

المسيلة في: 03 ماي 2023

الرقم: 166/ك ع إ/ج ن ت ب ع ع خ/2023

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 الايجابية.

- 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

الأستاذ: صالح المصطفى
رئيس المجلس العلمي
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية



دار المتنبي للطباعة والنشر شهادة لنشر

تشهد وتتشف دار المتنبي للطباعة والنشر:
نشر وطباعة كتاب

الموسوم بـ:

الاضطرابات النفسجسمية
- السيكو سوماتية -

تأليف

د. عبد الحميد شحام

المسجل إداريا برقم الإيداع القانوني

ردمك 6 _ 22 _ 257 _ 9931 _ 978 (ISBN)

مدير دار النشر

دار المتنبي للطباعة والنشر



بتاريخ: 27 ماي 2023



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



Scan Our QR Code

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 دورتي 1991 و 1992، أستاذ علوم طبيعية، الليسانس توجيه وإرشاد جامعة محمد بوضياف المسيلة، ماجستير علم النفس المرضي الاجتماعي من جامعة محمد خيضر 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 التقاطع بين مجالي الطب العضوي والطب النفسي أين تبرز الوحدة النفسجسمية، حيث ينطلق من الترسخ التاريخي للتفسيرات العلمية للاضطرابات السيكوسوماتية، وتصنيفها، وتفسيرها وفق نماذج مختلف 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 للفهم السيميولوجي والأمريقي للاضطرابات النفسية ذات الصورة الجسمية، فهو يضيف للمتعلّم النفسي إمكانيات الاستثمار التطبيقي ضمن حقل الجسدنة.

ISBN: 978_9931_257_22_6



جميع الحقوق محفوظة
سنة النشر 1444 هـ / 2023 م

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



Scan Our QR Code

الاضطرابات النفسية

– السيكوسوماتية –

د. عبد الحميد شحام

بسم الله الرحمن الرحيم

الاضطرابات النفسية

— السيكوسوماتية —

• المؤلف: د. عبد الحميد شحام

• تنسيق داخلي للكتاب: دار المتني للطباعة والنشر

• مقاس الكتاب: 17/25

• الناشر: دار المتني للطباعة والنشر

• الرقم الدولي الموحد للكتاب

ISBN :978 _ 9931 _ 257 _ 22 _ 6

• الإيداع القانوني: أفريل / 2023م

• الحقوق: جميع الحقوق محفوظة ©

• مقر الدار: حي تعاونية الشيخ المقراني / طريق إشبيليا

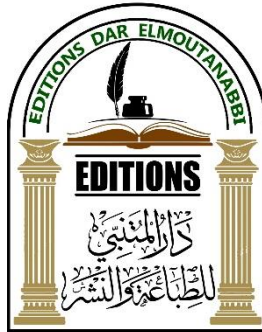
مقابل جامعة محمد بوضياف / المسيلة

• للتواصل مع الدار: 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 - السيكوسوماتية -

2023

9.....	مقدمة
--------	-------

الفصل الأول

العلاقة بين النفس والجسد

13.....	تمهيد
13.....	1-لمحة 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-النقلة السيكوسوماتية

الفصل الثالث

النظريات المفسرة للأمراض النفسجسدية

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

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

الفصل الرابع

الاضطرابات النفسجسدية عند الطفل والمراهق

- 75.....تمهيد
- 76.....1-الاضطرابات النفس جسمية للطفل
- 82.....2-الاضطرابات النفس جسمية للمراهق
- 83.....3-أهم العوامل المساهمة 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 لبيارمارتي (PIERRE MARTY)
- 101.....4-تصنيف فيصل محمد خير الزراد

الفصل السابع

الضغوط وانتشار الاضطرابات النفسجسدية

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

الفصل الثامن

بعض الأمراض النفسجسدية ومساهمة الضغوط فيها

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

الفصل التاسع

تشخيص الاضطرابات النفسجسدية

137.....	تمهيد
137.....	1- المحكات التشخيصية
142.....	2- المقاييس والاختبارات النفسية
144.....	3- الاختبارات الإسقاطية
146.....	4- التشخيص الفارقى 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

مقدمة

شكلت العلاقة بين النفس المتبدلة الأحوال والجسد بما يعترى وظائفه من اختلال إحدى القضايا التي شغلت بال المفكرين المتقدمين منهم والمتأخرين، 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 يعلي جانب على حساب الآخر، وبين من يؤكد تأثير أحدهما في الآخر، وبين من يقول بتكاملهما وتفاعلهما؛ غير أن البحوث والدراسات في العصر الحالي أزالَت الكثير من اللبس والغموض، وحلت الكثير من الإشكالات التي أفرزها الجدل حول هذين المكونين لتحقيق الإنسان.

ويتفاعل الإنسان ضمن ومع متغيرات هذا العصر أصبح يطلق عليه عديد المواصفات كعصر التكنولوجيا والعولمة، والرقمنة والقرية الكونية، وعصر الهندسة الوراثية...، وهذا نظرا 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 أزمت 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 تبعاً لخصائصهم الشخصية فينعكس ذلك على جوانبها السلوكية والنفس فيزيولوجية.

وتشير العبارة الأخيرة (النفس - فيزيولوجية) إلى التلاحم العلائقي 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 بدايتها 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 البسيكوسوماتيك الذي لقي اهتماماً واسعاً من قبل الباحثين في مختلف التخصصات العلمية المهمة بالصحة النفسية جسمية للأفراد. ومن خلال هذا الكتاب سنتطرق إلى هذه الاضطرابات، من حيث لمحة تاريخية موجزة عن جدلية العلاقة بين النفس والجسد، والمقاربة السيكوسوماتية تعريفها والنظريات المفسرة لها وأسبابها، وتصنيفها، والتطرق إلى التظاهرات السيكوسوماتية عند من الطفل والمراهق، ثم طريقة تشخيص هذه الاضطرابات وطرق علاجها.

الفصل الأول

العلاقة بين النفس والجسد

تمهيد.

1- لمحة تاريخية عن العلاقة بين النفس والجسد.

2- المقاربة البسيكوسوماتية.

3- أشكال المرض الجسدي.

العلاقة بين النفس والجسد من القضايا التي شغلت بال المفكرين المتقدمين منهم والمتأخرين، 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 بتكاملهما وتفاعلتهما؛ غير أن البحوث والدراسات في العصر الحالي أزالَت الكثير من اللبس والغموض، وحلت الكثير من الإشكالات التي أفرزها الجدل حول هذين المكونين لحقيقة الإنسان.

1-لمحة تاريخية عن تناول العلاقة بين النفس والجسد

كان يقال: "أن للإنسان جسد بالنظر لما يصدر عن هذا الجسد من أفعال محسوسة"، ثم عدلت المقولة 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 وجوه هذا الإنسان، ومهما كان الأمر فإنه يستوجب التوازن وعدم التفرقة بينهما، ففي الحياة اليومية أحيانا نحن أجسادنا التي نثبت من خلالها ذواتنا، وفي ذات الوقت هناك وضعيات مفاجئة تثبت قدرة أجسادنا (الألم، المرض، القوة، تعلم حركات جديدة). (Giancarlo & Franco, 2005, p9) ومن هنا بدأ التساؤل عن حقيقة هذا الإنسان هل هي النفس؟ أم هي الجسد؟ أو هي كلاهما؟ ويبدو 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 رُّوحِي فَقَعُوا لَهُ سَاجِدِينَ (72)﴾. سورة ص، الآيتين (71، 72).

ورغم حداثة مصطلح البسيكوسوماتيك، إلا أن أسسه 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 الأسفى، والجسد ما هو إلا المظهر الخارجى الذى تسكن فيه. (دويدار، 1994، ص335) كما أن هذه العلاقة قديمة قدم الفكر الإنسانى فترجع إلى غاية (4500) سنة ق م أين أشار إمبراطور الصين الأصغر (هوانج تى) إلى أن الإحباط يسبب لدى الناس أمراضا عضوية وأوصى بالكشف عن رغبات الناس وأفكارهم ومتابعتها. (جبالى، 1989، ص 32) وذكر (A.A.Brill) أن هيبوقراط (Hippocrate) (460-370) ق م عالـج برديكاس ملك مقدونيا من مرضه الجسمى بتحليل أحلامه، وأكد سقراط (469-399) ق.م على أهمية معرفة الإنسان لنفسه. (أبو النيل، 1994، ص19).

وأشار أرسطو (384-322) ق.م إلى أن النفس ما هى إلا الوظائف الحيوية فى الجسم والتي تميزه عن الجماد، فهى صورة الجسد وتتميز عن الصور الأخرى المرتبطة بالمادة، وهى صورة عاقلة تسمى على البدن لأنها تحيا حياة عقلية غير مرتبطة بالمادة وبالتالي لا تفنى بفناء الجسد، كما أشار إلى جانب مهم يرتبط بالبسيكوسوماتيك الحديث وهو أن الانفعال النفسى يصاحبه تغيرا جسمى. (ربيع، 2004، ص95) ويعد أفلاطون (428-348) ق.م واضع الأساس النظرى لهذا الميدان بتأكيده خطأ من يحاول التفرقة بين شفاء النفس وشفاء الجسم. (الزرد، 2000، ص10) وأن لأفكار الإنسان تأثيرا كبيرا على سلوكه غير أن وجود النفس مستقل عن الجسم، بحيث تحل به أثناء الحياة وتفارقه بعد موته. (راجع، 1973، ص38) وفى القرن الثانى الميلادى جاءت نظرية (الروح الحيوانى)

للطبيب والفيلسوف اليوناني جالينوس (129 - 200 م) المفسرة للمظاهر الحيوية في الجسم وعلاقتها ببعض الظواهر النفسية فالتغير في أحدهما يؤدي إلى تغير الآخر، ووصف الروح الحيواني بأنها تلك الذرات 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 والملاسة، إلا أن أبا علي بن سينا (980-1037) م عارض هذا الاعتقاد مؤكداً على أنه لا قيمة للجسد بدون روح. (الحلي، 2000، ص 20) ومن خلال تجربة الحمل والذئب يعتبر أول من نقل وحدة النفس والجسم إلى الميدان التجريبي، ومن مؤسسي البسيكوسوماتيك. (النابلسي، 1988، ص ص 86-89) وتعتبر طريقته في العلاج النفسي للروماتيزم الذي أصاب جارية في بلاط الملك خير دليل على ذلك، على غرار ما قام به الطبيب المشهور أبو بكر الرازي في علاج نفس المرض لأمر بخارى الأمير منصور (أبو النيل، 1994، ص، ص 121، 124)

وهكذا فإن الكثير من الأطباء العرب قد أكدوا علاقة النفس بالجسد، ومن بينهم أيضاً 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 إنهاكه واضطراب وظائفه، هذا فضلاً 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.(الزباد، 2000، ص11)
وتكلم ابن رشد عن دور العامل النفسي في نشأة المرض؛ ومن هذا المنطلق جاء
حتمهم على طب شامل يضم المريض ومرضه ومحيطه وطبيبه، كما أكدته كبير
الأطباء أبو بكر الرازي، وهو ما يعد من أهم نتائج أبحاث الطب السيكوسوماتي
الحديث. (ميموني، 2005، ص111)

وفي سياق الاهتمام بعلاقة النفس والجسم خلال القرون الوسطى وما
بعدها، فقد دعا الطبيب الجراح (هنري موندفيل) إلى الاهتمام بالحالة النفسية
لمرضاه قبل إجراء العملية الجراحية، ومع مطلع القرن السابع عشر أشار
الفيلسوف الفرنسي رينيه ديكارت (1596-1650) إلى تمايز الجسم والنفس؛
فالنفس روح مفكرة والجسم امتداد لها والإحساس بالانفعالات ينتج عن
تفاعلهما، وفي سنة (1722م) أشار المفكر الإنجليزي هينر (Hener) إلى أن
الإحساسات، والانفعالات، والأفكار ما هي إلا حركات داخلية في الجسم الحي،
وأشار الألماني فختر إلى تفاعل الجسم والعقل، وأن وجود العقل يقتضي وجود
الجسم، ويضاف إلى ذلك إشارة الطبيب الفرنسي فيليب بينيل (Philippe
Pinel) (1745-1826) إلى اكتشافه وجود طفح جلدي كان يظهر بسبب
حالات انفعالية. (الزباد، 2000، ص12).

وبدأ الأطباء يراجعون مواقفهم تجاه هذه العلاقة ابتداء من القرن الثامن عشر فاستخدم مصطلح البسيكوسوماتيك لتأكيدهما، وكان ذلك على يد الطبيب النفسي هنروث (Heinroth, P. G) (1843-1773) 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 (النايلسي، 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 النفسجسي في تفسيره. (الزاد، 1984، ص 122) فضلا عن اتجاه المدرسة التجريبية في علم النفس التي أرجعت كل أشكال النشاط الحيوي من إحساس، إدراك، تفكير، تذكر، وانفعال، وأن كل ما يطلق عليه نفسا ما هي إلا انعكاسا للنشاط الجسمي، وأكد ذلك علماء الغدد الذين قالوا بأنها المتحكم في نشاطه وموطنها 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.

وطرحت إشكالية البسكوسوماتيك من جديد بعد ظهور التنويم المغناطيسي على يد فرانز مسمر والتي لفتت النظر إلى إمكانية استخدام القدرات النفسية في علاج العديد من الأمراض العضوية، حيث عن طريقها تم شفاء العديد من الأمراض الجلدية والسمنة، فضلا عما خلفته الحربين العالميتين الأولى والثانية من ضغوط وانعكاساتها على الصحة الجسدية لمن عايشوها في شكل أمراض عضوية متنوعة.

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

وانطلاقاً من هذه المرحلة بدأت قواعد معالم البسكوسوماتيك تظهر وتتضح أكثر من خلال أعمال دوتش وألكسندر التي فسروا من خلالها هذه الاضطرابات وأسبابها، وأيضا 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 سيللي، لازاروس وغيرهم من الذين قاموا بإجراء الكثير من الدراسات على الإنسان والحيوان لمعرفة الأسس الفسيولوجية لهذه الاضطرابات وعواملها، وحاليا تطورت الدراسات حول علاجها كفعالية التنويم المغناطيسي والاسترخاء والتغذية الحيوية الراجعة.(الزاد، 2000، ص ص 13-16) ونشطت دراسة الاضطرابات السيكوسوماتية في الفترة التي أعقبت الحرب العالمية الأولى بهدف وضع معايير لتحديد الأشخاص المعرضين لأخطار هذه الأمراض، وبهذا كانت الانطلاقة الأمريكية للسيكوسوماتيك على أيدي الكثير من روادها في هذا المجال على غرار سميث إيلي جيليف، هيلين دنبار وفرانز الكسندر. (Jacquy, 2010, pp 65-71).

