الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أكلي محند أولحاج
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université Akli Mohand Oulhadj –Bouira-
Tasdawit Akli Muhend Ulhag –Tubirett
Faculté des Sciences Sociales et Humaines

تخصص: علم النفس العيادي
فرع: علوم إجتماعية

عنوان المذكرة:

الميكانيزمات الدفاعية الناجعة لصد الجسدنة (السرطان)

مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر في علم النفس

إعـــــــداد الطالبة:
- بن سالم حسينة

اشراف الاستاذ:
أ/د مكيري كريم

السنة الجامعية: 2022/2021

شكر وعرفان

أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من ساهم من قريب أو من بعيد في مساعدتي لانجاز هده المذكرة وعلى رأسهم الأستاذ المشرف الدكتور **كريم مكيري** الذي أكن له كل الاحترام والتقدير.

كل أساتذتي الأعزاء الذين اثروا مشواري العلمي على مدار الخمس سنوات الماضية شكرا لكم جميعا تشرفت بكم كونكم أساتذتي الأعزاء دون استثناء.

الطالبة : بن سالم حسينة

الاهداء

اهدي هذا العمل المتواضع إلى الوالدين أطال الله في عمرهما و أدام اللهم عليهما الصحة و العافية.

إلى إخواني وأخواتي وأتمنى تهم جميعا حياة ملؤها السعادة و الرقي و الازدهار.

إلى بناتي الغاليات أتمنى لكن مستقبل زاهر و حافل بالنجاحات أتمنى من الله إن يوفقكن في مسيرتكن العلمية انتن اعز ما املك في هذه الدنيا

سيلينا صندرا روميساء

إلى روح زوجي رحمه الله و اسكنه فسيح الجنان

اللهم انفعنا بهذا العلم وساعدنا لمساعدة الناس به.

فهـــــرس الـــدراســـــــة

	المحتـــويـــــات	
	شكر و عرفان	
	الأهـــــداف	
	مقــدمـــــــة	ا
	الفصـــل التمهيـــدي	
	إشكاليـــة الدراســة	**1**
	الفرضيـــات	**2**
	أهمية الدراسة	**3**
	تحديد المفاهيم	**4**
	الدراســـات السابقة	**5**
	الفصـــــل الأول	
	الميكانزمات الدفاعية	**14**
	تمهيد	**14**
	أولا الجهـــاز النفسيـــي	
01	تعريف الجهاز النفسي	**14**
02	مكونات الجهاز النفسي	**14**
03	مراحل تكون الجهاز النفسي	**23**
	ثـــانيـا الميكانزمات الدفاعـية	
01	تعريف الميكانزمات الدفاعيـة	**37**
02	تصنيف الميكانزمات الدفاعيـة	**38**
03	خصائص الميكانزمات الدفاعية	**39**
04	وظائف الميكانزمات الدفاعيـة	**41**
05	أهداف الميكانزمات الدفاعيـــة	**42**
06	أنواع الميكانزمات الدفاعيـــة	**42**
07	النظريات المفسرة للميكانزمات الدفاعية	**52**
08	الدفاع النفسي وسيرورته	**57**
09	الخلاصة	**59**
	الفصـــــل الثـــاني	
	الاضطرابات السيكوسوماتية	
	تمهيد	**61**
01	نبذة تاريخية عن نشاة الاضطرابات السيكوسوماتية	**61**
02	تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية	**63**

03	تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية	65
04	أسباب ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية	68
05	خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية	72
06	النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية	73
07	نشأة وتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية	85
08	الأمراض السيكوسوماتية من وجهة نظر التحليل النفسي	91
09	نماذج من الاضطرابات السيكوسوماتية	97
10	أهم المدارس السيكوسوماتية الحالية	113
11	علاج الاضطرابات السيكوسوماتية	127
	الخلاصـــــة	130
	الفصـــــل الثـــالث	
	الاطار المنهجي للدراسة	
	تمهيد	135
1	تذ كير بفرضيات الدراسة	136
1-1	الفرضية العامة للدراسة	136
2	المنهج المتبع في الدراسة	136
3	الدراسة الاستطلاعية	137
ا	الاطار المكاني	138
ب	الاطار الزماني	138
ج	الحدود البشرية	138
4	عينة البحث	138
1-4	شروط انتقاء عينة البحث	139
2-4	مكان انتقاء عينة البحث	139
3-4	كيفية انتقاء عينة البحث	139

5	أدوات البحث	**139**
1-5	اختبار تفهم الموضوع	**139**
2-5	نبذة تارخية عن رائز تفهم الموضوع	**140**
3-5	تعريف اختبار تفهم الموضوع	**141**
6	مادة الاختبار	**141**
1-6	الهد ف من تطبيق اختبار تفهم الموضوع	**148**
7	طريقة اجراء الاختبار	**149**
1-7	تعليمة اختبار تفهم الموضوع	**149**
2-7	الوقت	**149**
3-7	طريقة اخذ المعلومات	**149**
4-7	تدخلات الفاحص	**149**
8	شبكة الفرز و التنقيط	**150**
1-8	تحليل النتائج	**151**
2-8	المقروئية	**152**
3-8	تحديد الإشكالية	**152**
9	صعوبة البحث	**152**
	الخاتمة	
	قائمة المراجع	
	قائمة الملاحق	

قد يتعرض الفرد اثناء مسار حياته لتأثيرات عديدة سواءا من الخارج، من بيئته التي ينمو فيها ويتفاعل معها كما يتعرض أيضا لعوامل ذاتية خارجية ناتجة عن ذاته وصعوبة التوافق معها فنجده يسير وفق ثنائية فطرية متزامنة فيما بينها وهذه الميزة حباه الله تعالى بها منذ ولادته، فهناك نمو يقابله الوهن، وحزن يلازمه الفرح، وقوة يصاحبها الضعف ونجاح يواكب الفشل وهكذا.....

كل ثنائية تأخذ مكانتها ضمن احداثيتي الزمان والمكان اللتان تستوجب الظهور فيها، بحيث تتأرجح في هاتين الثنائيتين في حياة الفرد وفق مسار مستمر نزولا وصعودا أثر تجاذب ازلي سباق نحو الزوال وعدم الخلود دون أدنى رعاية لحالة الفرد وشعوره ومستقبله.

اما علم النفس حدد لنا هاتين الثنائيتين هيكلا مقرب لناالمعنى التفسير لها وعبر عنهما بغريزتي **(الموت والحياة)** وهما في سباق ازلي مستحوذتان على حياة الانسان.

يرى باحثوا علم النفس ان هاتين الآخرتين ذات مسار متوازي لا يلتقيان ابدا وتحظيان بروح قتالية في محاولة التغلب والسيطرة في كل مراحل حياة الفرد لهما سمتي الهدم والبناء، التأثير والتأثر،الى ان تتربع غريزة الموت على الريادة وتفوز في النهاية وتحسم كل الأمور لصالحها مسببة بذلك انطفاء الفرد.

من خلال هذا البحث حاولنا ابراز مهمة وعمل الميكانيزمات الدفاعية الفاعلة للتصدي للجسدنة والظفر بالنجاة امام الامراض النفسجسدية مع الاستعانة ببعض الأمثلة من الواقع كحالات الشفاء التام من بعض الأورام الخبيثة لدى عينة من المرضى وذلك بعد معاناة شديدة من هذا المرض الخبيث ووفاة الأغلبية منهم بنفس التشخيص، بعد الحصول واتباع كل البروتوكولات العلاجية الممكنة دون جدوى ومنه تبادر الى الذهن سؤال محير وهو كيف ينجو بعض الافراد من هذا المرض الخبيث بالرغم من انه مرض فتاك وقاتل. وفي هذا البحث حاولنا الإجابة عن هذا السؤال كما بحثنا أيضا عن إمكانية وجود ميكانيزمات دفاعية ناجعة امام الجسدنة وبالأخص مرض السرطان. ومن هنا فان هذا البحث يتكون من محورين اساسين هما القسم النظري والقسم التطبيقي.

القسم النظري يتكون من فصلين الأول والثاني.

-الفصل الأول تناولنا فيه بالتفصيل الميكانيزمات الدفاعية وقبل المرور اليها، مراحل تطور الجهاز النفسي في ظل الموقعيتين الأولى والثانية والدينامية والاقتصادية حسب فرويد بعدها عرجنا نحو الميكانيزمات الدفاعية، نشأتها ومفهومها، تصنيفها، خصائها، أنواعها وكذا النظريات المفسرة لها، سلبياتها وايجابياتها و سيرورة دفاعات الانا و التوضيف النفسي انهينا بالخلاصة وخاتمة هذا الفصل.

–الفصل الثاني من الجانب النظري تناولنا فيه البحث في الميدان السيكوسوماتي ابتداءا بالتعريف للأمراض السيكوسوماتية والجسدنة، لنشأتها، ظهورها، أنواع المرض السيكوسوماتية، اهم مدارسها وروادها والعلاج النفسي والطبي للأمراض النفسجسدية واهم النظريات المفسرة لهذه الاضطرابات وكذا السياقات الدفاعية النفسية وبلوغ العقلة والاقتصاد السيكوسوماتي.

اما الجانب التطبيقي تضمن الدراسة الاستطلاعية ،الالاطار الزماني و المكانيثم منهج البحث و ادواته كما تطرقنا الى الصعوبات التي واجهتنا لانجاز هذه الدراسة و اختتمنا بخاتمة الدراسة.

الفصل التمهيدي

1- إشكالية الدراسة: لقد أثار فضولي البحث عن التو ضيف النفسي لدى عينة و فئة من المرضى الذين كانوا ضحايا لبعض الاضطرابات السيكوسوماتية و بالأخص بعض مرضى السرطان الذين قاوموا هذه الأورام الخبيثة بكل صرامة و شدة و قوة نفسية لا مثيل لها و بروح مرحة ملؤها التفاؤل و العزم و الإرادة فبعضهم تماثل للشفاء و البعض الاخرعاشوا طيلة مرحلة المرض دون آلام نفسية ولا عضوية جسدية مقارنة بعينة أخرى لها نفس التشخيص و نفس العلاج بمجرد إخبارهم بالإصابة بهذا المرض انهارت قواهم فيستسلموا للوهلة الأولى و بمجرد سماع كلمة مرض السرطان يتبادر إلى الأذهان الضعف و انكسار الذات توقع الاسوا, الحكم المسبق .فهذه الفئة قد تموت نفسيا قبل أن تموت جسديا تبن لي بين هذا و ذاك أن هناك حلقة مفرغة مفقودة و من خلال هذا البحث أود الوصول إلى اجا بات مقنعة تروي فضولي هذا من جهة و من جهة أخرى نرى في مؤسساتنا الاستشفائية إهمال الطب الجانب النفسي للمريض بحيث ركز فقط على الجانب العلاجي الدوائي الذي لا يقدم الحل الأمثل للشفاء . La Chimiothérapie–العلاج الكيميائي

. La radiothérapie–العلاج الإشعاعي النووي

.La curiethérapie–

.Hormonothérapie–العلاج الهرموني

.La Chirurgie Oncologique–جراحة الأورام

.Cariothérapie–العلاج بالحرارة والبرودة الفائقة . وهذا ما لاحظته كشاهدة عيان اثناء حياتي العملية في مصلحة طب الأورام بالمستشفى الجامعي عبد الحميد ابن باديس قسنطينة.

أما الجانب النفسي للفرد يكون تحت وطأة صدمة نفسية اثر الحدث الصدمي المتمثل في إخبار المريض بالإصابة بمرض السرطان فيعيش المريض صدمة نفسية حقيقية متزامنة مع اخذ أدوية كيميائية ذات تركيز عالي لقتل الخلايا السرطانية فيتعرض الفرد لهجوم نفسي و هجوم جسدي في آن واحد فيعجز كل العجز و تتشتت كل قدراته **(باربارا انديرسون،جامعة أوهايو اميريكا، السرطان والصدمة النفسية، 2002، ترجمة مروان عبد الله ذياب ،صفحة 88، 2006)**

هذا قد يسبب للفرد دوامة من السلبية وانكسار الذات والخوف من المصير الجهول و بذلك يكون عرضة للقلق والكآبة والحزن والاكتئاب والضعف و الوهن.

لكن هل فكر الطب يوما في إعطاء الجانب النفسي حقه من العلاج النفسي الفعال للمصابين بالأمراض السيكوسوماتية عامة و مرض السرطان خاصة .للأسف الطب لم يولي أي اهتمام للعلاج النفسي الذي قد

يعطي دفعا جديدا لهذه الرحلة العلاجية الطويلة والشاقة لأنه يجب ترميم الأنا ببعض الحصص العلاجية قبل البدء بأي خطوة علاجية أخرى .

يجب الحرص على إعطاء جرعات أمل للمريض من اجل الاستعداد للمقاومة و المواجهة بنفس قوية و متينة

إعطاء الوقت للانا لاستجماع قواها و تهيئتها لخوض غمار المعركة فمن الصعب الدفاع بانا محطم عاجز عن ترتيب ساحته.

علينا مساعدة الأنا للتعافي و استرجاع الجانب النفسي توازنه ليساهم في الدفاع عن الأخطار المحدقة بالجسد فيحق لنا بذلك طرح الإشكالية التالية

هل هناك ميكانزمات دفاعية قوية قادرة على التصدي لأخطار الجسدنة؟

وهذا ما نسعى للبحث فيه عسانا نتوصل للحل الأمثل.

2-الفرضيات:

2-1) الفرضية الأساسية :هناك ميكانزمات دفاعية قوية قادرة على التصدي للجسدنة.

3-أسباب ودواعي اختيار الموضوع:

لقد تعددت البحوث في الصحة النفسية منذ القرن التاسع عشر واستخلصت في القرن العشرين الى نسبة تقدر ب 40 الى 60بالمئة من الامراض السيكوسوماتية لدى شعوب العالم، كما ذكر الطب الصناعي ان هناك نسبة عالية من العمال تعود اضطراباتهم إلى أعراض نفسجسمية ،ونتيجة الضغوطات النفسية التي يعيشها الافراد في الوقت الراهن ،ولعدم توافق الفرد مع البيئة المحيطة به.

ان المعاناة التي يعيشها الفرد يوميا والتي تحمله (Baron.j 1980)وبينت الدراسات التي قام بها ضغوطات نفسية مختلفة تفوق قدرته وطاقته، مما يؤدي بالفرد إلى ممارسة سلوكات غير صحية ،كشرب الخمر او التدخين، الشراهة، الاكل غير صحي ،اخذ المنومات وغيرها من مسببات الأمراض الخطيرة.النفسجسدية كضغط الدم، الربو، القولون العصبي، الصدفية، وغيرها من الامراض.

لقد ركز الكثير من الباحثين ان التوتر والقلق والضغط النفسي أصبح جزءا لا يتجزأ من الحياة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للفرد، الشيء الذي جعله وسط مواقف ضاغطة تزيده توترا واضطرابا وذلك ما يجعله فريسة سهلة للأمراض السيكوسوماتية. كما ان مرض السرطان أصبح كابوسا مخيفا ومرعبا للإنسان

المعاصر، تكمن خطورته في سرعة انتشاره فهو يغزو الشرائح وكل الاعمار في ظل الغياب الناجح للدواء النافع، يفتك بالفرد على مرأى عجز علوم الطب والصيدلة. قد يكون العلاج النفسي ان رافق العلاج الدوائي الطبي في حالات الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية سندا ناجحا.

4-اهداف الدراسة:

- تهدف هذه الدراسة للكشف عن المكانز مات الدفاعية التي تحمي الفرد من أخطار الجسدنة .
- التعرف على إمكانية دمج العلاج النفسي و العلاج الطبي الدوائي للتخفيف من أخطار الجسدنة أو التخفيف منها
- تطبيق بعض الاختبارات الاسقاطية و بعض تقنيات جمع المعلومات التي تقي من أخطار الاضطرابات السيكوسوماتية و قد تنبئ بالآليات الدفاعية الناجعة لصد أخطارها.

5- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة فيما يلي:

- الكشف عن بعض الحيل الدفاعية التي تقف في وجه الاخطار السيكوسوماتية.
- تصحيح المعتقد الخاطئ لدى الأشخاص عامة والأطباء خاصة ان الاضطرابات السيكوسوماتية تخضع لعلاج طبي محض بل العلاج النفسي يساهم بالقسط الاوفر لتحسين حالة المريض.
- أهمية العلاج النفسي للمرضى المصابين بالاضطرابات النفسجسدية.

6-تحديد مفاهيم الدراسة

أولا:الميكانزمات الدفاعية.

-**التعريف اللغوي:**هي وسائل مخصصة للحماية.

-**التعريف الاصطلاحي:**يعرفها فرويد بانها مجموعة من الآليات اللاشعورية التي تسخرها الأنا من اجل حماية الشخصية من القلق و في حالة الإفراط في استعمالها يؤدي ذالك إلى تفاقم القلق و الضعف المتزايد للانا مما يجعل الشخصية معرضة لاضطرابات نفسية و جسمية مختلفة .**(سامر رضوان، 2009، ص237).**

التعريف الإجرائي:هي تلك السياقات الدفاعية التي يستخدمها الأنا لحماية توازن الجهاز النفسي و التي نستخلصها من خلال تطبيق اختبار تفهم الموضوع.

ثانيا:الاضطرابات السيكو سوماتية.

نظرا لدراستنا التي تناولت السرطان كاضطراب سيكوسوماتي يجدر بنا تعريف السرطان و منه:

تعريف السرطان لغويا:من وجهة نظر الطب هو مرض خبيث يسبب تلف للخلايا كما يتفشى في الأنسجة المجاورة لها يسبب المعاناة و الوهن و قد ينتهي بالموت.**(**معجم **المعاني الجامع، عربي عربي ،2006 ص195).**

تعريف السرطان اصطلاحا:هو مرض عضوي خبيث ينطوي تحت مصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية تتكاثر فيه الخلايا بطريقة عشوائية و تكون ذات انويه عملاقة مكتظة الكروماتين(المادة الصبغية)،كما تكون بها وتيرة الانقسامات الخلوية متسارعة بحيث يصعب التحكم فيها و السيطرة عليها،تهدد الأنسجة المجاورة في غياب العلاج أو عدم توافقه مع طبيعة الورم.

Larousse Medical Gean Pierre Wainsten 2012 p 897.

في مدة وجيزة تكون هذه الخلايا السرطانية كتلة ورمية تسمى بالورم الأم أو الورم الاولي

Tumeur primitive،

كما تنتقل بعض الخلايا السرطانية عبر الدم و القنوات اللمفاوية إلى بعض أجهزة الجسم و تسمى بالنقائل الورمية Métastase.

نستطيع التعرف على العمر الزمني للسرطان حسب قانون .TNM

تعريف السرطان إجرائيا: هو مرض يخضع تشخيصه لعدة اختبارات فسيولوجية كالبحث عن العوامل أو التصوير الطبي الإشعاعي كأجهزة تناذر الذبذبات Facteurs Tumoraux الورمية في الدم . Anapath والتشريح الباطولوجي للخلايا الورمية IRM, TDMالمغناطيسي

و نستخلص ذلك من التاريخ المرضي المدون في الملفات الطبية لمرضى السرطان المتواجدين بالمستشفى.

7-الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة القاعدة المرجعية الممهدة لاستنباط بعض الفروض والمعلومات القيمة التي تخدم الأبحاث العلمية وتدعمها من خلال معطيات تجريبية وبحثية وعلمية ودراسية، فهي تساعد على تحديد واختيار مشكلات البحث وتشكل مصدر قوي وثري وغني بالمراجع التي تساهم ولو بجزء ضئيل لإرساء أركان ودعائم البحث العلمي.

تتسم الدراسات السابقة في مجال الشفاء والتعافي من مرض السرطان والمتغيرات النابعة لذلك بالشح والفقر وذلك نتيجة حداثة الموضوع والأبحاث التي هي قيد الدراسات وبذلك فكان البحث عن الدراسات السابقة بحثا شاقا يتميز بقلة الدراسات التي تخدم البحث ومن أهمها:

1-دراسة تربط بين الصحة النفسية والتعافي من السرطان:

دراسة أمريكية كندية تشير إلى أهمية توازي العلاج النفسي مجاورة مع العلاج الطبي بكل اشكاله في مرحلة مبكرة من علاج مرض السرطان.

كشف فريق بحثي أمريكي كندي لوجود صلة مباشرة ما بين الصحة النفسية والقدرة على المعافاة من مرض السرطان وذلك بحقن أسراب من الخلايا الالكترونية (الربوتات الثانوية) لتدمير خلايا السرطان وهذه الدراسة هي دراسة قيد البحث وترأس هذا الفريق البحثي البروفيسور الأمريكي **زاكري كلايسن** بمركز محاربة السرطان بجورجيا لعينة من مرض سرطان المسالك البولية وخلصت التجربة الى وجود علاقة وطيدة بين فشل علاج السرطان والرضا وسوء الحالة النفسية وذلك Zakri Klayson

مابين الصلابة النفسية المتمثلة في قوى الدفاعات المستعملة والشفاء الجزئي أو التام من السرطان وفقا لموقع (ميديكال لايف ساينس) وكانت عينة الدراسة متمثلة من 1000حالة توزعت عينات الدراسة كما هي:

-571 لم يتلقوا رعاية نفسية.

-236 تلقوا رعاية نفسية.

-193 تم ايداعهم المستشفى لتلقي العلاج النفسي المكثف لأنهم كانوا يمتلكون تاريخا من الاضطرابات النفسية كما كانت لديهم احتمالية الموت بسبب هذه الاضطرابات النفسية أكثر من السرطان.

بعد ثمانية اشهر من العلاج خلصت الدراسة إلى مايلي:

*المرضى الذين لم يتلقوا العلاج النفسي كانت لديهم فرص ضئيلة في النجاة من المرض وكانوا ضحية المعاناة والآلام.

*أما المرضى الذين بدؤوا العلاج النفسي والعلاج الطبي بالموازاة كانت لديهم فرص النجاة من المرض كبيرة جدا وكانت حياتهم مليئة بالأمل والتفاؤل.

* أما أفراد العينة الثالثة كان انتشر بها المرض بشكل كبير جدا.

2-دراسة الدكتورة باربرة اندرسون: (أستاذة علم النفس وباحثة بجامعة اوهايو الامريكية):

هذه الدراسة هدفها نجاعة الإسعاف النفسي أثناء الإصابة بمرض السرطان تمت الدراسة على مجموعة من النساء المصابات بسرطان الثدي بمختلف الأعمار وقسمت إلى فئتين كل فئة تضم 40 مريضة.

المجموعة الأولى تلقت علاج نفسي بينما المجموعة الثانية تم التعامل معها بشكل عادي، إثناء العلاج الطبي خلصت الدراسة الى إن المريضات المسعفات نفسيا كانت أفضل حال بسبب انخفاض هرمون الانفعال بنسبة 25 بالمائة عن المجموعة الأخرى وذلك ما اثر بالإيجاب في الجهاز المناعي الذي كان قريبا من السواء الشيء الذي ساهم في زيادة مقاومة الجسم للمرض كما اتسمت نساء هذه المجموعة بالدافعية وتقبل المرض والعزم على مزاولة العلاج والتفاؤل بالنتائج والأمل.

أما العينة الثانية اتسمت بالإحباط والضجر والانعزال والاكتئاب وفقد الأمل وهناك البعض منهم توقفوا عن إتمام العلاج وذكر الباحث ثلاث حالات أقدمن على الانتحار .**(ترجمة عن مروان عبد الله ذياب 2006)**.

: Diane et All 3-دراسة 1990

توصل مجموعة من الباحثين بألمانيا إلى أن المرأة المصابة بأورام الثدي تواجه بعد عملية الجراحة لاستئصال الثدي تغيرات رئيسية في حياتها النفسية وخاصة الإحساس بالمرح والسعادة الذي يكاد يكون منعدم ثم تبدأ تشكل مشاعر أخرى كالحزن، الاكتئاب، قلق الموت.. بينما مجموعة من النساء لديهن نفس التشخيص (أورام الثدي) أسعفن بالمرافقة النفسية وحصص من الإرشاد النفسي قبل وبعد العلاج كان لديهن الشعور بالمقاومة والرضا والتفاؤل والأمل كما ارتفع لديهن الوازع الديني والثقة في الله والقوة والدافعية ونشا لديهن الشعور بحب وتقدير الذات وذكرت الدراسة إن هذه الفئة كانت تتميز بمستوى تعليمي جيد.

أما الفئة الأولى كانت نسبة 25-30بالمئة ممن اجرين عملية بتر الثدي واجهن مشاكل نفسية عويصة خاصة في غياب العلاج والإسعاف النفسي أثناء مرحلة البتر خاصة وفقدانهن عضو من الأعضاء الشبيقية لديهن بحيث عانين من حالات الإجهاد واضطراب الكرب مابعد الصدمة. **(هناء احمد الشويخ 2007)**.

: Jelber 1996 4-دراسة جلبر

هدفت هذه الدراسة إلى اثر تدني الحالة النفسية وقوتها النفسية لدى مجموعة من النساء المصابات بسرطانات مختلفة أثناء المراحل الابتدائية، تمثلت عينة الدراسة من 40 امرأة تتراوح الأعمار مابين (25-40)سنة مصابة بسرطان (الثدي والرحم).

انقسمت العينة إلى مجموعتين كل واحدة منهن تحتوي 20مريضة المجموعة الأولى تلقت الدعم النفسي والعائلي والاجتماعي مع الحضور لحصص نفسية إرشادية فردية وجماعية. أما العينة الثانية تابعت العلاج الطبي فقط وتمت المقابلة الأولى للفئتين في سنة 1984 وبعد ثماني سنوات (1992).

ثم إعادة مقابلة العينتين من جديد وعرض نتائج الدراسة:

*المجموعة التي لم تدعم بالعلاج النفسي وفاة 8 نساء وتسعة نساء لديهن نقائل ورمية مختلفة وشفاء ثلاث نساء وكن الأحدث سنا أما المجموعة الثانية والمدعومة بالعلاج النفسي شفاء 16 امرأة ومعاودة المرض لأربعة منهن من خلال نقائل ورمية وكن في حالات نفسية مزرية لوجود ماض نفسي لديهن (صدمات نفسية).

كما استعمل الباحثون لدى هذه العينات مقياس القلق بيك وقائمة مينيوستا متعدد الأوجه للشخصية ورائز تفهم الموضوع والروشاخ فكشفت النتائج عن وجود فروق مابين المجموعتين في المقاييس التالية (الاكتئاب–الانفعال–الانطواء الاجتماعي–الفصام–توهم المرض).

5–دراسة نبيلة باوية 2013:

هدفت هذه الدراسة إلى الدعم الاجتماعي وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى المصابات بسرطان الثدي عن طريق دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف بورقلة وكانت الفرضية الرئيسية هي معرفة العلاقة والدعم الاجتماعي والاحتراق النفسي لدى المصابات بالسرطان الثدي بدراسة الفروق الدلالية لدى كل متغير، كانت عينة الدراسة شاملة لثلاثون حالة تم اختيارهم بطريقة قصدية، اعتمدت الباحثة المنهج العيادي وتم تطبيق أداة لقياس الدعم الاجتماعي والأداة الثانية لقياس الاحتراق النفسي كما أن الباحثة ابتعدت عن كل علاج موازي للعلاج الجراحي الطبي للعينة فتوصلت نتائج الدراسة إلى أن النساء المصابات بالسرطان اظهرن ضغط نفسي فيما يتعلق بالعلاقات الشخصية والاجتماعية (الانطواء والعزلة، السلبية تجاه الذات وقلق وتوتر وأعراض جسدية أخرى ناتجة عن البتر وتشويه الذات والخوف من المستقبل وخاصة العازبات منهن).

6–دراسة خيرية عبد الله البكوش:

تهدف هذه الدراسة إلى إبراز العلاقة مابين الأمل والشعور والأمل والكشف عن وجود علاقة ارتباطيه بين الأمل لدى مرضى السرطان والشعور بالألم واستخدمت عينة دراسية متكونة من 36 مريض تتراوح أعمارهم

ما بين (28–80) سنة ذكور وإناث، اعتمدت الباحثة المنهج الوظيفي ألارتباطي لتفسير النتائج كما استخدمت الانحراف المعياري والتكراري للنسب ومعاملات برسون فتوصلت إلى النتائج التالية:

–عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث.

–وجود علاقة ارتباطيه عكسية مابين الأمل والشعور بالألم لدى مرضى السرطان مبرزة إن الشعور بالامل قد يضعف من بعض متاعب السرطان. **(خيرية عبد الله 2014)**.

7–دراسة هيلينا يامادا 2011:

دراسة هدفها العلاقة بين الدعم الاجتماعي والتفاؤل لدى عينة من مرضى سرطان الغدد اللمفاوية هدفت هذه الدراسة إلى الفهم الأفضل للعلاقة بين الدعم الاجتماعي والأمل والتفاؤل وتحسين الحياة لدى مرضى السرطان في فترة مرضية تكونت عينة الدراسة من 50 مريض من مرضى الغدد اللمفاوية منها (25ذكور– 25اناث) من أعمال مختلفة تتراوح مابين (28–65) سنة استعملت الباحثة المقابلات العيادية ومنهج دراسة حالة و تكونت أدوات الدراسة من مقياس التفاؤل (لكارفل) ومقياس الدعم الاجتماعي أعدته الباحثة بنفسها، فأسفرت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط بين المستوى التعليمي والشعور بالأمل كمحدد مفاجئ كما أوضحت الدراسة إن الذكور في هذا البحث يشعرون بمستوى عالي من التفاؤل والأمل وكشفت إن الإناث أكثر إحباط وتدني الحالة النفسية أما التوافق الزواجي في كلا الجنسين كان اكبر دعما للمصاب بمرض السرطان وذلك عن طريق الدفء العاطفي ومشاعر المساندة الصادقة. **(Héléna Yamada2011)**.

8–أما فرانسيس كيفين قام بدراسة هدفها الأمل وعلاقته المعانات النفسية وارتباطها بمؤشرات متعددة لتتكيف مع مرض السرطان المزمن، واجري دراسة على عينة ذات انتقاء قصدي لمرضى سرطان الرئة وتكونت أدوات الدراسة من مقياس ميول الأمل للكبار ومقياس التعب ومقياس خاص بسرطان الرئة ومقياس بيك للاكتئاب ومنه أفرزت النتائج على إن الأمل يرتبط عكسيا مع أمراض سرطان الرئة بمعنى إن وجود الأمل يحمي الفرد من أعراض سرطان الرئة لدى المصاب (كالسعال– الألم–التعب–الاكتئاب) كما توصلت

الدراسة أيضا إلى إن الأمل يمكن أن يؤدي إلى التكيف مع مساعدة المريض للتغلب على هذه الأعراض والتأقلم للبقاء على قيد الحياة لمدة أصول.

التعقيب على الدراسات السابقة:

كما ذكرنا سابقا هذه الدراسات امتازت بالقلة والشح ولم تتطرق إلى كل معطيات الحالة النفسية لكنها أشارت في مجملها على ضرورة العلاجات النفسية وموازاتها للعلاج الطبي في مكافحة السرطان.

أبرزت أيضا هذه الدراسات دور المساندة النفسية للمرضى أثناء مرحلة العلاج والعلاقة بين الضغوطات النفسية وانتشار المرض كل هذه الدراسات هدفها واحد ومفادها أن الجانب النفسي له الدور المحوري في رحلة العلاج ومصارعة السرطان.

إن حظي المريض بالمساندة النفسية والاجتماعية والأسرية، هذا يؤثر عليه إيجابيا في مسار علاجه أما إذا اتسم الجانب النفسي بالسلبية والعزلة والانطواء والإحباط وفقدان الأمل في الشفاء وذلك يعود على المريض بعواقب وخيمة ومن هنا نستخلص أهم النتائج والمعلومات التي أفضت لها هذه الدراسات.

ا-**من حيث الهدف:** هدفت جل الدراسات إلى الجانب النفسي والمساندة النفسية للمريض من الاسرة والمجتمع وتأثيرها سلبا أو إيجابا على نتائج العلاج الطبي لدى المريض وتنوه تلك العلاقة مابين الطبيب والمريض التي يجب أن تتسم بالشعور المتبادل للثقة والوضوح والشفافية والتعافي وعدم التواني في خدمة المريض والأخذ بيده لتحقيق النجاة.

- وجود علاقة مابين المساندة الاجتماعية والأمل والتفاؤل وحب الذات.

-تأثير الأمل والصلابة النفسية على جودة الحياة و مريض السرطان.

- الوقوف على السلبية الكارثية التي يعاني منها مرضى السرطان وعواقبها الوخيمة على المسار العلاجي.

- التنوه أيضا بالدور الجبار الذي على المعالج النفسي أن يلعبه في إعطاء جرعات الأمل والقوة النفسية، والثبات أمام هذا المريض الخطير.

دون أن ننسى الوازع الديني الذي يساهم بربط العلاج الطبي والعلاج النفسي وحسن الثقة بالله لقوله تعالى(فإذا مرضت فهو يشفيني).صدق الله العظيم

ب-<u>من حيث العينة</u>: استعمل الباحثون عينات مختلفة من ذكور وإناث كذلك تخصصت بعض العينات كدراسات حول سرطان الثدي لدى النساء فقط وتفرغت لتشمل المتزوجات والعازبات. شملت العينات مختلف الأعمار لدى الراشدين فقط لم تتطرق الدراسات إلى السرطان لدى الأطفال والمراهقين. من حيث الموضوع. جل الدراسات تناولت موضوع السرطان وعلاقته بالجانب النفسي لدى المريض. وهدفت الدراسات كلها إلى إبراز أهمية الجانب النفسي وأثره على مرض السرطان,

الفصل الاول

الفصل الأول

الميكانزمات الدفاعية :

تمهيد

اولا : الجهاز النفسي

1)- تعريف الجهاز النفسي.

2)- مكونات الجهاز النفسي.

3)- مراحل تكوين الجهاز النفسي.

ثانيا : الميكانزمات الدفاعية

1)- تعريف الميكانزمات الدفاعية

2)- تصنيف الميكانزمات الدفاعية

3)- خصائص الميكانزمات الدفاعية

4)- وظائف الميكانزمات الدفاعية

5)- اهداف الميكانزمات الدفاعية

6)- انواع الميكانزمات الدفاعية

7)- نماذج من الميكانزمات الدفاعية

8)_النظريات المفسرة للميكانزمات الدفاعية

الخلاصة

الميكانزمات الدفاعية

تمهيد

نتناول في هذا الفصل الميكانزمات الدفاعية التي يستخدمها الانا للتصدي للصراعات التي تغزو الجهاز النفسي محاولة منها تهديد استقراره وزلزلة كيانه وامنه , قد تلجأ الانا الى بعض الحيل الدفاعية التي تساعده على خفض التوتر والقلق وذالك من اجل حفظ توازنه وتحقيق التوافق الذاتي , ومن خلال هذه المقاومة يدافع الفرد عن وجوده وديمومته والتكيف مع محيطه والبيئة الخارجية ففي هذا الفصل نحاول التعريف بالجهاز النفسي ومكوناته من وجهة نظر الموقعيتين الاولى والثانية **لفرويد** وكيفية عمله مع ابراز مفهومي الصراع والقلق الناتجين عن تأزم حالة الانا امام الضغوطات البيئية ومفهوم الدفاع الناتج للتصدي لهذه الضغوطات وبالتالي حفظ الذات وتوازن الجهاز النفسي كما نتطرق الى بعض الحيل الدفاعية ومجالات توظيفها والنظريات المفسرة لها ونختتم بملخص كحويصلة لكل ما ذكرناه

اولا الجهاز النفسي

L'appareil psychique

1)تعريف الجهاز النفسي:

كما ذكرنا انفا لقد سمحت عبقرية الطبيب النمساوي **سيكموند فرويد** بابتكار جهاز نفسي لدى الانسان وذلك قصد التحرر من الافكار والمعتقدات السائدة لدى عامة الناس كون ان الاضطرابات النفسية هي ضرب من الجنون والسحر والشعوذة , واستخدم فرويد هذا المصطلح للاشارة الى بنية نفسية قادرة على نقل وتعديل الطاقة كما ان لها خصائص ووظائف مميزة تختلف فيما بينها وتتفاعل لاداء الوظائف النفسية لدى الفرد على اكمل وجه وفرض حالة التوازن النفسي كما تهدف للحفاض على مستويات الاثارة التي يجب ان تكون منخفضة قدر الامكان .

-اعطى فرويد الشكل الهرمي لهذا الجهاز وجعله متكون من قاعدة وذروة وقسمه الى 3 اجزاء رئيسية تعمل في انسجام وانتظام ففي حالة توافق فيما بينها تؤدي الى السواء وفي حالة الاختلال تؤدي الى اللاسواء .

ويتكون الجهاز النفسي حسب فرويد وفق الموقعيتين الاولى والثانية الى مايلي :

- الموقعية الاولى تتكون من اللاشعور ماقبل الشعور والشعور.
- الموقعية الثانية تتكون من الهو الانا والانا الأعلى.

2)مكونات الجهاز النفسي:

بدا فرويد ابحاثه منذ 1900 والتي من خلالها حاول فهم سلوك الفرد والنفس البشرية انطلاقا من دراسة الشخصية، فتبين له ان السلوك يخضع لقوى داخلية لاشعورية متصلا تواصلا وثيقا بتاريخ حياة الفرد، خاصة الطفولة المبكرة،بحيث اثناء هذه الفترة تكون افعال الفرد وسلوكاته تتحرك وفق سيرورات شعورية وغير شعورية ذالك ماوضحه في الموقعية الاولى . بعد ذالك استكمل فرويد نظرية الموقعية الثانية التي ضمنها مكونات الجهاز النفسي وكيفية تعامل الانظمة فيما بينها من خلال كتاب(**الخطوط العريضة لعلم النفس)** فجعل الجهاز النفسي متكون من ثلاث أنظمة، لكل واحد منها خصائص ووظائف واداءات ومميزات تعمل لتحقيق التوازن النفسي لحياة الفرد .

أ)نظرية الموقعية الاولى :

La premiere topique

يقصد فرويد بالموقعية الاولى ان الجهاز النفسي متكون من ثلاث انظمة تعمل وفق نظام خاص متميزة فيما بينها، تختلف في التكوين وكيفية الارتباط ،اما من ناحية العمل الادائي قد تتجاذب وتتصارع من خلال المدخلات والمخرجات التي تؤثر على الجهاز ككل. كما تحكمه مجموعة من القوى تسودها حركات متعددة مختلفة التي تمثل الوجهات التالية :

- وجهة نظر دينامية تعني الحركية السائدة في الجهاز النفسي .
- وجهة نظر اقتصادية تعني اقتصاد الطاقة .
- وجهة نظر موقعية يشير الى الترتيب المكاني لطبيعة كل النشاطات النفسية.بحيث يقول **بارجوري** "الموقعية تشير الى الترتيب المكاني فكل مكان له طبيعته ونشاطه المختلف " .

(p42، 1982،Bergeret and all)

لقد ادرج فرويد من خلال الموقعية الاولى التكوينات الثلاثة (اللاشعور ماقبل الشعور الشعور) انطلق من خلال اعماله حول الهستيريا والتي استعان فيها بصديقه **بروير**، وكان في بادئ الامر يحاول ربط الجهاز النفسي بالفيزيولوجيا كونه طبيبا للاعصاب والجهاز العصبي، لكن سرعان ماعدل عن ذالك كون علم النفس لا يمكنه الخضوع للتجربة والبحث التشريحي واهتم فقط بالتنظير .

ولاول مرة وضع فرويد مخطط للتنظيم النفسي في كتابه (تفسير الاحلام سنة 1900) في الباب السابع وبين محتويات الموقعية الاولى يقول **فيصل عباس** (من خلال هذه النظرية تم وضع مفهوم اولي للجهاز النفسي

حيث قسمه فرويد الى اللاشعور بمعنى اللاوعي وماقبل الشعور بمعنى ماقبل الوعي والشعور بمعنى الوعي) . (**فيصل عباس، 2003، ص 14**).

***اللاشعور :L'inconscient**

هو الجزء المظلم من الجهاز النفسي وهو اكثر بدائية يقال عنه انه خزان نزوي ومقر للرغبات الممنوعة والتصورات الغير عقلانية يحتوي على رواسب ماضية مكبوتة وممنوعة من الظهور تتحرك فيه الطاقة بصورة حرة عن طريق التكثيف والازاحة خاضع لمبدأ اللذة واشباع الرغبات والدوافع الجنسية والعدوانية لا يعترف بمبدأ الواقع لايخضع لاحداثيتي الزمان والمكان ولا للسببية تسيطر عليه السياقات الاولية طبيعة الطاقة به دائمة الحركة محاولة للتفريغ لاكنها تقابل بحاجز صادم وهو نظام ماقبل الشعور تستمر حركة الرغبات الحاحها للخروج ولايتم ذالك الى بعد ايجاد تسوية او خضوعها للتهذيب او التشويه وقد تنفذ من الرقابة عن طريق الاحلام او زلات اللسان بهذا الشأن يقول **المليجي**(الجانب اللاشعوري يظل في عمل دائم ومستمر سواء في حالات النوم او اليقضة ولايعرف مضمونه بطريقة مباشرة بل بواسطة تأويل الترابطات الحرة والاحلام)

(الميليجي، 2000 ،ص 430).

كما تستطيع محتويات لاشعورية البروز بشكل جزئي عن طريق زلات القلم فلتات اللسان و الهوامات او عن طريق الاختبارات الاسقاطية لتفلت من الرقابة دون شعور الانا

يعرف **سامر رضوان** اللاشعور(هو عبارة عن بنية افتراضية تمت الاستعانة به للتعبير عن ذلك الجانب من الحياة النفسية الذي يصعب ادراكه عن طريق الخبرة المباشرة). **(سامر جميل رضوان 2007 ص 159).**

ومن بعض خصائص اللاشعور التأثير على الانا لخدمة نزواته الداخلية بالحاح شديد ويسعى جاهدا لاشباعها وتنفيذها دون مراعات القوانين السائدة في الجهاز النفسي كونه لايعترف بالواقع ولا بالعالم الخارجي ويتصل معه فقط عن طريق الشعور كما انه لايستطيع التعبير عن نفسه بشكل مباشر لانه يمثل تهديدا للذات فبذلك يتخذ الرمزية في التعبير عن طريق الاعراض المرضية كالاحلام والاليات الدفاعية (الابدال التقمص الاسقاط وغيرها من الاليات). اعتبر فرويد ان جميع الاحلام هي محاولات لاشباع الرغبات في هذا السياق يقول **الشنيطي** (يعتبر الحلم بموضوعاته واحداثه المرغوبة بحيث يجد الفرد فيها تخفيف بعض التوتر الذي يصادف كبت النزوة)

(محمد فتحي الشنيطي، 1971، ص 29)

***ماقبل الشعور : Le préconscient**

هو الحاجز المتواجد بين نظامي الشعور واللاشعور ويسميه البعض نظام الرقابة لم يحظى بالكثير من الاهتمام من طرف العلماء والباحثين، تحكمه العمليات الثانوية . هذه المنطقة لايزود بها الفرد عند الولادة ،انما تنمو مع نمو جهازه النفسي وهي منطقة غير نفوذة لاتسمح بمرور المكونات الا بعد المراجعة والفحص والتدقيق، ومن وظائفه سد الثغرات امام الاحداث اللاشعورية الملحة للمرور الى ساحة الشعور كما يعمل على كبح جماح الرغبات والغرائز والنزوات (يعمل نظام ماقبل الشعور على تنظيم الطاقة وذالك بتوظيفها حسب المنطق والواقع) . (**ابو زعيزع 2011 ص** 23).

ومن وظائفه ايضا الاحتفاض بالخبرات التي لايستعملها الشعور في اللحظة الراهنة والتي قد تعيق عمله بسبب التكديس والتكتل، وبهاذا فهو يساعد الشعور في ازاحة مايؤثر ويعيق وظيفته. كما ذكرنا فيما سبق ان نظام ماقبل الشعور هو الحاجز البيني الذي يفصل ساحة الشعور عن اللاشعور فان محتوياته قد تصبح لاشعورية عندما يتدخل القلق او عند حدوث كف للمعلومات من خلال تراكمها وتداخلها فيما بينها، والمثال على ذالك مايحدث للطلبة اثناء الامتحانات عندما تكون هناك درجة من القلق متزامنة مع الحفظ او عند التعلم دون تركيز فتحدث عملية كف للمعلومات ويصعب استدعائها .

يقول **سي موسي** (ان نظام ماقبل الشعور يمثل حجر زاوية في الجهاز النفسي واعتبره **بيار مارتي** العجلة المتحركة الرئيسية للتنظيم العقلي ودراسة ماقبل الشعور تقتضي التطرق الى ابعاده الثلاثة وهي –اتساع شبكة الطبقات المتكونة منها –سيولة التصورات بين هذه الطبقات –ديمومة النشاط النفسي في كل وقت). **(سي موسي زقار، 2002، ص 13).**

Le conscient:الشعور

يعرفه سامر رضوان على انه عبارة عن نشاط نفسي يتضمن الاحساس بوجود شيئ ما والاقتناع بوجوده , وهو العملية التي يتم من خلالها تفسير الاشياء واعطائها معنى. **(سامر رضوان، مرجع سابق، 157)**

ويصفه فرويد عن طريق سي موسي (هو ذلك الجزء من النفس الذي يهتم بالعمليات النفسية الثانوية التي نشعر ونحس بها وندركها , يحكمه مبدا التفكير المنطقي والواقع له وظيفته ادراك المحسوسات الداخلية اليه من العالم الداخلي والخارجي معا وحسبه أي(فرويد) يمثل هذا النظام استقبال المعلومات القادمة من البيئة الخارجية , كما يدرك الاحاسيس والاخطار المهددة من عالم اللاشعور) يدرك حالات التوتر النزوي وتفريغ الاثارة على شكل صفات مزعجة او سارة (**سي موسي زقار مرجع سابق ص 15**).

ومن كل هذا فالانا هو مسرح للعمليات الشعورية من خلال علاقته الدائمة بالواقع الخارجي اما دوره فهو يكمن في منع الاثار الذكروية للموضوع الاول منبع الرضى على حساب الادراك الواضح للموضوع . كما

يمنع شعور الخلط الذي يمكن ان يحدث هلاوس بالنسبة للموضوع الذكروي مع الواقع وبذلك يحدث له كف وتفريغ للطاقة .

ان الشعور يعد عملية معقدة من عمليات النفس، فالفرد يتعرض للتعامل لكم ضخم من المعلومات التي تصادفه كل حين ولحظة، وبذلك فطبيعة عمل الشعور هي اليقظة والاستعداد لفرز هذه المعلومات، والاحتفاظ بما ينفع النفس وما يحقق توازنها والدفع بالباقي الى حاجز ما بين الشعور لاستعادتها حين حاجتها، وهكذا تترجم الدوافع الداخلية في شكل حاجات ومشاعر وعواطف ومستلزمات , فتوجه الى الهدف ليتم اشباعها او اعادة توجيهها فيما بعد وذلك بركنها في ماقبل الوعي من اجل السير الحسن للعمليات النفسية المختلفة التي تحكمها عدة قوانين اهمها:

*الزمن بواسطته تتم عملية تسلسل الماضي الحاضر والمستقبل

*المنطق والعقل فهذا النظام يسير وفق مبدا المنطق والعقل يقول **سامر رضوان** "ان اي مخالفة لهذه القوانين سوف تؤدي الى ظهور اختلالات في العمليات النفسية وذلك سبب في ظهور اضطرابات في المستوى الشعوري "(**سامر رضوان ،مرجع سابق ص 159**).

:اما فيما يخص اضطرابات الشعور فهي نوعان هما

النوع الاول **ارتفاع صفاء الشعور** والتي تسببها تعاطي بعض العقاقير والمنبات المسببة للنشوة كالمخدرات وشرب الخمر

والنوع الثاني هو **انخفاض صفاء الشعور** الذي يظهر في حالات الاغماء , النعاس, الذهول

(سامر رضوان، مرجع سابق ،ص 160)

وقد توجد بعض حالات اضطراب الشعور نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر **(الوعي الحلمي)** وهي حالة نشوة الشعور تلاحظ عند بعض الذهانات داخلية وخارجية المنشأ ،وبعض حالات تضييق الشعور وذلك مايحدث اثناء التنويم المغناطيسي فالمحل يعمل على تضييق شعور المفحوص لاتباع مجرى محدد للتفكير ايضا الهلاوس والاوهام لدى الفصاميين او حالات تخدير المرضى المصابين ببعض اورام الدماغ.

ب-نظرية الموقعية الثانية: La deuxième topique

ظهرت بوادرها ابتدءا من سنة 1923من خلال مقال فرويد ما فوق مبدا اللذة (Ou delà du principe du plaisir)والحاجة لظهور هذا المقال هو توطيد نظرية التحليل النفسي وجعلها اكثر تقرب من النفس البشرية بحيث اسس فرويد جهازا نفسيا يتكون من ثلاثة اجزاء وهي **(الهو_الانا _انا اعلى)** مبرزا مهامها ووظائفها وعلاقاتها فيما بينها حركيتها والتاثير والتاثر السائد فيما بينها (جاءت

هذه النظرية في الدراسات اللاحقة لفرويد ابتداءا من سنة 1920 بعد نظرية الموقعية الاولى بفترة في مقال (مافوق مبدا اللذة) ثم في مقال اخر (الانا والهو) سنة 1923 اين ميز بين ثلاث انظمة بني عليها الجهاز النفسي وهي **(هو_انا _انا اعلى)** **(فيصل عباس ،2003، ص18)**.

LE ça:أ- الهو

هو مصدر وخزان للطاقة الغريزية ذات طبيعة لاشعورية يحكمها مبدا اللذة واشباع الرغبات المكبوتة والدوافع الفطرية يمثل كل ماهو موروث وكل مايظهر عند الميلاد سماها فرويد(**الهو الصبيانية اللاخلاقية**) كونها تسعى للاشباع بأي وسيلة وبأي اسلوب, فهي تعمل جاهدة لتحقيق اللذة وتفادي الالم , كما تعمل الهو دون مراعات القوانين البيئية والاجتماعية وذلك بالضغط على الانا لاشباع الرغبات التي قد تهدد الجهاز النفسي كون هذه الرغبات في شكلها النزوي لا يمكن تحقيقها وقد تشكل خطر على الفرد وتهدد كيانه النفسي .

_ يعرف **Jean la plache et jean .B pontalis** الهو في معجم التحليل النفسي

كونه (القطب النزوي للشخصية , يحتوي على نزوات لاواعية وراثية وفطرية في جزء منها اما الجزء الاخر قد يكون مكتسب . هذه الدافع الفطرية تمثل الطاقة الاساسية للسلوك الذي تدفعه لحركية الاشباع وهما غريزتي الجنسية والعدوان .

(Laplanche et pontalis 2002 p 570)

كما يمثل الهو مستودع طاقة من وجهة نظر اقتصادية بحيث يدخل في صراع مع الانا والانا الاعلى اللذان اشتقا منه من حيث التكوين لكن ارتقا بعد ذلك بالرضوخ لمبدا الواقع والعمليات الثانوية اما خبرات الهو فهي ذاتية بدائية تمثل الواقع الحقيقي لشخصية الفرد , فالهو لايؤمن بالواقع ولايسير وفقه يحكمه مبدا اللذة والعمليات الاولية وتكون فيه حركية الطاقة (ليبدية حرة) .

اما من حيث الوظيفة يقوم يقوم الهو بكبت الرغبات بطريقة لا شعورية في اعماق النفس كونها لا تتفق مع التعاليم الاجتماعية والدينية والاخلاقية وبالتالي فهو يعبر عنها تارة لاخرى بطريقة مختلفة **(كالاحلام _زلات اللسان_التبرير_الاسقاط وغيرها)** **(محمد فهمي 1955 ص 145)**.

ويضيف النابلسي ان الوظيفة الاساسية للهو ،هو اطلاق كمية كبيرة من الاثارة على شكل طاقة عن طريق مثير داخلي أوخارجي , وهذه الوظيفة ترضى المبدا البدائي لديه الذي يسميه فرويد مبدا اللذة، ويهدف الهو من خلاله لاشباع الرغبات وحدوث اللذة في حالة ما ان احتدم القلق والتوتر على الفرد تأخذ هذه الاثارات صورة الالم ومنه يجب ان تتدخل الانا لحل هذا النزاع كون ان الهو لايعترف بهذا المبدا .**(محمد فتحي الشنيطي، 1971، ص 24)**.

الهو لايتغير بتغير الزمن ومراحل النمو فهو ينتقل من موضوع لاخر حسب الطاقة المتواجدة فيه لكن في بعض الاحيان قد يحظى بتنظيم من طرف الانا .

الانا: Le moi :

هو الجانب الذي له اتصال بالعالم الخارجي والهو والانا الاعلى , فهو بمثابة همزة وصل بينهما يتكون من القشرة الخارجية للهو يعمل على التوفيق مابين مطالب الهو الغريزية ومابين محددات الواقع الخارجي , فهو يوفر الطمأنينة والسلامة للفرد وواقعه النفسي من خلال مبدأ الواقع .

الانا نظام بيني يتواصل مع قوتين عظيمتين ومهددتين هما اخطار العالم الخارجي من جهة و متتطلبات الهو اللاعقلانية من جهة اخرى وفي هذا السياق يقول **النابلسي** (هذه القوى اذا كانت لاتستطيع ان تدمر الانا وتقضي عليه ،قد تستطيع احداث سوء تنظيمه بحيث يتحول الانا الى جزء من الهو، كما ان هذه القوى من شأنها ان تحدث اخطارا خارجية مدمرة للانا) **(محمد احمد النابلسي ، ،1988ص81).**

فمهمة الانا هي حفظ الذات و يعمل على تخزين خبراته الخارجية في الذاكرة كما يعتبر الانا ذات الفرد وذلك في اكثر حالاتها اعتدالا بين متطلبات الهو النزوية وسلطة الانا الاعلى المتجبرة ومن الاقوال المأُثورة لفرويد **(الانا مرغمة على خدمة ثلاث اسياد)** هي الهو , الانا الاعلى والواقع . هكذا يحاول الانا الموازنة بين المتطلبات النزوية والغير الواقعية للهو، والقوانين الصارمة للانا الأعلى، وذلك بهدف تحقيق الحل الامثل والتوازن بين هاذين القطبين المتصارعين في الجهاز النفسي. فهو يقوم بتلبية بعض مطالب الهو المعقولة الغير متعارضة مع الواقع، اما اذا كانت غير ذلك ،فهو يؤجل اشباعها لحين تهذيبها وتليينها، كما ان اذا كانت لا تساير الواقع قد يقوم بقمعها وسجنها في اللاشعور.

