجود فتحة في البطن قربة من الكبد، تسمح بمشاهدة بعض استجاباته للضغط من خلال معاينة المعدة، حيث لوحظت التقلصات الاهتزازية لعضلات المعدة وزيادة في إنتاج حمض (*HCL*), مما يؤدي إلى احمرار بطانتها (شهيب، 1982، ص 245)

ويشير حنان عبد الرحمن الأحمدي إلى أن الضغط يتسبب في نقص كمية الدم المتداولة إلى المعدة وزيادة إفرازها للأحماض، مما يقلل من قدرتها على الهضم ويؤدي على المدى البعيد إلى إصابتها بالقرحة. (الأحمدي، 2002، ص 48) وتنشر قرح المعدة والأمعاء بين الذين يضطّلعون بمسؤوليات جسام كالأطباء ورجال الإدارة والتنفيذ (الدويدار، 1995، ص 376) ويضيف إليهم (كوفيل) الأشخاص ذوي الطموح المرتفع، ويصفهم (هارمان) بأنهم ينزعون إلى مواجهة العقبات ويشعرُون بدافع قوى نحو تخطيّها. (جلال، 1986، ص 278)

وتعتبر القرحة من الاضطرابات السيكوسوماتية المرتبطة بالضغط، ففي دراسة لبلادي عام (1958) عن نمو القرحة والإجهاد وجد أن الجمع بين الصدمة الكهربائية ومحاولة الحذر لمدة طويلة لتفادي هذه الصدمة قد سبب قرحة قاسية في معدة القردة التي أجريت عليها التجربة. (لوكيا وبن زروال، 2006، ص 26) كما توصل حسن عبد المعطي (1989) إلى أن الأحداث المتصلة بالعمل، والدخل والأسرة من أهم الأحداث المؤثرة في المرضى السيكوسوماتيين، حيث كان مرضي قرحة المعدة أكثر تأثيراً بأحداث العمل. (إبراهيم، 1992، ص 192) ويصعب التئام القرحة، حيث قد يصل الأمر إلى إجراء عملية جراحية يتم من خلالها قطع بعض الأعصاب الباراسمبتواوية المسؤولة عن تلك الاضطرابات.

وأيضاً توجد علاقة قوية بين التهاب الأمعاء وتقرحها والجهاز العصبي اللإرادي، ففي حالة التشخيص وعدم ثبوت وجود دليل عضوي للإصابة مع بقاء الألم في الأمعاء الغليظة، فإن مصدر هذه المعاناة هو العامل النفسي الذي أدى إلى تهيج المعي الغليظ (*Colon Irritable*) نتيجة الضغوط المسلطة على المريض، حيث في هذه الحالة يختل التوازن بين الجهاز السمبتواوي المرخي وبين الجهاز الباراسمبتواوي القابض للعضلات الملساء المبطنة للمعي الغليظ ويكون التيار العصبي في اتجاه الباراسمبتواوي. (ياحي، 2000، ص 26)

والقولون يتفاعل بشدة مع ظروف الحياة فيكون هادئاً عند الراحة ويقل إفرازه للإنزيمات الهاضمة، أما في حالة الانفعال كالغضب مثلاً فيحتفظ بالدم أكثر ويزيد من إفرازاته التي تؤثر وتحفر في غشاء المخاطي بشكل متزايد، مما يعرضه للبكتيريا والجراثيم، وقد تبين أن (86%) من مرضى التهاب القولون قد مرروا بأزمة خطيرة في حياتهم الخاصة في الفترة السابقة للمرض مباشرة. (الزراد، 1984، ص 141)

## 2-أمراض القلب والأوعية الدموية

تؤدي الاضطرابات القلبية وما يرتبط بها إلى وفاة (700.000) أمريكي كل عام، ومن المعروف أن هناك أسباباً عديدة لأمراض الشريان التاجي ولكنها غير مفهومة جيداً، وهناك كثير من الدراسات تبين أن الضغوط والمعاناة في الحياة من العوامل المؤدية لأمراض القلب. (دافيدوف، 2000، ص 115) وترتبط بها الكثير من الأمراض منها الصداع النصفي وغيرها، وارتفاع ضغط الدم الذي يعد الظاهرة المرضية الأكثر انتشاراً، حيث بينت الملاحظة المسجلة خلال الحرب الروسية الفنلندية (1939 - 1949) أثناء الحرب العالمية الثانية أن عدداً كبيراً من الجنود المتواجدين على الجبهة أصيبوا فجأة بارتفاع شديد في ضغط الدم وبعد عودتهم إلى منازلهم عاد إلى وضعه الطبيعي. (شبيب، 1982، ص 217)

وتشير الدراسات التي قام بها سبونر (Spener, 1984) إلى اختلال بعض الوظائف الفيزيولوجية لدى المدرسين بسبب الضغط، حيث لوحظ زيادة في معدلات النبض وضغط الدم، وإفراز العرق أثناء العمل، ثم انخفاض تلك المعدلات في العطل المدرسي، كما تبين أن زيادة معدل الاستجابة لهذه الضغوط

يكون كلما تقدم هؤلاء في مهامهم التدريسية على مدار العام الدراسي . (نعم، 1996، ص123)، وفي نفس السياق أظهرت دراسة كل من فرانك وهوتمان (Frank & Houtman) على (20) مدرساً طلب منهم إلقاء محاضرة على ستة من المتدربين بوجود عضوين من الجامعة، أن الضغط يتربّب عليه استجابات فسيولوجية ونفسية تمثل بزيادة ضربات القلب ومستوى القلق. (حميدان والعزاوي، 2001، ص124)

وأظهرت الدراسات المقارنة بين البيض والزنوج حول علاقة الانفعال بأمراض القلب المتمثلة في هبوط القلب، وانسداد الأوعية الدموية، وحتى الذبحة الصدرية، حيث تعاني الفئة الأخيرة من هذه الأمراض أكثر، كما تعاني مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية والاجتماعية.(محمد السيد، 1999، ص279)، أما ثيل وزملاءه(Thiel, et al, 1973) فبيّنوا أن مرضي القلب يعانون من مجموعة من الضغوط الانفعالية تمثل في العلاقات غير المستقرة، فقدان الأصدقاء، كثرة ساعات العمل، الإرهاق، إلى جانب التدخين وتعاطي الكحول، والإحساس بالآرق، واضطراب النوم.(إبراهيم، 1992، ص191)

وتتصف شخصية مرضى ارتفاع ضغط الدم بأنهم يعيشون بشعور إلزامية توكيدهم وإثباتها، وغالباً ما يعيشون تحت ضغط الوقت، وكثير منهم يقوم بإخفاء مشاعره كالخوف، والغضب مما يساهم في تضخيم توترهم الداخلي. (لوكيا وبن زروال، 2006، ص26) فضلاً عن أن التحكم الزائد في الانفعالات وكبتها، وعدم التعبير اللفظي والحركي يؤدي إلى إرهاق الجهاز العصبي، ومن ثمة إفراز بعض الهرمونات كالأدرينالين والرينين يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم. (عكاشة، 1985، ص548)

وارتفاع ضغط الدم السيكوسوماتي يرجع إلى استمرار حالة من التوتر الانفعالي العنيف عند الفرد الذي يؤدي إلى زيادة نشاط الجهاز العصبي السمباطي، فيحدث زيادة في إفراز الأدرينالين والرينين والصوديوم الذي تحفظ به في عضلات الشريان والأوعية الدموية، وهذا ما يؤدي إلى حركة القلب وسرعة دقاته، فالصوديوم الزائد يجعل جدران الأوعية الدموية ضيقة (*clooged*) أو تفقد مرونتها، مما يجبر القلب على العمل بقوة لدفع الدم خلالها.

(عبد المعطي، 2003، ص 91)

والأدلة البحثية تشير إلى أن المستويات العليا المستمرة من الكورتيزول والنورأدرينالين تسهم في ارتفاع ضغط الدم ومقاومة الأنسولين، وتمهد بشكل جيد للإصابة بأمراض القلب كما أظهرت دراسات حديثة أن هذه المستويات المرتفعة من هرمونات الضغط تسهم في تطوير متلازمة التمثيل الغذائي (*metabolic syndrome*، والتي تشمل (البدانة في منطقة البطن ارتفاع ضغط الدم، والكتافه المرتفعة أو المنخفضة للدهون الفوسفاتية، وارتفاع الدهون الثلاثية) مما يشكل خطرا للإصابة بالشريان التاجي.