وفي بداية الثمانينات 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 بحالته النفسية، ومن هذا المنطلق وضع "أدلر" ثلاث مقومات أساسية لفهم المرض وآلية العلاج، مرتكزا على العقل، الجسد، والروح التي تكوّن كلاً متفاعلاً متكاملاً منتهجا 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 جسدي، غير أن الإشكال بقي قائما في هذا النموذج الذي يدّعي الشمولية ويتجاوز الاختزالية، وإن كان هو أفضل وأنجع من النموذج الطبي الكلاسيكي البيولوجي، ذلك أنه لم يأخذ بعين الاعتبار بعدا هاما جدا في التركيبة البشرية، ألا وهو البعد الروحي الذي لا يملأ فجوته إلا الدين، حيث أن هذا البعد 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 النفساني "ديدي أنزيو" إلى أن الشخصية الإنسانية مُشكّلة من مجموعة من الأغلفة تغلف بعضها البعض وكأنها تشبه في ذلك طبقات الأرض، بحيث أن أول غلاف يتشكّل للإنسان هو الغلاف الجسدي والذي يتمثل حدّه الخارجي في الجلد، حيث يتعلق بكل التجارب الجسدية التي يعيشها الفرد منذ لحظة الميلاد الأولى في بيئته، ومع أفراد الأسرة وبالأخص الأبوين، ثم يتشكّل على إثر ذلك الغلاف النفسي والذي يتمثل حدّه الخارجي في الوعي أو ما يسمى بلغة التحليل النفسي "الأنا"، ثم أضاف العالم النفسي "ريني كاياس" أنه يتشكّل إثر ذلك الغلاف الجماعي أو الاجتماعي أو ما أطلق عليه بالأنا الجمعي المتعلق بالنسيج العلائقي الخاص بالفرد، ويؤكد هؤلاء العلماء أن أي خلل يصيب الغلاف الأول إلا ويترتب 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 ولمصطلح البسكوسوماتيك يمكننا استنتاج ما يلي:

- التكلم عن البسكوسوماتيك يتضمن التكلم عن النفس والجسد من حيث انفصالهما أو تكاملهما، أو كعنصرين مختلفين لنفس المكون، ورغم بساطة المصطلحين 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 موضوعا مهما 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 المثالي: الذي يعلي من شأن الروح وأنها الحقيقة الوحيدة للإنسان، وهذا ما قال به بركلي (*Berkely*) وهيغل (*Hegel*).

• التيار المادي: ويمثله هوبز (*Hobbes*) والدارويني هيكل (*Haeckel*) وعنده الحقيقة الوحيدة للإنسان هي الجسد كمادة.

• التيار المحايد: الذي رفض الاختيار بين كون الإنسان روحاً أو جسداً، رغم قوله بالوحدة، حيث أكد جروداك (*Groddeck*) على وحدة الهو.

- النظرية الثنائية: التي تقول بوجود مادتين أو مبدئين عند الإنسان متميزين هما النفس والجسم تمثلها الظواهر السيكوسوماتية، وهذا ما قال به رينييه ديكرت الذي أكد تبادلتهما 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 البسيكوسوماتية

3-أشكال المرض الجسدي

لا يقتصر تداول مصطلح البسيكوسوماتيك أو النفسجسي على مجال الصحة العقلية والنفسية فحسب كموضوع من موضوعاتها، بل إن معناه متداول بشكل كبير يوميا من طرف الأشخاص العاديين كتعبير عن معاناتهم الجسمية في علاقتها بما يلاقونه من شدائد وتوترات وصراعات... في حياتهم اليومية، وأيضا 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 البسيكوسوماتية في شبكة الحقل المفاهيمي ذي العلاقة، ومن ثم الوقوف على مختلف التعاريف لها، المرض الجسدي المرتبط بالعوامل النفسية سواء كانت أعراضا أو أسبابا يتخذ ثلاثة أشكال رئيسية :

3-1-المرض الجسدي الأصل ذو الأعراض النفسية

وهنا يكون المرض الجسدي واقعا وتصاحبه أو تتبعه أعراض نفسية وقد يؤدي بالمريض الجسدي إلى أن يفقد توازنه النفسي، وتختلف الآثار النفسية للمرض تبعا لمدته وشدته ومكان الإصابة، فقد يسبب اليأس والشعور بالعجز وعدم الراحة والاعتماد على الآخرين ... كما قد تنتقل الآثار إلى أسرة المريض ومحيطه، حيث بينت العديد من الدراسات هذه الآثار مثلما وضحت 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 وراضون عن أنفسهم وعن الناس وعن الحياة الجامعية، ولديهم القدرة على تحمل الضغوط وذوي مزاج معتدل ومقبلين على الحياة، ولديهم رغبة في بذل المزيد من الجهد وعلاقاتهم بالأساتذة والزملاء طيبة، أما الطلبة ذوي العلل الجسمية والضعاف صحياً فقد كان الكثير منهم متشائمين ولديهم انحرافات مزاجية ولا يثقون في أنفسهم، وساخطين على الحياة الجامعية ولديهم مشكلات في علاقاتهم مع الأساتذة والزملاء وتحصيلهم الدراسي ضعيف. (مرسي، 2000، ص158)

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 نفسي 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 الجسدية *Somatisation*

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

- مجموعة الأعراض الهضمية: عسر البلع، التجشوء، الغثيان، القيء، تقلص المعدة وألم الأمعاء.

- مجموعة الأعراض الجلدية: الحكة، التنميل والخدر، البقع الجلدية، ألم وحرقة في الجلد غير مرافقة لأمراض جلدية.

- مجموعة الأعراض التنفسية.

- مجموعة الأعراض الجنسية.

- مجموعة الأعراض النسائية: الأم الحيض ذات المنشأ النفسي. (الفضل،

2006، ص57)

3-2-2-اضطرابات توهم 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. (الزاد، 1984، ص151). وتتجلى أعراض هذا الاضطراب في شكل عطاس، وتثاؤب، 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، ص626) 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 بسبب له حزن أو ضعفا مهنيا واجتماعيا، أو اضطرابات أخرى في مجالات أخرى.
- مدة الاضطراب تصل إلى 06 أشهر على الأقل. (صالح، <http://www.ahwar.org>)

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

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

3-2-3- 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)

3-2-4- 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
باثوفيزيولوجية مثل صراع التوتر الناتج عن تقلص عضلي، والانشغال بهذا الألم
يستمر لمدة ستة أشهر على الأقل. (الخليل، 2001، ص 146) ويتخذ 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 معلوما لدينا أن النفس والجسم يتبادلان التأثير والتأثر، فكل الآراء سواء تلك المنبثقة عن جدلية العلاقة بينهما، أو تلك المتمخضة عن نتائج الكثير من الدراسات التي أجريت حول الموضوع، أجمعت على أن للنفس أثرا في إحداث تغيرات جسمية مرضية، وأن تأثير النفس في الجسم أكثر شدة وضوحا وخطورة من تأثيره هو فيها، ومن هنا جاء الاهتمام بالعوامل النفسية وتأثيراتها على الجوانب العضوية، ومنه أصبحنا أمام مصطلح السيكوسوماتي أو النفسجسي، وتبادر إلى الذهن تساؤل عما يتضمنه الحقل المفاهيمي لهذا المصطلح.

1-1-التعريف اللغوي والاشتقائي

فكلمة سيكوسوماتي مكونة من شقين:

- (Psycho): مصطلح يوناني ترجم سريعا على أنه النفس أو الروح أو العقل (في اليونانية القديمة).

- (Soma): أيضا مصطلح يوناني بمعنى البدن أو الجسم. (غالي، علام،

- 1977، ص446)، كما نجد أيضا مصطلح (Sàgma) في اللغة اليونانية الذي يعني وزن أو حمل كناية عن معنى الجسم كشيء محسوس، والذي يمكن تقديره وتحديد أبعاده. (Giancarlo, Franco, 2005, p09)

وكان المصطلح قديماً 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. (الزاد، 2000، ص20)

1-2-التعريف الاصطلاحي

وردت في معجم علم النفس بمعنى الاضطرابات الجسدية الناجمة عن المصاعب الانفعالية أو تهتاج بسببها. (عاقل، 1989، ص92) وتعني في القاموس الطبي الصغير الاضطرابات العضوية ذات المصدر النفسي (*levalois, 2003, p760*)، وعرفت الاضطرابات السيكوسوماتية في الموسوعة البريطانية (1966) بأنها: الاستجابات الجسمية للضغوط الانفعالية والتي تأخذ شكل اضطراب جسدي، 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 اللاإرادي. (زهران، 1997، ص468)

ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية

(*Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders*)

مصطلح 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. (الزباد، 2000، ص22)

- 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، ص263)

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

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

تعريف كل من دونالد ليرد واليانور ليرد (Laird, D., 1985 & Eleanor. L) اللذان عرفا 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. (الزباد، 2000، ص20) وهو تقريبا تعريف فلويد ريس: بأن هذه الاضطرابات تنتج عن التوترات الانفعالية المحظورة المؤدية إلى تغيرات فسيولوجية تزول بزوال الموقف، غير أن استمرار هذا الأخير يسبب تطرفا في النشاط الفسيولوجي، والذي إذا استمر لفترة طويلة قد يحدث تلفا في الأنسجة (قرحة المعدة مثلا).

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 فورد كلارك في توضيحه لهذا المفهوم بقوله: «إن اختلاف الأمراض في الجسم ليس حقيقة كما يبدو فكلما من مرض الذبحة الخائقة 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 تشترك 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 غالبا ما يكون عاملا مهما رغم صعوبة التمييز بين السبب والنتيجة، فمثلا هنالك عدد من مرضى روماتيزم المفاصل يصابون بحالة اكتئاب باستمرار قبل حدوث المرض، ولا يستطيع أحد أن يفترض جازما بأن الاكتئاب كان سببا في ظهور الحالة الجسمية، فقد يحتمل أن يكون الاكتئاب هو رد فعل لنفس العملية التي تظهر الأوجه الأخرى للمرض. (أبو النيل، 1994، ص. ص 151.158) وهو تقريبا ما ذهب إليه عبد المنعم الميلادي على أنها اضطرابات عضوية تتدخل العوامل النفسية فيها كمسبب لها أو على الأقل تزيد من شدتها. (الميلادي، 2004، ص 44)

وحسب 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 إصرارا وحدة، ويطول بقاؤها ويمكن أن يكون الفرد غير واع شعوريا بهذه الحالة الانفعالية. (عبد المعطي، 1992، ص 261) وهو ما يؤكد أنه أحمد عكاشة على أنها اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالي دورا هاما وقويا، من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي. (عكاشة، 1985، ص 355) ما يتوافق مع تعريف عبيد الصبان التي ترى أنها حالات تكون فيها التغيرات التكوينية في الجسم راجعة بصفة رئيسية إلى اضطرابات انفعالية، وهي الآثار النهائية للتفاعل الذي لا انفصال فيه بين الشخصية والصراع الانفعالي من جهة والجهاز العصبي المستقل من جهة ثانية. (الصبان، 2003، ص 20)

والمتضمن في هذه التعاريف يلاحظ تركيزها على الانفعال في علاقته بالبدن، فتعريف ليرد وليرد، وريس 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 وتطرف في النشاط الفيزيولوجي، يؤدي إلى الاضطراب السيكوسوماتي، في حين يعتبر كل من أندرسون وتريثون، والميلادي أن الانفعال الشديد والمستمر عامل مهمل فقط، وما يؤخذ على هذه التعاريف هو التعميم بحيث لم تراعى العوامل الوسيطة بين العاملين الانفعالي والبدني، كما لم تحدد شروط التلازم بينهما وآليته.

وقد تدارك برنارد ريس (Bernard. r. f) بعض نقائص التعريفات السابقة بتركيزه على مصدر الانفعالات وآلية 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 فيزيولوجية 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 الوسيطة.

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

جزء من الجهاز العضوي ويحتاج إلى علاج طبي نفسي.(الحفني، 1994، ص686) وهذا يتفق مع تعريف كل من (قابيان.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 الهيموستازي 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 لضغوط نفسية متراكمة تترك تلفا وآثارا فيزيولوجية كخلل في أعضاء الجسم يمكن للطبيب كشفه بوسائله التشخيصية، والعلاج النفسي عنصر هام في شفاؤها، وتمس هذه الاضطرابات التي يسيطر عليها الجهاز العصبي المستقل، كالجهاز الهضمي، 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 لضغوط انفعالية متزايدة ؛ 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 المكبوتة حسب ما ذهب إليه (أتوفينجل، 1969). (الزاد، 2000، ص21) أما بيارمارتي (P.Marty) فيعرفها في ظل معادلة التوازن بين غريزتي

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

وضمن نفس السياق توجد تعريفات تعتبرها عملية تحويل للصراعات اللاشعورية حيث يرى سامي علي أن كافة النظريات النفسجسمانية 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.

وحسب هذا التوجه فإن الصراعات النفسية تظهر في شكل اضطرابات عضوية (*Dysfunction*) 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 يلتبس لها المصاب في هذه الحالة علاجا طبيا عضويا. (مارتن، 2000، ص 41)

وكما سبق ذكره فإن التعريفات السابقة ترتبط باتجاهات ومدارس مختلفة، إلا أنها جميعاً تتفق على الدور الفعال للعوامل النفسية في حدوث الاضطرابات العضوية، إذ أن التطور الطبي لأدوات التشخيص وأجهزة الكشف بين أن الأحداث النفسية الصعبة تحدث اضطراباً عصبياً وخللاً هرمونياً 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 خللاً عصبياً كهربائياً وخللاً هرمونياً من شأنه أن يؤدي إلى تغير وظيفي في العضو وهذه التغيرات لا تتم بشكل بسيط كما أنها تختلف من فرد لآخر. (سوين، 1988، ص408) أما السيد أبو النيل فيؤكد على ألفتها 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 الجسدي الطويل وحده في شفاؤها شفاء تاماً لاستمرار الاضطراب الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسدي. (أبو النيل، 1994، ص160)

وحسب 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 وللتغيرات في نطاق نفسه، وإذا اعتري الخلل أياً من وظائفه اعتري الوظائف الأخرى، أما الثاني فيركز على المظاهر الخاصة للوظيفة النفس بيولوجية والتي تؤدي فيها الأحداث الخارجية، أو الداخلية إلى استثارة عمليات استجابة للمخ تبعث على نشاط جهاز الغدد الصماء وبذلك تتغير وظيفة العضو المستهدف والنظم الحركية فتحدث اضطرابات حشوية، وهي التي يطلق عليها الاضطرابات السيكوسوماتية.

خلاصة

من التعريفات السابقة يمكن استخلاص النقاط التالية:

- الاضطرابات السيكوسوماتية ترتبط بعوامل نفسية وانفعالية والضغط الحياتية ذات المصادر الداخلية والخارجية.
- تحدث بسبب اختلال شديد أو مزمن في التوازن الحيوي (الهيموستازي) بفعل الضغط.
- تمس أجهزة الجسم المختلفة التي يسيطر عليها الجهاز العصبي الذاتي مثل الجهاز الدوري، والتنفسي، والهضمي، والبولي، والغدي والتناسلي...
- علاجها يتطلب المزاوجة بين العلاجين الطبي والنفسي.
- الإصابة العضوية لا تفيد في خفض التوتر وهذا ما يميزها عن الاضطرابات الهستيرية.

انطلاقاً من التعاريف 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 اللاإرادي، 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 النفسجسدية

3- الحالة السيكوسوماتية

يعتبر كل من ماكسويل مالتز (*Maltz.M*) وروك (*Rook.F.L*) 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، فتسمى عندئذ بالحالة السيكوسوماتية.

4- النقلة السيكوسوماتية

وفيهما 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 الحكمة في الجلد أو من الصداع، وكأن 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 ليغ (*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. (الزباد، 2000، ص - ص 21-22)

الفصل الثالث

النظريات المفسرة للأمراض

النفسيجسدية

تمهيد.