يشعر الانا بالالم اذا ارتفعت شدة القلق، ويشعر باللذة اذا انخفضت , يظهر القلق عند الانا عند حدوث شدة التوتر كما يعتبر الانا الجانب الدفاعي للشخصية ويتضمن نشاطه بعض العمليات العقلية كالذاكرة والتعلم, الحكم , الاحساس ,الادراك التنبؤ وغيرها و يستطيع ان يتعرف على التهديدات الاتية من الهو ويكتشف الخبرات اللاشعورية الخطيرة ويعرقلها وذلك بسحبه منها مدد الطاقة النفسية وتسمى بالشحنة المضادة لطاقة التهديد النفسي اللهو .

يشمل الانا الغرائز المتعلقة بحفظ الذات، وبذلك يتعلم الفرد مكونات بيئته وكيفية التعامل معها والسلوكات التي تساعده للتكيف معها وتجنب الالم العقاب والتوتر.

بقول **احمد النابلسي** بان **(انا فرويد)**تطرقت الى هذا الموضوع بكل وضوح عن تهديدات الهو و مواجهة الانا لها بحيث تقول الباحثة :(تستمر الدوافع الغريزية في تتبع اهدافها بطاقة غريزية هائلة، فتقوم بشن هجمات عدائية على الانا قصد تمرير رغبات ممنوعة ومكبوتة، ذات الحاح شديد والاطاحة بالانا، فيقوم هذا الاخير بهجمة مضادة ضد الهو بحيث يكون هدفه تعطيل الغرائز بشكل دائم او مؤقت مستعينا بالاجراءات الدفاعية اللازمة والمناسبة لحماية حدوده وحماية التوازن النفسي). **(احمد النابلسي ،1988، ص 55)**.

ج_الانا الاعلى : Le surmoi

Oedipeاستدخل فرويد هذا المصطلح ابتداءا من سنة 1915 واعتبره وريث عقدة اوديب

وهو قسم من اقسام الشخصية، كما يهتم بالمعايير الاخلاقية الدينية والاجتماعية، ويسمى في بعض الاحيان الضمير الأخلاقي. له خاصية نقد الذات وتانيب الضمير ومشاعر الذنب يعمل على تسطير الاهداف والطموحات و عندما يتصف بالعلو المبالغ يسمى بالانا الاعلى المثالي

ا ن الانا الاعلى مثله مثل الانا ينحدران من الهو قد يحتفض ببعض السيرورات البدائية للهو الا انه يتدارك ذلك من خلال الوظائف الثلاثة الاتية :

_الملاحظة الذاتية للواقع .

–وظيفة الوعي الاخلاقي والرقابة.

_وظيفة الامتنان لمشاعر الذنب والتانيب .

اما معجم التحليل النفسي عن طريق ، J laplanche et pontalis يعتبر الانا الاعلى

احد ركائز الشخصية ويقولان نقلا عن فرويد (الانا الاعلى تقليديا وريث لعقدة اوديب اذ يتشكل من استدخال المتطلبات والنواهي الوالدية، فهو يتميز بلوم نفسه ولوم الانا اذا ما فشل في اداء وظائفه، فهذه الانظمة المتفاعلة فيما بينها والمؤثرة على بعضها البعض ذات حركية وديناميةً، تجعلها مستنفذة لكمية الطاقة النفسية ومن خلال فرويد فعمل الجهاز النفسي يكون كما يلي :

1_ الانا هو ذلك النظام الذي يمثل الشعور ويشرف على الحركات الارادية يهتم بحفظ التوازن عن طريق غريزة حفظ الذات ومن وظائفه ايضا اعتراض نزوات الهو ورغباته المسببة للقلق والصراع .

2_الهو هو ذلك الخزان النزوي الذي يحتوي على كل ماهو موروث وغريزي ومكبوتات ،يكتسحه غموض هائل، وهو مسرح للعمليات الأولية، يحكمه مبدا اللذة و يخشى الالم لذلك تجده يحاول اشباع نزواته و غرائزه بالحاح .

3_الانا الاعلى يعبر عنه بعض العلماء بالرقيب كونه يمثل الرقابة الوالدية والقانون والواقع

اعتبر فرويد في محاضراته التي القاها مابين عامين1913 1931ان الموقعية الاولى التي ضمت الشعور وماقبل الشعوروالاشعور في تسلسل تنازلي وهي عبارة عن ثلاث صفات اما الموقعية الثانية التي تضمنت الهو الانا والانا الاعلى فهي عبارة عن ثلاث وجهات **(محمد احمد النابلسي، 1988،ص 93)**.

ومنه فالعلاقة القائمة مابين الموقعتين يظهر كليا في العمل الوسيطي للانا على شكل اشباع كل متطلبات الهو والانا الاعلى والواقع ،من خلال احداث تسوية فيما بينهم ,كون ان الصفات النفسية قد تكون شعورية او قبل شعورية او لاشعورية بحيث ان هذه الاخيرة تعمل حسب السياقات الاولية والانا كونه منحدر من اللاشعور فنلاحظ بعض التسويات للدوافع بصورة لاشعورية, ولهذا قد تجد هناك في الحياة اليومية تعامل مبدا اللذة مع مبدا الواقع

_وجهة النظر الاقتصادية :Point de vue économique ذكر ذلك لابلانش وبونتاليس في معجم مصطلحات التحليل النفسي بحيث ان فرويد اطلق مصطلح النظرة الاقتصادية على كل مايتصل بالنظرية القائلة (كل العمليات النفسية تتمثل في سيرورة توزيع الطاقة المتحكم فيها وهي طاقة نزوية قابلة للزيادة والنقصان والتعديل). **(Laplanche et pontalis 2002 p 87)**

ومنه فهذه الوجهة تدرس انتشار الطاقة النزوية في كل الانظمة النفسية وكيفية توزيعها عبر التصورات النفسية والوجدانات المتصلة بها كذا امتدادها وقابلية نقصانها وزيادتها وجهة حركيتها وتدرس ايضا شدتها ومنه يمكننا معرفة قيمة هذه الطاقة واشكالها قد تكون طاقة حرة او مرتبطة في تسيير الوظائف النفسية فهذه الوجهة تعبر عن شروط وقوانين الذي تخضع لها نشاة هذه الطاقة وتوزيعها وكيفية استهلاكها

***وجهة نظر الدينامكية Poit de vue dynamique:**

تعني وجهة نظر دينامكية دراسة الظواهر النفسية باعتبارها نتاجا للصراع ولتركيبة القوى ذات المنشا النزوي التي تمارس نوعا معينا من الاندفاعية.

(Laplonche et pontalis،2002،48 p)

بحيث يبرز الصراع في العمل النفسي مابين المطلب والاستجابة والرغبة والدفاع والالحاح و الحرمان , مابين مبدا الواقع ومبدا اللذة.

يحتدم الصراع مابين التصورات الشعورية والتصورات اللاشعورية .

الديناميكية بالنسبة للتحليل النفسي هي التفاعل مابين القوى والدوافع المختلفة في الانسان وما ينتج عن ذلك من تاثير في السلوك. و يرى التحليل النفسي ان سلوك الفرد في اي وقت من الاوقات يكون مدفوعا بدوافع معينة وتكون هذه الدوافع في الاغلب لاشعورية اي الناحية الدينامكية تعني دراسة الدوافع الغريزية والقوى الدافعة لها .

(سيقموند فرويد، ترجمة عثمان نجاني 1982، ص 27).

والقيمة الصراعية المتواجدة مابين الموقعتين والبارزة للعيان في حياتنا اليومية تبرز لنا قيمة الثنائيات المتضادة والمتصارعة وذلك من خلال الجانب الديناميكي المكمل للجانب الاقتصادي بحيث نجد الوعي واللاوعي العمليات الاولية والعمليات الثانوية الطاقة الحرة والطاقة المرتبطة ومبدا اللذة ومبدا الواقع ونزوة الحياة تقابلها نزوة الموت و وهذه القطبيات الثنائية وكل مايسودها من مد و جزر، يجعل الجهاز النفسي متوازن وكل غياب او صفاء احدهما تسبب نوع من اللاتوازن النفسي .

3_مراحل تكون الجهاز النفسي :

اضافة الى ماقدمه لنا الطبيب النمساوي وعالم الاعصاب سيقموند فرويد من خلال الموقعية الاولى والثانية، هاهو يقدم لنا مراحل تكون الجهاز النفسي من خلال نظرية التطور النفسي الجنسي للفرد ،وذلك اعتمادا على وجود مناطق شبقية من الجسم والتي تكون مركز للاستثارات الجنسية، بحيث قسمها الى ثلاث مراحل أساسية : المرحلة الطفلية تتكون من ثلاث مراحل فرعية هي (المرحلة الفمية _المرحلة الشرجية _المرحلة القضيبية)بعدها يسود حياة الانسان سكون او تهدأة من حيث الاستثارات الاتية من الجسم فسماها بمرحلة الكمون ثم المرحلة التناسلية التي تسمى ايضا بمرحلة المراهقة في اغلبها تمثلها النشوة الجنسية بحيث تتمركز في مناطق مختلفة من جسم الطفل وتغير مكانها و استثارتها حسب المراحل العمرية التي يمر بها الفرد الى ان تستقر في الحياة الكاملة النمو والنضج الجسمي والعقلي والنفسي .

والقوى الجنسية اطلق عليها فرويد مصطلح الليبيدو، بحيث يصل عن طريقها الفرد للاشباع من خلال الاستثارات الجسمية، ومنه فكل افراط او اشباع زائد عن العادة قد يسبب اضطرابات في عمليات الانتقال من مرحلة الى أخرى، عبر عنها فرويد بالتثبيت وانتقال الفرد من مرحلة الى اخرى بسلام عن طريق اشباع غير مفرط يؤدي الى توازن في اركان ووظائف الجهاز النفسي.

أ-المرحلة الفمية: Stade oral

وهي اول مراحل النمو والتطور الليبيدي حسب فرويد تبدا من الولادة الى غاية 18 شهرا وحسبه المنطقة الشبقية هي الفم والشفتين، بحيث يكون ارتباط اللذة الجنسية باثارة الفم لاشباع حاجة الغذاء وذلك عن

طريق المص و الرضاعة ،وهدفها حفظ الذات والبقاء .كما ان هذه المرحلة تدفع مبدا الالم المنبثق من الجوع واستبداله بمبدا اللذة المحفز للشباع .ولقد حدد فرويد كل مرحلة باسم العضو الذي تتمحور حوله الغرائز وفي حدود السنة قد يزود الطفل بالاسنان وهو مايعرفها العلماء بالتهيج الفموي او التطور الفموي وذلك ما يصاحب المص من تذوق وعض، وهناك من العلماء من قسم هذه المرحلة الفمية الى مرحلتين وهما مرحلة فمية ومرحلة عظية لوجود الاسنان كون اللذة تنتقل من المص الى العض، وتعتبر هذه العملية تصريف التوتر من عملية التسنين والطفل كونه يعي مع الموضوع لخضات الحضور والغيابات وما يترتب عنه من قمع وعقاب يصبح الطفل ثنائي العاطفة فهو يستدخل مشاعر الحب والكراهية معا.

لقد قسم كارل ابراهم هذه المرحلة الى مرحلتين :

*مرحلة المص وهي مرحلة فمية مبكرة

*مرحلة العض وهي مرحلة فمية سادية كونها تحمل مشاعر العدوانية والحب معا.

وان لم يتم الاشباع الفمي كفاية في هذه المرحلة قد يطور الطفل عادات كمص الاصبع او مص الثوب وقظم الاظافر او التدخين فيما بعد.

2)_المرحلة الشرجية :LA PHASE ANAL

تنتقل الشهوة في هذه المرحلة الى الشرج من خلال لذة الاخراج و طرح الفضلات ومايجده الطفل من راحة نفسية ،كذلك لاول مرة يشبع الطفل لذته بنفسه دون وسيط، تبدا هذه المرحلة مابين الشهر الثامن عشر الى السنتين ونصف او اكثر، بحيث تكون الام ملازمة للطفل في تعليمه مبادئ الانضباط والنظام والنظافة. تهدف هذه المرحلةالمساندة للطفل الى ترسيخ عوامل التربية الجسدية الصحيحة، وضبط عملية الاخراج لديه، فلا تكون فضة معه ،حتى لايمسك الفضلات ويصاب بالامساك وما ينجر منها من اضطرابات في الجهاز الهضمي والامعاء خاصة والمستقيم والشرج، اما على الصعيد النفسي قد يتعلم الطفل في هذه المرحلة العناد , القبض او يصبح فضا غليظا او عدواني .

ان تعلم الطفل ضبط عملية الاخراج يعتبر انجازا حقيقي في حياته وهذا سيساعده على تعلم مبادئ الصحة النفسية والجسمية .

3)_المرحلة القضيبية :LA PHASE PALLIQUE

اجتمع الباحثون على ان بدايتها تكون ابتداءا من سن الثالثة من العمر وتعني بالضبط ان الطفل سيبدا في اكتشاف مناطق شبقية جديدة من جسمه، وهذه المناطق الشهوية هي اعضاؤه التناسلية الخاصة به ،فيلجا للعب والعبث بها فتتولد لديه لذة مغايرة لما كان يحس به من قبل وهذا عند الذكور اما الاناث فهذه المنطقة تبقى مجهولة لديهن.

ترتبط شهوة ملامسة الذكور لهذه المناطق الشبقية بالاستمنان والهوامات والتخيل والتي تتزامن مع ا لنشاط الشعوري الذاتي وهذه المرحلة تكون ممهدة لظهور عقدة اوديب

(le complexe d'oedipe).

بحيث تتولد لدى الطفل شحنة جنسية تتجه نحو الام واخرى معادية متجهة نحو الاب تظهر هذه العقدة مابين سن الثالثة والخامسة من العمر (سماها فرويد العلاقة الثلاثية (_ام _اب_ طفل) فتؤول هذه الرغبة الممنوعة في الام الى الكبت لكنها تبقى فعالة طول العمر و تظهر في اتجاه الجنس الى الجنس الاخر) **(فيصل عباس ،1996 ص 46).**

يميل الطفل الى امه ويحاول خطف مكانة الاب لديها فتتولد لديه مشاعر خوف شديدة بارزة **Angoisse de castration**في مخاوف جسمية وذلك يسمى (بقلق الخصاء)

ومرة اخرة تكبت مشاعر العدوانية نحو الاب من جهة ومن جهة اخرى يكبت الطفل شهوته الجنسية نحو الام ويهذبها بمشاعر رقيقة ودودة وهذا مايحول بين الفرد وبين تجنب زنا المحارم (تجاه الام) .

-اما البنت فهي تحول حبها نحو الاب الذي تراه رمز القوة والحماية كونها لاتمتلك عضوا ذكريا وتعتبر ذلك ضعفا واجحافا في حقها هنا تضعف شحنتها للحب اتجاه الام وتتولد لديها عقدة **الكترا** ولقد اطلق مصطلح عقدة اوديب على (الخصاء والكترا) فهذه العقدة لدى البنت لاتكبت وتعيش معها طول مراحل النمو وذلك مايشعرها بالنقص والضعف لكن تضمحل هذه العقدة عند الحمل الاول لديها يقول فيصل عباس في هذا الشان(هذا مايجعل اننا بنا جميعا الذكورة والانوثة وهو مبدا الازدواجية)

(فيصل عباس، 1996 ص 41.42).

4-مرحلة الكمون La phase latence:

تكون بدايتها حوالي سن السابعة وتستمر الى ماقبل المراهقة بحيث يبدا النشاط الجنسي في التوقف ،تاركا المجال لنشاطات اخرى كالنمو الفزيولوجي للجسم ففي هذه المرحلة الطفل يهتم بنشاطات اخرى تملأ حياته كالدراسة , الخلان , الانشطة الرياضية , تكوين علاقات جديدة , يودع الفرد في هذا العمر مرحلة الطفولة شيئا فشيئا ويبدا النشاط العقلي والتفكير في النمو , هنا تتسم شخصية الفرد بالاعلاء وتعلم الاخلاق

والمعاملات مع الاخرين , الانضباط اكثر وطاقته الجنسية تحول الى العلم والتمدرس والنشاكات الرياضية والاجتماعية . اما جانبه النفسي فنجده يستعمل بعض الميكانزمات الدفاعية ازاء مايصادفه من استثارات نفسية كالكبت والاعلاء اللذان يساعدانه على النسيان والتماهي للوالدين عوض اي استثمار جنسي او عدواني .

اهمل الباحثين هذه المرحلة ولم يكثر التحدث عنها لعدم وجود منصة شبقية محتاجة للاشباع وفي هذه المرحلة كل فرد ينتمي لجنسه

5)_مرحلة المراهقة :Phase d'adolescence

يسميها البعض المرحلة التناسلية تبدا من سن الرابع عشر او الثالث عشر من العمر ويقول بارجوري " ليست بفترة ولا مرحلة انما هي ازمة" **(بوزيدي سلمى، ،2009 ص 50)**

ففيها تحدث تغيرات فيزيولوجية عديدة اضافة الى تطور جنسي مكثف, انطلاقا من المرحلة الاوديبية يتوجه المراهق الى استثمار علاقات عاطفية نحو الخارج مما يجعله في صراع مع الوالدين بحيث يعتبر فرويد المراهقة هي احياء لعقدة اوديب وانعاشها تقول الاستاذة بوزيدي سلمى عن المراهقة "تاتي المراهقة بوظيفة منظمة ولها جانبين

_جانب خارجي يظهر من خلال الصراعات التي يعيشها المراهق في وسطه

_جانب داخلي وهو الاصل في كل هذه الصراعات، ويتمثل هذا الجانب في احياء عقدة اوديب واعادة تنظيمها ،من خلال صب الحب الى الجانب الخارجي كما تاخذ فيه العمليات النفسية صبغة جنسية وعودة ظهور المكبوتات وصعوبة مقاومتها. وكل هذا العمل النفسي الذي يعمل بالحاح و لكن امام كل هذه الصراعات المتداخلة يجب ان تكون مقاومة منظمة لترتيب الجهاز النفسي , فتظهر لدى المراهق دفاعات مثل :

Amplacement : _الاستبدال

Renevrcement de l'affect: _انقلاب العاطفة

وهو عبارة عن تحويل الحب الى كراهية وخطر الليبيدو في الذات.

ومراقبة نزوات الكبت وكذلك رفض الواقع و الانشطار **(بوزيدي سلمى، 2009، ص 55)**.

ولكن قبل البدئ في التطرق لمصطلح الميكانزمات الدفاعية يجب ان تعرج لمفهومي الصراع والقلق وهما الباب الحقيقي الذي ندخل من خلاله الى مفهوم الالية الدفاعية وتنظمها وعملها وبهما نتوصل الى المعنى والمدلول الحقيقي لما نصبوا لمعرفته في بحثنا.

أ)_الصراع النفسي :

يعتبر الصراع النفسي من العوامل الدينامكية لحركة الفرد، والصراع النفسي هو حالة يمر بها الفرد لاشباع غرائز ودوافع عديدة او احادية ذات الحاح شديد. قد يكون الالحاح لاشباع دافع على حساب الاخر ومنه ينطوي الصراع على الاحباط والقلق . قد يكون منشا الصراع اما شعوريا كليا او جزئيا او لاشعوريا . فالصراع النفسي هو حالة يشعر بها الفرد ازاء دافع ذو قوى متجاذبة، ومنه فالفرد يتذبذب بين النفور والانجذاب ،وكذلك وجود واقعتين متعارضتين ان حقق الاشباع في الاولى لحقته سلبيات الثانية فيبقى على حيرة من امره وهذه المفاضلة بينهما تسبب له العجز في اتخاذ القرار وهكذا، فالانا ملزم بتنصيب الية دفاعية قبل فوات الأوان.

***تعريف الصراع النفسي:**

هو نزاع قائم بين رغبات الفرد وغرائزه الاساسية وبين مبادئه ومثله الشخصية وهو حالة يتواجد بها الفرد عندما لا يستطيع اشباع رغبتين متضادتين **(الخالدي، 2006 ،ص51)**.

و قد تكون متطلبات غير قابلة للتوافق مع بعضها البعض مابين الهو والانا الاعلى والعالم الخارجي وقد تكون ايضا مابين دوافع الهو مع بعضها البعض(**سامر رضوان، 2007 ،ص222)**.

يقول فيصل عباس "الصراع لايكون بين قوى النفس وحدها، انما يكون ايضا بيننا وبين البيئة وقد يكون مايشكل في البيئة تهديدا للفرد، كذلك هنالك ايضا مايشبع غرائزنا ورغباتنا وفيها ما يسبب لنا القلق او اللذة ويسبب مخاوف وتوترات وبالتالي نشوء الصراع **(فيصل عباس، 1996،ص37)**.

ويعتبر التحليل النفسي الصراع عند تجابه او تضاد متطلبات داخلية واخرى خارجية لدى الشخص قد يكون الصراع صريحا بين رغبة ومطلب اخلاقي او بين شعورين متناقضين، وقد يظهر بشكل ملتوي في الصراع الصريح ويتجلى ذلك تكوين اعراض مرضية او اضطرابات سلوكية او اضطرابات في الطبع، كما يعتبر التحليل النفسي ان الصراع هو شرط اساسي لحياة الانسان من منظورات متعددة، وهي صراع بين الرغبة والدوافع ،صراع بين الانظمة والاركان، صراع بين النزوات والصراع الاوديبي. لا تتجابه الرغبات المتصارعة فيما بينها فقط انما تجابه بالتحريم ايضا **(حافري زهية غنية، 2016،ص33)**.

ب)_كيفية نشوء الصراع النفسي تتعارض اركان الجهاز النفسي حسب غريزتها وهدفها والعمل الذي تؤديه والاختلاف في السعي والهدف ،يولدان صراعا نفسيا وتوتر وقلق ,الم وشعوربالضيق الذي يهدد توازن الجهاز النفسي ككل. والصراع اذن تسببه رغبات ونزوات الهو الغير متوافقة مع المجتمع والاخلاق او عاطفة جامحة او رغبة جنسية ,ومنه يجب انتاج طاقة توجه الى نزوة حفظ الذات ان ارتبطت بحاجة او الى نزوة الجنسية ان كانت مرتبطة برغبة وهذه الطاقة تعمل على تحريض التوتر لدى الفرد منتظرة الاشباع غير ان ذلك مباح لعدة اسباب كاسباب واقعية لدى الانا او اسباب اخلاقية لدى الانا الاعلى وبهذا يحدث احتدام للصراع مسببا خلل في توازن الجهاز النفسي واذا لم يلعب الانا دور الوسيط وحماية الجهاز النفسي . لكي يستطيع الانا فعل ذلك يجب ان تتزود بشحنات طاقوية لصد شحنات الانا الاعلى والشحنات الانفعالية للهو وهذه المواجهة بين الشحنات هي تسمى **بالصراع النفسي** وكون رغبات الفرد متعددة ودائمة فان الانا دائم العمل والوظيفة وهنا نتوصل الى مقولة فرويد التي ذكرناها سابقا ان "**الانا مرغمة على خدمة ثلاثة اسياد**"اذن الانا عنصر فعال يشترك في جميع الصراعات، ومن هنا فانواع الصراع تكون كما يلي يقول حامد زهران ان الباحثون اشاروا الى ثلاثة انواع من الصراع وهي :

ا***صراع الاقدام الاحجام**

وهذا الصراع سببه دافعين متعارضين احدهما يدفعنا لعمل الشيئ والاخر يدفعنا لتجنبه.

***صراع الاقدام الاقدام :**

في هذا النوع قد تكون لدى الفرد رغبات او اكثر تتعارض احدهما مع الاخرى ويعني ارضاء احدى الرغبات على حساب الرغبات الاخرى وبهذا يقع الفرد في صراع وحيرة ايهما يختار وبايهما يضحي .

***صراع الاحجام الاحجام:**

يحدث للفرد صراع امام امرين منبوذين يوافقهما قلق خوف وتوتر وهذا النوع من الصراع يكون في حالات السلوكات الاجتماعية مثل قتل شخص لسلب نقوده من اجل ثراء وهذا ماينطبق عليه المثل العربي امرين احلاهما مر .

ج)_الصراع النفسي من وجهة نظر التحليل النفسي :

يحدث الصراع النفسي بين البحث عن اللذة والواقع ،الحب والكراهية ،السلبية والنشاط .و الفرد هو الكفيل الوحيد لحل هذه الصراعات فذلك ماشار اليه التحليل النفسي لوجود قوى محركة في اللاشعور وصراع ازلي قائم بين الهو والانا الأعلى، اما الانا فمهمتهه هو تنظيم هذا الصراع وتحقيق التوافق واتزان الجهاز النفسي

والمساهمة في التوفيق بين القوى المتصارعة وبين مطالب ومقتضيات العالم الخارجي عندما يصاب الشخص باضطرابات نفسية، قد ينجح الانا في تخفيض حدة الصراع بكبت الدوافع الغريزية ومنعها وارضاء الانا الاعلى ،الا ان فرويد يعتبر ذلك ضعف الانا كون رغبات الهو لا ترضى بالكبت وتبقى في حركيتها بحيث انها قد تظهر على شكل عرض عصابي، وتتمتع بحياة متمردة عن الانا في شكل افعال قهرية مثل ما يلاحظ الوسواس القهري امام نظام الانا فيصبح متغلبا عليه ازاء هذه التصرفات التي لا يجد لها الانا حل(**صبره محمد علي، 2004، ص 188**).

اما الانا القوي والذي يمثل الخبرة الخاصة هو الذي ينجح في التخلص من العوائق والقيود التي تمنعه من اداء عمله وذلك بالتوفيق مابين متطلبات الهو والانا الاعلى والواقع محاولا ايجاد تسوية مرضية لكل الاركان النفسية ولهذا يحضى بالتوافق النفسي الاجتماعي .

د)_ الصراع اللاشعوري :

اغلب الحالات الصراعية لدى الفرد تكون شعورية لكنها تحتوي في طبيعتها عناصر غير شعورية كانت سببا في استثارتها وتحريكها وتغذيتها، من خلال اسباب مجهولة لدى الفرد يتمثل الصراع اللاشعوري باشكال عديدة داخل البناء النفسي الوظيفي لشخصية الفرد كونه يلعب الدور الاساسي في ديناميكيتها، كما ان هناك صراعات لاشعورية المنشا تحتوي على شحنات انفعالية متضادة يذكر فرويد نوعين مهمين من الصراعات:

*صراع بين الهو والانا

*صراع بين الانا والانا الاعلى

قد يحتدم الصراع الى اشده ان انضم الانا الاعلى الى الهو لمؤازرته ضد الانا او انضمام الانا الاعلى الى صف الانا لقمع الهو وهذا ما يشكل الامر الحاسم في نمو الشخصية (**حافري زهية ،عن فرويد، ،2016ص35**).

ومن اجل تحقيق التوافق بين تنظيمات الجهاز النفسي فالانا قد يتحايل ويلجا لحلول جزئية او كلية انية او متاخرة للصراعات، وبذلك قد يلجا الى حيل دفاعية ويجب ان تتوفر هذه الاليات بشكل مكثف وفقر الدفاعات يعني العجز عن الحلول .

د_القلق:

اعطى علماء التحليل النفسي اهمية قصوى له وعلى راسهم فرويد , فاهتم بكيفية معالجة الانا للقلق وطريقة تفريغه , كما تطرقت لهذا المفهوم المدرسة السلوكية والمعرفية عرفه فرويد على انه (نوع من الانفعال المؤلم يكتسبه الفرد خلال المواقف التي يصادفها فهو يختلف عن بقية الانفعالات الاخرى , الغير سارة كالشعور

بالغضب الاحباط الغيرة لما يسببه من تغيرات جسمية داخلية يحس بها الفرد واخرى خارجية تظهر على ملامحه **(عن فرويد ،من طرف اديب الخالدي، 2002، ص 116)** . عرفه احمد عكاشة (القلق شعور غامض غير سار يتميز بالتوجس والخوف والتحقر والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاارادي الذي ياتي في نوبات متكررة في نفس الفرد وذلك مثل ضيق التنفس او الشعور بنبضات القلب او صداع **(احمد عكاشة ،1988،ص10)**.

كان فرويد اكثر علماء النفس استخداما لهذا المصطلح ويعتبره اشارة مكدرة لشخصية الفرد وتعكر صفوتها كما تضع نظرية التحليل النفسي ثلاث انواع من القلق وهي :

1)_القلق الموضوعي: يطلق عليه ايضا القلق الواقعي وهو اقرب انواع القلق للسواء ،يعمل هذا النوع من القلق لتهيئة الفرد لتجنب الخطر فهو يكون قريب من الخوف في محتواه ،لانه ذو اسباب واقعية ومعلومة المصدر، لذا فان الفرد يحاول تجنبه للحصول على راحة نفسية وطمانينته.

2)-القلق العصابي :

هو قلق داخلي لاشعوري غامض اسبابه مكبوتات لاشعورية غير مبررة، ذو شدة وعمق ،يختلف من شخص لاخر يتظاهر بارتباطه بمواضيع خارجية. ينشا من صراع قوتين متضادتين، كما ينتج بسبب عجز الانا على حل الصراع المنشوب بين الهو والانا الأعلى، وذلك بسبب محاولة صعود المكبوتات الغير عقلانية الى ساحة الشعور. هذا القلق ياتي لانذار الانا من الخطر المحدق به من اللاشعور وحثه على الاستعداد اللازم لصد هذه المكبوتات واعتراض طريقها بواسطة حيل دفاعية .

3)_القلق الخلقي او الاخلاقي :

ينشا داخل الفرد لايرتبط بالخارج وهو ليس صراعا بسبب الفرد وبيئته وعالمه الخارجي ،انما هو صراع داخلي لصورة الشعور بالذنب والتانيب على مستوى الانا، ناتج من احباط يطال الانا الاعلى بسبب ارتكاب الفرد لاعمال لاعقلانية مضادة للضمير الاخلاقي ،وغير متناسقة مع العادات الدينية والاجتماعية، يحتدم هذا الصراع عندما يكون الانا الاعلى اكثر انسجاما مع القيم والاخلاق الاجتماعية .

ج)_الدفاع: يعرفه لابلانش ويونتا ليس في معجم مصطلحات التحليل النفسي (هو ذلك النشاط الذي يمارسه الشخص ضد التصورات التي تقوم بتحريض الهوامات المزعجة).

(Laplonche et pontalis، 2002 ، 29)

ا ن الانا هو الركن النفسي الذي يسعى دوما الى ثبات الجهاز النفسي ككل ،فهو يعمل على تهيئة حيل دفاعية اكثر انتقائية يسند اليها مهام الدفاع من الاخطار النزوية والتصورات المتمثلة في هوامات وذكريات

مرتبطة بالنزوات والوضعيات التي تقلق الانا والمهددة لسلامة الجهاز النفسي، وتسبب بذلك انزعاج الانا ومنه فهذا الاخير يلجا من خلال مهمته الدفاعية الى افراز وتهيئة كوكبه من الحيل الدفاعية، بمقادير متفاوتة لسد الثغرات امام الحاح المكبوتات للخروج الى مسرح العمليات الشعورية ،ومن اهم الوظائف التي يقوم بها الجهاز النفسي :

_العمليات الارصانية التي تطال المثيرات والسيطرة عليها، وذلك بارصانها حتى لا تمثل تكدسا وتراكما الذي ينشأ منه التهديد فهذه العملية تعمل على تحويل كمية من الطاقة المتمثلة في العاطفة وتجريدها من حريتها وبذلك تتحول الطاقة الحرة التي ستستخدمها السياقات الاولية حسب مبدا اللذة الى طاقة مرتبطة تسير وفق العمليات الثانوية التي يحكمها مبدا الواقع، كما ترتبط التصورات فيما بينها وهي مهام ذات اهمية قصوى يقوم بها الانا للتخلص من تراكم وتكديس التصورات يقول الشاذلي عن بيار مارتي (ان عمل الجهاز النفسي يتمثل في العقلنة التي تعني السياقات التي يقوم بها الجهاز النفسي من سير وتحويل وارصان وتنظيم للاستثارات الاتية من العالم الخارجي والداخلي ويتم هذا العمل في شكل اسهامات عقلية ودفاعات عكس التصريف على مستوى السلوك والطبع بحكم انها اجهزة معدة للدفاع **(الشاذلي، 2017، ص 78)**.

5)_مبادئ واساليب التوظيف النفسي:

تقول الاستاذة شرادي نادية ان مصطلح التوظيف النفسي او السيرورة النفسية هو من المفاهيم المتداولة والمهمة في التحليل النفسي، وذلك يتمثل في المنهج الذي يسلكه الجهاز النفسي والمبادئ التي تسيره من اجل الحفاظ على توازنه الداخلي امام متطلبات الواقع، كما يعني مصطلح التوظيف النفسي الميكانزمات الدفاعية وعلاقتها بالموضوع والتي تسمح بالتعرف على ظواهر هذا التوظيف في الحالات الغير عادية كالصراع وما يصطحبه من قلق وانزعاج.

(فالسير النفسي هو تنظيم دينامي يخضع لقوانين معينة ومحددة تعمل على حماية الانا من كل الاخطار، التي يمكن ان تهدد وتضرب توازن الجهاز النفسي لضمان الانسجام والتوازن الداخلي اخذا بعين الاعتبار التفاعلات النفسية مع الواقع الاجتماعي والبيئة المحيطة **(شرادي نادية 2011،، ص 190)**.

***اساليب التوظيف النفسي:** هناك نوعين من العمليات وهما **العمليات الاولية** التي تنتمي الى حيز اللاشعور **والعمليات الثانوية** التي تنتمي الى حيز ماقبل الشعور، وهما مرتبطين بصفة وظيفية فيما بينهما وعن طريقهما نستطيع فهم سرورات العمل النفسي كما يتميز هاذين النوعين بالاهمية الكبرى في حياة الفرد.

1)_التوظيف النفسي حسب العمليات الأولية:

وهي عمليات نشطة على مستوى اللاشعور، منبعثة من الهو تحكمها مبدا اللذة ،تنفر من الالم والتوتر النفسي، تهدف دائما لاشباع الرغبات والنزوات الملحة دون انتظار. هذه العمليات يقودها الهو سعيا منه لبلوغ اللذة وتفريغ الطاقة الداخلية في حالتها الحرة ،دون مراعاة ادنى شروط الانا والاناالاعلى. في نفس السياق يقول لابلانش وبونتاليس 1967 (ان وجهة نظر الدينامية الاقتصادية في حالة العمليات الاولية تسير الطاقة فيها بكل حركية وتنتقل دون عقبات من تصور لاخر تبعا لاولويات الازاحة والتكثيف حيث يرتبط التصور بالعاطفة وبالتالي تصبح الشحنة مشوهة تنفلت من الانا لبلوغ الشعور).

(Laplanche et pintalis،1967، 341 p).

وعملية العبور هذه تتم حسب فرويد بواسطة الازاحة والتكثيف التي عبر عنها كما يلي:

_فيما يخص التكثيف هو تكوين العناصر المنفصلة في افكارنا اثناء اليقظة . اما الازاحة فهي سهولة انتقال هذه الطاقة النفسية فيما بين العناصر بحيث يستعمل التكثيف عدة تعابير للرغبة المكبوتة حتى يصل الى عدم التفات الانا اليه ولايتعرف عنها اما الازاحة تعمل على خداع الانا عن طريق استبدال موضوع باخر حين تصل الى المرور بامان امام الرقابة .

ب)التوظيف النفسي حسب العمليات الثانوية:

يكون ماقبل الشعور مسرحا لها وتتشكل بطريقة تدريجية مسايرة لنمو الفرد، كما تساعد الانا في عملية صد السياقات الاولية كما نعلم ان السياقات الاولية تعمل بالحاح للتحقيق الرغبات وفق مبدا اللذة من جهة، ومن جهة أخرى تقابلها السياقات الثانوية التي قد تسمح لما هو مقبول اجتماعيا لكن السياقات الثانوية قد تعمل وترضخ لما هو عقلاني من مضمون السياقات الأولية ان تعارض هذين السياقين فيما بينهما راجع الى التعارض المتلازم لمبدائي الواقع واللذة .

ويقصد بالعمليات الثانوية حسب لابلانش وبونتاليس استثمار اللذة لحد كبير والوصول الى درجة عليا من الانزعاج ومايقابله من عمل دفاعي مكثف وكامل. (وعلى العكس فاننا ندل على العمليات التي تجعلها ممكنة للاستثمار الكامل للانا دون سواه والتي تمثل تلطيفا للعمليات السابقة باعتبارها عمليات نفسية ثانوية).

(La planche et pontalis، 1967 ،p342_343).

ومن كل ماتطرقنا اليه فان الجهاز النفسي يقوم بتوفير الامن والسلامة للفرد، وذلك بخلق انسجامات مابين اركانه لفرض حالة من التوازن النفسي الداخلي والخارجي له وهذا العمل الجبار هو جهد ذو ديمومية

واستمرارية طوال حياة الفرد. يعمل هذا الجهاز تارة على التهذيب والتعديل ،وتارة اخرى يلجا الى التشويه والتحريف والهدف يبقى واحد وهو عدم اختلال التوازن الذي يجمع اركانه .

ب_مبادئ الجهاز النفسي: اما فيما يخص مبادئ الجهاز النفسي فهي اربعة وهي على النحو التالي :

1)- مبدا الثبات: استعمل فرويد هذا المفهوم لما لاحظه من خلال عمل الجهاز النفسي الذي يميل دوما للحفاظ على ثباته امام التوترات العاصفة به فهو يرى انه من اولاويات هذا الجهاز تجنب التوتر و الابقاء على التوازن (فرويد 1996 ص 544) فهذا الثبات ينتج من تصريف الطاقة من جهة ومن جهة اخرى الابتعاد عن مايسبب الاثارة . لايتوقف هذا العمل هنا فقط بل يتعدى ذلك لصد اي زيادة لكمية الاستثارة ضد الانا الذي يعمل على بلورة اليات دفاعية نشطة حسب الخطر المهدد له لتخلص منه .

تقول الاستاذة شرادي (2011) مبدا الثبات هو الاساس الاقتصادي لمبدا اللذة، فالنشاط النفسي يهدف للحصول على اللذة ،و عدم تخفيفها يترتبط بزيادة الاثارة للتحقيق. اما اللذة ترتبط بكمية انخفاض الاثارة ومنه فميول العضوية الى تخفيض التوترات وارجاعها ادنى مستوى متدني او اختصارها اكبر قدر ممكن يصب في فائدة الانا و ثبات الجهاز النفسي ككل .

2)_ مبدا اللذة:

يعمل الجهاز النفسي على تجنب الالم و الانزعاج والحصول على الرغبة لتحقيق اللذة والانزعاج، فيكون مرتبط بزيادة الاثارة ، اللذة تسلك مسلك التحقيق وتخفيض الاثارة ومنه فمبدا اللذة هو اقتصادي كون الجهاز النفسي لديه ميل دائم لتجنب تفريغ الطاقة المزعجة يقول محمود عباس ان (الانسان لدى فرويد هو حيوان باحث عن اللذة بمعنى انه يسعى اتحقيق اللذة وفي الـمقابل تجنب الألم، فهو يرجع في اساسه الى حالة التوتر المؤلم وان الكائن الحي يهدف الى الاشياء والافعال التي تؤدي الى خفض ذلك التوتر لبلوغ حالة التوازن) **(محمود عباس، 2001، ص 14)**.

ان الفرد يسعى لتجنب التوتر والالم وبذلك يسعى لخدمة مبدا اللذة الذي يحفض له الثبات والتوازن.

3) مبدا الواقع :

مبدا الواقع حسب محمود عباس يعمل على تاجيل اللذة والحصول عليها وفقا لشروط العالم الخارجي الواقعي فانها تخضع لعوامل كمية كقوة الدافع الغريزي (الكبت _اللذة_ الاحباط)

كما ان مبدا الواقع مكتسب من خلال التعلم والتنشئة الاجتماعية مع نفسه ومع بيئته **(محمود عباس، 2001، 15. 16)** .

ومن هنا نفهم ان النزوات لا تشبع في انيتها انما تخضع لعملية فحص وتهذيب لمسايرة الواقع الاجتماعي والبيئة والاخلاق .

4)- مبدا اظطرار التكرار:

يقول سي موسي بان هذا المبدا يعمل على اعادة الخبرات القوية سواء كانت نتائج التكرار مؤلمة او سارة ،فالتجارب المؤلمة يعمل الفرد على تكرارها بطريقة شعورية يصطحبها شعور كانها ليس بذكريات ماضية كانها معاشة في الحاضر ،فتتميز بطابع لاشعوري لاارادي يصعب مقاومتها وهذا مايجعل الفرد يقع في مواقف مؤلمة مماثلة متكررة دون ان يذكر صفتها الاصلية ،فهو يعمل جاهزا على ايجاد تبريرات لها في معاشه الواقعي **(سي موسي، زقار، 2001، ص 11)** .

اما شرادي 2001 تقول ان الصراعات القديمة التي عاشها الفرد في زمن سابق من مراحل نموه النفسي يعيش معها و تعيش معه وفق مبدا التكرار لهذه الصراعات .ومنه فالانا يسعى لتفريغ التوتر الذي يثيره منبه المادة الاسقاطية المتواجدة في الاختبار، و ذالك قد يلاحظه الفاحص في استخدام الاليات الدفاعية من طرف المفحوص للاحتفاض على ادنى مستوى من التوتر وفق مبدا الثبات، لان الانا يحاول التوفيق مابين الواقع والعالم الخارجي وشحنات القطب النزوي الموجهة نحوه ، فهو يستند على مبدا الواقع لتعديل المطلب النزوي بشكل يتماشى و متطلبات الواقع .

(شرادي نادية 2011 ص 11).

وظائف الجهاز النفسي

للجهاز النفسي عمليتين منظبطتين ومتداخلتين تتمثلان في

ا_الوظيفة الارصانية_الارصان النفسي :L'elaboration psychique

هو مصطلح استعمله فرويد للدلالة على العمل المنجز من طرف الجهاز النفسي وفي مختلف السياقات النفسية. اما لابلاش وبونتاليس يعرفان الوظيفة الارصانية بما يلي: (الارصان النفسي هو تحويل كمية الطاقة مما يتيح السيطرة عليها اما بربطها او جعلها تنحرف عن مسارها).

(Laplonche et pontalis 1976 p 60)

وذلك لابراز اهمية الجانب الاقتصادي المتمثل في تحويل كمية الطاقة الحرة (سياقات اولية) الى طاقة مرتبطة (سياقات ثانوية).

Montalisation وبالنسبة لبيار مارتي يطلق على عمل الجهاز النفسي **العقلنة**

ويعبر عنها انها تلك الوظيفة التي يقوم بها الجهاز النفسي من تحويل و تنظيم واحتواء الاستثارات الاتية من العالم الداخلي والخارجي ويتم هذا العمل في شكل تساميات ودفاعات عقلية عكس التصريف على مستوى الطبع والسلوك وعلى مستوى الجسم بحكم انها اجهزة معدة للدفاع (**الشادلي 2017 ص 78**) وتعمل **العقلنة** على التعرف على كمية ونوعية التصورات من حيث :

***الكمية:**تراكم هذه التصورات في طبقات تميز مختلف مراحل نمو الفرد من مرحلة الطفولة المبكرة الى مرحلة الرشد.

***نوعية التصورات** :التي تحدث في منطقة ماقبل الشعور والتي ترتبط بما يلي :

***سهولة استحضارها:** سهولة ربطها بمختلف المراحل الاخرى –الديمومة ومايعرقل هذه التصورات هو عمليتي الكبت او القمع وذلك ما يؤدي باختلال نظام ماقبل الشعور.

ب–الوظيفة الدفاعية :لاتقل هذه الوظيفة اهمية عن الوظيفة الارصانية يفسر ذلك لابلانش وبونتاليس 1985 ان الوظيفة الدفاعية هي عملية حريصة يقظة ومتفطنة لكل تحريف او تعديل للنزوة وتكون هذه العمليات مجسدة في الانا الذي يسعى الى حماية الجهاز النفسي وثباته والعمليات الدفاعية هذه تهيئ بشكل عام لصد الاثارات الداخلية المتمثلة في النزوات والتصورات بشكل ادق التي تحتوي على هوامات وذكريات مزعجة للانا وهذه الدفاعات وظيفتها تهداة الوضع .

(لابلانش وبونتاليس ،1989 ص 244)

ثانيا: الميكانزمات الدفاعية

منذ ظهور نظرية التحليل النفسي عبر الباحثون عن هذه المتغيرات النفسية مستخدمين مصطلحات عديدة منها – الوسائل الدفاعية– –الحيل الدفاعية– –الخدع النفسية – –اليات الدفاع النفسي– –الميكانزمات الدفاعية – لكن هذه المصطلحات جلها تصب في وعاء واحد ويبقى لها نفس المعنى .

يذهب الكثير من العلماء في استخدام مصطلح الميكانزمات المشتق من اللغة الانجليزية وهو الاقرب للمعنى المقصود كون ان هذا المعنى يحمل خاصية الحركية الالشعورية للدفاع النفسي ولقد ظهر هذا المفهوم لاول مرة عام 1894 في دراسة قام بها سيقموند فرويد حول عصابات الدفاع النفسي la psychonervrose de deference

وذلك لابراز الاليات المستخدمة من طرف الانا في حالات الصراعات المكثفة عليه ولاحظه ايضا اثناء علاجه لحالات الهستيريا و اختفى بعد ذلك هذا المصطلح ليعود للواجهة سنة 1926 في دراسات فرويد من خلال كتابته **_ماوراء النفس سنة 1915_**

– ثم في كتاب **_ماوراء مبدا اللذة 1921_** بعد ذلك في كتاب **الانا والهو 1923** وفي كتابه **الصد الكف العرض 1926** بحيث ذكر سامر رضوان لقد راى فرويد في اليات الدفاع عن النفس محاولة مرضية عصابية للتعامل مع الواقع ونوعا من الحل النفسي الاضطرابي لتجنب الصراع بين الدوافع الداخلية المتناقضة واكد على الجانب المشوه والمحرف للواقع لهذه الاليات كما راى ان شكل الدفاع اللاحق يتحدد خلال الخمس سنوات الاولى من الحياة ومن خلال كتابه (الكف ،العرض ،القلق) عمم جميع الاليات الدفاعية المستخدمة في التوظيف النفسي وارتقائه.ا

بعد 1926 اهتمت انا فرويد بهذا الموضوع واعطته دافعا جديدا واضافات خاصة في التحليل النفسي لدى الطفل وايضا بعد ظهور كتابها الذي منحته بعدا جديدا وعمقت ووسعت مفاهيم الاليات الدفاعية وقامت بالتميز فيما بينها وصنفت عشرة اشكال منها وفي كتابها **الانا واليات الدفاع سنة 1936**

(راضي الوقفي ،1998،ص.38)

1)تعريف الميكانزمات الدفاعية

يقول سامر رضوان عن طريق فرويد ان الميكانزمات الدفاعية هي مجموعة من الاليات اللاشعورية التي يستخدمها الانا من اجل حماية الفرد من القلق والضغط المتزايد ومما يجعل الشخصية معرضة لاضطرابات نفسية وجسدية مختلفة **(سامر رضوان 2009 ص237)**.

كما ينظر سامر رضوان 2002 الى الميكانزمات الدفاعية على انها احدى اقسام جهاز المناعة النفسي التي تحشد اما مفردة او مجتمعة لصد هجمات القلق اللاشعوري من اجل مواجهة الصراعات والدوافع المتضاربة لتحقيق التوازن **(سامر رضوان 2002 ص 154)**.

_تعرفها انا فرويد بانها نشاط خاص بالانا يعمل على حماية الفرد من التهديدات الحادة

وتضيف (انا فرويد) هي انماط مختلفة من العمليات التي يمكن للدفاع التخصص فيها وتتنوع الاليات السائدة تبعا لنمط الاصابة موضع البحث وتبعا للمرحلة التكوينية موضوع الدراسة وتبعا لدرجة الارصان الدفاعي للصراع .

(laplanche et pontalis ، 1997 ،132 p).

_ اما حامد زهران يعتبرها محاولات للابقاء على حالة التوزان النفسي من ان يصاب باختلال ،وهي اليات عادية يتخذها كل الناس سواءا اصحاء او مرضى والفرق بينهما يكمن في نجاح الاول واخفاق الثاني بحيث يكون وجودها وتمثيلها عند الاول معتدلة وبصورة مفرطة عند الثاني .

ويعتبرها ايضا وسائل واساليب لاشعورية من جانب الفرد، من وظيفتها تشويه ومسخ الحقيقة حتى يتخلص الفرد من التوتر والقلق الناتج من الاحباطات والصراعات التي لم تحل ،والتي تهدد امنه النفسي وهدفها وقاية الذات والدفاع عنها والاحتفاظ بالثقة بالنفس واحترام الذات وتحقيق الراحة النفسية **(حامد زهران 1997 ص 41)**.

تعرف الميكانزمات الدفاعية على انها عمليات نفسية تعمل بطريقة اوتوماتكية

Processus psychologique automatique

(تهدف لحماية الفرد من القلق او حمايته من مصادر الضغوطات او التهديدات الداخلية والخارجية) و من كل ماذكرناه سابقا فان الميكانزمات الدفاعية هي عبارة عن تحريفات لاشعورية للواقع المعاش تعمل على تخفيف الشعور بالقلق او الصراع ،و وظيفتها حماية الانا من الضغوط المترتبة من تصارع الهو والانا الاعلى وهدفها الحفاظ على التوازن النفسي بتشويه الحقيقة للتخفيف من الدوافع الغريزية وذلك عن طريق انكار هذه الدوافع والذكريات كما يحدث في حالات الهيستريا وتشويهها كما يحدث في عمليتي التبرير والاسقاط كما تساعد هذه الحيل الانا في اكتساب الصلابة والقوة للصد الصراعات .

2)تصنيف الحيل الدفاعية :

ميزت انا فرويد في كتابها الانا والميكانزمات الدفاعية بين اربعة انواع من الاساليب الدفاعية وهي :

*حيل دفاعية ناشئة من صراعات الغرائز.

*حيل دفاعية ناشئة من قوة الغرائز.

*حيل دفاعية ناشئة من الخوف من العالم الخارجي .

*حيل دفاعية ناشئة من الشعور بالذنب.

وصنفها بعض العلماء النفسيون الى حيل بدائية واخرى متطورة وحيل بسيطة واخرى george veillantمركبة و حيل ناضجة وحيل غير ناضجة ويعتمد تصنيف **فيلانت** الذي صنفها حسب اهميتها الى اربعة مجموعات وهي:

***حيل دفاعية ذهانية:**

وهي بسيطة جدا متمثلة في انكار الواقع وتشويهه فتشويه الواقع الخارجي يتلاءم مع ضرورة نفسية داخلية وذلك يتطلب طاقة مكلفة، ومنه فعدم الاعتراف بالواقع الخارجي يعمل على اخماد الرغبات الجنسية واطفائها. وبهذا فالطاقة الجنسية تحول وتوجه الى خداع الذات من خلال تجاهل وانكار الواقع وتحريفه و في هذا السياق يقول سامر رضوان (ان الاشكال البدائية من حيل الدفاع تعتبر نوع من برنامج الطوارئ

للنفس يكون في الطفولة المبكرة جاهزا للتدخل بشكل مباشر ويؤثر بسرعة لحماية الانا من اي تشوش طارئ بشكل مفاجئ) **(سامر رضوان 2007 ص 68).**

***حيل دفاعية غير ناضجة:**

هي اكثر ذكاءا من الاولى واكثر تطورا تستعمل هذه الحيل لمواجهة الصراعات المستدامة و التي تكون غير قابلة للحل قد تبدو غريبة و مثيرة للغرابة والجدل بالنسبة لمن يراها للوهلة الأولى، تمتاز بسيمة السيطرة على الحياة النفسية للفرد ثم تبدا شيئا فشيئا للتوغل في صفاته الشخصية فتتغلب عليها وتلازمه ،مثل البرانويا يقول سامر رضوان ان الناس الذين يشككون بشدة في قيمتهم الذاتية او يخشون فقدان حب الاشخاص المهمين لديهم فهم ينكرون المشاعر الغير مرغوبة لديهم ويسقطونها على الاشخاص او مواضيع من العالم الخارجي **(سامر رضوان 2007 ص 251).**

***حيل دفاعية عصابية :**

هي وسائل دفاعية تميل الى الحل الوسط بين التوقعات ومتطلبات العالم الخارجي والضرورة الملحة لذات الفرد فهي لاتقم بتشويه الواقع ولاتحرفه ولاتهدف لخداع الذات واهمها الازاحة والتبرير فهي تعتمد على ازاحة رغبة لدافع غير مقبول يحدث قلق للانا ويعمل على اثارة الصراعات تجاه موضوع ضعيف الاهمية

العقلنة والتبرير هي محاولات للسيطرة على المشاعر المهددة بطريقة مقبولة اذ يتم فصل المشاعر عن الافكار التابعة لها وبالتالي قمع الم الحزن **(سامر رضوان 2007 ص 252).**

3-خصائص الميكانيزمات الدفاعية:

***حيل دفاعية غير ناضجة:**

تمتاز بالتطور واستعمال استراتجية ناضجة تجاه الحقائق المؤلمة لتخطي الصراع بطرق عقلانية دون تشويه .والنضج يعني القدرة على التعبير حتى اتجاه المشاعر السلبية لتجنب الضرر بالذات وينسب كثيرا لوسائل دفاع الانا ويتم وفق **خطوة اولى** التي تحدث عندما نبحث مكان الضبط في الذات ولانرد كل شيئ في العالم الخارجي. **والخطوة الثانية** تتم عندما يكون الانا غير مضطر للهروب الى سلوك شاذ او مرضي من اجل التغلب على الصراع الداخلي **(سامر رضوان 2004 ص254).**

***بعض الحيل الدفاعية التي تستخدم لمواجهة الضغط النفسي:**

1- حيل دفاعية إبداعية:

يعتبر الكبت مفيدا في مواجهة الضغوطات النفسية وذلك بعملية تناسي المشاكل والازمات والتفكير في هنا والان كما يعمل الكبت على دفع تلك المشاعر الغير سارة بعيدا وبذلك يتجنب الفرد القلق والتوتر والراع

_احلام اليقظة هي اشاعاعات خيالية للدوافع والرغبات التي منعت من الاشباع في الحقيقة والواقع اما يسبب منع او قمع او كبت فيعود المرء الى خياله لتحقيقها والاستمتاع بتلك الرغبات المقموعة والمكبوتة

_التقمص استدراج بعض الصفات التي يتحلى بها افراد اخرون عن طريق الاتحاد الوجداني ويتجلى ذلك في التشبه بالمشاهير

_النقل والازاحة تعمل هذه الحيل الدفاعية بنقل الانفعالات من دوافع غير مقبولة التي نتعلق بها الى دوافع بديلة تكون اقل اثارة للقلق والتوتر كما نستبدل اهداف صعبة المنال باهداف اقل صعوبة لها قابلية التحقيق

_التكوين العكسي اتخاذ اتجاه معاكس للاتجاه المثير للقلق والغير مقبول وذلك للوقاية من الضغط و مواجهة الصراع

_الاعلاء والتسامي هو توجيه الطاقة النفسية وتكثيفها حول جهود ايجابية مقبولة اجتماعيا.