(Matthew Bambling, 2006, p54)

### 3- الصداع

صنفت الجمعية العالمية للصداع نحو 100 نوع مختلف لاضطرابات الصداع معظمها ذات أسباب غير معروفة، غير أن الأبحاث دلت على أن معظمها مصدرها الجملة العصبية المركزية من خلال آليات عضلية ووعائية، مثل الصداع التوتري الناتج عن تشنج في عضلات الرأس والكتفين وأعلى الظهر، والحقيقة كصداع وعائي. (الحجار، 2004، ص 68)

الصداع اضطراب يتميز بتكرار الألم في الرأس حيث عادة ما ينحصر في جانب واحد وقد يكون أكثر عمومية ويلعب الضغط دورا هاما في حدوثه، لأنَّه يسبب تغيرات بيولوجية نتيجة النشاط العصبي الهرموني مما يؤدي إلى اضطرابات في الجهاز الدوري، خاصة على مستوى الدورة الدماغية فينتَج الصداع، فالشخص المصاب به غالباً ما تجتمع عليه مجموعة من الضغوط المتراكمة المؤثرة في الأوعية الدموية للرأس، مما يسبب توتر عضلات الرأس وبالتالي الإحساس بألم الصداع. (بن هيجان، 1998، ص 228)

وفي نفس السياق يشير كل من فرير وبيث إلى أنَّ أحد الأسباب الرئيسية لهذا الصداع هي عدم انتظام اندفاع الدم إلى المخ، وخاصة الأوردة والشرايين الكبيرة التي تنقل كمية كبيرة من الدم إلى المخ، وفي نفس الوقت تتقلص الأوردة الصغيرة فتسبب الضغط والألم وتعتبر الضغوط، والحالة النفسية المرضية، وإجهاد العين المسبب الرئيسي للصداع التوتري، وعند دراسة السمات الشخصية للمصابين به وجد أنَّهم يمثلون أصحاب الضمائر القوية ولديهم الرغبة الشديدة في النجاح ويدققون بشدة في التفاصيل، كما أنَّهم يمتازون بدرجة عالية من الذكاء والطموح. (عويبة، 1996، ص 146)

وفي دراسة على 400 مريض تبين أنَّ الصداع الراجع للتتوتر النفسي حدث بشكل خاص أمام المواقف التي تستثير الإحساس بالصراع أو الذنب، وفي حالات القلق، وفي دراسة على مجموعة من المرضى من ذوي الاستعداد للاستجابة بالصداع وألام الرأس، تبين أنَّ مناقشة المواقف الصدمية معهم في الجلسات العلاجية قد أدت إلى توترات عضلية في عضلات بالجمجمة. (عبد الستار، 1980، ص 107)

وقد فسره كل من فروم وفريتشمان (Friedman & From) بأنه كبت للكراهية والعدوان والانفعالات المنصرفة في نوبات صداع نصفي. (لوكيا وبن زروال، 2006، ص 29) ومما يؤكد الجانب السيكولوجي في هذا المرض أن معظم النوبات يسبقها التعرض للضغط والإحباط، فضغوط العمل مثل المشاجرات كلها عوامل مهددة للإصابة به. (العيسوي، 1994، ص 87) كما أشار (لينش، 1977) إلى أن الضغط هو أهم عامل في حدوث الصداع النصفي، وأوضح أن الألم يكون غالباً في الفترة التي تلي التعرض للضغط مهما كانت مصادره. (شيخاني، 2003، ص 23)

وتؤكد الدلائل على وقوف الإحباطات والضغوط النفسية، والمواقف المهددة للذات اجتماعياً أو نفسياً واقتصادياً، كالخوف من الفصل من العمل، أو الرسوب في الامتحان، أو الفشل في الزواج وراء حالات الصداع النصفي. (شقيير، 2005، ص 198) كما يرى شيدلر هاري أن المرشحين الأوائل للإصابة بالصداع التوتري هم الأشخاص القلقون، أو المضطربون، أو الخائفون، وأيضاً الأشخاص الميللون إلى التعصب في ميولهم وأدائهم وإلى الكمال في أعمالهم والتنافس. (الزداد، 1984، ص 152)

#### 4-أمراض الجهاز التنفسي

ويمكن الاقتصر هنا على الربو كأهم اضطرابات الجهاز التنفسي حيث أثبتت الطب الحديث أن بعض حالات الربو تعود إلى بعض العوامل المؤدية إلى الحساسية، أو المواد المهيجة مثل حبوب اللقاح والأعشاب، وفي نفس الوقت أثبتت البحوث أن هناك حالات من الربو تعود إلى الضغوط الانفعالية المؤدية إلى حدوث النوبة وهذا النوع من الربو يطلق عليه بالربو الداخلي حسب (دنبار). (عوضة، 1996، ص 143)

وتكمّن أهم أعراض الربو في صعوبة التنفس بسبب تقلص الشعيبات الهوائية وتورم أغشيتها المخاطية، مع الشعور بضيق في الصدر وتهيجاته وصعوبة مرور الهواء من وإلى الرئتين، كما يتميز الربو الشعبي بانسداد الأنابيب الشعبية الصغيرة مع انتفاخ الرئتين أثناء النوبة وزيادة صعوبة التنفس شيئاً فشيئاً، وقد تستمر النوبة لساعات قليلة أو أياماً أو أسابيع.

وأكّدت دراسات عديدة دور الأزمات الانفعالية في حدوثه منها تجارة الدكتور (توماس لوباريللو) بالمركز الطبي بمدينة بروكلين، الذي أكّد أثر الإيّاه في الإصابة بنوبات الربو، حيث أخبر أربعين مصاباً بالربو بأنّهم سيستنشقون مادة مولدة للحساسية، وبعد الاستنشاق أظهر 14 منهم اضطراباً في التنفس و12 مريضاً وصلوا إلى حد الإصابة بنوبات ربو، رغم خلو الهواء المستنشق من تلك المولدات. (الزراد، 1984، ص 168)

وقد ينجم عن أزمات الربو التي تحدث دون مقدمات أو تحت تأثير قلق شديد في حالة الأزمات القاسية، والتي قد تستمر ساعات انهاياً في الجهاز العصبي يمكن أن يؤدي إلى الموت في النهاية. (لوكيا بن زروال، 2006، ص 27) كما أوضح كل من فرانش (French) وألكسندر (Alexander) أن الأطفال المصابين بالربو كانت علاقتهم مع أمّهاتهم متذبذبة، وكن يتصنّفون بالعدوانية والسلط أثناء التعامل مع أبنائهم، ويرى سترونج أن العوامل الانفعالية ربما تلعب دوراً في الربو حيث أن حدوثه ارتبط بامتزاجه مع وجود المادة المثيرة للحساسية. (عبد المعطي، 2003، ص 319)

## 5-روماتيزم المفاصل وألم الظهر

روماتيزم المفاصل حالة يشكو فيها المريض من آلام في الذراعين أو الرجلين أو الكتفين، أو الرسغ أو الأصابع، أين يحدث تهتك في الأنسجة في أحد المفاصل أو يصيب أكثر من مفصل فتتورم وتتصلب، وينشأ هذا المرض عن الشعور بالهجر والنبذ. (عويسة، 1996، ص148) والتهاب المفاصل الروماتيزي يصيب الأفراد في مختلف الأعمار حيث يرتبط بضعف الشخصية والضغوط البيئية المختلفة، ويعتبر تعبيراً عن العدوانية عن طريق الألم المستمر. (العيسيوي، 1994، ص 89)

والإصابة بهذا المرض تنبئ عن تهيوؤ رثائي يمكن الاستدلال عليه من خلال بروتين يوجد في الدم يعرف باسم (العامل الروماتويدي) الذي يشير وجوده إلى استهداف الشخص للإصابة بهذا المرض، ويوجد في دم المرضى بنسبة (50%)، ويبقى التفاعل بين العوامل الانفعالية والوراثية واضحًا حسب دراسة قام بها الدكتور (ستانفورد مييروتز) على التوائم المتطابقة. (الزراد، 1984، ص150) وتتسم شخصية المصابين به بالتضحيّة بالنفس والضمير الحسي والسيطرة، وبضعف القابلية للاستشارة الانفعالية. (عويسة، 1996، ص148)، ويضيف جميل رضوان على ذلك أنهم يتميّزون بالدقة والوعي بالمسؤولية، ويعتقدون بأنهم غير ناجحين. (لوكيا وبن زروال، 2006، ص30)

وبالمقابل ترتبط آلام أسفل الظهر باضطرابات عصبية مختلفة، كما قد تنشأ عن توترات مستمرة مستعصية الحل، أو قد تمثل تعبيراً رمزاً عن معاناة المريض واستيائه من ثقل المسؤوليات وأعباء الحياة الملقاة على عاتقه، وحسب دراسة لأحد أساتذة البسيكوسوماتيك البريطانيين (جيمس هاليداي) تبين أن المصابين بألم الظهر يكونون في غاية الاستقامة، ويميلون للتمسك بآرائهم، وقد يكون هذا الألم كرد فعل لحالة اكتئاب. (الزداد، 1984، ص 148)

## ٦- مرض السكري

للبنكرياس إفرازين أحدهما يمر في القناة الهضمية لتسهيل عملية الهضم والثاني يمر في الدم وهو هرمون الأنسولين (*Insuline*) الذي يفرز من طرف خلايا بيتا وهي من خلايا جزر لانجرهانس البنكرياسية، والتي تضم أيضاً خلايا ألفا المفرزة لهرمون جلاكاجون. ويشارك الهرمونان في ضبط نسبة السكر في الدم حيث:

- زيادة إفراز هرمون الأنسولين: يسبب انخفاض نسبة السكر في الدم (*Hypoglycemia*) فيتأثر نشاط الجهاز العصبي؛ فيشعر الفرد بالجوع والتعب وصعوبة المشي وشحوب الوجه مع ارتفاع العرق، وسرعة التهيج وحتى الشروق والذهاب وقد تنتهي الحالة بالفرد إلى غيبوبة عميقه، وربما حتى الوفاة إذا لم يعالج فوراً بالغلوکوز المركب في الوريد.