- 1- الاتجاه الفيزيولوجي: *Physiological théories*.
- 2- الاتجاه السيכולوجي (*Psychological théories*).
- 3- الاتجاه السلوكي (*Behavior théories*).
- 4- الاتجاه المعرفي (*cognitive théories*).
- 5- اتجاه العوامل المتعددة (*multifactor théoreis*).
- 6- ملامح الشخصية السيكوسوماتية 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 théories*

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، ص78) 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 عاملي الوراثة والإصابة السابقة؟

1-2-نظرية الاستجابة النوعية (*Specific reaction theory*)

وتبعاً لهذه النظرية فإن الأفراد يستجيبون للضغوط 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)

1-3-نظرية التقييم والتوازن الذاتي (التلقائي) (*Balance and évaluation autonomic theory*)

تصيب الاضطرابات السيكوسوماتية الأجهزة التي يتحكم فيها الجهاز العصبي اللاإرادي السمبثاوي والباراسمبثاوي واللدان يعملان بتوازن غير أن الكثير من الانفعالات تجعل الجهاز السمبثاوي مستثارا والجسم في حالة دائمة من الطوارئ، وأحيانا تستمر هذه الحالة وتكون بدرجة لا يستطيع الجسم تحملها كما لا يستطيع الجهاز الباراسمبثاوي إعادة التوازن أي إعادة الأجهزة إلى وضعها الطبيعي في الوقت المناسب وبالتالي يصيب الاضطراب عضواً معيناً أو بعض الأعضاء؛ ومنه فإن اهتمام هذه النظرية يركز على أن تنظيم السيرورات العادية يسمح للمخ ببناء سلوكيات متكيفة، واختلال هذا التوازن تنجر عنه اضطرابات نفس جسدية نتيجة عدم التوازن بين ضغطي الإثارة والكف.

ويمكن تلمس أثر هذه النظرية في أعمال لتر كانون حول دور الأحداث في الاستثارة الجسدية وما يلزمها ويعقبها من تغيرات فيزيولوجية، وأيضاً نظرية هانس سيللي المتعلقة بأعراض مراحل زملة أعراض التكيف والتوافق 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 تنبيه الهيبوتلاموس فيثير الغدة النخامية ويحثها ثانية على إفراز هرمون (ACTH)، وبالتالي تنبه قشرة الغدة الكظرية، فيزداد إفراز الكوريتزون 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 الخلوي التي تفرز الأنسولين؛ مما يعرض الفرد لمرض السكر، كما قد يؤدي ذلك إلى قرحة المعدة، ونقصان نسبة الزلال والفسفور والكالسيوم 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. (الزاد، 2000، ص95)

2-الاتجاه السيکولوجي (Psychological théories)

1-2-نظرية التحليل النفسي (Psychoanalytic theory)

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

1-1-2-النظرية التحويلية في الهستيريا ولفت الانتباه

رغم أن هذه النظرية لا تفسر ولا تجسد مفهوم البسیکوسوماتیک بالمعنى المتفق عليه حتى عند التحليليين بعد فروید أنفسهم، لأن هذا المصطلح لم يكن له وجود في عهده، إلا أن رأيه في الهستيريا يعتبر قفزة نوعية من الفكر إلى الجسد رغم أنه ظل بعيدا عن البسیکوسوماتیک؛ ولكن تلامذته وأتباعه ارتبطوا بهذا الميدان من خلال ملاحظتهم أن الحالة الجسدية لبعض مرضاهم كانت تتحسن بشكل ملحوظ أثناء علاجهم بمبادئ العلاج النفسي التحليلي، وفي هذا السياق يشير بيار مارتی أن فهم البسیکوسوماتیک ما كان ليكون لولا أعمال سیغموند فروید واكتشافه 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 الجسد بما فيها الحشوية الخاضعة لسيطرة الجهاز العصبي المستقل، كما وجب التمييز بين عصاب العضو والهستيريا التحويلية، فالأول عرض فيزيقي في أصله وطبيعته ويمثل تغيرا فيزيولوجيا، أما الثانية فيحمل معنى لا شعوريا نوعيا، فهو تعبير هيامي في لغة الجسد، 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)

وهناك أيضا بعض التحليليين الثائرين ضد الاتجاه الغريزي عند فرويد على غرار أريك فروم *Frome* و هاري سوليفان *Sullivan* كارين هورني *Horney*، والذين أكدوا على أهمية المتغيرات النفسية والاجتماعية، فهورني مثلا رغم عدم اهتمامها الصريح بالسيكوسوماتيك إلا أنها أشارت إلى إمكانية مساهمة بعض العمليات النفسية كالقلق، والغضب في نشأة الأعراض الجسمية، كالصداع والربو، ارتفاع ضغط الدم، الاستجابات الهضمية وأمراض القلب، ففي سياق تكلمها عن القلق خاصة توضح بأنه مشكلة معقدة لصلته الشديدة بالعمليات الفيزيولوجية، وتصاحبه غالبا أعراض جسمية كخفقان القلب، تصبب العرق، الإسهال، عسر الهضم،... وهذه الأعراض ليست حكرا على القلق فقط؛ بل الكثير من الانفعالات الأخرى كالغضب والهيجان وغيرها تصاحبها تغيرات جسمية واضحة. (فهبي، 1967، ص 231)

2-1-2- نظرية البروفيل الشخصي

فالنسبة لفلاندرز دنبار (Flanders Dunbar, 1935) فإن سبب الاضطراب ليس دوما نفسيا فقد يكون خارجيا لكن بنية الشخصية هي التي تجعل جزءا من الجسم هشا مما يؤهله للتأثر ومن ثم التجسيد. (لوكيا وبن زروال، 2006، ص 52) و من خلال مقابلاتها مع عدد من المرضى أكدت على أوجه الشبه بين سمات الشخصية للمرضى بنفس المرض السيكوسوماتي، وحددت تلك الاضطراب سيكوسوماتي بروفيل شخصية خاص به، ففي حالة مريض الربو فإن أهم ما يميزه عدم الشعور بالأمن، ويعتبر السعال تعبيرا رمزياً عن البكاء طلباً للألم وه ومتواكل.

وفي نفس السياق وجد كل من (جريس وجراهام، 1952) أن الأفراد الذين يعانون عللا جسمية متشابهة يملكون نفس ردود الأفعال تجاه المواقف التي تعترضهم في حياتهم، كما أن 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) الهادي؛ 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 المتبع في هذه النظرية لم يستطع التغلغل إلى ما وراء السطح لكشف الصراعات والانفعالات المعبر عنها جسدياً. (الطالع، 2006، ص65)

2-1-3- نظرية الاستجابة السيكوسوماتية للصراع النفسي

حيث يؤكد (Ruesch) أن الأعراض السيكوسوماتية ما هي إلا تعبير رمزي تتحول فيه الصراعات اللاشعورية إلى لغة للجسم. (جبالي، 2007، ص79) 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 للسيورورات 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، وآليات 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 التبعية و الحاجة للحماية تنعكس في الغالب على الجهاز
الهضمي.(النابلسي وآخران، 1992، ص-ص 45-46) مؤكداً أن الصراع الحالي
يعود إلى صراعات لاشعورية رمزية مرتبطة بالمراحل المبكرة للنمو الجسدي،
متعلقة خاصة بالأجهزة العضوية التي تشملها الاضطرابات، وعندما لا تحل هذه
الصراعات بطريقة سوية تسعى لاستخدام الحيل الدفاعية اللاشعورية؛ مما
يؤدي إلى التوتر الجسدي المضطرب الذي يظهر على هيئة اضطراب
عضوي.(الصبان، 2003، ص71)

2-1-4- نظرية العرض السيكوسوماتي كنكوص

تنطلق هذه النظرية من أن التحويل الجسدي حسب جارما (Garma)
يحدث بسبب ميكانيزمات نكوصية وثبتت، حيث يلعب الكبت دورا
هاما.(معالم، 2008، ص86) فهي تركز على مراحل النمو في تفسيرها
للاضطرابات، 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 لمعاقبتها وينعكس الانفعال في
صورة اضطراب سيكوسوماتي متمثل في قرحة القولون، وتؤكد الباحثة دوتشي
على أن العامل النفسي المرتبط بالحوادث والكوارث المفاجئة، وظروف الحرمان
والشدة تجعل العضو المصاب بالأذى النفسي منذ الطفولة موضع انفعال دائم
ويتكون 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 الباراسمبتاوي يسبق فيزيولوجيا الجهاز السمبتاوي؛ مما يعني أن محاولة الفرد للتكيف مع الضغط تتطلب منه نكوصا فيزيولوجيا إلى الوظيفة العصبية الأولية بتنشيط الجهاز العصبي الباراسمبتاوي 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.

2-1-5- نظرية المدرسة الباريسية لمارتي (P. Marty)

والتي تأثرت بنظرية التحليل النفسي حيث سهلت لها السبيل في دراسة العصابات والاضطرابات النفسية المعبر عنها جسديا، فمارتي يعتبر الإنسان وحدة حية لها تميزها وفرديتها، واهتم بالسير العقلي للفرد فهو يرجع الانحلال الجسدي 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 ويتجلى 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 بالدوام لتفريغ الإثارة عن طريق البنيات النفسية، لأن تراكمها يؤدي إلى سيرورة التجسيد ويعالج التعقيل كمية وكيفية التمثيلات والصور النفسية وديناميتها، فهو يؤهل الجهاز النفسي للقيام بربط المثيرات من خلال أنظمة وشبكة التمثيلات مع ترابط الأفكار المختلفة والتفكير المملوء بالعاطفة، وحسب مارتي دائما فإن الوظائف الجسدية تتخذ شكلها من علاقة الرضيع ثم الوليد التي تتحدد بعض نماذج النشاطات الذهنية التفضيلية لدى الفرد فيقول: «إن قسما كبيرا من الأمراض الجسدية هو علاقة مباشرة مع أنوات (جمع أنا) تفتقر إلى بعض مقوماتها، ضعيفة، ومختلة وظيفيا».

ويرى أيضا 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. (النابلسي وآخران، 1992، ص55). كما يرى مارتي أن السيكوسوماتيين إجمالا تغيب الأحلام لديهم وتعود للظهور بعد العلاج النفسي، أما المصابين بالأمراض النفسية فتكون فيها الحياة الخيالية الهوامية والأحلام غنية، وبالتالي فهم أقل عرضة للاضطرابات السيكوسوماتية. (الزرد، 2000، ص105)

وما يلاحظ على الاتجاه التحليلي أنه يفسر الاضطراب السيكوسوماتي على أساس أن الأعراض ما هي إلا تعبير رمزي عن صراع لاشعوري، ويمكن إيجاد أنماط للشخصية ترتبط بأنواع من الصراع ومن ثم الارتباط بأشكال من هذه الاضطرابات، وأبرز مارتي 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.

2-2- نظرية الضغوط النفسية الاجتماعية

وهي ترتبط بالاعتقاد الذي كان سائدا عند الأطباء بأن أحداث الحياة المرتبطة بالمسار التصاعدي للانفعالات قد تسبب تغييرات في العمليات الفيزيولوجية، حيث يشير جورج إنجل (*George Engel*) في النظرية النفسية الاجتماعية للضغوط أن الجسد في كفاح مستمر لتحقيق الاتزان البدني في الوظائف، بينما الضغوط الحياتية تخل بهذا التوازن؛ مما يستدعي إعادة التوافق التي تحددها و تتحكم فيها العديد من التغيرات الحياتية والنتيجة التعرض للضغوط مرة أخرى، وما يتبعها من ردود أفعال سيكولوجية وفيزيولوجية، هذا في ظل الكم الهائل من المطالب التي تستدعي إعادة التوافق. (*Olson & Defrain, 1994, P461*)

وتؤكد 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 التخلي) كنتيجة لضعف الآليات الدفاعية؛ مما يؤدي إلى فقدان العزيمة والهمة وهي حالة نفسية اجتماعية تمهد لظهور المرض سريريا. (ستورا، 1997، ص ص 79-81)

3-الاتجاه السلوكي (Behavior théories)

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 فإنها تختلف في النمط الواحد، وتعتمد على الظروف المثيرة المختلفة، وعلى متغيرات مهياة، كما أن المنبهات الجديدة تستثير أنماطاً من الاستجابة الانفعالية الجديدة أيضا خلال التعلم. (الطلاع، 2006، ص 66) فهي تعتمد في تفسير ظهور هذه الاضطرابات وما يرتبط بها من شروط كالتعزيز الإشراف، وأهمية المواقف ومدى ارتباطها بالشخصية ومنها:

3-1- نظرية الارتباط الشرطي

و أبرز روادها بافلوف الذي حدد القوانين الرئيسية والمسار الطبيعي للأفعال المنعكسة الشرطية والانحرافات المرضية الناتجة عنها، حيث أكد على أن العديد من الأمراض مصدرها اختلال في العمليات العصبية، وفي نفس الوقت ركز على الاتجاهات النفسية للمريض وتأثيرها على مسار المرض وإمكانية علاجه، أي أن الآثار الانفعالية تعتبر من أقوى العوامل في إحداث التغيرات البدنية، وأعطى اللحاء دوراً في كيفية تنظيم وتنشيط الميكانيزمات الهرمونية، فعن طريقه تجد الأحداث الخارجية طريقاً للتعبير عن نفسها في العمليات الداخلية ذات الأهمية الحيوية.

ومما لا شك فيه أن التغيرات الإيقاعية التي تحدث في بعض الأعضاء والمراكز العصبية متصلة بالأحداث في البيئة الخارجية، وكذلك بالإشارات الداخلية الصاعدة في الجهاز العصبي. وغالباً ما تؤثر في عمليات التمثيل الغذائي والاستثارة العصبية، وهذا التأثير إذا استمر لفترات طويلة أدى إلى اختلال وظيفي ويرى كارل ياسبرز أن الاستجابة السيكوسوماتية تحدث وفق شكلين:

- علاقة آلية مكانية: وهي رد فعل يفوق الحد الاعتيادي من حيث القوة والاندفاع مثل حدوث إسهال أو قيء إثر انفعال شديد.
- علاقة اكتساب بالمنعكس الشرطي: ويتمثل في نوع من التكرار القائم على مبدأ المنعكس الشرطي فالشخص الذي تلقى نبأ مؤلماً وعنيفاً وأصيبت يده بشلل وظيفي نتيجة ذلك يمكن أن تتكرر الإصابة كلما سمع نبأ من ذلك القبيل، فهناك انتقال وتثبيت للمنعكس الشرطي. (ياسين، 1988، ص53)

وقد أدت أبحاث بافلوف إلى أبحاث أخرى مثل أبحاث رازران (*Razran*)
(*E. Intro*) الذي حاول إيجاد نوع من الإشراف الجسدي الداخلي (*Intro*)
(*Conditioning*) الناتج عن استجابات حشوية ووسائط تشترك 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
(*Othenberg*) وشتاين (*Stein*) ولويس (*Lewis*)، وهاملتون (*Hamilton*)
عام (1958) بينوا من خلالها دور الإشراف 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.

3-2- نظرية التعلم الوسيلى الإجرائى

بما أن بعض السلوكيين يرون أن الاضطرابات السيکوسوماتية ما هي إلا
عادات تعلمها الإنسان ليخفف بها قلقه وتوتراته ويجد حلاً لصراعاته، كما أنها
أيضاً نتيجة لتطور عملية تعلم فاشلة، فالطفل المصاب بالغيرة من المولود
الجديد يلجأ إلى استجابة تبوله على نفسه بهدف التخفيف من هذه الغيرة وجلب
اهتمام الأم وبالتكرار تصبح هذه الاستجابة عادة (كعرض سيکوسوماتي).