2) الحيل الانسحابية: تعني هذه الحيل الابتعاد جسميا ونفسيا عن الضغط والتوتر و القلق بالانسحاب والنكوص وهو التدحرج الى المرحلة السابقة من النمو كالعودة للتدخين بعد الاقلاع عنه فالسلوك النكوصي يمتهنه الفرد عندما ينسحب من مرحلة يسودها التوتر والقلق الى المرحلة التي كان فيها بامان.

3) الحيل الدفاعية العدوانية: يعتبر العدوان من الوسائل البارزة للتخلص من التهديد ولمواجهة الضغط النفسي كما ان الاسقاط هو عبارة عن ادراك الفرد لعيوبه وبذلك يتولد في نفسه قلق شديد ازائها ولهذا لا يعترف بها ويحمل بها اشخاصا اخرين. فالاسقاط وسيلة دفاعية تساعد الفردالتخلص من القلق ازاء عيوبه

وهناك من صنف الحيل الدفاعية الى **حيل دفاعية سوية اخرى غير سوية:**

أ_ الحيل الدفاعية السوية هي اساليب غير عنيفة تعمل على مساعدة الفرد لحل ازماته النفسية مثل الاعلاء _ التعويض_التقمص_الابدال_الانكار

ب_الحيل الدفاعية الغير سوية هي اساليب دفاعية عنيفة يلجا الفرد اليها عندما تخفق الوسائل السوية وتكون دون فائدة امام الحالة النفسية الراهنة التى ال اليها الفرد فيظهر اعراض لسلوكات مرضية ومنه يلجا الفرد الى الاسقاط –التكوص _التثبيت _التفكيك_السلبية_التحويل_العدوان .

_قد تكون الميكانزمات او الحيل الدفاعية او الالية الدفاعية مخففة للقلق كونها تشوه الحقيقة،

قد تكون هذه التصنيفات المتنوعة مجدية احيانا ودون ذلك احيانا اخرى ،لكن اتفق العلماء على انها ضرورية للنمو النفسي والخبرة النفسية لدى الفرد لان هذا الاخير لا يستطيع بناء دفاع قوي بواسطة انا طفولي كونه بريئ وضعيف (ان لم يستطع الانا تخفيف التوتر بالوسائل الدفاعية لاذ باجراءات من قبيل انكار الخطر(الكبت) واخراج الخطر عن طريق (الاسقاط) واخفاء الخطر (التكوين العكسي) او الجمود والوقوف عند حد معين (التثبيت) او التراجع الى الوراء (النكوص) وبهذا لا يستطيع الانا الطفولي القيام بكل هذه المراحل) **(محمد فتحي الشنيطي، ،1971 ص 114- 115)**.

لقد اشارت نتائج الدراسة لعلم نفس الانا التي قام بها فيلانت الى ان وسائل الدفاع تنمو وتتغير خلال مراحل النمو والحياة الى اشكال اكثر ابداع ونضج وحكمة على عكس ماتصوره فرويد انها تتشكل في السنوات الخمسة الاولى من العمر وتبقى ثابتة مدى الحياة **(سامر رضوان 2007 ص 239)**.

4) وظائف الميكانزمات الدفاعية :

لاتنحصر فقط وظيفة الميكانزمات الدفاعية في تحريف وتشويه الواقع وصد المكبوتات والنزوات والدوافع الجنسية يرى بعض علماء التحليل النفسي بانها تحقق توازن الجهاز النفسي من خلال وظيفتين اساسيتين هما :

أ) الوظيفة الوئاقية:

هذه الوظيفة تقي الفرد مما يسبب له الالم والايذاء وذلك عن طريق تفهمه لما يقف ضد افكاره ومشاعره ومالايتفق مع مثله الاجتماعية والخلقية، وما يسبب له المساس باحترامه لذاته وعدم اعطائها وزنها وبهذا فهذه الحيل الدفاعية تعمل على الوقاية من المساس بالمكونات الداخلية ومكونات العالم الخارجي .

_كما تحظى هذه الميكانزمات الدفاعية بوظائف اخرى كمساعدة الانا على مدار الوقت في صد التهديدات التي تحاول غزوه والاطاحة به فتكون دائمة الجاهزية لصد مشاعر الحزن الحرمان الكئابة تعكير الصفو والعدوانية.

ب) الوظيفة الدفاعية:

تعمل هذه الحيل على منع الدوافع الجنسية والرغبات الممنوعة على ان تفلت من نظام الرقابة ،او تتحقق في شكلها اللاشعوري الذي يمثل تهديد وخطر حقيقي لحياة الفرد، تتم عملية الدفاع عن طريق الكبت فيقوم الانا باستبعاد كل مايقلقها من دوافع غريزية اوهام تصورات افكار وذكريات مؤلمة الى منطقة اللالشعور لكن هذه الاخيرة تبقى دائمة الحركة وبصورة ملحة للظهور مرة اخرى محاولة الاشباع بطرق اخرى ،وبهذا

يقوم الانا بافراز حيل دفاعية تعمل اما على كبت هذه الدوافع او تحريفها وتشويهها فتظهر في شكل هفوات او فلتات اللسان او احلام او اضطرابات نفسية.

فالكبت يعمل على استبعاد كل مايسبب ضغوط للانا كما يهيئ الانا عدة ميكانزمات دفاعية متوافقة مع كل موقف بصادفه يسبب له القلق والتوتر فهو يعمل حسب القول الماثور **(لكل مقام_مقال)**.

5) اهداف الميكانزمات الدفاعية :

تهدف الميكانزمات الدفاعية الى تخفيف الضغط و القلق الناتجين من الصراع النفسي الذي يؤذي الانا ويخل بالتوازن النفسي للفرد ،كما يحاول هذا التوتر والقلق الى ابعاد الانا عن التكيف والمرونة مع المواقف واثناء تادية عمله وفي هذا السياق يقول **عبد الرحمان العسيوي 2004** لقد اشار روجي بيرون الى ثلاث مستويات من الاهداف التي تشترك فيها جميع الميكانزمات الدفاعيۃ وهي:

*تهدف جميعا الى خفض التوتر والقلق وتقليص مدته.

*تعمل على انكار الحقيقة محاولة منها تحريفها وتشويها.

*هذه الحيل اللاشعورية يشعر بها الانا وينصبها للدفاع عنه.

عبد الرحمان محمد العيسوي، 2004، ص 83) .

6) انواع الميكانزمات الدفاعية :

أ)الميكانزمات الدفاعية الشعورية : تتمثل في تلك الحيل الشعورية التي تخضع للتفكير والمثابرة والاجتهاد للوصول الى قرار من اجل بلوغ الاهداف ،(ازالة العقبة تغيير الطريق تغيير الهدف وغيرها). وهي عبارة عن حيل دفاعية شعورية مسرحها التفكير، والذاكرة والتصور كون الفرد يشعر بالمشكلة ويحاول حلها بطريقة موضوعية كما يلجا فيها الفرد الى مواجهة نفسه فلا يخدعها ويتقابل مع عيوبه ثم يحاول ايجاد حلول لمشاكله وذلك باثارة دوافعه وتقوية ارادته والتصميم على الهدف **(انور حمودة البنا، ،2006، دون رقم).**

ب)_الميكانزمات الدفاعية اللاشعورية :

لقد تطرق العديد من الباحثين الى نماذج عديدة من هذه الحيل الدفاعية النفسية اللاشعورية ونذكر منها

1)الكبت Le roufoulement:

يعتبر الكبت اول ميكانزم اكتشفه فرويد في تاريخ التحليل النفسي كما يعتبر ميكانزم دفاعي اساسي بالنسبة للانا واكثرها تاثيرا على الفرد وشخصيته. يعمل الكبت على الزج بالانفعالات والافكار الشعورية المؤلمة والخبرات النفسية المخيفة الى ساحة اللاشعور و لكن هذا الاستبعاد يكون جزئي تحفض وترك‌ن بصورة

مؤقتة، لكنها تبقى بحركية غير هادئة محاولة الخروج الى الشعور بالحاح باحثة عن الاشباع فيتولد الصراع والقلق والتهديد . وهذا الصراع الذي ينشأ بين الانا والهو يستهلك جزءا كبيرا من الطاقة النفسية من اجل الحفاظ على هذا المكبوت في حيزه التمثيلي فقد ينفذ من الرقابة اذا كان الالحاح شديد التهديد بعودة المكبوت وقد يمر بصورة مهذبة او محرفة مشوهة ذات رمزية عن طريق فلتات اللسان واحلام اليقظة او النكت او المزاح او الاحلام.

يقول بارجوري عن الكبت (هو اعرق واقدم ميكانزم لاشعوري يقوم باخلاء منطقة الشعور من التصورات المرتبطة بالنزوة وركنها في اللاشعور يتدخل الكبت في الحالة التي يصبح فيها تحقيق اشباع النزوة تهديدا بطرد كل مايشكل خطر وتهديد للشعور).

(bergeret and all، 2008، 109 p)

لقد اخذ مصطلح الكبت في التحليل النفسي اسم **الدفاع** وعرفه فرويد على انه ميكانزم دفاعي اساسي يلجا اليه الانا لاشعوريا لحل الازمات الطارئة والمواقف الصراعية التي يعجز الفرد عن تحملها والتعامل معها **(حنان عبد الحميد، 2002،ص 85)**.

الكبت هو عملية لاشعورية ينتهجها الانا لدفع التصورات المتعلقة بالنزوة من (افكار وصور وذكريات) الى اللاوعي ويبقيها فيه .

(laplanche et pontalis 2000p416)

وهكذا يتخلص الانا من التصورات وما يتعلق بالنزوات والدوافع الجنسية نهائيا الى اللاشعور ومن خصائص الكبت:

_لايتعرف الفرد على المثيرات المحزنة والغير سارة بصورة سريعة بل ياخذ وقت للتعرف عليها .

_يصعب ازالة الكبت اذا ماحدث وذلك بسبب خوف الفرد من عودة المكبوتات والحاح النزوة بالخروج على شكلها الحقيقي.

_يكون الكبت ناجح اذا ماقترن بالنسيان وغياب الحاح النزوات والدوافع من الظهور .

_الكبت لايعتبر حلا للمشكلة انما يعتبر حصرها في اطار معين .

_يختلف الكبت عن القمع كون هذا الاخير يحاول فقط السيطرة بطريقة شعورية على الدوافع والمشاعر والخبرات الغير مقبولة والغير مرغوب فيها .

2:Sublimation) الاعلاء والتسامي يقول لابلانش و بونتاليس عن الاعلاء و التسامس مايلي:

(تطلق تسمية الاعلاء والتسامي على النزوة ومقدار تحولها الى هدف جديد غير جنسي بحيث تنصب على مواضيع جديدة ذات قيم اجتماعية) .

(laplanche et pontalis 2002 p 173)

يتم من خلال هذا الميكانزم تحويل طاقة الدافع الجنسي او العدواني المهدد للشخصية والكيان النفسي ككل الى طاقة ابداعية وفنية تمتاز بالقبول والاستحسان من المجتمع وحسب نظرية التحليل النفسي هناك تصعيدا من جراء الابداع والابتكار . بحيث يحدث تقبل الدافع من الانا الاعلى وبدلا من اشباع الدافع يتم تحويل طاقته الى موضوع بديل يحقق قيمة اجتماعية **(سامر رضوان ،2007، ص 241)**.

يقول (صبرة محمد علي) عن فرويد ان الحضارة هي توجيه قوى الطاقة الغريزية الى مسارات مقبولة اجتماعيا واشكالا خلاقة من النشاط الانساني (كالفنون الادب العلوم وغيرها.....) بفعل عملية الاعلاء او التسامي **(صبرة محمد ،علي 2004، ص 241)**.

ومن خلال هذا المفهوم نجد في عملية الاعلاء خدمة مزدوجة للانا هي افادة الذات وافادة المجتمع وفي التحليل النفسي يعتبر ميكانزم الاعلاء ميكانزما ايجابيا يقول علي محمد العيسوي (ميكانزم الاعلاء يحث الانا بتغيير هدف الانفجار الغريزي للهو او مواضعه او الاثنين معا فتصبح جميع الدفاعات ضده غير ناجحة لانها تجابه باستخدام شحنات مضادة ومفيدة **(محمد علي العيسوي ،2004 ،ص 108)**.

يقول علي ماضي (يرى فرويد ان ميكانزم الاعلاء هو تحويل لعملية اللبيدوفي شكلها الغير منضبط البدائي في مهن مشبعة للدوافع مقبولة اجتماعيا فيكمن اعلاء الطاقة الجنسية الى اعمال اخرى تمتص ذلك الفائض من الطاقة **(علي ماضي، 1991، ص 283)**.

كما تفيد عملية الاعلاء والتسامي في ايجاد مخرج للطاقات اللاشعورية بسبب امتصاص الانا لشحنتها الطاقوية ويعتبر ذلك المخرج الوحيد للطاقة النزوية وانشاء قناة تصريفية اخرى مقبولة بحيث يتم التعبير فيها بطريقة مهذبة كما يوجد هناك تميز بين الاعلاء و التكوين العكسي عن طريق الشحنات المضادة للطاقة فكليهما يحتويان على مظاهر سلوكية متماثلة الا ان الاعلاء والتسامي يكون فيه الانا حر ولديه قرارات ابتكارية اما التكوين العكسي يستوجب وجود ظغط نفسي مضاد.

***دور الاعلاء في التحليل النفسي:** يحاول المعالج النفسي عن طريق التسامي معرفة سبب عدم التكيف مع المواقف الضاغطة واستبدالها وتحويل الشخص الى ممارسات لاستخراج الطاقات الفائضة من خلالها (كالرياضة الكتابة الرسم .....الخ)

3)_الايحاء:

ينتمي هذا الميكانزم الى الحيل الدفاعية المهمة في حياة الفرد والتي يعتمد عليها كما تجدها تحتل مكانة مهمة في التحليل النفسي ومعناها يكمن في غرس افكار في عقلية الفرد بحيث تولد مكانة احسن بكثير مما يحدثه تاثير التنويم المغنطيسي و ذلك باقناع الوعي فلا تجد الفكرة الجديدة اية معارضة وانتقاد من الافكار القديمة . **(محمد العيسيوي، 2004، ص 110).**

كما يعتبر العلماء ان الايحاء عبارة عن نداءات للذات المكبوتة او اللاشعورية، بحيث ان جذور الايحاء ترجع الى اصول غريزية للعقل وميول عاطفية لغرائز الجنسية والعدوانية في الانسان، ويقال غريزة الخضوع لدى الفرد قوية والفاعل النشط لها هو اللغة كما ان الثراء اللغوي مؤثر جدا على الفرد فقد يؤثر بيت شعري على الفرد دونا عن كتاب عديد الصفحات. يحدث هذا التاثر في النوم واليقظة وذلك لوجود غريزة الخضوع والطبيعة الاجتماعية للفرد، فالايحاء الذي يمارسه صاحب الشخصية القوية والايحاء الذاتي يجعل الفرد يوحي لنفسه ببعض الافكار التي يتقبلها عقله ويتعامل معها كانها حقائق معاشة، يؤثر الايحاء في حياتنا بالسلب والايجاب كما يتاثر هو بدوره في حياة الفرد بعدة عوامل أهمها شخصية الفرد ومكانته الاجتماعية ومظهره الخارجي وحالته الصحية وطريقة لبسه وكلامه .فكلما زاد الجهل والمستوى الثقافي المتواضع لدى الفرد زاد جهله للموضوع وكبرت نسبة خضوعه وذلك للفقر المعلوماتي الذي يتصفون به وجهل الافراد بالعلوم وفنون الكلام، كما نجد اكثر الناس خضوعا للايحاء الذين يمتازون بالشخصية المنبسطة اما المنطويون فهم لا يتاثرون بميكانزم الايحاء وتساعدهم في ذلك عوامل عديدة كشرب الخمر، الانفعال ،النقد وغير ذلك لعدم الخضوعهم. قد يمثل الايحاء اثناء العلاج النفسي ميكانزما فعالا يتمثل في وجود رابطة متينة بين المحلل والمريض فكلما زادت قدرة المحلل في احداث الايحاء الناتج زادت نسبة نجاح العلاج. وفي هذا السياق قدم لنا العالم **ساتو** تجربة حدثت خلال حصص العلاج الجماعي لمرضاه اللذين اعطاهم كمية من النبيذ بمناسبة نجاحه وبعد لحظة عاد واخبرهم بانه اخطأ وكان محتوى الكؤوس دواءا يسبب القيئ واعتذر لهم عما جاء منه بعد ساعات لاحظ هؤلاء المرضى بدؤوا في التقيؤ. اما تجربتي الخاصة عندما كنت اعمل في مصلحة امراض السرطان المستشفى قسنطينة (ابن باديس) خاصة المرضى الذين يخضعون للعلاج الكيميائي عند شعور المرضى بالالام القوية يوصي الاطباء بحقنهم بالمصل العادي في الوريد وابلاغهم انه دواء فعال جدا ومسكن قوي للالم وبذلك يزول الالم منذ الثواني الاولى من الحقن الوريدي بالمصل).

4 :Le déni)_الانكار

هذا الميكانزم مهمته هو انكار الاشياء التي تسبب القلق ،فكل ما يهدد الذات يتم استبعاده من الوعي الى اللاوعي وقد يكون وهميا او خياليا .ففي بعض الاحيان يحاول الفرد بناء اوهام لانكار الواقع المعاش وبعد ذلك يقوم بتصديقها ويعمل على تطبيقها في حاضره المعاش بغض النظر عن نقائصها ومخالفتها للواقع . الانكار هو الية ذات بدائية شديدة وهي من اكثر الاليات اثارة للدهشة بحيث ينكر الفرد المضاهر اللاتكيفية والغير سارة والموجعة له من الواقع كنوع ينتظر الاشباع الهلوسي للرغبة وعدم تصديق الحقيقة الكاملة مع عدم معرفة الحقيقة المرة للاحداث. تعبر عنه انا فرويد بذلك الطفل الذي كان يتعين عليه تناول دواء مر او ذو طعم مرفوض فهو يصرخ تعبيرا على الاسى (احبه احبه) وهذه جملة كانت تستعملها الممرضة كي تشجعه على تناول ذلك الدواء و الاقتناع بالطعم الجيد للدواء . يطلب هذا المنظر الدرامي مسرحا من العالم الخارجي ومنه فاستخدام الطفل لميكانزم الانكار يتم على المدى الخارجي لمحاولة الطفل الاقتناع بالطعم ،وداخليا من حيث درجة تعارض الانكار مع وظيفة اختبار الواقع.

_اما عند الراشد السوي فالاستخدام للانكار يكون عرضة للظهور على مستوى ماقبل الشعور اكثر من مستوى اللاشعور فهناك عينات من المرضى ينكرون الحالة الانية التي يتواجدون فيها خاصة مرضى السرطان والاختلافات الجذرية التي تحدث لهم على المستوى العضوي البدني– هزال –سقوط الشعر – تغير لون البشرة –الوهن – الى غير ذلك رغم هذا كله لايستسلمون بانكارهم لهذا الواقع المرير ويحتفظون بصورة الذات القوية الصامدة فهم لايتعرفون الى الاختلافات الحادثة وينكرونها انكارا شديدا نذكر على سبيل المثال بعض النساء اللواتي يضعن حفاضات السلكون مكان الثدي المبتور كذلك الشعر المستعار مكان اختفاء الشعر فهذا الانكار قد يفيد المريض .وبرجوعنا الى معجم مصطلحات التحليل النفسي نجد الانكار في معناه (هو وسيلة يلجا اليها الشخص الذي يبوح باحدى رغباته او افكاره ومشاعره التي كانت مكبوتة حتى تلك اللحظة وفي نفس الوقت الذي يستمر فيه بالدفاع عن نفسه ضدها خلال انكار تبعيتها).

(p 128، 2002،Laplanche et pontalis)

يحدث الانكار ولاول مرة عندما يكتشف الاختلاف الجنسي عند الطفل كما ترفض البنت غياب العضو الذكري فهذا الرفض يتحول في المرحلة الاودبية الى خوف وقلق يعرفه فرويد **(قلق الخصاء)** هذا الانكار يمس خاصة الذهانين والفصاميين بانكارهم للواقع والتثبيت لديهم في المرحلة الفمية وهذا مايظهر جليا بالهذيان و الهلاوس .

5:Reaction formation)_ التكوين العكسي

هو نوع من الالية الدفاعية يستعملها الانا لانتاج سلوك مغاير ومتناقض بقصد إخفاء وتمويه الدوافع والنزوات والرغبات اللاشعورية المكبوتة والمحضورة ،وبهذا يخفي الفرد دفاعه الحقيقي عن نفسه ويعبر بصيغة عكسية لاتجاهاته السلوكية . والتكوين العكسي يساعده في خفض التوتر وتجنب القلق المرتبط بتجنب المواجهة الفعلية لسمات الشخصية الغير مرغوب فيها.

_يمر التكوين العكسي بمرحلتين اولهما كبت الرغبة المحضورة ثانيهما التعبير عنها بما يعكسها في الشعور، بحيث نجد الشخص يقول عكس سلوكاته كما لو كان الخطر داخلي ومستمر وبهذا يضمن جاهزيته لكل حدث وهذا الميكانزم الدفاعي مرتبط بنمط معين من الشخصية ولا يعمم على جميع الافراد بحيث تقول (ميلاني كلاين) ان اول ما يستخدم الطفل لهذا الميكانزم هو اثناء المرحلة الشرجية بحيث تكون لديه ميولية تلويثية مرغوبة لديه يقابله ضغوطات واليدية للانضباط والطاعة والنظافة (ان جوهر هذه الحيلة الدفاعية ان الفرد لا يكتفي بكبت الرغبات الغير مرغوب فيها بل يتبنى امعانا في اتقاء شر هذه النزاعات ويسير وفق اتجاهات مضادة لمكبوتاته)

(صلاح مخيمر، 1982 ،ص 219).

ومنه فالفرد لايكتفي بكبت النزاعات العدوانية في الاخرين، بل تجده يتبنى اتجاهات اخرى كالتسامح والصفح حتى عمن يسيئون اليه، وفي هذا السلوك العكسي المضاد يتجنب الفرد لوم الانا الاعلى ويسترضيه من اجل تحسين صورته امام نفسه. ان ميكانزم التكوين العكسي هو الذي يجعل الفرد متضادا في سلوكه لان الكبت لايكون كاملا بل جزئي ويظهر ذلك جليا في عصاب الوساس القهري او اضطراب ثنائي القطب .

6:La régression)_النكوص

هو الى حيلة من الحيل اللاشعورية الدفاعية تتمثل في تدحرج الفرد الى احدى المراحل العمرية السابقة من نموه النفسي، وهذا الرجوع قد يحقق للفرد اشباع حاجاته الغريزية ودوافعه اللاشعورية. كما ان هذه المرحلة تحسسه بالاطمئنان والراحة، وتكون بديلة لتلك التي خرج منها والمشحونة بالقلق والصراعات الذي يكون فيها الفرد في غنى عنها ،كما ان المرحلة التي فر اليها تحقق له التخفيف من الضغوطات والانكسارات والصدمات وبهذا فالتقهقر المرحلة الاقل نضجا في نمو الفرد .اما في حالة النكوص الكامل يكون الانسان ناضج جسميا وطفل سلوكيا وقد يظهر ذلك اثناء الاختبارات الاسقاطية . ان النكوص كميكانزم دفاعي يتمثل في عودة الاستجابات المميزة لمرحلة قبلية من مراحل النمو فيلجا فيه الفرد الى انماط سلوكية اقل نضجا واقل واقعية ويظهر ذلك عند الطفل الذي يمص اصبعه اثناء موقف معين، او كالتبول اللاارادي عند

استقبال عائلته لمولود جديد فهذا له دلالة نكوصية الى المرحلة القبلية من نموه النفسي وفراره الى مرحلة يسودها الاطمئنان وهذه الممارسات النكوصية لجلب اهتمام الوالدين رغبة في الاهتمام به اكثر.

_ان مظاهر النكوص تظهر لدى الاشخاص في كل الفئات العمرية وذلك مايتجلى لدى بعض المسنين بتقليد لباس الشباب وسماع الاغاني وغيرها من المظاهر السلوكية، كما يظهر ايضا عند الاغتراب عن الموطن الاصلي للفرد فهذا الاخير يتملكه شعور بالحزن والشوق المرضى للوطن وما ذلك سوى نكوص هذا الفرد الى مرحلة ماقبل السفر من بلاده ويثير **علاء الدين كفافى 1990** فسلوك النكوص ماهو الا تعبير عن قلة الحيلة وعدم قدرة المقاومة والمجابهة **(علاء الدين كفافى، ،1990 ص 22)**.

يضيف في نفس السياق محمود العيسوي اوضح فرويد ان الاحلام ايضا لها تميز نكوصي بحيث ينتقل الفرد من العمليات الثانوية الى العمليات الاولية ويشير ان المريض الكتاتوني التخشبي الذي ينسحب من الحياة عن طريق الالتفاف والتصلب في وضع جنيني كعودة للمرحلة الجنينية **(علي محمود العسوى 2004،، ص 107)**.

اما فيما يخص العمليات النفسية للانا لاستحضار ميكانزم النكوص فهي معقدة جدا بحيث ان الانا بدلا من استثار استجابات دفاعية ايجابية ناشطة فهو قد يقع ضحية لسلبية بدائية فيكون خلال ذلك سيئ التمثيل والتنظيم، فالمحاولات الفاشلة للسيطرة على احدى مراحل النمو تترك اثارا ذات تاثير وتهديد للظهور مرة اخرى في اوقات لاحقة . فيتصاعد التهديد عند ضعف الانا والاخفاق الذي يسوده وكثرة المشاكل النفسية. لهذا يمر الفرد الى مرحلة قبلية من نموه النفسي لتفادي الصراعات وهذه المرحلة يعتبرها مهد الاطمئان والراحة وتساعده على خفض التوتر والقلق وبالتالي فهي تخفف من الامه .

_من اسباب التكوص الاشباع الزائد عن المرحلة القبلية او الحرمان المفرط للطفل وهذا مايجعله يتخطى تلك المرحلة بصعوبة او يصعب عليه فراقها ،اما الحرمان الزائد يجعل الفرد في حاجة دائمة للاشباع المستمتر والتنقلات المتبادلة والمفاجئة بين الاشباع والحرمان وهناك ثلاث انواع من النكوص :

أ)النكوص الموقعي : La régression topique

يكون هذا النوع من النكوص من مستوى الشعور الى مستوى اللاشعور وهو يحدث في الحلم يتم فيه انكار صورة حسية او هلوسية نتيجة تكثيف الطاقة اللبيدية.

ب) النكوص التشكيلي: La regression formelle

يتم فيه اسابدال التعبير بالتصورات باسلوب اكثر بدائية فيه ينتقل الفرد من العمليات الثانوية الى العمليات البدائية .

ج) النكوص الزمني : La regeression temporelle

يعاد فيه تنشيط لمراحل من التنظيم الليبيدي تم تجاوزها بحيث يعود الفرد من خلالها الى المراحل القبلية من النمو النفسي التي كان قد تجاوزها سابقا، كما يعتبر التكوص اشباع دافع غريزي مع الحاجة للامن في نفس الوقت و يقال على وجه العموم ان التكوص يلازمه التثبيت فهما متتامات ومتعاقبات فكلما كان التثبيت قوي كانت عملية التكوص سهلة

(محمد علي العسوي ،2004 ، ص 107).

7- التثبيت : هو عبارة عن تعلق ليبيدي مفرط بخصوص أشخاص معينين او صور الذكريات وهوامات معينة وأحاسيس مشبعة مؤثرة في الفرد، فينجر منها اسلوب اشباعي والباقي في ذلك التنظيم تبعا لبنية مميزة لإحدى المراحل التطويرية للجهاز النفسي .ومن خلال نظرية التحليل النفسي التي تناولت اللاشعور فالتثبيت هو تسجيل بعض الخبرات النفسية والتجارب التي تبقى مكبوتة في اللاشعور والتي ترتبط بها النزوات و ذلك أثناء المراحل ماقبل التناسلية ومن هنا تظهر مفاهيم جديدة للتثبت فهي لا تخص فقط موضوع ليبيدي جوهري إنما تطال بنية كاملة من النشاط النفسي المميزة لمرحلة معينة ومنه فالتثبيت في المرحلة الشرجية مثلا يشكل اصل العصاب الهجاسي.

(La planche et pontalis2002p 155).

8-النفي: يعتبر هذا الميكانزم اكثر تقارب الى الكبت وهو اسلوب من الاساليب الدفاعيها لبدائيه ، التصورات المزعجه التي لم يطالها الكبت تصبح محل تهديد للفرد على مستوى الشعور وتشكل في اي لحظه خطر على الفرد والجهاز النفسي لهذا يستعمل انا امامها رفض قاطع لتلك النزوات او نفيها مباشره كما يعبر عن النفي بمصطلح **عدم** الاعتراف لتلك التصورات المزعجة واعتبرته انا فرويد النفي ميكانزم أكثر بدائية من الكبت.

9-Rationalisation = التبرير :

التبرير عباره عن حيله دفاعيه لا شعوريه يحاول اثرها الفرد تبرير افعاله بمعنى اعطاء مفهوم ومعنى واسباب لتصرفاته الغير مقنعه والغير مقبوله اجتماعيا والدفاع عن كل ما بدر من الفرد من افعال شنيعة وغريبه والتي تسبب له صراعات نفسية وقلق. لذلك نجد هذا الأخير يعبر عن أفعاله بشيئ من التوضيح والتفسير والتعليل حتى تنال رضى المجتمع وقبوله من جهه ومن جهه اخرى لا تحط من قدر الانا ولا تتعارض مع مفهوم الذات .والتبرير عمليه سيكولوجيه شائعه جدا في مجتمعاتنا فالشخص يحرص كل الحرص ان يظهر بسمات جيدة امام بني بيئته ولكن هناك دوافع غير شعوريه تدفعه لاظهار سلوكات لا تتناسب مع شخصيته

وذاته ،وقد تكون هذه الاخيره سببا في الاساءه الى سمعته لذا نجد الفرد يعلن بعض التفاسير والتوضيحات التي تكون اكثر توافق اجتماعيا .(نجده في هذه الحاله مضطرا للاتيان باسباب ودوافع لسلوكه وبالطبع فان الاسباب والمسوغات التي يعلنها كدوافع لهذه السلوكات اكثر اجتماعيه ورقيا من الناحية الخلقيه وهي من الصور الشهيره للتبرير **(عبد السلام عبد الغفار، 1987 ص217)** كما ان ميكانزم التبرير شائع و واسع الاستعمال من الاشخاص الاسوياء والغير اسوياء فهو يهدف الى راحة الانا وتمويهها وعدم رؤيه عيوبها وفشلها. يؤدي الافراط في التبرير الى سوء التوافق الذاتي والاجتماعي فالفرد يستنفذ طاقاته النفسيه في البحث عن الذرائع امام كل فشل وعجز. يختلف التبرير عن الكذب كون الكذب سلوك ارادي خاضع للادراك وهو سمة شخصيه، بينما التبرير هو عمليه لا شعوريه لا ادراكيه يحاول فيها الانسان تقديم مبررات وتعليلات كي ينال رضى المجتمع و رضى نفسه وذاته كما ان الكذب يستعمل لخداع الناس من اجل الافلات من العقاب وتحقيق المصالح.. يظهر التبرير في معظم الاضطرابات العصابية عن طريقه يحاول الفرد تجميل صورته امام الاخرين في المواقف المحبطة ، فهو يتسم بالعقلانيه التي تضفي على السلوكات الغير عقلانيه والغير مقبوله صبغه منطقيه بهدف تخليص الفرد من احباط الناشئ من الفشل والعجز .

10- La projection =الاسقاط:

هو عملية ينبذ فيها الشخص بعض الصفات والرغبات من ذاته وبعض المواضيع التي يتذكر لها او يرفضها في قرارات نفسه ويضعها في الاخرين سواء كان شخصا أما شيئاخر وفي بعض الاحيان يقوم الشخص بسلوكات غير مقنعه وغير مجديه وينسب اسبابها للاخرين.

(p155, 2002 ,La planche et pontalis)

كما يعتبر الاسقاط ميكانيزم اساسي اثناء الاختبارات الاسقاطيه خاصة اختبار الرورشاخ و رائز تفهم الموضوع بحيث يقدم للمفحوص محتوى ومثير غامض يسمح بتوليد تاويلات وخبرات ومكبوتات يسقطها الفرد من عالمه الداخلي على المثير الخارجي دون شعور الانا بتملصها من الرقابه، كما يعتبر هذا الميكانيزم الدفاعي مركب و معقد كونه يتضمن عددا من العمليات العقلية كالانكار –الطرح –الاسقاط الكبت– في عمليه الاسقاط لدى الفرد تمر بالخطوات التاليه الصفات الغير مقبوله تجابه اولا.

1)_الكبت لمدة وجيزة .

2)_يطرحها الفرد من ذاته .

3)_يسقطها على غيره.

ثم يعمل على إنكارها .

يسقطها على شيئ أو أفراد أو أسباب خارجية .

يصاحبها سلوك الهيجان أو العدوانية سواءا لفظية أو إيمانية أو تعبيرية.

كما ان الاسقاط هو ميكانيزم اساسي عند البرانويا اللذين يتوهمون الاضطهاد والضرر والايذاء من الاخرين وقد يؤدي الافراط من هذه الحيلة الدفاعية الى اضطرابات نفسيه كسوء التوافق مع الواقع واعتلال الصحةالنفسية **(حامد زهران ،1998، صفحه 235).**

11- التعويض: هذا الميكانيزم الدفاعي يتخذه الانا للضغط علي المكبوتات التي تمثل في الاحاسيس الدفينة المميزة للعجزوالدونية لدى الافراد ويكون مصدرها اما حقيقيا كالاعاقات الجسميه والتي تحد من كفاءه الفرد وتكون مصدر للانزعاج والاحساس بالمهانة وتشكل تهديدا حقيقيا لاختلال التوازن النفسي و صراعات داخليه وقد تكون الاسباب وهميه وغير واقعيه خاصه عند المراهقين والاطفال الذين يتعرضون لسوء المعاملة وفرط التانيب ووصفهم ونعتهم بصفات بذيية و قبيحه وعدم السماح لهم بالمشاركة الوحدانية الفعالة في المدرسه او في العائله فتتولد لديهم مكبوتات تقمع في اللاشعور وقد ينمي هذا الفرد في اعماقه عقد النقص الدونية.

Complexe d'inferieurite

فهذه العقده تعرض صاحبها الى التعويض عن تلك المشاعر بتحقيق التفوق في جوانب اخرى (ان من يلجا الى التعويض اللاشعوري بدافع عقده النقص غالبا ما ستجيب بحماس زائد او ثورة عالية عندما تمس هذه الجوانب من حياته) **(حميد زهران، 1979 ،صفحه 228).**

أشار عبد العزيز الشخص(عن الفريد أدلر) ان الشعور بالنقص هو الدافع الأساسي للتفوق ولما وصل اليه الجنس البشري من تطور ونمو فكل منا يجد في نفسه مظاهر نقص يعمل جاهدا على استكمالها وتعويضها ويندفع لتحسينها وتقويمها من اجل المكانة والسيطره والنجاح والتفوق فاذا اخفق الفرد في التعويض السوي لجا لا شعوريا الى التعويض اللاشعوري وقد ياخذ هذا الاخير اشكالا مرضيه في صفة الافراط من التعويض الذي يعيق توافقه النفسي والاجتماعي كاحلا م اليقظة وهذاءات العظمه وغيرها من الاضطرابات النفسيه **(عبد العزيز السيد الشخص، 1985 صفحه 229).**

7)النظريات المفسره للميكانيزمات الدفاعيه:

7-1) -الميكانزمات الدفاعية و النظرية التحليلية:

وعلى راسها **سيقموند فرويد** اهتمت بالمزج ما بين الجوانب الفطريه والجوانب الاجتماعية المكتسبه كون الفرد يتاثر بهما تاثيرا مباشره ولهذا تناول العلماء مصطلح العواطف قبل مصطلح الغرائز، باعتبارها مكتسبه منذ الميلاد وذلك من خلال العلاقه (ام _طفل) وتاتي الغرائز بعد ذلك في التفاعل مع الاخرين والتي تعني التعبير عن الدوافع كما تتواجد في موقف بيئي معين ذو مواصفات خاصه .

–اما **ماسلو** فقد نظم الدوافع في سلم هرمي ضمنه ترقيه الحاجات التي يسعى الفرد لاشباعها حسب اولوياتها وهذه الدوافع لا تكون متفصله عن بعضها البعض بل تسير وفق مسار مستمر مرافقه للفرد طوال حياته.

و الدافعيه عند **فرويد** ضمنها جانبين احدهما سلبي والاخر ايجابي.

الدوافع الايجابيه تتبلور حول الدوافع الجنسية وغريزه الحياه اما **الدوافع السلبيه** فهي تتمثل في غريزة الموت وتتبلور حول العدوانيه اهتم التحليليون بالتفاعل الحادث بين هاتين الغريزتين (الموت والحياة) والذي يتمثل في صراع دائم و اصطدام ازلي فيما بينهما اهتم ايضا بحاله التوافق والانسجام بينهما التي تكاد تكون منعدمه.

كما يرى **فرويد** والمدرسه التحليليه ان سلوك الفرد سواء كان سويا او مضطربا فهو في كل حاله يعتمد على الصراع والصدام (ان الدوافع في صورتها النفسيه او الاوليه تقدم تفسيرا مقنعا وكافيا للسلوك لانه قد يطرا عليه قدر غير قليل من التكوين والتبديل والنمو) **(صلاح مخير، 1979 ،صفحه 204)** .ومن هنا اكتست الميكانيزمات الدفاعية من خلال نظريه التحليل النفسي قيمه كبيره في تحليل السلوك الانساني وفهم الديناميات الكامنه والغير مرغوب فيها في حيز اللاشعور ولكن قد تعطي هذه الدوافع بعضا من الحريه بعد تحريفها وتشويها وتهذيبها بطريقه غير مباشره حتى يمكن استصغتها على المستوى الشعوري الواقعي.

الميكانيزمات الدفاعيه في نظر المدرسة التحليليه تعمل على التوفيق ما بين رغبات الهو الغريزيه ومتطلبات الانا الاعلى الواقعية والمجتمع، في تحقيق نوع من الاشباع المموه محاولة منها في كل ان ولحظه الحفاظ على توازن الجهاز النفسي ،المتمثل في سلامه نظام الشخصيه والتوافق الشخصي الذاتي ثم التوافق الاجتماعي .كما يرى علماء التحليل النفسي ان بعض الميكانيزمات الدفاعية كالاحلام الرمزيه والتكثيف والازاحه كونها ميكانيزمات مزدوجة الوظيفه هي ذات وظيفه دفاعيه محضه وتمتاز، بالقوة والصلابة تاره وتعمل على ايجاد الحلول ومساعده الانا على السيطره واستعاده هيبته وتارة اخرى فهي تصاب بالخمول والعجز والفشل تاركة تهديدات الهو وسلطة الانا الاعلى بالفتك بالانا واختلال التوازن النفسي والمرور الى اضطرابات نفسية **(علي محمد صبره ،2004 ، صفحه 204)**ولهذا يميز بعض علماء التحليل النفسي بين

نوعين من الحيل الدفاعيه وهي الميكانيزمات الدفاعية الناضجة التي تتسم بميزه الوقايه من الاضطرابات النفسيه واخرى فاشله مولده للمرض.

فالميكانزمات الدفاعية الناضجة كالاعلاء والتسامي ظهر لها هدف علاجي وتصريف طاقه الغرائز الجنسية والعدوانيه وتحويلها الى اهداف اجتماعيه واعمال مرغوب فيها او ربط الطاقة النفسية الهائله لمنعها من الحركية والحريه وبهذا كبح خطورتها.

اما الميكانيزمات الدفاعيه الغير ناضجه والتي تبوء بالفشل الذريع في اداء مهامها ووظائفها فهي ممهده للطريق الاعراض المرضيه بحيث يصبح الانا عرضة للاحباط والقلق والتوتر ويفقد المرونة والتكيف في اداء وظيفته. فهؤلاء الافراد لديهم استعداد قوي للوقوع في الامراض السيكوسوماتية و الاضطرابات النفسيه وهؤلاء هم من وصفهم فرويد بانهم لديهم عصابات طفليه (اما الذين لديهم درجه اعلى من تحمل الاحباط والتوتر والقلق والصلابه النفسيه امام الصدمات فهم اكثر مقاومه لاضطرابات النفسيه واقل اصابه بها).

7-2)- الميكانيزمات الدفاعيه والنظريه السلوكيه:يرى السلوكيون هذه الاليات الدفاعيه من زاويتين مختلفتين:

*يرونها على انها اساليب سلوكيه تعلمها الفرد من اجل التخفيف عن القلق في مواقف التوتر العالي كالاحباط والصراعات وحالات ذات اثاره عاليه والتي يحس بها الفرد ويدركها ويتيقنها باعتبارها مثيرات مهدده ومثيره للتوتر العالي ولذلك يلجا الانا بانتاج اليه تعمل على حمايه الفرد من الخطر والقيام بابعاد هذه المثيرات او منعها او قسمها والتخفيف من حدتها وتاثيرها المسبب للالم .(الميكانيزمات الدفاعيه تعمل على توفير الامن والحمايه للشخص ونجاح بعضها يجعل منها عادات سلوكيه دائمه عند الفرد فهو يلجا اليها كلما تعرض لموقف مهدد ومماثل لما سبق) **(سعد جلال، 1970، صفحه 205)**.ومن هنا فالسلوكيون يرون الميكانيزمات الدفاعيه هي اليه شعوريه عكس التحليليون الذين يرونها اليةلا شعوريه وفي هذا السياق يقول علي العيسوي أن مصطلح الكبت اقرب لعمليه القمع في مضمونها الذي يتضمن الاسلوب العمدي والقصدي في قمع تلك الافكار والمشاعر الغير مقبوله ويعمل على ابعادها عن مجال الادراك والارتباط **(علي محمود العيسيوي، 1992 ،الصفحه 72)**.

ومن صور الدفاع الادراكي لدى السلوكيين **التجاهل** ويقصد به اهمال المثيرات المسببه للقلق والتوتر بحيث تعزز استجابات التجاهل الى نجحت في رد القلق وحمايه الفرد منه، لكن قد لا ينجح الفرد في تجاهل هذه المثيرات وخاصه اذا كانت قويه فهي تسكن ادراكه فهو يعتمد اذا طريقه شعوريه الانصراف الى مواضيع

اخرى قد تنسيه القلق، اما في حاله نجاح هذه الحيل فيتعرز الموضوع البديل ويصبح ماوى يلوذ اليه الفرد هربا من التوتر كلما تعرض لنفس الموقف ولهذا يعتبر السلوكيين الالية الدفاعيهعباره عنحيل شعوريه ذات منبه ومثير واستجابه وتعزيز.

7-3)-الميكانيزمات الدفاعيه ونظريه التعلم:

يقدم علماء التعلم مفاهيم جديده بشان الميكانيزمات الدفاعيه فهم يستعملون مصطلحا جديدا يسمى بمصطلح **بديل الكبت** والذي ينشا من التعلم الضعيف الناتج بسبب الاضطراب الانفعالي واعاقه الاستجابات ،وتوصل علماء النفس التعلم بعد عده ايجابيات الى ان عمليه الادراك في عمليه خاضعه لسيكولوجيه الفرد في اطار موقف معين واطلق عليه **الادراك الانتقائي** ويعني بان الفرد اثناء المواقف الغامضة والمفاجئه يكون اكثراستعدادا لتفسير الاحداث في غياب الادراك ولقد برهن علماء النفس التعلم على صحه نظرياتهم عن طريق تجارب اعتمدت تقديم كلمات لعينه من الافراد عن طريق **التاكستوكوب** واتضح خلال هذه التجارب ان الافراد الاكثر استعدادا لادراك الكلمات التي تدل على الفشل يكون في مواقف شعورهم بالفشل اما الذين يكونون في مواقف تشعرهم بالنجاح فهم الاقرب لادراك الكلمات داله على النجاح. (ان الافراد تحت الحاح واقع الجوع يكونون الاقرب الى اصدار استجابات مرتبطه بالطعام اكثر مما يكونوا تحت وطأة دافع الجوع) **(محمد عبد الطاهر الطيب واخرون، 1994 ، صفحه 247).**

ومنه فالدافع الادراكي المعتمد على الكبت يحدث لدى الفرد عمليات تشويهيه وتحريفيه تعمل على خفظ القلق، وبهذا يتجنب الفرد المثيرات كما حدث في التجربة السابقه ومنه فالفرد الذي لا يستجيب لاستثارات جنسية باستجابات شهوانية قد يكون لديه كف او كبت لهذا النمط من التفكير .فيرى علماء النفس التعلم ان هناك بعض الاستجابات الشرطية البسيطه قد نتعلمها دون عنصر الوعي، اما اغلبها في حياه الفرد نتعلمها عن طريق الوعي .السلوك ما أن يتم اتقانه فانه يحدث دون وعي ذاتي كالافكار والمشاعر المؤلمه والاحداث الغير ساره قد تقمع بطريقه عمديه ثم تتحول هذه الخبرة الممنوعه بالتدريج الى استجابه اليه ومنه اصحاب مذهب التعلم يعتبرون - **الكبت استجابه قمعيه حدث لها تعلم زائد** - **(عبد الله نافع ،1975 ،صفحه 208)**.كما انها قد تتعرض لعمليه انتقاء وعزل من طرف الشعور او بعض العمليات المعرفيه الاخرى وقد يراودنا تساءل فيما يخص الفروق الفرديه لدى الاشخاص هل سلوكات الافراد اثناء مواجهه المواقف الضاغطه والقلق والتوتر هي نفسها لدى الافراد ؟ في هذا الشان كل فرد منا له كفاءاته الخاصه ومقوماته الشخصيه للتعامل مع تلك المواقف (قد يسلك سلوكا تكيفيا وذلك عن طريق القمع المعرض والذي

يتضمن تجاهل والتجنب اما اذا تحكم الفرد في الاحداث والمثيرات المؤلمه ففي هذه الحاله عليه الانتباه اليها والاهتمام بها) . **(اسعد رزق ،1977، صفحه 208)**.

هكذا يستطيع الفرد قمع هذه الخبرات المؤلمة بارادته وهو على اتم المعرفة انها مسببة للقلق ومهدده لحياته، ان اوجه الاختلاف بين التحليليون والسلوكيون وعلماء النفس التعلم ظاهره بكل وضوح اما اوجه الاتفاق فتكمن في الوظيفه التي تؤديها هذه الحيل الدفاعيه والاعتراف بوجودها، فهي تعمل على ابعاد القلق وكف الدوافع الاساسيه له كما انها تسمح بظهور المكبوتات عند ضعف الرقابة .

7-4)-الميكانيزمات الدفاعيه ونظريه الشخصيه:

هذه النظريه ترفض فكره الميكانيزمات الدفاعيه انها حيل لا شعوريه وبذلك فهي تعارض التحليليون، كون ان الانسان منذ صغره يلجا الى اساليب مواجهه الخطر قد تكون بدائيه ،لكنها تتطور وتنمو عن طريق التنشئة الاجتماعيه وبها يسعى الفرد للتصدي للضغوطات البيئية الخارجيه والضغوطات النفسية الداخليه ورائد هذه النظريه هو العالم النفسي الاجتماعي الالماني **اريك فروم** بحيث يقول (ان حاجه الفرد للانتماء والارتباط بمجتمعه وبيئته يعتبر من اسمى الضوابط التي يتواجد الفرد من اجلها وهذا ما يشبع حاجته بالذات والانتماء) **(فيصل عباس، 1990 ،صفحه 33)**.

كما ننوه بان صراع النفسي ليس فقط في اشباع الحاجات والرغبات والنزوات بقدر ما يكمن في النجاح وتحقيق الاهداف الفردية والجماعية والسلطاويه، وفي حاله الفشل الذريع قد تنشا في نفسيه الفرد صراعات ما بين نفسه ومجتمعه وما بين دوافعه ورغباته، فيشعر بالفشل وقله الخبرة والحركه ويميل الى العزله والانسحاب، وبهذا فهو يلجا الى الوسائل الهروبيه وتتولد لديه خيبات امل و انكسارات وتوتر وقلق ويقول **فيصل عباس** عن **فروم** ان التوجه الليبيدي لتسيير السلوك الانساني هو القوه الدافعة والمحفزه له ناتجه من وجوده في ظروف اجتماعيه، وان كل هذه الصراعات والاضطرابات النفسيه التي تطال الفرد انما سببها الانماط الاجتماعية والاقتصادية والثقافيه التي تسود المجتمعات وتؤثر تاثيرامباشرا على حياه الفرد كون العواطف والانفعالات تحددها الحاجه الى الارتباط والانتماء . **(فيصل عباس ،نفس المصدر ،صفحه 40)**.

يرى علماء نظريه الشخصيه ان الانسان ولد مزودا بصفات موروثه مهيئة للاشباع واذا احبطت فهي تسبب للشخص ردود افعال عديده اهمها الميل للنمو والرقي والتطور والازدهار والاعلاء وكل هذه الامكانيات لها اليات نفسيه ،فان حدث واحبطت قد تؤدي الى ردود افعال جديده – مثل الكبت او التكوين العكسي او دوافع مدمره نحو الذات –. **(فيصل عباس، نفس المصدر ،صفحه 41)**.

7-5)- الميكانيزمات الدفاعيه والنظريه الذات:

يرى اصحاب هذه النزعه وعلى راسهم **-فورارد** -ان هناك اسلوبين مهددين للفرد وهما:

- اسلوب عدم الدعم.
- اسلوب الابطال او الغاء المصداقيه.

اما الاول ان يعامل الفرد كأداة أو شيئ او وسيله وقد يكون الدعم الوالدي هو اساس حياه الفرد ثم الدعم الذي يتلقاه الفرد من المسؤول الاول او القائد او المعلم والاستاذ واصحاب المراكز المسؤوله، وفي غالب الاحيان كل هؤلاء لا يكونون اهلا بالمسؤولية الملقات على عاتقهم وهكذا يكون الافراد عرضه لخيبه الامل والمهانه وسوء المعاملة والمذله والتحقير والتهميش من طرف ممتهنوا الرياده فتنشا لدي الافراد مشاعر الاحباط ،التوتر وتحتدم شدته ويعلو التهديد عندما يكون هولاء الرياديون هم مصدر الخطر.

اما الاسلوب الثاني هو الغاء المصداقيه بحيث يعاني الفرد التهميش والتحقير والتقليل من شانه وعزيمته ،بحيث يتلقى ملاحظات مهينه ومحرجه ،وينعت بالقاب حيوانيه وللاسف يعاني منها الابناء والبنات والزوجات والعمال و هي معاملات تشير الى العنف اللفظي او المعنوي وهي كلها نوع من انواع التهديد المثير للقلق والتوتر.

هذا الاسلوب مثه مثل الاسلوب عدم الدعم فهو اسلوب ينبئ بعدم الدعم بحيث لا يقيم الوالد اوالرئيس او الاستاذ وزنا لمشاعر الابن او المرؤوس او الطالب). **(عبد المطلب امين القربص، 1998 ، الصفحه 209).**

وهذه المعاملات تعمل على تحقير الذات وانكسارها، وترك جروح نفسيه عميقه قد تؤدي بالفرد الى الانتحار او العزله والانسحاب الاجتماعي او الرهاب الاجتماعي. وهذا ما يؤثر على التوافق النفسي والاجتماعي للفرد .اما الحيل الدفاعيه عند اصحاب الاتجاه الانساني ونظريه الذات فهي اساليب تلقائيه مدركه يستجيب من خلالها الفرد معرضا ادراكه للخطر المهدد لتوازنه النفسي، سواء من البيئة الخارجيه او الداخليه، كما يعتبرها اصحاب هذا المذهب انها وسائل معقوله وواقعيه يستعملها الفرد للدفاع عن اشياء ذات قيمه وتستحق المحافظه عليها ،كما يرى هؤلاء ان هناك وسائل دفاعيه غير واقعيه وغير معقوله للدفاع النفسي كتجاهل الخطر وانكاره واعتبروها وسائل احترازيه من شانها الدفاع عن الذات ،وظيفتها الحفاظ على استمراريه الفرد والميكانيزمات الدفاعيه لديهم هي وسائل قبل شعوريه لان الفرد عند قيامه بعمليه الدفاع يكون في وعي غير واضح كون ان الفرد اثناء دفاعه عن نفسه ضد مخاطر التهديدات قد يستطيع ضبط سلوكه لان هذه الحيل

الدفاعيه تكون مهيئه للدفاع فهي حيل ودفاعات نشات من الشعور ولعدم حاجتها خزنت في نظام ما قبل الشعور فهي لا تحتاج لطاقه نفسيه كبيره لاعاده بلورتها واستخراجها عند استدعائها اثناء الحاجه ذلك يكون بالامر الهين.

8-الدفاع النفسي وسيرورته:

ظهر مصطلح الدفاع النفسي لأول وهلة عام 1894 عن طريق **فرويد** وهو أقدم مصطلح يمثل وجهة النظر الدينامية في نظرية التحليل النفسي وبعد أبيها جاءت آنا فرويد بتطوير هذا المصطلح وقدمت له إضافات مجدية من خلال عملها البحثي بحيث أشارت آنا فرويد عن طريق برجوري في تعرفها لآليات الدفاع بأنها النشاط الخاص بالأنا والذي يعمل على حماية الفرد من التهديدات الحادة .