- نقص إفراز هرمون الأنسولين: يؤدي إلى ارتفاع معدل الدم في السكر (*Hyperglycemia*) وظهور البول السكري (مرض السكري)، الذي يعد من الأمراض السيكوسوماتية لارتباطه بالتوتر والقلق. (عبد المعطي، 2003، ص 141)

ويحدث الضغط اضطرابا في التمثيل الغذائي للغلوكوز فيرتفع مستوىه في الدم والبول (الزراد، 1984، ص 172) ويدرك كانون أن المواقف الانفعالية مثل الخوف والقلق من بين العوامل المؤدية للسكري، فال تعرض المستمر للضغوط الانفعالية يؤدي إلى استجابة بيولوجية تنشط الغدة الأدرينالينية التي تحول الأنفرين، فتحرض الكبد لتحرير السكر المخزن وضخه في الدورة الدموية، وهذا بفعل هرمونات الضغط التي تعمل على تحويل البروتينات والدهون إلى غلوكوز، لكي يعوض الاستخدام السريع له بواسطة الجسم في موقف الانفعال. (عوضة، 1996، ص 151)

## 7-الأمراض الجلدية

يحيط الجلد بكامل الجسم إلا في مناطق معينة حيث يشكل إنخماصات وفتحات ما يجعله أول جدار دفاعي لحماية الجسم من الأجسام الغريبة، ولهذا لا يمكن اعتباره جهازا مستقلا، إذ أن وظيفته المعقدة وكثرة الأعصاب المنتشرة فيه تجعل منه قادرا على الإحساس والاستجابة للضغط، كما أنه ساحة ملائمة للتعبير عن القلق والانفعالات.

والأمراض الجلدية هي تعبير عن الشعور بانعدام الأمان والعجز والكراهية، فالاحمرار عند الخجل، والشحوب في حالة الخوف وكثرة العرق عند الفزع، والقشعريرة عند الرعب كلها تعبيرات جلدية عن الانفعالات، وتعد الأكزيما وجدرى الماء، وحب الشباب والحكمة والالتهابات الجلدية العصبية أهم الاضطرابات الجلدية. (شيخاني، 2003، ص 30)، وقد يتأثر الجلد بالضغط المسبب لفقدان التوازن بين الجهاز السمبتوسي والجهاز الباراسمبتوسي، مما يؤدي إلى تقلصات أو امتدادات في الأوعية الدموية للجلد مع نفوذ مادة الهيستامين تحته، فتتولد الحساسية الجلدية. (ياحي، 2000، ص 20)

وتظهر الشيخوخة المبكرة (الشيب المبكر للشعر والتجاعيد المبكرة للجلد أيضا) لدى العديد من الأشخاص الذين عاشوا مواقف ضاغطة في حياتهم. (لوكيا، 2002، ص20) وتعد أمراض الجلد أمراضًا سيكوسوماتية تنشأ عن روح معنوية منخفضة، أو من السخط عن العمل، وهذا بدليل أنها تبقى أسابيع وأحياناً لشهور. (الدويدار، 1995، ص376) و يتميز المصابون بالأمراض الجلدية بالخصائص الشخصية التالية: المعاناة الشديدة لفقد الحنان والحب والمساعدة، كبت لانفعالات وخاصة الحزن والغضب. (عويبة، 1996، ص150)

## 8-الأورام السرطانية

الورم السرطاني ينتج عن خروج خلايا عن أحزمة المراقبة في الجسم، وتنمو بصورة عشوائية، ويكون هذا النمو في البداية على مستوى العضو المصاب كإصابة أولية، ثم يتخطى التورم الحواجز التي تفصل بين الأعضاء؛ وخلال هذا التخطي قد تخرج بعض الخلايا السرطانية لتدخل الشعيرات الدموية أو البلغمية التي تنقلها إلى مختلف أجزاء الجسم حيث تبني مستعمرات سرطانية تكمن لعشرين سنة.

وتفيد دراسات حديثة دور العوامل النفسية في نمو الأورام السرطانية ويعتبر العالم سيمونز (H. Simmons, 1956) أول من أشار إلى العلاقة بين العوامل النفسية ومرض السرطان، ملخصاً ذلك في إمكانية تعجيل الصدمات النفسية لظهوره دون أن تكون هي السبب الأول في المرض، ويؤكد الدكتور برنارد على أثر هذه العوامل (حالات القلق، واليأس، والخوف، والتوتر)، و التي قد تكون نتاجاً لأوضاع اجتماعية واقتصادية تزيد من أعباء الإنسان

ومشكلااته، مما يترك أثره الواضح في عضويته في شكل اضطرابات عصبية وهرمونية تعتبر من أكبر العوامل المساعدة على حدوث السرطان ونموه، ومما لا شك فيه أن مثل هذه العوامل النفسية تنشط التربة السرطانية وتحثها على النمو والانتشار.(الزراد، 2000، ص. 476-478)

وقامت(موسونج، 1991) بدراسة توصلت نتائجها إلى وجود علاقة بين تحمل أحداث الحياة والمشقة النفسية والإصابة بمرض السرطان، فكلما كان الفرد ضعيفاً وغير قادر على مواجهة المواقف الضاغطة والشدة كلما أظهر استجابة مناعية ضعيفة وانخفاضاً في عدد الخلايا الدفاعية الطبيعية القاتلة للميكروبات والأورام السرطانية. (بركات، 2006، ص 915 ) وهي تقريباً نفس نتائج دراسة كل من (إسحاق، عبد الفتاح، 1995) التي بيّنت أن أهم أحداث الحياة المرتبطة بمرض السرطان هي الأحداث المتعلقة بالعمل، والدخل، والحياة الأسرية والزواج والعلاقة بالجنس الآخر، كما وجدت فروقاً دالة في جانب مجموعة المرضى عند مقارنتهم بالأسوياء في أحداث الحياة المتعلقة بالعمل، والدراسة، والناحية المالية والناحية الصحية، والمنزل، والحياة الأسرية، حيث كان المرضى أكثر تأثراً بتلك الأحداث.(الجاموس، 2004، ص 151)

والشخصية التي تتعرض للإصابة بالسرطان تمثل شخصاً متساهلاً، مذعنًا لآخرين، يكتب انفعالاته، مكفوفةً، شديد التربية، منصاعاً، قهرياً واكتئابياً لا يستطيع التعبير عن توتراته أو قلقه أو غضبه، يسعى لإسعاد الآخرين، كما بيّنته دراسة كل من (Renneker, Bahnsen, 1981) . (الفرحاتي، 2005، ص 221)

## **الفصل التاسع**

### **تشخيص الاضطرابات النفسيّة**

تمهيد.

- 1- المحاولات التشخيصية.
- 2- المقاييس والاختبارات النفسيّة.
- 3- الاختبارات الإسقاطية.
- 4- التشخيص الفارقي للأضطرابات النفسيّة.



عملية التشخيص هي عملية فحص الأعراض المرضية وتجميع الملاحظات بصورة متكاملة ثم إطلاق اسم معين عليها في ضوء تكاملها وعلاقتها بعضها البعض في زملة مرضية.

## ١- المحكّات التشخيصية

أهم ما يجب معرفته في تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية هو ما إذا كانت الأعراض العضوية ناجمة عن عوامل نفسية، أم أن الأعراض النفسية ناجمة عن مرض عضوي، وفي الحالة الأولى غالباً ما لا تزول الأعراض العضوية طالما بقيت العوامل النفسية قائمة كما في الهستيريا التحويلية، أما في الحالة الثانية فإن الأعراض النفسية تزول بزوال الاضطراب العضوي، وحسب:

- (ويس وإنجلش، 1950) تشخيص هذه الاضطرابات يتم وفق المحكّات التالية:
  - فحص طبي شامل واستطلاع تاريخ حياة المريض والمرض وبناء الشخصية.
  - إصرار وتأكيد المريض على أن مرضه جسدي.
  - ارتباط الحالة بنمط معين من الشخصية مع وجود عامل انفعالي مرتب للمرض.
  - وجود اضطراب سيكوسوماتي سابق مع وجود تاريخ مرضي في الأسرة لنفس المرض أو مشابه له.