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

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

وتوجد العديد من الدراسات التي توضح إمكانية تعلم السيطرة الإرادية على الاستجابات المرتبطة بسيطرة الجهاز العصبي الذاتي وهي ما يعرف بالتغذية 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- نظرية ولف (1950) (Wolf)

فهذه نظرية مكملة لنظرية سيللي (*Selye*) في تفسيره الأمراض السيكولوجية بفشل التكيف والتوافق مع مواقف الحياة الضاغطة، مما يثير لدى الفرد التوتر والقلق؛ الأمر الذي يدفع ببعض الأجهزة إلى زيادة إفرازاتها كالهرمونات والأحماض، وكلما زادت الحالة الانفعالية قابليتها 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 للضغوط. (الدباغ، 1983، ص277)

* الدماغ له نشاط كهربائي:

-موجات ألفا: موجات الهدوء (النوم).

-موجات دلتا: لا تدوم إلا لحظات قليلة قبل النوم.

-موجات تيتا (*Teta*): أثناء اليقظة.

وهذا المجال تتفق هذه النظرية مع نظرية التوازن الحيوي في أن تنظيم السيورورات العادية يسمح للمخ ببناء سلوكات مكيفة، واختلال هذا التوازن تنجر عنه اضطرابات نفس جسدية نتيجة ضغط الإثارة والكف، إذ أن التآزر بين وظائف الجهاز العصبي السمبتاوي (الإثارة) ووظائف الجهاز العصبي الباراسمبتاوي (الكف) يؤدي إلى التوازن وبما أن هذه الوظائف هي التي تشرف على عمل الأحشاء الداخلية محل هذه الاضطرابات في حالة اختلال التوازن وبالتالي يصاب الإنسان بالاضطراب.

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

طور شلدون لاشمان (Lachman, 1972) اتجاهاً جديداً في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية معتمداً على نظرية التعلم السلوكية وخاصة 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.
- المنبهات 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 رثياً.
- تكرار الاستجابة العصبية المستقلة وزمنها وشدها قد تؤدي إلى تشكيلة في الحالات البناءة، وكذلك المضطربة وفقاً لطبيعة تلك الاستجابة ونمطها.
- استجابة الأجزاء الحشوية للمثير تتميز بالمقاومة والانطفاء. (جبالي، 2007، ص75)

ونظرا لسيطرة المدرسة السلوكية في أمريكا مال السيكوسوماتيون فيها إلى تحديد أنماط سلوكية مشتركة بين المصابين بنفس المرض، فوضعوا أنماطا سلوكية خاصة بالقرحة وأخرى بالربو، والسرطان... وغيرها، واعتمادا عليها تبناوا العلاج النفسي لها عن طريق تعديل هذه الأنماط السلوكية. (النايلسي، 1991، ص194) 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 الوسيطة المعدلة بين المثيرات والاستجابات؟

4-الاتجاه المعرفي (Cognitive théories)

تعتمد النظرية النفسية المعرفية آلية بسيطة لفهم السلوك تركز إلى مسلمة مفادها أن السلوك الإنساني مدفوع بمثيرات بيئية ووراثية مختلفة توجهه بطريقة ما، غير أن هذا السلوك ليس آليا أو مباشرا؛ بل يمر بسلسلة من العمليات المعرفية الوسيطة، من انتباه وإدراك وتحليل وتخزين واسترجاع للمعلومات إلى غاية ظهور الاستجابة سواء كانت خارجية ظاهرة أو داخلية لا يشعر بها إلا من صدرت عنه. (العتوم، 2004، ص128) كما يرى أصحابها أن المصابين بهذه الاضطرابات يركزون انتباههم 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 اتجاهات معينة 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 مضطر للاستياء من أي شيء، ومريض القولون المتقرح يشعر بالرغبة في التخلص من المسؤولية.. (غازي ومحمد، 1984، ص40)

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

- 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 بنقل 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، ويتضح الإحساس الحقيقي بتعاقب التهديد للعاطفة السلبية الناتجة عن الاضطراب الجسدي. (باطة، 1998، ص 51)

ومن خلال هذه النظرية يبدو أن ذوي الاستعداد للإصابة بهذه الاضطرابات معرفيا لهم تشوه في تصورهم للصحة والمرض، فيبدو أنهم يعتقدون أن الصحة تعني عندهم أن الفرد لا تمر به حالات مرضية عابرة مطلقا مهما كان نوعها وسببها، كما أن الربط بين العمليات المعرفية والعمليات الفسيولوجية لدى المرضى أمر صعب على الأقل من الناحية المنهجية، وأيضا من حيث أسبقية التأثير وبالتالي أيهما السبب وأيهما 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 théories)

بات معروفا تداخل الأسباب وتعدد العوامل في أغلب الأمراض، فأمراض القلب مثلا تتداخل العديد من العوامل المسببة لها منها الفطرية كالاستعداد الجسدي والعوامل الوراثية، والمكتسبة كطبيعة التغذية، والتدخين، ونقص النشاط البدني والعوامل الانفعالية والضغط بمصادرها العديدة والمتنوعة. وعليه فإن اتجاه تعدد العوامل أصبح يحتل مكانة هامة في التنظير للأمراض بصفة وعامة 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 الجسدي ونظرية الاستجابة النوعية على الدور الذي تلعبه الضغوط في اختلال التوازن الحيوي الذي ينعكس على أعضاء معينة تمتاز بالهشاشة، فهل نتعامل مع مواقف ضاغط عند جميع الأفراد؟ وأيضا فإن الحالات الانفعالية النوعية والاتجاهات المؤدية إلى سوء التوافق والتي تبنيها مختلف نظريات الاتجاه السيكولوجي يمكنها أيضا أن تلعب دورا هاما 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 متكاملًا من جميع النظريات، إذ أنه لا توجد نظرية واحدة يمكنها تفسير المرض السيكوسوماتي، لأنها إذا تناولت بعدا له علاقة بهذه الاضطرابات أغفلت أبعادا أخرى لا يمكن استبعادها في فهم وتفسير الاضطرابات السيكوسوماتية؛ إذ لا يمكن أن نقتصر في ذلك على النواحي الفيزيولوجية أو الوراثية والتكوينية 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 نستطيع فيها الفصل أي عامل عن العوامل الأخرى. (عبد القوي، 1991، ص-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، وتداخل 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 والنكوص فضلا 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 واختلالها 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.

6- 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 تبعا 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 وفقا 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 سيروية تنتهي بالموت اهتم الحكماء بمحاولات التنبؤ بالمرض قبل حدوثه طمعا في تأخيرها وفي زيادة العمر، حيث أن الارتباط بين نمط الشخصية والمرض تم ملاحظته منذ القدم فأشار هيبوقراطيس Hippocrates 400 سنة ق م إلى ذلك في نص منسوب إليه جاء فيه ما أكدته الطبيب الإنجليزي *Parry of path*: "إنه من المهم جد 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 وأخري تتعلق بما يحتويه من أخلاط ، وأخرى تبعا للأمزجة البادية عنه...وهكذا، وفي خضم ذلك حاول العلماء تحديد أنماط محددة خاصة بالأمراض على غرار محاولة هيبوقراطيس 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 المتعارف عليها بين المختصين في مجال البسيكوسوماتيك، وفي هذا الشأن تركز مدرسة الأنماط السلوكية على الأنماط التي وضعها كل من *Friedman* و *Rosenman* 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 المعانون 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 مهياؤن 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 يتشوقون إلى الحب والعطف...الخ، وهذا ما أكدته نتائج دراسة من الطبيب الألماني كرتشمير (*E. Kretschmer, 1935*) ومواطنه الطبيب وليام شلدون (*W. Sheldon, 1938*) (الزاد، 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 جمعا معلومات تتعلق بها عن طريق استبيان وتم إرساله إلى طبيب الأمراض الداخلية من أجل استبعاد أي دلالات أو إشارات توحى 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 تمكن المحللين من تشخيص نوع المرض تشخيصاً صحيحاً بنسبة (40%).

وبتوالي الدراسات في هذا المجال تمكن الباحثون من تحديد بعض السمات التي تميز الشخص ونوع المرض كدراسة ماكنتوش وآخرون (Makintoch & 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 الأسوياء وقد كانت المجموعة التجريبية مكونة من 34 مصابا بالقرحة المعدية أما المجموعتين الضابطين فقد كانت مكونة من 37 شخصا من الأسوياء، و 36 مصاب باضطراب عضوي غير متعلق بالجهاز المعدي المعوي، وقد خلص الباحثون إلى أن المصابين بالقرحة الهضمية يختلفون عن المجموعتين الضابطين في الجوانب التالية : العصبية، حالة وسمة القلق، الإحساس بالذنب، أحداث الحياة الضاغطة، بينما يتفوقون 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 كيوبي) 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 وأنماطا شبه ثابتة، كما أن هناك مرضى لهم سمات شخصية مختلفة ويتعرضون إلى اضطرابات سيكوسوماتية واحدة أو متشابهة، وهذا ما يضعف من مدى مساهمة 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,) التي توصلت إلى أن الترابط بين سمات الشخصية والأمراض السيكوسوماتية لا يكون بالنسبة لجميع هذه الاضطرابات، فبالنسبة لبعضها قد تصل نسبة من يتسمون بسمات معينة في شخصياتهم إلى أكثر من (80%)، في حين تكون هذه النسبة ضعيفة جدا في بعض الاضطرابات السيكوسوماتية الأخرى، وهذا ما أكدته نتائج دراسة رينج (F. Reng, 1972) في دراسته من التعرف فيما إذا كان ممكنا 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 شيئا عن الأعراض أو العلاج أو الغذاء أو نواحي العجز الخ بدقة، وقد توصل رينج إلى أنه يمكن الوقوف على الأشخاص المرضى ببعض الأمراض ونسبة عالي من الدقة عن طريق تحديد معالم شخصياتهم فقط، وخلص رينج إلى أن أنماط الشخصية تقع في ثلاث مجموعات عريضة:

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

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. (الزاد، 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 الروماتيزمي.
- 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: الاندفاع، الطموح، مشاعر الحرمان، الاعتماد، البحث عن الأمان، أكثر استجابة للغضب، العجز عن التنفيس عن العدوانية.
- مريض التهاب غشاء القولون المخاطي: شخصية قهرية، البخل، الاعتمادية، الخضوع، الرغبة في الحب، مشاعر الصراع، الاستياء 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 نجاحا 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 سلبي للذات، عدوانية مكبوتة، التعويض.
- (الزباد، 2000، ص.ص 137.139)

الفصل الرابع

الاضطرابات النفسجسدية عند الطفل والمراهق

تمهيد

- 1- الاضطرابات النفس جسمية للطفل.
- 2- الاضطرابات النفس جسمية للمراهق.
- 3- أهم العوامل المساهمة في حدوث الاضطرابات النفسجسدية.

بالنظر إلى العديد من الاعتبارات يجب التفرقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية التي تظهر في مرحلتى الطفولة والمراهقة عن تلك التي تظهر عند البالغين، وأهم هذه الاعتبارات عدم اكتمال النضج للجانبين النفسي والجسدي عند الأطفال والمراهقين 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.

هنالك 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 والمراهق، فطبيعة الأعراض وتغيراتها وتطوراتها تمثل عامل ذي دلالة ورئيسي في المرض فمثلا 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 والمراهقة، فالكثير يعتبرون أن أصلها يعود للطفولة، حيث يربط (ف. دوتش) بعض التجسيدات بالخبرات الجسدية الأولى للطفولة وهي في هذه المرحلة تمتاز بخاصية أساسية تتمثل في شفائها والعودة للحالة العادية 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)

1- الاضطرابات النفس جسمية للطفل

مثل البالغ فالطفل يتعرض لتأثير تحولات النفس على الجسد أين تتسبب العوامل النفسية في اضطرابات جسدية، وهنا نجد بعض الأولياء يتجاهلون الاضطرابات الجسدية لأطفالهم بحجة عدم تضخيم الأمر 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 مارتى 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 مسيرة التهيجات العديدة ما ينتج عنه إفراغ الحمل في الجسد (أرق، قولون ثلاثة أشهر، الربو، تشنج النحيب) وهنا تعتبر الأم كحاجز للتهيج وحضورها ضروري لحماية

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 (بيارتي، كريسلر)، وقد سجل مارتى 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 بولبي *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 الصعيدين النفسي والجسمي، كما لاحظ سبيتز *Spitz* ضعف دفاع الأطفال المصابين بنقص عاطفي ضد الأمراض الجسدية الطارئة، ولا تتلخص الاضطرابات ذات الانعكاس النفس عاطفي في النقص العاطفي فقط، بل تستطيع الظهور مع الإفراط الوالدي كما بينه مارتى وكريسلر، حيث إذا لم تستطع القدرات العقلية تسيير الإثارة، أو إذا كان الطفل خاضع لحمل ثقيل يؤدي ذلك بالضرورة إلى إفراغ الإثارة في الجسم، وهذا ما يفسر مثلاً اضطراب القولون لثلاثة أشهر وعدم القدرة على النوم، وتشنجات البكاء الحاد *Spasmes du sanglot* كما يمكنها إصابة جميع الأجزاء أو الوظائف الجسدية. (Jacquy, 2010, pp 144-154)

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

وخصوصية الاضطرابات النفسجسمية للعمر الأول للطفل الذي يمتد من الميلاد إلى منتصف 3 سنوات تتمثل في أن حياته كلها تتعلق بمحيطه خاصة علاقته بالأم، فلا وجود له ككائن مستقل فهو يكون وحدة مع أمه أو مع بديلها وفهم حياته العقلية واحتياجاته تتجسد في التفاعلات بينه وبين محيطه، وعليه فإن فهم الاضطرابات العقلية والحركية والجسدية تتطلب الأخذ بعين الاعتبار شخصية الوالدين خاصة الأم لتجنب عدم التنظيم عند الطفل، كما أن اقتصاده النفس جسسي يتأثر أيضا بتفاعلاته مع المحيط دون التقليل من أهمية الاضطراب السابق سواء كان عقليا أو جسديا .

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

- تلبية الاحتياجات الغذائية.
- حمايته من المنغصات الخارجية.
- الإحساس به وفهم شخصيته وحساسيته واحتياجاته.
- توفير الشروط النمو المناسبة لقدراته.

وفي نفس السياق نجد الآراء الفنية لميليتا سبرلنغ (*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 الطفلية على طفلها وشخصيته، فهذه الاضطرابات تعكس الصراعات مع الأم، وبالتالي فهي صراع انفعالي مع الأم، يمكن حله بطريقة سريعة لتجنبها، كما يمكن أن ترجع هذه الاضطرابات للتثبيات 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 فأى 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، النهامة، الإفراط في الشرب، أكل الطين، أكل الشعر.
 - اضطرابات هضمية: الغثيان، الجشاء، متلازمة الغثيان الدوري، اضطراب القولون في 3 أشهر الأولى، آلام البطن، التهاب القولون والمستقيم، قرحة المعدة والاثني عشر.
 - اضطرابات في الإطراح: الإمساك، القولون المتضخم النفسي، الإسهال.
 - اضطرابات تنفسية: الربو، اختناق البكاء.
 - أعراض عامة: اضطرابات النمو النفسي (القرم النفسي)، سوء التغذية، السمنة، أمراض الحساسية، التهابات 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، و حسب ج. دوتشي تمثل علاقة حيوية مع الأم وليست مجرد إشباع حاجات حرارية، ويشكل الفطام أهمية كبيرة في هذه العلاقة ويمكن أن يعاش كصدمة إذا كان مفاجئاً، وعليه فإن سلوكيات التغذية الخاطئة للأم 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 تتحايل عليه لإتمام القارورة دون مراعاة لشهيته؛ مما يؤدي إلى القئ وبالتدريج يتحول الأمر إلى صراع بين إرادتين تتجابهان.