وتشير فيها إلى ثورة الأنا على كل ما يصدر من اللاشعور من تمثيلات وهوا مات ومشاعر وعواطف مؤلمة محتملة أو غير محتملة وهي نوع من العمليات التي يمكن للدفاع أن يردعها تتنوع الآليات السائرة تبعا لثلاث محاور أساسية نوعية الإصابة-والمرحلة التكوينية قيد الدراسة-درجة الارصان الدفاعية للصراع **(لابلانش وبونتاليس ، 1997 ، ص 132)**.

يعرف **لابلانش وبونتاليس** الدفاع بأنه مجمل العمليات الهادفة إلى اختزال وإزالة تعديل شانه ان يعرض تعامل وثبات حياة الفرد لنفسه للخطر بحيث يشكل الدفاع مع الإثارة الداخلية (النزوة) بشكل انتقائي على التصورات التي تربط النزوة بالوضعية الصادرة للإثارة إلى حد يتعارض مع التوازن النفسي وذلك ما يشكل إزعاج الأنا (**لابلانش وبونتاليس، 1997 ، ص** 76).

ينشط الدفاع الاثارات المضادة بنفس شدة وإثارة النزوة بهدف تعديلها وإزالتها وذلك بشكل يعيد توازن الجهاز النفسي ،وقد يعود الدفاع إلى الأنا بإفراز اثارات ضد نزوية أكثر إثارة للتحكم أكثر في التوازن للجهاز النفسي، ومنه نستخلص مما درسناه كيفية عمل الدفاع النفسي على مستوى الأنا .

كما نعلم أن الصراع يحدث بين الأركان النفسية والجهاز النفسي والواقع الخارجي ومنه فوظائف الأنا هي الاستعداد لكن ما يمكنه الإخلال بالتوازن الداخلي النفسي. فالأنا سيتعامل مع النزوات أو التصورات المزعجة التي تحاول الولوج إلى الشعور بهيئة لاشعورية، فهو يحاول دائما إزالتها أو توقيفها وفقا لمبدأ الواقع، فهكذا تبدأ الآليات الدفاعية في العمل من اجل فصل التصور عن العاطفة المرتبطة به، ليكون مصير التصور في متناول الدفاع إما بالكبت أو القمع ،ولكن تبقى تلك العاطفة حرة وقد ترتبط بتصور أكثر ملائمة وأكثر تهذيب لاستعادة توازن أركان الجهاز النفسي، وان فشلت الآليات الدفاعية هذا يمهد للإصابة

باضطرابات نفسية أو سيكوسوماتية .تتمركز دفاعات الأنا وفق حالتين أولهما قد يكون محضرا تحضيرا جيدا ومرتبط بكل ما يدور من حوله هذا ما وصفه **فرويد** بالدفاع السوي وذلك اثر وجود تجارب مؤلمة يتصدى لها الأنا. فكل تكرار لهذه الآثار الذكروية تتولد لديه رمزية تخص هذه الآثار الذكروية و كلما تكررت هذه الخبرات وجدت الأنا في حالة التأهب و الاستعداد و بهذه الطريقة يتخلص من الانزعاج .

أما تواجد الأنا في مرحلة اللاتحضير فهو لا يشعر بأي مهددات أو علامات تدل على الخطر، وهذا ما نسميه التهديد الفجائي وذلك ما يحدث في الأحداث الصدمية وبمجرد حدوث أي اثارات غير متوقعة يحدث شلل عام وعطب بالجهاز النفسي، وتستحوذ العمليات الأولية على مساحة الأنا والدفاعات في هذه الحالة تكون إما غائبة ،أو دفاعا ت باثولوجية مرضية، فيخضع بذلك الأنا لسيرورات أولية ممهدة لمختلف الاضطرابات النفسية أوالنفسجسدية.

أما الحالة العادية لدفاع النفسي تطرق إليها فوريد في بادئ الأمر انها صراع بين غريزة حفظ الذات وغريزة الجنسية بعدها عدل نظريته، ليضمنها الصراع الأبدي للفرد والذي تحركه غريزة الموت وغريزة الحياة.

خلاصة الفصل :

من خلال كل ما قدمناه عن الاليات الدفاعيه تقول **آنا فرويد** في كتابها الانا والميكانيزماتالدفاعيه كما تحتاج البلدان للجيوش واسلحه واليات للحفاظ على امنها وسلامه اركانها من كل خطر خارجي او داخل يتربص بها كذلك يحتاج الانا الى حمايه الجهاز النفسي بواسطه اليات وترسانه دفاعيه تحقق له التوازن في كل اركانه والسلامه من كل خطر يهددها من الهو ونزواته ودوافعه ومن الانا الاعلى وقيمه وقوانينه الصارمه ومتطلبات الواقع والعالم الخارجي.

الفصل الثاني

الفصل الثاني

-الاضطرابات السيكوسوماتية

-تمهيد

1-نبذة تاريخية عن نشاة الاضطرابات السيكوسوماتية.

2-تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية.

3-تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية.

4-أسباب ظهور الاضطرابات السيكوسومكاتية.

5-خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية.

6-النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية.

7-نشاة وتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية.

8-الامراض السيكوسوماتية من وجهة نظر التحليل النفسي.

9-نماذج من الاضطرابات السيكوسوماتية.

10-اهم المدارس السيكوسوماتية.

11-علاج الاضطرابات السيكوسوماتية.

خلاصة

تمهيد:

منذ القديم عان الإنسان من أعباء الحياة والمجتمع الذي يتواجد فيه، وهذه المشاكل أثقلت عاتقه وأنهكت قواه وهو يسعى جاهدا كل الجهد للتوفيق ما بين توازنه النفسي والجسدي العضوي، وسعيه هذا لم يكن وليد اللحظة إنما كان منذ الأزل كون الصحة النفسية والجسدية كانتا ولا تزالان الهدف الأسمى والمحور الأساسي لتواجد الفرد وسلامته.

لقد حاول الفرد التحكم في ظروفه الصحية والقضاء على الأمراض العضوية الجسمية وكذا التخفيف من الاضطرابات النفسية التي تضمن له العيش والتواجد والاستمرارية ولذلك حاز مصطلح الصحة النفسية والجسدية على الهيمنة الكلية في حياة الفرد. وفي هذا الفصل نحاول التطرق إلى التعريف بالأمراض السيكوسوماتية التي يطلق عليها الباحثون عدة مصطلحات كالجسدنة- الاضطرابات النفسجسمية- النفسجسدية وغيرها بالتعريج على نشأتها وتصنيفها وأسباب ظهورها، أنواعها وكذا النظريات المفسرة لها واهم مدارسها ونتخذ مثالا عن هذه الاضطرابات السيكوسوماتية الذي يلقب بمرض العصر وهو مرض السرطان ونختم هذا الفصل بأهم العلاجات التي تحظى بها الاضطرابات السيكوسوماتية سواء العلاج الدوائي أو العلاج النفسي وننهي العمل بخلاصة.

1-نبذة تاريخية عن نشأة الاضطرابات السيكوسوماتية:

منذ القديم أدرك الفلاسفة القدامى العلاقة الوطيدة المتواجدة بين الجسم والنفس، لكن ما عابهم آنذاك هو عدم التوصل إلى أدلة تثبت ذلك. وأشار فيصل الزراد إلى كوكبة من الفلاسفة القدامى ومواقفهم تجاه الاضطرابات النفسجسمية منهم:

***هيبوقراط (370-460) ق.م:** رائد الطب الفلسفي الباطني صنف مزاج الأفراد المؤثر في شخصيتهم إلى (الدموي-لبلغمي-الصفراوي واللمفاوي). وعلاقته ببعض الأمراض، بحيث كان هيبوقراط يتحرى حياة المريض وأحلامه وصراعاته..... كما يذكر انه قام بمعالجة ملك مقدونيا من مرض جسمي عن طريق تحليل أحلامه. **(فيصل محمد الزراد، 1996 ، ص 10).**

***سقراط (399-469) ق.م:**أكد على أهمية معرفة الإنسان لنفسه لقوله: (اعرف نفسك بنفسك). (فيصل محمد الزراد نفس المرجع نفس الصفحة).

***أما أرسطو (348-383) ق.م:** قال انه عندما يحدث انفعال لدى الفرد يصاحبه تغيير في الجسم. **(فيصل الزراد نفس المرجع والصفحة).**

***أفلاطون (348-428) ق.م:** قال إن الخطأ بين الناس هو محاولتهم التفرقة بين شفاء الأرواح وشفاء الجسد. **(فيصل الزراد نفس المرجع نفس الصفحة).**

*عند العرب كان الطبيب **أبو علي ابن سينا (980-1037) هـ** أول من تحدث عن وحدة النفس والجسد مشيرا إلى ذلك في كتابه (القانون في الطب) إلى الإجهاد النفسي والشدة النفسية بالرغم من انه لم تكن في عصره إمكانيات طبية تسمح بالكشف الدقيق عن أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية. **(فيصل الزراد 1996 ص11).**

واتى بعده العديد من علماء الطب العربي الإسلامي الذين أعطوا أهمية للجانب الروحي النفسي للشفاء من الأمراض النفسية والجسدية لقوله تعالى {ننزل من القران ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين}. سورة الإسراء الآية 82. وكان في بعض الحالات إسناد الشفاء آيات الله عزوجل والاعتماد على القران للشفاء من الأمراض النفسية التي تؤثر على الجسد.

* أما في العصور الوسطى بدأت ملامح التطور العلمي في الظهور فيشير فيصل الزراد إلى قول الطبيب **موندوفيل:** انه من الواجب علينا كأطباء ان نوفر للمريض نصيبا من المرح، والسعادة، لان المرح والسعادة والحزن كما نعلم هي حوادث روحية، ولان الجسم يتحسن بالفرح ويهزل بالحزن والألم. **(فيصل الزراد، 1996 ، ص11).** وكان هذا الطبيب رائدا في علم النفس الجراحي، واهتم كثيرا بالحالة النفسية والمزاجية لمرضاه قبل العمليات الجراحية.

يقول **محمد النابلسي** إن الفيلسوف الفرنسي **روني ديكارت** (1596-1650) اعتبر الجسم والنفس قطبان متمايزان فالنفس هي الروح المفكرة والجسم امتداد لها كون الأحاسيس بالجوع والعطش والألم والانفعالات التي تطال الجسم ناشئة من حصيلة تفاعل الجسم مع النفس **(محمد النابلسي ، 1992، ص16).**

وفي عام 1818 جاء الطبيب النفسي **هينروت** بمصطلح جديد الذي كان متداول في المستشفيات الألمانية وهو مفهوم السيكوسوماتية وفي عام 1828 ادخل مصطلح ثاني وهو نفسجسمي وكان يقصد بالمصطلح الأول تأثير الميول والرغبات الجنسية المكبوتة على مرض السل والصرع والسرطان أما المصطلح الثاني كان يعبر فيه عن الاضطرابات التي يتغير فيها الجسم بتأثير الحالة النفسية. **(فيصل الزراد 1996 ص12).**

ودخل مصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية في الدراسات الطبية الإنجليزية عام 1930 عن طريق الباحثة **(هيلين فلاندو دونبار)** في كتاب الانفعالات والتغيرات الجسدية.(فيصل**عباس 1996 ص116).**

وقد ساهم التطور الفيزيولوجي والبكتريولوجي وعلم المناعة وبصفة عامة العلوم الطبية ضف إلى ذلك تطور علم النفس العيادي والتحليل النفسي إلى وجود هذه العلاقة الرابطة بشكل وثيق بين النفس والجسد كما ساهم

تطور الأجهزة الكشفية والتحاليل لفصل ما هو عضوي وما هو نفسي وما هو مشترك نفسي عضوي، أو نفسي جسدي، وهذا ما أدى إلى الفصل في مسببات الإمراض العضوية .ظهرت صناعة الأدوية التي ساعدت في الشفاء من الأمراض والأوبئة. كما ظهر من قبل التنويم المغناطيسي والإيحاء والاختبارات الإسقاطية من جانب علماء التحليل النفسي على يد- **سيقموند فرويد** و**فرنزي** و **برويير**- وغيرهم وكانت هذه الثورة الأبستمولوجية سببا في ظهور علوم جديدة ونيل الاستقلالية للبعض الأخر وكما شهدت هذه المرحلة بتصحيح بعض المعتقدات الخاطئة.

يقول فيصل الزراد: كتب فرويد مقالا سنة 1929 أشار فيه انه يشعر بوجود تأثير العوامل النفسية في الأمراض العضوية. وقبله سنة 1928 العالم النمساوي **فيليكس دوتش** الذي طالب بإدخال مفهوم السيكوسوماتية في مجال الطب النفسي. **(فيصل الزراد ، 1996 ، ص 13)**. وتكملة لدراسات **دوتش** جاء العالم **فرانز الكسندر** من مدرسة شيكاغو الأمريكية للتحليل النفسي الذي قام بتحديد الأمراض السيكوسوماتية الناجمة عن الصراعات النفسية كما أكد على أهمية معاملة الفرد كوحدة كلية لا تتجزأ وليس كونه خليطا من كيانات وأعضاء منفصلة. **(زينة مجدي محمود، 1994، ص38)**.

ظهرت عدة مدارس وعلماء اهتموا بالميدان السيكوسوماتي كالمدرسة الفرنسية وعلى رأسها العالم الفرنسي **ستروا و بيار مارتي**. يقول أبو النيل: لحد الآن يسود بعض الغموض وذلك في الخلط بين الأمراض التي تسببها الأحداث النفسية والأمراض العضوية لعدم وضوح الحواجز والمعالم بينهما كذلك التداخل الذي يسودهما. **(سيد أبو النيل ،1994، ص20)**.

2- تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية:

إن مصطلح السيكوسوماتية مصدره يوناني مكون من كلمتين هما:

بمعنى الروح أو النفس Psycho يرمز بذلك إلى الجسم كونه المسرح الذي تتم فيه العمليات الانفعالية والتفاعلية والمؤثرات Somaوالنفسية ،ولهذا فان السيكوسوماتية تعبر عن الاضطرابات الجسدية ذات المنشأ النفسي ولقد أخذت عدة تسميات من طرف العلماء كل حسب وجهته فهي تسمى بالجسدنة أو الاضطرابات النفس جسمية أو السيكوسوماتية وتعددت تعارفها حسب الوجهات والنظريات المفسرة لها. كما خصها العلماء بالكثير من الأهمية خاصة في القرن التاسع عشر والقرن العشرون والحقها البعض بالعلوم الطبية كما تخضع للعلاج الدوائي وعقاقير صيدلانية ومن أهم تعار يف السيكوسوماتية.

***تعريف فرانز الكسندر**: يقول أبو النيل عن الكسندر(هناك تأكيد بعدم وجود تمييز منطقي بين النفس والجسم أو النفس جسمي ويفترض بان نواحي التعقد الفيزيزلوجي العصبي للمزاج والذهن يختلف من جسم لأخر في التعقد وليس في النوعية ... ومن المسلم به جدلا إن ظاهرة الجسم والنفس تأخذ مكانا في نفس النظام البيولوجي ومن المحتمل أن تشكل ناحيتين لعملية واحدة. **(أبو النيل ، 1994، ص158)**.

***تعريف دانيال لاقاش** : أبو النيل عن **لاقا ش** ان أن السيكوسوماتية عبارة عن الحيل الانفعالية والفيزيولوجية التي تدخل في العمليات المرضية للفرد وذلك يتركز في الاهتمام على تأثير هذين العاملين احدهما على الأخر.**(أبو النيل ، ،1994ص 159)**.

***تعريف احمد عكاشة**: أما احمد عكاشة عرف الاضطرابات النفسجسمية أنها أعراض مرضية جسمية أو اختلال في وظائف الأعضاء نتيجة لما يصاحب خبرات الحياة من قلق وتوتر ومخاوف لا يتم التعبير عنها.**(احمد عكاشة، 1998، ص 26)**.

***تعريف نور الهدى الجاموس**: إن الاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات جسمية حقيقية ذات منشأ نفسي كالقلق والتوتر ويميل الطب الحديث إلى الاعتقاد بان جميع العلل الجسمية هي إلى حد ما جسدية سببها القلق و الضغوط النفسية وغير ذلك من عوامل الإثارة والانفعالية الدائمة بحيث تحدث تغييرا في كيمياء الدم ووظائف الأعضاء الجسمية وجهاز المناعة كما ينظر حاليا إلى هذه الأمراض كأنها- **أمراض أسلوب الحياة-. (نور الهدى الجاموس، ،2004ص 13-14)**.

***تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي والعقلي:**

الاضطرابات السيكوسوماتية هي مجموعة من الاضطرابات العضوية التي تتميز بأعراض يرجع أسبابها إلى عوامل نفسية انفعالية تقع تحت إشراف الجهاز العصبي اللاارادي. **(فيصل الزراد، 2000، ص 20)**.

: DSM IV* تعريف

الأمراض السيكوسوماتية هي تلك التي تتصف بوجود أعراض عضوية يصطحبها أعراض طبية. **(فيصل الزراد 1996، ص22)**.

***تعريف بيار مارتي**: يقول عبد الرحمن العيسوي عن مارتي تنحدر تحت تعريف السيكوسوماتية مجموعة من الأمراض التي تطال المزايا الفكرية للمريض وديناميةهذه المزايا التي يعبر عنها الجسد لأحداث فيه المرض من وجهة النظر الطبيعية.**(عبد الرحمن العيسوي، 2000، ص271)**.

***أما سامي علي:** يشير إلى أن السيكوسوماتية حسب نظرية التحليل النفسي تكشف على وجود اختلالات جسمية داخلية وهي من أسباب ودواعي ظهور المرض العضوي الذي يترجم الصراع النفسي عن طريق الجسم فالمرض هو تعبير سلبي يمثل الحالة النفسية المعاشة من خلال حقيقة نفسية موضوعية. **(سامي علي، 2004 ،ص10).**

ومن كل ما ذكرناه من تعار يف فان اضطرابات الجسدنة تصب كلها في بوتقة واحدة وهي التأثير العلني والمتبادل ما بين النفس والجسد بحيث تكون الحدود فيما بينهما غامضة ولا يمكن الفصل بينهما وما هو بارز للعيان هو وجود عوامل نفسية ممهدة لإتلاف الكيان العضوي.

3- تصنيف الأمراض السيكوسوماتية:

تعددت التصنيفات التي طالت هذا العلم حسب وجهات العلماء القائمين عليه. رغم حداثته لقد سعى العديد من علماء النفس والبيولوجيا لوضع تصنيفات له أمثال **(الكسندر-ستورا-بيار مارتي ودنبار)** كما تطرق لتصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية.

DMS IV الدليل الإحصائي السنوي للاضطرابات العقلية الصادر من الجمعية الأمريكية للطب لسنة 1990 ونكتفي بذكر تصنيف بيار مارتي بحيث ذكر **فيصل الزراد** من خلال كتابات **النابلسي** عن **بيار مارتي** رائد المدرسة الباريسية اثر دراسة قام بها عينة تبلغ 323 مريض يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية مختلفة وهذا التصنيف يتصف بالشمولية والتفصيل وأكثر ديناميكية بحيث اخذ بعين الاعتبار حالة الفرد وتطوراته سواء في الماضي أو الحاضر والخصائص المميزة له للتكيف مع الحالة المرضية كما اعتمد **بيار مارتي** في تصنيفه هذا الترقيم وهو عنصر تنظيمي وفعال للفصل بين اضطراب أخر وفيما يلي التصنيف الذي قدمه سنة 1978:

ا-الحساسية:

1-الربو الشعبي. 2-الاكزيما. 3-انتفاخ كوينك. 4-تحسس الأنف التشنجي. 5-ردات فعل تحسسية متنوعة. 6-السعال التشنجي.

ب-السرطان:

1-التناسلي. 2-الثدي. 3-مرض هود شكين. 4-الجلد. 5-الرئة. 6-الدم. 7-العظام. 8-العين. 9-البنكرياس. 10-أذن انف حنجرة. 11-امتدادات أخرى سرطانية. 12-السرطان اللمفاوي.

ج-الجراحة:

1-البتر. 2-صعوبات إعادة التأهيل. 3-تعقيدات الكسور. 4-الجراحة العصبية. 5-تدخلات عقب جراحية.

د-القلب، الدورة الدموية - الدم-:

1-فقر الدم. 2-تنفخ خطر(مهدد للحياة). 3-التهابات الشرايين. 4-مرض قلبي عضوي. 5-أمراض دم غير سرطانية. 6-ارتفاع ضغط الدم. 7- الاحتشاء القلبي. 8-أمراض شريانية متعددة. 9-اضطرابات نبض القلب. 10-الالتهاب الوريدي.

هـ-الجلد:

1-حب الشباب. 2-صلع(تساقط الشعر). 3-التهاب الأدمة. 4-الثعلبة. 5-الصدفية. 6-الحكاك.

و-أمراض الهضم:

1-أمراض المستقيم. 2-مرض كرون. 3-أمراض هضمية وظيفية. 4-عسر الهضم. 5-التهاب غشاء المعدة. 6-التهاب المستقيم النازف. 7-القرحة المعدية. 8-قرحة ألاثني عشر. 9-القيء والغثيان. 10-الكبد والمرارة.

ز-الأمراض النسائية:

1-التهاب ملحقات الرحم. 2-اضطرابات الطمث. 3-التهاب غشاء الرحم. 4-العقم. 5-تكيس المبايض. 6-التهاب الأغشية المخاطية. 7-التهابات نسائية متنوعة.

ح-أمراض المناعة:

1-الضمور النخاعي. 2-مرض الكولاجين. 3-التهاب ما حول االمفصل. 4-التهاب المفاصل الحاد. 5-ضمور العضلات التدريجي. 6-مرض نقصان المناعة المكتسبة.

ط-الالتهابات والأمراض الفيروسية الحديثة:

1-جلدية. 2-بولية. 3-تناسلية. 4-التهاب الكبد الفيروسي. 5-القوباء. 6-العيون. 7-التهاب البنكرياس. 8-انخفاض المناعة.9-السل. 10-مرض الزونا.

ي-عدم الكفاية الأساسية:

1-الوهن العام. 2-صعوبات تحديد الزمان والمكان. 3-اضطرابات تكيف الحرارة في الجسم.

ك-اضطرابات التغذية،الايض والغدد:

1-الهزال. 2-زيادة الشهية أو انخفاضها. 3-اضطرابات التغذية. 4-زيادة افراز الدرقية. 5-السكري نوع2. 6-السمنة. 7-اضطرابات الدرقية. 8-زرقة الأطراف. 9-اضطرابات هرمونية متعددة.

ل-الاضطرابات هرمونية:

1-الآلام. 2-الصداع. 3-الصرع. 4-الشقيقة. 5-تقلصات الكتاب. 6-التهاب النخاع الشوكي. 7-سوابق جراحات عصبية. 8-التهاب العصب. 9-شلل. 10-تناذر ذاتي عقب رضة جسدية. 11-الكزاز. 12-تصلب المادة العصبية البيضاء. 13-رضات الجمجمة. 14-حوادث وعائية دماغية. 15- الوهن العضلي. 16-التواء العنق التشنجي.

م-اضطرابات العيون:

1-العمى. 2-تكثف عدسة العين. 3-التهاب مشيمة العين التطوري. 4-الرؤية المزدوجة. 5-أمراض شبكة العين.

ن-انف اذن حنجرة:

1-طنين الأذن. 2-البحة المزمنة. 3-التهاب الأنف و الحنجرة. 4-الصمم.

س-العظم والمفاصل:

1-أوجاع المفاصل. 2-ألام المفاصل. 3-التهاب المفاصل. 4-الآم الظهر. 5-الكسور المتعددة. 6-ألام العمود الفقري. 7-انخفاض تكلس العظام(هشاشة العظام). 8-ترقق العظام. 9-الروماتيزم المفصلي. 10-التهاب مفاصل الفقرات التصلبي.

ع-الرئة:

1-التهاب الشعب الهوائية. 2-انتفاخ الرئة. 3-عدم الكفاية التنفسية. 4- السل الرئوي. 5-الربو.

ف-الكلية والجهاز البولي:

1-المغص الكلوي. 2-التهاب المثانة. 3-سلس البول. 4-عدم كفاية الكلى. 5-حصى الكلى. 6-اضطرابات التبول. 7-زراعة الكلية. 8-غسيل الكلى. 9-تكيس الكلى.

ص-الجهاز الجنسي:

1-البرودة الجنسية لدى كلا الجنسين. 2-العجز الجنسي.

ق-اضطرابات النوم: المشي أثناء النوم.

ر-**الآسنان: ألام** الفم والأسنان.

ش-أورام حميدة جميعها.

ت-التحولات الهستيرية الصريحة.

ث-ادعاء أو توهم المرض.

(فيصل الزراد 1996، ص61-64. عن محمد احمد النابلسي ، 1989)

4-أسباب ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية:

تعددت مسببات هذه الاضطرابات. أهمها هي:

4-1-الضغوط النفسية: للضغوط والاحباطات النفسية الأثر الكبير لتواجد الفرد تحت وطأة هذه الاضطرابات النفسجسمية كون إن هذه الأخيرة لها القدرة على إحداث تأثيرات في الجهاز النفسي والعضوي لدى الفرد والتي تنشا منها حالات القلق والإحباط والصراعات النفسية. في بادئ الأمر لدى الفرد شبه عادي ولكن تراكم هذه الضغوط تبدأ في اخذ المنحى المزمن عبر التكرار والشدة وتؤدي إلى التفاقم والتموقع في عضو من أعضاء الجسم بحيث يقول العيسوي 2000. (أهم الخبرات التي تولد الضغوط النفسية هي تلك العلاقة المتبادلة مع الإفراد والناتجة من علاقة الفرد بالمجتمع وهذه العلاقة تكون مسرح التفاعلات وهمزة وصل بين المجال النفسي والجسمي عن طريق التفاعل فهي مولدة للقلق والانفعال أحيانا. **(عبد الرحمن العيسوي، 2000، ص152)**.

4-2-العوامل الانفعالية: يعتمد الانفعال تلك الوجدانان والعواطف الإنسانية في حياة الفرد، فهي مشاعر مليئة بالطاقة ومشحونة في بعض الأحيان

الفرد وأهدافه يقول فيصل الزراد (إن الانفعال هو بمثابة التي بدونها لا تستمر حياة الفر. كما يرتبط الانفعال بعوامل وراثية تؤدي إلى تمايز الأفراد عن بعضهم البعض من حيث الطبيعة الانفعالية). **(فيصل الزراد، 2000، ص171.)**

فالانفعال له جانبان، لقد تطرقنا إلى الجانب الإيجابي منه إما الجانب السلبي يتمثل في زيادة شدته واحتدامها مسببا بذلك أمراض واضطرابات سيكوسوماتية خاصة إذ حاول الفرد كبح و إعاقة الانفعال فهذه الطاقة الانفعالية في أوج شدتها فعملية كبحها تزيد من تراكمها فيكون سببا في ظهور اضطرابات حشوية كالأمراض المعدة والقولون العصبي فبدلا من تفريغ الطاقة النفسية الناتجة من الانفعال نحو سلوك خارجي تتجه هذه الطاقة نحو الذات لتدميرها.

ولإلقاء الضوء أكثر على الأفعال واهم جوانبه وما يترتب عنه من معضلات تجاه الصحة النفسية والجسدية للفرد.

4-2-1)-تعريف الانفعال:

يعرف عبد الرحمن العيسوي عن **ميلر** الانفعال بأنه عبارة عن أي خبرة ذات شعور قوي غالبا ما يصاحبها تغيرات جسمية مثل تغير الدورة الدموية، شدة التنفس وإفراز العرق... الخ وفي الغالب ما تصاحبه أيضا أفعال قهرية عنيفة وشديدة أو حادة وتعتبرا لانفعالات عكس الهدوء والاسترخاء لذا فان كل حالة انفعال يقابلها هدوء واسترخاء.(**عبد الرحمن العيسوي 1994 ص61.**)

أما الاضطراب الانفعالي يعرفه حامد زهران: (هو حالة تكون فيه ردود الفعل الانفعالية غير مناسبة لمثيرها بالزيادة أو النقصان، فالخوف الشديد لمثير مخيف حقا لا يعتبر اضطرابا انفعاليا بل يعتبر استجابة انفعالية عادية وضرورية للمحافظة على الحياة، أما الخوف الشديد من مثير غير مخيف فهو يعتبر اضطرابا انفعاليا). (**حامد زهران 2005ص420.**)

ويشير فيصل الزراد إلى أن علماء الفيزيولوجية عرفوا الانفعال على انه ظاهرة فيزيائية توجد داخل أجسامنا في شكل مشاعر وأحاسيس باطنية وهي نتاج تفاعل معقد بين أجزاء الدماغ متواجدة في

الذي ينظم عمل الجهاز العصبي اللاإرادي والجهاز الغددي Hypothalamusالهيبوتالاموس.

الهرموني. **(فيصل الزراد ،2000 ،ص27).**

4-2-2)-أهم الأعراض المصاحبة للانفعال:

ارتفاع ضغط الدم- سرعة نبضات القلب- اتساع حدقة العين أو تضييقها- تغير كيمياء الدم- تشنج في عضلية الأمعاء والمعدة- الرعشة التعرق وغيرها. أما فيما يخص جوانب الانفعال فهي كالتالي:

ا-**جانب شعوري ذاتي:** هذا الشعور ينتاب الإنسان وحده دونا عن غيره وهو مختلف من فرد لأخر حسب الشدة والموقف الانفعالي ويمكن دراسته عن طريق التأمل الباطني.

ب-جانب خارجي ظاهري: يعتبر تلك التغيرات والحركات وكل مايبديه الفرد أثناء الموقف الذي يتعرض له الشخص المنفعل.

ج-جانب فيزيولوجي داخلي: تعبر عنه تلك التغيرات الفيزيولوجية من إفرازات في مسلك الدم المتمثلة في كيمياء الدم وإفراز العرق، إفراز الأدرينالين والكورتيزون وعصارة البيبسين بالمعدة.

4-3)العلاقة بين الانفعالات والأمراض السيكوسوماتية:

تشير الدكتورة **أمال العنزي** 2004 عن **هانز سيلي** 1979 إن الانفعال النفسي المسمى أيضا بالشدة النفسية يمر بثلاث مراحل وهي:

ا-**مرحلة المقاومة:** وهي مرحلة قصيرة تمر من دقائق إلى ساعات تتميز بسرعة نبضات وخفقان القلب وسرعة تدفق الدم في الجهاز الدوران يصطحبه ارتفاع حرارة الجسم أو انخفاضها ويحدث انتكاس عام للأنسجة، فتعرف هذه المرحلة بالحركات التعبيرية لمظاهر انفعالية قد تؤول إلى التهدئة تحت تأثير الظروف الاجتماعية.

قبل استحضار الأنا لدفاعاته يفرز الجسم هرمون الأدرينالين مؤقتا لحماية جهاز الدوران وعضلة القلب وذلك من اجل تحقيق التوازن العضوي للجسد. قد تدوم هذه المرحلة أثناء الصدمات الشديدة والشجارات المطولة.

ب-**مرحلة الشدة:** في هذه المرحلة تبدأ الإعراض السابق ذكرها في الاختفاء وتبدأ الأنسجة راحتها ووظيفتها وذلك بتخلص الخلايا من كميات الهرمونات المفرزة إلى الجهاز البولي للعودة لممارسة النشاط الطبيعي واستمرار هذه المرحلة بتوقف على شدة الإثارة والمنبه للانفعالي من جهة ومن أخرى طبيعة وشخصية الفرد ولهذا تنتهي هذه المرحلة بانتهاء المحنة التي يمر بها الفرد أو عند إيجاد الحلول المناسبة.

ويلعب **الكورتيزون** (هرمون تفرزه الغدة الكضرية المتواجدة فوق الكلية) دورا مهما في زيادة مقاومة الجسم تجاه الخطر الانفعالي المهدد للفرد فهذه العملية تعطي شحنة زائدة من القوة الجسمية لتدارك الخطر ومعرفته معرفة صحيحة.

إما في حالة نقصان إفراز هرمون الكورتيزون أو تباطئه اثر خلل عضوي أو قصور غددي، فالفرد في هذه الحالة يقع عرضة للانفعال الشديد الذي يبحث عن ملجأ داخل أجهزة الجسم وأعضاء الفرد ،وذلك حسب الهشاشة والقابلية التي تبديها أعضاء الجسم.

ب-**مرحلة الإجهاد:** كما تسمى هذه المرحلة مرحلة الانهيار وفيها يستنفذ الجسم طاقاته الدفاعية العضوية وتبرز قدرة التكيف لدى الفرد للوضع الجديد كما تظهر بوادر عدم القدرة على مواصلة عملية إعادة البناء وإصلاح ما تلف، كذلك يعمل جهاز **الهيبوتالاموس** على كف إمداد الطاقة معلنا الفشل فتبدأ أعراض الاكتئاب في الظهور في الجانب النفسي، يتزامن معها ظهور أمراض جسمية قد تؤدي الى عرقلة السير الحسن للجسم والأعضاء، وهكذا يستسلم الفرد أمام الانفعالات الناتجة عن المحنة المتكررة لتصبح في حالة مزمنة أما الفرد فهو يبدي مرونة وتكيف مع الواقع الجديد. يقول عبد الرحمن العيسوي (تختلف قيمة المحن

النفسية الشديدة التي يعيشها بعض الناس باختلاف التكوين المرضي والنفسي والجسمي والعصبي وباختلاف حياة الفرد وخبراته الخاصة ومفاهيمه وتكيفه مع الضر وف الاجتماعية ومدى تقبله للواقع المرضي الجديد.**(عبد الرحمن العيسوي، 2000 ،ص 82).**

وفي هذا السياق يقول احمد عكاشة (إن الانفعال يؤثر على التفكير وذلك يمنع الفرد على التفكير الواضح والإدراك الصائب وإذا توالت الانفعالات بشكل دائم ومستمر دون وجود حلول ودون كف مسبباتها أدت لتغيرات فيزيولوجية والى تغيرات عضوية جسمية ممهدة لظهور الاضطرابات السيكوسوماتية. **(احمد عكاشة ،2010 ،ص8).**

4-4)-العوامل الاجتماعية:

قد يتعرض الفرد في حياته إلى مواقف اجتماعية ضاغطة كالصدمات العنيفة والحروب والكوارث الطبيعية المفاجئة كالزلازل والبراكين والفيضانات والحرائق.. وتلك المواقف تفوق قدرة الفرد على التحمل ويظهر ذلك جليا في ارتفاع منحى الإصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى الجنود بعد الحرب العالمية الثانية. يقول فيصل الزراد عن **جيمس هالدي** 1979 إن المريض يظهر بوضوح أعراض التفكك النفس جسمي تصيب الأفراد في شكل أمراض واضطرابات.**(فيصل الزراد، 2009، ص79).**

كما توجد أيضا تهديدات سيكوسوماتية تنتمي إلى دائرة العوامل الاجتماعية كالحرمان من العناية والحنان، ويظهر ذلك جليا للعيان في العلاقة ما بين الطفل والأبوين، فعملية التدريب التي يخضع لها الطفل أثناء التغذية الإجبارية لما يحب وعملية التعنيف من اجل ضبط عملية الإخراج والنظافة والتي يترتب عنها سوء التفاهم ومشاعر الكراهية بحيث يشعر الطفل بعدم وجود الأمان والاطمئنان والحرمان العاطفي كذلك مهم جدا ،وهو فقدان الأم سواء عن طريق الطلاق أو الوفاة فهذا يعرض الطفل إلى اضطرابات في سيرورة حياته العادية ويؤثر على نموه النفسي والجسمي.

5-4)-العوامل الوراثية:

يكون الاستعداد الوراثي من المؤثرات التي تطال الحياة الجنينية أي ما قبل الولادة، كما تؤثر بعض العوامل السلبية لدى الأم على جنينها– كالكحول –المخدرات –الأغذية الغير صحية –التعرض للانفعالات الشديدة– عامل السمنة والأمراض العضوية كالسكري وأمراض القلب والصرع والسرطان،

كل هذه العوامل تؤثر بالسلب على حياة الجنين وعمر الأم والعامل الريزوسي.

يشير **عصام ألصفدي** عن **ولستر** 1953 إن حياة الجنين داخل الرحم تتاثر بالحالات الانفعالية للام والحالة الجسمية والبنية الداخلية لها كذلك الضر وف الاجتماعية والبيئة الخارجية بحيث إن الاضطرابات النفسية لدى الأم تؤثر على إفراز الغدد وتغير تركيبة الدم عندها. **(عصام ألصفدي 2001** ص 73).

ويكمن الاستعداد الوراثي في القابلية للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية التي تبقى كامنة إلى غاية تعرض الفرد لعوامل مفجرة لذلك والمساعدة لظهورها.

5)–خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية:

أهم الخصائص التي تميز الاضطرابات السيكوسوماتية كما يراها غانم حسين هي:

–وجود أساس فيزيولوجي.

–تشمل مجموعة الأعضاء والأحشاء التي تتأثر بالجهاز الذاتي وبالتالي لا تخضع للضبط الإرادي.

–تتميز بتغيرات بنائية تهدد حياة الفرد.

–تكون أكثر إلحاحا في السيطرة على العضو الهش.

(غانم محمد حسين، 2012، ص50).

كما يعتبر بعض الباحثين وجود اضطراب انفعالي كعامل مسبب.

–ارتباط بعض الحالات الانفعالية بنمط ما من شخصية الفرد.

–تختلف الإصابة بهذه الاضطرابات السيكوسوماتي اختلافا طفيفا ما بين الجنسين.

–قد توجد مختلف الأعراض لدى الفرد الواحد.

–غالبا ما يوجد تاريخ عائلي لإصابة الأفراد بنفس المرض كداء السكري.

6-النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية

اختلف العلماء الذين تناولوا هذه النظريات لأسباب عديدة و ذلك حسب توجهاتهم و حسب تناولهم لهذه النظريات و حسب ظروف بروزها و نشأتها و العوامل المسببة لها, فمنهم من يرجعها إلى الاختلال ما بين العمليات الإشراطية و الاستجابة للمثيرات الداخلية و الخارجية , البعض الآخر يرجعها إلى اختلال التوازن مابين المتطلبات و حاجات الفرد النفسية و الفيزيولوجية و الكل متسابق لإطراء هذا الموضوع مدليا بقناعته مبرزين أهمية الحالة النفسية و تأثيرها على الحالة الجسدية و أهم النظريات التي اهتمت بالأمراض السيكوسوماتية هي:

6 -1) -نظرية التحليل النفسي:

6-1-1) -الاضطرابات السيكوسوماتية من وجهة نظر فرويد:

لم يتطرق فرويد لهذا المصطلح في أعماله و في كتاباته نوه فقط بان هناك تغيرات جسمية لها معنى الرمزية في اضطراب الهستيريا التحويلية و من خلال تعريفه للتحويل يقول فيصل الزراد 2000 عن فرويد: (إن عملية التحويل تصبح بموجبها الفكرة غير مقبولة غير ضارة و يتم ذالك بواسطة كمية الإثارة المرتبطة بها و التي يتم نقلها إلى شكل من أشكال التعبير الجسدي) **(فيصل الزراد ،2000 ،ص80)**.

وفي مقام أخر يذكر نفس الكاتب عن **فرويد** حين يقول: إن مالا يحتمل من الأفكار و الانفعالات يفقد إيلامه عن طريق تحويل قدر من الإثارة و الألم إلى شكل عضوي للتعبير .**(فيصل الزراد نفس المرجع ص81.)**

و منه فان **فرويد** اهتم بالعصاب و فسر الاضطرابات السيكوسوماتية حسب نظرته على أساس دينامي سيكولوجي و اعتمد على تفسيره للعصاب الهستيري التحويلي، أما الاضطراب النفسجسمي المترتب عنه،اعتبره تعبيرا رمزيا مباشرا لعوامل ، دوافع، مشاعر وهوا مات مكبوتة عن طريق التثبيت . بمعنى أن هذه الاضطرابات النفسجسدية هي تثبيت لصراعات انفعالية مسيطرة في مرحلة من مراحل نمو الفرد غير أن هذا التفسير لم يفصل بين عملية التثبيت في العصاب و عملية التثبيت في الاضطراب النفسجسدي**(فيصل الزراد نفس المرجع نفس الصفحة).**

لكن استفاد ميدان علوم السيكوسوماتية من أسس نظرية **فرويد** بشكل أساسي وجدي ،و وضعت بصمتها الأولى في أعمال المحللين النفسيين أمثال **فرنزي دنبار بيار مارتي ب-ستروا و الكسندر** و منه ظهرت أعمال فرنزي , بحيث اعتمد **فرنزي** مصطلح جديد فاقترح تسمية **العصاب العضوي** الذي يمثل الاضطرابات الحقيقية التي تظهر في وظيفة الأعضاء الجسمية ،فبلور فكرة جديدة للتمييز بين **الهستيريا وعصاب**

الأعضاء يقول الأستاذ **تواتي إبراهيم** حسب فرنزي إن حدوث العصاب العضوي يدل على تراكم في الوظيفة الشبقية لذلك العضو إضافة لمساهمة الوضع في البقاء على قيد الحياة, فهو قادر على إنتاج الشعور باللذة وهو مشابه لمفهوم **فرويد** للاعصبة الراهنة التي تنشا من عدم تحقيق الرضا الجنسي ألموقعي **(تواتي إبراهيم ، 2021 ، ص 21)**.

و لتطوير مبادئ و أفكار فرنزي و أعماله بحث في أحداث الحياة في المرحلة المبكرة من النمو فلاحظ انها تؤثر على أعضاء خاصة أو معينة و التفاعل بين الصراعات النفسية الداخلية قد تستقضي عضو معين محدثة(وحدة نفسية جسدية) تنشط كلما تعرض الفرد لنفس الصراع و سانده في هذا الرأي راى أن الأمراض النفسجسدية هي عبارة عن معاني رمزية في شكل تحويلات هستيرية التي طرح فكرتها فرويد **(تواتي إبراهيم ، نفس المرجع، ص 21)**.

و افترض بعض علماء النفس مقاربة تحليلية مفادها أن الطاقة النفسية تجد تصريفها بطريقتين أما عن طريق الجسدنة أو عن طريق الضغط على الجهاز النفسي فهي تضغط على الفرد في محاولة إيجاد قنوات تصريفية، فيقوم الفرد بتفكيكها إلى شحنات صغيرة عن طريق الإزاحة كما أنها تعبر عن الصراعات الطفولية و التثبيتات كعوامل مهمة للاضطرابات السيكوسوماتية.

6-1-2) – من وجهة نظر ألكسندر:

جاء **الكسندر** بعد **فرويد** وهو من المهتمين بالتحليل النفسي و طبيب من مدرسة شيكاغو الأمريكية , لقد وجه **لفرويد** نقدا ذريعا و بناءا عن تفسيره للتناول السيكوسوماتي معتبرا ذلك خال من الدقة و البناء الصحيح وذلك لأسباب عدة أهمها:

-إن التثبيت الذي ذكره **فرويد** كعامل دينا مي نفسي لا يكون من مسببات الاضطراب السيكوسوماتي لوجود العامل البيولوجي و الفيزيولوجي الذي يعبر عن نفسه بشكل صريح.

-في حالة الاضطراب السيكوسوماتي الخلل او العطب يمس الأعضاء التي يحكمها و يضبطها الجهاز العصبي المستقل أما التثبيت يكون على مستوى الجهاز اللاإرادي و بالتالي لايمكن للتثبيت أن يكون سببا في الاضطراب السيكوسوماتي.

-دعم **الكسندر** وجهة نظره بالتساؤل التالي كيف بأفراد مروا بانفعالات لا شعورية شديدة و لم يكونوا عرضة للأمراض السيكوسوماتية ؟ أين دور التثبيت الذي ذكره فرويد؟ و منه التثبيت ليس إلزاميا للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية, لذا استنتج **الكسندر** انه لا يوجد استعداد للاستجابة للصراع الانفعالي وهكذا

قدم لنا مصطلحا جديدا بديلا للتثبيت و الذي قد يكون سببا أساسيا للإصابة بالجسدنة كما أطلق على هذا المفهوم الجديد **بالاتجاه الانفعالي** ويعني بذلك الاستعداد و القابلية للاستجابة للانفعالات و الصراعات النفسية المصاحبة لضغوط الحياة و المواقف الضاغطة الصعبة و المطولة **(النابلسي، 1991 ،ص46).**

وذكر **فيصل الزراد** 1996 عن الكسندر بأنه ميز مابين استجابة الهستيريا التحويلية التي تدل على محاولة تعبير عن انفعال ما بصورة غير مباشرة باستعمال بعض الأجهزة العضوية و بين الاضطراب السيكوسوماتي الذي تحدده استجابة الجسم اتجاه انفعال عنيف طال زمنه **(فيصل الزراد، 2000 ،ص83).**

-كما ذكر **عطوف ياسين** عن **الكسندر** أن هناك ثلاثة انواع من الاتجاه الانفعالي و هي كما يلي

***النوع الأول** من الاتجاه الانفعالي يكون على شكل رغبة في الاندماج أو الاتحاد.

***النوع الثاني** من الاتجاه الانفعالي يكون على شكل رغبة في المنح و العطاء أساسه تصريف الطاقة لتحقيق الأهداف و بلوغ الغايات.

*أما **النوع الثالث** من الاتجاه الانفعالي يكون على شكل رغبة لضمان البقاء و تحقيق الراحة **(عطوف ياسين ،1988،ص 18).**

لم تأتي هذه التصنيفات الثلاثة عشوائيا، إنما كانت نتائج لدراسات و ملاحظات عديدة مستخلصة من مصابين بأمراض سيكوسوماتية مزمنة، اللذين كانوا يخضعون للعلاج عند الطبيب **الكسندر**, كالمرضى الذين يعانون من الربو, ضغط الدم المرتفع, القرحة المعدية, القولون العصبي وغيرهم . في دراسته هذه اعتمد الكسندر على الملاحظة العيادية و منهج دراسة حالة , فلاحظ عند مرضى الربو وجود سمة شخصية مشتركة بينهم و توحدهم فيما بينهم وهي وجود اتكالية على الأخر وبهذا صنفهم في فئة الاتجاه الانفعالي في الاندماج و الاتحاد .

أما المصابين بضغط الدم المرتفع كانت السمة الشخصية التي تجمعهم ترمز للتحدي والنشاط والجدية في التعامل مع مواقف الحياة و الميل للعمل على بلوغ الأهداف المسطرة وصنفهم الكسندر في التصنيف الثاني للاتجاه الانفعالي للرغبة في العطاء و تصريف الطاقة من اجل تحقيق الأهداف.

أما التصنيف الثالث الاتجاه الانفعالي للرغبة في الحياة والتمتع بالراحة كان من نصيب المرضى المصابين بالقرحة المعدية والقولون العصبي فكانوا يتميزون بالمسايرة الوجدانية و كثيري التنازل عن حقوقهم وأكثرهم تجنبا للوقوع في في الصراعات الانفعالية مع الآخرين و التصادم معهم كي يضمنوا لأنفسهم الراحة و البقاء سواء في الحياة العائلية أو المهنية.

وخلاصة لما قدم لنا ألكسندر، فسبب الاضطرابات السيكوسوماتية مرتبط بعناصر عديدة أهمها:

*الاستعداد الوراثي والقابلية البنائية للجسم.

*الاتجاهات الانفعالية.

*هشاشة الأعضاء واستسلامها أمام دواعي الاضطرابات السيكوسوماتية.

يقول النابلسي 1991 (إن ألكسندر يرفض تصنيف السمات الشخصية التي قدمتها **دنبار** كونها ترى إن المرضى المصابين بنفس الاضطراب السيكوسوماتي لا يمتلكون شخصيات متشابهة لان كل فرد منهم لديه شخصية مستقلة عن الأخر **(النابلسي 1991ص46)**.

ويضيف أبو الحسن 2012 في هذا السياق أن ألكسندر أعاد الصراعات التي يمر بها الفرد إلى انفعالات وصراعات لاشعورية رمزية تعود إلى مراحل مبكرة للنمو و التطور الجسمي الفيزيولوجي و هذه المراحل مرتبطة بنمو الأعضاء التي تحوم حولها الاضطرابات والصراع ولا يجد حلول للتسوية الصحيحة بسبب فشل الآليات الدفاعية اللاشعورية يتفاقم التوتر و القلق فيرتكز على العضو الذي اكتسب الهشاشة الناتجة من الانفعال و الضغط **(أبو الحسن سناء إبراهيم، 2012، ص52)**.

وبهذا يرى **ألكسندر** إن الإصابة بالاضطراب السيكوسوماتي يرتبط بما يلي :

*وجود استعداد وراثي وتكويني.

*صراع داخلي لاشعوري موجه من الاتجاه الانفعالي.

*ضغط انفعالي مفجر للاضطراب وحدوث الإصابة وظهور الأعراض.

*هشاشة بعض الأعضاء لها القابلية والاستعداد للمرض.

6-1-3)-الاضطرابات السيكوسوماتية من وجهة نظر بيار مارتي:

أما **بيار مارتي** (1918-1993) رائد المدرسة الباريسية،والطب السيكوسوماتي هي من أكثر المدارس التي لقت رواجا في ميدان السيكوسوماتيك بحيث انطلق **مارتي** من فرضية قائلة إن الفرد هو عبارة عن وحدة فردية متميزة بمعنى أنها لا تنظر للمريض في مرحلة ظهور الأعراض المرضية إنما تعمل على متابعة مراحل تطور الفرد في الصحة وفي المرض وهذا المسار يبين التنظيم العقلي للفرد فتقول نظرية بيار مارتي للسيكوماتيك أن ليس هناك جهاز عضوي مريض أو مختل بينما هناك تنظيم عقلي مريض أو مختل.

يقول **صالح معاليم 2008** إن مارتي ركز على غياب التعقيل في سير الاضطرابات النفسجسمية(يقترح مارتي ترتيبا اوليا أين تتعارض فيه الدهانات والعصابات , فالدهانات تتميز بتنظيم ذهني مغروس بصلابة مقارنة بعصابات الطبع و السلوك المتميزة بقلة التنظيم في دفعاتها الذهنية, هذه الأخيرة هي التي تكون ارض خصبة لظهور الأمراض النفسجسمية) **(صالح معاليم ،2008،ص47)**.

إن المرضى السيكوسوماتيين يفتقرون للخيال وعدم القدرة على تكوين هوا مات حول ويذكر العرض.

ترتكز نظرية بيار مارتي على عدة مبادئ التي تتحكم في التوازن النفس جسدي وهي:

أ- الاقتصاد السيكوسوماتي: هذا يعني إن كل إنسان له اقتصاد سيكوسوماتي خاص به يخضع إلى مبدأ الدينامية والتطور بين غريزتي الموت والحياة. ويختلف هذا الاقتصاد ما بين الأفراد من خلال قوة هاتين الغريزتين من حيث طغيانها او السياق نحو السيطرة لهاتين الغريزتين ومدى دوام هذه السيطرة.

فالعلاقة بين هاتين الغريزتين هي التي تحدد آليات التنظيم النفس جسدي سيرورته و توازنه أو اختلاله، يقول النابلسي 1992 في هذا الشأن (يرى مارتي إن هيمنة غرائز الحياة يتبعه التوازن و الصحة و هيمنة غرائز الموت يتبعها اختلال التوازن النفسي وظهور اضطرابات واعتلال الصحة الجسدية) **(النابلسي 1992، ص 55)**.

وان سيطرة غرائز الموت تؤثر على تطور الفرد بحيث تنشأ لديه تنظيمات تثبيتيه تنتهي به إلى تنظيما علميا مشكل من عدة نقاط تثبيت حدثت في مختلف مراحل التطور الليبيدي ويعتبر ذلك تنظيما علميا فاسدا فيصعب من مهمة الفرد اعادة تنظيم هذه التثبيتات.

ب-الصدمة:

إن مفهوم الصدمة عند بيار مارتي يتعلق بالقدرة على التحمل و المقاومة وذلك شيء مختلف بين الأفراد كون كل فرد يمر بمراحل نمو مختلفة عن الآخرين ،وبذلك فان مفهوم الصدمة لا يرتبط بالحدث الآني إنما بمدى إحياء ذكرى مؤلمة أو صدمة نفسية كانت راسخة في مرحلة الطفولة, فهناك رموز عاطفية وخبرات مؤلمة رافقت هذا الحدث ألصدمي الأول وهذه الرموز و الخبرات قد تظهر أمام حدث مماثل، او يحمل نفس التفسير الانفعالي الذي لم يتمكن الأنا من تفسيره و السيطرة عليه ،فهنا ترى أوجه التطابق و التوافق بين **فرويد و بيار مارتي** لمفهوم الصدمة ومنه طبيعة الصدمة ناتج من النظام البنيوي الذي مر عليه الفرد خلال

مراحل حياته. وظروف الحدث الصمدي في الزمن الأول وهناك مفارقة تقول: إن المرض ليس هو الذي يؤدي إلى الصدمة لكن الأحداث الصمدية السابقة هي التي تؤدي إلى المرض، نظرا لتراكمها من جهة ومن جهة أخرى لعجز الفرد لفرض تسوية لها. وهكذا يصبح الفرد عاجزا على معالجة الحدث الصمدي فينتج عنه اضطراب في التنظيم النفسي وآثار مولدة للمرض.

وهكذا فالصدمة عند مارتي تتميز بآثار مفرطة تتعدى قوة الفرد على الاحتمال وقدرته على التسوية فتنهار كفاءته على السيطرة بسبب آثار هذه الأحداث الصمدية.

كما اعتبر **مارتي** العلاقة أم–طفل لها الأثر الهام في حدوث الاضطرابات النفسجسمية , إن دور الأم الذي يعرفه العامة و الذي يتلخص في العناية وتأمين الظروف المواتية وتحقيق الأمن والسلامة والعاطفة لصغيرها ،ولكن **مارتي** يرى دورا أخر لم يلاحظه من قبله يتمثل في **الدور النفساني للام** تجاه طفلها وهدا الدور يتميز بإعادة الشحن المستمر للنرجسية وليدها وذلك بمساعدته على تنمية آلياته الدفاعية النفسية و الجسدية وتطويرها وفي هذا الدور الذي تلعبه الأم فهي تصنع بوادر الأنا لدى الطفل وتساعده على تحقيق توازن جهازه النفسي و إحداث توازن جيد بين غريزتي الموت و الحياة و يقول النابلسي 1994 في هذا السياق (يمر الجهاز النفسي للطفل بمراحل متتالية من التوازن النفس جسدي مراحل من النمو الليبيدي لدى الشخص المريض و منه يلتقي الطب السيكوسوماتي ومبادئ التحليل النفسي) **(النابلسي 1994ص57)**.