- ضرورة التشخيص الفارق نتيجة التشابه بين الاضطراب السيكوسوماتي والمرض النفسي، وهذا الأخير وأعراض التوتر الانفعالي، أيضا لا بد من التفريق بين الأعراض السيكوسوماتية والهستيريا. (الزداد، 2000، ص 110)

ويركز كل من (ويس وأنجلش) على التشخيص باستخدام الطريقة الطولية التي بينت أن الاضطراب يظهر في مراحل تاريخية تسع تمتد من الطفولة حتى الشيخوخة، وتميز كل مرحلة في الحالة السيكوسوماتية بعوامل انفعالية ترتبط بخصائصها التالية:

- **المراحل الفمية:** رفض للرضاعة، ازعاج عند انتهاء الرضاعة، الاعتراض على الفطام بالصياح والقيء.
- **المراحل الشرجية (3-6 سنة):** أعراض مقاومة النظافة، الإمساك، الغضب.
- **المراحل التناسلية (3-6 سنة):** عدم الطاعة، العداون، التبول اللاإرادي.
- **مرحلة الكمون (6-12 سنة):** عدم التوافق الاجتماعي، تأخر في الدراسة، التشرد العدواني والقوة.
- **مرحلة البلوغ (12-15 سنة):** يلاحظ قلق، خوف من المرض، الكوابيس، الحساسية، فقدان الشهية، قيء، إسهال، خفقان القلب.
- **مرحلة المراهقة (15-21 سنة):** التخطيط للعمل، الزواج، الصراع بين المثل والسلوك.
- **الشباب المبكر (21-40 سنة):** أعراض المشكلات المرتبطة بالخطوبة والزواج، المشكلات الاقتصادية، زيادة الأعباء.

• مرحلة حياة الشباب الوسط (40-60) سنة: انقطاع الحيض لدى النساء، الاكتئاب القلق، مخاوف من السرطان والانتحار.

• فترة الشيخوخة (60 سنة فما فوق): وهي فترة التعب والاعتماد على الأبناء والشكوى من أمراض جسمية، كما تظهر أعراض القلق وتصلب الشرايين، وعادة ما يكون التوافق الاجتماعي صعب. (أبو النيل، 2001، ص-ص 16-17)  
Halliday's six point محكّات معادلة النقاط الست لهاليداي

: (formula

1- الانفعال كعامل معجل: يذهب هاليداي إلى أن الفحوص التي أجريت على المرضى بيّنت أن نسبة عالية منهم يكون المرض لديهم غالباً مدفوعاً باضطراب انفعالي ناتج عن حادثة واضحة، والتي أحياناً تكون بسيطة لتسبّب ذلك لكن التاريخ المرضي وشخصية المريض تبيّن أن هذه الحادثة كالقشة التي قسمت ظهر البعير.

2- نموذج الشخصية: حيث يرى بأن كل نموذج من نماذج الشخصية يميل لأن يكون مرتبطاً باضطراب معين ويصف أربع نماذج منها:

- النموذج الهستيري أو المسرحي: ويتعلق بالظواهر الجسمية للهستيريا.
- النموذج زائد الحساسية كما في الربو.

- نموذج القرحة وتأكيد وكفاية الذات وزيادة النشاط في قرحة المعدة وارتفاع الضغط.

- نموذج الروماتيزم والتضحيّة بالذات وتحديد الذات.

3- معدل النوع (ذكور-إناث): حيث يرى وجود فروق هامة بين الجنسين من ناحية نوع الأضطرابات.

**4- الارتباط باضطرابات سيكوسوماتية أخرى:** فهي قد تحدث لدى الفرد في آن واحد أو قد تختلف من آن إلى آخر، خاصة تلك التي ترجع إلى أكثر من سبب كالريو والأكزيما... كما قد ترتبط بعض الأعصبة ببعض اضطرابات، حيث قد تظهر الأعصبة كاضطراب متقدم أو لاحق إضافة إلى أنه من الممكن يرافق ذلك بعض الأعراض الذهانية الوظيفية مثل الفصام والاكتئاب، حيث تشير كتب الطب النفسي إلى أن الأعصبة وأعراض الذهان قد تتفق مع المعادلة السيكوسوماتية فيما يتعلق بالعوامل المثيرة أو المعجلة لظهور العرض.

**5- التاريخ الأسري:** الذي يشير إلى أن نسبة عالية من الآباء والأقارب والإخوة لهم نفس المرض.

**6- ظهور صورة المرض:** حيث يشير كل من فيس وإنجلش إلى ضرورة النظر للشخص داخل المريض، فإنه غالباً ما يلاحظ أن المريض الذي يصر على أن لديه مرضًا جسمياً يكون عرضة لأن يعاني من اضطراب أصله انفعالي، وعلى العكس فالمريض الذي يلح على أن مرضه نفسي يكون لديه غالباً مرضًا عضوياً، وهناك من يوهمون أنفسهم بأن مرضهم عقلي، حيث يشير التشخيص الإكلينيكي في الطب السيكوسوماتي إلى وجود اضطرابات بنائية وفسيولوجية لدى المريض.

(أبو النيل، 1994، ص-215-218)

المحركات التشخيصية للجمعية الأمريكية للطب النفسي لفحص العوامل النفسية المؤثرة على الحالة الصحية التالية:

- 1- وجود حالة طبية عامة.
- 2- وجود عوامل نفسية تؤثر سلبياً على الحالة الطبية العامة بالآليات التالية:

- الارتباط الزمني الوثيق بين العوامل السيكولوجية ونمو أو تفاقم أو تأخر البرء من الحالة الطبية العامة.
- تداخل العوامل النفسية مع علاج الحالة الطبية العامة.
- تشكل العوامل النفسية مخاطر صحية إضافية للفرد.
- عمل الاستجابات الفسيولوجية المرتبة بالضغط على ترسيب أو تفاقم الأعراض الخاصة بالحالة الطبية. (عبد المعطي، 2003، ص 29)

ويبدو أن تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية ليس بالأمر الهين ويحتاج إلى مهارة وخبرة طبية ونفسية، ويدرك فيصل محمد خير الزراد أن علماء النفس أجمعوا على إتباع المحكّات التشخيصية التالية:

- 1**- دراسة تاريخ حالة المريض وجمع المعلومات من المصادر المختلفة.
- 2**- إجراء المقابلات الإكلينيكية مع المريض وأعضاء أسرته والأقرباء والأصدقاء.
- 3**- الملاحظة المباشرة لسلوك المريض وحديثه وإجاباته أثناء المقابلة.
- 4**- الاطلاع على السجلات الطبية الرسمية والتقارير والتحاليل الطبية والتقارير المدرسية وغيرها.
- 5**- الزيارات المنزلية لملاحظة تفاعلات المريض داخل الأسرة.
- 6**- تجميع المعلومات وتنظيمها وتفسيرها على المستوى السلوكي والصحي والمستوى العميق الديناميكي.

ويستبعد من الاضطرابات السيكوسوماتية الحالات التالية:

- 1- الحالات التي ترجع إلى عوامل وراثية مثل التشوهات الخلقية العضوية التي يترتب عنها اضطرابات وظيفية عضوية أو الهيماوفيليا... مع وجوب التمييز بين عامل الوراثة وعامل الاستعداد، الذي يلعب دورا في مجال تهيئة شخصية الفرد للتعرض للاضطرابات سيكوسوماتية.
- 2- جميع حالات الأعصبة وكافة حالات الذهان لأنهما لا تتضمنان خللاً وظيفياً في الأعضاء. كما يجدر بالدارس الانتباه إلى ما يلي:
  - في الاضطرابات السيكوسوماتية يجب أن يكون العامل النفسي الانفعالي واضحاً بشكل أساسي، ولكن ذلك لا يمنع وجود عوامل أخرى خلف هذا العامل مثل العوامل التربوية والأسرية، والاجتماعية التي تزيد من حدته.
  - قد يؤدي العامل النفسي إلى خلل وظيفي فقط في العضو، كما قد يؤدي إلى خلل بنوي في إضافة إلى الخلل الوظيفي حيث تتعرض الأنسجة إلى الإصابة والتلف كما في القرحة. (الزداد، 2000، ص - 111-112)

## 2- المقاييس والاختبارات النفسية

إن تشخيص هذه الاضطرابات ليس بالأمر الهين ويحتاج إلى إمام كبير بكل الأبعاد المتفرعة عنها، والتشخيص الدقيق يتوقف على الأدوات المستخدمة في ذلك منها خاصة الاختبارات النفسية المفيدة في التشخيص ومنها:

## 2-قائمة كورنل لتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية

وهي من وضع كل من وايدر (Weider.A)، وولف (Wolef.H.G)، وأثر (Arthur.G) وتحتوي القائمة أصلاً على (101) سؤال مقسمة إلى:

- السؤال رقم (1) سؤال تمهيدي (هل سبق أن انتابك الصداع؟).
- الأسئلة من (19-2) أسئلة حول عدم التوافق ومشاعر الخوف.
- الأسئلة من (20-26) استجابات باشتوولوجية وخاصة الاكتئاب.
- الأسئلة من (27-33) استجابات عصبية وقلق.
- الأسئلة من (34-38) أعراض سيكوسوماتية.
- الأسئلة من (39-46) استجابات الذعر الباشتوولوجية.
- الأسئلة من (47-61) أعراض سيكوسوماتية أخرى.
- الأسئلة من (62-68) الوهن وتوهם المرض.
- الأسئلة من (69-79) الأعراض السيكوسوماتية الخاصة بالمعدة والأمعاء.
- الأسئلة من (80-85) الشك والحساسية المفرطة.
- الأسئلة من (86-101) أعراض السيكوباتية.