وحسب كسلر يتطور هذا الاضطراب في السداسي 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 لإلحاح الوالدين. (ميموني، 2005، ص، ص 123، 149)

ويمكن تلخيص العوامل المختلفة لهذه الاضطرابات في هذه المرحلة 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 الليبيدي لبعض الأعضاء من طرف الطفل تعبيراً عن الحب أو العدوان أو لحل صراعات لاشعورية، تعلم فاشل لبعض السلوكات مع تعزيزها، ما يتم غرسه من معتقدات حول الصحة المرض لدى الآباء والأبناء.

2- الاضطرابات النفس جسمية للمراهق

البسيكوسوماتك عند المراهق يعني التطرق لنفس المشاكل التي نجدها عند المراهق فالاستثارة عنده تختلف عن تلك عند البالغ أو الطفل وتكمن خصوصيتها في خصوصية التحولات والإغراءات النفسية والمحيطية 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 الجسدي والنفسي والتي تلعب دورا رئيسيا في تشكيل شخصية البالغ، والخاصية التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار خلال جميع تقنيات التشخيص تخفي خلفها توترا تحوليا مهما والذي لا يجب على العيادي إغفاله .

هنالك اضطرابين جسديين يشغلان مكانا خاصا في المراهقة هما فقدان الشهية والصداع المتكرر الذي غالبا ما ترتبط بالصراعات النفسية ذات الإحساس القوي بالذنب، فضلا عن ما يحدثه من تشويش في الانشغال الجنسي مما يؤثر على التمدرس، كما أن المحيط العائلي والعاطفي يلعبان دورا سببيا مهما، وتوجد أنواع عديدة من الصداع ونتكلم عن النشاط ، والتمثيل الاكينيكي الأولي يمثل في تراجع في الدراسة وتدهور يترافق غالبا بالإحساس بالاكنتاب، كما تأتي الأسباب من الظروف الخارجية كالمحيط الماليء بالنزاعات أو أقل ملاءمة للدراسة، إجهاد يرتبط بنظام دراسي مكثف شروط وظروف نفسية مثل الضعف التي لا تسمح بحل النزاعات النفسية الداخلية الملازمة للنجاح الذهني، هذا المعاش يكون أكثر إشكالا بالنظر لموقف الوالدين الذي قد يتجسد عند البعض دون وعي في عداء للنجاح الدراسي خصوصا للذين فوتوا رسوبهم الدراسي، أو الذين لا يتقبلون أن يتخطاهم طفلهم.

وفقدان الشهية العصبي في المراهقة حسب لاسيج (Lasségue, 1873) يأتي بين 15 و20 سنة خاصة عند الإناث، وتعتبر فاقدة للشهية كل مراهقة فقدت 10% من وزنها وتأخر في الدورة يفوق 06 أشهر، نحافة، وهو لا يأتي فجأة بل يظهر تدريجيا ويتطور ببطء بالإضافة إلى رفض كل تغذية، وتأني النحافة من القيئ المتعمد، 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 النفسجسدية

لخص علماء الطب النفسيوسوماتي أهم هذه العوامل في النقاط التالية:

3-1-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 المكبوت وعدم القدرة على تحقيق الذات والضغط الانفعالي المستمر، الإحباطات المتراكمة التي تنتج عن الضغوط الشديدة تؤدي

إلى اليأس والانهيار، حيث يرى جروديك (*G.grooddeck*) أن لكل مرض سببا نفسيا أدى إليه أو ساهم في تطويره وكل اضطراب هو تعبير رمزي عن المكبوتات. (الزباد، 2000، ص75) كما أن للعلاقة المضطربة بين الطفل والديه أهمية كبيرة في الإصابة بهذه الاضطرابات خاصة في عملية الغذاء والتدريب على الإخراج ونقص الأمن وفقدان الحب، والخوف من الانفصال والحرمان والحاجة إلى القبول واضطراب المناخ الانفعالي في المنزل. (زهران، 1997، ص470)

ومن أمثلة العوامل النفسية المؤدية لهذه الاضطرابات نجد النزعات العدوانية والثورة ضد السلطة، والتذمر من العمل، ومحاولة تجنب المسؤولية والصراع العنيف لمواجهة معضلة وجدانية لا يمكن حلها ولا تجنبها مثلما لوحظ في حالات ارتفاع ضغط الدم، وكذلك الخوف من فقدان الأم أو من يقوم مقامها كالزوجة مثلا عند بعض الأشخاص غير الناضجين انفعاليًا، 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. (عكاشة، 1976، ص170)

3-2-العوامل الوراثية

ذكر جلهرن (*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، ص 33) وتتأكد 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، ص 121) ولا يقصد هنا العوامل المتعلقة بالوراثة مباشرة مثل الهيموفيليا والآنميا 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 للأم وبالحالة الجسمية والبيئية الداخلية والخارجية؛ فأى اضطراب للأم ينعكس على الطفل وما يحدث أثناء الحمل غالباً ما يلزم الطفل بعد الولادة، وتعتبر هذه العوامل بمثابة المهيأ للإصابة العضوية ولكن لا تعمل لوحدها في إنتاج هذه الاضطرابات. (أبو النيل، 1994، ص 210)

3-3-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 هالداي (*James Halliday*) أن المجتمع المريض يظهر بوضوح أعراض تفككه في شكل أمراض واضطرابات لدى أفرادهِ ويؤدي التغير الاجتماعي السريع لزيادة هذه الأمراض. (الحجار، دون سنة، ص ص 95-96)

ويؤكد كل من كاسل (*Kasl.L*) وكوب (*Cobb*) وماك كين (*MC.Kean*) وأرثر (*Arthur*) على أن الحوادث اليومية من بطالة وخسارة، فراق، وموت شخص عزيز...تؤدي كلها إلا الضغط النفسي الذي يترافقه لفترة طويلة نتيجة هذه المواقف يترك آثار سيئة في جسم الإنسان، وحسب نوريس (*R.Norris*) وجينيس (*MC.Ginnis*) أن تأثيرات البيئة الاجتماعية تلعب دورا مهما في ترسيب الأعراض السيكوسوماتية. (الزاد، 2000، ص76)

3-4-العوامل البيئية والاقتصادية والثقافية

حيث يلاحظ اختلاف في طبيعة هذه الاضطرابات وانتشارها من مجتمع إلى آخر وداخل المجتمع الواحد، وهي أكثر حدوثا في الطبقة المتوسطة حيث التأثير واضح بالحياة الاجتماعية، كما أن إخفاق بعض الأفراد في التوافق مع متطلبات البيئة الاجتماعية والفيزيكية يحدث الصراع الذي تكون محصلته الإصابة بالمرض السيكوسوماتي. (شقيز، 2002، 33) فمثلا وجد أن ضغط الدم المرتفع الذي يؤثر علي حوالي (1.5%) من أي مجتمع، ينتشر بين الرجال بمعدل أكبر من انتشاره بين النساء، وبين المستويات الاقتصادية الاجتماعية المنخفضة عنه بين المستويات المرتفعة والضغط الاجتماعي والبيئية واضطراب العلاقات الاجتماعية. (السيد، 2000، ص279)

ومن هذا المنطلق ظهر اتجاه قوى يتنامى بقوة يرى ضرورة تناول صحة الإنسان من خلال العلاقة التي تربط بين النفس والجسم والسياق الاجتماعي الذي يعيش فيه هذا الإنسان، حيث أكدت نتائج بعض البحوث على أن كلاً من الظروف الاجتماعية والحالات النفسية ذات صلة وثيقة بصحة الجسد، 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 عبء 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 اللازمة حتى تحدث الإصابة بهذه الاضطرابات.

1- شروط حدوث الأمراض النفسجسدية

لخصها جيتمان (Guttman, 1966) فيما يلي:

- التعرض لعوامل انفعالية أو مصادر للضغوط بتاريخ سابق لظهور التغيرات الجسدية ولا يمكن أن تكون الاستجابة الانفعالية للضغوط والمحن والاضطراب العضوي ظرفي مثلما يحدث مع المواقف الضاغطة العادية، 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 وتدرج 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 وانهيائها.
- تزامن الأعصاب - الاستثارة القوية - للجهاز العصبي المركزي مع الاختلال الوظيفي المزمن وتقييد الضبط الإرادي 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 والتكيفات السابقة.

- يحدث الانهيار السيكوسوماتي عندما يجد منفذا عبر العضو الهش لأسباب وراثية أو مكتسبة، أو نتيجة عوامل ثانوية مثل النكوص النفس فيزيولوجي عند الأشخاص الأقل نضجا، أو مساهمة بعض أزمت الحياة والآليات المرضية التي تم تشريطها في الطفولة المبكرة. (غازي ومحمد، 1984، ص 9)

والعضو المختار لحدوث الانهيار 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 محيطه وهذا لا ينفي الهشاشة التكوينية. (ميموني، 2005، ص 121)

إن الاعتماد على تفسير واحد في اختبار العضو يعد غير كاف، ولهذا لابد من أخذ 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 يعصبها الجهاز العصبي الأتونومي.
- اضطرابات في وظائف العضو المستهدف، أو تلف واضح فيه.
- أكثر سيطرة وإحاحا على العضو المصاب.
- ترتبط بوجود العوامل الانفعالية التي تلعب دورًا هامًا وأساسيًا 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 اختلافًا ملحوظًا.
- قد توجد مختلف الأعراض أو تتوالى لدى الفرد الواحد.
- يميل الاضطراب لاتخاذ مراحل مختلفة حتى يصبح في النهاية اضطراباً مزمنًا. (شقيز، 2002، ص 29)
- تحدث نتيجة عدم فاعلية أساليب المواجهة.
- فشل العلاج الجسدي الطويل في شفاؤها 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 لبيارمارتي (Pierre Marty).

4- تصنيف فيصل محمد خير الزراد.

تصيب الاضطرابات السيکوسوماتية 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 مرضاً، والتصنيف السوفياتي للأمراض النفسية والعقلية والذي شمل 10 اضطرابات يطلق عليها الاضطرابات السيکوفيزيولوجية. (ياسين، 1988، ص 332)، وتصنيف المكتب الفدرالي للصحة بأمريكا والذي شمل 18 مرضاً. (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 والمتعلقة 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 الأولي، القرحة الهضمية، 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:

1-2- الأمراض السيكوسوماتية المتضمنة ضررا في الأنسجة

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

2-2- الأمراض السيكوسوماتية غير المتضمنة ضررا في الأنسجة

تشمل: تصلب الرقبة وهو داء في الرقبة يتميز بصعوبة الالتفات، احتياج الهواء، وزيادة معدل التنفس والكحة النفسية والتثاؤب، اضطرابات القلب والأوعية الدموية، الكحة نفسية الأسباب، بلع الهواء، القيء، وعسر الطمث الناتج عن سبب نفسي وصر الأسنان "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) مريضا يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية، ويتصف

بالشمولية والتفصيل والتفكير الدينامي الذي يأخذ بعين الاعتبار تطورات الفرد، وماضيه وقدراته على التكيف وحالاته المرضية كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (01) يوضح تصنيف المدرسة الباريسية لبيارمارتي

للاضطرابات السيكوسوماتية

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

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

<p>-السرطان الليمفاوي 153</p> <p>-أورام سرطانية غير مرض هودكين 154</p> <p>3-الجراحة:</p> <p>-البتر 191</p> <p>-صعوبات إعادة التأهيل 192</p> <p>-تعقيدات الكسور 193</p> <p>-الجراحة العصبية 194</p> <p>-تدخلات عديدة عقب جراحية 195</p> <p>4-القلب-الدورة الدموية-الدم:</p> <p>-فقر الدم 221</p> <p>-نفخ خطر (مهدد للحياة) 222</p> <p>-التهابات الشرايين 223</p> <p>-مرض قلبي عضوي 224</p> <p>-أمراض دم غير سرطانية 225</p> <p>-ارتفاع الضغط 226</p> <p>-الاحتشاء القلبي 227</p> <p>-أمراض شريانية متعددة 228</p> <p>-مرض رينولد 229</p> <p>-اضطراب نبض القلب 230</p> <p>-انبلاج التنفخ 231</p> <p>-الصباغ الدموي (اضطراب يتميز بتجميع كمية حديد كبيرة في الأنسجة) 232</p> <p>-التهاب الوريد 233</p> <p>5-الجلد</p> <p>-حب الشباب 240</p> <p>-صلع (تساقط الشعر) 241</p> <p>-مرض جلدي 242</p> <p>-التهاب الأدمة 243</p>	<p>12-الاضطرابات العصبية:</p> <p>-الالام 441</p> <p>-الصداع 442</p> <p>-الصرعية 443</p> <p>-تقلصات الكتاب 444</p> <p>-الشقيقة 445</p> <p>-التهابات النخاع الشوكي 446</p> <p>-سوابق جراحات عصبية 447</p> <p>-اضطرابات عصبية-نباتية 448</p> <p>-التهاب العصب 449</p> <p>-شلل 450</p> <p>-التهاب الأعصاب 451</p> <p>-مرض 452</p> <p><i>Recklinghausen</i></p> <p>-تناذر ذاتي عقب رضة جسدية 453</p> <p>-تصلب المادة العصبية 454</p> <p>-البيضاء 455</p> <p>-الكزاز 456</p> <p>-التواء العنق التشنجي 457</p> <p>-رضات الجمجمة وآثارها 458</p> <p>-حوادث وعائية-دماغية 459</p> <p>-الدوار الخادع 460</p> <p>-نوبات حركية ذات المصدر غير الأكيد 461</p> <p>-الوهن العضلي 462</p> <p>-تناذر تشنج العضلات 463</p>	<p>-التهاب ملحقات الرحم 291</p> <p>-تعقيدات ما بعد الد (I.V.G) 92</p> <p>-اضطرابات العادة الشهرية 93</p> <p>-العقم 294</p> <p>-المهبلية 95</p> <p>-التهاب غشاء الرحم 96</p> <p>-كيس في المبيض 97</p> <p>-التهاب الأغشية المخاطية 98</p> <p>-التهابات نسائية متنوعة 299</p> <p>8-أمراض المناعة:</p> <p>-الضمور النخاعي 311</p> <p>-مرض الكولاجين 312</p> <p>-الانحطاط المركزي 313</p> <p>-مرض الذئبة 314</p> <p>-التهاب ما حول المفصل 315</p> <p>-مرض ديمرينغ 316</p> <p>-التهاب المفاصل الحاد المزمن 317</p> <p>-مرض <i>Echauffaud-</i> 318</p> <p><i>Still</i></p> <p>-ضمور العضلات التدريجي 319</p> <p>-مرض انعدام المناعة(السيدا) 320</p>
--	---	---

9-الالتهابات والأمراض	-أمراض حسية-أوهام مرضية 463
الفيروسية الحالية أو الحديثة:	13-اضطرابات العيون (غير محددة):
351 -جلدية	-العي 491
بولية _ تناسلية	-تكثف عدسة العين 492
352	-التهاب مشيمة العين
-التهاب الكبد الفيروسي الحاد	493 التطوري
353	-الرؤية المزدوجة
-القوباء (Herpes)	494
354	-أمراض شبكية العين
-العيون 355	495
-أنف، أذن، حنجرة	-غيرها 496
356	-اضطرابات الشبكية
-التهاب البنكرياس	497
357	
-انخفاض المناعة	
358	
-السل 359	
-الالتهابات البولية	
360	
-مرض بقعة زوستر.	
361	

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

4-تصنيف فيصل محمد خير الزراد

ويعتمد الباحث التصنيف الذي وضعه فيصل محمد خير الزراد لأنه تم القيام به من خلال حصر جميع الاضطرابات الواردة في خمسة عشر مرجعا مختصا في مجال هذه الاضطرابات والطب السيكوسوماتي، كما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم (02) تصنيف محمد خير الزراد للاضطرابات السيکوسوماتية