أما عبد الرحمن العيسوي 2000 يشير إلى أن **دنبار** أدرجت في أبحاثها وضع بروفيلات شخصية للأفراد حسب نوع الاضطرابات الذين يعانون منه فمنهم من سمته بالشخصية القرحية ومنهم شخصية ذات الطابع الدموي نسبة الاضطرابات جهاز الدوران الدموي و الشخصية السرطانية ومن خلال وبذلك قدمت الأعراض التي تنتمي إلى تلك الشخصية فأدرجت في نظريتها هذه (نظرية البروفيل الشخصي) و العوامل التي ارتكزت عليها لإعطاء هذا التصنيف و التسمية (كالعامل التاريخي, الانفعالي الفيزيقي) وكلها اعتبرتها عوامل مسببة للمرض.

6-2)النظرية السلوكية:

رائدها العالم الروسي **بابلوف** وارتكزت هذه المدرسة في أبحاثها على المنعكس الشرطي أو الانعكاس الشرطي من خلال تجارب عديدة خضعت لها الحيوانات أشهرها (الكلب) فكانت هذه النظرية نقطة تحول و انجاز عظيم من الأبحاث النفسية الجسدية, ومحاولة ربط الجانب النفسي بالفيزيولوجيا وسمي آنذاك ب**النشاط العصبي الفائق** يقول فيصل الزراد 2000 (مثل هذه النظريات ترى إن طرق الاشتراط الكلاسيكي

لدى بابلوف والاشتراط الإجرائي لدى سكينر يمكن استخدامها للحصول على تغييرات في استجابات الأعضاء الواقعة تحت إشراف الجهاز اللاإرادي وهذه هي الأعضاء التي تتعرض للاضطرابات السيكوسوماتية) (**فيصل الزراد ، 2000،ص98).**

وذلك يعني إن إخضاع الكائن الحي لقيود مختلفة لأزمنة مطولة قد تثير لديه استجابات في شكل أعراض جسدية ولهذا السبب طبق بابلوف بعضا من تجاربه على البشر فلاحظ الأفراد الذين يخضعون لمثيرات قاسية ومفرطة لمدة مطولة نسبيا قد يصابون باضطرابات سلوكية فيزيولوجية وجسمية، كاختلال في جهاز الدوران،التنفس، جهاز الهضم وغيره, يقول **عيسى تواتي ابراهيم** (افادت الأعمال التشريحية الفيزيولوجية لمدرسة بابلوف الى وضع **النظرية القشرية الحشوية**التي هدفت الى ربط التفاعل بين الجسم و العقل و النفس). **(عيسى تواتي ابراهيم 2020ص15.)**

كما استعملت السلوكية في اعمالها مفاهيم و مبادئ محددة قابلة للملاحظة والدقة والقياس فاعتبر أصحاب هذه النزعة ان الاضطراب السيكوسوماتي عبارة عن عادات تعلمها الانسان ليخفف بها عن قلقه و توتره وانفعالاته وقد يجد من خلاله حلا لصراعاته، فاعتبروا هذه الاضطرابات النفسجسمية انها عملية تعلم فاشلة تمت تحت عمليات اشراطية مضطربة او غير كافية.

وفي هذا السياق يقول **فيصل الزراد** 2000 عن **باندورا** 1971 (ان الاستجابات الانفعالية ومكوناتها الفيزيولوجية تقوم بفعل الية تعلم متغيرة ما بين (الاشراط الكلاسيكي لبابلوفوالاشراط الاجرائي لسكينر) **(فيصل الزراد 2000ص98.)**

وذلك ماحدث قفزة علمية جبارة لدى العلماء في خضم الثورة الأبستمولوجية في كل العلوم خاصة في ميدان علم النفس اذ تبين ان بعض الاشخاص يستطيعون السيطرة على توجيه الاعضاء الداخلية والعمليات الباطنية الجسمية وبسط السيطرة على وظائفها كتنظيم وتيرة التنفس لدى مرضى الربو اثناء الازمة الحادة. ساعدت نظرية بابلوف في فتح مجالات بحثية جديدة وآفاق واسعة لتطوير المفهوم السيكوسوماتي , عدة بحوث ودراسات بعد اعماله اهمها :

- اعمال **زرزان** 1961 وهي دراسة حول التوسيع الاشتراطيللأوعية الدموية وتضييقها ارادیا عن طريق عملية الاسترخاء, اما اتباع **سكينر** والنزعة الاجرائية يرون ان الاستجابات اللاإرادية يمكن تشريطها وسيليا.**(فيصل الزراد ، 2000،ص99).**

كما يضيف فيصل الزراد 2000 ان ال ما بين النظم العصبية فيما بينها وكذلك الافعال الانعكاسية تؤدي الى التوازن الوظيفي ما بين الجهاز العصبي السمبتاوي المكلف بالإثارة و الجهاز العصبي الباراسمبتاوي

المكلف بالكف و اشرافهما على ضبط الاعضاء الداخلية مسرح حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية واي اضطراب لهما او خلل يعرض الفرد للمرض **(فيصل الزراد، 2000 ،ص98).**

يقول احمد عكاشة 2010 عن آيزنك 1972 أن الأفراد يختلفون عن بعضهم في عدة صفات رسمات خاصة من خلال استجاباتهم للمواقف الشديدة، فهناك اهمية بالغة لنمط شخصية الفرد وقابليته الاستعداد للمرض والارتباط الوثيق بينه و بين طبيعة الاحداث الانفعالية ومواقف الشدة المسببة للاضطراب و ميكانيزمات الحماية و الدفاع المستخدمة من طرف الأنا. **(احمد عكاشة ، 2010 ،ص43)**

6-2-1)-نظرية التعلم الذاتي (شالدون ولأشمان1982):

عن فيصل الزراد 2000 أكد لاشمان على اهمية التعلم ودوره في نشأة الاضطرابات النفسجسمية وعامل الاستعداد الخلقي الذي اعتبره مثير اصلي لاثارة السلوكات الانفعالية المؤثرة في التغيرات الحشوية كما يرى ايضا ان تكرار المثيرات واستمرار اثارة الاستجابات الحشوية يضعف الانطفاء.

يقول لا شمان 1982 ان الاستجابات العصبية على اساس الدعم و المكافأة و عمليات التشريط الوسيلي تلعب دورا هاما في ظهور الاضطراب السيكوسوماتي اذا استمر الحصول على المعزز الوسيلي **(فيصل الزراد، 2000 ،ص100).**

وترتكز نظرية لاشمان على عدة نقاط أهمها:

- تختلف انواع الاستجابة من فرد لاخر.

-تختلف عملية استقبال الاعضاء للأحداث الانفعالية في درجة القابيلة والاستعداد للمرض قد تكون هذه الدرجة كلية او جزئية او محدودة وراثيا.

-ان تكرار الاستجابة العصبية المستقلة وعناصرها من خلال شدتها ودوامها تؤثر على وظيفة العضو المستجيب وفقا لنمط الاستجابة ونوعها.

-ان استجابة الاعضاء الحشوية للمثير تتميز بالمقاومة و الانطفاء بمعنى ان تكرار المثير للأعضاء له نفس الاستجابة دون وجود اي دليل للتعود او الانطفاء **(محمود ابو النبيل، 1972 ،ص34).**

مع كل هذه النتائج والتوضيحات لم يستثني **لا شمان** من ان عملية التعلم قد تتأثر بالاستعداد البيولوجي و الوراثي لعضو ما مهيئ مسبقا، وقد تكون الاستجابات الفيزيولوجية عبارة عن استجابات توافقية وان كانت ذات شدة كبيرة مستغرقة لوقت اكبر ومتكرر فينتج عنها ضرر على صحة الفرد وهذه التهيئة قد تبدا من المرحلة الجنينة.

6-3)-النظريات الفيزيولوجية:

6-3-1)-نظرية الشدة أو الإجهاد لهانز سيلي 1956:

تعتبر نظرية متلازمة التوافق العام للعالم **هانز سيلي** أنها عامل محرض للفرد على الدفاع والتغلب على الصعاب واعتبرها متلازمة لان أعراضها تكون منسقة ومتتابعة وكل مرحلة بها تظم عدة اعراض فمرحلة المقاومة مثلا تؤدي إلى ظهور أعراض تكيفيه يستجيب لها الجسم ككل من خلال مجموعات وظائف منسقة تتمثل في الجهاز الدوري-الجهاز العضلي-المناعة -الجهاز التنفس هذه التفاعلات كلها قد تمهد لحدوث اضطرابا سيكوسوماتي **(فيصل الزراد، 2000 ،ص40)**. ووضع **سيلي** لمتلازمة التوافق العام ثلاث مراحل لحدوث الاضطراب السيكوسوماتي وهي كالتالي :

-**مرحلة الاستعداد** تتكون من فترتين تعمل كإنذار للجسم وتحفزه للتصدي على خطر عوامل الشدة وذلك عن طريق آلية فيزيولوجية (كهرموننا قشرة الغدة الكظرية المتمثلة في هرمون الكورتيزون في حالة الصدمة هرمون الأدرينالين في حالة الخوف أو هرمون السيروتونين في حالة الفرح).

أما الفترة الثانية تتمثل في وجود صدمة مضادة إن كان هناك استمرار لعوامل الشدة فهذه الحالة تهدأ العوامل الفيزيولوجية وتنقل ردود الأفعال إلى المرحلة الثانية.

-**مرحلة المقاومة** العوامل الفيزيولوجية تدعم باستجابات عضوية جسدية كسرعة خفقان القلب وتضيق الأوعية الدموية , سرعة وتيرة التنفس ,الحركة السريعة الزائدة أو الجمود وارتفاع حرارة الجسم او انخفاضها وهذا حسب عوامل الشدة و منه تحدث تعبئة كاملة لكافة القدرات الجسدية.

-**المرحلةالاستنزاف** في هذه المرحلة تخور قوى الفرد يستنفذ كل قدراته أما م التكيف مع عوامل الشدة ويعجز عن التوفيق أمام هذه الاختراقات وان استمرت هذه المرحلة قد تؤدي إلى الموت(**احمد النابلسي عن بيار مارتي وينجمان ستروا، 1992 ،ص25-28)**.

وتصنف عوامل الشدة عند **سيلي** كمايلي:

***العوامل الجسدية:** وهي كما يظهر للعين المجردة على الجسم كالحروق والجروح و الكسور والاحمرار والارتعاش وغير ذلك.

***العوامل النفسية:** التوتر, القلق ,الخوف,الفزع, الفرح, الوحدة,الاكتئاب , المواقف المهددة لحياة الفرد وغيرها.

***العوامل الاجتماعية:** المشاكل الاجتماعية العلائقية الظروف الصعبة للمعيشة والحياة, العزلة الاجتماعية الخلافات العائلية و المهنية , فهي تعتبر كردود أفعال الفرد أمام المهيجات الاجتماعية محاولة منه الدفاع ضد عوامل الشدة.

ادخل **سيلي** مفاهيم جديدة متعلقة بتأثير الغدة النخامية على وظائف الدماغ وآلياته ونظمه العملاتية ومدى تأثير هذه الغدة النخامية على الإفرازات الهرمونية كهرمون السيروتونين من اجل كبح القلق و الحزن والاكتئاب ,هرمون الكورتيزون لإمداد الجسم بالطاقة وإنعاش الأجهزة , الأدرينالين لتقوية دوران الدم وتغذية الدماغ والجسد من عنصر الاكسجين.

6-3-2)-نظرية وولف :1950

هذه النظرية هي تكملة لنظرية **سيلي** بحيث يرى **وولف** إن الأمراض أو الاضطرابات السيكوسوماتية هي نتاج فشل تكيف و توافق الفرد مع الأحداث الضاغطة في الحياة. وهذا يعمل على زيادة الإفرازات الهرمونية لجسم الإنسان كما يزيد إفراز الأحماض وترتبط هذه الإفرازات ارتباطا وثيقا بالحالة الانفعالية للفرد, كما يسبب هذا الخلل في إفراز الغدد إلى اضطرابات عضوية حيوية ،بحيث تصاب الأعضاء بشدة التعرض وصول مدته إلى عطب في الميزان الوظيفي وتخل التوازن، كالقرحة الهضمية، وقرحة القولون ،أو الربو، أو مرض السكري الذي يتمثل في عطب يصيب جزر لانجرهانس فتكف عن إفراز الأنسولين جزئيا أو كليا .يقول **أبو النيل** 1972 عن **وولف** إن اختيار العضو لأيتم إلا وفق مميزات ومحددات وراثية أو استعداد بيولوجي واستجابات عضوية للضغوط **(أبو النيل، 1972، ص 47).**

6-3-3)- نظرية كانون :

لقد اثبت العالم **كانون** علميا إن تلك الإفرازات الهرمونية التي تضخ في الدم حيال عوامل الشدة المختلفة بقدر ما تكون ردود فعل تعويضية ودفاعية تكون أيضا ردود فعل ممرضة وممهدة لنشوء اضطرابات نفسجسدية وغير قابلة للتراجع.

يقول **أبو النيل عن بيار مارتي وبنجمان ستورا** إن الانفعالات التي تهدد الفرد تجعل أعضاء الجسم في حالة استنفار بحيث تعتاد على نفس ردة الفعل أمام العوامل الضاغطة المتشابهة وقد تكون في بعض الأحيان ردة الفعل الجسدية سابقة للانفعال النفسي وتؤدي غريزيا لأحداث تغييرات جسدية وبهذا نجد كانون مساندا لدراسات **سيلي (بيار مارتي وبنجمان ستروا، 1992،ص28-29 ترجمة أبو النيل).**

6-4)-النظرية البيولوجية:

هذا التوجه انبعثت منه عدة نظريات وهي:

6-4-1)-نظرية الضعف الجسمي: هناك عدة عوامل تأخذها هذه النظرية بعين الاعتبار منها العوامل الوراثية, الأمراض الجسمية التي تطال الفرد منذ الصغر, أسلوب حياة الفرد الذي يتضمن (التغذية الصحية-إهمال العلاج- عدم ممارسة الرياضة) كل هذه العوامل قد تعرض عضو أو عدة أعضاء من الجسم إلى خلل وظيفي وبذلك يكتسب هذا الأخير ضعف وهشاشة أثناء تعريضه للضغط و الانفعال ومنه فهذه النظرية تؤمن بالهشاشة المسبقة للعضو وقابليته أن يكون مسرح الاضطرابات السيكوسوماتية. ومنه فالعلاقة بينها و الضغط هي وجود أعضاء هشة لها قابلية الرضوخ وضعف المقاومة ,بل يتعدى إلى أكثر من ذلك وهو عملية التنبؤ بطبيعة ونوع الاضطراب السيكوسوماتي. واكبر دليل على ذلك شرب الماء وكثرة التبول لدى الشخص هذا ما ينذر بوجود خلل في جزيرات لانجرهانس التي تفرز الأنسولين وهذا ما ينبئ بالإصابة بالسكري النوع الثاني (2). تقول زينب محمود 2002 (إن الفرد الذي يكون جهازه التنفسي ضعيف لأي سبب كان ممكن أن يكون مهيأ للإصابة بالربو الشعبي مستقبلا بسبب ضغوطات انفعالية حادة أو مزمنة قد يتعرض لها الشخص). **(زينب شقير محمود 2002ص17-18).**

6-4-2)-نظرية الاستجابة النوعية: إن عملية الاستجابة للمثيرات التي تدخل حيز الشعور لدى الأفراد تتباين وتختلف من فرد لأخر وذلك راجع لطبيعة الجهاز العصبي الذاتي الذي قد يكون ذوقا بلية واستعداد للاستجابة للضغوط والتوتر و الانفعال في الحالة العادية أما عند الإفراط فتتراكم هذه الاستجابات خاصة السلبية منها فتفشل عملية المقاومة لدى الفرد و تؤدي لاحتمالية الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية وفي نفس المعنى تقول زينب شقير 2002(إن دقات القلب للفرد ما تزداد إذا ما تعرض للضغوط الانفعالية بينما يستجيب فرد لنفس الضغوط بزيادة وتيرة التنفس دون تغير وتأثر وظيفة القلب.) **(زينب شقير محمود، 2002 ،ص22)**. كما أثبتت دراسات أخرى انتشار الصداع النصفي (الشقيقة) وفقدان الشهية العصبي عند الإناث أكثر منه عند الذكور.

6-4-3)-نظرية التطور والارتقاء :يرى هذا الاتجاه إن النمو و التطور الذي يسود البشرية أدى إلى اكتساب خبرات عديدة بواسطتها أضحى الفرد قادر على التصدي للإخطار المحدقة به عن طريق إما المقاومة أو الابتعاد الذاتي عنها وذلك عن طريق تقييم الخطر واستعمال الخبرات المكتسبة بالتصدي والهروب ومنه فهذه العملية تستوجب تغيرات فيزيولوجية تخضع لها عدة أجهزة حيوية في جسم الإنسان مثل زيادة وتيرة التنفس, زيادة تدفق الدم, ارتفاع أو انخفاض الضغط الدموي,ارتفاع نسبة الادرينالين في الدم,

ارتفاع نسبة الكورتيزون, الرجفة, التعرق, اصفرار أو احمرار الوجه, الشعور بالحرارة أو البرودة, الجمود, الخمول و الخوف.

فهذه الأعراض هي آنية الظهور مآلها إلى الزوال بانطفاء المثير بحيث يستعيد الجسم حالته الوظيفية الطبيعية أما بعض الأشخاص قد يبالغون في تقدير حجم المثير وتقزيم قدرات الذات على المقاومة و المواجهة وبذلك تكون الاستجابة الانفعالية مفرطة تاركة أثار سلبية على الأعضاء المستقبلة لعوامل الضغط و التوتر و الانفعال ما يجعلها مهددة ومعرضة بشكل مباشر للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية **(غانم محمد محسن، 2011 ،ص83)**.

6-4-4)-نظرية التأثيرات الجينية الوراثية: إن هذه النظرية لاتزال قيد التطوير والحداثة كون أن التجارب الجينية لم تأتي بدليل وراثي داعم لها.

وحسب **أيزنك** فان البحث الوراثي السيكوسوماتي مستمد من اتجاهين رئيسيين هما:

*التحليل الجيني للحيوانات التي استحدثت فيها أمراض جينية تجريبية .

*دراسات علمية مهتمة بدراسة التوائم المتماثلة لتحديد أمراض معينة كون هذه التوائم المتماثلة تقتسم نفس العتاد الجيني هناك دراسات قيد البحث اهتم فيها العلماء بأهمية العلاقة بين الضغوط الاجتماعية الخارجية الضغوط النفسية الداخلية وعلاقتها بحدوث الاضطرابات السيكوسوماتية .

7)نشأة وتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية:

أولا نشأة الاضطرابات السيكوسوماتية:

لم يتوصل العلماء إلى تحديد وضبط العوامل المساعدة لنشأة الاضطرابات النفسجسمية, فمنهم من يردها إلى الضغوط الانفعالية وصعوبة الحياة المعيشية ومنهم من يعززها إلى فشل في عملية التعلم وطريقة الاستجابة للمثيرات الداخلية و الخارجية وآخرون أرجعوها إلى اختلال التوازن مابين الدوافع الداخلية النفسية ومطالب البيئة الخارجية في هذا السياق يقول أبو الهيني 2007 (هناك محن الحياة اليومية يتغلب عليها الفرد بوسائل عادية أو هناك محنا شديدة لا تكتفي الوسائل العادية لمواجهتها وأيضا هناك محن وتترك الأثر البالغ على الإنسان بجميع صورها جسمية كانت أم نفسية). **(فيصل أبو الهين 2007 ص157)**.

واهم العوامل المؤدية لنشأة الاضطرابات النفسجسمية:

أ)الاستعداد الوراثي: تؤثر فترة الحمل على الجنين بطريقة مباشرة كون أن الجنين يستقبل كل المؤثرات النفسية التي تتعرض لها الأم كالحالة المزاجية , الانفعال, الضغط, التوتر,القلق و الحزن إلى غير ذلك كما

يستقبل مباشرة المؤثرات الفيزيولوجية للام عن طريق التبادل الدموي عبر المشيمة والحبل السري وبذلك يتأثر الجنين بالأدوية والعقاقير التي تتناولها الأم كذلك الكحول و المخدرات والتعرضات الإشعاعية (أشعة اكس) و الإشعاعات النووية و المواد السامة و الملوثات البيئية وبهذا يكون الجنين مهدد بالإصابة باضطرابات عضوية بعد الولادة كون إن جهازه المناعي غير قابل للمقاومة ويتسم بالضعف .

يقول عصام الصفدي 2001 عن **ولتسرسونتاج** 1953 (إن حياة الجنين داخل الرحم تتأثر بالحياة الانفعالية للام وبالحياة الجسمية والبيئة الداخلية والخارجية لها. بحيث إن الاضطراب النفسي للام يؤثر على إفراز الغدد و يؤدي إلى تغيير كيمياء الدم **(عصام الصفدي، 2001،ص73)**.إن الاستعداد الوراثي له دور هام جدا في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية وأمراض أخرى فالطفل بعد الولادة مهدد بالإصابة التي تكون في حالة استقرار كامنة تنتظر التفجير عند التعرض لعوامل مساعدة على المرض .

ب) العوامل الانفعالية:

إن الانفعالات تساهم بقسط كبير للإصابة بالاضطرابات النفسجسمية التي تطال الفرد كالتوتر,الصراعات,القلق, فقدان الاهتمام والثقة ,سوء تقدير الذات من الآخرين ,الخوف وهذه الانفعالات إن أصبحت مزمنة قد تؤدي إلى قلق دائم وخوف شديد ويكون الشخص تحت وطأة تهديد بحدوث اضطرابات وظيفية عضوية .

إن الصراع الانفعالي الطويل الأمد مثل الصراع بين الاعتمار على الغير و الاستقلالية,يولد لدى الفرد كبت انفعالي وهو ذلك الكبت الدفين للغضب المرتبط بقلة الحيلة وضعف القدرة والسلطة و العدوان المكبوت وكظم الغيظ الذي لا يجد طرق السوية للتصريف سلوكيا والشعور الطويل بالظلم والضغط الانفعالي الشديد وعدم الشعور بالأمن و السند, هذه كلها تتراكم وبواسطة التوتر قد يطال العضو القابل للإصابة بالمرض أو الاضطراب,كذلك توجد صور الصراع الانفعالي في شكل احباطاطات متتالية متراكمة في الميدان الدراسي أو المهني أو في الحياة الزوجية ,الحياة الاجتماعية والتهميش دون إبداء الرأي والرغبة المتعلقة بموضوع ما, الحزن العميق بفقدان عزيز أو فشل في إقامة علاقات اجتماعية , التنمر, سوء تقدير الذات كذلك هناك صراع مابين الفرد ومجتمعه يتمثل في عدم تحقيق الرغبات والأهداف و المطامع الغير عقلانية والغير القابلة للتحقيق واضطرابات العلاقات الاجتماعية كما ينتج الصراع بين الفرد ونفسه من خلال تجارب جنسية صادمة كحب محرم, ومشاعر الدونية والإثم المستمرة,احتقارا لذات,ضعف الشخصية والتعرض لمواقف عنيفة كالحروب العنيفة **(أنور حمودة البنا2006ص112)**.

وفي نفس المجال يذكر احمد عكاشة 1977 أضرار الانفعالات وهي:

-يقلل الانفعال من قدرة الفرد على النقد و المشاركة الاجتماعية .

-يفكك الانفعالات ا لمكتسبات والخبرات الحسنة لدى الفرد ويعوضها بسلوك غير مهذب وغير عقلاني.

-الانفعالات تؤثر على التفكير وتجرده من وضحيته وابرز مثال على ذلك تفكير الإنسان أثناء الغضب والحزن و الاكتئاب ولقد اجمع العلماء على إن الانفعالات إن زادت عن حدها الاعتيادي واستمرت

-استمرت التغيرات الفيزيولوجية المصاحبة للانفعال مما يؤدي تهديد الأعضاء الجسمية بحدوث خلل وظيفي في الأعضاء القابلة والمستعدة لذلك وبالتالي الإصابة بالإمراض السيكوسوماتية.

ج)العوامل الاجتماعية الصعبة:

قد تشكل المواقف العنيفة والمروعة لدى بعض الأفراد انفعالات جسمية وخوف ورهاب لا يقاوم .هذا ما يؤدي إلى استنفاذ طاقة الفرد لتحمل هول الحوادث ومقاومة القلق والتوتر الناتج منه يقول فيصل الزراد 2009 عن جيمس هالدي 1979 (إن المجتمع المريض يظهر بوضوح أعراض تفككه على شكل أمراض واضطرابات لدى أفراده). **(فيصل الزراد 2009ص96.)**.

د)علاقة الطفل بالوالدين: خاصة علاقة الطفل بالأم و ما يعانيه من تدريب على الإخراج و النظافة ,الفطام,بالإضافة إلى الخلافات الأسرية ,فقدان السند و الحرمان العاطفي الانفصال عن الأم مبكرا من المؤثرات الهامة على السيرورة الجيدة لنمو الطفل جسديا ونفسيا وما يسبب له أيضا اضطرابات في الأكل,النوم,المزاج, المعاملة العدوانية وغيرها.

ثانيا- تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية :

قبل التشخيص علينا توضيح بعض المفاهيم التي تعتبر الكلمات المفتاحية للبحث أهمها :

ا)تعريف المرض الجسدي حسب فيصل الزراد 1984,(المرض الجسمي هو مجموعة من الإصابات والصدمات الناجمة عن علة عضوية). **(فيصل الزراد ،1984،ص40.)**

بمعنى مجموعة الأعراض التي ترتكز في عضو ما أو عدة أعضاء من الجسم ويصطحبه الم وتعب يستدعي العلاج و البحث عن حلول طبية.

ب)تعريف المرض النفسي: يعرفه مصطفى فهمي 1995 كما يلي (هو اضطراب وظيفي في الشخصية يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة ويؤثر في سلوك الفرد فيعيق توافقه النفسي كما يعيقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع). **(مصطفى فهمي ، 1995 ،ص228)**.

د)علاقة النفس بالجسد :عبر الفلاسفة القدماء عن النفس بمصطلح الروح كما عبر عنها أفلاطون بأنها جوهر الإنسان وكينونته ومحركه كما قال بان النفس تتكون من العقل والرغبة أما أرسطو جمع بينهما واعتبر النفس مركز الوجود وهي متحدة مع الجسد أما العلوم الحديثة اعتبرت النفس والجسد هما محورات تواجد الفرد وهما ركيزتان متكاملتان يطمحان لبناء وحدة ملتحمة تسودهما علاقة تاثيروتاثر وعملهما بنصب في مسار واحد وهو استمرارية تواجد الفرد. أما علماء النفس تقول نور الهدى الجاموس 2000(النفس والجسد هما العمودان الأساسيان اللذان تنهض عليهما الشخصية الفردية فالغضب مثلا لامعنى له إذا لم يصاحبه تغير في الدورة الدموية ونبضات القلب). **(نور الهدى الجاموس، 2000 ،ص109)**

ج)شخصية الفرد قبل الإصابة بالاضطراب السيكوسوماتي: يذكر حامد زهران 2005 بعض السمات لدى الأفراد المهددين بالاضطرابات السيكوسوماتية فهم يتسمون بما يلي :

-التوتر والتشاؤم والعزلة ونقص الهوايات والميول والاهتمام.

-نقص الثقة في النفس وفي الآخرين .

-التوتر, الطموح الزائد عن القدرات والجدية.

-نقص النضج الانفعالي وعدم مسايرة الأحداث.

-الحسرة على ما فات والانهزامية وتدني القدرة الجسمية لمقاومة الصعاب وفي بعض الأحيان الجدية الزائدة والضمير الحي واختلاق القدرة و التحدي والصلابة**(حامد زهران، 2005،ص 469-470).**

قبل التشخيص هناك عنصر هام يجب الاهتمام به , تعريض الفرد للفحص الطبي الدقيق لاستبعاد أي خلل أو علة مصاحبة للاضطراب السيكوسوماتي وتتم هذه الخطوة عن طريق تحاليل طبية وأشعة لتقييم الاعتلال الجسدي ومدى تأثيره على الصحة الجسدية لدى الفرد من جهة ومن جهة أخرى فالأعراض الجسمية هي التي تظهر لهذا ينبغي القيام بتقييم شامل للمريض لوضع تشخيص دقيق الذي يدلنا إلى تصميم عاجي ناجح.

-يجب معرفة التاريخ النفسي للحالة وإمكانية معرفة هذه الأعراض إن كان سبب نشأتها عضوي محض أم نفسي, لان الأعراض الناجعة عن علل عضوية فهي لا تزول مثل:(مرض الهيموفيليا) أما إن كانت الأعراض العضوية سببها دوافع نفسية فهي زائلة بزوال هذه العوامل والدوافع النفسية كما هو حال الهستيريا التحويلية.

يقول فيصل الزراد 2000 عن **ويس وانجلش** 1950 لتشخيص الاضطراب السيكوسوماتي يجب إتباع الخطوات التالية:

-جمع المعلومات المتمثلة في التاريخ الأسري للمريض مشاكل الطفولة ,مرور الفرد بمحطات الحرمان العاطفي,تجارب صادمة , أعصبة مختلفة, هشاشة في الشخصية و غيرها.

-تحليل حالة المريض بدقة شديدة ودراسة جوانبها المرضية وإدراك نقاط الضعف و القوة في شخصيته.

-إجراء المريض الفحوصات المعمقة من اجل إثبات عدم وجود سبب عضوي واضح لمشكلته.

-تسليط الضوء على الحالة الاجتماعية و المهنية للبحث عن الضغوطات الخارجية التي تكون بسبب تفجير لاضطراب سيكوسوماتي والبحث عن الاستعداد الداخلي لدى الفرد.

- البحث عن مكاسب ثانوية قد يحققها المريض من خلال اضطرابه العضوي ورمزية اضطراب العضو المريض **(فيصل الزراد 2000ص107)**. يصنف أبو النيل 1994 عن ويس وانجلش أن الاضطراب السيكوسوماتية التي تصيب الفرد تظهر في كل المراحل العمرية التي يمر بها نمو الإنسان تبدأ من مرحلة الميلاد إلى مرحلة الشيخوخة بحيث أن كل مرحلة من هذه المراحل تحمل معها مجموعة من الاضطرابات الجسمية نتعرف عليها كالأتي :

***المرحلة الفمية:**تبدأ في أول سنة من العمر و أهم أعراضها (رفض الرضاعة,الانزعاج عند نهاية الرضاعة,الاعتراض عن الفصام بالصراع وعدم التقبل...).

***المرحلة الشرجية:** تبدأ من سنة إلى ثلاث سنوات أهم الأعراض فيها مقاومة المضافة ,البلل الإمساك, الغضب, العدوان والتدمير...).

***المرحلة التناسلية** :من 3 إلى 6 سنوات أهم أعراضها (الاستمنان,العصيان, العدوان,التبول اللاإرادي...).

***مرحلة الكمون:** من 6الى 12 سنة (عدم التوافق الاجتماعي,التأخر في الدراسة, التسكع والتشرد,العدوانية,العزلة).

***مرحلة المراهقة:** من 15الى 21 سنة أعراضها (علاقات عاطفية ,التخطيط للعمل,الزواج , صراعات بين الدين والمثل و السلوك , الاكتئاب عند الفشل ...).

***مرحلة الشباب المبكر:** من 21 إلى 40سنة (ضغوط نفسية بالنسبة لخدمة الجيش,الزواج,الحمل,ميلاد الأطفال, فقد العمل...).

***مرحلة الشباب المتوسط:** من 40 إلى 60 سنة (سن اليأس لدى المرأة ,الاكتئاب و القلق, الطلاق , الاستجابة للإمراض الجسمية, مخاوف السرطان, الانتحار, وفاة الأحبة.

***مرحلة الشيخوخة:** ما فوق 60 سنة صعوبة التوافق الاجتماعي، أعراض التعب، أمراض جسمية البتر.

يسرد لنا عيسى تواتي 2020معادلة الست نقاط لهاليداي كمعايير لتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية وهي كالآتي:

1-تكرار الأعراض الجسمية عند مرضى السيكوسوماتيك عند مواجهة المواقف الانفعالية ولقد استمد المعالجون ذلك من خلال الفحص الدقيق لتاريخ الحالة وسمات الشخصية وكانت اغلب الحالات لديها استعدادات للانفعال والتوتر والقلق.

2- يعتبر **هاليداي** إن بعض سمات الشخصية ترتبط ببعض الاضطرابات النفسجسمية التي أدرجها في الفئات التالية:

ا) النموذج الهستيري: نجده يظهر أعراض جسمية على شكل مظاهر حسية حركية.

ب) نموذج الحساسية الزائدة: الربو والحكة، الصدفية...

ج) نموذج من مشكلة عدم القدرة على تأكيد الذات وزيادة النشاط: قرحة المعدة، القولون العصبي، الضغط الدموي...

د) نموذج التضحية بالذات: الروماتيزم بكل أنواعه.

3- تختلف الاضطرابات النفسجسدية باختلاف الجنس فحالات الربو وقرحة الاثني عشر تكون عند الذكور أما مرض بازدو (جحوظ العينين)، المرارة، روماتيزم المفاصل يكثر عند النساء وتختلف الأعراض من جنس لأخر.

4- إن الاضطرابات السيكوسوماتية مرتبطة يبعضها كما أنها قد تظهر أعراضها بنفس الوتيرة أو تختلف من وقت لآخر كما أنها قد ترتبط ببعض الاعصبة كاضطرابات مصاحبة أو لاحقة أو قبلية. قد يرتبط ظهور أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية مع بعض الأعراض الذهانية الوظيفية كأعراض الفصام ويأتي ارتباطها هذا حسب علماء الطب النفسي فيما يتعلق بالعوامل المثيرة أو العوامل المساعدة لظهور المرض إضافة إلى نمط الشخصية والجنس والتاريخ المرضي للحالة والتاريخ الأسري لها. فهذا الأخير يهتم بالبحث والتعرف على نسبة الاضطراب التي ظهرت عند الأجداد والآباء والإخوة.

5- ضرورة البحث المعمق لدى المريض المصاب بالاضطراب النفسجسمي، فالإصرار السلبي أو الإيجابي لدى المريض تكون له تداعيات وخيمة على صحته. في بعض الأحيان نجد الفرد يصر على انه مصاب بمرض جسمي وهذا الإصرار في حده ذاته انفعال كون هذا الاضطراب تولد من أصل انفعالي أما إذا كان يصر ويلح بان مرضه نفسي قد يكون الاضطراب عضوي جسدي أو يتمادى الفرد لتضليل نفسه كونه مصاب بمرض عقلي، يقول فيصل الزراد 2000 (يشير التشخيص الإكلينيكي الدقيق في الطب السيكوسوماتي إلى وجود انحرافات بنائية وفيزيولوجية لدى المريض). **(فيصل الزراد، 2000، ص 108.)**

ورغم تباين آراء العلماء حول تشخيص الأمراض السيكوسوماتية ومحاكاتها يبقى محاكات ويس وانجلش والطريقة الطولية في التشخيص ومعادلة الست نقاط **لهاليداي** هي الأقرب والانجح للتشخيص، تشير نور الهدى الجاموس عن **ويس وانجلش** (إن الطب ا السيكوسوماتي ليس اقل أهمية عن الطب العضوي العام ولكن لها أهمية بالعوامل النفسية). وتضيف (هذا يعني إن النفس والجسم ليسا منفصلين لكي تحكم على إن هذا المرض سيكوسوماتي يجب إخراج الصراع، ويجب تحديد العلاقة الموجودة بين حالة الصراع في وضعية المرض والمريض). **(نور الهدى الجاموس، 2004 ص 14-15).**

د-دور الدليل التشخيصي و الإحصائي في تشخيص الأمراض السيكوسوماتية:

إن الإصدار الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي 1994 لم يحمل تغير كبير اعن من سبقه لكنه حافظ على نفس المعطيات السابقة في تناوله للاضطرابات السيكوسوماتية لكن حدث له تعديلين مهمين هما:

-قد تم تحويل العوامل النفسية التي تؤثر على الحالة الطبية إلى العوامل النفسية المؤثرة في الحالة الجسدية، كما تم تضمينه لقسم فرعي من فئة أخرى وسميت بحالات أخرى ولقد عدل من طرف -**MOLDOVAN RADU-BABAN-DUMITRAçU2015).**

ومنه فمحكات التشخيص هي كالتالي:

ا) وجود حالة طبية عامة (ترميزها في المحور الثالث).

ب) عوامل نفسية تؤثر سلبا على الحالة الطبية العامة بطريقة من الطرق التالية:

*العوامل التي تؤثر على سر الحالة الطبية من خلال الارتباط الزمني بين العوامل النفسية وزيادة او تأخر الشفاء من الحالة الطبية العامة.

*العوامل النفسية التي تتداخل مع علاج الحالة الطبية العامة.

*العوامل النفسية التي تشكل مخاطر صحية إضافية على الفرد.

*الاستجابات الفيزيولوجية المرتبطة بالضغوط النفسية (إذا كان هناك أكثر من عامل يتم اختيار أبرزها) كالتالي:

-1- اضطراب عقلي يؤثر على الحالة الطبية (تحديد الحالة الطبية) مثال: اضطراب المحور كاضطراب الاكتئاب الأساسي الذي تؤدي إلى تأخر الشفاء في حالة قصور وظيفي للقلب.

8)- الاضطرابات السيكوسوماتية من وجهة نظر التحليل النفسي :

يلجا بعض المحللون النفسانيون إلى الاعتماد على بعض الاختبارات النفسية واستخدام بعض الأدوات التشخيصية الفعالة التي يمكن إن يكون لها الأثر الكبير في الكشف عن الاضطرابات النفسجسمية وهناك شرطين اثنين لتضيفها، أولا أن يكون الاختبار متقن يتسم بالثبات و الصدق و صالحا للتشخيص، ثانيا ان يكون مستخدمها مدربا على طريقة تطبيقها متميزا بالكفاءة في تحليل نتائجها كما وكيفا واهم هذه الأدوات النفسية:

8-1)- دور الاختبارات الإسقاطية في تشخيص الأمراض السيكوسوماتية:

-الرورشاخ يستعمل لتحديد نمط الشخصية عصابية كانت أم ذهانية.

-يقيس درجة الضبط العاطفي.

-يعرف نسبة الطاقات النفسية الممنوعة وتحويل شكلها نحو اضطراب يطال الوظائف الجسمية.

-يحدد دقة الدافع الغريزي التي تعرضت للكف لوجود المرض السيكوسوماتي، يقول أبو النيل 1994(وجد كمبل في استخدام رائز بقع الحبر على مرضى الروماتيزم وارتفاع ضغط الدم في الأوعية الدموية والشريان التاجي علاقة ارتباطية بين أعراض المرض وسمات شخصية محددة لهؤلاء المرضى.) **(أبو النيل ،1994 ، ص 221-222).**

- زائر تفهم موضوع استعان به كل من **ويليامز وكريستوف** 1981 لتحديد:

*الأحاسيس المعاشة للمريض عن جسمه.

***لتحديد صورة الجسم (موسى تواتي،2020 ،ص38).**

يضيف الزراد 2000 (إن هذه الاختبارات الإسقاطية يستفيد منها الأخصائي لمعرفة المواقف الاجتماعية التي يواجهها الفرد ولتفسير ديناميكية العلاقات لدى الفرد ورموز الأعراض المرضية والمكاسب الثانوية منها). **(فيصل الزراد ،2000 ،ص113).**

8-2) -الاختبارات الموضوعية: أهمها وأكثرها تداولا هو اختبار مينوستا المتعدد الأوجه يتم استخدامه:

-كأداة للتقييم الإكلينيكي بحيث يعطي نظرة شاملة عن الجوانب المتعددة للشخصية.

-كما يقيس عشرة أبعاد إكلينيكية (توهم المرض،الاكتئاب،الهستيريا، الذكورة الأنوثة، البارانويا، الفصام، الهوس الخفيف، الانطواء والعزلة الاجتماعية).

-مزود بمحكات الصدق والثبات **(مليكه كامل 2000ص 38)**.

-قائمة كورنل لتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية والاضطرابات النفسية التي اعدها وايدر وولف وارثر وهي من أشهر المقاييس التي أعدت في المجال السيكوسوماتي تحتوي على 101 عبارة **(فيصل الزراد، 2000 ،ص116)**.

يقيس هذا الاختبار:

-عدم التوافق ومشاعر الخوف.

-استجابات باثولوجية مرضية مثل الاكتئاب، استجابات عصبية وقلق، أعراض نفسجسمية، استجابات الذعر الباثولوجية، الوهن وتوهم الأمراض...

-اضطرابات سيكوسوماتية خاصة بالجهاز الهضمي.

-الشك والحساسية المفرطة.

وقام **محمود الزيادي** بترجمة الاختبار إلى اللغة العربية وتعديل بنوده فأصبح 82 بند كما وضع صدق وثبات الاختبار.

كما وضع نفس الكاتب (محمود الزيادي) اختبار ضغوط الحياة المتكون من 36 سؤال ضمنه بعض البنود كضغوط الحياة المختلفة (الطلاق- الوفاة- الانفعال- دخول الحب- الفصل من العمل- الفصل من الدراسة- الإصابة بمرض خطير أو مزمن- تغير الوضع الاجتماعي والاقتصادي للاسواء...وغيرها من الظروف الضاغطة في حياة الفرد). **(فيصل الزراد نفس المصدر ونفس الصفحة)**.

ولكن تبقى دائما هذه الاختبارات وسائل للتشخيص لكن على الأخصائي البحث والدراسة ومواكبة العلم كون إن هذا الأخير متجدد وقابل للتطور كما يجب على الأخصائي دراسة كل ما يحيط بالأعراض النفس جسدية والرجوع إلى التقارير الطبية للفصل في المسالة ووضع التشخيص الدقيق.

8-3)- التشخيص الفارقي للاضطرابات السيكوسوماتية:

الهدف منه تمييز الاضطراب السيكوسوماتي والاضطراب الجسدي العضوي نظرا لأوجه التداخل والتقارب فيما بينهما ونقص الفوارق بينهما لوضع التشخيص الدقيق واستبعاد الاضطرابات المشابهة التي لها نفس الأعراض.

ا) التشخيص الفارقي ما بين الهستيريا التحويلية والاضطراب السيكوسوماتي:

وضح فيصل الزراد مجموعة من الفروق ما بين الاضطرابات السيكوسوماتية و الهستيريا التحويلية، أهم هذه الفروق موضحة حسب الجدول رقم -1-.

الهستيريا التحويلية	الاضطراب السيكوسوماتي

1- تصيب الأعضاء التي يشرف عليها الجهاز العصبي المركزي (الأجهزة الإدراكية).	1- تصيب الأجهزة التي يشرف عليها الجهاز العصبي اللاإرادي (الأعضاء الحشوية). عدا التهاب المفاصل الروماتيزمي الذي يحكمه الجهاز العصبي الإرادي.
2-الأعراض في الهستيريا هي عبارة عن تعابير رمزية لدوافع مكبوتة لدى المريض لاشعورية يكتسبها ميكانيزم الكبت.	2-الأعراض في السيكوسوماتية تنشا من صدمة نفسية أو انفعالات مزمنة أو إجهاد نفسي، تخلو من الرمزية، قد تُصاحب باستعداد وراثي يكتسح الأعراض ميكانيزم الإنكار.
3-المريض لا يعي ما يعانيه والاضطراب العضوي يكون وظيفي فقط.	3-المريض يعي ما يعاني منه ويكون من الناحية الوظيفية والبنيوية قد يصاب به عضو واحد أو أكثر.
4-في الهستيريا التحويلية الأعراض تكون مزيج من المثيلات الهستيرية والأعراض العضوية (البكاء، الصراخ والألم.)	4-في الاضطراب السيكوسوماتي الأعراض عضوية بحته لكن عند ظهورها تختفي أعراض القلق والانفعال.
5-الهستيريا التحويلية هي عبارة عن تحويلات عضوية لأمور نفسية معتمدة على ميكانيزم التحويل (تحويل المكبوت) إلى أعراض جسمية كحل رمزي للصراع.	5-الاضطراب السيكوسوماتي هو تحويل مباشر للانفعال إلى العضو الهش دون رمزية.
6-هناك أعراض التفكك العقلي والجسمي كالمشي أثناء الليل، تعدد الشخصيات، الدراما.	6-لا وجود لأعراض التفكك الجسمي العقلي.
7-الأعراض الجسمية تكون متطابقة مع السبب الأساسي للمرض (شلل، صمم، عمى).	7-الأعراض الجسمية في السيكوسوماتية ليست متطابقة مع سبب المرض.
	8-دور الإيحاء ضعيف جدا في الاضطرابات السيكوسوماتية.

8- ميكانزيم الإيحاء يكون بقوة يساعد في انتقال أعراض الهستيريا أما في حالة التقمص والاستدخال مع الإفراط في قابلية الإيحاء. 9-العلاج النفسي يكون كافيا والشفاء يكون سهلا بسبب الإيحاء. 10-الإصابات في الهستيريا التحويلية اقل انتشارا. 11-ضعف العامل الوراثي ونمط الشخصية والاستعداد للإصابة بالهستيريا. 12-الأحداث الهستيرية لا تظهر إلا في وجود الآخرين.	9-العلاج لا يتوقف على الجانب النفسي بل يكون مكمل بالعلاج الدوائي والشفاء يكون صعبا. 10-الاضطرابات السيكوسوماتية أوسع وأكثر انتشارا. 11-هناك استعداد وراثي قبلي للإصابة بالاضطراب السيكوسوماتي كذلك نمط الشخصية وكذلك هناك تاريخ عائلي. 12-الاضطرابات السيكوسوماتية تظهر لدى الفرد دون وجود أفراد آخرين.

فيصل الزراد 2000 ص 85-86-87.

الملحق رقم:واحد.

ب) الاضطرابات السيكوسوماتية وتوهم المرض:

توهم المرض أو اضطراب القلق المرضي هو حالة من انشغال الفرد انشغالا بليغا لحالته الصعبة يصاحبها قلق مفرط وتوهم الإصابة بمرض خطير ومفاجئ، هذا الاضطراب يكون طويل المدى مختلف في الشدة يزداد مع تقدم السن كما تزداد حدته أيضا عند التعرض للضغوط العصبية، أسبابه غير معرفة إنما عدة عوامل تساعد على ظهوره نذكر منها الاعتقادات الخاطئة والفهم الغير الصحيح لبعض الأحاسيس الجسمية والمبالغة فيها والجهل بخبايا وظيفة جسم الإنسان، أما الاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات نفسية المنشأ موجهة نحو الجسم يحكمها الجهاز العصبي اللاإرادي. يضيف العيسوي في الأمراض السيكوسوماتية (الخلل العضوي يكون بشكل إصابات فعلية حقيقة أو اختلالات تصيب أنسجة حشوية كالاضطرابات الملحقة بالجهاز الهضمي أو التنفسي أو الجهاز لدوراني). **(عبد الرحمن محمد العيسوي بدون سنة ص305)**.

ج) الفرق بين الاضطراب السيكوسوماتي والعصاب:

فيصل الزراد 2000 الجدول -2-

الاضطراب السيكوسوماتي	العصاب
1- سيطرة واضحة لظهور اضطراب عضوي نفسي وقد تختفي الأعراض النفسية بعد إصابة العضو. 2-الاضطراب السيكوسوماتي عضوي ووظيفي محدد. 3-الاضطراب السيكوسوماتي له علاقة بالاضطرابات العضوية والهرمونية. 4-سلوك الفرد يبقى سليما وظيفي. 5-ينتشر غالبا في مرحلة الشباب. 6-علاج تكاملي طبي نفسي. 7-يصاحب الاضطرابات السيكوسوماتية اضطرابات شديدة أخرى، قد تكون خطيرة مثل ضغط الدم، احتشاء عضلة القلب، الجلطة...	1-الأعراض النفسية هي المسيطرة كالخوف، القلق أو الوسواس. فالحالة النفسية للفرد تكون مضطربة. 2-العصاب هو اضطراب وظيفي. 3-العصاب لا يرتبط بالاضطرابات العضوية ولا يؤثر عليها. 4-سلوك الفرد يطاله اضطرابات عديدة. 5-يوجد لدى كل فئات المجتمع. 6-العلاج النفسي فعال جدا. 7-يصاحب العصاب أعراض جسمية بسيطة مثل الوهن، التعب، الصداع.

8-لا يتأثر المريض بالإيحاء وتزداد لدى المريض القدرة على تقديم شكاوى أدعائية حول مرضه.	8-ازدياد قابلية الإيحاء لدى المريض مع نشاط الهوا مات.

الملحق رقم:اثنان

ملاحظة: يقول الزراد 2000 ظاهرة النكوص والتثبيت بالنماذج الطفلية في السلوك نجدها في الاعصبة وفي السيكوسوماتيك ولا تختلف عن بعض آليات الدفاع النفسية وبالنموذج الطفل الذي يتشبث به المريض. **(-فيصل الزراد، 2000، ص104-105).**

9)-نماذج من الاضطرابات السيكوسوماتية:

9-1- اضطرابات الجهاز الهضمي:

9-1-1-القرحة الهضمية:

تشمل قرحة المعدة والاثني عشر، بعيدا عن الأسباب العضوية المسببة لقرحة المعدة والاثني عشر هناك أسباب نفسية تربط بين حدوث القرحة المعدية والاضطراب السيكوسوماتي.

-هناك روابط بين سمات شخصية الفرد التي يتسم بها الفرد أهمها:

-دافع ملح شديد نحو الطموح ويتمركز ذلك حول الخوف الشديد من الفشل.

-صراعات مزمنة لدى الفرد تحول بين اتجاهاته ودوافعه الاعتمادية على الغير ورغبته في الاعتماد على النفس.

-الشخصية المتسلطة والصراع مع الألم ومع النفس من اجل تحقيق الأهداف.

-المشاحنات العائلية.

(احمد النابلسي، ،1992 ص5).

9-1-2-دور العوامل الانفعالية في حدوث القرحة المعدية:

هناك دور هام للحالات الانفعالية كسبب لحدوث القرحة المعدية، كما يرى العلماء انه يوجد عمل تكويني لحدوث هذه التقرحات الهضمية وذلك يرجع إلى فترة الطفولة خلال المواقف الصراعية. وكما نعلم ان هذه الحالات الانفعالية تؤدي إلى إفرازات خمائر عصارية في المعدة أهمها:

-خميرة الببسين الهاضمة للبروتين وتحويله.

-إنزيم الليباز الذي يعمل على هضم الدهون.

-حمض الهيدروكلوريك القاتل للبكتيريا.

وهذه الإفرازات تكون بكمية معتدلة في الحالة العادية السوية، أما في حالة الإفراط فهي تؤدي غالى اختلال وظيفي ممهدة لنشوء اضطرابات وظيفية.

- **تعريف القرحة المعدية:** هي تآكل الطبقة الداخلية للمعدة وهي عبارة عن غشاء عضلي سميك مبطن بطبقة مخاطية.

تصيب الجنسين أكثر منه عند الرجال من النساء، نلاحظه في اغلب الأحيان بعد سن الخمسين وقد تظهر هذه القرحة اقل من ذلك بحيث يحدث تمزق في الغشاء المبطن والواقي للمعدة وتتسرب الحموضة إلى الأغشية التي تلي الغشاء المخاطي وقد تتعدى إلى ابعد من ذلك كإحداث ثقب بجدار المعدة مما ينتج عنه نزيف حاد وذلك يستدعي الاستئصال الجزئي للمعدة. **(أديب محمد الخالدي، 2005، ص53.)**

ويشير العسيوي1994 إلى أن هناك دراسات أثبتت أن الأفراد المعرضين للقرحة الهضمية هم أولئك الأفراد المعرضون للإجهاد الفكري العصبي والنفسي بحيث هناك نسب تصل إلى 35بالمئة، بين هذه الفئات 22 بالمائة من الأشخاص العاديين و20 بالمائة عند الإفراد العاملين بالتجارة وما بين البطالين تصل النسبة إلى 35 بالمائة. **(عبد الرحمن العيسوي، 1994، ص175).**

ويضيف **العيسوي** عن **ألكسندر** إن العدوان والطموح والاتكالية هي سمات يتسم بها الأفراد الذين هم مهددون بالإصابة بالقرحة المعدية أو الهضمية وهذه السمات تغزوها رغبة لاشعورية في عدم الاستقلالية والاعتماد على الغير وذلك سبب القلق المفرط الذي يحرك العملية الإفرازية المبالغ فيها دون وجود الطعام **(عبد الرحمن العيسوي، 1994، ص** 86**).**

9-1-3-التهاب القولون:هو خلل يخص التقلصات المعوية واختلال الحركات الطبيعية الوظيفية للقولون وينشا منها آلاما تخص منطقة أسفل البطن ويصاحبها انتفاخ وتشنجات إضافة إلى إسهال أو إمساك متكرر.