والإجابة (نعم) في هذا المقياس تعطي درجة والإجابة (لا) لا تعطي درجة، وقد قام محمود الزيادي بنقل هذا الاختبار إلى اللغة العربية وتحليل فقراته، ووصل الاختبار إلى (82) فقرة مع وضع صدق وثبات معايير للاختبار، وقد ظهرت في البيئة العربية صور متعددة لهذه القائمة منها التي قدمها عماد الدين إسماعيل والسيد عبد الحميد مرسى، وعماد الدين سلطان وجابر عبد الحميد وأخيراً السيد أبو النيل (2001). (الزداد، 2000، ص 116)

## 2- الاستبيانات الخاصة بالصحة

وهي تمكن من الحصول على معلومات مقننة ومنظمة عن السلوك الصحي للأفراد كما تفيد في إجراء الممارسات والفحوص الطبية عليهم ومن هذه الاستبيانات:

- استبيان مسح النشاط لجنكز (*Jenkins Activity Survey*).
- استبيان مليون للسلوك المرتبط بالصحة (*Million behavioral health*) (*Inventory*).
- مقياس العادات الصحية (*Health status M*). (أبو النيل، 2001، ص - 21-26)

## 3- الاختبارات الإسقاطية

مثل اختبار بقع العبر لروشاخ حيث يساعد في تحديد ما إذا كان نمط الشخصية أقرب للعصاب أو للذهان، كما يقيس درجة الضبط العاطفي التي تساعده في معرفة الطاقات التي لم تستخدم في العمل أو المجتمع إنما منعت فوجدت مخرجاً في شكل اضطراب الوظائف الجسمية، كما يوضح الدوافع الغريزية المكبوتة ولقد استخدم هارور (*Harrower. R*) هذه الطريقة في دراسة تغيرات الشخصية المصاحبة للإصابة المخية في الحالات السيكوسوماتية، وطبق كمبرل (*Kempel*) هذا الاختبار على مرض الروماتيزم وارتفاع ضغط الدم، ولاحظ ارتباط شخصيات معينة بأعراض معينة فمرضى الروماتيزم يتميزون بأنهم سلبيون، مازوشيون، طفيليون، هستيريون، أما مرضى الضغط فيطمحون إلى القوة، أما روس (*Ross.p*) فقد طبق هذا الاختيار على مرضى الصداع النصفي وأشار كل من رابابورت وشاfer إلى أن هذا الاختيار لا يعطي تشخيصاً واضحاً في كل الحالات.

### 3- اختبار منسوتاً للشخصية متعدد الأوجه (M.M.P.I)

وهو مفيد في التشخيص الفارقي، ولاستبعاد الحالات العصبية والذهانية، وقد تمكن الباحثون من إيجاد نماذج لصفحات نفسية للعصاب وللنظام وللاضطرابات السيكوسوماتية، وفي الصفحة النفسية لهذه الأخيرة وجد ارتفاع مقاييس كل من توهם المرض، الهستيريا والسيكاثينيا والسيكوباتية ذكورة وأنوثة، اكتئاب وانخفاض المقاييس في كل من البارنويَا والهُوَسُ الخفيف، كما أن مقاييس توهם المرض، اكتئاب، هستيريا، بارنويَا، سيكاثينيا، فصام، ميزت بين الحالات التي فيها ألم حقيقي والحالات التي فيها ألم نفسي. (السيد أبو النيل، 1994، ص 223)

وتبقى الإشارة إلى أن هذه الاختبارات هي وسائل مساعدة في التشخيص ولكنها ليست كافية، إذ لا بد من مقابلة المريض وإجراء مختلف الفحوصات، إضافة إلى عامل ارتباط بنود هذه الاختبارات بالبنية النفسية والسوسيوثقافية، وفضلاً عن الأدوات السابقة لا بد من النظر في المعايير الواردة في دليل تشخيص وتصنيف اضطرابات النفسية (DSM) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994)، والمتعلقة بتشخيص اضطرابات السيكوسوماتية وهي:

- 1- وجود تاريخ للألم مرتب بأربع وظائف مختلفة على الأقل في: (الرأس، البطن، الظهر، المفاصل، الأطراف، الصدر، المستقيم، أثناء دورة الحيض أو خلال الجماع الجنسي أو خلال عملية التبول).
- 2- وجود عرضين من أعراض المعدة والأمعاء كتاريخ غثيان، انتفاخ تقيؤ، وخاصة أثناء الحمل، إسهال، عدم القدرة على تحمل مختلف الأطعمة.

3- وجود أحد الأعراض الجنسية التالية: الألم الجنسي، غياب الاهتمام بالجنس، ووجود اضطراب وظيفي في الانتصاب أو القذف، عدم انتظام الدورة الطمثية، زيادة مفرطة في دم الحيض، تقيؤ طوال فترة الحمل.

4- أحد الأعراض العصبية الكاذبة مثل: أعراض تحويلية، كخلل أو اضطراب التوازن، شلل أو إحساس بالضعف، صعوبة في البلع، الإحساس بوجود كتلة تحت الحنجرة، فقدان القدرة على النطق، احتباس البول، هلوسات، فقدان الحس، نوبات من الإغماء، فقدان الذاكرة وفقدان الشعور. (الزداد، 2000، ص 122)

#### 4- التشخيص الفارق للاضطرابات النفسجسدية

يعد التشخيص الفارق مهمًا في تشخيص اضطرابات السيكوسوماتية لأنّه يسمح بالتفرقة أو التمييز بين أعراضها وأعراض اضطرابات الأخرى، والتي قد تتشابه معها في الجوانب الجسمية والنفسية، وهذا التجنّب التدالُّ بين هذه اضطرابات حتى يتم تقييمها دقيقاً أثناء عملية التشخيص.

#### ٤- الفرق بين الاضطرابات السيكوسوماتية والعصاب

يلخصه الجدول:

#### جدول رقم (٤) الفرق بين العصاب والاضطرابات السيكوسوماتية

(الزداد، ٢٠٠٠، ص ١٠٤)

الاضطراب السيكوسوماتي	العصاب
-سيطرة الاضطراب العصوي النفسي وغالباً ما تختفي الأعراض النفسية بعد إصابة العضو.	-تسيطر على شخصية المريض وسلوكه حالة القلق أو الاكتئاب أو الوسواس أي أن الحالة النفسية تكون مضطربة.
-له علاقة بالأعصاب والأعضاء والهرمونات	-ليس له علاقة بالاضطراب العصوي والنفسي (الجسم سليم غالباً).
-سلوك الفرد يبقى عادياً.	-قد يضطرب سلوك الفرد.
-قد يصاحب السبب النفسي أسباب عصبية مهينة.	-له أسباب نفسية كثيرة ودلالة رمزية.

## 4-4 الفرق بين الاضطراب السيكوسوماتي والهستيريا

يوجزها حسن مصطفى عبد المعطي في الجدول التالي:

جدول رقم (05) الفرق بين الاضطرابات السيكوسوماتية والهستيريا  
التحويلية

(عبد المعطي، 2003، ص30)

الاضطرابات السيكوسوماتية	الهستيريا التحويلية
-تصيب الأعضاء التي يشرف عليها الجهاز العصبي اللإرادى.	-تصيب الأعضاء التي يشرف عليها الجهاز العصبي المركزي.
-الأعراض الجسمية نتاج مباشر لصدمة نفسية أو انفعالات مزمنة أو ضغط نفسي.	-الأعراض الجسمية عبارة عن تعبيرات رمزية عن دوافع مكبوتة وصراعات لا شعورية.
-الاضطراب العضوي وظيفيا وبنيويا وقد يصاب أكثر من عضو.	-الاضطراب العضوي يكون وظيفيا فقط.
-العرض السيكوسوماتي لا يحدث فجأة إنما يحدث تدريجيا وعلى مراحل بسبب تراكم عوامل مختلفة.	-يمكن أن يحدث العرض الجسمي الهستيري فجأة.
-المزاوجة بين العلاج الطبي والعلاج النفسي (العلاج التكاملي) والشفاء يكون صعبا ويطلب وقتا.	-العلاج النفسي يكون كافيا ويلعب الإيحاء دورا هاما ويكون الشفاء سهلا.