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 والتجشؤ (أو الفواق) (<i>Abdomen pian 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 الزائدة الدودية (<i>Appendicitis</i>)</p> <p>-اضطرابات الكبد والحويصلة الصفراء (<i>Liver and bile diseases</i>)</p>	1-جهاز الهضم
<p>-الربو الشعبي (العصبي)</p> <p>(<i>Asthma Nervosa or bronchial Asthma</i>)</p> <p>-الإصابة بالنزلات البردية (<i>The colds</i>)</p> <p>-حى القش (<i>Hay Fever</i>)</p> <p>-التدرن الرئوي (السل) (<i>Pulmonay tuberculosis</i>)</p> <p>-الحساسية الأنفية (للروائح)</p>	2-اضطرابات جهاز التنفس

<p>-الخفقان أو لغط القلب الوظيفي (<i>Tachycardia and functional 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 الجوهرى (<i>Essential blood pressure</i>)</p> <p>-انخفاض ضغط الدم (<i>Hypopressure</i>)</p> <p>-ارتفاع ضغط الدم (<i>Hyperpressure</i>)</p>	<p>3-اضطرابات جهاز القلب والدوران</p>
<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>	<p>4-الاضطرابات الجلدية</p>
<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-ذكري) (<i>Sterility</i>)</p> <p>-الإجهاض المتكرر (<i>Repeated abortion</i>)</p> <p>-آلام الحوض (<i>Pelvis Pians</i>)</p> <p>-الحمل الكاذب (<i>Faise pregnancy</i>)</p>	<p>5-الاضطرابات الجنسية</p>

<p>- ألم الظهر (اللмбаغو) (<i>Lumbago</i>)</p> <p>- التهاب المفاصل شبه روماتزمي (<i>Rhumatoïde Arthritis</i>)</p> <p>- داء الرجز (فقدان التناسق العضلي) (<i>Abasia</i>)</p> <p>- ضمور العضلات (<i>Muscular Atrophy</i>)</p> <p>- العض على النواجد</p>	<p>6- اضطرابات الجهاز العضلي والهيكلية</p>
<p>- التبول اللاإرادي (<i>Enuresis</i>)</p> <p>- كثرة مرات التبول (<i>Polyuria</i>)</p> <p>- احتباس البول (<i>Anuria</i>)</p>	<p>7- اضطرابات الإخراج</p>
<p>- مرض السكر (<i>Diabètes</i>)</p> <p>- سكر الدم (<i>Blood Sugar</i>)</p> <p>- ازدياد سكر الدم (<i>Hyperglycémie</i>)</p> <p>- نقصان سكر الدم (<i>Hypoglycemia</i>)</p> <p>- التسمم الدرقي (<i>Hyperthyroidism</i>)</p>	<p>8- اضطرابات الغدد الهرمونات</p>
<p>- الصداع (<i>Head ache</i>)</p> <p>- الصداع النصفي (الشقيقة) (<i>Migraine</i>)</p> <p>- الخلجات أو الأزمات العصبية (<i>Motor Symptom –Tics</i>)</p> <p>- إحساس الأطراف الكاذب (<i>Phantom limbs</i>)</p>	<p>9- اضطرابات الجهاز العصبي</p>
<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>	<p>10- اضطرابات سيكوسوماتية أخرى</p>

المصدر: (الزباد، 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 تبين أن حوالي (40٪- 60٪) من المرضى الذين يترددون على الأطباء يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية، وهي أكثر انتشارا في الحضارات المعقدة المتميزة بشيوع الصراع والتنافس والقلق والخوف كما أنها أكثر حدوثا في الطبقة المتوسطة أين يكون التأثير بالحياة الاجتماعية واضحا، وتشيع لدى الإناث أكثر من الذكور، ونسبة كبيرة من حالات التغيب عن العمل ترجع لأسباب نفسجسمية بنسبة (70٪- 75٪)، كما تشير الدراسات إلى أن نسبة الاضطرابات السيكوسوماتية في المجال العسكري تتراوح (80٪- 85٪) والأعراض الأكثر شيوعا هي تلك التي تتعلق بالجهاز الدوري والجهاز الهضمي. (عبد المعطي، 2003، ص 15)

1- انتشار الاضطرابات النفسجسدية

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.

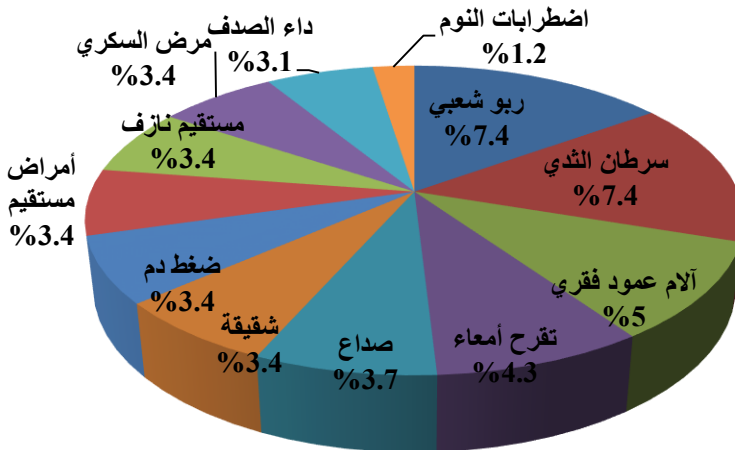
- نسبة انتشار القرح في بعض الدول وبعض المستشفيات في العالم.

والجدول والتمثيل البياني المواليين يبينان توزيع مجموعة من الاضطرابات السيكوسوماتية حسب النسبة المئوية:

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

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

الشكل رقم (01) تخطيط بياني يوضح نسب انتشار بعض التناذرات
السيكوسوماتية. (الزاد، 2000، ص 72)



2-الضغوط والاضطرابات النفسجسدية

2-1-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 متشل وإيفرلي (Mitchell & Everly, 1995) فيما يلي:

2-1-1-نظرية التغير

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 لازروس وفولكمان، وهي تشير إلى أن التغير يسبب تكيفاً، وفسولوجية هذا التكيف هي الضغط، فالتغيرات الكثيرة جداً أو التغيرات العميقة جداً تجعل الضغوط تغمر الجسم وتكون النتيجة مرضاً مرتبطاً بها. وما يؤخذ على هذه النظرية أنها لم توضح مسار ذلك وآليته.

ونفس السياق نجد نموذجاً سلوكياً بيولوجياً 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 وتكف أخرى، وتقوم التغذية الرجعية السالبة بإعادة التوازن عن طريق تنبيه المخ لتعديل اتجاه سيلاته العصبية لمساعدة الأجهزة المتعبة، وقد تؤدي هذه التغذية الرجعية إلى الشعور بالألم. (الصبان، 2003، ص49)

2-1-2-نظرية الضعف العضوي

يرى أصحاب هذه النظرية أن الأفراد قد يولدون بعضو ضعيف أو يكون هشاً وقابلاً للإصابة؛ مما يجعله يتحمل الإجهاد الناتج عن الاستثارة ويزيد الإجهاد على العضو كلما زادت معاناة الفرد حتى ينهار، ويصبح فريسة للمرض، حيث يزداد عليه الحمل ويستمر تنشيطه أكثر.

2-1-3-نظرية فشل الاتزان الحيوي

الفشل في الاتزان الحيوي الناتج عن الضغوط قال به علماء النفس الفيزيولوجي خلال الستينيات والسبعينيات، حيث يرى أصحاب النظرية 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-نظرية اضطراب التنبيه

وهي من وضع كل من إيفرلي وبنسون (Everly & Benson, 1989) وتعتبر من النظريات الحديثة لتفسير الأمراض المرتبطة بالضغوط، وتنص على أن تعرض الشخص للضغط الزائد والحاد جداً في مقداره فإن مراكز التنبيه له في المخ تصبح حساسيتها زائدة، ومن ثم تؤدي هذه الحساسية الزائدة إلى حالة تصبح فيها الاستجابة للضغوط نشطة بطريقة سهلة جداً. فتقاسي الأعضاء المستهدفة عندئذ من الإجهاد المفرط، ثم تنهار في النهاية وظيفتها وتختل نتيجة ذلك.

2-1-5-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 مريضاً بمرور الزمن، فحسب هذه النظرية دائماً فإن الضغط آلية إعدادية طبيعية، بحيث يعد الفرد للمجهود البدني، وإذا فشل في التعبير البدني الجسدي عن الاستجابة له، فإن هذا الضغط يصبح مريضاً؛ 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 - ص 170-172)

3-آليات تأثير الضغوط الحياتية على الصحة الجسمية

تؤثر الضغوط الحياتية على الصحة الجسمية بآليتين رئيسيتين:

3-1-الآلية البيوكيميائية

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

3-1-1-رد فعل مباشر وسريع: حيث تستقبل القشرة المخية المثيرات الضاغطة عن طريق الحواس فيتم تحريض الوطاء الخلفي بواسطة الجهاز اللمبي؛ مما يؤدي إلى استجابة الأعضاء الخاضعة لسيطرة الجهاز الإعاشي 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، توسع في حدقة العين، ضيق في الشعيرات الدموية في الجلد، توقف في إفراز اللعاب والعصارة المعدية، تغير في تخثر الدم، وتثبيط حركات القناة الهضمية. (*Bugard, 1974, P65*)

3-1-2-رد فعل طويل الاستمرار وبطي: بموازاة رد الفعل السابق فإن قشرة المخ تستجيب كذلك برد فعل آخر يكون أقل سرعة وأطول مدة واستمرارا، حيث تحرض الوطاء الأمامي الذي يفرز كل من *TRF* و *CRF* اللذان يحرضان بدورهما الغدة الكظرية على إفراز هرموني الغليكوكورتيكويد (*Glucocorticoïde*) و *TSH* المحرض للغدة الدرقية على إفراز الثيروكسيد، وهي ردود الفعل التي تتلخص في مرحلتي الإنذار والمقاومة عند هانس سيللي (*H.Selye*) المتضمنة في متلازمة التكيف العام (*GAS*) لديه المستعملة لمواجهة الضغوط، والتي تشير إلى اختلال في النظام العصبي الهرموني بين الجهازين العصبي (ممثلا في الهيبوتلاموس) والغددي (ممثلا في الغدتين النخامية والكظرية) نتيجة الاستمرار في التعرض للضغوط والذي يمكن توضيحه فيما يلي:

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

- ويقوم الجهاز العصبي السمبثاوي بحث نخاع الكظر *Médullosurrénale* على إفراز هرموناتها التي تؤدي إلى ردود الأفعال التالية:
- زيادة سرعة ضربات القلب وشدة انقباض عضلته، توسيع وتمديد الشرايين الخاصة بها لتزويد الأعضاء المجابهة للضغط بالدم الذي يزودها بالمواد الضرورية.
 - توسيع وتضييق 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 الغليكوجان المخزن.
- وقف الإفرازات الهاضمة مع الإثارة للمعدة، واتساع حدقة العين.

- انقباض الطحال ليحرر الدم المخزن، وزيادة إفراز العرق، واحتمال وظيفة إفرازية للغدة الدرقية، ووقف نشاط الغدة اللعابية. (Tortora & Gabowski & Parent, 1995, P587)

ب-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 *L'adénohypophyse* وقشرة الكظر *Corticosurrénale*، وتأخذ ردود الفعل هاته مدة لتظهر، غير أن آثارها تبقى لمدة أطول وتشمل الردود 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 الغليكوكورتيكويدات (*Glucocorticoïdes*) بفعل الضغوط الردود التالية:

▪ تحويل الأحماض الأمينية إلى غلوكوز نتيجة تسريع عملية أيض البروتينات لمده الجسم بالطاقة اللازمة.

- زيادة حساسية الأوعية الدموية للتنبيهات التي تؤدي إلى انقباضها مما يساهم في مقاومة انخفاض الضغط الدموي الناتج عن النزيف.
- تثبيط صنع اللييفات (*Fibroblastes*) المسؤولة عن تطور الخلايا في الأنسجة الضامة.

- يحث *TRH* الفص الأمامي للغدة النخامية على إفراز *TSH* المحرض للغدة الدرقية على تحرير الثيوركسين المؤدي لهدم الدهون وتحويل الغليكوجين إلى غلوكوز.

- يحرض *GH-RH* المفرز من المهاد 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 سلامة أعضاء الجسم ومن ثمة صحته بصفة عامة.

ويتأثر أداء الجهاز المناعي كذلك بهذه الاختلال العصبي الهرموني، حيث أثبت سيلبي ذلك تجريبيا 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 تتمثل في الآثار التي يتركها على الجهاز المناعي، حيث تؤدي العديد من الإفرازات العصبية الكيميائية كالكاتيكولامينات، والكورتيكويدز والأفيونات المحررة عند التعرض للضغوط إلى تعديل الوظيفة المناعية.

وتشكل الروابط التشريحية المباشرة بين الجهاز العصبي المركزي والجهاز المناعي من خلال الأعصاب السمبثاوية والباراسمبثاوية المنتشرة في الجهاز اللمفاوي، فضلا عن وجود مستقبلات متنوعة للهرمونات والنواقل العصبية المفرزة في حالة الضغوط على الخلايا المناعية التي تسافر بين الجهاز

اللمفاوي ومجرى الدم المحيطي؛ مما يشكل دليلا قويا على الصلة التشريحية والوظيفية بين الجهازين والتي توفر مسارا بيولوجيا لتأثير الضغط على القابلية للمرض. (Anna, L , Marsland et al, 2001 ,p 684)

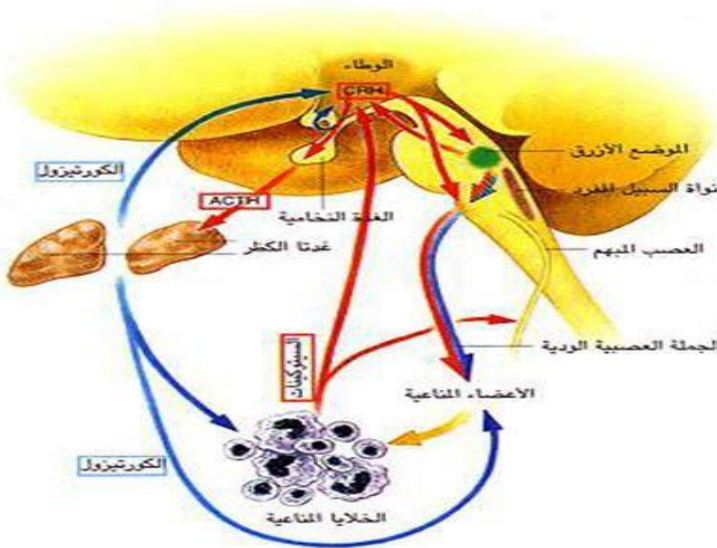
وبالرغم من أن التعرض القليل لهذه المواد الكيميائية يزيد من الإثارة السمبثاوية ويدعم النشاط المناعي، ويزيد في الطاقة والدافعية؛ إلا أن الاستمرار في إنتاج هرمونات الضغط -نتيجة تكراره أو إزمائه - يسبب تغييرات مرضية على مستوى الجهاز العصبي المستقل والجهاز الغدي وفي وظائف جهاز المناعة، لأن التنشيط المتكرر للمحور السمبثاوي الكظري (النخاعي) (SAM) (Sympathetic-adrenomedullary Axis) يؤدي إلى استثارة مزمنة للقلب والأوعية الدموية من خلال رفع ضغط الدم ومعدل نبضات القلب، في حين ينتج عن الإفراط في نشاط المحور التحت مهادي - النخامي - الكظري (القشري) (HPA) (the hypothalamic-pituitary-) (adrenocotical Axis) خلا أيضا (عدم توازن السكر في الدم)، وفي المناعة (نقص المضادات الحيوية المنتجة) والالتهاب (زيادة السيتوكينات الالتهابية (proinflammatory cytokins). (Con Stough, & al, 2009, p194)

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 والمعروفة بالخلايا الطبيعية القاتلة (Tueuses) (naturelle).