أما علماء التحليل النفسي يرجعون خلل وظيفة القولون إلى مراحل الطفولة الأولى وهي من بقايا المرحلة الشرجية وما يصاحبها من التدريب على الإمساك والإخراج إثر ترسيخ مبادئ النظافة لدى الطفل ذلك يؤول للزوال شعوريا بينما يترك لدى الفرد ويترك في شخصية الفرد بعض السلوكات كالعدوانية، التشاؤم، البخل، العصيان، الخشونة وقد يرجع جزء من الفرد للنكوص إلى المرحلة الشرجية في حالات الانفعال، القلق، الفشل، وهذا ما يسبب بعض الالتهابات. **(عطوف محمود ياسين ،1988 ص106).**

وفي نفس السياق نجد الإمساك والإسهال المزمنين من الاضطرابات ذات قد التعود إلى النظام الغذائي للفرد حسب الكسندر، أما علماء النفس يردونها إلى تلك العلاقة الأولية التي تجمع (الأم والطفل) وعملية التدريب للالتزام بالنظافة الجسمية أثناء المرحلة الشرجية والذي ينشا عليه عجز شرجي أو قلق ناشئ من كيفية ضبط عملية الإخراج ويذلك فالفرد عند الانفعال الزائد يكون لديه نكوص لا شعوري لعضو ما إلى المرحلة الشرجية وذلك للتصدي لأي عمليات غير مرضية. **(أبو النيل، 1994 ، ص260).**

9-1-4- الشراهة الزائدة وفقدان الشهية العصبي:

أما الأول فهو اضطراب يتميز الإفراط في الأكل وذلك ما ينجر عليه عواقب وخيمة كالسمنة إصابة الجهاز الهضمي باختلالات وظيفية واختلال عملية الايض، إما من الجانب النفسي فهناك ارتباط وثيق لشعور الحب والعطف خاصة عند الأم التي تحس أنها مجحفة في حق ولدها فهي توفر له ألذ الأطعمة التي من خلالها تسد ذلك العجز. أما بالنسبة للطفل فيكون الطعام ملاذه الأساسي كلما أحس بمشاعر الحرمان، الضغوط والقلق ويعتبر الأكل أسلوب لتخفيف عن التوتر والانفعال. **(عبد الرحمن العيسوي، 1994 ص 88).**

أما فقدان الشهية العصبي قد يكون عضوي وذلت من خلال اضطراب بالغدد التي تفرض على الفرد ثبات الوزن وبالتالي تصبح عملية تجويع الفرد لنفسه عادة سيئة، او الخوف من السمنة وبذلك فقدان الشهية العصبي يكون في اغلب الأحيان لاشعوري لمقاومة السمنة، كما قد يأتي كإفراط لعقاب الذات.

9-2-الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز الدوراني:

9-2-1-الذبحة الصدرية Angine de poitrine :

تنقبض الشرايين التاجية وتتقلص بشكل مفاجئ وذلك ما يسبب عطب انب في عملية سير الدم المغذي لعضلة القلب وهذا ما يسبب نقص الأكسجين المحمل عن طريق الدم للقلب والأوردة الذي يمثل غذاءها الرئيسي، ينجر من تلك الآم حادة في القفص الصدري، تعب شديد قد يزول في بضع دقائق أو يزيد إلى syncope cardiaque حد الدوخة.

هذا في حالة ما إذا طالت مدة التقلص ذلك يؤدي إلى فشل عضلة القلب وقد تتوقف وتؤدي إلى هلاك الشخص ويشير فيصل الزراد 2000 إن هذا الاضطراب يصاب به الفرد المصاب بعصاب القلق. **(فيصل الزراد 2000 ص283).**

9-2-2-عصاب القلب: وهو اضطراب سيكوسوماتي يسبب اضطراب في وظيفة القلب ويعرضها للتعب الشديد فتفقد مرونتها ويصبح عملها غير منتظم ويصاحب ذلك خفقان القلب، تسارع الدقات وعدم انتظامها وزيادة وتيرة التنفس والوهن والتعب حتى أثناء الراحة فلا يقدر الفرد على فعل شيء أما في الجانب النفسي

يكون هذا الاضطراب مصاحب بقلق الموت ولهذا ينصح بعدم تعرض هذا المريض للمواقف الانفعالية السارة منها او المحزنة والابتعاد عن الأخبار المفاجئة.

9-2-3-ارتفاع ضغط الدم:

إن انتظام الضغط الدموي يسمح بتروية أجزاء الجسم و وظيفته التزويد بالغذاء والاكسجين لجميع الأجهزة دون استثناء، أما في حالة ارتفاع الضغط فهذا يعيق هذه الوظيفة والتي تسرع من وتيرتها فتصبح تروية الأجهزة ضعيفة لذا نرى مرض ارتفاع ضغط الدم الدموي تظهر لديهم اضطرابات أخرى كالقصور الكلوي أو ضعف البصر والجلطات الدماغية واحتشاء العضلة القلبية إلى غير ذلك بحيث يقول فيصل الزراد (أشارت الدراسات الطبية إلى أن حوالي 95 بالمائة من الأفراد بينما ينقسم الخمسة بالمائة الباقون إلى أفراد ذوي ضغط مرتفع ومنخفض.... وقد أثبتت الدراسات الطبية والنفسية أن تغيرات الضغط تتأثر بشدة بالعوامل النفسية والانفعالية). **(فيصل الزراد، 2000 ، ص284-285).**

، فهذا الضغط يكون شديد Hypertension maligneوهناك ما يسمى بارتفاع الضغط الدموي الخبيث على الجسم وأعضائه بحيث يسبب تلف في المخ عن طريق الجلطات النزيفية واحتشاء عضلة القلب و الفشل الكلوي.ذكر فيصل الزراد ان دراسة أوروبية حديثة جاءت لدعم هذا المجال من طرف الباحثان (بحيث قاما بدراسة لدى أفراد يعانون ارتفاع ضغط الدم **Ca.Binger et Nw.Ackerman بنجر واكرمان**

الخبيث وتبين إن هؤلاء يتسمون بسمات شخصية تتميز بعد الارتياح، الاستسلام، الشعور بالعجز، الضعف، عدم القدرة على الكبت، الميول العدوانية. **(فيصل الزراد نفس المرجع ص290).**

9-2-4-الإغماء Syncope :

وهي عبارة عن حالة فقدان الوعي بسبب انخفاض شديد للضغط الدموي **(حامد زهران 2005ص 476).**

9-3-الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز التنفسي:

تشكل هذه الأمراض 25 بالمائة من جميع الأمراض الصدرية تكثر عند فئة الأطفال كون أن الجهاز العصبي المركزي وقشرة المخ لديهم غير مكتملة النمو ويشير العلماء إن الاضطرابات التنفسية تتأثر بالعمليات الانفعالية التنفسية بحيث يعمل الأطباء على تنظيم عمليتي الشهيق والزفير وطمأنة المريض وأبعاده على الحالة الانفعالية ومنه نجد المريض رجع إلى الوتيرة العادية للتنفس فالمريض يتوتر ويخشى الاختناق. يقول علماء النفس أن الوظيفة النفسية مرتبطة بحاسة الشم وهذه الأخيرة قد تكون مصدر للذة

جنسية فشهيق الهواء وإخراجه يمكن أن ترمز إلى عملية إدخال وإسقاط ما تم إدخاله في عملية اتحاد وانفصال.**(فيصل الزراد ،2000 ، ص243)**.

9-3-1-مرض الربو:

وهو من أمراض العصر وذلك لما تشهده المعمورة من تلوث وكوارث كالحروب والإشعاعات ومصانع الاسمنت ومواد مبيدة للحشرات وغير ذلك. يعتبر مرض سيكوسوماتي متعدد الأسباب بحيث يلعب العامل النفسي فيه سببا بارزا ومهما يميز هذا المرض بضيق التنفس، السعال الشديد المتقطع، حشرفة في الصدر، وأثناء البلع وتشتد النوبة عند الانفعال الحال او مواقف غير سارة بحيث لعب التكوين الشخصي والحساسية الدور المساعد كما قد يكون سببه من أصول جنسية في المرحلة الاوديبية كسوء التوافق مع الوالدين.

أما المصاب يتميز بسمات شخصية أهمها الإحساس بعد الأمان والاطمئنان، قلق فقدان السند وتوكله على غيره يكون واضحا وجليا في كل تصرفاته.فخري الدباغ 2004 ص213).

من الجانب النفسي يعتبر الربو كصرخة داخلية محملة بآلام داخلية لاشعورية يرمز لها الفرد بتلك الأعراض المتمثلة في ضيق التنفس تنتابه وقلق شديد في كل نوبة كما ترمز آلام النوبة إلى رفض التهوية نتيجة تقلص القصبات الهوائية إن فجائية حدوث النوبات تجعل الفرد عاجزا إما التحكم بها والشعور الفائق بالخوف ن المجهول. **(عودية حورية 2002ص30)**.

يشير عبد المعطي 1986 عن ألكسندر يذكر إن حالات الإصابة بالربو يكون فيها المريض خائفا لا شعوريا وهنا الخوف سببه قلق الانفصال عن الأم كون هذا الأخير يكون ذو اتكالية بارزة للام وبذلك يظهر الطفل المريض قلق وخوف شديد من فقدان الأم وبالتالي تحدث له نوبات بكاء وارتباك شديد. أما عند الراشد فيختلف الموضوع ويوجه القلق في هذه الحالة إلى فقدان حب الأم وعاطفتها او السند ونوبة الربو هذه تدل على الخوف من فقدان حبيب ويمثل صيحة مكبوتة للقلق.**(حسن مصطفى عبد المعطي ،2003 ، ص486.)**

ترى **نبار** خلال نظرية البر وفيل الشخصي أن سمات شخصية مرضى الربو متعلقة بحاجات الامومية كالخوف والانفصال وفقدان الاعتماد والحاجة إلى الرعاية هنا بالنسبة للمحيط أما بالنسبة للشخص ذاته تكون لديه متضاربة نحو ذاته ونحو الآخرين. **(حسن مصطفى عبد المعطي، 2009، ص88.)**.

9-4-الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز الغددي:

9-4-1-السكري: هو نقص افرزا هرمون الأنسولين في الدم الشيء الذي يجعل السكر لا يمتص في الجسم ويبقى الدوران في الدم بنسب عالية الشيء الذي يعيق عدة وظائف لعدة أجهزة عضوية في جسم الإنسان. قد يصل إلى نسب عالية جدا 6غ/لترا واحد أو أكثر مما يسبب :

Acidose métabolique- حموضة استقلاب

Alcalose métaboliqueأو الكانية استقلاب الايض

وهذا ما يؤدي إلى التعب الشديد والوهن، تشوش الرؤية، فشل في العضلات، فشل الكلى، ضعف عضلة القلب وقد يؤدي ذلك إلى الهلاك.

وفي بعض الأحيان تكون كمية إفراز الأنسولين كثيرة جدا مما يسبب انخفاض السكر في الدم وحدوث أعراض كالوهن، عدم وضوح الرؤية،ا لتعرق، الرعشة وينتهي الأمر بالغثيان وتؤدي إلى الموت إذا بلت نسبة السكر في الدم اقل من 0.3 بالمائة.

أما الجانب النفسي للمريض كلما زادت انفعالاته زادت نسبة السكر في الدم وقد يحدث للفرد اضطراب التفكير والنسيان.

9-5 الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز العصبي:

ومن المعروف لدى العامة إن الصداع النصفي أو الشقيقة يعتبر من الاضطرابات السيكوسوماتية المعروفة والأكثر شيوعا في العالم فهذا الأخير فتك بنسبة عالية من البشر في العالم، وقد اجمع العلماء والصداع التوتري أو الشقيقة La migraine أن أكثرها انتشارا هو مرض الصداع النصفي . وهذه الأمراض العصبية ذات المنشأ النفسي تقول عنها زينب شقير إنCéphalée de tension الإحصائيات لهذا الاضطراب تقدر بنسبة تتراوح ما بين 10 إلى 15 بالمائة(اضطراب الصداع النصفي) بجميع أنواعه قد تصل إلى نسبة 42مليون شخص في كل أرجاء المعمورة.

(زينب محمود شقير، 2003 ،ص4).

كما تشير الباحثة في تعريفها للصداع على انه مرض وظيفي ذو منشأ نفسي من أسبابه شدة الضغوط النفسية ومن أعراضه آلام متمركزة في الفص الأمامي والجانبي للدماغ وخلف الرقبة فينتاب الشخص Photophobieآلام شديدة في الرأس تصبحها شعور بالكآبة والتوتر والملل والخوف ورهاب الضوء وهذا ما يؤدي بالفرد للعزلة واتخاذه لملجأ في غرفة مظلمة هادئة بعيدا عن الانزعاج والضوضاء والضوء.

(زينب محمود شقير ،2003 ، ص6).

وهكذا يبتعد الفرد عن الممارسة الاجتماعية والحياة المهنية ما يسبب له لا تكيف نفسي واجتماعي. وفي هذا الشأن يضيف سمير شيخا ني 2003 أن نسبة 90 بالمائة في هذه الصادعات تشد على استشارات طبية وهذه النسبة الثقيلة من الإصابات تعود على الفرد والمجتمع بعواقب وخيمة كما تجعل حالة الفرد تتسم بعدم الاستقرار.

تصحب نوبات الصداع النصفي رهاب الضياء، رهاب الروائح، الانزعاج من الضوضاء، الاورة ومعناها(اضطرابات بصرية، حسية، لغوية أو حركية)، تنبئ بقدوم الربو التي تأتي بعد التعرض للضغط النفسي الشديد أو المبالغ فيه ،أو التعرض لمشاكل دون وجود تسوية وحلول. تقول زينب شقير عندما يزداد الانفعال النفسي قد تزداد استثارة القشرة المخية، وخاصة عند فشل الأنا في اختيار دفاعات مناسبة فيستنفذ الفرد من طاقاته النفسية، ومع تزايد الضغط النفسي لدى الفرد فان الأوعية الدموية في الجهاز العصبي لدى الفرد تستضيق ويصعب سيلان الدم بها ونقله إلى الخلايا الدماغية ،فيزداد نبض القلب لزيادة تروية الخلايا التي تصطدم بالأوعية الضيقة فينتج عن ذلك الم نبضي ولا يزولا الا اذا زال الضغط النفسي ويتراوح ذلك من مدة ساعة إلى يومين أو أكثر كما تظهر هذه النوبات عند الفرح، الحزن، الخوف، الاكتئاب والصدمة... لان هذه الأوعية الدموية أصبحت مسرحا لاضطراب سيكوسوماتي فهي تعاني من الهشاشة والضعف والحساسية للمواقف الانفعالية.

9-6 الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز العضلي:

قد يصاب الجهاز الهيكلي والعضلي باضطرابات نفسية المنشأ نذكر من بينها التهاب المفاصل وتشنج العضلات من ابرز الاضطرابات السيكوسوماتية الأكثر شيوعا، Polyarthrite

ولقد لاحظ العلماء العلاقة الوثيقة مابين الضغوط الانفعالية وبين ظهور هذه الاضطرابات. إن الضغوط الانفعالية والإجهاد النفسي والتوتر والقلق وخاصة في حالة تكرارها، فهي تبقى دون حل وتسوية ذلك يستنفذ جهدا عضليا وفكريا وجسديا ضخما، فينتج عنه تورمات داخلية وخاصة أن هذا الجهد العضلي الكبير يجعل العضلات غير قادرة على إخراج الفضلات من الخلايا العضلية وطرحها في الدم وتتمثل هذه الفضلات في (حمض اللاكتين وحمض البول) الذي يفرز بكثرة، وهذه المواد السامة مع الدوام قد تسبب تورمات وتشنجات عضلية تخص العضلات التي توجد بمحاذاة المفاصل. يقول عطوف محمود ياسين (... في حالة استمرار هذه التوترات النفسية يزداد النشاط العضلي دون توقف فتصاب العضلات بتعب شديد يؤدي إلى تشنجها). **(عطوف ياسين ، بدون سنة ، ص195).**

أما حسن مصطفى عن **دنبار** يقول يتميز التهاب المفاصل الروماتيزمي بالصراعات الجنسية والعدوانية المكبوتة وعدم الكفاية للاستعراض وجذب الانتباه. وهذا لاضطراب النفسجسدي قد يصيب كل الأعمار وكلى الجنسين فهو مرتبط باضطراب يمس تنظيم الشخصية ويستثار عن طريق احباطات مثيرة للقلق والاكتئاب وبعض الضغوط الانفعالية السيئة كالبرودة القاسية وقد يكون عرض جسمي مبررا حالة من القلق والتوتر الناشئة من صراعات مولية ذكورية مكبوتة والجنسية المثلية المكبوتة.(سيد أبو النيل 1990). ويضيف أبو النيل : قد يرحل روماتيزم المفاصل أو ألمه بسبب مشكلة انفعالية بسيطة وقد يكون قناعا لاضطراب انفعالي عميق ودفين مسببا في ذلك تورم في نسيج العضلات تشد المفاصل مسببة آلام شديدة. **(سيد أبو النيل 1990 ، ص147.)**.

وقد يكون هذا الاضطراب راجع لمشاكل انفعالية منبثقة من خبرات متعلقة بسوء التوافق المهني التي تتمثل في أوجاع أسفل الظهر وقد تكون تعبيرا رمزيا نتيجةlombagoاو الحياتي كآلام اللومباغو استياء الفرد من الضغط المتواجد عليه ورغبة منه في تخفيف بعض المسؤوليات التي يحملها على عاتقه.

يقول فيصل الزراد 1984 عن **جيمس هاليدي** وهو بروفيسور للأمراض السيكوسوماتية إن المصابون بأمراض لومباغو يمتازون بسمات شخصية منها الاستقامة وإتقان العمل والتفاني فيه فقد يظهرون أنماط وسواسيه وبرودة العواطف وقد تكون لديهم ألام الظهر لديهم ردة فعل الاكتئاب متراوح الشدة. **(فيصل الزراد 1984 ص148)**.

9-7-الاضطرابات السيكوسوماتية السرطانية:

9-7-1-التفسير الطبي لمرض السرطان: يعرف هذا المرض عند العامة بمرض العصر ويعتبر ومن الأمراض الشائعة الأكثر انتشارا والأكثر فتكا بالبشرية فتحصد الولايات المتحدة الأمريكية لوحدها من هذا المرض حصة الأسد ففي عام 2016 أصيب حوالي مليون ونصف مليون شخص بالسرطان بمختلف أنواعه توفي منه الأغلبية.

***تعريف السرطان:** تعرفه الجمعية الأمريكية للطب 2016 على انه تكاثر غير طبيعي للخلايا الجسمية تصيب أي نوع من الأنسجة كما يصيب كل الفئات والأعمار حتى المرحلة الجنسية.

السرطان كلمة مرعبة تشير إلى داء فشل الأطباء في مداواته وإيقاف خطره والتنبؤ بحدوثه رغم استعمالهم أساليب طبية متطورة كالعلاج الكيميائي والإشعاعي والهرموني لكن تبقى نسبة النجاح والشفاء منه ضئيلة جدا فنعت بكل اللغات بالمرض الخبيث، يبقى هنا المرض المجهول الأسباب ينخر في جسم الإنسان في

سكون تام دون التعريف عن وجوده الى ان يتمكن من تدمير أغلبية الأنسجة معلنا الدمار الكلي للجسم. يعرفه القاموس الطبي (**Larousse médical 2012**)على انه نمو شاذ وانتشار لخلايا خبيثة خارجة عن السيطرة أثناء مرحلة الانقسامات الخلوية بطريقة عشوائية تتموضع هذه الخلايا في الأنسجة في حالة تكتلات تسمى بالورم الذي يكون كتلة في بادئ الأمر تسمى بالورم الابتدائي tumeur primaire وبعد حجم معين لهذه الخلايا الورمية السرطانية تهاجر إلى الأنسجة المجاورة مكونة أوراما ثانوية تسمى métastases ويشخص السرطان حسب قانون وضعته منظمة الصحة العالمية وهو تصنيف يعرف كما يلي:TNM

T: يعني Tumeur.

N: يعني Ganglion.

M: يعني Métastase .

(2012 p145.،Pr Jean Pierre Wanstein)

Larousse Médical p1 Jean Pierre Wanstein 2012 en Italie par LEGO-SPA dépôt légal 2012.

وفي هذا الصدد يذكر فيصل الزراد 2000 عن الدكتور **برنارد** 1948 عن مخلفات الحرب العالمية الثانية وما أحدثته سيول القنابل في ألمانيا من خلال دراسة قم بها هدفت الى الآثار النفسية لهذه الحرب على الأفراد بعد معاينته لنماذج من الناجين من هذا الكرب العظيم فأدلى بتصريحات مفادها انه لم يلاحظ ظهور أنواع سرطانية على الأفراد كما ظهرت القرحة المعدية وقرحة القولون ولاثني عشر التي ثبتت بعد الحرب مباشرة وكان منشؤها مرتبط بانفعالات نفسية فيقول الدكتور **برنارد**(انه قد يبدوا لنا الأمر بهذه البساطة ولكن المشكلة في هذا المجال تكون اشد تعقيدا).(**فيصل الزراد ،2000 ،ص476**).

لكن اهتدى الدكتور **ببرنارد** بعد ذلك إلى أن العوامل النفسية المزمنة المفرطة كالخوف، التوتر ولا الانفعال لا تهيئ فقط لظهور السرطان بل تعمل على انتشاره وان الخوف الكبير قد يسبب الإصابة بمرض السرطان كون أن الخوف الشديد والتوتر والانفعال من العوامل المسببة لضعف الجهاز المناعي وتغير كيمياء الدم وعدم القدرة على مقاومة السرطان وانتشاره ولقد شبه الدكتور ببرنارد في نهاية ابحثاه حول السركان بان جسم الإنسان المنفعل والمتوتر الذي تعرض للخوف المفرط والمزمن بالتربة الخصبة لنمو بذور السرطان وانتشارها كما قسم الباحثون في علم السرطان العوامل البيئية المسرطنة إلى قسمين:

-**العوامل الفيزيائية:** الحرارة -البرودة-المناخ-الإشعاعات-الهواء والتربة.

-**العوامل النفسية الاجتماعية:** العادات الاجتماعية-عادات الأكل-الشرب-تناول الأدوية-السمنة-عدم ممارسة الرياضة-التهاون في العلاج....

وهكذا نوه الباحثون إلى أن الجو الحضري للإفراد(حياة المدن) التي تتصف بالضجيج والصخب والتلوث والإجهاد النفسي وحالات الإرهاق، الصراع والانفعالات... فهذه البيئة تساعد على السرطنة مقارنة بحياة الأرياف.

إن السرطان يصيب كل الأعمار والفئات إنما يزداد حدة في مرحلة مابين (55سنة-60سنة) وهي المرحلة الحرجة في عمر الإنسان قد يباغت فيها السرطان الفرد لعدة أسباب منها:

-أمراض عديدة كالقصور الذي ينتاب بعض الأعضاء في الجسم. هذا من جهة ومن جهة ضف إلى ذلك تلك الانفعالات المزمنة والتوتر والضغط النفسي والقلق (قلق الموت وعصاب المرض والخوف من الأمراض).

ويعتبر السرطان مرض متعدد المراحل أول مراحله وهي:

-مرحلة الكمون: تختلف من شخص لآخر وحسب نوعية السرطان فالسرطانات اللمفاوية الحادة سرطانات الدم الحادة قد لا تدخل تحت هذا التصنيف.

-المرحلة المزمنة: قد تدوم أشهر وسنوات.

-المرحلة النهائية: يسودها انتشار كبير للأورام السرطانية والتموضع في الأجهزة الحساسة لأورام ثانوية بسبب انتقال الخلايا السرطانية عن طريق مجرى الدم إلى الكبد، المخ، الرئة، الأمعاء، الكلى، المثانة، الأوردة والشرايين.

عدة نظريات تناولت مرض السرطان كاضطراب سيكوسوماتي أهمها:

-Facteur héréditaire. نظرية الوراثة أو القابلية الوراثية

-نظرية الطفرات.

-النظرية الفيروسية.

-النظرية الكيميائية الحيوية التي تربط بين التغيرات الهرمونية المفرطة والعوامل الانفعالية التي ترتبط simons ارتباطا وثيقا بالتهيئة لحدوث السرطان ويشير فيصل الزراد 2000 إن العالم سيمونز من العلماء الذين الحقوا ظهور السرطان بالعوامل النفسية بحيث يقول أن (الصدمات النفسية تعجل في ظهور السرطان والعلاج يجب أن يكون جراحيا طبيا هرمونيا ونفسيا، كما أشار إلى أن معظم المصابين بالسرطان لا

يتقبلون دواتهم مع معانات من غيرة مكبوتة وخاصة عند النساء حيث نجد لديهن غيرة مكبوتة من الإنجاب، والجنس كمعظم مريض سرطان الثدي لديهن مشاعر سلبية نحو الحمل والولادة). **(فيصل الزراد، 2000، ص47)**.

***علاقة السرطان والعوامل النفسية:**

تتباين العلاقة بين الأحداث النفسية وظهور مرض السرطان قام بعض الباحثين بالتجربة على مجموعتين من الفئران زرعت لديها خلايا سرطانية، المجموعة الأولى تعرضت لعوامل الشدة والإجهاد كالصعق الكهربائي والتعرض للحرق وبعض المثيرات الحادة الأخرى كرؤية شريط لصور قطط على الجدران والثانية عاشت بسلام دون هذه العوامل، نتيجة الفحوص بعد مرور عدة أسابيع تبين إن نمو السرطان كان أسرع عند الفئة الأولى على غرار الفئة الثانية والفرق بدا واضحا وبذلك لخص العالم سيمونز علاقة العوامل النفسية والسرطان فيما يلي:

-إن العوامل النفسية تعجل بظهور السرطان دون أن تكون السبب الأول في ظهوره.

-إن اضطراب الوظائف الغددية الهرمونية التي تثيرها الضغوطات الانفعالية خاصة المتعلقة بمشاكل الطفولة.

إن العلاج الكامل و المجدي للسرطان يجب أن يتضمن (علاج جراحي، طبي، هرموني ونفسي).

La Chirurgie exérèse.*علاج جراحي: استئصال الورم

La chimio-radiothérapie.*علاج طبي: علاج دوائي وإشعاعي

*علاج هرموني:يتضمن علاج غددي بمعنى إعطاء الهرمونات التي قصرت الغدد في إفرازها وتختلف حسب الإصابات Hormonothérapie.

Psychothérapie.*العلاج النفسي ويخص التوجيه والإرشاد والخدمة الاجتماعية والمساندة النفسية

***التأثيرات الانفعالية والثغيرات الفيزيولوجية:**

أوضحت البحوث العلمية اثر العوامل الانفعالية وحدوث الاضطرابات السيكوسوماتية إذ بين **والثر-كانون** العلاقة بين الانفعالات والتغيرات الفيزيولوجية كما وصل لقياس الانفعال وتحليله فقام بفحص وتحليل التغيرات التي تحدث في الجسم الناتجة من الحالات الانفعالية كالألم، الخوف، الفزع، الانزعاج، القلق.. وما ينجر من تغيرات فيزيولوجية ارتفاع ضغط الدم، سرعة نبض القلب، سرعة وتيرة التنفس، احمرار او شحوب الوجه، التعرق.... إلى غير ذلك. تمر المظاهر الفيزيولوجية للانفعال عبر مراحل هي:

مرحلة-1- تغيرات منعكسة تؤثر على الجهاز العضلي الارادي يصطحبها تغيرات تعبيرية مترجمة لمظاهر انفعالية كالوجه العبوس أو الغضب البارز في الملامح كالحزن والألم وغيره.

مرحلة-2- ظهور تغيرات في الغدد ذات الإفرازات الخارجية كالدموع والعرق والغدد الخاصة بالقشعريرة كالإحساس بالبرد أما العضلات الملساء فهي تتعرض لانقباض وانبساط كتضييق حدقة العين.

أما المرحلة-3- عندما تطول مدة الانفعال النفسي وتزيد شدته الغضب تتولد طاقة نفسية هائلة تحاول التفريغ وتصب جلها في الغدد الصماء ذات الإفراز الداخلي فتنشط الغدتان الكظريتان لإفراز الأدرينالين في حالة الخوف أو مواجهة الإخطار، يعمل الادرينالين على تنشيط القلب والأوعية وشحن الخلايا بالطاقة العضوية وذلك لحفظ الجسم من الاعطاب الفيزيولوجية كما يساهم الأدرينالين في تنبيه الجهاز السمبثاوي لأدراك الأعضاء الحشوية وحثها عن كف الإفرازات المضرة للجسم كإفرازات الحموضة بالمعدة وتعمل امتدادات الأنسجة بالأدرينالين لتحقيق عملية التكيف مع مواقف الخارجية.

أما المرحلة-4- والأخيرة فيتكون مسرحها الدماغ بحيث تتولد فيه ثلاث موجات كهربائية وهي على تعمل على تأجيج التخطيط الكهربائي بالتالي نشاط العمل الدماغي.alpha-beta-deltaالتوالي

ويفسر عبد الرحمن العيسوي 1997 نظرية كانون في دراسة الانفعال كمايلي:

يستقبل المثير من طرف القشرة المخية ويستطيع التعرف عليه كمثير للانفعال بواسطة العمليات المعرفية المتواجدة به كالإدراك والتصور والذاكرة ثم تنتقل المعلومة إلى الهيبوتالموس hypothalamus الخارجي للعضلات الخارجية والداخلية كل حسب الانفعال المثار والمنبه الخاص به وهذه النظرية يشير العيسوي من خلالها إلى أن كل من ردود الفعل الفيزيولوجية والنفسية تحدث في تواري في آن واحد.(**عبد الرحمن العيسوي ، 1997، ص314**). ونستخلص من هنا إن هذه الإفرازات الهرمونية تؤثر على أعضاء الجسم خاصة تلك التي تكون مفرطة وخاصة عندما يكون ذو شدة وتكرار ويدوم لفترات زمنية مطولة، تقول نور الهدى الجاموس إن استمرار الاضطرابات هي استجابة انفعالية حشوية في صورة مرضية. **(نور الهدى الجاموس، 2004 ،ص84)**.

يسرد لنا احمد عكاشة بعض العوامل الانفعالية التي تؤدي إلى الاضطرابات السيكوسوماتية والتي تتمثل في ما يلي:

*الخوف من فقدان الموضوع أو الأم أو من يعوضها كالزوجة يسبه عدم النضج الانفعالي فينتقل هذا التعلق الطفلي على مدار حياة الفرد وينتج منه مرض الربو بحيث يظهر ذلك جليا عند الفرد أثناء النوبة فتبرز

تلك الاتكالية والخوف الشديد من فقدان نبع الحنان مما يزيد من حدة الأعراض. أما حالات الضغط الدموي تسببها تلك النزاعات العدوانية أو الأعمال والمهن المتعبة وتذمر الفرد حيالها فهو يريد تجنب المسؤولية والتخلص منها، فهناك صراعات داخلية عنيفة بسبب ضعف المواجهة الوجدانية لمشاكل صعبة وعويصة لا تجد حلا يرضي فضول الشخص وبهذا كلما طال عمر المشكلة دون حل زاد تفاقم الصراع النفسي وظلت الانقباضات والتشنجات للأوعية الدموية والشرايين وزاد الإفراط في إفراز الأدرينالين وزيادة تسارع القلب معلنة ارتفاع الضغط الدموي . –HTA–

أما في الحالة العكسية لهذا الميكانيزم الفيزيولوجي يزيد إفراز النورادرينالين لتناقص دقات القلب وهبوط الضغط الدموي معلنا انخفاض الضغط الدموي واستمرار هذه الأعراض hypotension artérielle لمدة زمنية طويلة قد تسبب أمراض القلب والشرايين والأوردة نذكر منها (الذبحة الصدرية–احتشاء عضلة القلب–تصلب الشرايين والأوردة–انسداد الشريان التاجي والجلطات الدموية الاقفارية والنزيفية).

أما الحرمان من مشاعر الحب والحنان والعطف خاصة عندما يبدي الفرد الإلحاح عليها والتمسك بها وهذا ما يفسح لنشوء اضطرابات حشوية على رأسها اضطرابات الجهاز الهضمي (القولون–المعدة–الاثني عشر) والإفرازات اللاإرادية المفرطة وبطريقة عشوائية اختلالية لا نظامية تسبب التقرح لهذه الأعضاء بزيادة إفراز الحموضة.

أما عكاشة 1976 يشير إلى الخوف من فقدان السند كالأم أو الولي أو الزوجة أو الزوج عندما يكون الفرد غير ناضج انفعاليا كما يذكر أيضا الخوف من فقدان الموضوع فهؤلاء الأشخاص يبدون تعلق طفلي تجاه الموضوع وهذا ما يثير انتكاسة حالات الربو بحيث يظهر الفرد أثناء النوبة خوفا شديدا وبحث اشد عن السند والاتكال. **(احمد عكاشة ، 1976 ،ص170).**

*** كيف يختار الاضطراب السيكوسوماتي عضو في الجسد دونا عن عضو آخر:** يقول عبد المعطي إن الأعضاء المختارة أثناء هذه الاضطرابات هي أعضاء ذات قابلية ومهيأة سابقا لاستقبال أي اضطراب من هذه الاضطرابات لان التوتر العصبي الانفعالي لا يستطيع أن يقترن بعضو قوي وإنما يشترط هشاشة عضو ما، هذا من جهة ومن جهة أخرى فان الضغوط العصبية الانفعالية تؤثر على الوظيفة الفيزيولوجية للأعضاء فيكون العضو ذو القابلية هو المتضرر من هذه العملية فإذا كان الفرد مصابا بحساسية تنفسية في جهازه التنفسي قد يؤدي القلق الانفعالي والتوترات التي تمدد القصبات والحويصلات الهوائية ذلك ما يسبب صعوبة في التنفس و حدوث نوبات الربو ويضيف عبد المعطي أن انفعال الخوف قد يقلص من الوظائف الفيزيولوجية

للقولون والأمعاء الغليظة فيسبب الإمساك أو الإسهال المزمن أثناء انفعال والقلق فهو يزيد من إفراط عمل القولون والإفرازات الحمضية المعدية .(**حسين عبد المعطي، 2004، ص122**).

ملاحظة:

نماذج من الميكانيزمات الدفاعية المستعملة لدى مرضى السرطان:

قبل الحديث عن هذه الميكانيزمات الدفاعية المستعملة من المرضى السيكوسوماتيين التي تساعدهم على مقاومة الاضطرابات السيكوسوماتية تدرج فقط للتنويه عن الحالة النفسية المزرية التي يؤول إليها هؤلاء المرضى وخاصة مرضى السرطان وذلك بشكل اخص خلال المرحلة الأخيرة من الحياة فهم يضطرون لملازمة الفراش بسبب المعاناة وانتشار الأورام المرضية بأجسادهم والآلام الشديدة والتقرحات المتعفنة وقد يعانون بفقدان الأعضاء بسبب البتر والضعف الشديد فهم يصبحون عالة على ذويهم ويحتاجون الرعاية الأساسية منه لجل متطلبات الحياة بذلك يلتزمون الصمت ويفضلون الموت ببطء والانعزال والاكتئاب الحاد كما يعانون من صعوبات تكيفيه مع المحيط بسبب وانعدام الأمل أو التفاؤل وانهيار صورة الذات كل هذا والمرض متزايد في نخر الجسد أمام العجز الفاضح والواضح للعلاج الطبي.

تقول إقبال إبراهيم: إن الآثار النفسية وسوء التوافق مع الأسرة والمجتمع التي يمر بها مريض السرطان وأسرته بعد سماع نبا الإصابة ويعتبر ذلك بصدمة حقيقية تليها مرحلة إنكار وحيرة ثم مرحلة إحباط وخوف شديد يصاحبهما فقدان الأمل والشعور بالذنب والخوف من المستقبل المجهول. **(إقبال إبراهيم 2005 ص42)**.

أما سوء التوافق مع المجتمع ترجعه إقبال إبراهيم إلى العجز المنحر عن أدوية الكيماوي و الوهن الناتج منه يلجا المريض إلى العزلة والابتعاد عن الناس وتسوء حالته النفسية يوما بعد يوم فيصبح الفرد منهارا جسديا ونفسيا ويفقد معنى الحياة وتتدهور وحدته التواجدية فيستسلم أمام هذا التدهور.**(إقبال إبراهيم 2005)**.

لكن قد نجد بعض المرضى يتعاملون مع مشاكلهم النفسية وأوضاعهم الجسدية المتدهورة باستعمال حيل دفاعية تتماشى مع الوضع الراهن والتي تساعدهم على مواجهة قلق الموت وعدم وضوح الصورة الجسدية بحيث يبدون صلابة نفسية هائلة تجاه المرض ورحلته العلاجية فهم يقيمون علاقات طيبة مع فريق العلاج مبني على الثقة وذلك عن طريق سلوكيات طبيعية ويبدون أسلوب راقي وحضاري تجاه هذا المرض "يتحدثون عن المرض بكل شجاعة وواقعية"

هنا تساءل لماذا نفس المرض يقتل بعض الأشخاص وينجو منه آخرون؟

كوننا بلاد ذات ديانة إسلامية نعتقد ونضح كل ثقتنا بالله عز وجل، نعم انه هو الشافي وان أراد لشيء أن يقول لشيء كن فيكون، ، نحن لاننكر هذا أبدا.

إنما بعد التدقيق والمحص والاجتهاد في انجاز هذا البحث وخلصنا إلى إن الإنسان يستطيع إصلاح الخطأ والاضطرابات السيكوسوماتية وذلك بإصلاحه ظروفه النفسية وذلك بما يلي:

-السر يكمن في الانفعالات النفسية والقلق والتوتر وكيفية التعامل معه ومسايرته فبدلا من توجيه هذه الطاقة النفسية نحو الذات وقمعها وكبتها يعمل الفرد على إيجاد تسويات لها باختيار الطرق الناجحة لتفريغها. فهذه الطاقات النفسية التي هي في حركية شديدة وحرة يستطيع الفرد التحكم فيها وربطها وتقييد حركيتها وإخراجها من الميدان اللاشعوري إلى ميدان الشعور بحيث تضبط هذه الطاقة بوقائع شعورية فتتخذ هذه الطاقة مسارات ناظمة للتفريغ كعملية والارصان والهوامات والأحلام لان مرضى السيكوسوماتيك يكون جهازهم النفسي فقير من حيث الهوامات والتفريغ بهذه الطريقة يكتسب الفرد خبرات تقيده مستقبلا بتصريف مسارات الانفعال والقلق والتوتر.

على هامش ما ذكرنا هناك مرض السرطان (اللوكيميا) في الولايات المتحدة الأمريكية أو اليابان في سن الشيخوخة يتسلقون الجبال، يمشون لكلوميترات كبيرة وآخرون يحاولون التحدث عن رحلتهم مع السرطان في كتب مليئة بالإثارة و اخرون يتسلحون بالعلاج الطبيعي والنوم الصحي كل هذا وذاك ما هو إلا ابتكار طرق ربط الطاقة النفسية الحرة وابتكار طرق تقييدها وتفريغها.

من خلال تجاربه الخاصة أثناء متابعته للمرضى بحيث يشير James A Russell 1987 الذين شخصت لديهم أمراض سيكوسوماتية خطيرة كالسرطان أو أمراض القلب، أمراض القصور الكلوي وغيرهم تكون الاستجابة الأولى لديهم عبارة عن تلقي صدمة يليها إنكار الواقع والمرض حتى يستطيع من خلالها مواجهة القلق والتوتر وتفريغها منم محتواها الصدمي بحيث تختلف المقاومات التي يبديها الفرد تجاه هذه الاضطرابات وذلك بسبب سمات الشخصية وقوتها وقوة الأنا وميكانيزماتها.

-الصلابة النفسية لدى الفرد لها دور فعال في مساعدة الأنا على الوقوف من جديد بع د الصدمة النفسية التي تعرضت لها وكانت سبب في تعطيل الجهاز النفسي كونها تعطي للانا جرعات الأمل في حالة استعجاله لترميم ما أفسدتهP الصدمة وشدتها.

يستعمل المرضى السيكوسوماتيون بعض الميكانيزمات الدفاعية من اجل التكيف مع العلاج وذويهم وذلك ما يساعدهم على مواجهة قلق الموت وإعادة هيكلة صورة الجسد.

ومن أهم هذه الميكانيزمات حسب J.M Russell :

Le déniا-الإنكار:

يعتمد هذا الميكانيزم الدفاعي على إنكار الواقع المعاش للفرد وخاصة إنكار خطر الموت الذي يكتسح الساحة الشعورية ويعمل جاهدا على تصريف القلق المسبب للوضعية الراهنة وخوف المستقبل يحث لدى المريض انشطار كالشعور بالعذاب الدائم من جهة ومن جهة أخرى عذاب ناتج من انه أصبح عالة على العائلة بعدما كان عضوا فعالا بها وإنكار واقعه الذي أفضى إليه وحياته الجديدة لا يتوافق معها وذلك ما يؤدي به إلى نكوص طفولي ليتمكن الفرد من خلاله من مواجهة حقيقة الوضع الجديد بوعي ونضج ونجاح. **(J.M Russell 1987 p42)**

La dénégationب-النفي:

يقول Russell إن النفي هو ميكانيزم بدائي يتواجد في المرحلة الأولى للعلاج وهذا الأخير يعطي للمريض جرعات أمل وتفاؤل تساعده على اجتياز مرحلة العلاج بنجاح.**(نفس المصدر ص33)**.

Projectionج-الإسقاط:

عن طريق الإسقاط المريض يعمل على تنظيم جهازه النفسي من الشوائب واستبدالها بالقيم والأحاسيس والرغبات فهو يسند بذلك ما لا يروق له و يتخلص من مشاعره الاكتئابية ويسقطها عل غيره وقد سيتدخل عدوانية تجاه الآخرين أو اتجاه أفعال قام بها آنفا كالتدخين وشرب الخمر ويتخذها محورا لإعطاء النصائح والإقلاع عن تلك الآفات ا وان يسقط فشل العلاج على الطبيب وفريقه العلاجي.

د-التكوين العكسي:

يتمثل سلوك المعارضة لوضعية مكبوتة كعدم تناول الأدوية وإيقاف العلاج وقد يتحول ذلك إلى الضد كالالتزام الحرفي لأوامر الدكتور وإعطائه وزنا ثقيلا في معاشه وذلك عن الإكثار في إبراز محاسن الطبيب وفريقه العلاجي.

Passage à l'acteه- المرور إلى الفعل:

إن لم يحض المريض بالرعاية النفسية المبتغاة يجد الإنسان نفسه محطم ومحبط وعرضه لاضطرابات صعبة سلوكية وقد يصر على التمرد تجاه ما يحدث له بالمرور إلى الفعل.

(Russell 1987 p38.)

Isolation و-العزل:

يكون العزل في صالح الفرد بحيث يعزل ما بين الأحداث التي يعيشها في المستشفى وخاصة تلك الخاصة في المعاناة، الحقن، الأدوية، بعض التحاليل الصعبة ويصب تفكيره فقط في المرح والفكاهة والأحداث التي تدخل إلى نفسه السرور فهنا الفرد يعزل مرارة العلاج من هذا الداء عن حياته اليومية وهذه كلها ميكانيزمات إن استغلت لفائدة الفرد تعود عليه بنتائج جيدة.

10 - أهم المدارس السيكوسوماتية:

10-1 --مدرسة شيكاغو الأمريكية للسيكوسوماتية: ظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية في ثلاثينات القرن الماضي بحيث اهتم بها الأطباء والمحللون النفسانيون جنبا إلى جنب لإثراء بحوث ودراسات أساسها الطب النفسي الجسدي ثم انتشرت مبادئ هذه المدرسة إلى جميع بقاع العالم أهم روادها:

معتبرة أن النفس والجسد هما وجهان لوحدة أساسية مثيرة وبذلك **Flonders Dunbar- * - فلانديرز دنبار** إلى ظهور مجموعة من العوامل المعقدة التي تؤثر في الاستجابة النفسجسدية. عملت دنبار على تأسيس لمنهجية فيزيولوجية نفسية لبناء التشخيص والفحص الحيادي وذلك عبر سمات وملامح شخصية ترتبط بظهور أعراض واضطرابات نفسجسدية وبذلك وضعت البروفيل الشخصي لاضطرابات الجسدنة.

عن نظرية الأنماط الشخصية Freidman 1959 وتشابه دراستها إلى حد كبير بدراسات فريدمان لمرضى السيكوسوماتي.

-فرانز الكسندر تلميذ **فرنزي** الذي أسس مدرسة شيكاغو وكان رائدها .**Franz Alexande*- -**

فقد أسس لوجود متلازمات جسدية مرتبطة بصراعات نفسية وكان عمله مرتكزا على وجهتي نظر هما:

قام الكسندر بتطوير فكرة العصاب العضوي بحيث ربط بينها وبين الانفعالات الشديدة التي يكون مالها الكبت . تتخذ مسارات عبر الأعصاب اللاإرادية تستقر في الأعضاء التي تقع تحت تأثير الجهاز العصبي اللاإرادي مسببة اضطرابات عضوية مزمنة. تقول غويز 2013 أما وجهة النظر الثانية اعتمد الكسندر فيها على نظرية الخوصصة التي فسرت ارتباط انفعالات معينة بأنماط شخصية متوافقة مع ظهور أمراض واضطرابات جسدية محددة وارجع تفسير هذا إلى وجود تعبيرات رمزية مستمدة من صراعات لاشعورية وارتباط الشخص بنوع المرض كهشاشة وحساسية العضو وبهذا قدم الكسندر تفسيرا مقنعا ربط به الجوانب الثلاث للاضطرابات السيكوسوماتية بحيث حدد موقع نشوءه في حيز مكاني متواجد مابين الهستيريا والعصاب العقلي والأمراض العضوية.

وفي نفس السياق يذكر النابلسي 1992 عن الكسندر وزملائه 1968 بحيث ربطوا بين عدة أنواع من اضطرابات الجسدنة والأنماط الشخصية ونوع الصراع الانفعالي المسبب لها وذلك كما يلي:

-ترتبط اضطرابات ضغط الدم بصعوبة السيطرة وإيجاد تسوية للانفعالات العدوانية.

-التهابات المفاصل عند الإناث يعبر عن الصراع الداخلي والاحتياج الناشئ من السيطرة الو الدية وتقيده للاستجابات العضلية.

-التقرحات الهضمية تنشا من الصراعات النفسية الداخلية الملحة للحاجة إلى الاعتقادية والرغبة في الاستقلالية.

-الاضطرابات الجسمية الجلدية ترمز إلى الصراع الداخلي للتقارب الجسدي ورفضه.

-أما الاضطرابات السيكوسوماتية للقولون سببه الإفرازات الحمضية المفرطة بسبب المشاعر العدائية لدى الفرد تجاه مواقف الحياة ومسبباتها وفي حالات الربو الشعبي سببه فقدان السند.

أما فيصل الزراد 2000 يشير إلى أن الاضطراب السيكوسوماتي بين لديهم نكوص متوالي يرجع إلى تقصيرات الأنا وعيوبه وهذا ما يكرر ظهور الاضطرابات بعد كل عملية دفاعية فاشلة للانا ومن منظور آخر إخفاقات التصدي للضغوط النفسية يؤدي إلى إنعاش الصراعات النفسية المكبوتة فهذا يؤدي بدوره إلى نكوص في التفكير واعتبر علماء النفس اضطرابات الجسدنة هي نكوص إلى المرحلة العضوية ما قبل الجنسية بحيث يحاول الفرد إشباع حاجاته النفسية عن طريق الجسم فأودعوا هذه الاضطرابات السيكوسوماتية في حيز يقع ما بين الاضطرابات النفسية والحالات العصابية والاضطرابات العقلية الذهانية. **(فيصل الزراد، 2000 ، ص13).**

إن هذه الأعمال مهدت الطريق لظهور مدارس أخرى تبحث في تطوير السيكوسوماتية الفيزيولوجية **Smadja2012**

<u>10-2-مدرسة باريس السيكوسوماتية</u>: ظهرت أصداء هذه المدرسة للوجود في الأربعينات غالى أوائل الخمسينات من القرن الماضي من طرف كوكبة من العلماء وعلى رأسهم **بيار مارتي و فين fein** - فركزوا أعمالهم على الصداع وأمراض الحساسية**David و دافيد-Ode muzon اودي موزان-** بحيث ارجعوا أسبابها إلى عدم كفاية آلية الدفاع العصابية كما أضافوا إلى الأعراض الجسمية قيم بديلة لكنها لم تكن مجدية كونها كانت تفتقر للبعد الرمزي المتواجد في الهستيريا التحويلي.

وتشبه النكوص الليبيدي ومن خلال هذه الدراسات شهدت بداية Régression somatique

الستينات ميلاد نظرية جديدة في الميدان السيكوسوماتي سميت التحقيقات السيكوسوماتية 1963 وهذا ما أدى إلى ميلاد تخصص السيكوسوماتية في التحليل النفسي وانبثق منها عدة مفاهيم عيا دية جديدة.(**موسى تواتي إبراهيم، 2021، ص25**).

أصر **مارتي** على فردية الإنسان وذاتيته وبنيته التي ينفرد بها وأسس نظرية وديناميةتتابع الفرد عبر مختلف مراحل نموه وتطوره في السواء واللاسواء وأوضح توازن الفرد من خلال غريزتي الموت والحياة والتي من خلالها يمر الجهاز النفسي للفرد بنشاطات وتوازن اختلالات واستخلص إلى ضرورة دراسة مراحل التطور الليبيدي للمريض للوقوف على مراحل الاعتلال النفسي والجسدي ووجود تلك المحطة التي يلتقي فيها الطب السيكوسوماتي والتحليل النفسي ومنه يجيبنا بيار مارتي على عبر احدي الطريقتين وهما:somatisation كيفية حدوث الجسدنة.

-أثناء النكوص قد تؤدي الجسدنة إلى أمراض لا تهدد حياة الفرد قد يتعافى الفرد منها كالتهاب المعدة والقولون فيصاب بهذه الاضطرابات الأفراد الذين أدائهم النفسي بمحاذاة الاعصبية الطبيعية فيكون الأداء العقلي للفرد في هذه المرحلة غير منتظم بسبب انشغال الأنا بتنظيم خارج عن السيطرة ودفاعات غير مجدية كالصدمة النفسية أما الطريقة الثانية تكون الأمراض نتيجة عدم ارتباطيه النزوات والتو ضيف القلبي مثل أمراض المناعة الذاتية وأمراض السرطان المهددة لحياة الفرد وهذه النزوات الغير مرتبطة نشاهدها عند المرضى الذين لديهم تنظيم غير عصابي للانا أو في أولائك اللذين يعانون من صدمات نفسية شديدة تم من خلالها إعادة فتح للجروح النرجسية العميقة في المراحل المبكرة. أي -التعقيل- وقد يكون مؤقت أو دائم فهذا البعد من الخسارة النرجسية يولد حالة فك الارتباط النزوي الذي يتسبب في تغيير التوازن النفسي الجسدي لكل موضوع فتتشكل مراحل الاضطراب النفسجسدي كما يلي:

-ظهور تغيرات مرضية نفسية في بادئ الأمر.

-تليها تغيرات فيزيولوجية ملحقة أضرارا بالجسد والأعضاء.

-تتجمع الأعراض معا وذلك ما أدرجه مارتي تحت اسم الحياة الإجرائية التي تتضمن نوع من الاكتئاب المسمى بالاكتئاب الأساسي ونوع معين من التفكير وهو التفكير العملي الجدي (Smadja 2012).

-Mentalisation أما مصطلح العقلنة استمده مارتي من الأصول الفرويدية ويعبر عنها أيضا بمصطلح وذلك يعني القدرة على تفسير الاستجابة لمتطلبات الجسم ولقد أولى هذا الباحث أهمية قصوى لخصوصية التوظيف العقلي في إحداث سيرورة الجسدنة بحيث إن للفرد ذو التنظيم السيكوسوماتي توظيف عقلي تحدده

البيئة الأساسية له ودرجة التعقيل لديه من خلال توظيفه العقل الممارس حيال الاضطراب من خلال أبعاد ثلاثة وهي: الفضاء الخيالي–العقلنة–فعالية الدفاعات.

بهذا يختلف كل اضطراب من اضطرابات الجسدنة حسب طريقة العقلنة التي تطورت من خلالها النشاط إن العقلنة مرتبطة بشكل أساسي ومباشر بالنشاط التمثيل لهوامي للفرد الذي يتكون على مستوى اللاشعور يخضع لنزوات اللهو اللاعقلانية.

ومنه يجدر بنا التطرق إلى بعض المفاهيم حول العقلنة لدى مارتي والتصدي للاضطرابات السيكوسوماتية.

ا–**التوظيف العقلي**: تتداخل المفاهيم لدى العامة في التداخل المتواجد مابين التوظيف العقلي والتوظيف النفسي ومابين النشاط العقلي والتوظيف العقلي، وفي هذه الدراسة نحاول تسليط الدراسة على هذا المجال وذلك التشابك المتواجد بينهما مع توضيح أبعاد التوظيف العقلي وتحديد أبعاده وخصوصيته لدى المريض السيكوسوماتي.

***العلاقة مابين العقل والنفس:** يشير

Pongy et Babeau 2003 أن هناك وضوح وتميز بين مفهومي العقل والنفس، فالنفس تعتبر تلك الوحدة المتمثلة في مجموع الخواص النفسية للفرد وما يمثل العناصر الشعورية بها أما العقل فهو مجموعة العناصر عقلانية فكرية متصلة بالفهم والإدراك والوعي، ومنه فيشير المرض العقلي لتلف واضطراب الوظائف العقلية ومنه فالنفس والعقل عنصران يمتزجان يبعضهما البعض بحيث تستطيع التعرف على احدهما بدلالة الآخر. وكما ذكرنا آنفا إن النفس يمثلها القطب الشعوري والإحساس فالعقل يمثله الجانب الفكري يتمثل في قطب المثيلات النفسية.

***التفكير والتوظيف العقلي:** إن الفرق بين التفكير والتوظيف العقلي ذو دلالات واسعة ودراسات معمقة Schmid بحيث ترى 1995 إن التفكير ينطبق على كل ما يمس الشعور، وكل ظاهرة نفسية واعية

وكل موضوع مؤهل للمعرفة له بعدين: **بعد ضيق**: يرتبط التفكير بالمجال المعرفي فقط، إما **بعده الواسع**: فهو يشمل كل ما هو نفسي شعوري، يشمل التركيز الوعي والأحكام والاقتراحات المنطقية والصور وكذا الصور العقلية، الذكريات والهوا مات والخيالات الخاضعة للعمليات الثانوية ومن خلال أعمال Freud et Bion وفر ويد استوجب Green تفكير لاشعوري يدعى بالتفكير الغير مفكر 1973 والتي تتمثل (الأحلام، الهوا مات وفلتات اللسان).La pensée non pensée

أما **المفهوم العقلي:** فهو يشير إلى معنى أوسع واشمل من المعنى الأول كونه يتخصص في استلزامه خواص السيرورات المتعاقبة والمتزامنة للنشاط الدفاعي والنزوي التي تصل إلى أشكال الارصان المكونة من تداخل المثيلات والترميز وكذا علاقة الفرد بالمواضيع.(**حافري زهيه، 2020 ،ص434**).

***النشاط العقلي والتوظيف العقلي:** النشاط العقلي هو تلك العمليات التي تهتم بمعالجة المعلومات والنشاطات المعرفية، يعمل النشاط العقلي على معالجة المعلومات الحسية أو الحركية أو البصرية أو اللغوية أو برمجتها كما يعمل على تفسير كل هذه العمليات المعرفية إلى استجابات حركية أو تنفيذية ومقروئية لكل المعلومات التي دخلت مجالاته.