### **3-4-الفرق بين الاضطرابات السيكوسوماتية والتمارض (*Malingering*)**

فالفرد المتمارض يتظاهر بأنه مريض وذلك لتجنب موقف غير سار من المواقف الصعبة، حيث يصبح نموذجاً يشار به إلى اضطراب في السلوك أو يدل على العصابة النفسي الضمني، أما في الاضطراب السيكوسوماتي فإن المعاناة تكون حقيقة ويشعر الفرد بألم واضطراب فعلي واحتلال وظيفي في العضو.



## **الفصل العاشر**

### **علاج الاضطرابات النفسجدية**

تمهيد.

1- أصناف المرضى.

2- العلاج بالأدوية (الطبي).

3- العلاج النفسي.



إن العلاج التكاملی بین العلاجین الطبی والنفسی هو الهدف الرئیسي للطب السیکوسوماتی لعلاج الفرد کل (نفس وجسد) وفي هذا الصدد یشير فيصل محمد خیر الزراد إلى أن الخبرات الطبیة والنفسیة تؤکد على أن الاضطرابات السیکوسوماتیة تستعصي على العلاج الجسی أو الطبی وحده، كما تستعصي على العلاج النفسي لوحده.

## ١-أصناف المرضى

يصنف الأطباء المرضى القادمين للعلاج إلى:

-**المريض العضوي** *Organic*: ويكون مصاباً بمرض عضوي واضح حيث أسبابه عضوية محضة أو وراثية، كما أن له أسباب أخرى عاطفية بسيطة أو جانبية.

-**المريض الوظيفي** *Functional*: وهو يشكو من اضطراب في أحد أعضاء الجسم دون وجود دليل على مرض عضوي حقيقي، مما يجعل من شعوره ذاتي فقط علماً أنه غير مصاب بالذهان.

-**المريض السیکوسوماتی** *Psycho somatique*: مرض عضوي يتعلّق بوظائف الجهاز العصبي الذاتي ويعتمد بالدرجة الأولى على عوامل نفسية.  
(ياسين، 1988، ص50)

## 2-العلاج بالأدوية(الطبي)

ويكون عن طريق الأدوية المخلصة من الألم وأعراض هذه الاضطرابات

ومنها:

-**العلاج بالبلاسيبو placebo:** ويتم عن طريق أدوية ليس لها مفعول كيميائي بل يعتمد مفعولها على الإيحاء والإيمان بالعلاج خاصة مع المعالج ذي السمعة الكبيرة، حيث (30-35٪) من الحالات تشفى هكذا، ويلجأ إليه الأطباء خاصة مع الحالات التي تكون فيها الاضطرابات راسخة ولا تخضع للعلاجات المعتادة، ولا ينجح البلاسيبو مع ذوي صلابة وحذر وشك، بينما ينجح عند الأفراد الانفعاليين والمطاوعين والقلقين.

-**المهدئات les tranquillisants:** يحتل القلق المرتبة الأولى في أغلب الاضطرابات السيكوسوماتية، وبالتالي فإنه تستعمل أدوية مهدئة للقلق ولا يمكن أن يتجاوز ذلك ثلاثة أشهر، حيث لها انعكاسات تتعلق باستعمالها والت العود عليها والتوقف المفاجئ عن تناولها.

-**الفيتامينات المضادة للضغط والانهيار:** حيث نجد الدكتور ليسر (Lisser) يعالج آثار الضغط بالفيتامينات خاصة (VITAB5)، كما يركز على أهمية نظام التغذية المتوازنة، مع ملاحظة أن الإفراط في تناولها يكون مضرًا. (ميموني، 2005، ص-155-157).

### 3-العلاج النفسي

وفيه يتم التركيز على سبب المرض من خلال تناول التواحي الانفعالية والعمل على حل الصراعات النفسية والتخفيف من القلق، وإعادة الثقة بالنفس ويفضل تعديل حياة المريض مع توفير الهدوء والراحة، والطمأنينة وتجنب الإجهاد العقلي المتواصل. (زهران، 1997، ص 478) وأهم طرق العلاج النفسي تتمثل في:

- **العلاج النفسي التحليلي:** طالما أن الأسباب نفسية فيكون الكشف عن العوامل التي سببت ظهور الأعراض، والعوامل اللاشعورية عن طريق العلاج النفسي التحليلي والإيحائي.
- **الإرشاد النفسي:** للمريض ولأسرته وللزوجين.
- **تقنيات الاسترخاء:** من وسائل العلاج النفسي المستخدمة في علاج هذه الاضطرابات وتمارس بشكل فردي أو جماعي.
- **تقنيات العلاج السلوكي:** مثل الاستفادة من الإشراط التي تعتمد على مبادئ التعلم والتدريب، كما هو الحال في العلاج السلوكي (*Behaviour therapy*) (الزراد، 2000، ص 504) والعلاج السلوكي المعرفي. (الزراد، 2000، ص 504)
- **العلاج الذاتي:** يستعمل مع المرضى الذين يرفضون المساعدة الطبية والنفسية فيوجهون إلى التحدث إلى الذات وطرح عليها بعض الأسئلة باستمرار وإصرار حتى يتمكن من الإجابة على أهم سؤال: ما هو جوهر حياتك في ظل فوضى الحياة اليومية؟ فيحدد لنفسه فلسفة لحياته، ويراقب ذاته وما يحدث بها من تغيرات تدريجية وتقتنع ذاتياً بمحاولة التغيير للمكان والتكيف السريع مع التغيرات حوله، ويمتلك القدرة على إمكانية التنبؤ بالحدث قبل وقوعه ويستعد لاستقباله. ورغم ذلك فلا يمكن الاستغناء عن مساعدة المختصين في العلاج النفسي مهما كانت كفاءة الفرد وقدرته على العلاج الذاتي. (العيسي، 2000، ص 168)

- التغذية الراجعة الحيوية (*Biofeed Back*): وتعتمد هذه الطريقة على التقييم الفوري للمعلومات المتمثلة في المؤشرات الفيزيولوجية الصادرة عن الفرد والتي ترد إليه بواسطة أجهزة خاصة، ومن ثم إمكانية تحكمه في تلك النشاطات عن طريق التدريب عليها وعلى الاسترخاء. (شقيق، 2002، ص 35) ويمكن اعتماد طرق علاجية نفسية أخرى مثل:
- العلاج المتمرّك حول العميل: لتخفييف حدة الردود الدفاعية وتقوية الاستبصار.
- الأسلوب التمريضي الوقائي *Anaclitic Therapy*: لتزويد المريض بالاحتياجات التي حرم منها سابقاً.
- العلاج باللعب والترويح عن النفس. (ياسين، 1988، ص 136)

وتلخص الطرق العلاجية بصفة عامة فيما يلي:

- محاولة التعرف على طبيعة الانفعال النفسي أو الاضطراب العاطفي الذي يعاني منه المريض، من خلال الإنصات لشكواه والتعرف على التاريخ الدقيق والمفصل للحالة.
- العلاج النفسي التفريغي ومساعدة المريض على فهم ظروفه بموضوعية، وشرح العلاقة بين معاناته النفسية والأعراض البدنية التي يشكو منها.
- العلاج النفسي المساند.
- تناول المهدئات الخفيفة لفترات قصيرة للسيطرة على الأعراض الحادة.
- التدريب على الاسترخاء العضلي. (الجاموس، 2004، ص 152)

وما يلاحظ على أساليب العلاج هو ضرورة التكامل فيما بين العلاج النفسي والعلاج الطبي لتحقيق شفاء المصابين بها، هذا فضلاً على أن تنوعها يسمح بتكوين فكرة أساسية مؤداها أن استعمالها يرتبط بنوع الاضطراب من جهة، ونمط الشخصية من جهة ثانية.



رغم حداثة مصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية إلا أن أنسه ترجع إلى الجدل الذي دار بين الفلاسفة حول علاقة النفس بالجسد، وتشتت وجهات النظر في تفسيرها نتيجة التداخل بين العوامل الفطرية والمكتسبة في صياغة السلوك الإنساني بين الاتجاه الفيزيولوجي المركز على تفاعل العوامل البيئية والجسدية، والاتجاه السيكولوجي المعتمد على بناء الشخصية والعوامل اللاشعورية ورمزية الصراعات، في حين تركز النظريات السلوكية على المواقف وعلاقتها بالشخصية وتبني إمكانية تعلم الاستجابة السيكوسوماتية عن طريق عمليتي الاشتراط والتعزيز، أما النظرية المعرفية تركز على العمليات المعرفية واحتلالها الذي يؤثر في الناحية الفيزيولوجية للجسم مما يؤدي للتجسيد.