• كل من الأدرينالين (*Adrénaline*) والكورتيزول (*Cortisol*) المفرزان من الغدة الكظرية يقللان من العمل الدفاعي لبعض الكريات البيضاء والخلايا اللمفاوية التائية. *T. (Encyclopédie velgarus médical, 2005)* كما تؤثر الغليكوكورتيكويدات (*Glucocorticoïdes*) الزائدة كذلك على الجهاز المناعي بحيث تؤدي إلى خفض عدد الخلايا اللمفاوية وخفض المناعة من خلال تثبيط تحرير السيتوكينات قبل الالتهابية (*Pro-inflammation*) ($TNF\alpha$, $TNF\delta$) ، وأيضا تثبيط عمل البالعات وخفض مولدات الضد. (ستورا، 1997، ص 208)

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



المصدر: صباح الأسدي: 2014/11/10 www.alnoor.se/article.asp

3-2- الآلية السلوكية

إن المواقف الحياتية الضاغطة تجبر الفرد على القيام بالسلوكات الممكنة والتي تسمح له بتفادي أو على الأقل التخفيف من حدة هذه المواقف ومضاعفاتها، غير أنه من بين هذه السلوكات 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 على 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 بسلوكات 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 الثامن

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 مرتبطة بالضغط 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 الكوليسترول 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 الضغط والمرض تبينها مجموعة كبيرة من التأثيرات، حيث وجد أن وظيفة المناعة قد تغيرت إلى درجة تسارع فيها العامل المسبب للسرطان، وزادت سرعة التأثير بالعدوى الفيروسية، كما تفاقم تكون الصفائح المسببة لتصلب 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، ويتعرض 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 يعاينه المتوترون من البشر بفعل الضغط. (جولمان، 2000، ص 246) ومن هذا المنطلق سيتم عرض بعض الأمراض السيكوسوماتية المرتبطة بالضغط الحياتية فيما يلي:

1- 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 الهيدروكلويك 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 قريبة من الكبد، تسمح بملاحظة بعض استجاباته للضغوط 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 الأحمدى إلى أن الضغط يتسبب في نقص كمية الدم المتدفقة إلى المعدة وزيادة إفرازها للأحماض، مما يقلل من قدرتها على الهضم ويؤدي على المدى البعيد إلى إصابتها بالقرحة. (الأحمدى، 2002، ص 48) وتنتشر قرح المعدة والأمعاء بين الذين يضطلعون بمسؤوليات جسام كالأطباء ورجال الإدارة والتنفيذ (الدويدار، 1995، ص 376) ويضيف إليهم (كوفيل) الأشخاص ذوي الطموح المرتفع، ويصفهم (هارمان) بأنهم ينزعون إلى مواجهة العقبات ويشعرون بدافع قوى نحو تخطيها. (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، ص26) كما توصل حسن عبد المعطي (1989) إلى أن الأحداث المتصلة بالعمل، والدخل والأسرة من أهم الأحداث المؤثرة في المرضى السيكوسوماتيين، حيث كان مرضى قرحة المعدة أكثر تأثراً بأحداث العمل. (إبراهيم، 1992، ص192) ويصعب التئام القرحة، حيث قد يصل الأمر إلى إجراء عملية جراحية يتم من خلالها قطع بعض الأعصاب الباراسمبتاوية المسؤولة عن تلك الاضطرابات.

وأيضاً توجد علاقة قوية بين التهاب الأمعاء وتقرحها والجهاز العصبي اللاإرادي، 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 المعى الغليظ (*Colon Irritable*) نتيجة الضغوط المسلطة على المريض، حيث في هذه الحالة يختل التوازن بين الجهاز السمبتاوي المرخي وبين الجهاز الباراسميتاوي القابض للعضلات الملءاء المبطنة للمعى الغليظ ويكون التيار العصبي في اتجاه الباراسميتاوي. (ياحي، 2000، ص 26)

والقولون يتفاعل بشدة مع ظروف الحياة فيكون هادئا عند الراحة ويقل إفرازه للإنزيمات الهاضمة، أما في حالة الانفعال كالغضب مثلا فيحتفظ بالدم أكثر ويزيد من إفرازاته التي تؤثر وتحفر في غشائه المخاطي بشكل متزايد، مما يعرضه للبكتيريا والجراثيم، وقد تبين أن (86%) من مرضى التهاب القولون قد مروا بأزمة خطيرة في حياتهم الخاصة في الفترة السابقة للمرض مباشرة. (الزاد، 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 أسبابا عديدة للأمراض الشريان التاجي ولكنها غير مفهومة جيدا، وهناك كثير من الدراسات تبين أن الضغوط والمعاناة في الحياة من العوامل المؤدية للأمراض القلب.(دافيدوف، 2000، ص 115) وترتبط بها الكثير من الأمراض منها الصداع النصفي وغيرها، وارتفاع ضغط الدم الذي يعد الظاهرة المرضية الأكثر انتشارا، حيث بينت الملاحظة المسجلة خلال الحرب الروسية الفنلندية (1939 - 1949) أثناء الحرب العالمية الثانية أن عددا كبيرا من الجنود المتواجدين على الجبهة أصيبوا فجأة بارتفاع شديد في ضغط الدم وبعد عودتهم إلى منازلهم عاد إلى وضعه الطبيعي.(شهيب، 1982، ص 217)

وتشير الدراسات التي قام بها سبونر (Sponer, 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 المدرسية، كما تبين أن زيادة معدل الاستجابة لهذه الضغوط

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

وأظهرت الدراسات المقارنة بين البيض والزنج 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) فبينوا أن مرضى القلب يعانون من مجموعة من الضغوط الانفعالية تتمثل في العلاقات غير المستقرة، فقدان الأصدقاء، كثرة ساعات العمل، الإرهاق، إلى جانب التدخين وتعاطي الكحول، والإحساس بالأرق، واضطراب النوم. (إبراهيم، 1992، ص191)

وتتصف شخصية مرضى ارتفاع ضغط الدم بأنهم يعيشون بشعور إلزامية تأكيد ذواتهم وإثباتها، وغالبا ما يعيشون تحت ضغط الوقت، وكثير منهم يقوم بإخفاء مشاعره كالخوف، والغضب مما يساهم في تضخيم توترهم الداخلي. (لوكيا وبن زروال، 2006، ص26) فضلا 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 السمبتاوي، فيحدث زيادة في إفراز الأدرينالين والرئين والصوديوم الذي تحتفظ به في عضلات الشرايين 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، ص91)

والأدلة البحثية تشير إلى أن المستويات العليا والمستمرة 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، والكثافة المرتفعة أو المنخفضة للدهون الفوسفاتية، وارتفاع الدهون الثلاثية) مما يشكل خطراً 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 التوترى الناتج عن تشنج في عضلات الرأس والكتفين وأعلى الظهر، والشقيقة كصداع وعائي. (الحجار، 2004، ص68)

الصداع اضطراب يتميز بتكرار الألم في الرأس حيث عادة ما ينحصر في جانب واحد وقد يكون أكثر عمومية ويلعب الضغط دورا هاما في حدوثه، لأنه يسبب تغيرات بيولوجية نتيجة النشاط العصبي الهرموني مما يؤدي إلى اضطرابات في الجهاز الدوري، خاصة على مستوى الدورة الدماغية فينتج الصداع، فالشخص المصاب به غالبا ما تجتمع عليه مجموعة من الضغوط المتراكمة المؤثرة في الأوعية الدموية للرأس، مما يسبب توتر عضلات الرأس وبالتالي الإحساس بالألم الصداع. (بن هيجان، 1998، ص228)

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

وفي دراسة على 400 مريض تبين أن الصداع الراجع للتوتر 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 وآلام الرأس، تبين أن مناقشة المواقف الصدمية معهم في الجلسات العلاجية قد أدت إلى توترات عضلية في عضلات بالجمجمة. (عبد الستار، 1980، ص107)

وقد فسره كل من فروم وفريتسمان (Friechman & 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 مثلا والمشاجرات 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 غالبا في الفترة التي تلي التعرض للضغط مهما كانت مصادره. (شيخاني، 2003، ص 23)

وتؤكد الدلائل على وقوف الإحباطات والضغوط النفسية، والمواقف المهددة للذات اجتماعيا أو نفسيا واقتصاديا، كالخوف من الفصل من العمل، أو الرسوب في الامتحان، أو الفشل في الزواج وراء حالات الصداع النصفي. (شكير، 2005، ص 198) كما يرى شيدلر هاربي أن المرشحين الأوائل للإصابة بالصداع التوترى هم الأشخاص القلقون، أو المضطربون، أو الخائفون، وأيضا الأشخاص الميالون إلى التعصب في ميولهم وأدائهم وإلى الكمال في أعمالهم والتنافس. (الزاد، 1984، ص 152)

4-أمراض الجهاز التنفسي

ويمكن الاقتصار هنا على الربو كأهم اضطرابات الجهاز التنفسي حيث أثبت 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). (عويضة، 1996، ص 143)

وتكمن أهم أعراض الربو في صعوبة التنفس بسبب تقلص الشعبات 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.

وأكدت دراسات عديدة دور الأزمات الانفعالية في حدوثه منها تجارب الدكتور (توماس لوباريللو) بالمركز الطبي بمدينة بروكلين، الذي أكد أثر الإيحاء في الإصابة بنوبات الربو، حيث أخبر أربعين مصاباً بالربو بأنهم 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. (الزباد، 1984، ص168)

وقد ينجم عن أزمات الربو التي تحدث دون مقدمات أو تحت تأثير قلق شديد في حالة الأزمات القاسية، والتي قد تستمر ساعات انهيار في الجهاز العصبي يمكن أن يؤدي إلى الموت في النهاية. (لوكيا وبن زروال، 2006، ص27) كما أوضح كل من فرانش (French) وألكسندر (Alexander) أن الأطفال المصابين بالربو كانت علاقاتهم مع أمهاتهم متذبذبة، وكن يتصفن بالعدوانية والتسلط أثناء التعامل مع أبنائهن، ويرى سترونج أن العوامل الانفعالية ربما تلعب دوراً في الربو حيث أن حدوثه ارتبط بامتزاجه مع وجود المادة المثيرة للحساسية. (عبد المعطي، 2003، ص319)

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. (عويضة، 1996، ص148) والتهاب المفاصل الروماتيزمي يصيب الأفراد في مختلف الأعمار حيث يرتبط بضعف الشخصية والضغط البيئية المختلفة، ويعتبر تعبيراً عن العدوانية عن طريق الألم المستمر. (العيسوي، 1994، ص 89)

والإصابة بهذا المرض تنبئ عن تهيؤ وراثي 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 واضحاً حسب دراسة قام بها الدكتور (ستانفورد ميرونز) على التوائم المتطابقة. (الزاد، 1984، ص150) وتتسم شخصية المصابين به بالتضحية بالنفس والضمير الحسي والسيطرة، وبضعف القابلية للاستشارة الانفعالية. (عويضة، 1996، ص148)، ويضيف جميل رضوان على ذلك أنهم يتميزون 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 تعبيرا رمزيا عن معاناة المريض واستيائه من ثقل المسؤوليات وأعباء الحياة الملقاة على عاتقه، وحسب دراسة لأحد أساتذة البسيكوسوماتيك البريطانيين (جيمس هاليداي) تبين أن المصابين بآلم الظهر يكونون في غاية الاستقامة، ويميلون للتمسك بأرائهم، وقد يكون هذا الألم كرد فعل لحالة اكتئاب. (الزاد، 1984، ص 148)

6-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 أيضا خلايا ألفا المفرزة لهرمون جلاكاغون. 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 ازدياد العرق، وسرعة التهيج وحتى الشرود والهذيان وقد تنتهي الحالة بالفرد إلى غيبوبة عميقة، وربما حتى الوفاة إذا لم يعالج فورا بالغلوكوز المركز في الوريد.

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

ويحدث الضغط اضطرابا في التمثيل الغذائي للغلوكوز فيرتفع مستواه في الدم والبول (الزباد، 1984، ص172) ويذكر كانون أن المواقف الانفعالية مثل الخوف والقلق من بين العوامل المؤدية للسكري، فالتعرض المستمر للضغوط الانفعالية يؤدي إلى استجابة بيولوجية تنشط الغدة الأدرينالية التي تحول الأنفريين، فتعرض 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. (عويضة، 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 للضغوط، كما أنه ساحة ملائمة للتعبير عن القلق والانفعالات.

والأمراض الجلدية هي تعبير عن الشعور بانعدام الأمن والعجز والكراهية، فالاحمرار عند الخجل، والشحوب في حالة الخوف وكثرة العرق عند الفزع، والقشعريرة عند الرعب كلها تعبيرات جلدية عن الانفعالات، وتعد الأكزيما وجدري الماء، وحب الشباب والحكة والالتهابات الجلدية العصبية أهم الاضطرابات الجلدية. (شيخاني، 2003، ص30)، وقد يتأثر الجلد بالضغط المسبب لفقدان التوازن بين الجهاز السمبثاوي والجهاز الباراسمبثاوي، مما يؤدي إلى تقلصات أو امتدادات في الأوعية الدموية للجلد مع نفوذ مادة الهيستامين تحته، فتتولد الحساسية الجلدية. (ياحي، 2000، ص20)

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

8-الأورام السرطانية

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

وتؤكد 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)، والتي قد تكون نتاجاً لأوضاع اجتماعية واقتصادية تزيد من أعباء الإنسان

ومشكلاته، 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.(الزباد، 2000، ص.ص 476-478)

وقامت(موسونج، 1991) بدراسة توصلت نتائجها إلى وجود علاقة بين تحمل أحداث الحياة والمشقة النفسية والإصابة بمرض السرطان، فكلما كان الفرد ضعيفا وغير قادر على مواجهة المواقف الضاغطة والشدة كلما أظهر استجابة مناعية ضعيفة وانخفاضا في عدد الخلايا الدفاعية الطبيعية القاتلة للميكروبات والأورام السرطانية. (بركات، 2006، ص 915) وهي تقريبا نفس نتائج دراسة كل من (إسحاق، عبد الفتاح، 1995) التي بينت أن أهم أحداث الحياة المرتبطة بمرض السرطان هي الأحداث المتعلقة بالعمل، والدخل، والحياة الأسرية والزواج والعلاقة بالجنس الآخر، كما وجدت فروقا 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، مدعناً للآخرين، يكبت انفعالاته، مكفوفاً، شديد التربية، منصاعاً، قهرياً واكتئابياً لا يستطيع التعبير عن توتراته أو قلقه أو غضبه، يسعى لإسعاد الآخرين، كما بينته دراسة كل من (Renneker, Bahnson, 1981) .
(الفرحاتي، 2005، ص 221)

الفصل التاسع

تشخيص الاضطرابات النفسجسدية

تمهيد.

- 1- المحكات التشخيصية.
- 2- المقاييس والاختبارات النفسية.
- 3- الاختبارات الإسقاطية.
- 4- التشخيص الفارقي للاضطرابات النفسجسدية.