يعمل النشاط العقلي على المعالجة الحسية للمعلومات وترجمتها و تقيدها اثر مسارين عصبيين من خواصه التعرف على طبيعة المعلومات وتتبعها وإدراك الأحداث بشكل متقن ويقوم النشاط العقلي وفق نموذجين أولهما خارجي أي التعامل مع سلوكيات مباشرة والتعامل معها أما النموذج الثاني فهو داخل حفظ المعلومات بالذاكرة، دمج المعلومات ذات المعاني المعاني المختلفة، معلومات علائقية، معلومات إجرائية ومعلومات حول المحتوى النفسي .

ما التوظيف العقلي ينطلق من التوظيف النفسي وتنظيم الشخصية المتمثل في صورة الجسد وتمثل الذات والعلاقات مع الموضوع كما يشمل نوعية القلق وحدته ونوعية الدفاعات النفسية المسخرة للدفاع عن الذات.

ب-أسس نظرية مارتي:

هي نظرية ذات أصول تحليلية تمخضت منها النظرية السيكوسوماتية وهدفها دراسة الفرد كوحدة متكاملة كلية أثناء مساره الحياتي سواء الجانب السوي أو الباثولوجي. حاول مارتي إعطاء معنى لسيرورات المنشطة للنفس من خلال الوظائف الشعورية واللاشعورية، وفق قدراته التنظيمية بخصوص معالجة المعطيات الراهنة وتزامنها بنزوات الحياة والموت وتأرجحها مابين القوة والضعف، من خلال كل هذا حاول بيار مارتي إدراج من فحوى نظرية دراسة العصابات والاضطرابات النفسية ذات التعبير الجسدي أو المنشأ الجسدي وبهذا ركز على غياب العقلنة في الاضطرابات النفس جسمية ويعود بهذا إلى Smadja 1995الموقعية الأولى لفروي داين يكون اللاشعور مسرح للعمليات النفسية يقول

عن بيار مارتي 1991(يلعب ما قبل الشعور دور عامل الربط بين تمثيلات الأشياء وتمثيلات الكلام، هذا هو محقق اقتصاديات الجسدنة). **(Smadja 1995 p22)** .

في هذا الشأن ذكر مارتي اهم السيرورات في الاقتصاد السيكوسوماتي.

في سنوات الخمسينات تمت أبحاث حول اضطرابات آلام الرأس والظهر ومن خلال دراسة Fain و Marty واضطرابات الحساسية فتوصل إلى أسباب هذه الاضطرابات حسب مارتي إلى نقص الآليات الدفاعية العصابية إلى النموذج التعويضي للعرض السوماتي بحيث انه يخلو من أية رمزية عكس اضطرابات الهستيريا وأدرج من خلال هذه الدراسة مصطلح النكوص السوماتي.

بحث عملاق سمي بالكشف Marty –Fain M'uzon أما سنوات الستينيات اجتهد مارتي وفريقه معلنين ميلاد السيكوسوماتية L'investigation psychosomatique السيكوسوماتي 1962 كاختصاص مستقل ابرز ما جاء في هذا الكتاب الأهمية التي تكتسبها غريزتي الموت والحياة في سيرورة حياة الفرد وأيضا ظهور مصطلحات جديدة مثل الاكتئاب الأساسي والفكر الإجرائي والنكوص السيكوسوماتي وفهمه بطريقة اشمل وأوسع بحيث لا يستطيع الباحث استثمار اضطرابات المريض إلى في منظور علائقي وذلك من خلال:

-كلامه-تواصله أو عدمه-مستويات اللغة والثقافة.

-علاقته وطبيعة ارتباطه بالمجتمع فحواها ومحتواها.

-وجود دفاعات عصابية من عدمها، درجة مساهمة هذه الدفاعات اثناء الصراعات، نشاط الدفاعات من تكثيف و....

-طبيعة كلامه، أين يتمحور (الواقع والحاضر Actuel et factuel).

سرد خبرات الماضي دون تاثر وتأثير.

كما تولي التعبيرات الجسدية أهمها في طريقة الحديث واصطحابه بإفراط حركي يعني ذلك عدم تحمل الجهاز العقلي للمثيرات ككثرة الإيماءات والضحك والعبوس والبكاء، وغير ذلك مما يدلي به الفرد ذو التنظيم السيكوسوماتي.

1-مفهوم الإعداد العقلي: هذا المفهوم يهتم بكمية التمثيلات النفسية للفرد وهي بمثابة القاعدة الأساسية وفي النوم على شكل أحلام. Fantasmesللحياة العقلية تظهر في اليقظة على شكل هوا مات

الإعداد العقلي الجيد يساهم في الإعداد الجيد للصراعات والصدمات الداخلية، والعلائقية وتغير منحاها غالى المنحى الإيجابي كاضطرابات سيكوسوماتية قابلة للشفاء، إما الإعداد العقلي السيئ إذا أضيفت له كميات الاستثارة الفائقة قد يأخذ منحى خطر لاضطرابات سيكوسوماتية تسبب الهلاك للفرد.

2-تصنيف بيار مارتي للعصابات: يقترح بيار مارتي ترتيبا أوليا للعصابات ويقسمها إلى ثلاث فئات من العصابات ذات تنظيمات ذهنية مختلفة وهي:

*-**عصابات عقلية**: ذات تنظيم محكم قادرة على التصدي للصراعات الداخلية وهي عصابات الطبع.

*-**عصابات سلوكية**: ذات تنظيم ذهني غير مستقر وغير مؤكد فهي عصابات ليس لها تثبيت صلب وهي أكثر عرض للاكتئابات الأساسية وتعتبر كقاعدة للاضطرابات السيكوسوماتية والأمراض الخطيرة.

*-**العصابات الطبعية**: تظهر على شكل سمات طبيعية او سمات سلوكية تتميز بضعف نشاطها وبهشاشة الأنا. (صالح معاليم 2008 ص63). أما عن الأفراد الذين يمتازون بهذه الاعصبة الطبيعية هم أولئك الذين لديهم تكيفات اجتماعية جيدة لكن إعدادهم العقلي غير واضح فهذا ما يجعلهم أيضا عرضة للاكتئاب الأساسي وحدوث لديهم اختلال في التنظيم السوماتي.

استدخل مارتي تعديلات على هذا الترتيب وذلك منذ 1989 بحيث ادخل التعقيل على النوع ذو الرمز واحد وجعله ذو رمز محوري.

وفي باقي التصنيفات أشار مارتي إلى أن العصابات ذات التنظيم الصلب التي تنتهج دفاعات ذهنية تبدي صعوبة الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية على عكس من دفاعات الطبع وعصابات السلوك كون أنها ذات تنظيمها ناقص ولذلك تكون عرضة للأمراض السيكوسوماتية **(P.Marty 1991 p41)**.

وهكذا فان التعقيل لدى مارتي يعتمد على الموقعية الأولى لفرويد لان ما قبل الشعور لاستطيع استعمال التمثيلات الكلامية وإيصال فحواها إلى الشعور وبهذا أشار مارتي إلى سوء التعقيل كدليل على عدم قدرة الشخص لمواجهة الحقائق وفشله في كبت النزوات وقلة الحيلة أمام الضغوطات والصراعات الداخلية فتستثمر الطاقة النفسية مباشرة على الجسد أو عضو من أعضائه وهذا أيضا لا يكون بطريقة عشوائية (إن الأحداث الجسدية أو النفسية هي تعابير Graddekإنما هناك بعد رمزي لهذا الاختبار بحيث يقول رمزية لنزوات الهو والتعبير الجسدي مبدأ لها). يقول سامي علي 2004 (التعقيل لدى بيار مارتي: يرى بيار مارتي التعقيل على انه المعالجة الكمية والكيفية للتمثيلات والصور النفسية وديناميتها التي تعمل على كفاءة الجهاز النفسي للقيام بربط الاثارات النزوية عن طريق أنظمة للشبكات والتمثيلات، ترابط الأفكار والتفكير المفعم بالعاطفة). **(سامي علي،2004 200،ص)**.

بمعنى إن التعقيل هو تلك العمليات النفسية التي تقود الاستثارات الغريزية للهو محاولة إنتاج تفكير تعبيري لغوي، وهو تلك السيرورات المتعلقة بنشاط النفس الذي ينتعش في حدود الأولى والثانية من خلال الهو

اللاشعور متمثل في الآثار الذكراوية أو من خلال الأنا وما قبل الشعور والشعور المتمثل في المكونات العقلية.

يتميز مفهوم العمل النفسي بالحركة والدوام محاولا تفريغ الإثارة وتوجيه منحاها نحو الإيجابية أما عدم تفريغ هذه الإثارة لسبب أو لآخر بسبب انتعاش مظاهر الجسدنة.

ويجزم معظم المدرسة الباريسية السيكوسوماتيك إن التعقيل هو تلك الشمولية للهوا مات النفسية والاستمارات العلائقية المتشابكة في استمرارية وديناميةالتي تمثل حركة دائرية التي بها تقييم التعقيل، ونوه بيار مارتي إلى أن في بعض الحالات لارتبط فيها الشحنات العاطفية بالأشياء فتكون هذه الشحنات محررة بطريقة عشوائية لا تصل مبتغاها فتضيع على المستوى فاقدة كفاءتها على الترميز فتصطدم بمفترق الطرق مابين الشعور واللاشعور وتصبح عاجزة عن التعبير وبهذا فان الطاقة المتولدة عن هذه الشحنات المتراكمة والمتراكبة بسبب سوء التنظيم اللاشعوري عجزة عن التفريغ من خلال بناء رمزي قد يؤدي إلى تفريقات جسيمة مدمرة.

تمتاز هذه الحالة اللاتنظيمية بفقر المحتوى لهوامي الناقل للمشاعر الوجدانية والمحتويات الخيالية المحاولة للاستثمار الليبيدي فيصطدم الفرد بعدم فك اللغز النفسي واستبداله بمفاهيم طبية وبذلك التمهيد لاضطرابات سيكوسوماتية وفشل الطب لاحتواء المرض.

يعتمد التعقيل عند بيار مارتي على المفاهيم التالية:

-الغلاضة: طبقات التمثيلات لها اتجاهين.

-الأفقية: تعني مختلف طبقات التمثيلات أثناء مراحل نمو الحياة النفسية (نفس شرجية)

-العمودية: التمثيلات الآتية من عدة منابع التي تكون تفاعل (تمثيلات سمعية أو بصرية).

-السيولة: Fluidité. حركة وديناميةما قبل شعورية تعني التنقل السلس ما بين مختلف طبقات التمثيلات.

-الدوام: Permanence. استدخال عنصر الزمن في الوظيفة لما قبل الشعور.

أفرز على مصطلحين François Duparc-أما سيميولوجية العقلية أو التعقيل يشير إليها 2001 **والاكستيميا. Démentalisation** هامين هما عن طريق عدم التعقيل

إن عدم التعقل يقابله استنزاف التفكير وذلك عندما يعتمد الجهاز النفسي على التمثيلات الغير عادية والغير ملائمة للتكيف قد يجني من ذلك تعقيل سيء أو استنزاف لطاقة فكرية تؤدي إلى عدم التعقيل، أما مصطلح

الاكستيميا يعني العجز الواضح عن التعبير الانفعالي والناتج عن التعقيل السيئ أو عدم التعقيل يخضع لعدة عوامل:

-عدم القدرة للتعبير عن الانفعالات.

-فقر الحياة الخيالية والهوا مات خاصة، الأحلام.

-نشاطية الغرائز في النهار التي قد تظهر في الليل في صورة أحلام.

-الحديث عن الأحداث الحاضرة والآنية.

-الوصف الدقيق للأحداث والأعراض الجسدية.

-تكرار الكلام واجتراره وذلك لفقر الكلمات المصاحبة لفقر التمثيلات.

-قمع العواطف والتمثيلات.

-حدوث الاكتئاب الأساسي.

إن العلماء النفسانيون يعلمون الدور الهام للتمثيلات، فتمثيلات الأشياء في مراحل النمو والتطور الشخصي يتولد عن طريق الاتصال في بادئ الأمر من خلال العلاقة (أم-طفل) ثم تنتقل إلى روابط مع الشخص نفسية (داخلية) ثم روابط اجتماعية.

يذكر النابلسي1992 في هذا الصدد قد يكون عجز التعقيل راجع إلى عجز تنظيمك البنية الذي يطال مرحلة من مراحل النمو الشخصي وقد يكون سببه عجز بيولوجي(صدمات جنينية، خلل عقلي عصبي،اختلال هرموني) ا والى عجز طال التفاعل الاولي للعلاقة أم-طفل. **(احمد النابلسي، 1992 ص58)**.

3-التنظيم التدريجي للتمثيلات: إن التعقيل يهتم بمختلف العمليات العقلية كما وكيفا وكمية التمثيلات النفسية والسيكولوجية فهي تعتبر القاعدة العقلية الفكرية التي تربط التمثيلات الكلامية وتمثيلات الأشياء وتفرز عن عمليات لمكونات حسية وظواهر مكتسبة لدى الشخص في مراحل نموه كالأحلام التيس تترجم تمثيلات مشخص لأشياء عادية يمر بها الفرد يوميا ولا يلقى لها بال إنما أهميتها تكمن في أنها عمل نفسي جبار لترابط الأفكار محملة بأحاسيس وعواصف ومعاني عميقة وسطحية إلى حد بعيد. فالوظيفة النفسية للتمثيلات تكون متواصلة في ديمومة متحركة.

أما أمال فاسي تأخذنا إلى التمثيلات لما قيل الشعور التي تتميز بالتراكم خاصة في مرحلة الرضاعة إلى الطفولة بحيث تتواجد الصور وترسخ ذاكرة الفرد قد تكون مترابطة بتمثيلات مكتسبة بطريقة خاطئة أو انقطاع هذه التمثيلات بطريقة مفاجئة وقوية ومنه تنتج لدى الفرد تمثيلات مكتسبة غير متسلسلة في النظام

القبل شعوري وهذا قد يمثل تهديد للفرد في عدم تنسيق الربط بين التمثيلات وكذا تراكمها كما و كيفا بطريقة عشوائية غير متسلسلة. **(أمال فاسي، 2010،ص10).**

4-المفاهيم الأساسية لنظرية مارتي:

1- التفكير العملياتي: هو استدخال الفكر مع الواقع بحيث العرض يكون عنصرا واقعيا لدى المريض السيكوسوماتي وهذا ما يشكل حاجزا صادا لتلك الاحباطات والتنازلات والتذمر والسلبية والفرد لوحده يتخذ بزمام لكشف المسببات المرضية وفرض خطابا نفسيا داخليا ذا قيمة تعويضية للمشاعر المشوهة، اقترن مصطلح التفكير العلماني بالحقل السيكوسوماتي وذلك من اجل وضع حدود له تفسيرات لاضطرابات الجسدنة وذلك من خلال كتابات بيار مارتي وملاحظاته مما رآه عند مرضاه بحيث أن جل الحالات التي عرضت عليه كانت تتميز بهذا التفكير واكتشف في تاريخ الحالات وجود صدمة نفسية مسبقة مع عدم وجود حلول لارصانها لهذا يظهر المريض تكيف مطلق للانا والواقع أما هذه المحن والصدمات ذلك ما يتسبب في خضوع الشخص وانطباعه للجماعة ونسيان الحياة الشخصية. (امال فاسي، **2010، ص 10).**

استغل فوريد هذا التفكير مرتكزا على الموقعية الفرويدية الناشئة والصراع الدائم لنزوات الموت التدميرية التي تساعد على نشوء الجسدنة مبرزا عجز نزوات الحياة التي تصطدم بالعجز وعدم إعادة تنظيم الحياة النفسية والتوظيف النفسي فتستسلم أما نزوات الموت التي تعمل جاهدة للإخلال بالانسجام النفسي والحياتي ومنه فالتفكير العلماني يعمل للاستثمار للحياة الواقعية بشكل كبير فنجد من خلاله الفرد ينشغل انشغالا مفرطا بالحاضر ويتجلى ذلك في إهماله الجوانب العاطفية فهو يتعلق كل التعلق بالمواضيع الخارجية مفتقرة للعواطف والمشاعر والهوامات.

تضيف **أمال فاسي** 2010 بحيث يرى **بيرجوري** من كتابات **مارتي** (إن التفكير العلماتي نوع من التكيف الصلب جدا مع الواقع والذي قد يستمر لوقت طويل خارج العرض وغيابه عند أشخاص عاديين هادئين ولكن يفسر هذا التفكير خلال العرض الجسدي).**(أمال فاسي، 2010، ص 17-18).**

في نفس الشأن أضاف سامي علي 2004 إن التفكير العلماني تبنته المدرسة العقلانية بمصطلح جديد بحيث يكون لدى المريض السيكوسوماتي la pathologie adaptative وهو باثولوجيا التكيف واقعا ذو قيمة تكيفيه.**(سامي علي 2004 ص 50).**

فالطريق لهذا التفكير هو البنية النفسية ولا يظهر إلا في تواجد فقر التمثيلات التي ترتبط بفقر أو غياب الهوا مات أو خلل في الميدان لهوامي.

2- الاكتئاب الأساسي: ومن أسس التعقيل لدى بيار مارتي الاكتئاب الأساسي الذي يظهر في حيز إحداثيتي المنشأ و السببية بحيث يرجع ظهوره إلى غياب الليبيدو النرجسي أي الانسحاب النرجسي من طرف الأنا وإضافة إلى فقدان الموضوع الخارجي و الفرد له أما النشاط العقلي يتميز بفقر أو انعدام الأحلام والهوا مات وهذا من جهة ومن جهة أخرى فسر مارتي الاكتئاب الأساسي من وجهة نظر الموقعية الأولى كعطب فادح للاشعور وذلك ما أدى به إلى عدم فقر العاطفة والتمثيلات والهوا مات ومنه ينصب الفرد على الاستثمار الكلي للواقع والحاضر وهذا ما يفسره غياب الميكانيزمات الدفاعية أو قد تكون لكنها غير مجدية كونها ضعيفة لان الجهاز النفسي يسوده الفشل والضعف فيسود القلق الشديد وينتشر بصورة فائقة ليعلن حالة صواري نفسي ومنه يحل التفكير العلمي لمساندة الجهاز النفسي وهذه الطاقة التي يفرزها القلق تكون متراكمة غير مرتبطة وغير مصرفة مالها الجسدنة. (أمال قاسي 2010 ص20).

أما **سي موسي عبد الرحمن ومحمود خليفة** 2008 يشيران إلى هذا الاكتئاب من خلال كتابات مارتي بحيث يكون الاكتئاب الأساسي فاقد للموضوع يتجه فيه الإحساس بالتقدير الواطئ والجرح النرجسي الى الجسد يلغي فيها العقل الدينامية الدفاعية وينخفض التوتر الليبيدي دون تعويض اقتصادي إيجابي ودون ارتبطا لبيدي علائقي لان الجهاز النفسي خضع لقصور في البنية المعنوية والعمليات الارصانية (يكون الاكتئاب الأساسي عادة ملازما لاختلال التنظيم التدريجي الذي يمثل تحولات نفسية تدريجية تفقد الجهاز النفسي بنياته المعنوية وتقلل كفاءات الارصان النزوي إلى درجة قد تصل غالى الموت).(عبد **الرحمن سي موسى ومحمود خليفة، 2008 ،ص96).**

3- الارصان النفسي: هو عبارة عن مجمل عمليات الجهاز النفسي يشمل السيطرة على كمية الطاقة إما بالربط أو تحريف مسارها وذلك ما يسمى بالعقلنة، هذا في الحالة السوية إما في الاضطراب السيكوسوماتي فالشخص من خلال الاصطدام بالمرض يتعرض إلى صدمة نفسية فالشخص لا يبدي ارصان نفسي لها لان الوظيفة النفسية تكون معطلة وهنا يتصاعد القلق وتزداد شدة التوتر والقلق الآلي الاوتوماتيكي.

4- القلق الآلي الأوتوماتيكي: يعرفه لابلانش و بونتاليس 1926 على انه تلك الاستجابة التي يبديها الشخص في كل مرة يجد نفسه في وضعية صدمية خاضعا لتخفيض الإثارة ذات منشأ داخلي أو خارجي والتي يعجز عن السيطرة عليها.**(لابلانش وبونتاليس، 2002، ص112).**

5-الاقتصاد السيكوسوماتي عند بيار مارتي:

ا-الخلل التنظيمي الظاهر: تتميز عصابات السلوك في غياب التسلسل في تنسيقها فالعرض الجسدي يكون استجابة للصدمات المقاسة في فترات حياة الفرد وقد تمتزج هذه السلوكات العصابية مع أعراض أخرى بين العصابات الصعبة وهذا ما يعقد عملية التشخيص في هذا الشأن يوضح صالح معاليم 2008 إن التثبيت في حياة الفرد ذو تنظيم سيكوسوماتي عملية مهمة كونه يعمل على إبعاد الأحداث الصدمية وعدم رجوعها نهائيا فهو أي التثبيت يحقق نوع من التوازن النسبي للمريض عن طريق النكوص الذي قد يعرضه إلى إعادة تنظيم نشاطه النفسي الداخلي لان هؤلاء المرضى يكونون ذوي هشاشة ومعرضون بشكل كبير إلى اضطرابات التنظيم في مواجهة صدمته. **(صالح معاليم ، 2008 ،ص58).**

ب-التنظيمات المضطربة تدريجيا:

هذه التنظيمات تخص عصابات السلوك لدى الأفراد ذوي هشاشة أنظمة النكوص والتثبيت قد تكون سريعة أو بطيئة التطور، هذه التنظيمات تعمل على نفس الفوضى والتفككات الوظيفية فالفرد قد يخضع في هذه الحالة إلى علاجات نفسية وظيفية ثقيلة ومستعجلة.

يذكر لنا صالح معاليم 2008 عن مارتي تعمل النكوصات لإعادة التنظيم في حالتين هما:

-النكوصات-نفس جسدية: لها مميزات مشتركة في افتعال توقف حركة الاضطرابات التنظيمية الناجعة عن صدمات عاطفية فهي تسعى لإعادة بناء الشخص كما كان من قبل. **(صالح معاليم ،2008 ، ص52).**

ج-النكوصات الشاملة: تخص الروابط مابين الجانب العقلي الحسي لها ميزة التثبيتات الشديدة لا تعرض الفرد لخطر الموت حتى لو كانت النتائج سيئة للغاية فالمرض يعتبر كوسيلة لضمان حياة الفرد.

مثال على ذلك يفرج على المريض إن كان في السجن بسبب حساسية مثلا رئوية.

د-النكوصات الجزئية: ومن خلال تسميتها فهي جزء من النكوصات الشاملة تمس الجسم والعقل بنفس النسبة تستمد طاقتها ونشاطها من غريزة الموت. قسمت المرض فيها إلى حركتين متعاكستين هما:

*الحركة التطورية هي حركة تعمل على تحقيق التنظيم التي يسمح بها النكوص وغريزة الحياة.

*حركة ضد تطورية قد تؤدي الى الموت.

أما التشخيص الفارقي تحدده الإستراتيجية العلاجية ومنه سيرورات التثبيتات والنكوصات ترى من خلال حركة مزدوجة نحو الأمام أو الخلف الأولى لنزوات الحياة والثانية لنزوات الموت.

يستمر التكون إلى أن يلتقي بمرحلة الاستقرار النفسي التي كان عليها الفرد سابقا ثم يحدث التثبيت وإعادة تبسيط الحركة التطورية وإعادة تنظيم الطاقة النزوية عدة شدة التثبيتات.

6-التعقيل وعملية الجسدنة: إن الجسدنة عند مارتي يفسره بفقر الهوا مات والتفكير العملي أثناء الحالة الآتية فيكون الفرد منقطع عن شعوره ويسبب له ذلك التأقلم الزائد والتكيف لوضعية فالجسدنة عند بيار مارتي يكون سبب عند القدرة وعدم اكتمال بنية الجهاز النفسي الذي يصطحبه عدم اكتمال دفاعي للكمون العقلية فالنكوص يكون في مستوى دفاعي أولي فيلتحم الفرد مع الموضوع دون ثبوت علاقة موضوعة. إن سيرورة الجسدنة عندما لا يتحكم الفرد في اضطراباته النفسية ومواجهتها أو تركت عنده الصدمات النفسية جروحا وخدوشا ناتجة عن ارتجاج يهز التنظيم العقلي للفرد.

إن الاضطراب السيكوسوماتي حسب مارتي يخرج من قوقعة الانفعالات النفسية الأولية والذي يختار المكان الذي تنتابه الهشاشة والضعف وفي بعض الأحيان الوراثية اثر ظواهر ذات تنظيم تدعمها صدمات نفسية فيحفز تظاهرات ذات تنظيم جسدي.

النشاط العقلي هو ظهور اضطرابات الجسم بحيث يستبق هذا الأخير ظهور الاضطرابات ويكون مكونا لها ويعد أيضا السبب في ظهور هذه الاضطرابات.

هكذا فسر مارتي في نظريته كيفية حدوث الاضطراب السيكوسوماتي فيما يخص نوبة الربو. يقول صالح معاليم 2008 (المرض ذو النوبة كربو الطفل يشكل نكوصا جسديا سبقه أو زامنه نكوصا نفسيا مصحوبا بالقلق واشتداد الأعراض العصبية مثل الخوف والوسواس وأيضا أعراض الطبع والسلوك وتتجلى هذه الحركة بعد إثارة على المستوى النفس-عاطفي ولها دور صدمي..... وانه استجابة لظروف ذات إثارة مفرطة ومتراكمة والتي يتمكن الطفل من تفريغها عن طريق الارصان (البناء العقلاني) كما انه إعادة التنشيط المفرط للقصبات الهوائية يعادل التثبيت في الجسد الذي سيستخدم كمرحلة للحركة النكوصية التي تتضمن مستوى التعبير الجسدي). **(صالح معاليم، 2008, ص 55)**.

ويضيف مارتي إن التثبيتات الأولى المنبثقة من تنظيمات وراثية جينية أو مناعية في وقت لاحق ينتج عنها تثبيتات على بعض الوظائف في مراحل مختلفة من نمو الطفل بحيث تنتهي إلى الجسد لأنها تعتبره وسيلة للتفريغ والتخفيض من شدة وتراكم الإثارة ذات المصدر الظروف المولدة ويضيف للاضطراب السيكوسوماتي يطبعها الفراغ.

فحياة الفرد المليئة بالانفعالات المتكررة أو حياة ليبيدية فقيرة بسبب القصور العاطفي العائلي سبب تفكك العائلة أو بسبب شخصية الأم. **(نفس المرجع ص115)**.

يضع علماء النفس الأهمية الكبيرة لعلاقة الأم والطفل والالتحامية السائدة بينهما خاصة في مرحلة الرضاعة فالفراغ قد يفسح المجال لبعض التوتر والقلق والهلاوس وهذه المحطات تساعد على نمو النشاطات العقلية الوظيفية الجيدة.

الشيء الذي ذكره **ونيكوت** في الفسيفساء الأولي حيث يعمل الطفل على جمع شتات الحوادث المشتتة من حضور وغياب كما يعود التعقيل لدى الطفل بالتكيف المتبادل بينه وبين أمه.

(.....إن التفاعلات الهوامية تغلمن الجسم البيولوجي للطفل Ribon 2006 Jيقول نفس المصدر عن ويدخل الاستثمار فيكون هو الموضوع عن الإسناد النزوي الذي يسجل في النشاط الخيالي الدائم للام الذي يتضمن حضور الطفل في كل وقت (الحاضر والمتقبل).(**صالح معاليم 2008 ص126**).

المشاكل النفس جسمية إلى الموضوع الليبيدي كما يضيف إلى أن الاضطرابات R–Spitzيرجع العالم الموجودة في شخصية الأم هي السبب الرئيسي في ظهور إعراض الجسدنة لدى الطفل وهي نوعان اضطرابات راجعة إلى القصور في العلاقة – **أم–طفل** – وهو نوعان قصور كمي وقصور كيفي. **(صالح معاليم 2008)**.

– **كيف تحدث الجسدنة حسب مارتي؟**

اهتدى **مارتي** إلى نموذج يوضح فيه سيرورة الجسدنة لدى الفرد أو التنظيم السيكوسوماتي وهي كما يلي:

هناك منبه للخطر يعمل على تجنيد العضوية.

يستجيب الشخص بطريقتين مختلفتين:

*استعمال قدرات دفاعية للهرب أو التصدي.

*أما الاستسلام للعدوانية السلبية ينتج من أسباب مهددة للمرض وذلك في مجال زماني غير محدد ويضيف مارتي إن الصدمة هي أساس الصراع سواء كان قبل تناسلي أو تناسلي المنشأ بحيث يكون نشاطه نفسي داخلي، فهذه الأمراض النفس جسدية لا تهتم بمفهوم الجسم كمجسم للاستثمار النزوي كما يبقى اختيار العضو بالشيئي المبهم لحد الساعة.

وكخلاصة لنظرية بيار مارتي والعقلنة إن السيكوسوماتية التحليلية تمتاز بتصميم كل الأمراض في قالب واحد لان أصل الجسدنةز أو التجسدن هو صدمة صراعية نواتها تظهر في المرحلة القبل تناسلية بغض إلى انحرافات شخصية ووضعية واتجاه الطاقة Alexanderالنظر عن طبيعة الاضطراب ويشير

النزوية ما يجعل تموقع هذه الاضطرابات صعبة التوصل لخلفيتها وصعوبة ضبط مراحل النمو الليبيدي قبل التناسلي والتناسلي.

11-علاج الأمراض السيكوسوماتية:

تعتبر الأمراض السيكوسوماتية من اخطر واعقد أمراض العصر وذلك لتأثيرها على النفس والجسد معا وبذلك تمثل أكثر المعيقات لحياة افرد كما تؤدي إلى تحطم البنية العضوية والبنية النفسية للفرد فتهاجمه الاضطرابات من كل جهة ومنه تنطلق رحلة البحث عن العلاج الطبي للتخفيف من حدة الأعراض الجسمية والعلاج النفسي لإعادة هيكلة الجهاز النفسي وإعادة قواه المنهارة فيقول فيصل الزراد (يحتاج المريض السيكوسوماتي إلى الاهتمام والعطف أكثر من حاجته للعلاج والنظر إلى أعراضه نظرة جد واهتمام وعدم الإشارة إليه بان ألامه وشكواه وأعراضه عبارة عن وهم لا أساس له من الصحة إن ما يرتاح إليه المريض السيكوسوماتي الإنصات إليه في رغبة إيجابية وثقة). **(فيصل الزراد 2000 ص501)**. كما يجيب على المعالجين تبني طريقة علاجية اعتبرها العديد من العلماء ثنائية القطب أي علاج طبي ونفسي في نفس الوقت.

-حسن المعاملة، إبداء الاهتمام والتقدير للمريض حتى يستطيع تجاوز محنته.

-التركيز على السبب النفسي المؤدي للإصابة بالمرض من اجل وضع علاج مجدي وتكاملي.

-الإرشاد النفسي الفردي أو الجماعي.

-من الضروري توحيد المفاهيم المتداخلة ما بين النفس والجسد فدينامية هذه العلاقة تساعد الطبيب والمعالج النفسي في إرساء تدابير العلاج.

من أهم الأدوية المطبقة في الميدان السيكوسوماتي هي:

11-1-<u>الدواء الطبي</u>: يستخدم لعلاج الأعضاء الجسمية الحشوية ووقايتها من فرط النشاط، يختلف العلاج الطبي باختلاف الاضطراب السيكوسوماتي بحيث تعزل حالات الالتهابات الجلدية الحادة في المستشفى لإبعادها عن الضغوط والانفعالات ومتابعة أدوية مهدئة وبالتالي مجمل الحالات تتخلص من الاضطرابات الجلدية ومثالا على ذلك الصدفية كذلك بالنسبة لأمراض الربو والحساسية يحقنون لخفض الحساسية من تشنجات القصبات الهوائية، antihistaminiques بمضادات الهيستامين

أما مرض الضغط الدموي يعالجون بأدوية مضادة لارتفاع الضغط منها ومن بين العلاجات التي توصف في الاضطرابات les alpha bloquants وles beta bloquants السيكوسوماتية.

أولا: العلاجات الطبية.

: أهمها مضادات القلق للتخلص من القلق والانفعال والقلق أهمها(**Les tranquillisants** ا-**المهدئات** (Anxiolytique-benzodiazépines

مثل:(« valium » cp-alprozolam gouttes-lyxonxia cp-Lexomil).

وهي أدوية ذات أعراض جانبية خطرة و مميتة في حالة الإفراط في تناولها ولذا يجب التقيد بالوصفة الطبية وتكون تحت رقابة طبية دائمة ومستمرة كما قد تسبب الإدمان.

ب-أدوية وفيتامينات مضادة للضغط والإجهاد:

) وبعض العناصر المعدنية المساعدة على Vit A-vit C-vit B1-B6-B12-B5أهمها الفيتامينات (**Omega 3**. المرونة العضلية كالكالسيوم المغنيزيوم الفسفور البوتاسيوم و

وكذلك لا يجب الإفراط في تناولها والتقيد بالوصفة الطبية.

ج-العلاجات الطبية الجراحية: وذلك في حالة التقرحات الهضمية كالقرحة المعدية والاثني عشر والقولون، انسداد الشرايين والأوردة وبعض المشاكل الجسدية العضوية التي تسببها كالجلطات النزيفية وغير ذلك.

لقد استدرجنا في هذا البحث عدة علاجات لضرورة الإحاطة بكل حالة من الحالات السرطانية المتعددة وذلك تبعا للكشف المخبري للعينة الخلوية المسببة للسرطان وذلك ما وجدناه في البروتوكولات العلاجية المسطرة من طرف الأطباء المختصين في علم الأورام والمسجلة في ملفات المرضى الخاضعين للعلاج في المستشفيات الخاصة بهذا المرض.

ثانيا: العلاجات النفسية.

في هذه العلاجات لابد أن يهتم المعالج النفسي بالناحية الانفعالية ومصدر الصراعات النفسية والتخفيف من القلق كما يجب تجنب الكبت والكذب المرضي واستخدام الأساليب العلاجية المناسبة لكل حالة وللعلاج النفسي عدة أساليب أهمها:

1-العلاج المعرفي السلوكي « Le TCC» la thérapie cognitivo-comportementale :

تهتم هذه التقنية من العلاجات النفسية بتقليل إعادة حدوث النوبات لدى المريض وذلك عن طريق الغوص في مشاكلهم الصحية والمعضلات المسيطرة عليهم بحيث يعمل المختص النفسي على اختصار وتثبيت تلك المشاكل التي تبدوا عظيمة وعمليات الترابط فيما بينها وذلك لتقريب المعنى لدى المريض وتسهيل طرق حلها ويكمن في تبسيط هذه الصعوبة إمكانية إيجاد الحلول لإعادة ترتيبها والتغلب عليها بطريقة فكرية

معرفية سلسة فمبدأ العلاج المعرفي السلوكي هو نقطتين أساسيتين وهما مساعدة المريض على تغيير كيفية التفكير (المجال المعرفي) وكيفية العمل (المجال السلوكي).

كذلك يتناول المختص النفسي مع المريض المشاكل التي تقلقه حاليا والتركيز حول كيفية حل المشكلة في الوقت الراهن وإيجاد توجيه الذات والفرد نحو المستقبل الجيد، كالنمذجة وتسجيل الأفكار الأوتوماتيكية وتسجيل النوبات الانفعالية ما يترتب عنها من أعراض جسدية ونفسية ....الخ

الذي يكون مهما جدا في حالات Relaxationكما يقدم العلاج السلوكي المعرفي أسلوب الاسترخاء القلق والتوتر فيعمل هذا الأسلوب على تدريب المريض بإرخاء كل عضلات وأعضاء الجسم والتنفس العميق والتركيز حول المشاعر الإيجابية. ويساعد أيضا الاسترخاء على زيادة اليقظة والانتباه لمشاعر القلق والتوتر والتفكير في الابتعاد عنه، يقول عبد الرحمن العيسوي (يفيد التدريب على الاسترخاء مجموعة كبيرة من الأمراض كنوبات الربو الحادة، صداع الشقيقة أو الصداع النصفي، الانفعال، التوتر والقلق). **(عبد الرحمن العيسوي، 1999، ص132).**

2- العلاج السيكوديناميPsychodynamie :

يساعد العلاج النفسي التحليلي في التخلص من الخبرات المؤلمة وآثار الصدمات النفسية القاسية كما يساعد الفرد على مواجهة مشاكله النفسية والتعامل معها لمحاولة لمحاولة التخلص منها ويساعد أيضا المريض على استخراج المكبوتات والصراعات اللاشعورية التي أثقلت كامل الجهاز النفسي وحياة الفرد والدفع بها إلى حيز الشعور من اجل التعامل معها بكل سهولة ومن أهم فنيات هذا العلاج التداعي التنفيس ,الانفعالي ,التحويل والتحويل المضاد, تفسير الأحلام وغيره تقول زينب شقير (إن العلاج التحليلي يساعد على التعمق في أعماق الشخصية والكشف عن ما بها من صراعات وعقد ودوافع مكبوتة). **(زينب شقير 2002 ص37).**

ويعني الوخز بالإبر La mésothérapie هناك طرق علاجية أخرى كالعلاج المسمى ب

والعلاج بالرياضة، العلاج عن طريق الفن بجميع فروعه كالكتابة والشعر والرسم، العلاج بالموسيقى وغير ذلك الإرشاد النفسي الجماعي والاستفادة من تجارب الآخرين.

-الخلاصة:

بعدما تعرفنا على النظريات والتعريفات ومدارس السيكوسوماتية واهم المناهج العلاجية لهذه الاضطرابات العضوية كالجسدنة ذات المنشأ النفسي اتفق كل من تناولها على أساسية وهي الاهتمام والتأثير المتبادل

بين النفس والجسد بحيث تقول دنبار أنهما وجهان لوحدة واحدة. ولكن رغم ثراء الدراسات والأبحاث والتجارب العلمية سواء من الجانب الطبي الفيزيولوجي أو من الجانب النفسي الحيادي بجميع مناهجه وتقنياته تبقى النتائج ضعيفة رغم كل الاجتهادات تشير الإحصائيات إلى إن نسبة الإصابات السيكوسوماتية تقارب 40-45 من الأمراض التي تفتك بالفرد وتتراوح نسبتها ما بين المتوسطة والخطيرة.

وكذلك يسود هذا الميدان العلمي السيكوسوماتي غموض وجدل كون ان النظريات والتعريفات لم تضع حدود واضحة لكيفية حدوث هذه الأمراض وذلك لعدم وجود حاجز فاصل بين الجانب النفسي والجانب العضوي انطلاقا من الفلسفة اليونانية والرومانية بعدها الفكر الإسلامي أولى حد اللحظة فقد سلط الضوء على الاضطرابات السيكوسوماتية ولكن لم ينرها بشكل أفضل وصريح،لكن التقدم الحضاري والثورات العلمية البيولوجية والتكنولوجيا الحديثة و أنماط شخصيات الأفراد ومسببات عرقلة هذا الميدان أين ظهر الفرد كأداة فاعلة ومحور الثقافة والحضارة في المجتمع فتكسرت فوق عاتقه الأعباء والمسؤوليات وأجبرته على التخبط في دائرة الانفعالات والقلق والصراعات النفسية وهذا ما جعله عرضة للتوتر والانفعال النفسي أضف إلى ذلك نسيان الفرد قيمة نفسه والاعتناء بها وكيفية تسيير الانفعال والقلق تسييرا صحيحا وتفريغه بطرق سليمة كالقراءة والكتابة والرسم والشعر والسباحة والرياضة وأيضا صعوبة المعيشة التي تقف أمام طموحات الأفراد والشعوب. أما الميدان المهني وأعبائه وسوء تكيف الفرد معه فيعيش الفرد ضغوطات هائلة فهو أمام أمران أحلاهما مر, من جهة يجب عليه العمل لكسب قوته وحفظ كرامته وسبب أعباء الشغل والمسؤولية الملقات على كاهله وعدم التكيف والمشقة التي يتعرض لها في الميدان المهني وسوء تقدير الذات التي تولد لدى الفرد الإحباط والصراع النفسي والأفكار اللاتكيفية اللاعقلانية الخاطئة، كل هذا له علاقة بظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.

ختاما على ما ذكرنا حاليا بدا الاهتمام أكثر بهذه الاضطرابات وخاصة تمحور هذا الاهتمام على الجانب الذي ربما يكون اللغز المفتاحي لهذه الاضطرابات فاهتمام الفرد أو الأطباء أو المختصين النفسانيين وكذا المجتمع بجميع أطيافه يجب أن تتكاثف جهودنا جميعا وكذا كل أطياف المجتمع بإعطاء الحظ الأوفر للصحة النفسية للفرد وإبعاده عن كل الانفعالات والصراعات المزعجة المؤدية لاختلال التوازن النفسي علنا نتوصل مستقبلا إلى الوقاية من هذه الأمراض قبل العلاج.

الفصل الثالث

(الفصل الثالث)

الجانب المنهجي للدراسة

تمهيد

1- تذكير بفرضيات الدراسة.

- الفرضية العامة للدراسة.

2- المنهج المتبع في الدراسة.

1-2 - المنهج العيادي.

3- الدراسة الاستطلاعية.

1-3 - الحدود المكانية.

2-3 - الحدود الزمنية.

3-3 - الحدود البشرية.

4- عينة البجث.

1-4- شروط انتقاء عينة البحث.

2-4- مكان انتقاء عينة البحث

3-4- كيفية انتقاء عينة البحث.

5-ادوات البحث.

1-5- اختبار رائز تفهم الموضوع.

2-5- نبذة تاريخية عن اختبار تفهم الموضوع.

3-5- تعريف اختبار تفهم الموضوع.

6-مادة الاختبار.

1-6- الهدف من تطبيق اختبار تفهم الموضوع.

2-6- طريقة اجراء الاختبار.

3-6- تعليمة الاختبار.

7- طريقة اجراء الاختبار.

7-1-تعليمة الاختبار.

7-2- اخذ المعلومات.

7- 3 –تدخلات الفاحص.

8- شبكة الفرز و تنقيط الاختبار.

8-1- البحث عن السياقات.

8-2- تحليل النتائج.

8-3- المقروئية.

8-4- تحديد الإشكالية.

9- صعوبة البحث.

خاتمة الفصل.

تمهيد

يعتبر الجانب التطبيقي لدى الدراسة التي يقوم بها الباحث في دراسته للظاهرة المبحوث عنها كونه يعمل على إثبات نظريته أو فرضيته وتقييمها بالأسس والبراهين والدلائل الملموسة ليجعلها أكثر وضوحا وأكثر استعمالا عللا ارض الواقع فالجانب التطبيقي في بحثنا هذا تضمنا للدراسة الاستطلاعية كونها المضمار الذي نضع عليه خصانا الميدانية ومن خلال تسليط الضوء على كل العناصر التي تخدم البحث من قريب أو من بعيد لتحقيق الفرضيات حتى تأخذ الدراسة سيمة البحث العلمي وانطلاقا من هذا الميدان نتعرف على عينة البحث وخصائصها والمنهج المتبع لتحقيق هدفنا البحثي وأدوات منهج البحث الذي ارتكزنا عليه لاستخراج المعلومات القيمة و تنتهي الدراسة بالإجابة على الفرضيات وقد نضع بعض النصائح والتوصيات التي سوف تفيد الدراسات البحثية وتكون صرحا علميا قويا للبحوث القادمة هذا تحققت الفرضيات أما إن أخفقت و لم نحقق المبتغى قد تولد لدى الباحثين من بعدنا الاهتمام والفضول للخوض في أبحاث أخرى.

1-التذكير بفرضيات الدراسة:

1-1- الفرضية العامة للدراسة:هناك مكانزمات دفاعية قوية لصد اخطار الجسدنة(السرطان).

2- المنهج المتبع في الدراسة:

يعتبر المنهج العيادى المسمي أيضا بالمنهج الاكلنيكي هو المنهج الأنسب لدراستنا الذي يهدف للوصول إلى نتائج عملية قابلة للتفسير والتأويل. يمثل هذا المنهج الدراسات العميقة للحالات الفردية سواء كانت سوية بهدف البحث أو مريضة بهدف العلاج وهو وسيلة نتعرف من خلاله على الطرق العلاجية للحالات المرضية, كونه يهتم بها ويواكبها لمدة زمنية قد تكون مطولة وذلك لملاحظة سلوكيات الأفراد وصراعاتهم مع مشاكلهم واضطراباتهم النفسية ،و يحرص هذا المنهج على معرفة ظروف العميل برمتها انطلاقا من الولادة حتى لحظة العلاج مرورا بجميع مراحل النمو النفسي .

***يعرفه الباحثان Lynda fernander et j L pedinelli :**

(أن المنهج الحيادي موجه للاستجابة الوضعيات واقعية معينة للذات التي تعاني وهو يرتكز مبدئيا على الحالة أو الفرد ولكن دون تعميم النتائج فهو يندرج ضمن بحث علمي يهدف إلى معرفة وتعيين بعض الحالات والاستعدادات السلوكية، بوضع و اقتراح علاج معين يكون تدبيرا اجتماعيا أو تربويا أو شكل من أشكال التوجيه يساعد الفرد أو يساهم في التقويم الإيجابي لسلوكه وتكمن خصوصية هذا المنهج في رفضه الفصل عن المعلومات المتحصل عليها ويهدف إلى تنظيم هذه المعلومات و ترتيبها وتصنيفها ووضعها في سياق معاش الفرد .

(p 43، 2006،Lynda fernandez jean louis pedineilli)

كما يعرف **لابلانش وبونتاليس** المنهج الحيادي في قاموس علم النفس بأنه :(ملاحظة معمقة لحالة خاصة يتم خلالها جمع كل المعطيات الممكنة والمتعلقة بها. وهي معلومات تختص بتوظيفه النفسي ووسطه الاجتماعي وحالته الصحية وسماته الشخصية واعتمادا على كل هذه المعطيات الملتقطة حول الحالة).

(لابلانش وبونتاليس، 1985، ص 185).

ويعرفه فيصل عباس 1983 بأنه مجموعة من القواعد العلمية التي تطمح إلى كشف أساسيات الإشكالية لأجل تشخيصها واقتراح علاج لها ويتم اختبار منهج الدراسة عادة وفق الموضوع المراد دراسته والهدف منه. **(فيصل عباس ،1983 ،ص 14).**

يعرفه **ويتمر L 1896 witmer** انه منهج استعمل المنهج الحيادي لأول مرة من طرف العالم في البحث يقوم على استعمال نتائج فحص المرضى العديدين ودراستهم حالة تلو الأخرى واستخلاص المبادئ العامة التي توجب لها الملاحظة كفاءتها **(حسن عبد المعطي، 1998، ص 141)**.كما تساعد الباحثين في التحقق من فرضيات البحث بالاستناد على مختلف الوسائل النفسية .

فهذا المنهج هو المنهج الذي يقوم دراسة الحالات المرضية التي تعافى من سوء التوافق والاضطرابات الانفعالية والنفسية الاجتماعية في جميع مراحل النمو والحياة لدى الفرد كما يهتم في بعض الحالات يسوء التوافق المدرسي والمهني يمارس هذا المنهج في عيادات متخصصة كعيادة توجيه الأطفال والعيادات النفسية التربوية وعيادات الإرشاد النفسي الفردي والجماعي.

3- الدراسة الاستطلاعية :تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى من التطلع إلى مجريات البحث وتسمى بالدراسة الميدانية أو البحث الميداني وهي دراسة تجري في الظروف الطبيعية يستطيع الباحث فيها على التحكم في متغير أو أكثر من المتغيرات المستقلة يشكل من الدقة. يطلق على الدراسة الاستطلاعية عدد من التسميات المختلفة فهي الدراسة الكشفية أو الدراسة التمهيدية أو الدراسة الصياغية فهي أول الخطوات الاسقاطية على ميدان البحث الاجتماعي وتزوده بالفهم الدقيق والحقيقة للموضوع .

يستعملها الباحث عندما يكون موضوع البحث نادرا ولا يتحصل على معلومات وفيرة حوله من جهة ومن جهة أخرى فهو لا يستطيع تصنيف دراسة وصفية بسبب ندرة وقلة المعلومات حول بحثه لذا يلجا الباحث إلى هذه الخطوة التي تساعده على جمع قدر اكبر من المعلومات كما نعتبر طريقة جمع هذه المعلومات سهلة وفي متناوله يقول **أبو حفص 2016**)يبدأ البحث الميداني بالاطلاع على الدراسات السابقة والتراث الفكري في موضوع البحث وهي حقيقة تشترك فيها كل طرق البحث العلمي ومن شان ذلك مساعدة الباحث على تحديد الإطار النظري لدراسته الحالية وتوجيهه لملاحظة الأحداث والانفعال الهامة و اختيار أدوات جمع البيانات). **(عبد الكريم أبو حفص 2016ص 249-250)**.

للدراسة الاستطلاعية مزايا عديدة أهمها كونها الخطوة الأولى لأغلب البحوث تساعد الباحث على إثراء معلومات البحث وتحديد أوجه التقصير والقوة في بحثه كما تحقق أقصى استفادة ممكنة للمعلومات وتساعد على تحديد مدة الدراسة مع إبراز المشاكل التي يمكن تفاديها مستقبلا وكهدف الدراسة الميدانية لبلورة موضوع البحث وصياغته بطريقة جيدة ومحكمة أكثر احترافية ويشكل أعمق وذلك بتحديد مفاهيمها الأساسية وصياغتها بشكل فرضيات علمية وتساؤلات كما يستطع الباحث من خلال الدراسة الميدانية التعرف على

جوانب التقصير في أركان بحث وذلك تساعده على اختيار أدوات الدراسة بشكل دقيق ومحكم بالتعرف معرفات البحث وترجمتها إلى حلول ناجحة ومفيدة للمجتمع .

ومن خصائص الدراسة الاستطلاعية المرونة وسهولة الأداء فيها كونها تهدف لحل المشاكل الصعبة التي هي قيد الدراسة كما تزود الباحث بالعديد من المعطيات الهادفة التي تصب في صميم الموضوع **ونظرا للاستثنائية التي يكتسيها الموسم الدراسي الجامعي 2021-2022 بجامعة العقيد أكلي محمد ولحاج بالبويرة وذلك ببتر التربصات الميدانية لكل سنوات التخرج فنحن ملزمون بذكر بعض الخطوات الميدانية بطريقة نظرية.**

ا-**الاطار المكاني** : وهو المكان المرشح لإجراء البحث الميداني الذي تجرى فيه الدراسة الاستطلاعية ويكون على العموم مؤسسة استشفائية أو مركز بداغوجي نفسي أو مركز إعادة التأهيل التربوي كما يستطيع أن يكون مؤسسة عمومية للبحث والاستكشاف فيها عن سوء التوافق أو البحث عن الاضطرابات النفسية المهنية اللاتكيفية وغير ذلك أو مراكز الرعاية النفسية الاجتماعية رعاية المسنين وغير ذلك دون أن ننسى تقديم المؤسسة واسمها ونشأتها وكل المعلومات حولها.

في دراستنا الحالية مكان الدراسة كان مستثفى محمد بوضياف لولاية البويرة مصلحة علاج السرطان ،بصفتي عاملة بسلك الصحة –ممرضة-

ب-الإطار الزماني: هذا المفهوم يدل على المدة الزمنية التي نستغرقها في دراسة الحالات وتحدد الحدود الزمنية بالتاريخ والسنة التي يحددان إجراء الدراسة. وفي دراستنا الحالية كان هناك فضول شخصي لمتابعة حالات تتابع علاجها في المستشفى المذكور في الفترة الممتدة ما بين2006 الى 2014.

ج- الحدود البشرية:عبارة عن خمس حالات مقتناة قصديا شخص لديهم مرض السرطان تابعوا كلهم بروتوكولات العلاج المسطر من طرف الطبيب المختص(علاج كميائي و علاج اشعاعي و جلسات الارشاد النفسي.)

4- عينة البحث : يعرفها طلعت 1995 على أنها أسلوب يلجا إليه الباحث إذا كانت جميع مفردات الجمهور غير معروفة له فيختار أفراد عينته على أساس المعلومات المتوفرة لديه من الجمهور. **(ابراهيم طلعت1995 ص67).**

4-1- شروط انتقاء مجموعة البحث :عينة البحث متكونة من ثلاث نساء و رجلين كلهم مصابون بمرض السرطان ،منهم توؤم امراة و رجل

- هذه المجموعة منتقاة قصديا.
- معدل العمر يتراوح من 28 الى 68 سنة.
- تم الاحتكاك مع عناصر المجموعة اثناء مزاولة العلاج لسنتين وذلك اثناء حياتي العملية بالمستشفى.
- خلو افراد العينة من أي امراض عضوية او اضطرابات عقلية و نفسية.

4-2 مكان انتقاء العينة :مستشفى محمد بوضياف لولاية البويرة.

4-3 كيفية انتقاء مجموعة البحث:أعضاء هذه المجموعة كانوا يمتازون بالصمود و الصبر ومحاولة التغلب على معاناتهم كما خضعوا للعلاج دون غياب ،هذا من جهة و جهة أخرى كان افراد هذه العينة متفائلون وكان املهم في الشفاء كبير ،و هم كما يلى:

-**الحالة 1** -: م إسماعيل ...ذكر ...49سنة...سرطان الكلية... توفى المريض دون معاناة ثانوية للمرض.

-**الحالة 2**-:م رشيدة.....انثى....49سنة...سرطان الدم.....شفيت نهائيا من المرض.

-**الحالة 3**-:ر عتيقة...انثى... 68 سنة... سرطان الدم منذ 15سنة شفيت.... بعدها بسرطان الثدي شفيت منه نهائيا.

-**الحالة 4**-:ح نادية34سنة ...سرطان الرحم....عالجت بتونس..... شفيت من السرطان نهائيا.

-**الحالة 5**-:ب مولود28سنة...سرطان القولون...توفى اثر اكتئاب حاد بعد تعرضه لصدمة نفسية.

ملاحظة :م إسماعيل و م رشيدة إخوة توأم. (زوجي وأخته)

5-أدوات البحث:

5-1-اختيار تفهم الموضوع Test d'aperception:

هو اختبار إسقاطي مستوحى من القصص الحرة ذات أسلوب فني أدبي بحيث يتقمص فيها المفحوص شخصية البطل يعتبر رائز تفهم الموضوع اختبارا مستوحى من بقية القصص الحرة ذات أسلوب فني من لوحات فنية.