ويبدو أن الاتجاه التكاملي المعتمد ديناميكية العلاقة بين الواقع الخارجي بعوامله البيئية والاجتماعية والواقع الداخلي بعوامله الوراثية والنفس بيولوجية في إحداث الاضطراب الجسدي، ولا يمكن فصل أي عامل عن العوامل الأخرى هو الأقرب للتفسير الموضوعي، كما أن تبني اتجاه واحد يعني إغفال جوانب أخرى، وهنا تبدو الحاجة إلى الدراسة الكلية لهذه الاضطرابات مع توخي الدقة والموضوعية كما يدعو إليه ويتبنّاه الباحث، لأن التناول متعدد العوامل يسمح بالوقوف على حقيقة المساهم منها في حدوث هذه الاضطرابات ودرجة هذا الإسهام؛ مما يسهل عمليتي تشخيص وعلاج هذه الاضطرابات.

وهنالك شروط حددتها المختصون للحكم على مدى سيكوسوماتية الاضطراب العضوي الذي له خصائصه ومميزاته عن باقي الاضطرابات، ومن هنا كان الخوض في تصنيفها والوقوف على مدى ارتباطها بالضغط الحياتية وبقية العوامل الانفعالية، ومن ثم وضع المحکات والأدوات التشخيصية، وعرض مختلف الطرق العلاجية المركزة على التكامل بين العلاجيين النفسي والدوائي، والتي بتتنوعها تشير أن استعمالها يرتبط بنوع الاضطراب من جهة، ونمط الشخصية من جهة ثانية.

## المراجع

المراجع باللغة العربية:

- القرآن الكريم.

- 1- إبراهيم عبد الستار (1998): الاكتئاب اضطراب العصر الحديث - فهمه وأساليب علاجه - عالم المعرفة، العدد 239، الكويت.
- 2- إبراهيم علي إبراهيم (1992): الضغوط الحياتية في علاقتها ببعض الأمراض السيكوسوماتية، مجلة مركز البحوث التربوية العدد الأول، جامعة قطر.
- 3- أحمد النابلي (1991): الصدمة النفسية: علم نفس الحروب والكونوارث، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- 4- أحمد النابلي، ماري بيار، ستورا بنجمان (1992): مبادئ السيكوسوماتيك وتصنيفاته، ط 1، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر.
- 5- أحمد عزت راجح (1973): أصول علم النفس، ط 9، المكتب المصري الحديث، الإسكندرية، مصر.
- 6- أحمد عكاشة (1976): علم النفس الفيزيولوجي، دار المعارف، القاهرة.
- 7- أحمد عكاشة (1985): علم النفس الفيزيولوجي، ط 2، دار المعارف، القاهرة.
- 8- أحمد محمد عبد الخالق (1998): الصدمة النفسية، مطبوعات جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي، الكويت.
- 9- باطنة أمال عبد السميح (1998): الاضطراب السيكوسوماتي حالة خاصة من حالات ضعف الإدراك، مجلة الثقافة النفسية.

- 10-** بدراة معتصم ميموني(2005): الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والراهق، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 11-** تفاحة جمال السيد مصطفى (1996): الأمراض السيكوسوماتنية - دراسة إكلينيكية تشخيصية - رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- 12-** جزر سحر علي طه(2001): مفهوم الذات مرضى الجلد السيكوسوماتيين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- 13-** الجمعية المصرية للطب النفسي(1989): دليل تشخيص الأمراض النفسية، القاهرة، مصر.
- 14-** جولمان دانيال(2000): الذكاء العاطفي، ترجمة ليلى الجبالي، محمد يونس، سلسلة عالم المعرفة، العدد(262)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- 15-** حنان عبد الرحمن الأحمدى(2002): ضغوط العمل لدى الأطباء المصادر والأعراض، دار الطباعة والنشر، السعودية.
- 16-** راضي الوقفي (2003): مقدمة في علم النفس، ط3، دار الشروق، عمان.
- 17-** رضا مسعودي (2003): الضغوط المهنية لدى أطباء مصلحة الاستعجالات، مصادره ومؤشراته، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر.
- 18-** زهران حامد(1997): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط3، عالم الكتب، القاهرة.

- 19**- زياد بركات(2006) سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان: دراسة مقارنة بين الأفراد المصابين وغير المصابين بالمرض، مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، المجلد(20)، جامعة القدس المفتوحة، منطقة طولكرم، فلسطين.
- 20**- الزين عباس عمارة(1986): مدخل إلى الطب النفسي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
- 21**-سامي عبد القوي(1991): محاضرات في الأمراض السيكوسوماتية، السويس، مصر.
- 22**-سامي عبد القوي(1995): علم النفس الفيزيولوجي، ط2، مكتبة الهضبة المصرية، القاهرة.
- 23**-سامي علي (2004): الأمراض الجلدية وعلاقتها بالأمراض النفسية لدى مجموعة من أطباء الجلد والأطباء النفسيين، ترجمة: دوللي أبو حمد، دار الحصاد للنشر والتوزيع، دمشق، سوريا.
- 24**-ستورا بنجمان جان(1997): الإجهاد أسبابه وعلاجه، ط1، ترجمة: أنطوان الهاشم، منشورات عويدات، بيروت.
- 25**-سمير شيخاني (2003): الضغط النفسي، طبيعته، أسبابه، المساعدة الذاتية المداواة، دار الفكر العربي، بيروت، لبنان.
- 26**-سوين، ريتشارد م (1988): علم الأمراض النفسية والعقلية، ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة، دار الهضبة العربية، القاهرة.
- 27**-شخير زينب محمود (2002): الأمراض السيكوسوماتية (النفس - جسمية)، المجلد الأول، ط1 ، مكتبة الهضبة المصرية، القاهرة.

- 28- شقير زينب محمود (2005): الشخصية السوية والمضطربة، ط 3، المكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.
- 29- الشيخ محمد كامل عويضة(1996): الصحة في منظور علم النفس، سلسلة علم النفس(20)، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان.
- 30- صالح معاليم (2008): محاضرات في الأمراض النفسية الجسمية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 31- صباح الأسدی: [www.alnoor.se/article.asp](http://www.alnoor.se/article.asp) 2014/11/10
- 32- عايدة شكري حسن (2001): ضغوط الحياة والتوافق الزواجي والشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس، القاهرة.
- 33- عبد الرحمن بن أحمد بن محمد بن هيجان (1998): ضغوط العمل وكيفية إدارتها، معهد الأدلة العامة، الرياض، السعودية.
- 34- عبد الرحمن العيسوي (1996): الأمراض السيكوسوماتية مع دراسة ميدانية على الشباب العربي، ومقاييس السيكوسوماتية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 35- عبد الرحمن العيسوي (2000): الاضطرابات النفسجسمية، موسوعة علم النفس الحديث، المجلد السادس، ط 1 ، دار الراتب الجامعية، بيروت.
- 36- عبد الرحمن محمد السيد(2000): "علم الأمراض النفسية والعقلية"، الجزء الأول، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

- 37- عبد الرؤوف الطلاع (2006): الضغوط النفسية وعلاقتها بالأمراض السيكوسوماتية لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين من السجون الإسرائيلية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة.
- 38- عبد الستار إبراهيم (1980): العلاج النفسي الحديث، سلسلة عالم المعرفة، العدد(27)، المجلس الوطني للثقافة والفنون، الكويت.
- 39- عبد الستار إبراهيم (2002): الحكمة الضائعة، سلسلة عالم المعرفة، العدد(28)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- 40- عبد الفتاح محمد دويدار(1995): أصول علم النفس المهني وتطبيقاته، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- 41- عبد الفتاح محمد دويدار، (1994): الأساس البيولوجي والفيزيولوجي للشخصية، ط2، دار النهضة العربية، بيروت.
- 42- عبد المعطي حسن مصطفى(1994): ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها دراسة حضارية مقارنة في المجتمع المصري والمجتمع الإندونيسي، المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد 08.
- 43- عبد المعطي حسن مصطفى(2003): الأمراض السيكوسوماتية التشخيص -الأسباب - العلاج، مكتبة زهراء الشرق السلسلة، القاهرة.
- 44- عبد المنصف غازي، محمد عبد الظاهر الطيب(1984): الأمراض النفسية الجسمية، دار المعارف، القاهرة، مصر.
- 45- عبد المنعم الحفي (1994): موسوعة الطب النفسي - الكتاب الجامع في الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسيا - مكتبة مدبولي، القاهرة.