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

1- المحكات 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، ففي 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 المحكات التالية:

- فحص طبي شامل واستطلاع تاريخ حياة المريض والمرض وبناء الشخصية.
- إصرار وتأکید المريض على أن مرضه جسعي.
- ارتباط الحالة بنمط معين من الشخصية مع وجود عامل انفعالي مرسب للمرض.
- وجود اضطراب سيكوسوماتي سابق مع وجود تاريخ مرضي في الأسرة لنفس المريض أو مشابه له.

- ضرورة التشخيص الفارقى نتيجة التشابه بين الاضطراب السيکوسوماتى والمرضى النفسى، وهذا الأخير وأعراض التوتر الانفعالى، أيضا لا بد من التفريق بين الأعراض السيکوسوماتية والهستيريا. (الزاد، 2000، ص110)

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

- المرحلة الفمية: رفض للرضاعة، انزعاج عند انتهاء الرضاعة، الاعتراض على الفطام بالصياح والقيء.
- المرحلة الشرجية (1-3) سنة: أعراض مقاومة النظافة، الإمساك، الغضب.
- المرحلة التناسلية (3-6) سنة: عدم الطاعة، العدوان، التبول اللاإرادي.
- مرحلة الكمون (6-12) سنة: عدم التوافق الاجتماعى، تأخر فى الدراسة، التشرد العدوانية 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) محكات معادلة النقاط الست لهاليداي (Halliday's six point formula):

1- الانفعال كعامل معجل: يذهب هاليداي إلى أن الفحوص التي أجريت على المرضى بينت أن نسبة عالية منهم يكون المرض لديهم غالبا مدفوعا باضطراب انفعالي ناتج عن حادثة واضحة، والتي أحيانا تكون بسيطة لتسبب ذلك لكن التاريخ المرضي وشخصية المريض تبين أن هذه الحادثة كالقشة التي قسمت ظهر البعير.

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

- النموذج الهستيري أو المسرحي: ويتعلق بالمظاهر الجسمية للهستيريا.
- النموذج زائد الحساسية كما في الربو.
- نموذج القرحة وتأکید وكفاية الذات وزيادة النشاط في قرحة المعدة وارتفاع الضغط.
- نموذج الروماتيزم والتضحية بالذات وتحديد الذات.

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

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 كالربو والأكزيما... كما قد ترتبط بعض الأعصاب ببعض الاضطرابات، حيث قد تظهر الأعصاب 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 الأعصاب 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 غالبا ما يلاحظ أن المريض الذي يصر على أن لديه مرضا جسما يكون عرضة لأن يعاني من اضطراب أصله انفعالي، وعلى العكس فالمريض الذي يلح على أن مرضه نفسي يكون لديه غالبا مرضا عضويا، وهناك من يوهمون أنفسهم بأن مرضهم عقلي، حيث يشير التشخيص الإكلينيكي في الطب السيكوسوماتي إلى وجود اضطرابات بنائية وفسولوجية لدى المريض. (أبو النيل، 1994، ص- ص215-218)

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

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

- الارتباط الزمني الوثيق بين العوامل السيكلولوجية 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 السيكلوسوماتية ليس بالأمر الهين ويحتاج إلى مهارة وخبرة طبية ونفسية، ويذكر فيصل محمد خير الزراد أن علماء النفس أجمعوا على إتباع المحكات 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 والتحليل 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 الهيموفيليا... مع وجوب التمييز بين عامل الوراثة وعامل الاستعداد، الذي يلعب دورا في مجال تهيئة شخصية الفرد للتعرض للاضطرابات سيكوسوماتية.

2- جميع حالات الأعصاب وكافة حالات الذهان لأنهما لا تتضمنان خلاا وظيفيا في الأعضاء. كما يجدر بالدارس الانتباه إلى ما يلي:

- في الاضطرابات السيكوسوماتية يجب أن يكون العامل النفسي الانفعالي واضحا 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 بنيوي فيه إضافة إلى الخلل الوظيفي حيث تتعرض الأنسجة إلى الإصابة والتلف كما في القرحة. (الزرد، 2000، ص - ص 111-112)

2-المقاييس والاختبارات النفسية

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

1-2- قائمة كورنل لتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية

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

- السؤال رقم (1) سؤال تمهيدي (هل سبق أن انتابك الصداع؟).
- الأسئلة من (2-19) أسئلة حول عدم التوافق ومشاعر الخوف.
- الأسئلة من (20-26) استجابات باثولوجية وخاصة الاكتئاب.
- الأسئلة من (27-33) استجابات عصبية وقلق.
- الأسئلة من (34-38) أعراض سيكوسوماتية.
- الأسئلة من (39-46) استجابات الذعر الباثولوجية.
- الأسئلة من (47-61) أعراض سيكوسوماتية أخرى.
- الأسئلة من (62-68) الوهن وتوهم 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 الزيايدي 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 مرسي، وعماد الدين سلطان وجابر عبد الحميد وأخيراً السيد أبو النيل (2001). (الزاد، 2000، ص116)

2-2- 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 ميلون 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 الحبر لروشاخ حيث يساعد في تحديد ما إذا كان نمط الشخصية أقرب للعصاب أو للذهان، كما يقيس درجة الضبط العاطفي التي تساعد في معرفة الطاقات التي لم تستخدم في العمل أو المجتمع إنما منعت فوجدت مخرجا 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 كمبل (*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 وشافر إلى أن هذا الاختيار لا يعطي تشخيصا واضحا في كل الحالات.

3-1- اختبار منسوتا 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 وللذهان وللاضطرابات السيکوسوماتية، وفي الصفحة النفسية لهذه الأخيرة وجد ارتفاع مقاييس كل من توهم المرض، الهستيريا والسيکاثينيا والسيکوباتية ذكورة وأنوثة، اكتئاب وانخفاض المقاييس في كل من البارنويا والهوس الخفيف، كما أن مقاييس توهم المرض، اكتئاب، هستيريا، بارنويا، سيکاثينيا، 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 لابد من مقابلة المريض وإجراء مختلف الفحوصات، إضافة إلى عامل ارتباط بنود هذه الاختبارات بالبنية النفسية والسوسيوقافية، وفضلا عن الأدوات السابقة لابد من النظر في المعايير الواردة في دليل تشخيص وتصنيف الاضطرابات النفسية (DSM) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994)، والمتعلقة بتشخيص الاضطرابات السيکوسوماتية وهي:

- 1- وجود تاريخ للألم مرتبط 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. (الزباد، 2000، ص 122)

4-التشخيص الفارقي للاضطرابات النفسجسدية

يعد التشخيص الفارقي مهما في تشخيص الاضطرابات السيکوسوماتية لأنه يسمح بالتفرقة أو التمييز بين أعراضها وأعراض الاضطرابات الأخرى، والتي قد تتشابه معها في الجوانب الجسمية والنفسية، وهذا لتجنب التداخل بين هذه الاضطرابات حتى يتم تقييمها تقييما دقيقا أثناء عملية التشخيص.

4-1- الفرق بين الاضطرابات السيکوسوماتية والعصاب

يلخصه الجدول:

جدول رقم (04) الفرق بين العصاب والاضطرابات السيکوسوماتية

(الزباد، 2000، ص104)

العصاب	الاضطراب السيکوسوماتي
-تسيطر على شخصية المريض وسلوكه حالة القلق أو الاكتئاب أو الوسواس أي أن الحالة النفسية تكون مضطربة.	-سيطرة الاضطراب العضوي النفسي وغالبا ما تختفي الأعراض النفسية بعد إصابة العضو.
-ليس له علاقة بالاضطراب العضوي والنفسي (الجسم سليم غالبا).	-له علاقة بالأعصاب والأعضاء والهرمونات
-قد يضطرب سلوك الفرد.	-سلوك الفرد يبقى عاديا.
-له أسباب نفسية كلية ودلالة رمزية.	-قد يصاحب السبب النفسي أسباب عضوية مهيئة.

4-2- 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)

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

4-3- الفرق بين الاضطرابات السيکوسوماتية 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 العصاب النفسي الضمني، أما في الاضطراب السيکوسوماتي فإن المعاناة تكون حقيقية ويشعر الفرد بالألم واضطراب فعلي واختلال وظيفي في العضو.

الفصل (العاشر)

علاج الاضطرابات النفسجسدية

تمهيد.

1- أصناف المرضى.

2- العلاج بالأدوية (الطبي).

3- العلاج النفسي.

إن العلاج التكاملي بين العلاجين الطبي والنفسي هو الهدف الرئيسي للطب السيكوسوماتي لعلاج الفرد ككل (نفس وجسد) وفي هذا الصدد يشير فيصل محمد خير الزراد إلى أن الخبرات الطبية والنفسية تؤكد على أن الاضطرابات السيكوسوماتية تستعصي على العلاج الجسدي أو الطبي وحده، كما تستعصي على العلاج النفسي لوحده.

1- أصناف المرضى

يصنف الأطباء المرضى القادمين للعلاج إلى:

-المريض العضوي *Organic*: ويكون مصابا 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 علما أنه غير مصاب بالذهان.

-المريض السيكوسوماتي *Psycho somatique*: مرض عضوي يتعلق 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 والتعود 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 مضراً. (ميموني، 2005، ص - ص155-157).

3-العلاج النفسي

وفيه يتم التركيز على سبب المرض من خلال تناول النواحي 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، ص478) 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 الإشراف التي تعتمد على مبادئ التعلم والتدريب، كما هو الحال في العلاج السلوكي (*Behaviour therapy*) والعلاج السلوكي المعرفي. (الزباد، 2000، ص504)
- 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 ذاتيا 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. (العيسوي، 2000، ص168)

- 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. (شقيز، 2002، ص35) ويمكن اعتماد طرق علاجية نفسية أخرى مثل:

- العلاج المتمركز حول العميل: لتخفيف حدة الردود الدفاعية وتقوية الاستبصار.

- الأسلوب التمريضي الوقائي *Anaclitic Therapy*: لتزويد المريض بالاحتياجات التي حرم منها سابقا.

- العلاج باللعب والترويح عن النفس. (ياسين، 1988، ص136)

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 التفرغي 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، ص152)

وما يلاحظ على أساليب العلاج هو ضرورة التكامل فيها بين العلاج النفسي والعلاج الطبي لتحقيق شفاء المصابين بها، هذا فضلا 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 أسسه 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 وتتبنى إمكانية تعلم الاستجابة السيكوسوماتية عن طريق عمليتي الاشتراط والتعزيز، أما النظرية المعرفية تركز على العمليات المعرفية واختلالها الذي يؤثر في الناحية الفيزيولوجية للجسم مما يؤدي للتجسيد.

ويبدو أن الاتجاه التكاملي المعتمد ديناميكية العلاقة بين الواقع الخارجي بعوامله البيئة 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 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.

وهناك شروط حددها المختصون للحكم على مدى سيكوسوماتية الاضطراب العضوي الذي له خصائصه ومميزاته عن باقي الاضطرابات، ومن هنا كان الخوض في تصنيفها والوقوف على مدى ارتباطها بالضغوط الحياتية وبقية العوامل الانفعالية، ومن ثم وضع المحكات والأدوات التشخيصية، وعرض مختلف الطرق العلاجية المركزة على التكامل بين العلاجين النفسي والدوائي، والتي بتنوعها 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 النابلسي (1991): الصدمة النفسية: علم نفس الحروب والكوارث، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.

4- أحمد النابلسي، مارتى بيار، ستورا بنجمان (1992): مبادئ البسيكوسوماتيك وتصنيفاته، ط1، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر.

5- أحمد عزت راجح (1973): أصول علم النفس، ط9، المكتب المصري الحديث، الإسكندرية، مصر.

6- أحمد عكاشة (1976): علم النفس الفيزيولوجي، دار المعارف، القاهرة.

7- أحمد عكاشة (1985): علم النفس الفيزيولوجي، ط2، دار المعارف، القاهرة.

8- أحمد محمد عبد الخالق (1998): الصدمة النفسية، مطبوعات جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي، الكويت.

9- باظة أمال عبد السميع (1998): الاضطراب السيكوسوماتي حالة خاصة من حالات ضعف الإدراك، مجلة الثقافة النفسية.

- 10- بدرة معتصم ميموني(2005): الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 11- تفاحة جمال السيد مصطفى (1996): الأمراض السيكوسوماتية - 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 الأحمد(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 السيکوسوماتية، السويس، مصر.
- 22- سامي عبد القوي (1995): علم النفس الفيزيولوجي، ط2، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- 23- سامي علي (2004): الأمراض الجلدية وعلاقتها بالأمراض النفسية لدى مجموعة من أطباء الجلد والأطباء النفسانيين، ترجمة: دولي 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 النهضة العربية، القاهرة.
- 27- شقير زينب محمود (2002): الأمراض السيکوسوماتية (النفس - جسمية)، المجلد الأول، ط1، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

- 28- شقير زينب محمود (2005): الشخصية السوية والمضطربة، ط3، 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 الأسدي: 2014/11/10 www.alnoor.se/article.asp
- 32- عايذة شكري حسن (2001): ضغوط الحياة والتوافق الزواجي والشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيکوسوماتية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس، القاهرة.
- 33- عبد الرحمان بن أحمد بن محمد بن هيجان (1998): ضغوط العمل وكيفية إدارتها، معهد الأدلة العامة، الرياض، السعودية.
- 34- عبد الرحمن العيسوي (1996): الأمراض السيکوسوماتية مع دراسة ميدانية على الشباب العربي، ومقياس السيکوسوماتية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 35- عبد الرحمن العيسوي (2000): الاضطرابات النفسجسمية، موسوعة علم النفس الحديث، المجلد السادس، ط1، 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 (280)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- 40- عبد الفتاح محمد الدويدار (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 الحفني (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 بمدينة 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- غالي 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- فخري الدباغ (1983): أصول الطب النفسي، ط 3، دار الطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- 54- الفرحاتي السيد محمود(2005): سيكولوجية العجز المتعلم، المركز القومي لامتحانات والتقويم التربوي، المنصورة، مصر.

- 55-** فيصل محمد خير الزراد (1984): الأمراض العصبية والذهانية والاضطرابات السلوكية، ط 1، 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، ط 1، 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 تعريب 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، ط1، 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، ط1، 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،

<http://www.echoroukonline.com/ara/articles/185199.html> 17/11/2013

71- محمد حمدي الحجار (2004): العلاج البسيكوسوماتي 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 شحاتة ربيع(2004): التراث النفسي عند العلماء المسلمين، ط4، دار العربي، القاهرة، مصر.
- 74-** محمد علي شبيب(1982): السلوك الإنساني في التنظيم، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- 75-** محمد محمود بني يونس(2008): الأسس الفسيولوجية للسلوك، ط1، 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 السيكوسوماتية، المجلد الثاني دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
- 78-** محمود عبد الرحمن مرحبا، محمد أحمد النابلسي(1999): ابن سينا مؤسس البسيكوسوماتيك، مجلة الثقافة النفسية، المجلد2، العدد7، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
- 79-** مصطفى فهمي(1967): علم النفس الإكلينيكي، مكتبة مصر، القاهرة، مصر.
- 80-** نعيم داود (1991): مصادر ضغط العمل التي يتعرض لها العاملون في المصارف 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 النفسجسمية، دار البازوري، 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.

- 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 to infectious 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 agressions de la vie quotidienne*, Volume II, Doin éditeurs, Paris
- 5- Con Stough, Donald H. Saklofske & James D.A. Parker (2009): *Assessing Emotional Intelligence: Theory, Research & 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 Humaine: 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; Sarchielli, 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.*