5-2- نبذة تاريخية عن اختبار تفهم الموضوع:

موراي سنة 1935 بحيث أدرجه في كتابه الشهير(أبحاث في الشخصية) Murryوضعه العالم الفرنسي يتألف هذا الاختبار في بادئ الأمر من ثلاث مجموعات من الصور كل مجموعة تشمل على عشر صور كل مجموعة لها مغزى ومفهوم متغير يتواجد بها أشخاص بوضعيات متباينة في إحداثيات زمنية مختلفة (الماضي الحاضر المستقبل) تعرض هذا الاختبار لتعديلات عديدة مثل التعديل الذي جاء سنة 1943 من

مع إصدار دليل تطبيقي له أصبح الاختبار في صورته النهائية Morganeو صديقه Murry طرف وأضحى يستخدم على نطاق واسع في العيادات النفسية كاختبار كاشف للأمراض العصابية الذهانية مبرزا ما يدور داخل الفرد من حالات نفسية لا سوية وانفعالات ومكبوتات وأنواع الصراعات المختلفة. **(فيصل عباس، 1990 ،ص65)**.

سنة 1954 الذي عمد الى اقتراحات جديدة وذلك بإرجاع هذا Bellakبعد ذلك جاء دور العالم بيلاك الرائز إلى الأصول التحليلية وإثراء الموقعية الثانية لفر ويد مبرزا دور الأنا ومقاومات الدفاع النفسي (V shentoub 1990 p6).

كما عملت شنتوب 1940 كما اهتم بعده العديد من العلماء أمثال Schaperو Balken وRapaport وغيرهم انطلاقا من سنة 1961 أنجزت Vega shentoub مع مجموعة من الباحثين مثل Daniel Lagache et Breulet شبكة فرز لهذا الرائز يتم من خلالها تحليل وتفسير مختلف أشكال سرد القصة.

قامت شنتوبShentoub رفقة ديبراي Debrayوفي سنة 1969 إلى غاية1974 بتعديل وتطوير الشبكة واستقرت العالمتان على الشكل الأخير والنهائي لهذه الشبكة في سنة 1990 والتي تعتبر الشكل النهائي في وقتنا الحالي. **(عبد الرحمن سي موسى ومحمود خليفة 2008)**.

وارتكزت الباحثة حسب عبد الرحمن سي موسى وخليفة محمود على أهم المستثارات التي يهدف إليها اختبار تفهم الموضوع وهي كالتالي:

*قائمة الدوافع والحاجات لبطل القصة.

*قائمة الدوافع الداخلية المتعلقة بالأنظمة النفسية التي وصفها التحليل النفسي في الموقعتين الأولى والثانية.

*قائمة السمات الشخصية العامة المتمثلة في الحالات والانفعالات التي يحس بها الفرد أثناء سرد القصة. **(ع. سي موسى وخليفة محمود ، 2008، ص166)**.

اهتمت بالتجربة الاسقاطية من خلال أفاق تحليلية وهذا ما مكنها من إبراز دور Shentoubأما شنتوب ميكانيزمات دفاع الأنا الموجودة في القصة والدهانات الاوديبية المحملة لمضمونها.

يقول **صالح معاليم** 2002 (إن أهمية هذه الدراسات تتمحور حول البنية الفردية وتطابقها مع التنظيم النفسي والأنظمة الخارجية المختارة في الحياة الداخلية والعلائقية). **(صالح معاليم، 2002، ص14)**

كما يضيف سي موسى وخليفة 2008 عن أعمال شنتوب (رأت شنتوب منذ بداية أعمالها حول أن جل تلك المحاولات ركزت كثيرا عن الاستقلالية المطلقة للانا في علاقاته مع الطاقات المحايدة وأهملت الجانب الهوامي لابد لهذا الأنا الشعوري الذي يقود الفعل أن يكون منفتح على الخزان النزوي الطاقوي وان

يكون أليفا مع الهوا مات المحتواة في ذلك الخزان حتى تستمد منه القوة والطاقة **(عبد الرحمن سي موسى خليفة محمود 2008 ص166-167)**.

5-3- تعريف اختبار تفهم الموضوع:

عرفه بن يونس 2004 (هو اختبارا اسقاطيا اختبرت فيه الصور اختبارا يجعلها تمثل أفكارا حول العداء، الخوف، الخطر، الحياة الجنسية والعلاقة بين الابن ووالديه). **(محمد بن يونس ،2004، ص 490)**.

يعرفه فيصل عباس: يتكون اختبار تفهم الموضوع من ثلاثين لوحة تشمل كل لوحة على منظر به شخص أو جملة من الأشخاص في مواقف محددة المعاليم بحيث يسمح بإدراكها على أنحاء مختلفة يطلب من الفاحص أن يبدع قصة انطلاقا من الصورة ... ويفترض بالمفحوص الغوص في أعماق حياته وخبراته الخاصة وذكرياته وكل ما تتضمنه من نزاعات ورغبات وصراعات فيقوم هنا الاختبار بإسقاط تلك الوقائع وانسباها إلى أبطال القصة. **(فيصل عباس، 1997، ص27-28)**.

6- مادة الاختبار:

في أصله من 31 لوحة ذات محتوى مختلف تتكون غالبا هذه الرسومات من TATيتكون اختبار أشخاص ومناظر طبيعية مختلفة موزعة بالشكل التالي: 12 لوحة متكونة من شخص واحد، 15 لوحة مكونة من عدة أشخاص, في عدة وضعيات, وثلاث لوحات تتكون من مناظر مبهمة غير متناسقة مع الواقع, وباقي اللوحات تتكون من مناظر طبيعية مختلفة ,ولوحة واحدة بيضاء رقمها 16. تحمل هذه اللوحات أرقاما من 1 إلى 19 متواجدة على ظهر الورقة، هذه اللوحات موجهة في مجملها للأشخاص.لوحات مشتركة مابين الأشخاص, وأخرى تقدم حسب الجنس والسن. ويرتكز ذلك بالرقم التسلسلي المتواجد فيها مضافا إليه الحرف الأول من الكلمة الأصلية باللغة الإنجليزية وهي موضحة بالشكل التالي:

الفتيان. -B- -Boy-

الفتيات. -G- -Girl-

الرجال.-M- -Male-

النساء. -F- -Female-

وعلى كل فئة من هذه الفئات أن تجتاز 20 لوحة بمعدل عشر لوحات في كل حصة كما فعل موراي لكن بعد وفاته اختار المختصون و الباحثون من هذه اللوحات تلك التي يوجد بها أكثر دلالة وأكثر ملائمة لديناميكية سياق بحيث أصبحت تتمثل في 18 لوحة من أصل 30 بمعدل 13 لوحة لكل صنف عوض من 20 TAT

لوحة وتمرر في حصة واحدة. **(عبد الرحمن سي موسى ومحمود خليفة نفس المرجع ص 168)**. وهي متواجدة حسب الجدول الموضح في الملحق –3–

فهذه البطاقات تتوزع على الفئات كالتالي وهي موضحة بشكل اكبر الجدول الموجود في الملحق رقم –4–

N° **Planche/ Sexe et âge**	1	2	3B M	4	5	6BM/ 7BM	6G F/7 GF	8B M	9G F	10	11	12 BG	1 3 B	13 MF	19	16
Homme	x	x	x	x	x	x		x		x	x	x	x	x	x	x
Femme	x	x	x	x	x		x		x	x	x	x	x	x	x	x
Garçon	x	x	x	x	x	x		x		x	x	x	x		x	x
fille	x	x	x	x	x		x		x	x	x	x	x		x	x

رقم اللوحة	المحتوى الظاهر	المحتوى الكامن
اللوحة 1	ولد رأسه بين يديه ،يشاهد الكمان الموضوع أمامه.	تبعث اللوحة إلى عدم النضج الوظيفي اتجاه موضوع خاص بالراشد ، يدور الصراع حول استعمال هذا الموضوع في الوقت الحالي ،فإذا هيمن الوضع الاكتئابي نجد العجز و عدم القدرة ،و إذا هيمنت وضعية الهلوسة العظامية نجد كمال القدرة.

اللوحة 2	مشهد قروي ،في المستوى الأول فتاة تحمل كتبا ،في المستوى الثاني رجل و حصان ،امرأة متكئة على جذع شجرة .	تبعث اللوحة إلى الثلاثية الأوديبية (أب،أم،ابنة).يمكن أن يدور الصراع حول وضعية الفتاة تجاه الزوجين وهذا مايبينه المحتوى الظاهر في اختلاف المستويين : المستوى 1 (الفتاة) المستوى2 (الزوجين).وتحمل انجذاب الفتاة للرجل و المنافسة مع المرأة.
اللوحة 3BM	شخص منحني أمام مقعد ،ليس محدد سنه ولا جنسه ،يوجد شيء في الأرض غير واضح .	تبعث اللوحة الى الوضعية الاكتئابية و إشكالية فقدان الموضوع ،وتظهر قدرات عمل الحداد (Travail du deuil)
اللوحة 4	إمرأة قريبة من رجل يدير وجهه،هناك اختلاف في الجنس ولكن لا يوجد اختلاف في الجيل.	تبعث اللوحة إلى ازدواجية الدوافع في العلاقة بين الزوجين بقطبين : العدوانية / الحنان Tendresse/Agressivité ،وأيضا الحب /الكراهية Amour/Haine .كما تحيي هذه اللوحة قلق الانفصال و التخلي .
اللوحة 5	إمرأة متوسطة العمر ،يدها على مقبض الباب ،تنظر إلى داخل غرفة	تبعث اللوحة إلى الصورة الأنثوية / الأمومة التي تدخل و تنظر .تحيي اللوحة في

		الظرف الأوديبي الإحساس بالذنب المرتبطة بالفضول الجنسي وهوامات المشهد البدائي (Scène primitive)وهي ترجع إلى القدرة أو عدمها للتموضع بالنسبة للأنا الأعلى.
اللوحة 6 BM	في المستو الأول شاب ،في المستوى الثاني إمرأة مسنة (إختلاف في السن و الجنس).	ترجع إلى العلاقة أم ابن في ظرف حزن وعدم إرتياح ، يمكن أن يدور الصراع حول تحريم الاقتراب الأوديبي ،ويظهر ذلك من خلال المسافة التي تفصل الطرفين ،وكذلك وضعهما المحترم.
اللوحة 7BM	رجلين ،يظهر منهما الرأسين فقط،قريبين من بعضهما (هناك إختلاف في الجيل ولا يوجد اختلاف في الجنس).	تبعث إلى الاقتراب أب/ ابن في قطبيه الحنان/المعارضة (Tendresse/Opposition)
اللوحة 6GF	إمرأة شابة جالسة في المستوى الأول ،تدير وجهها نحو رجل منحني أمامها (إختلاف طفيف في الجيل ،إختلاف في الجنس).	تبعث إلى العلاقة Hétérosexuelle ،وتظهر الصراع بين الرغبة والدفاع .وتظهر الرغبة في اللوحة في حركة أحدهما نحو الأخر ويظهر الدفاع في الفصل بين المستويات ،وتظهر أن الاقتراب الأوديبي مسموح وممنوع في نفس

		الوقت. كما يمكن لهذه اللوحة أن تستحضر الهوامات الخاصة بالإغراء من نوع الهستيريا .
اللوحة 7GF	إمرأة ،كتاب في يدها ،منحنية نحو بنت صغيرة ذات التعبير الحالم تحمل دمية بين ذراعيها (اختلاف في الجيل).	تبعث إلى العلاقة أم / بنت في وضعية تحفظ من طرف البنت (منافسة ،تقمص).الصراع يدور حول تقمص البنت للأم .
اللوحة 8BM	في المستوى الثاني رجل نائم ،رجلان منحنيان عليه بأداة (مشهد عملية جراحية).في المستوى الأول مراهق يدير ظهره للمشهد ،بندقية (لا يوجد اختلاف في الجنس ولكن يوجد اختلاف في الجيل).	تبعث إلى مشهد عدواني مفتوح بالمواجهة بين رجال راشدين ومراهق ،تبعث إلى العدوان الجسدي الذي يمكن أن يعاش على مستوى الخصاء أو التهديم.
اللوحة 9GF	في المستوى الأول فتاة شابة وراء شجرة تنظر إلى فتاة شابة تجري في المستوى الأدنى (لا يوجد اختلاف في الجنس ولا في الجيل).	تبعث اللوحة إلى المنافسة الأنثوية في ظرف درامي . يدور الصراع حول المنافسة الأنثوية ،ويظهر ذلك في التشابه بين المرأتين ،وتظهر إحداهما تراقب هروب الأخرى ،ويمكن أن تدور المنافسة حول شخص ثالث (الرجل المحبوب).

اللوحة10	زوجان متعانقان (لا يوجد اختلاف في الجيل ،هناك غموض حول الاختلاف في الجنس).	تبعث الصورة إلى التعبير الليبيدي على مستوى الزوجين.
اللوحة 11	منظر فوضوي مبهم يصحبه تناقض شديد للظل والضوء (الجزء اليساري شكل تنين أو ثعبان).	تحمل اللوحة حركات نكوصية مهمة تحيي إشكالية قبل تناسلية (Prégénital) ،هناك بعض العناصر أكثر بناءا (جسر،طريق) تمكن من الصعود نحو مستوى أقل بدائية (إمكانية النكوص أو عدمه).
اللوحة 12 BG	غابة على حافة مجرى المياه،شجرة وقارب ،نبات . وجود هيمنة الإضاءة في اللوحة.	تبعث اللوحة إلى الخبرات ما قبل التناسلية الجيدة.
اللوحة 13B	ولد صغير جالس على عتبة كوخ ذو ألواح منفصلة عن بعضها .	تبعث اللوحة إلى القدرة على البقاء وحيدا في مكان سيء. ويمكن أن تحيي اللوحة الإحساس بالوحدة لدى الطفل المتروك من الأبوين.
اللوحة 13MF	امرأة نائمة ،عارية الصدر .وفي المستوى الأول رجل يضع ذراعه على وجهه.	تبعث اللوحة إلى التعبير عن الجنس و العدوانية بين الزوجين ،ويمكن أن تحيي الهوامات المتعلقة بالموت وهي الفقدان العنيف و الهدم.

اللوحة 19	صورة سريالية لمنزل تحت الثلج أو قارب في العاصفة ،الأشباح ،الأمواج.	تحيي اللوحة الإشكالية ما قبل التناسلية ،محيط يسمح بإسقاط الموضوع الجيد و السيء (Projection du bon et du mauvais objet) . تبعث اللوحة إلى النكوص واستحضار الهوامات المثيرة للخوف.
اللوحة 16	لوحة بيضاء	تبعث اللوحة إلى الطريقة التي ينظم بها الفرد أشياءه ومواضيعه المفضلة وإلى العلاقات التي يقيمها معها.

البطاقات المقدمة للرجال

16-19) المجموع 13 لوحة. 13- 8MF-10-11-7BM-6BM- 3BM-4-5- BM(1-2-

البطاقات المقدمة للنساء:

13- 19-16) المجموع 13 لوحة. 9MF-10-11- 7GF- 6GF-3GF-4-5- BM 1-2-(

البطاقات المقدمة للفتيان:

13-19-16) المجموع 14 لوحة. 12B- 8BG-10-11- 7BM- 6BM -3BM-4-5- BM(1-2-

البطاقات المقدمة للفتيات:

13-19-16)المجموع 14 لوحة. 12B- 9BG-10-11- 7GF- 6GF -3GF-4-5-BM1-2-

(سي موسى عبد الرحمن ومحمود خليفة، 2008، ص169).

كما تحتوي كل بطاقة على بعدين هما البعد الظاهري وهو الشكل المرئي على سطح البطاقة وبعد كامن يعبر عن محتوى اللوحة فهو ايحائي يستخلص المفحوص من حالته وواقعه النفس الداخلي ويرمز إلى الإشكالية الأساسية للحالة النفسية وهو موضع في الجدول رقم -4-

بمعنى إن" ترتيب اللوحة ثلاثة عشر وهي تقدم 13MF ولتوضيح المعنى تقدم على سبيل المثال اللوحة فهي اللوحة ذات الترتيب السابع وتقدم للفتيان والرجال إما اللوحات 7BMللرجال والنساء أما اللوحة المشتركة بين جميع الفئات في هذا الرائز هي (1-2-4-5-10-11-19-16).

اللوحة رقم 16 هي اللوحة البيضاء تقدم في أخر الاختبار بحيث يطلب من المفحوص نسج قصة من خياله وسرد أحداثها على الورقة البيضاء وهذا له أكثر من دلالة في تحليل هذا الاختبار.

6-1- الهدف من تطبيق اختبار تفهم الموضوع:

ترى فيقا شنتوب أن اختبار **TAT** يمكن إجرائه لهدفين أساسيين هما:

-هدف البحث وذلك يعني إسهامات الفعالة في إثراء البحوث العلمية الإكلينيكية وذلك للبحث ونقص سيرورات التوظيف النفسي والاضطرابات النفسية النفسجسدية.

-أما الهدف الثاني وهو هدف تشخيص يساعد الباحث على وضع التشخيص اللازم والحقيقي لحالة المفحوص بحيث يقول سي موسى وبن خليفة عن فيقا شنتوب (في مثل هذه الحالات نلجأ إلى إجراء TAT وفي بعض الحالات عند اللزوم كشف جدي يضم على الأقل اختبارين إسقاطيين "الرروشاخ "واختبارا ثالثا لتقييم القدرات العقلية). كما تضيف في نفس الصدد

أما في المجال العلمي يكفي إجراء اختبارTAT بمفرده أو أي اختبار آخر بحيث تأخذ الأهداف من وجهة أخرى مختلفة عن الأهداف العادية التي تحتويها الوجهة الشخصية والعلاجية).(**سي موسى عبد الرحمن ومحمود خليفة ،نفس المرجع 2008، ص 173.)**

7- طريقة إجراء الاختبار:

ينبأ المفحوص من قبل الفاحص بإجراء هذا الاختبار ويشرح له بعض الخطوات في عجالة ويعطيه موعد إجراء هذه الحصة والساعة والمكان الذي يجرى فيه اللقاء.

أما أثناء الاختبار يجلس الفاحص والمفحوص في وضع متقابل حول طاولة او مكتب يضع الفاحص الأوراق على يمينه مرتبة حسب رقمها التسلسلي في وضعية مقلوبة بحيث لا ترى صورها وفحواها وهذا بهدف عدم تشويش إدراك المفحوص.

7-1-تعليمة الاختبار:

تقول شنتوب تكون التعليمة على الشكل التالي "**تخيل قصة انطلاقا من اللوحة**" وهي تعليمة تخص كل اللوحات عدا اللوحة 16.

وذلك يعني إننا نضع المفحوص في حالة صراعية من خلال وضعيتين متناقضتين وهما الذهاب بالخيال إلى نقطة لا نهائية هذا من جهة وذلك من خلال لفظ "**تخيل**" وهو فعل شبه أمري ومن وجه أخرى ربطه بالمحتوى الظاهري للوحة وذلك عند" طلب قصة من اللوحة."

أما البطاقة البيضاء لها تعليمة خاصة وهي كالتالي : "**ماذا يمكن أن تتصور حول هذه البطاقة البيضاء .**" **(فيصل عباس، 1990 ،ص125)**.

بحيث يحث على الفاحص مراعاة مايلي:

7-2-الوقت: تسجل زمن الكمون وهو الوقت المستغرق منذ بداية تقديم اللوحة إلى بداية الرد + الوقت المستغرق لسرد القصة+ الزمن الكلي لكل لوحة وذلك يفيدنا في مدى استجابة المفحوص مع القصة.

7-3-اخذ المعلومات: تمثل تسجيل الفاحص للمعلومات المستمدة من المفحوص وكل ما يواكبها من تغيرات جسدية- تحركات وإيماءات تساؤلات أثناء سرد القصة.

7-4-تدخلات الفاحص: لكل الاختبارات النفسية على الفاحص أن يلتزم الحيادية وعدم التدخل أثناء الرد إلا للضرورة (عدم فهم التعليمة- أو يرى عدم السرد) وذلك لتدعيم تداعي المفحوص يجب أن تسود الحصة جو من الارتياح والطمأنينة والثقة المتبادلة وان يتحكم الفاحص في ردود أفعاله سواء التعبيرية أو إظهار الانزعاج والشعور بالملل وإخلاء الجو من كل ما يعكر صفو المفحوص.

Présence d'examinateur كما أن حضور الفاحص في القاعة

Transfert et contre transfert قد تكون استجابات تحويلية وغير تحويلية

بحيث يكون الفاحص مندمجا كليا مع السرد.

8-شبكة الفرز وتنقيط الاختبار: ينقط الاختبار بالاعتماد على شبكة التنقيط أو الفرز لفيقا شنتوب بحيث يتم فرز وتنقيط محتوى القصص وأنتجاها في سلاسل عددها أربع سلاسل تمثل كل سلسلة مؤشرا دالا على السياقات الدفاعية التي تثيرها اللوحات وهذه السياقات المتمثلة في مايلي:

-A-1)- سياقات السلسلة:

تظم عناصر أساسية: Rigiditéوهي سيقات الرقابة

اللجوء إلى مصادر خارجية.A1 =

= استثمار الواقع الداخلي.A2

-B-2)-سياقات السلسلة:

تظم بدورها عناصر أساسية وهي: Labilité هي سياقات المرونة أو الهراء

= استثمار العلاقات.B1

=التعبير بصفة درامية.B2

تحتويان على السياقات الدفاعية نوع عصابي أبرزها الكبت دلالة على وجودBوA المجموعتين صراعات داخلية مابين أركان الجهاز النفسي وذلك يدل على إن استعمال الأنا لهذه الآليات يجعل هذا الجهاز متزن وبعيد عن الاضطرابات النفسية.

-C-3)-سياقات السلسلة:

وهي سياقات تجنب الصراع وتحتوي هذه السلسلة على خمس سلاسل فرعية.

- سياقات الكف: تمثل سياقات فوبية تمتاز بالهروب وتجنب الصراع.Cp- سياقات
- تمثل الإشكالية النرجسية.Cm- سياقات نرجسية
- كل السلوكات التي يبديها المفحوص أثناء سرد القصة.Cc- السياقات السلوكية
- آليات نمطية هوسية مقاومة للاكتئاب.Cm- السياقات الهوسية
- تتميز باستثمار المنبه كموضوع حقيقي وليس كمنبع للإثارة وتحريك .Cf- سياقات عملية

وتحريك الهوامات الداخلية كما يتميز بغياب الاكتئاب.

-E- 4)- السياقات الرابعة:

وتمثل السياقات الولية تتميز بسيطرة الهوا مات والتفكير الأولي فظهور الهوا مات البدائية لا يفسر بوجود اضطرابات مرضية لكن الإفراط فيها قد تقودنا إلى وجود بنية ذهانية

8-1-تحليل النتائج: عندما تتحصل على البروتوكول علينا بإتباع عدة خطوات للتحليل وهي:

-تحليل اللوحات لوحة تلوى أخرى.

-التعرف على سياقات البحث لكل لوحة وذلك بوضع فقرات القصص بما يقابلها من سلاسل السياقات لشبكة الفرز **(لشنتوب 1990)**.

8-2-المقروئية: بعد تنقيط محتويات القصص بأي دور تحديد المقروئية لكل لوحة واستنتاج الفرضية التشخيصية للتنظيم النفسي كما تسمح لنا المقروئية التعرف على نوعية السياقات الدفاعية المستعملة لبناء القصة توجهنا المقروئية إلى جوانب عديدة مثل هل هناك وجود اتصال بين الفرد بينه وبين عالمه الداخلي

كما توضح لنا المقروئية التواصل والاتصال بين الفرد والآخرين وتذكر فيقا شنتوب أن هناك ثلاث مستويات للمقروئية:

: Lisibilité– المقروئية الموجبة +

) وعوامل متدرجة على صدى هوامي AI–BI(تشمل تلك السياقات المرنة المتنوعة لوجود عوامل كما يتميز بوجود نوع من الصلابة التي تساعد على البناء الجيد للقصة وار صانها.

:–+ Lisibilité– المقروئية المتفاوتة

التي تتميز بوجود تدهور في بناء القصة او المحتوىA2–B2–C2تتميز بهيمنة وسيطرة عوامل وذلك نتيجة وجود اضطراب وتدهور سير الفكر وذلك يسمح لنا بمعرفة الدفاعات المستعملة ونوع التوظيف النفسي.

: – Lisibilité – المقروئية السالبة

، طغيان هذه السياقات الأولية يهدد تناسق القصة. E–Cتهيمن عليها عوامل

اما الفرضية المتعلقة بالتنظيم البنيوي يؤخذ فيها بعين الاعتبار طبيعة الصراع وطبيعة القلق،العلاقة بالموضوع، مراحل التثبيت، والسياقات الدفاعية المهيمنة بحيث نجد:

متعلقة بالصراع الهجاسي.A السياقات–

متعلقة بالهستيريا.B– السياقات

تتعلق بالحالات الحدية.C–السياقات

تتعلق بالذهانات. E–السياقات

8–3–الإشكالية : تهتم الإشكالية بنوعية ارصان المواضيع.

* – **تحديد الإشكالية:** أما الإشكالية فهي تكمن المحتوى الباطني الذي ترسي إليه كل لوحة بعد كل هذه الخطوات تتوصل بالى استنباط إشكالية البروتوكول لمجموع اللوحات وذلك بالتركيز على السياقات الدفاعية. كون إننا في هذه الدراسة نبحث عن الميكانيزمات الناجعة لصد أخطار الجسدنة الذي يهتم بدور الأنا ووظائفه ودفاعاته الواعية واللاواعية في صد الأخطار المحدقة بتوازن الجهاز النفسي وفي صد الأمراض ذات المنشأ النفسي.

* – **صعوبة البحث:**

ككل بحث علمي هناك هفوات وسقطات قد تعترض طريق الباحث.

وعملا بالقول الفلسفي المأثور :(قل لمن يدعي في علم الفلسفة حفظ شيء وغابت عنه أشياء). ولقول رب العزة عز وجل:{وفوق كل ذي علم عليم} صدق الله مولاي العظيم.سورة يوسف الاية67

نعم كباحثة اصطدمت ببعض العراقيل والمتاعب والمشاكل أثناء إجرائي لهذا البحث لكن ذلك ما زادني إلا صلابة ومقاومة لإنهاء هذا العمل في وقته المحدد وهذا ما زودني بالعزم والثقة في الله .واهم المتاعب والصعاب التي صادفتني هي كما يلي:

-نقص المراجع باللغة الفرنسية في مكتبة البويرة التي تناولت السيكوسوماتية وهذا ادرجناه في صعوبات البحث لدينا لإعلام المسؤولين و القائمين على المكتب لتزويد الطلبة بذلك.

-غياب التطبيق الميداني وذلك بسبب جائحة كورونا الشيء الذي جعل بحوثنا تفتقر إلى الجانب التطبيقي البحت بكل أركانه وعدم إجابتنا على الفرضية بشكل مقنع لم نتوصل إلى صحة الفرضيات من عدمه هذا جعل دراستنا ناقصة ومبتورة.

تعتبر الأمراض السيكوسوماتية من الأمراض المستعصية والفتاكة بالأفراد وسميت بمرض العصر لشدة انتشارها وتنوعها كما أنها تغزو كل فئات المجتمع فلا يخلو بيت من بيوت سكان الجزائر والعالم اجمع إلا وفيه أكثر من مريض في البيت الواحد.

انتقينا أن نستدل بمرض السرطان كإحدى الاضطرابات السيكوسوماتية وهذا المرض الذي يحمل في طياته الخباثة بحيث أطلق عليه العلماء المرض الخبيث، وخاصة إذا علمنا من مجمل الدراسات الماضية أن أسباب كل هذه الأمراض الفتاكة القاتلة والمستعصية أسبابها نفسي قد نستطيع تجنبها وذلك بتسوية هذه الصراعات النفسية التي تكون في بادئ الأمر قابلة للحلول والتسوية والمعالجة للقول المأثور الذي ينادي "الوقاية خير من ألف علاج" لماذا لا نقي أنفسنا وذوينا من هذه الصراعات والانفعالات والتوترات لضمان حياة نفسية أفضل في جو مفعم بالتفاؤل و الامل ملؤه التازر و التكافل النفسي و الاجتماعي.

1-أبو النيل محمود السيد1977-الأمراض السيكوسوماتية دار النهضة القاهرة –مصر-.

2 –**ابو النيل محمود السيد 1994**–الأمراض السيكوسوماتية المجلد الثاني دراسات و بحوث عالمية و عربية دار النهضة العربية للطباعة و النشر بيروت–لبنان–.

3–**إقبال ابرهيم عبد الستار 2005**–التوافق النفسي و أثره على الصحة النفسية دار النشر –للكتاب مركز الإسكندرية–مصر–.

4–**احمد عكاشة1976**–الطب النفسي المعاصر مكتبة الانجلو المصرية –مصر–.

5–**احمد عكاشة 1988**–الطب النفسي المعاصر دار المعارف للكتاب الطبعة 11 القاهرة –مصر–.

6–**امال سليمان العنزي2004**الخصائص السيكومترية لمقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية دار الفكر العربي جدة – السعودية.

7–**احمد عكاشة** الطب النفسي المعاصر مكتبة الانجلو المصرية المجلد الخامس عشر القاهرة –مصر–.

8–**احمد النابلسي1992** مبادئ السيكوسوماتيك و تطبيقاته مؤسسة الرسالة الطبعة 1 دمشق –سوريا–.

9–**النابلسي و اخرون1991** الصدمة النفسية دار النهضة العربية الطبعة الأولى بيروت –لبنان–.

10–**آنا فويد** الأنا و الميكانزمات الدفاعية ترجمة صلاح مخيمر 1982 مكتبة الانجلو المصرية – مصر–

11–**احمد النابلسي1988** فويد و التحليل النفسي دار النهضة العربية للطباعة و النشر بيروت –لبنان– .

12–**إبراهيم عبد اللطيف طلعت1995** أساليب و أدوات البحث العلمي الاجتماعي دار الغريب الطبعة الثانية القاهرة –مصر–.

13–**أديب الخالدي2002** المرجع في الصحة النفسية النظرية الجديدة الطبعة الثانية –العراق–.

14–**أديب الخالدي2006** الطب النفسي الاكلنيكي دار وائل للنشر عمان – الأردن–.

15–**احمد عبد القادر الشاذلي 2017** علم النفس النمو المكتبة الجامعية الإسكندرية –مصر–.

16–**أبو زعيزع عبد الله يوسف2011** نظريات الإرشاد و العلاج النفسي (مدخل تحليلي) دينيفو للنشر و التوزيع عمان– الأردن–.

17–**أنور حمودة البنا 2006** الأمراض النفسية الفصل الأول المكتبة الجامعية غزة –فلسطين–.

18–**أبو حفص عبد الكريم2016** أسس و مناهج البحث في علم النفس ديوان المطبوعات الجامعية الطبعة الثانية **الجزائر**.

19-**تواتي موسى إبراهيم 2021** الأمراض السيكوسوماتية ديوان المطبوعات الجامعية جامعة 8 ماي 1945 قالمة- **الجزائر**-.

20-**حامد زهران 1998** التوجيه و الإرشاد النفسي دار عالم الكتب القاهرة-مصر-.

21-**حامد زهران 2005** الصحة النفسية و العلاج النفسي عالم الكتب الطبعة الرابعة القاهرة -مصر-.

22-**حافري زهية2016** النظرية السيكوسوماتية و التعقيل لدى بيار مارتي مجلة الباحث جامعة قاصدي مرباح ورقلة- **الجزائر**-.

23- زينب شقير محمود2002 عتم النفس العيادي المرضي دار المعارف القاهرة -مصر-.

24- **سناء إبراهيم أبو دقة 2012** الخصائص السيكومترية لأدوات جمع البيانات جامعة دقة الإسلامية الطبعة الثانية -السعودية-.

25- **سامر رضوان2002** الصحة النفسية دار العلوم للطباعة والنشر و التوزيع عمان – الأردن -.

26- **سامر جميل رضوان2007** الصحة النفسية دار الميسرة للنشر و التوزيع عمان – الأردن-.

26- **سي موسي عبد الرحمان و خليفة محمود2008** علم النفس المرضي التحليلي الاسقاطي ديوان المطبوعات الجامعية الطبعة الثانية جامعة الجزائر – **الجزائر**-.

27- سي موسي عبد الرحمان و زقار2002 الصدمة و الحداد عند الطفل و المراهق جمعية علم النفس الطبعة الأولى -**الجزائر**-.

28- سيقموند فوريد ترجمة عثمان نجاتي1982 (الكف - العرض -القلق)دار الشروق للنشر سنة 1989 الطبعة الرابعة -مصر-.

29-**سعد جلال1970** الأمراض النفسية و العقلية دار المعارف الإسكندرية -مصر-.

30-**صبرة محمد علي2004 و آخرون** الصحة النفسية و التوافق النفسي دار المعرفة الجامعية الازرطية -مصر-.

31- **عبد الرحمان العسوي2004** علم النفس الاكلنيكي منشورات الحلبي الطبعة الأولى.

32- **عبد الرحمان العسوي1992** علم النفس الاكلنيكي دار النهضة العربية للطباعة و النشر الطبعة الثانية -مصر-.

33- **عبد السلام عبد الغفار 1987** مقدمة في الصحة النفسية دار النهضة العربية الطبعة الثانية بيروت – لبنان-.

34- **علاء الدين كفافي 1990** مبادئ الصحة النفسية دار النهضة العربية الطبعة الأولى – مصر-.

35-**علي ماضي 1991** النفس البشرية(تكوينها اضطراباتها و علاجها) دار النهضة العربية بيروت – لبنان-.

36- **عبد المطلب أمين القريطي 1998** الاضطرابات النفس جسمية دار الفكر العربي عمان – الأردن-

37- **عبد المعطي حسن1998** علم النفس الاكلنيكي دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع المكتبة المركزية غزة – فلسطين-.

38- **عطوف محمود ياسين1981** علم النفس الحيادي مكتبة دار العلم للملايين الطبعة الثانية بيروت – لبنان-.

39_ **فيصل محمد خير الزراد** الأمراض النفسية الجسدية (أمراض العصر) دار النفائس للنشر و التوزيع الطبعة الأولى لبنان – بيروت-.

40- **فيصل محمد خير الزراد2009** الأمراض النفسية الجسدية (أمراض العصر) دار النشر النهضة العربية القاهرة- مصر –

41-**فخري الدباغ 2004** أصول الطب النفسي دار الطليعة للطباعة و النشر بيروت – لبنان-.

42- **فيصل عباس2003** قياس الشخصية دراسة لحالات عيا دية دار المنهل مكتبة رأس المنبع بيروت –لبنان-.

43- **مصطفى فهمي 1995** الصحة النفسية مكتبة الخانجي الطبعة الثالثة –مصر-.

44- **مليكه لويس كامل2000** علم النفس الاكلنيكي دار المكتبة الجامعية الطبعة الثالثة القاهرة –مصر- .

45-**محمد فتحي الشنيطي 1971** أصول علم النفس الفرو يدي دار النهضة و النشر العلمي الإسكندرية –مصر-.

46- **محمود عباس 2001** علم النفس النمو الجزء الأول دار قباء للنشر و التوزيع القاهرة –مصر -.

47- **عصام الصفدي2001** الأمراض السيكوسوماتية دار الميسرة للنشر و التوزيع و الطباعة بيروت- لبنان-.

48- **فخري الدباغ 2004** أصول الطب النفسي دار الطليعة للطباعة و النشر بيروت- لبنان -.

49- **صلاح مخيمر 1979** الصحة النفسية واضطراباتها مكتبة الانجلو المصرية الطبعة الثالثة .

50- **صالح معاليم2008** الدراسات و التجارب التي ساهمت في تطوير و معرفة الاضطرابات السيكوسوماتية ديوان المطبوعات الجامعية جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم – **الجزائر**-.

51- **لابلانش و بونتاليس 2002 و 1989** ترجمة مصطفى حجازي معجم مصطلحات التحليل النفسي القاهرة .

52- **نور الهدى الجاموس 2004** الاضطرابات النفسية الجسدية دار اليازوري العلمية عمان –الأردن..

قائمة المذكرات.

-**بوزيدي سلمى 2009-2010 (التنظيم النفسي عند المريضات بالربو)**مذكرة لنيل شهادة ماجستير تخصص علم النفس الصدمي جامعة بوزريعة الجزائر.

-**أمال فاسي 2016 (الاكتئاب الأساسي و الاكستيميا لدى مرضى السرطان)**رسالة دكتوراه جامعة سطيف.

-**حنيش ايمان 2015-2016(السياقات الدفاعية لدى الأشخاص المسنين المقيمين بدار العجزة دراسة تحليلية وفق رائز تفهم الموضوع لخمس حالات)**مذكرة لنيل شهادة ماستر تخصص علم النفس العيادي.

قائمة المراجع باللغة الأجنبية

* J -Laplanche et j B pontallis 1967 le vocabulaire de la psychanalyse paris.

* Jean Bergeret psychologie pathologique paris Masson 1982.

* Pierre Marty (1991) Psychosomatique de l' adulte 1èd –Paris .

* Dédier Anzieu Catherine Chabert 1987 Les méthodes projectives puf paris.

* Viga Shentoub 1990 Manuel d'utilisation du TAT.

* Larousse Médical Professeur Jean Pierre Wanstien 2012 par lego- spa Dépôt légal Italie 2012.

* James A Russell 1987 Relativity in the perception émotion in facial.

* Aisenstien Marielle Claude SMADJA 2004 pour une approche psychosomatique .

* Sami Ali 2004 le corps ,L'espace et le temps paris Dunod.

* Jean Louis Pedinirlli et Lynda Fernandez 2020 L'observation clinique et l'étude de cas 4eme èd.

* Claude SMADJA 1995 revue francaise de la psychosomatique Paris puf.

قائمة الملاحق

*- الملحق الأول = الفرق ما بين الاضطرابات السيكوسوماتية و الهستيريا التحويلية.

*- الملحق الثاني= الفرق ما بين الاضطراب السيكوسوماتي و العصاب.

*- الملحق الثالث = دليل المقابلة العيادية النصف موجهة بالأسلوب الاستقصائي السيكوسوماتي .

*- الملحق الرابع =توزيع البطاقات للاختبار الاسقاطي رائز تفهم الموضوع.

*- الملحق الخامس و السادس و السابع = محتوى بطاقات لاختبار رائز تفهم الموضوع.

*- الملحق الثامن = لوحات رائز تفهم الموضوع .

*- الملحق التاسع شبكة الفرز لفيقا شنتوب.

ملحق خاص بللوحات اختبار T.A.T المختارة من طرف الباحثة شنتوب وعددها 18 من أصل 31 لوحة للباحث موري

اللوحة 2

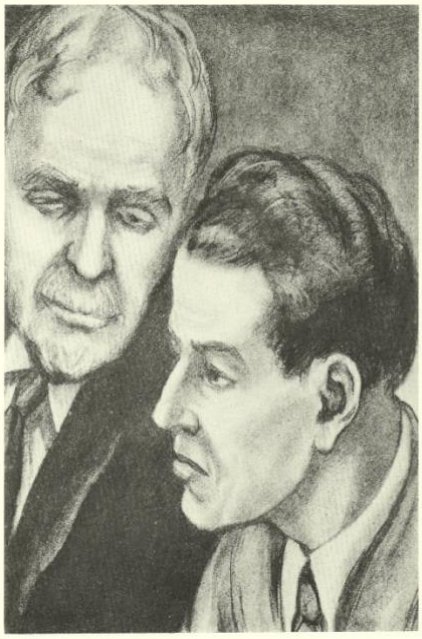
اللوحة 3MB

اللوحة 1

اللوحة 4

اللوحة 6BM

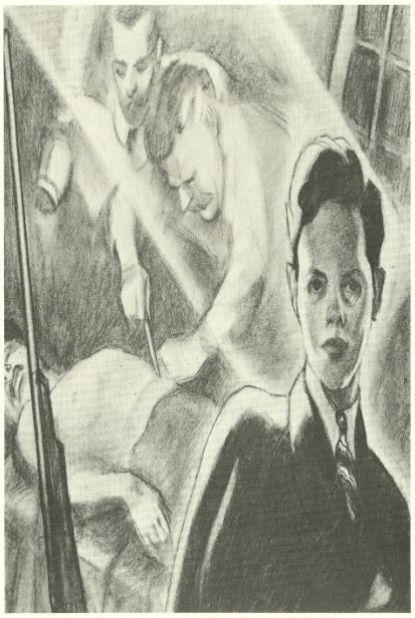
اللوحة 5



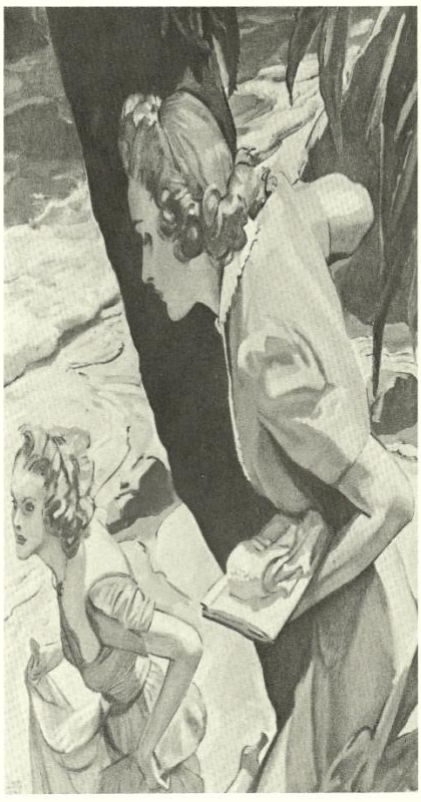
اللوحة 7BM

اللوحة6GF

اللوحة 7GF

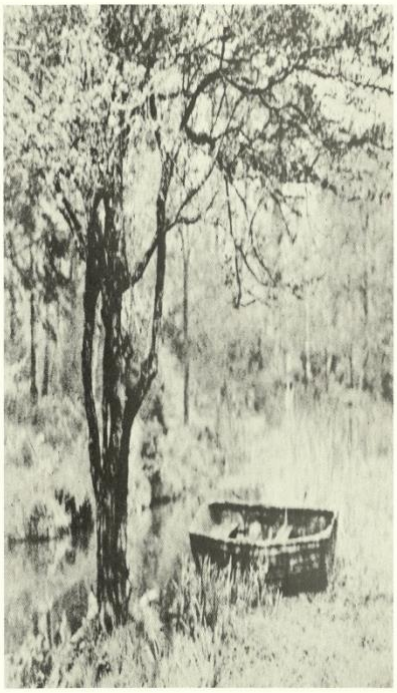


اللوحة 8BM



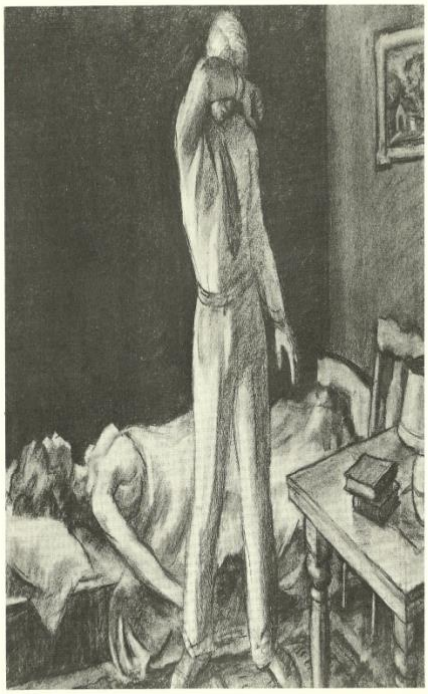
اللوحة 9GF

اللوحة11



اللوحة12BG

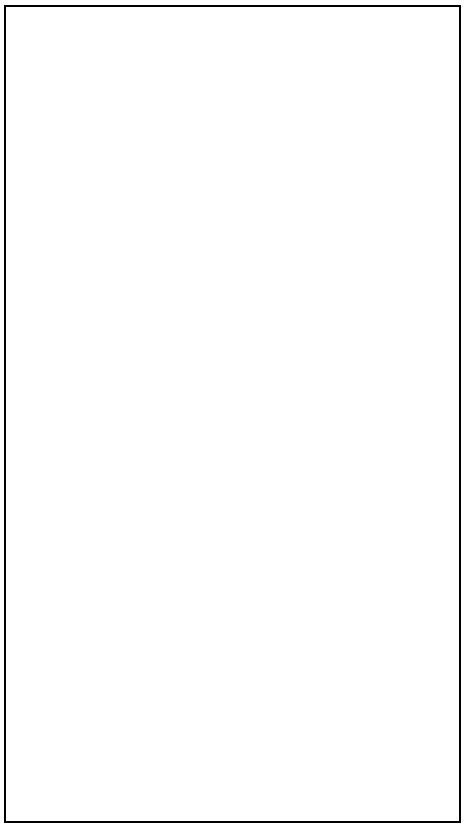
اللوحة 13B



اللوحة 13MF

اللوحة 19

اللوحة10



اللوحة16

شبكة الفرز ل 1990 V.Shentoub:

Aسياقات الصلابة	B سياقات بالمرونة	C سياقات بتجنب الصراع	Eسياقات العماليات الأولية
Aالصراع الداخلي بالنسبة للشخص A1 1.قصة منسوجة قريبة من الموضوع المبتذل 2. الرجوع إلى مصادر أدبية ثقافية،إلىا لحلم 3. إدراج المصادر الإجتماعية و الأخلاقية A2 1. وصف مع التعلق بالتفصيل منها تلك التي تذكر بصفة نادرة ويدخل في تلك أيضا التعبيرات والوضعيات. 2.تبرير التفسيرات عن طريق تلك التفاصيل. 3.تحفظات كلامية. 4.ابتعاد زماني مكاني. 5.تدقيقات عددية. 6.تردد بين تفسيرات مختلفة. 7.ذهاب واياب بين التعبير عن العدوانية والدفاع. 8.اجترار. 9.الغاء. 10.عناصر من النمط التكوين العكسي (نظافة.مساندة.واجب.اقتصاد) 11.انكار. 12.تمسك بما هو خيالي. 13.عقلنة (تجريد. وضع في صورة رمزية.عنونة القصة بما له علاقة بالمحتوى).	الصراع بين الأشخاصB B1 1.قصة منسوجة تحت طرافة شخصية. 2.ادخال اشخاص غير موجودين على الصور. 3.تماهيات مرنة ومنشرة. 4.تعبيرات كلامية بوجدانات معدلة حسب المنبه. B2 1.دخول مباشر في التعبير. 2.قصة ذات فقرات تخريف بعيد عن الصور. 3.التاكيد على العلاقات بين الأشخاص (قصة في شكل حوار). 4.تعبير لفظي عن وجدانات قوية او مبالغ فيها . 5.الميل للدراما. التعبير بصفة مسرحية. 6.تصورات متضادة.تناوب بين حالات انفعالية متناقصة. 7.ذهاب واياب بين رغبات متناقصة. نهاية ذات تحقيق سحري للرغبة. 8.تعجب . استطراد. تعليقات. تقييمات شخصية. 9.انطباق شبقي للعلاقات. سيطرة الموضوع الجنسي او الرمزية الشفافة. 10. التمسك بالجزئيات النرجسية (ذات قيمة عقلانية).	C1 1.زمن كموني اولي طويل او صمت هام ضمن القصة. 2.ميل هام الى التقصير. 3.عدم التعريف بالاشخاص. 4.صراعات غير معبر عنها اسباب غير موضحة قصص مبتذلة بدون طابع شخصي اهمال Placage 5.ضرورة طرح الأسئلة ميل الى الرفض الرفض 6.ذكر عناصر مقلقة مسبوقة او متبوعة بتوقفات خلال الحديث. C2 1.التركيز على ماهو مشعور به ذاتيا (غير عقلاني). 2.الرجوع الى مصادر شخصية او متعلقة بالتاريخ الشخصي. 3.تسمية بوجدانات. 4.وضعية ذات وجدانات معبرة. 5.التركيز على النوعيات الحسية. 6.الاصرار على ابراز الحدود والمحيط. 7.علاقة مراوية. 8.نسخ قصة على منوال لوحة فنية. 9.نقد موجه للذات. 10تفصيل نرجسي.مثلنة الذات. C3 1.التركيز على مواضيع الفقدان السند.الاستناد. 2.مثلنة الموضوع (قيمة إيجابية او سلبية). 3.لفات دوران.	E1 1. عدم إدراك أشياء ظاهرة 2.ادراك جزيئات نادرة او غريبة 3.تبريرات اعتباطية انطلاقا من هذه الجزيئات. 4.ادراكات خاطئة. 5.ادراكات حسية. 6.ادراك مواضيع مفككة و او متدهورة او اشخاص مرضى مشوهين. 7.عدم موافقة الموضوع للمنبه، تخريف بعيد عن الصورة، تجريد، رمزية مقلقة 8.تعبيرات خاصة بمواضيع جنسية او عدوانية. 9.تعبيرات عن وجدانا و او تصورات مفرطة مرتبطة باشكاليات (عدم القدرة، النجاح العظامي،الخوف، الموت،التدمير، الاضطهاد). 10.مواصلة التحدث عن موضوع ما رغم تغيير المنبه. 11.خلط بين الهويات. 12.عدم استقرار المواضيع. 13.اختلال التسلسل الزماني و او المكاني. 14.ادراك الموضوع السيئ او المواضيع الاضطهادية. 15.انشطار الموضوع 16.بحث اعتباطي عن ماترمي اليه الصورة او الوضعيات او المواقف.

الهستيريا التحويلية	الاضطراب السيكوسوماتي
1- تصيب الأعضاء التي يشرف عليها الجهاز العصبي المركزي (الأجهزة الإدراكية).	1- تصيب الأجهزة التي يشرف عليها الجهاز العصبي اللاإرادي (الأعضاء الحشوية). عدا التهاب المفاصل الروماتيزمي الذي يحكمه الجهاز العصبي الإرادي.
2-الأعراض في الهستيريا هي عبارة عن تعابير رمزية لدوافع مكبوتة لدى المريض لاشعورية يكتسبها ميكانيزم الكبت.	2-الأعراض في السيكوسوماتية تنشا من صدمة نفسية أو انفعالات مزمنة أو إجهاد نفسي، تخلو من الرمزية، قد تُصاحب باستعداد وراثي يكتسح الأعراض ميكانيزم الإنكار.
3-المريض لا يعي ما يعانيه والاضطراب العضوي يكون وظيفي فقط.	3-المريض يعي ما يعاني منه ويكون من الناحية الوظيفية والبنيوية قد يصاب به عضو واحد أو أكثر.
4-في الهستيريا التحويلية الأعراض تكون مزيج من المثيلات الهستيرية والأعراض العضوية (البكاء، الصراخ والألم.)	4-في الاضطراب السيكوسوماتي الأعراض عضوية بحته لكن عند ظهورها تختفي أعراض القلق والانفعال.
5-الهستيريا التحويلية هي عبارة عن تحويلات عضوية لأمور نفسية معتمدة على ميكانيزم التحويل (تحويل المكبوت) إلى أعراض جسمية كحل رمزي للصراع.	5-الاضطراب السيكوسوماتي هو تحويل مباشر للانفعال إلى العضو الهش دون رمزية.
6-هناك أعراض التفكك العقلي والجسمي كالمشي أثناء الليل، تعدد الشخصيات، الدراما.	6-لا وجود لأعراض التفكك الجسمي العقلي.
7-الأعراض الجسمية تكون متطابقة مع السبب الأساسي للمرض (شلل، صمم، عمى).	7-الأعراض الجسمية في السيكوسوماتية ليست متطابقة مع سبب المرض.
8- ميكانزيم الإيحاء يكون بقوة يساعد في انتقال أعراض الهستيريا أما في حالة التقمص والاستدخال مع الإفراط في قابلية الإيحاء.	8-دور الإيحاء ضعيف جدا في الاضطرابات السيكوسوماتية.
9-العلاج النفسي يكون كافيا والشفاء يكون سهلا بسبب الإيحاء.	9-العلاج لا يتوقف على الجانب النفسي بل يكون مكمل بالعلاج الدوائي والشفاء يكون صعبا.
10-الإصابات في الهستيريا التحويلية اقل انتشارا.	10-الاضطرابات السيكوسوماتية أوسع وأكثر انتشارا.
11-ضعف العامل الوراثي ونمط الشخصية والاستعداد للإصابة بالهستيريا.	11-هناك استعداد وراثي قبلي للإصابة بالاضطراب السيكوسوماتي كذلك نمط الشخصية وكذلك هناك تاريخ عائلي.
12-الأحداث الهستيرية لا تظهر إلا في وجود الآخرين.	12-الاضطرابات السيكوسوماتية تظهر لدى الفرد دون وجود أفراد آخرين.

فيصل الزراد 2000 ص 85-86-87.

فيصل الزراد 2000 الجدول -2-

الاضطراب السيكوسوماتي	العصاب
1- سيطرة واضحة لظهور اضطراب عضوي نفسي وقد تختفي الأعراض النفسية بعد إصابة العضو. 2-الاضطراب السيكوسوماتي عضوي ووظيفي محدد. 3-الاضطراب السيكوسوماتي له علاقة بالاضطرابات العضوية والهرمونية. 4-سلوك الفرد يبقى سليما وظيفي. 5-ينتشر غالبا في مرحلة الشباب. 6-علاج تكاملي طبي نفسي. 7-يصاحب الاضطرابات السيكوسوماتية اضطرابات شديدة أخرى، قد تكون خطيرة مثل ضغط الدم، احتشاء عضلة القلب، الجلطة... 8-لا يتأثر المريض بالإيحاء وتزداد لدى المريض القدرة على تقديم شكاوى أدعائية حول مرضه.	1-الأعراض النفسية هي المسيطرة كالخوف، القلق أو الوسواس. فالحالة النفسية للفرد تكون مضطربة. 2-العصاب هو اضطراب وظيفي. 3-العصاب لا يرتبط بالاضطرابات العضوية ولا يؤثر عليها. 4-سلوك الفرد يطاله اضطرابات عديدة. 5-يوجد لدى كل فئات المجتمع. 6-العلاج النفسي فعال جدا. 7-يصاحب العصاب أعراض جسمية بسيطة مثل الوهن، التعب، الصداع. 8-ازدياد قابلية الإيحاء لدى المريض مع نشاط الهوا مات.