- 46-** عبد المنعم الميلادي (2004): *الأمراض والاضطرابات النفسية*، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر.
- 47-** عبير بنت محمد حسن الصبان (2003): *المساندة الاجتماعية وعلاقتها بكل من الضغط النفسي والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من السيدات السعوديات العاملات بمدينتي جدة ومكة المكرمة*، رسالة دكتوراه غير منشورة، المملكة العربية السعودية، كلية التربية للبنات.
- 48-** عدنان يوسف العتوم (2004): *علم النفس المعرفي بين النظرية والتطبيق*، ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 49-** العزى أروى أحمد (1996): *التوافق وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى طالبات السكن الجامعي بصنعاء*، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة صنعاء، اليمن.
- 50-** عطوف محمود ياسين (1988): *علم النفس العيادي (الإكلينيكي)*، ط 1، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.
- 51-** غالى محمد أحمد، أبو علام رجاء (1977): *القلق وأمراض الجسم*، مكتبة الفلاح، الكويت.
- 52-** فاخر عاقل (1989): *معجم علم النفس*، ط 3، دار العلم، لبنان.
- 53-** فخرى الدباغ (1983): *أصول الطب النفسي*، ط 3، دار الطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- 54-** الفر Hatchي السيد محمود (2005): *سيكولوجية العجز المتعلم*، المركز القومي لامتحانات والتقويم التربوي، المنصورة، مصر.

- 55-**فيصل محمد خير الزراد (1984): الأمراض العصبية والذهانية والاضطرابات السلوكية، ط١، دار القلم، بيروت.
- 56-**فيصل محمد خير الزراد (2000): الأمراض النفسية-جسدية أمراض العصر دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت.
- 57-**قاسم حسين صالح (2007): الأمراض السيكوسوماتية، الحوار المتمدن- العدد: 1964 المحور: الفلسفة، علم النفس، وعلم الاجتماع، 2007/07/02 .  
[http:// www.ahwar.org](http://www.ahwar.org) 10:43-
- 58-**كمال إبراهيم مرسى (2000): السعادة وتنمية الصحة النفسية، ط١ ، دار النشر للجامعات، مصر.
- 59-**كمال عبد المحسن البنا(1988): التوافق النفسي للمديرين . دراسة عن النمط الإداري ونوع الاضطراب السيكوسوماتي في الصناعة . رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة عين شمس، القاهرة.
- 60-**كولز، إ. م (1991): المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي، ترجمة عبد الغفار عبد الحكيم الدمياطي وماجدة حامد حماد وحسن علي حسن، مراجعة محمد عبد الخالق، دار المعرفة الجامعية.
- 61-**لطفي الشربيني(2002): معجم مصطلحات الطب النفسي، مراجعة عادل صادق، مركز تعریب العلوم الصحية، الكويت.
- 62-**لطفي عبد الباسط إبراهيم(1994): عمليات تحمل الضغوط في علاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى المعلمين، مجلة البحوث التربوية، العدد 05، السنة الثالثة، جامعة قطر.

- 63**-لوكيا وبن زروال (2006): الإجهاد، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع عين مليلة، الجزائر.
- 64**-ليندا دافيدوف (2000): الشخصية— الدافعية والانفعالات، ترجمة سيد الطوب ومحمود عمر، سلسلة علم النفس، ط١، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية، مصر.
- 65**-مارتن بول(2000): العقل المريض، ترجمة علي الجسماني، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.
- 66**-مازن الخليل (2001): الاضطرابات الجسدية الشكل: دليل الصحة النفسية للأطباء والعاملين في الرعاية الصحية الأولية، منظمة الصحة العالمية، دمشق.
- 67**-محمد أحمد الفضل الخاني (2006): المرشد إلى فحص المريض النفسي، ط١، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنان.
- 68**-محمد أحمد النابلسي(1988): مبادئ البسيكوسوماتيك وتصنيفاته، دار الهدى، الجزائر.
- 69**-محمد السيد عبد الرحمن(1999): دراسات في الصحة النفسية والعقلية، الجزء الثاني، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة.
- 70**-محمد حامق، 17/11/2013 <http://www.echoroukonline.com/ara/articles/185199.html>
- 71**-محمد حمدي الحجار(2004): العلاج السيكوسوماتي المعرفي، مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية، طرابلس، لبنان.

- 72- محمد حمدي الحجار (دون سنة): المدخل إلى علم النفس المرضي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- 73- محمد شحاته ربيع(2004): التراث النفسي عند العلماء المسلمين، ط4، دار العربي، القاهرة، مصر.
- 74- محمد علي شهيب(1982): السلوك الإنساني في التنظيم، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- 75- محمد محمود بني يونس(2008): الأسس الفسيولوجية للسلوك، ط 1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 76- محمد نصر الدين ياحي(2000): الضغط والقلق والحالات العصبية، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر.
- 77- محمود السيد أبو النيل (1994): الأمراض السبيكوسوماتية، المجلد الثاني دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
- 78- محمود عبد الرحمن مرحبا، محمد أحمد النابليسي(1999): ابن سيناء مؤسس البسيكوسوماتيك، مجلة الثقافة النفسية، المجلد 2، العدد 7، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
- 79- مصطفى فهبي(1967): علم النفس الإكلينيكي، مكتبة مصر، القاهرة، مصر.
- 80- نعيم داود (1991): مصادر ضغط العمل التي يتعرض لها العاملون في المصادر التجارية العاملة في الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- 81**- نور الدين جبالي (1989): علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية . دراسة مقارنة لحالات قرحة المعدة وحالات السكري . رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس، القاهرة.
- 82**- نور الدين جبالي (2007): علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.
- 83**- نور الهدى محمد الجاموس(2004): الاضطرابات النفسيجسمية، دار الباذوري، عمان، الأردن.
- 84**- يوسف أبو حميدان، محمد إلياس العزاوي (2001): تطور الضغوط النفسية عبر الأبعاد الزمنية (الماضي، الحاضر، المستقبل) وعلاقته بمتغيرات الجنس والحالة الاقتصادية والحالة الاجتماعية لدى عينة من المعلمين الملتحقين بالدراسة بجامعة مؤتة، مجلة جامعة دمشق، المجلد 26، العدد 3، دمشق.

## المراجع باللغة الأجنبية

- 1- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental Disorder, Fourth edition (DSM-IV)*, Washington APA.
- 2- Anna, L. Marsland et al (2001): *Stress, Immunity, and Susceptibility toinfectious disease*, in Andrew Baum, Tracey.A. Revenson, Jerom E .Singer, .*Handbook of health psychology*. Lawrance Erlbaum associates, publishers Mahwah, New Jersey, London.
- 3- Boudarene Mahmoud(2005): *Stress entre Bien Êtres et Souffrance, Préface par Farid kacha & Jean jaques Legros*, Berti éditions, Alger.
- 4- Bugard, Pierre(1974): *Stress, Fatigue et Dépression : L'homme et les agression de la vie quotidienne, Volume II*, Doin éditeurs, Paris
- 5- Con Stough, Donald H. Saklofske& James D.A. Parker (2009): *Assessing Emotional Intelligence: Theory, Resaerch& Applications*, Library of Congress, New York.
- 6- Davison. G. C&Neale, J.M (1996): *Abnormal Psychology*, Sixth éd, New York, John wiley & Sons, Inc
- 7- Gerard, J. Tortora&Gabowski, Sandra Reynolds, &Parent, Jean Claude(1995): *Biologie Humain: Cytogénétique, Régulation, Reproduction, Centre éducatif et Culture*, Canada.
- 8- Giancarlo Trombini&Franco Baldoni (2005): *La psychosomatique l'équilibre entre corps et esprit*, éditions In Press,Paris.
- 9- Giovannini, D; Riccibitti, PE; Sarchielle, G et Speltini, G; (1986): " *Psychologie et Santé* " Pierre Mardaga, édition

- 10-** Goldberger, L. & Breznitz, S. (1993): *Hand book of stress.* second Edition.
- 11-** Jacquy Chemouni(2010): *Psychosomatique de l'enfant et de la dulte,3e édition, édition in press, Paris.*
- 12-** Marrie-pierre levalois(2003): *Petite Larousse de la médecine, messagerie ADP montréal, Canada.*
- 13-** Matthew Bambling (2006): *Mind, Body and Heart Psychotherapy and the Relationship between Mental and Physical Health, PSYCHOTHERAPY IN AUSTRALIA.* Vol12. N° 2.
- 14-** Olson, H & Defrain, J(1994) :*Marriage and the family diversity and strengths, May publishing company, U. S. A, California.*
- 15-** Pierre Marty(1998) : *les mouvements individuelle de la vie et de mort, Edition poyot, Parie, France.*



